

福島事故に伴う住民健康調査に対する意見

2015年1月23日

筒井哲郎

はじめに

福島第一原発事故の結果、福島県浜通りと中通りおよび近隣諸県の一部が、強い放射能汚染にさらされ、今も5~20mSv/yの地域が、浜通りと中通りの随所にある。事故以前から、医療や研究の目的のために放射線を扱う人々に対しては、放射線管理区域（許可なく立ち入りを禁止する区域）を規定し、その区域に立ち入る人には厳密な防護措置を義務付けていた。その基準が5mSv/yである。現在、原発の中で働く人たちにもこの基準は適用されていて、タイベックスという白い服を着、吸着剤入りのマスクをし、袖口や足首をテーピングして、外気中の放射能を帯びた浮遊粉塵が皮膚についたり吸入されたりしないように管理している。一方、市中では5mSv/yを超える環境の中に、幼児も含めた一般市民が何の防護措置をすることもなく普通に生活している。そのみか、福島県庁により県民健康管理調査（座長は山下俊一氏。実務は福島県立医大で、リーダーは鈴木眞一氏）がなされたが、そういう生活環境の危険について何一つ警告は発せられなかった。かえって、「放射線は100mSv/yでも笑って過ごせば病気は起こらない」という宣伝が繰り返された。さすがに山下氏と県庁の組織はすっかり信用を落とした。県庁を信じられない地元市町村はホールボディカウンター（WHB）を独自に入手して自前で検診したり、別途に専門家を招いて放射線測定をしたりするようになった。その結果、福島県庁の健康調査組織は山下氏を更迭して体制を改めるとともに、環境省が新たに住民健康調査専門家会議（座長：長瀧重信氏）を組織した。そして、去る12月に、住民健康調査の「施策の方向性」（2ページ）と会議の議論の「中間とりまとめ」（本文34ページ、添付資料を含めて54ページ）という2通の文書を発表して、それに関するパブリック・コメントを求めた。パブリック・コメントの募集期間は、去る12月22日から1月21日であった。

環境省「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）」に関する意見募集（パブリックコメント）について

<http://www.env.go.jp/press/100098.html>

問題は、この環境省の専門家会議も「100mSv/yで被害が発生するという証拠はない」「遺伝的な疾病は確認されていない」という主張を繰り返していることである。

以下に、「施策の方向性」に対して、筆者が提出した意見の概要をご紹介します。

「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
（項目番号は、元の文章の番号に合わせてあるので、本書では飛び番になっている）

項目 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

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。「先行データはない」という前提で調査すべきである。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」だという認識は誤りである。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200万人に求めた。その際、放射線医療研究所が住民の便宜を図って開発したインターネットを利用し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である。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。

項目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て提示しなければ、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、検査結果の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。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めるように、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/y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設けるべきである。

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すべきである。

(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