

<総説>

思春期・青年期年代生徒のメンタルヘルスの実態に関する文献検討

石村佳代子¹，岡本典子¹，影山セツ子¹

¹ 常葉大学健康科学部看護学科

【要 旨】

本研究の目的は、思春期・青年期年代にある中学生・高校生のメンタルヘルスの実態に関する国内文献を検討し、その特徴を踏まえ、メンタルヘルスに関する予防教育プログラム開発に向けて示唆を得ることである。

データベースは医学中央雑誌により、検索語を「学校保健×精神保健」とし、「青年期 13～19」で絞り込んだ。研究目的に合致する文献を選定し、33 文献を分析対象文献とした。

このうち、中学生を対象とした記述があるものは 22 文献、高校生を対象とした記述があるものは 14 文献であった。分析対象文献 33 文献の全ては何らかの質問紙を用いた調査研究であり、17 文献は、既存のメンタルヘルスに関する何らかの測定尺度のみを複数用いていた。中学生・高校生のメンタルヘルスの実態は、1. 精神情緒状態、2. ストレス状態、3. 認知 - 行動のプロセス、4. 生活習慣、5. 行動、6. ソーシャルサポート、7. 親や家庭環境、8. 他者との関係という 8 つの側面からその特徴が整理された。

これらの特徴を踏まえ、思春期・青年期年代生徒のメンタルヘルスに関する予防教育プログラム開発においては、中学生・高校生年代の精神状態や生活行動の特徴を考慮し、生徒の周囲との対人関係に注目しながら、認知機能の発達に応じた知識教育と知識に基づいた行動が図られるようなプログラムが必要となることが示唆された。

Key Words : 思春期 (puberty)，青年期 (adolescence)，学校精神保健 (school mental health)

1. はじめに

中学生・高校生の時期は、発達上、子どもから大人になる移行期にあり、発達区分では、こころと身体が大きく変化する思春期・青年期年代にあたる。思春期・青年期年代に含まれる 10 歳代の精神疾患の発症は、精神疾患発症の全体の 29.8%である¹⁾。とりわけ統合失調症においては、その割合は 41.3%を占め¹⁾、思春期・青年期年代は、精神疾患の好発年代と言える。

精神疾患の早期発見・早期治療の有効性と重要性は世界的に認識されてきており、その予防には 2 つの大きな道筋があると言われている²⁾。1 つは、発

症のリスクファクターを持つ人や発症危険状態にある人への早期介入である。もう 1 つは、国民一般に対するメンタルヘルスに関する正しい知識教育と日頃からの自己回復力の強化、スティグマ解消のためのさまざまなキャンペーンなどである。

精神疾患の好発年代である中学生・高校生は、1 日の多くの時間を学校で過ごしている。これは、家庭だけでなく学校現場においても精神疾患予防のための早期発見の機会が多いことを意味している。そのため、精神疾患予防に関して、中学校・高等学校での精神保健のあり方が重要となってくる。

精神疾患に対する予防教育にはさまざまなアプローチがあり、対象者の状況に応じた展開が必要で

あると言われている³⁾。

そこで今回、対象者の状況に応じた精神疾患の予防も含む、メンタルヘルスに関する予防教育プログラムを開発するために、国内において中学生・高校生のメンタルヘルスの状況がどのようになっているのかの実態を明らかにすることとした。

2. 目的

思春期・青年期年代にある中学生・高校生のメンタルヘルスの実態を明らかにするために、国内文献を検討する。その上で、この年代に対しての精神保健に関する予防教育プログラム開発への示唆を得ることを目的とする。

3. 方法

3.1. 用語の定義

思春期とは、第二次性徴の発現とともに始まり、長骨骨端線の閉鎖で終結する時期(8から9歳頃より17から18歳頃)。青年期の一部であり、青年期の前半部分に位置して、身体的な変化が多い時期である。

青年期とは、思春期の発来に始まり、心理社会的な自立をとげて大人の仲間入りをするまでの期間(10歳から30歳くらい)である。

本稿では、思春期と青年期のそれぞれの定義を踏まえ、思春期・青年期年代を、学校精神保健を考えるにあたり、13歳から18歳の中学校・高等学校生徒に相当する時期とする。

3.2. 文献検索方法

3.2.1. 文献検索手順

文献検索は、医学中央雑誌を使用し、2013年9月26日に実施した。キーワードは、「学校保健」に「精神保健」を掛け合わせたものにヒト「青年期(13～19歳)」の限定をし、絞り込んだところ、433文献が該当した。

次に原著論文での絞り込みをしたところ、112文

献となった。これらの内容は、以下のAからEの5つのタイプに類別された(⟨⟩は、文献数を示す。但し、内容に重複のあるものは、該当するタイプへの複数カウントとなっている)。

A: 青年期(13～19歳)を対象に、質問紙を用いて精神的健康や行動に関する実態を調査した研究(61)

B: 保護者や教員を対象にしたメンタルヘルス支援に関する質問紙を用いた実態調査(10)

C: メンタルヘルス支援の実践の分析と報告(40)

D: 文献レビュー(3)

E: 尺度開発(2)

3.2.2 分析対象文献の選定

本稿では、中学生・高校生のメンタルヘルスの実態のうち、その対象者すなわち生徒の状況の実態を明らかにすることを目的としている。そのため、5つの類別のうち、研究目的である中学生・高校生を対象にした前述の5つの類別のうちタイプAを中心に精読し、対象者の精神的健康や行動などのメンタルヘルスの実態について書かれているものを選定した。

その際、なるべく一般的な多くの国内の中学生・高校生の最近のメンタルヘルスの実態を明らかにするために、選定にあたっては、以下の6項目を除外基準とした。

- (1) 検索語の「青年期」に19歳が含まれるために大学生が対象となっているものが入ってしまうため、大学生を対象としたもの4文献を削除した。
- (2) 国外の中学生・高校生を対象としたもの、あるいは国際比較を主眼に置いたもの3文献(韓国、日系ブラジル人、日本とケニア、エジプトとの国際比較)を削除した。
- (3) 特定の疾患で外科的治療を行った対象についての1文献を削除した。
- (4) 1990年以前のもの13文献を削除した。
- (5) ある特別な環境に暮らす生徒を対象にしたもの2文献(全寮生活下にある高校生女子部員の精神健康度に関する縦断調査、高校生運動部員の精神的健康変化に関連する要因)を削除した。

(6) 対象者数が 100 人未満である文献を削除した。

このような選定過程を経て、112 文献を 36 文献に絞り込んだ。本稿では、そのうち入手可能であった 33 文献を分析対象文献（分析対象文献番号は[*]、引用文献番号は*）で示す）とした。

3.3 分析方法

中学校・高等学校の生徒のメンタルヘルスの実態について、調査対象者の概要（学校の種類；中学校か高等学校か、対象者数）、調査方法、調査から明らかになった生徒のメンタルヘルスの実態を分析対象文献ごとに整理し概観した。なお、メンタルヘルスの実態については、調査結果から実態が明らかにされている箇所を抽出した。

さらに、これらの結果をもとに、その実態の構造を考察するため、8つの側面から整理した。

4. 結果

分析対象となる 33 文献について、その概要（文献番号・対象者・対象者数・抽出されたメンタルヘルスの実態）は表 1 に示す通りであった。

4.1. 調査対象者の概要

4.1.1. 学校の種類

(1) 中学校

33 文献のうち、中学生が対象となっている文献は、22 文献であった。このうち中学生のみを対象としているのは 17 文献であり、小学生と中学生を対象としたもの〈2 文献；[15]、[24]〉や小学生・中学生・高校生を対象としたもの〈3 文献；[4]、[6]、[9]〉の中に中学生に関する記述があった。

(2) 高等学校

33 文献のうち、高校生が対象となっている文献は、14 文献であった。このうち高校生のみを対象としているのは 11 文献であり、小学生・中学生・高校生を対象としたもの〈3 文献；[4]、[6]、[9]〉の中に高校生に関する記述があった。

4.1.2. 対象者数

対象者数が 200 人以上 1,000 人未満であるのは 17 文献であり、いずれも中学生のみ〈12 文献；[1]、[3]、[5]、[7]、[8]、[12]、[17]、[20]、[21]、[23]、[25]、[31]〉か高校生のみ〈5 文献；[2]、[10]、[12]、[13]、[16]〉を対象としたものであった。

一方、対象者数が 1,000 人以上であるのは 16 文献であり、これらは小学生と中学生を対象としたもの〈2 文献；[15] [24]〉、小学生・中学生・高校生を対象としたもの〈3 文献；[4]、[6]、[9]〉、中学生のみを対象としたもの〈5 文献；[19]、[27]、[28]、[32]、[33]〉、高校生のみを対象としたもの〈6 文献；[11]、[14]、[18]、[22]、[29]、[30]〉であった。対象者数が 1,000 人以上で中学生のみ、高校生のみを対象にしている場合は、全県下での調査や広域的に調査を実施したものであった。

4.2. 調査方法の種類

中学生・高校生のメンタルヘルスの実態に関する分析対象文献は、33 文献の全てが何らかの質問紙を用いた調査研究であった。

そのうち、研究者が独自に作成した質問紙のみを用いているものが、9 文献〈[2]、[4]、[6]、[10]、[14]、[20]、[28]、[32]、[33]〉だった。さらに、独自に作成した質問紙と既存のメンタルヘルスに関する何らかの測定尺度を用いているものが、7 文献〈[1]、[8]、[9]、[19]、[23]、[26]、[29]〉だった。およそ半分の 17 文献〈[3]、[5]、[7]、[11]、[12]、[13]、[15]、[16]、[17]、[18]、[21]、[22]、[24]、[25]、[27]、[30]、[31]〉は、既存のメンタルヘルスに関する何らかの測定尺度のみを複数用いていた。

4.3. 生徒のメンタルヘルスの実態

中学生・高校生のメンタルヘルスの実態に関しての結果の記述を、1) 精神情緒状態、2) ストレス状態、3) 認知-行動のプロセス、4) 生活習慣、5) 行動、6) ソーシャルサポート、7) 親や家庭環境という 8つの側面から整理した。

4.3.1. 精神情緒状態

表1 分析対象文献の概要

番号	対象	対象数	メンタルヘルスの実態
1	中学	310	女子においてネット依存によるメンタルヘルス上の問題の程度は高依存群の方が高い傾向である。
2	高校	696	111名(15.9%)が自傷行為あるいは過量服薬を経験している。自殺念慮や自殺企図の経験率は、自傷行為と過量服薬両方の経験群の方が、自傷行為単独群より高く、両群には死生観の違いがあった。
3	中学	218	「自己イメージ脚本」は「不安傾向」に強い負の影響を認めた。「情緒的支援認知」は「自己イメージ脚本」に対する強い正の影響を認めた。「養育者の良い表情イメージ表象に対する本人の身体変化」は「情緒的支援認知」に対して強い正の影響が認められた。
4	小・中・高校	2858	テレビゲーム使用は時間ではなく、依存傾向がメンタルヘルスや心理・社会的状態に望ましくない傾向をもたらす。格闘系ゲームを多く使用する者ほど、攻撃衝動が強い傾向にある。
5	中学	593	中学生のエゴグラムには性差があり、男子はNP,A,FCが高い台形型、女子はNP,FCが高いM型であった。ストレス症状高群は、低群よりもNP,Aが低く、ACが高かった。
6	小・中・高校	1235	インターネットを使用する生徒は、学年の進行とともに増加する。インターネットの使用時間ではなく、依存傾向とメンタルヘルス及び心理・社会的変数間に有意な関連性がある。
7	中学	401	コーピングとして、女子は男子よりもサポート希求や情動的回避を採用する傾向が高い。男子は特に1年生の時に女子よりも気分転換・休養を採用する傾向が高い。
8	中学	770	対象関係の側面とメンタルヘルスの特徴にはアンディパレント型、バランス型、孤立志向型、対人希求-不安型、平均型の5つのパターンがあった。
9	小・中・高校	1938	刃物による自傷経験は、中学男子で5.3%、女子で15.1%、高校女子で9.6%にみられた。刃物による自傷は抑うつと解離傾向に関連していた。
10	高校	201	日常生活におけるストレスは、ストレスが増えるほど高くなるが、自己管理スキルにはコーピングを介してストレス反応を低減させたり、直接ストレス反応を低減させたりする効果がある。
11	高校	1058	男女ともに高い正感情は、抑うつや軽さや健康的な生活習慣と関連していた。また、男女で違いはあるが、起立性調節障害や循環器、歯科症状などの身体の健康とも関連していた。
12	高校	338	精神的健康の不調者は全体の47.6%を占め、女子よりも男子の方が健康度が低かった。GHQとSE, GHQとSOCは負の相関、SOCとSEは正の相関があった。
13	高校	452	男性よりも女性の精神健康度が低い。女性は携帯電話依存度を表すCPDQと得点とGHQの得点に有意な相関があった。精神的危機状態にある状況下では、男性よりも女性の依存度が高い。
14	高校	2646	悩みの相談対象として30%以上が選択していたのは「友達」「親」である。2,3年生は1年生よりも多く「友達」に相談していた。男子は女子よりも「誰にも相談しない」を選択する学生が多い。
15	小・中学	1523	中学2年生の心の健康度は女子よりも男子の方が良好であった。生活習慣や家庭環境の中に、小学校では関連していなくても、中学になると心の健康度の低さと関係するものがあり、男女による違いがあった。
16	高校	341	男女ともに「学業」、「教師関係」のストレス得点が高く、「自己嫌悪」「解決への意欲」「気分転換」といったストレス対処行動得点が高いが、男女による違いがある。
17	中学	878	親から「愛されている」「信頼されている」と感じている群は、そうでない群に比べて積極的な対処行動をとる割合が高く、そうでない群は、ひきこもりや暴力行為などの対処行動をとる割合が有意に高かった。
18	高校	2461	男女とも敵意が高いほど、精神的健康を阻害されていた。自己効力感と社会的スキル得点は、女子よりも男子の方が高かった。自己効力感や社会的スキルは、攻撃性に関連していた。
19	中学	480	高運動群は中運動群や非運動群より有意に心の健康総合得点が高い。高運動群と中運動群は非運動群より有意に精神的・身体的疲労が低い。
20	中学	698	平均睡眠時間は男子7時間11分、女子6時間49分、女子は男子よりも就寝時間が遅く起床時刻が早い傾向にあった。平均睡眠時間が8時間未満の対象において、精神的な不健康者が多く認められた。
21	サポート校	266/ 684	不登校経験者群は対照群と比較して、身体症状、抑うつ・不安、不機嫌・怒り、無力感などのストレス反応や、教員・友人関係などの学校ストレスが強く、友人からのサポートがないという特徴があった。
22	高校	2346	男女で違いがあるが、verbal harassment, exhibition, sexual molestation, attempted rapeの項目とGHQのカットオフポイントを超える者の割合に関連があった。
23	中学	378	保健室来室経験は「あり」82.5%、来室頻度は「学期に1回以下」46.7%、「1回/週」8.2%、「2~3回/週かそれ以上」4.8%であった。保健室の利用頻度は、メンタルヘルスの身体症状とのみ関連が見られた。
24	小・中学	3331	抑うつ度や、抑うつ群の割合は欧米より高値である。抑うつ群は、小学校低学年では性差がないが、男子では中学1年、女子では小学校6年から増加し始め、女子が男子よりも著しい増加傾向を示した。
25	中学	538	セルフエスティーム(SE)は、健康習慣、喫煙・薬物・性に対する態度、学習成績と努力に影響しており、影響する内容は男女で違いがあった。欠席行動は、学習、全般、身体、家族のSEと関連があった。
26	中学	794	欠席行動と精神的不調者の数は、学年とともに増加し、ともに男子より女子の方が多い。自己効力感と首尾一貫感覚は女子より男子の方が高いが、ソーシャルサポートは女子の方が多かった。
27	中学	1549	攻撃性・ストレス反応とも学年が上がるるとともに高くなる。社会的情報処理の過程の特徴は男女で異なる。多変量解析によって攻撃性・社会的情報処理過程・ストレス反応の三者間には関連性が認められた。
28	中学	6795	喫煙経験率は学年ごとに上がり、男女とも、喫煙頻度が高まるほど有機溶剤の乱用を目撃する、誘われる、経験するなどの事象が増加する。喫煙頻度が高いほど、有機溶剤乱用の害に関する知識もある。
29	高校	2434	GHQ得点は男子よりも女子が高かった。男女ともに、セルフエフィカシーとコーピングスキルが高く、ポジティブ・ソーシャルサポートが多いほど、ネガティブ・ソーシャルサポートが少ないほど学校生活適応感を高めている。
30	高校	3234/ 2503	抑うつ、家族、友達に関するストレスや、自己評価には地域差は見られなかったが、怒り、部活動・学業・教師との関係ストレス、ソーシャルサポートや生活習慣については地域差が見られた。
31	中学	475	女子において、BMIや体脂肪率は不安の程度による違いは見られず、病気をしやすい、下痢などは違いが見られた。また睡眠の質がよくない、朝食をとらない、食事が楽しくない人は不安が高かった。
32	中学	1182	いじめを加害群・移行群・被害群・傍観群・無関係群に分類したところ、5群間で、学力や経済状態には差がなかったが、被害群は孤独感、希死念慮、自尊心が低いという特徴があった。
33	中学	2405	精神保健の側面から、男子は標準、友人関係重視、積極的現実重視、消極的現実肯定、プライド重視、自信喪失、女子は積極的現実重視、現実批判、標準、自己否定、プライド重視の各型に類別された。

(1) 精神的健康度の実態

精神的健康度は、6 文献〔[12], [13], [18], [22], [26], [29]〕が GHQ（精神健康調査票：The General Health Questionnaire）を用いて測定していた。精神的健康度については、GHQ を用いない文献〔[15]〕を含めた 4 文献で、男子よりも女子の方が健康度が低い傾向にあった〔[13], [15], [26], [29]〕。兵庫県の高校 2 年生を対象にした調査だけが、男子の方が女子よりも健康度が低い生徒が多いことを示していた〔[12]〕。また中学生では学年が進行するとともに健康度が低くなり、男女とも 1 年生よりも 3 年生の方が有意に健康度が低いという結果であった〔[26]〕。

(2) 精神的健康との関連が予測される要因

精神的健康との関連が予測される要因として、自尊感情（SE：Self Esteem）、首尾一貫感覚（SOC：Sense of Coherence）があり、これらはともに精神的健康度と負の相関があった。中学 3 年生の精神的な不調群は、認知されたストレスが多く、ソーシャルサポートが低かった〔[26]〕。

高校生に対しては、性暴力被害の経験と精神的健康の関連が調査されており、性暴力被害の中でも、言葉によるハラスメント、わいせつ行為は男女とも、健康度に影響があり、強姦未遂は女子のみに影響があることが示されていた〔[22]〕。なお、強姦未遂は女子のみ、強姦は男女ともトラウマ反応（IES-R：出来事インパクト尺度；Impact of Events Scale Revised, PTSD：Post-Traumatic Stress Disorder 外傷後ストレス障害のチェックリスト）との関連が見られた〔[22]〕。

加えて中学 1 年生を対象にした調査からは、いじめの被害が精神的健康度の低さと関連しているという結果であった〔[20]〕。

高校生の精神的健康に影響を及ぼすものとしては、攻撃性についても調査されていた。攻撃性は「敵意」「言語的攻撃」「間接的攻撃」「置き換え」「いらだち」「身体的暴力」からなり、「敵意」「間接攻撃」「置き換え」「身体的暴力」は男子の方が高く、「いらだち」だけは、女子の方が強かった〔[18]〕。「敵

意」「間接的攻撃」「いらだち」は男女ともに精神的健康を阻害していた。「置き換え」は、高校 1, 2 年生男子の身体的症状、女子の身体的症状、不安・不眠及びうつ状態を促進した。ただし、言語的攻撃が高いことは高校 1, 2 年生男子において、社会的活動障害とうつ状態を改善するという影響もあった〔[18]〕。また攻撃性は自己効力感と社会的スキルからの影響を受けていた。高校 1, 2 年生の男女ともに自己効力感が高いほど「敵意」や「いらだち」が低く、女子においては、自己効力感が高いほど「言語的攻撃」を高めるという結果であった。〔[18]〕。

さらに近年、インターネット等のメンタルヘルスへの影響も調査されている。インターネットを使用する生徒は、中学生・高校生ともに学年の進行とともに増加していた〔[6]〕。中学生・高校生共にインターネットの使用時間ではなく、依存傾向や携帯メール送信頻度と、メンタルヘルスに有意な関連性があることが示されていた〔[6]〕。特に女子高校生については、携帯電話依存度を表す CPDQ（Cellular Phone Dependence Questionnaire）得点と精神的健康度の有意な相関が示されていた〔[14]〕。

テレビゲームについては中学生・高校生ともに、使用時間とメンタルヘルスに関連は認められなかったが、テレビゲーム依存傾向が上昇するほど、メンタルヘルスは望ましくない傾向を示していた〔[4]〕。また格闘技系ゲームを多く使用するものほど攻撃衝動が強い傾向にあった〔[4]〕。

4.3.2. ストレス状態

(1) ストレッサー

ストレッサーは ADES-20（the Adolescent Daily Events Scale）〔[16]〕と日常生活ストレッサー尺度〔[30]〕を用いて、高校生を対象に測定されていた。

ストレッサーとしては、男女ともに「学業」、「教師関係」の得点が高く、「家族」「友人関係」は男子よりも女子で得点が高かった。「部活動」は男子の方が得点が高かった〔[16]〕。また「部活動」「学業ストレス」「教師との関係」については地域差が

見られ、「家族」「友達」に関しては地域差が見られなかった〈[30]〉。

(2) ストレス反応

ストレス反応は、中学生を対象に、ストレス反応尺度などによって測定されていた〈[27]〉。男子よりも女子の方が高いストレスを感じており〈[26]〉、「不機嫌・怒り反応」「抑うつ・不安反応」「身体的反応」「無気力」という4つの下位尺度すべてにおいて、女子の方が高かった〈[27]〉。また1年生よりも2,3年生でストレスが高くなっていた〈[26], [27]〉。

(3) 抑うつ

抑うつは、ストレス反応としての状態だけでなく、DSRS-C (Depression Self-Rating Scale for Children: パールソン児童用抑うつ尺度)〈[24]〉や CES-D (Center for Epidemiologic Studies Depression scale: うつ病自己評価尺度)〈[29]〉を用いて測定されていた。主に中学生を対象に調査されており、女子の方が男子と比較して抑うつ度が高かった〈[24]〉。年齢が上がるごとに抑うつ度が強くなり、男子では中学1年生から、女子では小学6年生から強くなる傾向にあった〈[24]〉。

(4) ストレス反応との関連が予測される要因

ストレス反応に影響を及ぼすものとして、攻撃性が挙げられていた。この攻撃性は「表出性攻撃」「不表出性攻撃」に分けられ、「不表出性攻撃」は中学生の男女ともに、全てのストレス反応と正の相関が見られた〈[27]〉。「表出性攻撃」は、中学生の男子においては「抑うつ・不安」以外のストレス反応と正の相関を示し、女子においては「不機嫌・怒り」とのみ正の相関を示した。

また、エゴグラムとストレスとの関連についても調査されており、中学生のストレス症状高群は、低群よりも NP (Nurturing Parent: 優しい親, 優しさ), A (Adult: 大人らしさ, 論理性) が低く, AC (Adapted Child: 従順な子ども, 協調性) が高いという違いが見られた〈[5]〉。

さらに高校生においては、正の感情が抑うつを軽くするという結果も得られていた〈[11]〉。

4.3.3. 認知-行動のプロセス

(1) 社会的情報処理過程

認知過程の一つとして、中学生を対象に社会的情報処理過程に関する調査が行われており〈[27]〉、中でも、具体的な行動に移る前の段階である「目標」に着目していた。すなわち「仲間関係維持」「回避」「報復」「主張」である。「主張」については中学生の学年や性別に違いは見られなかった。「仲間関係維持」は中学生の全学年で女子が高値であり、「回避」「報復」は中学生の全学年で男子の方が高値を示した。

(2) 情報処理過程と関連が予測される要因

情報処理過程には、攻撃性との関連が指摘されていた。中学生においては、「仲間維持関係」は、中学生の男女ともに「表出性攻撃」と負の相関があり、「不表出攻撃性」に対しては、男子のみ負の相関がみられた。「回避」は、表出性攻撃については中学生の男女ともに負の相関がみられたが、不表出性攻撃については男子のみ負の相関がみられた。「報復」は、中学生の男女ともに「表出性攻撃」と正の相関がみられたが、「不表出性攻撃」については、男子のみ、正の相関がみられた〈[27]〉。

(3) コーピングやストレス対処行動

コーピングやストレス対処行動については、中学生の女子は男子よりも「サポート希求」や「情動的回避」を採用する傾向にあり、男子は特に1年生の時に、女子よりも「気分転換」「休養」を採用する傾向にあった〈[7]〉。高校生は全体的に「自己嫌悪」「解決への意欲」「気分転換」が多くみられ、女子は男子よりも「自己嫌悪」「引きこもり」が高かったが、「ソーシャルサポート」も高かった〈[16]〉。

自己管理や社会的なスキルについては、高校生に対して2文献で調査が行われていた。1つはスキルと攻撃性の関係について明らかにした調査であった。その結果によると高校1,2年生において、男子は女子よりも社会的スキル得点が高かった。また高校生の男女ともスキル得点が高いほど敵意や間接的攻撃を低くし、言語的攻撃を高めていた。また男子においては、スキル得点が高いほど置き換えを高

め、女子においては身体的暴力を低くしていた〔18〕。もう1つの調査は、自己管理スキルとストレス反応に関するものだった。ここでは、自己管理スキルの蓄積により、自己管理スキルがストレス低減コーピングを介してストレス反応を低減させる間接的効果と、自己管理スキルが直接ストレス反応を低減させる効果があることが示されていた〔10〕。

4.3.4. 生活習慣

(1) 食事

中学生では、朝食を欠食するという項目が心の健康度の低さと関連するという結果があった。また、朝食をとらない、食事が楽しくない人は不安が高い〔32〕という結果があった。高校生では、朝食や間食の摂取に関して地域による違いが見られた〔30〕。

(2) 睡眠

中学1年生の平均睡眠時間は女子は男子よりも短く（男子：7時間11分、女子：6時間49分）、女子は男子よりも就寝時間が遅く起床時刻が早い傾向にあることが示されていた〔20〕。高校生では起床や就寝時間が、地域によって異なることが示されていた〔30〕。

(3) 睡眠とメンタルヘルスの関係

中学生女子において、睡眠の質がよくない人ほど不安が高く、平均睡眠時間が8時間未満〔20〕、0時過ぎに寝る〔15〕場合において、精神的不健康者が多く認められた。一方、起きる時間を決めている人ほど不安は軽度であった〔31〕。

(4) 運動

運動については、中学生の運動状況とメンタルヘルスの関係について、調査が行われていた。「体育の時間以外運動しない」ことは、女子の場合、小学生の時には心の健康度と関連がないにもかかわらず、中学2年生になると心の健康度の低さと関連が見られ、中学生男子の場合には小学校の高学年から引き続いて心の健康の低さと関連していた〔15〕。また、1週間のうち、確実に最低3日以上運動しているものは、運動量が少ない群と比較して

有意に身体的・精神的疲労が低く、心の健康総合得点が高かった〔9〕。

4.3.5. 行動

(1) 欠席行動

中学生の欠席行動は、学年とともに増加していた〔26〕。女子の方が多い傾向にあったが、性別で有意差が見られたのは3年生の時のみであった〔26〕。欠席行動が多い群は、少ない群に比べて自尊感情が低かった〔26〕。

中学生の時に不登校を経験し、サポート校に通う生徒を対象とした調査からは、中学生の時の不登校経験群はそうでない群と比較して、身体症状、抑うつ・不安反応、不機嫌・怒り反応、無力感すべてのストレス反応が有意に高かった〔21〕。さらに、男女とも教員による他生徒との比較や教員の無理解、仲間外れがストレス要因となっており、女子ではさらに、からかわれることや、暴言・嫌な行動などもストレス要因となっていた〔21〕。

(2) 自傷行為あるいは適量服薬

刃物による自傷経験のある者の割合は、中学生女子で15.1%、高校生女子9.6%であった。男子は中学生のみで調査結果があり、刃物による自傷経験のある者の割合は5.3%であった〔9〕。高校生では、111名（15.9%）が自傷行為あるいは過量服薬を経験していた〔2〕。刃物による自傷行為は抑うつと解離傾向に関連していた〔9〕。

(3) 保健室利用

中学生の保健室来室経験については「経験あり」82.5%、「経験なし」、15.9%、「無回答」1.6%であった。来室頻度は、「学期に1回以下」46.7%、「1回/週」8.2%、「2～3回/週かそれ以上」4.8%、「無回答」2.4%であった〔23〕。メンタルヘルス尺度の4つの下位尺度「抑うつ」「対人不安」「非効力感」「攻撃性」に「身体症状」「自己認知」「注目欲求」を加え、保健室の利用頻度との関連をみたところ、学校によって多少違いはあるが、全体としては関連が見られたのは「身体症状」のみであった〔23〕。

(4) 喫煙・飲酒・薬物

中学生における喫煙経験率は学年が上がるごとに高くなっていった〔28〕。また中学生の喫煙経験と有機溶剤乱用との関連についての調査では、男女ともに喫煙頻度が高まるほど乱用に関連する事象（有機溶剤の乱用を目撃した経験、乱用者が身近にいる、誘われたことがある、経験がある）の割合が増加し、喫煙頻度が高いほど、喫煙頻度と有機溶剤乱用の心身への害に関する知識が多いという結果であった〔28〕。喫煙の勧めを断れるかどうかは、男女とも学習に関する自尊感情と家族に関する自尊感情と関連していた〔25〕。薬物の勧めを断れるかどうかは、男子の場合、特に友人に関する自尊感情と家族に関する自尊感情と関連が見られた〔25〕。

高校生においては、喫煙・飲酒の経験率は地域間で差があった〔30〕。

4.3.6. ソーシャルサポート

ソーシャルサポートは、精神的健康度、ストレスやストレスコーピング、不登校や学校生活適応度との関連から調査されていた。全体として、中学生・高校生ともに、男子よりも女子の方がソーシャルサポートが多かった〔26〕、〔16〕。中学生では、学年が進むにつれて親の支援は減少し、教師の支援が増加する傾向にあった〔26〕。中学生の悩みの相談相手についての調査では、勉強・友人関係・家族に関する悩みをだれにも相談しない生徒は、する生徒と比較して非効力感と攻撃性が高く、自己認知が低いという結果が見られた〔23〕。また中学2年生女子で、困ったことは家族に相談しないという群において、心の健康度の低さと関係するという結果が見られた〔15〕。

高校生に対する調査では多変量解析が行われており、次の2点が確認されていた。1点目は高校生の男女ともに、セルフエフィカシーとコーピングスキルが高いほど、ポジティブソーシャルサポートが多いほど、ネガティブソーシャルサポートが少ないほど学校生活適応感を高めていた。2点目は、セルフエフィカシーが高いほど、ポジティブソーシャルサポートが多いほどネガティブソーシャルサポートが少ないほど、日常のいざこざが少なくなること

であった〔29〕。

4.3.7. 親や家庭環境とメンタルヘルス

親や家庭環境については、中学生を対象とした調査が3文献あった〔15〕、〔17〕、〔26〕。

家の人から良く注意をうけることは、どの学年でも共通して心の健康度の低さと関連していた〔15〕。また、親から「愛されている」「信頼されている」と感じている群は、そうでない群に比べて積極的対処行動（ソーシャルサポート、気分転換）をとる割合が有意に高く、そうでない群は、引きこもりや暴力行為などの対処行動をとる割合が有意に高かった〔17〕。

また家族システムのありようを「かじとり」「きずな」という側面から捉えた調査において、家族の「きずながバラバラ」と感じていると、中学生の男女ともソーシャルサポート得点が低く、女子においてはさらに認知されたストレスが高く、自尊感情が低かった。また家族における「かじとりが融通なし」と感じている場合、男子は精神的健康度が低く、女子は認知されたストレスが高かった〔26〕。

4.3.8. 他者との関係

中学生を対象に、他者との関係と精神的健康について2文献で多変量解析が行われていた〔3〕、〔8〕。

1つ目の調査では、中学生の対象関係の側面とメンタルヘルスの特徴から、次の5つのパターンを見出していた。「易変性」「一体性希求」が併存し「自己中心性」が高い“アンビバレント型”，全般的に尺度得点が低い“バランス型”，「回避性」「易変性」が自己中心性が高く「一体性希求」が低い“孤立志向型”，全体的に尺度得点が平均値に近い“平均型”「見捨てられ不安」「一体性希求」が高い“対人希求-不安型”であった〔8〕。

2つ目は、自己価値観や自己否定感から構成される「自己イメージ脚本」と、家族や教師からの情緒的支援認知で構成される「情緒的支援認知」，他者の表情イメージ表象，と不安傾向の関連について調査していた。その結果、養育者の良好な表情イメージ表象に対する本人の良好な身体変化が、周りからの「情緒的支援認知」を良好にさせ、「自己イメー

ジ脚本」を良好にし、それによって不安傾向が軽減しやすくなることが示唆されていた〔3〕。

5. 考察

中学生・高校生のメンタルヘルスの実態は、中学生・高校生年代によるそれぞれの特徴があり、それらは、生徒自身の内的因子によるものだけでなく、生徒を取り巻く周囲の人との関係や社会環境の影響という外的因子の関連によるものが整理された。

その結果をもとに、1. 中学校・高等学校年代におけるメンタルヘルスの特徴、2. 中学校・高等学校年代に共通するメンタルヘルスの特徴、3. メンタルヘルスに関する予防教育プログラム開発への示唆について述べる。

5.1. 中学校・高等学校年代におけるメンタルヘルスの特徴

5.1.1. 中学校年代の特徴

[1] 精神状態

中学生では、精神的健康度は男子よりも女子の方が低く、男子・女子ともに学年進行とともに精神的健康度が低くなっていた。

実際、ストレス反応が、男子よりも女子の方が高いこと〔26〕や、女子の方が男子より抑うつが高いこと〔24〕に起因していることが裏付けとなっている。

さらに、女兒が男児より思春期の発来が約2年早い⁴⁾ため、この時期、思春期心性の特徴も相まって、女子の方が男子より精神的に不安定になりやすい時期であると考えられる。

精神的健康度の指標となるストレスに関しては、ストレス反応と攻撃性の相関があった〔27〕。また、ストレス症状高群は、低群より優しさ、大人らしさ、協調性が高かった〔5〕。このことは、ストレスが負荷された際に、周囲に対して上手く取り繕い、我慢を続けると、それが自己の中でストレス症状となったり、他者に向けては攻撃となったりという形で出現する可能性があることを示している。

ストレスへの対処方法としては、女子は男子よりサポート希求や情緒的回避を採用する傾向にあり、男子は女子よりも気分転換、休養を採用する傾向にあった〔7〕。ストレス対処方法は、人さまざまであるので、どのような方法でもよい。しかしながら、中学生の女子は「仲間維持関係」に気遣いをする時期であり〔27〕、精神的健康度を保つために、ストレスへの対処方法がさらなるストレスを生じないような対処方法の工夫が必要であろう。

[2] 生活行動

生活行動については、食事と睡眠、運動が精神的健康度に関わっていた。すなわち、朝食の欠食・質の悪い睡眠や夜更かし・体育の時間以外に運動をしないこと、これらはいずれも精神的健康度の低さと関連があった〔15〕、〔20〕、〔32〕。

また、学校生活での欠席や不登校は、ストレス反応を有意に高くし、精神的健康度の低さと関連があった〔20〕、〔21〕、〔26〕。保健室利用に関しては、利用頻度、メンタルヘルスと関連がみられたのは身体症状であった〔23〕。

これらの生活行動とメンタルヘルスの特徴から、身体のみならず精神的健康を維持するためにも規則正しい日常生活を送ることが大切であることがわかる。また、学校に行けないことと、教室に居ることができないことと、背景にあるストレスを把握することの重要性と、その後の該当生徒のメンタルヘルスへの影響を考えてのフォローアップの重要性が示唆された。

[3] 周囲の人との関係

① 友人関係

この時期のいじめの被害は、精神的健康度の低さと関連していた〔20〕。中学校年代は、友人関係の中に内面的類似性を求め、自分達は同じだという確認をし合う時期であり、その仲間に入れないことは、かなりのストレスになると思われる。

また、この時期の喫煙や薬物の誘惑に関しては、喫煙、薬物の勧めを断れるかどうかは、男女ともに学習や家族、友人に対する自尊感情との関連がある〔28〕とされていた。

この時期の友人関係形成における困難さには自尊感情が関係しており、この時期に自尊感情を高めることができるかどうかは、精神的健康度をかなり左右する事柄となる。

②親や教師との関係

この時期の親や教師との関係の特徴として、学年が進むにつれて親の支援は減少し、教師の支援が増加する傾向にあった〔26〕。親からの心理的独立が発達課題である思春期においてこの傾向は、健康的指標である。

この親離れがスムーズにできる場合はよいが、親からの過干渉や親への信頼感の欠如は、心の健康度の低さやストレスへの非生産的な対処行動（引きこもりや暴力行為）を生じていた〔15〕,〔17〕。

このことから、親と子のほどよい関係の構築や親が子を愛し、信頼しているということを子が認識していれば、心の健康度が増し、ストレスへの適切な対処行動が可能になると考えられる。

さらに、親と子の関係を反映している家族システムのありようについては、子がきずながばらばらだと感じたり、舵取りに融通がないと感じた場合は、ストレスが高く、自尊感情が低いとされていた〔26〕。

中学生の周囲の人との関係は、関係性のあり方がこの時期の自尊感情や精神的健康度に大きく影響していることがうかがえた。

5.1.2 高等学校年代の特徴

高校生の精神的健康に影響をおよぼすものとしては、敵意、間接的攻撃、置き換え、身体的暴力、いじめがあげられていた〔18〕。このうち、敵意、いじめ、間接的攻撃は男女ともに精神的健康を阻害していた。特にいじめは女子の方が強かった。

また、この時期のストレス者としては、男女ともに学業、教師関係の得点が高かった。ストレス者の中でも女子は家族、友人関係が男子は部活動が得点が高いことが特徴だった〔16〕。

ストレスへの対処方法としては、自己管理スキルがストレス反応を軽減させる傾向がある〔10〕とされていた。また、ポジティブソーシャルサポー

トが多いほどネガティブサポートが少ないほど学校生活適応感を高め、日常のいじめが少ないことが報告されていた〔29〕。

高校生のメンタルヘルスの特徴は、中学生までの友人関係や親子関係の中でのストレスから、自分と社会との関係の中でのストレスとそれへの自己管理スキルという課題にシフトしていることがうかがえた。

5.2. 中学校・高等学校年代に共通するメンタルヘルスの特徴

情報化社会において、インターネット利用は欠かせない。しかしながら、この利用に関して、中学生・高校生に共通するメンタルヘルス上の課題が整理された。

インターネットやテレビゲームの使用時間とメンタルヘルスに関連が認められない一方、これらへの依存傾向は、メンタルヘルスに望ましくない傾向をもたらしていた〔4〕,〔6〕。

特に、格闘技系ゲームを多く使用するものほど攻撃衝動が強い傾向があった〔4〕。

インターネットの利用状況は、中学生・高校生ともに学年進行とともに増加していた〔6〕。

これらから、情報通信革命がもたらした新たなるメンタルヘルスの課題への対応を考える必要性が示唆された。

5.3. メンタルヘルスに関する予防教育プログラム開発への示唆

思春期・青年期年代生徒へのメンタルヘルスに関する予防教育プログラムの開発にあたり、示唆されたことについて述べる。

5.3.1. 中学生・高校生年代のメンタルヘルス上の特徴

ストレスによって生じる精神状態の変化に着眼することと同時に、日常生活行動や周囲の人との関係（友人関係、親子関係、教師との関係）がメンタルヘルスに影響することを考慮していくことが必要である。

プログラムには精神状態のことを言及するだけでなく、自意識過剰な中学生・高校生に身近な自分の生活のことも含め、どのようなことが、精神的健康状態に影響を及ぼしているのかを伝えていくことが大事になる。

また、この年代には精神的健康度に性差があることも特徴なので、これらの情報も基本的知識として組み入れることが必要になる。

5.3.2. 思春期・青年期の成長発達との関連

メンタルヘルスに関する予防においては、思春期・青年期の身体・心理社会的な成長発達の中での正常発達の範疇の揺れ動きとの見極めが大切である。思春期心性の特徴とそれを逸脱したサインの両方の知識教育を盛り込むことが、早期発見につながる可能性がある。

さらに青年期には、脳の前頭前野がかなり成熟し、認知能力においても一般化する能力が発達してくる。したがって、知識を伝えた上でそれを行動化できるプログラム構成が可能であると考えられる。

5.3.3. 周囲の大人との関係

中学生・高校生は未成年であり、身近な大人をモデルとする中で成長発達をしていく。周囲の大人からの影響が大きく、中学生・高校生の責任でなく、ストレスフルな環境に置かれる状況も起こりうる。

自分達で何とかしようとするだけでなく、周囲の大人への援助希求行動を起こすことの大切さを伝えるとともに、その相談窓口の情報を同時に提供することが大切になってくる。

思春期・青年期年代の生徒を対象にしたメンタルヘルスに関する予防教育プログラムの内容を、周囲の大人にも周知していくことが望ましいと考える。したがって、対象は、中学生・高校生であるが、やがてこのプログラムの対象者が大人になっていくことを見据えながら、大人との関係について伝えていく方法を考えていく。

5.3.4. 社会情勢の影響

心の健康は、身体的側面・心理的側面・社会的側面からの影響を受け、とりわけ、自己コントロール下におけない社会の動きからの影響は不可抗力とも

いえる。しかしながら、自分の精神的健康を維持するためには、社会の動きを上手く取り入れる術を持つことが大切であろう。

したがって、社会情勢の影響との関連についての知識教育も精神的健康を維持するためには重要なことである。

以上のような示唆にもとづき、次代を担う思春期・青年期年代の生徒が自らのメンタルヘルスに関心をもち、メンタルヘルス維持のための基礎知識とその知識を実際に行動に移すことができるようなプログラム開発をすることが今後の課題となる。

参考文献

分析対象文献

- [1] 山脇彩, 小倉正義, 濱田祥子他: 女子中学生におけるインターネット利用の現状とインターネット依存とメンタルヘルス上の問題との関連, 名古屋大学大学院教育発達科学研究科紀要 59: 53-60, 2012.
- [2] 赤澤 正人, 松本 俊彦, 勝又 陽太郎他: 若年者の自傷行為と過量服薬における自殺傾向と死生観の比較, 自殺予防と危機介入 32-1: 34~40, 2012.
- [3] 青木 めぐみ, 宗像 恒次: 教師, 養育者, 友人の表情イメージ表象が中学生のメンタルヘルスに与える影響, ヘルスカウンセリング学会年報 17: 87~92, 2011.
- [4] 戸部 秀之, 竹内 一夫, 堀田 美枝子: 児童生徒のテレビゲーム依存傾向および暴力的なゲーム使用とメンタルヘルス, 心理・社会的問題性との関連, 学校保健研究, 52-4: 263~272, 2010.
- [5] 多田 志麻子, 相原 彰子, 北川 歳昭: 中学生のメンタルヘルスに関する研究 ストレッサー及びエゴグラムがストレス症状に及ぼす影響, 学校保健研究, 52-2: 135~142, 2010.
- [6] 戸部 秀之, 竹内 一夫, 堀田 美枝子: 児童生徒のインターネット依存傾向とメンタルヘルス,

- 心理・社会的問題性との関連, 学校保健研究, 52-2 : 125~134, 2010.
- [7] 宮本 友弘 : 学校における「心の健康」学習の改善のための基礎的研究, メンタルヘルス岡本記念財団研究助成報告集 19 : 113~117, 2008.
- [8] 井梅 由美子, 青木 紀久代 : 中学生の対象関係と精神的健康, 心理臨床学研究, 27-6 : 738~743, 2010.
- [9] Sho Noriko, Oiji Arata, Konno Chizue, Toyohara Koji et al: Relationship of intentional self-harm using sharp objects with depressive and dissociative tendencies in pre-adolescence-adolescence, *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 63-3:410~416, 2009.
- [10] 佐久間 浩美, 高橋 浩之, 竹鼻 ゆかり他 : 高校生のストレス反応と自己管理スキルとの関連に関する検討, 学校保健研究, 51-3 : 193~201, 2009.
- [11] 貴志 知恵子, 内田 香奈子, 山崎 勝之 : 正感情と心身の健康との関連 高校生を対象とした横断的研究, 学校保健研究, 51-3 : 151~161, 2009.
- [12] 林 真由, 元村 直靖 : 高校生の精神健康と首尾一貫性および自尊感情, 大阪教育大学紀要 第III部門 57-1 : 49~54, 2008.
- [13] 篁 宗一, 福田 倫子, 吉岡 伸一他 : 高校生を対象とした携帯電話使用状況と精神健康への影響に関する性別比較, 教育保健研究, 15 : 57~67, 2008.
- [14] 岡田 倫代, 鈴江 毅, 田村 裕子他 : 高校生における悩みの相談対象に関する実態調査, 四国公衆衛生学会雑誌, 53-1 : 79~86, 2008.
- [15] 松浦 英夫, 竹下 達也 : 小中学生の心の健康と生活習慣・家庭環境, 学校保健研究, 49-6 : 417~424, 2008.
- [16] 山本 和代 : 思春期の子どもたちの日常生活上のストレスとストレス対処行動についての検討, 看護・保健科学研究誌, 7-1 : 11~19, 2006.
- [17] 山本 和代 : 中学生に対する親のサポートがストレスコーピングに及ぼす影響, 看護・保健科学研究誌, 6-3 : 89~98, 2006.
- [18] 青木 邦男 : 高校生の攻撃性, 自己効力感, 社会的スキルならびに精神的健康の関連性, 学校保健研究, 49-1 : 38~46, 2007.
- [19] 和氣 綾美, 山本 浩二, 藤塚 千秋他 : 中学校期の心の健康に及ぼす運動の影響と学校の工夫について, 川崎医療福祉学会誌, 16-2 : 247~259, 2007.
- [20] 浅井 貴美, 兼板 佳孝, 大井田 隆 : 中学生の睡眠と精神的健康度に関する調査, 思春期学, 24-3 : 465~472, 2006.
- [21] 齋藤 香織, 松岡 恵子, 黒沢 幸子他 : 不登校生のメンタルヘルス 通信制サポート校に在籍する不登校経験者への調査から, こころの健康, 20-1 : 36~44, 2005.
- [22] 野坂 祐子, 吉田 博美, 笹川 真紀子他 : 高校生の性暴力被害と精神健康との関連, トラウマティック・ストレス, 3-1 : 67~75, 2005.
- [23] 櫻井 聖子, 青木 紀久代 : 中学生のメンタルヘルスと心理的サポート源としての保健室 保健室頻回利用者とサポート源を持たない生徒のメンタルヘルス検討の試み, 学校保健研究, 47-1 : 50~61, 2005.
- [24] 傳田 健三, 賀古 勇輝, 佐々木 幸哉他 : 小・中学生の抑うつ状態に関する調査 Birleson 自己記入式抑うつ評価尺度 (DSRS-C) を用いて, 児童青年精神医学とその近接領域, 45-5 : 424~436, 2004.
- [25] 佐藤 治子, 村松 常司 : 中学生のこころと体の健康とセルフエスティーム, 東海学校保健研究, 27-1 : 59~68, 2003.
- [26] 荒木田 美香子, 高橋 佐和子, 田代 順子他 : 学生の精神的健康の変化とその予測的要因 3年間の縦断的調査から, 学校保健研究, 46-3 : 227~241, 2004.
- [27] 玉木 健弘, 山崎 勝之 : 中学生の攻撃性, 社会

- 的情報処理過程ならびにストレス反応の関連性, 学校保健研究 46-3 : 242~253, 2004.
- [28] 和田 清 : 有機溶剤吸引の入り口としての喫煙 1994 年千葉県中学生調査より, 学校保健研究, 45-6 : 512~527, 2004.
- [29] 青木 邦男 : 高校生の精神的健康に関連する要因の共分散構造分析, 学校保健研究, 44-5 : 391~402, 2002.
- [30] 高倉 実, 栗原 淳, 堤 公一他 : 沖縄県と佐賀県の高校生における精神的健康とライフスタイルに関する地域比較, 学校保健研究, 44-3 : 229~238, 2002.
- [31] Hashimoto Michiyo, Nishiyama Midori, Nakae Kimihiro et al: The Relationship Between Lifestyle and Anxiety Levels In Adolescent Girls, 民族衛生 67-3:127~137, 2001.
- [32] 笹澤 吉明 : 中学生のいじめ いじめ加害群・移行群・被害群・傍観群・無関係群のメンタルヘルスの比較, 健康文化研究助成論文集 6 号 : 50~57, 2000.
- [33] 村田 繁雄, 上野 文彌, 丹羽 真一 : 精神保健からみた中学生の類型化の試み アンケート調査から, 日本社会精神医学会雑誌 7-1 : 51~62, 1998
- 4) 大山建司 : 思春期の発現, Yamanashi Nursing Journal, 3 (1) : 3~8, 2004.

引用文献

- 1) 厚生労働省 : 障害白書 H23 年度版, 図表 1-16 障害発生時の年齢階級「精神障害者社会復帰サービスニーズ等調査」, Available from: URL:http://www8.cao.go.jp/shougai/whitepaper/h23hakusho/zenbun/honbun/honpen/h1_2_1.html, 2003, (アクセス 2013 年 7 月 24 日) .
- 2) 水野雅文 : 精神疾患の早期発見・早期治療, 東邦医学会誌, 55 (4) : 337~342, 2008.
- 3) 赤澤彩織, 木下裕久, 中根秀之 : メンタルヘルスリテラシーと精神保健教育・啓発, 保健の科学, 53(9) : 590~595, 2011.

