

# 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 —

濱 崎 由紀子

## はじめに

多くの精神疾患は思春期に好発する一方で、精神保健に関する知識の一般普及率は低く、これは精神疾患対策（予防や早期介入など）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、イギリスやカナダなどの海外先進国を中心に学校授業に導入され、またその効果を実証的研究により明らかにされ始めている<sup>1)2)3)4)</sup>。現在、我が国の文部科学省では指導要領の改訂作業が進められ、近い将来、精神保健教育が学校授業として始まる可能性があるが、教育プログラム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実状である<sup>5)</sup>。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統計学的研究によって検討することとした。特に我が国で大きな問題となっている社会的ひきこもりの予防を中心にメンタルヘルスリテラシーの有効性を検証する。

## I. 思春期青年期のメンタルヘルス

我が国では5人に一人が一生のうちに何らかの精神疾患にかかると報告されている（Kessler et al, 2007）<sup>6)</sup>。この中には統合失調症や認知症は含まれないので、身近でうつ病やパニック障害などを発症し精神科治療を受けている人は我々の想像以上に多いということがわかる。このような病気の多くは日常的な環境要因（過労や睡眠不足など）がきっかけとなり発症するものであり、特別な病気ではなく誰でもかかりえる病気と言える。WHOなどの研究によると、

一般的に先進国であるほど精神疾患の発症率や重症度は高いことが報告されている<sup>7)</sup>。また、精神疾患は10代で急激に発症率が増え、患者人口の約75%は20代半ばまでに発症するとされる<sup>6)</sup>。大学生はまさに精神疾患の好発年齢に位置すると言える。大学生の発症リスクとしては、概日リズムの乱れ（夜更かしや睡眠不足、二度寝など）や食生活の乱れ、ネット依存などが指摘されている。

脳科学の視点から見ると、思春期青年期は脳のなかでも社会的認知に特に大切な「前頭連合野」が発達・成熟する重要な時期である<sup>8)</sup>。この時期、不要なシナプスの刈り込みや髄鞘形成によって、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、その後の社会生活のために大切な能力が形成される。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、思春期青年期は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ヘルスの不調をきたしやすい。

大学生の場合、メンタルヘルスの問題で日常生活が障害されれば不登校や休学、さらに重態化して社会的ひきこもりに至ることも少なくない。そうならないためには概日リズムの確保など日常生活での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（睡眠確保やストレス発散、友人や家族への相談など）することにより、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。

## Ⅱ. 社会的ひきこもりについて

社会的ひきこもり（以下、ひきこもりと記す）は、社会的なつながりも持たず数ヶ月または数年間、個人が部屋に閉じこもる社会的退却現象のことである<sup>9)</sup>。ひきこもり問題を論じた精神科医、斎藤環<sup>10)</sup>の著書は、日本で数多くのテレビ報道や新聞記事で取り上げられ、この問題のメディア普及に重要な役割を果たした。2000年代からは主に社会学領域において論文数が増え、英語圏のジャーナルにも幾つかの論文が掲載され始めている。一方、ひきこもりという概念が

精神医学的な学術用語として定義され位置づけられたのは比較的最近のことであり、この5～6年の間に精神医学雑誌にひきこもりテーマが登場することが多くなった。ひきこもり人口における精神障害の有病率について論じるものやひきこもりを文化結合症候群として捉えることを提唱するもの、不登校との関連を論じるものなど研究の方法や視点は多岐にわたっており、これらの文献レビューも概ね2015年に発表されている。公的な発表としては日本厚生労働省による最初のひきこもり報告が2001年および2003年に発表された。2010年および2016年の日本内閣府ひきこもり調査報告はひきこもり疫学研究の端緒となるものとして特筆される<sup>11)12)</sup>。内閣府調査ではひきこもりになったきっかけの一位は不登校18.4%と報告されており<sup>12)</sup>、思春期青年期はひきこもりの critical period (臨界期) として早期発見・予防の観点から大変重要な時期と考えられる。

ひきこもりは外出困難な狭義のひきこもりから趣味の用事の時だけ外出する「準ひきこもり」まで含む質的量的に広範な概念であり、どこから精神保健施策の対象とするのかは難しい問題である。さらに思春期青年期においては、登校には支障はないが家族以外の人間との交流を欠く所謂「ひきこもり親和群」<sup>11)12)</sup>もひきこもりの連続体として考慮に入れることが、早期発見・予防の観点から必要となってくる。当該研究ではひきこもり親和群から狭義のひきこもり群までを「ひきこもりスペクトラム」<sup>13)</sup>として捉え、オリジナルの評価スケールを作成してその重症度の数量化を試みた。京都女子大学1回生を対象としたアンケート調査結果の統計学的分析により、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、楽観性や宗教的信念などのレジリエンス因子<sup>14)</sup>との関連を検証し、大学生のひきこもりに関連する因子を同定することを試みた。また当該調査ではメンタルヘルスリテラシーに関する簡易なパンフレット(仏教理念に基づいた内容とする)を作成・配布し、メンタルヘルス向上への有効性を検証した。

### 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回生（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 $18.68 \pm 0.08$ 、現社 $18.57 \pm 0.05$ で両群間に有意差なし ( $t = -1.164$ ,  $p = 0.246$ )。

2) 調査内容：2時点のアンケート調査（1，2回目とも同内容）

平成30年度後期、京都女子大学1回生授業「仏教学IB」（法学部対象）および「心理学アプローチ」（現代社会学部対象）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。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・不安度」（SDS抑うつスケールを大学生用に改変、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」

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御的レジリエンス因子<sup>14)</sup>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（第2回目アンケートにはQⅣ.「配布パンフレットをよく読んだ」0～4点評価を追加）。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。特にひきこもり傾向と抑うつ・不安に対するメンタルヘルス教育と仏教教育の相乗効果を検定し、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<sup>14)</sup>（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・

不安度は SDS 抑うつスケール（全20項目を0～4点で評価する）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。

以上の変数を用いて、t-検定、相関分析、重回帰分析を行った。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) ひきこもり傾向に関連する諸要因について（1回目アンケート調査結果）

ひきこもり傾向の全体平均値は $11.7 \pm 3.93$ であった（法学部 $11.56 \pm 3.67$ 、現社 $11.78 \pm 4.09$ で両群間に有意差なし、 $t=0.364$ ,  $p=0.716$ ）。抑うつ・不安度の全体平均値は $44.35 \pm 6.63$ であった（法学部 $44.58 \pm 7.01$ 、現社 $44.22 \pm 6.43$ で両群間に有意差なし、 $t=0.365$ ,  $p=0.715$ ）。

ひきこもり傾向と抑うつ・不安度の間には強い正の相関関係がみられた（pearsonの相関係数 $r=0.363$ ,  $p=0.000^{***}$ ）。

概日リズムについては、21～24時に入床する者を早寝グループ（47人）、それ以外を遅寝グループ（152人）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（ $t=0.122$ ,  $p=0.903$ ）。また7時よりも早く起床する者を早起グループ（83人）、それ以外を遅起グループ（116人）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

( $t=0.301$ ,  $p=0.764$ )。

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 ( $r=-0.024$ ,  $p=0.734$ )。ひきこもり傾向と食生活習慣の間には有意な負の相関関係がみられた ( $r=-0.156$ ,  $p=0.028^*$ )。ひきこもり傾向とトラブル対処行動の間には有意な負の相関関係がみられた ( $r=-0.376$ ,  $p=0.000^{**}$ )。ひきこもり傾向と楽観性の間には有意な負の相関関係がみられた ( $r=-0.202$ ,  $p=0.004^{**}$ )。ひきこもり傾向と宗教的信念の間に有意な相関関係はみられなかった ( $r=-0.084$ ,  $p=0.241$ )。ひきこもり傾向と利他的行動の間には有意な負の相関がみられた有意な負の相関関係がみられた ( $r=-0.304$ ,  $p=0.000^{***}$ )。

また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<sup>a</sup>

独立変数	Beta	$p$	VIF
抑うつ・不安度	.135	.003 <sup>**</sup>	1.413
早寝	.094	.876	1.057
早起	-.312	.551	1.085
ネット依存	-.183	.173	1.081
食生活習慣	-.096	.505	1.093
トラブル対処行動	-1.062	.000 <sup>***</sup>	1.251
楽観性	-.224	.354	1.245
宗教的信念	.210	.366	1.110
利他的行動	-.795	.014 <sup>*</sup>	1.268

a. 重回帰分析：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、トラブル対処行動 ( $p < 0.001$ )、次いで抑うつ・不安度 ( $p < 0.01$ )、利他的行動 ( $p < 0.05$ ) であった。

## 2) 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)

### a. 1回目および2回目アンケート調査2時点におけるメンタルヘルスの変化

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。パンフレット配布後の値から配布前の値を差し引いたひきこもり傾向の変化量の平均は  $-0.006 \pm 2.907$  であった。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。受講する講義で分けると、「心理学アプローチ」群では  $t = -0.246$ ,  $p = 0.355$ 、「仏教学」群では  $t = 0.145$ ,  $p = 0.616$  で両群ともに2時点で有意な差はみられなかった。

さらに、上記2時点で抑うつ・不安度がどのように推移しているかを検証した。2回目 SDS 合計点から1回目 SDS 合計点を差し引いた抑うつ・不安度の変化量の平均値は  $0.425 \pm 5.436$  であった。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。「心理学アプローチ群」では  $t = -0.500$ ,  $p = 0.440$ 、「仏教学」群では  $t = -0.381$ ,  $p = 0.430$  で講義群別にみても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

メンタルヘルスリテラシーに関するパンフレット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(メンタルヘルスに関する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 ( $r=0.077$ ,  $p=0.288$ )。「心理学アプローチ」群 ( $r=-0.008$ ,  $p=0.950$ )、「仏教学」群 ( $r=0.109$ ,  $p=0.226$ ) で、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・不安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  $r=-0.226$ ,  $p=0.011^*$  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・不安度が軽減していることが明らかとなった。

#### IV. 考察

若年者のひきこもりのリスク因子としては、気分障害や不安障害などの精神疾患<sup>15)16)</sup>や概日リズム障害<sup>17)</sup>、コーピング（ストレス対処）能力の問題<sup>18)</sup>、ネット依存<sup>19)</sup>、家庭環境の問題<sup>20)</sup>などが先行研究により既に指摘されている。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、説明変数として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<sup>14)</sup>（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、女子大学生のひきこもり傾向は抑うつ・不安度と強く関連していることがわかった。本格的な疾患となる前に自分のメンタルヘルス不調に気づいて早めに対処（ストレス発散や周囲への相談など）することが、ひきこもりの予防にとって重要であることがわかる。

概日リズムのうち睡眠に関してはひきこもりとの関係は示されなかったが、食事はひきこもりと関連していることが分かった。規則正しくバランスの良い食事を摂ることがひきこもりの予防や軽減につながるといえよう。ネット依存についてはこれまで複数の先行研究が指摘しているが、当該研究においては関

連が示唆されなかった。これまで若年者のひきこもり研究はひきこもり発生率の高い男子を中心に論じられてきた<sup>21)</sup>経緯があり、ネット依存との関連もその中で指摘されてきた。当該研究では調査対象を女子大学生に限局していることから、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。

メンタルヘルスのレジリエンス因子のなかでは、トラブル対処行動、楽観性、利他的行動がひきこもりと関連しており、これらの因子がひきこもりを抑制することが明らかとなった。宗教的信念については有意な相関はみられなかった。

重回帰分析の結果からは、ひきこもりに関する諸要因のなかでも特にトラブル対処行動、抑うつ・不安、利他的行動の寄与率が高いことが明らかとなった。抑うつ・不安がひきこもりと強く関連することは既に上述したが、それと同等またはそれ以上にトラブル対処や利他的行動といった日常生活の中での行動特性が強く関連していることは興味深い。メンタルヘルス不調への洞察・早期ケアと同様に、日頃より能動的な対処様式（解決策を模索する、学習する、相談する）や利他的行動を心がけることが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<sup>14)</sup>、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。

メンタルヘルスの経時的測定結果からは、心理学教育、仏教教育単体では個人のメンタルヘルスに影響を与えないが、パンフレット配布による精神保健知識の獲得が加わると仏教教育群でのみメンタルヘルスの向上（抑うつ・不安の軽減）がおこることが認められた。対象全体ではパンフレット配布によるメンタルヘルスへの影響は認められなかったことから、メンタルリテラシー単体でもメンタルヘルスには多くの影響を与えないことがわかる。これらの所見は仏教教育とメンタルヘルスリテラシーの相乗効果を示す結果であり、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十分な有効性を発揮するといえる。

特に今回配布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、広大で難解な領域を含むメンタルヘルスリテラシーの中に一般若年者がアクセスしやすい実効的なポイントを提示することに留意した。簡易なパンフレットによる簡便なリテラシー教育であるが、体系的な仏教教育に裏打ちされて初めてその実効性を持つことができたといえる。今回の研究では仏教教育を介したメンタルヘルスリテラシーの有効性と臨床応用の可能性を示すことができた。冒頭に述べたようにメンタルヘルスリテラシー・プログラムの開発は若年者のメンタルヘルス向上のために喫緊の課題であるが、プログラムが十分な実行性を持つためには個人が暮らす社会の風土、文化、規範などを十分に考慮して構築されなければならない。今まで宗教とメンタルヘルスのかかりについては十分に議論されてこなかったが、今回の実証研究の結果はわが国独自のメンタルヘルスリテラシーを構築していく上で、伝統的宗教が重要な役割を果たしうることを示すものである。

## V. 結語

研究の結果から、仏教教育のみ、またメンタルヘルスリテラシーのみでは学生のメンタルヘルスに影響を与えないが、仏教教育を介したメンタルヘルスリテラシーは学生の抑うつ・不安の予防または軽減に有効であることが示された。また今回の短期間調査ではメンタルヘルスリテラシーのひきこもり抑止力を検証するまでには至らなかったが、抑うつ・不安とひきこもり傾向とは強い相関関係にあるため、メンタルヘルスリテラシーは抑うつ・不安の減弱効果を介して長期的にはひきこもり抑止力を持つ可能性があるといえる。

社会的ひきこもりは現代日本社会のメンタルキャピタルを脅かす重要な問題である。内閣府は若年層（15歳から39歳まで）を対象とした2016年調査でひきこもり推計数を54.1万人と報告し、さらに2018年には中高年（40歳から64歳まで）を対象とした同様の調査<sup>22)</sup>では若年層を上回る推計数61.3万人を公表した。長期的なひきこもりのきっかけの一位は就学時の不登校と報告されており<sup>12)</sup>、

思春期青年期はひきこもりの長期的予防にとって最も重要な時期といえる。個人のメンタルヘルス問題にとどまらず現代公衆衛生の視点からも、若年層に特化したメンタルヘルスリテラシーの構築と学校教育への早期導入が望まれる。

## VI. 謝辞

今回の調査では、「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のご協力によりアンケート調査を行うことができた。また藤井隆道先生にはパンフレット作成に際して仏教理念に関する部分を監修いただいた。両先生に記して謝意を表したい。また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) 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.
- 6) 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.
- 7) Leff, J, Sartorius N, Jablensky A, Korten A, Ernberge G. The International Pilot Study of Schizophrenia: five-year follow-up findings. *Psychological Medicine* (1992) 22: 131-45.

- 8) Drabick DAG, Steinberg L. Developmental Psychopathology. Encyclopedia Adolescence. Elsevier (2011). 136-42.
- 9) Teo AR. A new form of social withdrawal in Japan: a review of hikikomori. Int J Soc Psychiatry (2010) 56: 178-85.
- 10) 斎藤環 (1998) 『社会的ひきこもり—終わらない思春期』 PHP 研究所.
- 11) 内閣府 (2010) 「若者の意識に関する調査」(ひきこもりに関する実態調査) ([https://www8.cao.go.jp/youth/kenkyu/hikikomori/pdf\\_gaiyo\\_index.html](https://www8.cao.go.jp/youth/kenkyu/hikikomori/pdf_gaiyo_index.html))
- 12) 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>)
- 13) 濱崎由紀子, ニコラ・タジヤン. ひきこもり研究から見える現代社会の病理. 京都女子大学現代社会研究 (2018) 20 : 37-49.
- 14) 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.
- 15) 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.
- 16) 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.
- 17) Ben Simon E, Walker MP. Sleep loss causes social withdrawal and loneliness, Nat Commun (2018) 9: 3146.
- 18) 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.
- 19) Stip E, Thibault A, Beauchamp-Chatel A, Kisely S. Internet addiction, hikikomori syndrome, and the prodromal phase of psychosis. Front Psychiatry (2016) 7 (6): 1-18.
- 20) Kato TA, Kanba S, Teo AR. A 39-year-old "adultolescent" : understanding social withdrawal in Japan. Am J Psychiat (2016) 173: 112-4.
- 21) Yong R, Nomura K. Hikikomori is most associated with interpersonal relationships, followed by suicide risks: a secondary analysis of a national cross-sectional study. Frontiers in psychiatry (2019) 10: 247.

22) 内閣府 (2018) 「生活状況に関する調査報告書」  
(<https://www8.cao.go.jp/youth/kenkyu/life/list.html>)

### Appendix

<https://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 仏教教育 社会的ひきこもり  
抑うつ 大学生