

看護系短期大学生の入学時のメンタルヘルスリテラシーに関する調査

河畑 匡法¹, 曾谷 貴子¹, 清水登紀子¹, 原田 佳織¹, 名木田恵理子²

A Survey about Mental Health Literacy of Nursing Students at College Entry

Masanori KAWABATA¹, Takako SOGAYA¹, Tokiko SIMIZU¹, Kaori HARADA¹
and Eriko NAGITA²

キーワード：メンタルヘルスリテラシー 精神看護学 心の健康教育

概 要

A 短期大学看護科の平成30年度新入生を対象に、メンタルヘルスリテラシーに関する調査を行った。目的は、入学前に受けた心の健康教育の受講経験と知識の程度及び心の健康状態を把握し、同時にメンタルヘルスリテラシーを分析し、先行研究と比較してその特徴を明らかにすることである。

その結果、学生の3割弱が心の健康教育を受講していたが、受講の有無に関わらず、約8割が心の健康や病気については知識不足だと思っており、約4割がやや抑うつ的な状況を示していることがわかった。また、彼らのメンタルヘルスリテラシーは海外の若者と同様の傾向を示していたが、効果的な自助方策については、知識が大きく不足していることや、問題や現状を他人に話すことはあっても、助けを求めない傾向にあることが明らかとなった。今後、学生のメンタルヘルスリテラシーを高めるために、知識を獲得し活用できるような講義内容の必要性と方向性が示唆された。

1. 緒 言

精神疾患の患者数は、近年増加しており、重点的対策を必要とする疾病として厚生労働省が指定した「4大疾病(がん・脳卒中・急性心筋梗塞・糖尿病)」の患者数を超えている。これを受けて、厚生労働省は2011年、4大疾病に精神疾患を加えて「5大疾病」とし、2013年、医療計画の重点課題に位置づけた。2012年に日本における疾病負担(DALY: Disability-adjusted Life Years)の評価において精神疾患が16歳～44歳の若年層で第1位となり、社会的・経済的な損失を産んでいること、精神科未治療期間(DUP: Duration of Untreated Psychosis)が平均13.7ヶ月であり、発症してから治療に結びつくまでに1年以上経過していること¹⁾、精神疾患を発症して2年～5年の高い治療効果が発揮される「治療臨界期」における早期発見、早期介入、早期支援システムが確立されていないこと、などの問題点が挙げられている。

一方、1990年代半ば、オーストラリアのAnthony F. Jormらは、予防や早期対応の認識が浸透し治療が効果的に機能している身体的疾患に比べ、精神疾患は、知識の欠如あるいは精神科医療に対する信頼の欠如から対応が遅れ、病状の悪化を招いているのではないかと考え、調査研究を始め

た。調査結果から、「精神障害についての知識や考えを獲得する必要があるのは開業医や精神医療の専門職であり、一般市民による知識獲得は重要でない」という認識が一般的であることが明らかになった²⁾。これに対し、Jormらは、地域社会のより多くの人々が精神疾患について理解することこそがこの病気の予防や支援につながると考え、メンタルヘルスリテラシー(mental health literacy 以下、MHLと略す)という用語を作り、その重要性を訴えた。JormらはMHLを、「精神疾患に対して気づき、管理し、予防することの助けとなるような知識及び認識を活用する能力」と定義し²⁾、その構成要素として、(a)精神疾患を予防する方法についての知識、(b)どの段階で精神疾患が発病するのかの認識、(c)援助を求める選択肢と手に入る治療についての知識、(d)効果的な自助方策の知識、(e)精神疾患を発病している、あるいはリスク状態にある他者を支援するための初期援助技術、の5要素を挙げた³⁾。そして、この定義に基づき2000年以降オーストラリア、アメリカ、カナダ、ドイツで多くの調査が実施され、若者(15～21歳)のMHLについて以下のような知見が示された。

(a)の「精神疾患の予防方法の知識」について、Jorm et al.⁴⁾は、親の影響が大きいという結果を得た。また、「ストレスを生じる状況を避ける」ことは結局のところ状況の改善にはならないとする専門家に対し、若者はそれを有効な方法だと思っているという評価の違いがあった。

(b)の「精神疾患発病の時期についての認識」は専門家との相談や受診を促進するうえで大切な要素であるにもかかわらず、Gulliver et al.⁵⁾の調査によって、病態を正しく認識する知識がないため発病時期をキャッチできないことがわかった。

(平成30年10月16日)

¹川崎医療短期大学 看護科

²川崎医療短期大学 一般教養

¹Department of Nursing, Kawasaki College of Allied Health Professions

²Department of General Education, Kawasaki College of Allied Health Professions

(c)の「専門家の援助に対する知識」については、Jorm et al.³⁾は多くの若者が専門家のアドバイスよりも友人や家族の助けの方を高く評価しており、効果的治療についての知識でも、専門家が有効な治療であると評価している抗うつ剤や向精神病薬について害があると考えていると指摘した。

(d)の「効果的な自助方策についての知識」は、Jorm et al.⁶⁾の調査で、多くの若者は、専門的治療よりもリラクゼーション、食事、運動などを選択する若者が多く、なかには「飲酒」のような、症状を悪化させるものを自助方策として挙げる者も少なくないことがわかった。

(e)の「初期援助対応の知識」について、Kelly et al.⁷⁾は、シナリオを用いた仮想状況において、鬱症状の仲間に対してどのような援助を行うかということについて調査し、多くの若者が、両親、教師、学校カウンセラーといった大人に助けを求めることを勧めないことを明らかにした。また、Dunham⁸⁾も同様にシナリオを用いて調査を行い、自殺願望がある仲間のことを大人に相談しないことを明らかにした。Yap et al.⁹⁾による、実際にどのような初期援助をとったかについての調査では、専門家にかかることを勧める、自殺感情について尋ねるといった対応をした者は少なく、しっかりしろと言う、飲酒を勧める、回復するまで無視する、などの望ましくない対応例も報告されている。

これらの知見から、一般市民、特に若者において、正しい知識と方法を獲得するための広報や教育が必要であることが改めて明確になった。日本においても2004年以降、MHLについての教育研究が行われるようになったが、その多くは中高生を対象にしたものであり、教育を視野に入れた大学生対象のMHL調査は1件のみである。

本研究では、入学直後の看護学生を対象にMHL調査を行う。対象学生は、看護専攻とはいってもこの時期でのMHLは他の18歳周辺の若者とほぼ同じレベルである。しかしながら、彼らは将来看護師として、自身のメンタルヘルスをケアしながら、他者へのケアも行うことから、高いレベルのMHLを求められることになる。

調査においてはまず、学生の入学前の「心の健康教育」受講経験と、現在の「心の健康状態」について尋ね、さらに、MHLの5要素のうち、(b)をのぞく4点について調査を行い、学生の現状を明らかにする。今回(b)を調査項目から外したのは、メンタルヘルスの予防及び自己あるいは他者の援助方法についての修得に焦点を絞ったためである。

2. 研究目的及び方法

1) 研究目的

- (1)入学以前に受けた「心の健康教育」による学生のレディネスを調べるとともに、現在の心の健康状態を把握する。
- (2)18歳の若者におけるMHLを分析し、先行研究で得られた海外の若者のMHLと比較し、その特徴を明らかにする。

2) 研究デザイン

質問紙調査による量的研究である。

3) 用語の定義

メンタルヘルスリテラシー(MHL):「精神疾患に対して気づき、管理し、予防することの助けとなるような知識及び認識を活用する能力」と定義する³⁾。

4) 研究対象

A短期大学看護科の平成30年度新入生147名のうち、研究への同意が得られたものを対象とした。質問紙に同意のチェック欄を設け、チェック記載により研究協力の同意を得たものとする。

5) 質問紙の概要

(1) フェイスシート

性別、年齢の基本的情報に加え、授業や講演会などによる心の健康教育の受講の有無について尋ねた。また、現在の心の健康や心の病気についての知識の程度について、「ほかの人よりかなりあると思う」「どちらかといえばある」「どちらかといえば不足している」「不足している」の4件法で尋ね、それぞれの内容や理由が書けるように自由記述欄を設けた。

(2) 心の健康の測定

世界保健機関が開発したWHO-5精神的健康状態表(The World Health Organization-Five Well-Being Index 以下、WHO-5と略す)の日本語版WHO-5¹⁰⁾を使って学生の心の健康状態を把握する。この測定基準は、Awata et al.¹¹⁾の研究によって、信頼性・妥当性が確認されている。質問項目としては、(a)明るく、楽しい気分が過ぎた、(b)落ち着いた、リラックスした気分が過ぎた、(c)意欲的で、活動的に過ぎた、(d)ぐっすりと休め、気持ちよくめざめた、(e)日常生活の中に、興味があることがたくさんあった、の5項目から構成されており、それぞれの項目について最近2週間の状態に最も近い状態を、5点の「いつも」から0点の「まったくない」までの6件法で回答を求めた。25点満点であり、得点が高いほど精神的健康状態が良いことを示し、粗点が13点未満であるか、5項目のいずれかに0または1の回答があるときには精神的健康状態が低いことを示す。入学直後に調査を計画したのは、「精神看護I」の授業後にも同様の調査を行い、授業の効果を測定し、授業改善のためのPDCAサイクルに生かす狙いがある。

(3) MHLの構成要素に対する質問

①「心の病気にならないためにどんな方法が役に立つか」と尋ね、11項目の選択肢を設けた。

②「うつ状態や不安な気持ちに陥ったとき、どのような関わりや対処行動が有効と思うか」という質問を設定し、「効果的だと思う関わり」、「効果的でないと思う関わり」、「効果的な対処行動」の各問について、それぞれ10~13項目から選択させた。

③「軽いうつ病になった場合、自分でできる対処行動として役に立つと思えるものはどれか」という質問を設定し、22項目の選択肢を設けた。

④「精神疾患を発病しているあるいはリスク状態にある他者を支援するための初期援助技術」について、軽い

うつ病のシナリオを提示し、「あなたならどのような行動をとるか」と質問し、19項目の選択肢から選ばせた。

回答に関しては、すべての質問において複数回答とし、それぞれの項目で自由記述欄を設けた。なお、以上の内容については、結果の表4～7を参照されたい。これらの質問、及び回答の選択肢の作成にあたっては、先行研究⁴⁻⁹⁾で用いられていた質問項目を参考にし、また現在学生が行っていると考えられる対処行動等を研究者間で検討した。

6) データ収集方法

1年次の「精神看護Ⅰ」の授業開始前に、口頭および文書にて研究趣旨と内容について説明した上で、無記名の質問紙調査を実施し、30分程度記入の時間を設け、その後学生に依頼し回収した。

7) 分析方法

MHLの各構成要素と心の健康教育を受講経験のある学生とない学生についてクロス集計を行い、各項目について検定した。Pearsonのカイ二乗検定を用いて有意差を調べた。統計学的検定の有意水準は $p < 0.05$ とし、解析にはSPSS Statistics20を使用した。

8) 倫理的配慮

学生に対し、調査時に口頭および文書にて研究趣旨、調査方法、参加における自由意思の尊重、参加の有無による不利益がないこと、回答の秘密厳守、研究目的以外の使用はないことを明示した。なお、本研究は、川崎医療短期大学倫理審査委員会の承認を得ている。(承認番号：2018-001)

3. 結 果

1) アンケート回収結果と基本属性、学生のレディネス

アンケート調査の回収率は、100% (147人)であり、同意のチェック記載のあるもの、フェイスシートに記入漏れのないものを有効回答とし、有効回答率は98.0% (144人)であった。性別は、男子学生7人 (4.9%)、女子学生137人

(95.1%)。平均年齢18.1歳であった。

「過去に心の健康教育(授業や講演会)を受けたことがあるか」の質問に対して「はい」39人 (27.1%)、「いいえ」105人 (72.9%)であり、3/4の学生が受講経験なしと答えた(表1)。実際に受けた教育内容の記述では、『精神障害の当事者や家族による講演』が最も多く(11件)、次いで『心の発達や心の健康についての授業』が多かった(9件)。授業や講演以外では、DVDの視聴など経験していた。

現在の心の健康や心の病気の知識の程度についての質問では「3. どちらかといえば不足している」91人 (63.2%)、「4. 不足している」24人 (16.7%)であり、79.9%の学生が心の健康や病気については知識不足だと思っていることが分かった(表2)。

2) 学生の現在の心の健康状態

WHO-5によって測定した結果、平均値は14.81、最大値25、最小値0であった。合計点が13点以上の学生は89人 (61.8%)であった。合計点が13点未満または、5項目の内のいずれかに0または1を回答した学生が、55人 (38.2%)であり、1/3の学生がやや抑うつ的な状況を示していた(表3)。

3) MHLの構成要素に対する質問について

- (1) 「心の病気にならないためにどんな方法が役に立つか」という質問に対し「11. 睡眠をとる」(89.6%)、「5. リラックスできるような活動のための時間をとる」(77.8%)、「10. 規則正しい生活を送る」(70.1%)、「1. 体を動かすことを続ける」(68.8%)の順で選択されていた(表4)。
- (2) 「うつ状態や不安な気持ちに陥った時、どのような関わりや対処行動が有効と思うか」という質問において「I-1. 誰と関わるのが効果的か」に対する選択が多かった項目は「2. 親しい友達」(71.5%)、「1. 近親者」(70.1%)、「3. カウンセラー」(56.3%)であった。選んだ理由として、『自分のことをわかってくれる人へ

表1 対象者の基本的背景 N = 144

性別	人 (%)
男 性	7 (4.9)
女 性	137 (95.1)
平均年齢	18.1歳 ± 0.361 (range) 18~21
心の健康教育受講	
あり	39 (27.1)
なし	105 (72.9)

表2 心の健康教育の受講状況と現在の知識

回答	全体	心の健康教育の受講	
	N=144 (%)	n = 39 (%)	n=105 (%)
1. 他の人よりかなりあると思う	1 (0.7)	0	1 (0.7)
2. どちらかといえばある	28 (19.4)	12 (30.8)	16 (15.2)
3. どちらかといえば不足している	91 (63.2)	22 (56.4)	69 (65.7)
4. 不足している	24 (16.7)	5 (12.8)	19 (18.1)

表3 学生の現在の心の健康状態

N = 144

WHO-5 得点	判定
13点以上	89 (61.8)
13点以上だが0 または 1 の選択あり	17 (11.8)
13点未満だが0 または 1 の選択なし	3 (2.1)
13点未満かつ0 または 1 の選択あり	35 (24.3)
最小値	0
最大値	25
平均値	14.81
標準偏差	5.04

精神的に健康な状態
精神的健康状態
が低い

表4 心の病にならないための方法に関する知識と心の健康教育受講との関連

	全体 N = 144 (%)	心の健康教育の受講	
		あり n = 39 (%)	なし n = 105 (%)
1. 体を動かすこと（運動など）を続ける	99 (68.8)	27 (69.2)	72 (68.6)
2. ストレスになりそうな状況避ける	46 (31.9)	13 (33.3)	33 (31.4)
3. 友人と常にかかわる	46 (31.9)	9 (23.1)	37 (35.2)
4. 家族と常にかかわる	60 (41.7)	13 (33.3)	47 (44.8)
5. リラックスできるような活動のための時間を常にとる	112 (77.8)	30 (76.9)	82 (78.1)
6. 甘いものを避ける	1 (0.7)	1 (2.6)	0
7. 過度な飲酒を慎む	16 (11.1)	5 (12.8)	11 (10.5)
8. 薬物に頼らない	47 (32.6)	15 (38.5)	32 (30.5)
9. 宗教など精神的支えを持つ	3 (2.1)	1 (2.6)	2 (1.9)
10. 規則正しい生活を送る	101 (70.1)	27 (69.2)	74 (70.5)
11. 睡眠をとる	129 (89.6)	36 (92.3)	93 (88.6)

話したい、聞いてほしい』という記述が多かった。反対に、「I-2 効果的でないと思う関わりはどれか」の問いに対し、「12. インターネットからの情報」(40.3%)、「13. 自分で解決するのが一番」(34.0%)が選択されていた。「II. どの対処行動が効果的か」に対しては、「3. 運動」(61.8%)、「5. 生活習慣の改善」(59.0%)、「6. カウンセリング」(54.2%)などの項目を挙げる学生が多かった(表5)。

(3)「軽いうつ病になった場合、自分で行える対処行動として役に立つと思えるものはどれか」という質問に対しての回答は、多い順に「2. 十分な睡眠をとる」(86.1%)、「17. 楽しめること(趣味など)にうちこむ」(79.9%)、「19. 支えてくれ、気にかけてくれる相手と今の問題や感情について話をする」(65.3%)、「1. 運動をする」(62.5%)、「5. 規則正しい生活習慣を身につける」(52.8%)であった(表6)。

(4)「シナリオを読んであなたならどのような行動をするのか」という質問に対しては、「1. 理解できるように問題に耳を傾ける」(68.8%)、「18. 周りのサポートを受けることや自分で行える対処行動を提案する」(48.6%)、「2. 批判やコメントをせずただ聞く」(47.2%)、「6. 支援の手を差し伸べる」(47.2%)、「11. 体を動かすことを勧める」(30.6%)であった(表7)。

4) 心の健康教育とMHLとの比較

心の健康教育の受講経験と現在の知識の程度についての関連をみると、知識が「2. どちらかといえばある」と回答したのは、受講経験のない学生が16人(15.2%)に対し、受講経験のある学生は12人(30.8%)と多かった(表2)。「どちらかといえばある」と答えた理由は、心の健康教育の受講経験のある学生の場合、半数が『中高校で学んだから』と記述しており、受講経験のない学生は『身内や知り合いに精神障害者がいる』、『興味がありインターネットやテレビでよく見る』という理由を挙げていた。一方、「どちらかといえば不足している」「不足している」と答えた学生は、心の健康教育の受講経験の有無に関わらず、理由として『よく知らないから』、『以前話を聞いただけだから』、『あまり勉強をしたことがない』を挙げていた。

MHLの(a)(c)(d)(e)の各構成要素と心の健康教育を受講経験のある学生とない学生についてクロス集計を行い、各項目について検定した。

(a)の「心の病にならないためにどんな方法が役に立つか」、(c)の「誰と関わるのが効果的か」の回答について、各質問項目の検定を行ったが、すべての項目で差を認めなかった(表4, 5)。

(d)の「軽いうつ病になった場合、自分で行える対処行動として役に立つと思えるものはどれか」という質問については「15. 動物とかかわる(ペットと遊ぶ)」の項目が、受講経験のある学生において有意に高かった(p値=0.026)(表6)。

(e)の「シナリオを読んであなたならどのような行動をするのか」という質問については、「16. 専門家にってもらうことを勧める」と回答した受講経験のある学生の割合が有意に高かった(p値=0.028)(表7)。

4. 考 察

学生の心の健康状態は、WHO-5の結果で、全体の平均点は、14.81点であり先行研究¹⁴⁾の平均点13.9点よりは高値であった。学生の38.2%がやや抑うつ的な状況を示していることがわかる。アンケートをとった時期が、入学から約2週間、講義開始から10日経過した頃であり、学生は新年度の新しい環境や人間関係形成のストレス、また90分という未体験の長時間講義が1日に4回、5回と続くことへの適応が難しい時期であったことが影響しているのではないかと考える。

本調査の対象学生のMHLは、Jormらが主にオーストラリアの若者で調査した結果とほぼ同じ傾向を示している。

精神疾患を予防する方法については「睡眠をとる」、「規則正しい生活を送る」、「リラックスできるような活動のための時間をとる」、「体を動かすことを続ける」を多くの学生が選択していた。これは一般に周知されている知識であり、厚生労働省や文部科学省がインターネットのサイトを用いて、啓蒙活動を行っているため、回答率が高いと考えられる。Jorm et al.の調査⁵⁾でも、多くの若者がこれらの項目を有効ととらえていた。しかし、「家族や友人と関わ

表5 うつ状態や不安な気持ちになった時の援助や対処行動に関する知識と心の健康教育受講との関連

	全体 N = 144 (%)	心の健康教育の受講	
		あり n = 39 (%)	なし n = 105 (%)
I - 1. 誰と関わることが効果的と思うか			
1 近親者 (親や兄弟)	101 (70.1)	30 (76.9)	71 (67.6)
2 親しい友達	103 (71.5)	27 (69.2)	76 (72.4)
3 カウンセラー	81 (56.3)	24 (61.5)	57 (54.3)
4 教師	13 (9.0)	4 (10.3)	9 (8.6)
5 開業医 (ホームドクター)	4 (2.8)	3 (7.7)	1 (1.0)
6 臨床心理士	32 (22.2)	8 (20.5)	24 (22.9)
7 心療科医	28 (19.4)	8 (20.5)	20 (19.0)
8 保健所や市役所などの相談窓口	9 (6.3)	3 (7.7)	6 (5.7)
9 電話相談 (いのちの電話など)	22 (15.3)	9 (23.1)	13 (12.4)
10 支援グループ	7 (4.9)	0	7 (6.7)
11 自己対処法について書かれた本	5 (3.5)	0	5 (4.8)
12 インターネットからの情報	6 (4.2)	0	6 (5.7)
13 自分で解決するのが一番	9 (6.3)	3 (7.7)	6 (5.7)
I - 2. 効果的でないと思う関わり			
1 近親者 (親や兄弟)	3 (2.1)	0	3 (2.9)
2 親しい友達	3 (2.1)	1 (3.4)	2 (2.9)
3 カウンセラー	3 (2.1)	2 (6.9)	1 (1.4)
4 教師	6 (4.2)	2 (6.9)	4 (5.8)
5 開業医 (ホームドクター)	5 (3.5)	4 (13.8)	1 (1.4)
6 臨床心理士	3 (2.1)	2 (6.9)	1 (1.4)
7 心療科医	4 (2.8)	3 (10.3)	1 (1.4)
8 保健所や市役所などの相談窓口	8 (5.6)	3 (10.3)	5 (7.2)
9 電話相談 (いのちの電話など)	10 (6.9)	5 (17.2)	5 (7.2)
10 支援グループ	5 (3.5)	3 (10.3)	2 (2.9)
11 自己対処法について書かれた本	20 (13.9)	7 (24.1)	13 (18.8)
12 インターネットからの情報	58 (40.3)	19 (65.5)	39 (56.5)
13 自分で解決するのが一番	49 (34.0)	13 (44.8)	36 (52.2)
II. どの対処行動が効果的と思うか			
1 瞑想 (座禅)	14 (9.7)	6 (15.4)	8 (7.6)
2 リラクゼーショントレーニング (呼吸法, 筋弛緩法など)	44 (30.6)	12 (30.8)	32 (30.5)
3 運動	89 (61.8)	23 (59.0)	66 (62.9)
4 早起きして太陽光を浴びること	48 (33.3)	15 (38.5)	33 (31.4)
5 生活習慣の改善	85 (59.0)	25 (64.1)	60 (57.1)
6 カウンセリング	78 (54.2)	22 (56.4)	56 (53.3)
7 向精神薬の服用	6 (4.2)	4 (10.3)	2 (1.9)
8 飲酒をやめる	12 (8.3)	3 (7.7)	9 (8.6)
9 喫煙をやめる	12 (8.3)	3 (7.7)	9 (8.6)
10 薬物をやめる	22 (15.3)	7 (17.9)	15 (14.3)

*: $p < 0.05$

る」については、オーストラリアの若者は97%と高い支持を示している一方で、本調査では有効な方策として支持する学生は少なかった。このことから身近な人に支援を求めることが心の予防になることを認識していないことが考えられる。「ストレスになりそうな状況を避ける」という予防方法については、先行研究で、専門家が10%、若者は74%が「有効」と答えており、本調査でも、学生の31.9%が支持している。両調査において専門家との判断の間に大きな差があることが示されたわけである。ストレス状況の回避は問題の本質的解決につながらずむしろ有害であると考えられている⁴⁾ことから、予防に対する正しい知識獲得にむけて、ストレスを避けるのではなく、ストレスに対してどのように対処していくのかについて、教育を行っていく

ことが、将来看護職に就く学生には必須と考える。

援助を求める際の対処法では、近親者や親しい友達と関わることが効果的であると選択した学生がそれぞれ70.1%、71.5%と多い。その理由として『信頼ができる』、『身近である』、『安心できる』、『相談しやすい』との記述から、学生は対処法として他者への援助を求めることが効果的と考えていることがわかる。しかし、友人や家族と関わることを「予防法」としては3~4割の学生しか有効としていないことを考えると、早い段階で相談行動を起こすことがメンタルヘルスの予防につながる、という認識をもたせる必要がある。

役に立たない関わりとして挙げられていたものは、「インターネットからの情報」と「自分で解決するのが一番」で

表6 軽うつ病になった場合の自助行動に関する知識と心の健康教育受講との関連

	全体 N = 144 (%)	心の健康教育の受講	
		あり n = 39 (%)	なし n = 105 (%)
1 運動をする	90(62.5)	23(59.0)	67(63.8)
2 十分な睡眠をとる	124(86.1)	34(87.2)	90(85.7)
3 SNSに投稿する	8(5.6)	3(7.7)	5(4.8)
4 他人に責任を負わせる	0	0	0
5 規則正しい生活習慣を身につける	76(52.8)	25(64.1)	51(48.6)
6 毎日少しずつでも目的を持った活動にかかわる	63(43.8)	18(46.2)	45(42.9)
7 興味のあることに参加してみる	89(61.8)	27(69.2)	62(59.0)
8 環境を変える(旅に出る、学校を休む、家族と離れる)	68(47.2)	21(53.8)	47(44.8)
9 過去にうつ状態になったとき効果的であった方法をリストアップしてそれを使う	6(4.2)	3(7.7)	3(2.9)
10 カラオケに行く	49(34.0)	10(25.6)	39(37.1)
11 ゲームをする(ネット、スマホ等のゲームも含む)	19(13.2)	3(7.7)	16(15.2)
12 毎日少しの時間でも必ず戸外に出る	53(36.8)	15(38.5)	38(36.2)
13 友達と長電話をする	37(25.7)	10(25.6)	27(25.7)
14 リラクゼーション法を習得する	20(13.9)	8(20.5)	12(11.4)
15 動物とかかわる(ペットと遊ぶ)	57(39.6)	22(56.4)	35(33.3)*
16 おなか一杯になるまで食べる	46(31.9)	13(33.3)	33(31.4)
17 楽しめること(趣味など)に打ち込む	115(79.9)	33(84.6)	82(78.1)
18 健康でバランスのとれた食事をする	62(43.1)	21(53.8)	41(39.0)
19 支えてくれ、気にかけてくれる相手と今の問題や感情について話す	94(65.3)	26(66.7)	68(64.8)
20 小さな目標を設定してそれに到達したとき自分にご褒美を与える	47(32.6)	14(35.9)	33(31.4)
21 自分を連れ出して活動する手助けをしてくれるよう、友人や家族に協力を求める	36(25.0)	10(25.6)	26(24.8)
22 自分がどう感じているかについて家族や友人に知らせ、自分の苦しみに気づいてもらう	56(38.9)	17(43.6)	39(37.1)

*: p < 0.05

表7 他者を支援するための初期援助技術と心の健康教育受講との関連

	全体 N = 144 (%)	心の健康教育の受講	
		あり n = 39 (%)	なし n = 105 (%)
1 理解できるよう問題に耳を傾ける	99(68.8)	24(61.5)	75(71.4)
2 批判やコメントをせずにただ聞く	68(47.2)	19(48.7)	49(46.7)
3 しっかりしろと励ます	5(3.5)	1(2.6)	4(3.8)
4 状況を評価する	6(4.2)	2(5.1)	4(3.8)
5 治まるまで放置する	1(0.7)	0	1(1.0)
6 支援の手を差し伸べる	68(47.2)	21(53.8)	47(44.8)
7 元気づけるために友人を集める(パーティなど)	23(16.0)	7(17.9)	16(15.2)
8 危機的状況に対して支援する	17(11.8)	5(12.8)	12(11.4)
9 情報を提供する	17(11.8)	3(7.7)	14(13.3)
10 近づく	6(4.2)	1(2.6)	5(4.8)
11 体を動かすことを勧める	44(30.6)	14(35.9)	30(28.6)
12 自殺感情があるかどうか尋ねる	3(2.1)	2(5.1)	1(1.0)
13 一般開業医受診を勧めて予約を取る	9(6.3)	5(12.8)	4(3.8)
14 問題を忘れるために忙しくさせる	1(0.7)	1(2.6)	0
15 関わらない	4(2.8)	1(2.6)	3(2.9)
16 専門家に見てもらふことを勧める	43(29.9)	17(43.6)	26(24.8)*
17 苦しいことを忘れるために飲酒を勧める	0	0	0
18 周りのサポートを受けることや自分で行える対処行動を提案する	70(48.6)	19(48.7)	51(48.6)

*: p < 0.05

あり、理由としては『あてにならない』、『正しい情報ばかりではない』という意見が多かった。先行研究でもインターネットの情報を支持する若者は72%と他の選択肢と比べてそれほど多くはなかった⁶⁾。ただ、インターネットの情報は一般的に質が劣っているものが多いが、webサイトにアクセスすることによってうつ病の治療についての効果的な知識を得ることが促進されるという結果も示されている¹³⁾。現在はスマートフォンの普及率も高く、若者のインターネ

ットへのアクセスが容易になっていることを踏まえると、正しいwebサイトの紹介をしていくことが効果的な教育方法の一つであると考えられる。

効果的な自助方策については「十分な睡眠」、「楽しめることをする」、「信頼できる相手と今の問題や感情について話をする」、「運動をする」が多い。これらは、先行研究において、効果のある自助方策リスト³⁾として取り上げられている。このリストで挙げられている効果的な自助方策の

うち、「リラクゼーション法を習得する」、「友人や家族に協力を求める」については、本調査で認識が低かった。リラクゼーション法については、86%が有効と答えているオーストラリアの若者に対し、日本ではまだ具体的にイメージできるものが少ないため、選択されていないと考える。また、友人や家族に協力を求めることに対しても、オーストラリアの若者は92%が有効と考えている⁶⁾のに対し、本調査では、今の問題や現状について他人へ話すことはあっても、協力を得る行動にまでは移らない傾向が示されている。Griffiths, et al. は多くの自助行動は軽い症状の時には多く用いられ、症状の重さが増すにつれて専門家への介入する頻度が増すことを明らかにした¹⁴⁾。友人や家族に協力を求めることが遅くなることで、専門家の助けを求めることができなくなる事態を招かないようにするためにもMHLを高めていく必要があることが示唆される。

他者を支援するための初期援助技術として、学生は「理解できるように問題に耳を傾ける」、「周りのサポートを受けることや自分で行える対処行動を提案する」、「批判やコメントをせずただ聞く」、「支援の手を差し伸べる」、「体を動かすことを勧める」を選択しており、この結果は、先行研究の初期援助技術リストとも一致している。これらは、効果のある初期援助技術リスト³⁾に取り上げられている。また、このリストで学生の認識が低かった項目は、「状況を評価する」、「危機的状況に対して支援する」、「情報を提供する」、「近づく」の4項目であり、全て10%程度の回答率である。また、「自殺感情があるかどうか尋ねる」についてオーストラリアの若者は、38%がこれについて有効と回答していたが、Jormらはこの回答率でも「少ない」と述べている⁹⁾。しかしながら、本調査でこれを有効とした学生はさらに少なく3人(2.1%)である。軽いうつ状態にある人は、一般的に希死念慮を持っていることが多く、自殺感情を尋ねることは重要なことであり、初期援助としては有効なものとされている。他者を支援するための初期援助技術についての調査では、対象学生が正しく認識できている項目もあった一方で、やや専門的になると的確な把握ができていないという状態が明らかになった。対象学生は医療職を目指しているため、初期援助技術を獲得・向上させるための知識をきちんと身に着けることが重要である。

心の健康教育の受講経験と現在の知識との関係を見ると、受講経験のない学生の15.2%に対し、受講経験のある学生の30.8%は心の健康や心の病気についての知識の獲得をしていると思っている。しかし、MHL構成要素での回答分布を見ると、ほとんどの項目で有意差は認めておらず、受講経験のある学生が能力を持っているという結果にはなっていない。たとえば、心の健康教育の受講経験のない学生ばかりか、受講経験のある学生においても、開業医(ホームドクター)や心療科医が役に立たないと答えている。このことは、心の健康教育が、学生自身が従来抱いているイメージを払しょくできるほどの影響をもたらさなかったということを表している。ただ、動物とかかわる(ペットと遊ぶ)の項目に有意差があったことについては、動

物と触れ合うことにより治療的効果があることが健康教育の場でストレスへの対処行動として講義されていたことが推測される。一部ではあるが、MHLについて心の健康教育の受講経験のない学生との差が認められる項目があったことから、心の健康教育を行うことは学生のMHLの向上に寄与していると考えられる。今後は、講演会やDVD放映による知識を、予防や自助方策への能力の習得にまで到達させるために、より深い内容の教育や効果的な教育手法について工夫を重ねる必要がある。

5. 結 語

今回の調査で学生のMHLは海外の先行研究の若者と大きな違いはなかったものの、知識が大きく不足している現状が明らかとなった。また、対象学生は心の教育の受講状況に関わらず、約8割が心の健康や病気については知識不足だと思っていることがわかった。予防に対する正しい知識、ストレス対処法、初期援助法の獲得にむけて、教育を行っていくことは、将来看護職に就く学生には必要である。特に、早い段階で相談行動を起こすことがメンタルヘルスの予防につながるという認識、webサイト情報の有効な活用法に対する理解、友人や家族に協力を求めると同時に、専門家の助けを求めることの効果の認識に向けての教育が求められる。WHO-5の結果では、学生の約4割がやや抑うつ的な状況を示していることもわかり、学生が自身の心の健康のためにもMHLの向上に努めなければならない現状も見えている。

これらの知見を活かし、将来看護師となる学生に対し、MHLが向上できるような講義内容にしていくため、従来の「精神看護学」の基礎教育にMHLの視点を取り入れた授業プログラムを構築していく必要がある。

6. 謝 辞

本研究を行うにあたり、アンケート調査にご協力いただいた学生の方々に深く感謝いたします。

7. 文 献

- 1) 山澤涼子：早期介入の意義：DUPと予後一，精神・神経誌，111(3)，274-277，2009。
- 2) Jorm A F, Korten A E, Jacomb P A, Christensen H, Rodgers B, & Pollitt P: "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, 1997.
- 3) Anthony F Jorm: Mental Health Literacy Empowering the Community to Take Action For Better Mental Health. American Psychologist, 67(3), 231-243, 2012.
- 4) Jorm A F, Morgan A J, & Wright A: Actions that young people can take to prevent depression, anxiety and psychosis: Beliefs of health professionals and young people., Journal of Affective Disorders, 126, doi: 10.1016/j.jad.2010.03.011. (確認2018/7/30)
- 5) Gulliver A, Griffiths K, & Christensen H: Perceived barriers and faacilitators to mental health help-seeking in young people: A systematic review., BMC Psychiatry, 10, doi: 10.1186/1471-244X-10-113. (確認2018/7/30)

- 6) Jorm A F, Morgan A J, & Wright A : A comparison of clinician, youth, and parent beliefs about helpfulness of interventions for early psychosis., *Psychiatric Services*, 59(10)1115–1120, 2008. doi : 10.1176/appi.ps.59.10.1115 (確認2018/7/30)
- 7) Kelly C M, Jorm A F, & Rodgers B : Adolescents' responses to peers with depression or conduct disorder., *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40, doi : 10.1111/j.1440-1614.2006.01744.x. (確認2018/7/30)
- 8) Dunham K : Young adults' support strategies when peers disclose suicidal intent., *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 34, doi : 10.1521/suli.34.1.56.27773. (確認2018/7/30)
- 9) Yap M B H, Wright A, & Jorm A F : First aid actions taken by young people for mental disorders in a close friend or family member : Finding from a national survey of Australian youth., *Psychiatry Research*, 188, doi : 10.1016/j.psychres.2011.01.014 (確認2018/7/30)
- 10) https://www.psykiatri-regionh.dk/who-5/Documents/WHO5_Japanese.pdf.2002. (確認2018/7/30)
- 11) Awata S, Bech P, Yoshida S, Hirai M, Suzuki S, Yamashita M, & Oka Y : Reliability and validity of the Japanese version of the World Health Organization-Five Well-Being Index in the context of detecting depression in diabetic patients., *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 61, 112–119, 2007.
- 12) 呉, 藤珊 : 大学生のクロノタイプとエフォートフル・コントロールが精神的健康に及ぼす影響 (The impact of college student's chronotype and effortful control on mental health.), *神戸大学発達・臨床心理学研究*, 17, 1–7, 2018.
- 13) Christensen H, Griffiths K M, & Jorm A F : Delivering interventions for depression by using the Internet : Randomised controlled trial., *BMJ : British Medical Journal*, 328, doi : 10.1136/bmj.37945.566632.EE. (確認2018/7/30)
- 14) Jorm A F, Griffiths K M, Christensen H, Parslow R A, & Rogers B : Action taken to cope with depression at different levels of severity : A community survey., *Psychological Medicine*, 34, doi : 10.1017/S003329170300895X. (確認2018/7/30)