

厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業（精神障害分野））
こころの健康づくりを推進する地域連携のリモデリングとその効果に関する政策研究

平成 29 年度 分担研究報告書

子どものメンタルヘルスに関するリテラシーに関する研究

研究分担者 神尾陽子 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所
児童・思春期精神保健研究部
研究協力者 竹森啓子 京都女子大学大学院 発達教育学研究科
研究協力者 下津咲絵 京都女子大学 発達教育学部
研究協力者 石川信一 同志社大学 心理学部

研究要旨

子どものメンタルヘルスに関する問題の早期発見および予防の重要性が指摘されている。特に抑うつ、不安、攻撃行動、発達障害が問題視され、これらはそれぞれ複雑に絡み合って現れることも多い。これらの早期発見、予防のためには、子どもを取り巻く大人のメンタルヘルスリテラシー（MHL）が高いことが有効であると主張されている。このことから、地域でのこころの健康の推進には、相談業務にあたる対人支援職が高い MHL を有し、ハイリスク群の早期発見と早期対応にあたることが必要不可欠である。しかしながら現状では、子どものメンタルヘルスについては母子保健の管轄にまかされることが多く、子どもの精神病理についての専門性が必ずしも十分ではない。地域に暮らす子どもやその家族のメンタルヘルスに関するニーズを身近な相談窓口が見逃すことなく早期から支援サービスを提供するためには、相談業務担当者の所属部署や専門性にかかわらず、子どもに関する MHL の向上が重要である。こうした重要性にもかかわらず、これまで大人が有する子どもに関する MHL についての実証的研究はほとんどなかった。そこで本研究は、重要なキーパーソンである保健師が有する子どもに関する MHL の高さの実態を把握することを目的として計画された。その結果、保健師の年齢が高いほど、保健師経験年数が長いほど、MHL の対処法因子得点は高いことが示された。一方、精神保健相談業務を経験しない保健師の MHL は臨床心理学大学院生よりも低く、子どものメンタルヘルスに対する積極的関心は教員や大学院生よりも低いなど、MHL は精神保健相談業務の経験に依存していることが示された。今後、地域の精神保健のキーパーソンとして期待される保健師の養成過程あるいは職業研修において子どものメンタルヘルスの問題について十分な研修がなされる必要が示唆される。

A. 研究目的

近年、子どものメンタルヘルスに関する

問題の早期発見および予防の必要性が指摘されている。児童期でのうつ病の時点有病率は1-2%(Avenevoli, Knight, Kessler, & Merikanagas, 2008), 不安症全体の有病率は10%にも及ぶと報告されている(Costello, 1989)。このようなうつ症状や不安症状は放置されることで深刻化したり(Kendall & Suveg, 2006),あるいは成人後の社会生活に悪影響をもたらす可能性が指摘されている(Copeland et al., 2015)。これらより児童期において医療化する前の段階での早期対応が重要となると考えられる。

子どもの攻撃行動に関しては、年々増加傾向にあり、文部科学省(2017)の調査によると、平成27年度の小学校での暴力行為の発生件数は22847件にも及ぶ。これは国公私立学校への調査が開始された平成18年度以来、最多である。

さらに今日、社会問題となっている注意欠如・多動症(Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder; ADHD)や自閉スペクトラム症(Autism Spectrum Disorder; ASD)などの発達障害については、文部科学省の全国調査(2012)によると、児童生徒の6.5%に発達障害が疑われると推定されている。その内の38.6%は、何も支援がなされていないという。この調査からADHDやASDの症状を抱えながらも助けを受けられていない多数の子どもが存在がうかがえる。

これらの問題はそれぞれ独立して現れるとは限らない。子どものうつ症状は行動に現れやすく、発達障害のある子どもの3-4割がうつや不安症状、また身体的・言語的攻撃行動を合併するという報告がある(Strang et al., 2012)。

では、このように子どもの生活の広範囲に及び、互いに関連し合う問題を早期に対応するには何が必要だろうか。その解決方法の一つに、子どもの身近にいる大人の的確な気づきと適切な対応が考えられる。従来、地域でのこころの健康の推進対象は成人以降の“精神障害”に焦点を当てられてきた。一方で、子どものメンタルヘルスについては母子保健の管轄にまかされることが多く、子どものメンタルヘルスに影響する子育ての問題は、家庭自体の余裕のなさや孤立、貧困、そして親の精神的問題や児童虐待といった生活環境の問題と切り離して考えることができない。そして子どものメンタルヘルスの支援ニーズは子ども本人はもちろんであるが、家族もそれと気づくことは難しい。また気づいたとしても、偏見やスティグマから相談行動をとりにくい。さまざまな問題を抱える家族と身近に関わる地域の相談業務においては、子育ての困難に関係する子ども側の要因、親側の要因、親子関係に関する要因、支援状況を含めた環境に関する要因など多面的なアセスメントに基づいて、子どものメンタルヘルスの問題を見逃さないようにすることが必要である(神尾, 2017)。地域のプライマリケア専門家は職種にかかわらず子どものメンタルヘルスの問題への気づきを高め、多職種連携を活用して早期対応ができれば、重篤化や医療化の回避や、予後の向上が望めるであろう。

しかしながら、わが国の地域のプライマリケアの従来の体制では子どものメンタルヘルスへの対応は量、質とも十分でない現状があり、子育て支援に関わる保健師も必ずしもメンタルヘルスの専門家ではなく、

継続して子どものメンタルヘルスの問題をケアし、引き継いでいく体制は構築されているとはいいいがたい。

若者のメンタルヘルスの向上にはメンタルヘルスリテラシー (Mental Health Literacy; MHL) の向上が大切な要因であることが示唆されている (Ojio et al., 2015)。MHL とは精神障害の認識、管理、予防を助けるための知識や信念、考え方のことであり、「疾患を認識する能力」、「背景因子や疾患の原因に関する知識と信念」、「自身で解決できる介入に関する知識と信念」、「専門家の支援に関する知識と信念」、「支援に関する認識と態度」、「情報の入手法に関する知識」の6つの構成要素から成る (Jorm et al., 1997; 中根・吉岡・中根, 2010)。

地域に暮らす子どもやその家族にとって身近な存在であるプライマリケア専門家は、所属部署や相談業務担当者の専門性にかかわらず、子どもに関する高い MHL を有することは子どものメンタルヘルスの向上に有用となると考えられる。しかしながら、大人が有する子どもに関する MHL について実証的に検討した研究はほとんどない。

そこで本研究は、地域保健のキーパーソンである保健師に焦点を当てて、教員や臨床心理学を専攻する大学院生、そして一般大学生の有する MHL と比較することで、保健師の有する子どもに関する MHL の実態を明らかにすることを目的として行われた。

B. 研究方法

本研究では保健師を対象に質問紙調査を実施した。調査材料として、フェイス項目

で性別、年齢、保健師経験年数、精神保健相談・こころの健康づくりに関わる業務の経験の有無 (2件法)、子どもや子育てに関わる業務の経験の有無 (2件法)、これまでの業務の内容や支援の対象者 (自由記述) を尋ねた。子どもに関する MHL 尺度は、竹森ら (2017) が開発した「子どものメンタルヘルスに関するリテラシー尺度」を使用した。この MHL 尺度は、「知識」、「積極的関心」、「対処法」の3因子30項目から成り、十分な信頼性と妥当性を有していることが確認されている (竹森ら, 2017)。本尺度の項目を Table 1 に示す。

質問紙を配布した関東圏の保健師 117 名のうち 69 名から回答を得られた (回収率 59.0%)。有効回答 63 名分 (女性 62 名、性別未記入 1 名、平均年齢 38.62 歳、 $SD=11.68$ 、年齢未記入 2 名) のデータと、既存の教員 119 名 (男性 24 名、女性 95 名、平均年齢 37.96 歳、 $SD=10.27$ 歳)、臨床心理学を専攻する大学院生 69 名 (男性 17 名、女性 52 名、平均年齢 25.25 歳、 $SD=5.65$ 歳)、学部生 283 名 (男性 81 名、女性 202 名、平均年齢 18.85 歳、 $SD=0.88$ 歳) の子どもに関する MHL 尺度の2次データ (竹森 (2018)) を解析に用いた。

本研究は国立精神・神経医療研究センター倫理審査委員会 (A2017-013) および京都女子大学臨床研究倫理審査委員会 (28-14) の承認を得て実施された。事前に内諾の得られた関東圏の3自治体の担当課長に分担研究者から書面で調査の趣旨説明と同時に依頼を行い、本研究への協力に対する承認を得た後に、課に所属するすべての保健師に質問紙と返信用封筒を郵送にて配布した。各保健師に回答を依頼する際、倫理的配慮

として回答は任意であること、白紙回答での返送も可能であることを文書で伝え、返送された質問紙への回答をもって研究参加への同意とみなした。

C. 研究結果

対象の特徴：分析対象となった保健師の平均保健師経験年数は 13.95 年、 $SD=11.02$ であった。保健師 63 名中、経験年数 1 年の 1 名を除き、62 名全員が子どもや子育てに関わる業務の経験を有していた。子どもや子育てに関わる業務の経験に加えて、48 名が精神保健相談・こころの健康づくりに関わる業務も経験していた(77.4%)。

保健師の MHL 尺度得点の平均：合計得点については、 $M=138.98$ ($SD=16.52$) であった。因子別では、「知識」 $M=82.92$ ($SD=16.52$)、「積極的関心」 $M=38.60$ ($SD=6.35$)、「対処法」 $M=17.46$ ($SD=4.34$) であった。

保健師の MHL 尺度得点の関連要因 性別は未回答の 1 名を除いて保健師全員が女性であったため、性との関連は不明であった。子どもや子育てに関わる業務の経験については、1 名を除き全員が有りのため、関連は不明であった。よって、本研究では、性別や子どもに関わる業務経験の有無を除く年齢および保健師経験年数と MHL 得点の合計得点と 3 因子(「知識」、「積極的関心」、「対処法」)の各得点との間の相関係数を算出した (Table 2)。

- 1) 年齢との相関 「対処法」得点との間に弱い正の相関があった ($r=.36$, $p<.001$)。合計、「知識」、「積極的関心」のいずれの得点も年齢との相関はなかった。

- 2) 保健師経験年数との相関 「対処法」得点との間に弱い正の相関があった ($r=.38$, $p<.001$)。合計、「知識」、「積極的関心」いずれの得点も経験年数との相関はなかった。

職種間の比較：子どもに関する MHL の職種間比較に際して、異なる専門性を持つ(あるいは持たない)保健師、教員、臨床心理学大学院生、大学生を独立変数、子どもに関する MHL 尺度の合計得点および各因子得点を従属変数とする 1 要因分散分析を行った。その結果、Table 3 に示した通り、保健師は合計、「知識」、「積極的関心」、「対処法」のすべてにおいて大学生より得点が高かった ($F(3, 530)=25.71$, $p<.001$; $F(3, 530)=50.27$, $p<.001$; $F(3, 530)=32.97$, $p<.001$) けれども、教員、臨床心理学大学院生などの異なる専門家と有意な差はみられなかった。

精神保健業務の経験による比較：保健師の精神保健相談業務の経験の有無による MHL 得点の違いについて、群(精神保健相談業務経験あり保健師、同経験なし保健師、教員、心理学大学院生、大学生)を独立変数、子どもに関する MHL 尺度の各因子得点を従属変数とする 1 要因分散分析を行い、検討した (Table 4)。精神保健相談業務を経験した保健師は、大学生より合計およびすべての因子得点が高く、教員よりも「知識」得点が高かった。精神保健相談業務の経験のない保健師は、経験のある保健師と比べて合計得点が有意に低かった。臨床心理学の大学院生と比べて、合計得点、「知識」、「積極的関心」の因子得点が有意に低かった。教員と比べて、「積極的関心」得点がありに低かった。教員と臨床心理学大学院生

との比較では、合計得点、「知識」において大学院生の方が高得点であった。学部生は保健師、臨床心理学大学院生、教員のいずれよりも低得点であったが、保健師を精神保健相談業務の経験の有無に分けて比較すると、経験なし保健師とはすべての得点において有意差はみられなかった。

D. 考察

本研究では「知識」、「積極的関心」、「対処法」の3因子30項目から成る「子どものメンタルヘルスに関するリテラシー尺度」(竹森ら,2017)を用いて、保健師のMHL得点を調べ、関連要因を探索し、教員、臨床心理学大学院生、学部生のMHL得点と比較検討を行った。その結果、合計得点と関連する要因は特定できなかったが、保健師の年齢が高いほど、保健師経験年数が長いほど、MHLの対処法因子得点は高いことが示された。また教員、臨床心理学を専攻する大学院生、一般大学生と比較した結果、保健師は大学生よりも高いMHLを有していたが、教員、心理学専門家と比べて有意な差はみられなかった。保健師の精神保健相談業務の経験の有無で分けて比較したところ、精神保健相談業務を経験した保健師は、知識因子で教員より高いMHLを有した他は、教員、臨床心理学大学院生と同程度のMHLを有しており、大学生よりもすべての得点において高得点であった。一方、これを経験しない保健師は、業務経験のある保健師や臨床心理学大学院生と比べてMHL合計得点は低かった。さらに臨床心理学大学院生よりも知識や対処法に関するMHLは低く、教員よりも積極的関心に関するMHLが低いことが示された。このこと

より、本研究の対象の保健師は子どもや子育てに関わる業務の経験を有しているにもかかわらず、子どものMHLは他職種と比べて高いものではなかった。むしろ、子育てに関わる業務経験に加えて、精神保健相談業務の経験を有することで、対処法に関するMHLに有意な違いが生じることが明らかとなった。しかしながら、知識や積極的関心に関するMHLには影響していなかったことは、業務経験のみではMHLの十分な向上は期待できないことを示唆するものである。

精神保健相談業務を経験した保健師も、子どものMHLは教員や臨床心理学大学生と比べて、教員より知識MHLが高いことを除き、有意差はなかった。今回、研究対象とした臨床心理学大学院生は現場の臨床心理の専門家よりも臨床経験が浅いと想定されることを踏まえると、地域の精神保健の専門家としての役割が期待される保健師のMHL教育は今後、改善が必要と考えられる。精神保健相談業務を経験していない保健師は、異なる領域の専門家より知識や対処法のMHLが低いという結果は、このことを裏付ける結果といえる。精神保健相談業務を経験していない保健師が教員や大学院生より子どものメンタルヘルスに対して関心が低かったという本研究の結果は、一般化することはできないが、地域住民のさまざまな問題のなかに子どものニーズを積極的に発見する役割の期待される保健師にとって今後改善の必要性を示唆するものである。

精神保健業務を経験することによってMHLが向上することは予測されても、これから精神保健業務を担当する段階ですでに

一定の専門性，つまりある程度高い MHL を有していることが望ましく，保健師を養成する段階，あるいは担当業務に関わらず定期的な研修において，子どものメンタルヘルスの問題について，よりしっかりと時間をとって扱われる必要があると考えられる。今後，経験に左右されず一定の MHL を有するための専門教育のあり方が地域の精神保健の向上や予防的対応における今後の重要課題と言えるだろう。

以上から，子どもを含む家庭全体の精神保健の課題を抱える地域住民の相談に携わる保健師には，プライマリケアにおけるメンタルヘルス専門家として早期対応や予防において果たす役割が期待されている。その前提として，子どもに関する MHL を高めることの重要性が明らかになった。保健師を養成する段階，また保健師の定期的な職業研修において子どものメンタルヘルスの問題について量的，質的に十分な研修がなされる必要があるだろう。

本研究の対象者のうち，子どもや子育てに関する業務を経験していない保健師は 1 名のみであり，この業務経験の有無による MHL の高さの違いを検討することはできなかった。精神保健相談業務以外の業務による MHL の高さの違いはないか，今後検討が必要である。また，対処法に関する MHL 項目は，対処法を知っているかどうかのみを尋ねた。今後は，保健師が有する対処法の具体的な内容を尋ねるなどして，それが適切な対処法なのか，より詳細な検討が必要である。

E. 結論

保健師の有する MHL は精神保健相談業

務経験にある程度依存しており，経験によらず専門家として高い MHL を獲得するために，今後の人材養成の見直しが強く望まれる。

参考文献

- Avenevoli, S., Knight, E., Kessler, R. C., & Merikangas, K. R. (2008). Epidemiology of depression in children and adolescents. In J. R. Z. Abela & B. L. Hankin (Eds.), *Handbook of depression in children and adolescents* (pp. 6-32). New York: Guilford Press.
- Copeland, W. E., Wolke, D., Shanahan, L., & Costello, E. J. (2015). Adult functional outcomes of common childhood psychiatric problems: A prospective, longitudinal study. *JAMA Psychiatry*, 72, 892-899.
- Costello, E. J. (1989). Child psychiatric disorders and their correlates: A primary care pediatric sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28, 851-855.
- 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 recognize mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *Medical Journal of Australia*, 166, 182-186.
- 神尾 陽子 (2017). 学童期における精神保健. 精神保健福祉士養成セミナー: 精神保健学 精神保健の課題と支援. 第 2 巻第 6 版, pp.24-33. 編集代表樋口輝彦, 小阪

- 憲司, 荒田寛. 東京, へるす出版.
- Kendall, P. C., & Suveg, C. (2006). Treating anxiety disorders in youth. In P. C. Kendall (Ed.), *Child and Adolescent Therapy: Cognitive Behavioral Procedures* (3rd ed., pp.243-296). New York: Guilford Press.
- 文部科学省 (2012). 通常の学級に在籍する発達障害の可能性のある特別な教育的支援を必要とする児童生徒に関する調査結果について Retrieved from http://www.mext.go.jp/a_menu/shotou/tokubetu/material/_icsFiles/afieldfile/2012/12/10/1328729_01.pdf (2017年10月23日)
- 文部科学省 (2017). 平成28年度「児童生徒の問題行動等生徒指導上の諸問題に関する調査」(速報値)について Retrieved from http://www.mext.go.jp/b_menu/houdou/29/10/_icsFiles/afieldfile/2017/10/26/1397646_001.pdf (2017年11月9日)
- 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
- Ojio, Y., Yonehara, H., Taneichi, S., Yamasaki, S., Ando, S., Togo, F., Nishida, A., Sasaki, T. (2015). Effects of school-based mental health literacy education for secondary school students to be delivered by school teachers: A preliminary study. *Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 69, 572-579.
- Strang, J. F., Kenworthy, L., Daniolos, P., Case, L., Wills, M. C., Martin, A., & Wallace, G. L. (2012). Depression and anxiety symptoms in children and adolescents with autism spectrum disorders without intellectual disability. *Research in Autism Spectrum Disorder*, 6, 406-412.
- 竹森 啓子・下津 咲絵・石川 信一・神尾 陽子 (2017). 子どものメンタルヘルスの問題に対する態度質問紙の作成 日本心理学会第81回大会
- 竹森 啓子 (2018). 子どもの精神的健康と教師のメンタルヘルスリテラシーとの関連 平成29年度京都女子大学大学院発達教育学研究科修士論文

G. 研究発表

1. 論文発表

特になし。

2. 学会発表

竹森 啓子・下津 咲絵・石川 信一・神尾 陽子 (2017). 子どものメンタルヘルスの問題に対する態度質問紙の作成 日本心理学会第81回大会, 久留米, 2017. 9.20-22.

H. 知的財産権の出願・登録状況

特になし。

Table 1 子どものメンタルヘルスに関するリテラシー尺度項目

知識	
3	子どもは家族や友達の支えがあっても、落ち込むことはある
5	子どもの墮落ではなく、心の不調が原因で、生活リズムが崩れることもある
7	子どもの怠惰以外が原因で、勉強や役割を投げ出すこともある
8	子どもが落ち込んだり、やる気がなくなるのは、その子の心が弱いからではない
10	言いたいことが上手く言えない時に、暴力を振るってしまう子どももいる
11	子どもは努力をしても、やる気がなくなることもある
13	子どもは、甘え以外が原因で学校に行きたがらないこともある
16	決まりやルールを破るのは、その子が自分勝手だからではない
17	自分の心のことであっても、子ども自身ではどうしようもないこともある
19	子どもが何でも心配するのは、その子の心が弱いからではない
21	子どもは自分で解決しようとしても、喧嘩をすることもある
22	子どもは家族や友達の支えがあっても、イライラすることもある
24	新しい場面に直面できないのは、その子に対応しようとしなないからではない
25	子どもは家族や友達の支えがあっても、不安になることはある
26	授業中に立ち歩くのは、必ずしもその子に悪意があるからではない
28	子どもは家族や友達の支えがあっても、急に泣いたり怒ったりすることもある
積極的関心	
2	私は不安を抱える子に積極的に関わろうとする
4	私は子どものコミュニケーションの困難さの原因を理解しようとする
12	私は落ち着きのない子や集中できない子に積極的に関わろうとする
15	私は落ち込んでいる子に積極的に関わろうとする
18	私は子どもの落ち着きのなさや、集中の困難さの原因を理解しようとする
23	私は子どもの抱える落ち込みの原因を理解しようとする
27	私はコミュニケーションの難しい子に積極的に関わろうとする
29	私は子どものイライラの原因を理解しようとする
30	私は子どもの抱える心配や不安を理解しようとする
対処法	
1	私はコミュニケーションの難しい子への適切な対処法を知っている
6	私は不安を抱える子に適切な対処法を教えることができる
9	私はイライラしやすい子に適切な対処法を教えることができる
14	私は落ち込んでいる子に適切な対処法を教えることができる
20	私は落ち着きのない子や集中できない子への適切な対処法を知っている

Table 2 保健師の年齢、経験年数と子どもに関するMHL尺度との相関

	子どもに関するMHL尺度			
	合計	知識	積極的関心	対処法
年齢	.09	-.07	.10	.36**
保健師経験年数	.16	-.00	.16	.38**

** $p < .01$

Table 3 記述統計量（標準偏差）および分散分析結果

	保健師	教員	大学院生	大学生	分散分析	
					F値	多重比較
N	63	119	69	283		
MHL30項目合計	138.98 (16.52)	138.53 (15.45)	145.35 (13.48)	123.37 (16.21)	55.51	学<保 ^{***} , 学<教 ^{***} , 学<院 ^{***}
知識	82.92 (9.93)	79.20 (9.46)	86.06 (7.57)	75.96 (9.89)	25.71	学<保 ^{***} , 学<教 [*] , 教<院 ^{***} , 学<院 ^{***}
積極的関心	38.60 (6.35)	41.39 (5.74)	41.35 (5.86)	33.23 (8.11)	50.27	学<保 ^{***} , 学<教 ^{***} , 学<院 ^{***}
対処法	17.46 (4.34)	17.93 (3.67)	17.94 (3.97)	14.19 (4.47)	32.97	学<保 ^{***} , 学<教 ^{***} , 学<院 ^{***}

注) 保=保健師, 教=教員, 院=大学院生, 学=大学生

^{***} $p<.001$, ^{**} $p<.01$, ^{*} $p<.05$

Table 4 経精神保健相談業務経験の有無別の記述統計量（標準偏差）および分散分析結果

	経験あり 保健師	経験なし 保健師	教員	大学院生	大学生	分散分析	
						F値	多重比較
N	48	15	119	69	283		
MHL30項目合計	142.42 (16.44)	128.00 (11.48)	138.53 (15.45)	145.35 (13.48)	123.37 (16.21)	44.75	学<教 ^{***} , 教<院 [*] , 学<院 ^{***} , 学<あり ^{***} , なし<院 ^{**} , なし<あり [*]
知識	84.67 (9.65)	77.33 (8.96)	79.20 (9.46)	86.06 (7.57)	75.96 (9.89)	21.20	学<教 [*] , 教<院 ^{***} , 教<あり ^{**} , 学<院 ^{***} , 学<あり ^{***} , なし<院 [*]
積極的関心	39.75 (6.04)	34.94 (6.10)	41.39 (5.74)	41.35 (5.86)	33.23 (8.11)	39.30	学<教 ^{***} , なし<教 ^{**} , 学<院 ^{***} , 学<あり ^{***} , なし<院 [*]
対処法	18.00 (4.10)	15.73 (4.79)	17.93 (3.67)	17.94 (3.97)	14.19 (4.47)	25.66	学<教 ^{***} , 学<院 ^{***} , 学<あり ^{***}

注) 経験=精神保健相談業務の経験, あり=経験あり保健師, なし=経験なし保健師, 教=教員, 院=大学院生, 学=大学生

^{***} $p<.001$, ^{**} $p<.01$, ^{*} $p<.05$

