

オンライン授業における教職課程履修者（大学生） のメンタルヘルスを考慮した授業の試み

角 田 真 紀 子

1. はじめに

2020年3月11日、世界保健機関（WHO）は新型コロナウイルス感染症（COVID-19）のパンデミックを宣言した。筆者が勤める大学（以下S大学）では3月22日の卒業式および4月5日の入学式が取りやめられた。日本では4月7日に緊急事態宣言が都市部（東京都、神奈川県、埼玉県、千葉県、大阪府、兵庫県、福岡県）に発令され、4月16日には全都道府県が対象となり、5月25日まで続いた。S大学では感染症防止対策のために新学期の講義開始が約1ヶ月遅れ、5月11日より大学に登校せずオンラインを使った講義が始まった。その後も緊急事態宣言や蔓延防止等重点措置の発令・解除が相次ぎ、第1波から始まった感染症拡大は2022年12月現在で第8波を迎えている。このような中、S大学では政府や自治体の動きや感染者数の増減等を鑑みて活動のレベルを分け、講義、ゼミナール、サークル活動の対面可・不可や、施設利用の可・不可、人数制限等を決めてきた。学生は、2020年度はほとんどオンラインで授業を受け、2021年度は半々、2022年度はほぼ対面授業に戻ったものの、学生がCOVID-19陽性、濃厚接触者、ワクチン接種およびその副反応などでオンライン受講または欠席など不安定な受講状態が続き、教員も状況に合わせて対面、オンライン、ハイブリッド授業を展開するなどして対応している。

S大学では、富川、平田らがこのCOVID-19感染症防止対策下においてオンライン授業となった大学教養体育の教育効果として5月、7月、12月に受

講生（1年生）を調査した。結果として、1/4の学生が抑うつ状態または境界領域にある可能性が示されたほか、生活満足度や健康状態は5月に比べて7月は悪化したものの12月には改善に転じた一方、主観的ストレス量は5月より7月のほうが減ったが12月に5月並みに戻ったことなどを示し（富川・平田・角田・李・柏木・齋藤・佐藤、2022）、制限された日常生活および大学生活への慣れの中で学生は生活に満足を見出し健康に気を遣いつつもストレスが溜まっているという状況が推察された。前期の段階でのこの結果を受け学生の抑うつ状態を懸念したS大学学長および同大学新型コロナウイルス感染症対策本部の要請を受けた専修大学スポーツ研究所は、2020年7月に3種類の「大学生のためのヨガ」動画をWeb上に、9月に35種類の「オンライン授業のためのストレス低減方法の資料」をポータルサイトで教職員に配布、のちにWeb上に公開し、オンライン授業の合間に短時間で使用できるコンテンツを提供した（佐竹・佐藤・吉田・佐藤・飯田・齋藤・渡辺・平田・富川・時任・李・相澤・柏木・角田・露木、2020）。これは学生本人のみならず教員が先導してコロナ禍の学生のオンライン受講について特別な配慮を払う必要があることが具現化されたプロジェクトであったといえる。

また、2020年12月18日から2021年1月31日にかけて同大学学生相談室が学内のポータルシステム in Campus を使用して全学生対象に配布した「こころの健康チェック」では、867名が回答し、例えば「大学に馴染めていないと感じる」ことについて「以前からある」と回答した学生は19%、パンデミック以降の「4月以降ある」と回答した学生は32%、「生活リズムを保つことができない」についてはそれぞれ33と36%、「友人ができない」は22%と37%、「やる気が出てこない」は38%と32%、など、多くの学生が4月以降に学校や対人関係での馴染めなさや新たな心身の不調を感じていることが明らかになり（光川、2020）、緊急に学生のメンタルヘルスケア対策を講じることの重要性が示唆された。

筆者が講義を担当している教職課程でも、教育実習の延期または中止、実習校でのオンライン授業への対応、介護等体験の中止による代替措置への変更など Covid-19 のパンデミックおよび感染症防止対策の影響が大きく出た。これらへの対応から、先の調査結果だけでなく実感として教員を目指す

学生が履修する教職課程での生徒のメンタルヘルスおよび教員自身のメンタルヘルスに関する知識やメンタルヘルスの向上・維持のための技法の修得の必要性がより高まった。しかしながら、これまで大学生に対して行われたメンタルヘルス関連の研究としては藤沢・小坂（2019）、メンタルヘルスのなかでも抑うつ予防関連に焦点を当てたものとしては及川（2007）や澤村・小野（2019）などが、ストレスマネジメントに関する研究では柴田・木須・安川（2018）、今井・古橋（2011）、竹端・後和（2021）などがあるが、これらは心理学関連の授業や対象者を選択した形で行われており、教職課程科目においてそのような講義内容を扱ったことを示す研究としては、中山・森谷（2020）が保育者・教員養成学科の学生に対して行った「こころのスキルアップ教育プログラム」を取り入れた授業実践や、教職大学院の授業で行われたストレスマネジメント教育（衣斐、2020）などがあるものの数としては少ない。教職課程、特に「教育相談の理論と方法」のような科目においては学生が予防的カウンセリングおよび心理教育の観点からメンタルヘルスに関わるストレスマネジメントの理論と方法を学ぶことは有用であり、講義を行う教員としてはこれらの内容をどのように講義展開するか、特にこのような状況にあってオンライン授業でも展開可能な学修指導案を示し、それによって学生がストレスマネジメントについて自身のメンタルヘルスへの影響を体験的に理解することが重要であると考えられる。

2. 目的

本研究ではオンライン授業においてメンタルヘルスを考慮した教職課程の講義（単回）を提示し、この講義によって学生が予防的カウンセリング・心理教育としてのストレスマネジメントの理論と方法を修得し、学生自身が体験することでのメンタルヘルスに及ぼす主観的な影響を検証する。

3. 方法と手続き

3.1. 対象者

教職課程の科目で生徒や教員のメンタルヘルスおよびそれへの対応に関する内容を扱える講義としては「教育相談の理論と方法」が挙げられる。そこ

で 202X 年に 2 年次以降配当の S 大学教職課程必修科目「教育相談の理論と方法」受講者を対象とした。

3.2. 講義の目的と展開

(1) 講義の目的

「教育相談の理論と方法」では、学校で生じた問題への介入だけでなく予防的介入や心理教育を含めてメンタルヘルスに対応することが大事であること、また教師自身のメンタルヘルスが教育相談のみならず教育活動を行う上で大事であることを踏まえ、ストレス理論、ストレスマネジメントの考え方を学ぶ。同時に、学生は方法としてボディスキャンを体験的に学び自分自身のメンタルヘルスへの影響を主観的に捉え、予防的カウンセリング・心理教育の概念を理解する。

(2) 学修指導案 本時の展開

講義は次の展開で行った(表1)。この講義は後期展開科目の第13回目であった。学生は、実家または一人暮らしの自宅、寮、大学の講義室、外出先など様々な場所から Meet にて授業に参加した。人数の都合上、教員が全体に対して説明をする講義の際学生はカメラオフ・マイクオフで視聴し、質問がある場合はマイクオンまたはチャットで質問した。毎回行われるブレイクアウトルームでのグループワークは基本的に全員がカメラオン・マイクオンの状態で参加することを前提とし、通信状況が悪い場合や体調不良等などやむを得ない場合はカメラオフやマイクオフにてチャットでの参加も可とした。学生のほとんどが前期の同時限に展開している筆者の別の科目とセットで受講しており、前期からの積み上げでグループワークおよびカメラオン・マイクオンでのグループワークには慣れていた。カメラオン・マイクオンでのオンライン受講は苦手とされる傾向がある(江、2021)が、筆者の講義では「コロナ禍になってから講義で話ができるのはこの授業だけ」「グループワークで、カメラオン・マイクオンで話すと距離が縮まる」「同じ人と一緒になって友達になった」「一人暮らしなので4日ぶりに人と話した」などのフィードバックがありカメラオン・マイクオンに対してはポジティブな態度が前提にあるた

表 1 学修指導案 本時の展開

時間 (分)	ツール 学習形態	学生の学修活動	指導上の留意点	
開始時	Respon 個人ワーク	・出席調査・受講環境	・受講人数および受講環境の把握。	
導入 00- 10	Meet 全体講義 (配布資料)	・資料で前回の感想とそれへの 教員からのコメントを確認し、 疑問やコメントがあれば発言 する。	・オンライン接続に時間がかかる場合を考 慮しての時間配分。	
展開 1	10- 20	Google フォーム 個人ワーク	・Google フォームへの記入 (事前調査)	・調査目的、回答したくない場合はしなく て良いことを説明する。 ・Respon 回答状況から次のグループワ ークで使うブレイクアウトの人数を調整し ておく。
	20- 40	Meet 全体講義 (配布資料)	・こころとからだの関係につい て学ぶ。 ・ストレス理論について学ぶ。 ・ストレスを測る。 ・ストレスの影響、ストレス関連 障害について知る。 ・ストレスマネジメントの方法 について学ぶ。	・教育相談では予防的・心理教育的介入が 重要であること、また教師自身のメンタ ルヘルスが重要であることを押さえる。 ・ストレスサーに良い悪いはないこと、感 覚遮断実験の事例を提示してストレッ サーが全くないのもメンタルヘルスには 良くないことをおさえる。
	40- 50	Meet ブレイクアウト グループワーク	・アイスブレイク、自己紹介 (2分) ・ストレス対処法（気晴らし方 法）のシェア	・4 人班。自分のストレス対処法ではなく 他者が行っている方法でも良いのでたく さん出すよう指示する。 ・それぞれの部屋（ブレイクアウトルーム） を巡回する。
	50- 55	Meet 全体講義・討論・ 説明	・ストレス対処法についてのポ イントを学ぶ。 ・対処法の一つとしてのボディ スキャンのやり方を学ぶ。	・無料・一人でできることなどストレス対 処法で一つは持っておいた方がいいもの のポイントをおさえる。 ・無料でできる方法を紹介し、その一つに ボディスキャンを挙げ体験につなげる。 ・体験は自分自身を評価しないこと、成績 評価に入らないこと、やりたくない場合 はやらなくても良いが試しにやってみる ことを勧める。
展開 2	55- 75	Google フォーム 個人ワーク	1. ボディスキャン体験 音声に沿って行う (10分) 2. Google フォームへの記入 (事後調査)	・提示を統一するために音声ガイドを使用 する。 ・伏臥位でも座位でも構わないのでなる べく身体をゆったりさせられる状況を確保 するよう伝える。 ・回答はしなくても良いことを伝える。
ま と め	75- 85	Meet 全体討論・講義	・体験のシェア ・ストレスマネジメントについ てのまとめ	・できの良し悪しではないこと、体験につ いて評価はしないことに注意を促す。
	85- 90	Respon 個人ワーク	・授業全体の感想をまとめて提 出する（授業後提出可能、次の 时限の休憩時間後まで）。	・授業全体や体験を通して疑問や不調が感 じられる場合は個別に対応する。

め、おおむねグループワークが円滑に進みやすいことを付記しておく。

(3) 使用教材について

講義で使用する理論的な説明に関しては筆者がまとめたレジュメを Google Classroom でシェアし、Meet 接続時には共有画面に示した。個人ワークについては Google フォームを使用して記入・提出を求めた。ストレス対処法の体験としてはリラックスするためのボディスキャンを採用した。一般的にマインドフルネスで行われるボディスキャンはリラックスするためではなく順番に身体の隅々に注意を向けありのままの状態に気づくものである(北川・武藤、2013)が、筆者は、学生がオンライン授業によって同じ姿勢でずっと講義を受講していること、外出が少なく身体を動かすことや身体の状態を認知する機会が減っていることなどを考慮し、まずは自分の現在の身体の状態に注意を向けることが必要であるとともに、ボディスキャンにリラックスの要素を入れることで、自分の身体感覚やストレス状態を覚知しつつリラックスすることがストレス対処のベースになると考えた。よってこのボディスキャンはストレスマネジメントとしてリラクセーションの要素が含まれたものを採用することとした。このインストラクションについては、全米ヨガアライアンス ERYT200 認定講師などの資格を持つヨガインストラクター露木めぐみ氏¹の協力を得て、露木氏が作成したボディスキャンの YouTube (動画ではなくキャンドルの静止画のみの音声ガイド)を使用し、Google フォームのリンクより視聴できるようにした。

3.3. 調査内容

講義開始時および、講義聴講、グループワーク、ボディスキャン体験終了後に Google フォームにてアンケート調査を行った。内容は「大学生のストレ

¹ 露木めぐみ氏は全米ヨガアライアンス ERYT200 認定講師、JTTMA オリエンタルアジャストメント認定講師、JTTMA セラピストベーシック認定講師、Gate8 たまごヨガ認定ティーチャー、UTL リストラティブヨガ Level1&2 終了、サラパワーズ陰ヨガ TT 終了、ヨガニードラセラピスト TT などの資格と経験を持つインストラクターである。今回の研究調査にあたり、露木氏には専門的知識と方法の提供をはじめとして多大なご協力をいただきました。この場を借りて感謝申し上げます。

スマネジメントに関するアンケート調査」とした。

調査項目は、対象者のプロフィールに加え、富川ら（富川ほか，2022）を参考に、健康状態やストレスなど主観的に把握している心身の健康状態に関する4項目、また抑うつ状態に関する項目として東邦大式うつ状態自己診断チェックシート（SRQ-D）18項目、心理的ストレスの変化を調査するための項目として鈴木ら（鈴木ほか，1997）による心理的ストレス反応尺度（SRS-18）18項目を使用した。

心身の健康状態に関する項目としては、「あなたは現在、どのくらい健康だと思いますか。」（主観的健康状態）について「全く健康ではない」から「とても健康である」、「あなたは現在、どのくらい生活に満足していますか。」（主観的生活満足度）について「不満である」から「満足である」、「あなたは現在、どのくらいストレスを感じていますか。」（主観的ストレス量）について「少ない」から「多い」、「あなたは現在、どのくらい健康へ関心がありますか。」（健康への関心）について「なし」から「あり」の5件法4項目を使用した。

東邦大式うつ状態自己診断チェックシート（SRQ-D）は、軽度うつ状態が自己診断できる18項目で構成されている。それぞれ「いいえ」（0点）から「つねに」（3点）を計上し0-30点の合計点を算出すると0-10点は「抑うつなし」、11-15点が「抑うつ境界領域」、16-30点が「抑うつあり」と判定されるものである。調査対象者には合計点の記述を求めた。

心理的ストレス反応尺度（SRS-18）は、他のストレス反応尺度に比べて項目数が少ないため調査対象者にとって負担が少なく簡便であり、状況に応じて繰り返し使用しやすいとされている（鈴木・嶋田・三浦・片柳・右馬埜・坂野，1997）。今回の調査では事前・事後にアンケートを記入してもらうことを考慮し、また信頼性・妥当性の検討もなされていることからこれを使用することとした。

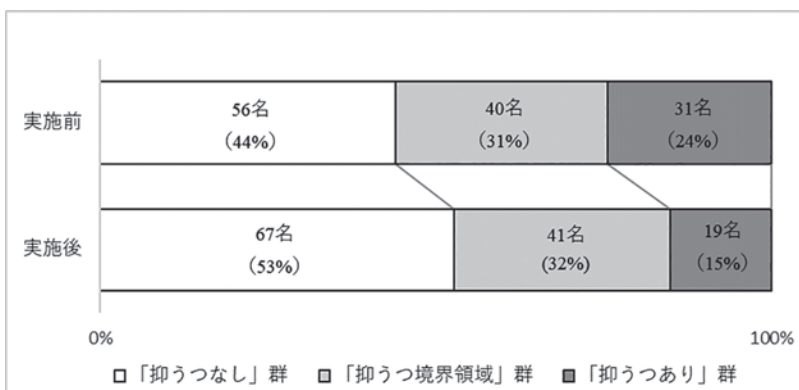
4. 結果

4.1. 全体の結果

講義を受講しアンケートに回答をした 165 名のうち、ボディスキャンの時間帯や講義終了後などに提出した者、回答に不備がある者を除き 127 名（男子 63 名、女子 63 名、無回答 1 名；19 歳 26 名、20 歳 83 名、21 歳 15 名、22-24 歳各 1 名）を分析対象とした。居住環境は、自宅 91 名（72%）、一人暮らし（アパート、マンション等）24 名（18%）、学生会館・学生寮 11 名（9%）、その他 1 名（1%未満）であった。

東邦大式うつ状態自己診断チェックシート（SRQ-D）はその合計点で 1-10 点を「抑うつなし」、11-15 点を「抑うつ境界領域」、16 点-30 点を「抑うつあり」と簡易判断が可能であるためこの基準で対象者を分類したところ、実施前の「抑うつなし」は 56 名（44%）、「抑うつ境界領域」は 40 名（31%）、「抑うつあり」は 31 名（24%）、実施後の「抑うつなし」は 67 名（53%）、「抑うつ境界領域」は 41 名（32%）、「抑うつあり」は 19 名（15%）であった。それぞれを「抑うつなし」群、「抑うつ境界領域」群、「抑うつあり」群とし、図 1 に人数と割合を示す。

図 1 抑うつ状態群の体験実施前後の人数と割合



次に、講義および体験の事前・事後比較を行うために各尺度得点について t 検定を行った。 p 値が 0.05 未満を統計的に有意とみなした。抑うつ状態（SRQ-D）合計点についての体験実施前と実施後の平均値と標準偏差および p 値を表 2 に示す。結果、実施後の抑うつ状態合計点は実施前より有意に高かった ($t(126) = 5.93, p < .001$)。

表 2 抑うつ状態合計点の実施前後の平均値と標準偏差および p 値

	実施前		実施後		p 値
	平均	標準偏差	平均	標準偏差	
抑うつ	11.76	6.08	10.09	5.78	$p < .001$

次に、心身の健康状態に関する各項目についての実施前後の平均値と標準偏差および p 値を表 3 に示す。結果、主観的健康度に関して実施前後での有意差は認められず ($t(126) = 1.96, p = .052$)、主観的生活満足度 ($t(126) = 3.74, p < .001$)、健康への関心 ($t(126) = 2.98, p = .003$) に関しては実施前より実施後のほうが有意に高く、主観的ストレス量 ($t(126) = 5.17, p < .001$)、に関しては実施前より実施後のほうが有意に低いことが示された。

表 3 心身の健康状態に関する各項目の実施前後の平均値と標準偏差および p 値

	実施前		実施後		p 値
	平均	標準偏差	平均	標準偏差	
主観的健康度	3.83	1.00	3.94	0.85	0.052
主観的生活満足度	3.38	1.06	3.66	0.92	$p < .001$
主観的ストレス量	3.28	1.14	2.75	1.06	$p < .001$
健康への関心	3.68	1.11	3.89	1.01	0.003

次に、心理的ストレス反応尺度各項目についての実施前後の平均値と標準偏差および p 値を表 4 に示す。結果、「17.ひとりでいたい気分だ」の 1 項目について有意差は認められなかった ($t(126) = 1.76, p = .080$) が、その他の 17 項目で実施前より実施後のほうが有意に低いことが示された（「1.怒りつ

ぼくなる」($t(126) = 5.35, p < .001$)、「2.悲しい気分だ」($t(126) = 6.65, p < .001$)、
 「3.何となく心配だ」($t(126) = 7.29, p < .001$)、「4.怒りを感じる」($t(126) =$
 $5.34, p < .001$)、「5.泣きたい気持ちだ」($t(126) = 4.32, p < .001$)、「6.感情を
 抑えられない」($t(126) = 2.89, p = .004$)、「7.くやしい思いがする」($t(126) =$
 $4.74, p < .001$)、「8.不愉快だ」($t(126) = 4.75, p < .001$)、「9.気持ちが沈んで
 いる」($t(126) = 6.02, p < .001$)、「10.いらいらいする」($t(126) = 6.62, p < .001$)、
 「11.いろいろなことに自信がない」($t(126) = 5.28, p < .001$)、「12.何もかも
 いやだと思う」($t(126) = 3.97, p < .001$)、「13.よくないことを考える」($t(126)$
 $= 6.38, p < .001$)、「14.話や行動がまとまらない」($t(126) = 3.85, p < .001$)、
 「15.なぐさめてほしい」($t(126) = 4.31, p < .001$)、「16.根気がない」($t(126)$
 $= 4.60, p < .001$)、「18.何かに集中できない」($t(126) = 8.75, p < .001$)。

表 4 心理的ストレス反応尺度各項目の実施前後の平均値と標準偏差および p 値

	実施前		実施後		p 値
	平均	標準偏差	平均	標準偏差	
1.怒りっぽくなる	1.93	0.94	1.57	0.74	$p < .001$
2.悲しい気分だ	2.16	1.02	1.64	0.79	$p < .001$
3.何となく心配だ	2.73	1.01	2.18	0.93	$p < .001$
4.怒りを感じる	1.74	0.89	1.40	0.64	$p < .001$
5.泣きたい気持ちだ	1.81	0.98	1.50	0.81	$p < .001$
6.感情を抑えられない	1.75	0.92	1.55	0.80	0.004
7.くやしい思いがする	2.00	1.05	1.61	0.80	$p < .001$
8.不愉快だ	1.68	0.89	1.39	0.68	$p < .001$
9.気持ちが沈んでいる	2.19	1.07	1.71	0.95	$p < .001$
10.いらいらいする	1.91	1.00	1.40	0.71	$p < .001$
11.いろいろなことに自信がない	2.58	1.07	2.18	1.01	$p < .001$
12.何もかもいやだと思う	1.94	1.01	1.65	0.85	$p < .001$
13.よくないことを考える	2.32	1.04	1.83	0.95	$p < .001$
14.話や行動がまとまらない	2.11	0.97	1.81	0.91	$p < .001$
15.なぐさめてほしい	1.83	1.06	1.59	0.91	$p < .001$
16.根気がない	2.28	1.11	1.90	1.00	$p < .001$
17.ひとりでいたい気分だ	2.20	1.07	2.06	0.99	0.080
18.何かに集中できない	2.61	1.09	1.96	0.86	$p < .001$

4.2. 抑うつ状態群ごとの体験の結果

自己診断による抑うつ状態別での各尺度・項目について、実施前後の比較を行うために t 検定を行った。

まず、抑うつ状態群別抑うつ状態合計点の実施前後の平均値と標準偏差および p 値を表 4 に示す。結果、「抑うつなし」群 ($t(55) = 3.92, p < .001$)、「抑うつ境界領域」群 ($t(39) = 2.10, p = .042$)、「抑うつあり」群 ($t(30) = 5.21, p < .001$) の 3 群とも実施前後で抑うつ状態に有意差が認められ、実施前より実施後のほうが抑うつ状態が低いことが示された。

次に、抑うつ状態群別心身の健康に関する各項目の実施前後の平均値と標準偏差および p 値を表 6 に示す。「抑うつなし」群では、「主観的健康度」では有意差は認められず、「主観的生活満足度」($t(55) = 2.90, p = .005$)、「主観的ストレス量」($t(55) = 2.90, p = .005$)、「健康への関心」($t(55) = 2.90, p = .005$) の 3 項目について有意差が認められた。「抑うつ境界領域」群では、「主観的健康度」と「健康への関心」では有意差は認められず、「主観的生活満足度」($t(39) = 2.58, p = .014$) と「主観的ストレス量」($t(39) = 3.21, p = .003$) で有意差が認められた。「抑うつあり」群では、「主観的ストレス量」($t(30) = 3.06, p = .005$) のみで有意差が認められた。

次に、抑うつ状態群別心理的ストレス反応尺度各項目の実施前後の平均値と標準偏差および p 値を表 7 に示す。

「抑うつなし」群は、「6.感情を抑えられない」($t(55) = 1.41, p = .163$)、「7.くやしい思いがする」($t(55) = 1.90, p = .062$)、「11.いろいろなことに自信がない」($t(55) = 1.90, p = .062$)、「12.何もかもいやだと思う」($t(55) = 0.78, p < .438$)、「17.ひとりでいたい気分だ」($t(55) = 0.00, p = 1.000$) の 5 項目では有意差は認められず、13 項目で有意差が認められた（「1.怒りっぽくなる」($t(55) = 3.23, p = .002$)、「2.悲しい気分だ」($t(55) = 3.14, p = .003$)、「3.何となく心配だ」($t(55) = 3.73, p < .001$)、「4.怒りを感じる」($t(55) = 2.84, p = .006$)、「5.泣きたい気持ちだ」($t(55) = 2.12, p = .038$)、「8.不愉快だ」($t(55) = 3.46, p = .001$)、「9.気持ちが沈んでいる」($t(55) = 2.01, p = .049$)、「10.いらいらいする」($t(55) = 2.88, p = .006$)、「13.よくないことを考える」($t(55) = 3.52, p < .001$)、「14.話や行動がまとまらない」($t(55) = 2.28, p = .026$)、「15.なぐ

表 5 抑うつ状態群別抑うつ状態会計点の実施前後の平均値と標準偏差および p 値

尺度	「抑うつなし」群				「抑うつ境界領域」群				「抑うつあり」群					
	実施前	実施後	平均	標準偏差	実施前	実施後	平均	標準偏差	実施前	実施後	平均	標準偏差	p 値	
抑うつ状態	2.82	5.36	3.06	$p < .001$	13.03	1.44	11.83	3.71	0.042	19.94	3.64	16.42	4.36	$p < .001$

表 6 抑うつ状態群別心身の健康に関する各項目の実施前後の平均値と標準偏差および p 値

項目内容	「抑うつなし」群				「抑うつ境界領域」群				「抑うつあり」群					
	実施前	実施後	平均	標準偏差	実施前	実施後	平均	標準偏差	実施前	実施後	平均	標準偏差	p 値	
主観的健康度	4.16	0.83	4.23	0.83	3.78	1.00	3.88	0.76	0.378	3.290	1.071	3.484	0.811	0.136
主観的生活満足度	3.55	1.06	3.86	0.96	3.45	1.01	3.78	0.73	0.014	2.968	1.080	3.161	0.898	0.311
主観的ストレス量	2.80	1.23	2.30	1.03	0.005	3.38	0.87	2.83	0.84	4.032	0.875	3.452	0.995	0.005
健康への関心	3.79	0.99	4.09	0.92	0.005	3.68	1.16	3.75	1.13	0.498	3.484	1.262	3.710	0.973

さめてほしい」($t(55) = 2.06, p = .044$)、「16.根気がない」($t(55) = 2.76, p = .008$)、「18.何かに集中できない」($t(55) = 4.53, p < .001$)。

「抑うつ境界領域」群は、「6.感情を抑えられない」($t(39) = 1.85, p = .071$)、「17.ひとりでいたい気分だ」($t(39) = 0.87, p = .391$)の2項目で有意差は認められず、16項目で有意差が認められた（「1.怒りっぽくなる」($t(39) = 2.31, p = .026$)、「2.悲しい気分だ」($t(39) = 3.39, p = .002$)、「3.何となく心配だ」($t(39) = 4.51, p < .001$)、「4.怒りを感じる」($t(39) = 2.31, p = .027$)、「5.泣きたい気持ちだ」($t(39) = 2.64, p = .012$)、「7.くやしい思いがする」($t(39) = 2.54, p = .015$)、「8.不愉快だ」($t(39) = 2.57, p = .014$)、「9.気持ちが沈んでいる」($t(39) = 3.51, p = .001$)、「10.いらいらいする」($t(39) = 4.78, p < .001$)、「11.いろいろなことに自信がない」($t(39) = 3.29, p = .002$)、「12.何もかもいやだと思う」($t(39) = 2.33, p = .025$)、「13.よくないことを考える」($t(39) = 4.33, p < .001$)、「14.話や行動がまとまらない」($t(39) = 3.06, p = .004$)、「15.なぐさめてほしい」($t(39) = 2.56, p = .014$)、「16.根気がない」($t(39) = 2.71, p = .010$)、「18.何かに集中できない」($t(39) = 4.71, p < .001$)。

「抑うつあり」群は、「6.感情を抑えられない」($t(30) = 1.72, p = .095$)、「14.話や行動がまとまらない」($t(30) = 1.68, p = .103$)の2項目で有意差は認められず、16項目で有意差が認められた（「1.怒りっぽくなる」($t(30) = 4.04, p < .001$)、「2.悲しい気分だ」($t(30) = 5.48, p < .001$)、「3.何となく心配だ」($t(30) = 4.58, p < .001$)、「4.怒りを感じる」($t(30) = 4.53, p < .001$)、「5.泣きたい気持ちだ」($t(30) = 2.71, p = .011$)、「7.くやしい思いがする」($t(30) = 4.15, p < .001$)、「8.不愉快だ」($t(30) = 2.72, p = .011$)、「9.気持ちが沈んでいる」($t(30) = 5.73, p < .001$)、「10.いらいらいする」($t(30) = 3.99, p < .001$)、「11.いろいろなことに自信がない」($t(30) = 4.50, p < .001$)、「12.何もかもいやだと思う」($t(30) = 4.25, p < .001$)、「13.よくないことを考える」($t(30) = 3.18, p = .003$)、「15.なぐさめてほしい」($t(30) = 2.83, p = .008$)、「16.根気がない」($t(30) = 2.53, p = .017$)、「17.ひとりでいたい気分だ」($t(30) = 2.35, p = .025$)、「18.何かに集中できない」($t(30) = 6.75, p < .001$)。

表7 抑うつ状態群別心理的ストレス反応尺度各項目の実施前後の平均値と標準偏差およびp値

項目内容	「抑うつなし」群				「抑うつ境界領域」群				「抑うつあり」群						
	実施前		実施後		実施前		実施後		実施前		実施後				
	平均	標準偏差	平均	標準偏差	p値	標準偏差	平均	標準偏差	p値	標準偏差	平均	標準偏差	p値		
1.怒らっぽくなる	1.57	0.74	1.32	0.61	0.002	2.00	0.96	1.68	0.73	0.026	2.48	1.00	1.87	0.85	p<.001
2.悲しい気分だ	1.68	0.79	1.39	0.73	0.003	2.20	0.91	1.70	0.69	0.002	2.97	1.02	2.00	0.89	p<.001
3.何となく心配だ	2.14	1.00	1.77	0.79	p<.001	2.85	0.74	2.25	0.81	p<.001	3.65	0.49	2.84	0.93	p<.001
4.怒りを感じる	1.39	0.65	1.21	0.46	0.006	1.83	0.90	1.53	0.68	0.027	2.26	1.00	1.58	0.81	p<.001
5.泣きたい気持ちだ	1.46	0.71	1.30	0.66	0.038	1.78	0.92	1.40	0.63	0.012	2.48	1.15	2.00	1.06	0.011
6.感情を抑えられない	1.55	0.71	1.43	0.71	0.163	1.68	0.97	1.45	0.64	0.071	2.19	1.08	1.90	1.04	0.095
7.くやしい思いがする	1.77	0.99	1.57	0.83	0.062	2.00	1.09	1.58	0.75	0.015	2.42	1.03	1.74	0.86	p<.001
8.不愉快だ	1.38	0.59	1.20	0.44	0.001	1.68	0.92	1.35	0.53	0.014	2.23	1.06	1.77	0.99	0.011
9.気持ちが沈んでいる	1.63	0.82	1.45	0.83	0.049	2.28	1.04	1.68	0.80	0.001	3.10	0.87	2.23	1.15	p<.001
10.いらいらしている	1.46	0.69	1.23	0.57	0.006	2.20	1.02	1.43	0.71	p<.001	2.35	1.14	1.68	0.87	p<.001
11.いろいろなことに自信がない	1.93	0.95	1.73	0.84	0.062	2.80	0.88	2.30	0.97	0.002	3.48	0.68	2.84	1.00	p<.001
12.何もかもいやだと思う	1.43	0.81	1.36	0.59	0.438	1.98	0.77	1.63	0.74	0.025	2.84	1.00	2.23	1.12	p<.001
13.よくないことを考える	1.75	0.94	1.41	0.78	0.001	2.58	0.84	1.93	0.80	p<.001	3.03	0.91	2.48	1.03	0.003
14.話や行動がまとまらない	1.66	0.86	1.46	0.81	0.026	2.40	0.81	2.03	0.73	0.004	2.55	1.06	2.16	1.10	0.103
15.なぐさめてほしい	1.55	0.85	1.41	0.78	0.044	1.75	0.95	1.48	0.75	0.014	2.45	1.31	2.06	1.15	0.008
16.根気がない	1.79	0.97	1.52	0.85	0.008	2.48	1.04	2.00	0.82	0.010	2.90	1.08	2.45	1.21	0.017
17.ひとりでいたい気分だ	1.86	1.00	1.86	1.02	1.000	2.33	1.05	2.20	0.91	0.391	2.68	1.05	2.26	1.00	0.025
18.何かに集中できない	2.11	1.07	1.66	0.88	p<.001	2.80	0.97	2.10	0.59	p<.001	3.26	0.86	2.32	0.98	p<.001

5. 考察

5.1. 全体での分析の考察

まず、東邦大式うつ状態自己診断チェックシート（SRQ-D）で実施前に「抑うつあり」群が24%、「抑うつ境界領域」は31%であり、抑うつ傾向がある学生は55%と半数以上に上ったことは先の富川、平田ら（2022）と比較すると多い。Covid-19によるパンデミック以前のデータがないので個人内比較はできないが、対象者の違いとして一般学生よりも教職課程を履修している学生はその分科目履修数が多く、特にオンライン授業ではどの講義も課題で出席状況の把握や成績評価が行われたため、講義受講数や課題の数などがより多かったことが推測できる。また、教職課程を履修するということは多くの講義が教職課程上必要な単位と認定され一つ一つの講義が重要であるため、オンライン授業という未経験の受講環境の中で単位を落とせないというのはかなりのストレスだったのではないかと思われる。体験後に「抑うつあり」群は15%、「抑うつ境界領域」群は32%となり抑うつ傾向がある学生は全体で47%に減じ、 t 検定の結果からも体験後のほうが抑うつ傾向のある学生が減ったことが示されたが、これは一時的な期間での調査であり一過的な状態の変化を示したにすぎない。本講義の目的は、講義を受けボディスキャンを体験することでの変化の感覚を得ることにあり恒常的な変化を狙ったものではないためより長期間での変化や効果測定を行うためには継続的な体験等の実施と調査が必要であろう。

心身の健康状態に関しては、主観的健康度に関して実施前後での有意差が認められなかった。これは「あなたは現在どのくらい健康だと思いますか」という質問の「現在」が今この瞬間ではなく広い範囲での今として捉えられ、また「健康」がより広く漠然とした概念であるため変化がなかったのではないかと推測される。それに対し主観的ストレス量については実施後のほうが低いことが示されたのは質問が「ストレス」に焦点化されており今この瞬間のストレス量が減ったという感覚があったからではないかと推測される。同様に仲間とのグループワークでのストレス対処法の共有やボディスキャンの体験を通じての今この瞬間にフォーカスをすることで、抑うつ的な傾向が

減って主観的生活満足度が上がり、より健康になりたいという健康への関心が高まったと考えられる。ストレス量の減少は、心理的ストレス反応尺度各項目について「17.ひとりでいたい気分だ」以外でストレス反応が下がったことから見て取れる。

5.2. 抑うつ状態別の分析での考察

次に、抑うつ状態群別に抑うつ状態合計点を実施前後で比較したところ、「抑うつなし」群、「抑うつ境界領域」群、「抑うつあり」群の3群とも実施後の抑うつ状態がより低かった。これにより、抑うつ状態の程度に関わらず実施後では抑うつ状態が一時的にかもしれないが減少することが示された。心身の健康に関する各項目では、3群とも「主観的健康度」では有意差が認められなかったが、「主観的ストレス量」は実施後のほうが低くなったことが示された。この理由については5.1.で示唆された全体の結果でのそれと同様であろう。また「抑うつなし」群は、実施後に「主観的生活満足度」「健康への関心」がより高くなり、「抑うつ境界領域」群は、「主観的生活満足度」が高くなったが「健康への関心」では有意差は認められず、「抑うつあり」群は、「主観的ストレス量」のみが低くなった。このことから、抑うつ傾向が低い場合は、実施の影響がよりポジティブな形で般化しやすく、抑うつ傾向が強い場合は、身体にフォーカスを当てたところで体験された主観的ストレス量は低くなるもののその他のより認知的な部分については影響が出にくいことが推察される。この結果はまた、田上(2016)の、Teasdaleの抑うつと認知の相互モデルを解説した坂本(1966)を引いた抑うつとネガティブな認知の悪循環についての記述、義田(2020)の抑うつによる自動思考の制御困難性に関する研究、抑うつがあるとネガティブな反すうが起りやすいという神谷・吉田の研究(神谷・吉田, 2020)など、抑うつ傾向とネガティブな認知や自動思考との関係についての多くの理論や研究を傍証するものであると考えられる。

抑うつ状態群別心理的ストレス反応尺度各項目については、3群とも「6.感情を抑えられない」では実施前後の有意差が認められなかった。これはそもその得点が18項目の中で「抑うつ境界領域」群と「抑うつあり」群では

最も低く、「抑うつなし」群では6番目ではあるがももとの平均値が1.55と低いため実施前後でそこまで変化が生じなかったのではないかと推測される。

このほかに「抑うつなし」群では、「7.くやしい思いがする」「11.いろいろなことに自信がない」「12.何もかもいやだと思う」「17.ひとりでいたい気分だ」に実施前後の有意差が認められなかった。これは、これらの項目の内容が「6.感情を抑えられない」もそうだが「11.いろいろなことに自信がない」「12.何もかもいやだと思う」「17.ひとりでいたい気分だ」（傍点筆者）がそれぞれ全か無かといったような極端さが含まれていることから「抑うつなし」群ではそこまでではないということで見られなかったのではないかと推測する。

「抑うつ境界領域」群では「17.ひとりでいたい気分だ」でも実施前後の有意差が認められなかった。抑うつ状態群別では「抑うつ境界領域」群のみであったが、全体での分析においてもこの項目は有意差が認められなかった。この項目が他の項目と異なるのは、他の項目が自分自身の気分でありストレス反応であることにに対し、これは対象関係へのそれだということである。「抑うつあり」群が他者との関係を含めて抑うつであり、それが仲間とのグループワークや体験を通してストレス反応としては減り、「抑うつなし」群についてはもともと他者との関係においてストレスは低いさらに低くなったと考え、その中間として「抑うつ境界領域」群では誰かといることとひとりでいたいということに対してどちらともいえない感覚があり実施前後では変わらなかったのではないかと推察する。

「抑うつあり」群では「14.話や行動がまとまらない」でも実施前後の有意差が認められなかった。話や行動のまとまらなさは先述の先行研究にもあったネガティブな認知や認知の悪循環の一例であり簡単に変わるものではないことが推測される。

このように有意差が認められなかった項目はあるものの、ストレス反応尺度18項目中「抑うつなし」群では14項目、「抑うつ境界領域」群と「抑うつあり」群では16項目に実施前後での有意差が認められた。これは学生がストレスマネジメントの理論を学び、ストレス対処法を学生同士で共有し、ボディ

スキヤンを体験したことのプロセスがストレス反応を減らしリラックス状態に導いたことを示唆しており、この構成部分のどれに効果があったかを示すものではないが、どのような抑うつ状態であってもこのオンライン授業にはストレス抑制効果があったことが明らかとなった。

なお、今回の研究では分析対象としなかったが、授業後の感想としてたとえば「自分でストレスはあんまり感じたこともなかったが、細かく整理して点数化すると、一部の項目で怪しげな項目があった。ストレスを感じていないのではなく、ストレスがあることに気がつかないふりをしていただけなのかなとも思った」(1；実数)のような「自分のストレスの状態に気づいた」

(14)、「色々なストレス対象法があると分かった／参考にしたい」(37)、ボディスキャンについては「すっきりした」(9)、「リラックスした」(9)「身体／肩が軽くなった」(4)「心／気分が軽くなった」(5)「寝そうになった」(8)「寝てしまった」(2)、ストレス対処法やボディスキャンを「今後も試したい」(12)、ストレスに気づくことやストレスマネジメントについて「教育現場でも必要／使いたい」(8)などの記述があった。このように自分のストレス状態への気づきやグループワークでの共有による新たなストレス対処法の発見、ボディスキャンによる心身への効果、将来教職に就いた際の知識と方法の活用に関する言及などが見られたことから、講義と体験を通して学生は自分のメンタルヘルスに関心を持ち、ストレス理論、ストレスマネジメントの考え方とともにストレス対処法を学び、方法の一つとしてボディスキャンを体験的に行うことで自分自身のメンタルヘルスへの影響を主観的に捉え、かつ心理教育的方法を学ぶことができたと考える。

6. まとめ

これまでも教育現場のICT活用は進められてきたが、パンデミックによってそれはより急速に導入され、その量と質に差はあるものの突然「オンライン授業があつて当たり前」という状況になった。学生・教員ともに、画面越しの授業はとても神経と集中力が必要で疲れるという実感がある。そのような中で、教職課程では学生が教職に就いた際に子どものストレスに気づき対

応できるようになるための知識が求められ、かつ教職に就いた際には自分自身のストレスマネジメントが重要となるためそのための研修なども開催されるようになってきている。本研究では、オンライン授業においてメンタルヘルスを考慮した教職課程の講義で学生がストレスに関する諸理論を学び、かつその中でストレス対処法を共有し、体験の一つとしてボディスキャンを行うことで自分のメンタルヘルスに及ぼす主観的な影響について調査した。その結果、学生が知識や技法の修得だけでなく心身の健康に関する満足や関心が高まり、ストレス反応が減少したということが示された。今後の課題としては、教職課程におけるメンタルヘルスに関する講義内容のさらなる精選が挙げられる。また、教職課程全体での抑うつ傾向の継続的な調査や抑うつ防止プログラムの開発も必要であろう。

7. 引用文献

- 今井留美, 古橋啓介 (2011) 「大学生に対するマインドフルネスを取り入れたストレス対処技術訓練の効果」 福岡県立大学心理臨床研究, 3, pp.41-47.
- 神谷慶, 幸田るみ子 (2016) 「大学生の抑うつにおける自動思考とネガティブな反すうの関連」 ストレス科学研究, 31, pp.41-48.
- 北川嘉野, 武藤崇 (2013) 「マインドフルネスの促進困難への対応方法とは何か」 心理臨床科学, 3(1), pp.41-51.
- 江聚名 (2021) 「オンライン授業における受講者のカメラオンオフが講師及び受講者の動機づけに与える影響」 同志社大学学習支援・教育開発センター年報, 12, pp.70-75.
- 佐竹弘靖, 佐藤雅幸, 吉田清司, 佐藤満, 飯田義明, 齋藤実, 渡辺英次, 平田大輔, 富川理充, 時任真一郎, 李ウヨン, 相澤勝治, 柏木悠, 角田真紀子, 露木めぐみ (2021) 「オンライン授業のためのストレス低減方法の資料公開」 専修大学スポーツ研究所報, 2020, pp.52-53.
- 澤村勇希, 小野久江 (2019) 「腹式呼吸が大学生の日常的抑うつ状態に及ぼす効果の検討」 関西学院大学心理化学研究, 45, pp.43-57.
- 柴田題寛, 木須千明, 安川禎亮 (2018) 「ストレスマネジメント教育の一考察

- 保健体育科・保険分野における実践を通して- 北海道教育大学釧路校研究紀要, 50, pp.19-26.
- 鈴木伸一, 嶋田洋徳, 三浦正江, 片柳弘司, 右馬埜力也, 坂野雄二 (1997) 「新しい心理的ストレス反応尺度 (SRS-18) の開発と信頼性・妥当性の検討」行動医学研究, 4 (1), pp.22-29.
- 田上恭子 (2016) 「抑うつにおける認知バイアスに関する臨床心理学的基礎研究」東北大学博士学位論文.
- 竹端佑介, 後和美朝 (2021) 「大学生に対するストレスマネジメント手法に関する実践的研究」国際研究論叢, 35 (1), pp.59-71.
- 富川理充, 平田大輔, 角田真紀子, 李宇諶, 柏木悠, 齋藤実, 佐藤雅幸 (2022) 「新型コロナウイルス感染症の拡大によりオンライン授業となった大学教養体育の教育効果」専修大学スポーツ研究所紀要, 45, pp.15-26.
- 藤沢直美, 小坂清文 (2019) 「質問紙法による大学生のメンタルヘルス調査-人生振り返りシート, VDI-II, UPI, SCSS を用いての事例検討-」徳島文理大学研究紀要, 100, pp.51-65.
- 光川利恵 (2020) 「こころの健康チェックを実施して」学生相談室報告書, 35, pp.42-49.
- 義田俊之 (2020) 「抑うつにおける自動思考の制御困難性と思考コントロール方略 : A BMC モデルの提案と BMC の検証」九州大学博士課程学位論文.

※本研究は, 専修大学研究助成 (採択年度: 令和 2 年度, 研究課題: 「大学生のメンタルヘルスに関する研究-マインドフルネスに着目して-」) を受けたものである。