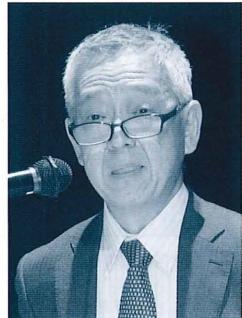


講演Ⅲ

国や福島県の健康支援に 信頼が得られるために

上智大学神学部特任教授

島園 進



演者紹介

澤 続きまして、ご講演いただきます上智大学神学部の特任教授、島園進先生のご略歴を紹介させていただきます。

島園先生は、昭和49年に東京大学大学院人文科学研究科修士課程を修了されたのち、東京大学文学部宗教学宗教史学科助教授、東京大学文学部教授、シカゴ大学宗教学部の客員教授、ベネチア・カファスカリ大学客員教授を歴任されたのちに、平成25年に上智大学神学部教授、グリーフケア研究所所長にご就任されまして、現在に至っています。

演題は「国や福島県の健康支援に信頼が得られるために」です。それでは島園先生、お願い申し上げます。

島園 ご紹介ありがとうございました。私は宗教学というものをやってまいりましたが、1990年代から生命倫理の問題に取り組んでまいりまして、そういう関心から、今回、放射性物質による健康への影響の問題ということ

で、文系の立場からこの問題をともに考えてきたという事情があります。

先ほどの森口先生のお話で、信頼の条件が整えられる必要があるということがありました。これは非常に重要だと思います。それから木田先生のお話の中には、健康支援というコンセプトが足りなかったのではないだろうか、不安に対処する、不安をなくすということが目標になっていて、健康支援ということがうまく立てられていなかったのではないかだろうかというお話がありました。

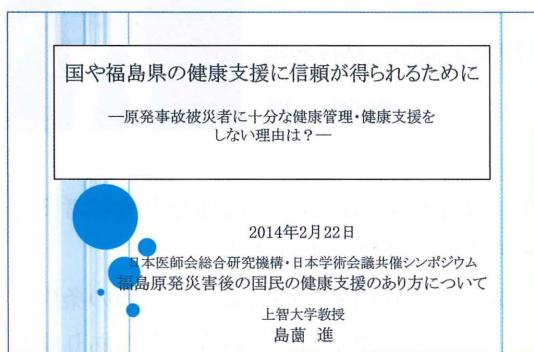
私の理解では、政府あるいは福島県、あるいは専門家の方たちの対応の中で、健康支援のコンセプトの確立が十分になされていなかったことを被災地の方々の多くが感じておられて、そこで信頼の条件が崩れないと受けとめざるをえないところがあるのでないだろうかと思います。

つまり、なぜ信頼の条件が崩れてきたのか、どうすればその信頼が回復されるのかということと併せて、今後どのような医療支援がなされるべきかということを考えていく必要が

あると思います（図表1）。

本日のパワーポイントの資料は印刷してありませんが、資料の30ページ・31ページにおよその内容が出ています。この流れに沿ってお話をしたいと思います。

図表1



図表2

(プロメテウスの罠) 医師、前線へ：22 聞く度に話変わった
2013年11月9日05時00分

I. 安定ヨウ素剤は配布・服用指示されなかった。

長崎大教授の山下俊一（61）は、1999年に起きたJCO臨界事故のあと原子力安全委員会で安定ヨウ素剤服用のマニュアルづくりを担った人物だ。

その山下が、なぜ安定ヨウ素剤に否定的なのか。

山下への取材は計3回。記憶があいまいなのか、話を聞くたびに内容が違っていた。

今年6月のやりとり。

——福島県立医大でヨウ素剤服用は不要だと結論を出しました。

「福島に入ったときは情報がなかったんです。情報といえば福島県立医大で測定していた空閑線量のデータぐらいで……。3月23日にスピーディの結果を見て、ありやーと」

——情報がないのになぜ不要と結論を出したのですか。

「日本の原発はフィルターがついていると思っていた。放射性物質があんなに広範囲に広がっていると思わなかつた」

安定ヨウ素剤は配布・服用指示されなかった

最初の話題ですが、安定ヨウ素剤が配布されたり、あるいは服用を指示されるということがうまくいかなかったのは、被災地の住民にとって大変な衝撃であり、苦悩の原因になっていると思います。

これは福島県のリスクアドバイザーになられた山下俊一先生も、ある時点で服用の指示がされなければならなかったということに気がついたと言っておられます。図表2は朝日新聞の「プロメテウスの罠」に昨年の11月に出た記事です。

図表3はきょうあとでお話しになる明石先生ですが、明石先生もそのように言っておられます。3月に放射性物質の拡散が懸念された時点で、いくつかの市町村では自主的に服

用されたのですが、それについても、「いや、服用すべきではない」とか、「服用する方がリスクが高い」というようなことが言われたために、躊躇されたりした。なぜ、このようなことが起こったのだろうか。甲状腺への健康影響が大いに懸念されていますが、こういう事態はどこかで「なぜそうだったのか」ということを明らかにし、今後はそのようなことがないようにする必要があると思います。

低線量被ばくの健康影響情報は誤って伝えられた

それから、こちらは日本学術会議も関わっていることですが、低線量被ばくがどのように健康に影響をもたらすかということについて、情報が非常に錯綜した。いわゆる「直線しきい値なし仮説（LNT仮説）」というも

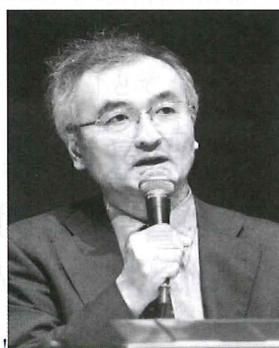
のがあります。100ミリシーベルト以下でも、線量に比例して影響は減るが、それでも影響はあるという説です。これをどう説明するかということで、大いに混乱があった。

明石先生のおられる放医研には、100ミリシーベルト以下ではがんの過剰発生がみられないという放射線被ばく早見図が1年ほど出ていた（図表4）。それが2012年になってひっそり書きかえられたということですが、なぜ、そのようなことが起こったのか。不安を起こさせないようにという配慮のために、情報が正しく伝えられなかった、適切に伝えられなかったということがあったのではないかと思われます。なぜ、そのようなことになってしまったのかということも、大いに反省すべきことであろうと思います（図表5）。

実はこれは今でも続いている、100ミリシーベルト以下ではどうかとか、20ミリシーベ

図表3

（プロメテウスの罠） 医師、前線へ：23 消えたファクス
2013年11月10日05時00分



放医研の明石真言さん

長崎大の山下俊一（61）とともに安定ヨウ素剤の服用問題に大きな影響を与えたのが**放射線医学総合研究所**（放医研）の緊急被ばく医療研究センター長、明石真言（60）だ。

明石から話を聞いたのはことし6月だった。明石はこういった。

「いま思えば、飲ませればよかった」

2011年3月14日、放医研は**原子力安全委員会**の定めた服用法から逸脱しないよう声明文を出した。国や県の指示がない状態で飲むな、ということだ。国、県は指示を出さなかつたため、安定ヨウ素剤を飲んだのは**三春町**民などごく一部だけ。その**三春町**にしても、一時は「勝手に飲ませた」と批判された。

その声明文について聞いた際の答えが「いま思えば」だった。

「でも」と明石は証明した。

「あのころは**自衛隊**へのヨウ素剤服用指示や、傷病者の受け入れなど対応すべきことが多くて……」

初期被ばく線量測定は避けられた

それから、森口先生のご説明の中にも、放射能対策分科会では、健康被害はあまり懸念されないと書かれていますが、大いに問題なのは、初期の被ばく線量測定値というのが非常に少ないとということです。これについては、今行われています放射線防護に関する有識者会議でも、座長の長瀧先生が「痛恨の極みである」とおっしゃっています。

切尔ノブイリでは数十万人の方に行われた検査が、日本では1,000人あまりに行われているにすぎない。しかもその1,000人のデータというのは、きわめてあやふなや簡易測定によるものです（図表9・10）。そういうものを基礎にして初期被ばく、とりわけ甲状腺の内部被ばくについて推定しなければなら

図表9

<p>○原子力災害対策本部。3月26-30日、飯舘村、川俣村、いわき市の3町村の1,080人の児童を対象とした「スクリーニング調査」</p> <p>○原子力安全委員会「児童甲状腺被ばく調査結果に対する評価について」（2011年9月9日）「今回の調査は、スクリーニングレベルを超えるものがいるかどうかを調べることが目的で実施された簡易モニタリングであり、測定値から被ばく線量に換算したり、健康影響やリスク評価したりすることは適切ではないと考える。」</p> <p>*****</p> <p>○弘前大被ばく医療総合研究所の床次真司教授らが2011年4月12-16日に行った調査。計画的避難区域に指定された浪江町津島地区に残っていた17人と、南相馬市から福島市に避難していた45人の計62人</p> <p>*****</p> <p>◇放医研「事故初期のヨウ素等短半減期による内部被ばく線量評価調査」報告書（2013年2月）が依拠する実測データ。国連科学委員会の推定の基礎実測資料の主なものはこの2つ。</p>

図表10

<p>◇以下は切尔ノブイリの甲状腺がんについての信頼できるレビュー。「切尔ノブイリ甲状腺がんの歴史と教訓」 http://together.com.li/578876</p> <p>「日本では甲状腺内ヨウ素の直接測定は1000人強しか行われなかつたが、切尔ノブイリでは実にその数百倍になる350,000人分もの測定が行われている。」例えばウクライナでは、ブリャチからの避難者65人に對し、喉と胸にベクトロメーターを当ててI-131、I-132、I-133、Te-I-132を測定する特殊な方法がとられたほか、合計で約150,000人分の測定値が残された。また、日本では大部分がサーベイメーターによる測定であったが、ウクライナでは約56,000人がスベクトロメーターによって測定されており、放射線の強さだけでなく、核種までが分かる形でデータが残されている。</p> <p>◇しかし日本のその1000人の実測データはほとんど科学的な価値をもたない。①原子力災害対策本部の2011年3月26-30日の調査は簡易測定で得られた数値は科学的価値をもたない。②弘前大床次真司教授らの4月12-16日は被曝量の多い浪江町で17人のみ。65人中子どもは9人だけ。以上、①②が主。 「災害時の科学者・研究者の責任・続」http://shimazono.spinav.net/</p>

ないという状態が続いてきたという問題があります。これについては新聞でも何度も報道されています。

原子力安全委員会も、簡易的な測定では、科学的なデータとして用いることはできないので、さらに詳しく検査をすべきであるという指示を出しましたが、行われなかった。対策をとった国側は、不安を起こさないようにということを掲げるわけです。しかし、不安を起こさないためと言うと、眞実を知る、科学的なデータを適切に取るということが避けられてしまうということがここでも行われた。そのように考えられます（図表11・12）。

弘前大学の床次先生は60人ほどのデータを取られたわけですが、これについても途中でやめるようにという指示が入った（図表13・14）。

なぜかというと、不安になるからと言うことです。健康についての大変なデータを、不

図表11

IV. 初期被曝線量測定は避けられた
<p>「<甲状腺内部被ばく>国が安全委の追加検査要請拒否」毎日新聞（2012年2月21日）</p> <p>「国の原子力災害対策本部（本部長・野田佳彦首相）が東京電力福島第1原発事故直後に実施した子供の甲状腺の内部被ばく検査で、基準値以下だが線量が高かった子供について内閣府原子力安全委員会からより精密な追加検査を求められながら、「地域社会に不安を与える」などの理由で実施に応じなかつたことが分かった。専門家は「甲状腺被ばくの実態解明につながるデータが失われてしまった」と国の対応を問題視している。」</p> <p>対策本部は昨年3月26～30日、福島第1原発から30キロ圏外で被ばく線量が高い可能性のある地域で、0～15歳の子供計1,080人に簡易式の検出器を使った甲状腺被ばく検査を実施した。」</p>

図表12

<p>「安全委が設けた精密な追加検査が必要な基準（毎時0.2マイクロシーベルト）を超えた例はなかったが、福島県いわき市の子供1人が毎時0.1マイクロシーベルトと測定され、事故後の甲状腺の積算被ばく線量は30ミリシーベルト台と推定された。対策本部から調査結果を知られた安全委は同30日、この子供の正確な線量を把握するため、より精密な被ばく量が分かる甲状腺モニターによる測定を始めた。安全委は「ヨウ素は半減期が短く、早期に調べないと事故の実態把握ができなくなるため測定を始めた」と説明する。」</p> <p>しかし、対策本部は4月1日、（1）甲状腺モニターは約1トンと重く移動が困難（2）測定のため子供に遠距離の移動を強い（3）本人や家族、地域社会に多大な不安といわなき差別を与える恐れがあるとして追加検査をしないことを決定した。」</p>

安になるから取らないということは、医療倫理上私はありえないことだと思うのですが、この場合はそういう理屈が通るということになっていた。それは大いに問題だらうと思います。

もちろん不安に配慮しないでよいということではありません。あるいは大きさに言ってびっくりさせるというようなことはあってはならないことですが、科学的データをしっかり取り、それを正しく適切に被災地の住民に伝えるということは、ぜひとも必要であったはずではないだらうかと思うわけです。

図表13

<p>「福島原発:県が内部被ばく検査中止要請…弘前大に昨年4月」 毎日新聞(2012年06月14日)</p> <p>「東京電力福島第一原発事故後、福島県浪江町などで住民の内部被ばくを検査していた弘前大の調査班に、県が検査中止を求めていたことが分かった」。県の担当者は事実確認できないしつつ「当時、各方面から調査が入り『不安をあおる』との苦情もあった。各研究機関に『(調査は)慎重に』と要請しており、弘前大もその一つだと思う」と説明。調査班は「きちんと検査していれば事故の影響を正しく評価でき、住民も安心できただけ」と当時の県の対応を疑問視している。</p> <p>弘前大被ばく治療総合研究所の床次真司(とこなみ・しんじ)教授らは昨年4月12~16日、放射線量が高く、後に計画的避難区域に指定された浪江町津島地区に残っていた17人と、南相馬市から福島市に避難していた45人の計62人について、住民や自治体の了解を得ながら甲状腺内の放射性ヨウ素を31を測定した。このうち3人は2度測定。検査の信頼性を高めたためには3桁の被験者が必要とされ、その後も継続検査の計画を立てていた。ところが県地域医療課から「環境の数値を測るのはいいが、人を測るのは不安をかき立てるからやめてほしい」と要請されたといつ。</p>

図表14

<p>「ヨウ素131は甲状腺にたまりやすく、がんのリスクを高めるるとされる一方、半減期は8日と短く、早期検査なければ原発事故の影響を把握できない。床次教授は『放射線への不安が長引いているのは當時の情報がないからだと指摘する。』</p> <p>県地域医療課の担当者は「ややとりの詳細は記憶にない。弘前大以外にも県の災害対策本部として「住民の心情を察してほしい」とお願ひしてきた」と説明する。だが、こうした要請の結果、事故初期段階でのヨウ素131の内部被ばく実測データはほとんど残されなかった。</p> <p>62人の検査データは既に公表され、事故翌日の昨年3月12日にヨウ素を吸引したと仮定して内部被ばくの積算線量を推計したところ、5人が国際原子力機関の定めた甲状腺がんを防ぐヨウ素剤用基準の50ミリシーベルトを超えていた。ただし現在は3月15日にヨウ素を吸引したとの見方が有力になっており、再解析が進められている。</p> <p>甲状腺の内部被ばく検査を巡っては、国の原子力災害対策本部も3月下旬、飯館村などの0~15歳の計1080人に実施したが、「これはヨウ素を直接測ることができない簡易式の検出器だった。」[町田結子]</p>

リスコミという名の下で、「不安にさせない」という大義が真実を隠すことを正当化する

このように、放射能による身体的な健康影響よりも、不安こそが問題であり、心理的・精神的影響の方が大きい。その心理的・精神的影響というのは、もっぱら放射能に対する不安であるという理論があります。私はそれはかなり特殊な理論であると思うのですけれども、どのようにしてその理論ができたのかというと、長瀧重信先生のご本にある程度書かれています(図表15)。

長瀧先生はチェルノブイリの支援に行かれまして、1990年からチェルノブイリと関わり始めて、そのチームは数年間にわたりたくさんの中もたちの内部被ばくのデータ、あるいは血液検査のデータを取られました。最初にゴメリを訪れたときに、地域の住民が放射能の身体に及ぼす影響に対し、強い不安を抱いているので、自分たちの使命は、まずこの不安を取り除くことであると確信したと書いておられます。

第一印象が大事だということは、私は否定はいたしませんが、それによって、まず考え方を決めてしまうのはどうか、科学的なことであろうか、そのように思います。不安の方が重要であるという科学的データはどこにあ

図表15

<p>V. リスコミという名の下で、「不安にさせない」という大義が真実を隠すことを正当化する</p> <p>長瀧重信『原子力災害に学ぶ—放射線の健康影響とその対策』丸善(2012年) 『笹川チェルノブイリ医療協力事業を振り返って』(2006年)</p>  

るのかというと、あまり聞いたことがない。そういうことなのです（図表16・17・18）。

長崎大学は Chernobyl 支援で大きな役割を果たし、その後、放射線のリスク管理の拠点校として COEなどを取ってこられまして、これはその報告書ですが、この中でリスクコミュニケーションということが大いに話題になっています（図表19）。

しかし、この報告書には、リスクコミュニケーター

図表16

<p>長瀧重信氏「原子力災害に学ぶ-放射線の健康影響とその対策」(丸善)(2012年) 1990年8月、モスクワ、ゴメリヘ(笹川Chernobylプロジェクト1991-96) 「ここで強く感じたのは、事故が汚染地帯住民の精神に非常に大きな影響を与えていた」ということであった。まず、入院している患者のほとんどは Chernobyl 原発事故によって病気になったと信じていた。 「[ある]患者はバセドウ病であるが、原因は Chernobyl 原発事故で、原爆の専門家の先生はすぐに治してくれると期待しているといわれた。また病院で出産した新生児の母親は、自分たちの子どもに奇形はないか、いつ白血病あるいは癌になるのか、いつまで生きられるのかなどと大きな不安に駆られており、まさに半狂乱の状態である。」p44</p>

図表17

<p>長瀧重信氏「原子力災害に学ぶ-放射線の健康影響とその対策」(続) 「今まで政府の350mSvまでは安全であるとの話を信用してきたが、最近海外からの報道関係者はこの地域は汚染されており、放射線による病気でたくさんの人が亡くなり...と報道している。自分たちはどうしたらしいのか。子どもだけは助けてほしい。ここで原爆の調査治療の経験のある日本の専門家が来てくれたことは本当にうれしい。本当に頼りにしていると医者冥利に尽きるほどに信頼の眼で見られたことは忘れない。また、医療協力としてもっとも大切なことは、この住民たちの不安に応えることにあると確信した。」p44 ◎疑問。まず「不安」に強い印象を受けたのは分かるが「不安こそ問題」という「確信」に医学的根拠はあったのか？</p>

図表18

<p>長瀧重信氏「原子力災害に学ぶ-放射線の健康影響とその対策」(続々) 「何をすべきか」については、先ほど述べた現地での経験から、医療協力としてはなによりも住民のパニックともいいくべき不安状態に対応することが最重要であると考えた。そのため「何ができるか」としての調査団の結論は「人道的には親の前で子どもを診察し、少なくとも現在心配すべき病気はないと親に告げることであった。これが、一番早くこの極端な不安を取り去る方法であると考えた。またさらに、可能な限りたくさんの子どもを診察すると同時に、その診察した結果を科学的な調査結果としてまとめ、被曝の状態を明らかにし、子どもに検診を受けさせられない親たちの不安を取り除くことを目的とするべきであるということになった。」p47</p>

ケーションとして行われているのは、リスクコミュニケーションの専門家の話を聞くことで、リスクコミュニケーションとは何かについての考察は、医学側や放射線健康影響研究者の側からは、あまりなされていません。

科学的データと医学側が考えるものをどうわかりやすく説明するかというのは、一方向的なリスクコミュニケーション観と言われています。だいぶ前からそういう考え方は適切ではない、さまざまな当事者との間でのやりとりが重要であると言われているのですが、そのようなリスクコミュニケーション観が、ここではほとんど表れていないようです。

図表18は、長瀧先生が1990年にモスクワのゴメリで、いかに住民の不安が著しいかということに強い印象を受けたことを書いておられるものです。

ここで、「少なくとも現在心配すべき病気はないと、親に告げることであった」と、まだ調査を始める前からおっしゃっているわけです。医療の中では、患者さんの心理を的確に察知して、医療側が適切な情報提示をするということは必要ですが、そこに真実を隠すということは入っていないと思いますし、よくわかっていないことを科学的な説として示すということも適切とは言えないことですが、そのような考え方があると受け止めざる

図表19



をえないわけです。

山下俊一先生は、長瀧先生のもとでこのチエルノブイリの支援に参加されたわけですが、長瀧先生はチエルノブイリを「千載一遇のチャンス」と捉えられたと発言しておられます。要するに大規模なデータをとって、それが疫学史上の大きな成果になる。しかし、それが個々の患者さんのための健康支援のデータとしてどう使われるかということは、あまり具体的に考えられていない。このようなことが書かれています。そしてまた、甲状腺のがんが出てきたときに、それまで被害は少ないと述べてきたのですが、とんでもないことが起こったのではないかと気がつかれたということも述べておられます（図表20）。

一方、山下先生とともに福島医大で副学長を務められている神谷先生、広島の原医研の先生ですが、「国民はリスク論について十分な教育を受けていないので、専門家が提示するリスクを正しく理解できない。これが混乱の原因だ」と言っておられます（図表21）。しかし、こういう考え方は古いリスクコミュニケーションの考え方であり、当事者が考えているリスクとの間でコミュニケーションを取りながら、適切な理解にたどり着く。こういうことが今のリスクコミュニケーションの理解ではないかと思います。

図表20

<p>山下俊一氏のリスク経験、向上書、p11</p> <p>「当時は、チエルノブイリの事故は自分には関係ない地球の反対側のことだと思っていた。ところが帰ってきてみると、長瀧先生はチエルノブイリを千載一遇のチャンスだととらえて尽力されていました。長瀧は原爆被爆者のデータの宝の山をキチンと世界に還元していないこともあり、日本核医学会総会は長崎大学医学部第1内科の大イベントだったのです。」p11</p> <p>◎長瀧氏の「手足となって」p11働いた山下氏は「安心させる」ことを至上命題としてチエルノブイリでの検査にあたった。</p> <p>「すぐに感謝されたのはセシウム137をホールボディカウンターで測定して、その体内被曝を心配しないでよいと子どもたちや親たちに知らせてからです。そこではじめて現場は安心するのです。それしか現場ではすぐには結果がないのです。ですから、まずは心配要らないと伝えられることがまず1ですね。」p17-18</p> <p>◎でも当時のWBC検査でほんとうに健康被害がないと断言できただのだろうか。山下氏は甲状腺がんの報告の後、「とんでもない」とか現地では起こっているのではないか」と「漠然たる不安」をもつたと述べている。</p>

県民健康管理調査の問題点

県民健康管理調査については、2点を申し上げたいと思います。

1つは、木田先生も話されました、健康不安こそが問題であり、この県民健康管理調査は不安をなくすためだと、最初の時点ではみなされていたことです。

福島県の木田先生をはじめとする医師会の方たちが、現場の感覚に基づいて、これでは適切ではないと、健康支援こそ必要だと主張した。そこで、健康不安への対策から、健康支援へと今では目的が変わっています。しかし、先ほど森口先生が示された、原子力規制庁の帰還に向けた安全安心対策のための検討チームは、安心するために不安をどうやって取り除くかという目的を相変わらず掲げています。実際に健康支援をどうするかを、まずは考えるべきであろうと思うわけです。

もう1つは、先ほども木田先生がおっしゃった血算等の血液検査の問題ですが、これは早い段階から県民健康管理調査の中では考慮されていました。避難地域以外の人たちも詳しい血液検査を受けるとすれば、どういう基準で受けられるのかを検討していたことが、図表22の矢印のところに出ています。

図表21

<p>神谷研二氏（福島医大副学長、広島大原医研所長）</p> <p>「低線量被ばくのリスク管理に関するワーキンググループ」（2011年12月）提出書面</p> <p>「福島原発事故後、放射線の単位や放射線情報が氾濫した。しかし、住民には、放射線データの意味や評価が十分に説明されず、専門家の意見も異なった。即ち、リスクコミュニケーションの不足が、住民の健康に対する不安を増幅した。LNTモデルによる低線量放射線のリスク推定は、その可能性の程度を確率的に推定するものである。従って、リスクを確率論的に捕らえることと、リスクの比較が重要であるが、国民はそれに慣れていない。国民もメディアも、シロかクロかの二元論でとらえる傾向があった。これを克服するためには、国民全体の放射線リテラシーが必要。」</p>

しかし、この内容は十分に明らかにされないまま、結局は実施されずに、今に至っています。3年経っています。これからでも十分役に立ちますが、早い段階から検討されていたのに、なぜ行われなかったのかということは、信頼回復という観点から言うと、非常に重要な事柄ではないかと思います（図表22～27）。

毎日新聞の日野行介さんが書かれた県民健康管理調査の問題点についての本の中でも、「秘密会」と言われていますが、準備会がやや不明朗な形で行われており、その中で討議されていたと記されています（図表28）。

そして木田先生が話された1ミリシーベルト以上の人に対する調査を行うのが自然ではないか。これは1999年のJCO事故の場合、そういう基準で行っています（図表29）。

なぜ今回はそういうことが行われないのか。むしろ20ミリシーベルトとか避難地域と
図表22

VI. 県民健康管理 調査の問題点

「健康診査」

①ふつうの健康検査に加えて詳しい血液検査等を行う。

②「白血球分画等の項目を上乗せした健康診査」は誰を対象として行うのか？

いう判断で行われているということは、住民の方々にとって不可解なことかと思います。

そして笹川チエルノブイリ調査、長瀧先生が主軸となって行われたものですが、そこでは甲状腺、血液異常、体内被ばく線量の調査という3つの柱があり、血液異常を調べることに大変力を入れています（図表30・31）。

その報告書には、血算の異常が報告されている。しかもその理由はよくわからないとなっています（図表32～34）。

このように非常に重要な科学的データがあり、その調査に基づいて健康支援が行われるべきでしょうが、調査が限られた地域で不十分にしか行われていないことは、信頼回復という点から大変残念なことだと思います。

県民健康管理調査「健康診査」について

福島県では、県民の皆さまの健康を見守り、将来にわたる健康増進につなげることを目的に健康診査を実施しています。

◆福島県の実施動向

- ◆福島県の実施動向
- ◆長引く避難生活や放射線への不安などが健康に及ぼす影響の調査や、疾患の早期発見、早期治療のための健康診査の実施

◆健康診査

（①）検査項目

全ての年齢区分について、放射線の影響のみならず、健康状態を把握し、生活習慣の予防や疾病の早期発見、早期治療につなげていくことを主眼に検査項目を設定しております。

16歳以上については、高齢者の医療の確保に関する法律（昭和67年法律第80号）第20条に基づく「特定健診」の検査項目を基本として、血算などの追加項目（以下「追加項目」という）を付加して実施しております。

◆年齢区分別検査項目◆

年齢区分	検査項目
0歳～4歳 (新生児健診)	身長、体重、 耳管(きみまど)、ハマトクリット、ヘモグロビン、血小板数、白血球数、白血球分画
5歳～11歳 (小学生健診・中学生健診)	身長、体重、血圧、 耳管(きみまど)、ハマトクリット、ヘモグロビン、血小板数、白血球数、白血球分画 血清生化(AST, ALT, γ-GT, TG, HDL-C, LDL-C, HbA1c, 空腹時血糖、 空腹時ケラチニン、eGFR、尿酸)
16歳以上	身長、体重、血圧(BMI)、血圧 耳管(きみまど)、ハマトクリット、ヘモグロビン、血小板数、白血球数、白血球分画 骨髄塗(骨髄そと)、尿管(じうかん) 血清生化(AST, ALT, γ-GT, TG, HDL-C, LDL-C, HbA1c, 空腹時血糖、 空腹時ケラチニン、eGFR、尿酸) ※下記部は、高年・特定健診用若て検査しない項目

※1 選択区域等

由利町、南相馬市、川俣町、広野町、猪飼町、古川町、川内村、大熊町、双葉町

浪江町、磐梯村、原町村、伊達市の一部（特定過労勤続地帯周辺地区）

※2 「基本版」の結果が必要と認められた方

検査申込料金は、[第6章「各年度の実施年齢区分別の「料金」」](#)をご覧ください。

図表23

第6回福島県「民健康管理調査」検討委員会(平成24年4月26日開催)資料

基本調査の結果より 詳細調査を必要とする基準について

(第6回福島県「県民健康管理調査」検討委員会(平成24年4月26日開催)資料)

参考資料

■ 現段階で得られている被ばく線量

1 外部被ばく線量推計（基本調査 事故後 4か月間）
 1mSv 未満 (57.8%)、10mSv 未満 (99.3%)、最大 23mSv。
 ※先行調査地域 9,747 人 (放射線暴露事歴者を除く) の結果

2 個人算収集
 (1)アドバイザリーグループへの照会データ (22 市町村) から
 中央値：年間 1mSv 未満
 測定範囲の平均的な結果と比べて数値が高いケースは、
 その背景を確認し、測定を継続実施。
 (2)福島市 (ホームページ及び新聞報道より)
 中央値：年間 0.8mSv (3か月測定で 0.2mSv : 福島市)
 不適切使用による年間 10mSv 以上となる測定有。

3 内部被ばく検査
 23 年 6 月 27 日～24 年 2 月 29 日 22,717 名測定結果
 22,691 名 (99.5%) が預託実物線量 1mSv 未満。
 1mSv 14 名、2mSv 10 名 最高 3mSv 2 名。

4 食事による内部被ばく
 今回の事故後、流通している汚染された食品を選択的に継続して食べたりしても、多くても、年間 0.24mSv 程度といった推計。(平成 23 年 10 月 31 日東京・食品衛生審議会食品衛生分科会資料 4)
 緩和方式によるローブふくしまの食事検査では、放射性セシウムによる 1 年間に受けける放射線量は、全世界で 0.01～0.14mSv 以下。(ローブふくしまホームページ【2012 年 2 月 4 日更新】より)

- 6 -

図表24

1 「基本調査の結果、必要と認められた者」の当初の考え方
(1)「白血球分画等の項目を上乗せした健康診査」の対象 ・原発事故による放射線により、白血病発症リスク増大が考えられる者 (今回の事故による被ばく線量について情報が乏しい段階での検討) ・避難を余儀なくされ、疾病予防上不利益を被ったと考えられる者 (通常の生活習慣リスクに加えて、炎症などの評価も追加)

図表26

3 必要と認める基準案 (第1案)
現状では科学的・論理的に詳細調査を必要と認める基準を設定することは困難ではあるが、既に実施されている詳細調査の対象者を拡大する基準線量を明示しないことは、基本調査から詳細調査へ移行するという当初の枠組みと一貫性を欠くこととなるため、これまで住民の安全を確保するために国が示した警戒区域等の線量基準、今回新たに当該区域の見直しのために示された線量基準等との整合性も鑑みた上で、 基本調査での外部被ばく推計線量の結果が一定以上の者を、詳細調査が必要と認められた者とする。

図表25

(1)被ばく線量について これまでのモニタリング値や避難の状況、また、基本調査による推計値等から考えられる被ばく線量及び現在得られている低線量放射線の健康影響に関する知見を踏まえると、 健康に影響を及ぼすリスクは、他の生活習慣と関連する健康リスクに比べ低いと予想される。 (2)避難指示等の有無について (略)

図表27

(第2案)
現段階で得られている被ばく線量の情報からは、外部被ばく線量推計結果を特別な判断基準とした詳細調査を行う必要性は認められない。基準線量設定には科学的根拠が必要であるが、現状では明確な説明が困難である一方、国内外において生じる影響は非常に大きい。また、基準値を上回った 住民の健康に対する必要以上の不安を招いたり、差別などが生じる懸念 がある。更に、上記 2 (1) の見解との整合性もとれないことから、この低線量領域での推計線量の大小で区別して新たな対応をすることよりも、 全県民対象とした定期的な検診等やがん登録の充実を図ることにより、長期間に渡ってフォローアップする枠組みを設計することが重要と考えられる。

図表28

<p>福島原発事故:県検討委、詳細な健診対象絞る案 (毎日新聞 2013年01月30日 15時00分)</p> <p>東京電力福島第1原発事故を受けて福島県が実施している県民健康管理調査の検討委員会が昨春、住民の健康診査の対象とする被ばく線量の基準値案として「事故後4ヶ月間で20ミリシーベルト以上」を非公開の秘密会(準備会)で検討していたことが分かった。国が定めた一般人の被ばく限度「年間1ミリシーベルト」と大きくかけ離れており、専門家は「住民の健康を重視した姿勢とは思えない」と批判している。</p>

図表29

<p>◇ JCO臨界事故(1999年)の場合</p> <p><対象者></p> <p>①評価推定線量が1mSvを超える者のうち健康診査を希望する者(以下略)</p> <p><検査項目(平成23年度の例)></p> <p>○東海村、那珂市で行われている住民検診の項目に加えて、血液検査(血球計数、白血球百分率、リンパ球数)と血液生化学検査(総コレステロール)(以下略)</p>

図表30

「笹川チャレンジ医療協力事業を振り返って	
日 次	2
月次	2
年次	32
合計	32
参考	
1. 「チャレンジ医療協力事業を振り返って」(2004) 4	
2. 「チャレンジ医療協力事業を振り返って」(1999) 24	
年次 32	
合計 32	
あとづきにかえて 76	
笹川チャレンジ医療協力事業を振り返って 2005年1月号 毎月1回発行・年間12回 年額1,000円(税別) 定期購読料金1,220円 発行元: 笹川記念保健協力財団	

図表31

<p>まえがき (笹川記念予研協力財団理事長紀伊國献三)</p> <p>「翌91年5月には、放射能汚染被害の大きなベラルーシ共和国、ロシア連邦、ウクライナ共和国内の5ヶ所…で、事故時0歳～10歳の児童を対象に<u>甲状腺</u>および<u>血液異常</u>の検出を中心に、<u>体内被曝線量</u>の評価をも含む健康調査を5ヶ年計画で開始した。」</p>

図表32

<p>「 Chernobyl Nuclear Power Plant Accident Children Health Survey Project 1991-1996 」より 山下俊一／柴田義貞／星正治／藤村欣吾／ほか 『放射線科学』第42号第10号-12号 (1999年9月11月)掲載</p> <p>(財) 笹川記念保健協力財団 1999年12月</p> <p>(ウェブサイト) 日本財団図書館 http://nippon.zaidan.info/seikabutsu/1999/00198/contents_003.htm</p>

図表33

<p>b) 白血球系の異常</p> <p>白血球增多症は4,326例に認められ、検査総数の3.6%に相当した。この多くは好酸球增多や血小板增多を伴っており、呼吸器症状や下痢のような消化器症状等の理学的所見を考えると、小児期に多い感染症による反応性の症例がほとんどである。</p>

図表34

<p>一方、<u>血球減少</u>については白血球減少が609例認められ、約半数の339例が再検可能であった(表6)。このうち81例が白血球減少を持続していたが、いずれも他の血球減少は認められず、異型細胞の出現もなく、末梢血所見のみからは特定の疾患を同定することはできなかった。これら白血球減少の原因を明らかにするには注意深い経過観察と、今一度血液標本を見直し、場合によっては骨髄の造血状態を検索することが必要となってくるであろう。特に、白血球減少例が1996年で若干増加していることが、造血器疾患発症の前兆となるのかどうかは今後注意すべき点の一つである。</p>

まとめ

放射能による身体への健康影響を十分に調べずに、主に線量を調べて、安全・安心であると、権威者のほうから伝える。そしてそれに入々が従う。こういうやり方でよかったです。そうではないのではないかという疑問が湧いてきますので、さまざまな専門家のさまざまな説も出てまいります。そこでよく討議をし、わからないことと、わかったことをはっきりさせ、その範囲で方針を決めていくことが必要ですが、そういうことが十分になされてこなかったのではないかだろうか。被災者の主体性ということ、あるいは被災者が参加してリスク対策がなされていくということがICRP勧告等に記されていますが、それがなかなか実行されなかつた。これを進んで実行すべきであろうということになります（図表35）。

具体的に何が必要であろうか。（図表36）これは木田先生の提言の方にもっとしっかりと答えるがあると思いますが、私なりにまとめます。まず、県の枠を超えた検査対象地域への支援が必要であろうということです。作業員への健康支援を、これはデータも十分に把握されているのかよくわからないということになります。

図表35

まとめ
◇十分に調べずに安全安心と権威者（専門家）が唱えて人々を従わせるというやり方ではなく
◇よく調べ広く討議し、分からぬこと、分かったことを明確にし
◇被災者や市民とやりとりしながら十分な対策をとるというやり方をどのように進めていけばよいのか？

ことですし、何重もの下請けで雇った人たちなので、ちゃんとフォローされているのかということも心配です。

そして、健康支援を1つの県に投げるという形で政府は対処をしてきましたが、1つの県、1つの大学でこれだけの大きな課題に対処できるのかという問題があります。それから、被害はないはずという前提に立つのではなくて、被害がないように、増えないように対策を講ずるということが基本であろうと思いますが、それがきちんと行われているかどうか疑問に思われるということです。

そして、各地域の医療資源を原発災害支援に振り向ける。これは医師会の提案の中にもありますが、それも十分に行われているだろうか。医療費減免あるいは健康手帳等の被災者への交付による支援というのはどうか。また、異なる立場の専門家の意見も聞き、開かれた討議を行う。本日はそのような機会がもてないような社会になっているのかなと思いますが、これからもそういう機会がますます増えていかなくてはならないだろうと思う次第です。

以上、やや雑ばくな話なりましたが、これで私の報告を終わらせていただきます。ご清聴ありがとうございました。

図表36

国や福島県の健康支援に信頼が得られるために
1)県の枠を超えた検査対象地域への支援を行う。
2)作業員への健康支援に本腰を入れる。
3)1県と1大学ではなく国主導での総合的な医療支援を。
4)被害はないはずという前提に立つのではなく、被害がないように（ふえないように）対策をとるという姿勢を示す。
5)各地域の医療資源を原発災害支援に振り向けていく。
6)医療費減免、健康手帳等の医療支援の充実。
7)異なる立場の専門からの意見も聞き、開かれた討議機械を設ける。

