



カンボジア王国の精神医学・医療についての報告

A Report on the Mental Health Situation in Cambodia

吉田 尚史 Naofumi Yoshida

Cambodia Area Studies 2

Kyoto Working Papers on Area Studies No.67
(G-COE Series 65)

March 2009

このグローバル COE ワーキングペーパーシリーズは、下記 G-COE ウェブサイトで閲覧する事が出来ます
(Japanese webpage)
http://www.humanosphere.cseas.kyoto-u.ac.jp/staticpages/index.php/working_papers
(English webpage)
http://www.humanosphere.cseas.kyoto-u.ac.jp/en/staticpages/index.php/working_papers_en

©2009

〒606-8501

京都市左京区吉田下阿達町 46

京都大学東南アジア研究所

無断複写・複製・転載を禁ず

論文の中で示された内容や意見は、著者個人のものであり、
東南アジア研究所の見解を示すものではありません。

このワーキングペーパーは、JSPS グローバル COE プログラム (E-4) :
生存基盤持続型の発展を目指す地域研究拠点 の援助によって出版されたものです。

カンボジア王国の精神医学・医療についての報告

吉田 尚史

Cambodia Area Studies 2

Kyoto Working Papers on Area Studies No.67

JSPS Global COE Program Series 65

In Search of Sustainable Humansphere in Asia and Africa

March 2009

カンボジア王国の精神医学・医療についての報告 *

吉田 尚史 **

A Report on the Mental Health Situation in Cambodia *

Naofumi Yoshida**

A feature of the mental health situation in Cambodia is that no health personnel with special knowledge in mental health and no Western-style mental health system survived after the Khmer Rouge reign (1975-1979), and the population had the traumatic experience of genocide during the reign. In the 1980s, no Western-style mental health services were available, but traditional healers, like *Kruu Khmer*, monk, village elder or medium were providing some care. In the early part of 1990s, the international community attempted to reconstruct basic structures of the health system. In 1994, the Ministry of Health of the Royal Government of Cambodia restarted the Western-style mental health system with international community aid and started an educational program to develop psychiatrists.

In this article I report on the current situation and the view of mental health in Cambodia. In the first half, I sketch the general state of mental health, like human resource development, clinical services delivery, community mental health and indigenous mental illness beliefs. The latter half considers the effect of psychiatric classification on mental illness with the concept of “culture-bound syndrome” on the basis of the first half. Using a cultural anthropologic perspective, I consider whether that the Western-style mental health system can be complementary to traditional resources and the indigenous beliefs concerning mental health. It is my hope that this report might assist in the development of culturally informed mental health services in Cambodia and in the gradually growing multicultural society of Japan.

1、はじめに

カンボジア王国における精神医学・医療の特殊性は、フランス植民地時代に導入された精神医学が 1975 年-79 年のポル・ポト政権時代を経て 1992 年まで中断していた点と、ポル・

* この論文は 2008 年 7 月 6 日に京都大学東南アジア研究所にて開催された第 3 回「大陸部新時代」研究会での発表に加筆したものである。このたび、G-COE プログラムより、ワーキングペーパーとしての印刷にご支援いただくことに心からの感謝を申し上げる。

** 早稲田大学大学院文学研究科博士後期課程、大学院生／精神科医 E-mail:nao234@ruri.waseda.jp

*** 本報告の調査は、富士ゼロックス小林節太郎記念基金小林フェローシップ 2008 年度研究助成および財団法人三島海雲記念財団平成 20 年度学術研究奨励金の助成を受けて実施された。

ポト政権時代のジェノサイドの経験にある。その結果ポル・ポト政権後の 1980 年代、カンボジア王国内に近代西洋医学に範をとるメンタルヘルスサービス制度は存在せず、僧侶やクルー・クメールなどと呼ばれる伝統的治療者¹たちが精神疾患²の治療にあたっていた。

1992 年、カンボジア王国政府保健省 (Ministry of Health) がメンタルヘルス分野について認可して以降、近代西洋型のメンタルヘルスシステムが再開した。それ以来、カンボジア王国政府保健省は、国際機関などの協力を得て、精神科専門医の教育プログラムの実施、精神科外来を含めたメンタルヘルスサービスの開始、一般医への教育と精神科看護師の養成を行ってきた。そして、さらに 2002 年以降は、外国からの援助のみに頼ることのないカンボジア人精神科医の手によるメンタルヘルスのナショナルプログラムが実行されるようになった。しかしながら、経済基盤の弱さからカンボジア王国政府がもつ年間予算は限られており、医療福祉分野への割当も限定される状況である。

本報告は、カンボジア王国における精神医学・医療の現状を明らかにするとともに、文化人類学の視点からその研究展望を示す。前半部では、メンタルヘルスおよび医療全般に関する概況とナショナルプログラムの実施の現状とともに、カンボジア人による精神疾患概念について説明する。今後、カンボジア王国のメンタルヘルスシステムを構想するうえで、カンボジア王国の側が科学的に明らかにされた根拠 (エビデンス) に基づいた近代西洋型の精神医学・医療を取り入れるとともに、カンボジア王国における経済的な背景も踏まえた、すなわち社会文化的な配慮に則ったサービスを提供する必要があるだろう。カンボジア人による精神疾患概念を検証することは、エビデンスに基づいた精神医学・医療を効果的に導入する際にも必要である。続く後半部では、前半をふまえた上で、「PTSD (Post-traumatic stress disorder 心的外傷後ストレス障害) のグローバリゼーション」(Young 2001) という現象を、「文化結合症候群」(culture-bound syndromes)³の再考という観点から考察する展望を述べる。それは<グローバル化する近代西洋医学の知>が<ローカルな伝統的な医療文化>と出会うことでいかなる相互行為が生じるのかという問いに端を発している。ここでは特に PTSD という疾患に注目し、そのグローバリゼーションの問題について、医療人類学、文化精神医学の見地から先行研究を整理し、今後の課題としての概要を提示したい。

PTSD という概念を念頭においた調査およびその結果の分析は、多文化間でのメンタルヘルスを考える際、理論的かつ実践的な示唆を提供することができると考えられる。それは心的外傷体験と、過去の出来事に遡及する心的外傷の記憶の捉え方が、PTSD の疾患概念を検討する際に重要になるからである。人間が記憶と対峙する方法は、自我の捉え方や社会環境次第で異なってくる。非西洋文化圏が、近代西洋医学による PTSD という疾患概念をどのように受容するかに関する理論的考察については、すでに医療人類学分野の先行研究例がある。しかし PTSD という概念が導入され、医療制度の確立とともにどのように定着し、あるいは定着しないのか、それを長期的に観察した報告は、これまでカンボジア王国では行われてい

¹ 11 頁を参照のこと。

² 「疾患」(disease) は、治療者が病いを障害の理論に特有の表現で作り直す際に生み出されるものである。一方で、「病い」(illness) は、病者やその家族メンバーや、あるいはより広い社会的ネットワークの人びとが、どのように症状や能力低下を認識し、それとともに生活し、それらに反応するかということを示すものである (Kleinman 1988)。

³ 17 頁で論じる。

ない。カンボジア王国でのメンタルヘルスサービスの実施状況を調査し分析する仕事は、「PTSD のグローバル化」という問題を考える上での、有効なケーススタディーのひとつとなる。

本報告は、現地で収集した英語文献と、日本でも入手可能な英語・日本語文献の検討およびカンボジア王国への短期訪問に基づく。フィールド調査に依拠するものではなく、現地の文化的文脈の理解が、2 次的な段階であることは否めない。筆者は今後、現地での本格的なフィールド調査を通して、カンボジア王国に伝わる伝統的精神疾患概念に対し、より詳細な考察を行いたいと考えている。本報告は、そのための基礎作業であると位置づけられる。

筆者の研究における将来的な展望は、上述したような、カンボジア王国の特殊な背景をふまえたうえでのメンタルヘルスサービスの構想とその検証を通じて、翻って日本に住む移民のメンタルヘルスサービスをどのように展開すべきかといった問題についての重要な知見を得られるのではないかといいところにある。現時点では、カンボジア王国のメンタルヘルスに関する日本語の報告は数少ない。筆者は、本報告を通して、日本社会に向けた情報の提供とともに、多文化社会を迎えつつある今日の日本において、その状況⁴を踏まえたより良い医療サービスを構想することに寄与したいと考えている。日本とは異なる社会文化的背景を持つ移民や外国人住民の数は、日本国内で今後増加していくと考えられる。それらの日本への移民を対象としたメンタルヘルスサービスの重要性は、それにつれていっそう高まるのではないだろうか。

2、カンボジア王国における精神医学・医療の現状

筆者は、2007 年末から 2008 年年初にかけてカンボジア王国の首都 Phnom Penh を訪れた。8 日間という短期間ではあったが、資料収集、カンボジア人精神科医へのインタビューおよび精神科医療機関への視察を行うことができた。カンボジア王国のメンタルヘルスに関しては、精神科医であり元東邦大学医学部精神神経医学講座教授の菅原道哉（2002）らが、2000 年 9 月に入手した資料に基づいて、「カンボジア王国における精神保健の現状報告」を発表している。それに対し、本報告は、主に 2000 年以降のカンボジア王国における精神医学・医療の現状に焦点をあてている。

滞在中、筆者は、現地で会う事のできた方々に資料と情報の提供を願い出た。その結果、保健省カンボジア人精神科医 Prof. Ka Sunbaunat, Dr. Chhit Sophal, Dr. Pauv Bunthoeun, Dr. Munny Sothara、現地 NGO 団体 TPO (Transcultural Psychosocial Organisation) のカンボジア人精神科医 Dr. Chhim Sotheara, Dr. Sin Poly、健康科学大学 (University of Health Science) 図書館司書 Nak Sopharolh 氏、MEDICAM Lach Khun 氏、国際協力機構 (Japan International Cooperation Agency; JICA) の 原口明久氏、佐藤祥子氏の方々⁵から、貴重

⁴ 具体的状況としては 2008 年 8 月、インドネシアから経済連携協定に基づき 208 名の看護師・介護福祉士を受け入れた事例が挙げられよう。2005 年より、日本における外国人登録者数は 200 万人を超えている。日本社会は人口減少に転じており、労働力を移民に頼ることで、移民数の増加も含めた大幅な人口動態の変化が予想される。

⁵ ご協力を戴いた方々に、ここで謝意を表したい。

な資料と情報を頂くことができた。

以下では、カンボジア王国の精神医学・医療の現状について、まずカンボジア王国政府保健省によって計画・実施されているメンタルヘルスプログラムの概要を説明する。次に、カンボジア王国で近代西洋型のメンタルヘルスサービスが実施されるにあたり、著者が特に重要と考えている 3 つのポイントを絞り、①人的資源（精神科医など）の開発 ②臨床サービス（精神科外来施設、入院施設など）の供給 ③コミュニティにおけるメンタルヘルス（ヘルスセンター⁶を中心としたサービスなど）について、現状の分析を行う。

（1）カンボジア王国のメンタルヘルスプログラム

カンボジア王国において、医療・保健・福祉分野を管轄する政府機関は、保健省である。保健省は、2008年4月に「ヘルスストラテジープラン 2008-2015」(Health Strategic Plan 2008-2015)⁷を新たに提出した。カンボジア王国政府保健省は、本プランの中で3つの重点目標を挙げており、①母子保健分野（妊婦、新生児、子供の罹患率と死亡率の低下）②感染症分野（エイズ、マラリア、結核、その他の感染症）に続いて、メンタルヘルスに関連する事項が③非伝染性疾患とその他の健康問題（メンタルヘルス、薬物乱用など）として取り上げられている（Ministry of Health 2008: 22-23）。本プランのヴィジョンとして、「貧困の緩和と社会経済的な発展への貢献を通して、全てのカンボジア王国国民（特に貧しい者と女性・子供）のより良い健康と幸福のため、健康分野での持続的な発展を高めること」（Ministry of Health 2008: 2）が掲げられている。カンボジア王国では、1960年代後半から1990年代初頭まで、不安定な政情が続いた。内戦やポル・ポト政権時代のジェノサイドの経験は、心的外傷や貧困という形で、現在の市民生活に影響を及ぼしていると考えられる。保健省が目標に挙げている「メンタルヘルス」「薬物乱用」の問題は、カンボジア王国の歴史的背景や現代の貧困問題などと複雑に関連しており、メンタルヘルス対策の導入や検討にあたっては、そうした事情をも考慮に入れる必要があるだろう。

カンボジア王国政府保健省は1990年代末、国家的なメンタルヘルスプログラムの立案を行った。1998年には、「メンタルヘルス開発政策」(Mental Health Development Strategies)が、2003年には、「ナショナルメンタルヘルスプラン」(National Mental Health Plan)が施行され、これらの政策やプランをもとにメンタルヘルスプログラムが実施の運びとなった。プログラムについては5年ごとに計画案の見直しが行われており、保健省の精神科医 Dr. Chhit Sophal によると、保健省全体の計画案である「ヘルスストラテジープラン 2008-2015」と連動しながら、新しいメンタルヘルスプログラムを立案中であるという話であった。この計画案は、向こう5年間を見据えた計画であるという。

カンボジア王国政府保健省の見解としては、メンタルヘルスサービスが必要であるにも関わらず、まだ十分に提供できていない。そこで、2003年からの保健省計画案では、メンタルヘルスのヴィジョンとして、「教育活動、情報の伝達、早期発見と早期治療をとおして、カンボジア王国国民のメンタルヘルスと心理社会的健康(psychosocial well-being)の水準

⁶ 5頁を参照のこと。

⁷ 本計画は、2003年に設けられた「ヘルスストラテジープラン 2003-2007」(Health Strategic Plan 2003-2007)に続く、第2次計画として位置付けられる。

を改善すること。メンタルヘルスサービスを必要とする全ての人が、全ての関係者間での協力と援助を通じて、尊厳、権利、文化を尊重する、最良質のサービスを利用できること」(Ministry of Health 2003: 3) が掲げられている。その具体的な項目は、次に挙げる 14 原則である (Ministry of Health 2003: 4-5)。

1. メンタルヘルスの促進と精神疾患予防を優先すること。
2. 全ての人がメンタルヘルスカケアを利用できること。
3. メンタルヘルスサービスがプライマリ・ヘルス・ケア⁸やその他のシステム (例えば教育や社会サービス) と統合されること。
4. 精神疾患をもつ人の人権を守るためのメンタルヘルスの法律があること。
5. 自分や他人を傷つけない限り、自主的にサービスを利用すること。
6. 行動制限が必要であっても、最小限で行うこと。
7. インフォームドコンセントを徹底すること。
8. 個人の秘密保持が厳守されること。
9. 精神疾患患者と世話人 (家族や地域メンバー) が尊敬され、治療チームとして調和を保つこと。
10. チームワークや地域住民の参加が重要であること。
11. 国際標準に基づいた治療行為を行うこと。
12. 伝統的治療者 (僧侶、クルー・クメール、霊媒師、アチャー等)⁹ のような非公式な治療システムが認められること。
13. メンタルヘルスの実施の際に、地域の権威者を含めた地域社会を巻き込むこと。
14. 資源の利用について調査されること。

カンボジア王国政府保健省が、近代西洋型のメンタルヘルスサービスを、上記のような 14 原則によりカンボジア国民に提供する際に、まず必要となるのが、サービスを提供するための「人的資源の開発」である。メンタルヘルスサービスを担っていく医療者がいなければ、そもそも本プランは成立しないからである。またメンタルヘルスサービスの骨格となるのは、「臨床サービスの供給」である。

そのための保健行政システムは保健省が計画している「ヘルスストラテジープラン 2008-2015」に基づいて準備されている。中央レベル (Central Level) と州レベル (Provincial Level) という 2 つの大きな枠組みを設けて計画がなされている。中央レベルでは、「ナショナルホスピタル」(National Hospital) の運営、政策・計画を立案し施行すること、州レベルでのヘルスシステムをサポートし発展させることを行っている。

また、「全てのカンボジア王国国民に最良質のサービスを提供するため」には、州レベルにおいて、専門的な医療を提供する「リフェラルホスピタル」(Referral Hospital)¹⁰と、よりコミュニティーに近い「ヘルスセンター」(Health Center)¹¹を中心としたヘルスサー

⁸ 10 頁を参照のこと。

⁹ 11 頁を参照のこと。

¹⁰ リフェラルホスピタルは、人口 6-20 万人、2 つのリフェラルホスピタル間は半径 20-30km もしくは車かボートで 3 時間以内に 1 ヲ所を基準として設けられる。

¹¹ ヘルスセンターは、人口 8000-12000 人、半径 15km もしくは 3 時間の徒歩圏に 1 ヲ所を基準として設けられる。

ビスの提供を充実させる必要がある。ヘルスセンターでは、人々の日常生活に近いところで、国際的に標準的とされる治療の提供を新たに盛り込みながら、地域住民が主体的に関われるように援助を行う。また既存の伝統的治療者という人的資源と協力しあいながら、その地域の経済的な背景や社会文化的な文脈に沿う形で、サービスの提供が計画されている。こうした政策は、上に挙げた 14 原則に沿うかたちで立案・施行され、あるいはその実現を目標としている。

このような「コミュニティ・メンタルヘルス」を提供するにあたって、メンタルヘルスに関わる専門的な人的資源が必要である。以上のような保健省が示している政策的な見取り図によると、「全てのカンボジア王国国民に最良質のサービスを提供するため」には、「人的資源の開発」「臨床サービスの供給」「コミュニティ・メンタルヘルス」の 3 項目が有機的に繋がってくるのが分かる。以下では、これら 3 項目を順に説明する。

(2) 人的資源の開発 (Human Resource Development)

周知のように、ポル・ポト政権下における大量の人材損失を受け、人材育成はカンボジア王国内のどの分野においても重要な課題である。ベトナム戦争の余波を受けて、カンボジア王国政情が不安定だった 1960 年代後半を経て、極端な共産主義であるクメール・ルージュがポル・ポトのもとで政権を持った。ポル・ポト政権下の 1975 年-1979 年、100 万人以上のカンボジア王国国民が、飢餓や虐殺などで死去したと言われている。特に知識階級とみなされる医療従事者や教育関係者は、集中的に虐殺の対象となった。病院を含めた基礎的な医療施設は破壊され、近代西洋型の医療システムは停止してしまった。

ポル・ポト政権が終わった 1979 年以降には、政情は不安定ではあるものの近代西洋型の医療システムが再開された。しかし、1990 年代初頭まで、海外からの医療分野への援助は行われていなかった。メンタルヘルスサービスに関して言えば、ポル・ポト政権時代以前、精神病院は Phnom Penh から南へ約 9 キロの地点にある Kandal 州の Takhmau に 1 つあったが、約 2000 人いた入院患者と精神科医 2 人の全員が殺された (Ministry of Health 2003: 7)。ポル・ポト政権時代には、その精神病院は監獄として使用されていた。こうして、現在のカンボジア王国のメンタルヘルスプログラムを担うはずの中堅層、40-60 歳代で次世代の人材を育成する年齢層が不在となってしまっていた。

そのため 1990 年代初頭以来、メンタルヘルス分野においては、精神科医、精神科看護師、一般医を対象とした精神科分野におけるトレーニングといった、人的資源の開発 (Human Resource Development) の計画を、カンボジア王国政府保健省、国際移住機関 (International Organization for Migration; IOM)、ノルウェーのオスロ大学 (The University of Oslo) などが、共同で立案して、次に述べるような形で実施してきた。

精神科医の養成に関しては、1994 年、精神科医養成プログラムが、まず海外の支援団体とカンボジア王国政府保健省の共同作業によって成立した。オスロ大学の Prof. Edvard Hauff をプロジェクトリーダーとして、「カンボジアメンタルヘルストレーニングプログラム」(Cambodian Mental Health Training Programme; CMHTP) の運営が始まったのである (Hauff 1996)。第 1 期にあたる 1994-1998 年は、カンボジア王国政府保健省、IOM、オスロ大学によって、カンボジア王国出身者の医師に対して、英語を用いた精神医学教育が、Phnom Penh

のノロドムシハヌーク病院 (Preah Bat Norodom Sihanouk Hospital (現クメールソビエト友好病院 (Khmer-Soviet Friendship Hospital))) に新設された精神科外来を中心に行われ、精神科医 10 名が育成された。ノルウェー人の精神科医らが英語で講義を行い、タイの Bangkok にあるソンドット・チャオプラヤー病院(The Somdat Chaopraya Hospital)にて 2 ヶ月間の入院患者の実習があった。

第 2 期は、1998-2001 年に行われ、引き続きカンボジア王国政府保健省、IOM、オスロ大学がかかわり、さらに 10 名の精神科医が育成された。そして第 3 期にあたる 2002-2005 年は、自前の人材が整備されてきたという判断から、海外からの支援に頼らないカンボジア人精神科医たちによる教育制度が、Phnom Penh にある健康科学大学にてスタートした。そこからは既に 6 名が卒業をして、カンボジア王国の精神科医の合計数は 26 人になった。筆者がカンボジア王国を訪問した 2007 年末の時点では、精神科レジデントとして 16 名のカンボジア人医師が、引き続き国内の人的資源を使ったプログラムで、精神科専門教育を受けていた。2008 年時には、カンボジア王国内の精神科医数は、精神科レジデントを終了した新たな精神科医を加えて合計 30 人を超えるまでに増える見通しということだった。

一方、精神科看護師は 1999 年までに 10 人が養成された。その後も 2 年間の養成プログラムが続けられ、2001 年には 20 人、2002 年には 29 人、2005 年には 40 人、2007 年には 45 人と、人材が増加してきた。しかしながら、2008 年、本養成プログラムは財政的な問題から継続が困難になってしまったため、停止された。当初、海外からの支援で行われていた本プログラムであったが、受講費が受講者の自己負担へと変更され、希望者を集めるのが困難になったのがその理由である。

さらに一般医と看護師に対しても、基礎的なメンタルヘルストレーニングが行われている。カンボジア王国内各地から医師、看護師が Phnom Penh に集められ、3 ヶ月間の集中的な教育プログラムが、カンボジア王国政府保健省によって組まれている。メンタルヘルスに関する基礎的な知識を身につけるトレーニングである。1998 年時では、一般医のトレーニング修了者数は 10 人のみであったが、2001 年には 73 人、2005 年には 254 人、2006 年には 270 人と増加してきている。メンタルヘルストレーニングを受けた看護師数も、1998 年に 20 人、2001 年に 68 人、2005 年に 259 人、2006 年に 297 人と増加している。

カンボジア王国で精神科医になるための、カンボジア人精神科レジデントには、精神科レジデント論文 (Theses of Psychiatric Residents) の作成が課されている。精神科レジデントは、3 年間の研修期間の最後に、終了試験を受けるとともに論文を提出する義務がある。健康科学大学の図書館にはそれらの論文が収められており、筆者は 2008 年年初の訪問時にそれぞれの複写を入手することができた。これら論文は、精神科レジデントの研修病院であるノロドムシハヌーク病院での臨床的なデータに基づいて、精神科レジデント各自がテーマに沿った研究を行ったものである。以下が、6 人の論文のタイトルである。

No593(2005) Sothy, Keo: Understanding of Psychotropic Drugs Among Non-psychotic Patients (非精神病患者における向精神薬に関する理解)

No594(2005) Dany, Chea: Coping With Trauma in Cambodian Way (カンボジア文化に根ざした心的外傷への対処法)

No595(2005) Chanthol, Uy: Knowledge and Attitude of The Patients and Families Toward Mental Health Before and After Treatment (治療前後でのメンタルヘルスに対する患者・家族の知識と態度)

No596(2005) Sovannara, Mon: Psychiatric Comorbidity of Epilepsy (てんかんにおける精神医学の併存疾患)

No597(2005) Nhel, Oum: Impact of Amphetamine Type Stimulant on Individual and Family (個人と家族におけるアンフェタミン型刺激剤の影響)

No598(2005) Phirum, Hoy: Signs and Symptoms of Depression (うつ病の徴候と症状)

どの論文にも症例報告が含まれるのであるが、病院までの受診経路、家族背景など、カンボジア王国に特有の事情を読み取ることができる。「心的外傷」「うつ病」「薬物乱用」といった論文テーマは、カンボジア王国が抱える内戦の傷跡や貧困とも関連して重要であると考えられたため、テーマとして選択されたと推測できる。また、カンボジア王国で近代西洋型の精神医学が新たに導入されたのは 1990 年代中葉であったため、近代西洋型の精神医学がどのように患者や家族に認識されているのかに焦点をあてた研究がある点にも納得がいく。

(3) 臨床サービスの供給 (Clinical Services Delivery)

「ヘルスストラテジープラン 2008-2015」(Ministry of Health 2008) は、カンボジア王国政府保健省が出した最新のプランである。本プランによれば、カンボジア王国の保健行政システムは、中央レベル (Central Level) と州レベル (Provincial Level) という 2 つの大きな枠組みによってなされる。後者は、実施区健康システム (Operational District Health System) として、州レベルでは州の健康局 (Provincial Health Department) が、実施区 (Operational District) を管轄している。先述した、専門的な医療を提供する「リフェラルホスピタル」と、よりコミュニティに近い「ヘルスセンター」もその管轄下に置かれている。2008 年時では、実施区は全国で 77 カ所 (2015 年には 89 カ所を目標)、リフェラルホスピタルは 81 カ所 (2015 年には 89 カ所を目標)、ヘルスセンターは 956 カ所 (2015 年には 1697 カ所を目標) である。

メンタルヘルスサービスを行う施設数は、1998 年には全国で 5 カ所のみであったが、2001 年には 16 カ所、2005 年には 35 カ所にまで増加している。しかし、こうした施設においては、国内での人的資源の供給が可能になってはじめてサービスが提供可能になる。そのため、精神科専門医、一般医へのメンタルヘルストレーニング、精神科専門看護師、看護師へのメンタルヘルストレーニングが前提となるのは既に述べたとおりである。また専門医などの人材が十分に確保されているノロドムシハヌーク病院では、メンタルヘルスサービスを供給すると同時に、人的資源のトレーニング施設としても利用されている。

1994 年、Phnom Penh のノロドムシハヌーク病院に、ポル・ポト政権後では国内初めてになる精神科の外来施設が、日本の NGO 団体である AMDA (The Association of Medical Doctors of Asia)¹² が支援して設置された。2003 年に、同病院には内戦後で初めてとなる開放型の

¹² AMDA は日本の NGO 団体であり、本部は岡山市にある。AMDA とは、1984 年設立当時の名称である「アジア医師連絡協議会」の英訳頭文字から付けられた名称である。活動の原点は、1979 年のカンボジア難民に

精神科入院施設が設けられた。2008年時では、開放型病床で8ベッドが稼動していた。2005年現在、メンタルヘルスサービスの施設は合計35カ所ある。その内訳は、精神科専門医が外来を担う医療機関が全国で8カ所、トレーニングを受けた一般医が外来を行う医療機関が全国で25カ所、精神科リハビリテーション施設が2カ所、入院施設が1カ所である。また筆者が今回の Phnom Penh 滞在時に得た情報では、以上の35施設に加え、Phnom Penh 市のリフェラル病院 (Phnom Penh Municipal Referral Hospital) に、内戦後では初めての閉鎖型の入院施設 (写真1) が3室ほど設けられた。筆者は、人材育成プログラムに関わる精神科医 Dr. Pauv Bunthoeun の案内により、当施設を見学することができた。写真に見られるように、室内には簡素なベッド、左奥にはトイレが設けられて、右手前に見える外側から鍵のかかるドアを閉めると閉鎖状態で治療を行う事ができる。つまり急性期で興奮を伴う病識のない患者に対して、閉鎖状態で治療するための保護入院施設である。筆者が訪問時には入院患者はいなかった。この Phnom Penh 市のリフェラル病院は、精神科レジデントのトレーニング施設でもある。

2005年の時点では、カンボジア王国内の全20州、4特別市のうち、精神科医による外来治療を受けることのできる施設は Phnom Penh、Kep の2つの特別市と、Kampong Cham、Kampong Thom、Siem Reap、Battambang、Pusat、Takeo の6つの州の8カ所にあった。それに対し施設がないのは、Mondol Kiri、Koh Kong の2つの州と Sihanouk Ville 特別市の3カ所であった。だが2008年の時点では、少なくとも各州に1名のメンタルヘルストレーニングプログラム終了をした一般医が配属され、勤務する状況が整った。

人材整備、および施設が充実するとともに、患者数も増加している。1995年、カンボジア王国全国で新規患者数は年間総数212名であり、ノロドムシハヌーク病院が主要な治療施設であった。1998年では591名、2001年では4158名、2004年では8197名と、メンタルヘルスサービスの利用者数の伸びが分かる。カンボジア王国内の全域にメンタルヘルス外来が普及して、それに伴って新規の患者数が増加している様子がみてとれる。

写真1 (筆者撮影 2008年1月)



対して派遣された、医師1名と医学生2名の活動にまでさかのぼる。相互扶助の精神に基づき、災害や紛争発生時、医療・保健衛生分野を中心に緊急人道支援活動を展開している。

(4) コミュニティー・メンタルヘルス (Community Mental Health)

1980年代以降、世界保健機構 (World Health Organization; WHO) が世界的に推奨してきたプライマリ・ヘルス・ケア (Primary Health Care) ¹³が第3世界にも普及してきている。カンボジア王国政府保健省はこのWHOの理念に準じて、1994年からヘルスシステムを再建するべく、プライマリ・ヘルス・ケアに力を入れてきた。ただしメンタルヘルスサービスに関しては、精神科医の配属は、まずは都市部を中心とした医療施設が優先されてきた。精神科医の配属が叶わない場合は、メンタルヘルストレーニングを受けた一般医が勤務し、その一般医が臨床サービスを提供している。看護師についても同様である。カンボジア王国の場合、精神科医がカンボジア王国全体に30名程度しかおらず、また精神科専門看護師が45名である。現時点での人的資源の規模を考えると、プライマリ・ヘルス・ケアを担うヘルスセンターでのメンタルヘルス対応は、いまだ十分でないことが予想される。2008年の時点で、ヘルスセンターでのメンタルヘルスサービスが機能しているのは、Battambang州のみである。ヘルスセンターの役割は、コミュニティー、精神疾患患者、家族に対してメンタルヘルスに関する教育を行うこと、ヘルスセンター区域内のコミュニティーにおいて精神疾患の早期発見である。

国際的 NGO 団体である TPO¹⁴は、1995年からカンボジア王国での活動を開始した。2000年からは、現地化した NGO 団体としてローカルスタッフによって運営されるようになり、精神科医 Dr. Chimm Sotheara 氏が代表を務めている。TPO は、活動のヴィジョンとして、「ローカルな文脈に即したカンボジア王国における心理社会的なケアとメンタルヘルスケアの発展に貢献すること」を掲げている。現在までに、Phnom Penh、Pursat、Battambang、Banteay meanchey の4カ所をベースにしたメンタルヘルスに関する心理教育、啓発活動をおこなってきた。

TPO は、カンボジア王国内で、カンボジア文化に即したコミュニティー・メンタルヘルスのプログラムを積極的にこなって成果を挙げ、コミュニティーに密着した患者、家族、コミュニティーに精神保健に関する教育を行っている。TPO の報告によると、活動においてまず重要なのは、初期におけるアセスメントであり、もっとも効果的に介入できるターゲットグループを絞っていく。次に村の代表者や会議と協力するとともに、村の住民との信頼関係を作っていく。村の歴史、利用可能な資源、村で起こった心的外傷体験、村で直面している問題、地元で用いられている対処法を調査する。これらの情報をもとに、最も効果的な介入法を検討するのである。

先に述べたように、全国でヘルスセンターが機能しているのは、Battambang州のみであるが、同州内の全32カ所のヘルスセンターはTPOが提供する活動である。カンボジア王国政府保健省と共同で行う活動も多く、政府の政策とかかわりも深い。TPOはNGO団体ではあ

¹³ 1978年、旧ソビエト連邦中央カザフスタンの首都アルマ・アタで開催されたWHOとUNICEFとの合同会議で、アルマ・アタ宣言が決議された。「西暦2000年までに全ての人に健康を」(Health for All by Year 2000; HFA)を目標に定め、その戦略としてプライマリ・ヘルス・ケアという理念を打ち出した。

¹⁴ TPOは、オランダに本部がある国際的NGO団体である。世界各地の紛争地域での心理社会的な問題やメンタルヘルスに関する活動を行っている。カンボジア王国では、1995年から地方都市での地域精神保健活動を開始した。

るものの、現時点でカンボジア王国内のメンタルヘルスサービスの整備と運営における重要な役割を担っているといえる。

以上（１）～（４）から分かるように、メンタルヘルスサービスの整備にあたり、カンボジア王国は当初、海外からの支援を多く受けていた。だが現在では、カンボジア王国政府保健省が主導で、現地 NGO 団体などと協力をしながら、主として国内の人材によって、精神医学・医療分野での治療的環境が、少しずつ整備されてきていると考えられる。全てのカンボジア王国国民にサービスを提供するためには、WHO が推奨するようなヘルスセンターを中心とした、コミュニティーベースのプライマリ・ケルス・ケアが重要である。その際、ローカルな医療文化に根ざした、伝統的な治療体系を認めた上で、また地域社会を巻き込みながら、既存の資源も利用していくことが望まれる。そのため、次の節では、カンボジア人自身がもつ精神疾患概念について検討を行う。

3、カンボジア人¹⁵精神疾患概念について

カンボジア王国のメンタルヘルスシステムの構想と拡充をひきつづき押し進めるにあたり、筆者は、伝統的に精神疾患に対する治療や介入を担ってきた民俗セクター（Folk sector）を調査する必要があると考えている。ローカルなコミュニティーレベルでの話を抜きにして、カンボジア王国全国民に広く、安定したメンタルヘルスサービスを提供することは不可能であろう。なぜなら、先述したように、ローカルな文脈に配慮し、伝統的な医療資源を認めた上ではじめて、近代西洋型のメンタルヘルスシステムをスムーズに導入できると思われるからである。古来よりカンボジア人がどのような精神疾患概念を持っているのかに対する認識と配慮が重要である。カンボジア人が近代西洋型の精神医学・医療の効用を受容することは、彼らが従来近代西洋医学に対して持っている認識を変容させ、場合によっては伝統的な民俗セクターの知恵と相反する可能性もある。

本節では、現在のカンボジア社会でみられる伝統的治療者と、カンボジア人のカンボジア語¹⁶による精神疾患概念について整理する。ただし、例えば「悪魔」、「魔術」といった翻訳語は、文化人類学者らが定義するところのエティック（etic）な用語であり、カンボジア語による現地のエミク（emic）な概念を正確に反映していないという限界がある。

以下に述べる、伝統的治療者、カンボジア人精神疾患概念の記述に関しては、TPO が作成した『カンボジアにおけるコミュニティー・メンタルヘルス』（Community Mental Health in Cambodia）（TPO 1997）を参照している。

（１）伝統的治療者

TPO（1997）によれば、伝統的治療者は、長期にわたり一貫した訓練を行って、厳格

¹⁵ ここでいうカンボジア人とは、カンボジア王国出身でカンボジア語話者であり、主に上座仏教を信仰するクメール人をさす。クメール人とは、現在のカンボジア王国国民人口の約9割を占める民族集団である。カンボジア王国国民はその他に約1割の少数民族、ベトナム系等民族から構成される。

¹⁶ カンボジア語は、クメール語と同義である。カンボジア王国の公用語であり、モン・クメール語族に属する。

な行動規範をもっている。個人、家族、地域社会で病者がいると、効果的な治療的介入を提供してきている。人間の精神的な困難や状況の全てに対応できるわけではないが、地域社会、家族、個人の問題に関して重要な役割を担っている。図1は、各々の伝統的治療者が用いる治療法を、筆者が英語から日本語に訳した図である。

既に述べたように、1975-1979年代のポル・ポト政権時代、医療者の多くが虐殺され、カンボジア王国内において近代西洋型の医療システムは完全に停止した状態にあった。1980年代になり¹⁷、近代西洋型の医療システムは再開されたものの海外からの支援は1990年代を待つ事になった。メンタルヘルスサービスの分野に関しては、1980年代の内戦期を経て1990年代初頭に近代西洋型の精神医療が再開するまで、治療の主要な担い手であったのは伝統的治療者である。彼らは現在でもなお、貴重な治療の機能を果たしている。

まずカンボジア語で“preah song”とよばれる僧侶(monk)である。僧侶はさまざまな方法で治療行為を行う。僧侶には、彼ら自身が調合した薬剤を使用するものがある。また治療者として非常に高名で、その評判を聞いて他の州からも人々が訪れるような僧侶もいる。僧侶達はこうした能力を身に付けるために、師から教をうけ、何年にもわたって勉強をする。また薬剤を使用する以外に、たとえば聖水をかけるような儀礼を行う場合もある。予防面での仕事は重要であり、人々の悩みごとに関してアドバイスをしたり、人生の難しい局面にある人々を援助したりする(TPO 1997)。

筆者は2002年、Seam Reap州の寺院を訪れて僧侶に話を聞く機会を得た。また2005年には、病者が住み込みで治療を受ける施設をもつKampong Cham州の寺院を訪れた経験がある。前者では、僧侶がカンボジア語で“ampeu”という魔術に関連して、恋の話、夫婦の浮気話を例示して説明をしてくれた。その際、儀礼に使用する幾つかの道具の説明を受けた。後者のKampong Cham州の寺院には、治療のための聖水を溜めてある甕が置いてあった。また筆者は当時、寺院施設に寝泊りして治療しているが病状が改善しないため州病院の精神科に行くことにしたという患者の家族に出会った。

次にクルー・クメール“Kruu Khmer”だが、担い手はほとんど男性のみである。彼らは治療者になるために多くの犠牲を払う。クルー・クメールとして生きるためには厳格な継承すべき行動規範があり、立派なクルー・クメールとなるまでには長い歳月を要する。若者がクルー・クメールとなる決意をしたならば、誠実にクルー・クメールとしての行動規範を守らなくてはならない。師に対しては敬意を示し、年齢を経るにしたがって、若い世代に知識を伝達することもクルー・クメールの仕事である。クルー・クメールは多くの訓練を経て、さまざまな特殊治療技術を習得する。そのなかには例えば子供の疾患治療や魔術によってもたらされる病いに対するものもある。たいていのクルー・クメールが治療の対象とするのは「狂気“chkuet”」である。そして多くのクルー・クメールは、もっぱら植物を原材料にもちいた薬物治療を行うが、その方法はときに大変手の込んだ調剤である(TPO 1997)。

Marcucci (1994)によれば、クルー・クメールの持つ特殊能力のひとつに、“phlom”もしくは“phlom baley”という仕事がある。これは「風」によって気質を変えることのできる強力な技術である。治療者は病者の体に「風」を吹きかけるのだが、その「風」にはパーリ

¹⁷ 1980年代の社会主義時代における医療のあり方については、今後の課題としたい。

語（上座仏教の經典言語）の言葉が乗って運ばれてくる。人間はその言葉を聞き取ることができない。だが治療者と病者はその「風」が苦しみを癒す言葉を運んでくると信じているのである（Ebihara et al. 1994: 137）。

クルー・チョール・ループ“Kruu chool ruub”とは、霊媒師（巫女）のことである。霊媒師である彼女らは、自身が精神的な危機を経験したことなどをきっかけに、突如として人生のある時点で治療者になる。霊がこの人物に憑依することで、霊から霊媒師を介して人々にアドバイスとなるような言葉が聞かれ、それが治療行為となる。相談者の多くは、個人や感情的な問題の答えを見いだすため、霊媒師に会いに行く。霊媒師に会いに行くことが、問題の原因を発見するためのきっかけとなり、相談者は問題を解決するために必要なことを理解するかもしれない。霊媒師は、相談者が他者を交えてその問題についての話をする機会を与えるのである（TPO 1997）。

筆者は 2002 年、Siem Reap 州の村で、子供連れの中年女性が相談者として霊媒師を訪れた場面に遭遇した。タイ語を話す男がその霊媒師を霊媒にして降霊し、相談者に話しかけたのである。タイ語を話すその男は相談者の親戚である。その霊媒師はタイ語を日頃理解しないにも関わらず、その男が降霊した時だけタイ語を話せたということであった。

チュモープ“chmap”と呼ばれる伝統的産婆は、出産に関わる全ての相談をうける。妊娠出産の際のみならず、ちょっとした健康相談でアドバイスをすることもある。伝統的産婆は“phum”と呼ばれる小さな農村の内部でよく知られた女性であり、住民たちから尊敬されている。したがって、伝統的産婆は村におけるコミュニティー・メンタルヘルス事業における重要な人材となる。伝統的産婆は新生児を取り上げる以外にも、コミュニティー・メンタルヘルスについての心理社会的な技術を修得することで、より貴重な相談役を担う事ができるかもしれない（TPO 1997）。

一般のカンボジア人からの筆者の聞き取りによれば、寺院でのアチャー“achaa”とは、寺院のコミュニティーにおける、僧侶のアシスタントである。アチャーには年長者になるが、知識のある者が選ばれ、それゆえ尊敬されている。地域住民たちからの相談に乗り、問題に対するアドバイスをおこなっている。また先述の、筆者が訪問した僧侶のいる Kampong Cham 州の寺院にはアチャーもいた。その寺院には治療施設が併設されていたのだが、詳細は不明であるものの、筆者が治療施設にいる患者の家族にきいたところによれば、アチャーは治療において何らかの役割を担っているとのことだった。

Eisenbruch (1992) は、カンボジアの儀礼空間を分析しており、カンボジア人が病いにかかる際に、カンボジア人の 3 つの世界観が作用しているという。3 つの世界とは、「神の世界」(World of deities)、 「人間の世界」(World of humans)、 「悪魔の世界」(World of demons) である。神の世界からの影響としては、先祖 (ancestors)、人間の世界からの影響としては、魔術 (sorcery)、悪魔の世界からの影響としては、霊 (spirits)、素行の悪さ (moral violations)、母方の祖先 (maternal ancestress) によって、病いになるケースがある。クルー・クメールは、患者の頭部に働きかけて、病いになる原因を追放して、その後保護と防御をする。

さらに宗教的背景として、カンボジア王国では国教でもある上座仏教（テーラヴァーダ）を信仰する仏教徒が、人口の大多数である 85%を占めている。9-12 世紀までのカンボジア

王国は、アンコール遺跡群によって代表されるヒンドゥ教と大乘仏教の宗教文化が栄えていた。13世紀に入ると、ヒンドゥ・大乘仏教にかわって、スリランカ系の上座仏教が浸透を開始した。13世紀末までに、カンボジア仏教の上座仏教化が進行していた事実を、元の周達観の『真臘風土記』の中で確認できる（石井ら 1991）。このように、カンボジアにおける宗教は、ヒンドゥ教・大乘仏教の影響下から、上座仏教へと変遷していった世界観があげられ、カンボジア人による精神疾患概念とも相互に関連していると考えられる。カンボジア王国における伝統的な思想や宗教観は、カンボジア人精神疾患概念を考える上での基本的な参考事項となるだろう。

図1 伝統的治療者と治療法 (TPO 1997: 50)

	phreah song/monk/ 僧侶	Kruu Khmer / クルー・ク メール	Kruu chool ruub/medium/ 霊媒師	chmap/Traditional Birth Attendants/ 伝統的産婆	achaa/ アチャー
薬草	+	+++	-	+	-/+
カウンセリング &アドバイス	+++	+	+++	-	+++
悪魔払い/呪 術的方法	++	+++	+	-/+	-
ホロスコープ	++	+	++	-	-
身体的治療処 置 (例:お灸)	+	+++	-	+++	-

(2) カンボジア人精神疾患概念

ふたたび TPO(1997)の資料をもとに、カンボジア人の伝統的な疾患概念の基本的なものについていくつか挙げ、以下で説明する。

先にも確認したように、カンボジア王国では現在、カンボジア王国政府保健省が主導する近代西洋型のメンタルヘルスプログラムが普及の途をたどっている。その際、筆者は、ローカルな生活と世界観に根ざした、カンボジア人のカンボジア語による精神疾患概念に対する理解が重要であると考えている。なぜなら、近代西洋型の疾患モデルと、カンボジアにおける疾患モデルでは、治療者による診断、治療、病因の説明などにおいて、齟齬が生じる可能性があるからである。近代西洋医学は、科学的な医学の知見に基づいて、疾患に対する治療をしようと試みる。しかし一方、カンボジア人がもつ疾患概念は、カンボジア人のもつ世界観に基づいており、いわゆる科学としての医学を生み出した近代西洋的な世界観による近代西洋医学の概念とは異なる。ここで参照する TPO (1997) の資料によれば、近代西洋型の疾患モデルをそのまま現地に当てはめて用いると、ローカルな文化や状況に不適切であったことが、フィールド調査と実際の症例を検討することを通じて分かってきた。

カンボジア語では、何らかの問題が生じた状況を、“tuk veateanea” (になる) という。“tuk veateanea” とは、悲しみ、苦悩、死別、後悔、不安、恐怖がある状態であるが、この状態

はさらに“khoot chit”という、心が傷つき、混乱している状態に発展する。しかし、この段階でもまだ、「狂気」を意味する“chkuet”ではない。そして“lap”は、思考が混乱した人物を指す呼称、“vong veng smaaray”は人間が意識を失った状態である。だがこれらもまだ“chkuet”ではない。伝統的治療者の文脈では、これらの病態の原因が何なのかを確認することで、対処の方策を検討することができるという (TPO 1997)。

“skan”は、子供に影響を与える疾患を指しており、驚愕反応、髄膜炎、てんかん、子供の精神病を含んでいる。子供の疾患の総称として“skan”が用いられるため、“skan”で指す疾患はさまざまな原因の寄せ集めとなっている (TPO 1997)。

“chkuet chrouk”は痙攣疾患であり、伝統的な説明では、身体の中にある管が頭部損傷や他のアクシデントで損傷をうけることが原因とされる。また“chkuet saasey aaram”は、たくさん考えすぎるといふ疾患である。これは高齢者に多く、人々が集まって喋るときに自分の考えを話すことができるという気分になる状態をさす。“chkuet ampeu”は、呪術的行為による狂気である。人間関係の葛藤による疾患であるが、先ほど述べたカンボジア人社会の「人間の世界」と「精神の世界」(World of spirits)¹⁸にまたがるはっきりしない原因があるとされる。この疾患になる人は、社会や地域社会、人間関係などに問題を持っている (TPO 1997)。

最後に“toah”であるが、これは全般的に女性の出産後に起こりうる疾患を指す。“toah”の原因は行動規範の逸脱であり、“toah sosey”は出産後すぐに働き過ぎること、“toah chumnee”は特定の食べ物をたべたとき、“toah damneek”は性交渉を早くしすぎること、“toah proichet”は感情的な問題である。また“toah thom”は、これら全てが進んで重傷な状態を指す (TPO 1997)。

「病気になる」を、カンボジア語では“chumnguu”といい、この言語表現によって認識されている状況には、精神的、身体的、さらには霊的な要素や視点が混在し、しかもそれらの境界をはっきり区別し確定することは大変困難であるという (TPO 1997)。このように、カンボジア人がもつ疾患概念についての原因帰属は、個人の身体内部のみならず、スピリチュアルな世界との関わりのうちにも見いだされるようである。カンボジア人にみられるローカルな精神疾患概念と、近代西洋医学的観点による治療とでは、治療行為の目的や、症状の原因と特定される対象がそもそも異なっていると考えることができる。よって、カンボジア王国内での近代西洋型メンタルヘルスサービスの実施については、この点を十分認識したうえでの配慮が必要である。メンタルヘルスサービスの提供者とその治療者の側が、疾患概念の違いを意識できているかどうか、治療の効果にも大きく影響を与えることが予想される。

(3) 受療行動 (Help-seeking Behavior)

カンボジア王国政府保健省によって 2003 年に、保健省の全プラン (Health Strategic Plan) に沿う形で提出された、「ナショナルメンタルヘルスプラン」(National Mental Health Plan) の中で、メンタルヘルスサービスを全ての地域で行うための方策が述べられている (Ministry of Health 2003: 29-30)。そのひとつは、地域社会での治療とメンタルヘルス

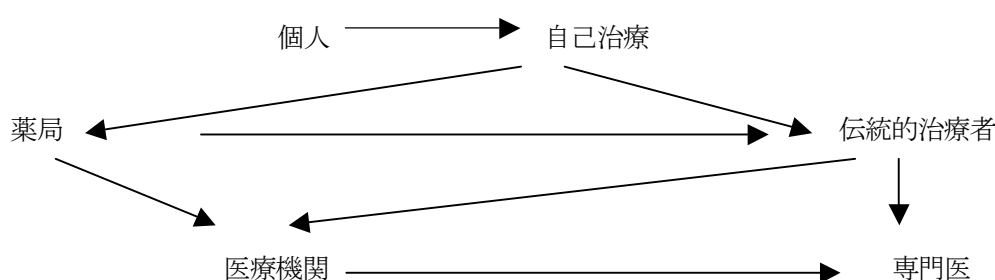
¹⁸ 精神の世界とは、先に述べた Eisenbruch によるカンボジア人の世界観のうち、神の世界、悪魔の世界の 2つをさすと考えられる。

の統合について、プライマリ・ヘルス・ケアをいかに行うかという問題である。人々がサービスを受けるためには、プライマリ・ヘルス・ケアの施設が生活圏に近い場所に配置されていなくてはならない。全国に配置されているヘルスセンターがそれに相当する。保健省によると、プライマリ・ヘルス・ケアを訪れた人の 15-30%は、身体疾患ではなく、メンタルヘルス分野で何らかの症状や問題があったためである。この結果からも、カンボジア王国の公的な保健サービスにおいて、メンタルヘルスサービスが確立されていく必要があると、計画書で述べられている。

図 2 は、当保健省の計画書に記載の、カンボジア社会での一般的な受療行動を図式化したものである。個人が病気になったとき、どのような経緯で専門医を受診するか。人はまず、なんらかの方法で自ら治療を行ってみる。その後、症状の改善を認めないと、患者本人や家族は、クルー・クメールによる治療を求めるか、近くの薬局（化学的に製造された医薬品を取り扱う）で相談をして薬を購入する。自身による治療が上手く行かないと、次に一般医を受診する。この一般医が、西洋型のヘルスケアシステムに接する第一地点である。まず一般医が、精神疾患かどうかを評価、診断しなくてはならず、多くの場合は治療も提供する必要がある。さらに複雑な症例は、そこから専門医を受診するよう紹介を行う。保健省は、少なくとも月に 1 回はメンタルヘルスの専門チームが地域を巡回し、プライマリ・ヘルス・ケアを供給する者たちにスーパーヴィジョンを行うことを目標に掲げている。

筆者のこれまでの聞き取りによると、現在のカンボジア王国内にも、近代西洋型の精神医療に対する偏見があり、患者やその家族らが好んで精神科専門医療機関を受診することは稀であるという。また精神疾患である場合も、同時に身体症状を呈しているケースがある。筆者が 2008 年年初に Phnom Penh に滞在した際にも、筆者は Dr. Munny Sothara の案内で、プレコサマック病院 (Preah Kossamak Hospital) 精神科外来を訪れたが、ここでの患者の約半数は、同じ病院内の身体科を受診したのちに紹介されてきた患者であるときいた。

図 2 一般的な受療行動 (Ministry of Health 2003: 29)



筆者は、カンボジア王国での受療行動における問題として、患者や家族に十分な知識がないため治療を望んでも専門医への受診が遅れるケース、農村部の人口が 85%を占め地理的なアクセス状況が不利なため受療および継続した治療が困難であるケース、経済的な貧困によって患者や家族が希望しても専門医への受療ができないケースなどを想定できると考えている。そうであれば、カンボジア王国政府保健省は、国民がそれぞれ居住地域の近くで、基本的な知識の伝達と医療サービスの供給を受けられるよう、それらを普及させる必要がある。

るだろう。また同時に、カンボジア人による精神疾患概念を理解したうえで、伝統的な人的資源と共同しながら、前節で述べたような、人材資源の開発、臨床サービスの供給、コミュニティー・メンタルヘルスの整備に取り組んでいく必要がある。

4、文化結合症候群の再考

これまで欧米の精神医学者や疫学者らの多くが、内戦後のカンボジア人が高率で精神疾患に罹患していると報告をしてきた。こうした先行研究の中では、とりわけ心的外傷と PTSD との関連性の高さが言及されている (Mollica 1993, de Jong 2001, Dubois 2004)。

PTSD が診断名として最初に現れたのは、アメリカ精神医学会 (American Psychiatric Association; APA) が 1980 年に出版した『精神障害の分類・統計マニュアル 第 3 版』 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 3rd ed.; DSM-III) においてである。PTSD は、「過酷なストレスに対する反応として生じる精神的な障害で、強い恐怖、驚愕、絶望などの心理状態を呈する。(中略) 外傷的事件が生々しく思い出される一方で、その外傷と関連した刺激の持続的な回避や外界に対する反応性の低下が生じる。また、睡眠障害や過剰な警戒心、易刺激性などの心理的覚醒状態も現れる。同時に、強い抑うつ状態や不安症状などが認められることも多い (大野 2001: 410-411)」とある。

精神疾患であると診断し、治療を行う際に、また精神疾患を分類する際、文化的因子はどのようにかかわってくるのだろうか。本節では、文化結合症候群の再考とともに、「新しい文化結合症候群」としての PTSD について若干の考察を試みる。

(1) 文化結合症候群とは

中谷によれば、「文化結合症候群」とは、「症状パターンが通常のものとは異なり、かつ形式と頻度がともに文化的因子により決定されている。普遍的で定型的なタイプの心因反応に対して、地域的で非定型的という特徴をもつ (中谷 2001: 710)」とある。

Emil Kraepelin (1856-1926) は、Sigmund Freud (1856-1939) と並び、現代精神医学の基礎を築いたドイツの精神医学者である。ジャワ島とシンガポールを、1904 年に訪れた Kraepelin は、自らが確立してきた普遍的な精神医学の体系に基づいて、現地の非定型的な精神疾患を観察した。「非定型的」とは、普遍とされる近代西洋型医療が「定型的」であるのに対し、ヨーロッパ外には地域的で特殊な精神疾患、すなわち「非定型」な精神疾患があるという構想である。

このようにしてヨーロッパとそれ以外の地域における疾患の比較をおこなった Kraepelin は 1904 年、論文「比較精神医学」(Vergleichende Psychiatrie) の中で、マレー先住民に特異的にみられ、現地語で「ラター」(latah)、「アモック」(amok) と呼ばれる、当時の近代西洋型医療にとって特殊な精神疾患について分析をおこなった。以降「ラター」「アモック」以外に、イヌイトの「ピブロクト」(piblokto)、アイヌの「イム」(imu) など、特定の地域に限定して多く見られる精神疾患が、精神医学者、文化人類学者らによって次々に報告された。また例えば「対人恐怖症」(taijin-kyohusho) は、日本の文化圏と特有に結びついているという報告もされた。Kraepelin らの生きた 20 世紀当初は、近代西洋世界の視点か

ら見て特殊な非西洋世界が、まさに「比較精神医学」の研究・調査対象であった。

しかしながら、その後の研究の成果から、異なる地域でそれぞれ特異的とされた精神疾患が、同一の病態を示していることが分かってきた。例えば先に挙げたラター、ピブロクト、イムは、それぞれ同じ病態ではないかという議論がある。また日本に特有とされた対人恐怖症についていえば、韓国にも同様の病態があることが、1980年代以降に韓国の精神科医から指摘されている。

現在、文化人類学の貢献により、かつてはそれが比較の基準であった普遍的近代西洋世界をひとつの文化圏とみなし、絶対的な存在としての西洋を相対化する見かたが広がってきている。その結果、近代西洋の外側の特徴を示すために用いられてきた「文化結合症候群」という概念によって、西洋に特有の文化的因子に関連をもつ疾患が指摘されるようになってきたのである。Helman は「新しい文化結合症候群」として、「多重人格障害」(Multiple Personality Disorder)、「注意欠陥・多動性障害」(Attention-deficit/Hyperactivity Disorder; AD/HD)などを挙げている(2007: 267-268)。

PTSD に関していうならば、社会のグローバリゼーションとともに、PTSD の疾患概念が、紛争、災害が起こった世界各地に広がりを見せているかのようである。よって次は、PTSD と文化結合症候群との関連について考えてみたい。

(2) PTSD と文化結合症候群

先述のとおり、PTSD という診断名は 1980 年、アメリカ精神医学会が出版した DSM-III という診断基準マニュアルの中に登場した。精神科医で編集委員長であった Robert Spitzer は、当初 PTSD を診断基準に入れることに消極的であった。しかし、ベトナム帰還兵に好意的な支援者からの働きかけ、世論の動向もあり、PTSD は最終的に DSM-III で採用された。その後、DSM-IV は 1994 年に出版されている。

カンボジア王国内で、PTSD に関連する幾つかの調査がある。精神科医であり TP0 に属していた、現スリランカのジャフナ大学 (University of Jaffna) 教授である Somasundaram ら (1999) による報告では、1996-1997 年に Battambang 州にある Battambang、Sangke、Ek Phnom の 3 つの病院と Kampong Speu 州にある Oudong の 1 つの病院において、TP0 によるコミュニティー・メンタルヘルスの臨床活動が行われおり、そこでの全患者数のうち PTSD と診断された者は 3% であった。他方、カンボジア王国政府保健省の関連病院精神科で継続治療中の全患者数のうち、診断が PTSD とされている患者は、約 1% (2006 年、2007 年) であった。また、精神科医でありベルギーのルーヴァンカソリック大学 (Catholic University of Louvain) 公衆衛生学教室の Dubois ら (2004) が行った 2001 年 Kampong Cham 州での疫学調査によると、DSM-IV を基準にした PTSD の有病率は 7.3% であった。それより以前の 1997~1999 年にかけて Battambang 州、Kampong Speu 州、Phnom Penh 特別市の 3 カ所で行われた疫学調査 (de Jong 2001) では、DSM-IV を基準に PTSD の有病率は 28.4% という報告であった。

そして、先の Dubois ら (2004) によれば、最も多かった心的外傷体験を上位 5 つ挙げると、①食べ物と水の不足 (69.7%) ②医療機関へのアクセス不足 (40.1%) ③避難所不足 (35.0%) ④戦闘状態の経験もしくは非常な危機感 (34.1%) ⑤死に近い感覚 (32.7%) である。さらに心的外傷体験は ①貧困に関連する事項 ②暴力に関する事項の 2 つに分類でき、両方 55.7%、

貧困のみ19.9%、暴力のみ11.1%、両方なし13.3%という結果であった。

本報告では Dubois らなどによる疫学調査を、医学的な視点から厳密に分析することはできない。ただここで筆者は、カンボジア王国国民が受けた心的外傷体験率と比べると、Dubois らが報告するカンボジア王国での PTSD 有病率は、結果にばらつきはあるものの、心的外傷体験が高率であることに対して必ずしも高くない結果であったと考える。すなわち、現時点で筆者は、カンボジア王国内における、人々の外傷体験そのものと PTSD の有病率の間には乖離が認められる可能性があると考えている。数字によるデータ以外にも、これまで筆者がカンボジア王国訪問や学会活動を通して得た情報の限りでは、カンボジア人精神科医や現地コミュニティで活動しているヨーロッパ人精神科医の中にも、同様の意見がきかれた。ただ、以上の解明に関しては、PTSD の疫学調査などのデータの採取方法などを踏まえた慎重な分析と解釈が前提である。その上で文化結合症候群との関連についての確実な論証が必要であり、筆者にとってはそれが今後の研究の課題である。

PTSD そのものの有病率や受診者全体中での割合が少ない理由として、筆者は次の幾つかの理由を考えている。Somasundaram 氏の研究やカンボジア王国政府保健省のデータでは、受診者全体のうちの PTSD 患者は各々3%、1%程度であった。これらの理由として、①PTSD 症状はあるのだが医療機関を受診していない可能性 ②PTSD 症状の程度が専門機関にかかるほど重くない可能性などが考えられる。またローカルなコミュニティでは、③精神疾患への偏見があり症状が前面化しない可能性 ④カンボジア人は様々な外傷体験を共有しているため PTSD 症状を呈しにくい可能性 ⑤外傷体験の影響が別の表現形態、抑うつ症状や不安症状などで表されている可能性が考えられる。以上の理由から、PTSD の疾患概念自体はカンボジア人にうまく適合しないといえるのかもしれない。こうした様々な不適合の可能性を Kleinman (1977) が「カテゴリー錯誤」(category fallacy)¹⁹として述べたように、PTSD という概念そのものが、カンボジア王国というローカルな社会文化的な状況において、その診断枠組み自体にずれを生じさせている可能性が考えられる。

1980年代以降のアメリカで顕著になった PTSD が、外傷体験そのものの割合の高いカンボジア王国内で、現在はそれほど高い有病率を示さないのはなぜだろうか。それは1999年に、Young (2001) が著書『PTSD の医療人類学』の日本語版序説で述べているように、PTSD が欧米圏にとっての「新しい文化結合症候群」(欧米圏がローカルである)である可能性があるという状況と関連しているように思われる。つまり、PTSD が初めて取り上げられたのが欧米圏、すなわちアメリカであったことは、欧米圏独自の社会文化的・時代的な文脈との関連があるといえるかもしれない。

Young によれば、近代西洋医学になじんだ人々が知る PTSD 概念とは、記憶、自意識、心理学的思考重視、自己開示の有効性など近代西洋を経た文化圏という前提に根ざしているという。そして Young 自身は、PTSD とその外傷性記憶とがリアルなものとしていった過程を説明すること、またこれらの現象が人々の生活世界に浸透し、事実性を獲得し、患者と臨床家と研究者との自己認識を形成していった機制を記述することが彼の仕事であると述べている (Young 2001)。このような Young の指摘について、Hacking (2002: 8) は、「医療人類

¹⁹ 近代西洋型の精神医学が提示する典型的な疾患像は、そこから外れるものを非西洋の亜型としてみてしまうこと。

学者の Young が PTSD に関して驚くような考古学的な仕事をしている」と評価している。Young の研究が、外傷性記憶の起源から始まって今日の生物学的な PTSD 研究までに連なる広範な PTSD 概念の系譜を網羅することで、我々の一般常識下に隠されている知的体系の掘り起こしをしていることを指して、Hacking は考古学的と述べているのだろう。

しかし Young (2001) は、その一方で PTSD はグローバリゼーションという新展開もとげつつあるとし、今後の展開として、以下の3つの可能性を述べている。

- ① PTSD 型の推論様式による、受容側文化の生活世界の植民地化（自己と自意識という西方世界のこしらえものが地球全体のこしらえものになること。）
- ② PTSD の文化的変種群の台頭（各地の多種多様な臨床的伝統が、科学的精神医学と精神薬理学を介して、普遍的・生物学的な PTSD 版にリンクするという意味。）
- ③ 西方世界以外では、PTSD が根を下ろすことなく、地域の精神医学専門家だけのものにとどまる（この場合、西方世界の文化結合症候群がまた1つできたといえる。）

昨今では、欧米圏の研究者による、アジア、アフリカの紛争、災害地域において、諸民族、諸国民に対して PTSD 概念の枠組みを用いた、PTSD 研究が急速に浸透してきた。したがって、筆者は、アジア、アフリカ地域においても PTSD 概念が浸透しているとすれば、それはアジア、アフリカ各地域における、近代西洋的な文化的条件や認識の浸透をも意味していると考ええる。また江口 (2002) によれば、日本はアジア諸国のうちで、PTSD 概念の浸透の程度について「1番目の道を進むトップランナー」であるという。

すでに述べたように、カンボジア王国内では、現在のところ高率の心的外傷体験に比して PTSD の有病率がさほど高くはない。カンボジア王国内で今後、PTSD が Young のいう①②③のどれかにあてはまるようになるか、あるいはそのどれとも違った展開をみせるのか、カンボジア王国内での今後の状況は、「新しい文化結合症候群」としての PTSD に関する、ひとつの重要なケーススタディーともなりうると、筆者は考えている。

現在、カンボジア王国の精神科医たちのあいだで、PTSD は“chumnguu baksbaht”²⁰と翻訳され、PTSD と全く同じ疾患を指す概念として使用されている。一方、ここで用いられている用語“baksbat”は、日常語としての使用では「勇気を削がれる」「決して何かをもう一度する気になれない」「恐怖を感じる」などの意味で用いられているという。筆者は、これまでも述べてきたように、「PTSD は近代西洋医学による概念であり、非西洋文化圏においては上手く適合しない場合がある」という可能性を考えている。よって上記のように、翻訳概念と日常的な言語使用のうちにも、疾患概念と現実にある疾患との不一致を観察することができるかもしれない。カンボジア王国でのフィールド調査を通して、心的外傷と PTSD の疾患概念との関連を再検討することが、今後の課題である。

5、おわりに

²⁰ “chumnguu”に関しては、15頁も参照のこと。

筆者は、医療従事者であり且つ文化人類学を大学院で専攻する者であるが、実際の臨床場面、つまり医療従事者として現場で感じる疑問について解決する方法論として、文化人類学の視点が有効であると考えている。ただし、文化人類学という学問領域では、かつてより民族誌を基にした理論研究が主流であった。日本において、実践・応用という観点から行われた研究はこれまであまり多くなかった。そのため筆者は、民族誌を基にしつつ、理論と実践・応用を往復するような研究をすることで、文化人類学という学問領域に対しても、新たな視座をもたらすことができるのではないかと考えている。

文化人類学の下位分野である医療人類学では、対象とする領域や方法論に関して定まった見解は未だない。人間は、生きていくのに、病気、死、そして健康に関する問題を避けて通ることはできない。これまで、医療人類学分野は宗教人類学の対象領域と重なるため、信仰とのかかわりで研究されることが多かった。しかしながら 1970 年代頃より、宗教から切り離された医療が対象とされ、ある社会集団における疾病概念、認識体系、治療行動、病いの意味、科学技術や先端研究と身体の問題などが論じられてきている。

一方で、人間をホリスティックな視点から、医療を中心に据えたうえで分析するのが医療人類学であり、様々な人類学的方法論が用いられてきている。また医療人類学は学際的な傾向をもち、特に医療を研究対象としている隣接する医学、看護学、国際保健学などからのアプローチがなされるとき、実践・応用の面を強く意識する方向に進むといえる。

そして、医療人類学の隣接領域として、文化精神医学がある。医療人類学のメンタルヘルス研究と文化精神医学は、これまでも相互に重なり合って存在してきた。人類学者、精神医学者の双方がそれぞれに研究をし、また医師であり人類学者という研究者もこれまでに登場している。ただし、カーマイヤーによれば、文化精神医学は「社会科学とは異なり、第一に理論的な問題によってではなく臨床的な必要によって動かされるもの（カーマイヤー 1997: 49）」とされており、動機の点が両者の間の大きな違いともいえる。またカーマイヤーは、文化精神医学は主に欧米人の指向に動かされ、継続的な段階を経てきたと指摘している。カーマイヤーはそのプロセスを、次の 3 段階に整理している。①遠隔地のエキゾチックな症状に焦点を当てた段階 ②移民のメンタルヘルスの問題やサービス需要への関心 ③精神医学の理論と実践に対する文化的批判（カーマイヤー 1997: 50）である。筆者は、1990 年代以降のグローバル化の現状を踏まえ、更に付け加えられる新たな課題として、開発援助と精神医学・医療研究という段階を考えている。

以上、本報告ではカンボジア王国の精神医学・医療の現状について検討するとともに、今後の研究とフィールド調査の展望を述べてきた。今後において、筆者はカンボジア王国における PTSD という疾患概念の浸透と実際の発症についてフィールド調査を行い、その結果を分析することで、「PTSD のグローバル化」と「新しい文化結合症候群」の問題の民族誌的・理論的考察に寄与することが出来るだろうと考えている。近代西洋型の医学・医療体系は、人々が治療を求める時に選ばれうるひとつの重要な選択枝である。近代西洋型の医学・医療体系が、どのような形で人々のローカルな生活世界に浸透し、ローカルな知識との間に相互作用を生み、カンボジア人がもつ世界観や医療観に影響をもたらしていくのかという問題は、今後まさに重要な課題である。

また、多文化社会を迎えつつある日本においては、多文化社会ゆえ生じる他者と精神疾患

概念の変容についての理解が、今後の課題となる。今後は日本でも、留学生、労働者、移民等のメンタルヘルスの問題やサービス需要への関心が高まっていくのではないかと考えられる。ローカルな日常生活レベルでのヘルスケアシステムを、カンボジア王国においていかに構想していくかという問題は、今後の日本社会の趨勢とも大いに関係を持つのである。

参考文献

<日本語文献>

- 石井米雄ら. 1991. 『講座 仏教の受容と変容 2 東南アジア編』石井米雄 (編) 東京: 佼成出版社.
- 江口重幸. 2002. 「PTSD の比較文化的側面」『臨床精神医学』 増刊号: 37-43.
- カーマイヤー, ローレンス. 1997. 「文化精神医学における質的調査—北アメリカの視点から (額賀淑郎による訳)」『こころと文化』 1(4): 285-304.
- 大野裕. 2001. 「心的外傷後ストレス障害」『縮刷版 精神医学事典』加藤正明ら (編), 410-411 ページ所収. 東京: 弘文堂.
- 中谷陽二. 2001. 「文化結合症候群」『縮刷版 精神医学事典』加藤正明ら (編), 710 ページ所収. 東京: 弘文堂.
- 菅原道哉, 城川美佳, 手林佳正ら. 2002. 「カンボディア王国における精神保健の現状報告」『こころと文化』 1(1):73-82.

<英語文献>

- de Jong, Joop T.V.M., Komproe, Ivan H., Ommeren, Mark Van. *et al.* 2001. Lifetime events and posttraumatic stress disorder in 4 postconflict settings. *Journal of the American Medical Association*, 286(5):555-562.
- Dubois, Vincent., Tonglet, Renè., Hoyois, Philippe. *et al.* 2004. Household survey of psychiatric morbidity in Cambodia. *International Journal of Social Psychiatry*, 50(2):174-185.
- Ebihara, May., Mortland, Carol., Ledgewood, Judy, ed. 1994. *Cambodian Culture since 1975: Homeland and Exile*. New York: Cornell University Press.
- Eisenbruch, Maurice. 1992. The ritual space of patients and traditional healers in Cambodia. *BEFEO*, 79(2):283-316.
- Hacking, Ian. 2002. *Historical Ontology*. Cambridge: Harvard University Press.
- Hauff, Edvard. 1996. The Cambodian Mental Health Training Program. *Australasian Psychiatry*, 4(4):187-188.
- Helman, Cecil G. 2007. *Culture, Health and Illness*. London: Hodder Arnold.
- Ka, Sunbaunat. 1998. *Mental Health Development Strategies in Cambodia 1998-2007*, Phnom Penh.
- Kleinman, Arther. 1977. Depression, Somatization and the "New Cross-Cultural Psychiatry". *Social Science and Medicine*, 11:3-10.

- Kleinman, Arther. 1980. *Patients and Healers in the Context of Culture: An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*. Berkeley: University of California Press. (大橋英寿ら訳. 1992. 『臨床人類学 文化のなかの病者と治療者』 弘文堂)
- Kleinman, Arther. 1988. *The Illness Narratives: Suffering, Healing & the Human Condition*. New York: Basic Books. (江口重幸ら訳. 1996. 『病いの語り—慢性の病いをめぐる臨床人類学』 誠信書房)
- Ministry of Health. 2003. *National Mental Health Plan 2003-2022*. Phnom Penh.
- Ministry of Health. 2008. *Health Strategic Plan 2008-2015*. Phnom Penh.
- Mollica, Richard F., Donelan, Karen., Tor, Svang. *et al.* 1993. The effect of trauma and confinement on functional health and mental health status of Cambodians living in Thailand-Cambodia border camps. *Journal of the American Medical Association*, 270:581-586.
- Somasundaram, Daya., van de Put, Willem., Eisenbruch, Maurice., and de Jong, Joop T.V.M. 1999. Starting mental health services in Cambodia. *Social Science and Medicine*, 48:1029-1046.
- TPO Cambodia. 1997. *Community Mental Health in Cambodia*. Phnom Penh.
- Young, Allan. 1995. *The Harmony of Illusions: Inventing Post-Traumatic Stress Disorder*. New Jersey: Princeton University Press. (中井久夫ら訳. 2001. 『PTSD の医療人類学』 みすず書房)