

亡の 99%が開発途上国に集中しているが、保健医療システムの不備、HIV/AIDS の重感染、そして結核菌の薬剤耐性化が、途上国での結核対策を一層困難なものにしている。

現在、特に途上国での効果的な結核治療プログラムとして、直接監視下療法 (Directly Observed Treatment, Short-course: DOTS) がある¹⁾。これは、患者が抗結核薬を服薬するのを保健センター職員などのヘルスワーカーが毎日直接確認し、患者が治癒するまでの経過のモニタリングと、患者への助言などを行うものである。これにより、結核患者の治療からの脱落や結核菌の多剤耐性化を防ぐことを目指している。

カンボディアには、2003 年において推計 79,000 人 (人口 10 万人当たり 585 人) の結核感染者が存在し、WHO により、結核対策最重点国の 1 つに指定されている⁷⁾。1994 年に DOTS が導入され、2001 年には、National Health Strategic Plan for Tuberculosis が策定された。その中で保健省は、WHO の掲げる目標である「患者発見率 70%、治癒率 85%」を 2005 年までに達成・維持することを目標とし、DOTS 戦略のさらなる強化を目指している²⁾。

現在、患者が毎日保健センターを訪れて抗結核薬の服用をする、外来通院での DOTS (Ambulatory DOTS) と、重症患者に対して、施設に入院させて行う DOTS (Hospitalization DOTS) が行われているほか、一部の地域では、コミュニティのリーダーや患者家族に服薬監視をさせる、Community DOTS が行われている。復興が進むにつれ、診断・治療の機会のあまりなかった住民の発見が徐々に増え、治療プログラムに登録されるようになってきている。

2) 現地調査結果

港湾都市 Sihanoukville 市を中心とする Sihanoukville 保健行政地区は、Phnom Penh から南東へ約 200 km のところにある、人口 169,000 人の地区である。地区内には 9 つの保健センターと 1 つの地区病院がある。今回、このうち 37,000 人の人口をカバーする Sihanoukville 保健センターと、隣接する Sihanoukville 地区病院を訪問した。

訪問時、Sihanoukville 保健センターでは、外来通院 DOTS プログラムに約 30 人の結核患者が登録され、毎朝抗結核薬の内服治療を行っていた。またこのセンターでは、職員が携帯電話を利用して地域のコミュニティリーダーに指示をしたり、患者から直接相談を受けたりするサービスの提供を試行していた。さらに、自宅で治療を続ける Community DOTS 患者を訪問し、生活指導なども行っていた。

この地区で、Community DOTS に登録され治療を受けている患者の多くは、貧困層の住民であった。通院での DOTS に参加できない理由としては、保健センターまでの交通手段がないこと、患者 (特に HIV との重感染者) であることに対する羞恥心や地域内での差別に対する恐怖、さらに低栄養や HIV 重感染等により体力の消耗が激しく通院が困難であること等が挙げられた。

保健センターの職員に同行して、貧困層の患者の居住する地区を訪問した。ある 30 歳代の女性患者は、HIV 感染に結核を合併し、一時期歩行もできないほど衰弱していたが、DOTS を受けたところ、住居の外まで歩くことができるまでに回復した。この家庭では、夫が監視者となり、自宅での DOTS を行っていた。別の集落では、過去に結核で家族を失った男性が集落内での服薬監視者となって、DOTS を行っていた。

DOTS 期間中、結核患者には、世界食糧計画 (World Food Programme: WFP) が提供する食糧援助プログラムにより、一定量の穀類等が支給される。しかし、この食糧援助も、DOTS 期間終了とともに打ち切られてしまう。そのため、特に HIV 重感染者の場合、感染による極度の消耗により、たとえ結核が治癒したとしても、体力の回復が十分でないため就労できるまでは至らず、再び結核やほかの感染症に罹患する場合も多い。

保健センターに隣接する病院には約 30 床の結核病棟があり、重症の結核患者が収容され、治療を受けていた。入院患者における HIV 陽性率は約 30%と高く、DOTS による結核の治療後、いったん退院しても、短期間のうちに結核に再感染する例も多い。このように HIV 感染増加は、結核のような他の感染症対策にも、大きなインパクトを与えていた。

3. 紛争と感染症対策との関わり

(1) カンボディアにおける感染症対策の問題点

感染の成立には、(a) 病原微生物の特性、(b) 抵抗力や個人の行動様式などの宿主側の特性、そ

して(c) 劣悪な衛生状態などの環境要因が深く関っており、感染症対策を行う上で、これらの諸要因に対する検討と対策が重要なことは、いうまでもない。しかし、現在のカンボディアにおける感染症対策上の問題点を考える場合、上記の生物学的要因だけでなく、(d) 多くの開発途上国に共通して存在する貧困等の社会問題、(e) 1970年代～80年代の紛争によって引き起こされた問題、さらに(f) 現在も残る地域格差やジェンダーの問題、(g) 急速なグローバリゼーションの進行に伴う問題等、社会的経済的背景に由来する諸要因を考慮しなければならない。これらの要因は、それぞれが複雑に関わり合い、紛争等の社会情勢にも強く関連しながら、時代とともに大きく変化している。

以下、マラリアと結核の、それぞれの対策上の問題点を、歴史的経緯に沿って概観・分析し、今後取り組むべき課題について考察する。

(2) マラリア対策

1) 歴史的経緯 (図1参照)

カンボディアでは、1970年の内戦勃発以前には、WHO等の国際機関の協力下に、感染症対策が国家事業として行われていた。1950年代初めに、一部の流行地において、国家プログラムとしてのマラリア対策が始まり、流行の実態調査と薬物治療、後には媒介蚊対策としてのDDT散布などが行われた。また、海外研修を含めた専門家の育成、政府や国際機関からの資金・物資・技術提供などにより、1960年代には、活動を全国に展開していった。この結果、マラリアによる死者数は減少し、かなり効果があったといわれている。

ところが1970年に内戦が勃発すると、マラリア対策は、大都市周辺の数カ所の避難民キャンプにおける治療活動に縮小され、その後の75～78年のポル・ポト支配時には、その活動をほぼ完全に中断することになった。この間、国民の栄養状態の悪化、医療施設受診の制限、衛生環境の悪化に加えて、マラリア非流行地に居住していた国民が強制移住政策によって森林地帯へ入植した結果、新たなマラリア流行をもたらした。このように、感染症対策においては、大きな後退を強いられた時期であった。またこの期間には、知識階級に対する大規模な虐殺が行われ、保健医療専門家の数が激減したため、その後の感染症対策の整備と全国展開を困難にさせた。

1979年のポル・ポト政権崩壊の後、親ヴィエトナムのヘン・サムリン政権が発足した。マラリア対策に関しては、1980年、保健省によってその活動計画が打ち出され、国家プログラムが再開されたが、1991年のパリ和平協定までの間、国内は依然内戦状態にあり、都市周辺など一部の地域での活動にとどまっていた。また、資金援助や技術協力も、WHOや、ヴィエトナムの感染症対策NGOなど、少数の機関・団体からのものに限られており、人的資源の不足とあいまって活動の展開を困難にしていた。1984年にCNMが発足し、媒介蚊対策、薬剤耐性調査が行われるようになったものの、1989年までの間、森林伐採や国境の警備、ポル・ポト派残党勢力の排斥を目的とした強制労働・移住政策が行われた影響もあり、各地でマラリアの流行が繰り返される結果となった。

1991年のパリ和平協定の後、国際社会からの支援が本格化し、また、WHOやアメリカ国際開発庁(USAID)などの技術・資金協力の下でマラリア治療のガイドラインが作成され、蚊帳の配布も始まった。特に蚊帳の普及は、マラリアの感染予防として大きな成果をあげており、現在は、1990年前半と比べ、新規マラリア感染者数・感染率・死者数とも約半分にまで減少している。2002年現在、感染リスク人口の約35%に蚊帳が配布されている。紛争終結から10余年が経過した現在、1960年代に行われていたような全国的なマラリア対策がようやく軌道に乗り、また、蚊帳の使用など、効果的な感染予防策が導入されたことによって、マラリアがかなり効果的にコントロールされるようになったといえる。

2) マラリア対策の課題

今回の現地調査結果から、現在のカンボディアでのマラリアの特徴と、その対策におけるいくつかの問題点が明らかとなった。

第一に、人口の移動による感染の機会の増加が挙げられる³⁾。1980年代までの強制移住に代わり、現在カンボディアでは、林業・採掘業に従事するために、これまでマラリア感染のリスクが少なかった者による、媒介蚊の生息する森林地帯への自由な入植が増えている。その結果、マラリアの小流行が繰り返されている。入植者の多くは貧困層に属し、マラリア感染に対する意識が低く、感染予防の知識も少ないことが多い。蚊帳の使用は比較的普及してきているものの、風通し

が悪くなるという理由で使用しない例もある。蚊帳を使用できない状況にある野営者は、感染の危険に対してなんら手段をとらない場合も多い。また、彼らがマラリアに感染しても、経済的理由で仕事を休めない、移送手段がない等の理由により、医療機関を受診できない、あるいは受診が遅れることも多い。さらに、栄養状態も十分とはいえず、特に女性の場合、重度の貧血により、全身状態の悪化を招く危険が高い⁴⁾。

第二に、医療機関を受診が困難なこれらの患者が、ともすると害をもたらす治療法を選択し、それに伴うマラリア原虫の薬剤耐性化等、様々な弊害を招く危険があることである。経済的・物理的理由により医療機関を受診できない患者は、民間治療者や薬局から入手した市販の抗マラリア薬の服用を選択する場合があるが、これらの市販薬の使用は、服薬の自己中断などの不十分な治療による疾患の再燃と長期化のみならず、原虫の薬剤耐性化を引き起こす原因になっている。市販薬の中には、有効成分の含有量が少ないものや、全く含んでいない、いわゆる偽薬もあるといわれ、保健行政としても、薬剤の品質管理が最重要課題の1つである⁵⁾。

これらの事実からも、カンボディアにおけるこれからのマラリア対策として、適切な診断と治療の提供、地域住民に対するマラリアに関する知識の教育のほか、抗マラリア薬の品質管理と安定した供給システムの確立、さらに薬剤耐性調査などを継続的に行っていく必要がある。

(3) 結核対策

1) 歴史的経緯

結核に関しては、1980年以前の記録がほとんどないため、実態は不明である。しかし、強制労働時の集団生活、低栄養などの劣悪な衛生環境、および医療サービスの欠如などにより、紛争中、結核も広く蔓延していたと考えられる。その反面、中途半端な治療すらなかったために、他の諸国に見られるような結核菌の薬剤耐性の発生は、比較的強く抑えられていたとの指摘もある。

カンボディアでの結核対策は、国家プログラムとして1980年に始まった。しかし、開始当時は、結核病棟における長期療養に主眼が置かれており、また、マラリア対策と同様、内戦下で海外からの援助も不足していたため、プログラムの普及はあまり進まなかった。

1991年のパリ和平協定調印以降、国際機関や海外のNGOによる援助に加え、二国間の政府開発援助が始まり、保健医療システムの復旧・復興が本格化した。1994年にDOTSが導入されたが、保健センター等の末梢レベルでの人材が不足していたこともあり、当初は患者を入院させて行うHospitalization DOTSのみであった。1996年に制定されたNational Health Coverage Planを受けて、保健医療施設の再編と充実が図られ、1999年に、国内9カ所のモデル郡の保健センターで外来通院DOTSが開始された。その後、外来通院DOTSによる結核の治癒率が85%を超えるなどの良好な結果を受け、徐々に外来通院DOTSの提供を全国の保健センターに拡大している。2003年末には全国946の保健センターのうち約700カ所でDOTSが行われており、2005年までには全ての保健センターでの提供を目指している²⁾。

2) 結核対策施行の障害となる要因

現在、罹患部位、重症度に応じて、結核に対する投薬スケジュールは様々である。通常の新規肺結核患者に対して用いられる4剤(Rifampicin, Isoniazid, Pyrazinamid, Ethambutol)の併用により、カンボディアでの肺結核患者の治癒率は90%前後と高い数値で推移しており、WHOが目標として掲げる85%をクリアしている⁶⁾。しかし、患者の発見率は依然として50%台に留まっており、目標とする70%には程遠いのが現状である⁷⁾。カンボディアにおけるDOTS戦略のさらなる拡大に対し大きな障害となっているものとして、次の事柄が挙げられ、これらに対する対策を同時に進めていく必要がある⁷⁾。

- (a) DOTSへの物理的アクセスの悪さ：結核患者がDOTSを受けるためには、医療施設を受診して結核の診断を受けなければならないが、保健センターまでの距離が遠く交通手段がない、道路の整備がなされていない等の理由により、受診機会を失っている住民が多く存在する。
- (b) 地域住民の意識の低さ：住民側に、結核に関する知識が不足している。また、一部に「結核は男性の病気」という誤った認識が存在し、特に女性患者において、結核の症状があってもなかなか受診しないという状況が存在する。
- (c) 人的資源の不足：DOTS戦略を急速に推進しているのに対して、保健センター等末梢レベルにおける人材や、検査技師、DOTS監視者が不足している。また、保健医療技術職員に対する待

が十分整備されていないうえ、施設内で患者から結核や HIV などの感染を受ける危険に対して、十分な補償もされていない。

WHO は、途上国における結核対策の目標達成を阻む要因として、上記 3 項目のほか、保健医療行政の急速な地方分権化による弊害を挙げている⁷⁾。多くの結核流行国では、保健医療行政の機能と権限をより末梢のレベルへ委譲した結果、感染症対策に関する予算配分の減少や人材の不足等を来し、結核対策活動が十分に機能しなくなった。しかし、カンボディアの場合、保健医療機関の再編成により、一部で実施されている地域共同体での DOTS をはじめ、より細かな結核対策の施行が可能になっており、地方分権化の有効性が指摘されている⁷⁾。

3) HIV/AIDS の影響

カンボディアは、2002 年推計で 15-49 歳人口の HIV 感染率が 2.6% に達し、アジア諸国では最も高い。総感染者数は 160,000 人に上る⁸⁾。1990 年代前半に初めて国内で HIV 患者が報告されて以来、特に高い感染率であった性産業従事者に対しては、コンドーム使用を励行するなどの HIV 感染予防プログラムが精力的に行われた。その結果、性産業従事者の感染率が低下した等、一定の成果をあげている。現在、新規 HIV 感染の経路として、母子感染の割合が増加しており、この対策が課題である⁸⁾。

カンボディアにおける結核患者の HIV 陽性率は年々上昇しており、1995 年のそれは 2.5%、1999 年は 7.9%、2002 年は 8.4% に上っている^{8) 9)}。前述したように、結核と HIV の重感染は、特に栄養状態の悪い貧困者にとって二重の負担となっている。これら重感染者においては、感染による消耗と感染の事実に対する羞恥心等により、医療機関を受診しないことによる低い患者発見率、さらに免疫不全に伴う結核の再発・再燃による治療率の低下を招いている。結核感染の長期化は、結核菌の薬剤耐性化にもつながり、地域における疾病管理を困難なものにする可能性がある。

4) 結核対策における課題

マラリアの場合と同様、結核対策においても、診断・治療 (DOTS) へのアクセスの整備が重要であり、そのためには、結核対策を、単に感染症の対策としてだけでなく、交通網や居住環境の整備など、社会基盤の整備と同調して進めるべきである。

Sihanoukville 保健センターで行われていた、携帯電話を利用した地域共同体での DOTS の支援サービスの試みは、保健センターとの距離の問題を解消し、知識の伝達、地域リーダーの育成などに役立つ可能性を有しており、アクセスの悪さや人材不足等に対する強力な武器の 1 つになると考えられる。

4. 考察

(1) 感染症対策における地域格差

カンボディアにおけるマラリアは、主にタイ、ヴィエトナム、ラオスとの国境近くの森林地帯での流行が問題になっている。これらの地域では、人口 1,000 人あたりの罹患率が 92 人と、カンボディアの全国平均の約 25 倍にも達している。マラリアの地理的分布は、媒介蚊の分布と関連しているため、単純な数字の比較で感染症対策の地域格差を判断することはできない。しかし、一般にこれらの辺境地では道路交通網の整備が極めて不十分であり、そのため、薬剤などの資材の供給が遅れ、患者が医療機関を受診する機会も少なくなり、治療の遅れから結果的に患者が重症化していることも考えられる。

(2) 貧困問題とその対策

ボル・ポト時代には、強制移住による人口の移動がマラリア流行の一因となったのに対して、現在は職を求めて森林地帯へ入植する者が増加し、マラリア感染のリスクを増加させている。また、人口の密集による都市のスラム化は、劣悪な衛生環境と相まって、結核等の感染症流行の原因になっている。カンボディアにおけるマラリア・結核は、森林地帯や都市スラムへの移動をせざるを得ない貧困層の住民の問題である。低所得、低栄養、劣悪な住環境、知識取得の機会の欠如など、貧困者が社会生活を送る上で抱えている多数の問題があるため、感染症対策を行う上でも、背景要因に対する十分な配慮が必要となる³⁾。

(3) 感染症対策における女性の役割

一般に、健康に対する女性の関心・意識は男性より高く、マラリアの感染予防手段である蚊帳の使用等、健康に対する投資に関して、女性は男性より積極的であるとの報告がある⁴⁾。その一方で、特に開発途上国においては、家庭内での女性の意思決定権が確立されておらず、経済力も低いため、これらの感染対策行動をとることができない。また、女性は男性と比べて医療施設への受診の機会が少なく、結果的に治療開始が遅れやすい。また、市販薬による不十分な治療しか受けられない例も男性より多い。さらに、家族内で患者が発生した場合、女性が看病に当たることが多いため、患者との濃厚な接触により、結核等に感染してしまうことも多い⁴⁾。

妊婦においては、一般人口と比べて、マラリア感染リスクが4倍、マラリアによる死亡が2倍の高率であると報告されている。さらに妊婦は、貧血のほか、母体のマラリア感染による死産、早産、低出生体重児の発生のリスクが高いため、一部の地域では、妊婦への感染予防として蚊帳を優先して配布したり、抗マラリア薬の予防内服を勧めたりするところもある⁴⁾。

カンボディアにおける女性のマラリア感染の状況については、十分な資料がないが、特別に妊婦に対する対策として行われているものはない。多くの女性が貧血状態にあることを考慮すると、カンボディアにおいても女性のマラリアはより重篤になりやすいと推測される。女性の感染状況の実態を調査して、適切な対策をとることが必要である。

(4) 対策プログラム間の調整

カンボディアでは、これまで国際機関の援助や二国間政府援助、そして多くの海外 NGO の協力の下、多数の感染症対策プログラムが導入されてきた。それらの多くは「マラリア対策」や「HIV/AIDS 対策」など、特定の感染症に対する中央集権型の縦割りプロジェクトが主体であった。

しかし、結核と HIV との重感染の問題に代表されるように、単一の感染症に対する対策には限界がある。今後の感染症対策に求められるものは、医療機関へのアクセスの改善や、住民の貧困問題の解決など、他の関連分野の開発と同調させ、限られた資材をいかに分配・投入し、効果的な対策を施行するかであろう。そのためには、これらのプロジェクトの役割の調整を行い、国としての対策を標準化する必要がある。

(5) 経済開発と国際化の進展

カンボディアでは、長期間に及んだ紛争により、経済開発は停滞し、社会構造や住民の生活環境も荒廃した。紛争が終結し国際社会に復帰した 1990 年代以降、先進国や国際機関からの支援を得て、復旧・復興が推進された。1999 年には東南アジア諸国連合 (ASEAN) に正式加盟し、地域経済・世界経済に組み込まれての経済開発を進めている。

その間に紆余曲折はあったものの、カンボディアにおいて、紛争終結後、一貫して復興から開発への過程が継続されてきたことは、高く評価できる。しかし、一部において、偏った資源の投入や整備により、地域や社会階層間の格差がむしろ拡大したのも事実である。その結果、前述したように、地方や都市の貧困層に感染症が拡大し、対策を困難にしている。

さらに、近年の交通網の発達により、人も物資も大量に長距離を移動することが可能となった。そのため、感染症流行の拡大のみならず、薬剤耐性病原体を拡散させる危険も高くなった。

急速に進むグローバル化の中においては、単一国家内で感染症対策を完結させるのは不可能である。今後、国際機関等の協力の下、東南アジア地域全体、また、世界全体として、感染症対策を考えていく必要がある。

5. おわりに

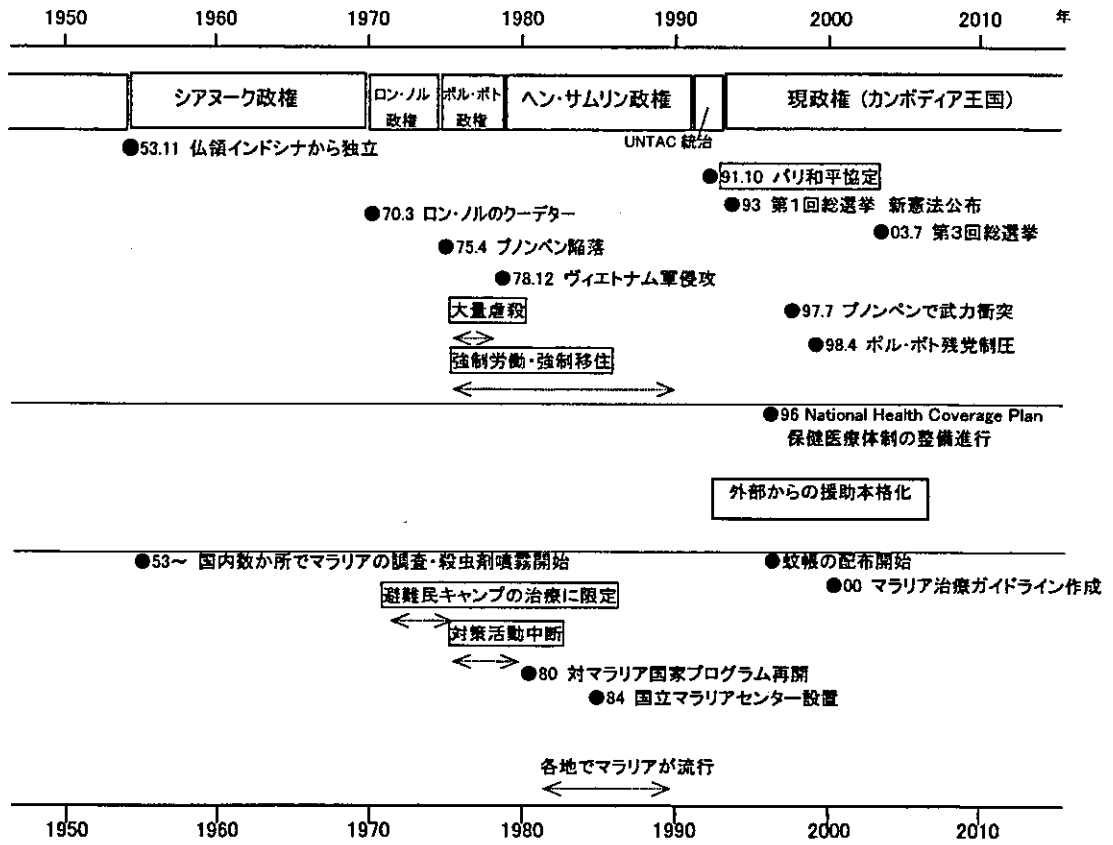
カンボディアでは、1970 年から約 20 年の長期に及んだ内戦・紛争により、保健医療システムが崩壊した。社会基盤全般の荒廃と大量虐殺による人的資源の喪失は、復旧・復興期における感染症対策が十分機能するまでに長い期間を要する結果となった。1990 年代以降、国際社会からの援助の本格化により、保健医療体制の再建とともに感染症対策も徐々に成果を挙げ始めている。しかし、HIV/AIDS の増加、脆弱な社会基盤、貧困層の拡大等により、感染症対策にはなお多くの課題が残されている。今後は、これらの社会基盤整備に対する開発支援と同調させて、人材の養

成、医療資源の流通と適正配置、対策技術・知識の共有などを進めながら、感染症への対策を実施する必要がある。

文献

- 1) World Health Organization: Treatment of tuberculosis: Guidelines for National Programmes, 2003
- 2) Cambodia coordinating committee for the Global Fund to fight AIDS, TB and malaria: National Health Strategic Plan for Tuberculosis Control 2001-2005, 2002
- 3) Bates I, Fenton C, Gruber J, et al.: Vulnerability to malaria, tuberculosis, and HIV/AIDS infection and disease. Part II: determinants operating at environmental and institutional level, *The Lancet Infectious Diseases*, 4(6): 368-375, 2004
- 4) Bates I, Fenton C, Gruber J, et al.: Vulnerability to malaria, tuberculosis, and HIV/AIDS infection and disease. Part I: determinants operating at individual and household level, *The Lancet Infectious Diseases*, 4(5): 267-277, 2004
- 5) Newton P, Proux S, Green M, et al.: Fake artesunate in southeast Asia, *Lancet*, 357(9272):1948-1950, 2001
- 6) Kingdom of Cambodia Ministry of Health: Tuberculosis Report 2000, 2000
- 7) World Health Organization: Cambodia, in WHO Report 2003: Global tuberculosis control, surveillance, planning, financing, 2003
- 8) Cambodia HIV/AIDS Strategic Plan 2002-2005, United States Agency for International Development, 2004

図1: カンボディアの社会状況とマラリア対策の推移



カンボディアにおける障害者の状況

名古屋大学大学院医学系研究科 博士課程
吉崎 基弥

I. はじめに

カンボディアは、フランスの植民地支配から 1953 年に独立を果たしたが、1970 年代以降、内戦が続き、その間の死者は数百万人におよんだ。1991 年 10 月に内戦が終結し、UNTAC (United Nations Transitional Authority in Cambodia) による平和維持活動を経て、1993 年に総選挙が実施され、その後比較的順調に復興が進められている。しかし、長期間続いた内戦によって、多くの人々が死亡したり心身に障害を持つようになったりした。紛争終結後 10 年以上経た現在でも地雷や不発弾の犠牲となる人がいるうえ、交通事故も増加しており、身体に障害を持つ人々は少なくないが、支援が十分に届いていないことも多い。障害者は、社会的に弱い立場に置かれ、保健医療のみならず教育・生活等の複数の側面から支援を必要としている。本報告では、カンボディアの身体障害者の現状や、支援の状況などについての調査結果をまとめた。

II. 方法

2004年12月12日から26日にかけて、現地調査を行ない、社会福祉省(Ministry of Social Affairs, Labor and Veterans Affair)、保健省、教育省、障害者支援を専門とするNGO であるCambodia Trust、National Center of Disabled Persons (NCDP)、Handicap International、そしてNGO調整組織である Disability Action Cambodia (DAC)、MEDICAM を訪問し、関係者から説明を聞き、文献・資料を収集した。また、国立リハビリテーションセンター、タケオ州リハビリテーションセンター、プノンペン郊外でのCambodia Trust のコミュニティ活動を訪問し、活動状況を観察した。

III. 結果

1. 身体障害者の現状

カンボディアでは障害者人口に関する全国的な調査は行われていないが、人口の約 2~3%が障害者人口と推計されている。地雷による被害者については、他の障害に比べて明確な報告があり、20 年間で約 5 万人にのぼる^{1,2)}。

国際 NGO の報告によると、身体障害の原因としては、地雷・不発弾による事故、交通事故、感染症等が多いとのことである³⁾。地雷による被害は年々減少しているが、交通事故による四肢麻痺、対麻痺、頭部外傷等が増加している。オートバイが増加し交通事情は急速に変化しているのに、シートベルトやヘルメットを着用する習慣が定着しておらず、被害がさらに大きくなっている。高所からの転落による半身不随の例も多い。特に、農民が椰子の実の収穫作業中、10メートル近い木から転落して脊髄を損傷する事故が増えている。しかし、命綱の着用等の予防措置は取られていない。感染症に関しては、ハンセン氏病による患者が多く報告されている。ポリオは、1997 年以降報告されていないが、過去にポリオやその他の感染症によって障害者となったと考えられる例は多い。

2. 障害者支援の状況

カンボディアでは、内戦中に敷設された地雷による被害が深刻であったことから、国際NGOによる身体障害者への支援が活発に行われた。1990年代から、Handicap International、Veterans International、Cambodia TrustなどのNGOが、義肢のような補装具供給やリハビリテーションに関する活動を行いはじめた。また国際赤十字委員会が、全国的な資材供給や、補装具の規格統一を行った。

支援活動は、個々のNGOによる小規模活動から始まったが、それらが次第に政策的に統括され

るようになった。1995年、社会福祉省はNGO35団体との協働を宣言し、この35団体を障害者支援の実施機関として認定し、事業企画を行う作業部会を設置した⁴⁾。

1995年には、アドボカシー活動を担うNational Center of Disabled Persons (NCDP)も設置された。NCDPは、社会福祉省次官を長とし、障害者の職業研修や雇用に関する施策の展開、国際NGO撤退後の体制作り、コミュニティ・ベースド・リハビリテーション (Community-based Rehabilitation: CBR)に関する取組みを行っている。また、各障害者の技能等の情報をデータベースに登録し、人材紹介事業を展開している。このNCDPと、障害者の当事者団体であるCambodian Disabled People's Organization (CDPO)は、国際連合アジア太平洋経済社会委員会 (United Nations Economic and Social Commission for Asia and Pacific: UN-ESCAP)の下部組織であるDisabled Peoples' International (DPI)とも深い関わりを持っている。

1997年には、調整機関としてDisability Action Council (DAC)が設置され、政府・NGO等関連組織の間の連絡調整が始められた。NGOはそれぞれ活動地域を分担しており、DACは地域間の情報交換の役割を担っている。NGOと社会福祉省は、コミュニティ活動、義肢装具、視覚障害対策、職業・技能訓練等を障害者支援の課題として取り上げ、分科委員会を結成して施策を検討している。リハビリテーションなど実際的な支援活動はNGOが中心となり、調整や啓発などの側面からの支援を政府外郭団体が担当している⁵⁾。カンボディアで活動している主なNGOを表1に示した。

3. 地雷被害の状況

1960年代後半から1980年代にかけて、カンボディア各地に無数の対人地雷が敷設された。K5障壁帯と呼ばれる、南西部沿岸からタイ国境を経てラオス国境に至るベトコンの物資補給ルートには、補給路を防衛するための埋設型地雷が数多く敷設された。この補給路を遮断する目的で、アメリカ軍も空中散布型の対人地雷を敷設した。また北部には、1979年のベトナム軍侵攻の際、追い詰められたポル・ポト派のタイ国境付近からの再度南進を防ぐ目的で、ベトナム軍が大量の対人地雷を敷設した。一方、各国道沿いには、ポル・ポト派が1970年代に敷設した地雷も残っている⁶⁾。ポル・ポト派は避難民化した人々への収奪を繰り返し、その人々の移動を阻止する目的で、各地の避難民キャンプ周囲にも多くの地雷原を作り上げた。移動の阻止だけでなく、経済活動を妨害する目的で、意図的に肥沃な農耕地に散布された対人地雷も多い⁷⁾。

対人地雷は、抹殺ではなく重傷を負わせ戦闘能力を奪うことを目的とするため、地雷の犠牲者の多くは被害後も障害者として生き残っている。カンボディア国民の236人に1人が地雷の被害を受けたと言われている⁸⁾。1990年初頭までは、地雷被害の大半は軍関係者にとどまっていた⁹⁾。しかし和平合意後、北部3州(バタンバン、シエムリエップ、バンタンメンチエイ)に住民が帰還すると、次第に一般住民の被害が増えはじめた。

この他に、全国各地の村落や畑等の生活圏に、多数の不発弾が未処理のまま残されている。不発弾は意図的に設置されたものではないため、危険な地域を特定することが困難で、現在も撤去作業が続けられている。

地雷と不発弾による死傷者数は、1979年～2000年の21年間で50,915人(内死亡者13,686人)にのぼる。最も被害が多いのは北部のバタンバン州で、この地域だけで全被害の約4分の1を占めている。被害数は平均して毎月200件程度ということになるが、実際の被害は、耕作期である乾季に集中している¹⁰⁾。生活圏から離れた地域に出向いたり、森林に入ったりした際に地雷被害に遭うケースが28%と最も多く、次いで農作業中の被害が23%を占めている。一方、現在では、軍務中に地雷に接触するケースは1%に過ぎない¹¹⁾。認知されている被害者の多くは男性であり、被害者の47%が、地雷に接触した場所として森林を挙げている。これは男性が開墾をする機会が多く、作業中に何らかの形で森林に放置された地雷に接触したためと考えられている。

不発弾の場合、被害者の58%は故意に接触するか、あるいは撤去作業を行っている最中に被害に遭っている¹¹⁾。被害地点の40%は人々が居住する村落であり、また被害者の多くが子どもである¹²⁾。生活圏に残された不発弾を子どもが触り、被害に遭うというケースが多くなっているようである。

4. 支援活動の現状

(1) 国立リハビリテーションセンター

国立リハビリテーションセンターは1991年に設立され、International Committee of the Order of Malta for Leprosy Relief (CIOMAL)、ROSE Charities Cambodia、Veterans International、難民を助ける会 (Association for Aid and Relief, Japan: AAR-JAPAN) の4 NGOが集まって、リハビリテーション施設群を形成している。各 NGO は役割分担しており、CIOMAL はハンセン病による障害者のリハビリテーション、ROSE Charities Cambodia は眼科と口腔外科、Veterans International は義肢・車椅子製作と身体的リハビリテーション、AAR-JAPAN は職業訓練と外部への車椅子供給を担当している。全職員は154人で、内31人が政府職員である。職種別では、医師21人、看護師14人、作業療法士11人、その他作業員・一般職等が108人である。

来所する患者数は1日約250人で、大半は眼科患者である。眼科患者の多くは女性で、白内障が多い。大規模な施設のため、スパリエンやコンボンチャム等比較的遠方の地域からバスに乗って来る患者も多い。地雷被害者数は暫減しており、近年では交通事故によって四肢に障害を負った10代から20代の男性が増えている。地雷や不発弾による被害を受けた場合、15日から30日間入院する。入院は無料(食事は一部有料)で、付添家族も無料で滞在できるが、長期滞在する患者の大半は貧しい農民であるため、旅費や食費を支払えないこともある。2001年にハンセン病センターが増築され、ハンセン病の長期治療をうける患者が滞在している。訪問時、ハンセン病患者は38人で、その8割が地方村落出身の男性であった。

各 NGO の活動はセンター内だけに留まらず、しばしば医師も出張してコミュニティで手術を行っている。訪問診療プログラムも実施しており、患者の家族からコミュニティ・ヘルスワーカーに相談があった場合には、その依頼を受けて医師が患者宅を訪問することもある。

また、AAR-JAPAN が中心となって、自動車エンジンの修理、ブラウン管修理、裁縫の3種類の職業訓練を行っている。訓練期間はそれぞれ12ヶ月である。エンジン修理とブラウン管修理の講習には男性障害者の参加が多く、裁縫は主に女性が訓練を受けている。訓練期間は半年以上に及び、障害者が都市部で生計を立てていけるよう支援している。ただし、農村部で生計を立てていくために役立つ技術の訓練は少なく、農村部の障害者については、地域のリーダーや雇用者側の理解無くして自立は困難である。国立リハビリテーションセンターでは、技術研鑽のための追加研修や雇用の提供は行っていない。

プノンペンには、障害者に対応する施設として、国立リハビリテーションセンターのほかに、理学療法を行うプラー・シアヌーク病院、カルメット病院等がある。

(2) 首都近郊貧困地区におけるコミュニティ活動

プノンペン南西部に、主に漁業で生計を立てているチャム族を中心としたイスラム系住民の集落がある。所得水準は低く、居住地域の衛生環境も劣悪である。病気になっても医療施設を受診できず、薬を買ったり伝統的療法を受けたりすることが多く、プライマリ・ヘルス・ケアに対するアクセスすら確保されていない状況にある。

Cambodia Trust は、この集落到に住む身体障害児の支援を行っている。我々の訪問時には、下肢に障害のある10歳前後の女兒3名に対して車椅子や松葉杖の供与やカウンセリングを行っていた。担当者は定期的にこの地域を巡回しているため、女兒らの状況を詳細に把握していた。小学生の時に障害者となった女兒は、貧しさのため小学校を中退して魚網編みの内職をして家計を支えている。別の女兒は、供与された車椅子を使い、舞踊教室に参加しているとのことであった。

(3) タケオ州リハビリテーションセンター

タケオ州には Handicap International Belgium が運営するリハビリテーションセンターがある。Handicap International Belgium は、タケオの他シエムリエップでもリハビリテーションセンターを運営しており、いずれも社会福祉省の管轄下ということになっているが、実質的には Handicap International Belgium が主体的に運営している。身体障害者を対象として、義肢や車椅子の作成、理学療法等のリハビリテーションの他、所得創出への取組や、行政が確認できていない障害者の調査も行っている。2004年に4人のヘルスワーカーが障害者の調査を行った際には、内反足、四肢切断、脊髄損傷等の障害を負った40人が新たに見つかった。現在、その40人(内約3割が女性)を対象にリハビリテーションが行われている。

リハビリテーションセンターから徒歩 5 分ほどのところに、タケオ州立病院がある。この病院は、スイス赤十字の協力のもと 1996 年に建設された。1997 年には周辺地域各世帯の家計状況について訪問調査を行い、貧困度を評価するとともに、障害者についての調査も行ったという。しかし現在、リハビリテーションセンターとの連携は、治療後にリハビリテーション等が必要な患者を紹介する程度に留まっている。

IV. 考察

障害に関する国際的な分類としては、これまで、世界保健機関 (WHO) が 1980 年に発表した国際障害分類 (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps: ICDH) や、アメリカ精神医学会が作成した精神疾患診断統計基準第四版である Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder-IV (DSM-IV) が用いられることが多かった。WHO は、2001 年の第 54 回総会において ICDH を大幅に改訂し、障害分類のグローバルスタンダードとして、国際生活機能分類 (International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF) を発表した。ICF において障害は、「心身機能・身体構造」・「活動」・「参加」の三大要素に大別され、さらに約 1,500 項目に細分化されている。たとえば、従来の理解では、地雷被害者に関しては身体的障害に対する治療やリハビリテーションを行うことが障害者対策であるとされてきた。しかし、ICF には、障害者に対するケアとして、身体機能的問題のみならず、社会参加の機会を構築することも含まれている。この考え方の延長として、近年世界各地で積極的に取り組まれるようになった、コミュニティ・ベースド・リハビリテーション (CBR) が位置づけられる。CBR は、リハビリテーションと社会参加に関する取組を総合的に行う活動であり、地域で手に入る資源を用い、障害者本人、家族、地域住民の協力を通じて、支え合いや自然な社会参加を実現することを目的としている。

カンボディアでは、政府・国際 NGO とも ICF を使用しており、形式的に身体障害と知的障害は分化して取り扱われている¹⁾。社会福祉省と NGO は、コミュニティへの啓発活動を通じて、障害者の社会参加の拡大をすすめようとしているが、その活動規模は小さい。ICF が掲げる障害の三大要素に対し、総合的に取り組むための資金・人材が不足していて、活動内容を絞り込まざるを得ないのが現状である。

カンボディアでの障害者支援は、現在も国際 NGO が中心となっている。地雷による被害が目目され、1980 年代以降、多くの国際 NGO が義肢製作やリハビリテーション等の支援を続けてきた。そのため、身体機能、特に肢体不自由に対する支援体制は比較的整ってきつつあるが、地域的には偏っているようである。また、注目が集まらなかったその他の障害については、基本的な情報も十分でなく、感覚障害や知的障害等に対する支援体制は不十分なままである。

現状では、系統的調査に基づいて必要な支援を計画し提供しているわけではなく、NGO が一部地域でニーズを発見して対応しているに留まっている。すなわち、調査結果や障害者自身の要望をベースとしてサービスが企画・提供されるのではなく、国際 NGO などの方針のもとに対策がすすめられているのが現状である。従って、施策だけが各地でばらばらに展開されており、全国的には、どこにどれだけ障害者がいるか、実態は分かっていない。行政は、実際には、NGO の活動を公認する以上の政策を行っておらず、今後、国際 NGO が活動規模を削減していく場合の戦略も立てられていない。

幅広い支援が十分に行われていれば、自ら施設を訪れる障害者も増えるが、現在のところは、支援対象外の障害を持つ人々の実態を把握することは非常に難しい。また、女性や貧困者は、自分で施設を訪れるのが困難なことも想定される。リハビリテーションセンターに来所するのは、圧倒的に男性が多い。それは女性に比べて屋外での活動が多く、障害者となる機会が多いためとされていた。しかし、女性障害者が本当に少ないのではなく、家庭やコミュニティにおける優先度が男性に比して低いため、リハビリテーションを受ける機会を失っている可能性もある。国立リハビリテーションセンターのハンセン氏病棟でも、本来発病には性差が無いはずであるが、患者の大半が男性であった。またチャム族のように、貧しい人々の中には、情報不足からサービスを受ける機会を失っている者もいる可能性がある。すべての障害者に支援を行っていくためには、そうした社会的弱者の存在を考慮しながら、コミュニティに根ざした調査・啓発活動を行っていく必要がある。

障害者支援は、障害者自身や家族の要請に基づいて発展するケースが多く、欧米諸国や日本では、

障害者団体の要望や意見によって、障害者福祉法や特殊教育等の関連諸制度が成立してきた。また、療育相談等に関する全国組織は、母親同士のサークルや連絡会から成長することが多い。とりわけ先天性障害の場合には、最も身近な支援者である母親が、権利や支援の必要性を訴える活動者となりやすい。

一方、カンボディアには障害者問題全体をリードする団体や指導者が存在せず、NGOやUNICEF等の国際機関によってリハビリテーションや特殊教育の導入が進められており、当事者の参加がみられない。CBRへの取組みも、これまでは個別に部分的に行われてきたに過ぎない。この背景には、ポル・ポト政権時代に盲・聾教育の歴史が断ち切れ、自助組織や権利運動の芽も詰まれてしまった経緯がある。補装具を作る技師や理学療法士の育成支援だけでなく、障害者自身と家族の権利意識の向上、指導者の育成、それらに基づく内発的な発展を促していくことが、今後のカンボディアにおける障害者支援にとって重要であろう。

V. おわりに

カンボディアでは、地雷による身体障害者への支援については比較的整備が進んでいるが、地雷による被害の数は減少しつつある。一方で、地雷被害以外の障害者や、先天性の身体障害、知的障害等への支援は立ち遅れており、十分な実態調査もなされていない。また、支援活動は国際NGOを中心とするもので、障害者やその家族の参加があまりない。

カンボディアにおける障害者支援の状況を、先進国の歴史に当てはめて考えるのは、必ずしも適切ではなく、まず特有の状況に目を向ける必要があるだろう。しかし、障害者団体の育成や障害者支援制度の構築の実績を持つ国は多くあり、その経験から学んで支援の方策を考えることは非常に重要である。障害者のニーズに関する最大の情報源は、当事者とその家族である。当事者団体の育成を通じて、最終的には国内のNGOや政府が、当事者団体からニーズを聞き、障害者への支援を行ってゆくことが必要になってくるだろう。

文献

- 1) Lai, H. F.: 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 Persons, Phnom Penh, 1996.
- 2) Hermant, M.: Towards Zero Victims – National Census of the Victims & Survivors of Landmines and Unexploded Ordnance in Cambodia 2001. Handicap International Belgium and the Cambodian Red Cross, Phnom Penh, 2002.
- 3) Plummat, I.: Mine & UXO Casualties in Cambodia: Bi-Annual Report 1998-1999. Handicap International Belgium and the Cambodian Red Cross, Phnom Penh, 2000.
- 4) Suy, S.: 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. MSALVA, Phnom Penh, 1996.
- 5) Disability Action Council: Cambodian Plan of Action for the Disability and Rehabilitation Sector – Working Draft for Comments. Disability Action Council, Phnom Penh, 1999.
- 6) De Walque, D.: The Long-Term Legacy of the Khmer Rouge Period in Cambodia. World Bank Policy Research Working Paper 3446, The World Bank, Washington, DC, 2004.
- 7) Paul, D.: War of the Mines – Cambodia, Landmines and the Impoverishment of a Nation. Pluto Press, 1994.
- 8) Hampson, F.: The Long Shadow – Landmines and the Law of Armed Conflicts. Essex University, Essex, 1995.
- 9) Disability Action Council Secretariat: DAC Strategic Plan 2002-2005 and Beyond. USAID/LWVF, Phnom Penh, 2002.
- 10) Plummat, I.: Mine & UXO Casualties in Cambodia – Mine/UXO Victim Information System 2000. Handicap International Belgium and the Cambodian Red Cross, Phnom Penh, 2002.
- 11) Cambodia Mine/UXO Victim Information System: Monthly Mine/UXO Victim Report February 2004. CMVIS, Phnom Penh, 2004.
- 12) Miles, G.: Child Development Thematic Frameworks – Good Practice for People Working with Children Vol. 2: Community Child Health. TEAR FUND, Phnom Penh 1999.

表1: カンボディアで障害者支援を行っている主なNGO

NGO の名称	活動内容	主な活動地域
Action on Disability and Development	障害者のインクルージョン、所得創出	プノンベン
Aid aux Handicaps du Cambodge	障害者のインクルージョン、所得創出、障害児のグループホーム運営	プノンベン
American Red Cross	地雷被害者への補装具提供、理学療法、理学療法士養成	プノンベン
Association of Medical Doctors of Asia	移動診療所の運営、デイケア、統合教育の推進	プノンベン
Association of the Blind in Cambodia	視覚障害者の実態調査、政策提案、啓発活動、視覚障害者向けの教育活動	プノンベン
Association for Aid and Relief - Japan	リハビリテーション、車椅子製作	プノンベン
Cambodia Trust	リハビリテーション、理学療法士、補装具製作技術者の育成、啓発活動、就学支援、起業支援、補装具・矯正器具・車椅子の製作	プノンベン、カンダール、コンボンチャム、カンボット、シアヌークビル、
Cambodian Association for the Development of Farmers and the Poor	障害者の雇用創出に関する活動、農業支援、健康教育、人権啓発活動	プノンベン
Cambodian Disabled People's Organization	政策提案、啓発活動、手話教育、自助団体の育成	プノンベン
Cambodian War Amputees Rehabilitation Society	職業訓練、補装具のメンテナンス	プノンベン
Center for Child Mental Health	障害の予防、家族カウンセリング、乳幼児ケア、虐待・癲癇・発達遅滞・行動障害に対するケア	カンダール、タクマウ
Children Affected by Mines - International	不発弾の被害児に対するリハビリテーション、教育支援、啓発活動、スポーツなどの余暇活動の支援	バンチャイミンチェイ
Comité Executif International de l'Ordre de Malte pour l'Assistance aux Lepreux	ハンセン氏病予防活動、リハビリテーション、社会活動支援	プノンベン
Handicap International-Belgium	リハビリテーション、社会参加支援	バットンバン、タケオ、シュムリアップ、カンボンサム、バンテイミンチェイ
Handicap International-France	リハビリテーション、HIV/AIDS 予防、統合教育支援、社会参加支援	プノンベン、バットンバン、コンボンチャム、シアヌークビル
Helen Keller International	眼科医療、栄養改善、視覚障害に関する啓発活動	プノンベン
International Committee of the Red Cross	補装具・車椅子の製作、精神障害の基本検査、ポリオ患者に対する医療活動	プノンベン、バットンバン
Jesuit Service - Cambodia	職業訓練、車椅子の提供、就学支援、奨学金の支給	プノンベン
MEDICAM	医療関連情報の集約と提供、保健省-NGO 間の調整、医療関連の啓発活動	プノンベン
National Centre of Disabled Persons	職器用訓練、障害者雇用に関する情報の集約・提供、地域での啓発活動、所得創出支援、奨学金の提供、メディア等による広域啓発活動	プノンベン
Nutrition Centre-MOSALVY	障害児、孤児、HIV 感染児の保護・育成	プノンベン
Veterans International	補装具・矯正具の製作、所得創出支援、リハビリテーション、補綴、理学療法等	プノンベン

(DAC提供の資料をもとに作成)

カンボディアの紛争が女性の健康に及ぼした影響

日本赤十字九州国際看護大学看護学部

平川 オリエ

下山 節子

1. はじめに

カンボディアでは、20年余りにわたって内戦が繰り返されたが、とくに1975年から1979年までのポル・ポト政権による大量虐殺により、170万人もの人命が失われたとされる。同一民族・同国人の間の紛争の経験は、その後も人々の心身の健康に陰を落としている。カンボディアの和平プロセスは1980年代に始まり、1991年のパリ和平協定締結に至った。その後10余年を経た現在まで、復興と開発が比較的順調に進められてきた。

本研究では、復興・開発過程にあるカンボディアを対象として、紛争を経験した女性の心身に生じた健康問題とその背景にある要因、家族等周囲に及ぼした影響、及びこれまでの対策等について、面接調査等によって質的に調査した。そこから、過去の紛争が、女性の健康にどのような影響を及ぼしているかを検討し、女性の健康改善のための介入方法について考察した。

2. 方法

2002年8月11日～17日、プノンペンの国立母子保健センター・赤十字ヘルスセンター、農村部のカンダール州キエンスヴァイ郡の郡病院・ヘルスセンター・地域集落にて、19名の女性に面接調査を行った。文書によるインフォームド・コンセントを得た後、クメール語－英語通訳を介して、半構成面接法による個別面接を行った。紛争前後の生活状況・現在の健康状態と生活環境・病気時の対処法・紛争と健康の関係等について質問して、自由に回答してもらった。

上記の保健医療施設では、保健医療従事者に対しても、女性の健康に関する面接調査を行った。男性医師3名、女性準医師1名、女性助産師5名、男性ヘルスワーカー1名に、クメール語－英語通訳を介して、紛争中の状況、1990年代とそれ以前の女性の健康問題、卒後教育の状況等について質問して、自由に回答してもらった。

また、女性に対するフォーカス・グループ・ディスカッション (FGD) を3回行った。2002年8月12日午後、農村部キエンスヴァイ郡の民家にて住民女性10名、8月15日、都市貧困地区アンロンクラヌアン地区の赤十字ヘルスセンターにて、午前中は赤十字ヘルスポランティアの女性12名、午後は住民女性7名により行われた。紛争前後の生活状況、健康問題とその原因・結果、医療サービス等について、クメール語で自由に話してもらい、録音記録を英語に翻訳して検討した。

3. 結果

(1) 女性に対する面接調査

(a) 対象者

女性19名に表1に示した内容の質問をして、自由に回答してもらった。年齢は35歳から74歳、平均52.7歳であり、9名は農業に従事しており、他は、縫製業2名、食品販売2名、主婦2名等であった(表2)。面接は都市部(プノンペン)、農村部(キエンスヴァイ郡)で行ったが、都市部では医療施設受診者の家族を対象としたこともあって農村部居住者が多く、都市部居住者は6名と少なかった。なお、セックスワーカー1名は野外生活をしていた。同居家族数は7人程度で、現金収入は、月3.75米ドルから300米ドルまで開きがあった。

(b) 紛争前後の生活状況

紛争中(1970-80年代)、及び紛争後(1990年代以降)における生活状況を表3に示した。紛争中、とくにポル・ポト時代の状態について質問したところ、大きな影響を受けなかったと答えた人1名、ポル・ポト時代を覚えていないと答えた人1名、父親を亡くしたが他のことはあまり覚えていないと答えた人1名を除いた16名が、苛酷な体験について自発的に語ってくれた。住んでいたところから地方に強制的に移動させられた(11名)、農業、用水路掘り等の重労働をさせられた(7

名)、薄い粥しか食べられなかった (14 名)、自由に話すことができなかった (2 名)、家族が死亡した (9 名) 等のほか、実際に穴に突き落とされて殺されそうになった人や、出産した子どもを破傷風で亡くした人もいた。1980 年代になって生活が良くなったと答えた人は 3 名のみで、ほとんどの人が引き続き苦しい生活をしていたと答えた。夫が兵士となったり (2 名)、辺境地に森林伐採に行かされたり (3 名) した人もいた。

現在の生活状況について質問すると、15 名が良くなったと答えた。しかし、夫に別の女性が出てきて離別した人、娘の夫に別の女性が出てきて家庭に不和がある人は、生活の不安の訴えが強かった。紛争時の記憶が乏しい 30 代の 2 名は、生活は前と変わらない、悪くなったと答えた。生活が良くなったと答えた人の内 9 名は、借金している、仕事がない、子どもの学費が出せない等、貧しくて経済的に余裕がないと述べた。

(c) 健康問題

健康問題や保健医療サービスに関する意見を表 3 に示した。現在の健康問題について尋ねると、胃痛、腰痛、頭痛、眩暈、動悸、高血圧、白内障、交通事故による外傷等が挙げられた。経済的不安の強い人は、健康問題に関する訴えも強い傾向が観察された。夫から暴力を受けていると訴えた人は 2 名いた。妊娠出産に関しての質問では、出産回数は 0 回から 12 回と開きがあり、5 回以上出産した (11 名)、人工妊娠中絶を繰り返した (1 名)、流産・死産を経験した (3 名)、双胎出産した (2 名)、妊娠出産時合併症があった (3 名)、子どもを乳幼児期になくした (5 名) 等、周産期のケアや家族計画サービスが立ち遅れていることが示唆された。

紛争は健康に影響すると考えている人が多く (13 名)、理由として、食糧不足による栄養不良、重労働、戦闘が起こると逃げまわらなければならないこと、逃げる途中で宿も病院もなく路上で出産することもあること、爆弾等の化学物質で水や農作物が汚染されること、医療施設がなく医師もいないこと等が挙げられた。紛争以外に健康を害する原因として、水や食品の衛生状態が悪いこと、貧しいこと、良い薬がないこと等が挙げられた。健康を害した結果として起こることとしては、働けないうえに医療費がかかりますます貧しくなること等が挙げられた。

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

(2) 地域住民女性によるフォーカス・グループ・ディスカッション (FGD)

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

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

1990 年代になり、政府や外国機関からの支援が行われるようになって、生活は良くなり治安も改善したとのことだった。現在きわめて貧しい生活をしている女性でさえ、生活は内戦中より良くなったと語った。かろうじて生活していける程度の収入しかないという女性が多く、病気になる等で臨時にお金が必要になった時は親類等に借金して対応し、お金のある時に返すとのことだった。農村地区では、土地を所有せず農作業で賃金をもらって暮らしている世帯の女性が、生活の苦しさを訴えた。都市貧困地区では、夫を交通事故で無くした、夫が別の女性のところにいったと、泣きながら語った女性が数名いた。夫や義父に暴力を振るわれたという女性たちもいた。

健康問題とその原因、どのように対処しているか等について尋ねたところ、健康問題としては、頭痛、腰痛、胃痛、高血圧、帯下や不正出血等の訴えがあった。また、精神的な問題として、貧困や家族の病気、子どもが多くて学校に行かせられないこと等、心配事が多くて眠れなかったり

頭痛がしたりするという話があった。

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

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

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

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

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

(3) 女性の健康に関する保健医療従事者の意識

面接した医師・準医師・助産師9名の年齢は26歳から55歳で、ポル・ポト政権時代に、専門職であることを隠して強制労働に従事した、夫や妻を殺された、両親・同胞を殺され孤児となった、医師だった夫は精神に異常を起こした等、厳しい状況にあったことを語った。34歳の男性ヘルスワーカーは、ポル・ポト時代末期に少年兵にされたが実際には人を殺さずにすんだと語った。1980年代になると、準医師・助産師・看護師の教育を受けた、ベトナムで助産師教育を受けたと語った人のいた一方、兵士として戦闘に赴いた、家族が森林伐採のため辺境地に送られてマラリアで亡くなったと語った人もいた。

現在地域で重要な健康問題として、呼吸器感染症、デング熱、下痢症、栄養不良、心臓病、結核、エイズ、環境衛生問題等が挙げられ、女性の健康問題としては、子宮等の炎症、流産、性感感染症、子宮脱等が挙げられた。卒後研修としては、下痢症対策、呼吸器感染症対策、家族計画等、各援助機関の実施する既存の研修コースを受講していた。また、準医師1名は助産師から準医師になっており、医師3名は看護師・準医師から、勉学を続けて医師になっていた。

4. 考察

長期間に及んだカンボディアの紛争の中でも、1970年代後半のポル・ポト政権時代に、知識人をはじめとして自国民の大量虐殺がなされたこと、大多数の国民が強制移動させられ重労働に従事させられたことが、きわめて特徴的である。その結果、医師をはじめ人材の圧倒的不足に陥ったことが、保健医療サービスの再建を妨げる要因となったと考えられる。面接調査やFGDにおいても、食事もなくに捩れず栄養不良のまま過酷な肉体労働に従事させられた体験が語られ、紛争後も体力低下や四肢の疼痛等身体的後遺症を残していた。家族や知人を何人も亡くしたうえ常に死の恐怖と隣り合わせであったことにより、心にも深い傷を負わされたと考えられる。加えて、家族や地域社会と切り離され、言動も抑圧され、相互監視下で集団生活をさせられたことにより、コミュニティは崩壊し相互に不信感を残すこととなった。これらの精神的外傷によって、復興開発の遅れもたらされた可能性は大きい。

面接調査や FGD では、紛争後国に共通して認められる健康被害も挙げられた。栄養不良、非衛生な環境によるチフス等の感染症、地雷や戦闘による外傷が挙げられ、大多数の女性たちが紛争は健康に悪影響を及ぼしていると認識していた。予想していなかった回答であったが、複数の女性たちが爆撃・銃撃による化学物質で水や耕地、大気が汚染され健康を害したと述べた。おそらく特定の化学兵器が使用されたというより、一般的な意味であろうと思われるが、詳細については不明である。また、最低限の保健医療サービスすら受けられない状況になり、避難する途中に路上で出産した女性を見たという証言もあった。

ポル・ポト時代後の 1980 年代になっても、内戦は継続し、国際支援のほとんどない中で、短期間で養成できる準医師・準看護師等が急増した。保健医療従事者への面接調査において、看護師から医師になるといったように職種を次第に変えた人たちがいたが、このことはそれぞれの職種の役割や資格制度があいまいであったことを示している。女性に対する面接調査や FGD においては、治安が悪かったことや、安く診療の受けられる公立病院等がなく、保健医療サービスへのアクセスが悪かったことが語られた。また、夫が兵士として戦場にいった、戦闘の続いている地域での森林伐採作業に動員された、遠隔地での作業に動員されマラリアに罹った等、依然として紛争が継続する厳しい状況であったこともわかった。

面接調査・FGD では、多くの女性たちが、紛争によって引き起こされた負の影響を残していた。紛争中の強制労働や栄養不良は、現在の健康問題にも影響しており、避難・強制移住によって家族離散や地域社会崩壊がもたらされ、精神的健康に影響を及ぼしたと考えられる。紛争時のことを思い出すだけで頭痛がすると答えた女性もいた。他方、紛争終結から 10 余年を経た現在では、生活は改善したと肯定的に捉えている女性も多いし、紛争を知らない世代も社会進出している。また、過去の困難さは同程度でも、女性の教育水準や出身地等により現状は多様化していることが観察された。

現在の健康状態については、ほぼ全員が何らかの問題を訴えたが、貧困のため生活が苦しい女性、夫と死別・離別する等家庭が不安定な女性ほど、健康に問題があるという訴えが強かった。心配していることとしては、家族の病気や収入が少ないこと等が挙げられた。農業従事者は気候等に左右されて安定した収入を得にくいこと、貧困者の多くが日雇い労働者であること、一定の収入があっても子どもが多くて支出も増大していること等により、金銭的な不安のある人が多いと思われる。女性たちは貧困と不健康の悪循環を認識しており、健康を害する要因として貧困を挙げ、健康を害した結果起こることとして、病気で仕事ができないうえ医療費がかかるためにますます貧しくなることを挙げた。また、不定愁訴的な身体症状の訴えが多かったことから、貧しさや家族の問題が、健康問題の要因となっていると思われた。

紛争終結後 10 余年を経て、面接調査や FGD の結果からも、女性の現在の健康問題は過去の紛争よりも現在の生活状況によるところが大きいと考えられた。経済状態が悪く、夫と離別・死別する等家庭環境が不安定な女性ほど、過去の紛争の記憶を語る際に感情が激して泣き出してしまうことが多く、不定愁訴的な身体症状を含め健康問題の訴えも多かった。紛争を知らない若い世代では、貧しく教育水準が低い都市部の女性は、食糧を自給できて地域社会との繋がりのある農村部の女性よりも、状況が厳しいのではないかと考えられた。

他方、一見紛争の影響が薄れているように見えても、潜在的に紛争は女性の健康に影響していることも考えられる。紛争後地域の精神保健問題として、心的外傷後ストレス障害 (Post traumatic stress disorders) が挙げられる。苛酷な体験によって心的外傷を受け、反応性抑鬱に陥ったり身体的症状を引き起こしたりする。経過には個人差があり、回復する人々もいる一方、抑鬱状態が持続する人々もいる。持続する抑鬱状態にある人々は、積極的に生活を再建していくことができず、貧困状態に留まり、自殺に至ることもある。カンボディアでは、紛争中に大多数の人々が心的外傷を受けたとされ、それが癒されず残っていれば持続する抑鬱状態を引き起こし、生活を再建する妨げとなっている可能性がある。すなわち、紛争の傷が癒えていないために生活の再建が遅れ、その結果、貧困と家庭の不安定に苦しむことになっているとも考えられるわけで、現在の生活状況が悪いために不健康になり紛争の傷をひきずるようになったのではないのかもしれない。

これまで、精神保健に関しては、NGO が小規模に取り組んできただけであり、旧ポル・ポト派の人々と一般の人々との間で和解を進める積極的な対策もとられていなかった。持続的抑鬱に対しては適切な治療が必要であり、保健医療従事者に精神保健研修をして、一次医療に精神保健を組み込んでいく必要がある。また一部の NGO が取り組んでいるように、ヘルスワーカー等が中心

となって、地域で相互扶助する女性グループ等を形成すれば、女性の精神的負担の軽減にも役立つと考えられる。

また、このように保健医療を手がかりにして、地域社会の繋がりを強化することによって、和解を促進することもできるのではないかと考えられる。各地から流入した人々の暮らす都市スラムでも、例えば、赤十字ボランティアの女性たち等が保健医療活動を進める中で、自分たちの力で助け合えるコミュニティのネットワークを作ることが可能であろう。また、保健医療分野の人材養成研修は、保健医療という共通の関心事を対話の手がかりとすることにより、和解と相互信頼関係の再構築にも有効である。

紛争後の復興は、支援者が考えて決めるものではなく、支援を要する現地の人々が、自ら考え決定し行動するというプロセスによって成立するものでなくてはならず、支援を受ける側が何を問題として抱えているのか、また何を希望しているか等、人々の現状についての具体的な把握が不可欠であるといえる。地域住民、とくに農村地域や都市貧困地域の住民女性をエンパワーメントして、自ら健康改善に参画していくようにすることが、復旧・復興から長期開発を通して、最も重要な介入ではないかと考えられる。

5. おわりに

紛争終結後 10 余年を経たカンボディアでは、復興開発が比較的順調に進んできているが、都市部と農村部の格差をはじめ多くの問題も残されている。紛争の傷跡をひきずったまま、貧困、家庭の問題や、不健康に苦しんでいる女性も少なくない。今後は、紛争後の復旧・復興という捉え方ではなく、長期的開発支援と統合した形で、農村部や都市貧困層に焦点をあて、精神保健面での支援を含めて保健医療サービスを充足させることに重点を置く必要がある。女性たちが、地域保健活動の担い手等として、地域社会の再構築に重要な役割を果たせると期待される。

参考文献 (アルファベット順)

- 1) 青山温子, 原ひろ子, 喜多悦子. 開発と健康—ジェンダーの視点から. 東京: 有斐閣出版, 2001.
- 2) カンボディア国別援助研究会. カンボディア国別援助研究会報告書—復興から開発へ—. 東京: 国際協力事業団, 国際協力総合研修所; 2001.
- 3) Chandler D. A History of Cambodia. Chiang Mai, Thailand: Silkworm Books, 1998.
- 4) Hudson C. The Killing Fields. London: Pan Books Ltd., 1984.
- 5) J・デルヴェール. カンボディアの農民—自然・社会・文化. 東京: 風響社, 2002.
- 6) 久間圭子. 序説国際看護学. 東京: 日本看護協会出版会, 2001.
- 7) 富山泰. カンボディア戦記—民族和解への道. 東京: 中央公論社, 1992.
- 8) 宇井志緒利, Leng Kuoy, 宇野日出男, 青山温子. 紛争後復興開発期における参加型保健研修が果たす役割—カンボディアにおける取り組み. 第 14 回国際開発学会全国大会報告論文 2003; 549-555.
- 9) 山田寛. カンボディア現代史 25 年. 東京: 日中出版, 1998.

表 1: 質問内容

1.一般項目	年齢、住んでいる所、婚姻状況、家族、学歴、職業、世帯収入、主な支出（食費・教育費・医療費・タバコ・酒・賭け事）、生活インフラ（水・電気・電話・トイレ・台所）、情報源、交通手段。
2.紛争と紛争後の状況	1992 年以前(紛争中)、あなたと家族に何が起こったか、紛争後の 10 年間のあなたと家族の生活はどのようになったか。
3.健康問題	妊娠出産歴、既往歴、現在の病気、病気になったらどうするか、誰がそれを決めるか、どの保健医療施設を受診するか、その施設での治療は有効か、なぜそう思うか、健康問題の原因は何だと思うか、紛争は健康に影響したと思うか、健康問題によって何が起こるか、どのように対応しているか。
4.保健医療施設利用者	あなたの健康問題は何か、なぜこの施設に来たか・どれくらいの頻度で来るか、他の施設は利用するか、どのような診療を受けたか、費用はいくらか、スタッフは十分説明したか、説明を理解できたか、この施設での保健医療サービスに満足しているか、サービスをさらに向上させるにはどうすればよいと思うか。