

- Virgil Hawkins、鈴木俊介、竹久佳恵、菅波茂、川口レオ、吉崎基弥、青山温子：カンボディア農村地区における周産期保健サービス利用向上に関する要因分析。第 19 回日本国際保健医療学会総会、東京、2004。
- (3) 岡本美代子、菅波茂、青山温子：NGOs とのコントラクティングによる地域保健行政システム開発－カンボディアの事例より。第 15 回国際開発学会全国大会、東京、2004。
- (4) 今枝宗一郎、永井真理、岡本美代子、青山温子：スリランカ北東部の保健医療サービスへの参加に関する医学生の意識。日本国際保健医療学会西日本地方会第 23 回大会、久留米、2005。

#### H. 知的財産権の出願・登録状況

該当事項なし

(資料1)

現地調査日程表

(資料2)

訪問先・面談者

(資料3)

収集資料

(資料4)

現地の写真

(資料1) 現地調査日程表

- 12月12日(日) 10:45 成田発 (NH 953 便)、15:55 バンコク着。  
17:30 バンコク発 (TG698 便)、18:45 プノンペン着。
- 12月13日(月) 9:00 保健省病院局長に電話連絡。  
10:00 社会福祉省。12:00 MEDICAM と再調整。  
13:00 WHO。  
14:00 CamboKids (子どもの精神保健に関する現地 NGO)。  
16:00 National Institute of Public Health。18:30 JICA 専門家らと交流会。
- 12月14日(火) 9:00 National Rehabilitation Center。  
13:30 Cambodia Trust。  
15:00 DAC。16:00 計画省にて資料購入。  
17:00 Handicap International France。18:45 チームミーティング。
- 12月15日(水) 7:00 Phnom Penh 発、9:00 Takeo 着。  
9:00 Takeo Provincial Hospital。  
10:00 Takeo Provincial Rehabilitation Center (Handicap International Belgium)。  
12:00 Ang ROKAR District 着。  
13:30 Ang ROKAR Operational District Office。  
14:00 Trapaing Pring Health Center。  
15:00 Ang ROKAR Referral Hospital。  
16:15 Takeo 発、18:30 Phnom Penh 着。19:00 WHO、日本の NGO 関係者と交流会。
- 12月16日(木) 10:00 教育省・幼児教育。11:00 女性省。  
12:00 MEDICAM。  
14:00 NCDP。  
18:30 保健省関係者と交流会。
- 12月17日(金) 9:00 教育省・特殊教育。  
10:15 Cambodia Trust – Takhmao Project。13:00 チームミーティング。  
15:00 MEDICAM 等にて資料購入。18:30 WHO、保健省関係者と交流会。
- 12月18日(土) 資料整理
- 12月19日(日) 9:00 Toul Sleng Genocide Museum。11:30 WHO 関係者と意見交換会。  
14:30 Killing Fields。18:30 チームミーティング。
- 12月20日(月) 8:30 国立母子保健センター (Dr. Koum Kanal, Director)。  
10:00 Technical School of Medical Care。  
11:30 UNICEF。  
14:30 保健省 Dr. Mam Bunheng。  
15:30 JICA。18:45 WHO、FAO 関係者と交流会。
- 12月21日(火) 7:00 Phnom Penh 発、10:00 Kompong Thom 着。  
10:00 TPO office。  
10:30 Kompong Thom Hospital Psychiatric Consultation Ward。  
11:30 TPO Community Mental Health Project。14:30 Meeting with TPO staff。  
16:00 Kompong Thom 発、19:00 Phnom Penh 着。20:00 チームミーティング。
- 12月22日(水) 8:00 赤十字ヘルスセンター。  
9:00 日本大使館。  
10:00 カンボディア赤十字。11:30 チームミーティング。  
15:00 University of Health Sciences, Faculty of Medicine。  
19:00 大使館関係者と交流会。
- 12月23日(木) 8:30 University of Health Sciences, Faculty of Medicine。  
9:00 Shihanouk Hospital Psychiatric Department。  
10:00 Psycho Social Rehabilitation Center。11:30 資料整理。  
20:25 プノンペン発 (TG699 便)、21:30 バンコク着。  
22:55 バンコク発 (JL704 便)、機中泊。
- 12月24日(金) 6:35 成田着。

(資料 2) 訪問先・面談者

**Phnom Penh**

Ministry of Health

Dr. Man Bunheng, Secretary of State for Health

Dr. Chi Mean Hea, Director, Hospital Services Department

Dr. Or Vandine, Manager, Principal Recipient for the Global Fund to Fight AIDS, TB and Malaria

Dr. Sam An Ung, Director, National Institute of Public Health

Prof. Koum Kanal, Director, National Maternal and Child Health Center (NMCHC)

Dr. Tung Rathary, Acting Program Manager for National Reproductive Health Program, NMCHC

Ms. Chantai, Chief of the Nursing Department, NMCHC

小原 ひろみ 専門家 Maternal and Child Health Project, JICA

Dr. Nhep Angkeabos, Director, Operational District, Red Cross Health Center, Chamkarmon

Prof. Vu Kim Por, Under-secretary of State, Rector, University of Health Sciences

Prof. Youk Sophanna, Dean of Faculty of Medicine, University of Health Sciences

Prof. Ka Sunbaunat, Deputy-Dean, Faculty of Medicine, University of Health Sciences  
/ Director, National Program for Mental Health

Nordom Shihanouk Hospital (Russian Hospital)

Eli Haugen Bunch, RN, D. N.Sc, Professor of University of Oslo, Faculty of Medicine

Psychiatric Rehabilitation Center

Dr. Lim Sunly, Deputy Director, Technical School for Medical Care, University of Health Science

Dr. Chan Polvy, Technical School for Medical Care

Mr. Keo Sumory, RN, Chief of Medical Health, Technical School for Medical Care

山崎 裕章 専門家 Chief Advisor, Project for Human Resource Development of Co-Medicals, JICA

小嶋慎一郎 調整員 Coordinator, Project for Human Resource Development for Co-medicals, JICA

高岡宣子 短期派遣専門家 聖マリア病院国際協力部看護人材育成課長

Ministry of Social Affairs, Labor, Veterans and Youth Rehabilitation (MOSALVY)

Mr. Keo Kim Thon, Deputy Director, Rehabilitation Department

Mr. Kho Huoth, Chief, Bureau of Physical Rehabilitation

Mr. Oum Sophannara, Procurement Officer PGF, The MOSALVY HIV/AIDS Secretariat

Mr. Moul Chhorn, Director, Kien Khleang Rehabilitation Center

National Institute of Statistics (NIS), Ministry of Planning

Mr. Saint Lundy, Deputy Director, Department in charge of Data Processing, General Statistics Department

Ministry of Education

Mrs. Chan Thy, Early Childhood Education Department

Mr. Ly Sokbora, Vice Chief of Special Education Office, Primary Education Department

Mr. Un Siren, Disability Officer, special Education Office

Dr. Om Romny, Deputy Director, Institute of Technology of Cambodia

国際機関等

露岡 令子 マラリア対策専門家 世界保健機関 (WHO) カンボディア事務所

Ms. Caroline Bakker, Head of Section, Children in Need of Special Protection, UNICEF

Mr. Plong Chhaya, Assistant Project Officer, Children in Post Conflict,  
Children in Need of Special Protection, UNICEF

Dr. Rasoka Thor, Health and Nutrition, Maternal and Child Health, UNICEF

(資料2) 訪問先・面談者

地神 一美 参事官 (経済協力班長) 在カンボディア日本国大使館

カ石 寿郎 所長 国際協力機構 (JICA) カンボディア事務所  
原口 明久 Project Formulation Advisor, NGO Coordination, JICA

伴場賢一 Consultant, Food Security Poverty Reduction, Food and Agriculture Organization (FAO)

NGO 等

Dr. Sin Somuny, Executive Director, MEDICAM

Mr. Hum Sophon, Director of Program Department, Cambodian Red Cross  
Dr. Kem Darasophea, Head of Health and Social Welfare Sub Department, Cambodian Red Cross  
Dr. Chhiv Bunthoeun, Water and Sanitation Project Manager, Cambodian Red Cross  
Miss Ital Kobp, Youth Project Manager, Cambodian Red Cross

Mr. Ngy San, Director, Disability Action Council (DAC)

Mr. Yi Veasna, Executive Director, National Centre of Disabled Persons (NCDP)  
Mr. Long Ly, Project Manager, National Centre of Disabled Persons (NCDP)

Ms. Jan Nye, Community Development Advisor, The Cambodia Trust  
Mr. Hok Ly, Project Coordinator, The Cambodia Trust  
Community Rehabilitation Project, Prek Tapao Village, Takhmao District, Kandal Province

Mr. Suon Sopha, Administrative Coordinator, Handicap International (France)

Mr. They Chan To, Project Coordinator, Cambokids

植木光 Program Advisor, 国際保健協力市民の会 (SHARE)  
高橋優子 Administrative Assistant, 国際保健協力市民の会 (SHARE)

**Takeo**

Dr. Hem Sareth, Takeo Provincial Hospital

Dr. Nhea Sithan, Director, Ang Rokar, Operational District  
Dr. Heng Thy, Director, Ang Rokar, Referral Hospital, Vice Director, Ang Rokar, Operational District  
Dr. Chan Neary, Director, Health Centers, Vice Director, Ang Rokar, Operational District  
Mr. Tith Chanthy, Technical Bureau Chief, Ang Rokar, Operational District  
Mr. Srey Sokhom, Administration Chief, Ang Rokar, Operational District  
Dr. Gerry Pais, Ang Rokar Operational District Technical Advisor, Swiss Red Cross  
Ang Rokar, Referral Hospital  
Trapaing Pring Health Center

Mr. Khuon Vannara, Project Manager, Handicap International (Belgium), Physical Rehabilitation Center

**Kompong Thom**

Director, Kompong Thom Provincial Hospital  
Psychiatrist, Psychiatric Consultation Ward, Kompong Thom Provincial Hospital

Dr. Sotheara Chhim, Managing Director, Transcultural Psycho-social Organization (TPO)  
Psychiatric Nurse  
Men's Self-help Group, Tberg Commune, Russey Chas Village, Kampong Svay District  
Women's Self-help Group, Sankor Commune, Sary Village, Kampong Svay District

(資料3) 収集資料

- 1) Ea Nebg-Try, Sim S. Victims and Perpetrators? Testimony of Young Khmer Rouge Comrades. Searching for the Truth, Documentation Center of Cambodia, Phnom Penh, 2001.
- 2) Pran D. Children of Cambodia's Killing Fields. Silkworm Books, Chiang Mai, 1997.
- 3) Brown L. Sex Slaves The Trafficking of Women in Asia. Virage Book, London, 2000.
- 4) Ray N. Cambodia. Lonely Planet Publications Pty Ltd, Australia, 2003.
- 5) Borin K, Sokhom H, Elledge M, Bloom E, Lanjouw S. Cambodia Country Report Health and Education Needs of Ethnic Minorities in the Greater Mekong Sub-Region. TA No. 5794-REG. Research Triangle Institute (RTI), North Carolina, Asian Development Bank, Manila, 2000.
- 6) Sokha K, Ham H. Northeast Cambodia Child Survival Program Baseline Survey Knowledge, Practice and Coverage (KPC) Final Report. Partner for Development, Phnom Penh, 1999.
- 7) Yaren Y, Vanthy L, Shaw D, Main B. Night-Blindness Prevention Kompong Thom. World Vision Cambodia, Phnom Penh, 2001.
- 8) De Walque D. The Long-Term Legacy of the Khmer Rouge Period in Cambodia. The World Bank, Washington D.C., 2004.
- 9) Division of Child Health and Development, World Health Organization. Procedures for local adaptation of ARI home care advice. World Health Organization, Geneva, 1996.
- 10) Miles G, Stephenson P. Child Development Thematic Frameworks: Good Practice for People Working with Children Vol. 2: Community Child Health. Tearfund, Phnom Penh, 1999.
- 11) Miles G, Stephenson P. Child Development Thematic Frameworks: Good Practice for People Working with Children Vol. 3: Children with Disabilities. Tearfund, Phnom Penh, 1999.
- 12) 在カンボジア日本国大使館. カンボジア経済・経済協力の概要. 2004.
- 13) カンボジアにおける JICA 事業の概要(2004年12月1日). JICA.
- 14) ODA マップ(カンボジア). Japan International Cooperation Agency Cambodia Office.
- 15) Ang Roka Referral Hospital
- 16) Ang Roka Health Operational District (Dated Dec. 15, 2004)
- 17) The National Institute of Public Health.
- 18) National Institute of Statistics Ministry of Planning. Data Files Cambodia Socio Economic Survey 1997.
- 19) Ministry of Health, National Program for Mental Health. 3-year Rolling Plan (2005-2007). Kingdom of Cambodia, Phnom Penh.
- 20) Ministry of Health National Program for Mental Health. Ten Year Mental Health Development in Cambodia 1994-2004. Kingdom of Cambodia, Phnom Penh, 2004.
- 21) Tebayashi Y, Miyamoto K, Sorida V S, Kamol V, Mousa S, Pyseth L, Borin L, Pisal T. Mental Health Research of Cambodia 2003. Supporters for Mental Health (SUMH) Siem Reap Office, Siem Reap, 2003.
- 22) Ministry of Health. National Mental Health Plan 2003-2022. Kingdom of Cambodia, Phnom Penh, 2002.
- 23) Sumbaunat Ka. Mental Health Development Strategies in Cambodia 1998-2007. Mental Health Sub-Committee, Ministry of Health, Phnom Penh.
- 24) Somasundaram D, Kall K, Put W, Eisenbruch M, Thomassen L. Community Mental Health In Cambodia. Transcultural Psychosocial Organization (TPO), Cambodia, 1997.
- 25) Community Mental Health Programme Self-help Group. Transcultural Psychosocial Organization (TPO), Phnom Penh, 2001.
- 26) Transcultural Psychosocial Organization (TPO). Community Mental Health in Cambodia.
- 27) Community Mental Health Programme. Transcultural Psycho-social Organization (TPO), JICA.
- 28) TSMC 学校案内 Ver.1. Japan International Cooperation Agency, Tokyo, 2004.
- 29) カンボジア国医療技術者育成プロジェクト プロジェクト概要第1版. Japan International Cooperation Agency, Tokyo, 2004.
- 30) Ministry of Health, National Sub Committee for the Prevention of Blindness. Guidelines for Outreach Eye Care Service Procedures and Protocol in Cambodia. Phnom Penh, 1997.
- 31) Statistic of Disadvantaged Children and Children with Disabilities in 2004 for 7 Provinces, Table 1
- 32) Location of Centres in Cambodia
- 33) Statistic of Services by year from 1992 to 2004. Kien Khleang, National Rehabilitation Center for the Disabled.
- 34) MSALVA Task Force on Disability Issues. A National Strategy for MSALVA and NGO's of the Rehabilitation Sector on Disability Issues and the Rehabilitation and Integration of Disabled People in Cambodia Summary Report. MSALVA, Phnom Penh, 1996.

(資料 3) 収集資料

- 35) Foong L H. The Situation of Disabled Persons in Cambodia Statistics, Programs, Service Providers, Government Policies and Plans, Cost Analysis, Needs Assessment and Recommendations. National Task Force for Disabled Person, Phnom Penh, 1996.
- 36) DAC Master List Contact Government Ministries, National and International NGOs Embassy, 2004.
- 37) DAC Newsletter Vol. 7 Issue 21, January-June 2004.
- 38) DAC. Action for Victim Assistance Cambodia 2003. DAC, Phnom Penh, 2003
- 39) The Disability Action Council (DAC). The Project to Develop Educational Opportunities to Meet the Specific needs of Children with Disabilities in Cambodia 1999-2002, Final Report. DAC, Khan Daun Penh, 2003.
- 40) DAC Annual Report 2002. The Disability Action Council (DAC), Phnom Penh, 2003.
- 41) The Disability Action Council. Report on the East Asia and Pacific Regional Meeting on Good Practices on Inclusive Education Initiatives for Children with Disabilities 28-29 November, 2002 Bangkok, Thailand, 2002.
- 42) DAC Secretariat, USAID/LWVF Technical Support. DAC Strategic Plan 2002-2005 and Beyond. The Disability Action Council (DAC), Phnom Penh, 2002
- 43) Country Profile: Study on Persons with Disabilities (Cambodia). The Disability Action Council (DAC), Phnom Penh, 2001.
- 44) Disability Action Council: Cambodian Plan of Action for the Disability and Rehabilitation Sector – Working Draft for Comments. Disability Action Council, Phnom Penh, 1999.
- 45) Mine Safety & Reintegration UNHCR Cambodia –Lessons Learned- 1999-2000. UNHCR Cambodia, Phnom Penh, 2000.
- 46) Cambodian Red Cross. Three-year Development Plan 2005-2007 Implementation of CRC Strategy. Cambodian Red Cross, Phnom Penh. 2004.
- 47) Cambodian Red Cross. Health Strategic Plan 2003-2007. Cambodian Red Cross, Phnom Penh, 2003.
- 48) Cambodian Red Cross. Strategy 2003-2010. Cambodian Red Cross, Phnom Penh, 2003.
- 49) Cambodia Mine/UXO Victim Information System (CMVIS). Monthly Mine/UXO Victim Report October 2004. Cambodian Red Cross Data Management Office, Handicap International, Phnom Penh, 2004.
- 50) Cambodia Mine/UXO Victim Information System (CMVIS). Monthly Mine/UXO Victim Report September 2004. Cambodian Red Cross Data Management Office, Handicap International, Phnom Penh, 2004.
- 51) Cambodia Mine/UXO Victim Information System (CMVIS). Monthly Mine/UXO Victim Report February 2004. Cambodian Red Cross Data Management Office, Handicap International, Phnom Penh, 2004.
- 52) The Cambodia Mine/UXO Victim Information System (CMVIS). Monthly Mine/UXO Victim Report January, March, April, May, June, October, November, December, 2003. Cambodian Red Cross, Handicap International, Phnom Penh, 2003.
- 53) The Cambodia Mine/UXO Victim Information System (CMVIS). Monthly Mine/UXO Victim Report January, February, 2003. Cambodian Red Cross, Handicap International, Phnom Penh, 2003.
- 54) The Cambodia Mine/UXO Victim Information System (CMVIS). Towards Zero Victims National Census of the Victims & Survivors of Landmines & Unexploded Ordnance in Cambodia 2001. Cambodian Red Cross, Phnom Penh, Handicap International Belgium, Brussels, 2002.
- 55) The Cambodia Mine/UXO Victim Information System (CMVIS). Monthly Mine/UXO Victim Report January, February, March, April, May, June, July August, September, October, November, December, 2002. Cambodian Red Cross, Handicap International, Phnom Penh, 2002.
- 56) The Cambodia Mine/UXO Victim Information System (CMVIS). Monthly Mine/UXO Victim Report January, February, March, April, May, June, July August, October, November, December, 2001. Cambodian Red Cross, Handicap International, Phnom Penh, 2001.
- 57) The Cambodia Mine/UXO Victim Information System (CMVIS). & UXO Casualties in Cambodia 2000. Cambodian Red Cross, Phnom Penh, Handicap International Belgium, Brussels, 2001.
- 58) The Cambodia Mine/UXO Victim Information System (CMVIS). Monthly Mine/UXO Victim Report March, April, May, June, July September, October, November, December, 2000. Cambodian Red Cross, Handicap International, Phnom Penh, 2000.
- 59) The Cambodia Mine/UXO Victim Information System (CMVIS). Monthly Mine/UXO Victim Report August, September, 1999. Cambodian Red Cross, Handicap International, Phnom Penh, 1999.
- 60) Cambodia Mine Incident Database Project. Mine & UXO Casualties in Cambodia Bi-annual Report 1998-1999. Handicap International, The Cambodian Red Cross, Phnom Penh. 2000.
- 61) Handicap International. Handicap International and HIV/AIDS December 2003

(資料3) 収集資料

- 62) Handicap International. Annual Report 2002. Handicap International, Paris, 2002.
- 63) Handicap International Cambodia. HI in Cambodia. Handicap International, Brussels, Belgium, 2001.
- 64) Handicap International Annual Report 1998. Handicap International, Phnom Penh, 2000.
- 65) Handicap International Annual Report 1998. Handicap International, Phnom Penh, 1999.
- 66) National Centre of Disabled Persons' Building (NCDP)
- 67) Cambokids. Goals and Objectives of Cambokids 2004-2007
- 68) MEDICAM Membership.
- 69) Woodd R. "Khmer Rouge tribunal in dagger of political interference, irrelevancy, says noted scholar. Phnom Penh Post, December 3-16, 2004, page 2.
- 70) "Corruption report paints grim picture". Phnom Penh Post, December 3-16, 2004, page 6-7.
- 71) Naren K. "Monasteries Shelter Crime, Top Monk Says". The Cambodia Daily, December 20, 2004, page 17.
- 72) Leun B, Roeun V. "Sorya Shopping Center Opens As Vendor Halt Rent Protest". The Cambodia Daily, December 20, 2004, page 18.

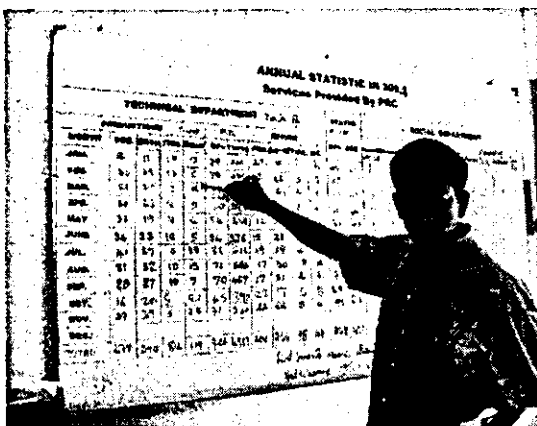
(資料4) 現地の写真



(1) National Rehabilitation Center で義足を装着する障害者



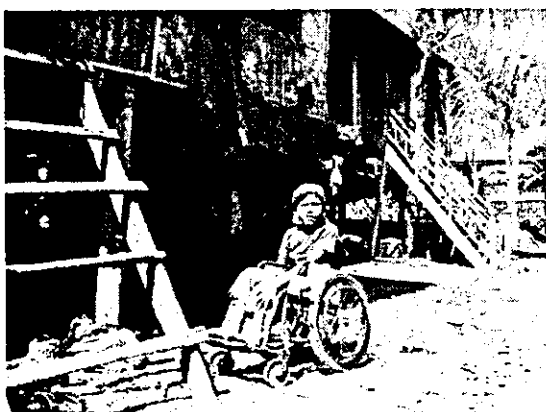
(4) シハヌーク病院の精神科外来で診察を待つ多くの患者たち



(2) Takeo Provincial Rehabilitation Center で障害者の状況を説明する NGO スタッフ



(5) Kompong Thom 州病院の精神科外来



(3) NGO の支援で車椅子を使うプノンペン近郊の貧しい漁村の少女



(6) 精神的問題を話し合う Kompong Thom 近郊の村の女性自助グループ



厚生労働科学研究費補助金（社会保障国際協力推進研究事業）

分担研究報告書

紛争後の復興開発と平和構築に対する保健医療活動の役割に関する研究

平成 16 年度分担研究: Complex Humanitarian Emergency (CHE) と保健医療

主任研究者 喜多 悦子  
日本赤十字九州国際看護大学教授

研究要旨

本研究の目的は、開発途上国における地域紛争の背景要因、健康に対する影響と必要な対策、紛争後復旧や平和構築における保健分野の役割について明らかにすることである。最終年度は、これまでの現地調査結果および文献・資料をもとに、Complex Humanitarian Emergency (CHE) と呼ばれる近年の紛争と、CHE による健康問題を、人間の安全保障の観点から分析した。カンボジアやアフリカの状況を例示して、紛争予防に果たすべき保健医療分野の役割を、女性の健康問題とメンタル・ヘルスに重点をおいて検討した。

紛争後開発途上国の健康問題を分類すると、以下のようになる。(1) 栄養障害、感染症、人材・予算の不足等、低開発に伴う途上国に共通する問題。(2) 戦死、障害者、人材流出と保健医療システムの崩壊、精神保健等、紛争に伴う国内的な問題。(3) 近隣国への避難民流出と、それに対する緊急援助等、紛争に伴い国外に起こる問題。(4) 感染症の拡散、武器、資源、麻薬関連ブラックマーケット等、紛争に伴い国内外にわたる問題。(5) 未熟な保健医療計画、ドナー主導の一過性の援助等、紛争後に起こる問題。(6) 社会インフラの機能喪失、地域社会や家族の連帯感の崩壊等、紛争地に共通する問題。(7) 国内格差の拡大、価値観の変化等、復興に伴い生じる問題。

冷戦構造終結後の世界には、それまでの国対国の戦争とは形の異なる紛争、Complex Humanitarian Emergency (地域武力紛争: CHE) が広がった。CHE では、民族や宗教の違いが背景にあり、犠牲者の大半が一般住民となり、膨大な避難民が生じた。さらに、援助者の治安を脅かしかねない事態が生じ、軍隊が関与することとなった。

CHE 後の国の支援には、人間の安全保障の視点から、物質的な充足のみならず、人々に希望がもてるような精神的充足を与えられるような支援が必要である。CHE が真に解決していない多くの地域では、保健医療、栄養、女性、教育といった特定分野対応のみならず、地域社会や国家復興のための広域支援が必要となる。そのため、紛争や災害時救援または復興支援の経験をもつ保健医療分野の人材が、他の分野と連携した形で、より広い地域社会を対象とした、メンタル・ヘルスの側面からの介入が必要となっている。

紛争後国において平和を定着させるためには、保健医療分野の長期計画においても、単に技術的な問題解決に留まらず、人間の精神を充足させることが重要である。とくに紛争中に育った青少年に対する「こころの栄養」が必要とされている。

## A. 研究目的

冷戦構造終結後、世界には、それまでの国対国の戦争とは形の異なる国内紛争が広がった。本研究では、そのような紛争の経緯と特徴は何か、それらが健康に対してどんな影響を及ぼし、いかなる対策が必要か、また、紛争後復旧や平和構築における保健分野の役割は何か、を明らかにすることを目的とする。

## B. 研究方法

最終年度の研究では、これまでに行った現地調査の結果や、国内・国外で収集した文献・資料をもとに、Complex Humanitarian Emergency (CHE) と呼ばれる近年の紛争と、CHE による健康問題を、人間の安全保障の観点から分析した。カンボジアやアフリカの状況を例示して、紛争予防に果たすべき保健医療分野の役割を、女性の健康問題とメンタル・ヘルスに重点をおいて検討した。

## C. 研究結果 および D. 考察

### 1. 紛争の変遷

#### 1-1. 概要

1945 年、数千万の生命の喪失と同じく数千万の難民、避難民を産んで 2 つ目の大戦は終結した。この第二次世界大戦という「国家間戦争」終結後のヨーロッパで、1949 年、東西ドイツの分裂によって、新しい戦争すなわち「冷戦」の幕が開いた。大戦後、米・英・仏・ソビエトにより分割統治されていたベルリンでは、ソビエト占領地区が東ドイツ(ドイツ民主共和国)の首都となった。西側 3 カ国(米・英・仏)の共同信託統治領は、実質的には西ドイツ(ドイツ連邦共和国)が主権をもち、実効統治することにはなったものの、東ドイツ領内の enclave(アングループ: 飛び地)となった。そして、この西ベルリンは、空路または直通専用道路のみで西ドイツ本土と通じることとなった。西側 3 ケ国の管理下におかれた西ベルリン空港に乗り入れられたのは、米・英・仏 3 ケ国の航空機だけで、ドイツの航空会社ルフトハンザの就航は禁じられていた。

東西ドイツの国境封鎖後も、ベルリン内での東西間往来は許されていたので、この経路で、東ドイツから西ドイツへの脱出者が続出した。

それに対し、西側からの軍事的な攻撃を防ぐためという名目で、東ドイツ政府は、1961 年 8 月、東西ベルリンの境界線を封鎖し、壁を建設した。東西冷戦の目に見える最前線だった。

1989 年 11 月 9 日、東ドイツ政府は東西ベルリンの境界線を解放し、ベルリンの壁は崩壊した。翌年には東西ドイツ統一が達成され、さらに翌年の 1991 年には、一方の雄ソビエト連邦で、いわゆる 8 月革命が起こった。同年末、ソビエト連邦そのものが消失し、第二次世界大戦に続く「冷戦」が終結した。しかし、世界に平和と安定は来なかった。

1991 年、アフリカの角、ソマリアに発生した途上国の権力闘争は、脆弱な政府と強力な武力を持つ反政府地域権力者の対立に端を発し、政府の崩壊、武力集団間の内戦、無政府状態に到った。同じ年、ヨーロッパの庭、ユーゴスラビアに端を発した民族対立は、バルカン一帯の脆弱な治安を、またたくまに破壊した。この時期、世界各地で、これらに類似する事態がいくつか発生した。これらは、「第二次世界大戦」後の独立時から潜在していた新興国の、宗教や民族の違いといった卑近な理由を背景とするが、「冷戦」構造の中で覆い隠されてきた対立ともいえる。これらの「地域武力紛争-Complex Humanitarian Emergency」は、それまでの緊急援助に、PKO(国連平和維持軍)や多国籍軍、または特定国の軍隊が関与するきっかけを作った。

ほぼ時を同じくして、1990 年 8 月に発生した独裁者サダム・フセインのクウェート侵略に対し、翌 1991 年、多国籍軍による攻撃がなされた。当時の国連事務総長ブトロス・ブトロス・ガリは、PKO を拡大する構想を持っており、新たに「Agenda for Peace」に関する提言を次々と発表した。このようにして、「人道的介入」の名の下に、先端兵器を使用し莫大な戦費をかけて、国際社会とは途絶している貧しい途上国の住民を巻き込んだ武力攻撃を、国際社会が容認する方向に向かった。しかし、介入の基準は一定しなかった。例えば、ヨーロッパの一角であるユーゴスラビアと同等の対応は、それにまさるアフリカのルワンダの「人道の危機」には行われず、途上国の「国際社会」不信を招いた。

地域武力紛争は、しかし、最後の紛争形態ではなかった。2001 年 9 月 11 日、経済的政治的そして軍備的に世界最強の国に対して仕掛けられた「テロ」は、ほとんど武器らしい武器を投入せず、通常では、戦場から最も遠いはずの都市の中核に、膨大な喪失をもたらした。テロの首謀者とされる人物をかくまう奇体な政権夕

リバンの支配するアフガニスタンへの空爆は、先的人道的介入でもあり同時に、テロに対する「新しい戦争」と呼ばれている。

2003年3月に始まったイラク戦争（アメリカではイラク侵攻）は、開戦の大義とされた大量破壊兵器が見つからない中で、中東の民主化に理由がすりかえられてきた。独裁者排除や武装解除のための武力行使の際の、先制攻撃の妥当性や国連決議の要否については、国際法上からも、アメリカ国内政治側からも、検証されるべきであった。最も新しい武力紛争「テロとの戦い」は、解放されたはずのイラク国内に、かえって多様なテロ発生を助長している。

これら武力紛争の変化において、保健医療は何をなしてきたであろうか。何をなすべきであったらうか。

## 1-2. 東西の対立から Complex Humanitarian Emergency へ

従来、自然災害であれ、戦争等の人為災害であれ、多くの災害では、援助を提供しようという側に意思があり、援助活動手段があれば、助けを必要としている人々の許に到達するのは、単に時間の問題であった。また、例えば、国連や赤十字といった世界規模の人道援助機関に対する一定の認識が存在し、過酷な紛争地での活動も許されていた。どんなに大規模な災害であろうと、援助者は被援助者と、いわば、直線的につながっていたため、必要な緊急援助は実践されていた。

1970年代からNGOが先導してきた緊急援助は、当初の救急医療重視の体制から、公衆衛生や食糧、栄養対策に変化し、拡大された。しかし、なお、保健分野から動くものではなかった。

小規模の「身近な」紛争である Complex Humanitarian Emergency（地域武力紛争：CHE）は、正確に言うならば、それまでの大国の「国家規模」の対立によって覆い隠されていた抗争の存在が明らかになったものにすぎない。しかし、国家対国家あるいは政府対反政府の政治的思想的対立にかわり、民族や宗教の違いといった個々の人々にとって逃げようのない事態が理由であり、人々と紛争との距離はゼロになった。そのため、犠牲者の大半が一般住民になり、また、膨大な避難民が生じた。国と国の「戦争」が職業的兵士によって戦われるのとは異なり、途上国に蔓延しだしていた小型武器を手にした民兵や、時には一般住民そのものが戦闘の第一線に立つことが特徴であった。1990年代以降、表1に示したように、世界各地に紛争が続い

た。

新しい紛争は、国境を越えた「難民」だけでなく、郷里を離れたものの、国境を越えられない、または越えたくない「国内避難民（Internally Displaced People: IDP）」を多数発生させた。さらに、民族対立様相の強い紛争地では、避難民間の対立が不明瞭なまま、潜在する勢力の憎しみが援助活動を著しく困難にした。救援物資は略奪され、援助機関の事務所が襲われ、そして善意の援助者が攻撃にさらされた。その結果、武力闘争からの避難者に対する人道援助そのものを武力で護らねばならないジレンマも発生した。国連PKO以外の正規軍が、人道援助の第一線にいることも稀ではなくなった。

援助を必要とする人々が存在し、救援の意思や手段があっても、援助活動を円滑に実践できない異常事態が日常化した時代でもあった。避難民である「彼ら」とともに、援助者である「われわれ」の security（安全）が、活動の実践と継続に重要な要因として実感されるようになった。これら、援助者の治安を脅かしかねない事態を含む人為災害であることが、「Complex Humanitarian Emergency (CHE)」の特徴のひとつであるが、同時に、CHEの背後にある身近な問題も明らかになってきた。

## 1-3. 人道的介入による Health Crisis

最初の例を詳述する。1991年、アフリカの角と呼ばれる一帯に位置するソマリアで内戦が勃発し、反政府軍の統一ソマリア会議（USC）が首都を制圧した。脆弱な政体にあった大統領は追放され、アリ・マハディ・モハメッドが新大統領となったが、軍を率いるアディード将軍との対立は激化、国内は内戦状態となった。加えて、発生した早魃飢饉への国際救援活動は、効果があがらないだけでなく、救援物資が略奪の対象となるという、かつてない状況が頻発するに到った。

当時、平和的介入を進めていた国連は多国籍軍を出動させることを決定し、先陣として、Operation Restore Hope（希望の回復作戦）の名の下に、アメリカ海兵隊がモガディシュの海岸に上陸した。しかし、武力対立を緩和し、飢饉民に食料を配布するための人道的平和的作戦は、アディード将軍側の徹底抗戦により混迷を深め、ついに「国連軍」が「公式に」、政府軍ではない「1 武力集団」に対する攻撃に踏み切ることになった。1993年6月には、PKFに代り、通常の戦闘に耐える完全武装国連軍としてのパキスタン兵が侵攻したが、「民兵」相手の戦闘

で20名以上の死亡者を出した。パキスタン軍に代り、アメリカ軍は報復として、ヘリコプターからのロケット弾攻撃を行なった。その結果、国の形態を失いつつあったソマリアの一武力集団の長が、「国連軍に対し宣戦布告」した。

こうして、人道的介入のはずの国連軍は、開発途上国の局地的な一武装勢力を相手に、決定的勝利を得られないというだけでなく、遷延する戦闘のなかで、次第に劣勢に回らようになってきた。無政府化する途上国の、一武装勢力の長にすぎないとはいえ、アディード将軍を支持する地域住民が多数いた上、武力紛争に女性や子どもが関与する等、国連軍が予測しなかった「ゲリラ戦」が継続した。

それまでの戦場とは異なり、生活の場である市街が戦場となり、護られるべき一般住民が敵となり、あらゆる都市インフラが最前基地となり、戦闘の手段となった。国連軍本部が民兵の襲撃を受け、重装備でパトロール中のアメリカ軍兵士が攻撃され、4名の戦死者が出た。

業を煮やした「アメリカ軍」は、ついに「反乱者アディード将軍」を逮捕する作戦を実施した。特殊部隊を敵陣に降下させ、将軍を拉致、米軍基地に連れ帰ろうとしたのである。多数の特殊任務や機密作戦に従事してきたアメリカ軍秘密部隊 デルタ・フォースの、輸送ヘリ「ブラック・ホーク」を用いた作戦は、重機関銃チームの降下部隊の参加もあって、失敗の余地はないと思われていた。しかし、1発の敵弾により、「ブラック・ホーク、ダウン!!」を繰り返しつつ、敵陣の中に墜落した。「反乱者逮捕」作戦は、一転、「降下兵士救出」作戦に変更された。

豊富な先端兵器を持つアメリカ軍が独自に始めた作戦は、とるに足りないと思われていたアフリカの貧困国の一反乱勢力を相手に、国連軍の救援まで要した上、約半日後、将軍逮捕もなく、援軍を含め複数死者を出して終わった。当時、惨殺されたアメリカ兵が市中を引き回わされている映像が世界に流れ、また後に、「Black Hawk Down」という映画にもなったが、なぜ、善意の救援、正義のアメリカ軍が現地で受け入れられないのかが問題とされた。

結局、人道的に始まったアメリカ軍のソマリア介入は、何ら成果のないまま撤退が決まり、1995年には国連軍も撤退した。以後、無政府状態のソマリアでは、内戦だけが激化した。約10年後の現在、住民による銃規制が始まり、地域・国家復興の兆しはある。

以上のように、東西冷戦終結後の新しい世界秩序を目指した国連の、内戦地帯への国連安保理決議による国連平和維持活動 (PKO) の目

論見は、初手から失敗したともいえる。それ以前から、また、その後も、複数の国・地域でのPKO活動は大きな成果をあげていないが、その理由は、戦闘と住民の生活に区別がない地域への軍事介入の難しさによるものともいえる。すなわち、正規の軍隊を敵としない場合、銃を構えている「敵」が、真に攻撃すべき敵なのか、護るべき住民なのか、区別が定かでないのである。

また、人道や人権、平和や正義といった理念や概念があいまいな異様な武力介入が始まったのも、1990年代であった。ソマリアと同じ年に始まった湾岸戦争は、イラクのクウェート侵攻に対する「多国籍軍」による対イラク制裁武力侵攻ではあったが、とりあえず、国連安全保障理事会の決議はなされていた。しかし、その後、1998年末からの旧ユーゴスラビアへのアメリカ主導のNATO軍介入、2001年9月11日の同時テロへの報復として行われた2001年10月のタリバン支配下のアフガニスタン空爆、さらに2003年のイラク攻撃等では、国連の決議はなされないか、無視されたまま、国際政治上でも問題が残る「武力的行使」が続いた。

歴史上長く続いた「戦争」、20世紀末のあだ花のような「CHE」に続き、国際社会という名において、先進国側が莫大な経費と膨大な先端兵器を投入する一方的な「人道的介入」、さらに並行する形で増加してきた「テロ」が、新たな人為災害をなしている。

この時代、人道援助は、武器の庇護下に存続してきたが、規模にも継続性にも限界があり、危険な事態下で救援に従事したという援助者の自己満足、あるいは保健医療の限界を感じてのジレンマとフラストレーションに終わってきた。

#### 1.4. テロリズム

テロリズム (Terror, Terrorism) は、フランス革命達成後に権力を握ったロベスピエールが、対立勢力に対して行った、1793年6月から翌94年7月までの間の恐怖政治 (régime de la Terreur) が語源である。

山岳派ロベスピエールは、いったん権力を握ると、ルソーも述べている理想的な独立小生産者による共和制樹立を目指し、革命反対派、穏健派、過激派等、反対するすべての人物を、公安委員会、保安委員会、革命裁判所といった公的機関を通じて、ギロチン台で粛清した。恐怖政治期間に処刑されたものは約1,400名にもよるが、一般市民の逮捕者が出るにおよび、

また、社会が比較的安定してきたこともあって、ロベスピエール一派は支持を失った。結局、1794年7月24日、結束した反対派により逮捕されたロベスピエールは(テルミドール・クーデター)、側近のサン・ジュストと共に、自らが考案し、活用したギロチンで処刑された。

このように、当初、テロリズムとは権力者が行使する手段であった。その後、テロは、逆に反体制側による体制側への暴力的手段を指す言葉に変化した。これは権力側が武装抵抗をテロと呼んだことに由来する。現在では、権力側によるテロは、とくに白色テロとして区別することもある。

一般に、テロとは、心理的恐怖心を引き起こすことによって、政治的主張や理想を達成するために行われる暴力行使、またはその手段をいい、国家権力に対する反政府集団や過激派の行う暴力行為をさす。テロには、個人的テロリズムと、政治集団や国家による集団的テロリズムがあるが、国家や政治権力を持つ集団による場合は、その原型である恐怖政治につながる。

公衆衛生的には、「権力者への威嚇や嫌がらせ、社会混乱を起こすため、または金銭獲得や仲間の解放を求める等、自らの目的達成のために、直接関係のない不特定多数に対し、あらゆる暴力手段を行使し、住民の生命、健康、日常生活を脅かす行為」といえる。現在のテロは、公衆の中で、卑劣な手段により無差別殺戮を実施したり特定者を殺害したりすることが多い。

テロは、最初は、権力者が行使し、現在は権力者を威嚇する手段となっているように、その意味は変化した。しかし、フランス革命時代に由来していることからわかるように、新しい手段ではない。問題は、強大な権力を持つ為政者や大国に抗する手段をもたない、貧しく見捨てられた人々の窮余の手段から、世界の治安を揺るがすレベルに変化していることである。

本来、テロは事件であり、どの国においても、警察が対応する問題であった。しかし、1990年代に入って、例えば、度重なるニューヨークの世界貿易センターへの攻撃や、世界各地に発生した外国人観光客を狙った大型テロを契機に、次第に軍隊が関与する規模となり、9.11以来、対応は civilian の手を離れたといえる。事件の現場での救援活動は可能だが、保健医療者の関与はきわめて小さいともいえる。

#### 1-5. 新たな紛争 [CHE・人道的介入・テロリズム]、その後の復興と Health

以下に述べる人間の安全保障では、健康は第

一義的に大きく取り上げられてはいない。しかし、途上国の CHE やその後の被「人道的介入」国を概観すれば、そのような状況下において、富める者、権力を持った者とそうでない者のギャップがどれほど大きく、多数者の身体的精神的社会的健康が、如何に侵され続けているか、その根本対策が如何になおざりにされてきたか、そしてそのことが如何に重要な問題かが判る。

開発の対象が、国から人に向けられ、また、守るべき治安は国 (National Security) のそれから、個々の人間のそれ (Human security) に変わった時代に、武力抗争が国家レベルから個々の人に身近になったことは皮肉であるが、1990年代後半からは、良い面においても悪い面でも、個々の人間に焦点があたり、影響が強くなってきたといえる。

多数の CHE 国やその後遺症を持つ国では、紛争があり、人々が避難を余儀なくされている。避難先に食糧不足や感染症等、あらゆる不衛生、不健康が待っているだけでなく、本来の居住地にも、同様の事態があり、人種や民族、時には宗教の違いによる迫害や虐殺のリスクが存在する。たとえ、規模が大きくとも、一時的救命的で、かつ援助者の意向による気まぐれな緊急援助では、長期的には、人々の健康を回復することも維持も、まして増進することは不可能である。

#### 2. 人間の安全保障と Health

冷戦構造の終結は、新たな人為災害を生んだ。そして、CHE 状態が遷延する国や地域、また、独裁者や異様な政治形態にあり、「人道的介入」を余儀なくされる国家の実態が、顕になってきた。そこでは、人間の基本的権利であるべき安全な水や食糧、最低限の生活を守るための住居や衣服はおろか、健康や保健医療サービス、そして初歩的な教育すら受けられない多数者がいた。その人々には、働く権利も移動の自由も保障されていない。数十年間、国際社会が行ってきた開発協力にもかかわらず、人間としての尊厳すら護られていない大多数の人々と、権力と富を掌握した一握りの存在は、これまで覆い隠されていた世界の陋醜でもあった。

一方、長年、国の発展を国民総生産 (Gross National Product: GNP) といった経済指標によっていた開発分野の中に、途上国におけるこのような状況を異なる観点から分析する取り組みも生まれてきた。1990年、国連開発計画 (United Nations Development Programme: UNDP)

は、開発の水準を示す指標として、人々の健康・教育・経済力から算出する人間開発指数 (Human Development Index: HDI) を創出した。この概念は、世界銀行 Policy Planning 部長や、パキスタン国財務大臣を歴任した経済学者 Mahbub ul Haq によって打ち立てられた。UNDP は、同年から、これをタイトルとする年報を発刊している。

“The Report introduces a new concept of human security, which equates security with people rather than territories, with development rather than arms. It examines both the national and the global concerns of human security. The Report seeks to deal with these concerns through a new paradigm of sustainable human development, capturing the potential peace dividend, a new form of development co-operation and a restructured system of global institutions.” [Human Development Report 1990]

人間の安全保障 (human security) の概念も、Mahbub ul Haq によって、1994 年に提案された。“The basic purpose of development is to enlarge people's choices. In principle, these choices can be infinite and can change over time. People often value achievements that do not show up at all, or not immediately, in income or growth figures: greater access to knowledge, better nutrition and health services, more secure livelihoods, security against crime and physical violence, satisfying leisure hours, political and cultural freedoms and sense of participation in community activities. The objective of development is to create an enabling environment for people to enjoy long, healthy and creative lives.” [Mahbub ul Haq]

Haq は、「開発とは人々の選択の幅を広げるためだ」と断言し、「開発の目的は、人々が長い人生を、健康でかつ創造的に過ごせる環境を作ることだ」とする。1980 年代までの、いわばハード重視の大規模な国家経済開発は、結局、途上国貧困層の生活状態を改善しなかったばかりか、同一国内の格差を助長し、真に援助を必要とする人々を置き去りにしてしまっていた。さらに、冷戦構造の崩壊によって、一方の雄であったソビエトからの支援が消失し、合わせて対抗上行われていた西側の援助も激減した。そのうえ、それまでは何とか平等化されていた社会主義世界に、自由主義、市場経済体制が広がったことによって、国内格差が増大した。経済的情報的グローバル化の進行に伴う国内また国家間格差の急速な拡大は、常に、より弱い個人の生活面に大きく影響し、著しい不満とさらなる絶望感をもたらすことになった。

国連開発計画の 1994 年度報告は、翌年 3 月に予定されていた社会開発サミットに向けた

提言という形をとっているが、日常生活における個人や地域の安全性を Human Security (人間の安全保障) という言葉で集約したともいえる。報告書は、飢餓、感染症の蔓延、失業、環境破壊、麻薬や犯罪といった身近な脅威が世界的となっていることを指摘し、「…unless people have security in their daily lives…(…人びとが安全な日常生活を送ることができなければ…)、平和な世界を実現することはできない」とし、「今後、頻発するのは国家間の紛争より、むしろ内戦だが、その原因は、socio-economic deprivation and disparity (社会経済的な貧困と経済格差) の増大に深く根ざしている。このような状況での security (安全) の追求には、軍備ではなく開発が必要だ」と述べている。

この年次報告は、開発、政治、経済、軍事等あらゆる分野の人々に、安全保障の概念は、国家レベルだけでなく、身近に達成すべき問題でもあること、それが全うされなければ国家の安定はないことを認識させる、大きなきっかけとなった。

また、「現代の人が感じる不安は、世界の政治的悲劇的なことよりも、日常生活にまつわることが多い」とし、したがって、「人間の安全保障には安定した雇用・所得・健康、環境や犯罪のない安全性が必要だ」とする。さらに、「平和を獲得するには、2つの領域で闘う必要がある。1つは、人々が脅威から開放されるという勝利であり、もう1つは、経済と社会の領域における欠乏からの脱却という勝利である」としている。

CHE や多国籍軍の侵攻を招くような国家には、宗教の色合いを持つにしろ、不満分子がテロの温床をなす。わが国がイニシアティブをとった「人間の安全保障委員会」が指摘する紛争、貧困、感染症、人権侵害のすべては、実は途上国の紛争地帯に蔓延する問題の根源にあり、また、結果であるともいえる。

### 3. 紛争と健康: カンボジアの例

#### 3-1. カンボジアの地勢と文化

カンボジアの総面積は、181,040 平方 Km (北海道の約 2 倍程度)、陸地面積 176,520 平方 Km に対し、河水湖沼地が 4,520 平方 Km と大きく、とくに洪水等の自然災害を起しやすい。

西と北西はタイ、東と南東はベトナム、北はラオスに接し、南はシャム湾である。世界銀行によれば、2004 年人口は約 1,250 万、一方

UNICEF や CIA は、2000 年前後に 1,300 万人と推定している。民族構成は、90 %がクメール人、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、約 10 万のイスラム教徒がいて、殺生を忌む仏教徒に代わり漁業に従事している。公用語はクメール語だが、かつての植民地の経緯から、1990 年頃まで、知識層はフランス語を用いた。現在は、少数高齢の知識層や官僚のみがフランス語を使うにすぎず、ほぼ英語圏となっている。

インドシナ半島の中央部に位置するカンボジアは、熱帯モンスーン気候地帯にあり、年間平均気温は 27 度、5 月から 10 月は多湿な雨期で、11 月から 4 月が乾期である。年間を通じて高温多湿であり、昼間の平均湿度は 80 %、雨季の夜間湿度は 90 %を越えることもある。また、4 月頃の最高気温は 38 度以上に達することもある。降水量は、プノンペンでは年間平均 1,400 mm 程度だが、山岳地帯に激しく降るため（年間最高 5,000 mm）、通常あまり降らない地帯に洪水が起きることも少なくない。

国の中央部の東寄りを、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、プノンペンの東で方向を転じ、ベトナムを経て南シナ海に注ぐ。メコンは、この国に恵みをもたらすとともに、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こと、また、トンレサップ川は、水位が上昇する雨季末、逆流現象を示すこともあって、雨季には流域一帯の水位上昇が著しい。

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。

かつては豊かな国土で、米の輸出国でもあったが、内戦、とくにポル・ポト時代の誤った灌漑計画もあって、現在は有効な土地利用がなされておらず、耕地面積は、20 %を越えていない。また、天然資源としては、サファイアやルビー等の宝石がある。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利用されたことはよく知られている。その他、良質の木材、石油、天然ガス、鉄鉱石、マグネシウム、燐等を持つとされているが、有効活用にはいたっていない。

### 3-2. カンボジアの紛争

#### 3-2-1. 紛争時代

カンボジアの紛争時代がいつ始まったかを

断定することは難しいが、少なくとも、ロン・ノルがクーデターを起こした 1970 年頃までは、都市部の不平不満はあったものの、為政者シハヌーク下に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ものの、同年 8 月、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、ノロドム・シハヌーク国王の独立の願望は強く、47 年に憲法公布、49 年には、ついにフランス連合内ながら独立を獲得、53 年には警察権と軍事権を回復し、完全独立を果たした。55 年、シハヌークは王位を父に譲り、自らは政治活動を行った。その後の 10 年間、カンボジアは、比較的安定していた。

1965 年、ベトナム戦争が激化する頃、シハヌークは、北ベトナムへの爆撃を理由に大国アメリカと断交し、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、シハヌーク一派を追放した。

一方、中国に避難したシハヌークは、クメール・ルージュの支援で帰国した。クメール・ルージュは、中国文化大革命に心酔する勢力で、後に国を破滅に導く粛清を行った。その指導者ポル・ポトと手を結んで、シハヌークは、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。長い内戦の始まりであった。

他方、米軍と手を結んだロン・ノルの対共産主義者対策はきわめて残虐であったとされる。しかし、後のクメール・ルージュによる大虐殺との関係についての調査等は、調べた限り、見つかっていない。1971 年 1 月、ベトナム戦争における迂回路ホーチミン・ルートを遮断したいアメリカは、ロン・ノル政権支援という理由で、南ベトナムに派遣中の軍の一部をカンボジアに侵攻させた。同年 10 月、ロン・ノル政権は軍事独裁体制を宣言し、翌年 3 月、新憲法が公布された。しかし、国民の支持を得られないまま、クメール・ルージュの勢力が拡大した 1975 年 4 月、ロン・ノルは亡命した。隣国では、ベトナムによるサイゴン陥落と共に、ベトナム戦争が終結した。

クメール・ルージュは首都プノンペンに入城後、1976 年 1 月にカンボジア民主国憲法を公布し、国名を民主カンブチアとした。日本は、数少ない承認国の 1 つであった。

よく知られるように、当初、国民を解放したと思われたクメール・ルージュは、未熟な農業本位、民族主義を強制し、プノンペン等の都市

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。とくに、近代文明制度を否定し、まず、研究者や教員等、知識階級や熟練者の迫害を始め、知識層の国外流出を招いた。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によって、100万人以上ともされる同じ民族の人々が虐殺された。当時の東側陣営では、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、国境をめぐる対立から、親ソ派ベトナムと断交した。このように、ほぼ鎖国状態であったカンボジアの実態は、あまり外部には知られていなかった。

1978年12月、ベトナムは、同国内でカンボジア全国救国戦線議長となっていたヘン・サムリンを傀儡首相として擁立し、カンボジアに侵攻した。ヘン・サムリンは、クメール・ルージュの指揮官、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いた。ほとんどの国民が虐殺されるか、国内外へ避難するか、あるいは餓えており、また権力を握っていたクメール・ルージュの武力は組織化も訓練もされていなかった。そのため、民主カンブチアはベトナム軍に大した抵抗もできず、1979年1月プノンベンが解放された。ポル・ポトらはタイ国境に逃亡し、親ベトナムのヘン・サムリン政権が樹立され、いわゆるポル・ポト時代は終わった。

しかしその後も、ポル・ポト派、国王派等とのゲリラ戦を含む内戦状態が継続した。1981年、3度目の新憲法が公布されたが、翌82年、ベトナムの傀儡政府であるヘン・サムリンに抵抗する反ベトナム3勢力が、中国の支援を得て、連合政府民主カンボジアを樹立、一国2政府状態になった。83年2月、インドシナ3国首脳会談では、ベトナム軍の部分的撤退を決議、84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、ベトナム軍のカンボジア介入は継続した。反ベトナム傀儡政権勢力との内戦状態が継続するなか、国際的な認知を得られない親ベトナム政権内でも権力闘争が発生、1985年には、フン・センが実権を握った。

カンボジアの変化は、支配国ベトナムの政変を契機に起こった。1988年、ベトナム首相ファン・フンが急死、ベトナム軍の撤退が始まった。支えを失ったフン・セン政権は急激に弱体化し、国内は泥沼化した。1989年、フランスとインドネシアを共同議長としてカンボジアの和平に関するパリ会議が開催され、続いて国連会議が開催された。さらに1990年6月には、

日本が「カンボジア和平東京会議」を開催、最終的には91年10月、「カンボジア和平パリ国際会議」によって、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た。

### 3-2-2. 紛争後復興期

1992年3月、軍人ではない国連職員、明石康が率いる国連カンボジア暫定統治機構(UNTAC)の平和維持活動が始まった。2年後の93年4月には、国連管理下に総選挙が行なわれ、同年9月、制憲議会による新憲法が発布された。立憲君主制に戻ったカンボジアはシハヌークを再び国王に戴き、その息子ラナリットとフン・センが暫定国民政府共同首相となった。

日本は、UNTACに先駆けて大使館を開設、ほとんどの欧米ドナーが、まだ稼働していない中、92年には積極的な復興支援を開始した。保健医療施設への無償資金協力、母子保健、結核対策プロジェクトを手始めに、社会インフラ整備等に支援を実施した他、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・センによる武カクーデターが発生した。同じ頃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、翌年にはフン・センが単独の首相に就任、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、過去30年間ではじめて、何事もない安定した年を迎え、いったん延期されていたASEANにも加盟を果たした。

### 3-2-3. 復興10年経過したカンボジア

カンボジアの経済指標として、世界銀行は2002年1人当たりGNIをUS\$280、UNICEFは2000年1人当たりGNIをUS\$260としている。

保健指標では、出生時平均余命54.0歳(世界銀行2002)から56.0歳(UNICEF2000)、乳児死亡率(IMR)は出生1,000対97(世界銀行2001)または96(UNICEF2000)、5歳未満児死亡率(U5MR)は出生1,000対137(UNICEF2000)、合計特殊出生率5.1(UNICEF2000)、妊産婦死亡率(MMR)は出生10万対440(UNICEF1995~1999)である。安全な水を継続して利用できる人口は全国平均で30%、成人識字率は70%(世界銀行2002)である。

これらの数字を、過去と比較すると、平均余命は43才(1970)から10年以上伸び、IMRとU5MRはそれぞれ146、217から著しく改善している。一方、都市人口が20%前後のまま変



わらないなかで、安全な水を利用できる人口は、都市部 54 % に対し農村部は 26 % しかない。また、成人識字率は、男性 79 % に対し女性は 56 % (UNICEF 2000) である。

このように、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、昔ながらの貧しく、開発されていない生活を目にする。長い内戦と不備な灌漑工事による荒廃に加えて、それとも関係する度重なる水害、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ともいえるが、復興後の都市部が急激に繁栄しているために、貧富の差は拡大したといえる。

一方、都市部は繁栄しているとはいふものの、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、地方に追いやられていた住民は都市部に無秩序に流れ込み、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、触れてはいけぬ雰囲気もあり、真の地域社会の復活には到っていない。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での大型のビジネスは、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程遠い事態にあるともいえる。

### 3-3. 復興期の健康問題

#### 3-3-1. 紛争と関連する健康問題の分類

紛争地および紛争後国の健康問題は、以下のように分類できる (表 2)。

- ① 元来の低開発に伴うもので途上国に共通する問題
  - 栄養障害、下痢性疾患、感染症の蔓延。
  - 専門教育や訓練の不備。
  - 保健医療予算の不足。
- ② 紛争に伴う国内的な問題
  - 戦死や障害者発生、とくに男性の死傷問題。
  - 保健分野の頭脳流出と熟練層喪失。
  - 個人的、地域的精神衛生問題。
  - 保健医療サービスの劣化、消失。
  - 保健医療システムの崩壊。

- 暴力的環境への慣れ。
- ③ 紛争に伴うが、国外に起こる問題
  - 避難民流出に伴う問題。
  - (国が関与できない)緊急援助に関わる問題。
  - 近隣国または国際社会の過剰関与。
- ④ 紛争に伴い、国内外にわたる問題
  - 感染症の拡散。
  - 保健医療サービスの多様化。
  - 麻薬の拡散。
  - 武器、資源、麻薬関連ブラックマーケットの発生。
- ⑤ 紛争後に起こる問題
  - ドナー主導の一過性の援助による問題。
  - 不備で未熟な保健医療計画による問題。
  - 外国支援権力者の発生。
- ⑥ 紛争地に共通する問題
  - 保健分野を含む、崩壊した国家管理体制。
  - あらゆるインフラの機能喪失または低下。
  - 地域社会とその伝統文化の喪失。
  - 家族や住民間の連帯感の崩壊。
  - 将来展望や希望の喪失。
- ⑦ 復興に伴い生じる問題
  - 粗雑な保健医療計画の実践
  - 一時的援助ダンピングによる問題。
  - 国内格差の出現。
  - 価値観の変化に伴う問題。

#### 3-3-2. 健康問題

復興期のカンボジアは、上述した経過を、ほぼすべてたどっているともいえる。1998年から、アジア開発銀行 (ADB) とドイツ技術公社 (GTZ) の支援を得て、カンボジア保健省が全国的な保健調査 (The Cambodian National Health Survey [NHS]) を行った。それに基づいてまとめた、現在の健康問題は、以下の通りである。

##### 3-3-2-1. 女性の教育と健康

7,654名中 7,630名の女性から得られた信頼できる回答 (回答率 99.7 %) では、非都市部に居住する女性 (15~45才) の教育程度は3年以下で、わずかに字が読めるか非識字である。教育程度は、女性の社会的経済的立場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楽に読める程度の就学年限が4年程度、簡単な文章は読めるが困難を伴う場合は1~3年である。このことから、まず、4年程度の基礎教育を全うすることが求められる。現在、半数程度の女性がそのレベルにある。一方、教育を終える年

年齢は早いですが、10代での結婚は多くなく、85%の女性は20才以降に結婚している。

### 3-3-2-2. 罹病率と治療

5,938家族の総計32,176人から得られた回答では、その13.5%が過去1ヶ月間に、何らかの疾病もしくは外傷を経験していた。5歳未満児に限れば、過去1ヶ月の有病率は4分の1にものぼる。それにもかかわらず、全患者の14%、重症度が中程度以上の10%が、何の診療も受けていない。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倍にものぼる。

また、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しか診療を受けていない。さらに、重病の場合、富裕層では85%が、正規の訓練を受けた保健医療従事者から治療を受けているのに対し、貧困層では、わずかに59%程度が診療を受けているにすぎず、子どもを含め、ほとんどが家庭薬か伝統的治療か売薬に頼っている。とくに、子どもの急性呼吸器感染症 (ARI) の相当数が、医師の診察のないまま売薬に頼っている。受診の半数は、州病院 (Provincial Hospital) またはプノンベン の 公 立 病 院 (Government Hospital) であった。十分機能していない地区病院 (District Hospital) やヘルスセンターの受診は少なかった。

女性は、妊娠・分娩よりも病気の際に、訓練を受けた保健医療従事者を利用していった。過去5年間では、妊婦の3分の1だけが、訓練を受けた保健医療従事者から産前検診を受けたにすぎなかった。しかも、ここでも、都市居住者、就学期間が長く識字のできる女性、経済的社会的立場の高い女性は、訓練を受けた者を受診していたのに対し、田舎の居住者、貧困層、非識字女性では、5分の1に過ぎなかった。また、医師が立会うのは全分娩の5分の1で、圧倒的多数はTBA (伝統的産婆) による家庭分娩であった。

### 3-3-2-3. 子どもの健康

1993-1998年の5歳未満児死亡率 (USMR) は出生1,000対115だが、乳児死亡率 (IMR) は出生1,000対89であり、子どもの死亡の大半は1歳未満で発生していた。新生児死亡率 (NMR) は出生1,000対36だが、出生1ヶ月以降1歳までの死が多く、出生1,000対60である。異常に高かったポル・ポト時代に比べれば、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ヶ月から1歳) の死亡が増加している (出生1,000対30~54)。

NMRやUSMRに変化がないことから、その原

因は感染症によると思われるが、母乳栄養の不足、下痢疾患、とくに乳児での赤痢の増加、また呼吸器感染症とも関連している。赤痢は、通常もっと年長児に起こるが、早期に母乳を止めた人工栄養児にも発生する。さらにこれらの疾患時、訓練を受けた保健医療従事者に相談したり経口補液 (ORS) を用いたりせず、不適切な売薬を用いることも問題である。田舎になればなるほど、また、貧困であればあるほど、小児疾患の予防接種率が低く、ビタミンA投与もなされていない。今後広がるであろうHIV/AIDSの影響も予測した検討が必要である。

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

12~23ヶ月の子どもでは、40%弱が予防接種を完了しているが、DPTでは25%、ポリオでは31%が完了していなかった。1歳児に限れば、34%が完全に予防接種を終えているが、DPTの3回目、ポリオの最終回を接種していない率が高い。予防接種完了は、居住場所との関係が大きく、プノンベンでは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、4倍も違っている。ビタミンA投与率も、居住地との関係が強い。

また、この調査前2週間に、急性呼吸器感染症 (ARI、咳と呼吸数増加) に罹患した5歳未満児は18%であった。最も罹患率が高いのは5ヶ月未満児で、4分の1がARIに罹っていた。生活背景は、感染率にあまり関与していないようだったが、治療を受ける割合は居住地、社会的経済的状況と密接に関係し、都市圏では57%が医療施設を受診していたが、田舎では21%であった。経済的に貧困な家庭では受診率は低く (20%)、富裕層では高かった (52%)。

調査時は雨季の初期で、下痢性疾患の流行期ではなかったが、調査前2週間に、5歳未満児の16% (6分の1) が水様性下痢に、10% (10分の1) 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、罹患率が大きく異なっていた。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場合は、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えないのだが、5ヶ月未満児の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%

にものぼる。

下痢性疾患に対するORT(経口補液による治療)は21%で、大半は市販のORSを用いている。カンボジアでは、半数弱の女性がORSについて知っている。全体としては、都市圏でよく知られているが、その知識は、女性の教育レベルと強く関係し、教育を受けていない女性に比べ、教育を受けた女性は倍以上が知識を持っている。下痢の子どもの68%は薬剤を内服、12%は注射、4%は経静脈補液を受けている。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、内服薬、注射、経静脈補液を受けていた。

### 3-3-2-4. 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かった。また、検診を受けた少数の人も出産直前に受けており、妊娠の早い時期ではなかった。ここでも、女性の社会的・経済的立場、就学年数や識字程度が、産前検診の有無やどのような専門家を受診す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、専門職(医師、看護師、訓練後助産師)の受診に限れば、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。妊婦の破傷風予防接種率は、全体に15.2%と低く、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。

分娩場所は、首都圏では83%が保健医療施設であるが、全国的にはTBA(伝統的産婆)による自宅分娩が75%を占めた。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、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。出生直後に母乳を与えておらず、1日以内に母乳栄養を始める乳児は半数程度である。初乳の良い点を捨てているだけでなく、他の補液を通じて病原体に感染する危険もある。また、早期離乳も多い。栄養学的には母乳だけで十分なはずだが、生後3ヶ月間を母乳だけで保育される乳児は、わずか15.6%にすぎない。他方、母乳だけでは栄養に問題が出る6ヶ月以降に、他の補充栄養を受けていない乳児が3分の1もいる。さらに、1歳になっても、離乳食を与えられていない子どもが15%もいる。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必要がある。

最近のカンボジアでは、初産年齢は20歳程で

ある。合計特殊出生率は全国平均で4.1、都市部で3.3、非都市部では4.3だが、どの年齢層におい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。近代的避妊法に限ると16.1%とさらに低いが、1994~95年頃に比べると倍増している。また、子どもの数が2人以上の母親に限ると、25%が何らかの避妊法を実行している。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等、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ものも多い。

1992年以来、日本は無償資金協力、技術協力プロジェクトを通じて、国立母子センターを建設し技術支援してきた。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、看護師・助産師組織整備を含め病院管理体制を確立したこと等、わが国の技術協力の模範となるものである。今後は地方展開が重要と思われる。

### 3-3-2-5. 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、マラリアと共に、結核が、なお重篤な疾患である。結核患者数は63,000人(人口10万対539、2002年統計)と多く、世界保健機関(World Health Organization: WHO)の結核対策最重点指定国22ヶ国の1つでもある。近年のHIV感染拡大により、結核の爆発的増加が懸念されている。日本は、カンボジア政府の国家結核対策戦略5ヵ年計画(2005までに患者発見率70%、治療率85%達成・維持、DOTS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不備な保健医療インフラや、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、HIV/AIDS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い、感染拡大の原因となっている。上記の結核では、入院結核患者における高いHIV陽性率(30%)も問題となっている。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HIV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等の寄生虫疾患も知られている。コレラ、赤痢、腸チフス、バラチフス、その他の食中毒に加え、B、A、E型肝炎等、消化器系感染症のリスクも高い。新生児を含め破傷風も散見される他、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等、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/H5N1型鳥インフルエンザのヒト感染例が報告された。患者女性は死亡し、その弟も呼吸器症状発症後死亡している。その他の家族や密接な接触者での、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、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、食料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。

#### 4. 紛争とメンタル・ヘルス (Mental Health: 精神保健)

##### 4-1. メンタル・ヘルスとは何か

国際保健医療協力分野におけるメンタル・ヘルス (mental health) とは何を意味するのか。精神医学 (psychiatry) という言葉からは、明確に、専門的な医学の一分野が想定されるのに対し、メンタル・ヘルス (mental health) といった場合は、精神科を専攻する医師が行う特殊な医療行為だけでなく、カウンセラーや、経験のある看護・保健専門家も関与する、やや広い分野も含まれている印象がある。すなわち、どちらかと云えば、医療 (medicine) の範疇ではなく、公衆衛生 (public health) あるいはプライマリ・ヘルス・ケア (primary health care: PHC) としても処理しうる範囲が含まれると考えられるようにみえる。

WHOでは、事務次長が統括する7領域のひとつに、Non-communicable Diseases and Mental Health (非感染性疾患とメンタル・ヘルス)をおき、さらにその中の4部門のひとつに Mental Health and Substance Abuse (メンタル・ヘルスと薬物乱用) をあげている。WHOは、以下の事項をあげている。

- 世界では、常に4億5000万人程度が、精神的 (mental)、神経的 (neurological)、または行動上 (behavioural) 問題を持っている。

- 毎年、87万3000人が自殺する。
- 精神疾患 (mental illness) は、どの国にもあって莫大な負担である。この障害を持つ人々は、しばしば社会の中で阻害され不毛の人生を送り、死亡率も高い。このような状態は経済的また社会的停滞の原因でもある。
- 保健医療サービスを利用する人の4分の1は、少なくとも、ひとつの精神的 (mental)、神経的 (neurological) または行動的 (behavioural) 問題を抱えているが、適切に診断も治療もなされていない。
- 癌、心血管疾患、糖尿病、HIV/AIDSのような慢性疾患は、精神疾患 (mental illnesses) によって悪化したり、また、精神疾患を悪化させたりする。対応されなければ、不健康な行為に走り、処方を守らず、免疫能が低下し、予後不良となる。
- どんな障害にも、対費用効果のある治療法があり、正しく使えば、患者のほとんどが社会的に機能を取り戻せる。
- 効果的に治療できないのは、精神疾患 (mental illness) 問題の重大さが認識されておらず、その治療効果が理解されていないためである。政策決定者も保険会社も、健康政策も労働政策も、さらに一般の人々も、身体的 (physical) 問題と精神的 (mental) 問題を差別している。
- ほとんどの中低開発国では、精神保健 (mental health) に割かれている保健予算は、せいぜい、1%以下にすぎない。したがって、精神保健 (mental health) に関する政策も、地域のケア施設も、精神疾患 (mental illness) を持つ人が受けるべき優先順位を与えられていない。

有名な内科学教科書「Harrison's Principles of Internal Medicine 15版 (2001 McGraw-Hill)」では、遺伝性疾患、栄養、腫瘍・血液疾患、感染症、循環器疾患、呼吸器疾患、腎・泌尿器疾患、消化器疾患、免疫系・結合組織・関節疾患、内分泌・代謝疾患、環境・職業上の有害因子とならんで、「精神障害 (neurological disorders)」が上げられている。その中は、i 神経疾患の診断、ii 中枢神経疾患、iii 神経筋の障害、iv 慢性疲労症候群、v 精神障害 (psychiatric disorder)、vi アルコール依存症と薬物依存症となっている。i は診断技術であり、ii、iii は器質的疾患、iv は器質的かつ機能的障害、そして v の精神障害は機能的疾患と考えられる。

以下に述べるように、医学的には精神疾患の定義はあるが、精神医学の専門家以外が関与することの多い国際保健分野では、精神障害、精