

福島原発災害後の 国民の健康支援の あり方について



パネリスト

東京大学大学院工学系研究科都市工学専攻教授

森口 祐一

福島県医師会副会長

木田 光一

上智大学神学部特任教授

島 蘭 進

福島県立医科大学医学部准教授

後藤 あや

国際人権NGOヒューマンライツ・ナウ事務局長

伊藤 和子

独立行政法人 放射線医学総合研究所理事

明石 真言

座 長

日本医師会常任理事

石井 正三

日本学術会議副会長

春日 文子



石井 パネルディスカッションの司会進行は、私、石井正三と春日文子日本学術会議副会長がとり行います。

よろしくお願いします。

先ほどまでの各講師の講演内容から、ディスカッションのテーマというものを大きく絞りますと6点あります。1点目は、国、福島県、東電における県民等の健康支援への不安・不満に対する信頼回復の問題。第2点は、東京電力福島第一原子力発電所事故の影響の科学的解明について。3点目は、国、福島県、東電における生活再建のための総合的な環境対策と地域づくりの支援について。4点目は、国の健康支援システム、汎用性のあるデータベースの構築などについて。5点目が、住民や作業員への健康支援、人的資源育成等のためのナショナルセンター整備という問題。6点目が、健康権の概念からみた健康支援体制の構築についてということで、ほぼ時間軸を踏まえながら、順番にこのような論点整理ができると思います。時間の制約がありますので、順次、先ほどのご講演の追加報告および関連ディスカッションをしていただきたいと思います。

健康支援に対する 住民の信頼を回復するために

石井 それではまず1点目の、国、福島県、東電における県民等の健康支援への不安・不満に対する信頼回復という問題で、講師の先生方から追加のディスカッションなりコメントがありましたら、いただきたいと思います。いかがでしょうか。



木田 直接関連することではないのですが、先ほどの私の発表の中で、眼底検査と心電図検査で、結構病気がある人がいたということをしりました。震災の起こる前、平成20年時点の福島の女性の脳梗塞の死亡率は全国ワースト1です。それから、急性心筋梗塞の死亡率も男女ともにワースト1です。もともとこういう心血管系の病気のリスクが高いところにこういう状況が起こって、それによるストレス、食生活の乱れ等もあったかもしれません。また、この放射線の影響もどのくらいあるのかはよくわかりませんが、そういうことをきちんと検証するために、避難区域外でもこういった検査が必要であると。そしてそういったことをきちんと住民の方にご理解いただいて、フォローアップしていくことが大事だということを、ちょっと一言つけ加えさせていただきます。それが信頼回復につながるのではないかと思います。

石井 ありがとうございます。先ほどのまとめで言いますと、データベースの構築というところ、それも既存のもの、それからもっと広範なものという文脈に入るかと思います。



後藤 今の木田先生のお話に関連して、母子保健分野でも福島県は子どもに虫歯が多くて、そのあたり福島県は健康支援全体をやりがいのある場所なのかなというところですが、1点目の信頼回復についての追加コメントとしましては、地域での健康支援をしている保健師が専門家と住民の橋渡しの役割を担えるのではないかとということが1つです。

あともう1つは、明石先生のお話にもありましたけれども、保健師自身が安心しないと、安心できる保健は提供できませんので、保健師対象に繰り返し継続して支援、保健師の見守りをするることにより、保健師が住民を見守れるという体制づくりが必要ではないかなと感じています。

ただ、その中で、今回の6人全員の共通テーマかと思うのですが、住民参加をどのように進めるかという仕組みづくり、具体的なツールづくりというところが非常に大きな課題ではないかなと感じています。

石井 ありがとうございます。確かにそのとおりだなという気がいたします。今の前半の虫歯の話ひとつとっても、たとえば健康調査だといったときに、そういうバックグラウン

ドの特殊性であるとか、要因をちゃんともう1回見直す必要があるということをおっしゃったわけですね。そういうことがないと、福島県民の心に届かないということもあるかと思っています。



森口 今、後藤先生がおっしゃったことに関連するのですが、私が本日ご紹介した規制委員会の検討チームの中でも相談員制度という提案があり、そこはかなり具体的なイメージとして、保健師さんというのがあったかなと思います。一方で、その検討チームの施策を国がやっていくということになると、では国が保健師さんを使って、安心を植えつけようとしているのかというような誤解といえますか、そのような見方をされる部分もあると思います。

やはり今でも、こういう努力すら不信感をまた呼んでしまうという、そこまで戻らなければいけない部分があるかなと思っています。先ほど後藤先生が、国がこう言っていますからということではなくて、私はこう考えていますというのが非常に重要だとおっしゃった。私も「信頼の条件」という言葉を使わせていただいて、島藺先生と後藤先生に引用いただいたのですけれども、そういう条件整備をしたうえで、具体的な地域での取り組みをよりよい形で進めていくということが大変重要だと思います。

後藤 実はもう1つ課題があると言いたかった点をまさに森口先生が言ってくださいました。システムづくり、枠組みづくりということと、住民参画、コミュニティの活動というのは、ちょっと相反するところがあるのかなと思います。そこの仕組みを作りすぎてしまうと、自主性・主体性というのが失われてしまうという、そのあたりのバランスをうまく、これも住民と対話をしながら作っていかねばいけないところは課題かなというように思います。

石井 ありがとうございます。島藺先生のお話に、パターンリズムからの脱却というメインの表現があったと思いますが、あれは医学の中でも、たとえばがんの告知をどうしようとか、難病とどう向き合うかというときに、われわれも必ず直面する問題なのですね。ですから、これは福島の、しかも放射線の特殊な問題ではなくて、実はわれわれは日々そういうところに向き合っているし、そこからどういう方法をとるべきかということを、非常に鋭くおっしゃっていただいたと思います。



島藺 今では、自分のかかりつけの医師や、この病気はこの先生にと最初にお願した医師の説明がよくわからなければ、別の先生に伺う、セカンドオピニオンということが普通になっています。ですので、専門家の側も結論を先取りにして、患者さんにそれを受け入

れさせるという姿勢では具合が悪いということが、インフォームドコンセントということの基本にあると思うのですが、どうもこの放射線部門に関しては、国なり専門家集団が決めたことを正しく伝えるという理解になっている。しかも、実は違う情報がたくさん出ているということです。

原発事故の影響に関する情報は 立場や情報源によって異なる

島藺 いただいた質問に、「IAEAでは住民帰還の条件を20ミリシーベルトに認めているではないか。それを1ミリシーベルトと言うと帰れなくなる」というものがありました。IAEAの立場というのは1つの立場ですが、もっと異なる立場もあるわけです。IAEAというのは、国際的な原子力推進機関というように受け取られています。たとえば国会の事故調の報告書を見ますと、アメリカの電離放射線の生物学的影響に関する委員会BEIRの2007年の報告書によれば、100ミリ以下でも、しきい値なし直線仮説を否定する資料はないと。さらにオックスフォード小児がん調査というものを見れば、10ミリから20ミリでも子どものがん等が40%と、かなりの割合で増えるというようなことが述べてあります。これは伊藤さんの資料にも出ています。

ところが、政府側の専門家からは隠されていて出てこない、100ミリシーベルト以下では、統計的有意差を示せないという話しか出てこないということで、隠れている情報がある。つまり、異なる情報源によって違う見方が出ている。このことが非常にストレスになると思います。こういうときにはやはりディ

スクローズする。お互いによくわかるように説明し合う。お互いに近づけるところまで近づいて、あとは当事者一人ひとりの判断に任せるという体制ができるということが、非常に重要なのではないだろうかと思います。

医療による被ばくもある

石井 ありがとうございます。1つ目のテーマである信頼回復から2つ目の科学的解明へと入っていただきましたが、これらはもちろんすべてが関連しています。

私から少しだけ申し上げますと、被ばく医療といってもいろいろなカテゴリーがありまして、たとえば労働災害の現場での被ばく医療のいろいろな数字や指標、それからいわゆる普通の住民対象の場合、それからもう1つは、医療の場合です。医療でいろいろな検査を行ったり、そのあとの取り回しという指標もありまして、このへん含めて一般の方々には理解しにくい。数値や単位そして基準がいろいろあると、「こちらではこう言っているのがどうしてこちらではこうなのだ」と全体に対して不信感を抱かれてしまう。やはりある種の説明がつかないと、不信というのはぬぐえないのかなという気はしています。

この点、明石先生、コメントをいただけますか。



明石 まさに先生のご指摘のとおりだと思います。これらの問題を解決する、解決の一步に近づくためには、われわれ医療スタッフが放射線のことをきちんと勉強して、自分たちが病院でどういう線量の放射線を使っているのか、それが必要な放射線なのか、それとも検査をやればよいというための放射線なのかも含めた勉強をすることが、まず一步であるということが言えると思います。

また、病院の被ばくということに対しては、どうしても病院で受ける放射線は善玉放射線で、ほかの放射線は悪玉という、その科学的な部分と心の部分が一緒になってしまっているところもある。やはりそこをわれわれ医療人がきちんと勉強して、伝えられるようにしていくのが、解決にはなりませんけれども、1つの糸口になるのかなと。

そのためには、医療被ばくというものも、被ばく医療の人間だけではなくて、私自身はもう全国的に取り組むべきだろうと。そうでないと、医療というのは国民全員のためにあるわけですから、解決にならないかなというように、私はそのような認識をしています。

避難と帰還、 いずれの選択も尊重する

石井 ありがとうございます。では3番目の、

国、福島県、東電における生活再建のための総合的な環境対策、地域づくりという問題についてです。これは現在進行中であり、今後大きな問題になっていくポリシーメイクとそのベースの話が大事かと思います。森口先生が先ほどいろいろとご説明くださいましたが、その上でどういう地域を作っていくか、地域医療をどのように再構築していくか。こういうことというのは、今現在われわれが直面している共通の課題かと思うのですが、何かその点について追加的なコメントがあればお願いします。

森口 今の問題設定に対して、ここで発言させていただくのがよいかわからないのですが、ほかの演者のご発表について、少しここで発言しておいた方がよいかなと思ったことがありましたので、申し上げます。

伊藤先生のお話の中で、人権という観点から、1ミリシーベルト以下でないと、やはり帰還させるべきではないというご提示があったわけですが、一方で、その1ミリシーベルトを超えていても帰りたいと思っておられる方の、その帰りたいという意思を尊重しなくてよいのか、20ミリ以下であれば、国際的にみても帰る可能性を残しているわけですから、それに対して国が制限をかけるというのは人権侵害ではないかという議論も一方ではあったのだと思います。

もちろん自主的な選択ができるということが条件だと思うのですが、そこをやはり保障しないと、将来の地域づくりにおいても、どういう復興の姿があるかという議論が少しにくいのではないかなと思いますので、ちょっとここでご意見を伺いたいと考えています。



伊藤 グローバー勧告では、1ミリシーベルト以下に低減しない限り、帰還を強要や推奨してはならないということを言っているに過ぎず、自主的に帰還したいという方が帰還するのを制限するという考え方には全く立っていません。

避難の権利というものが1ミリシーベルト以上の人たちには認められるべきで、自主的な判断でここは危険だというように判断すれば、その選択を尊重して避難に対する支援をすべきであるし、長期的なことを考えると、移住という選択もあると思います。その移住という選択に対しても、きちんとした対処を国はすべきですし、一方で、帰還ということを決断する方がいるとすれば、その方に対してちゃんとした措置をとると。

いずれにしても、健康で文化的な、尊厳のある、健康が保たれる生活環境を保障することが、いずれの政策の場合にも大事ではないかと思えますし、それが子ども被災者支援法でも謳われているということであると思えます。

検査対象・項目の拡充と データベースの構築



春日 それでは4番目のテーマ、「国の健康支援システム、汎用性のあるデータベースの構築を」に関連して、先生方から追加のご意見等をいただけますでしょうか。

伊藤 先ほどお話ししたこととも重なるのですが、先日、北関東の住民の方とお話をする機会がありました。福島県の「県民健康管理調査」は非常に改善の余地があると思っているのですが、北関東の方々には、福島県というカテゴリーにもありませんので、福島県の健康調査よりもさらに不十分で、甲状腺検査すら実施されていないという状況があります。

やはり県の境だけで、福島県内であれば検査が受けられ、そうでなければ検査が受けられないというシステムは非常に問題ではないかと思いますので、国が一元的に、線量限度に応じて、等しく影響のある人に対して必要な検査や医療を提供していくということが必要ではないかと思います。また、チェルノブイリ事故後、影響を受けた国では国の施策として、心電図、歯科、眼科、血液・尿検査などを、6か月に1度ないし年1度の定期検査をする体制をとっています。そういった体制の確立は日本でも急務ではないかと思います。

それから、甲状腺以外の病気についてもき

ちんとトレースをしていくことなくして、予防・分析ということもできませんので、きちんとしたデータベースの構築ということが重要になってくると思います。

木田 データベースにつきましては、市町村ごとの健診データ等も電子化されているものがあるのです。先ほどの福島県の避難区域以外のところで上乗せでやられているデータというの、電子化されたものがあります。

こういったものをきちんとどこかで統合して、そして見られるようにすれば、余分なお金をそれほどかけなくても、きちんとしたものを作ることができると思います。これからいろいろなリスクに対処していくことを考えれば、総合したデータベースを活用すれば、そういった対応は可能だと思います。福島県においても県にお話をして、対応する方向で考えてくださっているようですから、地域で進めていただければと思います。

島菌 まずはどういう健康状態であるかという検査の結果を国が積極的に集め、ディスクローズしていくということが健康支援の基本になるので、国が健康支援をしているという姿勢を示す大きな機会になり、また住民へのサポートになるのではないかと思います。同時に、チェルノブイリ以後の被害各国、ロシア、ベラルーシ、ウクライナ等ではこうした支援が行われており、そういうものとの比較も必ずなされるでしょうから、決して後れを取らないようなしっかりとした支援が必要です。

データベースを作ることが、そういう支援の基礎になるのではないだろうかと考えています。

春日 そうしますと、今のデータベースや検査体制の拡充ということは、1番めのポイン

トとして指摘された信頼回復にも大きく寄与するものだというご意見でしょうか。

島 蘭 私はそのように考えています。

明石 実は私どものところも、労働者のデータベース化に取り組んでいますが、なかなか進みません。きょうは法律の専門家の先生もいらっしゃるので、ぜひお聞きしたいのですが、個人データの問題、それから本人の意思の問題等、なかなか私ども医療だけでは解決しにくい部分もあって、進まないという理由があります。伊藤先生から、何が問題なのか、それともこれは人権に関わるものなのかどうかについて、ご意見をいただけたらありがたいと思っています。

伊藤 今ちょっとわからなかったのですけれども、進まない理由というのは、提供した情報のデータベース化というか、個人情報を活用することに関する同意がなかなか得られないというレベルの問題ですか？

そうであれば、やはり個人情報の問題ですから、同意なくして活用できるかということに関しては、法律的な面でもクリアすべき問題があると思います。

公益の観点からデータベース化に取り組むのであれば、その必要性について議論をしつつ立法化する。その過程で、同意が得られない場合はどうやっていくのかというような例外的な部分について、対処のしかたを含めて立法化するということが、まず必要ではないかなと考えています。

石井 ありがとうございます。実はそういう労働環境の管理であるとか、労働衛生の問題で、担当の役所の方とお話をした経緯があります。

原子力非常事態宣言が解除されるまでは、国の関与、行政の関与というのが結構ハイレ

ベルにできていましたが、野田政権のときに解除宣言がなされました。それによって、一般の労働環境だとされてしまったわけです。

一般の労働環境では、働く人が自分の働きたいところで働ける権利を有しています。しかもそのいろいろなデータは、事業者、また個人に還元されますので、そのあとどうなっていくかに立ち入れないというようなお答えをいただいたことがあります。ですから、確かにそこに不備があるとすれば、福島原発の中の労働者の方々、それがもう国中に散っていたり、国の外にお戻りになった方もいると聞いています。そういう方々のデータでしっかりとデータベースを作るという作業のためには、立法や行政的な手法も含めた介入も必要だろうと思います。

春日 データベース、これは議論をすると、非常に広く深い問題をはらんでいると思いますけれども、時間が迫っていますので、次の項目に移らせていただきます。

ナショナルセンターの設置とネットワークの強化

春日 「住民や作業員への健康支援、人的資源育成のためのナショナルセンター整備を」。これについて、もともとのご発表も含めまして、ご意見等をいただければと思います。

木田先生、お願いいたします。

木田 ナショナルセンターにつきましては、最初に申し上げましたように、いわき市の市民の有志が、放医研を誘致する会というものを結成しました。明石先生にもいらしていただき講演いただいたりしています。いわき市の北の方は原発から30キロぐらいですから、非常に近いところで、今、廃炉の作業も

やっているの、市民にはさまざまな不安があります。総合的にいろいろなモニタリングをきちんとしていただきたいと思うわけです。

避難区域からの方々も2万4,000人ぐらい住んでいらっしゃいます。この方々はやはり健康支援が特に必要な方々だと思いますし、それから廃炉作業に従事する作業員もたくさんいらっしゃいます。先ほど、どのくらいの被ばく量があるかということが今きちんと追跡できないような状況にある、というお話が石井先生からもありましたが、そういうことも含めまして、ナショナルセンターというものの設置が必要と考えています。

森口 明石先生からご発表のあった被ばく医療の話等も含めて、こういうナショナルセンターの整備の提案は非常に重要だと思うのですが、一方で、たくさんのセンターがあると、それがまた縦割りのになってしまいかねないということもあると思います。先ほど後藤先生との間でやりとりをさせていただいた、住民支援のための相談員、また、相談員を支援するためのセンターづくりということも議論が進んでいるかと思っています。それぞれの拠点づくりとともに、いろいろな拠点の間のネットワーク整備ということも重要かと思うので、センターとともにネットワークの強化ということについても、どこかで読み込めるようにしていただければと思います。

春日 それにつきましては、前の項目であったデータベースについても同じかと思えます。既存のものを活用しつつ、それぞれの利点をうまく生かしたネットワークづくり、これがナショナルセンターについても必要かと思えます。

後藤 ナショナルセンターの構想に関して、国の支援も受けてという意味でのナショナル

であることは理解しているのですが、ネットワークづくりという意味では、インターナショナルセンターであると、非常によろしいかなと思いました。

春日 大変重要なご指摘です。

放射線被ばくの健康への影響と不安

春日 では、最後のポイント、「健康権の概念を尊重し、長期的かつ幅広い視点からの健康支援体制の構築を」についてです。

伊藤先生、お願いいたします。

伊藤 低線量被ばくをどう考えるかということ、わからない部分が非常に多いということは、皆さん共通していると思います。では、低い確率で健康権を奪われる方がいるという場合に、それは低い確率なのであまり検査はしなくてもよい、不安解消の方が大事だという視点に立つのか、そうではないのかという話になると思います。この点では、やはり低線量被ばくの危険性から、もっとも脆弱な人を守るということを主眼に置くことが大切ではないかと思っています。

また、先ほどもお話ししましたが、情報公開、そして住民参加というこの2つが、非常に大きな健康権実現の鍵になってくると思います。不安解消の話もありましたが、自分の健康状況に関するきちんとしたデータが得られないということで、皆さん不安になっているわけです。自分の健康状況について知る権利、これは非常に大事な根本的な権利だと思います。特に放射線被ばくに関して皆さんが敏感になっているということを考えるのであれば、きちんとした情報が提供できるように、幅広い包括的な検査をタイムリーに行ってい

く。そういった体制を作っていってほしいと思いますし、そのプロセスに住民が関与していくということも非常に重要だと思います。

ある福島県外の自治体ですけれども、お母さんたちの要望を取り入れて、母乳の線量検査を行っていて、それが非常に不安解消につながっているグッドプラクティスになっているそうです。母乳がどれぐらい汚染されているのか、これを子どもに与えてよいのかと非常に迷うけれども、どこでもそういう検査はなされていないわけです。そういったことに関して、住民参加の中でそれを実現していくということもあるわけですので、そういった協議の機会を設けていくということも大事な視点ではないかなと思っています。

石井 ありがとうございます。今の母乳の件についてですが、母乳に含まれているカリウムには、微量ですが放射性同位元素が入って

いますので、厳密に測ると、ちょっとはカリッと反応したりするという問題があります。その情報も一緒にしっかりと伝えていかないと、機械だけ置いておいて「さあどうだろう」としてしまうと、逆に不安を与えてしまうこともなきにしもあらずだと思います。

島藺 日本学術会議でも、この健康支援の問題に関心を持っている分野は多いです。私は第1部ということで、人文社会科学系の研究者がこの問題に取り組んでいるわけですが、やはり住民の生活の状態について、それそれなりのアプローチをしながら、フィールドワークなどもしながら、どうやったらこの健康問題について協力しつつ、よりよい支援ができるかということを考えています。

一方、たとえば生命倫理の問題などを考える際には、Ethical, Legal and Social Issues、E L S Iと言ったりしますが、もちろん自然



科学の生物学的・生命科学的な医学が基礎になると思いますし、今回森口先生がなさったような放射線の測定に関する分野、こういうところが非常に重要な役割を果たすわけです。しかし、健康というのは生活の全面に関わっており、今度のような多くのストレスがかかる事柄が起こった場合は、やはり多分野で取り組んでいくということがぜひ必要です。ところが、なかなか政府の取り組みというのは、狭い意味の専門家を中心に討議をするという傾向があるのではないだろうかと思っています。そのへんの新しい体制への転換というのが求められているかなと思います。

春日 ありがとうございます。だからこそ、このように広い分野、また意見の異なる方とともに議論できる、そういう場の設定が必要なのだと思います。

また、健診の項目につきましては、先ほどカリウムのこともありましたけれども、一つひとつの健診の持つ意味や意義を説明しつつ、進めることが重要だと思います。また、実際にその健診をしてほしいという意見があったとしても、それに関わるマンパワーが現実的に足りないという場合には、できないということもありますので、この点、医療従事者または行政担当者と住民が率直に意見交換できる場が必要かと思っています。

質疑応答

石井 それでは、フロアから頂きましたご質問・コメントの中から、いくつかご紹介したいと思います。

「被爆者援護法による健康手帳の交付は1ミリシーベルト基準ではなく、0.1ミリシーベルト未満と推定される方にも認められている。これは、原爆症の認定基準である3.5キロ以内、これがほぼ1ミリシーベルトと推定されているが、そのうえで、被ばくの場合は積極的に認定していこうとするアクションがある」というコメントです。

それから、非常に現実的な質問で、「福井の関電原発から30キロ圏内にある町で小児科をしている先生から、今、私にできることを一言お願いできますでしょうか」という、すぐ答えられるかどうかは別として、こういう質問に対してどう答えたらよいのか。後藤先生、いかがでしょうか。

後藤 「私」はこの先生の「私」でしょうか、私でしょうか。両方の視点からでは、この地域の小児科の先生に関しては、患者さんとの丁寧な対話を、一緒に働いている看護師の方とできれば、非常によいなというように思ったのが1つです。私にできることとしては、今までやっていた活動を繰り返し地道に行っていくことなのかなと、自分に言い聞かせています。こういったお返事でよろしかったのでしょうか。

石井 ありがとうございます。

それから、続けて後藤先生に「わかりやすく伝える」ということへのご質問です。このわかりやすく伝えるという問題、多岐にわたった質問なので答えにくいと思いますが、「住

民の権利が侵害されているのを納得させて、伝えなければならないという現実が、最も大変な理由ではないか」という指摘です。先ほど、答えは少し出ていると思いますが、改めてこういう質問を向けられればどうお答えになりますか。

後藤 自分でもお話ししながら非常に迷っていた点を指摘していただいて、よかったなと思います。パターンリズムから脱却しなければいけないと言っている一方で、「伝える」という言葉がキーワードになっているのは、やはりいいかなものかなと思います。つまり、今後、対話するスキルが求められているというところが一番重要なのだと思います。このコメントは非常にありがたかったです。

石井 ありがとうございます。ヘルスリテラシー、それからリスクコミュニケーション、横文字でちょっと恐縮ですが、そういうことを一緒に考えるという話になりますね。

それでは、市民の方から、「島蘭先生のご意見に同意します。そこで森口先生にご質問。なぜ健康不安こそが問題と考えられるか、明快にご回答ください」という質問です。

森口 取り上げてくださってありがとうございます。ぜひこれにお答えしたいと思っていました。島蘭先生はそうにおっしゃったのですが、私はそうのように考えているわけではありません。きょうの私のプレゼンの資料で、原子力規制委員会としてまとめた文言を読んだ中に、「不安」という言葉が出てきたわけですが、実際に害はない、不安だけが問題であるというような立場には、私は一切立っていません。島蘭先生が最後のまとめでおっしゃったように、被害はないはずという前提に立つのではなくという、そこについては私も同意見です。島蘭先生が、私がそ

のような立場に立っているようにおっしゃったので、ちょっと私としては正直申して不本意だったのですが、そういうつもりはありません。

ただ、不安も非常に重要である。その不安に基づくストレス、それは放射線に伴う不安だけではなくて、生活不安ですとか、さまざまな不安に向き合っていくことが必要であるということの中で、文章がとりまとめられましたので、そこについて誤解や言葉足らずの点があったところがあれば、おわびしたいと思います。

石井 ありがとうございます。私が昔読んだ本で、20世紀のはじめフランツ・カフカという小説家が、「存在に対する不安が人間を動かす最大の原動力である」というようなことを言っていたような気がします。不安の解消というのは、それだけ根が深いし難しい、これこそ島蘭先生のコメントをいただきたいところだと思いますが。

島蘭 原子力規制庁の「帰還のための安心安全対策」の検討チームに春日先生と森口先生が入られて、私の印象で申しますと、お二人のご発言でシナリオが大きく変わった。というのは、原子力規制委員会の検討チームの当初の構想では、不安こそが問題である、そして帰還こそが正当な選択であるというニュアンスがあったところを、お二人が聞き取りもされて、住民がどういう考えを持っているかということについてのアプローチもしながら、いろいろな選択をそれぞれ認めるべきだということに変えられたと思います。それは「基本的考え方」という文章に出っていますが、つまり、不安ということは1つの要因ではあるけれども、それこそが問題だということではないのだという方向へ転換しているという

ように理解しています。

春日 島藺先生、ありがとうございます。でも、あのときは森口先生や私だけではなくて、明石先生も、また会場にいらしている星先生も、そして丹羽先生も、皆さん同じ方向で意見を申し上げました。決して二人だけというわけではありませんので、ちょっと補足させていただきます。

石井 こういう事象のあとの不安はもちろん重要ですが、それがメインポリシーではなくて、1つずつ積み上げていくという形なのでしょうね。そういう意味では、運営の方法や考え方の方向が、一度バージョンが書き換わっているということは、今言えるわけですね。それでは、そろそろとりまとめのセクションに入りたいと思います。よろしくをお願いします。

共同座長取りまとめ

春日 長時間にわたりまして、ご講演者の先生方、そして会場からご質問等をいただいた皆様、ありがとうございました。

ここで、石井常任理事と私で、これまでの内容等を踏まえ、次のように共同座長としての取りまとめをさせていただきたいと思います。スクリーンをご参照ください。(図表1)

1. 国・福島県・東電、そして専門家・科学者は健康支援対策への信頼の回復を(図表2)

被災者は福島県だけでなく、隣接県を超え全国に広がっているが、被災者に対する国・県の健康支援は不十分であるとの声もある。それらの声に耳を傾け、不安の持たれている健康影響については、検査の意味を丁寧に伝えたいので、十分な検査や調査を行い、その

情報を国民に明らかにすることが重要である。健康支援策の具体的内容も重要であり、その拡充と意義の説明によって信頼が回復され、安定した生活感覚を取り戻すことができる。

医師・保健師など専門家また科学者においても、解り易い合意に基づく助言を目指し、意見の相違が存在する時は解り易く説明する責務を持つ。

2. 東京電力福島第一原子力発電所事故の影響の科学的解明を(図表3)

事故後、政府、国会、民間の事故調査報告書が公表され、事故当時の状況が明らかにされてきた。しかしながら、これらは限定されたデータを基に作成されたという限界も否めない。

一連の報告以降に、事故直後の周辺地域でのモニタリングデータや、ヨウ素の地表沈着

図表1

1. 国・福島県・東電は健康支援への不安・不満に対する信頼の回復を
2. 東京電力福島第一原子力発電所事故の影響の科学的解明を
3. 国・福島県・東電は生活再建の総合的な環境対策と地域づくりの支援を
4. 国の健康支援システム・汎用性のあるデータベースの構築を
5. 住民や作業員への健康支援・人的資源育成等のためのナショナルセンター整備を
6. 健康権の概念を尊重し長期的かつ幅広い視点からの健康支援体制の構築を

図表2

1. 国・福島県・東電は健康支援への不安・不満に対する信頼の回復を
被災者は福島県だけでなく、隣接県を超え全国に広がっているが、被災者に対する国・県の健康支援は不十分であるとの声もある。それらの声に耳を傾け、不安の持たれている健康影響については十分な検査や調査を行い、その情報を国民に明らかにすることが重要である。健康支援策の具体的内容も重要であり、その拡充によってこそ信頼が回復され、安定した生活感覚を取り戻すことができる。また、原発サイトや除染で働く作業員の、労働作業環境の管理、健康管理・健康支援も大きな課題である。

量の推計値などが新たに公開されており、これらのデータに基づく初期被ばくの再評価を含め、事故後に蓄積されてきたデータや知見をもとに、事故の影響の一層の科学的解明を図るべきである。

3. 国・福島県・東電は生活再建の総合的な環境対策と地域づくりの支援を（図表4）

時間の経過による放射能の物理的減衰・自然減衰と除染の効果によって、放射線量が一定レベル以下に低下した地域については、避難指示の解除が検討されているが、帰還の選択をするか否かは個人の選択を尊重すべきであり、また、選択が可能な条件整備が必要である。

避難指示による避難や自主的避難が長期化した中では、放射線に対する不安だけでなく、個々人の生活再建、コミュニティの復活、地域復興に係る課題にも総合的な対処が必要で

図表3

<p>2. 東京電力福島第一原子力発電所事故の影響の科学的解明を</p> <p>事故後、政府、国会、民間の事故調査報告書が公表され、事故当時の状況が明らかにされてきた。しかしながら、これらは限定されたデータを基に作成されたという限界も否めない。一連の報告以降に、事故直後の周辺地域でのモニタリングデータやヨウ素の地表沈着量の推計値などが新たに公開されており、これらのデータに基づく初期被ばくの再評価を含め、事故後に蓄積されてきたデータや知見をもとに、事故の影響の一層の科学的解明を図るべきである。</p> <p>4</p>
--

図表4

<p>3. 国・福島県・東電は生活再建の総合的な環境対策と地域づくりの支援を</p> <p>時間の経過による放射能の物理的減衰・自然減衰と除染の効果によって、放射線量が一定レベル以下に低下した地域については、避難指示の解除が検討されているが、帰還の選択をするか否かは個人の選択を尊重すべきであり、また、選択が可能な条件整備が必要である。避難指示による避難や自主的避難が長期化した中では、放射線に対する不安だけでなく、個々人の生活再建、コミュニティの復活、地域復興に係る課題にも総合的な対処が必要であり、国・福島県・東電は住民の不安に応えるための対話などを通じて、地域づくりの基礎となる信頼関係の再構築をすべきである。</p> <p>5</p>
--

あり、国・福島県・東電・専門家・科学者は住民の不安に応えるための対話などを通じて、地域づくりの基礎となる信頼関係の再構築をすべきである。

4. 国の健康支援システム・汎用性のあるデータベースの構築を（図表5）

県域を越えた被災者や、廃炉作業員・除染作業員等も対象とした国の健康支援システムの構築と、さらに様々な健診データ等のデータベースを、被災者・廃炉作業員・除染作業員等の健康支援のために広く共有できる、例えば（仮）日医健診標準フォーマットのような汎用性を具備したデータベースを、構築すべきである。

5. 住民や作業員への健康支援・人的資源育成等のためのナショナルセンター整備を（図表6）

被災した住民や廃炉作業員の健康支援や、

図表5

<p>4. 国の健康支援システム・汎用性のあるデータベースの構築を</p> <p>県域を越えた被災者や、廃炉作業員・除染作業員等も対象とした国の健康支援システムの構築と、さらに様々な健診データ等のデータベースを、被災者・廃炉作業員・除染作業員等の健康支援のために広く共有できる、例えば（仮）日医健診標準フォーマットのような汎用性を具備したデータベースを、構築すべきである。</p> <p>6</p>
--

図表6

<p>5. 住民や作業員への健康支援・人的資源育成等のためのナショナルセンター整備を</p> <p>被災した住民や廃炉作業員の健康支援や、放射線汚染環境情報の集積、さらには緊急被ばく医療体制を整えるための人的資源育成等の、中心的機能を担うナショナルセンターを、放医研等研究機関の誘致要望地域も留意し、福島県内に設置すべきである。</p> <p>7</p>
--