

市民研 通信

No.16

●市民研ホームページに掲載中の最新の論文

～すべてどなたでもダウンロードできます

巻頭言

福島での国際会議からみえること 上田昌文(市民研・代表)
終末期医療について 小林友依(市民研・理事)

<特集：放射線教育は誰のためのものか>

放射線教育原論 上田昌文(市民研・代表)
放射線教育をめぐる諸問題～私たちはどこまでまちがえているのか～
林 衛(市民科学研究室 監事、富山大学人間発達科学部)
学校は「市民」を育ててきたか
羽角 章(神奈川県立川崎高等学校教諭 新しい環境学習をつくるネットワーク代表)

<シリーズ「語る+聞くリプロダクションのいま」>

第2回 AIDで生まれるということ～加藤英明さんに聞く～講演録
第3回 出生前検査について今あらためて考える
渡部 麻衣子(日本学術振興会 特別研究員 PD)

講演資料

チェルノブイリ事故から26年
～小児放射線防護臨床研究センターの活動の結果～
ラリーサ・S・パレヴァ(ロシア連邦小児放射線防護臨床研究センター所長)

報告

終末期医療について考える 小林友依(市民研・理事)
『バイオイニシアティブ報告書2012』について 上田昌文(市民研)
東京都内に広がる重層長屋の危険性 山口 安平(ジャーナリスト)
塩麴から発酵の世界をのぞいてみる 上田昌文(市民研)

●会員向け送付資料

- ・「市民研は何を目指すか～2015年に向けた理事メンバーの抱負」
- ・2011年度事業報告書
- ・会員宛 会報001 会報002
- ・市民科学研究室紹介英文パンフレット

●市民研が主催・共催するイベント

- ・4月6日(土)「語る+聞くリプロダクションのいま」第4回
産婦人科医の竹内正人さんを招いて

福島の国際会議からみえること

上田昌文(市民研・代表)

先ごろ開催された「放射線健康リスク管理福島国際学術会議」(福島県立医大主催、2月25日～27日)では、同大学内に設置された「県民健康管理調査」の主だった研究者を中心とした国内の放射線医療関係者、そしてICRP、IAEA、WHOなどを含む、ロシア、ウクライナ、ベラルーシ、米、英、独、仏など9カ国から総勢20名ほどの海外の研究者が発表した(発表者すべて英語だが、you-streamで見ることができる)。

この会議は、「外部被曝線量では県民の99.3%が3mSv未満、内部被曝でも飯館村など11町村の住民1万人弱でみて99.8%が1mSv未満、ヨウ素131の甲状腺等価線量も推計では98.8%は15mSv以下で50mSvを超えるものは一人もいない」といった県民健康管理調査やJAEA(日本原子力研究開発機構)の調査・推計データをもとに、「福島はチェルノブイリとは違う」「福島での放射線影響はきわめてわずしかか出ないだろう」との見解が、参加した国内外の機関での合意事項になっていることを印象づけた。むしろ、ヨウ素131の内部被曝実測データが欠落したままであることを本当に推計で補えるのか、「どの程度の除染がすすめば帰還が認められるべきなのか」についてまっとうな評価はできているのか、県民健康管理調査への参加率が20%程度と低調なことに対して本当に「答えやすいアンケートに改善すること」で対処できるのか……など疑問は尽きない。

会議でも示されたチェルノブイリのデータの中には、従来の低線量被曝のリスク評価に修正を迫る部分が含まれているように思われるが(ウクライナの調査など)、その修正が行われたとして、それに即してみても福島は「影響なし」の中に納まるのかどうか、福島での甲状腺調査が継続されて仮に「リスクの増加」を示す結果が現れた場合に、チェルノブイリの結果とそれとをつなげて整合性のある解釈にしていけるかどうか、重大な問題が残されたままだ。

しかしこの会議でもいよいよ明白になったように、「福島での重要なのは、被曝や避難がもたらしている心理・精神的不安(とそのことが原因としての疲弊や疾病)へのケアである」との見解が国際的にも一般化しようとしている。【おへ】

終末期医療について

小林友依(市民研・理事)

日本は1950年代以降、最期を迎える場所が在宅から病院へ移行していった。今では年間死亡者のうち8割が病院で迎えるというデータがある。

人生の終末期を過ごすとき、人は病院と関係を持つと漠然と思っているだろう。しかし、病院がどういうものなのか、病院で最期を過ごすのかどうかよくわかっていない人が多いのではないだろうか。

2007年4月厚生労働省は終末期医療に関するガイドラインを整備した。その中では、終末期医療の進め方として、医師らによる十分な説明と患者の意思決定を基本とすることを最も重要な原則と位置づけ、その上で治療開始や中止について患者の意思決定を踏まえて、医療チームで慎重に判断するよう求めている。また、治療方針の決定は患者の(1)意思が確認できる場合、(2)意思が確認できない場合、の二通りに分けている。

しかし、多くの医療従事者からこのようなガイドラインの整備を望まれる声があったにもかかわらず、普及率は低い。

また、終末期になったその時に、重大な決断に迫られてから考えても間に合わないこともある。本人の意思が確認できない場合は本人の意思が反映され難く、家族が判断を行う場合、そうすると少しでも長く生命の維持を図られ、終末期医療は誰のためなのかわからない。今後は、医療従事者から患者へきちんと説明する必要があり、その上で患者の生前の意思表示(リビングウィル)の普及啓発などに取り組むことが課題となるだろう。また治療中止の要件を定めることの是非も含め、そのあり方や方法について議論が重ねられることが求められるのではないだろうか。■

【おまへ】 そのケアの主たる中身は「住民と(コミュニケーションや心理学や精神医療などの)専門家との対話」ある。この「対話」は、例えば、避難・帰還・除染といった政策的対応に関わって各地域や各家庭に生じている困難や問題点をふまえての、住民の主体性や自主性を尊重したきちんとした支援システムの構築につなげることができるものなのだろうか。■