

2026年福島県立医科大学「県民健康調査」国際シンポジウム

Q & A

参加者から寄せられた主な質問と回答（当日お答えできなかったものを含む）を掲載しています。

【開催日】 2026（令和8）年3月12日（木）

【場 所】 福島県立医科大学福島駅前キャンパス

【基本調査に関すること】

1	Q	基本調査の調査期間は、原発事故発生から7月1日までの約4か月間ですが、それ以降の調査は必要なかったのでしょうか？
	A	4か月間の行動を思い出して書くこと自体も大変であり、それ以上の期間になると正確に思い出すのがさらに難しくなることや、9月頃からは各自治体で個人線量計を用いた調査が始まったことなどから、調査期間（線量推計の対象期間）は4か月間としております。
2	Q	今回の講演で、外部被ばくについて新たに加わった知見はありますか？
	A	近年では問診票の回答数が減少しており、線量分布などに関する新たな知見はないというのが現状です。
3	Q	内部被ばくの評価をせずに「甲状腺がんと放射線被ばくの間に関連があるとは認められなかった」とする結論を出すこと自体、非科学的と言わざるを得ないと思いますが、福島医大はなぜ内部被ばくについては調査しないのですか？
	A	線量評価は特定の機関がすべての責任を負って実施しているのではなく、複数の機関が役割分担のもとで行っているものです。 内部被ばくについては、ホールボディ・カウンタによる検査を福島県や市町村が中心となって実施しております。詳細は、福島県のホームページをご覧ください。 ホールボディ・カウンタによる内部被ばく検査について さらに、震災直後の甲状腺の内部被ばくに関しては、国の研究機関等が、環境省の委託事業として、基本調査問診票で書いていただいた行動記録を基にした研究・評価を行っています。
4	Q	外部被ばくと内部被ばくでは、体に与える影響は異なるのでしょうか？
	A	外部被ばくと内部被ばくは体が放射線を受けるという点では違いはありません。 重要なのは、被ばくの「量」であり、外部被ばくでも内部被ばくでも被ばくの「量」が同じであれば、同じ程度の影響であると考えられています。
5	Q	基本調査では、問診票による行動記録と空間線量率マップをコンピューター上で重ね合わせて外部被ばく線量を推計することですが、実際に測定機器で測った値とは違ってくると思うのですが、問題はないのでしょうか？
	A	「推計」は、確かに直接の計測と比較すれば、現在の技術では限界があります。現在であれば、個人線量計を着用いただいで外部被ばく線量を実測することも可能ですが、事故直後はそのような個人に対する実測は不可能でした。そこで個人当時の行動記録と、様々な環境中の線量データをもとに放射線医学総合研究所（当時）が開発したプログラムを使って、当時の外部被ばく線量を割り出す方法を採用しています。これが現在考えられる最適な推計であると考えています。

6	Q	基本調査では、問診票による行動記録と空間線量率マップをコンピューター上で重ね合わせて外部被ばく線量を評価することですが、空間線量率マップは、どのようなパラメーターによって構成されているのですか？また、そのパラメーターは、前提とする考え方等の変更に伴い、改訂されないのでしょうか？
	A	基本調査で推計に使用している空間線量率マップの改訂予定はありません。 ※現在の線量率マップは、文部科学省が公表しているモニタリングデータが利用できない3月12日から15日のうち、3月12日から14日までの3日間は、2011年6月に原子力安全・保安院（当時）が公表した放射性物質の放出量データを用いて、緊急時迅速放射能影響予測ネットワークシステム（SPEEDI）により計算された結果を適用しています。3月15日については、3月16日のデータと同じとし、3月16日以降については、文部科学省が公表しているモニタリングデータを利用しております。
7	Q	被ばく線量の代表性評価はどのように行われたのでしょうか？
	A	2015（平成27）年度に、当時、基本調査問診票の未回答者の中から、無作為にお選びした方（約3,000名）に回答をいただいて線量を推計し、同じ地域で既に回答済みだった方の線量と比較しました。 この結果、両者の線量は同等であり、これまでに集計、公表している被ばく線量分布が県全体の状況を代表していることが確認されております。
8	Q	実効線量推計結果の評価について安村先生が「統計的有意差をもって確認できるほどの健康影響が認められるレベルではない」とされているのと石川先生が「放射線による健康影響があるとは考えにくい」とされているのは同じ意味ですか？
	A	同じ意味です。 どちらも「県民健康調査」検討委員会での評価であり、「統計的有意差をもって・・・レベルではない」という文言は、平成28年3月の「県民健康調査における中間取りまとめ」での表現、「放射線による・・・考えにくい」という文言は、最新の検討委員会資料（令和7年7月）での表現となっています。

【甲状腺検査に関すること】

1	Q	将来的に症状や死亡を引き起こさないがんというのはどのような状態のがんなのでしょうか？また、そのようながんを診断し治療するとどのような身体的影響がありますか？
	A	質問の対象となるがんは非常に進行が遅い状態にあるがんです。甲状腺にがんができた場合でも、がんが全身の臓器に転移したり、頸部の血管や気管などを圧迫したり入り込むような障害が生じない限り、がんが直接体に影響を及ぼすことはほとんどありません。そういったがんを治療した場合に生じる影響としては、例えば甲状腺を全摘出すると、生涯にわたり甲状腺ホルモンの服用が必要となりますが、早期に発見された多くのがんについては、部分切除による手術が可能で、その場合の多くはホルモン補充が不要で完治することになります。
2	Q	全国で甲状腺検査を受けられる体制を構築しているということですが、検査会場によって検査の質に差は生じないのでしょうか？
	A	現在、一次検査を実施した県内外のすべての医療機関からの超音波画像の所見は、本学に送付され、本学において統一的に判断が行われておりますので、検査の質に差が生じることは基本的にありません。
3	Q	成人になった甲状腺検査対象の方が、受診するかどうかの意思決定のために十分な情報が得られるような体制とは、具体的にどのような体制ですか？
	A	これまで、小中学生向けに検査の説明パンフレットを作成し、配布することで理解の促進を図るとともに、出前授業を実施して、超音波機器の紹介を含めた医療一般の説明と併せて、甲状腺に関する知識の普及に取り組んできました。さらに興味を持っていただくために、興味を喚起することを目的として、アニメーション動画（YouTube等）を活用し、検査のメリット・デメリットを分かりやすく伝える取り組みを進めています。
4	Q	「県民健康調査」検討委員会「甲状腺評価部会」における放射線被ばく線量は、外部被ばく線量のほかに内部被ばく線量も評価されているのでしょうか？
	A	「県民健康調査」検討委員会「甲状腺検査評価部会」では、大気拡散シミュレーションを用いて計算した大気中及び地表面での核種濃度データベースと、基本調査問診票の行動記録を突合することで、内部被ばく線量を推計しています。
5	Q	福島の甲状腺被ばく線量は、チヨルノービリのバックグラウンドレベルで数10ミリシーベルトとのお話でした。チヨルノービリでは避難者以外で数10ミリシーベルトのレベルでも甲状腺がんの発生が見られていないのでしょうか？
	A	チヨルノービリという地域に限らず、数10ミリシーベルトのレベルやそれ以下のレベルでも、放射線量に関連なく一定の割合で甲状腺がんの発生が見られます。

6	Q	甲状腺検査において、UNSCEAR2021推定線量の四分位区分では、人口の多いいわき市、郡山市、福島市に埋もれてしまい、避難区域の発生率の増加が見えにくくなっているだけではないでしょうか？
	A	この分析は推定線量に応じて、4つのグループが同じ人数になるように四分位に分けることで、推定線量の影響を評価するものです。したがって、避難区域のうち被ばく線量の高い地域は第4四分位に区分され、その推定被ばく線量を基に、がん発見への影響が計算されています。
7	Q	各甲状腺等価線量群における悪性ないし悪性疑い発見のオッズ比は、線量が多くなるに従って多くなっているように見えます。統計的に有意ではないからといって、問題視しないのは間違っているのではないのでしょうか？
	A	科学的な分析においては、統計学的分析が必須であり、統計学的分析を無視した結論を出すことはできません。実際に線量自体ががん発見率に関連するならば、様々な角度からの異なる分析においても一貫して線量効果関係が認められるはずですが、「県民健康調査」検討委員会「甲状腺検査評価部会」の一連の分析では一貫した関連は見られていないことから、現時点では、線量とがん発見率との間に関連があることを裏付ける結果ではないとしています。
8	Q	「甲状腺がんと放射線被ばくの間に関連があるとは認められなかった」とするならば、300名余りの甲状腺がんの原因は何ですか？仮に過剰診断とするならば、手術をする必要は無かったという事になるのではないのでしょうか？
	A	<p>一般的にがんの原因は不明なことが多く、甲状腺がんも、関連する要因として性別や年齢等がありますが、放射線以外の発がんの原因については詳しいことはわかっていません。検査をすることにより自覚症状が現れる前の甲状腺がんを発見していることは事実ですので、本来診断される年齢より前に甲状腺がんが診断されていると考えられています。それが生涯にわたり生命への影響や症状をきたさないがんなのか、それとも有害な影響を及ぼすがんなのかは現時点ではわかりません。</p> <p>しかし、甲状腺検査において甲状腺がんの診断を行う細胞診検査については、過剰な診断を抑制した適切な診断を目的とし発表されている医学学会のガイドラインに従い実施しています。また、手術につきましても、医学学会の基準に基づいた判断が行われ、不必要な手術はなされない体制が整っています。</p>

【健康診査に関すること】

1	Q	避難に伴う精神的ストレスがどのようなメカニズムで体に影響を与えるのか、具体的に教えてください。また、今回の結果で女性よりも男性の方が関連が強かったということに関しても、メカニズム的に何かあれば教えてください。
	A	<p>ストレスを感じると体内では副腎皮質ホルモンが増加し、糖尿病を引き起こしやすくなることがよく知られています。</p> <p>男女でストレスがもたらす身体への影響が異なる要因は2つ考えられます。</p> <p>1つ目は、ストレスの訴え方の性差です。女性は、自分の大変さやストレスを表現しやすく、（自己判断による）ストレススコアが高くなりやすいとされており、男性は、それを表現することが難しく、ストレススコアに反映されにくい傾向があります。</p> <p>2つ目は、ストレスを感じたときの対処方法の性差です。一般に、女性はコミュニケーション能力が高く、ストレスを感じた際には仲間と会話することで発散しやすいですが、男性はストレスを言葉で表現することが難しく、我慢してしまう傾向があるため、ストレスの影響が身体に現れやすいと考えられます。</p>
2	Q	今後、生活習慣改善の支援など、市町村との連携が益々重要になってくると思いますが、どのように取り組んでいくのでしょうか？
	A	<p>避難した方々の生活習慣病は近年増加し、特に肥満のある方では、腎臓疾患や心血管疾患のリスクが高まっています。これらの原因として、高血圧、高血糖、脂質異常、肥満、喫煙などのリスク因子が継続し、発症しやすくなることが挙げられますが、これらのリスクを本人にしっかり伝えることが重要です。本学で実施した健康セミナーや県民公開講座に参加された住民の方には一定程度伝わっているものの、それだけで具体的に何をすればよいか分からない場合も多いと考えられます。</p> <p>そのため、県民健康調査の結果から得られた情報を市町村の担当者や保健師、管理栄養士などの行政関係者と共有し、現場から継続的に指導や支援を行うことが重要です。</p> <p>また、近年は受診率が低下傾向にあるため、受診されていない方にも生活習慣病の予防等に関する情報が届くように、市町村と今後さらに連携を強化していきたいと考えています。</p>
3	Q	健康診査を15年行ってきた中で課題があれば、その課題を今後の災害での対応にどう活かしたらよいのか教えてください。
	A	<p>災害発生後、長期間継続的に生活習慣病の発症を調査した例は、歴史的にも世界的にもほとんどなく、健康診査は非常に重要な意義を持っています。</p> <p>15年にわたる調査から、避難生活を中心とした生活環境の変化が、住民の生活習慣病の発症や進展に大きな影響を与えることが明らかになってきています。</p> <p>一方で、明らかとなった事実や結果を住民にどのように伝え、行動変容につなげるかという点については、十分でなかった可能性が課題として挙げられます。</p> <p>しかし、生活習慣の改善を一方向的に促すことは難しいため、対象者との関係性や状況に応じて、無理のない形で行動変容を促すための計画的かつ段階的な関わり方が重要であると考えています。</p>
4	Q	避難者に生活習慣病が増えたとのことですが、福島医大では、それを解消する取り組みは行っていますか？これから参加できるものはありますか？
	A	<p>本学では、健康診査の対象となっている13市町村からの要請に基づき、住民を対象として生活習慣病に関する講話や体操教室などの健康セミナーや県民公開講座を実施しています。</p> <p>参加については各市町村にお問い合わせください。</p>

【ここから調査に関すること】

1	Q	ここから調査の電話支援で、全般的精神健康度（K6）のハイリスク割合が高い方に対して大事にしていることを教えてください。
	A	<p>どのような方に対しても、相手が安心して話せるよう、傾聴の姿勢と共感的な対応を心がけています。一方で、心の悩みを抱えている方の中には、ご自身の心身のSOSに気づいておらず、無理をして頑張り続けてしまう方も少なくないため、事前の調査票をもとに、通院状況や睡眠状況、相談先の有無などを確認し、対象者の状態の把握に努めています。</p> <p>これらの情報を踏まえ、総合的に判断しながら、特にメンタル面でのハイリスク者については、危機的な状況を見逃さないことを重要視しており、そのため、必要に応じて受診の目安をお伝えするとともに、市町村の保健師や関係機関と連携し、見守り体制を意識した対応を行っています。</p>
2	Q	人は時間の経過とともに避難先の生活にも順応するものと思いますが、15年が経過し避難されている方にはどのような心身的影響があるのでしょうか？それは震災直後の避難当初と比較してどう変化しているのでしょうか？
	A	<p>震災直後は、原発事故による避難により、仕事や住まいも変わり、地域の人々とのつながりも突然失われ、さらに、家族が離れ離れになるなど、生活は大きく変化しました。その結果、不眠や強い不安、動悸といった急性的なストレス反応が見られ、生活習慣にも大きな影響があったと考えられます。</p> <p>一方で、震災から15年が経過した現在では、電話支援や自由記載の内容からも、当初の強い不安は落ち着いてきている方もいますが、長期にわたる避難生活による慢性的なストレスや孤立感が依然として課題となっている状況がうかがえます。</p> <p>実際には、避難していることを周囲に言えないまま生活している若者や、避難先の地域に馴染めず孤立を感じている方、また「このままでよいのか」という将来への不安や、帰還をめぐる葛藤を抱えているケースも見られます。</p> <p>重要なのは、避難者の状況は一人ひとり異なるという点で、影響の現れ方も人それぞれであり、今後も個々の状況に応じた支援が必要であると考えています。</p>
3	Q	ここから調査では、調査対象者の声をどのように聞いているのでしょうか？
	A	調査対象者の声については、まず調査票の自由記載欄を含め、回答内容そのものが大切な声だと捉えており、お一人おひとりの内容に目を通していきます。併せて、電話支援やコールセンターで直接お話しする機会や、面接調査の場でも率直なご意見をいただいています。
4	Q	ここから調査では、放射線影響の認知に関し、次世代影響ではなく、原発事故体験者自身の健康影響についての質問項目はありますか？ある場合はその結果を、ない場合は項目がない理由を教えてください。
	A	放射線の影響に関する認知については、次世代への影響だけでなく、原発事故を経験されたご本人の健康影響についてもお伺いしています。具体的には、16歳以上の方（区分：一般）を対象に、事故当初には急性の影響をはじめ、がん発症などの後年影響についても、年度ごとに継続して質問してきました。これらの結果については、毎年度、「県民健康調査」検討委員会にてご報告しています。

【妊産婦に関する調査に関すること】

1	Q	産後うつという言葉があるように、平常時でも出産後うつになる人はいると思いますが、震災等を経験された妊産婦の方のうつには何か特徴はあるのでしょうか？
	A	福島県で震災等を経験した妊産婦のうつ傾向は、放射線による子どもへの健康影響に対する不安や、避難生活による急激な環境の変化などを背景とするところに特徴があります。
2	Q	震災時の早産や先天異常などは増加がなかったとのことですが、今後、震災時に幼児であり、低線量被ばく下で成長した子供たちが出産するとき、遺伝などの影響はあると思いますか？また、そういった調査は行わないのでしょうか？
	A	放射線影響研究所による、原爆被爆者の子どもにおける染色体異常を調査した報告では、被爆した親から生まれた子どもと、被爆していない親から生まれた子どもを比較した結果、染色体異常の発生割合に有意な差は認められなかったとされています。 さらに、その他の調査においても、子どもが成長後にがんを発症する割合や、がんによる死亡割合、生活習慣病の有病割合については、親の被ばく線量との関連は認められていないと報告されています。 本調査としても、対象となった子どもたちの成長後の追跡調査や、さらに次世代、すなわち孫世代への影響に関する調査についても検討が進められているところです。
3	Q	支援が必要と判断した妊産婦の方の（調査の）自由記載欄にはどのような内容が記載されていたのでしょうか？
	A	具体的には、落ち込んでいる、育児相談を望んでいる、放射線の数値について気にしている、母親自身の体調不良を訴えている、個別の相談を希望しているなど、支援の要望がある書き込みがありました。
4	Q	福島第一原発事故による早産や低出生体重児や先天性異常の影響はなかったとのことですが、高線量の放射線が放出されたチヨルノービリ原発事故などでは影響はあったのでしょうか？
	A	UNSCEAR2001報告書「放射線の遺伝的影響」では、チヨルノービリ原発事故により被ばくしたベラルーシやウクライナ（汚染度の高い地域）および欧州諸国における遺伝性影響の疫学研究において、ダウン症候群、先天性疾患、流産、周産期死亡などの発生率の増加は認められていないと報告されています。

【その他】

1	Q	福島県における甲状腺吸収線量は、最大でおよそ30mGyで大多数は10mGy未満の低線量です。この線量を踏まえて、福島県における甲状腺がんのリスクについてはどのように解釈したらよいのでしょうか？（ローリエ・ドミニク氏への質問）
	A	<p>お伝えしたいことは、線量－リスク関係について、低線量においてもより多くの知見が蓄積されてきているということです。それは、以前と比べてリスクが高くなっているということではなく、リスクをより正確に定量化し、評価できるようになってきていることを意味しています。とはいえ、低線量域では依然として統計的な不確実性が大きく、仮に線量とリスクの関連が存在するとしても、がんの発生確率は極めて低いと考えられています。</p> <p>福島では、大多数の住民の被ばく線量が非常に低いため、仮にリスクがわずかに増加していたとしても、それを疫学的な研究で推定することはほぼ不可能なレベルです。この10～20年間の数十万人から100万人規模の母集団における研究においても、低線量域でのリスクは非常に小さい、あるいは検出が困難であるという結果が示されています。よって福島県全体を集団として見た場合、甲状腺がんのリスクは「非常に低い」と評価するのが妥当であり、一部に若干高めの線量を被ばくされた方が含まれる可能性はありますが、その人数は限られており、統計的に見ても全体への影響は極めて小さいと考えられます。</p>
2	Q	甲状腺がん以外のがんリスクについてはどのようにお考えですか？（ローリエ・ドミニク氏への質問）
	A	<p>小児における甲状腺がんと白血病は、放射線との関連が最も強く、線量－リスク関係が比較的現れやすく、かつ潜伏期間も短いため、放射線影響を評価する際の指標となります。一方で、他のがん種については、低線量域では影響を明確に示すことが難しく、個別の疫学研究だけで結論を出すことは困難です。</p> <p>そのため、特定のがんについて断定的に評価するというよりも、例えば特定の集団で、集団全体のがん発生の状況をモニタリングする「サーベイランス」を実施し、そういった調査の情報提供を行っていくことは重要だと考えられます。</p> <p>県民健康調査では健康診査を実施しており、その中で血球の正常性も確認されています。また、がん登録も制度が整備されているため、がん登録データを利用することも可能になっています。例えば基本調査の線量の分布などの情報と、がん登録の情報を比較していく体制も整っているため、比較検討は可能であると考えられます。</p>

3	<p>Q 放射線の健康影響のうち、循環器疾患と神経認知機能に関する線量リスク関係について、環境変化による二次的な変化や生物学的メカニズムについてはどのように考えられるのでしょうか？（ローリエ・ドミニク氏への質問）</p>
	<p>A がん以外の疾患、例えば循環器疾患や神経認知機能への影響については、近年研究が進められてきていますが、がんに関する研究と比較すると、蓄積されている科学的知見はまだ限られており、その解釈には慎重さが求められます。この20年ほどの間に、これらの疾患と放射線被ばくとの「潜在的な関連性」について議論が行われてきました。併せて、どのようなメカニズムや生物学的機序が関与し得るのかについても研究が進められていますが、現時点では結論は確立しておらず、今後の研究成果、さらなる知見の蓄積を待つ必要があります。</p> <p>循環器疾患を例にとると、放射線被ばくはリスク要因の一つとして位置づけられるものの、それ自体が主な原因と考えられているわけではなく、循環器疾患の発症には、食生活、運動習慣、喫煙、コレステロール値などの生活習慣が大きく影響するとされており、これらが主要な要因です。</p> <p>したがって、放射線の影響は、多くのリスク要因の中の一つに過ぎず、その寄与は比較的小さいと考えられています。この点を踏まえ、放射線の影響を過大にも過小にも評価せず、他の重要な生活習慣要因と併せて総合的に理解することが重要です。</p>
4	<p>Q 福島における県民健康調査について、どのようなご意見をお持ちですか？（ローリエ・ドミニク氏への質問）</p>
	<p>A まず強調したいのは、これまでの取り組みを継続していくことの重要性です。とりわけ、県民健康調査は極めて客観性の高いデータを継続的に提供している点において、高く評価されています。</p> <p>県民健康調査の大きな特徴は、避難の有無や被ばくレベルの違いといった多様な条件下にある母集団について、長期的かつ体系的にデータを蓄積している点にあると考えています。これにより、異なる被ばく状況や生活環境の違いが健康に及ぼす影響を、客観的に評価する基盤が構築されています。このような縦断的データは、単に福島県内における住民の健康管理に資するだけでなく、将来の原子力災害に備えるうえで、国際的にも極めて重要な意義を有すると考えられます。具体的には、事故発生時にどのような疫学調査を実施するのか、誰がどの役割を担うのか、さらに潜在的な健康リスクをどのように評価するのかといった点について、県民健康調査から得られた教訓は極めて重要であり、福島で得られた経験を活かして、フランスのみならず欧州全体、さらには他地域においても整備されていくことを期待しています。</p>

5	Q	原爆被爆者の健康影響調査は、今回の原発事故後の県民健康調査にどのように活かされたのか、教えてください。（神谷研二氏への質問）
	A	<p>原爆放射線の健康影響に関する調査は、約80年前から行っており、当時は放射線の影響についてほとんど分かっていませんでした。次第に急性障害の存在が明らかになり、さらに時間の経過とともに発症する病気があることも分かってきました。その代表例ががんです。がんの増加が科学的に明らかにされたのは、ABCC（原爆障害調査委員会）および放射線影響研究所による長期的な調査の成果によるものです。これらの知見から、放射線による被爆が発生した場合には、長期間にわたる健康調査を行わなければ、県民の健康状態を正確に把握することはできないという教訓が、広島および長崎の経験から得られたと考えられます。</p> <p>こうした観点から、福島で事故が発生した際にも、県民の健康を見守るための調査を始める必要があるという意見が出され、それに基づいて調査が開始されました。調査の方法については、広島・長崎での経験や、その他の疫学調査の専門家の知見を踏まえて、現在の福島の健康調査が構築されてきたと理解しています。このように、福島の調査には広島および長崎の経験が生かされていると考えられます。</p>
6	Q	福島第一原発事故により福島に対する偏見や誤解、風評被害が残る中で、今後、この県民健康調査と、放射線影響研究所が行っている原爆被爆者への調査が連携して行えることはあるのでしょうか？（神谷研二氏への質問）
	A	<p>福島医大と放射線影響研究所は連携協定を締結しており、相互に協力できる体制が整っています。放射線事故は極めて稀なものであり、原爆被爆も本来あってはならない歴史的出来事ですが、そこで被災された方々は、同様に放射線による健康被害に苦しんでいるという点で共通しており、両者の間には連携できる部分が多くあると考えられています。</p> <p>したがって、今後も福島医大と同研究所は相互に協力し、県民のために貢献できる取り組みを進めていきたいと考えています。</p>
7	Q	基調講演のローリエ先生は、がん以外の疾患についていくつか研究を紹介されましたが、放射線影響研究所のがん以外の研究の現状についてはいかがでしょうか？（神谷研二氏への質問）
	A	<p>放射線影響研究所では、1950年に事業調査が開始され、その後、臨床調査がこれまでの3つの調査とともに加えられました。その臨床調査は「成人健康調査」と呼ばれ、がん以外の疾患の発症についても長期にわたり追跡が行われています。</p> <p>その結果、白内障、甲状腺疾患、慢性肝疾患、さらには比較的稀な疾患である副甲状腺機能亢進症などの増加が確認されています。</p> <p>さらに近年では、心血管系疾患への影響についても解析が進められており、がん以外の疾患についても長年にわたり調査が実施されています。</p>

8	Q	<p>これまでの経験から、災害が発生した地域によってその支援のあり方は異なるのでしょうか？また、災害時の精神科医療を支える体制づくりには、県や市町村などの地方自治体との連携が重要になるとと思いますが、苦労した点などあれば教えてください。（加藤寛氏への質問）</p>
	A	<p>基本的には、今回の問題は過去の災害と共通する点も多いですが、災害前の支援体制や精神科医療・精神保健のシステムの違いによって、その後の支援の質は大きく左右されると考えられます。例えば、阪神・淡路大震災の際、震源地に一番近い明石市では、元々行政と地域住民が連携し、精神疾患を抱える人々への支援体制が整っていました。そのため、現地からは「心のケアセンターは不要であり、自分たちで対応できる」との意見が示され、結果として設置には至りませんでした。このように、既存のネットワークが機能している地域では、地域主体の支援が可能であると考えられます。</p> <p>一方で、浜通りの相双地域のように、元々支援体制が脆弱であった地域では、支援体制そのものを構築することが大きな課題となっています。さらに、災害の性質の違いも重要です。東日本大震災および福島の実例では、被災地外へ避難した人々の問題がとても大きいです。避難先での支援体制は必ずしも十分ではなく、その脆弱さが課題として指摘されています。同様の問題は阪神・淡路大震災の際にも見られ、神戸から他地域へ転居した人々は十分な支援を受けにくい状況にありました。このように、大規模災害においては、被災地内部だけでなく、被災地外との間で支援の質に差が生じることも重要な課題であるといえます。</p>
9	Q	<p>阪神・淡路大震災から30年が経過したところですが、神戸の被災者の方々に、今もなお残っているメンタルヘルス上の課題など教えてください。また、そういう方々に対してどのような支援を行っていますか？（加藤寛氏への質問）</p>
	A	<p>災害後には様々な問題が生じますが、その一つにトラウマの問題があります。こうした問題を抱える人々の特徴として、支援を求めることが難しく、自分の中で抱え込んでしまう傾向が挙げられます。その結果、限界に達して助けを求めることが10年、20年後になる場合もあります。</p> <p>私の経験では、震災で家族を失った方が長年その悲しみを抱え続けていたが、東日本大震災の報道をきっかけに感情があふれてしまい、耐えられない状態となって受診されたケースがありました。このように、長年にわたり苦しみを耐え続けている人々は、少なからず存在すると考えられます。</p> <p>中には、家族を亡くしたことによるグリーフ（悲嘆）の問題を抱えている人もいます。自然災害による死別の場合、社会的には「受け入れるべきだ」という圧力がかかることもありますが、突然の死を受け入れることは容易ではありません。その悲しみをずっと抱え込んで、震災から30年が経過した現在でも、なお通院を続けている方がいるという現状があります。</p>