

メンタルヘルス専門家への援助要請に関する研究
—社会的要因の役割とその規定要因に着目して—

名古屋大学大学院教育発達科学研究科

前川 由未子

目次

第1章 メンタルヘルス専門家への援助要請に関する研究

第1節	メンタルヘルス専門家に対する援助要請の現状	3
第2節	メンタルヘルス専門家に対する援助要請の理論的枠組み	4
第3節	援助要請に関連する要因	6
1.	デモグラフィック変数	6
2.	問題・症状の深刻さ	8
3.	心理的要因	9
4.	社会的要因	15
5.	文化的要因	16
6.	援助要請態度、意図、行動における関連要因の位置づけ	17
第4節	援助要請を促進するための介入法	19
1.	心理教育	19
2.	体験の提供	19
3.	システムの構築	20
第5節	本論文の目的および概要	21

第2章 メンタルヘルス専門家への援助要請意図と社会規範との関連

第1節	行動決定における社会規範の役割	25
第2節	研究1：世間体意識と主観的規範が援助要請意図に及ぼす影響	27
1.	問題と目的	27
2.	方法	28
3.	結果	30
4.	考察	37
第3節	本章の考察	41

第3章 労働者の援助要請態度と社会規範との関連

第1節 労働者のメンタルヘルスとメンタルヘルス対策の現状	43
1. 労働者のメンタルヘルスの現状	43
2. 職場におけるメンタルヘルス対策の現状	44
第2節 職場における社会規範	45
第3節 研究2：労働者における援助要請態度と組織風土の実態	46
1. 問題と目的	46
2. 方法	46
3. 結果	47
4. 考察	58
第4節 研究3：ディストレスと組織風土が援助要請態度に及ぼす影響	62
1. 問題と目的	62
2. 方法	63
3. 結果	64
4. 考察	69
第5節 本章の考察	72

第4章 メンタルヘルス専門家への援助要請プロセスと社会的要因

第1節 援助要請プロセスに関する研究	74
第2節 研究4：労働者における援助要請プロセスと社会的要因	76
1. 問題と目的	76
2. 方法	76
3. 結果	79
4. 考察	86
第3節 本章の考察	91

第5章 総括的討論

第1節 本論文で得られた知見・・・・・・93

1. メンタルヘルス専門家への援助要請における社会的要因のはたらき・・・93

2. メンタルヘルス専門家への援助要請が阻害される背景・・・95

3. 援助要請促進へ向けた提言・・・96

第2節 本論文の意義・・・・・・98

1. 援助要請研究における意義・・・98

2. 産業臨床における意義・・・99

3. メンタルヘルスケアの普及における意義・・・100

第3節 本論文の課題と今後の展望・・・101

1. 研究方法に関する課題・・・101

2. 実践への応用における課題・・・103

引用文献・・・・・・105

付録・・・・・・120

1. 研究1で用いた質問紙・・・120

2. 研究2, 3で用いた質問紙・・・128

3. 研究4で用いた質問紙・・・136

第 1 章

メンタルヘルス専門家への援助要請に関する研究

第1節 メンタルヘルス専門家に対する援助要請の現状

自分だけの力では解決できない困難にぶつかったとき、私たちは他者に助けを求め、他者の力を借りてその解決を図ろうとする。たとえば、一人で荷物を持ちきれないときには手を貸してほしいと頼んだり、勉強でわからないところを質問したり、自力で立ち上がることができなければ人の手を借りたりする。また、もし不審者に追いかけられることがあれば、「助けて」と交番に駆け込むだろう。このような、他者に援助を求める行為は「援助要請 (Help-seeking)」と呼ばれている。援助要請とは、「他者に対して支援、情報、助言、サポートを求めること」(Hofman, Lei, & Grant, 2009)であり、先に述べた通り、多様な場面で起こる現象である。DePaulo (1983) は、援助要請の典型例を「1) 個人が何らかの問題やニーズを抱え、2) その問題は他者が時間、努力、資源を費やしてくれることで解決、軽減される可能性があるもので、3) 援助を必要とする個人が他者に直接助けを求める行為である」とし、個人が問題を解決する上で有益な方法であると述べている。

援助要請が有効であることは、心の問題においても例外ではない。抑うつ症状などの精神的不調の改善や精神疾患、自殺の予防には、心理療法や薬物療法といった専門的介入が有効であることが明らかにされている (Lambert, 2013; Mann et al., 2005)。すなわち、精神科医や心理士といったメンタルヘルスの専門家に援助を求めることは、精神的な不調を緩和し、深刻化を防ぐ上で効果的といえる。

しかし、精神的な不調を抱えた際、専門的援助を利用する人は決して多くないのが現状である。我が国において、何らかの精神疾患を抱える人のうち専門家に援助を求めた人は 14% であり (Naganuma et al., 2006)、自殺未遂者においては 3.8% にとどまることが明らかにされている (朝日新聞, 2007)。また、こうした傾向は日本に限らず、アジアや欧米各国においても同様の現象が報告されている。たとえばシンガポールでは、何らかの精神疾患を抱えながらも専門的援助を受けていない人が 83.7% にのぼっていた (Chong et al., 2012)。ドイツにおいても、過去 12 カ月間に精神疾患を患った人のうち、専門機関を利用した人は 18.9% であった (Mack et al., 2014)。このような、精神的な不調があるにも関わらず専門機関を利用しない現象は“サービスギャップ” (Service gap) と呼ばれており (Stefl & Prosperi, 1985)、サービスギャップの解消は国を問わず課題となっている (Kohn, Saxena, Levav, & Saraceno, 2004)。そしてサービスギャップを解消するため個人による専門機関の利用促進を目指して、専門家への援助要請に着目した研究が行われてきた。

第2節 メンタルヘルス専門家に対する援助要請の理論的枠組み

メンタルヘルスに関する援助要請の研究は、Fischer & Turner (1970) が専門的心理的援助要請態度尺度 (Attitudes Toward Seeking Professional Psychological Help: ATSPPH) を作成した1970 年頃から盛んになり、現在にかけて多くの知見が積み上げられてきた。Rickwood & Thomas (2012) はこれまでの研究を概観し、メンタルヘルスの文脈における援助要請の定義を「メンタルヘルスに関する懸念事項を解決するため、外的な援助を得ようと努める適応的なコーピングの過程」と定めている。なお、ここでいう「メンタルヘルスに関する懸念事項」は、抑うつ、不安、統合失調症、アルコール依存症など特定の症状や疾患を指す場合と、「メンタルヘルスの問題」「心理的ディストレス」など一般的な表現に置き換えられる場合があり、各研究によって異なることに注意する必要がある。

また、援助を求める相手も研究により様々である。Rickwood & Thomas (2012) は援助要請の対象を分類し、精神科医や心理士といった「フォーマル」、教師やコーチなどの「セミフォーマル」、家族や友人などの「インフォーマル」、そして他者に援助を求めない「セルフヘルプ」の4つに大別している。このうち「フォーマル」は、「精神科医、心理士、一般開業医、精神科看護師など、メンタルヘルスクエアに特化した専門的医療サービスの提供者」と定義されており、国や機関によって多少の違いはありながらも、メンタルヘルスに関する援助要請研究においては、こうした対象がメンタルヘルスの専門家として想定されてきたことが窺える。そこで本研究もこの定義に則り、以下、「メンタルヘルス専門家」と称して用いることとする。我が国においては、精神科医や臨床心理士をはじめ、産業医、精神保健福祉士、その他民間資格をもつカウンセラーなどがここに含まれると考えられる。なお、以下ではメンタルヘルス専門家に対する援助要請を「援助要請」と省略して表記することに留意されたい。

援助要請の測定には、援助要請態度 (Help-seeking attitude)、援助要請意図 (Help-seeking intention)、援助要請行動 (Help-seeking behavior) の主に3つの指標が用いられてきた。援助要請態度とは、援助を求めることに対する態度や考え方であり、問題や困難の有無にかかわらず個人が有している傾向である。測定には、先に挙げた ATSPPH に加え、その短縮版である ATSPPH-SF (Attitudes Toward Seeking Professional Psychological Help: A Shortened Form; Fischer & Farina, 1995) が広く用いられてきた。一方、援助要請意図は援助を求めたいという思いであり、メンタルヘルスの問題を抱えている場合に相談したいかどうかという意志

を表している。援助要請意図の測定には、「もし悩みを抱え、一人で解決できないとしたら」という想定のもと、「どれくらい相談すると思うか」を尋ねる方法 (e.g. 永井, 2010) のほか, Cash, Begley, McCown, & Weise (1975) により開発された尺度 (Intention to Seek Counseling Inventory: ISCI) も広く用いられている。また国内では, 水野・石隈 (1999) が被援助志向性 (Help-seeking preference) を提唱し, 「個人が, 情緒的, 行動的問題および現実生活における中心的な問題で, カウンセリングやメンタルヘルスサービスの専門家, 教師などの職業的な援助者および友人・家族などのインフォーマルな援助者に援助を求めるかどうかについての認知的枠組み」と定義している。被援助志向性は, 援助要請態度から援助要請意図や意志を包含する概念として扱われている (本田・新井・石隈, 2011)。そして援助要請行動は, 実際に援助を求める行動を意味する。測定は, これまでの人生, または過去のある一定期間において援助を求めた経験の有無や回数を尋ねることによる。本田・新井・石隈 (2011) は, これまでの研究において用いられてきた援助要請の測定方法は, 援助要請態度, 援助要請意図, 援助要請行動の 3 つに大別できると述べている。さらに, 態度は意図を予測し, 意図は行動を予測するといわれていることから (Ajzen, 1991), これら 3 つは異なる概念であり, 行動が生起するか否かを決定する 3 段階のプロセスとして理解することが可能である。

第3節 援助要請に関連する要因ⁱ

援助要請研究では、これまで数多くの関連要因が示されてきた。Gulliver, Griffiths, & Christensen (2010) は促進 / 阻害要因の観点から先行研究を概観し、促進要因としてポジティブな過去の援助要請体験、他者からの勧めなど 8 要因、阻害要因としてスティグマ、機密性への不安、アクセスの悪さなど 13 要因を示している。また、水野・石隈 (1999) は 1994 年から 1997 年までの論文を概観し、関連要因を 1) デモグラフィック要因、2) ネットワーク変数、3) パーソナリティ変数、4) 個人の問題の深刻さ・症状の 4 つに大きく分類している。このようにレビュー論文においては、それぞれの視点から関連要因が整理され、示されてきた。

一方、第2節でも述べた通り、援助要請態度、意図、行動は連続線上にありながらも異なる概念であることが示されている。よって、それぞれに関連する要因は異なる可能性が考えられる。しかし、これまで示されてきた関連要因が援助要請態度、意図、行動のうちどの段階との結びつきが強いかは明示されていない。よって、援助要請を効果的に促進するためには、援助要請態度、意図、行動のそれぞれにおいて、関連要因がどのようなはたらきを担うかを明確にする必要がある。

そこでここでは、メンタルヘルス専門家への援助要請に関する国内外の先行研究についてレビューを行う。水野・石隈 (1999) を参考に、本節では関連要因を「デモグラフィック変数」「問題・症状の深刻さ」「心理的要因」「社会的要因」「文化的要因」の 5 つに分類して示すこととする。また、援助要請態度、意図、行動を区別し、各要因が援助要請のどの段階と関連しているかを明示することを試みる。それにより、援助要請態度、意図、行動のプロセスにおける各要因の位置づけを明らかにすることとする。

1. デモグラフィック変数

(1) 性別

女性の方が男性に比べて援助要請態度および意図が肯定的であり、援助要請行動を行いやすいことが多くの研究で認められている (e.g. Leong & Zachar, 1999)。その背景としては、女性が男性よりも生物学的に抑うつ症状を認識しやすいことや (Yokopenic, Clark, &

ⁱ 第1章 第3節は、前川由未子・金井篤子 (印刷中). 心理専門家への援助要請に関する研究の動向 ―援助要請態度、意図、行動の観点から― 名古屋大学大学院教育発達科学研究科紀要心理発達科学. の一部を加筆・修正したものである。

Aneshensel, 1983), 社会において共有されている性役割の意識が援助要請に影響すること (Addis & Mahalik, 2003) が考えられる。すなわち, 生物学のおよび心理社会的要因によりこのような性差が生じると推察される。

(2) 年齢

年齢と援助要請には, 正の相関があることが示唆されてきた。たとえば大学生を対象とした調査では, 年齢が高くなるほど肯定的な援助要請態度や意図を示し, 援助要請行動を行いやすいことが明らかにされている (Eisenberg, Golberstein, & Gollust, 2007; Mackenzie, Gekoski, & Knox, 2006)。この背景として, 年齢が高くなるほど経済的余裕が生まれやすく, 人生経験を積むことで援助要請の有用性を理解しやすいことが考えられる。一方, Mackenzie, Scott, Mather, & Sareen (2008) は 18 歳以上の 5,692 名を対象とした大規模な調査を行い, 肯定的な援助要請態度をもつ人の割合は 55~64 歳においてもっとも高かったことを明らかにしている。65 歳以上の高齢者においては, 加齢による判断力の低下が起こる可能性や, メンタルヘルスへの馴染みの薄さがあることが考えられる。よって, メンタルヘルス専門家への援助要請は年齢が上がるにつれて高くなり, 中高年を頂点に低減していくと推察される。

(3) 人種・民族性

人種や民族性と援助要請との関連では, 少数民族の方が援助要請を行いにくいことが示唆されている。たとえば Mackenzie et al. (2008) は, 白人とヒスパニック系民族の方が黒人よりも肯定的な援助要請態度を示したことを明らかにしている。また, Wong, Brownson, Rutkowski, Nguyen, & Becker (2014) は自殺念慮の経験をもつアメリカ人の大学生に調査を行い, アジア系の方がヨーロッパ系よりも援助要請を行った割合が低いことを示している。アフリカ系の民族はヨーロッパ系, ヒスパニック系に比べて所得水準が低いこと (Williams, Selina, Jacinta, & Chiquita, 2010) や, アジア的な価値観は援助要請を抑制することから (Kim & Omizo, 2003), このような人種による違いが生じると考えられる。

(4) 教育レベル, 所得水準, 婚姻関係

教育レベルおよび所得水準は高いほど肯定的な援助要請態度を示し, 援助要請行動を行いやすいことが示されている (e.g. Surgenor, 1985)。高学歴であるほどメンタルヘルスに関する教育を受ける機会が多いことや, 所得水準が高いほど援助要請にかかる金銭的負担が小さいことにより専門機関へアクセスしやすい可能性が考えられる。

また, 婚姻関係においては, 既婚者の方が独身者よりも援助要請態度が肯定的であり, 援助要請行動を行いやすいことが明らかにされている (e.g. Eisenberg et al., 2007; Elhai,

Schweinle, & Anderson, 2008)。既婚者は独身者に比べて家族から問題に気づかれやすく、専門家への相談を勧められやすいことが背景にあると考えられる。ただし、これらの変数は援助要請に関連しないことを示す研究もあり（e.g. Mackenzie et al., 2006）、結果の一貫性は高くないといえる。したがって、教育レベル、所得水準、婚姻関係は性別、年齢に比べて援助要請との関連が弱く、他の要因の影響を受けやすい可能性が考えられる。

（５）保険の加入状況、性的指向、居住地区

アメリカなど国民皆保険制度のない国では、デモグラフィック変数として保険の加入状況が取り上げられている。Villatoro, Morales, & Mays（2014）は、保険に加入していない人の方が加入している人に比べて過去の援助要請経験が少ないことを明らかにしている。また Eisenberg et al.（2007）は、保険が適用されると知らないことが援助要請行動を阻害することを示している。よって、ただ保険に入るだけでなく、それが利用可能であるという認識が重要であると考えられる。

性的指向については、同性愛者の方が異性愛者や両性愛者に比べて過去に援助要請を行った人の割合が高いことが示されている（Eisenberg et al., 2007）。同性愛者は日常生活においてストレスを抱えやすいと予測されることから、援助要請行動を行いやすいことが考えられる。

また、居住地区と援助要請の関連については、ten Have et al.（2010）がヨーロッパで大規模な調査を行っている。その結果、居住地区が都会であるほど肯定的な援助要請態度をもつことが明らかになった。ただし、保険制度のあり方や性的指向に対する考え方、居住地区の環境は国や地域により異なることから、これらの要因は研究の対象や目的に合わせて検討する必要があると考えられる。

2. 問題・症状の深刻さ

個人が抱える問題や症状は、それらが深刻であるほど肯定的な援助要請態度、意図をもちやすく、援助要請行動を行いやすいことが多くの研究で示されてきた。問題や症状が深刻であるほど援助の必要性が高まることから、援助を求めやすくなるものと考えられる。

先行研究においては、ストレスに対する心理的・生理的反応を表す「ディストレス（Distress）」が用いられることが多く、心理的・身体的症状や精神病的体験といった精神的不調の深刻度により測定されてきた。たとえば Cepeda-Benito & Short（1998）は Hopkins Symptom Checklist-21（Green, Walkey, McCormick, & Taylor, 1988）を用いて調査を行い、ディ

ストレスが高いほど肯定的な援助要請意図を示すことを明らかにしている。ディストレスによる援助ニーズの存在とそうした困難な状況への気づきは、援助要請プロセスにおいて最初の段階に位置づけられており（相川，1989），援助要請行動の生起には必須の要因であると考えられる。なかでも身体的な症状や症状による生活上の支障は専門家の利用につながりやすいことが示されており（Kung & Lu, 2008），症状により困難さや援助ニーズを実感することが援助要請を促進すると考えられる。

一方、症状の重篤化やそれに伴う機能障害は、援助要請時に必要な外出や移動を困難にすることから、援助要請行動の妨げとなることも指摘されている（Thompson, Hunt, & Issakidis, 2004）。また、抑うつ症状は認知機能や判断力の低下を招くともいわれている（Grambaite et al., 2013）ことから、ディストレスが阻害要因となる可能性も考えられる。したがって、今後はディストレスの影響を多面的な視点から検討していくことが必要といえる。

3. 心理的要因

（1）過去の経験

メンタルヘルスの専門機関や精神疾患にまつわる過去の経験は、援助要請態度、意図、行動に影響することが明らかになっている。特に、メンタルヘルス専門家に援助要請した経験をもつ人はそうでない人よりも肯定的な援助要請態度や意図をもちやすく、援助要請行動を行いやすいことが多くの研究で示されている（e.g. Bonabi et al., 2016）。また、専門機関の利用者や患者との接触は、援助要請態度、意図、行動を促進することも示されている（Vogel, Wade, Wester, Larson, & Hackler, 2007a）。メンタルヘルス専門家や利用者と実際に対面し、相手について知ることは、専門機関や精神疾患に対する誤ったイメージを修正し、援助要請の妨げとなる不安や恐怖を和らげると考えられる。また、精神疾患の既往歴や過去に受けた専門的援助に対する満足度の高さは、援助要請態度を促進することも示されている（e.g. Hatchett, 2006; Mackenzie et al., 2008）。こうした知見は、過去に精神的不調に陥った際の体験が、その後の援助要請に対する態度や考え方を形成することを示唆するものと考えられる。

（2）スティグマ

精神疾患に対するスティグマは、援助要請の阻害要因として広く知られている。メンタルヘルス専門家への援助要請におけるスティグマとは、「メンタルヘルスケアを利用することにより精神疾患の烙印を押されることを回避しようとする社会的認知プロセス」であり、社会的スティグマ（Public stigma）と自己スティグマ（Self stigma）に分類されるといわれている

る (Corrigan, 2004)。社会的スティグマは「心理的な治療を求める人は望ましくない、あるいは社会的に受け入れられないという認知」であり (Vogel, Wade, & Haake, 2006), Social stigma や Perceived stigma とも呼ばれている。Han & Pong (2015) はアジア系アメリカ人の大学生を対象に調査を行い、社会的スティグマと否定的な援助要請態度が関連することを明らかにしている。一方、自己スティグマは「自己を社会的に受け入れられないとラベルづけすることによって生じる自尊心や自己価値の低下」と定義されている (Vogel et al., 2006)。Cheng, McDermott, & Lopez (2015) は、自己スティグマが高いほど援助要請意図が否定的になることを示している。スティグマは恥意識と強い相関があり (Rüsch et al., 2006), 恥意識は援助要請態度と負の相関関係にあることが示されている (Rüsch et al., 2014)。よって、精神疾患の烙印を押されることで恥をかき、自身の社会的地位が脅かされることを恐れるために援助要請に対して否定的になることが考えられる。

このように、多くの研究でスティグマと援助要請態度、意図との負の関連が示されている一方で、援助要請行動との関連を示す研究は少ない。たとえば Komiti, Judd, & Jackson (2006) は社会的スティグマと援助要請行動に関連がなかったことを示しており、Eisenberg, Downs, Golberstein, & Zivin (2009) も、自己スティグマと援助要請行動には有意な負の相関が認められたが、社会的スティグマとは認められなかったことを明らかにしている。こうした知見は、スティグマと援助要請行動との関連は必ずしも強固でないことを示唆するものである。また、社会的スティグマが援助要請態度を媒介して援助要請意図に影響するモデルも示されていることから (Vogel, Wester, Wei, & Boysen, 2005), スティグマは特に援助要請態度との関連が強く、態度を媒介して意図や行動に影響を及ぼすことが推察される。

このようなスティグマの阻害効果は、スティグマに対する耐性や精神疾患に対する肯定的な態度を育むことにより緩和されると考えられる。Leong & Zachar (1999) は、精神疾患患者に対して友好的で養育的な態度が肯定的な援助要請態度につながることを明らかにしている。また、スティグマへの耐性が高いほど肯定的な援助要請態度となることが示されている (e.g. Mojaverian, Hashimoto, & Kim, 2013)。ただし、スティグマへの耐性や精神疾患に対する肯定的態度と援助要請行動との関連は示されていないことから、これらもスティグマと同様に援助要請態度との関連が強く、意図や行動への影響は間接的である可能性が考えられる。

(3) 有用性 / リスクの評価

援助要請を行う際には、援助要請という対処法の有用性とそれに伴うリスクの両面が検

討され、意思決定がなされる。有用性は、専門的援助の効果に対する期待や専門家に対する信頼感などから評価され、援助要請態度、意図、行動の3段階全てを促進することが示されている (e.g. Vogel et al., 2005)。

一方、援助要請に伴うリスクとしては、他者に問題を知られて恥をかくことや (Lin, 2002)、特に男性において、援助要請を行うことにより性役割意識との葛藤が生じること (Brooks, 1998) などがあり、リスクを高く評価するほど否定的な援助要請態度となることが示されている (Shaffer, Vogel, & Wei, 2006)。また、リスクの評価が援助要請行動を予測することも明らかにされており (Vogel et al., 2005)、行動を決定する際の指標となることも示唆されている。

さらに、リスクに対する評価は援助不安 (Treatment fear) やスティグマとも関連することが示されている (Vogel et al., 2005)。援助不安とは「メンタルヘルスサービスへの援助要請にまつわる嫌悪的な予測から生じる不安の主観的状态」であり (Kushner & Sher, 1989)、専門家からどのような治療をされるのかという不安や専門家にどう思われるのかという恐れによって測定される (Vogel et al., 2007a)。国内の研究では、木村・水野 (2004) が「援助を求めた時に援助者が呼応的に対応してくれないのではないか」という「呼応性の心配」を取り上げ、学生相談への援助要請意図を阻害することを明らかにしている。援助要請に伴うリスクを高く見積もることでこうした不安が喚起され、援助要請が一層躊躇されやすくなると考えられる。したがって援助要請を促進するためには、援助を提供する側が自身の専門性や治療効果、治療経過の見通しなどについて積極的にプロモーションを行い、不安を払拭するとともに、援助要請に対する期待や有用性の評価を高めることが重要と考えられる。

(4) メンタルヘルス・リテラシー

精神的不調やそれに対する対処方法、利用可能な専門機関の存在などに関する知識はメンタルヘルス・リテラシー (Mental health literacy) と呼ばれ、「精神疾患の認識、マネジメント、予防の助けとなる知識や信念」と定義されている (Jorm et al., 1997)。メンタルヘルス・リテラシーの高さは肯定的な援助要請態度、意図、および援助要請行動を促進することが明らかにされており (e.g. Suka, Yamauchi, & Sugimori, 2016)、特に援助要請促進をねらった介入法の研究において近年注目を集めている。たとえば Taylor-Rodgers & Batterham (2014) は、オンラインによる心理教育の効果測定を行い、介入の前後でメンタルヘルス・リテラシーが向上し、援助要請態度と意図が改善したことを示している。一方、提供する情報の内容により援助要請が向上する程度は異なることも示されており (小池・伊藤, 2012)、メンタル

ヘルス・リテラシーを活用した効果的な介入について今後より詳細な検討が必要であると考えられる。

（５）不調の原因帰属

精神的な不調の原因をどのように考えるかは、状況や個人によって様々である。Wong, Tran, Kim, Van Horn Kerne, & Calfa（2010）は、アジア系アメリカ人を対象に抑うつ状態を表すヴィグネットを読ませ、問題の原因について回答を求めた。その結果、不調の原因を遺伝的なものや環境的なものとする場合、より肯定的な援助要請態度が示されることを明らかにしている。遺伝や環境といった個人がコントロールできない要因への帰属は、不調を抱える当事者自身では問題への対処が難しいことを意味する。そのため、他者に対して援助を求めやすくなることが推察される。また、そうした要因に帰属することで援助要請を行うことによる自尊心の傷つきが緩和され、援助要請に対して肯定的な態度を持ちやすくなる可能性も考えられる。

一方、木村（2015）は「私がこのようになったのは、私自身に原因がある」という内的な帰属が学生相談への援助要請意図を抑制することを示している。このように、不調の原因を当事者自身のパーソナリティや能力に帰属する場合、援助要請を行うことは自身の至らなさを認めることを意味すると考えられる。そのため、援助要請はアイデンティティや自尊心を脅かす脅威になると予想される。

これらの知見から、不調の原因を何へ帰属するかにより援助要請態度や意図が左右されると考えられる。こうした精神的な不調の帰属スタイルは、人種により異なることも指摘されていることから（Sheikh & Furnham, 2000）、今後は国や文化と帰属スタイルとの関連についても検討していく必要がある。

（６）自己開示 / 自己隠蔽

自己開示（Self-disclosure）とは、「自分自身に関する情報を任意の他者に対して言語的な手段により伝達する行動」と定義されており（Jourard & Lasakow, 1958）、肯定的な援助要請態度、意図および援助要請行動を促進することが示されている。たとえば Vogel et al.（2005）は、家族や友人といった周囲の他者に対する自己開示傾向の高さが肯定的な援助要請態度および意図と関連することを示している。また Wong et al.（2014）は、自殺念慮についての自己開示が援助要請行動を予測することを明らかにしている。自分について語ることに抵抗が少ない人は専門家への相談にもためらいが少なく、肯定的な態度や意図をもちやすい可能性が考えられる。また、家族や友人への自己開示を積極的に行う人は、不調や悩みにつ

いても相談しやすく、他者の計らいによって専門家へとつながりやすいことが予想される。

この自己開示と対照的な概念として、自己隠蔽 (Self-concealment) がある。自己隠蔽とは、「否定的または嫌悪的と感じられる個人的な情報を他者から積極的に隠蔽する傾向」と定義されている (河野, 2000)。Masuda, Anderson, & Edmonds (2012) は、年齢、性別、過去の援助要請体験を統制した上でも自己隠蔽と援助要請態度に負の相関がみられたことを示している。一方、木村・水野 (2004) は、自己隠蔽と学生相談および家族・友人への被援助志向性との関連を検討し、自己隠蔽は家族・友人に対する被援助志向性を抑制する一方で、学生相談への被援助志向性には有意な影響が認められないことを明らかにしている。このように、自己隠蔽の効果は援助を求める対象によって異なる可能性があり、今後さらなる検討が必要と考えられる。

(7) 愛着スタイル

成人の愛着には、関係不安 (Attachment anxiety) と親密性回避 (Attachment avoidance) の2側面があるといわれている (Bartholomew & Horowitz, 1991)。このうち関係不安は、「他者から拒絶される不安や見捨てられるという先入観」を表しており、援助要請意図を促進することが示されている (Shaffer et al., 2006)。一方、「他者と親密になることや依存関係に対する恐れ、嫌悪感」を表す親密性回避は、援助要請意図との直接の関連が認められておらず、メンタルヘルスに対する不安やスティグマを媒介して間接的に援助要請意図を抑制することが明らかにされている (Cheng et al., 2015)。このような両者の違いの背景としては、関係不安の高い人が不安や抑うつを抱えやすく、他者に援助を求めやすいのに対し、親密性回避の高い人が他者のサポートを軽視し、自立を過剰に重んじる傾向がある (Mikulincer, Shaver, & Pereg, 2003) ことが考えられる。ただし、愛着と援助要請との関連を検討している研究は比較的少ないことから、さらなる研究を積んでいく必要があるといえる。

(8) 自尊感情

自尊感情 (Self esteem) と援助要請との関連は、特に国内において頻繁に検討されている。永井 (2010) は、大学生を対象とした調査において、自尊感情の高さが専門家への援助要請意図を促進することを示している。一方、自尊感情は援助要請と関連しないことを示す研究もみられ (e.g. 木村・水野, 2004)、一貫した結果は得られていない。よって、自尊感情と援助要請との関連については、今後も慎重に検討していく必要がある。

(9) 自己効力感、自己コントロール感

ある問題に対して自分で対処したりコントロールすることができるという感覚は、援助

要請を抑制することが示唆されている。Judd et al. (2006) は、自己効力感 (Self-efficacy) が高いほど否定的な援助要請態度となることを明らかにしている。自己効力感は自尊感情との強い相関が認められており、これは一見矛盾する知見であるようにも思われる。しかし、自己効力感是不変的で行動を実行する自信や意欲と関連するのに対し、自尊感情は可変的でその時々感情や心理状態と関連する点で両者は区別されるといわれている (Chen, Gully, & Eden, 2004)。すなわち、自己効力感が高い場合には、自分では手に負えない問題を抱えた際にも自力で対処可能であるという認識を変えられず、援助要請に対し否定的になりやすいことが考えられる。また自己コントロール感 (Personal controllability) とは「私は自分の精神的問題を改善する力がある」という感覚を表すものであり、援助要請行動との負の関連が示されている (Vanheusden et al., 2009)。自己効力感と自己コントロール感は関連する可能性も考えられ、このような過度な自信は専門家への援助要請に対する否定的な態度につながりやすいことが推察される。

一方、Ciarrochi & Deane (2001) は、自身の感情コントロールの能力を低く評価しているほど援助要請意図が否定的になることを示している。感情コントロールに対する自信のなさは、自らの問題に向き合うことを困難に感じさせ、援助要請へのためらいにつながる可能性が考えられる。

(10) 男性役割規範

これまで、男性は女性に比べて援助要請が低く、サービスギャップを抱えやすいことが明らかにされてきた (Leong & Zachar, 1999)。その背景を解明する上で注目されてきたのが男性役割規範 (Masculine norms) である。男性役割規範とは、社会において共有されている男らしさに関する考え方であり、女性に対する優位性や自立性、感情コントロールなどから構成されるといわれている (Mahalik et al., 2003)。Berger, Addis, Green, Mackowiak, & Goldberg (2013) は男性を対象にインタビューを行い、メンタルヘルスの話題に対する肯定的な言語反応と男性役割規範が負の関係にあること、男性役割のなかでも特に自立の規範を重んじる者は、医療的な援助に対して否定的態度を示すことを明らかにしている。援助要請は他者に頼る、援助の必要性を認めるなど、伝統的な男らしさと対立する性質が強い (Addis & Mahalik, 2003)。そのため、男性役割規範の高い人は援助要請に対して否定的な態度や考えをもちやすいことが考えられる。

4. 社会的要因

(1) ソーシャルサポート

家族や友人といったソーシャルサポートは、メンタルヘルス専門家への援助要請を抑制することが多くの研究で示されている。援助要請を行った人は、そうでない人に比べて認知しているソーシャルサポート量が少ないことや (Phillips & Murrell, 1994), ソーシャルサポートを認識しているほど否定的な援助要請態度となることが明らかにされている (Vogel et al., 2005)。また、友人によるサポートの多さは友人に対する援助要請意図と正の関連を示すのに対し、専門家への援助要請意図とは負の関連を示すことも指摘されている (永井, 2010)。このように、家族や友人といったソーシャルサポートの多さは非専門家に対する援助要請を促進し、そこで援助を受けることによって援助ニーズが満たされた結果、専門家に対する援助要請が抑制されることが推察される。

一方、家族や友人といった周囲の他者が援助要請を促進するという知見も示されている。Suka et al. (2016) は、家族や友人が問題の存在を認識することが肯定的な援助要請意図と関連することを示した。また、周囲の他者がメンタルヘルス専門家への援助要請を勧めることは援助要請態度、意図、行動の全てにおいて促進的であり、メンタルヘルス専門家に援助要請を行った人の多くが身近な他者から勧められた経験をもつことが明らかにされている (e.g. Vogel et al., 2007a)。さらに、高野・吉武・池田・佐藤・長尾 (2014) は「他者からの勧め」がきっかけとなって学生相談機関の利用を検討し始める場合があることを示しており、援助要請プロセスにおいても他者が重要な役割を果たすことが示唆されている。こうした知見を踏まえると、ソーシャルサポートである身近な他者が専門家の利用を後押しすることができれば、ソーシャルサポートは阻害要因ではなく、援助ニーズを援助要請行動へとつなげる重要な促進要因となる可能性が考えられる。

(2) 社会規範

社会規範 (Social norm) とは、「社会集団において望ましいとされるような一般的な期待」であり (Staub, 1972), 社会集団における望ましい、または望ましくない行動を規定するものといわれている (Orlikowski, 1992)。よって、メンタルヘルス専門家への援助要請に関する社会規範とは、家族や友人など身近な他者や所属集団のメンバーが専門家への援助要請に対してどのような期待や価値観を抱いているかを表すものといえる。所属集団や周囲の他者間において援助要請に対する肯定的な社会規範が共有されているという認識がある場合、援助要請態度および意図は肯定的になることが明らかにされている (e.g. Bayer & Peay,

1997)。これは、個人が周囲の価値観を取り入れ、社会規範に従う傾向をもつことを示唆する知見といえる。社会規範に従うことは、集団からの逸脱や他者からの排斥を避けるための手段であり、日本のように他者との関係性が重視される文化のもとでは、特に重要な要因となる可能性が考えられる。

（３）現実的制約

実際に援助要請を行う際には、メンタルヘルス専門機関への物理的距離や所要時間など現実的制約と折り合いをつける必要性が生じる。Thompson et al. (2004) は精神的不調により治療を受けている患者にインタビューを行い、専門家への援助要請が遅れた原因を尋ねた。その結果、遠隔地に住んでいて専門機関へのアクセスが悪いことや、援助要請を困難にする症状があったことが挙げられている。このような現実的制約は援助要請しようという意図が生じた後に問題となりやすいことから、特に援助要請行動との関連が強いことが考えられる。

5. 文化的要因

（１）文化変容

文化的要因と援助要請との関連については、特にアメリカなどの多民族国家において盛んに検討されてきた。そのうち、移民やその２世、３世など複数の文化的バックグラウンドをもつ対象者に行った研究からは、文化変容（Acculturation）の程度が援助要請態度に影響することが明らかにされている。たとえば Miller, Yang, Hui, Choi, & Lim (2011) はアジア系アメリカ人を対象とした研究を行い、アメリカ的な価値観を内在化させているほど援助要請態度が肯定的であることを示している。

（２）アジア的価値観

アジア的な価値観（Asian value）は援助要請を抑制するはたらきがあることが示されている。アジア的価値観とは、アジア系の人種、民族において共有されている文化的価値観であり、集団主義、規範の遵守、感情の自己コントロール、家族連帯主義、孝行、謙遜から成るといわれている（Kim, Atkinson, & Yang, 1999）。Wong et al. (2010) は、アジア系アメリカ人を対象とした調査において、アジア的価値観と援助要請態度に負の関連があることを示した。また Kim & Omizo (2003) は、アジア的価値観が援助要請態度を媒介し、援助要請意図を抑制することを明らかにしている。精神的不調やメンタルヘルス専門家について否定的な規範が共有されている場合、それを遵守させようとするアジア的価値観は、否定的な援助

要請態度を形成すると考えられる。それに対し、欧米的価値観は個人や独立を重視することから、文化変容の程度が高いほど肯定的な援助要請態度となることが推察される。

しかし、一部の研究においては個人主義が援助要請を抑制するという知見も示されている。個人主義とは、「集団の目的よりも個人の目的を優先させる傾向」であり、個人主義が強いほど援助要請態度が否定的になることが明らかにされている (Tata & Leong, 1994)。個人主義の強い人は自立を重んじ、他者と距離感をとる傾向があることから (Triandis, Bontempo, Villareal, Asai, & Lucca, 1988)、援助要請に対して否定的な態度をもちやすい可能性が考えられる。このように、文化的要因については知見の一貫性が乏しく、不明瞭な点が多い。そのため、今後も引き続き検討していく必要がある。

6. 援助要請態度、意図、行動における関連要因の位置づけ

以上のように、各関連要因が援助要請態度、意図、行動のどの段階と関連しているかは要因によって様々である。先行研究で示されている知見をまとめ、援助要請態度、意図、行動における関連要因の位置づけを Figure 1 に示した。

Figure 1 から読み取れることとして、まず、心理的要因が数多く検討されていることが挙げられる。これに対して社会的要因や文化的要因は要因数が少なく、先行研究も心理的要因ほど積み上げられていないことが窺えた。

また、援助要請態度、意図、行動別に関連要因をみると、援助要請態度にはスティグマやアジア的価値観といった個人または文化に由来する価値観や考え方が、援助要請意図には愛着スタイルや自尊感情といったパーソナリティが密接に関連していることが窺える。対照的に援助要請行動には、保険の加入状況や現実的制約といったより実際的な要因が関連することが示唆されている。

一方、ディストレスやメンタルヘルス・リテラシー、ソーシャルサポートなどは、援助要請態度、意図、行動の全ての段階に関連することが明らかになった。しかし、このうちディストレスとソーシャルサポートは、援助要請を促進するという知見と抑制するという知見の両方が示されており、その背景は不明瞭であった。これらは援助要請プロセス全体にかかわる重要な要因といえることから、今後はより詳細な検討を行い、矛盾する知見の背景を明らかにしていく必要がある。

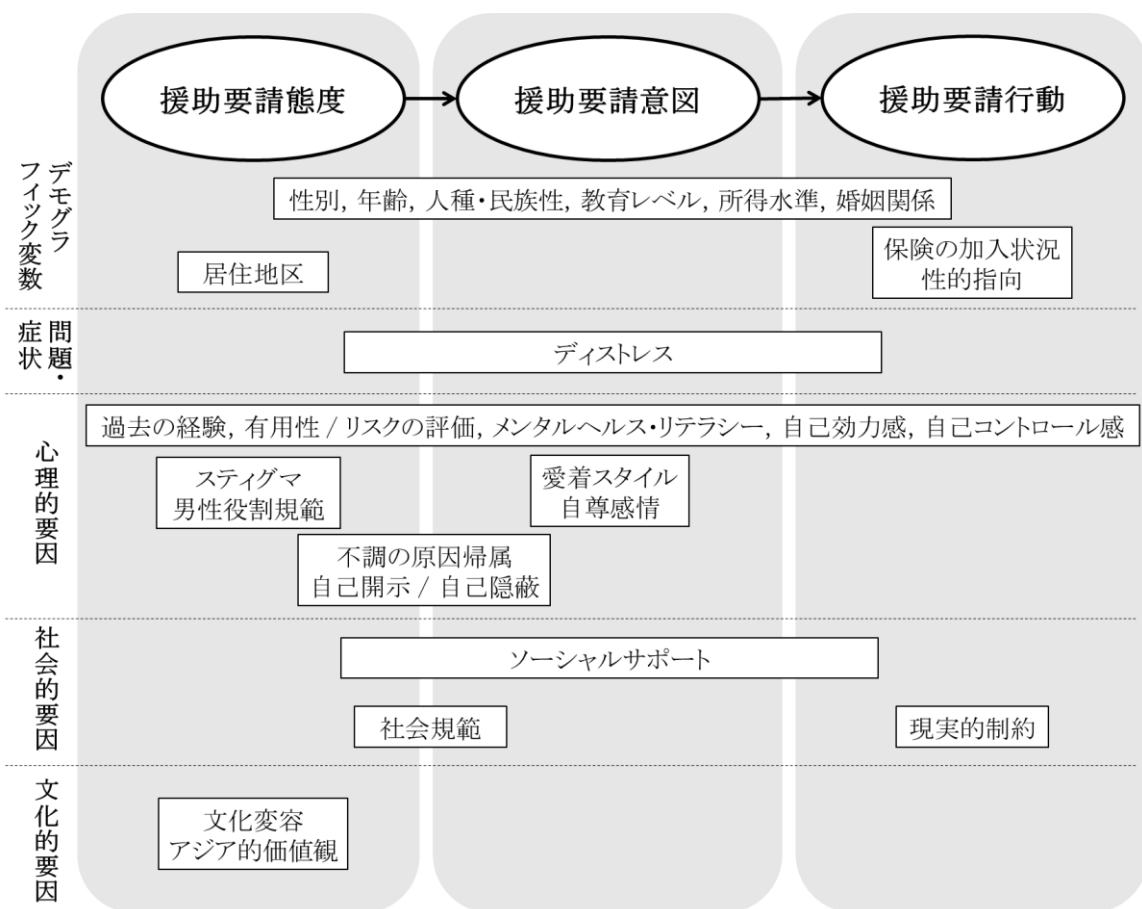


Figure 1 援助要請態度, 意図, 行動における関連要因の位置づけ

第4節 援助要請を促進するための介入法

先行研究の知見を生かし、メンタルヘルス専門家への援助要請を促進するため、2000 年を越えた頃からは介入法に関する実践的な研究も行われてきた。ここでは、メンタルヘルス専門家への援助要請促進を目的とした介入法に関する研究をレビューすることとする。これまで示されてきた介入法は、「心理教育」「体験の提供」「システムの整備」の3つに大別できると考えられる。

1. 心理教育

心理教育は援助要請を促進するための介入法として、もっとも多くの研究で用いられてきた (Gulliver, Griffiths, Christensen, & Brewer, 2012)。主として目的に据えられるものは、メンタルヘルス・リテラシーの向上やスティグマの改善である。具体的な方法としては、講義式の授業やビデオ鑑賞により精神疾患や専門機関に関する情報を与える場合が多く見受けられる。たとえば Sharp, Hargrove, Johnson, & Deal (2006) は、大学生を対象に 40 分間の心理教育の授業を行い、援助要請態度と精神疾患に対する考え方が改善したことを明らかにしている。また Demyan & Anderson (2012) は、大学生にビデオを鑑賞させることにより、援助要請態度と対人関係の問題における援助要請意図が改善されたことを示している。一方、こうした方法はスティグマの改善には有効であっても援助要請の促進には有効でない (Heijnders & Van, 2006) ことを指摘する声もあり、援助要請行動への効果には疑問が残されている。

2. 体験の提供

メンタルヘルス専門機関の利用者と対面したり、実際にサービスを体験することで援助要請促進を図る方法も示されている。Christensen, Leach, Barney, Mackinnon, & Griffiths (2006) は、感情コントロールやリラクゼーションを行う認知行動療法 (CBT) を体験することにより、その後の CBT 利用率が高くなることを示している。また、精神疾患患者や専門機関利用者との接触は、精神疾患に対するスティグマを低減することも数々の研究で示されており (e.g. Corrigan et al., 2002; Pinfold et al., 2003), 援助要請態度の改善に有効な方法と考えられる。

3. システムの構築

近年のインターネットの普及に伴い、不調を抱える人を見つけだして専門家への相談を勧めるシステムの構築と効果測定も行われている。たとえばアメリカでは、自殺予防を推進する機構（American Foundation for Suicide Prevention: AFSP）が大学生のためのスクリーニングシステムを開発している。これはオンライン調査によって自殺リスクのある学生の発見と専門機関へのリファーを行うものであり、援助ニーズを抱える学生をメンタルヘルス専門家へつなぐ上で有効であることが確かめられている（Garlow et al., 2008）。ただし、実際に専門家へつながる学生は、参加者のうち 10%にも満たないことも明らかにされており、システムの改善が課題とされている（Eisenberg, Hunt, & Speer, 2012）。

このように、これまで様々なアプローチにより援助要請の促進と効果測定が行われてきた。一方、こうした介入法の問題点や課題も指摘されている。Gulliver et al. (2012) は介入法に関する研究を概観し、これまで研究されてきた介入法のうち、援助要請行動の促進効果が認められたのは CBT のみであったこと、また、持続的効果の検証が不十分であることを指摘している。この論文では、もっとも盛んに研究されてきた心理教育によるメンタルヘルス・リテラシーの向上も、援助要請態度の改善には有効である一方で、援助要請行動には効果がないことが示されている。このように、介入法の確立には様々な課題が残されており、メンタルヘルス専門家の利用促進に向けて、実際の行動変容および持続的効果をもたらす介入法の研究が求められている。

第5節 本論文の目的および概要

このように、メンタルヘルス専門家への援助要請については多くの研究がなされながらも、実際の行動変容および持続的効果をもたらす効果的な介入法は明らかにされていない。そのため、援助要請促進のための一般的な指針や具体的方法は、未だ確立されていない状態にある。

こうした問題の背景には、これまで心理的要因に重点が置かれ、他の要因が十分に検討されてこなかったことがあると考えられる。介入法の研究においても、メンタルヘルス・リテラシーやスティグマといった心理的要因を対象としたものが多く、他の要因を利用したアプローチは見受けられない。心理的要因は援助要請態度や意図との関連が強いことに鑑みると、心理的要因を対象とした介入が援助要請行動に効果を発揮しないことも理解可能である。

これに対して社会的要因は、援助要請行動の促進に有効であることが示唆されている。社会的要因のうち社会規範は、人の行動に直接影響を与えるとされており (Mollen, Ruiter, & Kok, 2010)、健康管理行動に対して、持続的影響をもつことも示されている (Murphy, Vernon, Diamond, & Tiro, 2014)。また、専門家の利用を家族や友人に勧められることは、援助要請行動を促進することも明らかにされている (Vogel et al., 2007a)。したがって、社会的要因を用いた介入により、実際の行動変容や持続的効果が期待できると考えられる。

これまでの研究において社会的要因は、メンタルヘルス専門家への援助要請に対して多面的な効果をもつことが明らかにされている。Gourash (1978) は、社会的ネットワークが個人の援助要請に及ぼす影響として、「1) ストレスを緩和し、援助ニーズを低減する、2) 物理的・情緒的サポートを提供することで専門的援助の必要性を生じにくくさせる、3) 状態を判別し、専門家を紹介する仲介者となる、4) 援助要請に関する態度、価値観、規範を伝達する」の4つを示している。このうち1)、2) は、問題の深刻化を防ぐ予防的効果があり、ソーシャルサポートの援助要請に対する抑制効果はこれにあたりと考えられる。一方3) は、周囲の他者が問題を認識して援助要請を勧めることであり、ソーシャルサポートが促進的にはたらく場合にあたりと考えられる。また4) は、社会規範に該当し、規範の内容などにより促進的にも抑制的にもなると予想される。このように1)、2) は援助ニーズ自体を低減させることから、援助を必要とする人を専門家へつなげるためには、3) または4) からのアプローチが有効と考えられる。したがって、社会的要因を用いた介入法を開発するには、

他者による仲介や社会規範について理解する必要があるといえる。しかし、これらの要因が援助要請プロセスにおいてどのようなはたらきを担い、いかに効果を発揮するか、十分な知見が積み重なっているとはいえない。

そこで本研究では、他者の仲介や社会規範といった社会的要因に焦点をあて、メンタルヘルス専門家への援助要請との関連を検討する。その際、援助要請態度、意図、行動それぞれに対する社会的要因の影響を文化的要因やディストレスといった他の要因との関連のなかで検討することとする。それにより、援助要請プロセスにおいて社会的要因が担うはたらきとその規定要因を明示し、社会的要因を利用した介入法を開発するための提言を行うことを目的とする。

第2章、第3章では、特に社会規範に着目し、メンタルヘルス専門家への援助要請に及ぼす影響を検討する。第2章ではまず、人間の行動決定における社会規範の役割を示し、仮説を生成する。これを踏まえて研究1では、社会規範と我が国の文化的要因との関連を検討し、両者が援助要請意図に及ぼす影響を明らかにする。

第3章および第4章では、実社会における社会的要因の影響をより具体的に検討するため、対象を労働者に限定する。第3章では、職場における社会規範として組織風土を取り上げる。まず、労働者のメンタルヘルスや職場のメンタルヘルス対策の現状を示し、労働者に着目する背景と意義を明らかにする。その上で研究2では、労働者における援助要請態度、メンタルヘルス、および組織風土を調査し、デモグラフィック変数との関連を検討する。それにより、労働者の援助要請を検討する上で考慮すべきデモグラフィック変数を明らかにするとともに、労働者における援助要請態度、メンタルヘルス、組織風土の実態を示す。また研究3では、組織風土と援助要請態度との関連を検討する。その際、労働者自身のディストレスの状態を考慮することにより、社会規範とディストレスが援助要請態度に及ぼす影響を明らかにする。

第4章では、労働者の援助要請行動に着目し、実際の援助要請プロセスとそのなかでの社会的要因のはたらきを明らかにする。研究4では、メンタルヘルス専門家の利用歴がある労働者にインタビュー調査を行い、発症から援助要請に至るまでの内的体験をモデル化する。それにより、高いディストレス状態にある労働者がどのような体験を経て援助要請を行うかを明示するとともに、援助要請プロセスにおける社会規範や他者による仲介の役割を示す。

そして最後に第5章では、第1章から第4章までの内容を総括し、総合的な考察を行う。

それにより，本研究で明らかになった知見を整理し，心理専門家への援助要請を促進するための介入法開発に向けた提言を行う。さらに，本研究の意義および限界を示し，今後の展望について考察することとする。

第 2 章

メンタルヘルス専門家への援助要請意図と 社会規範との関連

第 1 節 行動決定における社会規範の役割

社会的要因のうち社会規範は、メンタルヘルス専門家への援助要請に影響する要因として取り上げられてきた。たとえば Vogel et al. (2005) は、社会規範が援助要請態度に影響することを示している。また Vogel, Wester, & Larson (2007b) はこれまでの研究を概観し、メンタルヘルス専門家への援助要請の規定因として社会規範を挙げている。このように援助要請研究において社会規範が注目されるようになった背景としては、合理的行動理論 (Theory of Reasoned Action; Ajzen & Fishbein, 1980) および計画的行動理論 (Theory of Planned Behavior; Ajzen, 1991) があると考えられる。

合理的行動理論および計画的行動理論は、人の行動を説明する理論モデルである。これらのモデルにおいては、人は原則合理的であるという前提のもと、行動の最大の規定因は行動に対する意図であり、意図の最大の規定因は行動に対する態度であると考えられている。合理的行動理論は、態度と「主観的規範 (Subjective norm)」が意図を予測し、意図が行動を予測するという 4 要因から構成されるモデルである。計画的行動理論はこれを発展させたものであり、意図の規定因としてさらに「知覚された統制力 (Perceived control)」を加え、5 要因から構成されている。主観的規範とは、行動に関する社会規範の主観的な認識であり、ある行動に対する重要他者の期待や考えを個人がどのように認識しているかを表している (Ajzen & Fishbein, 1980)。その測定においては、ある行動を自分がすべき/すべきでないと他者が考えるだろうという「規範的信念 (Normative belief)」と、そうした他者の期待に従おうとする意欲である「同調への動機づけ (Motivation to comply)」の 2 要因が用いられ、これらをかけ合わせることで算出される。一方、知覚された統制力とは、ある行動を実行するにあたっての主観的な容易さまたは困難さである (Ajzen, 1991)。Ajzen (1991) は行動の遂行に必要となる時間や金銭、能力などの影響を考慮するため、これらを集約したものとして知覚された統制力により測定することとした。合理的行動理論および計画的行動理論は様々な行動に適用可能であり、飲酒や喫煙、避妊、ダイエット、医療機関の利用などの健康管理行動のほかに消費活動や選挙への投票などを予測する上で有効であるといわれている (Ajzen & Fishbein, 1980; Baker, Morrison, Carter, & Verdon, 1996; Montaña, Thompson, & Taylor, 1997; Morrison, Spencer, & Gillmore, 1998)。

一方、合理的行動理論および計画的行動理論に含まれる各要因の影響は、文化により異なる可能性も指摘されている。一般的に計画的行動理論においては、意図の規定因のうち主観

的規範がもっとも予測力が弱いといわれている (Armitage & Conner, 2001)。一方, Mo & Mak (2009) は中国人を対象とした研究において, 知覚された統制力と援助要請意図の関連がもっとも弱かったこと, 主観的規範は援助要請意図だけでなく, 援助要請態度にも影響することを明らかにしている。また, 集団主義では個人主義よりも意図と主観的規範の関連が強いことも示されており (Chan & Lau, 2001), 集団主義社会における主観的規範の重要性が示唆されている。こうした特徴の背景には, 他者との関係性や親族間のつながりを重視する集団主義特有の文化が関連していると考えられており, 文化による影響を考慮する必要性が示唆されているといえる。したがって, 集団主義といわれる我が国においても, 主観的規範は行動決定において重要な役割と果たす可能性が考えられる。

第2節 研究1：世間体意識と主観的規範が援助要請意図に及ぼす影響ⁱⁱⁱ

1. 問題と目的

これまで、合理的行動理論はメンタルヘルス専門家に対する援助要請の意志決定を説明するうえで有用であることが示されてきた (e.g. Kim & Park, 2009)。また、他者との関係性やつながりを重んじる文化のもとでは、特に主観的規範が重要な役割を果たすことが示唆されている (e.g. Chan & Lau, 2001)。そこで研究1では、合理的行動理論に基づき、態度と主観的規範が援助要請意図に及ぼす影響を検討する。その際、我が国において重要と考えられる文化的要因を取り上げ、両者の関連を検討することにより、我が国における主観的規範の影響を明らかにすることを目的とする。

我が国の文化を表すものとしては、「世間体」が挙げられる。「世間」とは、「ミウチ」と「タニン」の中間帯の世界であり、そうした世間の眼に対する体裁や体面が「世間体」であると考えられている (井上, 1977)。こうした前提のもと井上 (1977) は、世間体を重んじる心情こそが日本人の基底感情であると述べている。すなわち日本人にとって世間から逸脱することは恥であり、体裁を守るために社会規範に準拠することを重んじる文化が共有されていると考えられる。

このような世間体を気にする傾向は、メンタルヘルス専門家への援助要請を抑制する可能性が示唆されている。精神疾患やそれを抱える者は古くからスティグマの対象とされており (Sibicky & Dovidio, 1986)、他者からの偏見や否定的評価に対する恐れは援助要請を妨げるといわれてきた (Vogel et al., 2007b)。また、日本の高齢者を対象とした調査からは、世間体を気にする傾向が強いほど公的ケアサービスの利用に対して否定的な態度を示すことも明らかにされている (Maruyama, Taguchi, Ryu, Nagata, & Murashima, 2011)。したがって、世間体を気にする傾向はメンタルヘルス専門家への援助要請と負の関連をもつ可能性が考えられる。

一方、世間体を重視する文化のもとでは社会規範が遵守されやすいことから、主観的規範が世間体を気にする傾向と援助要請との関連を調整する可能性も考えられる。主観的規範は援助要請意図を予測するといわれており (Bayer & Peay, 1997)、援助要請に対して肯定的な主観的規範は援助要請意図を促進することが予想される。よって、世間体を気にする傾向

ⁱⁱⁱ 研究1は、Yumiko Maekawa & Atsuko Kanai (2015). Effects of Sekentei on seeking psychological help in Japan: The interaction effects of moderate factors based on the theory of reasoned action. *Online Journal of Japanese Clinical Psychology*, 1, 1-12.の一部を加筆・修正したものである。

が強く、主観的規範が肯定的である場合、意思決定において主観的規範が重視されることにより、援助要請を行いやすくなることが推測される。したがって、世間体を気にする傾向は援助要請を阻害する一方で、主観的規範が肯定的である場合には、援助要請は低減しない可能性が考えられる。

そこで本研究では、世間体を気にする傾向を「世間体意識」と名付け、以下の仮説を検証することとする。

仮説 1：世間体意識が高いほど援助要請意図は低くなる。

仮説 2：主観的規範が肯定的であるほど援助要請意図は高くなる。

仮説 3：世間体意識が高い場合でも、主観的規範が肯定的であれば援助要請意図は低下しない。

また、合理的行動理論では、主観的規範とともに態度が援助要請意図を予測するといわれている。したがって、個人が援助要請に肯定的な態度を有している場合にも世間体意識の影響は調整される可能性が考えられる。そこで、以下の仮説が考えられる。なお、ある対象に対する感覚・感情は態度の測定に有効である（Ajzen & Fishbein, 1980）ことから、態度の測定にはカウンセリングイメージを用いることとする。

仮説 4：カウンセリングイメージが肯定的であるほど援助要請意図は高くなる。

仮説 5：世間体意識が高い場合でも、カウンセリングイメージが肯定的であれば援助要請意図は低下しない。

このような検討を行い、社会規範と文化的要因の効果を明らかにすることは、我が国における援助要請の理解と促進に有効であると考えられる。これまで文化的要因に着目した国内の研究は少なく、世間体意識が援助要請に及ぼす影響は明らかになっていない。一方、世間体を重んじる文化は我が国に深く根付いており、日本人の生き方にまで影響を及ぼすともいわれている（井上, 1977）。したがって、世間体意識と援助要請の関連を明らかにすることは、日本人の援助要請の理解に寄与するものと考えられる。また、世間体意識は容易には変容しない可能性が高いことから、調整要因を明らかにすることは、有用な介入法を示すための一助となると考えられる。

2. 方法

（1）調査協力者

A 県内にある 4 年制の国立大学 1 校および私立大学 6 校に所属する大学生 295 名対象に

質問紙調査を行った。そのうち、273 名（男性 127 名、女性 146 名）が有効な回答を提出し、分析対象となった。平均年齢は 20.7 歳 ($SD = 1.24$) であり、対象者のうち 203 名が理系の学問を専攻していた。

（２）調査手続き

質問紙は、大学の講義およびクラブ・サークル活動において配布した。質問紙は 10 分程度で回答され、その場で研究者が回収した。

（３）調査内容

質問紙の冒頭において、心理専門家を「学校、病院、企業、福祉施設、または公的機関で、心理学に基づいたカウンセリングなどの援助を行うカウンセラーや相談員といった専門職の総称」と定め、以下の項目について回答を求めた。

（a）援助要請意図

抑うつ症状を呈している大学生の説明文を読んでもらい、もし自分自身がこのような状況に陥ったらという想定のもと、被援助志向性尺度（田村・石隈, 2001）への回答を求めた。被援助志向性尺度は 11 項目 2 因子から構成され、「よくあてはまる：5」から「全くあてはまらない：1」までの 5 段階評定により回答を求める。そのうち心理専門家に対するものとしては不適切と思われる 3 項目を削除した 8 項目を使用した。

（b）世間体意識

世間体意識は、改訂版世間体スケール（百瀬・麻原, 1997）により測定した。改訂版世間体スケールは「家意識」「逸脱」「体裁」「同調」の 4 因子 17 項目から構成され、「よくあてはまる：5」から「全くあてはまらない：1」までの 5 段階評定で回答を求める。本尺度は、高齢者に対する調査から開発され、中年から高齢者を対象とした研究において活用されていった（川元, 1999）。一方、熊谷（松田）（2001）は、近年において家意識は弱化しており、高齢の親世代と中年以下の子ども世代では家族意識が異なることを指摘している。そこで大学生を対象とする本研究においては、「家意識」の 3 項目を除いた 14 項目を使用することとした。

（c）カウンセリングイメージ

カウンセリングイメージは、相談することに関するイメージ尺度（森田, 1990）から選定し、本調査に合わせて表現を修正した 26 項目により測定した。回答は、「とてもよく当てはまる：4」から「まったく当てはまらない：1」の 4 段階評定で求め、どうしても判断がつかない場合のみ、「よくわからない：0」を回答するように教示した。

(d) 主観的規範

主観的規範は、家族と友人に共有された規範を問う主観的規範尺度（伊東, 1997）により測定した。主観的規範尺度は、「規範的信念」と「同調への動機付け」の2要因4項目から構成される。規範的信念は「あなたがこのような状態であるとき、あなたの家族（/友人）は心理専門家に相談すべきだとどの程度思うでしょうか？」と尋ね、「非常に思うだろう：6」から「まったく思わないだろう：1」までの7段階評定で回答を求めた。また同調への動機付けは、「普段、あなたは家族（/友人）の期待に沿った行動をしたいと思いますか？」と尋ね、「非常にしたい：6」から「まったくしたくない：1」までの7段階評定で回答を求めた。

3. 結果

(1) 尺度構成

(a) 援助要請意図

被援助志向性尺度の8項目について主因子法、バリマックス回転による因子分析を行ったところ、2因子が抽出された（Table 1）。この因子構造は除外した3項目を除いて田村・石隈（2001）と一致していたことから、各因子名は先行研究を参考に命名することとした。第1因子は、「心理専門家からの助言や援助がほしい」「心理専門家に話を聞いてほしい」などの6項目から構成され、専門家の援助に対する欲求を表していたことから「援助欲求」と命名した。第2因子は、「心理専門家に相談したり援助を求めるのは、心苦しさを感ずる」「心理専門家からの助言や援助を求めることに、抵抗がある」の2項目から構成され、専門家へ援助要請することへの抵抗感を表す逆転項目であったことから「抵抗感の低さ」と命名した。尺度の信頼性を確認するため、下位尺度ごとにクロンバックの α 係数を算出したところ、援助欲求は $\alpha = .832$ 、抵抗感の低さは $\alpha = .792$ であり、それぞれ十分な値が得られた。

Table 1 被援助志向性尺度の因子分析結果

No.	項目	因子負荷量		共通性
		F1	F2	(因子抽出後)
第1因子：援助欲求				
1	心理専門家からの助言や援助がほしい	.863	-.002	.745
2	心理専門家に話を聞いてほしい	.840	.046	.707
3	自分と一緒に対処してくれる心理専門家がほしい	.834	.032	.696
4*	心理専門家に相談することはない	.597	.223	.407
5*	心理専門家には頼らず、自分で解決したい	.475	.219	.273
6*	心理専門家の助言や援助はあまり役に立たないと思っている	.352	.310	.220
第2因子：抵抗感の低さ				
7*	心理専門家に相談したり援助を求めるのは、心苦しさを感ずる	.079	.860	.746
8*	心理専門家からの助言や援助を求めることに、抵抗がある	.066	.744	.559
α 係数		.832	.792	
固有値		2.86	1.49	
累積寄与率(%)		35.8	54.4	

*逆転項目

(b) 世間体意識

改訂版世間体スケールの14項目について主因子法、バリマックス回転による因子分析を行ったところ、1因子が抽出された(Table 2)。因子負荷量が.35未満だった2項目を除外し、12項目の平均値 ($M = 3.43$, $SD = .617$) を分析に用いることとした。尺度の信頼性を確認するため、クロンバックの α 係数を算出したところ、 $\alpha = .850$ と十分な値が得られた。

Table 2 改訂版世間体スケールの因子分析結果

No.	項目	因子負荷量	共通性 (因子抽出後)
12	人と違った行動をとらないようにする	.752	.293
10	目立つことはしないように行動する	.696	.218
9	人に笑われないように行動する	.644	.376
4	人の目やうわさを気にする	.613	.339
13	町のうわさになるような行動はしない	.610	.199
11	人前で恥ずかしい思いをしたくない	.591	.415
7	体裁を気にする	.582	.484
1	周りに合わせて行動する	.542	.350
3	自分の意思より, 他の人の意見に従う	.466	.565
8	家の体面を気にする	.446	.372
14	家族に肩身の狭い思いをさせないようにする	.435	.189
5	人前では自分の行動に気を使う	.415	.172
α 係数		.850	
固有値		3.97	
累積寄与率(%)		33.1	

(c) カウンセリングイメージ

カウンセリングイメージの26項目について主因子法、バリマックス回転による因子分析を行ったところ、2因子が抽出された（Table 3）。第1因子は「安心できる」「楽になる」などの11項目から構成され、カウンセリングに対する肯定的なイメージを表していたことから「肯定的カウンセリングイメージ」と命名した。第2因子は、「行きづらい」「近寄りがたい」などの10項目から構成され、カウンセリングに対する否定的なイメージを表していたことから「否定的カウンセリングイメージ」と命名した。尺度の信頼性を確認するため、下位尺度ごとにクロンバックの α 係数を算出したところ、肯定的カウンセリングイメージは $\alpha = .881$ 、否定的カウンセリングイメージは $\alpha = .830$ であり、それぞれ十分な値が得られた。因子負荷量が.35未満だった5項目を除外し、本研究では肯定的カウンセリングイメージ($M = 2.23, SD = .740$)のみを分析に用いることとした。

Table 3 カウンセリングイメージの因子分析結果

No.	項目	因子負荷量		共通性
		F1	F2	(因子抽出後)
第1因子： 肯定的カウンセリングイメージ				
25	安心できる	.778	-.161	.500
5	楽になる	.721	-.081	.410
3	頼りになる	.707	-.077	.506
1	信頼できる	.701	-.092	.499
17	あたたかい	.692	-.155	.527
19	受け入れてくれる	.691	-.144	.470
21	大切な	.603	-.107	.234
23	親身に相談に乗ってくれる	.564	-.130	.481
15	親しみやすい	.488	.004	.203
7	必要な	.483	-.013	.279
9	明るい	.450	-.026	.352
第2因子： 否定的カウンセリングイメージ				
4*	行きづらい	.037	.705	.238
6*	近寄りがたい	.000	.686	.178
8*	行くのに勇気がいる	-.120	.683	.503
2*	恥ずかしい	.044	.639	.419
18*	重々しい	-.148	.630	.498
14*	暗い感じがする	-.065	.590	.183
10*	最終手段	-.212	.484	.375
22*	かたくなるしい	-.150	.473	.246
20*	相談相手がいない人が行く	-.062	.423	.335
16*	おおげさな	-.086	.413	.631
α係数		.881	.830	
固有値		4.55	3.52	
累積寄与率(%)		21.7	38.4	

*逆転項目

(d) 主観的規範

主観的規範は Ajzen & Fishbein (1980) に従い、規範的信念と同調への動機付けの得点をかけ合わせることで算出した。家族と友人それぞれについて算出し、家族の主観的規

範 ($M = 1.77, SD = 7.90$) と友人の主観的規範 ($M = -.12, SD = 7.68$) を区別して分析に用いた。

(2) 各変数間の相関

各下位尺度間の相関関係を明らかにするため、ピアソンの積率相関分析を行った (Table 3)。その結果、援助欲求と抵抗感の低さは有意に相関していた ($r = .560, p < .001$)。また、肯定的カウンセリングイメージと家族の主観的規範 ($r = .372, p < .001$) および友人の主観的規範 ($r = .268, p < .001$) にはそれぞれ有意な正の相関がみられた。一方、世間体意識と抵抗感の低さは有意な負の相関を示した ($r = -.261, p < .001$)。

Table 3 因子間の相関関係

	援助要請意図		世間体意識	カウンセリングイメージ	主観的規範	
	援助欲求	抵抗感			家族	友人
援助欲求	-					
抵抗感の低さ	.560 ***	-				
世間体意識	-.063	-.261 ***	-			
カウンセリングイメージ	.372 ***	.116	.054	-		
家族の主観的規範	.289 ***	.095	-.014	.122 *	-	
友人の主観的規範	.268 ***	.086	.029	.255 ***	.509 ***	-

* $p < .05$, *** $p < .001$

注) 抵抗感 = 抵抗感の低さ, カウンセリングイメージ = 肯定的カウンセリングイメージ

(3) 仮説の検証

(a) 援助欲求に対する世間体意識、主観的規範、肯定的カウンセリングイメージの影響

援助要請意図のうち援助欲求を従属変数、世間体意識、家族の主観的規範、友人の主観的規範、肯定的カウンセリングイメージを独立変数とした 4 要因の分散分析を行った。なお、各変数は中央値により高群と低群に分けた。その結果、世間体意識 ($F_{(1,257)} = 8.36, p < .01$)、家族の主観的規範 ($F_{(1,257)} = 7.09, p < .01$)、肯定的カウンセリングイメージ ($F_{(1,257)} = 24.2, p < .001$) の有意な主効果が示された。また、世間体意識×友人の主観的規範×肯定的カウンセリングイメージの 3 要因の交互作用が有意であった ($F_{(1,257)} = 3.95, p < .05$; Table 4, Figure 2)。下位検定の結果、友人の主観的規範が高い場合において世間体意識×肯定的カウンセリ

ングイメージの単純交互作用が有意であり ($F_{(1,257)} = 5.76, p < .05$), 友人の主観的規範が低い場合には有意でない ($F_{(1,257)} = .168, n.s.$) ことが示された。

さらに, 世間体意識×友人の主観的規範×家族の主観的規範の 3 要因の交互作用も有意であることが示された ($F_{(1,257)} = 5.36, p < .05$; Table 5, Figure 3)。下位検定の結果, 友人の主観的規範が高い場合において世間体意識×家族の主観的規範の単純交互作用が有意であり ($F_{(1,257)} = 7.29, p < .01$), 友人の主観的規範が低い場合には有意でない ($F_{(1,257)} = .331, n.s.$) ことが示された。

Table 4 援助欲求を従属変数, 世間体意識, 友人の主観的規範, 肯定的カウンセリングイメージを独立変数とした 3 要因の交互作用における記述統計の結果

世間体意識	カウンセリングイメージ	友人の主観的規範					
		高			低		
		<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>
高	高	3.40	.781	44	3.02	.707	30
	低	2.44	.707	20	2.74	.629	35
低	高	3.33	.680	36	3.13	.560	33
	低	3.15	.728	32	2.67	.575	43

注) カウンセリングイメージ = 肯定的カウンセリングイメージ

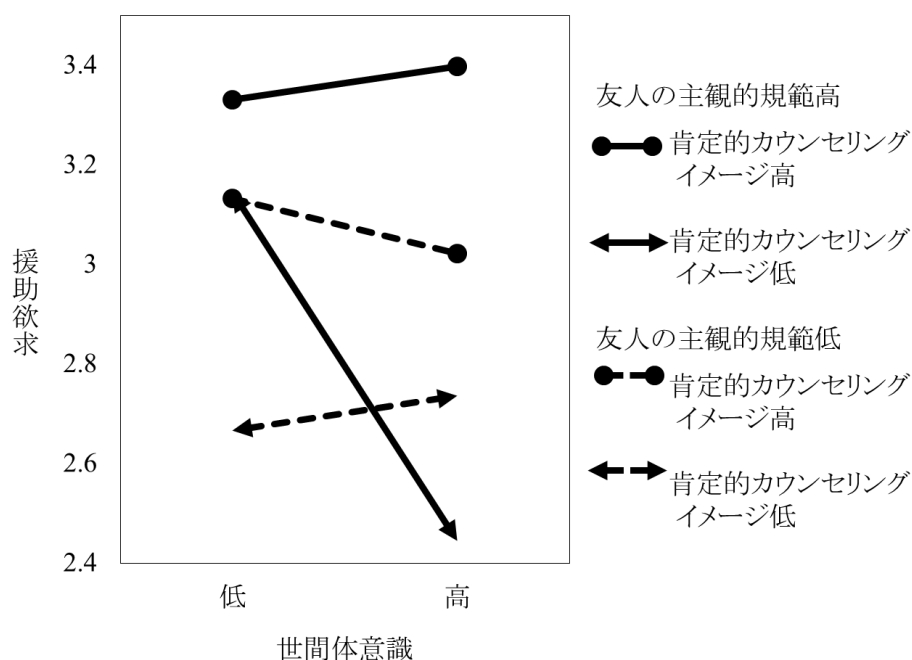


Figure 2 援助欲求を従属変数, 世間体, 友人の主観的規範, 肯定的カウンセリングイメージを独立変数とした 3 要因の交互作用

Table 5 援助欲求を従属変数，世間体意識，友人の主観的規範，家族の主観的規範を
独立変数とした 3 要因の交互作用における記述統計の結果

世間体意識	家族の主観的規範	友人の主観的規範					
		高			低		
		<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>
高	高	3.31	.753	49	2.90	.641	25
	低	2.47	.909	15	2.85	.705	40
低	高	3.26	.633	52	3.03	.590	23
	低	3.18	.912	16	2.80	.611	53

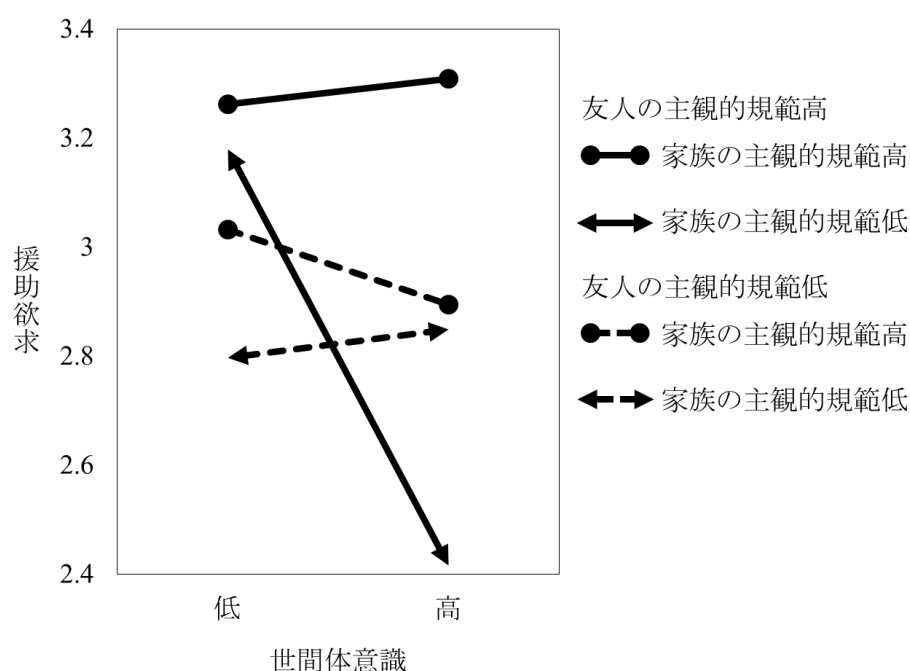


Figure 3 援助欲求を従属変数，世間体，友人の主観的規範，
家族の主観的規範を独立変数とした 3 要因の交互作用

(b) 抵抗感の低さに対する世間体意識，主観的規範，カウンセリングイメージの影響

援助要請意図のうち抵抗感の低さを従属変数，世間体意識，家族の主観的規範，友人の主観的規範，肯定的カウンセリングイメージを独立変数とした 4 要因の分散分析を行った。その結果，世間体意識のみ有意な主効果が示された ($F_{(1,257)} = 17.9, p < .001$)。また，世間体意識×友人の主観的規範×家族の主観的規範の 3 要因の交互作用が有意であった ($F_{(1,257)} = 6.49, p < .05$; Table 6, Figure 4)。下位検定の結果，友人の主観的規範が高い場合において世間

体意識×家族の主観的規範の単純交互作用が有意であり ($F_{(1,257)} = 7.04, p < .01$)、友人の主観的規範が低い場合には有意でない ($F_{(1,257)} = .902, n.s.$) ことが示された。

Table 6 抵抗感の低さを従属変数，世間体意識，友人の主観的規範，家族の主観的規範を独立変数とした 3 要因の交互作用における記述統計の結果

世間体意識	家族の主観的規範	友人の主観的規範					
		高			低		
		<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>
高	高	2.96	1.01	49	2.34	.771	25
	低	2.17	1.08	15	2.69	1.15	40
低	高	3.01	1.09	52	3.11	.908	23
	低	3.34	1.14	16	3.08	1.06	53

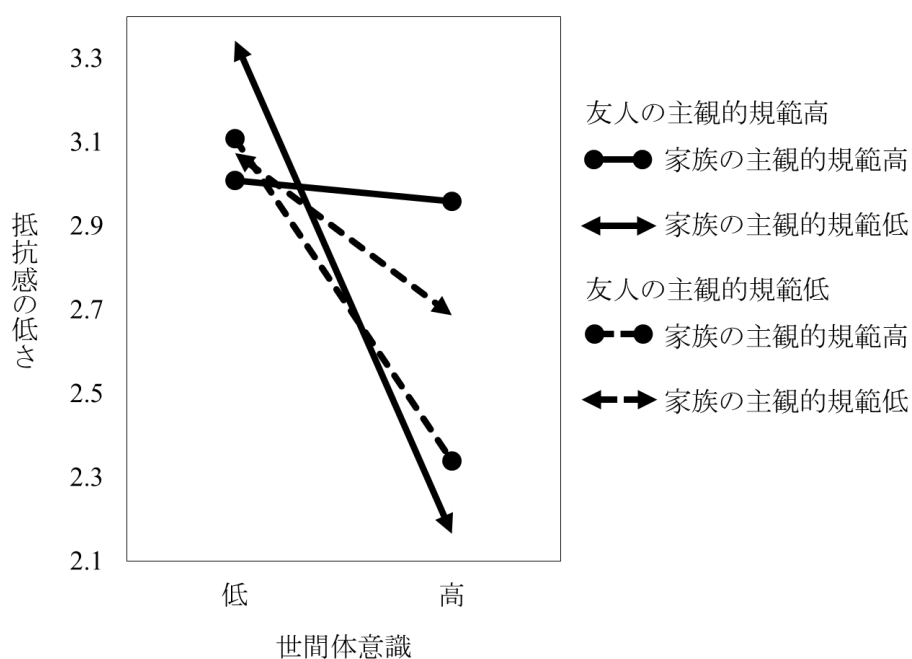


Figure 4 抵抗感の低さを従属変数，世間体，友人の主観的規範，家族の主観的規範を独立変数とした 3 要因の交互作用

4. 考察

研究 1 では，我が国の文化における主観的規範の影響を明らかにするため，世間体意識が援助要請意図に及ぼす影響およびそれに対する主観的規範，肯定的カウンセリングイメー

ジの調整効果について検討を行った。その結果、世間体意識は援助要請意図と負の関連があることが示された。一方、そのような関連は家族・友人の主観的規範および肯定的カウンセリングイメージにより調整されることが明らかになった。

(1) 世間体意識と援助要請意図との関連

4 要因の分散分析を行った結果、世間体意識は援助欲求および抵抗感の低さに有意な主効果を持ち、援助要請意図を阻害することが示された。したがって、仮説 1 は支持された。世間体意識が高い人は、恥に対して敏感であるといわれており（加藤, 1990）、他者の目や他者からの評価に敏感な人はスティグマに対する不安を抱えやすい可能性が考えられる。そのような不安はメンタルヘルス専門家への援助要請を阻害することから（Stefl & Prosperi, 1985）、世間体意識は否定的な援助要請意図をもたらすことが考えられる。

(2) 援助欲求に対する主観的規範と肯定的カウンセリングイメージの調整効果

援助要請意図のうち援助欲求を従属変数、世間体意識、家族・友人の主観的規範、肯定的カウンセリングイメージを独立変数としたとした 4 要因分散分析を行った。その結果、世間体意識に加え、家族の主観的規範および肯定的カウンセリングイメージも援助欲求に対する有意な主効果をもつことが示された。したがって、仮説 2 と仮説 4 は支持された。この結果は、態度と主観的規範が行動の意図に影響するという合理的行動理論と一致するものといえる。ある対象に対する態度はそれにまつわる意図と正の相関を示すことから（Ajzen & Fishbein, 1980）、肯定的カウンセリングイメージが高いほど援助欲求が高くなると考えられる。また、両親は子どもが自らの規範や価値観を形成する上で最初の基準となる存在であり（Erikson, 1968）、青年期において助言や経済的支援を得るもっとも重要な資源であるといわれている（Fingerman, Miller, Birditt, & Zarit, 2009）。そのため、大学生を対象とした本研究では特に、家族の主観的規範が援助要請意図に重要な影響を与えることが推察される。

さらに、世間体意識×友人の主観的規範×肯定的カウンセリングイメージの 3 要因の交互作用が示され（Figure 2）、仮説 3 と仮説 5 は支持された。ただし、友人の主観的規範の主効果は有意ではなかった。この結果は、メンタルヘルス専門家への援助要請において家族と友人が異なる影響を及ぼす可能性を示唆するものである。友人は家族に次いで親しい他者であると同時に社会集団の構成員でもあり、個人を評価する世間の眼にもなりうる存在である。そのため、友人の主観的規範は援助要請意図に直接影響するのではなく、他者からの評価に対する不安を介して間接的に影響する可能性が考えられる。Figure 2 の結果からは、世間体意識が高い人では、友人の主観的規範と肯定的カウンセリングイメージがともに高

い場合にのみ援助要請意図が低下しないことが示されている。すなわち、世間体意識が高い場合にも、友人が援助要請に肯定的な規範をもち、自分自身も肯定的な態度をもつことができれば、援助要請を行いたいという思いが抱かれやすいと考えられる。

さらに、援助欲求に対する世間体意識×友人の主観的規範×家族の主観的規範の 3 要因の交互作用も有意であった (Figure 3)。すなわち、家族と友人の主観的規範が肯定的である場合、世間体意識が高くても援助欲求は高くなることが示された。Latimer & Ginis (2005) は、主観的規範の影響は特に他者からの評価を気にする人において強くなることを示している。この知見は、世間体意識が高く他者の目や他者からの評価に敏感な人は、他者の規範や考えに従いやすいことを示唆するものである。そのため、家族や友人が援助要請を勧める場合、世間体意識が高い人は援助欲求を抱きやすいことが考えられる。

(3) 抵抗感の低さに対する主観的規範と肯定的カウンセリングイメージの調整効果

先に述べた通り、抵抗感の低さを従属変数とした分散分析では世間体意識の有意な主効果が示された。一方、家族・友人の主観的規範と肯定的カウンセリングイメージの主効果は有意でなかった。また、世間体意識×家族・友人の主観的規範×肯定的カウンセリングイメージの交互作用は有意でなかった。したがって、抵抗感の低さにおいては仮説 2、仮説 4、仮説 5 は支持されなかった。こうした結果の背景には、抵抗感の低さの概念的特徴が関連していることが考えられる。抵抗感の低さは、援助要請に対する認知傾向を表しており、個人の特性を測定するといわれている (田村・石隈, 2001)。また、合理的行動理論は個人の特性が関連する行動に対して比較的予測力を発揮しないことが指摘されている (Ajzen & Fishbein, 1980)。こうした理由から、肯定的カウンセリングイメージと主観的規範は抵抗感の低さを予測しない可能性が考えられる。

一方、抵抗感の低さに対する世間体意識×友人の主観的規範×家族の主観的規範の 3 要因の交互作用は有意であり、仮説 3 は支持された (Figure 4)。先にも述べた通り、自身の社会的イメージに対する不安が高い人は重要他者の規範を重視することがわかっている。また、個人にとって規範を参照する他者が重要な存在であるほど援助要請意図に及ぼす影響は大きいといわれている (Ajzen & Fishbein, 1980)。よって、家族や友人が援助要請に肯定的である場合、個人は抵抗感を抱きにくいことが考えられる。

(4) まとめ

研究 1 では、家族・友人の主観的規範および肯定的カウンセリングイメージが世間体意識と援助要請意図の関係を調整することが示された。この知見の裏付ける現象は、実際の臨床

場面においても確認されている。たとえば工藤（2009）は、他者の目を気にしてカウンセリングを拒んでいた大学生に対し、母親から勧めてもらおうよう手配したところ、ようやくカウンセリングを受けられたという事例を報告している。また榊（2008）は、カウンセリングに対して肯定的なイメージを抱きつつも夫から理解されないことを恐れていた女性が、友人から勧められたことにより受診に至った事例を示している。これらのケースは世間体意識が高い人にとって主観的規範や肯定的カウンセリングイメージが重要であることを示唆している。

また、家族・友人の主観的規範は援助欲求と抵抗感の低さの両要因に対して有意な調整効果を示していた。これは、世間体意識が高い場合において、特に主観的規範が緩和効果を発揮することを示唆する結果である。他者との関係性が重視される文化では、特に主観的規範が重要な影響をもつといわれており（Chan & Lau, 2001）、本研究の知見もこれに一致するものといえる。したがって、我が国における援助要請意図を促進するためには、特に主観的規範を改善することが有効であると考えられる。主観的規範は社会規範に対する主観的な認識であることから、他者の考え価値観を正確に把握しているかどうかにかかわらず、個人が社会規範を肯定的に認識することが重要と考えられる。そのため、家族やクラスを対象とした集団での心理教育を行い、親しい他者がメンタルヘルスの問題に取り組む姿勢を見せることも援助要請意図を促進するための有効な手段であると推測される。

第3節 本章の考察

本章では、社会的要因のうち社会規範に着目し、合理的行動理論に則って援助要請意図に及ぼす影響を検討した。その際、世間体意識との関連を検討することにより我が国における文化的要因と社会規範の関係を検討した。その結果研究1では、世間体意識が援助要請意図を阻害すること、しかしそのような効果は、家族・友人の肯定的な規範と個人の肯定的な態度により緩和されることが明らかになった。特に家族・友人の肯定的な規範は援助を受けようとする意欲を高めるだけでなく、援助要請に伴う抵抗感の緩和にも有効であることが示された。この結果は、我が国における社会規範の重要性を示唆するものである。

また研究1では、合理的行動理論で示されている社会規範と意図との関連を裏付けるだけでなく、援助要請を阻害する要因に対して調整効果をもつことが示された。したがって社会規範は、直接援助要請意図を促進するだけでなく、文化的に根付いた阻害要因の効果を緩和することで間接的にも促進効果をもつことが明らかになった。

第 3 章

労働者の援助要請態度と

社会規範との関連

第1節 労働者のメンタルヘルスとメンタルヘルス対策の現状^{iv}

本章では、実社会における社会的要因の影響をより具体的に検討するため、労働者に焦点をあて、労働者の援助要請態度と社会規範との関連について検討する。そのため、まず労働者のメンタルヘルスの現状とそれを取り巻く社会的状況について理解を深め、労働者の援助要請を検討する背景を示すこととする。

1. 労働者のメンタルヘルスの現状

職場には、労働時間や仕事量、コントロール感の低さ、人間関係といった数々のストレスが存在し（Lazarus & Folkman, 1984）、労働者のメンタルヘルスに影響を与えている。我が国では、「現在の仕事や職業生活に関することで強い不安、悩み、ストレスを感じる事柄がある」労働者は52%にのぼり、労働者のうち半数以上が精神的な負担を抱えながらはたらいっていることが示されている（厚生労働省, 2014a）。不安、悩み、ストレスの内容としては、「仕事の質・量」が男女ともにもっとも多く、次いで「仕事の失敗、責任の発生」「対人関係」「役割・地位の変化等」となっている。また、男性は女性に比べて職務ストレスによる精神的不調を抱えやすいといわれており（Wang & Patten, 2001）、我が国においても仕事のことで悩む労働者の割合は女性よりも男性の方が高いことが示されている（厚生労働省, 2014b）。

こうした悩みが解消されないまま継続したり、重なったりした場合、うつ病や不安障害といった精神障害を患いやすくなる。精神障害を理由とした労災請求件数は増加の一途をたどっており、2014年度には1,456件にのぼった（厚生労働省, 2015）。そのうち約15%は自殺であり、自殺の請求件数は総数と同じく増加傾向にある（厚生労働省, 2015）。また、精神障害による自殺や欠勤、パフォーマンスの低下がもたらすコスト（疾病費用）は、年間2.9兆円にものぼるといわれており（学校法人慶應義塾, 2011）、アジアや欧米など世界各国でも同様の問題が報告されている（Hu, He, Zhang, & Chen, 2007; Kessler et al., 2009）。したがって、労働者のメンタルヘルス不調は労働者の健康だけでなく、経済的視点からみても世界的な課題となっている。

^{iv} 第3章 第1節は、前川由未子 (2016). 働く職場の現状 金井篤子（編）産業心理臨床実践 一個（人）と職場・組織を支援する― 森田美弥子・松本真理子・金井篤子（監修）心の専門家養成講座⑧ ナカニシヤ出版, pp. 17-26. の一部を加筆・修正したものである。

2. 職場におけるメンタルヘルス対策の現状

こうした問題に対し、企業自身がメンタルヘルス対策に取り組み、治療的介入を行うことは、それにかかるコストを差し引いた上でも有効であることが明らかにされている (Iijima, Yokoyama, Kitamura, Fukuda, & Inaba, 2013; Kessler, et al., 2009)。日本では、2000年に厚生労働省が「事業場における労働者のこころの健康づくりの指針」を策定し、2006年にこれを労働衛生法に基づくものとして義務化した。それに伴ってメンタルヘルス対策に取り組む事業所数は増加し、2007年には全体の約3割にとどまっていたところを2014年には6割を超える結果となった (厚生労働省, 2014a)。メンタルヘルス対策に取り組む事業所は企業規模が大きくなるほど多く、従業員数300人以上の事業所では2014年時点で9割を超えている。メンタルヘルス対策の内容としては、「労働者・管理監督者への教育研修・情報提供」を挙げるところがもっとも多く、次いで「事業所内での相談体制の整備」「健康診断後の保健指導におけるメンタルヘルスケアの実施」「ストレスチェック」の順となっている (厚生労働省, 2014a)。さらに、平成27年12月からは、従業員50名以上の事業所においてストレスチェックが義務化されるなど、職場におけるメンタルヘルス対策が精力的に進められている。

一方、職場のメンタルヘルス対策が広がりを見せながらも、労働者がそれを活用していないという問題も存在する。労働者全体のうち、職業生活に関する不安や悩みについて産業医や保健師、カウンセラーといった専門家に相談したことのある人は3%未満であり、相談できると思いながらも実際には誰にも相談しなかった人は20%以上にのぼっている (厚生労働省, 2014a)。これは、メンタルヘルス対策に取り組む事業所数が少なかった2007年と比べても変わらぬ水準であり、仕事に関する強い不安、悩み、ストレスを抱える労働者の割合も改善されていないことが示されている (厚生労働省, 2013)。さらに、労働者は非労働者に比べてメンタルヘルスサービスの利用率が低いことも示されており (Mack et al., 2014)、メンタルヘルスに困難を抱えながらも相談をためらう労働者が多いことが窺える。したがって、労働者のメンタルヘルス不調やそれに伴う社会問題を改善するためには、労働者自身によるメンタルヘルス専門家への援助要請を促進することが重要と考えられる。

第2節 職場における社会規範

社会規範は、その集団における望ましい、あるいは望ましくない行動を規定するといわれており（Orlikowski, 1992）、集団に属する個人の行動において重要な要因と考えられる。また我が国では、終身雇用制により企業が共同体化していることが指摘されており、職場では規範や暗黙のルールに従い、秩序を守ることが重んじられるといわれている（開発, 1999）。したがって、職場の社会規範は労働者の援助要請において、特に重大なはたらきを担うことが考えられる。

職場の社会規範を表すものとして、組織風土が挙げられる。風土とは、「組織に対する個人の主観的な認識」であり（Patterson et al., 2005）、組織風土は「組織の成員に共有されている社会的態度や規範の体系で、行動基準、価値観、信念、慣行、態度、雰囲気などを統合し、仕事環境の中で生活し活動する人が直接的あるいは間接的に知覚し、彼らのモチベーションおよび行動に影響を及ぼす測定可能な集団の中での行動の特性を示すもの」と定義されている（羽石・地代・外島・松田・渡辺, 1995）。組織風土は、組織の特性をメンバー個人が認知することで、その集合体として形成されるといわれており（田尾, 1991）、個人の主観的な知覚により測定可能であると考えられている。

金井・若林（1998）は、特にメンタルヘルスに関する組織風土を表すものとして、「メンタルヘルス風土」を示した。メンタルヘルス風土は「メンタルヘルスに関して、組織の成員に共有されている社会的態度や規範の体系であり、行為基準、価値観、信念、慣行、態度、雰囲気などを意味するもの」と定義されており、「メンタルヘルス風土評価」「メンタルヘルス不調不安」「メンタルヘルス理解」の3因子から成っている。メンタルヘルス風土評価は、「企業のメンタルヘルスに対する姿勢や対策、システムなどへの信頼や評価」であり、メンタルヘルス不調不安は、「自分自身が当事者になった場合、職場への復帰や昇進などの道がなくなることへの不安」を表すといわれている。一方、メンタルヘルス理解は「一般的な健康への理解」であり、メンタルヘルス風土評価、メンタルヘルス不調との相関の低さや分布の偏りから、他の2つの下位尺度とは質的に異なることが指摘されている（金井・若林, 1998）。

第3節 研究2：労働者における援助要請態度と組織風土の実態^v

1. 問題と目的

研究1では、社会規範と援助要請意図との関連が示された。一方、先行研究において社会規範は援助要請態度との関連が多く検討されており、職場の社会規範である組織風土も援助要請態度に影響する可能性が考えられる。そこで研究2, 3では、対象を労働者に限定し、組織風土と援助要請態度との関連について検討する。

風土とは、組織に対する個人の主観的な認識であることから (Patterson et al., 2005)、組織風土は同じ組織内においても個人の属性や要因によって異なる可能性が考えられる。そこで研究2では、メンタルヘルスに関する組織風土であるメンタルヘルス風土に着目し、労働者における援助要請態度、メンタルヘルス風土、精神的健康を役職、企業規模といった労働者の個人背景要因別に比較検討を行う。それにより、各変数と個人背景要因との関連を検討し、統制すべきデモグラフィック変数を明らかにするとともに、労働者の援助要請態度、メンタルヘルス風土、精神的健康の実態を示すことを目的とする。

なお、これまでの研究より、男性は女性に比べて職務ストレスによる精神的不調を抱えやすい (Wang & Patten, 2001) 一方で、女性よりも援助要請を行いにくいことが明らかにされている (e.g. Fischer & Farina, 1995; Mack, et al., 2014)。また、集団における社会規範の影響は性別により異なり、男性の方が女性よりも影響を受けやすいことが示されている (Lee, 1997)。そこで、研究2, 3では特に男性労働者に着目し、検討することとした。

2. 方法

(1) 調査協力者

20～60代の就業中の男性を対象に質問紙調査を行った。1,100名に質問紙を配布したところ、757名から回答が得られ (有効回答率 = 68.8%)、そのうち正社員として働く650名を分析の対象とした。分析対象者の年齢は、20～65歳 ($M = 42.0$, $SD = 9.66$) であった。

(2) 調査手続き

質問紙は次の3つの方法で配布した。①A県内の1つの大学の講義にて配布し、身近にいる調査対象者により回答されたものの提出を求めた、②A県内の中学校・高校各1校で

^v 研究2は、前川由未子・金井篤子 (2015). 職場におけるメンタルヘルス風土と労働者の援助要請およびメンタルヘルスの実態 名古屋大学大学院教育発達科学研究科紀要心理発達科学 62巻, 27-37. の一部を加筆・修正したものである。

配布し、身近にいる調査対象者により回答されたものの提出を求めた、③A 県内の中小企業 41 社に配布し、対象社員により回答されたものを郵送してもらった。なお、本調査は名古屋大学大学院教育発達科学研究科研究倫理審査を通過したものであり、参加者の負担、安全、プライバシーには十分に配慮して実施した。

(3) 調査内容

(a) 個人背景要因

個人背景要因として、年齢、就業形態、業種、職種、役職、企業規模について尋ねた。

(b) 援助要請態度

援助要請態度の測定には、Fischer & Farina (1995) が作成した専門的心理援助要請態度尺度 短縮版 (ATSPPH-SF) の日本語訳 (宮仕, 2010) を用いた。これは Fischer & Turner (1970) が作成した専門的心理的援助要請態度尺度 (ATSPPH) の短縮版を宮仕 (2010) が日本語訳したもので、1 因子 10 項目からなるものである。回答は「1: 全くあてはまらない」から「6: 非常にあてはまる」までの 6 段階評定で求めた。

(c) メンタルヘルス風土

金井・若林 (1998) のメンタルヘルス風土尺度を用いた。メンタルヘルス風土尺度は、「メンタルヘルス風土評価」「メンタルヘルス不調不安」「メンタルヘルス理解」の 3 因子 16 項目から構成される。回答は「1: そう思わない」から「5: そう思う」までの 5 段階評定で求めた。

(d) 精神的健康

精神的健康はディストレスの度合いにより測定し、ディストレスが低いほど精神的健康の度合いが高いと考えた。ディストレスとは抑うつ、身体的な症状、不安など、個人が経験する不快な主観的状态を指している (稲葉, 1995)。この測定には Derogatis, Lipman, Covi, & Rickels (1971) が作成した Hopkins Symptom Checklist の渡辺 (1986) による日本語版を用いた。これは原版の 5 つの下位尺度のうち、特に信頼性の高い「心身症傾向尺度」「うつ傾向尺度」「不安傾向尺度」を採用し、30 項目からなるものである。回答は「1: まったくない」から「5: よくある」までの 5 段階評定で求めた。

3. 結果

(1) 対象者の特徴

分析対象となった 650 人の特徴を以下の通りである。

年齢は 20~65 歳に渡り、各年代の割合は 20 代が 16.5%、30 代が 15.2%、40 代が 43.8%、50 代が 24.0%、60 代が 0.5%であった。また業種別では、製造が 44.5%、非製造が 55.5%を占めていた。職種は、対象者の 23.5%が営業、20.8%が事務、11.2%が不動産、9.5%が生産技術、9.1%が研究・開発、4.9%が企画・調査、3.7%が教育、3.7%が販売、13.5%がその他であった。役職別では、役職なしが 29.4%、主任が 13.7%、係長が 13.4%、課長が 22.2%、部長（次長）が 13.4%、取締役が 4.9%、その他が 3.1%であった。そして企業規模の割合としては、従業員数 24 人以下が 17.2%、30~99 人が 30.9%、100~299 人が 15.7%、300~999 人が 8.3%、1,000 人以上が 27.8%を占めていた。

（２）尺度構成

（a）援助要請態度

宮仕（2010）に基づいて 1 因子モデルの確認的因子分析を行ったところ、 $GFI = .863$ 、 $AGFI = .785$ 、 $CFI = .785$ 、 $RMSEA = .133$ と適合度は高くなかった。援助要請態度の因子構造は文化や問題帰属スタイルにより異なるといわれており（Picco et al., 2016）、2 因子モデルも示されている（Elhai et al., 2008）。本研究は男性のみを対象としているため、因子構造が異なる可能性が考えられた。そこで、最尤法、プロマックス回転による探索的因子分析を行ったところ、Elhai et al.（2008）と同様の 2 因子構造が抽出された。適合度は、 $GFI = .933$ 、 $AGFI = .892$ 、 $CFI = .902$ 、 $RMSEA = .091$ であり、各下位因子の信頼性も概ね満足できる水準だったため、これを採用することとした（Table 7）。第 1 因子は、「自分が精神的にまいっている」と確信した時には、まず専門家から心理的な援助を得たいと思う」などの 5 項目で構成され、Elhai et al.（2008）に倣って「専門家への開示性」（以下、「開示性」と表記）（ $\alpha = .799$ ）と名付けた。第 2 因子は、「自分の問題は自分で何とかすべきであり、心理カウンセリングは最後の手段だ」などの 5 項目で構成され、Elhai et al.（2008）に倣って「援助要請に対する否定的態度」（以下、「否定的態度」と表記）（ $\alpha = .680$ ）と名付けた。

Table 7 日本語版 ATSPPH-SF の因子分析結果

No.	項目	因子負荷量		共通性 (因子抽出後)
		F1	F2	
第1因子： 専門家への開示性				
5	自分が精神的にまいっていると確信した時には、まず専門家から心理的な援助を得たいと思う。	.832	.031	.719
1	もしも長い時間、不安な気持ちや動揺が続いたら、専門家から心理的な援助を得たいと思う。	.752	.068	.621
7	将来、心理カウンセリングを受けたいと思うことがあるかもしれない。	.701	.022	.507
3	もしも今、私が感情的にひどく危機的な状態に陥ったとしても、カウンセリングによって安心感が得られると確信している。	.687	.000	.472
6	感情面で問題を抱えている人は一人ではそれを解決しようとせず、専門的な援助を得て解決しようとするだろう。	.431	-.231	.139
第2因子： 援助要請に対する否定的価値観				
9*	自分の問題は自分で何とかすべきであり、心理カウンセリングは最後の手段だ。	-.092	.806	.584
4*	葛藤や気がかりなことがあっても、専門的な援助に頼らずに対処しようとする人の態度は立派な感じがする。	-.188	.590	.273
10*	個人的な問題や感情面での問題といっても他の問題と同じで、自然に解決していくものだ。	.015	.492	.250
8*	カウンセリングにかかる時間や費用を考えると、私のような人にとってカウンセリングに価値があるとは思えない。	.213	.432	.324
2*	自分の問題をカウンセラーと話し合っても、感情的な葛藤を取り除けるとは思えない。	.188	.353	.226
α係数		.799	.680	
因子寄与		3.13	.991	
累積寄与率(%)		31.2	41.1	
因子間相関		-	.500	
			-	

*逆転項目

(b) メンタルヘルス風土

金井・若林(1998)に基づいて3因子モデルの確認的因子分析を行ったところ、GFI=.870, AGFI=.825, CFI=.840, RMSEA=.095と適合度は高くなかった。その理由として、本研究では男性のみを対象としているため、因子構造が異なる可能性が考えられた。そこで重みなし最小二乗法、プロマックス回転による探索的因子分析を行ったところ、3因子が抽出された。一般的基準(因子負荷量.350以下)に従って2項目を削除し、3因子14項目となった。

適合度は $GFI = .920$, $AGFI = .886$, $CFI = .899$, $RMSEA = .081$ となり、各下位因子の信頼性も十分であることが確認された。よって本研究では、これを採用することとした (Table 8)。先行研究と比較すると、削除された項目の他には 1 項目が移動したのみであったことから、因子名は先行研究に従うこととした。第 1 因子は、「私の職場は社内に精神的な悩みを相談する体制が整っているほうだと思う」などの 4 項目で構成される、「メンタルヘルス風土評価」($\alpha = .867$) (以下、「風土評価」と表記) であった。第 2 因子は、「身体と同じように、心の健康にも留意すべきだ」などの 5 項目で構成される、「メンタルヘルス理解」($\alpha = .738$) (以下、「理解」と表記) であった。第 3 因子は、「もし自分が、精神的不調に陥ったら、昇進や昇級などの可能性はなくなるだろう」などの 5 項目で構成される、「メンタル不調不安」($\alpha = .724$) (以下、「不調不安」と表記) であった。

Table 8 メンタルヘルス風土尺度の因子分析結果

No.	項目	因子負荷量			共通性 (因子抽出後)
		F1	F2	F3	
第1因子：メンタルヘルス風土評価					
2	私の職場は、社内に精神的な悩みを相談する体制が整っているほうだと思う。	.916	-.036	-.081	.781
16	私の職場は、従業員のメンタルヘルスのため、具体的な施策を行っているほうだと思う。	.890	-.055	-.055	.748
1	私の職場は、従業員のメンタルヘルスに気を配っているほうだと思う。	.841	-.051	-.002	.699
13	私の職場は、精神的な不調を訴える従業員には、配置転換などで現状を改善してくれると思う。	.496	.045	.182	.360
第2因子：メンタルヘルス理解					
4	身体と同じように、心の健康にも留意するべきだ。	-.008	.696	-.021	.481
9	身体が健康でも、心が健康でなければ本当の健康とはいえない。	-.011	.675	-.042	.449
5	人は誰でも、自分の職場の中で精神的に健康で過ごす権利があると思う。	-.104	.653	.063	.430
6	精神的な不調は仕事の量や責任の重さなどが原因で、誰でも陥る可能性があると思う。	-.143	.592	-.004	.350
12	職場には従業員のメンタルヘルスに留意する義務がある。	.209	.534	-.117	.334
第3因子：メンタルヘルス不調不安					
8	私の職場では、精神的な不調から復帰した場合、その後の人事考課には影響はないと思う。	-.107	-.035	.768	.532
14*	もし自分が、精神的な不調に陥ったら、昇進や昇級などの可能性はなくなるだろう。	-.113	-.168	.622	.351
3	精神的な不調で休んでも、直れば元通り職場で受け入れてもらえると思う。	.170	.106	.590	.487
7	私の職場は、精神的な不調を理由にした休暇でも、比較的とりやすいほうだと思う。	.341	.126	.407	.430
11*	精神的な不調が職場に知られたら、勤めを続けられない。	.157	.016	.398	.235
α係数		.867	.738	.724	
因子寄与		3.46	2.00	1.20	
累積寄与率(%)		24.7	39.1	47.6	
因子間相関		-	.120	.393	
			-	.128	
				-	

*逆転項目

(c) 精神的健康

渡辺（1986）に基づいて3因子モデルの確認的因子分析を行ったところ、 $GFI = .797$, $AGFI = .766$, $CFI = .819$, $RMSEA = .081$ と適合度は高くなかった。その理由として、本研究では男性のみを対象としているため、因子構造が異なる可能性が考えられた。そこで重みづけのない最小2乗法、プロマックス回転による探索的因子分析を行ったところ、2因子が抽出された。一般的基準（因子負荷量.350以下）に従って2項目を削除した結果、2因子28項目となった。適合度は、 $GFI = .819$, $AGFI = .790$, $CFI = .852$, $RMSEA = .076$ とやや低めではあったが、各下位因子の信頼性は十分であることが確認された。よって本研究では、これを採用することとした（Table 9）。第1因子は、「物事をくよくよ考えること」などの15項目で構成されていたことから「抑うつ・不安傾向」（ $\alpha = .923$ ）と名付けた。第2因子は、「身体の一部のしびれや痛み」など13項目で構成されていたことから「心身症傾向」（ $\alpha = .869$ ）と名付けた。

Table 9 日本語版 Hopkins Symptom Checklist の因子分析結果

No.	項目	因子負荷量		共通性 (因子抽出後)
		F1	F2	
第1因子：抑うつ・不安傾向				
20	物事をくよくよ考えること	.842	-.182	.548
11	自分を責めること	.786	-.082	.543
17	憂うつになること	.781	.009	.619
18	特定の物事や場所をさけたいと思うこと	.766	-.046	.544
3	ちょっとした事が気になって仕方ないこと	.751	-.081	.493
9	わけもなくおびえること	.749	-.055	.511
12	恐ろしい気分に襲われること	.702	.082	.573
21	緊張したり神経過敏になったりすること	.697	-.003	.484
14	ひとりぼっちの気分になること	.675	.045	.496
25	将来に希望がないように思うこと	.644	.082	.489
29	いっそ死んでしまいたいと思うこと	.638	.052	.451
5	泣きたくなること	.623	.066	.444
23	どんなことにも興味のなくなること	.591	.104	.439
8	ワナにはめられたような気分になること	.538	.148	.414
10	身体から力が抜ける感じ	.530	.252	.515
第2因子：心身症傾向				
24	身体の一部のしびれや痛み	-.193	.787	.463
13	背中での痛み	-.136	.747	.448
30	手足のだるさ	.003	.727	.532
16	筋肉の痛み	-.168	.692	.359
7	胸や心臓の痛み	.107	.563	.406
26	喉のつまり	.116	.499	.336
19	呼吸困難	.110	.497	.329
28	胃の不調や痛み	.162	.476	.351
15	心臓がどきどきすること	.252	.415	.369
4	めまい	.206	.413	.321
22	暑さや寒さに対する発作	.126	.403	.243
1	頭痛	.148	.384	.242
6	身体がふるえること	.285	.378	.361
α 係数		.923	.869	
因子寄与		10.5	1.78	
累積寄与率(%)		37.6	44.0	
因子間相関		-	.637	
			-	

(3) 変数間の相関関係

各変数間の相関を検討するため、個人背景要因および各変数間のピアソンの積率相関係数を算出した (Table 10)。その結果、個人背景要因間では、年齢と役職 ($r = .454, p < .001$)、および企業規模 ($r = .256, p < .001$) が正の相関を示した。また、メンタルヘルス風土の風土評価と理解は年齢 ($r = .139 / .128, p < .001 / .01$)、役職 ($r = .224 / .145, p < .001$)、企業規模 ($r = .475 / .141, p < .001$) と有意な正の相関を示し、不調不安は、年齢 ($r = -.102, p < .01$)、役職 ($r = -.166, p < .001$) と負の相関を示した。開示性は年齢 ($r = .139, p < .001$)、役職 ($r = .086, p < .05$)、企業規模 ($r = .105, p < .01$) と正の相関を示した一方、否定的態度は負の相関を示した ($r = -.179 / -.119 / -.113, p < .001 / .01$)。さらに、精神的健康は年齢 ($r = -.094$)、役職 ($r = -.145$)、企業規模 ($r = -.087$) と弱い負の相関を示した ($p < .05$)。

次に、変数間の相関関係について注目すると、メンタルヘルス風土の理解は開示性と正の相関を示した ($r = .208, p < .001$)。また、精神的健康の2つの下位尺度は、風土評価と負の相関を ($r = -.235 / -.169, p < .001$)、不調不安と正の相関を示した ($r = .285 / .194, p < .001$)。さらに、精神的健康の抑うつ・不安傾向は開示性と正の相関を示した ($r = .168, p < .001$)。

Tabele 10 個人背景要因および各変数間の相関係数

	M	(SD)	個人背景要因			援助要請態度			メンタルヘルス風土			精神的健康		
			年齢	業種	職種	役職	企業	開示性	否定	評価	理解	不調	抑うつ	心身症
年齢	42.0	(9.67)	-	-.124 **	-.034	.454 ***	.256 ***	.139 ***	-.179 ***	.139 ***	.128 **	-.102 **	-.094 *	.096 *
業種 a.	.445	(.497)		-	-.284 ***	-.084 *	.036	.009	-.020	-.093 *	.011	.030	.080 *	.049
職種 a.	.309	(.463)			-	.017	-.126 **	-.023	.085 *	-.010	-.015	.057	.023	-.029
役職	3.04	(1.73)				-	.169 ***	.086 *	-.119 **	.224 ***	.145 ***	-.166 ***	-.145 ***	.019
企業規模	2.99	(1.48)					-	.105 **	-.113 **	.475 ***	.141 ***	-.014	-.087 *	-.056
開示性	2.93	(.951)						-	-.396 ***	.086 *	.208 ***	-.037	.168 ***	.100 *
否定	3.47	(.903)							-	-.085 *	-.122 **	.105 **	.017	.043
風土評価	2.89	(1.06)								-	.048	-.427 ***	-.235 ***	-.169 ***
理解	4.35	(.563)									-	-.084 *	.054	-.026
不調不安	2.92	(.773)										-	.285 ***	.194 ***
抑うつ	2.18	(.798)											-	.644 ***
心身症	1.94	(.648)												-

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

a. 以下のようにダミーコードを投入した。業種(製造=1, 非製造=0), 職種(営業職、販売職、教育職=1, 事務職, 企画調査職, 研究・開発職, 生産技術職, 製造ラインなどの技術職, その他=0)

注) 企業=企業規模, 評価=風土評価, 不調=不調不安, 否定=否定的態度, 抑うつ=抑うつ・不安傾向, 心身症=心身症傾向

（４）個人背景要因別の変数の分布

個人背景要因による変数の分布を明らかにするため、援助要請態度、メンタルヘルス風土、精神的健康との有意な相関が示された年齢、役職、企業規模を独立変数、援助要請態度、メンタルヘルス風土、精神的健康を従属変数とした一元配置の分散分析を行った。年齢は20~29歳を20代、30~39歳を30代、40~49歳を40代とし、60歳以上の参加者は $n=3$ であったため、50歳から上を50代以上として年代ごとの比較を行った。結果をTable 11に示す。

まず、メンタルヘルス風土を年齢別に比較したところ、風土評価は30代 ($M=2.50$) よりも40代 ($M=3.00$)、50代以上 ($M=3.04$) が有意に高く ($p<.01$)、理解は20代 ($M=4.21$) が40代 ($M=4.42$) よりも低く ($p<.01$)、不調不安は30代 ($M=3.09$) が50代以上 ($M=2.75$) よりも高かった ($p<.01$)。役職別では、風土評価は役職なし ($M=2.58$)、主任クラス ($M=2.54$)、係長クラス ($M=3.00$) よりも課長クラス ($M=3.29$)、部長（次長）クラス ($M=3.34$) が有意に高かった ($p<.05/.001$)。理解は役職なし ($M=4.20$) が課長クラス ($M=4.48$)、部長（次長）クラス ($M=4.43$) よりも低かった ($p<.05/.001$)。不調不安は取締役クラス ($M=2.53$) が役職なし ($M=3.01$)、主任クラス ($M=3.08$)、係長クラス ($M=3.00$) よりも低く ($p<.05/.01$)、部長（次長）クラス ($M=2.71$) が役職なし、主任クラスよりも低かった ($p<.05$)。企業規模別では、風土評価は従業員数300~999人 ($M=3.28$) と1,000人以上 ($M=3.72$) の場合が29人以下 ($M=2.48$)、30~99人 ($M=2.50$)、100~299人 ($M=2.49$) よりも有意に高く ($p<.001$)、さらに1,000人以上が300~999人よりも高かった ($p<.05$)。一方、理解は30~99人が1,000人以上の場合よりも有意に低く ($p<.001$)、不調不安は29人以下 ($M=2.73$) が30~99人 ($M=3.04$) よりも有意に低かった ($p<.01$)。

次に援助要請態度の比較を行ったところ、開示性では、20代 ($M=2.72$) が50代以上 ($M=3.09$) よりも有意に低かった ($p<.001$)。一方、否定的態度は20代 ($M=3.74$) が40代 ($M=3.43$)、50代以上 ($M=3.27$) よりも高く ($p<.05/.001$)、30代 ($M=3.58$) が50代以上よりも高かった ($p<.05$)。

精神的健康では、抑うつ・不安傾向は20代 ($M=2.31$) が40代 ($M=2.09$) よりも高く ($p<.05$)、心身症傾向は、20代 ($M=1.75$) が30代 ($M=2.02$)、40代 ($M=1.96$) よりも有意に低かった ($p<.05$)。また、抑うつ・不安傾向は役職なし ($M=2.32$) が部長（次長）クラス ($M=2.01$) よりも高く ($p<.05$)、従業員数30~99人 ($M=2.30$) が1,000人以上 ($M=2.01$) よりも高かった ($p<.01$)。

以上より、メンタルヘルス風土、援助要請態度、精神的健康はそれぞれ年齢、役職、企業規模といった個人背景要因により異なる得点を示すことが明らかになった。

Table 11 年齢、役職、企業規模を独立変数とした一元配置の分散分析
(独立変数ごとの平均値)

				援助要請態度		メンタルヘルス風土			精神的健康		
				<i>n</i>	開示性	否定	風土評価	理解	不調不安	抑うつ	心身症
年齢	[1]	20代	107	2.72	3.74	2.74	4.21	2.94	2.31	1.75	
	[2]	30代	99	2.79	3.58	2.50	4.27	3.09	2.35	2.02	
	[3]	40代	285	2.98	3.43	3.00	4.42	2.94	2.09	1.96	
	[4]	50代～	159	3.09	3.27	3.04	4.37	2.75	2.13	1.96	
<i>F</i>				4.18 **	6.79 ***	7.53 ***	4.71 **	4.37 **	3.87 **	3.67 *	
その後の検定 (Tukey-HSD法)				[1] < [4]*	[3] < [1]* [4] < [1]** [4] < [2]*	[2] < [3],[4]**	[1] < [3]**[4] < [2]**	[3] < [2]*	[1] < [2],[3]*		
役職	[1]	なし	191	2.83	3.61	2.58	4.20	3.01	2.32	1.89	
	[2]	主任	89	2.85	3.53	2.54	4.33	3.08	2.21	1.99	
	[3]	係長	87	3.00	3.50	2.88	4.40	3.00	2.19	1.95	
	[4]	課長	144	3.01	3.33	3.29	4.48	2.88	2.13	1.98	
	[5]	部長	87	2.96	3.31	3.34	4.43	2.71	2.01	1.88	
	[6]	取締役	32	3.01	3.42	2.95	4.36	2.53	2.04	1.93	
	[7]	その他	20	3.21	3.37	2.63	4.34	2.70	1.89	1.97	
<i>F</i>				<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	11.5 ***	4.05 **	4.05 **	2.41 *	<i>n.s.</i>	
その後の検定 (Tukey-HSD法)						[1],[2] < [4],[5]** [3] < [4],[5]*	[1] < [4]** [1] < [5]*	[6] < [1],[3]* [6] < [2]** [5] < [1],[2]	[5] < [1]*		
企業規模	[1]	～29	112	2.86	3.56	2.48	4.31	2.73	2.11	1.90	
	[2]	30～99	201	2.80	3.53	2.50	4.25	3.04	2.30	2.00	
	[3]	100～299	102	3.00	3.56	2.49	4.36	3.01	2.25	1.96	
	[4]	300～999	54	3.04	3.46	3.28	4.35	2.96	2.26	2.04	
	[5]	1,000～	181	3.06	3.29	3.72	4.48	2.83	2.01	1.83	
<i>F</i>				<i>n.s.</i>	2.63 *	58.3 ***	4.34 **	2.32 **	3.89 **	<i>n.s.</i>	
その後の検定 (Tukey-HSD法)					<i>n.s.</i>	[1],[2],[3] < [4],[5]** [4] < [5]**	[2] < [5]**	[1] < [2]**	[5] < [2]**		

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

注) なし＝役職なし、主任＝主任クラス、係長＝係長クラス、課長＝課長クラス、部長＝部長(次長)クラス、取締役＝取締役クラス、評価＝風土評価、不調＝不調不安、否定＝否定的態度、抑うつ＝抑うつ・不安傾向、心身症＝心身症傾向

4. 考察

研究2では、援助要請態度、メンタルヘルス風土、精神的健康と個人背景要因との関連を検討した。相関分析の結果、援助要請態度、メンタルヘルス風土、精神的健康には年齢、役職、企業規模が関連することが示された。さらに、年齢、役職、企業規模を指標とした際の分布の特徴を検討した結果、メンタルヘルス風土と精神的健康の抑うつ・不安傾向は全ての指標により異なることが示された。また、援助要請態度と心身症傾向は年齢により異なることが明らかになった。

(1) 援助要請態度とデモグラフィック変数との関連

メンタルヘルス専門家への援助要請態度を年齢別で比較したところ、開示性は年齢が低いほど低く、否定的態度はその逆を示した。Mackenzie et al. (2008) は 18 歳以上を対象とした調査から、年齢が高いほど援助要請にポジティブな態度をもち、その割合は 55~64 歳においてもっとも高くなることを明らかにしている。本研究においても、先行研究に一致する結果が示された。Levant & Fischer (1998) は、若い男性に比べて高齢の男性の方が伝統的な男らしさに対するこだわりが弱いことを示している。援助要請は他者に頼る、援助の必要性を認めるなど、伝統的な男らしさと対立する性質が強く、男性役割の意識によって抑制されるといわれている (Addis & Mahalik, 2003)。そのため、援助要請を行うことに対して若年層は抵抗感を抱きやすく、高齢層は葛藤を抱えにくいことから、開示性と否定的態度は年齢により異なるのではないかと考えられる。

以上のように、援助要請態度は年齢が若いほど低くなることから、若い労働者は問題を抱えた場合にも専門的ケアにつながりにくく、悪化のリスクが高いことが示唆された。したがって、若年層の労働者には一人で問題を抱え込まないよう周囲が注意するなど、更なる工夫や配慮が必要であると考えられる。

(2) メンタルヘルス風土とデモグラフィック変数との関連

メンタルヘルス風土を年齢別に比較したところ、風土評価は 30 代よりも 40 代、50 代が高く、理解は 20 代よりも 40 代の方が高かった。このような世代間の差は、それぞれの世代が企業に期待するものの違いによる可能性が考えられる。岩間 (2013) は、現在の 30 代を境に、労働者の会社に対する意識が変化していることを示している。すなわち、40 代以上の戦後貧しい時代を知る世代は、「会社」を主体に、自分が会社に合わせようという態度であるのに対して、30 代以下の高度経済成長育ちの世代は、「自分」を主体に、会社が自分に合うかという態度であるという (岩間, 2013)。そのため、若い世代の方がメンタルヘルス対

策として企業に求めるものが高く、その結果として、企業の取り組みに対する評価が低くなった可能性が考えられる。さらに、金井・若林（1998）は、勤続年数が長いほど風土評価が高くなることを示している。勤続年数が長いことは、その分、企業の施策や取り組みについての認識が豊かである可能性が高い。風土評価は企業のメンタルヘルス対策実施度の認知に影響されること（金井・若林，1998）から、勤続年数の長さが風土評価の高さにつながると考えられる。一般的に、年齢が高いほど勤続年数は長くなるため、年配層の方が、メンタルヘルス風土を高く評価していたと思われる。次に、30代で不調不安が高かったことは、キャリア発達の視点から理解することが可能である。Super（1985）が唱えたライフ・ステージ理論では、25~44歳は「確立期」にあたり、試行錯誤を繰り返しながら自らのキャリアを確立していく時期とされている。特にその後半は「昇進期」と名付けられているように、職業上の能力や地位を向上させることが重要なテーマとなっている（Super, 1985）。したがって、そうした時期に精神的不調を患うことは個人のキャリアにとってのリスクとして認知される可能性が高く、不安を喚起しやすい可能性が考えられる。有意ではないが50代以降に比べて20代、40代の不調不安が高かったことも、こうした発達段階特有の課題による影響があるのではないかと考えられる。

メンタルヘルス風土を役職別に比較したところ、役職が高いほど風土評価は高く、不調不安は低いことが示された。これは、金井・若林（1998）の結果を支持するものである。一般に、役職が高い従業員の方が仕事への関与の度合いや責任が強く、それに伴って会社へのコミットメントも強くなると考えられる。そのため、役職が高い方がメンタルヘルス風土を高く評価することが考えられる。また、すでに地位の高い役職についている部長（次長）、取締役クラスはある程度キャリアが確立されており、精神的不調により職業生活がゆらぐ不安を感じにくいことが推察される。それに対し、役職のない、あるいは地位が低い労働者は将来的なキャリアアップの可能性があるがゆえに不安を感じやすいのではないだろうか。加えて、先に述べたように、年齢が高い方が風土評価と理解が高く、不調不安が低いことが示されている。役職と年齢には正の相関がある（Table 10）ことから、間接的に年齢による影響が表れている可能性も考えられる。係長、部長クラスにおいて理解が高かったことは、近年実施されているメンタルヘルス対策の影響が考えられる。厚生労働省（2006）が発表した『労働者の心の健康の保持増進のための指針』では、職場が取り組むべきケアの一つとして「ラインによるケア」を掲げ、管理監督者に対する教育研修や情報提供が推進されている。実際に、管理監督者への教育研修・情報提供を行っている企業は、1,000人以上の企業で

84.2%，全体で 44.7%と比較的高い水準を示している（厚生労働省,2013）。そうした取り組みの成果として、役職の高い労働者のメンタルヘルスに対する理解が得られているのではないかと考えられる。

企業規模別の比較では、企業規模が大きいほど風土評価が高く、金井・若林（1998）と一致する結果が得られた。これは、企業規模によってメンタルヘルス対策への取り組みに差があることによると考えられる。厚生労働省（2013）の調査によると、メンタルヘルスケアに取り組んでいる事業所の割合は従業員数 1,000 人以上の場合で 98.0%だった一方、100~299 人では 83.1%，20~49 人では 56.0%，10~29 人では 38.9%と従業員が少ないほど減少していた。職場の取り組みに対する認識である風土評価は、実際の施策の実施度が影響するといわれている（金井・若林,1998）。また、メンタルヘルスに対する理解は、取り組みの一成果とも捉えられる。そのため、実施度が低い小規模企業の方が風土評価と理解が低かったと考えられる。さらに、不調不安が 29 人以下で低かったことは、企業規模による昇進・昇給の体系が影響していることが予想される。従業員数の少ない小規模企業では、中途採用が主力であるため職務経験によって基本給が決定されることが多く、昇給があっても年功的要素が強いといわれている（北島・山本,2010）。また、組織がフラットであるために、昇進自体が存在しない場合が多いという現状がある（北島・山本,2010）。そのため、メンタル不調に陥った場合にも、昇進やその後の待遇など職業生活に関する不安を喚起されにくい可能性が考えられる。

以上のように、メンタルヘルス風土は個人背景要因により異なり、抱える課題も一様ではないことが明らかになった。これは、メンタルヘルス対策の客観的な実施度だけでなく、労働者の主観的評価の重要性を示唆するものである。したがって、今後は取り組みを実施しているかどうかという一面的な評価だけでなく、それを労働者がどう受け取っているかという多面的な視点から検討し、メンタルヘルス対策を進めていく必要があるといえる。

（３）精神的健康とデモグラフィック変数との関連

精神的健康を年齢別に比較したところ、抑うつ・不安傾向は 30 代が高く、心身症傾向は 30 代、40 代が高かった。厚生労働省（2004）によると、労働時間が週に 60 時間を超える割合は 30 代でもっとも高く、自殺者数の増加率も 30 代男性に高いことが示されている（社会生産性本部メンタルヘルス研究所,2008）。30 代において抑うつ・不安傾向がもっとも高かったことは、こうした社会状況とも一致する結果である。また、30 代後半から 40 代前半は中期キャリア危機を迎える時期といわれている（Shein, 1978）。この時期には、それまで

の人生を振り返るとともに今後のキャリアを検討することから、心身に様々な負担がかかるとされている。さらに、男性は40代後半から著しく体力水準が低下することから（文部科学省, 2011）、40代以降では特に身体症状として現れやすい可能性が考えられる。

役職別では、役職が低い方が抑うつ・不安傾向が高いことが示された。この背景としては、役職による裁量権の違いが考えられる。Karasek（1979）の Job strain model で示されているように、職務上の決定裁量権が多い場合には積極的に働き、心理的負担は小さい一方で、裁量権が少ない場合には受動的になり、心理的負担は大きくなる。また、職務上の決定裁量権の低さは抑うつにつながることも示されている（Grynderup et al., 2012）。一般に、裁量権は役職が高くなるほど増えることから、役職が低い方が抑うつ・不安傾向が高くなったのではないかと考えられる。

最後に企業規模別に比較したところ、30~99人、100~299人、300~999人で抑うつ・不安傾向が比較的高いことが示された。Virtanen et al.（2008）は労働者を対象とした調査で、収入が低い人は高い人に比べて、抑うつまたは不安障害を患うリスクが2倍以上であることを明らかにしている。日本では、大企業に比べ中小企業の賃金が低く、その格差が課題となっていることから（北島・山本, 2010）、企業規模が小さい方が抑うつ・不安傾向が高くなると考えられる。一方、従業員の少ない小規模企業では、経験が賃金に換算されるため賃金基準が比較的高いことや職場内の人間関係が良好であることが指摘されている（北島・山本, 2010）。29人以下で抑うつ・不安傾向が比較的低かったことは、小規模企業におけるこのような働きやすさの影響が考えられる。

第4節 研究3：ディストレスと組織風土が援助要請態度に及ぼす影響^{vi}

1. 問題と目的

我が国では、職場のメンタルヘルス対策が進む一方で、労働者によるメンタルヘルス専門家への援助要請は少ないことが示されている（厚生労働省, 2013）。企業の取り組みを活用するためには、こうしたギャップの背景を明らかにし、労働者による援助要請を促進する必要があると考えられる。

研究1では、他者からの評価や集団への順応が重視される文化において、社会規範が援助要請に重要な影響を与えることが示された。我が国の企業は共同体としての性質をもち、集団の秩序が重視されるといわれている（開発, 1999）。したがって、労働者の援助要請には、メンタルヘルスに関する職場の社会規範が関連すると考えられる。

一方、職場の規範が個人の行動決定に及ぼす影響は、個人がそれをいかに知覚するかにより規定されることが示唆されている。Litwin & Stringer（1968）は、組織風土の主観的な知覚が環境と個人とを結びつける中間的役割を担い、個人のモチベーションに影響すると指摘している。また、職場環境に対する労働者の主観的認知である心理的風土（Psychological climate）は職場における安全行動に影響することや（Larsson, Pousette, & Törner, 2008）、周囲のサポートに対する認識がサポートの利用に影響することも明らかにされている（Fukunishi, Maeda, Kubota, & Tomino, 1997）。したがって、労働者のメンタルヘルスに関する行動には、企業の実際の取り組みや規範だけでなく、それを労働者がいかに知覚するかが重要であると考えられる。

金井・若林（1998）のメンタルヘルス風土は、組織風土は個人の心理的風土の累積であるという前提のもと、職場の規範に対する個人の主観的な知覚により測定されている。3つの下位尺度のうち、「企業のメンタルヘルスに対する姿勢や対策、システムなどへの信頼や評価」であるメンタルヘルス風土評価と、「自分自身が当事者になった場合、職場への復帰や昇進などの道がなくなることへの不安」であるメンタルヘルス不調不安は組織風土に対する主観的な知覚であり、労働者の援助要請態度に影響する可能性が考えられる。しかし、メンタルヘルス風土と援助要請態度の関連はこれまで明らかにされていない。

一方、援助要請の必須要因ともいえるディストレスは、環境に対する認識に影響すること

^{vi} 研究3は、Yumiko Maekawa, Juan Ramos-Cejudo, & Atsuko Kanai (2016). Help-seeking among male employees in Japan: Influence of workplace climate and distress. *Journal of Occupational Health*, 58, 632-639. の一部を加筆・修正したものである。

が明らかにされている。Zich & Temoshok (1987) は、ディストレスの高さは、周囲のサポートの認識と負の関連があることを示している。また、ストレスによる症状の増加は、職場におけるサポートの認知を阻害することも明らかにされている (Barnes, Nickerson, Adler, & Litz, 2013)。これらの知見は、ディストレスが組織風土の知覚を歪め、正確な認知を妨げる可能性を示唆するものといえる。すなわち、高いディストレスを抱える場合、職場のメンタルヘルス風土を実際よりも否定的に評価する可能性が考えられる。

以上より、肯定的なメンタルヘルス風土は労働者の援助要請を促進する一方で、そうした効果は個人のディストレス状態により調整されることが予測される。そこで本研究では、以下の仮説を検討し、ディストレスと組織風土が労働者の援助要請態度に及ぼす影響を明らかにすることを目的とする。それにより、企業によるメンタルヘルス対策が拡大している一方で、労働者による専門家の利用が改善しない背景を解明するための知見が得られると考えられる。

仮説 1：ディストレスの低い労働者において肯定的なメンタルヘルス風土（メンタルヘルス風土評価が高くメンタルヘルス不調不安が低いこと）は、肯定的な援助要請態度と関連する。

仮説 2：ディストレスの高い労働者において肯定的なメンタルヘルス風土（メンタルヘルス風土評価が高くメンタルヘルス不調不安が低いこと）は、肯定的な援助要請態度と関連しない。

2. 方法

（1）調査協力者

研究 2 と同一の質問紙に回答した 757 名のうち、正社員として働く 650 名を分析の対象とした。分析対象者の年齢は、20~65 歳 ($M = 42.0$, $SD = 9.66$) であった。

（2）調査手続き

質問紙は次の 3 つの方法で配布した。①A 県内の 1 つの大学の講義にて配布し、身近にいる調査対象者により回答されたものの提出を求めた、②A 県内の中学校・高校各 1 校で配布し、身近にいる調査対象者により回答されたものの提出を求めた、③A 県内の中小企業 41 社に配布し、対象社員により回答されたものを郵送してもらった。なお、本調査は名古屋大学大学院教育発達科学研究科研究倫理審査を通過したものであり、参加者の負担、安全、プライバシーには十分に配慮して実施した。

(3) 調査内容

(a) デモグラフィック変数

年齢，役職，企業規模について尋ねた。

(b) 援助要請態度

援助要請態度の測定には，Fischer & Farina (1995) が作成した専門的心理援助要請態度尺度 短縮版 (ATSPPH-SF) の日本語訳 (宮仕, 2010) を用いた。研究 2 において「専門家への開示性」(以下，「開示性」と表記) と「援助要請に対する否定的態度」(以下，「否定的態度」と表記) の 2 要因構造が示され，各下位尺度について十分な信頼性が確認された。

(c) メンタルヘルス風土

メンタルヘルス風土の測定には，金井・若林 (1998) のメンタルヘルス風土尺度を用いた。研究 2 において「メンタルヘルス風土評価」「メンタルヘルス不調不安」「メンタルヘルス理解」の 3 因子構造が示され，各下位尺度について十分な信頼性が確認された。研究 3 では，このうちメンタルヘルス風土評価 (以下，「風土評価」と表記) とメンタルヘルス不調不安 (以下，「不調不安」と表記) を分析に用いた。

(d) ディストレス

ディストレスの測定には，Derogatis et al. (1971) が作成した Hopkins Symptom Checklist の渡辺 (1986) による日本語版を用いた。研究 3 では，ディストレスの影響を包括的に検討するため，30 項目の平均値を分析に用いることとした。30 項目全体の信頼性は $\alpha = .947$ と十分に高く，寄与率は 38.8% であった。

3. 結果

(1) 変数間の相関

各変数間の相関関係を明らかにするため，ピアソンの積率相関分析を行った (Table 12)。その結果，援助要請態度 ($r = -.396, p < .001$) とメンタルヘルス風土 ($r = -.427, p < .001$) の下位尺度間に有意な負の相関が示された。また，ディストレスは開示性 ($r = .152, p < .001$) および不調不安 ($r = .273, p < .001$) と有意な正の相関が，風土評価 ($r = -.225, p < .001$) と負の相関があることが示された。

Table 12 各変数間の相関関係

	<i>M</i>	<i>(SD)</i>	援助要請態度		メンタルヘルス風土		ディストレス
			開示性	否定	風土評価	不調不安	
開示性	2.93	(.951)	-	-.396 ***	.086 *	-.037	.152 ***
否定的態度	3.47	(.903)		-	-.085 *	.105 **	.030
風土評価	2.89	(1.06)			-	-.427 ***	-.225 ***
不調不安	2.92	(.773)				-	.273 ***
ディストレス	2.06	(.653)					-

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

注) 否定 = 否定的態度

(2) 仮説の検証

(a) 開示性に対するメンタルヘルス風土およびディストレスの交互作用

開示性に対するメンタルヘルス風土およびディストレスの交互作用を検討した。はじめに各変数を Z スコアに変換し、各独立変数の積を算出して交互作用項を作成した。次に、研究 2 で統制の必要性が示された年齢、役職、企業規模、および風土評価、不調不安、ディストレスをステップ 1 に、交互作用項をステップ 2 に独立変数として投入し、開示性を従属変数として階層的重回帰分析を行った (Table 13)。その結果、風土評価×ディストレス ($\beta = -.116, p < .01$) と不調不安×ディストレス ($\beta = -.088, p < .05$) の有意な 2 要因の交互作用が示され、ステップ 1 とステップ 2 の決定係数の差は有意であった ($\Delta R^2 = .011, p < .05$)。また、多重共線性の検定を行ったところ、VIF はいずれも 10 を下回り、多重共線性の問題は検出されなかった。風土評価×ディストレスの交互作用の下位検定として $\pm 1SD$ を代入し、回帰直線を描いたところ、ディストレス高 (+1SD) と低 (-1SD) において回帰直線が異なることが示された (Figure 5)。同様に、不調不安×ディストレスの交互作用についても下位検定を行ったところ、ディストレス高 (+1SD) と低 (-1SD) において回帰直線が異なることが示された (Figure 6)。なお、自由度調整済み決定係数は $R'^2 = .060$ であった。

Table 13 開示性を従属変数，風土評価，不調不安，ディストレス，
および各説明変数の交互作用項を独立変数とした階層的重回帰分析の結果

独立変数	β	Step1				β	Step2			
		95%信頼区間		多重共線性			95%信頼区間		多重共線性	
		上限	下限	Tol.	VIF		上限	下限	Tol.	VIF
年齢	.010 *	.001	.019	.753	1.32	.011 **	.002	.019	.745	1.34
役職	.013	-.034	.060	.763	1.31	.014	-.033	.061	.762	1.31
企業規模	.038	-.020	.096	.689	1.45	.031	-.027	.089	.681	1.47
風土評価	.058	-.036	.152	.582	1.72	.052	-.043	.147	.563	1.78
不調不安	-.044	-.127	.040	.731	1.37	-.075	-.163	.013	.650	1.54
ディストレス	.177 ***	.102	.252	.909	1.10	.149	.068	.230	.772	1.30
風土評価×不調不安						-.052	-.125	.021	.737	1.36
風土評価×ディストレス						-.116 **	-.201	-.032	.720	1.39
不調不安×ディストレス						-.088 *	-.173	-.004	.641	1.56
風土×不調×ディストレス						-.052	-.126	.021	.566	1.77
ΔR^2		.049***					.011*			
Adjusted R ²		.049***					.060***			

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

注) 風土 = 風土評価, 不調 = 不調不安, Tol. = Tolerance

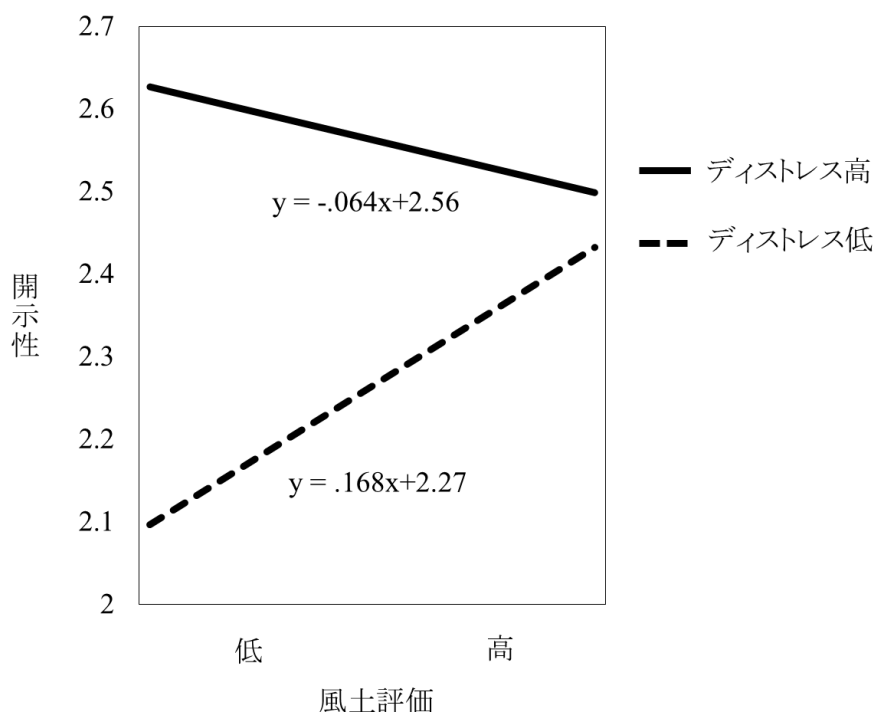


Figure 5 開示性を従属変数，風土評価，ディストレスを
独立変数とした2要因の交互作用

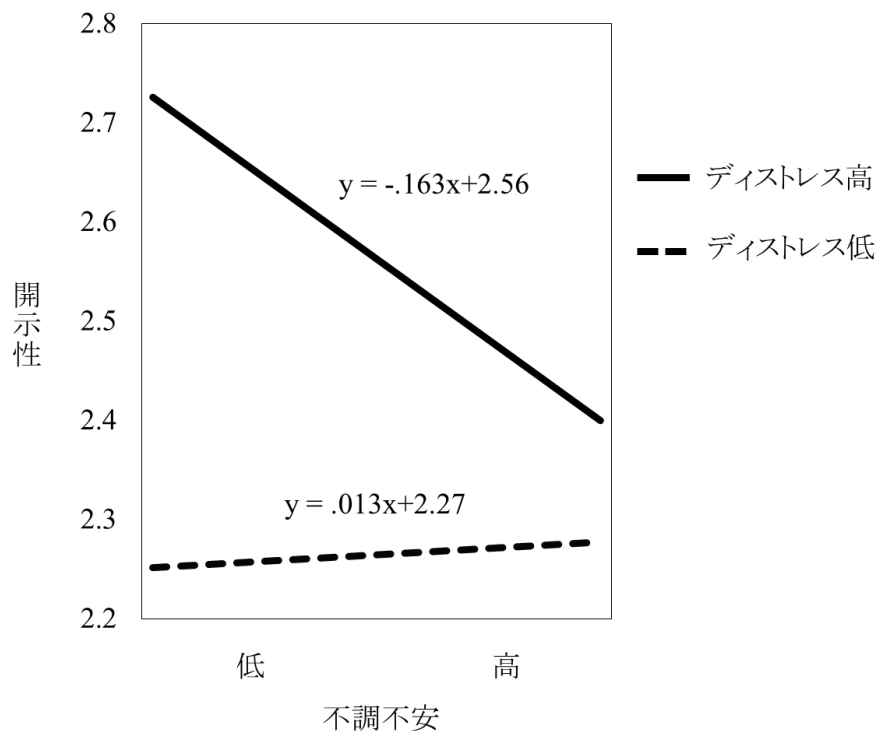


Figure 6 開示性を従属変数，不調不安，デストレスを
独立変数とした 2 要因の交互作用

(b) 否定的態度に対するメンタルヘルス風土およびデストレスの交互作用

援助要請に対する否定的態度を従属変数とし，メンタルヘルス風土およびデストレスの交互作用を検討した。開示性を従属変数とした際の分析と同様に，年齢，役職，企業規模，および風土評価，不調不安，デストレスをステップ 1，交互作用項をステップ 2 に独立変数として投入し，階層的重回帰分析を行った（Table 14）。その結果，風土評価×不調不安×デストレスの有意な 3 要因の交互作用が示され（ $\beta = -.113, p < .01$ ），ステップ 1 とステップ 2 の決定係数の差は有意であった（ $\Delta R^2 = .019, p < .01$ ）。また，多重共線性の検定を行ったところ，VIF はいずれも 10 を下回り，多重共線性の問題は検出されなかった。風土評価×不調不安×デストレスの交互作用の下位検定として±1SD を代入し，回帰直線を描いたところ，デストレス高（+1SD）における不調不安高低（±1SD）とデストレス低（-1SD）における不調不安高低（±1SD）のそれぞれの回帰直線が異なることが示された（Figure 7）。なお，自由度調整済み決定係数は $R^2 = .056$ であった。

Table 14 否定的態度を従属変数，風土評価，不調不安，ディストレス，
および各説明変数の交互作用項を独立変数とした階層的重回帰分析の結果

独立変数	β	Step1				β	Step2			
		95%信頼区間		多重共線性			95%信頼区間		多重共線性	
		上限	下限	Tol.	VIF		上限	下限	Tol.	VIF
年齢	-.013 **	-.021	-.005	.753	1.33	-.013 **	-.021	-.005	.745	1.34
役職	-.017	-.062	.028	.763	1.31	-.015	-.060	.029	.762	1.31
企業規模	-.049	-.105	.006	.689	1.45	-.055	-.110	.000	.681	1.47
風土評価	.017	-.072	.107	.582	1.71	.000	-.091	.090	.563	1.78
不調不安	.084	.005	.164	.731	1.37	.137 **	.053	.221	.650	1.54
ディストレス	-.001	-.072	.071	.909	1.10	.029	-.048	.106	.772	1.30
風土評価×不調不安						.124 ***	.055	.194	.737	1.36
風土評価×ディストレス						-.069	-.150	.011	.720	1.39
不調不安×ディストレス						.047	-.034	.127	.641	1.56
風土×不調×ディストレス						.113 **	.043	.182	.566	1.77
ΔR^2		.037***					.019**			
Adjusted R ²		.037***					.056***			

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

注) 風土 = 風土評価，不調 = 不調不安，Tol. = Tolerance

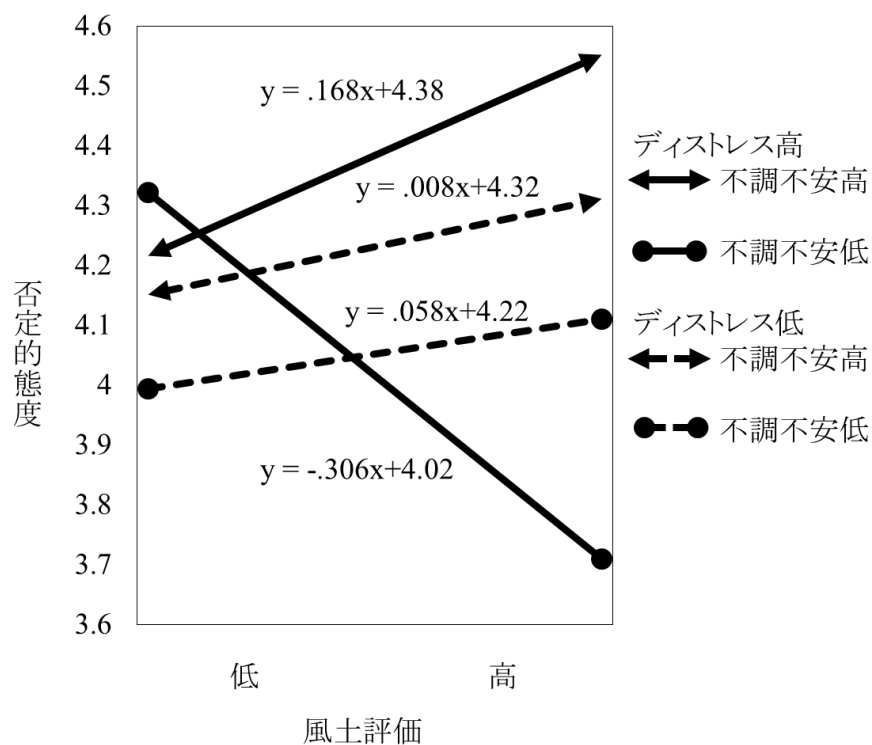


Figure 7 否定的態度を従属変数，風土評価，不調不安，ディストレス
を独立変数とした3要因の交互作用

4. 考察

研究 3 では、ディストレスと組織風土が労働者の援助要請態度に及ぼす影響を明らかにすることを目的とし、援助要請態度を従属変数、メンタルヘルス風土とディストレスを独立変数として交互作用を検討した。その結果、援助要請態度とメンタルヘルス風土の関連はディストレスの高さにより異なることが明らかになった。

(1) 開示性とメンタルヘルス風土との関連およびディストレスによる調整効果

開示性を従属変数とした階層的重回帰分析の結果、風土評価と開示性はディストレスが低い場合に正の関連があることが示された。一方、ディストレスが高い場合には、風土評価の高低により開示性は変化しなかった。よって、仮説 1, 2 は支持された。抑うつ状態にある個人は、自らが置かれた環境や社会的状況について否定的な見方をしやすいことや、自らの将来を悲観し、いかなる努力によっても現状を変えられないと考えやすいことが明らかにされている (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979)。さらに、抑うつ症状は主観的な認知機能不全や、実際の認知機能の低下とも関連することが示されている (Grambaite et al., 2013)。こうした現象について Baumeister, Twenge, & Nuss (2002) は、個人が否定的感情を抱えた際には認知資源の大部分が感情を調整し、否定的感情に対処することに費やされるため、認知プロセスが阻害されると説明している。すなわち、高いディストレスは肯定的な組織風土や有効な援助資源の知覚を阻害し、その結果、専門家への開示性が向上しない可能性が考えられる。ただし、Figure 5 からは、開示性がディストレス高においてディストレス低よりも相対的に高いことが示されている。また、ディストレスと開示性は正の相関があり (Table 12)、これは先行研究とも一致する結果である (e.g. Vogel & Wei, 2005)。こうした知見は、高いディストレス状態にある個人がメンタルヘルス専門家の援助に対して潜在的なニーズを抱えていることを示すものと考えられる。しかし、専門家の利用が少ない現状からは、高いディストレスが必ずしも専門家への援助要請につながらないことが示唆されている。

一方、不調不安×ディストレスの交互作用においては、ディストレスが高い場合にのみ開示性と不調不安が負の関連を示すことが明らかになった。よって、仮説 1, 2 は支持されなかった。高いディストレスを抱える個人は社会的排斥や他者からの拒絶に対して敏感になるといわれており (Nezlek, Kowalski, Leary, Blevins, & Holgate, 1997)、研究 3 においてもディストレスと不調不安には正の相関が示されている (Table 12)。研究 1 では他者の目や他者からの評価を気にする傾向は援助要請意図を阻害することが明らかにされており、ディストレスにより高められた不調不安が否定的な援助要請態度につながると推測される。一方、

ディストレスの高い個人は専門的援助に対するニーズを抱えていることから、社会的排斥や他者から拒絶されるリスクが低い場合には、専門的援助に対して開示的になりやすいことが考えられる。また、ディストレス低においては不調不安の高低に関わらず開示性が低かった。この結果は、ディストレスが高く、援助ニーズを抱えた場合のみ不調不安差し迫った問題として浮かび上がり、開示性に影響することを示唆するものと考えられる。

（２）否定的態度とメンタルヘルス風土との関連およびディストレスによる調整効果

否定的態度を従属変数とした階層的重回帰分析の結果、ディストレス高群において風土評価が高く、不調不安が低い場合に否定的態度が低くなることが示された。一方、ディストレスが低い場合には風土評価や不調不安の高低により否定的態度は変化しなかった。よって、仮説 1, 2 は支持されなかった。この結果は、精神的不調がない場合においてメンタルヘルス専門家への援助要請に対する否定的な価値観や考え方が変容しにくいことを表しており、メンタルヘルスにまつわる偏見や抵抗感の根深さを示唆するものとも考えられる。労働者には、メンタルヘルスサービスを利用することにより上司や同僚から否定的に評価される不安があることが示されている（Walton, 2003）。さらに、他者に援助を求めることは伝統的な男性役割と対立し、葛藤を生むことも明らかにされている（Addis & Mahalik, 2003）。こうした理由により、男性労働者は援助要請に対して否定的な態度を抱きやすいことが考えられる。一方、ディストレスの高い個人が組織風土を肯定的に評価し、不調に伴うリスクが低いと認識している場合には、援助要請に対して否定的態度を取らないことが結果から示された。これは、職場でメンタルヘルスに関して肯定的な風土が共有され、個人がそれを認識しているときには、援助要請に対する抵抗感よりも援助ニーズが勝ることを示唆するものと考えられる。

（３）まとめ

以上より、労働者におけるメンタルヘルス専門家の利用率の低さの背景は、次のように推測することができる。ディストレスの低い人においては援助要請に対する否定的態度が根強く、たとえ職場のメンタルヘルスに関する取り組みを評価していたり、不調に伴うリスクを感じていなかったりしても否定的な態度は変化しにくい。そのため、組織風土を評価することにより専門家への開示性が向上しても、否定的態度と対立し、葛藤が生まれることから、早期の援助要請には至りにくいことが考えられる。一方、ディストレスが高い人においては、企業の取り組みに対する評価や信頼は開示性を促進しないことが示された。ディストレスが高い場合、精神的不調がキャリアに与えるリスクを予期することにより開示性が阻害さ

れ、否定的態度はそうしたリスクの認識が解消され、企業の取り組みに対する評価が向上しない限りは改善しないと考えられる。そのため、結果としてごく少数の労働者しか専門家への援助要請に至らないことが推測される。

これらの知見は、ディストレスが職場環境に対する正確な知覚を妨げると同時に、他者からの評価に対する過敏性を高め、援助要請により他者から否定的に見られる不安を高めることを示唆している。このように歪められた認識は、メンタルヘルスの問題に対するコーピングの失敗と症状の悪化という悪循環に導くことが予測される。

こうした研究 3 の結果は、個人のディストレス状態に合わせた理解と介入が必要であることを示すものと考えられる。ディストレスの低い労働者に対しては、企業のメンタルヘルス対策に対する評価や信頼を向上し、専門家への開示性をより高めることが有効と考えられる。それと同時に、心理教育など援助要請に対する抵抗感や否定的態度を改善するための方策を探ることも重要である。一方、ディストレスが高い人に対しては、より積極的な介入が必要であると考えられる。職場では、企業のメンタルヘルス対策への評価や信頼を向上させると同時に、不調に伴うキャリアの不安を低減するよう努めることが有効である。たとえば、上司がメンタルヘルスケアに対して肯定的な態度を示したり、休職・復職後の見通しを示すことは、労働者の不安を低減し、援助要請態度の改善に有効であることが考えられる。さらに研究 3 では、高いディストレスが環境に対する正確な認識と適切な対処法の判断を妨げることが示唆された。この結果は、メンタルヘルスの問題に対する早期発見と対応の重要性を示すものである。したがって、メンタルヘルスの問題を抱える以前に、このようなディストレスによる影響や悪循環の仕組みを労働者に伝えることも援助要請の遅れの予防につながると考えられる。

第4節 本章の考察

本章では、労働者を対象とし、メンタルヘルスに関する職場の規範としてメンタルヘルス風土を取り上げた。研究2では、援助要請態度、メンタルヘルス風土、精神的健康とデモグラフィック変数との関連を検討し、メンタルヘルス風土は労働者の年齢や役職、勤め先の企業規模によって異なることを明らかにした。これは、職場の規範に対する認識が個人の属性により異なることを示しており、年齢、役職、企業規模により社会規範に対する認識に一定の傾向があることが明示された。

さらに研究3では、個人が抱えるディストレスの高さにより、メンタルヘルス風土が援助要請態度に及ぼす影響が異なることが示された。すなわち、社会規範と援助要請態度の関連は、ディストレスの状態により異なることが示唆された。これは、社会規範が援助要請に及ぼす効果を検討する際に、集団内でどのような社会規範が共有されているかだけでなく、それを知覚する個人がどのような精神状態にあるかを考慮する必要を示唆するものと考えられる。よって今後の研究においては、社会規範がどのように知覚され、援助要請にどのような影響を及ぼすか、ディストレスが低い場合と高い場合それぞれについて明らかにしていく必要がある。

また、研究3の結果から、労働者がメンタルヘルス専門家へ援助要請を行いにくい背景が示唆され、援助要請を促進するためには個人のディストレス状態に合わせた介入が有効であることが示された。したがって今後は、ディストレスが高い場合と低い場合、それぞれの理解と対策を進めていくことが重要と考えられる。特にディストレスが高い場合には、より積極的な介入が必要と考えられることから、援助を必要とする個人が社会規範をどのように認識し、どのような内的な体験を経て援助要請に至る、または至らないのかを明らかにする必要がある。

第4章

メンタルヘルス専門家への援助要請プロセスと 社会的要因

第 1 節 援助要請プロセスに関する研究

本章では、ディストレスを抱える個人がどのような内的体験を経てメンタルヘルス専門家への援助要請に至るのかを明らかにする。そのため、ここではまず援助要請プロセスに関する先行研究を概観することとする。

メンタルヘルス専門家への援助要請に至るプロセスは、様々なモデルにより示されてきた。たとえば Gross & McMullen (1983) はフローチャートにより、症状などの刺激に気づき、問題の重要性和援助要請の必要性を判断し、援助資源を探索するという過程を示している。また国内においては、久田 (2000) が相川 (1989) を参考に、カウンセリングを受けるまでの過程を 7 段階モデルで示している。このモデルでは、「1) 自分が心理的問題をもっていると感じる」「2) その問題の解決は緊急を要するか?」「3) 自分にその問題の解決能力があるか?」「4) 身近な非専門家 (家族・友人・先生など) だけに援助要請するか?」「5) 臨床心理学の専門家に援助要請してみようと思うか?」「6) 専門家に関する情報をもっているか?」という判断を経て、「7) 臨床心理士に会いに行く」に至るとされている。さらに、高野・宇留田 (2002) は久田 (2000) をもとに、学生相談への援助要請プロセスをモデル化している。

これらのモデルから援助要請プロセスは、大きく 3 つの段階で捉えられることが示されている (Gross & McMullen, 1983; 高野・宇留田, 2002)。すなわち、「問題の認識」「意思決定」「援助の獲得」の 3 段階である。この知見は、Goldsmith, Jackson, & Hough (1988) が示した「問題の認識」「援助要請の意思決定」「援助を要請する対象の選択」の 3 段階とも一致しており、援助要請プロセスを 3 段階で捉えることの妥当性の高さが窺える。これらのモデルは行動全般に対する意思決定の過程や日常的な援助要請のプロセスモデルをもとに構築されており、援助要請に至る過程を明確にした点で意義深い。ただし、メンタルヘルス専門家への援助要請に関する質的または量的データに基づいて構築されたモデルでないことが課題として残されている。

一方、高野ら (2014) は、実際に学生相談を利用した学生へのインタビューをもとに学生相談機関の利用プロセスをモデル化した。そのなかでは、学生の内面において学生相談機関が選択肢に浮上する過程や、機関の利用が躊躇されることが明らかにされている。すなわち、実際にメンタルヘルスの問題を抱えた場合には、認知機能の低下や葛藤など様々な要因が影響し、これまで想定されてきた援助要請プロセスよりも複雑な過程を辿る可能性が示唆

されている。したがって、今後は臨床群や精神的不調の経験者を対象とした、より詳細な検討が必要であると考えられる。

第2節 研究4：労働者における援助要請プロセスと社会的要因

1. 問題と目的

研究2では、社会規範に対する主観的認識を理解することの重要性が示唆された。また研究3では、ディストレスの高さにより社会規範と援助要請態度との関連が異なることが示された。この知見から、精神的不調を抱えた労働者の援助要請を促進するには、特にディストレスが高い場合において社会的要因がどのように体験され、どのような内的プロセスを経て援助要請の意思決定を下すのかを理解することが重要であると考えられる。

個人の内面には、イメージや言語化されていない考え、感覚的な意識など、必ずしも明確とは限らない思考、感情、感覚があるといわれており、これらは内的体験（Inner experience）と呼ばれている（Heavey & Hurlburt, 2008）。高野ら（2014）が示した学生相談への援助要請プロセスは、援助要請をめぐる内的体験として理解することが可能であり、労働者においても同様の体験が存在することが考えられる。労働者の援助要請プロセスについては、Athanasopoulos, Winthrop, & Gough（2008）が労働者へのインタビューを行い、援助要請のプロセスモデルを示している。その中では、職場でのサポートや周囲からの勧めといった関連要因が援助要請の段階に沿ってまとめられているが、専門機関の利用をめぐる当事者の体験やそれに対する各要因の影響は明らかになっていない。したがって、援助ニーズを抱える労働者のこころの動きを捉え、援助要請を効果的に促進するには、援助要請をめぐる労働者がどのような内的体験を経ており、そのなかで社会的要因はどのように影響するのかを明らかにする必要がある。

そこで本研究では、過去に精神的不調を患った経験をもつ労働者を対象にインタビューを行う。それにより、精神的不調を患ってからメンタルヘルス専門家への援助要請を行うまでの内的体験プロセスとそのなかにおける職場の社会的要因の影響を示すことを目的とする。

2. 方法

（1）調査協力者

過去にメンタルヘルス専門機関を利用したことがある成人を対象とした。対象者はA県内の2つの心療内科・精神科クリニックにて募集し、担当の医師または臨床心理士が調査への参加可能と判断した者に限定した。これは調査への参加による病態悪化を防ぐだけでな

く、現在の病態や症状によって過去の回想が影響されることを最小限に抑えるためである。参加した17名のうち、発病当時就労していなかった3名を除く14名（男性12名、女性2名）が分析の対象となった。年齢は31~56歳（ $M=39.9$, $SD=7.6$ ）で、発症から専門機関利用までの期間は1~60ヶ月（ $M=14.5$ ヶ月, $SD=18.0$ ）だった。最初に利用した専門機関としては、社内の相談窓口や産業医に相談した者が3名、外部の医療機関を受診した者が11名であった。医療機関の利用者が多かったことは、対象者の募集を医療機関にて行ったことが影響していると考えられる。また、倫理的な問題により診断名は聴取しなかったが、対象者の語りから、全ての対象者がうつ症状を主訴とした神経症圏の患者であることが推察された。調査対象者の特徴をTable 15に示す。

Table 15 対象者一覧

氏名	年齢	性別	配偶	業種	役職	規模	発症	期間	機関	社内	休職	再発
A	38	女	未	—	—	—	204*	24	内	有	有	有
B	40	男	既	非	なし	③	73	1	外	有	有	無
C	36	男	既	製	なし	③	77	29	外	有	有	有
D	31	男	既	製	主任	④	34	4	外	有	有	無
E	47	男	既	製	主任	④	156*	12	内	有	有	有
F	48	男	既	非	なし	②	52	4	内	有	有	有
G	49	男	既	製	課長	④	43	20	外	無	有	有
H	56	男	既	非	なし	②	124	2.5	外	無	有	有
I	46	男	既	非	なし	②	96	1	外	無	有	有
J	33	男	既	製	主任	③	108*	60	外	無	有	有
K	34	男	未	製	なし	②	143	39	外	無	無	無
L	42	男	未	非	その他	③	60*	2	外	無	有	有
M	46	男	既	製	課長	④	216*	3	外	無	有	有
N	52	女	既	製	なし	②	177	1	外	無	有	有

注) 未:未婚, 既:既婚, 製:製造業, 非:非製造業, 規模:企業規模, ①:~99人, ②:100~299人, ③:300~999人, ④:1,000人~, 発症:発症時期(調査から~ヶ月前), 期間:発症から受診までの期間(ヶ月), 機関:最初に利用した専門機関, 内:社内機関, 外:社外機関, 社内:社内におけるメンタルヘルスの相談窓口(産業医を除く), *:おおよその期間, —:未回答

(2) 調査手続き

プライバシーが保護された個室を用いて半構造化面接を行った。まず、本調査の目的と概要、回答の任意性、個人情報の保護について説明を行い、同意書へのサインと録音の許可を

得た上で面接を行った。なお、インタビューガイドは岩壁（2010）に基づき、まず情報を集めたいトピックの領域を設定した上で具体的な質問項目を作成した（Table 16）。面接は31~61分（ $M=47$ 分, $SD=0.33$ ）に及んだ。面接者は筆者が務め、対象者の語りを優先しつつ適宜質問を行った。また、時系列がわかりにくい場合には筆者がそれを書き出し、可視化して対象者と確認した。最後に質問紙への記入を求め、年齢、性別、配偶関係について尋ねた。なお、本調査は名古屋大学大学院教育発達科学研究科研究倫理審査を通過したものであり、参加者の負担、安全、プライバシーには十分に配慮して実施した。

Table 16 インタビューガイド

●専門機関を利用するまでの経緯について
・はじめて調子が悪いと感じたのはいつですか？
・そのことで最初に専門機関に行かれたのはいつですか？
・はじめて専門機関に行かれるまでの経緯を教えてください。
●不調を抱えながらも専門機関を利用していなかった期間について
・専門機関を利用していない時はどのような状態でしたか？
・専門機関へ行かなかったのはどうしてですか？

（３）分析方法

木下（2003）の修正版グラウンデッドセオリーアプローチ（以下、M-GTAと表記）を用いて分析を行った。M-GTAは、人間の社会的相互作用に関する行動を動的に説明できる実践的活用を見据えた理論であり、データに密着しながらも理論的飽和や“研究する人間”の視点を重視することで恣意的な解釈を防げるといわれているためである。

分析焦点者の設定は次のように行った。まず、調査開始当初は勤め先である社内にメンタルヘルスの相談窓口をもつ人を中心にデータの収集を行ったが、社内相談窓口の有無により結果に差異がある可能性が考えられた。そこで、社内に相談窓口をもたない人のデータも収集した。また、女性を対象者を追加で集めた。その結果、社内相談窓口の有無および性別により、概念の現れ方に明確な差異は認められなかった。さらに、年齢、配偶関係による差異も見られなかったことから、サンプリングにおける理論的飽和化を確認した。なお、選出された対象者は日常生活を自立的に送ることができ、就業可能な程度にまで回復した者であった。したがって、分析焦点者は“精神的不調により就業中にメンタルヘルス専門機関を利用した経験があり、現在は就業可能な程度にまで回復した成人”と定めた。

（４）分析手順

分析は以下の手順で行った。①分析テーマを“労働者のメンタルヘルス専門機関に対する援助要請の内的体験プロセス”と定め、概念を生成した。その際、分析ワークシートを作成し、概念名、定義、具体例、理論的メモを記述した。②類似の内容がある場合には既存概念の具体例に追加し、ない場合には新たな概念として生成した。その際、対極例の検討と類似の具体例を十分収集することにより恣意的な解釈を防いだ。また、具体例が少ない概念は棄却した。③追加のデータも同様の手順で分析し、既存のデータと差異がないことを確認した。14名の分析が終了した時点で新たな概念が生成されなかったことから、理論的飽和化を確認した。④概念同士の関係を検討してカテゴリーを生成した。⑤カテゴリー間の関係を検討し、結果図を作成した。その際、現象としてのプロセスを描けるよう推測的・包括的な思考を心がけた。⑥結果の妥当性を高めるため、M-GTAによる研究経験者である臨床心理士2名および産業・組織心理学に精通する大学教員1名に結果を検討してもらい、解釈が妥当であることを確認した。

3. 結果

分析の結果、11のカテゴリーと2のサブカテゴリー、34の概念が生成された。各概念の具体例をTable 17に示す。次に、得られたカテゴリーと概念をインタビュー・データを基に時系列に並べたところ、①不調や異変が出現し、その深刻度や原因を考える『問題の認識』、②混乱を抱えつつ対処法を模索する『対処法の模索』、③専門機関に対する援助要請に向けて具体的な取り組みを行う『援助要請に向けた行動』の3段階が見出された。また、この3段階に影響し、プロセスの進展を促進または抑制する要因が見出されたため、それらを④『調整要因』としてまとめた。結果図をFigure 8に示す。以下、カテゴリーを【 】、サブカテゴリーを〔 〕、概念を< >、定義を“ ”、具体例を「 」により表記することとする。

Table 17 カテゴリー，概念，具体例

	カテゴリー	概念	具体例(具体例の数)
問題の認識		不調・異変の出現*	I「ドキドキしたりして。そのうち円形脱毛症になって...お腹が痛くなったり」(14)
	問題の捉え方	大したことないという認識	B「まあそこまで落ち込むことはないだろうと思ったんで、その時はまあそのまんま放置してれば治るだろうとは思ったんですけど」(5)
		異常性の認識	A「単に普通の人のちよつと疲れたとかちよつとストレスっていうのじゃないなって」(9)
		身体疾患の疑い	D「当時とかは「どっか悪いんじゃないかな？」っていう、臓器的なことですよね」(5)
		精神疾患の疑い	H「だからまあ1, 2割程度くらいしか「うつかな？」っていう」(10)
対処法の模索	自分なりの対処行動	身近な人への相談	N「母には(相談)しましたね。だから『こうするといいいんじゃない?』とかいろいろアドバイスはもらったりしましたけど」(7)
		他機関への受診・相談	L「まずは内科の方から。で、内科の方の検査でいろいろやったんですけども、異常なしということで」(8)
		我慢	F「あと少し我慢すればっていうふうに...気持ちを抑えて、次の日から普通に通って」(9)
	行き詰まり	問題の継続・悪化	F「まあ結局そこでも症状は大して治まらずに毎朝電車乗ると気持ち悪いって言うのはずっと続いてたんですよ」(12)
		身動きが取れない状態	E「自分じゃ動けなかったですね。その場から。もう立ち竦んじやっているような状態で」(8)
		限界の実感	M「その当初会社の寮の5階に住んでたんですけども...そこから飛び去ってしまいたいと思った瞬間があつて、これはまずいと自分で考えました」(5)
	現実を打ち明けた	問題解決の意志	M「どっかでなんかねじれてる部分があるんじゃないか、それを解決したいなって思いはずっとありました」(9)
		薬をも掴みたい気持ち	A「別にお医者さんじゃなくても友だちだろうが何だろうがいいんだけど助けてほしいっていう」(6)
援助要請に向けた行動	専門意識関	精神疾患の自覚	H「女房が言わなかったら自分でははつきりわからなかったかもしれませんね。これがうつなんだって」(8)
		援助資源としての認識	L「心療内科っていうこと自体を知ったのがその時初めてだったんですよ...結局精神科っていう選択肢しかその頃私にはなかったんで」(13)
	情報収集と調整的	アクセスの良し悪し	C「インターネットで探して、近くにあるなっていうことで。自宅から歩いて行ける距離だったんで」(6)
		予約状況	B「どこもいっぱい予約が取れないんですよ...予約取れないならこれもうやってくしかないよねっていう」(4)
		機関の雰囲気	M「明るいひまわりのマークが、なんかなんとなく相談しやすそうなどこだなって」(6)
		勤務時間との兼ね合い	J「平日の夕方、確か時間が18時とか18時半っていうところだったんで...17時に終わってぎりぎり間に合うかなってところで」(7)
	援助要請	自分の意志・判断に基づく受診・相談	M「当然本読むだけじゃ改善されない状態で...やっぱり人の手を借りなきゃいけない、そう思って」(11)
		他者に連れられての受診・相談	G「人事の部長さんと話して、その時にちよつと感情が出ちゃって、うわーとなっちゃって。もうダメだから部長命令、人事命令で『行け』って言われて」(3)

Table 17 つづき

調整要因	個人要因	判断基準	メンタルヘルスの知識のなさ	I「心療内科とかよくわかんなかった。精神科と何が違うんだ？って」(8)
		判断基準	自分の特質に対する理解	L「人間関係っていうある程度自分が許容していたところで...自分で収拾つけることができなくなったっていうともう、精神的なところしかないっていう」(4)
		相談へのためらい	精神疾患に対するスティグマ	A「精神科って言うをやっぱりちょっと知的障害とか、ちょっとおかしな、まあ言い方は悪いですけど、そういう人たちが行くところっていう」(12)
			相談後の処遇に関する不安	I「休んだら次出世するときにすごい大変なんじゃないの？ってすごい抵抗があって」(9)
			プライド・面子を守りたい思い	G「そういうふうに見られるというのが嫌だったという変なプライドがあったんですね」(9)
	援助に対する期待の低さ		E「メンタルチェックやってるのに何もケアしてくれないようなところだから、相談しても治してくれないだろうなって思っていたり」(6)	
	きっかけ		自己開示の苦手さ	G「自分の性格だと思うんですよ。自分結構自分の意見を言えない方なものですから、主張ができないというのがある」(9)
			身近な人による介入	H「女房の知り合いにうつの人がいて。で、症状が似てるんで『お父さんそれうつじゃない？いっぺん病院行こうよ』ってことでかかったんですけどね」(12)
			医療従事者による介入	C「最初は内科とかに行ったんですけど。特に異常とかはなかったんで、『いっぺん心療内科に行かれてはどうですか？』っていわれて、それで心療内科に」(5)
			メディア	K「ちょっと聞きなれない心療内科っていうのをテレビとかメディアで聞いたんだと思います」(5)
	環境要因		職場のケア体制	I「会社では産業医しかいなかったんですけど、産業医の先生はメンタルは診れない人だったので」(14)
			上司・同僚との関係性	C「店長との折り合いがあまり良くないというか、店長が結構怒鳴るタイプの店長で」(9)
			不調者に対する扱い	G「うつ病で休んでいた人たちの悪口を部長から聞いてたもんですから、ああそういうふうに使われちゃうんだって」(6)
			家族の対応力	J「親に話したら別に特に何も、どっか病院にかかったりだとか、そういう話もなく」(10)

*概念として生成され、カテゴリーに昇格させたもの

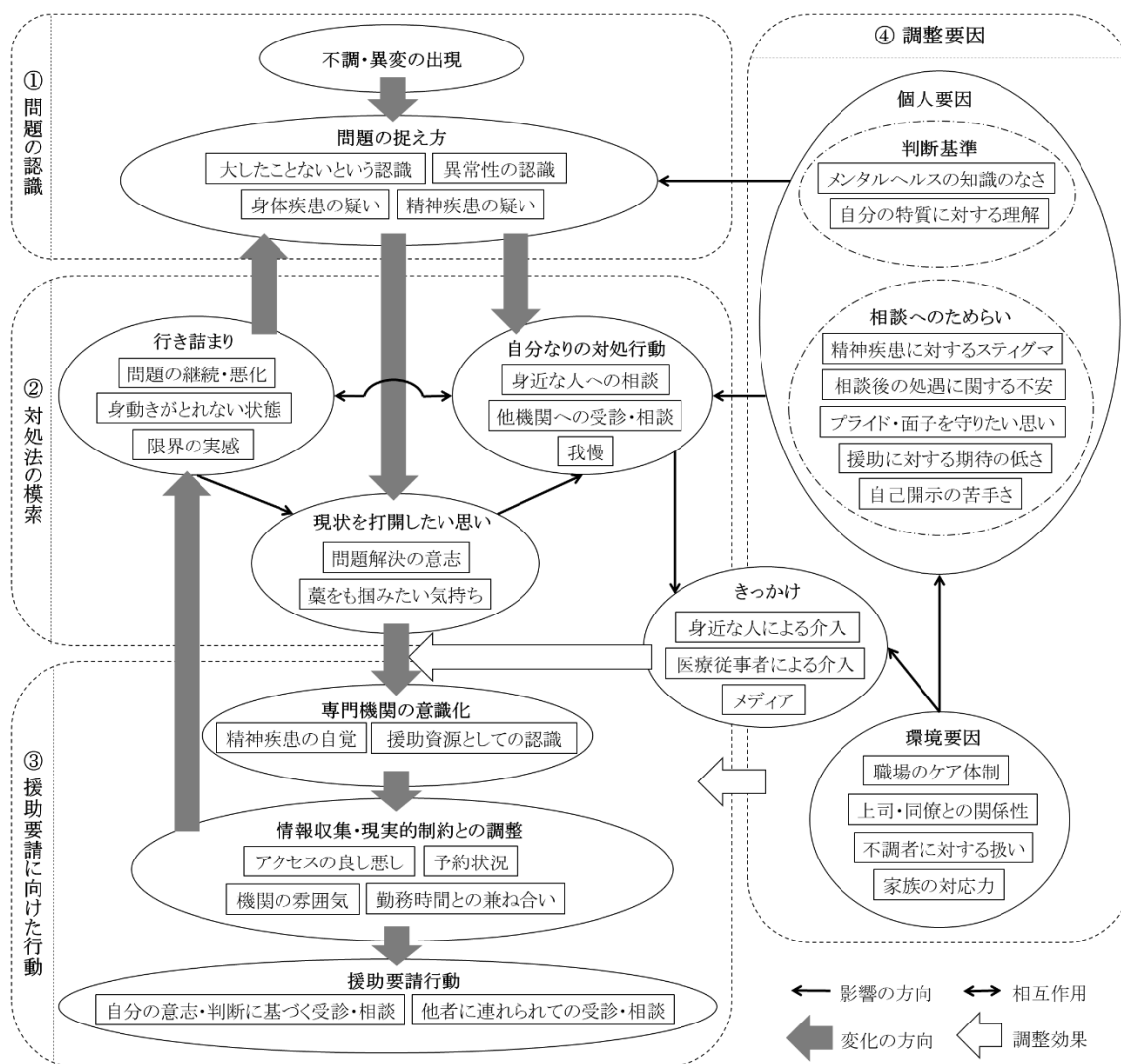


Figure 8 労働者の援助要請における内的体験プロセス

(1) 生成されたカテゴリーおよび概念

(a) 問題の認識

【不調・異変の出現】は、“身体的・精神的な不調や行動上の異変が現れること”と定義した。この不調や異変をどのように捉えるかは対象者によって一様ではなく、“大したことではないだろうと考えること”である<大したことないという認識>，“自分が異常な状態であると認識すること”である<異常性の認識>，“身体的な病気かもしれないと考えること”である<身体疾患の疑い>，“精神的な問題かもしれないと考えること”である<精神疾患の疑い>，の4つの【問題の捉え方】が示された。

(b) 対処法の模索

対象者のほとんどが専門家への援助要請を行う以前に【自分なりの対処行動】をとっていた。＜身近な人への相談＞は“家族、友人、同僚など身近な人に相談すること”，＜他機関への受診・相談＞は“かかりつけの内科や労働組合など“精神科，心療内科以外の医療機関，あるいはその他の機関を利用すること”を示している。一方＜我慢＞は，“何とか自分の中で折り合いをつけ（L）」たり，“まだ頑張れるなら頑張ろう（G）」と自分を鼓舞するなど，他者を頼ることなく“自身で気持ちをコントロールして苦しさに耐えること”を表している。

しかし，そうした対処法で状況が改善しないと【行き詰まり】に陥る。＜問題の継続・悪化＞は“問題が改善されず，継続または悪化すること”を示す。それにより“現状を改善したいと思いつつも，どうしたらいいかわからず立往生すること”を＜身動きがとれない状態＞，“症状の悪化を目の当たりにし，自分の限界を実感すること”を＜限界の実感＞とした。そうした中で高まってくる【現状を打開したい思い】には，“問題に正面から取り組み，解決しようという意志”である＜問題解決の意志＞と，“どんな手段を使っても抜け出したい，救い出してほしいという必死の思い”である＜藁をも掴みたい気持ち＞があることが示された。

(c) 援助要請に向けた行動

専門機関を利用するための行動を起こすには，それに先立って【専門機関の意識化】が必要であることが示された。＜精神疾患の自覚＞は，“薄々そうなのかな？（C）」という曖昧な認識や“なんで苦しいのかっていうのははっきりしなかった（K）」状態を脱して“精神的な問題であるという明確な認識をもつこと”である。また，対象者には“心療内科っていうこと自体を知ったのがその時初めてだったんですよ（L）」のように専門機関自体を知らなかった場合と，“（自分の中に）心療内科という存在がなかったですね。物理的には近所にあったんですけど（I）」のように存在を知りながらも選択肢になかった場合が認められた。いずれもそのような状態から“専門機関を利用可能な援助資源として認識すること”が選択肢に挙がる契機となっていたことから，＜援助資源としての認識＞としてまとめた。続く【情報収集・現実制約との調整】では，“専門機関までの物理的距離”である＜アクセスの良し悪し＞，“専門機関における予約の取りやすさまたは取りづらさ”である＜予約状況＞，“専門機関の名称や建物から醸し出される雰囲気”である＜機関の雰囲気＞，“勤務しながら利用できる時間に開いていること”である＜勤務時間との兼ね合い＞が検討され，実際に利用する機関が決定されることが示された。

【援助要請行動】としては，“自分の意志や判断に基づいて専門機関に受診・相談するこ

と”である<自分の意志・判断に基づく受診・相談>と“他者に連れられるかたちで専門機関に受診・相談すること”である<他者に連れられての受診・相談>が示された。後者は、「席に座ってても泣けてきちゃうし（A）」のように感情コントロールや冷静な判断が難しい状態に陥っており、自らの意志とは関係なく他者に先導されて専門機関に至った場合が分類された。

(d) 調整要因

どのように問題を捉え、対処法を選択するかには【個人要因】が影響していた。『問題の認識』においてその原因や深刻度を判断する際の〔判断基準〕は、“精神疾患や専門機関に関する知識のなさ”である<メンタルヘルスの知識のなさ>と“自らのストレス耐性など特質や性格に対する理解”である<自分の特質に対する理解>から成っていた。一方、『対処法の模索』における対処行動の選択には、〔相談へのためらい〕が影響していた。ためらいの高さは他者への相談行動を抑制し、“精神疾患患者や専門機関に対するイメージ・偏見”である<精神疾患に対するスティグマ>，“相談後、専門機関および周囲の他者から受ける扱いや職場での処遇に対する恐れ・不安”である<相談後の処遇に関する不安>，“プライドや面子を守り、現在の社会的立場を維持したいという思い”である<プライド・面子を守りたい思い>，“他者や機関から得られる援助に対する期待の低さ”である<援助に対する期待の低さ>，“性格的特徴による自己開示の苦手さ”である<自己開示の苦手さ>から成ることが示された。

『対処法の模索』から『援助要請に向けた行動』へ移行するには、何らかの【きっかけ】があったことがすべての対象者により報告された。【きっかけ】には、“家族・上司など身近な人による精神疾患の可能性の指摘や受診の勧め・手配”である<身近な人による介入>，“心理専門家以外の医療従事者による精神疾患の可能性の指摘や受診の勧め・手配”である<医療従事者による介入>，“テレビやインターネットなどのメディアを介して精神疾患や専門機関について知ること”である<メディア>の3種類が見出された。<他者に連れられての受診・相談>の場合には、<身近な人/医療従事者による介入>が援助要請プロセスの一端を担っていたことから、【きっかけ】は『調整要因』および『対処法の模索』『援助要請に向けた行動』にまたがるカテゴリーとして位置づけた。

さらに【個人要因】や【きっかけ】に影響する要因として【環境要因】が抽出された。“職場のメンタルヘルス対策およびサポート体制”である<職場のケア体制>，“日常における上司・同僚との関係性や距離感”である<上司・同僚との関係性>，“メンタルヘルス不調者に

対する職場での処遇や家族の言動”である＜不調者に対する扱い＞は〔相談へのためらい〕に影響していた。また、＜職場のケア体制＞は社内研修なども含むことから、〔判断基準〕の＜メンタルヘルスの知識のなさ＞に影響していた。一方、“メンタルヘルスの問題に対する家族の対応能力”である＜家族の対応力＞と＜職場のケア体制＞は、介入を提供する周囲のサポートの質や量に関わることから、＜身近な他者/医療従事者による介入＞に影響を与えていた。

なお、『援助要請に向けた行動』における【情報収集・現実的制約との調整】や【援助要請行動】への移行には【個人要因】【きっかけ】【環境要因】の全てが調整要因として働くことが示された。

（２）ストーリーライン

生成された概念とカテゴリーを用いて以下のようなストーリーラインを描いた。

【不調・異変の出現】に気付くと、初期には＜大したことないという認識＞のもと＜我慢＞して仕事を続ける。しかし＜問題の継続・悪化＞に直面すると、自らの〔判断基準〕をもとに再度【問題の捉え方】を見直し、＜身体疾患の疑い＞をもって＜他機関への受診・相談＞を行うなど【自分なりの対処行動】を新たに模索する。それでもなお状況が改善せず、さらに問題が悪化すると＜限界の実感＞が湧いてくる。当事者は次第に＜異常性の認識＞や＜精神疾患の疑い＞を抱くようになり、【現状を打開したい思い】も高まっていく。

＜身近な人への相談＞や＜他機関への受診・相談＞を行った場合、また、＜職場のケア体制＞や＜家族の対応力＞といったサポート資源が豊富である場合、精神疾患の可能性を指摘されたり、専門機関を紹介されるといった＜身近な人/医療従事者による介入＞が得られる。そのような他者からの介入や＜メディア＞による情報入手が【きっかけ】となり、＜精神疾患の自覚＞や＜援助資源としての認識＞をもつことで【専門機関の意識化】がなされる。

【情報収集・現実的制約との調整】によって適切な機関が見つかる＜問題解決の意志＞とともに＜自分の意志・判断に基づく受診・相談＞がなされる。

一方、＜職場のケア体制＞や＜上司・同僚との関係性＞が好ましくない場合、または職場と家庭における＜不調者に対する扱い＞が否定的である場合、〔相談へのためらい〕を抱き＜身近な人への相談＞が妨げられる。さらに＜職場のケア体制＞や＜家族の対応力＞が不十分だと＜身近な人/医療従事者による介入＞も得られず、【きっかけ】が得られないまま『対処法の模索』にとどまる。その状態が長期に渡ると、症状の悪化により＜身動きが取れない状態＞に陥る。そのため、後に【専門機関の意識化】がなされても自ら行動を起こすことが

できず、＜身近な人/医療従事者による介入＞を受けて＜他者に連れられての受診・相談＞に至る。

4. 考察

（１）援助要請の内的体験プロセス

結果から、『問題の認識』『対処法の模索』『援助要請に向けた行動』の３段階とそれに影響する『調整要因』から成るモデルが示された。この３段階のプロセスは先行研究で示されている「問題の認識」「意思決定」「援助の獲得」の３段階モデルと一致するものであり、先行研究の知見が質的データにより裏付けられたといえる。

加えて研究４では、【問題の捉え方】に基づいて【自分なりの対処行動】をとり、【行き詰まり】にぶつかることで再度それを繰り返すという模索の過程が示された。そのなかで当事者は徐々に＜異常性の認識＞や＜精神疾患の疑い＞を抱くようになり、さらに【きっかけ】を得ることで＜精神疾患の自覚＞や＜援助資源としての認識＞をもつに至っていた。こうした【専門機関の意識化】までの過程は、無意識や前意識にあった専門機関に対する援助ニーズが意識化されていくプロセスとして理解することができる。援助要請を行うには、症状に気付くだけでなく治療に値する病として認識すること（Cameron, Leventhal, & Leventhal, 1993）や、適切な援助者がいると判断すること（相川, 1989）が必要であるといわれている。一方、援助を必要とする人の多くは自身の症状を精神疾患と認識できないことや（Pill, Prior, & Wood, 2001）、有効な援助資源に気付けないことが明らかにされている（Timlin-Scalera, Ponterotto, Bulmberg, & Jackson, 2003）。その背景には、「他人事だと思いたい（D）」と自分の問題から切り離したり、「自分はそういうのとは違うって（C）」と否認したりする心の働きがあることが示唆されている。特に労働者においては、職場での評価が自らの職業生活やその後のキャリア、ひいては家族の生活までも左右することから、＜相談後の処遇に関する不安＞や＜プライド・面子を守りたい思い＞により、こうした防衛が働きやすい可能性も考えられる。それにより＜精神疾患の疑い＞は意識の外へと押しやられ、たとえ専門機関の存在を知っていても援助資源として認識することが阻害されていたと考えられる。＜問題の継続・悪化＞や＜限界の実感＞は、こうして避けていた考えに当事者を直面化させ、＜精神疾患の疑い＞を抱かざるを得ない状況へと追いやっていた。また、【きっかけ】は漠然としていた違和感に他者やメディアが言葉を添え、精神疾患という概念を与えることで当事者の前に問題を浮かび上がらせる役割を果たしていた。例えば「言われるまでは何にも、まさ

か自分がつて (J)」のように、他者に指摘されるまで精神疾患の可能性を全く意識しておらず、それゆえに適切な対処を行っていなかった対象者も多く見受けられた。このように、精神疾患や専門機関が意識化されることで問題が取り扱い可能となり、援助要請に向けた具体的な行動へ移行していったと考えられる。

一方、対象者の中には自力で援助要請できず、＜他者に連れられての受診・相談＞に至ったケースもあった。その経緯としては、【きっかけ】が得らなかったことで長期に渡って『対処法の模索』にとどまり、【専門機関の意識化】がなされた時には既に＜身動きが取れない状態＞に陥っていたことが語られた。抑うつ状態では集団からの拒絶や排斥に敏感になることや (Nezlek et al., 1997)、無気力や判断力の低下により適切な機関の選択がしづらくなる (Lester, Tritter, & Sorohan, 2005) ことが示されている。そのため、【専門機関の意識化】がなされても『援助要請に向けた行動』でつまずき、【行き詰まり】の状態に戻りやすいことが考えられる。その場合、『いつか誰かが気づいて連れてってくれるだろう』みたいな感じでずっと悶々してて (A)、「助けて、助けてよって (E)」のように、当事者は他者からの介入を待ち望んでいることも示唆されている。したがって、周囲がこうした心の声に気付く力をつけるとともに、問題が深刻化する前に意識化できるよう工夫し、自主的な援助要請を促すことが重要であると考えられる。

(2) 援助要請プロセスにおける職場の社会的要因の影響

結果から示された【環境要因】と【きっかけ】は、社会的要因に当たるといえる。特に職場の社会的要因としては、＜職場のケア体制＞＜上司・同僚との関係性＞＜不調者に対する扱い＞が示された。これらは、職場のメンタルヘルス対策やサポート資源、メンタルヘルスに関する社会規範を表しており、メンタルヘルス風土が援助要請に影響するという研究3の知見を支持する結果が得られたと考えられる。また、上司や同僚を含む＜身近な人による介入＞は、職場のソーシャルサポートを表すと考えられる。

これらの社会的要因は、主に3つの経路により援助要請プロセスに影響を与えていた。第一に、【環境要因】が【個人要因】を媒介して与える影響である。「はれ物に触るような。変な特別扱いされちゃうもんでそういうのになっちゃうのはちょっと (E)」と語られているように、＜職場のケア体制＞や＜不調者に対する扱い＞は〔相談へのためらい〕を促進することで援助要請を妨げることが明らかになった。これは、職場において否定的なく不調者の扱い＞を目撃することにより、自分も同様の扱いを受けるのではという＜相談後の処遇に関する不安＞や＜プライド・面子を守りたい思い＞が喚起されるためであった。よって、精神

的不調の状態においては、他の不調者と自らが重なって不安が高まり、防衛的になりやすい可能性が示唆された。

第二に、【環境要因】が【きっかけ】に影響し、【きっかけ】が『対処法の模索』と『援助要請に向けた行動』を調整する効果である。＜職場のケア体制＞や＜上司・同僚との関係性＞は＜身近な人による介入＞を促進し、介入は『援助要請に向けた行動』への移行を促すことが示された。ただし、有効な介入は、症状の重篤さにより異なることが示唆されていた。当事者の症状が比較的軽い場合には、「同僚が（中略）『ちょっと調子悪くてさ、行ってきたけどなかなかよかったよ』って教えてくれて（E）」のような介入によりスムーズに援助要請行動へとつながることが示されていた。一方、『対処法の模索』に長くとどまり、状態が悪化している場合には、「課長がやっぱりさすがに泣いてるから、『なんかおかしいんじゃないか』ってことで、同じ部署の女の先輩をちょっと付き添いでつけてくれて、で診療所に行つて（A）」のように、積極的な介入により専門家へとつながったケースだけでなく、「一緒に仕事してた別の人が、席に戻ったら『パニック障害じゃないですか？』って書いた紙が机の上に置いてあって、「そうなのかな？」とも思いつつ、まあそのときは別に特に（F）」のように援助要請につながらなかった場合も報告されていた。このような A と F の介入後の行動の違いには、介入の内容や程度が影響していると考えられる。すなわち、A は直接、物理的なサポートを受けているのに対し、F はパニック障害の可能性を書面により提示されるにとどまっていた。一方、比較的軽度である E は情報提供のみで援助要請行動に至っている。したがって、精神的不調を抱える労働者のうち症状が軽い場合には、情報提供や精神疾患の可能性の提示など比較的軽易な介入であっても有効だが、症状が重い場合には、物理的、具体的でより積極的な介入が有効であると考えられる。このほかにも、介入方法や相手との関係性も影響している可能性があることから、今後も適切な介入方法についてより詳細に検討していく必要がある。

第三に、【環境要因】と【きっかけ】が『援助要請に向けた行動』へ及ぼす調整効果である。「人の紹介で、結構普段コミュニケーションととる人の話だったら、この人の感性でこういうふうにいるからここは自分に合ってるのかなって（D）」「もうダメだから、部長命令、人事命令で『行け』って言われて（G）」と語られているように、＜身近な他者による介入＞は情報収集の助けとなることや、＜他者に連れられての受診・相談＞につながることが示されている。また、＜職場のケア体制＞や＜上司・同僚との関係性＞は、有給の取得や早い時間の帰宅が可能かといった＜勤務時間との兼ね合い＞にも影響し、【情報収集・現実的

制約との調整】から【援助要請行動】へ移行するか、あるいは調整がつかないまま【行き詰まり】に至るかを左右することも示された。このように、職場の社会的要因は援助要請行動の実現を可能または不可能にする物理的環境としての側面ももつことが明らかになった。

（３）まとめ

以上を踏まえ、職場の社会的要因を改善し、早期の意識化を促すという観点から、援助要請行動を促進するための指針として以下の３つが考えられる。１点目に、【きっかけ】を得やすい物理的な職場環境を整えることである。本研究では、＜上司・同僚との関係性＞が直接的・間接的に【きっかけ】に影響することが示された。したがって企業においては、研修やストレスチェックのようなメンタルヘルス対策だけでなく、労働者同士がコミュニケーションしやすい談話スペースを設けたり、関係を深められるようなイベントを開催することも重要であると考えられる。それにより、いざというときに当事者自身が相談したり、上司や同僚が異変を指摘できる関係性を築くことが有効であると考えられる。

２点目に、【きっかけ】を提供できるサポート能力を育成することである。上司や同僚、家族といった身近な他者は症状や異変に気づきやすく、早期に【きっかけ】を提供できる重要な資源であると考えられる。一方、専門的治療の必要性の見極めは産業看護職にとっても難しいといわれており（石川・錦戸, 2014）、非専門家が介入に踏み切ることは決して容易でないことが推測される。メンタルヘルスに関する教育や研修は、不調者に援助したり専門家の利用を勧めたりすることの自信を向上させるといわれており（Kitchener & Jorm, 2004）、非専門家のサポート能力の向上に有効であると考えられる。特に、労働者の問題を見極め、適切なケアへつなぐ立場にある上司には、不調者の見分け方や専門家の利用を勧める具体的方法を伝えることが重要といえる。その際、【現状を打開したい思い】が生じたところに【きっかけ】が得られることで【専門機関の意識化】がなされるという本研究の知見を生かし、介入のタイミングを示すことも有用と考えられる。またこうした研修は、【相談へのためらい】を喚起させる不適切なく不調者に対する扱い＞の予防にもつながると予測される。

３点目に、労働者自身にはたらきかけ、意識化を妨げる要因を低減することである。本研究では、＜メンタルヘルスの知識のなさ＞や＜相談後の処遇に関する不安＞といった意識化を阻害する【個人要因】が見出された。そのため研修等により基礎知識を伝えたり、復職して活躍している例を提示してポジティブな見通しを示すことが有効と考えられる。一方、情報提供や心理教育的介入は、それを受けた当人の援助要請行動には有意な効果がないことが示されている（Gulliver et al., 2012）。これは、当人の中で精神疾患や専門機関が意識化

されていないことにより、研修内容を自らに差し迫った問題として捉えられなかったり、企業内の相談窓口を援助資源として認識できないことによると考えられる。本研究では＜職場のケア体制＞や＜上司・同僚との関係性＞といった職場環境が【個人要因】を介して意識化を阻害したり、【きっかけ】を介して意識化を促進したりすることが示された。したがって援助要請行動の促進には、労働者の【個人要因】に働きかけ意識化しやすい状態を整えるとともに、職場の物理的環境を整えたり、上司に具体的な介入法を伝達することにより、意識化の【きっかけ】を得やすい職場環境を整えることが有効であると考えられる。

第3節 本章の考察

本章では、ディストレスを抱えた個人がどのような過程を経て援助要請に至り、そのなかで社会的要因はどのようなはたらきを担うのかを明らかにするため、メンタルヘルス専門家への援助要請プロセスを検討した。研究4では精神的不調による専門機関利用の経験をもつ労働者にインタビュー調査を行い、先行研究と同様、援助要請プロセスは大きく3段階に分けられることを示した。加えて、メンタルヘルス専門家への援助要請に向けた具体的行動に移るためには、精神疾患や専門機関を意識化することが重要であることが明らかになった。このような意識化の重要性は、翻って、意識化以前に問題を適切に判断し、対処することの難しさを示唆するものといえる。企業のメンタルヘルス対策が十分に活用されていない背景には、当事者の中でこのような意識化がなされていないことがあると考えられる。それにより、研修内容を自らに差し迫った問題として捉えられなかったり、企業内の相談窓口を援助資源として認識できないことが予想される。

さらに、援助要請に影響する職場の社会的要因としては、職場におけるケア体制や不調者に対する扱い、上司・同僚との関係性および彼らによる介入が見出された。これらの要因は、『問題の認識』や『対処法の模索』といった援助要請プロセスの前半の段階に対しては、相談へのためらいなど個人要因を媒介して影響を及ぼすことが示された。共同体としての性質をもつ日本企業においては、職場の規範や価値観が労働者に内在化されやすく、組織風土の影響を受けて個人の価値観や信念が形成されと考えられる。そのため、個人の判断に基づく問題の捉え方や対処行動にも社会的要因が間接的に影響するものと考えられる。

一方、『対処法の模索』から『援助要請に向けた行動』への移行や『援助要請に向けた行動』において社会的要因は直接影響し、援助要請行動の実現を促進または阻害することが示された。医療機関の多くが平日および土曜日の午前中を診療時間としているように多くの専門機関の利用時間は限られており、労働者にとって勤務時間等の制約は援助要請行動の妨げとなっている。そのため、「有給を取りやすい雰囲気があるか?」「早く帰りたいと上司に伝えられる関係性か?」といった職場環境は、援助要請の実現を直接左右するものと考えられる。また、精神的不調を抱え、エネルギーや判断力が低下している個人が援助要請へ向けた行動に一步踏み出すためには、他者から背中を押してもらうことが必要であることが示された。特に症状が悪化している個人に対しては、付き添いを付けたり、援助要請先を指定するなど、より積極的な介入が重要であると考えられる。

第 5 章

総括的討論

第1節 本論文で得られた知見

本論文では、メンタルヘルス専門家への援助要請に社会的要因が与える影響を検討した。第2章から第3章では、特に社会規範に着目し、援助要請との関連を検討した。また、第3章、第4章では研究対象として労働者を取り上げ、職場における社会的要因のはたらきを検討した。ここでは、研究1から研究4において得られた知見を本論文の目的に沿って改めて整理し、示すこととする。

1. メンタルヘルス専門家への援助要請における社会的要因のはたらき

研究1では、社会規範が援助要請意図に及ぼす影響について、世間体を重んじる傾向という文化的要因との関連から検討した。その結果、肯定的な社会規範は援助要請意図を促進すること、また、援助要請意図に対する世間体意識の抑制効果は、家族や友人の肯定的規範により緩和されることが示された。援助要請について否定的な規範が共有された社会や集団において、援助要請を行うことはその集団から逸脱することを意味する。世間体を重んじる文化のもとでは逸脱は避けられるべきものとされている（百瀬・麻原, 1997）。また、他者の目や他者からの評価を気にする傾向が強い場合、対人場面で不安が喚起されやすく、他者へ援助を求める行為自体に抵抗が生じやすい可能性も考えられる。そのため、世間体意識は援助を求めたいという思いを抑制することが考えられる。一方、世間体意識が高い個人は他者の考えや価値観に沿おうとすることから、周囲の他者が援助要請に肯定的であれば当人もそれに従って援助要請しやすくなることが予想される。そのため、家族や友人が肯定的規範をもつと個人が認識している場合、世間体意識は援助要請意図を抑制しなかったと考えられる。したがって、世間体を気にする傾向はそれ自体が援助要請を抑制するというよりも、援助要請に対して否定的な規範が共有された社会や集団において個人が逸脱を回避しようとする結果、援助要請が抑制されると考えられる。このように、社会規範は他者や世間を重んじる文化と融合することで、より強く個人の行動を規定していることが示唆された。

研究2, 3では、社会規範の認識が個人の属性や精神状態により異なることが示された。特に研究3では、ディストレスの高さによりメンタルヘルス風土が援助要請態度に及ぼす影響が異なることが明らかになった。すなわち、ディストレスが低い場合には職場のメンタルヘルス対策に対する評価が専門家への開示性を促進する一方で、ディストレスが高い場合にはそうした促進効果は見られなかった。また、ディストレスが高い場合にはメンタルヘ

ルス対策の評価が高く、不調に伴うリスクへの不安が低い場合に援助要請に対する否定的態度が低減することが示された。ディストレスに伴う抑うつ症状は、環境や社会的状況に対する認知を歪めることや (Beck et al., 1979), 判断力の低下を招くことが示されている (Grambaite et al., 2013)。そのため、ディストレスの高さにより社会規範と援助要請態度の関連が異なると考えられる。このように社会規範は、個人の知覚というフィルターを通ったうえで援助要請に影響していることが示された。よって、個人のディストレス状態と社会規範の主観的認識を理解し、それに合わせた効果的な介入を行うことが重要であると考えられる。

そこで研究 4 では、精神的な不調を抱えた際のメンタルヘルス専門家への援助要請の内的体験プロセスを検討した。その結果、援助要請に向けた具体的な行動に移るためには、精神疾患や専門機関が意識化される必要があり、他者による介入はそのきっかけとなることが示された。また、援助要請プロセスを調整する要因は各段階により異なり、職場の社会的要因もプロセスの前半と後半で異なる影響を及ぼすことが明らかになった。すなわち、問題を認識したりや自分なりの対処行動を行ったりする援助要請プロセスの初期段階では心理的要因の影響が強く、職場の規範や人間関係といった社会的要因は心理的要因を介して間接的に影響していた。一方、他者による受診の勧めや情報提供といった介入は、当事者を援助要請のための具体的な行動へと向かわせていた。また、実際に援助要請を行うにあたっては、職場環境は現実的制約との関連から直接援助要請に影響していた。このような援助要請の段階による関連要因の影響の違いは Figure 1 とも対応するといえる。社会的要因は援助要請の段階によって異なるはたらきをしつつ、援助要請プロセス全体に影響を及ぼすと考えられる。

以上の知見を総合すると、援助要請において社会的要因には次のようなはたらきがあると考えられる。まず、ディストレスが低く、目立った問題が生じる前か援助要請プロセスの初期段階である場合、社会規範などの社会的要因は個人の心理的要因や援助要請態度を形作り、それらを介して問題認識や初期の対処行動に影響を及ぼす。肯定的な社会的要因は個人が抱える相談への不安やためらいを低減し、身近な他者への相談を促進することにより他者からの介入を引き出しやすくする。これは、Gourash (1978) の示した 4 つの社会的ネットワークのはたらき (p. 20 参照) のうち、3)、4) に関連するものと考えられる。すなわち、「4) 援助要請に関する態度、価値観、規範を伝達する」はたらきにより周囲の他者の肯定的な規範が伝達されることで他者へ相談しやすくなり、他者が「3) 状態を判別し、専門

家を紹介する仲介者となる」ことにより援助要請行動につながるといえる。よって、4) の機能により 3) が促進されることが考えられる。また、肯定的な社会規範は文化的要因による阻害効果も緩和することから、他者を重視する文化においては特に 4) のはたらきが重要であることが示唆された。

一方、ディストレスが高い場合は、Gourash (1978) の「1) ストレスを緩和し、援助ニーズを低減する」はたらきと「2) 物理的・情緒的サポートを提供することで専門的援助の必要性を生じにくくさせる」はたらきが十分機能しなかった結果と考えられる。ディストレスが高まると認知のゆがみや判断力の低下が生じ、肯定的な社会的要因は援助資源として認識することが難しく、否定的な社会的要因にはより敏感になる。すなわち、「4) 援助要請に関する態度、価値観、規範を伝達する」はたらきはディストレスにより歪められる。そのため、援助要請行動につなげるためには、専門家を紹介したり、受診の際に付き添うなど、他者が「3) 状態を判別し、専門家を紹介する仲介者となる」ことで援助要請行動へと導くことがより重要となる。加えて、社会的要因に問題が多い場合、現実的制約との調整が困難になり、援助要請行動が妨げられることが示された。よって社会的要因は、援助要請行動を可能または不可能にする物理的環境を提供する役割も担っていると考えられる。

2. メンタルヘルス専門家への援助要請が阻害される背景

我が国では、メンタルヘルスに問題を抱える人の多くがメンタルヘルス専門家に援助を求めないことが課題となっている。本論文で得られた知見から、援助要請が行われない背景として、以下の理由が考えられる。

第一に、我が国の文化とメンタルヘルスに関する否定的な社会規範による影響である。恥を恐れ、世間体を守ろうとする文化は、集団の規範を守り、逸脱を避けることを行動選択の基準に据える。一方、研究 4 でも示唆されているように援助要請に対する否定的態度は変化しにくく、精神疾患に対するスティグマも未だ根強い (Ando, Yamaguchi, Aoki, & Thornicroft, 2013)。そのため、メンタルヘルス専門家への援助要請は社会規範に反し、恥や逸脱につながるものとして回避されることが考えられる。

第二に、ディストレスの高さによる社会規範の影響の違いである。研究 3 では、個人のディストレスが高い場合、職場のメンタルヘルス対策への評価が専門家への開示性の改善につながらないこと、組織風土が非常に良好な場合にのみ否定的態度が改善することが示された。また、ディストレスが低い場合には否定的態度は変化し難いことが明らかになった。

したがって、ディストレスが低いときには援助要請に対する否定的態度により援助要請が妨げられる一方で、ディストレスが高くなると社会規範に対する認識が歪み、社会規範を改善するだけでは援助要請が促進されにくくなると考えられる。その結果、症状の悪化と援助要請のできなさという悪循環に陥り、研究4で示された通り、他者による直接的な介入が得られない限り援助要請行動に至ることができないと推測される。

第三に、精神疾患や専門機関の意識化の難しさである。研究4では、他者からの介入やメディアといった何らかのきっかけを得て初めて意識化が達成され、援助要請に向けた行動へと移行することが示された。一方、意識されていないものを個人が自力で把握することは難しく（松木, 2012）、意識化には外的なきっかけが必須とも考えられる。しかし、メンタルヘルスの問題であるという見極めや治療の必要性の判断は専門家でも難しいことから（石川・錦戸, 2014）、非専門家である他者が介入することが必ずしも容易ではないと推測される。また、近年の核家族化や対人コミュニケーションの減少は、他者から介入を得られる機会を失うことにもつながっていると考えられる。さらに、メディアで偶然メンタルヘルスの情報を得る確率は、インターネットなどを利用して自ら積極的に調べない限り、決して高くはないことが予想される。よって、意識化されるきっかけを得ることができず、援助要請に至らないケースも多いと考えられる。

3. 援助要請促進へ向けた提言

本研究で得られた知見より、メンタルヘルス専門家への援助要請を促進するためには以下の方法が有効と考えられる。

第一に、身近な他者と肯定的な社会規範を共有することである。研究1では、家族や友人の肯定的な主観的規範が援助要請を促進することが示された。特に世間体が重んじられる文化においては、援助要請意図に直接影響するだけでなく、世間体意識による抑制効果を緩和することも明らかになった。これは、個人にとって身近な他者の価値観の重要性を示すものであり、たとえ社会や集団全体の規範が変化していなかったとしても、家族や友人、あるいは上司や同僚といった身近な他者が援助要請に対して肯定的であるという認識をもてば援助要請が促進される可能性を示唆する知見といえる。一方、研究3, 4では、高いディストレスを抱える場合、社会規範によって援助要請は促進されにくく、より直接的な介入が必要となることが示唆された。したがって、精神的不調を抱える以前に、家族や友人、上司や同僚といった周囲の他者と日頃からメンタルヘルスに関する肯定的意見を共有し、援助要

請に肯定的な社会規範を醸成することが重要と考えられる。それにより、自己と他者の双方にとって、いざというとき早期に援助要請を行いやすい社会となることが推測される。臨床心理士など援助者側からの介入としては、学校において家族やクラスメイトとメンタルヘルスについて話し合う機会を設けたり、個人単位ではなく室や部といった職場単位で社員のメンタルヘルス研修を行うことにより、肯定的規範を共有する場を設け、意見交換を促すことが有効であると考えられる。

第二に、個人のディストレス状態や援助要請の段階を踏まえた介入を行うことである。研究3では、個人のディストレスの高さにより社会規範の認識と援助要請の関連が異なることが示された。また、研究4では、援助要請の段階によって社会的要因が異なる影響を及ぼすことが明らかにされている。すなわち、ディストレスが低く援助要請プロセスの初期段階にある場合、肯定的な社会的要因は個人の心理的要因を介して適切な問題認識や対処行動を促すことが示された。そのため、心理教育や啓蒙活動などにより肯定的な社会規範やサポート資源を認識させることが重要であると考えられる。また、症状が悪化すると認知の歪みにより援助要請しにくくなるという悪循環のメカニズムを示し、早期の援助要請の重要性を伝えることも有効と考えられる。

一方、ディストレスが高い場合、否定的な社会規範や他者からの介入が得られないことで長く模索の段階にとどまり、行き詰まりの状態となっていることが予想される。このような状態では、適切な認知や判断が難しく、肯定的な社会規範が援助要請につながりにくくなることも本論文から示唆された。したがって、他者によるより積極的で直接的な介入が必要と考えられる。たとえば、家族や同僚などの身近な他者が精神疾患の可能性を伝え、専門機関の利用を勧めたり情報を提供することは、不調者から専門家の利用に向けた行動を引き出すだろう。また、より問題が深刻化している場合には、具体的な援助要請先を提案したり、専門機関に付き添うなど、より確実に援助要請行動へと導くことが重要であると考えられる。なお、このように個人のディストレス状態に合わせた介入を行うにあたっては、ストレスチェックなど簡易な質問項目を利用することも有効であると予想される。

第2節 本論文の意義

本論文には、援助要請研究における意義、産業臨床における意義、そしてメンタルヘルスケアの普及における意義の3つの意義があると考えられる。以下では、それぞれについて考察を行う。

1. 援助要請研究における意義

これまでの援助要請研究では、スティグマやメンタルヘルス・リテラシーといった個人の心理的要因に焦点を当てたものが多く、それらの改善を目的とした介入法が主に検討されてきた (Gulliver et al., 2012)。一方、我々人間は他者との関係性や集団のなかで生きる社会的動物であり、援助要請の理解においても社会的文脈の理解は必須であるといわれている (Carpentier & White, 2002)。しかし、援助要請に対する社会的要因のはたらきを研究したものは少なく、限られた知見しか得られていないことが指摘されている (Vogel et al., 2007a)。そのため、人が精神的不調を患い、メンタルヘルス専門家へ援助要請するまでの過程において、社会的要因がどのようなはたらきをするのかはこれまで明確になっていなかった。

本研究では、メンタルヘルス専門機関への援助要請における社会的要因の影響について、他の要因との関連や援助要請プロセスの観点から検討を行った。その結果、社会的要因が個人の属性や精神状態、また援助要請プロセスの各段階により異なる影響を及ぼすことが明らかになった。この新たな知見は、社会的要因がどのようなときに援助要請を促進し、どのようなときには阻害するのかを理解するための一助となると考えられる。また、社会的要因のはたらきが必ずしも一様ではないという本論文の知見は、さらなる研究の必要性を示唆するものである。このように、援助要請研究における新たな方向性を示したことは、意義深いものと考えられる。

また本論文では、我が国の文化的要因との関連のなかで援助要請と社会規範の関連を検討した。それにより、世間体が重んじられる文化においては社会規範がより重要な役割を担う可能性を示した。メンタルヘルス専門家への援助要請は人種や文化によって異なることが明らかにされている (Wong et al., 2014)。よって、我が国の援助要請を促進するためには、日本人を対象とした研究を積み上げ、社会的、文化的文脈を踏まえつつ理解を深めていくことが重要である。一方、国内における援助要請研究は決して多くないのが現状である。そのなかで、日本の世間体を重んじる文化を取り上げ、援助要請との関連を示したことは、日本

における援助要請研究の発展に貢献するものと考えられる。また、世間体意識による影響を主観的規範やカウンセリングイメージが調整することを明らかにしたことは、容易には変化させにくい文化的要因に対する方策を示した点で意義あるものと考えられる。

さらに、これらの知見を総合し考察することにより、メンタルヘルス専門家への援助要請が少ない背景について複数の可能性を提示した。これまでの研究は、援助要請の阻害要因を列挙するにとどまっており（e.g. Vogel et al., 2007b; Gulliver et al., 2010）、援助要請が行われない詳細なメカニズムは明らかにされていなかった。本論文では、個人のディストレス状態や援助要請プロセスといった流動的視点から捉え、個人と社会的要因との相互作用のなかで援助要請が阻害される過程を示した。個人も社会も日々変化し、相互に影響し合っていることを前提とした本論文の知見は、よりリアルな援助要請の実態を描き、効果的な介入法を探る上で有用であると考えられる。

2. 産業臨床における意義

我が国では、近年、職場のメンタルヘルス対策が義務付けられ、労働者のメンタルヘルスが注目を集めている。一方、産業医やカウンセラーといった専門家を利用する労働者は非常に少ないのが現状である（厚生労働省, 2013）。職場のメンタルヘルス対策を広め、真に有効な取り組みとして根付かせるためには、制度としての上からの普及だけでなく、労働者自身による草の根レベルからの活用を促していく必要がある。しかし、これまでの援助要請研究は大学生や中高生を対象としたものが大半を占めており、労働者の援助要請に関する研究は非常に少ないことが指摘されている（Bamberger, 2009）。

本論文では、研究2から4において労働者を対象とし、量的・質的研究を通して職場の社会的要因が援助要請に与える影響を検討した。その結果、組織風土の認識は役職や企業規模といった労働者特有の個人要因によって異なることや、労働者のディストレス状態に応じて援助要請と異なる関連を示すことが明らかになった。また、援助要請プロセスにおいては、職場の社会的要因が援助要請の各段階によって直接的または間接的に影響することが示された。このような知見は、援助要請研究においてのみならず、産業臨床の発展においても貢献するものと考えられる。本論文の知見をもとに労働者を対象とした研究を重ねることにより、労働者向けの研修プログラムの開発やストレスチェックの活用法など、産業臨床の現場で活用可能となる知見が得られることが期待される。本論文は、そのための基礎的な研究としての意義をもつと考えられる。

3. メンタルヘルスケアの普及における意義

精神的不調を抱える人のうち専門的援助を受けていない人は、非常に高い割合を占めることが明らかにされている（朝日新聞, 2007; Chong et al., 2012; Mack et al., 2014）。こうした問題に対して、個人による専門的援助の利用を促すため、メンタルヘルスに関する情報提供やビデオ鑑賞などの介入法が研究されてきた（e.g. Demyan & Anderson, 2012; Sharp et al., 2006）。しかし、それらの介入法は援助要請行動の改善には効果的でないことや持続的効果の検証が不十分であることが指摘されている（Gulliver et al., 2012）。また、これまでの心理教育的介入は心理専門家やそれに通ずる知識をもつ者でないと実施することが難しく、実施可能な場面も限定されていることから、施行範囲に限られるという限界があった。

このような課題を踏まえて本論文では、家族や友人、上司、同僚といった個人を取り巻く社会的要因に着目し、援助要請における影響を明らかにした。それにより、メンタルヘルス専門家の利用を促進するためには、身近な他者が援助要請に関する肯定的な規範を共有することや、当事者の状態に合わせた介入を行うことが有効であることを示した。このような非専門家による介入は、実施するための場所や設備などの制約もなく、これまでの介入法と比較して少ないコストで行うことができる。すなわち、汎用性の高い介入法であるといえる。また、個人が認識する社会的規範の累積が社会集団の規範となることから（田尾, 1991）、このような介入の積み重ねにより、将来的にはサービスギャップという社会問題の改善につながる我が国全体の社会的規範の育成にも貢献できると考えられる。

第3節 本論文の課題と今後の展望

本論文には、いくつかの課題もあると考えられる。本節では、本論文の課題を示し、今後の研究の展望を示すこととする。

1. 研究方法に関する課題

本論文で示した研究には、それぞれ以下のような課題があると考えられる。

まず、研究1では、世間体意識が日本独自のものであることを検証していない。世間体を重んじる心情は日本人の基底感情であるといわれており（井上, 1977）、日本人の行動決定において根底から影響していることが考えられる。しかし、このような文化が日本独自のものであることを示すには、他の国との比較研究を行う必要がある。また、アジア的価値観が援助要請に関連することが示されているように（Kim & Omizo, 2003）、世間体意識の他にも日本人の援助要請に関連する文化的要因がある可能性も考えられる。したがって、日本人の援助要請を理解し、適切な介入を明らかにするためには、他国との比較を含め、文化的要因に関する研究を積み上げていく必要がある。

研究1から3では、社会規範を個人の認識により測定し、客観的指標による測定は行わなかった。風土に対する主観的な知覚は、環境と個人を結びつける中間的役割を担うといわれており（Litwin & Stringer, 1968）、職場環境は個人の心理的風土により個人単位で測定すべきであるといわれている（James & James, 1989）。そのため、研究1では家族・友人の主観的規範を、研究2, 3ではメンタルヘルス風土を利用した。一方、個人がもっとも高いパフォーマンスを発揮するためには、個人の価値観と組織の価値観の一致が重要であることから、ともに検討することの必要性も指摘されている（Posner, 2010）。しかし、研究1から3では、家族・友人が実際にどのような価値観を抱いているか、また、職場がどのようなメンタルヘルス対策を行っているかといった客観的な指標は明らかにされていない。したがって、今後の研究では、ペアデータや客観的指標により実際の社会規範も測定し、個人の主観的認識との対応や、その一致率による援助要請への影響の違いを検討していく必要があると考えられる。

また、研究3では有意な結果が示されたものの決定係数は小さく、説明率は低かった。これは、数ある要因のなかでも特にメンタルヘルス風土とディストレスに着目して検討したことによると考えられる。第1章でも示したように、メンタルヘルス専門家への援助要請に

は数多くの要因が関連しており、特に過去の援助要請経験やスティグマ、援助への期待が援助要請態度に強く影響することが示されている (Vogel et al., 2005)。また、労働者の援助要請においては、労働時間や職場の相談窓口の有無などが影響する可能性も考えられる。したがって、今後はこれらの要因も含めた包括的な検討を行い、メンタルヘルス風土やディストレスの総体的な位置づけを明らかにしていく必要がある。加えて研究3では、ディストレスが高いことにより社会規範の認知に歪みが生じる可能性が示された。これは翻って、ディストレスの高さにより回答や結果が歪められている可能性を意味するといえる。よって、結果の解釈と般化には慎重になる必要がある。

研究2から4では、男女の比率に大きな偏りがあった。特に研究2と3は男性のみを対象としており、女性に関する知見が得られていない。集団の規範が行動に及ぼす影響は男女により異なるといわれており (Lee, 1997)、本論文では、職務ストレスによる不調を抱えやすく (Wang & Patten, 2001)、援助要請を行いにくい (Fischer & Farina, 1995) といわれる男性に焦点を当てて検討することとした。よって研究2, 3の知見は男性に関してのみ確かめられたものであり、女性への適用には慎重になる必要がある。また研究4では、女性の対象者が2名と少なく、男女間の違いについて十分な検討がなされていない。こうした性別における偏りが生じた背景としては、日本の正社員の7割が男性である (総務省統計局, 2016) ことが考えられる。サンプリングにおける理論的飽和は確認されていることから、プロセス全体に関わる差はないことが予想されるが、女性の方が身近な他者に相談しやすいなど、たどりやすい過程は異なる可能性も考えられる。したがって、今後は女性を含めた量的研究により、社会規範の影響や援助要請プロセスにおける性差についても検討する必要がある。

さらに研究4では、実際に援助要請を行った人を対象としており、援助要請を行っていないケースについては検討できていない。本論文では、精神的不調を抱えた人が専門機関を利用するまでの内的体験プロセスを明らかにするため、専門機関の利用者を対象とした。その結果、援助要請行動を遅延させる要因は明らかになったものの、援助要請が完全に阻止される経緯は明らかになっていない。専門機関を利用した人と利用しなかった人では、問題の帰属スタイルや統制感が異なることも示されており (Vanheusden et al., 2009)、援助要請を行っていない人を対象とした場合、新たな要因が見出される可能性も考えられる。したがって、今後は精神的不調を抱えながらも専門機関を利用しなかった人を対象に研究し、専門機関を利用しない背景をさらに明確にする必要がある。

最後に、本論文では、援助要請態度、意図、行動をそれぞれ個別の研究で扱っており、態

度、意図、行動間の関連を検討するには至っていない。研究 1 では援助要請意図、研究 2, 3 では援助要請態度に焦点を当て、社会規範との関連を検討した。また、研究 4 では援助要請行動をプロセスとして捉え、そのなかにおける社会的要因の影響を検討した。その結果、研究 4 では、〔相談へのためらい〕や【現状を打開したい思い】といった援助要請態度や援助要請意図に該当すると思われるカテゴリーも見出され、プロセスにおける援助要請態度、意図、行動位置づけと社会的要因との関連も示唆された。しかし、研究 4 では援助要請態度や意図自体の測定は行っておらず、援助要請プロセスと援助要請態度、意図との対応は明確になっていない。そのため今後の研究では、援助要請態度、意図、行動を尺度により測定し、量的研究や縦断研究により、研究 4 で得られた知見をさらに発展させていくことが重要である。

2. 実践への応用における課題

本論文では、メンタルヘルス専門家への援助要請を促進するための介入法の開発に向けて、介入のための指針を示した。しかし、実践への応用においては、以下のような課題が残されている。

第一に、本論文では実際に介入を行い、効果を測定する実践研究を行っていない。よって、本論文で示された介入の指針は、理論的には有効であると考えられるものの、実際の効果については明らかになっていない。また、実社会での活用を目指すためには、より具体的な方策を示す必要があるといえる。たとえば研究 3 では、個人のディストレス状態に合わせた介入が有効であることが示唆された。しかし、研究 3 では連続変量のまま検討したことから、ディストレスの高低を判断する明確な基準は示されていない。そのため、今後はカットオフポイントのある尺度を用いて確かめるなど、ディストレス状態を見極める方法も示す必要があると考えられる。

第二に、労働者以外を対象とした検討が不十分な点である。研究 2 から 4 では、実社会における社会的要因と援助要請との関連を検討するため、対象を労働者に限定した。その結果、職場のケア体制や上司・同僚との関係性といった職場独自の社会的要因が明らかになった。これは翻って、他の社会集団にはその集団独自の社会的要因がある可能性を示唆するものである。たとえば学校や地域コミュニティにおいては、新たな社会的要因が見出される可能性も考えられる。したがって、本論文の知見を般化するには慎重になる必要がある。より汎

用性の高い介入法を示すためには、対象を労働者以外にも拡大し、研究を重ねていくことが重要であると考えられる。

引用文献

- Addis, M. E., & Mahalik, J. R. (2003). Men, masculinity, and the contexts of help seeking. *American Psychologist*, 58, 5–14.
- 相川充 (1989). 援助行動 大坊郁夫・安藤清志・池田謙一 (編) 個人から他者へ 社会心理学パースペクティブ 1 (pp.291–311) 誠信書房
- Ando, S., Yamaguchi, S., Aoki, Y., & Thornicroft, G. (2013). Review of mental-health related stigma in Japan. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 67, 471–482.
- Armitage, C. J., & Conner, M. (2001). Efficacy of the theory of planned behaviour: A meta-analytic review. *British Journal of Social Psychology*, 40, 471–499.
- 朝日新聞(2007). 自殺「相談せずに」8割 朝日新聞 4月22日朝刊
- Athanasiades, C., Winthrop, A., & Gough, B. (2008). Factors affecting self-referral to counselling services in the workplace: A qualitative study. *British Journal of Guidance & Counselling*, 36, 257–276.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Process*, 50, 179–211.
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall.
- Baker, S. A., Morrison, D. M., Carter W. B., & Verdon, M. S. (1996). Using the Theory of Reasoned Action (TRA) to understand the decision to use condoms in an STD clinic population. *Health Education Quarterly*, 23, 528–542.
- Bamberger, P. (2009). Employee help-seeking: Antecedents, consequences and new insights for future research. *Research in Personnel and Human Resources Management*, 28, 49–98.
- Barnes, J. B., Nickerson, A., Adler, A. B., & Litz, B. T. (2013). Perceived military organizational support and peacekeeper distress: A longitudinal investigation. *Psychological Services*, 10, 177–185.
- Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 226–244.
- Baumeister, R. F., Twenge, J. M., & Nuss, C. K. (2002). Effects of social exclusion on cognitive process: Anticipated aloneness reduces intelligent thought. *Journal of Personality and Social*

Psychology, 83, 817–827.

- Bayer, J. K., & Peay, M. Y. (1997). Predicting intentions to seek help from professional mental health services. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 31, 504–513.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, D. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Berger, J. L., Addis, M. E., Green, J. D., Mackowiak, C., & Goldberg, V. (2013). Men's reactions to mental health labels, forms of help-seeking, and sources of help-seeking advice. *Psychology of Men & Masculinity*, 14, 433–443.
- Bonabi, H., Muller, M., Ajdacic-Gross, V., Eisele, J., Rodgers, S., Seifritz, E., ... Rusch, N. (2016). Mental health literacy, attitudes to help seeking, and perceived need as predictors of mental health service use. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 204, 321–324.
- Brooks, G. R. (1998). *A new psychotherapy for traditional men*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Cameron, L., Leventhal, E. A., & Leventhal, H. (1993). Symptom representations and affect as determinants of care seeking in a community-dwelling, adult sample population. *Health Psychology*, 12, 171–179.
- Carpentier, N., & White, D. (2002). Cohesion of the primary social network and sustained service use before the first psychiatric hospitalization. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 29, 404–418.
- Cash, T. F., Begley, J., McCown, D. A., & Weise, B. C. (1975). When counselors are heard but not seen: Initial impact of physical attractiveness. *Journal of Counseling Psychology*, 4, 273–279.
- Cepeda-Benito, A., & Short, P. (1998). Self-concealment, avoidance of psychological services, and perceived likelihood of seeking professional help. *Journal of Counseling Psychology*, 45, 58–64.
- Chan, R. Y. K., & Lau, L. B. Y. (2001). Explaining green purchasing behavior: A cross-cultural study on American and Chinese consumers. *Journal of International Consumer Marketing*, 14, 9–40.
- Chen, G., Gully, S. M., & Eden, D. (2004). General self-efficacy and self-esteem: Toward theoretical and empirical distinction between correlated self-evaluations. *Journal of Organizational Behavior*, 25, 375–395.
- Cheng, H. L., McDermott, R. C., & Lopez, F. G. (2015). Mental health, self-stigma, and help-seeking intentions among emerging adults: An attachment perspective. *Counseling Psychologist*, 43, 463–487.

- Chong, S. A., Abidin, E., Sherbourne, C., Vaingankar, J., Heng, D., Yap, M., & Subramaniam, M. (2012). Treatment gap in common mental disorders: The Singapore perspective. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 21, 195–202.
- Christensen, H., Leach, L. S., Barney, L., Mackinnon, A. J., & Griffiths, K. M. (2006). The effect of web based depression interventions on self reported help seeking: Randomised controlled trial. *BMC Psychiatry*, 6, 13. doi: 10.1186/1471-244X-6-13
- Ciarrochi, J. V., & Deane, F. P. (2001). Emotional competence and willingness to seek help from professional and nonprofessional sources. *British Journal of Guidance & Counseling*, 29, 233–246.
- Corrigan, P. (2004). How stigma interferes with mental health care. *American Psychologist*, 59, 614–625.
- Corrigan, P. W., Rowan, D., Green, A., Lundin, R., River, L., Uphoff-Wasowski, K., ... Kubiak, M. A. (2002). Challenging two mental illness stigmas: Personal responsibility and dangerousness. *Schizophrenia Bulletin*, 28, 293–310.
- Demyan, A., L., & Anderson, T. (2012). Effects of a brief media intervention on expectations, attitudes, and intentions of mental health help seeking. *Journal of Counseling Psychology*, 59, 222–229.
- DePaulo, B. M. (1983). Perspectives on help-seeking. In B. M. DePaulo, A. Nadler, & J. D. Fisher (Eds.), *New Directions in Helping. Volume 2 Help-seeking* (pp. 3–12). New York: Academic Press.
- Derogatis, L. R., Lipman, R. S., Covi, L., & Rickels, K. (1971). Neurotic symptom dimensions: As perspective by psychiatrists and patients of various social classes. *Archive of General Psychiatry*, 24, 454–464.
- Eisenberg, D., Downs, M. F., Golberstein, E., & Zivin, K. (2009). Stigma and help seeking for mental health among college students. *Medical Care Research and Review*, 66, 522–541. doi: 10.1177/1077558709335173
- Eisenberg, D., Golberstein, E., & Gollust, S. E. (2007). Help-seeking and access to mental health care in a university student population. *Medical Care*, 45, 594–601.
- Eisenberg, D., Hunt, J., & Speer, N. (2012). Help seeking for mental health on college campuses: Review of evidence and next steps for research and practice. *Harvard Review of Psychiatry*, 20, 222–232.
- Elhai, J. D., Schweinle, W., & Anderson, S. M. (2008). Reliability and validity of the Attitudes Toward

- Seeking Professional Psychological Help Scale-Short Form. *Psychiatry Research*, 159, 320–329.
- Erikson, E. H. (1968). *Identity: Youth and crisis*. New York: W. W. Norton.
- Fingerman, K., Miller, L., Birditt, K., & Zarit, S. (2009). Giving to the good and the needy: Parental support of grown children. *Journal of Marriage and Family*, 71, 1220–1233.
- 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.
- Fischer, E. H., & Tuener, J. L. (1970). Orientation to seeking professional psychological help: Development and research utility of an attitude scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 45, 994–1001.
- Fukunishi, I., Maeda, K., Kubota, M., & Tomino, Y. (1997). Association of alexithymia with low utilization and perception on a measure of social support in patients on peritoneal dialysis. *Psychological Reports*, 80, 127–130.
- 学校法人慶應義塾 (2011). 平成 22 年度厚生労働省障害者福祉総合推進事業補助金「精神疾患の社会的コストの推計」事業実績報告書. <http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/cyousajigyou/dl/seikabutsu30-2.pdf> (2015 年 9 月 28 日取得)
- Garlow, S. J., Rosenberg, J., Moore, J. D., Haas, A. P., Koestner, B., Hendin, H., & Nemeroff, C. B. (2008). Depression, desperation, and suicidal ideation in college students: Results from the American Foundation for Suicide Prevention College Screening Project at Emory University. *Depression and Anxiety*, 25, 482–488.
- Goldsmith, H., Jackson, D., & Hough, R. (1988). Process model of seeking mental health services: Proposed framework for organizing the research literature on helpseeking. In H. Goldsmith, E. Lin, R. Bell, & D. Jackson (Eds.), *Needs assessment: Its future* (pp. 49-64). (DHHS Publication No. ADM 88-1550). Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- Gourash, N. (1978). Help-seeking: A review of the literature. *American Journal of Community Psychology*, 6, 413–423.
- Grambaite, R., Hessen, E., Auning, E., Arsland, D., Selnes, P., & Fladby, T. (2013). Correlates of subjective and mild cognitive impairment: Depressive symptoms and CSF biomarkers. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 3, 291–300.
- Green, D. E., Walkey, F. H., McCormick, I. A., & Taylor, A. J. (1988). Development and evaluation

- of a 21-item version of the Hopkins Symptom Checklist with New Zealand and United States respondents. *Australian Journal of Psychology*, 40, 61–70.
- Gross, A. E., & McMullen, P. A. (1983). Models of the help-seeking process. In J. D. Fischer, A. Nadler, & B. M. DePaulo (Eds.). *New Directions in Helping* (pp. 45-70). New York: Academic Press.
- Grynderup, M. B., Mors, O., Hansen, A. M., Andersen, J. H., Bonde, J. P., Kaergaard, A., ... Kolstad, H. A. (2012). A two-year follow-up study of risk of depression according to work-unit measures of psychological demands and decision latitude. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 38, 527–536.
- Gulliver, A., Griffiths, K. M., & Christensen, H. (2010). Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: A systematic review. *BMC Psychiatry*, 10, 113. doi: 10.1186/1471-244X-10-113
- Gulliver, A., Griffiths, K. M., Christensen, H., & Brewer, J. L. (2012). A systematic review of help-seeking interventions for depression, anxiety and general psychological distress. *Psychiatry*, 12, 81. doi: 10.1186/1471-244X-12-81
- Han, M., & Pong, H. (2015). Mental health help-seeking behaviors among Asian American community college students: The effect of stigma, cultural barriers, and acculturation. *Journal of College Student Development*, 56, 1–14.
- 羽石寛寿・地代憲弘・外島裕・松田浩平・渡辺文夫 (1995). 経営組織診断の理論と技法 同友館
- Hatchett, G. T. (2006). Additional validation of the attitudes toward seeking professional psychological help scale. *Psychological Reports*, 98, 279–284.
- ten Have, M., de Graaf, R., Ormel, J., Vilagut, G., Kovess, V., & Alonso, J. (2010). Are attitudes towards mental health help-seeking associated with service use? Results from the European Study of Epidemiology of Mental Disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45, 153–163.
- Heavey, C. L., & Hurlburt, R. T. (2008). The phenomena of inner experience. *Consciousness and Cognition*, 17, 789–810.
- Heijnders, M., & Van, D. M. S. (2006). The fight against stigma: An overview of stigma-reduction strategies and interventions. *Psychology Health and Medicine*, 11, 353–363.

- 久田満 (2000). 社会行動研究 2 —援助要請行動の研究— 下山晴彦 (編) 臨床心理学研究の技法 シリーズ・心理学の技法 (pp. 164-170) 福村出版
- Hofman, D. A., Lei, Z., & Grant, A. M. (2009). Seeking help in the shadow of a doubt: The sensemaking process underlying how nurses decide who to ask for advice. *Journal of Applied Psychology, 94*, 1261–1274.
- 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.
- Hu, T. W., He, Y., Zhang, M., & Chen, N. (2007). Economic costs of depression in China. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 42*, 110–116.
- Iijima, S., Yokoyama, K., Kitamura, F., Fukuda, T., & Inaba, R. (2013). Cost-benefit analysis of comprehensive mental health prevention programs in Japanese workplaces: A pilot study. *Industrial Health, 51*, 627–633.
- 稲葉昭英 (1995). 性差，役割ストレイン，心理的ディストレス —性差と社会的ストレス構造— 家族社会学研究, *7*, 93–104.
- 井上忠司 (1977). 世間体の構造 —社会心理学史への試み— NHK 出版
- 岩間夏樹 (2013). 若い働き手のメンタルヘルス —モチベーションマネジメントの必要性— 日本労働研究雑誌, *635*, 83–91.
- 石川真子・錦戸典子 (2014). 新人期の産業看護職における職場のメンタルヘルス活動の実施状況，困難感，および知識・技術の保有感 産業衛生学雑誌, *56*, 1–15.
- 伊東秀章 (1997). 未婚化に影響する心理学的諸要因 —計画行動理論を用いて— 社会心理学研究, *12*, 163–171.
- 岩壁茂 (2010). はじめて学ぶ臨床心理学の質的研究 —方法とプロセス— 岩崎学術出版社
- James, L. A., & James, L.R. (1989). Integrating work environment perceptions: Explorations into the measurement of meaning. *Journal of Applied Psychology, 74*, 739–751.
- 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.
- Jourard, S. M., & Lasakow, P. (1958). Some factors in self-disclosure. *Journal of Abnormal & Social Psychology, 56*, 91–98.
- Judd, F., Jackson, H., Komiti, A., Murray, G., Fraser, C., Grieve, A., & Gomez, R. (2006). Help-

- seeking by rural residents for mental health problems: The importance of agrarian values. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40, 769–776.
- 開發孝次郎 (1999). 日本異質論 ―日本の企業― 日本大学芸術学部紀要, 29, 111–128.
- 金井篤子・若林満 (1998). 企業内におけるメンタルヘルス風土に関する研究 実験社会心理学研究, 38, 63–79.
- 加藤鉄三郎 (1990). 差別意識に影響を及ぼす「世間体」についての考察 ―日本文化論の視点より― 神学と人文：大阪基督教学院・大阪基督教短期大学研究論集, 30, 89–98.
- Karasek, R. A. (1979). Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24, 285–308.
- 川元克秀 (1999). 世間体意識尺度 12 項目版の交差妥当性と信頼性 ―因子構造の安定性と再検査法による信頼性の検討― 社会福祉学, 39, 62–82.
- 河野和明 (2000). 自己隠蔽尺度 (Self-Concealment Scale)・刺激希求尺度・自覚的身体症状の関係 実験社会心理学研究, 40, 115–121.
- Kessler, R. C., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Chatterji, S., Lee, S., Orme, J., Ustün, T. B., & Wang P. S. (2009). The global burden of mental disorders: An update from the WHO World Mental Health (WMH) surveys. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 18, 23–33.
- Kim, B. S. K., Atkinson, D. R., & Yang, P. H. (1999). The Asian values scale: Development, factor analysis, validation, and reliability. *Journal of Counseling Psychology*, 46, 342–352.
- Kim, B. S. K., & Omizo, M. M. (2003). Asian cultural values, attitudes toward seeking professional psychological help, and willingness to see a counselor. *Counseling Psychologist*, 31, 343–361.
- Kim, P. Y., & Park, I. J. K. (2009). Testing a multiple mediation model of Asian American college students' willingness to see a counselor. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 15, 295–302.
- 木村真人 (2015). 大学生の学生相談利用におけるパーソナル・サービス・ギャップ ―抑うつ症状の場面想定法を用いた検討― 心理臨床学研究, 33, 275–285.
- 木村真人・水野治久 (2004). 大学生の被援助志向性と心理的変数との関連について ―学生相談・友達・家族に焦点をあてて― カウンセリング研究, 37, 260–269.
- 木下康仁 (2003). グラウンデッド・セオリー・アプローチの実践 ―質的研究への誘い― 弘文堂
- 北島滋・山本篤民 (2010). 中小企業入門 ―産業・労働社会学的アプローチ― (社会学研究

シリーズ 5) 文化書房博文社

- Kitchener, B. A., & Jorm, A. F. (2004). Mental health first aid training in a workplace setting: A randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 4, 23. doi. 10.1186/1471-244X-4-23
- 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, 155–164.
- Kohn, R., Saxena, S., Levav, I., & Saraceno, B. (2004). The treatment gap in mental health care. *Bulletin of the World Health Organization*, 82, 858–866.
- Komiti, A., Judd, F., & Jackson, H. (2006). The influence of stigma and attitudes on seeking help from GP for mental health problems: A rural context. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41, 738–745.
- 厚生労働省 (2004). 労働経済白書 雇用の質の充実を通じた豊かな生活の実現に向けた課題
ぎょうせい
- 厚生労働省 (2006). 労働者の心の健康の保持増進のための指針 厚生労働省 独立行政法人
労働者健康福祉機構 Retrieved from <http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/roudou/aneiyou/dl/k060331001a.pdf> (2015 年 8 月 24 日)
- 厚生労働省 (2013). 平成 24 年労働安全衛生特別調査 (労働者健康状況調査) 大臣官房統計
情報部雇用・賃金福祉統計課
- 厚生労働省 (2014a). 平成 25 年労働安全衛生調査 大臣官房統計情報部雇用・賃金福祉統計
課
- 厚生労働省 (2014b). 平成 26 年版厚生労働白書 健康長寿社会の実現に向けて ―健康・予防
元年― 厚生労働省
- 厚生労働省 (2015). 平成 26 年度 過労死等の労災補償状況 労働基準局 補償課
- 熊谷(松田)苑子 (2001). 親子関係に関する家族意識 ―性別・世代別比較― 清水新二 (編)
家族生活についての全国調査(NFR98)2-4 現代日本の家族意識 (pp. 9–21) National
Family Research of Japan
- Kung, W. W., & Lu, P. (2008). How symptom manifestations affect help seeking for mental health problems among Chinese Americans. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 196, 46–54.
- Kushner, M. G., & Sher, K. J. (1989). Fear of psychological treatment and its relation to mental health service avoidance. *Professional Psychology: Research and Practice*, 20, 251–257.
- Lambert, M. J. (2013). Outcome in psychotherapy: The past and important advances. *Psychotherapy*,

50, 42–51.

- Larsson, S., Pousette, A., & Törner, M. (2008). Psychological climate and safety in the construction industry-mediated influence on safety behaviour. *Safety Science*, 46, 405–412.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Lee, F. (1997). When the going gets tough, do the tough ask for help? Help seeking and power motivation in organization. *Organization Behavior and Human Decision Process*, 72, 336–363.
- Leong, F. T. L., & Zachar, P. (1999). Gender and opinions about mental illness as predictors of attitudes toward seeking professional psychological help. *British Journal of Guidance and Counselling*, 27, 123–132.
- Lester, H. E., Tritter, J. Q., & Sorohan, H. (2005). Patients' and health professionals' views on primary care for people with serious mental illness: Focus group study. *British Medical Journal*, 330, 1122–1126.
- Levant, R., & Fischer, J. (1998). The Male Role Norms Inventory. In C. Davis, W. Yarber, R. Bauserman, G. Schreer, & S. Davis (Eds.), *Sexuality-related measures: A compendium*. (2nd ed., pp. 469–472). Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Lin, Y. (2002). Taiwanese university students' conceptions of counseling. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 31, 199–211.
- Litwin, G. H., & Stringer, R. A. (1968). *Motivation and organizational climate*. Boston: Harvard University. (占部都美 (監訳) 井尻昭夫 (訳) (1974). 経営風土 白桃書房)
- Mack, S., Jacobi, F., Gerschler, A., Strehle, J., Hofler, M., Busch, M. A., ... Wittchen, H. U. (2014). Self-reported utilization of mental health services in the adult German population: Evidence for unmet needs? Results of the DEGS1-Mental Health Module (DEGS1-MH). *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 23, 289–303.
- Mackenzie, C. S., Gekoski, W. L., & Knox, V. J. (2006). Age, gender, and the underutilization of mental health services: The influence of help-seeking attitudes. *Aging & Mental Health*, 10, 574–582.
- Mackenzie, C. S., Scott, T., Mather, A., & Sareen, J. (2008). Older adults' help-seeking attitudes and treatment beliefs concerning mental health problems. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 16, 1010–1019.

- Mahalik, J. R., Ludlow, L. H., Diemer, M. A., Scott, R. P. J., Gottfried, M., & Freitas, G. (2003). Development of the conformity to masculine norms inventory. *Psychology of Men & Masculinity*, 4, 3–25.
- Mann, J. J., Apter, A., Bertolote, J., Beautrais, A., Haas, A., Hegerl, U., ... Hendin, H. (2005). Suicide prevention strategies: A systematic review. *Jama-Journal of the American Medical Association*, 16, 2064–2074.
- Maruyama, H., Taguchi, A., Ryu, S., Nagata, S., & Murashima, S. (2011). Is sekentei associated with attitudes toward use of care services?: Multilevel analysis in Japan. *Geriatrics & Gerontology International*, 11, 166–173.
- Masuda, A., Anderson, P. L., & Edmonds, J. (2012). Help-seeking attitudes, mental health stigma, and self-concealment among African American college students. *Journal of Black Studies*, 43, 773–786.
- 松木邦裕 (2012). 対象関係論を学ぶ ―クライン派精神分析入門― 岩崎学術出版社
- Mikulincer, M., Shaver, P. R., & Pereg, D. (2003). Attachment theory and affect regulation: The dynamics, development, and cognitive consequences of attachment-related strategies. *Motivation and Emotion*, 27, 77–102.
- Miller, M. J., Yang, M. J., Hui, K. Y., Choi, N. Y., & Lim, R. H. (2011). Acculturation, enculturation, and Asian American college students' mental health and attitudes toward seeking professional psychological help. *Journal of Counseling Psychology*, 58, 346–357.
- 宮仕聖子 (2010). 心理的援助要請態度を抑制する要因についての検討 ―文美の新国土, 自己スティグマとの関連から― 日本女子大学人間社会研究科紀要, 16, 153–172.
- 水野治久・石隈利紀 (1999). 被援助志向性, 被援助行動に関する研究の動向 教育心理学研究, 47, 530–539.
- Mo, P. K. H., & Mak, W. W. S. (2009). Help-seeking for mental health problems among Chinese. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44, 675–684.
- Mojaverian, T., Hashimoto, T., & Kim, H. S. (2013). Cultural differences in professional help seeking: A comparison of Japan and the US. *Frontiers in Psychology*, 3, 615.
- Mollen, S., Ruiter, R. A. C., & Kok, G. (2010). Current issues and new directions in psychology and health: What are the oughts? The adverse effects of using social norms in health communication. *Psychology & Health*, 25, 265–270.

- 百瀬由美子・麻原きよみ (1997). 改訂版世間体スケールと介護負担感および、保健・福祉・看護サービス利用との関係 日本看護科学会誌, 17, 232-233.
- 文部科学省 (2011). 平成 22 年度体力・運動能力調査結果の概要 文部科学省 Retrieved from http://www.mext.go.jp/component/b_menu/other/___icsFiles/afieldfile/2011/10/11/1311811_2.pdf (2015 年 8 月 24 日)
- Montaño, D., Thompson, B., & Taylor, V. M. (1997). Understanding mammography intention and utilization among women in an inner city public hospital clinic. *Preventive Medicine*, 26, 817-824.
- Morrison, D. M., Spencer, M. S., & Gillmore, M. R. (1998). Beliefs about substance use among pregnant and parenting adolescents. *Journal of Research Adolescence*, 8, 69-95.
- Murphy, C. C., Vernon, S. W., Diamond, P. M., & Tiro, J. A. (2014). Competitive testing of health behavior theories: How do benefits, barriers, subjective norm, and intention influence mammography behavior? *Annals of Behavioral Medicine*, 47, 120-129.
- 永井智 (2010). 大学生における援助要請意図 —主要な要因間の関連から見た援助要請意図の規定因— 教育心理学研究, 58, 46-56.
- Naganuma, Y., Tachimori, H., Kawakami, N., Takeshima, T., Ono, Y., Uda, H., ... Kikkawa, T. (2006). Twelve-month use of health services in four areas in Japan: Findings from the World Mental Health Japan survey 2002-2003. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 60, 240-248.
- Nezlek, J. B., Kowalski, R. M., Leary, M. R., Blevins, T., & Holgate, S. (1997). Personality moderators of rejections to interpersonal rejection: Depression and trait self-esteem. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 23, 1235-1244.
- Orlikowski, W. (1992). Learning from notes: Organizational issue in groupware implementation. *The Information Society*, 9, 237-250.
- Patterson, M. G., West, M. A., Shackleton, V. J., Dawson, J. F., Lawthom, R., Maitlis, S., ... Wallace, A. M. (2005). Validating the organizational climate measure: Links to managerial practices, productivity and innovation. *Journal of Organizational Behavior*, 26, 379-408.
- Phillips, M. A., & Murrell, S. A. (1994). Impact of psychological and physical health, stressful events, and social support on subsequent mental health help seeking among older adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 270-275.
- Picco, L., Abidin, E., Chong, S. A., Pang, S., Shafie, S., Chua, B. Y., ... Subramaniam, M. (2016).

- Attitudes toward seeking professional psychological help: Factor structure and socio-demographic predictors. *Psychiatry Research*, 159, 320–329.
- Pinfold, V., Toulmin, H., Thornicroft, G., Huxley, P., Farmer, P., & Graham, T. (2003). Reducing psychiatric stigma and discrimination: Evaluation of educational interventions in UK secondary schools. *British Journal of Psychiatry*, 182, 342–346.
- Pill, R., Prior, L., & Wood, F. (2001). Lay attitudes to professional consultations for common mental disorder: A sociological perspective. *British Medical Bulletin*, 57, 207–219.
- Posner, B. Z. (2010). Another look at the impact of personal and original values congruency. *Journal of Business Ethics*, 97, 535–541.
- Rickwood, D., & Thomas, K. (2012). Conceptual measurement framework for help-seeking for mental health problems. *Psychology Research and Behavior Management*, 5, 173–183.
- Rüsch, N., Hölzer, A., Hermann, C., Schramm, E., Jacob, G. A., Bohus, M., ... Corrigan, P. W. (2006). Self-stigma in women with borderline personality disorder and women with social phobia. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 194, 766–773.
- Rüsch, N., Muller, M., Ajdacic-Gross, V., Rodgers, S., Corrigan, P. W., & Rossler, W. (2014). Shame, perceived knowledge and satisfaction associated with mental health as predictors of attitude patterns towards help-seeking. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 23, 177–187.
- Shaffer, P. A., Vogel, D. L., & Wei, M. F. (2006). The mediating roles of anticipated risks, anticipated benefits, and attitudes on the decision to seek professional help: An attachment perspective. *Journal of Counseling Psychology*, 53, 442–452.
- 社会生産性本部メンタルヘルス研究所 (2008). 産業人メンタルヘルス白書 社会生産性本部
- Sharp, W., Hargrove, D. S., Johnson, L., & Deal, W. P. (2006). Mental health education: An evaluation of a classroom based strategy to modify help seeking for mental health problems. *Journal of College Student Development*, 47, 419–438.
- Sheikh, S., & Furnham, A. (2000). A cross-cultural study of mental health beliefs and attitudes towards seeking professional help. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 35, 326–334.
- Shein, E. H. (1978). *Career Dynamics: Matching Individual and Organizational Needs*. Addison Wesley. (二村敏子・三善勝代 (訳) (1991). キャリア・ダイナミクス 白桃書房)
- Sibicky, M., & Dovidio, J. F. (1986). Stigma of psychological therapy: Stereotypes, interpersonal

- relations, and the self-fulfilling prophecy. *Journal of Counseling Psychology*, 33, 148–154.
- 総務省統計局 (2016). 労働力調査 (詳細集計) 平成 27 年 (2015 年) 平均 (速 報)
<http://www.stat.go.jp/data/roudou/sokuhou/nen/dt/pdf/index1.pdf> (2016 年 11 月 21 日取得)
- Staub, E. (1972). Instigation to goodness: The role of social norms and interpersonal influence. *Journal of Social Issues*, 28, 131–150.
- Stefl, M. E., & Prosperi, D. C. (1985). Barriers to mental health service utilization. *Community Mental Health Journal*, 21, 167–178.
- Suka, M., Yamauchi, T., & Sugimori, H. (2016). Help-seeking intentions for early signs of mental illness and their associated factors: Comparison across four kinds of health problems. *BMC Public Health*, 16, 301.
- Super, D. E. (1985). *New dimensions in adult vocational career counseling*. Occasional Paper No.196. Columbus: Ohio State University, National Center for Research in Vocational Education.
- Surgenor, L. J. (1985). Attitudes toward seeking professional psychological help. *New Zealand Journal of Psychology*, 14, 27–33.
- 高野明・宇留田麗 (2002). 援助要請行動から見たサービスとしての学生相談 教育心理学研究, 50, 113–125.
- 高野明・吉武清實・池田忠義・佐藤静香・長尾裕子 (2014). 学生相談機関への来談学生の援助要請プロセスに関する研究 学生相談研究, 35, 142–153.
- 田村修一・石隈利紀 (2001). 指導・援助サービス上の悩みにおける中学校教師の被援助志向性に関する研究 ―バーンアウトとの関連に焦点をあてて― 教育心理学研究, 49, 438–448.
- 田尾雅夫 (1991). 組織の心理学 有斐閣
- Tata, S. P., & Leong, F. T. L. (1994). Individualism collectivism, social-network orientation, and acculturation as predictors of attitudes toward seeking professional psychological help among Chinese Americans. *Journal of Counseling Psychology*, 41, 280–287.
- Taylor-Rodgers, E., & Batterham, P. J. (2014). Evaluation of an online psychoeducation intervention to promote mental health help seeking attitudes and intentions among young adults: Randomised controlled trial. *Journal of Affective Disorders*, 168, 65–71.
- Thompson, A., Hunt, C., & Issakidis, C. (2004). Why wait? Reasons for delay and prompts to seek help for mental health problems in an Australian clinical sample. *Social Psychiatry and*

Psychiatric Epidemiology, 39, 810–817.

- Timlin-Scalera, R. M., Ponterotto, J. G., Bulmberg, F. C., & Jackson, M. A. (2003). A grounded theory study on help-seeking behaviors among white male high school students. *Journal of Counseling Psychology*, 50, 339–350.
- Triandis, H. C., Bontempo, R., Villareal, M. J., Asai, M., & Lucca, N. (1988). Individualism and collectivism: Cross-cultural perspectives on self-ingroup relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 323–338.
- Vanheusden, K., van der Ende, J., Mulder, C. L., van Lenthe, F. J., Verhulst, F. C., & Mackenbach, J. P. (2009). Beliefs about mental health problems and help-seeking behavior in Dutch young adults. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44, 239–246.
- Villatoro, A. P., Morales, E. S., & Mays, V. M. (2014). Family culture in mental health help-seeking and utilization in a Nationally Representative Sample of Latinos in the United States: The NLAAS. *American Journal of Orthopsychiatry*, 84, 353–363.
- Virtanen, M., Koskinen, S., Kivimäki, M., Honkonen, T., Vahtera, J., Ahola, K., & Lönnqvist, J. (2008). Contribution of non-work and work-related risk factors to the association between income and mental disorders in a working population: The health 2000 study. *Occupational and Environmental Medicine*, 65, 171–178.
- Vogel, D. L., Wade, N. G., & Haake, S. (2006). Measuring the self-stigma associated with seeking psychological help. *Journal of Counseling Psychology*, 53, 325–337.
- Vogel, D. L., Wade, N. G., Wester, S. R., Larson, L., & Hackler, A. H. (2007a). Seeking help from a mental health professional: The influence of one's social network. *Journal of Clinical Psychology*, 63, 233–245.
- Vogel, D. L., & Wei, M. (2005). Adult attachment and help-seeking intent: The mediating roles of psychological distress and perceived social support. *Journal of Counseling Psychology*, 52, 347–357.
- Vogel, D. L., Wester, S. R., Wei, M., & Boysen, G. A. (2005). The role of outcome expectations and attitudes on decisions to seek professional help. *Journal of Counseling Psychology*, 52, 459–470.
- Vogel, D. L., Wester, S. R., & Larson, L. M. (2007b). Avoidance of counseling: Psychological factors that inhibit seeking help. *Journal of Counseling & Development*, 85, 410–422.
- Walton, L. (2003). Exploration of the attitudes of employees towards the provision of counseling

- within a profit-making organization. *Counseling and Psychotherapy Research*, 3, 65–71.
- Wang, J. L., & Patten, S. B. (2001). Perceived work stress and major depression in the Canadian employed population, 20-49 years old. *Journal of Occupational Health Psychology*, 6, 283–289.
- 渡辺直登 (1986). 職務ストレスとメンタル・ヘルス —職務ストレス・チェックリスト作成の試み— 南山経営研究, 1, 37–63.
- Williams, D. R., Selina, A. M., Jacinta, L., & Chiquita, C. (2010). Race, socioeconomic status, and health: Complexities, ongoing challenges, and research opportunities. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1186, 69–101.
- Wong, J., Brownson, C., Rutkowski, L., Nguyen, C. P., & Becker, M. S. (2014). A mediation model of professional psychological help seeking for suicide ideation among Asian American and white American college students. *Archives of Suicide Research*, 18, 259–273.
- Wong, Y. J., Tran, K. K., Kim, S. H., Van Horn Kerne, V., & Calfa, N. A. (2010). Asian Americans' lay beliefs about depression and professional help seeking. *Journal of Clinical Psychology*, 66, 317–332.
- Yokopenic, P. A., Clark, V. A., & Aneshensel, C. S. (1983). Depression, problem recognition, and professional consultation. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 171, 15–23.
- Zich, J., & Temoshok, L. (1987). Perceptions of social support in men with AIDS and ARC: Relationships with distress and hardness. *Journal of Applied Social Psychology*, 17, 193–215.

付録

1. 研究1で用いた質問紙

心理専門家への相談に関する調査

学校の相談室やメンタルクリニック、地域の相談窓口などにいるカウンセラーや心理士をまとめて心理専門家といいます。この調査は、このような心理専門家に対して自分の悩みや困っていることを相談したいと思うかどうかについて検討することを目的としています。

回答はすべて統計的に処理し、個人を特定する分析は行いませんので、皆さまにご迷惑をかけることは決してありません。できるだけ率直に、思ったままに回答をしてください。

答えたくないと思った質問には答えなくてもかまいません。また、途中で答えたくないと思った場合には、途中で回答をやめてもかまいません。

なお、調査に関する質問・ご意見等ございましたら、下記の連絡先までご連絡ください。

名古屋大学教育学部人間発達科学科

松本由未子

1 あなたの所属と年齢，性別をおしえてください。

_____大学 _____学部 _____年

_____歳 _____ヵ月 男性 ・ 女性 (※○をつけてください。)

※注意

これ以降「心理専門家」は次のように定義して用いることとします。

学校，病院，企業，福祉施設，または公的機関で，心理学に基づいたカウンセリングなどの援助を行うカウンセラーや相談員といった専門職の総称。

2 あなたはこれまでで心理専門家に相談した経験がありますか？当てはまるものに○をつけてください。

ある ・ ない

「ある」と答えた人は，次のうち，どこで相談しましたか？

当てはまるものに○をつけてください。(※複数回答可。)

- | | | |
|---|-------------------------|-------------|
| { | ・ 学校の相談室 (※小学校から大学を含む。) | ・ 医療機関 |
| | ・ 地域の相談窓口または施設 | ・ その他 _____ |

また，それはいつごろ，どれくらいの期間されていましたか？

(回答例. 2年前頃，8ヵ月間くらい)

(※1回で終了した場合には，「～頃，1回」と記入してください。)

- ③ 次の記述を読み、以下の質問に回答してください。回答は選択肢のうち、もっとも当てはまると思う番号1つに○をつけてください。

あなたは、東海のある大学に通う大学生です。1か月前から気持ちが落ち込み、憂鬱で何もやる気がしません。また、食欲が減り、体重も落ちました。夜もよく眠れません。大学に行く気にもなれず、授業も休みがちです。

- 1) あなたがもしこのような状態になり自分自身で解決できない場合、心理専門家に相談しますか？

	どちらかといえば	どちらとも	どちらかといえば	
相談する	相談する	いえない	相談しない	相談しない
5	4	3	2	1

- 2) あなたがもしこのような状態である場合、次のことはどれくらいあてはまりますか？

	よく当てはまる	まあまあ当てはまる	どちらともいえない	あまり当てはまらない	まったく当てはまらない
例. 心理専門家のアドバイスがほしい	5	④	3	2	1
1.心理専門家からの助言や援助がほしい	5	4	3	2	1
2.心理専門家に話を聞いてほしい	5	4	3	2	1
3.自分と一緒に対処してくれる心理専門家がほしい	5	4	3	2	1
4.心理専門家に相談することはない	5	4	3	2	1
5.心理専門家には頼らず、自分で解決したい	5	4	3	2	1
6.心理専門家の援助や助言はあまり役立たないと思っている	5	4	3	2	1
7.心理専門家に相談したり援助を求めるのは、心苦しさを感 じる	5	4	3	2	1
8.心理専門家からの助言や援助を求めることに、抵抗がある	5	4	3	2	1

3) あなたがこのような状態であるとき、あなたの家族は心理専門家に相談すべきだとどの程度思うでしょうか？

非常に 思うだろう	まあまあ 思うだろう	どちらかといえ ば思うだろう	どちらかといえ ば思わないだろう	あまり思わ ないだろう	まったく思わ ないだろう
6	5	4	3	2	1

4) あなたがこのような状態であるとき、あなたのもっとも親しい友人は心理専門家に相談すべきだとどの程度思うでしょうか？

非常に 思うだろう	まあまあ 思うだろう	どちらかといえ ば思うだろう	どちらかといえ ば思わないだろう	あまり思わ ないだろう	まったく思わ ないだろう
6	5	4	3	2	1

5) 普段、あなたは家族の期待に沿った行動をしたいと思いますか？

非常に したい	まあまあ したい	どちらかといえ ばしたい	どちらかといえ ばしたくない	あまり したくない	まったく したくない
6	5	4	3	2	1

6) 普段、あなたはもっとも親しい友人の期待に沿った行動をしたいと思いますか？

非常に したい	まあまあ したい	どちらかといえ ばしたい	どちらかといえ ばしたくない	あまり したくない	まったく したくない
6	5	4	3	2	1

4 心理専門家に相談したり，援助を求めたりする場を「相談室」と呼ぶことにします。あなたは「相談室」にどのようなイメージをもっていますか？以下の表現があなたの「相談室」のイメージにどれくらい当てはまるか，1つに○をつけてください。なお，どうしても判断がつかない場合のみ，「よくわからない」に○をつけてください。

	とてもよく当てはまる	まあまあ当てはまる	あまり当てはまらない	まったく当てはまらない	よくわからない
1.信頼できる	4	3	2	1	0
2.恥ずかしい	4	3	2	1	0
3.頼りになる	4	3	2	1	0
4.行きづらい	4	3	2	1	0
5.楽になる	4	3	2	1	0
6.近寄りがたい	4	3	2	1	0
7.必要な	4	3	2	1	0
8.行くのに勇気がいる	4	3	2	1	0
9.明るい	4	3	2	1	0
10.最終手段	4	3	2	1	0
11.身近な	4	3	2	1	0
12.自分には必要ない	4	3	2	1	0
13.気軽にに行ける	4	3	2	1	0
14.暗い感じがする	4	3	2	1	0
15.親しみやすい	4	3	2	1	0
16.おおげさな	4	3	2	1	0
17.あたたかい	4	3	2	1	0
18.重々しい	4	3	2	1	0
19.受け入れてくれる	4	3	2	1	0

20.相談相手がいない人が行く	4	3	2	1	0
21.大切な	4	3	2	1	0
22.かたくなるしい	4	3	2	1	0
23.親身に相談に乗ってくれる	4	3	2	1	0
24.役に立たない	4	3	2	1	0
25.安心できる	4	3	2	1	0
26.特別な	4	3	2	1	0

5 普段のあなたの一般的な行動についてお聞きします。以下の項目についてどれくらい当てはまるか、「とてもよく当てはまる」から「まったく当てはまらない」のうち1つに○をつけてください。

	とてもよく当てはまる	まあまあ当てはまる	どちらともいえない	あまり当てはまらない	まったく当てはまらない
1.周りに合わせて行動する	5	4	3	2	1
2.今まで通りに行動する	5	4	3	2	1
3.自分の意思より，他の人の意見に従う	5	4	3	2	1
4.人の目やうわさを気にする	5	4	3	2	1
5.人前では自分の行動に気を使う	5	4	3	2	1
6.外出するときは服装に気を使う	5	4	3	2	1
7.体裁を気にする	5	4	3	2	1
8.家の体面を気にする	5	4	3	2	1
9.人に笑われないように行動する	5	4	3	2	1
10.目立つことはしないように行動する	5	4	3	2	1
11.人前で恥ずかしい思いをしたくない	5	4	3	2	1
12.人と違った行動をとらないようにする	5	4	3	2	1
13.町のうわさになるような行動はしない	5	4	3	2	1
14.家族に肩身の狭い思いをさせないようにする	5	4	3	2	1

6 あなたがもし心理専門家に相談する場合、どのようなことを考えますか？
 以下の項目にどれくらい当てはまるか、「とてもよく当てはまる」から「まったく当てはまらない」のうち1つに○をつけてください。

	とてもよく当てはまる	まあまあ当てはまる	どちらともいえない	あまり当てはまらない	まったく当てはまらない
1.相談したら、能力の低い人間だと思われるだろう	5	4	3	2	1
2.相談していることを私の友達が知ったら、私のことを弱い人間だと思うだろう	5	4	3	2	1
3.相談したことについて秘密が守られるかどうか心配だ	5	4	3	2	1
4.相談したら周りの人は私を「自分で問題を解決できない弱い人間だ」と思うだろう	5	4	3	2	1
5.相談したら、特別扱いを受けるだろう	5	4	3	2	1
6.相談していることを私の友達が知ったら、私は友達を失う	5	4	3	2	1
7.相談したら、周りの人は私を「自分で解決する努力をしない人間だ」と思うだろう	5	4	3	2	1
8.相談したら、私は問題のある人間だと思われるだろう	5	4	3	2	1

質問は以上で終了です。

もし何かご意見・ご感想等ございましたら、以下にお書きください。

2. 研究 2, 3 で用いた質問紙

働く男性のメンタルヘルスに関するアンケート

これは、働く男性のメンタルヘルス(精神的健康)向上のための方策を探ることを目的としたアンケートです。近年のストレスフルな環境下では、働く世代の男性のメンタルヘルスを維持・増進することが大きな課題であると考えられます。本調査は、職場におけるメンタルヘルス増進のための施策と専門的な相談機関に対する相談行動についての意識調査を行うことで、働く男性のメンタルヘルス向上につなげたいと考えています。

アンケートの調査結果はすべて集団として集計し、平均値やパーセントなどを算出する統計的処理が施されますので、回答者個人や勤務先にご迷惑をおかけすることはありません。調査目的以外で結果を使用することはありませんので、深く考えず、思った通りに回答してください。また、回答したくない項目には答えなくても結構です。中の項目は全て研究に必要なものですが、不愉快に思われる項目がある場合には飛ばして下さい。

このような調査の主旨をご理解の上、調査にご協力いただけますよう、お願い致します。

【回答方法】

質問に対する回答は該当するものを1つだけ選択し、○をつけてください。

(良い例) 人が好きだ 違う 1 - 2 - 3 - 4 そうだ

(悪い例1) 犬が好きだ 違う 1 - 2 - 3 - 4 そうだ
理由: 2と3どちらを選択しているかわからないため

(悪い例2) 猫が好きだ 違う 1 - 2 - 3 - 4 そうだ
理由: 2つ重複して回答しているため

なお、調査に関する疑問・質問、ご意見等ございましたら、下記の問合せ先までご連絡ください。

【お問い合わせ先】

名古屋大学大学院 教育発達学研究科
心理発達科学専攻
松本由未子 (指導教員 金井篤子)

I. あなたご自身についてお尋ねします。以下の質問について、空欄に記入し、あてはまるもの1つに○をつけてください。

1 あなたの年齢は、()歳

2 あなたの就業形態は、以下のどれにあたりますか。

1. 正社員 2. 契約社員 3. 自営業 4. パートタイム/アルバイト

5. 派遣(登録型) 6. その他()

3 あなたの勤め先は、以下のどれにあたりますか。

1. 建設 2. 製造 3. 運輸・通信 4. 卸売・小売、飲食店 5. 金融・保険

6. 不動産 7. 電気・ガス・水道 8. サービス 9. 医療・福祉

10. 教育・学習支援 11. 行政機関 12. その他()

4 あなたの仕事内容は、以下のどれにあたりますか。

1. 事務職 2. 企画・調査職 3. 研究・開発職 4. 営業職 5. 販売職

6. 生産技術職 7. 製造ラインなどの技術職 8. 教育職

9. その他()

5 あなたの現在の役職は、以下のどれにあたりますか。

1. 役職なし 2. 主任クラス 3. 係長クラス 4. 課長クラス

5. 部長(次長)クラス 6. 取締役クラス 7. その他()

6 あなたの勤めている会社の規模は、次のどれにあてはまりますか。

1. 29人以下 2. 30～99人 3. 100～299人 4. 300～999人

5. 1000人以上

Ⅲ. 次の項目について、あなたはどのように思いますか。各項目についてあてはまるもの1つに○をつけてください。

	全 く 同 意 し な い	あ ま り 同 意 し な い	同 意 し な い	ど ち ら か と 言 え ば	い ど ち ら か と も	同 意 す る	ど ち ら か と 言 え ば	か な り 同 意 す る	強 く 同 意 す る				
1 男の子は、人形で遊ぶよりもミニカーで遊ぶのを好む方がよい。	1	-	2	-	3	-	4	-	5	-	6	-	7
2 グループの中で先頭に立って働くことは、男の役目である。	1	-	2	-	3	-	4	-	5	-	6	-	7
3 男は自分の感情を顔に出さない方がよい。	1	-	2	-	3	-	4	-	5	-	6	-	7
4 どんな状況でもタフであることは男らしい。	1	-	2	-	3	-	4	-	5	-	6	-	7
5 男は自分の仕事を自分一人でやり遂げるものだ。	1	-	2	-	3	-	4	-	5	-	6	-	7
6 男は編み物よりもサッカーを好む方がよい。	1	-	2	-	3	-	4	-	5	-	6	-	7
7 男は心配事を人に言わない方がよい。	1	-	2	-	3	-	4	-	5	-	6	-	7
8 決断に長い時間がかかる男は、一般に尊敬されないだろう。	1	-	2	-	3	-	4	-	5	-	6	-	7
9 男は多少なりとも冒険に興味を持つものだ。	1	-	2	-	3	-	4	-	5	-	6	-	7
10 男にとっては、個人的な人間関係よりも社会的成功の方が重要である。	1	-	2	-	3	-	4	-	5	-	6	-	7
11 男は、少しばかり気分が落ち込んでいても、憂鬱な素振りを見せない方がよい。	1	-	2	-	3	-	4	-	5	-	6	-	7
12 有名な選手が同性愛者だと知るとがっかりする。	1	-	2	-	3	-	4	-	5	-	6	-	7
13 どんなことでも賞賛されることは、男にとって重要である。	1	-	2	-	3	-	4	-	5	-	6	-	7
14 男友達が同性愛者だとわかったら、その人との友人関係を続けない方がよい。	1	-	2	-	3	-	4	-	5	-	6	-	7
15 男は、男性と同性愛的なことを話題にしない方がよい。	1	-	2	-	3	-	4	-	5	-	6	-	7
16 男は自分自身の道を進んでいくものだ。	1	-	2	-	3	-	4	-	5	-	6	-	7

IV. 次の項目について、あなたはどのように思いますか。各項目についてあてはまるもの1つに○をつけてください。

	そ う 思 わ な い	ま う つ た く わ な い	そ あ ま り 思 わ な い	そ ど ち ら か と 思 わ な い	そ ど ち ら か と 思 わ な い	か な り そ う 思 う	強 く そ う 思 う				
1 何であれ「勝つこと」は、私にとって重要である。	1	-	2	-	3	-	4	-	5	-	6
2 人に自分の感情を見せることは男らしくないと感じる。	1	-	2	-	3	-	4	-	5	-	6
3 私は業績や成功の程度によって男の値打ちを評価する。	1	-	2	-	3	-	4	-	5	-	6
4 親しい人に「話を聞いてほしい」ということは少ない。	1	-	2	-	3	-	4	-	5	-	6
5 私にはリラックスする時間を見つけることはむずかしい。	1	-	2	-	3	-	4	-	5	-	6
6 自分は男だから、気持ちを表現できなくてもよいと思う。	1	-	2	-	3	-	4	-	5	-	6
7 出世することは、私にとって重要である。	1	-	2	-	3	-	4	-	5	-	6
8 人に対する思いやりを言葉で伝えるのは、男として気恥しく感じる。	1	-	2	-	3	-	4	-	5	-	6
9 他の男性よりも優れていることは、私にとって重要である。	1	-	2	-	3	-	4	-	5	-	6
10 自分の感情を表すと、人に弱みを見せてしまうことになると感じる。	1	-	2	-	3	-	4	-	5	-	6
11 私の体によくさわる男性は不快だ。	1	-	2	-	3	-	4	-	5	-	6
12 仕事が忙しくて、ほかの生活の部分に十分な時間をとることができない。	1	-	2	-	3	-	4	-	5	-	6
13 男性に対しては、あからさまな好意を示さない方がよい。	1	-	2	-	3	-	4	-	5	-	6
14 私に必要以上に近づいてくる男性に対しては、その人が同性愛者ではないかと思う。	1	-	2	-	3	-	4	-	5	-	6
15 仕事のせいで、自分の健康がそこなわれていると思う。	1	-	2	-	3	-	4	-	5	-	6
16 何かに失敗して、男としてうまくやっていけなくなってしまうのではないかと不安である。	1	-	2	-	3	-	4	-	5	-	6
17 仕事上の能力について、人が私に対してどんな評価をしているのか気になる。	1	-	2	-	3	-	4	-	5	-	6
18 仕事上のストレスが、私の生活に悪い影響を与えていると思う。	1	-	2	-	3	-	4	-	5	-	6

V. 以下の事柄について、あなたはどの程度そう思いますか。もっともあてはまるところに○をつけてください。

		そ う 思 わ な い		そ ど う 思 わ な い え ば		い ど え な い も		そ ど う 思 う か と い え ば		そ う 思 う
1	私の職場は、従業員のメンタルヘルスに気を配っているほうだと思う。	1	-	2	-	3	-	4	-	5
2	私の職場は、社内に精神的な悩みを相談する体制が整っているほうだと思う。	1	-	2	-	3	-	4	-	5
3	精神的な不調で休んでも、直れば元通り職場で受け入れてもらえると思う。	1	-	2	-	3	-	4	-	5
4	身体と同じように、心の健康にも留意するべきだ。	1	-	2	-	3	-	4	-	5
5	人は誰でも、自分の職場の中で精神的に健康で過ごす権利があると思う。	1	-	2	-	3	-	4	-	5
6	精神的な不調は仕事の量や責任の重さなどが原因で、誰でも陥る可能性があると思う。	1	-	2	-	3	-	4	-	5
7	私の職場は、精神的な不調を理由にした休暇でも、比較的とりやすいほうだと思う。	1	-	2	-	3	-	4	-	5
8	私の職場では、精神的な不調から復帰した場合、その後の人事考課には影響はないと思う。	1	-	2	-	3	-	4	-	5
9	身体が健康でも、心が健康でなければ本当の健康とはいえない。	1	-	2	-	3	-	4	-	5
10	私の職場には、精神的な不調を理解する雰囲気がある。	1	-	2	-	3	-	4	-	5
11	精神的な不調が職場に知られたら、勤めを続けられない。	1	-	2	-	3	-	4	-	5
12	職場には従業員のメンタルヘルスに留意する義務がある。	1	-	2	-	3	-	4	-	5
13	私の職場は、精神的な不調を訴える従業員には、配置転換などで現状を改善してくれると思う。	1	-	2	-	3	-	4	-	5
14	もし自分が、精神的な不調に陥ったら、昇進や昇級などの可能性はなくなるだろう。	1	-	2	-	3	-	4	-	5
15	自分の精神的な悩みは、たとえ専門家(カウンセラー、精神科医など)でも理解してもらえないだろう。	1	-	2	-	3	-	4	-	5
16	私の職場は、従業員のメンタルヘルスのため、具体的な施策を行っているほうだと思う。	1	-	2	-	3	-	4	-	5

VI. 最近の身体や心の状態についておたずねします。あなたは、最近、次のような身体や心の状態をどの程度よく経験しますか。

	ま っ た く な い	ほ と ん ど な い	ま れ に あ る	時 々 あ る	よ く あ る
1 頭痛	1	2	3	4	5
2 食欲のないこと	1	2	3	4	5
3 ちょっとした事が気になって仕方ないこと	1	2	3	4	5
4 めまい	1	2	3	4	5
5 泣きたくなること	1	2	3	4	5
6 身体がふるえること	1	2	3	4	5
7 胸や心臓の痛み	1	2	3	4	5
8 ワナにはめられたような気分になること	1	2	3	4	5
9 わけもなくおびえること	1	2	3	4	5
10 身体から力が抜ける感じ	1	2	3	4	5
11 自分を責めること	1	2	3	4	5
12 恐ろしい気分に襲われること	1	2	3	4	5
13 背中での痛み	1	2	3	4	5
14 ひとりぼっちの気分になること	1	2	3	4	5
15 心臓がドキドキすること	1	2	3	4	5
16 筋肉の痛み	1	2	3	4	5
17 憂うつになること	1	2	3	4	5
18 特定の物事や場所をさけたいと思うこと	1	2	3	4	5
19 呼吸困難	1	2	3	4	5
20 物事をくよくよ考えること	1	2	3	4	5
21 緊張したり神経過敏になったりすること	1	2	3	4	5
22 暑さや寒さに対する発作	1	2	3	4	5
23 どんなことにも興味のなくなること	1	2	3	4	5
24 身体の一部のしびれや痛み	1	2	3	4	5
25 将来に希望がないように思うこと	1	2	3	4	5
26 喉のつまり	1	2	3	4	5
27 性的なことに興味がなくなること	1	2	3	4	5
28 胃の不調や痛み	1	2	3	4	5
29 いっそ死んでしまいたいと思うこと	1	2	3	4	5
30 手足のだるさ	1	2	3	4	5

本アンケートにつきましてご意見・ご感想のある方は以下にご記入ください。

ご協力いただきまして、ありがとうございました。

アンケートは以上で終了です。

このアンケートは添付の封筒に入れて、密封してください。

なお、本調査の結果についてフィードバックをご希望の方には、メールの添付ファイルにてご報告させていただきます。ご希望の方はお手数ですが、以下の空欄にWordファイル受け取り可能なメールアドレスを記入してください。

結果送付用メールアドレス

名古屋大学大学院 教育発達学研究科
心理発達科学専攻

松本由未子

3. 研究4で用いた質問紙

No.

アンケート

あなたご自身についてお尋ねします。以下の質問について空欄に記入し、当てはまるもの1つに○をつけてください。

1) 年齢: ()歳

2) 既婚 ・ 未婚

3) あなたのご職業は以下のどれにあたりますか。

1. 会社員 2. 公務員 3. 自営業 4. パート・アルバイト 5. 無職 6. 学生

1～4と答えられた方にお尋ねします。

4) あなたの勤め先は以下のどれにあたりますか。

1. 建設 2. 製造 3. 運輸・通信 4. 卸売・小売, 飲食店 5. 金融・保険
6. 不動産 7. 電気・ガス・水道 8. サービス 9. 医療・福祉
10. 教育・学習支援 11. 行政機関 12. その他()

5) あなたの現在の役職は、以下のどれにあたりますか。

1. 役職なし 2. 主任クラス 3. 係長クラス 4. 課長クラス
5. 部長(次長)クラス 6. 取締役クラス 7. その他()

6) あなたの勤めている会社の規模は以下のどれにあたりますか。

1. 29人以下 2. 30～99人 3. 100～299人 4. 300～999人
5. 1000人以上

【研究結果について】

研究結果の送付を希望しますか。

はい ・ いいえ

希望される方は、以下にご連絡先をご記入ください。

(※Wordファイルの受け取り可能なメールアドレスをお願いいたします。)

ご連絡先(E-mail):

謝辞

本論文を執筆するにあたり、多くの方々から多大なご支援を賜りました。

指導教官である名古屋大学大学院教育発達科学研究科教授金井篤子先生には、研究の組み立て方や論文の書き方など大変多くのことを教えていただきました。また、他の研究室への訪問を推奨してくださるだけでなく、博士課程教育リーディングプログラムへの参加など研究とは直接関わりない活動も応援してくださり、いつもあたたかく見守ってくださいました。そこで得られた様々な経験と先生がいてくださる安心感は、研究をやり遂げる上で大きな支えとなりました。心より感謝申し上げます。

また、副査を務めてくださった名古屋大学大学院教育発達科学研究科教授松本真理子先生、准教授金子一史先生には、多くのご指導とご鞭撻を賜りました。松本先生には学部生の頃に指導教官をご担当いただき、大学院では研究のみならず臨床の基礎も教えていただきました。松本先生に学んだ「真摯に向き合う」姿勢は、研究と臨床のどちらにおいても大きな財産です。金子先生には論理的な考え方や書き方を教えていただき、時にはお酒を酌み交わしながらあたたかく励ましていただきました。苦しくて挫けそうなときをなんとか乗り越えられたのは金子先生のご支援があったからです。さらに本論文の執筆にあたっては、両先生に数々の貴重なご意見をいただきました。深く感謝いたします。

名古屋大学大学院教育発達科学研究科教授高井次郎先生、石井秀宗先生、植田健男先生、大谷尚先生は指導生でない私にも大変ご丁寧にご指導くださいました。高井先生は英語表現を校閲してくださり、英語論文の執筆を後押ししてくださいました。石井先生は統計について何度もご指導を賜りました。植田先生、大谷先生には、調査対象者を集めるにあたり多大なご支援を賜りました。また、名古屋大学大学院教育発達科学研究科心理発達科学専攻の先生方には幾多の場面でご指導ご鞭撻を賜りました。厚く御礼申し上げます。

大学院の先輩である山梨大学大学院教育学研究科准教授田中健史朗先生、名古屋大学大学院教育発達科学研究科加藤仁先輩、山脇望先輩には研究だけでなく私生活についても幾度となくご相談に乗っていただきました。心より感謝申し上げます。

大学院の日々を共に過ごした同期、後輩の皆様には、日常の何気ない会話からいつも元気と笑顔をもらいました。ただただ感謝の気持ちでいっぱいです。

最後に、調査の実施にあたりご協力いただいた全ての皆様に心より感謝いたします。

2017年2月20日 前川由未子