

ベトナムにおけるメンタルヘルス、自殺対策の現状と課題

研究代表者 本橋 豊 自殺総合対策推進センター
研究協力者 藤田 幸司 自殺総合対策推進センター
研究協力者 松永 博子 自殺総合対策推進センター
研究協力者 渡邊 香 国立看護大学校

研究要旨：自殺総合対策推進センターは、世界保健機関（WHO）のコラボレーションセンターであることから、アジアの途上国における精神保健及び自殺対策における協力関係の構築が重要なミッションとなっている。本研究は、世界保健機関西太平洋地域事務局（WPRO）に属するベトナム社会主義共和国（以降、ベトナム）を訪問し、ベトナムの精神保健及び自殺対策の現状と課題を調査することにより、わが国の先進的な自殺対策の提供と、ベトナムとの協力関係を構築することである。

方法：2018年3月18日～22日に、ベトナムのハノイ市にあるベトナム国立精神保健研究所、ベトナム保健省、WHO ベトナムオフィスを訪問し、ベトナムの自殺及び自殺対策の現状について聞き取り調査と資料収集を行った。

結果：ベトナムの自殺死亡率は人口10万人あたり7.3人であり、フィリピン3.2、マレーシア5.5、インドネシア3.4よりも高い（2016年）。近年、男性の自殺率は増加傾向にあり、自殺者の年齢構成では20歳～59歳が最も多い。また、自殺手段としては、農薬等の服毒によるものが多いことが特徴的であり、農業国であることからパラコートなどの農薬を入手しやすいことが背景にあると考えられる。また、男性の特に若い世代におけるアルコール常飲者が多く、アルコールが関係した事件（傷害など）で検挙されるのも16歳～30歳といった若い世代が特に多いことから自殺との関連も想定される。ベトナムにおける保健政策では、医療システムや医師、看護師等の人材養成、保健システムの整備、プライマリーヘルスケアの強化などが優先課題であり、また、母子保健対策や感染症対策が優先されているのが現状である。従って、自殺対策の優先順位は低いのが実情である。自殺に関する統計データの整備等も遅れており、自殺に関する調査研究も少ない。

考察：ベトナムでは、急速な経済成長によって、貧富の格差が拡大している。自殺対策に関する法制度や政策は未整備であり、自殺に関する統計データの整備も進んでいなかった。日本の最新の自殺対策をベトナムに公共政策輸出することにより、ベトナムの自殺対策の推進に資する国際協力になると考えられる。

A. 研究目的

2018年3月18日から22日にかけて、自殺総合対策推進センターは、世界保健機関(WHO: World Health Organization)のコラボレーションセンターとしてWHO西太平洋地域事務局(WPRO: WHO Regional Office for the Western Pacific)加盟国であるベトナム社会主義共和国(以降、ベトナム)を視察訪問した。目的は、ベトナムの精神保健及び自殺対策の現状と課題を調査し、日本の先進的な自殺対策について情報交換を行い、自殺対策・精神保健等の関係者・専門家との協力関係の構築することである。

B. 研究方法

2018年3月18日から22日にかけて、自殺総合対策推進センターはハノイにあるベトナム国立精神保健研究所(NIMH: National Institute of Mental Health)、ベトナム保健省(MoH: Ministry of Health)、WHOベトナム事務所(World Health Organization Representative Office in Viet Nam)を訪問し、関係者との協議及びヒアリングを行った。訪問調査の日程及び協議内容は表1のとおりである。

表 1. 訪問調査の日程及び協議内容等

年月日	場所	協議内容	協議・聞き取りを行った相手
3月19日	ベトナム精神保健研究所	ベトナムにおける精神保健及び自殺の現状、研究などについて	Dr. Nguyen Van Tuan (Clinical Psychiatrist)
			Dr. Duong Minh Tam (Lecturer of Hanoi Medical University & Institute of Mental Health) 他
	ベトナム保健省(母子保健部門)	ベトナムにおける精神保健及び自殺の現状、自殺対策、統計などについて ベトナムにおける母子保健対策について	Dr. Dinh Anh Tuan (Deputy Director, MCH Department)
			Dr. Nghiem Thi Xuan Hanh (Senior Officer, MCH Department)
			Mrs. Tran Thi Minh Huong (Midwife, Officer, MCH Department)
			Dr. Momoe Takeuchi (Team Coordinator Health System Development)
3月21日	WHOベトナム事務所	ベトナムにおける精神保健及び自殺の現状、自殺対策、統計などの取組と課題について	Dr. Jun Nakagawa (Programme Management Officer)
			Dr. Nguyen Tuan Lam (Technical Officer Prevention and Control of Non-communicable Diseases and Health promotion)
			Mr. Nguyen Phuong Nam (Technical Officer Prevention and Control of Non-communicable Diseases and Health Promotion)
			Ms. Nguyen Thi Y Duyen (unicef Child Protection Specialist, Child Protection Programme)

C. 研究結果

3-1. ベトナムの概要

ベトナムはインドシナ半島の東に位置し、面積約 33 万km²、総人口約 9,370 万人（2017 年、ベトナム統計総局）¹⁾ と東南アジアではインドネシア、フィリピンに次ぐ第 3 位の人口規模を有する国である。

1975 年にベトナム戦争終結、1976 年のベトナム社会主義共和国成立による南北統一の実現により、共産党一党支配の社会主義体制における集権的な計画経済が推進された。しかしながら、ベトナム戦争終結後も、カンボジアや中国との戦争が続いたことから、他国に比べて大きく経済成長が遅れたため、1980 年代までは食料不足や貧困に悩まされ、世界の最貧国の一つと言われていた。1986 年のドイモイ（刷新）政策導入以降は、計画経済から市場経済への転換政策としての資本主義経済の導入、海外資本による投資の受け入れといった対外開放政策が実施されている。1989 年頃よりドイモイの成果が上がり始め、1995 年～1996 年には 9% 台の経済成長率を記録した。アジア経済危機の影響から一時成長が鈍化したものの、海外直接投資の順調な増加も受けて、2000 年～2010 年の平均経済成長率は 7.26% と高成長を達成し、2010 年に（低位）中所得国となった。2011 年以降マクロ経済安定化への取り組みに伴い成長率が若干鈍

化した一方で、インフレを抑制しつつ安定的に成長している（直近 5 年間の成長率は 2012 年 5.2%、2013 年 5.4%、2014 年 5.98%、2015 年 6.68%、2016 年 6.21%）¹⁾。

ベトナムは積極的な国際経済への統合を掲げており、2007 年には世界貿易機関(WTO:World Trade Organization)加盟を果たした。近年では、環太平洋パートナーシップ協定 (TPP:Trans-Pacific Partnership Agreement) への参加や、2015 年には欧州連合 (EU) との自由貿易協定 (EVFTA) の合意に至っている。

外交的には、1995 年 7 月、米国と国交正常化し東南アジア諸国連合 (ASEAN: Association of South East Asian Nations) に加盟、2010 年には議長国を務めた。1998 年 11 月、アジア太平洋経済協力 (APEC: Asia-Pacific Economic Cooperation) に正式参加、2006 年と 2017 年には議長国を務めた。2008 年 1 月、国連安全保障理事会非常任理事国 (任期 2008 年～2009 年) に就任し、2013 年 11 月、国連人権理事会理事国 (任期 2014～2016 年) に選出されるなど、国際社会での存在感と役割の重要性が高まっている。

ベトナムの主な保健指標、教育指標は表 2 の通りである²⁾。

表 2. ベトナムの人口・保健・教育指標

人口 (2016)	94,569 千人
人口増加率 (2016-2030)	0.8%
平均寿命	76 年
5 歳未満児死亡率	22
合計特殊出生率 (TFR)	2.0
成人識字率	94%
初等教育就学率 (2011-2016)	男性 109% 女性 108%
中等教育就学率 (2011-2016)	男性 93% 女性 95%

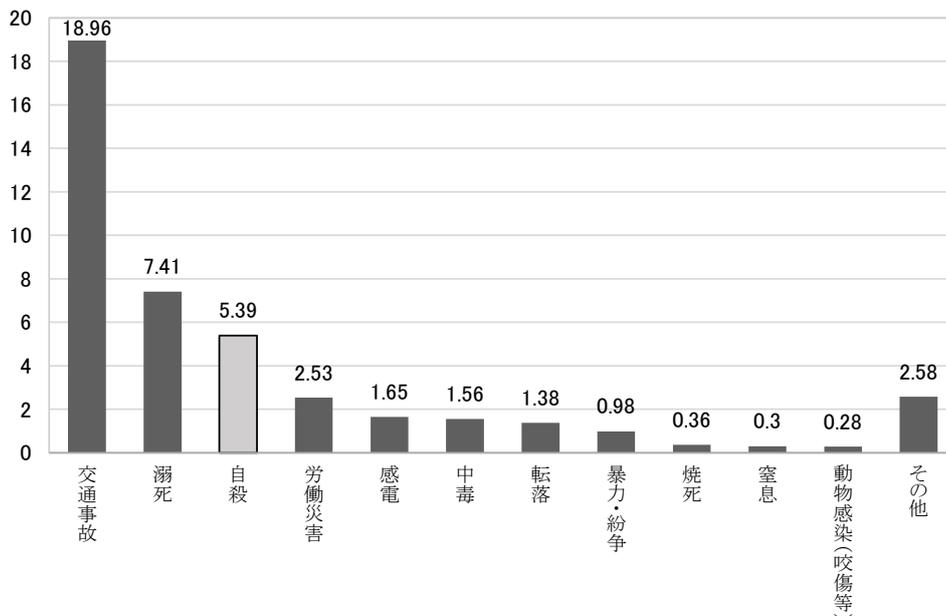
出典：unicef「世界子供白書 2017」

3-2. ベトナムの自殺の現状と課題

ベトナムの人口は、94,569,000 人であり、平均寿命は 76.0 年である (2016 年)²⁾。ベトナム保健省による 2012 年の報告では、事故等の傷害による死亡は全死亡数の約 10%となっている。

2012 年の傷害死亡率 (人口 10 万対) は、交通事故 18.96、次が溺死 7.41、自殺 5.39 となっており、自殺は 3 番目に多い傷害死亡原因となっている (図 1)³⁾。

(人口10万対)



出典：ベトナム保健省 injury mortality statistics 2012

図 1. 原因別傷害死亡率 (2012 年)

ベトナムの自殺死亡率は、人口 10 万人あたり 7.3 人であり、フィリピン 3.2、マレーシア 5.5、インドネシア 3.4 よりも高い（2016 年）³⁾。

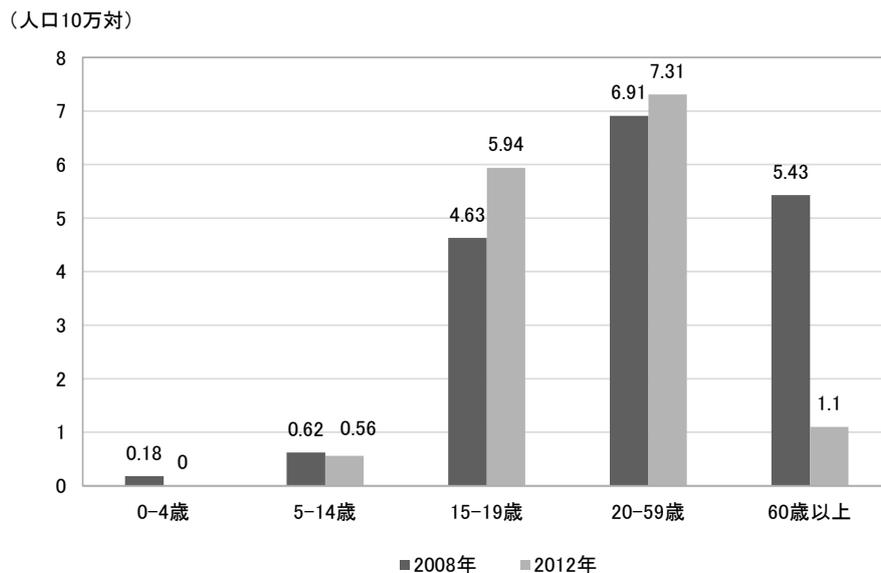
WHO 西太平洋地域事務所（WPRO）に属する主要国の年齢調整自殺死亡率は表 3 の通りである⁴⁾。

さらに、2008 年と 2012 年における年齢グループ別の自殺死亡率をみると、15 歳～19 歳及び 20 歳～59 歳で増加しており、自殺死亡率は 20 歳～59 歳で最も高くなっている。一方、自殺死亡率は 60 歳以上において大きく低下しており、1.1 と低い（図 2）³⁾。

表 3. WPRO 管内の主要国における年齢調整自殺死亡率（2016 年）

国名	年齢調整自殺死亡率 (人口 10 万対)
地域平均	8.45
韓国	20.2
日本	14.3
モンゴル	13.3
ラオス	9.3
ベトナム	7.0
マレーシア	6.2
カンボジア	5.9
フィリピン	3.7

出典：WHO, Global Health Observatory



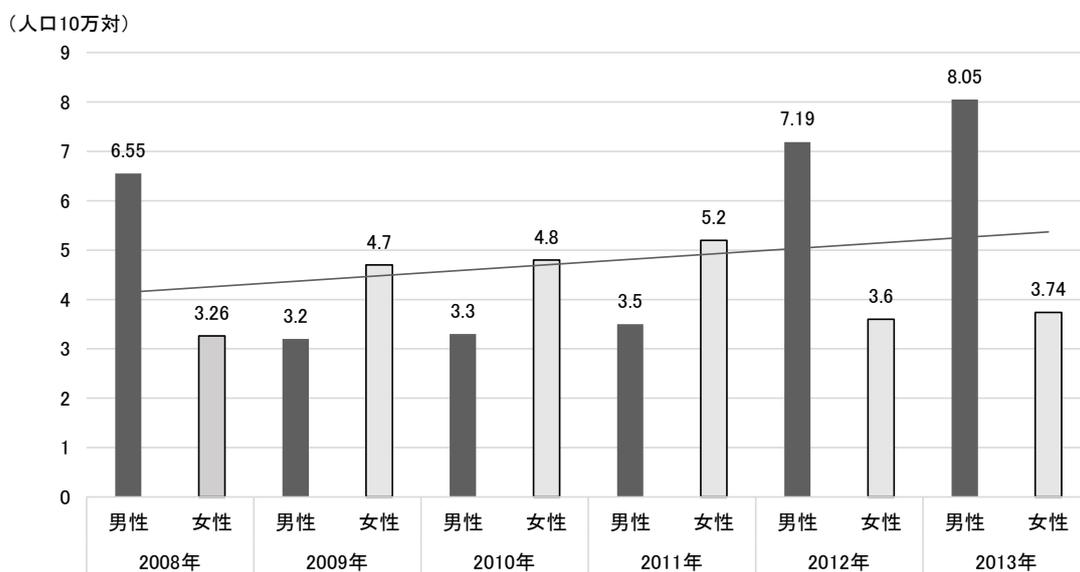
出典：ベトナム保健省 injury mortality statistics 2012

図 2. 年齢グループ別自殺死亡率（2008 年・2012 年）

次に、2008年から2013年における自殺死亡率の傾向を性別にみると、男性では2008年の6.55から2009年には3.2と半減し、2010年3.3、2011年3.5であったが、2012年に7.19と倍増し、2013年には8.05と増加している。逆に、女性においては、2008年は3.26であったが、2009年4.7、2010年4.8、2011年5.2と微増し、その3年間は男性に比べ高くなっている。2012年の男性における自殺死亡率は女性の倍以上となり、2013年にはその差はさらに大きくなってい

る(図3)³⁾。

自殺手段に関しては国によるデータはないものの、2008年に病院に搬送され命を取り留めた自殺未遂者310人のデータによれば、服薬97.7%(睡眠薬28.1%、その他の薬44.2%、殺虫剤25.4%)、首吊り1.3%、その他1%であった³⁾。その他の薬では、農薬(パラコート)が最も多く、ベトナムは農業国であることから農薬を入手しやすいことが背景にあると考えられる。



出典：ベトナム保健省 injury mortality statistics 2012

図3. 性別にみた自殺死亡率の推移 (2008年~2013年)

2003年と2008年の国の調査では、希死念慮の要因として、性別、飲酒(飲酒経験・家族の飲酒)、親の離婚が挙げられている³⁾。つまり、女性、飲酒経験あり、親が離婚している方が、そうでない人よりも希死念慮を感じている割合が有意に高いという結果が示されている。特にアルコールに関しては、14歳になる前に飲酒をした

経験がある人はそうでない人に比べ希死念慮を有する割合が2.4倍、飲酒する親と暮らしている若者は、そうでない人と比べ希死念慮を有する割合が1.7倍であることが報告されている³⁾。

これまでの報告から、ベトナムにおける自殺対策の課題として以下の5点が示された³⁾。

①法律や政策などによる自殺対策のための法

整備

- ②年齢によるアルコールの飲酒制限
- ③一般病院と精神科病院との連携強化
- ④自殺についての啓発活動と教育
- ⑤実態調査研究によるデータの蓄積

これらの課題を踏まえ、メンタルヘルスの国家戦略として 2016 年から 2025 年の期間に実施すべき計画の目標として以下の 7 点が掲げられた³⁾。

- ①2025 年までに自殺者を 20%削減
- ②年齢によるアルコール制限を行う法律の施行
- ③自殺に関する実態調査の実施（分析を活かした介入研究についても想定している）
- ④精神科医療の専門家及び精神科医療以外のケアスタッフ、報道へのガイドラインの作成
- ⑤メンタルヘルスに係る専門職の養成
- ⑥学校教育の場における自殺に関するプログラムの発展と拡充
- ⑦自殺に対するコミュニティ全体の意識と責任感の向上

3-3. ベトナム精神保健研究所の研究と活動、役割

ベトナム精神保健研究所（NIMH： National Institute of Mental Health Bach Mai Hospital）は、研究だけではなく診療も行う保健省（MoH： Ministry of Health）とハノイ医科大学との研究所になる。NIMH の役割は、研究と政策提案、診療であり、ストレス関連障害科、児童精神科、老人精神科、気分障害科、統合失調症科、研究科と 6 つの部署から成る。研究そのものは重要だと考えているものの、日々の診療に

追われ、あまり研究は出来ていないのが実情であり、自殺に関する研究も、小規模のもの（1 つの学校や 1 つの町など）程度に留まっていた。

ベトナムにおける自殺に関するデータをまとめたわけではないが、これまでの経験から、自殺手段に関しては、服毒自殺が多いのが特徴であり、中でも農薬によるものが多く、その場合すぐに死に至らないが、入院して 2～3 週間後に死に至るという経過を多く診ており、政府に対して特定の農薬の輸入制限を設けるよう提言を行っている段階である。

ベトナム精神保健研究所は、現在、広い分野で医療連携などを進めている。1999 年頃から、てんかん（癲癇）の研究をはじめ、国内の精神保健に対応してきた。近年では、アルコール依存・薬物依存などからの回復支援も行っている。

ベトナムでは、近年、自殺が増加傾向にあるが、自殺に対する統計やデータは蓄積されていないのが現状である。国としても、心理士などの人材養成を行うなど、精神科医療体制の構築段階にある。また、ベトナム精神保健研究所では、うつなどの精神疾患の治療は、精神科医師だけで対応するのではなく、心理士などの専門職と連携し行うものであると考えていた。

3-4. ベトナムにおけるメンタルヘルスの現状及び対策に関して

WHO ベトナム事務所、生活習慣病と健康のチームの 2014 年の報告⁵⁾によれば、非感染性疾患の内、精神疾患が 14.2%であり、自殺死亡率は人口 10 万人あたり 5.39 人（2012 年）³⁾であった。また、アルコール常飲者（アルコールとは、ビール、ウィスキー、ワイン、お米を原料とした蒸留

酒である自家醸造酒を指す)は18歳～29歳で75.3%、30歳～49歳で81.8%、50歳～69歳で71.2%、男性全体では77.3%であり、男性の常飲者が多く、特に若い世代に多い⁵⁾。お酒について若い人を対象にした調査では、13歳～17歳で30日間お酒を飲んでいないのは男性31.7%、女性16.5%であり⁵⁾、アルコールが関係した事件(傷害など)で検挙されるのも16歳～30歳といった若い世代が特に多く、自殺との関連も想定される。

2015年には、山間部の少数民族が多いDien Bien省において、フォーカスグループディスカッションによる質的研究及び1年間に及ぶ自殺企図者や自殺についての量的研究が行われている⁶⁾。その結果、希死念慮の要因として、質的調査からは、女性、年齢が18歳～21歳、学歴が低く、従業者である親と同居している子供といった特徴が示され⁶⁾、量的調査からは、333人の自殺企図者と73人自殺者のうち女性の占める割合は48%であったと報告された⁶⁾。また、自殺者・自殺企図者の37%がランゴン(lá ngón, ゲルセミウム・エレガンス)という毒草を自殺手段にしていた⁶⁾。

Dien Bien省における研究において、18歳～21歳の子どもを対象にインタビューや観察を行い、自殺の要因として、女性であることや、ストレス対処能力としてSense of coherence(首尾一貫感覚)が低いことが明らかとなった。また、プレッシャー、知識、信頼のできる大人の存在が鍵となっていた⁷⁾。

子供や若者への支援には、まず、精神疾患に対するスティグマを取り除いてもらい、うつなどに関して学ぶ機会を設け、互いが理解して協

力できるような普及活動が優先課題である。しかしながら、メンタルヘルスに関してベトナムのレベルはまだ低く、特に小児(児童)精神科医が少ないのが現状である。心理学を学んだ専門職のサポート体制があれば良いが、心理学を学んだ者が専門職として従事する状況にない(例えば、ソーシャルワーカーは給料が安いいため、なり手がいない)。また、WHOと共に普及活動に参画してくれるNPO団体などとのコーディネイトをする人材も不足している。つまり、ベトナムにおいては、精神疾患患者へのケアはほとんどできていない状況にある。

unicefの担当者から挙げられた、ベトナムにおけるメンタルヘルス対策に関する課題は以下の4点であった⁵⁾。

- ①ベトナム保健省(MoH)や労働傷病兵社会問題省(MOLISA)との連携不足
- ②メンタルヘルスサービスの不足
- ③メンタルヘルスサービスは健康保険でカバーされていない(精神疾患に関するステイグマの問題がある)
- ④メンタルヘルスに従事する人員の不足

また、それらへの対応として、以下の5つの改善策を示した⁵⁾。

- ①メンタルヘルスサービスと地域の病院との連携
- ②メンタルヘルス関係に従事する人の養成
- ③多量服薬防止のための対策の構築
- ④ベトナム保健省(MoH)や労働傷病兵社会問題省(MOLISA)との連携強化
- ⑤若年・青年へのメンタルヘルス教育の実施

3-4. ベトナムにおけるヘルスケアシステム

ベトナムでは、中央レベルである保健省の下に省レベル、郡レベル、コミュンレベルがあり、医療機関の機能やサービスはレベルごとに規定されている（図4）。第一次医療機関であるコミュンヘルスステーション（CHS）は、予防・健康増進活動・簡易検査などプライマリーケアを提供する。郡病院も第一次医療機関であり、省病院は第二次医療機関である。CHSより上位の医療機関は病院機能を有し、バックマイ病院（ハノイ）、フェ中央病院（フェ）、チョーライ病院（ホーチミン）の3大国立総合病院が基幹病院である（第三次医療機関）⁸⁾。

ベトナムでは近年、民間医療機関が増えてきており、2015年までに171の民間病院（全病院の11%、総病床数の4.8%）と30,000以上の民間クリニックが開設されている。民間医療機関は都市部に集中しており、外来診療のみの医療機関が多いものの、診療時間の柔軟性など患者の満足度は高く、公的機関の負担軽減のため、政府も設立を後押ししている⁹⁾。

ベトナムでは、郡医療機関から省医療機関、さらに中央医療機関と、重症患者を高次医療施設に紹介・搬送するレファラルシステムが導入されている。患者は、レファラルシステムに沿って診察を受けることで低額な医療費で受診できる保険診療の対象となる。しかしながら、健康保険の人口カバー率が高いにもかかわらず、健康保険があまり利用されていない。その主な要因としては、下位レベルの保健医療機関（特に郡病院）では人材や医療機材が不十分でサービス提供能力が低いこと、多くの患者が質の高い医療サービスを求めて、直接、上位レベルの医療機関を訪れることが多いことがあり、第三

次医療機関への患者の集中をもたらしている⁹⁾。

ベトナムは、ドイモイ政策以降、民間保健医療サービスの自由化、自己負担制度や医療保険制度の導入等の様々な改革を行ってきており、保健医療は大きく改善されている。しかしながら、貧困格差の拡大、医療サービスの地域格差増大（都市部と農村部）が新たな問題となってきたとともに、予算不足や行政管理能力などの課題も多い。

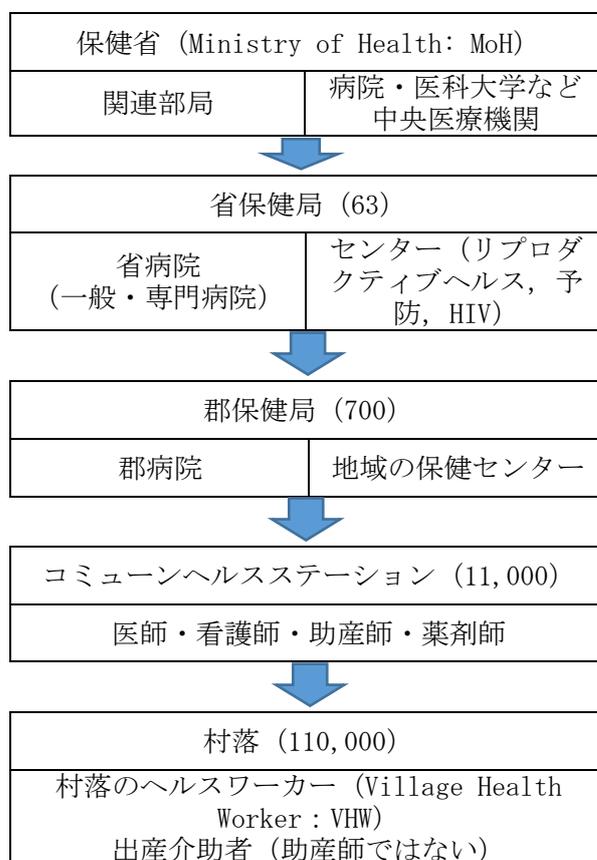


図4. ベトナムにおけるヘルスケアシステム

3-5. ベトナムにおける母子保健事業の現状と課題

ベトナムには2つの母子保健政策があり、これを実現するために、国がアクションプランを実施しているところである。専門的なガイドライン作成に関しても政策に対応し、行っていく

予定である。例えば、妊婦期間を安全に過ごすこと、新生児のケア、新生児の管理、出産時のトラブルの対応などであり、助産師の資格も明確に決められている。

ベトナムの妊産婦死亡率は、他の東南アジア諸国に比べ低い水準である。出産前のヘルスケアに関しても、妊婦診察を3回以上もしくは4回以上受けた人が66%、新生児のケアについても90%行われるようになってきた⁸⁾。しかしながら、ベトナム保健省のデータ(2007年~2008年)によれば、妊産婦死亡数都市部は36人だが山間部は108人となっており、山間部に住む少数民族の妊産婦死亡率は都市部の3倍である。特に、少数民族の多い北ベトナムの調査(2015)では、妊産婦死亡の低い地区では20人だが、高い地域では143人という値を示している⁸⁾。5歳未満児死亡率は1990年には58%であったが年々減少し、2016年には21.8%となった⁸⁾。しかしながら、子供の死亡に関しても、妊産婦と同様に地域による差が生じている。ベトナム保健省によると(2015年)、北ベトナム地区の乳幼児死亡の約3分の2は少数民族の新生児であり、地域・民族による差が顕著である⁸⁾。

人工妊娠中絶に関しては、毎年30~40万件の報告がされているが、違法な処置についてはカウントされていない。避妊の方法が徹底されておらず、避妊に関する知識も低いことから、妊娠が進んでからの墮胎や、墮胎を繰り返すといった問題も生じている。健康保険のカバー率が86%にあがり、中央から山岳部までの診療体制が整備されたものの、健康保険に対する意識は低く、山間部へのサポート体制が整っていない。

2015年から2020年までの優先すべき対策と

して以下、7点のポイントが挙げられた⁸⁾。①産科小児科ケアに携わる保健スタッフの数量と質の向上、②産科・小児ケアサービスの質の向上、③医療不足の地域でのスタッフの福利厚生確保、④産科及び小児科に散見する施設従業員の負担軽減、⑤インフラ(不可欠な設備)などのための予算拡大、⑥山間部の少数民族への情報提供とその拡充、⑦母親と新生児ケアの安全に関するコミュニティの意識、行動を高める。そのためには、①草の根レベルでの保健人材の能力とスキルの向上、②産科及び小児科のサービスの質の改善、③母子保健事業のデータと報告システムの質の向上といった取組が必要である⁸⁾。

D. 考察と結論

ベトナムは、急速な高度経済成長に伴い、人々の健康状態は大幅に改善され、疾病構造も感染症中心から非感染症型へ移行し、死亡原因における非感染症の割合は約70%を占める(2012年)⁹⁾。しかしながら、先進国と比較すると、まだ感染症の割合が大きい。ベトナム保健省は、「保健セクター開発5カ年計画(2011-2015)」において、①病院の混雑解消、②公立保健医療施設における財政メカニズムの刷新、③国民皆保険に向けたロードマップの実施、④草の根レベルのヘルスケアとプライマリーヘルスケアの強化、⑤保健人材育成強化、⑥デマンドベースの保健サービス提供にかかるパイロットプロジェクトの実施、⑦効果的な医療コミュニケーションと健康教育の強化を保健医療政策の優先課題として挙げている⁹⁾。保健医療政策における優先課題として、非感染症の分野からは、がん、糖尿病、高血圧などとともに、精神疾患が挙げ

られてはいるが、統合失調症などが中心である。

ベトナムにおける保健政策では、医療システムや医師、看護師等の人材養成、保健システムの整備、プライマリーヘルスケアの強化などが優先課題であり、また、母子保健対策や感染症対策が優先されており、自殺対策の優先順位は低いのが実情である。自殺に関する統計データの整備等も遅れており、自殺に関する調査研究も少ない。

ベトナムの自殺についての特徴としては、農薬による自殺が多いことが特徴であるものの、対策は十分にとられていない。ベトナムでは、自殺対策に関する法制度や政策はほとんど未整備であり、わが国における先進的な自殺対策に関する情報を提供することが、ベトナムの自殺対策の推進に資するものであると考えられる。具体的には、農薬等の危険薬物についての管理、アルコール摂取に関する健康影響や依存症等についての普及啓発、アルコール購入や店舗での飲酒に対する年齢制限、ゲートキーパー養成等の人材養成などである。

また、地域においてメンタルヘルス・自殺対策を推進するために、コミュニケーションヘルスセンターを基軸とした母子保健事業の枠組みを用いて、メンタルヘルスケアを推進していくことが効果的かつ有効であると考えられる。

参考文献

- 1) 外務省(2018), ベトナム基礎データ
<http://www.mofa.go.jp/mofaj/area/vietnam/data.html> (2018年4月18日アクセス)
- 2) ユニセフ, 「世界子供白書 2017」
<https://www.unicef.or.jp/sowc/data.html> (2019年4月4日アクセス)
- 3) Tran Quoc Bao (2018), Brief Introduction Suicide Prevention in Viet Nam (WHO ベトナム事務所から提供)
- 4) World Health Organization (2018), Global Health Observatory data.
<http://apps.who.int/gho/data/node.main.MHSUICIDEASDR?lang=en> (2018年9月15日アクセス)
- 5) WHO Viet Nam 事務所資料
- 6) unicef (2017), The nature of suicide amongst children and young people in Viet Nam.
<https://www.unicef.org/vietnam/media/986/file/Suicide%20briefing.pdf> (2018年6月6日アクセス)
- 7) unicef (2017), Suicide amongst ethnic minority girls in Dien Bien.
<https://www.unicef.org/vietnam/media/991/file> (2018年6月6日アクセス)
- 8) Maternal and Child Health Department Ministry of Health (2018), Reproductive health care program in Vietnam. (ベトナム保健省より提供)
- 9) JICA. ベトナム国健康保険制度に係る情報収集・確認調査 ファイナルレポート
http://open_jicareport.jica.go.jp/pdf/12

F. 健康危険情報なし

G. 研究発表

1. 論文発表

2. 学会発表

1) 松永博子, 藤田幸司, 渡邊香, 金子善博,
本橋豊. ベトナムにおける自殺対策の現状. 第
77回日本公衆衛生学会総会, 10月, 郡山市, 2018.

H. 知的財産権の出願・登録状況 なし