

原 著

カンボジアにおける自殺の状況と自殺対策

藤田幸司*1、金子善博*1、松永博子*1、崎坂香屋子*1、本橋 豊*1

要旨 世界保健機関(WHO)協力センターとして、西太平洋地域事務局(WPRO)に属するカンボジアにおける精神保健及び自殺対策の取り組みの現状と課題について現地調査を通じて明らかにし、日本の先進的な自殺対策の提供と協力関係の構築を行うことを目的に訪問を実施した。

2017年12月5日から9日にかけてカンボジアを訪問し、カンボジア保健省(Ministry of Health: MoH)、WHOカンボジア事務所、現地NGO団体TPO(Transcultural Psychosocial Organization)、国際協力機構(Japan International Cooperation Agency: JICA)の協力者との協議・ヒアリングを行った。その結果、カンボジアは、1970年以降の内戦及びポル・ポト政権下のクメール・ルージュによる大量虐殺によって、医療従事者の激減等、保健サービスを支える基盤および社会基盤も壊滅的打撃を受けたため、現在でも精神医療の専門病院がなく、精神保健分野は人材育成、法整備をはじめとして取り組みが立ち遅れている。精神科医の数は少なく、精神科による医療の提供は都市部に限定されているため、地方ではメンタルヘルスサービスの提供ができていない。また、ポル・ポト政権下でのクメール・ルージュによる大量虐殺が、人々の心の健康に現在も影響を与えている。社会における精神疾患に対する偏見、差別も非常に強い。紛争終結後のカンボジア政府も、メンタルヘルスサービスの整備・推進の必要性は認識しているものの、上述の特殊性に加えて保健医療政策において、母子保健対策や感染症対策が優先されてきたことなどにより、メンタルヘルス対策は非常に遅れている。精神保健分野に関する統計システムの整備は急務であるが、自殺対策については、自殺による死亡に関するデータの報告、登録システムが確立されておらず、ほとんど何も行われていないのが現状である。精神保健・自殺対策分野においては統計システム構築の支援や自殺報告システムの確立、あるいは精神医療専門の拠点づくりへの支援、ゲートキーパー研修の実施や自殺対策としての多様な啓発手法などへの技術協力も可能と思われる。精神科医や精神科専門の看護師が圧倒的に不足しているカンボジアの精神保健・自殺対策の推進においては、日本の総合的な自殺対策の手法が有効であると考えられる。したがって、包括的自殺対策としての自殺対策基本法や自殺総合対策大綱などの法体系とともに、地域自殺対策の推進ツール(地域自殺実態プロファイルや地域自殺対策政策パッケージなど)を提供及び情報発信していくことが国際協力として有効であると考えられる。

Keywords : カンボジア、メンタルヘルス、自殺対策、NGO、統計システム

1. 目的

世界では毎年約80万人が自殺により死亡しており、自殺による死亡者数は世界の全死亡の1.4%を占め、全死因では17位である(2015年)¹⁾。自殺による死亡の78%は中低所得国で発生しており、成人1人の自殺による死亡には、20人以上の自殺企図があると指摘されている²⁾。世界の疾病負荷(Global Burden of Disease)の14%は精神・神経・物質使用障害に起因すると考えられ、それらに罹患した人の75%は低所得国に居住し、必要とする治療へのアクセスを有していない³⁾。

世界保健機関(World Health Organization: 以降、WHO)はこれらを踏まえ、2008年にMental Health Gap Action Programme (mhGAP)を立ち上げ、精神保健分野の課題について先進国と開発途上国が共通の場で議論し、技術協力を含め開発途上国での精神保健の改善に取り組んできている³⁾。WHOは、Mental Health Action Plan 2013-2020を策定(2013年5月のWHO総会で採択)し、“No health without mental health”という標語も掲げられた⁴⁾。この行動計画では、2020年までに自殺死亡率を10%低下させるという目標が掲げられている。

一方、国連は2015年9月、ニューヨーク国連本部において、「国連持続可能な開発サミット」を開催し、190

*1 自殺総合対策推進センター

を超える加盟国首脳に参加のもと、2016年から2030年を対象とする「持続可能な開発目標」(Sustainable Development Goals:以降、SDGs)を採択した。SDGsは、17の目標と169の達成指標から構成され、このうち第3目標の「すべての人々に健康と福祉を」(Ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages)の3.4.2には自殺死亡率が達成指標として採択された⁵⁾。今後は先進国とともに開発途上国でも、精神保健分野の改善指標として自殺率の推移が明らかにされていくこととなる。

自殺総合対策推進センターは、WHO協力センター(WHO Collaborating Center:以降、WHOCC)であることから、WHO西太平洋地域事務所(WHO Western Pacific Regional Office:以降、WPRO)に属する他国との精神保健および自殺対策における連携・協力が重要なミッションとなっている。今回、WPROの加盟国の1つであるカンボジアにおける自殺対策の取り組みの現状と課題について現地調査を通じて明らかにし、日本の先進的な自殺対策の提供と協力関係の構築を行うことを目的に訪問を実施した。

カンボジアは、①精神医療の専門病院がなく、精神保健分野は人材育成、法整備をはじめ取り組みが立ち

遅れている、②1970年代後半のポル・ポト政権下でのクメール・ルージュによる大量虐殺が、人々の心の健康に現在も影響を与えているとの報告が多数あることなどから、WHOCCとして支援すべき優先度は高いと考えられる。

2. 方法

2017年12月5日から9日にかけて、自殺総合対策推進センターはWHOCCとして、WPROに属するカンボジアを訪問し、自殺対策の取り組みの現状と課題について、カンボジア保健省(Ministry of Health:MoH)のDr. Chhit Sophal、WHOカンボジア事務所のDr. Liu Yunguo、Dr. Yel Daravuth、現地NGO団体TPO(Transcultural Psychosocial Organization)のDr. Chhim Sotheara、国際協力機構(Japan International Cooperation; JICA)の岩本あづさ氏、野中愛恵氏等との協議・ヒアリングを行った。訪問調査時に入手した資料や、WHOによる報告書、協議・ヒアリングの記録に基づき検討した。

訪問調査の日程及び協議を行った相手等は表1の通りである。

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
2017年 12月5日	WHOカンボジア事務所	カンボジアにおける精神保健および自殺の現状及び統計などについて	Dr. Liu Yunguo, M.D., MPH. WHO Representative and Head of Country Office in Cambodia
12月6日	カンボジア保健省	カンボジアにおける精神保健および自殺の現状及び自殺対策、将来の協力関係構築について	Dr. Chhit Sophal, M.D, Psychiatrist, Director Department of Mental Health and Substance Abuse. Ministry of Health, Cambodia
		カンボジアにおける母子保健対策について	Dr. Azusa Iwamoto, M.D., MSc. Chief Advisor (JICA) National Maternal and Child Health Center
12月7日	WHOカンボジア事務所	カンボジアにおける精神保健及び自殺対策の取り組みの現状と課題について	Dr. Yel Daravuth, M.D. National Professional Officer of Tobacco Free Initiative, Substance Abuse and Mental Health
12月9日	Transcultural Psychosocial Organization (TPO) Cambodia	カンボジアにおける精神保健の現状及びNPOによる自殺対策の取り組みの現状と課題について	Dr. Chhim Sotheara, M.D., M.P.M., Ph.D. Senior Consultant Psychiatrist, Executive Director of Transcultural Psychosocial Organization (TPO) Cambodia

3. 結果

(1) カンボジアの概要

カンボジアはインドシナ半島にあり、タイ、ラオス、ベトナムと国境を接している。カンボジアの主な経済・保健・教育指標は表2に示す通りである⁶⁾。人口は1,558万人、合計特殊出生率は2.6となっており、人口は増加傾向にある。国民の約97.1%はクメール語を母語としており⁷⁾、成人識字率は74%となっている。また、初等教育就学率は90%を超えるものの、中等教育就学率は男子40%、女子37%にとどまっている⁶⁾。国民の97.7%が国教である仏教を信仰しており、イスラム教は1.1%、キリスト教は0.5%程度と推定されている⁷⁾。人口構成は若年層が多く、カンボジア国民の平均年齢は24.0歳(2015年)である⁸⁾。1人当たりの年間国民総所得(GNI)は1,020米ドル(2015年)であり⁶⁾、世界銀行の分類では2015年に初めて低所得国から低所得国(lower middle income economies, 1.026-4.035 USD)に移行した。2011-2014年における実質GDP成長率は年平均7%を維持し、経済は順調に推移している。平均月収を基準として一定収入未満で算定される貧困率は、2008年34.0%、2010年22.1%、2012年17.7%と減少傾向にある⁹⁾。

表2 カンボジアの主な経済・保健・教育指標

人口(2015年)	1,558万人
1人当たりGNI(2015年)	1,020米ドル
平均余命(2015年)	69歳
5歳未満児死亡率(出生1000当たり)	29
合計特殊出生率(TFR)(2015年)	2.60
成人識字率(2009年-2014年)	74%
中等教育就学率(2010年-2014年)	男子40%* 女子37%*

*統計年度が異なっている

(出典: UNICEF, The State of the World's Children 2016)

(2) カンボジアの保健医療制度と精神保健分野、自殺対策の現状と課題

1) カンボジアの保健医療制度と精神保健分野の状況

カンボジアでは、1975～1979年のポル・ポト政権時代に、フランス植民地時代に導入されていた西洋医学が否定された。また、当時の人口800万人のうち、推定200万人から300万人がクメール・ルーージュによつ

て虐殺(飢餓なども含む)され、特に教師や医師などの知識階級はほとんどが虐殺されたため、ポル・ポト政権後に近代西洋医療システムが再開されたものの、1980年代の医療の中心は伝統的治療であった。1990年代に入り、カンボジア政府保健省が近代西洋医学としての精神保健システムを再開させ、国際機関やノルウェーのオスロ大学からの支援のもと、精神科専門医の教育プログラムや一般医の教育、精神科看護師の養成、精神科外来などのメンタルヘルスサービスの提供などを推進してきた¹⁰⁾。

1991年の和平協定後、初の国家保健政策として、保健省により「国家保健戦略計画2003-2007(Health Strategic Plan: HSP1)」¹¹⁾が2003年に策定された。HSP1は、「全てのカンボジア国民、特に女性と子どもの健康改善を目的として保健セクターを発展させ、それにより貧困解消や社会経済の成長に貢献する」ことを最終目標に、カンボジアミレニアム開発目標(CMDGs: Cambodian Millennium Development Goals)の指標に沿った数値目標を掲げ、6つの優先分野(①保健サービスの供給、②行動変容、③質の向上、④人材育成、⑤保健財政、⑥組織制度)とそれぞれの戦略を定めた。

「国家保健戦略計画2008-2015(HSP2)」¹²⁾では、HSP1に引き続き、全ての国民、特に貧困層、女性、子どもの健康改善に取り組むこととし、3つの重点目標(①母子保健、②感染症、③非感染症とその他の健康問題)が掲げられた。メンタルヘルスは薬物乱用などとともに、「③非感染症とその他の健康問題」に含まれた。HSP2には、HSP1になかった具体的数値目標を定め、成果と進捗をモニタリングする枠組みを含んでいるのが特徴である。「国家保健戦略計画2016-2020(HSP3)」¹³⁾では、HSP2の3つの重点目標が継続され(保健システムのニーズに即した改善が追加され、4つの重点目標となった)、メンタルヘルスに関しては、「うつ病の成人受療率を2015年の2%から、2020年には50%に引き上げる」といった数値目標が掲げられている。協議を行った保健省のDr. Chhit Sophalによれば、カンボジアにおける保健戦略では、まだ母子保健や感染症対策に重点が置かれており、精神保健対策は必要ではあるものの、不十分であり遅れているということであった¹⁰⁾。

次に、医療サービスについてであるが、カンボジアは民主化後の 1995 年に策定された保健サービスカバレッジ計画¹⁴⁾に基づき、1995 年以降は人口 10-20 万人に 1 つの「保健行政区」(operational health district) で公的医療サービスを提供している。1 つの保健行政区には最低 1 か所の郡病院が設置され、さらに州レベルでは地域中核病院 (リファラル病院) が設置されている。また、人口 1-2 万人ごとに 1 ヶ所の保健センター (Health Center) を、人口 2000-3000 人程度に 1 ヶ所の保健センター支所 (Health Post) を設置することを定めている。2014 年のデータ¹⁵⁾によれば、全国に 88 の保健行政区があり、国立病院・州病院が 8 施設、地域中核病院 (リファラル) が 98 施設、診療も行う保健センターが 1105 ヶ所、保健センター支所が 1,049 ヶ所となっている (表 3)。貧困層を対象とした医療扶助制度である Health Equity Fund (HEF) があるが、基本的に診療費は受診者負担であるため、医療機関はフリーアクセスであり、患者に評判の良い病院には患者が殺到し、長い待ち時間が日常的となっている。民間医療保険制度はあるが、加入者数は極めて限られている。

2016 年時点で、カンボジアには医師養成大学が 4 校しかない¹⁶⁾。2013 年から、歯科医師、薬剤師、看護師 (学士) の国家卒業試験制度が開始され、2014 年からは医師の国家卒業試験制度が導入されている。医師が常時勤務しているのは地域中核病院以上であり、保健センター、保健センター支所は診療を行うが、助産師、看護師が診療にあたっている⁷⁾。

2014 年の WHO Human Resources for Health Country Profiles CAMBODIA によれば、カンボジア全土における医師総数は 2,144 名 (人口 1000 人当たり 0.15 人 : 2011 年)、看護師 (Graduate, Registered, Professional 合計) は 5,389 名 (人口 1000 人当たり 0.38 人 : 2011 年)、助産師は 2,053 名 (人口 1000 人当たり 0.15 人 : 2011 年) であり、医療人材は極めて限られている¹⁶⁾。人口 1000 人当たりの医師の数では前掲のデータと異なる年次の国際比較であるが、近隣のアジアの途上国と比較しても少ない¹⁷⁾。

表 3 カンボジア病院等施設数 (2014 年)

OD (保険行政区) 数	88
病院の総数	106
国立病院・州病院	8
地域中核病院 (その他の地域病院)	98
保健センター	1,105
保健センター支所	1,049
ベッド	12,249

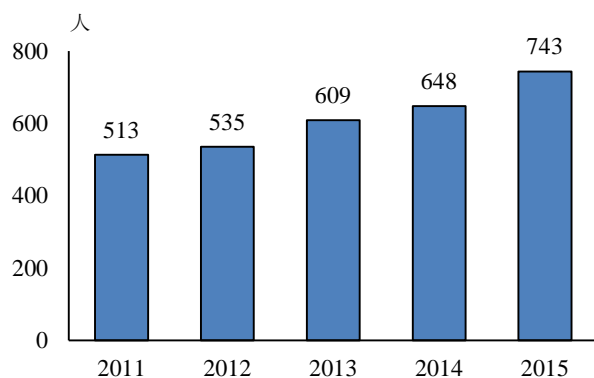
(出典 : カンボジア保健省)

現在もカンボジアにおける人口 1000 人あたりの医療人材は極めて少なく、特に医師はポル・ポト政権期に多くが殺害されたか、早期に海外に避難した者が多かった。精神保健専門の医師は特に限られ、民主化した現在でも、WHO による最新のデータではカンボジア全土でわずか 56 名 (民間で働く精神科医を加算すると 60 名)、精神科専門の看護師は 40 名 (民間で働く専門看護師を加算すると 43 名)、心理士として働く人材は 1,100 名となっている¹⁸⁾。また WHO が実施し、カンボジア保健省で精神保健を担当する部署である精神保健・薬物乱用部門 (Department of Mental Health and Substance Abuse) が回答した精神保健分野の現況プロフィールによれば、カンボジアには国家精神保健計画 (National Mental Health Plan) はあるものの、自殺対策に関する国家計画は存在しない。また精神保健分野の国家政策計画では、達成目標の数値化はされており、2013 年以降改訂もされているが、精神保健分野における国家精神保健法などの法整備は未着手である。また成人とは異なる取り組みが求められる子どもや青年期を対象とした精神保健分野の開発計画、戦略も未策定である^{18,19)}。保健省の調査報告によれば、カンボジアには 2016 年時点で精神科専門の医療施設はなく、一般総合病院の外来部門、また一般病棟において入院治療も含めた形で精神疾患に対応している^{12,13)}。また、外来で精神医療に対応している施設は 65 病院、病院ではないが精神科に対応している診療所は民間も含めて 112 施設ある。特に、子ども、青年期の若者に精神科へのニーズの対応を行っている施設はカンボジア全体で 2 施設のみとなっている²⁰⁾。深刻な精神疾患者は全国で 1.1 万人程度と報告され、一般病棟での精神疾患に関連する措置入院としての入院患者数はゼロとな

っているが、精神疾患による一般病棟の入院患者数として 235 名が登録されている¹⁸⁾。

政府の支出ベースで精神保健分野への年間支出総額は約 300,000,000 リエル (約 74,300 米ドル、約 807 万円：2016 年) と報告されており、政府の保健分野の 0.02% を占めるに過ぎない¹⁸⁾。またその支出内訳は精神科専門の病院、病棟がないこともあり、多くは研修費目としての支出と記載されている。

深刻な精神疾患を抱える患者に対する支援策として、ごく一部のケースには政府が支援金を支給すると記載されているが、実際には極めて限られていると思われる。精神保健に関連するデータに関しても、カンボジアでは現段階では政府ベースのものが中心であり、民間ベースの情報は十分ではない。精神保健分野での重要なデータの 1 つである自殺者数等のデータに関しては、図 1 に示されているように国家警察が担当しているが、全国レベルの自殺についての実態は十分には明らかにされていない。



(出典：カンボジア国家警察)

図 1 カンボジアにおける自殺者数の推移 (2011 年-2015 年)

2) ポル・ポト政権期における大量の市民虐殺

カンボジアの精神保健や自殺対策で特記すべきことは、1970 年代から 20 年以上にわたる内戦、特に 1974-1979 年のポル・ポト政権下のクメール・ルージュ (人種、宗教、言語等を同じくする民族) による何の罪もない住民への大量虐殺である。当時の人口は約 800 万人であったが、そのうちの 200 万人から 300 万人のカンボジア国民が飢餓や虐殺で命を落としたといわれている (正確な数は現在も不明である)。当時の

ポル・ポト政権下では家族・親族間の密告制度によって虐殺への道筋がつけられたことから、人々の間での相互不信は現在も続いているといわれており、個人情報提供を拒む市民は今も多い。虐殺や拷問、目の前で家族・親族を殺戮されたこと等により、約 40 年が経過した現在でも多数のカンボジア国民が心に深い傷を負っているとされる²¹⁾。それらの体験は当時の成人たちのみならず、子どもたちのその後の生活や心の傷として深く残っている。そのため、住民の心のケアに現在も活動の重点を置く NGO 団体や²²⁾、日本の精神科医が中心となってカンボジア市民の心のケアの活動を行っている民間団体もある²³⁾。

2017 年 12 月にカンボジアを訪問した際に面会した現地の病院の R 医師は、JICA 派遣専門家を通じ悲惨な形で家族、親族を失った経験を語った。

Phnom Penh 市民だった 10 歳の R 医師は地方への移住を余儀なくされ、家族とともに 3 か月歩いて Prey Veng 州にたどり着いたが、途中の道端や川で多数の死体を見た。それでも生きるためには死体の折り重なる川の水を飲む他なかった。1979 年のポル・ポト政権崩壊後もカンボジア国内では内戦が 1993 年まで続き、準医師資格を取ってからも R 医師は政府職員として召集され戦地に半年単位で送られ、戦闘服に着替えて銃を構えた。戦地で日夜銃創や地雷被害者の治療にあたる日々で「前には地雷、後ろにはポル・ポトの残軍、どちらかに進むしかない」という絶望的な状況だった。森の開墾を命じられた周りの住民の多くがマラリアで亡くなっていったのも見た²⁴⁾。

3) カンボジアにおける自殺及び自殺対策の現状

1970 年代に当時の政権による大規模な市民虐殺という経験をしたカンボジアにおいては、多くの人が心に傷を負っているとの指摘がある²⁵⁾。その関連は必ずしも明らかにされていないが、人口 10 万人あたりの年齢調整済み自殺率は、WPRO 加盟 11 ヶ国の平均が 8.45 なのに対し、カンボジアは 5.9 である (表 4)²⁶⁾。

保健省と WHO は 2017 年 4 月、カンボジアには現在約 50 万人がうつ病を発症している可能性があると発表した²⁷⁾。WPRO 加盟国中ではフィリピンが 3.7 と最も低い自殺率となっている²⁶⁾。

表4 WPRO加盟国における人口10万人あたりの年齢調整自殺死亡率(2016年)

国名	人口10万人あたりの自殺率(2016年)
WPRO 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: World Health Organization, Global Health Observatory data.)

政府による発表数という観点においては、カンボジア国家警察によって2011年から2015年に把握されている自殺者数が2016年に公表されている(図1)²⁸⁾。しかし、本データは国家警察が把握した自殺者数であり、カンボジアにおいては未だ自殺による死亡に関するデータの報告、登録システムが確立されていない。

次に、カンボジアを含む近隣アジア諸国における自殺率(人口10万人当たりの年齢調整済み自殺率)と経済状態、医療者数の関連を示すと、医師数、一人当たりの年間収入で示した経済水準との間に負の相関は認められなかった(表5)。カンボジア、ラオス、タイ、ミャンマー、ベトナム、日本のWPRO加盟国では、最も医師数の多い日本が最も高い自殺率を示しており、医師の数が少ないことが高い自殺率と相関があるとはいえないことを示している。

表5 カンボジアとアジア近隣国の人口1000人当たりの医師の数と人口10万人あたりの自殺率

国名	1人当たり年間総収入(GNI,米ドル,2015年) ^{a)}	人口1000人あたりの医師の数(人) ^{b)}	自殺率(人口10万人あたり、年齢調整済,2016年) ^{c)}
カンボジア	1,020	0.143(2014年)	5.9
ラオス	1,660	0.491(2014年)	9.3
タイ	5,780	0.470(2015年)	12.9
ミャンマー	1,270	0.568(2012年)	8.1
ベトナム	1,890	0.821(2016年)	7.0
日本	42,000	2.367(2014年)	14.3

(出典: ^{a)} UNICEF, The State of the World's Children 2016、^{b,c)} World Health Organization, Global Health Observatory data)

4) コミュニティ・アプローチによるメンタルヘルス対策

紛争終結後のカンボジアでは、保健省が主導し、WHOのプライマリ・ヘルス・ケアの理念に準じたヘルスサービスの提供を推進してきたが、プライマリ・ヘルス・ケアを担う保健センターのサービスは、国家保健戦略計画の重点目標である母子保健対策や感染症対策に集中し、地域におけるメンタルヘルス対策はあまり進んでいないのが現状である。

前述の通り、精神科医はカンボジア全体でわずか60名、精神科専門看護師は40名程度しかおらず、主に都市部の医療施設に配属されている¹⁸⁾。カンボジア政府保健省は、メンタルヘルスサービスを整備するにあたり、当初は海外からの支援を受けていたが、現在では現地NGO団体などの協力を受けて推進している。Dr.

Chimm Sotheara が代表を務める TPO Cambodia (1993年にオランダで開始されたメンタルヘルスを中心とした国際NGO団体)は、1995年にカンボジアの地方都市においてコミュニティ・メンタルヘルス活動を開始し、2000年からは現地NGO団体としてローカルスタッフによって運営されている。TPOは、カンボジア文化に即したコミュニティ・メンタルヘルス活動(介入事業)で大きな成果をあげており、また、Battambang州において、全保健センターによるメンタルヘルス関連の教育、啓発を行っている。また、治療センターやトレーニングセンターを有し、精神疾患患者の治療や、他の国内外のNGOに対する研修なども行っている。コミュニティ・アプローチによるメンタルヘルス対策は、現在のところ、TPOが中心となって保健センターをベースにメンタルヘルスサービスを提供している

Battambang 州等に限定されているようであるが、地域における母子保健対策や感染症対策が大きな成果を上げていることから、保健センターによるメンタルヘルス対応とその役割は今後ますます重要となるであろう。

4. 考察

カンボジアは、1970 年以降の内戦及びポル・ポト政権下のクメール・ルージュによる大量虐殺によって、医療従事者の激減等、保健サービスを支える基盤および社会基盤も壊滅的打撃を受けたため、現在でも精神医療の専門病院がなく、精神保健分野は人材育成、法整備をはじめ取り組みが立ち遅れている。精神科医の数は少なく、精神科による医療の提供は都市部に限定されているため、地方ではメンタルヘルスサービスの提供ができていない。

また、ポル・ポト政権下でのクメール・ルージュによる大量虐殺が、人々の心の健康に現在も影響を与えていることが、周辺のアジア諸国の状況と比較して極めて特殊である。社会における精神疾患に対する偏見、差別も非常に強い。紛争終結後のカンボジア政府も、メンタルヘルスサービスの整備・推進は重要であるが、上述の特殊性に加えて、母子保健対策や感染症対策が優先されてきたことなどにより、メンタルヘルス対策は非常に遅れている。精神保健分野に関する統計システムの整備は急務であるが、自殺対策については、自殺による死亡に関するデータの報告、登録システムが確立されておらず、ほとんど何も行われていない。

そこで、今回の訪問における協議を踏まえ、カンボジアに対して日本が支援可能な精神保健、自殺対策における課題を整理する。

まず現在、カンボジアにおいて精神保健分野は、母子保健対策と感染症対策に比べて優先順位は低く、前述のとおり人材を含め予算規模も極めて小さい（74,300 米ドル、2016 年）。長期間にわたる国内紛争や、ポル・ポト政権下でのクメール・ルージュによる大量虐殺という歴史的経緯から、精神科専門の医療施設（病院）がなく、医師の養成機関が 1 つしかないこと、関連の法整備も未整備であることは、精神保健対策や自殺対策が当国において国家の重点開発課題として取り組まれるべき課題であるにも関わらず、ほとん

ど認識されずに放置されていることを示している。また、専門医の不足と医療システムが十分でないことに加え、精神疾患患者数や自殺者数などの全国レベルの統計システムも整備されていないことから、政策を立案するためのエビデンスも不足している。

同じ WPRO 加盟国であり、1990 年代のカンボジア民主化において一定程度の役割を果たした日本は、カンボジアの保健医療システムの改善、なかでも国民皆保険制度導入への支援や、精神保健・自殺対策においては統計システム構築の支援や自殺報告システムの確立、あるいは精神医療専門の拠点づくりへの支援、ゲートキーパー研修の実施や自殺対策としての多様な啓発手法などへの技術協力も可能と思われる。

日本のカンボジアへの支援は、1993 年の民主化以降積極的に実施されており、道路、港湾整備、橋梁、空港整備等大規模インフラを建設してきた。首都 Phnom Penh にある Chroy Changvar 橋（通称、カンボジア日本友好橋）は老朽化のため、現在中国の建設した第 2 橋の隣で改修工事が行われているが、現地調査中にこの橋からの飛び降りによる自殺が多発していることを複数回聞いた。改修工事において橋梁の柵の高さを高くする等、自殺手段を制限するための配慮についても、今後は 2 国間の技術協力事業において重視すべき視点と思われる。

精神科医や精神科専門の看護師が圧倒的に不足しているカンボジアの精神保健・自殺対策の推進においては、日本の総合的な自殺対策の手法が有効であると考えられる。したがって、包括的自殺対策としての自殺対策基本法や自殺総合対策大綱などの法体系とともに、地域自殺対策の推進ツール（地域自殺実態プロファイルや地域自殺対策政策パッケージなど）を提供及び情報発信していくことが国際協力として有効であると考えられる。

付記 本研究は、厚生労働省研究費補助金である障害者対策総合研究事業（精神障害分野）において実施された。開示すべき COI 状態はない。

（受付 2018.7.1
受理 2018.8.30）

参考文献

- 1) World Health Organization, Health Topics. Mental Health. http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/ (2018年6月4日閲覧)
- 2) World Health Organization, Preventing Suicide: A Global Imperative World Health Organization, Geneva, 2014.
- 3) World Health Organization, mhGAP Mental Health GAP Programme World Health Organization Geneva, 2008
- 4) World Health Organization Mental Health Action Plan 2013-2020. World Health Organization, Geneva, 2013.
- 5) United Nations, The Global SDG Indicators Database. <https://unstats.un.org/sdgs/indicators/database/> (2018年6月4日閲覧)
- 6) UNICEF, The State of the World's Children 2016. Children in a Digital World. https://www.unicef.org/publications/files/SOWC_2017_ENG_WEB.pdf (2018年6月3日閲覧)
- 7) カンボジア国医療保障制度に係る情報収集・確認調査報告書 http://open_jicareport.jica.go.jp/pdf/12260949.pdf (2018年6月4日閲覧)
- 8) Cambodia: Average age of the population from 1950 to 2050 (median age in years) . <https://www.statista.com/statistics/438648/average-age-of-the-population-in-cambodia/> (2018年6月3日閲覧)
- 9) World Bank. World Development Indicators, and the Bank staff estimates. <https://data.worldbank.org/products/wdi> (2018年6月4日閲覧)
- 10) Royal University of Phnom Penh Department of Psychology, Cambodian Mental Health Survey. <http://tpocambodia.org/wp-content/uploads/2015/09/Cambodian-Mental-Health-Survey-2012-RUPP.pdf> (2018年6月4日閲覧)
- 11) Cambodian Ministry of Health, Health Sector Strategic Plan 2003-2007. http://www.racha.org.kh/rc2008/277/Eng_Summary.pdf (2018年6月4日閲覧)
- 12) Cambodian Ministry of Health, Health Strategic Plan 2008-2015. http://www.wpro.who.int/health_services/cambodia_nationalhealthplan.pdf (2018年6月4日閲覧)
- 13) Cambodian Ministry of Health, Health Strategic Plan 2016-2020. http://www.nationalplanningcycles.org/sites/default/files/planning_cycle_repository/cambodia/cambodia_nhpsp_2016-2020.pdf (2018年6月4日閲覧)
- 14) Cambodian Ministry of Health, Health Coverage Plan 2004 - 2005. http://www.hiscambodia.org/public/fileupload/Health_Coverage_Plan_HCP_04_05.pdf (2018年6月4日閲覧)
- 15) Cambodian Ministry of Health: Annual Health Financing Report 2014 <https://dfat.gov.au/about-us/publications/Documents/cambodia-ministry-of-health-annual-health-financing-report-2014.PDF> (2018年6月4日閲覧)
- 16) World Health Organization, Human Resources for Health Country Profiles Cambodia. http://www.wpro.who.int/hrh/documents/publications/wpr_hrh_country_profile_cambodia_upload_ver1.pdf (2018年6月4日閲覧)
- 17) World Health Organization, Density of physicians (total number per 1000 population, latest available year) http://www.who.int/gho/health_workforce/physicians_density/en/ (2018年6月4日閲覧)
- 18) World Health Organization, Mental health ATLAS 2017 Questionnaire. (WHO Cambodia 事務所より入手)
- 19) World Health Organization, WHO Mental health ATLAS 2014 Cambodia. http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/profiles-2014/khm.pdf?ua=1 (2018年6月4日閲覧)
- 20) Data from the Department of Mental Health and Substance abuse of the Ministry of Health (保健省より入手)
- 21) Transcultural Psychosocial Organization (TPO) Cambodia. Justice & Relief for Survivors of the Khmer Rouge. <http://tpocambodia.org/justice-and-relief-for-survivors-of-the-khmer-rouge/> (2018年6月4日閲覧)

- 22) Transcultural Psychosocial Organization (TPO)
Cambodia. Annual Report 2016, Phnom Penh, 2016.
- 23) 特定非営利活動法人途上国の精神保健を支えるネットワーク (SUMH : Supporters for Mental Health) .
<http://www.sumh.org/> (2018年6月15日閲覧)
- 24) Iwamoto A: Protecting babies in Cambodia. The forefront of international cooperation in health and medicine and neonatal care. Neonatal Care. 2017; 30 (11) : 1081-1084.
- 25) Transcultural Psychosocial Organization (TPO)
Cambodia, My Testimony Life Stories of Cambodian Survivors of the Khmer Rouge Regime, Phnom Penh, 2015.
- 26) World Health Organization, Global Health Observatory data.
<http://apps.who.int/gho/data/node.main.MHSUICIDEASDR?lang=en> (2018年6月4日閲覧)
- 27) World Health Organization, Depression and Other Common Mental Disorders
<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf?sequence=1>
(2018年6月15日閲覧)
- 28) Solution elusive Kingdom grapples with rise in suicides
<http://phnompenhpost.com/national/solution-elusive-kingdam-grapples-rise-suicides> (2018年6月4日閲覧)