

平成 24 年 12 月 6 日

「東京電力福島第一原子力発電所事故による住民の健康管理のあり方に関する検討チーム」

第2回会合意見・要望について

福島県医師会  
副会長 木田 光一

1. 意見・要望

- (1) 「東京電力福島第一原子力発電所事故による住民の健康管理」は国の直轄で実施を
- (2) 健康管理のための健康診査等のあり方について
- (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」の目的をふまえた「検討の目的・理念」を明確に示すべき
- (4) 地域住民等に対する健康支援拠点としてのナショナルセンターの設置
- (5) その他

2. 参考資料（別冊）

以 上

# 「東京電力福島第一原子力発電所事故による住民の健康管理のあり方に関する検討チーム」 意見・要望について

福島県医師会  
副会長 木田 光一

## 1. 意見・要望

### (1)「東京電力福島第一原子力発電所事故による住民の健康管理」は国の直轄で実施を

平成 24 年 3 月 31 日に制定された福島復興再生特別措置法の第二十六条に基づいて、福島県は、平成二十三年三月十一日福島に住所を有していた者等に対し、健康管理調査を行うこととされており、福島県が実施主体となった県民健康管理調査が、福島県立医科大学に実務を委託する形で進められている。

しかし、県民健康管理調査の「基本調査問診票」の回答数は 473,831 人と回答率 23,0%であり、被ばく状況の結果通知がなされた県民は 12 万人余りで 6%程度に過ぎない(参考資料 p 1)。また、避難区域等の住民に対する健診の受診率は 13.8%に過ぎない(参考資料 p 2)。基本調査の回答率が低いことについては、住民の記憶が薄れてしまったことや記載が面倒なことなどの他、「医大が行っているのが研究目的と思われてしまうこと」や、「名称をストレートに県民被ばく調査とした方が住民の意識を捉えやすいのではないか」、また「国勢調査のような国が主導するものでなければ全県民の調査は難しい」などの意見が双葉郡医師会から寄せられている(参考資料 p 3)。

一方、今年の 10 月末の福島県民の人口は、震災前の 2,024,401 人(平成 23 年 3 月 1 日時点)から 1,961,635 人と約 6 万 3 千人減少し、しかも県外への転出が 89,966 人と約 9 万人に及んでいる(参考資料 p 4)。その結果、1) 県外避難者の住所(居所)の把握が困難で検査等の通知の確実な到着が課題であること、2) 「がん検診」等の健康推進事業について、避難県民が避難先の市町村で検診を受診できる制度が未整備であること、3) 甲状腺検査、WBC による内部被ばく検査、健康診査等の県域を越えた対応(参考資料 p 5)が必要等の問題が生じていることは、前回の検討会で県(佐々恵一健康管理調査室長)からお話しがあったところである。

そもそも今回の原発事故においては放射性物質による汚染が県境を越えて広範囲に拡散しており、被害は福島県に限定されるものではない。(座長の中村佳代子先生からも、それも勘案して検討会の名称を「県民健康管理」ではなく、「東京電力福島第一原子力発電所事故による住民の健康管理のあり方に関する検討チーム」とされたとのこと説明があった。)また福島県の人口が減少し、県外への転出者が多く存在する現状を鑑みれば、福島県がこれを一括管理していくことがいかに大変であるかは、想像に難くない。

今回の原発事故の影響を調べるため来日した国連人権理事会特別報告者のアナンド・グローバ氏は 11 月 26 日の記者会見で、福島健康調査は不十分として、健康調査を放射能汚染区域全体で実施することを要請すると共に、日本政府に対して長時間をかけての内部被ばくの調査

とモニタリング実施の推奨などを提言した（参考資料 p 6～11）。

以上を踏まえて、「東京電力福島第一原子力発電所事故による住民の健康管理」は国が主体となって直轄事業として実施することを強く要望したい。

なお、「健康管理」や「健康管理調査」は学術用語ではあるが語感に強制されるような響きがあるので、「健康管理」支援あるいは「健康管理調査」支援などのように、「支援」を加えたほうがよいのではという意見があったので、付記しておきたい。

## **(2) 健康管理のための健康診査等のあり方について**

住民の健康管理は、「地震被害」、「津波被害」「放射線被ばく被害」を総合的に捉え、全ての世代が最も身近な医療機関等で健康相談や健康診査、健康診断が実施され、住民自身が常に健康状態を把握できるという視点に立たなければならない（例えばセキュリティに十分配慮した上で web site などでも閲覧可能とする。本人にデータを持たせる、被ばく手帳を交付するなど）（参考資料 p 12）。

健康診査の実施主体に関しては、「母子保健法」、「児童福祉法」「学校保健安全法」「労働安全衛生法」、「高齢者医療確保法」、「健康増進法」（福島県ではさらに福島復興再生特別措置法によるものもあり）など様々な法律に基づいて実施されており、住民が経時的に健康状態を把握するのに極めて利用しにくい状態にある（参考資料 p 13）。

特に子供から学生に関しては、小中学生が市町村教育委員会、高校生が県教育委員会、私立高校生が私学法人課、専門学校生が文部科学省と所管が異なるため、システムの構築や連携、医師会との関わりなどに十分配慮する必要がある。従って国が実施主体となり、放射線被ばくの恐れのある国民全てに対して、一元的管理を実施すべきである。

健診データについても、市町村や地域の保健福祉センターと共有化することにより、受診率の向上や住民の健康増進に寄与すると思われる。

原子力発電所作業員の放射線による影響モニタリングにも注意を払う必要がある。派遣社員の多くが短期雇用のため雇用契約終了後に長期的な健康モニタリングが行われることがなかった。被ばくした作業員全員に対してモニタリングや治療が受けられる環境整備が求められる。またメンタルヘルス対策も併せて行う必要がある。

## **(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」の目的をふまえた「検討の目的・理念」を明確に示すべき**

第一回会合において事務局より提示された、「資料2 東京電力福島第一原子力発電所による住民の健康管理のあり方に関する検討課題」の論点には、何のため、誰のためといった「検討の目的・理念」がないことから、こうしたことを論点の第一として議論するとともに、最終的な報告書の第一に明記すべきである。

すなわち、現状の「論点1」は「健康管理調査の意義」となっているが、目的が明確にされないまま、意義を評価することや調査のあり方を検討することは不可能である。目的があつて、初めて意義や調査のあり方を明確にすることが出来ると思う。

こうした意義を明確にするには、第一回会合において事務局より提示された、「資料1 東京電力福島第一原子力発電所による住民の健康管理のあり方に関する検討チームについて」に示された、二つの法律の内、特に「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」の目的の主旨をふまえるべきである。

すなわち、この法律の目的は、

「福島第一原子力発電所の事故・・・により放出された放射性物質が広く拡散していること、当該放射性物質による放射線が人の健康に及ぼす危険について科学的に十分に解明されていないこと等のため、一定の基準以上の放射線量が計測される地域に居住し、又は居住していた者及び政府による避難に係る指示により避難を余儀なくされている者並びにこれらの者に準ずる者（以下「被災者」という）・・・が、健康上の不安を抱え、生活上の負担を強いられており、その支援の必要性が生じていること及び当該支援に関し特に子どもへの配慮が求められていることに鑑み、子どもに特に配慮して行う被災者の生活支援等に関する施策・・・の基本となる事項を定めることにより、被災者の生活を守り支えるための被災者生活支援等施策を推進し、もって被災者の不安の解消及び安定した生活の実現に寄与することを目的とする。」となっている。

ここに書かれているように、「被災者」の健康上の不安の解消、安定した生活を実現するということを、本検討の第一義的な目的として大きく据えるべきである。

#### **(4)地域住民等に対する健康支援拠点としてのナショナルセンターの設置**

今回の原発事故における被災者の健康被害に関しては、国として責任をもって継続的に健康支援を行う必要がある。

また、東京電力福島第一原子力発電所では、廃炉に向けた取り組みが長期に及ぶことから、これに従事する多くの作業員の健康支援が必要である。

このことから、地域・職域を踏まえた住民や作業員の健康支援や、発災後の放射線環境汚染や被害を受けた住民の健康支援等に関する経験・知見を集約・情報発信、更には医師・看護師・保健師等を研修するための拠点として、東京電力福島第一・第二原子力発電所に近く、東京電力福島復興本社（平成25年1月1日設立予定）にも隣接する都市集積の高い地域に、国によるナショナルセンターを設置するよう要望する。

#### **(5)その他**

- ・医療従事者不足への対応（参考資料 p 14～23）
- ・乳幼児の屋内運動施設（遊び場を含めて）の拡大と遊びの指導者養成の充実を図る（参考資料 p 24）
- ・児童・生徒の運動施設の充実を図る（参考資料 p 24）

## 2. 參考資料

# 基本調査の回収率と通知率の低迷

- 自記式「基本調査問診票」の郵送方式では回答数に限界がある。(回答率23.0%)
  - そもそも「問診票」ではなく、県民自身の健康状態を把握するものではない。
  - 福島200万県民のうち、被ばく状況の結果通知がされた県民は12万人余りで、6%程度に過ぎない。
- ⇒県立医大(実施主体である福島県からの事務委託)の事務処理では限界である。

基本調査問診票 回答・線量推計・結果通知

H24.10.31現在

		調査対象者数	回答数	回答率	線量推計済数	推計率	結果通知済数	通知率	※調査対象者に対する通知率
		a	b	c=b/a	d	e=d/b	h	i=h/d	j=h/a
先行調査	川俣町(山木屋) 浪江町、飯館村	29,044	16,308	56.1%	15,895	97.5%	15,844	97.2%	54.6%
全県民調査 (先行地区除く)	県北	504,291	131,206	26.0%	64,290	49.0%	51,663	39.4%	10.2%
	県中	560,116	114,368	20.4%	50,928	44.5%	22,585	19.7%	4.0%
	県南	152,776	26,522	17.4%	12,586	47.5%	6,369	24.0%	4.2%
	会津	267,696	39,931	14.9%	25,571	64.0%	5,996	15.0%	2.2%
	南会津	30,831	4,122	13.4%	3,046	73.9%	956	23.2%	3.1%
	相双	168,409	68,337	40.6%	43,258	63.3%	17,566	25.7%	10.4%
	いわき	343,831	73,037	21.2%	18,327	25.1%	-	0.0%	0.0%
	計	2,027,950	457,523	22.6%	218,006	47.6%	105,135	23.0%	5.2%
合計	2,056,994	473,831	23.0%	233,901	49.4%	120,979	25.5%	5.9%	

出所: 第9回福島県「県民健康管理調査」検討委員会資料。

※「調査対象者に対する通知率」は日医総研が作成したもの。

# 健康診査の低受診率

## ○避難区域等の住民に対する健康診査の受診者数の低迷

田村市、南相馬市、川俣町、広野町、楡葉町、富岡町、川内村、大熊町、双葉町、浪江町、葛尾村、飯館村、伊達市の一部

⇒避難区域等の住民に対する健診は、19万5千人に対して2万7千人(13.8%)に過ぎない。

福島県「県民健康管理調査」における「健康診査」の実施状況

単位:人

区域	0~14歳	15~39歳	40~74歳	74歳以上	年齢不明	合計
避難区域等の住民 (伊達市の一部を除く)	24,937	47,426	92,505	30,437	531	195,836
		170,899				
	受診者 4,765人	受診者 22,341人				
避難区域等 以外の住民	238,091	475,906	822,220	245,387	11,555	1,793,159
合計	263,028	523,332	914,725	275,824	12,086	1,988,995

出所: 第9回福島県「県民健康管理調査」検討委員会「資料4」と福島県企画調整部統計調査課「福島県の推計人口平成23年度版」  
(平成23年10月1日現在)を使用し、日医総研が作成したもの。

福島県医師会 事務局 八巻 秀一様

双葉郡医師会 井坂 晶

健康管理の在り方資料大変有り難うございます。今回の県民健康管理を医大にすべてを委託することに無理があると考えています。本来、国や県が責任を持って放射線障害を含めた、全県民対象の健康管理ですから、市町村、保健センターを主体に、保健師の協力なくしては出来ないと思っています。

県民健康調査の回収率が悪いことも、医大でやるので、研究目的と思われてしまうこと、本気でやるなら、国政調査のように、県が動かないと全県民の調査は無理でしょう。県民健康調査ではない名称、ストレートに県民被曝調査にした方が住民意識を捉えやすいと思います。

健康診査は、社会保険の中間年齢層の協力が得られないことから、住民検診として、市町村、保健センターに活躍していただかないと成績は上がらないと思います。保健師さんと住民のつながりを生かすことが、受診率の向上につながると思います。市町村で集めたデータは、解析と管理、精密検査などを医大にお願いすれば、医大もやりやすいのでは、ないでしょうか。

短期間での意見と言われても、個人の意見では、なかなか難しいこともあり、県医師会としての検討委員会の意見集約として、提言する方が国や、県に働きかける効果は上がるのではないかと思います。とりあえず、わたくしの意向をお伝えいたします。

2011.11.27



# 福島県の人口動態

【表】 市町村別人口動態（平成23年3月1日～平成24年10月31日）

（単位：人、％）

地域	人口 H24.11.1	人口 H23.3.1	人口動態（H23.3.1～H24.10.31）											
			人口増減		自然動態			社会動態						増減
			増減率 (%)	出生	死亡	増減	転入			転出				
							県内	県外	その他	県内	県外	その他		
福島県	1,961,635	2,024,401	△62,766	△ 3.10	24,334	41,085	△16,751	46,744	43,464	1,116	46,744	89,966	629	△46,015
県北管内	481,650	495,867	△14,217	△ 2.87	5,489	9,227	△3,738	12,237	10,743	385	12,200	21,471	173	△10,479
県中管内	535,409	551,169	△15,760	△ 2.86	7,144	9,255	△2,111	14,259	12,497	170	13,633	26,788	154	△13,649
県南管内	146,996	149,694	△2,698	△ 1.80	2,027	2,893	△866	4,975	3,227	61	4,807	5,206	82	△1,832
会津管内	256,385	261,034	△4,649	△ 1.78	3,094	6,261	△3,167	7,616	5,381	50	6,685	7,725	119	△1,482
南会津管内	28,872	29,712	△840	△ 2.83	268	901	△633	908	537	7	896	754	9	△207
相双管内	182,211	195,462	△13,251	△ 6.78	2,208	5,292	△3,084	3,153	3,493	106	5,052	11,862	5	△10,167
いわき管内	330,112	341,463	△11,351	△ 3.32	4,104	7,256	△3,152	3,596	7,586	337	3,471	16,160	87	△8,199

出所) 福島県「福島県の推計人口(平成24年11月1日現在)」

※平成23年3月1日現在及び平成24年11月1日現在の人口は、平成22年国勢調査確定値に基づき算出しています。

※増減率は、平成23年3月1日現在に対する割合です。

## 県民健康管理調査（甲状腺検査）における「A2判定」者の 個別医療機関受診の保険適応実施の要望について

福島県医師会常任理事会

福島県医師会としては、甲状腺検査については県民健康管理センターの甲状腺検査実施体制を理解し、地区医師会としてもその体制を理解し、日常外来でも各地区での予定させている検診が実施されるまで待つようにと対象者の保護者に説明をしてきたところである。

検診に携わる県内外の諸先生方には深く感謝している。

しかしながら、検診日まで待てないという保護者は県外での検査を希望されて実施されていることも事実である。

甲状腺がんの発症が少なくとも4、5年先の問題と専門家から幾度となく説明はあっても、その心配をする保護者の方々には十分に理解されず、また、このことが、不安に基づく県内医療機関での受診ができないという誤解を生じさせている現実を医療関係者は理解しなければならない。

それは長期間にわたる甲状腺検診にかかわる医療機関が福島県にはないという誤解を県民に与え、一層の不安を増大させていく状況をも作り出しかねないことを危惧する。

甲状腺検査が正しく実施できる医療機関の体制整備は県民健康管理センターそして県医師会の理念として一致していることであると考えます。

甲状腺検査が大都市部に進むにつれて、甲状腺検査「A2判定」が出てくる頻度が増えてきている。

保護者の不安から医療機関の受診を望み、「A2判定」の正しい理解、更にはその甲状腺エコー検査を希望される保護者も少ないとはいえ存在することも事実である。

すでに一部の保護者は県外での医療機関受診を希望し、県外での診察をうけている状況も出てきている。

県医師会としては、こうした状況を考え、県民の立場に立って、現実不安で生活しているお子さんを抱える保護者の立場にたって、更には子どもの視点に立った検診体制を構築する必要があると考えます。

以上の諸問題、課題について、福島県医師会常任理事会としては討議の結果、甲状腺検査「A2判定」者の個別医療機関受診の保険適応や負担なしでの身近な医療機関での受診機会などの対応を頂きたいとの結論に至り、関係各位に要望するものである。

達成可能な最高水準の心身の健康を享受する権利に関する  
国連人権理事会特別報告者

アナンド・グローバー

訪日期间：2012年11月15日～26日

プレス・ステートメント

2012年11月26日 東京

記者の皆様、ご臨席の皆様

最初に、日本にお招きいただき、興味深く充実した会合や各地の訪問調査プログラムを円滑に進められるよう手配いただきました日本政府の皆様、心より感謝申し上げます。今回の訪問中、政府関係者の方々、東京電力株式会社の役員の方々、医療・法律専門家の方々、そして地域や市民社会の代表者の方々にお会いしました。福島県および宮城県で津波および原発事故の被害に見舞われた地域も訪問しましたが、訪問する先々で常に暖かく丁寧に迎えていただきました。また、政府高官の方々とも率直な意見を交換いたしました。特別報告者としてのミッションが円滑に進むよう、手配いただいた政府・関係省庁の方々のご尽力に感謝しております。この場をお借りいたしまして、貴重なお時間をいただき経験を伝えて下さった皆様全員に感謝申し上げます。

達成可能な最高水準の心身の健康を享受する権利（「健康を享受する権利」）に関する国連人権理事会特別報告者としてのミッションを説明した簡単な資料を、この会場に用意しております。端的に申しますと、私は健康を享受する権利の実現に関して国連人権理事会および国連総会に報告・勧告する独立専門家です。国連人権理事会から任命を受けましたが、国連に雇われているわけではなく、名誉職という立場で今回の任務を遂行しています。独立専門家として、私なりの結論と提言をまとめるべく、専門的判断を下します。

本日の発表は、予備的考察の一部に限らせていただきます。詳細につきましては、2013年6月に国連人権理事会に提示する最終報告で発表いたします。

ご臨席の皆様

今回の私のミッションは、対話と協力の精神を胸に、日本がいかに健康を享受する権利を実行しようと努めているか把握し、それを首尾よく実現させるための方策並びに立ちはだかる障害について理解することです。より具体的には、地震、津波、原発事故という三重の災害への対応に伴う課題と方策、そこから得た教訓やグッドプラクティスに焦点を当てることなどを通じて、東日本大震災を経た現在の状況における、健康を享受する権利の実現に取り組んできました。

ここで本題に入る前に、まず大切なご家族を亡くされた方々に対して、心からお悔やみ申し上げます、そして地震、津波、原発事故の被害に遭われた方々にお見舞い申し上げます。

2011年3月11日、東北地方を地震、津波、そして人災による原発事故が次々と襲い、日本は未曾有の三重の災害に見舞われました。死者約1万8000人、負傷者は数千人に達したこの非常事態に対して、積極的にリーダーシップを発揮した日本政府に敬意を表したいと思います。

また、政府による東京電力福島原子力発電所における事故調査・検証委員会および国会による東京電力福島原子力発電所事故調査委員会（NAIC）がまとめた報告書などの様々な報告書にも留意しています。この件について活発な議論を歓迎します。

東京電力および日本政府が、原子力発電所で事故が発生した場合の災害管理計画を近隣住民に周知していなかったのは残念なことです。実際、福島県双葉町の住民の方々は、1991年に締結された安全協定により、東京電力の原子力発電所は安全であり、原発事故が発生するはずなどないと信じてきたのです。

独立した立場からの原子力発電所の調査、モニタリングの実施を目指し、原子力規制委員会を設立した日本政府は賞賛に値します。これにより、従来の規制枠組みに見られた「断層」、すなわち、原子力発電所の独立性と効果的なモニタリング体制の欠如ならびに、規制当局の透明性と説明責任の欠如への対応を図ることが可能になります。こうしたプロセスは強く望まれるものであり、国会の東京電力福島原子力発電所事故調査委員会の報告でも提言されています。従って、原子力規制委員会の委員長や委員は、独立性を保つだけでなく、独立性を保っていると見られることも重要です。この点については、現委員の利害の対立を開示するという方策が定着しています。日本政府に対して、こうした手順を出来るだけ早急に導入することを要請いたします。それにより、精査プロセスの独立性に関する信頼性を構築しやすくなるでしょう。

原発事故の直後には、放射性ヨウ素の取り込みを防止して甲状腺ガンリスクを低減するために、被ばくした近隣住民の方々に安定ヨウ素剤を配布するというのが常套手段です。私は、日本政府が被害にあわれた住民の方々に安定ヨウ素剤に関する指示を出さず、配布もしなかったことを残念に思います。

災害、なかでも原発事故のような人災が発生した場合、政府の信頼性が問われます。従って、政府が正確な情報を提供して、住民を汚染地域から避難させることが極めて重要です。しかし、残念ながら SPREDI（緊急時迅速放射能影響予測ネットワークシステム）による放射線量の情報および放射性プルームの動きが直ちに公表されることはありませんでした。さらに避難対象区域は、実際の放射線量ではなく、災害現場からの距離および放射性プルームの到達範囲に基づいて設定されました。従って、当初の避難区域はホットスポットを無視したものでした。これに加えて、日本政府は、避難区域の指定に年間 20 mSv という基準値を使用しました。これは、年間 20 mSv までの実効線量は安全であるという形で伝えられました。また、学校で配布された冊子などの様々な政府刊行物において、年間 100 mSv 以下の放射線被ばくが、がんに直接的につながるリスクであることを示す明確な証拠はない、と発表することで状況はさらに悪化したのです。

年間 20 mSv という基準値は、1972 年に定められた原子力業界安全規制の数字と大きな差があります。原子力発電所の作業従事者の被ばく限度（管理区域内）は年間 20 mSv（年間 50 mSv/年を超えてはならない）、5 年間で累計 100mSv、と法律に定められています。3 ヶ月間で放射線量が 1.3 mSv に達する管理区域への一般市民の立ち入りは禁じられており、作業員は当該地域での飲食、睡眠も禁止されています。また、被ばく値が年間 2mSv を超える管理区域への妊婦の立ち入りも禁じられています。

ここで思い出していただきたいのは、チェルノブイリ事故の際、強制移住の基準値は、土壌汚染レベルとは別に、年間 5 mSv 以上であったという点です。また、多くの疫学研究において、年間 100 mSv を下回る低線量放射線でもガンその他の疾患が発生する可能性がある、という指摘がなされています。研究によれば、疾患の発症に下限となる放射線基準値はないのです。

残念ながら、政府が定めた現行の限界値と、国内の業界安全規制で定められた限界値、チェルノブイリ事故時に用いられた放射線量の限界値、そして、疫学研究の知見との間には一貫性がありません。これが多くの地元住民の間に混乱を招き、政府発表のデータや方針に対する疑念が高まることにつながっているのです。これに輪をかけて、放射線モニタリングステーションが、監視区域に近接する区域の様々な放射線量レベルを反映していないという事実が挙げられます。その結果、地元住民の方々は、自分たちの放射線量のモニタリングを近隣地域の数値で行なっているのです。訪問中、私はそうした差異を示す多くのデータを見せてもらいました。こうした状況において、私は日本政府に対して、住民が測定したものも含め、全ての有効な独立データを取り入れ、公にすることを要請いたします。

Check against delivery

健康を享受する権利に照らして、日本政府は、全体的かつ包括的なスクリーニングを通じて、放射線汚染区域における、放射線による健康への影響をモニタリングし、適切な処置をとるべきです。この点に関しては、日本政府はすでに健康管理調査を実施しています。これはよいのですが、同調査の対象は、福島県民および災害発生時に福島県を訪れていた人々に限られています。そこで私は、日本政府に対して、健康調査を放射線汚染区域全体において実施することを要請いたします。これに関連して、福島県の健康管理調査の質問回答率は、わずか 23%あまりと、大変低い数値でした。また、健康管理調査は、子どもを対象とした甲状腺検査、全体的な健康診査、メンタル面や生活習慣に関する調査、妊産婦に関する調査に限られています。残念ながら、調査範囲が狭いのです。これは、チェルノブイリ事故から限られた教訓しか活用しておらず、また、低線量放射線地域、例えば、年間 100 mSv を下回る地域でさえも、ガンその他の疾患の可能性のあることを指摘する疫学研究を無視しているためです。健康を享受する権利の枠組みに従い、日本政府に対して、慎重に慎重を重ねた対応をとること、また、包括的な調査を実施し、長時間かけて内部被ばくの調査とモニタリングを行うよう推奨いたします。

自分の子どもが甲状腺検査を受け、基準値を下回る程度の大きさの嚢胞（うぼう）や結節の疑いがある、という診断を受けた住民からの報告に、私は懸念を抱いています。検査後、ご両親は二次検査を受けることもできず、要求しても診断書も受け取れませんでした。事実上、自分たちの医療記録にアクセスする権利を否定されたのです。残念なことに、煩雑な情報公開法の手続きが必要なのです。

また、原子力発電所作業員の放射線による影響のモニタリングについても、特に注意を払う必要があります。一部の作業員は、極めて高濃度の放射線に被ばくしました。何重もの下請け会社を介在して、大量の派遣作業員を雇用しているということを知り、心が痛みました。その多くが短期雇用で、雇用契約終了後に長期的な健康モニタリングが行われることはありません。日本政府に対して、この点に目を背けることなく、放射線に被ばくした作業員全員に対してモニタリングや治療を施すよう要請いたします。

日本政府は、避難者の方々に対して、一時避難施設あるいは補助金支給住宅施設を用意しています。これはよいのですが、住民の方々によれば、緊急避難センターは、障がい者向けにバリアフリー環境が整っておらず、また、女性や小さな子どもが利用することに配慮したものでもありませんでした。悲しいことに、原発事故発生後に住民の方々が避難した際、家族が別々にならなければならず、夫と母子、およびお年寄りが離れ離れになってしまう事態につながりました。これが、互いの不調和、不和を招き、離婚に至るケースすらありました。苦しみや、精神面での不安につながったのです。日本政府は、これらの重要な課題を早急に解決しなければなりません。

食品の放射線汚染は、長期的な問題です。日本政府が食品安全基準値を 1kg あたり 500 BQ から 100 BQ に引き下げたことは称賛に値します。しかし、各県ではこれよりも低い水準値を設定しています。さらに、住民はこの基準の

導入について不安を募らせています。日本政府は、早急に食品安全の施行を強化すべきです。

また、日本政府は、土壌汚染への対応を進めています。長期的目標として汚染レベルが年間 20 mSv 未満の地域の放射線レベルは 1mSv まで引き下げる、また、年間 20~50 mSv の地域については、2013 年末までに年間 20 mSv 未満に引き下げる、という具体的政策目標を掲げています。ただ、ここでも残念なのは、現在の放射線レベルが年間 20 mSv 未満の地域で年間 1mSv まで引き下げるという目標について、具体的なスケジュールが決まっていないという点です。更に、他の地域については、汚染除去レベル目標は、年間 1 mSv を大きく上回る数値に設定されています。住民は、安全で健康的な環境で暮らす権利があります。従って、日本政府に対して、他の地域について放射線レベルを年間 1mSv に引き下げる、明確なスケジュール、指標、ベンチマークを定めた汚染除去活動計画を導入することを要請いたします。汚染除去の実施に際しては、専用の作業員を雇用し、作業員の手で実施される予定であることを知り、結構なことであると思いましたが、しかし、一部の汚染除去作業が、住人自身の手で、しかも適切な設備や放射線被ばくに伴う悪影響に関する情報も無く行われているのは残念なことです。

また、日本政府は、全ての避難者に対して、経済的支援や補助金を継続または復活させ、避難するのか、それとも自宅に戻るのか、どちらを希望するか、避難者が自分の意志で判断できるようにする必要があります。これは、日本政府の計画に対する避難者の信頼構築にもつながります。

訪問中、多くの人々が、東京電力は、原発事故の責任に対する説明義務を果たしていないことへの懸念を示しました。日本政府が東京電力株式の大多数を所有していること、これは突き詰めれば、納税者がつけを払わされる可能性があるということでもあります。健康を享受する権利の枠組みにおいては、訴訟にもつながる誤った行為に関わる責任者の説明責任を定めています。従って、日本政府は、東京電力も説明責任があることを明確にし、納税者が最終的な責任を負わされることのないようにしなければなりません。

訪問中、被害にあわれた住民の方々、特に、障がい者、若い母親、妊婦、子ども、お年寄りなどの方々から、自分たちに影響がおよぶ決定に対して発言権がない、という言葉を目にしました。健康を享受する権利の枠組みにおいては、地域に影響がおよぶ決定に際して、そうした影響がおよぶすべての地域が決定プロセスに参加するよう、国に求めています。つまり、今回被害にあわれた人々は、意思決定プロセス、さらには実行、モニタリング、説明責任プロセスにも参加する必要があるということです。こうした参加を通じて、決定事項が全体に伝わるだけではなく、被害にあった地域の政府に対する信頼強化にもつながるのです。これは、効率的に災害からの復興を成し遂げるためにも必要であると思われまます。

日本政府に対して、被害に合われた人々、特に社会的弱者を、すべての意思決定プロセスに十分に参加してもらうよう要請いたします。こうしたプロセ

スには、健康管理調査の策定、避難所の設計、汚染除去の実施等に関する参加などが挙げられるでしょう。

この点について、「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」が2012年6月に制定されたことを歓迎します。この法律は、原子力事故により影響を受けた人々の支援およびケアに関する枠組みを定めたものです。同法はまだ施行されておらず、私は日本政府に対して、同法を早急に施行する方策を講じることを要請いたします。これは日本政府にとって、社会低弱者を含む、被害を受けた地域が十分に参加する形で基本方針や関連規制の枠組みを定める、よい機会になるでしょう。

それではご質問のある方はどうぞ。

ご清聴ありがとうございました。



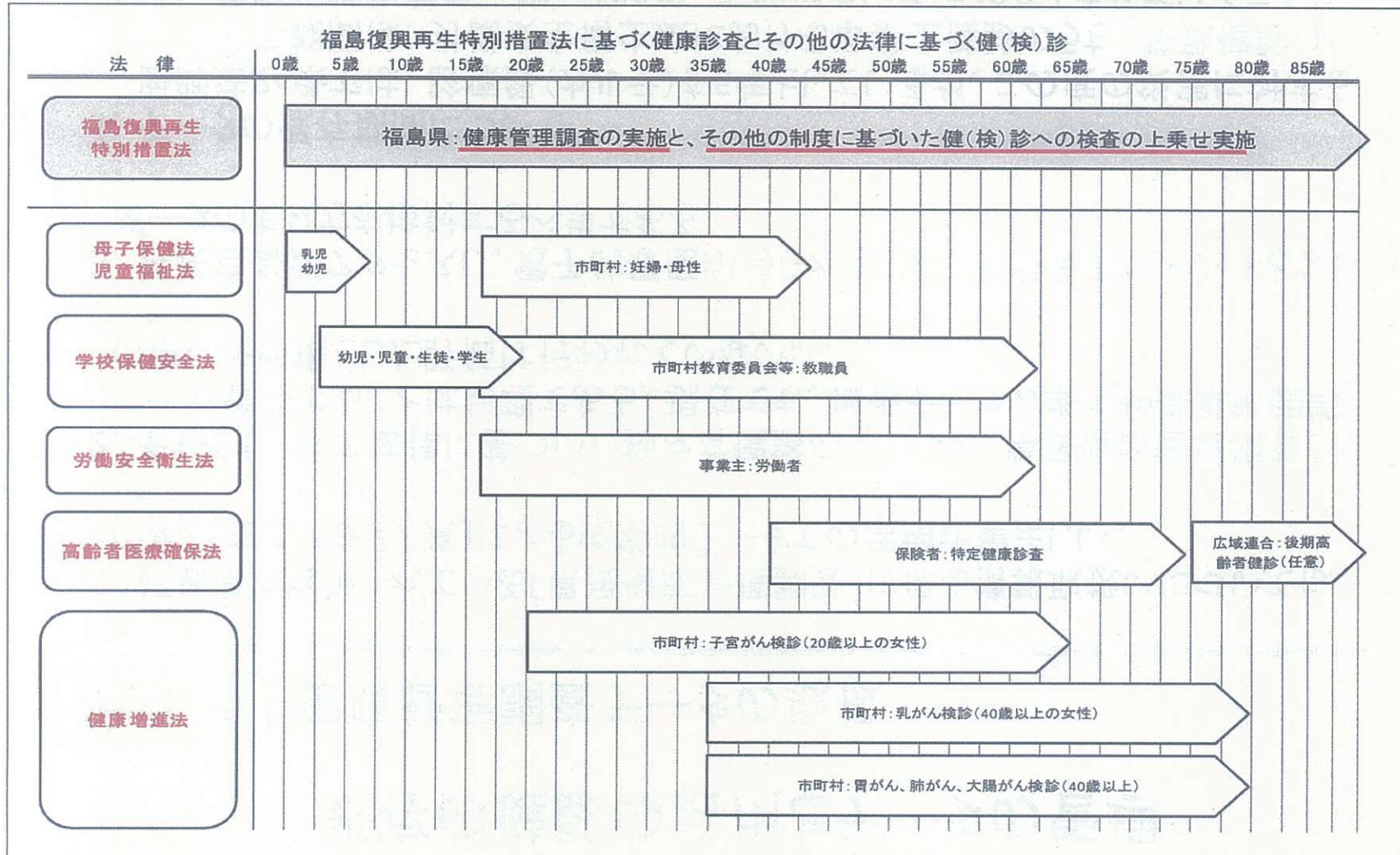
# 既存の健診の活用とデータの管理

## 論点 4 健康管理調査データの取扱

1. 福島県で実施されている「県民健康管理調査」に係る情報取扱いについては、の実施主体である「県」による疫学的データでの活用が望ましい。
2. そもそも、他の法律に基づいた様々な健診のデータを、県民健康管理調査として一元管理することは無理である。現在でも、検査データの単位や基準範囲等の違いを前提とした評価は行われていない。
3. 住民自身がアクセスし、電子的履歴が得られるなど、住民自身のメリットとなるデータのあり方を検討するべきである。
4. データの保存期間について  
医師法24条では、診療録(カルテ)を5年としているが、この度の災害に対するデータ保存期間は、労働安全衛生法における事業主健診のうち、特殊健診(放射線、特定化学物質の一部)が30年、石綿については40年とされていることから、「40年以上」を目安として検討するべきではないか。  
また、住民による健康被害の賠償という観点からみると、現時点では「永久に」ということも考えられる。

# 既存の健診の活用とデータの管理

○健診は様々な法律に基づいて実施されていることから、国が実施主体となり、放射線被ばくの恐れのある国民すべてに対して、一元的に実施するべきである。



## 福島県の医師数の推移

調査期日	医師数	前回調査からの増減	10万人あたりの医師数		
			福島県	全国平均	全国順位
平成16年12月31日	3,601人	▲12人	171.0人	201.0人	38位
平成18年12月31日	3,663人	62人	176.1人	206.3人	38位
平成20年12月31日	3,760人	97人	183.2人	212.9人	37位
平成22年12月31日	3,705人	▲55人	182.6人	219.0人	41位

- 平成22年の本県の医師数は、182.6人/10万人
- 全国第41位
- 全国平均の219.0人/10万人に達するまで、約740人の医師が必要

出典：福島県ホームページ<sub>2</sub>

## 福島県内の臨床研修医採用数

年度	16	17	18	19	20	21	22	23	24
採用者数	78人	68人	81人	84人	76人	70人	72人	69人	56人

- 平成24年度は最低の56人
- 県内出身者は27人(福島医大卒業生17人  
それ以外10人)
- 県外出身者は29人(福島医大卒業生 9人  
それ以外20人)

出典：福島県ホームページ<sub>5</sub>

参考資料⑧

○ 病院における医師の勤務状況

(単位:人)

医療圏	病院数	常勤医師数					増減 B-A	増減 C-A	増減 D-A	増減 E-A
		H.23.3.1 A	H23.8.1 B	H23.12.1 C	H24.4.1 D	H24.8.1 E				
県北	32	676	693	691	673	674	17	15	▲ 3	▲ 2
県中 (郡山含む)	33	607	593	578	586	576	▲ 14	▲ 29	▲ 21	▲ 31
県南	9	110	116	113	114	112	6	3	4	2
会津	19	238	242	239	244	235	4	1	6	▲ 3
南会津	1	12	15	14	12	12	3	2	0	0
相双	16	120	61	60	71	74	▲ 59	▲ 60	▲ 49	▲ 46
いわき	27	261	258	258	260	262	▲ 3	▲ 3	▲ 1	1
合計	137	2,024	1,978	1,953	1,960	1,945	▲ 46	▲ 71	▲ 64	▲ 79

※ 福島県地域医療課調べ

○ 病院における看護職員の就業状況

(単位:人)

医療圏	病院数	H.23.3.1 A	H24.3.1 B	H24.4.1 C	H24.5.1 D	H24.7.1 E	増減 B-A	増減 E-A
県北	32	3,391	3,429	3,542	3,546	3,537	38	146
県中 (郡山含む)	33	4,080	4,001	4,172	4,187	4,173	▲ 79	93
県南	9	922	978	989	990	970	56	48
会津・南会津	20	2,480	2,482	2,539	2,536	2,575	2	95
相双	16	1,188	680	724	717	737	▲ 508	▲ 451
相馬エリア	10	791	572	617	611	631	▲ 219	▲ 160
双葉エリア	6	397	108	107	106	108	▲ 289	▲ 291
いわき	27	2,495	2,519	2,599	2,626	2,629	24	134
合計	137	14,556	14,089	14,565	14,602	14,621	▲ 467	65

※ 福島県感染・看護室調べ

## 双葉郡の状況

- 医師会員は42名のうち、県外に13名、県内に29名
- 役場が復帰した川内村、広野町では、1病院、2診療所が再開するも、十分な医療・福祉の提供体制の整備は進まず
- 双葉郡にあった1,000床の活用、公立双葉准看護学校の継続、賠償問題の早期解決の強い要望あり

6

## 相馬郡(南相馬市、相馬市、新地町、飯館村)の状況(その1)

- 小高区は全医療機関(2病院、6診療所)が休診で、原町区と鹿島区にそれぞれ仮設診療所1カ所開設
- 鹿島区は1病院、3診療所あるも、1診療所は休職で再開見込みなし
- 原町区は5病院、29診療所あるも、4診療所は休職で再開見込みなし。また2診療所は他県で開業
- 相馬市(2病院、23診療所)、新地町(2診療所)は震災前とほぼ変わらず

7

## 相馬郡(南相馬市、相馬市、新地町、飯館村)の状況(その2)

- 小高区は、警戒区域解除となるも、地震の被害大でライフラインも未整備。廃棄物の借り置き場が決まらず、除染作業も進んでいないため、住民が戻れない状況
- 原町区内の病院は、スタッフ不足により震災前のように患者を入院させられない
- 原町区内診療所のほとんどがスタッフ不足により受付終了時間を1時間～1時間半早めに設定したり、午前中のみや、週3～4日だけの診療体制
- 元からの住民は6～7割(高齢者が多い)しか戻らず。復旧の作業員等が大勢入っているが、将来を担う若者と子供がとて少ない

8

## 福島市の状況

- 救急医療においては、医師、看護師不足のため、10病院で行っている輪番が組めなくなってきた
- 伊達郡では輪番が組めず、福島に患者が流れてくるため、対応が大変
- 在宅医療連携の実施率は県内でも高い地域であるが、それでも15%程度
- がん診療連携拠点病院は医大だけで、受け皿が不足。愛媛県では拠点病院に準ずる病院を手上げ方式で認可。本県でもこの方式が採用されれば、県北では3病院が参加予定で、がん診療連携がもっと進む

9

## 郡山市の状況

- 郡山市だけなら救急患者の受け入れにほとんど問題なし。しかし、須賀川、白河、田村地区から救急搬送が増えており、対応に苦慮
- 本来は施設で看取りが行われるべき入所者が急変時に救急搬送され、仕事量が増大
- 救急医療を担う30代、40代の医師、看護師の県外流出のため、現場の負担が急増
- 2、3次救急を守るため、2次救急に開業医がもっと参加できるような仕組みを検討中

10

## 会津若松市の状況

- 竹田、会津中央、県立病院の3病院が機能し、救急患者の受け入れは問題なし
- 夜間診療急病センターが設立され、小児科、内科、外科を担当、二次病院の負担軽減された。小児科は繁忙時には2名で診療
- 喜多方市が小児科医退職のため輪番を組めず。会津若松市内の救急病院に輪番に入ってもらいたいとの要望あり。
- 連絡網を整備し、地元出身者に戻ってもらえるような体制をつくりたい

11

## いわき市の状況

- 双葉郡からの避難者25,000人に加え、原発作業員が市内に居住、大震災前より人口増
- 医師数ほぼ横ばい、看護師数減少のため、効率のよい医療連携体制の構築が喫緊の課題
- スマートフォンを用いて医療情報のやりとりを行ういわき型の連携システムの導入を検討中
- 救急医療の実態把握のため、観察チャートに、実際には救急搬送の必要がなかったと思われる症例に関して、「ごく軽傷」という欄を設けて統計を取るようにした



## 地域医療再生基金事業について

## 1 地域医療再生計画（会津・南会津、相双）

※国の21年度1次補正予算

【50億円】

- 計画期間 平成21年度～25年度
- 対象地域 二次医療圏単位（47都道府県で各2の計94地域）  
医師確保事業等については全県対象。
- 国の予算規模 2,350億円（25億円×94地域）
- 計画策定 平成21年11月
- 計画趣旨 (1) 会津・南会津医療圏  
へき地医療確保のための取組（救急医療や周産期医療の充実強化等を含む）、全県的な医師確保対策を図る。  
(2) 相双医療圏  
特に、双葉地域を中心とした救急医療体制の構築、在宅医療の充実強化等を図る。

## 2 地域医療再生計画（三次医療圏、全県版）

※国の22年度補正予算

【120億円】

- 計画期間 平成23年度～25年度
- 対象地域 三次医療圏（都道府県）単位。  
（北海道のみ6、その他都府県は各1の計52地域）
- 国の予算規模 2,100億円  
（15億円×52地域=780億円。残1,320億円は計画に応じ加算）  
岩手、宮城、福島は被災3県は上限の120億円。
- 計画策定 平成23年11月
- 計画趣旨 甚大な被害を被った東日本大震災からの復旧、県全体の医療提供体制の回復に取り組むとともに、震災前から本県の医療課題であった救急医療や小児・周産期医療体制の強化等を図る。

## 3 浜通り地方医療復興計画


※国の23年度3次補正予算

【150億円】

- 計画期間 平成23年度～27年度
- 対象地域 二次医療圏単位。  
（被災3県における被害が甚大な地域、福島県は相双・いわき）
- 国の予算規模 720億円（福島県は150億円）
- 事業内容
  - ・ 医療機関等の再整備（まちづくりと一体として整備が考えられるものが対象）
  - ・ 医療機関相互の情報連携の基盤整備
  - ・ 医師、看護師等の人材確保 など
- 計画策定 平成24年2月
- 計画趣旨 県及び関係市町村の復興計画等との整合性を図りながら、東日本大震災及び原子力災害により壊滅的な打撃を受けた浜通り地方の医療の復興に取り組む。

## 福島県浜通り地方医療復興計画の骨子（案）

【対象地域】 相双医療圏及びいわき医療圏を基本。  
 ・福島県復興計画（第1次）との整合性の観点から、3エリアに区分。  
 【計画期間】 平成23年度から平成27年度までの5年間。

 <p>相馬エリア</p>	<p>【被災状況】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○津波被害が大きかった地域。</li> <li>○原子力災害により、飯館村全村が計画的避難区域に、南相馬市の一部が警戒区域等に指定。</li> </ul> <p>【課題と方向性】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○避難等により住民・医療従事者が流出し、極めて厳しい状況。                     <ul style="list-style-type: none"> <li>→ 医療機関の機能分化を促進し、医療提供体制を再構築する必要がある。</li> <li>→ 医師等の確保による医療提供体制の回復を図る必要。</li> <li>→ 情報連携の基盤整備をするなど、機能分化した医療機関相互の連携を強化する必要がある。</li> </ul> </li> <li>○警戒区域により浜通りが南北に分断されており、三次救急はいわき医療圏に頼れない。                     <ul style="list-style-type: none"> <li>→ 東北医療圏（特に県立医大救命救急センター）との連携を構築する必要がある。</li> </ul> </li> </ul>
 <p>双葉エリア</p>	<p>【被災状況】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○原子力災害の影響が甚大な地域。</li> <li>○浪江町・葛尾村の一部が計画的避難区域、楢葉町・川内村・浪江町の一部と富岡町・大熊町・双葉町の全部が警戒区域、楢葉町・川内村の一部と広野町が旧緊急時避難準備区域に指定。</li> </ul> <p>【課題と方向性】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○住民の帰還状況を踏まえながら、他の医療圏とも連携して、医療提供体制を再構築する必要がある。</li> <li>○警戒区域等については、避難の見直し等に合わせて柔軟に対応。</li> </ul>
 <p>いわきエリア</p>	<p>【被災状況】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○津波被害が大きかった地域。</li> <li>○双葉エリアからの避難者が多く、いわき市内に投じられた町村もある。</li> </ul> <p>【課題と方向性】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○震災により医師等が流出している一方で、避難者が多く、医療需要が増大。                     <ul style="list-style-type: none"> <li>→ 需要に応えられるよう、医療機関の役割分担と機能強化による医療提供体制の強化が必要。</li> <li>→ 医師等の確保による医療提供体制の回復を図る必要がある。</li> </ul> </li> </ul>

※ 被災医療施設の災害復旧、医療従事者の流出防止等については、地域医療再生計画（三次医療圏）で対応。  
 相双医療圏の過剰医療の削減・復旧については、地域医療再生計画（相双医療圏）で対応。

## 浜通り地方医療復興計画に示された 医師確保対策

1. 短期～中期的な常勤医の確保
  - ① 被災地への常勤医派遣を行う県立医大への寄附講座設置（災害医療支援講座）
  - ② 全国への支援要請  
被災者健康支援協議会など
  
2. 長期的な医師確保
  - ① 県立医大の定員増による将来の医師確保
  - ② 私立医大医学部生への修学資金貸与

## 資料 4

## 基金の状況について

(単位:百万円)

## 【平成21年度策定計画】

※執行期限 平成25年度末まで

医療圏	21~23年度 執行額	24年度 予算額	基金残額	合計	備考
会津・南会津医療圏	763	1,048	689	2,500	
相双医療圏	536	295	1,669	2,500	
合計	1,299	1,343	2,358	5,000	
執行率	26.0%	26.9%	47.1%		

## 【平成23年度策定計画】

※執行期限 平成25年度末まで

医療圏	23年度 執行額	24年度 予算額	基金残額	合計	備考
三次医療圏	1,193	6,836	3,971	12,000	
執行率	9.9%	57.0%	33.1%		

## 【浜通り地方医療復興計画】

※執行期限 平成27年度末まで

医療圏	23年度 執行額	24年度 予算額	基金残額	合計	備考
相双・いわき医療圏		2,354	12,646	15,000	
執行率		15.7%	84.3%		

## 現状からみた問題点(その1)

- 本県はもともと全国的にみて医師数が少ない
- 震災前後で医師数がほとんど変わっていない福島市でも、病院においては常勤医不足
- 医大の災害医療講座(寄附講座)からの医師派遣は、今年6月時点で南相馬市、相馬市に常勤医5名、非常勤医3名で、なかなか需要に応えきれていない
- 被災者健康支援協議会からの支援も長期的には難しいかもしれない

18

## 現状からみた問題点(その2)

- ICTを活用した医療機関相互の情報連携、開業医による2次輪番病院の支援などはある程度有効
- しかし、地域外からの患者搬送などの問題もある
- 医療圏を超えた連携体制の構築はなかなか難しい
- 今求められるのは、まず医師数を増やすことであり、財政的な支援も含めた、より一層の総合的な対策が望まれる

19

## 平成 25 年度 県予算編成に対する要望事項

団体名 社団法人 福島県医師会

番号	新・継	項 目	要 望 理 由	所要経費	関係部課
8	新	屋内・屋外の子どもの運動施設の拡充と充実について	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>(1) 乳幼児の屋内運動施設（遊び場を含めて）の拡大と遊びの指導者養成の充実を図ること。</p> <p>(2) 児童・生徒の運動施設の充実を図ること。</p> </div> <p>放射線問題から引き起こされた野外の運動制限は、子ども達からそれ迄に努力して獲得した運動機能、運動能力、運動持久・筋力、自律神経の発達を奪ってしまった。失ってしまったものを取り返し、また将来にわたって築き上げるべき子ども達のゴールデンエイジをどのように確保して支援するかの視点が未だ何も見えない。</p> <p>冬場の長い東北の地にあって1年を通して運動できる施設なしに、この問題は解決されないまま時が過ぎようとしている。</p> <p>これは福島県スポーツ復興にもかかわる重大な問題点である。具体的には、全天候型運動場また全天候型プールの施設整備と指導者養成の充実を要望する。</p>		保健福祉部