〈総説〉

日本の医療従事者を対象としたメンタルヘルスリテラシー介入：スコーピングレビューのパイロット研究

Mental health literacy intervention for Japanese healthcare professionals: a pilot study of scoping review

栗林一人[1]

1　東京医療保健大学　千葉看護学部　看護学科

Kazuto KURIBAYASHI[1]

1　Division of Nursing, Chiba Faculty of Nursing, Tokyo Healthcare University

要　　旨：目的：日本の医療従事者のメンタルヘルスリテラシー（Mental Health Literacy : MHL）向上を目的に介入を行っている研究をレビューし、プログラムの形式、内容・効果を概観することを目的とした。

方法：本レビューにおける PICO は次の通りである：（P）医療従事者、（I）メンタルヘルスリテラシーを構成する６領域のいずれか又は全てに焦点を当てた介入、（C）何らかの代替介入又は介入なし（ウェイティングリスト・コントロール含む）か対照群なし、および（O）メンタルヘルスリテラシーまたは精神疾患を含むメンタルヘルスに関する知識、理解、態度。検索は医学中央雑誌 web 版を用いて実施した。

結果：最終的に２件の文献をレビューした。対面形式での介入が実施され、プログラム内容としては精神科外来における患者へのインタビューといった精神疾患を有する方との関わりや、精神疾患及び精神症状の知識とアセスメント方法、ロールプレイを通じて精神症状を呈する患者への対応方法演習などの教育講義に基づいた介入研究が実施されていた。

結論：レビューに含まれた研究は２件と少なく、今後さらに e-learning を始めとする様々なプログラム提供形式や、教育講義と当事者参加型講義を組み合わせたプログラムなど、多様な介入研究が実施、効果検証されることが望まれる。

Abstract：**Aims:** The aim of this study was to review studies of interventions aimed at improving the Mental Health Literacy (MHL) of Japanese healthcare professionals, and to provide an overview of program format, content, and effectiveness.

Methods: The participants, interventions, comparisons, and outcomes (PICO) of the studies in this review were defined as follows: (P) healthcare professionals in Japan, (I) interventions focused on any or all of the six attributes comprising mental health literacy, (C) some alternative intervention or no intervention (including waiting list control) or no control group, and (O) Mental health literacy or knowledge, understanding, and attitudes about mental health, including mental disorders. Published studies were searched using web version of the Japan Medical Abstracts Society database.

Results: Finally, two articles were screened and reviewed. The results of the review revealed that the interventions were conducted in a face-to-face format, and that the program content included interviews with patients with psychiatric disorders, or lecture and exercises of knowledge about psychiatric disorders and symptoms and assessment method.

Conclusion: The number of studies included in this review is small (two), and it is hoped that a variety of intervention studies will be conducted and their effectiveness verified in the future, including various program delivery formats such as e-learning and contents that combine educational lectures and lectures in which people with mental illness participate.

キーワード：医療従事者、メンタルヘルスリテラシー、介入研究、レビュー

Keywords：healthcare professional, mental health literacy, intervention study, review

Ⅰ．はじめに

メンタルヘルスに関連する問題は、世界的に喫緊の課題となっている。世界精神保健調査によると、精神疾患の生涯有病率は幅があるが世界的に18.1 ～ 36.1%と推定され[1)]、日本は22.3%と報告されている[2)]。精神疾患は世界的に約３～５人に１人が生涯において罹患する疾患となっている。しかしながら、精神疾患を発症した方の約35 ～ 50%が専門的な治療・援助を受けていないと推定されている[3)]。精神疾患は、個人だけでなく組織や社会にも影響を及ぼすが、未治療や治療の遅れが影響の更なる拡大を引き起こす。援助希求の阻害要因に関するシステマティックレビューでは、精神疾患へのスティグマが専門的な治療・援助を求めることを妨げる主要因であることが報告されている[4)]。他の疾患と同様に精神疾患も、早期に適切な治療・援助を受けることが予後の改善に繋がる[5, 6)]。そのため精神疾患へのスティグマを軽減させ、早期に治療・援助へと繋げることが重要である。

精神疾患へのスティグマを軽減させる概念の１つとして、メンタルヘルスリテラシー（Mental Health Literacy：MHL）がある[7- 9)]。MHLは精神疾患を含むメンタルヘルスに関する知識、理解、態度の総称であり、メンタルヘルスに関する正確な知識と理解を深め、それに伴ってスティグマの減少、精神疾患発症の予防、早期受診行動を促す概念である[10,11)]。MHLは次の６つの領域で構成されている[10,12)]。１）特定の精神疾患または様々な心理的ストレス反応を知覚する能力、２）精神疾患の危険因子と原因に関する知識、３）セルフ・ヘルプ方略に関する知識、４）入手可能な専門家の支援に関する知識、５）精神疾患を有する他者との関わりに関する知識、理解、態度、６）メンタルヘルスに関する情報を求める方法についての知識。MHLが高い人は、精神疾患に対する偏見が低く[13)]、専門家の支援を求める意欲が高く[14)]、精神疾患を有する方との関わりにより積極的な傾向にある[13)]。MHLに関しては主に教育現場で講義が行われているが[9)]、若者だけでなくコミュニティ全体に普及していくことが重要とされており、これにより精神疾患を取り巻くスティグマが軽減され、治療や援助を求めることへのポジティブで温かい環境が熟成されると考えられている。

コミュニティ全体への普及が望まれる中、特に医療従事者のMHLは次の理由から重要である。第一に、医師や看護師などの医療従事者は職業性ストレスが特に高いことが報告されており[15)]、高い職業性ストレスは精神障害や精神疾患を引き起こしうる[16)]。こうした重大な影響がある一方で、多くの医療従事者は自身のメンタルヘルス問題を閉じ込め、問題が深刻化しようとも援助希求しない傾向にある[17-19)]。こうした傾向について、医療従事者のMHLに関するシステマティックレビューでは、精神疾患へのスティグマが要因にあるとともに、医療従事者の多くが自身の心理的ストレス反応への認識やメンタルヘルス問題に対する早期対処の必要性の理解が十分でないことを報告している[20)]。医療従事者のMHLを高めることで、医療従事者自身が自分の精神的健康を認識し、必要時に適切な援助希求行動を取り、結果として精神的ウェルビーイングの向上に繋がることが期待される。第二に、医療従事者は精神疾患を有する患者と関わる機会が多くある。身体疾患と精神疾患を合併している患者は増加しており[21)]、一般病院の患者の約20 ～ 40%に上るとの報告もある[22,23)]。身体疾患と精神疾患を合併している患者に対し、医療従事者は患者をケアする方法や能力に不安を生じ、患者の行動を予測不能と捉えることもあり、患者に提供する治療やケアの質に影響を及ぼす[20,24)]。MHLを高め精神疾患を含めたメンタルヘルスに関する正確な知識と理解、態度を身につけることにより、身体疾患と精神疾患を合併する患者への治療やケアの質が向上することが期待されている[20)]。

医療従事者のMHLを高めることは、医療従事者自身の精神的健康とともに医療従事者が提供する医療の質を保証するためにも重要である。

医療従事者のMHL向上を目的とした介入プログラムについて、８件の無作為化比較試験（Randomized Controlled Trial：RCT）が組み入れられたシステマティックレビューでは、様々な内容と形式のプログラムが開発され効果検証されていることを報告している[25)]。介入プログラムの内容に関して、全てのプログラムは教育講義を含み、薬物乱用など特定のメンタルヘルス関連問題に関する講義から、より広範な精神疾患を含むメンタルヘルス全般に関する講義まで多岐に亘っていた。また一部のプログラムでは教育講義に加えて、精神疾患を有する方に実際に来ていただき相互交流を図る当事者参加型講義も含まれていた。講義形式に関しては、対面セッション、電子メールやFacebookなどを用いたWebベース形式、またはそれらを組み合わせたハイブリッド形式まで様々であった。上記のようなプログラム内容、形式を通じて、受講者である医療従事者は精神疾患を含むメンタルヘルスに関する知識、対応を学習し、メンタルヘルス問題への理解、態度を養い、MHL向上の可能性が示唆された。しかし、このシステマティックレビューには日本の医療従事者を対象とした論文は含まれておらず、日本の状況を加味した結果ではない。そのため、このシステマティックレビューの結果を日本に適用させる際は注意が必要である。医療従事者のMHL向上は世界的に喫緊の課題であり、日本でも医療従事者のMHL向上に向けた取り組みを推進していくことが求められる。現在、日本の医療従事者を対象にMHL向上を目的としたRCTデザインを用いた介入研究は存在しない。また、日本の医療従事者を対象としたMHL介入に関する文献レビューはなく、日本での現状を網羅的に概観し報告するスコーピングレビューが必要である。

本稿ではスコーピングレビューに先立ち、医学中央雑誌web版を用い、日本の医療従事者を対象にMHL向上を目的に介入を行っている研究をレビューし、プログラムの形式、内容、効果を概観することを目的とした。

Ⅱ．方法

１．文献検索方法

本レビューにおけるPICOは次の通りである：（Ｐ）日本の医療従事者、（Ｉ）メンタルヘルスリテラシーを構成する6領域のいずれか又は全てに焦点を当てた介入、（Ｃ）何らかの代替介入又は介入なし（ウェイティングリスト・コントロール含む）か対照群なし、および（Ｏ）メンタルヘルスリテラシーまたは精神疾患を含むメンタルヘルスに関する知識、理解、態度。本研究における医療従事者の定義は厚生労働省が示している医療従事者の範囲[26)]に則り、厚生労働大臣又は都道府県知事の免許を受けた、医師、歯科医師、薬剤師、保健師、助産師、看護師、准看護師、歯科衛生士、診療放射線技師、臨床検査技師、理学療法士、作業療法士、視能訓練士、義肢装具士、救急救命士、言語聴覚士、管理栄養士（栄養士）とした。

論文検索は2024年６月に実施し、データベースは医学中央雑誌web版を使用した。日本における介入研究を検索するにあたり、国内最大の医学論文データベースである医学中央雑誌にて検索を実施した。検索式は、((((介入／ AL）OR（(教育／ TH or 教育／ AL))) AND（(メンタルヘルスリテラシー／ AL）OR（(精神保健／ TH or メンタルヘルス／ AL)）OR（(精神疾患／ TH or 精神疾患／ AL))）AND（(ヘルスワーカー／ AL）OR（(保健医療従事者／ TH or 医療従事者／ AL))）AND（((知識／ TH or 知識／ AL)）OR（(理解／ TH or 理解／ AL)）OR（(態度／ TH or 態度／ AL)))))）AND (PT=原著論文,会議録除く）とし、検索対象期間などの制限は設けなかった。

２．選択基準

論文の組み入れ基準は、①日本の医療従事者が対象であること、②メンタルヘルスリテラシーを構成する６領域のいずれか又は全てに焦点を当てた介入研究、③メンタルヘルスリテラシーまたは精神疾患を含むメンタルヘルスに関する知識、理解、態度をアウトカムにしていること、とした。除外基準は、研究参加者に本研究で定義した医療従事者の範囲以外の職種が含まれた研究、メンタルヘルスリテラシーまたはメンタルヘルスに関する知識、理解、態度をアウトカムにしていない研究、学会抄録や会議録及び抄録とした。文献の選択は本研究の著者１名にて実施した。組み入れ基準を満たした論文については参考文献リストをチェックし、ハンドサーチとして追加で適格な論文がないか調べた。

３．分析方法

抽出した文献は、介入プログラムの①形式、②内容・効果についてまとめ、比較分析した。

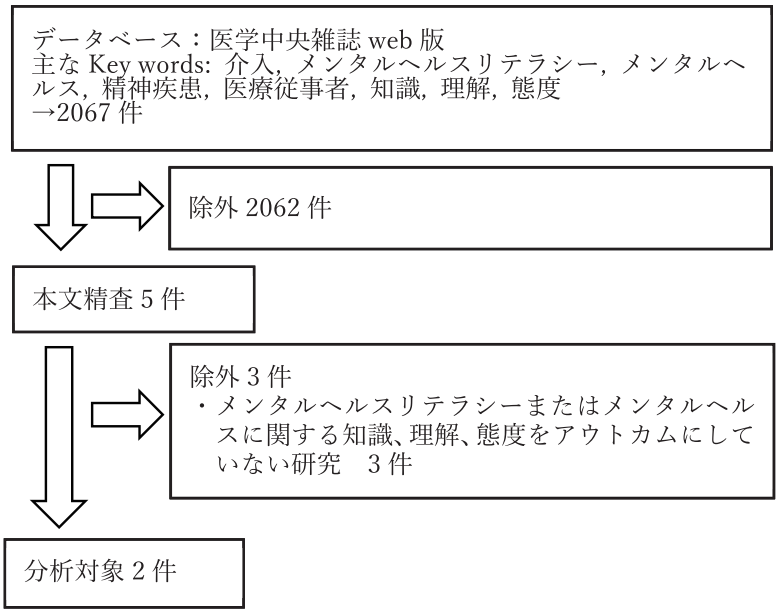

図１　文献抽出のフローチャート

表１ 日本の医療従事者のメンタルヘルスリテラシー向上を目的とした介入研究のレビュー結果

著者（年）	研究デザイン	対象者	介入プログラムの概要（形式、内容）	対照群	アウトカム[a]への効果
Matsuzaka et al[27]., 2021	前後比較試験（対照群なし）	大学病院の研修医 12 名	対面式の精神科外来における半日間の研修プログラム： 研修医は臨床指導者とともに総合病院の精神科外来を訪れ、半日間、精神疾患を有する患者にインタビューを実施。各研修医は 1:1 で患者にインタビューを行い、臨床指導者は離れた場所からインタビューの様子を見守っていた。平均 10 人の患者にインタビューを実施した。	なし	精神科外来での半日間の研修プログラム実施後は実施前と比較して、研修医の精神疾患に対する認識・理解において、「温かい」(P = 0.003)、「明るい」(P = 0.001)、「穏やか」(P = 0.003)の項目が有意に向上した。
大津[28], 2012		総合病院において精神科以外の科で勤務する看護師 19 名	身体疾患と精神疾患を合併した患者の精神症状の理解及び対応方法に関する教育プログラム： プログラムは対面形式で実施され、次の 4 つの講義から構成されていた。①身体疾患と精神疾患を合併した患者に対し対応が困難と感じる要因、②主な精神疾患及び精神症状の知識とアセスメント方法、③ペーパーペイシェントを用いた精神症状のアセスメント演習、④ロールプレイを通じて精神症状を呈する患者への対応方法演習。 参加者は全ての講義に参加することを求められた。	なし	教育プログラム終了後に調査を実施し、精神症状のアセスメント方法の理解、精神症状を呈する患者への対応方法の理解のスコアは、それぞれ 4.1、4.2 であった。 （ベースライン調査なし）

註. [a] どちらの論文も信頼性、妥当性が十分検証されていない尺度を使用

Ⅲ．レビュー結果

１．研究の対象

図１に文献抽出のフローチャートを示す。検索の結果、2067件が抽出された。タイトルとアブストラクトから除外基準に沿って2062件を除き、次に論文の内容を精査し３件を除外した。ハンドサーチは行ったが文献の追加はなかった。最終的に２件の文献を分析対象とした。

２．レビュー文献の概要

抽出された文献の著者、出版年、研究デザイン、対象者、介入プログラムの概要（形式、内容）、対照群、アウトカムへの効果、についてのデータを抽出した。データ抽出の結果を**表１**に示す。

研究対象者はそれぞれ医師および看護師で、研究参加者数は12名、19名であった。介入プログラムの内容は、精神科外来での精神疾患を有する患者へのインタビューに基づいた研修プログラム[27]が１編、身体疾患と精神疾患を合併した患者への対応に関する教育プログラム[28]が１編であった。メンタルヘルスリテラシーを測定した研究はなく、精神疾患を含むメンタルヘルスに関する知識、理解をアウトカムにしていた。それぞれの論文について概要を紹介する。

①　研修医を対象とした精神科外来における患者へのインタビューに基づいた半日間の研修プログラム

Matsuzaka et al.（2021）の研究[27]では、大学病院の研修医12名を対象に、地方の総合病院の精神科外来において半日間の研修プログラムを実施し、そのプログラムの精神疾患に対する認識・理解の向上効果を検討した。研究参加について口頭及び紙面にて同意した研修医は臨床指導者とともに地方の総合病院の精神科外来を訪れ、半日間、患者にインタビューを実施した。各研修医は１：１で患者にインタビューを行い、平均10人の患者にインタビューを実施した。臨床指導者は離れた場所からインタビューの様子を見守っていた。研修医は研修プログラムの前後において調査票に回答することを求められ、調査票には精神疾患に対する認識・理解を評価する目的でセマンティック・ディファレンシャル（SD）法を用いた尺度が組み込まれた。SD法は対極となる形容詞の対を何組か用いて人の主観的認識を測定する方法であり、回答者は「冷たい―温かい」など形容詞の対の間のどこに自分の考えが位置付けられるかを回答する[29]。Matsuzaka et al.の研究においては、「あなたの精神疾患への認識・理解はどのようなものですか？」という質問に対して、SD法を用いた調査が行われた。SD尺度項目の回答は１～７までのスコアが付けられ、スコアが高いほど肯定的な態度を示すよう調整が行われた。精神科外来での半日間の研修プログラム実施後は実施前と比較して、研修医の精神疾患に対する認識・理解において、「温かい」「明るい」「穏やか」といった項目が有意に向上を示した。

②　看護師を対象とした身体・精神合併症患者の対応に関する教育プログラム

大津（2012）の研究[28]では、身体疾患と精神疾患を合併した患者の精神症状の理解及び対応方法に関する教育プログラムを開発し、総合病院に勤務する看護師19名を対象にそのプログラムを実施し有効性を評価した。教育プログラムは、身体疾患と精神疾患を合併した患者に対し対応が困難と感じる要因を調査した先行研究のレビューと、研究参加者が勤務する総合病院における身体疾患と精神疾患を合併した患者の特徴、看護師が感じる対応の困難場面、看護師が必要としている支援を調査し、それらを基に開発された。先行研究のレビューでは、看護師の要因、患者の要因、システムの要因の３つを抽出した。看護師の要因としては「精神症状についての知識不足」「精神症状を呈した患者への対応スキルの不足」「患者に抱く陰性感情」など、患者の要因としては「意思疎通の難しさ」「治療に拒否的」「突発的な行動」など、システムの要因としては「精神科医の有無」「リエゾンチームの支援」「看護者へのメンタルヘルスサポート」などが挙げられた。開発されたプログラムは４つの講義で構成され、①身体疾患と精神疾患を合併した患者に対し対応が困難と感じる要因、②主な精神疾患及び精神症状の知識とアセスメント方法、③ペーパーペイシェントを用いた精神症状のアセスメント演習、④ロールプレイを通じて精神症状を呈する患者への対応方法演習、であった。参加者は全ての講義に参加することを求められた。プログラムの有効性に関する評価項目は、精神症状のアセスメント方法の理解、精神症状を呈する患者への対応方法の理解などであり、独自の尺度を用いた。各評価項目の回答は１～５までのスコアが付けられ、スコアが高いほど理解度が大きくなるよう調整が行われた。ベースライン調査は実施されず、介入終了直後にのみ調査が実施された。精神症状のアセスメント方法の理解、精神症状を呈する患者への対応方法の理解のスコアは、４以上であった。

Ⅳ．考察

１．介入プログラムの形式

レビューの結果から、介入プログラムが医師や看護師に実施されていた。研究参加者数はそれぞれの研究において、医師（研修医）が12名、看護師が19名と少なかった。介入の効果を検証するには十分な研究参加者数を伴った効果検証が求められ、今後、そのような介入研究が実施され効果検証されることが望まれる。

介入プログラムの提供形式は対面式で実施されていた。医療従事者のMHL向上を目的とした介入を実施する際、介入プログラムの提供方法は医療従事者の職場環境、生活様式に沿ったものでなければならない。医師や看護師などの医療従事者は当直や夜勤がありシフト勤務のため、対面で集合してのグループ介入は難しい面がある。こうした医療従事者の職場環境、生活様式に沿った介入方法の１つとして、インターネットやスマートフォンアプリを介したe-learning介入がある。e-learningを用いた介入は、参加者の人数、時間的・距離的制限を緩和することが知られ、参加者はいつでも、どこでも、プログラムを受講することができる[30-32]。医療従事者の職員研修におけるe-learningの活用については、例えば『看護師の継続教育基準Ver.２』[33]や『看護職の生涯学習支援ガイドライン』[34]でもその重要性が謳われ、時間と場所を問わずに学習できる環境、機会の提供が明記されている。また公益社団法人日本看護協会がe-learningの学習環境・効果に鑑み、2013年より研修のe-learning配信を開始するなど、医療従事者への研修においてe-learningの導入、活用が進められている。医療従事者のMHL向上は医療従事者全体への普及が望まれ、多人数がいつでもどこでもプログラムを受講することができるe-learning介入の特徴は医療従事者の職場環境、生活様式に適したものでありうる。当事者参加型講義はe-learningへの転換は難しいが、精神疾患を含むメンタルヘルスに関する講義の提供方法を検討する上で、こうしたe-learning形式の介入は、参加者のプログラムへのアクセスを容易にし、介入の実現可能性、普及性を高めることができる。今後、e-learning形式を用いた介入研究が実施されることが期待される。

２．介入プログラムの内容・効果

プログラム内容に関して、精神科外来における患者へのインタビューに基づいたプログラムが医師（研修医）を対象に１件実施され、対照群のない前後比較試験ではあるが、精神疾患に対する認識・理解に関する項目において、有意な向上効果が示された[27]。精神科外来における患者へのインタビューは、前述の医療従事者のMHL向上を目的とした介入プログラムに関するシステマティックレビュー[25]で示されたプログラム内容の一種である当事者参加型講義と関連すると考えられる。当事者参加型講義では精神疾患を有する方と実際に関わる中で、精神疾患への理解を深めていく。精神科外来における患者へのインタビューも、実際に患者と関わりインタビューしていく中で、精神疾患に対する認識・理解が向上したと考えられる。また精神疾患及び精神症状の知識とアセスメント方法、ロールプレイを通じて精神症状を呈する患者への対応方法演習などに基づいた介入研究が１件見られた[28]。しかしながら、この研究はベースライン調査をしておらず、介入効果の推定はできていなかった。今後、ベースライン調査、その後のフォローアップ調査も含めて、厳格な研究デザインを伴った介入研究が実施され知見を積み重ねることが望まれる。

プログラムの効果を測定する上で信頼性、妥当性が検証された尺度を用いることが重要だが、今回レビューした研究で用いられた尺度はどちらも十分に信頼性、妥当性が検証されたものではなかった。そのためプログラムの効果に関する結果については、研究デザインによる影響とともに、注意が必要である。

３．研究の限界

本研究には複数の限界が存在する。１点目は用いたデータベースが医学中央雑誌web版のみであったことである。PubMedは医学・保健学分野の論文を収録した世界最大のデータベースであり、本稿はスコーピングレビューに先立つパイロット研究ではあるが、データベースとしてPubMedも用いて文献検索するべきであった。２点目は検索式の構築についてである。本研究においては、使用した検索語が限定的でありそのため検索式の構築が不十分であり、関連する文献を網羅的に検索できなかった可能性がある。さらに多くの関連する検索語を掛け合わせ、より包括的な文献検索をすべきであった。３点目は文献の選択を著者１名で行ったことである。スコーピングレビューにおいて、２名以上の研究者が独立して文献の選択を行うことがスコーピングレビューの方法論に関するガイドライン[35]で提唱されているが、本研究はスコーピングレビューの実施に向けてのパイロット研究で本研究の著者１人で文献の選択を行っており、文献の選択の信頼性には注意が必要である。今後のスコーピングレビュー実施時は、２名以上の研究者が独立して文献の選択、データの抽出等を実施していく。４点目はレビューした論文数の少なさである。医学中央雑誌web

版のみで検索した結果、今回組み入れ基準を満たしレビューした研究は２件であった。研究数が少なく、医療従事者のMHL向上を目的とした介入研究のプログラム形式、内容を見るためには十分ではない。今後、複数のデータベースを用いより系統的な文献検索を実施し、介入研究のプログラム形式、内容を比較検討していくことが重要である。

Ⅴ．まとめ

日本の医療従事者のMHL向上を目的として実施された介入研究をレビューした。その結果、対面形式での介入が実施され、プログラム内容としては精神科外来における患者へのインタビューといった精神疾患を有する方との関わりや、精神疾患及び精神症状の知識とアセスメント方法、ロールプレイを通じて精神症状を呈する患者への対応方法演習などの教育講義に基づいた介入研究が実施されていた。レビューに含まれた研究は２件と少なく、今後さらにe-learningを始めとする様々なプログラム提供形式や、教育講義と当事者参加型講義を組み合わせたプログラムなど、多様な介入研究が実施、効果検証されることが望まれる。

参考文献

1）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.

2）Nishi D, Ishikawa H, Kawakami N. Prevalence of mental disorders and mental health service use in Japan. Psychiatry Clin Neurosci. 2019;73(8):458-65.

3）World Health Organization. Global burden of mental disorders and the need for a comprehensive, coordinated response from health and social sectors at the country level. 2011.

4）Gulliver A, Griffiths KM, Christensen H. Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review. BMC Psychiatry. 2010;10:113.

5）Ghio L, Gotelli S, Cervetti A, et al. Duration of untreated depression influences clinical outcomes and disability. J Affect Disord. 2015;175:224-8.

6）Licht-Strunk E, Van Marwijk HW, Hoekstra T, et al. Outcome of depression in later life in primary care: longitudinal cohort study with three years' follow-up. Bmj. 2009;338:a3079.

7）Furnham A, Swami V. Mental health literacy: A review of what it is and why it matters. International Perspectives in Psychology. 2018;7(4):240-57.

8）Kelly CM, Jorm AF, Wright A. Improving mental health literacy as a strategy to facilitate early intervention for mental disorders. Med J Aust. 2007;187(S7):S26-30.

9）小塩 靖, 住吉 太, 藤井 千, et al. 学校・地域におけるメンタルヘルス教育のあり方. 予防精神医学. 2019;4(1):75-84.

10）Jorm AF, Korten AE, Jacomb PA, et al. "Mental health literacy": a survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. Medical journal of Australia. 1997;166(4):182-6.

11）Kutcher S, Wei Y, Coniglio C. Mental Health Literacy: Past, Present, and Future. Can J Psychiatry. 2016;61(3):154-8.

12）Kutcher S, Wei Y, Costa S, et al. Enhancing mental health literacy in young people. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2016;25(6):567-9.

13）Rüsch N, Evans-Lacko SE, Henderson C, et al. Knowledge and attitudes as predictors of intentions to seek help for and disclose a mental illness. Psychiatr Serv. 2011;62(6):675-8.

14）Smith CL, Shochet IM. The impact of mental health literacy on help-seeking intentions: Results of a pilot study with first year psychology students. International Journal of Mental Health Promotion. 2011;13(2):14-20.

15）Tamminga SJ, Emal LM, Boschman JS, et al. Individual-level interventions for reducing occupational stress in healthcare workers. Cochrane Database Syst Rev. 2023;5(5):Cd002892.

16）Ruotsalainen JH, Verbeek JH, Mariné A, et al. Preventing occupational stress in healthcare workers. Cochrane Database Syst Rev. 2015;2015(4):Cd002892.

17）Søvold LE, Naslund JA, Kousoulis AA, et al. Prioritizing the Mental Health and Well-Being of Healthcare Workers: An Urgent Global Public Health Priority. Front Public Health. 2021;9:679397.

18）Wulf IC, editor Help-Seeking and Help-Outreach Intentions of Healthcare Workers—The Role of Mental Health Literacy and Stigma in the Workplace. Frontiers in Education; 2022: Frontiers Media SA.

19）Zaman N, Mujahid K, Ahmed F, et al. What are the barriers and facilitators to seeking help for mental health in NHS doctors: a systematic review and qualitative study. BMC Psychiatry. 2022;22(1):595.
20）Elyamani R, Hammoud H. Mental Health Literacy of Healthcare Providers in Arab Gulf Countries: A Systematic Review. J Prim Care Community Health. 2020;11:2150132720972271.
21）Sartorius N. Comorbidity of mental and physical disorders: a key problem for medicine in the 21st century. Acta Psychiatr Scand. 2018;137(5):369-70.
22）Walker J, Burke K, Wanat M, et al. The prevalence of depression in general hospital inpatients: a systematic review and meta-analysis of interview-based studies. Psychol Med. 2018;48(14):2285-98.
23）Weichert I. The prevalence and impact of psychiatric comorbidity in inpatients admitted to a district general hospital in England: a 1-week cross-sectional study. J R Coll Physicians Edinb. 2019;49(3):237-44.
24）Giandinoto JA, Edward KL. The phenomenon of co-morbid physical and mental illness in acute medical care: the lived experience of Australian health professionals. BMC Res Notes. 2015;8:295.
25）Cheung J, Chan CY, Cheng HY. The Effectiveness of Interventions on Improving the Mental Health Literacy of Health Care Professionals in General Hospitals: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. J Am Psychiatr Nurses Assoc. 2023;30(3):465-79.
26）厚生労働省. 広告規制の見直しによる広告可能な事項の拡大2008. Available from: https://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/02/dl/s0206-4g.pdf.
27）Matsuzaka Y, Matsushima K, Hamada H, et al. Impact of half-day clinical training in outpatient psychiatry on perception of mental illness by postgraduate interns. Acta Medica Nagasakiensia. 2021;64(3):111-5.
28）大津聡美. 総合病院に勤務する看護師を対象とした身体・精神合併症患者の対応の困難さに関する教育プログラムの開発. 日本精神科看護学術集会誌. 2012;55(2):117-21.
29）市原茂. セマンティック・ディファレンシャル法 (SD法) の可能性と今後の課題. 人間工学. 2009;45(5):263-9.
30）Carolan S, Harris PR, Cavanagh K. Improving Employee Well-Being and Effectiveness: Systematic Review and Meta-Analysis of Web-Based Psychological Interventions Delivered in the Workplace. J Med Internet Res. 2017;19(7):e271.
31）Lau N, O'Daffer A, Colt S, et al. Android and iPhone Mobile Apps for Psychosocial Wellness and Stress Management: Systematic Search in App Stores and Literature Review. JMIR Mhealth Uhealth. 2020;8(5):e17798.
32）Stratton E, Lampit A, Choi I, et al. Effectiveness of eHealth interventions for reducing mental health conditions in employees: A systematic review and meta-analysis. PLoS One. 2017;12(12):e0189904.
33）日本看護協会. 看護師の継続教育基準Ver.2. 2012.
34）日本看護協会. 看護職の生涯学習支援ガイドライン. 2023.
35）Peters M, Godfrey C, McInerney P, et al. Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual 2015: Methodology for JBI Scoping Reviews. Australia: JBI; 2015.