

ミャンマー難民緊急救援医療プロジェクト

東京大学国際保健学専攻 竹本啓一先生

1. はじめに

私はAMDAより1992年8月初めから9月初めまでバングラデッシュに派遣され、AMDA-バングラデッシュのプロジェクト・コーディネーター、ラザック氏をサポートしながらコックスバザール県南方の難民キャンプにて活動し、活動継続の諸手続きのために首都ダッカ市、およびチッタゴン市をも訪れた。現在、AMDA-バングラデッシュは政府によるNGO登録を申請中であるが、キャンプでの活動についてはNGO省からの特別の許可を受けている。

さて、この報告では以下の3つの点について述べたい。

- 1) 難民化の背景
- 2) 難民キャンプの保健・衛生状態
- 3) キャンプでのAMDAによる難民救援活動

2. 難民化の背景

ミャンマーからの難民は正式にはロヒンギャー（民族名）と呼ばれる。彼らはミャンマーのアラカン地方に住み、アラカンにおいてはマジョリティー（70%）だがミャンマー全体から見たときには民族的にも、また宗教的にもマイノリティーである（彼らはイスラム教徒で、アラカン人は仏教徒）。こうしたマイノリティーの常としてロヒンギャーたちも体制による弾圧に苦しめられ、1991年3月、今回のバングラデッシュへの難民流出が始まった。今年9月3日付のバングラデッシュ・オブザーバー紙は、バングラデッシュ国内のロヒンギャー難民、数百人がトランジット・キャンプに移されたと伝えているが、実際の帰還の開始がいつになるかは、いまだ定かでない。

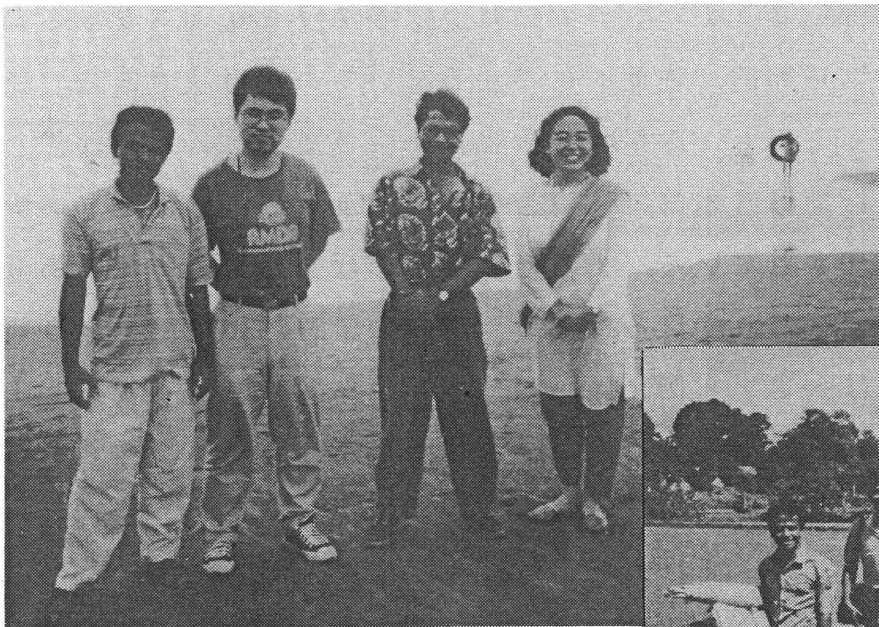
3. 難民キャンプの状況

（1992年8月末現在、主にUNHCRによる）

公式に登録されている難民数は、267,772人であるが、実際は25万から29万人の間と推定される。難民数は8月を通じて、殆ど変化なかった。キャンプ数は現在17であり、最も難民数が多いのは、Ghundum1キャンプの39,907人、最も少ないのは、Jummaparaキャンプ（310人）である。ちなみにAMDAが現在活動しているHaludiapalongキャン



Civil Surgeonのオフィスにて
左よりラザック氏, 平氏, シビル サージョン, 高山氏, 竹本先生



コックス バザールのビーチにて
左より
シュミトラ医師, 竹本先生
ラザック氏, 根岸氏



キャンプに向かうAMDAのメンバー

ブは、7、404人であり、これから活動しようとしているMarichapalongキャンプは10、887人である。以下、キャンプ全体での基本的な保健状況のインディケータを列挙してみる。

- 井戸 : 正確な数は把握していないが、最低400。(ポンプ式)
- トイレ : 最低2、500、設置されている。(紙ではなく水を使用)
- 栄養状況 : 5歳以下幼児中、18-21%が栄養不良と推定される。
- 住居 : 難民のうち、77%(205、691人)がきちんとした住居を持っているが、他の難民は木の枝や葉で出来たビニールに覆われただけの粗末な小屋で雨風をしのいでいる。
- 死因 : 5歳以下幼児の死亡原因の割合は次の通りである ;
- | | | | |
|---------|---------|-----|---------|
| 急性呼吸器疾患 | : 46.7% | 下痢症 | : 10.0% |
| 熱病 | : 6.7% | 肝炎 | : 3.3% |
| マラリア | : 3.3% | その他 | : 30.0% |
- 死亡率 : 5歳以下幼児死亡率 0.70/10、000/日
- 全人口に対する粗死亡率 0.36/10、000/日

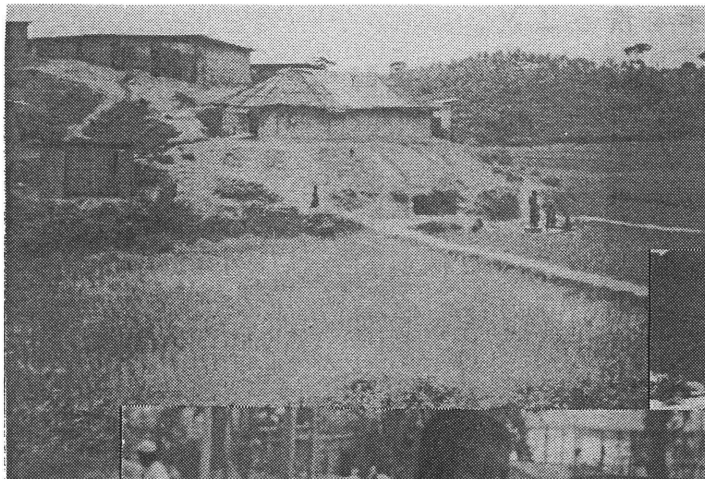
4. AMDAの活動

AMDA-バングラデッシュは現在、プロジェクト・コーディネーター 1人、医師 1人、ヘルスワーカー 3人の計5人のバングラデッシュ人スタッフにより構成され、日本人医師は短期的、補助的に参加しているのが現状である。これは self-reliance の観点からは高く評価できることだと思われる。即ち、日本側からの援助は基本的には資金のみであり、プロジェクトの実行は現地スタッフに完全に任されている。またその資金の収支報告も明瞭であり、きちんと日本の本部に対して行われている。一方、日本の緊急救援体制という観点から見た時、欧米との差は大きい。例えば、MSFフランスのMedical Officerは1年間滞在すると言っていた。緊急救援と言えども、これ位の期間は関われるように、日本政府のJMTDR等との協力が必要だろう。

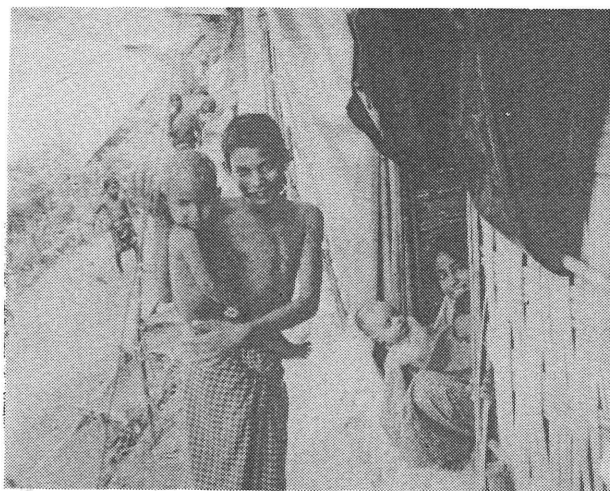
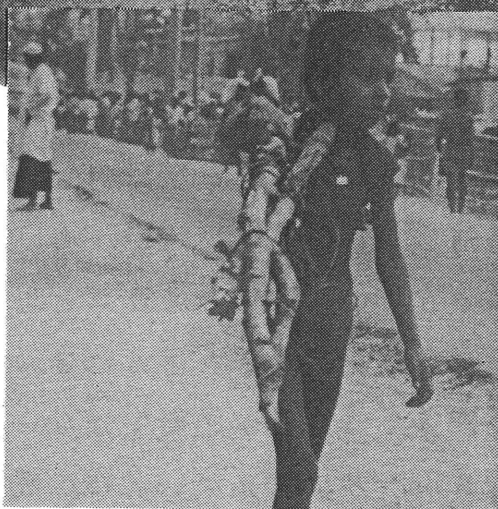
さて、現在のプロジェクトは、衛生教育と寄生虫駆除を中心として行われており、特に衛生教育は下痢症対策には欠かせないものと思われる。衛生教育の実施でポイントとされているのは次の3つである。

- 1) 井戸水を使用すること
- 2) 設置されたトイレを使用すること

難民たちの小屋



難民の子供達の表情さまざま



3) トイレ使用后と食事前、必ず手を洗うこと

衛生教育はポスターとビラを用いて行われ、子供たちが理解したかどうか、クイズ形式で正解したら景品を与えるといった試みも行われている。これからすべきことは衛生教育の結果、難民たちの衛生行動に本当に変化が起きたかを調査し、衛生教育にフィードバックしていくことであろう。具体的には、井戸水、トイレがあるところでは実際どれ位使われているのか、手洗いの習慣はどれ位定着しているのか、といったことである。こうしたことの調査のためには、他のNGOとのある程度の協力も必要となってくるであろう。

もうひとつのプロジェクトである寄生虫駆虫に関して。現在活動を行っている Haludiapalong キャンプでは、4、726人の難民に対して駆虫が行われた。駆虫は現在、基本的に難民全員に対して行われているが、もう少し注意深い target population の絞り方が必要だと思われる。第一に、mass chemotherapy が正当化され得るだけの十分な数の寄生虫感染者がいるかどうかを定期的に調査することが必要ではないか。第二に、妊婦や幼児に対する駆虫薬投与はあまり適当とは言えない（特に妊婦の場合、胎児に対する催奇性の問題がある）。この点を充分考慮の上、実施していく必要があると思われる。

5. AMDA活動への提案

以上を踏まえ、日本の大学の公衆衛生学・国際保健学のコースの一環として、難民キャンプでの次の二つの活動を提案したい。

- 1) 衛生教育前と後の難民の衛生行動の変化の調査、そしてそれをもとにした衛生教育の改善。
- 2) 難民の寄生虫感染状況の調査、それに基づいた駆虫のターゲットにすべき population の特定、駆虫実施後の定期的な感染状況の調査。

これだけのことをそれぞれのキャンプ毎にやるのは大変なことだと思われる。そこでプロジェクトを全てのキャンプには拡大せず、一つのキャンプに腰をすえてやっていくというのはどうであろうか。その方がバングラデッシュのスタッフの経験を深めることが出来、そして学生のフィールドとしても充実したものとなるのではないだろうか。

駆虫及び衛生教育の現場

