

「東京電力福島第一発電所事故に伴う住民の健康管理のあり方に関する専門家会議の中間取りまとめを踏まえた環境省における当面の施策の方向性（案）」及び「東京電力福島第一発電所事故に伴う住民の健康管理のあり方に関する専門家会議の中間取りまとめ」に対するパブリック・コメント（プラント技術者の会）

パブリック・コメント提出者（あいうえお順）

大崎功三

筒井哲郎

長谷川泰司

大崎功三（2015年1月21日）

「専門家会議」が行った議論のこの中間取りまとめ案は、WHO報告書やUNSCEAR 2013年報告書を恣意的に引用して福島事故の放射線による影響はないとし、健診の必要性を否定している。また低線量被爆に関する有用な知見をも無視している。

この案では「過剰診断」論についても実態に即した反論を一切取り上げずに健診のデメリットのみを強調し、健診の方針としては福島県県民健康調査の甲状腺検査に限定し、しかも疫学的追跡調査に限定している。小児甲状腺ガン以外の疾患についても全国ガン登録やデータベースにより罹患の動向を把握するというだけで、国として健診を行わない方針である。福島県以外の近隣県については、甲状腺検査も含め何もしないという。

これでは最初から予算ありきで、福島事故の被爆者を救済する姿勢、人権擁護の思想は全く見られず「棄民政策」そのものであり、環境省の存在自体の自己否定とさえ云えるではないか。そうではなくて国および環境省は、省庁の壁をこえて国民の長期的な健康維持・人権擁護のために、体制を見直し、特別な予算措置をしなければならないと考える。

チェルノブイリ事故から28年が経過したベラルーシでは、年2回健診が実施され、カルテが50年間保存されるという。またベラルーシの報告では、年間1ミリシーベルトを下回る低線量汚染地域でも、免疫機能低下や造血器障害、出産異常、アレルギー疾患の増加が見られるという。このような情報を提供してくれている。

それゆえに、福島事故における放射性物質の大気への放出はチェルノブイリ事故のそのの数分の一といわれているものの、日本も診断データを長期に保存する仕組みを作り、幅広い疾病に対応した体制づくりもしなければならないと考えるが、いかがであろうか。事故を起こしてしまった日本としては、福島原発事故の被爆と被害の状況を人類の教訓として世界に公開していく義務があろう。

2013年に、ロシア・ウクライナ・ベラルーシの調査報告書「チェルノブイリ被害の全貌」や「チェルノブイリ原発事故ベラルーシ政府報告書」の日本語訳が発刊された。それらのデータと内容をよく吟味し、これらを参考として、福島事故に対する被害状況の把握と住民の保護政策を強化すべきであると考ええる。

以上のべたことから、この「専門家会議」の審議結果と中間取りまとめ案は、日本国憲法・第13条、第15条、第17条および第25条にも抵触する恐れがあると考えられるものであり、したがって、この際「専門家会議」の委員をいったん解任し再度選定しなおしたうえで、国民の信頼を回復することがまず必要と考えるものである。

ご賢察を切に願うものである。

< 引用 資 料 >

1 ロシア・ウクライナ・ベラルーシの調査報告書「チェルノブイリ被害の全貌」（日本語翻訳版2013年4月26日発行）

この報告書は、チェルノブイリの汚染、チェルノブイリ大惨事による人びとの健康への影響およびチェルノブイリ大惨事後の放射線防護の3部、15章からなる。

2 「チェルノブイリ原発事故ベラルーシ政府報告書」（日本語翻訳版2013年5月20日発行）

Part 1 最新報告、Part 2 ベラルーシ政府報告書からなり、Part 2は、チェルノブイリ原発事故の被害、チェルノブイリ事故被害克服アプローチの進化、チェルノブイリ事故被害克服施策の成果、チェルノブイリ事故被害克服の長期的課題：解決と戦略の4章からなる。

3 「日本国憲法」

第13条 すべての国民は、個人として尊重される。生命、自由および幸福追求に対する国民の権利については、公共の福祉に反しない限り、立法その他の国政の上で、最大の尊重を必要とする。

第15条 公務員を選定し、及びこれを罷免することは、国民固有の権利である。② すべての公務員は、全体の奉仕者であって、一部の奉仕者ではない。③ 公務員の選挙については、成年者による普通選挙を保障する。④ すべて選挙における投票の秘密は、これを侵してはならない。選挙人は、その選択に関し公的にも私的にも責任を問われない。

第17条 何人も、公務員の不法行為により、損害を受けたときは、法律の定めるところにより、国又は公共団体に、その賠償を求むることができる。

第25条 すべての国民は、健康で文化的な最低限の生活を営む権利を有する。② 国は、すべての生活面について、社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない。

筒井哲郎（2014年12月31日）

文書1「東京電力福島第一発電所事故に伴う住民の健康管理のあり方に関する専門家会議の中間取りまとめを踏まえた環境省における当面の施策の方向性（案）」に対する意見

2. 当面の施策の方向性（案）

（2）福島県及び福島近隣県における疾病罹患動向の把握

先行データはないという前提で調査すべきである。次のように記載している。

専門家会議は「国際機関の評価と同様、今般の原発事故による放射線被ばく線量に鑑みて、福島県及び福島近隣県においてがんの罹患率に統計的有意差をもって変化が検出できる可能性は低いと考える。また、放射線被ばくにより遺伝的影響の増加は識別されるとは予想されないと判断する。さらに、今般の事故による住民の被ばく線量に鑑みると、不妊、胎児への影響のほか、心血管疾患、白内障を含む確定的影響（組織反応）が今後増加することも予想されない。こうした評価は、WHO報告書やUNSCEAR2013年報告書での評価と同様である」とされています。

この認識から施策を立案することはきわめて危険である。理由は次のとおりである。

1) WHOやUNSCEARの知見は、広島・長崎の原爆による放射線被ばく被害の調査データをもとに推計したものである。それらには次の欠陥がある。

—原爆被害も、福島事故の原発被害も、初期の住民被ばく量ははっきりとはわからない。

—原爆被害においては初期の死者・重傷者のデータははっきりとはわからない。

—原爆被害のデータは爆心から2kmの被災者のみを被害者と認めており、低線量被ばくでは被害がないという前提で調査を行っている（注1）。

—原爆被害は外部被ばくが主因であり、原発事故被害は内部被ばくの要素が大きい。したがって、比較すべき参照データはチェルノブイリ原発事故のデータである。

内部被曝を中心とするチェルノブイリ原発事故の影響をデータ化したものは、ECRR（欧州放射線リスク委員会）のものであり、それを参照しないのは片手落ちである（注2）。

2) 福島事故と同じ現象を示した過去の事例はほとんどない。もっとも近いものはチェルノブイリ事故のデータであるとはいえ、それも初期の高線量時のデータは不十分であり、それをもって福島事故の影響を推定することは無理である。したがって、予見を持たずに、まったく新しい現象を解明するという姿勢で包括的な調査をすべきである。たとえば、住民被ばく量の推計に限っても、県の原発事故直後の行動を

住民に聞く調査で回答率が47%という状態で、県民から信用を失っている（注3）。

- 3) 発症する病気を甲状腺がんのみとみなして、「不妊、胎児への影響のほか、心血管疾患、白内障を含む確定的影響（組織反応）が今後増加することも予想されない」と言っているのは、著しい過小評価である。

(3) 福島県の県民健康調査「甲状腺検査」の充実

検査が被験者に「過重な負担」だという認識の誤りである。次のように述べている。

「甲状腺検査」をさらに充実させ、対象者に過重な負担が生じることのないように配慮しつつ、云々」

- 1) 「過重な負担」というのは何であろうか。罹患しているのではないかという精神的な心配をさせるということか、または、受験のために遠方へ出かけるとか、長時間を要するといった物理的な負担という意味か。前後からは、精神的な負担と理解される。かつて、結核が高い死亡率を占めていた時代に、学校でも職場でも年一回の検診を行っていた。現在でも高齢者に対しては、地方自治体はそのサービスを提供している。そのことを人々は「過重な負担」と受け取っているだろうか。否、むしろありがたい恩恵と受け取っているのではないか。かつ、強制でなければ「負担」になることはない。

この言葉は、住民を愚民視して「サービスを提供すると、心配を引き起こすからサービスを提供しないでおこう」という口実を設けているに過ぎないのではないか。

- 2) 住民が不安を募らせているのは、今までの福島県や福島県立医大が、施策の決定においても、検査中の付き添い者のシャットアウトにおいても、結果の問い合わせに容易に答えないという態度においても、住民本人に情報を開示しない方針をとっていたからである。検査者側が不誠実な態度をとって不信を招いたことを、患者の取り越し苦労に帰しているのは、尊大な態度であって、公務員の義務違反である。

- 3) 福島県が「県民健康管理調査」を開始するとき、事故後4ヶ月の行動記録を書き込むことを200万人に求め、放射線医療研究所が開発したインターネットを使った被曝線量推計システムの使用を取りやめてしまった（注4）。そのような態度で「県民の負担」を論じる資格があるだろうか。

(4) リスクコミュニケーション事業の継続・充実

あたかも、これまで放射線被ばくが県民の健康にどのように影響するかを適切に説明し相互対話（コミュニケーション）をしてきたかのような記述である。しかし、知られている事実は、公務員や地方公共団体に委嘱されて働いている専門家とは思えない言動

が目に残る。以下にその例を挙げる。

- 1) 2011年5月から福島県当局と福島県立医大を中心として行われた「県民健康管理調査」の「検討委員会」が秘密会をはじめとするさまざまな不明朗な運営がなされてきて、完全に、県民の信頼を失ったこと。これらは、日野行介『県民健康管理調査の闇』岩波新書、2013年に詳しい。
- 2) 2013年7月6日にICRPが、飯館村民との対話集会「ダイアログセミナー」を福島市内の会議室で開いた。参加者は100人程度であった。この会議に参加した飯館村民は1人だけであった。一木村真三『「放射能汚染地図」の今』講談社、2014年、P.142

市民を顧客とする公務員が、市民を裏切っている現状で、どうして信頼のおける「リスクコミュニケーション」が実現できるであろうか。

3. この文書全般についての意見

(1) 「施策の方向性」が空虚である

この文書は「施策の方向性」を示して、一般市民からの意見（パブリック・コメント）を募集するのが目的のはずである。しかるに、施策らしいことをほとんど書いてない。したがって、意見の言いようがない。少なくとも次の内容を記載し、提示しなければ、意見募集を行う資格がない。

1) 検査実施仕様書

たとえば、次の項目を網羅した計画書を提示すべきである。

- －対象者
- －検査項目
- －頻度
- －継続年数
- －一次検査、二次検査、三次検査
- －検査結果の保存期間と管理責任者

福島県が行っているのは、甲状腺検査だけで、その頻度は2年半に一度だという（注5）。内部被曝に基づく、心臓病・白血病・各種がんについて、少なくとも年1回行うべきである。

2) 検査体制・人員

当初は、県立医科大学だけが担当しており、そのことが2年半の間隔を要し、かつ、付き添いの親族を締め出し、しかも、問い合わせに高いハードルを設けて、当事者に

強い不信感と不満を懐かせた理由であった。ベラルーシで行っているように、すべての地元の開業医が一次検査を行うことができるように、研修や便宜を提供して、被験者の便宜と納得を最大限に提供すべきである（注6）。

200万県民を対象に十分な実施体制を組むように、実施主体の人数などを緻密に提示すべきである。

3) 予算

長期にわたる予算措置を講じて、将来にわたって確実に実施できるようにする。その情報を開示して国民・県民の納得を得るべきである。

4) 実施責任体制

責任主体がどこかを明示すべきである。県か、厚生省か、あるいは別の組織か。

(2) 国連「健康に対する権利」特別報告者アナンド・グローバー氏の「日本への調査に関する調査報告書」に記載されている82箇条の提言を当局者は忠実に実行すべきである。

(3) この「施策の方向性（案）」は、「中間とりまとめ」に記載されているとおり、一般市民においても100mSvの被ばくがあっても健康被害がないかのような前提に立っている。そして、職業人に対する被ばく管理基準である上限20mSv/y、被ばく管理区域5mSv/yを一般人に対してすら無視し、20mSv/yの地域に一般市民を帰還させようとしている。そうではなくて、次のように、チェルノブイリ相当の基準を儲けるべきである。

5mSv/y 以上	退去対象地域（移住の義務ゾーン）
1～5mSv/y	移住権付居住地域（移住の権利地域）
0.5～1mSv/y	特恵的社会経済ステータス付居住地域（徹底的なモニタリング）

(4) 福島事故では放射性微粒子が国土の広範囲に飛散したことが最近の報文で明らかになった（注7）。具体的にはつくば市の気象研究所で、3μm以下の高温下で生成した非水溶性で球状のセシウムを含む強放射性微粒子が発見されたのである。これらの微粒子は内部被ばくに強い影響を及ぼす。その影響は今後広範囲に発現する可能性がある。その点を新たな可能性として注視していただきたい。

(5) 福島県内で、現在減容化を目的として多数の焼却炉を設置している。その排ガス中に含まれる粉塵を捕集する装置はバグフィルタである。バグフィルタは、数 μm 以下の粉塵の捕集には有効ではない。これらの装置および各地で行われる「放射性廃棄物の広域処理」は放射性微粒子を撒き散らして内部被ばくを広げる危険がある。この種の焼却処理を中止し、地中に埋設するなどの集中的な管理を行うべきである。

(6) 現行の医療機関のカルテの保存期間は5年間である。しかし、放射能汚染にさらされた人々の健康状態は生涯にわたって観察する必要があり、さらに疫学調査のためには死後もそのデータを保管する必要がある。ウクライナでは、病院のカルテ保存期間を50年とし、かつ死後も20年間保存することになっているという(注8)。当然日本でもそのように改めるべきである。

注1. 日野行介『県民健康管理調査の闇』岩波新書、2013年、P.181

注2. クリス・バズビー、飯塚真紀子訳『封印された「放射能」の恐怖』講談社、2012年、P.122

注3. NHK「38万人の甲状腺検査」2014年12月26日放映

注4. 日野行介、前掲書、P.20およびP.90

注5. 日野行介、前掲書、P.94

注6. NHK、前掲番組

注7. 渡部・遠藤・山田「福島事故により放出された放射性微粒子の危険性—その体内侵入経路と内部被曝にとっての重要性」2014年

注8. 木村真三『「放射能汚染地図」の今』講談社、2014年、P.234

文書2「東京電力福島第一発電所事故に伴う住民の健康管理のあり方に関する専門家会議の中間取りまとめ」に対する意見

II. 基本的な考え方

1. 遺伝性影響

(1) WHOによる評価(P.5)に次の記載がある。

遺伝性影響については、動物実験では観察されているものの、原爆被爆者の子供や放射線治療を受けた患者の子どもに関する調査では確認されておらず、(後略)。

イギリスのシュアートとアメリカのマクメイアンは、それぞれ、母親が妊娠中にレントゲン診断を受けて胎児期に放射線を浴びた子供の間、小児ガン・白血病が増

加したことを見出した。この結果は、ICRP および国連科学委員会が使用してきた見解を真っ向から否定した（注1）。WHO の結論に依拠することは間違いである。

日本でも、木村資生が、放射線被ばくによる細胞中の DNA 変化は 5 世代後に影響が出る、と述べている（注2）。ICRP や WHO の見解は 20 世紀半ば以降の短期間の知見に基づいた断定であって、その結論は早計である。

(2) UNSCEAR2013 年報告書における住民の健康影響評価 (P.6)

1) 次の記載がある。

事故による被ばくに関しては、(中略) がんのリスクは若干上昇することが示唆されるがベースラインリスクに比べて小さく、発がん率の増加として識別されることはないとしている。

と記載している。

A.1. 1) 項に述べたように、UNSCEAR が依拠するデータは広島・長崎の原爆被害に対するもので、それを福島事故の結果に適用することは適切ではない。

2) さらに次の記載がある。

福島県の県民健康調査「甲状腺検査」の結果として結節やのう胞が比較的多く見ついているが、これは高精度なスクリーニングを集中的に実施したためであるとの認識を示している。(中略) 放射線被ばくとは無関係と考えられると述べている。

チェルノブイリの健康調査に初期の参照データが不足しているということと、福島の甲状腺検査結果で異常が多いことを直接に結びつけるのは論理的ではない。異常の発生は初期の数年間で終わるのではなく、数十年にわたって発生するのであるから、「無関係」と断ずることなく、「関係の可能性あり」として、慎重かつ広範囲に調査を重ねるべきである。この報告書が発行された以降にも、2 巡目の検査を受けた 60500 人中甲状腺がんの疑いと診断された人が 4 人新たに見つかったと報道されている(注3)。この人たちは 1 巡目の検査ではがんと判定されなかった人々である。

(3) 2つの報告書に対する専門家会議の見解 (P.7)

結論として、次のように述べている。

統計学的に不正確な使用法であると考えられるため、「およそ 100mSv を下回る放

放射線被ばくによるリスクについて LNT モデルで発症者数等を予測しようとするこ
とは不適切である」ということも述べている。(中略) 本専門家会議はこうした評価
に同意する。

IIの「1. 被ばく線量を踏まえた健康リスクについて (LNT モデルの採用)」で、LNT
モデルを採用すると述べておいて、発症者数の予測に LNT モデルを使用しないとする
のは、論理が矛盾している。放射線被ばくによる発症は、遺伝子の物理的損傷に起因
するものであるから、統計的現象、すなわち放射線の強さに正比例する。したがって、
LNT モデルは正しいのであり、発症者数も被ばく量に比例すると考えるのが自然であ
る。

III.被ばく線量把握・評価

2. 被ばく線量の把握・評価

(2) 内部被ばく (P.12)

内部被ばくの測定を開始したのは、事故から数か月後で、最初の約1.5万人は2011
年6月から2012年1月にかけて行われた。その測定方法はホールボディカウンター
(WBC: Whole Body Counter) による (P.16)。

WBCの検出限界は250~300Bq以上でなければ検出できない。尿検査であれば、子
供の場合、約6Bq以上で検出できる。これについて、福島県庁の担当者が尿検査に強
硬に反対したという。

(内閣府の西本審議官や放医研の明石理事が検査実施に際して WBC より尿検査
がやりやすいことを指摘したことに対して) 県が尿検査について強硬に反対する。
「安全だけではなく、安心の問題。(中略) WBC でないとだめという固定観念が
ある」

本当だろうか。限界検出値が低い尿検査を必死に避けたいという県の思惑が見え
る。山下教授は「必ずしもサイエンスだけではない。県の立場もある」と県に理
解を示し、さらに「この委員会は外部被曝が中心で、内部被曝はサブ」と強調し
ている (注4)。

WBCは、被験者がバックグラウンドの低い地域(当初は千葉県)に移動して受験し
なければならないので時間も費用もかかる。尿検査は短時間に多数を容易にこなせる。
それを敢えて不合理で検出限界の高い方を選んで「安心」を強調した県の担当者の責
任は重い。本報告書でも、「2012年の検査では全員が検出限界未満であった」と述べて
いる。問題の存在を知ろうというのではなくて、無いことにしようとする姿勢で行わ

れた検査は信用の基盤を失っている。

IV. 健康管理及び施策の在り方について

1. 予想される健康リスク (P.22)

「今般の原発事故ではこれまで確定的影響（組織反応）の発生は確認されておらず」と記載してあるが、そのような断定はまず今の時点で行うべきではないし（チェルノブイリでは3～4年後から影響がじょじょに明らかになった）、第1巡目の検査で、296,253人中84人が手術でガンと確定診断された事実（注5）は、県民調査開始時に、この調査のリーダーであった鈴木眞一教授が市民への説明会で「甲状腺がんの発症は100万人に一人」とか「100万人にたった3人」とか言っていたのから見れば（注6）、明らかに多い数字である（P.26に記載されている全国罹患率と比べても圧倒的に多い）。早くもこういう断定を調査当事者がするのは、原発事故影響の隠蔽を目的としているとしか考えられない。

そのほか、「今般の事故による住民の被ばく線量に鑑みると、不妊、胎児への影響の他、心血管疾患、白内障を含む確定的影響（組織反応）が今後増加することも予想されない」と断定している。これらはまったく、事実から目を背けた議論である。

4. 甲状腺がんについて

(1) 甲状腺がんに関する一般的知見

③一般論としての「甲状腺がん検診」を巡る諸問題

ここで「検診」を受ける人々の精神的負担を強調している意図は何か？ いま被災地の人々は、放射線被ばくの結果を恐れ、とくに成長期の子供たちにおける甲状腺がんや心臓病・血液病の発症を恐れている。それに対して「検診」は恩恵のはずであり、それが不安をもたらすと当事者が認識するのは、市民を愚民視することであり、医療者が不安がる市民に適切な説明（正しい意味の「リスクコミュニケーション」）を怠る口実を述べているに過ぎない。実態として市民が不安を覚えているなら、現状の実施者の態度が不適切だからである。

(2) 甲状腺がんに関するこれまでの取組について

① 県民調査「甲状腺検査」について

検査間隔を、2014年度以降は「本格検査」として、20歳までは2年に一回、それ以降は5年に一回の間隔で実施するとしている。結核の検査でさえ、希望者には毎年実施している。少なくとも毎年一回、小学生以下には毎年二回は実施すべきである。また、希望者にはセカンドオピニオンを求める権利を与えるべきである。そして、検査結果を知りたいと思う希望者には、煩雑な手続きを課さずに開示すべきである。

② 先行検査」で発見された甲状腺がんについて

甲状腺がんが多数発見されたことに対して「原発事故由来のものであることを積極的に示唆する根拠は現時点では認められない」と、5つの理由を列挙して強調している。しかしいずれも、原発事故由来であることを否定する根拠にはなっていない。こういうことをここで強調すること自体が、医科学に忠実な職業倫理に則っているとは言えない。3年間ではいずれとも判断できなことをここで敢えて強調する意図は何か？ 原発事故責任者を免責する意図があつて、本来中立であるべき公務員が一方に加担していると思われても仕方のない言動である。この組織の人は誤りであり、早急に交代させる必要がある。

- 注1. 中川保雄『放射線被曝の歴史』明石書店、2011年、P.128
- 注2. 木村真三『「放射能汚染地図」の今』講談社、2014年、P.219
- 注3. 『朝日新聞』2014年12月26日
- 注4. 日野行介『県民健康管理調査の闇』岩波新書、2013年、P.112
- 注5. 『朝日新聞』前掲記事
- 注6. 日野行介、前掲書、P.141

長谷川泰司（2015年1月21日）

「東京電力福島第一原子力発電所事故に伴う住民の健康管理のあり方に関する専門家会議の中間取りまとめを踏まえた環境省における当面の施策の方向性（案）」へのパブコメ

2. 当面の施策の方向性（案）

（2）福島県及び福島近隣県における疾病罹患動向の把握

「福島県及び福島近隣県においてがんの罹患率に統計的有意差をもって変化が検出できる可能性は低いと考える」あるいは「放射線被ばくにより遺伝性影響の増加が識別されるとは予想されないと判断する」、「不妊、胎児への影響のほか、心血管疾患、白内障を含む確定的影響（組織反応）が今後増加することも予想されないと述べています。しかし、これらの観点については、「東京電力福島第一原子力発電所事故に伴う住民の健康管理のあり方に関する専門家会議の中間取りまとめ」においても意見が分かれていることがうかがわれます（中間とりまとめ p 24）。今回のような甚大な事故において、事故がどのよ

うに人体に影響するかに関する知見を、私たちは殆ど持ち合わせていません。そのような未知の分野に対して私達を取るべき前提は、予断を排することだと私は考えています。初めから「検出できる可能性は低い」、「識別されるとは予想されない」といった態度で人体への影響を切り捨てる姿勢に疑問を感じます。専門家であるからこそ、そうした状況をどう改善し、医学あるいは科学の進展に寄与すべきか考えるべきではありませんか。

(3) 福島県の県民健康調査「甲状腺検査」の充実

「今般の原発事故における放射線被ばくによる発がんリスクは低いと予測される」と、リスクの低さをほぼ断定的に述べています。そのため、「甲状腺検査」に限って調査を充実・継続していく、と読み取れます。しかし、チェルノブイリ事故においても、身体の異常が顕現化し始めたのは数年後です。現時点で「リスクが低い」と考えるのではなく、「甲状腺検査」に限らず、今後収集されるデータを真摯に分析していくことこそが求められていると考えます。

以上