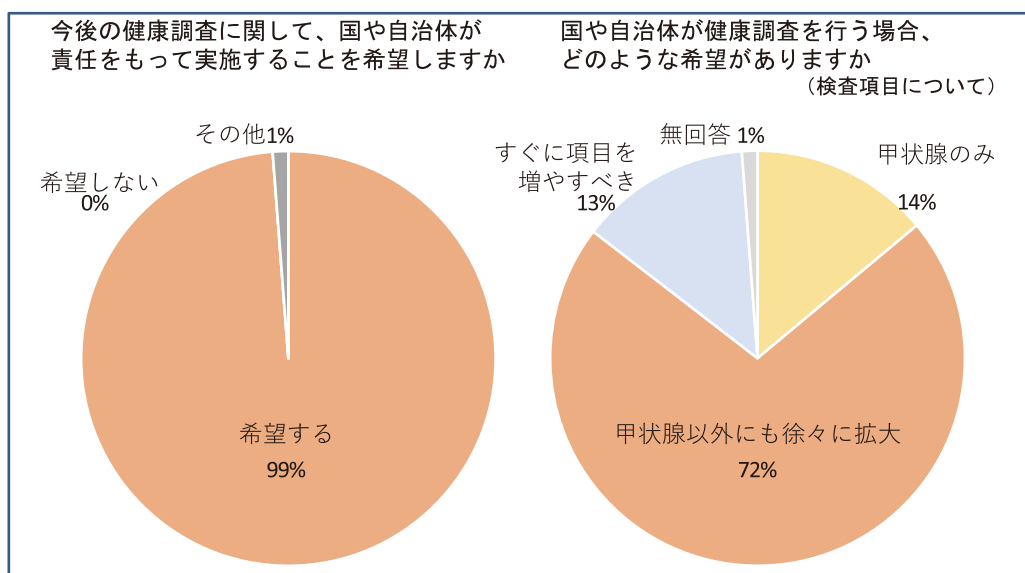


「人間の復興」に必要な 医療と健康支援とは？

～原発事故5年、いま求められていること～



栃木県内での甲状腺エコー検査(2015年)での保護者アンケート調査結果より(本レポート所収)

東電福島第一原発事故被災地対策・被災者支援部会



原子力市民委員会 特別レポート 3

**「人間の復興」に必要な医療と健康支援とは？
～原発事故 5 年、いま求められていること～**

2016 年 11 月

**原子力市民委員会
東電福島第一原発事故被災地対策・被災者支援部会（第 1 部会）**

目次

はじめに	1
------	---

講演再録

原発事故から5年 臨床医から見たフクシマ	3
----------------------	---

牛山元美（さがみ生協病院内科部長）

栃木県における原発事故被害と支援ニーズの分析	13
------------------------	----

—被害者アンケートと聞き取り調査から—

清水奈名子（宇都宮大学国際学部准教授）

「人間の復興」に必要な医療と健康支援とは？	25
-----------------------	----

白石草（OurPlanet-TV 代表）

パネルディスカッション	34
-------------	----

牛山 元美

清水 奈名子

白石 草

島藺 進（原子力市民委員会座長代理、第1部会長、
上智大学グリーンケア研究所所長）

満田 夏花（同委員会座長代理、国際環境 NGO FoE Japan 理事）

司会： 細川 弘明（同委員会事務局長、京都精華大学人文学部教授）

はじめに

2016年6月12日、日曜日の晩、東京、文京シビックセンターのスカイホールを会場として、原子力市民委員会の主催による公開フォーラム『人間の復興』に必要な医療と健康支援とは？～原発事故5年、いま求められていること～」が開催された。ここにその記録を原子力市民委員会の特別レポートとして提示する。

原子力市民委員会第1部会は東京電力福島第一原発事故による被害の全体像を捉えるとともに、政府・自治体、学界、専門家集団、市民社会が、その被害にどのように向き合い、どのように対処していくべきかについて理解を深め、とるべき方策を提示することを主たる任務としている。

原子力市民委員会は、対処のあり方の基本として、「物財の復興」ではなく被災者の「人間の復興」こそを目指すべきだという考え方に立っている¹。しかし、事故後、時が経過するにつれて、「人間の復興」は脇に迫いやられ、被害および被害可能性の過小評価と、それに基づく強引な帰還政策が進められて来ている²。

こうした被災者を置き去りにした「復興」が進められることがないよう、2012年6月には、子ども被災者支援法³が制定され、2013年5月には国連人権理事会の特別報告者、アナンド・グローバー氏による「福島第一原発事故後の住民がもつ「健康に対する権利」の保障と課題」と題された「勧告」が提示されている⁴。2011年から継続的に行われている福島県民健康調査でも、2015年段階で甲状腺がんの多発が認められており、対応策の充実を求める声は少なくない⁵。

しかし、政府や福島県、また県外も含めて健康被害の可能性が懸念される地域の行政当局、そしてそれらの政策立案に関わっている科学者・専門家の対応は、たいへん消極的なものである。放射線の健康影響についての調査の拡充しようとせず、それに役立つ情報を得るための方策が取られているのかもよく分からない。他方、放射線による健康被害はない、むしろ不安をもつことが健康に良くない、という趣旨の発信が頻繁になされてきている。住民が「余計な不安」をもたないように「リスク・コミュニケーション」を強化することに力が注がれている⁶。

このような現状を踏まえ、原子力市民委員会第1部会は、甲状腺がん検診の当事者（受診者、発症者、その家族）や放射線影響が懸念される地域の住民たちに、臨床医として接したり、学者やジャーナリストとして支援しつつその現状を具体的に捉える努力を重ねて来られた方々を招いて、『人間の復興』に必要な医療と健康支援とは？」を主題とする公開フォーラムを開催した。原発事故5年を経て、ややもすれば原発事故被害についての記憶は薄らぎ、風化することが懸念されるが、そのような「いまこそ求められていること」を提示しようとしたものである。

¹ 原子力市民委員会（2014）『原発ゼロ社会への道 ― 市民がつくる脱原子力政策大綱』www.ccne-japan.com/?p=3000 第1章「福島原発事故の被害の全貌と人間の復興」（pp.21-78）

² 具体的には、原子力市民委員会『年次報告2015』と『年次報告2016』を参照

³ 東京電力原子力事故により被災した子どもをはじめとする住民等の生活を守り支えるための被災者の生活支援等に関する施策の推進に関する法律（平成24年6月27日 法律第48号）

⁴ ヒューマンライツ・ナウ編（2014）『国連グローバー勧告 ― 福島第一原発事故後の住民の「健康に対する権利」の保障と課題』合同出版

⁵ 満田夏花（2016）「甲状腺がんが多く発生」、原子力市民委員会『年次報告2016』所収

⁶ 前掲、『原発ゼロ社会への道』p.52 コラム「安全安心の「刷り込み」は、リスクコミュニケーションの名に値するのか」参照。

公開フォーラムのプログラムは以下のとおりである。

18:30～20:00 講演

牛山 元美（さがみ生協病院内科部長）

清水 奈名子（宇都宮大学国際学部准教授）

白石 草（OurPlanet-TV 代表）

20:00～21:00 パネルディスカッション

講演者 3 名に加えて

島藺 進（原子力市民委員会座長代理、第 1 部会長）

満田 夏花（原子力市民委員会座長代理）

司会：細川弘明（原子力市民委員会事務局長）

本冊子は、上記の 3 つの講演とパネルディスカッションの内容を、当日の録音にもとづきながら、随所に説明や出典情報を補い、また、図版の一部を改訂したうえで、原子力市民委員会の特別レポートとして編みなおしたものである。（なお、当日の録画がインターネット上で公開されており、原子力市民委員会のウェブページ www.ccnejapan.com/?p=6920 からリンクしていることを付記しておく。）

示唆に富んだ講演をして下さった牛山元美、清水奈名子、白石草のお三方と、公開フォーラムにご参加下さった皆様にあらためてお礼を申し上げる。

第 1 部会 部会長 島藺 進

原発事故から5年 臨床医から見たフクシマ

牛山元美

私はただの臨床医ですが、そんな臨床医の私が、原発事故以降の福島に関わるようになった、その経緯をお話したいと思います。私は1986年に高知医科大学を卒業しました。4月初めに医師国家試験が終わり、発表があるまでの1カ月は何もやることがなかったので、アジア平和の船という安い船旅に参加しました。新潟からソ連のナホトカに向かっている船上で、ソ連西部の原発が爆発したという話を聞きました。チェルノブイリ原発事故を、「ああ、そんなことが起こるのか」と漠然と思い、自分がこれから向かう国なのに大丈夫かしらと少し気になった程度でした。

■医療被ばくを考える

医者始めて18年程した2004年、読売新聞に病院で診断のために使っているレントゲン、CT等による被ばくによって、がんが増えているという論文を取り上げた記事が載りました。特に日本で起きているがんの約3.2%は、医療機関での放射線診断による被ばくが原因でほかの先進国よりも多いと説明されていました。

驚きました。フレッシュマンと呼ばれる医師1年目に、当番で胃のバリウムの検査を担当しました。患者さんにバリウムを飲んでもらい、放射線を当てて胃を診るのが私の任務でした。胃を診るということは、透視する、患者さんの身体に放射線を当て続けるわけです。一生懸命いい写真を撮ろうとしていると、ピーピーピーとアラームが鳴ります。放射線を当てすぎているという警告です。アラームが鳴ったらどうすればいいですか、と上司に聞くと、消せばいいよ、と言われました。患者さんに多少被ばくさせたってすぐにどうってことはない、あなたの任務は、いかに早期胃がんを

早く見つけるか、そのための写真を撮ることだ、と言われて、散々アラームを消した覚えがあったので、私が患者さんに与えた医療被ばくによってがんが増えたかもしれない、非常に恐いな、と思いました。

そんな医者ですが、心臓カテーテル検査で放射線を使う時や、患者さんの病室でポータブル器械でレントゲン写真を撮る時などは、壁の外に逃げたり、鉛の入ったエプロンを着けたりして自分を放射線から防護していました。そもそも、医療の現場では、放射線を使って診断をしているわけですから。それによる被ばくを医療被ばくと言います。

高木学校が発行している『医療被ばく手帳』というものがあります。私は、「日本のがんが医療被ばくによって増えている」という記事を見た時に、勉強しなければと思いました。ちょうどその時、高木学校で医療被ばくに関するセミナーを行っていたので、それに参加しました。『医療被ばく手帳』には、胸のレントゲン写真だと、1枚で0.03mSvの被ばくだと書いてあります(図1)。しかし、同じ胸の検査でも、CTを撮ると、その200倍以上の、8mSv程被ばくするとあります。バリウムによる胃の透視の検査では、3.1mSvの被ばくですが、私は下手にやっていたので、きっとそれ以上に被ばくさせていたのではないかと思います。

私は循環器科の医者なので、心臓カテーテル検査などによく立ち会いました。造影剤を患者さんの心臓や血管に流しながら、外から放射線をあてて、造影剤が流れて行く様子を映し出す検査です。つまったり狭くなった血管を広げるために、長時間、心臓カテーテル検査を受けた患者さんの中には、放射線をあてていた肌が赤くなってしまう方がいます。部分的ではあるけれども、非常に強い

被ばくをさせてしまっているという意識がありました。放射線は、がんの治療にもよく使われます。がんを治すために大量の放射線をあて、皮膚がケロイドのようになってしまった方もたくさん見てきました。そこまでいなくても、CTやカテーテルの検査などにおける数mSvぐらいの被ばくであっても、がんや白血病などの病気が増えるということが、2004年以降、様々なところで発表されるようになりました。ただ、医療被ばくはあくまでも利益と害の天秤です。レントゲンやCTを用いた検査によって病気を早期に発見することや的確な治療ができることは、患者さんにとっては利益となります。それに対して、被ばくによる健康被害はすぐには見えません。そういった中で、目の前の利益を考えれば医療被ばくは仕方がないのかなという思いはあります。しかし、それでも減らせるだけ減らさないといけないと思います。

検査の被ばく線量 参考値		
※使用装置や撮影条件によって大きく異なります。その都度確かめましょう。		
検査部位	検査方法	被ばく線量 (単位:mSv)
頭部正面	単純直接撮影	0.12
頭 部	CT	1.8
歯 科	口内法(下顎大臼歯)	0.02*
歯 科	パノラマ	0.01*
胸部正面	単純直接撮影	0.03
胸部正面	単純間接撮影	0.07**
胸 部	CT	7.9
乳 房	マンモグラフィ	0.4***
腹 部	単純直接撮影	0.7***
腹 部	CT	6.8
胃	胃透視(バリウム)	3.1
大 腸	注腸検査	9.2
股 関 節	単純直接撮影	0.39
全 身	PET	4.4
胸部・腹部など	PET-CT	PET+CTの線量

図1：高木学校発行「医療被ばく手帳」より

■福島第一原発事故後の活動

私が医療被ばくを勉強していたのは、2005年ぐらいでした。ちょうどチェルノブイリから20年経つところで、高木学校などが主催していた、チェルノブイリの真実を知るためのセミナーにも参加させてもらいました。そのおかげで、福島原発

が爆発し、電源がすべて止まっていると聞いたとき、これはメルトダウンするかも、と思いました。水素爆発が連鎖していると感じたときには、格納容器が壊れるのではないかと思います。計器が作動していないと聞くと、何もわからないではないかと思うわけです。ところが、政府からの発表では、安全ですとか、ただちに健康に影響はありませんとか、そういったことばかりを言うので、これはおかしいのではないかと思います。私は、原発から250km離れた神奈川県に住んでいましたが、すぐに中学生と小学生の子どもたちを、九州の親戚宅に避難させました。しかし、春休みが終わると、普通の学校生活が始まって、神奈川に帰ってきました。

そのとき、友人から、10g 砂を送れば無料で土壌の検査をしてくれる人がいる、ということを知りました。慌てて翌日、子どもが通っていた小学校の校長に了解をとって、校庭の砂を取り、送りました。検査をしてくださったのは、東大の小豆川先生でした。結果は、セシウム134・137の合算で2700Bq/kgでした。しかし、2700Bq/kg 出たからと言って、では危険なのか、安全なのか、校長にこのことをどう伝え、子どもたちにこの庭で遊ぶと言って貰うべきなのか、あるいは手を洗わせればいいのか。何もわかりませんでした。

そこで、また少しずつ調べていったところ、事故が起きる前の東京新宿の土壌では、同じように表面の土を測っても、せいぜい0~2Bq/kg しかなかったということがわかりました。そこから学校などに働きかけを始めました。地元では、子どもの親や、元市議員の方々が、「こどもまもりたい」という市民グループを作っていて、そこに私も入っていただき、様々な要望を保育園や学校に出しました。給食に関しては、多くの要望が通りました。学校の土壌の測定や除染もしてもらいました。グループの仲間がベビーカーを押して市議会に働きかけ、市内の公園の砂場の砂をすべて入れ替えるということも実現しました。私の子どもは、当時小学校4年生だったのですが、残念ながら、日

光に行く修学旅行の中止や行き先変更は、叶いませんでした。2年程かけて訴えたものでした。

■ベラルーシで見聞きしたこと

私は臨床医なので、いろんな方とお話をするのですが、そのころ、神奈川の方からも、子どもが異常なほど鼻血を出す、口内炎が繰り返しできる、肌がすごく荒れる、風邪を引きやすくなったなど、様々な症状を聞きました。私のわずかな医学的知見からすると、関東程度の被ばくでは、血小板減少や白血病になって鼻血が出ることはないだろう、皮膚障害も免疫力低下もないのではないか、と思っていました。しかし、どこか意外なところに高線量の場所があるかもしれないし、もしかするとセシウムのホットパーティクルのようなものが関係しているかもしれないと思いました。私は放射線に関して、学生時代以降きちんとした勉強をしたわけではありません。だとしたら、臨床医としては、とにかく症状を訴える人の話をしっかり聞かないと、真実を見逃してしまうかもしれない、臨床医が目と耳を塞いだら最後だ、と思いました。

ちょうどそんな時に、鎌仲ひとみさんが作られた『内部被ばくを生き抜く』という映画を観る機会がありました。その映画の中で、チェルノブイリ事故で高汚染地帯になったベラルーシの子どもの中に、異常なほど鼻血を出す子どもがいた、と現地の小児科医であるスモルニコワさんが言っていました。何度もそれを聞き直して、では、その子たちは、その後どうなったのだろう、その子たちが甲状腺がんになったのか、白血病になったのか、と疑問を持ちました。

そこで、ベラルーシに行きました。ゴメリにいらっしゃるスモルニコワさんとお会いし、現地の保健所長にもお話を聞きました。すると、鼻血を出した子どもや、当時高血圧になった子どもはたくさんいたけれど、その子たちが後になって甲状腺がんや白血病になったというわけではないと知りました。あの時の鼻血や、高血圧の原因が、放射線かどうかということに関する公式な見解は示

されていない。とにかく子どもたちの病気が増えていることは確かだけど、その原因が放射線だとは公式には立証されていないのだ、という言葉は何度も聞きました。

ベラルーシの首都ミンスク、ベラルーシ医学アカデミーというところで、5日間研修を受けました。その女性教授の話です。

「当時、事故が起こったことなど私たちは何も知らされず、私の6歳の息子は、いつものようにずっと外で遊んでいました。そして夜になると吐き気を催しました。多くの子どもたちが同様に吐き気を催しました。」

ミンスクというのは、チェルノブイリ原発からは、300km以上離れています。そこでこんなことが起きていたのです。そして、彼女はこう付け加えました。「その原因はいまだに説明されていません。放射線医学の専門家と臨床医との間の論争は今も続いています。」

それを聞いて、私は、放射線被ばくによる健康障害の解明は非常に難しい問題であるし、時間もかかるし、とても大きな山なのだと思います。しかし、臨床医たちは、あのときに起こったことはおかしいと思っていることを知ることができました。

実際にベラルーシと日本の汚染の程度というのは、規模的には違うかもしれないけれど、同じぐらい汚染されたところは多くあります。チェルノブイリ法⁷によると、年間実効線量5mSvを超える地域は、移住をしろ、という区域になっています。1mSv以上の地域は、移住をする権利があるということになっています。このことについて、ベラルーシに別の時に行った私の仲間が話を聞いたのですが、現地の医者たちは、年間1mSvを超える場所からは、何とかして移住させてほしいと一生懸命訴えたそうです。しかし、政府などとの話し合いの結果、5mSvで折れたということでした。

⁷ 法律「チェルノブイリ原発事故被災者の定義と社会的保護について」は、ウクライナ SSR（ソビエト社会主義共和国）最高会議が採択し、1991年7月1日施行。

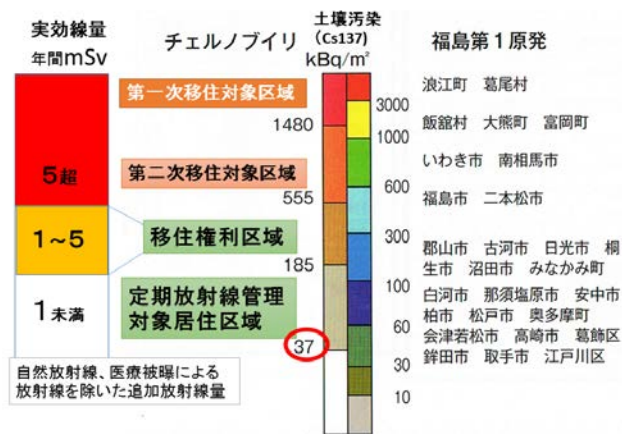


図2：汚染レベルと措置の比較

それに引き替え、日本では、1mSv 以上のところが多くあります。浪江町や葛尾村などでは、全域ではないけれども非常に高濃度の汚染があります。年間 1mSv の追加被ばく線量という限度は、もともと法律で決められています。それが何故か緊急事態という理由で、福島県のみ、年間 20mSv まで受容せよ、ということになっています。しかし、労災の認定基準では、年間 5mSv を超えるところで仕事をしていて、白血病になるとそれは労災として認められたと聞いています。⁸

WHO が行ったプロジェクト⁹ですが、ベラルーシでは、汚染がひどい地域ほど病気にかかる子どもが多く、健康な子どもが少ないという調査があります。

この「病気」というのは、甲状腺がんだけを指しているのではなく、様々な病気が入ります。実際に、ゴメリという高汚染地域では、甲状腺がんだけでなく、バセドウ病や、橋本病など多彩な病気が増えています。糖尿病も約 300 倍に増えました。病名がつかないかもしれませんが、お腹も壊しやすくなり、慢性の下痢をする子どもたちも増

えました。

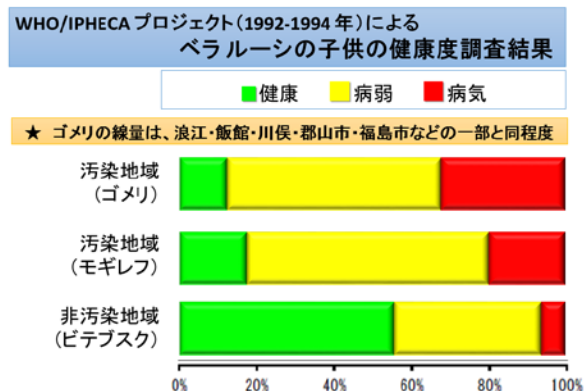


図3：WHO/IPHECA プロジェクト（1992-1994 年）によるベラルーシの子どもの健康度調査結果

②ベラルーシのゴメリ州における18歳未満の子どもの10万人当たり疾患罹患率

疾病/臓器	1985年	1990年	1995年	1997年	増加量
一次診断合計	9,771	73,754	127,768	124,440	12.7 倍
血液および造血器	54	502	859	1,146	21.2 倍
循環器（心臓）疾患	32	158	358	425	13.3 倍
内分泌、代謝および免疫システム	3.7	116	3,549	1,111	300.0 倍
呼吸器疾患	760	49,895	81,282	82,689	108.8 倍
泌尿器系疾患	25	555	961	1,199	48.0 倍
筋肉と骨/結合組織	13	266	847	1,036	79.7 倍
精神障害	95	664	908	867	9.1 倍
神経および感覚器	645	2,359	7,649	7,040	10.9 倍
消化器系疾患	26	3,108	5,879	5,548	213.4 倍
皮膚および皮下組織	159	4,529	7,013	7,100	44.7 倍
感染症と寄生虫	4,761	6,567	11,923	8,694	1.8 倍
先天障害*	51	122	210	340	6.7 倍
腫瘍性疾患**	1.4	323	144	134	95.7 倍

注：* High estimation of unreported cases through abortions; ** 1985 only malignant neoplasms.
出所：Pflugeil et al., 2006 based on Official Gomel Health Center Data, Simplified.

図4：ベラルーシのゴメリ州における18歳未満の子どもの10万人あたり疾患罹患率
「放射線健康障害の真実」西尾正道（旬報社）より

この表を見ると、先天性障害は 6 倍程で、あまり増えていません。しかし、このことに関しては、表の下に、「中絶のため報告されていないケースがある可能性が高い」と但し書きがされています。先天性障害を持つ胎児である可能性がある人には、中絶を勧めた、ということは現地の医者からも聞いています。

甲状腺がんについては、ベラルーシの放射性ヨウ素による汚染の度合いと、その地域での、特に子どもの甲状腺がんの増加に明らかな相関関係があったため、因果関係を科学的に認めざるをえなくなりました（図5）。

⁸ 富岡労働基準監督署（福島県いわき市）は 2015 年 10 月 20 日、東京電力福島第1原発の事故対応に従事した後、白血病を発症した元作業員の 40 代男性について、労災と認定した。厚生労働省は、この男性被ばく線量は 1 年を超える従事期間に 15.7mSv だったとしている。

⁹ 「WHO/IPHECA プロジェクト（1992-1994 年）によるベラルーシの子どもの健康度調査結果」
http://cnic.jp/files/che20_20060304imfr.pdf

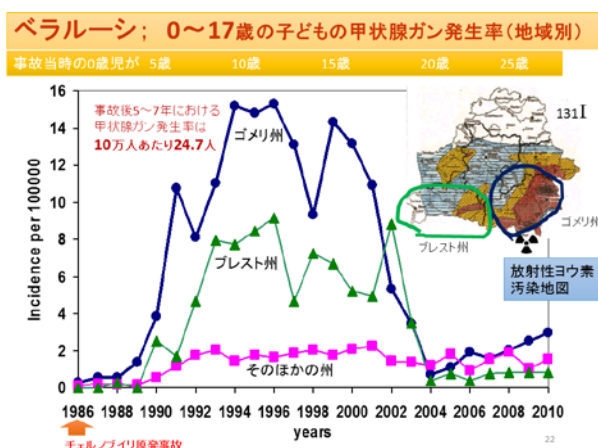


図5：ベラルーシにおける0～17歳の子どもの甲状腺がん発生率（地域別）

■県民健康調査の現状

このようなことがあったので、福島では、エコーによる甲状腺検査を行う、県民健康調査が行われるようになりました。エコーでは結節やのう胞などを探知でき、それが癌かどうかはほぼ診断できます。結節やのう胞があるかないかによって、判定をA1、A2、B、Cに分けます（図6）。

BやCと判定された方は、二次検査でより精密なエコーや血液検査などをして、さらにがんの疑いがある方に対しては、エコーをしながら、甲状腺の問題のある箇所、注射器の細い針を刺しながら、注射器で細胞を吸い出すという、穿刺吸引細胞診をやりま

福島県民健康調査 甲状腺エコーにおける判定基準

判定結果	判定内容	
A判定	(A1) 結節や嚢胞を認めなかったもの	A判定は、次回検査は二年後まで必要なし。
	(A2) 5.0mm以下の結節や20.0mm以下の嚢胞を認めたもの	
B判定	5.1mm以上の結節や20.1mm以上の嚢胞を認めたもの	B判定は、再検査、経過観察、または穿刺細胞診などによる二次検査を勧める。
C判定	甲状腺の状態等から判断して、直ちに二次検査を要するもの	C判定は、直ちに二次検査を勧める。

図6：福島県民健康調査 甲状腺エコーにおける判定基準

図7は2011年から2013年に行われた、県が言うところの先行検査、第1回目の甲状腺検査の結果です。約30万人が受けて、その中で穿刺吸引細胞診をした人が545人いました。その結果、116人が悪性ないし悪性疑いと診断されました。

こうした診断を受ける方の95%以上は、がんだと考えていいと思います。116人中、102人が手術をして、1人だけ良性の結節だった方がおられましたが、あとの101人はがんであることが確定しています。これは、10万人あたり約34人が甲状腺がんを発症していたということになります。（悪性疑いも含めると38.6人）

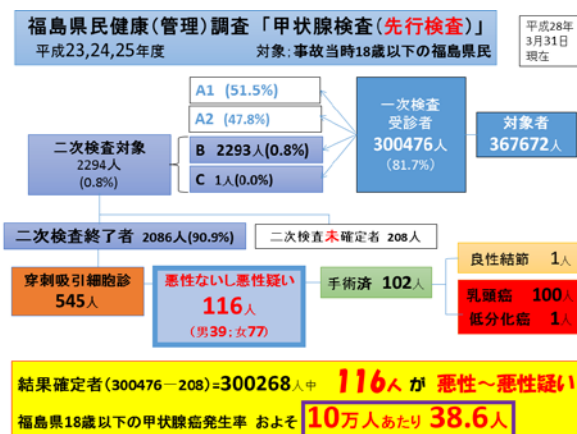


図7：県民健康（管理）調査「甲状腺検査（先行検査）」の結果

このあと、二巡目の本格検査が2014年から2015年で行われ、そこでは新たに57人が、悪性ないし悪性疑いと診断され、第1回目と第2回目を合計すると、173人になります¹⁰。

二巡目で、すでに手術をしたのは、30人です。つい最近、福島では「子どもの甲状腺がんが30人出ている」との新聞記事がでました。そのため、私が甲状腺がんのお子さんが170人以上もいると話をする、その記事を読んだ方は、170人なんておかしいのではないかと、30人でしょ？と言ってきました。新聞の書き方一つで世の中の人々が受ける印象が変わるとつくづく感じました。実際には一巡目と二巡目を合計すると173人、手術をすでに終えたのが132人です。そのうち131人が甲状腺がんの診断が確定しています（図8）。

¹⁰ 公開フォーラム開催(2016年6月12日)時点での数字。その後、9月14日の「県民健康調査検討委員会」で発表された数字では174人。

福島県民健康(管理)調査 「一巡目(先行検査)」+「二巡目(本格検査)」の結果			
(平成28年3月31日現在)	平成23～25年度 一巡目(先行検査)	平成26～27年度 二巡目(本格検査)	合計
対象者数(人)	367672	381286	約38万
受診者数(人)	300476	267769	約32万
受診率(%)	81.7	70.2	約84
悪性ないし悪性疑い者数(人)	116	57	173
前回結果(判定:人数)		A1:28、A2:25、B:4	
発見率(10万人あたり)	38.6	21.3	約54
男女比	1:1.97	1:1.28	1:1.7
震災時年齢 最小値(歳)	6	5	5
震災時 平均年齢(歳)	14.9±2.6	12.7±3.4	14.2
手術済(人)	102	30	132
確定診断(人)	乳頭癌	30	130
	低分化癌	0	1
	良性腫瘍	0	1
平均腫瘍径 (mm)	13.9±7.8	10.4±5.6	131人の 甲状腺癌確定
腫瘍径 (mm)	5.1～45.0	5.3～35.6	

図8：県民健康(管理)調査、一巡目(先行調査)と二巡目(本格調査)の結果

二巡目の検査を受けた26万人のうち、約2万人は、一巡目の検査は受けていませんでした。そのため、合計すると、事故当時18歳以下だった38万人中、32万人がこの5年間にどちらかの検査を少なくとも1回は受けたということになります。そのうち、173人が悪性ないし悪性疑いと診断されました。割合で言うと、10万人あたり、約54人と、非常に高い値です。ベラルーシでは、甲状腺がんの発症率は、事故後5～7年経った時点で10万人あたり25人程でした。一年間での発症率かどうか、とか、集団検診が行われていたかどうか、を考慮すると、単純には比較できませんが、ベラルーシでの状況と比較しても、福島での発生率は低くないと言えると思います。

小児甲状腺がんの性比(男:女)

診断時年齢		4～14才	15～18才
ベラルーシ	チェルノブイリ型	1:1.6	1:2.0
	自然発生型	1:2.5	1:6.2
日本	福島	1:1.9	1:1.4
	自然発生	1:4.3	1:4.3

旭川北医院 松崎道幸医師 作成資料(2016年3月)より

図9：甲状腺がんの性比(男:女)

甲状腺がんと診断された人の男女比は、女性はやや多くなっています(図9)。元々、子どもの甲状腺がんは、自然発生がある程度あります。その

時の男女比率は日本の場合は、男性1に対して、女性は4倍多いです。それが今回の福島では男性の比率が少し多くなっていて、チェルノブイリ型と呼ばれるタイプに似ているといえます。

「悪性ないし悪性疑い」と診断された例の震災時年齢分布別割合と受診率
…先行検査と本格検査の比較…

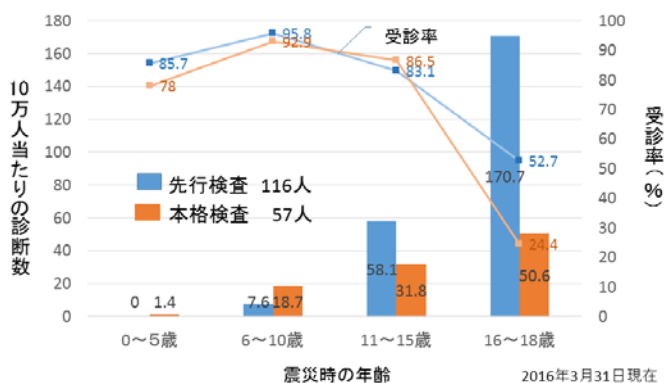


図10：「悪性ないし悪性の疑い」と診断された例の震災時年齢分布別割合と受診率

「悪性ないし悪性疑い」と診断された方を年齢別に分けました(図10)。

一巡目の検査では、事故当時16～18歳の方が一番多く「悪性ないし悪性疑い」と診断されました。しかし、その方たちの受診率は、50%程でした。二巡目の検査で、同年齢グループの、10万人あたり約50人の方が悪性ないし悪性疑いと診断されています。しかし、二巡目の検査の受診率が非常に低く、この年齢グループの受診率は24.4%です。もし他の年代と同じくらいの割合で受診していたら、この数がもっと増える可能性があります。さらに注目すべきは、事故当時5歳だった子どもの中にも「悪性ないし悪性疑い」と診断された子どもがいるということです。

福島医大では、2015年8月末の時点で、96人の方を手術したと福島県立医大の鈴木眞一教授が発表していました¹¹。そのうち、片側摘出が90例でした。普通、今の日本では、甲状腺がんは片側

¹¹ 鈴木眞一「手術の適応症例について」2015.8.31

<https://www.pref.fukushima.lg.jp/uploaded/attachment/129308.pdf> なお、この文書では、術前診断で遠隔転移(多発性肺転移)が疑われたケースが2例あることが記載されているが、その診断が術後にどう確定したかは明記されていないため、図12での整理には含めなかった。

しか摘出しません。片側を残しておかないと、ずっと薬を飲み続けないといけないことになるからです。すべて摘出したということは、かなり進行していたと考えられます。

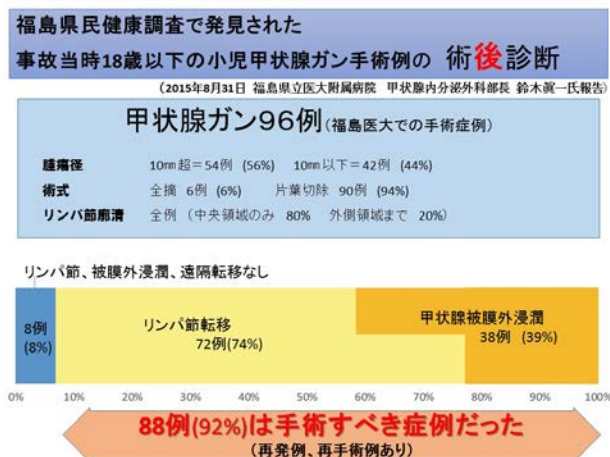


図 11: 福島県民健康調査で発見された事故当時 18 歳以下の小児甲状腺がん手術例の術後診断

その 96 例に関して、当初は、「治療のやりすぎだ、放っておいてもいいような人を手術したのではないか」と言われていました。実際に手術をしてみると、がんが小さく、大きさだけで見れば、まだ放っておいてもよかったかもしれないような人も半分ぐらいいます。しかし、その方たちの中には、リンパ節への転移がすでにあった、甲状腺の膜から外に出てくるような形で広がり始めていた、肺まで転移していたといったことが多かったのです。そういったことがなくて腫瘍も小さかった症例は 8 例ありますが、この 8 例を除いた 92% は、今手術すべき症例だったと鈴木教授は報告しています。そしてこの報告後の再発例、再手術例もあるとのことでした。

■県民健康調査・福島県立医大の問題

県民健康調査の問題は山ほどあります。当初は、エコー検査をしても、その場では説明せずに、数カ月後に紙切れ 1 枚の判定結果だけが届いていました。今は、検査現場での簡単な説明は許可されています。また、がんの発見率が最も高い、事故当時 15 歳以上の受診率が非常に低いということも

問題です。さらに、検査頻度にも問題があります。判定が A1 や A2 だった人は、次の検査は 2 年後とされています。20 歳を超えると、検査は 5 年ごとになってしまいます。本当は、毎年の検査が必要なのではないかと思います。

県立医大の対応の問題点としては、穿刺吸引細胞診の結果を、その子どもの前で、配慮なく「悪性」と言うことが挙げられます。そうかと思うと、「甲状腺がんは悪いがんではないのだ、すぐに手術しなくてもいい」とも話しているようです。でもこのように言っておきながら、予定どおり半年後に手術をすると、「思っていた以上に進行している。誰がここまで放っておいて良いと言った」、と怒られた人もあるそうです。「がんは結構進んでいたので再発するよ」と手術の直後に言われた方もいます。

医師による対応の個人差が非常に大きいことも問題です。手術の前は何人かの医者が診ていますが、手術のあとはほとんど鈴木教授のみが診ています。そこが非常に混んでいて、対応が不十分になっているようです。できればカウンセラーなど、様々な職種の方が関わるのが望ましいと思います。県立医大での対応は不十分のように思います。また、血液検査の結果やいろんな検査結果も、ほとんど患者さんに渡されていないようです。

甲状腺がんだと診断され、これから手術をすることが決定していると、その方がたとえば熱を出し、近くの別の病院に行こうと電話をしても「それなら医大に行って」と言われたそうです。しかし、医大に電話をすると、「なんでもかんでもうちに来るな」と言われたとのこと。そのような、対応がお粗末なところもたくさん聞いています。

経済的負担が大きいことも問題です。福島県では 18 歳以下は医療費は無料ですが、19 歳以上には、一応甲状腺検査のサポート事業というものはあるものの、このシステムがわかりにくく、周知されていません。しかもこのサポート事業の対象者は、県民健康調査を受けた人に限定されています。いわきでは「市民測定室たらちね」が行って

いる甲状腺検診がありますが、そこでしか受けていない人は、補償の対象外とされています。県外に転居した人も多くいますが、そういった方々の受診のための交通費などの出費を考えると、本当はより手厚いサポートが必要にもかかわらず、何もされずに放置されたままです。またさらに、甲状腺がん以外の健康障害がほとんど無視されているという問題点もあります。

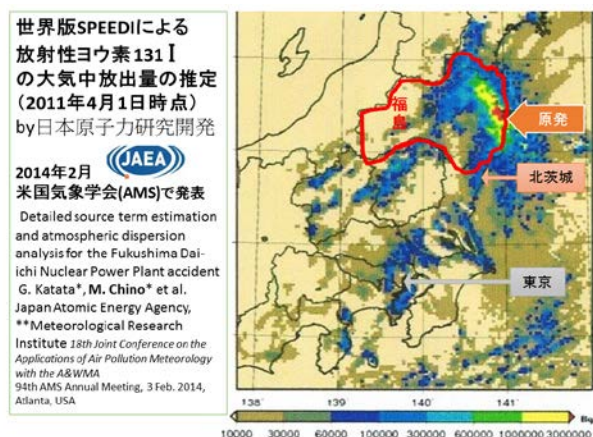


図 12：放射性ヨウ素 131 の広がり

スクリーニング効果かも、と言われていましたが、実際に福島で見つかった甲状腺がんは、スクリーニング効果よりもっと発生率が高いことがいろんな立場の専門家から指摘されています。

特に、去年、北茨城市では、甲状腺がんの方が 3 人見つかりました。4777 人の受診なので、発生率としてはかなり高いです。北茨城市は、福島県との県境の市です。日本原子力研究開発機構が放射性ヨウ素の拡散を推定した図を見ると、福島県だけではなく、むしろ茨城県、千葉県、埼玉県、東京都、そして神奈川県にも拡散していることがわかります。

事故から約 1 年後には、原発周辺に鳥の異常が見られる、数が少なくなっている、といった報道がありました。事故後 4 年経って、今度は北関東、原発周囲だけではなく、もっと広範囲で、内部被ばくによって鳥たちに影響が出ているのではないかという報道がありました¹²。

放射線影響学会という学会があり、その総会では、いろいろな動物の歯に放射性物質がこれだけ溜まっているとか、汚染されているとかの多くの発表があります。しかし、人間に対しては、まるで被ばくしていないかのように振る舞っているのが今の世の中だと思います。

日本甲状腺学会学術集会で、県立医大の教授にお話を聞いた際に、自分が行った治療は過剰診断や過剰治療ではない、とおっしゃっていました。そこで私は、被ばくのせいではないとしたら、なぜ福島で多いのでしょうか、他の県でも調べるべきですね、と尋ねました。すると、福島以外のことは私の仕事ではない、福島での結果をもって、それぞれが各自治体に検診を要請すればいい、とおっしゃっていました。

実際には、多くの住民の要望を受け、福島県以外でも、関東子ども健康調査支援基金、甲状腺検診ちばの会、パルスシステム神奈川ゆめコープなど数多くの甲状腺エコー集団検診が行われています。生活クラブ生協も各地でやっています。

図 13 は、関東子ども健康調査支援基金が行った甲状腺がん検診における、地域別検診者数および検診結果です。2013 年から 2014 年の約 1 年間で、約 2000 人の方が受診されました。今は、同基金の検診を約 4000 人が受診していますが、がんの方は見つかっていません。私の病院は小さな病院ですが、周りの方の声に押され、「放射線被ばく関連健診」というものを行っています。

日、東京新聞朝刊。名古屋市立大学の村瀬香准教授とオオタカ保護基金の共同研究で、事故前から継続的に観察している栃木県北部的那須野ヶ原のオオタカの「造巢」（巣作り）、「抱卵」、「孵化」、「巣立ち」のそれぞれの成功率について、事故前と事故後のデータを比較したところ、事故後に成功率が大きく低下していることが明らかになったというもの。詳細報告は、Murase, K., Murase, J., Horie, R. & Endo, K. (2015), Effects of the Fukushima Daiichi nuclear accident on goshawk reproduction. *Nature - Scientific Reports* 5, 9405; DOI:10.1038/srep09405.

¹²「原発事故後 北関東で繁殖成功率低下」2015 年 4 月 26

2013年10月～2014年9月 検診者数1940人 延べ検診人数2100人
(年齢1歳～50代、77%が小学生以下)

図 13：民間基金による甲状腺エコー検診

を説得するためではなく、不安を減らしたり、幸せに暮らしたりするために必要なものだと思います。

つい先日ある大学の方が、子どもたちの精神健康度の調査をされていました。放射線のことにはほとんど触れないアンケートによる調査で、子どもたちに役立つ結果が得られるのか、本当に子どもたちが安心して暮らせる世の中になるのかなど疑問を持っています。

ネットでは、福島でこういう病気が増えているという情報が溢れています。たとえば、「関東でも心筋梗塞の治療が増えている」と言われると、うーん、と考えます。歳をとると心筋梗塞が増えます。社会が高齢化するほど、心筋梗塞は増えるわけです。また、いい治療法が確立されると、皆が治療を受けるようになり、患者数が増えます。このように、様々なことを考慮しないと、本当にその病気が増えていると言えるかどうかはわかりません。疫学の専門ではない臨床医としては、何の病気が増えているか、何の症状が増えているか、ということを簡単には言えません。

臨床医として、不安を減らし、病気の予防に役立つアドバイスがしたいと思っています。そのために、自分の病院で、「被ばく関連健診」をやり、関東各地で、エコーの集団検診にも携わっています。福島から関東に保養に来ている方たちへの健康相談やエコー検査もやり、また、福島県内でもそういったことをしています。3月からは、甲状腺がんの患者さんやご家族を支援する、「311 甲状腺がん家族の会」に世話人として参加しています。臨床医としてやれること、をこれからも模索していきたいと思っています。

さがみ生協病院「放射線被ばく関連健診」(自費)(完全予約制)

1. 基本健診(健康ノート、問診票記入、内科診察)	3000円
2. 甲状腺エコー	4000円
3. 尿・血液検査 (白血球分画、甲状腺ホルモン、肝腎機能など)	3000円
4. 心電図	1500円

尿中セシウムの検査は要相談。 ホールボディカウンター検査は行っておりません。

血液検査は 2 歳以上対象。甲状腺エコーは 1 歳以上可能。

「市民と科学者の内部被曝問題研究会」医療部会で作成した「健康ノート」をご家族に1セット差し上げて問診票として利用していただきます。

受診を希望される方は、平日の 月曜～木曜、午後 2時～5時に、

神奈川中央医療生協 さがみ生協病院 042-743-3261 まで。

sgmmch-u@hokuou-iryuu.or.jp (牛山) へのメールでも可能です。

★ 震災当時、福島第一原発周辺におられ、現在神奈川に避難、在住しておられる方は、神奈川民医連の支援によって、無料で 受診できます。

図 15 : さがみ生協病院の検診概要

栃木県における原発事故被害と支援ニーズの分析

―被害者アンケートと聞き取り調査から―

清水奈名子

宇都宮大学国際学部から参りました、清水です。私は、栃木県の県庁所在地である宇都宮の大学で働いている時に震災に遭いました。非常に大きく揺れ、また福島県の隣県であるため、原発事故による避難者が多く栃木県にやってきました。当初は、これらの避難者支援活動に関わった同僚たちとともにできることをしていたのですが、翌 2012 年の 2 月に栃木県県北地域に暮らす方から、「宇都宮大学の先生は福島県からの避難者支援はしているが、栃木県北地域もじつは放射能汚染が深刻です。栃木県北の問題にもぜひ取り組んでほしい」と言われました。そこは盲点でしたので、早速県北の関係者と相談をしたうえで、調査を始めることにしました。量的調査では、特にお子さんをもつ保護者へのアンケート調査を、質的調査でもこれらの保護者を対象に、聞き取り調査を行ってきました。

もともと私の専門分野は、国際機構論と国際法で、国際連合の安全保障について研究しています。現代の戦争では、兵士より一般市民の方が犠牲者数が多いという問題がありますので、武力紛争下の一般市民の保護を中心に研究を進めてきました。このように、なぜ武力紛争において一般市民が見捨てられるのかということを研究しておりましたら、原発事故が起きてしまいました。戦争中に政府は市民を最優先に守るわけではないということは、安全保障研究を行っている人間としては常識であったのですが、民主主義国家の日本においても、原発事故という戦争級の危機が起きた時に政府が市民を守らないという事態が続き、現在に至るまで関連する多くの問題に真摯に取り組もうとしないという現実直面してしまいました。

そこで現在の問題状況を、原発事故後の人間の安全保障の危機として分析しています。人々の安全保障が日本の中で十分に保障されていないという問題が、原発事故後に露骨に現れていると考えました。実際に国連の人権理事会では、原発事故後の問題状況が国際的な人権問題として取り上げられるようになっていきます。これらの問題は政治的な問題であるため、医学や自然科学の分野の専門家のみが関わるのではなく、人文社会の分野を含めて、あらゆる分野の人間が貢献できる部分があると考えております。

今日の報告の目的は、栃木県住民の方へのアンケートや聞き取り調査から、以下の 3 点を明らかにすることです。第一に、住民の被害認識についてです。栃木県における被害状況が全国的にもあまり知られていないなかで、住民はいかなる被害を経験し、被害状況をどのように認識しているのかについて分析します。第二に、現在の問題状況についてです。原発震災から 5 年が経過した現在も対策が十分に進んでいない問題とは何であるのかを考察します。第三に、支援ニーズについてです。今後いかなる支援や対策が必要であると被災者は考えているのかについて、分析します。

■原発事故被害の広域性

多くの調査結果が明らかにしているように、原発事故後放出された放射性物質の汚染は、県境を超え広がっています。以下の文部科学省作成の汚染マップを見ていただくと、栃木県北地域においても、福島県と同程度、かなり高い線量が記録されていることがわかります。

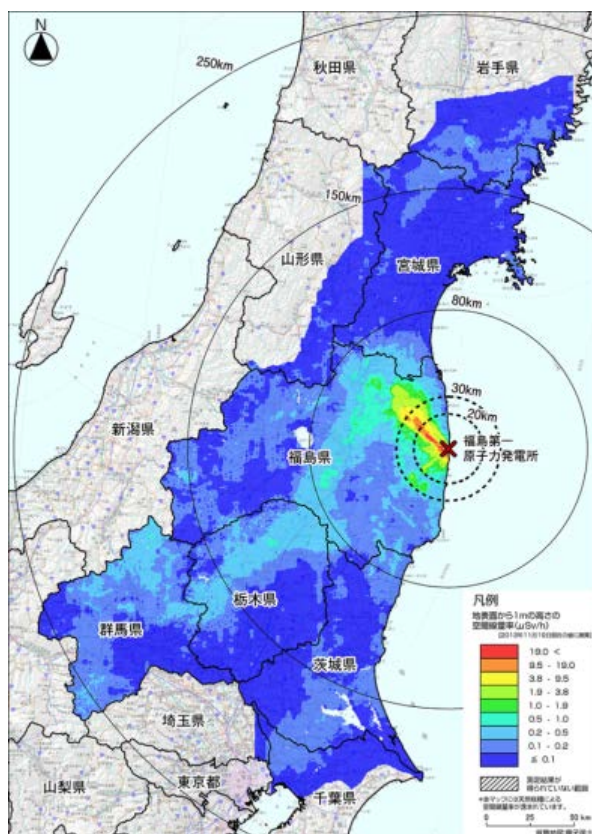


図 16：福島県及びその近隣県における地表面から 1m 高さの空間線量率の測定結果 平成 25 年 11 月 19 日時点(事故から 32 か月後) H25.11.19 換算 原子力規制委員会 HP より

2012 年に環境省は、岩手県、宮城県、福島県、茨城県、栃木県、群馬県、埼玉県、千葉県 の 8 県における 104 市町村を汚染状況重点調査地域として指定しました。栃木県も 8 市町が指定されました。現在は一部解除され、98 市町村が指定されています。環境省による定義によれば、汚染状況重点調査地域とは、平均的な放射線量が毎時 0.23mSv 以上の地域を指します。この定義については、計算式自体がホットスポットの被ばく量をきちんと考慮していないという問題や、内部被ばくを考慮していないという問題が指摘されてきました。2016 年の 5 月には、宇都宮市の学校給食で基準を超えただけのこが使われたという事件が全国ニュースになりましたが、今でも野生のきのこなどには、かなり深刻な汚染があり、内部被ばくについては今後も無視できないと考えております。

以上のように県境を超えた汚染の状況は、十分に認識されていないため、「低認知被災地」と呼ば

れています。以下は文部科学省が公表した、事故直後の栃木県北地域の空間線量と土壌汚染のマップです。

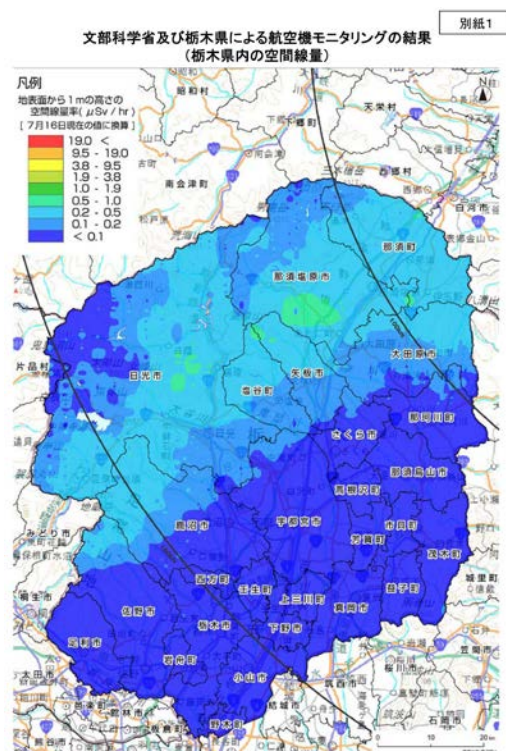


図 17：文部科学省「文部科学省及び栃木県による 航空機モニタリングの測定結果について」(平成 23 年 7 月 27 日)より 空間線量

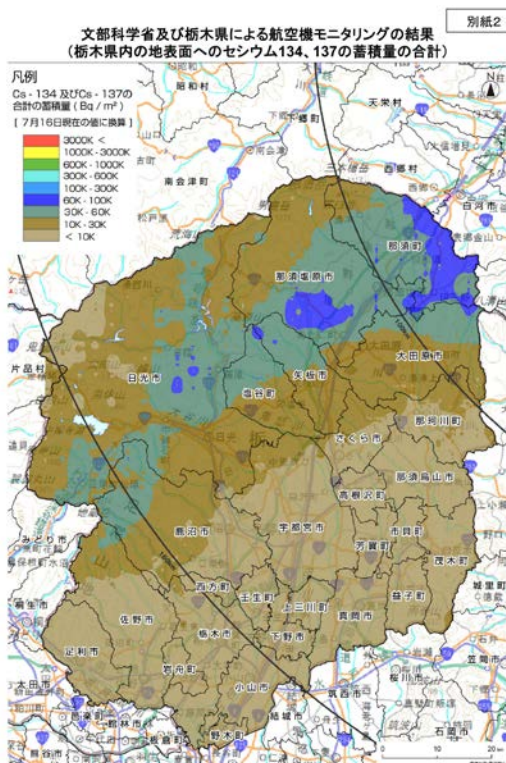


図 18：文部科学省「文部科学省及び栃木県による 航空機モニタリングの測定結果について」(平成 23 年 7 月 27 日)より 栃木県内の地表面へのセシウム 134、137 の蓄積量の合計

栃木県北には原発事故直後に雨が降ったため、汚染がこの地域に偏って広がっています。このように汚染地域に偏りがあったために、県全体の問題として認識が遅れてしまいました。特に県庁所在地がある宇都宮市の汚染は比較的低度であったため、県庁のモニタリング・ポストの値は低く出ました。その数値が新聞に掲載され、栃木県は大丈夫だろうという誤解が、県内外に生まれたと推測しています。また栃木県北地域は生産者が多く、那須塩原、那須、日光などの有名な観光地もあります。そのためこれらの地域の住民が、放射能汚染が心配だと言うと、「あなたは風評被害を煽るのか」というバッシングを受ける可能性があり、「汚染の問題や、不安な気持ちについて自由に話すことができない」という声をこれまで多く聞いてきました。実害なのに話すことができず、認識されないという状況は今でも続いているのです。

これは、汚染状況重点調査地域をマークしたマップです。

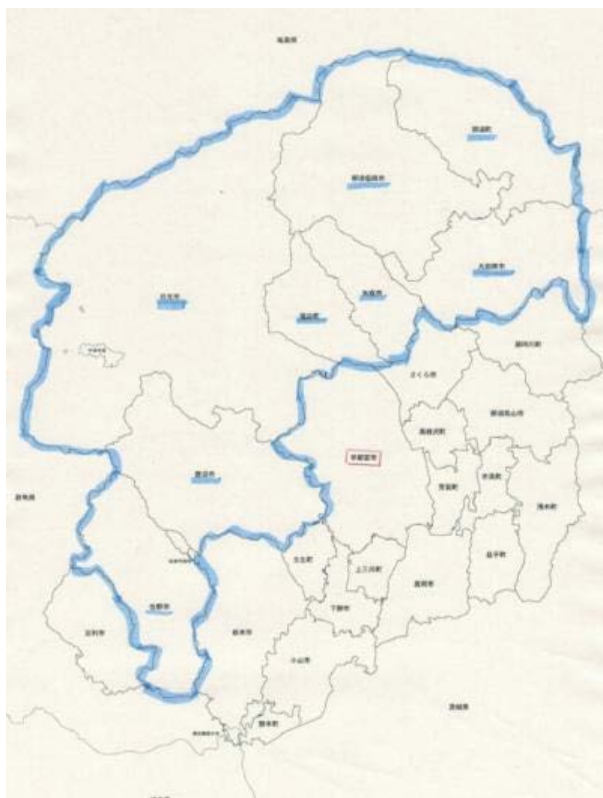


図 19：栃木県内の汚染状況重点調査地域（８市町）

一番南の佐野市だけ 2016 年 3 月に解除されましたが、このように県北に汚染が偏っています。宇都宮市の線量がたまたま低かったために、認識が遅れてしまいました。

■不均一な汚染状況と対策の遅れ

さらに問題なのは、行政関係者も汚染状況を早期に認識できず、対策が遅れてしまったことです。事故後ひと月も経っていない 4 月 5 日に、栃木県知事自らが「栃木観光安全宣言」を出しました。「本県の観光地には地震等の直接的な被害、福島第一原子力発電所の事故による影響はほとんどなく、大気も、水も、食べものも『安心で安全なもの』を提供しています」と宣言しました。しかし、この時期にはまだ空間線量率や土壌汚染の測定をしていない状況で、安全宣言を出してしまったのです。その後、栃木県産の牛肉から放射性セシウムが検出され、出荷制限が行われる事態に陥ったことは、ご存知のとおりです。県はまだ計測をしていないにもかかわらず、「安全だ」という情報を出し、まず生産者・観光業を守ろうとしました。これを信じた県民の多くは、栃木県が汚染されているという認識を十分に持たないまま、普段どおりに生活してしまったことにもつながったと考えています。

事故の後には栃木県内にもモニタリング・ポストが多く設置されましたが、その周辺のみ除染しコンクリートを敷きつめましたので、現在の測定値は低く出ます。しかし、そのモニタリング・ポストのすぐ側であっても、線量の高いホットスポットが見つかっています。そうではあるのですが、新聞に掲載されるのはモニタリング・ポストの値のみで、線量が低下したと誤解され、対策が続かないという事態が続きました。

さらに、環境省予算による除染メニューに制限があったことも、除染が進まなかった理由のひとつです。最も効果が高いとされる表土除去が、福島県では学校だけでなく戸建て住宅においても行

われましたが、「比較的線量の低い地域」として分類された福島県以外の地域では、学校以外の戸建て住宅等の除染メニューに含まれませんでした（環境省「放射線量低減対策特別緊急事業費補助金取扱要領」2011年12月22日）。住民が県に陳情を持っていき、県議会等が環境省及び復興庁宛に要望書を出しましたが、実現しませんでした。現在では自治体が別予算を組んで、一部の汚染が深刻な地域で表土除去を実施している状況です。

実際に栃木県内の教育施設での測定が行われたのは、2011年5月に入ってからでした。県北の31の教育機関で1mSv/hを超えるという非常に高い線量が計測されたのです。その後、除染が始まったのは2011年6月からでしたが、春に運動会がある学校では、これだけ高い線量の中で運動会の練習を校庭ですてしまい、部活も普段どおり外で行われていたと住民の方は話していました。那須塩原市を例に挙げると、これらのホットスポット以外の学校においても0.3mSv/h以上の場所は除染するという方針が決まったのは、2011年9月です。それから約半年ほどかけて除染が行われました。事故から半年から1年経って、ようやく除染が始まったということです。その間、子どもたちは無防備に過ごしていたことになります。

■健康調査の不実施

さらに本日のテーマである健康調査に関してですが、栃木県では福島県のように政府予算で全員対象の検査は実施されていません。その根拠とされているのは、栃木県が設置した「放射線の健康影響に関する有識者会議」が2012年6月に提出した報告書です。有識者会議の座長は、鈴木元氏（国際医療福祉大学クリニック院長・放射線医学）、座長代行は、香山不二雄氏（自治医科大学医学部 環境予防医学講座教授 毒性学）です。委員は、有坂治氏（獨協医科大学小児科教授 小児科学）、楢靖氏（獨協医科大学放射線医学教授 放射線医学）菊池透氏（自治医科大学RIセンター所長 放射線管理）、児玉哲郎氏（栃木県立がんセンター所長

腫瘍医学）、堀口逸子氏（順天堂大学助教 リスク・コミュニケーション）です。

その報告書によれば、「本会議は県内の被ばく状況や現時点での科学的知見を踏まえ、『栃木県内が将来にわたって健康被害が懸念されるような被ばく状況にない』と評価し、また、『今後、臨床的な検査を含む健康調査等は必要ない』と判断した」というのです。ここまで踏み込んだ結論を有識者会議が出しているために、県や市町はこの見解を根拠として今でも甲状腺検査を含む健康調査の実施に関しては、非常に消極的になっています。

鈴木先生とは直接何度かお会いして、実際に県北の汚染状況は深刻であるし、この後紹介するように、お子さんをもつ保護者は不安を抱えている方も多いので、健康状態を確認することに加えて、不安解消のためにも検査が必要ではないかと話しました。すると、「検査をした方が不安を引き起こす可能性があるし、栃木県の子どもへの偏見や差別を招いてもよいのですか」と指摘されました。さらに住民を対象にした講演会では、過剰診療になる可能性についても言及していました。

しかし、有識者会議の調査もどこまで実際の被ばくの状況を反映して議論できているのかについては、疑問が残ります。有識者会議による県民の被ばく調査のうち、内部被ばくに関する調査では、当然購入品以外の野生の食物は対象外となっています。しかし、栃木県北地域では2016年度の測定であっても、例えば、コシアブラという山菜は3000Bq/kg以上のセシウムが検出されました。その他にも、イノシシ肉、原木シイタケ、たけのこ等は高い値が出ています。

にもかかわらず、県北がかなり汚染されていて、5年たった今でも気をつけなければいけないということは、学校でもほとんど教えられていません。宇都宮大学に入学して、私の授業を受けて初めて汚染されていることを知ったという学生もいます。事故後の中高校生時代、県北地域で採れた山菜が連日食卓に並んでいたという相談を受けることもあります。これは1kgあたりの数値であって、そ

んなには食べないだろうと思われるかもしれませんが、地元の人々は日常的に大量に消費しています。これは 5 年後の数値ですので、当時どれほど高かったかということはご想像いただけるかと思います。

また、外部被ばくに関する調査も、一部の幼保小学生に個人線量計バッジを持たせましたが、高線量地域の結果と低線量地域の結果を混ぜて出してしまうため、全体平均としては値は低くなります。また、線量計を自宅に放置していた子どももいたようです。さらに個人線量計バッジは体の前面からの線量しか拾えないため、値が低く出るということもあります。何よりも、低線量被ばくの健康影響には不確かな部分が多いのですから、予防原則に立ってより慎重な推計や判断が必要なのではないでしょうか。

このように、放射能汚染への対策が十分に進まないなか、福島県以外の被害は認知されず、被災者がいるのに見えないという問題が起こっています。全国的に認知されていないだけでなく、栃木県内でも県北地域が汚染されていることは十分に知られていません、加えて、汚染状況についての情報を得た人がせっかくだとしても、「風評を煽るのか」と批判されることを恐れて、また、周囲の人々の不安を掻き立てることもできないという遠慮があり、放射線への不安を自由に話せない状況が続いているのです。

■市民による自発的な活動による対策

こうしたなか、市民による自発的な活動が続けられてきました。行政がやらないのであればと、自分たちで機械を買って測定所を作ったり、勉強会を開催したり、要望をまとめて県知事や国会議員に陳情に行くなど、様々な活動が行われています。そうした活動の成果として、自治体が食品の検査を始めたという事例もあります。

私も 2012 年に栃木県北地域に暮らす子育て世代から相談を受け、その不安を調査するために那須塩原市にある私立幼稚園・保育園 1 園ずつで先

行調査をしました。245 世帯から回答（回収率約 53%）を得ることができ、そのうち 94%が「震災後の子育てに関して心配なことがある」と回答しました。これは、予想を上回る高い結果でした。放射能汚染問題は普段の会話ではほとんど話題にならないが、実際に人々がどう考えているのかを知りたいので、無記名アンケートで確かめてほしいと言われ実施してみたのですが、話題にはできないけれど心配している方は多いという結果だったのです。そこで翌 2013 年は調査対象を広げ、那須塩原市と那須町にあるすべての公立保育園・幼稚園と一部の私立幼稚園の協力を得て、アンケート調査を行いました。2202 世帯から回答（回収率約 68%）を得ることができたのですが、その結果 8 割以上の方が、事故後 3 年経っても被ばくが子どもの健康に及ぼす影響について不安を感じていると回答したのです。

こうした健康不安の根本にあるのは、最も線量が高かった事故直後に子どもたちを十分に防護できなかった問題に起因する不安です。現在持っている情報をその時持っていたら、子どもを外に出さなかったなど、行動が「変わっていた」「たぶん変わっていた」と回答した人は 6 割を超えています。栃木県まで放射能汚染が及んでいると思わずに、当時子どもたちが雨に濡れて学校から帰ってきてしまったり、外のブルーベリーを一緒に摘んで食べてしまったりなど、防護できなかったという話をよく耳にします。

その後、2012 年 6 月に成立した「原発事故・子ども被災者支援法」によって、県境を超えた支援策が実現するという期待が高まった時期もありました。栃木県北地域の市民の皆さんも、熱心に働きかけたり、要望書を提出したりしていました。しかし、結局、同法にある「支援対象地域」からは福島県以外の汚染地域は外されてしまいました。それでもなんとか県境を越えた汚染を認めてもらうために、裁判外紛争解決手続き（ADR）に訴える世帯は 2,289 世帯に上っています。市民団体や弁護士が ADR の必要性を訴えるために、市民の

方々に栃木県の汚染マップ（p.14 参照）をお見せしたところ、2014 年や 2015 年の時点で、「初めて見た」「知らなかった」「嫌でも目に入るローカル新聞の 1 面に出してほしかった」という声が聞かれたそうです。

先ほど申しあげましたように、栃木県では福島県とは異なり、健康調査が国の費用では行われていません。そのため、民間基金である「関東子ども健康調査支援基金」による甲状腺エコー検査が、希望者を対象として 2014 年から栃木県内でも実施されています。この検査は、医師を含め、ボランティアにより運営されていますが、一つの地域で検診できるのは百数十名程度で、限界があります。今年も多くの新規申し込みがあったということです。



図 20：甲状腺検査会場の様子

さらに自治体による取り組みとしては、栃木県内では日光市が唯一、市として希望者全員への甲状腺検査を 2015 年から実施しています。また那須町等では、甲状腺エコー検査の費用の助成を行っています。

■聞き取り調査・証言集より

アンケートによる量的調査だけではわからなかった被害の認識については、聞き取り調査を行いました。原発事故からどのような影響を受けたのか、また、事故による生活への影響について、栃木県北に暮らす 10 代から 70 代までの 12 人の方に

直接話を聞き、記録しました。多くの方が匿名という条件付きで調査に承諾してくれました。さきほども指摘しましたが、放射能汚染問題は話にくい問題であるため、原稿のなかから一部の文章を削除することを希望された方も複数いました。以下、聞き取った内容をいくつかご紹介します。

「テレビで福島第一原発の水素爆発の映像を見ましたが、当時は原発や放射線についての知識が全くなかったので、ショックを受けることもなく、『爆発しちゃってるよね』くらいの感じで、正直なところ他人事のように見ていました。それがどれだけのものかということについて、まったく無知で知らなかったのです」（A さん・30 代女性）

「北海道に暮らす弟から電話があり、『子どもたちだけでも逃がしてくれ』と言われたのですが、私は『まだメルtdownしていないから』と答えてしまっていました。実際には既にメルtdownしていたわけですが、私はそのことを認識することができませんでした。電源喪失から 3 時間でメルtdownになるという知識がある人は、直ぐに逃げられたのだと思いますが、私はそうした知識をなおざりにしてきたせいで、対応できなかったことを悔やんでいます。」（K さん・50 代女性）

栃木県北から避難をした方もおられましたが、避難するのが遅かったという声がありました。

「そうしているうちに事態が悪くなる一方でしたので、これはやはり避難が必要だと考えて避難をしたのが、3 月 18 日でした。今考えれば、避難するのが遅かったと思います。15 日にこの地域には最も多くの放射性物質が降下しているので、その中に居たことになるのです。ただ両親も一緒に避難をするので、その用意をしてもらうのに、例えば服用している薬をそろえるこ

とや、荷物を作るのにも時間がかかりました。ガソリンを入れたくてスタンドに並んだのですが、車が長蛇の列をなしてとても入手できず、とにかくガソリンがもつところまで行こうと出発しました。」(Iさん・60代男性)

「那須塩原市からは、外に出ないようにといった市民に向けた注意はありませんでしたので、避難をした人々は個人で情報を掘んで判断したのだと思います。一方で、情報が届かないために、原発事故後に対策ができた住民は少なかったと思います。お子さんや妊婦の方も含めて、住民が低線量被ばくに対して無防備な状態に放置されたままでした。」(Jさん・60代女性)

「幼稚園では、まずは放射線量を測ってほしいということと、皆で協力して声をかけるので、除染をやりませんかという提案を、何人かで話しに行きました。(中略)ところが、幼稚園では問題をすり替えられてしまいました。(中略)子どもは自分で守ることができないので、大人が少しでも守ってあげるのが当たり前だと思っていました。当然対策をしてくださるだろうと考えていましたが、私たちの言うことに全く同意はしてくれませんでした。その後も幼稚園から保護者宛の手紙は、『何も心配はいらない』といった内容でした。『ああ駄目なんだ』と思いました。」(Bさん・40代女性)

「それまでできていたのに原発事故の後にできなくなったことは、畑で穴を掘ったりする遊びです。畑ではよく遊んでいたのに、それができなくなりました。母に、畑で土をいじらないようにと言われたからです。家ではそうして注意をされたのですが、学校では外で土をいじって遊ばないように言われたことはありませんでした。なので、友達とは皆校庭で遊んでいましたが、僕とそのほかに何人かだけは、放射能の影響があると考えたので、1年生の初めのころは校

庭で遊ばないようにしていました。」(Fさん・10代男性)

聞き取りのなかで、事故後の体調の変化も多く聞かれました。事故前にはなかった体調の変化が、2011年の夏前後に出た方が多いようです。

「ただ、そのころまでには子どもたちには事故前にはなかった体調の変化や症状が出始めていたのです。(中略)0歳だった末っ子以外の3人とも鼻血を出していたのですが、アレルギーをもった子どもが一番鼻血も多く、さらに2、3日おきに大便の際に出血をする下血もしていました。お腹が痛いとか、そういうこともなかったので様子を見ていたのですが、2、3カ月続いていたと思います。こうした症状も以前はなかったもので、不思議に思いました。2011年は学校でも鼻血を出す子どもが他にもいたそうで、『今日もまた2人ぐらい鼻血が出ていた』という話を子どもたちから聞きました。小学校の運動会はその年は9月だったのですが、まだ線量が高い時期に外で行われました。練習も外で行うというので、本当にびっくりしたことを覚えています。」(Gさん・30代女性)

「事故が起きた2011年の夏に、庭の草むしりを終えた数時間後、下血と不正出血がありました。同じころ、夫の父親は何十年かぶりに鼻血を出していました。他の住民からも、鼻血が出たという話はあちこちで聞いています。下血がひどい人は救急車で運ばれて入院となりましたが、原因不明で退院したそうです。(中略)こうした事例があるのに、何か健康調査をしたわけでもなく、有識者などの「上」から降ってくる「安心」の説明によって、かえって不安は増えています。不安を心の奥にしまいこんでいる人が多いと思います。」(Jさん・60代女性)

自分たちの手で放射線量を測定し、危機感を持

った方もおられました。

「購入した当初は、家の南側にあたる庭で測定不能となって振り切れてしまうほど、高い数値が出ました。この測定器は最大値として毎時 9、999 マイクロまで測定できるということなので、それで測定不能となったということは、数値が二ケタを超えていたのだと思います。その場所はちょうど雨水の溜まりやすい場所でした。」(E さん・40 代女性)

「我が家では那須塩原市による除染事業に申し込みをして、2014 年の 1 月に自宅の除染をしてもらいました。作業は 2 日かかりだったのですが、我が家は 18 歳以下の子どもが住んでいないために表土除去をしてもらうことができず、落ち葉をさらって庭の奥にシートをかぶせて埋めただけなのです。(中略) ですので、除染後も線量はほとんど変わりませんでした。ところが、息子夫婦のところに生まれた孫が今 5 歳と 1 歳で、この家にしょっちゅう遊びに来るのです。」(D さん・70 代女性)

ジェンダーに基づく対応の格差についても、多くの問題が指摘されていました。

「私が女性であったからこそ、男性と同じことを訴えてもきちんと対応してもらえなかったという経験がありました。たとえば幼稚園や学校に対して、芋ほり遠足は問題ではないでしょうか、その他の対策について意見を伝えても、窓口で話を聞くだけであまり丁寧な対応をしてもらえなかったのに、夫を連れて行くと応接室に通された時はショックでした。夫は私と同じ要望を伝えているのに、園長先生が出てきて『はい、はい』といいながらきちんと受け答えをしているのです。私が言うと、同じ内容であっても『結局はヒステリーなママの戯言』のような扱いを受けるのです。私はこれまであまりそう

やって出て行くということをしなかったもので、今回初めてこうした待遇の違いを知って驚きました。」(A さん・30 代女性)

今後必要な対策としては、健康調査や双方向的なコミュニケーション、そして普段の会話で放射能汚染問題を話すことができる環境づくりなどが挙げられていました。

「子どもたちの健康調査にしても、今後どうなのかは勿論分かりませんが、健康調査を実施してずっとデータを取り続ける必要があるのではないのでしょうか。食品や公園の線量と同じで、データをとらないで安心をしと言われても無理な話です。(中略) 栃木県で健康調査をすると、栃木県の人々に対する差別や偏見につながるという人もいますが、生きるか死ぬかの問題ですので、後から発生する問題を、調査をしない理由にはできないと思います。様々な人の価値観や考え方がある以上、必ず差別は起きるので、そのことよりも、まずは自分たちの健康や命が大切だと思っています。中途半端に調査をしたり、隠したり、無かったことにしたりするのが、一番問題だと思います。」(H さん・40 代女性)

「圧倒的に足りないのは、東電や国、そして自治体も含めた行政と被害者の間のコミュニケーションだと思います。被害者としては、加害者から一方的に基準や判断を押し付けられても困るのです。全部こちらの言うとおりにやってくれとまでは言いませんが、話し合いという双方向のコミュニケーションができていないことは大きな問題です。有識者会議の報告書は専門家としての意見に過ぎないのでから、それを踏まえた上で、政治的な判断は別に責任をもって行う必要があります。もし栃木県を福島県と同じように扱わず、表土除去を伴う除染や健康調査をしないのなら、やらないなりの理由を 1 回きちんと説明してほしいのです。政治判断をし

ている責任者が、前に出て話をしなくては意味がありません。」(Cさん・40代女性)

また多くの方が、インフルエンザは心配だ、PM2.5 対策にマスクをした方がいいかといったようなことは言えるのに、原発事故や放射線のリスクのことになると話せなくなるとおっしゃっていました。

「いまだにどうしても、被ばくの健康影響を『気にしている』と言にくい雰囲気があります。『チェルノブイリの事例から私たちはもっと真摯に学ばなくてはならないのでは。』『必要と思われる健康診断を受けられる体制が整うと親としては安心です。』『学校での教育や、日常の放射線防護のための対策、保養に行かせることも必要だと思います。』『この地域が汚染されていないかのような、事故前と同じ生活が続いていることにはリスクが伴うと思っています。』こういうことを普段の会話で言い合える雰囲気をつくっていくことが、子どもたちの健康を見守ることにつながるのではないのでしょうか。」(Lさん・50代女性)

■甲状腺検査受検者 保護者アンケートより

最後に、民間の「関東子ども健康調査支援基金」による、甲状腺エコー検査会場で行ったアンケート調査について紹介します¹³。以下のデータは、2015年に栃木県内で同基金による甲状腺エコー検査(全3会場)を受検した165世帯分(回収率約85%)です。検査を受けた子どもの保護者の方に、回答していただきました。

「検査を受けた理由」としては、事故当初の被ばくが心配で受けに来たという人が最も多かった

です。

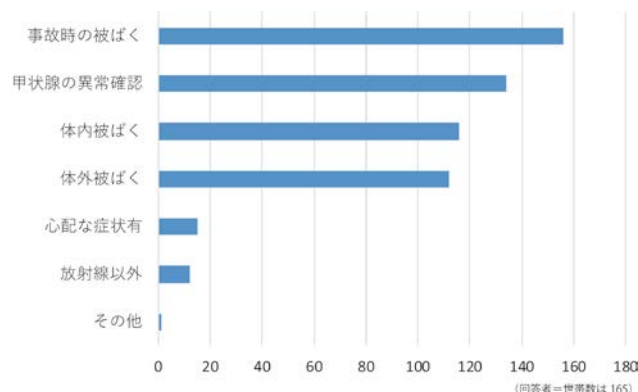


図 21: 設問 検診を受けた理由は何ですか (複数回答可 全 165 世帯)

「今回の検査を受けた後で、今後の甲状腺検診についてどのように考えておられますか」という質問に対して、不安は検査を受け解消されたが、定期的な検査を今後も希望すると答える人が8割を超えています(図22)。

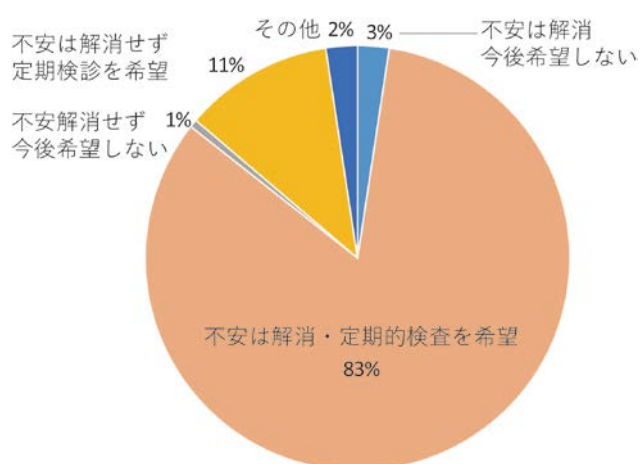


図 22: 設問 今回の検診を受けた後で、今後の甲状腺検診についてどのように考えておられますか (複数回答2件を含む)

「今後の健康調査に関して、国や自治体が責任をもって実施することを希望しますか」という質問に対して、99%が希望すると答えています(図23)。

¹³ 宇都宮大学国際学部附属多文化公共圏センター福島原発震災に関する研究フォーラム・清水奈名子(編)『原発震災後の栃木県北に暮らす——市民による健康調査とADRへの動き』2016年3月

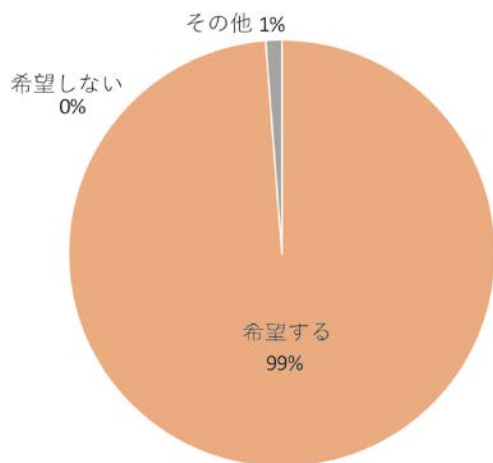


図 23：設問 今後の健康調査に関して、国や自治体が責任をもって実施することを希望しますか

「国や自治体が健康調査を行う場合、どのような希望がありますか」という質問に対しては、希望者のみではなく、学校で全員を対象にして実施してほしいと答えた方が8割に上ります(図24)。民間の検査では、受け入れ枠に制限があるので、希望者全員に対応はできません。また民間基金による検査に関する情報を得て検査に来る方は、事故時もお子さんを放射線から防護しておられた方が多い可能性があります。一番情報が届かず、防護ができなかった世帯は、このような検査があることも知らない可能性が高いことが予想されるだけに、検査対象を希望者のみにしてしまうと、受検者が偏ってしまい、最も高いリスクを抱える子どもたちが対象から外れてしまう問題が懸念されます。

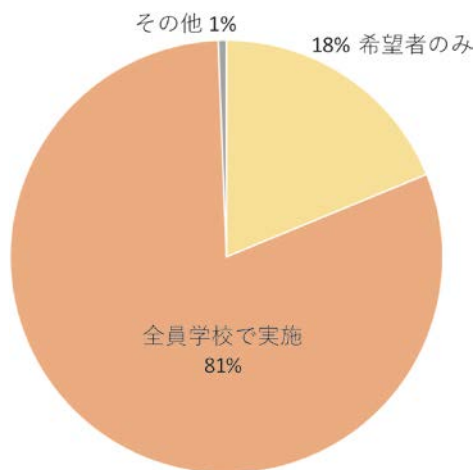


図 24：設問 国や自治体が健康調査を行う場合、どのような希望がありますか（受検者について）

検診のペースについては、「年に1回」が82%で一番多くなりました(図25)。

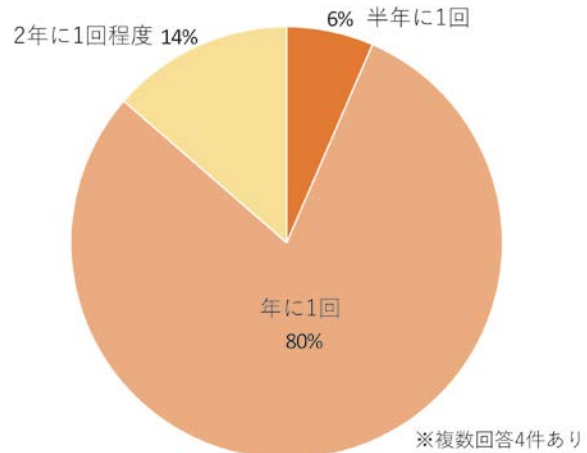


図 25：設問 国や自治体が健康調査を行う場合、どのような希望がありますか（検査回数について）（複数回答4件）

また、74%が検診を10年以上なるべく長期間続けてほしいと答えています(図26)。事故後の最も放射線量が高い時期に、子どもたちを適切に守れなかったことの影響が5年後、10年後、さらにその後に出るのではないかということを心配して、毎年の長期的な検査を希望している方が多いのだと分析しています。

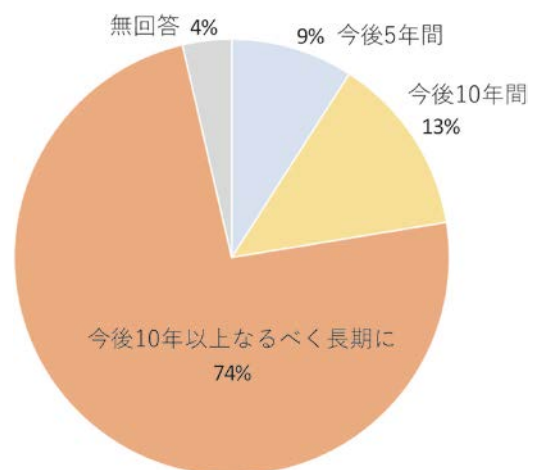


図 26：設問 国や自治体が健康調査を行う場合、どのような希望がありますか（検査の期間について）

次は実施を希望する検査項目についてです。甲状腺への影響は、低線量被ばく健康影響について保守的な見方をする人々も認めているので、まず突破口としてその検査をしてほしいが、そこに

とどまっていいいと思っているわけではなく、甲状腺以外にも徐々に検査項目を拡大してほしいと答える方が多く、「甲状腺以外にも徐々に拡大」と「すぐに項目を増やすべき」を合わせると 8 割を超えます（図 27）。

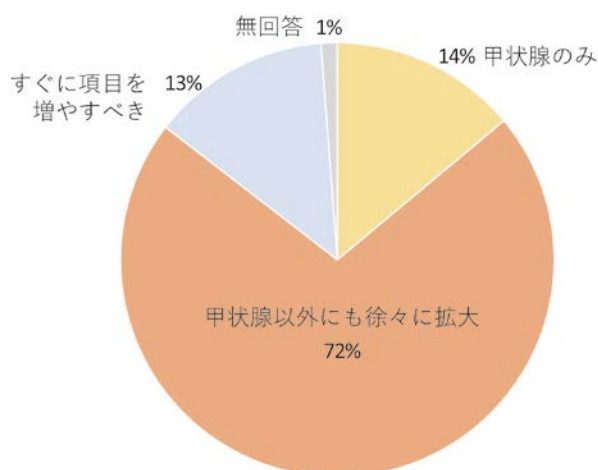


図 27：設問 国や自治体が健康調査を行う場合、どのような希望がありますか（検査項目について）

健康調査結果の公表に関しては、個人が特定されない形で公表してほしいと答える方が 8 割を超えました（図 28）。

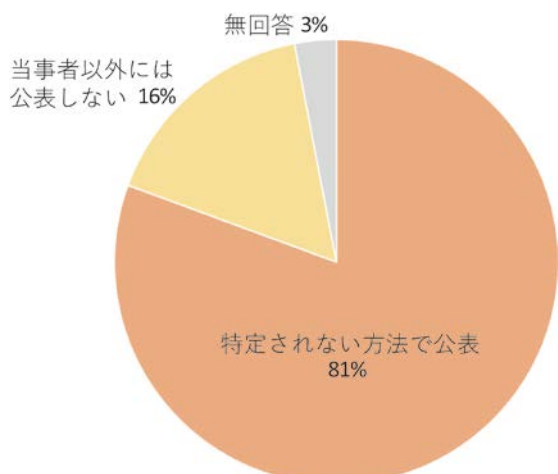


図 28：設問 国や自治体が健康調査を行う場合、どのような希望がありますか（検査結果の取り扱いについて）

最後に、これまでの分析結果をまとめると、以下の三点になります。第一に、事故後 5 年目を迎えても、子育て世帯の多数が健康不安を抱えているのはなぜかという、事故当初に情報が不十分であった結果、特に子どもたちを十分に被ばくか

ら防護できなかったこと、また教育機関等における対策や防護も十分ではなく、遅れがちであったことが要因となっています。このように子どもたちを十分に防護ができなかったので、低線量被ばくの健康影響を長期的に懸念されているのです。

第二に、事故後の対策をどのように評価しているかについてですが、これまで実施された校庭の除染、18 歳以下の子どもがいる住宅除染、食品測定事情、健康調査への補助などは、市民による活動が被害を調べて、行政に要望した結果実現しており、それらの対策については一定の評価をしています。

第三に、今後必要な対策や支援ですが、学校等の検診を利用した一般的な健康調査（甲状腺以外の血液検査等を含む）を希望しています。親の知識量の差によって、子どもが検査を受けるか受けないかに差がでるのは望ましくない考える方が多いのだと思われます。さらに表土除去を含む除染、空間、水道水、食品の測定継続と数値の公表、線量の低い地域での保養支援、適切な情報提供と双方向的なコミュニケーション、教育機関での放射線による健康影響に関する適切な教育をしてほしいと考えている方が多くみられました。

■タブーなしに議論できる環境を

汚染問題について、タブーなく議論できる環境の整備がまず必要だと考えています。どのような検査をするかといったことももちろん大切ですが、そのためには政治・行政機関、教育・研究機関、メディア等の責任を改めて問うていく必要があります。事故から 5 年が過ぎ、報道も減っていますが、まだ問題が続いているのだということを、私たち研究者も含めて発信していく必要があると思うのです。

しかしその一方で、大規模で深刻な原発事故後の実害や正当な不安や懸念を、揶揄する風潮が続いています。風評被害を煽るな、復興を邪魔するなという声が強く、例えば『美味しんぼ』の鼻血問題では、当時の石原環境大臣まで出てきて、何

の調査もせず鼻血と事故の関係を否定しました。
そうすると、事故後に鼻血が出た方が、「あなたは
おかしい」、「ヒステリーだ」と言われることを恐
れ、実際にあったことを言えなくなってしまう
す。また今年になっても、丸川環境大臣が「反放
射能派」発言をしました。そういった言説がまか
り通ってしまうこと自体が、人々の口を重くし、
ますます話せない状況を作り出しています。

今朝は那須塩原市で、ちょうど「関東子ども健
康調査支援基金」による、希望者を対象とした甲
状腺検査が実施されていました。今年も甲状腺検
査を受けた皆さんの様子を拝見しましたが、福島
県でがんの子どもが増えているということが気にな
ってしまい、今年検査に来るのが怖かったと話
しておられました。やはり毎年診てもらうことが
必要で、それを差別や不安を煽るという一方的な
議論で止めようとする現代の状況を、なんとかし
てほしいとおっしゃっていました。

「人間の復興」に必要な医療と健康支援とは？

白石 草

OurPlanet-TV の白石草と申します。

最初に、牛山さんから「日光の移動教室は撤回できなかった」という話がありましたが、この会場がある文京区では、千葉県柏市に「柏学園」という移動教室などをやる施設を持っておりまして、小学校5年生は必ずそこで移動教室をしていました。しかし、原発事故があった年に、区内の保護者が強く反対し、老朽化の影響もあって2年後には廃止になりました。そう考えると、ここ文京区は人口20万人なのですが、議会が非常にいい環境にあるので、まずここから動いていかなければいけないと強く思いました。

■『チェルノブイリ事故後25年国家報告書』をめぐって

さきほどからお話があるように、日本政府は何もやっていないと思います。私は、ウクライナやベラルーシが素晴らしい国だとは思っていませんが、それよりも今の日本の状況はさらに悪いと思っています。

まず、日本政府もマスメディアも、「チェルノブイリの影響は小児甲状腺がんだけ」と強調しています。そうした中で、いくつか、それを覆すような報告書が海外では出ました。これは『チェルノブイリ事故後25年 — 未来のための安全』という

ウクライナの国家報告書¹⁴で、甲状腺以外のがん、それ以外のさまざまな疾病についても記載されています。NHKの番組¹⁵でも紹介されて、大きな反響を呼びました。

これに反駁するために文科省が専門家に委託した調査報告書に関する記事が、先日の毎日新聞の一面に載りました。

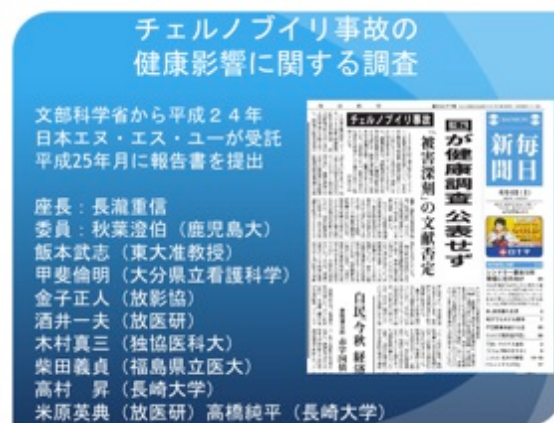


図30：2016年6月4日 毎日新聞 朝刊

記事は、ウクライナ国家報告書を否定するために日本政府が作成し2013年3月に提出されていた調査報告書¹⁶がこれまで公表されず、隠蔽されていたことを報じています。その報告書は国会図書館には納められていますが、その存在も名称も所在も公表されていなかったのも、その内容も当然知られていませんでした。

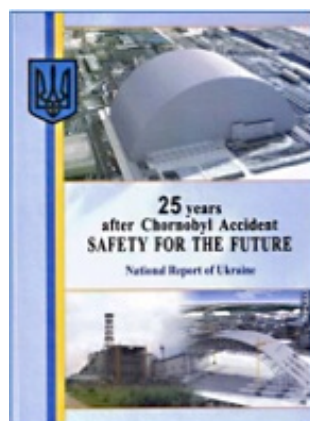


図29：“25 years after Chernobyl Accident Safety for the Future”の表紙

¹⁴ 2011年4月に公表。緊急事態省が編纂、健康影響の項目はウクライナ放射線医学研究センターが執筆。英語版 *Twenty-five Years after Chernobyl Accident: Safety for the Future* は <https://www.inaco.co.jp/isaac/shiryo/genpatsu/chernobyl25eng.pdf>

「チェルノブイリ被害調査・救援」女性ネットワークによる日本語訳は https://www.archives.shiminkagaku.org/archives/csi-j-newsletter_010_ukraine_01.pdf

¹⁵ NHK・ETV 特集 シリーズ チェルノブイリ原発事故・汚染地帯からの報告 第2回「ウクライナは訴える」（2012年09月23日放送）

¹⁶ 「チェルノブイリ事故の健康影響に関する調査報告書」 <http://iss.ndl.go.jp/books/R100000002-I025120527-00>

なぜ、この報告書を大々的に公表しなかったのかは謎です。ただ問題は、政府が「ウクライナ国家報告書」で報告されているような低線量被ばくのような影響を否定するために、様々な工作をしているという事実です。

報告書は、NHK の ETV¹⁷が「ウクライナ国家報告書」を取り上げた 2012 年 9 月の直後の 12 月に設置されました。調査のメンバーを見ていただくと、錚々たる顔ぶれなのですが、その中に、木村真三さんのお名前があります。2011 年暮れの低線量ワーキング¹⁸で「低線量被ばくの影響がある」と主張した人をあえて入れたわけです。

翌 2013 年 2 月に 2 回の現地調査が行われたのですが、両方とも参加されているのは、木村真三さんと小正裕佳子さんです。

残念なことに、この調査報告書の作成にあたり、木村さんは「ウクライナ国家報告書」に対し、否定的な見解を示しています。2014 年に木村さんが出版なさった『放射能汚染地図の今』¹⁹にその一端が書かれています。

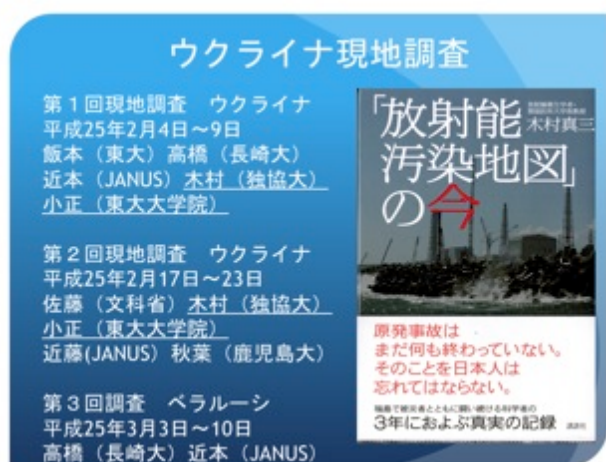


図 31 : 「放射能汚染地図の今」木村真三 (2014) の表紙

未公表となった文科省の報告書の中でも指摘さ

れていますが、木村さんが著書の中で否定しているのは、ウクライナ国家報告書が指摘する「(ウクライナでは) 子どもたちの 8 割が健康レベルが悪く、2 割の子どものしか元気ではない」という点です。確かに、これが事実なら日本政府にとっては一番の脅威です。そして、文科省が委託したウクライナ現地調査チームは“政府の期待どおりに”それを否定する報告をします。木村さんも、カウントの仕方がおかしい、虫菌なども疾病としてカウントされている、など政府の見解にくみしています。そして「日本では『ウクライナでは被曝した親から生まれた子どもの 8 割が病気』などと発言している人もいるが、実際は、その背景やデータの読み取り方を丁寧に調べた上で解釈しなければ、誤ったメッセージを発することになる」²⁰と書いています。

しかし、木村さんの読み解きは、果たして正しいのでしょうか。低線量被ばくの否定を任務とする長瀧さんたちのチームの中で、木村さんも、「科学的ではない」「低線量被ばくの影響は立証されていない」と言う役割を担わされてしまったのです。

■『チェルノブイリの健康影響』について

では、ウクライナ国家報告書は、実際に科学的かどうかということを考えてみたいと思います。

ウクライナでは、もう一つ注目すべき報告書が出ています。ウクライナ医学アカデミーと長崎大学が 2011 年 8 月に発表した『チェルノブイリ事故の健康影響 25 周年』という報告書です²¹。「国家報告書」が事故原因や社会情勢などについても言及しているのに対し、こちらは健康影響のみについて詳細をまとめたもので、650 頁に渡っています。この報告書の作成に際しては、長崎大学が関わっており、山下俊一さんが序文を書いています。

その冒頭には、「チェルノブイリ周辺の研究とい

¹⁷ ETV 特集「チェルノブイリ原発事故・汚染地帯からの報告」(1), (2)

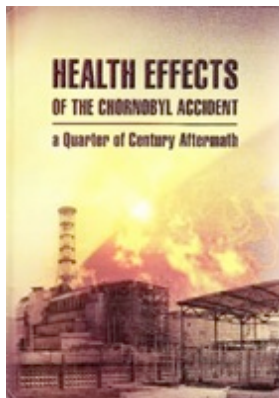
¹⁸ 内閣が組織した放射性物質汚染対策顧問会議の「低線量被ばくのリスク管理に関するワーキンググループ」
<http://www.cas.go.jp/jp/genpatsujiko/info/twg/111222a.pdf>

¹⁹ 木村真三(2014)『放射能汚染地図の今』、講談社。

²⁰ 前掲、木村 (2014)、p.179-180

²¹ A. Serduk, V. Bebesko, D. Bazyka, and S. Yamashira (eds.), 2011, *Health Effects of the Chornobyl Accident – a Quarter of Century Aftermath*. Kyiv
<http://nrcrm.gov.ua/en/publications/monographs/>

うのは、様々な因果関係を十分に確実なものと言えるだけのものにはなっていない。とにかく大規模な事故なので、これだけ短期間の間には、信頼性をもって評価するにはまだ研究は不十分だ。けれども、ウクライナの研究者は、多大な努力を払って、白血病、甲状腺がん、およびがん以外の疾患等に対する放射線の晩発的影響、急性および慢性の影響に対して、一定の相互理解に達している。今後、ウクライナの研究の影響力を高めていくためには、他の国との比較研究をしなければなりません」といったことが書かれています。リップサービスとしても、かなり踏み込んだことを言っていると思います。



チェルノブイリの健康影響 25 周年

2011 年 8 月刊行

HEALTH EFFECTS OF THE CHORNOBYL ACCIDENT

a Quarter of Century Aftermath

Andrii Serdiuk, Volodymyr Bebesko,
Dimitry Bazyka, Shunichi Yamashita
ISBN 978-966-8311-78-9

http://www-sdc.med.nagasaki-u.ac.jp/gcoe/activities/publication/20110829_e.html

～ 目次より ～

- 第 5 章: 白血病
- 第 6 章: 固形がん 甲状腺がん／乳がん ほかの固形がん
- 第 7 章: 細胞遺伝学的影響
- 第 8 章: 免疫学的影響
- 第 9 章: 持続性ウイルス感染 HCV 感染／CMV 感染
- 第 11 章: 非腫瘍性疾患の疫学
- 第 12 章: 心血管疾患
- 第 13 章: 甲状腺と代謝
- 第 14 章: 酸化システム、タンパク質および脂質の酸化修飾
- 第 15 章: 気管支肺疾患
- 第 16 章: 男性の生殖健康
- 第 17 章: 神経系および心理社会的側面
- 第 18 章: 感覚器官 眼／聴覚／前庭（内耳の気管）
- 第 20 章: 認知機能への放射線のリスク
- 第 21 章: 小児期の被ばく影響
- 第 22 章: 子どもと次世代の子どもの甲状腺および生殖系
身体的・性的発達／甲状腺と性的成熟
- 第 23 章: 先天性異常の遺伝
- 第 24 章: 歯の硬組織

図 32:『チェルノブイリの健康影響 25 周年』ウクライナ医学アカデミー（2011）の表紙と目次

しかも最後のほうに、「この序文を書き上げたところで 3 月 11 日に日本の東北地方でおきた巨大地震と津波で福島第一原発が深刻な損傷をうけまし

た」と、結構衝撃的なことが書かれています。さらに「私は事故直後から福島県の放射線健康リスク管理に助言する委員会の一員として、危機対応に深く関わっています」としたうえで、「チェルノブイリからの教訓は間違いなく有用であり、日本最悪の原子炉事故からの迅速な復興に貢献するものである」とも書いてあります。しかし、山下さんはこの報告書の内容を日本ではまったく紹介していません。日本では、これまで急性被ばくであってなおかつ 100mSv 以上の高線量しか議論されてこなかったわけですが、山下さんはこの序文の最後のところで、被ばくには 4 つの種類（急性／慢性、低線量／高線量）があること、そして「放射線緊急事態における医療の問題解決に加えて、低線量被ばくによる影響の可能性および低線量率の効果とモデル化を解明するための国際協力を進めることがきわめて大切なのだ」としています。大変いいことが書いてあると思います。

■虫歯と被ばくについての先入観

このウクライナ医学アカデミーの報告書には、様々な病気が挙げられています。現時点で因果関係が認められているかは別にしても、現在まで様々な研究の蓄積が行われているということがわかります。

すこし気になるのが、さきほどの歯についてです。木村真三さんは、虫歯などを疾病のひとつにプラスしていることで、「ウクライナ国家報告書」は科学的なものとはいえないと言っているのですが、こちらの報告書の中には、歯の異変についても科学的な研究論文が掲載されているのです。

この該当部分を、私は歯科医師さんに読んでいただき、噛み砕いて説明してもらいました。全てを理解できているわけではありませんが、その解説によると、低線量と高線量とで影響に違いがあり、高線量は、虫歯とは関連しない歯の疾患に関係がある一方、低線量では虫歯と虫歯関連の疾患に関係があり、歯の組織に対して影響があるということでした。

じつは、石川県で保養をしているグループのお母さんが甲状腺検査をやっていたときに、「子どもたちの歯がおかしい」と気づき、私に対して「ウクライナに行くときに歯に関する論文があったら教えてほしい」と依頼がありました。かなり早い時期です。私は、歯の病気と被ばくの間に関係があるとは全く考えもしていませんでしたが、調べてみると、このように研究論文として書かれていたのです。前出の母親は、エナメル質の形成不全が起きているのではないかと推測していました。つまり、この論文に書いてあることとほぼ同じことが起きているのではないかと思います。

2月23日の地元紙『福島民友』に、福島県の中で、虫歯の子どもが非常に増えていることが大きなニュースになっています。当然、今の段階で、被ばくの影響があるから増えているのではないかと疑っているのは私ぐらいのもので、あの人はなんでもかんでも被ばくの影響だと言う頭のおかしい人だと言われるかもしれませんが、実際に、急激に増えてしまっているというのです。この新聞記事によると、事故前は減っていたにも関わらず、2013年から増えるようになったと書かれています。福島県の見立ては、「長期避難などで生活環境が変化し室内で生活する時間が長くなり、菓子類を食べる機会が増えたのではないかと」というものです。また、「3世代同居世帯が多く、祖父母らが幼児に菓子類与える機会が多いことも影響している」とも書かれています。

私がここで言いたいのは、木村さんも私もそうなのですが、「虫歯なんて被ばくと直接影響はないだろう」という先入観があり、そんなの科学的ではないと思い込んでしまったことの問題性です。

牛山さんが、臨床医は目の前のものを見なければとおっしゃっていたとおり、現在、起きているあらゆることというのを丁寧に見ていかなくてはいけない時期に来ていると思います。

■福島プロトコルの問題

甲状腺がんが増えているということは一つの指

虫歯の6歳児が6割超 福島県、全国ワーストで緊急対策へ

福島民友 2016年2月13日

県内の虫歯のある6歳児の割合が2014（平成26）年度は65.5%となり、47都道府県で最も多かったことが12日、分かった。全国平均の47.34%を18.16ポイント上回った。県は新年度、虫歯予防の緊急対策として、予防に有効とされるフッ素化合物で口をゆすぐ「フッ化物洗口」の導入促進を図る。

データは、県が文部科学省の学校保健統計調査などを基にまとめ、福島市で同日開かれた県歯科保健対策協議会で示した。県内の虫歯のある6歳児の割合は減少傾向にあったが、13年度から増加に転じた。

県によると、虫歯のある子どもの割合は減少傾向にあるが、他の年代を全国と比べると、1歳6カ月の幼児は2.49%（13年度）で全国38位、3歳児は27.37%（同）で全国45位、12歳児は46.2%（14年度）で全国32位と、全体的に高い割合にある。

県健康増進課は虫歯の子どもが多い要因について、震災や原発事故に伴う長期避難などで生活環境が変化し室内で生活する時間が長くなり、菓子類を食べる機会が増えたのではないかとしている。また、3世代同居世帯が多く、祖父母らが幼児に菓子類与える機会が多いことも影響しているとみている。

県は歯磨きや食生活の指導に加え、フッ化物洗口で重層的な対策を講じる考えだが――（略）

図33：2016年2月13日 福島民友

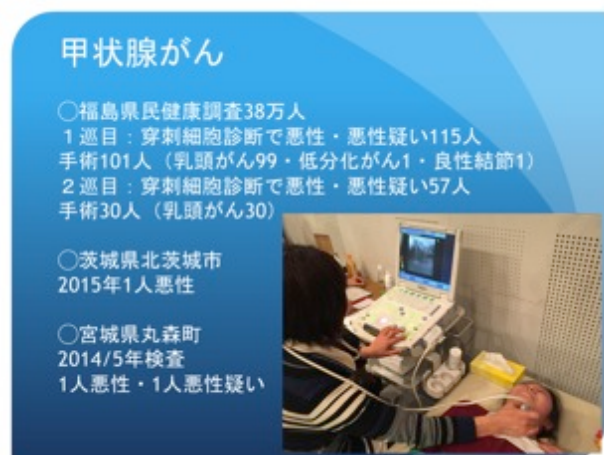


図34：福島県と、隣接する茨城県、宮城県の甲状腺がんの確認状況

標になると思います。さきほど牛山先生が述べていらしたとおり、ベラルーシのゴメリで、10万人あたり25人程だったということを考えると、日本の小児甲状腺がんの割合はとても多いかもしれない。今出ている甲状腺がんが、チェルノブイリと同じような被ばく影響であったとするならば、他の疾病でも同じようなことが起きる可能性があるわけです。だからこそ、今、何が起きているかとい

甲状腺がんについて、福島では、健診から治療医に至るまで、どのようなプロセスが実施されているか、その手順を示す「福島プロトコル」を図解にしてみました（図 35）。

の先があるということを考えなければいけないと思います。

■「情報を出さない」

私が心配していることとしては、まず、患者さんご本人が、自身の確定診断を知らされていないということがあります。甲状腺がんの場合はステージという言い方はあまりせず、TNM 分類というものを uses。

TNM分類	
T分類 甲状腺の原発癌の状態	
TX	原発癌の評価が不可能
T0	原発癌を認めない
T1	甲状腺に限局し最大径が2cm以下の腫瘍
T1a	甲状腺に限局し最大径が1cm以下の腫瘍
T1b	甲状腺に限局し最大径が1cmをこえるが2cm以下の腫瘍
T2	甲状腺に限局し最大径が2cmをこえるが4cm以下の腫瘍
T3	甲状腺に限局し最大径が4cmをこえる腫瘍、または甲状腺外への軽度な浸潤をともなう腫瘍
T4a	(未分化がん以外)甲状腺の被膜をこえて浸潤し、皮下軟部組織、喉頭、気管、食道、反回神経のいずれかに浸潤する腫瘍
T4b	(未分化がん以外)椎前筋、縦隔内の血管に浸潤する腫瘍、または頸動脈を全周性に取り囲む腫瘍
T4c	(未分化がんのみ)腫瘍の大きさに関係なく、甲状腺に限局する腫瘍
T4d	(未分化がんのみ)腫瘍の大きさに関係なく、甲状腺の被膜をこえて浸潤する腫瘍
注: いずれの病理組織型においても、多発性腫瘍は最大径によって分類し、(m)と記載する。	
N分類 リンパ節転移の状態、ただし、甲状腺の所属リンパ節とは頸部リンパ節と上縦隔リンパ節を指す	
NX	所属リンパ節転移の評価が不可能
N0	所属リンパ節転移なし
N1	所属リンパ節転移あり
N1a	気管前および気管後(中心領域)リンパ節への転移
N1b	中心領域以外のリンパ節への転移
M分類 遠隔転移の状態	
MX	遠隔転移の評価が不可能
M0	遠隔転移なし
M1	遠隔転移あり

図 36：腫瘍・リンパ節転移・遠隔転移のレベルで癌の程度を表す TNM 分類

この分類を見ると、重症度がわかります。患者さんたちは、こういったものを十分に聞かされていません。私たちメディアも研究者も手術症例の詳細を知らされていないので、「過剰診断」だと言われていても判断できません。実際に現在何が起きているかを知っているのは、福島医大の鈴木眞一先生とその周辺の人たちだけということになります。

「過剰診断」などと言っている場合なのか、鈴木先生が診療現場で起きていることをきちんと公表すべきだと思います。先日、鈴木先生に、どれくらい再発しているのか教えてくださいと聞きました。それに対して、「余計なことを今言うとかビになるから言えない」と言われてしまいました。

長瀧重信さんが、3月7日の『WEB RONZA』²²に、「小児甲状腺がんの増加が国際的に確認されるまでの道のりを振り返る」と題する寄稿をしているのですが、大変興味深い経緯を書いています。

チェルノブイリでも5年目に、甲状腺がんの多発が問題となり、IAEA がそのことを否定するのですが、ウクライナやベラルーシの医師は反発。「疫学だけではわからないので、病歴、手術記録、病理標本、そういったものを一切合切出して、国際的に検討した」というのです。まさに今、これが必要だと私は思っているのですが、日本ではこうした検証が封じられていると思います。

私は、再発数や遠隔転移の情報を明らかにするよう、福島県立医大の理事長宛に、配達証明郵便で質問状を出しました。わざわざ、配達証明で出しているのは、「情報を出さない」という姿勢そのものを記録に残さなければならぬと感じているからです。ぜひみなさんも、今どのようなことが起きているのかについて、県立医大などに聞いてくださればと思っています。

■医療資源の確保

私が今、もう一つ気にしていることとしては、医療施設と医者が足りなくなるのではないかとことです。先ほど申し上げましたアブレーション治療というのは、身体の中にまだ残っている甲状腺がんを破壊するための治療なのですが、その施設が日本にはとても少ないのです。福島県立医大には9床新設されることになっていますが、全国では、2002年には200床あったのが、どんどん少なくなってきました。現在、福島県では、白河厚生総合病院の一カ所があるのみです。待ち時間が最大18カ月ということが論文²³の中で懸念されています。私の感触では、2年待ちといったことも起き始めているのではないかと思います。

²² <http://webronza.asahi.com/science/articles/2016030400001.html>
²³ 「我が国における分化型甲状腺癌の放射性ヨード内用療法：アブレーションとリコンビナントヒト TSH (rhTSH、タイロゲン®) の有用性」高見 博、伊藤 公一（伊藤病院）公開日 20130331

岡山大学の津田先生が、よくおっしゃっている二つのことがあります。一つは福島県外のものも含めた症例把握。もう一つは、医療資源の確保で

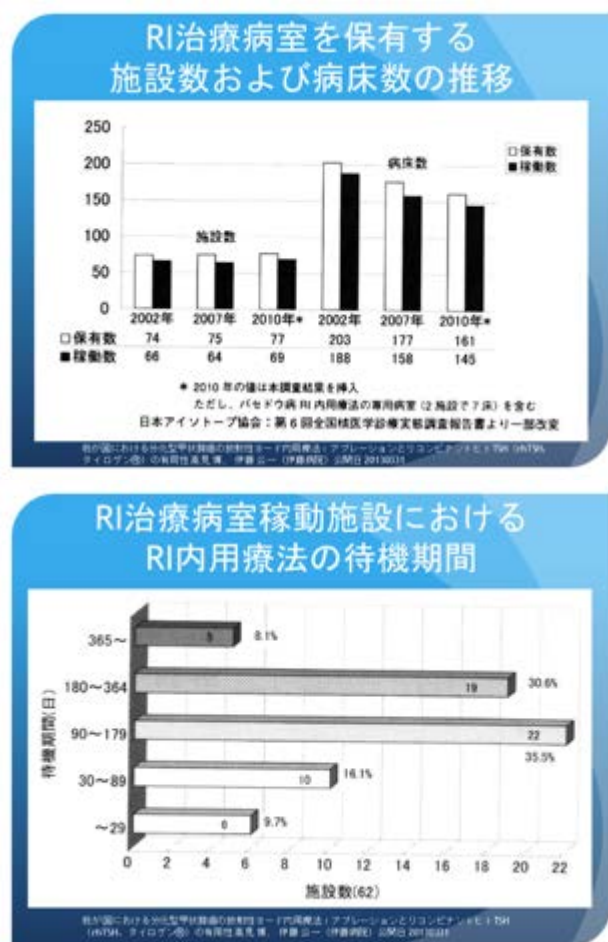


図 37・38：医療資源の不足状況

す。医療資源の枯渇という点では、すでにその危機に立たされていると思います。たとえば伊藤病院なども、手術まで1年待ちぐらいになっています。過剰診断などと言っている場合ではなく、資源の充実を働きかけていくということが重要だと思います。

さらに、もう一つ心配しているのは、外来アブレーションについてです。外来アブレーションは、外来の患者さんに放射性ヨウ素の入っているカプセルを飲ませて、それでがんを破壊するという治療で、2010年に厚生労働省から認可を受けています。入院施設がなくても治療ができるというものです。しかし、どうも安易に実施されているとこ

ろがあるようです。おおよそ30キュリー(1100MBq)の放射性ヨウ素を内服するのですが、子どもがいる家庭ではできません。その人間自体が線源になります。身体自体が非常に高い放射性物質になり、尿など、非常に強い放射性物質を排泄することになります。そのため、いろいろな制限のもと行われていますが、今、福島県内で、多用されていると思われます。

ウクライナなどでは、事故によって外部被ばく線量が高くなっているため、外来での治療は実施していません。今、外来で服用できるヨウ素の量を緩和する方向にありますが、法的な根拠なく実施されていることもあり、注意していく必要があると思います。

ちなみにチェルノブイリだと、甲状腺の片側だけ切除しても再発するケースが増加したため、当初は半分だけ摘出していた術式を次第に変更し、現在では、1回目に全部摘出して、必ずアイソトープ治療、アブレーション治療の入院加療をして、経過を観察するということになっています。

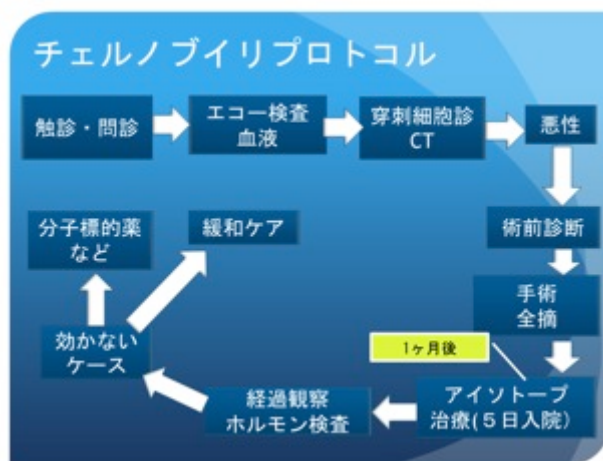


図 39：ウクライナにおける、被爆による甲状腺がん検診以降の手順

もしかすると、日本においても、こういったことも検討しないといけないような状況にあるかもしれないと思います。しかし、アイソトープ治療は、手間や管理などの大変さに見合うだけの保険点数がないということで、どんどん実施施設が減

っているようです。

治療自体が被ばくをうながすものではありませんが、やらざるを得ないのであれば、厳格に管理した施設で、きちんとした保険点数で実施されるべきだと思います。

■検診の拡大の必要性

最後に健診についてお話しします。本来はチェルノブイリのような包括的な健康管理、健康診断が必要なのですが、日本では、なかなかそういうことができない状況です。30年経過しても、0.5mSv以上の地域で健診しているウクライナと比較すると、いかにウクライナが貧しい中で頑張っているかということがよくわかります。

さきほどの清水さんのお話に登場した鈴木元先生は、「絶対に栃木で検診をしない」とおっしゃっています。私が推測するに、これは、「検診をすると被ばく者としての可能性を残す」「国が被ばくしたという可能性を認めるといこと」だから、絶対したくないというこだわりだと思います。

ウクライナと比較			
	ウクライナ	日本	
人口	4543万人	1億2730万人	
GDP	885億5000ドル	4兆4126億ドル	
健診	被災者健診	甲状腺	健康診査
対象地域	0.5mSv以上の地域	福島県	避難区域
対象人数	240万人	38万人	27,000人
受診率	90%以上	70%	30%

図 40：ウクライナと日本の甲状腺がん検診等に関する措置の比較

今、長崎県で、被爆者拡大のための訴訟（被爆体験者訴訟）が行われています。この裁判は、国が引いた線よりも外側で被ばくしたために、被爆者健康手帳を受給できない住民が、被爆したという事実を認めて欲しい。被爆者健康手帳を給付し、健診をしてほしいと、国を訴えているものです。

2007年に提訴したのですが、被告の国側は、「あなたたちは被ばくしていない」と主張し、原告の訴えを否定しています。国側が、住民の被ばくを否定する専門家の意見書を提出しているのですが、その筆頭が鈴木元さんです。

同じ専門家たちが、長崎で、広島で、ビキニで、福島で同じことをやっているのです。国側や一部の専門家が、検診をしたがらないのは、「被ばく」を矮小化することで、救済対象をなるべく小さく抑えたいとの意図があるからです。

そんな中、私たちは今、早期発見、早期治療のために、何かできればと取組みを行っています。

「SOYプロジェクト」と言うプロジェクトで、学校の中で子どもの健康状態を把握したり、データを蓄積することを目指しています。

今、起きはじめていることは、結構深刻だと思っています。たとえば、福島では今、「避難のせいで、南相馬や相馬で糖尿病が増えている」ということがよく言われています。しかし、避難のせいなのか。今、本当に何が起きているのかということを見ていかないといけないと思っています。

■東京報道健保「報道健保の医療費に異常が！」

最後にご紹介したいのは、「報道健保の医療費に異常が！」²⁴というタイトルの記事です。記事が掲載されていたのは、「東京報道健保」の機関誌です。東京報道健保は、東京都内に事業所を置く、主に



図 41：Hearth&Comsat No.284 2016年6月より

²⁴ 『Hearth&Comsat』No.284 2016年6月発行号
http://www.houdou-kenpo.or.jp/health/pdf/health_c/HealthComsat_2016_6.pdf

テレビプロダクションなどが加盟している健康保健組合で、4万人程の被保険者がいます。

記事によると、今年の1月から3月に医療費が急上昇しているとした上で、その医療費を詳細に分析したところ、「被保険者のがんが42%増加している」というのです。報道健保の被保険者は平均年齢39歳ですから、恐ろしい内容です。なぜ、42%もがんが急上昇しているのでしょうか。

日本のような資本主義の社会では、健康保険組合とか、生命保険とか、そういったお金が絡む分野から、健康に関する実態が浮かび上がってくるかもしれないという気がしています。

■「無関心な層」へのアプローチ

私はいま、被ばくについて無関心な層の罹患が一番懸念されていると思っています。

甲状腺がんになったご家族の方のお話をお聞きしても、気にしている方というよりは、まったく気にしていなくて被ばくをしてしまったということを非常に後悔されている方が多いと思います。早期発見、早期治療ということに関しては、そういった層にどのようにアプローチしていくかということが問題です。自治体が助成金を出して検診をした場合も、受診するのはどうしても関心の高い層が中心になってしまうということを考えると、そうではないアプローチをどのように実現するかということが重要だと思っています。

パネルディスカッション

牛山元美、清水奈名子、白石草、島蘭進、満田夏花、（司会）細川弘明



細川：パネルディスカッションでは、お話いただいた3名の方に加え、原子力市民委員会からも2名、パネリストに加わります。原発事故の影響についての調査や対策の議論をしている第1部会のメンバーでもあり、部会長でもある島蘭進さんと、同じく第1部会メンバーの満田夏花さんです。司会進行は、市民委員会の事務局長をしております細川がつとめます。まず、報告者3名の方には互いの報告に関するコメントや質問をお願いしたいと思います。その後、市民委員会のメンバーからコメントを出していただきます。

牛山：清水さんに質問ですが、社会学者の中でも福島のことを問題と捉えている人は多いのでしょうか。

清水：私が所属している国際政治の学会や国際法の学会には、残念ながら非常に少ないです。放射線や医療に関して知識がなく、素人であるから取

り組みにくいという問題があるためです。ゼロではありませんが、なかなか自分たちの問題として引きつけて話す機会が少ないのが現状だと思います。栃木県から西に出張すると、「事故から5年経ったのに、清水さんはまだこの研究をしているのか」と言われ、風化傾向も年々強まっています。現場の深刻さがこれだけ増しているのに、関東から西では特に、その深刻さについての情報に触れる機会がない、または原発事故をめぐる問題を考えることがストレスになるため、向き合えないという状況が、じつは研究者にもあるのではないかと思います。また、研究をするにしても、研究費をどう確保するかは難しい問題です。ただ、これまでの研究とつながる部分はいくらでもあると思います。法学、経済学、政治学、行政学、社会学などの分野で、個々に奮闘しておられる方はおられます。そういう先生たちが相互につながり始めた傾向も出てきていますので、諦めずに互いに声を掛け合って、それぞれの専門知識を持ち寄って

取り組むしかないと思います。私たち世代が諦めてしまったら、一番負担を背負わされることになるのは次の世代だからです。

牛山：医者こそ健康障害などに注目すべきですし、毎日医療被ばくを与えている立場にもかかわらず、医者たちの間でこの問題に関わろうとする人は非常に少ないです。大学の同級生と飲み会などをしても、6人いても1人が反応してくれるかどうかです。反応する人は積極的に関わってくれますが、他の人には、「そうは言っても、毎日医療被ばくさせているし、どうしようもないんじゃない」と言われたりします。本当は医者がもっと声を上げなければいけないとつくづく思うのに、医者たちに対して何もできない自分もいます。医師会等で話をすればいいのかとも思いますが、すでに放射能関連の話をしてきた方たちは白い目で見られたり、遠ざけられる傾向があります。そういう現状の中で医者としてなにをしたらいいのだろうと常々思いつつ、私はしょうがなく、一人でやれることしかやっていますが、本当は社会がおかしいという点に対して医療の立場からものを言っていきたいです。今日いろいろな方とここで知り合えてすごく良かったと思います。

清水：福島での状況が、見えない部分でかなり深刻化していて、その診断が出た方々へのQOLの対応にも問題が多いです。今後もし多発してしまったら、医療現場が追いつけない可能性もあります。現場での深刻さが増しているのに、それを軽んじている、または忘れようとしている言説が政治のレベルでも日常生活のレベルでも続いています。このギャップに目がくらむような思いをしながら、本日のご報告をうかがっていました。私たちができるところから切り開くしかないと思いますが、今お二人が見ている地域で、現場で深刻さが増しているという情報に、市民の皆さんがどれくらいアクセスできるのか教えていただきたいです。ある程度、人とのつながりや、知識や情報を集める

能力がないと、じつは福島県内を含めた高線量地域にいても実態を知らない方の方が多いのでしょうか。深刻化しているという実態がどれくらい認識されているのか、もし認識されていないとすればそれをまず認識していただかないと、対策を講じることは難しいでしょう。そのあたりをどのように見ていらっしゃるかを教えていただきたいです。

牛山：最近甲状腺がんが診断され、治療を受けた若い女性がYouTubeでご自身の動画を公開しています。その方は今年2月に動画を撮影しましたが、その時点で、自分以外にもたくさんの方が甲状腺がんになっていることを知らなかったと話されています。じつは甲状腺がんが多発していると言われている世代、福島県にいて15、6歳で震災に遭った方たちの多くが、福島県で今何が起きているのか知らない状況です。それ以上に関東、神奈川のあたりではそのことを全く知らない、興味もないという人がとても多いです。実態はうまく隠されていますし、それにアクセスできる方というのは、かなり勇気を持って一步踏み出した方だけなのではないかと思います。報道は本当に重要な役割を担っています。ぜひ一緒に頑張ってもらいたいと思います。

白石：地域によって違うと思いますが、例えば福島県内でも浜通りは、いったん避難している人たちが多い地域で、そういう地域の方々は比較的関心度が高いです。いま避難解除も始まっているので、関心度はそれほど下がっていないだろうと思います。日常会話に出てくるわけではありませんが、聞けばよく話してくれます。例えば校長なども含めて、様々なことを気にしているのだと思います。それぞれ、自分たちはあの時こうしたから被ばくした、という意識があります。

福島県内でも中通りは、そういう意味ではよくわからない地域です。牛山さんから話があつたとおり、全体的には関心が低いというよりもむしろ

ろ、麻痺させて生活しないと生活できない、ということなのだと思います。しかし、例えば福島県内では、山菜等を子どもに食べさせるのはありえないことです。清水先生のお話にあった、栃木県内では山菜やたけのこが食卓に並ぶという話はショッキングでした。

牛山さんのご報告では「放射線医学の専門家と臨床医の間の論争は今も続いています」というベラルーシの教授の声が紹介されましたが、今の日本においてはそのようなことはなさそうに見えます。とは言っても、皆が「あれ？おかしい」と思うことはあるのではないかと思います。順天堂大学の小児科には昔なかったエコー検査の機器が最近導入されました。もしかすると大きい病院では、今まで診ていなかったような甲状腺がんの子どもやその可能性のある子どもが出ているのではないかと感じたりしますが、論争になっているということは聞きません。実際のところ「何か気になるな」ということがあるのでしょうか。

牛山：私自身、もうすぐ60歳になりますが、私の周りではこの3年ぐらいで50～98歳までの人が8人ほど次々に亡くなっています。50歳ぐらいの突然死も3人いました。何かおかしいと思いますが、私がこういう年齢だから、私の知り合いも突然死や老化の末の病死をするような年齢なのだと思うと、それほど不思議なことではないように思えます。しかし、もしかしたら突然死や病死する人が世の中に増えているのかもしれない。統計に現れてくるのは、2～3年後です。白石さんが最後に紹介なさった健康組合の医療費が上がっているというデータはとてもおもしろいと思いました。そういったところから、何が起きているのかということがわかってくるかもしれないです。ただ、60代、70代以上の人割合が以前より増え、高齢化とともにがんになる人が増え、死んでいくことは当然です。高齢化という社会の構造変化と死亡率の実態は、科学的な検証をしないと正確に見えてきません。そこは疫学の専門家に頑張って

ほしいと思います。様々な病気が増えたというのは、噂では多く聞いています。福島県のある病院では、骨髄形成不全症候群という特殊な白血病の一種が増えたとその病院の看護師から聞きました。しかし、その病気は高齢になるほど増える病気です。その口コミのような情報を皆で共有し、さらに科学的に認められるようにするためには、多くの様々なデータや科学者の力が必要です。

チェルノブイリ原発事故から10年ほど経ってから、日本の女性の甲状腺がんが非常に増えたデータがあります。それがチェルノブイリ原発事故のせいなのかというと、増えたのは男性ではなく女性であることや、日本の場合はビキニ事件などの大気中核実験の影響も受けているかもしれないこと、放射性ヨウ素だけでなく他のものも関わっているかもしれないこと、などと考えていくと、どの時点の被ばくに起因しているかがわからなくなります。福島原発事故で被ばくしたことも30年後、50年後にはうやむやにされてしまうかもしれません。本当は今ここでなんとかすれば被ばくによる健康障害を防げるのかもしれないと思いますが、このままでは、今までと同じようになってしまうのではないかという怖さがあります。

細川：続いて原子力市民委員会から。まず島菌さんからお願いしたいと思います。島菌さんは、私共のレポート中で福島事故の被災者への公的支援の問題点に触れた際に、「調べない、知らせない、助けない」というフレーズを使われました²⁵。医療と健康支援についても、何が起きているかということ調べない、あるいはわかっていることを知らせないという状況が、事故5年後悪化しているという認識を、私たちは持っています。

島菌：今日のお三方のご報告は、大変密度が濃く、重要な内容ばかりでした。今回掲げた『人間の復興』に必要な医療と健康支援とは」ということを

²⁵ 原子力市民委員会（2014）『原発ゼロ社会への道』第1章、p.34.

考える要点が、総合的に見えてくる話でした。初めて聞いた話が多くあり、また、これまでぼんやりと見えていたものが、しっかりと見えてきたと言えると思います。それは皆さんが、調査をなさったり、現場に入り見ておられたりするからでしょう。牛山さんのご質問にあった、社会学者や倫理学者がなにをやっているのかというところですが、日本学術会議でこのような議論をすると、政府がやっていることはおかしいと思う人が多数派です。しかし、確かな根拠を提示するには大変な労力を要し、それができていないために黙ってるという状況だと思います。確かな手がかりとなるものを積み重ねていく、そして問いをぶつけていくことが重要でしょう。

私にご質問したいことは、ウクライナやベラルーシに比べると日本政府や専門家の対処の仕方はひどいんじゃないか、ずいぶん後退しているんじゃないかということです。これは、ある意味では“学習した”のだと私は思っています。チェルノブイリ原発事故でうまく対応できず、専門家や政府に対して不満が噴出しました。それを抑えるために、不安こそが問題なので、不安を掻き立てるような情報を出さないのです。「調べない、知らせない、助けない」を巧妙にやるようになったということです。現代の社会は、管理することの技術が上達し、そちらに日本政府は力を入れてきたのでしょう。今回の話の中でひとつポイントとなるのは、不安を減らしたいと牛山さんはおっしゃっていました。ある意味、それは専門家や政府が言っていることと通じるところがあります。木村真三さんや今中哲二さんは、被害が出ていることはまだ確かめられていないからまだ言わないという、慎重な態度を取っています。ウクライナ等の調査についても、やや誇張されているといえます。そういう不安を起こすことが健康影響のマイナスになるという議論を、論駁しなければいけないと思います。日本精神神経学会でも、先日そのような議論になりました。このような傾向を、どのように議論できるでしょうか。

清水さんは、対策というのは検査すること、それが大切だとおっしゃられていました。また不安を話せなくなることが問題だというのはそのとおりで、不安を話せないことは大きなストレスです。放射線は様々な意味で人間が生活している環境全体を壊します。単に不安が起こるというだけではなく、互いのコミュニケーションも怪しくなってしまう、違う立場の人が出てきて疑心暗鬼になる、情報が信頼出来ないといったことが起こります。これらのことを克服することが重要でしょう。福島県立医大にもこうせよと言うこと、我々のような批判的に状況を見ている人が何ができるかを考えること、不安ということについてより深く見ていく必要があるんじゃないかと思います。3歳の子どもを持つ被災地の親に実施したアンケートをもとに書かれた成元哲さんたちの『終わらない被災の時間』²⁶では、単に放射線量が多いから不安というわけではなく、ひとつには経済的な見通しが立たないことが不安の大きな原因であるということ、家族内での対立がある場合の問題なども取り上げられています。不安を起こさないように黙れという圧力に対して、健康に影響があるという確かなデータを揃えることと同時に、社会的な問題として扱う必要があります。私は、倫理を専門としていますが、私たちのような関心を持った人間の貢献が弱いことを恥ずかしく、残念に思います。

満田：貴重なお話をありがとうございました。聞いていて、改めて恐ろしく感じました。そうした中、被ばくに関して黙らされている、被ばくに関して口できないようなお母さん方への聞き取りを丁寧になされ、また、アンケートを用いて数値化されている清水さんの研究は本当に素晴らしいと思います。栃木県北に行く機会があり、その際お母さんのひとりとお話をしましたが、自分たちの経験をきちんと聞き取ってくれることはありがたい

²⁶ 成元哲（編著）、牛島佳代・松谷満・阪口祐介（2015）『終わらない被災の時間 — 原発事故が福島県中通りの親子に与える^{ストレス}影響』石風社

し、記録を取っていくことは重要なことだとおっしゃっていました。

牛山先生のお話の中に、ベラルーシでは臨床医と放射線の専門家の間での論争がまだ続いているという話がありました。日本では、なぜ医師たちからもきちんとした問題提起がなぜあがらないのかということはある程度察しはつきますが、現場から動いていくことの重要性を感じています。

白石さんのお話の中で、福島県民健康調査委員会が開かれる度に、同じ書式で、甲状腺がんが疑いを含めて何人だった、A、B、C判定が何人だった、という結果が出てきますが、ある意味、福島県民健康調査によって切り取られたものしか見せられていないということを感じました。これもOurPlanet-TVが行った開示請求の中で明らかになったことですが、福島県立医大の中に、山下委員会という、そこで実際に病理診断の結果や重要な症例が検討されているのではなかろうかと思わせるような委員会が開かれています。我々に提示されているものは見せ球であるというような状況なのではないかと思っています。

そうした中、「311 甲状腺がん家族の会」²⁷が立ち上がったのは、救いですし、患者の方々にとっても救いであったという話を聞きました。今日の話の中でも、患者への聞き取りから得られたものも多かったと思いますが、まだまだ一步踏み出したところだと思います。すごく小さな希望の光で、当事者の皆さんやそのご家族に過大な重荷を背負わせるのはいけないと思いつつも、やはり当事者から少しずつ声が上がっていくことが全体の状況を改善すると感じています。

我々が今の状況を打破するためにどのようなことが有効なのか。まずは1カ所、突破口を作ることなのかと思いますが、「とにかく皆で力を合わせてここだけは突破しよう」というポイントはどこにあるんだろうかと考えながら皆さんのお話を聴いておりました。

細川：それぞれのお話の中で、すべきことはたくさん示されました。それぞれについての困難も示されました。今の時点や、これから事態が悪化する恐れを踏まえ、それぞれのお立場やお考えで、これはまず一番に取り組まなければならないということをお聞かせいただきたいです。

清水：不安をどう捉えるかということに関して。信頼出来ない情報環境、人間不信、経済的苦境等によって、社会的弱者がさらに追い詰められると考えています。ジェンダー格差、経済格差を含めたこれらの格差は震災前からあった問題で、それが震災と原発事故でさらに切迫したと考えています。

ジェンダーに関わる問題として例を挙げますと、たとえば保育園と幼稚園を対象としたアンケートの結果報告会を、那須塩原市の公民館で行いましたが、なかなか人が集まりませんでした。集まった方の中にも「夫にこの報告会に行くというと怒られるので、〇〇さんの家に遊びに行くと言っただけで出てきた」という方がいました。ご主人に「まだそんなことを気にしているのか」、「政府が大丈夫と言っているのにいつまで心配している気か」などと責められるといいます。また、自主避難者への支援が2017年3月に打ち切りになることを受けて、戻ろうという立場と戻りたくないという立場がパートナー間で分かれてしまい、どうしようもなくなって離婚された方もいます。大変深刻な問題です。このような切迫した状況のなかで、被害の当事者が記録を残すことは難しいことが多いので、私たち研究者はそのような方々に話を聞き、被害の実態を記録に残し、発表していかなくてもと考えています。5年後、10年後に、そういう記録はないから被害はなかったのだ、という主張が出てくることを防ぐためにも、記録を残すことは大変重要です。

さらに私が心配しているのは若い世代のことで、親が不安を抱えていると、子どもは親を不安にさせないために良い子に振る舞い、子どもが不

²⁷ <http://311kazoku.jimdo.com>

安を話せる場所がありません。じつは子どもたちは不安を抱えていて、大学に入ってこっそり私に涙ながらに相談しに来るという学生が多くいます。例えば、自分は将来健康に子どもを産めるのだろうかといった不安を抱えている女子学生もいます。親に言うと親が不安がるので誰にも言えないといいます。低線量被ばくからの防護を訴えても、適切な対応をしてくれない政治・行政の関係者や専門家がいるのだという残酷な現実も、子どもたちは直視しなければなりません。予防原則に立った適正な情報の提供は大切ですが、それだけでは、どうしてこれだけ深刻なのに大人たちはなにもしてくれないのかという別の絶望に若い人たちは直面してしまいます。そのような状況にしたくないと思っている大人たちが、少なくともこの会場には来てくださっていると思いますし、市民委員会のような取り組みがあり、見捨てている大人だけではないということを伝える必要があります。

研究者の方やメディアの方々等、外に出す力を持っている方には、情報を出し続けていただきたいと思います。報道や記録がされないと、なかったことにされてしまいます。当事者はすでに大きな負担を抱えているので、当事者に「強くあれ」というのは難しいです。まずその方たちが声を上げられる環境を整えることや、私たちが代わって記録を残し国内外に発信することが必要です。私もこれから単著を書きたいと思っています。英語でも論文を書くようにしています。国際会議に行くと、日本は技術もお金もあるのに、なぜ対策ができないのか、何が起きているのかなど、たくさんの質問を受けます。むしろ国内のほうが、「もう終わったことだ」とされ、聞かれません。この情報格差をなくすためには、以上に申し上げたことをしていく他ないのだと思います。

白石：今やらないといけないことはたくさんあると思います。早期発見、早期治療は今やらないといけないという思いはありつつ、私としては、



小児甲状腺がんと事故の因果関係を認めさせるために、情報を出させるということを今こそやらなければいけないと思っています。小児甲状腺がんが認められない限りは、絶対に他の様々な健康影響の認定へと波及はしないわけです。日本の場合は、それがはっきりしています。福島県外での検査も、福島県の調査で小児甲状腺がんと事故の因果関係が認められない限りやらない、と環境省は言っています。このままずるずると10年、20年経つと、うやむやにされてしまいます。さきほど、牛山さんがおっしゃっていた「全摘をしている6例」についてですが、あそこにある全摘とか肺転移というのは、1回目の手術だけです。つまり、2回目以降の手術で、全摘とか肺転移とかいろいろな現象がたくさん起きている可能性があります。いま何が起きているのかを明らかにすることによって、「過剰診断」などと言っている検討委員会に反論できます。もし甲状腺がんが被ばくによるものと認められたとしたら、全てのものがオセロのようにひっくり返ると思います。言えなかった不安の問題も、甲状腺がんが多発している中通りの住宅支援の打ち切りの問題も変わるでしょう。メルtdownを5年後ようやく認めたように、本当は甲状腺がんが多発していることがわかっていて深刻な状況なのに後になってから認めるということになったら、私たちは同じことを繰り返すことになってしまいます。どうにかして情報を出させることが大切です。そのためには、福島県、福

島県立医大、環境省に電話をかけたり、手紙を書くなどして圧力をかけることが有効です。今その数がとても少ないです。

牛山：急性心筋梗塞で入院した方に、アンケート調査をし、何が不安かということを知ったことがあります。主治医からきちんとした説明がないことが一番の不安の要因となっていました。自分がこの先どうなっていくのか、どんな生活になるのか、いつ退院できるのかがわからないのが一番不安だったといいます。医者は、患者にきちんと話をしてわかって頂く必要があります。またそれができれば、医者には不安を減らせる可能性があると思つづく思いました。不安をなくすことで問題を封じ込めてしまうことにならないかという話がありましたが、被ばくは減らしたほうが良いというのは大原則です。その上で、余計な不安を減らすために、どのくらいの被ばくによってどのくらいのことが起きるのかということを知り、自分の身の回りを測定して、自分のいる環境を把握し、何を対策すれば良いかということを私はわかりやすくお話ししていけると思っています。なにも絶望の中に生きていく必要はなく、逃げるべきところからは逃げるということも含めて、やれることはあると伝える必要があります。

医者からの声が少ないということですが、福島第一原発事故直後に医者や学会が様々な声明を出しました。その中に、広島長崎の原爆症の裁判でずっと勝ち続けてきた医師が「原爆の被ばくはこんなものではない、福島第一原発事故による被ばくくらいで逃げる必要はない」と発言しました。その一言がすごく大きかったのです。それ以来、非常に民主的なのは医者の集団の中でも、福島の被ばくが危険だと言えなくなっていました。私は一人で危険だと言っていますが、全体としては言えない状態になっています。チェルノブイリ原発事故から学べば、広島長崎ほどの被ばくでなくても、低線量被曝で健康障害が多発していることがわかります。でもそれは知ろうとしな

いとわからないことです。私が知って理解できたことを少しずつでも知らせていかなければと思っています。『食べもの通信』という雑誌に文章を書いた時²⁸、それを読んだ面識のない医師から「本当なのか？」という問い合わせがありました。公害問題に取り組んできた医師でしたが、福島のこととはテレビや新聞報道で知るだけだったそうで、甲状腺がんの多発の事実や手術例の内容について、大変驚かれていました。世の中の医者は本当に何も知りません。やはり、文章を書き外に出すことは大切だと思つづく思いました。

細川：情報をわかりやすく伝えるということは、原子力市民委員会にとっても大切な努めですが、特に健康と被災をめぐる問題は、手強いと思います。様々な妨害要因があり、また単純に論理だけで議論するわけにはいきません。たとえば「科学的にまだ証明されていない」からと言って、証明されるまで待てというのでは、口に出せない不安がかえって募ります。私たちの報告書も、歯切れが悪いというご批判もあります。しかし、今日のお話にあったように、当事者の声がなかったことにされてしまうというのは、絶対にあってはいけないことです。

満田：とにかく情報を出させることが重要だということです。症例も鈴木眞一さんが昨年 8 月に出したきりだったと思いますし、再発例についても出てきていないとのことなので、これについては原子力市民委員会としても福島県や県立医大に対して働きかけたいと思います。情報を出させ、きちんと議論をするというのが私たちの役割なのだろうと思います。

島蘭：福島県立医大のような情報公開のあり方は、あってはなりません。甲状腺がんについて鈴木医師だけが知っているというのは普通ではありえな

²⁸ 牛山元美「福島県民健康調査から見える子どもたちの甲状腺異常」『食べもの通信』529号（2015年3月）

いことです。それについて議論を起こしていく必要があります。このことに関して、清水一雄先生など、甲状腺分野の専門家はどのように言っているのでしょうか。

また、白石さんのお話を伺い、アブレーション（アイソトープ治療）が行われているということについて、「甲状腺がんは予後が良い」というのは大分違うのだな、という印象を持ちました。最後は緩和ケアまでいってしまうという例はチェルノブイリではそれほど多くなかったと思いますが、日本ではかなり進んでいるということに関してもう少しうかがいたいと思います。

さらに、白石さんのお話の中で医療資源の導入が明らかに遅れているというお話がありましたが、少なくとも学会レベルでは議論していかなければならない問題だと強く感じました。

白石：緩和ケアまでいっている人はおらず、肺転移でアイソトープ治療が必要な人たちがかなり待機している状態だと思います。若年層の甲状腺がんに対して、アイソトープ治療は治療効果が高いとウクライナなどでは説明されますが、私が心配しているのは日本では待機が長くなっていることです。チェルノブイリでは、甲状腺摘出をした1カ月後には5日間のアイソトープ治療を行うプロトコルになっていますが、日本の場合は医療資源が足りない中で、まだルーティーンが確立されていないと感じています。摘出手術を受けるにも、またその後の治療を受けるにも、長期間待たなければいけません。もし将来的に県外で甲状腺がんが多発してしまったら、手遅れの例や深刻な例を生みかねないと思います。

また、手術後疲れやすくなるというのは全員に共通して言えることでしょう。術後1年間は学校を高い頻度で休んでいた方や、生活を大幅に変えざるを得ず、学校や仕事を続けられなくなってしまった方もいます。また、生命保険に加入できないことなど、様々な課題がありますが、それぞれの生活状況のなかで、声を上げづらいという状況

があります。他の人も甲状腺がんになっていることすら知らなかったり、両親が、将来の心配をしてその話をしたりすることを止めるなど、家族内で意見が一致しない家庭もあります。ここをどうにかして変えていきたいと思っています。闘病している子ども、そして家族、ひとりひとりの生活があるということを知って注意を向けていただければ嬉しいなと思います。

牛山：アイソトープ治療は、放射線を出す放射性ヨウ素を飲んでもらい行う治療ですが、そうすると尿から放射性物質が排出されたり、その人自身が線源になるということで、廃棄物を厳重に処理する施設を必要とする治療です。日本は、3.11前は厳しい基準の下、厳重に放射性物質を管理していました。そのため、その基準に合う施設を作るには莫大な費用がかかります。その一方で、診療報酬が少ないため、多くの病院はやらなくなってしまいました。その中でこのような事故が起き、この治療の必要性が増しているというのは、皮肉であり、もう少し学ぶべきだと感じています。良い治療をするためには、そこにお金を投じていく必要がありますが、その時にはもう間に合わず、治療を受けられない方が多くいるのは困ったことです。こういった視点からも声を上げていけるでしょう。

甲状腺がんの患者の中には、県民健康調査では発見されず、別の検査で診断された患者さんもいます。173人に入っていない方たちです。皆さん手探りで、様々なところで治療しようとしています。これは医療の問題だけではなく、社会的な問題でもあります。皆で力を合わせていかなければいけないと思っています。

細川：ありがとうございます。まさにここから議論が深まっていくというところで、会場の制限時間ぎりぎりになってしまいました。今日お話しいただいた牛山さん、清水さん、白石さんにあらためて御礼申しあげたいと思います（拍手）。

原子力市民委員会では、健康と医療の問題も含めて原発事故の被災実態の調査分析を進め、どういう対応が求められているか、報告や提案をしていきます。今回のフォーラムも、これで単発のイベントということではなく、これを足がかりにして、当事者の声を伝える場、あるべき対策を議論する場など、いろいろな形で作っていきたいと考えております。ご支援、ご助言、もちろんご批判もたくさんお寄せいただければ幸いです。

講演者プロフィール

牛山元美（うしやま もとみ）

さがみ生協病院内科部長。島根大学臨床教授。「県境なき医師団」。「20mSvを許さない医師の会」を結成。現在は、福島・神奈川・東京・茨城・千葉の子どもたちの甲状腺検診にあたる。2016年3月12日に発足した「311甲状腺がん家族の会」の顧問を務める。

清水奈名子（しみず ななこ）

宇都宮大学国際学部准教授、同学部附属多文化公共圏センター福島原発震災に関する研究フォーラムメンバー。栃木県内の避難者および栃木県北地域の子育て世帯の状況把握、ニーズ調査などを行う。「原発事故子ども・被災者支援法の課題 ― 被災者の健康を享受する権利の保障をめぐって ―」（『社会福祉研究』第119号、2014年4月）などを発表。

白石 草（しらいし はじめ）

放送局勤務を経て、2001年に非営利の独立メディア Our Planet-TV を設立。テレビでは扱いにくいテーマを中心に番組を制作配信する一方、市民を対象とした映像ワークショップを展開。3.11以降は原発事故に関する報道に力を入れ、「放送ウーマン賞」「JCJ賞」「科学ジャーナリスト大賞」などを受賞。主著は『メディアをつくる ～「小さな声」を伝えるために』『ルポ・チェルノブイリ 28年目の子どもたち』（岩波書店）など。一橋大学大学院客員准教授。

原子力市民委員会 特別レポート No.3

「人間の復興」に必要な医療と健康支援とは？ ～原発事故5年、いま求められていること～

作 成： 原子力市民委員会 第1部会（東電福島第一原発事故被災地対策・被災者支援部会）

執 筆： 島菌進、牛山元美、清水奈名子、白石草、満田夏花、細川弘明

編 集： 須摩桃子、水藤周三、佐久間淳子、細川弘明

発 行 日： 2016年11月21日 初版発行

発 行 者： 原子力市民委員会 www.ccnejapan.com