

## 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、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を明らかにし、日本の先進的な自殺対策の提供と協力関係の構築について検討するための基礎データを得ることを目的に関係機関への現地訪問調査を実施した。

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、現地のNGO団体である Transcultural Psychosocial Organization (TPO) Cambodia、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・ポトが率いた政治勢力であるクメール・ルージュによる大量虐殺によって、保健医療専門家の激減等、保健サービスを支える基盤および社会基盤が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、精神保健分野については、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ことが明らかとなった。精神科医の数は少なく、精神科医による医療の提供は都市部に限定されるため、地方部ではメンタルヘルスサービスの提供がされていなかった。また、ポル・ポト政権時のクメール・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た。精神疾患に対する社会の偏見、差別も非常に強かった。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・推進の必要性を認識しているものの、上述の特殊性に加え、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た。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状況であった。

これらのことから、自殺対策と精神保健分野においては、死亡統計システム構築の支援や自殺に関する実態統計分析システムの確立、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における多様な啓発手法開発などへの技術協力も可能と思われた。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た。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）を提供していくことが国際協力としても有効であると考えられた。

**Keywords** : カンボジア、国家保健戦略計画、コミュニティ・アプローチ、WHO 協力センター、自殺対策

## 1. 目的

全世界で毎年約80万人が自殺により死亡しており、自殺による死者数は全死亡の1.4%を占め、死因の第17位である(2015年)<sup>1)</sup>。また、自殺による死亡の78%は中低所得国で発生している<sup>2)</sup>。また、成人1人の自殺による死亡に対し、20人以上の自殺未遂事例があるとも指摘されている<sup>2)</sup>。世界の疾病負荷(Global Burden of Disease)のうち、14%は精神疾患・薬物乱用に起因すると推計されているが、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十分なアク

セスを有していない<sup>3)</sup>。

世界保健機関(WHO : World Health Organization)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、開発途上国での精神保健の改善に技術協力などを通じて取り組んできている<sup>3)</sup>。さらに、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」という標語を掲げた<sup>4)</sup>。この行動計画では、2020年までに世界の自殺死亡率を10%低下させるという目標が掲げられている。

\*1 自殺総合対策推進センター

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（SDGs：Sustainable Development Goals）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）」の中の項目3.4.2には、自殺死亡率が達成指標として採択された<sup>5)</sup>。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（WHOCC：WHO Collaborating Center）にも指定されており、WHO 西太平洋地域事務局（WPRO：WHO Western Pacific Regional Office）に所属する諸外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に所属す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ための基礎データを収集することを目的に訪問調査を実施した。

その結果、カンボジアでは、①精神医療の専門病院がなく、精神保健分野については人材育成、法整備をはじめ取り組みが立ち遅れていること、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の人々の心の健康への影響が、現在も続いているとの報告が多数あることなどから、自殺対策における日本の支援先としての優先度は高いと考えられた。

## 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の活動の一環として、WPROに所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（MoH：Ministry of Health）、WHOカンボジア事務所、現地NGO団体 Transcultural Psychosocial Organization（TPO）Cambodiaの調査協力者及び国際協力機構（JICA：Japan International Cooperation Agency）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。訪問調査の日程及び協議を行った相手等は表1の通りである。訪問調査時に入手した資料や、WHOによる報告書、協議・ヒアリングの内容に基づき検討を行った。

## 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<sup>6)</sup>。人口は1,576万人、合計特殊出生率は2.6であり、人口は増加

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	精神保健、自殺の現状及び統計など	Dr. Liu Yunguo, M.D., M.P.H. WHO Representative and Head of Country Office in Cambodia
12月6日	カンボジア保健省	精神保健、自殺の現状、自殺対策及び将来の協力関係構築など	Dr. Chhit Sophal, M.D. Psychiatrist, Director Department of Mental Health and Substance Abuse, Ministry of Health, Cambodia
		母子保健対策など	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	精神保健及び自殺対策の取り組みの現状と課題など	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	精神保健の現状及びTPOによる自殺対策の取り組みの現状と課題など	Dr. Chhim Sotheara, M.D., M.P.M., Ph.D. Senior Consultant Psychiatrist, Executive Director of Transcultural Psychosocial Organization (TPO) Cambodia

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<sup>7)</sup>、成人識字率は 74%である<sup>6)</sup>。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 50%未満にとどまっている<sup>6)</sup>。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<sup>7)</sup>。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<sup>8)</sup>。1 人当たりの国民総所得 (GNI) は 1,020 米ドル (2015 年) であり<sup>7)</sup>、世界銀行の分類では 2015 年に低所得国から低中所得国 (lower middle-income economies: 1,026-4,035 USD, 2015 年) 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た一定収入未満の割合として算定される貧困率は、2008 年 34.0%、2010 年 22.1%、2012 年 17.7%と低下傾向にある<sup>10)</sup>。

## (2) カンボジアの保健医療制度と精神保健分野の状況、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 年から 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 万人が飢餓及びクメール・ルージュの殺戮により死亡し、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 1980 年代でも、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への精神医学教育、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<sup>11)</sup>。

1991 年の和平協定後、初の国家保健政策として、2002 年に、保健省により国家保健戦略計画 2003-2007 (HSP1 : Health Sector Strategic Plan)<sup>12)</sup> が策定された。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) の指標に準じた数値目標を掲げ、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)<sup>13)</sup> 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母子保健水準の向上、②感染症の減少、③非感染症とその他の健康問題の低減) 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の低減に含まれた。HSP2 は、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ことが HSP1 にはなかった特徴である。国家保健戦略計画 2016-2020 (HSP3)<sup>14)</sup> 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 年までに 50%に引き上げる」といった数値目標が掲げられている。しかし、カンボジアの保健戦略において、重点は母子保健や感染症対策にあり、精神保健対策は不十分である<sup>11)</sup>。

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<sup>15)</sup> に基づき、1995 年以降は人口 10-20 万人ごとに保健行政区 (OD : operational health district) を設定し、公的医療サービスを整備している。州レベルでは州病院が、保健行政区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

表 2 カンボジアの主な経済・保健・教育指標

人口 (2016 年)	1,576 万人
人口増加率 (2016-2030 年)	1.3%
1 人当たり GNI (2015 年)	1,020 米ドル
平均寿命 (2016 年)	69 年
5 歳未満児死亡率 (出生 1000 人当たり) (2016 年)	31
合計特殊出生率 (TFR) (2016 年)	2.6
成人識字率 (2011-2016 年)	74%
初等教育就学率 (2011-2016 年)	男子 94% 女子 96%
中等教育就学率 (2011-2016 年)	男子 44%* 女子 49%*

(出典 : UNICEF, 2016 ; UNICEF, 2017)

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<sup>16)</sup>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、地域中核病院が98施設、診療も行う保健センターが1,105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) はあるが、基本的に診療費は受診者負担であり、医療機関はフリーアクセスであるため、患者に評判の良い病院には患者が殺到し、そのような病院では長い待ち時間が日常的になっている。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、医師養成大学は4校である<sup>17)</sup>。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、保健センター支所では、助産師と看護師が診療にあたっている<sup>7)</sup>。

2014年の WHO Human resources for health country profiles Cambodia によれば、全国で医師総数は2,144名(人口1000人当たり0.15人)(2011年)、看護師(Graduate, Registered, Professionalの合計)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<sup>17)</sup>。人口1000人当たりの医師の数は、近隣のアジアの途上国と比較しても少ない<sup>18)</sup>。

現在で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い。特に医師については、ポール・

ポト政権期に多く殺害され、早期に海外に避難した者も多かった。民主化した現在でも、精神保健専門の医師は特に限られ、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<sup>19)</sup>。

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計画では、達成目標の数値化はされており、2013年以降に改訂もされているが、精神保健法などの精神保健分野における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<sup>19,20)</sup>。

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<sup>13,14)</sup>。また、外来で精神医療を提供している施設は65病院、病院ではないが精神疾患に対応している診療所は民間を含めて112施設である。特に、子ども、青年期の若者の精神科ニーズへの対応を行っている施設はカンボジア全体で2施設のみである<sup>21)</sup>。深刻な精神患者は全国で1.1万人程度と推計され、一般病棟での精神疾患による措置入院件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<sup>19)</sup>。

精神保健分野への年間支出総額は、政府の支出ベースで約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、政府の保健分野の支出総額の0.02%を占めるに過ぎない<sup>19)</sup>。また精神科専門の病院、病棟がないこともあり、支出内訳では、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場合もあるとのことだが、実際には極めて限られている

表3 カンボジア病院等施設数 (2014年)

保健行政区 (OD)	88
全病院	106
国立病院・州病院	8
地域中核病院	98
保健センター	1,105
保健センター支所	1,049
病床	12,249

(出典: Cambodian Department of Planning and Health Information, 2015)

と思われる。精神保健に関連するデータに関しても、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、国家警察が作成を担当しているが、全国レベルでの自殺の実態は十分には明らかにされていない。

## 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1975年から1979年のポル・ポト政権下のクメール・ルージュ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、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（正確な数は現在でも不明である）。当時のポル・ポト政権下では家族・親族による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<sup>22)</sup>。それらの体験は、当時、成人だった人たちのみならず、子どもたちの心の傷やその後の生活への影響として深く残っている。そのため、住民の心のケアに活動の重点を置くNGO団体や<sup>23)</sup>、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などもある<sup>24)</sup>。

2017年12月に面会したカンボジアのR医師は、悲惨な形で家族、親族を失った経験をJICA派遣専門家

に以下のように語っている<sup>25)</sup>。「10歳のころ、Phnom Penhから地方への移住を余儀なくされ、家族とともに3ヶ月歩いて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。戦地では、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。」（以上、著者ら要約）

## 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を経験したカンボジアにおいては、多くの人々が心に傷を負っているとの指摘がある<sup>26)</sup>。

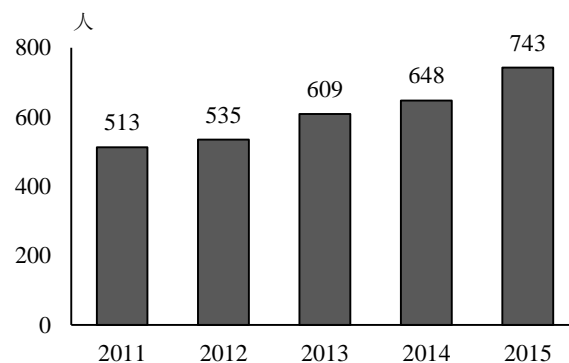
WHOのデータでは、カンボジアの人口10万人あたりの年齢調整済み自殺率は、5.9である（表4）<sup>27)</sup>。また、保健省とWHOの発表によると、カンボジアには約50万人のうつ病有病者がいる可能性があるとして発表した<sup>28)</sup>。

政府による発表数という観点においては、図1に示すように、カンボジア国家警察によって、自殺者数が公表されている<sup>29)</sup>。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・分析システムが確立されていない。

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

国名	人口10万人あたりの自殺率（2016年）
WPRO 地域平均	8.5
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.）



（出典：カンボジア国家警察, 2016）

図1 カンボジアにおける自殺者数の推移

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、医療者数の関連では、医師数、一人当たりの年間収入を用い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は、必ずしも高い自殺率と相関するとは言えないことを示している。

#### 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、保健省による主導の下で、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分野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、その多くが都市部の医療施設に配属されている<sup>19)</sup>。カンボジア保健省は、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 団体などの協力も受けている。Dr. Chimm Sotheara が代表を務める Transcultural Psychosocial Organization (TPO) (1993 年にオランダで設立されたメンタルヘルスを中心とした分野で活動する国際 NGO 団体) Cambodia 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 Cambodia 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 Cambodia 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 州での活動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、

表 5 カンボジアとアジア近隣国の経済状況、医師数と自殺率

国名	1 人当たり年間総収入 (GNI、米ドル) (2015 年) <sup>a)</sup>	人口 1000 人当たりの医 師数 (人) <sup>b)</sup>	自殺率 (人口 10 万人対、年齢調整 済) (2016 年) <sup>b)</sup>
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：<sup>a)</sup>UNICEF, 2016、<sup>b)</sup>World Health Organization)

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。

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、人的資源や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、関連の法体制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は認識されておらず、手つかずの状態にあることを示している。また、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が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に所属し、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・自殺対策における統計システム構築の支援、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多様な啓発手法などへの技術協力も可能と思われる。

1993年の民主化以降、日本はカンボジアを積極的に支援しており、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、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現地調査中に複数の関係者よりうかがった。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だと思われた。

精神科医や精神科専門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ィー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た。

**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)の一環として実施された。開示すべきCOI状態はない。

受付	2018.7.1
受理	2018.8.30

## 引用文献

- 1) World Health Organization. Suicide data. [http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/](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. Geneva: World Health Organization; 2014.
- 3) World Health Organization. mhGAP Mental Health Gap Action Programme. Geneva: World Health Organization; 2008
- 4) World Health Organization. Mental health action plan 2013-2020. Geneva: World Health Organization; 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 2017. 2017. [https://www.unicef.org/publications/files/SOWC\\_2017\\_ENG\\_WEB.pdf](https://www.unicef.org/publications/files/SOWC_2017_ENG_WEB.pdf) (2018年6月3日閲覧)
- 7) 国際協力機構(JICA). 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. 2016. <http://open.jicareport.jica.go.jp/pdf/12260949.pdf> (2018年6月)

- 月 4 日閲覧) 8) Statista. Cambodia: Average age of the population from 1950 to 2050 (median age in years). 2018. <https://www.statista.com/statistics/438648/average-age-of-the-population-in-cambodia/> (2018 年 6 月 3 日閲覧)
- 9) UNICEF. The state of the world's children 2016. 2016. [https://www.unicef.org/publications/files/UNICEF\\_SOWC\\_2016.pdf](https://www.unicef.org/publications/files/UNICEF_SOWC_2016.pdf) (2018 年 6 月 3 日閲覧)
- 10) World Bank. World Development Indicators. <http://dataatopics.worldbank.org/world-development-indicators/> (2018 年 6 月 4 日閲覧)
- 11) Department of Psychology, Royal University of Phnom Penh. Cambodian Mental Health Survey 2012. 2015. <http://tpocambodia.org/wp-content/uploads/2015/09/Cambodian-Mental-Health-Survey-2012-RUPP.pdf> (2018 年 6 月 4 日閲覧)
- 12) Cambodian Ministry of Health. Health Sector Strategic Plan 2003-2007. 2002. [http://www.racha.org.kh/rc2008/277/Eng\\_Summary.pdf](http://www.racha.org.kh/rc2008/277/Eng_Summary.pdf) (2018 年 6 月 4 日閲覧)
- 13) Cambodian Ministry of Health. Health Sector Strategic Plan 2008-2015. 2008. [http://www.wpro.who.int/health\\_services/cambodia\\_nationalhealthplan.pdf](http://www.wpro.who.int/health_services/cambodia_nationalhealthplan.pdf) (2018 年 6 月 4 日閲覧)
- 14) Cambodian Ministry of Health. Health Strategic Plan 2016-2020. 2016. [http://www.nationalplanningcycles.org/sites/default/files/planning\\_cycle\\_repository/cambodia/cambodia\\_nhpsp\\_2016-2020.pdf](http://www.nationalplanningcycles.org/sites/default/files/planning_cycle_repository/cambodia/cambodia_nhpsp_2016-2020.pdf) (2018 年 6 月 4 日閲覧)
- 15) Cambodian Ministry of Health. Health Coverage Plan 2004 - 2005 with atlas. 2006. [http://www.hiscambodia.org/public/fileupload/Health\\_Coverage\\_Plan\\_HCP\\_04\\_05.pdf](http://www.hiscambodia.org/public/fileupload/Health_Coverage_Plan_HCP_04_05.pdf) (2018 年 6 月 4 日閲覧)
- 16) Cambodian Department of Planning and Health Information. Annual Health Financing Report 2015. 2015. <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)
- 17) World Health Organization. Human resources for health country profiles Cambodia. 2014. [http://www.wpro.who.int/hrh/documents/publications/wpr\\_hrh\\_country\\_profile\\_cambodia\\_upload\\_ver1.pdf](http://www.wpro.who.int/hrh/documents/publications/wpr_hrh_country_profile_cambodia_upload_ver1.pdf) (2018 年 6 月 4 日閲覧)
- 18) World Health Organization. Density of physicians (total number per 1000 population, latest available year). 2018. [http://www.who.int/gho/health\\_workforce/physicians\\_density/en/](http://www.who.int/gho/health_workforce/physicians_density/en/) (2018 年 6 月 4 日閲覧)
- 19) World Health Organization. Mental health ATLAS-2017 questionnaire. (WHO カンボジア事務所より入手)
- 20) World Health Organization. WHO Mental health ATLAS country profile 2014 Cambodia. 2014. [http://www.who.int/mental\\_health/evidence/atlas/profiles-2014/khm.pdf?ua=1](http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/profiles-2014/khm.pdf?ua=1) (2018 年 6 月 4 日閲覧)
- 21) Data from the Department of Mental Health and Substance Abuse of the Cambodian Ministry of Health (保健省より入手)
- 22) 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)
- 23) Transcultural Psychosocial Organization (TPO) Cambodia. Annual report 2016. 2016. <http://tpocambodia.org/wp-content/uploads/2014/07/TPO-Annual-Report-2016-Final-for-WEB-updated-170516.pdf> (2018 年 6 月 4 日閲覧)
- 24) 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 (Supporters for Mental Health : SUMH) . <http://www.sumh.org/> (2018 年 6 月 15 日閲覧)
- 25) 岩本あづさ. 【カンボジアの赤ちゃんを守る国際保健医療協力×新生児医療の最前線】ひたすら勉強して新生児科医師になれた、幸せです！ : R 医師にインタビューしました. ネオネイタルケア 2017;30(11): 1081-1084.
- 26) Transcultural Psychosocial Organization (TPO) Cambodia. My testimony. Life stories of Cambodian survivors of the Khmer Rouge Regime. 2015. <http://tpocambodia.org/wp-content/uploads/2014/06/TPO-My-Testimony-English-150504-FINAL1.pdf> (2018 年 6 月 4 日閲覧)
- 27) World Health Organization. Global Health Observatory data repository. Suicide rate estimates, age-standardized estimates by country. 2018. <http://apps.who.int/gho>



- o/data/node.main.MHSUICIDEASDR?lang=en (2018年6月4日閲覧)
- 28) World Health Organization. Depression and other common mental disorders: global health estimates. 2017. <http://apps.who.int/iris/handle/10665/254610> (2018年6月4日閲覧)
- 29) Phnom Penh Post. Solution elusive as Kingdom grapples with rise in suicides. 2016. <http://phnompenhpost.com/national/solution-elusive-kingdam-grapples-rise-suicides> (2018年6月4日閲覧)