



Title	メンタルヘルス受診の決定時における利得と損失の認知
Author(s)	平井, 啓; 山村, 麻予; 藤野, 遼平
Citation	大阪大学大学院人間科学研究科紀要. 2026, 52, p. 95-111
Version Type	VoR
URL	https://doi.org/10.18910/104181
rights	
Note	

The University of Osaka Institutional Knowledge Archive : OUKA

<https://ir.library.osaka-u.ac.jp/>

The University of Osaka

メンタルヘルス受診の決定時における利得と損失の認知

平井 啓・山村 麻予・藤野 遼平

目 次

1. 問題意識
2. 方法
3. 結果
4. 考察

メンタルヘルス受診の決定時における利得と損失の認知

平井 啓・山村 麻予・藤野 遼平

1. 問題意識

われわれの生活において、心身ともに健康であることは非常に重要である。国民の健康維持を目的とし、さまざまな施策や取り組みも実施されている。現在では、身体だけでなく、心の健康に対する取り組みも盛んであり、産業分野におけるストレスチェック制度（厚生労働省労働基準局安全衛生部労働衛生課産業保健支援室、2021等）や、ストレスマネジメントなどの研修も広く普及している（たとえば、厚生労働省、2020）。たとえば、山田・佐藤（2023）では、メンタルヘルス対策の一つとしてマインドフルネスプログラムを活用している事例をとりあげ、心理的安全性の高い組織形成の一助となる可能性を示唆している。

しかしながら、心の健康を損なったときの受診率は高くない。うつ症状がある人のうち、医療機関を受診する人が3割程度である（川上、2006）。また、不調を感じた時点から受診するまでの期間が長いといった課題も指摘されている（平井他、2019）。心の健康を維持するためには、不調であることに早く気づき、ストレスマネジメントを行い、ときには精神科をはじめとしたメンタルヘルス専門機関を速やかに受診するなどの行動化が必要である。

これまでの研究から、メンタルヘルスの専門機関への受診を阻害する要因には、複数のものがあげられている。たとえば精神疾患や専門機関への偏見・思い込みや、メンタルヘルスリテラシー（Jorm, 2000）が不足していることである。また、自身や他者が精神疾患であるという認識が持てないことや、症状を自覚できないこともある。さらに、「放っておいても治る」といった誤った認識（山藤、2006）により、不調が生じていても受診という意思決定ができないことも考えられる。

精神科をはじめとするメンタルヘルス専門機関に対する受診を適切に行うためには、Rosenstock（1974）が報告したヘルスベリフモデル（Health Belief Model；以下、HBM とする）を適用して考えることができる。HBM はもともと、健診事業の受診率が低いことに対してメカニズム検討をするために開発されたモデルであり、本研究の主テーマであるメンタルヘルス受診の検討にも応用可能である。

このモデルでは、メンタルヘルス専門機関を受診するという健康行動の生起に、いく

つかの変数が関連していると考え。具体的には、行動に対する知識や行動に対する動機づけと自己効力感、結果の期待、認知的評価などがあげられる。メンタルヘルス分野に関しては、健康に資する行動（e.g. ストレスマネジメント）や、ストレスに対する認知的評価についての知識は、先に述べたチェック制度や研修において取り上げられることが多く、例えばマインドフルネスについての知識や行動意図に関してはすでにいくつかの調査研究が実施されている（たとえば山本・大谷、2023 など）。しかし、メンタルヘルス不調そのものに対する理解や、行動をとることによって発生する利益や損失に関する検討は十分ではない。そこで、本研究ではモデルに含まれる変数のうち、3つを取り上げる。まず1つは、疾病のかかる可能性の自覚、続いて、疾病の重大さの自覚である。これら2変数は「疾病の恐ろしさの自覚」としてまとめられることもある（土井、2009）。

メンタルヘルス専門機関の受診・受療に対し、疾病の与える影響や治療への恐ろしさ、つまり脅威性をどのように認知しているのか、またメンタルヘルス不調に対する脅威とは、どのような事項があるのかを検討することが、人々の心の健康維持ならびに不調時の速やかな受療には不可欠である。本研究では、メンタルヘルスケア脅威性と定義し、一般成人が認知する疾病ならびに専門機関・治療に対する脅威性を確認する。これらは従来の心理尺度を用いた形式での測定が可能であると考えられるため、具体的な項目内容を検討し、メンタルヘルスケアに対する脅威性尺度の開発を行う。

健康行動生起に関連する残りの1変数は、利得・損失の自覚である。これは、健康行動をすることに対する利得（e.g. 症状が軽減する）を認知し、さらに行動をしないことによる利得（e.g. 時間とお金を使わずに済む）がそれよりも下回ることで、健康行動の生起につながると考えられている。また、その反面として、健康行動をすることに対する損失（e.g. 時間とお金がかかる）と、行動をしないことに対する損失（e.g. 症状が軽減しない）を比較し、行動しないことの損失の認知が高まれば、健康行動が生起する可能性があるともいえる。

しかし、これまでの研究では、受診の阻害要因として、精神科に対するネガティブなスティグマ（e.g. 暗くて怖いところだ）やネガティブな感情、抵抗因などの受診することによる損失に関することを扱うことが多く（たとえば、小池・伊藤、2015 や田中・堀、2021）、それ以外の側面には焦点が当てられることは少ない。また、利得と損失には、即時的に生じるものと、将来的に生じるものがあり、佐々木・大竹（2018）は、将来的な利得（e.g. 受診しなくても長期間にわたって病気が悪化しない）と現在の損失（e.g. 受診にはお金がかかる）を比べたとき、現時点で発生する損失の方が大きく感じられる人は、行動を生起しないことを指摘した。そこで、本研究では、メンタルヘルス専門機関を受診する・しないに対する現在・将来の利得・損失のそれぞれについて検討し、一般成人にとっての利得と損失の具体的な内容を明らかにし、多面的な内容を含めた項目群の策定を行う必要がある。利益や損失の具体的な内容については、減量や喫煙といっ

た分野については先行研究で明らかにされているものの（たとえば、赤松・大竹・島井、2003）、メンタルヘルスケア分野においては一般成人がどのようなことを利得・損失と感じるのかは整理されていない。そこで、本研究では、臨床や受診勧奨の場面でみられる内容を網羅的に項目リストとして作成し、調査データの分析を通して類似項目をまとめ、最終的に複数の側面を反映した項目群の作成を行う。また、受診する・しない×利得・損失の計4カテゴリーだけでなく、現在・将来といった時制を含めた8カテゴリーそれぞれについて、一般成人の自覚を具体的に明らかにする。また、実際に受診した経験がある人は、受診の経験がない人よりも、利得と損失、脅威性などの認知が異なることが考えられる。そこで、メンタルヘルスケア脅威性尺度開発ならびに利得と損失の具体的内容項目の確認には、これらの異なる経験を弁別の指標として扱う。

以上より、本研究では、メンタルヘルス専門機関への受診行動のメカニズム検討を行う。具体的には、メンタルヘルス不調や専門機関に関する脅威性尺度の開発と、受診すること・しないことで発生すると予測する損失利得の具体的内容を明らかにしたうえで、これらを使い、受診経験のある人、不調だが受診しなかった人、不調経験がない人のそれぞれにどのような特徴があるのかを検討する。したがって、本研究の目的は、以下の3点である。第一に、メンタルヘルスケアに対する脅威性の尺度開発である。第二に、メンタルヘルスケアに対する利得と損失に関する具体的内容を整理した項目群を作成することである。第三に、これまでのメンタルヘルス不調の経験や専門機関の受診経験によって、受診行動がもたらす利益・損失の認知ならびに脅威性にどのような違いがあるかを明らかにすることである。

2. 方法

研究協力者 インターネット調査会社にモニター登録している、調査時点で仕事をしている20歳から80歳までの男女1100名であった。調査対象者の募集はインターネット調査会社に依頼した。あらかじめ定めた以下の適格条件を満たすモニターに回答を依頼し、割り付け条件を満たす上限人数までデータ回収を行った。ストレート回答など、不適切な回答がみられる回答者を除去し、不足分をさらに回答を補ったデータを、匿名化した状態で研究者に受け渡した。したがって、有効回答率は100%である。

適格条件は、調査時点で20歳以上であり、以下の3つのいずれかに当てはまることである。第一に過去5年以内にメンタルヘルス専門機関の受診経験がある人、第二にメンタルヘルスに関する不調があったが受診しなかった人、第三にメンタルヘルスに関する不調を自覚していない人である。これらを受診経験がある人：受診経験はないがメンタルヘルス不調経験がある人：メンタルヘルス不調を経験していない人の割合が3：3：4となるよう割付を行うよう依頼した。これにより、得られた1100名のすべてを分析対象者とした。平均年齢は49.25 ($SD=11.49$) 歳であった。

2.1 スクリーニング項目

メンタルヘルスの不調経験について「現在、経験している」「過去5年間に経験したことがある」「経験したことがない」の3つの選択肢を用意し、回答を求めた。現在または過去の不調経験がある人には、不調の内容について複数選択式で15項目（憂うつな気分、不安な気持ち、睡眠の問題、気力・意欲の低下、疲れやすくなった、物事に集中できない、それまで楽しめていたことが楽しめなくなった、涙もなく泣いてしまう・泣きたくなる、死んでしまいたいと思った、食欲不振、人間関係がうまく行かなくなった、思うように動けなくなった、体重の増減、頭痛、気持ちの抑えがきかなくなった）のうちから回答を求めた。メンタルヘルス不調の項目は、平井ら（2019）を参考に出現頻度が多い症状を中心に作成した。つづいて、メンタルヘルス専門機関受診経験を、「はい」「いいえ」の2件法で尋ねた。なお、受診したと答えたものには利用した機関の種別（複数選択可：精神科（神経科）、心療内科、内科など他の医療機関、会社の産業医や学校の学校医、会社の相談窓口、学生相談、心理カウンセリング）と、不調を感じてから受診までにかかった期間を「1ヶ月」「3ヶ月」「6ヶ月」「1年」「2年以内」「2年以上」から選択するよう求めた。

2.2 メンタルヘルスケア脅威性尺度

HBMを元に、メンタルヘルス専門機関におけるケアならびにメンタルヘルス不調に対する脅威性を測定する項目を、脆弱性10項目（e.g.「メンタルヘルスの不調は自分自身には起こり得ないと思う」）、専門的ケアに関するスティグマ・恐怖8項目（e.g.「メンタルヘルスの専門機関では、どんなことをされるかわからない」）の2因子を想定した18項目を用いた。回答時には、「あてはまる」から「あてはまらない」の4件法で回答するよう求めた。

2.3 受診行動に対する利得と損失

メンタルヘルス受診に対して、行動をすること・しないこと×利得・損失×現在・将来の8グループについての具体的内容を明らかにする目的で、あらかじめ健康心理学や臨床心理学を専門とする心理学者3名（全員が公認心理師の資格を持ち、健康心理士・臨床心理士・学校心理士をそれぞれ所有する大学教員）、産業分野での経験を持つ精神科医師2名の合計5名によって項目リストを作成した。リスト内の項目を同じく5名で整理し、KJ法に類似した方法で分類を行った。その結果、グループごとの内容を「症状」（e.g.「症状が改善する」など。以下、受診することの現在の利得の例を記す）、「医療サービス」（e.g.「薬を処方してもらえる」）、「日常生活への影響」（e.g.「パフォーマンス低下による収入減を避けられる」）、「人間関係への影響」（e.g.「周囲の人に心配をかけずに済む」）、「仕事への影響」（e.g.「仕事を休むことができる」）、「実存的な影響」（e.g.「自分だけが悩んでいるのではないことを知ることができる」）の6カテゴリーに分類した。

この6つのカテゴリーを基準に、それぞれ項目数を調整し、調査に用いる項目を確定した。

その結果、受診行動をすることに対する現在の利得 26 項目と将来の利得 25 項目、現在の損失 25 項目と将来の損失 21 項目と、受診行動をしないことに対する現在の利得 25 項目、将来の利得 21 項目、現在の損失 26 項目と将来の損失 23 項目の合計 192 項目となった。

回答は、「メンタルヘルスの専門機関や専門家（精神科・心療内科・心理カウンセリング）を利用する【しない】とどうなるかということについてお尋ねします。メンタルヘルスの専門機関を利用する【しない】ことで、現在（受診・利用開始時）【将来（受診・利用の結果として）】の自分にとっての利益（メリット）【損失（デメリット）】になるかどうかについて、以下にあげた項目についてお答えください。」という教示文を示し、「あてはまる」から「あてはまらない」の4件法で回答を求めた。

手続き インターネット調査会社に依頼し、WEB上で調査を実施した。回収は調査会社が行い、個人が特定されないように加工されたデータを用いて分析を行った。調査時期は2020年2月下旬であった。

倫理的配慮 研究立案から文部科学省・厚生労働省「人を対象とする医学的研究に関する倫理指針」に基づき、複数の著者による確認のうえ実施した。本調査は、インターネット調査会社の規定に則って実施し、調査に同意した者のみが調査に参加した。また、大阪大学大学院人間科学研究科教育学系倫理審査委員会にて承認を得た（番号：19052）。

解析方法 解析にはIBM社のSPSS Statistics 28.0を用いた。本研究では探索的因子分析（最尤法）、信頼性分析、一要因分散分析、相関分析を実施した。

3. 結果

分析対象 スクリーニング項目で現在もしくは過去のメンタルヘルス専門機関受診経験ならびに不調経験を尋ね、あらかじめ定めた条件とデータ数を満たすまで調査会社にてデータ収集を行い、納品された1100名のデータすべてを分析対象とした。年齢ならびに年代の内訳をTable 1に示す。

現在もしくは過去のメンタルヘルス不調を経験した者660名のうち、50%以上が不調の症状に当てはまると回答した項目は、「不安な気持ち」（68.3%）、「憂うつな気分」（66.7%）、「気力・意欲の低下」（57.7%）、「睡眠の問題」（55.0%）であった。これら4つは、専門機関の受診経験者が経験している割合はより高くなり、順に79.4%、79.4%、66.1%、69.7%が該当したと回答した。受診経験者330名が受診した機関について複数選択で回答を求めた結果、半数以上が心療内科（63.3%）、精神科（53.3%）であるとの回答を得た。

メンタルヘルスケア脅威性尺度の構造 開発したメンタルヘルスケア脅威性尺度の18項目に対して、因子分析（最尤法・バリマックス回転）を行った。調査計画時には2因子を想定していたものの、因子数に関する検討が必要と判断し、探索的因子分析とした。その結果、固有値の減衰状況を確認し、4因子を採用した。分析結果を確認し、解釈が可能で因子の代表としてふさわしい因子名を、第一著者ならびに第二著者2名の協議の上、採用した。結果をTable 2に示す。なお、内的一貫性を表す α 係数が低い因子がみられるものの、項目数を鑑みて十分ではないが今後の分析には耐えうると判断した。

第一因子は「自分がメンタルヘルス不調になることはないと思う」などの項目群となり、「脆弱性の低さ」（ $\alpha=.83$ ）とした。第二因子は「メンタルヘルスの専門機関で「心の病気である」と言われているのが怖い」など、精神疾患の診断がつくことへの恐怖に関する項目が集まり、「診断への恐怖」（ $\alpha=.67$ ）と命名した。第三因子は「メンタルヘルスの専門機関だけではなく、そもそも病院や医者などの専門家が怖い」など、医師や病院に対する恐怖や不信感が集まったため、「専門機関への恐怖」（ $\alpha=.70$ ）とした。第四因子は「メンタルヘルス不調やストレスの問題をそのままにしておく大変なことになると思う」をはじめとしたメンタルヘルス不調がもたらす重大性や誰にでもあることであるといった受容ができていることを示す項目が抽出されたため、「重大性・受容」（ $\alpha=.64$ ）と命名した。

受診行動に対する利得と損失の認知 行動をすること・しないこと $\times$ 利得・損失 $\times$ 現在・将来の8グループ、合計192項目のそれぞれについて、天井・床項目がみられた2項目を削除し、190項目を分析対象とした。つづいて、項目グループごとに因子分析（最尤法）を行い、因子負荷量が0.7以上のすべての項目を抜き出した。0.7以上の項目が5つに満たない場合は、負荷量が高い上位項目を抜き出すこととした。これは、各グループが示す内容（たとえば、「受診することの現在の利得」）に関する項目としての方向性がある程度揃っている必要があるためである。さらに、抽出された項目をグループごとに相関分析を行い、相関係数が0.8を超えるものは類似項目として扱うことが可能と見なし、まとめた。最終的な結果として、各グループ5項目ずつ合計40項目からなる、利得と損失に関する具体的内容とした。結果をTable 3に示す。

過去の経験の違いによる差 調査協力者の経験の有無をもとに、引き続き3群に分けて分析を行う（以下、受診経験あり群・不調あり受診なし群・不調経験なし群とする）。脅威性尺度の各因子および利得損失のグループごとに項目平均を算出したうえで、調査協力者の経験による変数の差を検討するために、群を独立変数とした1要因3水準の分散分析を行った（Table 4）。

その結果、メンタルヘルスケア脅威性尺度の全因子と、受診行動をとることに対する将来の損失、受診行動をしないことに対する現在の利得・将来の利得、現在の損失・将

Table 1 研究協力者の属性

		20代	30代	40代	50代	60代	70代	80代
不調経験あり、 受診経験あり	男性	2	27	70	98	19	6	0
	女性	10	24	37	29	8	0	0
不調経験あり、 受診経験なし	男性	3	20	60	60	31	11	1
	女性	13	48	43	24	10	5	1
不調・受診の 経験なし	男性	8	40	75	92	65	18	1
	女性	13	33	28	36	24	7	0

(単位：人)

Table 2 メンタルヘルスケア脅威性尺度の因子分析結果

項目	F1 ($\alpha=.83$)	F2 ($\alpha=.67$)	F3 ($\alpha=.70$)	F4 ($\alpha=.64$)
自分がメンタルヘルス不調になることはないと思う	.96	.03	-.07	.06
メンタルヘルスの不調は自分自身には起こり得ないと思う	.93	.02	-.05	.05
自分が精神障害になることはないと思う	.80	-.04	-.01	-.01
一般的に精神障害になる確率はとても低いと思う	.55	-.01	.18	-.03
自分の脳が疲労した状態になることはないと思う	.55	.10	.13	-.06
うつ病や適応障害といった心の病を抱えても人生を楽しむことに影響はない	.33	-.15	.09	.32
メンタルヘルスの専門機関で「心の病気である」と言われるのが怖い	.16	.79	-.04	-.09
自分がうつ病や適応障害といった心の病と診断されるのではないかと心配である	-.06	.77	.01	-.06
メンタルヘルスの専門機関で「あなたの心が弱い」と言われるのが怖い	-.01	.56	.14	.09
メンタルヘルスの専門機関を受診（利用）して、「健康です、なにもない」と言われるのが怖い	-.10	.36	.13	.19
メンタルヘルスの専門機関だけではなく、そもそも病院や医者などの専門家が怖い	-.08	.15	.60	.05
メンタルヘルスの専門機関はなんとなく怖いところだと思う	-.02	.09	.55	-.10
メンタルヘルスの専門機関ではどんなことをされるかわからない	.17	.06	.53	-.01
メンタルヘルスの専門機関での診断（アセスメント）は主観的なので信頼できない	.13	-.04	.51	-.06
一般的にうつ病や適応障害といった心の病になる確率はかなり高いと思う	-.12	.11	-.01	.62
メンタルヘルス不調やストレスの問題をそのままにしておくと大変なことになると思う	.16	.04	-.16	.58
自分自身のメンタルヘルスの状態がわからないのは怖い	-.09	.20	-.04	.51
うつ病や適応障害といった心の病と診断されることに抵抗を感じない	-.03	-.31	.12	.44

	因子間相関	.02	.31*	-.51**
	F1		.57**	.12
	F2			-.08
(* $p<.05$ 、** $p<.01$)				

Table 3 受診行動に対する利得と損失に関する具体的内容

受診行動をする	
現在	専門家に話を聞いてもらえる
	診断書をもらえる
	今すぐ以前の暮らしを取り戻すことができる
	自分だけが悩んでいるのではないことを知ることができる
将来	すぐに症状が改善する
	薬やカウンセリングなどの治療を続けることで、症状をコントロールし安定した状態を保つことができる
	不眠などの睡眠問題が大きく改善する
	自傷行為など自分自身に回復不可能なダメージを与えなくてすむ
受診行動をしない	
現在	専門家に相談することで、かえって問題解決のさまたげになる
	「何をされるか分からない」という不安を感じる
	薬を飲まなくてはいけなくなる
	受診・利用したとしても、かえってつらくなる
将来	治療費など経済的負担がかかる
	将来にわたりつらさが楽にならない
	長期的に治療に通い続けなければならなくなる
	今後、自分自身の問題や病気に向き合い続けなければならなくなる
受診行動をしない	
現在	受診や利用のために勤務時間を変えたり休みをとったりしなくてもよい
	薬を飲まなくてすむ
	受診・利用しなくても、症状が悪化することはない
	今の仕事量が減らされずにすむ
将来	専門家でなくてもだれかに考えや気持ちを理解してもらえる
	今後の仕事やキャリアに影響がない
	会社や職場に迷惑をかけ続けることがない
	長期間の休職をしなくてもすむ
受診行動をしない	
現在	以前と違った生活をする必要がない
	今後、自分自身の問題や病気に向き合い続ける必要がない

損失	現在	専門家に話を聞いてもらう機会を失う
		今抱えている症状が改善されない
		家族や周囲の人に心配をかける
		家族や職場の人の求めるパフォーマンスが出せなくなる
		自分だけが悩んでいると思い込んだままとなる
	将来	将来まで症状を残すことになる
		いつまでも家族や周囲の人に心配をかけ続けることになる
		家族や職場の期待するパフォーマンスが出せなくなってしまう
		再びストレスを抱えたときに、その対処の仕方がわからないままとなる
		うつ病などの重い精神障害になる

Table 4 メンタルヘルス不調経験ごとの各変数の平均値

	1 :		2 :		3 :		<i>F</i>	η^2	<i>p</i>	多重 比較
	受診経験あり		不調経験あり・ 受診経験なし		不調経験なし					
	M	SD	M	SD	M	SD				
脆弱性の低さ	1.56	.49	2.07	.58	2.36	.60	189.89	.26	***	1<2<3
診断への恐怖	2.10	.72	2.12	.65	1.93	.55	10.47	.02	***	3<1,2
専門機関への 恐怖	1.87	.63	2.13	.61	2.09	.54	18.33	.03	***	1<2,3
重大性・受容	3.14	.55	2.66	.58	2.52	.55	122.42	.18	***	3<2<1
行動する現在 利得	2.59	.57	2.49	.63	2.54	.63	2.06	.00	.13	
行動する将来 利得	2.67	.72	2.63	.70	2.64	.72	0.40	.00	.67	
行動する現在 損失	2.45	.62	2.45	.61	2.38	.61	1.76	.00	.17	
行動する将来 損失	2.73	.71	2.53	.70	2.44	.66	17.51	.03	***	2,3<1
行動しない現 在利得	2.20	.69	2.50	.69	2.43	.70	17.00	.03	***	1<2,3
行動しない将 来利得	2.22	.82	2.51	.80	2.47	.76	13.61	.02	***	1<2,3
行動しない現 在損失	2.92	.81	2.51	.75	2.51	.81	31.49	.05	***	2,3<1
行動しない将 来損失	3.00	.84	2.54	.77	2.59	.83	32.17	.06	***	2,3<1

(***) $p<.001$

来の損失において、群間に有意な差が確認できた。メンタルヘルスに対する「脆弱性の低さ」で群の主効果が確認され ($F(2,1097) = 189.89$, $\eta^2 = 0.26$, $p < .001$)、多重比較の結果、不調経験なし群が最も高く、ついで不調あり受診なし群、受診経験あり群となった (すべて $p < .001$)。メンタルヘルス不調の経験がない群は他の群と比べ、自分ごととしてとらえず、メンタルヘルス不調に対する過敏さは低いことが確認された。「診断への恐怖」 ($F(2,1097) = 10.47$, $\eta^2 = 0.02$, $p < .001$) で主効果が見られ、多重比較の結果、不調経験なし群よりも、不調あり受診なし群、受診経験あり群で高かった ($p < .001$)。診断を受けたり、「心の病気である」と結論を言われたりすることに対する恐怖は、不調経験者で比較的高く見られる。また、「専門機関への恐怖」でも群による主効果が有意であり ($F(2,1097) = 18.33$, $\eta^2 = 0.03$, $p < .001$)、多重比較の結果、受診経験あり群が、他の2群よりも低かった ($p < .001$)。メンタルヘルス専門機関を実際に受診する経験をした人たちは、「なんとなく怖い」「何をされるかわからない」といった不安・恐怖が低いことが示された。そして、「重大性・受容」でも有意な主効果が確認された ($F(2,1097) = 122.42$, $\eta^2 = 0.18$, $p < .001$)。多重比較の結果、不調経験なし群より不調あり受診なし群が、不調あり受診なし群より受診経験あり群が高い数値となった (いずれも $p < .001$)。

つづいて受診行動をとることに対する利益と損失については、現在の利得 ($F(2,1097) = 2.06$, $\eta^2 = 0.00$, $p = .13$)、将来の利得 ($F(2,1097) = 0.40$, $\eta^2 = 0.00$, $p = .67$)、現在の損失 ($F(2,1097) = 1.76$, $\eta^2 = 0.00$, $p = .17$) では有意な主効果は見られなかった。将来の損失では主効果が確認された ($F(2,1097) = 17.51$, $\eta^2 = 0.03$, $p < .001$)。多重比較をしたところ、受診経験あり群が、他2群と比べて高い得点となった ($p < .001$)。

一方、受診行動をとらないことに対する利益と損失の認知では、4つの変数全てにおいて有意な主効果が見られた (順に、現在の利得 $F(2,1097) = 17.00$, $\eta^2 = 0.03$, $p < .001$; 将来の利得 $F(2,1097) = 13.61$, $\eta^2 = 0.02$, $p < .001$; 現在の損失 $F(2,1097) = 31.49$, $\eta^2 = 0.05$, $p < .001$; 将来の損失 $F(2,1097) = 32.17$, $\eta^2 = 0.06$, $p < .001$)。受診しないことによる現在の利益ならびに将来の利益は、受診経験あり群が他2群より有意に低かった (ともに $p < .001$)。これに対し、現在の損失と、将来の損失は、受診経験あり群が他と比べて有意に高かった (ともに $p < .001$)。

4. 考察

本研究では、メンタルヘルス専門機関への受診行動のメカニズム検討を目的とし、調査を行った。測定のための尺度として、メンタルヘルス不調や専門機関に関する脅威性、受診行動に伴うと認知する損失利得の程度を測定するツールを開発した。メンタルヘルスケア脅威性尺度を開発したところ、4因子構造であることが確認された。また、メンタルヘルス専門機関を受診する・しないことによる利得・損失についての具体的内容を

明らかにし、合計 40 項目を整理した。これらを使用し、メンタルヘルス受診経験と不調経験の有無によって、異なる特徴を持つことが示された。

メンタルヘルスケア脅威性尺度の各因子は、3 群における違いが見られた。受診経験のある群は、脆弱性が高く、専門機関への恐怖は低く、重大性・受容が高かった。不調を経験したが受診していない群は、診断への恐怖と専門機関への恐怖が高かった。本研究で扱った脆弱性や専門機関への恐怖は、小池・伊藤（2012）が示したメンタルヘルス・リテラシーにおける「全般的不安」と類似した概念である。この全般的不安は、専門家への態度と負の相関があり（小池・伊藤、2012）、不調があるものの受診しない群の結果はこの研究結果と類似しているといえる。一方、受診経験がある群は専門機関への恐怖が低いという点については、身体疾患における受診阻害要因に治療・検査への恐怖があることと同様であることが示された（たとえば小林他、2006）。メンタルヘルス不調を経験していない群は、脆弱性と診断への恐怖が低く、専門機関への恐怖があり、重大性・受容は最も低かった。メンタルヘルス不調への自助方略について検討した竹中（2019）は、一次予防の重要性についても指摘しており、本調査で不調経験がない群として扱った集団に対しても、重大性・受容の度合いを高め、セルフケアが可能な状態への介入が必要であると考えられる。

メンタルヘルス専門機関受診をする・しないに関する利得損失は、受診経験の有無による違いが見られた。受診経験がある群は、受診することで生じる将来の損失を認知しながらも、受診しないことによる損失（現在・将来）も認知していた。彼らの受診しないことによる現在・将来の利得得点は他の群に比べて低かった。一方、受診経験がない群は、受診しないことによる現在・将来の利得の認知得点が高い。また、行動しないことによる損失は、受診経験あり群よりも低く認知していた。これらの差異は、がん検診受診行動に対する利得・損失の認知と同様であることが確認できる（平井・佐々木・大竹、2017）。平井ら（2017）の研究は治療のための受診ではなく検診をターゲットとしているが、がんの罹患可能性（罹患率）の見積もりが受診の利得・損失の認知と関連していることを指摘しており、本研究とも通じるところがあるといえる。つまり受診の損失・利得そのもののバランスについては、がん検診のモデルと同様であると考えられる。

本研究の独自性として、大きなものを三点あげる。第一に、メンタルヘルスケア脅威性尺度を開発したことである。ストレスや抑うつといったメンタルヘルスに関する事柄が一般的にも広まって久しい（中央労働災害防止協会、2012 など）が、状態が悪化する可能性やそのケアに関する脅威性認知について、尺度化を行い、構造を確認できたことは新しい知見である。HBM では、脆弱性に対する認知と重大性についての認知を合わせて「脅威性」に関する事柄として扱っており、新たに作成したメンタルヘルス脅威性尺度においても、自分がメンタルヘルス不調に陥る可能性があるかどうかといった脆弱性と、不調そのものまたはケアに対する不安・恐怖、そして、不調が引き起こす重大な結果についての認知から構成されることが確認でき、先行研究と一致する結果となっ

た。一般的に、メンタルヘルス専門機関の受診には抵抗を覚えることが指摘されており(e.g. 谷口・田治米, 2010)、抵抗感を下げするためにも、脆弱性や重大性を認知することが重要であると考えられる。一方で、本研究で開発した尺度には信頼性の面での検討が不十分であり、今後、より信頼性に関する追加調査の必要性も示唆されている。

第二に、精神科などのメンタルヘルス専門機関の受診についての利得と損失の具体的内容を検討し、それらを測定可能な項目群として整理したことである。これまでは、メンタルヘルスの専門機関を受診することについて、ネガティブな感情の喚起やスティグマの存在など、「損失」についての議論が多くなされてきた。しかし、本研究において、受診の利得と損失について、一般成人がどのように考えているのか、改めて具体的な内容をもとに確認できたことは創造的であるといえる。とくに、受診行動をしないことに対する利得と損失に関して、専門機関受診経験の差が見られ、これまでの研究では焦点が当てられてこなかった「受診しない場合どうなるか」に対する認知について知見を得られたことは新規性がある。

第三の点としては、受診経験ならびに不調経験の有無による違いを明らかにしたことである。なぜ受診しないのかだけでなく、そもそも不調を認識した経験があるかといった変数を反映することで、不調そのものやケアに対する脅威、そして受診行動の利得と損失の特徴をより具体的に確認することができた。

メンタルヘルス不調や精神疾患が身近にあるか、そして不調を自分のことであると受け入れ、重大な問題であると認知しているかは、不調経験や受診経験によって異なることが明らかとなった。とくに、専門機関への恐怖は、受診経験の有無による差がみられ、受診経験があると、この恐怖は低くなることが明らかとなった。利得と損失については、「受診をしない」ことに対する変数すべてにおいて差が見られ、専門機関を受診しない場合をどのように認知しているかによって意思決定が左右されている可能性が示された。すなわち、メンタルヘルス専門機関に対する受診勧奨を行う場合、受診をしない場合に発生する損失（現在・将来）を明確に伝え、相手に認知を促すことが有用であると考えられる。

本研究の限界は、受診したかどうかという経験のみを扱っている点である。行動変容ステージモデル(Prochaska, 1997; Prochaska, Redding & Evers, 2008)において、行動は急激に変容するのではなく、無関心期から関心期、準備期を経て実行し、そしてそれが維持されるということが指摘されている。メンタルヘルスの専門機関受診についても同様のことが考えられ、不調に対する関心を持ち、身近な人への相談や、窓口を調べるなどといった準備行動がとられた上で、受診を検討していることが想定される。そのため、今後は、準備行動の生起と、脅威性や利得損失の認知の関連についても検討する必要がある。

もう一点、本研究は過去の受診経験や現在を含めた不調の経験について問い、その経験と認知との関連を検討しているが、各要因が受診する・しないの意思決定にどの程度

の影響を与えたかは検討しきれていない。これは、利得・損失に関する項目整理を研究目的とし、統計的手法を用いた分析の耐えうる尺度としての開発まで高めることができなかったことが影響している。今後は、これらの認知について分析可能な尺度としての開発検討を行い、脅威性の認知ならびに利得損失の理解がどのように影響をするのか、詳細な検討を実施したい。

付記

研究の遂行にあたり、研究チームのメンバーとして、中村菜々子先生、金子茉央さん、本岡寛子先生、谷口敏淳先生、足立浩祥先生、谷向仁先生にはさまざまなご助言やご協力いただきました。深く御礼申し上げます。

本研究は JSPS 科研費 19H01762 の助成を受け実施しました。

なお、本論は、日本心理学会第 84 回大会（オンライン開催）で一般研究発表（PD-112）を行った研究を再分析・加筆修正したものです。

引用文献

- 赤松利恵・大竹恵子・島井哲志（2003）. 「減量における意思決定バランス尺度と行動変容の段階——減量の意思決定バランス尺度（DBI）日本版作成と信頼性、妥当性の検討——」, 『健康心理学研究』, 6, 1-9.
- 土井由利子（2009）. 「日本における行動科学研究——理論から実践へ——」, 『保健医療科学』, 58, 2-10.
- 平井啓・佐々木周作・大竹文雄（2017）. 「乳がん検診受診行動と乳がん関連ヘルス・リテラシーの関係性に関する研究」, 『行動経済学』, 10, S20-S25.
- 平井啓・谷向仁・中村菜々子・山村麻予・佐々木淳・足立浩祥（2019）. 「メンタルヘルスケアに関する行動特徴とそれに対応する受療促進コンテンツ開発の試み」, 『心理学研究』, 90, 63-71, <https://doi.org/10.4992/jjpsy.90.17239>
- Jorm, A. F. (2000). Mental health literacy: Public knowledge and beliefs about mental disorders, *The British Journal of Psychiatry*, 177, 396-401, <http://doi.org/10.1192/bjp.177.5.396>
- 川上憲人（2006）. 「世界のうつ病, 日本のうつ病——疫学調査の現在——」, 『医学のあゆみ』, 219, 925-929.
- 小池春妙・伊藤義美（2015）. 「自尊感情と自己効力感が精神科受診意図に与える影響」, 『カウンセリング研究』, 48, 11-19, https://doi.org/10.11544/cou.48.1_11
- 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.
- 小林志津子・斉藤繭子・片岡明美・大野真司・中村清吾・福井次矢・小山弘・新保卓郎（2006）. 「日本人女性の乳癌検診受診行動の促進要因と阻害要因の検討」, 『日本乳

- 癌検診学会誌』, 15, 69–74.
- 厚生労働省 (2020). 「事業場におけるメンタルヘルス対策の取組事例集～いきいきと働きやすい職場づくりに向けて」, <https://www.mhlw.go.jp/content/000615709.pdf> (最終閲覧日: 2024 年 3 月 24 日)
- 厚生労働省労働基準局安全衛生部 労働衛生課産業保健支援室 (2021). 「労働安全衛生法に基づくストレスチェック制度実施マニュアル」, <https://www.mhlw.go.jp/content/000533925.pdf> (最終閲覧日: 2024 年 3 月 24 日)
- Prochaska, J. O., Redding, C. A., & Evers, K. E. (2008). The transtheoretical model and stages of change. In K. Glanz, B. K. Rimer, & K. Viswanath (Eds.), *Health behavior and health education: Theory, research, and practice* (pp. 97–121). Jossey-Bass.
- Prochaska, J. O., & Velicer, W. F. (1997). The transtheoretical model of health behavior change. *American Journal of Health Promotion*, 12, 38–48, <https://doi.org/10.4278/0890-1171-12.1.38>
- Rosenstock, I. M. (1974). Historical Origins of the Health Belief Model, *Health Education Monographs*, 2, 334, <https://doi.org/10.1177/109019817400200403>
- 佐々木周作・大竹文雄 (2018). 「医療現場の行動経済学——意思決定のバイアスとナッジ——」, 『行動経済学』, 11, 110–120, <https://doi.org/10.11167/jbef.11.110>
- 竹中晃二 (2019). 「メンタルヘルス問題の予防に果たす自助方略の役割」, 『労働安全衛生研究』, 12, 135–144.
- 田中将之, 堀正士 (2021). 「高校生の精神科受診抵抗要因の分析と自殺予防に関する心理教育の課題」, 『学校メンタルヘルス』, 24, 165–175, https://doi.org/10.24503/jasmh.24.2_165
- 谷口敏淳・田治米佳代 (2010). 「総合病院精神科における院内相談システム構築への試み」, 『総合病院精神医学』, 22, 358–365, <https://doi.org/10.11258/jjghp.22.358>
- 中央労働災害防止協会 (2012). 「健康づくり・メンタルヘルスケア・快適職場づくり」, 『中央労働災害防止協会』, https://www.jisha.or.jp/mental_health/mh_questionnaire.html
- 山田成志・佐渡充洋 (2023). 「マインドフルネスプログラムの職域における活用可能性」, 『産業精神保健』, 31, 121–126, https://doi.org/10.57339/jjomh.31.3_121
- 山藤奈穂子 (2006). 「受診しないうつ——うつ病の受診行動——」, 『医学のあゆみ』, 219, 1108–1113.
- 山本奨・大谷哲弘 (2023). 「教師のメンタルヘルス研修会で扱うことが求められるストレスの諸側面: 「自分の問題」としての理解と「知識」としての理解」, 『岩手大学大学院教育学研究科研究年報』, 7, 199–206, DOI: 10.15113/0002000091

Perceived Gains and Losses in the Decision to Seek Mental Health Care

Kei HIRAI, Asayo YAMAMURA, Ryohei FUJINO

This study examined the factors that influenced the decision to seek help from a mental health professional. Specifically, it developed a measure of susceptibility to seeking help from a psychiatrist, and the perceived gains and losses of a health-seeking behavior. The study conducted an online survey of 1,100 Japanese adults, who were divided into three categories: those who had seen a psychiatrist, those who had experienced stress symptoms, yet had not seen a psychiatrist, and those who had not experienced stress symptoms. The survey consisted of a susceptibility scale for mental health care, with items assessing perceived gains and losses. The mental health care susceptibility scale was finalized based on the survey results, which yielded eight categories related to seeing a doctor, with five items each. The results highlighted differences among the three categories of participants. Those who had seen a doctor had a lower fear of seeking care and a higher loss perception than those who had not seen a doctor.

Keywords: psychiatric consultation; benefits; barriers; health belief model; susceptibility