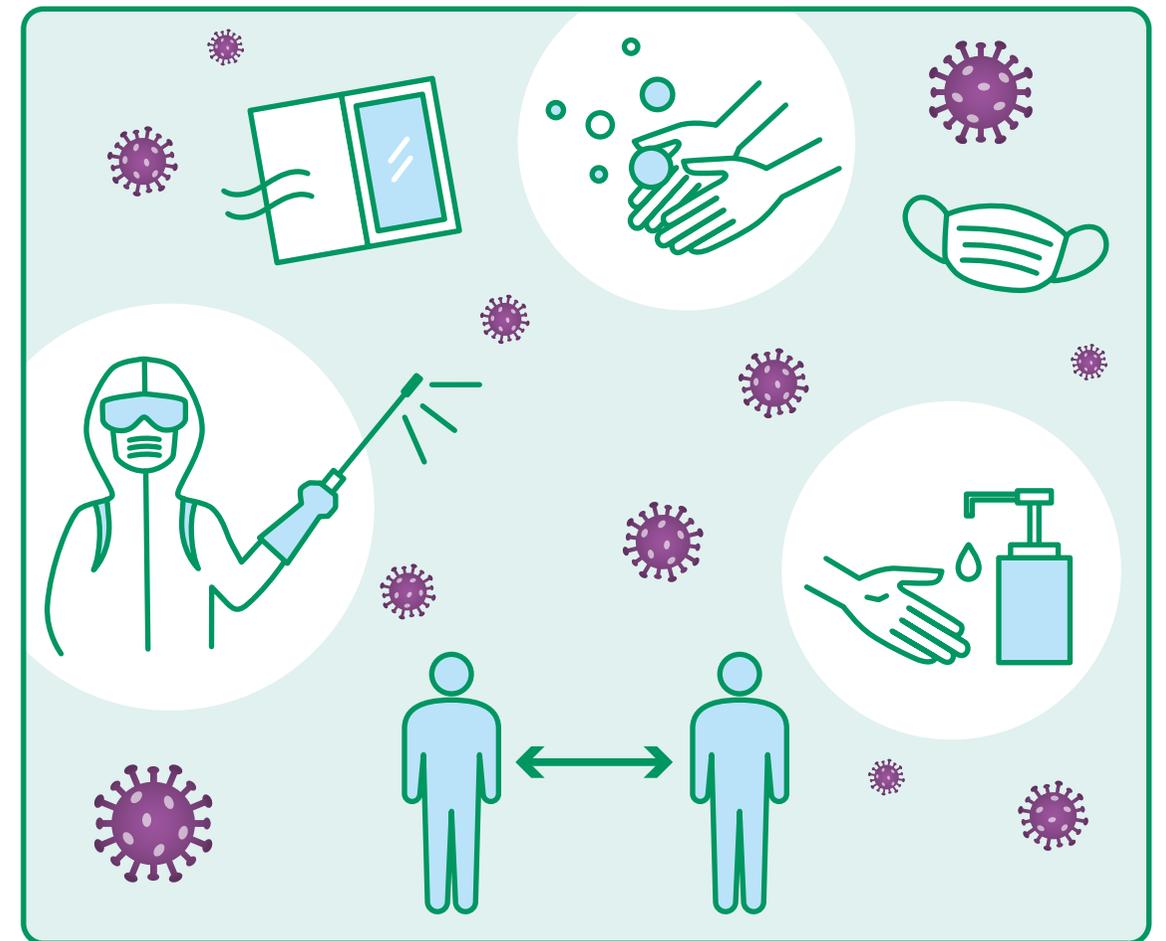


新型コロナと原子力:災害対策としての リスクコミュニケーション

東京慈恵会医科大学 臨床検査医学講座 講師 越智 小枝氏



今

般の新型コロナウイルスパンデミックは、数週間で世界を激変させたと言われます。感染症という「目に見えない脅威」に対する恐怖が社会の構造を崩壊させたからです。ではそのような災害は、私たちにとって全く新しい災害だったのでしょうか。

2011年の福島第一原子力発電所事故の後、福島県内では風評被害や差別、偏った報道や政府と住民とのミス・コミュニケーションを頻繁に目にしました。それは今のコロナ禍で見られている事態と非常に良く似ています。そして同様の事態は、エボラ出血熱の流行時、チェルノブイリ原発事故後にも起きているのです。つまり規模こそ異なれ、私たちはそう遠くない過去に似たような災害を目にしているのです。

もし私たちが過去の災害から学べていたら、コロナ禍への対処は違ったでしょうか。もしそうだとしたら、私たちは今の災害から学び、未来の災害への糧にしなければなりません。本稿では原子力災害とパンデミックを比較しながら、災害について話し合うことの重要性について述べます。

災害の本質

災害とは、簡単に言えば社会のキャパシティを超えた大事件のことです。このため防災(キャパシティ)がしっかりした地域では同じ事件が災害にならないこともあります。

たとえば日本では建造物が厳しい耐震基準を満たしているため、震度3の地震が災害になることは殆どありません。しかし他の国では震度3の地震でも大災害となり得るでしょう。

この防災が破綻し、社会のキャパシティを超えるような事態が災害です。つまり感染症がパンデミック災害になる時、原発事故が原子力災害となる時には、これまでの防災が通じない事態が起きていることが前提です。このことを認識していないと、二つの問題が生じます。

一つには、資源の不足という災害時の基本性質が理解されないことです。社会のキャパシティを超えた状況下では、必ず人・モノ・ロジスティクス等が不足します。これが認識されないと、現場の物不足が誰かや何かのせいにならざるを得ず、根本的解決がなされなくなってしまいます。たとえば今般のパンデミックにおいて

「苦しんでいる患者がPCR検査を受けられな

いのは××のせいだ」
「病院に十分な防護服が届かないのは〇〇のせいだ」

という個人や特定の団体への誹りを聞いた方も多いのではないのでしょうか。

実際には、突然需要が増加した検査や防護服などの資源を全国8000余りある病院に十分供給するためには、数か月という期間ではとても足りません。しかし「資源の不足」という大前提が認識されないことにより、誰かを叩けば物資が届くかのような議論が、災害の後にはしばしば見られます。これは「では足りない中でどうするか」という改善の策の話し合いを阻み、むしろ災害対策の足を引っ張ってしまうのです。

「理想的な災害対策」の落とし穴

もう一つの問題は、災害の「準備不足」の側面だけが注目され、防災ばかりが過剰になることです。くり返しますが、防災で対応できたものはそもそも「災害」とは呼ばれません。防波堤の高さをどんなに高くしても、壁の強度をどんなに厚くし

ても、「もしその防災能力を超える事態が起きたら」という議論がなければ真の「災害」対策にはならないのです。

原子力発電所に関わる方々からは、時折「もし重大事故が起きたら、という話し合いをすることは難しい」

という声を聞きます。もし事故が起きたら、という想定が、「対策が完璧ではない言い訳ではないか」という疑念を人々に与えるから、ということが理由のようです。もちろん災害リスクを最小にする努力は重要です。しかし人に疑われるから、という理由だけでそのコミュニケーションの努力を怠ることもまた私たちを危険に晒します。

今般のパンデミック対策でも水際対策が取られている間に「もし水際対策が破綻したら」という議論はほとんどなされていませんでした。手前味噌になりますが私は福島の経験から比較的早期にその点を指摘していたのですが(※1)、当時はあまり理解いただけなかったようです。専門家がそれを想定していなかった筈はなく、失敗の想定を公の場で発言し難い「空気」があったのではないかと思います。

「もしも防災が破綻したら」
そのコミュニケーションを避けて想定範囲はか

りを広げる防災は、単なる「事故対策」であり、硬直した災害対応システムへの依存ばかりを高めます。その結果、本当の災害が起きた時の対応力を弱めてしまうのです。

リスクは忖えない

ではなぜ最悪の事態を想定した話し合いは難しいのでしょうか。これは、常に穢れを祓おうとする日本人の潔癖性も一因であるように思えます。

日本には平安時代以来続く「穢(けがれ)と物忌み」という概念があります。人や動物の死やお産などの穢れに遭遇した人は一定期間の物忌みを要します。また穢れは閉鎖空間で伝染するとされていて(※2)、もしかししたらこれは、細菌が発見される前の有効な感染対策だったのかもしれない。

防災

災害

社会のキャパシティ

キャパシティ
オーバー



- ・防波堤の整備
- ・海岸の植林
- ・耐震工事 など



「もしも防災が破綻したら」という話し合いが難しい

▶ 災害が起きた時の対応力が弱くなる

(※1) アゴラ 言論プラットフォーム「検査と差別：「検査陰性」は人々の不安を減らすのか」(2020年3月1日)

<http://agora-web.jp/archives/2044569.html>

(※2) 山本幸司『穢と大穢』解放出版社

新型コロナによる新しい生活様式



こまめな換気



手洗いの徹底



「3密（密閉・密集・密接）」の回避



外出時はマスク着用



施設内入場時の体温測定



食生活の変化



テレワークの実施



時差出勤

体差もあります。つまりこの目安は「個人の安全を確保する値」とはなり得ません。しかし福島では、この値が個人の生命線であるかのような誤解から、これらの基準値が「本当に安全なのか」「この基準値以下で健康被害が生じたら誰が責任を取るのだ」

といった議論が延々と続けられました。本来放射線にも感染症にも100%安全な値や地域などありませんから、人々が基準値や検査値を「ゼロリスクの境界線」と誤解しないよう、丁寧な説明が必要です。ゼロリスクを求めて「安全域」

排斥が生む安全神話

日本ではこの穢れとリスクが混同されているのでは、と感じることがあります。今般のパンデミックにおいて、強制力のない政府の要請のみで大規模な自粛が実現されたのも、人々が物忌みの風習に慣れてきたからかもしれません。反面リスクも被えばゼロにできる、という「ゼロリスク信仰」や、儀式化されたリスク回避行動を皆に強要するような「同調圧力」も生まれやすいのではないかと思います。

福島の原発事故の後、福島県ナンバーの車が傷をつけられる、福島県から避難した方々がいじめに遭う、という問題を良く目にしました。新型コロナウイルスパンデミックにおいても、医療者・長距離トラック運転手のお子さんが登園拒否にあらうなどの問題が起きました。ある境界線の向こう側を「穢れ」として排除し、自分は安全だと思おうとする。災害時には目に見えない脅威への恐怖から、このような差別・排斥の風潮が広がりがちです。しかし何かを排除する

「基準値」が拡大する不安

ことよって得る安心感は、むしろリスクを増大させます。東京では新型コロナウイルスがホストの間で広がったことから「夜の街が危険」という報道がしきりにされました(6月現在)。しかし「夜遊びをしなければ安全だ」という誤った安心感が生まれるれば、多くの方に油断が生まれます。また「感染した人はホストクラブで遊ぶ人」という偏見が強くなれば、風評を恐れて体調不良を隠そうとする人も増えるでしょう。このように境界線を引くことは油断と隠蔽を呼び、感染リスクを高めるのです。

また、コミュニケーションを伴わない境界線設定はむしろ不安を拡大させることもあります。たとえば原子力災害の時に「何km圏内は避難すべきか」「年間何ミリシーベルト以内の被ばくまでなら許容範囲とするか」という目安を設定することが必要です。しかし放射性物質は同心円状に広がるわけではありませんし、放射線への感受性には個

をどんどん広げるだけではなく、非現実的な「基準値」設定がなされるだけでなく、人々の不安も解消されないからです。

リスクを避けるリスク

もちろん一般的には安全域は広めにとるべきです。しかしその場合には、リスクを避けた場合別のリスクを呼び込むこと、すなわちリスクトレード・オフがあることも知っておく必要があるでしょう。

たとえば飛行機事故が起きると、飛行機に乗ることを避けて車で長距離移動をする人が増え、結果として交通事故死が増えることがあります。また福島原発事故の後には放射線被ばくを恐れて外に出ない、野菜や魚やきのこを食べない、という方がいましたが、これは特にお年寄りの骨折・寝たきりリスクを高め、長期的には寿命も縮める可能性があります。

新型コロナウイルス感染のリスク回避も同様です。ステイ・ホームはお年寄りの寝たきり・認知症リスクを上げる可能性もありますし、子どもに

方です。

このALARAの法則は今般のパンデミックにも適用できると思います。たとえば欧米では、感染対策のために握手をしない、ハグをしないことを重大な文化の破壊と感じている人も居るかもしれません。教会に通えないことが精神的苦痛になる方もいるでしょう。同じように日本でも、ライブハウスに行けないこと、スポーツをできないことがアイデンティティや生き様に関わる、という方がいます。そういう方々に一律に三密を禁止してよいのか。そこに正解はないからこそ、人々が自分の価値観を持ち寄って話し合う必要があります。

日常にある他害リスク

このように言うと、まるでリスクを広める危険思想のように聞こえてしまうかもしれません。

「人にうつるウイルスを広める迷惑行為を推奨するとは何事だ」

そう思う方もあるかもしれませんが、では人に迷惑を掛けるリスクは、何を差し置いてもゼロにす

常にマスクを着けさせたり遊具で遊ばせないことで情緒の発達や運動機能の発達に影響を与えるかもしれません。このようなリスクトレード・オフについても十分話し合わなければ、リスクを避けつつもりでもしろ全体の健康リスクを高めることにもなり兼ねないのです。

ALARAの法則

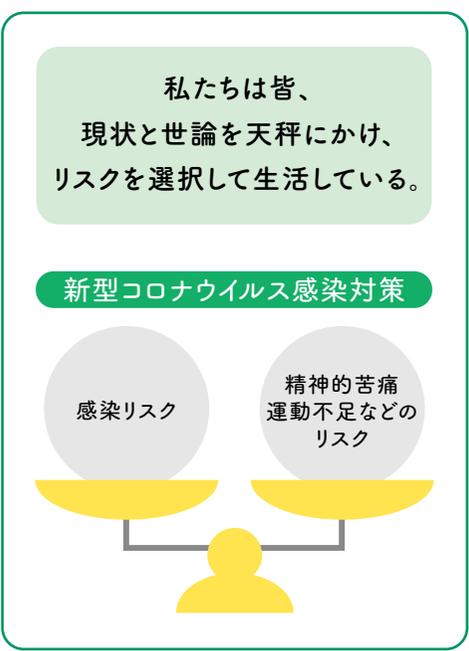
私たちがこのゼロにならないリスクと上手く付き合うために必要なことは、「As low as reasonably achievable (ALARA)の法則」だと思います。これは放射線防護の際に用いられる用語で、放射線の被ばく線量は「実現可能な範囲においてなるべく低くしよう」というものです。

放射線の被ばく線量は低いほどがんのリスクは低くなるため、放射線のことだけを考えれば被ばく線量は「できる限り低く」が良いことになります。しかし放射線を避けるリスクトレード・オフの代価が大きくと判断した場合には、被ばくリスクを受け入れて回避するリスクの方を避けることもある、というのがALARAの考え

べきなのでしょう。

たとえば私たちは、交通事故という他害リスクがあることを知りながら車社会を受け入れていきます。また二次喫煙を完全にゼロにしていまじ、飲酒による暴力もしばしば見られます。コミュニケーションもまた誰かを傷つけ得る他害リスクです。

そう考えれば、他害リスクもゼロリスクになることはありません。車社会や飲酒を受け入れることと、新型コロナウイルスの感染リスクを許容することの間に本質的な差はなく、私たちは皆、現状と世論を天秤にかけ、自分の価値観に基づいてリスクを選択するしかないのです。



リスクの中で健康であるために

おやつを食べること、インターネットでつぶやくこと、車で移動すること…その一つ一つにリスクがあり、私たちはそのリスクを意識的・無意識的に選択して生きています。放射能や新型コロナウイルスはそのようなリスクの一部です。

もちろん、「だから許容しろ」というものではありません。私たちにはリスクを避ける自由も、怖がる自由もあるからです。個人的な意見ですが、私はリスクに対する忌避感・潔癖性もまた、日本の大切な文化の一つだと考えています。それでも、災害の後に人々が健康でいられる社会を作るためには、健康リスクの全体を俯瞰すること、その中で本当に自分の価値観に合った選択ができることが大切だと思っています。

やういふこと

長々と述べましたが、一番お伝えしたいことは以下の3点です。

- 災害とは防災の破綻が起ることであり、それを前提とした議論こそが災害対策である
- 「境界線」を引きゼロリスクを求めることは、差別と誤った安心感を招き得る
- リスクはバランスを配慮し、現実的な範囲で低くする（ALARA）ことが大切である

原子力災害とコロナ禍。いずれも起こらなければ良かった災害です。しかし起こってしまった以上はこれから学び、災害を正の遺産として後世に残すことが、今を生きる私たちの義務なのではないでしょうか。



東京慈恵会医科大学
臨床検査医学講座 講師
越智 小枝

略歴

1974年生まれ
1999年 東京医科歯科大学医学部医学科卒業
2002年 東京医科歯科大学 膠原病・リウマチ内科入局
2007年～2011年 東京都立墨東病院リウマチ膠原病科
2011年～2012年 Imperial College London 公衆衛生大学院
2012年～2013年 Public Health England・World Health Organization ユニタール
2013年～2017年 相馬中央病院内科診療科長
2017年～ 同 非常勤医師
2017年～2019年 東京慈恵会医科大学臨床検査医学講座 講師
2019年5月～ 日本医療研究開発機構出向
2019年5月～ 医療法人社団青空会大町病院 非常勤医師
2020年1月～ 東京慈恵会医科大学 葛飾医療センター中央検査部

〈免許・資格〉

医師、公衆衛生修士、医学博士、日本内科学会認定医、日本リウマチ学会専門医、日本体育協会認定スポーツ医、全日本剣道連盟認定帯同医