

人々に被ばくを強要する「国際放射線防護委員会」(ICRP)の被ばく基準 ～フクシマ原発事故の被ばくを考える～

振津かつみ

チェルノブイリ・ヒバクシャ救援関西

2015.11.22

「世界核被害者フォーラム」配布

はじめに～フクシマ原発事故に関する日本政府の「三重の加害責任」

「放射線防護のための被ばく基準」は、核兵器開発と原発を進めるための「基準」として提案され、「国際放射線防護委員会」(ICRP)を中心に体系化されてきました。放射線被ばく「基準」や、被ばくの健康・環境・社会への影響は、「加害と被害」という社会的視点を抜きに、「自然科学上の論議」だけでは評価することはできません。そして核の「加害者」か、それとも「被害者」か、いずれの立場に立つかによって、被ばく防護対策や、健康管理などの被害者支援策の方向性も自ずと違ってきます。ICRPの被ばく基準は、科学的装いを凝らしていますが、核利用を進める「加害者」が「被害者」に対して被ばくの受忍を迫る国際的基準として設定され、核を推進する各国政府が国内の基準として採り入れ、利用してきました。

福島第一原発事故(フクシマ原発事故)でも、「加害」か「被害」かが鋭く問われています。フクシマ原発事故は人災です。「加害者」は東電と国であり、「被害者」は放射能汚染地域に住む人々と汚染地からの避難者、そして事故収束や除染などの被ばく作業に携わる労働者です。事故を起こした東電の加害責任はもちろんのこと、日本政府にも以下の「三重の加害責任」があると考えます。

- ① 国策として推進してきた原発が重大事故を招き、甚大な被害をもたらした責任。
- ② 汚染情報とリスクを住民に知らせず、被ばく回避の適切な対策を講じなかった責任。
- ③ 事故後三年半を経ても、十分な対策を行わず、人々を被ばくさせ続けている責任。

フクシマ原発事故では大量の放射性物質が放出され、福島県内外の広大な地域が「放射線管理区域」1レベル以上に深刻に汚染されました。本来なら、法令で一般の人々の立ち入りが禁止されているような汚染レベルの地域に400万人²もの人々が暮らしています。4年半が経過した今なお事故は収束せず、福島県民だけでも未だに10万人余が避難生活を強いられています。事故による被害は、健康、生活、環境の全体に及び、様々な形で基本的人権³が侵害されています。放射能との闘い、人権回復の闘いは、今後も続き、世代を越えて長期にわたります。

日本政府は、このような事故責任を認めようとせず、真摯に反省することもなく、重大事故が起こることを前提に原発を維持し推進するために、ICRPの基準や見解を利用し、過小に評価された「被ばくの健康影響」を宣伝しながら、被災地の人々や労働者に被ばくを押しつけています。

重大事故を前提にしたICRPの「緊急時被ばく」の勧告

フクシマ原発事故直後から、政府、電力会社、「原子カムラ」の専門家は「100ミリシーベルト以下の被ばくでは明らかな健康影響は見られない」との見解を繰り返し述べてきました。このような主張に国際的なお墨付きを与えたのがICRPです。事故直後の2011年3月21日にICRPは「声明」(3.21声明)を発し、フクシマ原発事故後の放射線防護においてはICRPの出した「2007年勧告」等⁴に基づいた対策を行うべきであると日本の政府と専門家に勧告しました。

¹ 日本の放射線防護に関する法令では、放射性セシウムのように、アルファ線以外の放射線(ガンマ線とベータ線)を放出する核種による表面汚染密度が4万ベクレル/平方メートル以上の汚染区域、または3ヶ月に1.3ミリシーベルト以上の被ばくをする可能性のある区域を「放射線管理区域」と定めている。その区域内で作業する者は、政府に「放射線作業従事者」として届け出なければならず、個人線量のモニタリングや定期健康診断などが義務づけられている。また区域内での飲食などは禁止されている。

² 400万人は、2011年8月の推定人数。2012年に「汚染状況重点調査地域」に指定された、空間線量率0.23マイクロシーベルト/時(環境省の推定で追加被ばく年間1ミリシーベルト)を超える地域を含む市町村(旧避難区域を除く)は、100市町村(福島県内に40)あり、その地域の総人口は約677万人(福島県内に約177万人)となる。但し、「汚染状況重点調査地域」で、ホットスポットの場所が限定される場合には、地域の人々全員が年間1ミリシーベルトを超える被ばくをするわけではない。

³ 憲法13条「幸福追求権」、25条「健康で文化的な最低限の生活を営む権利」、等々。

⁴ ICRP 刊行物 103(2007年)、109(2009年)、111(2009年)

「2007年勧告」では、原発の通常運転時の「計画被ばく」、重大事故時の「緊急時被ばく」、事故後長期にわたって続く低線量被ばくの「現存被ばく」（事故収束後の復旧期）の三つの被ばく状況における「被ばく防護の線量基準」⁵を、労働者と一般市民について勧告しています。（図①）そして、原発の通常運転時の「基準」が「一般市民に対して年間1ミリシーベルト、労働者に対して年間20ミリシーベルト（5年間の平均）」であるのを、重大事故の緊急時には「基準」を一挙に引き上げ、「一般市民に対して年間100ミリシーベルト」「労働者に対し、緊急救助活動では1000または500ミリシーベルト、他者への利益が救命者のリスクを上回る場合は、情報を知らされた志願者について線量制限なし」とすることを勧告しています。そして事故収束後に線源がコントロールされれば、⁶「一般市民に対して、年間1～20ミリシーベルトの範囲」とし、通常運転時の「年間1ミリシーベルト」は「長期目標」として棚上げしています。「3.21声明」では、線源がコントロールされた後も残る汚染地域を人々が「放棄するよりもむしろ住み続けることができるよう、当局があらゆる必要な防護策を実施する」と述べています。

ICRPは、1986年のチェルノブイリ原発事故後に「1990年勧告」「2007年勧告」をはじめ、一連の新たな勧告を出して、緊急時被ばくの「基準」を大幅に緩和してきました。それらは、チェルノブイリ原発事故で生じた事態—何百万人もの市民や労働者が、通常運転時には起こらないような高い線量の被ばくを強いられた—を放置し、「緊急時」を口実に現状追認するという「基準」でした。たとえチェルノブイリのような重大事故が起こっても、市民と労働者に被ばくを押しつけながら原発を推進し続けるための勧告だったのです。日本政府は、その「基準」を今、フクシマで適用し、人々に被ばくを押しつけながら、フクシマ原発事故後もさらに原発を維持・推進しようとしているのです。「原子カムラ」の専門家が繰り返している「100ミリシーベルト以下では明らかな健康影響は見られない」という発言は、彼らの「専門家としての個人的見解」というだけでなく、ICRPの「国際的権威」をバックに、重大事故をも前提に核利用を進める、世界の原子力産業と諸国政府の利益を守るための「政治的」発言です。

日本政府による被ばくの押しつけと、被ばく防護・支援策の切り捨て～ICRP「2007年勧告」の適用

日本政府は、ICRP「2007年勧告」を国内法令にまだ正式には導入していません。それでも、フクシマ事故後、被災地での様々な施策にICRPの「緊急時」と「現存」の二つの被ばく状況の「基準」をなし崩し的に採り入れ、「2007年勧告」に沿った政策を進めています。

例えば、事故後、政府は「年間20ミリシーベルト」以上の追加被ばく⁷が推定される地域にのみ避難指示を出し、それ以下の被ばく量が推定される地域からの避難は公には認めず「自主避難」としました。一年後には、今度は「年間20ミリシーベルト以下になれば帰還できる」として、避難区域だった地域への帰還促進策を打ち出し、帰還しない住民への支援が打ち切られ始めています。学校の校庭の除染を行うかどうかの判断も、当初は「年間20ミリシーベルト」が基準とされました。⁸汚染地域での除染は、「年間追加被ばく線量が20ミリシーベルト以上の地域を段階的かつ迅速に縮小することを目指す」として、「年間1ミリシーベルト以下」は「長期目標」とされてしまいました。⁹「少なくとも年1ミリシーベルト以上の被ばくをする地域には『子供被災者支援法』¹⁰の適用をすべきだ」との被害者の要求を、政府は受け入れようとしていません。

⁵ 「2007年勧告」では、計画被ばく状況における、全ての規制された線源からの被ばく防護には「線量限度」という用語を使い、ある（特定の）線源からの被ばく防護には「線量拘束値」を用いている。また、緊急時と現存被ばく状況における、ある線源からの被ばく防護には「参考レベル」（目安線量）を用いている。この小論では煩雑になるのを避けるため、便宜的に全てをあわせて「被ばく防護の線量基準」として記すことにする。

⁶ フクシマ原発事故は未だ収束しておらず、放射能放出も続いている。ICRP勧告の「復旧期」は、放射能放出が止まって線源がコントロールされていることを想定したものである。また、フクシマ原発事故の汚染地では、追加被ばくが年間1ミリシーベルト以下の地域にも、除染が必要なホットスポットが散在している。このようにICRP勧告そのものが、すでにフクシマ原発事故後の現実にそぐわなくなっている「破綻」しているにもかかわらず、政府はICRPの「現存被ばく状況」の基準を汚染地での施策に強引に適用しようとしているのである。

⁷ 自然放射線からの被ばくを差し引いた被ばく量。

⁸ 親や支援運動の反対で、文部科学省は後に基準を「年間1ミリシーベルト」へ修正した。

⁹ 「除染に関する緊急実施基本方針」（2011年8月26日、原子力災害本部）

¹⁰ 「東京電力原子力事故により被災した子どもをはじめとする住民等の生活を守り支えるための被災者の生活支援等に関する施策の推進に関する法律」（2012年6月27日）

事故収束作業にあたる労働者に対しては、事故直後の3月26日に、緊急時作業者の被ばく限度を従来の100ミリシーベルトから一挙に250ミリシーベルトに引き上げました。¹¹政府が「収束宣言」を出した2011年12月16日の後も、福島第一原発では汚染水漏れなど、事故収束にはほど遠い状況が続いています。危険な労働現場で、通常運転時の一年分を一ヶ月で被ばくしてしまうような過酷な放射線環境の下、すでにのべ4万5千人を超える¹²労働者が働いています。そのほとんどは、原子力産業の多重構造の中で劣悪な雇用・作業条件に置かれている下請け労働者です。しかし、政府は「収束宣言」以後は通常の「計画被ばく状況」とであるとみなし、政府の責任で適切な現場での被ばく管理や長期にわたる労働者の健康管理を行おうとしていません。¹³

さらには、原発の「安全」を確保するための「規制」を行うべき「原子力規制委員会」が先頭に立って、フクシマのような重大事故が起こることを前提に原発を再稼働するため、「国際的基準(参考レベル500mSv、『人命救助』のためには無制限)」をふまえて緊急時の労働者への被ばく基準の引き上げを検討し始めました。¹⁴そして厚労省も巻き込んで作業を進め、多くの市民、労働者の反対を押し切って、2015年8月、「緊急時作業被ばく限度を250mSvに引き上げる」法改悪を行いました。しかも「原子力規制委員会」は、「法令上は(250mSvを)限度とするが、参考レベルという考えも考慮して運用する」との方針を示しています。¹⁵つまり、250mSvをさらに超えて被ばくさせても「運用として容認する」というのです。

一方、文部科学省は事故後「放射線副読本」を発行し、100ミリシーベルト以下では「他の原因によるがん」と区別がつかないため、がんの増加についてまだ明確な結論は出ていない」とし、「専門家の立場から放射線防護に関する勧告を行う国際NGO」としてICRPを子供たちに紹介し、教育しようとしています。¹⁶また、「食品安全委員会」「低線量ヒパクのリスク管理に関するワーキンググループ」「福島原発事故に伴う住民の健康管理のあり方に関する専門家委員会」等、政府の様々な委員会でも、「100ミリシーベルト以下の被ばくでは、健康へのリスクの増加は認められていない」との発言が、専門家から繰り返されています。

原子力産業の利益を守るために、労働者と住民に被ばくを強要するICRPの基本思想

ICRPは1946年に結成され、いくつかの変遷を経て現在に至っています。ここでは歴史的経緯の詳細は割愛しますが¹⁷、基本的に、核兵器の開発・製造という「核の軍事利用」と同時に、「核の平和・商業利用」＝原発・核燃料サイクルを進めるため、核開発・利用を進める国々の「専門家」がICRPのメンバーとなり、「放射線被ばく防護」勧告を出してきました。原子力産業労働者や核施設周辺住民の被ばくなくするには、核政策は進められないからです。そして経済性を追求する原子力産業の意向を反映し、1977年に出した「77年勧告」では、より明確に、労働者や住民の健康と命よりも、原子力産業の利益を優先し、核利用推進策を支える「放射線防護」の体系を打ち出しました。それが、「最適化」「正当化」「線量限度」の三位一体の「放射線防護」体系です。その後、現在に至るまで、ICRPは基本的にはこの思想と原則に則って勧告を出し、原子力産業を支えています。

① **正当化**：「放射線被ばくの状況を変化させるいかなる決定も、害より便益を大きくするべきである」

被ばくを伴う行為や被ばくを避けるための対策は、「正味でプラスの利益を生む」ときに「正当化」できるということです。ここで利益とは、事実上、原子力産業の利益のことです。

¹¹ 「放射線審議会声明:緊急作業時における被ばく線量限度について」(2011年3月26日)

¹² 2015年9月末現在。(2010年10月30日付けプレスリリース資料。東京電力ホームページより。)

¹³ 政府は、「手帳」を交付し離職後を含めて健康診断等の健康管理をおこなう労働者は、2011年12月16日の「収束宣言」より前の緊急作業従事者のみを対象とし、そのうち50ミリシーベルトを超えた約900人に限定している。また甲状腺検査とガン検診の対象者は100ミリシーベルトを超過した167人のみである。

¹⁴ 2014年7月30日、原子力規制委員会での田中俊一委員長の発言。

¹⁵ 2015年7月23日の放射線審議会。

¹⁶ http://www.mext.go.jp/b_menu/shuppan/sonota/detail/1311072.htm

フクシマ原発事故後の2011年10月に発行された「副読本」は、放射線被ばくの危険性を記載していないばかりか、フクシマ原発事故と汚染の実情などについての記述も全くなかったため、全国で撤回署名が取り組まれ、文科省も改訂をせざるを得なくなった。2014年に新しい「副読本」が出されたが、未だ様々な問題があり改正を求める運動が取り組まれている。

¹⁷ 詳細は「放射線被曝の歴史」<増補版>(中川保雄、明石書店、2011年)を参照。

- ② **最適化**：「被ばくする可能性、被ばくする人の数、及びその人たちの個人線量の大きさは、すべて、経済的及び社会的な要因を考慮して、合理的に達成できる限り低く保たれるべきである。」(ALARA¹⁸の原則)

利益と損益を天秤にかけ、被ばく人数や線量が原子力産業の利益を損なわない範囲内であれば「合理的」とであるとみなし、その範囲内で「低く保つ」べきだということです。

- ③ **線量限度**：「個人が受ける、超えてはならない線量限度」

被ばくによって利益を受ける集団と損害を被る集団は必ずしも一致しません。被ばくによって被害を被る個人に強いる被ばく線量の上限値は、原子力産業の意向にそって政治的に決めてしまおうというのです。¹⁹

ICRPの基準は「人の命を金勘定」して決められている

ICRPの「基準」は「コスト・ベネフィット（費用・便益）解析」、すなわち、「人の命を金勘定」（生命の査定）して社会的・経済的に基準を決める「防護体系」であり、放射線の人体への影響についての科学的な知見や論拠に基づくものではありません。ICRPは「77年勧告」で被ばく管理に公然と金勘定を持ち込み、1978年に「放射線防護の最適化におけるコスト・ベネフィット解析」を検討する「課題グループ」を委員会内に組織しました。その委員会の報告では、一般的な裁判での損害賠償や、生命保険料の算定などの例が検討され、当時の貨幣価値で10,000～20,000ドル/人・シーベルトとして、防護策等の「最適化」を検討しています。²⁰ また、緊急時の避難基準について述べた他の文書では、「裕福な先進国」「先進国」「開発途上国」の三つの場合について、それぞれに「避難にかかる費用」と「人々が被ばくによって生命や健康に受ける損害のコスト」を計算して二つを天秤にかけ、開発途上国では裕福な先進国の3倍も高い「基準」を出しています。²¹

このように、ICRPの「基準」は、科学的装いをまとうていますが、実は科学的に決められたものではありません。これがはたして人々を放射線から「防護する」基準と言えるでしょうか。ICRPの「基準」は、労働者や市民に被ばくを強要し、また過小評価した被ばくの健康リスクを用いて、原子力産業の利益を最大にするように、経済的、政治的に決められた基準なのです。

ICRPによる被ばく健康リスクの過小評価とごまかし

ICRP「77年勧告」では、コスト・ベネフィット論の導入以外に、様々な点で被ばくによる健康リスクの過小評価やごまかしがなされました。そのいくつかを列挙します。

- ① 線量計算に「実効線量当量」という新しい考え方を導入しました。これは汚染した水、空気、食物等からの体内被ばくによる各臓器の線量を、全身が均等に被ばくしたと仮定した「モデル」に置き換え、臓器ごとに決められた係数をかけて全身線量に換算する方法です。その係数は、臓器のガンの致死性が低い時には、値が小さくなるように決めるといったように、被ばくによる健康障害に人為的な価値観による重軽をつけるなどして、リスクの過小評価が持ち込まれています。
- ② 「放射線影響研究所」（放影研）による、当時の過小評価された広島・長崎のガン・白血病のデータを用いてリスク評価を行っています。
- ③ 被ばくのリスクを、交通事故、他の産業の労働災害等、質的に違う他のリスクと比較して、相対的な大きさの違いに矮小化しています。
- ④ 放射線に対してより感受性の高い子供や胎児のリスクを基準にして防護するのではなく、成人を

¹⁸ ALARAは“as low as reasonably achievable” 「合理的に達成できる限り低く」の略。

¹⁹ 但し「2007年勧告」では、「線量限度」は「計画被ばく」（原発の通常運転時）のみに適用され、事故後の「緊急・現存被ばく」には、さらに高い被ばくを労働者と住民に強いることを前提にした別の基準として「参考レベル」（目安線量）を新たに設定した。

²⁰ 当時ICRPは、「100人・シーベルトで一人のガン死」とリスク評価していたので、「ガン死ひとりあたり100万～200万ドル」と計算したことになる。(ICRP Pub.37, Cost Benefit Analysis in the Optimization of Radiation Protection)

²¹ ICRP Pub. 63 - Ann. ICRP 22 (4), 1992, “Principles for Intervention for Protection of the Public in a Radiological Emergency”

基準にしています。

- ⑤ ガン・白血病、第二世代の重篤な遺伝的障害のみを被ばくによる健康リスクとして評価し、ガン以外の疾病や三世代以降のリスクは切り捨てています。

このような「77年勧告」に対し、当時、国際的にも科学者を中心に批判、抗議がなされました。日本でも労働運動、反核・反原発運動、被ばく反対運動が、「77年勧告」の国内法導入に反対する全国運動を展開しました。²²

100ミリシーベルト以下でも見られている放射線被ばくの健康影響

フクシマ原発事故以後、「100ミリシーベルトでは明らかな健康影響は見られない」との主張が、政府や「原子力ムラ」の専門家から繰り返されていますが、100ミリシーベルト以下の被ばくでも、健康に影響が出ることを示す疫学調査データは、これまでも数多く報告されています。

世界15カ国の約40万人（約6,500のガン死）の核施設労働者の調査では、平均約20ミリシーベルトの集団でもガン死の増加が有意に認められています²³。さらに、米、英、仏、の3カ国の核施設労働者、約30万人に関して、同じく平均20ミリシーベルトの集団を、観察期間をより長くして症例数（約2万のガン・白血病死）を増やすなどの新たな解析を行った結果でも、被ばく量に応じたガン・白血病死のリスクの増加が認められています。これらの調査では、原爆被爆者のように短時間に高い線量を被ばくした場合と比較して、労働者のように年月をかけて総量として同線量を被ばくした場合には、後障がいのガン・白血病のリスクは同じであることが明らかになってきている。^{24 25 26} (図②)

また英国の調査では、100ミリシーベルト以下でも、ガン・白血病以外の循環器疾患の増加が確認されています。²⁷

胎児や小児への医療被ばくについては、英国のアリス・スチュアートらの妊婦のX線検査による胎児への影響調査が有名です。スチュアートは、妊婦が受けたレントゲン検査の枚数に比例して、生まれてきた子供たちの小児ガンが増加することを、すでに1950年代に報告しています。その後の調査でも、2.5ミリシーベルトの胎児線量から小児ガンの有意な増加がみられることが確認されています。²⁸ また最近では、小児のCT検査によってガン罹患リスクが増加することが、英国やオーストラリアの大規模調査で報告されています。²⁹ オーストラリアの調査では、1回のCTの推定線量4.5ミリシーベルトでも全ガン・脳腫瘍・白血病の罹患の有意な増加が認められています。³⁰ (図③、④)

原爆被爆者では、2012年に「放影研」が発表した被爆者のガンと非ガン死亡に関する報告が重要です。これは、米軍が設立した「放影研」の前身の「原爆傷害委員会」(ABCC)の時代から長年行われてきた「寿命調査」(LSS)の第14報です。1950～2003年に亡くなった被爆者88,611人³¹について解析した結果、被ばくによって追加されるガン死のリスクには「しきい値」がなく、線量に応じて直線的に増加す

²² 「77年勧告」は、「記録レベル」など一部を除き1988年に国内法に導入がされてしまった。

²³ Thierry-Chef I, et al., The 15-Country Collaborative Study of Cancer Risk among Radiation Workers in the Nuclear Industry: study of errors in dosimetry. *Radiat Res.* 2007 Apr;167(4):380-95.

²⁴ Richardson, et al., Risk of cancer from occupational exposure to ionising radiation: retrospective cohort study of workers in France, the United Kingdom, and the United States (INWORKS), *BMJ*. 2015 Oct 20;351:h5359. doi: 10.1136/bmj.h5359.

²⁵ Laurand, et al., Ionising radiation and risk of death from leukaemia and lymphoma in radiation-monitored workers (INWORKS): an international cohort study, *Lancet Haematol.* 2015 Jul;2(7):e276-e281.

²⁶ ICRPは、低線量の慢性被ばくによるガン・白血病のリスクは、高線量の急性被ばくよりの場合の2分の1としているが（線量線量率効果：DDREF=2）、世界の核施設労働者の調査からは、両者はほぼ等しいことがより明らかになってきた（DDREF=1）。

²⁷ McGeoghegan D, et al., The non-cancer mortality experience of male workers at British Nuclear Fuels plc, 1946-2005. *Int J Epidemiol.* 2008 Jun;37(3):506-18.

²⁸ Stewart A., Low dose radiation cancers in man. *Adv Cancer Res.* 1971;14:359-90.

²⁹ Pearce, et al., Radiation exposure from CT scans in childhood and subsequent risk of leukaemia and brain tumours: a retrospective cohort study. *Lancet.* 380(9840):499-505, 2012.

³⁰ Mathews, Cancer risk in 680,000 people exposed to computed tomography scans in childhood or adolescence: data linkage study of 11 million Australians. 346:f2360, 2013.

³¹ 広島・長崎の原爆の新しい「線量推定」(DS02)による被ばく線量が得られている被爆者のみについて解析している。

ることが示されました。³²つまり、どんな低線量の被ばくでも線量に応じた確率で、ガン死のリスクが加わることが、被爆者の疫学調査でもより明らかになったのです。³³またこの報告では、被爆時年齢が若いほどガン死のリスクが高い、つまり子どもの方が成人よりもよりリスクが高いことも改めて確認されています。長年にわたる被爆者の苦しみと尊い命と引きかえに得られた貴重なデータが示す結論を、日本政府は真摯に受け止め、フクシマ原発事故の被害者の健康管理、医療支援に活かすべきです。そして、国の責任で、少なくとも「被爆者援護法」³⁴に準じた支援策（「健康手帳」の交付、無料の健診と医療、生活支援など）を行うべきです。（図⑤）

国際機関によるフクシマ事故の放射線影響の過小評価—政府は被害者支援の切り捨てに利用

ICRP と並んで核利用推進のために創設され、活動してきた国際原子力機関（IAEA）、国連科学委員会（UNSCEAR）などの国際機関も、フクシマ原発事故の被災地に入って、日本政府と一緒に「国際機関の科学的な基準を参考にすべき」「低線量被ばくではがんの増加は見られない」³⁵との宣伝活動を行っています。

フクシマ原発事故の健康影響評価については、これまで世界保健機構（WHO）と UNSCEAR から報告が出されています。二つの報告の問題点について少しだけ触れておきたいと思います。

WHO と UNSCEAR の報告は、いずれも「ガンが増加するとしても変動の範囲内」³⁶「増加を識別できない」³⁷として、統計的に有意なガン罹患の増加は認められないだろうと主張しています。³⁸しかし、「統計的に有意に認められない」ことと、「影響がない」ことは同じではありません。低線量であれ、数百万人の人々が被ばくしたのです。原爆被爆者等のこれまでのデータをもとにリスクを推定すると、福島県と周辺の汚染地の初めの1年間の被ばくだけでも、1000 人を超える人々が、将来、ガン・白血病で亡くなるほどのリスクがあると推定できます。³⁹このリスクは、原発事故がなければ生じなかったものです。原子力産業の利益のために、このようなリスクが切り捨てられ、被害がなかったとされるのを許してはなりません。

報告は、ガン（全ガンと白血病、甲状腺、乳癌）についてだけ評価し、ガン以外の疾患については、ほとんど無視しています。また被ばくよりも「精神的ファクターが大きい」ことを強調し、「リスク・コミュニケーション」の重要性を指摘しています。そして、様々な問題のある福島県の「県民健康調査」

³² このように「しきい値」がなく、線量に応じて直線的に健康影響などが増加する「線量効果関係」のことを、「直線しきい値なし」“Linear Non-Threshold :” (LNT) 関係という。

³³ 「2007 年勧告」で ICRP は、ガンまたは遺伝性影響の発生率は、「LNT モデル」が「科学的にはもっともらしい」と言及せざるをえなくなっている。但し ICRP は、低線量をゆっくり被ばくする（低線量率）と同じ線量を短時間で被ばくした場合よりもリスクが低くなるとして、リスクを半分に過小評価している。LNT に基づけば、科学的に「ここまではリスクはないので安全だ」という線量は出てこないはずである。ICRP は LNT では「線量限度」を決めることはできないので、「77 年勧告」で導入した「ALARA の原則」に基づき「コスト・ベネフィット」論で、原子力産業の利益を擁護するように政治的に「被ばく防護基準」を決めている。また ICRP は、LNT に基づいた「集団線量」は「最適化」の手段（損失を金勘定する時の計算のため）としてのみ用いるべきで、リスク予測に用いるのは不適切であるとしている。後述の UNSCEAR も同じ見解に立っている。

³⁴ 「原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律」

³⁵ 2014 年 8 月 14 日付けの新聞各紙の全国版に、「放射線についての正しい知識を」とのタイトルで、IAEA 保健部長らの発言を宣伝する大きな政府公報（復興庁・内閣官房・外務省・環境省）が掲載された。

³⁶ WHO, Health risk assessment from the nuclear accident after the 2011 Great East Japan earthquake and tsunami, based on a preliminary dose estimation. 2014.

³⁷ UNSCERA 2013 Report to the General Assembly, Vol. 1, Scientific Annex A: Levels and effects of radiation exposure due to the nuclear accident after the 2011 great east-Japan earthquake and tsunami.

³⁸ WHO は LNT に基づき、集団線量を用いて、「最も被ばく量の多い地域の乳児被ばくの女性の甲状腺ガンリスクの増加が最も顕著でベースラインの 70% くらい増加。しかし、ベースラインの頻度がすくないので過剰絶対リスクは低い。白血病は、最も被ばく量の多かった地域の乳児被ばくの男性で、ベースラインの 5% 増。固形ガンは、同様の地域の乳児被ばくの女性で 4% 増。」と、ガンが増加することは認めるが「変動の範囲内」として切り捨てている。UNSCEAR は、「LNT や集団線量をリスク評価に用いない」という点で、よりストレートに原子力産業の意向を反映する形で健康被害を切り捨てている。UNSCEAR は「LNT は放射線防護で用いるべきだ」として、WHO の評価を批判している。

³⁹ LNT に基づき、ICRP のように低線量率での過小評価をせずに、集団線量を用いて、10 人・シーベルトあたり 1 人のガン・白血病死のリスクとして推定した場合の概算。

⁴⁰や厚労省の事故処理作業労働者に対する不十分な健康管理を「適切なもの」として、お墨付きを与えています。

日本政府は、被災地での放射線防護策や被災者支援を切り捨てるために、これら国際機関による被ばく健康影響の過小評価を根拠として引用しています。そしてこれらの報告の内容を被害者との「リスク・コミュニケーション」に取り入れています。⁴¹これは、チェルノブイリ原発事故後に、IAEAなどの国際機関が、被ばく健康影響を過小評価し、被害者支援を切り捨て、重大事故を前提に原発を推進してきたのと同じやり方です。⁴²

結語にかえてー

フクシマ事故の被害者とともに、被ばくの押しつけに抗し、被害者の健康・命・生活を守ろう “フクシマを核時代の終わりの始まりに！”

私は医師として、原爆被爆者の健康管理や実態調査に携わり、またチェルノブイリのヒバクシャの支援活動を通じて、被ばくが長期にわたって健康、生活、社会全体に及ぶ被害をもたらすことを目の当たりにし、学んできました。また、多くの仲間と一緒に反核・反原発、世界のヒバクシャとの連帯・支援の活動に取り組む中、歴史的に形成された差別と抑圧下にある社会的に弱い立場の人々に、特に被害を押しつけながら、世界中で核利用が進められていることも知りました。「軍事利用」も「平和・商業利用」も、核は被害をもたらします。私たちは「核被害による苦しみを二度と繰り返してはならない」、「ヒロシマ・ナガサキ、チェルノブイリを繰り返してはならない」と訴え続けてきたにもかかわらず、フクシマ事故が起こる前に原発を止められなかったことは、痛恨の極みです。

事故直後から「100 ミリシーベルト以下では健康影響は見られない」などの宣伝が繰り返され、被災地の人々を無防備に被ばくさせているのに対し、私は「何とかしなければ」という思いを抱いて、2011年4月、福島に駆けつけました。「汚染地の方々とともに、今、自分たちに何ができるだろうか…」と、試行錯誤しながら、その後も毎月、被災地に通り、「健康相談」や診療などを行っています。

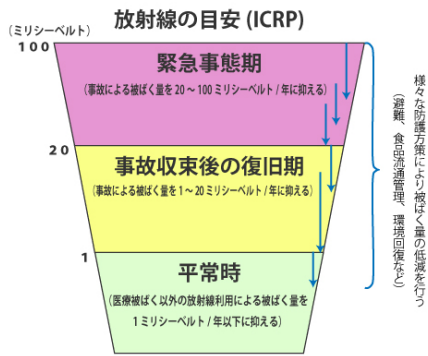
4年半が経っても事故は収束せず、被災地では課題が山積みです。一方、国、行政、「原子カムラ」の専門家からは、被ばく健康影響に対する過小評価が繰り返され、放射能汚染の現実を目を向けず、何事もなかったかのように「復興」が叫ばれています。最近では、「被ばくをできるだけ避け、子供たちの健康を守りたい」と願う人々が、声を上げにくい雰囲気すら広がっています。東電、政府が事故の責任を認めず、被害者に対して誠意ある態度を示さず、適切な賠償や必要な支援策がなされないために、被害状況や地域、立場が異なる被害者の間で分断が生まれ、被災地の状況はより複雑化してきているように感じます。

「原発さえなければ」「もとの生活を返せ」というのは被害者の方々の共通の思いです。また、健康と命と暮らしを守り、侵害された人権を取り戻そうとの要求は、被害者の共通の課題、連帯の基礎だと思えます。被害者とともに、政府と東電の責任を明らかにし、被害の過小評価を具体的に批判し、被ばくの押しつけをはね返し、被害者の人権回復、被害者への支援策を政府に求めていきましょう。二度とこのような被害を繰り返させないために、全国の脱原発運動とも結んで、原発の再稼働や原発輸出をやめさせましょう。そして「フクシマを核時代の終わりの始まりに」するよう、全国、全世界の皆さんと力を合わせて進んで行きたいと思えます。

⁴⁰ 本来、国の責任において直轄で健康影響調査を行うべきであるが、「県民健康調査」は福島県の事業となっていて、国は財政的・技術的支援を行うのみである。同調査は、①事故による放射能汚染を被った周辺県では、同様の調査はされていない。②調査のみで健康管理や治療は「通常保険診療」となり、医療支援がない。③「健康診査」は始めから21万人のみに限定されている。④調査対象である県民の意志が調査に反映されるシステムがない。⑤検査結果が、本人や保護者に簡便かつ明瞭な形で開示されていない。⑥被ばく健康影響の過小評価をベースに「不安解消」を目的として開始した。等々の問題がある。

⁴¹ http://www.reconstruction.go.jp/topics/main-cat1/sub-cat1-1/20140218_basic_information_all.pdf

⁴² 「子どもたちのいのちと未来のために学ぼう-放射能の危険と人権」(編者:科学技術問題研究会、福島県教職員組合 放射線教育対策委員会)、明石書店、2012 :第二章、チェルノブイリ事故 26年の経験-子どもたちの環境、健康と生活(振津かつみ)

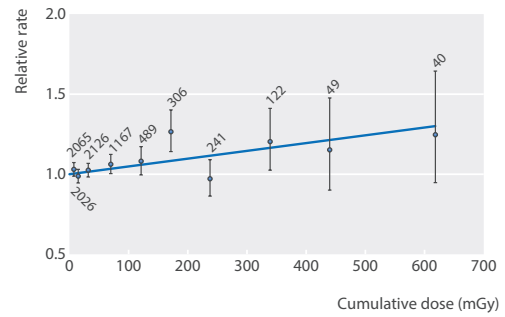


①

世界の核施設労働者の調査

米・英・仏、平均20mSvの集団、約2万例のガン・白血病死
 線量に応じてリスクが上がる直線関係の線量効果がみられている

②

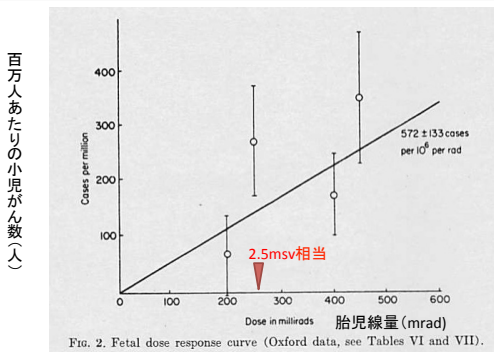


Richardson, *BMJ*, 2015 Oct 20;351:h5359.

胎内被ばくによる小児がんの増加(オックスフォード・スタディ)

2.5 mSvの胎児被ばくでも有意な増加がみられる

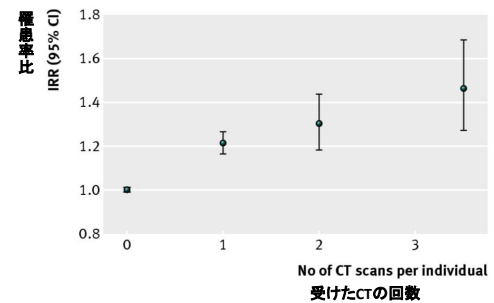
③



(A.スチュアート, 1971)

全てのタイプの癌の罹患率比がCT撮影回数に応じて増加

④



1回のCTの被曝線量: 推定で4.5mSv

Mathews, *BMJ*, 346:f2360 (22 May 2013)

被爆者寿命調査第14報

全ガン死亡率は「しきい値なしの直線」(LNT) 関係が最もあてはまる

⑤

