

大学生の発達障害に関する メンタルヘルスリテラシー尺度の適用範囲の拡張 —大学生版の開発—

水野 雅之^{†1}

(令和元年 11 月 28 日査読受理日)

Extension of the applicability of the mental health literacy scale to students with developmental disabilities : Development of a scale for university students

Mizuno, Masashi^{†1}

(Accepted for publication 28 November, 2019)

要約

発達障害の大学生が適応的に大学生活を送るためには、他の学生など彼らの周囲の人々が発達障害について理解することが重要である。本研究の目的は、大学教員を対象に作成された大学生の発達障害に関するメンタルヘルスリテラシー尺度の適用範囲を拡張し、大学生にも適用可能にすることであった。306名の大学生を対象に調査を実施した。調査の結果、尺度の因子構造については大学教員版との一貫性がみられ、高い内的一貫性と十分な妥当性が示された。最後に今後の研究と実践活動における本尺度の適用について論じた。

Abstract

It is essential for people around university students with developmental disabilities, including their peers, to understand such disabilities. This will help prevent eventual maladjustments of these students to campus life. The purpose of the current study is to extend the applicability of the mental health literacy scale to students with developmental disabilities, as it was created for the use of university faculty members in their work with students. A total of 306 undergraduate students participated in this study. The factor structure of the university students' version of the scale was consistent with that of university faculty members. Moreover, it showed high internal consistency and moderate validity. Furthermore, applications of the scale, in terms of future research and practical activities have been discussed in this study.

キーワード：発達障害，メンタルヘルスリテラシー，大学生，尺度作成

Key words: developmental disabilities, mental health literacy, university students, scale development

1. 問題と目的

1.1 発達障害の大学生

近年、4年制大学に在籍する自閉スペクトラム症（以下、ASD）、注意欠如・多動症（以下、ADHD）、限局性学習症（以下、LD）の学生数は増加傾向にあり¹⁾、その支援の在り方に注目が集まっている²⁾³⁾。発達障害の学生は大学生活で不適応を起こすことが多いことが指摘されており⁴⁾⁵⁾、適応的な大学生活を送るには、専門家による支援だけではなく、周囲の人々の適切な理解も重要である。本研究では、メンタルヘルスリテラシーの観点から、発達障害の適切な理解について検討する。

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とは、精神障害の認識や管理、

予防に関する知識と信念と定義され、6つの構成要素があるとされる⁶⁾⁷⁾。その6つの構成要素とは、「精神疾患を認識する能力」、「原因に関する知識と信念」、「自己対処の方法に関する知識と信念」、「専門的支援に関する知識と信念」、「認識と援助要請を促す態度」、「情報の入手方法に関する知識」である。

第1に「精神疾患を認識する能力」とは、特定の精神疾患を同定したり、異なるタイプの精神疾患を見分けることのできる能力である。第2に「原因に関する知識と信念」は、精神疾患の発症や悪化に関する要因についての知識と信念を指す。第3に「自己対処の方法に関する知識と信念」は、症状の改善につながる、自身でできる取り組みについての知識と信念である。第4に「専門的支援に関する知識と信念」は、専門家の支援の利用方法や、専門的支援の内容に関する知識と信念を指す。第5に「認識と援助要請を

^{†1} 東京家政大学子ども学部子ども支援学科

促す態度」とは、精神疾患や専門的支援への態度である。「認識と援助要請を促す態度」には精神疾患や専門的支援を受けることへの否定的な偏見なども含まれる。第6に、「情報の入手方法に関する知識」は、精神疾患や精神的健康に関する情報を得るための方法に関する知識を指す。

1.3 メンタルヘルスリテラシーを測定する尺度

大学生の発達障害に関するメンタルヘルスリテラシーを測定する尺度には、大学教員を対象に作成された「大学生の発達障害に関するメンタルヘルスリテラシー尺度」がある⁸⁾。しかし、発達障害の学生と講義や課外活動など大学生活を共に過ごしているのは、友人や同級生である。また、ASDの学生の学業や社会的達成に対して、周囲の学生の態度が潜在的な調整変数となりうるということが指摘されている⁹⁾。

すなわち、大学教員だけでなく、一般の大学生の「大学生の発達障害」に関するメンタルヘルスリテラシーを検討することも重要であると言える。

1.4 本研究の目的

そこで、本研究では、大学教員を対象に作成された、大学生の発達障害に関するメンタルヘルスリテラシー尺度の適用範囲を拡大し、大学生にも適用可能な尺度(大学生版)を作成することを目的とする。大学生に適用可能な尺度を作成することによって、大学生の「大学生の発達障害」に関するメンタルヘルスリテラシーの基礎的研究や介入研究の推進に寄与できらるであろう。

また、本研究ではあらためて大学生を対象に尺度を作成するため、作成した尺度の因子構造と信頼性、妥当性を検討する。尺度の妥当性の検討には、大学教員版と同様に⁸⁾、次の2つの仮説を設定した。

まず、「発達障害に関連のある分野を専門分野としている大学生は、そうでない大学生よりもメンタルヘルスリテラシーが高い」という仮説を検討する。本研究では、医学、心理学、教育学、保育学、看護学、社会福祉学を発達障害に関連のある分野、それ以外の専門分野を、関連のない分野と操作的に定義する。発達障害に関連のある専門分野には発達障害に関する授業科目が設定されていたり、これらの専門分野の学生は発達障害と関連のない分野の学生よりも発達障害に興味や関心を持っている可能性が高いため、このような仮説を設定した。次に、「発達障害の人との関係性が深い人は関係性が浅い人よりもメンタルヘルスリテラシーが高い」という仮説を検討する。

2. 方法

2.1 調査手続き・調査対象者

インターネット調査会社が保有するweb調査モニターを対象に、2018年1月に回答者募集を行い、大学2-4年生306

名(男性90名、女性216名、平均年齢=21.16歳、SD=1.16)から回答を得た。発達障害に関連のある分野を専攻している学生は154名(教育学・保育学62名、心理学28名、看護学27名、医学22名、社会福祉学15名)、発達障害に関連のない分野を専攻している学生は101名であった(人文社会科学92名、自然科学59名)。その他の1名は専攻する分野が不明であった。

回答者の募集の際には、尺度の妥当性の検討のために、発達障害と関連のある分野の学生と関連のない分野の学生がほぼ同数となるよう調整した。なお、2年生以上の大学生を調査対象者としたのは、所属大学によっては1年次には一般教養に関する科目が主であり、専門についての講義が開講されていない可能性があるためである。また、最も学年の低い2年生であっても、その年次の学習をほとんど終えている可能性の高い1月に調査を設定した。

2.2 調査内容

(1) デモグラフィック変数

学年、年齢、性別、専門分野について回答を求めた。

(2) 大学生の発達障害に関するメンタルヘルスリテラシー

大学教員を対象に作成された、大学生の発達障害に関するメンタルヘルスリテラシー尺度⁸⁾を、一部大学生に適用できるように変更を加えて使用した。尺度はメンタルヘルスリテラシーの6つの要素に対応した6つのパートから構成されている。回答形式は、「1:まったくあてはまらない」から「6:非常にあてはまる」の6件法であった。

「疾患の認識に関する能力」のパートの質問項目は、「ASDの反復的な行動様式を認識する能力」(6項目)、「ASDの社会的コミュニケーションの障害を認識する能力」(3項目)、「ADHDを認識する能力」(7項目)、「LDを認識する能力」(7項目)の4因子構造である。ASD、ADHD、LDそれぞれの疾患ごとに、「以下の項目は、(疾患名)の人の特徴として、どの程度あてはまると思いますか」と教示し、回答を求めた。なお、本尺度は各疾患の質問項目に、うつ病の症状に関する項目(「気分が沈んでいるように見える」と)、その他の発達障害に関する項目を2項目ずつ、フィルター項目として追加して使用することになっている。たとえば、ASDの症状や状態像に関する質問項目については、ADHDとLDの症状や状態像に関する4項目とうつ病の症状に関する1項目を追加して使用する。フィルター項目を質問項目に追加したのは、類似性の高い項目が続くことによって、特定の発達障害へのイメージが形成され、回答への構えが生じてしまう可能性があったためである。なお、ASD、ADHD、LDに関する設問およびそれぞれの設問内の尺度項目の提示順はランダムになるよう設定し、提示順の影響を受けないようにした。

「原因に関する知識と信念」については、3項目から構成されている。原版の作成の際には、探索的因子分析を実

施したが、これら3項目を説明可能な因子が抽出されなかったため、それぞれの項目を合計せずにそのまま使用することになっている。また、「自己対処の方法に関する知識と信念」については、「適切な自己対処の方法に関する知識」(3項目)と「不適切な自己対処の方法に関する知識」(2項目)の2因子構造である。これらの2つの構成要素については、「以下の項目は、発達障害(自閉スペクトラム症、注意欠如・多動症、学習障害)の特徴として、どの程度あてはまると思いますか」と教示し、回答を求めた。

「専門的支援に関する知識と信念」については、1因子構造であり、5項目から構成されている。また、「認識と援助要請を促す態度」については、「支援を受けることへの肯定的態度(3項目)」、「アドバイスを受けることへの肯定的

態度(3項目)」、「発達障害への肯定的態度(5項目)」、「発達障害への否定的態度(5項目)」の4因子構造であるが、「アドバイスを受けることへの肯定的態度」は大学教員が指導学生への対応について助言を受けることに関する項目から構成されているため、大学生用の作成にあり、この下位尺度を除外した。「情報の入手方法に関する知識」については、1因子構造であり、4項目から構成されている。これらの3つの構成要素に関しては、「以下の項目はあなたにどの程度あてはまると思いますか」と教示し、回答を求めた。

(3) 発達障害者との関係性

うつ病患者への接触経験尺度¹⁰⁾の日本語版¹¹⁾の項目表現を変更して使用した。具体的には、質問項目の「うつ病

Table 1 疾患の認識に関する能力の確認的因子分析の結果

項目	F1	F2	F3	F4	M	SD
F1: ASDの反復的な行動様式を認識する能力 ($\omega=.85$)						
特定の手順や進め方にこだわることがある	.83				4.02	1.40
限定された興味の対象に熱中することがある	.73				4.35	1.41
多くの人には気にならない音や光をとっても不快に感じることがある	.72				4.01	1.62
必要以上にルールや規則、時間を守り、柔軟性がないことがある	.65				3.61	1.42
自分の興味のあることを一方的に話すことがある	.64				3.84	1.37
他人への関心が乏しいことがある	.58				3.97	1.30
F2: ASDの社会的コミュニケーションの障害を認識する能力 ($\omega=.77$)						
集団の中で適切に振舞うことが得意である (逆転)		.79			4.34	1.27
場の状況や文脈を読み取ることが得意である (逆転)		.70			4.19	1.29
相手の気持ちを察することが得意である (逆転)		.70			4.16	1.35
F3: ADHDを認識する能力 ($\omega=.92$)						
課題や提出物をなくしてしまったり、期限を忘れることがある			.86		3.71	1.65
極端に活動的で落ち着きがないことがある			.81		3.85	1.67
予測や考えなしに、行動を起こすことがある			.80		4.00	1.39
授業で指示を聞き間違えたり、聞き逃すことがある			.79		3.97	1.36
財布や携帯電話など、貴重品をなくすことがある			.78		3.64	1.58
講義に遅刻することが多い			.75		3.41	1.56
気が散りやすいことがある			.74		4.27	1.39
F4: LDを認識する能力 ($\omega=.86$)						
知的能力が低くないにも関わらず「読む」ことだけが苦手である				.79	3.36	1.48
知的能力が低くないにも関わらず「書く」ことだけが苦手である				.77	3.48	1.48
簡単な計算でも間違いが多いことがある				.74	3.62	1.40
知的能力が低くないにも関わらず「推論する(見通しを立てる)」ことだけが苦手である				.67	3.48	1.39
多くの文献を読むような課題が苦手なことがある				.65	3.90	1.36
よいアイデアを持っていても、文章にすることが苦手なことがある				.64	3.83	1.31
知的能力が低くないにも関わらず「話す」ことだけが苦手である				.54	3.41	1.39
因子間相関						
	F1	F2	F3	F4		
F1						
F2	.48					
F3	.77	.53				
F4	.72	.36	.73			

の人」を「発達障害の人」と変更した。発達障害の人との関係性を示した 12 個の項目を示し、あてはまるものすべてを選択するよう求めた。

12 個の項目は、疎遠な関係性から親密な関係性を示す内容の順に並んでおり、順位得点が設定されていた。選択された項目のうち、最も親密な関係性を示す項目の順位得点を、関係性の指標とした。得点の範囲は「1: 発達障害だと思ふような人を見たことがない」から「12: 私は発達障害である」であった。

2.3 倫理的配慮

調査は匿名であること、調査への回答は自由意思に基づくこと、調査に協力しなくても不利益を被ることはないこと、調査への回答をもって研究への協力に同意したこととみなすことを回答開始前の画面に明記した。また、本研究は著者が研究実施時に所属していた研究機関に設置された研究倫理委員会の承認を得て、実施された。

3. 結果

3.1 因子構造と信頼性の検討

「疾患の認識に関する能力」については「ASD の反復的な行動様式を認識する能力」、「ASD の社会的コミュニケーションの障害を認識する能力」、「ADHD を認識する能力」、「LD を認識する能力」の 4 因子構造を想定し、確認的因子分析を実施した (Table 1)。モデル適合度は CFI=.93, RMSEA=.062, SRMR=.049 であり、一定の水準を満たしていた。また、信頼性の検討のために ω 係数を算出したところ $\omega=.77-.92$ と十分な値が得られた。

「原因に関する知識と信念」については、原版では 3 項目の質問項目を説明可能な因子が抽出されなかった。そのため、本研究であらためて最尤法による探索的因子分析を実施したが、原版と同様に 3 項目を説明可能な因子が抽出されなかった。そのため、「発達障害は脳の機能障害による疾患である (平均値=4.17, SD=1.17)」、「発達障害は生物学的な要因 (遺伝など) の影響が強い (平均値=3.51, SD=1.29)」、「発達障害の原因は心理的なストレスである (平均値=3.01, SD=1.33)」の 3 項目を因子によって集約せずに使用することとした。

「自己対処の方法に関する知識と信念」については「適切な自己対処の方法に関する知識」と「不適切な自己対処の方法に関する知識」の 2 因子構造を想定し、確認的因子分析を実施した (Table 2)。モデル適合度は CFI=1.00, RMSEA=.000, SRMR=.019 と非常に良好であった。 ω 係数に関してはいずれも $\omega=.86$ であり、高い内的一貫性が示された。

「専門的支援に関する知識と信念」については、単一因子構造を想定し、確認的因子分析を実施した (Table 3)。モ

デル適合度は CFI=.90, RMSEA=.191, SRMR=.061 であった。RMSEA の値が高かったが、大学教員版の尺度との対応関係を保つこと、CFI と SRMR の値は十分許容できる値であること、内的一貫性が高いこと ($\omega=.82$) から、単一因子構造のモデルを採用することとした。

「認識と援助要請を促す態度」については、「支援を受けることへの肯定的態度」、「発達障害への肯定的態度」、「発

Table 2 自己対処の方法に関する知識と信念の確認的因子分析の結果

項目	F1	F2	M	SD
F1: 適切な自己対処の方法に関する知識 ($\omega=.86$)				
発達障害の人にとって、自分の特性や特徴を知ることは重要である	.89		4.62	1.24
発達障害の人にとって、自分の得意なことや苦手なことについて知ることは重要である	.80		4.62	1.24
発達障害の人にとって、自分の苦手なことへの対処法を考えることは重要である	.77		4.35	1.30
F2: 不適切な自己対処の方法に関する知識 ($\omega=.86$)				
発達障害の人は、バランスの良い食事をとることで、症状が抑えられる		3.40	2.82	1.18
発達障害の人は、定期的に運動をすることで、症状が抑えられる		.16	3.05	1.17
因子間相関				
	F1	F2		
	F1	—		
	F1	-.02		

Table 3 専門的支援に関する知識と信念の確認的因子分析の結果

項目	F1	M	SD
学生相談室や障害支援部門ではどのような支援を受けることができるか知っている	.79	2.73	1.44
地域の発達障害者支援センターではどのような支援を受けることができるか知っている	.79	2.48	1.38
精神科の病院ではどのような支援を受けることができるか知っている	.72	2.86	1.48
地域の発達障害者支援センターがどこにあるか知っている	.62	2.23	1.32
精神科の病院がどこにあるか知っている	.55	2.83	1.58

Table 4 認識と援助要請を促す態度の確認的因子分析の結果

項目	F1	F2	F3	M	SD
F1: 支援を受けることへの肯定的態度 ($\omega=.73$)					
もし、自分が発達障害であることがわかったら、地域の発達障害者支援センターで支援を受けたいと思う	.81			3.59	1.37
もし、自分が発達障害であることがわかったら、精神科の病院で支援を受けたいと思う	.75			3.73	1.35
自分が発達障害だとしたら、専門家に支援を求めないだろう (逆転)	.40			4.79	1.11
F2: 発達障害への肯定的態度 ($\omega=.92$)					
発達障害の人と夕食を一緒にしてもいいと思う	.88			3.68	1.37
発達障害の人と友達になってもいいと思う	.87			3.91	1.33
発達障害の人の家の隣に引っ越してもいいと思う	.83			3.54	1.39
発達障害の人が職場の近くで仕事を始めてもいいと思う	.83			4.03	1.37
発達障害の人が結婚して家族の一員になってもいいと思う	.75			3.39	1.42
F3: 発達障害への否定的態度 ($\omega=.75$)					
発達障害の人は危険である		.73		2.29	1.23
発達障害の人を避けるのが、最も良い選択である		.71		2.16	1.17
発達障害であると思ったら、私はそのような人を雇わないだろう		.68		2.82	1.20
政治家が発達障害で苦しんでいると思ったら、私はその人に投票しないだろう		.66		2.54	1.23
自分が発達障害だとしたら、そのことを誰にも言わないだろう		.22		3.42	1.22
因子間相関					
	F1	F2	F3		
	F1				
	F2	.49			
	F3	-.20	-.48		

発達障害への否定的態度」の3因子構造を想定し、確認的因子分析を実施した (Table 4)。モデル適合度は CFI=.95, RMSEA=.072, SRMR=.066 であり、一定の水準を満たしていた。また、 ω 係数については $\omega=.73-.92$ と十分な値が得られた。

「情報の入手方法に関する知識」については、単一因子構造を想定し、確認的因子分析を実施した (Table 5)。モデル適合度は CFI=.97, RMSEA=.107, SRMR=.035 と RMSEA の値がやや高いが、その他の適合度指標は十分な値であった。信頼性係数は $\omega=.73$ と十分な内的一貫性が示された。

Table 5 情報の入手方法に関する知識の確認的因子分析の結果

項目	F1	M	SD
私は発達障害のことで困ったら、書籍を調べて、発達障害の情報を得よう	.77	4.02	1.30
私は発達障害のことで困ったら、インターネットを使って、発達障害の情報を得よう	.67	4.45	1.26
私は発達障害のことで困ったら、専門家に会いに行き、発達障害の情報を得よう	.66	3.76	1.38
私はどうすれば発達障害の情報が得られるか知っている	.45	3.05	1.49

Table 6 専門分野によるメンタルヘルスリテラシーの比較

	発達障害に関連する専門分野 (n=154)		その他の専門分野 (n=151)		t 値	Cohen's d
	M	SD	M	SD		
ASDの反復的な行動様式を認識する能力	4.13	1.07	3.79	1.04	$t(303)=2.85^{**}$	0.33
ASDの社会的コミュニケーションの障害を認識する能力	4.32	1.05	4.14	1.11	$t(303)=1.45$	0.17
ADHDを認識する能力	4.02	1.29	3.66	1.17	$t(303)=2.51^*$	0.29
LDを認識する能力	3.77	0.99	3.41	1.04	$t(303)=3.09^{**}$	0.35
「発達障害は脳の機能障害による疾患である」	4.23	1.16	4.09	1.17	$t(303)=1.01$	0.12
「発達障害は生物学的な要因(遺伝など)の影響が強い」	3.49	1.29	3.51	1.29	$t(303)=-0.16$	-0.02
「発達障害の原因は心理的なストレスである」	2.96	1.19	3.04	1.46	$t(303)=-0.52$	-0.06
適切な自己対処の方法に関する知識	4.63	0.98	4.42	1.22	$t(303)=1.73^\dagger$	0.20
不適切な自己対処の方法に関する知識	2.91	0.94	2.97	1.11	$t(303)=-0.49$	-0.06
専門家の支援に関する知識と信念	3.11	0.99	2.37	0.98	$t(303)=6.56^{**}$	0.75
発達障害への肯定的態度	3.98	1.09	3.42	1.22	$t(303)=4.19^{**}$	0.48
発達障害への否定的態度	2.50	0.75	2.79	0.90	$t(303)=-3.08^{**}$	-0.35
支援を受けることへの肯定的態度	3.40	0.74	3.20	0.90	$t(303)=2.12^*$	0.24
情報の入手法に関する知識	4.00	0.97	3.63	1.00	$t(303)=3.31^{**}$	0.38

注) ** $p < .01$, * $p < .05$, † $p < .10$

Table 7 関係性によるメンタルヘルスリテラシーの比較

	関係性高群 (n=63)		関係性低群 (n=198)		t 値	Cohen's d
	M	SD	M	SD		
ASDの反復的な行動様式を認識する能力	4.32	0.98	3.99	1.06	$t(259)=2.20^*$	0.32
ASDの社会的コミュニケーションの障害を認識する能力	4.58	0.91	4.21	1.09	$t(259)=2.47^*$	0.36
ADHDを認識する能力	4.33	1.14	3.83	1.24	$t(259)=2.84^{**}$	0.41
LDを認識する能力	3.96	1.11	3.58	1.01	$t(259)=2.56^*$	0.37
「発達障害は脳の機能障害による疾患である」	4.67	1.21	4.14	1.11	$t(259)=3.24^{**}$	0.47
「発達障害は生物学的な要因(遺伝など)の影響が強い」	3.32	1.51	3.59	1.23	$t(259)=-1.42$	-0.21
「発達障害の原因は心理的なストレスである」	2.73	1.53	3.06	1.28	$t(259)=-1.68^\dagger$	-0.24
適切な自己対処の方法に関する知識	4.95	1.03	4.56	1.04	$t(259)=2.58^{**}$	0.37
不適切な自己対処の方法に関する知識	2.62	1.07	3.01	1.01	$t(259)=-2.61^{**}$	-0.38
専門家の支援に関する知識と信念	3.18	1.13	2.65	1.02	$t(259)=3.45^{**}$	0.50
発達障害への肯定的態度	4.24	1.16	3.68	1.16	$t(259)=3.30^{**}$	0.48
発達障害への否定的態度	2.48	0.72	2.66	0.86	$t(259)=-1.45$	-0.21
支援を受けることへの肯定的態度	3.60	0.78	3.31	0.80	$t(259)=2.50^*$	0.36
情報の入手法に関する知識	4.24	1.04	3.85	0.94	$t(259)=2.76^{**}$	0.40

注) ** $p < .01$, * $p < .05$, † $p < .10$

3.2 妥当性の検討

尺度の妥当性を確認するために、次の2つの仮説を検討した。まず、「発達障害に関連のある分野を専門分野としている学生は、そうでない学生よりもメンタルヘルスリテラシーが高い」ことを検証するために、専門分野を独立変数、メンタルヘルスリテラシーを従属変数とした、対応のない t 検定を実施した (Table 6)。

その結果、「ASD の反復的な行動様式を認識する能力」、「ADHD を認識する能力」、「LD を認識する能力」、「適切な自己対処の方法に関する知識」、「専門家の支援に関する知識と信念」、「発達障害への肯定的態度」、「支援を受けることへの肯定的態度」、「情報の入手法に関する知識」については、発達障害に関連のある分野を専門分野とする学生の方が専門としない学生よりも、有意または有意傾向で得点が高かった。一方、「発達障害への否定的態度」については、発達障害に関連のある分野を専門分野としない学生の方が、専門とする学生よりも有意に得点が高かった。なお、「発達障害への否定的態度」については、その得点が低い方がメンタルヘルスリテラシーが高いことを示す。

次に「発達障害の人との関係性が深い人は関係性が浅い人よりもメンタルヘルスリテラシーが高い」ことを検討するために、発達障害の人との関係性の得点が6点以上の関係性高群 (63名) と5点以下の関係性低群 (198名) の2群に調査対象者を分類した。6点を群分けの基準としたのは、6点以上の順位得点は発達障害の人と直接関わった経験があるなど深い関係性を示しているためである。なお、45名の調査対象者は関係性の得点が未回答であった。その後、群を独立変数、メンタルヘルスリテラシーを従属変数とした、対応のない t 検定を実施した (Table 7)。

その結果、「ASD の反復的な行動様式を認識する能力」、「ASD の社会的コミュニケーションの障害を認識する能力」、「ADHD を認識する能力」、「LD を認識する能力」、「発達障害は脳の機能障害による疾患である」、「適切な自己対処の方法に関する知識」、「専門家の支援に関する知識と信念」、「発達障害への肯定的態度」、「支援を受けることへの肯定的態度」、「情報の入手法に関する知識」については、発達障害の人との関係性が深い人は関係性が浅い人よりも有意に得点が高かった。一方で、「発達障害の原因は心理的なストレスである」、「不適切な自己対処の方法に関する知識」については、発達障害の人との関係性が浅い人は関係性が深い人よりも有意または有意傾向で得点が高かった。なお、これらの下位尺度や項目は得点が低いことが高いメンタルヘルスリテラシーを示す。

4. 考察

本研究の目的は、大学教員を対象に作成された、大学生の発達障害に関するメンタルヘルスリテラシー尺度の適用

範囲を拡大し、大学生にも適用可能な尺度 (大学生版) を作成することであった。

4.1 尺度の因子構造と信頼性

本研究では、まず尺度の因子構造を検討した。大学教員を対象に作成した原版の因子構造をもとに、確認的因子分析を実施したところ、「疾患の認識に関する能力」、「自己対処の方法に関する知識と信念」、「認識と援助要請を促す態度」については一定のモデル適合度が得られた。

その一方で、「専門的支援に関する知識と信念」、「情報の入手方法に関する知識」についてはややモデル適合度が不良だった。しかしながら、今後、本尺度を大学教員のメンタルヘルスリテラシーとの比較にも用いることができるよう、大学教員版との対応関係を優先することとし、モデルの再構成は行わなかった。

なお、「原因に関する知識と信念」については、あらためて探索的因子分析を実施したが、原版と同様に因子による集約ができず、多様な内容の項目から構成されていることが再確認された。

また、信頼性の指標として、 ω 係数を算出したところ、いずれの値も.70を超えており、本尺度は十分な内的一貫性を備えた尺度であると言える¹²⁾。

4.2 尺度の妥当性

尺度の妥当性の検討にあたり、「発達障害に関連のある分野を専門分野としている大学生は、そうでない大学生よりもメンタルヘルスリテラシーが高い」と「発達障害の人との関係性が深い人は関係性が浅い人よりもメンタルヘルスリテラシーが高い」の2つの仮説を検討した。その結果、おおむね仮説通りの関係性がみられたが、「原因に関する知識と信念」のうち「発達障害は生物学的な要因 (遺伝など) の影響が強い」においてのみ有意差がみとめられず、いずれの仮説にも合致しなかった。

すなわち、妥当性については一部、再検討の余地が残るものの、本尺度は一定の妥当性を備えた尺度であると言える。

4.4 尺度の活用方法

本尺度の活用方法については、大きく基礎研究における活用と実践活動の効果測定における活用が考えられる。

基礎研究では、具体的に次のような活用が考えられよう。2014年時点のメンタルヘルスリテラシーの測定尺度に関するシステムティックレビュー¹³⁾では、既存の尺度にはメンタルヘルスリテラシーの6つの要素すべてを取り入れた研究が存在しないことが指摘されている。この指摘を受けて、メンタルヘルスリテラシーのすべての要素を取り入れた Mental Health Literacy Scale が2015年に開発された¹⁴⁾が、尺度得点は合計点を用いることとなっており、メンタルヘルスリテラシーの構成要素ごとの測定ができない。本研究

で作成された尺度はメンタルヘルスリテラシーの構成要素をすべて含んでいる上に、構成要素ごとの測定が可能である。本尺度を用いることで、メンタルヘルスリテラシーのどの要素が重要な機能を持つのか、より詳細に明らかにすることができるだろう。

実践活動では、発達障害の大学生に関する啓発活動の効果測定に活用できるだろう。本尺度によって、メンタルヘルスリテラシーの構成要素ごとに、啓発活動の効果の評価が可能になる。このような評価に基づいた実践活動の振り返りを通して、より効果的な啓発プログラムの開発に寄与できると考えられる。

附記 本研究は科学研究費補助金（若手B）「大学生の発達障害に関するメンタルヘルスリテラシーの介入プログラムの開発」（17K18399）の助成のもと実施された。

引用文献

- 1) 独立行政法人日本学生支援機構 (2019). 平成 30 年度 (2018 年度) 大学, 短期大学及び高等専門学校における障害のある学生の修学支援に関する実態調査結果報告書.
- 2) 須賀英道 (2012). 大学生の発達障害サポートに最も必要なものは何か? 心理学ワールド, 58, 21-22.
- 3) 福田真也 (2013). 大学生の発達障害を支援する ころの科学, 171, 34-38.
- 4) 高橋知音 (2012). 発達障害のある大学生のキャンパスライフサポートブック—大学・本人・家族にできること— 学研教育出版.
- 5) 高橋知音 (2016). 発達障害のある大学生への支援 金子書房
- 6) Jorm, A. F. (2000). Mental health literacy: Public knowledge and beliefs about mental disorders. *British Journal of Psychiatry*, 177, 396-401.
- 7) Jorm, A. F., Korten, A. E., Jacomb, P. A., Christensen, H., Rodgers, B., & Pollitt, P. (1997). "Mental health literacy": A survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *Medical Journal of Australia*, 166, 182-186.
- 8) 水野雅之 (2019). 大学生の発達障害に関するメンタルヘルスリテラシー尺度の作成 学生相談研究, 39, 184-195.
- 9) Nevill, R., & White, S. (2011). College students' openness toward autism spectrum disorders: Improving peer acceptance. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 41, 1619-1628.
- 10) Holmes, E. P., Corrigan, P. W., Williams, P., Canar, J., & Kubiak, M. A. (1999). Changing attitude about schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 25, 447-456.
- 11) Kashihara, J. (2015). Examination of stigmatizing beliefs about depression and stigma-reduction effects of education by using implicit measures. *Psychological Reports*, 116, 337-362.
- 12) Kline, P. (2000). *The handbook of psychological testing* (2nd ed.). London: Routledge.
- 13) O'Conner, M., Casey, L., & Clough, B. (2014). Measuring mental health literacy: A review of scale-based measures. *Journal of Mental Health*, 23, 197-204.
- 14) O'Conner, M., & Casey, L. (2015). The Mental Health Literacy Scale (MHLS): A new scale-based measure of mental health literacy. *Psychiatry Research*, 229, 511-516.