

# ミャンマー難民医療緊急救援プロジェクト

(第一報)

桑山村国保診療所 国井 修先生

## 1. はじめに

1992年11月29日より12月12日までの2週間の短期派遣の報告をしたい。私が村を出ると無医村になってしまうので短期とは言っても2週間の代診を依頼するのは困難である。自治医大地域医療学より4名の支援を頂いたのでまずはじめに謝意を表したい。

すでに19名以上の派遣を行ってきたプロジェクトなので、バングラデシュ・ミャンマー両国の概要及びロヒンギャー (Rohingya) という少数民族が何故ミャンマーからバングラデシュに逃げてきたのか、そしてそこで何故我々が働かなければならなかったのか、などについては省略し、キャンプの現状と私の今回の調査そして他のNGO難民キャンプでの医療活動、バングラデシュでの農村医療の現状などについて報告する。

私の今回準備していた調査は、

- (1) 子供の糞便中の寄生虫調査と駆虫薬の効果、再感染の調査
- (2) キャンプ内の飲料水の細菌学的調査
- (3) ミャンマー内での暴行・虐殺による難民の精神衛生調査
- (4) 集団健康調査による子供の一般状態
- (5) 受療行動

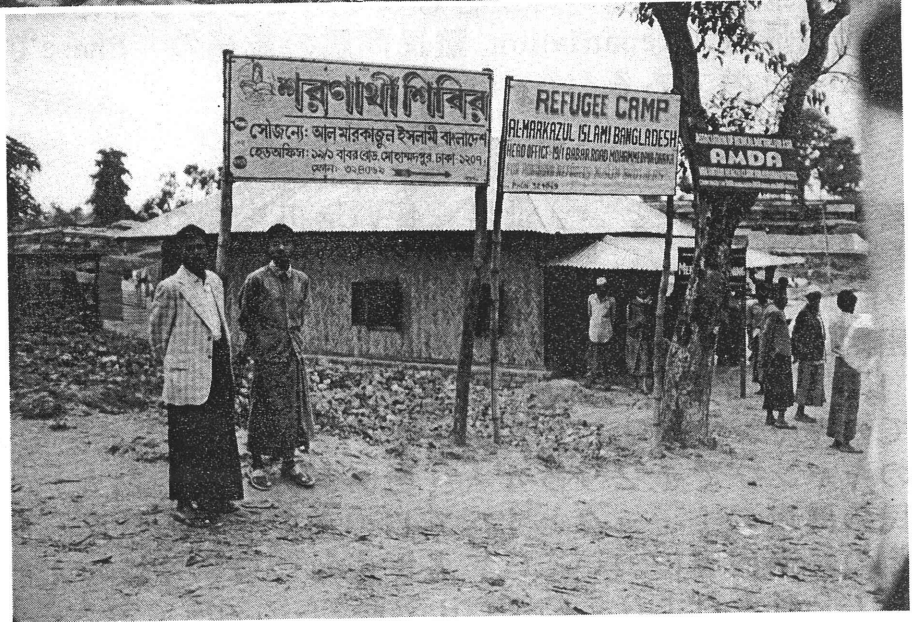
の5つである。後述のようにキャンプ内は緊迫した状態であり、このうち実施できたのは(1)・(2)・(4)のみである。これらの結果については紙面の都合上第2報以降に述べたい。

## 2. 難民キャンプの現状と将来

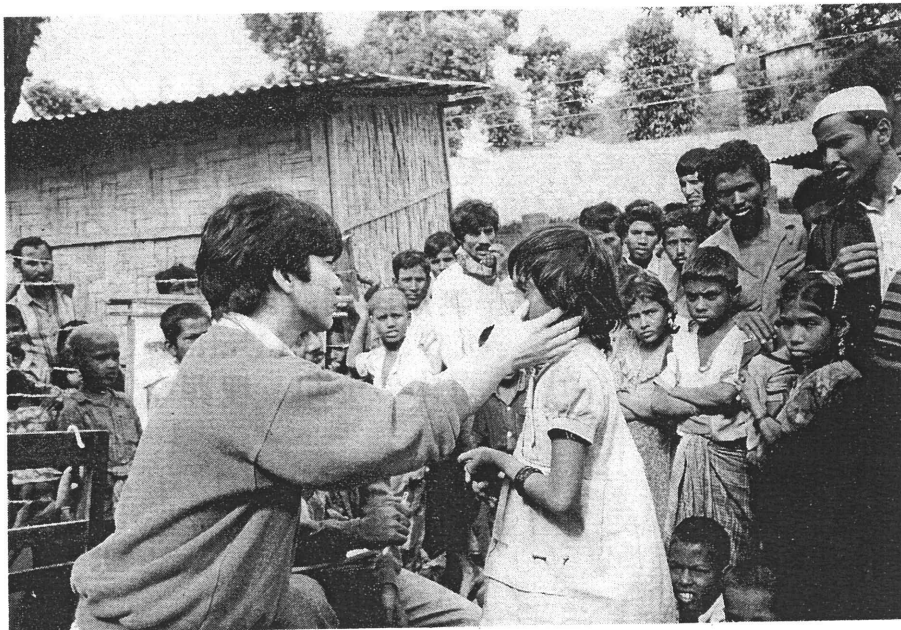
1991年6月、ミャンマーの軍事政権により弾圧・迫害を受けて1万人が国境を越えて以来、イスラム系少数民族 Rohingya総人口約200万人のうち一年間で約26万人が難民と化した。国境沿い60Kmの間に19のキャンプが立ち並び、それぞれのキャンプに2,000から30,000人の人々が生活している。いつか訪れたことのあるバンコクのスラム街の如く所狭しと立ち並ぶ竹造りの小屋の中に溢れるほどの人々が生活をしてきた。顔はバングラの人々とほとんど見分けがつかない。面長で鼻筋が通り、眼が吸い込まれそうなほど大きく鋭い。山で薪を拾ったり、枝を払ったり、農作物を盗んだりと地元農民たちの生活をおびやかすとのことで有刺鉄線がめぐらされているが、ほとんど意味がないぐらいに鉄線の隙間から出入りをしている。この地に一時的にしてでも安住して以来約一年間で2360の命がキャンプ内で終わり、3320の命が有刺鉄線の内に生まれた。



Bangladesh is the poorest country in the world, but when I visited 8 years ago, the number of beggars was significantly fewer than it is now.



Refugee camp entrance with AMDA signboard



I examine about 150 patients a day for a few hours. There are many cases that require hospitalization.

92/12



その民族の大移動も1992年の終わりと共に終焉を告げようとしている。

9月22日、11家族49名の難民がUNHCR国連の難民担当の機関にも知らされずに、バングラデシュ政府の難民担当官のみの判断と指示でミャンマー国境への帰還 Repatriationが行われた。強制的にミャンマーに連れ戻されたら、またミャンマーの軍隊に暴行を加えられ殺される。難民たちの中に恐怖と不安が高まり、同日キャンプ内で暴動が起こり、少なくとも3名の難民が死んだ。集団デモにより、難民の要求として、次の帰還(10/12)からは人権を守ってくれる見方と考えているUNHCRも介入させることのみがバングラ政府に聞き入れられた。1800万ドル(約23億円)を9月末までにこの難民たちのためにつぎ込んできたUNHCRも、この突然の帰還に呆気にとられたようである。ある日本人のUNHCR職員は「難民のためと思えば思うほど、この地では批判を受け、私は政府のブラックリストの中に入ってしまった。NGOの限度を知って国連に入ったが、国連も結局、何の力ももたないことがわかった。そろそろ海外援助から足を洗おうかと思う。」という悲痛で物憂い叫びともひとりごととも言えぬ話をしてくれた。とにかく難民帰還、Repatriation 難民問題の最後の Phaseであり、新たなざわめきが始まったのである。

#### (1) AMDAの活動

Cox's Bazarという世界一長い浜辺をもつリゾートの街(と言っても遊興所、整備された施設は皆無に等しい)から国境に向かって、一週間に我々の車を2回もパンクさせるほどの無整備な道を走ること約1時間、

田園風景に突然そびえる、そして広がる密集した小屋の群れが Dhna Palong

1992年4月にAMDAの診療・寄生虫駆除・衛生教育が実施された初めてのキャンプ(人口約17000人、1992年現在)である。以来、6ヶ月間で3つのキャンプで12954人(男6730人、女6224人)の、子供を中心とした難民の健康のチェックとすべて目の前で直接の投薬、服薬と衛生教育を行った。その経過内容については、各医療隊が既に報告してあるので省略する。

12月1日より Cox's Bazarからの距離で数えると5番に近く、AMDAのプロジェクトとしては4つ目のキャンプ Marichyapalong(マリチャパロン、人口10845人男女ともほぼ1:1)にて活動が開始された。

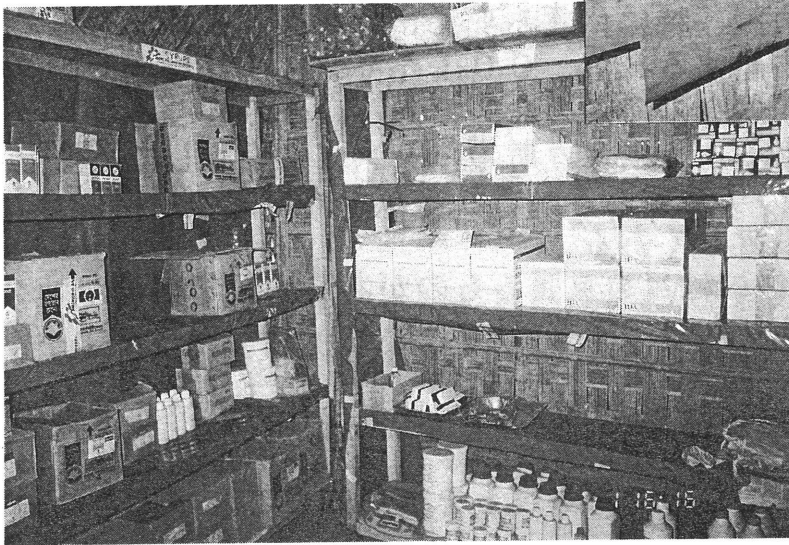
キャンプ内の環境・人々の生活については他のキャンプと同様なので省略するがミャンマー内で暴行を加えられ殺されそうになった者が432人、残酷なケースでは数人に数回ものレイプを受けた女性が17人、家族が明かに殺されたもの51人、家族が行方不明205人である。

このキャンプ内で働いているNGOはAMDAの他にCARE(アメリカを中心とした国際的かつ大規模な民間援助団体)がポンプ井戸の設置 MSF-France(国境なき医師団-フランス)が無床診療所、下痢症センター、栄養失調改善センターの運営とトイレ設置、U.C.B.L.(United Commercial Bank Lt., 銀行)がキャンプ内での死亡の際の遺体の焼却、埋葬などを行なっている。



体重測定

MSF（国境なき医師団）の処置室。一日80人の処置をする。



MSFの薬剤倉庫

MSFのIPD（有床診療所）  
一つのベッドに2人を入院させる



AMDA の活動は午前9-10時頃から始まる。約10家族40-50人の住む長屋(Shed)の3-4軒を1日の対象にする。キャンプ内の全住民を対象にしているが、帰還が始まっているのでも抜けの殻となった長屋も出てきている。

各長屋の長を通して全員を集め衛生教育、診療や寄生虫薬の投与を行なった。その詳細については省略する。診療内容については0-15才の子供220名の全身所見を統計化したので後日報告する。

2) MSF-France, Holland (国境なき医師団フランスおよびオランダ)の活動  
国際的に著名な医療援助チーム「国境なき医師団」はこの地でも活躍している。5つのキャンプで6人の医師、数人の看護婦、数十人のヘルスワーカー、ヘルパーその他を抱えているが欧米人医師はChief Coordinator (ドイツ人)。Field Coordinator (アメリカ人)の2名のみで診療はせず、コックスバザールの事務所で運営に関与し、フィールドは4人のバングラデシュ人医師(短期雇用)に任している。

大きく分けて、OPD (無床診療所:患者200人/月)、IPO (有床診療所:ベッド数8-12、入院患者:約60人/週)、ORS Center (下痢センター:経口補液の配給と手洗いの指導、極度の脱水には4時間の集中補液と衛生指導を行なう)、Dressing (処置センター:外傷、皮膚疾患、化膿創その他の処置を行なう。患者数80人/日)、Supplementary Feeding Center (栄養改善センター:子供の栄養失調、特に体重と身長比でスクリーニングして補助栄養の量や回数を決めて供給する。)、001キャンプ(コレラセンター:コレラと名前を付けると問題なのでこの命名である。今のところコレラの発生はないがすぐに対応できるように3カ所のキャンプに設置してあるところはさすがMSFである。)の7つである。これらがキャンプの規模に合わせていくつかの組み合わせで設置してある。

MSFの緊急援助の時の迅速性には目を見張るものがある。数年前のバングラデシュのサイクロンで3000人の死傷者が出たというBBCのニュースの数時間後には出動したというニュースが届いている。IPDにおけるカルテ、薬のリストや栄養改善センターにおけるスクリーニングの仕方、補助栄養の処方表などどれをとってもフォームができていて、マニュアル化されており長い経験と実績に裏打ちされたものであることを伺い知ることができた。

### 3) AMDA の難民活動における一考察

これは執行部としての私の意見ではなく、個人としての意見及び考察であることをまずお断りしたい。

日本のみならずカンボジア問題で賑わう国際世論の中で、援助の手を必要とする人々の叫び声を聞いて、地元のAMDA-Bangladesh 医師達が中心となりこれをAMDA-Japan が支えるという形で作り上げられた有意義なプロジェクトである。

AMDA-Bangladesh としては初のプロジェクトであった。

そのメンバーのほとんどがまだ日本に留学中ということもあり必ずしも容易な運営ではなかった。事務局的な運営は今後発展すると思うので、今回のプロジェクトの技術的な面で私が感じたことを述べる。

まず、寄生虫駆除であるが他のNGO との兼ね合いでこのプロジェクトを選択したのでHealth の分野でのPriority は考慮に入れないことにする。但し、難民という一時的に集団化した状態では予防接種や健康教育のAccessobolity という意味では好都合であり、一回の服薬で効果が期待できる駆虫は状況に応じて実施する価値があるものと考えられる。但し、竹本氏の報告にあるように集団駆除と駆除後のフォローアップが必要である。

今回私は駆虫前後、できればその後の再感染の動向も含めて少なくともそれぞれ100ケの検体(便)を集めるべくホルマリンディスポのシリンダー、メスピペットその他を持参し調査計画を立てた。しかし、キャンプが前述のごとく緊迫しており駆虫前の21検体を取るのがやっとであった。活動開始前の調査は必須である。それにより治療薬剤も衛生教育の重点の置き方も変わってくる。(寄生虫に関するアプローチは岐阜大学医学部寄生虫学教室の百賀理先生の資料が大変参考になる。)バングラデシュには1検体100円程度で便から血液まで主な項目についてチェックしてくれる私立の検査室があるので調査目的でなければ十分活用したい。

AMDA では合計1万人以上の住民を診療及び投薬したが、今後の彼らの健康に役立てるためにも、系統的な調査が必要だったと思う。

勿論、調査内容の絞り方は難しくキャンプ内での活動の制約もあるので必ずしも全ての事が可能ではないかも知れない。例えば、下痢症、呼吸器感染症、皮膚疾患などDisease-Oriented の調査や人々の健康意識/診療行動などの行動科学的調査、そのための重要な資料を作成しておくことからの行動の参考になると思う。

数ヶ月で立案実施できるわけではないので今後の課題として調査方法をマニュアル化したいものである。

次回の第2報出はバングラデシュの農村と医療の現状について報告する。