国境なき医師団
国際版活動報告書
2012

MEDECINS SANS FRONTIERES

MÉDECINS SANS FRONTIÈRES

国境なき医師団（MSF）憲章

国境なき医師団は非営利で国際的な民間の医療・人道援助団体です。
この団体は医師と医療従事者を主として、
その理想の実現にあたって貢献しうるすべての職業に門戸を開いています。
すべてのスタッフは、下記の憲章を遵守しています。

国境なき医師団は
苦境にある人びと、天災、人災、武力紛争の被災者に対し
人種、宗教、信条、政治的な関わりを超えて
差別することなく援助を提供する。

国境なき医師団は
普遍的な「医の倫理」と人道援助の名のもとに、
中立性と不偏性を遵守し
完全かつ妨げられることのない自由をもって任務を遂行する。

国境なき医師団のボランティアは
その職業倫理を尊び、
すべての政治的、経済的、宗教的権力から
完全な独立性を保つ。

国境なき医師団のボランティアは
その任務の危険を認識し
国境なき医師団が提供できる以外には
自らに対していかなる補償も求めない。

この報告書は、2012年1～12月にMSFが世界各国で行った活動の概要を説明するものである。
活動従事者数は、国別にフルタイム勤務に換算して総計を示している。
各国・地域の概要は紙面の都合上、その国における代表的な活動についての記載であり、該当国における全活動を網羅するものではない。
MSFの活動に関する他言語での報告は、61ページに記載の各国MSFのウェブサイトで公開中。
この報告書で用いる地域の名称や境界線は、いかなる意味においても、その法的状況についてMSFの見解を表すものではない。
また、一部の患者はプライバシー保護のために仮名を使用している。

目次

2 国境なき医師団（MSF）の活動地

4 2012年の総括 ご挨拶にかえて
MSFインターナショナル会長　医師　ウンニ・カルナカラ
MSFインターナショナル事務局長　ジェローム・オベレ

8 MSFの活動概況

10 顧みられない病気を含む疾病とMSFの活動

14 MSFの医療活動のキーワード：適応と革新

16 アフガニスタン：紛争の激化で途方に暮れる人びと

18 避難先でも苦境に立たされる難民たち

22 「私を検査して、治療してください」：
薬剤耐性結核の重い負担とよりよい治療への要求

25 MSFの活動（国・地域別）

56 数字でみるMSFの活動

60 MSFが2012年に発表した報告書

61 MSF各国事務局

4 2012年の総括 ご挨拶にかえて

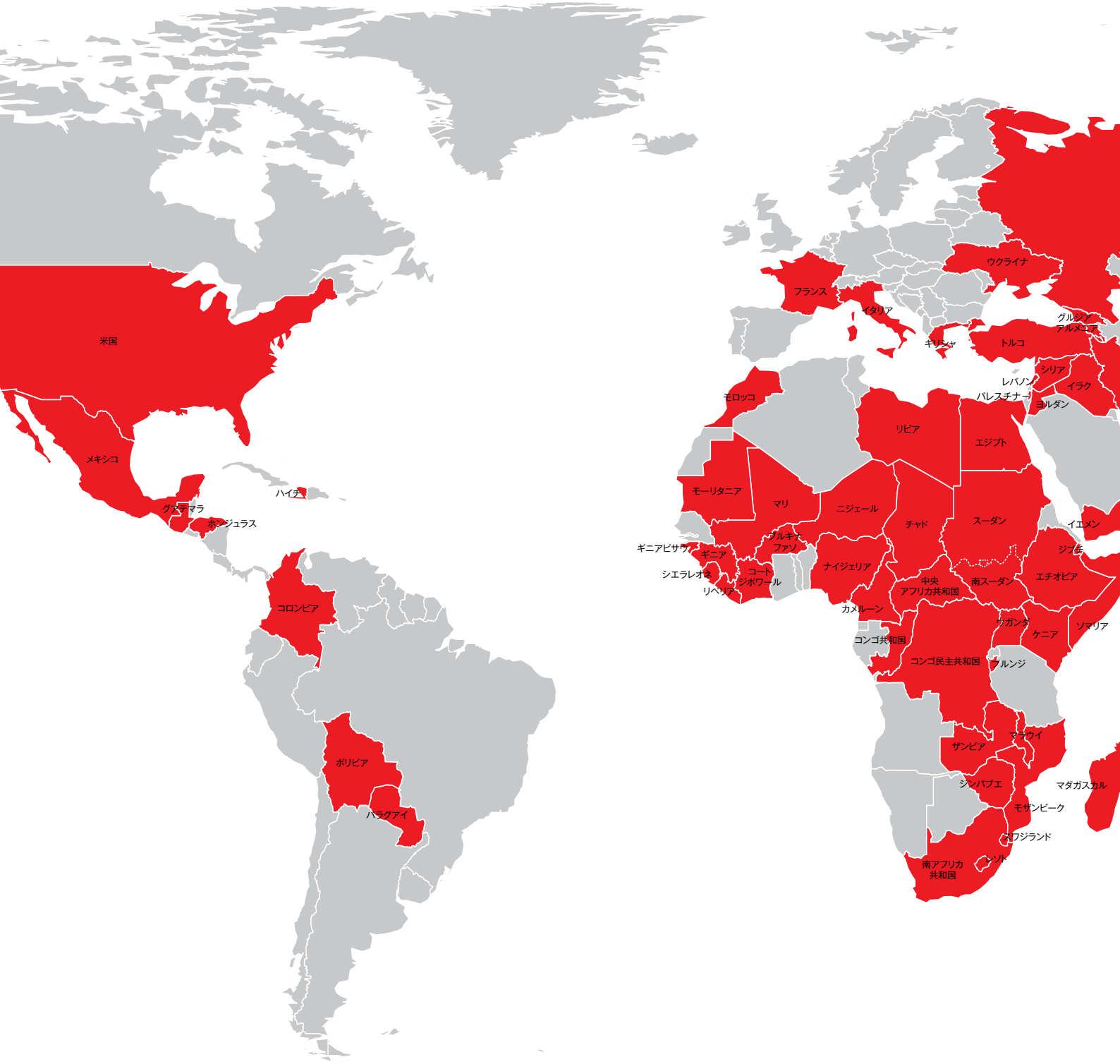
14 MSFの医療活動のキーワード：適応と革新

16 アフガニスタン：紛争の激化で途方に暮れる人びと

18 避難先でも苦境に立たされる難民たち

25 MSFの活動（国・地域別）

国境なき医師団(MSF)の活動地



アジア
アフガニスタン
アルメニア
イエメン
イラク
イラン
インド
ウズベキスタン
カンボジア
北朝鮮
キルギス
グルジア
シリア
スリランカ
タジキスタン
中国
トルコ
バーレーン
パキスタン
パレスチナ
バングラデシュ
フィリピン
ミャンマー
ヨルダン
レバノン

アフリカ
ウガンダ
エジプト
エチオピア
カメルーン
ギニア
ギニアビサウ
ケニア
コートジボワール
コンゴ共和国
コンゴ民主共和国
ザンビア
シエラレオネ
ジブチ
ジンバブエ
スーダン
スワジランド
ソマリア
チャド
中央アフリカ共和国
ナイジェリア
ニジェール
ブルキナファソ
ブルンジ
マダガスカル
マラウイ
マリ
南アフリカ共和国
南スーダン
モザンビーク
モーリタニア
モロッコ
リビア
リベリア
レソト

オセアニア
パプアニューギニア

中南米
グアテマラ
コロンビア
ハイチ
パラグアイ
ボリビア
ホンジュラス
メキシコ

北米
米国

ヨーロッパ
イタリア
ウクライナ
ギリシャ
フランス
ロシア

2012年の総括 ご挨拶にかえて

MSFインターナショナル会長・医師　ウンニ・カルナカラ
MSFインターナショナル事務局長　ジェローム・オベレ

2012年末の時点で、国境なき医師団（MSF）スタッフのモンツェラット・セーラとブランカ・ティエボーが人質となったまま、解放されずにいます。2人は2011年10月13日、ケニアのダダーブにあるソマリア人難民キャンプから拉致されました。これはMSFの歴史の中でも最も長期にわたる拉致事件の1つです。

2012年、MSFの活動は治安の悪化に大きな影響を受け、多くのチームが予断を許さない不安定な状況の中で活動を続けました。6月にはミャンマーで7人のスタッフが拘束され、うち2人はいまだ解放されていません。4月にはコンゴ民主共和国（DRC）の北キブ州で2人のスタッフが拉致され、数時間後に無事に解放されました。イエメンでは武装集団がフート診療所に押し入りMSFのスタッフを脅しました。ソマリアの首都モガディシオ郊外にあるデイニール病院は砲撃によって大きな被害を受けました。MSFが必ずしも事前の計画通りに人びとのニーズに対応できたわけではありませんでした。

紛争地帯で医療を提供する上での課題

シリアでは紛争が激化しました。激しい暴力、医療インフラの崩壊、そして何百万人もの人びとが避難を余儀なくされたことで、援助のニーズは膨大となりましたが、MSFは自由に医療を提供できない状況に置かれています。当局の発表によれば、2013年初頭の時点でシリアの公立病院の57%が損害を受けていますが、政府からの許可が下りないこと、国境の往来が制限されていること、さらに治安の悪化で活動が著しく制限されることなどから、人道援助の提供は限定的となっています。MSFは医薬品や医療物資の寄贈から始め、アレッポ、イドリブ両県で病院を開設し、この1年で活動を拡大してきました。しかし、活動地はシリア国内の反体制派支配地域と近隣諸国への限定を余儀なくされています。人道援助に対するこうした制約が今後シリアの人びとに与える

シリア北部のMSF診療所で腹部の銃弾摘出手術のため、麻酔医の検査を受ける男性。

自宅で手りゅう弾が爆発し、両脚を負傷した9歳の少年。コンゴ民主共和国北キブ州ゴマのビルンガ病院で手術を受けた。

影響について、MSF は憂慮しています。

DRC 東部では、暴力がエスカレートする中、MSF は南北キブ州、オリエンタル州、およびカタンガ州の病院や診療所で活動を続けました。同国では情勢が安定している地域でさえ医療のニーズが極めて高いため、MSF は基礎医療だけでなく専門医療や心理ケア、性暴力被害者への援助も提供するプログラムを展開しています。人びとが安全を求め、避難を余儀なくされる状況に合わせて活動を柔軟に変化させながら、160 万件の外来診療を行いました。

マリ北部で紛争が発生し紛争当事者が移動を制限したため、住民は医療施設へ足を運ぶことが極めて難しくなりました。人びとが治療を受けられる機会を増やそうと、MSF はトンブクトゥなどの都市部だけでなく、へき地にある病院や診療所を支援しました。

3月、MSF はアフガニスタンのホースト州に産科病院を開設しました。パキスタンに隣接する同州は、極めて情勢が不安定な部族地域です。週平均およそ 100 件の分娩介助を行っていましたが、4月に入って病院が爆発物で攻撃され、7人が負傷したため、MSF は活動を中止しました。その後数ヵ月にわたる話し合いと地域社会からの支持を受けて、2012 年末に病院を再開することができました（アフガニスタンにおける医療についての詳細は 16–17 ページを参照）。

これらの医療従事者や医療施設への攻撃、そして医療活動の軽視は、直接の被害者にとどまらず、非常に広く影響を及ぼしています。MSF はこうした攻撃に関するデータを収集し、その影響を調査しています。この分析は、医療活動を尊重する必要性への意識を高め、MSF が効果的な対応を展開する一助となることが期待されています。

避難民のニーズに不適切な対応

2012 年、MSF は住まいからの避難を強いられた人びとに対する援助ニーズの著しい高まりに直面しました。同時に、残念ながら、そうしたニーズへの対応が遅く、断片的にしか行われていない事態も目撃しました。昨年の難局を経て、援助活動のバランスを適切に保つ必要性が明らかとなっています。すなわち、人道援助の提供とより専門的な医療の提供のバランスです。

スーダンにおける戦闘を受けて、17 万人が国境を越えて避難した南スーダンでは深刻な難民危機が生じました。MSF は野外病院や診療所、栄養治療センターを設置し、毎週 8000 件を超える診療を行いました。しかし、水や食糧、避難所など生活に不可欠な要素が不足していたために医療の与える効果は限定的となっています。こうしたニーズの存在、そして医療以外の幅広い対応が不十分であることを考えると、MSF はより基本的なニーズに対応する活動を行うべきであったと考えています。

近隣諸国に避難したシリアの人びとも、基本的な生活必需品の入手が困難な状況に置かれました。冬が近づいても、燃料の入手が困難だったため、難民は暖房のない避難所で生活していました。レバノンに避難した人びとの半数は、必要な医療を受けていませんでした。MSF はレバノン、トルコ、ヨルダン、イラクでシリア人難民に対する援助プログラムを運営しましたが、援助の提供が限定されている推計 250 万人のシリア国内避難民の状況に深い懸念を抱いていました。

難民の人口が大都市並みに膨れ上がり、難民キャンプで生まれ育った大人までいるケニアのダダーブでさえ、さまざまな援助機関・団体は急速に変化する状況に適応できておらず、罹病率や死亡率に影響を与えています。MSF は、新たな環境で活動する際の例にならい、今年直面した課題も教訓とし、対応を改善していきます（難民援助の詳細は 18–21 ページを参照）。

世界各地の洪水で多くの人に被害が発生

フィリピンでは年間を通じて複数の台風による洪水被害がたびたび発生し、MSF は緊急援助活動を展開して救援物資や医療を提供しました。カメルーン北部やナイジェリア東部で大規模な洪水が発生した際にも同様の活動を行いました。パキス

タンのバロチスタン州やスーダンの南東部で深刻な洪水被害が出たときにも、MSF は移動診療を開始し、トイレを設置し、安全な飲用水を提供しました。

ケアの提供方法の改善

MSF は、提供しているケアが、どんな条件下であろうと、人びとに最善の結果をもたらしているかという点について常に検討しなければなりません。

産科医療を例に挙げましょう。妊産婦の死亡例のほとんどは、分娩の直前、最中、または直後に、予測が不可能なことの多い合併症が原因で生じています。しかし、専門技能を持つ分娩介助者が介助すれば妊産婦の死亡例の約 80% は防ぐことが可能です。妊産婦の死亡率を低下させるためには、質の高い産科救急医療、産後ケア、そして危険な妊娠中絶に対するアフターケアが決定的に重要です。MSF はこうしたサービスの重要性が十分に認識されていないことを憂慮し、産科救急ケアの提供にいっそう力を入れています。2012 年には約 18 万 5000 件の分娩介助を行い、そのうちおよそ 10 件に 1 件が帝王切開によるものでした。

HIV／エイズに対するアプローチも変化しています。南アフリカのクワズル・ナタール州では、より多くの人びとに検査を受けてもらうこと、より早い段階から治療を開始すること、そして患者が自宅の近くで治療やケアを受けられるようにすることに重点的に取り組んでいます。診断、治療、ケアの分散化といったモデルを導入する目的は、患者の健康に及ぼす効果を最大限に高めることと、治療によって感染のリスクを著しく低下させ、HIV ウイルスのまん延を防ぐことにあります。スワジランド駐在の MSF チームは検査施設を拡充するとともに、現地の診療所の受け入れ能力を拡大し、こうした“検査と治療”というアプローチを導入しつつありますが、対処すべき課題は数多く残っています。小児 HIV／エイズ、他の病気との二重感染、日和見感染症、有病率が“それほど高くない”とされる地域の HIV 感染者への無関心といった問題は富裕国では顧みられませんが、MSF が活動している地域では緊急の対応が必要とされている事柄です。

マラリアによる死者数は減少しているとはいえ、いまだに毎年 66 万人がこの病気で命を落としており、その大半はアフリカの子どもたちです。マラリアが風土病としてまん延するマリのクティアラとチャドのモイサラで、MSF はマラリアがピークとなる季節に、3ヵ月から5歳までの子ども全員に抗マラリア薬治療を行うという化学的予防を導入しました。その後数週間で、合併症を伴わないマラリア症例数がクティアラで 66%、モイサラで 78% と著しく減少しました。これは前向きな一歩ですが、マラリアは死に至る病気であることから、マラリアへの対応は今後も優先事項としなければなりません。東南アジアでは既に、現在利用できる薬に耐性を持つマラリアの発生が問題となっており、これまでに他の治療法は実用化されていません。MSF は薬剤耐性マラリアに対処する新たなプログラムを模索しています。

薬剤耐性結核：健康危機

薬剤への耐性という問題は、結核（TB）に関して、既に深刻な状況に達しています。薬剤耐性結核（DR-TB）の有病率に関するデータは、この病気に取り組む医師たちに衝撃を与えました。例えばウズベキスタンでは、MSF の結核患者のうち 65% が DR-TB であると判明しました。しかし、薬剤耐性の検査を受けられる患者はわずかであるため、このデータは氷山の一角です。ジンバブエで MSF が運営しているプログラム1つだけでも、薬剤耐性を発見できる検査を導入したことで DR-TB の診断件数がほぼ4倍に増加しました。

DR-TB 患者のうち、20% は治療を受けることができますが、激しい副作用を伴う薬や注射によるつらい治療を2年にわたって受けることになります。治療があまりに過酷なため、死に至ることを覚悟して治療をやめる選択をする患者もいます。

これは緊急事態です。大勢の人が早急によりよい診断を必要としています。効果的で、より短期間で、毒性のない治療計画が必要とされています（詳細は 22–24 ページを参照）。

予防接種の不足

世界保健機関（WHO）、国連児童基金（ユニセ

崩れかけた牧場農家の一室で赤ちゃんをあやすシリア人難民女性。レバノン、トリポリ市。

タジキスタンで多剤耐性結核（MDR-TB）の自宅療養を続ける16歳の少女。1日20錠もの服薬が必要。

フ）、民間基金などが共同で 2010 年に「ワクチンの 10 年」計画を開始しましたが、それから2年経過しても基本的な一連の予防接種を受けていない子どもの数は 1900 万人から 2240 万人へと増加しています。ワクチンに巨額の投資がなされているにもかかわらず、その効果は明らかではありません。今でも毎年大勢の子どもが防ぐことのできたはずの病気で命を落としています。

道路が整備されていない場所、電気が通っていない場所、あるいは治安が悪い場所に住んでいる子どもは、予防接種を受けられない可能性があります。その理由は、ほとんどのワクチンは製造から投与までの間、冷蔵保管しなければならない上、複数回投与する必要があり、それも熟練した医療従事者による投与が求められるためです。こうした制約によって、へき地に住む人びとに予防接種を行うことが非常に難しくなっています。

ワクチンに対する資金は、予防接種プログラムが機能するように使われるべきです。すなわち、新たな技術やより簡単なツールの開発のほか、適切な配送やコストの削減に向けて投資されるべきです。

最終的に MSF の目指すところは常に、場所や人の区別なく、必要としている人すべてが医療を受けられるようにすることです。

利用できる医薬品やツールが限られていたり、援助を求める人びとのもとへ赴いて活動することが制限されたりといった困難はありますが、MSF は活動を続けます。世界中の多くの人びとから絶えず寄せられる支援のおかげで、MSF は独立性と不偏性を保ち、危機的状況にある人びとに重要な援助を提供できています。今後もさらに援助に力を注いで参ります。

皆さまのご支援に、感謝を申し上げます。

国境なき医師団（MSF）の活動概況

活動規模が大きい上位 10 ヵ国（プログラム支出額順）

1. コンゴ民主共和国
2. 南スーダン
3. ハイチ
4. ニジェール
5. ソマリア
6. ケニア
7. スーダン
8. チャド
9. エチオピア
10. ジンバブエ

上記10ヵ国に充てた予算は合計3億2400万ユーロ（約332億3900万円）であり、MSFの活動予算の52%を占める。

現地活動従事者数

MSF 現地活動従事者が多い上位 5 ヵ国。
活動従事者数は、フルタイム勤務に換算した職務数の総計。

1. コンゴ民主共和国	2,782
2. ハイチ	2,582
3. 南スーダン	2,415
4. ソマリア	1,990
5. ニジェール	1,593

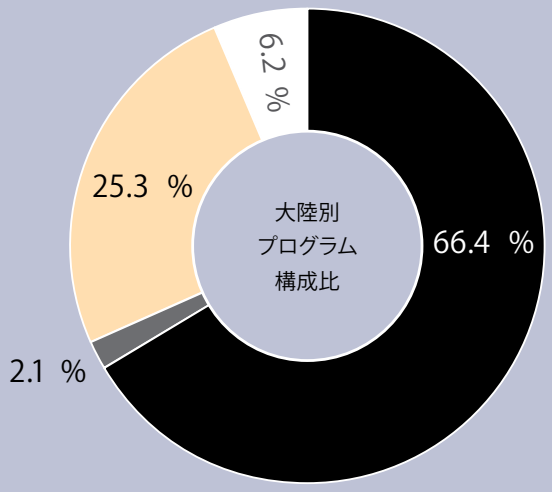
外来診療件数

外来診療件数が多い上位 10 ヵ国。ただし、専門診療は除く。

1. コンゴ民主共和国	1,674,000
2. ニジェール	878,000
3. 南スーダン	869,300
4. ソマリア	624,200
5. 中央アフリカ共和国	590,400
6. ミャンマー	406,800
7. ケニア	335,900
8. アフガニスタン	332,300
9. パキスタン	298,000
10. ギニア	210,200

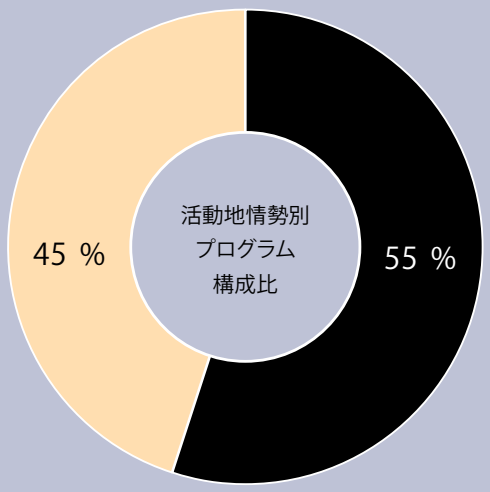
大陸別プログラム数

アフリカ	247
ヨーロッパ	8
アジア（中東とコーカサス地方を含む）	94
中南米	23



活動地情勢別プログラム数

内政不安	205
安定	167



2012年の主な活動

■ **8,316,000**
外 来
外来診療件数

■ **472,900**
入 院
入院患者数

■ **1,642,800**
マラリア
治療した症例数の合計

■ **276,300**
栄養治療センター
入院もしくは外来栄養治療プログラムに受け入れた重度栄養失調児の数

■ **71,500**
栄養補給センター
栄養補給センターに受け入れた中程度の栄養失調児の数

■ **310,500**
HIV／エイズ
2012年末時点で治療中として登録されているHIV／エイズ患者数

■ **279,600**
抗レトロウイルス薬（ARV）治療（第一選択薬）
2012年末時点で第一選択薬によるARV治療を受けている患者数

■ **4,670**
抗レトロウイルス薬（ARV）治療（第二選択薬）
2012年末時点で第二選択薬によるARV治療を受けている患者数（第一選択薬による治療がうまくいかなかった患者）

■ **13,100**
母子感染予防―母親
HIV陽性の妊婦で母子感染予防治療を受けた人の数

■ **11,900**
母子感染予防―乳児
HIV暴露後感染予防治療を受けた2012年生まれの新生児の数

■ **185,400**
分 娩
帝王切開を含め、出産をした女性の数

■ **78,500**
外科手術
産科手術を含め、全身もしくは脊椎麻酔を用いた大がかりな外科手術の件数

■ **36,400**
暴力による外傷
直接暴力を受けた患者の診療および外科手術の件数

■ **10,600**
性暴力
性暴力を受けた患者の治療件数

■ **29,000**
結核（第一選択薬）
第一選択薬による結核治療を新規に開始した人数

■ **1,780**
結核（第二選択薬）
第二選択薬による結核治療を新規に開始した人数

■ **169,600**
心理ケア相談（個別）
個人に対する心理ケア診療件数

■ **21,700**
心理ケア相談（グループ・カウンセリング）
グループに対する心理ケアおよび相談件数

■ **57,400**
コレラ
コレラ治療センター（CTC）に入院した人数および経口補水塩による治療を受けた人数

■ **690,700**
はしか予防接種
はしか流行への対応で予防接種を実施した人数

■ **26,200**
はしか
はしかの治療を受けた人数

■ **496,000**
髄膜炎予防接種
髄膜炎流行への対応で予防接種を受けた人数

■ **3,430**
髄膜炎
髄膜炎の治療を受けた人数

この一覧はMSFの全活動を網羅するものではない。MSFのスタッフが直接患者と接した活動のみを計上している。

顧みられない病気を含む疾病とMSFの活動

シャーガス病

シャーガス病は本来ラテンアメリカ地域以外ではほとんど見られない病気だが、世界各地への旅行や移住が頻度を増した結果、北米、ヨーロッパ、オーストラリア、そして日本でも、次第に多くの症例が報告されるようになっている。この病気は、泥とわらで作られた家の壁や天井の割れ目に住むサシガメという吸血昆虫により媒介される寄生虫症で、輸血による感染や、妊娠中の母子感染、そしてまれに臓器移植によって感染する場合がある。

感染急性期には症状が現れないことが多く、慢性期に入ってからも長年にわたって全く症状が出ない人もいる。最終的には、感染者のほぼ30%に身体を消耗させる慢性症状が現れ、平均余命が約10年縮まる。この病気に伴う、成人の最も多い死因は心不全である。

この病気の診断は複雑で、医師は複数回採取した血液サンプルを検査室で分析する必要がある。現在、治療薬はいずれも40年以上前に開発されたベンズニダゾールとニフルチモックスの2種類しかない。治癒率は新生児や乳児ではほぼ100%だが、発症後、治療開始が遅れれば遅れるほど治癒率は低下する。

また、現行の治療薬は毒性がある上に、治療を終えるまでに2ヵ月以上かかる。より効果的で安全な医薬品が必要なことは明らかだが、新薬の開発はほとんど行われていない。

国境なき医師団(MSF)は2012年に1440人の新患をシャーガス病治療プログラムに受け入れた。

コレラ

コレラはコレラ菌を原因とする水媒介性の急性消化器感染症で、汚染された水や食物および保菌者の便への接触によって感染が広がる。非流行地域で急速に広がることもあり、突然大規模な集団発生が起こる場合もある。感染した人のほとんどが軽い症状で済むが、極めて重症になる恐れもあり、激しい水様性下痢と嘔吐（おうと）の結果、重度の脱水症状に陥り、死に至る場合もある。治療としては、経口または静脈からの補水療法により、水分と塩分を補給する。

コレラが最も発生しやすい場所は、衛生環境が整っておらず、安全な水の供給が行われていない人口密集地域である。

集団発生が疑われる場合、病気のまん延を防ぐため、すぐに感染予防体制の整った設備で治療を開始する。厳密な衛生対策や安全な水が大量に必要となる。

2012年の流行期には、従来の対策に加え、初めて経口コレラワクチンを感染拡大の予防策として導入した。

2012年、MSFは5万7400人のコレラ患者を治療した。

健康教育活動

当活動はその目的に、健康の改善と医療サービスの効果的な利用法を掲げている。地域社会の文化や慣習に理解を示すことは、人びとへ情報を提供することと同じぐらい重要であるため、双方向での情報のやり取りを重んじている。

病気や感染症が集団発生している間は、MSFは地域社会に対して、その病気の感染の仕方と予防法、具合が悪くなった人がいる場合に確認すべき兆候、そして対応について情報を提供している。例えばコレラの集団発生に対応する場合であれば、この病気は汚染された水を介して感染することから、衛生状態を良好に保つことの重要性の説明に努める。

HIV／エイズ

ヒト免疫不全ウイルス（HIV）は血液や体液を通じて感染し、通常3～10年の間に免疫機能を徐々に低下させ、後天性免疫不全症候群、すなわちエイズを発症させる。また、免疫機能の低下に伴い、多くの日和見感染症*にもかかりやすくなる。最も命を落とすことの多い日和見感染症は結核である。
*日和見感染：抵抗力が弱まり、健康なら感染しないはずの感染症にかかること。

HIV陽性か陰性かは簡単な血液検査で確認できるが、多くの人は何の症状もなく、HIVに感染していることを知らないまま、何年も過ごしている。治療法としては、抗レトロウイルス薬（ARV）として知られる薬の多剤併用で、ウイルスの増殖を抑えて感染拡大を防止し、さらに免疫機能の急激な低下を抑えて、患者はより健康的な生活を長く送れるようになる。またARVの使用により、ウイルス感染の可能性は劇的に低減する。

また、MSFの包括的なHIV／エイズ・プログラムでは、教育や啓発活動、コンドームの配布、HIV検査とカウンセリング、母子感染予防対策（PMTCT）なども行われる。PMTCTには、妊娠中、出産時、授乳期の母親および新生児に対するARV治療が含まれる。

2012年、MSFはHIV／エイズとともに生きる人びと31万500人以上を治療し、そのうち28万4300人にARV治療を行った。

カラアザール（内臓リーシュマニア症）

先進国ではほとんど知られていないが、カラアザール（ヒンディー語で「黒い熱」）は熱帯性の寄生虫症で、特定の種類のサシチョウバエに刺されることで感染する。世界76ヵ国で風土病となっているが、年間推計20万から40万件に及ぶ症例の90%が、バングラデシュ、インド、エチオピア、南スーダン、スーダン、ブラジルで報告されている。主な症状には、発熱、体重減少、肝臓および脾臓の肥大、貧血、免疫系の不全などがある。治療を受けなければ、患者のほぼ100%が死に至る。

アジアでは、カラアザールの診断をする上で、結果が早く得られる簡易検査が用いられるが、アフリカでは、正確な診断を下すためは、さらに脾臓（ひぞう）、骨髄、またはリンパ節から採取した検体の顕微鏡検査を行わなければならない。しかし、

この赤ちゃんは帝王切開で生まれたばかり。シエラレオネのゴンダマ基幹病院。

検体検査は危険を伴う上に検査施設や専門家を必要とするため、設備や人材の乏しい開発途上国では普及が難しい。

近年、治療法は日進月歩で進んでいる。アジアでは、アムホテリシン B のリポゾーム製剤を単独もしくは併用して用いることが第一の治療法となりつつある。以前と比べ、短期間かつ安全な治療法だといえる。しかし、静脈内投与を要することから、現地の診療所で用いるには難しい状況である。アフリカでは、5価のアンチモン剤*とパロモマイシンを併用する治療法が最善だとして用いられているが、痛みを伴う注射を何度もうつ必要がある。
*5価のアンチモン剤：ペントスタム ©、ジェネリック薬 SSG、グルカンタイム ©。

また、大きな課題の1つとなっているのが、カラアザールと HIV の両方に感染している患者の治療である。この2つはどちらも免疫系を攻撃して弱らせる病気で、どちらか一方に感染すると、もう一方に対する抵抗力も弱くなり、治療の効果も低下するため、悪循環を引き起こす。

2012年、MSF は5860人のカラアザールの新患を治療した。

マラリア

マラリアは感染した蚊によって媒介される。症状には発熱、関節痛、頭痛、反復性嘔吐、けいれん、昏睡などがある。中でも熱帯熱マラリア原虫によるマラリアは重症になりやすく、臓器障害を引き起こすため、治療を受けないと死に至る恐れがある。MSF の現地調査により、熱帯熱マラリアに対してはアルテミシニンと他の抗マラリア薬の併用療法（ACT）が現在最も効果的であることが明らかとなった。また、2010 年に世界保健機関 (WHO) は、重症の小児マラリア症例にアルテミシニン誘導体であるアルテスネート注射薬を用いた治療法を推奨するとして、マラリアの治療ガイドラインの変更を発表した。

効果が長期間にわたって持続する殺虫剤処理を施した蚊帳は、マラリアの流行を抑えるための重要な手段の1つである。マラリアが風土病となっている地域では、MSF はマラリアに感染すると重症化する恐れの最も高い妊娠中の女性と5歳未満の子ども全員に蚊帳を配布しているほか、スタッフが蚊帳の使い方を説明している。

また、2012 年には、マリとチャドの 2 ヵ国で季節性マラリアの化学予防を初めて導入し、マラリアのピーク期間中を通して、5 歳未満の子どもに抗マラリア薬を月1回経口投与した。

2012 年、MSF は 164 万 2800 人のマラリア患者を治療した。

栄養失調

栄養失調は必須栄養素の不足によって起こる。栄養失調に陥ると成長が妨げられ、子どもは一般的な病気にかかりやすくなる。栄養失調に関して特に重要な年齢は、一般的に母親が母乳以外の食べ物を与えはじめる生後6ヵ月から2歳までである。とはいえ、5歳未満の子ども、思春期の子ども、妊娠中または授乳中の女性、高齢者、慢性病患者も栄養失調に陥りやすい。

子どもが栄養失調であるか否かは、身長と体重の比率を計算するか、二の腕の太さを計ることで診断することができる。その結果をもとに、栄養不良の子どもについては中等度または重度の急性栄養失調と判断される。

MSF は栄養失調の治療にそのまま食べられる栄養治療食（RUTF）を用いている。RUTF は栄養を強化した粉ミルクを含んでおり、栄養失調児が栄養不良から回復し、体重を増やすために必要な、あらゆる栄養素を提供できる。品質保持期間が長く、そのまま食べられる RUTF は、あらゆる環境で利用できる上、重度の合併症を併発していなければ、患者を自宅で治療することも可能になる。栄養失調が重症化する恐れのある地域では、予防目的のために調合された栄養補助食を栄養失調の危険にさらされている子どもに配布している。

2012 年、MSF は 27 万 6300 人の栄養失調患者を栄養治療プログラムに受け入れた。

はしか

はしかは感染性が高いウイルス性疾患である。ウイルスに感染してから約 10 ～ 14 日後に、鼻水、咳（せき）、眼の感染症、発疹（はっしん）、高熱といった症状が現れる。特別な治療法はなく、患者を隔離し、ビタミン A 欠乏症、眼の合併症、口内炎（ウイルス性の口内感染症）、脱水症状、タンパク質欠乏症、呼吸器感染の治療を行う。

ほとんどの患者は2～3週間で回復するが、5～20%の患者は命を落とす。その原因の大半は下痢、脱水症状、脳炎、重度の呼吸器感染といった合併症である。

はしかには安全で費用対効果の高いワクチンが存在しており、大規模な集団予防接種を行うことで、症例数や死亡者数を大幅に減らすことができている。しかし、医療制度が充実していない国や、医療を受ける機会が限られている地域では接種率が低いままであり、現在でも大流行が発生している。

2012 年、MSF は 2 万 6200 人のはしか患者を治療し、69 万 700 件以上のはしかの予防接種を行った。

髄膜炎菌性髄膜炎

髄膜炎菌性髄膜炎は、脳と脊髄を包む薄い膜の感染症で、突然の激しい頭痛、発熱、吐き気、嘔吐、光過敏、首のこわばりなどの症状を起こす。症状が現れてから数時間以内に死に至る場合もある。治療しなければ、致死率は 50%にも達する。

髄膜炎菌の 6 種類の菌株（A、B、C、W135、X、Y）が髄膜炎を引き起こすと考えられている。感染しても症状が現れず、気づかないまま、咳やくしゃみで菌をまき散らしている場合もある。感染が疑われる症例は、髄液のサンプル検査によって正確に診断し、抗生物質を用いて治療する。ただし、治療を受けても、5～ 10%の患者は死に至り、命が助かったとしても5人に1人が難聴や学習障害など、さまざまな後遺症が残る可能性がある。

髄膜炎は世界中で散発的に発生しているが、感染例と死亡例の大半はアフリカで報告されており、特にエチオピアからセネガルを東西に結ぶ「髄膜炎ベルト」と呼ばれる地帯で顕著である。この地帯での流行は A 型髄膜炎のケースが最も多い。A 型髄膜炎菌に対する新しいワクチンは、予防効果が最大 10 年間持続し、健康な保菌者（発症していない人）からの感染も防ぐことができる。現在、大規模な集団予防接種はベナン、ブルキナファソ、カメルーン、チャド、ガーナ、マリ、ニジェール、ナイジェリア、セネガル、スーダンで実施されている。

2012 年、MSF は髄膜炎への対応として 3430 人の患者を治療し、49 万 6000 人にワクチン接種を行った。

心理ケア

暴力、家族の死、生活手段の破壊などの被害にあったり、それらを目撃するといった、心に傷を与える出来事は、激しい不安や恐怖を引き起こし、その人の心の健康を損なうことがある。MSF は心的外傷を負った人びとに早い段階で心理社会面の支援を提供し、長期にわたって心理社会的問題が拡大する可能性を抑えようと努めている。

心理社会面の支援では、地域社会が、心的外傷を負った後に提供する独自の対処法を構築できるよう支援することに重点を置いている。カウンセラーはグループ・セッションを行い、人びとが自分たちの体験したことを話し合い、感情を整理することで全体的なストレスのレベルが下がるよう手助けをしている。こうした方法によって人びとの支え合いが促され、地域社会が独自の信念に基づいて自らを再建し、状況が許せばすぐに自立できるようになる。こうしたグループ・セッションに加えて、心理社会的な治療法として個別のカウンセリングや、必要な人には精神科医療も提供している。

2012 年、MSF のスタッフは 19 万 1300 件の個別カウンセリングおよびグループ・セッションを行った。

救援物資の配布

MSF の主な目的は医療を提供することであるが、緊急援助チームは心理的・物理的に人びとの支えとなる救援物資の配布も行う場合が多い。こうした物資には衣類、毛布、寝具、仮設住居用資材、清掃・衛生用品、調理器具、燃料などが含まれる。多くの緊急事態において、救援物資はキットの形で配布される。食事の用意ができるようにするための、コンロ、鍋、皿、カップ、刃物類、貯水容器などが入った調理キットや、体を洗ったり洗濯ができるようにするための、石けん、シャンプー、歯ブラシ、歯磨き粉、洗濯石けんが入った衛生用品キットなどがある。

現地で材料が入手できない場合は、屋根の下である程度守られた安全な環境で過ごせるよう、MSF はロープ、ビニールシート、テントなどの緊急物資を配布している。寒冷地では、より頑丈なテントを提供したり、より耐久性のある建物の確保に努めている。

2012 年、MSF は 6 万 1000 セットの救援キットを配布した。

リプロダクティブ・ヘルス（性と生殖に関する健康）

MSF の緊急対応には包括的な産科医療も含まれており、医療スタッフは分娩を介助し、必要に応じて帝王切開を行う。周産期医療も提供し、病気の新生児や低出生体重の乳児の治療も行っている。

多くの長期プログラムにおいては、より広範囲な母子医療を提供している。妊娠中の医療ニーズを満たし、合併症を伴う分娩のリスクを発見するために、産前検診は複数回行うことが望ましい。MSF は産後ケアの一環として、家族計画のカウンセリングや性感染症に関する情報提供も行っている。

産科フィスチュラは、適切な出産前の産科ケアによって防ぐことが可能である。原因は長時間に及ぶ閉塞性分娩である場合が多く、産道に損傷を患い失禁を引き起こすため、社会的な偏見へとつながる場合もある。未治療の患者は世界におよそ 200 万人いると推定されており、年間 5 万～ 10 万人が新たに罹患しているといわれている。MSF が実施する複数のプログラムで専門家によるフィスチュラへの修復の外科手術を実施している。

2012 年、MSF は 78 万 4500 件を超える産前検診を行った。

性暴力

MSF は、性暴力被害そのものへの診療、性感染症の発症を食いとめる治療、必要に応じて緊急避妊法を、そして、性暴力被害者への心理的・社会的・法的支援を提供している。紛争地帯や難民・国内避難民キャンプなど性暴力の発生率が高い場所では、専門のチームが性暴力被害者のケアにあたっている。スタッフは地域社会と連携し、啓発活動を行い、MSF が行うケアの内容について情報を提供し、社会的・法的支援を促している。

2012 年、MSF は性暴力に関連して負傷した患者 1万 600 人の治療にあたった。

アフリカ睡眠病（アフリカ・トリパノソーマ症）

一般に「眠り病」として知られるこの寄生虫感染症は、サハラ以南のアフリカ諸国に見られ、ツェツェバエに刺されることで感染する。この寄生虫は中枢神経系を攻撃し、重度の神経障害をもたらし、患者は死に至ることもある。報告される症例の 95%以上は、アフリカ西部および中央部に生息するトリパノソーマ・ブルーセイ・ガンビエンスという寄生虫が原因で起こる。残りの 5%はアフリカの東部と南部に生息するトリパノソーマ・ブルーセイ・ローデシエンスという寄生虫によって引き起こされる。

この病気の第一段階では治療は比較的容易であるが、発熱や倦怠（けんたい）感など、他の病気と見分けにくい症状しか現れないため診断は困難である。第二段階になると寄生虫が中枢神経系に侵入し、患者は協調運動不全、精神錯乱、けいれん、睡眠障害などの神経症状または精神症状を発症しはじめる。この段階でアフリカ睡眠病の正確な診断を行うには、髄液サンプルを採取する必要がある。

現在、WHO に推奨されている治療法は、ニフルチモックスとエフロルニチンの併用療法（NECT）である。それまで治療薬として使われていたメラルソプロールは、ヒ素誘導体であり、多くの副作用を引き起こして患者の命を奪うこともあった。現在、新しい分子標的薬が臨床試験中であり、第一・第二段階どちらにも安全で効果的な経口投与治療法の開発につながることが期待されている。

2012 年、MSF は 2000 人のアフリカ睡眠病の新患を受け入れて治療した。

結核

現在、世界人口の3分の1が結核に感染。毎年約900 万人が結核を発症し、150 万人が死亡している。

感染者が咳やくしゃみをすることで空気中に広がる。感染者がすべて発症するわけではないが、10%が生涯のいずれかの時点で発症する。結核は主に肺に影響を及ぼし、継続的な咳、発熱、体重減少、胸痛、そして死に至るまで続く息切れなどが症状として現れる。HIV 感染者は発症率が高く、結核が主な死因となっている。

結核の診断には痰（たん）の検査をするが、子どもから採取するのは難しい。ほんの2時間で検査結果が判明する新しい分子検査も存在し、ある程度の薬剤耐性も見抜くことはできるが、費用が高く、痰の採取も必要であり、安定した電力供給も不可欠だ。

単純性結核の場合でも治療に6ヵ月を要する。患者が最も効きめの強い第一選択薬のうち2種類に耐性を持っている場合は、多剤耐性結核（MDR-TB）であると見なされる。MDR-TB の治療は不可能ではないが、現行の治療薬は多くの副作用を伴い、治療期間は最大で2年を要する。患者が、MDR-TB 治療の第二選択薬にも耐性を示す場合は、さらに新しい菌株である超薬剤耐性結核（XDR-TB）と見なされ、治療の選択肢はさらに限られる。

2012 年、MSF は 2 万 9000 人の結核患者および 1780 人の MDR-TB 患者を治療した。

© Olga Overbeek

ナイジェリアのアンカ病院内に設けられたMSF検査施設の血液サンプル。

集団予防接種

感染症を予防するために予防接種を行うことは、公衆衛生に対する最も費用対効果が高い医療活動である。しかし、WHO がすべての子どもに対して推奨している一連のワクチン接種で防げる病気が原因で、毎年およそ 200 万人が命を落としている。現在、推奨されているワクチンとは、DTP（ジフテリア、破傷風、百日咳）、B 型肝炎、B 型インフルエンザ、BCG（結核）、ヒトパピローマウイルス、はしか、肺炎球菌結合、ポリオ、ロタウイルス、風疹（ふうしん）、黄熱病であるが、すべてのワクチン接種が世界中で推奨されているわけではない。

MSF は予防接種率が一般的に低い国々において、基礎医療プログラムの一環として5歳未満の子ども全員に所定の予防接種を行う努力をしている。また、はしか、黄熱病、髄膜炎の大流行への対応においても、予防接種が重要な活動となっている。大規模な集団予防接種では、予防接種の利点について地域社会に啓発活動を行い、人びとが集まりやすいと想定される場所に接種会場を設ける。通常、集団予防接種の期間は2～3週間で、数十万人もの人に接種を行う場合もある。

水・衛生活動

医療活動を行う上で、安全な水と十分な衛生設備は不可欠である。MSF は活動を行うすべての医療施設において、清潔な水が提供され、廃棄物が適切に管理される体制を整えている。

緊急援助活動に際しては、安全な水や適切な衛生設備を提供している。これら飲料水の確保と廃棄物処理は最優先事項である。トイレはキャンプからある程度離れ、利便性の保てる距離に設置する。近くに安全な給水源がない場合、飲用水は給水トラックで運び込む。スタッフは衛生設備の利用促進について啓発活動を行い、衛生習慣の改善に努める。

2012 年、MSF は 1 億 9700 万リットルの安全な水を供給した。

MSFの医療活動のキーワード：適応と革新

**マルク・ガステル・エチェゴリー医師は、
2012年9月に国境なき医師団（MSF）の国際医療主事に就任した。
MSFの人道医療活動が現在直面する課題について、エチェゴリー医師に聞いた。**

MSF の医療チームの目標は、武力紛争や病気の流行、医療からの疎外、自然災害や人的災害などの被害を受けている人びとに緊急援助を届けることです。こうした状況下で医療を提供することには困難が伴う場合が多く、適応力と革新が必要とされます。

紛争下での選択

武力紛争においては、状況は刻々と変化します。紛争が展開するにつれて前線が移動し、住民が集団避難し、医療チームやインフラも変化していきます。医療ニーズや優先事項を正確に把握するには、こうした変化をすべて、できれば事前に考慮に入れなければなりません。

軍部や武装勢力が「敵」あるいは「敵の味方」とみなす人びと（女性、子供、病人、負傷者を含む）に対する援助を認めず、医療チームを妨害してくる場合、医療援助の提供は困難を極めます。

例えば今日のシリアのように、人道援助活動や人道援助活動従事者が戦闘員の攻撃対象となり、スタッフ派遣に伴うリスクが高まっている状況では、医療活動は必ずしも十分に展開できません。目立たないように最低限の活動を行うことになり、医療ケアの質を維持することも難しくなります。患者と医療チームの双方が危険にさらされることを考慮し、MSF の活動は戦傷外科や救急医療などの救命活動が中心となります。

しかし、紛争下にあっては、戦闘による負傷者以外にも救急医療が必要な場合があります。医療制度が崩壊すると、治療や予防がおろそかになる疾病・病状が増えますが、産科医療プログラムや、感染症および非感染性疾患に対する予防接種と治療などは、直ちに生死を左右するわけではなくても、命を救うために不可欠です。しかし、こうした活動を行うためにはさまざまな設備や人材、ネットワークが必要です。

状況に適応するためには、何らかの選択を迫られます。MSF は、基礎的ニーズを満たすための活動を選択し、運営上または医療上の制約を考慮に入れるとともに、MSF が現地で活動する目的は医療を受けられる機会の格差を埋めることだと心に留め、武装勢力が意図的に人びとから医療を受けられる機会を奪っているならば、その事実を明らかにしなければなりません。

キャンプでの活動：基本的必需品の確保

避難民の大規模な集団移動は、さまざまな課題をもたらします。戦闘や虐待から身一つで避難してくる人びとは、すぐに困窮して国内外の援助に頼ることになります。援助の提供は概して時間がかかり、不十分であることも多いため、生活環境は急速に悪化します。水、食糧、住居といった生活に不可欠なものがなかなか入手できず、病気の発生率や死亡率も上昇します。医療提供者は何とかこの状況を食い止めようと苦闘しています。

基礎的ニーズが満たされていないと、医療の恩恵も極めて限られてしまいます。2012 年の南スーダンの危機を例に挙げると、何万人ものスーダン人難民が水の供給が不十分な仮設キャンプに到着しました。こうしたケースでは、MSF は活動範囲を広げ、安全な水、住居、毛布の提供や、栄養失調の予防を行わなければなりません。基礎的ニーズが充足されて初めて、医療ケアは十分にその価値を取り戻す

高血圧患者の多いトンブクトゥの病院。MSFはマリ北部紛争の発生を受け、活動を開始した。

医師に付き添われ、MSF野外病院行きの車に向かう妊婦。南スーダン、ジャマム難民キャンプ。

ことができます。つまり、各種プログラムをより高度な医療ニーズに見合うように、そして優先すべき健康上の問題に適合するように展開することができるのです。

近年北アフリカと中東で勃発した紛争から避難した大勢の人びとの間で、糖尿病、高血圧、てんかんといった非感染性疾患の有病率が非常に高いという、新たな疫学的側面が見られます。紛争が起こる前は、患者たちは充実した医療体制を通して高度な診断や治療を受けることができていましたが、現在では必死に治療を求めている状況です。

ここでも、MSF は医療活動を適応させなければなりません。利用できる設備や人材、病気や死亡の主な原因、生活環境が悪化する可能性、そして、難民や避難民が増加する可能性に応じて、活動を調整する必要があります。ほとんどの場合、こうした状況は変動するため、継続的な観察と評価が不可欠です。基礎的なニーズへの緊急対応と、非感染性疾患に対する長期的なアプローチとのバランスを取ることが重要となります。

設備や人材が乏しい環境における医療

安定した状況下でも、喫緊ではないとはいえ、環境に合わせた変化がやはり必要です。MSF の医療チームは、設備や人材が不十分な中で診断や治療を行わざるを得ない状況に頻繁に直面しています。医療施設の利用が制限されることで診断が遅れたり、経過観察が困難になったりすることもあります。輸送手段が乏しく、物資の安定供給も課題です。電気が断続的にしか利用できなかったり、まったく利用できなかったりする場合もあるほか、熟練した人材も不足しています。

中には著しい進歩を遂げた分野もあります。現在、マラリアに関してはさまざまな治療法が効果をあげており、診断テストはへき地の診療所でも使いやすいものとなっています。残る課題は薬剤耐性の抑止です。しかし、他の分野では、まだ大いに進歩の余地があります。結核、HIV／エイズ、肝炎、髄膜炎、そして非感染性疾患の大半はケアを提供している場所での診断が難しい上、治療は概して長期にわたる複雑なもので、多くの副作用を伴います。

革新が極めて重要です。MSF が医療活動の質や妥当性を改善するためには、より使いやすい診断ツール、より簡単で効果的な治療、そしてより単純な新しい治療モデルの開発が不可欠です。

MSF は、専門知識と革新、そして疫学的調査や研究の成果をプログラムやケアに反映させなければなりません。プログラムをニーズに適合させ、常に適切な対応を行うためには、医学的・政治的状況の動態分析と解釈も不可欠です。

MSF は病気ではなく患者を診るのであって、患者を置き去りにして優先事項を決めることは困難です。医療を受ける機会が限られていると、患者は医療施設往訪が遅れがちになり、次に訪れるまでに時間の空く傾向があることがわかっています。MSF はこれまでの経験から、診断と治療の機会を一度逃せば患者の病気を治す機会を失う可能性があることを学んでいます。質の高い医療サービスを受ける機会の提供が不可欠です。そして、こうした機会を増やすためには、革新と適応が極めて重要なのです。

アフガニスタン：紛争の激化で途方に暮れる人びと

アフガニスタンでは10年以上に及ぶ軍事介入を経て、メディアの興味は次第に北大西洋条約機構（NATO）軍の撤退と治安権限委譲のスケジュールへと移っている。トップニュースで取り上げられることはなくなったが、依然として激しい紛争の中、途方に暮れるアフガニスタンの人びとの現実は過酷だ。

アフガニスタンでは不安定な情勢が続き、人びとの命や生活に深刻な影響をもたらしている。特に、不可欠な医療サービスを利用できる機会が奪われている。

人びとは身動きがとれず、必要とする医療を受けることができない。遠隔地の診療所は機能していない場合が多い。公立病院の数は増えたものの、やはりその多くが十分に機能しておらず大勢の患者に対応し切れていない。資格を持つ医療スタッフは危険な地域を離れてしまい、全体的に高度な訓練を受けたスタッフが不足している。特に女性の医師や看護師は不足が顕著だ。治安が悪いため、医薬品や医療物資の供給も妨げられているほか、地域住民全体が自由に二次医療機関に足を運ぶことができなくなっている。民間経営の医療も存在するが、私立の医療施設は費用が高額すぎるため、利用できる人は限られている。

アフガニスタンは世界で健康指標が最悪の国の1つであるが、紛争が長引くにつれて基礎的な医療サービスの破綻がさらに鮮明になってきている。

国境なき医師団（MSF）は1981年にアフガニスタンで活動を始めたが、2004年に5人のスタッフが殺害されたことを受けて活動を中止した。しかし5年後の2009年半ばに再開し、2009年から2010年までの間に首都カブール東部の地区病院ですべての診療科の支援を始めたほか、ヘルマンド州の州都ラシュカルガにある病院でも活動を開始した。2011年末までに、クンドゥーズ州に外傷治療センターを開設し、紛争の被害者およびその他の原因による負傷者に外科治療を提供している。2012年初頭にはホースト州に産科病院を開設した。

医療ニーズの充足

MSFが今日直面している大きな課題は、現在展開している上記4つのプログラムは二次医療レベルの外科治療を提供しているが、周辺環境には基

© Camille Gillardeau

ラシュカルガのブースト病院では、MSFが外科をはじめとする専門医療に加え、子どものための栄養プログラムを展開。

敷地内の爆発事件後、閉鎖されていたホースト州の産科病院再開に向けて、ミーティングを行うMSFスタッフ。

礎的な医療サービスを受けられる場がないことだ。さらに、4つのプログラムはすべて、あらゆる紛争当事者との交渉の末に安全が約束された州都で行っているが、こうした主要都市以外の地域やMSFが運営する病院の外の、戦闘が激しい遠隔地でも差し迫ったニーズがあることがわかっている。

それでも、MSFは活動地域を選択しなければならない。不偏であることとは、MSFが患者のニーズに基づいてこうした選択を行うことを意味する。これは国際人道法でも医療倫理でも明言されている原則である。MSFの選択は独自のニーズ調査に基づいており、30年に及ぶ紛争を生きてきた人びとに無償で質の高い医療を提供するという責務によって決定されている。しかし、一方で保有する設備や人材、安全上の制約、現地での移動の問題にも影響される。

自分が受けているケアがいかなる政治的・軍事的な意図にも左右されず、ただ医学的必要性のみに基づいて決定されていることを患者に信じてもらうためには、厳密な中立性を守らなければならない。

現地入りのために

MSFにとって、紛争下で活動を行う唯一の方法は、すべての武装勢力と直接交渉を行い、また地域社会に受け入れられて、現地に赴く環境を確保することである。そのためには質の高い医療の提供と現地の文化や伝統を重んじることも重要である。

すべての紛争当事者から、MSFが行う医学上の選択や治療している患者に干渉せず、医療施設を攻撃しないという合意を取り付けなければならない。その代わりに、MSFは人員や資材などをいかなる軍事活動にも資することなく、ただ医療目的のみに限って使うことを約束している。

アフガニスタンでは、紛争当事者としてアフガニスタン政府の軍と警察、米軍、ヘルマンド州に駐留するイギリス軍、クンドゥーズ州に駐留するドイツ軍、そしてこれらに対抗するタリバンなどのさまざまな武装勢力が挙げられる。これらすべての武装勢力に対して、全く同じ方法で対話することが非常に重要である。これは、特に資金面において独立しており、いずれの国の政府からも資金を拒否できる立場にあり、中立性を認めてもらえるMSFだからこそ可能となっている。

しかし、こうした実践的なアプローチにも限界がある。アフガニスタンで活動することの難しさと紛争当事者との交渉や地域社会に受け入れられることの限界が顕著に表れているのが、ホースト州の例だ。

反政府組織ハッカニ・ネットワークの拠点とされ、情勢が不安定なパキスタンの部族地域に隣接するホースト州では、妊産婦および新生児の健康指標が国内最低レベルであると考えられている。他州のアフガニスタン人有資格医療スタッフは同州で働きたがらず、活動を行っている国際援助団体もごくわずかである。

MSFは2012年3月、ホースト州に産科病院を開設した。しかし、6週間で600件の分娩が行われた後、院内で爆発事件が発生し、7人が負傷した。

MSFは活動を中止し、すべての当事者と再び幅広く交渉を行った。その過程で、地域社会およびすべての関係当事者からMSFに対する強い支援の表明と安全確保の確約が寄せられたため、治安状況が複雑さを増す中ではあったが、12月末に病院を再開することができた。

政府、反政府勢力、および地域社会から活動承諾の再確約を得たとはいえ、このように流動的な情勢の中ではリスクがゼロではあり得ない。すべての患者、介護者、スタッフのボディーチェックなど、医療施設内部の安全対策を強化する措置が必要となっている。

MSFは今でも、冒す危険と与えることのできる医療的効果とのバランスに関して難しい選択を迫られている。しかし、患者、医療スタッフ、そして医療施設の安全が維持されている限り、MSFは今後も、先行きが不透明な中で増大する医療・人道ニーズに対応するため、アフガニスタンにおける活動を継続・拡大すべく力を注いでいく。

2012年、MSFはアフガニスタンのホースト州、クンドゥーズ州、カブール、およびヘルマンド州で、合計33万2000件以上の診療と1万6500件の分娩介助、および7200件の外科手術を行った（26-27ページ参照）。

避難先でも苦境に立たされる難民たち

2012年には何百万人もの人びとが自宅から避難した。その状況は多岐にわたり、暴力や自然災害から逃れた人びとは仮設キャンプや廃屋、砂漠、森、あるいは都市に集まった。しかし、ほぼ全員に共通しているのは、最低限の援助しか受けられていないという点だ。

しかも、ほとんどの場合、援助には条件が付く。身一つで家を後にしてきた人びとは、援助を受ける前に正式な難民登録を待たなければならず、これには概して時間がかかる。

避難することは、劣悪で非人間的な環境の容認を強いられることに等しくなっており、人びとはただ生き延びることだけを願う。水、住居、食糧、医療の不足は当たり前で、状況やニーズが変化しても援助の内容が適切なものに変わることは少ない。

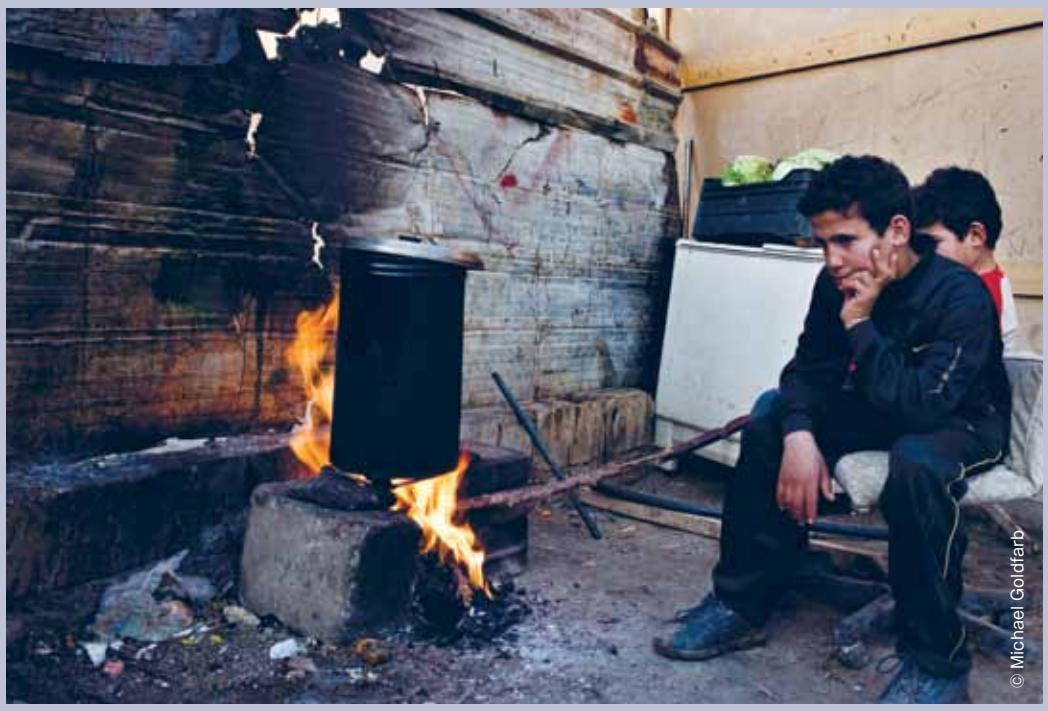
MSFは2012年、30ヵ国以上において難民や避難民に対する人道・医療援助を提供した。病院や診療所を開設し、移動診療を行い、栄養治療プログラムを展開し、安全な水や衛生設備を供給した。時には援助がニーズに見合わない場合もあった。外的な制約によって提供できる援助が限定される場合が多く、そうした場合には全体的なニーズの一部だけを満たす結果となった（MSFの難民・避難民への対応については26-55ページの「MSFの活動（国・地域別）」を参照）。

清潔な水が不足している状況では、病気のリスクが高まるだけでなく、一人で入浴するという尊厳さえ奪われる（ミャンマー、ラカイン州シットウェ付近のキャンプにて）。

© Kaung Htet

多くの難民キャンプは、十分に健康な人でさえ生き延びるのに苦労するような場所にある。極度の緊張の中、疲れ果て、身一つで到着した人びとであっても、必要最低限の援助で、またはまったく援助を受けられずに、できることをやらねばならない。援助の到着は概して遅く、ニーズに見合わない場合も多い。ケニアのダダーブ難民キャンプは極端な人口過密で、ソマリアからの新規難民は新たに仮住まいをつくらなくてはならなかった。

© Lynsey Addario/VII



© Michael Goldfarb

—シリア人男性、レバノンのデル・ゼヌーン難民キャンプ

「キャンプ内の衛生環境は劣悪です。下水設備がないため、自分たちで溝を掘っています。雨が降るとテントの間を汚水が流れます。テントの中に入ってくる場合もありますし、生活の場のすぐ近くに流れてくる場合もあります。悪臭に悩まされています。子どもたちの皮膚には発疹ができ、吐き気を訴えています。雨が降るとテントの中が水浸しになります。ストーブもなく、木材もほとんどないので、プラスチックを燃やして暖をとっています。極めて悲惨な状況です」

自宅へは当面戻れないことが明らかになると、一時的な緊急対策を再検討する必要が出てくる。避難所として使われた公共施設を別の目的のために利用したり、季節の変化に対応する準備を行わなければならない。しかし、2012 年、厳しい冬に直面したシリア人難民たちは、寒さから身を守る手段をほとんど入手できなかった。この２人の少年はレバノンで暮らす家で火の番をしている。総勢 20 人のこの家族は牧畜場に２部屋を借りた。水は近くの井戸からくみ上げなければならない。

多くのキャンプで、入手できる水の量や質が問題となっている。水を取りに行くのは主に女性と子どもだが、人里離れた遠い場所まで行き、水を入れた大きな容器を運んで戻ってこなければならない。写真はキャンプに設置された給水ポイントで水をくむマリ人難民。モーリタニア、ムベラ難民キャンプにて。

© Lynsey Addario / VII

© Florian Lems

—34歳女性、
南スーダン、エル·フージ

「私たちはエル·フージ（スーダンと南スーダンの国境検問所）に到着し、そこで1週間過ごしました。何も食べずに歩き続けてきたため、とても疲れていました。わずかな食糧をもらった後ここへ来て、もう12日になります。ここでは何も与えられていません。ビニールシートも、食糧もです。木の葉を食べていますが、それでは足りません。人びとは次々と病気になっています。十分な水もありません。今日、食糧の配布がありましたが私たちは何ももらえませんでした。私には7人の子がいますが、与えてやる食べ物がありません」

難民の多くは、栄養失調とまではいかなくても、空腹状態で到着する。しかし、安全を提供するはずの場所にあって、食糧の供給は不十分だ。MSF が南スーダンのバティル難民キャンプで調査を行ったところ、7月の乳幼児死亡率が緊急事態を示す数値の2倍に達しており、10%以上の子どもが重度の栄養失調に陥っていることが明らかになった。写真は、MSF が運営する栄養治療プログラムで栄養治療食をもらう南スーダン、ドロ難民キャンプの子どもたち。

キャンプの外のやぶの中で意識を失っているところを発見され、MSF の野外病院でケアを受ける患者。南スーダン、イダ難民キャンプにて。

© Camille Lepage

十分な質の水、衛生設備、住居、食糧が得られないと、下痢、呼吸器感染症、皮膚疾患、栄養失調が多発するようになり、感染症のリスクも高まる。健康な人も病気にかかりやすくなるほか、子ども、高齢者、負傷者には特別の援助が必要となる。

難民キャンプで行う医療サービスは、こうした緊急事態に重点的に取り組む場合が多いが、二次医療や三次医療を必要とする患者、糖尿病や高血圧といった慢性疾患の患者など、他の疾患についても治療を行わなければ命が脅かされる可能性がある。

ソマリア人難民は 1991 年からケニアのダダーブ周辺の難民キャンプで生活しているが、適切な援助の提供が現在でも大きな課題となっている。これらの難民キャンプは9万人を収容できるように設置されたものだが、今ではキャンプの内外を合わせて 50 万人近い難民が生活している。

© Robin Hammond

避難した人びとが必要とする援助を受けられるようにするためには、迅速かつ包括的なアプローチが不可欠だ。十分な質の水、衛生設備、住居、食糧、そして医療サービスが、すべて利用できるような環境を整えなければならない。2012 年に南スーダンのジャマム難民キャンプで活動した MSF のキアラ・ブルツィオ看護師は次のように述べている。「どんな問題にも解決策はあります。ただ、速やかにやらなければならないことがたくさんあるというだけのことです」。

「私を検査して、治療してください」:
薬剤耐性結核の重い負担とよりよい治療への要求

タジキスタンの首都ドゥシャンベの小児結核病院で、シリンモちゃんは待合室の床をはつらつと”はいはい”して回る。しかし、ゼエゼエという呼吸音が聞こえてくる。まだ生後９ヵ月のシリンモちゃんは、多剤耐性結核（MDR-TB）と診断されている。

国境なき医師団（MSF）のタジキスタンにおける結核治療プログラムに携わっているクリストフ・ヘーン医師は「シリンモちゃんは MSF がこれまでに診察した患者の中で、最年少の結核患者ではありませんが、MDR-TB と診断した患者の中では最年少です」と説明する。この結核プログラムでは、30 人の子どもや青少年が MDR-TB の治療を受けている。

世界各地で展開している MSF の結核治療プログラムでは、驚くほど多数の薬剤耐性結核（DR-TB）患者を受け入れている。中には結核の感染歴のない人もいる。これはつまり、MDR-TB や超薬剤耐性結核（XDR-TB）といった治療への耐性を増した菌株が、人から人へ直接感染していることを表しており、深刻な懸念材料となっている。

進歩する検査、向上しない治療法

MDR-TB の診断検査法は進歩を遂げている。Xpert MTB/RIF という新たな検査では、DR-TB への感染がわずか２時間で検知できるようになり、それまでの２週間から大幅に短縮された。この検査法は MSF の治療プログラムに取り入れられ、世界 23 ヵ国の 41 ヵ所で 46 台の装置が使用されている。

しかし、治療法はどうだろうか。MDR-TB は治療しなければ命が失われるが、実際に治療を受けているのは患者の５人に１人に満たない。

診断を受けて治療を開始する患者の数があまりにも少ないため、多数の製薬会社を動かして薬剤を製造させ、安定した薬の供給と薬価の引き下げ競争を実現させるほど収益性の高い市場は存在していない。治療を終えるまでに必要な費用は、患者１人あたり 4000 ドル（約 40 万円）はかかる。また、治療薬の在庫切れも珍しいことではない。

深刻なのは、治療法そのものが治療の普及拡大を大幅に妨げているという状況だ。現在、治療には１日に最大で 20 錠の服用と、約８ヵ月間の注射薬連日投与を含む、通算２年間の治療コースが必要とされる。合計すると、患者１人が治療を終えるまでに１万 5000 錠近い量の薬を服用しなければならない。

さらに、治療には身体機能を奪うほどの重い副作用が伴う。恒常的な吐き気、幻覚症状、抑うつ状態、精神疾患などを引き起こし、聴覚障害になることもある。これほどの苦難を乗り越えても、MSF の治療プログラムで受け入れている患者のうち、完治する人はわずか 53% に過ぎない。世界平均でも治療に成功する人は約 48% となっている。治療の効果がこれほどまで低いことは容認しがたい。

新しい希望

スワジランドなど、MSF の結核治療センターの中には、患者とケアをする人の双方にかかる治療の負担を軽減するため新しい治療法の実践を検討しているところもある。治療期間は９ヵ月に短縮されるが、さらに改善が必要だ。

2012 年末、米国食品医薬品局（FDA）は結核の新薬「ベダキリン」を承認した。これは半世紀ぶりに承認された結核新薬で、画期的な出来事だ。もうひとつの新薬「デラマニド」も DR-TB に効果があり、2013 年内には承認が見込まれている。

半世紀ぶりに、いくつもの結核治療薬が開発されている。MDR-TB の治療向上と拡大にまたとない好機、そして責任をもたらすことになるだろう。MSF は結核撲滅に取り組み、治療拡大の障害を乗り越える道を見いだすために、設備や人材を投入してきた。しかし、具体的に本当に必要なニーズは何だろうか。そして、そのために MSF が果たすべき役割は何だろうか。

新しい治療法の研究

２つの新薬の登場によって、大幅に期間が短くて

© George Butler

イラストレーターのジョージ・バトラーがムンバイで展開されているMSFのMDR-TBプログラムを訪問。患者の姿を温かみのある筆致で描いた。このイラストは12歳の少女と母親。母子ともにMDR-TB感染者で医師の問診中。少女は病気のせいで休学を余儀なくされたが、2ヵ月の治療を経て、現在は復学している。

副作用も少なく、とりわけはるかに効果の向上した新しい治療法の開発を目指す研究が早急に必要となった。MSF は製薬会社に働きかけて、新薬が研究者にとって入手しやすいよう、また結核の高まん延国には手の届く価格におさまるよう配慮を求めている。また政府機関と研究者に対しては、MDR-TB の治療法の大幅な改善を実現するため、これらの新薬を最大限に生かす利用方法の共同研究に本格的に取り組むよう要求している。

あらゆる結核症例に対する薬剤耐性検査

MDR-TB の高まん延国は、すべての結核患者に対して検査を行い、DR-TB 患者が従来よりもずっと早期に正しい治療を開始することができるよう、具体的にどの薬が効くかを見極めなければならない。このような対応によって、さらなる薬剤耐性の発達が阻止され、耐性菌株の拡散も抑制できる。

また、薬が効く結核と DR-TB の双方がその場ですぐに検査できる簡易検査法の研究開発も急を要している。結核の高まん延国向けのこうした検査は、手の届く価格で電力不要のものでなければならない。

© George Butler

ムンバイのMSF診療所に来院する患者は毎回、医師、看護師、カウンセラーと面談する。重度のうつや精神病に至ることもある、治療の副作用に苦しむ患者には、心理療法士と精神科医も対応にあたる。

© George Butler

病気による苦痛に、MDR-TB治療の苦痛が加わる。薬の副作用は、吐き気、身体の痛み、発疹、さらには不可逆性の聴覚障害。患者はうつや精神病を発症することもある。完治する患者は、治療を受けたうちの半数に過ぎない。

今こそ MDR-TB の治療拡大と資金援助を

さらに効果の高い短期間の治療法が整いつつある今、世界各国は MDR-TB の治療を受ける患者数の増加に備えておかなければならない。治療拡大によって命が救われ、将来さらに多くの患者に対処する際に必要な医療インフラと医療システムの確立にもつながる。その実現に向けて、MSF は資金拠出機関と世界エイズ・結核・マラリア対策基金（世界基金）に対し、治療拡大に必要な資金を準備し、結核対策の資金援助を優先案件とするよう努力を促している。

子ども向けの検査と治療法の向上

子どもの患者のニーズは見過ごされたままになっている。検査に必要な喀痰（かくたん）の採取が難しい子ども向けの診断法は、侵襲的で体への負担が大きい上、10 症例中 9 例が見落とされてしまう。尿、血液、便など採取しやすいサンプルを用いた検査法の研究が急務だ。また、治療法の向上も求められている。MDR-TB の治療薬には子ども向け製剤が存在しないため、成人用製剤を砕いて服用しなければならないが、用量不足や過剰服用の危険がつきまとう。子ども向け製剤の開発を求める働きかけがさらに必要である。

MDR-TB 患者の声に耳を傾ける

MDR-TB の治療向上に何が必要かについて、最も有益な情報と見識を提供できるのは患者自身だ。今日に至るまで、患者が自らのニーズを明確にし、資金拠出者、資金拠出機関、政策立案者に対して、結核検査と治療法の向上を優先案件とするよう求める機会はごく限られていた。

しかし、MSF はこの現状を変えようとしている。MDR-TB の患者と医療提供者はマニフェスト「TEST ME, TREAT ME」を作成し、署名を行った。このマニフェストでは、より進んだ治療、治療の即時拡大、これらの実現を後押しする資金援助を要求。また MDR-TB 患者は、体験を語る場として「TB&ME（結核と私）」プロジェクトでブログを書いている。

私たちは変化の歴史的好機を迎えている。政治的意志、資金、そして研究が確かなものとなれば、結核対策への実り多い取り組みもようやく手の届くものになるだろう。

2012 年、MSF はアルメニア、スワジランド、ウガンダ、キルギス、ミャンマー、コロンビアなど、世界各国で DR-TB 患者 1780 人の治療を行った。MSF は DR-TB 治療の主要提供団体の 1 つではあるが、治療の対象としているのは世界中に存在するといわれる 63 万人もの DR-TB 患者のごく一部に過ぎない。

© George Butler

ゴパルさんはMDR-TBと診断され、職を失った。痛い注射や、1日20錠もの服薬による14ヵ月の治療を経て、復職。再び調理の仕事に携われることに幸せを感じている。

ジンバブエで初めて完治したMDR-TB患者

ジンバブエの首都ハラレ郊外の自宅で、48 歳のメアリー・マリザーニは、MDR-TB の完治後に新たな問題に直面していると語る。「食欲が戻ってきたので、目につくものは何でも食べてしまうんです」。

結核を発症した家族 4 人の世話をした後、メアリーには 2006 年に最初の徴候が現れた。8 ヵ月の治療後に、治療の成功を見極めるスクリーニングも受けず、「ずいぶん回復したようだ」という医者の宣告によって、薬物治療を終了されてしまった。

しかし、その後数ヵ月にわたって発熱と乾いた咳が去らず、メアリーは入退院を繰り返した。どんどんやせて体調が悪化し、体重が半減してしまった頃、隣人から忠告を受けて、MSF が結核治療を行っている診療所を訪れた。

メアリーは DR-TB と診断されたが、その当時は治療法がなかった。2010 年、ハラレ近郊の町エプワースで MSF が MDR-TB の治療プログラムを開始したとき、最初の患者となった。

治療はかろうじて間に合った。メアリーの 24 歳になる娘ショライは語る。「MSF の医師が新しい治療を受けられるといういい知らせを伝えに来てくれた日の 2 日前、母はバケツ半分ほどの血を吐きました。おそろしい光景で、母が死んでしまうのではないかと思いました」。

© MSF

ジンバブエでは結核に対する偏見が根強い。メアリーは言う。「私が MDR-TB の治療を受けていた 2 年間、親族の大半が寄りつきませんでした。私が死に瀕していたときも、親戚は見舞いにも来ませんでした。私に残された家族は、MSF と 2 人の子どもだけでした」。

「頭の中で虫が這いずり回っているようでした」と、メアリーは治療について語っている。吐き気がして食欲が落ち、幻覚も見えた。「天国に行くために、地獄を通過しなければならなかったのです」。

しかし、メアリーは MSF スタッフのサポートもあり、治療を終えることができた。2012 年末までに、MSF はジンバブエで MDR-TB の患者 40 人の治療を行った。メアリーの症例はエプワースで他の患者の治療に勇気を与えている。

南スーダン、ワラップ州でMSFが展開する3週間のフィスチュラ手術キャンプに参加した患者。産科フィスチュラは大変な苦難を引き起こす、産道の組織損傷。失禁の原因となり、社会的偏見につながることも多い。

MSFの活動（国・地域別）（五十音順）

アジア

26 アフガニスタン

28 シリア

29 ミャンマー

30 パキスタン

アフリカ

32 エチオピア

34 ケニア

36 コンゴ民主共和国

38 ギニア

39 スーダン

40 ジンバブエ

42 ソマリア

44 チャド

46 ニジェール

48 南スーダン

50 中央アフリカ共和国

オセアニア

51 パプアニューギニア

中南米

52 ハイチ

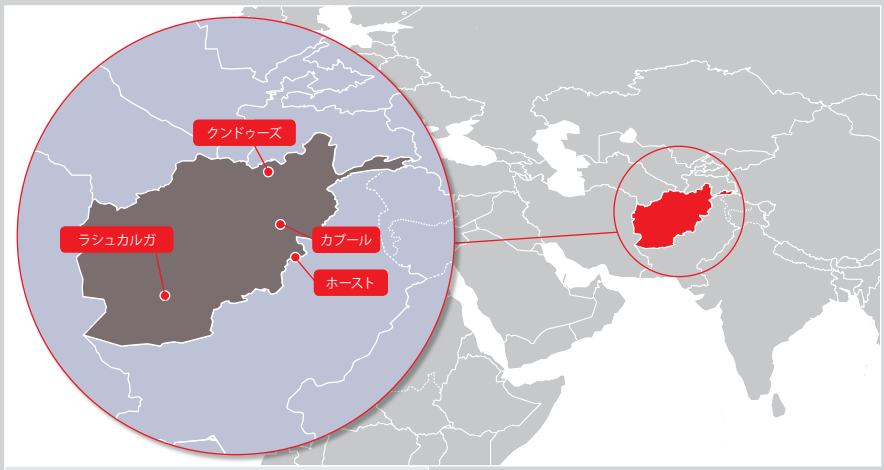
54 コロンビア

ヨーロッパ

55 ロシア

アフガニスタン

アフガニスタンでは紛争が止まず、質の高い医療を受けられる機会は限られたままだ。



活動実績
- 外来診療件数：332,300
- 分娩介助を受けた妊婦の数：16,580
- 外科手術件数：7,240

医療を必要とする人びとは、ほとんどの場合、公共の医療施設にたどりつくまでに長く危険な道のりを移動しなければならない。訓練された医療スタッフ、特に女性の医師と看護師が不足していることも、多くの人から医療を受ける機会を奪う結果となっている。国境なき医師団（MSF）は、最も緊急性の高いニーズに対応するため、複数の病院で活動を拡大している（アフガニスタンの医療利用と援助の問題については16-17ページを参照）。

クンドゥーズ州における外傷治療

MSF がクンドゥーズ州で運営している外科病院は、交通事故などによる一般的な外傷患者と紛争による負傷者の双方に質の高い外科治療を無償で提供している、アフガニスタン北部で唯一の外科病院だ。この病院が開設されるまで、命にかかわる外傷を負った人のほとんどは、治療を受けるために首都カブールか隣国のパキスタンまで行かなければならなかった。

MSF は 2012 年にこの外科病院を拡張し、蘇生・観察ベッドを増やした救急処置室を新設した。現在では、より規模の大きい外来部を新設し、理学療法サービスを充実させ、整形外科手術による骨折内固定法の導入に向けて感染対策と滅菌工程を改善したほか、集中治療室のスタッフも新しい治療プロトコルを導入した。

医療施設に一斉に患者が殺到する場合、救急医療のスタッフは緊急に治療を必要とする患者を優先するためにトリアージを行う。MSF がアフガニスタンで行っている活動では、この種の「集団被害への対応」が必要とされる場合が多く、2012 年にクンドゥーズ州では平均して月1回はこうした対応を行った。命にかかわる傷を負った人びとが多数含まれる場合もあり、２月に市民暴動が起こった際には、この病院に搬送された 50 人の患者のうち 15 人以上が重症で緊急措置が必要だった。８月には同州北部で爆発事件が発生し 20 人が重傷を負ったほか、９月にはバスの衝突事故による 33 人の負傷者を治療した。MSF は１年を通して救急科で１万人の患者を治療し、外科で 1500 件の手術を行った。

カブールのアーメッド・シャー・ババ病院

首都カブールでは、国内外から紛争を逃れてきた人びとや、パキスタンからの帰還民が集まり、人口が 300 万人以上に膨れ上がっている。MSF は 2009 年にカブール東部のアーメッド・シャー・ババ診療所で活動を開始し、その後、救急科、手術室、外来部、産科病棟、結核内科を備えた地区病院に発展させてきた。2012 年には、手術を含む緊急産科ケアを充実させ、24 時間体制で対応できるようになった。病院で提供している産科、栄養治療、救急科、外来部などの医療ケア

© Francois Dumont/MSF

ラシュカルガで店を経営するムハンマド（70歳）。店の前に座っていると爆弾が破裂し、負傷した。今もショック状態にある。

アブドゥッラー
（仮名／40歳／ヘルマンド州）

「私たちの家は破壊されてしまいました。子どもたちはけがをしていますが、どうすることもできません。
足元には爆弾を埋められ、頭の上からも爆弾を落とされ、私たちはいったいどこに行ったらいいのでしょう。
予防接種はどこでも必要とされていますが、アフガニスタンでは戦争が起こっています。平和はありません。静かになったと思っても、すぐにまた戦闘が始まります。私たちが必要としているのは、安全な場所にある適切な診療所です。
私たちは皆自宅から避難せざるを得ませんでした。最後に自宅のある村に行ったのは１年前です。
ここへ来たのは２ヵ月前。まだ戦闘は続いています。これが私たちの現実です。まだ戦争は続いているのです」

ブースト病院の救急処置室。ラシュカルガに投下された爆弾で自宅の壁が倒壊し、3歳の少年と幼い妹が頭部外傷を負った。

を補うための心理ケアと健康教育も導入した。また、透明性と患者とのコミュニケーションを改善するため、苦情の申し立てを受付ける仕組みも導入した。

ラシュカルガのブースト病院

MSF は、ヘルマンド州の州都ラシュカルガにあるブースト病院の支援を続けている。アフガニスタン南部で機能している2ヵ所の基幹病院の1つであり、外科、内科、産科、小児科、救急医療を提供している。外来部には月に 7000 人を超える患者が訪れ、その多くは医療援助を求めて遠く離れた地域からやって来る。

この病院の存在とここで提供されている医療のことが周知されるにつれて患者の数が増加し、外科手術件数は合計 3000 件を超えた。このうち3分の1以上を外傷患者の整形外科手術が占めた。

同病院には重度栄養失調児を対象とした入院治療設備もあり、およそ 900 人が治療を受けた。

年末にはベッド数は 250 床に増え、MSF の支援によって小児科と新生児科の拡大も完了した。現在は、月平均 2000 人の入院患者を受け入れており、2009 年の活動開始時の 15 倍となった。

ホースト産科病院における安全確保

パキスタンとの国境に近いホースト州は情勢が極めて不安定で、医療を受けられる機会も限られている。ホースト市郊外に位置する総合病院は人材が不足している上、外科スタッフの大半が男性であるため、女性たちは医療を受けることを思いとどまってしまう。

MSF は、2012 年3月、医師・看護師が全員女性の産科病院を市内中心部に開設した。ベッド数 56 床の同病院は、毎月 1000 件以上の分娩介助が可能で、産科救急にも対応できる。

しかし開設からわずか6週間後、同病院は爆撃の対象となった。7人が負傷し、MSF はスタッフと患者の安全を確保するため活動を一時停止した。その後数ヵ月にわたり地域の有力者など関係者との間で議論が重ねられ、MSF が行う医療活動への支援と安全確保が約束されたことから、MSF は 12 月末に病院を再開した。この事件以前は、同病院では 600 件を超える分娩介助を行っていた。MSF は今後も、すべての活動地において武器持ち込み禁止の規則を徹底していく。

2012年末現在活動中のスタッフ数：1111人 ｜ MSFが最初に活動を開始した年：1981年 ｜ http://www.msf.or.jp/news/afghanistan.html

シリア

2012 年にはシリア全土で内戦が激化した。報告される負傷者の数が増え続ける一方、医療を受けられる機会は減少し、提供できる援助は膨大なニーズを満たすにはほど遠いものであった。

シリアで問題となっているのは、暴力の直接の被害者に対する医療だけではない。国全体に広がった治安の悪化、医療施設を標的とする破壊行為、医療システムの崩壊によって、国民の多くが必要とする通常の医療や救急医療が受けられなくなっている。2012 年は人道を取り巻く状況が次第に悪化していった。

内戦の被害者への医療提供

国境なき医師団（MSF）は、シリア政府から医療援助を行う許可を与えられてはいないものの、反体制派の支配地域で活動することにした。イドリブ県で病院を２ヵ所開設し、３ヵ所目をさらにアレッポ県に開設した。

６月にはイドリブ県にある住宅にベッド数 15 床の外傷外科施設を開設した。この施設は手術室、救急処置室、蘇生室を備えている。11 月からは手術後の理学療法の提供も始めた。2012 年末までの間に 665 件の外科手術が行われ、2230 人の患者が救急医療を受けた。

やはりイドリブ県のジャバル・アル・アクラードでは、洞窟の中で活動を始め、その後、農場を改修して外来病棟、救急処置室、手術室を設置した。

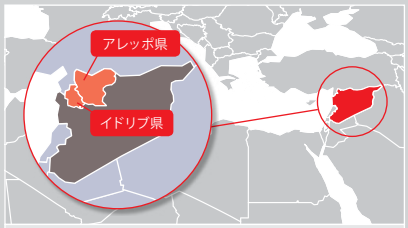
2012 年は 7200 人以上の患者を診察するとともに、内戦から逃れてきた人びとに基礎的な救援物資を配布した。

アレッポ県の病院では、紛争による負傷者の治療以外にも、産科医療やその他あらゆる種類の救急医療と基礎医療を提供している。スタッフは毎月平均 70 件の外科手術を行った。

医療サービスの拡大

医療を受ける機会が減少したため、MSF は基礎医療、集団予防接種、産科医療にまで活動を拡大。シリア東部のデリゾールでは、ぜんそく、糖尿病、循環器疾患などの慢性疾患の治療を中断させられた多くの患者に、必要な医薬品を提供した。

さらに MSF は、アレッポ、ホムス、イドリブ、ハマー、ダルアー、ダマスカスの各県で、医療施設に大量の医薬品と医療物資を寄贈した。また９月にはダマスカス県のシリア・アラブ赤新月社にも医療物資と救援物資の大規模な寄贈を行った。国内避難民と地域住民に対しては、衛生用品、調理器具、食料品、毛布などの救援物資を配布した。



活動実績
- 外来診療件数：12,450
- 外科手術件数：1,020
- 分娩介助を受けた妊婦の数：180

再三の申し入れにかかわらず、2012 年末現在も MSF はシリア政府からの活動許可を得られていない。

難民の援助

2012 年末までに大勢のシリア人難民が周辺国へ逃れた。MSF のプログラムでは、イラク、ヨルダン、レバノン、トルコで医療援助と援助物資の提供を行った。

2012年末現在活動中のスタッフ数：123人 | MSFが最初に活動を開始した年：2009年 | http://www.msf.or.jp/news/syria.html

© Nicole Tung

シリア北部の病院。帝王切開で生まれたばかりの新生児を清拭し、布でくるむ主任看護師。

ミャンマー

2012年6月、ミャンマー西部のラカイン州で激しい部族間抗争が勃発し、公式に非常事態が宣言された。

推計7万5000人が避難を余儀なくされ、多数の民家が焼失した。さらに、10月には新たな暴動が発生し、4万人以上が住居を追われた。多くは仮設の避難キャンプに身を寄せたが、住居・水・衛生設備・食糧・医療は不足している。

国境なき医師団(MSF)の緊急医療チームは、規模の大きな避難キャンプ15ヵ所で基礎医療を提供。主に皮膚感染症、寄生虫病、慢性咳嗽(がいそう)、下痢などの患者を治療し、重篤な患者は病院へ搬送させた。

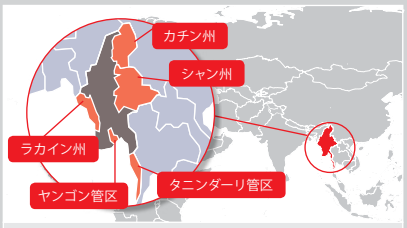
MSFは、へき地にあり、孤立しているラカイン州で、ほぼ20年という長期にわたって活動を続けており、基礎医療、産科医療、HIV／エイズや結核の治療を提供してきた。同州は、マラリアの多発地域でもある。MSFは、ラカイン人やロヒンギャと呼ばれるイスラム教徒の少数民族など、さまざまな民族に医療を提供し、何人もの患者を治療した。

一方、不安定な情勢、現地活動の許可取得の遅れ、少人数だが主張の強いラカイン人グループによる繰り返しの脅迫や威嚇行為などによって活動が妨げられることもあった。6月から12月にかけては移動制限により、MSFが治療できた患者はわずか5万人。そのほとんどはマウンドー、シットウェ、パウットー各郡のキャンプに滞在する難民であり、緊急に必要な治療を受けられず、苦しみに耐えなければならなかった患者は、さらに数千人以上いたと推定される。

HIV／エイズと結核の治療

医療予算増額の取り組みが推進されているにもかかわらず、国内では何千人もの人びとが医療を受ける機会を奪われている。抗レトロウイルス薬(ARV)治療を受けているHIV陽性患者の割合は極めて低く、治療の必要な患者の3人に1人に過ぎないというのが現状だ。ミャンマーでは、ARVの主要な提供者となっているMSFは、患者の優先順位を決めるという難しい判断を迫られている。

HIV陽性患者は、一般人口より活動性結核を発症する可能性が高い。MSFは、旧首都ヤンゴン、カチン州、シャン州、タニンダーリ管区でHIV／エイズ・結核の治療プログラムを展開している。また、同様のプログラムをヤンゴンのインセイン刑務所でも展開し、2012年は受刑者160人がARV治療を開始し、79人が結核治療を開始した。



活動実績
- 外来診療件数：406,800
- マラリア治療の患者数：32,220
- 第一選択薬によるARV治療の患者数：27,530

薬剤耐性結核(DR-TB)は、診断が困難である上、つらい治療を2年間継続しなければならない。患者数は、驚異的な早さで増加し続けている。ミャンマーのDR-TB新規感染者数は毎年9300人に上ると推定されているが、そのうち治療を受けたのは数百人に過ぎない。MSFは保健省と共同で試験プログラムを展開し、2012年は82人のDR-TB患者を登録した。

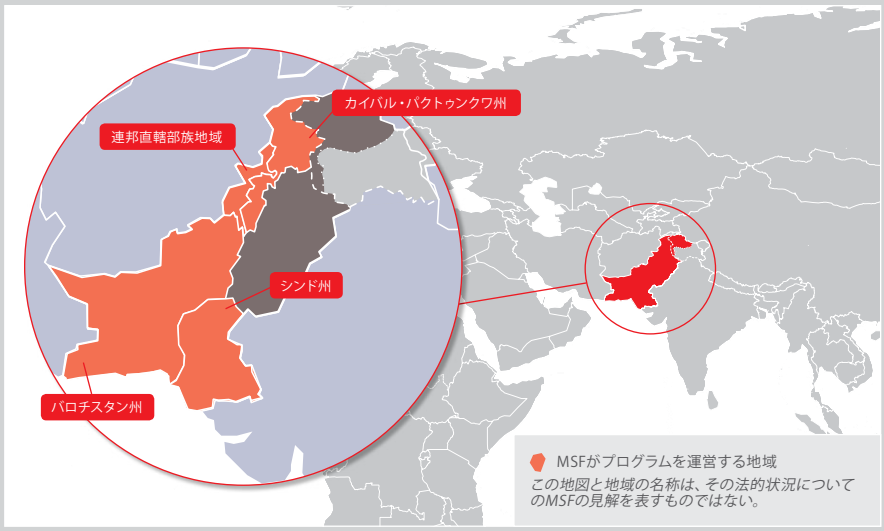
2012年2月、MSFは報告書「ミャンマー：HIV／エイズ・結核患者に迅速な治療を」を発表し、世界エイズ・結核・マラリア対策基金（世界基金）が第11次新規案件募集を中止したことによって、ミャンマー国内でHIV／エイズ・結核の治療プログラムを強化する取り組みが甚大な影響を受けるという問題を浮き彫りにした。

2012年末現在活動中のスタッフ数：1247人 | MSFが最初に活動を開始した年：1992年 | http://www.msf.or.jp/news/myanmar.html

ラカイン州パウットー郡の避難民キャンプに設置されたMSF診療所で、下痢症の子どもを診察する医師。

パキスタン

活動実績
- 外来診療件数：298,000
- 分娩介助を受けた妊婦の数：22,160
- 外科手術件数：3,730



パキスタンの医療サービスは多くの人にとって手の届かないほど高額である上、多くの地方では紛争や情勢不安によって医療を受けることがさらに難しくなっている。

パキスタンでは多くの地域で宗派間抗争が頻発しているほか、政府軍も反政府武装勢力に対する軍事行動を展開。国境なき医師団（MSF）はこうした情勢不安にさらされている地域において、緊急のニーズに対応することを主眼として各種プログラムを展開している。

カイバル・パクトゥンクワ州と連邦直轄部族地域（FATA）

多くのアフガニスタン難民と国内避難民が移り住んでいるカイバル・パクトゥンクワ州のハングーで、MSF は病院の救急科と手術室で活動しているほか、助産師が産科医療を支援している。また、州都ペシャワールの医療施設への患者の転院も支援している。ティムルガラでは救急科と母子保健センターを全面的に支援し、患者数の増加に対応できるよう同センターの建物を増設した。 7月から10 月にかけては、急性水様性下痢の症例の増加に対応するため、ハングーとティムルガラで治療センターを運営した。 5 年以上にわたり救急科と母子医療を支援してきたダルガイ病院では、 8月に活動を保健省に引き継いだ。

ペシャワールではベッド数 30 床の産婦人科専門病院を運営しているほか、郡内 11 ヵ所の診療所で産前・産後ケアも提供している。診療所のスタッフはハイリスク妊娠や産科救急の症例を発見すると専門病院を紹介した。

連邦直轄部族地域（FATA）のクラム自治区では、パキスタン人スタッフがプログラムを運営しており、責任者は拠点とするペシャワールから定期的に現地を訪問している。同プログラムではアリザイの

MSFの移動診療チームから、化膿した裂傷に包帯を受ける少年。シンド州の洪水避難者キャンプで。

シンド州ランガ・プールのソグランちゃんの呼吸を聴診する看護師。4歳のソグランちゃんと母親には結核感染の疑いがある。抗生物質を処方し、通院治療を行う予定だ。

シーア派集落とサッダのスンニ派居留地の双方にある病院で小児科医療を提供している。

バロチスタン州において医療を受ける機会を改善

バロチスタン州はパキスタンの中で健康指標が最低レベルにあり、宗派間や民族間の抗争が頻発しているほか、自然災害も頻繁に起こる。MSF は妊婦と子どものニーズへの対応に重点的に取り組んでおり、同州で展開しているすべてのプログラムで栄養治療と健康教育活動を行っている。

MSF はチャマンとデーラ・ムラド・ジャマリの病院で新生児科、産科、小児科のケアを提供している。チャマンでは救急科の支援も行っている。州都クエッタではベッド数 60 床の小児科病院を運営し、市内全域に及ぶ基礎医療施設間のネットワーク構築にあたっている。クエッタからほど近いクチュラクでは分娩室を備えた母子保健医療の診療所を運営している。また、身体に潰瘍ができて深刻な障害が残ったり、社会的な疎外につながったりする皮膚リーシュマニア症の治療も提供している。クエッタとクチュラクでは心理ケアやカウンセリングも提供している。

カラチに診療所を開設

10 月には、MSF は地元の団体「SINA 健康・教育・福祉トラスト」と協力してパキスタン最大の都市カラチの居住区マチャル・コロニーに診療所を新設した。この診療所では基礎医療と産科医療を含む救急医療および心理ケア・サービスを提供しているほか、重体患者の容態安定化の体制も整っている。

洪水への対応

9月にバロチスタン州東部が過去2年に続いて激しい洪水に見舞われた。MSF は移動診療を開始し、道路沿いやキャンプでしのいでいる人びとに基礎医療を提供したほか、下痢治療センターを開設した。さらに、安全な飲料水を提供し、トイレを建設し、洗面・洗濯用品のセットなどの救援物資を配布した。

2012年末現在活動中のスタッフ数：1404人 ｜ MSFが最初に活動を開始した年：1986年 ｜ http://www.msf.or.jp/news/pakistan.html

アミナ（仮名）は体重が2.36kgしかない生後10日の息子をMSFが運営する新生児室に連れてきた。その子は破傷風と診断された。

「息子は生まれて数日後からけいれんの発作を起こし始め、熱も出ました。私はこの子をバットフィーダー水路近くの仮設テントで出産しました。

夫は小作農を営んでいましたが、肩の高さまでつかるほどの浸水で何もかも失ってしまいました。日よけになるものも、家も、土地もありません。今は道路沿いで生活していますが、そこでは同じように家を失った何世帯も暮らしています。

息子の具合が悪くなったとき、私はイヤリングを質に入れました。医者に支払うお金がなかったからです。でもこのMSFの病院に来たら、治療は無料で受けられるとわかったので、イヤリングのお金を使って食べ物を買いました。イヤリングでお金を作ってから1ヵ月が経ち、今ではその食べ物も尽きてしまいました。

息子がここに入院して25日になります。すぐには健康を回復しないように見えたので、家に連れて帰ろうと考えたこともありました。でも今では目を開けるようになり、ゆっくりとではありますが、食べ物を口にできるようになりました」

エチオピア

エチオピアは著しい経済発展を遂げているにもかかわらず、へき地や紛争地域を中心に、多くの人びとがいまだに医療ケアを受ける機会を持てないでいる。

© Yann Libessart/MSF

MSFはバンバシ・キャンプの子どもたちにはしかの予防接種を行い、栄養治療センターを開設した。

医療サービスを必要としている難民の数も多い。2012 年末現在、推定 17 万人のソマリア人難民が、紛争と 2011 年に生じた厳しい干ばつの影響から逃れてエチオピアの南部と東部に到着している。西方からはスーダンと南スーダンの人びとが暴力的な紛争から避難してきている。国境なき医師団（MSF）は 1 年を通じて、難民および難民キャンプ付近の住民、さらに医療サービスを受ける機会が持てない人びとに医療援助の提供を続けた。

難民への援助

MSF はソマリ州のリベン地区にある南側国境の町ドロ・アドに到着した難民に対して、受付センターでスクリーニング（治療の必要な患者の選定・選別）とはしかの予防接種を実施している。さらに外来診療、外科治療、産前・産後ケア、予防接種と結核の治療などを含む医療ケアは、MSF が支援する診療所で提供している。

2012 年の一時期、MSF は基礎医療と栄養治療のプログラムをリベン地区にある 5 ヵ所の難民キャンプで運営し、月におよそ 3 万人の子どもに栄養失調のスクリーニングを実施したほか、子どもを対象に百日咳、カラアザール（内蔵リーシュマニア症）、下痢性疾患の診断と治療も行った。その後これらのプログラムはエチオピア当局に引き継がれた。

精神的苦痛に悩んでいる多数の難民への援助として、MSF は 1090 件の個別カウンセリングと、経過観察の心理ケア相談を 400 件以上行った。地域社会に出向いていくアウトリーチ活動チームは、難民が抱える精神的苦痛に関する啓発活動として 1 万 4840 件の教育セッションを行い、集団としての回復力を高める方法を提案した。

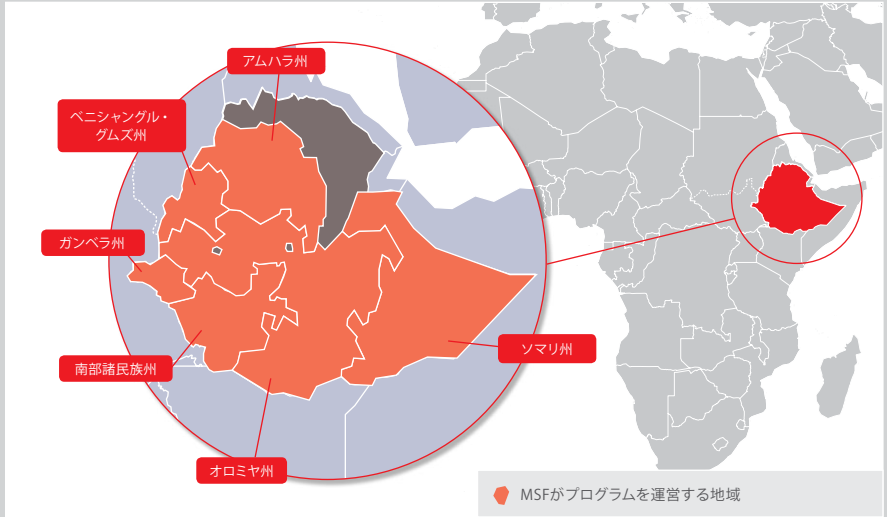
エチオピアの最西部では、南スーダンからの難民の到着によって増加した基礎医療と専門医療のニーズに対応するため、地域保健局を支援した。マタル診療所での活動、および季節に応じて車とボートを使い分けた移動診療を通じて 6 万件以上の診療を行った。

エチオピア政府が、スーダンとの国境に近いアダマジンのキャンプから 1 万 2000 人のスーダン人難民を 80km 離れたベニシャングル・グムズ州のバンバシに移動させた際、およそ 4 人に 1 人の子どもが栄養失調に陥っていた。MSF は 500 人に栄養失調の治療を行い、3500 人の子どもにはしかの予防接種を実施したほか、4000 人に食糧を配布した。このほか、2011 年からベニシャングル・グムズ州ではスーダン人難民に救急医療を提供しているが、難民キャンプに直接入る許可を得ることが難しく、当局との交渉を続けている。

3 月には、地域間紛争から逃れてきたケニア人に対して、国境の町オロミヤ州モヤレとその周辺地域で移動診療チームが診療を行った。また、MSF は医療施設を支援して、医療スタッフを派遣し、医薬品を寄贈し、一般的な病気への対応について研修を行った。その後ほとんどの難民がケニアに戻り、残っている人びとについては地元当局が基礎的ニーズに対応できることを確認したため、このプログラムは 5 月に終了した。

ソマリ州における基礎医療と専門医療の提供

ソマリ州では、開発の遅れ、研修を積んだ医療スタッフの不足、そして政府軍と反政府武装勢力との紛争が生じていることが原因で、医療が十分に提供されていない。MSF は 西イミと東イミでそれぞれ診療所を運営し、基礎医療と産科医療、入院治療、結核とカラアザールの治療を提供しているほか、移動診療も行っている。遊牧民が大半を占めるこの地域の人びとに対して医療を提供できる体制が確立されてきたため、MSF は 2013



活動実績
- 外来診療件数：203,250
- 結核治療の新規患者数：1,400
- 分娩介助を受けた妊婦の数：2,160

年初頭にこれらの活動を地域保健局に引き継ぐ予定である。

オガデン地方とも呼ばれるソマリ州の北東部で、MSF はデガブールの町にある病院の支援を続けており、救急産科ケア、産前健診、栄養失調の治療、および暴力の被害者に対する医療と心理ケアを提供している。また、ワルデル病院でも、結核と栄養失調の治療、性暴力被害者のサポートも含むリプロダクティブ・ヘルス（性と生殖に関する健康）ケア、予防接種を中心に支援を行っているほか、ダノド診療所でも活動している。MSF は 2011 年1月からオガデンで移動診療を開始して基礎医療を提供してきたが、2012 年後半になってエチオピア当局から安全上の規制を課せられたため、現在この活動は限定的となっている。

シダマでの母子保健医療

南部諸民族州のシダマ地域では人びとが十分に医療を受けられない状況にあるため、MSF は 2010 年に母親と5歳未満の子どもに焦点をあてたプログラムを開始した。同プログラムには、産前・産後健診、24 時間対応の救急医療、暴力の被害者に対する医療ケアと心理ケア、産科フィスチュラの修復手術と治療、専門医への紹介などが含まれている。産科フィスチュラとは、長時間に及ぶ閉塞性分娩が主な原因で起こる産道の損傷であり、尿や便の失禁を引き起こすため、患者が社会的に疎外されることもある。

周産期合併症患者の女性が宿泊できる待機施設も開設し、質の高い救急医療をすぐに受けられるようにした。2012 年に MSF はシダマのプログラムで5万人以上の女性と3万 4000 人の子どもにケアを提供したほか、保健省のスタッフの研修も行った。

結核ケアの分散化

結核はエチオピアにおいてマラリアに次いで2番目に多い死因となっており、激しい副作用を伴い２年に及ぶ厳しい治療が必要な薬剤耐性結核（DR-TB）の症例が増加傾向にある。

MSF は東部の都市ディレ・ダワで DR-TB 治療の分散化モデルの立ち上げに向けて保健省を支援している。このモデルは外来診療でケアを提供するもので、MSF は医療上の助言を行い、専門の診断装置を寄贈し、病院および患者の自宅の改修を計画した。こうした改修を行うことで、患者から家族に感染が広がるリスクが大幅に低下し、患者は治療を続けながら自宅で生活できるようになる。

カラアザールと HIV

カラアザールはサシチョウバエに刺されることで感染し、治療しなければほとんどの場合、死に至る寄生虫症であるが、医学界ではほとんど顧みられていない。MSF は保健省と協力し、アムハラ州のアブドゥラフィで、HIV に二重感染している患者も含めたカラアザール患者の治療を行っており、中でも季節労働者や性産業従事者などのこうした病気にかかりやすい人びとに特別の注意を払っている。

© Yann Libessart/MSF

スーダン、青ナイル州の戦闘を逃れた約4万人がエチオピア国内の複数のキャンプに滞在している。

バドゥー（40歳）

「私は7日前に女の子を出産しました。これまでの子どもも皆そうだったように、住んでいるやぶ地の中で産んだのです。子どもは10人います。伝統的分娩介助者の介助を受けましたが、その後まもなく私はとても具合が悪くなりました。高熱が出て、震えが止まりませんでした。身体からすべての力が抜けていくように感じました。切開がうまく行われておらず、出産後に傷口が感染を起こしていました。排尿すると痛く、痛みで吐き気がし、意識を失いかけました。私は家族に、とても具合が悪く助けが必要だと訴えました。

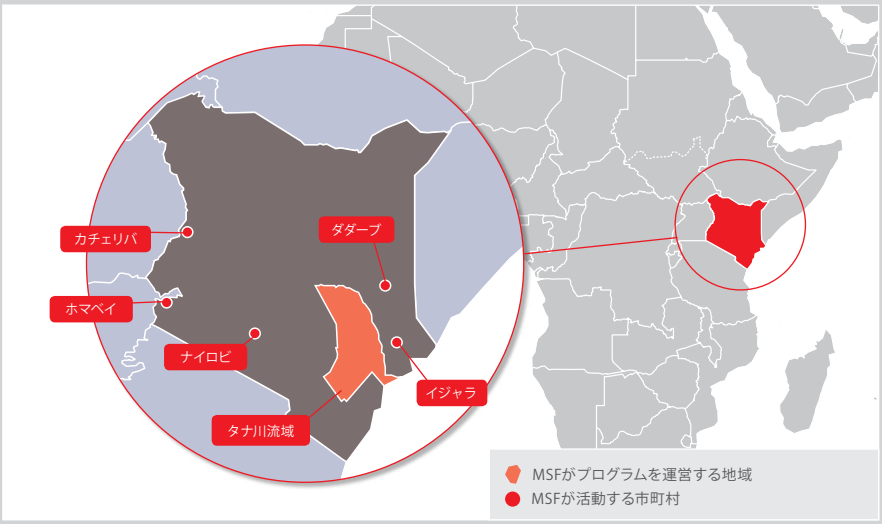
家族は私をロバが引く荷車に乗せ、2時間かけてここまで運んでくれました。道は良くありませんでしたが、砂地だったので何とか耐えることができました。とても暑くて、とても疲れましたが。病院に来て2日ですが、スタッフが血圧を測って薬をくれ、酸素吸入器を取り付けてくれました。お医者さんは最初より良くなってきたようだと言ってくれており、自分でも少し力を取り戻しつつあるように感じます。

今は、この病院にいれば大丈夫だと感じています。ひどい痛みが日ごとに少しずつ改善しているように思います。まだ十分に回復していないので酸素マスクが必要ですが。もしあのままやぶの中にいて、この病院に来ていなかったら、私は一体どうなっていたかわかりません」

2012年末現在活動中のスタッフ数：1564人 ｜ MSFが最初に活動を開始した年：1984年 ｜ http://www.msf.or.jp/news/ethiopia.html

ケニア

活動実績
- 外来診療件数：335,900
- 第一選択薬によるARV治療の患者数：12,930
- 結核治療の新規患者数：1,500
- 治療を受けた性暴力被害者：350



ケニア都市部のスラム地域や難民キャンプには、膨大な医療ニーズがある。劣悪な生活環境によって感染症に罹患する危険性が高まっているからだ。

難民キャンプと都市部のスラム地域はいずれも人口過密状態であり、水・衛生設備をはじめとする基礎的なサービスが不足している。特にHIV／エイズや結核などの慢性疾患や顧みられない病気の患者にとって、医療を受けることが困難になっている。

難民キャンプにおける医療

ケニア北東部の砂漠平原に位置するダダーブには、世界最大の難民キャンプがある。難民の多くは紛争や干ばつを逃れてソマリアから避難してきた人びとで、人口は50万人近くまで増加している。当初設けられたダガレイ、ハガデラ、イフォの3ヵ所のキャンプに加えて、2011年以降に避難してきた難民の増加に対応するため、イフォ第2キャンプとカンビウス・キャンプの2ヵ所が新たに開設された。2012年12月、ケニア政府は難民と難民申請者をキャンプに移転させる目的で、都市部で行っていた申請受け付け、新規登録、証明書交付の中止を発表した。しかし、キャンプは設備に乏しく、人びとの基礎的なニーズに対応できていない。

国境なき医師団（MSF）は、ダガレイ・キャンプで医療を提供する唯一の団体として2009年から活動を続けており、ベッド数200床の病院と4ヵ所の診療所で集団予防接種、産前健診、心理ケアなどの医療を提供している。スタッフは毎月平均1万4000件の診察を行い、難民と地元住民の患者1000人を入院病棟に受け入れている。

2012年、各キャンプで、5歳以上の子どもに高い急性栄養失調率が認められた。MSFは栄養治療プログラムの対象年齢を10歳までとし、他の医療提供機関に対しても、年次栄養調査にこの年齢層を含めるよう働きかけた。この年、MSFは2200人以上の重度栄養失調の子どもに入院治療を提供した。また、住居や衛生環境にも問題があった。衛生状態の悪さから、本来制御できたはずの病気がまん延し、9月にはキャンプ内でのE型肝炎とコレラの流行に対応した。いずれも、主に汚染水によって感染する疾患だ。

2012年7月以降は、援助活動従事者を標的とした事件が多発したため、MSFの外国人スタッフがダダーブ難民キャンプに常駐して活動することは不可能になった。

タナ川流域での武力衝突に対応

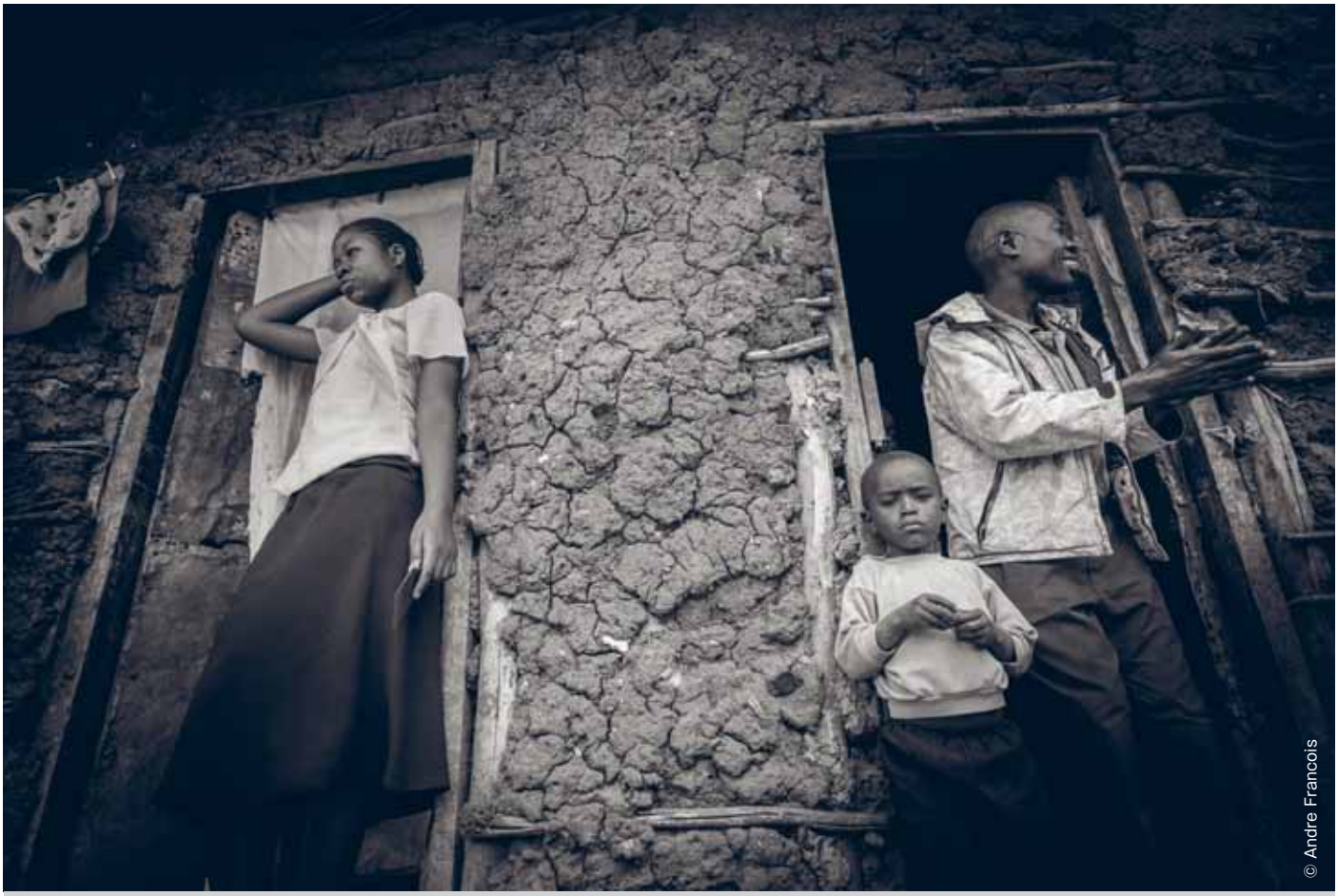
タナ川流域では、地元の2大勢力であるオルマ人とポコモ人の武力衝突によって、8月から9月にかけて住民数十人が犠牲となり、大勢が避難民となった。MSFは900人を超える被害者に心理・社会面の支援を提供するとともに、医療施設と避難民キャンプに対して医療と物資調達の面から支援を行った。

HIV／エイズと結核

ニャンザ州のホマベイでは、1万500人以上のHIV／エイズとともに生きる患者に治療を提供している。2012年に検査した4500人のうち、約4人に1人がHIV陽性と診断され、1000人以上がHIV／エイズ治療プログラムに参加した。さらに345人の患者が結核治療プログラムに登録された。

首都ナイロビのスラム地域では、MSFはマタレ地区のブルーハウス診療所とキベラ地区の3ヵ所の診療所の運営を継続している。結核感染が確認された患者の数は、2011年に新たな診断検査法が導入された結果、薬剤耐性結核と薬剤感受性結核のいずれについても増加した。キベラの診療所では、HIV／エイズの診断と治療、産科ケア、小児医療、糖尿病や高血圧などの慢性疾患の治療など、多様な対応を行っている。また、2012

キベラ南診療所では、結核の診断と第一選択薬であるリファンピシンへの耐性を確認するための臨床検査を実施している。



キジト（写真右／49歳）に、喉の渇きや体重減少など糖尿病の症状が現れるようになったのは2006年。2008年には体重は30kgに減っていた。現在は、キベラの診療所で無償の治療を受けている。

年からは、女性の HIV 陽性患者を対象とした子宮頸がんのスクリーニング（治療の必要な患者の選定・選別）も導入した。この年、ナイロビにおける MSF 医療チームは、毎月合計1万人を超える数の患者に診療を行った。

2012 年にはキベラ地区のはずれに 24 時間体制の産科病棟を備えた大規模な診療所が完成した。2013 年初頭からは、保健省と連携して運営にあたる。

性暴力への取り組み

マタレでは性暴力が社会的にも医療の面でも大きな問題となっており、MSF は 2008 年以降、医療と心理ケアを提供している。毎月多数の被害者が救いの手を求めて診療所に来院しているが、その半数以上が未成年だ。

2012 年には、キベラ地区の外れに 24 時間体制で対応できる性暴力被害者を対象とした診療所が開設し、毎週 20 ～ 30 人の性暴力被害者に、性感染症への感染リスクを軽減する措置、心理ケア、および医療を提供している。

カラアザール対策

サシチョウバエによって感染する寄生虫病カラアザールは、治療しなければ、ほぼ確実に死に至る病気だ。MSF が 2006 年から治療プログラムを展開している西ポコット県のカチェリバ病院では、2012 年に 500 人の患者がカラアザールの治療を受け、治癒率は 98%に達した。しかし、12 月には、非営利の研究開発機関である「顧みられない病気のための新薬イニシアティブ（DNDi）」の支援を受けて国家カラアザール予防プログラムを実施する保健省に引き継ぎをし、MSF は同地でのカラアザール・プログラムを終了した。MSF は引き継ぎの前に医療従事者に対する研修を行い、またポコット、トゥルカナ、メルティ、ワジール、ハバスウェインの各地で写真展を開催し、カラアザールについての啓発活動を行った。

イジャラ県でのプログラムの引き継ぎ

MSF は、北東州イジャラ県で実施していた女性と子どもを対象とした基礎医療プログラムを、2012 年 10 月、保健省とケニア国内の援助団体アトランティック・グローバル・エイドに引き継いだ。同プログラムではリプロダクティブ・ヘルス（性と生殖に関する健康）ケアを提供し、2012 年には 4800 人に治療を行った。また、予防接種や結核の治療援助も実施した。

ディケンズ（34歳・HIV／エイズと多剤耐性結核（MDR-TB）の治療を継続中）

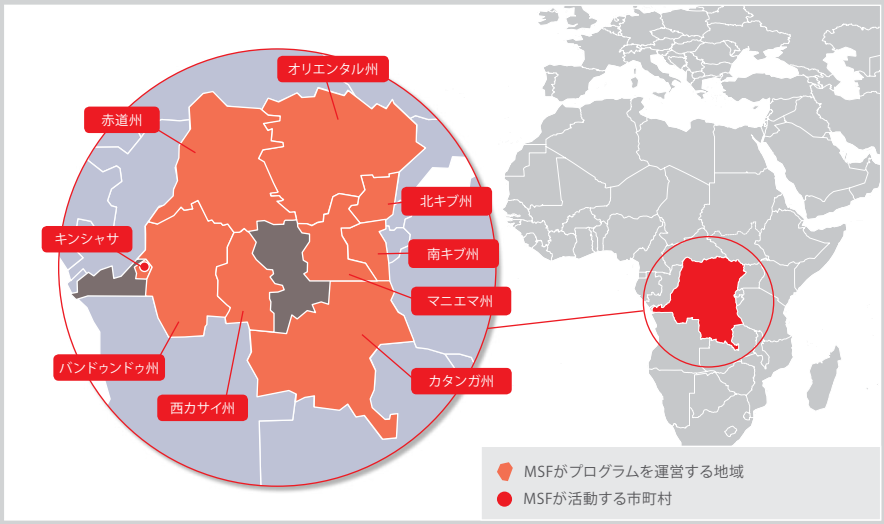
「2008年に結核に感染していることが判明しました。当時は、タンザニアで働いていましたが、病状が改善しなかったので、2010年2月に帰国しました。1日3錠の第一選択薬を処方されましたが、急激に体重が落ちてしまいました。恐ろしかったです。当初は58kgだったのに、2週間足らずで51kgまで減ったのですから。医者は私に薬剤耐性があるようだと気づきました。私の痰（たん）を採取してナイロビに送ったところ、MDR-TBだと診断されました。ホマベイの病院を紹介され、幸運にもこの治療プログラムで2010年10月から治療を開始することができたのです。

私はHIVにも感染しています。毎日MDR-TBの薬を19錠、HIV／エイズの治療薬を4錠服用しています。ほかに治療を受けた経験はあまりないのですが、今回の治療ほどひどいものはないと思います。私たちは、患者同士で互いに支え合っています。時折治療から逃げたくなることもあるので、とても重要なことです。ホマベイに来た当時は衰弱がひどく、ほんの少ししか歩くことができませんでした。今では体重が60kgにまで増え、歩くことも問題ありません。治療期間ももう半分終わりました」

2012年末現在活動中のスタッフ数：851人 ｜ MSFが最初に活動を開始した年：1987年 ｜ http://www.msf.or.jp/news/kenya.html

コンゴ民主共和国

活動実績
- 外来診療件数：1,674,000
- はしか予防接種を受けた人数：407,600
- マラリア治療の患者数：434,300
- 入院患者数：90,470
- 治療を受けた性暴力被害者：4,040



コンゴ民主共和国（DRC）では、ほとんどの人びとが絶望的な医療不足に苦しんでいる。十分に機能している医療施設は少なく、東部では暴力の激化に伴い、既に高まっていた医療ニーズがますます増加している。

2012 年、新しく結成された武装集団 M23 が北キブ州のルチュルを攻撃し、州都ゴマを数日間占拠した。負傷者は数百人に上り、数千人が再び避難を余儀なくされた。彼らはカニャルチニャの避難民キャンプを離れ、近隣のキャンプやさらに南方へと向かった。

国境なき医師団（MSF）は、スタッフの数は減らしたが、暴力事件が続く中でもルチュル病院でサービスの提供を続けた。7月から 12 月までの間に、カニャルチニャの診療所で基礎医療、栄養治療、産科医療、性暴力の被害者への援助を提供し、コレラ治療センターも設置した。11 月にはムグンガ第３避難民キャンプで活動を開始し、基礎医療、栄養支援、はしかの集団予防接種、性暴力被害者の治療を提供している。外科スタッフはゴマのビルンガ病院で戦闘による負傷者 60 人の手術を行った。

南北キブ州において包括的医療を提供

MSF は 2012 年に北キブ州のマシシ病院での活動を全面的に再開した。同病院では、2011 年の襲撃によりスタッフが負傷してから活動の規模を縮小していた。現在はベッド数 160 床の同病院ですべての診療科を支援しているほか、２ヵ所の診療所と移動診療で基礎医療を提供している。ムウェソ、キチャンガ、ピンガでも包括的な医療サービスを提供している。

南キブ州では、カロンゲ、ミノバ、シャブンダ、キンビ・ルレンゲ、バラカの病院および診療所で基礎医療と専門医療の支援を行っている。

マニエマ州のルブツでは、MSF が運営する病院のプログラムによって死亡率が大幅に低下した。MSF は保健省の規定とほぼ同じ費用で質の高い医療を大勢の人びとに対して提供できることを実証した後、３月に同病院のプログラムを保健省に引き継いだ。

不安定な情勢により制限される医療活動

４月に MSF のスタッフ２人がルチュル近くのニャンザレで拉致された。２人とも数時間後に無事解放されたが、MSF はニャンザレで行っていた基礎医療や専門医療、および性暴力被害者への援助活動を含む医療活動を停止し、ルチュルで活動するスタッフの数も削減した。

同じく北キブ州のピンガでは、武力紛争が繰り返し発生し、MSF のスタッフを含む住民たちが避難を余儀なくされると、MSF も活動を中断せざるを得なかった。政府軍と 2012 年にこの地域で勢力を拡大した民兵組織マイマイとの間で激しい戦闘が生じたため、マラリアが大流行しているワリカレでは、緊急対応を数週間中断せざるを得なかった。

南キブ州では、武力紛争の発生を受けて、ウビラ地方のオー・プラトー地域にある６ヵ所の診療所および移動診療で活動していたスタッフを２月に一時退避させた。ただし、診療所に対する医薬品の供給は続けた。バラカにある MSF の宿舎が略奪の被害にあい、スタッフが脅迫を受けた際には、スタッフの数を減らしてサービスの提供を続けた。

カタンガにおける避難民の支援

カタンガ州カレミエでは、８月まで、南キブ州の紛争から逃れてきた人びとを対象に、２ヵ所のキャンプで基礎医療、産科医療、栄養支援、水の提供を行った。

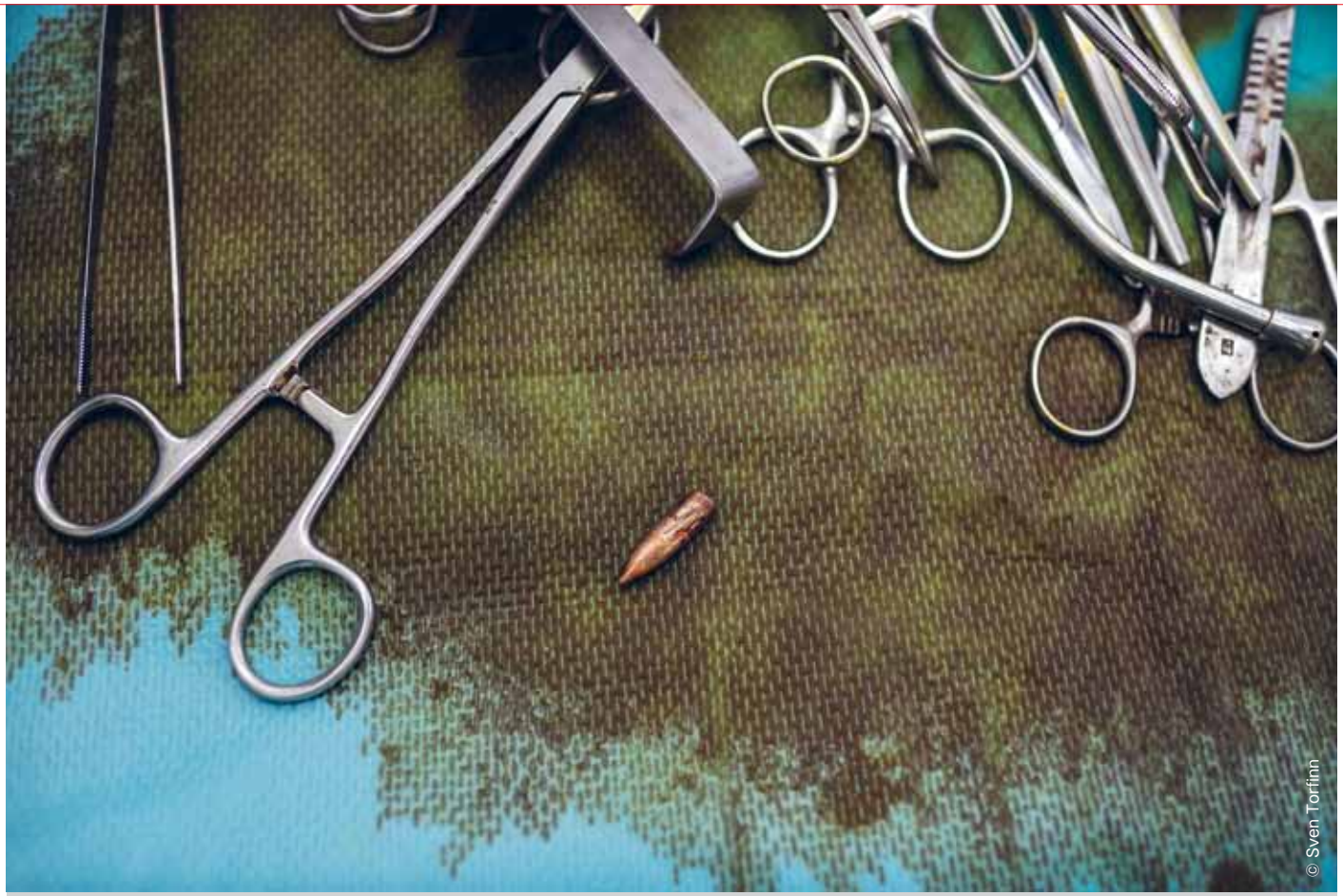
政府軍と民兵組織マイマイとの戦闘はカタンガ州でも勃発した。MSF は４月から８月にかけてミトワバで、また３月からはドュビエで避難民に基礎医療と専門医療を提供した。戦闘により人びとが病院へ足を運ぶことが難しくなったため、シャムワナで包括的な医療の提供を目的に展開している長期的プログラムでは、入院患者の数が減少した。さらに、避難してしまったため経過観察を行えなくなった患者も多い。

オリエンタル州における紛争被害者の支援

MSF はイトゥリ地方のゲティで基礎医療と専門医療を提供しており、特に母子保健に力を入れているが、情勢が不安定なため活動が妨げられている。MSF が支援する救急科では 820 人以上の患者を受け入れたが、そのうち３分の２は５歳未満の子どもであった。

ブニアでは、女性の健康に関するサービス、家族計画、および HIV／エイズの治療を提供している地元の２団体（SOFEPADI、EPVI）に対して、資金、人材、物資を提供した。

MSF はこのほかにも、バ・ウエレ地方にあるディンギラ病院の救急科を支援している。2012 年には 1070 人の患者を受け入れたが、その半数以上はマラリア患者であった。オー・ウエレ地方のニャンガラでは、総合病院および３ヵ所の診療所の支援を続けた。診療所では活動を拡大し、心理ケアの提供や定期予防接種も行った。ドゥングでは、治安状況が改善し、外傷患者の数が減少したことを受けて、12 月にプログラムを保健当局に移管した。



若い女性患者から摘出したAK47の銃弾。北キブ州ゴマのビルンガ病院にて。

アフリカ睡眠病

アフリカ睡眠病（アフリカ・トリパノソーマ症）と報告されているすべての患者のうち、4分の3をDRCにおける患者が占めているが、この病気の検査の実施数は著しく落ち込んでいる。バ・ウエレ地方のガンガ・ディンギラとアンゴでは、MSFは保健省のスタッフと協力して病院および移動診療で約6万人のスクリーニング（治療の必要な患者の選定・選別）を行い、1070人の患者を治療した。バンドゥンドゥ州と西カサイ州でも移動診療のプログラムを通じて100人の患者を治療し、同プログラムは12月に終了した。オー・ウエレ地方のドルマで行っていたプログラムは、症例数が緊急事態を示す数値を下回ったことを受けて保健省に移管した。

HIV／エイズのケア

DRCではHIV／エイズとともに生きる人びとのうち、抗レトロウイルス薬（ARV）治療を受けられている人はわずか15％に過ぎず、世界でもARV治療の普及率が最も低い国のひとつとなっている。MSFは首都キンシャサでカビンダ医療センターを運営し、病気がかなり進行して深刻な合併症を伴ってから来院した大勢の患者を治療した。MSFはキンシャサではおよそ4700人の患者に対してARV治療を提供しているほか、国内各地でもHIV／エイズ・プログラムに多くの人びとを受け入れている。

マラリア

マラリアはDRCにおいて第一の病因および死亡原因となっている。2012年には、オリエンタル州、赤道州、マニエマ州の複数地域で流行が発生した。重度のマラリアの症例が異常に多く、患者の入院治療が必要となった。MSFは診療・集中治療室を設置し、医療施設に医薬品を提供したほか、重症の患者を病院に搬送した。6月から9月の間に、MSFは何万人もの患者を治療したが、その大半は5歳未満の子どもであった。さらに、北キブ州とカタンガ州でもマラリアの流行を受けて短期間の支援を行った。

はしか

2012年の初めに、オリエンタル州のドゥングとファラジェではしかが流行した。MSFは3万7400人の子どもに予防接種を行い、61人の患者を治療した。さらに、10月に再び大流行が発生した際には大規模な集団予防接種を行った。このほか、カタンガ州、南キブ州、バンドゥンドゥ州、赤道州でもはしかへの対応を行った。

コレラ

MSFは1年を通じてDRCにおけるコレラの流行に対応し、オリエンタル州のイトゥリ地方で1160人、北キブ州のゴマとその周辺で1550人の患者を治療した。ゴマではさらに、MSFが支援する病院に患者を搬送したほか、その他の病院に医薬品を寄贈した。また、カタンガ州のルブンバシでは300人を治療した。カレミエ病院ではコレラ治療センターを運営し、バンドゥンドゥ州と南キブ州でコレラの流行への対応を支援した。

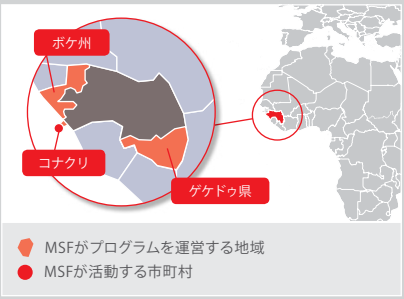
オー・ウエレ地方におけるエボラ出血熱の流行

体液を通じて感染が広がるエボラ出血熱が8月にオー・ウエレ地方のイシロで発生した。エボラ出血熱は治療法が確立されておらず、死亡率は30％から90％に上る。MSFはこの病気への対応を支援し、18人の患者を治療したほか、心理ケアも提供した。

2012年末現在活動中のスタッフ数：2782人 ｜ MSFが最初に活動を開始した年：1981年 ｜ http://www.msf.or.jp/news/drc.html

ギニア

ギニアの HIV ／エイズ有病率は西アフリカ諸国の中では比較的低いが、
早期治療を受けられないために健康を損なっている人が多い。



活動実績
- 外来診療件数：210,170
- マラリア治療の患者数：92,940
- コレラ予防接種を受けた人数：140,000

首都コナクリで 5800 人の抗レトロウイルス薬（ARV）治療を支援する国境なき医師団（MSF）は、同国の HIV ／エイズ・ケアの主要な提供者となった。MSF スタッフが提供するのは、市内５ヵ所の医療施設と、マタム地区の外来診療所１ヵ所における診断、治療、心理・社会面のサポートだ。

マタム地区では３ヵ所の医療施設で、妊婦、授乳期の母親、５歳未満児を対象とした基礎医療も提供している。2012 年は、５歳未満児の診療５万 7000 件を行い、7000 件の出産を介助した。

ンゼレコレ州ゲケドゥ県下の中央病院に HIV ／エイズのケアを引き継ぎ、MSF は同地の HIV ／エイズ・プログラムを終了した。患者 1670 人への ARV 配布は 2013 年３月末まで行い、その後の治療継続は同国保健省が引き継ぐこととなった。

コレラの発生への対応

ボケ州ボッファ県のコレラ発生への対応として、MSF は４～６月、14 万人以上にワクチンを接種した。これは、コレラの発生が本格的なまん延に至ってしまう前に、予防策として経口ワクチンが用いられた初めての事例だ。６月にはコナクリで新たなコレラの発生に対応し、仮設の治療センター４ヵ所で５万人以上を治療。水因性疾患であるコレラの拡大抑止策の一環で、予防的な給排水・衛生活動や周知活動も行っている。

マラリア

マラリアはギニアの主要な病因・死因の１つだ。MSF はゲケドゥ県の地域病院１ヵ所、医療施設６ヵ所、その他の診療所９ヵ所で、マラリアの予防・治療活動を支援するとともに、医療スタッフの研修を行った。2012 年は、７万 7000 人がマラリア治療の対象となったが、その３分の１を MSF から研修を受けた地元保健医療従事者が担当している。

ダヴィド（仮名／25歳／マタム出身）

「ひどい体調不良が８ヵ月以上続きました。ここ、コナクリ市内の診療所や病院を訪ねまわり、伝統療法も含め、あらゆる治療を試しました。ですが、HIV／エイズの検査は勧めてくれた人はいませんでした。こちらに来て、検査を受け、そして告知されたのです。私に付き添い、面倒を見てくれるおじを除いて、家族の誰にも知らせていません。ここ何ヵ月かは心身ともにへとへとです」

2012年末現在活動中のスタッフ数：366人 | MSFが最初に活動を開始した年：1984年 | http://www.msf.or.jp/news/guinea.html

コナクリのドンカ・コレラ治療センターで補水液の点滴を受ける患者。

スーダン

武装グループはスーダンの北ダルフール州から南ダルフール州にかけて勢力を拡大しており、和平協定が人びとの生活を大きく変えたとは言いがたい。

南コルドファン州と青ナイル州でも多数の住民が紛争の影響下にある。

医療サービスは全国的に不足しており、紛争地域に暮らす人びとにとってはさらに限られている。しかも、政府は人道援助団体が反体制派の支配地域に入ることを認めていない。

南ダルフール州のシャエリア周辺では散発的な争乱が続いている。国境なき医師団（MSF）は、同地区の公立病院で産科医療と栄養治療に重点を置いた活動を行っており、また3ヵ所の診療所ではへき地の村に住む人びとに医療サービスを提供している。しかし、2012年に南ダルフール州が南ダルフール州と東ダルフール州に分割され、設備や人材が両州に分散化してしまった上に、行政手続きがより複雑化したことから、医療活動はさらに困難になった。

北ダルフール州では、引き続きタウィラで包括的な医療を、またダル・ザガワでは5ヵ所の診療所で基礎医療を提供している。カグロでは医療物資の搬入が困難になっている。このため、MSFは住民や国内避難民の医療へのアクセスが改善するよう交渉を続けている。

MSFが2004年から基礎医療を提供しているシャンギル・トバヤでは、情勢が安定してきたため、保健省にプログラムを引き継いだ。2012年の援助活動は国内避難民キャンプでの医療提供に重点を置いた。

黄熱病への対応

保健当局は2012年末に、ダルフール地方で発生した黄熱病への対応を開始し、MSFは医療と物資の援助を行った。黄熱病はウイルス性出血熱であり、多くの患者が黄疸も発症することから「黄色い熱」と名づけられた。大半の患者は感染しても数日で治るが、50%近くは症状が深刻化し、死に至る場合もある。アル・ジェネイナとザリンゲイで活動するMSFチームは、患者を治療し、薬と医療物資の寄贈も行った。北ダルフール州と中央ダルフール州の5ヵ所で活動していたスタッフも集団予防接種の実施に参加し、接種を受けた人は合計75万人に達した。

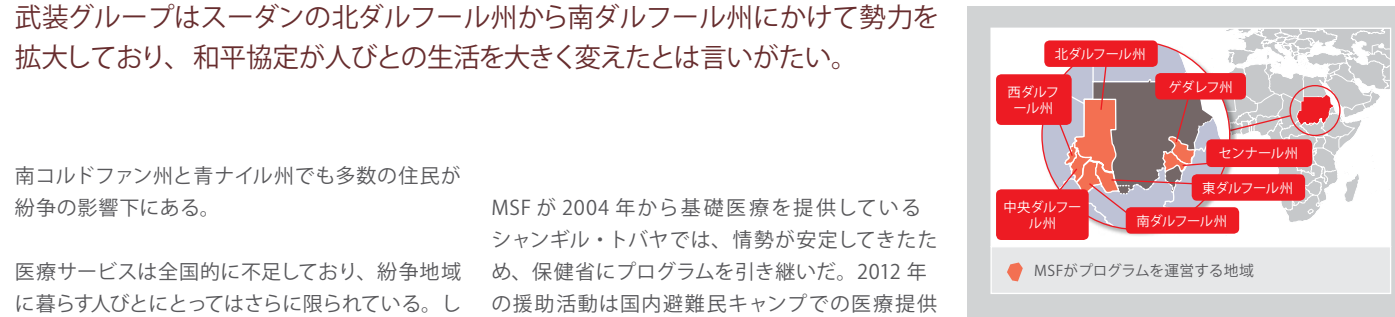
カラアザール治療プログラムの拡大

スーダンはカラアザール（内臓リーシュマニア症）の有病率が世界で最も高い国のひとつである。サシチョウバエのメスに刺されて感染するこの病気は、治療をしなければほぼ例外なく死に至るが、早期に診断と治療を受ければおおよそ必ず完治する。

1月には、MSFはセンナール州のアザザ・ダムースの医療スタッフに対して、カラアザールの診断と治療の研修を行った。また移動診療チームは住民のスクリーニング（治療の必要な患者の選定・選別）を行うため、周辺地域を訪問した。ゲダレフ州のタバラク・アッラーにある病院では、MSFは2010年からカラアザールのスクリーニングと治療を中心に支援している。さらに、結核やHIVに二重感染しているカラアザール患者に対しても医療援助を行っている。

洪水で大勢が避難

8月に起きた豪雨が各地に洪水をもたらした。MSFはゲダレフ州とセンナール州で、洪水によって家を失った人びとに救援キットとビニールシートを配布した。ゲダレフ州のマファザでは飲料水を配布し、トイレとシャワーを設置し、医療スタッフ向けの急性の水様性下痢の診断と治療の研修を行った。センナール州のディンデルでは移動診療を実施し、子どもたちにはしかの集団予防接種を行った。病院での栄養治療プログラムを援助していたマズムンでも、栄養状態のスクリーニングと併せてはしかの予防接種を行った。



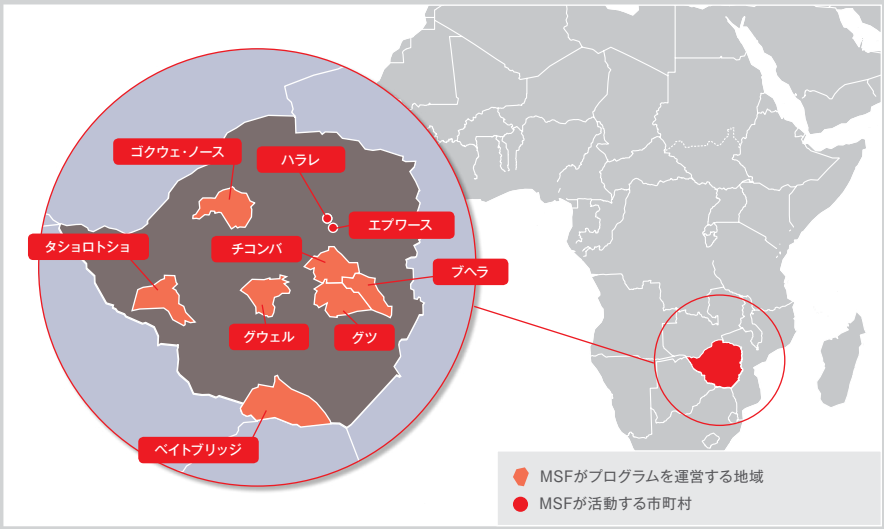
活動実績
- 外来診療件数：170,600
- マラリア治療の患者数：10,000
- カラアザール治療の新規患者数：630

2012年末現在活動中のスタッフ数：1031人
MSFが最初に活動を開始した年：1979年
http://www.msf.or.jp/news/sudan.html

北ダルフール州カグロのMSF病院は約10万人の患者に対応している。

ジンバブエ

活動実績
- 第一選択薬によるARV治療の患者数：64,780
- 結核治療の新規患者：4,410
- 治療を受けた性暴力被害者：1,300



ジンバブエの保健医療制度は、HIV／エイズと結核という2つの感染症と闘い続けている。乳児、子ども、若者は適切な医療を受けられない場合が多い。

国境なき医師団（MSF）は、複数の場所で包括的なHIV／エイズと結核のケアを提供している。ケアの内容は簡易検査、治療、カウンセリング、母子感染予防（PMTCT）、および性暴力被害者に対する医療と心理ケア。2012年は活動の場の分散化を推し進めるとともに、患者が医療を受けやすくなるよう公立の医療施設の業務に組み込んだ。

タショロトショでは、病院1ヵ所と地域診療所14ヵ所で活動し、特に若者、子どもの治療とPMTCTに焦点を当てて活動を行った。患者の40%は隣接するウムグザ地区から診察を受けに来るため、チームは同地区で抗レトロウイルス薬（ARV）治療を開始できるよう、看護師に対する研修を行った。また、タショロトショ地区病院内にファミリーサポート診療所が開設され、MSFはこの診療所で100人の性暴力被害者に医療と心理ケアを提供した。

ゴクウェ・ノース地区では1月から新しいプログラムが始まった。MSFスタッフは同地区内の2つの地域病院と16ヵ所の診療所で、住民1万3900人にHIV検査を行い、2200人の患者を治療プログラムに受け入れた。また合計325人の患者が結核治療を開始した。同地区でも性暴力被害者に医療と心理ケアを提供している。

南アフリカとの国境沿いにあるベイトブリッジ地区では、MSFは保健省を支援してHIV／エイズと結核の効果的な予防、治療、ケアを提供した。医療を受ける機会を増やすため、スタッフは地域の診療所6ヵ所で活動した。また、地元病院における日和見感染症の治療導入のため、外来診療の支援も行った。プログラムの開始以降、治療が必要とされる推定患者数の3分の1に相当する6100人余りの患者がHIV／エイズ治療を開始している。

結核治療に力を注ぐ

首都ハラレ近郊の町エプワースでは、結核の診断と治療に特に力を注いできた。新しい検査機器によって、より信頼度の高い結果がより迅速に得られるようになった。この検査法では、治療薬リファンピシンに対する耐性についても2時間足らずで結果が出る。2012年には合計2798件の検査を行った。これらのサンプルの内、顕微鏡を用いた従来の検査法では15%、一方新しい機器では22%が陽性と診断され、検査法が格段に向上したことが示された。また、新たに9人の患者を多剤耐性結核（MDR-TB）治療プログラムに受け入れた。MDR-TBの治療には2年を要し、重い副作用が出ることもある。ジンバブエでは2012年末までに、さらに40人の患者がこのプログラムで治療を開始した。

指導と引き継ぎ

ブヘラ地区ではARV治療の普及率が100%に達したことから、MSFのチームは援助活動の引き継ぎを行う準備として、26ヵ所の診療所で保健省スタッフの指導にあたった。検査施設には結核の新しい検査機器も導入され、毎月約320件の検査が行われた。

グツ地区とチコンバ地区で活動するMSFチームは、HIV／エイズ治療の速やかな拡大を図るとともに、23ヵ所の診療所でスタッフの研修と指導、技術支援の提供を続けた。グツ伝道病院にも新しい結核検査機器が設置された。グウェルで運営されていたHIV／エイズと結核の治療プログラムの最後の患者は、4月末に滞りなく公立病院へ転院した。

ブヘラでMDR-TB患者（44歳）のもとを訪れ、薬物治療の準備をする結核看護師。

ブヘラのゴンベ診療所にはHIV感染者が集い、歌や演劇、絵画を楽しみ、病気について語り合う。

若年層の性暴力被害者の治療

ハラレ市ムバレ地区では、性暴力被害者向けプログラムを運営し、無償の医療とカウンセリング、心理ケア、心理・社会的ケア、また法的支援に関する紹介を行っている。MSF のチームは現地の組織と緊密に連携して、新規の患者 900 人、経過観察の必要な患者 925 人を治療した。その半数以上が 16 歳未満であった。

刑務所での精神科医療

ハラレの重警備刑務所で行われた調査によると、多くの受刑者が診断も治療も受けられないまま精神疾患に苦しんでいた。精神科医療の不足を補うため、MSF は5月に新しいプログラムを開始して、ハラレとその他8ヵ所の刑務所の患者に精神科医療、心理ケア相談、作業療法を提供している。

腸チフスの大流行

2011 年 10 月から 2012 年4月までの半年間および 2012 年 11 月以降、MSF は腸チフスの流行のピークに対応するためハラレ市当局を支援した。腸チフスは汚染された食物と水を介して感染する細菌性疾患であり、感染後1週間から3週間の潜伏期間を経てようやく発症する。患者には抗生物質を投与して治療するが、症状がなくなっても健康保菌者となる場合がある。MSF は治療を行うと同時に、安全な飲料水の供給、衛生状態の改善、感染予防活動も支援している。

シケトクル（タショロトショで PMTCT治療）

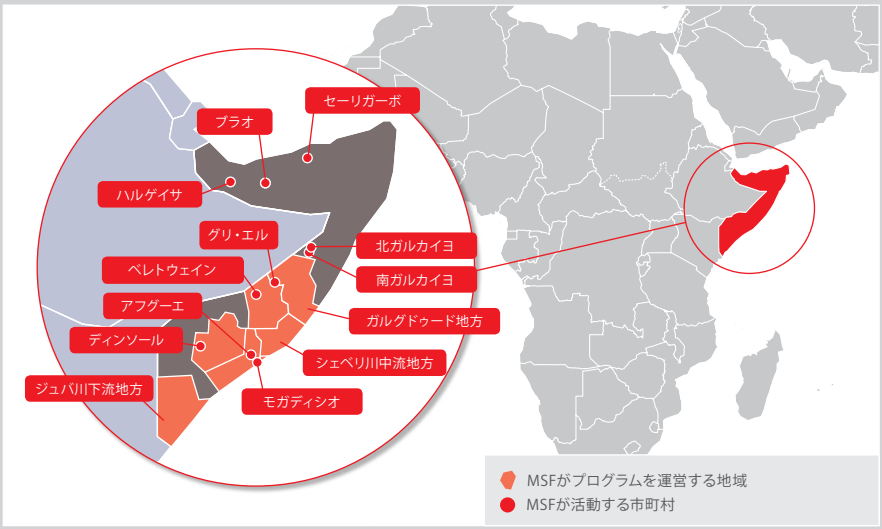
「母子感染予防プログラムのおかげで、娘はHIVに感染せずに生まれました。とても大きな驚きでしたので、サプライズと名づけました。看護師は産前、分娩中、産後に飲む薬を渡してくれて、出産する日に何をすべきか教えてくれました。私は看護師の指示をすべて守り、分娩が始まった時には病院でもらった薬を2錠飲みました。今でもあの日のことはよく覚えています。

病気で苦しんだ時期を思うと、娘の顔を見ることができて本当にうれしいです。あの頃は子どもを産めるなんて想像もできませんでした。予防プログラムのおかげで生まれてくる子どもをHIV感染させずに無事出産することができました。娘はもうすぐ1歳になりますが、既に歩き始めています」

2012年末現在活動中のスタッフ数：680人 | MSFが最初に活動を開始した年：2000年 | http://www.msf.or.jp/news/zimbabwe.html

ソマリア

活動実績
- 外来診療件数：624,200
- 入院患者数：41,100
- 重度栄養失調治療の患者数：30,090
- 定期予防接種を受けた人数：58,620
- 外科手術件数：2,750



2012 年には多少治安の改善が見られたものの、大半の人びとはまだ危機的状況の中で生活している。

20 年に及ぶ内戦によって、ソマリアの人びとは暴力にさらされ、避難を強いられ、生計を立てる手段を奪われてきた。国境なき医師団（MSF）は政府の管理下にある地域だけでなく、反政府勢力が支配する地域においても活動を続けている。

国内の医療インフラのほとんどが破壊されており、国内に残留している医師の割合は住民 25 万人に対してわずか 1 人にすぎない。2011 年に国内南部および中部で栄養危機が生じたことで、対処メカニズムがさらに不安定となり、大勢の人びとが食糧や安全を求めて国内避難民となった。

MSF スタッフのブランカ・ティエボーとモンツェラット・セーラが、2011 年 10 月 13 日にケニア・ダダーブ難民キャンプで拉致され、その後ソマリアに抑留されたことを受けて、2012 年初頭、MSF は 2 人が無事解放されるまで緊急プログラムを除くソマリアでの新規プログラムの開始を保留することを決めた。

首都モガディシオにおいて基礎医療を提供

推定 36 万 9000 人の避難民が暮らしている首都モガディシオでは、食糧、水、衛生設備、医療、住居は不十分であり、利用の機会も保障されていない。襲撃、爆弾攻撃、暗殺の件数も減少したとはいえ、日常茶飯事だ。

特に苦しめられているのは子どもたちであり、予防接種などの疾病予防策や、救命救急医療などが至急必要とされている。MSF は市内の小児病院を支援し、一般病棟、入院栄養治療プログラム、はしかや急性水様性下痢患者の隔離施設を運営している。移動診療の 2 チームは遠隔地を回り、診療、専門医への紹介、定期予防接種を行っている。2012 年にはおよそ 6300 人の子どもに栄養支援を行い、945 人を入院治療に受け入れたほか、2480 人に対してはしかの予防接種を実施した。

さらに、モガディシオ郊外でベッド数 60 床のデイニール病院を運営し、救急科、外科、集中治療、小児入院病棟、栄養治療プログラム、産科医療を提供している。 3月末には政府支持派と反政府勢力アル・シャバーブとの間で戦闘が発生したため、同病院は一時閉鎖を余儀なくされたが、 9月に再開した。

モガディシオのワダジル、ダーケンリー、ヤクシドの 3 地区にある診療所では、診療と妊婦および子どもに対するケアを提供し、これらの地区の避難民の増加とともに拡大するニーズに対応している。ワダジルではこのほか、 6 ヵ所の避難民キャンプで移動診療による栄養治療プログラムを展開した。

MSF は、市内のラジョ、リファイナリー、ジャシーラのキャンプで診療所を運営し、 3月と 4月にホウルワダグとクサダールにも診療所を新設した。その後 7月から 8月にかけて、ラジョ、リファイナリー、ホウルワダグの診療所は閉鎖したが、ジャシーラ・キャンプ近郊のベッド数 40 床の病院では、年間で合計 2000 人の入院患者を受け入れた。

5月から 8月にかけてはモガディシオでコレラが流行し、MSF は 350 人の患者を治療した。

アフグーエ回廊における栄養失調への対応

モガディシオとアフグーエの町を結ぶアフグーエ回廊には多くの避難民が滞在し、人口過密となりつつある。MSF は、ベッド数 30 床で、周辺 180 の村々のニーズをカバーする唯一の医療施設であるアフグーエ地域病院を援助している。同病院では外来診療、救急医療、産科ケア、外来栄養治療プログラムを提供しており、2012 年には 2 万 5640 件の診療を行った。

11 月に、MSF の医療スタッフは合計 1 万 8000 人が暮らす 34 ヵ所の避難民キャンプを訪問し、1530 人の子どもに栄養失調のスクリーニング（治療の必要な患者の選定・選別）を行い、400 人以上を治療した。また、子どもに対してポリオ、ジフテリア、破傷風、はしか、百日咳の予防接種を実

© Muhammad Daoud/MSF

モガディシオ近郊のハマルウェイン地区で、地元女性に健康教育を行う訪問診療スタッフ。

モガディシオの外来栄養治療センターで栄養スクリーニングを行う医療従事者。

施したほか、5歳未満の子ども全員に寄生虫病治療薬のアルベンダゾールとビタミンAを提供した。12月には再度現地を訪れて経過観察を行った。

ディンソールにおける包括的ケアの提供

ベイ地方では、MSFはディンソールで医療施設を運営し、入院治療、栄養治療プログラム、産科医療、カラアザール（内蔵リーシュマニア症）の治療、結核治療プログラム、外来診療を提供している。

シェベリ川中流地方における母子保健プログラム

2012年後半、ジョハールとバルカドが紛争の最前線となり、物資の配布や視察が困難となった。MSFのスタッフはジョハールの産科病院を支援しているほか、クルミス、ビュロ・シェイク、ゴロレイ、マハディの診療所で栄養治療や予防接種を含む母子保健サービスを提供している。マハディとゴロレイの診療所では結核の治療も行っている。また、バルカドの診療所では母子保健プログラムを運営している。

南北ガルカイヨ

ムドゥグ地方の主都であり、南北に分断されたガルカイヨでは、10年以上前から活動を続けている。自治宣言をしているプントランドに位置する北ガルカイヨの診療所では、小児科と結核治療を支援しており、12月に診療所内に産科病棟を新設した。一方、ガルムドゥグ州に属する南ガルカイヨの病院では、地域で生じた武力紛争の両方の勢力から患者を受け入れており、救急医療、産科医療、小児科医療、結核治療、外科手術を含む包括的医療を提供している。

ジュバ川下流地方

MSFはジュバ川下流地方全域で基礎的な医療プログラムの運営を続けている。マレレの病院では、外来診療、リプロダクティブ・ヘルス（性と生殖に関する健康）、緊急産科医療、外科手術、結核治療を提供している。移動診療のチームは避難民が新たに到着した場所を巡回し、基礎医療や栄養失調の治療を提供した。ジリブでは、はしかの隔離施設を備えコレラ治療も提供している診療所で、24時間対応のサービスを提供している。そのほか、この地方の主都である港湾都市キスマヨで、5歳未満の子どもに対する入院栄養治療プログラムも運営している。キスマヨでは2012年にはしかとコレラが流行したことを受けて、緊急治療ユニットを開設した。

プログラムの閉鎖

治安状況の悪化を受けて、MSFは5月にガルグドゥード地方のドゥーサ・マレブとヒンデルでの基礎医療プログラムを閉鎖する苦渋の決断を下した。また、ヒーラーン地方のベレトウェインにあるベッド数108床の病院を年末で閉鎖した。ガルグドゥード地方のグリ・エル病院で行っている活動は、2013年1月に以前の通り地域に引き継ぐ予定だ。

ソマリランドにおける医療援助

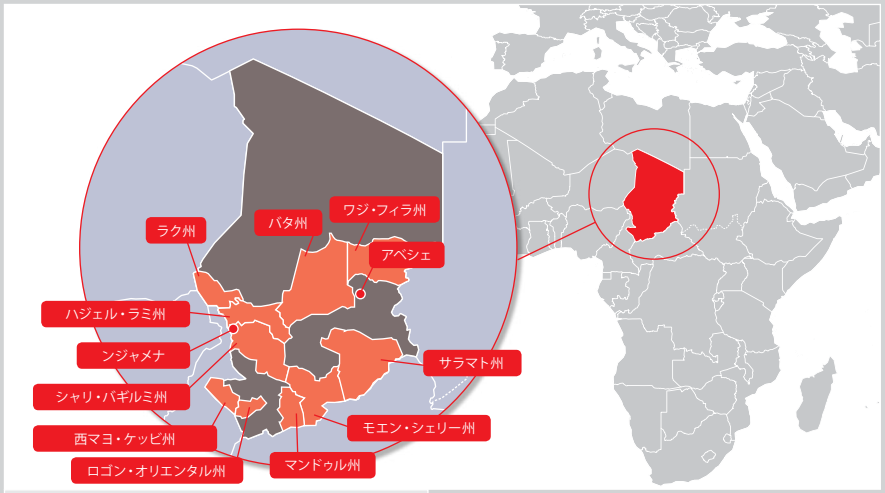
ソマリアからの独立を宣言しているソマリランドでは、スタッフがハルゲイサ、マンデーラ、ブラオの刑務所で、医療を受けられる機会の提供と給排水・衛生設備の改善に取り組んでいるほか、ベルベラ心理ケア病院において精神障害の患者に対する援助も行っている。

MSFはこのほか、ソマリランドのトグデール地区にあるブラオ総合病院で保健省と協力して活動しており、特に入院治療に重点的に取り組んでいる。2012年、救急科のスタッフは10件以上の緊急事態に対応し、大勢の負傷者の治療にあたった。この地域が鉄砲水に襲われた際には、ブフードルの医療施設に援助を行った。

2012年末現在活動中のスタッフ数：1990人 ｜ MSFが最初に活動を開始した年：1979年 ｜ http://www.msf.or.jp/news/somalia.html

チャド

2012 年、国境なき医師団（MSF）はチャドにおいて繰り返し発生した栄養失調の急増および髄膜炎やマラリアの流行など保健医療上の緊急事態の対応にあたった。



活動実績
- 外来診療件数：71,380
- 髄膜炎予防接種を受けた人数：495,950
- 重度栄養失調治療の患者数：28,930

国内での紛争はここ数年で落ち着いてきており、現在、チャドにおける公衆衛生上の主な問題は、質の高い医療サービスが不足していること、あるいは全く医療サービスを受けられない人びとが大勢いることである。

MSF は女性や子どもの顧みられない医療ニーズを満たすための各種プログラムの運営を継続したほか、栄養失調をはじめとするその他の緊急事態に対応した。

子どもの栄養失調のまん延

チャドでは予防接種率が非常に低く、予防できる病気が定期的に流行するため、幼い子どもたちは栄養失調に陥りやすい。

2012 年、MSF が同国の中央部を横切るサヘル地帯の各地で治療した重度栄養失調児の数は 2 万 3000 人以上に上る。 2 つの通常プログラムで栄養治療を行ったほか、既存の施設では患者を受け入れきれない地域で、 4 つの追加的な短期栄養治療プログラムを立ち上げた。栄養危機のピークが過ぎた後、MSF はこれらの緊急プログラムを他の団体や保健省に引き継いだ。

チャド東部ワジ・フィラ州の州都ビルティンとサラマト州アブ・デイアでは、 2 ヵ所の入院栄養治療センターと 20 ヵ所の外来栄養治療センターで 5180 人の栄養失調児の治療にあたった。バタ州フィトリ県内のヤオとその周辺では、4月から9月まで緊急栄養治療プログラムを展開した。フィトリ県のンジャメナ・ビララにある病院では、ベッド数 30 床の小児科病棟を運営し、重度栄養失調児とその他の病気の子どもを受け入れたほか、周辺 27 ヵ所の村々で栄養失調のスクリーニング（治療の必要な患者の選定・選別）と治療を提供。また、小児科の診療 1330 件と定期予防接種を 6300 人の子どもに行った。 6月には、ハジェル・ラミ州のボコロに入院栄養治療センター 1 ヵ所と外来栄養治療センター 10 ヵ所を開設し、3800 人の子どもを治療した。

MSF は 2010 年からハジェル・ラミ州のマサコリ病院で活動しており、15 歳以下の子どもに緊急医療を提供しているほか、合併症を伴う 5 歳未満の重度栄養失調児を治療している。2012 年には栄養失調の患者 8530 人とマラリア患者 1000 人以上を治療した。 6 つの保健区域で行った栄養治療プログラムでは、一般的な病気にも注目した。さらに、 1 万 7000 人以上の子どもにはしかの予防接種を行ったほか、髄膜炎の患者 182 人を治療した。

© Florian Lems/MSF

MSFの移動診療で重度の脱水症の子どもを治療する看護師。ワジ・フィラ州ビルティン市アンガラで。

髄膜炎の流行

チャドはサハラ以南アフリカの髄膜炎流行頻発地帯に属している。髄膜炎とは、脳と脊髄を覆う髄膜が炎症を起こす感染症で、頭痛、発熱、吐き気、光過敏などの症状を引き起こす。治療しても後遺症が残ったり、死に至る場合もある。

2012 年初めに髄膜炎が流行閾値を超えたため、MSF はバタ、サラマト、西マヨ・ケッビ、マンドゥル、ハジェル・ラミの各州で集団予防接種を開始した。一部では 10 年間の予防効果がある新しいワクチンを導入することができた。

サラマト州のアム・ティマンとアブ・デイア、およびマンドゥル州のモイサラでは数百人の髄膜炎患者を治療した。 4月に西マヨ・ケッビ州のレレで流行が発生した際には、医療物資を寄贈し、病院スタッフと協力して患者のケアを行うとともにスタッフの研修にあたった。複数の診療所に 700

MSF外来治療センターで診療を行う看護師。ワジ・フィラ州ビルティン市アンガラで。

組を超える治療キットを配布したほか、スタッフが村々を巡回したり地元のラジオ放送を活用したりして啓発活動を行った。

マラリアの予防と治療

マラリアはチャドにおける死因の4分の1を占めており、子どもに限ると最大の死因となっている。蚊が媒介するこの病気の症例は7月から11月の間にピークを迎える。

MSFはマンドゥル州のモイサラで、保健医療スタッフに対し、合併症を伴わないマラリアの診断とケアを行えるよう研修を行っている。研修を受けたスタッフは3万9500人のマラリア患者を治療し、各診療所で活動するMSFのスタッフがさらに2万人を治療した。MSFは医薬品と医療物資を寄贈したほか、地区病院で小児マラリア患者の入院病棟を運営し、2100人の子どもを治療した。

新しい予防戦略も実践した。7月から10月にかけて、MSFはモイサラ地区の2つの保健区域で月に1度、子どもたちに抗マラリア薬を配布した。初回の配布から8週間後、各診療所では合併症を伴わないマラリアの患者数が全体で78%減少したことが確認された。

女性と子どもに対する専門医療の提供

MSFはサラマト州のアム・ティマンで地区病院を支援し、女性と子どもに対する救急医療に重点的に取り組んでいる。栄養失調の治療に加えて、HIV／エイズ・結核治療プログラムとHIVの母子感染予防も含む、リプロダクティブ・ヘルス（性と生殖に関する健康）や緊急産科ケアも提供している。6つの保健区域では産前・産後健診も行っている。2012年には、2万790件の産前健診と1870件の分娩介助を行った。また、9つの保健区域で栄養治療プログラムを運営した。

産科フィスチュラとは、一般的に長時間続く陣痛や閉塞性分娩の結果生じる産道の損傷である。フィスチュラを患う女性は、肉体的な苦痛のみならず尿や便の失禁を伴うため、家族や地域社会から疎外される場合もある。MSFはワダイ州のアベシェで「ウィメンズ・ビレッジ」を運営しており、患者を数週間受け入れてフィスチュラの治療、栄養支援、およびカウンセリングを提供している。手術と術後ケアは州立病院で保健省と協力して行っており、2012年には166人の女性が手術を受けた。

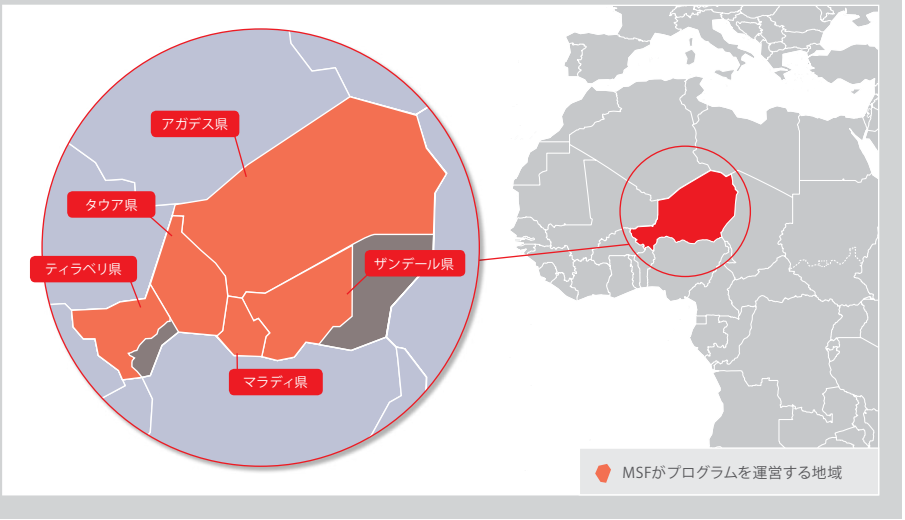
中央アフリカ共和国からの難民の支援

中央アフリカ共和国からの難民およそ2万人が、チャドのモエン・シェリー州にある複数の難民キャンプでここ数年来生活している。10月には豪雨による洪水でキャンプが浸水し、難民たちは移転を余儀なくされた。MSFは8000件の診療を行い、トイレ100基を設置し、清潔な水と毛布、蚊帳、貯水容器、石けんを約4000世帯に提供した。

2012年末現在活動中のスタッフ数：997人 ｜ MSFが最初に活動を開始した年：1981年 ｜ http://www.msf.or.jp/news/chad.html

ニジェール

活動実績
- 外来診療件数：878,000
- マラリア治療の患者数：324,100
- 重度栄養失調治療の患者数：84,950



栄養失調の予防と治療を基礎医療に組み込むことによって、ニジェールでは多くの命が救われることになるだろう。

ニジェールでは食糧不足と栄養危機が慢性的な問題となっているが、英国の医学誌『ランセット』の調査によると、５歳未満児死亡率は 1998 年から 2009 年までの間に 45％低下したという。保健当局は変化を起こす意志を示してきた。医療従事者の採用数の拡大、栄養治療プログラムの分散化、重度栄養失調に陥る恐れのある人びとを救うための栄養補助治療の提供といった対策が状況を改善させてきた。

しかし栄養失調率は依然として高く、全体的なレベルは世界保健機関（WHO）の定める 2012 年における非常事態の基準値に近い。医薬品と医療物資の慢性的な不足は続いており、５年前には５歳未満の子どもと妊婦に対する医療の無償提供が正式に導入されたが、いまだに実施できずにいる。

国境なき医師団（MSF）のニジェールでの活動は、特に栄養失調の早期治療と予防に重点を置いた５歳未満の子どもと妊婦向けの医療の向上を目標としている。ザンデール、マラディ、タウア３県の約 38 ヵ所の診療所で外来栄養治療プログラムを運営している。入院の必要のある患者は、ザンデール県ザンデールおよびマガリアの両市、マダルーンファ、ダコロ、ギダンルンジ、マダウア、ボウザの各郡内の病院に設けられた入院栄養治療センターで治療を受ける。

ザンデール市とマガリア市のスタッフはニジェール保健省に活動を引き継ぐ準備に入っており、2013 年には栄養失調がピークに達する期間のみ支援を行う予定である。

またダコロの病院では、MSF は入院栄養治療センターを保健省に引き継ぎ、同センターと他の８ヵ所の外来治療センターで運営していた栄養治療プログラムも援助団体 ALIMA/BEFEN に引き

ニジェールでは毎年、大勢の子どもが重度栄養失調に陥る。MSFは国内38ヵ所で外来栄養治療センターを運営している。

継いだ。MSF は同病院で引き続き小児医療と産科手術を含む産科医療を提供する予定であり、2012 年には1万 3200 件の分娩介助を行った。小児医療は他の病院でも継続しており、その内数ヵ所では産科医療、検査室、滅菌室の支援も継続している。

マラリアの大流行

2012 年は国内のほぼ全域で極めて高いマラリア罹患率が報告された。栄養失調とマラリアのピークが 7 月から 9 月と同時期に重なり、子どもにとって悪循環となった。栄養失調によって免疫系が弱まり、他方、マラリアは貧血、下痢、嘔吐（おうと）を引き起こして栄養失調に拍車をかける。

ギダンルンジの病院では集中治療室と小児病棟が患者であふれ、7月には病床利用率が 200%に達した。重症マラリアを治療する専門施設が、マラディ県のダン・イッサとマダルーンファ地区、タウア県のマダウア郡に開設された。マダルーンファ地区では、MSF はニジェールの医療団体、ニジェール健康フォーラム（フォルサーニ）と共同して、5歳未満の子どもの治療にあたった。

タウア県でコレラが発生したとき、MSF のチームはガルミ、クマサ、マダウアに治療ユニットを開設して患者 350 人の治療を行った。

住まいのより近くでよりよい医療を

医療を人びとの住まいにより近づけることで得られる成果は、MSF がニジェールで運営する外来栄養治療センターだけでなく、地域の保健プログラムにおいても明らかである。

へき地の村の子どもがマラリアに感染した場合、村では適切な医療が受けられないため、治療を求めてやって来たときには手遅れになっていることが多い。

マダルーンファおよびマダウア郡では、MSF は子どもと妊婦向けにマラリアに対する早期の診断と治療を向上させる新しい戦略を実践。現在は、スタッフが都市圏外で診断と治療を行っている。

ザンデール県では地域保健担当者を採用して、衛生状態の改善、予防接種の実践、診療所への通院の奨励など、5歳未満児死亡率の低下につながる習慣を広めている。村のいわゆる「診療小屋」では、保健担当者が子どもの栄養状態をスクリーニングして栄養失調の治療を行い、子どもの命を奪う三大疾病である呼吸器感染症、下痢、マラリアの診断と治療も提供している。病状の重い患者は診療所を紹介される。

マリ人難民の援助

2012 年を通じて、大勢のマリ人が国内で発生した暴力から逃れて国境を越え、ニジェールのティラベリ県へと避難してきた。MSF は難民と受け入れ先の住民に対して、集団予防接種、産科医療、病院紹介などを含む基礎医療と専門医療を提供した。MSF のスタッフは 33 万 4000 件以上の外来診療を行い、1万 9000 人近い入院患者を受け入れ、2万 2000 人以上の子どもにはしかの集団予防接種を実施した。また、コレラの発生時にはコレラ治療センターを開設し、補水ポイントを設置し、2730 人の患者を治療した。

8月、MSF はティラベリ県のワラム郡で発生した洪水の被害者に基本的な救援物資を配布した。

アガデス県でのプログラムの終了

アガデス県は、サハラ以南のアフリカから北へと向かう移民の主要ルートに位置している。MSF はディルクと都市圏外8ヵ所の診療所で、医療を受ける機会の乏しい移民と現地の住民に対して産科医療と小児医療を提供してきた。だが、ニジェールで今後さらに広範囲に人道援助ニーズを満たす活動を行っていくため、MSF はこのプログラムを 2012 年末に終了した。

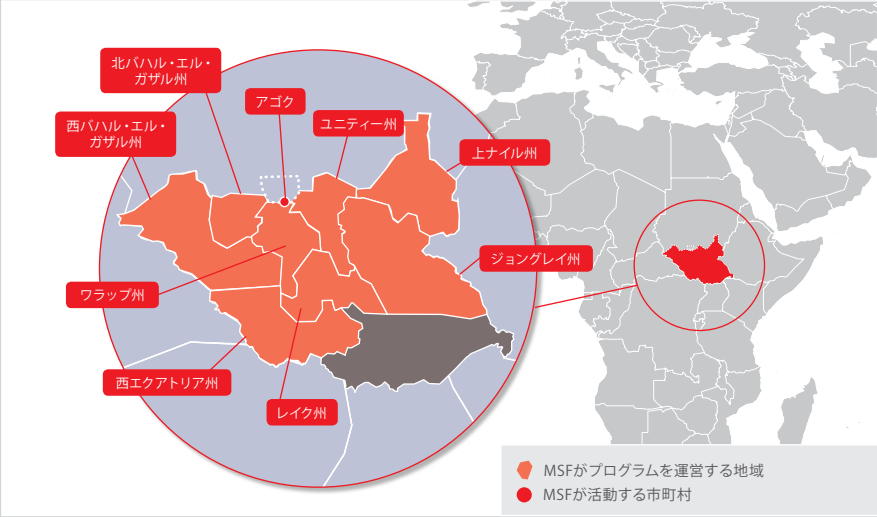
© Tanya Bindra

診療を待つ列から、医療施設を見やる母と子ども。マラディ市ギダンルンジで。

2012年末現在活動中のスタッフ数：1593人 | **MSFが最初に活動を開始した年：1985年** | **http://www.msf.or.jp/news/niger.html**

南スーダン

南スーダンでは大勢の難民が移入したことを受けて、国境なき医師団（MSF）は 2012 年における最大規模の緊急プログラムを開始した。



活動実績
- 外来診療件数：869,300
- はしか予防接種を受けた人数：204,800
- マラリア治療の患者数：148,700
- 入院患者数：46,780
- カラアザール治療の新規患者数：1,320

スーダンの青ナイル州や南コルドファン州で生じた紛争によって、2012 年前半にユニティー州と上ナイル州に多数の難民が到着した。しかし、これらの地域は生存には適していない。乾季には水が不足し、地表は焼けた固い粘土に覆われて穴を開けるのも難しいほどだが、雨季になるとあたり一面が洪水となり、空路が唯一の移動手段となってしまう。事実上、この地で農業や牧畜を行うことは不可能だ。上ナイル州のマバン郡では、４ヵ所のキャンプにおいて、合計 11 万人に上るとみられる難民が全面的に人道援助団体に依存するようになった。しかし、対応が難民の基本的ニーズに見合わず、７月までに死亡率が緊急事態を示す水準の２倍に達したキャンプもあった。

MSF は人道援助の提供を拡大して、各キャンプ内で合計３ヵ所の仮設病院と７ヵ所の外来診療所を運営し、週あたり 8000 件に上る診療を行ったほか、水や食糧の不足、そして長い道のりを徒歩で避難してきたことによる影響に苦しむ人びとにケアを提供し、栄養失調、皮膚や呼吸器の感染症、下痢の治療を行った。また、水の供給という問題にも対応し、井戸の掘削と手押しポンプの設置を実施した。

ユニティー州のイダ難民キャンプでは、１月から７月までの間に人口が４倍の６万人に膨れ上がった。MSF は入院および外来ケアを提供したほか、４ヵ所の栄養治療センターを運営した。

９月までに、死亡率は緊急事態を示す水準を下回った。しかし、キャンプはその後まもなく E 型肝炎の流行という問題に直面した。E 型肝炎は不衛生な水を通してウイルス感染が広がる、命に関わる病気だ。

難民たちは現在も全面的に人道援助に依存したままだ。

ジョングレイ州での暴力と避難

ジョングレイ州では激しい部族間衝突が続き、大勢の人びとが避難を余儀なくされている。人びとはやぶの奥深くに逃げ込み、マラリア、下痢、呼吸器感染症にかかりやすくなっている。

MSF は同州中部において、ピボールの町で病院１ヵ所、レクウォンゴルとグムルクの村でそれぞれ外来診療所１ヵ所を運営している。2011 年 12 月にはレクウォンゴルとピボールが残虐な攻撃の対象となり、子どもを含む何百人もの人びとが殺されたり負傷したりしたほか、MSF の医療施設２ヵ所も破壊や略奪の被害にあったが、その影響は 2012 年になっても続いた。攻撃から何週間も後になってから、避難した人びとが細菌感染を起こしている傷の治療を求めてやぶから出てきたためだ。

８月と９月にはさらなる攻撃があり、レクウォンゴルとグムルクの MSF 診療所に深刻な被害が出た。再び何万人もの人びとが避難し、MSF はやぶの中に仮設診療所を設けて基礎医療や緊急医療を提供した。合計で MSF は 2012 年に３ヵ所の施設で３万 2000 件を超える診療を行った。ジョングレイ州のこの地域では反政府民兵組織の活動が再び活発化したため、駐留する政府軍の規模も拡大され、年内はほぼ連日のように戦闘が起こった。

ジョングレイ州北部では、MSF はランキエンで病院１ヵ所、ユアイで外来診療所１ヵ所を運営している。ピエリの村では、焼き討ちにあった後、住民たちが戻ることはなかった。このため、MSF はそれまで運営していた診療所を引き渡し、代わりに

仮設病院で幼い患者を診察する医師。上ナイル州、ドロ難民キャンプで。

移動診療による医療援助に取り組むことにした。MSF は 10 万件の診療を行い、マラリア患者3万人を治療したほか、2012 年の流行期にはカラアザール（内蔵リーシュマニア症）患者 1000 人の治療にあたった。

アビエイ

スーダンと南スーダンの間で領有権が争われているアビエイ地域では、紛争が頻発し、人びとが頻繁に避難を余儀なくされている。MSF はアビエイの南 40km に位置するアゴクで病院を運営し、リプロダクティブ・ヘルス（性と生殖に関する健康）、重度栄養失調の治療、結核患者の入院治療、および緊急手術を含む幅広いサービスを提供している。

4月にユニティー州のアビエムノムが空爆され、負傷者がアゴクの病院に搬送された。MSF は救命手術を行ったほか、この攻撃から避難した人びとに対して救援物資の配布、子どもの集団予防接種、診療を実施した。

移動診療のチームは、乾季の間だけ赴くことができる9ヵ所の地域で活動を行った。11 月にはアビエイ北部地域で遊牧民族であるミッセリア人に対する移動診療を開始した。MSF がこの地域に入って活動できたのは 2010 年7月以降初めてとなった。

アビエイでは合計で2万 9200 件の診療と 860 件の分娩介助を行い、3500 人を超える栄養失調児の治療を行った。

基礎医療と専門医療の提供

MSF はユニティー州の州都ベンティウで栄養治療プログラムを運営している。このほか、病院スタッフを支援し、国境を挟んだ戦闘の負傷者の治療にあたった。年末にかけては結核の治療も開始し、患者は MSF が結核治療プログラムを展開しているレールまで足を運ぶ必要がなくなった。

2012 年、ユニティー州ではカラアザールの症例数がここ数年で最大を記録した。このため、MSF はレールで運営する病院で 740 人の患者を治療した。同病院ではそのほかに栄養失調の患者 5200 人を治療し、630 人を結核治療プログラムに登録した。また、コックの診療所でも結核治療を支援した。

上ナイル州のナーシルでは、MSF は病院を運営し外科的処置を含む幅広い医療を提供しており、頻繁に発生する牛の略奪を目的とした襲撃や部族間の衝突で激しい外傷を負った人びとの治療にあたった。

© Nichole Sobecki

給水ポイントへ行くために、難民たちは泥水の中を歩いて行かなければならない。上ナイル州、バティル難民キャンプ。

西エクアトリア州のヤンビオ病院では、小児科、外来、入院、産科部門でサービスを提供しており、2万 3100 件以上の診療と1万 3970 人の小児マラリア患者の治療を行った。10 ヵ所の診療所を支援してスタッフの教育を行ったほか、医薬品を寄贈した。ヤンビオが洪水に見舞われた際には、1000 世帯以上に対して救援物資のキットを配布した。

北バハル・エル・ガザル州では、MSF はベッド数 250 床のアウェイル市民病院を運営しており、産科医療と栄養失調を含む小児科医療に重点的に取り組んでいる。7月から 12 月の間に、MSF はマラリアの流行に移動診療で対応し、約1万 2000 人の患者を治療した。市民病院における小児死亡率は 2009 年初頭の 20%から 2012 年の末には5%にまで低下した。

ワラップ州のゴグリアルでは小規模な病院を運営し、基礎医療の提供と緊急外科手術を行っている。2012 年には3万 7000 件の外来診療を行ったほか、はしかの流行と栄養失調の急激な増加に緊急対応した。12 月には 47 人の女性にフィスチュラ修復手術を行った。産科フィスチュラとは産道の損傷であり、その原因のほとんどは長時間にわたる難産か閉塞性分娩だ。フィスチュラは痛みを伴うだけではなく、尿や便の失禁を引き起こす。このため、社会的な疎外へとつながりかねない。

レイク州におけるマラリアへの対応

レイク州では、ルンベクの町、ルンベク北部、チウベイト、イロルで 10 月から 12 月までマラリアへの対応を行った。医療施設を支援して診断用の簡易検査キットを3万セット寄贈したほか、蚊帳2万張と患者 7350 人分の医薬品を提供した。

プリシラ（仮名／スーダンからマバン郡に最初に避難してきた難民の1人）

「ここには食糧が十分にないので、皆飢えています。子どもたちは栄養失調に陥っているため、病気になるとさらに容態が悪化します。水はありますが、これだけ大勢の人が暮らしているので全員には行き渡りません。キャンプで生き抜いていくことは簡単ではありません。

私たちは最初の戦闘から避難してきました。まだ雨季だったので、道中ゆっくりとしか移動できず、戦闘を逃れるまでに2週間以上かかりました。川の水も飲みました。多くの人びとが途中でマラリアなどの病気を患いました。　逃げる途中で、住民の数が少なくなっている村をいくつも通り過ぎました。既に逃げてしまった人びともいましたが、私たちが逃走しているのを見て一緒についてきた人びともいました。

国境検問所に着いてようやく安全だと感じることができました。そこに2～3週間留まりましたが、その時になって、急に体のあちこちに痛みを感じるようになりました。逃走中には怪我を負っても、逃げのびること、命を守ることに必死だったので、痛みを感じる暇もなかったのです」

2012年末現在活動中のスタッフ数：2415人 ｜ MSFが最初に活動を開始した年：1983年 ｜ http://www.msf.or.jp/news/south_sudan.html

中央アフリカ共和国

MSFがプログラムを運営する地域

活動実績
- 外来診療件数：590,400
- マラリア治療の患者数：334,200
- 第一選択薬によるARV治療の患者数：1,700
- アフリカ睡眠病治療の患者数：340

© Corentin Fohlen / Divergence

毎年、大勢の人が訪れるウハム・ペンデ州パウアのMSF病院。基礎医療もなかなか受けられず、国内の一部地域では死亡率が緊急事態を示す水準の5倍にも及ぶ。

中央アフリカ共和国（以下、「中央アフリカ」）では 2012 年末に広範囲にわたって紛争が発生し、医療ニーズが増加した。このため、既に不安定であった医療制度がさらに衰退した。

反政府勢力の連合体「セレカ」が軍事行動によって国内東部と中央部の多くの主要都市や地域を支配下におさめ、2013 年初頭には首都バンギに迫った。

そのため大勢の人びとがやぶの中に逃げ込み、病院や診療所のスタッフも皆避難してしまった。以前から国内 5 州で活動していた国境なき医師団（MSF）は、活動を継続するとともに、移動診療を増やして避難民の医療ニーズに対応した。救急外科チームが、激しい戦闘のあった北部のカガ・バンドロで活動を開始したほか、紛争地にある病院や診療所に医薬品などを寄贈した。

差し迫った医療危機

この紛争は、情勢が安定した地域でさえ以前から膨大であった医療ニーズをさらに悪化させる結果となった。資格を持つ医療スタッフが著しく不足しており、首都以外では公立の医療施設が非常に少ない。必須医薬品は頻繁に不足し、多くの人びとは治療に必要な費用を払うことができない。つまり国民の大部分が最も基礎的な医療さえ受ける機会を持てず、死亡率は緊急事態を示す水準を上回っている。

MSF は保健省と協力して 7ヵ所の病院と 30 ヵ所以上の診療所で活動しており、基礎医療、専門医療、産科、小児科、外科、HIV／エイズと結核の治療、アフリカ睡眠病（アフリカ・トリパノソーマ症）などの顧みられない病気の治療といった、幅広いサービスを提供している。

マラリアは中央アフリカにおける最大の死因の1つであることから、MSF はマラリア対策を重点課題と位置づけて複数の対応プログラムを展開している。その目標は、予防活動を強化し、地域内のより多くの場所で診断と治療が受けられるようにすることである。

アフリカ睡眠病の新しい診断ツール

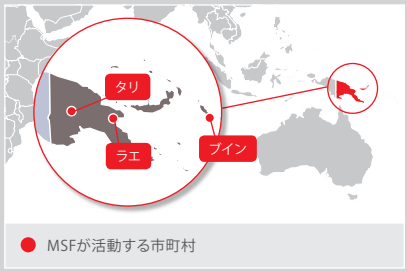
中央アフリカは、アフリカ睡眠病がいまだに問題となっている数少ない国の1つである。アフリカ睡眠病は中枢神経系を破壊する病気で、治療をしなければ死に至る危険がある。しかし、診断も治療も手順が複雑で管理が難しい。MSF はウハム州バタンガフォで新しい簡易診断検査を導入し、非営利研究開発団体「顧みられない病気のための新薬イニシアティブ（DNDi）」が開発した、進行したアフリカ睡眠病患者向けの新たな経口治療の臨床試験に参加している。

アフリカ睡眠病・移動診療チームは、国内南東部で 4500 人以上に対してスクリーニング（治療の必要な患者の選定・選別）を行った。この地方は武装勢力「神の抵抗軍（LRA）」の攻撃にさらされていたため、ここ数年間は近づくことが困難であったが、2012 年にはゼミオに避難していた多くの人びとが耕作を再開するために故郷の村に戻った。

2012年末現在活動中のスタッフ数：1300人 | MSFが最初に活動を開始した年：1996年 | http://www.msf.or.jp/news/car.html

パプアニューギニア

パプアニューギニアでは、家庭内暴力、性暴力、社会的暴力、部族間の暴力が多発しているにもかかわらず、適切な医療ケアが行われていないだけでなく、まったく提供されていない場所すらある。



活動実績
- 外来診療件数：21,200
- 分娩介助を受けた妊婦の数：2,990
- 外科手術件数：1,190

国境なき医師団（MSF）は包括的な治療と心理・社会的ケアを提供しており、特に家庭内暴力と性暴力の被害者への対応に重点的に取り組んでいる。

MSF がラエ市のアンゴウ記念総合病院でファミリーサポートセンターを運営し、秘密厳守の安全な空間を提供していることが地元の人びとに知られるようになっており、同センターでは 2012 年、6500 人余りに無償で包括的医療とカウンセリングを提供した。

MSF は南ハイランド州のタリでもファミリーサポートセンターを運営している。救急医療へのニーズ（とくに暴力に起因するもの）が膨大であることから、タリ病院では救急外科医療も提供している。

パプアニューギニアでは、暴力は警察が扱う問題ととらえられており、被害者の身体的状況は見過ごされることが多い。そのため、MSF の活動では被害者の治療に関する提言と研修とが重要な側面を担っており、2012 年には国内 22 州のうち 20 州の病院や診療所で、家庭内暴力と性暴力の被害者の医療と心理ケアのニーズに対応するための研修を行った。

ブーゲンビルにおける医療提供の改善

数十年に及ぶ紛争によってブーゲンビル自治州の医療制度は弱体化している。MSF はいくつかの医療施設の改修を支援しており、2012 年にはブインの診療所内にベッド数 6 床の結核病棟と付添者の宿泊施設を建設した。また、同診療所の水・衛生設備、検査室、薬局を大幅に改修し、充実させた。

ブインにある分娩待機施設は、出産前の数週間滞在できる宿泊施設で、診療所に近接しているため、妊婦は陣痛開始後に悪路を長距離にわたって移動することなく、すぐに医療サービスが受けられるようになった。

MSF はブインの診療所および周辺地域の 5 ヵ所の医療施設で産科医療を含む臨床ケアを支援している。地域社会で行っている啓発活動や紹介体制の改善の効果により、2012 年には患者数の増加がみられた。

レイチェル（ラエ市）
「彼は私をひどく殴ったり、アイロンや刃物を使って脅したりするような人です。どうやって立ち向かうことができるでしょう。女の私は力で負けてしまいます。

彼はある時、電話で『腕や脚をへし折ってやる』と脅してきました。そして、その晩に突然やって来て、姉の家の中で私を追いまわしました。職場にも現れたため、上司から『あなたは雇われたばかりだけれど、こうした問題を抱えているなら来なくて結構です』と言われ、仕事を失ってしまいました。

カウンセラーに問題を打ち明けると、気持ちがすっと楽になります。公の場に出て皆さんにお話しできたら、それは私にとっていいことだと思います。私がこうした経験をしたことを知ってもらえれば、同じ立場にある人の助けになるかもしれないからです」

2012年末現在活動中のスタッフ数：201人
MSFが最初に活動を開始した年：1992年
http://www.msf.or.jp/news/png.html

© Basia Asztabska

ラエ市のMSF診療所を訪れた女性は夫から暴力を受けた。両脚と背中にナイフによる複数の切り傷、顔と胸には打撲傷を負っている。

ハイチ

活動実績
- コレラ治療の患者数：24,980
- 外科手術件数：16,820
- 分娩介助を受けた妊婦の数：14,890

2010 年の地震以降、ハイチの再建のペースは遅く、国民の多くは今なお緊急医療を人道援助団体に依存している。

資金提供とプログラムの計画実行の遅れにより、医療システムの再建は完了にはほど遠い状況にある。地震発生前でさえ、大多数の国民にとって医療を受ける機会を得ることは困難だった。医療費は手が届かないほど高額で、設備の十分整った公立病院はほとんどなかった。国境なき医師団（MSF）は4ヵ所の病院に 500 床以上を確保して、緊急医療を補う活動を続けている。また、チームは、治療しなければ死に至る可能性のある水因性疾患であるコレラの治療にもあたっている。ハイチ政府当局によると、2012 年末までに 63 万 8000 人がコレラに感染し、約 8000 人が命を落としている。

産科ケア

ハイチでは危険な状態で救急病院へ搬送されて来る妊婦が少なくない。MSF は首都ポルトープランス近郊のデルマ 33 区でベッド数 130 床の産科救急センターを運営しており、妊産婦がけいれんや失神などの発作を繰り返す子癇（しかん）前症など、妊娠に関連してよく起こる高血圧症をはじめとする合併症にかかった女性たちに 24 時間体制で、無償の救急医療を提供している。2012 年には 7980 人の患者が入院し、MSF のチームは 6360 件の分娩介助を行った。

産科救急センターでは、家族計画、HIV の母子感染予防、新生児医療、産後ケア、心理ケアを含むリプロダクティブ・ヘルス（性と生殖に関する健康）の総合的なサービスも提供している。院内にはベッド数 10 床のコレラ治療センター（CTC）を設置し、コレラに感染した妊婦を受け入れている。

首都における緊急手術

2月、MSF はポルトープランス東部のタバルにナプ・ケンベ（クレオール語で「健康を保つ」という意味）外科病院を開設した。この病院で、チームは銃犯罪と家庭内暴力による負傷者、また交通事故で負傷した人びとを対象に救急の外傷手術、整形外科手術、および開腹手術を行っている。2012 年には約 1200 人の患者を受け入れ、そのうち暴力による負傷者は 18%、事故による負傷者は 72%であった。

MSF は市北部にあるスラム地区シテ・ソレイユの近くで、ベッド数 130 床のドルイヤール外傷治療病院の運営を続けている。救急処置室、手術室、集中治療室と熱傷治療室を備えており、理学療法による治療と心理ケアのサービスも提供している。2012 年には、スタッフは1万 9700 人の救急患者の治療、8000 件の外科手術、熱傷患者 480 人の治療、性暴力の被害者 150 人への治療と心理ケアの提供を行った。

マルティッサン救急・容態安定化センター

MSF の医療施設の中で地震を持ちこたえた唯一の病院は、小児医療、産科医療、内科医療を提供するベッド数 35 床のマルティッサン診療所であった。ベッド数 100 床のコレラ治療センターは

シテ･ソレイユのドルイヤール病院に置かれたMSF熱傷治療室。患者は家庭内事故でけがをした幼い子どもが多い。

レオガン市シャトゥレ病院で診療を受けさせるため、子どもを連れてきた母親。MSFは当初、テント病院で震災被害者の治療にあたり、その後、ベッド数160床のコンテナ病院を建設した。

2012 年6月まで開設されていた。12 月末には、MSF はマルティッサンでの心理ケア・プログラムを終了した。この病院では1年間に6万 1200 人以上の患者が治療を受けた。

レオガン市のシャトゥレ病院

地震の震源地に程近いレオガン市で MSF が運営するベッド数 160 床のコンテナ製の病院は、この地域で唯一、救急診療と救急外科診療を 24 時間無償で提供している。ポルトープランスから治療を受けに来る患者もいる。検査室、放射線科、理学療法科、心理ケア・サービス、妊婦と5歳未満の子ども専門の外来病棟を備えている。2012 年、スタッフは 6600 件の分娩介助と 3600 件の外科手術を行った。患者の大半は帝王切開の必要な妊婦、および交通事故の被害者であった。コレラ治療ユニット（CTU）は、コレラに関連した合併症を発症した患者を治療する唯一の施設である。

コレラ発生への対応

コレラは治療しなければ急激に脱水症状が進行して死に至る感染症で、安全な飲料水を利用できず、衛生管理が不十分な地域で発生する。不衛生な生活環境と医療の不足によって、ハイチでは 2010 年に始まったコレラの流行がさらに深刻化した。公立の CTC の数は、この国の至る場所で依然として不十分である。また国際的な資金援助額が減少しているため、コレラ危機に対する国家的な取り組みにも限界がある。2012 年、MSF はポルトープランスとレオガンで2万 5000 人近いコレラ患者の治療にあたった。ハリケーン「アイザック」と「サンディ」によって下水があふれ、汚水が拡散した時期には患者数が増加したが、患者数がピークに達したのは4月と5月の雨季の期間だった。MSF のチームは、衛生用品の配布、水の塩素消毒、住民への教育と啓発活動をはじめとする予防策を継続して行った。2012 年末の時点でも、MSF は毎週 500 人以上のコレラ患者の治療を実施していた。

麻酔研修の完了

2012 年9月には看護師向けの麻酔研修を完了した。ハイチには同様の研修を提供できる教育機関が存在しないため、看護師はこの研修コースで緊急の産科ケアや外科ケアに不可欠な技術を修得した。

2012年末現在活動中のスタッフ数：2582人 ｜ MSFが最初に活動を開始した年：1991年 ｜ http://www.msf.or.jp/news/haiti.html

コロンビア

活動実績
- 外来診療件数：90,470
- グループおよび個人に対する心理ケア診療件数：10,750
- 結核治療の新規患者数：335

コロンビアの紛争地域で暮らす人びとは、絶えず発生している暴力だけでなく、地理的、文化的、行政的、財政的な壁によって医療を受けることが困難な状況にある。

国境なき医師団（MSF）は1年を通して、コロンビア南部のカウカ、ナリーニョ、カケタ、プトゥマヨの各県で移動診療を行い、診療所を修繕し、基礎医療、集団予防接種、家族計画や産前ケアを含むリプロダクティブ・ヘルス（性と生殖に関する健康）医療、および救急搬送の支援を提供した。

繰り返し暴力にさらされ、心的外傷を負った人びとが公的な心理ケア・サービスを受けられる機会はほとんどない。MSF は臨床相談、カウンセリング、住民参加を通じて心理ケアを提供している。こうしたサービスを利用する患者は着実に増加しており、2012 年に MSF は 5400 件の心理ケア相談を行ったほか、性暴力の被害者約 200 人に医療と心理ケアを提供した。また、健康増進と心の健康の問題に関する啓発を目的としたグループワークの参加者は3万 8400 人に上った。

武装グループによる激しい攻撃によって、人びとは7度にわたり自宅からの避難を余儀なくされた。MSF は現地の医療施設に医療物資と救援物資を配布したほか、合計1万 6000 人に直接的な医療ケアと心理ケアを提供した。

ブエナベントゥラにおける医療ニーズへの対応

太平洋沿岸の港湾都市ブエナベントゥラでは、大勢の人がスラム街で生活している。結核が公衆衛生上の問題の1つとなっているため、MSF は政府の結核抑制プログラムを、より治療が難しい薬剤耐性結核（DR-TB）の検査と治療も含めて支援。2012 年末の時点で、新たに治療を開始した結核患者は 285 人に上り、60 人が DR-TB の治療を受けていた。

MSF は1ヵ所の医療施設で性暴力被害者の治療も行っており、併せて十代の若者に対するリプロダクティブ・ヘルスケアと子どもに対する医療も提供している。2012 年には1万 3000 件を超える診療を行った。この施設は患者にとって行きやすい場所にあるため、活動をこの施設に集約して、同市に属する島に開設していた別の診療所は2月に閉鎖した。

ロス・アンヘレスとパンパリンダで行っていた安全な水の供給と病気の予防活動は年末で完了した。

プログラムの終了

ノルテ・デ・サンタンデール県で 10 年前から展開していたシャーガス病治療プログラムは、患者数が減少したことを受けて9月に終了した。2012 年にスクリーニング（治療の必要な患者の選定・選別）の対象となった 2250 人のうち、シャーガス病患者と診断され治療を受けた人はわずか 43 人であった。 患者のケアは保健省に、そしてプログラムの監督は汎米保健機構（PAHO）に引き継いだ。

7月には、リオスシオを拠点としてアトラト川沿いで展開していたプログラムを保健省に引き継いだ。同プログラムでは診療所1ヵ所と4つの地域に対する移動診療でのアウトリーチ活動を通じて、基礎医療と心理ケア、リプロダクティブ・ヘルスケアの提供、および性暴力被害者への援助を行っていた。

MSF は、医療の普及、紛争が心の健康に及ぼす影響と心理ケアの緊急の必要性、そして性暴力に関する意識向上と被害者の治療という、この国の3つの主要な懸案事項について、今後も提言を続ける。

© Karine Bodart/MSF

コロンビアでは従来の結核も薬剤耐性結核もともに公衆衛生上の問題だ。

アリシア（仮名／MSFがカウカ県で行っている心理ケア・プログラムの患者）

「本当に辛いことばかりです。この町では油断をしていると戦闘や爆発が起きるため、不安が頭から離れません。それで私は健康を損ねてしまいました。以前は感じなかった痛みを感じるようになり、毎日気分が悪く、夜も眠れません。気が滅入って、一体いつまでこんな状況の中で生きなければならないのか、と考えてしまいます。どこか移住できるところがあればいいのですが、残念ながらどこにも行くあてはありません」

2012年末現在活動中のスタッフ数：284人 | MSFが最初に活動を開始した年：1985年 | http://www.msf.or.jp/news/colombia.html

ロシア

北コーカサス地方では医療危機が続いており、結核などの深刻な病気によって状況は悪化している。

長期にわたった紛争による医療システムの破壊、そして結核に対する社会的偏見の結果、北コーカサス地方では特に薬剤耐性結核（DR-TB）の診断と治療が不足している。

国境なき医師団（MSF）は、チェチェン共和国の保健省と共同で、通常用いられる第一選択薬で効果の見られないDR-TBに感染した人びとに対する迅速な診断と治療を含む、包括的な結核治療プログラムを展開した。長く、孤独で、耐え難くなるほどの治療を終えられるよう、患者はカウンセリングと生活面での支援を受ける。MSFのチームは子どもの患者、そしてHIVと結核の二重感染に重点を置いている。

心疾患医療の向上

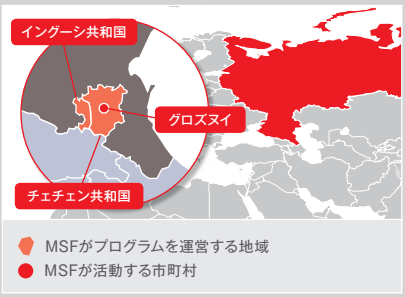
チェチェン共和国では6人に1人が心臓病を患っているが、医療の規模も質も急性冠症候群や急性の心血管疾患といったニーズには応えられていない。MSFは首都グロズヌイにある共和国立救急病院で、専門治療を行うためのスタッフ研修や、医療機器と必須医薬品の購入を通じて循環器科の改善に取り組んでいる。循環器科の受け入れ能力が拡大したため、2012年には救急治療を受けた患者は750人近くに達した。

母子医療への注力

MSFは2007年から、グロズヌイ、および北部と南部の農村地域にある3ヵ所の外来診療所で女性と子ども向けの医療を提供してきた。合計1万5700件の小児科診療と8800件の婦人科診療を行ったが、患者数が減少し、疾病率も低下したことから、このプログラムは2012年末に終了した。

イングーシ共和国での心理ケア活動の終了

2002年から、MSFはチェチェン共和国とイングーシ共和国の山岳地帯で心理ケアを提供してきた。この地域の人びとは激しい紛争によって心理的に深刻な影響を受けている。精神的暴力、肉体的暴力、虐待、愛する人の死などが原因で、不安、気分の浮き沈み、悲しみに襲われる人びとに対して、カウンセラーが個別カウンセリングを行ってきた。



活動実績
- 結核治療の新規患者数：300
- 循環器科の入院患者数：750
- グループおよび個人に対する心理ケア診療件数：8,990

チェチェン共和国では心理ケア・プログラムを継続しているが、イングーシ共和国での活動は9月に終了した。共和国政府と広範な議論を交わした後、政府高官はMSFの活動に感謝の意を表したが、今後は心理ケア・プログラムによる援助は必要ないという意思を示した。

2012年末現在活動中のスタッフ数：189人 ｜ MSFが最初に活動を開始した年：1992年 ｜ msf.org/http://www.msf.or.jp/news/russia.html

患者の診察を行うMSFの医師と、パートナーの保健省スタッフ。グロズヌイのチェチェン共和国立結核病院で。

数字でみる MSF の活動

国境なき医師団（MSF）は、国際的な独立した医療、人道援助団体であり、民間の非営利団体である。

MSFは2012年時点で、オーストラリア、オーストリア、ベルギー、ブラジル、カナダ、デンマーク、東アフリカ、フランス、ドイツ、ギリシャ、オランダ、香港、イタリア、日本、ラテンアメリカ、ルクセンブルク、ノルウェー、南アフリカ、スペイン、スウェーデン、スイス、英国および米国にある23のアソシエーションで構成されています。また、日常業務は28の各国事務局が担っています（詳細は61ページの「MSF各国事務局」をご覧ください）。

MSFは効率的に活動を行う方法を模索した結果、「サテライト」と呼ばれる、人道援助物資の調達管理や、疫学・医学調査研究、人道援助・社会貢献活動の研究などの専門的活動を担う10の専門機関を設立してきました。現在、各国事務局および代表事務所の関連機関として、MSFサプライ（MSF-Supply）、MSFロジスティック（MSF Logistique）、疫学研究組織のエピセンター（Epicentre）、MSF財団（Foundation MSF）、マルチメディア制作を行うEUP（Etat d' Urgence Production）、MSFアシスタンス（MSF Assistance）、MSF不動産民事会社（SCI MSF）、サバン不動産民事会社（SCI Sabin）、国境なき医師団財団（Ärzte Ohne Grenzen Foundation）、MSFエンタープライズ（MSF Enterprises Limited）があります。これらの機関はMSFの管理下にあり、MSFの『国際財務報告書』の結合範囲およびここに示した数字の対象に含まれています。

ここに示す数値は、MSF全事務局の財務状況を結合ベースで表したものです。2012年度の結合ベースの国際財務諸表は、国際財務報告基準のほとんどに準拠するMSF国際会計基準に従って作成され、監査法人であるKPMGおよびErnst&Youngにより国際監査基準に基づく共同監査を受けました。2012年度版『国際財務報告書』は、http://www.msf.or.jp/library/annualreport/#ahr-04でご覧いただけます。またMSFの各事務局は、自国内の会計基準・会計法規に従って作成され、かつ国際監査基準に準じて監査を受けた財務諸表を公表しています。MSF日本の財務諸表を掲載した2012年度の会計報告書は、http://www.msf.or.jp/library/annualreport/#ahr-04からご覧いただけます。

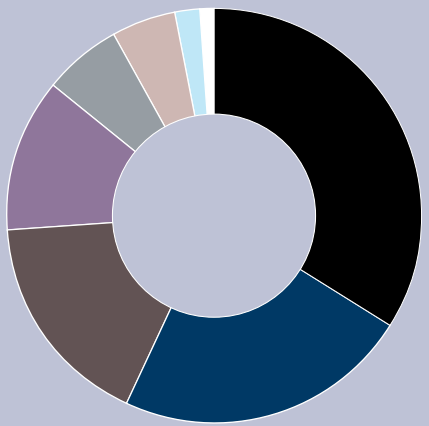
以下に示す数値は2012年度の値です。ここに記載されているすべての金額は百万ユーロ単位で、1ユーロは2012年度の平均レート、102.59円で換算しています。

注：表内の数値は百万ユーロ未満切り捨て表示のため、個々の数値を加算した数値と合計額が一致しない場合があります。

プログラム経費の内訳

費用種類別の支出割合

現地採用スタッフ人件費	34％
外国人派遣スタッフ人件費	23％
医療・栄養治療費	17％
交通・貨物輸送・倉庫保管料	12％
救援物資・衛生管理費	6％
プログラム運営維持経費	5％
トレーニング・現地サポート費	2％
コンサルタント料・フィールドサポート費	1％



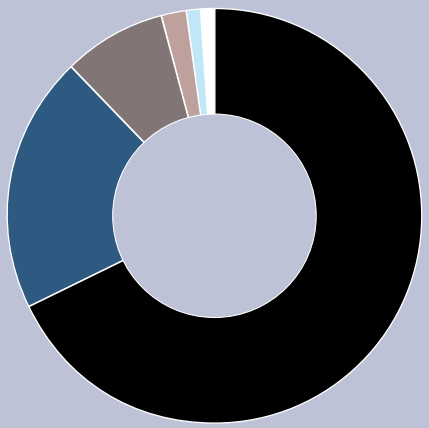
費用の大半は、活動地で援助活動に従事する現地採用ならびに外国人派遣スタッフに係る人件費（渡航費、保険料および宿泊費等を含む）で、全プログラム経費の約57%を占める。

「医療・栄養治療費」の区分には、医薬品と医療機器、ワクチン、入院費と栄養治療食を含む。なお、これらの物資の配送費は「交通・貨物輸送・倉庫保管料」に含まれる。

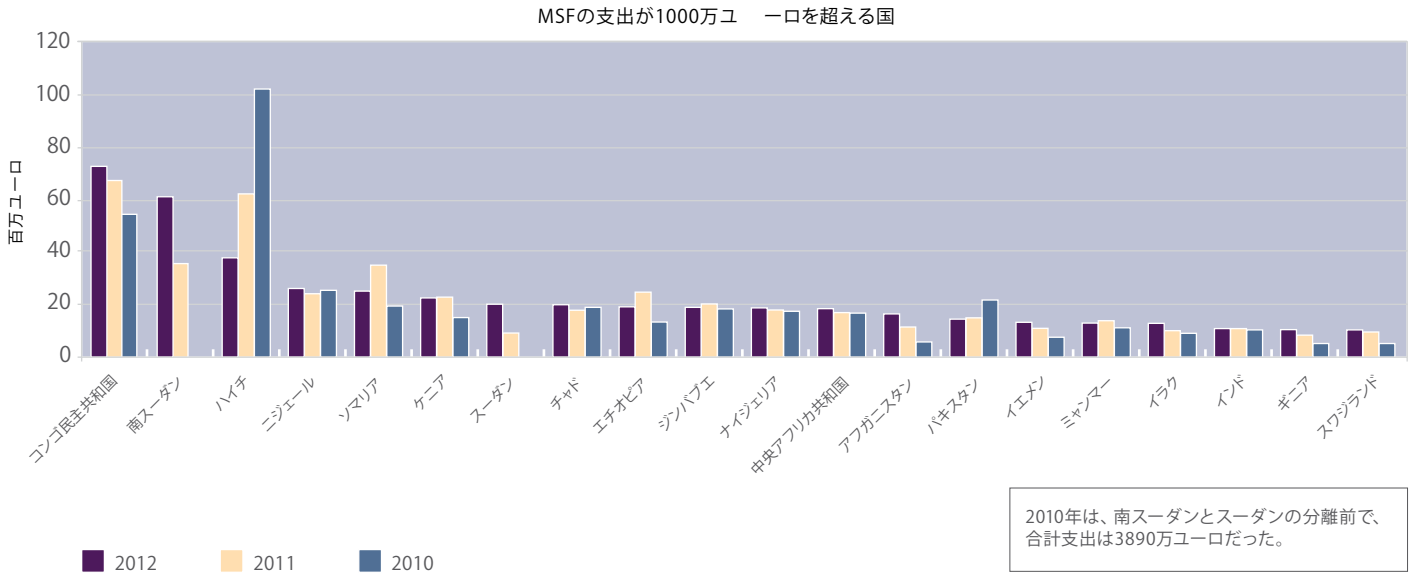
「救援物資・衛生管理費」には、建設資材、医療施設用備品、飲料水、衛生管理用品、搬送用消耗品が含まれる。

大陸別の支出割合

アフリカ	68％
アジア	20％
北中南米	8％
ヨーロッパ	2％
オセアニア	1％
未配分	1％



国別支出



2010年は、南スーダンとスーダンの分離前で、合計支出は3890万ユーロだった。

アフリカ

	百万ユーロ	(百万円) ***
コンゴ民主共和国	72.8	(7,469)
南スーダン	61.2	(6,297)
ニジェール	26.2	(2,688)
ソマリア	25.2	(2,593)
ケニア	22.6	(2,318)
スーダン	20.2	(2,072)
チャド	20.0	(2,052)
エチオピア	19.2	(1,970)
ジンバブエ	19.0	(1,949)
ナイジェリア	18.8	(1,929)
中央アフリカ共和国	18.5	(1,898)
ギニア	10.5	(1,077)
スワジランド	10.4	(1,067)
マラウイ	9.8	(1,005)
マリ	9.1	(934)
南アフリカ共和国	8.1	(831)
モザンビーク	7.6	(780)
シエラレオネ	7.3	(749)
ウガンダ	6.4	(657)
コートジボワール	4.1	(421)
ブルンジ	4.1	(421)
モーリタニア	4.0	(410)
カメルーン	3.3	(339)
コンゴ共和国	3.1	(318)
ブルキナファソ	2.4	(246)
ザンビア	2.0	(205)
エジプト	1.5	(154)
マダガスカル	1.2	(123)
モロッコ	1.0	(103)
その他*	2.6	(267)
合計	422.2	(43,313)

アジア／中東

	百万ユーロ	(百万円)
アフガニスタン	16.5	(1,693)
パキスタン	14.5	(1,488)
イエメン	13.3	(1,364)
ミャンマー	13.0	(1,334)
イラク	12.9	(1,323)
インド	10.9	(1,118)
シリア	9.6	(985)
ウズベキスタン	5.9	(605)
レバノン	4.9	(503)
バングラデシュ	3.7	(380)
パレスチナ	3.6	(369)
キルギス	3.1	(318)
アルメニア	2.0	(205)
カンボジア	1.8	(185)
タジキスタン	1.3	(133)
トルコ	1.2	(123)
その他*	4.9	(503)
合計	123.1	(12,629)

北中南米

	百万ユーロ	(百万円)
ハイチ	37.9	(3,888)
コロンビア	8.7	(893)
ボリビアおよびパラグアイ**	2.0	(205)
メキシコ	1.1	(113)
その他*	2.0	(205)
合計	51.7	(5,304)

ヨーロッパ

	百万ユーロ	(百万円)
ロシア	6.3	(646)
ウクライナ	2.4	(246)
フランス	1.2	(123)
その他*	1.2	(123)
合計	11.1	(1,138)

オセアニア

	百万ユーロ	(百万円)
パプアニューギニア	5.0	(513)
合計	5.0	(513)

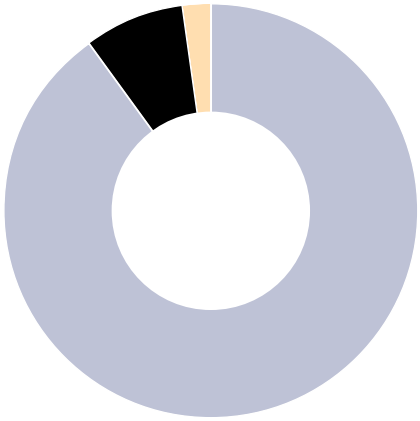
未配分

	百万ユーロ	(百万円)
地域横断的な活動	1.2	(123)
その他	5.1	(525)
合計	6.3	(646)

*「その他」は、プログラム経費が100万ユーロ（約1億259万円）以下の国をまとめたもの。
**ボリビアおよびパラグアイは共同プログラムにて運営されている。
*** 1ユーロ=102.59円換算（十万円以下は四捨五入）

経常収益

	2012 百万ユーロ	2012 (百万円)	2012 比率	2011 百万ユーロ	2011 (百万円)	2011 比率
民間からの寄付収入	838.9	(86,063)	89%	791.6	(88,176)	89%
公的機関からの収入	82.7	(8,484)	9%	75.2	(8,377)	9%
その他収入	16.1	(1,652)	2%	18.7	(2,083)	2%
経常収益　合計	937.7	(96,199)	100%	885.5	(98,636)	100%



民間からの寄付収入　89%
公的機関からの収入　9%
その他収入　2%

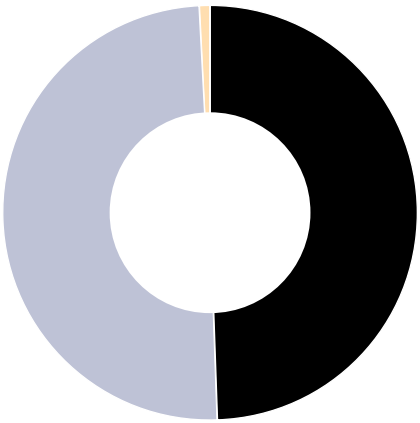
経常費用

	2012 百万ユーロ	2012 (百万円)	2012 比率	2011 百万ユーロ	2011 (百万円)	2011 比率
人道援助プログラム支援費	619.4	(63,544)	66%	609.8	(67,926)	68%
各事務局によるプログラム・サポート費	103.9	(10,659)	11%	92.3	(10,281)	10%
広報活動費	31.7	(3252)	3%	27.5	(3,063)	3%
その他の人道援助活動費	7.4	(759)	1%	7.0	(780)	1%
ソーシャル・ミッション費	762.4	(78,215)	81%	736.6	(82,050)	82%
募金活動費	124.8	(12,803)	13%	110.9	(12,353)	12%
マネジメントおよび一般管理費	56.6	(5,807)	6%	52.4	(5,837)	6%
所得税	0.1	(10)	-	-	-	-
その他の費用	181.5	(18,620)	19%	163.3	(18,190)	18%
経常費用　合計	943.9	(96,834)	100%	899.9	(100,240)	100%
為替差損	-4.8	(-492)		-1.6	(-178)	
当期正味財産増減額	-11.1	(-1,139)		-16.0	(-1,782)	

民間の寄付者
460万

年度末の財政状況

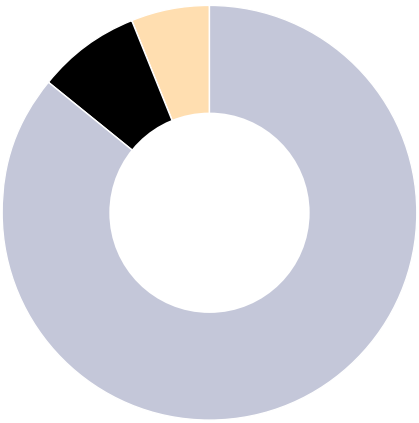
	2012 百万ユーロ	2012 (百万円)	2012 比率	2011 百万ユーロ	2011 (百万円)	2011 比率
現金および現金等価物	551.4	(56,568)	79%	572.9	(63,815)	81%
その他の流動資産	91.1	(9,346)	13%	84.4	(9,401)	12%
固定資産	57.4	(5,889)	8%	49.6	(5,525)	7%
資産　合計	699.9	(71,803)	100%	706.9	(78,742)	100%
指定正味財産(永続的使途制限財産)	3.4	(349)	-	2.5	(278)	-
一般正味財産(使途非制限財産)	580.2	(59,523)	83%	592.3	(65,976)	84%
その他の正味財産	15.0	(1,539)	2%	16.1	(1,793)	2%
正味財産増減　合計	598.6	(61,410)	85%	610.9	(68,048)	86%
流動負債	101.3	(10,392)	15%	96.0	(10,693)	14%
負債・正味財産　合計	699.9	(71,803)	100%	706.9	(78,742)	100%



経常収益　937.7
経常費用　943.9
当期正味財産増減　-11.1

2012年度については1ユーロ=102.59円、2011年度については1ユーロ=111.39 円にて換算。(金額の十万円以下は四捨五入)

スタッフ派遣実績		2012		2011
医師	1,548	26%	1,734	27%
看護師・その他医療従事者	1,785	30%	1,935	30%
非医療従事者	2,622	44%	2,707	43%
スタッフ派遣回数（年間）	**5,955**	**100%**	**6,376**	**100%**
	スタッフ数	*比率*	*スタッフ数*	*比率*
現地採用スタッフ	29,228	86%	29,302	86%
外国人派遣スタッフ	2,592	7%	2,580	8%
現地ポスト数	**31,820**	**93%**	**31,882**	**94%**
事務局職員	2,326	7%	2,062	6%
スタッフ数	**34,146**	**100%**	**33,944**	**100%**



MSFのスタッフは86%と、その大半が活動地で採用されている。
事務局職員が全スタッフに占める割合は7%。

経常収益：財務の自立性を維持し、一般社会との関係を強化する一環として、MSFは民間からの寄付収入の割合を高く保つよう努めてきた。2012年度は収入の89%を民間からの寄付金が占めている。これは世界460万人以上の寄付者および民間企業・団体からのご支援の賜物である。公的機関には、欧州委員会人道援助局（ECHO）、ベルギー、カナダ、デンマーク、フランス、ドイツ、イタリア、アイルランド、ルクセンブルク、ノルウェー、スペイン、スウェーデン、スイス、英国の各国政府などが含まれる。

経常費用：MSFが行う主な活動内容に従って配分されており、すべてのプログラム経費には人件費、直接費用および間接費用の割り当て分が含まれる。

ソーシャル・ミッション費：活動地での人道援助活動に関連するすべての費用（直接費用）ならびに、事務局から直接活動地に配分される医療およびプログラム・サポート費（間接費用）を含む。ソーシャル・ミッション費は合計で、2012年度の総費用の81%を占める。

指定正味財産（永続的使途制限財産）：寄付者が運用の対象を限定したり、実際に事業活動に使用するまでに長期間留保される財産。国によっては、会計制度上、最低限留保すべき財産とされる場合もある。

一般正味財産（使途非制限財産）：寄付者により使途が制限されない財産のうちの未使用残高。各MSF理事会の承認を条件に、ソーシャル・ミッション活動に使用可能な財産。

その他の正味財産：財団の資本金ならびに個別財務諸表を結合する際の、評価・為替差損益の調整勘定を加えたもの。

MSFの正味財産は過年度における支出と収入の差額が累積したものである。2012年度末時点でのソーシャル・ミッション活動に使用可能な正味財産（永続的使途制限基金および財団の資本金は除く）は、前年の活動費の7.6ヵ月分に相当する。これらの正味財産は、将来大規模な人道的危機が発生した際に十分な資金が確保できない場合、民間や公的機関からの収入が突発的に減少した場合、抗レトロウイルス薬（ARV）治療プログラムなどの長期プログラムの維持、および公的機関からの収入や一般募金活動による資金調達までの「つなぎ資金」が必要な場合の資金ニーズに対応する目的で留保される。

国境なき医師団　監査済み『国際財務報告書』（英語版／日本語版）はこちら。
※日本語版は近日公開予定。
http://www.msf.or.jp/library/annualreport/#ahr-04

国境なき医師団(MSF)が2012年に発表した報告書

2月

「ダダーブ：活動が振り出しに」

「ミャンマー：HIV/エイズ・結核患者に迅速な治療を」

「シリア：医療の場が迫害の道具に」

「スーダン：北ダルフール州の忘れ去られた人びと」

3月

「2011年：ソマリアの危機に対応する活動の軌跡」

「妊産婦の死：救えるはずの命」

「崩れる足元：世界基金の資金難と第11次案件中止でHIV・結核との闘いが窮地に陥る理由」

「一からの出発：ウガンダの薬剤耐性結核プログラム立ち上げ」

5月

「適切な予防接種――ニーズに応じたワクチンを求めやすい価格で」

6月

「顧みられない熱帯病：沈黙との闘い」

「ケニア：ダダーブ難民キャンプでの命の影」

「薬価引き下げの謎を解く（第15版）」

「HIV／エイズ：スピードアップ・スケールアップ――より多くの患者により早く最適な治療を届ける戦略、ツール、政策を」

「検出不可域：ウイルス量測定が開発途上国のHIV治療を向上させる理由」

7月

「経過報告：金採掘で鉛中毒の危機」

「安全な出産環境を：シエラレオネとブルンジで妊婦の命を救う」

「HIV/エイズ：地元でより効果的な治療を――アフリカ4ヵ国のコミュニティにおけるARV治療の実践」

9月

「脅かされる進展：HIV／エイズ治療の不足について」

「南スーダンの知られざる危機：民間人への暴力がジョングレイ州の地域社会を破壊し、救命医療の利用を阻む」

「薬剤耐性結核に注目（第2版）」

「内戦を逃れて：レバノンのシリア人難民」

11月

「闇の中から（Out of the Dark）」

MSFの報告書の一部は、こちらでご覧いただけます。 http://www.msf.or.jp/library/annualreport/#ahr-04

MSF 各国事務局

International Médecins Sans Frontières
78 rue de Lausanne | Case Postale 116
1211 Geneva 21 | Switzerland
T +41 22 849 84 00 | F +41 22 849 84 04
www.msf.org

Humanitarian Advocacy and Representation team
(UN, African Union, ASEAN, EU, Middle East)
T +41 22 849 84 00 | F +41 22 849 84 04

MSF Access Campaign
78 rue de Lausanne | Case Postale 116
1211 Geneva 21 | Switzerland
T +41 22 849 8405 | www.msfaccess.org

Australia Médecins Sans Frontières
Level 4 | 1-9 Glebe Point Road | Glebe NSW 2037
PO BOX 847 | Broadway NSW 2007 | Australia
T +61 28 570 2600 | F +61 28 570 2699
office@sydney.msf.org | www.msf.org.au

Austria Médecins Sans Frontières/ Ärzte Ohne Grenzen
Taborstraße 10 | 1020 Vienna | Austria
T +43 1 409 7276 | F +43 1 409 7276/40
office@aerzte-ohne-grenzen.at
www.aerzte-ohne-grenzen.at

Belgium Médecins Sans Frontières/ Artsen Zonder Grenzen
Rue Dupré 94 | Dupréstraat 94
1090 Brussels | Belgium
T +32 2 474 74 74 | F +32 2 474 75 75
www.msf.be or www.azg.be

Canada Médecins Sans Frontières/ Doctors Without Borders
720 Spadina Avenue, Suite 402 | Toronto
Ontario M5S 2T9 | Canada
T +1 416 964 0619 | F +1 416 963 8707
msfcan@msf.ca | www.msf.ca

Denmark Médecins Sans Frontières/ Læger uden Grænser
Dronningensgade 68, 3. | 1420 København K
Denmark
T +45 39 77 56 00 | F +45 39 77 56 01
info@msf.dk | www.msf.dk

France Médecins Sans Frontières
8 rue Saint Sabin | 75011 Paris | France
T +33 1 40 21 29 29 | F +33 1 48 06 68 68
office@paris.msf.org | www.msf.fr

Germany Médecins Sans Frontières/ Ärzte Ohne Grenzen
Am Köllnischen Park 1 | 10179 Berlin | Germany
T +49 30 700 13 00 | F +49 30 700 13 03 40
office@berlin.msf.org
www.aerzte-ohne-grenzen.de

Greece Médecins Sans Frontières/ Γιατρών Χωρίς Σύνορα
15 Xenias St. | 115 27 Athens | Greece
T + 30 210 5 200 500 | F + 30 210 5 200 503
info@msf.gr | www.msf.gr

Holland Médecins Sans Frontières/ Artsen zonder Grenzen
Plantage Middenlaan 14 | 1018 DD
Amsterdam
Netherlands
T +31 20 520 8700 | F +31 20 620 5170
office@amsterdam.msf.org
www.artsenzondergrenzen.nl

Hong Kong Médecins Sans Frontières
無國界醫生／无国界医生
22/F Pacific Plaza | 410–418 Des Voeux Road West | Sai Wan | Hong Kong
T +852 2959 4229 | F +852 2337 5442
office@msf.org.hk | www.msf.org.hk

Italy Médecins Sans Frontières/ Medici Senza Frontiere
Via Magenta 5 | 00185 Rome | Italy
T +39 06 88 80 6000 | F +39 06 88 80 6027
msf@msf.it | www.medicisenzafrontiere.it

Japan Médecins Sans Frontières/ 国境なき医師団日本
〒162-0045 東京都新宿区馬場下町1-1
早稲田SIAビル3階
電話 03-5286-6123 | ファクス 03-5286-6124
office@tokyo.msf.org | www.msf.or.jp
会長 黒﨑伸子(医師) |事務局長 ジェレミィ･ボダン

Luxembourg Médecins Sans Frontières
68, rue de Gasperich | 1617 Luxembourg
Luxembourg
T +352 33 25 15 | F +352 33 51 33
info@msf.lu | www.msf.lu

Norway Médecins Sans Frontières/
Leger Uten Grenser
Hausmannsgate 6 | 0186 Oslo | Norway
T +47 23 31 66 00 | F +47 23 31 66 01
epost@legerutengrenser.no
www.legerutengrenser.no

Spain Médecins Sans Frontières/ Médicos Sin Fronteras
Nou de la Rambla 26 | 08001 Barcelona | Spain
T +34 93 304 6100 | F +34 93 304 6102
oficina@barcelona.msf.org | www.msf.es

Sweden Médecins Sans Frontières/ Läkare Utan Gränser
Gjörwellsgatan 28, 4 trappor | Box 34048
100 26 Stockholm | Sweden
T +46 10 199 32 00 | F +46 8 55 60 98 01
info.sweden@msf.org
www.lakareutangranser.se

Switzerland Médecins Sans Frontières/ Ärzte Ohne Grenzen
78 rue de Lausanne | Case Postale 116
1211 Geneva 21 | Switzerland
T +41 22 849 84 84 | F +41 22 849 84 88
office-gva@geneva.msf.org | www.msf.ch

UK Médecins Sans Frontières/ Doctors Without Borders
67-74 Saffron Hill | London EC1N 8QX | UK
T +44 20 7404 6600 | F +44 20 7404 4466
office-ldn@london.msf.org | www.msf.org.uk

USA Médecins Sans Frontières/ Doctors Without Borders
333 7th Avenue | 2nd Floor | New York
NY 10001-5004 | USA
T +1 212 679 6800 | F +1 212 679 7016
info@doctorswithoutborders.org
www.doctorswithoutborders.org

Branch Offices

Argentina
Carlos Pellegrini 587 | 11th floor | C1009ABK
Ciudad de Buenos Aires | Argentina
T +54 11 5290 9991 | www.msf.org.ar

Brazil
Rua do Catete, 84 | Catete | Rio de Janeiro
CEP 22220-000 | Brazil
T +55 21 3527 3636 | www.msf.org.br

Czech Republic
Seifertova 555/47 | 130 00 Praha 3 | Žižkov
Czech Republic
T +420 257 090 150 | www.lekaribezhranic.cz

India
C-106 | Defence Colony
New Delhi-110024 | India
T +91 11 465 80 216 | www.msfindia.in

Ireland
9-11 Upper Baggot Street | Dublin 4 | Ireland
T +353 1 660 3337 | www.msf.ie

Mexico
Champotón 11 | Col. Roma Sur
CP 06760 | Ciudad de México | Mexico
T +52 55 5256 4139 | www.msf.mx

Republic of Korea
9F Hosoo Bldg. | 68-1 Susong-dong
Jongno-gu | Seoul 110-140 | Republic of Korea
T +82 2 3703 3500 | www.msf.or.kr

South Africa
Orion Building | 3rd floor | 49 Jorissen Street
Braamfontein 2017 | Johannesburg | South Africa
T +27 11 403 44 40 | www.msf.org.za

United Arab Emirates
P.O. Box 47226 | Abu Dhabi | UAE
T +971 2631 7645 | www.msf-me.org

ABOUT THIS REPORT

Contributors
Caroline Abu-Sada, Ali Al-Mawlawi, Halimatou Amadou, Louise Annaud, James Arkinstall, Shaista Aziz, Aurélie Baumel, Niklas Bergstrand, Pierre Borelle, Andrea Bussotti, Jehan Bseiso, Brigitte Breuillac, Talia Bouchouareb, Lali Cambra, Françoise Duroch, Silvia Fernández, Isabelle Ferry, Mathieu Fortoul, Marisol Gajardo, Sarah-Eve Hammond, Carolina Heidenhain, Joanna Keenan, Jo Kuper, Aurélie Lachant, Yann Libessart, Samantha Maurin, Eddy McCall,
Robin Meldrum, Isabelle Merny, Agustin Morales, Jessica Neerkorn, Elias Primoff, Yasmin Rabiyan, Catherine Robinson, Javier Sancho, Faith Schwieker-Miyandazi, Victoria Russell, Gregory Vandendaelen, Jonathan Whittall.

Special thanks to
Valérie Babize, François Dumont, Marc Gastellu Etchegorry, Myriam Henkens, Nicolette Jackson,
Unni Karunakara, Erwin van 't Land, Caroline Livio, Jérôme Oberreit, Emmanuel Tronc.
We would also like to thank all the field, operations and communications staff who provided and reviewed material for this report.

English Edition
Managing Editor Jane Linekar
Editorial Support Caroline Veldhuis and Yi Ling Hwong
Photo Editor Bruno De Cock
Proof Reader Kristina Blagojevitch

French Edition
Editor Laure Bonnevie, Histoire de mots
Translator Translate 4 U sarl (Aliette Chaput, Emmanuel Pons)

Spanish Edition
Coordinator Javier Sancho
Translator Pilar Petit
Editor Mar Padilla

Arabic Edition
Coordinator Jessica Moussan-Zaki
Translator Mouine Imam (Commanine)
Editor Jessica Moussan-Zaki

日本語版
翻訳 CCFJ翻訳センター、MSF日本
編集 MSF日本
レイアウト協力 株式会社バウコミュニケーションズ

Designed and produced by
ACW, London, UK
www.acw.uk.com

MIX
Paper from responsible sources
FSC® C001785
FSC
www.fsc.org

国境なき医師団（MSF）は、独立した非営利の、国際的な民間の医療・人道援助団体です。武力紛争や感染症、医療からの疎外、自然災害などで命の危機に瀕した人びとへ、人種、宗教、信条、性別、政治的な関わりを超えて、緊急医療援助を提供しています。

MSFは1971年に、医師とジャーナリストによって、フランス・パリで設立されました。2012年現在は、世界28ヵ国に事務局を擁する国際的な組織です。約6400人の海外派遣スタッフが、約3万人の現地スタッフとともに、世界の約70の国と地域で活動しています（2012年度）。MSFインターナショナルのオフィスはスイス・ジュネーブにあります。

MSF インターナショナル
78 rue de Lausanne, CP 116, CH-1211, Geneva 21, Switzerland
Tel.: +41 (0)22 849 8400, Fax: +41 (0)22 849 8404

表紙写真
銃弾の摘出手術を行う外科チーム。シリア北部。
© Nicole Tung