

## ミャンマー医療援助隊での17年間にわたる活動に参加して

川島 清美

鹿児島大学医学部歯学部附属病院・口腔顎顔面センター・口腔外科

### はじめに

ミャンマー連邦国は第2次世界大戦後の1948年にイギリス連邦国より独立した。独立当時は穀物、資源に恵まれた豊かな国で、隣国タイより遥に国力がありタイより20年以上進歩していたと言われていた。しかしながら、1962年から1988年までビルマ式社会主義を貫き、鎖国政策を敷き外国との交流を絶った為に社会的進歩が停滞し、世界諸国の発展から取り残されることになった。1988年以降は外国との交流は少しずつ回復し社会情勢の変化が見られるようになったものの、軍政が敷かれており相変わらず外国との交流には厳しい制限が行われていた。その間に隣国タイは諸外国との交流が盛んに行われ人材の交流や外国からの支援の受け入れ、さらに外国企業の進出もあり目覚ましい経済発展を遂げ東南アジアの経済、工業の中核を担うまで



になっておりミャンマーとの社会的発展には30年以上の格差があるといわれている。このような社会的情勢の中で医学・歯学の進歩も大いに遅滞し、医療の世界でも世界から取り残された感がある。隣国タイは経済発展に伴い医療水準や医療環境も先進国に劣らないまでに発展している。一方、ミャンマーの医療事情も人的交流や医療情報などもかなりの間制限されていたこともあり経済格差と同じくらい30年ほどタイにくらべて遅れている。近年では近隣のシンガポール、マレーシアも先進国並みに経済発展し、それに伴って医療水準が向上しておりミャンマーの医療レベルは近隣諸国と比較しても低いものであったと言えた。このような医療事情から口唇口蓋裂患者の治療は手つかずの状態であり、患者は放置され早期に死亡したり、醜形のために世間から差別や隔離を受け、時には学童期に酷いじめに遭遇したりと、患者の人権、人格が侵害されてい

た。これらの患者を救済する為に、ミャンマー連邦国関係者よりそれまでベトナムをはじめアジア各国に口唇口蓋裂の診療団を派遣し実績のあった日本口唇口蓋裂協会へ援助の要請があり、ミャンマー医療援助隊が結成され1995年の活動開始時から鹿児島大学歯学部も参加して今日に至っている。

### ミャンマー医療援助隊の経過

1993年にミャンマー連邦国医療省から日本口唇口蓋裂協会へ口唇口蓋裂治療のための医療援助の要請があった1994年12月に日本口唇口蓋裂協会の夏目長門常務理事が現地調査を実施した。実施調査時にミャンマーでの口唇口蓋裂治療はヤンゴン医科大学附属病院であるヤンゴン総合病院（Yangon General Hospital, YGH）の形成外科で行われていた。そこで1名の形成外科の教授が弟子への育成も行うことなく独占的に手術を行っていた。当時は歯科医師が出来る手術は抜歯のみでありその他の歯科外科ならびに口腔外科の手術は形成外科の医師のみが行える手術であった。ミャンマーの歯科医師達はYGHの形成外科医の手術の見学や手術の介助のみが許され歯科医師による消炎の為の膿瘍切開、菌原性嚢胞などの摘出術の歯科外科や骨折等の外傷術、良性腫瘍手術、口唇口蓋裂術、悪性腫瘍手術などの口腔外科的手術は無に等しいところであった。1995年にミャンマー医療援助隊が九州大学第一口腔外科の田代英雄教授を隊長にして結成された。1995年は1988年に起きた反政府運動の影響もあり学生運動を防止するためにヤンゴン市に集中していた大学を地方へ移転し分散化が図られた。それによりヤンゴン市中心部にあったヤンゴン歯科大学も郊外へ移転を余儀なくされていた。それまで使用していたヤンゴン歯科大学の校舎は医療省の一部となりヤンゴン歯科大学の校舎はヤンゴン医科大学の古い校舎をあてがわれ



ており附属病院は整備されていなかった。1995年ミッション開始時は手術室もなくそれまで使用されていた倉庫を急遽改造して手術室とし整えて、日中は38℃を越える暑さの中エアコンが代わりの氷柱を立てた手術室でヤンゴン歯科大学が行う記念すべき全身麻酔下での第1例目の口唇口蓋裂手術が田代先生の執刀で行われた。この年の手術は5例のみが実施された。その後2000年まで週3日を手術日に当て週2日は講義ならびに教育の時間としてスタッフへの滅菌、消毒など外科学の基礎的講義、歯科麻酔学、手術法、周術期の管理法、術後管理等々口腔外科の基礎教育ならびに各種疾患に関する治療法などの講義を行った。1997年には歯学部附属病院もヤンゴン中心部から立ち退かされヤンゴン市郊外のヤンゴン第2医科大学附属病院の San Pya Hospital へ移転しその救急棟を間借りして歯科診療が細々と行われていた。当時ミャンマー政府は米国による経済制裁を受けていたこともあり財源に乏しく、特に国立大学歯学部に関する予算はないに等しく微々たるものでありデンタルチェアは日本では1960年代頃まで使用されていた坐位診療台でベルト式電気エンジンが装着している前近代的な診療室風景であった。また、口腔外科に関して手術器具は皆無に等しく、あったにしてもこれらの手術器具でどの様にすれば手術が出来るのだろうかと思わせるような手術器具のみであった。そこで、現地の口腔外科医が日常の手術が出来るように、隊員は各自の施設で不要となりまだ使用可能な器具や廃棄される器具をもらい受けて多くの手術器具を毎回寄贈して続けている。そのようなしなければ消耗品である手術用鉗などはミャンマーには手術器具のメンテナンスが出来る職人がいないことやミャンマーは水が悪いために器具の劣化や消耗が激しく、特に鉗の刃の切れ味の劣化が早く次回のミッションの時にはすでに使用できなくなっておりこれらの補充も毎回必要となっている。2005年頃までは日本政府も経済的に余裕があり鹿児島大学歯学部手術室でも年度末のなると消耗品の購入が盛んに行われており廃棄する医療器具が沢山ありその中でまだ使用できそうな器具を選択して寄贈してきた。ミャンマーのスタッフもミャンマーには中国製やベトナム製の手術器具は安価で入手できるが日本から寄贈される手術器具はとても品質が良いのでとても喜ばれた。中でも鹿児島大学からは廃棄された心電計を2005年から3年間、しっかりと業者に無償でメンテナンスしていただき3台寄贈しそれまでの聴診器から心電計へ変わったことで全身麻酔下での患者のモニターが可能になったこ

とで大変感謝された。2008年にサイクロンでヤンゴン歯科大学建物が大きな被害を受け、手術室も屋根が吹き飛ばされ心電計など医療器機も水浸しになった。幸いなことに長期の停電が味方し器械内の電気系統が乾燥して奇跡的に故障を免れた。2013年12月も重宝されて使用去れているのを確認し現在も患者さんの生命を守る器具として大活躍している。ミャンマー医療援助隊の目的は最終目標を技術移転に置き、最初にミャンマー側の口腔外科医2名に技術移転を行った。技術移転に関しては田代九州大学歯学部名誉教授が当時ヤンゴン歯科大学口腔外科講師 Ko Ko Maung 先生（元ヤンゴン歯科大学口腔外科教授）と筆頭助手 Htay Htay Yi 先生（現ヤンゴン歯科大学口腔外科教授）の2名に手術の見学、助手、設計、手術の実地をステップ毎に指導を行い2000年に田代教授より口唇口蓋裂手術に関する Certification が授与されミャンマー人の歯科医師による口唇口蓋裂手術が開始された。われわれの医療援助隊が行う際には郵貯ボランティア預金からの活動資金により遠方の患者さんが多いために患者さんの負担がなく遠方から来る患者さんには交通費や食費の補助金が出るために多くの患者が集まってきた。しかしながら、活動期間が限られているためミッション中に手術を受けられる患者数には限りがあり残された患者さんはミャンマーチームに引き継がれて手術が実施されるようになった。この結果、多くの患者さんの手術が行えるようになってきている。また、ミャンマーでは口唇裂手術に使用する5-0ナイロン糸や6-0ナイロン糸は特殊な縫合しであるため現地では入手困難でありたとえ入手できるとしても粗悪で非常に高価であり現地のドクターには入手は出来なかった。ミャンマー医療援助隊は当時のミャンマーでは輸液や全身麻酔薬、医療材料、医薬品など入手が困難であり全ての医療器材をミッション毎に多額の超過重量料金支払いながら現地のチームが1年間使用できるくらいの多くの縫合糸や医療器材を持参して毎回寄贈した。2001年にはミャンマーの口腔外科で口腔癌の手術が初めて行われた。2003年にはマンダレー歯科大学で初めてわれわれの手で口唇口蓋裂手術が開始された。2005年にヤンゴン以外の地方で手術を行いヤンゴンやマンダレーでの手術を受けられない患者の手術を行うようになり Pyi では3日間で63例の口唇口蓋裂手術を朝7時半から夜の10時過ぎまで行った。2009年はミャンマー政府の要請で遷都したネピドーで4日間に54例の手術を行った。2011年と2013年には世界各国の口唇口蓋裂手術のボランティアチームが競って手術を行なっている

ミャンマー中央部の田舎 Sagaing 村にある Sitagu Ayudana 僧院附属病院でゲストハウス（宿坊）に宿泊しながら日本チームとして初めて口唇口蓋裂手術を行った。この様にして毎年ミャンマー医療援助隊としてミッションを行ってきたがこれまでに行った手術例は600例を越している。ミャンマーでの口唇口蓋裂治療の問題点は、ほとんどの患者が遠方に住まっておりしかも経済的に貧しい人々が多。そのために、ヤンゴン歯科大学やマンダレー歯科大学へ術後の経過観察に来られない患者がほとんどであり術後の経過観察が行われずに、変形治療、顎発育、瘻孔形成などが放置されていることである。口蓋裂患者に関しては、言語治療士などが未だに育成されておらずに術後の言語治療は放置されたままである。また、顎発育に関しては歯科矯正がまだ歯列矯正を始めたばかりで顎矯正までは行われておらずに言語治療、顎矯正に関してこれらを取り扱う専門家の育成が急務である。2013年3月になりヤンゴン歯科大学の口唇口蓋裂の術後の患者の評価を実施するようになりこれまでの手術法などの検証を行なった。これらの結果が出たら手術にフィードバック出来るように分析を重ねていることである。現在、ミャンマーでは初代の口唇口蓋裂手術を日本チームから伝授された Ko Ko Maung 先生は定年退官し、Htay Htay Yi 教授も後2年で定年を迎える。しかしながら、次世代の Win Naing マンダレー歯科大学教授や Tun Wai ヤンゴン歯科大学助教授にしっかりと受け継がれ次世代、次々世代まで優秀な術者が育成されている。今後の課題として口唇口蓋裂患者の手術後の経過観察、言語治療、顎発育、二次修正術等の口唇口蓋裂患者に伴う諸問題点に対処する Know-How を伝授する必要がある。

### ミャンマーの教育事情

ミャンマーの教育制度は5歳時になったら小学校へ入学し小学5年間（0学年から4年生）一応義務教育、中学4年間（5～8年生）高校2年間（9～10年生）大学入学年齢は16歳から大学教育は学部毎にそれぞれ異なり3年過程、4年過程があり、歯学部は5年間、医学部は6年間の教育をいけている。医学部・歯学部は卒業後1年間の研修期間がある。小学は近年義務教育となった。しかしながら、生活が厳しいために地方では義務教育を終了しない者が多い。ミャンマーは識字率が東南アジアでは非常に高くベトナムに次いで2位を誇り90%以上を占めている。生活が貧しくて小学校に通えない子供が多いためその代わりに多くの僧

院が子供達の教育をおこなっておりそのために識字率が非常に高い水準を保っている。大学入学は高校修了時の全国一斉試験の成績により成績順に自分の入学できる大学が決定される。難易度からすれば医学部またはコンピューター関連のヤンゴン工科大学が最も難易度が高く歯学部は8位のところにあり比較的難易度の高い方に分類されている。ミャンマーでも女性の学力が向上しており成績は女性の方が一般に高い。そのため大学進学は女性が多く入学できるが医学部ならびに歯学部に関しては女性の入学者を制限している。医学部では男性60%、女性40%、歯学部では男性80%、女性は20%と女性の入学者を制限しており歯学部では女性は厳しく制限されている。ミャンマーではこのような事情で受験競争が激しく小学高学年時から塾通うようになり優秀な塾は多くの生徒が集まり夕方の学校修了時には親が塾への送迎するための交通渋滞がみられる。高校修了後の医学部の教育期間は6年、歯学部は5年であり卒業後それぞれ1年間の研修期間がある。歯科教育に関しては1, 2年生は基礎系の授業や実習, 3, 4年生は臨床系の授業や模型実習, 5年生は患者の診療実習を行っており5年終了時には歯科医師として必要な知識や手技を習得している。一般歯科の治療はもちろんのこと口腔外科の手技では普通抜歯は日常的に行えるレベルまで到達しており、簡単な下顎埋伏歯抜歯も出来るぐらいまでになっている。卒業後、歯学部では1年間の研修期間があり研修生はHause Surgenと呼ばれ保存、補綴、小児歯科、矯正科、口腔外科、Oral Medicine、放射線科をローテートしながら研修を行う。口腔外科の研修中は当直業務も行っており指導医と共に急患の対応を行い外傷など治療は研修医が単独でかなりのレベルの治療までを行っている。研修が終了すると医学部・歯学部には国家試験はなく医師免許ならびに歯科医師免許が与えられる。研修期間が終了後すれば今までは全国各地の国立系の病院ならびに診療所へ5年間の期限付きで派遣されていた。民主化後この制度は撤廃されている。この制度の撤廃により収入面で有利な大都市のヤンゴンに歯科医師が集中するのではないかと危惧されるが現在のところ歯科の治療費がミャンマー全土で低いため大都市が収入面で有利とは言えずに歯科医師は結構出身地に戻り地域医療に貢献している。

### ミャンマーの歯科医療のレベル

ミャンマーは1962年から1988年までビルマ式社会主義を掲げて鎖国政策を実施した。一方、隣国タイはそ

の間に日本や諸外国からの援助や企業の進出を積極的に受け入れて今や世界の工業の生産拠点となっている。また、工業面に限らずの各分野で先進国との交流を深めて先進国の技術を導入し今や先進国と肩を並べる迄に発展してきた。医療の面に置いても同様に知識技術の導入を図り日本や欧米諸国の医療水準と比しても遜色ないレベルまでになっている。ミャンマーに置いては鎖国政策が各分野の発展を妨げ隣国タイに大きな後れを取ってしまった。医療の分野に置いても同様に大きな停滞を来た戦後のままの状態ですべて世界から取り残されていた。われわれの医療援助を開始した1995年から10年間はミャンマーでは情報の取得には大きな制限があり外国の医療情報の入手は非常に困難であった。当時のミャンマーでは教科書の入手すら困難であり日本チームが持参した日本語の手術書を置いて行くように切望された。また、2010年頃まではインターネット閲覧は政府により厳しく制限されており最新の医療情報はないに等しかった。1997年にヤンゴン歯科大学を訪問した際には、5年生の補綴の臨床実習を見学する機会があり当時の実習室のデンタルチェアは日本からの援助で送られた1950年代の立位式のデンタルチェアでベルト式の電気エンジンが付いている時代物の歯科医療器材が使用されていた。1988年以降鎖国主義は解消されたが軍政を敷き相変わらず諸外国との交流は厳しく制限をされ外国へ留学させ新しい知識を導入することには消極的であった。それでも、日本の援助で国費留学生として東京医科歯科大学歯学部や東北大学歯学部に留学して少しずつは先進的な歯科医療が導入されてはいた。また2007年以降民主化されてインターネットの制限も徐々に緩やかになり豊富な医療情報が入手出来るようになり歯科医師の知識レベルの向上に繋がってきている。しかしながら、未だに現代の治療器材の入手が困難であることと歯科医療技術の遅延があり先進国の医療水準とは明確な格差がまだにある。ミャンマー在住の日本人によると歯科治療を受けるには治療のための休暇をとり出国して日本と遜色ない医療の進んでいるタイ、シンガポール、マレーシアで行うか日本へ帰国して1週間程度で集中治療を行い治療終了後ミャンマーへ戻るとのことで医療先進国から来てミャンマーに滞在している外国人にとっては歯科治療も大変な労力を強いられている。ミャンマーはシンガポールやマレーシア歯科大学との交流が1990年代後半から盛んに行われておりそれなりの歯科医療に関する情報は有するようになってきている。一方、戦前から日本とミャンマーは友好関係

にあり日本の国費で日本へ留学生を送り込みミャンマーのヤンゴン歯科大学ならびにマンダレー歯科大学の良好の学長は日本へ留学しており日本の医療水準の高さを認識しており日本の大学との交流を強く望んでいる。民主化後日本の歯科関係の大学が次々と姉妹校提携を結んでおり留学生の受け入れの等の人材交流、講義、技術指導が行われるようになっていく。

### ミャンマーの歯科医師養成

現在ミャンマーには歯科医師養成のためにヤンゴン歯科大学ならびにマンダレー歯科大学の2校が設置されている。ミャンマーでは歯科医師養成は比較的歴史が浅く1964年にヤンゴン歯科大学が定員60名で開校され1999年にマンダレー歯科大学が開校されるまでに細々と歯科医師の養成が行われていた。当時日本の1.8倍の国土を持ちながら1,500人程度の歯科医師しか養成されていなくて絶対的に歯科医師不足でありこれの解消のために2校目が開設された。そこで両歯科大学の定員を各200名にして年間400名ずつ歯科医師を養成したが現在は150名に定員を削減したとのことであった。10年後の2024年には歯科医師が6000名程度まで増加しミャンマー国民が比較的容易に歯科医療を受けられるようになると期待されている。戦後日本では正規の医学教育や歯学教育を受けない戦時中の衛生兵上がりや医介補、歯科医介補となり医業や歯科医業を営むことが許されていた。同様な制度がミャンマーにも存在し退役した衛生兵や歯科技工士が未だに地方で歯科医業を行っており、多くの弊害がもたらされており社会問題化している。教育に関しては初等教育に置いても非常に厳格行われ小学でも落第がある。さらに遅刻に関してもかなり厳しく対応している。歯学部に進級試験も厳格に行われてペーパー試験と口頭試問の2本立てで実施されて口頭試問のウェイトが非常に高い。しかしながら、試験の合否判定は厳格であるものの成績不良者は何回も追試を重ね全員が歯科医師となるような策を講じているとヤンゴン歯科大学学長のコメントがあった。

最後にミャンマーでの民主化が始まり急速にミャンマーの社会情勢が変わりつつある。軍政から民主化へ移行したことは、光の部分では恐怖政治から解放されミャンマー国民は自由な空気を謳歌しているが、一方影の部分としては物価が5倍から6倍に高騰している。ヤンゴン市の家賃も日本の銀座並みまで値上がりしてバブルの様相を呈しているようで一般庶民の収入はほとんど増えていずに生活が厳しい状況に追い込ま

れている。ミャンマーでは医療保険制度がなくお金持ちは日本の総合病院と遜色のないようなスタッフや設備が整った民間病院で高度な医療を受けることが出来る。庶民は未だに前近代的な医療施設や医療材料に乏しい中で医療を受けており医療格差もますます拡大している。ヤンゴン歯科大学ならびにマンダレー歯科大学の口腔外科では前ヤンゴン歯科大学口腔外科教授のKo Ko Maung先生が提唱して始まったボランティア手術により医療費の支払いの困難な患者さんのチャリティー手術を行っており貧困家庭の多くの口唇口蓋裂患者がこの恩恵により手術を受けてられている。ミャンマーには、医療費は無償であると言われているが手術費は無料でもその他の手術に関して使用した、縫合糸、手袋、薬品（抗生剤、麻酔薬など）点滴セット等全てが自己負担となっている。医療保険制度がなく、医療費は自費であるから国民の大多数は医療を受けるのは非常に困難である。そこで、この国では、僧院がこれらの患者を救済するために僧院が病院を持ち医師ならびに歯科医師が無償で治療を行っている。また、ヤンゴン歯科大学ならびにマンダレー歯科大学ではこれらの支払いの出来ない患者には、ミャンマー医療援助隊はミッション実施時に有り余るほどの大量の医療器材、医薬品を持参しミッション終了時にはそれを寄贈してきた。これらの医療器材、医薬品を使用すれば患者さんの負担は軽減される。また、医療費の支払いが可能な患者からは医療費を口腔外科で徴収してそれをプールしておき貧困層の患者の医療費に充てている。このシステムで多くの貧困層の患者が口唇口蓋裂治療を受けられるようになっていく。この互助システムは非常に合理的でありすぐれた方法であり一考の余地があると考えられた。ミャンマーは民主化により世界各国の資本資金が大量に投入されいまやバブルを思わせる様な世情である。しかしながら、一般市民は格差がますます拡大しており市民生活は17年前より苦しくなっており低所得者の医療はますます置き去りにされる可能性があり。早急に社会保険制度などの整備が必要でこの様な国にこそ必要なことであると思われる。17年間にわたりミャンマー医療援助活動を通してミャンマーの医療事情を垣間見ることが出来た。ミャンマーの教育制度は充実しており、ミャンマー人の教育レベルは非常に高い優秀な人材が多い。医歯薬、看護関係も教育レベルは非常に高い。しかしながら、医療技術や設備の面で世界の先進国との差がまだ歴然としている。世界との格差を解消するためには、民主化の機会を捉えてミャンマー国が積極的に先進国

をサポート受け入れてれば5、6年後には世界各国と肩を並べられるまでの医療水準までなるのではないかと思います。最後に、日本の歯科大学からの支援を切望しているヤンゴン歯科大学ならびにマンダレー歯科大学と鹿児島大学歯学部も早期に大学間交流協定を締結していただき、人材交流や技術指導、特に立ち後れている補綴、保存、歯周、矯正、予防歯科、口腔保健の分野向上に鹿児島大学歯学が貢献されることを切望します。ミャンマーの歯科医療水準が向上してミャンマー国民がより良いライフワークがおくれますようにお祈りします。



ヤンゴン市内から郊外へ移転し、野原の中に講義棟のみあるヤンゴン歯科大学（1997年）



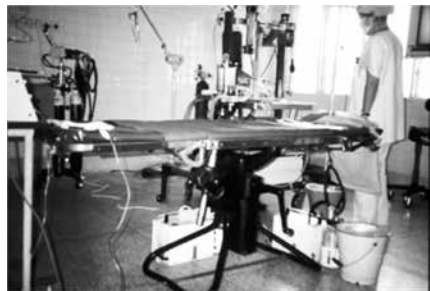
第2校目のマンダレー歯科大学建設予定地（1998年）



1995年ミャンマー歯科大学にて初めて行われた口唇裂手術



ミャンマー人の歯科医師への技術移転



1997年当時の手術室には心電計もなく麻酔医は聴診器のみで全身麻酔をかけて、手術室に酸素ボンベや笑気ガスボンベが同居しており、しかも麻酔中はガス漏れが著しい危険な手術室（1997年ヤンゴン歯科大学）

時代の変遷と共に充実してきたヤンゴン歯科大学ならびにマンダレー歯科大学



**2002年マンダレー歯科大学  
の校舎完成**



**2005年ヤンゴン歯科大学附属病院開設**



**2002年マンダレー歯科大学へ  
口腔外科手術棟が日本口唇口  
蓋裂協会が外務省の支援を得  
て寄贈**



**2011年マンダレー歯科大学口腔外科診療棟  
(病室を含む)**



ヤンゴン歯科大学の講義風景



ヤンゴン歯科大学の矯正科の臨床実習風景  
中央がライター、両脇が学生



マンダレー歯科大学のチュートリアル風景



進級試験期間中のヤンゴン歯科大学の学生  
進級が厳格な為に休み時間も必死に勉強



学長以下全職員と全学年の学生が参加して満月祭の学年対抗の餅つき大会が行われた学園祭  
学生は非常に活気にあふれており、教職員も学生と一体となって祭りを盛り上げ楽しんでた。



日本では見ることが出来ない様ような症例



斜顔裂



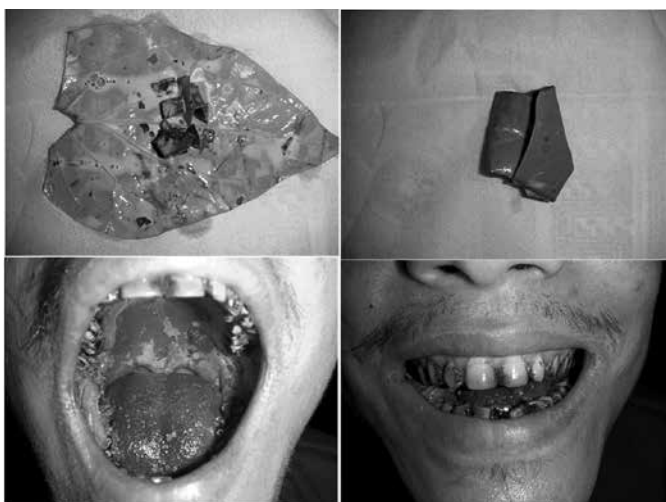
巨大なエナメル上皮腫



巨舌症



noma (水瘡)



ミャンマーでは口腔癌の発生頻度が高くその原因としてのピンローージュ

日本では考えられない広い唇裂や顎裂



日本ではほとんど行われない口唇形成術ならびに口蓋形成術同時実施症例



局所麻酔下での初回口唇形成術



1998年当時のヤンゴン歯科大学の診療室の坐位式デンタルチェア



中国製のデンタルチェアで整備されたマンダレー歯科大学の口腔外科外来診療室



インフラの整備が悪くいつまでも濁りがとれないホテルの水道水



電力事情も悪くしょっちゅう停電になり懐中電灯で照らしながらの口唇裂手術



断水になり30分以上濁りがとれなかった手術室の手洗いの水



衛生状態や環境が悪く、隊員は強烈な下痢に見舞われ脱水症状や虫さされで足が大きく腫脹し隊員の健康管理も困難である。



ミッションの最中には様々なアクシデントが発生する。2013年3月 Sagaing のミッション中の小火



中堅の口腔外科医へ技術指導・技術移転



ようやく始まった口唇口蓋裂患者の経過観察（2013年3月） 遠方より家族総出で経過観察に参加（2013年12月）



2008年サイクロン・ナルギスにより天井が吹き飛ばされたヤンゴン歯科大学の手術室



復興支援金として国分ロータリークラブからの寄付金をヤンゴン歯科大学学長 Prof.Myo Win へ寄贈



2013年12月今も稼働している鹿児島大学歯学部より寄贈された心電計



毎回医療援助活動のために口腔外科外来の看護師さんからの滅菌ガーゼ  
ミャンマーの吸湿性の悪いガーゼに比して使用感が良くとても重宝がられる。



ヤンゴン歯科大学附属歯科技工士学校の設備  
旧式の機械が使用されており未だにふいごを使用して鑄造している。近代化が望まれる（2013年3月）



左はこれまでの最高齢者53歳 右は32歳 まだまだ未治療患者が多く埋もれている。