

福島県原子力災害からの復興に関するプロジェクト委員会答申

～原子力災害からの復旧・復興への道筋と提言～

平成 24 年 3 月

日本医師会
福島県原子力災害からの復興に関するプロジェクト委員会

平成 24 年 3 月

日本医師会

会 長 原 中 勝 征 殿

福島県原子力災害からの復興に関する

プロジェクト委員会

委員長 木 田 光 一

答 申

福島県原子力災害からの復興に関するプロジェクト委員会は平成 23 年 8 月 10 日開催の第 1 回委員会において、原中勝征会長から「東京電力福島第一・第二原子力発電所事故によって会員医療機関が被った損害賠償と復旧・復興について」の諮問を受けました。本委員会では、この諮問を踏まえて、3 回の委員会を開催し、被災された医療機関の実情調査と意見交換を行い、鋭意検討を重ねてまいりました。

なお、この委員会と併行して調査研究スタッフである日医総研が東京電力と損害賠償の概算払いによる簡便請求に関する打合せを行い、合意に至りました。

この度、その結果を取り纏めましたので、ご報告申し上げます。

福島県原子力災害からの復興に関するプロジェクト委員会
名簿

(委員名：五十音順)

委員長	木田 光一	福島県医師会 副会長
副委員長	星 北斗	福島県医師会 常任理事
委員	井坂 晶	双葉郡医師会 会長
委員	石田 秀一	双葉郡医師会 理事
委員	今村 諭	双葉郡医師会 理事
委員	金澤 幸夫	南相馬市立総合病院 院長
委員	今野 明	相馬郡医師会 理事
委員	関根 俊二	双葉郡医師会 副会長

目次

1. プロジェクト委員会の設置と会長諮問.....	1
(1)プロジェクト委員会の設置.....	1
(2)会長諮問.....	2
2. 東京電力福島第一・第二原子力発電所災害に関する概況と問題点・課題...	3
(1)東北地方太平洋沖地震の発生.....	3
(2)東京電力福島第一・第二原子力発電所事故の概要.....	4
(3)放射性物質の拡散と発電所周辺住民の避難経路の問題.....	7
(4)高濃度汚染水の海洋への流出による汚染の拡散.....	7
(5)警戒区域・緊急時避難準備区域・計画的避難区域の設定.....	8
(6)東日本全域から中部日本への放射性物質の拡散の問題.....	10
(7)原子力発電所発災前後の問題点.....	11
(8)原子力災害時の被ばく対策に関する課題.....	12
3. 東京電力への損害賠償請求等について.....	13
(1)東京電力の基本的責任について.....	13
(2)「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 原子力損害の範囲等に関する中間指針」と法的論点等.....	14
(3)東京電力による損害賠償請求に伴う問題点と簡便な請求方式について.....	18
4. 各医師会の対応について.....	22
(1)日本医師会の対応.....	22
(2)福島県医師会の対応.....	24
(3)郡市医師会の対応.....	26
5. 損害賠償と復旧・復興等に関する提言.....	28
(1)東京電力福島第一・第二原子力発電所災害の損害賠償に関する提言.....	28
(2)東京電力福島第一・第二原子力発電所災害からの 復旧・復興に関する提言.....	31
(3)福島県による地域医療再生に関する提言.....	35
(4)原子力発電所事故による災害対応に関する提言.....	36
参考資料.....	43
(1)原子力損害賠償紛争審査会・医療福祉等分野(医療施設関係) における専門委員調査報告書.....	45
(2)福島県医師会における東日本大震災への対応(福島県医師会報).....	57

1. プロジェクト委員会の設置と会長諮問

(1) プロジェクト委員会の設置

今から 13 年前の 1999 年 9 月 30 に発生した、茨城県東海村の(株)JCO 東海事業所転換試験棟における原子力臨海事故に際し、いちばん最初に現場に駆けつけたのは地元の那珂医師会の先生方であった。全く被曝などということは考えないで、ただ大変なことが起こったということで助けに入った。その時は、医師会も県も警察も消防もすべて皆バラバラ、お互いが目の前にいても連絡をしないというのが現実であった。茨城県知事も蚊帳の外に置かれ、どうしてよいか分からないという現状であった。

2011 年 3 月 11 日の東日本大震災によって起った、東京電力福島第一・第二原子力発電所事故に際しては、本来であればこれを反省し、災害の状況を周辺住民にすぐ連絡し、あるいはきちんとした情報を発するところは発信し、すべての官庁が縦割りではなく一丸となって救済するシステムを、作らなければならなかった。福島第一原子力発電所近くの「オフサイトセンター」はこのために作られたが、今回全くそれが機能せず、むしろ住民より早く逃れたのはオフサイトセンターの職員だったということである。

浪江町等福島第一原子力発電所近くの人たちは、一時本当に暴動を起こしそうな精神状態にまで追い込まれた上、除染すれば元の町に帰れるという幻想を与えていることが、本当に正しいのだろうか。もしこれができなかったら、だれが責任を取るのだろうか。このような一生涯にわたる長い問題に対しては、政府が正しい情報を被災者あるいは国民に提供することが大きな義務である。

今回の東日本大震災は 3 つの要素がある。1 つは地震であり、1 つは津波であり、1 つは原子力災害である。津波や地震に関しては、ある程度収束すれば日本人はその真面目さで必ず早く復興するだろう。しかし、原子力災害はまだまだ続いており、1 日も早く収束されなければならない。また、放射線だけでなく、原子力発電所事故現場の実態が目に見えないため、政府や東京電力のこれまでの発表が正しいのかどうか、また政府の対策本部が加害者である東京電力のビルの中にあるということも、大きな疑問である。

政府は国民を大切にすることが第 1 であり、まず国民をどうやって助けるかということに主眼を置き、原子力災害にきちんと対応すべきである。

こうしたことを踏まえ、プロジェクト委員会を設置して、原発災害の概略的な実態や問題点を整理し、東京電力に対し迅速かつ適正な損害賠償を求めていくとともに、国・県等に対しては原発災害で被災した相双地方の、地域コミュニティ及び医療ネットワークの早急な復旧・復興方策を求めていくこととする。

また、日本医師会がどれだけ相双地方に協力できるかということも真剣に考え、プロジェクト委員会設置を行動の第一歩とする。

(2) 会長諮問

前記のような背景・理由とともに、6月16日に福島県医師会より日本医師会に対して「原子力災害の賠償等に関する支援についての緊急要望」がなされ、同時に東北医師会連合会による福島県医師会への支援要望もあったことから、日本医師会において「福島県原子力災害からの復興に関するプロジェクト委員会」が設置されるとともに、原中会長より下記のような会長諮問がなされた。

会長諮問

東京電力福島第一・第二原子力発電所事故によって
会員医療機関が被った損害賠償と復旧・復興に
ついて

2. 東京電力福島第一・第二原子力発電所災害に関する概況と問題点・課題

(1) 東北地方太平洋沖地震の発生

平成 23 年 3 月 11 日(金)午後 2 時 46 分、東北地方太平洋沖地震（東日本大震災）が発生した（図 1）。

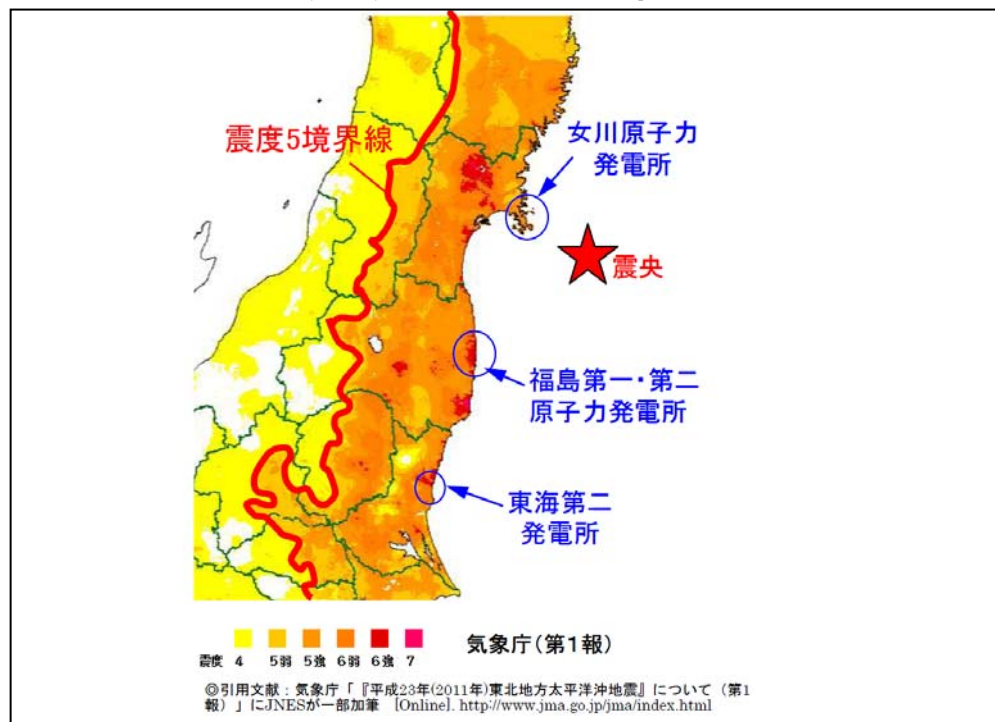
地震の規模は、観測史上最大のマグニチュード $M_w9.0$ で、断層の大きさは長さ約 450km、幅約 200km と非常に広範囲に渡った。その断層のすべり量は最大 20～30m 程度と想定され、震源直上の海底の移動量は東南東に約 24m 移動し、約 3 メートル隆起したと推測されている（海上保安庁平成 23 年 4 月 6 日発表）。

各地の震度は、震度 7 が宮城県北部、震度 6 強が宮城県南部・中部、福島県中通り・浜通り、茨城県北部・南部、栃木県北部・南部で、震度 6 弱が岩手県沿岸南部・内陸北部・内陸南部、福島県会津、群馬県南部、埼玉県南部、千葉県北西部であった。

また、震度 5 強も広範囲にわたり青森県三八上北・下北、岩手県沿岸北部、秋田県沿岸南部・内陸南部、山形県村山・置賜、群馬県北部、埼玉県北部、千葉県北東部・南部、東京都 23 区・多摩東部、新島、神奈川県東部・西部、山梨県中・西部、山梨県東部・富士五湖にまでわたっている。

上記のように、福島県浜通りへも震度 6 強(内閣府緊急災害対策本部)の地震が襲ったが、福島県第一・第二原子力発電所が立地する地域は、気象庁の資料では震度 7 表示となっている。

図 1 東北地方太平洋沖地震の震央と東京電力福島第一・第二原子力発電所の位置



資料:「東京電力(株)福島原子力発電所の事故について」原子力災害対策本部 内閣府

この地震に伴い、3月11日14時49分に津波警報(大津波)が発表され、震源に最も近い岩手釜石沖の観測点(GPS)では、地震発生26分後に6.61m以上(沖合での観測値であり、沿岸では津波はさらに高くなる)が観測されている。

また、検潮所では、原子力発電所に近い相馬で地震発生後1時間5分後に最大波9.3m以上が観測されている。

この地震で津波による人的被害は死者15,844名、行方不明者3,468名にも達した。また、建築物の被害は全壊127,130戸、半壊131,603戸に達した。

(2)東京電力福島第一・第二原子力発電所事故の概要

第一波の津波は、福島第一原子力発電所には平成23年3月11日15時27分、東北地方太平洋沖地震発生41分後に到達した。また、第二波の津波は同日15時35分、49分後に到達した。一方、第二原子力発電所へは、第一波が15時22分、地震発生36分後に到達した。これは東京電力発表であるが、なぜか震源より遠方にある第二原子力発電所への津波到達時刻が、第一原子力発電所よりも早くなっている(「福島原子力事故調査報告書 中間報告書」(平成23年12月2日、東京電力株式会社、以下「東電事故調査中間報告」ともいう))。

これらの津波の内最大の津波は、福島第一原発において、15mを超える浸水高(小名浜港工事基準面からの浸水の高さ)が観測された(「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 中間報告」(平成23年12月26日、平成23年5月24日の閣議決定により設置、以下「事故調査・検証委員会中間報告」ともいう))。

地震発生時、福島第一原発(何れも沸騰水型原子炉、略称BWR)では1号機から3号機までは運転中、4号機から6号機までは定期検査中であつた(図2)。

福島第一原発では、地震発生後、運転中の1号機から3号機までの自動スクラム(緊急停止)は達成されたものとみられるが、地震と津波により、外部電源及び発電所に備えられていたほぼ全ての電源が失われ、原子炉や使用済燃料プールが冷却不能に陥った。

特に、福島第一原子力発電所の非常用ディーゼル発電機は、ほとんど(1号機2機、2号機1機、3号機2機、4号機1機、5号機2機、6号機2機)が地下1階に設置されており、津波が進入し易い構造のため、その機能を喪失したものと考えられる。

1号機(3月12日)、3号機(3月14日)及び4号機(3月15日)で、炉心の損傷により大量に発生した水素が原子炉建屋に充満し、これによりと思われる爆発が発生した(表1)。

中でも4号機は、3月15日6時~6時10分頃大きな音が発生し、原子炉建屋が損傷した。

また、調査未了ではあるが、2号機も3月15日6時~6時10分頃大きな衝撃音発生し(ほぼ同時期に圧力抑制室圧力がゼロとなる)炉心が損傷したと考えられている(「東電事故調査 中間報告」)。

3月15日のこの事故後、福島第一原子力発電所正門付近の放射線量が12mSv/hに急上昇しており、この放射性物質が周辺の地域に大きく拡散したものと考えられている。

このような結果等から、経済産業省原子力安全・保安院は、これまで(3月18日記者発表)国際的な事故評価尺度(INES)を「レベル5」としていたものを、4月12日になって「深刻な事故」とされる「レベル7」に引き上げた。この「レベル7」という水準は、放射性物質の放出量が旧ソ連チェルノブイリ原発事故1割程度であるものの、これに匹敵するものである。

そして、福島第一原子力発電所の格納容器型式は、1号機から5号機まで初期の型式である「マークI」であり、米国においては地震発生確率の高い西部(例えばカリフォルニア州等)には設置されていないと言われる。

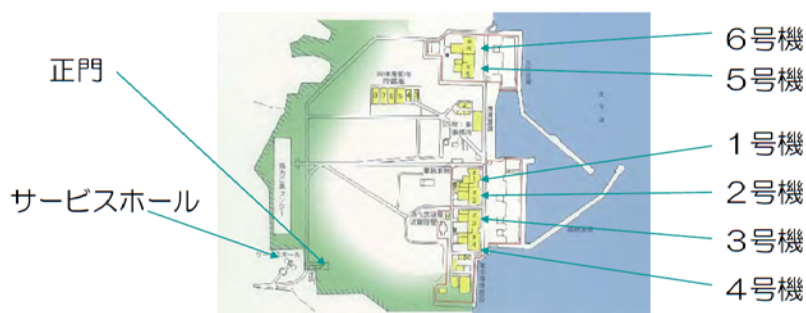
また、米国や我が国のBWR「マークI」に詳しい専門家や元設計者から、「マークI」の地震等に対する問題点が指摘されている。

このようなことから、原発災害の背景の一つとして、第一原子力発電所のプラントが地震への対応が十分でなく、老朽化していたことが考えられる。因みに、使用経過年数は1号機は40年、2号機は37年、3号機は35年、4・5号機は33年、6号機は32年経過している(図2)。

一方、第二原子力発電所のプラントは30年未満ではあるが、20年代後半のものが半分以上を占めている(図3)。

図2 東京電力福島第一原子力発電所の概要

東京電力 福島第一原子力発電所の概要

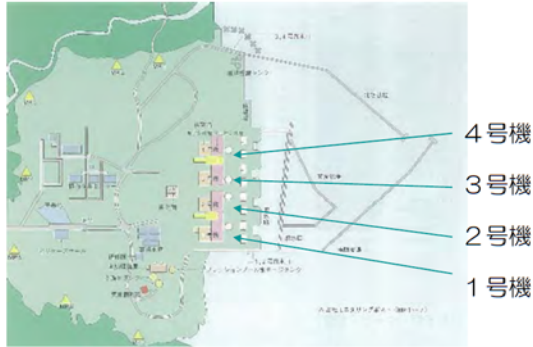


所在	号機	運転開始	型式	出力(万kW)	主契約者	地震発生時の状況	使用経過年数	格納容器型式(本体)
大熊町	1号機	S46.3	BWR-3	46.0	GE	定格電気出力一定運転中	40年	マークI
	2号機	S49.7	BWR-4	78.4	GE/東芝	定格熱出力一定運転中	37年	マークI
	3号機	S51.3	BWR-4	78.4	東芝	定格熱出力一定運転中	35年	マークI
	4号機	S53.10	BWR-4	78.4	日立	定期検査中 全燃料取出、ブルゲート閉 (シュラウド交換作業中)	33年	マークI
双葉町	5号機	S53.4	BWR-4	78.4	東芝	定期検査中 原子炉圧力容器上蓋閉	33年	マークI
	6号機	S54.10	BWR-5	110	GE/東芝	定期検査中 原子炉圧力容器上蓋閉	32年	マークII

資料:「福島原子力事故調査報告書(中間報告書)」(平成23年12月2日、東京電力株式会社)に加筆・修正

図 3 東京電力福島第二原子力発電所の概要

東京電力 福島第二原子力発電所の概要



所在	号機	運転開始	型式	出力(万kW)	主契約者	地震発生時の状況
楡葉町	1号機	S57.4	BWR-5	110.0	東芝	定格熱出力一定運転中
	2号機	S59.2	BWR-5	110.0	日立	定格熱出力一定運転中
富岡町	3号機	S60.6	BWR-5	110.0	東芝	定格熱出力一定運転中
	4号機	S62.8	BWR-5	110.0	日立	定格熱出力一定運転中

使用経過年数	格納容器型式(本体)
29年	マークⅡ
27年	マークⅡ 改良
26年	マークⅡ 改良
24年	マークⅡ 改良

資料:「福島原子力事故調査報告書(中間報告書)」平成 23 年 12 月 2 日、東京電力株式会社

表 1 炉心の損傷による水素爆発の発生とその日時

平成23年	福島第一発電所 1号機	福島第一発電所 2号機	福島第一発電所 3号機	福島第一発電所 4号機
3月11日	14時46分 東北地方太平洋沖地震発生(Mw9.0) 15時27分 東京電力福島第一原子力発電所へ第一波の津波到達			
3月12日	15時36分 水素爆発	—	—	—
3月14日	—	—	11時01分 水素爆発	—
3月15日	—	6時～6時10分頃 大きな衝撃音発生 (ほぼ同時期に圧力抑制室 圧力がゼロとなる)	—	6時～6時10分頃 大きな音が発生し、 原子炉建屋損傷

資料:「福島原子力事故調査報告書(中間報告書)」平成 23 年 12 月 2 日、東京電力株式会社

(3)放射性物質の拡散と発電所周辺住民の避難経路の問題

3月15日早朝、第2号機及び第4号機における大きな衝撃音に伴い、原子炉及び原子炉建屋が大きな損傷を受けた可能性が高く、15日～16日にかけて発電所正面付近における放射線レベルの異常な高まりが見られた。

こうした放射線レベルの異常な高まりが観測されたこと等から、政府はそれまでも20km圏内の避難を指示していたが、相双地域自治体に対し20～30km圏内についても屋内避難を指示するとともに、20km圏内については避難指示を出した。

ここで問題となったのが、避難指示のみ出して、科学的データを用いた避難の方向性の指示がなかったことである。

すなわち、今回の事故において避難指示が出された際、「緊急時迅速放射能影響予測ネットワークシステム」(SPEEDI)が活用されることがなかった。

国によれば、地震の影響によりデータの伝送回線が使用できなくなったことなどから、SPEEDIの計算の前提となる放出源情報が得られず、放出源情報を基にした放射性物質の拡散予測はできなかったとしている。

しかし、SPEEDIにより、単位量放出(1Bq/hの放射性物質の放出)を仮定した計算結果を得ることは可能であり、現にこのような計算結果が得られていた。

その空気吸収線量率の広がり方向の計算結果をみると、この時浪江町の多くの住民が避難した方向は浪江町役場津島支所のある北西方向であったため、放射性物質が流れる方向に避難してしまったことになった。

このSPEEDIの情報については、放出源情報が得られなくとも、上記のような活用が単位量放出(1Bq/hの放射性物質の放出)を仮定することにより、拡散方向の計算結果を得ることは可能であり、これを管理・運営していた文部科学省等国の大きな責任と言える。

(4)高濃度汚染水の海洋への流出による汚染の拡散

大気中への放射性物質の拡散とともに、高濃度汚染水が海洋に流出したため、海水の汚染が拡大し漁業への大きな影響がでた。

高濃度汚染水は、4月2日に2号機のピットの側面の亀裂から海水中に流出していたのが発見され、その流出総量は約 4.7×10^{15} Bq(4,700兆ベクレル)と推定されている。

4月4日～10日には、高濃度汚染水の貯蔵容量を確保するため、低濃度放射性物質を含む水を海水中に放出し、その総量は約 1.5×10^{11} Bq(0.15兆ベクレル)と推定されている。

更に、5月11日には3号機取水口付近のピットから汚染水が海水中に流出していたのが発見され、その流出総量は 2×10^{13} Bq(20兆ベクレル)と推定されている。

こうした高濃度汚染水の海洋への流出により、原子力発電所周辺の海水中の放射性物質濃度は上昇した。5月6日に行われた海水モニタリングの値では、福島第一原子

力発電所の東方にあるモニタリング・ポイントが最大値となり、周辺観測区域の限界を超えた 76.8 Bq/L が観測された。

こうした海洋汚染は、福島県沿岸の漁業はもとより周辺県における漁業に、販売規制や風評被害等の大きな影響を与えた。

(5)警戒区域・緊急時避難準備区域・計画的避難区域の設定

① 警戒区域(20km 圏内)の設定

4 月 21 日まで政府は、それまでも 20km 圏内住民の避難指示や 20～30km 圏内住民の屋内避難を指示していた。

しかし 4 月 21 日に、安全上のリスクが増しているとして、原子力災害対策本部長たる内閣総理大臣が関係市町村長に対し、避難指示区域(福島第一原子力発電所半径 20km 圏内)を「警戒区域」に設定することを指示(原子力災害対策特別措置法に基づく指示)した。

そして当該指示に基づき、関係市町村長は、4 月 22 日午前 0 時に警戒区域を設定した。これにより、「警戒区域」に消防隊、警察、自衛隊等の緊急事態応急対策に従事する者以外の者が、市町村長の許可なく立入りを行うことは禁止されることとなった。

② 緊急時避難準備区域(20～30km 圏内)・計画的避難区域の設定

さらに、4 月 22 日になって、安全上のリスクが増しているとして、3 月 15 日に指示されていた屋内退避指示を解除し、放射線量の高い浪江町・飯館村・葛尾村を中心に「計画的避難区域」を設定するとともに、その地域以外の 20～30km 圏内について「緊急時避難準備区域」を設定した。

「計画的避難区域」は、事故発生から 1 年の期間内に積算線量が 20 ミリシーベルトに達するおそれのあるため、住民等に概ね 1 ヶ月を目途に別の場所に計画的に避難を求めるものである。

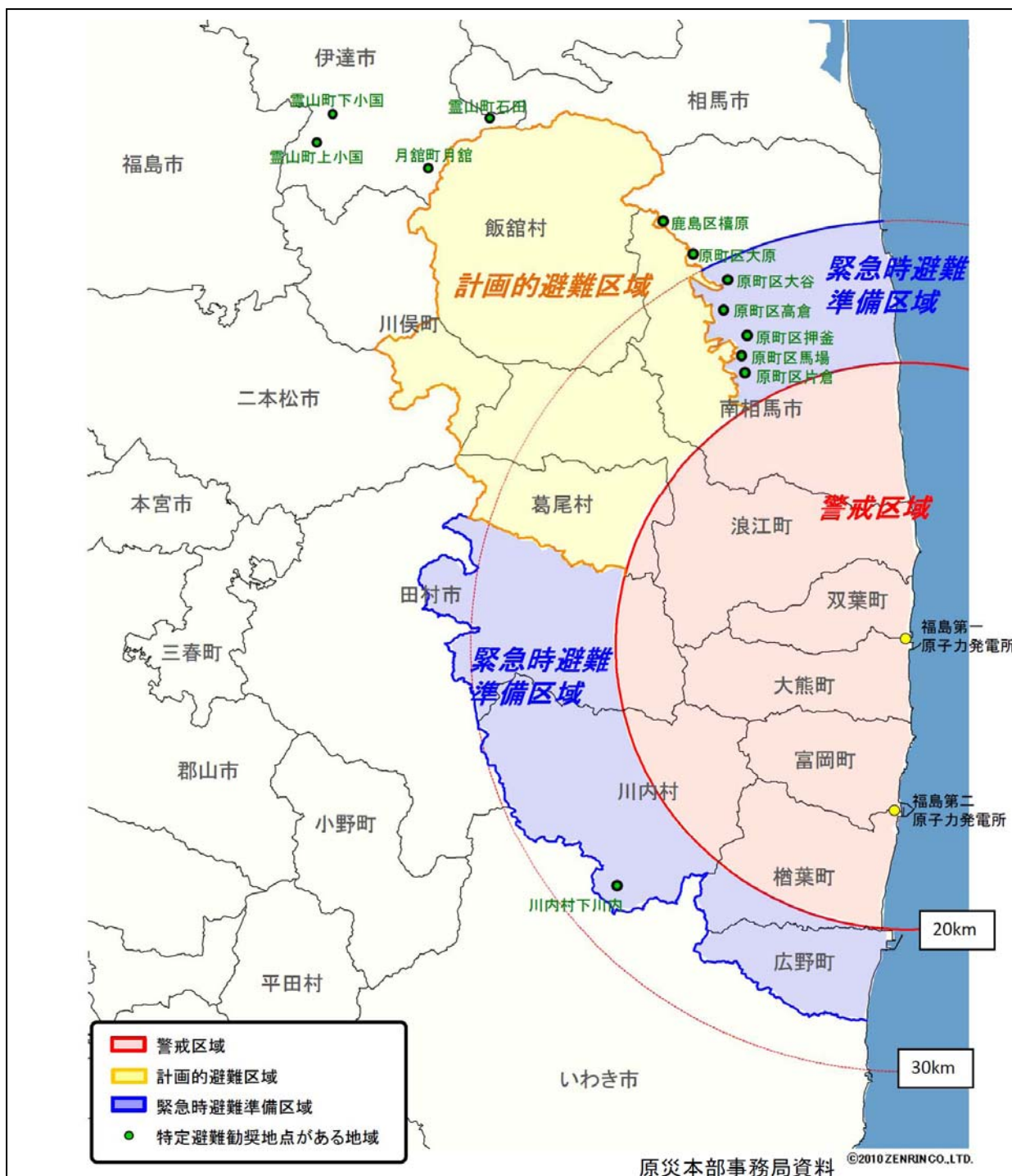
「緊急時避難準備区域」は、福島第一原子力発電所の事故の状況がまだ安定していないため、今後なお、緊急時に屋内退避や避難の対応が求められる可能性が否定できない状況にある。このため、緊急時避難準備区域においては、住民に対して常に緊急的に屋内退避や自力での避難ができるようにすることが求められている。

③ 特定避難勧奨地点の設定

政府は 6 月 15 日に、事故発生後 1 年間の、積算線量が 20mSv を超えると推定される特定の地点への対応のため、「特定避難勧奨地点」を設定した。

政府によれば、「特定避難勧奨地点」とは、当該地点は一律に避難を求めるほどの危険性はなく、今般の対応は住民に対する注意の喚起と支援表明であるとしている。そして、地点近辺の住民の安全・安心の確保に万全を期す観点から、政府として対応を行う地点を特定し、この地点に対してしっかりと対策を講じていくことを対外的にも明確にしていくものであるとしている。

図 4 警戒区域、計画的避難区域及び特定避難勧奨地点がある地域の概要図
(緊急時避難準備区域解除前)



資料:「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 中間報告」平成23年12月2日、平成23年5月24日の閣議決定により設置

(6) 東日本全域から中部日本への放射性物質の拡散の問題

① 第4次航空機モニタリングの測定結果を反映した

東日本全域の地表面から1m高さの空間線量率(平成23年10月21日)

第4次航空機モニタリングの測定結果を反映した東日本全域の地表面から1m高さの空間線量率(平成23年10月21日)をみると、0.5～1.0マイクロシーベルト/時($\mu\text{Sv/h}$)の空間線量率を示す地域は、福島県に隣接する宮城県南部・栃木県北部の一部にまで拡散している。

また、0.2～0.5 $\mu\text{Sv/h}$ の空間線量率を示す地域は、宮城県・栃木県・群馬県・茨城県・千葉県に広く拡散するとともに、岩手県・新潟県・長野県の一部にまで拡散している。

さらに、0.1～0.2 $\mu\text{Sv/h}$ の空間線量率は、上記に加え、山形県・山梨県・静岡県等にまで拡散している。

そして、0.1 $\mu\text{Sv/h}$ 以下の空間線量率は東日本から中部日本まで拡散し、今回の事故に伴い放射性物質は国内に広く拡散することとなった。

② 第4次航空機モニタリングの測定結果を反映した東日本全域の

地表面におけるセシウム134、137の沈着量の合計(平成23年10月21日)

第4次航空機モニタリングの測定結果を反映した東日本全域の地表面におけるセシウム134、137の沈着量の合計(平成23年10月21日)をみると、300～600千ベクレル/ m^2 (kBq/m^2)の値を示す地域は、福島県内に止まっているものの、福島第一原子力発電所から60km圏域の外にまで分布している。

福島県外で100～300 kBq/m^2 の値を示す地域は、福島県に隣接する宮城県南部・栃木県北部・群馬県北部の一部にまで拡散している。

また、60～100 kBq/m^2 の値を示す地域は、宮城県・栃木県・群馬県・茨城県・千葉県の一部にまで分布している。

さらに、30～60 kBq/m^2 の値を示す地域は、前記同様宮城県・栃木県・群馬県・茨城県・千葉県の一部とともに、宮城県北部・岩手県南部の一部にまで分布しているが、特に群馬県には広く分布している。

そして、10 kBq/m^2 以下の値を示す地域は、前記と同様、東日本だけでなく中部日本まで広く分布し、今回の事故に伴い放射性物質は国内に広く分布することとなった。

(7)原子力発電所発災前後の問題点

原子力発電所発災前後の問題点については、その情報が十分公開されていない状況の中で信頼できる情報として、「事故調査・検証委員会中間報告」を取り上げ、ここで指摘されている問題点を中心に、以下表として整理した。

整理の方法としては、「原子力発電所本体以外の問題点」と「原子力発電所本体に関する問題点」に分けて整理をした。しかし、この情報についても現在は中間報告の段階であることから、この最終報告が公開された段階で、見直すことが必要であると考えている。

表 2 発災前後の原子力発電所本体以外に関する問題点

(ア) 事故発生後の政府諸機関の対応の問題点	
(i) 原子力災害現地対策本部の問題点	
a) オフサイトセンターの機能不全	
b) 現地対策本部への権限委任の問題点	
(ii) 原子力災害対策本部の問題点	
a) 官邸内の対応	
b) 情報収集の問題点	
(イ) 被害の拡大を防止する対策の問題点	
(i) 初期モニタリングに関わる問題	
(ii) SPEEDI 活用上の問題点	
(iii) 住民避難の意思決定と現場の混乱をめぐる問題	
(iv) 国民・国際社会への情報提供に関わる問題	
(v) 原子力災害対策本部等における議事録を作成しなかった問題	
(vi) 最悪シナリオ(不測事態シナリオ)非公表の問題	

資料:「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 中間報告」を加筆・修正

表 3 発災前後の原子力発電所本体に関する問題点

(ア) 福島第一原発における事故後の対応に関する問題点	
(i) 1 号機のIC(非常用復水器)の作動状態の誤認	
(ii) 3 号機代替注水に関する不手際	
(iii) 1 号機及び3 号機の原子炉建屋における爆発との関係	
(イ) 不適切であった事前の津波・シビアアクシデント対策	
(i) 不適切であった津波・シビアアクシデント対策	
a) 津波想定の問題点	
ア) 規制関係機関における津波対策への認識不足の問題	
イ) 東京電力が津波対策に着手しなかった問題	
b) シビアアクシデント対策における津波リスクへの認識不足の問題	
(ii) 東京電力の自然災害対策の問題点	
① 不十分な全電源喪失対応策	
② 消防車による注水・海水注入策の未策定	
③ 機能しなかった緊急通信手段	
④ 緊急時における機材操作要員手配の問題点	

資料:「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 中間報告」を加筆・修正

(8)原子力災害時の被ばく対策に関する課題

東京電力福島第一原子力発電所の事故によって、周辺住民がいったいどれほどの被曝をしたのか？今となってはその正確な測定は不可能である。

福島第一発電所1号機、3号機において3月12日、3月14日に水素爆発が発生し、直後、大量の放射性物質が爆発の上昇気流(アップストリーム)に乗って上昇した後、風下の広範な範囲に飛散したことは事実である。

医学的に深刻と考えられるのは、乳幼児を含めた子供たちに甲状腺の異常をもたらす放射性ヨウ素「 ^{131}I 」の飛散である。 ^{131}I は半減期が8日と短いため、数カ月で完全に消失する。このため、他の放射性物質と異なり、土壌汚染の原因にはならないが、原発事故後、早期に検査をしなければ正確な状況は把握できない。

医療者を悩ませるのは安定ヨウ素剤の妊産婦・授乳婦への投与の是非である。この問題は1999年の茨城県東海村の原子力施設でおこった放射性物質漏えい事件(東海村JCO臨海事故)において妊産婦・授乳婦に対応した医師からの質問が殺到したことに苦慮した経験をもつ公益法人・日本産科婦人科学会では、事故直後の3月15日にHP上に「福島原発事故における放射線被曝時の妊娠婦人・授乳婦へのヨウ化カリウム投与(甲状腺がん発症予防)について」を公表した。

この告知は主に日本産科婦人科学会会員むけに公表されたものであるが、その主旨は以下の2点であった。

1. 被曝線量が不明であっても、妊産婦・授乳婦が40歳以下であればヨウ化カリウム50mg2錠(100mg)を服用させよ
2. 妊婦はリスクのある土地から優先的に避難させよ

しかし学会がHPで告知した段階では、原子力安全・保安院による福島第一原発事故の国際原子力・放射線事象評価尺度(INES)の判断はレベル5のままで(レベル7に格上げされたのは1ヶ月後の4月12日)、政府も原子力災害対策他区別措置法にもとづく半径20km圏内の住民に対する退避指示、30km圏内の住民の屋内待機指示を追加したばかりだったことから、この告知に対し、

「いたずらに国民の不安を煽る」、「一学会が拙速な発表をした」との批判が複数の放射線関連学会や政府から寄せられたのも事実である。

のちに炉心損傷の事実が確定的になり、INESの評価はレベル7に引き上げられてからは、こういった批判も収束したが、結局、原発周辺自治体における避難住民等へのヨウ化カリウムの有効な投与はほとんど行われなかったと言っても過言ではない。

何よりも、水素爆発という事象以前に行われたベント作業(排気作業)すら周辺住民に知らされなかった事の意味はあまりに重い。

3. 東京電力への損害賠償請求等について

(1) 東京電力の基本的責任について

① 原子力損害賠償に関する法律

東京電力株式会社の福島第一原子力発電所事故（以下「本件事故」という）についての損害賠償責任は、原子力損害の賠償に関する法律（昭和 36 年 6 月 17 日法律第 147 号）により、過失の有無を問わない無過失責任とされており、その賠償額に上限はない（同 3 条 1 項）。これは、原子力事故が生じた場合、その被害は甚大でかつ立証が困難であるため、被害者保護の観点から無過失責任とし、一般の不法行為（民法 709 条以下）の特則と位置づけられている。

ただし、同 3 条 1 項ただし書では、その損害が「異常に巨大な天災地変又は社会的動乱によって生じたものであるときは、この限りでない」という免責条項を設けているため、東京電力側に免責が認められる余地がある。

今回の原子力損害は、発電所が津波を受けたことにより生じたものであるが、訴訟になった場合に東京電力側から「天災地変の抗弁」が提出される可能性は決して低くない¹

② 福島第一原子力発電所事故の被害の特質

小島延夫氏²によれば、本件事故と交通事故等一般的な事故との違いは、以下の点にあるとしている。

(ア) 類例のない被害規模の大きさ(被害の大規模性)

警戒区域と計画的避難区域だけで、約 800km²で、東京 23 区と八王子市をあわせた広さである。避難区域に居住していた人だけで 9 万人、対象区域の事業所で 8000、その事業所への就業者は 6 万人である。

(イ) 被害の継続性・長期化

半減期 30 年のセシウムが 60 万ベクレル/m²以上蓄積している。

(ウ) 暮らしの根底からの全面的破壊(被害の全面性)

地域では、企業活動・消費生活・職業活動が相互に関連しながら、地域社会を構成し、人々の生活を成立させていたが、それが丸ごと破壊された。

¹ 尾崎孝良「原子力損害賠償法について」24-25(2011)、そのほか、原子力損害賠償実務研究会「原子力損害賠償の実務」P18.も加速度を基準に考えれば関東大震災の 3 倍以上となることから、免責の可能性を示唆している。

² 小島延夫「福島第一原子力発電所事故に関する損害賠償とそれに関連する諸問題」自由と正義 2011.12

(エ)被害の不可予測性

低レベルの放射線によって、どのような健康被害が発生するか科学的には完全に解明されていない。なお、民法 724 条は 20 年の除斥期間を定めているが、数十年後に晩発性の放射線障害があらわれた場合であっても、最高裁判例によりその起算点は損害の全部または一部が発生したときから起算するとされているため、損害賠償請求をすることが可能である。

このように、原発事故による損害は、交通事故による損害と大きく異なるのであるから、これらの特質を踏まえた指針の作成や判決が望まれる。

(2)「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等に関する中間指針」と法的論点等

① 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等に関する中間指針」(以下「中間指針」という)の特徴

(ア)中間指針の概要

原子力損害の賠償に関する法律（以下「原賠法」という）は、原子力損害の賠償に関して、紛争が生じた場合における和解の仲介及び自主的な解決のための一般的な指針を定めるために原子力損害賠償紛争審査会を設置し、平成 23 年 8 月 5 日の第 13 回目の開催の後、中間指針を公表した。

(イ)中間指針の法的効力

中間指針にも記述があるとおり、「中間指針に明記されない個別の損害が賠償されないということがないよう留意されることが必要である。東京電力株式会社に対しては、中間指針で明記された損害はもちろん、明記されなかった原子力損害も含め、多数の被害者への賠償が可能となるような体制を早急に整えた上で、迅速、公平、かつ適正な賠償を行うことを期待する。」(P.2「はじめに」)とされており、中間指針は、あくまでも、「自主的な解決に資する一般的な指針」であって必ずしも損害賠償請求の範囲を限定するものではない。

中間指針の定めに従った損害賠償に不服があれば、訴訟によることもできるのは当然のことである。その意味では、中間指針は、損害賠償のガイドラインにすぎず法的拘束力はない。

(ウ)中間指針の具体的な内容

中間指針は、つぎの通り、損害を分類して損害賠償の範囲を示している。

- (i) 政府による避難等指示等に係る損害
- (ii) 政府による航行危険区域・飛行禁止区域の設定に係る損害

- (iii) 政府等による農林水産物等の出荷制限指示に係る損害
- (iv) 間接損害
- (v) いわゆる風評損害

中間指針は、政府による避難・出荷停止等の指示があったことによる損害を中心に据え、それ以外は「いわゆる風評被害」「間接損害」とされるにとどまっている。つまり中間指針は、原発事故に起因した「放射性物質の飛散による損害」を直接損害ととらえるのではなく、原発事故に起因した「政府等による避難指示による損害」を直接損害ととらえていることが分かる。

中間指針においても、「そもそも風評被害という表現自体を避けることが本来望ましい」としているが（第7、1項）、たとえば、計画的避難区域に隣接する地域の小児科クリニック等の売上減少は「いわゆる風評被害」とされることになる。しかし、低線量被ばくの発がんリスクは有意に高いとの報告³もある以上、放射線に対する耐性の弱い小児や妊婦を線量の高い地域から避難させるのは、親として当然の心情であるから風評被害でなく直接損害そのものであるであろう。

この問題の根底は、政府が避難等の指示の基準として空間放射線量が20ミリシーベルト毎時を越えているかどうかを基準にしていることにありと思われる。

中間指針では、(i) 政府による避難指示等に係る具体的な損害として、つぎの項目をあげ検討されているが、いずれについても「必要かつ合理的な範囲内」で賠償するとされており、抽象的な基準にとどまっている。

- ・ 検査費用（人）
- ・ 避難費用
- ・ 一時立ち入り費用
- ・ 帰宅費用
- ・ 生命・身体的損害
- ・ 精神的損害
- ・ 営業損害
- ・ 就労不能等に伴う損害
- ・ 検査費用（物）
- ・ 財産価値の喪失又は減少等

(エ) 中間指針の追補

平成23年12月6日、「東京電力福島第一、第二原子力発電所事故による原子力損害の判定等に関する中間指針追補（自主避難等に係る損害について）」が定められ、政府による避難等の指示等のなされていない者に対しても損害賠償が受けられるとする、追補指針を提示した。

その内容はつぎの通りであるが、自主避難者は、従来の本拠地を離れ他の地域

³ T.watanabe et al. 日本衛生学会英文誌、13、264(2008)

で新たな生活をしているのであって、移動費用や転居費用のみを考慮しても、金額は損害の実態に比して低額にとどまっていると思われる。

その対象区域は、福島市、二本松市、伊達市、本宮市、桑折町、国見町、川俣町、大玉村、郡山市、須賀川市、田村市、鏡石町、天栄村、石川町、玉川村、平田村、浅川町、古殿町、三春町、小野町、相馬市、新地町、いわき市である。

また、慰謝料の具体的な金額は、①自主的避難等対象者のうち子供及び妊婦については、本件事故発生から平成 23 年 12 月末までの損害として一人 40 万円を目安とし、②その他の自主的避難等対象者については、本件事故発生当初の時期の損害として一人 8 万円を目安とする、とされている。

② 原子力損害賠償紛争審査会及び中間指針の問題点

(ア) 委員に利益相反の疑いがあること

原子力損害賠償紛争審査会の 3 名の委員が、日本エネルギー法研究所の役職者を務めていたことが国会で問題となった⁴。新聞によれば、月 20 万円ほどの役員報酬を受けていたことが報じられている⁵。日本エネルギー法研究所は、「官庁からも業界からも中立」を建前としているが、運営費のほとんどを電力 9 社で作る「電力中央研究所」からの研究委託費に頼っており、損害賠償紛争審査会の中立性に疑問が呈されている。

(イ) 20 ミリシーベルトを基準としていること

日本国内の現行法制において、被ばくの限度基準はつぎの通りとされている。

(i) 労働安全衛生法、同施行規則にもとづく、電離放射線障害防止規則 4 ないし 6 条（昭和 47 年第 41 号）

事業者は、労働者の受ける実効線量が 5 年間につき、100 ミリシーベルトを越えず、かつ、1 年間につき 50 ミリシーベルトを超えないようにしなければならない（女性は 3 ヶ月につき 5 ミリシーベルト、妊娠と診断された女性の内部被ばくによる実効線量は 1 ミリシーベルト）

(ii) 原子炉等規制法、同法施行規則にもとづく「実用発電用原子炉の設置運転等に関する規則の規定に基づく線量限度等を定める告示」（平成 13 年経済産業省告示第 187 号）

周辺監視区域に係る実効線量については、1 年間（4 月 1 日を始期とする 1 年間をいう。以下同じ。）につき 1 ミリシーベルト

また、諸外国における規制は次表⁶の通りである。

⁴ 東日本大震災復興特別委員会議事録第 13 号平成 23 年 7 月 14 日

⁵ 平成 23 年 9 月 23 日付け朝日新聞朝刊 7 頁、平成 23 年 9 月 24 日付け毎日新聞朝刊 24 頁

⁶ 第 5 回 原子力安全委員会の安全審査指針類における放射線防護にかかる記載の考え方検討ワーキンググループ配布資料(平成 21 年 11 月 26 日)

表 4 基準線量

日本	アメリカ	アメリカ(基準案)	イギリス	ドイツ	ICRP
線量限度:年間実効線量1mSv 設計時の線量目標値:実効線量で年間50μSv 通常運転時の放射性物質の放出管理においては、線量目標値の達成を可能とする範囲内の年間の放出量又は平均放出率を放出管理の目標値(管理目標値)として定め、これを超えることのないように努める。	線量限度:年間全実効線量当量(TEDE)1mSv (設計目標) ・排水によるもの 全身3mrem(30μSv) ・排気によるもの γ線10mrad, β線20mrad ・放射性よう素と微粒子状放射性物質の排気 臓器15mrem(150μSv)	線量限度:年間全実効線量当量(TEDE)1mSv (設計時) 年間の発生頻度1の事故(通常運転時に相当)における年間線量範囲 1-5mrem (10-50μSv)	BSL: 年間実効線量1mSv BSO: 年間実効線量0.02mSv 個別の線源に対しては0.3mSvの線量拘束値をガイダンスとして示している	線量限度:年間実効線量1mSv 設計時及び通常運転時の計画被ばくでの放射性物質の放出による公衆被ばくの上限: 年間実効線量0.3mSv(甲状腺0.9mSv等組織毎に線量を規定)	(線量限度) ・計画被ばく状況における公衆の線量限度:年間実効線量1mSv(特別な事象においては定められた5年間にわたる平均が年1mSvを超えないという条件付きで、年間の実効線量としてより高い値も許容される。) (線量拘束値) ・計画被ばく状況における公衆被ばくの線量拘束値:年間1mSv以下 ・廃棄物処分に伴う公衆被ばくの管理については年間約0.3mSvを超えない線量拘束値が適切。(第260段落)

このように国内法規制によれば、一般市民の規制値は年間 1 ミリシーベルト未満であるうえ、諸外国においても同水準の規制がなされているのに、損害賠償においては 20 ミリシーベルトを基準とする中間指針は合理性を欠くといわざるを得ない。

(ウ)慰謝料額が低額であること

中間指針の慰謝料額は過去の環境裁判の裁判例と比較した上で定められているようであるが、そもそも日本の環境裁判における慰謝料額は低廉であり被害の実態に即していないことに問題があるものと思われる。

中間指針ではつぎの通り定められている。

(i) 事故発生から 6 ヶ月間 (第 1 期)

ひとり 1 ヶ月 10 万円 (避難所等での避難者には 1 ヶ月 12 万円)

(ii) 第 1 期終了後から 6 ヶ月間 (第 2 期)

ひとり 1 ヶ月 5 万円

(iii) 第 2 期終了から終期までの期間 (第 3 期)

今後の事故の収束状況等諸般の事情を踏まえ、改めて検討する。

第 2 期以降の減額については、交通事故においては、時間の経過とともに受傷が快方に向かうことが多く時間の経過とともに慰謝料が低額となっていくことに習っていると思われるが、原子力災害の場合、避難生活が長期化すればするほど苦痛も増大する。東京電力(株)は中間指針の定めにもかかわらず、原則として平成 24 年 2 月分までは低減しない方針を明らかにしている。本来、賠償金の低減を求めるはずの加害者側が自ら中間指針への上積み提案をしているのであるから、中間指針が被災者にとって適切な指針を示しているとは言い難い。

(エ)除染に対する考え方と費用負担

原子力損害賠償紛争審査会の定める指針は、原賠法にもとづいて原子力の損害賠償に関する指針を示すものであるから（原賠法）、金銭賠償の指針を示すのが原則である（民法 722、417 条参照）。原子力損害賠償紛争審査会においては、被災者が除染を行った場合の費用について、「必要かつ合理的な範囲」を損害と認めている。

中間指針では、政府等による避難指示区域外の除染についての費用の負担について明確な方針を示していないため、区域外の住民の除染費用は、被災者の自己負担となっているのが現状である。

福島県二本松市のゴルフ場の運営会社が東京電力㈱に対し、「放射性物質の速やかな除染」を求める仮処分を東京地方裁判所に申し立てたが、同裁判所は「適切な除染の方法が確立されていない段階で東京電力に命じるのは国が責任を持って除染を進めるという政府の方針に触れるおそれがある。」として、申立を退けたことが報じられている⁷。

多量の放射性物質は人体にとって有害であり、土地や人家に附着した微量の放射性物質を権的妨害排除請求権にもとづいて除去するようもとめることは法理論として考えられる。しかし、東京電力㈱は、放射性物質は無主物であること、放射性物質とそれが附着した土地や人家は付合していること（民法 234 条以下）、等を理由に除染作業を行う義務はないとの主張をしているようである。ゴルフ場側は、控訴したようであるが、控訴審裁判所の適切な判断が待たれる。

(3)東京電力による損害賠償請求に伴う問題点と簡便な請求方式について

① 合意書の文言における問題点

東京電力が 9 月に発表した最初の請求書式中の合意書には、「なお、上記金額の受領以降は、結果通知書記載の各金額及び本合意書記載の各金額について、一切の異議・追加の請求を申し立てることはありません。」とする文言があった。

被害者の多くは着の身着のまま避難している状況であり、被害者自身が自らの被害の全容を正確に把握することは極めて困難であること、賠償基準の基礎とされている原子力損害賠償審査会の「原子力損害の範囲の判定等に関する中間指針」についても、追加や見直しの必要があると考えられること等から、上記なお書きの文言は、被害者感情を著しく損ねるとともに、賠償手続を著しく停滞させるものである。これについて、日本医師会は東京電力に対する第一回申し入れ、第二回申し入れにおいて、当該文言の削除を要求した。

折しも、一般の個人被害者および他団体等からも同様の問題提起が相次ぎ、経済産業大臣が東京電力に見直しを求めたことを契機に、東京電力は当該文言を合意書

⁷ 平成 23 年 11 月 14 日 NHK ニュース

(書式) から削除するに至った⁸。

② 営業損害の算定方式における問題点

東京電力の賠償基準においては、営業損害を逸失利益と追加的費用に大別している。

逸失利益については、事故前の粗利（事故前の売上高から売上原価等を控除した額）から事故によって支払いを免れた費用（事故による稼働縮小ないし中止によって、発生しなくなった費用）を差し引き、これに事故による減収率（避難により営業休止中の場合は 100%）を乗じて、計算することとされている。

その際、人件費および地代家賃（以下、本項において人件費等という）は変動費とみなし、一旦減算したうえで、発災後実際に支出した場合に限って、その額が賠償額の算定上加算される。その際には、証拠書類の提出も必要とされる。

発災から東京電力の賠償支払いが開始されるまでの約半年の間に、被災事業者の多くは既に資金繰りに窮していた。そのような中で、実際に支出した人件費等しか賠償されず、しかも人件費等を支出してから、賠償金を請求し、入金されるまでには数ヶ月を要する状況である。これでは、手許資金に余裕のない事業者は、縮小均衡を余儀なくされる。とりわけ病院は人的資源の重要性が極めて高いことから、これが、地域医療の復興、引いては地域コミュニティの復興の隘路となっている。

逸失利益を計算するための事故前の売上高についても、平成 21 年度の売上高を用いることが標準とされている。しかし、開業後間もない時期で売上の伸長が明白なケースや、平成 23 年 4 月開業予定であったケースなど、平成 21 年度の売上高を用いることは適切でない事例も存在する。このような場合には、弁護士などによる支援がなければ極めて請求しづらい様式となっている。

追加的費用として賠償される費用の範囲も不明確である。特に、医療機関は、疾患をもつ患者が脱衣して診察を受ける場でもあり、医師の判断により自主的に除染した費用については、当然、賠償ないし補償されるべきである。

③ 簡便な請求方式の実現

東京電力は、本賠償の請求受付開始にあたり、「補償金ご請求のご案内」という手引書を被害者に送付した。請求手続を行なうためには、同冊子を理解する必要があり、避難指示等区域の事業者が読むべき箇所は約 100 ページにおよんだ⁹。しかも、「固定費・変動費」「貢献利益率」といった会計上の専門用語が用いられ、極めて取り組みにくい。

⁸ 東京電力株式会社プレスリリース「原子力損害賠償請求手続の改善に向けた取り組みについて」平成 23 年 10 月 11 日

⁹ 東京電力株式会社が一回目の本賠償実施にあたり被害者に送付した「補償金ご請求のご案内」は、被害者の態様に応じた分冊形式となっており、そのページ数は、「個別補償項目用(法人さま・個人事業主さま用(避難等対象区域内))」が 77 ページ、「共通(法人さま・個人事業主さま用(共通))」が 21 ページ。併せて、産業医や学校医などの給与所得が得られなくなった場合の請求に必要となる「個人さま用 A」は 156 ページにおよんだ。なお、その後、簡素化の取り組みが行なわれた。

そこで、日本医師会は、医療機関が損害賠償請求の雑務に追われて被災地域での診療活動等に影響が出るような事態を回避するため、9月14日、東京電力への第一回申し入れにおいて、「簡便な請求」方式での請求を受け入れるよう要望した。さらに、9月26日、第二回申し入れにおいて、社会保険診療報酬の額および医療経済実態調査のデータに基づく、概算払いスキームの基本骨格案を示した上で、再度、受け入れを要望した（図5）。

その後、10月21日、東京電力から簡便な請求方式を受け入れる方向で、具体的な実務協議に応じるとの回答を得、12月23日、福島県医師会主催の下、被害者（約25名）、現地医師会、日医総研、東京電力による協議を行い、合意した。

この合意は、「地域医療を守ることが地域全体の早期の復興につながる」との共通認識を背景とするものである。

この請求方式は、診療報酬点数から推計して、通常の本賠償額を上回らない程度の概算額を請求するものであり、決算がまとまった時期においては、通常の請求方式で精算するため、最終的には本賠償と同一額となり、過不足は生じない。県医師会会員でなくとも避難等対象区域の保険医療機関（病院・診療所）であれば利用でき、福島県医師会は、請求書の事務的な取りまとめを行うものの、個々の請求額等には関与しない。

④ 簡便な請求方式の精算を含む本賠償における課題

簡便な請求方式による概算払いは、ローンやリース料の返済を求められる被災医療機関にとって、簡便な方法で迅速に請求できる点で大変に有意義であるが、最終的には東京電力の基準による通常の請求方式で精算することが求められている。

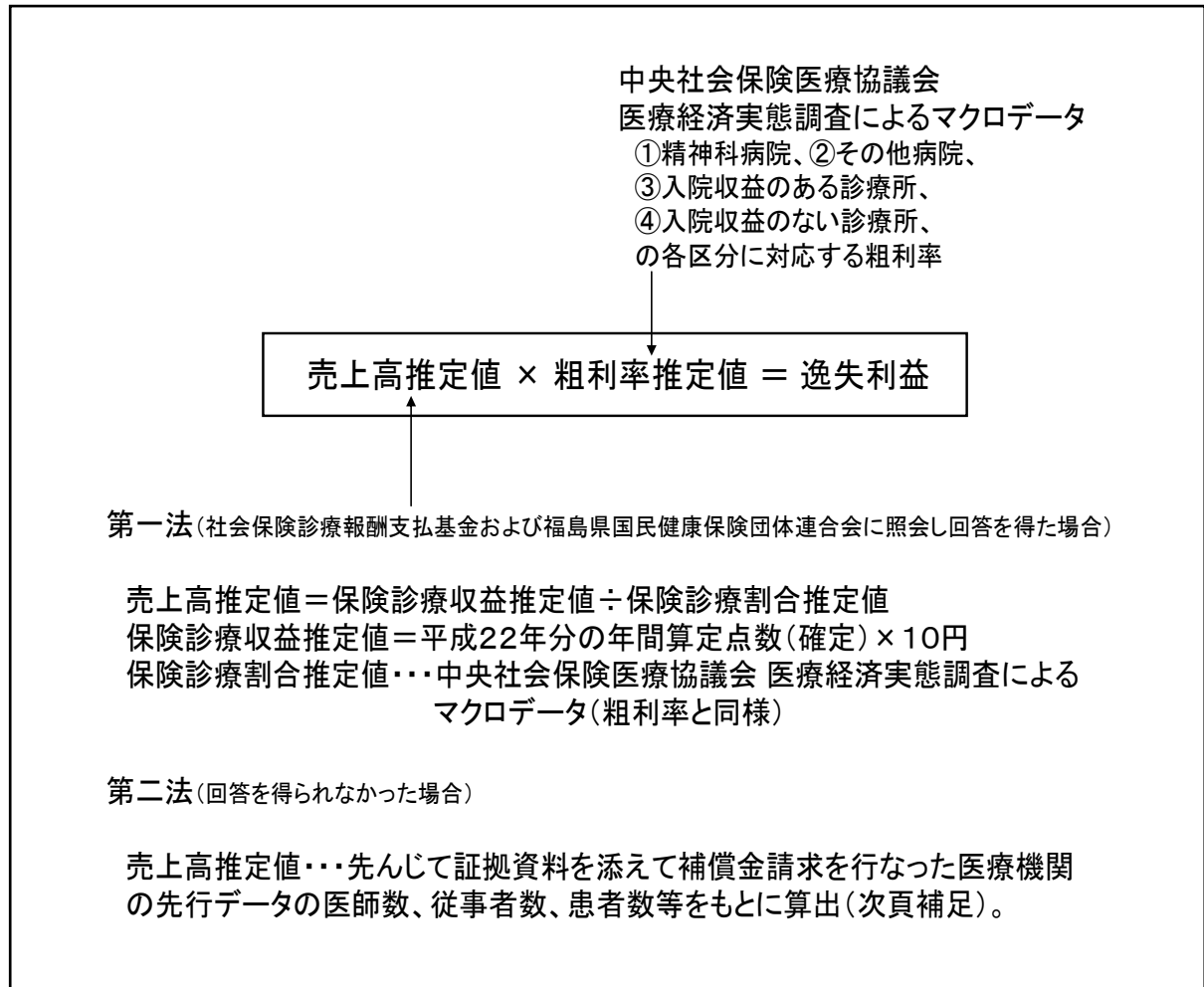
このため、東京電力の本賠償の基準について、引き続き協議すべき余地がある。具体的には、上記②で述べた人件費に対する考え方などの問題点に加え、既に避難先で医療機関に勤務したり、診療所を仮設したりしている場合の所得をどのように考えるか、ひいては、賠償の終期をどのように考えるか、等が論点として考えられる。

また、東京電力の請求書式は、医療機関向けに作られたものではないため、個別具体的に損害を書き込むことが困難であり、請求漏れがないようにするための工夫が必要である。

本来、加害者たる東京電力の定めた賠償の基準や請求の書式に、被害者が拘束される必要はない。

日本医師会と福島県医師会が連携し、相談会などを通じて会員の悩みを汲みあげ解決策を探り、福島県医師会の顧問弁護士と協同しながら、引き続き会員の損害賠償請求をサポートして行くことが求められる。

図 5 簡便な請求方式(逸失利益)のイメージ



資料:(社)日本医師会 「福島第一原子力発電所等の原子力災害の損害賠償に関する申入れ(平成 23 年 9 月 26 日)」の
 添付資料より抜粋

4. 各医師会の対応について

(1) 日本医師会の対応

① 福島県原子力災害からの復興に関するプロジェクト委員会の設置・検討

平成 23 年 6 月 16 日付で高谷雄三福島県医師会長と東北医師会連合会から、原子力事故損害賠償に関して、日医の支援を求める「原子力災害の賠償等に関する支援についての緊急要望」が提出された。

福島県の被災医療機関の復旧・復興を支援するために、「福島県原子力災害からの復興に関するプロジェクト委員会」を設置して、日本医師会として全力を挙げて福島県を支援することが 7 月 12 日の常任理事会で承認された。

② 福島県医師会や日医会員等ニーズの把握と東京電力との損害賠償に関する様々な交渉

日本医師会としてはまず、東京電力と損害賠償に関する交渉をするに際し、福島県医師会や双葉郡医師会・相馬郡医師会・いわき市医師会等において事前にヒアリングやアンケート調査を実施し、これら医師会や日医会員等のニーズを把握した。

その上で、東京電力と損害賠償に関する交渉に入った。

また、損害賠償の交渉に入るのと相前後して、東京電力に対して、三回の申入れ（平成 23 年 9 月 14 日、9 月 26 日、10 月 7 日、）を行い、これらと並行して損害賠償の方法・金額算定方法・賠償の対象等に関し、平成 23 年 8 月から数多くの損害賠償に関する交渉を行った。

③ 国・福島県への要望・意見の提出

国への主要な意見・要望としては、今村（聡）常任理事による原子力損害賠償紛争審査会に対する、「医療・福祉等分野（医療施設関係）における専門委員調査報告書」提出（平成 23 年 7 月）がある。

また、事故直後に成立した「原子力事故被害緊急措置法」に基づく、医療分野への仮払いの方法・金額の算出方法等を、国に対し提出（平成 23 年 8 月）した。しかしこの仮払いは、後日観光業のみに限定されることとなり、医療分野は対象外とされることとなった。

また、福島県へは前記のような「県民の健康支援体制確保のための復旧・復興に関する申入れ」（平成 23 年 9 月 22 日）を行った。

④ 福島県医師会への原子力災害対策活動の支援

福島県医師会が東京電力等と損害賠償等について協議をするとともに、会員に対する説明会や損害賠償の申請方法等の相談会を開催するに際して、福島県医師会への原子力災害対策活動の支援を行った。

⑤ 発災後のJMAT・JMATⅡ活動の推進

日本医師会では、東日本大震災の発災直後から、JMAT（日本医師会災害医療チーム）による現地医療及び救護活動の支援を開始し、7月11日までに東北全体の被災地に派遣された支援チームは1,377チーム、支援の登録人数は、医師2,220名を含む6,239名に及び、7月15日をもって支援を終了した。

この内、福島県に派遣されたJMATは累積で272チームに上った。

福島県の場合、原子力発電所事故は放射性物質による被曝を含め収束していないことから、現在も派遣が続いている。

また日本医師会及び東北各県医師会ではJMAT終了後、被災地域の診療支援、心のケア、訪問診療、健康診断活動、予防接種支援、巡回など多岐にわたる外部からの支援として、7月16日からJMATⅡによる支援を開始し、長期にわたる現地医療活動への支援を続けている。

福島県におけるJMATⅡの活動は、平成23年12月2日現在累積で59チーム、99名が参加している。

⑥ 被災者健康支援連絡協議会の設置と活動

日本医師会は4月22日、政府の「被災者生活支援特別対策本部」の協力要請により「被災者健康支援連絡協議会」を設置し、日本歯科医師会、日本薬剤師会、日本看護協会、全国医学部長病院長会議、日本病院会、全日本病院協会などがこれに参加した。

事務局は日本医師会に置かれ、5月30日には日本医療法人協会や日本精神病院協会等の参加で16団体となり、7月6日には32団体で構成されるに至った。

同協議会の役割としては、被災地で今尚、避難所等での生活を強いられ、通常の生活に戻れない方たちへの健康支援が第一とされ、被災地のニーズを正確に把握しながら、被災地住民の健康を守り、ひいては被災地の復興を少しでも早く促進するための支援策の実施に努めていくことである。

具体的な医療支援に関する施策として、病院については人口動態の変化を考慮しながら、医療圏再構築も含め、病院医療の復旧と、被害が少なかった病院への一時的集約及び入院病床の確保が挙げられ、診療所等（歯科診療所、薬局も含む）については、残債の問題等を含んだ早期復旧や医療従事者の所得補償等が挙げられている。

また、福島県内における医療機関等の国・東京電力等への要望等についても、この協議会が窓口として機能することとなっている。

(2)福島県医師会の対応

① 震災直後の県医師会による対応

福島県医師会（福島市）は県内各地域の 16 医師会と福島県立医科大学医師会からなり、震災前の会員数（A 会員と B 会員）は 2,677 名（平成 22 年 9 月）である。

3 月 11 日の地震発生直後に災害対策本部を設置し、郡市医師会の被害や会員の安否情報の収集に 24 時間対応であったが、停電、電話・FAX 回線の遮断、断水等により、活動は大きく停滞した。

3 月 12 日の福島第一原発一号機水素爆発や浜通り地区住民への避難指示を受けて、医療従事者による各地避難所の救護活動への支援と原発事故への対応を中心に、様々な調整活動を行った。

(ア) 3 月 11 日から 3 月 13 日までの対応

- ・ 災害対策本部の設置
- ・ 郡市医師会に対して会員等の被災状況の報告を依頼
- ・ 人工透析患者のための水確保を福島県災害対策本部に要請

(イ) 3 月 14 日：福島第一原発 3 号機の水素爆発

- ・ 住民へのヨウ素剤の配布について福島県災害対策本部に要請
- ・ 死体検案医の派遣を郡市医師会に依頼（県警本部、県医師会、県警察医連名）
- ・ 相双地区からの患者用ベッド確保の要請（県災害対策本部）に対して、郡山市医師会に協力依頼
- ・ 南相馬市立病院への医師派遣を郡山市医師会に協力依頼
- ・ 医師会員の安否確認と被害状況の把握、及び郡市医師会への情報提供

(ウ) 3 月 15 日：福島第一原発 2 号機、4 号機の爆発

- ・ 茨城県、栃木県、群馬県、山形県、新潟県の各医師会に対して患者の受入れを要請
- ・ 隣接県での患者受入れについて、福島県知事に対して周知を依頼
- ・ 日本医師会からの JMAT 派遣調整依頼について調整

(エ) 3月16日～3月30日

- ・ガソリン、医薬品、医療材料、衛生材料等の安定供給を県災害対策本部に要請
- ・医療用緊急車輛の優先給油（福島県石油業協同組合の協力）について、郡市医師会へ通知
- ・避難所巡回診療活動状況の電話調査を実施
- ・医療機関、避難所における不足医薬品の調査
- ・ホームページに「東日本大震災関連情報」ページを開設、掲載

② 医療機関等に対する原子力損害への対応

福島県では、原発事故により医療機関等が被った被害に対する連絡調整の場として「原子力損害に関する関係者団体連絡会議」を設置した。

福島県医師会は同会議における保健医療福祉関係の構成員となり、医療機関等の損害賠償に関する様々な要望を県、及び国に対して訴えてきた。

7月29日より、東京電力による医療法人等への仮払補償金の請求受付が開始され、8月5日には原子力損害賠償紛争審査会による「中間指針」が公表されたことから、福島県医師会では、東京電力から被害を受けた医療機関に対して円滑な賠償請求が行えるよう、説明会や打合せ会、弁護士による相談会等を実施した。

③ 県民健康管理調査について

福島県においては、放射線被曝に対する県民の長期的な健康管理と、放射線の健康影響に関する県民への理解を深める体制づくりが重要な課題である。

福島県医師会では、健康調査や健康管理事業の実施について、地域医療を担う、かかりつけ医を中心とした医療機関、医療従事者の役割が大きく、このような重大な使命を果たすために、郡市医師会や、県行政全般、県立医科大学、市町村、病院協会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会等と連携して、一丸となって取り組むよう訴えてきた。

低線量放射線への長期にわたる被曝に対する県民の不安が増大する中、福島県は国からの基金を得て、県民健康管理調査の実施を開始した。

この調査は、福島県が実施主体となり、県立医科大学に実務を委託する形で進められている。

本調査の目的は、「長期にわたり県民の健康を見守り、将来にわたる健康増進につなげる」ことと、「放射線の影響による不安の解消を図る」こととされ、福島県県民健康管理調査検討委員会が実施内容等を策定するものである。

しかし、調査の実施が遅かったことや医科大学にばかり頼りすぎて、医師会との

連携が軽んじられた感があったことから、福島県医師会より検討委員会委員に選任された星常任理事が、県民の目線、地域医療機関・医師の視点による、様々な提案を行い、改善に取り組んでいるところである。

本調査は、「基本調査」の他、「甲状腺調査」、「健康診査」、「こころの健康度・生活習慣に関する調査」、「妊産婦に関する調査」の4つの詳細調査で構成されているが、それぞれの調査における課題も多い。

④ 福島県医師会原子力損害賠償対策本部の設置

福島県医師会では、懸念されている医師の県外流出や、医療機関の閉鎖・休業・医療機能の縮小を未然に防ぎ、再建のための支援を行うことを目的として、10月12日に「福島県医師会原子力損害賠償対象本部」を設置した。

対策本部では、中・長期にわたる県内医療機関の情報収集や情報発信、賠償請求に係る協議・調整、及び法律相談や融資相談のための場を提供することとした。

特に、平時の医師会機能の事務分掌では中・長期にわたる原子力事故後の様々な対策が困難であることから、これに特化した事務局の機能を追加し、会員医療機関のみならず、県内の医療関係者全てのニーズに応える機能を備えることとした。

これにより、会員医療機関に限らず広く医療関係者の声を、被災者健康支援連絡協議会等を通じて政府に届ける窓口としての機能を有することとなった。

(3) 郡市医師会の対応

福島県内の16郡市医師会のうち、浜通りエリアにあって、地震による津波のみならず原発事故により甚大な被害を受けた医師会は、双葉郡医師会、相馬郡医師会、いわき市医師会の3医師会であった。

① 双葉郡医師会の対応

双葉郡医師会は檜葉町、広野町、富岡町、大熊町、双葉町、浪江町、葛尾村、川内村をエリアとし、震災以前の会員数が52名（平成22年9月）であったが、原発事故による避難指示により、全ての医療機関、及び医師会事務局自体も立ち入り禁止区域となった。

避難生活を強いられている双葉郡医師会会員や医療従事者に関する生活や就業の状況を把握することは困難であり、会員等に対する東電との賠償交渉の内容の伝達や意見集約も医師会長や事務局長による電話での連絡で行ってきた。

県医師会に対しては、会員の窮状を訴え、医療機関の医療活動の停止による休業補償等に関する要望を4月13日に県医師会に提出した。

- 東京電力に対する事業休止による休業補償の対応への支援
- 医師の就業支援
- 避難指示・屋内退避指示解除の見通しに関する早急な情報提供

② 相馬郡医師会の対応

相馬郡医師会は相馬市、南相馬市、新地町、飯館村をエリアとし、震災以前の会員数が130名（平成22年9月）であった。

双葉地区同様、原発事故後、地域住民全体が避難し（市行政による避難指示による）、その後、医師の多くが地域に戻ったものの、子供、妊婦、入院患者の多くが戻っていないため、地域コミュニティが縮小した。

そのため、看護職員や事務職員の多くが避難した状態で、地域医療に関わる医療従事者の過重労働が問題化しており、多くの医療機関が今後、医療提供を継続していくことに大きな不安を抱えている。すでに小児科の診療所が他県への移転を決めるなど、医療提供体制の崩壊は深刻さを増している。

③ いわき市医師会の対応

いわき市医師会は震災以前の会員数が427名（平成22年9月）で、地震により医師会館も一部損壊した。原発事故により隣接する双葉郡（特に楡葉町と広野町）から多くの避難者が殺到し、3月12日には市内に140の避難所が設置され、19,574名の避難者を受け入れることとなった。

このため、いわき市医師会では、この多くの避難者に対する救護活動のための医療提供体制確保が喫緊の課題であった。

JMAT等による医療活動支援は有効であったものの、放射能汚染の風評被害による食糧、医薬品、ガソリン等の物流が途絶えてしまい、情報の錯綜や命令指揮系統の不全による後手の対策に終始し、一時、陸の孤島となってしまった。

緊急時の医師会機能のうち、会員の安否確認や医療機関の診療状況の把握は重要で、会員に関する必要な情報を得るための手段として、電話やFAXはもとより、携帯電話の番号・アドレス等、可能な連絡手段を確保しておくことが重要である。

これまでいわき医師会では、各種がん検診や予防接種、休日夜間や輪番救急医制度の実施等の地域コミュニティの発展への寄与はもちろん、中小企業等の従業員に対する産業医活動の推進等、医療機関に訪れる患者のみならず、広く地域住民が安心できる生活への貢献をしてきた。

そのため、県民の健康支援のための地域医療ネットワークを再構築するためには、治療の必要な患者に対する入院・外来機能の復旧だけでなく、地域住民の予防医療を含めた医療機能全体、特に医師会機能の復旧が同時に進められなければならないことは言うまでもない。

5. 損害賠償と復旧・復興等に関する提言

前記までの検討を踏まえ、「東京電力福島第一・第二原子力発電所災害によって会員医療機関が被った損害賠償」と「原子力発電所災害からの復旧・復興」、及び「原子力発電所事故による災害対応」について、以下のような提言を行う。

(1) 東京電力福島第一・第二原子力発電所災害の損害賠償に関する提言

① 原子力損害の賠償のあり方

平成 23 年 3 月 11 日の東日本大震災に伴う福島第一・第二原子力発電所による原子力災害は、現在も広範な地域に甚大なる被害をもたらしている。

こうした原子力災害によって、地域の生活・労働・生産活動とともに、これら地域コミュニティ活動を基盤とした本会会員等の医療提供体制は壊滅し、また多くの福島県民等が妊婦や小児の健康への影響等を懸念して、自主的に避難することを余儀なくされている。

このように本件事故は、医療活動の基盤である地域コミュニティを破壊し、本会会員を含む全ての医療機関の損害は極めて莫大であるとともに、被害が何十年と長期にわたることも確実である。

医療機関への賠償は、個々の損害額の積み上げで終わるのではなく、事故前の安全な地域コミュニティの回復を原則とし、選択肢として医療機関が十分納得する場合は、新たな地域コミュニティの創造と医療機関がそこに定着し安定的に運営出来るまでが、損害賠償の範囲とすべきである。

② 財物に関する早期賠償の開始

事故前の安全な地域コミュニティを回復するためには、地域の経済活動を従前と同水準に戻さなければならない。事業活動を元に戻すには、フローの損失を賠償するだけでなく、失われたストックの回復が必須である。

現状、財物について何らの賠償方針も示されていないことは、被災医療機関の事業回復を大きく阻んでいる。政府または東京電力は、早急に財物に関する賠償方針を示し、賠償を開始すべきである。

事実上、事業に供することが不可能な不動産、諸設備などについては、本来は除却損あるいは評価損が発生していると考えべきものである。少なくとも、事実上の除却損・評価損相当額について、暫定的に補償するなどの方針を政府が示すべきである。

③ 人件費、除染費用に関する賠償の改善

東京電力による賠償額の算定によれば、医療機関等の人件費は、変動費とみなされ、実際に支出した額しか賠償されない。しかも支出してから賠償金の入金まで数ヶ月を要している。これでは、手許に資金がなければ人材を雇用できず、縮小再生産に陥るしかない。これは、あらゆる業種の事業者に通ずる問題であり、時間が経つほど地域経済の回復が難しくなることが懸念される。

上記①に提言した、地域コミュニティの回復を原則とした賠償を進めてゆくためには、従前の雇用回復を前提とし、従前の人件費額を勘案した賠償方式に改めるべきである。

また、除染費用については、中間指針において、「必要かつ合理的な範囲で賠償すべき損害と認められる。」とされているが、具体的にどのようなものが「必要かつ合理的な範囲」に該当するのか、早急に明確化すべきである。

その際、医師の判断による医療機関の自主的な除染の費用については、医療機関の特性と患者の安全・安心を十分に考慮して、幅広く賠償すべきである。

④ 退職金の支払に関する賠償の改善

本件事故日以降、避難区域内の医療機関において、医師や看護師など医療スタッフの解雇や退職が相次いだ。

退職金は、就業規則等において支給の定めがあれば、医療機関が退職者に支払うべき債務となるところ、避難区域内の医療機関において、一時期に多額の退職金債務が顕在化しその支払が困難となっている。

多くの事業者において、退職金積立ては、一時期に全員が退職することを前提になされるものではなく、将来的に事業が継続することを前提として、これまでの積立資金のほかに、支払原資は将来の売上（利益）によってカバーされるのが通常である。

しかしながら、将来の事業継続が不可能になると将来の事業継続によって得られる退職金の支払原資が得られなくなるし、事業を継続していても将来の売上が大幅に減少すると事故日時点での退職者の退職金を賄うだけの将来の売上（利益）を確保することができなくなる。

これらの退職金についても、原発事故による避難行動と因果関係のある損害であって、少なくともすでに支払った退職金の全部又は一部は損害賠償の対象とすべきである。

⑤ 営業損害の終期は早期に確定すべきではない

中間指針においては、「営業損害の終期は、基本的には対象者が従来と同じ又は同等の営業活動を営むことが可能となった日とすることが合理的である」としつつ

も、「一般的には事業拠点の移転や転業等の可能性があることから、賠償対象となるべき期間には一定の限度があること」および「早期に転業する等特別の努力を行った者が存在」することを理由に、「従来と同じ又は同等の営業活動を営むことが可能となった日」よりも前の時点を終期とすることを示唆している。

しかしながら、本件事故は突然かつ広範囲に被害が生じたものであり、被災者は準備期間もなく見ず知らずの土地で活動することを余儀なくされるため「事業拠点の移転や転業」は容易ではない。また、「特別な努力を行った者」を基準として、その特別の努力ができない弱者を切り捨てるのは被害者救済の理念に反する。

そもそも本件事故は、わが国の原子力災害において類例のない規模の事故であり、収束の予測は極めて困難であり、低線量の放射線が及ぼす健康への懸念は払拭できず、その中でもとの営業に復するのは容易ではない。しかし、事業者の営業活動は、地域社会に必要とされたゆえに根付いたものであって、事業活動の再開がなければ地域社会の復旧もなし得ない。そのためには営業活動を長期的に支える必要があり、そうでなければ地域復興も一炊の夢に終わることになる。

とりわけ被災地にとどまり診療を継続する医療機関なくして住民の帰還はありえず、医療機関が撤退すれば住民も帰還しないことは明らかであるから、被災地にとどまり診療を継続する医療機関について、早期に営業補償を打ち切ることは被災地の復旧・復興を困難にするものといわざるを得ない。

⑥ 区域指定変更後も損害賠償の支払いを継続すべきである

政府の原子力災害対策本部による平成 23 年 12 月 26 日付の、「ステップ2の完了を受けた警戒区域及び避難指示区域の見直しに関する基本的な考え方及び今後の検討課題について」によれば、平成 24 年 4 月以降は、警戒区域及び避難指示区域の設定を見直し、(i)帰還困難区域、(ii)居住制限区域、(iii)避難指示解除準備区域に区分けすることが検討されている。

上記(i)(ii)の区域については、残りたい若しくは戻りたい人は、これまでと同様、営業損害の対象とすべきであり、他地域で新たに事業を再開或いは創立したい人には、その経営再開が可能な水準の補償をすべきである。また、何れを選択したとしても、その財物を「借り上げ」もしくは「買い上げ」の対象とすべきである。

それに加えて、(iii)の区域については、区域の指定解除後も、従前の地域コミュニティの復旧がなされるまでは、ひきつづき営業損害賠償の対象とすべきである。

(2) 東京電力福島第一・第二原子力発電所災害からの復旧・復興に関する提言

① 国策として原子力政策を推進した国の責任分担を

今回の東日本大震災に伴う、福島第一・第二原子力発電所等による原子力災害は、第一義的には東京電力に責任があるのは明らかである。

その一方、東京電力が我が国で最初の原子力発電所を福島県に建設したのは、原子爆弾を開発した米国によって、原子力の平和利用が声だかに宣伝された時期でもあり、我が国が国策として原子力発電所の建設を推進していた時期と言える。

このような時期に福島第一・第二原子力発電所が建設されたため、原子力発電所の格納容器形式は、原子力発電所の本当に初期のシステムである、BWR「マークⅠ型」の格納容器形式が福島第一原子力発電所の1号機～5号機まで導入されている。

以上のように、我が国政府が国策として原子力発電所の建設を推進したという経緯もあることから、今回の原子力災害については、我が国政府においても原子力政策を推進した社会的責任分担をすべきと考える。

その責任分担の主な分野としては、今後の廃炉に至るまでの福島第一・第二原子力発電所の安全

確保はもとより、福島県下等における放射性物質の除染対策（第一義的には東京電力にあるもの）、及び避難（Evacuation）した住民の帰還と定住（Colonization）等を責任持って行うべきである。

また、現在は地方自治体がその役割を担っているが、福島県外まで避難（Evacuation）した住民の生活環境整備は、第一義的には東京電力が行うべきであるが、本来これも国が責任をもって行うべきである。

② 事故前の地域コミュニティの再生を基本に

平成23年3月11日の東日本大震災に伴う福島第一・第二原子力発電所等による原子力災害は、現在も広範な地域に甚大なる被害をもたらしている。

東京電力の重大なる過失による原子力災害によって、地域の生活・労働・生産活動とともに、これら地域コミュニティ活動を基盤とした本会会員等の医療提供体制は壊滅し、また多くの福島県民等が妊婦や小児の健康への影響等を懸念して、自主的に避難することを余儀なくされている。

このように、放射性物質の大気及び海水中への広範な拡散による直接被害に加え、風評被害は医療分野も含め全県更には広く全国に波及している。

これら原子力災害による、本会会員を含む全ての医療機関の損害は極めて莫大であるとともに、被害が何十年と長期にわたることも確実である。

こうした状況を踏まえ、医療機関の復旧・復興は、個々の医療機関の経営損害額の補償等だけで終わるのではなく、基本的には事故前の安全な地域コミュニティを再生することを目指すべきである。

③ 原子力発電所の安全確保と情報公開及び

利益相反を生じない原子力専門家からなる原子力セカンド・オピニオン体制の整備

現在国や東京電力が公表している「冷温停止状態」の定義や、原子力発電所から拡散した放射性物質の総量等様々な点において、我が国政府と関わりのない専門家や外国機関等の意見は、必ずしも政府の見解と一致していない。

また、使用済燃料プール及び飛散した可能性のある核燃料片の安全性についても、これを危惧している専門家もいる。

さらに、福島第一原子力発電所以外の全国の原子力発電所の内、10機の発電プラントにおいて、初期の格納容器型式であるマークⅠ或いはマークⅠ改良型が使用されており、その安全性特に地震時の安全性について疑問を持っている専門家もいる。

以上のこと以外についても、政府や東京電力の発表する見解・データ等について異論を唱えている専門家も多い。

今後、何十年にもわたって東京電力福島第一・第二原子力発電所の10機のプラントの安全性を確保するとともに、住民への被害をこれ以上拡大しないことが、相双地域を復旧・復興するに際しての非常に重要な前提条件である。

こうしたことを踏まえ、まず第一に、政府・東京電力はどんなことがあっても原子力発電所の安全に万全を期すとともに、安全性・危険性に関連する情報を広く・迅速に公開することが必須である。

また今後、利益相反を生じない、原子力発電所に関する専門家の見解・意見・データ等が、住民の立場のみに立って、分かり易く迅速に地域住民に提供されることも非常に重要である。

そこで、例えば既に国内原子力関係企業や大学をリタイアし独立した専門家、かつてマークⅠ等の設計に携わった米国企業をリタイアし独立した専門家等よりなる、政府や東京電力の見解・データ等に対する「原子力セカンド・オピニオンを提供する体制」と言ったものを整備することも必要である。

④ 国として地域コミュニティ再生のためのソフトな制度設計と法制化

原子力損害賠償紛争審査会の今村専門委員の意見や、日医による東京電力に対する申入れにも明記してあるように、地域医療は地域コミュニティの存在を前提に成り立っているものであり、今回はその地域コミュニティが原子力発電所事故により破壊されてしまった。

このことは、医療が存立する基盤が一次的に喪失したのではなく、長期にわたって喪失したことになる。

こうした状況の中で行われている、東京電力による損害賠償や国・県による公的な支援制度をみると、前者については、医療機関が縮小再生産せざるを得ない程度の損害賠償金であり、後者については公立の医療機関の再生を中心としたり、ハードな事業に対する支援制度が中心となっており、民間の医療機関に対する前記の

ような環境における再生を支援するものとはなっていない。

しかし、本当に地域の医療において求められているのは、長期にわたって、事故前の地域コミュニティが再生するとともに、その上で地域医療が事故前の状態に再生することである。

そのためには、現在法制化が進められている、ハードな県事業を中心に国がこれを代行するだけでなく、別途国として地域コミュニティ再生のためのソフトな制度設計、すなわち医療経営に必要な運転資金も対象とするような、支援制度の法制化が必要である。

⑤ 立ち入りが出来ない避難区域を考慮した国の災害査定制度を

医療施設等災害復旧事業(国補助事業)における、国の交付決定に際して、福島県は査定のために立ち入りが出来ない避難区域を多く抱え、この地域における災害復旧案件が多数あったことから、被災にあった他県に比べ、県の提出件数に対する国の決定件数は非常に少数に止まっている。

その理由として、上記のように査定のために立ち入りが出来ないと同時に、災害復旧事業の制度が、原子力発電所事故といったことを想定していないこと(従前の場所に再整備出来ない状況)もあり、制度設計自体を実際に起こっている原子力発電所災害にも対応した制度にしていくことが望まれる。

⑥ 安全・安心のためのナショナルセンターの設置

国レベルでの喫緊の課題として、今回の被災者の健康被害に関して、国として責任をもって継続的にモニタリングする必要がある。

また、現在の被災地域での最大の問題は、客観的・科学的な安全性のデータの開示が不十分であり、示されたデータに対する県民・国民の信頼が低いことである。このため、全国レベルで(被災者が全国どこに引っ越しても)、健康状況を継続的にモニタリングできる仕組みを構築する必要がある。また、除染、土壌や海洋への影響、廃棄物の処理、そして食品安全、市民への教育・啓発など、様々な分野の専門家を結集し、学際的、総合的なナショナルセンターを省庁の壁を越えて設置すべきである。

このセンターは、単に科学的・客観的な安全性を研究するのみならず、国への信頼回復を含めた「国民が安心できる」環境を提供することをその使命とすべきである。

同様の機能として、復興庁があるが、東日本震災地域全体をカバーする機関であり、他の被災地域と異なる原発被害者の問題にどの程度向き合うのか疑問である。

また、県庁も被災者からは「遠い組織」であり、今回の被害地域にセンターを設置することが重要である。このセンターは、被害者のあらゆるニーズにワンストップで対応できるよう整備すべきと考える。

⑦ 避難(Evacuation)した住民の帰還・定住(Colonization)の場等を

国が責任をもって整備

従前の居住地から離散した住民の今後の帰還・定住(Colonization)については、基本的に地域の住民が今後の生活の場をどのように設定するかを決めるものであるが、その居住形態について、以下一つの選択肢(考え方)を提案するものである。

そして、離散した住民が帰還・定住(Colonization)する場の整備は、第一義的には東京電力ではあるが、原子力政策を推進してきた国が責任をもって、こうした地域における居住環境整備を推進していくべきである。

また、福島県外まで避難(Colonization)した住民の生活環境整備も、第一義的には東京電力が行うべきであるが、これも帰還するまで国が責任をもって行うべきである。

- 条件 1 空間線量率や地表面への放射性物質の沈着量からみて、生涯にわたって安全性が確保出来ることを絶対条件とする。
- 条件 2 事故前の居住地が、今のままでも空間線量率や地表面への放射性物質の沈着量からみて安全性が確保出来る、或いは除染により安全性が確保できる状態であれば、従前の居住地を帰還する第一の候補地と考える。
- 条件 3 事故前の居住地が、空間線量率や地表面への放射性物質の沈着量からみて安全性が確保出来ないのであれば、事故前の居住地にアクセスし易い「浜通り地域」に、新たな居住の場(そのまま定住すること等多様な居住形態を考える)を確保し、これを選択肢の一つと考える。
- 条件 4 定住するためには、地域コミュニティ環境が整備されていることが必要であるが、前記のように浜通り地域は「帰還困難区域」によって南北に分断されることになることから、定住するための地域コミュニティは、従前の居住地や新たな居住地とそのための地域コミュニティは、現状においては分断された「浜通り地域」の南北に分散して設定する。
- 条件 5 南北にわけられた何れかの地域において、富岡町・大熊町・双葉町・浪江町・飯館村・葛尾村・川内村等各自治体を地域コミュニティ単位として、住宅整備や街機能の集積、及び雇用・労働の場を整備し、これらをバックアップする都市機能として、南は「いわき市」を、北は「南相馬市」或いは「相馬市」を設定する。

⑧ 郡市医師会協力のもと安全な生活環境づくりとしての

先行的な公設民営型の仮設診療所の創設・運営

前記のような、事故前の地域コミュニティの復旧・復興、或いは選択肢の一つとして過渡的な新たな地域コミュニティを創造するに際しては、これを誘導・支援する医療機能、すなわち診療所機能が不可欠である。

地域の条件は異なるが、岩手県の津波被害によって医療機能が喪失してしまった地域において、公共が創設・運営のリスクを負う形で、医師会の協力のもと先行的な公設民営の仮設診療所の整備が進められようとしている。

そこで、上記のような地域コミュニティの復旧・復興或いは新たな創造等に際しても、公共が創設・運営のリスクを負う形で、地元医師会の協力のもと先行的な公設民営の仮設診療所の整備を進めることが、医療機能を復活させる大きなきっかけになると考えるものである。

⑨ 分断された相双地域のコミュニティを一体化させるための

常磐線の復旧及び常磐自動車道の整備と地域への無料開放を

国が新たに設定する避難区域の内、年間積算線量 50 ミリシーベルトを超える「帰還困難区域」は、年間被曝線量が高く立ち入りが制限されるため、浜通り地方を大きく二つに分断することになる。

しかし、従前の広域的な地域コミュニティは、相馬市からいわき市まで連続した一体的な地域を構成するとともに、「相双」という地域アイデンティティを持っていたものであり、これらが今回の事故により破壊・分断された。

そこで、分断された相双地域の広域的なコミュニティを一体化させるため、まず従来の常磐線を早期に復旧すべきである。

また、現在中断されている常磐自動車道の整備を再開し、沿線を早期除染するとともに、常磐富岡～山元までの整備を早期に進めるとともに、整備された有料道路を地域住民へ無料で開放することが望まれる。

(3) 福島県による地域医療再生に関する提言

① 被災地域の医療機関が踏みとどまるための運営支援策の提示を

福島県は、震災・津波や原発事故からの復旧・復興に係る総合調整の場として、5月20日に「福島県復旧・復興本部」を設置し、以後、「福島県復興ビジョン」(8月公表)や「福島県復興計画(第1次)」(12月公表)を策定してきた。

しかし、被災地域の医療提供体制の継続に奔走し、地域に踏みとどまっている、民間病院や民間診療所の運営に必要な具体的支援策を十分に示したとはいえない。

県が地域医療再生基金を活用し、民間病院、及び診療所に直接支援したものとして、12月28日施行の「福島県特定地域医療機関特別資金貸付」がある。この資金貸付の対象者は、緊急時避難準備区域であった区域内で病院を運営する法人に2億円(限度額)、診療所を運営する法人又は個人に3千万円(限度額)とされた(未利息・無担保)。

震災から1年近くの間、多くの医療従事者が浜通りエリアから中通りエリア、更には県外に流出する中、現在も踏みとどまっている民間医療機関の医師や看護師、医療関連職種の人々を繋ぎとめるための施策としては、時期を逸していることや、貸付事業に留まっている点からも評価できるものではない。

このため、県は、「復興計画(第1次)」の「医療機関の運営支援」について、地域の声に基づき、特に民間病院や診療所等に対する具体的な運営支援策を提示するべきである。

② 地域医療における人材確保に対する資金や設備の提供

福島県は、「浜通り地方医療復興計画(素案)」における医療提供体制の回復にあたり、相馬エリア、双葉エリア、いわきエリア、中通りエリアの各エリアに対する個別の取組とともに、共通の取組として、人材確保に関する取組を明記した。

このうち、医師確保については、「寄附講座等による短期～中期的な常勤医の確保」や、「医学部入学定員増による長期的な医師の確保」等(併せて14.2億円)、病院勤務医の確保に関する取組は明記されているものの、地域医療全体、特に、診療所の機能回復に必要な人材確保に関する取組は示されていない。また、看護職員については、「医療機関の取組み支援による看護職員の確保(9.3億円)」事業としており、医療機関に対する具体的な支援スキームが示されているわけではない。

厚生労働省は、昨秋、平成22年度補正予算による地域医療再生基金として、岩手県、宮城県、福島県の3県に対して120億円を確保し、福島県に対しては、基金を活用して緊急時避難準備区域の医療機関に対する運転資金の支援や医療従事者の確保の支援を行うよう働きかけを行ったものとされているが、この基金の活用により、地域医療全体の医師や看護職の減少に歯止めがかかったとはいえない。

このことから、地域に踏みとどまっている、個々の民間医療機関の運営規模が、これ以上縮小しないよう、現在、東京電力が損害賠償に応じていない営業損害の範囲を勘案し、人材確保のために必要な資金や設備の提供について検討するべきである。

(4) 原子力発電所事故による災害対応に関する提言

① 国民・被災住民の立場に立った原子力災害情報のリアルタイムでの提供と避難等

東日本大震災の大きな被害原因の一つである津波災害に対して、中央防災会議はこれまでの対策の考え方を抜本的に見直し、あらゆる可能性を考慮した最大クラスの地震・津波想定を実施することとした。

そして、津波情報等の伝達及び避難体制確保に関しては、「受け手の立場に立った津波警報等の発表」を重視し、「具体的かつ実践的な避難計画の策定、避難支援の行動ルール化」等抜本的改革を行おうとしている。

次の表は、東日本大震災における大規模津波災害と、原子力災害の住民への情報提供という視点からみた特性比較をしたものである。被災住民からみて原子力災害よりも比較的情報が得られ易いと考えられる津波においてさえ、非常に大きな被害が出たことから、上記のような抜本的な対策の変更を行おうとしている(表5)。

これに対し今回の福島第一・第二原子力発電所災害に際しては、様々な点で住民に対する原子力発電所災害の情報や避難情報が、ほとんど住民を無視していたといってもいい程、最悪の対応であった。

特に大きな問題は、放射性物質は目に見えないため、加害者である東京電力や政府から情報が提供されない限り、地域住民は被害にあっていることすら分からないという、災害の特殊性がある。

また、こうした状況は、最悪の場合首都圏住民にも起こったかも知れない。

これらをふまえ、津波災害以上に国民・被災住民の立場に立った、原子力災害情報のリアルタイムでの提供を行うとともに、この情報により各々の地域住民が即座に避難行動等(ヨウ化カリウムの服用を含む)に移れるようにすべきである。

表5 東日本大震災における大規模津波災害と原子力災害の
住民への情報提供という視点からみた特性比較

	東北地方太平洋沖地震の発生 大規模津波災害 (見える災害) 炉心溶融等原子力災害 (密室で見えない災害)	
災害原因発生地点の位置情報の住民への提供	震源地の位置は地震・津波情報提供システムにより住民へ短時間で提供された	東京電力福島第一・第二原子力発電所における事故の内容が政府発表される或いは水素爆発まで明確にならず
災害原因の規模・内容情報の住民への提供	マグニチュードの規模は住民へ短時間で提供	政府より情報が小出しに提供されレベル7と評価されたのは地震発生から約1カ月後
	情報提供のプロセスに会議等伝達時間の障害となるものがほとんどない	情報提供のプロセスに会議等伝達時間の障害となるものが非常に多い
避難に必要な情報の住民への提供	津波の規模は多少の錯綜はあったが住民へ短時間で提供	放射線レベルの正確な高さは原子力発電所周辺のほとんどの住民に提供されず
	津波に対する避難の方向は概ね海の方と反対側であることがほとんどの住民が認知	SPEEDIIによる空気吸収線量率の広がりの方は原子力発電所周辺のほとんどの住民に提供されず
	津波に対する避難の方法は概ね高い地点に登ることをほとんどの住民が認知	放射性物質に対する避難の方法を原子力発電所周辺のほとんどの住民が熟知していない

② 全国54箇所ある原子力発電所の安全と

周辺住民の安全確保のための方策を早急を実現

平成 24 年 2 月 1 日現在で、全国に原子力発電所は 54 機ある。(表 6)

その運転状況は、定期点検中及び停止中のものが合計で 51 機あり、営業運転中のものは 3 機に止まっている。

これは、やはり東京電力福島第一・第二原子力発電所事故の影響が非常に大きいと考えられるが、他電力会社の住民説明会における「やらせ発言・やらせ質問等」による、電力事業者への不信感も多分にあると考えられる。

このような状況に至った基本的な問題は、原子力発電所の安全性に関する問題であり、また電気事業者或いは政府の説明について、立地地域の行政・住民が納得或いは了解出来ないことが大きな理由と考えられる。

また、東京電力福島第一原子力発電所に代表されるように、地震に対し脆弱であると言われている原子炉の初期の型であるマーク I、及びその改良型であるマーク I 改良型が、福島第一原子力発電所の他に全国に 10 機も存在している(表 6)。

全国には、このようにマーク I 及びマーク I 改良型を含め、54 機もの原子力発電所が立地していることから、政府及び電気事業者はその安全と周辺住民の安全確保のための方策を、早急に実現する必要があると考える。

表 6 全国の原子力発電所の分布とその稼動状況(平成 24 年 2 月 1 日現在)

原子力発電所名	事業者名	○ 営業運転中 (数字は2012年中に 定期検査に入る月)	△ 定期検査中	× 停止中	計	マーク I 及び マーク I 改良型の 格納容器形式の 原子炉
泊	北海道電力	④	2	0	3	
東通	東北電力	-	1	0	1	1号機/マークI 改良型
女川	東北電力	-	0	3	3	1号機/マークI型 2号機/マークI 改良型 3号機/マークI 改良型
福島第1	東京電力	-	0	6	6	1号機/マークI型 2号機/マークI型 3号機/マークI型 4号機/マークI型 5号機/マークI型
福島第2	東京電力	-	0	4	4	
東海第2	日本原子力発電	-	0	1	1	
柏崎刈羽	東京電力	③	6	0	7	
志賀	北陸電力	-	2	0	2	1号機/マークI改良型
敦賀	日本原子力発電	-	2	0	2	1号機/マークI型
美浜	関西電力	-	3	0	3	
島根	中国電力	-	2	0	2	1号機/マークI型 2号機/マークI改良型
高浜	関西電力	②	3	0	4	
大飯	関西電力	-	4	0	4	
伊方	四国電力	-	3	0	3	
玄海	九州電力	-	4	0	4	
川内	九州電力	-	2	0	2	
浜岡	中部電力	-	0	3	3	3号機/マークI 改良型 4号機/マークI 改良型
計		3	34	17	54	10(福島第1を除く)

資料: 日本経済新聞 NPO法人 気候ネットワーク 各電力会社資料より作成

③ ヨウ化カリウムの備蓄・配布の２段階の実施体制を

今回の原子力災害に際して、ヨウ化カリウムの配布に関しては全く未整備であった。このため、ヨウ化カリウムの備蓄・配布・服用の指示の実施にあたっては、全国原発周辺に新たに設定される三つの防災対策区域における地方自治体の備蓄・配布、および地域医師会に属する病院・診療所等における備蓄・配布の、２段階の実施体制を整備すべきである。

④ 「防災対策推進検討会議」の一員として積極的な防災・避災への対応を

これまで日本医師会は、国の中央防災会議に参画出来ていなかったが、中央防災会議において平成 23 年 10 月 11 日新たな専門調査会として「防災対策推進検討会議」が設置され、その委員に学識経験者として日医・原中会長が、「被災者健康支援連絡協議会代表」として就任した。

この会議の趣旨・目的は、「未曾有の甚大な被害をもたらした東日本大震災における政府の対応を検討し、同大震災の教訓の総括を行うとともに、首都直下型地震や東海・東南海・南海地震（いわゆる「三連動地震」）等の大規模災害や頻発する豪雨災害に備え、防災対策の充実・強化を図る」ものである。

今後、統計上では経験していないような大規模な地震災害や、大きな豪雨災害がかなりの確率で予想されることから、これらの防災・避災対策に積極的に取り組むとともに、万が一の大規模な災害が発災した場合には、東日本大震災において活動した JMAT や JMAT II という、日医が創設した災害医療対策チームを活用して、国民の安全確保を積極的に図るべきである。

⑤ JMAT 活動のあるべき姿について

わが国の大規模災害において、不幸にも被災した地域住民の、人間としての尊厳を守り、被災後の健康や生活を守ることが、日本医師会 JMAT の使命である。

この使命達成のために、被災以前より、地域に根ざした医療活動を行ってきた地元医療機関や、それを支える地域医師会のもとで医療活動や支援活動を行うことが、災害対策のあるべき姿である。

今回の震災では、この基本原則を遵守したからこそ、災害時における医療活動としての JMAT 活動は成功したと言える。

福島県では、地震、津波に加えて原発事故被害という 3 重の被害に遭い、中でも被災住民に対する緊急被ばく医療の提供体制では一時混乱を及ぼしたことから、今後の JMAT 活動の関係者に対する、医師会による研修の徹底が望まれている。

わが国のように複雑な産業構造を抱えた先進国では、大規模災害が複合化する。すなわち、自然災害からの連鎖により、人災を含めた、広域的、且つ、長期的な災害への対応が必要となる。

従って、今後、地域における防災計画や災害医療計画において、複合災害の可能性を前提とした、計画策定と実行が求められるとともに、日本医師会、及び地域医師会における大規模複合災害に対する、さらなる備えと組織的な対応が期待される。

福島県原子力災害からの復興に関するプロジェクト委員会 関係者

1. オブザーバー

佐々木 孝治	厚生労働省 医政局 総務課 保健医療技術調整官
松浦 重和	文部科学省 研究開発局 原子力損害賠償対策室 次長
馬場 義文	福島県 保健福祉部 地域医療課 課長
熊田 孝	福島県 生活環境部 原子力賠償支援課 主幹兼副課長

2. 担当役員

横倉 義武	日本医師会 副会長
三上 裕司	日本医師会 常任理事
石井 正三	日本医師会 常任理事
今村 聡	日本医師会 常任理事

3. 調査研究スタッフ（日医総研）

石原 謙	研究担当副所長
澤 倫太郎	研究部長
永田 高志	客員研究員
畑仲 卓司	研究部統括部長主席研究員
西澤 直衛	事務管理部長主席研究員
尾崎 孝良	主席研究員
角田 政	主席研究員
水谷 渉	主任研究員
吉田 澄人	主任研究員
五十嵐 秀人	事務管理部 人事・総務・グループリーダー
佐久間 伸英	調査役
岸本 麻衣子	主査

参考資料

(1) 原子力損害賠償紛争審査会

医療福祉等分野(医療施設関係)における専門委員調査報告書

(今村(聡)常任理事報告)

医療・福祉等分野（医療施設関係）における専門委員調査報告書

本報告書は、極めて限られた時間の中で作成したものであり、今後、さらなる調査・検討が求められる。また、本件事故による周辺地域への放射線の拡散や被曝の実態等については、今後、詳細な調査を行い、その結果を原子力損害賠償紛争審査会の指針にも反映していくべきである。

I. 政府による避難等の対象地域に係る損害関係

1. 対象地域内の医療機関の営業損害

（１）調査方法

政府による避難等の対象地域（以下「対象地域」という。）内の医療機関（病院及び診療所をいう。以下同じ。）に対するサンプル調査を実施した。

調査項目は、本件事故前後の患者数の推移及び保険請求額の推移、本件事故の影響により発生した営業損害の具体的内容である。

また、サンプル調査であるため全医療機関を把握出来ていないとともに、放射線の広がりや状況や事故が収束せず、その影響が将来的に広がりを見せる可能性が非常に高いこと等から、推測される状況或いは近い将来起こるであろう事象についても併せて示した。

（２）調査結果或いは十分推測される状況

対象地域内の全ての医療機関において、３月以降、昨年同月比での入院患者数及び外来患者数並びに保険請求額（医療機関における主な収益）の大幅な減少が見られた。特に小児科及び産婦人科において、患者減少の影響が大きいという回答が見られた。（別添１参照）

また、患者数の減少以外の本件事故の影響による医療機関の主な損害の内容としては、以下のものが見られるとともに十分推測される状況にある。（別添２参照）

- ・診療停止中に使用期限を過ぎてしまった医薬品の廃棄に係る損害
- ・避難指示による患者の離散による未収金の増加や貸し出していた医療機器が行方不明になったことによる損害
- ・職員の自主退職、避難、休職により診療体制を縮小・停止・廃止した、或いは将来これらが起こるであろうことに伴う減収
- ・職員の退職、避難、休職に伴う退職金や休業手当の支給
- ・医薬品、医療機器、衛生材料の配送業務が中断されたことによる保険収入の減少、臨床検査業の集荷業務の中断や、医療機器の修理が遅れたことによる検査収入の減少（医療機器業者が風評被害により対象地域内に入って来なかったことによる）による損害
- ・金融機関からの借入金の返済延期やリース料の支払延期による利息の増加
- ・上記等の理由による倒産等に伴う損害
- ・事故及び放射線の状況からして、菅首相が明らかにしたように、これが今

後何十年にもわたって改善することが予想されないとして、自主的に移転・廃止する場合の損害及び、移転の場合従前と同様の営業形態を構築するのに要する費用

- ・ 県外医師の医療機関への赴任拒否による事業の縮小と経済的損害

加えて、今後、警戒区域内の医療機関等診療停止中の医療機関が事業を再開する際には、原状回復や職員の採用に要する費用、移転費用等が見込まれる。

また汚染によって使用不可能となった事業用財産がある場合には当該財産の事故前における価値、本件事故の影響により廃業又は倒産に至った場合には、将来得られるはずであった収益等の逸失利益という論点が重要である。

(3) 指針との関係

第一次指針及び第二次指針（以下「指針」という。）において、対象区域内の事業者の営業損害が賠償対象となることとされているが、上記（2）に記載した医療機関の様々な損害項目について、対象区域内のみならず放射線の実態調査によって国際的基準等、より安全な基準以上の放射線が測定される地域においても対象に含まれうるものとする。

また、廃業又は倒産に至った場合の損害額の算定方法等については、指針においては、今後検討することとされているが、安心かつ安定した生活の基盤である医療分野において、早急に検討すべきものと考えられる。

(4) 損害額の算定方法

損害額の算定方法は、収入から支出を控除して算出した利益額又は損失額について、本件事故前と本件事故後を比較することにより算出した差額を減収額（逸失利益）とする。この際、医療機関においては、季節に応じて患者数の増減が見られることから、原則として前年同月と比較することにより算定することが考えられる。

また、これに加えて、医薬品の廃棄に係る損害等、上記（2）に記載した追加的費用等であって医業収益又は医業費用に含まれないものを加算することにより、営業損害の総額を算定する。

しかし、被災医療機関は決算資料等を放置したまま避難をしているものが多く、また開業1年目である等、決算資料等が整っていない場合には、簡便な方法によって精緻な損害額の算定に代えることも考えられる。

なお、医療機関が行う医療行為による収益は、基本的には、患者の窓口負担分（原則3割）と健康保険からの診療報酬（原則7割）から成るものであるが、どちらも他の事業一般におけるサービスの対価としての収益に相当するものであり、健康保険からの診療報酬による収益分も含めて、営業損害と考えるべきである¹。

2. 対象地域内の医療機関からの入院患者の搬送に伴う医療機関・患者等の損害

¹ 病院会計準則（平成16年8月19日厚生労働省医政局長通知）においても、患者の窓口負担分と健康保険からの診療報酬分について、会計上異なる取扱いを行ってはならず、双方ともに医業収益の一部とされている。（別添3参照）

(1) 調査方法

対象地域内に所在する入院患者の域外搬送を実施した医療機関に対するサンプル調査を実施した。

調査項目は、搬送方法、搬送費用を医療機関において負担したかどうか、搬送患者の家族等の付き添いの状況である。

(2) 調査結果

対象地域内の医療機関からの域外搬送においては、救急車、自衛隊ヘリ、民間バス等が利用されていたが、搬送費用については、県、市町村等の行政機関が負担しており、回答を得た医療機関においては、医療機関の費用負担はなかった。

また、搬送患者の家族は、患者とともに搬送先まで移動していたケースが見られたが、その移動方法については、自家用車の利用等様々な場合が存在したようである。患者の家族の移動の交通費についても、回答を得た医療機関においては、医療機関の費用負担はなかった。

加えて、今後、搬送患者及び同行者が帰院・帰宅する際には、医療機関又は患者等に交通費等の費用負担が発生することが考えられる。

(3) 指針との関係

入院患者の搬送に伴う損害としては、患者については搬送費用（医療機関又は患者本人が負担した場合）、搬送先での生活費の増加費用等、家族等同行者については交通費、宿泊費等が考えられるが、これらについては、指針において示されている避難費用として損害賠償の対象とされている。また、帰宅の際の交通費等についても損害賠償の対象とされている。

また、今回の調査では見られなかったが、患者の搬送費用を医療機関が負担した場合にも、当該費用については、避難に関連した医療機関において、実費分の損害が発生しているものと考えられる。

なお、同行者が対象地域外に居住しており避難等対象者でない場合であっても、患者の年齢や容態等によって患者の搬送に当然に付き添う必要がある場合も想定され、このような場合の同行者の交通費、宿泊費等についても、損害が発生しているものと考えられる。

(4) 損害額の算定方法

避難費用の算定方法については、指針において示された考え方と変わるところはなく、患者の搬送費用並びに同行者の交通費及び宿泊費については、原則として自己負担した実費分の賠償を受けることとする。

3. 対象地域内の医療機関の職員の就労不能等に伴う当該職員の損害

(1) 調査方法

対象地域内の医療機関に対するサンプル調査を実施した。

調査項目は、直接的な営業損害以外で本件事故に関連すると考えられる状況の変化等（職員の状況を含む。）である。

(2) 調査結果

多くの医療機関において、職員の休業、解雇、自主退職等の事例が見られた。

(3) 指針との関係・損害額の算定方法

指針との関係・損害額の算定方法については、医療機関の職員についても、勤労者一般と変わるところはない。別途調査が行われている勤労者分野の専門委員調査報告書と同様の考え方になるものと考えられる。

4. 授業中止等や学生の転学等に伴う医療関係職種の養成所の損害

(1) 調査方法

対象地域内の医療関係職種の養成所に対して調査を実施した。

調査項目は、原発事故後の学生数の推移等である。

(2) 調査結果

対象地域内の医療関係職種の養成所においては、学生数の減少や入学辞退等がみられた。

(3) 指針との関係・損害額の算定方法

指針との関係・損害額の算定方法については、医療関係職種の養成所も、学校と変わるところはないものと考えられ、別途調査が行われている学校・スポーツ・文化分野の専門委員調査報告書と同様の考え方になるものと考えられる。

5. 医療機関の診療制限等に伴う住民の追加的コスト及び重症化による損害

(1) 指針との関係

避難等を余儀なくされたことによる生命・身体的損害については、指針において、死亡、健康悪化等による逸失利益、治療費等を損害賠償の対象とするという考え方が示されている。このため、今回の調査の対象とはしなかった。

(2) 関連しうる論点

入院患者の搬送中に、当該患者が死亡又は健康状態の悪化等した場合の賠償責任については、中心的に責任を負うべき東京電力の他、搬送を行った医療機関の責任の有無が論点となる場合があることが考えられる。

最終的には個別事案ごとに判断されることとなるが、医療機関側の過失の有無を判断する際には、搬送が行われたのは本件事故後の混乱の最中であり、十分な搬送体制を整える時間的余裕がなく、提供可能な医療水準も通常時より低くならざるを得ない状況であったこと、受入医療機関の調整にも時間を要したこと等を十分考慮して判断される必要があるものとする。

6. 医師会の損害

(1) 調査方法

福島県医師会及び郡市医師会へのヒアリングにより、指針で対象地域にされている中にあった郡市医師会及び県医師において、会員の離散や自らの活動が不可能になったことによる損害が明らかになった。

(2) 損害の項目

1) 県医師会にかかる損害

- ・日常業務以外の新たな業務発生による事務費、諸会議費用、人件費の発生、増大

- ・ 原子力災害対応のための時間外にかかる人件費の増加
- ・ 原子力災害に関する通知文等の発送等の郵便物発送にかかる費用（用紙代、郵便代、コピー代、封筒代、人件費等）の発生
- ・ 原子力災害対応のための車移動に係る燃料費
- ・ 原子力事故被害会員の県医師会費減免に伴う会費収入の減少
- ・ 原子力災害の周辺都市医師会への支援金支出の発生
- ・ 双葉郡医師会機能停止に伴う事務代行の負担
- ・ 電力不足により節電が行われ、放射能の影響を考慮して換気が出来ずひどい職場、生活環境。
- ・ 時間外、休日出勤に伴う身体的損害
- ・ 県民からの苦情、問い合わせによる負担増、精神的苦痛
- ・ 精神的苦痛損害（今後の生活環境に対する不安、風評被害など）
- ・ 何をするにも放射能の影響を考慮しなければならないという精神的な苦痛、内部被ばくの不安。
- ・ 放射能の影響による普段の行動の自粛の拡大。
- ・ 関係機関との調整にも時間と労力が多くかかり、負担が大きい。
- ・ 通常の交通機関で出勤できない職員の金銭的負担増。
- ・ 原発事故による患者置き去り報道で医療不信等が起きた。
- ・ 医師や看護師など医療従事者の県外流出。
- ・ 会員数減少に伴い、特別契約の送料単価が増える恐れがある。
- ・ 母体保護法第25条の届出義務を履行することが出来ない会員の存在。

2) 郡市医師会にかかる損害

- ・ 会員の減少による医師会収益の減少・消滅
- ・ 郡市医師会事務所閉鎖に伴う財物損害（劣化、不動産価値の低下、評価額の低下など）
- ・ 設備の損害（各種機器、備品の損傷、劣化など）
- ・ 車両の損害（劣化など）
- ・ 事務局の県外への避難に伴う諸経費、往復時の交通費
- ・ 郡市医師会の収入減に伴う准看護学校・看護専門学校の損害
- ・ 精神的損害
- ・ 行政の検診等の事業が減ったため、負担金が入らず、医師会収益が減少
- ・ 職員給与の減給、一次解雇、給食等による職員の損害
- ・ 医師会組織の崩壊に伴う損害
- ・ 仮事務所の開設費用の必要性
- ・ スタッフ不足、医療施設減少による本会附属看護学校の実習施設辞退に伴う損害及び確保のための労務費
- ・ 医師の流出に伴う学校医、産業医の確保の事務局の労務費

7. レセプト・コンピュータ販売・情報サービス提供企業における損害

(1) 調査方法

レセプト・コンピュータ販売・情報サービス提供企業へのヒアリングにより、診療所の新規開業等取り止めにより、開業を前提に進めていた取引のための商品購入等の損害や、事故の影響による経営環境への影響等が明らかになった。

(2) 損害の項目

- ・開業による取引を前提に購入したコンピュータ等情報機器の損害
- ・緊急時を考慮しポータブルHDDの無償貸与を実施するための費用が必要となった
- ・放射能を理由に事務員・看護師が退職し、新採用者への無償での教育(各3人日程度)が必要となった
- ・患者の大幅減を考慮し月額保守料の減額が必要となった
- ・複数の医療機関において原発事故の収束に目処が付くまで電子カルテ、医療情報システム等のリプレイス・新規導入案件が凍結、白紙、大幅延期となり、予定していた収入の目処が立たなくなった。
- ・双葉郡内の関連・取引企業が原発事故に巻き込まれ、案件自体が消滅し、大幅な減収や業務縮小を余儀なくされた。
- ・医療機関・介護施設が原発事故により業務休止、患者の減少等が発生して減収となり、新規システム等へ投資を行う資金面の問題から、新規営業等の機会が失われた。
- ・原発事故収束に対する不安等により、状況に一定の目処が付くまで新規投資を自粛・静観する動きがあり、新規営業等の機会が失われた。

Ⅱ. 政府指示等の対象地域外に係る損害関係

1. 対象地域外の医療機関の営業損害

(1) 調査方法

対象地域外の医療機関に対するサンプル調査を実施した。

調査項目は、本件事故前後の患者数の推移及び保険請求額の推移、本件事故の影響により発生した営業損害の具体的内容である。

また、サンプル調査であるため全医療機関を把握出来ていないとともに、放射線の広がりや状況や事故が収束せず、その影響が将来的に広がりを見せる可能性が非常に高いこと等から、推測される状況或いは近い将来起こるであろう事象についても併せて示した。

(2) 調査結果或いは十分推測される状況

対象地域外の医療機関においても、3月以降、昨年同月比での入院患者数及び外来患者数並びに保険請求額の減少が見られた医療機関が少なくなかった。特に小児科及び産婦人科において、患者減少の影響が大きいという回答が見られた。

地域によって影響の程度は異なったが、南相馬市、いわき市、伊達市、二本松市、福島市、三春町、郡山市、須賀川市、本宮市及び白河市内の大半の医療機関並びに会津若松市内の一部の医療機関において、保険請求額の減少が見られた。(別添1参照)

また、患者数の減少以外の本件事故に影響による医療機関の主な損害の内容としては、以下のものが見られるとともに十分推測される状況にある。（別添2参照）

- ・診療停止中に使用期限を過ぎてしまった医薬品の廃棄に係る損害
- ・避難指示による患者の離散による未収金の増加や貸し出していた医療機器が行方不明になったことによる損害
- ・職員の自主退職、避難、休職により診療体制を縮小・停止・廃止した、或いは将来これらが起こるであろうことに伴う減収
- ・職員の退職、避難、休職に伴う退職金や休業手当の支給
- ・医薬品、医療機器、衛生材料の配送業務が中断されたことによる保険収入の減少、臨床検査業の集荷業務の中断や、医療機器の修理が遅れたことによる検査収入の減少（医療機器業者が風評被害により対象地域内に入って来なかったことによる）
- ・金融機関からの借入金の返済延期やリース料の支払延期による利息の増加
- ・上記等の理由による倒産に伴う損害
- ・放射線の状況からして、これが今後改善することが予想されないとして、自主的に移転・廃止する場合の損害

加えて、上記 I 1 と同様、廃業又は倒産に至った場合の逸失利益という論点が重要である。

（３）指針との関係

指針においては、いわゆる風評被害による取引数量の減少等による営業損害については、損害賠償の対象とされている。

医療機関においては、対象地域外に所在するものであっても、放射性物質による汚染の危険性を懸念して住民が自主的に避難していること等の影響を受け、患者数が減少したことによる収益の減少が見られる。

最終的な個別の医療機関ごとの本件事故との因果関係の判断については、個別の医療機関が地域的・面的な状況を把握することが困難であるとともに、ホットスポットといった高い放射線が点的に分布している状況を踏まえ、立地地域周辺の放射線の状況によって判断することが考えられる。

なお、本件事故の影響による損害と地震の影響による損害をどのように切り分けるかという論点が考えられるが、放射線の年間被曝レベルが国際基準等より安全な基準を超える地域等については、本件事故の影響を否定出来ないものと考えられる。

（４）損害額の算定方法

対象地域内の医療機関の場合と同様（I 1（４）参照）。

2. 対象地域外の医療機関からの入院患者の搬送に伴う医療機関・患者等の損害

（１）調査方法

対象地域外の医療機関に対するサンプル調査を実施した。

調査項目は、搬送方法、搬送費用を医療機関において負担したかどうか、搬送患者の家族等の付き添いの状況である。

(2) 調査結果

本調査では、対象地域外の医療機関で入院患者の搬送を行った例は把握できなかった。

(3) 指針との関係

指針においては、対象地域外からの自主避難の場合の避難費用については言及されていない。ただし、入院患者の場合には、年齢や容態等によって必要な医療水準の維持のため、他の医療機関に搬送することが必要な場合も想定される。このような場合の患者の搬送費用や家族の同行に要した交通費等についても、当該患者の搬送の必要性等を考慮して、本件事故との因果関係を判断すべきものとする。

(4) 損害額の算定方法

対象地域内の医療機関の場合と同様（I 2（4）参照）、算定のための資料等が整っていない場合には、簡便な方法によって精緻な損害額の算定に代えることも考えられる。

3. 対象地域外の医療機関の職員の就労不能等に伴う当該職員の損害

(1) 調査方法

対象地域外の医療機関に対して、対象地域内の場合と同様のサンプル調査を実施した（I 3（1）参照）。

(2) 調査結果

一部の医療機関において、職員の休業、自主退職等の事例が見られた。

(3) 指針との関係・損害額の算定方法

対象地域内の場合と同様（I 3（3）参照）。

4. 授業中止等や学生の転学等に伴う医療関係職種の養成所の損害

(1) 指針との関係・損害額の算定方法

対象地域外の医療関係職種の養成所に対しては調査を実施していないが、風評被害等による学生数の減少や入学辞退等は対象地域内の場合と同様に起こり得るものと考えられるため、対象地域内の場合と同様（I 4（3）参照）。

5. 福島県への医師等の派遣をした医療機関の営業損害

(1) 調査方法

福島県からの要請を受けて医師等を派遣した医療機関に対するサンプル調査を実施した。

調査項目は、派遣に要した費用の内容、派遣期間中の医師等の不在による経営への影響である。

(2) 調査結果

派遣に要した費用としては、派遣された医師等の日当、現地に持ち込んだ薬剤の費用、往復の交通費が見られたが、福島県からの要請を受けて派遣された

ものであるものの、放射線の被曝レベルが国際的基準等より安全な基準を超える地域については、その要請は原子力発電所の事故による影響であることが否定出来ないものと考えられる。

派遣期間中の医師等の不在による経営への影響については、主に以下のものが見られた。派遣元医療機関の規模や一つの診療科を何人の医師が担当していたか等により、経営への影響の程度も異なった。

- ・派遣医師が担当していた外来診療の休止、派遣医師が担当する専門分野の救急患者の受入停止による収益の減少
- ・派遣期間中休診としていた間の従業員への給与支払い
- ・派遣期間中の代診医師の給与支払い

なお、これらの他にも発生しうる損害として、派遣医師等の不在を他の職員が穴埋めした場合の当該職員の超過勤務手当の増額分が考えられる。

(3) 指針との関係

指針においては、福島県に医師等を派遣した医療機関の損害については言及されていない。本件事故による直接の損害ではないが、福島県が本件事故による周辺の医療機関に対する甚大な影響等を踏まえて、医師等の派遣を要請したことに基つき、派遣元医療機関が職員を派遣したことを原因として損害が発生している。

なお、派遣元医療機関の規模等により、医師等の派遣が経営に与える影響の程度も異なることから、小規模な診療所の場合等には、より影響が大きいものと考えられる²。

(4) 損害額の算定方法

損害額の算定方法については、医師等の派遣に伴う影響の程度によって異なるが、例えば、派遣期間中休診していた場合や派遣医師が担当していた外来診療を休止していた場合等には、営業損害と同様の算定方法（I 1（3）参照）により、代診医師を確保していた場合等には、当該代診医師の給与として支払った額の実費分等を、損害額として算定する。

Ⅲ. 共通項目等

(1) 損害の終期の考え方について

損害の終期の考え方については、医療分野のみならず、他の分野とも共通する課題として検討すべきものである。

ただし、今後、仮に政府指示の解除等により、例えば診療停止中の医療機関が診療を再開した場合であっても、住民の帰宅が進まず、通常時より収益が減少している状態が継続することもあるため、医療機関の営業損害の終期の判断においては、実際の住民の帰宅状況等も考慮して柔軟に判断すべきものとする。

² 類似の考え方を示した判例として、昭和43年11月15日最高裁判所第二小法廷判決。個人会社の代表者が交通事故により負傷した場合において、当該会社と被害者個人が経済的に一体をなす関係にあるとして、事故により当該会社が被った損害の賠償を加害者に対して請求することができるものと判示した。（別添4参照）

(2) 賠償金の仮払いについて

上記Ⅰ 1 及びⅡ 1 に記載のとおり、本件事故の影響により、多くの周辺医療機関に多大な営業損害が発生している。医療機関が廃業又は倒産に追い込まれ、地域の医療が空洞化することを防ぐため、早急に賠償金の支払いが行われることが必要である。しかしながら、通常損害賠償請求の手続きが完了し、実際に賠償金が支払われるまでには一定の時間がかかることが見込まれる。このため、医療機関に対しても規模の大小に関わらず賠償金の仮払いが実施されることが望まれる。

IV. 専門委員

今村 聡

社団法人日本医師会常任理事

(2) 福島県医師会における東日本大震災への対応
(福島県医師会報)

視点

東日本大震災に対する 福島県医師会の対応と今後の課題



福島県医師会副会長

木 田 光 一

1. はじめに

3月11日午後2時46分に発生した三陸沖から茨城県沖を震源とする世界観測史上最大級のM9.0の大地震と大津波は、岩手、宮城、福島の東北地方太平洋沿岸部に甚大な被害をもたらしました。今回の震災で亡くなられた方々には心よりお悔やみを申し上げますと共に、建物の損壊や浸水などの被害を受けられた方々にもお見舞いを申し上げます。

本県は、さらに第一原子力発電所事故に伴う放射性物質の漏えいが起こり、地震、津波に加えて被曝問題という三重苦に喘いでいます。このような状況下で、地域住民を守るために診療活動を死守された病院、診療所の先生方には、本当に敬意を表したいと存じます。

また、いち早くDMAT (Disaster Medical Assistance Team)、JMAT (Japan Medical Association Team) の派遣や、多くの医薬品、生活物資、義援金をお寄せ頂きました各都道府県医師会や郡市医師会、また関係団体、ボランティアの皆様には、深謝申し上げます。お陰様で、私の所属するいわき市では避難所の巡回診療が円滑に行われ、避難者の健康管

理にも大きなトラブルもなく対応できました(DMATとJMATの概略については「3. いわき市における避難所の巡回診療を中心としたJMATの活動」の中で触れておきました)。

さて、震災から1ヶ月が経過しましたが、浜通りでは建物の損壊等で診療再開に時間がかかったり、あるいは第一原発の20km圏内の立ち入り禁止などにより、再開の見込みがたたない医療機関が相当数あります。原発事故はいつ収束するのか全く見通しがつかない状態であり、これが浜通りのみならず県全体に重くのしかかっており、行き場のない避難者や、放射線被害を懸念して避難し職場に復帰していない住民が数多く存在することから、県内の医療機関や福祉施設では未だ混乱が続いています。

県医師会では4月13日に第1回常任理事会が開催され、特に大きな被害を被った相馬郡・双葉郡医師会からの状況報告と要望が提出されました。本稿ではその内容を報告すると共に、いわき市における避難所の巡回診療を中心としたJMATの活動を紹介して、今後の対応と課題について考えてみたいと思います。

2. 相馬郡・双葉郡医師会からの状況報告と要望事項

1) 双葉郡医師会

双葉郡医師会では全域が20km圏内の立ち入り禁止区域となっており、医療活動の停止は勿論のこと家に帰ることもできず、避難生活を強いられています。国、福島県、東京電力に対する事業休止に対する休業補償問題については、医療・福祉関係者も漁業、農業と同様に扱ってもらえるよう、日医が窓口となって交渉に当たってもらべく、働きかけを行っていきたいと考えています。

休業への補償が不透明な現状にあって、開業に当たり多額の債務を抱えている医師も多く、政府の屋内退避指示の解除まで、運用資金や生活資金の調達のためアルバイトや就職を余儀なくされている状態であり、医師の就業支援も喫緊の課題です。

また、政府に対して放射能汚染問題による避難指示・屋内退避指示の解除の見通しを、予測でもいいので早急に出すよう働きかけてほしいという切実な要望も提出されています。

2) 相馬郡医師会

南相馬市の小高地区も20km圏内の立ち入り禁止区域のため、双葉郡と同様の状態です。20～30km圏内も年間放射線量が20 mSvに達する恐れのある地域は計画的避難区域となり、それ以外の地域も緊急時避難準備区域となって子供、妊婦、入院患者は立ち入らないよう求められたため、これに該当する南相馬市原町地区や飯舘村では入院治療が行えない状態になりました。

そのため南相馬市の2つの精神病院は閉院となり、4つの一般病院も入院治療が行えず、入院と必要とする患者が相馬市の公立相馬病院と相馬中央病院に殺到し、対応困難な状況になっています。特に脳外科と精神科の患者の受け入れ先の確保が急務とのことで、常任理事会で協議の結果、70床の受け入れ可能の申し出のあった仙台厚生病院の他、福島市、郡山市の病院が受け入

れに協力するになりました。

なお現在、診療を行っている医療機関においても避難退避をする看護職員や事務職員が多数にのぼり、日常診療の維持が極めて困難になっているとのことです。ちなみに南相馬市は人口が7万人から3万人程度まで減少しているようです。

要望事項としては、双葉郡と同じく国、福島県、東京電力に対する事業休止に対する休業補償やなるべく地域を離れないような形での医師の就業支援、優遇税制、融資などが挙げられております。

4月24日に日医定例代議員会が開催され、高谷会長が代表質問で、小職が個人質問で、各都道府県にこれまでの支援に対する御礼を申し上げると共に、両郡医師会からの内容も含めた本会からの要望についてお願いをいたしました。

3. いわき市における避難所の巡回診療を中心としたJMATの活動

今回の大震災ではこれまでの地震と異なり、重傷外傷患者が次々と搬送されたり、瓦礫の中から生存者を救出するといったことは全くといっていいほどなく、死亡者は津波による溺死がほとんどだったようです。

一方、地震、津波の被害が沿岸部の広範囲に及んだことや、原発事故の発生により双葉郡（特に楢葉町と広野町）からの避難者がいわき市に殺到したことから、3月12日には市内に避難所が140ヶ所設置され、収容された避難者も総数19,574名にのぼりました（高齢者が3割以上）。この時点で避難者に対する医療の確保が喫緊の課題として浮かび上がってきました。

いわき市医師会では3月12日に災害対策本部を立ち上げましたが、同日午後の共立病院の医局会の提案で（小職もお招き頂き参加しました）、3月13日から共立病院といわき市医師会が地域を分担して避難所の巡回診療を開始することになりました。

残念なことに、いわき市医師会の連絡網は全くと言っていいほど機能しなかったため、

医師会チームを編成しようにも、継続して巡回チームに参加して頂ける十分な数の会員の確保は難しい状況でしたので、前会長で日医常任理事の石井正三先生の紹介で、東京都のJMATにも医師会チームとして巡回診療に参加頂き、何とか急場を凌ぎました。

なお3月13日から永田高志先生（日医総研客員研究員）が対策本部に合流し、各県の混成チームであるJMATの円滑なミーティングの進め方や診療支援のために作成した「JMAT避難所チェックリスト」と「避難所などにおけるトリアージカード」（図1）の活用をご指導頂き、これが後日チームの運営に大変有効でした。

しかし、その後は放射能汚染の風評被害もあり、食料、医薬品、ガソリンなどの物流もほとんど途絶え、まさしくいわき市が籠城を余儀なくされ、しかも兵糧責めに遭っていると言っても過言ではない状況でした。この間、市には必要な医薬品のリストを提出してその確保を陳情していましたが、国に調整能力が

ないためか、届いたのは10日も経過してからのことでした。

たまたま3月18日午前中に小職が上京の折、石井先生のご高配で日医会館を訪問し、羽生田、中川両副会長や三上、石川、藤川、保坂の各常任理事に直接窮状を訴え支援をお願いする機会を得てから、状況が好転しました。日医が率先して動き、薬剤大手のアルフレッサに、本市の卸に薬剤を供給するように強く指示し、まず医薬品の供給に目途がつけました。またいわき市医師会が作成した薬剤リストを、日医が愛知県医師会にお願いしたところ、同医師会はたった一日で必要な薬剤を調達し、3月19日には三菱重工のヘリをチャーターし、約800kgの医薬品を福島空港に空輸するという信じがたい離れ業を演じてくれました。医薬品が調達されたので、それからの巡回診療が順調に機能したことは言うまでもありません。

3月18日夕方には大野和美愛知県医師会副会長が率いるJMAT第1班5名がいわき入

JMAT における「避難所などにおけるトリアージカード」について

避難所などでの回診、見回りで、医師が主観的ではあるがその時点での判断をカードにして患者に渡しておく。カードを患者に渡しておくことで、今後の治療に結びつけるとともに、引き継ぎにも利用する。患者側も、カードを頻繁に周囲に示すことでより早く治療に結びつけられるようにする。

記入欄は、記入できる部分について、簡単明瞭に記入したうえで、記入医師がサインする。

JMAT 避難所チェックリスト	
記入者氏名: _____ 所属: _____ 医師会	
記載日時	
避難所名前	
避難所住所	
収容人数	
男女比	
災害弱者 (高齢者、子供、妊婦、透析、 治療の必要性の有無)	
医療ニーズ (薬の充足を含む)	
被曝の可能性	
水・食料	
トイレ・衛生	
要介護者	
「避難所におけるトリアージカード」	赤カード 人 黄カード 人 白カード 人
その他	

- 赤カード**…すぐに治療にかななければならない患者
もちろんすぐに連れ出し治療できれば best
糖尿病、高血圧、虚血性心疾患、喘息治療中で中断しているもの、特に“round the clock”の薬は要注意〔特にインスリン治療、狭心症薬（抗凝固療法、冠拡張薬）ぜんそく薬、疼痛緩和薬など〕また、免疫抑制剤、副腎ステロイド内服治療者
- 黄カード**…すぐにはではないが数日のうちには投薬などの治療が必要
高脂血症、妊娠婦、乳児など
- 白カード**…すぐに治療をしなければならないわけではないが、医療的な問題点ありで、もう一回フォローが必要なもの
PTSD など精神的な問題を抱えている避難者

赤カード

黄カード

白カード

図 1



図2

りし、その後石井先生と共にいわき市災害対策本部に市長を表敬訪問しました。その模様が撮影され、愛知県医師会が広く支援の手を差し伸べたいという市民に向けた力強いメッセージがYou-Tubeの動画としていわき市医師会のホームページ（以下HP）に掲載されています（図2）。また、保健所から医師会に提出されているいわき市の放射能レベルについては、3月15日に $24\mu\text{Sv}$ になりましたが、その後はずっと $1\mu\text{Sv}$ 程度で安定しております。永田先生の友人の木村義成先生（大阪府立大）に福島県における放射能測定値のマップ（図3）を作成して頂き、同じく同HPにアップしました。

その後、愛知県を始め、東京、山梨、富山、京都、福岡、長崎の都府県のJMAT・東京都中央ブロックや有志の方々、そして全国各地から参加頂いている薬剤師の先生方（これらの方々もJMATとして登録しています）に巡回診療に参加頂いております（図4、いわき市医師会HP上にある「JMAT医療支援カレンダー」）。これは各地の医師会からの支援申し出に対して、効率的な対応をするためのものです。

ここでJMATについて簡単に説明いたします。JMATは「日本医師会の名の下に、都道府県医師会が、郡市医師会を単位として編成し、被災地で活動する災害医療チームの名称で、災害発生後、日本医師会による都道府県医師会への要請（事後承諾の場合も含む）に基づいて待機・出動し、災害発生直後からの

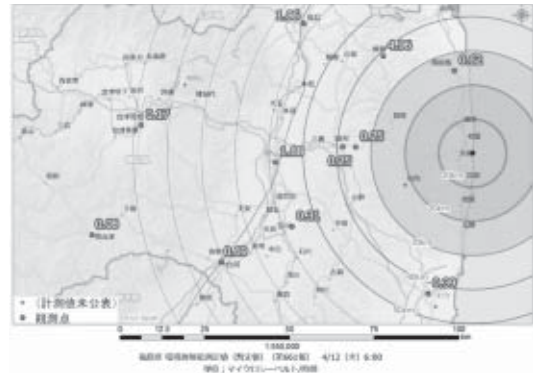


図3

連続した時間において、DMAT（日本・地域）及び被災地医師会との間で役割分担と有機的な連携を行いつつ、主に災害急性期の医療、被災地医師会等との協力、活動支援を担うべきものである」とされています。DMATが災害発生直後の災害超初期に出動し活動を行い、JMATはDMATに協力しながら、その活動を引き継ぐというものです。表1に被災地郡市区医師会、医師会JMAT、DMATの関係を示しました。

JMATを派遣下さった都府県には深く感謝申し上げつつ、この震災から復興した暁には、本県でもJMATを編成し、他地域で災害が発生した場合には駆けつけて救援活動を行える体制を整え、恩返しができればと考えております。

3月28日からは福島医大からもチームの派遣を頂いておりますが、basicな巡回チームは充足しているため、special teamとして①下肢のDVT（深部静脈血栓症）のスクリーニングチーム、②心のケアチーム（同チームは3月22日より活動中）、③小児の感染制御チームの合計3チームを編成し、ニーズのある避難所にピンポイントで診療してもらうことになりました。

4月6日時点で避難所数は45、避難者数は2,806名まで減少しており、残った避難者が仮設住宅に移動を開始すれば、避難所の巡回診療は徐々にチーム数を減らして、地元の医療機関に診療を引き継ぎながら終了したいと思っています。

なお、いわき市が示している今後の避難所対策の見通しは以下のようです。

- ①小中学校が4月6日から始まるが、避難所になっているところはそのまま避難所として使う予定である。
- ②市は仮設住宅として、雇用促進住宅や民間住宅の借り上げを行っており、2,300戸を確保できそうである。4月8日まで入居申し込みを受け付け、4月中旬から順次、入居を開始する。入居に当たっては、いわき市民を優先したい。
- ③県も中央台に120戸の仮設住宅を建設中であり、4月下旬には完成予定とのこと。
- ④現在競輪場に集積されている救援物資については、避難者が仮設住宅に入居する際の当座の生活物資として活用したい。

4. 今後の課題

今回の震災では、県庁、医師会が災害対策本部を立ち上げましたが、国の迷走が県の迷走を呼び、情報が錯綜し、命令指揮系統に多大な混乱を来しました。大災害で強力な統率を必要としている時期に、国の指揮系統が一

本化せず、ライフラインの高速道路、新幹線、在来線、電気、ガス、水道、ガソリン、食料、流通などが絶たれた時の次善の策が示されず、後手後手の対策に終始したことは残念でなりません。この教訓を是非今後の災害対策に生かしてほしいと思います。

ガソリン不足に際しての緊急車両通行証の発行は、日医が速やかに警察庁に要請し、各地区医師会に指令を発すべきだったと思われます。

連絡網については、震災勃発時から電話やFAXがほとんど通じなくなり、会員の安否確認や医療機関の診療機能の状態等、何度も問い合わせを行いました。ほとんど連絡がつかない状態でした。今回の経験から、少なくとも会員の携帯番号やコンピュータや携帯のメールアドレスは本会に開示して頂くことと、本会からの情報提供はHPが瞬時に行えますので、日に一度はHPの閲覧を是非お願いしたいと思います。

原発事故が何とか収束し、一日も早く元の生活に戻れますことを心より願っております。皆様、力を合わせて頑張りましょう。

■表1 被災地郡市区医師会 医師会JMAT、DMATの関係

	被災地郡市区医師会	医師会JMAT	DMAT（日本・地域）
災害発生前（平時）	・チーム編成、隊員登録 ・研修の実施		・日医・県医との連携
災害発生直後（DMAT到着前）	・被災地医師会による自主的活動	・待機、出動準備 ・被災都道府県医師会→日本医師会→都道府県医師会からの出動要請 （自己判断での出動→日本医師会・都道府県医師会の事後承諾）	・待機、出動準備
災害超初期			・出動 ・統括DMATの下で活動
DMAT到着後	・医師会JMATとの協力	・DMATとの連携の下、避難所・臨時診療施設での現場トリアージ等 ・被災地郡市区医師会との協力、支援	・統括DMATの下で活動
DMAT撤収後	・被災地の医療体制の建て直し ・通常診療の再開	・撤収後も災害医療に従事するDMATメンバーの医師会JMATへの位置づけ ・撤収時期等の判断	

※「緊急被ばく医療のあり方について」（原子力安全委員会原子力施設等防災専門部会 平成13年6月、平成20年10月一部改定）を参照

図4 いわき市医師会「JMAT医療支援カレンダー」

3月

Mar 2011 (Tokyo)

Sun	Mon	Tue	Wed	Thu	Fri	Sat
27	28	1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
永田高志先生（日医JMAT）				永田高志先生（日医JMAT）		
いずみ記念病院		東京都JMAT 4 班		角山先生		佐藤哲也先生(聖路
東京都JMAT 1 班						山梨県JMAT 1 班
東京都JMAT 2 班						愛知県JMAT 1 班
東京都JMAT 3 班						愛知県JMAT 2 班
20	21	22	23	24	25	26
富山県JMAT 1 班				羽総合病院		
山梨県JMAT 1 班		京都府JMAT 1 班			京都府JMAT 2 班	
愛知県JMAT 2 班		山梨県JMAT 2 班			山梨県 J A M T 3 班	
松本栄直先生（松本クリニック）				富山県JMAT 2 班村上先生		
永田高志先生（日医				愛知県JMAT3班		愛知県JMAT5班
佐藤哲也先生(聖路				白井裕生先生（みな		
愛知県JMAT 1 班				帝京平成JMAT		
黒沼純一（親和クリ				愛知県JMAT4班		
27	28	29	30	31	1	2
福岡JMAT2			福岡県JMAT3班			中央ブロック中村先
富山県JMAT 2 班村上先生		富山県JMAT3班土田先生			中央ブロック JMAT桂木先生	
三重県JMAT			白井裕生（みなみ草	中央ブロック JMAT橋本先生		
愛知県JMAT6班				中央ブロック JMAT門田先生		
京都府JMAT 2 班		羽総合病院				
山梨県 J A M T 3 班		県立医大A,B,C				愛知県JMAT9班山本
愛知県JMAT5班		愛知県JMAT7班			富山JMAT4班吉山先生	
佐藤哲也（聖路加）		京都府JMAT 3 班		山梨県JMAT5班		
福岡JMAT1		山梨県JMAT 4 班		愛知県JMAT8班浅岡先生		
中央ブロックJMAT赤		富山県JMAT3班		中央ブロック JMAT頼		福岡県JMAT4班

Sun	Mon	Tue	Wed	Thu	Fri	Sat
福岡JMAT2	27	28	29	30	31	1 中央ブロック中村先
富山県JMAT 2 班村上先生			富山県JMAT3班土田先生		中央ブロックJMAT桂木先生	
三重県JMAT			白井裕生（みなみ草	中央ブロックJMAT橋本先生		
愛知県JMAT6班				中央ブロックJMAT門田先生		
京都府JMAT 2 班	羽総合病院					
山梨県JAMT 3班	県立医大A,B,C					愛知県JMAT9班山本
愛知県JMAT5班	愛知県JMAT7班				富山JMAT4班吉山先生	
3	4	5	6	7	8	9
中央ブロックJMAT桂木先生					福岡県JMAT6班	
山梨県JMAT6班			京都府JMAT 5 班土井先生			京都府JMAT6班
愛知県JMAT10班林先生			山梨県JMAT7班			富山県JMAT6班吉野
富山JMAT4班吉山先生		長崎（小児・精神）出口先生（佐藤哲也先生が加わる）医大合流				
福岡県JMAT4班		富山JMAT5井川先生				山梨県JMAT8班
長崎県JMAT+佐藤哲也先生		中央ブロックJMAT村田先生				愛知県JMAT12班（津
中央ブロックJMAT橋	羽総合病院					
10	11	12	13	14	15	16
富山県JMAT6班吉野先生			富山県JMAT 7 班			
愛知県JMAT12班（津島市民病院）				福岡県JMAT8班		
京都府JMAT6班		山梨県JMAT9班			山梨県JMAT10班	
山梨県JMAT8班		愛知県JMAT13班（岩倉病院）			愛知県JMAT14班	
長崎（小児・精神）	羽総合病院					
17	18	19	20	21	22	23
富山県JMAT8班渡辺先生						福岡県JMAT11班
富山精神科班						
福岡県JMAT 9 班			福岡県JMAT10班			
山梨県JMAT10班	羽総合病院					
愛知県JMAT14班	愛知県JMAT15班			愛知県JMAT16班		
24	25	26	27	28	29	30
愛知県JMAT17班					福岡県JMAT13班	
福岡県JMAT11班		福岡県JMAT12班				

視点

震災に伴う関係機関との連携について



県医師会常任理事

星 北 斗

震災直後における県医師会は、通信手段が絶たれていたこともあって、残念ながら全くといって良いほど関係機関との連携が取れる状況では無かった。電話連絡がつかず、事務局員が直接県庁に足を運ぶほどであった。一方、県医師会としては会員の安否確認と被災状況の把握、J M A Tの調整などに追われていたことも大きな要因であるし、事務職員はかろうじて出勤していたものの、交通機関の遮断等によって役員が会館に出向くことが出来ずに、様々な決裁や意志決定が滞っている状況もある。なおかつ断水のために水を汲みに行く仕事さえあった。

災害マニュアルは全くといって良いほど役に立たず、当初の関係と言えば高谷会長が個人的なつながりを使って警察関係に連絡し、緊急車両の指定手続きを優先的に受けたことぐらいである。

その後、県から災害本部に県医師会職員の常駐を打診する連絡があったが、会館では24時間体制を取っており、職員を配置することが困難であることと対策本部での役割が不明

確と言うことで見送りになった経緯がある。この点については、今後のマニュアルの見直しの中で検証を要することであろう。

○三春町でヨウ素剤を配布、一部服用

最初に医療関係で関係機関同士の連携のまずさを露呈したのは、3月15日に三春町でヨウ素剤を配布し、十分な連絡や判断もないままに一部服用が始められる事態となったことであろう。本来国の対策本部が服用の判断をするはずであったが、その取り決めが守られずこのような事態に至った。幸いに他の市町村への波及や副作用の報告がなかったが、県と市町村でさえこのような状況であった。

○明日までに返答せよ

県との連携は前述の通りなかなか進まなかった。当初県は原発にかかり切りの様相であり、医療支援などは二の次にされていた感さえある。4月2日になって、県の担当者から一枚のポンチ絵が持ち込まれ、翌日までに了承しろと言う話が舞い込んだ。事務局から連

絡を受けた高谷会長と私はその内容を見て愕然とした。なぜならそれは県外からの医療チームの受け入れや調整を県立医大が一元的に担うという内容であり、その時点でJMATを中心に調整機能の大部分を担っていた県医師会が完全に外されているからである。この点を強く主張し、大幅に書き換えられることになったが県と医師会そして医大の三者に大きな溝が刻まれる危機ともなり得る県側の失態である。後ほど明らかになるのだが、国の調整スキームには日本医師会が関与していないことから、そのままこれを踏襲したというお寒い背景がある。

そこで、大きな溝を造ってはならないと、4月6日に県医師会と医大との間で厚生労働省を入れた話し合いが持たれた。医大は県から依頼があったから受けただけであり、県医師会との調整はついているものだと理解していたこと、当然ながら県医師会との連携が重要であるという見解が伝えられ、現状を反映するようスキームの大幅な変更と三者の連携の必要性が改めて認識されるとともに、今後このような事態を招かないようにするため、県医師会、県、医大の三者に厚労省を加えた定期的な打合会を持つことで合意するに至った。

二日後の8日の夜、第一回の打合会を開催し、今後の連携の在り方を探るとともに、週一回の定例打合会を持つことで一致し、現在に至っている。また、この打合会での議論を受け、当初医師会抜きで進められようとした県民健康管理の在り方に関する打合会についても県医師会が正式なメンバーに加えられることになったのである。

○平時の連携の必要性

今回の一連の出来事は、三者いずれか一方の問題であったとは思っていない。むしろ、平時から三者間での綿密な打ち合わせや共通

認識の醸成の必要性を浮かび上がらせたということだ。県行政の一部には高谷会長の役員や事務局に指示する際に良く使う言葉を借りれば、「資料の一部を持ってきてさっと見せ簡単な説明をただけで、医師会のご理解を得ましたと言って回る、ということがある。県医師会としても説明を鵜呑みにするのではなくしっかりと理解し、判断したうえで毅然とした対応が求められている。」という認識は、そこにお互い多少の誤解があるにせよ早急に改善しなければならない。

○被ばく調査は医師会が重要な役割を担うことに

今後は、放射線に曝される県民の長期的な健康管理をどう進めていくかなど福島県に限って言えば地震からの復興という次元の問題ではなく、原発災害との二次連立方程式にどうやって解を見いだすかという難題を抱えている。

計画が進められている健康調査は大規模かつ長期的なものとなる公算が高い。そして、実際の調査や健康増進事業の担い手は地域医療を担うかかりつけ医を中心とした医療機関であり、医療従事者であることは明白である。県民に対する放射線の健康影響に関する理解を深めるという重大課題にしても、身近な医師の適切な説明に勝るものはない。県医師会員に期待される役割は大きくそして重いものなのだ。

そのような重大な使命を果たすために県医師会は、郡市医師会、県（それも医療関係部署だけでなく）、県立医大、市町村、病院協会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会といった関係団体とともに連帯連携して県民の命を、安全を守り、安心して子を産み育てることができる福島県を取り戻すために一丸となって取り組むことが何よりも重要なことだと考えている。

視点

東日本大震災から学ぶこと



県医師会常任理事

土 屋 繁 之

防災対策を忘れていた。そして東日本大震災は私たちに自然災害の凄さ・恐ろしさを改めて教えてくれた。ここ数年の救急医療対策は傷病者の受入れ搬送の整備に追われ災害救急救護対策はおざなりにされていた。そして3月11日を迎えてしまった。

震災前に福島市医師会、福島赤十字病院の今野 修先生に「福島市独自に災害医療救護の見直しを図りたい。県医師会で取りまとめる“福島県医師会災害医療救護計画”と若干仕組みが変わるが宜しいか」と尋ねられた。その時私は正に災害医療救護計画の見直しを失念していたことに気づかされた。そして慌てて4月15日に郡市医師会救急医療当理事連絡協議会を開催予定としていたが間に合わなかった。勿論今回の震災は予測を遥かに超えた災害規模であり、見直しがなされていれば十分対応できたかと問われても難しかったと答えるしかないが、それは言い訳であり、準備を怠っていた事に対し、担当責任者として会員の皆さまに心より謝罪したいと思う。

災害対策本部

県医師会は震災を受けて速やかに県医師会館事務局内に災害対策本部を設置した。しかし被災した地域があまりに広範囲であったため、担当の私も被災していたため本部に詰めることができなかった。幸い高谷会長、有我副会長はじめ福島の先生方、そして自分の病院が全壊であったにも拘わらず詰めてくださった星常任理事らの積極的な対応により事なきを得たが、県医師会事務局は断水し、多くの物品・備品が損壊し本部に詰めてくれた事務局員も大変な思いで対策本部を運営したと聞いている。局所的な災害に対する対策本部は勿論県医師会館事務局で結構であるが、災害が広範囲に及んで医師会事務局が機能しない場合には別の医師会に県医師会対策本部を置き、機能できる準備をしておく必要性を感じた。少なくとも各副会長の医師会にはその準備が必要かと思う。

災害対策本部の機能としては星常任理事が本会会報第73巻第7号の視点で書かれていたが、県災害対策本部が立ち上がった時点で県

医師会が本部のなかに召集されていない。これは日本医師会が国の災害対策本部に関与していないがゆえに県が同じく踏襲しているからだという。国はまだしも県レベルでは医師会活動なくして災害医療対策はなされるはずもなく、県行政との根本的見直しが急務とされる。

また医師会としての災害対策の正確・迅速さを求めるためには、県立医大の田勢教授のように現場対策に精通し、災害対策の関係団体（日本赤十字、消防、警察、自衛隊など）との関係が深い会員に“特命役員”として県医師会対策本部に詰めていただける準備も必要と思われた。

通信手段

会員の皆さまも震災時通信手段が断絶され、周りとの連絡を取るために大変ご苦労されたと思う。医師会もそうであった。携帯電話は勿論のこと固定電話、パソコン通信も不通であった。そのため会長はじめ役員間の連絡も取れない有様で通信手段が確保されるのに数日を要した。これは致命的であり非常時でも常時連絡が取れる手段の構築が必要である。今回の震災で私ども福島県医師会は物心両面にわたり愛知県医師会に大変お世話になった。愛知県医師会の災害医療救護計画は日本一と言われており、県行政はじめ災害時に連携を持たなければならない多くの関係機関と細かく協定を交わしている。特に通信手段の確保にはいろいろな準備をしており、衛星携帯電話を5台契約し年間32万円を予算化している。他に災害時優先携帯電話46台を郡市医師会に配布しメーリングリストも合わせて構築している（予算30万円）。また県医師会無線システムも構築され発災時にはすぐに稼動できる状態にある（予算100万円）。つまり緊急時に備え通信手段確保におよそ年間160万円を掛けているということである。また通信手段の話とは離れるが、愛知県医師会は緊

急時に派遣する救護班のために年間200万円の傷害保険料を支払っている。本当に充実した救急体制の確保には多額の費用が必要であるという貴重な例であると思う。

震災後余震が続き、水もなく食料も確保できないなかで医師会事務局では会員の安否確認を行った。しかしやはり郡市医師会との連絡もままならず、やっと取れた医師会では会員との連絡が取れないため結局県医師会としての安否確認には繋がらない状態であった。個人情報の問題があるが、少なくとも医師会会員は緊急時連絡先やE-mail、携帯番号などを県医師会や郡市医師会に登録して頂きたいと思う。またこれはお願いであり郡市医師会の仕事となるのかもしれないが、緊急時は自身の安否を医師会災害対策本部にご一報頂ければ事務局の仕事量も軽減されると思われる。

ライフラインの確保

今回のように福島県全域が被災したかのような災害においては水、電気、食料、燃料などのライフラインの確保がとても大切であり、これらの確保手段を構築することは県医師会災害対策においても重要であることを思い知らされた。震災が起きた時間が日中であり幸い電気が何とか最小限の被害で済んだためライフラインの重要性は震災後あまり語られなかったが、実際は大変であった。特に水は広域において断水し会員医療機関においても大きな問題となっていた。勿論透析のように生命に関わる医療行為における水の確保は透析ネットワークや県内、県外の透析医療機関の懸命のご努力により確保されたが、医療機関における食事提供や職員の生活維持のための水確保も大変であった。行政は、医療機関は特別だと言って他の団体よりは優遇してくれたが、それでも足りなく、行政の給水以外でも水の確保に奔走した。食事も同じである。今回は大きな問題にならずに済んだが、

物流の回復が長期化すると食料確保は大きな問題となる。そして一番問題となったのはガソリンである。特に医療従事者の通勤手段として、また訪問診療、訪問看護、患者送迎など業務遂行のためのガソリン不足は医療機関の業務中止を余儀なくされるところまでになった。勿論医療関係者が救急医療業務に関わるための「緊急車両指定車両」認定書も会長の特別の計らいで迅速に入手されたが、これも医療だけが特別ではなく、認定書をかざしてガソリンスタンドに行ってもこちらの都合通りの供給はなされなかった。前述したように緊急時の備えは十分すぎるほどの費用負担をして初めてある程度確保できる。水やガソリンの医師会専用貯蔵タンクを持ったり、たくさんの食料を確保する倉庫を持とうとまでは言わないが、少なくとも「医師会御用達」のガソリンスタンドやスーパーとの“専属契約”のようなシステム構築もあって良いと思う。“大げさな”と思われる方も多いと思うが、ガソリンスタンドを取り巻くように車が並び数時間待たされたことを思い出すと各郡市医師会で或る程度の確保手段が構築されれば会員の皆さまに大変喜ばれると思う。医師会対策本部もそうであったが、ガソリンの確保がままならない医療機関では職員が施設内に寝泊りして勤務したと聞いている。何とかしたい。

また隣接医師会の相互救援体制の整備も今後必要であろう。或る医師会のライフライン確保が難しくなった際に近隣の医療圏が支援できる場合には迅速に支援する体制ができていればこれほど心強いことはないであろう。

放射線被曝対策について

東日本大震災は福島県にとって地震、津波、放射線被曝、風評被害という四つの災害が複合したものであり“未曾有”の震災であると言われている。しかし結局今となっては放射

線被曝が震災を長期化させている一番の原因であり、“国が…”“東電が…”と言っている内にあっという間に4ヶ月が過ぎ長いトンネルの出口は未だに見えていない。出口の明るさすら見えていない。これは県の放射線被曝に対する姿勢の“いい加減さ”でしかないと思う。今県民が求めているのは「安心できる情報と説明と対応」である。これは200万県民健康管理調査の施行で納得されるレベルではなく、県は一日も早く県民が最も信頼できる「放射線被曝対策専門機関」を設置すべきであり、そこを中心に正確な被曝線量情報を県民に提供し適切な対応策を情報提供しなければならない。いろいろな立場の“専門家”たちの“解説”は今までも県民を不安に落とし入れ他県避難を余儀なくされている大切な県民も少なくない。県は愛すべき県民を守るためもっともっと“本気”になるべきである。福島県が国をリードし放射線被曝問題を一日も早く収束させようとする強い姿勢が必要である。今県は何を行わなければならないのか、県民の健康を守るために何をすべきなのかを医師会は積極的に県行政に働きかけ、私たち医師は県民への“身近で最も信頼される語り部”となる努力をしなければならない。

この東日本大震災が教えてくれたことはここまで書いたことだけではないはずである。他の視点からすればもっと大事な見落としがたくさんあるはずである。

今後、会員の皆様が気付かれることがあれば、是非ご指摘いただきたい。

福島県民は未だ震災の真っ只中にいる。そして今後も長い期間に亘って震災に向き合い、苦悩しなければならない。福島県医師会は今こそ県民の健康を守るために心新たに立ち上らなければならないのである。

震災の、特に福島原発の一日も早い収束を切に願う。

視点

県民健康管理調査について



県医師会常任理事

星 北 斗

低線量放射線への長期被ばくに対する不安が増大する中、県は国からの基金を得て県民健康管理調査を実施することを決め、既に先行調査が始められている。この調査は福島県が実施主体となり、県立医科大学に実務を委託する形で進められている。

目的としては、「長期にわたり県民の健康を見守り、将来にわたる健康増進につなげる。」「放射線の影響による不安の解消を図る。」こととされ、福島県「県民健康管理調査」検討委員会がその実施内容等を決定することとされている。この検討委員会には、本会から筆者も参加しており、県民の目線、地域医療機関・医師の視点から各種の提案を行っている。

○被ばくの全体像を把握する「基本調査」

自記式質問票を用いた調査であり、6月からの浪江町、飯舘村、川俣町山木屋地区における先行調査に引き続き、8月下旬から全県下204万人に質問票が発送され本格的な実施となった。行動記録から外部被ばくを評価し

基礎データを収集することが主たる目的であるが、2キロメートルメッシュの線量に基づき線量を計算することとされていることから、ホットスポットが正しく評価されるかと言った疑問もある。また、質問票自体が事故後2週間の詳細な行動の記述を求めており、思い出せない、書きにくいなどの声もあることから、地域ぐるみや職場での様々な記録の持ち寄りが必要となっている。

なお、筆者の病院では、部署毎に2週間の活動記録を作成し職員に閲覧しているが、家族で行動を確認しておく等、私たち自身も積極的に調査に協力し外部被ばく線量を把握することが必要であると考えている。

○18歳以下を対象とした「甲状腺調査」

基本調査に対して、この「甲状腺調査」と以下に説明する「健康診査」「こころの健康度・生活習慣に関する調査」と「妊産婦に関する調査」の4つの調査が「詳細調査」とされる。「甲状腺調査」は、甲状腺の超音波検査を実施するもので、事故当時に県内居住者

であった18歳以下の全員に実施することとされている。その数は約36万人とされ、3年以内に全員の1回目の検査を終え、以降20歳までは2年毎、その後は5年ごとに検査を行うことを想定し、30年間のフォロー期間を設定しているが、先日行われた説明会では結果によっては期間の見直しもあるとの説明がなされている。

いずれにせよ、効率的な検査体制の構築や地域における保護者等への正しい理解の促進、受診率の維持等の課題が残されており、今後の検討課題となっている。

○「健康診査」

長期的な健康管理の実施のためには、放射線の影響の評価だけでなく健康状態一般について把握することが大切との考え方から、今年度は避難区域等の住民及び基本調査の結果必要と認められた人を対象に、市町村国保の特定健診対象者については特定健診に上乗せする形で実施する事とされている。追加項目としては、尿潜血、血算（赤血球数、ヘマトクリット、ヘモグロビン、血小板数、白血球数、白血球分画）、血液生化学検査として血清クレアチニン、eGFR、尿酸を挙げている。

県の説明では、特定健診の対象者以外には財団法人福島県保健衛生協会が集団検診として実施するとし、県外避難者にも財団法人結核予防会が全国で個別受診を可能とするとしている。しかしながら、そもそも特定健診の受診率が極めて低いことや、若年者層を集団検診で捉えようとしていること、あるいは結核予防会を窓口にしようとしていることなどアクセスが極めて悪く、実現性に大きな疑問が残る。また、追加する健診項目についても十分な議論がなされていないなど問題点も少なくない。

さらに、市町村が実施主体とされている特定健診であるが、役場機能自体が崩壊してい

る町村や住民が県内に広く避難している現状から実施には大きな困難が伴うものと考えており、県医師会としては地域の医療機関における個別健診の併用など受診率向上のための対策を提言していくこととしている。

○こころの健康度に関する調査

避難区域等の住民及び基本調査の結果必要と認められた人を対象に実施するとされるこの調査は、まずは自記式の調査票を配り、この回答内容を評価分析して一次スクリーニングを行い、その結果必要と判断された人に対しては二次スクリーニングとして「こころの支援チーム（仮称）」による電話相談や場合によっては訪問による面接を行うというものである。更にその結果医師の診察が必要とされた人に対しては、県内の医療機関の医師から協力医を募り、その協力医が3次スクリーニングを実施、専門的なケアが必要と判断された場合に医大の「こどものこころ診療センター」あるいは「心身医療科」へ紹介するというものである。

更に、この調査の直接の対象者ではないことで、こころのケアを必要とする人が漏れることのないよう、市町村等が相談窓口を設置したり、乳幼児健診の機会やその他の機会を捉えて相談会を実施したりすることを想定している。また、不安のもととなっている放射線の影響については、医大に新設される講座が放射線障害に関する相談センターを設置予定であり、これを機能させたいとしている。

○妊産婦に関する調査

県内市町村居住者（避難した人を含む）のうち平成22年8月1日から平成23年7月31日までに母子健康手帳を交付された人を対象に実施するとされ、市町村等からの情報に基づき県立医大から直接対象者に調査票を送付することになっている。福島県産婦人科医会、

県医師会、全国の産婦人科医会、日本産婦人科学会等が協力し、調査体制を強化するとともに、医大に電話相談窓口を開設することを検討している。しかし、説明会での会員からの指摘を受け、対象者の把握のために産婦人科のみならず小児科やかかりつけの医療機関への協力要請も必要と認識されたところである。

○課題

以上簡単に解説したが読んでお分かりのとおり、対象者や実施方法がそれぞれの調査で異なっており、また議論の詰まり方も大きく乖離している感が否めない。その上、何度も調査票を送付されることになる対象者もあり、この人たちにとっては負担が大きいし、不安を増強する可能性もあり慎重な対応が必要である。

また、調査目的にある「不安の解消」は、この調査の目的ではなく結果である。従って、多くの県民に受け入れられやすい形で実施し、調査のための調査にならないよう細心の注意が求められる。

さらに、説明会でも何度も繰り返し強調されたことだが、調査の内容や実施方法については未定の部分があり、今後の検討が必要であるということがある。県医師会や地域の医療機関の協力なくしては実施不可能であるのは明白であり、今後も積極的な関与や意見の提示が求められている。

以上簡単に解説したが読んでお分かりのとおり、対象者や実施方法がそれぞれの調査で異なっており、また議論の詰まり方も大きく乖離している感が否めない。その上、何度も調査票を送付されることになる対象者もあり、この人たちにとっては負担が大きいし、不安を増強する可能性もあり慎重な対応が必要である。



視点

D M A T ・ J M A T の整備・派遣について



県医師会常任理事

土 屋 繁 之

東日本大震災から間もなく九ヶ月が経つ。福島県民は福島第一原発の被災による放射能被ばく問題が収束しないなか復旧・復興に向けて懸命にもがいている。徐々に避難地区が解除され避難していた県民が少しずつ地元に戻る動きも出ているが、人が・経済が・行政が戻らない状況が続いている以上本当の意味での復興にはまだまだ時間がかかりそうである。そしてこれからの喫緊の課題として福島県の救急体制の見直しが求められており、その中でも、今後他の地区において大きな災害が起きた場合に備えての福島県 D M A T、福島県 J M A T の整備は不可欠であろう。

◎DMAT (Disaster Medical Assistance Team) ・ (災害医療支援チーム)

D M A T は地震などの自然災害や、集団的に傷病者が発生するような重大な事故などにおいて災害の急性期 (発災後おおむね48時間程度) に他の救命・救助関連団体と合同して救命処置などを行う災害派遣医療チームであ

り、①被災地患者のトリアージ、緊急治療、がれきの下の医療の実施②救急患者の救急搬送及び搬送中の医療の実施、③被災地の病院の診療支援、④被災地内で対応困難な重症者に対する治療を目的とした被災地外への広域搬送などが主たる業務である。福島県 D M A T は以前に整備がなされており、過去に他県において大きな災害が発生した際には福島県 D M A T として派遣が行われていた。そして東日本大震災発災直後は他県から多くの D M A T が当県を訪れ県内被災地の救命・救助活動の支援を行ってくださった。その恩恵は当県被災地にとって大変大きな支援となった。

◎JMAT (Japan Medical Association Team) ・ (日本医師会災害医療チーム)

J M A T は日本医師会「救急災害医療対策委員会」によって平成22年3月に創設が提案され、D M A T 及び被災地医師会と連携をとりながら D M A T の活動後の被災地医療を救援・支援するためその構想が練られていた。

しかしその構想が十分立てられないうちに東日本大震災が起きたため見切り発進ながら“ぶっつけ本番”でJMAT派遣がなされた。JMATの活動は①避難所・救護所における医療の継続、②被災地病院・診療所の日常診療支援、③避難所の状況把握と改善（主に衛生状態、感染症の発生状況、避難者の健康状態、食生活など）、④在宅患者の医療、健康管理、⑤被災地医師会との医療救護連絡会の立ち上げなどが主たる業務である。チーム構成は医師1人、看護職員2人、事務職員（運転手）1人が典型例であり3日から1週間を目処に活動を行うこととなっている。本来の構想では日本医師会がJMATの整備された医師会に派遣依頼して行う予定であったが、東日本大震災では“手上げ方式”的に派遣が行われた。いろいろ反省点はあるが、他県医師会の積極的な支援により7月15日にJMATが一旦活動を終了するまでに1,384チームものJMAT派遣がなされ被災地の医療支援活動がなされ、当県にも272チームが派遣された。現在もなおJMAT IIとして活動が継続されており、被災地の復興に今なお支援が続けられている。医療人としての誇りのもと未だに支援活動を行ってくださるJMATには感謝の気持ちでいっぱいである。

◎今後の対策

福島県は今、「福島県復興ビジョン」を掲げ、医療においては地域医療対策協議会が立ち上

げられ具体的な対策の検討が行われている。医師の確保、医療従事者の確保、救急医療の充実、小児・周産期医療の強化など難しい課題が山積され対応に追われており、DMA・JMATの整備も大きな課題の一つである。福島県DMAは知事主導のもと既に整備されており、発災時の派遣体制はできている。しかし福島県JMATの整備はこれからである。県医師会では災害対応・医療復興検討委員会を開催し、医師会主導でJMATを構築する予定である。本来は日本医師会のJMAT構想の完成を待つところであるが、現在進行している様子が伺われないため、当県独自のJMAT構想を進行させておく必要がある。具体的には郡市医師会を中心に、主たる支援医療別にそれぞれの郡市でチーム編成をお願いし、県医師会に届けて頂く作業が福島県JMAT立ち上げの第一歩と思われる。そして大災害発生した際に県医師会に日本医師会から派遣依頼がきた場合、県医師会から迅速に郡市医師会に伺いをたてチーム派遣をお願いするという流れになるのであろう。それにしても県災害対策本部における県医師会の立場をより明確・確たるものにし、医療関係の災害対策が必要とされる場合には県医師会に迅速にその情報が提供され、県医師会主導で対応がなされる必要がある。福島県は東日本大震災における現場検証をしっかりと行い、これからの福島県災害対策体制の再整備を行わなければならない。