

日医総研ワーキングペーパー

国際連合における健康権の視点から見た
東日本大震災・原発事故の被災者支援に関する研究

No. 312

2014年3月18日

日本医師会総合政策研究機構
佐瀬恵理子
王子野麻代

はじめに

2011年3月11日の東日本大震災、および東京電力福島第一原子力発電所事故（震災・原発事故）の直後、国は福島第一原発から半径20km圏内を警戒区域とし、段階的に区域の再編が行われた。その約3年後も136,780人の福島県民が、県内（2014年2月12日時点88,416人）および県外（同年1月16日時点48,364人）で避難生活を送る。警戒区域外でも、低線量の放射線やホットスポット（高濃度の放射能汚染地域）が確認されている。第4回福島県民世論調査では、回答者の68.5%（483人）が放射線を気にしていた（2013年3月27日）。

本研究が中心に据える健康権（達成可能な最高水準の心身の健康を享受する権利）は、基本的人権の一つである。我が国は、健康権を規定する社会権規約を1979年に批准している。2012年11月、国際連合（国連）特別報告者が震災・原発事故の被災地を訪問し、2013年5月、国連に健康権に関する報告書を提出したところである。

2011年3月の震災・原発事故以降、災害医療や被災者支援につき様々な対策や調査研究が実施されてきた。一方、我が国では健康権に馴染みが薄いこともあり、平常時における健康権の指針の活用や、震災・原発事故後の健康権の状況を把握する調査研究は限定的であった。

このような状況を鑑み、本研究では、震災・原発事故後の健康権に関するニーズを被災者に尋ねた。同時に、保健医療サービス・医薬品の提供に係る計画策定および実施機関（国および地方自治体・医療機関・支援団体）に健康権の支援状況を聞いた。

世界が経験したことのない複合災害（震災・原発事故）を受け、政府は順次対策を講じてきた。また、福島県内の地方自治体・保健医療機関・支援担当者の多くは、自らも被災者でありながら、試行錯誤を重ね住民・患者の生命や健康を守る措置を取ってきた。

本ワーキングペーパーは、以上のような国連システム下で活用されている健康権の指針等を活用した、震災・原発事故被災者の支援のあり方の一考察をまとめたものである。

**国際連合における健康権の視点から見た
東日本大震災・原発事故の被災者支援に関する研究**

客員研究員 佐瀬恵理子

研究員 王子野麻代

キーワード

- ◆健康権の指針 ◆人権 ◆健康モニタリング ◆放射線防護 ◆長期避難
- ◆住民参加 ◆リスクコミュニケーション ◆ニーズ・アセスメント

ポイント

・福島県民の被災者(母親)28人との「話し合い」と、24の保健医療サービス・医薬品の提供に係る計画策定および実施機関(国および地方自治体・医療機関・支援団体)へのヒアリングをそれぞれ実施した。被災者は、強制避難中の県外「避難群」と、福島県内の避難区域外に暮らす「自宅群」の母親を対象とした(県内外各2カ所)。被災者および関連機関・団体への質問項目は、医療サービスおよび医薬品の利用可能性、アクセス可能性、受容可能性、質、説明責任、住民参加の6項目であった。

- ① 被災者への「話し合い」と関係機関・団体へのヒアリングから、主に次の点が明らかになった。(注:【 】内は関連する健康権指針を示す)。

(1)保健医療機関

震災・災害後も、国の対策、地方自治体と保健医療機関の連携、支援団体の即時対応等により、国民皆保険制度がある程度維持された【利用可能性、アクセス可能性、質、無差別】。一方、医療従事者不足である福島県では、国や自治体が措置を取っているが、震災・原発事故後、その傾向を増している【利用可能性、アクセス可能性、質】。放射線の健康影響等に関し、研究参加者が医療機関で相談した際、丁寧な説明を受けた例と、心配な気持ちを否定されたと感じる例が混在していた【受容可能性】。

(2)原発事故後の甲状腺検査

福島県は県民健康管理調査の一環として、震災時、18歳以下の福島県民に甲状腺

検査を無料で実施している【利用可能性、質】。本研究参加者(避難群)は、遠方の甲状腺検査地に子どもを連れて行くことが不便であると指摘した【アクセス可能性】。福島県は、対象者の都合に合うよう、柔軟な対応をしているところである。甲状腺検査の結果が分かりにくいと話す研究参加者が多かった。検査実施機関は、問い合わせへの迅速・丁寧な対応、説明会の開催等、分かりやすい説明を行っていた【質、説明責任】。

(3)放射線防護

研究参加者(自宅群)は様々な方法で放射線防護をしていた。国や自治体は、空間放射線量の測定、土壌・食品中の放射性物質の測定、除染を実施している。被災者のニーズに則した放射線防護対策を、行政と支援団体が補完していた【利用可能性、アクセス可能性、質、住民参加】。他方、放射線に関する情報は、原発事故当初に発信が遅れたこと等もあり、国や東京電力の情報に懐疑的な研究参加者の態度も見られた【利用可能性、アクセス可能性、説明責任】。

- ② 健康権に関する被災者支援の一環として、日本医師会または地元医師会への次のような要望が、被災者・支援団体、行政機関、地元医師会から挙げられた。

- ・医療費助成制度・放射線被ばく検査に関する周知徹底
- ・かかりつけ医による健康影響の見守り
- ・かかりつけ医と専門医、および医師会間の連携による医療提供体制の構築
- ・甲状腺検査の実施協力 ・災害時、特例事務の拡大 ・医療・健康データの一元化

- ③ 上述①～②の状況を踏まえ、国連における健康権の視点から、今後の東日本大震災・福島第一原発事故の被災者支援のあり方として、以下 5 点の示唆を得た。

(1)健康モニタリングの継続

心身の「包括的」な健康モニタリングを継続することにより、疾病予防・早期発見・早期治療といった医療原則を適用する。被災者が全国どこからでも健康モニタリングにアクセスできるよう、集約型の拠点(ワンポイントサービス)、あるいは専門医等への紹介制度の検討余地があることが示された。

(2)被災者ニーズの把握

変化の速い災害時や復興過程での動的かつ多様なニーズを、被災者の心理等を汲み、医療保健サービス・医薬品、生活の質、就労や教育環境面において把握し対応する総合的な仕組みづくりの強化が求められる。

(3)リスクコミュニケーションの促進

国や自治体は、放射線に関する情報提供や質問等を受け付け、リスクコミュニケーションに取り組んできた。本研究参加者から、特に放射線情報、甲状腺検査の結果説明のさらなる充実、避難の見通しに関する情報を求める声が多く挙がった。避難や放射線防護に関する策定過程に被災者の参加を促し、情報交換を継続することが望ましい。

(4)被災者のレジリエンスのサポート

被災者のレジリエンス(回復・復元力)をサポートすることは、健康権の観点から欠かせない。その基として、放射線防護による安全かつ安心な環境整備が不可欠である。また、震災・原発事故後、家族単位で生活できない被災者が多数いることを踏まえ、原発事故特有の状況に置かれた被災者のレジリエンス支援を継続的にサポートする必要がある。

(5)複合災害への対策

甚大な複合災害から人々の生命と健康を守るため、オール・ラウンドかつ長期的な対応が求められる。平時から、災害時に脆弱な人たちの状態を把握し、災害対策を立案し、その過程に住民のニーズ・意向を反映する。救命や健康保護に携わる各機関の財政・人員の状況に合った、複合災害対策、ガイドラインの明確化、訓練の継続等が肝要である。

目次

第1章 東日本大震災・福島第一原発事故の被災者支援の現状	7
1 被災者の現状	7
1.1 福島県の人口・年齢の変化：震災前後	7
1.2 避難状況：避難者数・避難先・居住形態	8
2 被災地支援の現状	8
2.1 復興施策のパッケージ	8
2.2 医療・健康支援	9
3 避難者に対する保健医療サービスの特例措置	10
4 放射線被ばくに関する健康支援	10
4.1 国の関与	10
4.2 福島県「県民健康管理調査」	11
5 賠償・助成	15
5.1 東京電力への賠償請求	15
5.2 福島県における医療費助成制度	15
第2章 健康権：国際的枠組と我が国の状況	16
1 国際社会における人権と健康権	16
1.1 人権	16
1.2 健康権	16
1.3 国連の人権保障システム	19
2 我が国における健康権の状況	20
2.1 健康権関連の批准条約	20
2.2 我が国における健康権の状況	21
第3章 震災・原発事故被災者の支援状況	25
1 被災者との「話し合い」および支援機関・団体のヒアリング概要	25
1.1 対象、実施時期、方法	25
1.2 健康権に関する支援状況の把握方法	28

2	震災・原発事故後の被災者ニーズと支援状況	28
2.1	医療機関における被災者への保健医療サービス	29
2.2	原発事故以降の甲状腺検査	36
2.3	放射線防護	41
第4章	国際連合における健康権の視点から観た	
	東日本大震災・原発事故の被災者支援のあり方	50
1	健康権に関する被災者ニーズと支援状況	50
1.1	医療機関における被災者への保健医療サービス	50
1.2	原発事故以降の甲状腺検査	51
1.3	放射線防護	52
2	医師会への期待	53
2.1	被災者・支援団体の要望	53
2.2	行政機関の要望	55
2.3	地元医師会から日本医師会への要望	56
3	今後の東日本大震災・福島第一原発事故の被災者支援のあり方	58
3.1	健康モニタリングの継続	58
3.2	被災者ニーズの把握	59
3.3	リスクコミュニケーションの促進	59
3.4	被災者のレジリエンスのサポート	60
3.5	複合災害への対策	61
	本研究の領域・限界・特徴	63
	謝辞	64
	資料1 健康権	65
	資料2 研究参加者の属性等	70
	資料3 ヒアリング先一覧	78
	資料4 現地の写真	79

第1章 東日本大震災・福島第一原発事故の被災者支援の現状

東日本大震災・福島第一原発事故から3年が経過した。国は、事故直後福島第一原発から半径20km圏内を警戒区域とし、その後、段階的に区域の再編を行った。原発周辺のため避難を余儀なくされた人、警戒区域等でないため自宅に留まった人や自主避難した人等被災者は、その境遇によって生活環境を異としている。置かれた生活環境によって被災者の放射線被ばくによる健康支援に対するニーズも異なると考えられる。

本稿は、「県外に避難した被災者」および「県内に留まる被災者」、2群の被災者のニーズとそれに対する支援の現状を健康権の視点から把握し、今後の被災者支援のあり方について検討するものである。本章では、被災者と被災者支援の現状について述べる。

1 被災者の現状

ここでいう「被災者」は、2011年3月11日東日本大震災・福島第一原発事故時の福島県民を指す。以下、福島県内の人口や年齢に関する震災後の変化および避難状況を示す¹。

1.1 福島県の人口・年齢の変化：震災前後^{2,3}

福島県の人口は、震災後大きく減少している。2014年1月1日時点の人口は1,945,788人であり、震災前(2011年3月1日時点)2,024,401人に比べ78,613人減少している。男女別にみると、男性は34,834人(震災前:982,427人、震災後:947,593人)、女性は43,779人(震災前:1,041,974人、震災後:998,195人)減少している。

年齢別にみると、0歳から64歳までの人口減少が顕著である。0歳から14歳は29,168人(震災前:274,322人、震災後245,154人)、15歳から64歳は70,559人(震災前:1,235,833人、震災後:1,165,274人)減少している。

¹ 子ども被災者支援法は、「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」を被災者と定義している。

² 福島県企画調整部統計課「福島県の推計人口(福島県現住人口調査月報)」2014年1月24日公表

³ 福島県企画調整部統計課「福島県の推計人口(福島県現住人口調査月報)」2011年10月5日公表

1.2 避難状況：避難者数・避難先・居住形態⁴

福島県では、136,780人が避難を余儀なくされている。そのうち、88,416人は県内（2014年2月7日時点）、48,364人は県外（2014年1月16日時点）に避難している。県外の避難先としては、東京都6,583人が最も多く、次いで山形県5,708人、新潟県4,640人である。また、最も多い居住形態は、県内では「借上げ住宅（51,328人）」、県外では「住宅等（公営・仮設・民間・病院含む）（38,435人）」である。

2 被災地支援の現状

国は、東日本大震災・福島第一原発事故発生後、多岐にわたる様々な復興支援を行っている。2013年12月20日には、原子力災害からの福島復興・再生のため、将来に向けて新たな一歩を踏み出すことができるよう早期帰還支援と新生活支援の両面での支援策の提示、原発事故収束に向けた取組の強化、さらには国が全面に立って原子力災害から福島の再生を加速する考えを示した⁵。以下、復興施策全般、医療や健康支援、避難者に対する特例措置の現状を示す。

2.1 復興施策のパッケージ

国は、公共インフラ整備から産業の復旧、除染やがれき処理、医療再建等、復興のために様々な政策を行っている。復興庁は、各府省の既存施策を横断的に見直し、予算措置や今後の運用改善の方向性等を施策パッケージとして取りまとめている⁶。被災者の健康と生活支援に関しては、「医療・介護人材の確保」や、緊急スクールカウンセラー等派遣事業等を含む「子どもに対する支援の強化」他関連する施策と合わせて5つの施策がパッケージ化されている。また、「除染・復興加速⁷」や「健康・生活支援⁸」等テーマ別にタスクフォースを立ち上げた検討も行っている。なお、復興庁は設置後10年（2021年3月31日まで⁹）

⁴ 福島県災害対策本部「2011年東北地方太平洋沖地震による被害状況即報（第1126報）」2014年2月12日8時現在

⁵ 原子力災害対策本部「原子力災害からの福島復興の加速に向けて」2013年12月20日

⁶ 復興庁「復興の取組と関連諸制度（参考）」2014年1月17日

http://www.reconstruction.go.jp/topics/main-cat7/sub-cat7-1/20140213_sanko02.pdf

⁷ 復興庁「除染・復興加速のためのタスクフォース」

https://www.reconstruction.go.jp/topics/post_199.html

⁸ 復興庁「被災者に対する健康・生活支援に関するタスクフォース」

<http://www.reconstruction.go.jp/topics/main-cat2/20131113165603.html>

⁹ 復興庁設置法（2011年12月16日法律第125号）第21条

の時限的な組織である。

2.2 医療・健康支援

2.2.1 福島県の医療提供体制の現状¹⁰

震災前から、福島県において医師不足は深刻な問題であったが、震災後はさらに深刻化している。震災前（2010年12月31日）3,705人であった医師数は、震災後（2012年12月31日）には3,506人となり、199人減少した。人口10万人あたりの医師数で見ると、震災前は全国平均219.0人に対して182.6人（全国41位）であり、震災後はさらに全国平均226.5人を下回る178.7人（全国44位）となった。特に、小児科（218人）、産婦人科（120人）、麻酔科（85人）の医師の不足は深刻な状況にある。

2.2.2 地域医療支援

（1）被災者健康支援連絡協議会による医療従事者の派遣¹¹

東日本大震災の被災者の健康を支援するため、2011年4月22日政府の被災者生活支援特別対策本部の協力要請を受け、医療・介護関係団体からなる被災者健康支援連絡協議会が設置された¹²。本協議会は、日本医師会をはじめとする19組織（34団体）^{13,14}で構成され、被災現地の医療や健康ニーズに対し、中長期的な医療チームの派遣や感染症対策等被災者の健康確保に関する取組みを行っている。

（2）厚生労働省による医師確保策¹⁵

厚生労働省は、2011年10月¹⁶浜通りの相双地域等における医療機関・福祉施設の従事者確保の支援等を行うため、福島県相双保健福祉事務所に「相双地域等医療・福祉復興支

¹⁰ 福島県ホームページ「福島県の医療の現状」

http://wwwcms.pref.fukushima.jp/pcp_portal/PortalServlet;jsessionid=5C42E36EF0146BB5BDC8195AF604C225?DISPLAY_ID=DIRECT&NEXT_DISPLAY_ID=U000004&CONTENTS_ID=27673

¹¹ 「被災者健康支援連絡協議会の設置について」http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20110428_1.pdf

¹² 日医総研「大規模災害への対応にかかる提言等支援のための研究—平時の法律の想定を超える「大規模災害の緊急非常事態対処法」の制定等を—」日医総研ワーキングペーパーNo.297, 2013年9月

¹³ 2013年3月11日時点。

¹⁴ 被災者健康支援連絡協議会「被災者健康支援連絡協議会構成団体一覧」

<http://www.id.yamagata-u.ac.jp/shinsai-shien/files/KouseiDantaiIchiran-20130603.pdf>

¹⁵ 厚生労働省「厚生労働省 相双地域等医療・福祉復興支援センターの体制の充実について」http://www.mhlw.go.jp/shinsai_jouhou/hukko_setti.html

¹⁶ 2011年10月「相双地域医療従事者確保支援センター」として発足し、2012年1月に「相双地域等医療・福祉復興支援センター」に改変された。

援センター」を設置した。厚生労働省は、現地に職員を派遣し、医療機関等の実情やニーズ等の把握、関係機関との連絡調整、被災者健康支援連絡協議会と連携した医療従事者確保に向けた支援等を行っている。

3 避難者に対する保健医療サービスの特例措置

福島県の避難者は136,780人にのぼる（第1章1.2参照）。このうち、双葉町・大熊町・いわき市等県内13市町村の被災者¹⁷は、原発被災者特例法に基づき、避難先で予防接種法に基づく予防接種や母子保健法に基づく妊産婦等への健康診査等を受けることができる¹⁸。また、特例事務に該当しない特定健診や後期高齢者健診も、国民健康保険および後期高齢者医療制度に加入の方は避難先で受診できる場合もあるが県内の一部の市町村に限られる¹⁹。

4 放射線被ばくに関する健康支援

4.1 国の関与

国は、放射線被ばくの健康支援に関して2つの法律を制定している。一つは、福島復興再生特別措置法（2012年3月31日法律第25号）であり、同法第39条に基づき福島県は「県民健康管理調査」（4.2参照）を実施している。国はこの調査の実施に関し技術的な助言や情報の提供等必要な措置を行うこととされており（同法第41条）、環境省の放射線健康管理担当参事官室²⁰（2012年9月設置）（「環境省参事官室」）がその事務を担当している²¹が、設置後5年（2017年3月31日まで²²）の時限的な組織である。

もう一つは、「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（2012年6月27日法律第48号）」（「子ども被災者支援法」）である。同法第13条に関し、環境省参事官室に「東

¹⁷ 13の指定市町村から住民票を移していない福島県民。

¹⁸ 総務省「原発避難者特例法に基づく指定市町村及び特例事務の告示等について」2011年11月15日、http://www.soumu.go.jp/menu_kyotsuu/important/48479.html

¹⁹ 福島県「避難先での特定健診・保健指導及び後期高齢者健診について」
http://wwwcms.pref.fukushima.jp/pcp_portal/PortalServlet?DISPLAY_ID=DIRECT&NEXT_DISPLAY_ID=U000004&CONTENTS_ID=26397

²⁰ 正式には、「環境省総合環境政策局環境保健部放射線健康管理担当参事官室」。

²¹ 環境省「放射線健康管理担当参事官室の設置」
<http://www.env.go.jp/chemi/rhm/setup.html>

²² 環境省組織令（2000年6月7日政令第256号）附則7（2013年12月6日政令第337号最終改正）

京電力福島第一原子力発電所事故に伴う住民の健康管理のあり方に関する専門家会議」が設置され、線量の把握および評価をもとに福島近隣県を含めた健康管理や医療に関する施策のあり方等について専門的観点から検討がなされている²³。

4.2 福島県「県民健康管理調査」

福島県は、福島第一原発事故による放射性物質の拡散や避難等を踏まえ、将来にわたる県民の健康維持および増進を図るため、「県民健康管理調査」を開始した。調査の実施は福島県立医科大学（福島県立医大）に委託されている。この調査は、外部被ばく線量を把握するための「基本調査」とテーマ別に4つの「詳細調査（甲状腺検査、妊産婦に関する調査、こころの健康度・生活習慣病に関する調査、健康診査）」で構成されている。各種調査の実施状況および結果は以下のとおりである。

4.2.1 各種調査の実施状況と結果

（1）基本調査²⁴

「基本調査」は、放射線による外部被ばく線量を推計するため、すべての福島県民²⁵に対して実施されている。調査は、原発事故当時の行動記録等を問診票に記載する形式であり、2013年7月31日時点で対象者2,056,994人のうち483,088人（23.5%）が回答している。推計作業を終えた445,015人のうち放射線業務従事経験者を除く435,788人の推計結果では、県北と県中地区は90%以上が2ミリシーベルト未満、いわき地区は99%以上が1ミリシーベルト未満であった。福島県立医大は、回答率の向上に向けて市町村等と連携して様々な取り組みを行っている。

²³ 環境省「東京電力福島第一原子力発電所事故に伴う住民の健康管理のあり方に関する専門家会議 開催要綱・委員名簿」<https://www.env.go.jp/chemi/rhm/conf/conf01-info.html>

²⁴ 福島県「県民健康管理調査「基本調査」の実施状況について」
<http://www.pref.fukushima.jp/imu/kenkoukanri/250820siryou1.pdf>

²⁵ 2011年7月1日時点で県内の市町村に住民票がある人、2011年3月11日時点で県内の市町村に住民票があり3月12日以降に県外に住民票を移した人。

(2) 甲状腺検査^{26, 27, 28}

「甲状腺検査」は、甲状腺の状態を把握するため、2011年3月11日時点で18歳以下のすべての県民に対して福島県立医大や学校等で順次実施されている。また、各都道府県に1箇所以上検査機関を指定²⁹し、県外避難者が避難先で検査を受けることができるように利便性を考慮した体制を整備している。県外における出張検査は、これまでに新潟県で2回、山形県で2回、神奈川県で1回行われている。

検査結果は、4つ(A1, A2, B, C)に分類され、結節又はのう胞を認められなかった場合は「A1」、結節5.0mm以下又はのう胞20.0mm以下を認めた場合は「A2」、結節5.1mm以上又はのう胞20.1mm以上を認めた場合³⁰は「B」、甲状腺の状態等から判断して直ちに二次検査が必要な場合は「C」判定とされている。

一次検査は(2013年12月31日時点)、対象者333,403人のうち269,354人(80.8%)が受診した。結果が確定した254,280人(受診者の94.4%)のうち「A1」判定は134,805人(53.0%)、「A2」判定は117,679人(46.3%)、「B」判定は1,795人(0.7%)、「C」判定は1人(0.0%)であった。「B」および「C」判定の場合、超音波検査に加え採血や尿検査等による二次検査が行われる。二次検査(2013年12月31日時点)は対象者1,796人のうち1,490人(83.0%)が受診した。結果が確定した1,342人のうち83人(6.2%)は「A1」判定、388人(28.9%)は「A2」判定、871人(64.9%)は通常診療等³¹とされた。さらに、通常診療等と判定された871人のうち369人に細胞診を行った結果、「悪性ないし悪性疑い」は75例であった。先行調査は2014年3月に終了し、同年4月からは本格検査が予定されている。20歳までは2年ごと、20歳を超えると5年ごとに長期的に実施されることになっている。

²⁶ 福島県「「県民健康管理調査」甲状腺検査について」

<http://www.pref.fukushima.jp/imu/kenkoukanri/koujyousen.pdf>

²⁷ 福島県「県民健康管理調査「甲状腺検査」の実施状況について」

<http://www.pref.fukushima.jp/imu/kenkoukanri/260207siryou2.pdf>

²⁸ 福島県立医科大学附属病院被ばく医療班「放射線災害と向き合って」平成25年5月1日、ライフサイエンス選書

²⁹ ふくしま医学県民健康管理センター「甲状腺検査県外検査について」

<http://fukushima-mimamori.jp/thyroid-examination/schedule-outside/media/inspection-list-outside-the-prefecture.pdf>

³⁰ A2の判定のうち甲状腺の状態等から二次検査を要すると判断された場合はB判定。

³¹ 「通常診療等」は、概ね6カ月後又は1年後に経過観察(保険診療)する人、およびA2基準値を超える人等。

(3) 妊産婦に関する調査^{32, 33}

「妊産婦に関する調査」は、妊産婦のこころの健康度や生活状況、出産状況や妊娠経過中の健康状態等を把握するため、2012年8月1日から2013年7月31日までに県内各市町村において母子健康手帳を交付された福島県民等に対して実施されている。調査は、調査票に記載する形式であり、2013年4月30日時点で発送数30,494件のうち16,110件(52.8%)から回答があった。調査票を踏まえ支援が必要な場合には、健康状況や育児状況等の不安に関して助産師や保健師等の電話やメールによる支援が行われている。

(4) こころの健康度・生活習慣病に関する調査^{34, 35}

「こころの健康度・生活習慣病に関する調査」は、県民のこころやからだの健康度を把握し、保健・医療・福祉に係る適切なケアを提供するため、避難区域等³⁶の住民および基本調査の結果必要と認めた福島県民等に対して行われている。調査は、調査票に記載する形式であり、2013年4月30日時点で対象者211,614人のうち65,265人(30.8%)が回答している。調査票を踏まえ支援が必要な場合には、臨床心理士や保健師等による電話等による支援が行われている。なお、仮設住宅に住む住民(一般成人)に対する面接調査も実施されている。

(5) 健康診査^{37, 38}

「健康診査」は、健康状態の把握、生活習慣病の予防や疾病の早期発見・早期治療のため、避難区域等の住民および基本調査の結果必要と認められた福島県民等に対して実施されている。受診者の利便性を考慮し、既存の健診に検査項目を上乗せする形で行われている。

³² 福島県「福島県「県民健康管理調査」の詳細調査「妊産婦に関する調査」について」
<http://www.pref.fukushima.jp/imu/kenkoukanri/ninsanpu.pdf>

³³ 福島県「妊産婦に関する調査」の実施状況について」
<http://www.pref.fukushima.jp/imu/kenkoukanri/250605siryou5.pdf>

³⁴ 福島県「県民健康管理調査「こころの健康度・生活習慣に関する調査について」
<http://www.pref.fukushima.jp/imu/kenkoukanri/kokoro.pdf>

³⁵ 福島県「2012年度「こころの健康度・生活習慣病に関する調査」の実施状況について」
<http://www.pref.fukushima.jp/imu/kenkoukanri/250605siryou4.pdf>

³⁶ 南相馬市、田村市、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(旧特定避難勧奨地点関係地区)。

³⁷ 福島県「県民健康管理調査「健康診査」について」
<http://www.pref.fukushima.jp/imu/kenkoukanri/kenkousinsa.pdf>

³⁸ 福島県「県民健康管理調査「健康診査」の実施状況について」
<http://www.pref.fukushima.jp/imu/kenkoukanri/250605siryou3.pdf>

る。2011年度は74,333人（受診率35.4%）、2012年度は59,280人（受診率28.0%）であった。

4.2.2 県民健康管理ファイル³⁹

福島県は、健康調査や検査の結果を個々人が記録・保管できるように県民に「県民健康管理ファイル」を配布している。ファイルには、氏名・生年月日・血液型・居住地（住所と住んでいた期間）等の基本的な本人情報、放射線量の測定値の記録、転居や生活上の変化やストレスを感じたこと、健診やがん検診の記録、医療機関の受診等が記録できるようになっている。

4.2.3 県民健康管理調査データ管理システムの構築^{40,41}

福島県は、県民健康管理調査データ管理システムの構築を行っている。これは、将来的に県民健康管理調査のデータ、放医研の被ばく線量データ、福島県がん登録データ、市町村の住民データやホールボディカウンタデータや個人線量計データ、国の死亡データを含める。つまり、住民データ、基本調査問診票データ（被ばく線量データ含む）、甲状腺検査データ、健康診査データ、こころの健康度・生活習慣調査データ、妊産婦調査データ、ホールボディカウンタデータ、個人線量計データ、地域がん登録データ、死亡データのデータベース化を行い、県民単位に各種情報を一元管理する構想である。2013年4月よりシステム開発が始まり、既に実施済みの県民健康管理調査のデータは移行されている。システムの運用は2014年3月以降の予定である。県民・市町村・医療機関等が本システムのデータを閲覧することについては、今後の検討事項とされている。

³⁹ 福島県・福島県立医科大学・協力：福島県医師会・福島県病院協会「健康長寿県日本一を目指して あなたの健康見守ります」<http://www.pref.fukushima.jp/imu/kenkoukanri/fairu.pdf>

⁴⁰ 福島県「県民健康管理調査データ管理システムについて」
<http://www.pref.fukushima.jp/imu/kenkoukanri/260207siryou6.pdf>

⁴¹ 環境省第2回「東京電力福島第一原子力発電所事故に伴う住民の健康管理のあり方に関する専門家会議（2013年12月25日開催）」資料

5 賠償・助成

5.1 東京電力への賠償請求⁴²

被災者は、原発事故に伴う避難や帰宅費用、一時立ち入り費用、生命・身体的損害、就労不能等に伴う損害、営業損害等を東京電力に賠償請求することができる⁴³。賠償額は、原子力損害賠償紛争審査会が策定した「東京電力株式会社福島第一、第二原子力発電所事故による原子力損害の範囲の判定等に関する中間指針」に基づき支給される。たとえば医療や健康に関し、治療費や通院慰謝料、通院交通費（甲状腺検査等放射線被ばくに関する検査を受けるためにかかった交通費も含む）等はその対象である。県民健康管理調査等以外の検査を受けて検査費用を負担した場合も、当面の間請求内容や事情をみて必要かつ合理的な範囲で東京電力の賠償を受けることができるとされている。また、避難指示の基準である年間 20 ミリシーベルト以上の地域はもとより、年間 20 ミリシーベルトを下回る地域についても、のちに原子力損害賠償紛争審査会が放射線の影響を懸念することは合理的であることを明言している⁴⁴。

5.2 福島県における医療費助成制度⁴⁵

福島県では、2012 年 10 月 1 日から県内全市町村で 18 歳以下（福島県に住所がある人）の医療費の自己負担分を無料とする行政的措置がとられている。ただし、予防接種等の健康保険が適用されないものについては助成対象になっていない。本制度は市町村が医療費を助成し、福島県は市町村が助成した額を補助する仕組みとなっている。

⁴² 東京電力「本賠償のご請求に関してよくいただくご質問（個人の方々）」
<http://www.tepco.co.jp/comp/faq/index-j.html>

⁴³ 原子力損害賠償紛争審査会「東京電力株式会社福島第一、第二原子力発電所事故による原子力損害の範囲の判定等に関する中間指針」 2011 年 8 月 5 日

⁴⁴ 原子力損害賠償紛争審査会(2011年12月6日)「東京電力株式会社福島第一、第二原子力発電所事故による原子力損害の範囲の判定等に関する中間指針追補（自主的避難等に係る損害について）」

⁴⁵ 福島県ホームページ「子どもの医療費助成」
http://www.cms.pref.fukushima.jp/pcp_portal/PortalServlet;jsessionid=97238F2290AB2531E02B291A8823E35E?DISPLAY_ID=DIRECT&NEXT_DISPLAY_ID=U000004&CONTENTS_ID=31026

第2章 健康権：国際的枠組と我が国の状況⁴⁶

1 国際社会における人権と健康権

1.1 人権

世界平和の維持、経済・社会的発展と人権の促進保護を目的に、1945年10月、国際連合（国連）が発足した⁴⁷。1948年12月、国連は「世界人権宣言」を採択し、普遍的な基本的人権の実現を目指した。「すべての人間は、生まれながらにして自由であり、尊厳と権利において平等である。すべての人は、生命、自由および身体の安全に対する権利を有する」。

その約半世紀後、国連は21世紀の人権問題に対応するため「人権の主流化」を2005年に提唱⁴⁸し、翌2006年3月、それまでの人権委員会（経済社会理事会の下部組織）に替え、国連人権理事会をジュネーブに設置した。

1.2 健康権

1.2.1 健康権の定義^{49, 50, 51}

このような国連の人権保護の進展の中で、健康権の概念と実施措置も取られてきた。健康権[脚注52]は基本的人権の一つであり、「健康に対する権利」、あるいは「健康を享受する権利」とも呼ばれる。本稿では、健康権を採用する。

健康権は適切な医療だけでなく、健康の基礎となる決定要素をも含む、包括的な権利として解釈する。これらの決定要素には、安全な飲み水、十分な衛生・食糧へのアクセス、適切な衛生設備、安全な労働環境、健康に関する情報と教育などが含まれる⁵²。

⁴⁶ 本章は次の文献を引用した。佐瀬恵理子「倫理と人権」、『国際保健学第三版』杏林書院、2013年、棟居（椎野）徳子「健康権（the right to health）」の国際社会における現代的意義：国際人権規約委員会の「一般的意見第14」を参照に。社会環境研究、2005年、10:61-75。なお、本章は棟居徳子金沢大学准教授（法学博士）のレビューを受けた。

⁴⁷ 横田洋三（編）『国際人権入門第2版』法律文化社、2013年、p1

⁴⁸ 国連「より大きな自由を求めて」、2005年（英文）。<http://www.un.org/largerfreedom/contents.htm>

⁴⁹ 国連人権理事会（2010年）「アナン・グローバー国連特別報告者：健康権とは」
<http://unsrhealth.org/what-right-health>

⁵⁰ 社会権規約第12条1

⁵¹ WHO/OHCHR. The Fact Sheet: The Right to Health, 2007
http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323_en.pdf

⁵² 原文：United Nations Economic and Social Council. The right to the highest attainable standard of health. Article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights General Comment No. 14. Geneva, 2000. 和訳：申 恵丰「『経済的、社会的及び文化的権利に関する委員会』の一般的意見(4)」青山法学論集第43巻第4号、2002年

1.2.2 国連における健康権

健康権が定義され、実現に向けての協力体制を構築すべく、国際社会において活発な議論がなされている⁵³。

世界保健機関憲章

1946年7月に署名された世界保健機関（WHO）憲章の前文において、健康の概念が明文化されるとともに、世界で初めて、公式文書として健康権が基本的人権の一つであると明記された。当憲章の原則および国際連合憲章に則る健康の専門機関として、1948年、WHOが誕生した。WHOと国連児童基金（UNICEF）は、1978年のアルマアタ宣言において、すべての人が最高水準の健康を達成することを社会正義の目標として掲げた⁵⁴。

国際人権規約

国連は1966年、世界人権宣言を条約化し、締結国に法的拘束力を有する2つの国際規約を採択した（発効は両規約とも1976年）。「経済的、社会的及び文化的権利に関する国際規約（社会権規約）」と、「市民的及び政治的権利に関する国際規約（自由権規約）」である⁵⁵。社会権規約は健康権を独立した人権として規定し、「すべての者が到達可能な最高水準の身体及び精神の健康を享受する権利を有すること」を認めている。同規約はまた、教育・食料・居住への権利も認める。さらに健康権が完全に実現するため、以下のような措置を含む。

- ・ 出産率・幼児死亡率の低下と児童の健全な発育対策
- ・ 環境衛生・産業衛生の状態改善
- ・ 伝染病・風土病・職業病などの疾病予防・治療・抑圧
- ・ 全ての人に医療と看護を確保する条件創出⁵⁶。

社会権実現のために設置された国連機関である社会権規約委員会（当時）は、それま

⁵³ 棟居（椎野）徳子, 2005, 前掲「健康権（the right to health）」の国際社会における現代的意義：国際人権規約委員会の「一般的意見第14」を参照に, 社会環境研究第10:61-75

⁵⁴ JICA（国際協力機構）、「アルマアタ宣言」, 1978年
<http://gwweb.jica.go.jp/km/FSubject0201.nsf/03a114c1448e2ca449256f2b003e6f57/11a8eae10f9f8af849256ddc000a1213?OpenDocument>

⁵⁵ 自由権規約は、生命への権利、身体的自由などを含む。

⁵⁶ 外務省、「経済的、社会的及び文化的権利に関する国際規約（A規約）」
http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/kiyaku/2b_004.html

で不明瞭であった健康権の基準や締結国の義務を示す「一般的意見第 14」(2000 年)を発行した⁵⁷。

表 2-1 健康権の指針

指針 (Guideposts)	求められる内容
利用可能性 (availability)	機能する公的な保健及び医療施設、物資及びサービス並びにプログラムが、十分な量で利用可能でなければならない。安全な飲み水、十分な衛生設備、病院、診療所及びその他の健康関連施設、訓練を受け国内で適切な給与を得ている医療及び専門職員、WHO が定義する必要不可欠な薬品のような健康の基礎となる決定要素が含まれる。
アクセス可能性 (accessibility)	保健施設、物資及びサービスは、差別なくすべての者にとってアクセス可能でなければならない。アクセス可能性は、4つの重なり合う側面をもつ。 <ul style="list-style-type: none"> ・ 無差別 ・ 物理的なアクセス可能性 ・ 経済的なアクセス可能性 ・ 情報のアクセス可能性
受容可能性 (acceptability)	倫理を尊重しかつ文化的に適切な、すなわち、個人、少数者、人々及び共同体の文化を尊重し、ジェンダー及びライフサイクル上の必要性に敏感であるとともに、機密性を尊重しかつ関係者の健康状態の改善を目的としたものでなければならない。
質 (quality)	科学的及び医学的に適切かつ良質のものでなければならない。とりわけ、技術をもった医療要員、科学的に認可されかつ有効期限内の薬品及び病院器具、安全な飲み水、並びに十分な衛生を必要とする。

注：United Nations Economic and Social Council (2000 年)より作成。和訳は申恵丰 (2002 年)を参照した。

⁵⁷ United Nations Economic and Social Council. 2000, 前掲

健康権の指針

「一般的意見第14」は、表2-1のような内容を、保健医療サービスや医薬品の提供において求めている。これらは人々の健康に関連する政策の指針（guideposts）として、健康権実現のための重要な要素となっている。

これまでの国連ワーキング・グループや学術界の議論を踏まえ、近年では上述4つの指針に加え、同じく人権の根幹要素である「行政（保健医療機関）の説明責任（accountability）」および「住民の意思決定過程への参加（participation）」を加えた6つを勘案する傾向も見られる⁵⁸。さらに、健康権をすべての形態とレベルにおいて実現するため、「一般的意見第14」は、健康の社会的起因（social determinants of health）の改善も求めている。

提供するあらゆるサービスやプログラムに、これらの指針の枠組みを取り入れる手法を「人権に基づくアプローチ（Human Rights-Based Approach）」⁵⁹と呼ぶ。政府や支援団体が提供するあらゆるサービスやプログラムにおいて、人権の主流化を図ることにより、脆弱な立場の人々を含む全ての人の人権が、尊重・保護されることを目的とする。国連や国連加盟国が実施する、開発・保健・教育・社会分野等のプログラム等に広く導入されている⁶⁰。

1.3 国連の人権保障システム

1.3.1 普遍的・定期的レビュー制度

2007年、国連に普遍的・定期的レビュー（Universal Periodic Review：UPR）制度が新設された。国連加盟国全て（193ヶ国、2013年4月現在）の人権状況を普遍的に審査する枠組、かつ協力制度として具体化されたものである（資料1「健康権」参照）。日本は2008年に第1回目の審査を受けた。

震災・原発事故後の2012年、第2回目の審査を受け、オーストリアは、福島県の放射線警戒区域の住民の健康と生活の権利を保護するため必要な措置を講ずること、また、国連特別報告者が避難住民や市民社会団体と面会が可能となるよう勧告した⁶¹。これに対し日

⁵⁸ Bustreo F, Hunt P, Gruskin S et al. *Women's and Children's Health: Evidence of Impact of Human Rights*. WHO, 2013

http://harvardfxbcenter.org/files/2013/05/Human-rights-and-evidence-of-impact-16_05_2013.pdf.

⁵⁹ 単に「人権アプローチ（Rights-Based Approach）」と略すこともある。

⁶⁰ 例えば、Bustreo F, Hunt P, Gruskin S et al. 2013, 前掲

⁶¹ 外務省 UPR 第二回審査・結果文書（仮訳）、2012年

http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/jinken_r/pdfs/upr2_kekka.pdf

本政府は、福島県民の中長期的な健康管理のため福島県が創設した「原子力被災者・子ども健康基金」に782億円の交付金を拠出する等、財政・技術面から支援している点、また、科学的合理性及び倫理性を踏まえ、住民の健康管理を適切に継続する点を回答した。同時に、国連特別報告者の訪日を支援し、同報告者が国内の被災者、避難者、市民団体と面会を行った点を説明した。2013年3月、第22回人権理事会本会合で日本の審査結果が正式に採択された⁶² ⁶³。

1.3.2 特別手続

国連人権理事会（上述1.1）は、「特別手続(Special Procedures)」により、12ヶ国の人権状況、および全世界の人権に関するテーマに取り組む。テーマ別委任（mandate）は36件で、健康権もその1つである。健康権を担当する国連人権理事会の特別報告者（国連特別報告者）の2012年11月の訪日については、後述する。

2 我が国における健康権の状況

2.1 健康権関連の批准条約

健康権はいくつもの国際人権条約に規定されている。健康権が規定される次のような主要国際人権条約に、我が国も批准している（批准年）⁶⁴。

- ・ 社会権規約（1979年）
- ・ 自由権規約（1979年）
- ・ 人種差別撤廃条約（1995年）
- ・ 女性差別撤廃条約（1985年）
- ・ 子どもの権利条約（1994年）
- ・ 拷問及び他の残虐な、非人道的な及び品位を傷つける取扱い又は刑罰に関する条約（1999年）

ほかに、国際労働機関（ILO）の条約も複数批准しており、健康に関連する国際文書や国際基準にも支持を表明している⁶⁵。

⁶² 外務省「UPR 第二回審査・勧告に対する我が国対応（仮訳）」2013年
http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/jinken_r/pdfs/upr2_taiou.pdf

⁶³ 外務省「UPR の概要」2013年 http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/jinken_r/upr_gai.html

⁶⁴ 外務省「人権外交」<http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/jinken.html>

⁶⁵ 棟居徳子「日本における健康権保障の現状：健康権の指標からみた日本」立命館大学グローバルCOEプロ

2.2 我が国における健康権の状況

2.2.1 平常時の健康権の状況

健康権の状況を把握するため、上述の指針(guidelines)および指標(indicators)が開発され、国際機関や条約機関が各国の報告書の審査を行う際の判断基準としている。

WHO や経済協力開発機構(OECD)などの国際機関の諸外国の統計と比較すると、我が国の国民の健康状態および保健医療制度について、ある程度高い評価を得ることができる⁶⁶。国民の健康状態を表す重要な指標である平均寿命は、日本人男性 79.94 年、女性 86.41 年で⁶⁷、世界トップレベルである。また、別の重要な指標である乳幼児(5歳未満児)死亡率は 3 人(出生千対)⁶⁸であり、世界的に最も低い群に入る⁶⁹。翻り、健康権の指針を軸に日本の平常時の状況を観ると、例えば健康権指針の【利用可能性】として、医師・看護師不足、地方における病院・診療所の閉鎖などがある。また、特別養護老人ホーム等の介護保健施設の不足、さらに医療の【質】の問題に関係することなどが指摘されている⁷⁰。

2.2.2 東日本大震災および福島第一原発事故後の健康権の状況

東日本大震災(震災)および東京電力福島第一原発事故(原発事故)後の健康権に関する状況を把握する文献は非常に少ない。例えば、我が国の健康権の指針および指標を客観的・網羅的に包括した最初の報告書(2012年)⁷¹や、震災・原発事故を公衆衛の緊急事態と捉え、健康権の指針を平常時と比較した研究⁷²(2013年)は、次のような点を概観した。

震災後、医療に関する政府の対応として、医療関係者の被災地への派遣⁷³、特定疾患に

グラム「生存学」創成拠点 20091204. 松田亮三・棟居徳子『健康権の再検討：近年の国際的議論から日本の課題を探る』。立命館大学生存学研究センター，生存学研究センター報告 9，99p. 38-50

⁶⁶ 棟居徳子「特集 健康の権利を考える Part 1：日本における健康権保障の状況：健康権の指針を参考に」国際人権ひろば No. 95. ヒューライツ大阪. 2011 年

⁶⁷ 厚生労働省「平成 24 年 主な年齢の平均余命」2013 年 7 月 25 日
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/life/life12/dl/life12-02.pdf>

⁶⁸ World Bank. Mortality rate, under-5 (per 1,000 lives)
<http://data.worldbank.org/indicator/SH.DYN.MORT>

⁶⁹ 我が国の幼児(1-4歳)死亡率は、先進 13ヶ国に比べ高いとの指摘もある。田中 哲郎，内山 有子，石井 博子，須藤 紀子「我が国の小児の保健医療水準 先進国との死亡率の比較より」日本医事新報 4208:28-32. 2004 年 12 月

⁷⁰ 棟居徳子，2011 年. 前掲

⁷¹ 棟居徳子「日本における健康権の遵守状況(その2)」，月刊国民医療. 2012:300; 2-51.

⁷² Matsuura H, Sase E. The right to health in Japan: Challenges of a super aging society and implications from its 2011 public health emergency. Zuniga J.M, Marks S, Gostin L.O. (eds.) *Advancing the Human Right to Health*. Oxford: Oxford University Press, 2013

⁷³ 厚生労働省「平成23年(2011年)東日本大震災の被害状況及び対応について(第116報)」2012年3月23日

関する患者及び医療者への情報提供・相談、メンタルヘルスに関する情報提供・相談、災害救助法に基づく「いのちのケアチーム」の派遣、2013年度第3次補正予算による「いのちのケアセンター」が設置された。また、公的医療保険制度に関する対応として、被保険者証なしで医療機関の受診を可能にし、保険料及び一部負担金等の減免、徴収猶予及び納期限の延長を可能にする措置等が取られている。

健康権の【無差別】の視点として、震災による死亡者（1万5,786人）に占める60歳以上の割合が63.8%（1万85人、2012年3月11日時点）であったこと、および障がいのある人の死亡率が一般の死亡率に比べ高いことに鑑み、高齢者や障がいのある人を救助の際、災害救助法の実費弁償が問題となった点が指摘されている⁷⁴。また、女性への影響として、第3次男女共同参画基本計画および防災基本計画で促進されていた、男女の視点を配慮、また防災分野の政策・方針決定過程への女性の参画が十分でなかった点が示唆されている⁷⁵。

ほかに、国会事故調査委員会が報告書で指摘した、原発事故直後、空間放射線量が高い地区に住民が避難していた点⁷⁶は、住民の健康に関する（放射線）情報への【利用可能性】や【アクセス性】が極めて制限的であったことを挙げている。

被災者が、即時・無料で医療機関を受診できる措置は時機に叶っていた。しかし、元来から医療従事者数の少ない地域で震災・原発事故が発生したことにより、医療施設の地震・津波による物理的損壊に加え、医療従事者が増加しにくい状況となった。それにより、被災者(患者)の医療・医薬品サービスの【利用可能性】が低下した。平常時でも精神保健分野のコミュニティ・ケアが十分でない地域へは、政府が専門家と連携して心のケアチームを派遣し、被災地からは患者の移送等に対応した⁷⁷ ⁷⁸。ところが、例えば東京電力福島第一原子力発電所から4.5キロに位置する、内科・精神科・神経科の双葉病院（病床数350床）では、患者21人が移送中またはその後に死亡している。福島第一原発から20キロ圏

⁷⁴ 棟居徳子, 2011年. 前掲, 39

⁷⁵ 内閣府男女共同参画局「男女共同参画の視点による震災対応状況調査」2012年7月

⁷⁶ 例えば、浪江町の住民約50%は高線量地域に一時避難している。東京電力福島原子力発電所事故調査委員会（国会事故調）『東京電力福島原子力発電所事故調査報告書』2012年。「第4部資料編：参考資料アンケート調査結果まとめ」（111ページ）。2012年3月15日～4月11日実施、無作為抽出、回答者数10,633人（回収率50.6%）。

⁷⁷ Yamazaki, M, Minami, Y, Sasaki, H, and Sumi, M. (2011). The psychosocial response to the 2011 Tohoku earthquake. *Bulletin of the World Health Organization*, 89 (9), 623

⁷⁸ 厚生労働省は57の「心のケアチーム」、延べ3,504人を被災地に派遣した(2012年3月時点)。

http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougai Shahukushi/kokoro/shinsai/

内の病院等は行政等の支援を十分に受けられず、総計 60 人以上の高齢者が死亡した⁷⁹。これらの点を踏まえ、災害に脆弱な人々の生命と健康の保護を明文化する必要性を指摘した⁸⁰。

2.2.3 国連人権理事会・国連特別報告者の日本訪問

我が国は、第 1 回普遍的・定期的レビュー（本章 1.3.1）のフォローアップとして、2011 年 3 月の人権理事会において、中間報告書を提出した。その中で、人権理事会の特別手続に関する恒常的な招待を表明した⁸¹。

これを受け、2012 年 11 月 15～26 日、震災・原発事故後初めて、国連特別報告者（健康権特別報告者）が日本を訪問し、健康権の実現に向け日本政府の対策について確認した⁸²。国連特別報告者は、福島第一原発事故の原因、緊急対応、修復、及び鎮静化の各段階における健康に対する権利の実現に関しても検討した。訪問地は、福島県内の多数の自治体、東京、仙台で、面会者は外務省、厚生労働省、文部科学省、および環境省の政府高官、復興庁、原子力規制委員会の幹部であった。国連特別報告者は、国連機関の代表者、健康に関する専門家、学者、市民団体および地域の代表者、また、福島県・宮城県の幹部職員にも会った。訪問調査の結果は、2013 年 5 月、国連人権理事会に提出された。健康のモニタリングに関する勧告は、次の内容を含む。

- ・ 長期間の全般的・包括的な健康管理調査を通じ、原発事故の影響を受けた人々の健康に関する放射能による影響を継続的に監視すること。必要な場合、適切な治療を行うこと。

⁷⁹ 朝日新聞「避難中・避難後の死亡に弔慰金 原発事故で厚労省見解」2011 年 5 月 7 日
<http://www.asahi.com/special/10005/TKY201105060448.html>

⁸⁰ Matsuura H, Sase E. 2013, 前掲

⁸¹ 外務省. The Government of Japan. Human Rights Council: 16th Session. Universal Periodic Review. Mid-term progress report by Japan. March, 2011

⁸² 国連人権理事会 (UNHRC)、原文: Twenty-third session, Agenda item 3. Promotion and protection of all human rights, civil, political, economic, social and cultural rights, including the right to development. Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, Anand Grover. Addendum. Mission to Japan (15-26 November 2012). A/HRC/23/41/Add.3. May 2, 2013
http://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session23/A-HRC-23-41-Add3_en.pdf

和訳: ヒューマンライツ・ナウ翻訳チーム、2013 年 6 月 27 日修正版

<http://hrn.or.jp/activity/130627%20Anand%20Grover%27s%20Report%20to%20the%20UNHRC%20japanese.pdf>

- ・ 健康管理調査は、年間 1 ミリシーベルト 以上の全ての地域に居住する人々に対し実施されるべきである。
- ・ 内部被ばくの検査は、ホールボディカウンタに限定することなく、かつ、地域住民、避難者、福島県外の人々等、影響を受けた全ての人々に対して実施すること。

また、国連特別報告者は日本政府に対し、年間 1 ミリシーベルト未満の放射線レベルに下げため、時間目標を明確に定めた計画を早急に策定すること、長期的な除染政策を緊急に策定すること、情報の透明性と説明責任、補償と救済措置を要請している。ほかに、意思決定過程における地域社会の積極的な参加とともに、放射線汚染廃棄物処理の日程表を策定し、一時保管場所、最終保管場所、および処理施設の設置に向けて緊急の措置を講じることを要請した⁸³。

⁸³ ヒューマンライツ・ナウ翻訳チーム. 2013年, 前掲。外務省「健康の権利特別報告者との対話における岡田大使ステートメント」2013年5月27日
http://www.mofa.go.jp/mofaj/press/enzetsu/pdfs/statement_un_rh_20130527_jp.pdf

第3章 震災・原発事故被災者の支援状況

1 被災者との「話し合い」および支援機関・団体のヒアリング概要

1.1 対象、実施時期、方法

本研究では、東日本大震災および福島第一原子力発電所事故後の健康権に関する支援の状況を把握するため、①被災者との「話し合い」と、②保健医療サービス・医薬品の提供にかかる計画策定及び実施機関（国および地方自治体・医療機関・支援団体）へのヒアリングを実施した。期間は2013年5月～11月であった。

1.1.1 震災・原発事故の被災者（母親）

福島県に住む福島県民のうち、2011年3月11日時点において18歳以下の子どもを持つ母親を対象とした⁸⁴。福島県内の自宅に居住する母親（「自宅群」）と、県外避難中の母親（「避難群」）の2群を抽出した。「話し合い」開催地と研究参加者の住民票登録地は表3-1のとおりである。

「話し合い」開催地の選択にあたり、まず、避難指示区域から強制的に避難した「避難群」と、福島県内の避難指示区域の外に暮らす「自宅群」に分類した。本研究の「避難群」は東京電力福島原発の立地町（大熊町、双葉町）である。「自宅群」は地理上の特性を掴むため、浜通りと中通りに分け、そのうえで、原発事故直後、放射性プルームが通過したとされるいわき市と、事故後3年目となっても空間放射線量が比較的高い郡山市を選んだ。「避難群」のうち、大熊町の住民が居住する新潟県内の市名は伏せる。同市に避難中の大熊町出身者が少ないので発言者の特定を防ぐためである。

⁸⁴ 子どもの年齢を18歳以下としたのは、福島県が県民を対象に実施する県民健康管理調査のうち、甲状腺検査の対象年齢に合わせたことによる。2011年11月から3カ月間の、いわき市の児童・生徒（保育園、幼稚園、小学校、中学校等、計31,235人）のバッジ式線量計による積算線量は、平均0.11ミリシーベルトであった。この結果を1年間に換算すると、0.44ミリシーベルトとなる。いわき市「バッジ式線量計による積算線量計（外部被ばく線量）測定結果概要」2012年

<http://www.city.iwaki.fukushima.jp/bukyoku/hokenfukushibu/13359/013763.html>

2011年度、郡山市の放射線個人積算線量（年間）は、未就学児童が平均1.34ミリシーベルト、小・中学生が1.33ミリシーベルトであった。2013年度（3回目）では、未就学児童が平均0.44ミリシーベルト、小・中学生が平均0.47ミリシーベルトとなっている。郡山市「広報こおりやま」2014年3月 p6

表 3-1 「話し合い」参加者（研究参加者）の居住地と住民票登録地

住民票登録地		「話し合い」 開催地等	対象・人数 (避難先)	実施日 (2013年)	時間
		避難群	避難指示区域	大熊町 4人 (新潟県)	5月14日
避難指示区域	双葉町 9人 (埼玉県)		5月16日	3時間	
自宅群	福島第一原発から 約30km(浜通り)	いわき市 11人	5月7日	3時間	
	福島第一原発から 約50km(中通り)	郡山市 4人	5月17日	3時間	
合計			28人		11時間40分

注：住民票登録地は「話し合い」開催時

母親を対象とした理由は、関係者への非公式インタビュー、現地訪問、文献調査等の事前調査から、次のような点が示唆されていたことによる。第一に、災害また避難時に、脆弱な(vulnerable)集団とされる女性(妊婦)であると同時に、子どもの保護者の役割を有すること。第二に、被災による心理的影響や、放射線の健康被害を特に受けやすいとされる子どもたちの状況を把握していること。第三に、母・妻・嫁の複数かつ複雑な立場として、放射線対策また地域の復興に対応する立場であること。最後に、既存調査から、女性は災害や原発事故の影響等に対する不安や、公共政策への要望を公に発言する場が比較的少ないこと⁸⁵。これらの状況を受け、筆者らが各地を訪れ、研究参加者と「話し合い」(フォーカスグループ・ディスカッション)を行った。

本稿では、「話し合い」に参加し、アンケート調査に回答した被災者(母親)を「研究参加者」と称する。

⁸⁵ 竹信三恵子、赤石千衣子、『災害思念に女性の視点を！』岩波書店、2012年
村田晶子ほか、『復興に女性たちの声を』早稲田大学出版会、2012年

(1) 「話し合い」

福島県内外の各地域で、健康権に関する被災者支援を提供する支援団体等を通じ、本研究の趣旨と「話し合い」参加に賛同しそうな母親に声を掛けた。その中で、本研究の対象(1.1)に該当する母親が希望する日時・場所にて「話し合い」を設けた。就学児童のいる研究参加者が多いこともあり、「話し合い」は平日の日中に実施した。研究参加者が話しやすいよう、可能な限り面識のある人同士を集め、1回の人数を十数人以下の小規模に設定した。

「話し合い」では、同席の研究参加者と意見を交わすことにより、互いに触発され、個人では気付かない(含:忘却、または見過ごしていた)事象や感情を語る事が可能となりうる。また、他の研究参加者との対話による相乗効果で、議題の内容が深まることが期待される。この点で、グループ・インタビュー(集団の中で1人ずつインタビューする方式)とは異なる。

健康権に関する6項目に標準を定め意見交換を活発化させる「話し合い」の進行係(facilitator)は筆者(佐瀬)が務めた。「話し合い」の内容は、研究参加者の同意を得て筆者らがメモを取り、かつICレコーダーに録音した。

「自宅群」では、いわき市11人の研究参加者と合計3時間、郡山市4人の研究参加者と3時間の「話し合い」が開催された。「避難群」として、大熊町4人の研究参加者(新潟県内在住)と2時間40分、双葉町9人の研究参加者(埼玉県加須市在住)と3時間の「話し合い」が持たれた。2013年5月~6月に開催した「話し合い」は総計11時間40分、参加人数は「自宅群」15人、「避難群」13人、合計28人であった。

(2) アンケート調査

また、研究参加者の属性等(年齢、家族構成、健康状態等)を尋ねるアンケート票(自己記入方式)を、「話し合い」開催時に配布・回収した。結果分析は匿名性を保ち、グラフ化・文章化した(「資料2 研究参加者の属性等」参照)。

(3) 倫理的配慮

本研究に参加した母親には、調査実施前に調査研究の趣旨・利害の有無・参加撤回の自由等を文書と口頭で説明し、書面で同意を得た。「話し合い」およびアンケートの内容は、倫理委員会の規定に則し個人の特典ができない形で公表する。なお、調査実施前、著者(佐

瀬)の所属先である東京大学の倫理委員会に承認を受けた(審査番号:10123)。

1.1.2 保健医療サービス提供側：行政・医療機関・支援団体

保健医療サービス・医薬品の提供に係る計画策定および実施機関(国および地方自治体・医療機関・支援団体)、24機関(行政機関・医療機関・支援団体)に対し、2013年5~11月に合計41時間16分のヒアリングを実施した(資料3「ヒアリング先一覧」参照)。自治体は、研究参加者の居住地(自宅群)と、住民票登録地・避難先(避難群)とし、比較のため二本松市を加えた。研究参加者同様、発言者の承諾を得てICレコーダーに録音しメモを取った。また、ヒアリング先が公開する文書(ホームページ、出版物等)で発言内容を補った。

1.2 健康権に関する支援状況の把握方法

震災・原発事故後、特に3年目における、健康権指針(保健医療サービス・医薬品の①利用可能性、②アクセス可能性、③医療機関等での受容可能性、④保健医療サービスと医薬品の質(第2章、表2-1)、および社会権規約や「一般的意見第14」等に基づき国連人権委員会が重視する⑤政府(保健医療機関)の説明責任と⑥住民の意思決定過程への参加(住民参加)について尋ねた。

2 震災・原発事故後の被災者ニーズと支援状況

東日本大震災および原発事故後の健康権に関する被災者のニーズと支援状況のうち、第一に、医療保健サービス一般につき、研究参加者との「話し合い」および関係機関・団体とのヒアリングで示された内容、さらに公開資料等の内容から述べる。第二に、原発事故を受け実施されている、福島県の県民健康管理調査、特に甲状腺に関する被災者ニーズと支援状況を顧みる。第三に、放射線防護に関する内容を記載する⁸⁶。

注1:【 】内は健康権の指針、または人権保護に関する事項を示す。

注2:記載内容は、記載がない限り「話し合い」時およびヒアリング時のものである。

⁸⁶ なお、研究参加者から示された被災者ニーズのうち、支援提供機関・団体(ヒアリング先)が特に発言がなかった内容は、当該機関の公開文書等から引用・分析した。

2.1 医療機関における被災者への保健医療サービス

2.1.1 医療機関と医療従事者

福島県の医療機関数は、病院 130 施設、一般診療所 1,397 施設、歯科診療所 876 施設である。人口 10 万人あたりでは、病院 6.6 施設、一般診療所 71.2 施設、歯科診療所 44.6 施設となっており、全国平均よりやや少ない（2012 年）⁸⁷。医師数については、第 1 章 2.2.1 で述べたとおりである。

例えば福島県の浜通り地方では、「整形外科・産婦人科・小児科・耳鼻科等で専門的な治療を受けたい場合には、福島市や郡山市等比較的人口が多くて医療機関も多い地域に行かないといけない」（復興庁）状況である。地域医療提供体制の再構築も視野に入れて、厚生労働省は相馬郡医師会主催の会議等に参加しつつ、福島県相双保健福祉事務所の職員と地元医師会や浜通りの病院及び市町村役場等を共に訪問し、互いのより円滑な連携・関係構築を支援している（厚生労働省）。なお、福島県内における震災・原発事故後の医療従事者の確保については、「県庁でさえ、個別の病院の職員確保の状況は把握していない」（厚生労働省）。厚生労働省および復興庁は福島県のための地域医療復興の予算を確保している（厚生労働省、復興庁）。

2.1.2 医療機関へのアクセス

（1）保健医療サービスの受給者

日本国憲法は、「すべて国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する」ことを保障する【無差別】。全国どこの医療機関でも自由に受診（フリーアクセス⁸⁸）することができる【アクセス可能性】。

災害等で指定された市町村から、住民票を移さずに避難した場合、特例事務として避難先自治体の行政サービスを受けることが可能である⁸⁹【利用可能性、アクセス可能性】。

例えば、多くの双葉町住民を受け入れている埼玉県加須市では、法的な特例事務には該当しないものでも、被災者の避難元である双葉町や、既存の地域医療ネットワーク「とね

⁸⁷ 全国平均は、人口 10 万人あたり、病院 6.7 施設、一般診療所 78.5 施設、歯科診療所 53.7 施設となっている。厚生労働省「医療施設調査」2012 年 10 月 1 日
http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/12/dl/04_toukei.pdf

⁸⁸ 厚生労働省「平成 25 年版厚生労働白書」p298

⁸⁹ 総務省「原発避難者特例法に基づく指定市町村及び特例事務の告示等について」2011 年 11 月 15 日。
http://www.soumu.go.jp/menu_kyotsuu/important/48479.html

っと」と連携し、「フォローが必要な場合には対応を行っている」（加須市）⁹⁰。特に双葉町からの被災者を受け入れた直後は、1日2回、災害対策本部会議で市長が現状に則した判断をすることを原則としつつ、緊急な要件は現場で判断することが可能との市長指示が出ていた。医療部は地元医師と緊密に連携したり、外部から往診を受けて被災者への保健医療サービス・医薬品の提供にあたった【利用可能性、アクセス可能性、受容可能性、質】。同時に、納税者である加須市民に公平となるよう、双葉町住民の医療費等は双葉町に請求した。双葉町は福島県、さらに福島県は国に請求するという流れであった。

<ニーズ(自宅群)>

医療機関数および医師数の増加

福島県内に暮らす自宅群研究参加者(特にいわき市)の多くは、原発周辺地域からの避難者等の増加により、保健医療機関での待ち時間の長さを感じていた。地域の小児科(機関数と医師数)の増加を希望する声も聞かれた【利用可能性、アクセス可能性、質】。

<支援提供状況>

国による地域医療支援

「厚生労働省相双地域等医療・福祉復興支援センターにおいては、浜通り(相双といわき)の医療福祉の復興支援をしている。具体的には、医師派遣に関する医療機関間の調整や、自治体や郡市医師会が地域医療を検討する会議に事前調整段階から積極的に出席し、技術的な助言等をしている」(厚生労働省)【利用可能性、質】。

診療時間を延長

いわき市では患者増に伴い診療時間を延長している医療機関がある【利用可能性】。ただし「医療機関が診療時間を延長しても、最寄りの薬局が(受付時間を)延長していないため、患者が薬を受け取れないこともあった」(いわき市医師会)【利用可能性、質】。

(2) 医療費

すべての国民は、職業等に応じて健康保険や国民健康保険といった公的医療保険制度に

⁹⁰ 「とねっと」には、2013年7月31日現在、12,000人の住民および118の医療機関が参加している。

加入することとされている。病気等の際には保険証1枚で一定の自己負担により必要な医療サービスを受けることができる⁹¹【アクセス可能性】。

福島県では、2012年10月1日から県内全市町村で18歳以下（福島県に住所がある人）の医療費の自己負担分を無料化する行政的措置を図っている⁹²が、予防接種等、健康保険が適用されないものについては助成対象になっていない⁹³。ただし、東京電力に対し、医療費の自己負担分と通院慰謝料を請求することができる⁹⁴【アクセス可能性】。

（3）医療機関に関する情報

<ニーズ（避難群）>

避難先の医療機関情報

本研究参加者の避難群は、複数回にわたる避難の度に、かかりつけ医を探さなければならぬ負担を訴えた。見知らぬ土地で知り合いもなく、複数の異なる年齢層の子どもの必要に応じ、小児科、歯科等、生活するうえで必要な医療機関情報（どこに何科の診療所があるのか等）を得にくいとの声が多く聞かれた【利用可能性、アクセス可能性、質】。

<支援提供状況>

医療機関情報の提供

被災者を受け入れた自治体では、避難元の自治体や避難先の自治体が様々な方法で避難者に医療機関情報を提供した。例えば大熊町では、保健師が「インターネットで医療機関情報を調べたり、避難先の自治体に問い合わせたりして情報を入手した」（大熊町）。双葉町等から多くの被災者を受け入れた加須市では、「震災前から作成していた医療機関ガイドブックを避難者に配布した」（加須市）。さいたまスーパーアリーナの避難所では、埼玉県庁の保健担当者が周辺病院や診療所の場所、診療科目や診療時間を記した医療機関マップを作成し、避難所の救急医療室に掲示する等して患者に配布した（双葉町医師）。

また、本研究参加者（避難群）が暮らす新潟県内の支援団体は、医療機関を探す被災者

⁹¹ 厚生労働省「平成25年版厚生労働白書」前掲

⁹² 福島県ホームページ「子どもの医療費助成」

http://wwwcms.pref.fukushima.jp/pcp_portal/PortalServlet.jsessionid=97238F2290AB2531E02B291A8823E35E?DISPLAY_ID=DIRECT&NEXT_DISPLAY_ID=U000004&CONTENTS_ID=31026

⁹³ 福島県ホームページ「子どもの医療費助成」前掲

⁹⁴ 東京電力ホームページ「本賠償のご請求に関してよくいただくご質問（個人の方々）」前掲

のニーズを注意深く聴いたうえで、例えば「あなた、結構神経質そうだから、細かく相談に乗ってくれそうな〇〇医院」と、具体的に医療機関を紹介していた。その医療機関が被災者のニーズや嗜好に合っていたかどうか、被災者にフォローアップしている。依存心を助長し過ぎて被災者が無欲になることを防ぐため、被災者が達成感を得られるよう、本人が決断し行動することを促している（新潟県内の支援団体）。

医療提供体制の構築

加須市では、医師会や歯科医師会等と話し合い、避難所（埼玉県立旧騎西高校）の保健室から地域の医療機関につなげる医療提供体制をつくった。市の担当者は、「地元医師会長のリーダーシップがあったからできた。平常時から医師会と行政が連携していたことが、双葉支援で非常に役立った」（加須市）と話した。

地域医療につなぐ医師

双葉町から加須市への避難者に医師が同行していたことにより、同町からの約 1,200 人の避難者のうち、約半数（500 から 600 人）は慢性疾患患者であることが、加須市到着時には把握されており、医療機関で即座に薬を処方することが可能となった（加須市）。このように加須市では、双葉町の役場機能等が回復するまで、避難者の「自立支援」を目指すとの市長の考えに基づき、「支援業務は、市において最も重要である通常業務の一部とする」と位置づけた（加須市）。

2012 年 12 月から、いわき市内の仮設住宅に月 1 回通いボランティアをする同内の医師は、「顔と名前を知ってもらおう」姿勢を基本としている。例えば「（医師から）こんなこと言われたんだけど、分かんねえんだ」ということに対し、噛み砕いて説明していた。そのうち、避難者に「ちょっとあそこのばあちゃんのところへ、先生行ってくれないか」と頼まれるようになり、医療が必要と診断した際には病院を紹介している。

2.1.3 医療機関における患者の受け入れ

<ニーズ（避難群）>

被災者自己負担の免除措置の周知徹底

避難先の医療機関の窓口で、被災者等に対する医療費等の自己負担の免除措置を、自ら説明しなければならず不便であったと話す研究参加者（避難群）が複数いた。避難先等の

保健医療機関に簡単に避難者であると示すことのできる「携帯型避難証明」のようなものがあると、迅速に医療サービスを受けることができ、便利ではないかとの意見もあった【受容可能性】。

患者への配慮

避難群の研究参加者は、医師から「どうですか」とか「大変でしたね」と声を掛けてもらえれば、事情を話しやすくと打ち明ける研究参加者もいた（双葉町、研究参加者）【受容可能性、質】。

自宅群の研究参加者からは、保健医療機関を受診した際、放射線の健康影響への不安な気持ちを受け入れてもらえていないと感じた研究参加者もいた。

（放射線が）心配で眠れなくて、どうにかしてほしいと思って、地元の医療機関に行きました。でも「ここで暮らすためには、ここが安心ということを受け止めないといけない。起きてもないことを悩んでも仕方ない」と言われてしまって。…（私は）放射線（の心配）による精神的なこともある。放射線がいわきにあることも事実。真っ向から否定されても（いわき市、研究参加者）。

優しく相談に乗ってもらえると思って、牛乳の放射線影響を心配しなくてよいか（医療機関で）相談した。「新聞とか見てる？牛乳は基準値以内」とか、「あなたみたいな人が大勢いるから、風評被害を生むんだよ」というようなことをズバズバ言われてしまって（郡山市、研究参加者）。

一方で、医療機関に放射線の健康影響を相談した際、医師の指導に安心したケースもあった。

妊娠後、不安で（産婦人科の）お医者さんに聞いたら「大丈夫」と言われたので、ここに留まって産みました。お医者さんを信じていました。けれど、危険をおおる情報が多くて不安はつきまわっていました。…放射線が気になるので、何度もここにいても大丈夫かと聞くと、「全然心配ない」と言ってくれ、安心しました（郡山市、研究参加者）。

<支援提供状況>

避難先ネットワークへの橋渡し

2013年9月13日時点において、避難所である旧騎西高校には62世帯92人、周辺には167世帯473人の避難者がいた。避難所の外で生活が始まるとコミュニティを失うことから、見守り体制として加須市の福祉部と健康医療部が双葉町の職員や社協と共に、周辺に住む473人全員を訪問し家族状況を把握した。健康状態に問題が確認されない家庭は、次回訪問を1、3、6カ月と振り分けた。その前に双葉町が既に一巡し、必要に応じて加須市の保健師を派遣していた。旧騎西高校には、受け入れ当時から2013年9月に至るまで加須市の職員が日直制で毎日通う。加須市の保健師は近隣市や双葉町の保健師と連携し、要請を受け即座に出向く体制を取っている（加須市）。

また、2007年に中越沖地震（震度6強）で仮設住宅等での対応を経験した新潟県内の自治体には、本研究参加者を含む福島県からの被災者が生活を送っている。被災者は基本的に住民票を福島県内に置いたまま避難しているため、市では被災者数の把握から始めた。次に、市に常駐している女性相談員や保健師を介したり、市の担当者自身が被災者集会に出席し、被災者の健康ニーズ等の把握に努めた。その後、健康等のリスクが高いと思われる世帯には、地元の医師の協力で家庭訪問も試みた。避難者の受入自治体として、被災者支援の難点は、リスクがあると市が把握していても、被災者本人からの要請（意思表示）がない場合「介入する権限がないこと」（新潟県内の自治体）を指摘した。

支援団体に患者をつなぐ医師

福島市医師会は、「外来を受診した避難者の方が『借り上げ住宅に住んでいて、周りは知らない人ばかり、何もすることもなくて寂しくて仕方ない』と訴えていたため、地元のボランティア組織に紹介した。避難者はボランティア組織に溶け込むことができ、「今はやることがいっぱいあって大変だと活気を取り戻した」（福島市医師）と話した。

2.1.4 専門的知見と説明

<ニーズ（自宅群）>

専門家(医師等)の指導

自宅群の中には、放射線の健康影響についてかかりつけ医に質問したことを機に、医師との関係が悪くなったと感じ、通院をやめた研究参加者もいる。これらの人々は地元で暮

らしつつ震災・原発事故から3年目となって、かかりつけ医を“再”発掘していた【利用可能性、説明責任】。

統合医療を目指す医師を信頼して、子供のメンタルのこともみてもらっていた。震災以降受診した際、「放射能による被害はみんな心配だろうが、少しの被ばくはむしろ体に良い」と。…自分の感覚と違うと感じがして、ショックを受け、通うことができなくなった。子どもたちの通院もストップ。私にとっても心の痛手。未だに立ち直ることができない（いわき市、研究参加者）。

<支援提供状況>

患者への説明と同意(インフォームド・コンセント)

郡山市内の診療所は、患者が県民健康管理調査の結果等の被ばく量に関する情報を持参した際、結果について患者と向き合い、地域医療に根差した臨床を実施している。郡山市内の別の病院では、「患者は（自らが提供を受ける医療方針の）書類にサインして終わりということではなく、（説明に）納得と合意をした上で署名」してもらい治療をしている点を強調した。いわき市内の診療所では、「日常診療においても、例えば血液検査をしたら検査結果を説明する。検査結果上の問題があれば専門病院に紹介する。分からないことは、分かりませんと回答」し、患者の放射線に関する質問に対しても同じように接していると話した。

保健医療従事者に対する研修の実施

環境省は、2012年度、「原子力災害影響調査等事業」として、福島県のほか近県6県（岩手県、宮城県、栃木県、茨城県、群馬県、千葉県）にて、保健医療福祉関係者や教育関係者等を対象にした研修を実施した（環境省）。

対面による保護者の支援

自治体における対策の例として、福島市の「震災にかかわるこころのケア事業」では、乳幼児健診時の個別心理相談を育児支援活動の一環として2012年から実施している。⁹⁵同

⁹⁵ 健診時の心理相談は、2012年度においては1歳6か月健診時のみ、2013年度から4か月健診も加えた。福島市「子どもプロジェクト」<http://www.city.fukushima.fukushima.jp/uploaded/attachment/18930.pdf>

時に、福島市は地域の母親たちとの座談会を企画し、保健師や医師会が対話の場をもつ取り組みを行っている。郡山市においても、従来の特定健診、がん健診、母子保健、1歳6か月、3歳児健診を通して、母親の不安や子供の健康状態を把握して支援を、学校は学校保健の分野で支援していた。

2.2 原発事故以降の甲状腺検査

2.2.1 甲状腺検査の実施機関

2011年の原発事故以降、福島県、市町村、支援団体等により甲状腺検査が行われている。福島県の県民健康管理調査は、同年3月11日時点で0～18歳までの福島県民(約36万人)を対象に⁹⁶、先行検査(1回目の甲状腺検査)を行っている⁹⁷【利用可能性、無差別】。川俣町山木地区、浪江町、飯館村の甲状腺検査は実施機関である福島県立医大に於いて行われ、これらの地区以外の検査は、保健センターや公民館、学校等の施設で実施されている。⁹⁸福島県立医大は、「県外の76医療機関に甲状腺検査の協力を依頼している。さらに、相対的に避難者が多い地域には福島県立医大のスタッフが出向き出張検査を行っている」(福島県立医大)。これまでに新潟県で2回、山形県で2回、神奈川県で1回、出張検査が行われた⁹⁹【利用可能性、アクセス可能性、無差別、質】。

<ニーズ>

集団での甲状腺検査(避難群)

本研究の避難群、特に新潟県内に点在して住む大熊町の研究参加者から、検査を受けるため「個人次第で動かないといけない」ことを不便に感じる声が挙がった。甲状腺検査等は学校単位等、「福島の避難者の人、集まれ」との声掛けで実施されることを望む声もあった【利用可能性、アクセス可能性、質】。

近隣での甲状腺検査(自宅群)

一方、福島県内の自宅群からも、「甲状腺の画像を診れる、信頼のできるお医者さんがい

⁹⁶ 福島県ホームページ「県民健康管理調査「甲状腺検査」について」
<http://www.pref.fukushima.jp/imu/kenkoukanri/koujyousen.pdf>

⁹⁷ 福島県ホームページ「県民健康管理調査「甲状腺検査」について」前掲

⁹⁸ 福島県ホームページ「県民健康管理調査「甲状腺検査」について」前掲

⁹⁹ 県民健康管理調査「甲状腺検査」の実施状況について
<http://www.pref.fukushima.jp/imu/kenkoukanri/251112siryou2.pdf>

わき市にいてくださったらいいなというふうにはすごく思います」(いわき市、研究参加者)と、近隣で検査を受ける機会を望む声も聞かれた【利用可能性、アクセス可能性、質】。

<支援提供状況>

甲状腺検査要員の増強

県民健康管理調査の高い水準で甲状腺検査ができる要員を増やすため、国は福島県内外で対策を講じている。2013年4月、福島県と福島県立医大の要請を受け、被災者健康支援連絡協議会や臨床検査技師会に甲状腺専門家の派遣を依頼した(環境省)【利用可能性、アクセス可能性、質】。また、同5月から、福島県医師会により県内各地で甲状腺検査の講習会が開催されている。講習会を複数回受講した者のうち試験に合格すれば検者に認定される。これまで県内各地で5回開催され、受講者は医師や技師等延べ500人を超え、2013年6月時点で、学内27人の医師が受講済みである(福島県立医大)【利用可能性、アクセス可能性、質】。

2.2.2 甲状腺検査の費用

甲状腺検査に係る諸々費用は福島県民健康管理基金で賄われているため、該当者の検査費は無料である。環境省は、「2011年度第二次補正予算により福島県民健康管理基金に782億円の交付金を拠出している」(環境省)。甲状腺検査等放射線被ばくに関する検査を受けるためにかかった交通費は、東京電力に賠償請求できる¹⁰⁰。また、県民健康管理調査等以外の検査を受けて検査費用を負担した場合は、当面の間、請求内容や事情をみて必要かつ合理的な範囲で東京電力の賠償を受けることができる¹⁰¹【アクセス可能性、無差別】。

2.2.3 甲状腺検査の機会

<ニーズ>

甲状腺検査の日時・場所の選択

特に検査機関が遠方の研究参加者は、検査日時が限定されていることを不便に感じるとの声も聞かれた。

月1回の決まった時間帯しかなくて、それを逃したら、もう翌月みたいな…。学校

¹⁰⁰ 東京電力ホームページ「本賠償のご請求に関してよくいただくご質問(個人の方々)」前掲

¹⁰¹ 東京電力ホームページ「本賠償のご請求に関してよくいただくご質問(個人の方々)」前掲

を半日切って（休ませて）こなくちゃいけないし（大熊町、研究参加者）。

<支援提供状況>

検査の実施案内（場所や日時）および結果は、本人（保護者）宛に通知されるほか¹⁰²、検査の実施スケジュール等は、福島県のホームページに掲載されている¹⁰³ ¹⁰⁴（第1章参照）

【利用可能性、アクセス可能性】。福島県では、受検者が通知に記載された日時や場所の都合が悪い場合、日時や場所の変更をすることができるように配慮している。また、県外避難者は「福島県内でも県外でも検査を受けることができる。県外避難者の中には、お盆で帰省したときに県内で検査を受けるという人もいる」（福島県）。2013年12月末の時点で、約15,000人が県内外で検査を受けていた¹⁰⁵。

2.2.4 甲状腺検査の質

福島県では、「検査機器や検者に対し一定の基準を決めて、精度管理を図り、検査の質を担保し、数十年後、検査結果の比較検証にも耐え得るものとしている」（福島県）【利用可能性、質】。

2.2.5 甲状腺検査の結果

<ニーズ>

対面での詳しい説明

県民健康管理の甲状腺検査の結果は、本人（保護者）に対して郵送にて通知される。福島県内では対面で詳しい説明が受けられなかったため、県外の専門病院に学校の休暇を利用して甲状腺検査を受けさせる研究参加者も複数いた。その際、さらに詳しい説明や見通しを指導してほしいとの声も聞かれた。

（原発事故から）5年目までぐらいは様子を見たほうがよいとも聞くので「（甲状腺検査等は）毎年やったほうがいいよ」という説明があってもいいよね（大熊町、研究参加者）。

¹⁰² 福島県ホームページ「県民健康管理調査「甲状腺検査」について」前掲

¹⁰³ 福島県ホームページ「甲状腺検査の検査日程」

<http://fukushima-mimamori.jp/thyroid-examination/schedule-fukushima/>

¹⁰⁴ 福島県ホームページ「県民健康管理調査「甲状腺検査」の実施状況について」

<http://www.pref.fukushima.jp/imu/kenkoukanri/250820siryou2.pdf>

¹⁰⁵ 第14回県民健康管理調査検討委員会資料2014年2月7日

<支援提供状況>

検査結果の正確な伝達

福島県立医大では、県民からの結果通知表が分かりにくいとの声を受け、嚢胞の数を明確に記す等、誤解を生じないような形で正しく伝えるための工夫を凝らしている【利用可能性、質】。例えば、保護者が見て分かりやすい結果報告と結果説明書をつけて丁寧な説明をするよう努めている【説明責任】。

また、問い合わせに関しては、プライバシーを保護しつつ即応を心がけ、例えばコールセンターへの問い合わせは内容によって振り分け、その場で回答可能なものには対応している。個別の案件等は電話の主の確認を取る等、ルールを作っている。「こちらから電話を掛けなおした際、留守の場合、夜中に掛け直せないうえ、(県民の個人情報保護のため)留守番電話にも入れられない。行き違いがある場合は、大変申し訳ない」(福島県立医大)と話している。

結果説明会の実施

福島県立医大は、2012年度から甲状腺検査の説明会を実施している【説明責任、住民参加】。2013年度は学校単位で保護者を対象にした説明会を行った。2013年6月20日時点で、約70校が説明会の実施を希望していた。検査結果を郵送するだけでなく、できる限り対面で説明することが目的である。2012年度は8回説明会を実施し、説明会後のアンケート回答者のほぼ100%が、アンケートの中で説明会に参加して「安心した」と回答している(福島県立医大)。

市町村健診に合わせたよろず健康相談会

個別に質問したい被災者のために、福島県立医大では主に浜通りで各市町村の要望に応じて集団検診等、人の集まる日に合わせてよろず健康相談会を実施している【利用可能性、アクセス可能性、質、説明責任、住民参加】。地元の保健師たちと連携を強化していく。できるだけ同じ町に同じメンバーが訪問できるように調整している。1回の相談者は5~10人。訪問者に少なくとも1人の医師を入れている。また、「医学的な説明だけでは、不安に応えるために不十分。よろず健康相談会では、可能な限り相談に来られた方の気持ちに寄り添うようにしている」(福島県立医大)。

<ニーズ>

検査結果の長期保管

(県民健康管理調査の) 診断の結果とかは子ども別にファイルして、嫁入り道具にするしかないなと思っています。嫁にもらってもらえるかも、ちょっと不安だなと、当時は。今、県外に来てみて、皆の意識が薄いことでちょっと安心しているんですけども…目に見える証拠として取っておく(大熊町、研究参加者)。

<支援提供状況>

県民健康管理ファイルの配布

福島県は、健康調査や検査の結果を個人が記録・保管できるように県民健康管理ファイルを配布している¹⁰⁶。ファイルには、氏名・生年月日・血液型・居住地(住所と住んでいた期間)等の基本的な本人情報、放射線量の測定値の記録、転居や生活上の変化やストレスを感じたこと、健診やがん検診の記録、医療機関の受診等が記録できるようになっている¹⁰⁷【利用可能性、質、住民参加】。

県民健康管理調査と健診の結果統合

県民健康管理調査の妊産婦に関する調査と、妊婦健診や1か月健診の間にデータベースのリンクはない。そのため、県内外で母親が受けた健診の結果を、本人が県民健康管理調査の調査票に書き写している(福島県立医大)【利用可能性、質、住民参加】。

県民健康管理調査データ管理システムの構築

福島県立医大は、県民健康管理調査データ管理システムの構築を行い、県民単位に各種情報を一元管理する(第1章4.2.3参照)。

甲状腺検査結果の提供

福島県は、県民健康管理調査の甲状腺検査の結果を本人(保護者)に郵送する¹⁰⁸ほか、2011

¹⁰⁶ 福島県・福島県立医科大学・協力：福島県医師会・福島県病院協会「健康長寿県日本一を目指して あなたの健康見守ります」<http://www.pref.fukushima.jp/imu/kenkoukanri/fairu.pdf>

¹⁰⁷ 福島県・福島県立医科大学・協力：福島県医師会・福島県病院協会「健康長寿県日本一を目指して あなたの健康見守ります」前掲

¹⁰⁸ 福島県ホームページ「県民健康管理調査「甲状腺検査」について」

年9月以降、市町村から福島県に検査や調査のデータにつき請求があった場合、市町村にそれらを提供している（福島県）【利用可能性、アクセス可能性、説明責任】。

2.3 放射線防護

研究参加者は、家族特に子どもを放射線被ばくから守るため、環境中や体内の放射線測定、土壌や食品中の放射性物質の測定、除染等様々な方法で放射線防護に気を配っていた。

あまり自分の中で、初期の段階では子どもを守れていなかったんですけど。（2011年の）夏、自分でもガイガー（カウンター）を買って、身の回り（の放射線）を測ると、「市で発表してる数値より全然高い」。それでも普通に子供たちは生活させてしまっていて。夏の保養から帰ってきて、気をつけるよう子どもたちに言って（いわき市、研究参加者）。

原発事故後の夏休み後（いわき市）、あるいは1年を経過した頃（郡山市）から、子どもの通学先の家庭や近隣の人たちと、放射能対策に対する考えや態度に差があることを研究参加者たちは感じ始めた。

2011年の夏休み以降に、雰囲気ガラッと変わったんですね。なんか復興一色みたいになってしまって。今まで一緒に「(放射線が)心配」って言ってた人たちも、皆もう黙ってしまって。そんな中で子どもたちが無防備な状態で、親の意識次第で、守られる子と守られない子がいるっていうことに対して、すごく嫌だなって思った（いわき市、研究参加者）。

もううちだけ自衛だけして頑張ろうという、いわき生まれのお母さんは多いかもしれないですね（いわき市、研究参加者）。

福島県の大部分の地域では、震災・原発事故後も住民が生活を続けている。現地では、居住地や学校における放射性物質の除染、安全で安心して生活できる環境整備の継続が求められている。

震災前だったら（原発の）労働者の人は守られてて、健康診断から労災から何もか

もあったのに。私たちは社会的（公衆）被ばくをしてるだけで、何の補償もないし。だから、とにかく1ミリシーベルト（以下の年間被ばく量）を守らせてほしい（いわき市、研究参加者）。

2.3.1 放射線防護対策の実施

国や自治体は、空間線量測定、土壌や食品中の放射性物質の測定と並行して、除染を実施している。

（1）放射線測定（空間線量、体内・土壌・食品中の放射性物質の測定）

内部被ばく検査

福島県はホールボディカウンタによる内部被ばく検査を、2011年6月から2013年12月までに175,278人に実施した。その結果、175,252人の預託実効線量¹⁰⁹は1ミリシーベルト未満であった（2人が3ミリシーベルト以上）¹¹⁰。また、支援団体でもホールボディカウンタによる検査が実施されている【利用可能性、アクセス可能性、質、説明責任】。

食品中の放射性物質に関する検査

食品中の放射性物質に関する検査は、放射性セシウム、ストロンチウム90、プルトニウム（238・239・240・241）、ルテニウム106を考慮に入れて設定した食品衛生法に基づく基準値に従い実施されている¹¹¹。放射性セシウム以外の核種の設定に時間を要することから、放射性セシウム以外の核種からの線量を含め、食品摂取による被ばく量が年間1ミリシーベルトを超えないよう放射性セシウム濃度の基準値が設定されている¹¹²。厚生労働省は、国立医薬品食品衛生研究所に委託し、2013年2月～3月に、全国15地域で流通する食品を購入し（マーケットバスケット試料）、放射性セシウムの測定を行い、1年間に食品中の放射性セシウムから受ける放射線量を推計した。その結果、放射性セ

¹⁰⁹ 放射性核種の摂取後、50年間に受ける線量を最初の1年間で受けた（預託）として計算したもの。環境省「食品から受ける放射線線量（預託実効線量）」<http://search.kankyo-hoshano.go.jp/food2/top.html>

¹¹⁰ 福島県「ホールボディカウンタによる内部被ばく検査について」
http://wwwcms.pref.fukushima.jp/pcp_portal/PortalServlet?NEXT_DISPLAY_ID=U000004&CONTENTS_ID=26211

¹¹¹ 答弁書第21号内閣参質185第21号 平成25年10月29日

¹¹² 答弁書第21号内閣参質185第21号 平成25年10月29日前掲

シウムについては、食品中から人が1年に受ける放射線量は、年間0.0008～0.0071ミリシーベルトと推計された¹¹³。

自治体の実践例として、双葉町は、仮設住宅等において放射能簡易分析装置により家庭菜園や山菜等の食品の放射性物質の検査を無料で実施している。いわき市では、家庭菜園の野菜等の放射線検査を実施し、2012年度には産米の全量全袋検査も行った。「食品検査を継続して実施した。可能な限り安全な給食を提供していくことが重要」（いわき市）であるため、学校給食食材の放射性ヨウ素およびセシウム検査を行っている。2012年度、いわき市は、いわき産の農産物安全確認モニタリング検査等の結果につき記者会見を行った。2013年度も消費者自身が安心・安全の判断に資するために食品衛生法に基づき徹底した検査を実施するとともにホームページに公開している【利用可能性、アクセス可能性、質、説明責任】。

福島県では県民健康管理基金を用いて放射線測定器の貸与やガラスバッチを配布する自治体を支援している。一例として、福島県二本松市では、毎年、市の健康増進課と放射線専門家チームが連携し、外部被ばくの測定を呼びかける。対象は40歳以下の女性、市内居住の高校生以下の子ども、妊婦である【利用可能性、無差別、アクセス可能性、質、説明責任、住民参加】。

2013年5月、同市は市内の幼稚園からの要請により、外部被ばくを測定するガラスバッチ（OSL線量計）¹¹⁴を装着する期間前の父兄説明会を実施した。この幼稚園は原発事故のあった2011年は野外活動を中止し、2012年から原則1日30分の野外活動を再開した。説明日当日、父兄たちは、除染、放射線の健康被害等につき、具体的な質問を投げかけた。説明にあたったNPO法人（二本松市内）の理事長は、檀上からではなく父兄と同じ目線で、容易な言葉に噛み砕き回答していた。¹¹⁵理事長の姿勢は、「『いま』求められていることに『いま』答えるのが何より重要」である。そのため、具体的に「どこまで（放射線の影響を）気にすればよいのか」解き明かすことを支援の柱の1つとしている¹¹⁶【利用可能性、アクセス可能性、質、説明責任、住民参加】。

¹¹³ 厚生労働省（2013年12月13日）「食品から受ける放射線量の調査結果（平成25年2～3月調査分）」
<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000032135.html>

¹¹⁴ 放射線被ばく量を目で見える形で把握する、小さな装置。多くはストラップで首に掛けて使用する。

¹¹⁵ 筆者（佐瀬）の同行取材による。

¹¹⁶ 木村真三「いま福島で起きていること」2013年.新潮45, p190-200

全国各地に民間の測定所が立ち上がっている¹¹⁷。上述の二本松市内やいわき市内の支援団体では、土壌、水や母乳等を測定する機器を備えている^{118 119}。また、県内各地には子どもたちの発育のために屋内遊び場が設置された。このように、被災者のニーズに則し、手軽に利用できる放射線防護対策は、行政と支援団体が補完し合い実現している【利用可能性、アクセス可能性、質、説明責任、住民参加】。

除染

環境省は、放射性物質汚染対処特措法（2012年1月1日に全面施行）に基づき、「特別除染地域」と「汚染状況重点調査地域」に分類し、除染実施計画の策定、国による除染実施、事後モニタリング、フォローアップといった、一環した除染の取り組みを実施している¹²⁰。

国は、年間追加被ばく線量が20ミリシーベルト以上の地域は段階的かつ迅速に縮小することとし、20ミリシーベルト未満の地域では長期的に年間1ミリシーベルト以下を目指している¹²¹。警戒区域等の11市町村（双葉町・大熊町等）と、年間の追加被ばく線量が1ミリシーベルト以上の100市町村（いわき市・郡山市・二本松市等）においては、除染が行われている¹²²（第1章2.1）。また、健康の保護を第一に考慮し、特に学校や公園等子どもの生活圏を優先して進める方針を示している¹²³【利用可能性、アクセス可能性、質】。

例えばいわき市は、市民から全て（の汚染土を）除染してほしいとの要望があっても、汚染土の置き場が決まらなると、即、対応ができず「一番辛い」（いわき市）と話し、放射性汚染土処理の早急な解決の必要性を示した。

¹¹⁷ 全国市民放射能測定所ネットワーク「全国市民測定所リスト」2011年2月18日
<http://shimin-sokutei.net/list/all.html>

¹¹⁸ たらちね 食材放射能測定 http://www.iwakisokuteishitu.com/foods_flow.html

¹¹⁹ たらちね 土壌放射能測定 http://www.iwakisokuteishitu.com/earth_flow.html

¹²⁰ 環境省、除染情報サイト <http://josen.env.go.jp/about/index.html>

¹²¹ 環境省、除染情報サイト前掲

¹²² 環境省、除染情報サイト前掲

¹²³ 環境省 前掲

（２）安心・安全な子どもの遊び場

<ニーズ>

遊び場・運動の機会

研究参加者（自宅群）の多くは、「話し合い」開催時も、天候や風の強さ等を見て、子どもの外遊び時間を制限していた。特に、原発事故発生時に乳幼児だった子どもを持つ研究参加者は、野外活動を制限したことにより身体発達または機能が遅れているのではないかと不安を抱き、遊びや運動が可能な場所を求める声が多く聞かれた¹²⁴。

三輪車を震災前に買ってあったんですが…（震災と原発事故で）結局乗らないまんま、もう乗れなくなって。…やっぱり切ないですね（郡山市、研究参加者）。

子どもを外に出していいのか、ということで悩むようになりました。日光に当てたい、散歩もさせてあげたいけど、1日10分くらい（が限界）かなと。風が強い日にはセシウムが飛ぶから遊ばせないほうがいいという噂もあったので（郡山市、研究参加者）。

<支援提供状況>

屋内運動施設：市行政とNPO法人の連携

このような状況を踏まえ、郡山市は「心と体のリハビリテーションセンター」としてPEP Kids Koriyama（ペップキッズ郡山）を設置した【利用可能性、アクセス可能性、受容可能性、質】。スタッフは市職員で、NPO法人郡山ペップ子育てネットワークがその支援を行なう【住民参加】。施設は子どもの発達を考え、頭を使って考えることができる、シンプルかつ安全性の高い遊具が揃えられ、プレイリーダーを配置していることが特徴である（郡山市内NPO法人）¹²⁵。施設内では講演会やイベントを実施すると同時に、来場者の相談受付体制も整備されている。

甲状腺検査とセットの保養

NPO法人が保養プロジェクトの一環として甲状腺外科の専門医による現地の病院での甲

¹²⁴ 郡山市付近では屋外遊びの時間が限られる子どもが多いこともあり、三輪車をこぐことのできない子どもが散見されるため、指導員が手取り足取りで教えている（筆者らによるペップキッズ郡山のプレイリーダー指導員とのインタビュー、2013年6月6日）。

¹²⁵ 医師である理事長は、震災・原発事故後、子どもの心身の発達の遅れを所見するようになった。その予防と発達促進のため、NPO法人を設立した。

状腺検査を保養参加者に実施した例もある（いわき市内 NPO 法人）【利用可能性、アクセス可能性、無差別、住民参加】。

2.3.2 放射線情報

<ニーズ>

正確な放射線情報

特に自宅群の研究参加者からは、空間、土壌、食品(飲料水を含む)、体内の放射線量を可能な限り正確に知らせてほしいとの強い要望が挙げられた【情報のアクセス可能性】。

土にどれぐらいセシウムが含まれてるかも分からないで、生活させられてるっていうのは問題だなって。ちゃんと知ることができて、判断ができるわけじゃないですか（いわき市、研究参加者）。

身近で、即、入手できる情報

放射線に関する情報源として、インターネットを挙げる研究参加者が多い。

やっぱりネットですね。自分が求めている情報が得られやすい。…テレビは、(野菜等は)洗えば大丈夫って言ってたし、そんなに原発も取り上げないですし。…地元の新聞では原発についての情報は得ますが、今こうして生活していることについてどうやったらいいかとかっていうのは何の情報もない（いわき市、研究参加者）。

その一方で、インターネットの情報の信ぴょう性を疑う声も聞かれた。

ネットって個人とかでやってるじゃないですか。人の興味を引く、病気になったとか。信ぴょう性も、私、分からないんですね。だから半々なんで、ちゃんとした人に検証してもらいたいと思うんです（いわき市、研究参加者）

しかし、インターネット等の情報が不安を増進していることを認識する声も聞かれた。

やっぱり（放射線が）気になるんで、インターネットとかで調べると…やっぱり不安がすごく横切ったりとか。病気になるかならないか、それすらも分からない感じになってるわけじゃないですか（郡山市、研究参加者）。

このような情報の氾濫を危険と感じ、例えば行政により一層正確な情報の発信を求める意見も挙がった【説明責任】。

まだ（放射線の）情報を知らないために危機感感じてない人も一杯いて、それを何とかするのが行政の責任。行政が正しい情報を出してくれてれば…正しい判断ができる人が増えるかもしれないと思う（いわき市、研究参加者）。

<支援提供状況>

情報公開

厚生労働省は、緊急時モニタリング、福島県や自治体の食品中の放射性物質の検査結果等を定期的にホームページで公表している¹²⁶。福島県や県内外の市町村も、同様の措置を取っている（第3章2.3.1）【利用可能性、アクセス可能性、説明責任】。

研修等の開催

環境省では、2012年度から放射線の健康影響に関する懸念に対し、食品や健康管理の問題等の関心が高いと思われるテーマを設定し、不安の軽減を目的とした住民向けセミナーを開催するとともに、住民に身近に接する、保健医療関係者や学校関係者に対する研修を開始した。2012年は福島県の住民向けに4回（福島県内のほか、避難者の多い山形県でも実施）、保健医療関係者等に対する「放射線による健康不安の軽減等に資する人材育成のための研修」を15回開催している。この事業は平成2013年度も継続し、2014年2月までに5,000人以上が研修を受講している（環境省）【利用可能性、アクセス可能性、質、説明責任、住民参加】。

住民参加の促進モデル事業

また、環境省は「2012年から個々の方々が疑問に思っていることを引き出すため」（環境省）、福島県内の3町村（川内、富岡、楡葉）で住民参加型プログラムをモデル事業として実施し、2013年度は5市町村に拡充した【利用可能性、アクセス可能性、質、説明責任、住民参加】。

¹²⁶ 厚生労働省「食品中の放射性物質の検査結果について（第812報）（東京電力福島原子力発電所事故関連）」
2014年1月27日 <http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000035901.html>

2.3.3 放射線防護への住民参加

<ニーズ>

行政への意見表明

本研究参加者のうち自宅群（いわき市）からは学校での放射線防護の対応が教師により異なることを受け、放射線の健康影響を心配する母親の意向に配慮し、行政から学校側に働きかけてほしいとの要望もあった。

前の学年では、（学校で）子どもの屋外活動もさせないっていうように過ごさせたんですね。それが結局、担任の先生が変わって、子どもが（野外活動を）我慢できない状態っていうふうに分かれてしまう。…行政にガイドラインを作ることを求めようと考えています（いわき市、研究参加者）。

<支援状況>

住民の要請受付

復興庁では、（放射線に関する要望を）支局の福島復興局でも本庁でも受け付け、福島復興局や復興庁あるいは環境省から回答している（復興庁）。

自主的な放射線測定

個人でガイガーカウンター（空間放射線量測定器）を保持・使用し、庭先、通学路、遊び場、校庭等で空間放射線量を定期的に測定する自宅群の研究参加者が多かった。市内でも場所や測定日により線量が異なることも測定の経験から認識していた。

2011年3月、いわき市に甲状腺検査や土壌・食品等の測定を行うNPOが設立された。母親たちの「これを食べたら死んじゃうんじゃないか」等放射線を心配する声により「野戦病院のように立ち上がった」（いわき市内NPO法人）。測定室の方針は、「数値（測定結果）は大げさに表現することもなく、大丈夫ということもなく、冷静に忠実に向き合っている」（いわき市内NPO法人）。開所以来、累計約1,000人を超える人が市民測定室を訪れ、その多くはホームページから申し込みをしていた。市民測定室を訪れる人の多くはホームページから申し込みをしていた。

市民による除染

多くの地域で除染が順番待ちとなっていることから、各地で住民による自主的な除染が

行われている。NPO 法人（二本松市）は、市民が国や行政の立案・実施を待つのではなく、自分たちのニーズや意向を反映し、積極的かつ迅速に除染対策等を講ずる住民参加を支援している。例えば、同 NPO 法人の理事長（地球環境学博士、大学教員）は、地域特有の地形や天候等を理解しているのは地元の人であるという立場から、集落における放射線量マップづくり等を通し、自分たちで線量測定、アセスメント、除染等のできる“市民科学者”の育成に取り組んでいる（二本松市内 NPO 法人）。¹²⁷

¹²⁷ 木村真三. 2013 年, 前掲

第4章 国際連合における健康権の視点から見た

東日本大震災・原発事故の被災者支援のあり方

1 健康権に関する被災者ニーズと支援状況

最終章では、まず東日本大震災および福島第一原子力発電所事故後の被災者の健康権に関連する内容を、前章の「医療機関における被災者への保健医療サービス」、「原発事故以降の甲状腺検査」、「放射線防護」ごとに小括する。次に、医師会に期待することとして挙げられた、被災者との「話し合い」と、関連機関へのヒアリングの内容を紹介する。最後に、震災・原発事故の被災者支援のあり方を、「権利保有者（被災者）」対「義務保有者（行政等）」といった二項対立の構図ではなく、被災者の健康権を保護・促進する体制を、被災者も含むすべての関係者が「共に」構築していくという観点から勘案する。

1.1 医療機関における被災者への保健医療サービス

被災者の健康権を尊重・保護・充足するため、東日本大震災および福島第一原子力発電所事故後、様々な措置が取られ、支援が提供されてきた¹²⁸。災害直後から、人々の生命・健康の保護のため、福島県を含む被災地全域で早急に取りられた措置の一つが、医療・医薬品の無料提供であった【利用可能性、アクセス可能性、質】。甚大な災害と原発事故後も、国の対策（保険診療の特例措置等）、地方自治体と保健医療機関の連携、支援団体の即時対応等により、国民皆保険制度が維持された好例である。病気や怪我等で受診頻度の高い子どもたち（被災者）の医療・医薬品の無料提供は、自宅群および避難群の本研究参加者ともありがたいと話していた（第3章2.1.2）。

従来から医療従事者不足であった被災東北3県では、震災・原発事故後、国や自治体の地域医療支援（第1章2.2.2）が行われているが、その傾向を増している（第1章2.2.1）

【利用可能性、アクセス可能性、質】。避難区域等から住民が避難し人口が増加したいわき市等では、本研究参加者によると、医療機関での待ち時間が長くなったことが窺われた【利用可能性、アクセス可能性、質】。また、医療機関で放射線の健康への影響等を相談した際、

¹²⁸ 注1：【 】内は健康権の指針、または人権保護に関する事項を示す。

注2：掲載内容は、記載がない限り「話し合い」およびヒアリング時のものである。

丁寧な説明を受けたケースと心配な気持ちを否定されたと感じたケースが混在していた（自宅群）（第3章2.1.3）【受容可能性】。

原発事故後、甲状腺がんを含む放射線の健康影響につき、患者から質問を受けるようになった福島県内の医療機関が複数あった。震災・原発事故後に悪化した医療従事者不足に加え、避難者等による人口の変化と、新たに放射線に関する患者の相談に対応するため、ヒアリング先の医療機関では、研修会・説明会等で放射線に関する専門知識を再研鑽し、患者の質問に対応しているところもあった【利用可能性、質、説明責任】。

1.2 原発事故以降の甲状腺検査

福島県は、原発事故を踏まえ、県民の被ばく線量の評価を行うとともに、県民の健康状態を把握し、疾病の予防、早期発見、早期治療につなげ、もって、将来にわたる県民の健康の維持、増進を図ることを目的に、県民健康管理を推進している。その一環として、2011年8月以来、福島県立医科大学（福島県立医大）を実施機関とした県民健康管理調査（基本調査と詳細調査）を展開してきた¹²⁹。県内外の医療機関と連携することにより、各調査・健診の対象となる県民は、居住地に関わらず、無料で受診することが可能である¹³⁰（第1章4.2）【利用可能性、受容可能性、質】。

基本調査と詳細調査のうち、後者では、チェルノブイリ原発事故で小児の甲状腺がん増加が明らかになったことを受け、甲状腺検査を実施している（対象：震災当時、概ね18歳以下）。一部地域の住民は福島県立医科大学（福島県立医大）で検査を受け、ほかの地域の住民は、保健センターや学校等で行う福島県立医大スタッフ等による出張検査を受ける（第3章2.2）【利用可能性、無差別性、質】。福島県内の研究参加者（自宅群）は、学校等で一括して甲状腺検査を実施することに利便を感じていた【利用可能性、アクセス可能性、無差別性、質】。

一方、本研究参加者の避難者からは、避難先から遠方の甲状腺検査地に就学中の子どもを連れて行くことは不便（調査当時）との指摘があった【アクセス可能性】。福島県では甲状腺検査の機会を柔軟に対応しており、被災者にその状況が伝わっていない可能性を示し

¹²⁹ 2013年4月17日、県民健康管理調査検討委員会設置要綱の改正に伴い、目的の表記を変更した。福島県「県民健康管理課」
http://www.cms.pref.fukushima.jp/pcp_portal/PortalServlet?NEXT_DISPLAY_ID=U000004&CONTENTS_ID=24287#

¹³⁰ 福島県「県民健康管理調査の概要」 <http://www.pref.fukushima.jp/imu/kenkoukanri/chousagaiyou.pdf>

た。また、集団で甲状腺検査を受けたいとの本研究参加者（避難群）から要請が挙げられたが、県外の避難者から個別に受診したいとの要望も多く（福島県立医大）、現行の検査の高い水準を保ちながら、検査の対象者に機会が平等に提供できるよう対応中であった（第3章 2.2.1）【利用可能性、アクセス可能性、無差別性、質】。ほかに、県内の研究参加者からは、甲状腺検査が早期に実施されれば、なおよかったとの声も聞かれた【利用可能性、アクセス可能性、住民参加】。

甲状腺の検査結果や、放射線に関する情報については、不十分さや不明瞭さの指摘もあった。自宅群・避難群とも、甲状腺検査の結果が分かりにくいと打ち明ける研究参加者が多かった（第3章 2.2.3）【質、説明責任】。福島県立医大は、コールセンターへの問い合わせに迅速・丁寧な対応をする等、より分かりやすい説明を行っている（福島県立医大）。環境省は、県民健康管理調査の実施機関である福島県立医大において、放射線影響に関する心のケア講座を支援し、放射線影響に係る教育人材の育成を促進する¹³¹。福島県と環境省福島環境再生事務所は、2012年1月、除染情報プラザを福島市に設立した。活動の軸を「除染等の情報提供」と「専門家の派遣」に据え、放射線の健康影響に関する一般向けセミナーの開催、あるいは福島県教育庁と連携し教育者の放射線リテラシーの向上促進等を図っている¹³²【利用可能性、アクセス可能性、質、説明責任、住民参加】。

1.3 放射線防護

2011年の原発事故を受け、国や自治体は、空間線量測定、体内・土壌・食品中等の放射性物質の測定、外部・内部被ばくの防止、除染を実施していた（第3章 2.3）【利用可能性、アクセス可能性、質】。また、環境汚染による健康等への影響を速やかに軽減することを目的に、放射性物質汚染対処特措法が2012年1月に施行された¹³³。放射性汚染廃棄物処理加速化事業補助金、廃棄物処理施設モニタリング事業費補助金、放射線量低減対策特別緊急事業費補助金等の財政措置も取られてきた。

¹³¹ 環境省「福島県立医科大学におけるリスクコミュニケーション拠点の強化」
<http://www.env.go.jp/guide/budget/h25/h25-gaiyo/006.pdf>

¹³² 日本原子力学会および日本原子力研究開発機構との連携による。福島県、環境省「除染情報プラザの他省庁・外部機関との連携について」<http://josen-plaza.env.go.jp/>

¹³³ 平成23年3月11日に発生した東北地方太平洋沖地震に伴う原子力発電所の事故により放出された放射性物質による環境の汚染への対処に関する特別措置法、2011年8月30日法律第110号。

翻り、2011年3月の原発事故当初、国と東京電力が放射線防護に関する協調したコミュニケーションを開始するのに4日間を要した¹³⁴【利用可能性、アクセス可能性、質、説明責任】。このことは、人々の不安を増大したとの指摘もある¹³⁵。

本研究参加者から、放射線による健康影響を心配する声が多く聞かれた。避難群からは避難前と避難中の初期被ばく、いわき市の自宅群は初期被ばくについて、郡山市の自宅群は低線量被ばくに関し憂慮する発言が多かった。「話し合い」の約2か月前に実施された福島県民世論調査によると、普段の生活で「放射線を意識している」と回答したのは68.5%（483人）で、「意識していない」25.2%（178人）の約3倍であった¹³⁶。時機に叶った放射線の情報提供や、避難者また福島県内に居住し続ける人々のニーズに則した情報・対策を、長期にわたって講ずる必要性が示唆された。

2 医師会への期待

本研究参加者への「話し合い」、および関係機関・団体へのヒアリングでは、健康権に関する被災者支援の一環として、日本医師会または地元医師会に期待することを併せて質問した。以下、被災者・支援団体、行政機関、地元医師会ごとに主な要望を挙げる。

2.1 被災者・支援団体の要望

2.1.1 医療費助成制度の周知徹底

被災地である双葉町の子どもは、医療機関の窓口で一部負担金免除証明書を提示すれば医療費の自己負担分の支払いが免除される¹³⁷。研究参加者は避難先の医療機関を受診した際、自らその説明をしなければならないことがあり、負担に感じていた。避難先の医療機関における医療費助成制度の周知徹底と、手続きの簡素化を訴えた。

子どもが怪我をしたとき、避難先の病院に行っただけです。双葉町は医療費（の自己

¹³⁴ 佐藤元「原子力事故・災害への対応とリスクコミュニケーション：リスク管理と事故対応」保健医療科学.2011: 60(4); 314-325. p322

¹³⁵ Srivastava M, Sato S. Conflicting information drives anxiety in Japan nuclear crisis. Bloomberg, March 18, 2011
<http://www.bloomberg.com/news/2011-03-17/conflicting-information-drives-anxiety-in-japan-nuclear-crisis.html>

¹³⁶ 福島民報と福島テレビが共同で、2013年3月24日、ランダム・テレフォンナンバー・ダイアリング方式により市町村の有権者の割合に応じて実施し、705人から完全回答を得た。福島民報「本社県民世論調査」2013年3月27日、朝刊1面。

¹³⁷ 0歳から満18歳に達した年度末（3月31日まで）。双葉町「子どもの医療費助成事業」
<http://www.town.fukushima-futaba.lg.jp/3999.htm>

負担分が) 無料で、すごいありがたいんですけども、(病院の窓口で)「双葉町の患者さん、無料ですからちょっと待ってください」って、時間置かれるんですよ。いろんな手続きがあるらしいんですね。…怪我だったので、もうちょっとスムーズにいかないかな、と(双葉町、研究参加者)。

2.1.2 かかりつけ医による健康影響の見守り

かかりつけ医が患者に甲状腺検査の受診状況を確認する等、放射線被ばくによる健康影響の見守りを求める研究参加者がいた。

(避難先に) うちの子どものかかりつけの病院があるんです。…原発事故で避難してきた子どもだなんて分かりますよね、カルテとか、診察したときね。例えば、「甲状腺は検査した?」「血液検査はしてますか」とか、アドバイス、情報をいただければ助かるかな。自分でも親として何かを忘れてると思うんですよ。放射線のことでも不安もあるなかで、専門的な情報をちょっといただければ、嬉しい(双葉町、研究参加者)。

ヒアリング先の支援団体は、「地域の医療は地元のお医者さんに託されていると思う。そばにいて支えてくれる医者という点は、地元の医師会にしか期待できないのでお願いしたい」(いわき市内 NPO 法人) と話した。また、放射線被ばくに関するリスクの説明を医師から聞きたいと話す研究参加者もいた。

やっぱり(放射線被ばくに関して) リスクも併せて話してくれないと、私たちはもう信用ができません。例えば、民間の支援団体が主催する相談会の先生は医療被ばくのリスクもきちんと発信している先生で、やっぱりお母さんたちは心から信頼をしてお話をする事ができるんですね(いわき市、研究参加者)。

ほかに、子どもの定期健診時、放射線被ばくに関する検査結果について説明を受ける体制を望む研究参加者もいた。

子どもの3歳健診のときに、小児科の先生に「(尿検査でセシウムが) 出てるんですけど、どういうふうに生活、気をつければいいですか」って話したら、「分かんない。主治医に相談して」って。誰も頼る人がいない結果になったんですね。今後、健診なんかで相談できる人とかいたらいいなと思います(いわき市、研究参加者)。

2.2 行政機関の要望

2.2.1 特例事務の拡大

避難者は、原発避難者特例法に基づき定められた特例事務について、避難先の自治体が提供する行政サービスを受けることができる¹³⁸。例えば、母子保健法に基づく乳幼児健診や保健指導、予防接種法に基づく予防接種がこれに該当する。大熊町は、特定健診やがん検診も特例事務に含めてほしいと訴えた。大熊町は、「県外避難者の特定健診は予防医学協会へ委託しているが、避難先の病院が契約をしていない場合遠方まで検診にいかないといけない。被災者の負担に配慮し、避難先の自治体に県外避難者の検診の受入れを要望したら、避難先の健診では県民健康管理調査の上乗せができないと言われた」と話した。

2.2.2 医師会間の連携による医療提供体制の構築

福島市内の耳鼻科や眼科等の専門科の医師が南相馬の支援に携わる等、相双と福島県北の医師会が連携した医療提供体制の構築を期待する声（厚生労働省）もあった。

2.2.3 甲状腺検査の実施協力

福島県は、2014年3月に甲状腺検査の先行調査（1回目検査）を終え、同年4月より本格検査（2回目検査）を実施する¹³⁹。福島県は、医師会等に対し、「かかりつけ医等県民に身近な医療機関における放射線による健康影響に関する助言や甲状腺検査や健診等への参画（福島県）」を期待していた。本格検査を前に、福島県医師会主催で甲状腺検査の検者養成研修が実施されている。郡山市は、「本格検査が始まると医療機関や医師会に検査を委託される可能性もある。その場合、医師会と協力連携していくことが必要」（郡山市）と話した。

また、独自の甲状腺検査を実施している双葉町では、「福島市・厚生労働省・いわき市の医療機関と契約を結んでいる。町は、会津や白河、南相馬に避難している町民もなるべく近場で受けられるように県内の検査体制を充実したいと考えているが、検査機関の確保が難航している」（双葉町）。

¹³⁸ 総務省「原発避難者特例法に基づく指定市町村及び特例事務の告示等について」2011年11月15日
http://www.soumu.go.jp/menu_kyotsuu/important/48479.html

¹³⁹ 福島県ホームページ「県民健康管理調査「甲状腺検査」について」
<http://www.pref.fukushima.jp/imu/kenkoukanri/koujyousen.pdf>

2.2.4 医療や健康に関するデータの一元化

二本松市は、「放射線被ばくに関する検査結果と医療機関の診療録（カルテ）のデータの一元的管理の必要性」（二本松市）を訴えた。「旧ソ連は事故から50年、死亡から20年間カルテの保存期間が義務づけられているが、日本のカルテの保存期間は5年である（医師法第24条）。二本松市では、市民の健康を支援するには診療録の保存期間は短いと考え、医療情報と放射線被ばく情報を併せて記録する健康手帳を市独自に導入した」（二本松市）。

2.2.5 放射線被ばく検査に関する周知徹底

放射線被ばく検査は、甲状腺検査やホールボディカウンタ検査等、様々あり、検査の実施主体および機関も複数存在する。例えば二本松市は「現場の医師に、様々な放射線被ばくに関する検査について知っていただき、助言していただけると助かる」（二本松市）と要望を挙げた。

2.3 地元医師会から日本医師会への要望

2.3.1 国への働きかけ

医師不足等の解決

福島県内の医師会や、福島県からの避難者を受け入れている地域の医師会からは、地元医師会の抱える問題の解決や、医師不足の問題について、日本医師会にもっと強力で国に働きかけてもらいたいという声があった。

国家レベルでの対応

福島県医師会は、被災者の健康支援は、国が本格的に関わっていく形となるよう日本医師会から国へ働きかけを要望した。福島第一原発の立地町にある双葉郡医師会は、福島県では人手が足りないこと、また、仮設住宅から復興住宅に移行後のビジョンが見えにくいことを指摘した。国が原発の廃炉も含め、あらゆることに関する監視・指導・教育を担当する「ナショナルセンター」を双葉郡内に設置することを推奨し、医師会の支援を求めた。

地域におけるフォローアップ

福島県医師会は、「各市町村の保健福祉センターや医師会に被災者のニーズを詳しく聞き取り説明してくれる人を常駐させ、いろいろな疑問に答えたり結果説明の足りない部分を

補うフォローアップ体制の重要性」を指摘した。

IT を利用した地域医療連携への援助

県北医療圏では、地元3医師会で5大がんを含めた連携パスを構築している。福島市医師会は、「今後これを基本にしてIT（情報技術）を利用した地域医療連携に取り組むことを模索しているが運用資金に困っている。地元医師会がITを利用した地域医療連携を進めていくために、日本医師会から国に働きかけをしてほしい（福島市医師会）」と訴えた。

2.3.2 医師会の積極的な関与

リスクコミュニケーションの普及

福島市の医師は、放射線被ばくによる健康影響や健康に関する不安に対し医師会に対する期待が今大きくなっていることから、日本医師会も真剣にこの問題と向き合うことを訴えた。福島県医師会は、患者とのリスクコミュニケーションに関する日本医師会の関与の必要性を語った。

2.3.3 避難先における健診の確保

福島県医師会は、県外避難者が避難先で健診を受けられない例があることを指摘し、地元のかかりつけ医を窓口にして健診を受けやすいような体制構築の必要性を訴えた。

2.3.4 かかりつけ医の支援

福島県医師会は、全国の医師が被災者を見守っていく姿勢の重要性を訴えた。また、福島市医師会は、震災前から様々な医療政策を行政とともに取り組んできたことは被災者対応でも有効であったことを指摘した。同医師会は、全国の医師が被災者を見守っていく姿勢の重要性、低線量被ばくの問題も行政と医師会が連携して取り組むこと、さらに、かかりつけ医が子どもの心の問題に初期対応する必要性を主張した。

2.3.5 県民健康管理調査結果の開示とアクセス

福島県医師会は、受診者やかかりつけ医が医療機関からも県民健康管理調査のデータにアクセスでき、かつデータを活用しやすいような形で開示することの必要性を訴えた。

3 今後の東日本大震災・福島第一原発事故の被災者支援のあり方

震災・原発事故から3年目となっても、本研究の「話し合い」参加者（研究参加者）は、自宅群・避難群とも、健康権の指針等に関連するニーズを多く有することが示された。また、現地の行政・医療機関、支援団体の担当者の多くは、自らも被災者でありながら、試行錯誤で被災者の健康支援に取り組んでいる。国も様々な措置を取り、現場と連携しつつ対応している。支援団体が現場のニーズに合った支援のために立ち上がり、「今、必要なこと」に対応し、震災・原発事故後、構築しつつあるシステムを補完していた。

福島県内外4ヵ所、28人（自宅群・避難群）の研究参加者との「話し合い」、および24機関・団体へのヒアリングにより、健康権の視点から観た被災者支援サービスとして、以下5点（「健康モニタリングの継続」、「被災者ニーズの把握」、「リスクコミュニケーションの促進」、「被災者のレジリエンスのサポート」、「複合災害への対策」）の示唆を得た。

3.1 健康モニタリングの継続

心身の「包括的」な健康モニタリング（県民健康管理調査等）を継続することにより、疾病予防・早期発見・早期治療といった医療原則を適用する。本研究のヒアリング先にも、避難先等に通い、被災者に医療を提供し続ける医師が複数いた。復興・回復に時間が掛かるとされる震災・原発事故への対応では、そのような個人の善意・資質を尊重しつつ、医療サービス・医薬品を広く無差別に提供する制度（仕組み）として実施することも必要であると考えられる。一例として、チェルノブイリ原発事故から25年以上を経たベラルーシ共和国では、現在も政府が年間150万人に健康診断と治療を無料で提供している。事故のあった1986年から2015年まで、累積2,350億米ドルを拠出し、最も高い比率（39.7%）の93億米ドル以上を保健分野に充てている。

特に、災害による子どもの心身の健康影響はこれまでの調査研究からも明らかになっている。全国どこに居住・避難していても、健康モニタリングにアクセスできるよう、例えば、集約型の拠点（ワンポイントサービス）、あるいは被災者の相談を電話や対面等で受け、専門医に紹介する制度等の検討余地があることが示された。実践においては、当該地域での保健従事者の確保や甲状腺検査要員の増強などの必要がある。

3.2 被災者ニーズの把握

ニーズ¹⁴⁰は、属性・状況等によって異なり、時間軸でも変化する。特に変化の速い災害時や復興過程でのニーズは動的で多様である。震災・原発事故被災者の健康権に関するニーズを量的（集団的）に捉えると同時に、例えば政策や制度に反映されにくい少数派のニーズも質的（定性的）に把握する等、それぞれに適した手法で抽出し対応する必要がある。

また、具体的なニーズを聞かれて初めて、被災者自身が欲しかったものに気づくこともある¹⁴¹。本研究参加者は、医師が被災者の状況を「聞いてくれれば、（こちらからも相談ごとを）話しやすい」とも語った。被災者の遠慮しがちな態度や心理（命が助かっただけで十分、避難させてもらってありがたい等）を汲んだうえで、医療保健サービス・医薬品、生活の質、労働や教育環境等のニーズを把握し、それに対応する総合的な仕組みづくりの強化が求められる。

3.3 リスクコミュニケーションの促進

リスクコミュニケーションは「個人、集団、組織間の双方向的な情報交換過程であり、リスク全体の性質に留まらず、リスク管理に係る法的枠組みや体制、また対応状況に関する情報、人々の不安や意見など、幅広い多様なメッセージを含む」と定義することができる¹⁴²。

国や自治体は、放射線に関する情報提供や質問等を受け付け、リスクコミュニケーションに取り組んできた。例えば、厚生労働省は双方向性のもの（例：意見聴取）と、一方向（例：ホームページを通じた情報発信）の両方を実施している¹⁴³。環境省は、リスクコミュニケーションを、環境リスク低減の取り組みの基礎と位置づけ、様々な主体と意見交換し、合意形成を目指す場としての政策対話を築いてきた【利用可能性、アクセス可能性、受容可能性、質、説明責任、住民参加】^{144 145}。

¹⁴⁰ ニーズは「必要なものが欠けている望ましくない状態」を指し、「その状態の判断」を要する。岡本秀明「社会福祉領域におけるニード概念」、1999年、<http://www002.upp.so-net.ne.jp/hide-oka/need1999.htm>

¹⁴¹ 被災者をNPOとつないで支える合同プロジェクト発起人、田村太郎。日本財団「東北を復興へ導くROADプロジェクト」2012年
http://www.nippon-foundation.or.jp/what/spotlight/tohoku_earthquake/story2/index.html

¹⁴² 佐藤元。2011。前掲、p315

¹⁴³ 厚生労働省「リスクコミュニケーションとは」
<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/iyaku/syoku-anzen/riskcom/01.html>

¹⁴⁴ 環境省は、2001年からリスクコミュニケーション専用のホームページを開設している。環境省「リスクコミュニケーションのホームページの開設について」2001年
<http://www.env.go.jp/press/press.php?serial=2975>

福島県の県政世論調査によると、復興に関する県の情報発信について、「食品・農産物の安全性確保の取り組み・モニタリング」を希望した回答者が 66.5% (534 人) で最も多かった。次いで「放射線の健康への影響や健康管理」62.9% (505 人)、「除染の進捗等の状況」56.8% (456 人) と続き、「安心して子育てできる環境づくりへの取り組み」48.2% (387 人) となっていた¹⁴⁶。

本研究参加者からも、特に放射線情報（自宅群）、甲状腺検査の結果説明のさらなる充実（両群）、避難の見通し（避難群）に関する情報を求める声が多く挙がった。これからも続く避難や放射線防護に関し、被災者のニーズを随時確認し、双方向の情報交換を継続することが望ましい。

3.4 被災者のレジリエンスのサポート

被災者のレジリエンス（回復・復元力）のサポートは、健康権の観点から欠かせない支援の一つである。本研究参加者も、自然災害（震災）に加え、原発事故による低線量放射線被ばくを受けながらの生活（自宅群）や、突然生活拠点を失い見知らぬ土地での生活再開（避難群）といった局面にも直面していた。

原発事故という、長期間、放射線の影響を受ける可能性がある災害後においては、被災者のレジリエンスをサポートする基として、安全かつ安心な環境整備が不可欠である。チェルノブイリ原発事故後、例えばベラルーシ政府は、避難者に職業再訓練の機会と、事故前と同水準の収入を保障した。特に未就学児童の母親が就職困難な事情に鑑み、原発事故が原因で離職した日から元の住居に戻る、あるいは新しい住居と職業を得るまでの期間、平均給与を支払った¹⁴⁷。ベラルーシの例は、放射線防護の継続により居住環境を整備し、被災者の就労が可能となるまでの中・長期的支援の必要性を示している。

また、一般に災害のストレスは家族内の絆を強め、家族が一つの単位・システムとして対応するとされる¹⁴⁸が、2011年の震災・原発事故後、家族単位で生活できない被災者が多

¹⁴⁵ 環境省「化学物質に関するリスクコミュニケーション」

<http://www.env.go.jp/chemi/communication/9.html>

¹⁴⁶ 2013年度、1,500人（満15歳以上、）を対象に実施。複数回答、回答者数803人（有効回答率61.8%）。

¹⁴⁷ ベラルーシ共和国非常事態省チェルノブイリ原発事故被害対策局（編）日本ベラルーシ友好協会（監訳）『チェルノブイリ原発事故 ベラルーシ政府報告書：最新版』（株）産学社、2013年。pp57-58

¹⁴⁸ 得津慎子「家族支援」西尾祐吾・大塚保信・古川隆司（編）『災害福祉とは何か』ミネルヴァ書房、2010年、pp120-140

数いる¹⁴⁹。子どもの放射線防護のため母子で週末や長期休暇を過ごす（自宅群）、あるいは同居していた家族と離れて避難生活を送る姿（避難群）が、本研究でも垣間見られた（資料2「研究参加者の属性等」参照）。

本稿で観たような、原発事故後も地元で暮らし続ける被災者の放射線防護とレジリエンスの両方をサポートし、行政も支援する二本松市内の支援団体が展開する方策（第3章2.3.1および2.3.6）は、行政と住民が放射線防護を立案・実施するうえで大きな役目を果たしているといえる。また、地元情報に強い支援団体による、被災者のニーズに合った医療機関等の紹介支援は、被災者の避難先での健康と生活を支えていた。子ども被災者支援法に基づく予算が計上される2014年度以降も、原発事故特有の状況に置かれた被災者のレジリエンスの支援と促進を継続的に行う必要が示唆された。

3.5 複合災害への対策

これまでも国内外で災害対策が取られてきたが、我が国は特に、地震、津波、台風等、単一の自然災害を中心に検討してきた傾向がある¹⁵⁰。福島第一原子力発電所の事故は、甚大な地震と津波による広域での建物の損壊、交通網の寸断、停電による連絡遮断という状況で発生した。災害直後から、多くの医療チームが被災地に駆け付けた。例えば、災害医療支援チーム（DMAT）¹⁵¹は人道的観点からの支援として、福島第一原子力発電所から半径20～30キロの屋内退避区域で、入院患者509人を全員無事に搬送した^{152 153}。一方、日本医師会災害医療チーム（JMAT）は、東北3県と茨城県に医療チームを派遣し、救護所・避難所医療や被災地の医療機関の診療支援等の活動を行った。2013年3月以降も、災害関連死の未然防止のため、診療支援・訪問診療・巡回診療等の活動を継続した^{154 155 156 157}。このよ

¹⁴⁹ 朝日新聞と福島大学の共同調査によると、震災半年後の2011年9月の時点で、福島県民287人の回答者のうち46%が家族別々に暮らしていた。朝日新聞「原発避難住民 “戻りたい” 4割に減る 家族別居は半々に」。2011年10月9日

¹⁵⁰ Cruz AM, Steinberg LJ, Arellano ALV, Nordvik JP, Francesco P. *State of the Art in Natech (Natural Hazard Triggering Technological Disaster) Risk Management*. European Commission Directorate-General Joint Research Centre, International Strategy for Disaster Reduction. EUR 21292 EN. 2004, p50

¹⁵¹ 災害医療支援チーム（Disaster Medical Assistance Team: DMAT）は、被災地で迅速に救急治療を行う専門的訓練を受けた医療チームである。

¹⁵² 近藤久禎・島田二郎・森野一真・田勢長一郎・富永隆子・立崎英夫・明石真言・谷川攻一・岩崎泰昌・市原正行・小早川義貴・小井戸雄一「福島第一原子力発電所事故に対するDMAT活動と課題」『保健医療科学』国立保健医療科学院, 2011:60(6);502-509

¹⁵³ 近藤久禎ほか, 2011年, 前掲

¹⁵⁴ 日本医師会災害医療チーム（Japan Medical Association Team: JMAT）。

¹⁵⁵ 出口真由美「JMAT以降の被災地への継続的な医療支援のあり方に関する研究」日医総研ワーキングペーパー

うに、甚大な複合災害から人々の生命と健康を守る、オール・ラウンドかつ長期的な対応が求められる。

そのためには、平時から潜在被災者（災害時、脆弱な立場に置かれやすい女性¹⁵⁸や子ども、高齢者、障害者等）の状態を把握し、災害時の対策を行政が立案する。上述3.2「被災者のニーズ把握」と鑑み、その過程に住民のニーズ・意向を反映する。そして、救命や健康保護に携わる各機関の財政・人員の状況に合った、複合災害対策、ガイドラインの明確化、訓練の継続等が肝要である。

一No. 307, 2014年1月

¹⁵⁶ 畑仲卓司、尾崎孝良、吉田澄人「大規模災害への対応にかかる提言等支援のための研究」日医総研ワーキングペーパーNo. 297, 2013年10月

¹⁵⁷ 医師（約60%が日本医師会員）、看護師、薬剤師、調整者等、5,569人が派遣された（2013年5月24日時点）。Ishii, M. Japan Medical Association Team's (JMAT) First Call to Action in the Great Eastern Japan Earthquake, JMAJ 54(3): 144-154, 2011.

¹⁵⁸ 第56回国連婦人の地位委員会において、2011年の災害を受け、「自然災害におけるジェンダー平等と女性のエンパワーメント」が決議された。外務省「自然災害におけるジェンダー平等と女性のエンパワーメント」決議, 2012年. http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/jinken_r/pdfs/report_upr_1207_jp.pdf

本研究の領域・限界・特徴

領域：本研究では、国連における健康権の視点から、震災・原発事故被災者の支援のあり方を検討した。その方法として、①福島県内に居住する自宅群（いわき市、郡山市）と、県外の避難群（大熊町、双葉町）、4ヵ所合計28人の母親と、震災・原発事故後の健康権に関する「話し合い」を行った。また、②被災者支援の立案・提供機関（行政・保健医療機関・支援団体）、合計24機関にヒアリングを実施した。本稿は、①と②の発言内容、および②の公表文書等から、健康権の指針等に関連する事象・事項を抽出し整理したものである。

なお、本研究は、国連特別報告者の被災地視察（2012年11月）、またその国連提出報告書（2013年5月）との関連はなく、我が国の健康権に関連する機関・団体の支援状況を評価するものではない。

限界：本研究参加者の募集を現地の被災者支援団体を通じて行った経緯から、比較的、放射線の健康影響を意識する母親が集まった可能性がある。避難群は強制避難による被災者のみで、自主避難者を含んでいない。このような選択バイアス（選択方法による偏重）等から、本研究参加者が必ずしも福島県母親の平均像ではなく、当結果は福島県母親の一般的な意向を代表しているとはいえない点に留意する必要がある。また、本稿に掲載した研究参加者の発言内容は「話し合い」時のものであり、その後の変化を追う縦断調査を実施していない（2014年3月3日現在）。

特徴：福島県内の居住地、また県外の避難先を訪問し、比較的リラックスした雰囲気の中で、長時間の「話し合い」を実施した。このような「話し合い」の機会がなかったと話す研究参加者も多く、当該時期の健康権に関するニーズの真髄にある程度触れることができたものと考えられる。原発事故から3年目となっても続く避難生活。福島県内外でホットスポット（高濃度に放射能汚染されている地域）が見つまっている。震災・原発被災者の健康権と深く関連する、居住権、教育権、環境権等についても、さらなる現状把握と対応が求められる。今後も、本稿で触れたような、震災・原発事故被災者の健康権を含むニーズを把握し対応し続けることが非常に重要であることが示唆された。

謝辞

本研究では多くの方々のご協力とご教示を賜りました。ここに記して深くお礼申し上げます（役職等は2014年3月3日現在）。

「話し合い」にご参加くださった福島県のお母様方、ヒアリング先のご担当者、研究参加者のご紹介を下さった支援団体関係者の皆様、神馬征峰先生（東京大学大学院医学系研究科教授）、木村真三先生（獨協医科大学国際疫学研究室室長）、棟居徳子先生（金沢大学人間社会研究域法学系准教授）、高橋競氏（東京大学大学院医学系研究科客員研究員）、小正裕佳子氏（東京大学大学院医学系研究科博士課程）、吉村典子氏、前田彰久氏（環境省総合環境政策局環境保健部放射線健康管理担当参事官室参事官補佐）、田中剛氏（厚生労働省医政局救急・周産期医療等対策室長）、佐々恵一氏（福島県保健福祉部県民健康管理課長）、井戸川克隆氏（前双葉町長）、安村誠司先生（福島県立医科大学医学部公衆衛生学講座教授）、後藤あや先生（福島県立医科大学医学部公衆衛生学講座准教授）、松井史郎先生（福島県立医科大学放射線医学県民健康管理センター広報コミュニケーション部門長・特命教授）、木田光一先生（福島県医師会副会長）、星北斗先生（福島県医師会常任理事）、井坂晶先生（双葉郡医師会前会長・顧問）、長谷川徳男先生（いわき市医師会長）、菊池辰夫先生（郡山市医師会長）、丹治伸夫先生（福島市医師会長）、ペップキッズ郡山の皆様、石井正三先生（日本医師会常任理事）、畑仲卓司氏（日医総研研究部統括部長）、吉田澄人氏（日医総研主任研究員）、株式会社東京ライト社の皆様。

資料1 健康権

健康権に関する補足を以下に示す。

健康権の根拠

健康権は次のような国際条約等に明記されている¹⁵⁹。

- ・ 世界人権宣言 第 25 条の 1
- ・ 社会権規約（経済的、社会的及び文化的権利に関する国際規約）第 12 条
- ・ 人種差別撤廃条約 第 5 条
- ・ 女子差別撤廃条約 第 12 条
- ・ 人及び人民の権利に関するアフリカ憲章¹⁶⁰ 第 16 条
- ・ 米州人権条約¹⁶¹ 第 10 条
- ・ 欧州社会憲章¹⁶² 第 11 条

健康に関する権利

国際人権章典に示される次のような権利は、他の人権の実現と密接また依存している。食料・住居・労働・教育への権利、人間の尊厳、生命、無差別、平等、拷問の禁止、プライバシー、情報へのアクセス、移動の自由など。これらの権利は、健康に対する権利の中心的な構成要素に関わっている。また、これらの権利は「健康に関する権利 (rights related to health)」ともよばれる。

社会権規約締結国の義務

「一般的意見第 14」は、社会権規約の締結国に“漸進的”実現を規定し、利用可能な資源の制約による拘束を認める。他方、締結国は“即時的”義務、つまり健康権が差別なく行使されることの保障、完全な実現に向けて措置を取る義務を負うとしている。締結国の措置は健康権の完全な実現に向け、意図的、具体的かつ目標を定めたものでなければなら

¹⁵⁹ United Nations High Commissioner for Human Rights. Special Rapporteur on the right to everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health. Mission to Japan (15-26 November 2012) 、 pp1-2

¹⁶⁰ African Charter on Human and Peoples' Rights

¹⁶¹ American Convention on Human Rights in the Area of Economic, Social and Cultural Rights

¹⁶² European Social Charter

ない。また、健康権は、健康である権利 (the right to be healthy) と理解されるべきではなく、自由 (freedom) と権利 (entitlement) の両方を含むとしている。自由には自らの健康と身体を管理する権利、権利には人々が到達可能な最高水準の健康を享受するために平等な機会を与える健康保護の制度に対する権利を含む。

また、締結国の政府に、以下のような義務の三形態を要求している。

①尊重 (respect) する義務：全ての人に対し、予防的、治療的健康サービスを提供すること。

②保護 (protect) する義務：立法等の措置により、医療および関連保健医療サービスに全ての人々が平等にアクセスできるよう保護すること。特に女性、子ども、青少年及び高齢者を保護する義務を指す。

③充足 (fulfill) する義務：健康に対する権利の完全な実現に向けて適切な立法、行政、予算、司法、促進的及びその他の措置を取ること。適正な予算や人事の配分により、指針を遵守する。環境整備 (facilitate)、供給 (provide) 及び促進 (promote) 義務を含む。他に、民間業者や NGO 等が医療及び保健関連サービスを提供、あるいは医療器具及び薬品の販売を管理、医療行為者及びその他の保健専門職員が適切な教育、技術及び倫理的行為準則に則ることを確保すること¹⁶³。

特別手続 (Special Procedures)

国連人権理事会による特別手続の委任は、通常、委任保有者に対し、国別委任またはテーマ別委任の世界的状況に関する検討、監視、助言および公的報告を求める。

特別手続は、「特別報告者」または「独立専門家」と呼ばれる個人、または通常 5 名（各地域 1 名ずつ）からなるワーキング・グループが行う。特別手続の委任は、それぞれの委任を設定する決議によって定められる。特別手続の委任保有者は、個人の資格で役割を果

¹⁶³ 原文：United Nations Economic and Social Council. The right to the highest attainable standard of health. Article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights General Comment No. 14. Geneva; 2000
和訳：申 恵丰「『経済的、社会的及び文化的権利に関する委員会』の一般的意見（4）」青山法学論集 第 43 巻第 4 号 2002 年

たし、中立的に職務を遂行できるよう、その活動についての給与・その他の金銭的報酬を受け取らない。人権高等弁務官事務所 (OHCHR) は委任を遂行できるよう、スタッフ、政策、調査、およびロジスティック面での支援を提供する。

委任保有者は、国内レベルでの人権状況を調査するため、国別訪問も行う。通例、国別訪問の受け入れを打診する書簡を該当する政府に送付し、政府がこれに合意すれば、招待状を送付する。国別訪問を行った特別手続委任保有者は、調査結果と勧告を記載したミッション報告書を提出する¹⁶⁴。

国連人権理事会にて作業部 (同理事国 47 か国の代表が構成) が委任保有者による報告書を審査する¹⁶⁵。

日本における国際法と国内法の関係

国際条約の国内的効果についての学説は分かれるが、日本が批准した条約が法律以下の国内法よりも優位するということは一般的に認められている。ただし、権利の実現を“進的 (progressively)” に達成する義務を課す社会権規約は、直接適用できないとする考え方が根強い。社会権規約は、「締約国において…社会保障政策を推進すべき政治的責任を負うことを宣明したものであつて、個人に対し即時に具体的権利を付与すべきことを定めたものではない」との立場を取る判例が多い¹⁶⁶。

日本国憲法・国内法と健康権

日本国憲法第 25 条は、「すべて国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する」、「国は、すべての生活部面において、社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない」と定めている。これらを健康権の根拠とする学説もある (井上、2001 年)¹⁶⁷。しかし、健康権を日本国憲法第 25 条に規定された権利と認めた日本の裁判例はなく、日本の国内法において、健康権を明文規定したものはない。また、人権と

¹⁶⁴ 国際連合広報センターOctober/November/December 2012 Vol. 8, p3
<http://www.unic.or.jp/files/dlun81.pdf>

¹⁶⁵ 外務省 人権理事会の制度構築に関する決定：概要 2008 年
http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/jinken_r/kochiku.html

¹⁶⁶ 塩見訴訟最高裁判決 (最判平元. 3. 2), 判例時報 1363 号, p68
<http://www.takagai.jp/catcher/hanrei/sch010302g1363-68.html>

¹⁶⁷ 井上英夫「総論 医療保障法・介護保障法の形成と展開」社会保障法学会編『講座 社会保障法 第 4 巻 医療保障法・介護保障法』日本評論社, 2001 年, pp4-5

しての健康権の保障や実現をその理念や目的として制定されたものもない¹⁶⁸。

普遍的・定期的レビュー（UPR）制度

2007年6月、国連人権理事会に普遍的・定期的レビュー（UPR）制度が新設された。全ての国連加盟国（193ヶ国：2013年4月現在）の人権状況を普遍的に審査する枠組、かつ協力的な制度として具体化された。概要は次のとおりである¹⁶⁹ ¹⁷⁰。

審査の基礎：①国際連合憲章、②世界人権宣言、③国家が当事国である人権文書、④人権理事会の選挙の際に、国の候補者が表明した自発的誓約および公約。

審査の目的：①現場における人権状況の改善、②国家の人権義務と公約の履行および積極的な開発の評価並びに国家が直面した課題、③関係した国と協議しまたその同意を得て、国家の能力および技術的支援の強化、④国家および他の利害関係者の中での模範例の共有、⑤人権の促進および保護についての協力の支援、⑥理事会、他の人権機関および国際連合人権高等弁務官事務所との十分な協力および提携の奨励。

審査の過程：国連加盟国193ヶ国全てが4～5年に1度、審査を受ける¹⁷¹。

審査の成果：成果文書（報告書）の形式は、審査過程の手続の要約、結論および・または勧告、並びに関係国の自発的公約で構成する。

成果文書：①国家が直面する課題と積極的な開発を含む、審査の下にある国における人権状況の客観的且つ透明なやり方で着手された評価、②模範例の共有、③人権の保護と促進のための強化された協力に関する強調、④関係国と協議し、且つ、同意を得た技術的援助と能力開発の提供（決定は、既存の融資手続に頼るか、新しい手続を創造するかに関して、理事会によりなされるべきものとする）、⑤審査の下にある国によりなされた自発的公約お

¹⁶⁸ 棟居徳子 2009年、前掲

¹⁶⁹ 外務省「UPRの概要」2013年。 http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/jinken_r/upr_gai.html

¹⁷⁰ 国際連合広報センター「人権理事会 5/1 国際連合人権理事会の制度構築」第9回会合。2007年6月18日。http://www.unic.or.jp/security_co/res/other10.htm#ancc

¹⁷¹ UPR, UPR Process. 2008-2013, <http://www.upr-info.org/-UPR-Process-.html>

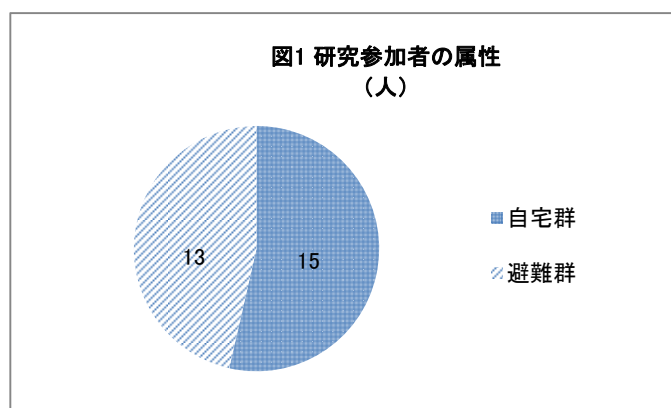
よび誓約。

審査方法：①被審査国が作成した報告書、②国連人権高等弁務官事務所が作成した国際条約機関、および特別手続による報告、並びに関連する国連公用文書を編集した文書、③国連人権高等弁務官事務所が作成した NGO 等 UPR 関係者からの情報を要約した文書の 3 つをもとに、人権理事会の 47 カ国の代表によって構成される作業部会において行われる。審査後、勧告及び結論と被審査国の自発的誓約で構成される結果文書が人権理事会本会合において採択される。

資料2 研究参加者の属性等

1 自宅群・避難群の人数と年齢

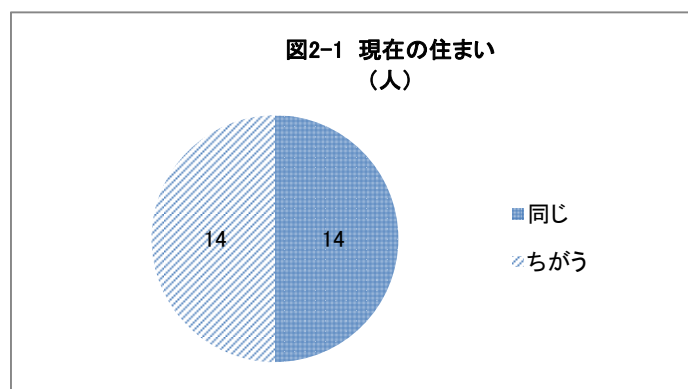
本研究の参加者は、「自宅群」15人、「避難群」13人、計28人であった。年齢の中央値は、「自宅群」37歳、「避難群」44歳であった。¹⁷²



2 住まい

2-1 現在（「話し合い」参加時）の住まい

現在の住まい（調査時）は、研究参加者28人中、14人が震災・原発前と「同じ」で、14人が「違う」と回答した。群毎の内訳は、「避難群」13人全員が震災前と違う一方、「自宅群」15人のうち、14人が同じであった。

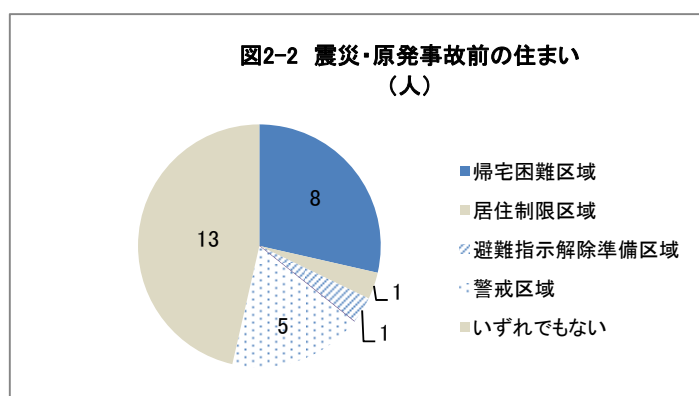


¹⁷² 母集団が28人と少数であるので、割合（％）は記さない。以下、同様。なお、避難群の1人は年齢の記載がなかったため、12人の中央値とした。

2-2 震災・原発事故前の住まい

震災・原発事故前の住まいは、避難指示区域のうち「帰宅困難区域」が8人、「居住制限区域」と「避難指示解除準備区域」がそれぞれ1人、「警戒区域」が5人、「いずれでもない」が13人であった。

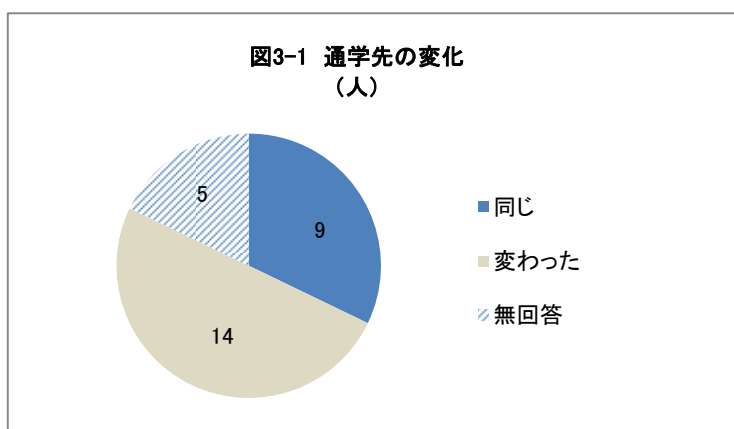
群毎の内訳では、避難群13人のうち、「帰宅困難区域」が8人、「避難指示解除準備区域」が1人、「警戒区域」が4人であった。自宅群（15人）では、「居住制限区域」1人、「警戒区域」1人を除く13人がいずれでもなかった。



3 子どもの就学状況

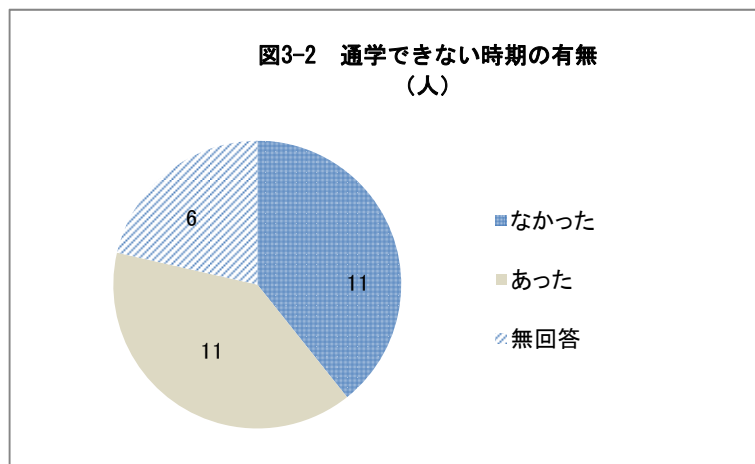
3-1 就学状況の変化

子どもの通学先は、「同じ」が9人、「変わった」が14人であった。通学先に変化があった14人のうち、2人は自宅群、12人は避難群であった。



3-2 通学できない時期の有無

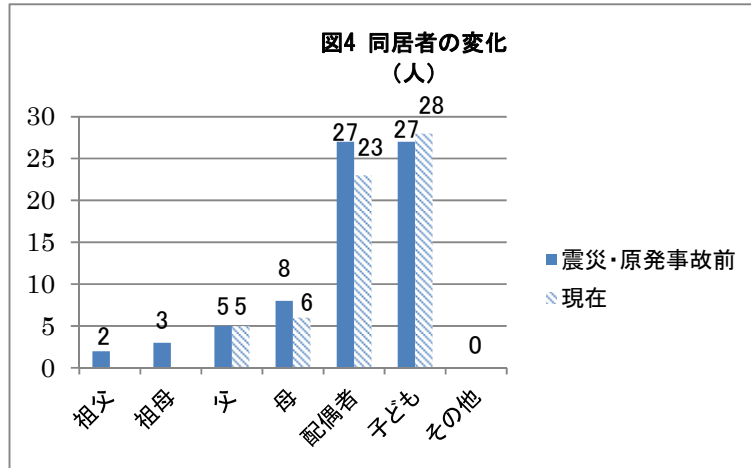
子どもが学校に行けない期間が「なかった」と回答した者、「あった」と回答した者は、それぞれ11人であった。学校に行けない期間のあった11人のうち、自宅群は7人、避難群は4人であった。



4 同居者の変化 (複数回答)

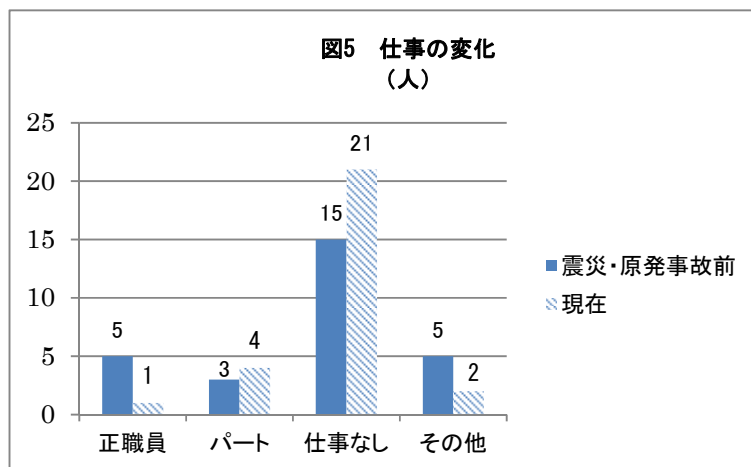
震災・原発事故前には、2人が祖父と、3人が祖母と同居していたが、その後も祖父や祖母と同居している者はいなかった。また、震災・原発事故前に配偶者と同居していた27人のうち、その後も同居を続けている者は23人であった。子どもとの同居については、震災・原発事故前後の変化はほぼなかった。

これらの変化を群毎に見てみると、自宅群の同居者にはほとんど変化がなく、避難群では同居者に大きな変化があったことが分かった。避難群13人のうち、震災・原発事故前に祖父母と同居していた5人全員が、その後は祖父母と暮らしていない。また、父母と暮らしていた6人のうち、その後も同居していたのは2人とどまった。震災・原発事故前には12人が配偶者と住んでいたが、その後には8人に減少した。



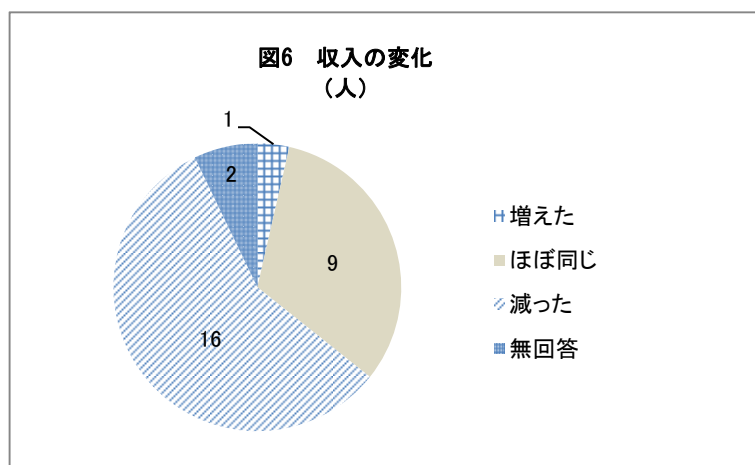
5 仕事の変化

震災・原発事故前には、研究参加者 28 人中 8 人が、正職員やパートとして仕事をしていました。しかしその後、その数は 5 人に減っていた。とくに避難群（13 人）では、震災・原発事故前には正職員 4 人、パート 2 人であったが、その後には、パート 1 人を除く 12 人に仕事なかった。



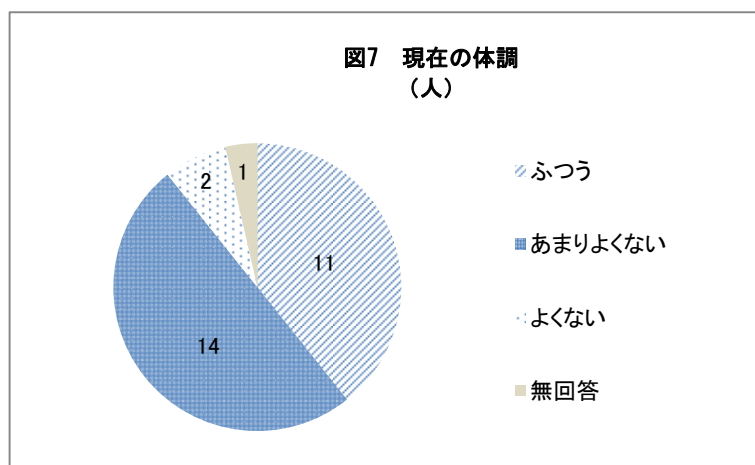
6 収入の変化

収入について、「増えた」は1人、「ほぼ同じ」が9人、「減った」が16人であった。収入が増えた1人は自宅群、ほぼ同じだったのは、自宅群5人、避難群4人であった。収入が減ったのは、自宅群8人、避難群8人であった。



7 現在（「話し合い」時）の体調

体調については、「とてもよい」、「よい」と回答した者はいなかった。「ふつう」と回答した11人のうち、自宅群は4人、避難群は7人であった。「あまりよくない」、「よくない」と回答した16人のうち、自宅群は11人、避難群は5人であった。



8 福島県民管理調査

福島県民管理調査について、研究参加者 28 人中 26 人が調査の存在を知っていた(図 8-1)。基本調査に回答したのは 18 人(図 8-2)、健康診査を受けたのは 12 人(図 8-3)、心の調査を受けたのは 10 人であった(図 8-4)。妊産婦調査に該当した 5 人のうち、調査を受けたのは 2 人のみであった(図 8-5)。

群毎の内訳では、調査の存在を知っていたのは、自宅群では 15 人中 13 人、避難群は 13 人全員であった(図 8-1)。基本調査に回答した自宅群は 8 人、避難群は 10 人であった(図 8-2)。健康診査を受けた者は自宅群 3 人、避難群 9 人であり(図 8-3)、心の調査を受けた者は自宅群 2 人、避難群 8 人であった(図 8-4)。以上 3 つの調査(診査)を受けた者の割合は、いずれも避難群の方が高かった。妊産婦調査については、該当する自宅群 2 人は調査を受けたが、該当する避難群 3 人は調査を受けなかった(図 8-5)。

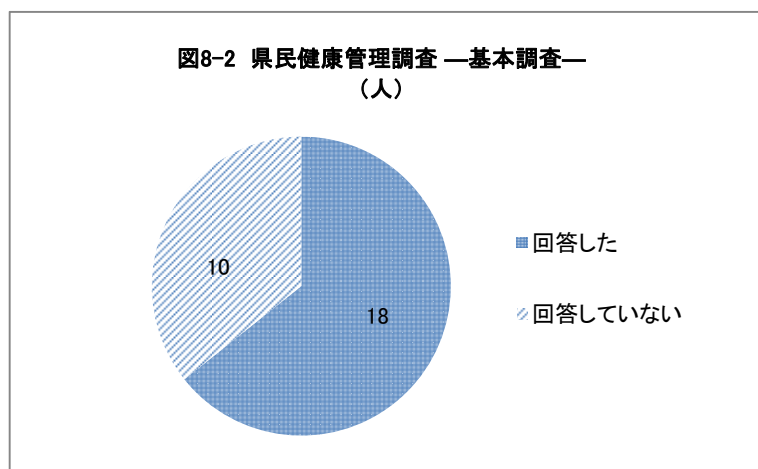
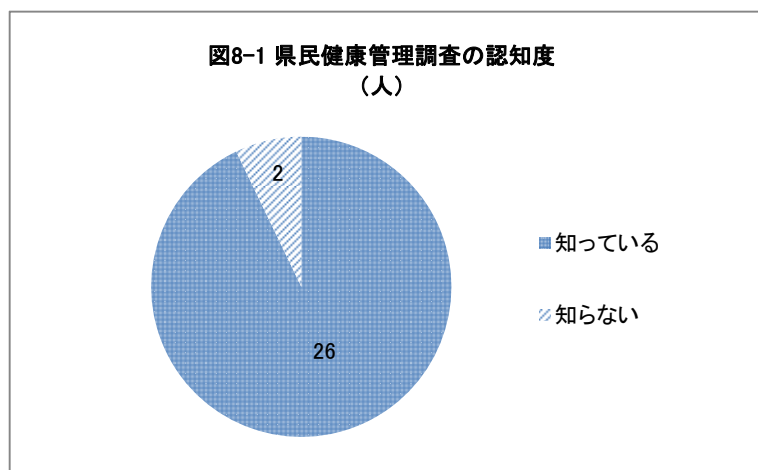


図8-3 県民健康管理調査—健康診査—
(人)

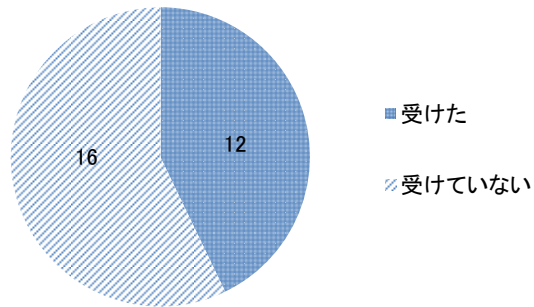


図8-4 県民健康管理調査—こころの調査—
(人)

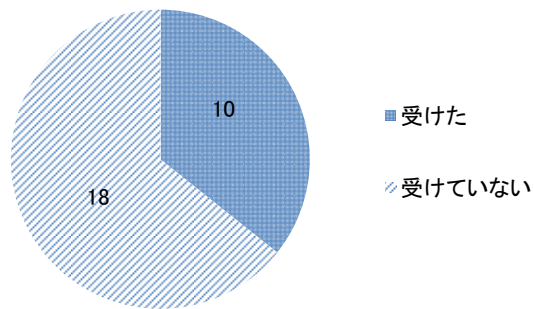
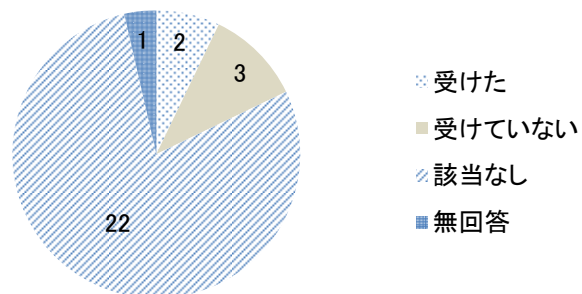


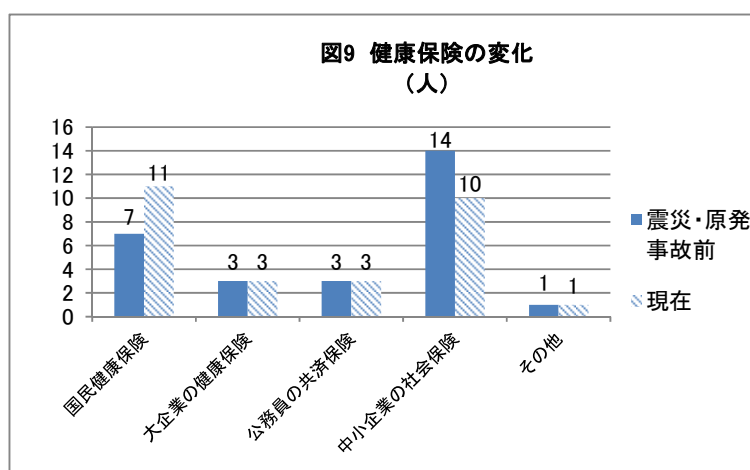
図8-5 県民健康管理調査—妊産婦調査—
(人)



9 健康保険の変化

震災・原発事故前には国民健康保険への加入者は7人であったが、その後、その数は11人に増えていた。一方、中小企業の社会保険への加入者は、14人から10人へと減っていた。

群毎の内訳では、自宅群15人の健康保険は、震災・原発事故前後で全く変化が見られなかった。一方、避難群13人の健康保険は、震災・原発事故前後で国民健康保険が2人から6人に増加し、中小企業の社会保険が9人から5人に減少した。



資料3 ヒアリング先一覧

	機関・団体名	実施日（2013年）	時間
行政	環境省総合環境政策局	7月11日	49分
	厚生労働省医政局	9月5日	55分
	復興庁福島復興局	8月5日	47分
	福島県保健福祉部	6月13日	1時間10分
	福島県いわき市	5月29日	2時間8分
	福島県郡山市	6月7日	1時間36分
	福島県二本松市	5月2日	2時間25分
	福島県双葉郡双葉町	5月10日、6月5日	3時間23分
	福島県双葉郡大熊町	6月10日	1時間26分
	新潟県内の自治体	5月14日	1時間54分
	埼玉県加須市	9月13日	2時間19分
医療機関・医師会	福島県立医科大学（在：福島市）	6月20日、7月23日	1時間9分
	桑野協立病院（在：郡山市）	5月17日	1時間30分
	いわき麻酔と痛みのクリニック（在：いわき市）	5月29日	1時間50分
	石田医院（双葉町）	11月1日	1時間15分
	福島県医師会（在：福島市）	5月29日、6月3日	2時間35分
	双葉郡医師会（双葉町、在：安達郡大玉村）	6月6日	49分
	いわき市医師会（在：いわき市）	5月28日	1時間31分
	郡山医師会（在：郡山市）	6月5日	3時間
支援団体	NPO法人いわき放射能市民測定室たらちね （在：いわき市）	5月28日	1時間40分
	共に育ち合い（愛）サロン「むげん」 （在：新潟県）	5月14日	1時間20分
	NPO法人郡山ペップ子育てネットワーク （在：郡山市）	6月6日	2時間
	NPO法人放射線衛生学研究所 （在：二本松市）	5月2日	2時間
合計		24機関	41時間16分

資料4 現地の写真



いわき市の仮設住宅



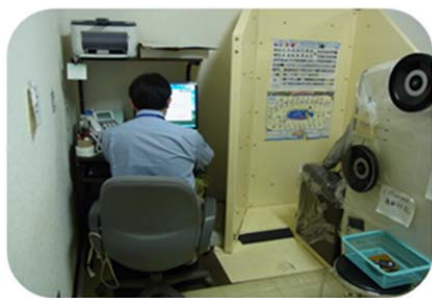
双葉町役場 旧埼玉支所（騎西高校）



富岡町大玉仮設診療所



食品・液体の放射線測定機器
(二本松市内NPO法人)



二本松市ホールボディカウンタ
による測定風景



ホールボディカウンタ
(二本松市内NPO)

注：いずれも筆者（佐瀬）撮影。