

教職を志望する大学1年生のメンタルヘルスの実態 —メンタルヘルスリテラシー教育受講経験による比較—

呉 欣 鈺*・留 目 宏 美**

(令和6年10月1日受付；令和6年10月23日受理)

要 旨

本研究は、メンタルヘルスリテラシー教育を受講した経験による比較を通して、教職を志望する大学1年生のメンタルヘルスの実態を明らかにすることを目的とした。2022年12月、X大学の1年生78名を対象にGoogle Formを用いた無記名自記式質問紙調査を実施した。中学生から大学1年生（前期）の間に、メンタルヘルスリテラシー教育を受講した経験の有無の組み合わせとして、最も多かったのは「中高大なし・大あり群」（36.9%）であった。メンタルヘルスリテラシーは、「中高大あり群」に比べて「中高大なし群」が低かった（ $p<0.05$ ）。精神的健康状態の平均得点は、「中高大なし群」が最も低かった。ストレス対処は、「中高あり・大なし群」に比べて「中高大なし群」が低かった（ $p<0.05$ ）。これより、メンタルヘルスリテラシー教育を一度も受講した経験がない者は、精神的健康状態が相対的に最も悪く、メンタルヘルスリテラシーやストレス対処が十分に備わっていない傾向が示唆された。

KEY WORDS

教職を志望する大学1年生、メンタルヘルス、メンタルヘルスリテラシー教育

First-year university student who wants to become a teacher, mental health, mental health literacy education

1 はじめに

日本生物学的精神医学会、日本うつ病学会、日本心身医学会のうつ病対策ワーキンググループ¹⁾は、精神疾患をがん、心臓疾患とならぶ三大疾患の一つに位置づけている。精神疾患のうち、うつ病に限っていても、「正しい知識が普及していないため、国民の多くが適切なうつ病治療を受けられず、発見、治療が遅れている」とし、対策の必要性を提言している。

様々な対策を考える上で注目される鍵概念がメンタルヘルスリテラシーである。S. Kutcherら²⁾によれば、そもそもは、読み書き能力の低さと種々の健康不良との関連が示唆されるようになったことにより、世界保健機関（WHO）が、ヘルスリテラシーを「健康を促進し維持する方法で情報にアクセスし、理解し、使用する個人の動機と能力を決定する認知のおよび社会的スキル」と定義づけた。その後、精神的健康に係るヘルスリテラシーとして、メンタルヘルスリテラシー概念が誕生したという経緯がある。

メンタルヘルスリテラシーは「精神健康の向上、精神疾患の予防、早期発見・診断、治療の継続や回復のそれぞれの土台として必要な力やスキル」であり、①心の健康を維持するために何をすべきか理解している、②精神疾患の症状とその対処方法を理解している、③精神疾患に対して偏見を持たない、④精神的な問題で困った時に、いつ、どこで助けを求めるのかを理解している。その相談先で何を期待できるのか、何が得られるのかを理解している、以上4要素に整理されている³⁾。

C. M. Kellyら⁴⁾によれば、メンタルヘルスリテラシーの向上にむけた介入は、①世代を問わない包括的なコミュニティキャンペーン、②若者を対象としたコミュニティキャンペーン、③助けを求めるスキルやメンタルヘルスリテラシー、回復力を教える学校を基盤とした介入、④精神的健康の危機にうまく介入できるよう個人を訓練するプログラムの実施に類別されている。このことから明らかなように、学校はコミュニティと並ぶ介入の場の一つであり、先進諸国を中心に、メンタルヘルスリテラシー教育を含む学校精神保健プログラムが実施されてきた^{5,6)}。

ただし、C. M. Kellyら⁴⁾によれば、介入の評価はほとんどされていない。そのため、プリシード・プロシードモデルを理論的基盤にして、対象それぞれの特徴やニーズに応じた複合的な介入デザインを構築することを課題の一つに挙げている。また、Y. Weiら⁷⁾によれば、学校におけるメンタルヘルスリテラシープログラムが、青少年（12～25歳）の知識の向上や態度の変化、援助希求行動／援助を促す行動にプラスの影響を与えることを主張できるだけの十

分な根拠がない。そのため、評価方法の精度に焦点を当てること、そしてまた、教師は、現在のメンタルヘルスリテラシープログラムの長所と短所を十分に考慮した上で、実施の可能性を探る必要性を課題に挙げている。以上より、先進諸国では学校におけるメンタルヘルスリテラシー教育が積極的に推進されてきたが、介入デザインの構築や評価の点で課題を抱えている現状にある。

他方、日本の課題は、児童生徒に対するストレスマネジメント教育や精神疾患に関する授業は推進されてきたが、一部の学校の取組みにとどまってきたことである⁸⁻¹³⁾。しかし、小学校は2020年度、中学校は2021年度、高等学校は2022年度から開始された学習指導要領（以下、現・学習指導要領と記す）において、心の健康や精神疾患に関する内容の充実が図られた。特に高等学校学習指導要領 保健体育編・体育編に追加された「精神疾患の予防と回復」は、⑦精神疾患の特徴として、「うつ病、統合失調症、不安症、摂食障害などを適宜取り上げ、誰もが罹患しうること、若年で発症する疾患が多いこと、適切な対処により回復し生活の質の向上が可能であることなどを理解できるようにする」、④精神疾患の対処として、「調和のとれた生活を実践すること、早期に心身の不調に気付くこと、心身に起こった反応については体ほぐしの運動などのリラクセーションの方法でストレスを緩和することなどが重要であることを理解できるようにする」「心身の不調時には、不安、抑うつ、焦燥、不眠などの精神活動の変化が、通常時より強く、持続的に生じること、心身の不調の早期発見と治療や支援の早期の開始によって回復可能性が高まることを理解できるようにする。その際、自殺の背景にはうつ病をはじめとする精神疾患が存在することもあることを理解し、できるだけ早期に専門家に援助を求めることが有効であることにも触れる」「さらに、人々が精神疾患について正しく理解するとともに、専門家への相談や早期の治療などを受けやすい社会環境を整えることが重要であること、偏見や差別の対象ではないことなどを理解できるようにする」とされている¹⁴⁾。

先進諸国で推進されてきたメンタルヘルスリテラシー教育は、①精神疾患の症状に関する内容、②援助希求行動／援助行動を促す内容、③精神疾患の偏見の是正に関する内容からなる^{4,7)}。これらは、上述した日本の現・学習指導要領と一致している。よって、2022年度以降に高等学校に入学した生徒は、ポピュレーション・アプローチとしてのメンタルヘルスリテラシー教育を受講できる世代として位置づけられる。それに対して旧・学習指導要領で学んできた世代、すなわち2021年度以前に高等学校に入学した生徒は、メンタルヘルスリテラシー教育が必ずしも保障されてこなかった世代と捉えられる。この世代の大学生を対象にした調査によれば、COVID-19下で1～2割程度が精神不調や不安を抱えており^{15,16)}、学部1年生で悩みを抱える割合が高かった¹⁷⁾。

教職を志望する大学生は将来、児童生徒に対するメンタルヘルスリテラシー教育を担い、メンタルヘルスケアを実践する立場に就くことになる。その故にまずは、自身が心身ともに健康を維持して教育に携わることができるようにすることが極めて重要である¹⁸⁾。ところが教員養成課程の中で、教師のメンタルヘルスに関して、学生が実感して考える機会はあまりないと言われている¹⁹⁾。そこで、本研究は、教職を志望する大学1年生を対象に、メンタルヘルスリテラシー教育を受講した経験によるメンタルヘルスリテラシー、精神的健康状態、ストレス対処の差を検証し、諸課題を考察することを目的とした。

2 方法

2. 1 調査の対象および時期

X大学において2022年4月～7月に開講された保健に関する選択科目（前期2単位）を履修し終えた学部1年生78名に対し、2022年12月、Google Formを用いた無記名自記式質問紙調査を実施した。

2. 2 無記名自記式質問紙の構成

無記名自記式質問紙の主な構成は、①中学・高校時、もしくは大学1年時（前期）にメンタルヘルスリテラシー教育を受講した経験、②メンタルヘルスリテラシー、③精神的健康状態、④ストレス対処とした。①メンタルヘルスリテラシー教育を受講した経験は、メンタルヘルスリテラシー教育の3つの内容^{4,7)}別に、有無を尋ねた（複数回答可）。②メンタルヘルスリテラシーは4要素5項目³⁾とし、「4 かなりあてはまる」「3 まあまああてはまる」「2 あまりあてはまらない」「1 まったくあてはまらない」の4件法で尋ねた。③精神的健康状態はWHO-5精神的健康状態表²⁰⁾を用いた。回答日時点における最近2週間の状態を「5 いつも」「4 ほとんどいつも」「3 半分以上の期間」「2 半分以下の期間」「1 ほんのたまに」「0 まったくない」の6件法で尋ねた。④ストレス対処は、sense of coherence (SOC) の13項目7件法版SOCスケール (SOC-13)^{21,22)}を用いた。

2. 3 分析データ数と分析方法

78名中19名から回答を得た（回収率24.4%）。①メンタルヘルスリテラシー教育を受講した経験の有無の組み合わせから、「中高大あり群」「中高あり・大なし群」「中高なし・大あり群」「中高大なし群」に4群化した。その上で、②メンタルヘルスリテラシー、③精神的健康状態、④ストレス対処それぞれの平均得点の差を検証するため、t検定を行った。また、②メンタルヘルスリテラシー、③精神的健康状態、④ストレス対処それぞれの相関関係を検証するため、Kendallの順位相関係数を算出した。有意水準は5%とし、分析にはMicrosoft Excel 2019, IBM SPSS 24 Statisticsを用いた。

2. 4 倫理的配慮

上越教育大学研究倫理審査委員会の承認（No.2022-86）を得て実施した。対象者にGoogle Form URLを付記した依頼文書を配布し、研究の概要や倫理的配慮事項を説明した。協力は対象者の自由意思を保障し、回答をもって同意が得られたものとみなした。

3 結果

3. 1 単純集計

3. 1. 1 メンタルヘルスリテラシー教育を受講した経験

メンタルヘルスリテラシー教育を受講した経験は表1に示したとおり、中学・高校時の受講経験「有」が6名（31.6%）であった。大学1年時（前期）の受講経験「有」が10名（52.6%）であった。内容別にみると、受講経験が最も多かったのは「精神疾患の症状に関する内容」、最も少なかったのは「精神疾患の偏見の是正に関する内容」であった。

メンタルヘルスリテラシー教育を受講した経験の有無の組み合わせは表2に示したとおり、「中高大あり群」が4名（21.0%）、「中高あり・大なし群」が2名（10.5%）、「中高なし・大あり群」が7名（36.9%）、「中高大なし群」が6名（31.6%）であった。

表1. メンタルヘルスリテラシー教育を受講した経験の有無

受講経験	全体		精神疾患の症状に関する内容				援助希求行動／援助行動を促す内容				精神疾患の偏見の是正に関する内容			
			有		無		有		無		有		無	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
中学・高校時	6	31.6	6	31.6	13	68.4	6	31.6	13	68.4	5	26.3	14	73.7
大学1年時（前期）	10	52.6	10	52.6	9	47.4	9	47.4	10	52.6	6	31.6	13	68.4

表2. メンタルヘルスリテラシー教育を受講した経験の有無の組み合わせ

受講経験の有無の組み合わせ	n	%
中高大あり群（中学生・高校生：有，大学1年生前期：有）	4	21.0
中高あり・大なし群（中学生・高校生：有，大学1年生前期：無）	2	10.5
中高なし・大あり群（中学生・高校生：無，大学1年生前期：有）	7	36.9
中高大なし群（中学生・高校生：無，大学1年生前期：無）	6	31.6

3. 1. 2 メンタルヘルスリテラシー

メンタルヘルスリテラシーは表3に示したとおり、5項目すべて最頻値・中央値ともに「3 まあまああてはまる」であった。「4 かなりあてはまる」「3 まあまああてはまる」と回答した者を「理解群」，「2 あまりあてはまらない」「1 まったくあてはまらない」と回答した者を「不理解群」に2群化した場合、「理解群」が最も多かったのは「心の健康を維持するために何をすべきか理解している」，最も少なかったのは「精神疾患とその対処方法を理解している」であった。

表 3. メンタルヘルスリテラシー

メンタルヘルスリテラシー	最頻値	中央値	理解群		不理解群	
			n	%	n	%
①心の健康を維持するために何をすべきか理解している	3	3	17	89.5	2	10.5
②精神疾患とその対処方法を理解している	3	3	10	55.6	8	44.4
③精神疾患に対して偏見を持っていない	3	3	16	84.2	3	15.8
④精神的な問題で困った時、いつ、どこで助けを求めるのかを理解している	3	3	14	73.7	5	26.3
⑤相談先で何を期待できるのか、何が得られるのかを理解している	3	3	14	73.7	5	26.3

3. 1. 3 精神的健康状態

精神的健康状態は表 4 に示したとおり、5 項目すべて最頻値・中央値ともに「4 ほとんどいつも」であった。合計得点の範囲は 9～25 点、中央得点は 19 点であった。19 点以上の者を「良好群」、19 点未満の者を「不調群」に 2 群化した場合、「良好群」が 14 名 (89.5%)、「不調群」が 5 名 (10.5%) であった。

表 4. 精神的健康状態

精神的健康状態	最頻値	中央値	良好群		不調群	
			n	%	n	%
①（最近 2 週間）明るく、楽しい気分で過ごした	4	4	14	89.5	5	10.5
②（最近 2 週間）落ち着いた、リラックスした気分で過ごした	4	4				
③（最近 2 週間）意欲的で、活動的に過ごした	4	4				
④（最近 2 週間）ぐっすりと休め、気持ちよくめざめた	4	4				
⑤（最近 2 週間）日常生活の中に、興味のあることがたくさんあった	4	4				

3. 1. 4 ストレス対処

ストレス対処は表 5 に示したとおり、項目によって最頻値にばらつきがあった。合計得点の範囲は 42～72 点、中央得点および平均得点はともに 59 点であった。59 点以上者を「高SOC群」、59 点未満の者を「低SOC群」に 2 群化した場合、「高SOC群」が 10 名 (52.6%)、「低SOC群」が 9 名 (47.4%) であった。

表 5. ストレス対処

ストレス対処	最頻値	高SOC群		低SOC群	
		n	%	n	%
①あなたは、自分の周りで起きていることがどうでもいいという気持ちになることがありますか	3	10	52.6	9	47.4
②あなたはこれまでに、よく知っていると思っていた人の、思わぬ行動に驚かされたことがありますか	4				
③あなたは、あてにしていた人にながかりさせられたことがありますか	4				
④今まで、あなたの人生には、明確な目標や目的が…	5				
⑤あなたは、不当な扱いを受けているという気持ちになることがありますか	6				
⑥あなたは不慣れな状況にいると感じ、どうすればよいかわからないと感じることがありますか	4				
⑦あなたが毎日していることは…	2				
⑧あなたは、気持ちや考えが非常に混乱することがありますか	6				
⑨あなたは、本当なら感じたくないような感情を抱いてしまうことがありますか	3				
⑩どんなに強い人でさえ、ときには「自分はダメな人間だ」と感じることもあるものです。あなたはこれまで、「自分はダメな人間だ」と感じたことがありますか	6				
⑪何かが起きたとき、ふつう、あなたは…	5				
⑫あなたは、日々の生活で行なっていることにほとんど意味がないと感じることがありますか	5				
⑬あなたは、自制心を保つ自信がなくなることがありますか	6				

3. 2 メンタルヘルスリテラシー教育を受講した経験の組み合わせ別にみた各項目の平均得点の差

3. 2. 1 メンタルヘルスリテラシー

メンタルヘルスリテラシー教育を受講した経験の有無の組み合わせ別に、メンタルヘルスリテラシーの平均得点をみると、表6に示したとおり、最も高かったのが「中高大あり群」($m=11.3$)、最も低かったのが「中高大なし群」($m=8.5$)であり、両群間に有意な差がみとめられた ($t(7.999)=2.668$, $p=0.028$)。

3. 2. 2 精神的健康状態

メンタルヘルスリテラシー教育を受講した経験の有無の組み合わせ別に、精神的健康状態の平均得点をみると、表6に示したとおり、最も高かったのは「中高大あり・大なし群」($m=20.5$)、最も低かったのは「中高大なし群」($m=17.0$)であった。

3. 2. 3 ストレス対処

メンタルヘルスリテラシー教育を受講した経験の有無の組み合わせ別に、ストレス対処の平均得点をみると、表6に示したとおり、最も高かったのは「中高大あり・大なし群」($m=69.5$)、最も低かったのは「中高大なし・大あり群」($m=55.1$)であった。「中高大あり・大なし群」と「中高大なし群」の間に有意な差がみとめられた ($t(6)=2.554$, $p=0.043$)。

表6. メンタルヘルスリテラシー教育を受講した経験の組み合わせ別にみた各項目の平均得点の差

受講経験の有無の組み合わせ	n	メンタルヘルス リテラシー	精神的健康状態	ストレス対処
		m	m	m
中高大あり群 (中学生・高校生：有，大学1年生前期：有)	4	11.3	19.0	58.5
中高大あり・大なし群 (中学生・高校生：有，大学1年生前期：無)	2	10.6	20.5	69.5
中高大なし・大あり群 (中学生・高校生：無，大学1年生前期：有)	7	9.5	18.4	55.1
中高大なし群 (中学生・高校生：無，大学1年生前期：無)	6	8.5	17.0	56.2

$p<0.05$

3. 3 メンタルヘルスリテラシー，精神的健康状態，ストレス対処の関係

メンタルヘルスリテラシー，精神的健康状態，ストレス対処の関係は表7に示したとおり、いずれもほとんど相関関係はみとめられなかった。

表7. メンタルヘルスリテラシー，精神的健康状態，ストレス対処の関係

	メンタルヘルスリテラシー	精神的健康状態	ストレス対処
メンタルヘルスリテラシー	—		
精神的健康状態	-0.116	—	
ストレス対処	-0.052	-0.109	—

4 考察

4. 1 メンタルヘルスリテラシー教育の動向と課題

4. 1. 1 旧・学習指導要領におけるメンタルヘルスリテラシー教育の動向

本調査は、メンタルヘルスリテラシー教育が必ずしも保障されてこなかった世代と捉えられる2022年度時点の大学1年生を対象にした。19名中6名(31.6%)は、中学・高校時にメンタルヘルスリテラシー教育を受講していた。大学1年時(前期)に受講していたのは19名中10名(52.6%)であり、受講経験者は増えていたが、半数程度はメンタルヘルスリテラシー教育を受ける機会を得ないまま、大学1年生の後期を迎えていた。

中学・高校時にメンタルヘルスリテラシー教育を受講した経験のある6名全員が学んでいたのは、「精神疾患の症状に関する内容」と「援助希求行動／援助行動を促す内容」であった。大学1年時(前期)に受講した経験のある10名全員が学んでいたのは、「精神疾患の症状に関する内容」であった。一方、「精神疾患の偏見の是正に関する内容」は、受講経験者数(率)が低かった。この内容は、「精神疾患の症状に関する内容」と「援助希求行動／援助行動を促す内容」を基盤にした発展的な内容である。これより、一部の学校で行われてきたメンタルヘルスリテラシー教育

は、発展的な内容まですべからく扱われていたとは言い切れない。一つの要因として考えられることは、方法論的課題である。

4. 1. 2 「精神疾患の偏見の是正に関する内容」についての方法論的課題

精神疾患に対するアンチスティグマ対策として、小口²³⁾は「『精神保健』『精神疾患』の双方に関する適切な情報提供とケースビネットなどを含んだ事例考察を組み合わせるような教育法」の有用性を指摘している。ケースビネットによる教育介入として、大学生に対してHIV感染者のカミングアウト（感染事実の表明）をテーマに扱った荒川²⁴⁾によれば、ケースビネットを通して、カミングアウトした感染者に対する大学生のイメージは肯定的になった。しかし、態度の変化を促すまでの影響はみとめられなかったという。

さらに、差別や偏見が生み出される背景の一つに、個々人の疾病に対する恐怖がある。そこで、高校生の恐怖感情に着目し、エイズの教材づくりに関する研究に取り組んだ村上²⁵⁾によれば、生徒に恐怖感情をもたらした教材づくりの原因として、①資料として用意したドラマ仕立ての台本及び聴覚教材が臨場感に溢れていたこと、②社会との関わりや支援に関して、将来展望のある教材づくりが弱かったこと、③生徒理解が不十分であったことが挙げられている。これらを踏まえ、単元全体の教材の精選と再構成の必要性があるとして、授業展開案が提示されている。それによれば、病気および感染のメカニズムや予防のスキル・行動を理解させることだけでなく、「予防の鍵を握る性的自己決定権や対等な人間関係までもを含めた人としてのあり方、生き方を考えさせる」ことや「たとえ感染者して病者となっても、病気を抱えて生きる生活や家族・友人との関わり及び社会との関係性の持ち方などを知らせる」ことが盛り込まれている。そして、「ある感染者の事例から、他人事ではなく自分の事として病気を捉え、予防や共生への科学的認識の育成を図るような感から知へと移行する」指導法的重要性が指摘されている。

以上に示した知見に鑑みると、精神疾患をテーマにした場合であっても、ケースビネットなどを含んだ事例考察を導入すれば良いというものではなく、また、医学的な知識理解を促せば良いというものでもないことがうかがえる。重要なことは、社会的な観点から精神疾患を捉え直し、当事者性を持って考えられるような学びを創出することである。これに関連して、「スティグマ（偏見）が固定化された対象への理解促進と偏見の除去には、その対象について知識を得ることと同様に、対象者と交流を持つ経験が有効」²⁶⁾であるとされ、施設見学プログラム（シェアリングを含む）が推奨されていることは、指導法を検討する上で参考になる。

一方で、中学校保健体育科保健分野は48単位時間程度、高等学校保健体育科「科目保健」は70単位時間という限りある時数の中で、保健体育科がメンタルヘルスリテラシー教育を一手に担うことは現実的に難しい。その上、山田ら¹³⁾が行った調査によれば、精神保健に関する授業を実施していない小・中学校教員の中には、「学年的にも伝えるのは早い」「まだ知らなくてもよい」「伝えなくてもよい」等の考えを持っている者が含まれていた。これより、現・学習指導要領のもとで、どのようにメンタルヘルスリテラシー教育が実践されているのかを明らかにし、そこから様々な示唆を得ながら、方法論的探究を進めていくことが期待される。

なお、メンタルヘルスリテラシーの向上は、学校教育に全任されるものではないことを、ここで特記しておきたい。例えば、西欧諸国では、学校でのメンタルヘルスリテラシー教育のみならず、メディアやインターネットによる介入、当事者との交流イベント等、国家規模でアンチスティグマ介入が行われている²⁷⁾。アンチスティグマ介入としてのセラピー介入の可能性も指摘されている²⁸⁾。したがって、「精神疾患の偏見の是正に関する内容」は、多様な領域で対策すべき課題である。

4. 1. 3 教職を志望する大学生に対するメンタルヘルスリテラシー教育

メンタルヘルスリテラシーの要素は、メンタルヘルスリテラシー教育に共通に反映されるものである。ただし、S. Kutcherら²⁹⁾は、状況に応じて開発され、適用される必要があると指摘しており、教師に対する介入と、警察官に対する介入とを例示し、両者のプログラムが同じであってはならないと述べている。

そうであるならば、教職を志望する大学生に対しては、教職の特性を踏まえたメンタルヘルスリテラシー教育を推進する必要がある。教職の特性として広く指摘されていることは、行為の責任や評価が子ども等から絶えず直接返ってくる「再帰性」や、対象が変われば同じ態度や技術で対応しても同じ成果が得られるとは限らない「不確実性」等である²⁹⁾。こうした点を事例に反映させるなど、教材開発に取り組むことが重要であろう。また尾崎³⁰⁾によれば、教育学部3・4年生が希望するセミナーの内容は、「性格とストレスとの関係」「コミュニケーション能力開発」「アサーション（自己主張の方法）」「リラクゼーション」「カウンセリングの技法」等であったという。教育実習に参加し、教職の現実を理解しはじめた学生が望む事柄を教材に反映させることも重要な視点であろう。

4. 2 メンタルヘルスリテラシー、精神的健康状態、ストレス対処からみたメンタルヘルス

4. 2. 1 メンタルヘルスリテラシー教育受講経験にみたメンタルヘルスリテラシーの実態と課題

メンタルヘルスリテラシーは、5項目すべて最頻値・中央値ともに「3 まあまああてはまる」であり、回答者の多くは、自己の知識理解をある程度高く評価していた。「理解群」が最も多かったのは、「心の健康を維持するために何をすべきか理解している」(89.5%)であり、心の健康の維持に関する知識理解者が多かった。

他方、「理解群」が最も少なかったのは、「精神疾患とその対処方法を理解している」(55.6%)であり、対処方法を含め、精神疾患に関する知識理解者は半数程度にとどまった。中学・高校時、もしくは大学1年時(前期)に、「精神疾患の症状に関する内容」について学んだのは10名(52.6%)、「援助希求行動/援助行動を促す内容」について学んだのは9名(47.4%)であり、知識理解者と受講経験の割合はおおむね一致していた。これより、精神疾患とその対処方法に関する知識理解者を増やすためには、相応の教育を推進していくことが必要であろう。

メンタルヘルスリテラシー教育を受講した経験の有無の組み合わせ別に、メンタルヘルスリテラシーの自己評価の平均得点をみると、最も高かったのが「中高大あり群」($m=11.3$)、最も低かったのが「中高大なし群」($m=8.5$)であった。両群間には有意な差がみとめられた。これより、メンタルヘルスリテラシー教育を推進していくことは、メンタルヘルスに関する知識理解者を増やすのみならず、その後のメンタルヘルスの良好性を維持する上でも有用である可能性が示唆された。

4. 2. 2 メンタルヘルスリテラシー教育受講経験にみた精神的健康状態の実態と課題

精神的健康状態(WHO-5)は、5項目すべて最頻値・中央値ともに「4 ほとんどいつも」であり、回答者の多くは、自己の精神的健康状態(回答日時点)をおおむね良好と捉えていた。なお、スクリーニングの目安となるカットオフ値として、行政調査^{31,32)}では5点以下(精神的健康悪化の状態)に設定しているケースが散見される。本調査では5点以下に該当する回答者はおらず、全員が「精神的健康悪化の状態」にはなかった。

他方、プライマリーケア診療の場において、ICD-10に基づくうつ病のためのテストの適応を目的とする場合、カットオフ値は12点以下/13点未満に設定されている。12点以下/13点未満を「精神的健康状態が低い」と解釈することの信頼性と妥当性も示されているところであり³³⁾、日本でも12点以下/13点未満を、「ウェルビーイング低下」と解釈する研究³⁴⁾もある。本調査結果を12点以下/13点未満で見直すならば、該当する回答者は2名いた。一人は11点であり、意欲・活用および興味の低下が顕著であった。メンタルヘルスリテラシー教育の受講経験はまったくなかった。もう一人は9点であり、全般的に低下していたが、特にリラックスできない状態が顕著であった。大学1年次(前期)にメンタルヘルスリテラシー教育の受講経験があった。この結果を踏まえると、メンタルヘルスリテラシー教育の受講経験があっても、精神的健康状態が低下するケースはあるといえよう。

ただし、メンタルヘルスリテラシー教育を受講した経験の有無の組み合わせ別に、精神的健康状態の平均得点をみると、最も高かったのは「中高あり・大なし群」($m=20.5$)、最も低かったのは「中高大なし群」($m=17.0$)であった。これより、精神的健康状態の良し悪しを予測する上で、メンタルヘルスリテラシー教育の受講経験を一つの変数に位置づけることは否定されるものではないだろう。

4. 2. 3 メンタルヘルスリテラシー教育の受講経験にみたストレス対処の実態と課題

ストレス対処(SOC-13)は、項目によって最頻値にばらつきがあった。合計得点の範囲は42~72点、中央得点および平均得点はともに59点であった。一般平均は54~58点とされており³⁵⁾、回答者全員が一般平均並みにストレス対処の能力を備えていた。

「高SOC群」(52.6%)は、メンタルヘルスリテラシー教育を受講した経験があると回答した者が75.0%を占めていた。「SOC低群」(47.4%)は、メンタルヘルスリテラシー教育を受講した経験があると回答した者が55.6%であり、「SOC高群」の方が、受講経験者の比率が高かった。さらに、メンタルヘルスリテラシー教育を受講した経験の有無の組み合わせ別に、ストレス対処の平均得点をみると、最も高かったのは「中高あり・大なし群」($m=69.5$)、最も低かったのは「中高なし・大あり群」($m=55.1$)であった。また、「中高あり・大なし群」と「中高大なし群」の間に有意な差がみとめられた。これより、メンタルヘルスリテラシー教育は、ストレス対処を高める可能性が示唆された。ただし、受講後、数か月しか経過していない状況では、ストレス対処が高まりにくいという仮説を立てることができるかもしれない。A. Antonovsky³⁶⁾は、「子ども時代に据えられた強いSOCのためのいかなる基礎も、思春期にはひっくり返り」、「思春期の若者は、世界についてより多くの疑問と懐疑をもつ」。ただし、「自分の経験をしっかりした強いSOCに変える用意」ができれば、「節度ある大人時代へと移っていく」と述べている。このことから、メンタルヘルスリテラシー教育の受講内容を踏まえ、様々な経験を自身のストレス対処に適切に活かし、反映させていくための期間を考慮する必要がある。この仮説については、より対象人数を増やし、検証することが今後の課題である。

4. 3 メンタルヘルスリテラシー、精神的健康状態、ストレス対処の関係をめぐる課題

メンタルヘルスリテラシー、精神的健康状態、ストレス対処の関係をみると、いずれもほとんど相関関係はみとめられなかった。メンタルヘルスリテラシーの自己評価が高いから、あるいはストレス対処が備わっていると回答しているからといって、精神的健康状態が良好であるとはいいきれないということである。

ただし、先述したとおり、メンタルヘルスリテラシー教育を受講した経験がある者は、ない者に比べて、明らかにメンタルヘルスリテラシーおよびストレス対処は高かった。これより、メンタルヘルスリテラシーやストレス対処は、メンタルヘルスリテラシー教育を評価する際のアウトプット変数に位置づけ、説明できる可能性はある。実際、精神不調のある高校生に対する支援のうち、困難例の場合は「精神保健リテラシーの不全が招く負のスパイラル」に陥っているという構造的整理がなされている³⁷⁾。よって、メンタルヘルスリテラシーの育成は、精神不調に直面した際にも円滑に支援を受けられ、支援プロセスも良い方向に進む可能性を高めるものと考えられる。

最後に、本調査では、メンタルヘルスリテラシーおよびストレス対処と、実際の精神的健康状態とを関連づけ、教育の効用を拡張的な構造として捉え論じられるまでのデータを得ることはできなかった。この結果を踏まえ、研究枠組みの精緻化を図ることも、今後の課題である。

5 おわりに

本研究は、教職を志望する大学1年生を対象とし、メンタルヘルスリテラシー教育を受講した経験によるメンタルヘルスリテラシー、精神的健康状態、ストレス対処の差を検証し、諸課題を考察することを目的とした。精神的健康状態はWHO-5、ストレス対処はSOC-13を用いた。分析対象者のうち、中学生から大学1年生（前期）の間に、メンタルヘルスリテラシー教育を受講した経験の有無の組み合わせとして、最も多かったのは「中高なし・大あり群」（36.9%）であった。メンタルヘルスリテラシーは、「中高大あり群」に比べて「中高大なし群」が低かった（ $p < 0.05$ ）。精神的健康状態の平均得点は、「中高大なし群」が最も低かった。ストレス対処は、「中高あり・大なし群」に比べて「中高大なし群」が低かった（ $p < 0.05$ ）。以上より、メンタルヘルスリテラシー教育を一度も受講した経験がない者は、精神的健康状態が相対的に最も悪く、メンタルヘルスリテラシーやストレス対処が十分に備わっていない傾向が示唆された。

謝辞

本調査にご協力くださった皆様に、深く感謝申し上げます。

付記

本稿は、上越教育大学大学院令和5年度修士論文「大学1年生のメンタルヘルスに関する研究—メンタルヘルスリテラシー教育受講経験の有無による比較—」の一部を加筆・修正したものである。

引用文献

- 1) 尾崎紀夫, 笠井清登, 加藤忠史, 神庭重信, 功刀浩, 久保千春, 小山司, 白川治, 西田淳志, 野村総一郎, 福田正人, 元村直靖, 山脇成人: うつ病対策の総合的提言, 2010年11月1日改訂, 日本生物学的精神医学会誌, 21 (3), 155-176, 日本生物学的精神医学会, 2010
- 2) Stan Kutcher, Yifeng Wei, Connie Coniglio: Mental Health Literacy: Past, Present, and Future, Can J Psychiatry, 61(3), 154-158, Published online 2016 Mar 3
- 3) Stan Kutcher, Alexa Bagnell, Yifeng Wei: Mental health literacy in secondary schools: a Canadian approach, Child Adolesc Psychiatr Clin N Am, 24 (2), 233-244, 2015
- 4) Claire M Kelly, Anthony F Jorm, Annemarie Wright: Improving mental health literacy as a strategy to facilitate early intervention for mental disorders, The Medical Journal Australia, 187 (S7), S26-S30, October 2007
- 5) 白井有美, 崎川典子, 岡田直大, 針間博彦: マインドマターズ オーストラリアの学校精神保健促進プロジェクト 1) マインドマターズの概要とスクールマターズ, こころの科学, 143, 119-126, 日本評論社, 2009
- 6) 小塩靖崇, 東郷史治, 佐々木司: 学校精神保健リテラシー教育の効果検証と各国の現状に関する文献レビュー, 学校保健研究, 55 (4), 325-333, 日本学校保健学会, 2013
- 7) Yifeng Wei, Jill A. Hayden, Stan Kutcher, Austin Zygmunt, Patrick McGrath: The effectiveness of school mental health

- literacy programs to address knowledge, attitudes and help seeking among youth, *Early Intervention in psychiatry*, 7 (2), 109-121, May 2013
- 8) 篠原尚人：小学校高学年の自己犠牲ビリーフに焦点を当てたストレスマネジメント教育の効果，学校メンタルヘルス，22 (2)，202-210，学校メンタルヘルス学会，2019
 - 9) 大谷哲朗，古谷嘉一郎：中学校におけるストレスマネジメント教育—実践報告—，心理相談センター年報，8，13-19，比治山大学大学院現代文化研究科附属心理相談センター，2012
 - 10) 下田芳幸，田嶋誠一：中学生に対するストレスマネジメント教育に関する研究—「リラクセーション感」によるリラクセーション技法の検討—，九州大学心理学研究，5，171-181，九州大学，2004
 - 11) 岩淵優子：高校生のストレスマネジメント教育に関する研究—環境の急激な変化や学校生活における不安やストレスへの適切な対応のために—，平成24年度福島県教育研究発表会資料，番号・領域等G教育相談（特別活動），2012
 - 12) 宮下敏恵，田中圭介：スクールカウンセラーによる中学生を対象にしたストレスマネジメント教育の効果—質と量からの評価—，上越教育大学研究紀要，39 (2)，457-465，上越教育大学，2020
 - 13) 山田浩雅，戸田由美子：「保健」の教科を担当する小・中学校教員の精神保健（メンタルヘルスリテラシー）教育に関する考えと必要とする支援，愛知県立大学看護学部紀要，28，73-84，愛知県立大学看護学部，2022
 - 14) 文部科学省：第2章 保健体育科の目標及び内容，高等学校学習指導要領（平成30年告示）解説 保健体育編 体育編，202-203，平成30年7月
 - 15) 秋田大学：学生のこころとからだの調査—COVID19による社会生活の急激な変化が与える大学生のメンタルヘルスへの影響—大学HPダイジェスト版 https://www.akita-u.ac.jp/honbu/event/img/2020_mhealth.pdf
 - 16) 黒川修行，下田榛乃，小宮秀明：大学生の首尾一貫感覚とその関連要因について，学校保健研究，63，Suppl. 2021（日本学校保健学会第67回学術大会），141，日本学校保健学会，2021
 - 17) 文部科学省：学校に関する状況調査，取組事例等 新型コロナウイルス感染症の影響による学生等の学生生活に関する調査（結果），https://www.mext.go.jp/a_menu/coronavirus/mext_00007.html（アクセス2024.6.9）
 - 18) 教職員のメンタルヘルス対策検討会議：教職員のメンタルヘルス対策について（最終まとめ），平成25年3月29日
 - 19) 川原誠司，山地弘起，黒沢学，永井知子：教育心理学的観点を活かした大学生教育・大学生支援の工夫と課題，日本教育心理学会第58回総会，112-113，日本教育心理学会，2016
 - 20) 岩佐一，権藤恭之，増井幸恵，稲垣宏樹，河合千恵子，大塚理加，小川まどか，高山緑，蘭牟田洋美，鈴木隆雄：日本語版「WHO-5精神的健康状態表」の信頼性ならび妥当性—地域高齢者を対象とした検討—，厚生の指標，54 (8)，48-55，一般社団法人 厚生労働統計協会，2007
 - 21) SOC研究全国ネットワーク代表 山崎喜比古：東京大学健康社会学・健康教育学同窓ネット，2014年8月，<https://hlth-soc.net/soc/>（アクセス2024.7.3）
 - 22) Aaron Antonovsky.; UNRAVEILING THE MYSTERY OF HEALTH: How People Manage Stress and Stay Well, Jossey-Bass Inc, 1987＝アロン・アントノフスキー（山崎喜比古・吉井清子 監訳），健康の謎を解く—ストレス対処と健康保持のメカニズム，221-225，有信堂高文社，2014
 - 23) 小口芳世：我が国の学校保健におけるアンチスティグマをどう考えるべきか—教科書検定に向けて—，精神神経学雑誌，121 (12)，941-948，日本精神神経学会，2019
 - 24) 荒川長巳：ケースピネット法を利用したシミュレーションによるHIV感染者のカミングアウト（感染事実の表明）に関する研究，日本公衆衛生雑誌，44 (10)，749-759，日本公衆衛生学会，1997
 - 25) 村上恭子：高等学校の保健授業におけるエイズの教材づくりに関する研究—授業後の恐怖感情に着目して—，日本教育保健学会年報，19，29-39，日本教育保健学会，2012
 - 26) 篁宗一，上松太郎，吉田光爾，大島巖：効果的な学校メンタルヘルスリテラシー教育プログラム立ち上げ方，進め方ツールキット，特定非営利活動法人地域精神保健福祉機構／学校メンタルヘルスリテラシー教育研究会，2015，https://psilocybe.co.jp/2015/comhbo_mhl/（アクセス2024.7.3）
 - 27) 吉村優作：西欧諸国における学校メンタルヘルス・リテラシー教育とアンチスティグマキャンペーン，精神神経学雑誌，121 (12)，949-956，日本精神神経学会，2019
 - 28) 津田菜摘，武藤崇：精神疾患に対するスティグマへのアクセプタンス安堵コミットメント・セラピー（ACT）による介入の可能性，心理臨床科学，6 (1)，65-75，同志社大学心理臨床センター，2016
 - 29) 佐藤学：教師文化の構造—教育実践研究の立場から—，（稲垣忠彦・久富善之 編），日本の教師文化，21-41，東京大学出版会，1994
 - 30) 尾崎啓子：教育実習生へのメンタルヘルス支援の必要性調査と効果的支援システムの開発，総合研究機構研究プロジェクト研究成果報告書，4 (17年度)，2006 <https://irdb.nii.ac.jp/01026/0002195781>（アクセス2022.9.14）
 - 31) 川崎市：こころの健康に関する意識調査について（平成29年度実施分，令和2年度実施分，令和5年度実施分）<https://www.city.kawasaki.jp/350/page/0000100851.html>（アクセス2024.7.3）
 - 32) 岡山市：2021（令和3）年度岡山市こころの健康に関する意識調査 報告書，2022（令和4）10月
 - 33) 武田雅俊：PCNだより PCN Volume.3, Number2の紹介（その1），精神神経学雑誌，111 (4)，470-473，日本精神神経

学会, 2009

- 34) Tsuguhiko Kato, Yuko Kachi, Manami Ochi, Mako Nagayoshi, Bibha Dhungel, Takayuki Kondo : Kenji Takehara The long-term association between paternal involvement in infant care and children's psychological well-being at age 16 years: An analysis of the Japanese Longitudinal Survey of Newborns in the 21st Century 2001 cohort, *Journal of Affective Disorders*, 324 (1), 114-120, 2023.3
- 35) 戸ヶ里泰典, 山崎喜比古, 中山和弘, 横山由香里, 米倉佑貴, 竹内朋子 : 13項目 7 件法sense of coherenceスケール日本語の基準値の算出, *日本公衆衛生雑誌*, 62 (5), 232-237, 日本公衆衛生学会, 2015
- 36) 前掲書22), 117-124
- 37) 増本由紀子, 笠置恵子 : 精神不調にある高校生に対する養護教諭の支援の現状と課題の検討, *思春期学*, 35 (3), 293-304, 2017

Mental Health of the First-Year University Students with Aspirations of Becoming a Teachers : Comparing the experiences of Taking Mental Health Literacy Education

Kingyoku GO* · Hiromi TODOME**

ABSTRACT

This study examined the mental health of the first-year university students who aspire to become teachers, based on their experience of taking mental health literacy education (MHLE). We conducted an anonymous self-report questionnaire survey using Google Forms with 78 first-year students enrolled at X University in December 2022. As to the experience of taking the MHLE of the junior high school and the first-year university students, the most common group (36.9%) was the ones who answered “no experience in junior high school and high school/experience in first-year of university” group. The average score for the self-evaluation of mental health literacy was lower in the “no experience in junior high school, high school, and first-year university” group than in the “experience in junior high school, high school, and first-year of university” group ($p < 0.05$). The average score for mental health status was the lowest in the “not experienced junior high school, high school, and first-year university” group. The average score for the sense of coherence was lower in the “not experienced junior high school, high school, and first-year university” group than in the “experienced junior high school and high school/no experience in first-year of university” group ($p < 0.05$). The results suggest that those who have never taken the MHLE tend to have the poorest mental health and enhancement of MHLE is required.

* Joetsu University of Education (Master's Program) ** Developmental Support and Clinical Psychology in Education