

6．カンボジアの事例

6 - 1 カンボジアの地勢と文化

カンボジアは、西と北西はタイ、東と南東はベトナム、北はラオスに接し、南はシャム湾に開けているが、インドシナ半島中央部に位置し、熱帯モンスーン気候地帯にある。年間平均気温は27℃、5月から10月は多湿な雨期、11月から4月が乾期である。年間を通じて高温多湿、4月ごろには最高気温が38℃以上、また、湿度が80%を超えることも稀でなく、雨期には夜間湿度が90%以上になることもある。

181,040km²（北海道の約2倍程度）の国土のうち、河川湖沼地面積が4,520km²と水面積が大きい上、降雨量はプノンペンでは年間平均1,400mm程度だが、山岳地帯では年間最高5,000mm以上もあるため、降雨していない平野部で洪水が発生するなど、自然災害が多い。ジャングルとこのような環境は、ゲリラ戦などに都合がよく、紛争状態が遷延する条件をなしていたといえる。

人口は、2004年に推定1250万人（世銀）とされているが、UNICEFやCIAは2000年前後に1300万と報告している。人種的には90%がクメール人のほか、ベトナム系5%、中国系1%、その他約5%である。国民の85%は農村に居住し、大多数は小乗仏教徒だが、数万人のキリスト教徒と、プノンペン近郊には、殺生を忌む仏教徒に代わり漁業を行うイスラム教徒約10万人がいる。人口構成では、15歳未満が47%と途上国の特性を示す一方、長い国内紛争の後遺症として、成人人口の60%以上が女性である。

公用語はクメール語だが、かつての植民地の経過から、1990年ごろまで、知識層はフランス語を用いた。現在は、ほぼ英語圏に近く、フランス語を扱うのは少数の高齢知識層が官僚のみである。

国の中央部東寄りを、チベットに源を発する国際河川メコンが北から南に縦断している。プノンペン付近で西方から流れるトンレサップ川と合流して大河となるメコンは恵みをもたらすとともに、雨期末には逆流現象を示し、流域一帯の水位上昇が著しい。メコン河は、プノンペン東部で方向を転じ、ベトナムを経て南シナ海⁵⁹に注ぐ。

国の中央は、トンレサップの河川と湖による肥沃な沖積平野で、周囲は、国土の大半を占める森林であり、豊富な降雨によって、海岸線にはマングローブ林が発達している。

かつてはコメの輸出国でもあったにもかかわらず、また、豊富な国土ながら、内戦、特にポル・ポト時代の誤った灌漑計画もあって、有効な土地利用はなされておらず、現在でも耕地面積は20%を超えていない。また、天然資源としては、サファイアやルビーなどの宝石埋蔵地がタイ国境に近いこともあって、その地域に拠点を置いたポル・ポト派の軍資金としての利用されたことはよく知られている。そのほか、良質の木材、石油、天然ガス、鉄鉱石、マグネシウム、燐な

⁵⁹ 筆者は、1992年ごろ、ベトナムへのODA調査に従事した時、ポル・ポト時代に、竹などで束ねたベトナム系住民の遺体がベトナム側に流れ着いたこともあり、それが同国の厳しいカンボジア圧政の理由だと教えられたことがある。

どを持つとされているが、有効活用されるには至っていない。

6 - 2 紛争の経緯

6 - 2 - 1 ポル・ポト時代以前

カンボジアの紛争時代がいつ始まったかを正確に断定することは難しい。少なくとも、ロン・ノル将軍がクーデターを起こした1965年ごろまでは、都市部住民の不平不満はあったものの、為政者シアヌーク殿下の下に、比較的、安定していたといえる。しかし、この国は、常に、近隣国のみならず、世界の大国の影響下にあったことを忘れてはならない。

1940年、第二次世界大戦中の日本軍のインドシナ侵攻に乗じて、1945年3月に独立を宣言したが、同年8月の日本の敗戦により、再び、フランスの保護下に戻った。しかし、シアヌークの独立願望は強く、1947年に憲法公布、1949年には、フランス連合内ながら独立を獲得、1953年には警察権と軍事権を回復し、ついに完全独立を得た。シアヌークは、政治活動のための父に王位を譲ったが、その後の約10年間のカンボジアは比較的安定していたといえる。

ベトナム戦争が激化した1965年、北ベトナムへの空爆を理由に、シアヌークは大国米国と断交し、親社会主義路線を強化した。当時の国防大臣で親米派のロン・ノルは、1970年、国王外遊中にクーデターを起こし、シアヌーク派を追放した。

米国という大国の支持・支援があったにせよ、一国民に過ぎない将軍が、大衆の敬愛を受けていた国王を放擲できたことは、慈父として君臨していたはずの王の無力さを示すと同時に、絶対君主に対する背信も可能という事実が作られ、その後の長い内戦の種がまかれたといえる。

一方、中国に避難したシアヌークは、中国文化大革命に心酔するクメール・ルージュの支援で帰国し、その指導者ポル・ポトと手を結んで、1970年10月、クメール共和国を樹立、ロン・ノル政権に対峙した。一方、ホーチミン・ルートを遮断したい米軍と手をつないだロン・ノルの対共産主義者対策は極めて残虐だったとされるが、後のクメール・ルージュ⁶⁰による大虐殺との関係についての調査やコメントは、調べた限り、見つかっていない。

カンボジア国内でのベトコン⁶¹活動が黙認されているとして、米国は、1971年1月、ベトナム戦争迂回路遮断を理由に、南ベトナムへの派遣軍の一部をカンボジアに侵攻させた。膨大な米国支援を得たロン・ノル政権は、軍事独裁体制を宣言し、新憲法も公布したが、過酷な支配体制は国民の支持を得られず、その間に、クメール・ルージュの勢力が拡大し、1975年4月にはプノンペンを解放した。ロン・ノルは亡命し、隣国では、ベトコンによるサイゴン陥落とともに、ベトナム戦争も終結した。

当時の手記などでは、まだ、それほど緊迫した雰囲気を感じていない人々が多く、むしろ、残忍なロン・ノル政権の崩壊とクメール・ルージュのプノンペン解放が歓迎されていた節がうか

⁶⁰ クメール・ルージュ（Khmer Rouge）とは、正確には、1975年から1979年までカンボジアを支配した社会主義政党をいうが、ポル・ポトを支え、虐殺を執行した一派の代名詞としても使われている。

⁶¹ ベトナムは、第一次インドシナ戦争で分割されたが、米国の傀儡政権ベトナム共和国（通称南ベトナム）内で、ベトナム統一を目指して活動した南ベトナム解放民族戦線のこと、北の支援と指導を得ていた。

がえる。

6 - 2 - 2 ポル・ポト時代

隣国ベトナムでの政変後、クメール・ルージュは首都プノンペンに入城した。1976年1月には、カンボジア民主国憲法が公布され、国名は民主カンブチア⁶²と称した。

当初、国民を解放したと思われたクメール・ルージュは、よく知られるように、未熟な農業本位、民族主義を強制し、プノンペンなど都市部を手始めに、中産階級的な住民を強制的に農村に移動させ、強制労働に従事させた。特に、近代文明制度を否定し、最初は研究者、教員など知識階級や熟練者を、次いで、前政権の高官を、そして最後には見境なく仲間をも迫害し、虐殺の対象とした。さほど豊富ではなかった知識層は殺害されるか、難を逃れて国外に流出し、一方、この時期、権力を握ったのは、ほとんど教育を受けていない地方出身の若年武力組織員オンカー⁶³であった。

ポル・ポトによる大量殺戮（genocide）の特異性として、基本的には人種、言語、宗教を同じくする同族によって行われた点を指摘しておきたい。

当時、東側陣営では、中ソ対立が激化していた。親毛沢東、親中国派のポル・ポトは、国境を巡る対立から、親ソ派ベトナムと断交していた。ほとんど、鎖国状態にあったカンボジアの一般住民がどのような健康状態にあったかについての詳細は記録されていないが、カンボジア人や外国人の回顧録⁶⁴から読み取れる。

中国に近いポル・ポトと、ソビエトに近いベトナムは、国境をはさんで対立関係にあった。ベトナムは、クメール・ルージュの指揮官で政治委員ながら、ポル・ポト打倒クーデターに失敗して亡命してきたヘン・サムリンによるカンボジア全国救国戦線を支援し、侵攻の機会をうかがっていた。ほとんどの国民は虐殺が国内外への避難、あるいは餓えといった極限状態に追いやられていた一方、権力を握っていたクメール・ルージュは組織化も訓練もされていなかった。米国との戦争を勝ち抜いたベトナム軍同然のヘン・サムリン派の侵攻により、民主カンブチアはたいした抵抗もなく崩壊した。1979年1月、プノンペンは解放され、ポル・ポトらはタイ国境付近に逃亡、親越政権が樹立されたものの、カンボジア国内は、傀儡政権、ポル・ポト派、国王派などの入り乱れるゲリラ戦を主体とする内戦状態に陥った。

6 - 2 - 3 ポル・ポト後の鎖国時代

ポル・ポト時代は終わったものの、国内はかえって混乱した時代である。中国には近かったが、ソ連には敵対してきたポル・ポトは、米国とタイの支援を受けて抵抗を続けた。ポル・ポトが目

⁶² わが国は、数少ない承認国であった。

⁶³ カンボジア語で「組織」を意味する。ポル・ポト時代の政権幹部を「革命組織」すなわち「オンカー」と呼んだ。個人でもなく、実体が不明なまま、国民は、絶大な権限をもつオンカーに忠誠を尽くすことを強要された。後には、下部組織、若年層の殺戮者も含まれていた。

⁶⁴ カンボジアの宗教を研究中にポル・ポト時代に遭遇したビゾ、F.の『運命の門』や映画『Killing Field』の原作ハイン・ニョルの『キリング・フィールドからの生還』、また、Pran, Dithの『Children of Cambodia's Killing Fields』など。

指したのは中国文化大革命であり、完全な平等主義と原始共産主義とされるが、インテリ、高度教育を受けた者、熟練者を壊滅させたことによる影響は深刻で、鎖国状態もあったが、国内に国の復興への機運は生まれなかった。

三度の新憲法公布後の1982年、中国の支援を得た反ベトナム3勢力が、ヘン・サムリン政権に対峙する連合政府民主カンボジアを樹立、一国2政府状態が始まった。近隣諸国でも和平の動きはあり、1983年2月のインドシナ3国首脳会談ではベトナム軍部分的撤退を決議、続く1984年の東南アジア諸国連合外相会談ではベトナム軍非難共同宣言が採択されたが、事態は改善しなかった。この間の一般住民の生活についてもメモワールや断片的な報告は多い。その中では、ばらばらになった家族の再会を果たせた人よりも、数年の搜索後、再婚や養子縁組による再生家族⁶⁵の話が多い。

このような反ベトナム傀儡政権勢力とその他の勢力間に内戦状態が続く中、国際的に認知されないまま、政権内権力闘争が発生し、1985年には、フン・センが実権を握る。

カンボジアの変化は、支配国ベトナムの政変に助けられた。

1988年、ベトナム首相ファン・フンが急死、1989年、ベトナム軍はカンボジアから撤退した。その支えを失った政権は急激に弱体化した。一方、ポル・ポトは和平協議を拒絶し、なお、新しい連立政権との闘争を続け、国内は泥沼化していた。1989年、フランスとインドネシアが共同議長として開催したカンボジアの和平に関するパリ会議、同年の国連会議、1990年6月のわが国の「カンボジア和平東京会議」、最終的には、1991年10月、「カンボジア和平パリ国際会議」によって、和平合意文章が調印され、ここに20年間継続したカンボジア内戦は終結し、国際社会の支援による国家復興が始まることになった。

しかし、ポル・ポト一派は政府に対抗し、しばしば局所的な紛争が起こった。1992年、国連カンボジア暫定統治機構（United Nations Transitional Authority in Cambodia: UNTAC）⁶⁶の駐留の下、復興が進み、自由選挙が行われるようになって、ポル・ポト軍の士気は低下、主要な指導者たちも離脱するに及んで、ほとんど、影響力はなくなった。1997年、政府との合意のため側近ソン・センも処刑したポル・ポトは、自身が部下の司令官タ・モクに監禁され、1998年、ジャングルの小屋で死亡した。

6 - 2 - 4 紛争後復興期

1992年3月、UNTACの平和維持活動が始まった。1年後の1993年4月には、国連管理下に総選挙が行われ、9月に初めて全国的に制憲議会による新憲法が発布され、立憲君主制に戻ったカンボジアはシアヌークを再び国王に戴き、その息子ラナリットとフン・センが暫定国民政権共同首相となった。

⁶⁵ 1992、93年ごろ、カンボジア国立母子保健センタープロジェクトに関与していた時、複数の政府高官や医療関係者から、1980年代初頭の再婚や養子縁組の経過や、戦中に死亡した者が多いため女性の再婚は難しかったという話を聞いた。また、熊岡路矢『カンボジア最前線』岩波新書にも同様の話がある。

⁶⁶ 日本人初の国連職員、明石康国連事務総長特別代表が率いるUNTACは、大規模な国連平和維持活動であり、わが国は、停戦監視、文民警察、選挙監視、道路や橋梁修理などへの支援を行った。

わが国は、UNTACに先駆けて大使館を開設、ほとんどの西欧ドナーが、まだ稼働していない中、1992年には積極的な復興支援を開始した。保健施設への無償資金協力、母子保健⁶⁷、結核対策プロジェクトを手始めに、社会インフラ整備などへの支援を開始したほか、初のPKO活動としての自衛隊派遣、選挙監視員派遣も行われた。

その後、1997年7月、第二首相フン・センによる武力クーデターが発生した。同じころにアジアを襲った経済危機の影響もあって、外国からの投資も復興支援も足踏みしたが、1999年には、過去30年間で初めて、何事もない安定した年を迎えた。1998年にはフン・センが単独カンボジア王国首相に就任、2004年には再選された。カンボジアは、全体として、順調に国家再生の道を歩んでいるとみなされており、1999年には、いったん延期されていたASEANにも加盟を果たしている。

6 - 3 復興期の健康問題

1998年の全国的な保健調査⁶⁸によれば、以下の所見が得られている。

(1) 女性の教育と健康⁶⁹

非都市部に居住する15～45歳の女性の教育程度は3年程度以下で、わずかに字が読めるかあるいは非識字である。教育程度は、女性の社会的経済的立場や識字と密接に関係するが、都市部女性に比べ、非都市部女性の教育年限は短く、しかも、田舎になればなるほど短い傾向がある。簡単なクメール語の文章なら、苦もなく読めるという女性の就学年限は4年程度、簡単な文章は何とか読めるとする女性では1～3年であることからすれば、まず、4年程度の基礎教育を全うすることが求められる。

紛争終結10年を経た現在では、半数程度の女性が就学3～4年のレベルにある。また、教育を終える年齢は早い、10代の結婚は多くなく、85%の女性は20歳以降に結婚している。

(2) 罹病率と治療⁷⁰

13.5%が過去1ヵ月間に、何らかの疾病もしくは外傷を持っている。5歳未満児に限れば、過去1ヵ月の有病率は4分の1に上る。にもかかわらず、全患者の14%、重症度が中程度以上の10%は何ら診療を受けておらず、しかも、非都市部住民の不受診率は全国平均の2倍、首都圏の3倍にも上る。受診の有無は、社会的経済的レベルによって大きく異なり、最貧層では富裕層の4分の1程度の受診率であり、さらに重病の場合、富裕層では85%が正規訓練を受けた保健員か

⁶⁷ 1995年開始の国立母子保健センタープロジェクトで、女性スタッフ同士の他愛ない口論に、「夫は銃を持っているから、(あなたを)殺すことだってできる」との発言があったが、保健医療者における、ある種のトラウマとの意見もあった。

⁶⁸ カンボジア保健省が、アジア開発銀行とドイツ技術公社(Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit: GTZ)の支援で行った全国的保健調査(The Cambodian National Health Survey)。

⁶⁹ 調査対象7,654人中7,630人の女性から得られた信頼できる回答(回答率99.7%)による。

⁷⁰ 5,938家族の総計32,176人から得られた回答。

ら治療を受けているのに対し、貧困層では59%程度しか診察を受けていない。受診できない家庭では、子どもの病気を含め、家庭薬か伝統的治療または売薬に頼っている。貧困層に多い子どもの急性呼吸器感染症の相当数は、医師に受診せず（できず）売薬に頼っている。なお、受診の場合は、半数は州（provincial）またはプノンペンの政府公的施設（Phnom Penh Government Hospital）であり、機能不十分な地区（district）病院やヘルスセンターを受診する者は少ない。

女性は、妊娠・分娩時より、病気の際に、訓練を受けた保健員を利用するが、実際、過去5年間に訓練を受けた保健員から出産前ケアを受けていたのは妊婦の3分の1に過ぎない。しかも、ここでも、都市居住または就学期間が長く、字が読める女性や経済的社会的立場の高い女性に比べ、田舎の居住者、貧困層、非識字女性では5分の1だけが、訓練を受けた保健員による産前検診を受けたにすぎない。また、医師が立ち会う分娩は総数の5分の1で、圧倒的多数の分娩は、なお家庭で行われており、介助もないかあるいは伝統的産婆（Traditional Birth Attendant: TBA）に委ねられている。ここでも女性の教育程度、識字、社会的経済的立場との関係がみられる。

（3）子どもの健康

1993 - 98年の5歳未満児死亡率（Under 5 Mortality Rate: U5MR）は115/1,000出生だが、乳児死亡率（Infant Mortality Rate: IMR）は89/1,000で、子どもの死の大半は1歳未満で発生している。新生児死亡率（Neonatal Mortality Rate: NMR）は36/1,000出生だが、出生1ヵ月以降1歳までの死が多く、60/1,000である。

ポル・ポト時代に異常に高かった子どもの死亡率は低下したが、その後の変化はなく、むしろ、新生児後期（1ヵ月から1歳）の死亡は、1,000出生当たり30から54と増加している。

子どもの死亡率を改善するには、産前検診、適切な介助分娩に加えて、子どもの予防接種、呼吸器感染症や下痢、赤痢などについての母親の知識や手当への仕方を向上させる必要がある。

12-23ヵ月の子どもでは、40%弱が予防接種を完了しているが、三種混合で25%、ポリオでは31%がドロップアウトしている。1歳児に限れば、34%が完全に予防接種を終えているが、三種混合の3回目、ポリオの最終回のドロップアウト率が高い。予防接種完了は、居住場所との関係が大きく、プノンペンでは78%の子どもが接種を完了しているのに対し、辺境の地ではわずかに17%で、差は4倍もある。ビタミンA投与は、予防接種と同様、居住地との関係が強い。また、この調査に先立つ2週間に、急性呼吸器感染症（ARI、咳と呼吸数増加で判定）に罹患した5歳未満児は18%、最も罹患率が高いのは5ヵ月未満児で、4分の1の乳児がARIに罹っていた。

生活背景は、感染率にあまり関与しないが、治療を受ける割合は居住地、社会的経済的状況と関係しており、都市圏では57%が医療施設を受診し、田舎では21%であった。当然だが、貧困家庭では受診率は20%と低く、富裕層は52%と高率である。

また、雨期の初期であり、下痢性疾患の流行期ではなかったが、調査前の2週間に、5歳未満児の16%が水様性下痢に、10%は赤痢に罹っていた。単純下痢では関係は少なかったが、赤痢は居住地、社会的経済的立場によって大きく異なる。首都や医療機関のある地域に比し、田舎の子どもは赤痢に罹りやすく、母親の社会的経済的立場が高いと、貧しい場合よりも赤痢罹患は少な

い。深刻なことは、通常、完全母乳栄養なら起こり得ないのだが、5ヵ月未満児の14.1%が単純下痢に、また、6.3%が致死率の高い赤痢に罹っていることである。全体では、赤痢を含む下痢性疾患で医療施設にくる子どもは30%にも上る。

にもかかわらず、経口補水塩療法（Oral Rehydration Therapy: ORT）利用率は21%で、しかも大半は市販の経口補水塩（Oral Rehydration Salt: ORS）を用いている。カンボジアでは、ORSについて知っているのは、半数弱の女性で、全体として、都市圏でよく知られている。また、その知識は、女性の教育・識字程度と強く関係し、教育を受けていない女性に比べ、有教育女性は倍以上が知識をもっている。下痢をきたした子どもの68%は経口薬を与えられ、12%は注射を受け、4%は静脈内補液を受けている。単純下痢に抗生物質を用いることは不要であり、時には害になるが、赤痢と同じように、錠剤、注射、血管内補液を受けている。

（４）母性保健

過去5年間のデータでは、出産した女性の54.5%は、何の産前検診も受けていない。また、わずかに検診を受けた人も出産直前で、妊娠早期ではない。ここでも、女性の社会的経済的立場、就学年数、識字程度が、産前検診の有無やどのような専門家にかかるかに大きく関係する。

首都圏では、81.3%の妊婦が産前検診を受けているのに対し、田舎では40%以下、しかも、専門性医師、看護師、訓練後助産師を限れば、首都では76.7%に対し、非都市部では25.3%、さらに田舎では21.8%に下がる。また、全体に15.2%と低いのだが、妊婦破傷風予防接種でも同じで、女性の居住地、社会的経済的立場、就学年数、識字程度と関係する。産前検診と破傷風予防接種は、特に女性の社会的経済的立場と密接に関連している。

結論的にいえば、首都圏だけが例外で、全国的には90%の分娩は家庭など、保健施設以外で行われている。すなわち、プノンペンでは70%が施設分娩だが、それ以外では5%だけが施設分娩で、そのギャップは15倍に上る。この状況を改善するために、多数の試みがなされているが、首都圏の施設分娩83%を除けば、全国的にはTBAによる自宅分娩が75%という事態は、あまり、変わっていない。

母乳栄養に関しても問題がある。出生直後の母乳哺乳はなく、1日以内に母乳栄養を始める赤ん坊は半数程度である。免疫グロブリンを多量に含む初乳の恩恵を捨てているだけでなく、ほかの補液を通じて病原体を貰う危険もある。また、早期離乳も多い。栄養学的には母乳だけで十分だが、3ヵ月間を母乳だけで保育される赤ん坊は、たった15.6%にすぎない。にもかかわらず、母乳だけでは栄養上に問題が出る6ヵ月以降に、ほかの補充栄養を受けていない乳児が3分の1もいるだけでなく、1歳でも、離乳食を食べていない子どもも15%いる。つまり、初乳を与えるべき母乳開始時期にも、栄養障害をもたらしかねない離乳時期にも問題があり、これを改善するには、母親に適切な教育を行うことが必要であろう。

最近のカンボジアでは、初産年齢は20歳程度、また、全国的な合計特殊出生率は4.1、都市部で3.3、非都市部では4.3だが、どの年齢層にあっても低下傾向にある。伝統的または近代的避妊法が広がっていることは事実だが、まだ、カップルの21.8%程度にすぎない。しかし、子どもの数が2人以上の母親に限ると25%になる。近代的避妊法は16.1%にすぎないが、1994/95時代に比べ

ると倍増している。しかし、過去5年間に、32%の分娩は、短期間の頻回出産、若年または高齢出産など、ハイリスクの範疇にあり、23%は2つ以上のリスクを抱えていた。改善したとはいえ、まだ、どこで避妊方法を得るかを含め、知識を持っていない者も多い。

1992年来、わが国は無償資金協力、技術協力プロジェクトを通じて、国立母子センターの新築を支援してきた。本プロジェクトは、単なる産科病院ではなく、人材養成センターとしての機能を重んじたこと、診療費の公正化、看護/助産師組織整備を含め病院管理体制を確立したことなど、わが国の技術協力の模範となるものであるが、上記、所見から、今後の地方展開が重要と思われる。

(5) 感染症

感染症では、急性呼吸器感染症、赤痢を含む下痢症、デング出血熱、マラリアとともに、カンボジアでは結核は、なお、重篤な疾患である。患者数は63,000人（539/10万人口、2002）と多く、WHOの結核対策最重点指定国22カ国のひとつでもある。さらに、近年のHIV感染拡大による結核の爆発的増加が懸念されている。わが国は、カンボジア政府の国家結核対策戦略5ヵ年計画—2005年までに患者発見率70%、治癒率85%達成・維持、DOTS⁷¹実施の強化—に対し、無償資金協力を行っている。カンボジアで、なお、結核が蔓延している理由は、途上国全体に共通する、保健医療インフラの不備や、専門家の不足、人々の知識の不足があるが、その背後に存在する長い内戦による人材不足が大きい。

一方エイズは、1991年の最初のHIV感染者報告以来、増加し続けている。

セックス・ワーカー群の高い感染率は、紛争後復興期の発展に伴う感染拡大の原因となっているほか、入院結核患者において30%という高い陽性率が問題となっている。高価な薬剤治療が不可能な事態を考えると、健康教育やコンドーム配布によるHIV予防とともに、古典的なSTDの治療、結核の早期発見と治療も重要なエイズ対策である。

また、カンボジアでは、しばしばデング熱が大流行するほか、マラリア流行は、ほぼ通年であり、フィラリアやリーシュマニアなどの寄生虫疾患も知られている。さらに、コレラ、赤痢、腸チフス、パラチフス、その他の食中毒に加え、B、A、E型肝炎など、消化器系感染症のリスクも高い。また、新生児を含め破傷風も散見されるほか、日本脳炎や狂犬病の報告もある。

また、最近ではSARSや鳥インフルエンザなど、新しい感染症の動向も問題になっている。WHOによれば、2005年初頭、カンボジア初のA/H5亜型鳥インフルエンザのヒト感染例が報告された。同女性は死亡し、その弟も呼吸器症状発症後死亡している。そのほかの家族や密接な接触者には検査陽性者や発症者はいなかった。保健省とWHOは、発生地カンボット省のサーベイランスを強化し、また、当局は、地方村落に感染リスクを伝え、ラジオを通じた予防対策も行った。また、1998年来、マレーシアの養豚業者に広がったニパウイルス類似のウイルスが、カンボジアで、食糧として捕獲されたオオコウモリから検出されたという報告もある。

⁷¹ DOTsは、Directly Observed Treatment, Short-courseの略、直接服薬確認治療。中途半端な治療による耐性菌発生を防ぎ、治療効果を確実にするため、入院中でも医療者が服薬を確認する。

以上、post-conflictを経過しつつある当該国で、相当広域に行われた健康調査においてメンタル・ヘルスは含まれていない。つまり、なお、この分野は優先度が高いとは認識されていないのである。あるいは、もっと深刻な問題は、そもそも、この分野の重要性すらが認識されていないといえる。しかし、もうひとつの問題は、都市部と農村部あるいは貧困層との格差が紛争そのものによって生じたものとするというよりは、本来の低開発あるいは紛争後復興に伴って生じたものではないかという点にある。都市部の発展から置き去りにされる農村部にメンタル・ヘルス問題が多いことは、後述する。

6 - 4 カンボジア復興過程

カンボジアの内戦からの復興過程（post-conflict rehabilitation）の10年をたどる。

2002年のカンボジアの指標は、経済指標に関して、世銀は2002年時のGNIを280米ドル／人とし、UNICEFは2000年時GNIを260米ドルとしている。

保健指数では、平均余命は54.0歳（世銀、2002）から56.0歳（UNICEF、2000）、IMRは97/1,000出生（世銀、2001）または96/1,000出生（UNICEF、2000）、U5MRは137（UNICEF、2000）、合計特殊出生率は5.1（UNICEF、2000）、妊産婦死亡率（Maternal Morality Rate: MMR、1995～99、UNICEF）は440/10万出生である。改善された水源を継続して利用できる人口は全国平均30%、成人識字率は70%（世銀、2002）である。

これらの数字を過去と比較する。平均余命は43歳（1970）から10年以上延び、IMRとU5MRはそれぞれ146および217から著しく改善している。これらの数字を見ると、保健状態が向上したことは事実であるが、都市人口は20%前後のままの一方、全国平均30%の安全な水源利用人口は、都市部54%に対し農村部は26%、また、成人識字率は、男性79%に対し女性は56%（UNICEF、2000）と、国内格差が広がったことが推測される。

このように、一見、国全体として見れば順調な復興過程にあるとみなされているカンボジアにあって、国民の大多数が居住する農村部の実態は正確に把握されているとはいえない。実際、首都圏から、ほんの数十km、1、2時間も車を走らせると、都市部の繁栄とは相容れない、電気はおろかトイレや近傍に安全な水源のない、昔ながらの貧しく低開発なままの村落を多数目にする。長い内戦と不備な灌漑工事による荒廃に加えて、度重なる洪水、また、地域によっては旱魃や水不足が発生し、人々は貧困状態から抜け出せていない。また、都市部辺縁のスラム地区にも、開発の流れから取り残された人々が存在する。

その状態は、内戦以前も内戦時代も、あまり変化していないが、復興後の都市部が急激に繁栄しているために、貧富の差の拡大が強調されてみえる。

一方、都市部は繁栄しているとはいえないものの、真のカンボジアの復興とはいえない事態もある。ポル・ポト時代の終焉後、地方に追いやられた住民は、無秩序に流れ込み、規制のないまま空き家を占拠したとされるが、過去については、互いに深く触れたくない、また、触れてはいけない雰囲気もあり、真の地域社会の復活には至っていない。

また、国連主導の国家復興から10年以上を経過した首都プノンペンの大型ビジネスは、ほぼ、

中国華僑、ベトナム、マレーシア主導であり、そのこと自体を否定する必要はないが、真のカンボジア復興というにはほど遠い事態にあるともいえる。

6 - 5 カンボジアのメンタル・ヘルス

6 - 5 - 1 精神医療の現状

2004年12月に行った現地調査で得たカンボジア精神疾患の頻度は以下のようである。

不安神経症 (Anxiety disorder)	36.4%
抑うつ (Major depression)	24.9%
統合失調症 (Schizophrenia)	15.0%
急性精神興奮 (Acute Excitement)	5.8%
てんかん (Epilepsy)	3.1%
心因反応 (Reaction、Severe Stress、Adjustment disorders)	2.3%
依存症 (Substance and alcohol abuse)	2.3%
躁うつ病 (Bipolar affective disorders)	2.1%
器質性精神病 (Organic neurological disorder)	1.9%
躁病 (Mania)	1.3%
心身症 (Psychosomatic disease)	0.8%
その他 (Others)	4.1%

また、年齢区分は以下のようである。

18歳以下	2.4%	
18～40歳	52.8%	93.8%
41～65歳	41.0%	
65歳以上	3.8%	

これらの数字がどの程度の信憑性をもつか、また、診断技術がどうかはコメントできないが、先進国の頻度との齟齬はないと思われる。

受診者の性別は、圧倒的に女性が多い。女性に受診者が多い理由として、カンボジアは、文化的に、男性は社会的強者であらねばならない風潮が大きいこと、また、男として弱みを示したくないために受診率が低くなること、さらに、男性は家の外で活動する機会が多く、ストレス発散の場もあることが挙げられる。一方、ほとんど家から出る機会のないためにストレスが内攻しがちな女性は、いわば社会的受診によって、それを発散させる機会としている傾向があると考えられている。

カンボジアの精神病院の最初は、1960年以前（正確な年次は不明）タカマウ（Takhmau）に

建設された国立の総合病院で、成人のみを対象とする診療が始まったとされている。最初は外来のみ、次いで入院患者を受け入れるようになったが、当初の疾病構造は不明である。

当時は、フランスで研修を受けたカンボジア人精神科医2人が中心だったが、1975年、クメール・ルージュの侵攻とともに、患者数が激増した。しかし、入院患者のほとんどは、身寄りのない人、ホームレスなどで、時には犯罪者もいたが、真の精神疾患の割合は不明である。なお、この病院は、ポル・ポト時代に閉鎖され、以後、カンボジアのメンタル・ヘルス・サービスは皆無となった。

当施設は、内戦状態が終わり、復興が始まった1991年、The Center for Child Mental Health (CCMH) としての機能を再開し、以後、外国NGOの支援指導を受けて、子どもの精神保健、特に異常行動や神経症的問題をもつ子ども、および発達遅滞児を取り扱うようになっている。

なお、カンボジアには、現在も精神科専門病院はない。プノンペンでは、総合病院のひとつが入院施設となっているが、病室は2、ベッド数は8で急性期治療用病棟として機能しており、通常、入院は2週間程度である。

2004年現在、カンボジアの全医療施設⁷²は939、精神科外来を有するのは全国25州の州立病院中22のほか、リファレル病院68中の12である。また、私立16施設にも外来があるというが、問題はサービスの内容である。途上国の常として、医師は、政府病院など公的機関では収入が少ないため、短時間の公的勤務時間以外は自分のクリニックで診療を行うため、公的施設でのメンタル・ヘルス・サービス可能時間は限られていること、また、小児を専門とするメンタル・ヘルス・サービスは、まだ存在していないこと、さらに、2004年12月現在、精神科専門医はわずかに20人で、人口1300万人からすると、1精神科医当たりの人口は65万人という膨大な数の上、ほぼ全員がプノンペン周辺に集中しているため、首都圏以外にはメンタル・ヘルス・サービスはないといわざるを得ないことである。

6 - 5 - 2 ポル・ポト時代のメンタル・ヘルスへの影響

最近のカンボジア政府の調査によれば、180万人とされているが、ポル・ポト時代に生命を失ったカンボジア国民の正確な死亡数は不明⁷³である。当時の人口を約800万人とすると、国民の3人に1人が、国籍を同じくする同一民族によって殺害されたことになる。

ポル・ポト時代と呼ばれる1975年から1979年の4年間は、専門的精神科医療の暗黒時代でもあったが、問題は、虐殺の大きさのみではない。元来は穏やかで非闘争的とされるクメールの人々の一方が、なぜ、あのような残忍性を発揮し、他の一方はひたすら殺され続けたのかであり、その双方にどのようなこころの傷が残っているかであろう。

よく知られているように、ポル・ポト時代には、従来の生活習慣、国のインフラ、社会機構、文化、教育、宗教など、あらゆる国の社会活動が組織的に破壊された。クメール・ルージュは、

⁷² 基本的に病院は公立だが、NGO支援で有料病室を持つ施設や、民間医療施設も認可されている。

⁷³ ベトナムが支援するヘン・サムリン政権は300万死亡、ジェノサイド研究で有名なイエール大学虐殺プロジェクトは170万と推定、アムネスティ・インターナショナルは140万、米国国務省は120万という数字を出している。当事者であるポル・ポトは100万以下とした。

「恩恵を農村労働者に与えるべき」との考えから、初期には、旧政権の高級官僚やその家族、都市の居住者、資本家、学者や高等技術を持つ知識人など頭脳階級の全財産と身分を剥奪し、農村部に強制移住させた。さらに、最初は農業や灌漑工事に従事させたこれらの知識階級を、結局は反乱危険分子として皆殺しにした。次第に、少しでも反抗する農民や危険性を持つとみなされた人物とその家族も虐殺の対象となった。一時的に革命が成功したと信じて帰国した留学生や資本家が、最後には、ポル・ポト政権の官僚や専門家も含み、結局、すべての住民が殺戮の対象となった。

クメール・ルージュが行った知識層への徹底した殺戮や迫害は、自分が犠牲になるという受動的な死の恐怖とともに、誰かを密告したり殺したりしなければ、つまり加害者にならねば自分が殺されるという能動的な死への恐怖をもたらし続けていたであろう。このような複雑な心理状態を押し付けられた人々が、どのようにそれを克服してきたのか⁷⁴は、まだ、十分解明されてはいない。

カンボジアでは、こうして、あらゆる社会制度が破壊され、例えば、財政システムでは、すべての金融機関が閉鎖され、通貨や市場は廃止された。私有物のすべては奪われ、教育に関しても、すべての学校が閉鎖され、子どもたちは家族から隔離され、強制労働のための作業集団に配属された。小学校低学年程度の子どものも農場やダム建設のための過酷な労働を強いられた。教育を受ける機会をなくした子どもたちは、字が読めないまま、また、何ら知識がないまま、命令により医療を施したり、人体実験に加担し、スパイにも使われ、「親の行動を密告すれば、食べ物を与える」といわれた子どもたちが、自分の生存のために、ポル・ポト革命への不満をもらした周囲の大人たちをオンカー組織に通報したりした。

人権も信仰の自由も奪われた人たちは、周囲への疑心暗鬼や漠然とした不安を抱き、無気力感を強めていったであろう。当時、100万に近い人口を有していたプノンペンが無人の廃墟と化しただけでなく、人々は社会的存在としての人間ではあり得ず、人が存在していても地域社会の構成はない状態であった。

実際に、ポル・ポトが権力を握っていた期間は、わずかに数年にすぎない。しかし、この間にカンボジアの人々が被った被害は、殺害、拷問、過重労働、病気や飢餓による死亡だけではない。現在に続くメンタル・ヘルス面の障害は計り知れない。また、ポル・ポトが失脚した後も、農村部を中心にクメール・ルージュの抵抗が続いただけでなく、1991年のパリ和平協定調印後にも、なお抵抗を続け、復興支援に参加した日本人国連ボランティア（UNV）などに犠牲者が出ている。

ポル・ポト時代に生じた死亡は、必ずしも、すべてが虐殺によるわけではない。過酷な生活条件下に、高齢者や病人、乳幼児が栄養障害や医療サービスの受けられないまま生命を失っており、ほぼすべてといってもいいほどの家族が犠牲者を出している。つまり、ポル・ポト時代の粛清は、直接的殺戮だけでなく、また、個々の人々、家族、地域社会に深刻な被害をもたらしたただけでな

⁷⁴ 1990年初頭、日本のODA調査などで交流した政府高官が、突然、涙ぐんだり、取り乱したりしたことがあった。厳しい過去があったとは語ったが、詳細は話せないといった。最近、かつてのリセ（高校）であったトゥール・スレン・ジェノサイド・ミュージアムに、同一人物のポル・ポト時代と近影にコメントが展示されるようになっている。

く、この国の復興にも大きな影響をもたらしている。短時間に、強制的に居住地を離れ、未知の地に移動させられ、武器の監視下に、未知の人々と共同生活に入ることは、居住地が変わったというだけではない極限のストレスを押し付けられたことになる。また、強制移動に加えて、大量殺戮が日常茶飯事的に行われ、市街地のはずれにはキリング・フィールドが残ったことは、古来の伝統的村落社会が寸断されただけでなく、例え生き延びた元の住人が村にもどっても、かつてのコミュニティが再現されることにはならない状況を作っている。また、クメール・ルージュによる死刑執行によって愛する者を失い、強制的に隔離された子どもの消息を追えない人も多く、紛争後の家族構成も大きく変わってしまった。

コミュニティ・メンタル・ヘルス活動を主体とするカンボジアのNGO、TPO (Transcultural Psychosocial Organization)-カンボジア (後述) 代表のChhim Sotheara医師は、ポル・ポト政権後のカンボジアの人々には、個人、家族そして社会という3つの異なるレベルの苦しみがあると説明している。

個人レベルの苦しみとは、自尊心が非常に低く、雇用に対する不満などから、すべての人々が情緒的な問題を抱えていることで、このような状態を背景に、軽度のうつ病、不安、そして重い精神障害が出てきているとする。

家族レベルでは、ほとんどの人は、ポル・ポト時代に、1人または2人以上の家族を失ったという心理的喪失体験をしていること、および家族構造が変わったことである。実際、養子をもつ家族も多いが、最近でも離婚や別離が絶えないのは、ポル・ポト政権時代、都市部居住者と農村部住民が強制的に結婚させられた結果であるという。

社会レベルでは、国民のほとんどが集団としてのトラウマを経験していることはいうまでもない。人口の正常な構造が破壊され、犯罪や暴力の日常化、社会的・文化的解体がみられた。その後遺症がどのように吸収されていくか、それがカンボジアの真の復興であろう。

クメール・ルージュによって、人々は自分の信念を持つことを許されず、他人への信頼感も打ち崩された。慣れ親しんだ集団への帰属意識の代わりに、クメール・ルージュ、実体不明のオンカーへの服従姿勢を持つよう強制されたという。今日、国の生産人口の多くが精神的問題を抱えているという現実には、なお、カンボジアが貧困問題を解決し得ないこととともに、その背景には、かつての社会構造の解体が存在すると思われる。

クメール・ルージュに加担した人々は、今も自分の気持ちや当時について語ろうとはしない。また、語っても、実際に起こったままではないようにも聞こえる⁷⁵。

クメール・ルージュが行った「人を非難すること」、同時に「他人を信用しないこと」、という徹底的教育の効果との指摘もあるが、元来、カンボジアの男性は人前で弱音を吐かない、本音を語らないという価値観があったとする人もいる。若年時に刷り込まれた考え方が、特に過酷な過去を語ることへのバリアになっているともいえる。これらの表現できない、あるいは表現されない葛藤や不安が、現在、精神的問題としてではなく、身体的問題として表現され、行動障害をも

⁷⁵ 相当数の壮年層男性に接したが、若年時、クメール・ルージュであったとか、ポル・ポト派であったと告げる人は数人、殺戮行為に関与したとする人はいない。また、夫がそうであったかもしれないとする女性もいない。

たらしめているともいえる。

個人レベルでの暴力やアルコール依存の問題も深刻である。現在、生産年齢層の人々の多くが、人格統合の最も重要な時期である思春期に大量虐殺に遭遇したか、加担したか、「卑劣な方法」でそれから逃れたか、いずれにせよ、触れたくない過去をもっており、ある種の精神的脆弱性を秘めたまま生活していることに起因するのではないかと考えられる。また、社会的経済的立場や地位が、アルコール依存症に影響すると特定できるモデルもある。

Adult Children of Alcoholics (ACOA)⁷⁶と呼ばれるアルコール依存症の親をもつ子どもたちや被虐待体験をもつ子どもが次世代に精神病理を残す傾向が明らかになってきているが、トラウマと嗜癖の関係も根深い。カンボジアでも、将来展望を含めた対策の必要性があるといえる。

いずれにせよ、このような広範なメンタル・ヘルス問題は、個人レベルだけではなく、集団や組織に影響をする社会問題や社会制度、およびそのほかの状況、場面にも焦点を当てるコミュニティ・メンタル・ヘルスの視点での対応が必要なことを強く示唆する。

現在、ひとまず、国は安定し、復興が進んでいることもあって、人々はかつての家族の崩壊や喪失の悲しみを乗り越えて力強く生きようとしている。疑心暗鬼を互いに取り除こうと努力しているようにもみえる。しかし、クメール・ルージュであった人々が地域社会にいても否定できないまま、人々は、あえてその問題に触れようとはしない⁷⁷。

国として、司法の手に委ねた審判⁷⁸がまもなく始まる。長い国内紛争が終わり、国家再興が始まって10年、やっと立ち直れた人々の中には、判断力もないまま、波尔・ポトあるいはクメール・ルージュ上層部の指示に従い、知らぬ間に集団殺戮に加担させられた人もいる。裁判が、そのような人々にどんな心理的影響を与えるか、それも懸念される。

波尔・ポト時代と呼ばれた1975年から1979年の3年8ヵ月は、それほど長い年月ではない。しかし、この期間は、単にメンタル・ヘルス・サービス面の暗黒時代であっただけではない。物理的インフラや経済面の復興は着実に進んでいるようにみえるカンボジアだが、人々のこころの傷を癒す真の再生には、まだ、時間がかかるようにみえる。

⁷⁶ 本来は、アルコール中毒の親に育てられた子どもをAdult Children of Alcoholicsといった。暴力、虐待、緊張、不安また厳格すぎるなど、子どもが子どもらしく存在できず、家族としての機能不全を起こしている環境下に育った子どもは、自己が確立されていない（アイデンティティがあいまい）、自己評価が低い、対話が下手、対人関係が苦手など共通の問題があり、大人になってからも、不信感が強く、生きづらいと思っている人が多いとされる。

⁷⁷ 脚注75参照。紛争地では、自分の行為ではなく、他人の殺戮や暴力行為を見ていた風に三人称の語りもあるとされるが、カンボジアでは経験していない。

⁷⁸ ポル・ポト派裁判は、カンボジア政府も最初は国際裁判を意図し、国連に協力を求めた。しかし政情不穏やあまりにも多数者が関与していた事情もあり、国内融和を優先させるため、外国の介入を避けたい意向を示し、国際社会と対立してきた。最近、いわゆる国際裁判所ではなく、カンボジア国内の特別法廷で、カンボジア人裁判官を主体とし、国際裁判官も参加する混合裁判所とする合意がなされた。

6 - 5 - 3 復興期のメンタル・ヘルス・サービス

比較的早くから、復興期のカンボジアのメンタル・ヘルス・サービスにかかわった組織に Social Services of Cambodia (SSC) がある。

SSCは、本来はクメール人仏教徒社会のソーシャル・ワークを行っていたもので、メンタル・ヘルスの専門機関ではないが、1992年、コンボン・スプーで、紛争後復興における支援活動を始めた。もともとは僧侶や政府職員にソーシャル・ワークの方法を教育訓練していたが、現在では、メンタル・ヘルスやカウンセリングなどの訓練まで範囲を広げている。最近では、専門家だけではなく、地域の住民を取り込み、コミュニティ開発計画の一部として、多数の村落で、セルフ・ヘルプグループを形成している。

中央レベルの活動では、1992年3月、保健省がメンタル・ヘルス・サービスの国家計画と戦略を策定するための Mental Health Sub-committee を設置した。その提言に基づき、1994年には、国際移住機関 (The International Organization for Migration: IOM)⁷⁹、オスロ大学、保健省の3者が協力して、専門医および専門看護師の養成を開始した。

ノルウェー人精神科医とノルウェーを含む外国人精神科専門看護師による、カンボジア人医師と看護師の訓練は、その後、1998年まで続いた。現地での研修プログラム2クールを修了した者の中から数人が留学し、さらに専門的研修を終えた。現在のカンボジアのメンタル・ヘルス指導層は、この時期に訓練を受けた精神科医と精神科専門看護師である。

医師と看護師養成の開始に伴い、外来精神科クリニックが開設された。最初は、プノンベンのシアヌーク病院であった。現在では、1日100人以上の患者が来院するカンボジア最大のメンタル・ヘルス・クリニックとなっている。本クリニックでは、数年前から、精神科専門医および精神科専門看護師を目指す教育も行われている。

TPO (The Transcultural Psychosocial Organization)⁸⁰ は、1993年にオランダで生まれた、メンタル・ヘルスに重点を置くNPOで、カンボジアでは1995年に活動を開始した。1998年にはTPO-カンボジア⁸¹が設立され、2000年にはすべてプログラムが現地サイドに引き継がれている。

TPO-カンボジアの代表者Sotheara医師によれば、長年の国内紛争が、全国土のあらゆる地域社会に集団的トラウマをきたした結果、現在も社会心理的またメンタル・ヘルス上、多様な問題があると指摘している。

⁷⁹ 1948年、ヨーロッパ内の避難民援助のために設立されたIRO (International Refugee Organization) 解消の際、UNHCR (難民庇護と援助) と欧州移住政府間委員会 (ICEM) (難民の第三国定住、特に南米移住を支援) が設置された。IOMは後者を引き継ぎ、1980年に発足した非国連機関。本来、ヨーロッパ難民の南米移住を主務としたが、インドシナ難民の第三国定住支援などを経て、多様な活動を行っている。

⁸⁰ オランダ・アムステルダム大学のVrije大学の精神科スタッフによるNPO、財政支援は主にオランダ外務省開発資金による。戦争、紛争による避難民や人権侵害を受けた人々のトラウマ対策を目的とするが、主に政府やほかの援助機関の要請により、技術指導と訓練資材を提供する。時に研修コース設立のための専門家派遣も行い、現在、アルジェリア、ボスニア、カンボジア、コンゴ共和国、エチオピア、ガザ、インド (チベット難民)、ナミビア、ネパール、スリランカ、ウガンダで活動支援。

⁸¹ 現在、Pursat, Battambang, Banteay Meanchey, Phnom Penh and Kompong Thomで活動中。主な支援者はJICA (Japan International Cooperation Agency)、ICCO (Interchurch Organization for Development Cooperation)、DCA (DanChurchAid)。

TPOによれば、カンボジアの40%の人々は、何らかのストレス関連精神障害を抱えており、11.5%は明らかにうつ（depression）、さらに27%がPTSDを持っており、これらの人々はすべてさまざまな行動障害をきたしているとする。そして、人々が家庭や地域内の暴力行為を排し、人権を高揚し、貧困削減のためにも、国や地域の復興開発に参画するにはその地域社会と人々のメンタル・ヘルスを再構築する必要があると指摘する。

TPOは、最初から地域集団を対象とするメンタル・ヘルス・サービスを意図しており、カンボジア固有の文化、いわば精神（spirit）を取り戻すことが真の癒しになるという目標を掲げ、Community-based Approachの手法を用いている。古来の文化や伝統を尊重しつつ、適切な西洋の考えを取り入れ、カンボジア人自らがプログラムを作成することが重要だとし、農村部では、村のリーダーらに基礎的なメンタル・ヘルスの概念を教え、その地の人々が、自分たちの問題を自ら解決できる能力をつけられるように、13日間のトレーニングを行い、現在までに800人弱が研修を受けている。

最初、人々は、「自分たちは気がふれているのではない!!」とTPOとの接触を受け入れなかった。しかし、クメール語の絵入りポスターによる解説により、失業、家庭内暴力や不和、アルコール多飲や博打も生活苦や貧困による身体的症状であり、メンタル・ヘルス問題だと人々は理解するようになったという。多様なポスターを作製し、繰り返し、地域住民に接触することを通じ、住民自らの気づきを促進し、現在では、貧困問題、家庭内不和、農業という3分野の自助活動のための話し合いグループが形成されている。これらの住民レベルの話し合いでは解決しない場合、TPOで研修を受けた者がカウンセリングを行い、それでも解決しない場合は、医療施設を受診する支援を行っている。

米国ハーバード大学トラウマプログラム（Harvard Program in Refugee Trauma: HPRT）⁸²も、1996～2000年にわたって、Siem Reapでトレーニングプログラムを行った。精神科医とメディカル・アシスタントに再教育を行い、1週間の実地訓練を含む1ヵ月の強化訓練で、1年間に102人の医師が研修した。しかし、このプログラムは国や州の保健局との協力で行われたものではなく、カリキュラムそのものも保健省の認可を受けていなかったため、同プログラムで研修を受けた医師の多くは、現在、メンタル・ヘルス領域では働いておらず、また、訓練修了後のフォローもなされていない。

タイ国境近くの難民キャンプでメンタル・ヘルス・ケアを提供したNGOはほかにもあったし、不安や抑うつを伴う問題や激しいトラウマを経験した人へのケアを提供するNGOも多数存在するが、いずれも、メンタル・ヘルス・サービスを名乗ってはいない。

保健省は、1996年来、人口1万人に対し1メンタル・ヘルス・サービス・センターを置く計画に基づき、各地に診療所を設置し始めている。しかし、まだ、これらの診療所には、専門医が常

⁸² Harvard Program in Refugee Trauma（HPRT）は、当時、米国医学にはなかった人権侵害や難民への保健医療支援のために1981年に設立された。1970年代のイエール大学医学部学長F. Relichの「医師がなしうる最大のことは、公的政策に（医）科学を活用すること（greatest thing a doctor can do in his lifetime is to use science to influence public policy）」に影響を受けた人々を中心に、過酷な暴力を受けた人々は、physicalにもpsychologicalにもspiritualにも癒す必要があるとして、カンボジア、ボスニア、阪神淡路大震災、9.11後などで活動している。

在しておらず、看護師と助産師のみで、PHCの範疇にあるサービスのみを行っている。また、農村部では、今なお住民は伝統的治療を選ぶことも多い。

また、プノンペン大学医学部に当たるUniversity of Health Sciencesの精神科主任Kasunbaunat教授によると、現在も多数存在する伝統的民間治療では、治療者が多額の治療費を請求したり、危険な薬を使用したりすることがあり、人々はあまり信用しなくなっているそうだが、農村部では、現在でも、伝統的村組織があって霊媒師があらゆる相談に乗っているという現実もある。病気につきも、最初に相談に応じるのはクルー・クメールと呼ばれる薬草治療を施す伝統的治療士が多い。また、お寺の僧侶で専門的診療の訓練を受けた人もいる。メンタル・ヘルスに関するNGO活動では、リラクゼーションの一方法として、お坊さんにお経を読んでもらう、清水をかけてもらう、祈祷師に祈祷してもらうなどのテクニックを利用しているケースもある。

伝統的社会においては、特にメンタル・ヘルスにおける宗教や信仰の役割は無視できない。カンボジアでは、95%が仏教徒であるが、宗教における「情けをかける」といった教えが、精神障害者に対する偏見をなくすることができるのではないかと意見もある。

また、宗教⁸³が、教育、健康、社会に大きく影響していることも事実で、例えば、ある人が死ぬと、親戚、知人ら多数者が集まり葬儀が執り行われ、それが新たなコミュニティを形成する可能性もある。また、僧侶に対する人々の尊敬の念はいまだに強いために、キー・パーソンとしての役割が期待されている。

また、専門分野にかかわらず、住民の信頼を得た医師ができることは大きい。“.....greatest thing a doctor can do in his lifetime is to use science to influence public policy.”という言葉があるように、強い信頼関係が確立していない地域社会にあっては、医師の仲介によって新たな絆が生まれることもある。

6 - 5 - 4 カンボジア女性の健康とメンタル・ヘルス 文部科学省科学研究費による2002年調査から)

本調査は、メンタル・ヘルスを対象としたものではないが、ほとんどの人が、身体的障害とともに、何らかのメンタル問題を訴えたが、紛争後、貧困とメンタル・ヘルスの関係が読み取れるため、ここに引用する。

(1) 個人へのインタビュー

年齢35～74歳、平均52.7歳の女性19人にインタビューした。

1人を除き、全員家庭の主婦であったが、自分が中心になっての農業に従事する者10人、縫製業2人、食品販売2人で、仕事を持たず家事のみはわずか2人であった。平均家族数は7人、一家の現金収入は月3.75米ドル(約400円)から300米ドル(約32,000円)まで開きがあった。1人のセックス・ワーカーは野外生活者で、収入も不定であった。

調査場所は、都市部はプノンペン、農村部はプノンペン隣接州プレイベン州キエスヴァイ郡で

⁸³ 駒井洋『新生カンボジア』によれば、3,369寺院があり、6万5千の僧侶を擁したカンボジアの仏教界は、原始共産化を目指した波尔・ポト時代にすべて崩壊し、1979年の生存僧侶3,000人という。最近では、托鉢僧の数が増えている。

ある。都市部でも医療施設受診者の家族を対象としたこともあって農村部居住者が多く、都市部居住者は少なかった。

紛争中（1970～90年）と紛争後（1990年以降）における生活状況を尋ねたところ、大きな影響を受けなかったと答えた者は1人のみ、また、年齢的に、ポル・ポト時代を覚えていないと答えた者1人と、父親を亡くしたが当時の生活状態についてはあまり記憶がないと答えた者1人を除き、ほかの16人すべてが、過酷な体験をしたと訴えた。

重複回答を含むが、本来の居住地から、地方に強制移動させられた者は11人、農業や用水路掘りなどの過酷な重労働に従事された者は7人、また、長期間、薄い粥しか食べられなかったとする者14人、自由な会話は許されなかったとする者は2人であった。1人以上の家族を亡くした人が9人いるほか、自分自身が、実際に穴に突き落とされて殺されそうになったなど、別離の記憶だけでなく生命の恐怖に襲われた記憶を持つ人もいた。

ポル・ポト時代が終わった後の1980年代になって生活が改善したとする人は、わずかに3人のみで、ほとんどは引き続き、生活苦にあえいでいたと答えた。この間も、家族、特に夫が紛争に関与している者もいたようだが、詳細に関しては不明もしくは話したがらない。

2002年現在の生活状況では、15人が改善したと答えた。しかし、夫の女性問題による離婚、娘婿の女性問題による家庭不和など、別の生活不安の訴えがあった。

年齢的に、紛争時の記憶が乏しい30代の2人は、生活は前と変わらず、むしろ、悪化したと答えたが、生活は改善したとする9人も、借金がある、仕事がない、学費が出せないなど、経済的問題を訴えた。

健康問題や保健医療サービスに関する意見では、現在の健康問題は、胃痛、腰痛、頭痛、めまい、動悸、高血圧、白内障、交通事故による外傷などが挙げられた。経済的不安の強い人は、健康問題に関する訴えも強い傾向が観察された。夫から暴力を受けていると訴えた女性は2人いた。妊娠出産についての質問では、出産回数は0回から12回と開きがあり、5回以上の出産は11人、人工妊娠中絶を繰り返した人1人、流産・死産を経験した人3人、双胎出産は2人、妊娠出産時の合併症は3人、子どもを乳幼児期に亡くした人は5人など、周産期のケアや家族計画サービスが立ち遅れていることが示唆された。

紛争が健康に影響したと考えている人は13人と多く、理由としては、食糧不足による栄養不良、重労働、戦闘による避難、避難中に宿も病院もなく路上で出産したこともあること、爆弾などの化学物質で水や農作物が汚染されたこと、医療施設がなく医師もいないことなどが挙げられた。紛争以外に健康を害する原因として、水や食品の衛生状態が悪いこと、貧しいこと、よい薬がないことなどが挙げられた。健康を害した結果として起こることとしては、働けない上に医療費がかかりますますます貧しくなることなどが挙げられた。

保健医療サービスについては、ほとんどが、1990年代になると公立のヘルスセンターや病院ができて受診しやすくなったと回答した。しかし、症状の軽い時は、伝統的な薬草やコインでのマッサージなど民間療法を利用したり、薬を買ったりしていると答えた人が多かった。病院の医療サービスについては、おおむね満足していた。

(2) 地域住民女性フォーカス・グループ・ディスカッション (Focus Group Discussion: FGD)

農村部住民女性、都市貧困地区住民女性およびヘルスボランティア女性の、3グループによるFGDを実施した。

紛争時の生活状況について尋ねると、いずれのグループの女性もポル・ポト政権時代には、食糧が乏しい中で重労働に従事したことを語った。食事は薄い粥だけで長時間労働した、無月経となった、それ以来ずっと腰や肩が痛むようになったなどの話があった。都市貧困地区の比較的若年の女性からは、両親・同胞が殺されて孤児になった、子どもの集団に入れられて労働させられたなどの話があった。地雷原の中をベトナムまで逃げたが、かろうじてたどり着いた3日後に、一緒に逃げた母親が死んでしまったという女性もいた。

1980年代になって、ポル・ポト政権時代の強制労働からは解放され、食糧事情はよくなった。しかし、まだ内戦が続いており、兵士として夫が戦場に行ってしまったという何人かの女性たちは、生活は依然として苦しかったと語った。また、都市貧困地区では、窃盗や強姦なども多く、治安が悪かったという話が多数⁸⁴なされた。

1990年代になり、政府や外国機関からの支援が行われるようになって、生活はよくなり、治安も次第に改善したという。現在、極めて貧しい生活をしていると思われる女性でさえ、生活は内戦中よりよくなったと語ったが、かろうじて生活していける程度の収入しかない女性が多く、自分や家族の病気などで臨時の出費に際しては、親類に借金し、お金のある時に返すという。

農村地区の、土地を所有せず、農作業の手伝いで小銭を稼ぐ程度のその日暮らしの一家の女性は、現在も生活が苦しいと訴えた。都市貧困地区では、夫を交通事故で亡くした、夫を別の女性に取られたと、泣きながら語った女性が複数いた。夫や義父に暴力を振るわれたという女性もいた。

健康問題とその原因、さらにどう対処しているかについて尋ねたところ、問題としては、頭痛、腰痛、胃痛、高血圧、帯下や不正出血などが訴えとしてあった。また、メンタルには、貧困や家族の病気、子どもが多く通学させられないなど、心配事が多く、不眠になったり頭痛があったりするという訴えがあった。

都市貧困地区では、病気になった時は薬局で薬を買うという女性が多かった。貧しいために、ヘルスセンターを利用せざるを得ないが、サービスは不十分と感じていた。農村地区では、ヘルスセンターを受診してよくなったという女性もいたが、多くの場合は、症状の軽い時はヘルスセンターを受診し、症状の重い時はプノンペンの病院に行くか民間のクリニックを受診するとのことで、郡病院には行かないようだった。理由は、ヘルスセンターや郡病院ではあまり効かない薬をくれるだけだが、プノンペンの病院や民間クリニックなら注射や点滴をしてもらえる、ということであった。

健康問題が起こる原因として、貧困とそれによる食糧不足、衛生状態が悪く飲料水に問題があること、厳しい労働、野菜の化学物質（農薬のことか不明）汚染などが挙げられた。紛争が健康被害をもたらすことについては、常に逃げなければならない、家族が離散する、農業ができず食糧不足になる、爆弾や銃弾によって水や大気が汚染されるなどが挙げられた。健康問題の結果と

⁸⁴ ここでも、常に被害者であり、加害者であった経験は語られない。

して、働けなくなり医療費もかかるため、ますます貧しくなることが指摘された。

農村地区では、土地を持たない労働者は生活の苦しさを訴えたものの、概して貧しいながらも家庭が安定しており、農家であれば食糧に不自由していない様子であった。ヘルスセンターも比較的機能しており、民間クリニックもあって、それなりに保健医療サービスも機能しているが、プノンペンに近いこともあり、郡病院が十分機能していないようであった。

都市貧困者居住地区には、別の地域から移住した人々が集まっていて、住居環境も農村地区の貧困者より悪かった。多くはバイクタクシーや荷物運搬など肉体労働によるその日暮らしで、交通事故に遭うことも多く、生活は農村地区より不安定であった。夫と離別したり家庭内暴力に遭っていたりするなど、貧困と生活の不安定を反映して、不安定な家庭環境にある女性が目立った。環境衛生に関する意識は農村地区の女性より高く、トイレがないことを問題として認識していた。

農村地区・都市貧困地区とも、夫と死別・離別した女性や、著しい貧困・家庭内暴力などにより生活が極めて不安定な女性たちは、過去の体験を話している時にも泣き出してしまうなど、感情が激しやすい傾向にあった。他方、夫がいてとりあえず食べていけ、現在の生活が比較的安定している女性たちは、過去の体験についても、比較的冷静に客観的に語ってくれた。

(3) 女性の健康に関する保健医療従事者の意識

面接した医師・準医師⁸⁵・助産師9人の年齢は26歳から55歳で、ポル・ポト政権時代には専門職であることを隠して強制労働に従事した者もいた。また、夫や妻を殺されたり両親や家族と別離したり、殺されたため孤児となった者、医師だった夫が精神異常を起こした者など、過酷な状況にあったこと⁸⁶が話された。

34歳の男性ヘルスワーカーは、ポル・ポト時代末期に少年兵にされたが、実際には人を殺さずにすんだと語った⁸⁷。1980年代になると、準医師・助産師・看護師の教育を受けた者、ベトナムで助産師教育を受けた人もいる一方、兵士として戦闘に従事させられたり、家族が森林伐採のため辺境地に送られてマラリアで亡くなったと語った人もいた。

現在、居住している地域で重要な健康問題では、呼吸器感染症、デング熱、下痢症、栄養不良、心臓病、結核、エイズさらに環境衛生問題が挙げられた。女性の健康問題では、子宮など生殖系の炎症、流産、性感染症、子宮脱が挙げられた。

保健医療専門家として働き出した後の研修としては、UNICEFやWHOなどの国連機関やNGOなど各援助機関が主催する下痢症対策、呼吸器感染症対策、家族計画などの各種研修コースを受講する機会を持っている。準医師1人は助産師から準医師になっており、医師3人は看護師・準医師から、勉学を続けて医師になったという。このことは、医師・看護師といった医療専門職の職務内容や資格制度があいまいであったことを示している一方、紛争後復興期のやむを得ない対

⁸⁵ 1975年当時（ポル・ポト時代前、人口800万程度）の医師数487人が、1980年ごろ（ポル・ポト時代後）には43人にまで激減。その後、1980年に医師と医療技術者の養成が再開されたが、特に医師数不足を補うために、一定の経験ある看護職を短期訓練して準医師としたなど、保健医療職の質と量の不備不足は現在もある。

⁸⁶ ここでも被害者としての経験だけであった。

⁸⁷ 紛争地では時に、（やむを得ないにせよ）自己の過去の殺戮を三人称で語る人に遭遇するが、この男性がそうかどうかは確認できない。

応ともいえる。

(4) 女性の健康に関する男性の意識

農村部住民、ヘルスセンター職員、国立母子保健センター入院患者の夫ら、既婚男性16人に面接調査を行った。年齢は24～62歳、平均36.6歳、職業は、農業、看護師、縫製などであった。出身地は、都市部6人、農村部9人、教育期間は4～12年、現金収入は月6～450米ドルと大きな差があった。子ども数は0～8人、平均2.7人であった。

紛争中と紛争後の生活状況は、ボル・ポト政権時代で最もつらかったことは、十分な食糧がなかった9人、家族が殺された4人、強制労働3人であった。幼少で覚えていなかった人も4人いたが、感無量あるいはつらい過去を思い出すことを拒否する気持ちなどで説明できない人が2人いた。その後の生活で最大の変化は、必要な食糧を自由に作ることができる4人、教育を受けられるようになった3人であった。16人中15人は、国際的な支援による復興が始まった1990年代になってから生活は良くなったと答えた。

家庭内で誰が意思決定をするかという質問に対しては、重要事項は最終的に夫が決断すべきであるとする者9人、妻の健康問題についても最終的に夫が決断すべきだとする者が9人いたが、その全員が必ず妻と相談した上で決定すると説明した。夫が決断するべきと考えるのは、家族全員の責任を負っているからであるとのことであった。しかし、避妊については最終的に夫が判断するべきと回答したのは2人のみであった。妻に暴力を振るった経験があるかという質問に対しては、全員がないと答えた。ほとんどの人が妊産婦の健康問題に関する基本的知識を持っていたが、ラジオやテレビから健康情報を得ているとのことであった。

6 - 6 カンボジア現地調査

6 - 6 - 1 Transcultural Psychosocial Organization (TPO)

先に述べたように、TPOとは、オランダのVrije大学精神科医師らによって1995年に設立されたthe Institute for Psycho-social and Socio-Ecological Research Amsterdam (IPSER - Amsterdam) が、改名したものである。

TPO-カンボジアは、かつてのオスロ大学の精神科医師養成課程1期生Sothera医師が1998年に開設、2000年に全活動を引き継いだものである。Sothera医師によれば、TPOは、戦争や人権侵害、さらにあらゆる暴力行為によってところに傷を受けた人々への援助を目指すNPOであるという。その理念は、あくまで、現地の文化を尊重しつつ、人々の間に信頼関係を取り戻すことによって、人々が自らのメンタル・ヘルスを向上させ、かつ自分や家族、さらに周囲の人々を助ける力をつけられるよう、草の根レベルの支援を行うとする⁸⁸。TPOが行うトレーニングの対象は

⁸⁸ Visionには、“To contribute to the development of Psychosocial and Mental Health Care in Cambodia within a local cultural context.” また、そのmissionには“ To support those who are unable to care for themselves due to mental illness, poverty and a lack of support by developing programmes that directly benefit people at the grassroots level, by improving their mental health and thereby increase their ability to care for themselves and their families.” とある。

Village Health Worker (VHW) と呼ばれるPHCレベルの保健員であり、高度な専門性も求めている。

現在、プノンペン市、コンボン・トム州のほか、15クリニックを運営し、以下のような活動を行っている。

ソーシャル・コンテキスト・サーベイ（村を訪問する前のTPOスタッフによる現状調査）

- i 村の歴史、特に紛争前後の経緯
- ii 人口、年齢別人口構成
- iii 障害者数と障害の種類
- iv 未亡人の数
- v コミュニティの社会資源
- vi キー パーソン、村長か、僧侶か、ボランティア的リーダーか
- vii その他

これは、以下の訓練のための基礎調査である。

トレーニング・プログラムの作成

個々の状況に応じた研修プログラムの作成。基本的には、

- i 自己の問題認識
- ii （自分の性質など）個性の把握
を経て
- iii 他人への対応のあり方
- iv 信頼関係の作り方
- v 必要な態度：聞き方、尋ね方、話し方
- vi 情報の伝え方
- vii 態度

などを学習する。

TPOスタッフとキー パーソン共同のトレーニング13日間

で作成したプログラムに基づき、さまざまな事例を想定し、13日間の強化訓練を行う。

ポスター・パンフレットによる啓発活動

現地の人々には理解しやすい絵入りのポスターやパンフレットを掲示したり、解説に用いる。やや複雑雑多に見えるが、直接関係がないと思われがちな、失業とアルコール多飲、不作とストレスや家庭内暴力などを図示することで、メンタル・ヘルスとは何なのか、何が問題なのか、原因は何か、どうすればよいのかなどの理解を助ける。

精神保健教育

第一線で人々と接触するVHWらに、どの時点で専門的治療へのリファールを考える必要があるかなどの判断をするための教育である。

ピア・グループ活動

必要に応じて、各地域に数人から十数人程度のグループを（複数）形成し、以下の問題を話し合う。通常、十数回程度の集会で終わるようだが、結論を得ることを急がせず、話し合いを通じて、人々の相互理解や信頼関係を醸成する目的が強い。

- i 貧困に関する問題
- ii 農業と収穫物に関する問題
- iii 家庭内暴力
- iv アルコール問題
- v その他

個人カウンセリング

必要な場合、TPOの専門スタッフによる個人レベルのカウンセリングを行う。

精神的治療を要する人へのコンサルテーション、精神科クリニックのセットアップ

専門的対応が必要な場合、治療に至るまでの支援を行うほか、適切な診療機関への連携を取り、フォローアップを行う。

研究活動

以上の活動をまとめ、評価し、新たな活動の指針を得る。

カンボジアの人々は、自分たちの気持ちをあまり派手に表現しない傾向がある。外国人には把握し難い微妙な感情のゆれを、TPOのカンボジア人スタッフは見逃さない。また、TPOによって訓練されたコーディネーターを含むピア・グループは、穏やかな対話、静かな連帯を通じて形成される自然な共同体意識を高め、村人たちが自力で問題解決の道を見つけられるよう接触を繰り返しているという。

このような地道な活動を継続している間に、人々は自立性を高め、自らのempowermentをなし、次第に生活にもけじめがつき、その質が変化する。そして、それが地域メンタル・ヘルス活動として最も重要なことだと、Sothera医師はいう。

（１）TPOのSelf - help Group活動

１）Kompong Thomの村落における男性グループ

参加者は男性 8 人。年齢は正確ではないが、30～40代、全員農業に従事している。就学歴は、小学 3 年まで、4 年まで、5 年まで、7 年までが各 1 人、残りの 4 人は未就学。短期間でも就

学した者は、基本的な読み書きはできる。家庭で、食事準備など、家事を分担する者が3人いたが、離婚者も2人いた。

現在の問題は、夫婦げんかが絶えないこと、離婚をしたこと、(カンボジア人は基本的にひとり住まいはしないため)現在は両親と暮らしていること、離婚して4年たつが、(前妻は再婚したのに)自分は再婚できてないこと、稲作をしているが灌漑システムが悪く十分な収穫ができないこと、などだが、夫婦げんかの原因は貧困とする声が多かった。

ある男性は、「このようなself-help groupは有用だ。以前は、稲作がうまくいかなくて、心配のあまり、つい酒を飲み、妻を悲しませた。今は、このような話し合いによって、気持ちが落ち着いている。酒におぼれなくなり、きちんと働いているので、家庭も安定した。以前は、酔っぱらって子どもを怒鳴ったり、家族に暴力を振るったりしたが、それもしなくなった」と語った。

また、ほかの男性は、「今、必要なものは、収穫を安定させるための灌漑システムを整えることだから、日本からポンプを補給して欲しい。自分たちができることは、まず、自分の健康のため酒を控え、もし服用していたら薬も減らすことだ。そして、部屋を清潔にし、また、水は沸かして飲むなど、家庭内の衛生状態をよくすることだ」との意見を述べた。

結論を得ているわけではないが、自己の問題を発露させることで、解決の道筋を見いだしうることを学習しているといえる。

2) コンボン・トムの村落における女性グループ

高床式の広い一室の家。はしごを上って、女性たちが集まる。

この地域では、約7年前から活動を開始している。成果が出始めたのは最近だが、今では、多くの問題の半分近く(40%ぐらい)は自分たちで解決できるようになった。リーダーは、小学校4年まで通学した女性で、ほかの人に比べ、学識があるとして選ばれた。リーダーの孫6人は全員通学している。

女性は、ほぼ全員が結婚しており、2~6人の子どもがいる。多くの女性が抱えている問題は共通しており、家庭内暴力、貧困、食糧不足が挙げられた。

「いろいろなことがうまくいかなくて、落ち込んで薬をたくさん飲んだ。それが原因で、足が不自由になった。夫は漁師で、自分の役割は夫が取ってきた魚を市場に売りに行くことだが、足を痛めてから、杖が必要になったため、今では売りに行けなくなった。生活は親戚などに助けてもらっているが、貧しい」という女性。

「夫はいつも酔っぱらっていた。子どもは3人、長女は製縫工場で働き、次女はまだ学校、長男は漁師になった。TPOのピア・グループに参加するようになって、家庭内暴力についても話せるようになった。夫もアルコール問題についてのグループに参加してから自分の問題に気づいた。今では、酒を控えるようになり、家庭内の問題の多くが改善された。実は、姪も同じ問題を抱えているのに、なぜか、なかなかピア・グループに参加しようとしな」と涙ながらに話す人。

未婚の女性は、「背中から頭が痛く、時々お腹の具合もおかしくなる。母親が5、6年前か

ら精神病を抱えており、結婚せず母の面倒をみている」と、表情が暗い。

健康相談では、「ヘルスセンターが近くにあるが、医師はおらず、看護師だけで、十分な医療も受けられないのに医療費は高い。家庭内暴力があって、時にけがをするが、近くのヘルスセンターではなく、コンボン・トムの病院に行かねばならない」。

当日の対話では、解決の道が示されてはいなかった。しかし、このような話を繰り返すことによって、女性たちが連帯し、解決の糸口を見つけていくという。

6 - 6 - 2 コンボン・トム州立病院 - 精神科外来

診療中の医師、看護師らから聞き取った情報は以下のとおりである。診療は7:00から13:00で、受診は午前中、特に10:00ごろまでに集中し、毎日20人程度の外来受診者がいるが、そのうち2～5人が新患である。

受診者は、まず、看護師のスクリーニングを受けた後、医師の診療を受ける。医師は、オスロ大学の研修を受けたもの、看護師もブノンペンで専門的な教育を受けている。

患者の性別は、圧倒的に女性が多く、平均70%程度。訴えの主なものは、不安、不眠、幻覚、抑うつなど、メンタルなものだが、その根底には、過去の紛争の影響も考えられる。しかし、現在の訴えの多くは、家庭内の問題、特に貧困による影響が大きいと考えられる。

いわゆる精神障害では、統合失調症が多いが、神経症、躁うつ病、てんかんもある。治療薬は、ほぼ、定期的に保健省から配布される。

なお、当病院から、毎月5～6回、あらかじめ村のリーダーに連絡した上で、近隣の村落へアウトリーチ・チームを送っているが、その際も受診者は女性が多く、訴えは不定愁訴である。

6 - 6 - 3 シアヌーク病院外来精神科クリニック

病院は、1992年、日本の無償資金協力で改修された部分も多く、精神科外来は、日本のNGOの支援を受けて開設し、また、継続的ではないが、オスロ大学から、医師、看護師らの臨床指導者が送られており、現在は精神看護専門家が滞在中。

聞き取りと視察の結果は以下のとおり。

1日の外来患者数は約100人、総合外来での身体計測や簡単な問診後、精神科を受診する。精神科外来診療は8:00から、診療時間は、新患で1人平均30分、再来者は10分程度、問診後、処方箋が渡される。受診料は、薬代を含め約5,000リエル（約130円）だが、それもまかなえない人も少なくなく、政府の援助は少ないため、今後、生活保護システムを導入したいという。

入院は、8または4床部屋、必ず、家族が付き添う。多くの患者に、2、3人の付き添いがいるため、病室の内外にいる人数が多い。抑制を行うようなことはほとんどなく、発作なども、直ちに薬物を用い、沈静化させる。また、付き添い家族が抑制力ともなっている。入院の多くは、痙攣をきたすような疾患で、認知症患者はほとんどいない。特に高齢者の認知症患者は家族が世話をするため、入院には至らない、という。

6 - 6 - 4 Psychological Rehabilitation Center

現在、カンボジアには、メンタル・ヘルス関連のリハビリテーション機能はほとんどなく、小規模な当施設が唯一の訓練場所でもある。とはいえ、古い建物でほとんど見るべき資材はなく、卓球台、ビリヤード、ギターなどの楽器、訓練用の刺繍道具などが雑然と置かれている。効果的な活動が行われている様子はない。

聞き取りの情報は、以下のとおりである。

専門スタッフも少数で、機能は限られている。現在、当施設（中央、プノンペン）でリハビリテーション・システムを考案しつつスタッフを育成している状態である。できれば、リハビリ活動を、順次、地方に広げていきたい。

現在の診療スタッフは、統合失調症のリハビリ専門家のみだが、発達遅滞に対応するメンバーも参加できるようにしたい。なお、作業療法に関しては、専門家育成システムそのものがなく、看護師や物理療法の専門家が、本業の傍ら行っている状態であるが、作業療法士育成システムは日本の協力で行われており、今後、国家計画となる予定である。

リハビリの内容は、家族への教育を通じて、家庭生活内で行われるのが望ましいと考えているが、現在はまだその態勢にはなく、また、当センターで実施している内容も、生活の中で利用できるものではない。例えば、ミシン作業を行うとしても、街の中にはミシンを持っている人もほとんどいない上、それを利用できる施設もない。したがって、作業内容自体、今後、検討が必要である。