

第2部 久松三二さん

耳が聞こえない被災者の救援活動から 我が国の障害者施策を考える

■ 東日本大震災聴覚障害者救援中央本部の設置

構成団体：全日本ろうあ連盟、全国手話通訳問題研究会、日本手話通訳士協会

協力団体：全国聴覚障害者情報提供施設協議会、CS 障害者放送統一機構、全国聴覚障害教職員協議会、日本聴覚障害者ソーシャルワーカー協会、全国手話研修センター、全日本難聴者・中途失聴者団体連合会、全国ろうあヘルパー連絡協議会、聴覚障害者の医療に関心をもつ医療関係者のネットワーク、日本財団、全国盲ろう者協会、全国ろう重複障害者施設連絡協議会、全国高齢聴覚障害者福祉施設協議会、全国盲ろう難聴児施設協議会、全国ろう学校校長会、全国要約筆記問題研究会

オブザーバー：内閣府、厚生労働省、文部科学省

■ 全国に地域本部を設置

- 1) 岩手県・宮城県・福島県地域本部は被災者の救援活動を展開
- 2) その他の地域本部は、被災を受けた県への支援（物資・手話通訳派遣・相談・メンタル等）活動、今後発生
の可能性の高い大震災への対応の整備、義援金活動

■ 国等の機関への要望・働き掛け

1. 内閣府会見での手話通訳の配置
2. NHK・民放テレビ局の震災報道への手話通訳・字幕付与の緊急要望
3. 東京電力の会見での手話通訳の配置
4. 気象庁、経済産業省の会見等での手話通訳・字幕の付与
5. 被災地の手話通訳等の公的派遣
（厚生労働省・災害救助法の適用）
6. 被災3県行政の障害者救援活動

■ NGO による被災者の安否確認

ろうあ団体、難聴者団体、手話サークル、手話通訳者団体要約筆記サークル等で安否確認を行う

1. 岩手県の安否確認
確認した聴覚障害者総数 195 名、うち死亡 3 名（1.54%）
2. 宮城県の安否確認
確認した聴覚障害者総数 750 名、うち死亡 14 名（1.87%）
3. 福島県の安否確認
確認した聴覚障害者総数 726 名、うち死亡 0 名

■ NHK 調査による障害者の死亡率（NHK「福祉ネットワーク」取材班）

障害者の死亡は、障害を持たない人の2倍の死亡率

- | | |
|---------------|---------------------|
| ① 岩手県の聴覚障害者総数 | 715 名 |
| うち死亡 | 11 名（死亡率 1.54%） |
| ② 宮城県の聴覚障害者総数 | 1,205 名 |
| うち死亡 | 56 名（死亡率 4.65%） |
| ③ 福島県の聴覚障害者総数 | 1,833 名 |
| うち死亡 | 8 名（死亡率 0.44%） |
| ☆ 3 県の聴覚障害者総数 | 3,753 名 |
| うち死亡 | 75 名（死亡率 2.00%） |
| ☆ 3 県の人口 | 1,244,167 名 |
| うち死亡 | 12,853 名（死亡率 1.03%） |
| | 仙台市、気仙沼市、陸前高田市除く |

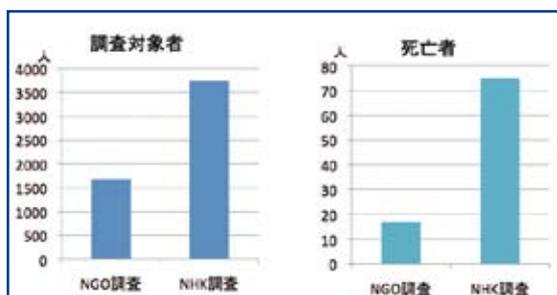
■ 大震災で被害にあった障害者

（NHK「福祉ネットワーク」取材班）



■ NGO の安否確認の限界

個人情報保護法が存在が安否確認・支援活動の大きな支障になっている



（岩手県・宮城県・福島県 27 市町村）
 全体（12,853 / 1,244,167） 1.03%
 聴覚障害者（75 / 3,753） 2.00%
 視覚障害者（74 / 3,755） 1.97%
 肢体不自由者（552 / 27,568） 2.00%

■なぜ日本の放送では字幕・手話通訳が普及しないのか

NHK等の説明

- ①字幕付与のオペレーター、手話通訳者が不足している
- ②多額の費用がかかる
- ③音声自動認識方式、手話翻訳システムの実用化に向けて開発をしているが、まだ実用化できていない

NPO 法人 CS 障害者放送統一機構の説明

- ①字幕製作者、手話通訳者を直ぐに用意できる
- ②費用はあまりかからない
- ③音声自動認識方式、手話翻訳システムの実用化を待っていたら手話放送・字幕放送の実現の見込みはほとんど期待できない

お隣の韓国では

障害者の視聴を支援するよう努力しなければならないと定めた「放送法」を改正して、手話、字幕、画面解説等を利用した放送をしなければならないと定めた(2012年1月1日改正)

- ①字幕は、2016年までに100%を達成目標にする
- ②画面解説は、2016年までに10%を達成目標にする
- ③手話は、2016年までに5%を達成目標にする
- ④(障害者用)希望福祉放送は、手話、字幕とも100%

日本では字幕、解説は「努力目標」で設定しているが、手話放送は努力目標に入っていない

■被災地への手話通訳等派遣の実績

全国の都道府県に手話通訳等の被災地派遣登録を呼びかけたところ

1. 自治体(24道府県)から、105名
 2. 社会福祉協議会(5県)から、10名
 3. 聴覚障害者情報提供施設(13府県)から49名
 4. その他(3都県)から、14名
- 合計178名の登録申し込みがあった

■被災3県の今後の取り組み

(1) 岩手県：被災聴覚障害者の実態調査

- ・一次調査(9月初旬)沿岸部在住1,000人に手紙でアンケートを送付
- ・二次調査(11月初旬)訪問相談依頼者125人を自宅訪問
- ・要相談案件の解決に向けて取り組み中

(2) 宮城県

- ・みやぎ被災聴覚障害者情報支援センター開設(県受託事業：1月)
- ・被災者の生活再建に向けた相談事業、情報発信

(3) 福島県：被災聴覚障害者の実態調査

- ・一次調査(11月~12月)被災地13市町村1,649人に手紙でアンケート調査
- ・二次調査(1月下旬)訪問相談依頼者の自宅訪問
- ・要相談案件の解決に向けて取り組み中

■課題解決のために

- 1、権利としての福祉サービス 障害者総合福祉法の制定
- 2、情報アクセス法制度 交通バリアフリー法、放送法、消防法等の改正、情報アクセス法
- 3、コミュニケーション保障の法制度 コミュニケーション法の制定
- 4、相談支援体制の整備 障害者総合福祉法の制定

(東日本大震災聴覚障害者救援中央本部 事務総括 財団法人全日本ろうあ連盟 常任理事・事務局長 久松三二)

■手話通訳の立ち位置



日本の政府インターネット放送



海外メディア

【手話付与番組】



イギリスのBBC「シーセー」



タイの番組(番組名不明)



ノルウェーの手話番組



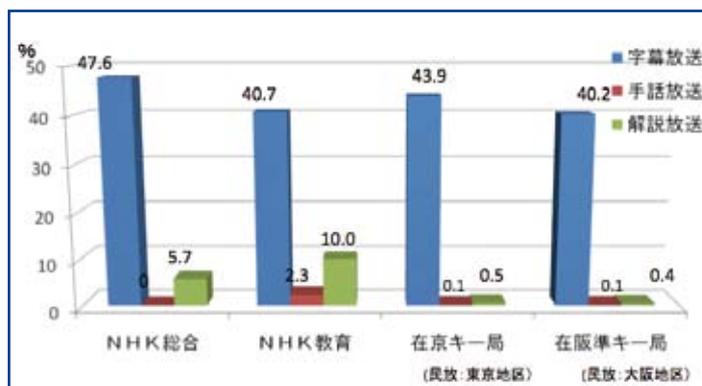
スペインの手話番組



ニュージーランドの手話通訳

【放送番組での手話通訳の立ち位置(ワイブはない)】

■総放送時間に占める字幕・手話・解説放送時間の割合 平成21年度



III 被災者・被災地に私たちは何を学び、何ができるのか

今回の東日本大震災の視覚障害者支援の現状は次のようになります（日本盲人福祉委員会支援対策本部資料より 2012 年 2 月 29 日現在）。主に被災 3 県沿岸部の視覚障害者中心に本部が把握した人数。（ ）内は直接支援した人数を表す。

岩手県 904（352）

宮城県（仙台市を含む）1811（612）

福島県 1246（293）

死者と行方不明者は確定していないが、およそ 3 県で 100 人が予測される。

ちなみに、17 年前の阪神淡路大震災では 27 人（一部家族も含め 27 人が死亡）。被災視覚障害者にアンケートしたところ、音声時計の存在を知らなかった人が 43%、日常生活用具の制度を知らなかった人が 56% もいました。避難所では 60% 近くがラジオをもっていなかったようです。とにかく、トイレについて困ったこと、張り紙情報に戸惑ったこと、津波で地域が破壊されて戻れないことにショックを受けたこと、親戚宅での人間関係に疲れたことなどの声が聞き取ることができました。

支援する立場からは、行政との兼ね合いもあるのですが、被災視覚障害者を探すのがとてもたいへんでした。安否確認がかなりの時間が経過してもできなかったことです。これは、個人情報保護法の壁であると言えます。社会の中で、ひっそりと暮らしている中高年で中途視覚障害となった人たちの実態がわからなかったことが大きな課題です。こうした中高年中途視覚障害者の存在と支援がどう進んでいくかが問題となります。

IV 東日本大震災やその他の大規模災害支援について本気で言いたいこと

まず、視覚障害者を被災した人たちの中から見つけ出す努力が必要です。今回の大震災でも当事者団体会員、福祉事業所利用者、点字図書館利用者等のリストがある被災者のみに支援が偏った反省もあります。より多くの視覚障害者に支援が届くように、個人情報の開示が強く望まれました。

しかし、情報の保護とプライバシー保護の観点から開示ができませんでした。そのためにも行政と支援団体が協力していかなければなりません。災害の前から、事前準備として情報の開示について話し合わねばなりません。いつの時点で、どの団体に、誰が、どの方法で行うかを決めておくことが必要です。一人でも多くの視覚障害者を見つけて、安全安心な場所に送り届ける。誰かを助けるために情報を整理することが必要となるのです。

人生の後半に中途障害を受けることで、精神的なショックが大きくなっている人たちの存在をどのように考え、災害時に救援していくかを考えていきたいのです。

私は、20 才で中途視覚障害者となり、阪神淡路大震災も当事者と支援者として経験しました。今回の東日本大震災を支援してきて、改めて視覚障害者の障害ゆえのしんどさや無残さを感じます。視覚障害であることは災害時では大きなハンディキャップであること痛感します。

私は、視覚障害者自身も現実を受け止める力、状況を受け止める受容力、障害を受け入れる受容力を本人も家族も周囲の人たちも平常時から考えながら支援していくことがたいせつだと思います。

第2部 池田昌弘さん

「東日本大震災」被災地の中間支援組織として 復旧・復興の支援活動をとおして、これからの福祉を考える

1. 東北関東大震災・共同支援ネットワーク（全国の関係者と2011.03.13に立ち上げ）

- ① 被災地の人たちがつねに主役であること
 - ② そのためには、外の者や専門職が前のめりになりすぎないこと
 - ③ しかし、必要なことには速やかに応えること
 - ④ 避難期・仮設期・復興期といった長期的視点で対応すること（まずは支援期間を2年間と想定）
 - ⑤ 支援の範囲は、岩手県・宮城県・福島県を中心に、被災者が暮らす全国の地域を視野に支援すること、など
- ※「地域支え合いセンター構想」の提言（復興構想会議検討部会提案をもとに作成）

<http://www.clc-japan.com/kyoudounet/20110601sasaiei02.pdf>

2. 震災直後の専門職ボランティアの募集と受給調整（2011.03.13～2012.04.06）

宿泊拠点（宿泊と食事の提供） 仙台市（2か所50人）、石巻市（1ヶ所50人）

登録者数 1,728人

派遣カ所数 3県／32か所（避難所、特養・知的、病院、仮設住宅・サロンなど）

延べ 14,696人／日 実人員 1,071人

物資配布先 4県多数

車両の提供 岩手県4市1町6か所13台

宮城県3市1町7か所14台

福島県1市3か所4台

栃木県2市3カ所3台

共同支援ネットワーク 22台（ボランティア・物資の移送、調整業務）

3. 現在の活動支援の対象

- ① 仮設住宅のみならず、仮設住宅の立地する地域の町内会や仮設住宅に隣接する地域との一体的な支援
- ② 津波の被害から免れた住宅が点在する地域の支援
- ③ 親戚や知人宅、民間借上げ住宅（みなし仮設）に暮らす避難者への支援
- ④ 東電福島第一原発事故に伴う警戒区域や避難指示解除準備区域、住居制限区域、帰還困難区域から集団で避難している人たちへの支援
- ⑤ 自主避難も含め、全国に離散する被災者への支援、など

4. 被災者支援のために雇用された支援員の支援

(1) さまざまな雇用形態の支援員

- ① サポートセンター設置／専門職とLSA（生活援助員）／厚労省老健局
- ② 生活支援相談員／社会福祉協議会配置／厚労省社会・援護局
- ③ 友愛訪問員、仮設住宅団地生活相談員、訪問支援員、絆支援員など／緊急雇用

(2) 被災者支援員等の支援のための組織の設置 (2011.09.05)

- ① 宮城県サポートセンター支援事務所
- ② 実施主体：宮城県／委託先：宮城県社会福祉士会
- ③ 構成団体：県社会福祉士会・ケアマネジャー協会・弁護士会・県社会福祉協議会・ワンファミリー仙台・チャイルドラインみやぎ・CLC

(3) さまざまな被災者支援員等の一括研修 (2011.10～) (研修の企画運営はCLCが担当)

- ① 阪神・淡路大震災の被災者支援経験者を中心に、プログラム開発とテキスト作成
- ② さまざまな支援員合同で参加型研修 (受講者がエンパワーメントされていく)
- ③ 支援員のほか、相談機関、民生委員、自治会長など住民リーダー、県外からの支援団体なども一緒になった研修の実施 (自立支援の意識の共有)
- ④ 支援員の資格取得 (ホームヘルパー 2 級) 支援策の検討
- ⑤ 研修会・研究会を通じた、地域福祉ネットワークづくりのきっかけに

5. 地域支え合い活動・情報交流センターの設置 (共同支援ネット・CLC)

- ① 住民同士の支え合いを基盤にした地域づくりをめざし、ほかの地域の情報を提供
- ② 講演会の開催や活動の視察など、活動を通じた地域間交流の支援
- ③ 全国に離散して避難している人への情報提供
- ④ 全国に避難する人々たちへの支援活動の紹介と支援活動者の交流支援
- ⑤ 住民同士の支え合いを基盤に、制度福祉・専門職が寄り添う福祉のあり方の提言

6. 福祉仮設住宅の受託 (CLC)

- ① 石巻市が 8 月に設置したグループホーム型仮設住宅 (9 室 2 棟) を 12 月に受託
- ② 名称は「石巻・開成のより処あがらいん」(仙台市の「国見・千代田のより処ひなたぼっこ」がモデル)。利用対象は、石巻市内全域
- ③ 制度だけでは支えきれない人を、地域で暮らし続けることを前提に受け入れるもので、特養などの入所待機の間でも長期入所施設でもないが、必要な期間利用できる
- ④ 利用決定は、石巻市の保健・福祉の関係課長によるワーキンググループで行う
- ⑤ 最終的には市内の事業所に移行することを前提に、市内の 2 つの社会福祉法人や、今後利用が想定される課題に専門性のある仙台市内の NPO と共同運営
- ⑥ 地域住民も含めた関係者で構成する運営委員会で、課題の共有を図っていく
- ⑦ 制度サービスの弾力化や制度外の制度化も含め、新しい仕組みづくりの提案

(東北関東大震災・共同支援ネットワーク 特定非営利活動法人全国コミュニティライフサポートセンター (CLC) 池田昌弘)

第2部 長瀧重信さん

過去に学ぶ放射線の健康影響：福島を考える基礎として

■はじめに

政府は福島原発事故が起こったこと、さらに初期の対応から社会の信頼を失い、同時に従来 of 科学者も御用学者という名前で切り捨てられています。一方、非科学的な情報が、政治的、社会的な立場から恐怖を狙って発信され、無節操に報道する一部の報道機関とも相まって、日本社会は混乱を極めています。科学者が積極的に社会に対する責任を果たさなければならないという立場でお話します。

■自然放射線

過去に学ぶ放射線影響の最初は自然放射線で、人類はその誕生から放射線を浴び続けていることです。現在の世界の平均は年間 2.4 ミリシーベルトで、宇宙から、大地から、食品からも放射線を浴びています。人工放射線も科学的には自然放射線と同じ放射線です。

■放射線の影響

急性影響：100 年以上前にレントゲン博士が X 線を発見して以来、人類は放射線、放射性物質を利用することに成功しました。発見者のキューリー夫人らがラジウムによって皮膚に潰瘍ができたこと、放射線が医療に使われると同時にいろいろな急性の影響が発見されたことから、放射線の急性影響を避けるための取り決めが国際的に提案されました。

晩発影響：1945 年に原爆が広島、長崎に投下されました。急性の時期を過ぎてから現在に至るまで認められている放射線の影響を晩発影響と呼びます。原爆被爆者に晩発影響が認められたことは世界の注目を集め、同時に世界中で行われた原爆実験により放射性物質が世界中に降り注いだため、1955 年には国連として原子放射線の影響に関する国連科学委員会（UNSCEAR）が設立されました。この委員会は世界の放射線の健康影響の論文を対象に、純粋に科学的にのみ評価した結果を定期的に国連に発表しています。

■原爆被爆者の調査

特徴：放射線による病気とほかの原因による病気と区別できないことは最初に理解しなければならない特徴です。例えば肺がんの被爆者の方を診察しても、肺がんの原因が放射線なのか、タバコなのか、それ以外の原因なのか決める方法はありません。

調査方法：個人では決められませんので、調査方法は疫学的調査になります。すなわち、被曝線量の異なる集団を長期間追跡調査し、被曝線量によって病気の頻度が異なるときにその病気は被曝の影響と考えることになります。1950 年の戦後初めての国勢調査で申告された被曝者は、爆心地からの距離、遮蔽物、被曝時の姿勢まで詳しく面接調査が行われ、主として被曝地からの距離による放射線の影響がわかるように調査集団が作成されました。このような集団 12 万人が現在まで 60 年以上追跡調査されており、世界で唯一ともいえるべきもっとも信頼のできる調査方法とされています。

調査結果：一言でいえば、被曝線量が増加すると、固形がんによる死亡者が直線的に増加し、1000 ミリシーベルトの被曝で癌の死亡者が 1.5 倍になるということです。直線ですから、2000 ミリシーベルトでは死亡者が 2.0 倍になります。

低線量の影響：影響は直線ですから 100 ミリシーベルトでは癌の死亡者が 1.05 倍増加することになります。この線量以下では、放射線の影響は疫学的には認められないと上記の UNSCEAR は結論しています。放射線の影響は認められないとの表現に対し、影響はわからないから怖い、わからないのに何故安全といえるかなどの反論がありますが、100 ミリシーベルト以下の影響は 100 より少ない、日本では日常生活の癌のリスク、肥満、やせ、運動不足、野菜不足の方が癌のリスクが大きく、100 ミリシーベルト以下の影響はほかのリスクにまぎれて放射線の影響だけを認めることはできないというのが科学的な表現です。

■チェルノブイリの調査

私は 1990 年から 2006 年まで数えきれないほどチェルノブイリ原発事故の汚染地域の調査に行きました。甲状腺の専門家として、原爆被爆地の専門家として、チェルノブイリの小児甲状腺がんの増加の確認には最初から最後まで携わりました。しかし、ここでは WHO, IAEA, など 8 つの国際機関の 20 年目のまとめ、さらに UNSCEAR の 25 年目のまとめだけを紹介します。

急性影響（原発内）：134 人の職員ならびに消防夫が急性放射線障害を起こし、このうち 28 人は高線量の被曝により死亡した。

晩発影響－1（原発周辺で作業した人たち）：数十万人が汚染除去作業に従事した。白血病、白内障が増加しているようにも見えるが、放射線に起因する健康影響のエビデンスはない。

晩発影響－2（原発外の周辺住民）：汚染されたミルクを規制なしに飲んでいた被曝当時子供だった人たちの中から 6000 人以上という相当な数の甲状腺癌患者が発見されている。しかし、現在まで一般公衆に放射線に起因する健康影響のエビデンスはない。

■科学的に確かな知識と不確かな知識への対応

確かな知識：原爆被爆者では、100-200 ミリシーベルト以上の被ばくでは、被曝線量に比例して癌のリスクが増加し、チェルノブイリ事故では、放射性ヨウ素で汚染した牛乳により小児甲状腺癌が増加することは確かな知識であり、確かな影響が起こる範囲の被曝は絶対に避けることは科学として社会に主張できます。

不確かな知識 低線量の影響：科学的に不確かであっても放射線防護、放射線を避けるという立場から、防護の方法を考えなければなりません。国際放射線防護委員会（ICRP）は、放射線の影響は 100mSv 以下では認められないという UNSCEAR 等の結論を理解したうえで、100mSv 以下も影響があることを仮定して防護を考えています。その基本は「経済的及び社会的な考慮を行った上で、合理的に達成可能な限り低く維持する」です。この考え方（ポリシー）に基づいて日本の法律も作られています。

最後に、以上の放射線の科学的な影響（サイエンス）、放射防護の考え方（ポリシー）を区別して考慮の上、日本国民全体として、福島に被災者の被害を最小にする、復興にむけて被災者を援護する思いを共有しようと発言したいと思います。

（長崎大学名誉教授、放射線影響研究所元理事長 長瀧重信）

第2部 小島正美さん

放射線リスクと震災を考える

■放射線に人工も自然もなし

長瀧重信先生が放射線に関して詳しい話をなさいましたが、放射線のことを初めて聞く人もいらっしゃるでしょうから、私なりにミニ解説をしてみます。

放射線のリスクを考えるときに知っておくべき単位があります。人が放射線を浴びたときに受ける体への影響の大きさは「シーベルト」という単位で表します。長瀧先生がおっしゃったように、人類はその誕生以来、ずっと放射線を浴びて進化してきました。放射線は宇宙からも、大地からも、食品からもやってきます。日本人は年間平均で約 1.5 ミリシーベルトの自然放射線を浴びています。

1 シーベルトは 1000 ミリシーベルトですから、1.5 ミリシーベルトは数字としては小さい量だといえます。

ここで知っておくべきことは、原発の事故で生じた放射線も、宇宙や大地、食品から来る放射線も、人への影響は同じだということです。原発の放射線だけが人体に有害なわけではありません。

一方、原発事故のあと、野菜や牛乳、魚などからヨウ素 131 やセシウム 137 などの放射性物質が検出されたというニュースが何度も流れていますが、このときに使われるのは「ベクレル」という単位です。これは放射能の強さを表します。放射性物質の原子核が壊れると放射線が出てきますが、その放射線の強さがベクレルです。ベクレルの数字が大きいと人体への影響も大きくなります。ベクレルからシーベルトに換算するときは公式を使って導きます。

■ 100 ミリシーベルトが目安

では、どれくらいのシーベルトだと人体への影響があるのでしょうか。長瀧先生が話されたように、広島・長崎の原爆データから、一度に浴びる線量が 100 ~ 200 ミリシーベルトを超えると、がんの死亡率が増えます。

逆に、100 ミリシーベルト以下だと、被ばくしていない人たちと比べても、悪影響ははっきりせず、統計的な有意差はないと言われていています。このため、100 ミリシーベルト以下の影響をどう見るかは、専門家の間でも意見が分かれています。ただし、意見が分かれているとはいっても、影響がきわめて小さいという点では大半の専門家で一致しています。

これがよくいわれる「低線量被ばくのがんリスク」です。

健康への影響があるかどうかの目安は、100 ミリシーベルトだということを覚えておきましょう。

そして、国際放射線防護委員会 (ICRP) は、100 ミリシーベルト以下でも影響があると“仮定”して対策を取りましようといっているのであり、100 ミリシーベルト以下で影響が実証されたといっているわけではないことも理解しておきましょう。

■喫煙と飲酒は 2000 ミリシーベルト

では、この 100 ミリシーベルトのリスクは、他のリスクと比べて、どれくらいの大きさなのでしょう。

日常生活を見ても分かるように、がんを起こすリスクはいろいろあります。喫煙を筆頭に野菜不足、運動不足、肥満、塩分やアルコールの取り過ぎなどたくさんあります。

国立がん研究センターの調べによると、野菜不足や受動喫煙によって生じるがんのリスクは、放射線であれば、100 ~ 200 ミリシーベルトに相当するそうです。なんと喫煙やお酒の飲み過ぎは 2000 ミリシーベルトにも相当します。たばこを吸い、同時にお酒を飲む人は、もはやこの世に怖いものなし、といったところでしょうか。

こうして放射線のリスクと生活習慣のリスクを比べてみると、100 ミリシーベルト以下の線量は、野菜不足や受動喫煙のリスクよりも低いことがわかります。つまり、いま福島の一部で議論になっている年間 10～20 ミリシーベルトくらいなら、生活習慣よりもさらに小さなリスクだということです。

■ 不思議な宇宙飛行士

100 ミリシーベルトを目安に考えて、不思議なのは宇宙飛行士です。古川聡さんは昨年 11 月、宇宙ステーションで半年間、過ごして帰還しました。そのとき、約 180 ミリシーベルトの放射線量を浴びました。これは日本人が自然に浴びている量の 100 倍以上です。

では、古川さんは将来、がんになるのでしょうか。すでに数多くの宇宙飛行士が宇宙から帰還していますが、健康障害が生じたという話は聞きません。なぜ、180 ミリシーベルトも浴びたのに健康なのでしょう。

実は、ブラジル人やインド人の中には生涯で 500 ミリシーベルトもの自然放射線を浴びている人たちがいます。しかし、がんが増えているというデータはありません。

その理由は、人は放射線で傷ついた遺伝子や細胞を修復する働きをもっているからです。この「自己修復能力」は、放射線リスクを考えるうえで重要な要素です。

同じ量の放射線を浴びても、一度に浴びるか、少しずつ浴びるかで影響が異なるのです。古川さんは半年間で 180 ミリシーベルトですから、このくらいの率ならば、自己修復能力の方が高いわけです。ブラジル人だって、一度に 500 ミリシーベルトを浴びれば、間違いなく健康被害は出るでしょうが、生涯にわたって少しずつ浴びれば、健康に影響はないということです。

一方、しばしば、外から放射線を浴びる「外部被ばく」よりも、食べ物から被ばくする「内部被ばく」の方が危ないという話を聞きます。大半の専門家は内部被ばくも外部被ばくも、同じシーベルトの数値なら、同じ影響だと考えていますが、ごく一部の学者は内部被ばくの方が危ないという考え方に立っています。

■ 内部被ばくは心配なし

どちらにせよ、重要なのは実際にどれくらいの内部被ばくがあるかです。政府や日本生協連などの調査結果によれば、福島の人たちも含め、私たち日本人が通常の食事から摂取している放射性セシウムによる内部被ばくのほとんどは、年間で 0.1 ミリシーベルト以下です。0.1 ミリシーベルトは、自然放射線の年間 1.5 ミリシーベルトよりも少ない量です。大半の専門家は「現状の内部被ばくなら、心配する必要はない」と言っています。このこともよく覚えておきましょう。

■ 震災から学ぶべき点は多い

一方、いま放射能の除染に巨額の税金が使われていますが、除染よりも、もっと福祉の分野に使うべきだと感じています。久松三二さんの話では震災での障害者の死亡率は健常者の 2 倍もあったそうです。被災地やテレビ報道での手話通訳も少なかったという問題もあります。新阜義弘さんの話からも分かるように視覚障害者への支援体制は誠に貧弱なものだったことが改めて分かりました。メディアは放射能よりも、もっとこうした福祉への目配りが必要なのだと痛感しています。これからの震災対策を考えるうえで、みなさまの話から学ぶべき点が多いのをマスコミ人として記憶に刻みたいと思います。