

〈共同研究〉

「シエラレオネにおける紛争と平和構築に関する複合科学的な研究」

シエラレオネにおけるメンタルヘルスケア

金 田 知 子

はじめに― 問題の所在

近年、国際協力分野では「障害と開発」の視点が注目されている。たとえば世界銀行のウォルフエンソン前総裁は、2015年までに、貧困の半減、初等教育機会の均等、乳幼児死亡率の半減といったミレニアム開発目標（Millennium Development Goals: MDGs）を達成するには、障がい者に対する支援を盛り込むことが必要であると指摘しており¹⁾、わが国の国際協力機構（Japan International Cooperation Agency: JICA）においても、障がい者支援を包括的に扱う部署がすでに設置されている。しかしこうした国際協力分野における障がい者支援への関心は、視聴覚や肢体に障がいをもついわゆる身体障がい者に対して注がれることが多く、精神障がい者に向けられることはこれまでほとんどなかった。また、精神障がい者には精神病患者としての側面もみられるが、保健医療をめぐる国際協力の枠組みのなかでも、HIV／エイズやマラリアといった感染症の対策や母子保健の拡充が最優先され、その陰でメンタルヘルスケアは総じて低いプライオリティしか与えられてこなかった。

本稿は、これまで国際協力分野で看過されがちであった開発途上国の精神障がいあるいは精神疾患に注目し、シエラレオネを事例としながらそのメンタルヘルスケアの実態を素描しようとする試みである。なお、ここでいうところのメンタルヘルスケアとは、精神科医が行う医療行為だけではなく、カウンセラー、看護師、ソーシャルワーカー

等が関与する精神障がい者に対するより広範なケア全般を指す。

本格的な考察に入る前にシエラレオネの基本情報をみておきたい。

図1 シエラレオネ地図



シエラレオネ共和国は、1961年にイギリスから独立した、西アフリカに位置する小国であり、南東部はリベリア、北部から東部にかけてはギニアと国境を接し、西部から南西部にかけては大西洋に面している（図1参照）。国土面積は北海道の約90%に相当する7万1740平方キロメートル、人口は約580万人である。同国では、1991年から2002年までの11年間にわたって激しい紛争が展開され、電気や道路といったインフラストラクチャーが壊滅的な打撃を受けた。紛争終結からすでに7年以上が経過し、戦後復興もそれなりの進展をみせてはいるものの、インフラストラクチャーは総じて未整備な状態が続いている。国連開発計画（United Nations Development Programme: UNDP）による2008年の人間開発指数（Human Development Index: HDI）では、同国は179カ国中最下位である。また、世界保健機関（World Health Organization: WHO）によると、平均寿命は男性37歳、女性40歳、5歳児未満死亡率は千人当たり283人であり²⁾、サハラ以南アフリカの他諸国と比しても惨澹たる数字といえる。なおシエラレオネには精神障がい者にメンタルヘルスカケアを提供する施設は、精神科病院、精神科クリニック、リハビリテーション施設がそれぞれ1箇所あるのみであり、精神科医は1人しかいない。

本稿では、シエラレオネにおける近代精神科医療の現状を概説した上で、現地でメンタルヘルスカケアを提供している医療機関（シエラレオネ精神科病院）、リハビリテーション施設（シティオブレスト）、プロジェクト（ファティマ・インスティテュート）を取り上げ、その活動を紹介する。

I. 近代精神医療の概観

(1) 精神疾患の臨床症状

シエラレオネにはいかなる精神疾患がみられ、どれほどの精神障がい者がいるのか。以下、2002年にWHOがシエラレオネ保健省と共同で実施した調査結果³⁾をもとに同国のメンタルヘルスの状況を鳥瞰する。

表1 シエラレオネの精神疾患の有病率
(N=1911)

	有病率 (%)
精神病	3
重度	2
中等度	1
うつ病	38
重度	4
中等度	34
物質乱用	7
重度	4
中等度	3
精神遅滞	1
てんかん	1

出所：Jensen, S.B., *Mental Health and Substance Abuse in Post Conflict Sierra Leone final draft*, 2002, p. 6をもとに筆者作成。

表1は、シエラレオネにおける精神疾患の有病率を示している⁴⁾。同表によれば、統合失調症といった精神病に罹患している者の割合は3%であり、そのうち重度（severe）が2%、中等度（moderate）が1%とされている。ここでいう重度とは精神科の専門的治療が必要な状態を指すのに対して、中等度は症状の発現はあるが家族や地域の支援で対処できる程度を指す。シエラレオネの12歳以上の人口を300万人と仮定すると、同国には専門的治療を必要とする重度の精神病患者が約6万人いる計算になる。しかし近代精神科医療に関する資源が極めて限定的な同国では、大半の人々は何の専門的治療も受けないまま生活をしている。

他方、うつ病の有病率は38%にのぼる。治療を必ずしも必要としない中程度のケースがその大半を占めるとはいえ、重度のうつ病有病率も全人口の4%と推定されている。これを他国と比較してみると、たとえば日本のうつ病の年間有病率は2.1%でしかない⁵⁾。また、南アフリカでは4.9%だが、ナイジェリアでは1.1%にすぎない⁶⁾。このように、シエラレオネにおけるうつ病有病率は総じて高く、その理由のひとつとしては紛争の影響が考えられる。国境なき医師団（Médecins

Sans Frontières: MSF) が首都フリータウンで実施した調査⁷⁾によると、回答者のうち 90% が紛争中に誰かが殺されたり傷つけられたりするような残虐行為を目撃したとされる。また全体の 50% が身近な者が殺害された経験があると答えている。こうした紛争中のトラウマ体験はそのイベントの直後に心的外傷後ストレス障害 (Post-Traumatic Stress Disorder: PTSD) を引き起こす場合もあり、さらに時間が過ぎても本人の心理面や行動面に影響を及ぼし、抑うつ症状を引き起こすことも少なくない。また紛争体験以外でも、シエラレオネの人々は日々の生活そのものに貧困、失業、飢えといった過酷な体験を強いられている。このような状況下でうつ病の有病率が高くなるというのは、それほど驚くべきことではないであろう。

次に物質乱用であるが、ここでの物質とは薬物 (ドラッグ) とアルコールである。シエラレオネでは、主に大麻 (現地では「ジャンパ」と呼ばれる)、ブラウン・ブラウン (ヘロインの一種)、コカイン等の薬物が乱用されている。なかでも大麻は現地で広く栽培されており、1 ラップ 500 レオン程度 (約 18 円) と安価で入手できるため、都市部では高校生の間でもその乱用がみられる。表 1 には提示されていないが、物質乱用の 7% のうち 6% がアルコール、1.5% が薬物である (併用しているケースも含む)。この数字を他国と比較してみると、日本では、アルコール乱用の年間有病率は 1%、薬物乱用は 0.2% でしかない⁸⁾。意外なことに、ナイジェリアは日本よりもさらに低く、アルコール乱用が 0.6%、薬物乱用が 0.2% である⁹⁾。

こうしたアルコールや薬物の乱用は社会的に構築される側面があり、それゆえ使用される物質のタイプは地域によって異なる。1997 年のあるデータによると、シエラレオネの乱用薬物に占める大麻の割合は 96.8% と極めて高く、アフリカ全体の平均値 (63.8%) を大きく上回っていた¹⁰⁾。しかし、近年ではシエラレオネにおいても、コカインやヘロインといったハードドラッグの乱用が目立ち始めている。これは、ハードドラッグ、特にコカインの密輸量が急増していることに関係している。たとえば、国連薬物犯罪事務所 (United Nations

Office on Drugs and Crime: UNODC) は、いまやシエラレオネを含む西アフリカはラテンアメリカからヨーロッパへのコカイン密輸の中継地となっており、2005 年以降、西アフリカ諸国では 46 トン以上の密輸コカインが押収されたと報告している¹¹⁾。2008 年 7 月にはシエラレオネの国際空港でも 700 キロのコカインを載積したセスナ機が摘発されるという事件が起きた。こうして南米から密輸されたコカインの多くは欧米諸国へと再密輸されるが、中継地であるシエラレオネにもその一部が残留して広く乱用されるようになっている。

最後に、精神遅滞とてんかんはそれぞれ 1% である。一般にてんかんの有病率は、先進国では 0.4 ~ 0.8% であるのに対して、途上国ではその 3 ~ 5 倍にのぼる¹²⁾。このようにてんかんが途上国で多い理由としては、妊娠中の事故、幼児期の怪我、寄生虫による疾患、治療へのアクセスの悪さが関与していると考えられている¹³⁾。

(2) 精神科病床・精神科スタッフ

次にシエラレオネの精神科病床数および精神科スタッフ数をみてみよう。

表 2 は、シエラレオネ、同じ西アフリカのナイジェリア、アフリカ全体、日本といった 4 つの国あるいは地域の精神科病床数と精神科スタッフ数を示したものである。シエラレオネの精神科病床数は人口 1 万人に対して 0.47 床であり、アフリカ全体の 0.34 床と比べて決して少なくない。しかし精神科病院は首都フリータウンに 1 か所あるのみで、同病院にアクセスできる人はごく限られている。

精神科医の数は、人口 10 万人に対してシエラレオネは 0.02 人、ナイジェリアは 0.09 人、アフリカ平均で 0.04 人となっている。前述のとおり、シエラレオネにはエドワード・ナヒム (Edward A. Nahim) という精神科医が 1 人いるだけである。しかもナヒム医師は数年前に精神科病院を定年退職し、現在は個人クリニックを開業しているため病院に出向くのは週 1 回程度である。2006 年から 2007 年にかけて、南南協力プログラムで派遣されてきたキューバ人精神科医 1 名がシエラレオネの精神科病院で 1 年半勤務していたことがあった

表2 精神科病床・精神科スタッフ

	シエラレオネ	ナイジェリア	アフリカ全体	日本
精神科病床数／1万人	0.47	0.40	0.34	28.40
精神科医数／10万人	0.02	0.09	0.04	9.40
精神科看護師数／10万人	0.04	4.00	0.20	59.00
心理士／10万人	0.00	0.02	0.05	7.00
精神科ソーシャルワーカー／10万人	0.06	0.02	0.05	15.70

出所：WHO, *Mental Health Atlas 2005*, WHO, 2005 をもとに筆者作成。

が、彼の帰国後は派遣が途絶えている。国内の大学には医学部はあるが、精神科医を希望する者は皆無であり、近年は医学部生が精神科病院に実習に来ることさえなくなったという。

精神科看護師数は、人口10万人に対してナイジェリアでは4人、アフリカ全体の値は0.2人であるのに対して、シエラレオネでは0.04人という極めて低い水準にある。ナイジェリアの精神科看護師数がアフリカのなかでも突出して多いのは、同国には精神科看護師専門の養成学校が存在し、そこで毎年50～100人の精神科看護師が養成されているためである。シエラレオネの2名の精神科看護師もナイジェリアの養成学校で教育を受け、現在はシエラレオネの精神科病院に勤務している。

精神科領域において医師や看護師が不足する原因について、シエラレオネ人看護師は、「精神病にまつわるスティグマや偏見のせいだ」と説明している。ナイジェリアで実施された意識調査においても¹⁴⁾、回答者の約83%の人が精神障がい者と会話をするのが怖いと感じ、精神障がい者と友人関係を持つことができると答えたのはわずか17%に留まっていた。アフリカでは精神障がい者に対するスティグマや偏見が総じて根強く、そのことが医師や看護師不足の直接あるいは間接的な一因になっていると考えられる。

なお、こうした近代医療以外にもシエラレオネでは、呪術師や薬草師による伝統医療、イスラムやキリスト教の指導者による信仰治療などが行われている。シエラレオネには、医師の数ははるかに上回る2000人以上の伝統的治療師がおり、伝統的治療師協会も設立されている。現地の人々

の間では、精神疾患は主に悪霊の仕業とみなされることが少なくなく¹⁵⁾、こうした疾患は伝統的治療師のみが治療することができると信じられている。そこでは、伝統的医療は近代精神科医療に比べて偏見が少なく¹⁶⁾、人々にとっては心理的かつ物理的にアクセスしやすい重要な社会資源となっている。

Ⅱ. 精神科病院—シエラレオネ精神科病院

(1) 歴史

シエラレオネ唯一の精神科病院であるシエラレオネ精神科病院(Sierra Leone Psychiatric Hospital)は、英領西アフリカ最古の精神病者アサイラム(lunatic asylum)として19世紀中葉に誕生したとされる¹⁷⁾。もともとシエラレオネは、1787年にイギリスの奴隷貿易廃止論者が在英アフリカ系人の貧困者や解放奴隷のために建設した入植地を起源としている。その後1807年に反奴隷貿易法が成立すると、シエラレオネは奴隷船からの「奪還奴隷」(recaptives)を上陸させる拠点となり、毎年数百人から数千人の元奴隷が入植してきた。そうした入植者のなかには、奴隷船での劣悪な衛生状況等のために、栄養失調や天然痘等の感染症を患う者も大勢見られるようになり、こうした奪還奴隷の心身状態を懸念した植民地政府¹⁸⁾は、1817年、フリータウンに解放奴隷を対象とした病院を開設した。さらに同病院は1820年代には郊外のキッシーに移転され、解放奴隷だけではなく一般住民やヨーロッパ人の船員なども収容された。そのなかには、病人だけではなく肢体不自由者、生活困窮者、精神病者といった社会的居場所

のない者も見られ、1872年には精神病患者のためのアサイラムが独立して設けられるようになる¹⁹⁾。その後アサイラムは、1947年にキッシー精神病院(Kissy Mental Hospital)、さらに2006年12月にはシエラレオネ精神科病院へとそれぞれ改称され、現在に至っている(図2参照)。

図2 シエラレオネ精神科病院



手前の建物が女性病棟、奥の建物が事務棟(筆者撮影)

(2) スタッフ、入院患者、治療の現状

病院のスタッフは、非常勤精神科医1名(週1回程度勤務)、精神科看護師2名(内1名は非常勤)、薬剤師2名、看護師2名、その他の職員65名で構成されている。10病棟に400床の病床を有しているが、スタッフおよび運営資金不足のため実際に利用されているのは100床ほどにすぎず、大半の病棟は使用されていない。入院患者の多くは、家族や親戚または警察によって連れてこられる。入院費用は食事代・薬代も含めて無料である。入院期間は原則2カ月間(60日間)とされているが、身寄りのない者や行く場所のない者には臨機応変に対応しており、なかには20年以上も入院している男性や、退院後も地域で住む場所が見つからず、病院敷地内の別棟の個室で暮らしながら仕事に出かけている女性もいる。

入院患者の男女比率は4対1程度で推移しており、男性の数が圧倒的に多いのが特徴である。入院患者のおよそ60%が薬物依存症の患者であり、男性入院患者のみに限定するとその割合は80%にもおよぶ。このように薬物問題を抱える患者が入

院患者の多数を占めるようになったのは紛争後のことであり、1984年に発表された同病院の入院患者に関する調査結果では、薬物関連の疾患を有する患者の割合は全体のわずか12.5%であった²⁰⁾。

病院内の施設としては、病棟以外にも事務棟、作業療法棟、調理場、調剤室、隔離棟があり、同じ敷地内に病院スタッフの宿舎も設けられている。とはいえ、たとえば作業療法棟は存在しているものの、作業療法が実際に行われている様子はまったくなく、患者の多くは日中特にすることもなく過ごしている。入院患者のなかには足首に鎖をつけられてベッドに拘束されている者もいるが、そうでない者は比較的自由に病院敷地内を散歩したり、外出したりしている。また患者のなかにはスタッフの家事を手伝い、小遣いを得たりしている者もいる。病院の食事は、原則無料で支給されることになっている。しかし、2008年8月に同病院を訪問した際、政府の食糧配給事業者への支払いが6カ月間滞っていたため病院に食材配給がなされず、患者たちには、数日間、ほとんど食事が提供されていなかった。また2006年には政府から病院スタッフへの給与が支払われず、スタッフがストライキを数カ月間実施したこともあった。この間、帰る場所のある患者は一旦退院をしたが、病院に残った者は治療どころか食事も一切提供されないため、外に出て物乞いをして飢えを凌いでいたという。

同精神科病院はシエラレオネ唯一の精神科病院であるが、精神科病院が医療と保護の場であるという観点から見ると、その機能は極めて脆弱であるといえる。医療措置として投薬は行われているものの、症状が安定した者に対しては月1回のデボ剤投与に切り替わる。また、財政不足のために薬の在庫が底をつくこともある。100人の入院患者数は、1人の非常勤精神科医が担当するには余る数である。外来診察といった明確な枠組みはないものの、新規患者や退院した患者が診察にきた際は、基本的には精神科看護師が対応している。日常的な医療行為に関する意思決定は看護師に委ねられており、その意味では医師の指示と指導のもとに医療行為が展開される日本とは異なり、コメディカルが大きな裁量権をもちつつ力量を発揮

できる場であるともいえる。しかしいずれにしろ、精神科専門スタッフの数が少ないため、患者にとっては最小限のケアと収容の場とならざるを得ない状態である。

シエラレオネ政府は、上記の実態に鑑みて、2008年11月に「シエラレオネ精神科病院の国家計画ドキュメント」(*National Planning Document for The Sierra Leone Psychiatric Hospital Kissy*)を発表した。そのなかには、病院内のみならず、シエラレオネ全体のメンタルヘルスケアの質の向上を目指し、取り組むべき課題、取り組む対象、方法がかなり具体的に提示されている。たとえばメンタルヘルスサービスが限定的であることについては、全国民がアクセスできるメンタルヘルスケアシステムを全国レベルで2010年までに構築するとあり、そのための方法として、各県病院にメンタルヘルスケアを導入し、それぞれに10床の病棟を作ると掲げられている。またスタッフ不足については、2011年までに病院に優秀な有資格スタッフを雇用するとし、そのための奨学金制度や有資格者の雇用促進を謳っている。その他にも、コミュニティがメンタルヘルスケアへのアクセスを2010年までに確保する、病院における十分な薬品の備蓄を2009年までに整備する、伝統的治療師との連携をとる、などが挙げられている。

明確な目標設定と達成方法が記されているが、タイムスパンが短く設定されているわりには目標設定が高いため、それなりの財源確保と全国レベルでの取り組みが早急になされないと、せっかくの計画が画餅に帰してしまう危険性もある。その一方、しかしシエラレオネ政府が、これまで看過されてきたメンタルヘルスケアのさまざまな課題に着目し始めたことは大きく評価できる。

Ⅲ. リハビリテーション施設 —シティオブレスト

(1) 歴史、施設、活動

シティオブレスト (City of Rest: CORE) は、薬物依存症者および精神障がい者を対象としたシエラレオネ唯一の入所型施設である。施設長であるゴベ牧師 (Pastor Morie S. Ngobeh) が今から

20年以上も前に、帰る場所もなく道端で暮らす若者 (その多くは薬物依存症や精神病を患っていた) を自宅に連れてきて食事を与え、世話をするようになったのが活動のはじまりである。

図3 シティオブレスト



(筆者撮影)

現在、COREはフリータウン中心部にある。図3はCOREの写真である。3階建ての建物には、およそ40名のゲストが入所しており、1階が男性用居室、2階が女性用居室、集会所、事務所、そして3階がゴベ牧師家族の住居となっている。ゲストの男女比率はおおよそ3対1で、ここでもシエラレオネ精神科病院同様、半数以上が薬物依存の問題をもち、それ以外の者は、精神疾患、トラウマ、スピリチュアル・アタックなどの問題を抱えている。ここでいうスピリチュアル・アタック、すなわち霊的攻撃とは、悪霊 (evil spirit) からの攻撃を指し、霊的なものが原因でなんらかの精神的異常をきたすことを意味する。COREのスタッフの話によると、悪霊の仕業による精神症状はときには人から人へと感染し、薬によって治癒されることはなく、祈祷のみがその治療に有効であるという。

COREでは、薬物依存症者に対して「コールド・ターキー」法で対応しているという。つまり薬物依存症者が入所した場合、その状態から離脱させるために、最初は薬も援助も与えずに放置しておくというのだ。COREは医療施設ではないが、診察や薬物治療が必要な場合には前述のナヒム医師

が対応している。入所期間は原則として3カ月であり、この間ゲストたちは1日2回の祈りとグループカウンセリングを基本とするプログラムをこなす。ゲストは1カ月分の食費として12万レオン(4200円)²¹⁾を支払わなければならない。

COREには、施設長のほかボランティアを含めて約10名のスタッフが働いており、施設長の妻も経理を手伝いつつカウンセリングを担当している。スタッフのなかには、元ゲストとして施設に入所していた者や元薬物依存者もあり、ピアサポートの形態も垣間見られる。

COREは、シエラレオネ政府からの資金援助は受けておらず、教会や個人からの寄付で運営されている。2007年にオランダ人の女性カウンセラーがボランティアスタッフして加わるようになって、COREは大きく変化した。それまでCOREでは利用者を「入所者」(inmate)と呼んでいたが、刑務所の受刑者のような差別的なニュアンスがあるとして、「ゲスト」(guest)という呼称が用いられるようになった。また、散在していた様々な記録が整然とファイリングされたり、ニュースレターが定期的に発行されメール配信されるようになったりした。資金集めも積極的に行われるようになり、一定の実績を上げている。たとえば、WHOからはメンタルヘルスの教育啓発活動のための資金援助を獲得し、年4回のワークショップを実施した。またシエラレオネ政府からはフリータウン郊外のグラフトンという町に3エーカー(約1万2146㎡)の土地を寄付され、数年後にはそこに移転する計画である。施設建設費はイギリスのNGOから寄付されることになっているという。海外からの訪問者も増え、COREが国内外によりオープンな施設として変貌を遂げた。

COREの躍進は、オランダ人女性カウンセラーのインプットによるところが大きいと考えられる。精神疾患はその原因が不可視的であるがために、文化によってその病因論や治療方法は大きく異なる。それゆえ外国人がやってきて自らの診断方法や治療方法をそのまま異文化のなかに適用することは難しい。特にリハビリテーション段階における介入には、その個人と社会に見合った方法が選択されるべきで、そのためには互いの文化差

に対する敏感性、それらを受け入れてそれぞれを治療に活かしていく柔軟性と実践力が求められる。女性カウンセラーのCOREへのアプローチは、キリスト教という信仰基盤を共有しつつ、自分ができる領域を峻別して取り組んでいくことであった。ファイリングから始まり、資金調達、国内外への広報活動と、適材適所に彼女の貢献が実を結んできている。

(2) ケアと拘束

COREは、着実にその活動を伸展させながら、シエラレオネの精神障がい者のリハビリテーションに貢献している。その一方、人権の観点から考えると、COREで常態化している鎖による身体拘束については、賛否が分かれるかもしれない。COREでは入所直後のゲストは、最初の2週間、足首に鎖をかけられ金属椅子のフレームにつながる。金属椅子のフレームは固定されているわけではないが、移動する際はその椅子のフレームと一緒に持ち運ばなければならないため、著しく行動が制限される。しかしそうすることで、ゲストたちは脱走を諦めて従順になり、COREの環境に適応しようと努力するのだという。

こうした薬物依存症者や精神障がい者に対する鎖を用いた身体拘束は、COREだけではなくシエラレオネ精神科病院や伝統的治療者の間でも広範に見られる²²⁾。しかし、そうした鎖で身体拘束をされた精神障がい者の写真のみをシエラレオネ社会の文脈を離れて見てしまうと、その行為は明らかに非人道的なものとして伝わってくる。

たとえばWHOは、精神障がい者に対する保護に関して最小規制の原則を提唱している。WHOが1996年に発行した「精神保健ケアに関する法：基本10原則」のなかでは、精神障がい者への精神保健ケアは、行動制限などの規制を最小限にし、身体的抑制(隔離室や拘束衣)は患者との代替利用法についての話し合いを前提にしつつ、30分ごとの再評価を行いながら継続時間を最高4時間とすべきであると定めている。しかし先進国に比べてマンパワーも少なく、施設環境も劣悪なシエラレオネのような国では、興奮する精神障がい者や脱走願望の強い精神障がい者に対してWHOの提

唱するような方法を採用することは極めて困難である。身体拘束自体は安易に是認されるべきではない。しかし、それを各社会の文脈を無視して糾弾するような姿勢に対しては慎重でなければならないだろう。

Ⅳ. メンタルヘルス・行動変容・社会的包摂プログラム —ファティマ・インスティテュート

(1) 活動のはじまり

紛争中あるいはその直後に、シエラレオネでメンタルヘルスの問題に取り組んでいた国際 NGO はいくつか見られた。しかしその多くは、紛争による PTSD などのトラウマ、あるいは元子ども兵や家族を虐殺された子どもの心のケアへの対処を主とした活動としており、紛争終結後 7 年経過した 2009 年時点で徐々に撤退しつつある。そのような状況のなかで、カトリック系の教育機関であるファティマ・インスティテュート（The Fatima Institute: TFI）は、2007 年 12 月に北部の町マケニで「メンタルヘルス・行動変容・社会的包摂プログラム（Mental Health, Behavioural Change & Social Inclusion Programme）」を開始した。

同活動は、2006 年にイタリア人の精神科医が私費を投じて、現地の TFI と協働でメンタルヘルスの研修を実施したことに端を発する。その後、イギリスに本部を置く国際 NGO のカトリック海外開発機関（Catholic Agency For Overseas Development: CAFOD）が資金を出して研修修了生を雇用し、コミュニティベースのメンタルヘルスクエアサービスが始められた。

(2) スタッフと活動の内容

スタッフは 2009 年時点で 8 名。ディレクター（1 名）、プログラムコーディネーター（1 名）、アウトリーチオフィサー（2 名）、看護師（1 名）、カウンセラー（2 名）である。さらにイギリス人の心理士が年に数回ロンドンから来てその活動の指揮をとっている。活動範囲としては、マケニの位置するボンバリ県とリベリアと国境を接する隣県のコイナドゥグ県としている。

同プログラムの特徴的なこととしては、5 つの機関（TFI、聖霊病院、正義・平和・人権委員会、ラジオマリア、カリタスマケニ）の密接な協働によってこのメンタルヘルスクエアサービスが成り立っている点である。具体的には、TFI が全体の運営管理と調整を行いつつ、スタッフ養成・研修や地域へのアウトリーチサービスを実施し、聖霊病院が診察やカウンセリング（週 3 回）を担当している。さらに、正義・平和・人権委員会がスティグマ除去に向けての啓発活動、地元のラジオ局であるラジオマリアは広報・啓発活動、カリタスマケニが他の NGO と連携しつつ作業療法などの生活支援を行っている。そしてこうした活動は主に CAFOD の資金援助によるものである。

聖霊病院のある日の精神科診察を見てみると、担当スタッフは（TFI で研修を修了した）カウンセラー 2 名、そして看護師 1 名の合計 3 名である。以前は、オランダ人の精神科看護師が中心となって診察を行っていたが、彼の帰国後は現地のスタッフが診察やカウンセリングを引き継いでいる。その日の予約者は 13 名だが実際に診察にきた者は 7 名、その他、「調子が悪くなった」と予約なく診察に来た患者が 1 名であった。患者のほとんどが家族や親類によって付き添われている。スタッフの対応としては、スタッフが本人や付き添いの家族から症状を確認し、その後、必要に応じてデボ剤投与と次の診察までの投薬を行う。治療費や薬代は無料である。備蓄されている薬は、3・4 種類の向精神薬と副作用止めという極めて限定的なものであった。

2008 年度の同病院の精神科診察の活動報告書によると、登録ケース数は 114 件、病名としては薬物依存症が 28 件とここでも最も多く、次に統合失調症を除く精神病が 25 件、精神遅滞が 18 件となっている。

(3) プロジェクトから実践活動へ

首都フリータウンから離れたマケニで展開されている同プログラムは、メンタルヘルスクエアから地理的にも心理的にも遠くで暮らしていた住民にとっては貴重で有意義なものである。同プロジェクトは、外部からの資源（資金、人材、技術、知識、

資材)の投入により始められ、知識や技術が現地のスタッフに徐々に受け継がれる形で継続してきている。しかしたとえいくら知識や技術が移転されてもそれらを運用するための資金がなければ、活動はたちまち頓挫してしまう。実際、限られた資金でやりくりをしているため、アウトリーチオフィサーからは、ガソリン代を捻出できず、患者をフリータウンの病院まで移送できない、あるいはアウトリーチサービスが思うように展開できない、などの問題点も指摘されている。患者が増えて定期的な薬の確保ができなくなることを恐れ、新患の受入を調整していると病院のカウンセラーは言う。運営管理面で一番懸念されるのは、いつまでプロジェクトとして外部資金が確保できるかということである。

継続的なメンタルヘルスケアを全国レベルに広げて実施していくために、TFIはプライマリヘルスケア(Primary Health Care: PHC)に関わる看護師などを集めて数ヶ月のメンタルヘルスケアの研修プログラムを計画している。しかしこうした研修プログラムにも多大な費用がかかる。講師に対する謝礼はもちろん、それ以外に、各研修生に対して研修期間中の食事代、宿泊代、(給与相当分の)日当、交通費が必要だとされている。そこまでしないと、時間を割いてメンタルヘルスケアの研修を受講する者が集まらないのが実情なのだ。

TFIのプロジェクトの成否は、現在の活動が地域に根ざした持続可能な実践活動へと移行できるか否かにかかっている。そのためには、PHCで働くスタッフへのメンタルヘルスケア研修とその後の継続的フォローアップが必要不可欠であろう。

むすびに代えて

本稿では、医療施設であるシエラレオネ精神病院、リハビリテーション施設であるCORE、TFIの地域ベースのプロジェクト活動を通して、シエラレオネのメンタルヘルスケアの実態について概観してきた。シエラレオネ政府の運営下にある病院、地元のNGOとして長年の実績をもつCORE、海外からの資本投入によって数年前に始

められたメンタルヘルスケアプロジェクトは、病院、施設、地域というそれぞれ異なった基盤と運営母体を持っており、それゆえ、精神障がい者にとって貴重な社会資源として存在している。しかし問題は、こうした社会資源があまりにも希少すぎて、利用できるのはごく一部に限られる点である。精神病を発病しても、周りはどうすることもできずに放置されているケースは少なくない。手足を縛られ暗い部屋に閉じ込められたまま、食事と水だけを与えられている精神障がい者を目の当たりにしたことがある。そうせざるを得ない状況をどのように変えていくのか、シエラレオネにおいて、メンタルヘルスケアを人々のより身近なものとするための2つの提言を述べてまとめとする。

第1の点は、PHCの活動のなかにメンタルヘルスを組み入れていくことの必要性である。WHOは、2001年の世界保健デーのメインテーマに「メンタルヘルス」を取り上げ、途上国を含めた世界の国々への行動指針のひとつとして、精神医療サービスをPHCの場で提供することを奨励している。PHCの重要性を提唱したアルマ・アタ宣言から30年の歳月が経ち、ようやく途上国においてPHCの理念と実践が根づき始めている。PHCは、住民が最初アクセスできる保健医療システムであり、住民たちと他の保健医療サービスをつなぐ中核的役割を担う可能性を秘めている。PHCレベルでメンタルヘルスケアの知識や情報が提供されれば、一般保健医療、伝統的治療、精神医療といったセクターの連携が可能になるだけでなく、精神病に対するスティグマや偏見の除去にもつながっていく。

シエラレオネでは、保健省がプライマリケア実践に関するハンドブック(2004年)を発行してその標準化を図っている。しかし200頁以上にもわたる同ハンドブックのなかでメンタルヘルスという用語が使われているのはわずか4カ所である。2008年の「国家計画ドキュメント」では、各県病院にメンタルヘルスケアを導入することや、コミュニティがPHCと連携をとりつつメンタルヘルスケアへのアクセスを確保することが提唱された。しかしそのシステムを動かすソフト(人的資源)への言及が少なく、メンタルヘルスケアの知

識をほとんどもたない医療スタッフを誰がどのように教育していくのかが見えてこない。TFI が計画している看護師へのメンタルヘルス教育の今後に期待するばかりである。

第2の点は、シエラレオネ社会がすでにもっているインフォーマル資源をメンタルヘルスの分野で一層活用することの重要性である。ナヒム医師は、シエラレオネには先進国にはない貴重な資源があることを強調する。それは、精神障がい者に対して献身的なケアを提供する家族や親戚であり、困難時に対応してくれる信仰治療や伝統医療の存在だという。ナヒム医師の患者の多くはそうした宗教団体に所属しており、そこで祈祷したり、歌ったり、踊ったりすることがこの国における治療法のひとつなのだという。

ともすれば私たちは、病院や施設といったフォーマルな社会資源不足の問題に拘泥するあまり、そうした資源の拡充にばかり心を奪われがちになる。しかしシエラレオネの精神障がい当事者や家族のストレングスに目を向けること、すなわち、人びとが生活のなかで培ってきた問題への対処方法をしっかりと見極めて評価し、それをいかに活用していくべきかを考えることが今後さらに重要となるのではなかろうか。

付記：本稿は、平成22年度科学研究費補助金（基盤研究（B））「シエラレオネ共和国都市部の精神保健状況に関する複合科学的な研究」（研究代表者：落合雄彦）による研究成果の一部である。

注

- 1) 「円借款事業に障害者支援・配慮の視点」『国際協力新聞』2008年7月18日。
- 2) WHO, Country Health System Fact Sheet 2006 Sierra Leone.
- 3) Jensen, S.B., *Mental Health and Substance Abuse in Post Conflict Sierra Leone final draft*, 2002.
- 4) 一般に有病率（prevalence）には、時点有病率、期間有病率、生涯有病率があるが、本稿で取り上げたWHO調査における有病率とは時点有病率のことである。
- 5) Kessler, R.C., and T.B. Üstün, *The WHO World Mental Health Surveys: Global Perspectives on the Epidemiology of Mental Disorders*, Cambridge University Press, 2008, p. 479.
- 6) *Ibid.*, p. 225, 247.

- 7) Jong, Kaz de, Maureen Mulhern, and Saskia van der Kam, *Assessing Trauma in Sierra Leone: Psychosocial Questionnaire Freetown Survey Outcomes*, Médecins Sans Frontières, January 2000.
- 8) Kessler and Üstün, *op. cit.*, p. 479.
- 9) *Ibid.*, p. 225.
- 10) UNODC, *World Drug Report 2008*, UN Publication, 2008, p. 281.
- 11) UNODC, *Drug Trafficking as a Security Threat in West Africa*, 2008, pp. 1-4.
- 12) Desjarlais, R., et al., *World Mental Health: Problems and Priorities in Low-Income Countries*, Oxford University Press, 1995, p. 167.
- 13) *Ibid.*, p. 167.
- 14) Gureje, O., et al., "Community Study of Knowledge of and Attitude to Mental Illness," *British Journal of Psychiatry*, Vol. 186, 2005, pp. 436-441.
- 15) 3) によると、精神疾患を引き起こす原因として、「神の意志・悪霊の仕業」と答えた者が26%、「アルコール・薬物」が25%、「脳の病気」と答えたのはわずか7%であった。
- 16) 新福尚隆「世界の精神保健医療に関する基礎知識」新福尚隆・浅井邦彦編『世界の精神保健医療——現状理解と今後の展望——』へるす出版、2001年、pp. 1-15.
- 17) Bell, L.V., *Mental and Social Disorder in Sub-Saharan Africa: The Case of Sierra Leone, 1787-1990*, Contributions in Afro-American and African Studies, No.147, Greenwood Press, 1991, p. 15.
- 18) 入植地は1808年にイギリスの直轄植民地となり、その支配圏は現在のシエラレオネの首都フリータウンとそれを含む半島部、さらには周辺の諸島へと拡大した。さらに、19世紀末には、シエラレオネ植民地の背後の内陸部が保護領化され、フリータウンを中心とする直轄植民地と内陸部の保護領から成る「シエラレオネ植民地および保護領」が成立した（落合雄彦「分校国家シエラレオネにおける地方行政——植民地期の史的展開——」『アフリカ研究』Vo.71、2007年、pp.119-127）。
- 19) *National Planning Document for The Sierra Leone Psychiatric Hospital Kissy*, November 2008, p.4.
- 20) Gesler, W.M., and E.A. Nahim, "Client Characteristics at Kissy Mental Hospital, Freetown, Sierra Leone," *Social Science & Medicine*, Vol. 18, No. 10, 1984, pp. 819-825.
- 21) ゲストは食費以外にも鎖の使用料、設備費、保険料等を含めて3カ月分の入所費用として61万3000レオン（2万1000円）を支払い、入所期間中に器物を破壊しなかった場合、10万レオン（3500円）は退所時に返金される。病院勤務の医療スタッフの月給が1万円にも満たないことに鑑みると、かなり高額の入所費用である。ただし、入所費用を支払うことができない者については支払いが免除されることもある。
- 22) Jensen, *op. cit.*, p. 50.