

心の健康教育とメンタルヘルス・リテラシー ～「予備」のレトリックからフォーカシングを捉え直す～

岡村 心平 神戸学院大学心理学部

A Review of Mental Health Education and Mental health Literacy: Rethinking Focusing for the Rhetoric of “Preparing”.

Shimpei Okamura (Department of Psychology, Kobe Gakuin University)

公認心理師の業務の1つである「心の健康教育」は、その対象を広く国民全体とし、かつ他の業務にも潜在的に含まれているなど、心理師の業務においてある種の遍在性を帯びている。これはヘルス・プロモーションの推進や、Jorm の提唱した「メンタルヘルス・リテラシー」に関する国際的な動向と連動している。本論では、まず、患者が自身の疾病のリスクを「実感」して行動を変容することを促すために、医療者がいかにレトリックを用いているかをめぐり磯野 (2021) の議論を参照し、心の健康教育において、特にうつ病や薬物防止の啓蒙表現におけるレトリックの使用について批判的に検討した。また、伊藤 (2020) のウェルビーイングに関する視点をもとに、能力を個人に帰属させる「予防」的な能力観に対比的に提示される、対人的なネットワークやコミュニティの中で実現される「予備」的な能力観から、心の健康教育について再考した。最後に、「予備」的視点による心の健康教育の可能性を探索的に検討するために、フォーカシングの活用可能性について考察した。

Key words: mental health education, mental health literacy, rhetoric, focusing, bodily feeling.

キーワード：心の健康教育，メンタルヘルス・リテラシー，レトリック，フォーカシング，実感

Kobe Gakuin University Journal of Psychology
2022, Vol.4, No.2, pp.79-89

1. 公認心理師と心の健康教育

日本における心理専門職の在り方は、2017年に公認心理師法が施行されて以来、未だ変化の渦中にあると言ってよい。特に、公認心理師の登場以前より大きく変化したのは、その業務内容が法律により規定されているという点であろう。東畑 (2020) が指摘するように、国家資格化に伴って臨床心理学という学問、あるいは有資格者がその業務を行う場は「権力が作用する場」となった (p.101)。心理職の専門性への説明責任がいつそう問われていく現状がある。

この「権力が作用する場」は医療機関の面接室や、学校、企業のカウンセリングルームなどに限定されない。公認心理師法の第1条において「この法律は、公認心理師の資格を定めて、その業務の適正を図り、もって国民の心の健康の保持増進に寄与することを目的とする」(下線部は筆者)と規定されている通り、

公認心理師の業務の対象者は広く国民全体であり、その際立ったものが「心理教育」や「心の健康教育」と呼ばれている業務である。公認心理師法の第2条では、公認心理師がこの名称を用いて(名称独占)、「保健医療、福祉、教育その他の分野において、心理学に関する専門的知識及び技術をもって」、以下の4つの業務を行うと規定されている。

- 一 心理に関する支援を要する者の心理状態を観察し、その結果を分析すること。
- 二 心理に関する支援を要する者に対し、その心理に関する相談に応じ、助言、指導その他の援助を行うこと。
- 三 心理に関する支援を要する者の関係者に対し、その相談に応じ、助言、指導その他の援助を行うこと。
- 四 心の健康に関する知識の普及を図るための教

育及び情報の提供を行うこと。

(公認心理師法 第 2 条 下線部は筆者による)

これらは実際の業務としては①心理アセスメント、②心理支援（心理療法・カウンセリング等）、③コンサルテーションや他職種連携、④心の健康教育（心理教育等）の 4 つに概略できるだろう。①と②は要支援者に対して行われ、③は要支援者の家族やその支援の連携先の他職種を含む関係者に対して行われる。一方、④の心の健康教育においては、その業務の対象は、相談機関にアクセスされた要支援者やその関係者に限定されず、特定の対象者を持たず、広く「国民」全体となる。

『公認心理師現任者講習テキスト（2018 年版）』において明記される通り、「第 4 項に含まれる業務は、心理に関する問題を抱えていない人々を対象として、公認心理師の側から積極的に働きかけ、予防のために教育や啓発を行なっていくことであると理解される」(p.222)。これは、アメリカの Institute of Medicine (IOM) の予防の 3 つのカテゴリー（普遍的予防、選択的予防、指示的予防）のうち、「一般大衆、あるいは、リスクが高まっていると判断されていない人々（集団）」を対象とする「普遍的予防」に位置づけられる (Muñoz, Mrazek & Haggerty, 1996)。心の健康教育は、広く「人口全体」に対して行われる実践である。

このような公認心理師の業務における「心の健康教育」の明記は、近年の予防医学の発展による「治療から予防へ」という動向に由来している。World Health Organization (WHO) は、1986 年のオタワ憲章における新しい健康観に基づく健康戦略、ヘルス・プロモーション (health promotion) を提唱している。ヘルス・プロモーションは、「人々が自らの健康とその決定要因をコントロールし、改善することができるようにするプロセス」と定義され、世界各国でこれを踏まえた健康増進政策が取り組まれている。日本でもヘルス・プロモーション政策として、2000 年度より「21 世紀における国民健康づくり運動（健康日本 21）」が実施され、その後も継続政策として、2013-2022 年まで「健康日本 21（第二次）」が行われている。

2003 年には、国民の健康維持・増進と生活習慣病の予防などを目的として「健康増進法」が施行された。本法には生活習慣病対策の保健指導や受動喫煙防止などの項目が含まれるが、第四条にて、広く本法が定める健康増進事業を実施するもの（健康増進事業実施者）の責務として「健康増進事業実施者は、健康教育、健康相談その他国民の健康の増進のために必要な事業（以下「健康増進事業」という。）を積極的に推進するよう努めなければならない」（下線部は筆者による）と明記されている。このように、日本の健康増進事業においてこの「健康教育」はその業務

において重要な位置づけとなっている。

「健康日本 21（第二次）」の目標項目のうち、社会生活を営むために必要な機能の維持・向上に関する目標には、(1) こころの健康、(2) 次世代の健康、(3) 高齢者の健康が挙げられ、このうち (1) こころの健康に関しては、①自殺者の減少（人口 10 万人当たり）、②気分障害・不安障害に相当する心理的苦痛を感じている者の割合の減少、③メンタルヘルスに関する措置を受けられる職場の割合の増加、④ 小児人口 10 万人当たりの小児科医・児童精神科医の割合の増加、という 4 つの小項目が挙げられている。この政策は、公認心理師がその業務として実施することが求められる「心の健康教育」のその内実や実態にも反映されている。「令和 3 年版 公認心理師試験出題基準・ブループリント」では、心の健康教育に関する事項は 24 の大項目うちの最後の項目「24 その他（心の健康教育に関する事項等）」の「(3) 心の健康に関する知識普及を図るための教育、情報の提供」に挙げられているキーワードの例は、「健康日本 21、こころの健康対策、うつ病、薬物依存症、心的外傷後ストレス障害、PTSD、自殺予防、心理教育、支援者のメンタルヘルス」である。つまり心の健康教育は、過去数十年の国際的な予防医学の展開、ヘルス・プロモーションの推進、国内の健康増進政策と連動し、公認心理師の主要な業務の 1 つに位置づけられている。

一方で、心の健康教育という実践の広義性は、広く国民へ向けて行われるというその対象だけでなく、実際にその業務を実施しうる場面の幅広さからも指摘できる。上原 (2007) が心理教育の包括的な定義として、心理的な「病気や問題について、何かを伝えること」だと指摘していることを踏まえ、東畑 (2020) は心理教育の機能を、一般的に想定される心理教育の研修場面に限定されず、アセスメントや面接場面にも含まれるなど、心理職に「不断に行なっている」ものだと強調する (東畑, 2020, p.104)。確かに、インタビュー面接や心理アセスメントのフィードバック場面は、心理職は要支援者の抱えている問題についての説明を行い、今後の支援の方針を提示することになる。その際、治療同盟を形成するために、情報をわかりやすく提示すること自体が、ある種の心理教育と捉えることができる。「インフォームドコンセントは倫理的問題であると同時に、治療に実質を持たせるために不可欠であり、そこに心理教育を欠くことはできない (東畑, 2020, p.105)」。さらには面接室を超えて、要支援者だけでなくその関係者、広く社会に向けて、どのように「心理支援」という実践を広報するかも含めて、心理教育は心理専門職の実践の広域にわたって機能しているのである。東畑 (2020) はこれを「心理教育の遍在性」と表現しながら、その問題点も含めて、医療人類学の視点を参照しながら批判的に検討している。

本論を進めるにあたり重要な指摘は、心の健康教育は現状、国の健康増進政策の1つであり、公認心理師の4つの業務のうちの1つであるだけでなく、心理専門職としての業務のさまざまな場面に「遍在」しているながら、それに比して心理専門職の養成課程においては学ぶ機会がわずかだということにある。公認心理師養成課程では、大学院において「心の健康教育に関する理論と実践」が必修科目となっているが、先述の資格試験のブループリントにて「24 その他」に位置づけられているように、実際に支援現場で求められる度合いに比べ、学ぶ機会は比較的少ない。もちろん、関連法規や心理学・医療的な基礎知識などの総量と比較すれば、心の健康教育における必須の「知識」や「理論」の総体は限定的はあるが、心の健康教育に関する「実践」面の養成機械の少なさは検討すべき課題だと言ってよい。

実際に、大学院を修了してすぐの新任者が、現場で研修講師をするように求められて、どのように研修を企画、準備し、実践していけばいいのかわからず困ったという意見を聴くことは少なくない。土井(2015)は、産業分野を目指す心理職を目指す心理職が少ない現状にある理由の1つとして、産業臨床の現場で「ほぼ必須」の業務である、「研修の実施が苦手」という声の多さにあると指摘し、心理専門職として研修業務を引き受ける際の注意点や立案、実施までの詳細をまとめている。

特に産業分野では、「健康日本21(第二次)」でのメンタルヘルスに関する措置を受けられる職場の割合の増加への取り組みや、2015年より施行されたストレスチェック制度の動向とも関連して、心の健康教育を含む予防的な取り組みはますますニーズが高まっている。一方で、上記のように心の健康教育の「遍在性」は産業分野に限ったことではなく、今後多くの領域で心理専門職の業務でも重要視されていくと考えられる。

2. メンタルヘルス・リテラシー

心の健康の保持・増進のために、広く一般市民にどのような知識やスキルが必要かを示す概念として「メンタルヘルス・リテラシー (mental health literacy)」がある。メンタルヘルス・リテラシーとは、ヘルス・プロモーション研究の登場したもので、1990年代にオーストラリアのジョーム (Jorm, A. F.) らが提唱したものである。以下に、中村(2021)の記述を参考にしながら、メンタルヘルス・リテラシー概念の提唱までの背景について概観する。

中村(2021)によれば、もともとは1970年代に、より包摂的に心身の健康全体を包括する概念として「ヘルス・リテラシー」という発想が登場したことに端を発する。これは当時のアメリカにおいて、識字率と健康アウトカムとの関連が指摘されて以降に提唱されたもので、文書が読めないことにより、健康

に関する情報を入手できない、あるいは理解できないことが健康への悪影響を及ぼしていると考えられていた。

1986年のオタワ憲章以降、後にヘルス・プロモーションの概念が発展していく中で、ヘルスリテラシーは、より積極的に自分自身の健康を保持増進させるスキルという概念として拡張されている。中村(2021)は、WHOのヘルスプロモーション戦略で「セルフケア」が重視されており、「ヘルス・リテラシーはセルフケアを可能にする個々人のエンパワーメント戦略」を担うものとして重視されている。ヘルス・リテラシーの概念は、現状として「各自のリテラシーを向上させるような社会の設定やそうした社会資源にアクセスする能力」を含めた広義の意味を含んでいる一方で、「その概念が包括的なものへと拡大しているため、十分に整理されていない部分があり、包括的な測定やその活用については検討の途上にあるといえる」という(中村, 2021, p.88-89)。

さらに中村(2021)は、世界各国で実施されていったヘルス・プロモーション戦略において健康増進事業にける「メンタルヘルス支援」の不在が課題として挙げたことが、メンタルヘルス・リテラシーという概念が提唱されるに至る契機となったと記述する。1993年にオーストラリア政府が現状の公衆衛生上の目標に関して発表したレポートでは (Nutbeam et al., 1993)、ヘルス・リテラシーは「より良い健康を保持・増進するための情報にアクセスし、理解し、使う方法」として定義され、個人に関するこれらの能力や知識を高めることを今後の課題として明記し、各種の身体疾患に関するヘルス・リテラシーの向上のための目標と対象について記述されたいたものの、この中には精神疾患は対象として含まれていなかった(中村, 2021, p.90)。

これを受けて Jorm et al. (1997) は、ヘルス・リテラシー概念の身体疾患のみならず、精神障害へと拡張させ、メンタルヘルス・リテラシーという概念を提唱するに至っている。はじめはこの概念は「精神障害に関する知識と信念で、精神障害の認識・管理・予防を助けるもの」という定義がなされていたが (Jorm et al., 1997)、その後も発展を続けており、現在は以下の5つの要素から構成されるものと定義づけられている (Jorm, 2012)。すなわち、①精神障害の予防法に関する知識、②精神障害が深刻化しつつある時にそれに気づくこと、③援助先や治療段階に関する知識、④比較的軽度の段階で、自分でできる効果的な対処方法に関する知識、⑤精神障害になりそうな人や精神的な危機状態にある人を支援できるファースト・エイドのスキル、の5点である。

公認心理師の4つの業務の1つである「心の健康教育」として想定されている内容の多く部分が、Jormらの提唱したメンタルヘルス・リテラシーの向上のための取り組みと重なっているものの、より特

記すべき差異も見受けられる。特に、①～④の心の健康教育を受けた本人の適切な精神障害の理解を促すこと、あるいはセルフケア能力の向上を目指す部分だけでなく、⑤のより多く社会に向けた啓発活動、一般市民が精神的な危機状態にある人を支援する際のファースト・エイドのスキルを教育する視点は重要である。日本においては、産業領域における職場における4つのケアとして「ラインによるケア」が提示されているが、Jormのメンタルヘルス・リテラシーでは、職場環境における人間関係だけでなく、より広い人間関係において、メンタルヘルスにおける相互扶助的なリテラシーの向上を目標づけているように見受けられる。広く一般市民を対象とした心の健康教育の在り方を構想する際には、こういった精神疾患の理解だけでなく、市民レベルでの支援方略、ファーストエイドのリテラシーを高める取り組みは今後、さらに求められていくと考えられる。

中村(2021)は、メンタルヘルス・リテラシーという概念やその使用から見出させる、心の健康教育という実践について考慮すべき問いを4点指摘している。1点めは「心の健康教育によって知識は増えるのか」あるいは「知識を増やした結果、本人の精神的健康の保持増進に役立つ行動が増えるのか」(p.94)という問いである。心の健康教育は、メンタルヘルスに関する知識を増やすことを「善」として設計されている取り組みである。一方で、メンタルヘルス・リテラシーの向上が、実際の支援要請につながるというエビデンスは示されておらず(児玉・志渡・池田, 2018)、また知識啓発が精神障害へのスティグマを減らすわけでもない(樫原・河合・梅垣, 2014)という。知識が増えることが、果たして精神疾患の「予防」や、精神障害への「正しい理解」へと結びつくのかは、引き続き慎重に検討する必要があるようである。

2点めの問いは、心の健康教育が「教育」という営みである以上、その教育効果や意義が問われる必要がある。特に「教育で用いる用語(例えば「こころの病気」と言うか、「心の病」と言う、「脳の神経伝達物質の不調」と言うか)が与える影響」(p.94)など、どのような表現方略で教育すれば教育効果が得られやすく、知識の定着が見られるのかなど、教育方法論や教育効果に関する基礎的な研究の必要性が指摘される。

3点目は、そもそも「メンタルヘルスがいい状態とは何か」を教育提供者自身がどう考えるかが問われなければならない、ということである。元々は精神疾患の知識や予防対処に限定されていたメンタルヘルス・リテラシーの概念は、「よりポジティブで積極的な精神状態を目指すものになりつつある」(p.95)。いわば、メンタルイネス(心の病気)の知識を啓発するだけでなく、本来の意味でメンタルヘルス(心の健康)とは何か問われる必要性が高まっているのである。

これは、単なる疾病の有無による心身の健康(health)ではなく、WHOが定義する健康の定義における「健康とは、病気ではないとか、弱っていないということではなく、肉体的にも、精神的にも、そして社会的にも、すべてが満たされた状態(well-being)にあること」におけるウェルビーイング(健康)とはどのようなものか、という問いにも関連している。東畑(2020)が心理教育を、心理学的に定義される「健康」を布教、あるいはマーケティングする営みであり、心理学的な正しさに基づく「ある種の生き方を他者へと押しつけていくこと」を意味すると指摘しているように、心の健康教育という実践が教育である以上、そこには、ある種の健康や幸福への方向性を示すことになる。どのような健康観に基づき、自分たちが心の健康教育を行っているのか、その功罪を常に省察することは心理専門職に求められる職業倫理である。

これに関連して4点めの問いは、他職種との連携や心の健康教育の多様性への問いである。他職種連携が公認心理師の業務としても際立って重視されている以上、心の健康教育もまた地域社会の中で、多くの専門家と共に連携して取り組まなければならない。心の健康教育は多くの分野に遍在しており、従来より公衆衛生学や保健医療分野で発展してきた予防医学的な心の健康教育だけでなく、学校などの教育現場、産業分野、福祉や司法分野のそれぞれで、求められる心の健康教育の在り方、内容も方法も異なる。その中で、心理専門職がこれらをどのように担っていくのかを検討する必要があるだろう。

3. 心の健康教育におけるリスクの「実感」とレトリックの使用

ここまで確認してきたように、心の健康教育は、公衆衛生学や予防医学における「予防」という発想の展開に即して心理専門職の実践の1つとして位置づけられてきた経緯があり、現状においても国の健康増進政策の一翼を担っている。心の健康教育のねらいは、心身の不調や精神疾患がもたらす諸々の「リスク」を適切に理解し、それらを回避したり、適切な対応策を実行できるように、メンタルヘルス・リテラシーを広く一般市民に対して提供することにある。このとき、メンタルヘルスに関する諸々のリスクを、心の健康教育の受け手がいかに「実感」できるのかは、心の健康教育の教育効果やメンタルヘルス・リテラシーの向上を捉えるために重要であろう。

医療現場におけるリスクの「実感」について、磯野(2021)は自身のフィールドワークをもとに論じている。例えば、ある当事者は原因不明の体調不良により受診し、線維筋痛症と診断されいわゆる「西洋薬」を服薬したが症状が改善せず、かえって体調も悪くなったことで西洋薬へのリスクを「実感」して忌避し、漢方薬を処方してもらうために漢方医の

もとを訪れるに至ったという。また別の例では、ある拒食や過食の当事者は、栄養学や生理学の知識を学び体型コントロールを実践したことで、食べ物についてその味わいや食感などの実感よりも、カロリーや体型変化のリスクとしての「実感」が先行されてしまったと語る (p.32-39)。

磯野はこれらの事態を、人類学者のギアツが精神分析家のコフォートの用いた「<近い=経験 (experience-near)>/<遠い=経験 (experience-distant)>という概念区分 (ギアツ, 1991) を援用して、予防医学におけるリスクの実感について考察している (P.39-43)。磯野 (2021) によれば、<近い=経験>とは「自分や自分の仲間が見たり感じたり考えたり想像したりすることを表現する際に、自然に無理なく使い、他人が同様に使った場合にもやはり容易に理解できるような概念のこと」を指し、<遠い=経験>とは「何らかの専門家が、その科学的、哲学的、また実際的、目的を果たすために用いるような概念のこと」を指す。先の例でいえば線維筋痛症などの医学用語や診断名、あるいは栄養学や生理学の知識は<遠い=経験>であり、自身の体調の変化の機微や、実際の食事の味わいや食感などは<近い=経験>となる。

磯野はリスクの実感をめぐる現代社会の特徴として、専門知識などの<遠い=経験>がメディアやインターネットを通して、人々の<近い=経験>に容易に入り込み、「現実の実感のあり方を刷新し続ける」ことにあると論じる。実際に、漢方医を訪れた前者の当事者はその後、漢方薬を服薬しても元々の体調不良は改善されず、「顎関節のずれ」を修正するという別の治療法を試すに至っている。つまり、線維筋痛症という<遠い=経験>から、顎関節のずれという別の<遠い=経験>へと刷新して、体調不良という実感が塗り替えられていることがわかる。また、日常の身近な<近い=経験>よりも、<遠い=経験>に価値が置かれ場合、<近い=経験>は容易に放棄されてしまう。後者の当事者が、食べるという<近い=経験>ではなく、消化するという<遠い=経験>による概念を用いて食事を理解することで、食事が一連の消化プロセスとして刷新されているのである。

服薬の忌避や摂食障害をめぐる語りの中には、磯野が示した通り、どのようにリスクが「実感」され、専門知識であるはずの<遠い=経験>が、日常で実感される<近い=経験>として書き換えられていくのか、そのプロセスが見出される。一方で、予防医学における医学的なリスクの教育、ヘルス・リテラシーの向上は、多くの一般市民にとって<遠い=経験>であるはずの医学的な知識が、その教育の受け手にとって<近い=経験>となることで実現する。医学的な「正しさ」をもって、病気のリスクという<遠い=経験>を、多くの人が実感できる<近い=経験>に変換する営みが、予防医学的な介入なので

ある。磯野 (2021) は、「<近い=経験>を、より正確であるとされる<遠い=経験>で塗り替え、介入対象の現実の実感を介入側が適切だと考える形に変えることが、予防医学における介入の根幹にある」(p.42) と指摘する。

では、予防医学的介入ではこのような医学的な「正しさ」を伴った知識 (<遠い=経験>) を、いかに実感を伴ったリスクとしての認識 (<近い=経験>) へと変化させようと試みられているのか。磯野が目指するのは、診療場面において医療者が用いる「レトリック (rhetoric)」である。レトリックとは、直喩 (例：君は薔薇のように美しい) や隠喩 (例：君は僕の太陽だ) などのような比喩表現を含む修辞技法として知られる。佐藤 (1992) はレトリックの機能として①説得 (討論で用いられる修辞)、②魅惑 (詩や文学で用いられる修辞)、③発見 (新たな洞察をもたらす修辞) などを挙げている。磯野は佐藤のいうレトリックに③の発見的な使用として特徴づけられる「常識的な文のかわりに、いささか異質な、ちょっと目立つ表現形式」である「ことばの《あや》」の機能に注目して、医療現場におけるリスクの実感の醸成プロセスを記述する。

医療現場では、医療的なエビデンスに基づく説明方略 (<遠い=経験>) により、医療者が患者に対して病気や治療のリスクを説明するという印象を持たれやすい。磯野 (2021) は不整脈の1つである心房細動の治療現場におけるフィールドワークで、循環器専門医が患者に対して疾患のリスクを説明する際に、どのような言葉を用いているかを調査した。心房細動は自覚症状がある場合もない場合もあり、これ自体が患者にとって致命的な影響を与えることは少ないが、心房の中に血栓ができやすくなり、これが脳の血管に飛んだ場合には、脳梗塞の中でも致死率が高く、重篤な後遺症が残すことの多い心原性脳梗塞を引き起こすリスクが高まるという (p.49)。そのため心房細動患者は、ガイドラインによる一定の基準に合致すると、多くの場合は抗血栓療法の治療が開始される。ただし、抗血栓療法で用いられる抗血栓薬は、直接的に不整脈に効果があるわけではなく、服薬しても心房細動の動悸が和らぐことはないため、その効果を患者自身が日常生活で感じることは難しい。患者は心房細動による脳梗塞のリスクを実感しづらく、抗血栓療法や心原性脳梗塞は患者にとって<遠い=経験>となりやすいのである。

磯野 (2021) は、心房細動患者に対してその疾患のリスクを実感されやすいように、循環器専門医がある種の「レトリック」を用いており、むしろ「レトリックなしにこのリスクの実感を醸造することは難しい」(p.51) と指摘する。心房細動によって引き起こされるリスクを患者自身が「自分ごと」として引き受けることを促すために、医療者はしばしば、元プロ野球選手・プロ野球患者の長嶋茂雄氏の名前

を持ち出すのだという。長嶋氏は、2004年に心房細動による心原性脳梗塞を発症し、その後は右半身の麻痺と言語への後遺症と共に生活を送っており、全国に広く報道された。実際に、この出来事以後、磯野がインタビューをした4名の循環器専門医が「心房細動及び抗血栓治療の説明がしやすくなった」(p.55)と回答している。例えば診療においては、この疾患を説明する際に「長嶋さんみたいに血栓ができる可能性があるので…」とその名前が使用される。この言い回しは直喩的なレトリックであり、あくまで長嶋氏の名前は「ことばの《あや》」として使われている。

一方で、磯野(2021)による患者へのインタビューにおいても、「自身が飲んでる薬の名前は知らない一方で、『長嶋さんみたいになるかもしれない』という未来はかれらの脳裏にはっきり刻まれている」との印象を語る。「長嶋さんのようになるかもしれない」というレトリックが、『『自分も彼のようになるかもしれない』という驚きを伴う発見を患者にもたらし、それがリスクの実感の種とな』るように機能しているのである(p.61)。

もう1つ、心房細動の治療をめぐるレトリックに「血液サラサラ」という表現がある。例えば、抗血栓治療で用いられるワーファリンなどの治療薬は、「血液サラサラになる薬(治療)」などにパラフレーズされて用いられる、医療者が頻繁に使用するレトリックである。これは、治療薬を服薬することで「血液のサラサラ度が上がって出血しやすい」というような治療薬のリスクを伝える際にも用いられるという。しかし「血液サラサラ」という表現は薬理学的には不正確であり、それまでの患者の血液がドロドロで、それが内服によってサラサラになるわけではない(p.63)。重要な点は、「厳密に言えば不正確なこの表現を専門家が好んで使い、それが患者の治療意欲を充実させることに貢献している」のである。

「サラサラ」という際に用いられるオノマトペはレトリックの一種であり、液体や物体がスムーズに流れる際の擬態語である。オノマトペはある種の質感を表現する際に効果的な表現形式であり(岡村, 2016, p.63)、医療者が患者に対して行うリスクコミュニケーション、患者に自身の病気のリスクの「実感」を促す際に、レトリックが効果的に用いられるのである。医療現場では、これらのレトリックの使用にリスクの実感へと向けた一定の方向性が付与される。例えば、抗血栓薬には大量出血時のリスクが伴うが、これを指して抗血栓薬を「血液ドバドバ」になる薬とは説明されない(p.68)。実際の治療のリスク・ベネフィットを換算して、血液が止まりにくくなるリスクを引き受けて、脳血栓のリスクを軽減させるように促すためにレトリックが用いられる。磯野(2021)はこのような事態を「サラサラというレトリックが、血が止まりにくくなるという経験の意味を、恐

怖から効果の実感へと書き換えている」と記述する(p.66)。

以上のように、医療者は医学的な「正しさ」を背景に患者のリスクの実感を醸造するために、時にレトリックを用いて介入する。心の健康教育においても同様に、心理学的な「正しさ」を根拠として、そのリスクを実感するために、さまざまな介入が「教育」という枠組みで実施され、時にレトリカルな説明方略が用いられている。ただしそこには、中村(2021)が指摘するように「メンタルヘルスがいい状態とはどのような状態か」というある種の心の健康への価値観が含まれており、その「正しい」方向へ向かう導きとして、東畑(2020)の指摘する「ある種の生き方を他者へと押し付ける」ための介入となる。心の健康教育において、どのようなレトリックを用いて発信するかは、その業務を進める上で重要な要素となる。

例えば、20世紀初頭の日本において盛んに取り組まれた「うつは心の風邪」キャンペーンはその実例である。うつ病という、当時の日本においては耳慣れなかった精神疾患の啓蒙を図っているキャンペーンは、うつを「風邪」のレトリックを用いることで「誰でも罹患しうるもの」というメッセージを伝える啓発活動であった。BBCが2014年に報じているように(Harding, July, 2016)、製薬業界の介入が背景にあったと指摘できるが、うつ病を含む気分障害の診断は4年間で倍増し、抗うつ剤市場は2006年には従来の6倍の規模に急成長することになる。

一方で、「うつは心の風邪」というレトリックは、うつ病を風邪のように「市販の薬を飲めばすぐに治るもの」であり、ごく一般的な悩みや憂うつさと同義のものとして誤用されるようになった(渡辺, 2009, 井原, 2012, 檜原・河合・梅垣, 2014)。その結果、このレトリックがうつ病の罹患が自殺のリスクの増加につながるという、その疾病リスクの「実感」を低下させる方向へと作用し、また「うつ病は風邪と同様にかかる人間の自己責任」というように、うつ病への「スティグマの軽減を図って安易に実践を行うだけでは、うつ病とその罹患者に対してさらなる偏見や誤解を生む恐れもある」(檜原・河合・梅垣, 2014)。「うつは心の風邪」キャンペーンは、いわばうつ病について広く一般市民へと向けた当時の心の健康教育の一環であったが、レトリックが発見的でかつ教育の受け手に対して影響力を持つ以上、その実施においては絶えざる省察が伴われなければならない。

同様に、心の健康教育に関連する例として、1980年代に日本民間放送連盟(民放連)が作成した薬物使用防止に対する啓蒙広告での「覚醒剤やめですか? それとも人間やめですか?」が挙げられる。放送当時はテレビなどでも頻繁に流されていたが、「人間やめですか?」という表現は、薬物依存からの回復の

ために治療を受けている当事者への差別表現であると批判され、薬物報道ガイドライン（特定非営利活動法人ASK）には、「『人間やめますか』のように、依存症患者の人格を否定するような表現は用いないこと」という項目が含まれている。

精神科医の松本俊彦氏はこの広告表現をめぐるインタビュー（「ナショナルジオグラフィック Web 版」, 2017）の中で、この差別的な表現を含む啓発広告により「薬物依存に陥った人たちが社会的に猛烈に排斥されるがゆえに、治療のきっかけすらつかめないということが極めて頻繁に起きている」と指摘する。松本氏はある父親が覚醒剤の使用で逮捕されたのち、その子どもが「きっと自分も人間ではない」と考えて自暴自棄になり、覚せい剤を使ってしまったようになった例などを挙げ、「予防教育も行きすぎると、リスクの高い子たちのリスクをより高くする」ことにつながりかねないと警鐘を鳴らす。「人間やめますか?」というレトリックは、予防教育の機能として薬物の使用から遠ざけることへの一定の効果があつたと想定できるが、同時に薬物依存者の回復への手立てやその事件を排斥することを後押しした、とも指摘される。

先述のように、ここでレトリックの主題として挙げたうつ病、自殺予防、薬物依存は、令和3年度の「公認心理師試験・ブループリント」の心の健康教育に関するキーワードにも挙げられており、今後も公認心理師が実践する心の健康教育の主たるキーワードである。心理学の知見をもとに、心の健康に関するリスクを多くの市民が「実感」できるように促すことには、心理専門職による教育実践として、ある種の「正しさ」という一定の方向性を強いているということを自覚しておく必要がある。予防医学での実践と同様に、効果的な心の健康教育には、レトリックが欠かせない。そして上記のように、そのレトリックに本来的に含まれている専門的な正しさの方向性と、それが教育の受け手に届いたときに付随して生じる別の危険性（うつ病の啓発運動がうつ病の軽視につながり、薬物への啓発運動が薬物依存者の回復を阻害するなど）を孕んでいることを、常に自覚することが求められる。

4. 「予防」と「予備」：能力主義的視点の再検討

前章までで取り上げたように、心の健康教育は、心の健康をめぐる諸々のリスクを「実感」して、必要な行動変容を促すことで、個人のメンタルヘルス・リテラシーを高めることを目的としたはたらきかけだと言える。この「リテラシー」という表現は、これ自体が一種のレトリックとして求められている。通常はいわゆる識字能力（literacy）、読み書きができることを意味する語が、メディア・リテラシーやITリテラシーなど、「ある分野に関する知識やそれらを活用する能力」を比喩的に意味するに至っている（岡

村, 2018, p.147）。

リテラシーをいうレトリックを用いる際、その背景にはある種の能力主義的な視点が存在する。ある問題が生じているのは、個人の問題に対するリテラシー、理解能力や遂行能力が低いから十分ではないためであり、個人のリテラシーを高める必要がある。このような視点は、問題の所在を「個人」の能力に紐づけて考えることになり、それは自己責任論の発想を呼び込むことにもつながる。メンタルヘルスの問題が生じているのは、個人の「リテラシー」が低いからであり、またそのリテラシーを高める努力を、個人は行わなければならない。実際に、健康増進法の第二条（国民の責務）では「国民は、健康な生活習慣の重要性に対する関心と理解を深め、生涯にわたって、自らの健康状態を自覚するとともに、健康の増進に努めなければならない」と自身の健康の維持増進は個人の責務とされている。

このような健康、ウェルビーイングをめぐる「予防」と「能力」の関係に対し、伊藤（2020）は「予備」というレトリックを用いて再検討している。伊藤は、チクセントミハイのいう「フロー」の状態、つまり自身の能力（skill）と挑戦目標（opportunities for action）とが適合している際に、人はウェルビーイングを感じると捉える（p.147）。よって、自身が現在の状況、往々にして困難な問題を含む状況を「統制できるはずだという感覚」があることが、個人のウェルビーイングを高め、その人の潜在的な能力を引き出し、フローをもたらしうる。挑戦すべき課題と、「きっとできるはずだ」という当人の感覚のバランスが、ウェルビーイングにつながるのである。

一方で、伊藤（2020）はさまざまな障害の当事者へのインタビューを通じて、当事者が「挑戦する機会」を周囲の人間が奪ってしまう場合が多いと指摘する。周囲は善意のつもりで介入していても、「『危ないからやめた方がいい』『きっと失敗するからやっつけよう』」という発想で、周囲が当事者の「失敗する権利」を奪ってしまうのである。伊藤は「何かに挑戦しようとする、先回りしてリスクの芽が摘まれてしまう。それはつまり、幸福を享受するチャンスの少なくとも一部を剥奪されることに他ならない」（p.148）と強調する。そのため、能力を、「個人」に属するという発想ではなく、周囲との関係性、ネットワークの中で生成されるものという視点で捉える、新たな能力観が必要となる。

伊藤（2020）は若年性アルツハイマー認知症の当事者である丹野智文氏が、職場など日常生活の中で取り組んでいる「失敗できる環境づくり」の例を紹介する。丹野氏には、顔がわからなくなること（上司など身近な人であっても）、物忘れがあること、文字が認識できないときあることなど、認知症の症状がある。しかし、周囲の人にあらかじめ「できること」とともに「できないこと」を伝えていくことが

大切だという。「周りが勝手に決めつけるから、できることとできないことを自分から言っていくことが一番の環境づくり」だと丹野氏は強調する (p.150)。顔を忘れてしまうことは、人間関係に影響を及ぼしかねないが、この「失敗できる環境づくり」はそのような問題を解消するのである。

でも丹野さんは、そのことで人間関係を傷つけたことは一度もない。なぜなら、そう、自分が忘れる可能性がある、ということを周囲に伝えているからだ。「初めて会った時も、『ごめんね、伊藤さん、次に会ったときは忘れてるからね。声かけてね』って。そうっておけば、どこかで会ったときに『このあいだ取材した伊藤です』『ああそんなんだ』ってなるでしょ」(伊藤, 2020, p.151)。

できることだけでなく、できないことをあらかじめ共有することは、能力というものを再検討する際に示唆的である。できることを共有することは、本人の「挑戦」を支え、本人の挑戦する機会、つまり「失敗する権利」を奪わないことにつながる。そして、できないことを伝えることは、能力を個人に属するものとして閉ざさず、周囲とのネットワークの中で実現される「できる」ことという、新しい視点をもたらす。たとえ、個人の思い出す能力が低下していても、つまり「丹野さん自身が忘れてしまっても、周囲が丹野さんのことを覚えていれば、そして丹野さんが忘れるかもしれないということがわかっているならば、人間関係にヒビが入ることはない」(p.153)という。

このように、能力を個人に帰属されるものとしてではなく、ネットワークの中で実現されるものとして捉え、当人が「失敗できる環境づくり」、すなわち挑戦でき、ウェルビーイングを感じられる環境づくりに、自治体として取り組む実践例として、伊藤(2020)は大牟田市の「認知症 SOS ネットワーク模擬訓練」を挙げる。これは、認知症の方が行方不明になった際に、行政・地域住民などが協力して発見し、保護するための訓練を行うものであり、実際の訓練のみならず、地域住民の見守ろうという意識の醸造や、セーフティネットの構築に役立っているとして、全国の自治体で広まりつつある。いわば、認知症の当事者自身が「失敗できる環境づくり」のために、当事者というよりもむしろ周囲の地域住民がそのネットワークの重要性を「実感」できる取り組みとも言えるだろう。これは、「どうせ失敗するのだから」と先取りして対応するよりもむしろ、当事者の「きっとできるはずだ」というウェルビーイングの感覚を最大限、尊重するための姿勢である。その際に重要なのは、「本人にとっての意味を尊重しつつ、しかし決定的な事故につながらないようなネットワークをあらかじめ構築して備えておくこと」である (p.156)。

このような姿勢を、伊藤は「予防」という言葉と対比させ、「予備」というレトリックを用いて表現する。

予備は、予防とは異なる。「予防」は、ネガティブな出来事(失敗)が起こることを未然に防ぐことである。これに対し「予備」は、ネガティブな出来事が起こることを許す。起こってもいい、ただし決定的な失敗にならないようにする。その安心感があれば、誰もが安心して失敗できる。失敗できる環境とは予防ではなく予備のある環境であり、ここに社会としてのウェルビーイングを高める手がかりがあるのではないか(伊藤, 2020, p.156-157)。

心の健康教育について考える際にも、「予防」的視点だけでなく、伊藤の提案するこの「予備」的視点をもつことは多くの示唆を与える。予防的視点は、精神障害のリスクを事前に広く一般市民に対して「実感」されやすいように促し、個々のメンタルヘルス・リテラシーを高めてメンタルヘルスの不調や精神障害の罹患を未然に防ぐためのアプローチである。このアプローチは問題から人々を遠ざけるために効果的ではあるが、問題の所在を個人の能力に帰属させる視点を含み、「うつは心の風邪」や「人間やめますか?」の標語のように、障害理解への弊害や、当事者への偏見、不理解を生む。さらには「未然に防ぐ」という想定が、当事者やその関係者にとっての「失敗できる環境」を醸造しにくくさせるという問題も指摘できる。

一方で、予備的視点をふまえた心の健康教育は、ネットワークの中で実現される能力観に基づき、当事者や関係者のウェルビーイングを、「失敗できる権利」を保障する。これは、予防的視点が Caplan (1964)の予防区分における「第一次予防」に対して、予備的視点は個人の能力を関係性の中で引き出しながら、ウェルビーイングを感じながら社会の中で生活していくための「第三次予防」を含む介入だと捉えることもできるだろう。これは、Jorm (2012)によるメンタルヘルス・リテラシーの要素のうちの「精神障害になりそうな人や精神的な危機状態にある人を支援できるファースト・エイドのスキル」と矛盾するものではないが、より発展的に「失敗できる環境づくり」を重要視するところに、予備的視点の新しさがある。

予防的視点と予備的視点は、優劣関係にはなくどちらも重要であり、相補的な関係でもある。それは、感染症対策として、予防的対策(手洗い・マスク着用・三密の回避)と予備的対策(医療機能の充実・重症病棟の拡充)の双方が重要であるのと同義である。ただし、従来の心の健康教育は、予防的観点の充足を中心に進められてきたと推察される。伊藤(2020)が「そもそも人が発揮する能力なんて、誰と一緒に

仕事をするかによって大きく変わるものだ。引き出してくれる人がいなければ、潜在的な能力も目覚めることがない」(p.154)と指摘する通り、個人に帰属し、個人が自己の責務のもとで向上させるべき能力としての予防的なメンタルヘルス・リテラシーだけでなく、地域社会やコミュニティのネットワークの中で実現しうる予備的なメンタルヘルス・リテラシーの可能性についても、今後はさらに検討する必要があると考えられる。

5. 「予備」的な心の健康教育としてのフォーカシング

最後に、「予備」的な心の健康教育を構想する際のモチーフとして、フォーカシング実践を取り上げる。フォーカシングはユージン・ジェンドリンによって開発された心理療法技法として広く知られているが(Gendlin, 1996)、元々はカウンセリング場面だけではなく、セリフヘルプ技法、あるいは一般市民が他者を支援する方法として考案された経緯がある。実際に、『フォーカシング(第2版)』の原著は新書サイズの普及版(ペーパーバック)として刊行され、後半部分の第3部では他者の支援のためのリスニング論が、第4部はコミュニティ論が展開されている(Gendlin, 1981/2003)。幅広い読者層へと向けて、セルフケアだけでなく、市民相互のケア、コミュニティ・ウェルネスの向上を志向している『フォーカシング』は、現在でいう「心の健康教育」に類する実践的な取り組みの先駆けでもあった。

また、公私ともにジェンドリンのパートナーであったヘンドリックスは、“Revolutionary Pause という名称で知られるフォーカシングのエッセンスを普及させるためのムーブメント”(Hendricks-Gendlin, 2003)の中で、「フェルトセンス・リテラシー(felt sense literacy)」というレトリックを用いている。これはフォーカシング実践の中核概念である、身体的に漠然と感じられる有意味な感覚である「フェルトセンス」を感じることを能力として捉える発想である。リテラシーというレトリックによって、フェルトセンスを感じることを、人間が文字を覚えることのように「自然なプロセス」であり、「基本的なレベル」の難易度のものであり、かつ多くの人が「学ぶことのできる」ものであることを強調するものである。Jormらのメンタルヘルス・リテラシーの概念と同様に、ある種の能力を普及・教育する際のレトリックとして、ヘンドリックスもこの「リテラシー」という発想に着目したのである。一方で、本稿で確認したように、メンタルヘルスに関する能力は、個人に帰属する「予防」的発想だけでなく、地域社会や対人関係のネットワークの中で実現される「予備」的発想からも検討する必要がある。フォーカシングが、元々はコミュニティ・ウェルネスを志向していたことから、フェルトセンス・リテラシーを「予備」というレトリックから検討することは有益な試みで

あろう。

伊藤(2020)のいう「予防」とは、失敗やネガティブな出来事が生じないように未然に防ぐ策を講じることであった。レトリカルに言えば、例えば水難などで溺れることのないように、水辺に近づかないこと、水難などで海の危険を事前に伝えておくことや、溺れている人を見つけた際にどうすればいいかを教育するなどが想定される。これに対して「予備」は、ネガティブな出来事が起こるのをある程度許容し、それが決定的な失敗にはならないように備え、安心感を持てるようにしておくことであった。これはいわば、もしもの時のための「着衣泳」を覚えること、水面での安全な浮かび方を知っておくことなどが想定されるだろう。水辺に近づかなければ溺れることはないが、それでは実際に溺れたときにうまく対応できる(泳げる)能力は身につかないとも言える。リスクについて知ることと、リスクを避けることは、必ずしもイコールではない。

岡村はフォーカシングを「うまく悩むコツ」と表現しているが(「夢ナビTalk, 2020」)、フォーカシングはフェルトセンスを活用することにより、自身の問題や現在の状況の「悩み」との新しい付き合い方を学ぶプロセスであると言える。いわば、「いかに悩まずに済むか」という予防的な視点ではなく、「問題が悩みが生じたときに、その悩みといかにうまく付き合い、上手に悩むことができるのか」を志向しているのがフォーカシングなのである。溺れることに備えて泳ぎ方を覚えるように、悩みに備えてうまく悩む方法を練習しておくことは、「予備」的発想によるフォーカシングと言え、これは「悩むことのできる環境」、「悩むことのできるコミュニティ」を許容するという視点を含んでいる。

もちろん「うつは心の風邪」という表現がうつ病を一般的な悩みと同一視され軽視された経緯からもわかる通り、悩むことのリスクやその他のメンタルヘルスの知識などの「予防」的視点はメンタルヘルス・リテラシーにおいて欠かせない。先に指摘したように、予備的視点と予防的視点は相補的であり、その予防的にリスクを実感し、かつその上で、ウェルビーイングを感じられるよう、個人やコミュニティへ必要な情報や教育を提供することは、今日の心の健康教育において求められることであろうと考えられる。

土井(2015)は「臨床心理士の強みは、体験型ワークを実施できること」(p.43)であると指摘する。臨床心理士の業務には、「臨床心理学的地域援助」という心理教育やコミュニティ支援の要素が含まれているが、この体験型ワークという強みは公認心理師の業務でいうところの「心の健康教育」においても同様であると言える。研修場面の多くの参加者が、メンタルヘルスを「自分とは関係のない話」と捉えられやすい中で(土井, 2015)、いかに「予防」的に、必要なだけの情報提供をリスクの「実感」を伴って

行い、かつ「予備」的にセルフケアだけでなく、ラインケアやコミュニティの中での相互的なメンタルヘルス・リテラシーを向上を提供できるか、その鍵となるが参加者自身の「体験的な学び」であると考えられる。今後は、心の健康教育の実践が、予防的な情報提供の場としてだけでなく、いかに予備的な体験型の学びの場となりうるのか、教育や研修のプログラムや方法論のさらなる検討を行っていくことが課題である。

利益相反

本研究に関して、開示すべき利益相反関連事項はない。

付 記

本研究は 2020 年度 神戸学院大学健康科学助成金研究助成事業の助成を受けて実施された（研究代表者：岡村心平「メンタルヘルスにおける『身体性 (embodiment)』に関する調査研究」）。

引用文献

Caplan, G. (1964). *Principles of Preventive Psychiatry*. New York: Basic books.

土井晶子 (2015). 産業臨床を目指す心理士に求められること——「メンタルヘルス研修」の立案と実施—— 神戸学院大学心理臨床カウンセリングセンター紀要, 8, 39-44

Gendlin, E. T. (1981/2003). *Focusing (2nd)* Rider: London.

Gendlin, E. T. (1996). *Focusing-Oriented Psychotherapy*. New York: Guilford Press.

ギアツ, C. (著) 梶原景昭・小泉潤二・山下晋司・山下淑美 (訳) (1991). ローカル・ノレッジ 解釈人類学論集 (SELECTION 21) 岩波書店.

Hendricks-Gendlin, M. (2003). Focusing as a force for peace: The revolutionary pause. Keynote address for the 15th Focusing International Conference, Germany.

井原裕 (2012) 「こころの風邪」はうつ病ではない 最新医学 67 (3) pp.464-467

伊藤亜紗 (2020). 予防から予備へ: 「パーソンセンタード」な冒険のために 渡邊淳司・ドミニク・チェン (監修・編著) わたしたちのウェルビーイングをつくりあうために BNN pp.147-157

Jorm, A. F., Korten, A. E. Jacomb, P.A. Christensen, H. Rogers, 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, pp.182-186

Jorm, A. F. (2012). Mental health literacy: Empowering the community to take action for better mental health. *American Psychologist*, 67, 231-243

櫻原潤・河合輝久・梅垣佑介 (2014). うつ病患者に対するスティグマ的態度の現状と課題——潜在尺度の利用可能性への着目. 心理学評論 57 (4) pp.455-471

児玉壮志・志渡晃一・池田望 (2018). うつ病のメンタルヘルスリテラシーに関する系統的文献レビュー 社会医学研究 35 (2) pp.1-12

Muñoz, R. F., Mrazek, P. J., & Haggerty, R. J. (1996). . Institute of Medicine report on prevention of mental disorders: Summary and commentary. *American Psychologist*, 51(11), 1116-1122

中村菜々子 (2021). メンタルヘルス・リテラシー 久田満・飯田敏晴 (編) こころの健康教育 (コミュニティ心理学シリーズ 第 1 巻) 金子書房 p.86-97

日本心理研修センター (監) (2018). 公認心理師現任者講習会テキスト [2018 年版] 金剛出版.

岡村心平 (2016). 心理臨床とメタファー 池見陽 (編) 傾聴・心理臨床学アップデートとフォーカシング ナカニシヤ出版 p.59-66

岡村心平 (2018). フォーカシングにおける交差の機能に関する研究: 心理療法・メタファー・なぞかけ 関西大学 学位論文 34416 甲第 685 号

佐藤信夫 (1992). レトリック感覚 講談社学術文庫.

東畑開人 (2020). 心理教育の人類学——予防・布教・マーケティング 榊原英輔・田所重紀・東畑開人・鈴木貴之 (編著) 心の臨床を哲学する 新曜社 pp.101-118

上原徹 (編) (2007). スキルアップ心理教育 星和書店.

渡辺洋一郎 (2009). うつ病はこころの風邪? 心と社会 40 pp.15-19

BBC News (by Harding, C.) "How Japan came to believe in depression" (<https://www.bbc.com/news/magazine-36824927>) (最終閲覧日: 2022 年 1 月 7 日)

厚生労働省「公認心理師法」(https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=80ab4905&dataType=0&pageNo=1) (最終閲覧日: 2022 年 1 月 7 日)

厚生労働省「健康増進法」(https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=78aa3837&dataType=0&pageNo=1) (最終閲覧日: 2022 年 1 月 7 日)

厚生労働省「健康日本 21 (第二次)」(https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/kenkou/kenkounippon21.html) (最終閲覧日: 2022 年 1 月 7 日)

ナショナルジオグラフィック Web 版「研究室に行ってみた 研究者 松本俊彦 第 2 回 “覚醒剤やめますか? それとも人間やめますか?” の弊害」(<https://natgeo.nikkeibp.co.jp/atcl/>)

web/17/040500003/040600002/) (最終閲覧日：2022年1月7日)

日本心理研修センター「令和3年版 公認心理師試験 出題基準・ブループリント」(http://shinri-kenshu.jp/topics/20210416_1938.html) 最終閲覧日：2022年1月7日)

特定非営利活動法人 ASK「薬物報道ガイドライン」(<https://www.ask.or.jp/article/8753>) (最終閲覧日：2022年1月7日)

夢ナビ Talk2021「岡村心平 自分の悩みという『な

ぞ』に興味をもち、それを探求するコツを知ろう」(https://yumenavi.info/lecture.aspx?University=V&SearchMod=4&SerKbn=3&ProId=WNF026&Page=1&GNKCD=g010212&Keyword=神戸学院大学&back=telemail.jp%2Fshingaku%2Fsmt%2Fdaigaku%2Fyumenavi.php%3Fgakkou_code%3D10001601&CLGAKOCD=016010&mxorder=&gakubunm=&gakkannm=&From=portal) (最終閲覧日：2022年1月7日)

—2022.1.30 受稿 2022.2.4 受理—