

## 講演VI

# 被ばく医療の 現状からみた福島

独立行政法人 放射線医学総合研究所理事

明石 真言



### 演者紹介

石井 それでは、続いてご講演いただきます。明石真言先生のご略歴を紹介いたします。明石先生は、平成元年に自治医科大学大学院博士課程を修了後、放射線医学総合研究所障害臨床研究部研究員、また、米国カリフォルニア大学客員研究員・緊急被ばく医療研究センターセンター長などを経られまして、独立行政法人放射線医学総合研究所理事に就任されました。文部科学大臣賞（原子力防災対策功労者）、日本血液学会奨励賞など、数々の賞も受賞されています。

演題は「被ばく医療の現状からみた福島」です。それでは明石先生、よろしくお願いします。

明石 このような機会を与えていただきました日本学術会議、日医総研の方々に感謝いたします。また、座長の労をお取りくださる石井先生、どうもありがとうございます。

きょうは被ばく医療という視点からみた現

在の福島ということを考えさせていただきたいと思っています（図表1）。

### 我が国の緊急被ばく医療の歩み

図表2は、我が国の被ばく医療体制がどのようにしてできて、どのように歩んできたかということを示したものです。ここに書いてありますように、平成9年の旧動燃のアスファルト固化処理施設の火災爆発事故、それが国内では非常に大きな契機になって、防災基本計画の中に「原子力災害対策編」というのが

図表1

日本医師会総合政策研究機構・日本学術会議  
共催シンポジウム  
平成26年2月22日(土)

## 被ばく医療の現状から みた福島

放射線医学総合研究所  
明石 真言

追加されています。もちろん国外にあっては、スリーマイル島などいろいろな事故がありました。

平成11年のJCOのウラン加工工場における臨界事故、これはまた大きな契機になっています。と申しますのは、これ以前は、被ばく医療は住民のためだけであって、中の労働者については一切関与をしませんでした。ただ、この事故を契機として、医療はやはりサイト、中と外で分けるべきではないという考え方に基づいて、平成13年に原子力安全委員会が『緊急被ばく医療のあり方について』というものを著し、また20年10月にはこれが改訂され、平成23年にこういう大きな事故が起きましたという経過を歩んでいます。

図表2

我が国の緊急被ばく医療体制の歩み	
平成7年 1月17日	阪神・淡路大震災
平成9年 3月11日	動燃アスファルト固化処理施設における火災爆発事故
6月	「防災基本計画」の改訂 (原子力災害対策編の追加)
平成11年 9月30日	JCOウラン加工工場における臨界事故
平成13年 6月	「緊急被ばく医療のあり方について」 (原子力安全委員会)
平成20年 10月	「緊急被ばく医療のあり方について」 (原子力安全委員会一部改訂)
平成23年 3月11日	東日本大震災

図表3

緊急被ばく医療のあり方について	
平成13年6月	(平成20年10月一部改訂)
原子力安全委員会	原子力施設等防災専門部会

## 『緊急被ばく医療のあり方について』の骨子

現在、被ばく医療体制は規制委員会で議論されていますが、これまでどういうものであったかということについて、簡単にご説明させていただきます(図表3)。

まず、医療の原点です。医療である以上、いつでもどこでも誰でも最善の医療を受けられること。これは放射線に被ばくをした場合、汚染をした場合、またその疑いがあるときに、原因、それから場所によって、これに区別が起きるというのはおかしいということです。つまり、医療というのは、基本的に命の視点に立った対応であることが不可欠であるということがあります(図表4)。

もう2つあります。2つめは、医療関係者に不安を与えない医療体制であることです。これはどういうことかと言いますと、たとえば自分の病院、診療所に、放射性物質に汚染された方が来たとする。自分はこの患者さんを診て大丈夫だろうか、自分は治療して大丈夫だろうかと、もうこの段階で医療が止まってしまうことがあります。

3つめは、当然医療体制ですから、放射線の被ばく、ここには原子力安全と書いてあります、そのセーフティネットであることで

図表4

緊急被ばく医療のあり方について 平成13年6月(平成20年10月一部改訂)	
第2章 基本理念	
(1) 「いつでも、どこでも、誰でも最善の医療を受けられる。」という救急医療の原則と、医療対応の能力を上回る多数の傷病者の発生を伴う災害にあっては「最大多数に最大の利益を」という災害医療の原則に立脚すること。また、災害医療としての対応が必要な場合には、災害時の広域的な患者搬送や専門家の派遣等の体制を活用して機能することが実効的である。	
① 命の視点に立った対応であること 原子力利用の安全の確保に当たっては人命の尊重がすべてに最優先されるべきである。	3

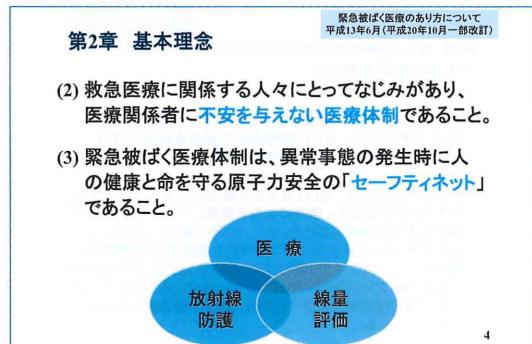
す。実はこの報告書の中には、この報告書の考え方は原子力災害だけではなく、放射線の被ばく等についてすべて当てはめるという記載があります。

**図表5**に簡単な図が書いてありますが、被ばく医療というのは当然医療ですが、医療のほかに放射線の防護、これは対応する人、それから患者さんの放射線防護、もう1つは線量評価、この3つがないと、被ばく医療というものは成り立たないというのが、被ばく医療の形です。

今回の福島の事故を振り返ってみた場合、先ほど紹介しました被ばく医療というのがあります。さらに、今回の事故は大きな災害である。つまり、地震があり、津波があり、複合災害です。そうしますと、いわゆる災害医療と被ばく医療というのが重なる部分があります。頻度という点ではいわゆる狭義の被ばく医療、放射線に被ばくをした、放射性物質を食べてしまった、体の中に入ってしまった、手や足に被ばくをしてしまったという事故が頻度としては多いのですが、今回のような大きな災害では、重なる部分がはっきりとクローズアップされてきた。

一方では、現場の医療であると同時に、もう1つ、救助であるとか搬送の問題があります（図表6）。

**図表5**

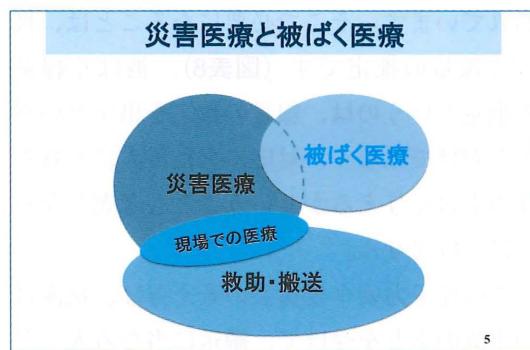


もう一度、旧安全委員会の考え方を示します（図表7）。

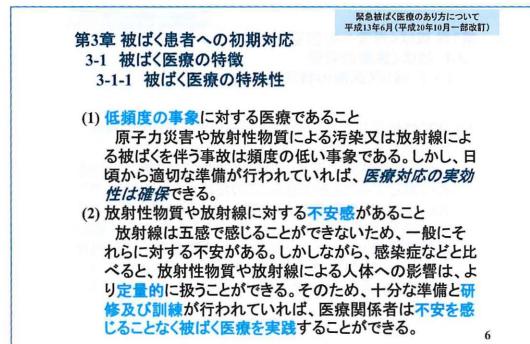
まず、放射線に被ばくすることや汚染される事象というのは決して多くはない、非常に頻度が少ないとあります。医療というものは過去の経験、それから科学的な根拠に基づいたものであることを考えますと、何かが起きたときにどういう対応をするか、診断をするか、治療をするかということでは、頻度が少ないとというのはマイナスに働いている面があります。つまり、十分な対応ができない。この領域に従事する人が増えない。それから高齢化に伴い、そういう人たちの数も減っていくということです。

一方で、放射線は測ることができますので、適切に対応していれば、汚染をされた患者さん、被ばくをした患者さんを診断・治療することができるのが、被ばく医療です。

**図表6**



**図表7**



2点めに、放射線や放射性物質に対する不安感というものがあります。これは消防、救急、医師、看護師、病院の事務の方、すべての方々にやはり不安があるということです。これは、放射線は五感で感じることができない、自分で被ばくしたかどうかがわからないなどさまざまな原因があります。また、放射線というと、すぐ難しいベクレル、シーベルト、グレイ、いろいろな単位が出てくる。これもやはり不安の原因になってしまう这样一个ころがあります。

しかし、たとえばけがをしたり脳出血を起こした患者さんに汚染があったら、診断・治療をしなくてよいのかと言えばそうではありません。医療スタッフ、医療人、それから搬送する人間が不安を感じずに、診断・治療を行えること、これがやはり被ばく医療の原点、ひいては医療の原点です。

放射線被ばくは、すぐ症状が表れないと言われています。そこで必要になることは、被ばく線量の推定です（図表8）。被ばく線量の推定というのは、線量の数字を出すということだけではなく、対応に当たる人にどれだけの影響を与えるかということも考慮しなくてはいけません。

この原子力安全委員会の考え方は、東海村の事故のあとを受けて、搬送に当たる人、た  
図表8

### 第3章 被ばく患者への初期対応

#### 3-1 被ばく医療の特徴

##### 3-1-1 被ばく医療の特殊性

###### (3) 放射性物質による汚染や放射線による被ばくの推定が可能であること

放射性物質による汚染の程度や被ばく線量は、物理的に測定することができます。このため、原子力災害等においても放射性物質や放射線に対する知識を有し、線量評価や汚染の拡大防止措置を行える者（以下「放射線管理要員」といいます。）や原子力工学関係者との共同作業により、被ばく線量を推定することが可能であり、それらを治療方針の決定や予後の予測等にあたって活用することができる。

とえば警察官であっても、それから病院で診療する医師、看護師、検査の方、事務の方であっても、不安を与えないようにするために現在患者さんの体についている放射線の量、救急車の中にある放射性物質の量等をきちんと評価して、周りの人に不安を与えないような医療を行うことということを原則としてまいりました。

そこで、「放射線管理要員」という、皆さんあまり聞きなれないかもしれません、こういう言葉があります（図表9）。

これはいわゆる事業者の場合、放射線管理をする、放射線を測定する、評価ができる知識と技術を持った方です。

もし汚染をしたり被ばくをした患者さんが出た場合には、放射線管理をする人は、医療機関や搬送車両の設備に対して、汚染防止および汚染検査に協力をします。

もし救急車が呼ばれた場合には、当然周りの人たちに対して放射性物質の汚染の拡大の防止をすると同時に、患者さんと一緒に救急車等に乗って病院に行き、放射線がどの程度であるのか、どういう放射性物質であるのか、どのようなことが予想されるのか等について、きちんと説明をしなさいということが、実は義務づけられています。

図表10にも書いてありますように、放射  
図表9

### 第4章 原子力施設の立地地域における緊急被ばく医療体制の整備

#### 4-1 緊急被ばく医療体制

##### 4-3-5 放射線管理要員(I)

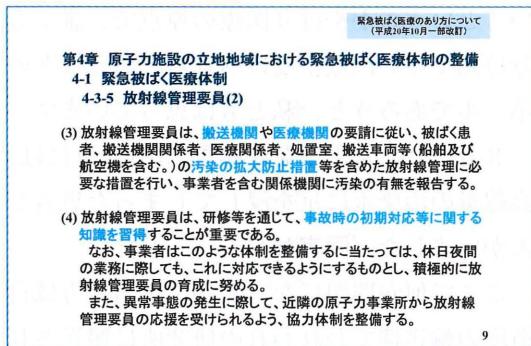
(1) 放射線管理要員は、被ばく患者の身体汚染検査、除染及び被ばく線量の測定、並びに医療機関や搬送車両等の設備、資機材の汚染防止及び汚染検査に協力する。

(2) 放射線管理要員は、被ばく患者を医療機関に搬送する際には、汚染の状況を測定し、傷病の状態を勘案して、できる限りの汚染の拡大防止措置を講じる。また、患者に随行し、事故の状況、患者の被ばく、汚染状況に関する情報を搬送先の医療機関に提供するとともに、汚染の拡大防止等に協力する。放射線管理要員がやむを得ず患者に随行できない場合にも、搬送先への正確な情報伝達等を担保するため、同様の情報提供等を行える者が随行する。

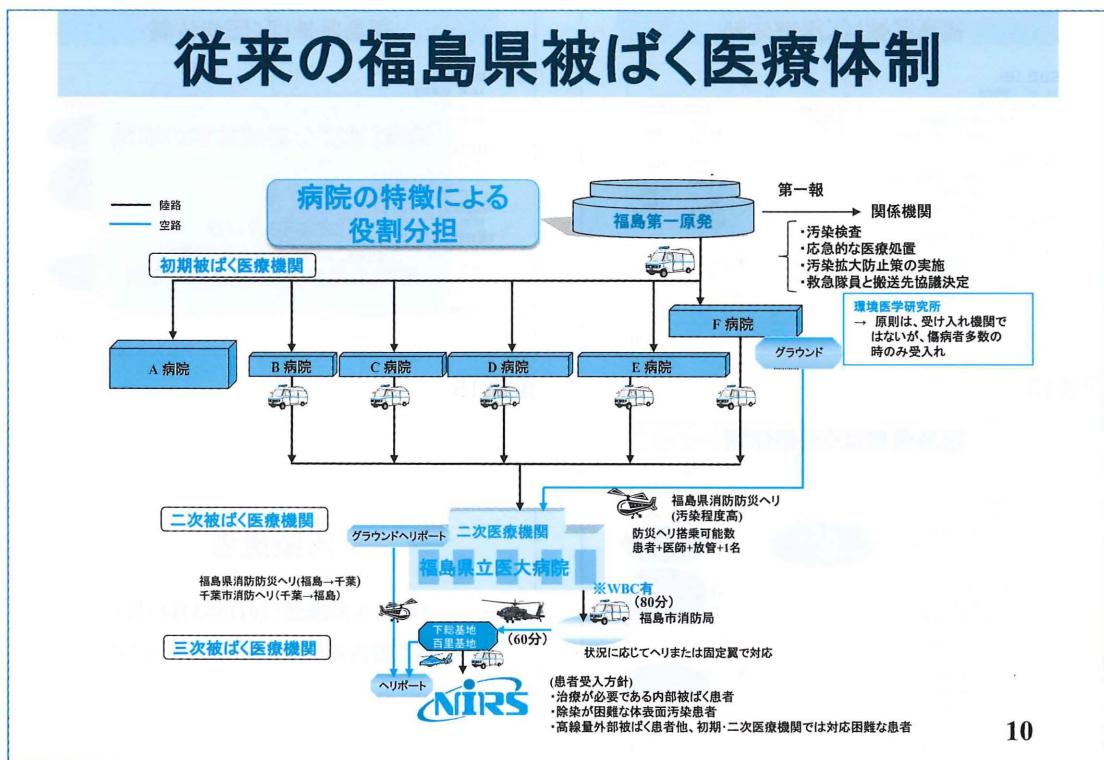
線管理要員は搬送機関や医療機関の要請に従い、行動するということがきちんと定められていきました。

一方で、放射線管理をする人は、放射線を管理する、線量を評価することばかりではなくて、もし万が一事故が起きたときには、救急隊や病院の医療要員に対して適切な情報を与えられるように、きちんと研修を受けなさいと言われていました。もし今まで私が述べ

図表10



図表11



## 福島で実際に起きた事象と問題

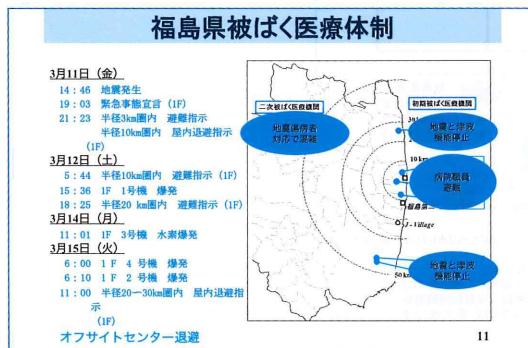
図表12～14をご覧ください。ここに福島第一原子力発電所があります。実は初期被ばく医療機関が10キロ以内にすでに含まれてしまっています。避難対象になっている区域です。病院のスタッフも避難をするので、医療の機能が停止してしまうことになります。

当然、この区域の住民の方々が避難すれば、特定の医療機関に負担がかかってしまうします。第一原子力発電所では、きょう現在でもまだ対応に当たっている方々が1日2,000人も3,000人もいます。しかしここに医療機関は存在しません。それから、多くの住民が避難をするために、特定の医療機関にかなりの負担がかかってしまう。しかも今回は複合災害であったことを考えると、機能が停止して

図表12



図表13



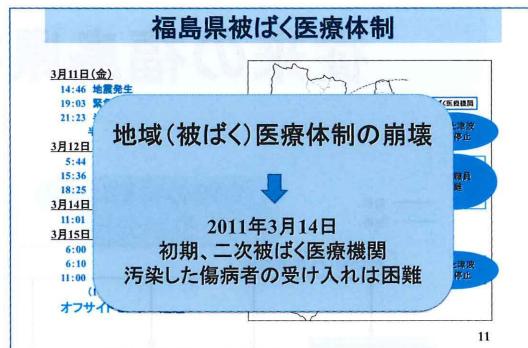
しまいます。それから病院の職員も避難しなければいけないなど、いろいろな問題が実は存在していました。これについては、この領域に携わっていた人間として、この事態に全く対応できなかったという点では、大きく反省しなければいけないであろうと思います。

まず、県内だけで受け入れが不可能な場合には、県外にもいろいろ応援を頼まなければいけないという点です。それから、県内でもよりしっかりとされた被ばく医療体制を作っていくというのがやはり医療の原点で、誰でも分け隔てない医療が受けられるということの第一歩であろうと、私どもは思っています。

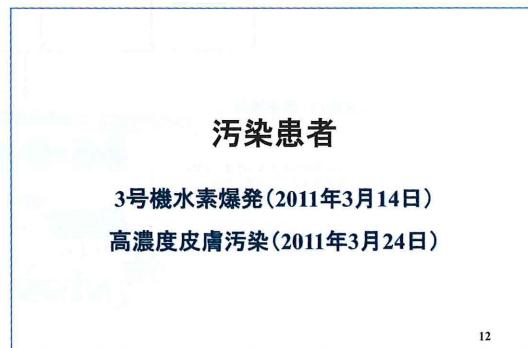
3月14日に水素爆発が起き、3月24日には、高線量の汚染水に足を浸してしまった患者さんがいました（図表15）。

ここで何が問題になったか。1名の方は自衛隊の輸送機でわれわれの研究所に搬送され

図表14



図表15

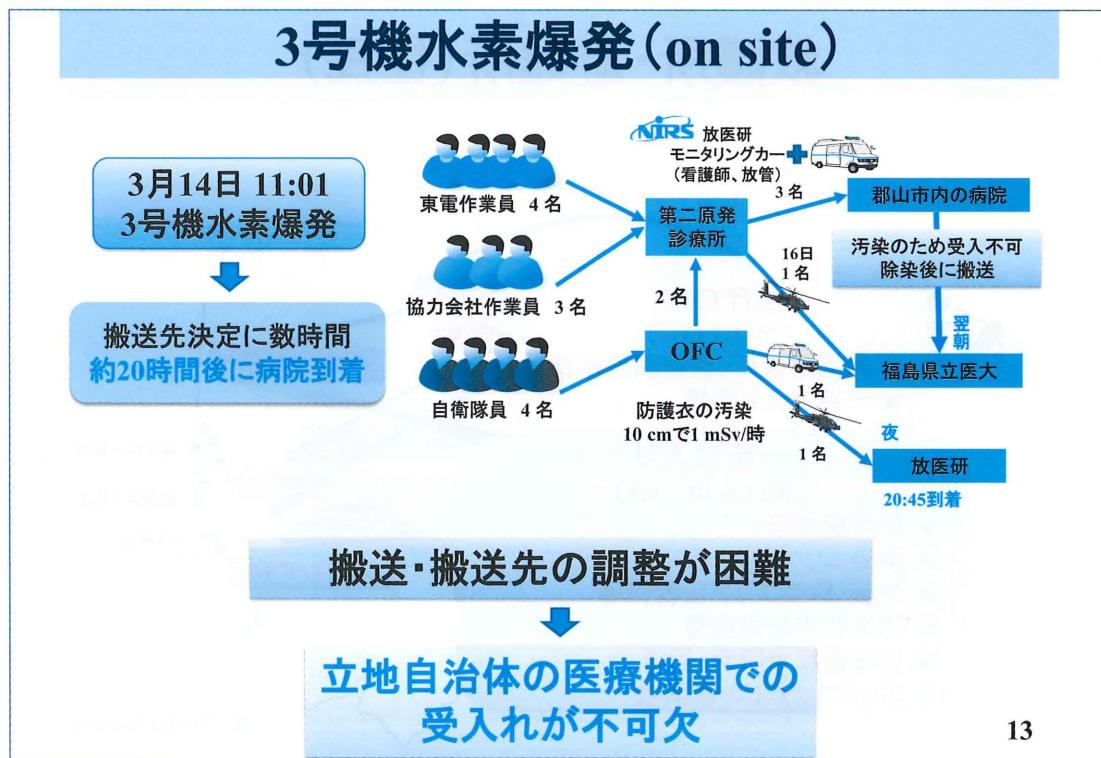


てきて、きちんと汚染の評価と除染、それからけが等の処置をいたしました。

もう1例です。実は11名の方がここでがをしていますが、その中の1名の方は、朝の11時1分に爆発があって、最終的に福島県立医大に収容されるまでに20時間もかかっています。何が問題であったかといいますと、図表16にあるように、搬送、それから搬送先の調整が非常に困難であった。汚染があったというだけで、こういう事実が出てきてしまう。これはやはり命の視点に立った医療とは決して言えないと、私どもは考えています。

自分の自治体から、遠くへ患者さんを搬送することは決して悪いことではありませんが、搬送される側にとってみると、地元できちんとした治療が受けられる、診断が受けられるというのは、やはり医療の原点に属する問題だらうと私どもは理解しています。

図表16



いるわけではない。命に別状があるわけではない。では、こういう人たちをスムーズに医療機関が受け入れるためにどうすればよいのか。これが今回もう一度考え直さなければいけない問題で、県内で解決しにくい問題があれば、専門家の支援体制等も含めたきちんとした対応が必要であるということです。



図表19

## 避難した住民への対応

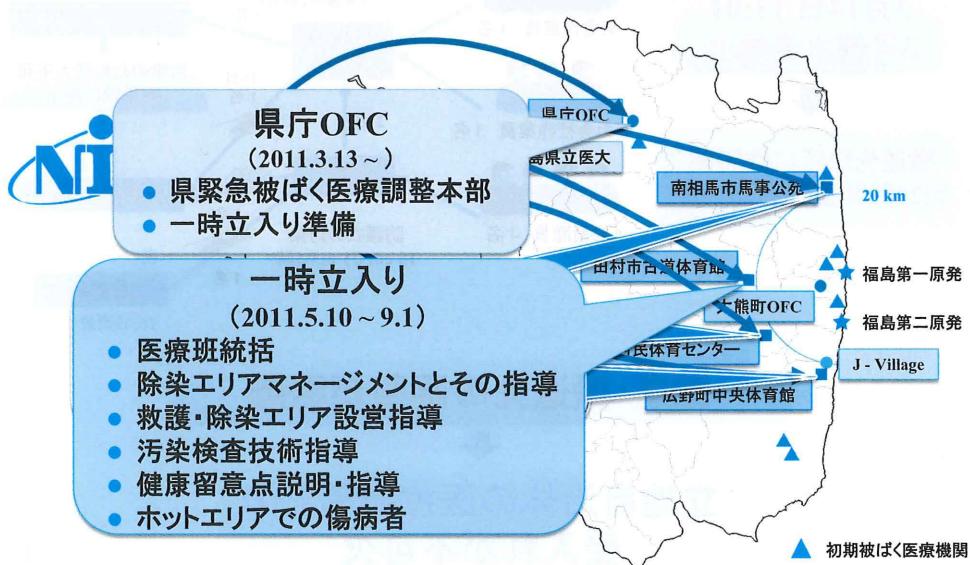
今回の事象でもう1つの反省点は救護所、避難所の対応です。

図表18、19にあるように、避難をされた住民の方が住居の様子を確認したいという希望に対して、一時立ち入りのプログラムが設定されました。

図表18



## 救護所・避難所(住民)



20キロ以内に入る前に、避難された地域から中継基地を作り、住民の方々がバス等で行く。夏の間はタイベックスーツを着ますが、これは非常に暑いので、熱中症を起こしやすいという問題があります。また高齢の方のため医療要員を派遣することも必要です。

図表19にあるように、いろいろな医療的な活動があり、自宅から持ってくるものが汚染されていないかも調べないといけません。このようなことが、実はあまり以前の体制では整備されていなかったという問題点がありました。

スクリーニングもそうです（図表20）。

住民は早くスクリーニングを受けたい。しかし、かなり機材もいるし、人も多く必要です。今回、全国から多くの方たちにスクリーニングに福島に入っていただきました。機器の点検から評価、その説明もする。住民の安

図表20

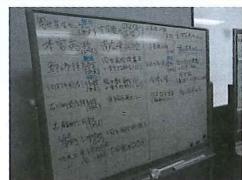
## スクリーニング (住民)

- 自治会館 福島県緊急被ばく医療調整本部設置
- 2011年3月12日～2012年2月10日
- 合計244,281人の汚染検査
- 日本全国から参集(電事連、地方自治体、国立大学、国立病院機構等)
- 出発前(8:00)と帰還後(20:00)
  - 情報交換とスクリーニング会場への派遣調整
  - 注意事項確認の打合せ

**避難区域の拡大、長期化  
県外からのスクリーニングチーム必要**

↓

他県からの受入れ、調整が必要






全、安心のためには、説明は不可欠です。こういう体制もしっかりと作っていかなければいけません。国、自治体、専門家すべてが協力して体制を作らないと、被ばく医療体制というのでききれないということを改めて感じました。

図表21は一時立ち入りの写真ですが、いろいろな方たちの協力が必要です。当然われわれの研究所も含めた医療要員、それから日赤、消防等の人たちが協力をして、一時立ち入りができる体制が組めないと、実際の防災体制はできたことにはならないと考えています。

一方ホットエリア、つまり汚染区域には、限られた人間しかなかなか入ることができません。放射線防護、線量評価をして入ることが原則ですが、それができれば、このような医療体制も組めると理解をしています。やは

図表21

<h2>一時立入り(住民)</h2>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 医師・看護師・放射線管理要員を派遣           <ul style="list-style-type: none"> <li>□ 医療班統括</li> <li>□ 除染エリアマネージメントとその指導</li> <li>□ 救護・除染エリア設営指導</li> <li>□ 汚染検査技術指導</li> <li>□ 健康留意点説明・指導</li> <li>□ ホットエリアでの傷病者対応               <ul style="list-style-type: none"> <li>- 傷病者も作業者と同様汚染検査、除染無しでは病院搬送が不可</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>	
● 放医研、広島大学、弘前大学、災害医療センターが派遣	
● 高温多湿の環境での関係者の健康管理が必要	
<p style="text-align: center;"><b>汚染傷病者</b> ホットエリアでは、限られた施設の医療チーム</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;"><b>受入れ、教育、訓練ができる被ばく医療機関</b></p>	
 <p style="text-align: right;">関係者との打合せ</p>	
17	

図表22

<h2>一時立入り(住民)</h2>																													
<b>放医研、広島大、弘前大、災害医療センター 職員派遣</b>																													
(実施例) 2011年6月4日～9日																													
実施日	実施規模 (バス)																												
6/4 (土)	17台																												
6/5 (日)	17台																												
6/6 (月)	22台																												
6/7 (火)	25台																												
6/8 (水)	25台																												
6/9 (木)	22台																												
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 20%;">馬事公苑 (南相馬)</th><th style="width: 20%;">広野中央 体育館</th><th style="width: 20%;">川内体育センター</th><th style="width: 20%;">古道体育馆 (田村市)</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>放医研 (バス配車台数: 12 )</td><td></td><td></td><td>広島大 災害医C (バス配車台数: 5 )</td></tr> <tr> <td>放医研 (バス配車台数: 12 )</td><td></td><td></td><td>広島大 災害医C (バス配車台数: 5 )</td></tr> <tr> <td></td><td>放医研 (バス配車台数: 3 )</td><td>放医研 災害医C (バス配車台数: 5 )</td><td>広島大 (バス配車台数: 13 )</td></tr> <tr> <td>弘前大 (バス配車台数: 8 )</td><td>放医研 (バス配車台数: 6 )</td><td>広島大 災害医C (バス配車台数: 11 )</td><td></td></tr> <tr> <td>弘前大 (バス配車台数: 8 )</td><td>放医研 (バス配車台数: 6 )</td><td>広島大 灾害医C (バス配車台数: 11 )</td><td></td></tr> <tr> <td></td><td>放医研 (バス配車台数: 3 )</td><td>災害医C (バス配車台数: 6 )</td><td>広島大 (バス配車台数: 13 )</td></tr> </tbody> </table>		馬事公苑 (南相馬)	広野中央 体育館	川内体育センター	古道体育馆 (田村市)	放医研 (バス配車台数: 12 )			広島大 災害医C (バス配車台数: 5 )	放医研 (バス配車台数: 12 )			広島大 災害医C (バス配車台数: 5 )		放医研 (バス配車台数: 3 )	放医研 災害医C (バス配車台数: 5 )	広島大 (バス配車台数: 13 )	弘前大 (バス配車台数: 8 )	放医研 (バス配車台数: 6 )	広島大 災害医C (バス配車台数: 11 )		弘前大 (バス配車台数: 8 )	放医研 (バス配車台数: 6 )	広島大 灾害医C (バス配車台数: 11 )			放医研 (バス配車台数: 3 )	災害医C (バス配車台数: 6 )	広島大 (バス配車台数: 13 )
馬事公苑 (南相馬)	広野中央 体育館	川内体育センター	古道体育馆 (田村市)																										
放医研 (バス配車台数: 12 )			広島大 災害医C (バス配車台数: 5 )																										
放医研 (バス配車台数: 12 )			広島大 災害医C (バス配車台数: 5 )																										
	放医研 (バス配車台数: 3 )	放医研 災害医C (バス配車台数: 5 )	広島大 (バス配車台数: 13 )																										
弘前大 (バス配車台数: 8 )	放医研 (バス配車台数: 6 )	広島大 災害医C (バス配車台数: 11 )																											
弘前大 (バス配車台数: 8 )	放医研 (バス配車台数: 6 )	広島大 灾害医C (バス配車台数: 11 )																											
	放医研 (バス配車台数: 3 )	災害医C (バス配車台数: 6 )	広島大 (バス配車台数: 13 )																										

りこういう体制を今後作っていく必要があります。

**図表22**は一時立ち入りの実施例です。いろいろな施設が一時立ち入りの体制を組んできました。

## 医療機関での対応

もう1つ考えなければいけないのは、現在でも毎日、福島第一原子力発電所では2,000名、3,000名の人が働いているということです。その方たちは当然風邪も引きます。病気にもなります。けがもします。

**図表23・24**はある時点のけがをされた方、病気になった方たちを示したもので、東電から借りた図ですが、当然、毎日多くの方が働いていれば病気等になる人もいます。こういう人たちにも、何か起きたときに当然病院で診てもらえる体制が担保されなければ、安心した対応はできません。

いくつか起きた例を紹介します。事故が起きた初期の頃です。やはりスクリーニング検査をしないと、病院で受け入れてくれません（**図表25**）。

もちろん時間があり余裕があればよいのですが、ただ、子どもさんが熱が出て、お母さんは急いで病院に行くと、放射線の検査をし

て「異常なし」という証明がないから診られません。これではやはり命の視点に立った医療とは言えません。

それから**図表26**のような例もありました。原子力発電所で働いているというだけで、病院で診てもらえない。もちろん今ではかなり改善しています。ただ、こういうことがもし起きるとすれば、おそらく福島県でも起きる。福島県外でも同じようなことがおそらく起きていたのではないかと思います。

それから搬送の例もあります。先ほどの病院の例も搬送の例も、私どもは誰が悪いとかいう問題ではなくて、こういう問題が解決されないと、本当の命の視点に立った医療はできないということで、紹介させていただいています。

たとえば、救急隊の不安が残るということで、汚染した患者さんの搬送はできないという例も実はありました（**図表27**）。

救急隊の隊長にとっては、自分たちの隊員の安全確保ができなければ、二次災害ということになります。それはできない。この言っていること自体は間違っていません。ただ、安全委員会が提示した放射線防護という考えがきちんと生かされていれば、おそらくこういうことはなかったのだろうと思います。

**図表28・29**も同じような例です。

図表23

## 福島第一原発での傷病者発生状況(1)

- ・傷病者発生件数(福島第一) : 283 件
- ・救急車搬送(福島第一、第二、J-Village) : 86 件
- ・ドクターヘリ搬送(福島第一、第二、J-Village) : 11 件

### 傷病別発生件数

平成24年10月末現在

		ケガ(人)						体調不良(人)						合計
		骨折	打撲	切傷 すり傷	ねんざ	その他 (軽傷)	小計	熱中症	風邪	腹痛 胃痛	頭痛	腰痛	その他 (発熱、めまい、 吐き気等)	
福島第一	救急車 搬送	6	4	10	0	10	30	4	0	0	0	0	23	27
	ドクターヘリ 搬送	2	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	1	3
	医療室 完結 (J-Village含む)	2	8	31	1	3	45	17	34	9	14	7	95	176
福島第二	救急車 搬送	1	0	3	0	1	5	1	0	0	0	0	3	4
	ドクターヘリ 搬送	1	0	1	0	0	2	0	0	0	0	0	1	1
Jヴィレッジ	救急車 搬送	1	1	4	0	3	9	1	0	0	0	0	10	11
	ドクターヘリ 搬送	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	2

東京電力より提供

19

図表24

## 福島第一原発での傷病者発生状況(2)

- ・傷病者発生件数(福島第一) : 337 件
- ・救急車搬送(福島第一、第二、J-Village) : 98 件
- ・ドクターヘリ搬送(福島第一、第二、J-Village) : 11 件

### 傷病別の件数

平成25年3月末現在

		ケガ(人)						体調不良(人)						合計
		骨折	打撲	切傷 すり傷	ねんざ	その他 (軽傷)	小計	熱中症	風邪	腹痛 胃痛	頭痛	腰痛	その他 (発熱、めまい、 吐き気等)	
福島第一	救急車 搬送	7	4	10	0	10	31	4	0	1	0	0	24	29
	ドクターヘリ 搬送	2	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	1	3
	医療室 完結 (J-Village含む)	2	12	38	2	10	64	17	40	13	15	12	111	208
福島第二	救急車 搬送	2	0	4	0	1	7	1	0	0	0	0	5	6
	ドクターヘリ 搬送	1	0	1	0	0	2	0	0	0	0	0	1	1
Jヴィレッジ	救急車 搬送	2	1	4	0	3	10	1	0	1	0	0	13	15
	ドクターヘリ 搬送	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	2

東京電力より提供

20

图表25

毎日新聞

## 医療機関で(1)

**福島第1原子力発電所の事故に伴い避難した人たちが、放射線量を確認するスクリーニング検査で「異常なし」とする証明書を提示しなければ医療機関で受診できないケースがあることが分かった。避難所に入所する際、スクリーニング検査を事実上義務付けられるケースも。専門家は「非科学的な偏見による過剰反応だ」と指摘している。**

**原発から半径20~30キロの自主避難促進区域にある福島県南相馬市原町区**

から福島市に避難してきた会社員、岡村隆之さん(49)は24日、市内の医療機関で8歳の三女の皮膚炎の治療を断られた。理由はスクリーニングの証明書がないこと。市販薬で何とかしのいだが、岡村さんは「ただでさえ不安な避難生活。診察を断られたことが、どれだけショックだったか」と話す。

(資料写真:毎日新聞社撮影)

**放射線に過剰反応**

**避難所入所検査「義務付け」**

【毎日新聞 2011年3月29日】 21

图表26

毎日新聞

## 医療機関で(2)

### 福島原発所員「差別受けた」 一部、入居や受診で 愛媛大など調査

東京電力福島第1原発事故後の復旧作業に当たっている福島第1、第2原発所員の一部が、住宅への入居や**医療機関の受診で差別的な扱い**を受けていたことが15日、明らかになった。両原発で健康相談や所員の心のケアをしている愛媛大と防衛医大(埼玉県)のチームが調査した。

チームは昨年5~6月、両原発の所員のうち東電社員を対象にアンケートを実施し、85%に当たる1,495人から回答を得た。差別や中傷を受けたケースは精神的な問題を抱える確率が2倍になることも分かった。

ケアの際の聞き取りでは、原発所員であることを理由に、アパートの賃借や**病院の受診を断られたり**、避難所で暴言を浴びせられたりしたとの証言があった。

【日本経済新聞 2012年8月15日】 [http://www.nikkei.com/article/DGXDASDG1500N\\_V10C12A8CR0000/](http://www.nikkei.com/article/DGXDASDG1500N_V10C12A8CR0000/)

図表27

## 搬送(1)

### 屋内退避区域の患者搬送拒否 群馬など3県の消防援助隊

東日本大震災で、事故が起きた福島第1原発の半径20～30キロ圏内の屋内退避区域にいた入院患者について、総務省消防庁から搬送するよう要請を受けた現地の群馬、岐阜、静岡の計3県の緊急消防援助隊が「隊員の安全に不安が残る」として断っていたことが23日、分かった。

総務省消防庁は「安全面に問題はないことは伝えた。しかし要請に法的強制力はなく、現場での判断にコメントはできない」としている。

各地の消防当局によると、消防庁から16日、福島県の屋内退避区域での患者搬送依頼を受けた。しかし「詳しい状況が分からぬ上、特別な装備もなく出動に不安が残る」などとして断った。

福島県によると、入院患者はその後、警察と自衛隊のバスが搬送した。群馬の援助隊は8隊24人、岐阜は6隊18人、静岡は11隊33人が被災地入りしていた。

半径30キロ圏内にいた入院患者や福祉施設入所者らの搬送は、ほぼ終了している。屋内退避区域の生活について政府は、マスクを着用し、肌の露出を減らすことなどを呼び掛けている。

【2011年3月23日12:42 共同通信】

<http://www.47news.jp/CN/201103/CN2011032301000358.html>

23

図表28

## 搬送(2)-1

### 群馬県緊急消防援助隊「搬送拒否」の真相

#### 「自分守れなければ他人救えない」

東日本大震災直後に福島県に派遣された群馬県の緊急消防援助隊が政府の要請にもかかわらず、福島第1原発付近の入院患者の搬送を断った。搬送拒否が報道されると、県隊本部がある前橋市消防局に県民から非難の声が相次いだ。なぜ群馬県隊は拒否したのか。当時、福島県内で県隊を指揮した同市消防局、戸丸典昭消防司令長が重い口を開き、苦しい胸の内を明かした。

「消防庁が群馬県隊に対し、福島第1原発の半径20～30キロ圏内にいる入院患者の搬送を求めていた。対応が可能か？」

3月16日夕方。原発から北に約40キロ離れた福島県相馬市内で救助活動を進めていた戸丸司令長に、県隊本部から連絡が入った。群馬県隊は震災直後の3月11日夜には相馬市に入り、同月16日の時点で160人が集結していた。

消防庁の要請に戸丸司令長は困惑した。同庁からの指示は当初、行方不明者の救助や遺体収容の支援要請で、原発対応の活動については具体的な言及がなかったからだ。このため、防護服などの放射線対策の装備を群馬県隊は持ち合わせていなかつた。

水蒸気爆発が起こった原発付近の患者の搬送も急務だが、隊員の安全確保も譲れない。

【次のスライドへ続く】

<http://sankei.jp.msn.com/affairs/news/110507/dst11050707000003-n1.htm>

24

図表29

## 搬送(2)-2

消防庁に難題を突き付けられた戸丸司令長は部下に意見を求めた。

「『マスクをして肌の露出を避ければ搬送は可能』と政府が判断している。要請を受け入れるべきだ」「防護服や、危険を知らせる放射線計もない。装備がないまま現場に行くのは、裸で火事現場に向かうようなものだ」

賛否が入り乱れた。3月14日には福島第1原発方向から白煙が上がっているのを隊員らが目撃していた。現場は、「パニックになっていた」(戸丸司令長)という。

ジレンマの中で戸丸司令長が出した結論は「要請拒否」だった。17日朝、戸丸司令長は県隊本部に決断を説明。消防庁からの要請をきっぱりと断った。

「自分の命を守ることができない活動をしてはいけない。そんな救助活動では他人を救うことはできない」

結局、戸丸司令長の持論が今回の決断で生かされた。

「今回は一過性の震災現場とは違って、放射能が相手。何が起こるか分からぬ現場だからこそ、入念な準備が必要だった」と言い切る。

3月24日、前橋市消防局に消防庁から改めて第1原発30キロ圏内にいる要介護者の搬送要請があった。この時、群馬県隊は防護服などの装備を整えたうえで、現地での活動に奔走。結局、戸丸司令長は3月11日の震災発生以降、福島県に計21日間滞在。14人の被災者救助に携わった。

「救助を拒否したことで県民から批判があったが、自分の判断は間違っていない」準備万端の装備で、戸丸司令長は今後も被災地に向かう。

【2011年5月7日 産経ニュース】

<http://sankei.jp.msn.com/affairs/news/110507/dst11050707000003-n1.htm>

25

## まとめ： 福島の事象から感じたこと

さて、今回の福島の事象の中から私どもが感じた点です（図表30）。

まず、円滑な搬送と受け入れ、これは当然オンサイトのいわゆる従業員の方です。一方、住民に対しても救護所、避難所、一時立ち入り、ここにスムーズに人が派遣されなければ、円滑な救護所、避難所の運営はできません。被ばく医療機関、搬送機関、一般医療機関においても混乱があったということを考えると、正しい知識というものが不可欠であるとともに、災害医療とすると、やはり包括的な医療でなければいけません。被ばく医療だけが特別な医療ではなくて、一般の医療の中に含まれる、もちろん特殊な点もありますが、そこを考えていかなければ、円滑な被ばく医療にはならないと考えています。

図表31が被ばく医療体制に必要なことで、いつでもどこでも誰でも最善の医療を受けられる体制です。これは誰もが理解し、しかも実行できる体制でなければ、全く意味がありません。災害医療と連携ができる、包括的な医療でなければいけないということです。

また、現在の福島県の状態を考えると、やはり必要な医療が福島県内で住民、従業員、

図表30

被ばく医療における課題	
● 汚染した傷病者の円滑な搬送・受け入れ	on site（現在多くの作業員）
● 救護所・避難所、一時立ち入り	住民
● 被ばく医療・搬送機関における教育	
● 一般医療機関における混乱	正しい知識
● 複合災害への対応体制	包括的な医療

すべての人が受けられること、これが原点です（図表32）。

そのためには、病院全体すべての職種の合意、正しい知識、それから病院に入院されている患者さん、外来に来る方たちにも不安を与えないこと、このような風評被害を防ぐ体制でなければいけません。

そのためにはどうすればよいのか。やはり住民の理解が必要です。それから医療機関の理解も必要です。つまり、被ばく医療機関だけではなくて、地域全体の医療機関の理解も必要です。災害医療との連携もそうです。搬送機関の協力も不可欠です。放射線防護の徹底です。これを総括すると、やはり地域に根ざした医療でなければ、被ばく医療というものは定着しないというのが私どもの考え方で、こういう考え方ができてくれば、もし万が一、他の自治体で事故が起ったときにも、円滑な医療ができます。県内ばかりでなく他の自治体にも派遣ができると私どもは考えています。

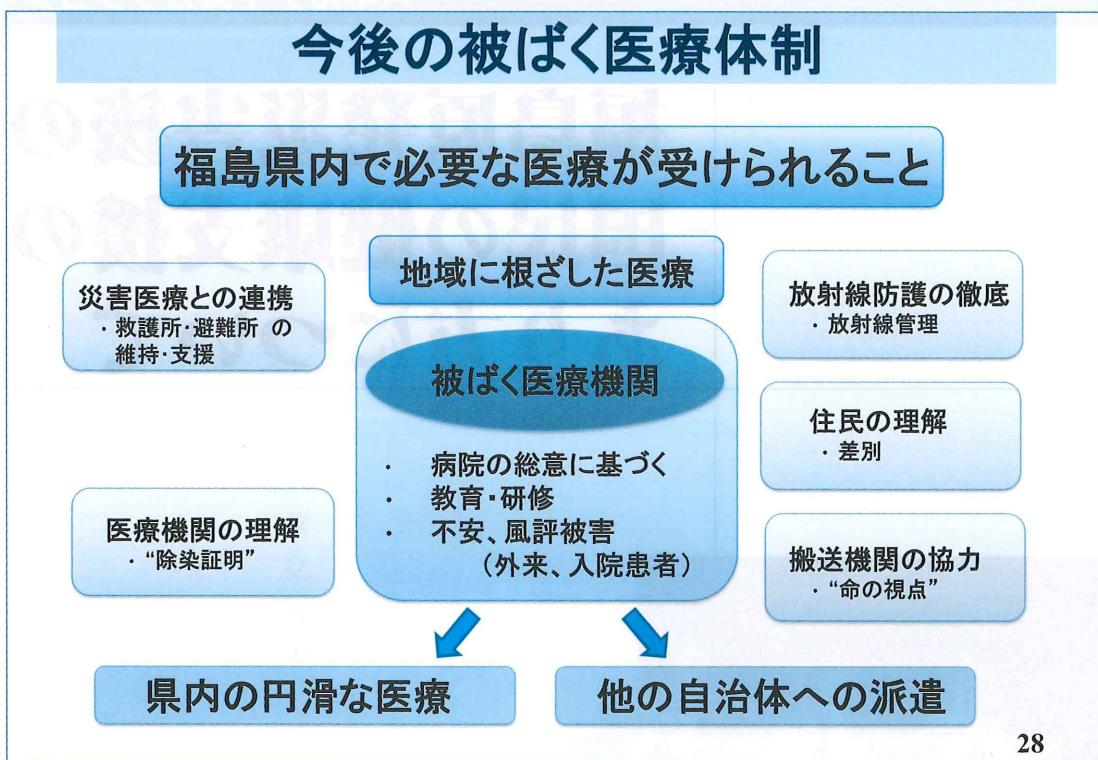
最後に、図表33のような看板が出るような被ばく医療機関ができると、地域に根差した被ばく医療と言えるのではないかと私どもは考えています。

以上です。ご清聴どうもありがとうございました。

図表31

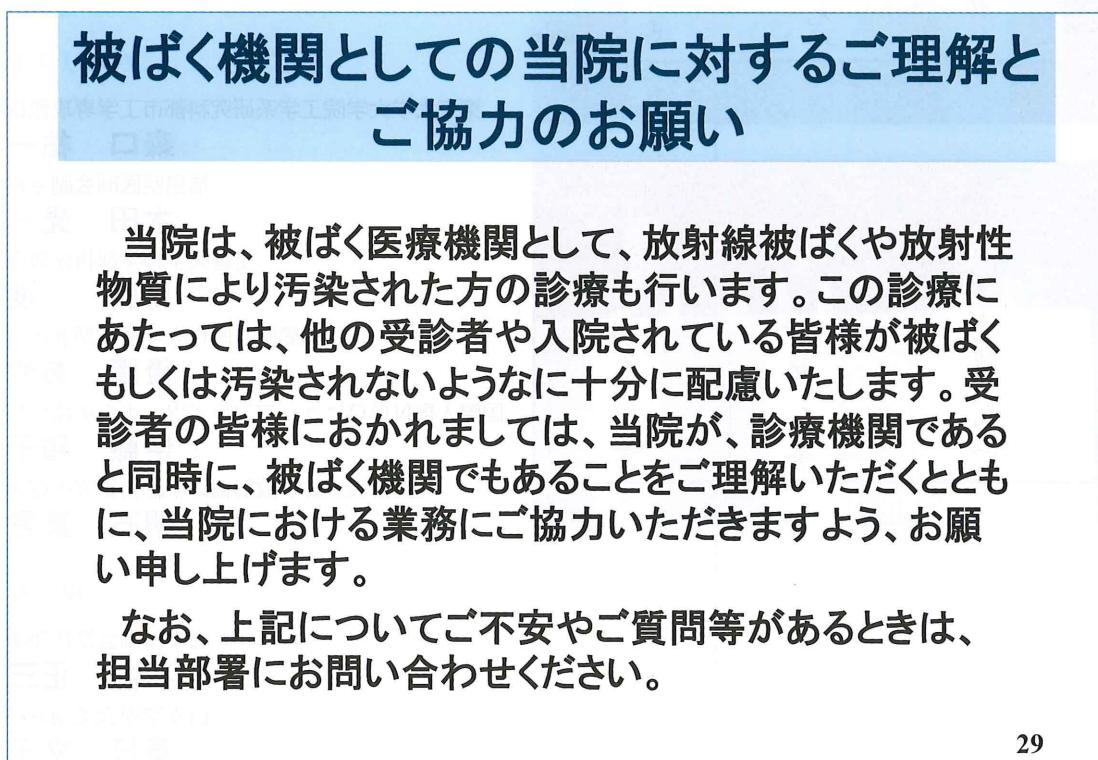
緊急被ばく医療体制に必要なこと	
● 「いつでも、どこでも、誰でも最善の医療を受けられる」体制	
- 汚染の有無にかかわらず、最善の医療を迅速に提供できる体制	
- 高線量被ばく、内部汚染の診療、治療も最善の医療を提供できる体制	
● 誰もが理解し、実行できる体制	
● 災害医療との連携	
● 包括的に医療を提供できる体制	

図表32



28

図表33



29