

# スーダン共和国の精神科医療

①

在スーダン日本国大使館 二等書記官兼医務官 勝田 吉彰

## 1) はじめに

小生は平成6年2月より在スーダン日本国大使館医務官としてスーダン共和国カルツーム市に勤務しているが、今回当地精神科医療の現状を視察する機会を得たので報告する。

スーダン共和国は北をエジプト、南をウガンダ、ケニアに接し、日本の約7倍ものアフリカ最大面積を誇る国である。しかし、近年政治的理由から西側諸国との関係が悪化、援助が縮小されているため医療の各分野にわたり状況は悪化しつつあり、国立医療機関では医療資源の深刻な不足に悩まされている。

## 2) 概況

精神科医療施設は首都ハルツーム近郊のオムドルマン市に位置する Tignimahi Hospital が唯一の精神科専門病院である。地方に行くと精神科外来を行なう診療所が数カ所あるが、入院施設は存在しない。その他、教育研究施設としてハルツーム大学医学部に精神科教室があるがベッドは持たず、診療は前述の Tignimahi 病院で行われている。

精神科医は専門医クラスで有資格者は約100人ほど登録されているが、殆どは周辺の湾岸産油国へ出稼ぎに出てしまい、現在国内に留まっている

のは約20人に過ぎない。

## 3) Tignimahi Hospital

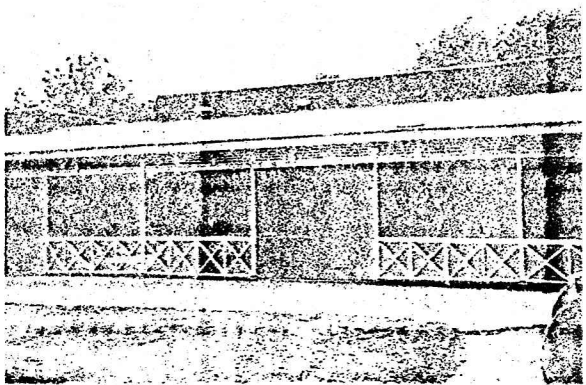
ベッド数105の単科精神病院である。1940年、ミッション系のハンセン氏病専門病院として創立、1970年国有化とともに精神病院となった。精神科医は consultant が4人で、それぞれに対し数人の registror, medical officer, social worker, psychologist 各1人がついて1チームを形成している。OT は周辺産油国への流出のため存在しない。

入院患者の診断名では、わが国同様の schizophrenia, manic state の他、マラリア脳症による OBS が多いのが特徴である。

入院期間は平均2週間前後、長くとも3～4週間以内で、急性期を過ぎると積極的に退院させるのが原則である。退院後は psychiatry nurse (看護婦に2年の専門教育を施したもの) によって家庭訪問・フォローアップが行なわれる。

病棟は全室開放病棟で家族・親戚の出入りは自由であり、患者のベッドサイドには家族・親戚が夜具持参で集まり、共に入院生活を送っている。その間、医療側からは患者への接し方、ケアの仕方などについての教育が行なわれ、退院後の家庭介護へと繋がり、スムーズな家庭・社会復帰への助けとなっており、このシステムを co-patient と称している。イスラム社会の大家族主義のもと、入院中も退院後も側で面倒をみてくれる人がいることが前提で成立する制度で、核家族化した日本や欧米では困難であろう。

入院費は2年前までは無料(国庫負担)であったが、国家財政悪化の影響を受け、現在では病室のランクに応じて2週間ごと700～5700スーダン・ポンド(約220～1820円相当)の自己負担が必要となっている。支払い困難な貧困者に対してはザカート(喜捨)財団からの援助が受けられる。ザカートとはイスラム教徒に課される五大義務の



病院外観

1つで、財産のうち一定割合をアラーの神へ報恩として教団へ寄付することが義務づけられているものである。寄付されたものは貧者の救済のために使われると規定されており、救貧税の性格もっている。

病院の敷地内にモスク（イスラム教の礼拝堂）が建設中であった。現在この国ではイスラム原理主義者が政権をとっており、その方針で全病院の敷地内にモスクの建設が義務づけられているとのことであり、熱心な信者の入院患者にとっては精神面のサポートにもなることが期待される。

また、教育病院の機能ももち、ハルツーム大学、イスラム大学、カイロ大学ハルツーム校からの実習生を受け入れており、筆者の視察時も social worker の卵が実習中であった。

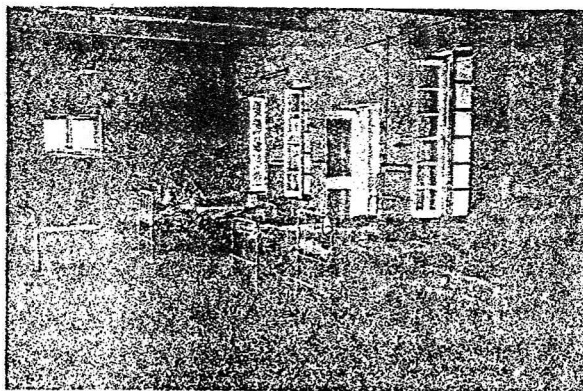
このように比較的充実したソフト面の方してハード面では、40°Cの中冷房もなく、マラリアを媒介するハマダラ蚊の容赦なく侵入する中での入院生活を余儀なくされるなど、この国の貧困を反映した惨状を呈している。

#### 4) ハルツーム大学精神科

精神医学に関する講義はここで行なわれている。ここでも周辺湾岸産油国への医師流出の影響を受け、スタッフは Basher Taha 教授の他、助教授が1人のみである。医学生への講義の他は前述の Tignimahi 病院での日々の診察に追われてとても研究どころではないとのことである。

#### 5) 問題点と将来

以上述べてきたように、スーダン唯一の精神病院では意外にも（失礼！）進んだコンセプトのもとで精神医療が進められている。家族・親戚と共に入院生活を送りながらケアのしかたを学べる co-patient 制度、その結果としての早期家庭・社会復帰など、わが国からみてもうらやましく感じられる面さえある。しかし、その反面、この国の貧しさ（1人あたり GNP わずか215ドル！）からくる問題点も山積している。まず、精神医療資源の絶対的不足。人口2,600万人、日本7倍の国土を誇るこの国に精神病院がわずか1カ所、精神科専門医が20人弱しかおらず、たまたま運よく首都に住んでいる人以外は精神医療の恩恵に浴することは不可能で、現実には多くの精神障害者は民間療法や呪術のお世話になるほかない。医療スタッフ数不足に拍車をかけているのが頭脳流出問題である。



病院内部

科を問わず、医療スタッフが周辺の湾岸産油国（サウジアラビアやアラブ首長国連邦など）へ出稼ぎにでてしまうのである。スーダンの国立病院医師の給与は首都で15,500~26,425スーダンポンド（約4,500~7,800円相当）しかない。英国留学で専門医資格を取得してくるなどレベルが高く、国際的に通用する者が多いスーダン人医師たちは国内で得られるより何倍もの高収入を求めて産油国を目指す。同時に産油国側では人材難で外国人医師に頼らざるを得ない事情があり、潤沢なオイルマネーにあかして人材を引っ張るのである。知人のスーダン人医師が「サウジアラビアなんて昔はテント暮らしの人が多く、スーダンから食料を援助していたのに、石油が出だしたばかりにあんなになって……」と憎々しげにつぶやいていたのが印象に残っている。スーダン政府側はこれに対し医療関係者には出国ビザを出さないなどの対策をとりだしたが、中には職業を労働者と偽って出てしまう者もいたりして、必ずしも実効はあがっていない。

このような現況の中で、精神医療の充実を図ってゆくためには先進国や国連関係からの援助が不可欠と思われるが、残念ながら（当然のことではあるが）これらの援助はマラリア対策や栄養失調、公衆衛生分野に優先配分され精神医療分野にまではなかなかまわってこない。将来この国の経済が発展する日まで（気の遠くなる将来ではあるが）物的・人的面の貧困さが改善される可能性は大きいとはいえない。その中で、比較的進んだコンセプト、残ったフタッフのがんばり、それに大家族制度・ザカート（喜捨）などのイスラム独特の相互扶助制度で補いつつ乗り切ってゆくということではなかろうか。