

# ハンガリーにおける自殺対応の一側面 —研究動向と民間団体の支援活動を中心に—

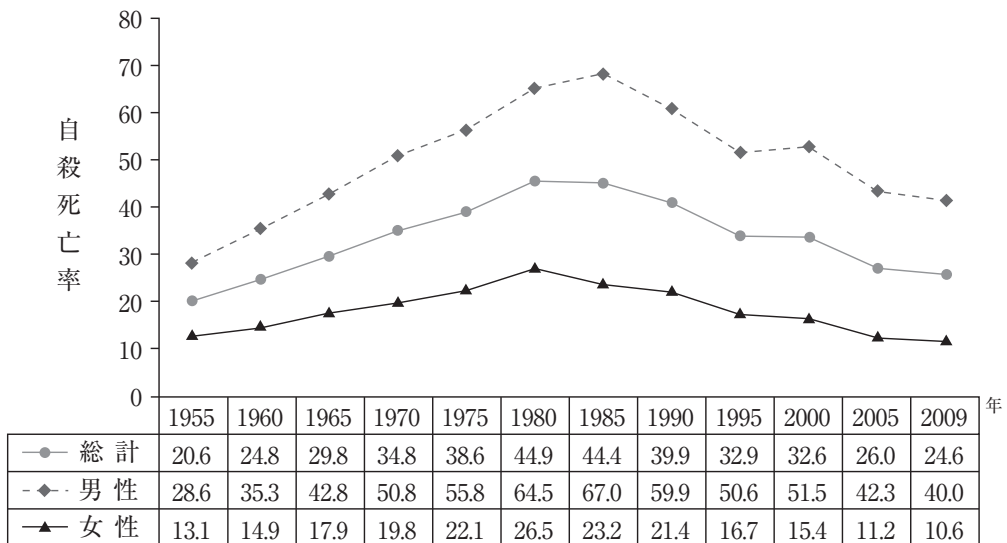
久保美紀

## はじめに—問題の所在

世界保健機関(WHO)世界保健統計によると、2012年の1年間に自殺で亡くなった人は80万人を超えている<sup>(1)</sup>。日本の自殺者数は1998年に急増して3万人を超えてから、14年連続して3万人を超える状態が続いていた。2012年以降3万人を下回ったものの、依然として多いことには変わりはなく、自殺死亡率(人口10万人あたりの自殺者数)は2012年が23.1、2015年は18.9と諸外国と比べて高い<sup>(2)</sup>。

本稿で取り上げるハンガリーは、国際的自殺

統計で自殺死亡率の上位に位置する国のひとつであり、2012年の自殺死亡率は25.4で6番目に高い。ハンガリー中央統計局のデータによると、2015年の1年間の自殺者数は1,870人で、一日に5人は自殺で亡くなっていることになる<sup>(3)</sup>。筆者は、1980年代後半、自殺対応にとりくむ民間団体にボランティアをしていた。1980年代半ばにハンガリーの自殺死亡率はピークに達し、1986年から減少に転じていった(図1参照)。ハンガリーにおける高い自殺死亡率の背景には何があるのだろうか、また、自殺死亡率は中・東



出所：WHO: [http://www.who.int/mental\\_health/media/hung.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/hung.pdf) 2016.10.15閲覧

図1 ハンガリーの自殺死亡率(1955~2009)

欧での政治的・経済的变化の前後から低下現象を見せたが、その背景に何があるのだろうか」と疑問をもったことが、本稿の問題意識の端緒になっている。

Shneideman は、「自殺は、自ら手を下した意識的行為によってもたらされた死とされる。その行為は、死ぬことが最良の解決法と認識された出来事に直面し、窮地を脱することを願った人物の、多くの次元をもった苦痛によってもたらされる、と考えると最も理解しやすい」(1985=1993:244)という。1996年に国際連合(UN)から国レベルでの自殺予防対策立案のためのガイドラインが発表された(UN 1996)。さらに、WHOは、2003年に「自殺は、その多くが防ぐことのできる社会的な問題」と明言した。自殺は社会的要因を考慮し、個人の問題としてのみとらえるのではなく、社会的に解決を要する課題である。自殺が問題状況を解決する唯一の手段であるという呪縛から解放され、もうひとつの選択肢をもてるようになっていく手立てを講じていく必要がある。

本稿では、ハンガリーの自殺対応の動向を、文献レビューと自殺対応に取り組む民間団体の支援活動をとおして明らかにする。構成としては、まず、ハンガリーという国の特徴について歴史的背景を含めて触れた上で、2000年代に発表された文献をもとに、自殺をめぐる研究動向を把握する。その際に、自殺対応には、自殺のリスク要因の把握と科学的な根拠を踏まえたうえでの戦略が重要であることから、自殺のリスク要因、自殺死亡率の低下の背景、それらを踏まえての自殺対応戦略の3つの点からまとめる。さらに、民間支援団体の自殺対応の活動を紹介し、考察を加えることにする。

## 1 ハンガリーの概要<sup>(4)</sup>

ハンガリーの人口は約990万人(2016年4月現

在)で、人口構成は、0~14歳:14.5%、15~64歳:67.2%、65歳以上:18.3%、ブダペストに約170万人住んでいる。民族はハンガリー人が約9割を占める。

建国は1000年に成立したハンガリー王国である。1866年、オーストリアがプロイセンとの戦いに敗れ、1867年にオーストリア・ハンガリー二重帝国が誕生した。柳原によれば、ハンガリーにおける福祉国家の起源は、オーストリア・ハンガリー二重帝国時代に求めることができる(柳原 2016:18)。第一次世界大戦に同盟国側で参戦するも敗戦国になり、オーストリア・ハンガリー二重帝国が崩壊し、1919年、ハンガリー共産党が革命を起こして、ハンガリー・ソビエト共和国が成立したが、ルーマニアの介入により4ヶ月で崩壊した。第二次世界大戦では枢軸国側にたったが敗戦、1945年にソ連に占領され、1949年には社会主義国家ハンガリー人民共和国が成立した。しかし、ソ連に対する反発も強く、1956年にはワルシャワ条約機構からの離脱を目指すハンガリー革命が起き、20万人が西側へ亡命した。1980年代、ソ連でペレストロイカが推進され、共産党政権は改革派が主導するようになり、民主化運動がおり、1989年に体制転換に至った。これは中・東欧諸国の体制転換において先駆的役割を果たした。1999年に北大西洋条約機構(NATO)に、2004年に欧州連合(EU)に加盟している。1990~1993年にかけて、1989年比でGDPが約2割失われるなど、体制転換不況に陥り、1990年代半ば以降経済の回復が本格化したが、就業者数の回復は緩慢だった。EUにおけるハンガリー経済の相対的位置は、10年近くものあいだほぼ停滞している(柳原 2016)。

## 2 自殺対応にかかわる研究動向

### (1) 自殺のリスク要因

自殺の背景の解明は容易ではなく、社会学的、

心理学的、生物学的要因が挙げられている。自殺行動に向かわせるリスク要因のなかで、もっとも大きなものは、自殺企図歴と重い精神障害があることであり、自殺企図歴のある人は自殺者の40%を占める。そうしたことを背景に、18～64歳までの2,953人の全国レベルの調査の結果、以下のことが指摘されている(Szádóczyら 2000)。自殺企図は複数の要因が作用してなされる行為であることはいうまでもないが、そのなかで、長期にわたる不安障害、情動障害が自殺企図を高めており、両方の病的状態、再発、慢性状態は重要な予測要因である。自殺企図は、気分変動と双極性障害に関係しており、動揺・興奮は抑うつ症状であり、それは自殺企図を高めている。ハンガリーにおいては、双極性障害の罹患率が他の国より高いことが、自殺死亡率の高さに反映されているということである。

これに関連するものとして、自殺企図は将来の自殺既遂の最も強いサインであり、とりわけ、それは気分障害の場合にはあてはまるという研究結果がある(Rihmerら 2006)。それによると、自殺行動がとても複雑で、多様な背景をもつ現象であるという事実にもかかわらず、国際的研究やハンガリーにおける研究は自殺既遂者と自殺未遂者の90%が少なくともひとつの精神障害があるという結果が出ている。最も多いのは抑うつ、物質使用障害、統合失調症などであり、不安、パーソナリティ障害もあるが、それらは主要な診断としてはまれである。これらを踏まえて、ブダペストの自殺危機ユニットに入院した104人の患者との継続的な接触を通して、精神疾患簡易構造化面接(MINI International Neuropsychiatric Interview)を行った結果、自殺企図者の85%が現在主要な抑うつ症状があり、自殺企図者に気分障害、不安障害、物質使用障害があったことが呈示されている。

他方、心理学的剖検により、社会経済的大変

動に関係した経験と、西洋社会で確認されている自殺のリスク要因と自殺との結びつきを検証した研究がある(Almasiら 2009)。体制転換以来、中・東欧の多くの国が重大な社会的・政治的・経済的大変動を経験した。ハンガリーにおいては、1990年以降、失業、貧困、アルコールの消費、離婚の増加があった。同時期に、保健ケアシステムが精神保健サービスの提供の増大と相まって大きく変わった。また、信仰をはじめ、そのほかの自由の獲得があった。そこで、ハンガリーにおける自殺に結びついている要因として、以下の仮説を立てている。①社会的孤立、ライフイベント、深刻な精神疾患、パーソナリティ障害、自傷の経歴、アルコール・薬物の誤使用などの西洋社会において自殺と結びついているとされている、社会的、臨床的、行動的リスク要因。②1990年以降の社会的・経済的發展に関係した経験で、これらは、失業、社会経済的不況といったリスク要因と、増加した宗教行事といった保護要因を含んでいる。

こうして、2002～2004年の間の194人の自殺で亡くなった人びとのケースを対象に心理学的剖検を実施した結果、個人的レベルの人口学的、臨床的特徴に関係した多くのリスク要因が確認された。他方、社会経済的变化に関係するであろう、多くのリスク要因も確認され、社会的要因が個人の自殺リスクの重要な決定要因であろうと想定されている。しかしながら、見出された社会的要因と自殺との決定的な結びつきについては確認されておらず、こんご、さらなる検証が必要であることが示唆されている。

## (2) 自殺死亡率低下の背景

ハンガリーにおける自殺の減少において、国家経済の改善が貢献しているかどうかは証明されていない。自殺と失業をつなぐエビデンスは多いため、ハンガリーにおける近年の自殺死亡

率の変化には価値がある。1990年代の失業の増加、最低収入以下の人口の増加、アルコール依存症の上昇、離婚の増加といったリスク要因における変化にもかかわらず、自殺死亡率が低下した背景には、精神保健ケアにおける変化があるとしている(Rihmerら 2000)。具体的には、外来患者数の増加、精神科医の増加、さらに、抑うつと自殺に関する高度な医学訓練が抗うつ薬の使用の増大をもたらした。加えて、SOS電話サービスの数の増大がある。

抑うつが自殺の決定的要因であることが検証されているが、精神保健サービスの進展、抗うつ薬の活用に導いた医師の増加が、体制転換後の失業・離婚率の増加にもかかわらず自殺死亡率の低下が起こった背景にある。さらに、より近年のハンガリーにおける一般開業医教育を巻き込む介入は、自殺の有意の減少をもたらしている。ハンガリーにおいて自殺死亡率の高い南西地域で、一般開業医のための抑うつマネジメント教育プログラムの有効性を検証している(Szantoら 2007)。自殺の背景には、精神疾患があることがわかっており、そのもっとも共通の疾患は気分障害である。それは見逃されることが多い抑うつであり、抑うつの治療へのアクセスを改善することに取り組んだのである。具体的には、2001~2005年の5年間にわたって、一般開業医およびその看護師を対象とした抑うつマネジメント教育プログラムを実施した。その結果、介入地区の自殺死亡率は周囲の県(county)や全国レベルのそれに比べて大幅に低下したが、当該地域のリスク要因を考慮した自殺予防プランの必要性が示唆されている。

さらに、1990~2001年の間の自殺のありようの変化とそれらの自殺の手段との関係を分析しているものがある(Bereczら 2005)。自殺の手段としては、縊死が最も多く、次いで、薬物の過剰摂取、飛び降り、焼身、自動車事故、水死

などがある。これらのなかで、薬物の過剰摂取によるものが約60%減少している。その背景には、抗うつ薬の使用が7倍になったことが挙げられている。ハイリスクの精神科患者のマネジメントにおいて使用される薬物療法的管理の改善と、毒性の農薬とほかの毒物へアクセスしづらくすることが自殺の減少にも貢献しているというのである。

### (3) 自殺対応戦略へ

1960年代から今日に至る50年間の自殺の動向を疫学的・臨床的に視座から検証しながら、こんごの自殺対応戦略が提起されている(Rihmerら 2013)。自殺はいくつかの医学生物学的、心理社会的構成要素を含む、複雑で複合的な理由による行動であるが、適切な治療を受けていない精神障害の病歴(とくに、抑うつとアルコールに関係した)は、最も重要なリスク要因となっている。長期間にわたる、また、現在の心理社会的・パーソナリティ要因(ストレスフルなライフイベント、財政的問題、失業、衝動性)と、喫煙などの嗜癖行動もまた、自殺死亡率と関係していることが統計的にわかっている。それらに加えて、地理的、気候的、社会文化的、食習慣や宗教的、経済的差異が考慮される。さらに、自殺に結び付いたスティグマ、死に至る手段へのアクセスのしやすさ、社会・保健ケアシステムへのアクセスのしやすさもまた考慮されるべきことが強調される。個人的側面から自殺の問題を見ると、自殺行動はマクロ社会と個人的な自殺リスク要因との間の複雑な相互作用の結果であることに疑いはない。

精神科医の増加、外来患者対応部門数の増加、SOS電話サービスの数の増加に加え、新しい政治システムは、信仰の自由と新しい市民組織を生み出した。さらに、精神保健ケアシステムの改善もある。抑うつに対するよりよい認識



とその治療が、唯一ではないものの重要な貢献をしている。こうした保健ケアの進展による自殺死亡率の低下にもかかわらず、ハンガリーでは政府主導の自殺予防プログラムが未だ存在しない。こうした状況を踏まえて、次のような戦略が提案されている。

自殺企図歴が主要な自殺のリスク要因であるため、自殺のリスクのある人のスクリーニング、医療ケアが、精神科診療からすべての保健ケア、とりわけプライマリーケアに拡大され、プライマリーケアの専門職が抑うつと自殺のリスクのスクリーニングだけでなく、自殺企図歴のある人への継続的にかかわりを提供できるようにすべきである。そして、一般開業医は、複合したリスク要因をかかえる患者の場合、最適なポジションにあり、必要に応じて、精神保健ケア、カウンセリングにつながることができる。また、心理社会的、コミュニティの要因も人びとのQOL(quality of life)とウェルビーイングを向上させ、自殺方法の法的規制、さらに、飲酒、喫煙等のより厳格な規制は自殺死亡率を低下させるかもしれないとしている。

加えて、社会のそれぞれのレベルで発展し実施される個々のプログラムは、政府レベルの中核的自殺予防プランによってコーディネートされる必要があること。中核的予防プランは、複数のレベルで、予知、予防、介入の可能なターゲットを提示し、社会の中で複数のグループを設立することを提示すべきであることを主張している。その自殺予防プランは、自殺とそのリスク要因にかんするデータ収集のためのガイドライン、医療訓練における必要な変化のアウトライン、社会サービス提供者の訓練、教師、警察官と同様に、教会関係者の訓練、関連分野での科学研究の遂行、自殺に関係した倫理的、道徳的、法的問題への取り組み、必要であれば法制の変更、パブリックキャンペーンのデザイ

ンと実施、啓発キャンペーン、学校での介入の可能性を切り開くことを含むべきである。そして、すべてのレベルでコーディネーターが指名されなければならない。しかしながら、このようなプランが実現されるためには、自殺問題にかんする気づきが、一般市民だけでなく、政治家、法律制定者、保健・社会的ケア決定者に起こるべきであるとして、国家レベルの自殺予防プログラムの実施の必要性、背景にあるメカニズムにかんする科学的探究の必要性を強調している。

なお、気分障害の長期にわたる罹患が自殺の主要な背景の20%を占めるという事実にもかかわらず、それらはプライマリーケアで見逃されがちである。適切な治療を受けていない気分障害のある人の自殺は、全体の60~85%であり、精神科医と他の保健ケアワーカーの役割は大きい。それに加え、精神障害の兆候と複雑さにかんする一般向けの教育が重要であることが指摘されている(Rihmerら 2004)。

### 3 民間団体の自殺対応の取り組み<sup>(5)</sup>

#### (1) 概要

「At Home in Soul」(ハンガリー語の名称: Lélekben Otthon)の母体であるHome inside Soul Foundationは、2007年にブダペストに設立されたNGOである。そのミッションは、心理的支援、カウンセリング、自殺対応などである。支援の対象となるのは、精神障害のある人、抑うつ状態にある人、統合失調症の人のいる家族、長期失業者、精神疾患のリスクのある人である。具体的な活動内容は、サービスクラブ、セルフヘルプ支援、求職者の訓練、相談、加えてウェブサイトでの情報発信である。そして、ハンガリー精神医学会、ハンガリー心理学会、精神科医の団体、双極性障害や統合失調症の人のいる家族のNGO、全国患者フォーラムと連

携しており、さらには、海外の団体とも密接な関係をもっている。

そのなかで、「At Home in Soul」が、自殺対応のための活動に取り組んでいる。自殺者の親族や仲間など、大切な人を亡くした人たちは、家族メンバーなどの自殺の後、自殺を企図するリスクが高く、危機状態の管理がきわめて重要であるにもかかわらず、精神保健ケアシステムからの支援を受けることができていない。「At Home in Soul」は、自殺対応のなかでも、第一義的にこのような遺された家族メンバーのケア、支援などに力点を置いている。

## (2) 具体的な活動内容

50人のボランティアが、家族メンバーをはじめとしたクライアントに援助を提供している。ボランティアは、サイコロジスト、小児科医、教師、法律家、販売員、年金生活者、工場労働者、聖職者、フィルムディレクターなど多様である。そして、20代の女性が多く、彼らには文字通り、この活動に対して自発的で動機づけがある。一方、クライアントは通常、妻、父親、母親、きょうだい、親戚であり、夫の場合は少ない。性別は女性が多く、年齢は20~70代と幅広い。高齢者対応が増えているが、ボランティアのほうが若年の場合が多いこともあり、高齢者の経験知が豊富な分だけ、対応には配慮が必要である。利用ニーズは夏季に高く、またクリスマスの時期も高い傾向にある。ボランティアの選定に先立って面接を実施しており、そこにおいては、ボランティアを志望する背景を確認することを重要視している。

トレーニング期間は半年で、理論学習から始まり、講義、ケーススタディ、そして、ロールプレイなどを行っている。ロールプレイでは、たとえば、夫を自殺で亡くしたひとり暮らしの高齢女性を支援する場面を設定している。その

評価シートには、①ボランティアの注意深さを表す非言語的な表現・身体言語(例：顔の表情、姿勢等)、②ボランティアの注意深さを表す言語的な表現(例：質問、表現の言い換え、相づち等)、③クライアントを受容し、支持するかわり(例：反応等)、④過度の精神的なかわり(感情的なかわり、クライアントのタスクを引き受ける、クライアントの代わりに決定する等)、⑤ボランティアは自殺のリスクをきちんと評価したか。といった項目を用意している。

援助を求めている人がボランティアとの出会いにつながる重要なツールとして、リーフレットを作成している。リーフレットは自己指南、セルフヘルプを支えることを意図しており、警察官や緊急スタッフによって親戚等に渡される。彼らは、大切な人の死に直面している人たちが最初に会う人である。なお、ヘルプラインのパンフレットはウェブサイト([www.lelekbentthon.hu](http://www.lelekbentthon.hu))でも公開している。

クライアントとボランティアのマッチングは、年齢、その人の状況を考慮してスーパーバイザーが行う。その際、性差は大きな要素ではない。援助形式は最初の面談で説明され、ボランティアはクライアントと最大3回まで面談する機会をもつ。言い換えると、それを超えて会うことはできないということである。セラピーではないので、クライアントが危機状態にあるときは、専門職につなぐこと、つまり、精神医学、サイコセラピーのケアにガイドすることが重要だと考えているのである。対面以外にメールなどで関係づくりを行うが、これが大事になってくる。

ボランティアは悲しみに暮れている人を援助するのであり、悲嘆の過程に寄り添うことが重要な仕事である。たいていの家族メンバーが不活動・無感動のサインを示し、その痛み、ショックという感傷は計り知れない。ボランティアは、

まさに危機にある人と対面するのである。ボランティアの重要な仕事は、まず注意深く傾聴し、トラウマとなっている出来事を言語化したり、危機にあるクライアントを受容し、支えること、悲嘆の過程にいるクライアントを援助すること、自責の念と抑圧から解放すること、必要であれば、専門的援助を求めるように提案し、そうするように支援することである。こうして、可能な限り、クライアントのケアをし、その安全を守ろうとするのである。

たとえば、もし会話の途中で、クライアントが自殺したいとか、生きたくない等と語ったときのために、下記のような質問項目を用意しており、ボランティアには自殺リスクのアセスメントが求められる。

- ①自分を傷つける、自殺すると思ったことがあるか(自殺念慮)。
- ②自殺する方法について考えたことがあるか(方法)。
- ③自殺のために使える手段(道具)が入手できるか(手段)。
- ④どのように自分を傷つける、自殺する計画を立てたことがあるか(計画)。
- ⑤自分を傷つける、自殺する意図があるか(意図)。
- ⑥このように感じることを相談できる相手がいるか(援助)。

そして、クライアントの反応に応じて、スーパーバイザーに連絡する等の対応を指示している。自殺のリスクのサインを見逃さない一方で、周囲が支援できるというサインを出すことが重要なのである。

ボランティアを含めたカンファレンスは行っておらず、困難な状況に陥ったときは、スーパーバイザーに相談することが可能であり、ボランティア活動の間、定期的なスーパービジョンを行っている。ボランティアのトレーニング

プログラムにおいて重要な要素は、ボランティアの仕事の限界を明確にすることである。ボランティア活動には時間と空間に制約があり、援助を求めている人びとのためにいかなる活動もできるわけではないことを認識している。

以上のように、「At Home in Soul」の活動は直接的な支援活動が中心になるが、それだけにとどまらず、情報をメディアに公開することによって、長期的には一般市民の気づきを促し、影響を及ぼす努力をしている。メディア代表者、世論に影響を及ぼしうる決定者、政治家、教師を巻き込み、自殺のサインに気づくことができ、それを予防できる人を増やしていくことに、もうひとつのねらいがある。その上で、組織の活動には限界があり、自分たちが引き受けることができる問題と、できない問題を明確していくことが重要であると考えている。

#### 4 考察

ハンガリーにおける自殺対応について、研究動向から以下のことがわかった。まず、自殺行動がとても複雑で、多様な背景を持つ現象であるという事実にもかかわらず、精神保健問題とりわけ、気分障害が重要な自殺のリスク要因であり、自殺未遂は将来の自殺既遂の最も強いサインであるということである。この点について、自殺未遂者は自殺者数の10倍はいるとされ、もっとも強いリスク要因は、自殺未遂であり、自殺者の90%の人がなんらかの精神疾患をもち、60%がそのときに気分障害(うつ状態等)にあったと推定されている(WHO 2000=2007a)。ハンガリーにおいて、双極性障害の罹患率がほかの国より高いことが自殺死亡率を押し上げているということが指摘されているが、その点については、さらなる研究が必要であろう。

次に、社会経済的大変動に関係した社会的要因が自殺リスクの重要な決定要因であろうと想

定された。このことは、自殺が精神医療の領域か、貧困や失業、家族関係の破綻といった社会的な側面からとらえる問題かといった、二項対立軸でとらえるのには限界があることを示している。自殺を、パーソナリティや遺伝といった個人的な側面からマクロの社会・経済的要因、さらには文化的要因を考慮してとらえる必要があるため、医学的・心理学的な見地からの対応だけでなく、人と環境の交互作用に焦点を当て、現象を包括的にとらえることができる、ソーシャルワークの貢献が期待されるのではないかとと思われる。

さらに、失業の増加や低収入層の増加、アルコール依存症の増加といったリスク要因の増加にもかかわらず、自殺死亡率が低下した背景には、精神保健ケアの進展がなされたことがある。それは、精神科医の増加と自殺に関する医学訓練、抗うつ薬の使用の拡大などを伴っている。抗うつ薬の使用の増加は、自殺の手段としての薬物の過剰摂取を減少させることになった。さらに、社会資源としてのSOS電話サービスの増大がある。また、一般開業医を対象にした抑うつマネジメント教育プログラムの有効性については、スウェーデンで実施されたGotland調査(1983~1984年)によって確認されており(Rihmer, Z., Rutz W. & Pihlgen H. 1995)、こんごの進展が期待される。ただ、医師やその他の医療職の国外流出や、医療の質の低下がみられ(柳原 2016: 24)、こんごの展開において不安を残す。

体制転換以降、自殺死亡率は低下したが、現在に至るまで、組織的な国家レベルでの自殺対策が講じられてはいない。こうした実証的研究を通して根拠を積み上げ、着実に自殺対応戦略につなげていく必要性を再認識した。また、プライマリーケアの進展が強調されているが、プライマリーヘルスケア従事者は地域に根づい

ており、利用しやすい、身近で、知識が豊富で、ケアを提供できる立場にある(WHO 2000 =2007b)

自殺は、通常、次の3段階に分類される(高橋 2012)。プリベンション(prevention: 事前予防)、インターベンション(intervention: 危機対応)、ポストベンション(postvention: 事後対応)である。プリベンションとは、現時点でただちに危険が迫っているわけではないが、その原因を事前に取り除き、自殺が起こるのを未然に防ぐことである。自殺予防教育などもこれに含まれる。インターベンションは、今まさに起こりつつある自殺の危険に介入し、それを防ぐことである。多量の薬物を服用して自殺を図った場合、救命し、治療し、自殺が起こるのを防ぐことはこれにあたる。いのちの電話などの自殺予告をする人への危機対応はこれにあたる。ポストベンションは、以上のような努力にもかかわらず自殺が起きてしまった場合の事後対応のことである。それは、ほかの人に及ぼす心理的影響を可能な限り少なくするためのケア全般を意味している。遺族等のグリーフワーク、生活支援などが含まれる。そして、高橋は、日本で実際に行われているのは、ほとんどがインターベンションで、プリベンションやポストベンションはごく限られた範囲で行われているに過ぎないと指摘している(高橋 2012: 24-25)。

文献レビューでは、精神医療領域によるインターベンションとプリベンションが中心になっている。他方、「At Home in Soul」は、ポストベンションが中心になっている。遺された人がクライアントになるということは、社会とつながることでありそれ自体に重要な意味がある。そして、ボランティアはクライアントの声にならない声を聴き、悲嘆の過程に寄り添う。そこでは、非対称な関係ではなく、対等な関係が構築されているのではないかとと思われる。そして、



自分たちの活動の限界を明確にし、専門職ではないからこそできる強みを発揮しようとしている。『自殺って言えなかった。』(2002)の刊行による自死遺族の社会的場での語り、「自殺を語ることでできる死」にしたように、遺された人の語りを聴くことの意味は大きい。こうした個人に向けた働きかけに加えて、社会に向けた働きかけも視野に入れている。それは、プリベンションにあたる取り組みであり、ボランティアの先駆性・開拓性が表れており、新しい政治システムによって生み出された市民組織の意義といえよう。

#### おわりに

本稿では、ハンガリーにおける自殺対応の動向について検討してきた。自殺のリスク要因には、まず精神保健の問題が浮かび上がってくるが、社会的要因も重要なリスク要因であろうことが示唆された。自殺は社会的に解決すべき問題であり、自殺はさまざまな要因の相互作用からなる複雑な現象であるため、スピリチュアル・生物的・心理的・社会的な諸側面を含む総合的アプローチが必要であろう。そして、自殺対応には、専門職のみならず、市民・ボランティアなどの非専門職による協働アプローチが求められる。

共産党政権時代には、政府は自殺の存在を公式に認めていなかったため、自殺の調査、研究は行われていなかった(金子ら 2009)。社会的課題としての自殺であり、自殺対応にかかわるこんごの研究、実践に期待したい。今回対象としたのが、英語の文献に限定されている点、また、精神医療領域の研究に限定されている点から、本研究にはおのずと限界があることは否めない。また、取り上げた民間団体も1ヶ所であり、こんご、さらなる検証が求められる。本研究の実施において、自殺対応にかかわる研究者

(精神医学)、ボランティア、セラピスト、そして、ソーシャルワーカーに会う機会を得た。本稿では、精神医学領域の研究者、ボランティアの活動に焦点をあてて検討した。こんごは、ソーシャルワーカーの実践についても検討していきたい。

#### 【注】

- (1) WHO Suicide Data [http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/) 2016.9.15閲覧。以下、日本およびハンガリーの2012年の数値については、本データを参照。
- (2) 厚生労働省「平成28年度版自殺対策白書」<http://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/jisatsu/16/index.html> 2016.9.15閲覧。2003年の27.0をピークとして、高い水準が続いていたが、2012年以降低下している。
- (3) ハンガリー中央統計局 [www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat\\_eves/i\\_wnh001.html](http://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_eves/i_wnh001.html) 2016.9.15閲覧。2012年には2,350人であったが、2014年には2,000人を下回っている。
- (4) 次の文献を参考にした。在ハンガリー日本国大使館(2016)『ハンガリー概況』、ARC国別情勢研究会編(2014)『ARCレポート ハンガリー2014/15年版』ARC国別情勢研究会、ハンガリー中央統計局(<https://www.ksh.hu/?lang=en>)2016.9.30閲覧。
- (5) 2015年8月、At Home in Soulのオフィスを訪問し、代表であるOriold氏にお話を伺った。本誌にその内容を掲載することについて、ご了承いただいた。その後、2016年3月にOriold氏が活動内容について執筆した論文が収録された書籍(Courtet, P. ed. *Understanding Suicide: From Diagnosis to Personalized Treatment*, Springer)が出版された。本稿では、現地での聞き取り調査の結果を補うかたちで、本文献を使用した。Oriold氏には、たいへんお世話になった。この場を借りて、感謝申し上げたい。

#### 【文献】

Almasi, K. et al. (2009) Risk factors for suicide in Hungary: a case-control study, BMS

- Psychiatry*, 9:45, 1-9.
- ARC国別情勢研究会編(2014)『ARCレポート ハンガリー2014/15年版』ARC国別情勢研究会.
- Berecz, R. et al. (2005) Reduced completed suicide rate in Hungary from 1990 to 2001: Relation to suicide methods. *Journal of Affective Disorders*. 88, 235-238.
- ハンガリー中央統計局(<https://www.ksh.hu/?lang=en>)2016.9.30閲覧.
- ハンガリー中央統計局(Halálözások a gyakoribb halálokok szerint1990-) [www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat\\_eves/i\\_wnh001.html](http://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_eves/i_wnh001.html) 2016.9.15閲覧.
- 自死遺児編集委員会・あしなが育成会編(2002)『自殺って言えなかった。』サンマーク出版.
- 金子善博ほか(2009)「ハンガリーにおける自殺の動向と対策」『公衆衛生』73(2), 140-144.
- 厚生労働省「平成28年度版自殺対策白書」<http://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/jisatsu/16/index.html> 2016.9.15閲覧.
- Oriold, K. (2016) Advocacy Organizations, Courtet, P. ed. *Understanding Suicide: From Diagnosis to Personalized Treatment*, Springer, 349-357.
- Rihmer, A. et al. (2006) Psychiatric characteristics of 100 nonviolent suicide attempters in Hungary, *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 10(1), 69-72.
- Rihmer, Z., Rutz W. & Pihlgren H. (1995) Depression and Suicide on Gotland. An intensive study of all suicides before and after a depression-training programme for general practitioners. *Journal of Affective Disorders*, 35(4), 271-276.
- Rihmer, Z., Appleby, L. & Rihmer, A. (2000) Decreasing suicide in Hungary, *The British Journal of Psychiatry*, 177,84.
- Rihmer, Z. et al. (2004) Suicide Prevention Strategies - A Brief Review. *Neuropsychopharmacologia Hungaria*, VI/4, 195-199.
- Rihmer, Z. et al. (2013) Suicide in Hungary-epidemiological and clinical perspective, *Annals of General Psychiatry*, 12:21, 1-13.
- Shneideman, E. (1985) *Definition of Suicide*, John Wiley & Sons, Inc. (=1993, 白井徳満・白井幸子訳『自殺とは何か』誠信書房.)
- Szádóczky, E. et al. (2000) Suicide attempts in the Hungarian adult population. Their relation with DIS/DSM-III-R affective and anxiety disorders, *European Psychiatry*, 15, 343-347.
- Szanto, K. et al. (2007) A Suicide Prevention Program in a Region With a Very High Suicide Rate, *Archives of General Psychiatry*, 64(8), 914-920.
- 高橋祥友(2012)『自殺の危機 臨床的評価と危機介入(第3版)』金剛出版.
- United Nations (1996) *Prevention of suicide; Guidelines for the formulation and implementation of national strategies*. United Nations.
- WHO (Suicide rates (per 100,000), by gender, Hungary, 1955-2009.) [http://www.who.int/mental\\_health/media/hung.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/hung.pdf) 2016.10.15閲覧.
- WHO Suicide Data [http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/) 2016.9.15閲覧.
- WHO (2000) Preventing suicide: a resource for counsellors=2007a『自殺予防 カウンセラーのための手引き』(監訳 川西千秋・平安良雄 横浜市立大学医学部精神医学教室).
- WHO (2000) Preventing suicide: a resource for primary health care workers=2007b『自殺予防 プライマリーヘルスケア従事者のための手引き(第2版)』(監訳 川西千秋・平安良雄 横浜市立大学医学部精神医学教室).
- 在ハンガリー日本国大使館(2016)『ハンガリー概況』.
- 柳原剛司(2016)「比較福祉レジーム論からみた中東欧：ハンガリー」『海外社会保障研究』193, 18-32.