

# SUMH News Letter No.49

## 目次

- I 巻頭 理事長 青木勉
- II 12年ぶりのスタッフ研修 4/29-5/10 野崎章子  
- 適正技術に配慮して- 手林佳正
- III 夏季トレーニング 8/18-24
- IV プロジェクト現地化への努力と 青木勉  
スタッフ研修 3/8-3/15

\*\*\*\*\*

### I 巻頭 青木勉

SUMH カンボジアプロジェクトが開始されて、18年目を迎えることができました。

理事会では、プロジェクトの現地化と現地スタッフの教育について話し合いを重ねてきましたが、当会の経済的な問題が深刻化し、現地スタッフの精神保健の知識と技能に関する憂慮、そしてカンボジア国内の政治的な問題に対する危惧が高まっています。



シムリアップ州病院（メンタルヘルスリハビリテーションセンターが入っている棟）



SUMH が活動拠点にしているメンタルヘルスリハビリテーションセンター

### II 12年ぶりのスタッフ研修－適正技術に配慮して 手林佳正

#### まずお見舞い、そして採用試験と技術研修

2017年4月29日から5月10日までの12日間、シムリアップ（SR）へ出かけました。重篤な状態になっている現地代表ピサル氏の見舞いと、現地新代表応募2名の採用面接を行い、そして現地スタッフへの技術移転を、相手の理解を確かめながら、またカンボジア社会の現状にマッチさせた「適正技術」に十分に配慮しながら行いました。現地スタッフへのまとまった技術支援は、国家資格となった2年養成以来、実は12年ぶり（！）です。以下の研修日程の骨子は出発前に現地側と調整を終えていたもので、その概略を報告します。

#### 現地代表ピサル氏の病状は深刻

4月29日17時30分、SR空港着。現地スタッフバナック氏の迎いでホテルへ。

30日朝、ピサル氏が入院中の病室へ向かう。数日前からSR州病院の、正門入ってすぐ左の平屋棟の職員家族用？個室に入院中。訪問を喜んでくれた。見舞いの品々を手渡す。（なお個人情報に配慮して診断名には触れません。）点滴を継続され、すっかり痩せこけているが、目力があります。昨夜は、しゃっくり？が続き眠れなかったと言います。奥様のボリン医師や親戚ら3人が体をさすったり、寝返りを助けたり、伝統薬をスプーンで口に含ませたり、と全介助状態。うつぶせになったり、横になったり…。ピサル氏は話そう、と言ってくれ、アンコールチュム（AKC）とクラライン（KL）病院への精神科医師派遣問題について、やはり保健区

(PHD) 代表の金がらみの問題を臭わせる情報の提供。英語で話し出してくれるけど辛そうで、クメール語でいいよと言って、バナック氏に英訳してもらっています。話していると、治ったと喜んでいましたが、20分もするとしゃっくりのようなケイレン？が再開してしまい、約1時間で離室しました。

午後に新採用面接と試験を終了。

表1. 実施した現地代表採用試験問題

<p>I. Please write about following matter as much as you know, such as causes, symptoms, examinations, medication / treatment, and daily care in community, etc.</p> <p>You can choose one from Schizophrenia or Epilepsy, or Alcohol addiction, Mental Retarded.</p> <p>II. Please explain about following matters what you think.</p> <p>1. Key Person Meeting of SUMH.</p> <p>2. Mental Health in Cambodia</p>
---

表2. 現地代表の業務として提示したもの

<p>1. Duties of the Representative of SUMH Cambodia. (Ver.2017.4.18)</p> <p>1.1. Administration;</p> <p>1.1.1. Make and implement budget</p> <p>1.1.2. Work plan</p> <p>1.1.3. Report daily activities</p> <p>1.1.4. Monthly and related reports for HQ</p> <p>1.1.5. Translation/Interpretation</p> <p>1.1.6. Explanation about SUMH for Visitor</p> <p>1.1.7. Try to get fund for budget of SUMH Cambodia</p> <p>1.1.8. Registration of International NGO to MoFA</p> <p>1.1.9. Staff education and supervise</p> <p>1.1.10. and else</p> <p>1.2. Implement Community Mental Health Model in Cambodia</p> <p>1.2.1. Interview for new cases</p> <p>1.2.2. Case records</p> <p>1.2.3. Group counseling</p> <p>1.2.4. Psycho-social education</p> <p>1.2.5. Home Visits</p>
---

<p>1.2.6. Key Person Meetings</p> <p>1.2.7. Arrange psychiatric consultation in HD Hospitals</p> <p>1.2.6. Researches and Reports</p> <p>1.2.7. Co-work with related Organizations</p> <p>1.2.10. and else</p>
--

5月1日、他 NGO スタッフだったバナック氏と大学心理卒のビボル氏に採点結果を伝え、模範解答を提示し、これも研修として詳細に説明をしました。その後、二人を「共同代表」として雇用する条件を提示し、合意を得ました。



研修中のバナック氏とビボル氏（左から）

ピサル氏の容体ですが、しゃっくりが止まらず、酸素チューブと点滴栄養です。睡眠はうとうとで、長くはありません。昨夜は呼吸困難が出て、ボリン氏はバナック氏はじめ関係者を病室に呼び、ぼくにも声をかけようというときに落ち着き、事無きを得たということでした。予断を許さない状況かもしれません。

ピサル氏が心配していた、ビボル氏を雇用できたことは少しの安心を彼に与えられたと思います。日本側理事からの情報として、抗 hiccup 剤としての metoclopramide の情報をボリン医師に提供したところ、カラダが受け付けられないだろうという判断で見送りになりました。

2日、終日、私が宿泊しているホテルの中庭のテーブルで研修です。

表3. 研修内容とテキスト

I.最新の疾患理解など。  
 Schizophrenia, pp1-4 from APA HP  
 Epilepsy, pp.5-10 from WHO  
 Alcohol Dependency, pp11-17, APA HP  
 Mental Retardation, pp.18-21 from WebMD  
 Key person meeting, pp.22 by Yoshi,  
 Mental Health of Cambodia, pp.23-27 as a one  
 from AsiaLIFE — January 2, 2013

II.村でできる活動の例  
 WHO1989 “Training in the community for people  
 with disabilities”

- 19. Training package for a family member of an adult who shows strange behavior  
 Information about the disability and what you can do about it.
- 20. Training package for a family member of an adult who shows strange behavior  
 How to train the person to take care of himself or herself.
- 21. Training package for a family member of a person who has fit.  
 Information about the disability and what you can do about it.

III.専門資源のない状況での精神保健ケアを支える理論  
 Vikram Patel 2008 “Where there is no psychiatrist – A mental health care manual”  
 Gaskell.

IV.事例と地域の中での社会資源を理解し、心理社会ケアの方針を立てる討論  
 現地から事前に提出された4事例について討論。  
 26才女性・統合失調症、52才女性・統合失調症、  
 18才男性・精神病、29才女性・てんかん。

<今回の日程では触れられなかった重要なもの>  
 ☆個人カウンセリング学習  
 Scott T. Meier & Susan R. Davis 2001, “the elements of counseling, 4th ed.” Brooks/Cole  
 ☆集団心理療法の理解と進め方

3日、ピサル氏の様子、その後です。ぼくが訪問し始めて4日目、点滴と酸素チューブは継続、反応が弱くなっているのを感じます。口調が聞き取りにくくなっている、口も目も半開きです。痩せが顕著。しゃっくりは止まりました、特に治療はしていません。親族が彼の要求に応じて水をスプーンで与えると、もう飲んだ、と怒りを含んで言うなど、意志は強いです。家へ戻りたい、とも訴えています。ビボルの就職が決まって、安堵を言ってくれます。

**訪問してケース理解**

4日、2ケースを訪問して、ケース理解と地域におけるケアについて討論。  
 ピサル氏は自宅へ移りました。発熱あり、濡れタオルを額に当てています。「今日は訪問をして、明日はKLへ行くよ」と声をかけると、しばらくして「どこ？KL?」と聞き直しています。ボリン氏と会いました。医師としての病院のDutyは続け気丈ですが、話し始めると涙ぐみます。ちなみに自宅裏には、昨年完成したという薬局兼クリニックができあがっていました。その1室にピサル氏はいます。冷房がしっかり効いていて州病院で入院していた部屋より快適です。

**シュムリアップ州保健局(PHD)は精神保健行政に受け身**

5日午前、KL病院（外来85人、うち新患5名でした）の帰りに診療を引き受けてくれているDr. Kong Sarithと話し合うと、今月で辞めるということを撤回して、「賃金アップがあれば継続してできる」という返事を得ました。これで、派遣精神科医師探しの問題は消えました。

- この日は、PHD代表とやりとりをしました。
- 1. AKCとKL病院での診療回数を減らしたいとの相談には、「SUMHと病院で決めればいい、Fade outの通常の話し」と。
  - 2. SUMHがPHDへ派遣医師の契約を求めたことに対しては、「(Dr.Kong Sarith・71才は、もう退職している医師なので) PHDとの契約は不要」である。
  - 3. SUMHは、PHDがリモートエリアで住民が精神科診療を受けられる施策を進めるのであれば、それを〇〇で支援する、というような契約に進め

る用意があるという提案には、「文例を持ってきてほしい、考えよう」との返事。

4. GACD 研究への倫理審査に必要なモノについての質問へは、「National Institute of Public Health に National Ethnic Committee がある。そこに尋ねてほしい。州では不要。」とのこと。
5. 副代表二人制にした旨を伝えると、文書で PHD に提出するよう指示される。

## 2 日間の休日に

6日、週末の休日。IKTT「伝統の村」を訪ねて森本さんと再会。大津の病院へ見舞った時より弱くなっていて、心配。ちなみに森本さんはこの2カ月後、7月3日に希望されていたSRで大往生されました。

7日、日曜日休日、元のSUMH事務所と住んでいた長期ステイのホテル跡へ行ってみました。旧事務所は、塀ができて、閉鎖的な建物に変わっていました。ホテル跡は、庭には雑草が茂り、何家族かが住んでいて、玄関ロビーは冷蔵庫など電気製品の置き場になっています。英語が通じる人はいなかった。朝、曇っていて涼しかったけど、8時近くになるともう暑い。

## アンコールチュム保健区病院から契約変更の申し出

8日、とても暑い日でした。朝7時にAKCへ向けて出発、Drを拾って、1時間後には診療開始しました。ササルダム経由で行くと1時間、ポウク経由で行くと2時間が今頃です。66人（うち5人が新患）の外来を3時間で終了しました。

途中で病院長と次の契約について話すことになりました。貧困理由で診療費を支払えない受診者について、これまで病院からSUMHへ支払われてきた受診者から一人1ドルの経費をゼロにできないか、という驚きの打診がありました。答えは先延ばししてあります。約4割の人が該当するので、小さくない経済問題です。

午後1時前にピサル氏宅着、見舞いました。ボリン氏がいて、彼女の方から休業後も継続している給与について、もう止めて、との話がありました。4月で支払いを終了することにしました。

懸案事項についてスタッフ2名と話し合いました。

1. 2病院巡回は他の活動の時間を奪って負担になっているので一つにする。AKCが遠隔地であり支援先としては望ましいが、院長が提示した内容はSUMH運営費上、認められないので、次の話し合いで変更がない場合はKLを選ぶことにする。
2. 通勤時と勤務中の労災について保険に入りたいとの要求あり。（対象は訪問するバナック氏、ビボル氏、サボン氏の3人。5,000ドル補償は一人当たり月23.5ドル。）詳しい資料を日本側へ送付してもらうこととしました。
3. GACD調査倫理審査の問い合わせ先、個人メールについての情報は来週になる予定。
4. 西尾DRのキーパーソンミーティング（HC委員への心理教育が内容）調査の担当がピサル氏であったが、今後どうするか？を確認。
5. 二人の職位は共同代表 joint vice director としました。職名については本人の考えも聞き、バナック氏は mental health worker、ビボル氏は clinical psychologist としました。

## 今後の活動の方向性やその内容について

9日、今回の研修最終日。外来待ちの患者家族を対象にしたデイケア、必要な事例への自宅訪問ケア、事例患者の居住地で行うケアに関わるキーパーソンのミーティングなどについて実践的な研修を行いました。

その後、スタッフ2人と話し合いました。

1. 外来受診者と同伴家族を対象にした、いわゆるデイケア活動について  
今までは週5日、8時半から11時頃まで、心理教育が1時間ほど行われてきました。料理ほかの日常生活動作（ADL）や、歌や絵画などの作業療法（OT）も場所を工夫して取り入れるよう、また家庭に閉じこもりがちなど、対象者を意識して選ぶよう、勧めました。
2. 写真を撮ることに人権上の問題があるのでは、との提起があり、本人から明快な了解を取るよう、とくに州内で発表するときなどには個人が特定されることに熟慮するよう、話し合いました。
3. Stress について質問があり、“Where there is no psychiatrist”にある記述を確認しました。
4. Psychotherapy と Counseling の実際について質問がありました。訓練や、頻回な面接の必要性など、カンボジア社会ではそのままのモノは実施

しにくいですが、その知識を学ぶことは有用と答えました。

5. スタッフとの意思決定の仕方について質問がありました。スタッフ数の少ないNGOだから、話し合いを重視しようと思われました。
6. **Fund Raising** について質問がありました。これは **Director** の **Duty** に入れている業務です。現地側で資金獲得努力をしてほしいという趣旨です。バナック氏はピサル氏から研修に行け、と言われていた、と意欲的です。情報の集め方、応募書類の実際、プロジェクトの例などを話し合いました。サポートが必要です。
7. そして万一、ピサル氏が亡くなった場合に日本側がすべきことをぼくから問いました。一番望ましいのは、**HQ**（本部）から日本人が葬式に参加すること。そのとき、彼への感謝を書いたレターを額に入れて、花束とともに手渡すことに合わせて、給与の〇ヶ月分を手渡す、ということのようです。彼の業績を書いたレターもあった方がいいと言いますが、それはカンボジアサイドで準備して貰うことにしました。「感謝レター」を作り、電子データとして送り、スタッフに額や花を準備して貰うということかと思えます。

5月10日、午前は最終研修をホテル中庭で行い、ホテルをチェックアウトして、午後半日はピサル氏宅でゆっくり過ごす。

親族数人が入れ替わり介助や清拭を繰り返して、ひげも剃り、清潔が保たれています。おかゆをおかわりしたり、ぼくに水を出せ、と指示したり、顔色もよくなり、咀嚼や嚥下ができています。こちらの話しには、ため息のように反応。初めて会ったときは赤ちゃんだった長男は16才、医師を目指しているようで、ぼくに「伝統治療でいいの？」と聞きます。長女はスマートフォンゲームに夢中。その下の妹とはまだ会っていません。ピサル氏の母87才もタケオから妹と来ていて、足が痛いと言って床に横になっています。聞くとピサル氏の父は40才のクメールルージュ時代、飢餓から亡くなったのだそう。

午後には5人の僧を呼んで、ベッドサイドで、続いて広い居間に集まってお経を皆で唱えています。また一昨日には、伝統治療師クルークメールを呼んだのだそうで、たばこや線香、ローソクなどの祈りの道具が残っていました。マレーシアからも見覚え

のある親族が来ていて、見舞客が多いです。21時35分、SRを発ちました。

### 今回の研修を終えての私の意見

1. 数ヶ月後には、二人で今までの地域活動は可能だと思います。
2. 一方、技術支援は必須だと思います。二人とも、知識や理解のレベルに課題があり、現場活動をリードし方向付ける人がいません。カンボジアにおける精神科リハビリテーションについて、日本からスタッフ研修に行ける専門家と予算、なんとかなるでしょうか？たとえば、ケース理解、地域支援の見立て、具体的な通所や訪問活動、問題ケースを対象にしたキーパーソンミーティング、などなどがテーマだと思います。
3. コミュニティで支援が必要なクライアントを焦点に、生活している村でキーパーソンが集まって行うのがキーパーソンミーティングであり、その関係者に心理教育を行い、障害を持ちながらも地域で生きやすくすることが目的です。しかしそれが、ヘルスセンタースタッフと住民代表のヘルスセンター維持委員（Maintain committee）を対象とした講義に変質し、個別のケースケアをしなくなっている現状を知りました。教育講演重視、受診勧奨と薬を飲みなさいという助言に縮小されています。これは、とても公的保健活動へのコミュニティ活動モデルではないと思います。教育者、あるいはミニドクターになっています。**Home visit** を実際に行いながら研修することが必須です。
4. スタッフAは人がいいし気も利きます。向学を語るのですが、課題は専門知識をしっかりと身につけることです。スタッフBは、過去にSUMHで働いていたときのように無口ではなく、一応の精神保健知識はあります。学びたがっているので、指導や方向付けなどをうまくできれば、SUMHに役立つかもしれないと思いました。

なおピサル氏はぼくと別れた2日後の12日夕方に逝去されたとの連絡あり。合掌。



### Ⅲ 夏季トレーニングの報告

野崎章子

2017年5月のSUMH手林理事による現地スタッフへのトレーニング後、SUMHでは現地スタッフの活動の質向上のため、改善すべき課題について検討を重ねた。その結果、専門家としての実践活動の質管理・向上のための、活動展開プロセスと振り返り、すなわちPDCAサイクル(plan-do-check-act cycle)に則った活動展開が必要であるとの結論に至った。

そこで、2017年8月に、看護職である野崎が研修講師として現地へ赴き、トレーニングを実施することとなった。なお、野崎が現地の状況や現地スタッフへの指導について習熟途上ということと、SUMHメンバーの共通認識の下に研修指導に当たるという目的も含め、事前に日本国内において国際精神保健に関する学習会を開催した。その内容も含め、以下に報告する。

#### 事前の国内での学習会

2017年7月16日に、錦糸町クボタクリニックにおいて、外部の参加者も含め、学習会を開催した(<http://www.sumh.org/pdf/sumh-kokusai.pdf>)。内容は、青木理事長によるSUMHのミッションと活動概要紹介、次に丸谷理事による途上国にて課題となる主要な精神神経疾患の診断と治療に関する解説、その他の理事による資源の乏しい地でのメンタルヘルス支援の基盤となる理論と活動事例の紹介、地域での在宅患者訪問活動の原則、カンボジアでの精神保健の現状、ケースカンファレンス等を行った。

#### 現地での研修

##### (1) 目標

目標は、SUMH現地スタッフのメンタルヘルスサービス提供に関する現状の問題点が改善されサービスが向上するとして、到達目標を、1) 主要精神疾患(統合失調症、気分障害、アルコール依存症、てんかん)についての病因・支援法に関する知識を獲得できる、2) 主体を明確にした上で、アセスメント、プランの立案(特にアウトリーチおよびキーパーソンミーティングの頻度、内容等)、実施、評価、プランの更新という一連のプロセスを展開できる、3) 一連のサービス提供について適切に記録することができる、とした。

##### (2) 実施内容

SUMHカンボジアのスタッフであるMr. VibolおよびMr. Vannakが研修に参加した。オリエンテーション後、知識の獲得として、事前の学習会での資料を用い、主要な精神疾患の疫学・診断基準・予後・治療等について解説を行った。またQuality controlとしてのPDCAサイクルの必要性、方法等について解説し、検討を行った。数件の在宅患者への訪問に同行し、その後、訪問したケースも含め、事例検討を行った。事例検討の際には、不足情報の明確化、各種情報の必要性、診断基準を用いての症例理解についても実施した。サービスの展開については、実際の活動記録を詳細に検討しながら、活動の目標、期待するoutcome設定と内容、outcomeに照らした評価、評価に基づくプランの修正等について解説・確認しながら、実際にどの程度なされているのか、その過程を踏むことのできる記録用紙となっているかということを検討した。他には、相対的にカンボジアでのメンタルヘルスサービスの位置づけや強みについて認識するという目的により、日本のメンタルヘルスサービスの現状と課題について説明した。最後に、新たな資源が無くとも実施可能な手段として、漸進的呼吸法、アンガーマネジメントについての知識提供と演習を行い、他には患者および家族への提供プログラムとしてのリクレーション内容の検討を行った。

##### (3) 評価

疾患に関する概論およびPDCAサイクル等については、未知であったとのことであり、積極的な態度が見られた。特に、疾患の診断基準やその内容については未知であり、他組織との合同会議等において理解できないことが多々あり自信喪失となっていたので非常に有意義であったとの感想が聞かれた。要望としては、PDCAサイクルを用いての訪問事例への具体的な活用・評価の実施の詳細に関する知識やスーパービジョン、カウンセリングスキル、自殺のアセスメント等が挙げられていた。またいずれもPSR専門家としての訓練を要望していた。

#### 結論

この研修においては約5日間であり、知識・情報の提供が主となった。要望にもあった通り、今後は、知識を実際の活動に生かすこと、つまり、プロセスとしての展開についても縦断的にスーパービジョンするなど中長期的な展望と計画が必要である。

#### IV プロジェクト現地化への努力とスタッフ研修 青木勉

3月8日から8日間現地へ赴きました。今回は香港から直接シェムリップに空路入国しましたが、1年前と比較してもその賑わいぶりは明らかで、カンボジアが低中所得国の仲間入りをしたことを実感できました。

SUMHカンボジアは、シェムリアップ州病院内の精神科外来に隣接したメンタルヘルスリハビリテーションセンターを拠点として活動しています。現地代表のピサルさんが亡くなって約1年が経過しましたが、ビポールさん、バナックさんの二人が常勤で、非常勤のスタッフ2名とともに活動を続けてきました。



デイケアでの心理教育の様子

半日デイケアの活動に参加しました。30名ほどの患者さんとご家族が参加し、病気との付き合い方やストレスモデルについての説明をバナックさんが行い、参加者と質疑応答をしていました。

私も複数の参加者から声をかけられ、「テレビで日本は大雪が降っているのを見たが、カンボジアで雪が降ったらたくさんの方が凍死するだろう」と半分冗談交りに話しかけてくるご婦人もいました。一人の医師が30名ほどの患者さんを2時間ほどで診察をしており、精神療法的な関与は、このデイケアプログラムで行われていると考えられます。

ケースカンファレンスにも参加しましたが、スタッフたちと話し合いを持ち、当会の経済状況が極めて厳しいことを説明した上で、自立と活動を継続する必要性を説明しました。常勤スタッフは二人ともその必要性を理解し、自分たちで寄付を獲得するために英語でプロポーザルを書くための講座に通うことを希望しています。

#### スタッフへの教育

スタッフには、どのようなメンタルヘルスの教育が適切であるのか。これは、以前から個人的にも考え続けた難題でした。悩んだ挙句、WHOが無償で提供している『Mental Health Gap Intervention Guide Ver2.0』を選んで、あらかじめ現地に電子媒体で送り、日本から現地スタッフ分のハンドアウト2冊を印刷して持参しました。この本には、トレーニングを主催するTrainerのためのマニュアルであるTraining of Trainers and Supervisors training programも整備されており、事前に一通り目を通しました。しかし、理事会での話し合いでは、体系的な学習よりも、On the Job Trainingが有効であると複数の参加者から意見が出されたため、カンボジア現地では体系的な講義はせず、ケースカンファレンスやアウトリーチで実際に患者さんにあつた際に、関連する箇所を一緒に見て勉強するようにしました。

#### ケースカンファレンス

今回の教育では、ケースカンファレンス2例について担当スタッフのプレゼンテーションを聞き、いくつかのポイントについてディスカッションをしました。スタッフたちは、ケースについてしっかりとフォーム上にまとめて発表しました。この2例に共通した問題点は、ニコチン依存を併存していることでした。その際に気になった点は、薬物療法による主作用と副作用について知識を整理した方が良いと思われたことです。この点については、体系的な講義が役に立つと思われます。そして今後知識を整理したのち、精神科医との連携をいかに構築していくべきかがテーマとなると思われました。といいますのは、デイホスピタルでスタッフ達が得た情報が患者さんに還元されるためには、担当医師との連携が重要となります。スタッフ達の話では、まだ円環状のチーム医療を構築できる状態ではなく、医師を頂点としたヒエラルキー構造が続いています。多忙である精神科医と連携をいかに上手く行っていくことができるかが、今後の課題であると思われています。

#### アウトリーチ

SRのメンタルヘルスリハビリテーションセンターから約60km離れたクラランの農村部に住む患者さん3例を尋ねました。



アウトリーチの光景

1例目は、20歳代の初発の中毒性精神疾患を患っている男性の患者さんで、SUMHの地域精神医療活動によって、精神科サービスに結びついた方でした（写真5）。タイに出稼ぎに4年前に出かけ、現地では酒と違法薬物を覚え、帰国した約1年前から頭痛、焦燥、幻聴、幽霊や大蛇の幻視、そして興奮が出現。心配した両親が、SUMHのサービスを受けている近隣の住民のついでバナックさんに連絡を取り、クララン病院での外来診療とアウトリーチサービスに繋がった方です。まだ外来通院を開始して1週間ほどで、患者さんもお家族も治療によって、イライラ感がなくなって落ち着いて生活できるようになったと喜んでおられました。断酒と精神作用物質の再使用をしないこと、治療継続の重要性について伝えることをスタッフとともに患者さんとお家族に説明をし、中毒精神障害の方への心理教育を行いました。

2例目は、30歳代の統合失調症の女性。2年ほど前から幻聴、妄想、興奮、徘徊が出現しました。いくつかの病院を受診しましたが改善なく、クララン病院でSUMHが運営している精神科を受診し、治療を開始したところ、日中はハンモックで就床して過ごせるようになりました。しかし、その後より多飲水が始まり、現在も夜間は2階の部屋に家族が鍵をかける状況が続いています。多飲水と精神疾患、薬物療法との関係についてご家族とともにスタッフに教育しましたが、日本であれば入院して閉鎖環境下で行動制限、そして薬物療法はクロザピンを使用する必要がある可能性が高い患者さんです。お姉さんも統合失調症に罹患されていましたが、数ヶ月前に2階から転落して死亡しました。精神科の入院病棟が16床しかないカンボジアでは、多くの重症精神疾患を持つ患者さんが私宅監置を受けています。アウトリーチと限られた薬物療法では限界があることは明らかです。その事実を再度直面させられ、大変ショッ

クを受けましたが、ご家族が冷たい飲み物を事前に準備してくださっており、その暖かい対応が心の救いでした。

3例目は、30歳代のPsychosisと診断されている女性。おしゃれな服装をして接触性は良く、多動傾向で朝早くから自宅の隅々まで掃除をしているとのことでした。20歳頃に恋愛妄想で発症した方で、幻聴や不眠、焦燥等を認めたようですが、訪問直後からスタッフに結婚を申し込むなど行為心迫や自我感情の亢進が疑われ、軽躁状態の可能性が高いと思われました。SUMHの統計では、診断名は双極性障害の患者さんが1名もおらず、本来双極性障害の方をPsychosisと診断している可能性が高いと思われず。薬物療法では、WHOが定めるエッセンシャルドラッグには気分調整薬はないため、統合失調症と同様に抗精神病薬や抗うつ薬が使われるわけですが、精神療法的には異なる対応が必要であるため、今後この領域の疾病について医師側とも連携を取り、精神療法、環境調整の充実を図る必要があります。

### 考察

カンボジアでは、極めて限られた資源の中で、精神科サービスを充実させることが求められています。それを達成するためにスタッフ教育を行うわけですが、今回の経験で感じたことは、連携の重要性でした。一つは、シェムリアップ州病院精神科外来との連携を強化して行くことが必要です。それとともに、圧倒的な知識と経験を持つ我が国の精神医療関係者とカンボジアとの連携も強く望まれます。そして、それはまさしくSUMHの設立の理念そのものです。

また、現地スタッフの教育は、プロジェクトを現地にハンドオーバーすることにもつながりますが、現地化の目標をどこに置くことが適正であるか問題です。当会の中期の事業計画では「カンボジア・シェムリアップ州メンタルヘルスリハビリテーションセンターを中心に、巡回診療、デイケア活動、アウトリーチ、キーパーソンミーティング等を継続し、開発途上国における理想的な精神科サービスのモデルを構築する。そして、研究や広報活動を通じて、国際精神保健に貢献する。」とありますが、まだまだカンボジア国内では、精神科サービスを充実させる機運を感じることができず、彼らがどのように自立していきけるかが大きな課題となっています。



### 今後の活動と展望

短い期間で一緒に学ぶことができたケースは限られていましたが、現地に赴き、地域に出て経験する重要性を改めて感じる機会を得ることができました。この場をお借りして、SUMH 会員の皆様にお礼を申し上げます。

今後の現地活動に関しては、現地スタッフと繰り返し議論し、以下のように予定しています。

- ✓ デイケアについて 非常勤の PSR Assistant を雇用せず、常勤2人と非常勤1人で運営可能な日程に縮小する
- ✓ アウトリーチ機能について 外来との連携ができていないアンコールチュムは中止し、スペイダンコンとクラランに制限する。
- ✓ 巡回診療について 引き続きクララン病院での外来を継続する。
- ✓ キーパーソンミーティングは当面中止する。



クララン保健区病院

また、州病院へのハンドオーバーの可能性について 州保健局長によれば、新たな精神保健計画や政策も資金もなく、ハンドオーバーは現在のところ不可能であるとのこと。常勤スタッフに資金獲得のための申請をするように依頼し、経済的な自立に向けて準備をします。

今後、SUMH カンボジアの自立に向かって現地スタッフの教育に力を注ぐ所存です。より良いメンタルヘルスのための教育を行うため、会員皆様のご協力とご支援を、今後ともよろしくお願い申し上げます。

### 編集後記

今年はサクラが早いですね、みなさま如何お過ごしでしょうか。今号は、シムリアップ現地でカンボジアスタッフを対象に行われた、心理士、看護師、精神科医師による3つの研修特集です。各々の強調点の相違が興味深いです。

近々、今年度の総会が予定されています。会員の皆様には追ってご案内いたします。

編集担当 手林佳正

\*\*\*\*\*

### SUMHの会員として、また寄付金によって

#### 一緒に途上国の精神保健を支えてください。

カンボジアの患者さんの笑顔を思い浮かべ、当法人にご寄付頂けますようよろしくお願い申し上げます。

【年会費】一般 10,000円 賛助・学生 3000円

#### 【会費・寄付金の振込先】

##### 銀行振り込みの場合

銀行名: 楽天銀行 第二営業支店(支店番号 252)  
 口座名: 特定非営利活動法人 途上国の精神保健を支えるネットワーク  
 口座番号: 普通 7385345

##### 郵便振替の場合

加入者名: 途上国の精神保健を支えるネットワーク  
 口座番号: 00170-2-535294

郵便振替は振替用紙に、住所・氏名・Tel & Fax・E-mail・会費と寄付金のいずれか・SUMH へ一言を明記の上、お振り込み下さい。

#### SUMH 日本事務局

〒130-0013 東京都墨田区錦糸 3-5-1  
 錦糸町北口ビル  
 TEL 03-3812-0736

HP: <http://www.sumh.org>

Mail: [info@sumh.org](mailto:info@sumh.org)

#### SUMH Cambodia

Mental Health Rehabilitation Center,  
 in Siem Reap Provincial Hospital,  
 Mundol Moi, Siem Reap, Cambodia  
 Postal Address:  
 P.O.Box 93102 GPO Siem Reap Angkor, Cambodia