

【学研究論文】

大学生を対象とした集団問題解決療法 プログラムの作成の試み

本岡 寛子

Problem - solving therapy for college student class

Hiroko Motooka



2010年3月

総合福祉科学研究

Journal of Comprehensive Welfare Sciences

【学術研究論文】

大学生を対象とした集団問題解決療法プログラムの作成の試み

本岡 寛子 *

Problem - solving therapy for college student class

Hiroko Motooka

要 旨

本研究では、問題解決力を養うために開発された D'Zurilla & Nezu (1999) の問題解決療法を参考に、授業単位で使用できる大学生用の集団問題解決療法プログラムを作成し、大学生 18 名（男性 6 名、女性 12 名）を対象に、問題解決力と抑うつや不安、心配、自尊感情、自己効力感、人生満足感を指標としてプログラムの有用性を検討することを目的に行った。

その結果、プログラム前よりも後の方が、①問題に対して消極的な捉え方をする傾向（問題を解決不可能な大きな脅威と捉え、自分には問題を上手く解決する能力がないと思う、問題に直面するとうろたえる傾向）が低くなった、②問題に関する情報を集め、問題の本質を明らかにしようとする傾向が高くなった、③状態不安が緩和される傾向がみられた、④人生満足感が高まった。このことから、大学生を対象とした集団問題解決療法プログラムの有用性を示唆したといえる。

Abstract

The present study evaluated the utility of problem-solving therapy for the college student class (N=18, male=6, femal=12), based on "problem solving model" by D'zurilla & Nezu (1999). Results showed at post program compared with pre program that, ① They significantly decreased the negative problem orientation, ② They significantly improved the ability of the problem definition and formulation, ③ They reduced state anxiety, ④ Finally, they increased life satisfaction. The result suggested the utility of this program.

● ● ○ **Key words** 大学生 college student / 問題解決療法 problem-solving therapy / 問題解決力 problem solving ability

I. はじめに

近年、大学への進学率が年々増加傾向を示している。文部科学省「学校基本調査報告書」（2009）によると、平成に入ってから就職率よりも大学・短期大学への進学率の割合が高くなっている。進学率は、（大学・短

期大学の入学者数（浪人を含む）÷ 3 年前の中学校卒業業者数）× 100 によって求められる。平成 19 年では、就職率が 18.5% であるのに対して、進学率は 53.8% であった。平成 21 年度では、4 年制大学の進学率が初めて 50% を超えた。大学への進学率の増加に伴って、学

* 関西福祉科学大学 社会福祉学部 講師
本研究は、文部科学省科学研究若手研究 (B) の助成を受けて実施された。

生の質も多様化され、大学側では、学業面だけでなく、対人関係や部活動やサークル活動、卒業後の進路の問題、さらに抑うつや不安といった精神保健問題等を抱える学生への適切な対応が求められるようになった。

厚生労働省大臣官房統計情報部（2002）によると、高齢者を除いて、15歳から19歳の抑うつ度が最も高く、続いて20歳から24歳が高いという報告がなされている。また、高倉（2000）の研究においても、抑うつ症状を有する大学生は全体の30%であることが示されている。西山・笹野（2004）においては、大学1年生を対象とした実態調査において、自覚症状として「気分が波がありすぎる」「なんとなく不安である」と回答した者が全体の60%であることを明らかにしている。このような精神的な悩みや問題を抱える学生に対して、各大学において保健室や学生相談室、学生支援センター、ゼミ担当等の教職員が連携を取りながら支援を行っている。しかし、大学を卒業すれば、ほとんどの学生が社会人となり、支援体制も職場によって様々である。よって、大学生の内に学生自身に情動コントロールの力を養う必要があるのではないかと考えた。

人間の情緒状態と関連があるとされる要因は数多く明らかにされているが、本研究では「問題解決力」に注目した。Nezu（1986）は、非効果的な問題解決を行っている者は、効果的な問題解決を行う者よりも抑うつ度が高いことを明らかにした。また、本岡（2006）の大学生を対象とした調査研究でも、問題解決に対して消極的な姿勢があり、問題から回避しようとする傾向が強い者ほど、抑うつや不安が高いことを明らかにした。このようなアセスメント研究により問題解決力を高めることによって、抑うつや不安等の情緒が緩和されると仮定され、問題解決力を養う指導方法として、D'Zurilla & Nezu（1999）の問題解決療法が開発された。問題解決療法には、5つのステップが設けられており、全てのステップを踏んで学習することで最も効果的な問題解決力が身につけることができるとされている。ステップ1は「問題の理解の段階」で、問題解決を促進するような考えや構えをつくる段階である。ステップ2は「問題の明確化の段階」で、現実的で対処可能な問題を同定し、目標を設定する段階、ステップ3は「問題解決策の産出の段階」で、ブレインストーミングによって可能か限り多数の解決策を産出する段階である。ステップ4は「問題解決策の選択と決定の段階」

で、解決策のメリットとデメリットを評価し、最も有効性と実行可能性が高い解決策を選出する段階、ステップ5は「問題解決策の実行と評価の段階」で、有効な解決策を実行し、その結果を適切に評価する段階とされている。

これまでの研究では、個別面接形式や少人数のグループの大学生を対象に、5つのステップから構成されている問題解決療法を指導することによって、問題解決力を高め、抑うつや不安というネガティブな感情を緩和することが示された（本岡ら、2008；本岡ら、2009）。よって、本研究では、問題解決力を養うために開発されたD'Zurilla & Nezu（1999）の問題解決療法を参考に、授業単位で使用できる大学生用の集団問題解決療法プログラムを作成し、問題解決力と抑うつや不安、心配、自尊感情、自己効力感、人生満足感を指標としてプログラムの有用性を検討することを目的に行った。

II. 方法

1、対象者：大阪府内の私立大学の臨床心理学を専攻し、著者が担当する実習授業を履修した大学4年生43名中、6セッションから構成されるプログラム実施中に欠席が1回もなく、調査用紙に記入漏れがなかった18名（男性6名、女性12名）であった。平均年齢は22.31歳（範囲21歳～31歳）であった。

2、実施日

2009年10月2日、9日、16日、23日、30日、11月6日の6日間であった。

3、手続き：本研究では、著者が担当する実習授業の一部として実施された。

(1) 授業前：調査用紙と研究参加への同意書に記入を求めた。

(2) 問題解決療法プログラム実施：授業は表1のように、毎週1回（90分間）で6週間実施された。

【認知行動療法/問題解決療法の説明】 認知行動療法の基礎理論とD'Zurilla & Nezu（1999）の問題解決モデルをパワーポイント資料を用いて講義した。

【ステップ1：問題解決志向性】 問題解決を促進させるような考えや構えを例（「人生にとって問題が起こ

るのは当然のことである」「問題は“こわいもの”ではなく、“挑戦”あるいは“今まで気づかなかったことを見つけるチャンス”」等)を参考に考えてもらう。

【ステップ2：問題の明確化/目標設定】問題の明確化では、参加者の問題を5つの領域(行動面、気分、体のこと、考え方、まわりのこと)に亘り整理して問題リストの作成を行う。その中から現実的な問題のみを選出する。目標設定では、“SMART”ルールを用いて目標の設定とチェックを行う。SMARTルールでは、設定する目標が Specific:明確である(イメージできますか?)、Measurable:測定できる(達成されたことがわかりますか?)、Achievable:達成可能である(しんどくないですか?)、Relevant:関連している(少しでも楽になりそうか?)、Timed:時間制限がある(次回までにできそうか?)の5つについてチェックを行う。

【ステップ3：問題解決策の産出】ブレインストーミングによる解決策の産出を行う。“数”のルール、“判断後回し”のルール、“大対策-小対策”のルールの3つのルールに従って可能な限り多数の解決策を創出し、解決策リストを作成する。

【ステップ4：問題解決策の選択と決定】解決策の選択では、メリットとデメリットの評価を行い、実行可能な解決方法を選択する。各メリットとデメリットに対して、どれぐらい自分にとって重要であるか(重要度)を評価し、短期的にも長期的にも有効であると判断された解決策を選択する。さらに、選択したものを、より具体的な課題(何を、どのぐらい、いつ)に書き換える。

【ステップ5：問題解決策の実行と評価】解決策の実行し、その結果のモニタリングを行ってきてもう。さらに、解決策を実行したことで気づいたメリット、デメリットを記録する。実行したことによって得られたメリットを意識すること、デメリットを次に活かすという姿勢をもつよう指導した。

【グループディスカッション】6～7名のグループに分かれ、問題解決療法プログラムの良かった点と困難に思った点をディスカッションし、代表者が発表した。

(3) 授業後：プログラム前を同様の調査用紙へ記入を求めた。

4. 調査用紙

(1) Social Problem Solving Inventory-Revised

(以下、SPSI-R)日本語版(松尾・坂野, 2002)

SPSI-R日本語版(松尾・坂野, 2002)は、問題解決力を測定するための自己評定式尺度である。下位尺度として、「積極的問題志向性(Positive Problem Orientation; PPO)」、「消極的問題志向性(Negative Problem Orientation; NPO)」、「合理的問題解決(Rational Problem Solving; RPS)」、「衝動的/不注意型(Impulsive/Carelessness Style; ICS)」、「回避型(Avoidance Style; AS)」の5つから構成されており、5件法(0点:全くあてはまらない～4点:大変よくあてはまる)によって評価される。さらに、「合理的問題解決」は建設的な認知であり、効果的または適応的な問題解決スキルやテクニック、合理性、思慮深さなどに関連する性質があるため、「問題の明確化と定式化(PDF; Problem Definition and Formulation)」、「多様な解決策の産出(GAS; Generation of Alternatives)」、「意志決定(DM; Decision Making)」、「解決策の実行と検証(SIV; Solution Implemental and Verification)」の4つの段階における問題解決スキルが含まれている。

「積極的問題志向性」の得点が高いほど、問題に対して積極的な捉え方をする傾向(問題は解決可能であり、自分には問題を上手に解決する能力があると信じる傾向)が高いことを表す。「消極的問題志向性」の得点が高いほど、問題に対して消極的な捉え方をする傾向(問題を解決不可能な大きな脅威と捉え、自分には問題を上手く解決する能力がないと思う、問題に直面するとうろたえる傾向)が高いことを示す。「合理的問題解決」の得点が高いほど、効果的または適応的な問題解決スキルやテクニックを持ち、合理性、思慮深さがある傾向が高いことを表す。さらに、「合理的問題解決」のPDFが高いほど、問題に関する情報を集め、問題の本質を明らかにしようとする傾向があり、GASが高いほど可能なだけ多数の解決策を産出しようとする傾向が強く、DMの得点が高いほど、問題に対して適用可能な解決策の選択肢を評価し、問題状況に対する最良の解決策を選ぼうとする傾向が強く、SIVが高いほど、実行した解決策の成果を評価し選択された問題解決策の有効性を日常生活の中で検証しようとする傾向が強いことを表す。また、「衝動的/不注意型」の得点が高いほど、問題解決に際して衝動的もしくは不注意的な対処行動を行う傾向や、問題解決には積極的だが、衝動的、不注意、不完全などの傾向

が高いことを表す。さらに、「回避型」の得点が高いほど、問題を回避しようとする性質、例えば、解決の先送り（問題を先延ばしにする）、受動的（問題が自然に解決するのを待つ）、依存的（問題解決の責任を他人に預けようとする）などの傾向が高いことを表す。

(2) 日本語版 Beck Depression Inventory - II

(以下、BDI - II) (Beck et al., 1996)

BDI - II は、抑うつ症状の重症度を判定するための 21 項目から構成されている自己評定式尺度である。BDI - II は、アメリカ精神医学会による「精神疾患の診断・統計マニュアル第 4 版」の診断基準に沿った症状の評価をするために開発されたものである。得点が高いほど、重症であることを表す。

(3) State-Trait Anxiety Inventory

(以下、STAI) 日本語版 (Spielberger, et al., 1970)

STAI は、1970 年に Spielberger, Gorsuch, & Lushene が作成したものである (Spielberger et al, 1983)。特性不安と状態不安を測定する尺度で、各 20 項目で構成されている。4 件法 (1 = 全くそうでない、2 = いくぶんそうである、3 = ほぼそうである、4 = 全くそうである) の自己評定式尺度である。得点が高いほど、不安が高いことを表す。

(4) Penn State Worry Questionnaire

(以下、PSWQ) 日本語版 (本岡・松見・林, 2010)

PSWQ 日本語版は、心配の程度を測定できる尺度で、16 項目から構成されている。Meyer, Miller, Metzger, & Borkovec (1990) が開発した PSWQ 原版をバックトランスレーションの手続きを踏んで日本語版を作成し、健常者を対象に、 α 係数及び再検査によってその信頼性が明らかにされている。さらに、問題解決の仕方に関する変数、完全主義傾向、不安と抑うつから構成概念妥当性が実証されている。得点が高いほど、心配度が高いことを表す。

(5) 自尊感情尺度 (山本ら, 1982)

Rosenberg (1965) が作成した自尊感情尺度の日本語版である。10 項目から構成されており、5 件法 (1 = あてはまらない ~ 5 = あてはまる) で評定される。よって、得点が高いほど自尊感情が高いことを表す。

(6) 特性的自己効力感尺度 (成田ら, 1995)

Sherer et al. (1982) が作成した自己効力感尺度の日本語版である。13 項目から構成されており、5 件法 (1 = そう思わない ~ 5 = そう思う) で評定される。得点

が高いほど自己効力感が高いことを表す。

(7) Satisfaction With Life Scale (以下、SWLS) 日本語版

The Satisfaction With Life Scale (SWLS; Diener, Emmons, Larsen, & Griffin (1985) の日本語版である「人生に対する満足尺度 (角野, 1995)」を一言・大竹・島井・大石が一部表現を修正したものを使用した。5 項目で構成されており、7 件法 (1 “強く反対である” ~ 7 “強く賛成である”) で評定が求められた。得点が高いほど人生満足感が高いことを表す。

Ⅲ. 結果及び考察

1. 問題解決力の変化

問題解決療法プログラム前後の問題解決力に差が見られたかどうかを検討するために、プログラム前後の SPSI-R の得点を用いて、対応のある t 検定を行った。その結果、SPSI-R の下位尺度である「消極的問題志向性」において、有意差がみられた ($t(17) = 2.75, p = .014$)。消極的問題志向性のプログラム前の平均得点は 15.89 点、プログラム後の平均得点は 12.33 点であったことから、プログラム前よりも後の方が、問題に対して消極的な捉え方をする傾向 (問題を解決不可能な大きな脅威と捉え、自分には問題を上手く解決する能力がないと思う、問題に直面するとうろたえる傾向) が低くなったといえる。対象者の感想文の中に、「授業の最初に大きなことでも小さく少しずつやっていけば成し遂げることはできると聞いた時は “そんな上手くいくはずがない” と思いました。しかし、段階ごとに説明を受けていく内に “このやり方なら今までしてこなかったことでも出来るかもしれない” と思い始めました。そして、実際にやってみることで多くの解決したい問題やその問題の解決法などを考えたりするうちに、なんだか上手くいくような気がしてきました。最終的に今まで抱えていた問題を今回やった問題解決療法を通して、解決の糸口のようなものをつかむことが出来たと思います。」や「どうしようもない問題だと思っていたけど問題をかみ砕いて一つひとつ見ていったら、いろんな解決策がでてきた」等の記述がみられた。このように、問題に対して消極的な姿勢であったものが問題解決療法を通して積極的な姿勢を持つようになってきたと思われる。

表1 集団問題解決療法プログラムの各回の内容及び宿題

	内容	宿題
第1回	認知行動療法 / 問題解決療法の説明 ステップ1「問題解決志向性」	
第2回	ステップ2「問題の明確化 / 目標設定」	目標を設定する
第3回	ステップ3「問題解決策の産出」	問題解決策リストを完成させる
第4回	ステップ4「問題解決策の選択と決定」	選択した問題解決策を実行する
第5回	ステップ5「問題解決策の実行と評価」	
第6回	グループディスカッション	

表2 各尺度の集団問題解決療法プログラム前後の度数、平均値(標準偏差)、*t* 値

	<i>N</i>	Pre	Post	<i>t</i> 値
SPSI-R				
PPO	18	9.94 (3.17)	10.11 (3.43)	.21
NPO	18	15.89 (5.63)	12.33 (8.67)	2.75**
RPS PDF	18	5.61 (2.52)	10.44 (5.32)	4.24***
GAS	18	9.11 (4.90)	8.00 (4.43)	1.15
DM	18	8.83 (5.15)	8.61 (4.50)	.24
SIV	18	8.06 (4.10)	7.61 (4.43)	.41
ICS	18	11.22 (6.03)	10.94 (4.80)	.28
AS	18	7.00 (5.95)	6.39 (5.23)	.68
BDI- II	18	12.67 (9.98)	11.22 (12.19)	1.21
STAI 特性不安	18	46.22 (13.14)	47.50 (11.84)	.50
状態不安	18	45.89 (11.85)	40.17 (9.60)	1.99*
PSWQ	17	52.94 (12.92)	53.47 (12.51)	.24
自尊感情尺度	18	32.56 (8.28)	32.78 (7.67)	.18
特性的自己効力感尺度	18	77.00 (12.86)	75.11 (15.00)	1.09
SWLS	18	19.78 (5.57)	22.33 (5.92)	2.65**

Note; *** $p < .01$, ** $p < .05$, * $p < .10$, SPSI-R = Social Problem Solving Inventory-Revised; PPO=積極的問題志向性 (Positive Problem Orientation); NPO=消極的問題志向性 (Negative Problem Orientation); RPS = 合理的問題解決 (Rational Problem Solving); PDF=問題の明確化と定式化 (Problem Definition and Formulation); GAS = 多様な解決策の産出 (Generation of Alternatives); DM=意志決定 (Decision Making); SIV=解決策の実行と検証 (Solution Implemental and Verification); ICS=衝動的 / 不注意型 (Impulsive/Carelessness Style); AS=回避型 (Avoidance Style); BDI-II = 日本語版 Beck Depression Inventory - II; STAI = State-Trait Anxiety Inventory 日本語版; PSWQ = Penn State Worry Questionnaire 日本語版; SWLS = Satisfaction With Life Scale 日本語版

また、SPSI-R の下位尺度である「合理的問題解決」の PDF においても、有意差が見られた ($t(17)=4.24$, $p < .001$)。PDF のプログラム前の平均得点は 5.61 点、プログラム後の平均得点は 10.44 点であったことから、プログラム前より後の方が、問題に関する情報を集め、問題の本質を明らかにしようとする傾向が高くなったといえる。

例えば、A さんは、現在抱ええている問題を書き出す

ことによって整理したところ、行動面としては「卒論の序論をうまく書くことができない」、「夕食は自分で作ろうと思っても、いつも惣菜ですませてしまう」、「遅寝遅起になっている」、「無駄遣いがやめられない」、「卒論の引用文献を読めていない」、気分としては「不安」、「罪悪感」、「いらいら」、「腹立たしい」、「不満」が挙げられた。また、体のこととしては「肩こり」、考え方としては「自分がやりたい事でいっぱいいっぱい、

周りとか近い人がすごく邪魔に思うが、一方でそんな風に思っている自分が嫌だ。嫌われたくない。」、まわりのこととして、「友人関係」「経済的なこと」が挙げられた。この中から、最も解決したい問題として「早く寝る」が選択された。そして、「気持ちよく寝て、気持ちよく起きるために何かをする」という目標を設定することができた。解決方法として、実際に、「寝る前に1時間小説を読む」を週2回実施したことで、「たとえなかなか眠れなかったとしても、有意義な時間を過ごした気持ちになった。」「1時間も読まずに眠ることができた。」をよかったこととして記録している。

Bさんの書き出した問題は、行動面として「卒論を進めたいのにできない」、「部屋の整理整頓をしたいのにできない」、「言葉遣いが悪いのを直したい」、「運動するのが億劫」、「遅い時間まで起きておけない」、「資格の勉強ができない」、「家に早く帰ることができない」であった。気分としては「いらいら」、「不満」、体のこととして「胃が痛い」、「すぐに眠くなってしまう」、「疲れやすい」、「集中できない」、考えとして「学校がめんどくさい」が挙げられた。この中から「卒論」を最も解決したい問題として選び、そのための目標として「小さなことを気にしない自分に近づくために何かをする」という目標を設定した。そして、解決方法として「人と会話する 毎日15～30分」、「自分の好きな人たちがいる場所に行く 毎日30分～1時間」を実行したことにより、「少し自信がついた」、「いろんな情報を得た」をよかったこととして記録している。

本研究を実施した頃、AさんやBさんのように卒業論文研究を進めている時期であったことから、卒業論文のことを問題としてあげる学生が大半であった。しかし、卒業論文だけに注意を向けるのではなく、他の問題を全体的に把握することで、今、自分が取り組むべき課題が初めて見えてくることがあると考える。よって、AさんやBさんのように、卒論以外の問題も整理し、今の自分に何が必要であるかに気づき、取り組むことが生活全体の質をよりよいものにできると考えている。

また、Cさんは、問題として行動面では「家に帰って本を読みたいのに読んでいない」、「運動がしたいのにできていない」、「気がつくとも眠ってしまう」、「早く家に帰りたくなる」、「何もしたくなくなる」、気分として「無気力」、体のこととして「眠気がある」、そして、

考え方として「眠い」「何もしたくない」、「何も見たくない聞きたくない」を挙げた。最も解決したい問題として「物事に無気力になりがち」をあげ、目標として「授業や仕事の内容を理解し、日常でも使えると思える自分になるために何かをする」を設定した。そして、解決方法として「分からない授業の中で出てくる語や内容を辞書や参考の教科書で自分なりに調べたことを授業中に5分」、「分からない内容は図書館やインターネットを利用して調べる 授業の空き時間に30分」を週5回実施した。その結果、「自分で調べると充実感や楽しさがあった」ことをよかったこととして記録している。

Cさんのように、「無気力」や「眠気」という問題の場合にも、他の問題に注意がいらず、何もしない状態が続くことによって、より「無気力」や「眠気」のある状態から抜け出せなくなってしまうことがある。しかし、今の自分の状態で何ができるかを考え、どんな小さなことであっても行動することで、小さな喜びや達成感を得ることに繋がっていくと考えられる。

2. 不安、抑うつ、心配の変化

問題解決療法プログラム前後の不安の程度に差が見られたかどうかを検討するために、プログラム前後のSTAIの得点を用いて、対応のある t 検定を行った。その結果、STAIの状態不安において、有意傾向が見られた($t(17)=1.99, p=.063$)。状態不安のプログラム前の平均得点は45.89点、プログラム後の平均得点は40.17点であった。このことから、プログラム前より後の方が状態不安が緩和される傾向があるといえる。しかし、プログラム前後においてSTAIの特性不安の平均得点に差は見られなかった。

抑うつ度において、プログラム前後においてBDI-IIの平均得点に差は見られなかった理由として、本研究の対象者はBDI-IIのプログラム前の平均得点は12.67点であり、ガイドラインの重要度（「重症」「中等症」「軽症」「極軽症」）の「極軽症」のレベルであったことから、すでに床打ちであったと考えられる。

心配度においても、プログラム前後のPSWQの平均得点に差は見られなかった。本岡・松見・林(2010)では、臨床患者のPSWQの平均値が51点、健常者が43点であることを示している。本研究の結果を見る

と、プログラム前の PSWQ の平均得点は 52.94 点、プログラム後の平均得点も 53.47 点であったことから臨床患者と同程度の心配を維持しているといえる。対象者は、学部の 4 年生であり、卒業論文研究を行っている最中であったことから、心配事が多い時期であったことも関係している可能性がある。MacLeod et al. (1991) は、「心配は認知的活動である。つまり、将来起こり得る否定的な結果に関連したことを考えている状態である」と定義している。これらの定義にもみられるように、心配は不確実な将来、起こりうる問題に焦点が当てられている。このことから、今後、将来起こりうる否定的な結果ではなく、「今、ここ」の現実的な問題に対処していくことを繰り返すことによって心配の緩和を図っていくよう指導していく必要があると考えられる。例えば、「卒業論文を完成させることができるかどうか」という将来のことが問題なのではなく、「今、卒業論文研究が思うように進んでいない」という現在の問題に目を向け、「研究を進めるために、今何をすべきか」と考えることが重要なのである。

3. 人生満足感、自尊感情、自己効力感の変化

問題解決療法プログラム前後で人生満足感に差が見られたか否かを検討するために、SWLS の得点を用いて、対応のある t 検定を行った結果、有意差が見られた ($t(17)=2.65, p=.02$)。プログラム前の SWLS の平均得点は 19.78 点、プログラム後の平均得点は 22.33 点であったことから、プログラム前より後の方が、人生満足感が高まったといえる。しかし、プログラム前後の自尊感情及び自己効力感には差が見られなかった。

問題解決療法は、プログラムの中で問題解決力を高めることを目的とした心理療法である。よって、プログラムを通して養われた問題解決力により、今後の日常生活で繰り返し問題を効果的に解決することを経験することによって自尊感情や自己効力感の向上に繋がっていくのではないかと期待している。

以上の結果、大学生を対象とした集団問題解決療法によって問題解決に対する消極的な姿勢が改善され、積極的に問題解決を実施する傾向が高くなった。さらに、状態不安が緩和され、人生満足感が向上したこと

により、プログラムの有用性が示唆されたといえる。

しかし、本研究では大人数の授業で実施した為、学生の理解度に個人差がみられたことから、今後、実施対象者の人数や進め方を再検討し、より有用性の高い集団問題解決療法プログラムの確立を目指していく必要があると思われる。

引用文献

- Beck, A.T., & Steer, R.A. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-2*. The Psychological Corporation, San Antonio, TX.
- Diener, E., Emmons, R.A., Larsen, R.J., & Grifffin, S. (1985) The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75.
- D' Zurilla, T. J. (1986) *Problem-solving therapy: A social competence approach to treatment*. Chichester, England: Wiley.
- D' Zurilla, T. J., Nezu, A.M. (1999). *Problem-solving therapy: A social competence approach to clinical intervention* (2nd ed.). New York: Springer.
- 厚生労働省大臣官房統計情報部 (2002) <http://www.mhlw.go.jp/houdou/bukyoku/toukei.html>
- 松尾雅・坂野雄二 (2002). Social Problem-Solving Inventory-Revised (SPSI-R) 日本語版作成の試み—社会的問題解決能力尺度の信頼性・妥当性の検討—. 日本行動療法学会第 28 回大会.
- MacLeod, A.K., & Williams, J. M. G. & Bekerian, D. A. (1991). Worry is reasonable: The role of explanations in pessimism about future personal events. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 478-486.
- Meyer, T. J., Miller, M. L., Metzger, R. L., & Borkovec, T. D. (1990). Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 487-496.
- 本岡寛子 (2006) 問題解決モデルを基盤にした人生満足感及び自尊感情の予測変数の検討. 関西福祉科学大学紀要, 10, 31-40.
- 本岡寛子 (2007) うつ病性障害患者に対する問題解決モデルを基盤とした介入の試み. 関西福祉科学大学 心理・教育相談センター紀要, 5, 4-15.
- 本岡寛子・平井啓・塩崎麻里子・伊藤直・和田奈緒子 (2008) 大学生を対象とした問題解決療法の指導の効果. 日本行動療法学会第 34 回大会

- 本岡寛子・平井啓・塩崎麻里子・伊藤直・吉崎亜里香・和田奈緒子 (2009) 大学生グループを対象とした問題解決療法. 日本心理学会第 73 回大会
- 本岡寛子・松見淳子・林敬子 (2010) .「心配」の自己評定式質問紙 - Penn State Worry Questionnaire (PSWQ) 日本語版の信頼性と妥当性の検討-. カウンセリング研究. (印刷中).
- 文部科学省 (2009). 学校基本調査報告書.
- 成田健一・下仲順子・中里克治・河合千恵子・佐藤眞一・長田由紀子 (1995) 特性的自己効力感尺度の検討 - 生涯発達の利用の可能性を探る. 教育心理学研究, 43, 306-314.
- Nezu, A. (1986). Efficacy of a social problem-solving therapy approach for unipolar depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 196-202.
- 西山温美・笹野友寿 (2004) 大学生の精神健康に関する実態調査川崎医療福祉学会誌, 14, 183-187.
- Sherer, M., Maddux, J.E., Mercandante, B., Printice-Dunn, S., Jacobs, B., & Rogers, R. W. (1982) The self-efficacy scale: Construction and validation. *Psychological Reports*, 51, 663-671.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R. L., & Lushene, R. E. (1970). STAI manual. Palo Alto, Consulting Psychologist Press. 23-49.
- 角野善司 (1995). 人生に対する満足感尺度 (the Satisfaction With Life Scale) 日本語版作成の試み. 日本教育心理学会第 36 回大会.
- 高倉実・崎原盛造・與古田孝夫 (2000) 大学生の抑うつ症状に関連する要因についての短期的縦断研究. 民族衛生, 66, 109-121
- Rosenberg, M. (1965) *Society and the adolescent self-image*. Princeton Univ. Press.
- 山本真理子・松井豊・山成由紀子 (1982) 認知された自己の諸側面の構造. 教育心理学研究, 64-68.