

仏教教育を介したメンタルヘルスリテラシーの構築 — 社会的ひきこもりと概日リズム障害の予防を中心に —

濱 崎 由紀子

はじめに

うつ病や社会的ひきこもりなどのメンタルヘルス障害は思春期青年期に初発する率が高い。しかしながら、若年層における精神保健知識の一般普及率は低く、これは有効な精神疾患予防対策を進めるうえで大きな障害となっている。このような問題意識から児童思春期の子どもへの精神保健教育（メンタルヘルスリテラシー）の開発が世界的に求められている。まず WHO が1994年に包括的学校精神保健モデルを提唱したのを端緒に、イギリスやカナダ、オーストラリア等において学校授業への精神保健教育の導入とその効果検証が始まっている¹⁻⁶⁾。現在、我が国においても文部科学省を中心にメンタルヘルスリテラシーの義務教育化が検討されている。しかし我が国においてはリテラシー開発の基盤となるべき研究に十分なエビデンスがそろっていないのが現状である⁷⁾。そこで当該研究では、仏教教育を介したわが国独自のメンタルヘルスリテラシーの可能性を記述統計学的研究によって検討し、さらにリテラシープログラム開発を試みることにした。特に我が国の若年層で大きな問題となっている社会的ひきこもりと概日リズム障害の関係を検証しながら大学生を対象としたリテラシープログラムの構築を目指す。

I. 思春期青年期におけるひきこもり

社会的ひきこもり（以下、ひきこもりと記す）は我が国の深刻な心理社会的問題であり続けている。2010年頃より国内外において精神医学領域で扱われることも多くなり、同時に精神計量的疫学研究が実施されるようになった。当初

これらの研究はアジア中心であったが、近年ではフランスやイタリア、スペインなど欧州諸国から中東まで研究報告が相次いでおり⁸⁾⁹⁾、ひきこもりは既にグローバル化した問題となっている。

Teo AR. ら (2015) による最近の系統的レビューでは、ひきこもりは個人が6か月以上自宅に閉じこもり、社会的関係を避け、かつ本人が大きな苦痛や障害を示す状態として定義されている¹⁰⁾。一方で、ひきこもりは非常に広範な生活状況を包含する日常用語でもある。どちらかといえば家にいることを好むものまで含む場合もあり、実際、2016年の内閣府調査ではこのような人々を「ひきこもり親和群」としてカテゴライズし調査対象としている¹¹⁾。そこで、当該研究では健常者を含む広範なひきこもり状態を「ひきこもりスペクトラム」¹²⁾として捉え、好発年齢とされる青年期を対象にその重症度を量的に測定し、関連する諸要因を同定することとした。特に近年、ひきこもりと概日リズム障害との関連¹³⁾が注目されていることから、当該研究においてもこの点を明らかにすることとした。

Ⅱ. 大学におけるメンタルヘルスリテラシーの必要性

うつ病やパニック障害などの精神疾患は、10代後半で急激に発症率が増え、精神科患者人口の約75%は20代半ばまでに発症すると報告されている¹⁴⁾。また、我が国における精神疾患の患者数は400万人を超えており、その生涯有病率は20%以上と報告されている¹⁵⁾。現代社会において精神を患うことは既に稀なことではなくなっているのである。さらに、自殺率の高さも現代日本が抱え続けている問題である。2016年 OECD 発表の世界自殺率ランキングで日本は第8位であるが、女性だけで見ると世界第3位と格段に順位が上がる¹⁶⁾。また日本の10代・20代の死因1位は「自殺」であり¹⁷⁾、ロシア・韓国とともに「若者の死因自殺率」の高さが際立っている¹⁸⁾。先に述べたように、精神疾患は10代から20代半ばまでに75%が初発する。我が国の精神保健行政において、若者、その中でも特に若年女性のメンタルヘルスを予防的見地から注視していくことが

ますます重要となっている。

さて、大学生である若年層は精神疾患の好発年齢に合致する。大学生におけるメンタルヘルス上のリスクとしては、概日リズムの乱れ（夜更かしや睡眠不足、二度寝など）や不規則な食生活、ネット依存などが指摘されている¹⁹⁾。ニューロサイエンスの視点から見ると、青年期は社会的認知に特に大切な大脳の前頭連合野が発達・成熟する重要な時期であり²⁰⁾、不要なシナプスの刈り込みや髄消形成によって、感情の制御や衝動的行動の抑止、社会関連情報の処理など、社会生活を営むために大切な認知基盤が形成される。青年期にあってはこのような脳の成熟が複雑な対人関係に相応しながら急速に進行するために、感情や気分が不安定となりやすく、日常生活の些細な出来事が契機となってメンタル不調をきたし易い。若者がメンタルヘルスリテラシーを早い段階で習得し、このようなリスクについて十分な知識を持つことは、脳成熟期の不可逆的なダメージの回避に繋がる。

大学生の場合、友人関係の問題などの些細なきっかけで不登校となり、さらに重態化して社会的ひきこもりに至ることが少なくない。そうならないためには概日リズムの確保など日常生活におけるひきこもり予防が最も重要となる。また本格的な病気になる前に不調に気づいて早めに対処することにより、精神疾患の発症を防ぐことができる。この早めの気づきのために、精神保健についての基礎知識（メンタルヘルスリテラシー）が必要となるのである。

当該研究ではメンタルヘルスリテラシー向上を促すパンフレットをオリジナルで作成して大学生に配布し、ひきこもりや抑うつに対する予防・改善の効果を判定することとした。

Ⅲ. 統計学的研究

1. 調査の方法と対象

アンケート調査とメンタルヘルスリテラシー・プログラムの具体的な内容は以下の通りである。

1) 対象：京都女子大学1年生（法学部：72名および現代社会学部：127名）合計199名。平均年齢は法学部 18.68 ± 0.08 、現社 18.57 ± 0.05 で両群間に有意差はなかった。下記の通り2時点でアンケートを行い、延べ398人の回答を得た。延べ人数の内訳は法学部144名、現代社会学部は254名で、平均年齢はそれぞれ 18.81 ± 0.65 、 18.69 ± 0.57 で両群間に有意差はなかった。

2) 調査内容：2時点のアンケート調査

2018年9月、京都女子大学1年生授業「仏教学IB」（法学部対象）および「心理学アプローチ」（現社対象）の初回講義終了時に受講者を対象に現在のメンタルヘルス状態に関する無記名アンケート調査を行った。以下、法学部学生を「仏教学群」、現代社会学部学生を「心理学アプローチ群」とする。2019年1月、第14回講義終了時にも同様のアンケート調査を実施した。回答は任意とし調査対象者にオプトアウトの機会を保障するなど研究倫理面には充分配慮した。アンケートの内容は下記の通りである。

Q I. 「年齢」、「概日リズム」（入床時間、起床時間）

Q II. 1-20「抑うつ度」（SDS抑うつスケール²¹⁾、全20項目）

Q III. 「心理・行動特性に関する質問項目」（0～4点で評価）。内容は下記の通り。

Q III. 1-6 「ひきこもりに関するスケール」

Q III. 7-8 「ネット依存傾向」

Q III. 9-10 「食生活習慣」

Q III. 11 「トラブル対処行動」

Q III. 12 「楽観性」

Q III. 13 「宗教的信念」

Q III. 14 「利他的行動」

Q IV. 「配布パンフレットをよく読んだ」（第2回目アンケートのみ）

また各々の第6回講義時に精神保健の知識向上を促すパンフレット（オリ

ジナルを作成、Appendix 参照)を配布した。パンフレットの内容は1)一般的なこころの病気の種類・好発年齢・症候・発生率・予後、2)こころの病気の生物学的基盤、3)早期予防の重要性、4)仏教理念に基づいた生活とこころの整え方、以上が主な内容である。また、メンタルヘルスの重要な防衛的レジリエンス因子²²⁾である倫理基準(宗教的信念や利他的行動)の重要性についてもパンフレット内に説明を加えた。

初回と第14回講義時の2時点のアンケート結果の差異により精神保健知識獲得によるメンタルヘルス状態の変化を計量化した。また両講義群のメンタルヘルス教育の前後データ比較分析し、メンタルヘルス教育の効果に対して、一般心理教育と仏教教育がどのように関与するかを検証した。特にひきこもりと概日リズム補正に関するメンタルヘルス教育と仏教教育の相乗効果を分析し、仏教教育を介したメンタルヘルスリテラシーの有効性を検証した。

なお、当該研究は2018年8月に京都女子大学・臨床研究倫理審査委員会より承認を受けた。

3) 統計学的手法

ひきこもりに関するスケールQⅢ. 1「登校がおっくうであった」、QⅢ. 2「休日に買い物や娯楽のためにしばしば外出した」、QⅢ. 3「友人と直接会って交流(食事、会話など)することが多かった」、QⅢ. 4「よく歩いたり、スポーツをした」、QⅢ. 5「身近に相談できる人がいる」、QⅢ. 6「ご近所や地域の人と交流があった」の合計点(0~24点)をひきこもり重症度とした。QⅢ. 2~6については、点数を反転させてひきこもり合計点を算出した。その上で、ひきこもり重症度と抑うつ・不安度、概日リズム、ネット依存傾向、食生活習慣、レジリエンス因子(トラブル対処行動、楽観性、宗教的信念、利他的行動)との相関係数を求めた。抑うつ度はSDS抑うつスケール(全20項目を1~4点で評価)の合計点で算出した。ネット依存傾向はQⅢ. 7「インターネット(パソコン、ゲーム機、タブレット等)

に多くの時間を使い過ぎた」、QⅢ. 8「スマホでSNSに多くの時間を使い過ぎた」の2項目の合計点(0～8点)で算出した。食生活習慣はQⅢ. 9「食事の栄養バランスは良かったと思う」、QⅢ. 10「食事の時間は規則正しかった」の2項目の合計点(0～8点)で算出した。トラブル対処行動はQⅢ. 11「積極的に問題(トラブル)に対処した」(0～4点)で評価した。楽観性はQⅢ. 12「楽観的であった」(0～4点)で評価した。宗教的信念はQⅢ. 13「核となる信念(宗教など)がある」(0～4点)で評価した。利他的行動はQⅢ. 14「人のために私心のない行動ができた」(0～4点)で評価した。パンフレット参照度はQⅣ. 「配布パンフレットをよく読んだ」(0～4点)で評価した。

以上の変数を用いて、t-検定、相関分析、重回帰分析および一般線形モデルによる交互作用分析を行った。全ての統計処理はSPSS version22で行われた。 $*p<0.05$ を有意確率とする。

2. 調査結果

1) 女子大学生における抑うつ・ひきこもり傾向の実態

述べ398人のアンケート回答分析、抑うつ度(SDS)の全体平均値は 44.57 ± 6.49 であった(図1参照)。仏教学群 44.83 ± 6.53 、心理学アプローチ群 44.41 ± 6.48 で両群の平均値に有意差はなかった。精神科臨床では通常、40点以上を「抑うつ状態」と判定する²³⁾。調査対象となった女子大学生の平均値が臨床域に入るとは特筆に値する。SDS 40点以上50点未満の軽度抑うつ状態が全体の56.2%、SDS 50点以上60点未満の中等度抑うつ状態が21.6%、SDS 60点以上の重度抑うつ状態が0.8%であり、女子大学生を対象としたメンタルヘルスリテラシーの重要性が改めて示唆された。

ひきこもり傾向の全体平均値は 11.68 ± 3.70 であった(図2参照)。仏教学群 11.61 ± 3.41 、心理学アプローチ群 11.71 ± 3.86 で両群間に有意差はなかった。

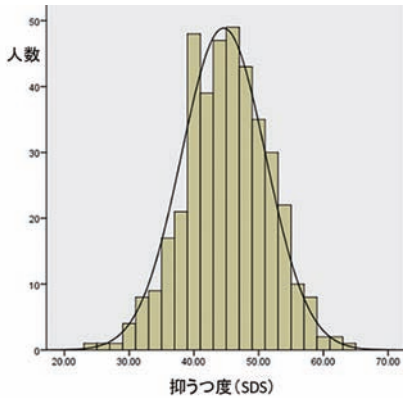


図 1：抑うつ状態の分布

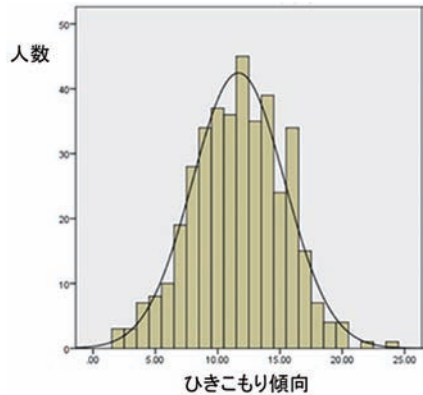


図 2：ひきこもり傾向の分布

2) 女子大学生における概日リズムの実態

a. 入床時間

殆どの学生が23時～1時までに入床していたが、2時～6時に入床するもの（以下、夜更かし群）が35人（8.8%）存在した（図4）。

b. 起床時間

92.2%の学生は5時半～8時半に起床していた（図3）。これを以下、起床適正群とする。

c. 睡眠時間

90.7%の学生が睡眠5～8時間に集中した（図5）。これを以下、睡眠時間適正群とする。

3) ひきこもり傾向に関連する諸要因—t-検定および相関分析

ひきこもり傾向と抑うつ度の間には強い正の相関関係がみられた（pearsonの相関係数 $r=0.388$, $p<0.001$ ）。

概日リズムについては、夜更かし群と非夜更かし群に分けて両群のひきこもり傾向を比較したが、両群間に有意差はなかった（ $t=0.918$, $p=0.364$ ）。

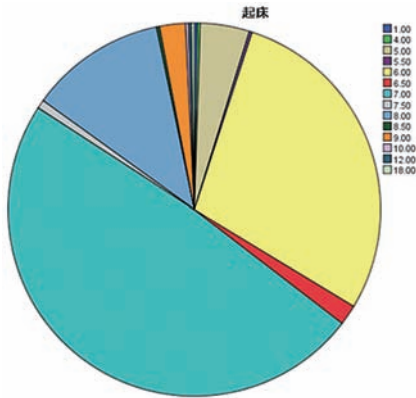


図 3：起床時間の内訳

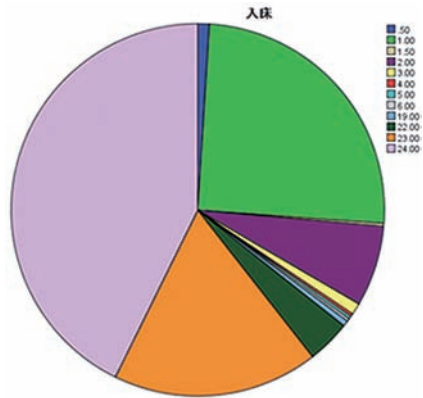


図 4：入床時間の内訳

両群間には抑うつ度の有意差もなかった ($t=0.248, p=0.804$)。

次に起床適正群と非適正群に分けて両群のひきこもり傾向を比較すると、適正群 11.55 ± 3.65 、非適正群 13.09 ± 4.02 で適正群の方がひきこもり傾向が有意に低かった ($t=2.238, p=0.026$)。また両群間で抑うつ度を比較すると、適正群は 44.28 ± 6.35 、非適正群 47.87 ± 7.29 で適正群の方が抑うつ度が有意に低かった ($t=2.976, p=0.003$)。

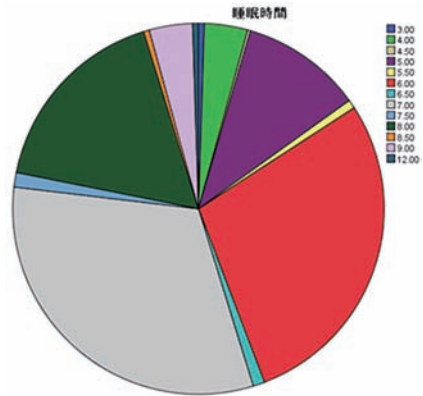


図 5：睡眠時間の内訳

睡眠時間とひきこもり傾向の相関分析の結果、両者に有意な関係は認められなかった。しかし、睡眠時間適正群と非適正群を比べると、適正群 11.51 ± 3.62 、非適正群 13.24 ± 4.15 で適正群の方がひきこもり傾向が有意に低かった ($t=2.728, p=0.007$)。抑うつ度には有意差はみられなかった。図 6 は

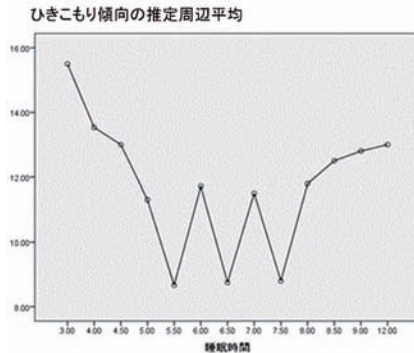


図 6：睡眠時間とひきこもり傾向の関係

睡眠時間とひきこもり傾向の関係を示すが、やはり睡眠時間が多すぎず少なすぎない適正時間でひきこもり傾向が下がることが分かる。逆に、5時間未満や9時間以上であるとひきこもり傾向は上昇する。

ひきこもり傾向とネット依存傾向の間に有意な相関関係はみられなかった ($r = -0.065$, $p = 0.196$)。ひきこもり傾向と食生活習慣 ($r = -0.176$, $p < 0.001$)、トラブル対処行動 ($r = -0.342$, $p < 0.001$)、楽観性 ($r = -0.177$, $p < 0.001$)、宗教的信念 ($r = -0.150$, $p = 0.003$)、利他的行動 ($r = -0.267$, $p < 0.001$)の間には有意な負の相関がみられた。

以上より、抑うつはひきこもりのリスク因子であり、反対に適正な起床時間と睡眠時間、規則正しい食生活、トラブル対処行動、楽観性、宗教的信念、利他的行動はひきこもりの防御因子である可能性が示唆された。適正な起床時間に関しては、抑うつ防御因子である可能性も高い。

4) ひきこもり傾向に関連する諸要因一重回帰分析

ひきこもり重症化にも最も寄与する因子を明らかにするために、上記の諸要因を独立変数、ひきこもり傾向を従属変数として重回帰分析を行った。結果は表1に示す。

表 1：ひきこもり予測因子についての重回帰分析^a

独立変数	Beta	<i>p</i>	VIF
抑うつ度	0.274	.000***	1.299
起床適正群	-0.031	.506	1.130
睡眠時間適正群	-0.123	.009**	1.106
食生活習慣	-0.044	.350	1.112
トラブル対処行動	-0.219	.000***	1.270
楽観性	-0.032	.499	1.172
宗教的信念	-0.017	.712	1.125
利他的行動	-0.122	.013*	1.224
利他的行動	-.795	.014*	1.268

a. 重回帰分析： $R^2=0.250$, ANOVA $p<0.001$.

* $p<0.05$, ** $p<0.01$, *** $p<0.001$

重回帰分を行うに際して、VIF（Variance Inflation Factor）算出により多重共線性の診断を行った。すべての変数の VIF<2.0であり、各変数に多重共線性は認められなかった。諸変数の中で、ひきこもり傾向の予測に最も寄与しているものは、抑うつ度（ $p<0.001$ ）、トラブル対処行動（ $p<0.001$ ）、次いで適正な睡眠時間（ $p<0.01$ ）、利他的行動（ $p<0.05$ ）であった。すなわち、抑うつ度が高い、トラブル対処行動が乏しい、睡眠時間が適正でない、利他的行動をとらないものはひきこもりが重症化しやすいことが分かった。

5) メンタルヘルスの経時的変化（1・2回目アンケート調査結果の比較）

a. 1回目および2回目アンケート調査2時点におけるひきこもりと抑うつ度の変化

1回目アンケート時（初回講義時）と2回目アンケート調査時（第14回講義時）の2時点で、ひきこもり傾向がどのように推移しているかを検証した。paired t-testにより前後のひきこもり傾向を比較すると、 $t=0.030$, $p=0.976$ と配布前後で有意な差はみられなかった。また仏教学群と心理学アプローチ群に分けて分析の結果、両群ともに2時点で有意な差はみられなかつ

た。

さらに、上記2時点の抑うつ度の変化を検証した。paired t-testにより前後のSDS合計点を比較すると、 $t = -0.424$ 、 $p = 0.271$ と配布前後で有意な差はみられなかった。また仏教群心理学アプローチ群に分けて分析の結果、両群ともに2時点で有意な差はみられなかった。

b. メンタルヘルスリテラシーの有効性検討—相関分析

メンタルヘルスリテラシーに関するパンフレット（Appendix 参照）を読み精神保健に関する知識を獲得することがメンタルヘルス向上につながるのかを検証した。1回目および2回目アンケート調査2時点（パンフレット配布前後）のひきこもり傾向の変化量とパンフレット参照度の相関係数を求めた。全体では有意な相関関係は認められなかった（ $r = 0.078$ 、 $p = 0.282$ ）。また仏教群と心理学アプローチ群に分けて分析の結果、両群ともに有意な関係はみられなかった。

さらに、配布前後の抑うつ度の変化量とパンフレット参照度の相関係数を求めた。全体では有意な相関関係は認められなかった（ $r = -0.120$ 、 $p = 0.092$ ）。受講する講義で分けると、心理学アプローチ群では $r = 0.080$ 、 $p = 0.507$ と有意な関係はみられなかったが、仏教学群では $r = -0.227$ 、 $p = 0.010$ と有意な負の相関関係がみられた。仏教学群ではパンフレット参照度が高いほど抑うつ度が軽減していることが明らかとなった。

c. 仏教教育とメンタルヘルスリテラシーの交互作用—一般線形モデルによる検定

上記bのパンフレット参照度の分布は0点（59.1%）と1点（18.7%）、2点（16.2%）に偏っていたため、非参照群（参照度：0点）と参照群（参照度：1～4点）の2群に分類した。ひきこもり変化量に関して、仏教教育とメンタルヘルスリテラシーの間に交互作用があるかを一般線形モデルで検定した。横軸に参照0（参照していない）と1（参照した）、縦軸にひきこもり変化量（アンケート2回目－1回目）をとり、仏教学群（緑色）と心理

ひきこもり変化量の推定周辺平均

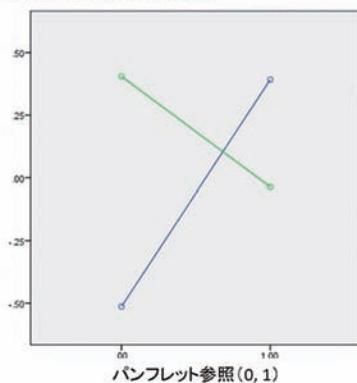


図7：パンフレット参照（あり・なし）とひきこもり変化量の関係

学アプローチ群（青色）のグラフを描いてみると、図7のようになった。

このグラフを見ると、仏教学群のみパンフレット参照がひきこもり度軽減につながっていることが分かる。そこで、仏教教育あり・なしを固定因子に、パンフレット参照 0, 1 を共変量にとり、一般線形モデルによる交互作用の検定を行ったところ、F 値2.286、 $p=0.132$ であった。交互作用は有意とは言えなかったが、図7より仏教教育とメンタルヘルスリテラシーには僅かながら交互作用があることが示唆され、この点については今後継続的な調査研究による検証が望まれる。

IV. 考察

当該研究の結果から、現代女子大学生のメンタルヘルス状態には特段の注意が必要であることがわかった。SDS 抑うつスケールで評価すると、全体の抑うつ度平均点はすでに臨床域にあり、軽度・中等度・重度抑うつ状態を合わせると全体の78.6%にのぼる。冒頭にも述べたが、我が国では若年者および女性の自殺率が他国に比べて極めて高い。国内における経済格差拡大（特に世代間や性別間）²⁴⁾などの厳しい社会状況は若者のメンタルヘルス問題と決して無関

係ではないだろう。女子大学生のメンタルヘルスを随時モニタリングし、問題があれば改善に向けて迅速かつ有効な対策を講じる必要性は高い。その第一段階として、まず各自がメンタルヘルスの状態を適切に評価し、必要があれば早めに援助探索行動に移ることができる素地を作っておくことが重要である。このためには学校教育へのメンタルヘルスリテラシーの導入が不可欠であり、その体制づくりが望まれる。精神疾患は10代後半から急増することを考えると、第一次予防のためには義務教育からの導入が必要となる。大学生になるとうつ病やパニック障害などのまさに好発年齢に合致するため、第一次予防に加えて第二次予防（重態化予防）のためにもメンタルヘルスリテラシーの重要性が高まる。

さて、これまでの先行研究ではひきこもりのリスク因子として気分障害や不安障害などの精神疾患²⁵⁾²⁶⁾、概日リズム障害²⁷⁾、ストレス対処能力の問題²⁸⁾、ネット依存¹⁹⁾、家庭環境の問題¹²⁾²⁹⁾などが指摘されている。当該研究ではこの中から特に大学生のひきこもりと関連が深いと思われる抑うつ・不安、概日リズム（睡眠と食事）、ネット依存をとりあげ、ひきこもり傾向との関連を調べた。また、メンタルヘルスの防御因子として Haglund らが実証したレジリエンス因子²²⁾（トラブル対処行動、楽観性、宗教的信念、利他的行動）についても説明変数としてとりあげた。

データ分析の結果、これらの諸変数のなかでひきこもり傾向に最も寄与率が高かったのは抑うつ度とトラブル対処行動であった。この結果から、若者のひきこもりを予防するためには、まず自分のメンタルヘルス状態を知り、問題があれば早めに援助探索的な対処行動をとることが重要なのが分かる。メンタルヘルスリテラシーの中で、問題発生時に相談・アクセスできる場所やアドレスを紹介しておくことは有効であろう。

次にひきこもり発生に対し寄与率が高かったのは、適正な睡眠時間と利他的行動であり、これらはひきこもりの強力な防御因子であることが示唆された。また、重回帰分析での寄与率は高くなかったが、適正な起床時間と睡眠時間、

規則正しい食生活、楽観性、宗教的信念はひきこもり傾向と有意な負の相関関係にあり、これらもひきこもりの防御因子であると考えられる。適正な起床時間に関しては抑うつとも有意な負の相関関係にあり、うつ予防策としてメンタルヘルスリテラシーの中に組み込むことは有用だろう。

ネット依存とひきこもりの関連についてはこれまで複数の先行研究¹⁹⁾が指摘しているが、当該研究においては関連が示唆されなかった。若年男子ひきこもりに比べて若年女子ひきこもりはネット依存との関連が低いと考えられる。今回の相関分析ではひきこもりとネット依存の間にはむしろ負の相関があり、女子大学生に限るとネット媒介コミュニケーションがひきこもり発生に対して防御的に作用している可能性も否定できない。若年女性においてはSNSを介したコミュニケーションで実際の交友が広がり、その結果外出が増えているのかもしれない。

総括すると、食事および睡眠の概日リズム補正はメンタルヘルス不調やひきこもりの予防・軽減のために重要であるといえる。概日リズム補正は日常生活の中で個々人が容易に実行できることであり、今後メンタルヘルスリテラシーの中に積極的に組み込むことが望ましい。

注目すべきは、レジリエンスの構成要素であるトラブル対処行動、楽観性、利他性、そして宗教的信念が何れもひきこもりの防御因子でありえることである。日頃より能動的でポジティブな対処行動（解決策を模索する、学習する、相談する等）や利他的行動を心がけること、宗教を信仰することはひきこもり発生の予防につながるといえよう。これらの行動様式については神経生物学的機序（報酬回路の強化、自律神経系活動の減弱、学習性無力の予防、恐怖消去の促進など）が報告されており²²⁾、メンタルヘルスそのものの賦活に寄与しながらひきこもりを抑制するものと考えられる。

さらに今回、仏教教育を介して（仏教学講義の時間中にパンフレットを配布）メンタルヘルスリテラシー教育を行ったところ、これを介さない場合よりもひきこもり度や抑うつ度が改善しており、仏教教育とメンタルヘルスリテラシー

の交互作用が示唆された。すなわち、仏教教育と結びついた時にメンタルヘルスリテラシーはより大きな有効性を発揮するということである。特に今回作成・使用したパンフレットには仏教理念に基づいた生活とこころの整え方を紹介しており、やや難解なメンタルヘルスリテラシーを日常生活の中で若者にも馴染みのある平易な言葉で解説することに留意した。非常に簡便なりテラシー教育であるが、既存の仏教教育と融合させることによって学習効果を上げることができた点は興味深い。これまで宗教とメンタルヘルスのかかわりについては十分に議論されてこなかったが、最近になって個人の信仰がメンタルヘルス障害に対して防御的に働いているという報告が相次いでいる³⁰⁻³²⁾。さらに、伝統的宗教や死生観が認知的枠組にポジティブな影響を与えることが国内外の疫学研究で明らかにされ始めている³³⁻³⁵⁾。今後、仏教教育を介したわが国独自のメンタルヘルスリテラシー構築の可能性について検証を続けることは若年者のメンタルヘルス向上のために有意義であると考えられる。

V. 結語

毎年3月20日は国際幸福デーであり、国連の関連機関は毎年この日に「世界幸福度ランキング」³⁶⁾を発表している。2020年最新のランキングで日本は過去最低の62位となり、この5年間で46位から坂道を転げ落ちるように順位が下がっている。日本は健康寿命で2位、1人当たりGDPで24位となったものの、人生の選択の自由度(64位)や寛容さ(92位)が足を引っ張っているのがその背景にある。この数年来、日本政府が経済成長を政策運営の軸に掲げ新自由主義が跋扈するなか、格差拡大などの社会の歪みは特に若年層に大きな影響をもたらしている²⁴⁾。社会内の不寛容や人生選択の自由度低下という事態に晒され易いのもまた若年層の特徴である。このような状況にあって、若年層におけるひきこもりやうつ病などのメンタルヘルス障害が増加するのはもはや必定といえるかもしれない。2020年現在日本は新型コロナウイルス感染状況下にあり、社会経済的弱者への影響は計り知れない。警視庁が発表した令和2年中の自殺件数(8

月末の速報値)³⁷⁾は昨年に比べて増加しており、特に女性においては昨年から1.4倍の急増となっている。社会経済的ダメージの余波は今後数年間続くものと考えられ、予断を許さない状況にあるといえよう。

このような困難な時代にあって、若者が自らのメンタルヘルスを保持できるよう早い段階からメンタルヘルスリテラシーを習得することは喫緊の課題である。リテラシーの基本は、食事や睡眠などの概日リズムをまず整えることである。あまりに日常的なことで却って若者に響きにくいかもしれないが、仏教などその地の生活・風土に根ざした伝統的宗教が持つ既存の言説体系を円滑なりテラシー習得のための手立てとすることは可能だろう。また宗教的信念そのものも若者のメンタルヘルスに防衛的に働く。若者たちが健全にこの時代を生き抜くためには新しい視座や価値観の転換が必要となる。その際、既にある伝統的宗教から得られるものは決して少なくないだろう。

VI. 謝辞

今回メンタルヘルスリテラシー・パンフレットの作成に際して、仏教理念に基づく生活とこころの整え方に関する多くの資料を浄土真宗本願寺派・社会部長の藤誠先生より提供いただいた。ご協力に記して謝意を表したい。またアンケート調査にご協力いただいた「心理学アプローチ」担当の正木大貴先生および「仏教学」担当の藤井隆道先生、そして快くアンケート調査に応じてくれた京都女子大学法学部および現代社会学部学生の皆さんに心より感謝申し上げます。

参考文献

- 1) Kutcher S, Wei Y, Coniglio C. Mental Health Literacy: Past, Present, and Future. *The Canadian Journal of Psychiatry* (2016) 61 (3): 154-8.
- 2) 小塩靖崇, 北川裕子, 股村美里, 佐々木司, 東郷史治. 不安・抑うつ, 精神疾患に関する英国の学校教育. *不安障害研究* (2013) 5 (1): 39-48.
- 3) Rickwood D, Cavanagh S, Curtis L, Sakrouge R. *Educating Young People*

- about Mental Health and Mental Illness: Evaluating a School-Based Programme. *International Journal of Mental Health Promotion* (2004) 6 (4) : 23-32.
- 4) Loo PW, Wong S, Furnham A. Mental health literacy: A cross-cultural study from Britain, Hong Kong and Malaysia. *Asia-Pacific Psychiatry* (2012) 4 (2) : 113-25.
 - 5) Tully LA, Hawes DJ, Doyle FL. A national child mental health literacy initiative is needed to reduce childhood mental health disorders. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry* (2019) 53 (4) : 286-90.
 - 6) Furnham A, Swami V. Mental health literacy: A review of what it is and why it matters. *International Perspectives in Psychology* (2018) 7 (4) : 240-257.
 - 7) 小塩靖崇, 股村美里, 佐々木司. 日本におけるメンタルヘルスリテラシー教育. *精神科* (2013) 22 (1) : 12-9.
 - 8) Kato T, Tateno M, Shinfuku T, Fujisawa D, Teo A, Sartorius N et al. Does the Hikikomori Syndrome of Social Withdrawal Exist Outside Japan? A Preliminary International Investigation. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* (2012) 47: 1061-1075.
 - 9) Kato T, Kanba S, and Teo A. Hikikomori: experience in Japan and international relevance. *World Psychiatry* (2018) 17: 105-106.
 - 10) Teo AR, Feters MD, Stufflebam K, Tateno M, Balhara Y, Choi TY, et al. Identification of the hikikomori syndrome of social withdrawal: psychosocial features and treatment preferences in four countries. *Int J Soc Psychiatry* (2015) 61: 64-72.
 - 11) 内閣府 (2016) 「若者の生活に関する調査報告書」 (<https://www8.cao.go.jp/youth/kenkyu/hikikomori/h27/pdf-index.html>)
 - 12) Hamasaki Y, Pionnié-Dax N, Dorard G, Tajan N, Hikida T. Identifying Social Withdrawal (Hikikomori) Factors in Adolescents: Understanding the Hikikomori Spectrum. *Child Psychiatry & Human Development* (2020), 1-10. <https://doi.org/10.1007/s10578-020-01064-8>
 - 13) Chauliac N, Couillet A, Faivre S, Brochard N, Terra JL. Characteristics of socially withdrawn youth in France: A retrospective study. *Int J Soc Psychiatry* (2017) 63: 339-344.
 - 14) Kessler RC, Angermeyer M, Anthony JC et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's

- World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry* (2007) 6 (3): 168-76.
- 15) 厚生労働省「みんなのメンタルヘルス」 <https://www.mhlw.go.jp/kokoro/specialty/data.html>
 - 16) 世界事典「自殺率ランキング」 <https://theworldict.com/rankings/suicide-rate/>
 - 17) 厚生労働省自殺白書 H30年度版 <https://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/jisatsu/18/dl/1-3.pdf>
 - 18) 厚生労働省「諸外国における自殺の現状」 <https://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/jisatsu/17/dl/2-3.pdf>
 - 19) Stip E, Thibault A, Beauchamp-Chatel A, Kisely S. Internet addiction, hikikomori syndrome, and the prodromal phase of psychosis. *Front Psychiatry* (2016) 7: 1-18.
 - 20) Drabick DAG, Steinberg L. Developmental Psychopathology. *Encyclopedia Adolescence*. Elsevier (2011). 136-42.
 - 21) 成田奈緒子, 星野常夫, 八藤後忠夫. 大学生における特別支援ニーズと抑うつレベルの関連. *文教大学教育学部紀要* (2019) 53, 195-205.
 - 22) Haglund MEM, Nestadt PS, Cooper NS. Psychobiological mechanisms of resilience: Relevance to prevention and treatment of stress-related psychopathology. *Development and Psychopathology* (2007) 19 (3): 889-920.
 - 23) Zung WWK. A cross-cultural survey of symptoms in depression. *American Journal of Psychiatry* (1969) 126 (1): 116-121.
 - 24) 藤田孝典 (2016) 『貧困世代 社会の監獄に閉じ込められた若者たち』講談社現代新書.
 - 25) Koyama A, Miyake Y, Kawakami N, Tsuchiya M, Tachimori H, Takeshima T, et al. Lifetime prevalence, psychiatric comorbidity, and demographic correlates of "hikikomori" in a community population in Japan. *Psychiatry Res* (2010) 176: 69-74.
 - 26) Malagón-Amor Á, Córcoles-Martínez D, Martín-López LM, Pérez-Solà V. Hikikomori in Spain: a descriptive study. *Int J Soc Psychiatry* (2015) 61 (5): 475-83.
 - 27) Ben Simon E, Walker MP. Sleep loss causes social withdrawal and loneliness. *Nat Commun* (2018) 9: 3146.
 - 28) Yong R, Kaneko Y. Hikikomori, a phenomenon of social withdrawal and isolation in young adults marked by an anomic response to coping difficulties: a qualitative study exploring individual experiences from first- and second-

- person perspectives. *Open J Prev Med* (2016) 6 (1): 1-20.
- 29) Kato TA, Kanba S, Teo AR. A 39-year-old “adultolescent”: understanding social withdrawal in Japan. *Am J Psychiat* (2016) 173: 112-4.
- 30) Roemer M.K. Religion and Subjective Well-Being in Japan. *Review of Religious Research* (2010) 51 (4): 411-427.
- 31) 木村優里, 濱崎由紀子. 宗教と主観的幸福感について—死の忘却とコンサマトリー化する現代—. *Contemporary Society Bulletin, Kyoto Women's University* (2020) 14: 127-136.
- 32) 濱崎由紀子. 仏教教育によるメンタルヘルスリテラシーの可能性—社会的ひきこもりの予防を中心に—. 京都女子大学宗教・文化研究所『研究紀要』(2020) 33: 57-70.
- 33) Ellison C.G, Gay D. Region, religious commitment, and life satisfaction among Black Americans. *Sociological Quarterly* (1990) 31: 123-147.
- 34) Ellison C.G. Religious involvement and subjective well-being. *Journal of Health and Social Behavior* (1991) 32: 80-99.
- 35) Bradshaw M, Ellison C.G. Financial hardship and psychological distress: Exploring the buffering effects of religion. *Social science & medicine* (2010) 71: 196-204.
- 36) World Happiness Report 2020. <https://worldhappiness.report/ed/2020/#read>
- 37) 警視庁「令和2年度中における自殺の状況」<https://www.npa.go.jp/publications/statistics/safetylife/jisatsu.html>

Appendix)

パンフレット「こころの不調はありませんか？」大学生のためのメンタルヘルスリテラシー

(2019年9月26日, 濱崎由紀子) <http://godama-psychiatry.blogspot.com/2019/09/5-kessler-et-al-2007-who-1-10-20.html>

<キーワード>

メンタルヘルスリテラシー ひきこもり 概日リズム障害
うつ 大学生 仏教教育