

本橋委員提出資料

- 論文「ハンガリーの自殺率はなぜ減少したのか？」
- 論文「タイにおける自殺の現況と予防へ向けた取り組み」

第2回自殺対策推進会議

ハンガリーの自殺率はなぜ減少したのか？

本橋 豊¹⁾ 金子 善博¹⁾ 藤田 幸司¹⁾ 鈴木 圭子²⁾

1) 秋田大学医学部社会環境医学講座 健康増進医学分野

2) 秋田大学医学部保健学科 老年看護学

2007年12月、秋田大学自殺予防研究プロジェクトチームはハンガリー共和国のブタペスト市を訪問し、ハンガリーの自殺予防対策の現状について自殺の専門家である Tamás Zonda 博士に対する面談調査を実施した。ハンガリーの自殺率が1988年から減少した理由は、共産主義社会から民主主義社会への移行という大きな政治的変革が影響しているといのが Zonda 博士の見解であった。

1. はじめに

ハンガリーは自殺率が高い国として知られている。ブラームスの憂愁の立ちこめるハンガリー舞曲のイメージから、ハンガリーの国民性のようなものが自殺率の高さと関係しているのではないかと考える人がいるとしたら、それは誤解である。秋田県の自殺率の高さを秋田県の県民性と結びつけたがる短絡的な思考と同じ発想である。ハンガリーの自殺率は現在でも高いが、1988年以來トレンドとしては減少傾向にある。この自殺率の減少はハンガリーの国民性が変化したからというような解釈では、もちろん説明できない。また、医学的にうつ病の治療が進歩したからというような解釈でもありえない。結論から言えば、1989年の東西冷戦の終結、ソビエト連邦の瓦解に伴う東欧・中欧の大きな政治的変化と急激な制度変革が、自殺率の減少をもたらしたと考えるのが最も妥当である。自殺率の変化に社会や制度の変化が影響を及ぼすという実証的なデータの一つと考えるべきである。このような社会的要因はデュルケームのいわゆる「アノミー」というような曖昧な概念で捉えるよりは、制度変革をもたらす社会の自由度の変化と具体的に捉えた方が良いと思われる。以下、ハンガリーの自殺率の時系列変化とその要因分析を踏まえて、なぜハンガリーの自殺率が減少したのかを考察する。なお、

本稿のハンガリーの自殺率の分析データは、2007年12月に秋田大学自殺予防研究プロジェクトの一環として、ハンガリーの自殺予防の専門家である Tamás Zonda 博士を訪問し面談調査した際の聞き取りと、そのときに入手した同氏のハンガリーの自殺の疫学に関する文献に基づいている。

2. ハンガリーの近現代史の概観

19世紀後半(1866年)、オーストリアがプロイセンとの戦いに敗れ、ハンガリーはオーストリア帝国と結び、オーストリア・ハンガリー二重帝国が成立し、ブタペストなどの都市整備が進展した。第一次世界大戦でオーストリア・ハンガリー二重帝国が敗れ、帝国は崩壊し、ハンガリー王国が復活した。第二次大戦では右傾化したハンガリーはナチス・ドイツに接近し、枢軸国として戦った。そして、第二次世界大戦後はソ連の影響下にハンガリー人民共和国が成立し、共産党による一党独裁による共産主義国家となった。1953年にはワルシャワ条約機構からの脱退をめざすいわゆる「ハンガリー動乱」が起きたが、ソ連軍に鎮圧された。その後、共産主義体制が続いていたが、1989年に自由化を求める機運が高まり、やがて1989年11月のベルリンの壁崩壊につながっていく。東西冷戦の終結により、複数政党制による民主主義国家への体制転換が行われ、1999年にはNATO加盟、2004年にはEU加盟を実現した。

3. ハンガリーの自殺率の時系列推移

図にハンガリーの自殺率の推移(1980年～1998年)を示した。ハンガリーの自殺率は1980年代前半には世界的にも高かった。とくに共産主義政権が続いていた時代の自殺率が高いことがわかる。自殺率は1988年以降減少傾向を示し、1998年には人口10万対29.9に低下している。自殺率の低下がとくに顕著であったのは男女とも20～29歳の年齢層であった。自殺率が低下し始めた時期は、東西冷戦が終結し、ハンガリーが民主主義国家への政治的な体制転換を行った時期と一致する。

1988年は共産党独裁体制が大きく揺らいだ年であり、民主的な多党政治システムへの移行、経済の自由化の導入など大きな社会的変革期であった。そして、1989年にはハンガリーは共和国に移行し、1990年には1946年以来の民主的な選挙が実施され、ソビエト占領軍がハンガリー国内から撤退した。このような大きな社会的変革がハンガリーの自殺率の減少に大きな影響を及ぼしたと推察されるのである。

なお、付言すると、自殺率の低下が観察される時期に一致して積極的な自殺対策は実施されていない。ハンガリーにおいては、現在

に至るまで、組織的な国家自殺対策が構築されたことはないのである。また、自殺率が減少し始めた時期に一致して、抗うつ薬の使用が増加したというような事実もない。抗うつ薬の使用が増加するのは1994年以後であり、自殺率の減少が観察される1988年から6年後のことである。すなわち、抗うつ薬の使用増加によるうつ病治療の改善によって、ハンガリーの自殺率が低下させたというような説明はできない。

4. ハンガリーの自殺予防専門家 Zonda 博士とのインタビュー結果

Tamás Zonda 博士はハンガリーを代表する精神科医であり、ハンガリーの自殺予防学の代表的学者として自殺予防関係の国際学会で活躍してきた。平成19年12月、ハンガリーのブダペスト市内の Zonda 博士の自宅を訪問し、約2時間ハンガリーの自殺の実情と自殺予防の展望について面談調査を行った。面談者は秋田大学自殺予防研究プロジェクトの4名の研究者であり、主として本橋が通訳を介して質問を行った。その要点は「1988年から観察されるハンガリーの自殺率低下の要因は何か」であった。これに対する Zonda

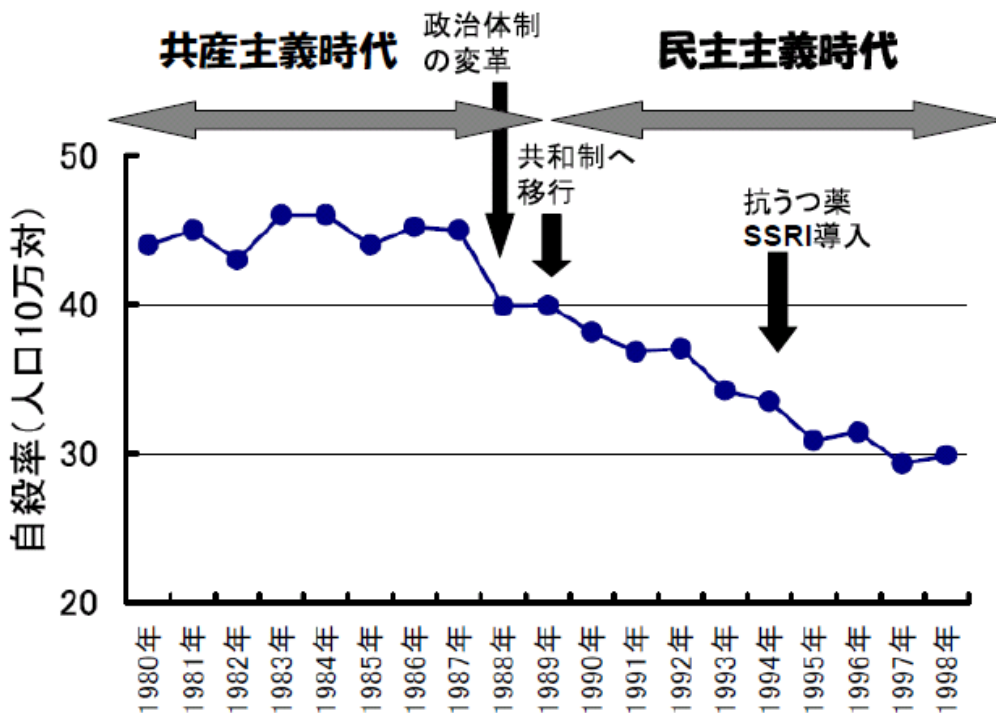


図. ハンガリーの自殺率の時系列推移(1980～1998年)。Tamás Zonda 博士提供の資料より筆者作成。ハンガリーは1989年に共産主義国家から民主主義国家(共和制)へと移行した。自殺率はこのような劇的な政治的・社会的変革の影響を受けて減少した。

博士の回答は次のとおりであった。

「1987～1988年の政治的変革の前の共産主義時代には、自由というものがなく、人々は政治的に息苦しい思いをしており、心理的な圧迫があった。共産主義時代には、自殺は共産主義社会という理想の社会を否定することになりかねないということで、自殺に関する研究や調査が禁止されたことがあり、学問の自由というものが保障されていなかった。ただし、個人への配慮というものを気にしないで、国家が統計をとることができたのは皮肉なことである。政治的・社会的変革後、人々は自由になり、国家や社会からのさまざまな心理的圧迫がなくなった。この大きな政治的・社会的変革の直後からハンガリーの自殺率が低下し始めたということは、社会の大きな変化が自殺率を下げたということだ。抗うつ薬のSSRIがハンガリーで使われ始めたのは1994年からである。従って、SSRIの使用がハンガリーの自殺率を低下させたということではない。しかし、ハンガリーの精神科医にはSSRIの使用が自殺率を下げたと主張する人がいる。彼らは私の主張には納得しないだろう。しかし、自殺率の時間的推移を見れば、そのことは簡単にわかるはずだ。

ハンガリーが国家として自殺対策をしてきたかという点、そのようなことはこれまで全くなかった。共産主義時代には自殺を問題にすることができなかつたし、民主的な共和国になってからは、経済発展やその他の健康課題の陰に隠れて、メンタルヘルスや自殺の問

題が国家指導者の関心を引くことはなかった。国としての対策の必要性を何度も私は訴えたが、無駄だった。日本で国家的な自殺対策が法に基づいて実施されているということはすばらしいことだ。日本の自殺対策について大変関心がある。現在、私はキリスト教関連団体から研究費を受給して、ハンガリーの農村地区で介入研究を行っている。教区の司祭に頼んで介入研究を行っているが、司祭が必ずしも熱心に動いてくれないのが悩みである。スウェーデンのGotland研究を参考にして、同じような研究を実施したこともあるが、結果は彼らの結果を支持するものではなく、ネガティブな結果だった。

日本の自殺予防対策における地域保健のシステムや保健師の役割は興味深い。ハンガリーにただちに応用できるとは思わないが、詳細についてもっと知りたいと思う。」

以上、短い時間のインタビューであったが、ハンガリーの自殺予防学の大家が、ハンガリーの自殺率減少について率直かつ明快な説明をしてくれたことに満足して、インタビューを終えることができた。

資 料

Tamás Zonda. (Former head of department of psychiatry, Jahn hospital, Budapest, Hungary) Suicide in Hungary (1970 -2000). Personal communication to: Motohashi Y. (Professor, Akita university) 2007 Dec 17.

Why suicide rate in Hungary dramatically decreased in 1990s?

Yutaka Motohashi, Yoshihiro Kaneko, Koji Fujita, Keiko Suzuki
Department of Public Health, Akita University School of Medicine

The members of Akita University Suicide Prevention Research Project visited Professor Tamás Zonda, psychiatrist and specialist of suicide prevention, at Budapest city, Hungary, in order to exchange information about suicide prevention policy in Hungary. He stated that the essential and huge social-political-economic changes had greatly contributed to a marked decrease in suicide rate in Hungary.

Received 2007.12.26 Accepted 2007.12.28
1-1-1 Hondo, Akita City, 010-8543, Japan

タイにおける自殺の現況と予防へ向けた取り組み

鈴木 圭子¹⁾ 本橋 豊²⁾ 金子 善博²⁾

1) 秋田大学医学部保健学科

2) 秋田大学医学部社会環境医学講座 健康増進医学分野

目的: タイの自殺予防研究者と面談し、タイの自殺の現況と予防へ向けた取り組みに関する聞き取り調査を行った結果を報告する。

方法: タイの自殺予防研究者を訪問し、面談による聞き取り調査を実施した。内容は、タイの自殺の状況、自殺の社会的背景要因、自殺予防に関する国家・地域の取り組みであった。

結果: タイの自殺死亡率は1999年に最多(人口10万人あたり8.6)であり、その後漸減し、2005年は6.3であった。1999年の自殺死亡率増加の背景要因として、アジア経済危機後の失業率増加が考えられていた。年代別の自殺死亡率では、男性では20代後半に最多であり、女性では年代差はなかった。自殺手段は縊首が最も多く、次いで農薬服毒が多かった。自殺死亡率が高い地域では、失業率、HIV感染率が高かった。

結論: タイの自殺の背景として、経済問題、ストレスに対する不適切な対処行動(コーピング)の問題、HIV感染、容易な農薬入手があることが推察された。自殺予防は若い男性を重点的に、北部のAIDSに関するリスクを減らす、農薬へのアクセス制限について対策するべきと考えられていた。

1. はじめに

世界的に自殺問題は国家的取組の必要な課題として認識されており、西欧諸国を中心に国家自殺予防戦略が策定されている。しかし、東南アジア諸国における自殺に関する基礎的データと自殺対策の政策動向に関する情報は乏しいのが実情である。東南アジア地域では、強固な絆をもつ家族関係、広範な地域共同体のサポート、宗教教義への忠実さを文化とする国が多いといわれ、タイもその例外ではない。

タイは1980年代後半から急速な経済発展を遂げた。しかし1997年のアジア通貨危機により国内経済は大きな打撃を受け、同時に自殺が同国の公衆衛生上の問題となった¹⁾。以降、同国の経済は順調に回復し、2006年の一人あたりGNPは約2,990ドルと通貨危機前の水準に回復している²⁾。これはASEAN加入国中、シンガポール、ブルネイ、マレーシアに続き第4位の水準である。その他、国の概要

を表1に示した。

今回、タイの自殺予防研究者と面談し、タイの自殺の現況と予防へ向けた取り組みに関する聞き取り調査を行い、日本とタイの自殺対策に関する情報交換を行ったので報告する。

2. 方法

2007年2月に、タイ・バンコク市のマヒドン大学医学部(Ramathibodi病院)のManote Latrakul 准教授(精神医学)を訪問し、面談による聞き取り調査を実施した(図1)。同氏はタイにおける自殺予防研究の第一人者で、タイの自殺の現状に関する英文論文を国際学術誌に公表していることから、面談調査対象者として選ばれた。聞き取り調査では、タイの自殺の状況(官庁統計データ)、自殺の社会的背景要因、自殺予防に関する国家あるいは地域の取り組みについて尋ねた。また、日本とタイの自殺対策に関する情報交換も行った。面談時間は約100分間であった。聞き取り調査は英語で行われた。

表1 タイ国の概要

人口	6,470万人(2006) ⁶⁾
1人あたりGNP	2,990USドル(2006) ⁶⁾
就学率	95.7%(2006) ²⁾
主な死因(2004) ⁶⁾	1. AIDS(死亡率81.7:人口10万人あたり) 2. 悪性新生物(78.9) 3. 事故(56.3)
平均寿命	男性67才, 女性73才(2005)*
宗教	仏教(95%) イスラム教(4%)

*WHO Statistical Information System (WHOSIS)より

3. 結果

1) 自殺の現況

タイ国の性別による自殺死亡者数年次推移を図2に、年齢階級別自殺死亡者数を図3に示した。自殺者数は1999年に最多であり、人口10万人あたり8.6であった。その後徐々に減少し、2005年は6.3であった。自殺者は男性に多く、1998～2003年の男女比は3.4:1であった。年代別では、男性では20歳代後半に最多で60歳代にやや増加するものの、年齢上昇と共に減少していた。女性では年代差はなかった。

自殺手段は男女共、いずれの年代においても縊死が50～60%で最も多く、次いで農薬服毒が多かった(表2)。自殺死亡数には地域差があり、北部、中央地区、南部、東北部の順に多かった(図4)。

2) 自殺の背景

自殺死亡者率と失業率の年次推移を図5に示した。1997年の通貨危機後、1998年の失業率は1.5%から4.4%に増加していた。1999

年の自殺数増加の理由として、アジア経済危機後の失業率増加が関連しているものと推察された。

自殺数の地域差について、経済危機後の失業者数は特に北部・中央部に多く、HIV感染者が北部に多いことが関連すると考えられていた(図6)。さらに、自殺者が多いチェンマイでの研究結果から、自殺者が多い地域での共通点として、HIV感染、アルコール関連問題、夫婦の不仲、慢性疾患、経済問題があることが指摘された³⁾。

タイの文化として、他者との結びつきが強く、共同体内部の相互依存性が強いことが、調査対象者から指摘された。タイでは高齢者は尊敬され、高齢者は子供から経済的支援を得ることに躊躇はなく、子供にとっても老親の世話をすることは幸福なことだと考えられているとのことであった。

3) 自殺予防に向けた政府の取り組み

タイ政府は2005年に“Healthy Thailand”を制定し、17の施策中の一つに自殺の減少を



図1 マヒドン大学医学部 Ramathibodi 病院(面接実施場所)(左)とバンコク市内(右)

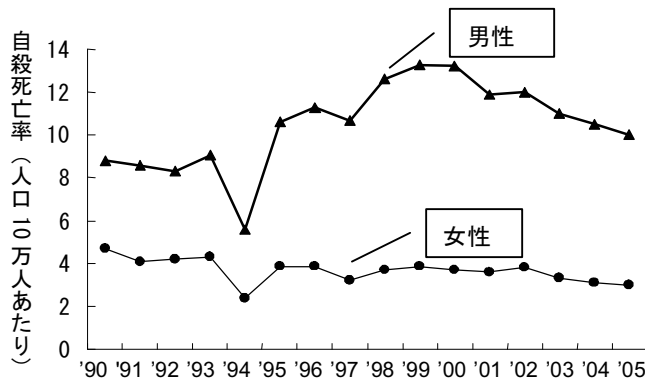


図2 自殺死亡者数の年次推移¹⁾

1994年の一時的減少は統計の不備と考えられる。
一部 Manote Latrakul 氏提供資料より

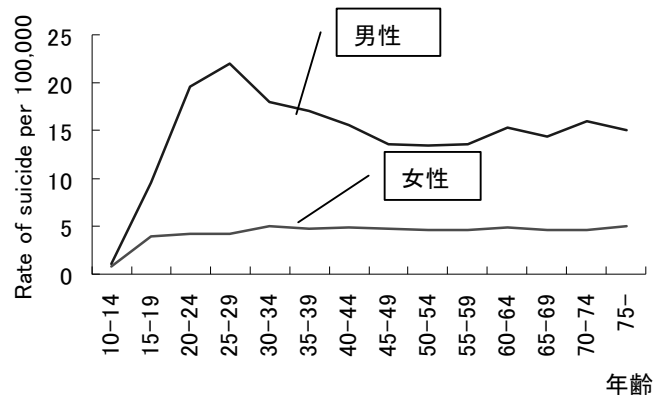


図3 年齢階級別自殺死亡者数¹⁾
(1998-2003年平均)

明言している。さらに“自殺予防戦略2005-2008”が制定され、その中で、自殺予防のために、1)住民のうつ・自殺に対する気付きと理解の促進、2)専門家の能力強化、3)記録システムの改善、4)自殺関連の研究の推進、が記載されていた。

4. 考察

タイの自殺死亡率は人口10万人あたり6.3(2005年)と、他のアジア諸国と比較して高くはない。自殺の背景要因として、経済問題、不適切な対処行動(コーピングの問題)、HIV感染と農村部における不十分な医療、容易な殺虫剤入手等があると考えられた。

1) 経済問題、ストレスに対する不適切な対処行動(コーピングの問題)

1997年のアジア経済危機後の失業率の急

増とその後の漸減は自殺死亡者数の推移と関連が認められ、同国においても自殺と社会経済要因の関連の強さが示唆された。一般に、若年男子は女子よりもストレスや社会変化への対処能力が低いことが示唆されている⁴⁾。社会全体での取り組みと共にこれら若年男子の対処能力向上のアプローチも今後の課題と思われる。

2) HIV感染

HIV感染はタイの保健分野に限らず、タイ社会全体の問題として捉えられてきた。性産業従事者及びそれを介した感染は、コンドームキャンペーンなどの対象者を特定した取り組みが功を奏し、HIV/AIDSの新規感染者数の激減に成功したことが知られている。しかし、AIDSは2004年でも同国における死因の第1位であり、予後に対する不安、AIDS患

表2 自殺手段(1996~2005年)

	単位: %			
	1996-2000		2001-2005	
	男	女	男	女
縊死	55.6	47.6	60.9	50.0
農薬	7.4	11.9	14.8	24.5
毒物	10.9	19.5	2.8	4.8
薬物	2.7	4.9	4.4	7.9
銃器	5.9	1.7	4.8	0.9
その他	17.5	14.3	12.3	11.8

Manote Latrakul 氏提供資料より

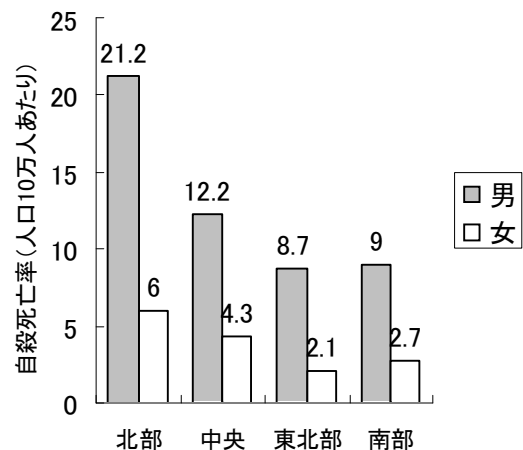


図4 各地域の自殺死亡率¹⁾

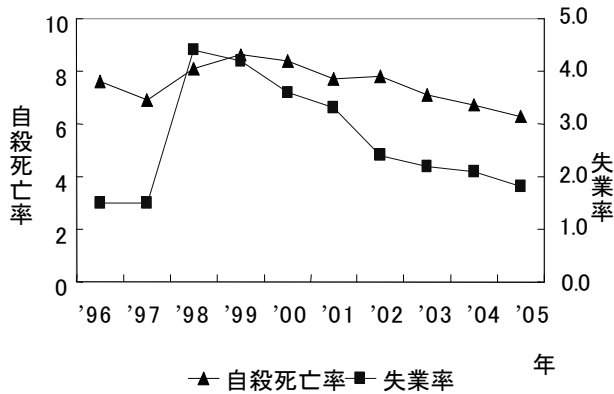


図5 自殺死亡率と失業率の年次推移

者に対する偏見、医療費の問題が自殺の誘因となっている⁵⁾。地方とバンコク市、あるいは地域間の医療資源の格差は徐々に改善されつつあるものの、依然としてタイの医療保障における主要課題であり⁶⁾、プライマリケアの一層の充実が求められる。

3) 自殺手段へのアクセス

自殺手段の第1位は、男女とも縊首であり、全体のほぼ半数を占めていた。銃器を使用した自殺が減少してきている一方、農薬による自殺が増加傾向にあった。特に農村部では殺虫剤を入手することは容易である⁴⁾。縊首へのアクセス制限は困難であるが、殺虫剤へのアクセスを制限することは可能であり、このような多方面からの取り組みが、自殺死亡数減少に寄与すると考えられる。

5. 結語

タイの自殺の背景として、経済問題、ストレスに対する不適切な対処行動(コーピング)の問題、HIV感染、容易な農薬入手があった。自殺予防は若い男性を重点的に、北部のAIDSに関するリスクを減らす、農薬へのアクセス制限について対策するべきと考えられていた。

マヒドン大学医学部准教授 Manote Lotrakul 氏に協力頂いたことを感謝する。本調

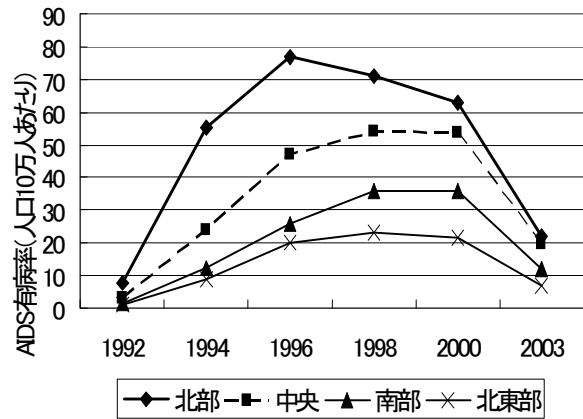


図6 各地域のAIDS有病率⁶⁾

査は、平成18年度科学研究費補助金(基盤研究(C)18639005、アジアにおける自殺予防共同研究ネットワークの構築に関する企画調査、研究代表者:本橋 豊)により行われた。

文 献

- (1) Lotrakul M. Suicide in Thailand during the period 1998-2003. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 2006; 60: 90-95.
- (2) World Bank. World Development Indicators database. <http://www.world-bank.org/>
- (3) Tantipiwatanaskul P, Visrutratana S. Suicide: an Investigation and Prevention. Department of Mental health, Bangkok, 1998 (in Thai).
- (4) Lotrakul M. Suicide in the North of Thailand. *J Med Assoc Thai* 2005; 8(7):944-948.
- (5) WHO. Suicide prevention (SUPRE). http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/
- (6) Ministry of Health, Thailand. Thailand Health Profile 2001-2004.

Current Situation Regarding Suicide in Thailand and Approaches to Prevention

Keiko Suzuki¹, Yutaka Motohashi², Yoshihiro Kaneko²

¹ Course of Nursing, Akita University School of Health Science

² Department of Public Health, Akita University School of Medicine

Purpose: The purpose of this study was to interview a suicide prevention researcher in Thailand and report the results of an interview regarding the current status of suicide and approaches to prevention in Thailand.

Methods: An interview study was conducted by visiting a Thai suicide-prevention researcher. The researcher was interviewed regarding the circumstances of suicide in Thailand, the social background factors underlying suicide, and national and regional approaches related to suicide prevention.

Results: The suicide mortality rate in Thailand peaked at 8.6 per 100,000 population in 1999, and then gradually declined to 6.3 in 2005. The rise in unemployment rate following the Asian economic crisis was considered a background factor underlying the increase in suicide death rate in 1999. According to age group, the male suicide mortality rate was highest in the late 20s group, but there were no differences according to age group among the females. The most common method of suicide was hanging, and it was followed by ingesting agrochemicals. The unemployment rate and AIDS prevalence were high in the regions where the suicide death rate was high.

Conclusions: Economic problems, problems with inappropriate behavior to deal with stress (coping), HIV infection, and ready availability of agrochemicals were inferred to lie in the background of suicide in Thailand. It was concluded that preventive measures should be taken to lower the risk of AIDS in the Northern Region, focusing on young males, and to restrict access to agrochemicals.

Received 2007.12.26 Accepted 2007.12.30

1-1-1 Hondo, Akita-city, 010-8543 Japan