

## Mental Health Literacy Scale日本語版の作成と信頼性・妥当性の検討 —文系学部に所属する大学生を対象に—

松村 梨央\*・佐藤 寛\*\*・竹森 啓子\*\*\*・池田 浩之\*\*\*\*

本研究では, Mental Health Literacy Scale日本語版を作成し,信頼性と妥当性を検討するために, 文系大学生214名と公認心理師14名を対象者としてオンライン調査を行った。

分析の結果, メンタルヘルスリテラシーの6要素を想定した6因子構造は認められず, 5因子24項目が抽出されたが, 項目削除は行わず, 原版と同様の35項目の尺度が作成された。また, 構成概念妥当性が示されたほか, 内的整合性と良好な再検査信頼性が示された。一般大学生を対象とした調査において, 良好な妥当性・信頼性が確認されたことから, メンタルヘルスに関する教育を受けていない一般成人のメンタルヘルスリテラシーの程度が測定可能な尺度が作成された。

キーワード：メンタルヘルスリテラシー, 大学生, 日本語版, 信頼性, 妥当性

### 1. 問題と目的

#### 1-1. 国内のメンタルヘルス不調の現状

近年, 日本国内において精神疾患により医療機関を受診している患者数は大幅に増加している。厚生労働省(2017)によると, 精神疾患を有する外来患者数は2002年から2017年の15年間でおよそ160万人増加し, 年齢階級別にみても全世代で増加傾向であると報告されていることから, 日本国内においてメンタルヘルス不調の問題が深刻化していると考えられる。

メンタルヘルス不調は, 精神および行動の障害に分類される精神障害や自殺のみならず, ストレスや強い悩み, 不安などの心身の健康, 社会生活および生活の質に影響を与える可能性がある(厚生労働省, 2015) ことから, メンタルヘルス不調の早期発見, 早期介入が重要である。

#### 1-2. 予防としてのメンタルヘルスリテラシー

メンタルヘルスリテラシー(Mental Health Literacy; 以下, MHL)の向上がメンタルヘルスに関する問題の予防について重要であることが示唆されている(大久保・市来・堂上・井村・谷口・谷口, 2011)。MHLは『精神疾患に関する認識や管理, 予防するための援助についての知識や考え』であると定義されており(Jorm, Korten, Jacomb, Christensen, Rodgers & Pollitt, 1997; 中根・吉岡・中根, 2010), 高いMHLを有しているほどメンタルヘルス不調への早期介入が促進される可能性が示唆されている(Jorm, 2012; Wright et al, 2007)。Jorm(2000)は, MHLは“認識”としての「疾患を認識する能力」, “知識”としての「情報の入手法に関する知識」, 「背景因子や疾患に関する知識」, 「自身で解決できる介入に関する知識」, 「専門家の支援に関する知識」, “態度”としての「支援に関する認識と態度」の6つの要素によって構成されるとしている。

このように, メンタルヘルスに関する知識の有効性が評価される一方で, 一般の人々の精神疾患に対する偏見は未だ根強く(斎藤, 2021), 多くの人は十分なMHLを獲得できていないといえる。十分なMHLが獲得されていないと, 自身の精神疾

\* 兵庫教育大学大学院学校教育研究科

\*\* 関西学院大学

\*\*\* 立正大学

\*\*\*\* 兵庫教育大学発達心理臨床センター

患による症状や、様々な種類の心理的苦痛を認識することができないだけでなく、精神障害の原因やその治療法について、メンタルヘルスの専門家が有しているような正しい知識を持たないことから、精神疾患やその患者に対して偏見を抱く可能性がある。このような精神疾患に対する偏見が蔓延することは、精神疾患患者にさらなる負担を強いる要因となることが示唆されている (McNair, Highet, Hickie & Davenport, 2002)。よって、人々のMHLを向上させることは、本人だけでなく周囲の人々のメンタルヘルス不調の予防、早期発見、早期治療に重要な役割を果たし得ると考えられる。

### 1-3. MHLの評価方法

現在、MHLを測定する方法として、うつ病等の精神疾患の架空事例を提示し、リッカート法又は自由記述方式で回答を求めるビネット法が広く使用されている。しかし、ビネット法によるMHLの測定にはいくつかの問題点が指摘されている。O'Connor, Casey & Clough (2014) は、ビネット法の質問は、事例内の人物の助けになるかどうかについての意見や信念を評価する可能性が高く、個人の援助要請に関する知識を評価することが難しいと指摘している。また、ビネット法で提示された架空事例に対して、初めに参加者が誤った疾患と仮定したままその後の質問に回答してしまう可能性があるとしている。

以上の問題点から、MHLのすべての要素の評価が可能であり、個人のMHLが評価可能な方法として、MHLの6つの要素を含んだ35項目で構成されるMHL尺度 Mental Health Literacy Scale (以下、MHLS) が開発された (O'Connor & Casey, 2015)。現在、MHLSの日本語版尺度として、医療分野の大学生・大学院生において信頼性と妥当性を検討した日本語版メンタルヘルスリテラシー尺度が報告されている (Ikeyama, Imamura & Kawakami, 2022)。一方、対象者の特性が異なる場合のMHLの獲得率について、先行研究によると、うつ症状について適切な知識や認識を有していた者は、大企業の従業員で15.5% (中村・久田, 2008)、一般大学生で

22.8% (前田・新井, 2014)、医療系大学生で48.5% (八木原・近藤, 2020) であるなど、医療を専攻していない集団ではMHLの獲得率は低くなると考えられる。また、大学新生を対象に実施した、精神的健康度を測定する学生精神的健康調査 (University Personality Inventory ; 以下、UPI) の得点 (得点が高いほど精神的健康度が低いとされる) を先行研究と比較した稲木ら (2020) は、文系学部所属する大学生のUPI平均得点は12.1点であり、医学部に所属する大学生のUPI平均得点は9.48点 (栗田・前川, 2017) であったと報告している。稲木らの研究におけるUPI平均得点の先行研究との比較は、調査時期や対象者などが異なることから、直接的な比較はできないが、文系大学生は医療系大学生に比べ、十分なMHLが獲得できておらず、精神的健康度にも影響が出ている可能性が考えられる。以上のことから、本研究では文系大学生を対象に、MHLSの日本語版尺度の信頼性と妥当性の検討を行うこととする。

### 1-4. 本研究の目的

本研究の目的は、Mental Health Literacy Scale日本語版 (以下、MHLS日本語版とする) を作成し、文系学部所属する大学生を対象にMHLS日本語版の信頼性と妥当性を検討することである。

## 2. 方法

### 2-1. 対象者と調査時期

オンライン調査に回答した関西圏と関東圏の文系学部所属する大学生のうち、回答漏れ等の不備がなかった214名 (男性60名、女性147名、その他7名、平均年齢20.30歳,  $SD = 2.23$ ) 及び公認心理師14名 (男性6名、女性8名、平均年齢34.86歳,  $SD = 7.36$ 歳)、再調査に回答した大学生63名 (男性13名、女性49名、その他1名、平均年齢20.62歳,  $SD = 1.44$ ) に関して分析を行った。本調査は、2021年11月から同年12月にかけて関西圏と関東圏の大学においてオンライン調査又は、縁故法を用いて、メール及びSNSにてオンライン調査を実

施した。初回調査の2週間後に同様の方法で再調査を行った。また、公認心理師においては、縁故法を用いてメール及びSNSにてインターネット調査を実施した。

## 2-2. 手続き

アンケートソフトQualtricsを用いて調査を実施した。得られたデータはHAD (清水, 2016) を用いて、統計学的分析を行った。

## 2-3. 調査項目

### (1) フェイス項目

大学生：年齢, 性別, 学年, 再調査時に質問紙のURL及びQRコードを送信するメールアドレスを尋ねた。

公認心理師：性別, 年齢, 再調査時に質問紙のURLを送信するメールアドレスを尋ねた。

### (2) MHLS日本語版の作成

MHLSの翻訳において、原版の筆頭著者であるO'Connor氏にメールにて翻訳の許可を求め、MHLS日本語版の作成の許可を得た。その後、心理学の知識を持つ論文翻訳専門業者に依頼し、順翻訳と逆翻訳を行った。翻訳業者から提出されたMHLS日本語版の尺度項目の順翻訳と、原版の尺度項目の表現との等価性を指導教員と心理学と英語に精通した大学教員2名と共に検討し、修正を行った。その後、大学生2人による認知デブリーフィングを行い、MHLS日本語版を作成した。MHLの6つの構成概念に基づいた、「疾患を認識する能力」(8項目)、「背景因子や疾患に関する知識」(2項目)、「自身で解決できる介入に関する知識」(2項目)、「専門家の支援に関する知識」(3項目)、「情報の入手方法に関する知識」(4項目)、「支援に関する認識と態度」(16項目)の35項目で構成される。項目1～15は「1：全くそう思わない」～「4：非常にそう思う」の4件法、項目16～28は「1：全くそう思わない」～「2：非常にそう思う」の5件法、項目29～35は「1：絶対にしたくない」～「4：絶対にしたい」の5件法で回答を求める。

### (3) 日本語版K10

構成概念妥当性の検討のために、Kesslerら(2002)が作成した5件法10項目で構成される精神的健康度を測定する尺度を用いた。本研究では日本語版を使用した(古川他, 2003)。

### (4) 日本語版専門家による心理的援助を求める態度尺度(ATSPPH-S)

構成概念妥当性の検討のために、Fischer & Farina (1995)が作成した、4件法10項目で構成される心理的問題について専門的援助を求める態度を測定する尺度を用いた。本研究では日本語版を使用した(植松他, 2014)。

## 2-4. 倫理的配慮

オンライン調査の同意文に、データは統計的に処理されるため個人情報特定されることは無く、研究の目的以外では使用しないこと、回答の有無や中断は自由であること、調査は一定の期間を空けて再調査を行うことを明記した。本研究は筆頭著者の当時所属していた大学内研究倫理委員会の承認を得て実施した(承認番号:2021-61)。

## 3. 結果

### 3-1. 記述統計量

初回調査時と再調査時における、対象者全体の各尺度の記述統計量を表1, 表2に示した。

### 3-2. MHLS日本語版の因子構造の検討

#### (1) 確認的因子分析

MHLS日本語版の因子構造を明らかにするため、MHLの6要素を基にした6因子構造を想定し、最尤法による確認的因子分析を行った。6因子構造のモデル適合度は不十分( $\chi^2(545) = 1083.273, p < .01, AGFI = .725, CFI = .640, GFI = .762, RMSEA = .068$ )であった。因子負荷量が.35以下であった項目は、第1因子「疾患を認識する態度」の8項目中2項目、第2因子「背景因子や疾患原因に関する知識」の全2項目、第3因子「自身で解決できる介入に関する知識」の2項目中1項目、第4因子「専門家の支援に関する知識」の全3項目、第6因子「支

表1 初回調査時の分析対象者の記述統計量

大学生	有効N	平均値	SD
性別	214		0.50
男性	60		
女性	147		
その他	7		
学年	214	2.41	1.21
1年	69		
2年	49		
3年	35		
4年	61		
MHLS日本語版合計	214	110.23	9.91
ATSPPH-S合計	214	26.97	3.70
K10合計	214	10.74	8.10
公認心理師	有効N	平均値	SD
性別	14		0.51
男性	6		
女性	8		
その他	0		
年齢	14	34.86	7.36
MHLS日本語版合計	14	122.71	8.43
ATSPPH-S合計	14	29.07	2.89
K10合計	14	5.54	4.15

表2 再調査時の分析対象者の記述統計量

大学生	有効N	平均値	SD
性別	63		0.43
男性	13		
女性	49		
その他	1		
年齢	63	20.62	1.77
学年	63	2.70	1.28
1年	18		
2年	9		
3年	10		
4年	26		
MHLS日本語版合計	63	111.02	9.59
ATSPPH-S合計	63	26.51	3.55
K10合計	63	9.83	7.73

援に関する認識と態度」の16項目中7項目であった。

## (2) 探索的因子分析

確認的因子分析において6因子構造が確認されなかったため、MHLS日本語版の因子構造を明らかにするために最尤法、プロマックス回転による探索的因子分析を行った(表3)。スクリープロットの固有値と因子負荷量から5因子構造が妥当で

あると判断した。よって、原版MHLSとは異なる因子構造が見られた。各因子負荷量が.35を下回る11項目を削除し、最終的に5因子24項目が抽出された。

第1因子は、原版MHLSにおける「支援に関する認識と態度」に属する7項目が抽出された。第2因子は、原版MHLSにおける「情報の入手方法に関する知識」に属する4項目が抽出された。第3因子は、原版MHLSにおける「疾患を認識する能力」に属する3項目と「支援に関する認識と態度」に属する1項目の計4項目が抽出された。第4因子は、原版MHLSにおける「支援に関する認識と態度」に属する6項目が抽出された。第5因子は、原版MHLSにおける「疾患を認識する能力」に属する2項目と「専門家の支援に関する知識」に属する1項目の計3項目が抽出された。

## 3-3. 内的整合性の検討

探索的因子分析の結果に基づき、各因子のクロンバックの $\alpha$ 係数を算出した。第1因子は $\alpha = .84$ 、第2因子は $\alpha = .73$ 、第3因子は $\alpha = .59$ 、第4因子は $\alpha = .61$ 、第5因子は $\alpha = .60$ であった。第1因子、第2因子においては $\alpha > .70$ であることから、内的整合性が確認された。しかし、第3因子、第4因子、第5因子においては $\alpha < .70$ であることから、十分な内的整合性は確認されなかった。また、項目全体のクロンバックの $\alpha$ 係数は $\alpha = .76$ であった。 $\alpha > .70$ であったことから、項目全体としての内的整合性が確認された。

探索的因子分析において因子負荷量が不十分であった項目を削除し、再度各因子のクロンバックの $\alpha$ 係数を算出した。第1因子は $\alpha = .84$ 、第2因子は $\alpha = .73$ 、第3因子は $\alpha = .64$ 、第4因子は $\alpha = .65$ 、第5因子は $\alpha = .52$ であった。また、項目削除後の項目全体のクロンバックの $\alpha$ 係数を算出した。その結果、項目全体のクロンバックの $\alpha$ 係数は $\alpha = .77$ であった。

## 3-4. 構成概念妥当性の検討

MHLS日本語版の構成概念妥当性を検討するた



表3 探索的因子分析の結果(最尤法, プロマックス回転)

	因子					
	I	II	III	IV	V	
<b>I. α = .84</b>						
32 精神疾患のある人と仕事であなたに近いところで一緒に働き始めたいとどのくらい思いますか。	<b>.85</b>	-.06	.05	-.08	.13	
31 精神疾患のある人と友達になりたいとどのくらい思いますか。	<b>.74</b>	.06	.11	-.06	.04	
30 精神疾患のある人と社交の場(例:夜の飲み会等)を持ちたいとどのくらい思いますか。	<b>.68</b>	.13	.08	-.10	-.20	
33 精神疾患のある人が結婚してあなたの家族に加わることをどのくらいよいと思いますか。	<b>.62</b>	.02	-.08	-.01	-.04	
35 ある人が精神疾患を抱えていると知ったなら、あなたはそれをどのくらい雇いしたいと思いますか。	<b>.62</b>	-.03	-.10	.01	-.18	
29 精神疾患のある人の隣に引っ越したいとどのくらい思いますか。	<b>.61</b>	-.10	-.01	.08	-.05	
34 ある政治家が精神疾患を抱えていると知ったなら、あなたはそこにどのくらい投票したいと思いますか。	<b>.47</b>	.04	-.00	-.05	.14	
<b>II. α = .73</b>						
19 精神疾患に関する情報を探するために情報源(例:医師、インターネット、友人)を使える自信がある	.08	<b>.77</b>	-.08	-.04	.01	
17 パソコンや電話を使って精神疾患に関する情報を探せる自信がある	.05	<b>.75</b>	-.11	.12	-.09	
16 精神疾患についてどこで情報を探せばいいかわかっている自信がある	-.00	<b>.69</b>	.07	.03	.00	
18 対面による面談を行って、精神疾患に関する情報を探すが自信がある(例:医師に相談する)	-.03	<b>.41</b>	.15	-.17	-.03	
<b>III. α = .59</b>						
5 持続性抑うつ障害(気分変調症)は精神疾患だろうと、どのくらい思いますか。	.00	.11	<b>.71</b>	.08	-.07	
4 パーソナリティ障害は精神疾患の一つであると、どのくらい思いますか。	.01	.11	<b>.68</b>	-.01	.10	
*22 精神疾患は本当の意味での病気ではない	-.01	-.16	<b>.48</b>	.24	-.14	
3 2週間以上わたって気分が落ち込み、普段行っている活動に対し喜びや興味を失ったり、食欲や睡眠に変化が生じたりする人がいる	-.02	-.01	<b>.87</b>	.07	.10	
3 とします。 あなたは、この人がうつ病であると、どのくらい思うでしょうか。						
7 双極性障害の診断には、高揚している時期(いわゆるハイな状態)と落ち込んでいる時期(いわゆるローな状態)を経験することが含まれるだろうと、どのくらい思いますか。	-.13	.23	.34	.14	.00	
*20 精神疾患の人は、望めば疾患から立ち直ることができる	.04	-.08	.24	-.04	.06	
*10 日本では一般的に男性は女性に比べて不安症になりやすいだろうと、どのくらい思いますか。	-.03	.09	-.12	.05	-.05	
<b>IV. α = .61</b>						
*26 メンタルヘルスの専門家に診てもらおうというのは、自身の問題を適切に制御するだけの強さがないということである	-.15	-.08	.06	<b>.67</b>	-.08	
*21 精神疾患はその人の弱さの表れだ	.11	-.14	.29	<b>.48</b>	.09	
*23 精神疾患のある人は危険だ	.34	-.05	.01	<b>.47</b>	-.13	
*24 精神疾患の問題を自分が抱えることがないように、精神疾患のある人との接触を避けることが最善だ	.35	.06	-.14	<b>.41</b>	-.13	
*28 メンタルヘルスの専門家が提供する精神疾患の治療は効果がないと思っている	-.01	.20	.04	<b>.87</b>	.10	
*27 自分が精神疾患を抱えても、メンタルヘルスの専門家に助けを求めないだろう	-.01	.15	-.12	<b>.86</b>	-.28	
メンタルヘルスの専門家には守秘義務があります。しかし、これが適用されない特定の条件が存在します。						
14 以下について、メンタルヘルスの専門家が守秘義務を破ることが認められる状況であると、どのくらい思いますか。 あなたが、あなた自身または他者に害を及ぼすような差し迫った危機にある場合	-.21	-.03	-.02	.24	.17	
メンタルヘルスの専門家には守秘義務があります。しかし、これが適用されない特定の条件が存在します。						
*15 以下について、メンタルヘルスの専門家が守秘義務を破ることが認められる状況であると、どのくらい思いますか。 あなたの問題は生命を脅かすものではなく、他者があなたをより効果的にサポートできるように、メンタルヘルスの専門家が支援したい場合	-.11	.13	-.07	.21	-.12	
*25 もし自分が精神疾患を抱えても、誰にも言わないだろう	-.01	.13	-.05	.20	.12	
9 日本では一般的に女性は男性に比べて、精神疾患全般になりやすいだろうと、どのくらい思いますか。	-.14	.18	-.02	.18	.08	
*12 感情を適切に制御することが難しい人にとって、その人に不安を感じさせるすべての活動や状況を避けることはどのくらい役に立つと思いますか。	.01	-.03	-.00	.07	.02	
<b>V. α = .60</b>						
2 心配するほどのことではない出来事や活動について過度に心配し、このような心配を抑えることが難しく、筋肉の緊張や疲労感といった身体の症状を示す人がいるとします。あなたは、この人が全般不安症であると、どのくらい思いますか。	.08	-.09	-.05	-.01	<b>.57</b>	
8 物質使用障害の診断には、薬物に対する身体的耐性と心理的耐性(例:同じ効果を得るためにより多くの薬物を求めること)が含まれることがあるだろうと、どのくらい思いますか。	-.02	-.02	.06	.01	<b>.54</b>	
13 認知行動療法(CBT)は、マイナス思考に向き合って、有益な行動を増やすことを基本とする心理療法であると、どのくらい思いますか。	.02	.04	.02	.13	<b>.43</b>	
11 感情を適切に制御することが難しい(例:非常に不安になったり落ち込んだりする)人にとって睡眠の質を改善することはどのくらい役に立つと思いますか。	.02	.05	-.01	-.04	.33	
6 広場恐怖症の診断には、回避することが困難であったり恥ずかしかったりする状況についての不安が含まれるだろうと、どのくらい思いますか。	.08	-.12	.13	-.00	.30	
1 人々がいる状況(例:パーティ)で何度も極度に緊張したり不安になったり、実力を試されるような状況(例:会議でのプレゼンテーション)で、評価されることを恐れるあまり悔辱や恥を感じたようにふるまう人がいるとします。あなたは、この人が社交不安症であると、どのくらい思いますか。	.03	.13	.19	.02	.27	
	<b>因子負荷量二乗和</b>	3.11	1.81	1.53	1.51	1.07
	<b>因子間相関</b>					
	因子 I		.13	-.06	.15	-.09
	因子 II			.17	.25	.19
	因子 III				.27	.37
	因子 IV					.15

注) \* は逆転項目

めに、大学生のMHLS日本語版とATSPPH-S, K10の相関係数及び、大学生の項目削除後のMHLS日本語版とATSPPH-S, K10の相関係数を算出した。結果を表4に示す。MHLS日本語版とATSPPH-S, 項目削除後のMHLS日本語版とATSPPH-Sの間に正の相関 ( $r = .40, p < .01$ ;  $r = .41, p < .01$ ) がみ

表4 大学生のMHLS日本語版とATSPPH-S, K10の相関係数

	ATSPPH-S	K10
MHLS日本語版	.40 **	.01 <i>n.s.</i>
項目削除後のMHLS日本語版	.41 **	.02 <i>n.s.</i>

\*\*  $p < .01$

られた。また、MHLS日本語版とK10、項目削除後のMHLS日本語版とK10の間に相関はみられなかった ( $r = .01, n.s.$ ;  $r = .02, n.s.$ )。

### 3-5. 再検査信頼性と測定誤差の検討

MHLS日本語版の再検査信頼性を検討するために、初回調査において再調査の同意が得られた大学生63名の初回調査のMHLS日本語版と、2週間後の再調査のMHLS日本語版の間の級内相関係数を算出した。結果を表5に示す。公認心理師群においては、再調査を行ったサンプル数が不十分であったため、分析対象から除外した。大学生の初回調査と再調査の間に相関 ( $ICC(1, 2) = .84, p < .001$ ) がみられた。また項目削除後の大学生の初回調査と再調査の間にも相関 ( $ICC(1, 2) = .83, p < .001$ ) がみられた。いずれの級内相関係数も  $ICC > .70$ であったため、MHLS日本語版の再検査信頼性が示された。

表5 大学生の各調査時のMHLS日本語版得点と級内相関係数

	初回調査	再調査	級内相関係数
MHLS日本語版	110.86	111.02	.84 ***
項目削除後のMHLS日本語版	78.06	78.41	.83 ***

\*\*\*  $p < .001$

MHLS日本語版の測定誤差を検討するために、大学生の初回調査のMHLS日本語版と2週間後の再調査のMHLS日本語版の間の標準誤差を算出した。その結果、初回調査時のMHLS日本語版と再調査時のMHLS日本語版の間の標準誤差は  $SE = 16.98$ であった。

### 3-6. 一般大学生と公認心理師のMHLの差の検討

MHLに差があると予想される大学生群と公認心理師群のMHLS日本語版の差を検討するために、対応のない  $t$  検定を行った。その結果、公認心理師群は大学生群よりもMHLS日本語版の平均得点が有意に高かった ( $t(226) = 4.60, p < .01, d = 1.27$ )。

### 3-7. COSMINによる方法論的質の検討

COSMINチェックリスト日本語版(佐藤・土屋, 2018)を用いてMHLS日本語版の方法論的質を検討した。その結果、内容的妥当性、構造的妥当性、内的一貫性、異文化間妥当性、信頼性、測定誤差、構成概念妥当性の仮説検証が適切に評価されていると判断された。基準関連妥当性については、確定基準となるMHLを測定する日本語版尺度が存在しないため、評価することができなかった。また、構造的妥当性と異文化間妥当性はおおむね適切に評価されていたが、分析に含まれるサンプルサイズは不十分であったと判断された。

## 4. 考察

### 4-1. 本研究におけるMHLS日本語版の因子構造

本研究では、原版MHLで確認された4因子構造とは異なる5因子24項目が抽出された。抽出された5因子24項目は、原版MHLの構成にほぼ一致していたものの、削除された項目数が多く、想定された6要素の内、2要素の項目を削除することとなった。したがって、抽出された5因子24項目は、Jorm(2000)の定義したMHLの6つの属性すべてを測定することができないと考えられる。Chenら(2021)によって作成されたMHLS中国版では、探索的因子分析の結果、原版MHLSと同様の4因子構造が抽出され、因子負荷量が不十分であった項目を削除した。しかし、MHLS中国版では原版MHLSとの一貫性を保持するため、因子負荷量が不十分であった項目を削除せず、35項目の尺度としている。また、Ikeyamaら(2022)により、医療分野の大学生と大学院生を対象に日本語版MHLSの信頼性・妥当性が検討された日本語版メンタルヘルスリテラシー尺度においても、MHLS中国版と同様に項目削除は行われていない。したがって、本研究においても項目削除を行わず、35項目の尺度とする判断を行った。Ikeyamaら(2022)の研究では、4因子構造が確認され、6因子構造が支持されなかった結果について、参加者の特性の違いが挙げられていたが、一般大学生を対象とした本研究

において、5因子構造が確認され、6因子構造が支持されなかった。したがって、参加者特性による属性分類の理解が異なる可能性が本研究においても示唆された。

#### 4-2. 内的整合性の検討

探索的因子分析の結果に基づき、クロンバックの $\alpha$ 係数を算出したところ、第3因子、第4因子、第5因子においては十分な内的整合性は確認されなかった。また、尺度全体のクロンバックの $\alpha$ 係数は $\alpha = .76$ であったことから、尺度全体としての内的整合性が確認された。因子によって十分な内的整合性が確認されなかった点について、項目表現の翻訳が不十分であり、参加者が原版の項目表現の意図と異なる解釈をした可能性が考えられる。Ikeyamaら(2022)の研究においても尺度全体のクロンバックの $\alpha$ 係数は本研究と同様の結果であり( $\alpha = .76$ )、原版( $\alpha = .87$ )と比較すると低い値であったことから、翻訳手順が十分でなかった可能性を指摘している。文系大学生を対象とした本研究においても同様の結果が見られたことから、参加者の特性ではなく、項目翻訳の問題である考えられる。

#### 4-3. MHLS日本語版の構成概念妥当性

MHLS日本語版と、心理の専門家へ心理的援助を求める態度を測定する尺度であるATSPPH-Sとの間に正の相関がみられ、MHLS日本語版と自身の心理的苦痛を測定する尺度であるK10との間には相関がみられなかった。よって、MHLS日本語版は、専門家の支援に関する知識と、専門家の支援に関する認識と態度が測定可能であると考えられる。また、MHLと心理的苦痛に相関がみられなかったことから、MHLは本人の心理的苦痛の程度に影響されないことが示された。どちらも原版MHLSと同様の結果であり、MHLS日本語版の構成概念妥当性が示された。

原版MHLSでは、心理の専門家だけでなく家族、友人を含めた様々な方面への援助要請尺度を用いていたが、本研究では心理の専門家へ心理的援助

を求める態度を測定する尺度を用いた。今後、心理の専門家以外への援助要請態度との相関を検討することで、より良好な構成概念妥当性を示すことが可能であると考えられる。

#### 4-4. 一般大学生と公認心理師のMHL

本研究では、原版MHLSと同様に公認心理師の有するMHLは大学生のMHLよりも高いことが示された。オーストラリアでの研究において、ビネット法によってメンタルヘルスの専門家と一般市民のMHLを測定した結果、メンタルヘルスの専門家の有するMHLは一般市民の有するMHLより有意に高いことが報告されている(Caldwell & Jorm, 2000)。よって、今回の結果から日本においてもメンタルヘルスの専門家と一般市民のMHLとの間に差があることが示唆された。

#### 4-5. 本研究の限界と今後の課題

本研究の限界点として以下の2点が挙げられる。第一に、文化的背景の違いである。本研究では、原版MHLSの内容を最大限損なわないよう翻訳を実施したが、項目30『精神疾患のある人と社交の場(例:夜の飲み会等)を持ちたいとどのくらい思いますか。』など、原版の項目内容一部は欧米文化によくみられる状況であるが、日本文化ではあまりなじみのない状況を含むものがあった。また、項目9『日本では一般的に女性は男性に比べて、精神疾患全般になりやすいだろうと、どのくらい思いますか。』についても、男女の有病率の差は疾患の種類や年代によって割合が大きく異なる上、日本においては、女性より男性の方が精神疾患全体の経験率は高い可能性が指摘されている(Kawakami et al., 2005)。一方で、厚生労働省(2017)によると国内の精神障害者数は女性の方が多くと報告されているなど、項目9を是とする確証は得られていない。本研究では、国際比較を成立させるために原版MHLSの表現を踏襲する選択を行ったが、項目内容の通文化的検討や、日本における精神疾患全体の男女比に対する確固たる知見が得られた際は項目を削除するなど、項目改訂

が必要であると考えられる。

第二に、サンプルサイズの小ささの問題である。本研究ではオンライン上でのアンケート調査を行ったが、十分なサンプル数を確保することができなかった。そのため、モデルの適合度や内的整合性、構造的妥当性、異文化間妥当性が損なわれた可能性がある。特に公認心理師のサンプルサイズが少なく、公認心理師の初回調査時と再調査時の比較による再検査信頼性を確認することができなかった。今後は、大学生群、公認心理師群ともに十分なサンプル数を確保した上で因子分析や妥当性、信頼性の検討を行う必要があると考えられる。

#### 4-6. 本研究の実践的示唆

本研究から得られた実践的示唆として、一般大学生を対象とした調査において、良好な妥当性・信頼性が確認されたことから、メンタルヘルスに関する教育を受けていない一般成人のMHLの程度が測定可能な尺度が検討されたことが挙げられる。一般成人のMHLの程度が測定可能になることにより、成人を対象とした、公衆衛生に関するMHL研究の更なる発展に寄与することが期待される。

#### 付 記

本研究は筆者が2021年に関西学院大学文学部に提出した卒業論文について、筆者らが加筆修正を行ったものである。

#### 謝 辞

ご多忙の折、翻訳の許可をいただきましたSt Peters Lutheran College のMatt O'Connor 先生並びに本研究にご協力いただきました関西学院大学文学部一言英文先生、調査にご協力いただきました大学生の皆様、公認心理師の皆様に深く感謝の意を表します。

#### 引用文献

Caldwell, T. M. & Jorm, A. F. (2000). Mental Health Nurses' Beliefs About Interventions

for Schizophrenia and Depression: A Comparison with Psychiatrists and the Public. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 34, 602-611.

Chen, S., Chen, K., Wang, S., Wang, W. & Li, Y. (2021). Initial Validation of a Chinese Version of the Mental Health Literacy Scale Among Chinese Teachers in Henan Province. *Front. Psychiatry*, 09.

Fischer, E. H., & Farina, A. (1995). Attitudes toward seeking professional psychological help: A shortened form and considerations for research. *Journal of College Student Development*, 36, 368-373.

古川 壽亮・大野 裕・宇陀 英典・中根 充文 (2003). 一般人口中の精神疾患の簡便なスクリーニングに関する研究 平成14年度厚生労働科学研究費補助金 (厚生労働科学特別研究事業) 心の健康問題と対策基盤の実態に関する研究協力報告書, 127-130.

Ikeyama, M., Imamura, K. & Kawakami, N. (2022). Reliability and validity of the Japanese version of the Mental Health Literacy Scale (MHLS) among undergraduate and graduate students in the medical field. *medRxiv*.

稲木 康一郎・荒井 彩也香・加藤 祐樹・武内 仁恵 (2020). 学生相談における学生精神的健康調査(UPI)によるメンタルヘルス課題の早期発見と支援 仁愛大学研究紀要, 18, 1-9.

Jorm, A. F. (2000). Mental health literacy: Public knowledge and beliefs about mental disorders. *British Journal of Psychiatry*, 177, 396-401.

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

Jorm, A. F., Korten, A. E., Jacomb, P. A., Christensen, H., Rodgers, R. & 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. *The Medical Journal of Australia*, 166, 182-186.
- Kawakami, N., Takeshima, T., One, Y., Uda, H., Hata, Y., Nakane, Y., Nakane, H., Iwata, N., Furukawa, T. & Kikkawa, T. (2005). Twelve-month prevalence, severity, and treatment of common mental disorders in communities in Japan: preliminary finding from the World Mental Health Japan Survey 2002-2003. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 59, 441-452.
- Kessler, R. C., Andrews, G., Colpe, L. J., Hiripi, E., Mroczek, D. K., Normand, S. L. T. & Zaslavsky, A. M. (2002). Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. *Psychological Medicine*, 32, 959-976.
- 厚生労働省 (2015). 健康保持増進のための指針.
- 厚生労働省 (2017). 平成29年患者調査の概況.
- 栗田 智未・前川 伸晃 (2017). A大学医学部学生の留年・休退学者の特徴—大学精神健康調査UPIの結果から— 総合保険科学：広島大学保健管理センター研究論文集, 33, 25-32.
- 前田 圭吾・荒井 弘和 (2014). 大学生を対象としたうつ症状に関するメンタルヘルス・リテラシーの検討 法政大学スポーツ研究センター紀要 32, 5-8.
- McNair, B.G., Highet, N. J., Hickie, I.B. & Davenport, T. A. (2002). Exploring the perspectives of people whose lives have been affected by depression. *The Medical Journal Australia*, 176, S69-S76.
- 中村 菜々子・久田満 (2008). 企業の従業員におけるメンタルヘルス・リテラシー—うつ症状に関する知識と対処行動の実行可能性を中心に— コミュニティ心理学研究 12, 23-34.
- 中根允文・吉岡久美子・中根秀之 (2010). 心のバリアフリーを目指して—日本人にとってのうつ病, 統合失調症— 勁草書房.
- O'Connor, M., Casey, L. & Clough, B. (2014). Measuring mental health literacy – a review of scale-based measures. *Journal of Mental Health*, 23, 197-204.
- O'Connor, M. & Casey, L. (2015). The Mental Health Literacy Scale (MHLS): A new scale-based measure of mental health literacy. *Psychiatry Research*, 229, 511-516.
- 大久保 千恵・市来 百合子・堂上 禎子・井村 健・谷口 尚之・谷口 義昭 (2011). 中学校におけるこころの健康とメンタルヘルスリテラシーに関する心理教育とその効果についての研究 教育実践総合センター研究紀要, 20, 79-84.
- 斎藤 百枝美 (2021). 精神科医療における服薬アドヒアランス向上とメンタルヘルスリテラシー教育 薬学雑誌, 141, 541-555.
- 佐藤 秀樹・土屋 政雄 (2018). COSMIN Risk of Bias checklist Japanese version.
- 清水 裕士 (2016). フリーの統計分析ソフト HAD：機能の紹介と統計学習・教育 研究実践における利用方法の提案 メディア・情報・コミュニケーション研究, 1, 59-73.
- 植松 晃子・橋本 和幸・小室 安宏 (2014). 日本語版「専門家による心理的援助を求める態度尺度 (ATSPPH-S)」の信頼性・妥当性の検討 ルーテル学院研究紀要, 47, 1-11.
- Wright, A., Jorm, A. F., Harris, M. G. & McGorry, P. D. (2007). What's in a name? Is accurate recognition and labelling of mental disorders by young people associated with better help-seeking and treatment preferences? *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 42, 244-250.
- 八木原 ひなた・近藤 浩子 (2020). 医療大学4年生におけるメンタルヘルスリテラシーの現状と課題に関する研究 群馬保健学研究, 41 9-18.

## **Reliability and validity of the Japanese version of the Mental Health Literacy Scale among liberal arts college students.**

Rio MATSUMURA\*, Hiroshi SATO\*\*, Keiko TAKEMORI\*\*\*, Hiroyuki IKEDA\*\*\*\*

\*Graduate School of Education, Hyogo University of Teacher Education

\*\*Kwansei Gakuin University, \*\*\*Rissho University

\*\*\*\*Center for Development and Clinical Psychology, Hyogo University of Teacher Education

In this study, a Japanese version of the Mental Health Literacy Scale (MHLS) was developed and an online survey was conducted with 214 liberal arts college students and 14 licensed psychologist as subjects in order to examine the reliability and validity of the MHLS.

As a result of the analysis, the six-factor structure based on six components of mental health literacy was not found, and five factors and 24 items were extracted without deleting items, and a 35-item scale similar to the original version was created. In addition to the construct validity, internal consistency and good retest reliability were demonstrated. Since good validity and reliability were confirmed in a survey of general college students, a scale that can measure the degree of Mental Health Literacy in general adults without mental health education was developed.

Key Words : Mental Health Literacy, University Students, Japanese version, Reliability, Validity