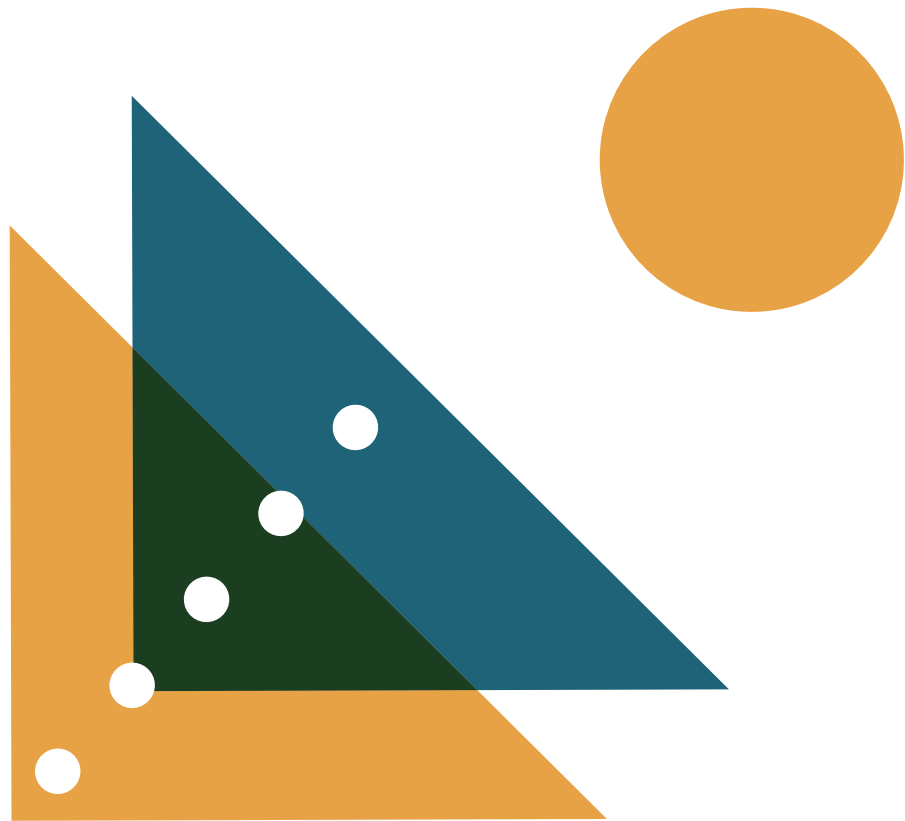


# No.5

## 自殺と精神疾患に 関する報道

オーストラリア・マインドフレームによる  
メディア従事者のための手引書



## ブックレット刊行にあたって

わが国の自殺による死亡者数は、平成10年に3万人を超え、以後その水準で推移しており、自殺死亡率は欧米の先進諸国に比べても突出して高い状態となっております。さらに、自殺未遂者や遺された家族や知人等、自殺の問題で深刻な影響を受ける方々を含めると、自殺の問題はわが国の直面する大きな課題となっております。

自殺予防総合対策センターは、自殺予防に向けての政府の総合的な対策を支援するために平成18年10月1日に開設されました。当センターにおきましては、情報の収集・発信等を通して、その役割を果たしてまいりますが、その一環として、自殺対策の推進に特に重要と思われることをブックレットとして刊行することいたしました。

本書が広く活用され、自殺対策の推進につながることを期待しております。

平成19年2月

国立精神・神経センター精神保健研究所  
自殺予防総合対策センター

## ブックレットNo.5刊行にあたって

ブックレットNo.5「自殺と精神疾患に関する報道」の刊行にあたって、その経緯を述べておきたいと思います。

わが国とオーストラリアの間では、日豪保健福祉協力に基づく共同研究の第2フェーズ（2002—2007）はメンタルヘルスがテーマとなりました。合意された研究課題は、メンタルヘルスリテラシーと自殺予防で、前者については、一般住民の精神疾患の理解についての日豪共同研究が行われ、中根允文先生らのご努力によって、その研究成果が公表されています。後者については、2004年11月に自殺予防シンポジウムがメルボルンで開催されました。

私はこの間、共同研究の事務局として連絡調整に携わってきたのですが、当時の今田寛陸所長から、精神疾患の理解については、背景として、両国の精神保健サービスシステムの異同を知る必要があるとの示唆を受け、オーストラリア連邦政府保健高齢化省の支援のもと、ビクトリア州、サウスウエールズ州、西オーストラリア州の精神保健サービスを視察しました。また、日豪共同研究の終了後は、メルボルン大学に關係する研究者の協力を得て、共同研究と情報収集を行ってきました。この中で、SANEオーストラリアを訪問し、理事長であるバーバラ・ホッキングさんの話を伺うことができました。SANEオーストラリアは、精神疾患を有する人がよりよい人生をおくることができるように支援することをミッションとしており、精神疾患を有する人へのサービスと態度の改善のためのキャンペーン、教育、研究を行っているNGOです。バーバラ・ホッキングさんを訪問したとき、2007年版の冊子をいただいたのですが、日本に帰って眺めているうちに、これはすごい冊子だ、ぜひ日本語訳にして紹介したいと思うようになりました。このため、オーストラリア連邦政府の翻訳許可を得て、ほとんど日本語訳を作成していたのですが、完成間際になって2009年改訂版が発行されたことに気がきました。2009年改訂版では、オーストラリア国内の新しい研究成果に基づく大幅な改訂があり、再度翻訳許可を得て、今回刊行した次第です。

この冊子に繰り返し書かれているのは、メディア従事者が自殺と精神疾患について報道するときは、精神疾患を有するなど、脆弱な人たちの存在を意識して報道してほしいということです。

この日本語訳が契機となって、日本に精神保健・メディアグループが生まれ、日本の研究成果をもとにした「自殺と精神疾患についての報道の手引き」が、近い将来発行されることを祈念します。

最後に、この翻訳を発行する機会をいただいた皆様、特に、バーバラ・ホッキングさん、オーストラリア連邦政府の皆様、翻訳にご協力いただいたアームストロングゆかりさんに感謝申し上げます。

平成21年12月

国立精神・神経センター精神保健研究所  
精神保健計画部長  
自殺予防総合対策センター長  
竹島 正

## ご挨拶

このたび、本書「自殺と精神疾患の報道に関して」の日本語訳出版は、オーストラリア全国メディア・精神保健グループにとって非常に喜ばしいことです。本書が、日本のメディア関係の方々のお役に立つ資料としてご使用いただけるのは光栄なことです。

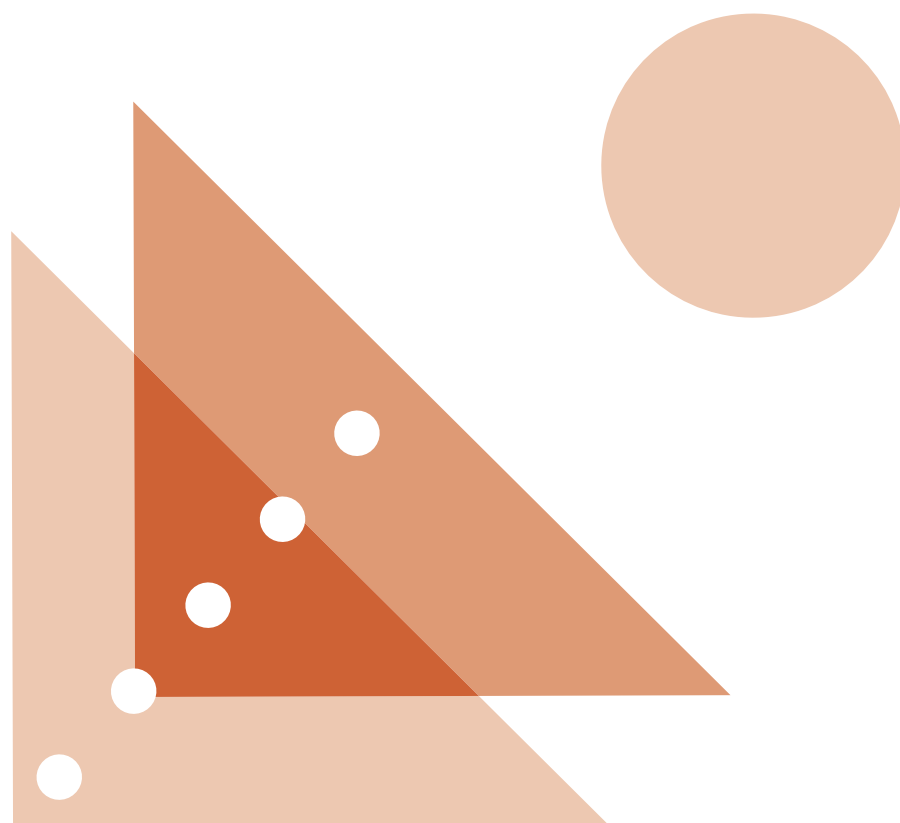
オーストラリアでの経験から、本書を、メディアが精神疾患および自殺報道のあり方を改善していくなかで、不可欠な重要な資料としてお勧めします。

2009年12月

マインドフレーム・イニシアチブ  
全国メディア・精神保健グループ代表  
SANEオーストラリア所長  
バーバラ・ホッキング

# 自殺と精神疾患に 関する報道

オーストラリア・マインドフレームによる  
メディア従事者のための手引書



[www.mindframe-media.info](http://www.mindframe-media.info)

©オーストラリア連邦政府 2009

ISBN 1-74186-917-X

本資料は、著作権で保護されています。著作権法1968で許可された以外は、連邦政府の書面による複製許可が無い限り、複製は禁じられています。許可申請および複製についてはCommonwealth copyright Administration, Attorney General's Department, Robert Garran Office, National Circuit, Barton, ACT 2600または<http://www.ag.gov.au/cca>にお問い合わせください。

本書に示された見解は著者によるものであって、必ずしも連邦政府の見解ではありません。本書は、政府および非政府機関による政策・プログラム開発に有用な情報提供を行うことを目的に企画されました。初版はキー・コネクションQuay Connectionによるデザインで出版されました。改訂版の内容とデザインは、2004年、2006年、2007年、2009年に、ハンター精神保健研究所の管理によるものです。

出版番号：P3-5419

本書製作には、メディア関係者、自殺予防と精神保健の専門家、精神保健サービスのコンシューマー団体、オーストラリア連邦保健高齢化省精神保健・自殺防止プログラム部の協力を得ました。

連絡先は出版時のもので、その後、変更された可能性もあります。最新の連絡先や本書の入手方法に関する情報はプロジェクトのウェブサイト[www.mindframe-media.info](http://www.mindframe-media.info)を参照してください。

## はしがき

自殺や精神疾患についての見方や社会の態度形成に、メディアは重要な役割を果たします。本書は、オーストラリアのメディア従事者に実用的な助言や情報を提供し、自殺や精神疾患を報道する際の支援をすることを目的として作成されました。

本書はオーストラリア連邦政府によるマインドフレーム・メディアイニシアチブの一環をなすものです。イニシアチブの他のプロジェクトが焦点を当てるのは次の通りです。

- ▶ オーストラリアのメディアによる自殺と精神疾患報道のベースラインとフォローアップ調査の実施。
- ▶ ニュース報道、映画、テレビドラマ等に登場する精神疾患や自殺の描写を適切にするための情報提供。
- ▶ メディア従事者のための資料と教育の機会をつくること。
- ▶ メディアセンターとそのプログラムを支援することによって、正確かついいねいな描写を促し、地域の懸念に応じていくこと。
- ▶ ジャーナリズム学の学生用カリキュラム教材の作成と配布。
- ▶ 精神保健と自殺予防関係者、警察と司法がメディアと共同作業を行う際の資料の作成。
- ▶ 舞台やスクリーン用の資料開発。

本書は、自殺や精神疾患について報道するとき、コメントを提供できる連絡先、研究情報、事実と統計、綱領すべき事項を掲載しています。

主たるメディア、自殺・精神疾患関係機関、オーストラリア連邦政府を代表して、本書を薦めます。

全国メディア・精神保健グループ

2009年6月

### 全国メディア・精神保健グループを代表する機関

国営放送TVオーストラリア、民放ラジオオーストラリア、オーストラリアプレス協議会、オーストラリア放送協会（ABC）、オーストラリア作家協会、特別放送サービス（SBS）、オーストラリア通信メディア当局、オーストラリア自殺予防諮問協議会、SANEオーストラリア、ビヨンドブルーbeyondblue（全国うつ病運動）、オーストラリアコンシューマー健康フォーラム、オーストラリア精神保健協議会、オーストラリア連邦政府保健・高齢者省精神保健・自殺予防プログラム部

全国メディア・精神保健グループ会員リストは付録3を参照してください。



## 本書について

本書は、自殺と精神疾患を報道する際の、メディア従事者用参考資料の第2版改訂版です。初版「Achieving the Balance」は1999年に出版されました。

本改訂版は、主たるメディア組織、精神保健の組織、コンシューマーと協議を行い、メディア関係者の調査を経て作成されました。

本書草案は、全国メディア・精神保健グループによって検討されました。

本書は、オーストラリア連邦政府保健・高齢者省精神保健・自殺予防プログラム部の依頼で、Quay ConnectionとUrbis Keys Youngが2002年に初版を作成、2004年、2006年、2007年そして2009年にオーストラリア精神保健予防早期介入推進ネットワーク（Auseinet）、SANEオーストラリア、多文化精神保健オーストラリアの協力を得て、ハンター精神保健研究所が管理するマインドフレーム・メディア精神保健プロジェクトのもとに改訂されました。

本書は[www.mindframe-media.info](http://www.mindframe-media.info)から電子版が入手できます。

新しい統計や研究調査、連絡先、本書の入手方法の情報も、本ウェブサイトに記載されています。

# 目次

序論 …… 1

1. オーストラリアにおける自殺・精神疾患の報道一寸描 …… 2
2. メディア報道の影響—エビデンス：自殺 …… 4
3. メディア報道の影響—エビデンス：精神疾患 …… 7
4. 自殺の報道に当たって考慮すべきこと …… 8
5. 自殺の統計や研究について知るには …… 12
6. 自殺の事実と統計 …… 14
7. 精神疾患の報道に当たって考慮すべきこと …… 19
8. 精神疾患の統計や研究について知るには …… 22
9. 精神疾患
  - 定義 …… 23
  - 事実と統計 …… 24
  - 精神障害 …… 27
10. 連絡先 …… 32

付録

1. 自殺と精神疾患について記述・描写する際の実施規定 …… 37
2. 本書作成にあたり意見を求めたメディア諸機関 …… 41
3. 全国メディア・精神保健グループの会員リスト …… 42

用語集 …… 43

参考文献 …… 48



## 序論

多くのメディア従事者は、自殺や精神疾患について責任のある報道を行い、メディア業界は、自殺死亡率の減少や精神疾患にまつわるスティグマや差別を無くすことに活発に取り組んできました。

▶ オーストラリアでは、一般的に自殺は報道されません。報道される場合も、遺族や友人達の痛みを最小にするよう慎重に報道されま  
す。多くのメディアは、いかなる場合も、自殺を個人的な問題解決の手段として描写したり、美化することがないよう、確かめています。

▶ メディアは、一般的には、精神疾患についての報道や、精神障害を有する人または過去に精神障害を経験した人へのインタビューには、きめ細かな配慮をしています。

しかしながら、2001年と2007年の自殺と精神疾患に関する報道の調査の結果からは、まだまだ改善の余地があることが判明しました。

本書は、メディア従事者が、自殺や精神疾患について、引き続き、責任をもって正確に報道するように、また、次のことを実現するようにデザインされました。

▶ 自殺を報道する際、自殺に取って代る解決策がある、助けが身近にあるというメッセージを強化する。

▶ 精神疾患についての報道は、正確な情報に基づくこととして、精神疾患についてのステレオタイプな理解や俗説に挑む。また、精神疾患を有する人の援助希求行動を支援するよう報道する。

▶ メディア従事者は、最新の研究で明らかにされたことに基づいて、自殺や精神疾患の報道が与える影響をよく理解する。

▶ メディア従事者が記事を書くとき、自殺や精神疾患についての確かな情報や専門家のコメントが入手できるようにする。

▶ 記事や番組で苦痛を感じたり、刺激を受けた人のために、相談先の情報を提供する。

「メディアは地域社会にとって主要な情報源であり、精神疾患について社会の態度形成に大きく影響する」—バーバラ・ホッキング (SANE オーストラリア)

「ジャーナリストの大半は、彼らの伝える物語で、誰かが自らの命を絶つとは思いたくない」  
— Triple J ラジオ番組製作者

# 1. オーストラリアにおける自殺・精神疾患の報道一寸描

オーストラリアで行われた2つの大規模な調査を通して、オーストラリアのニュースメディアが自殺と精神保健についてどのように報道してきたか、情報を収集しました。2006/2007年の調査結果を、2000/2001年のベースラインデータと比較した結果は次のとおりでした。

## 概要

2000/2001年に比較して、2006/2007年の報道には大きな改善が見られました。

- ▶すべてのメディアにわたって、自殺と精神保健/精神疾患についての記事は、およそ2.5倍に増加していました。
- ▶質的には、自殺の記事は57%から75%に増加、精神保健/精神疾患についての記事は75%から80%に増加していました。

## 自殺の手段と場所

- ▶自殺の手段の描写は2000/2001年の50%から14%に減少していました。この間に、自殺手段の描写を避けることをジャーナリストに推奨するよう規定を改善したり、導入することも行われていました。
- ▶4%の記事は、自殺の場所や手段を表す写真または図を掲載していました。

## ことば

- ▶自殺が望んでいた結果であることを示唆するような不適切なことばの使用は、2000/2001年には41.7%でしたが、2006/2007年の記事のわずかに6.1%でした。例えば、“失敗に終わった自殺”、“自殺成功を祈る”などです。
- ▶2001年には精神疾患についての記事の5分の1に、否定的なことばや古いことばが使われ

ていましたが、2006/2007年の記事では5.8%に減少していました。例えば、“気が変になった”、“気ちがい”、“頭のいかれた奴”、“精神異常”、“気ちがい病院”などです。

- ▶医学用語を不恰当に使用したり、文脈と関係なく使用した記事は2000/2001年と同様でした。例えば、オーストラリアの経済は“分裂病的”などです。

## 精神疾患のスティグマ化

- ▶精神疾患についての記事の多くは、精神疾患を有する人を、“狂暴である”、“予測できない”、“就労できない”、“弱い”、“当てにならない”、“治らない”などとステレオタイプ化していませんでした。しかし、2000/2001年の14.5%と比較して、2006/2007年の記事で精神疾患をスティグマ化していたのは10.6%でした。
- ▶16.2%の報道は、疾患を有する人として表現せず、“拒食症者”、“躁うつ病者”、“統合失調者”などの病名でラベル化していました。
- ▶多くの記事は、精神疾患がすべて同じようなものであるとは述べていませんが、3.4%の記事は、精神疾患を有する人はすべて似たようなものだと述べていました。この割合は2000/2001年には16.6%でした。

## 見出し、記事掲載

- ▶自殺についての記事の22.9%は第1面またはトップ記事にあげられており、2001年の16.9%から増加していました。
- ▶見出しに「自殺」という言葉を使った記事は21.2%で、2001年の29.5%からは減少していました。

- ▶ 精神疾患についての記事で、不正確、または内容に関係の乏しいものは8.2%で、前回調査では4.2%でした。
- ▶ 見出しが必要以上に劇的に表現された記事は、2001年の29.3%に比較して、6.8%のみでした。

### 有名人の自殺

- ▶ 調査期間中の自殺についての記事では、自殺した人の知名度に言及した記事は2000/2001年に比較して増加しており、13.7%でした。

### 自殺を状況の中で語る

- ▶ 2007年の記事のおよそ4分の1は、自殺は単なる社会現象ではなく、精神障害や他の危険因子と関連していることを強調していました。この割合は2001年の半分でした。

### プライバシー

- ▶ 自殺についての記事の15%は遺族と友人のインタビューを掲載しており、2000/2001年の18%と同様でした。
- ▶ 2000/2001年と2006/2007年のどちらとも、精神疾患についての記事の約3分の1は、特定の人が精神疾患を有することを実名を挙げて報道していました。

### 救援サービス

- ▶ 自殺についての記事の17.7%、精神疾患についての記事の19.8%は、支援サービスの情報を提供していました。多くの場合は、治療や利用できるサービスについては述べずに、簡単に触れる程度ですが、2000/2001年の自殺についての記事の6.5%、精神疾患についての記事の6.6%に比較すると大きく増加していました。

メディアモニタリングプロジェクトは、2000—2001年に12ヶ月間行われたオーストラリアのメディアにおける自殺と精神疾患についての報道の調査に引き続き、2006年9月から2007年8月の12ヶ月間行われました。

調査の結果、報道事例の全体数は、2000/2001年の17,151件から2006/2007年の42,013件に、著しく増加したことが明らかになりました。

この期間の自殺についての報道は、個人の自殺経験により重点が置かれ、政策やプログラムのイニシアチブにはあまり重点が置かれませんでした。精神保健ケアおよび個人の精神疾患の経験を取り上げた報道が増加していました。

自殺や精神疾患についての報道は、ほとんど例外なしに大きな改善が見られました。

2006/2007年の記事のうち、4,960件は自殺、33,350件は精神保健/精神疾患、3,403件は自殺と精神保健/精神疾患の組み合わせでした。

ラジオと新聞の記事数は同じくらいで、テレビをはるかに上回り、新聞46.8%、テレビ6.9%、ラジオ46.3%でした。

精神保健/精神疾患についてのメディア報道は、全体の80%を占め、自殺についての報道は2000/2001年の21.9%から2006/2007年の11.9%に減少していました。

報道件数は、月によって、また年によってかなり変動し、起こった出来事の影響を受けることを示していました。

2000/2001年および2006/2007年のメディアモニタリング調査の結果は、マインドフレームのウェブサイト [www.mindframe-media.info](http://www.mindframe-media.info) からダウンロードできます。

## 2. メディア報道の影響—エビデンス：自殺

### 要約

メディアによる自殺の描写と自殺行動の関連性については50以上の国際的な研究が行われています。メディアによる報道と自殺既遂および自殺未遂の増加率の関連性については強く支持されています。これらの増加は、代償的な減少率を伴わないので、いずれにしても発生したであろう自殺では説明が付きません。

▶ 1995年に行われた、オーストラリアの新聞記事に関する大規模な調査では、男性の自殺死亡率は、自殺についての報道に続いて増加し、記事がはじめて報道されてから3日後に、実際の自殺数が最高値に達しました。

自殺についての報道がどのように行われるかは特に重要です。報道の仕方によって自殺死亡率を減少させることが可能であるというエビデンスがあります。自殺を無駄な悲劇である、または避けることのできた死であるという立場で報道すること、また自殺行為がまわりの人にもたらす痛烈な影響に焦点を絞った報道をすることは、自殺死亡率の減少に関連してきました。

▶ 例えば、1997年のカート・コーベインの自殺報道を対象にしたオーストラリアの研究は、コーベインの自殺報道の翌月に、15—24歳の男性の自殺死亡率が減少したことを報告しています。コーベインの死の記事が、彼の自殺の決意にたいへん批判的であったのは意味深いことでした。

### 報道がリスクを高める要因

国際的な研究の体系的なレビューによって、模倣または“模倣”自殺は、ある種の状況下に起こりやすいことが明らかになりました。

▶ リスクは、人目につきやすい記事、何度も繰

り返される記事と関連しており、目立った報道は、引き続いて起こる自殺行動と関連しています。

- ▶ 読者または視聴者が、自殺した人を自分と似ていると思ったり、自殺した人が、有名人のようなあこがれの存在であるとき、その影響は大きくなります。
- ▶ 特定のサブグループ（例えば若者、精神疾患を経験している人たち）は特に脆弱です。
- ▶ 自殺の手段や場所をはっきりと表現することは、同様な方法や場所での自殺死亡率を高めます。

### 新聞

- ▶ 自殺の記事が新聞に掲載されている期間は、自殺死亡率が高くなるという報告があります。前述のように、オーストラリアでは、自殺についての報道に続いて、男性の自殺死亡率が増加しました。
- ▶ 有名人の自殺が一面に掲載されると、自殺死亡率の増加が起こることがあります。1984年のアメリカでの研究、2001年と2004年のオーストラリアでの研究は、一面に有名人の自殺が報道された月の自殺死亡率あるいは自殺未遂率は、有意に増加したことを報告しています。
- ▶ 焼死や服毒などの特定の手段による自殺が報道されると、これらの手段による自殺死亡率が高くなります。
- ▶ ウィーンでは、メディアガイドラインが導入され、地下鉄での自殺の報道が減少すると、地下鉄における自殺や自殺未遂は減少しました。



## 映画とテレビ

- ▶ いくつかの研究は、テレビの自殺のニュースの後、自殺死亡率が増加したことを報告しています。例えば、1982年のあるアメリカの研究は、自殺のニュースの後10日間にわたって、全国の自殺死亡率が高くなったことを報告しています。
- ▶ 国際的な研究でも、自殺のニュースの後、10代の自殺者数が増加したことが記録されています。高齢者の自殺の記事も、高齢者の自殺率の高さと関連しています。
- ▶ いくつかの研究は、人気のあるドラマやテレビ映画で自殺の描写を放送した後、自殺未遂数が増加したことを報告しています。
- ▶ 研究は、フィクション映画やテレビ番組で描写された自殺の手段と、同じ手段を使っての自殺死亡率の増加の関連性を明らかにしています。
- ▶ 一方、適切な描写はよい影響をもたらすことも明らかになっています。テレビ映画が自殺の衝撃を放映した後、若者の自殺死亡率や自殺未遂率が減少しました。

## 音楽

音楽の好みと自殺の危険との関連性は明らかではありません。しかし、いくつかの研究は、ある種のジャンルの音楽ファンと自殺死亡率の関連性を示しています。

- ▶ アメリカでのヘビーメタル雑誌定期購読者と青年の自殺死亡率の関連性についての研究では、ヘビーメタル・サブカルチャーが強いほど、青年の自殺死亡率は高いことを報告しています。高校生を対象にした調査は、ヘビーメタルファンと自称する生徒は、そうでない生徒に比べて、生きていこうとする強い理由に乏しく、自殺を考える率が高かったことを報告しています。
- ▶ カントリー音楽ファンと自殺死亡率の関係を示す研究も幾つかありますが、これには反論

メディアによる自殺についての報道や、自殺の描写についての報道と、実際の自殺念慮や自殺行動との関連性については、議論が続いています。

一般にメディアは自殺について報道するとき、責任あるアプローチを取りますが、本書の作成時にインタビューを受けた記者は、自殺についての報道や描写が本当に影響するか、疑いを示しました。

メディアが自殺について報道する際、慎重に行う必要があることを示唆する文献はたくさんあります。

ワーウィック・ブラッドとジェーン・パークス（2001年）は、さまざまなメディア、フィクションやノンフィクションにある自殺の描写について文献レビューを行いました。そして、報道と自殺には関連性があることを明らかにしました。

研究成果の概要は本章にまとめましたが、メディアによる報道の影響に関するエビデンスについての包括的な議論のためには、ブラッドとパークスによる報告書にあわせて、主たる論文を読まれることをお勧めします。報告書は [www.mindframe-media.info](http://www.mindframe-media.info) から入手できます。

2005年に行われた作品調査によると、映画では自殺の描写が広く行われており、時とともに行動の描写が長くなり、より広い手本をもとに、銃器を使用しがちであることがわかりました。

調査結果は、若者が自殺をテーマとした映画に、自殺を空想的に描いたり、美化したり、大目に見ていることを示唆しています。

報告書は [www.mindframe-media.info](http://www.mindframe-media.info) から入手できます。

もあります。

- ▶ 1993年のオーストラリアの研究は、ロックやヘビーメタル音楽を好むことは、特に女子の場合、自傷行為やうつ病と関連することを報告しています。

## 書籍

- ▶ いくつかの研究は、服毒や窒息での安楽死を主張するノンフィクションFinal Exitの出版後、窒息による自殺や自殺未遂が増加したことを報告しています。



### ミックスメディア

- ▶ いくつかのオーストラリアの研究は、メディア全体での自殺報道と自殺死亡率の関連性を調べています。クイーンズランド州の研究は、地方総合病院の精神科病棟における自殺の過剰な報道の後、自殺死亡率が最高に達したことを報告しています。
- ▶ 15才から24才のオーストラリアの青年の自殺死亡率は、カート・コーベインの死の翌月に、過去の同月に比べても、大きく減少しています。
- ▶ 特定の場所での自殺報道を契機に、自殺予防のための障壁を導入した事例があります。

### 3. メディア報道の影響—エビデンス：精神疾患

- ▶ 国際的な研究は、精神疾患は、ニュース報道と娯楽番組の両方で、否定的に描写される傾向があることを報告しています。オーストラリアの研究もこれを支持していますが、最近のオーストラリアの調査は、報道が改善されていることを示唆しています。
- ▶ 精神疾患についての否定的な報道は、地域社会の態度への影響に表れます。調査の対象となった研究の多くは、メディアが精神保健/精神疾患への社会の見方に影響していると考えています。メディアを第一の情報源で信頼できるものと回答した人たちは、精神疾患に対して否定的な態度をとる傾向があります。
- ▶ フィクションでもノンフィクションでも、精神疾患を否定的に描写することは、精神疾患を否定的にとらえる考え方を助長します。
- ▶ 肯定的な描写は、否定的な描写に比べて少なく、バランスが取れていないと思われます。
- ▶ 精神保健プロモーションのキャンペーンは、地域社会の態度に肯定的に影響するというエビデンスがあります。

#### 態度

- ▶ オーストラリアの研究は、回答者の90%は、精神保健はオーストラリアの大きな問題であると答えているものの、精神疾患をきちんと理解していないことを報告しています。
- ▶ アメリカの全国調査は、回答者の51%は、娯楽業界の精神疾患を有する人の描写を否定的と感じていること、43%は、ニュースの精神疾患についての記事の多くを否定的なものと感じていることを報告しています。
- ▶ 英国の調査は、精神保健サービスのコンシューマーの75%は、メディアによる報道

を“不公平、不釣り合いまたは否定的”と感じ、50%は、精神保健の問題についてメディアの描写が、“精神保健に否定的な影響を及ぼした”ことを報告しています。

- ▶ いくつかの調査で、電子メディアの利用頻度の高さは、精神疾患を有する人への寛容さの減少と関連することを報告しています。
- ▶ ドイツの大規模調査は、メディアは精神疾患についての最も重要な情報源であって、否定的な報道のほうが肯定的な報道より記憶に残ることを報告しています。
- ▶ 研究は、参加者が、精神疾患について否定的に描写されたフィクションまたはニュースを見ることと、肯定的な態度でなくなるものの関連性を示しています。肯定的な報道は態度に影響しませんでした。

オーストラリアの調査は、メディアは精神保健/精神疾患について、一般に適切な報道をしていることを示しています。

精神保健/精神疾患についての報道の調査は、メディアによる描写の性質や程度に焦点を置いており、報道が地域社会の態度に与える影響についての調査はほとんどありません。

フランシスら（2001年）は、メディアの精神保健/精神疾患についての作品の描写の、地域社会における精神疾患への態度に与える影響と、メディアによる精神保健プロモーションの影響について調査しています。

精神疾患についての否定的な報道は、精神疾患を経験している人に、深刻に影響します。調査では、否定的な描写は地域社会の態度に影響して、スティグマや差別につながる可能性があることを明らかにしています。

## 4. 自殺の報道に当たって考慮すべきこと

自殺は明らかに社会の関心事です。しかしながら、国内および国際的研究は、自殺についてのある種の報道は、地域社会に危険を与える可能性を示しています。このため、メディア報道の実施規定は、メディア従事者が自殺についての報道を考えているときに、前もって注意すべきことを強調しています。

本書の作成に当たってインタビューしたメディアのほとんどは、有名人の自殺、またはニュースにする価値があると判断されない限り、自殺について報道しないと述べています。ところが、最近の調査によると、オーストラリアにおける過去12ヶ月間の自殺に関する報道の全数は4,960件であって、広く報道されていました。

自殺の報道について考慮すべき事項の要点は次のとおりです。

### 報道の量と特徴

- ▶ その報道はなされる必要があるのか、他のメディアでどれ位取り扱われたかを考慮する必要があります。自殺についての報道が繰り返されると、自殺行動が、受容できる選択肢として、常態化するおそれがあります。
- ▶ 自殺についての報道と模倣自殺の関連を示すエビデンスがあります。自殺についての記事は新聞、雑誌、ジャーナルの内側のページに配置し、テレビやラジオでは、後の方に報道するようにしましょう。
- ▶ 報道された内容が、脆弱な読者や視聴者に影響を与える可能性について考慮してください。脆弱な読者や視聴者が、報道された人を自分と関連づけたとき、危害の危険性は高まります。

### 自殺の手段

- ▶ 研究成果によって、自殺手段の報道と模倣自殺との直接的な関連性が明らかになっています。自殺の手段を詳細に報道することは、脆弱な人たちの模倣行為を促すこととなります。
- ▶ 多くの場合、自殺の手段は報道に重要ではありません。社会の一部に関心があるとしても、“公共の利益”に照らして開示すべきではありません。
- ▶ 自殺の手段が重要な場合は、一般的な用語だけを使用してください。例えば、使用された薬剤のタイプや量を述べる代わりに、“薬物のミックス”と述べてください。
- ▶ 一般的でない自殺の手段を報道するときは、特に慎重が必要です。研究成果は、メディアで報道された手段にしたがって、自殺行動が起こることを示しています。

### 自殺の場所

- ▶ 自殺の場所を報道することで、その場所が、自殺行動の場所として有名になることがあります。このような場所を“自殺スポット”として推奨するような結果にならないよう、特別な注意が必要です。
- ▶ 自殺の場所が重要な場合は、一般的な用語だけを使用してください。例えば、公園の具体的な場所を述べる代わりに、“近くの公園”と述べてください。

### ことば

あなたが使用することばが、自殺を美化していないか、扇情的になっていないか、現在かかえている問題の解決策となっていないか、点検

してください。

- ▶ “自殺を犯す”または“自殺に成功する”は、時代遅れで、不正確なことばです。“自殺で死亡した”、“自らの命を絶った”または“自分自身で人生を終えた”を使用することがより適切です。
- ▶ “不成功”、“自殺の失敗”、“自殺希求”の代わりに、“致命的でない自殺未遂”、“自殺未遂”を使用してください。
- ▶ 人騒がせな、自殺が伝染病のように蔓延するかのようなことばである“自殺の流行”の代わりに“死の群発”、“自殺死亡率の増加”を使用してください。
- ▶ ほかに適当なことばがある場合は、“使命による自殺”、“自殺攻撃機”、“政治的自殺”のような、自殺を美化することばを避けてください。
- ▶ 見出しに“自殺”という言葉を使用するのはできるだけ避けてください。自殺を美化したり、常態化したり、または脆弱な人を自殺に引き寄せる可能性があります。

### 有名人の自殺

- ▶ 有名人の自殺は、社会の関心が高いと思われた場合、しばしば報道されます。有名人の自殺報道は、自殺を美化したり、常態化したり、または脆弱な人の模倣自殺を引き起こす可能性があります。
- ▶ 自殺手段の描写を避けて、行為の無意味さについてのコメントを求めてください。
- ▶ 有名人の自殺報道に反応してオーストラリアのヘルプラインに電話があることは、記事の一部にヘルプラインの電話番号が掲載されている場合、人々がより援助を求めることを示しています。このようにして、メディアは視聴者がより必要としている情報を提供することができます。

### 友人と遺族へのインタビュー

自殺で遺された人は、自殺の危険が高い状態

「私たちは、若者を自殺に導く可能性のあることについて議論を避けることがないよう、すべての機会を活用する必要があります」 — グラハム・マーティン教授 (Auseinet)

メディア従事者は、次のような自殺予防の手助けができます。

- ▶ 記事、ラジオインタビュー、テレビ番組の後に、紹介先やヘルプラインの情報を提供すること。
- ▶ 愛している人への影響を含めて、自殺行動の否定的な影響を強調すること
- ▶ 精神疾患と社会問題との関連を含めて、自殺についての正しい情報を提供すること。  
メディア報道の実施規定は、適切な報道のガイドランスです (付録1参照)。

### メディア報道の影響

- ▶ 自殺の報道は、すでに自殺行動に敏感になっている人に、影響を与える可能性があります。
- ▶ 有名人の自殺は一般に大見出しになります。これらの報道は、その有名人に共感をもつ人の、模倣自殺を引き起こす可能性があります。
- ▶ 自殺の手段の報道は、脆弱な人に、同じ手段を用いるよう影響を与える可能性があります。  
メディア報道の影響に関するエビデンスは、第2章を参照してください。

2006年9月から2007年8月の、オーストラリアメディアによる自殺についての報道を対象にしたブラッドとパーキスらによる調査の結果、次のことが明らかになりました。

- ▶ 14%は、自殺の手段を詳細に報道していました。
- ▶ 21.2%は、見出しに“自殺”を使用していました。
- ▶ 17.7%だけが、ヘルプラインの電話番号や紹介先を掲載していました。
- ▶ 4.1%は、自殺の場面、場所、手段を明らかにする写真、図、画像が含まれていました。詳細については第1章を参照してください。

海外の研究成果は、メディアガイドラインと自殺死亡率減少の関連性を明らかにしています。

オーストラリアや国際的なメディアガイドラインの影響に関する研究は、これらのガイドラインは自殺報道の質に大きく影響しているだけでなく、自殺関連行動の減少にも影響していることを示しています。

にあります。個人の悲劇を扱うときは、メディア報道の実施規定にしたがって、プライバシー、悲嘆、トラウマを慎重に扱ってください。例えば、遺された人にとって、自殺の直後、または命日にインタビューを受けるのは大きな苦痛になります。

### 文脈に沿った記事にすること

自殺する人の多くは、精神障害や薬物が関連した疾患に罹患しているか、家族や社会による危険因子を抱えています。このような場合、自殺の背景にある原因を報道することで、自殺はその人の精神状態とは関係がないという俗説を一掃する助けになるかもしれません。

危険要因や自殺のサインについて述べることも、人々が、自殺の問題を理解する助けとなり、自殺の危険を抱える人たちに手を差し伸べる自信を高めます。マインドフレームのウェブサイト [www.mindframe-media.info](http://www.mindframe-media.info) またはライフのウェブサイト [www.livingisforeveryone.com.au](http://www.livingisforeveryone.com.au) を参照してください。

### 先住民コミュニティにおける自殺

アボリジニーとトレス島民の社会では、死んだ人の名前を出すことや、画像を映すことは大きな苦痛になります。地域の人たちや家族に、適切なことばや画像を相談してください。番組の前に、視聴者に、番組で死んだ人が登場することを予告してください。

### ヘルプラインの電話番号を付記する

- ▶ メディアによる報道は、しばしばヘルプラインの電話番号と連絡先の詳細を掲載することによって、人々の援助希求行動を支援しています。ヘルプラインの電話番号は、報道によって苦痛を感じたり、行動を促された人々を、すぐに支援することができます。
- ▶ 自殺に関する報道には、一般的な情報や紹介先よりも、24時間制のクライシスサービスの

電話番号を提示するようにしてください（連絡先の章を参照のこと）。

- ▶ 最も関係のある危機対応のための情報を掲載していることを確かめてください。全国番号、または地域番号のどちらがより適切か？ 若者用と成人用のどちらがより適切か？
- ▶ 特別なヘルプラインを掲載する場合、報道によって増加する問い合わせに対応できるよう、報道がいつ頃になるかを関係機関に知らせてください。

### 専門家のアドバイスを求める

自殺についての報道が社会の関心事であるなら、報道は、自殺に関して最も信頼できる情報に基づいて行われるべきです。報道は、保健医療専門家や適切な地域の指導者の見解を得ることによって改善されることがあります。詳細についてはウェブサイト [www.mindframe-media.info](http://www.mindframe-media.info) の連絡先を参照してください。

### 写真や映像の選択と掲載

自殺の場面、場所そして自殺の手段をあらゆる写真や映像を報道に使用することは、記事を強調したり、社会や政府の関心を引くためにしばしば行われてきました。これを行うことは、脆弱な人を模倣に引き寄せることが明らかになっており、実施すべきではありません。家族の許可無しに、死者の写真を使用することは避けるべきです。写真を使用する場合は、自殺行動を過剰に劇化することを避けるため、第一面には載せないようにしてください。

### 自傷の報道

自殺についての報道のガイドラインの多くは自傷の問題にも共通していますが、いくつか追加の提案があります。

- ▶ 社会の多くの人たちは自傷行為について誤解しています。自傷についての俗説を支援するような報道は避けてください。自傷行為の俗



説である、“人や状況を操作するため”、“注意を引くため”、“自殺のふりをするため”、または“‘Emo’や‘Goth’のようなサブカルチャーに属しているから”は正確ではありません。

- ▶ メディア報道で使われる言葉は、自傷行為を美化したり、扇情的にしている可能性があります。自傷行為を“気まぐれ”と表現することは、深刻な問題を軽く見せて、援助希求行動から人々を遠ざけることになりかねません。
- ▶ “カッター”または“自傷者”とレッテルを貼ることは、自傷行為をする人への批判や疎外を強める可能性があります。
- ▶ 自傷の手段は、自殺の手段としばしば同じであること、または似ていることを念頭に置く必要があります。自殺の手段と同様、自傷の手段の取り扱いにもよく注意してください。

マインドフレームのウェブサイト[www.mindframe-media.info](http://www.mindframe-media.info)に自殺および自傷行為の報道に関する情報が掲載されています。

## 5. 自殺の統計や研究について知るには

主な自殺のデータソースおよび自殺の統計的情報の提供者は以下の通りです。

### データ分析と研究報告

- ▶ オーストラリア保健福祉研究所  
www.aihw.gov.au  
(02) 6244 1000 (代表)  
(02) 6244 1025 (メディア)
- ▶ オーストラリア犯罪研究所  
www.aic.gov.au  
(02) 6260 9200 (代表)  
(02) 6260 9244 (メディア)
- ▶ オーストラリア自殺研究予防センター  
www.griffith.edu.au/aisrap  
(07) 3735 3382
- ▶ 傷害研究センター  
www.nisu.flinders.edu.au  
(08) 8201 7602
- ▶ Living is for everyone (LIFE) フレームワーク  
www.livingisforeveryone.com.au

### 死因および死亡率データ

- ▶ オーストラリア統計局  
www.abs.gov.au  
1300 135 070

### 各州別データ用各州保健省連絡先

- ▶ ACT保健・地域ケア  
www.health.act.gov.au  
精神保健サービス (02) 6205 5142  
メディア問い合わせ (02) 6205 0837
- ▶ ニューサウスウェールズ州保健省  
www.health.nsw.gov.au  
精神保健センター (02) 9391 9309

- メディア問い合わせ (02) 9391 9121
- ▶ NT (北方準州) 保健・家族省  
www.health.nt.gov.au  
一般問い合わせ (08) 8999 2553  
メディア問い合わせ (08) 8999 2818
- ▶ クイーンズランド州保健省  
www.health.qld.gov.au  
一般問い合わせ (07) 3234 0111  
メディア問い合わせ (07) 3234 1135
- ▶ 南オーストラリア州保健省  
www.health.sa.gov.au  
精神保健部 (08) 8226 6286  
メディア問い合わせ (08) 8226 6488
- ▶ タスマニア州保健・州民サービス  
www.dhhs.tas.gov.au

本章は自殺についての情報を掲載しています。これには事実と統計、主な研究情報も含まれます。

最新の情報は、下記の機関や本書の連絡先を参照してください。

これらの機関は、統計学専門家や疫学専門家による検討済みの、信頼できるデータを提供しています。

- ▶ 国会に報告される公的な自殺のデータおよび拘留中の死亡データは、州検視官事務所から入手できます。地方および州検視官事務所は、自殺と確定しなかった警察の死亡報告も保管しています。
- ▶ 地域保健局の人口データは、地域保健サービスから入手できます。

マインドフレームのウェブサイト [www.mindframe-media.info](http://www.mindframe-media.info) は、メディア従事者に、自殺に関する最新の事実と、さらに情報を必要とするときの連絡先を提示しています。定期的な更新があるので、ウェブサイトを参照してください。

精神保健部 (03) 6230 7549

メディア問い合わせ (03) 6233 4890

▶ ビクトリア州州民サービス

[www.dhs.vic.gov.au](http://www.dhs.vic.gov.au)

一般問い合わせ 1300 650 172

メディア問い合わせ (03) 9616 7296

▶ 西オーストラリア州保健省

[www.health.wa.gov.au](http://www.health.wa.gov.au)

精神保健部 (08) 9222 4099

メディア問い合わせ (08) 9222 4333



## 6. 自殺の事実と統計

- ▶ 自殺はオーストラリアにおける公衆衛生上の重要な問題です。過去10年間にわたり、毎年約2千人が自殺で死亡しています。
- ▶ 自殺死亡率には年ごとの変動があります。2007年にはオーストラリアで1881人が自殺で死亡しており、人口10万対9.0でした。これは登録された全死亡数の1.4%に相当します。
- ▶ 1920年代から、毎年、男性の自殺死亡数は女性より多くなっています。2007年には、1454人の男性(人口10万対13.9)と427人の女性(人口10万対4.0)が自殺で死亡しています。このように2007年には、自殺で死亡した女性に比べほぼ4倍の男性が自殺で死亡しています。
- ▶ 過去40年間のオーストラリア人の自殺死亡率を見ると、最大は1963年(人口10万対17.5)で、1984年の人口10万対11.3まで、徐々に減少しました。その後、自殺死亡率は増加し、1997年には人口10万対14.6に達しています。その後、自殺死亡率は減少傾向にあり、2007年には自殺で死亡したオーストラリア人は人口10万対9.0でした。
- ▶ 1998年から2007年の間に、自殺死亡率は30%以上減少し、男性も女性も同じような減少が見られました。
- ▶ 2007年の男性全体の標準化自殺死亡率(人口10万対13.9)は、過去10年(1995—2005年)のどの年よりも低い数値でした。
- ▶ 2007年の女性全体の標準化自殺死亡率(人口10万対4.0)も、過去10年(1999年—2005年)のどの年よりも低い数値でした。
- ▶ このような減少にもかかわらず、自殺は外因死の大きな原因となっています。1996年から2007年の間、交通事故での死亡を上回っています。
- ▶ 先住民のアボリジニーやトレス海峡島民の間では自殺はまれな出来事でしたが、最近はより一般的なこととなり、2007年のデータでは、全死亡に占める自殺の割合は、他のオーストラリア人よりも高くなっています。
- ▶ オーストラリアへの移民第一世代の自殺死亡率は、出身国の自殺死亡率と同様でした。
- ▶ どのような形の拘留でも、拘留中の人の自殺死亡率は、一般人口の3倍となっています。

### 自殺と年齢

- ▶ 1990年から1997年まで、20～24歳の男性は、どの年齢層よりも自殺で死亡する率が高く、1997年には人口10万対42.8に達していました。
- ▶ 1998年から2005年の間で、もっとも自殺死亡率の高かったのは、25～45歳の男性でした。2006年と2007年には85才以上の男性で最大となり(人口規模が少ないために過大な影響を受けている)、次に高いのが35～45歳でした。
- ▶ 1990年以降、女性に関しては特に自殺率の高い特別な年齢層はありません。
- ▶ 1997年から2006年の間で、自殺死亡率が最も減少したのは20～24歳の年齢群で55%でした。
- ▶ “青年の自殺伝染”という俗説がありますが、若年男性(15～19歳)の自殺死亡率はたいへん低くなっています(1997年以降50%)。
- ▶ 児童(15歳以下)の自殺はオーストラリアでは稀です。  
次の表は、1997年(最近で最も高かった年)と2007年の自殺の傾向を比較して示しています。

## 自殺による死亡数と標準化自殺死亡率

年齢層	1997年		2007年	
15-24	男 416人	率=31.0	男 190人	率=12.9
	女 93人	率= 7.2	女 54人	率= 3.8
25-34	男 540人	率=37.6	男 234人	率=16.1
	女 115人	率= 8.0	女 58人	率= 4.0
35-44	男 431人	率=30.3	男 306人	率=20.1
	女 122人	率= 8.5	女 87人	率= 5.6
45-54	男 294人	率=24.3	男 290人	率=20.4
	女 96人	率= 8.1	女 73人	率= 5.1
55-64	男 177人	率=22.2	男 175人	率=15.4
	女 56人	率= 7.1	女 61人	率= 5.4
65-74	男 146人	率=23.6	男 95人	率=13.8
	女 47人	率= 6.9	女 32人	率= 4.4
75+	男 131人	率=36.1	男 101人	率=25.0
	女 41人	率= 7.0	女 35人	率= 4.5
合計	男2143人	率=23.6	男1398人	率=13.8
	女 577人	率= 6.2	女 401人	率= 3.8

\*率は年齢で標準化され、推計人口10万人あたりの数字として表示されている。合計は15才以下および年齢不詳者の自殺者数も含む。(出典：オーストラリア統計局、カタログナンバー3303.0)

### 性別と自殺

- ▶ すべての州・準州で男性の自殺は女性よりも一般的です。これは西洋諸国の傾向と同じです。
- ▶ これとは対照的に、故意に自分を傷つける行為は、男性より女性に多く見られます。
- ▶ 男女比は60年代には2：1でしたが、90年代半ばには4：1になりました。2000年代はじめには4：1より少し低くなり、2007年は3.5：1になりました。
- ▶ 自殺の男女比は、オーストラリア全土でおおむね同様ですが、例外が2箇所あります。2003年から2007年の連結データでは、北方準州は6.3：1、反対にビクトリア州は3.3：1でした。
- ▶ 2007年の自殺死亡の半数以上（54％）は縊死で、12％が服毒でした。
- ▶ 全死亡に占める自殺の割合は年齢層によって

### 統計の使用にあたって

自殺や自傷の情報の報道や解釈には、慎重さがが必要です。

- ▶ 自殺統計の信頼性は、過小に報告される、全国で報告の方法が異なる、検視官による自殺の可能性のある死の処理が遅れるなど、様々な要因に影響されます。
- ▶ 比較的自殺者数の少ない州や準州では、1件や2件でも自殺死亡率に大きく影響するので、全国での比較は慎重に行う必要があります。
- ▶ 自殺データの報告の方法は、自殺で死亡した人の数、年齢階級別の自殺死亡率、例えば人口10万対7（この方法によって、異なる年齢構成や人口規模でも比較できるようになる）、死亡全体における自殺の割合など、様々な方法で報告されます。
- ▶ 国際的に自殺統計を比較するのは、死亡の分類と報告の方法、定義、期間、過小報告の程度などのために、たいへん難しいことです。

### 主な自殺に関する連絡先

- ▶ ライフ：全国自殺予防戦略  
www.livingisforeveryone.com.au
- ▶ オーストラリア自殺研究予防研究所  
www.gu.edu.au/aisrap  
(07) 3733 3382
- ▶ ライフライン  
www.lefeline.org.au  
(02) 6215 9416または0417 440 078
- ▶ ORYGEN青年保健ORYGEN研究センター  
www.orygen.org.au  
(03) 9342 2800
- ▶ Reach Out! ウェブサイト  
www.reachout.com.au
- ▶ SANEオーストラリア  
www.sane.org.au  
(03) 9682 5933
- ▶ メンズラインオーストラリア  
www.menslineaus.org.au  
(03) 8371 2806

大きく異なります。2007年では、

- 15～19歳では、男性の19.5%、女性の16.4%。
- 20～24歳では、男性の20.5%、女性の15%。
- 25～34歳では、男性の22.3%、女性の12.7%。

- 35～44歳では、男性の15.3%、女性の7.1%。
  - 45～54歳では、男性の6.5%、女性の3.3%。
  - 55～64歳では、男性の2.3%、女性の1%。
  - 65歳以上では、男女合計の1%未満でした。
- ▶ オーストラリア外で生まれた男性の自殺死亡率は、オーストラリア内で生まれた男性と比較するとやや低く、女性の場合はほぼ同じでした。

### 州および準州別自殺

- ▶ 州・準州によっては、年間の自殺者数が少ないので、5年間の統合データの方が、その違いを観察するには適しています。
- ▶ 最近（2003—2007年）では、北方準州とタスマニアの自殺死亡率は最も高く、南オーストラリア州が続いています。反対に、ニューサウスウェールズ州とビクトリア州は最も低く、首都特別地域とクイーンズランド州は変動が見られます。

### 自殺はいつ起こるか

- ▶ 自殺する前に、愛する人または見知らぬ人に、自殺のサインを送る場合がありますが、何の警告もない場合もあります。
- ▶ 施設に収容されていることは自殺の危険因子です。何らかの形で拘留されている人たちの自殺死亡率は、一般人口の3倍の高さです。
- ▶ うつ病や精神障害などの精神障害を経験している人の自殺の危険は高くなります。心理学的剖検によると、自殺した人の90%は、死の段階で精神障害を経験していました。
- ▶ 病院で精神障害の入院治療を受けているか、退院後の数週間以内の人々は、自殺の危険が高くなります。

### 自殺未遂

- ▶ 病院データによると、女性は男性に比較して、故意に自身を傷つける行為が多く見られます。2003—2004年の1年間に自傷行為で入院

した人の62%は女性でした。

- ▶ 男性も女性も、故意に自身を傷つける行為は、10代から中年に見られました。2003—2004年に、自傷行為で入院した人の75%は15歳から44歳で、最も高いのは女性の15～19歳でした。
- ▶ 2003—2004年に、自傷行為で病院のケアを受けたのは24,087件で、人口10万対115.4でした。自傷で入院した人のすべてではありませんが、自殺を意図した人もいます。
- ▶ 2003—2004年の自傷行為による入院率は、高齢の男性と女性では相当低くなります。しかし平均入院日数は高齢者のグループが最も長くなります。

### 自殺のハイリスク群

- ▶ 自殺未遂の既往のある人たちは、最も危険の高い人たちです。
- ▶ うつ病、精神病性の疾患では自殺の危険が高くなり、特に病院からの退院後、または治療が少なくなりつつある時に高くなります。
- ▶ アルコールまたは薬物乱用を有する人は、一般人口に比べて、自殺の危険が高くなります。
- ▶ 男性は、女性に比較して自殺の危険がおおよそ4倍高くなります。
- ▶ アボリジニー先住民やトレス海峡島の青年男性は、一般のオーストラリア人青年に比べて、自殺の危険が高くなります。
- ▶ 拘留されている人々は、先住民であるか否かにかかわらず、一般のオーストラリア人に比べて、自殺の危険が高くなります。

### 青年の自殺

- ▶ 2007年、15—19歳の男性では69人、20—24歳の男性では118人が自殺しています。同じく、15—19歳の女性では27人、20—24歳の女性では31人が自殺をしています。
- ▶ 全死亡に占める自殺の割合は、15—19歳の男性では19.5%、20—24歳の男性では21%でした。同じく、15—19歳の女性では16.4%、20

—24歳では15%でした。

- ▶ 1980年代の中頃、15—19歳の男性の自殺死亡率は急に高くなり、1988年には人口10万対21と最高に達しました。その後の10年間は、自殺死亡率は人口10万対17～19で変動し、1997年は人口10万対18.4でした。
- ▶ 1997年以降、15—19歳の男性の自殺死亡率はおおむね一貫して減少し、2007年には人口10万対9.3と、この年齢層では、過去20年間で3番目に低くなっています（2004年、2006年に次ぐ）。
- ▶ 一方、15—19歳の女性の自殺死亡率は、過去20年間、人口10万対3～5と比較的安定しています。2007年の15—19歳の女性の自殺死亡率は人口10万対3.9でした。
- ▶ 20—24歳の男性の自殺死亡率も、1997年から2007年の間に、大きく減少しています。1997年の自殺死亡率は人口10万対42.8でしたが、2007年は人口10万対15.5でした。
- ▶ 女性の場合、変化はそれほど劇的ではありませんが、20—24歳の女性の自殺死亡率は、1997年には人口10万対9.0、2007年には人口10万対4.2でした。

### アボリジニー先住民やトレス海峡島民の自殺

- ▶ 伝統的なアボリジニー先住民やトレス海峡島民の自殺はまれでしたが、最近では、より一般的なことになってきています。
- ▶ 自殺が比較的少なく、地域によっては情報が得られないために、オーストラリア統計局（ABS）は、アボリジニー先住民やトレス海峡島民の自殺のデータを、ニューサウスウェールズ州、クイーンズランド州、南オーストラリア州、西オーストラリア州と北方準州のみ出版しています。2007年には、5つの州と1つの準州での自殺は89人でした。
- ▶ アボリジニー先住民やトレス海峡島民の全死亡に占める自殺の割合（2007年で3.7%）は、オーストラリアの非先住民人（2007年で1.3%）

自殺は、ひとつの地域の中で“群発”することがあります。これは人々が自殺を経験して、死亡した人と苦痛を共有していたときに起こります。

死亡した人と同様のストレスを経験したことがあり、同じ年齢層である、または同じ文化背景の出身であるという共通点があり、メディアの自殺報道が大きな影響を及ぼすグループです。

次の要因は、自殺の危険から人々を守ることができます。

- ▶ 一定の個人的な問題対処力と道徳的な価値観。
- ▶ 自尊心や所属感。
- ▶ 家族や学校とのつながり、子供への責任。
- ▶ 社会的な支援。
- ▶ 心身が健康であること。
- ▶ 自殺の手段へのアクセスが制限されていること、例えば、銃器やある種の処方薬など。

自傷と自殺の関係は複雑です。一般に、自傷行為の動機は、不快な感情と個人的な苦痛の経験から逃れるためであって、自殺のためではありません。

自傷行為は深刻に受け止める必要があります。自傷行為を行う人は、将来、より重大な自傷行為や自殺につながる危険が高いのです。

メディアの自殺についての報道は、オーストラリアの若者、特に男性に焦点を当てる傾向があります。

オーストラリアの調査では、メディアの自殺報道に特定のグループが取り上げられることが多いことが明らかになりました。男性、若者、地方に住む人が記事に取り上げられてきました。

若者の自殺を“伝染病的”と報道するのは不適切です。

若者の自殺死亡率は依然として憂慮すべきことですが、最近では、最も自殺死亡率の高い年齢層が上昇しています。若者の自殺死亡率は1997年以降、およそ50%減少しています。

に比べると、かなり高くなっています。

- ▶ アボリジニー先住民やトレス海峡島オーストラリア人の自殺は、他のオーストラリア人に

比較して、青年に集中し、15-24歳の男女で最も高くなっています。

- ▶他のオーストラリア人と同様、アボリジニー先住民やトレス海峡島の男性は女性に比べて、自殺のリスクが高くなります。
- ▶アボリジニー先住民やトレス海峡島民の間の自殺死亡率は、地域や時期によって異なります。

1980年代までは、アボリジニー先住民やトレス海峡島人の自殺はまれなことでしたが、若いアボリジニー先住民では問題になってきています。

一般に、アボリジニー先住民やトレス海峡島民は他のオーストラリア人に比較して平均寿命が短く、高齢者の自殺はあまり見られません。

アボリジニー先住民やトレス海峡島民の高齢者の自殺死亡率は、実際、他のオーストラリア人よりも低いのですが、おそらく伝統的に自殺がまれであったことによると思われます。

アボリジニー先住民やトレス海峡島民の社会での自殺死亡率について信頼できるデータを得ることは、先住民であることの確認が難しいことから、容易ではありません。

アボリジニー先住民やトレス海峡島民の社会における自殺者数は一般に少ないので、自殺死亡率は傾向を表すに過ぎません。

詳細な情報についてはマインドフレームのウェブサイト [www.mindframe-media.info](http://www.mindframe-media.info) のオーストラリア先住民の章を参照してください。



## 7. 精神疾患の報道に当たって考慮すべきこと

オーストラリアでは、精神保健と精神疾患に関する報道は広範囲に行われています。メディアモニタリング調査は12ヶ月間に、精神疾患に関して3万件以上のものが、新聞、ラジオ、テレビで報道されていたことを報告しています。

メディア従事者にとって、精神保健と精神疾患について報道することはしばしば難問になります。ジャーナリストに要求される圧力の中で、短時間で調査を行い簡潔に伝えるには、問題は複雑すぎるのです。またインタビューに応じてくれる精神疾患を有する人や、家族を見つけることも難問になります。なぜなら、地域社会があまり理解していないことで“社会に向かう”ことの、もたらす結果が心配されるからです。

精神保健および精神疾患に関して報道する際は、下記の取り組みに注意してください。

### 報道する前

- ▶ 差別、プライバシー、悲嘆、トラウマについて、実施規定に合っているか検討してください（付録1を参照する）。
- ▶ 最も信頼のできる事実、統計およびその他の情報を得ているか確かめてください。
- ▶ 精神疾患と精神保健ケアの専門家に意見を聞いてください（連絡先の章を参照、または [www.mindframe-media.info](http://www.mindframe-media.info) の連絡先を参照する）。

### プライバシー

- ▶ メディアガイドラインと倫理コードは、プライバシーを守る権利を強調しています。主人公が精神疾患を有することは記事と関係がありますか？ 精神疾患を開示することが、その人の健康、安全、生活にどのような影響が

ありますか？ 精神疾患を有する人たちは、孤立することや職を失うことを恐れて、しばしば、雇用主、同僚、隣人そして友人に、精神疾患を有していることを隠していることがあります。

- ▶ 見出しやリードで、その人の精神疾患に言及する必要がありますか？
- ▶ 情報は誰から入手しましたか？ 例えば隣人から得た場合、その情報は正確ですか？ 精神状態について推定が行われていませんか？
- ▶ 行為に関して、疾患または精神疾患の影響を誇張した記事になっていませんか？

### 言葉とステレオタイプ

- ▶ 多くのメディア従事者は、意識して適切な言葉を使っています。改善は見られますが、依然として、“精神病患者”、“気ちがい”、“精神異常”、“精神病質者”、“分裂”、“気ちがい病院”などの否定的な用語も使われていました。このような用語は、精神疾患をスティグマ化したり、差別化するものです。
- ▶ バランスの取れた報道になっていますか？ 精神疾患を有する人は、遺伝的に暴力的な、働けない、予想できない行動をとる、信頼できない、弱い、回復できない人ではないことを思い出してください。精神疾患は終身刑のようなものではなく、多くの人は治療と支援によって回復します。
- ▶ “犠牲者”、“病む”、“さいなまれる”などと精神疾患を表現するのは時代遅れです。その人自身が精神疾患であるような表現は避けてください。例えば“統合失調症者”ではなく、統合失調症と診断された、または、現在経験している、または統合失調症の治療を受けて

いる、と表現します。

- ▶ 精神疾患という言葉は、症状、状態、生活への影響などを、幅広く扱います。すべての精神疾患が同じであるかのように扱わないでください。
- ▶ 医療用語は正確に使用してください。気が沈んでいたり、幸せでないことは、臨床的な意味で、うつ病を経験していることと同じではありません。
- ▶ 精神医学用語や医学用語を、“精神病犬”、“統合失調の町”のように、本来文脈以外で使用するの適切ではありません。
- ▶ 抗うつ剤を“幸せの薬”、精神科医や心理学者を“いじけ屋”と呼ぶような俗語表現は避け、精神疾患治療の正確な用語を使ってください。精神疾患の治療は、当事者にとって大きな課題であり、俗語を使用することによって、治療へのアクセスや継続の意欲が失われる可能性があります。

### 精神疾患を過去に経験した人または現在経験している人へのインタビュー

精神疾患を過去に経験した人、または現在経験している人にインタビューするには、特別な注意と慎重さが必要です。精神疾患を経験した人の多くは、よろこんでメディアに話してくれますが、個人的な深い体験を公にすることは、難しくて苦しいことです。よいインタビューにするには、できるだけくつろげるようにすることが大切です。適切なインタビュー方法についてはメディアコードを参考にしてください。

- ▶ 本当にインタビューに応じる準備ができていますか？ インタビューの場所を相談して、インタビューに友人を付き添いとして連れてくるなど、話しやすい環境をつくってください。権利擁護団体の関与もインタビューの助けになります。
- ▶ 本人の承諾が無い限り、記事に実名を掲載してはいけません。実名と精神障害を明かすこ

とは、本人が自分の疾患を開示する考えが無い場合、有害である可能性があります。

- ▶ 写真や映像を使用する場合、そして個人が同定される場合は、事前に同意を得てください。
- ▶ 個人的な経験を話す場合は、インタビューの前に考える時間を設けることが、本人の助けになります。多くの人はメディアのインタビューの前は不安になります。
- ▶ 可能な限り、本人の言葉を使って経験を表現してください。本人が、疾患について家族や医者とは異なった見方を持つ場合は、本人が

「不正確な、またはバランスの取れていない情報がメディアによって提供されると、地域住民は、警告のサインであることや、援助希求であることが分からなくなります」—バーバラ・ホッキング（SANEオーストラリア）

メディア従事者は、次の取組によって精神疾患についての理解と、態度の改善に寄与することができます。

- ▶ 精神疾患や特定の精神障害に関して、正確な情報を提供すること。
- ▶ ヘルプラインの電話番号を知らせることによって、困っている人を力づけること。
- ▶ 精神疾患にまつわる俗説を打ち消し、精神疾患を経験した人が自分自身の話をできるようにすること。

2006—2007年メディアモニタリング調査では次のことが明らかになりました。

- ▶ 5.8%の報道は、否定的または時代遅れの言葉を使用していました。
- ▶ 10.6%の報道は、精神疾患をスティグマ化していました。
- ▶ 16.2%の報道は、個人を診断名で表わして、その人自身に焦点を当てていませんでした。
- ▶ 6.8%の見出しは、過剰に劇化したり、扇情的な表現でした。
- ▶ 約3分の1の記事は、特定の人が精神疾患を有することと、個人の名前を開示していました。
- ▶ 19.8%の記事は、利用できる援助サービスの情報を提供していました。詳細については2章を参照してください。

どのように自分の経験を理解してきたかを、含めるよう努めてください。

- ▶ 資料を他のメディアと共有される可能性がある場合は、インタビューを受ける人にそのことを知らせ、別の文脈で報道された時に、驚かないようにしてください。
- ▶ 出版または報道される前に、本人の話がどのように編集されるかについて、伝えてください。特に、ある部分を強調したいと考えている場合は、そのことを伝えてください。

### ヘルプラインの電話番号を掲載する

- ▶ ヘルプラインの電話番号や地域のサービスやウェブサイトなど、利用できる支援の情報を掲載することによって、援助希求行動を促してください。
- ▶ 報道に関係のあるヘルプラインの電話番号、地域のサービスやウェブサイトであることを確認してください。うつ病などの特定の疾患、若者などの特定のポピュレーショングループについての報道では、最も関係のある情報を選んでください。本書の連絡先に関する章、またはマインドフレームのウェブサイトを参考にしてください。
- ▶ 特定のヘルプラインの電話番号やサービスを掲載する場合、報道によるコンタクトの急増によりよく対応できるよう、対象となる機関に事前に連絡してください。

### 専門家のアドバイスを求める

精神障害、症状、治療の情報は、常に更新されています。精神疾患についての報道は、推薦された専門家からの、信頼できる情報に基づいて行われるべきです（連絡先の章を参照してください）。

### 写真の選択とどこに掲載するか

本人に、写真や映像がどのように使われるかを説明してください。本人が同定されることに

備えができていないか、確かめてください。

アボリジニー先住民、トレス海峡島民や文化・言語の異なる人たちでは、言語や意思疎通方法が異なることに注意してください。

アボリジニーの社会では、精神保健と疾患を、社会的、情緒的なウエルビーイングと結びつけます。

アボリジニー先住民とトレス海峡島民全体について話すことのできる人はいないのです。専門家のコメントや地域住民の見解を聞いて回ることは、記事にすることに役立ちます。

精神疾患や治療法を表す用語には、文化や言語の異なる人たちをインタビューする際に、同じ用語が存在しなかったり、容易に訳せないことがあります。

### メディアによる報道の影響

- ▶ 精神疾患についての否定的な報道は、地域社会の態度に影響する可能性があります。
- ▶ フィクションおよびノンフィクションにおける精神疾患の否定的なイメージは、精神疾患について、より否定的で、不正確な見方を発展させることとなります。
- ▶ 肯定的なイメージは、メディアによる否定的な描写とバランスが取れていません。メディアによる報道の影響についてのエビデンスの詳細については、第1章を参照してください。



## 8. 精神疾患の統計や研究について知るには

### 手がかりとなる情報源

オーストラリア統計局による「精神保健とウェルビーイング（精神的安寧）に関する全国調査（1997年）」は、オーストラリア成人の精神疾患有病数についての、はじめての全国調査でした。2007年に2回目の調査が行われました。

児童思春期のコンポーネントは4-17歳が対象で「オーストラリアの若者の精神保健（2000年）」として報告されています。

### 情報センター

#### 保健と福祉、疾病と傷害の負荷

- ▶ オーストラリア保健福祉研究所

[www.aihw.gov.au](http://www.aihw.gov.au)

(02) 6244 1000（代表）

(02) 6244 1025（メディア）

- ▶ オーストラリア家族研究所

[www.aifs.gov.au](http://www.aifs.gov.au)

(03) 9214 7888（代表）

(03) 9214 7804（メディア）

- ▶ オーストラリア先住民保健インフォネット

[www.healthinfonet.ecu.edu.au](http://www.healthinfonet.ecu.edu.au)

(08) 9370 6109

### 精神疾患についてのデータ

- ▶ オーストラリア統計局

[www.abs.gov.au](http://www.abs.gov.au)

1300 135 070

### 独立した研究所

#### 精神疾患の性質、発生と原因、診断と治療

- ▶ オーストラリア精神医学研究学会

[www.aspr.org.au](http://www.aspr.org.au)

(08) 9224 0235

- ▶ ビクトリア精神保健研究所

[www.mhri.edu.au](http://www.mhri.edu.au)

(08) 9388 1633

- ▶ クイーンズランド精神保健研究センター

[www.qcsr.uq.edu.au](http://www.qcsr.uq.edu.au)

(07) 3271 8660

- ▶ 不安症障害臨床研究ユニット

[www.crufad.com](http://www.crufad.com)

(02) 8382 1720

- ▶ 精神保健研究センター

[www.anu.edu.au/cmhr/index.php](http://www.anu.edu.au/cmhr/index.php)

(02) 6125 2741

### 精神疾患の研究と政策

- ▶ 各州保健省（詳細については連絡先の章を参照）

- ▶ 連邦保健高齢化省

[www.mentalhealth.gov.au](http://www.mentalhealth.gov.au)

(02) 6989 1555

- ▶ オーストラリア精神保健協議会

[www.mhca.org.au](http://www.mhca.org.au)

(02) 8285 3100

本章は、精神疾患についての一般的な情報、オーストラリア人の精神疾患についての事実と統計、主要な精神疾患の情報について述べています。参考文献やよく使われる用語集は、本書の最後に掲載しました。

本章の情報は全体像を示すものであって、精神疾患を有する人の現実の生活を描くものではありません。

## 9. 精神疾患

### 定義

- ▶ **精神的に健康**—感情的、社会的に安寧な肯定的な概念です。個人がその能力を認識し、日常生活のふつうのストレスに対処し、建設的に、または満足して働き、社会に貢献できる状態です。
- ▶ **精神健康問題と精神障害**は、人々の生活や生産性の障害となる、認知、感情と行動の障害を広く含みます。
- ▶ **精神障害**—個人の認知、感情、社会的能力の大きな障害となる、診断可能な疾患です。精神障害の種類と重さは様々ですが、公衆衛生上の問題と見られる主な精神障害には、うつ病、不安障害、物質使用障害、摂食障害、統合失調症のような精神病性障害があります。精神疾患という言葉が、精神障害の代わりに使われることがあります。
- ▶ **精神健康の問題**—個人の認知、感情、社会的活動の障害となっていますが、精神障害ほどではない状態です。精神健康の問題は、精神的に苦痛のある状態で、生活のストレスへの一時的な反応を含みます。精神健康の問題は、精神障害ほど重くなく、持続期間も短いですが、精神障害に発展する場合があります。精神健康の問題と精神障害の間には、明確な境界はなく、症状の重さと持続期間によって区別されます。

### 精神疾患：寸描

- ▶ オーストラリアの成人の約20%または5人に1人は、生涯のうち一度は、アルコール依存、物質乱用障害を含む精神疾患を経験しています。そのうち多くは、同時に2つ以上の精神疾患、例えば、うつ病と不安障害のように、同時に発生しがちなものを経験しています。
- ▶ 毎年、新たに2万人の精神疾患が見つかっています。
- ▶ 3百万人が生涯に一度は大うつ病を経験しています。
- ▶ オーストラリア人の5%が不安障害を経験し、生活のすべての面が不自由になっています。
- ▶ オーストラリア人100人のうち、およそ1人は、生涯で1度は統合失調症を経験しています。
- ▶ オーストラリア人100人のうち3人は、精神病性疾患を経験する、例えば、統合失調症、双極性障害、そして増加している薬物に起因する精神病を経験しています。

## 事実と統計

### オーストラリア成人の精神疾患

- ▶ オーストラリア人のおよそ5人に1人が、調査の12ヶ月間以内に精神障害を経験していました。
- ▶ 若者は精神疾患を経験する可能性が高く、年齢とともに精神疾患有病率は低下していました。18—24歳で精神障害を経験していたのは26%、65歳以上では5.9%でした。
- ▶ 男女で精神疾患を経験する率に差はありません。男女とも、独居の場合が最も高い値を示しました。同様に、精神疾患の率は、別居や離婚している人の方が高い値を示しました（男性17%、女性19%）。
- ▶ 女性は、男性よりも不安障害（18%に対して11%）、気分障害（7.1%に対して5.3%）を経験しやすいことがわかりました。
- ▶ 男性は、女性よりも物質乱用障害（7%に対して3.3%）を経験しやすく、アルコール使用障害は薬物使用障害よりも多いことがわかりました。
- ▶ 女性は不安障害と気分障害を、男性は物質使用障害と不安障害または気分障害を合併しやすいことがわかりました。
- ▶ 雇用されていない人や、賃金就労に就いてない人たちは、精神障害の有病率は最も高く、雇用されていない男性では26%、雇用されていない女性では34%でした。
- ▶ 不安障害は最も多く、気分障害6.2%（そのうちうつ病は4.1%）、物質使用障害5.1%（そのうちアルコール関連障害は4.3%）と続いています。
- ▶ 精神障害を有する人の場合、役割を果たせない状態（健康状態が原因で、通常の活動ができない）は、4週間で平均3日間でした。身体的または精神的な問題の無い人の場合は平均1日でした。

- ▶ 精神障害を有する人のうち、調査期間中に保健医療サービスを利用したのは35%に過ぎませんでした。
- ▶ 精神健康の問題による入院はまれで、12ヶ月間で1%未満でした。
- ▶ 女性は男性よりも、精神健康の問題のためのサービスを利用していました。

### 若者と精神疾患

- ▶ 精神疾患を有する人が最も多いのは18—24歳です。
- ▶ 統合失調症を有する人の多くは、10代の半ばから後半に初発を経験しています。
- ▶ 精神疾患で公立病院に入院した人たちの3分の1は30歳未満です。
- ▶ うつ病は若年者の間で最も普通にみられるものの一つであり、思春期に増加しています。
- ▶ 薬物の使用は、診断を複雑にして、脆弱性の高い若者の疾患を悪化させたり、発症の引き金になります。

### オーストラリアの若者の精神健康

- ▶ 4—17歳の14%が精神健康または行動の問題を有しています。
- ▶ この割合は、すべての年齢と性別のグループに見られました。少年は、少女よりもすこし多く精神保健問題を経験する傾向がありました。
- ▶ 低所得、義父母や複雑な家庭、単親家庭では、児童思春期の精神保健問題の有病率は高くなります。
- ▶ 週所得が580ドル未満の家庭では、男性の21.1%、女性の22.1%が、精神保健の問題を経験していました。それに比べ、週所得が1030ドル以上の家庭の男性では8.9%、女性では9.1%でした。
- ▶ 義父母や複雑な家庭の男性の25%、女性の19.7%が、単親家庭の男性の22.2%、女性の26.7%が、精神保健の問題を経験してしま

た。本来の両親の家庭では、男性の11.3%、女性の10.7%でした。

- ▶ 精神保健の問題を有する若者4人のうちの1人だけが、専門家のケアを受けていました。
- ▶ 精神保健の問題を有している若者は、家庭医、スクールカウンセラーそして小児科医を最も多く利用していました。より年齢の低い子どもたち（4—12歳）は小児科医や家庭医を、それ以上の子供たちは学校のカウンセリング・サービスを利用することが多いことがわかりました。
- ▶ 最も重度な精神保健の問題を有している若者の間でも、専門家の援助を受けているのは50%に過ぎませんでした。親は、援助を受けるには費用が高すぎる、援助を求める場所がわからない、そして自分たちで解決できる、とっていました。

### 性と精神疾患

- ▶ 女性はうつ病、不安障害を、男性は物質乱用を経験しやすいことがわかりました。
- ▶ 新たに母親になった女性の5人に1人が、軽度、中等度または重度の産後うつ病を経験します。
- ▶ 男性と女性の統合失調症に罹患する人数はほぼ同じですが、女性は発病時期が遅く、病相期が少なく、よく回復します。
- ▶ 強迫性障害は、男女とも同じくらいの頻度です。
- ▶ 摂食障害（神経性無食欲症、神経性過食症）の90%は女性です。
- ▶ 性的障害、特に露出症、フェティシズムは男性に多く見られます。
- ▶ 精神疾患の種別における性差は、文化的背景に影響されます。

### 精神疾患に関する俗説

俗説：精神疾患は一生治らない

- ▶ 精神疾患は治ります。多くの人は、特に早期

2007年、オーストラリア統計局（ABS）は、2回目の精神保健とウェルビーイングに関する全国調査を行いました。

調査は、全州・準州の地域に居住している、18歳より上の成人8,800人を対象に行われました。

精神健康とウェルビーイングに関する全国調査の児童思春期の部分は、オーストラリアの児童思春期の精神健康とウェルビーイングについて、初めて調査したものです。

4—17歳の子ども4,500人に、保護者や思春期の若者と一緒に、面接が行われました。

精神健康に問題がある子どもは、自殺念慮を持つ割合が高く、喫煙、飲酒、薬物使用などの健康を害する行為をする割合も高いことがわかりました。

- ▶ 13—17歳のうちの12%は自殺を考えたことがあり、4.2%は実際に自殺を試みたことがありました。女性は、男性より自殺念慮を持つ率が高いことがわかりました。
- ▶ 23.1%は喫煙、36.7%は飲酒、18%は大麻を使用したことがあると報告していました。

に援助を受けた場合、完全に回復します。一部は、疾患を管理するために治療を継続して受ける必要があります。

- ▶ 一部の人は、精神疾患のエピソードを一度だけ経験して完全に回復します。その他の人は、精神疾患のエピソードはたまに起こるだけで、エピソードの間は良好に生活を送っています。重症者は少数で、急性期が定期的に起こり、薬物療法や効果的なマネジメントなしには、回復の可能性はほとんどありません。
- ▶ 多くの治療法があり、必ずしも薬物療法を含みません。
- ▶ 一部は慢性の精神疾患の結果として、重度の障害を経験する人もいますが、多くの人は継続した治療と薬物療法を受けることによって、充実した、生産的な生活を送っています。
- ▶ 精神疾患を経験する人たちの多くは、病気に

驚き、スティグマや差別を恐れて、援助を求めるのが遅くなります。スティグマを少なくすることによって、より多くの人々が早期に援助を求めることができるようになります。

- ▶精神疾患を有する人の多くは、地域社会で治療を受け、その多くは一般医を利用しています。

#### 俗説：精神疾患はすべて同じだ

- ▶精神疾患には多くの種類があり、症状や影響も異なります。
- ▶特定の精神疾患では、ある種の症状が現れやすいのですが、すべての患者が同じ症状を経験するとは限りません。たとえば、統合失調を有する人の多くは声が聞こえますが、それがいない人もいます。
- ▶単に精神疾患があるというだけでは、本人の病気がどれだけ重いのか、どのような症状を経験しているのか、または回復するのか、病気を効果的に管理できているのかは、わかりません。
- ▶精神疾患には、単に“心理的”ではない、多くの身体的側面があります。精神疾患は、その人の思考や感情に影響することがありますが、不眠症、体重の増加または減少、活力の減少または増加、胸痛、嘔気などの強い身体症状が出現することもあります。

#### 俗説：精神疾患を有する者は暴力的である

- ▶研究結果は、精神疾患の治療を受けている人は、一般の人たちと比べて暴力的でも、危険でもないことを明らかにしています。
- ▶精神疾患を有する人は、暴力の、特に自傷行為の犠牲者になる恐れが高いのです。統合失調症のような精神疾患を有する人が、他人に重大な傷害を与えたり、殺人を犯す生涯リスクは0.005%に過ぎませんが、自殺のリスクはおおよそ10%です。
- ▶精神疾患と暴力には統計的に弱い関連性がある

ります。これは、例えば、暴力の前歴がある人や、薬物やアルコールの乱用のある人たちに集中しています。しかし、精神疾患と暴力の関連性は、一般人口中の暴力とアルコール乱用、暴力と15—25歳の若い男性の関連性よりも弱いのです。

#### 俗説：ある文化背景を持つグループは、他と比較して精神疾患を経験する可能性が高い

- ▶誰にでも精神疾患は起こり、そして1人として精神健康の問題に免疫のある人はいません。
- ▶オーストラリアに生まれた人は、英語圏、非英語圏の国のいずれであっても、他国で生まれた人よりも精神疾患になる可能性が少しだけ高くなります。
- ▶文化や言語が異なる人や難民の多くは、オーストラリアに来る前に、拷問、トラウマそして深刻な喪失を経験しています。このような経験は、重大な心理的苦痛を引き起こし、精神疾患に脆弱になります。
- ▶文化背景は、人々がどのように精神疾患を経験するか、精神疾患の症状をどのように理解し、解釈するかに、影響を与えます。



## 精神障害

### 不安障害

不安障害では、一般的に、過度の恐怖感、不快感と身体感覚が全身に起こります。不安障害では、実際には危険性や脅威がない時でも、強度の麻痺するような恐怖感または持続する不快感が起こります。

不安症の症状は次のとおりです。

- ▶ 不快感あるいは異常感覚の切迫。
- ▶ 焦燥感があり、緊張が解けず、くつろげない。
- ▶ 息切れ、動悸、めまい、発汗。
- ▶ 度を越えた恐怖感。
- ▶ 睡眠障害。
- ▶ 集中困難。
- ▶ パニック発作時の、知覚変化による現実感消失。

不安障害では強い身体症状を伴うことが多いので、身体疾患としての助けを求めがちです。例えば、強いパニック発作は心臓発作と解釈されることがあります。

未治療の中等度または重度の不安障害は、本人と身近な人たちに苦痛や混乱を引き起こし、時には、日常生活に深刻な障害をもたらします。

多くの人々は、専門家の援助を得ることによって回復します。治療には、不安障害のタイプや症状の重さによりますが、カウンセリング、系統的暴露療法などの認知行動療法、そして薬物療法があります。

不安障害の発現には、遺伝、過去の出来事、発達段階、家族歴、ストレスのレベルや身体の状態を含めて多くの要因が影響します。拷問や虐待などによる強い心的外傷経験の結果として起こることもあります。不安障害を有する人の多くは、うつ病も経験します。

### 双極性障害

双極性障害を有する人は、大うつ病から非常に気分の高揚（躁病）という極端な気分の変化

不安症はほとんどの年齢層に起こります。4人のうち1人が生涯で不安障害を経験します。

不安障害の主なタイプは、次のとおりです。

- ▶ 全般性不安障害。
- ▶ 単一恐怖。
- ▶ 社会恐怖。
- ▶ 心的外傷後ストレス障害。
- ▶ 広場恐怖。
- ▶ パニック障害。
- ▶ 強迫性障害。

双極性障害は、以前は躁うつ病と呼ばれていました。

双極性障害は20代に発症することが最も一般的ですが、思春期に発症することもあります。双極性障害は人口の約2%に発生し、男女差はありません。

双極性障害の主なタイプは2つです。

1. 双極Ⅰ型障害—双極Ⅰ型障害の人たちは躁病の期間が長く、一部は、幻覚や妄想という精神病症状を経験します。
2. 双極Ⅱ型障害—双極Ⅱ型障害の人たちは、躁病の期間が短く、例えば数時間や数日です。精神病症状はありません。

のエピソードを繰り返し経験します。人によって気分の変化の幅は異なります。ある人たちは躁病とうつ状態の両方を経験し、他の人たちはうつ病なしに“高揚感”のみを経験し、エピソードも軽度から重度まで幅があります。

うつ病の症状については次のページで述べます。躁病の症状は次のとおりです。

- ▶ 高揚、幸福、そして活力に満ちた感覚。
- ▶ エネルギーと活動性の亢進。躁病を経験している人たちは、多くの活動を早くやろうとする。
- ▶ 睡眠欲求の減少。極端な例では、何日も睡眠欲求が起こらない。
- ▶ 早口になり思考も早くなる。
- ▶ 本人の考えに賛同しない人や、理解を示さない人にいらだち、怒りっぽくなる。
- ▶ 抑制に欠け、普段しないことをする（例、大

金を使う、短い一時的な性的関係を結ぶ)。

- ▶ 特別または強力で、複雑な問題も容易に解くことができるとして、大げさな計画や確信を持つ。
- ▶ 自分の行動や確信が普通の状態ではないことを洞察できない。

このような症状と、結果として生じる行為は、生活や人間関係に害をもたらす恐れがあります。双極性障害の人は、しばしば躁状態の間の本人らしくない行為の結果、多額の借金、人間関係の破綻、傷ついた評判と向き合うことになります。

双極性障害の発症には、生物化学、遺伝、ストレス、そして時には季節的な影響など、複数の要因が関係していると考えられます。うつ状態とそう状態の間では、ふつうの気分の変化を経験し、充実した、生産的な生活を送ることができます。ある人は、極端な気分の変化が定期的に起こりますが、他の人は、気分の変化はたまにしか起こらないで、その間は、何年間も安定した状態が続きます。

双極性障害疾患の治療には、薬物療法、心理療法とライフスタイルを変えることが効果的です。エピソードの間の維持療法は、エピソードの再発や減少に大きく貢献する可能性があります。

## うつ病

うつ病は、私たちが日常経験している悲しみや嘆きの感情と引き合いに出されます。臨床的なうつ病は、一時的な不幸や気分の落ち込みではありません。それは気分の障害であって、多くの活動の中で、去ることのない悲しみと、楽しみの喪失を感じるものです。うつ病では、通常の社会人としての役割を果たせなくなることがあります。

大うつ病は成人の5人に1人が生涯のいずれかの時点で経験します。そして、精神・身体の別なく、ほとんどの障害よりも、疾患によって損失を受ける日数が多いのです。オーストラリアの若者の5分の2は、いずれかの6ヶ月間に、

うつ状態を経験します。

大うつ病でしばしば起こる症状は次のとおりです。

- ▶ 睡眠障害または睡眠の過剰。
- ▶ 活力と集中力の喪失。
- ▶ 無価値感、絶望感、罪責感へのとらわれ。
- ▶ 対処や決断の不能。
- ▶ 体重減少または体重増加。
- ▶ しばしば背中、頸部、肩に起こる身体の痛み。
- ▶ 自殺念慮。

うつ病は複合的な疾患群であって、多くの場合、生物的、心理的そして社会的要因が関係しています。うつ病は、愛する人をなくしたり、愛する人と別れたりするような重大な出来事の後に発症することがあります。うつ病は、明らかな原因なしに発症することも、これまでうまく生きてきた人に発症することもあります。

うつ病は数週間で終わることもありますが、何ヶ月も何年も続くために入院が必要になることや、生活や人間関係に大きく影響することもあります。

重症の場合、現実との接触が失われて、幻覚や妄想を生じることがあります。これは精神病性うつ病と呼ばれ、完全に回復するには何ヶ月も何年もかかる場合があります。

うつ病には、専門家によるカウンセリング、精神療法（多くの種類）、抗うつ剤による薬物療法、そして長期の重度なうつ病に用いられる電気けいれん療法（ECT）などの多くの治療法があります。

大うつ病を経験した人の大多数は完全に回復しますし、治療なしに回復する場合もあります。しかし効果的な治療は、回復を早め、病気に伴う苦痛と損失を小さくできます。また、将来の再発に備えて、うまく自己管理する戦略を立てることも役立ちます。

## 摂食障害

摂食障害は、不安や苦悩と関連した障害を受

けた摂食パターン、ときには非現実的な体型や体重のイメージで特徴づけられます。摂食障害の診断には、一定の症状群と重症度が、持続することが必要とされます。

### 神経性無食欲症

- ▶ 絶食、運動、排出行動を介した、自己誘発的な体重減少。
- ▶ 肥満することへの強い恐怖。
- ▶ 女性の場合、無月経。

神経性無食欲症を有する人は、深刻なほど痩せていても太っていると思込み、体型や体重にゆがんだ考え方を持っています。その他の症状としては、奇妙な摂食習慣、うつ病、運動儀式、下剤の乱用、不眠症、低血圧、不健康があげられます。

### 神経性大食症

- ▶ むちゃ食いのエピソードの繰り返し（過食）。
- ▶ 体重が増えることへの強い恐怖。
- ▶ 激しい運動、自己誘発性嘔吐、下剤や薬剤による体重増加抑制の試み。

神経性無食欲症を有する人は生命の危険におよぶほどの体重減少を起こすことがありますが、神経性大食症を有する人は、一般に正常な体重を維持します。

摂食障害の原因は、遺伝、家庭の問題、不幸、ストレスレベル、食事や体重コントロールについての社会的先入観が複合したものと考えられます。

摂食障害の治療法は次のとおりです。

- ▶ 身体健康を回復するための栄養治療。
- ▶ 確信していることや誤った身体イメージについての認知行動療法。
- ▶ 精神療法。
- ▶ 薬物療法。

神経性大食症と神経性無食欲症の身体症状は、重症であっても、早期に治療を受けることによって、しばしば回復します。しかし治療を受けなければ、重症の場合は致命的となる場合があります。

摂食障害者の約半数は回復しますが、およそ

産後うつ病は、出産後すぐの、20%くらいの新しい母親に起こります。これは深刻な障害で、母親は、長期間、悲しさと罪責感が続き、日常生活にうまく取り組めないと感じます。

産後うつ病は、出産に伴う“単なる感情の起伏”ではありません。症状には、気分変化、睡眠障害と食欲低下、不安、集中力や記憶の低下、罪責感と無価値感、そして社会からの引きこもりがあげられます。

思春期と成人の女性の2~3%は摂食障害を経験しており、また男性の間でも確実に増加しています。

多くの若者は、必ずしも摂食障害の診断基準に一致しなくても、まったく現実的でない理想のボディイメージを持っていたり、極端な食事と運動をしていることに注目すべきです。

4分の1は症状と問題が持続し、あとの4分の1は治療に反応しません。状態がよく理解されて、目標に応じた効果的な治療が行われるなら、回復率は高くなります。

### パーソナリティ障害

パーソナリティ障害は、一群のパーソナリティ傾向であって、個人の機能とウェルビーイングに、強い負の影響を及ぼします。これらのパーソナリティ傾向は、長期かつ持続的で、人生の困難を引き起こします。パーソナリティ障害の診断は困難ですが、成人のおよそ6%は、生涯のうちに診断基準を満たします。

パーソナリティ障害を有する人は、一般に、自分自身、他者そして社会に対しての見方・感じ方によって、長期かつ持続的な困難をかかえます。しばしば、自分自身は無価値で、他人と違うと経験しています。また、他者は冷淡で敵意があり、社会を危険な場所であって、本当の意味や目的の感覚が無いものと経験しています。

自分自身や世界の見方のために、親密な人間関係において、あるいは職場においても、しばしば問題が生じます。



パーソナリティ障害を有する人は、内部に脆弱性を抱えており、人生の困難に取り組むだけのレジリエンス（復元力）に欠けています。緊張の多い、または意に沿わない人生の出来事と、他者の反応は、本人のウェルビーイングに破壊的な影響を及ぼす可能性があります。

他人の反応や行為が、価値のない感覚や、自分を悪く扱っているという確信につながると、うつ、不安、時には激怒となって現れることがあります。このような苦しい感情的経験は、しばしば自傷や自殺未遂に導きます。

このような苦しい経験から自分自身を守るため、特殊な戦略をつくることとなります。一方では、関係性への強い欲求、承認と支えを、もう一方では、あらゆる犠牲をはらって、他者との接触を避けようとしています。

パーソナリティ障害と、幼少時の家庭の機能不全や虐待経験には強い関連があります。他のタイプの精神疾患と同様、遺伝、身体的障害（例えば脳のパーソナリティに影響する部分の損傷）などもこの障害の一因と考えられます。

パーソナリティ障害の治療は、他の精神疾患と比較して難しいと見られていますが、今日では、ある種の治療法は有効であるという強いエビデンスが示されています。これらは一般的に長期にわたるもので、治療者との関係性を発展させ、治療者とともに問題点とその原因を探求することによって理解し、新しい戦略や対処方法、代替となる行動を学習するものです。

### 統合失調症

統合失調症は、思考、情動そして行動への深刻な障害に特徴づけられる、精神病性障害の一群です。

▶ 統合失調症の発症は、男性の場合、一般的には思春期または成人期の早期ですが、女性の場合、もっと遅く発症することもあります。急速に始まり、数週間で病状が進むものもあれば、何ヶ月も何年もかかって、ゆっくり病

状が進むものもあります。

▶ 1度またはそれ以上の短いエピソードの後に完全に回復する人もありますが、一生、この疾患と付き合うことが必要な人もあります。

▶ 早期の診断と治療は、疾患の経過を改善して、人生における短期的な、または長期的な影響を軽減することができます。

統合失調症の症状は、陽性症状と陰性症状に表現することができます。陽性症状は、通常、一般の人たちが経験していない、付加されたものを意味します。陽性症状には次のものがあります。

▶ 思考障害：思考や言語に飛躍があり、追いかけていくのが困難になります。会話は、論理的に明らかなつながりなしに、ひとつの話題から他の話題に変わり、他者にはその道筋がほとんどわからなくなります。

▶ 妄想：迫害されている、外部から操られている状態にある、ある種の“特別さ”もしくは“影響力”があるといった誤った確信を持ちます。他者にとっては奇妙に思えて、事実と反するという証拠があっても、誤った考えは修正されません。

▶ 幻覚：5感（視覚、聴覚、臭覚、味覚、触覚）のいずれにも起こりますが、通常、聴覚に起こります。1人の声や複数の人の声が聞こえ、しばしば脅迫や悪口で、本人の行動や思考について話し合ったり、意見を述べられることを経験します。幻覚は強い現実感をもって経験されるので、社会生活に大きな影響を与え、

陰性症状は、通常、一般の人たちが持っているであろう、思考や行動の欠如を意味します。陰性症状には次のものがあります。

▶ 能動性と自発性が失われます。

▶ 感情の表出と、人にうまく接することができなくなります。

▶ 他者との接触から引きこもります。

▶ 自分自身の行動や思考についての洞察を欠

き、また病気であることを否定します。

- ▶ 治療薬による副作用。治療薬は進歩していますが、多くの副作用は不快であり、社会生活に大きな影響を与えることもあります。

上記の症状の結果として、社会的引きこもりが起こることがあり、孤立し、仕事や余暇活動を楽しむことができなくなることがあります。

統合失調症の原因はまだ十分解明されていません。遺伝要因と環境要因の複合によるものと考えられています。

生物学的危険因子には次のものがあります。

- ▶ 遺伝：統合失調症の親を持つ子どもでは、統合失調症を発症する割合が高くなります（10%）。
- ▶ 生物化学：脳内のある化学物質が病気の進行に関与しています。
- ▶ 妊娠と周産期障害：寄与因子として胎児期の異常が報告されています。

心理学的危険因子には次のものがあります。

- ▶ 過去の不運な経験：身体的あるいは心理的虐待あるいはトラウマの犠牲になること。

社会的危険因子には次のものがあります。

- ▶ ストレスとなる人生の出来事：例えば失業による転職、家族内の葛藤、経済的困難、愛する人を失うこと、仕事の重荷など。
- ▶ 物質乱用：大麻、LSDと覚醒剤の使用は統合失調症の発症の引き金になります。

## 治療

- ▶ 統合失調症は治癒しませんが、疾患の長期的コントロール、早期のマネジメントには大きな進歩がありました。早期に初期症状（早期精神病）を発見し、薬物療法、精神療法、社会的支援そして家族プログラムをもとにマネジメントすることは、最適な状態で、仕事、教育、個人的生活に復帰することの助けになります。
- ▶ ケアは、基本的には、地域精神保健サービスによって、地域で行われます。しかし、急性エピソードや自傷の恐れがある場合は、入院

パーソナリティ障害は3つの主なグループに分けられます。

- ▶ 奇妙なまたは常軌を逸した行動を示す（例：妄想性パーソナリティ障害とスキゾイドパーソナリティ障害）。
- ▶ 強烈で問題の多い人間関係とともに、非常に情緒的、劇的そして不安定な行動を示す（例：反社会性パーソナリティ障害と境界性パーソナリティ障害）。
- ▶ 強度な不安と社会的状況の回避により相当な支援を必要とする（例：回避性パーソナリティ障害と依存性パーソナリティ障害）。

パーソナリティ障害は軽度から重度まであります。パーソナリティ障害を有する人は、その行動と周りの人々を混乱させることによって、問題があることが明確になります。一方、パーソナリティ障害を有する人は、苦悩を、よく見せようとしたり、隠したりします。

統合失調症は、考える、感じる、行動するという、脳の正常な機能に障害を与える疾患です。

統合失調症を有する人は、一般に、行動、認知、思考の変化による、現実感覚のゆがみを経験します。

用語は、症状に共通点のある、いくつかの障害を含みます。

統合失調症を発症するのは人口のおよそ1%です。

統合失調症は、人格の“分裂”でも、知的能力の障害でもありません。

精神病とは、障害された思考、幻覚そして妄想など、一群の特別な症状のことです。それは飢餓等の身体状態に伴う単一のエピソードとして、物質使用に伴う一時的反応として、または統合失調症または関連する疾患の症状の一部として起こることがあります。

“精神病的”という用語は、この状態を表す言葉です。精神病性疾患は、統合失調症のように精神病の症状の起こるものの一つですが、精神病症状を常時経験しているではありません。

治療が必要になることがあります。

- ▶ 再発性あるいは慢性化した場合は、経済、居住、雇用そして社会的支援を必要とすることがあります。リハビリテーションと支援プログラムには継続的な役割があります。

## 10. 連絡先

最新の広範囲にわたる連絡先の情報は、メインドフレームのウェブサイト [www.maindframe-media.info](http://www.maindframe-media.info) を参照してください。

### 全国的な危機カウンセリングのためのヘルプライン

- ▶ ライフライン：24時間の危機カウンセリングと紹介サービス  
13 11 14
- ▶ キッズヘルプライン：5歳から25歳までの24時間カウンセリング・サービス  
1800 55 1800
- ▶ メンズラインオーストラリア：男性のための24時間カウンセリング・サービス  
1300 78 99 78

### 情報を得るための全国ヘルプライン

- ▶ ビヨンドブルー [beyondblue info line](http://beyondblue.info)：うつと不安についての情報とサービスの紹介  
1300 22 4636
- ▶ 大麻情報ヘルプライン [Canabis Inforamtion and Helpline](http://Canabis Inforamtion and Helpline)：大麻に関する情報紹介サービス  
1800 30 40 50  
受付時間：東海岸地域帯（EST）午後2時—午後11時
- ▶ リーチアウト [ReacOut!](http://ReacOut!)：若者困難なときを乗り越えるための双方向型ウェブサイト  
[www.reachout.com](http://www.reachout.com)
- ▶ SANEヘルプライン [Sane Helpline](http://Sane Helpline)：精神疾患についての情報、支援と紹介  
1800 18 SANE（7263）  
東海岸地域帯（EST）午前9時—午後5時

### 各州の危機対応・紹介電話

- ▶ 首都特別地域 危機  
(02) 6205 1065 または 1800 629 354
- ▶ ニューサウスウェールズ州 紹介  
1300 794 991
- ▶ 北方準州 危機  
(08) 8999 4988（ダーウィン）または  
(08) 8951 7710（アリス・スプリング）
- ▶ クイーンズランド州 紹介  
(07) 3271 5544 または 1300 729 686
- ▶ 南オーストラリア州 危機  
13 14 65（都市部）または  
1800 182 232（地方）
- ▶ タスマニア州 危機  
(03) 6233 2388 または 1800 332 388
- ▶ ビクトリア州 危機  
1300 363 746
- ▶ 西オーストラリア州 危機  
1300 555 788 または 1800 552 002（地方）

#### ヘルプライン

- ▶ 記事の中に危機時の連絡先や紹介先の詳細を入れてください。
- ▶ 本ページの連絡先について報道する前に、詳細について確かめてください—変更されている場合があります。
- ▶ 諸機関に記事にすることを伝え、メディアに取り上げられることによる問い合わせの増加に備えられるようにしてください。  
地方の記事では、地域のサービスまたは電話回線が利用できるか確かめてください。一般医、地域保健センター、地域の相談電話、または地域の精神保健サービスが紹介や支援を援助できる場合があります。

## 専門家のコメント

- ▶ オーストラリア自殺研究予防研究所：自殺と自傷研究、自殺予防、研修  
www.griffith.edu.au/aisrap/  
(07) 5552 9089または0408 727 706
- ▶ ビヨンドブルー—全国うつ病イニシアチブ：うつ病、不安障害、双極性障害、産後うつ病、精神保健政策  
www.beyondblue.org.au  
www.ybblue.com.au（若者用ウェブサイト）  
(03) 9810 6100または0408 810 242
- ▶ Black Dog研究所：うつ病、双極性障害、スティグマと差別  
http://www.blackdoginstitute.org.au  
(02) 9382 4368または0419 618 606
- ▶ デプレッションネットdepressioNet：うつ病とオンラインサポート、精神疾患、自殺と自傷、スティグマ  
www.depressionservices.com.au  
(02) 9331 7222または0415 401 200
- ▶ ヘッドスペースheadspace—オーストラリア全国青年精神保健基金  
www.headspace.org.au  
(03) 8346 8213または0408 174 589
- ▶ インスパイアファウンデーションInspire Foundation：革新的かつ実践的な青年の自殺予防と精神保健とウェルビーイングの改善のためのネットプログラム  
www.inspire.org.au  
(02) 8585 9320または0433 791 188
- ▶ ライフライン：精神保健とウェルビーイング、援助希求、自殺と自傷、スティグマ  
www.lifeline.org.au  
(02) 6215 9446または0434 378 939
- ▶ メンズラインオーストラリア：支援、男性の家族と関係性に関する悩み  
www.menslineaus.org.au  
(03) 8371 2800
- ▶ オーストラリア精神保健協議会—精神保健セ

クターを推進する全国NGO：精神保健サービスの提供と資金提供、精神保健政策、自殺、スティグマ

www.mhca.org.au

(02) 6285 3100または0402 613 745

- ▶ 全国大麻予防情報センター：大麻と精神保健についての情報

http://ncpic.org.au

(02) 9385 0226または0419 402 099

- ▶ ORYGEN青年保健とORYGEN研究センター：青年の精神疾患（気分、不安、摂食、薬物）、自殺、自傷、早期介入

www.orygen.org.au

(03) 9342 2800

- ▶ SANEオーストラリア：精神疾患、自殺と自傷、スティグマと差別、メディア報道

www.sane.org

www.itsallright.org（青年の家族と友人）

(03) 9682 5933または 0414 427 291

- ▶ 自殺予防オーストラリア：自殺と自傷、自殺予防、ポストベンション、スティグマ

www.suicidepreventionaust.org

(02) 9568 3111または0425 382 800

- ▶ 全国薬物とアルコール研究センター：薬物とアルコール、co-morbidity、アンフェタミン精神病、大麻と精神病

http://ndarc.med.unsw.edu.au

(02) 9385 0226または0419 402 099

## 各州保健省

- ▶ 首都特別地域保健・コミュニティケア省  
精神保健 (02) 6205 0896  
メディア担当 (02) 6205 0837
- ▶ ニューサウスウェールズ州保健省  
精神保健 (02) 9391 9309  
メディア担当 (02) 9391 9121
- ▶ 北方準州保健とコミュニティサービス省  
精神保健 (08) 8999 2553



- メディア担当 (08) 8999 2886
- ▶ クイーンズランド州保健省  
精神保健 (07) 3234 0111  
メディア担当 (07) 3234 1316
- ▶ 南オーストラリア州保健省  
精神保健 (08) 8226 0777  
メディア担当 (08) 8226 6488
- ▶ タスマニア州保健州民省  
精神保健 (03) 6230 7549  
メディア担当 (03) 6233 4890
- ▶ ビクトリア州州民省  
精神保健 (03) 9609 8592  
メディア担当 (03) 9606 7296
- ▶ 西オーストラリア州保健省  
精神保健 (08) 9222 4099  
メディア担当 (08) 9489 2888

### 統計と研究

- ▶ オーストラリア統計局  
www.abs.gov.au  
1300 135 070
- ▶ オーストラリア保健福祉研究所  
www.aihw.gov.au  
(02) 6244 1000
- ▶ オーストラリア家族研究所  
www.aifs.gov.au  
(03) 9214 7888
- ▶ オーストラリア犯罪研究所  
www.aic.gov.au  
(02) 6260 9200
- ▶ オーストラリア自殺研究防止センター  
www.gu.edu.au/aisrap  
(07) 3735 3382
- ▶ 精神保健研究センター  
www.anu.edu.au/cmhr  
(02) 6125 2741
- ▶ 不安障害臨床研究ユニット  
www.crufad.com  
(02) 8382 1720

- ▶ クイーンズランド精神保健研究センター  
www.qcsr.uq.edu.au  
(07) 3271 8660
- ▶ 傷害研究センター  
www.nisu.flinders.edu.au  
(08) 8201 7602
- ▶ ORYGEN研究センター  
www.orygen.org.au  
(03) 9342 2800
- ▶ 世界保健機関 – 精神保健  
www.who.int/mental\_health

### アボリジニー先住民とトレス海峡島民

- ▶ Auseinet アボリジニーズ先住民、トレス海峡島民部  
www.auseinet.com  
(08) 8201 7670
- ▶ オーストラリア先住民保健インフォネット  
www.healthinfonet.ecu.edu.au  
Email: healthinfonet@ecu.edu.au  
(08) 9370 6336
- ▶ ライフLIFE (Living is For Everyone)  
www.livingisforeveryone.com.au  
(03) 8398 8408 (危機支援サービス)
- ▶ アボリジニーズ先住民とトレス海峡島民オフィス保健 (OATSIH)  
www.health.gov.au  
(02) 6289 5291
- ▶ Vibe オーストラリアアボリジニー医療サービス  
www.vibe.com.au  
Email: admin@vibe.com.au

### 多文化

- ▶ オーストラリア首都特別地域多文化精神保健ネットワーク  
www.mmha.org.au/find/services/library/acttmhn/  
(02) 6205 1178

- ▶ ニューサウスウェールズ州多文化精神保健センター  
www.dhi.gov.au/tmhc  
(02) 9840 3800
- ▶ クイーンズランド州多文化精神保健センター  
www.health.qld.gov.au/pahospital/qtmhc/  
(07) 3224 0111
- ▶ 移民者保健サービス（南オーストラリア州新移住者・政治的亡命要求者プライマリケア）  
(08) 8237 3900
- ▶ オーストラリア多文化精神保健（MMHA）  
www.mmha.org.au  
(02) 9840 3333
- ▶ タスマニア多文化精神保健ネットワーク  
(03) 6332 2200
- ▶ ビクトリア州多文化精神医療ユニット  
www.vtputi.org.au  
(03) 9288 3300
- ▶ 西オーストラリア州多文化精神保健センター  
www.mmha.org.au/watmhc  
(08) 9224 1760

### 保健医療専門家

- ▶ 王立オーストラリアGP医学会：GPの支援と教育のための専門学術組織  
www.racgp.org.au  
(03) 8699 0414
- ▶ 王立豪州・ニュージーランド精神医学会：精神科医の支援と専門医としての能力向上のための専門学術組織  
www.ranzcp.org/  
(03) 9640 0646
- ▶ オーストラリア医療協会：オーストラリア医師の専門家団体  
www.ama.com.au  
(02) 6270 5400
- ▶ オーストラリア先住民医師協会  
www.aida.org.au  
(02) 6273 5013

- ▶ オーストラリア心理学会：心理学の関心と心理学者を代表する専門家団体  
www.psychology.org.au  
(03) 8662 3300または1800 333 497

### その他

- ▶ Auseinet：精神保健プロモーション、予防と早期介入のためのオーストラリアのネットワーク  
www.auseinet.com  
(08) 8201 7670
- ▶ 連邦保健高齢化省  
www.mental health.gov.au  
(02) 6289 1555または1800 020 103
- ▶ LIFE（Living is for Everyone）—全国自殺予防戦略  
www.livingisforeveryone.com.au  
(03) 8371 2806（危機支援サービス）
- ▶ 全国喪失・悲嘆協会：喪失・悲嘆カウンセラーの研究、アドボカシー、情報提供と教育訓練
  - ニューサウスウェールズ喪失・悲嘆センター  
(02) 6882 9222
  - ビクトリア喪失・悲嘆センター  
(03) 9650 3000



## 地域の連絡先

ここにあなたの地域の連絡先を追加してください。

## 付録1. 自殺と精神疾患について記述・描写する際の実施規定

### 出版物

オーストラリア報道協議会（APC）

<http://www.presscouncil.or.au/>

APCは2001年7月に自殺報道のガイドライン改訂版を公表しました。ガイドラインは報道界に、自殺と精神疾患について報道する際に、ケアと責任に継続して留意するよう呼びかけています。

APCは、新聞は、次のことを避ける方が望ましいと認知していることを確信しています。

- ▶ 故人の親族や友人の苦痛を増すこと。
- ▶ 自殺や自傷の模倣行為を促す可能性のある報道をすること。
- ▶ 自殺の手段や場所について不必要に言及すること。
- ▶ 特に若者を読者とする新聞で、自殺を軽視したり、空想的に描いたり、美化した言葉や表現を用いること。
- ▶ 精神疾患を記述する際に、しまりのない表現や俗語を用いることは、精神疾患を有する脆弱な人々にラベリングして、スティグマの対象にする危険性があること。

APCは、自殺に関する記事には、苦しんでいる人や家族のためにカウンセリング・サービスの紹介や連絡先も掲載することを推奨しています。

APCは、公衆の利益にしたがって、一部の自殺は報道されるという立場から、確固とした規定やガイドラインは唱道していません。その代わりに、自殺や精神疾患について報道する際、責任のあるアプローチを行うことと、信頼できる組織、研究センター、カウンセリング・サービスと保健関係部局に相談することを推奨しています。

APCの原則の最新版（2009年2月に再度発行）には、出版物は「…個人またはグループの疾患について不必要に強調すべきではない。関連性があり、公共の利益となる場合は、出版物に報告し、見解を述べてもよい」と書かれています。

### 放送

#### 無料テレビオーストラリア

無料の民間商業テレビ放送の内容は、商業テレビ放送業界の実施規定によって管理されていますが、それは無料テレビオーストラリアによって開発され、ACMAに登録されたものです。

民間テレビ業界の実施規定（2008年改訂）は、ニュースや時事番組について次のように定めています。

- ▶ 自殺または自殺未遂の報道は、公共の利益が同定される場合に限って行われるべきで、使用された手段の詳細についての表現は避ける必要があります。報道は簡素であって、生々しい描写や、自殺を美化するいかなる表現も含まれないようにする必要があります。
- ▶ 精神障害を不必要に強調することによって、個人またはグループを否定的に描写しないことが必要です。しかし、公共の利益となる場合は、認可された人は、起こった事件について報道すること、コメントを放送することができます。

2008年の実施規定は、さらに次の項目を規定しています。

- ▶ テレビに不向き：自殺の手段を具体的に描写すること、自殺をすすめるような描写をすること。
- ▶ 一般（G）分類：ストーリーの流れや番組の文脈によって明確に正当化される場合は、抑

制された、注意深いことばで自殺に言及できるが、空想的に、英雄的に、魅惑的に、または普通のことのように表現しないこと。

- ▶ 保護者の指導推奨（PG）分類：生々しい描写は行わず、あいまいで節度をもつこと。
- ▶ 成人（M）分類：自殺の手段を具体的に詳細に報道することで、自殺をすすめることはしないこと。
- ▶ 成人視聴者（MA）分類とアダルトバイオレンス（AV）分類：自殺の手段は放送しない、また自殺をすすめてはならないこと。

### 民間放送ラジオオーストラリア

民間放送ラジオ業界は、2004年の実施規定で次のように定めています。

- ▶ 認可された人は、自殺を好ましいもの、または望む結果を得る手段であるかのように伝える番組を放送しないこと。
- ▶ 精神障害を理由に、個人やグループを中傷しないこと。

2004年の実施規定には、民放ラジオにおける自殺と精神疾患についての描写のガイドラインおよび説明が掲載されています。ガイドラインは、ラジオ局は、自殺を好ましいことのように描写したり、望む結果を得る手段として伝えることは避けるべきであると、要点を述べています。

- ▶ 文言によって、自殺を美化または扇情的に扱っていないか、または自殺を問題解決策として扱っていないか検討すること。
- ▶ 有名人の自殺を美化または扇情的に扱うことを避けること。
- ▶ 自殺の手段についての詳細な表現を除くこと。

ガイドラインはさらに、認可された人は、精神疾患を有する人を中傷したり、スティグマ化する番組を放送することを、避けるべきであると述べています。

- ▶ 精神疾患を有する人は、先天的に暴力的である、就労できない、弱い、または良くならな

い、などは事実無根であることを思い起こして、中傷的文言を避けること。

### オーストラリア放送協会（ABC）

ABCの全般的な実施基準（2008年7月改訂）は次のように述べています。

- ▶ 自殺をABCの放送内容として扱うことは正当です。自殺の描写または表現にはきわめて慎重である必要があります。事件または手段の描写が、他者の模倣行為を刺激しないよう十分に注意する必要があります。
- ▶ 差別やステレオタイプ化を避けるため、放送に用いる言葉や描写は、ステレオタイプな理解を強化する、またはステレオタイプな仮定を伝達するものであってはいけません。
- ▶ 遺族の描写またはインタビューを放送することは、慎重である必要があります。編集方針（2009年3月改訂）は、更に次のように述べています。

▶ 自殺をABCのニュースで扱うことは正当です。しかし、自殺報道は他の自殺未遂を助長する恐れがあるので、ABCはこのようなリスクを増加させないように努力します。もし報道される場合は、特に自殺の手段が一般的なものでない場合は、節度のある言葉を用いて、手段や場所を生々しく描写するのは避けるべきです。

▶ 言葉を慎重に使うことも重要です。使用する言葉が、自殺を美化、扇動、または問題の解決策のように表現されていないか、点検してください。

▶ 公共の関心が高いと考えられる場合、有名人の自殺は報道されます。有名人の自殺記事は、自殺を美化して、模倣自殺を促す可能性があるため、自殺の手段や場所を詳細に伝えることは避けてください。

▶ ニューサウスウェールズ州とクイーンズランド州には、自殺の可能性のある死の検死陪審の報道に規制があります。

- ▶ 障害を有する人は、一般的に、病名で認識されるより、個人として認識されることを好みます。例えば、統合失調症者というより統合失調症を有する人です。
- ▶ 公衆は、苦悩しているサバイバー、目撃者、遺族、自殺についての報道には敏感です。

### 特別放送サービス（SBS）

2006年の番組づくりに関する一般的な実施基準には、精神疾患と自殺の両方の章があります。  
精神疾患について

- ▶ SBSは、いかなる個人またはグループであっても、精神疾患のゆえの偏見を示す態度に反対します。

自殺に関して

- ▶ 自殺は番組制作において正当な題材ですが、極めて慎重に描写されるべきです。自殺の手段を詳細に述べたり、見せたりすることのないよう十分な注意が必要です。番組作成者は、このような行為は、脆弱な人たちの興味を引きつける危険性を十分に認知している必要があります。自殺の手段を描写する場合は、番組作成者はその文脈と編集要件に注意する必要があります。
- ▶ 自殺について報道する場合、苦悩している人にインタビューしたり、描写したりする場合は、特に慎重になるよう求めています。SBSは、自殺についての報道は公共の利益にかなう場合のみ行うべきで、州によって、検死官の所見は、検死官による許可がない限りは、報道は禁止されていると述べることにしています。いかなる自殺の報道も、控えめな文言で行ない、通常、自殺の手段を詳細に報道するのは避けてください。

### 地域社会放送協会（CBAA）

テレビとラジオの実施規定は、放送出演者について次のように述べています。

- ▶ 自殺を美化したり、扇情的に扱ったり、また

多くのメディアは自殺について報道する際の規定を設定しています。一部の規定は精神または知的障害の報道・描写について述べていますが、精神疾患についてはほとんど特定されていません。

ここにリストされた規定の全文については関連するウェブサイトをご覧ください。

オーストラリア通信メディア局（ACMA）は、テレビ、ラジオ、インターネット業界の放送サービスおよびインターネットの内容や、不適切な内容に関する苦情の処理および調査についての実施規定を作成する支援をしています。

業界の規定および基準はACMAに登録されます。

[www.acma.gov.au/](http://www.acma.gov.au/)

### 国際的なガイドライン

メディア、自殺防止そして精神保健に関する多くの国際機関は、メディア報道のガイドラインを作成しています。

国際的なガイドラインの多くは、国際自殺予防学会のウェブサイトから閲覧することができます。

[www.iasp.info](http://www.iasp.info)

### メディア、エンターテインメント、芸術同盟

オーストラリアジャーナリスト協会の倫理規定は、ジャーナリストは、個人の悲嘆とプライバシーを尊重して、個人の脆弱性や、メディア活動に知識が無いことを食いや物にしてはいけなと述べています。インタビューは、インタビューを受ける人が、説明に同意した場合にだけ、行うようにしてください。

は人生の問題の解決策として放送しないことを求めています。特に、放送の題材は、自殺未遂や自殺の手段または場所の詳細を提供すべきではありません。

- ▶ 精神障害を理由に、個人またはグループを、ステレオタイプ化したり、中傷したり、憎悪させたりする可能性のあるものは、放送しません。

## オーストラリアテレビ・ラジオ協会基金

### (ASTRA)

2003年のASTRAの実施規定は、ニュースと時事番組を放送するに当たっては、認可を受けた者は、自殺や未遂の放送は、公衆の利益が明らかな場合にのみ行い、自殺の手段の詳細な説明と描写や詳細は除外すること、自殺を美化しないと述べています。

## インターネット産業協会

1999年のインターネット実施規定は、18歳以下の未成年のインターネット使用について保護者が管理することを支援するよう、プロバイダーに求めています。

## オーストラリアレコード産業協会 (ARIA)

ARIAの明示的または暗示的に攻撃的な歌詞の表示についての実施基準は、自殺の方法を教示するアルバムは、分類を拒否し、販売を許可しないことを規定しています。

## オーストラリア広告協会 (ANAA)

ANAAの倫理コードは、子どもを対象とする宣伝広告では、精神障害を理由に個人やグループを中傷することを禁止しています。

## 付録2. 本書作成にあたり意見を求めたメディア諸機関

### メディア産業と調整団体

- ▶ オーストラリア全国広告主協会（AANA）
- ▶ オーストラリア放送管理局（ABA）
- ▶ オーストラリア放送協会（ABC）
- ▶ オーストラリア報道協議会
- ▶ オーストラリア地域放送協会（CBAA）
- ▶ オーストラリアテレビ・ラジオ協会基金（ASTRA）
- ▶ オーストラリア民間ラジオ放送（CRA）一元オーストラリアラジオ放送連盟
- ▶ オーストラリア民間テレビ放送（CTVA）一元オーストラリア民間放送テレビ局連盟
- ▶ メディア、エンターテインメント、芸術同盟（MEAA）
- ▶ 映像・出版物分類管理局（OFLC）

すべての州・準州のメディア関係者との間で、詳細な面談が行われました。



## 付録3. 全国メディア・精神保健グループの会員リスト

2009年6月のメンバーは次のとおりです

- ▶ Ms Alina Bain (無料テレビオーストラリア)
- ▶ Ms Sarah Herber(民放ラジオオーストラリア)
- ▶ Mr Rex Jory (オーストラリア報道協議会)
- ▶ Ms Heather Forbes(オーストラリア放送協会)
- ▶ Ms Rhianna Patrick (オーストラリア放送協会)
- ▶ Dr Mathew Dobson (オーストラリア通信・メディア局)
- ▶ Mr Clive Skene (フリンダース医療センター)
- ▶ Ms Barbara Hocking (SANEオーストラリア)
- ▶ Ms Julie Foster (ビヨンド・ブルー—全国うつ病イニシアチブ)
- ▶ Ms Jane Meagher (オーストラリアコンシューマー健康フォーラム)
- ▶ Mr Simon Tatz (オーストラリア精神保健協議会)
- ▶ Mr Michael Winter(オーストラリア作家協会)
- ▶ Ms Georgina McClean (特別放送サービス)

### 議長と事務局

- ▶ オーストラリア連邦政府保健高齢化省精神保健・自殺予防プログラム部

全国メディア・精神保健グループは、メディアが自殺と精神疾患について報道する際に、最も有害でなく、模倣行為を引き起こさず、そして精神疾患を経験した人へのスティグマ減少に貢献できるよう、適切な指針と方法を助言するために、2000年に設置されました。

## 用語集

**代弁者【Advocates】**：コンシューマーから代弁権を委ねられた人。

**病因論【Aetiology】**：疾患または障害の発展に寄与するすべての要因。

**不安【Anxiety】**：心理的な緊張の高まり（例えば心拍数の増加、息切れ）に伴う恐怖感または不快感。

**不安障害【Anxiety disorder】**：実際に危険や脅威となる状況ではないにも関わらず、強い心理的感覚とともに、極端な恐怖と不安が出現することを特徴とする障害。

**広場恐怖【Agoraphobia】**：脱出することが困難な場所または状況にいることの恐怖、またはパニック発作の起こったときに援助の得られない恐怖。恐怖には、1人で戸外にいること、人込みの中にいること、列に並ぶこと、橋の上にいること、バス、車、電車で旅行するという状況を含む。

**神経性無食欲症【Anorexia nervosa】**：絶食、運動そして下剤使用を介しての、自己誘導による体重減少を主徴とする深刻な摂食障害。神経性無食欲症を有する人は、ゆがんだ身体イメージを持ち、ひどい痩せ過ぎであっても、肥満への強い恐れがある。

**アセスメント【Assessment】**：診断、ニーズそして期待されるケアの結果を決定するため、コンシューマーの情報を体系的・継続的に評価すること。

**双極性障害【Bipolar disorder】**：躁うつ病の新しい名称。そう状態（軽そう状態）のエピソードの既往歴を有することに特徴があり、うつエピソードと交替することが一般的であるが、うつ状態を経験しない人もある。

**神経性大食症【Bulimia nervosa】**：摂食障害のひとつで、自己管理のできない、自己嫌悪を伴うむちゃ食いに特徴づけられる。むちゃ食いへの代償と、体重を増やさないために、自己誘発的な嘔吐または下剤、フルイドタブレットを乱用する。

**ケアラー【Carer】**：コンシューマーとの緊密な関係があり生活に影響を受ける人、またはケアの役割に選ばれ、契約している人。

**慢性的【Chronic】**：長期または頻回の再発があり、しばしば重度となっていくこと。

### コンシューマー／クライアント

**【Consumer/client】**：精神疾患を経験した人、精神保健サービスを受けたことのある人、または精神保健サービスによって、大きな影響を受けた人。

**うつ状態【Depressed mood】**：悲しさや不幸の感情であって、私たちの多くが、生涯をとおして時々経験するもの。

**うつ病【Depressive disorder】**：気分障害の一群の臨床用語であって、強い、継続する悲しみ、喜びの喪失で特徴づけられる。情緒、行為そして認知機能の障害の集合であって、標準的

な精神疾患診断基準で定義される。

**診断【Diagnosis】**：臨床に関連した徴候学に基づく決定であって、他の状態の診断を除外する理由の考慮と臨床的判断の適用。

**退院【Discharge】**：自殺未遂を図った人が病院または精神保健施設を退去する時をいう。精神保健施設から退院後4週間以内は、自殺のリスクが高いことが、研究成果から明らかになっている。

**幻覚【Hallucinations】**：最も多い形式は非実在の声を聞くこと。あまり多くはないが、非実在でありながら、その人にはきわめてリアルに、見える、味がする、臭いがすることもある。

**軽躁病【Hypomania】**：躁病に似たエピソードであるが、それほど激しくなく、障害の程度も小さい。その状態は、多幸的な気分、非現実的な楽観性、多弁で行動的、睡眠の必要の減小で特徴づけられる。創造力が増大する人もあるが、判断力と機能の低下を経験する人もいる。

**発生率【Incidence】**：一定期間に同定される事例数。通常は1年間であって、例えば、自殺で死亡した人の数がある。発生率は、通常、人口10万対で表される。

**維持療法【Maintenance treatment】**：疾患の再発を防ぐために、または最善の健康状態を維持するための治療。

### 躁病／躁病エピソード

**【Mania/manic episode】**：疾患のエピソードであって、強い高揚感、精力感、興奮という気分の動揺、睡眠の必要性の減小と多弁、思考の早さで特徴づけられる。幻覚や妄想を経験する人もある。

**精神障害【Mental disorder】**：診断可能な疾患で、その人の認知的、情緒的、社会的能力に大きな障害を及ぼすもの。しばしば精神疾患と同義に用いられる。

**精神保健【Mental health】**：よい生き方をしているという全体的な感覚。主観的なウェルビーイングと、個人と集団の目標の最適化を促す相互作用のある環境。

### メンタルヘルスリテラシー

**【Mental health literacy】**：特定の障害を認識できる能力、精神保健の情報を求める方法を知っていること。危険因子と原因の知識、自分にできる治療的取り組みと専門家の援助で利用できるもの、認知を高めることと適切な援助希求のできる態度。

**精神保健問題【Mental health problem】**：情緒的、社会的、認知能力またはウェルビーイングが減退しているが、精神障害に該当する状態ではない。個人、グループそして環境の間の相互作用による破綻は、精神健康の状態を低下させる。

### 精神保健専門家

**【Mental health professional】**：精神保健の領域で仕事をするよう特別に訓練を受けた人で、ソーシャルワーカー、サイコロジスト、精神科医、精神科看護師そして作業療法士などがある。

### 精神保健プロモーション

**【Mental health promotion】**：ある地域の全住民と個人間の精神健康とウェルビーイングを最大にする活動。

**精神保健サービス【Mental health service】**：公的または民間のサービスで、精神障害または精神的な障害を有する人たちに、治療、リハビ

リテーションまたは地域支援を提供することを主要な役割とするもの。

**精神疾患／障害【Mental illness/disorder】**：医学的に診断可能な疾患として認識されたもので、個人の思考と情緒能力に重大な障害を及ぼしており、介入を必要とするかもしれないもの。

#### 全国精神保健戦略

**【National Mental Health Strategy】**：全国精神保健政策と計画で構成され、連邦政府、各州準州政府の保健大臣が1992年に採択して、権利と責任を表明した。戦略は、全政府が精神疾患を有する人の生活改善に取り組むことを明言している。

#### 全国自殺予防戦略

**【National Suicide Prevention Strategy】**：全政府と社会全体で自殺予防に取り組むよう、全国若者自殺予防戦略を基盤につくられた。全国自殺予防戦略は、若者に焦点を当てることを継続しつつ、生涯にわたる自殺予防活動を支援している。活動は、地域における教育訓練、一般医と地域組織のようなプライマリケア提供者の間のネットワークづくり、メディア活動や地域での展開を含めた自殺の危険因子と保護因子の理解を促すことを含む。

#### 全国若者自殺防止戦略

**【National Youth Suicide Prevention Strategy】**：オーストラリアの全州政府、保健専門家、ケアラー、研究者などが関与した、3千百万ドルの若者の自殺予防のための統合された取り組み（1999年6月に終了）。資金は地方の若者カウンセリング、電話カウンセリングの強化、保護者のためのプログラムと専門家の教育訓練と研究活動に当てられた。

#### 強迫性障害

**【Obsessive/compulsive disorder】**：精神健康の障害で、望まない考えがいつも浮かぶことを特徴とする。執拗に浮かぶ考えをコントロールする、または消すために、入念な儀式を行うことになる。例えば、オープンを止めたかどうか確認するために何度も家に帰る。

**パニック発作【Panic attacks】**：不安と死の恐怖、またはコントロールを完全に失ってしまう恐怖の、圧倒的な身体症状のエピソード。強度のパニック発作は、多くの人が脅威を感じないような状況でも起こることがある。

**恐怖症【Phobia】**：実際には危険の無い特定のものや状況に対する強い恐怖。恐怖症は、恐怖のある状況で、個人が効果的に振る舞う能力に強い障害を及ぼす。

**産後うつ病【Postnatal depression】**：出産後の女性およそ8人に1人が罹患する深刻なうつ病。気分の変化、食欲と睡眠の障害、不適切な感じ、不安と罪責感、集中力と記憶の障害が起こる。

**有病率【Prevalence】**：疾患／障害を有する人の、人口に対する割合。

**保護因子【Protective factors】**：自殺の危険にある人を保護する可能性のある一群の要因。

**精神障害【Psychiatric disability】**：精神障害の結果として起こった、日常生活機能の低下または欠損。精神医学的にみた能力障害は、それがうまく管理されるか、完全に回復した場合には、最小限になるか、存在しなくなる。

**精神科医【Psychiatrist】**：精神医学の専門家としての訓練を受けた医師。

**心理学者【Psychologist】**：心理学の専門家として訓練を受けた保健領域の専門家。

### 精神病／精神病エピソード

**【Psychosis/psychotic episode】**：精神疾患によって、現実との接触を失っている期間。思考、感覚そして外部の情報を理解する能力が深刻な影響を受ける。

### 心的外傷後ストレス障害

**【Post-traumatic stress disorder】**：戦争、拷問、交通事故、火事または暴力のような大きな外傷体験をした人たちの多くは、事件の終わった後も、長く恐怖を感じ続ける。悪夢やフラッシュバックを何年間も経験することもある。

**危険因子【Risk factors】**：一般人口から無作為に選ばれた人に比べて、特定の人に障害が発生しやすい特徴、変数、要因。

**統合失調症【Schizophrenia】**：100人に1人が罹患する精神疾患。精神機能に障害が起こり、長期の経過によって、パーソナリティの変化が生じることもある。発症は、一般的に思春期または成人早期である。

**自傷行為【Self-harm】**：自分自身を多様な方法で傷つけるもの。自らを切り裂く、自らを打ち叩く、過量服薬、故意にする無謀行為等を含むさまざまな方法で、自身に危害を与える。最近の研究は、自傷行為は自殺未遂よりも多く、若者の深刻な保健問題であることを示唆している。

### 社会恐怖／社会不安

**【Social phobia/social anxiety】**：他者が、その人の行動や発言すべてを否定的に判断しているという恐怖。何らかの落ち度を見つけると、自分に半永久的な欠点があり、無価値であると

思い込む。

**スティグマ【Stigma】**：恥、不承認または避けられている印。変わっていると受けとめられる行為について話すとき、または過剰に戸惑いを感じる時に現れる。スティグマはすべての精神疾患に伴うが、特に疾患によって一風変わった行動が生じるときに強くなる。スティグマは沈黙の壁を作り上げることがあり、本人、地域社会、家族そして友人に損傷を与える。

**自殺行動【Suicidal behaviours】**：自殺未遂を含めた偶発的でない自傷の多くのタイプを表す幅広い用語。

**自殺【Suicide】**：意識的で故意に自己の命を絶つ行為。その人の生命を絶つために、行為は意識的に行われる。

**自殺念慮【Suicide ideation】**：自殺についての思考様式。

**支援【Support】**：治療過程の一部として専門家によって継続的に行われるケア、または地域の中で誰かによって提供される支援。

**物質使用障害【Substance use disorders】**：行動に適応性がなくなる程度まで薬物を使用した障害であって、社会的、職業的機能が障害され、コントロールと自制が不可能になる。薬物への依存は、物質乱用または物質依存のように精神的なものもある。

**症状【Symptom】**：障害または病気による観察可能な生理的または精神的な徴候で、しばしばグループとして症候群を構成する。

**治療【Treatment】**：認定された保健専門職、たとえば精神科医、一般医または他の医師、看

護師、心理学者、作業療法士、ソーシャルワーカーまたはその他の精神保健専門職による介入（薬物療法または療法）。

**ウエルテル効果【Werther effect】**：文学作品をもとにしたメディアによる自殺報道の後の模倣効果を表すことば。ヨハン・ヴォルフガング・フォン・ゲーテ著「若きウエルテルの悩み」に関連する。



## 参考文献

- <sup>1</sup> Commonwealth Department of Health and Aged Care (1999) *Achieving the Balance: A Resource Kit for Australian Media Professionals for the Reporting and Portrayal of Suicide and Mental illness*, Commonwealth or Australia, Canberra
- <sup>2</sup> Pirkis, J. et al (2001) *The Media Monitoring Project: A Baseline Description of How the Australian Media Reports and Portray Suicide and Mental Health and illness*, Commonwealth Department of Health and Aged Care, Canberra
- <sup>3</sup> Pirkis, J., Blood, W.R. et al., (2008). *The Media Monitoring Project: Changes in media reporting of suicide and mental health and illness in Australia*: Canberra.
- <sup>4</sup> World Health Organization. (2008). *Preventing Suicide: A Resource for Media Professionals*. WHO: Geneva.
- <sup>5</sup> Hassan, R. (1995) Effects of newspaper stories on the incidence of suicide in Australia: a research note, *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 29(3),480-483.
- <sup>6</sup> Martin, G. and Koo, L. (1997) Celebrity Suicide: Did the death of Kurt Cobain affect suicides in Australia? *Archives or Suicide Research* 3(3), 187-198.
- <sup>7</sup> Hassan, R. (1995) op cit
- <sup>8</sup> Etzersdorfer E, Voracek M, Sonneck G. (2004). A dose-response Relationship between imitational suicides and newspaper distribution. *Archives of Suicide Research*, 8(2):137-145.
- <sup>9</sup> Stack S. (1990). Audience receptiveness, the media, and aged suicide, 1968-1980. *Journal of Aging Studies*, 4(2):195-209.
- <sup>10</sup> Wasserman, I., (1984) Imitation and suicide a re-examination of the Werther effect, *American Sociological Review* 49, 427-436.
- <sup>11</sup> Cheng ATA, Hawton K, Lee CTC, Chen THH. (2007). The influence of media reporting of the suicide of a celebrity on suicide rates: a population-based study. *International Journal of Epidemiology*, 36(6):1229-34.
- <sup>12</sup> Yip PSF, Fu KW, Yang KCT, Ip BYT, Chan CLW, Chen EYH, et al. (2006). The effects of a celebrity suicide on suicide rates in Hong Kong. *Journal of Affective Disorders*, 93(1-3):245-52.
- <sup>13</sup> Stack S. (2005). Suicide in the media: a quantitative review of studies based on non-fictional stories. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 35(2):121-33.
- <sup>14</sup> Phillips, D.P., and Carstensen, L.L. (1986) Clustering of teenage suicides after television news stories about suicide, *New England Journal of Medicine* 315, 685-689.
- <sup>15</sup> Cheng ATA et al. (2007) op cit
- <sup>16</sup> Etzersdorfer E, Voracek M, Sonneck G. (2001). A dose-response relationship of imitational suicides with newspaper distribution. *Aust NZJ Psychiatry*, 35(2):251.
- <sup>17</sup> Etzersdorfer E, et al. (2004) op cit
- <sup>18</sup> Phillips, D.P., and Carstensen, L.L. (1988) The effect of suicide stories on various demographic groups, 1968-85, *Suicide and Life-Threatening Behavior* 18, 100-114.
- <sup>19</sup> Ashton, J.R. and Donnan, S. (1979) Suicide by burning: a current epidemic. *British Medical Journal* 2(6193), 769-770; Versey, M. J., Kamanyire, R. and Volans, G. N. (1999) Antifreeze poisonings give more insight into copycat behaviour [letter] *British medical Journal* 319(7212), 1131.
- <sup>20</sup> Hassan, R. (1995) op cit
- <sup>21</sup> Wasserman, I. (1984) op cit
- <sup>22</sup> Ashton, J. R. and Donnan, S. (1979) op cit
- <sup>23</sup> Etzersdorfer, E. and Sonneck, G. (1998) Preventing suicide by influencing mass media reporting: the Viennese experience 1980-1996, *Archives of Suicide Research* 4(1),67-74; Etzersdorfer, E. and Sonneck, G. and Nagel Kuess, S. (1992) Newspaper reports and suicide [letter], *New England Journal of Medicine* 327(7), 502-503.
- <sup>24</sup> Blood, R. W. and Pirkis, J. (2001) *Suicide and the Media: A Critical Review*, Commonwealth Department of Health and Ageing, Canberra
- <sup>25</sup> Bollen, K.A. and Philips, D.P. (1982) Imitative

suicides: A national study of the effects of television news stories. *American Sociological Review* 47(6), 802-809.

<sup>26</sup> Phillips, D. P. and Carstensen, L.L. (1986) op cit

<sup>27</sup> Phillips, D. P. and Carstensen, L.L. (1988) op cit

<sup>28</sup> Ostroff, R. B., Behrends, R. W., Lee, K. and Oliphant, J. (1985) Adolescent suicides modelled after television movie, *American Journal of Psychiatry*, 142,989; Ostroff R. B. and Boyd J.H. (1987) Television and suicide: comment, *New England Journal of Medicine* 316(14),876-877; Ellos, S. J. ,and Walsh, S. (1986) Soap may seriously damage your health, *Lancet*, (March), 686

<sup>29</sup> Versey, M. J., Kamanyire, R. and Volans, G. N. (1999) Antifreeze poisonings give more insight into corycat behaviour [letter], *British Medical Journal* 319(7212),1131

<sup>30</sup> Gould, M. S. and Shaffer, D.(1986) The impact of suicide in television movies, *New England Journal of Medicine* 315, 690-694

<sup>31</sup> Stack, S. and Gundlach, J. (1994) Country music and suicide: A reply to Maguire and Snipes, *Social Forces* 74(4), 1245-1248

<sup>32</sup> Scheel, K. R. and Westefeld, J. S. (1999) Heavy metal music and adolescent suicidality: an empirical investigation, *Adolescence* 34(134), 253-273

<sup>33</sup> Maguire, E.R. and Snipes, J.B. (1994) Reassessing the link between country music and suicide, *Social Forces* 72(4); Stack, S. and Gundlach, J. (1994) op cit

<sup>34</sup> Martin, G., Clarke, M. and Pearce, C. (1993) Adolescent Suicide: music Preference as an indicator of vulnerability, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 32(3), 530-535

<sup>35</sup> Pirkis, J., Blood, R., Francis, C., & McCallum, K. (2005). *A Review of Literature Regarding Fictional Film and Television Drama Portrayals of Suicide*. Melbourne, VIC: University of Melbourne.

<sup>36</sup> Lavin, M.R., Martin, G. and Roy, A. (1992) Final Exit: the practice of self-deliverance and assisted suicide for the dying – comment, *New England Journal of Medicine* 326(13), 890; Marzuk, P.M., Tardiff, M.J. and Leon, A.C.(1994) Increase in fatal suicidal poisonings and suffocations in the year Final Exit was published: a national study, *American Journal of psychiatry* 151(12)

<sup>37</sup> Cantor, C.H., Tucker, P.J., and Burnett, P. (1991) The media and suicide[letter] *Medical Journal of Australia* 155(2), 130-131

<sup>38</sup> Martin, G. and Koo, L. (1997) op cit

<sup>39</sup> Francis, C., Pirkis, J., Dunt, D. and Blood R.W. (2001) *Mental Health and Illness in the Media: A Review of the Literature*, Commonwealth Department of Health and Ageing, Canberra

<sup>40</sup> Wirthlin Worldwide Australia (2001) *National Mental Health Benchmark Study*, North Sydney

<sup>41</sup> National Mental Health Association (2000) *Stigma matters: Assessing the media's impact on public perception of mental illness*, Chicago: National Mental Health Association

<sup>42</sup> Ferriman, A. (2000) The stigma of schizophrenia, *British Medical Journal* 320(7233), 522

<sup>43</sup> Granello, D., Pauley, P. and Carmichael, A. (1999) Relationship of the media to attitudes towards people with mental illness, *Journal of Humanistic Counseling Education and Development* 38(2), 98-103

<sup>44</sup> Cited in Francis, C. et al (2001) op cit p 48

<sup>45</sup> Domino, G. (1983) Impact of the film 'One Flew Over the Cuckoo's Nest', on attitudes towards mental illness, *Psychological Reports*, 53(1), 179-182; Wahl O.F. and Lefkowitz J.Y.(1989) Impact of a television film on attitudes toward mental illness, *American Journal of Community Psychology* 17(4), 521-28; Thornton, J.A. and Wahl, O.F. (1996) Impact of a newspaper article on attitudes towards mental illness, *Journal of Community Psychology* 24(1), 17-25

<sup>46</sup> Pirkis, J., Blood, W.R. et al., (2008) op cit

<sup>47</sup> Australian Bureau of Statistics (2009) *Suicides, Australia, 1998 to 2007*, ABS catalogue number 3309.0.

<sup>48</sup> Australian Bureau of Statistics(2000) *Suicides, 1921 to 1998*, ABS catalogue number 3309.0.

<sup>49</sup> Steenkamp, M. and Harrison, J. (2000) *Suicide and hospitalized self-harm in Australia*, Canberra, Australian Institute of Health and Welfare.

<sup>50</sup> Berry J.G. & Harrison J.E. (2007). Hospital separations due to injury and poisoning, Australia 2003-04. *Injury research and statistics*, 30. AIHW cat. NO. INJCAT88. AIHW: Adelaide

<sup>51</sup> Pirkis, J., Blood, W. R. et al.,(2008) op cit

<sup>52</sup> Ibid

<sup>53</sup> ABS(2007) *Mental Health and Well-being : Profile of Adults, Australia*, Canberra

<sup>54</sup> Pirkis, J., Blood, W.R. et al., (2008) op cit

<sup>55</sup> Sawyer, M. et al (2000) *Mental Health of Young People in Australia*, Australian Institute of Health and Welfare

<sup>56</sup> ABS(2007) op cit

<sup>57</sup> Sawyer, M. et al(2000) op cit

<sup>58</sup> Sane Australia(2003). Factsheet 5. Violence and mental illness

<sup>59</sup> Ibid



## 翻訳者紹介

### アームストロング加藤ゆかり

三重県四日市市出身、短期大学終了後、語学留学で渡英。その後、結婚のため1979年に渡豪。翻訳家、会議通訳としてオーストラリアや日本のほか東南アジア、ヨーロッパ、北アメリカ等で活躍の傍ら、1997年キャンベラ日本クラブ設立(現会長)、SBSラジオ日本語番組のキャンベラ便りを担当して、オーストラリアの日本人コミュニティに貢献。キャンベラ在住。

### 竹島 正

(国立精神・神経センター精神保健研究所 精神保健計画部長／自殺予防総合対策センター長)

1980年3月自治医科大学卒業。高知県本山保健所医師、高知県室戸保健所長、高知県立精神保健センター所長を経て、1997年6月国立精神・神経センター精神保健研究所 精神保健計画部長に着任。2006年10月より自殺予防総合対策センター長併任。

自殺予防総合対策センターブックレットNo.5  
自殺と精神疾患に関する報道

---

発行年月日：平成21年12月25日 初版第1刷発行

訳者：アームストロング加藤ゆかり  
竹島 正

デザイン：織田信生

発行：国立精神・神経センター精神保健研究所 自殺予防総合対策センター  
〒187-8553 東京都小平市小川東町4-1-1  
TEL042-341-2712(内線6300) FAX042-346-1884  
<http://ikiru.ncnp.go.jp/ikiru-hp/index.html>

印刷・製本：株式会社 東京アート印刷所

---



<http://ikiru.ncnp.go.jp/ikiru-hp/index.html>