

シエラレオネにおける 精神障害者施設の利用 者の特性

—インタビュー調査からの
分析—

金 田 知 子 *
中 園 直 樹 **

I. 問題の所在

西アフリカに位置するシエラレオネ共和国では、1991年から2002年にかけて激しい紛争が展開された。その過程において、親を殺された子どもたちがゲリラ兵に誘拐され、子ども兵として前線で戦わされたり、少女たちが慰安婦として性的虐待を受けたりするなどの深刻な人権蹂躪が横行した。また一般市民がゲリラ兵によって四肢を切断されるという極めて残虐な暴力行為も繰り返された。他方、ゲリラ兵や子ども兵は、恐怖心を取り除き戦闘意欲を高めるために、マリファナ、ヘロイン、コカインなどの薬物（ドラッグ）を乱用し続けた。紛争下におけるこうした暴力や薬物乱用は、子どもをはじめとするさまざま人々に身体のみならず精神的な傷や障害を与え、紛争終焉後も、うつ病、心的外傷後ストレス障害（PTSD）、薬物依存症といった心の病の問題が残されている¹。さらに紛争に起因する精神疾患以外にも、統合失調症といった通常一定の割合で罹患（発病）するとされる精神疾患の問題もある。

ところがこうした心のケアに対するニーズが高まっているにもかかわらず、シエラレオネには、人口574万人²に対して、精神科医が1人しかいない。さらに精神医療や精神保健福祉サービスを提供する施設や機関も極めて少なく、精神科病院が1か所、精神科クリニックが1か所、リハビリテーション施設を標榜する機関が1か所、それぞれ首都フリータウンにあるのみである。シエラレオネのみならず一般にアフリカ諸国においては、生命

* 神戸大学大学院国際協力研究科学生
** 神戸大学大学院国際協力研究科教授

の危機に直接的には影響を及ぼすことが少ないと見なされがちな精神科領域のサービスは限定的で³、その意味では、精神科領域は医療のなかでも感染症対策や母子保健に比して殆ど重要視されずに看過されてきたともいえる。

本小論では、シエラレオネ唯一の精神科リハビリテーション施設とされるシティオブレスト (City of Rest、以下 CORE と略す) の利用者へのインタビュー調査を通して、精神障害をもつ利用者がシエラレオネ社会で、障害や障害による生きづらさをどのように認知しているか、どのようなケアあるいは支援を受けているか、地域生活においていかなるニーズをもっているのかを論究する。

CORE は、過去 20 年以上にもわたって、シエラレオネの精神障害者の社会復帰に取り組んできた施設である。CORE の利用者の実態やニーズを解明することによって、これまであまり注目されることのなかったシエラレオネの精神障害者の一側面を明らかにしたい。

II. CORE の概要

CORE は、フリータウンの中心部にある精神障害者のための入所型施設である。1980 年代初頭、シエラレオネ人牧師のモリー・ゴベ (Pastor Morie S. Ngobeh) が行くあてのない若者 (その多くが薬物依存症者であった) を自宅に住ませ食事などを与えたことが活動の始まりである。その後、ゴベ牧師は道端で生活する非行少年、薬物依存症者、その他

の精神障害者へのアウトリーチ活動などを続けながら、1994 年に現在の場所に精神障害者のデイセンターを開所し、さらにその 2 年後、それを入所型施設へと発展させた。第 1 写真は、現在の CORE である。3 階建ての建物の 1 階が男性入所者の居室、2 階が女性入所者の居室、スタッフの部屋、集会所、3 階が牧師家族の住居スペースとなっている。



第 1 写真 シティオブレスト (筆者撮影)

CORE は医療行為を目的とした治療施設ではない。CORE のケアの真髄となっているのは、キリスト教信仰である。13 名のスタッフのなかには、施設長以外にも数人の牧師がおり、入所者には、1 日 2 回の礼拝をはじめ、聖書研究や祈祷、聖職者によるグループカウンセリングなど、キリスト教精神にもとづいたプログラムが設けられている。薬物への依存、ストレス、うつ病、トラウマといった入所者が直面している心の問題を断ち切るためには、心の在り方を変容させる必要があり、福音こそがそれを可能ならしめる⁴と考えられている。とはいえ、CORE が精神科医療を

否定しているわけではなく、医師による診察や薬物療法が必要と判断された場合には、精神科医と連携をとりながら対応している。

COREは、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金、WHOや海外の援助機関からの助成金で運営されている。入所者は、原則、食事代を含む入所費用を支払う必要があるが、支払い能力のない者は無料となっている。長年の活動実績が認められたCOREは、シエラレオネ政府からフリータウン郊外のグラフトンという町に3エーカーの土地を譲り受け、現在、入所定員70名の建物を建設中である。

Ⅲ. 対象と方法

1. 調査対象者

2010年3月1日から14日間、現地へ赴き、COREの施設長をはじめとするスタッフおよび利用者の協力のもとで本調査を実施した。調査対象者の選別では、①調査の参加について本人の同意が得られること、②言語的コミュニケーションにより意思の疎通がある程度可能な状態にあること、の2点に配慮した。言語的コミュニケーションについては、英語以外の言語に対してはローカル言語を話す通訳を用い、メンデ語やフラニ語のみしか使用しない利用者にも対応した。こうした基準に則して、調査への参加を依頼したところ、COREの入所者43名のうち35名（うち2名はデイケア利用者⁵⁾）が対象者となった。しかし質問紙票の調査項目を35名全員に対してすべて聞くことができたわけではなく、本

人の状態が不安定であったため回答が得られない、あるいは質問することすらできなかったというケースもあった。こうしたケースに関しては、聞き得た項目のみを分析対象としたため、集計での調査項目により総数の相違がある。

2. 調査方法

インタビューは日本人調査者2名が1組になり英語で実施した。英語が理解できない調査対象者（2名）に対してはCOREのスタッフが通訳として参加した。日本人調査者2名のうち1名が主にインタビュアーとして質問をし、もう1名が記録をとりつつ補完的質問をする役割を担った。インタビュー調査に要した時間は1人20分から90分で、情報収集が困難であると考えられた場合は途中でインタビューを中断した。

方法は、質問紙票を用いつつも、あくまでも利用者の自由な語り保証される半構造化された面接法を採用した。本調査では、COREの利用者に関する情報を収集するということが主たる目的ではあるが、それに加え、これまで“invisible”な存在であった精神障害者の自らの語りに真摯に耳を傾けることにも重点をおいた。集団生活においては、自らの居場所、時間、活動、絆、主体性が侵害され、生活そのものが抑圧され続けている精神障害者⁶⁾にとって、自身の体験を自由に語り、傾聴されるという体験をもつことが、本来もっている力を引き出すと考えたからである。それゆえ、利用者たちの語りにある彼らの主観的世界を知ることが殊更重視した。利

使用者が語る内容がどこまで真実なのかという判断は、われわれにはできない。インタビューなどの調査後、利用者から得られた情報に関しては、トライアングレーションを用いてスタッフに確認したが、そこで相違が生じた場合、基本属性についてはCOREでの記録やスタッフの観察記録等を採用し、その他の主観的体験については利用者の語りを採用した。

3. 調査の内容

質問紙票には、基本属性、障害に対する認知、発病後の対応、COREでのケア、地域生活でのニーズ、薬物依存症者の体験と大きく6つの領域での質問項目を設けた。しかし紙幅の関係上、今回は、基本属性、障害に対する認知、発病後の対応、地域生活でのニーズ

に焦点をおいて報告する。

4. 倫理的配慮

調査協力者一人ひとりに、面接の前に書面および口頭にて本調査の目的を伝えた。その上で、インタビューによって得られた情報については、個人名が特定されないことがないこと、研究以外の目的で用いられることがないことを説明し、文書による同意書を得た。さらに、答えたくない質問に対しては無理に答える必要がないこと、またインタビューを中断する権利もあることを伝えた。

IV. 結果

1. 基本属性

基本属性に関する回答を第1表にまとめた。

第1表 基本属性 (N = 35人)

		人数	%			人数	%	
性別	男性	26	74	年齢	～20歳	5	14	
	女性	9	26		21～30歳	10	29	
	合計	35	100		31～40歳	14	40	
					41歳～	6	17	
				合計	35	100		
エスニシティ	メンデ	6	17	宗教	キリスト教	23	66	
	テムネ	5	14		イスラーム教	10	29	
	クリオ	9	26		その他	2	6	
	フラ	5	14		合計	35	101	
	その他	10	29					
合計	35	100						
教育期間	～5年	3	9	同居者	家族・親戚	34	97	
	6～10年	5	14		不明	1	3	
	11～15年	18	51		合計	35	100	
	16～20年	7	20					
	不明	2	6					
	合計	35	100					

結婚の有無	既婚	6	17	職業	学生	7	20
	未婚	23	66		常勤	7	20
	離婚	5	14		不定期	11	31
	不明	1	3		無職	7	20
	合計	35	100		その他	3	9
				合計	35	100	
収入	有	13	37	最大 (レオン)	6,000,000		
	無	15	43	最小 (レオン)	0		
	不明	7	20	収入 有の平均	1,649,692		
	合計	35	100				

性別は、男性が26人(74%)、女性が9人(26%)であった。年齢分布は、20歳以下が5人(14%)、21～30歳が10人(29%)、31～40歳が14人(40%)、41歳以上が6人(17%)で、平均年齢は32歳、最年少者が15歳で最年長者が50歳であった。エスニシティで最も多かったのはクリオ(Krio)の9人、メンデ(Mende)が6人、テムネ(Temne)が5人、フラ(Fula)が5人であった。その他は、スス(Susu)、リンバ(Limba)、コノ(Kono)である。シエラレオネには少なくとも17民族が存在すると言われ、そのなかでも南部州および東部州のメンデと北部州のテムネがそれぞれ約31%を占める二大主要民族とされる⁷。COREで最も多くみられたクリオは、主にフリータウン帯を含む西部地域に居住する民族で、またフラは主に北部地域で暮らしその多くはイスラーム教を信仰している。ちなみに回答者の23人(66%)がキリスト教信者であり、ムスリムは10人(29%)、その他が2人(6%)である。COREはキリスト教信仰にもとづく施設であるが、およそ三分の一の入所者がキリスト教信者ではない点

から、他宗教に対しても寛容な姿勢が窺える。

教育については、「学校で勉強した期間」を尋ねたところ、最も多かったのは11～15年で18人(51%)、その次が16～20年の7人(20%)、6～10年の5人(14%)、5年以下の3人(9%)と続く。シエラレオネでは、小学校(primary school)が6年、中学校(junior secondary school)が3年、高等学校(senior secondary school)が3年、大学が4年という教育システムが導入されている。2004/2005年のシエラレオネの中学教育総就学率が44%、高校教育総就学率が14%と発表されていることに鑑みると⁸、COREの回答者の教育レベルは極めて高いと言える。その一方、回答者のなかには「全く学校に行かなかった」と答えた者が2人(6%)いた。

COREに入所する以前、誰と住んでいたかの質問に対しては、不明であった1人を除き、全員が「家族・親戚と同居していた」と答えた。結婚の有無は、既婚者が6人(17%)に対し未婚者は23人(66%)、離婚して独身である者は5人(14%)である。職業は、学生が7人(20%)、フルタイムの仕事に就いていた

者が7人(20%)、不定期に仕事をしていた者が11人(31%)、無職が7人(20%)、その他(主婦)が3人(9%)であった。フルタイムの仕事としては教師、運転手、看護師、公務員などが挙げられた。また不定期収入を得ていた者は、自動車の修理、道端での物売り、道路工事などで生活をしのいでいた。月の平均収入については、0~6,000,000レオン(約1,538USドル)と幅広く、無収入と答えた者が15人で、何らかの収入があると答えた者13人を上回った。最も高収入の6,000,000レオンと答えた者は、海外で看護師として収入を得ており特殊なケースと言える。定期的に定額の収入を得ることができる職業が極めて少ないシエラレオネでは、自らの収入を算定することが困難であり、上記の質問に対しては「わからない」と答えた者が7人いた。

以上のことから、COREの利用者の基本属性としては、「教育レベルが高い」「20歳代から30歳代の」「男性」が多いことが読み取れる。回答者のほぼ全員が入所前は(デイケア利用者は調査時点では)「家族・親戚」と同居していたということから、少なくともCOREの利用者は家族・親戚から見放された存在ではなかったと言えそうである。

2. 障害に対する認知

障害に対する認知については、①「自分がなぜCOREにいるのかを知っているか」、②「『YES』と答えた者に対してはその理由」を尋ねた。③「メンタルな病気(変化)が起こる原因は何だと自分では捉えているか」を当方で用意した9つの選択肢から選んで貰っ

た。

まず①の質問に対して、「知っている」と答えた者が34人中28人(82%)、「わからない」と答えた者は6人(18%)であった。「知っている」と答えた28人中に②その理由を聞くと、「薬物(アルコールを含む)のため」と答えた者が13人で最も多かった。次に「うつ」、「精神の病気」、「頭の病気」などの精神的(または記憶や判断や思考などの高次脳機能に関する)理由を挙げた者が6人おり、「仕事がない」、「不登校(非行)」、「伴侶を捜すため」という社会的理由を挙げた者が3人いた。「霊的攻撃(Spiritual Attack)」、「精神性の涵養(Spiritual Building)」、「神からの使命(God Mission)」という宗教的理由を挙げた者が3人いた。「胸の病気」「心臓の痛み」などの身体的理由を挙げた者が3人であった。因みに「不登校」の問題を抱える者については、精神疾患などのメンタルな問題を抱えているわけではないが、親が困り果ててCOREに連れてきたケースである。

③「メンタルな症状(変化)が起こる原因」に関しては、「遺伝」、「神の意志」、「呪い・霊・悪霊」、「紛争」、「アルコール・薬物」、「脳の病気」、「ストレス」、「感染症」、「その他」という選択肢を設け、32人に尋ね、答えて貰った。最も多かったのは、「アルコール・薬物」で13人いた。「紛争」、「呪い・霊・悪霊」、「ストレス」がそれぞれ1人であった。家庭や家族に起因するもので「その他」と答えた6人がいたが、それは「家族の死」(3人)、「経済・生活上の困難」(2人)、「夫の浮気」(1人)

である。ちなみに「わからない」と答えた者が10人いた。

3. 発病後の対応

発病後の対応として、①「異変に気付いた時、最初にどのような治療を受けたのか」、②「COREに入所するまでにどのような治療を受けてきたのか」、③「どの治療が効果的であったか」という質問を32人にした。

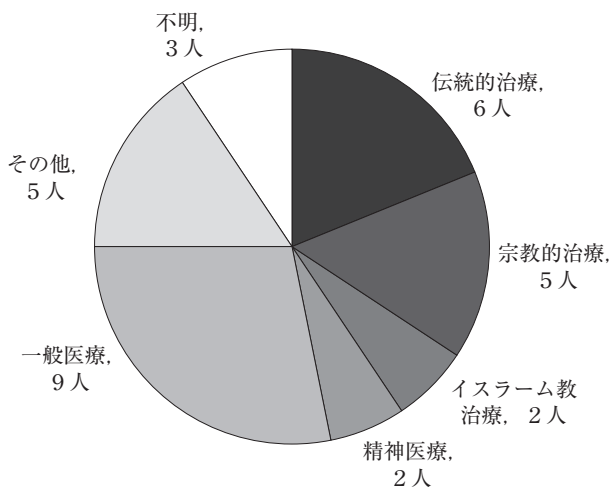
質問①に関しては、第1図が示すように、「一般医療」を受診した者が9人で最も多く、その治療内容としては「胸のレントゲン撮影」、「抗マラリア剤処方」、「抗うつ剤処方」などであった。

その次に多かったのが「伝統的治療」6人で、主に薬草による治療、供儀やその他の儀礼による治療を受けていた。さらに「キリスト教の治療」が5人、「イスラーム教治療」を受けた者が2人、精神科医療が2人であった。「その他」としては、「薬を購入して服薬」

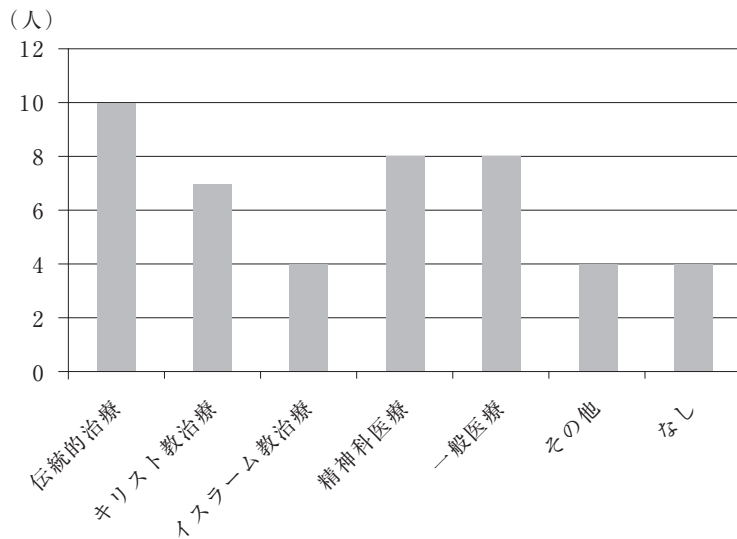
1人、「COREに来た」4人。残り3人は、「不明」であった。

第2図に、質問②のこれまで受けた治療の回答を提示した。最も多かったのは「伝統的治療」の10人、次に「精神科医療」、「一般医療」がそれぞれ8人、「キリスト教治療」が7人、「イスラーム教治療」が4人、「その他」が4人、COREに入所するまで全く他の治療を受けていない者が4人であった。

ほとんどの者がCOREに入所するまでに他の治療を受けており、多い者では異なった3種類の治療を受けていた。今まで利用したなかで最も効果的であった治療、質問③については、「どれも効果的ではなかった」と答えた者が最も多く20人であった。「伝統的治療」と「精神科医療」がそれぞれ2人、「キリスト教治療」および「その他」が1人ずつ、「わからない」と答えた者が6人であった。そして本人たちにとって効果的であった治療内容



第1図 初期治療 (N=32人)



第2図 これまで利用した治療 (複数回答)

としては、「(精神科医療で処方された) 薬物療法」、「祈祷」、「カウンセリング」、「植物の種の咀嚼」を挙げていた。

4. 地域生活のニーズ

現在 CORE を利用している対象者 32 人に、「CORE 退所後 (ディケア利用者 2 人に関しては現在) の地域生活」について以下のことを質問した。①「何処で誰と暮らすのか」、②「何をしたいのか」、③「地域生活でのサポーターはいるのか」、④「地域生活での心配事」、⑤「地域生活において必要と考えるニーズは何か」、⑥「メンタルな (薬物の) 問題を持つようになって、それ以前と比べて生活で変化したことにはどのようなものがあるか」について質問をした。

①の何処で誰と暮らしたいかでは、「家族のもと」と答えた者が 24 人と圧倒的に多く、次に「親戚」が 2 人、「自分一人で暮らす」が 1 人であった。「わからない」と答えた者

が 3 人であった。その他には、「CORE でそのまま暮らす」、「軍に入隊する」などの回答があった。「わからない」と答えた 3 人については、頼れる者がいない者が 1 人、その他の 2 人は、家族がいないというわけではなく、家族関係が悪く家族のもとに戻ることを躊躇している例であった。

②の退所後には何をしたいかは、「仕事」が 16 人、「勉強」が 13 人、「わからない」と答えた者が 1 人いた。その他、「ミッションに出たい」、「神のもとで働きたい」と答えた者がいた。

③の地域生活のなかで誰が助けてくれるかに関しては (複数回答可)、最も多かったのは「母」という回答で 9 人あった。その次が「CORE のスタッフ」の 7 人、「父」の 6 人、「親戚」が 4 人、「姉・妹」が 4 人、「兄・弟」が 3 人と続く。その他、「自分自身 (他に助けてくれる人がいない)」と答えた者が 3 人

いた。複数回答であったにも関わらず、医師や伝統的治療師と答えた者がいなかったことは特筆される。

④「COREを出て地域で暮らすうえで心配事はあるか」という質問を、デイケア利用者を除く30人に尋ねた。「特にない」と答えた者が21人、「ある」と答えた者が9人であった。「ある」と答えた者に、その心配事を聞くと、お金に関するものが3人、医療に関するものが2人、仕事・勉強に関するものが2人、家族に関するものが1人、物品に関するものが1人であった。

さらに⑤「地域で生活する上で特に何が必要か」という質問については、「人」、「お金」、「物」、「情報」、「その他」、「特に必要ない」の6つの選択肢を設けて尋ねた。「お金」を選択した者が13人、「人」を選択した者が4人、「特に何も必要がない」と答えた者が4人いた。その他を選んだ者が7人いたが、彼らが挙げた答えとしては、「励まし」、「布教」、「自由」、「医療」、「神」、「モラル」などであった。

最後に、⑥「メンタルな（薬物の）問題を持つようになって、それ以前と比べて生活で変化したことにはどのようなものがあるか」を32人に質問したところ、「変化があった」と答えた者が13人、「ない」と答えた者が11人、「わからない」が7人、「不明」が1人であった。「変化があった」と答えた13人では、「色々なことに対して、以前に比してより正対して真剣に正しく（真面目に）考えるようになった」、「クリスチャンマインドを手に入れた」、「聖書を学び、神を知り、自分

を励ますことができるようになった」、「強くなったと感じるようになっただけだ」、「勇気が持てた」、「自覚的になれた」という肯定的な意見が多かった。その一方、否定的な意見としては、「よい友人を亡くした」、「映画やレストランに行くような娯楽をしなくなった」、「自分が汚れているように思える」が挙げられた。

V. 分析

1. 利用者が抱える問題

特徴的事柄として、まず「薬物」問題の深刻さが指摘できる。利用者たちのインタビューでは、COREへの入所理由として、28人中13人が「薬物」と本人たちは答えている。別途にスタッフからの聞き取り結果では、インタビュー協力者35人中、薬物乱用歴がある者は25人（71%）であると言われている。紛争前にシエラレオネ精神科病院で実施された調査⁹によると、入院患者に占める「薬物」問題を主訴とする者の割合は12.5%であったのに対し、紛争直後の2002年に発表された調査結果¹⁰によると、薬物乱用者の割合は同病院内でも一挙に65%に跳ね上がっている。歴史を遡るとシエラレオネでは1920年代から大麻関連の問題が同病院内で処遇されていたという記録が見られる¹¹。その後、紛争を契機に他国からコカインなどのハードドラッグが流入するようになり¹²、紛争終焉後の現在もこうした薬物全般が一般の若者の間で跋扈していると言える。

次に、およそ三分の一の回答者たちが自ら

の入所理由を「宗教的事由」、「社会的事由」、「身体的事由」など、精神障害の問題として捉えていないことにも注目したい。COREが医療機関ではなく、キリスト教信仰をベースとしたリハビリテーション施設であるという点から、おのずから利用者の意識のなかでメンタルな問題が強調されなくなっているとも考えられるが、そういった者のなかにも、幻視、幻聴、気分の落ち込み、不眠などのメンタルな症状を過去に有していた者も少なからずいた。しかし彼らの何人かはそれらの症状の原因を含めて、自らの問題をメンタルなものとして捉えていない。精神科リハビリテーション施設の利用者は共通して精神障害の問題を抱えていると判断するのは、精神医学的視座からの見解にすぎない。それよりもむしろ異なった文化背景においては、疾病を文化にもとづき解釈すること、つまり自分の病気（あるいは障害）について当事者自身がどのように理解し解釈するかといった解釈モデルに沿って、彼らの問題を理解することが重要である¹³、とする指摘にも注目する必要がある。実際、本調査の回答者たちの何人かは、「家族の死」(2人)、「経済・生活上の困難」(2人)、「夫の浮気」(1人)、「紛争」(1人)等の自分を取り巻く家族や地域での生活のしづらさを、自らのメンタルな症状(変化)の直接的な原因として考えていることが分かった。さらに、こうした生活のしづらさは、統合失調症などの精神症状が消失した後も再発を引き起こす誘因ともなることがストレス脆弱性モデル¹⁴によって示されている。それゆえ、彼

らのリハビリテーションには、ただ単に病気の症状の改善(精神医学的視座)のみならず、生活のしづらさの軽減(疾病に起因する負荷の社会的軽減化や疾病の文化的・社会的受容)といった二重のフォーカスが必要となる。

2. 多様な治療

シエラレオネの精神科医療サービスのアベイラビリティにはかなりの地域差があると言われている。それを補填しているのが、伝統的治療や信仰治療などの多様な治療形体である。これがアフリカの医療の特徴であり特異的なところである。われわれが主流と考える西洋医学にもとづく精神科治療は、シエラレオネの人々にとってはあくまでも選択肢のひとつに過ぎない。実際、第2表では、フリータウン以外の出身者にとって、精神科治療に比べて偏見が少ない伝統的治療¹⁵が、心理的かつ物理的にアクセスしやすい貴重な社会資源となっている点が読み取れる。

さらにこうした多元的医療の様相は、前掲した第2図によっても示されている。これまで利用した治療についての質問に対して回答が得られた29人中、COREに入所するまで「他の治療を利用したことがない」者はわずか4人で、それ以外の者はCORE利用前に少なくとも1~2種類の複数の治療を利用している。そのなかでも最も多く利用されているのが伝統的治療である。精神疾患のように長期的治療を要する疾患の場合、当事者はその間、様々な治療機関を訪ね歩くことにもなりかねない。よりよい医療を求めて次々と医師を変えていくことをドクターショッピング

第2表 出身地別の初期治療 (N = 32人)

出身地 \ 初期治療	伝統的治療	キリスト教治療	イスラーム教治療	精神科医療	一般医療	その他	不明	総計
フリータウン	1	4	0	1	4	3	1	14
その他	5	1	2	1	5	2	2	18
総計	6	5	2	2	9	5	3	32

(doctor-shopping) というが、シエラレオネの場合では、ドクターならずキュアショッピング (cure-shopping) が行われている。治療方法に幾つもの選択肢をもつことには、メリットもありデメリットもある。患者にとって「嫌であればいつでもやめられる」というのは大きなメリットであろうが、その一方、選択のためにはさまざまな情報や知識を必要とし、それによって自分の症状に適した治療に辿り着くまでに必要以上に時間がかかる。また不必要な混乱や出費を招くことにもなりかねない。こうした多元的医療の実情がシエラレオネの人々にどのような影響を与えているのかを、今後、彼らの体験から学ぶ必要があるであろう、と今回あらためて再確認した。

3. 退所後の生活について

調査の結果から、退所後の地域生活における住居や生活上のサポート面では、家族・親戚といったインフォーマル資源が機能していることが明らかになった。地域生活上のサポーターとして、利用者たちが最も期待を寄せているのが家族・親戚であり、ほとんどの利用者が家族・親戚のもとで暮らすことを想定している。そのせいかおよそ70%の回答者が地域生活に対する不安・心配事は特にないと答えている。その一方、こうした利用

者を支える家族の心情がいかなるものかが懸念される。精神科領域におけるフォーマル資源が極めて脆弱であるシエラレオネでは、生活レベルでの支援はどうしても家族・親戚たちに依存しがちである。アフリカ社会ではコミュニティのなかでそうした家族・親戚をサポートするようなシステム、つまり家族や近隣関係の相互扶助が伝統習慣として継承されてきた。しかし、アフリカでも大都会では近年は都市化、核家族化が急速に進んでいる。このような大都市部では家族や近隣関係の伝統的相互扶助習慣が崩れる懸念も多く、精神障害者をもつ家族が孤立することにもなりかねない。家族・親戚がバーンアウトすると精神障害者施設の利用者たちはたちまち途方に暮れてしまう。当事者への支援と同時に、当事者を支える家族・親戚を支援することは極めて重要である。具体的には精神障害者をもつ家族への教育・訓練 (病気の知識、再発のサイン、コミュニケーションスキル等) を通じた家族エンパワメントが焦眉の課題であると考えられる。

VI. まとめに代えて

本インタビュー調査は、データ数が少なく、精緻な研究とするには課題が多い。しかしそ

の一方、こうしたインタビューを実施したことによって、今後の課題も明らかになった。以下、それらの課題を述べて、まとめに代えたい。

まず心の病（問題）をもって生きていくという精神障害者の体験を、質的に深めて考察する必要があることを指摘しておきたい。心の病は、生物医学的な問題であると同時に、彼らにとっては心理・社会的な問題として捉えられがちである。そうした一人ひとりの個人の病がもつ特有の意味を検討することで、苦悩が増幅する悪循環を断ち切ることを可能にし¹⁶、より有効なケアの提供につながると考えられる。

次に、アフリカでの多角的医療の実態を把握し、それを当事者の体験と結びつけて考察していく必要があることである。伝統的治療や信仰治療は彼らの生活に密着した身近な資源として存在している。そうした資源が彼らの治療プロセスのなかでどのように利用されてどのような影響を及ぼしているのかを理解することが肝要である。

最後に、精神障害者の当事者を身近で支える家族・親戚への支援の在り方を検討していく必要性をあらためて痛感した。COREは当事者たちを一時的に受け入れることによって、家族・親戚のためのレスパイトケアの役割を担っているとは言えるが、家族・親戚への直接的サービスを提供するには至っていない。ここでの家族・親戚への直接的サービスというのは、ただ単に彼らの苦悩を「癒す」というレベルではなく、家族・親戚を当事者

たちの一義的支援者として訓練・教育をしていくという「エンパワメント」のレベルでの支援を指す。今回の調査では精神障害者当事者のみを対象としたため、当事者を支える家族・親戚のニーズを調査していない。今後このニーズを分析し理解すると同時に、それに応える家族支援の具現化の可能性を模索して行くつもりである。

注

- 1 2002年に発表された報告によると、シエラレオネ紛争中、重度のトラウマ事件に曝された者は93%、家族が殺される、家や家財が焼かれる、ゲリラ兵によってリンチに遭うなどのさらに深刻なトラウマを体験したものは81%にも及ぶ。こうした体験に対し、紛争後も、トラウマによるストレスを感じている者が65%（内、重度が47%）、うつ病を患っている者が38%（内、重度が4%）とされている。（S.B.Jensen, *Mental Health and Substance Abuse in Post Conflict Sierra Leone final draft*, 2002, pp.43-45.）
- 2 <http://www.who.int/countries/sle/en/>（WHO World Health Statistics 2008.）
- 3 人口1万人に対する精神科病床数の中央値は、アフリカで0.34床、アメリカで2.6床、ヨーロッパで8床、東南アジアで0.33床となっている。さらに人口10万人に対する精神科医数の中央値は、アフリカが0.04人、アメリカが2人、ヨーロッパが9.8人、東南アジアが0.2人である。（WHO, *Mental Health Atlas 2005*, WHO, 2005, p.31&p.33.）
- 4 http://www.cityofrest-sl.org/City_of_Rest_-_Freetown_-_Sierra_Leone/Programme.html（2010年5月30日アクセス。）
- 5 COREでは、入所待機者に対して、日中のプログラムのみに参加するデイケアサービスを提供している。
- 6 C. A. Rapp and R. J. Goscha, *The Strengths Model: Case Management with People with Psychiatric Disabilities*, second edition, Oxford University Press, 2006.（＝田中英樹（監訳）『ストレングスモデル—精神障害者のためのケースマネジメント』、金剛出版、2008年、35ページ。）
- 7 J.A.D. Alie, *A New History of Sierra Leone*, Macmillan Publishers Ltd, 1990, pp.6-7.
- 8 The World Bank, *Education in Sierra Leone*:

- Present Challenges, Future Opportunities*, The World Bank, 2007, p.45.
- 9 W.M.Gesler and E.A.Nahim, Client Characteristics at Kissy Mental Hospital, Freetown, Sierra Leone, *Social Science & Medicine*, Vol.18, No.19, 1984, p.819-825.
 - 10 S.B.Jensen, *Mental Health and Substance Abuse in Post Conflict Sierra Leone final draft*, 2002, p.43.
 - 11 L. V. Bell, *Mental and Social Disorder in Sub-Saharan Africa: The Case of Sierra Leone*, 1787-1990, Greenwood Press, 1991.
 - 12 P. Richards, *Fighting for the Rain Forest: War, Youth & Resources in Sierra Leone*, James Currey, 1996, p.29.
 - 13 ロバート・コーン、ロナルド・ウィントロブ (翻訳: 渡辺暁里、野田文隆) 「精神科にかかる患者のアセスメントと治療における文化を理解し対処する能力」、『こころと文化』多文化間精神医学学会、2008年9月20日、114-125ページ。
 - 14 統合失調症の再発モデルとして知られているストレス脆弱性モデルでは、統合失調症などの精神障害は、「精神・生物学的な脆弱性 (神経生理学、認知心理学、生理学的な検査技法によって推定される遺伝的な素因に、神経の発達と人格の発育課程の問題が加わって生じた、生物学的ならびに精神的、人格的な素因) を有する個人に、環境からのストレスが加わって発生・悪化する」と考えられている。(昼田源四郎 (編) 『分裂病の社会生活支援』、金剛出版、1995年、138-139ページ。)
 - 15 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、1-15ページ。
 - 16 A. Kleinman, *The Illness Narratives: Suffering, Healing and the Human Condition*, Basic Books, 1988. (= 江口重幸他訳 『病いの語り—慢性の病いをめぐる臨床人類学』、誠信書房、1996年、11ページ。)

[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。

User Characteristics at a Rehabilitation Center for People with Mental Disabilities in Sierra Leone : Based on Interviews with the Service Users

KANATA Tomoko*
NAKAZONO Naoki**

Abstract

This paper reports on the findings of face to face interviews with 35 service users of City of Rest, Sierra Leone's only rehabilitation center for people affected by mental disabilities. The purposes of the interviews were to explore their characteristics, to elicit how they acknowledge their problems in regards to the belief and causes, to identify what kind of treatment they have received and what kind of support they need in the community.

Seventy-four percent of the respondents were male and 26 percent were female. The average age was 32 years old and majority were considerably well educated. Eight-two percent were aware that they had problems. Among those who acknowledged their problems, nearly half of them were afflicted by drug problems and about a quarter said that they had mental (brain) problems. As for causes of mental symptoms, drug addiction was the most common (13 out of 32) while 6 referred to hardships in life such as loss of family members, poverty and war. There was only one whose answer was evil spirits/demons. Most of the respondents received several types of treatments; traditional healing, prayers at churches or mosques and Western medicine. More than two thirds of them said they would have no worries about returning the communities.

In conclusion, the problems the respondents face are strongly related to hardships of daily life, therefore the intervention towards mental health problems should focus on not only the bio-medical aspects but also the socio-psychological ones. Secondly, it is important to explore the ways how family members would be empowered, trained and supported,

* Graduate Student, Graduate School of International Cooperation Studies, Kobe University.

** Professor, Graduate School of International Cooperation Studies, Kobe University.

because they are the ones most respondents rely on very much in daily life. Finally, further studies are needed to understand what kind of effects the pluralistic healthcare system will have on the users from their personal experiences.