

原子力規制委員会への抗議声明

「帰還に向けた考え方」にある4つの重大な問題点

核戦争に反対する医師の会（反核医師の会・英文略称"PANW"）
（東京都渋谷区代々木 2-5-5 全国保険医団体連合会内）

2013年11月20日、原子力規制委員会から、福島第一原発事故による汚染地域への「帰還に向けた安全・安心対策に関する基本的考え方（線量水準に応じた防護措置の具体化のために）」（以下、『考え方』と略）が発表された。

我々「核戦争に反対する医師の会」は、核兵器の廃絶を望み被ばく者を支援してきた医師・医学者の団体として、原発事故後の地域住民の生活や健康維持について、これまでも重大な関心を持ってきた。我々は、今回の『考え方』には放射線防護の点から、また住民主権という人権の観点からも大きな問題点があり、断じて認めるわけにはいかないとの結論に至ったので、ここに抗議声明を発表するものである。

1, 100 ミリシーベルト以下の被ばくでも健康被害の可能性を認めるのが、現在の国際的動向である

今回の規制委員会の『考え方』の基本にある医学的認識は、低線量被ばくの評価に関する最近の国際的理解からは、明らかな誤謬を犯しており、医師・医学者としてとうてい容認できるものではない。100 ミリシーベルト以下の被ばくでは「疫学的に健康リスクの増加を証明するのは困難とするのが国際的合意」と、事故以来繰り返されてきた見解は、最近発表された複数の大規模疫学調査により大きく修正を迫られている 1),2)。10 万人以上を対象とした大規模な疫学調査では、100 ミリシーベルト以下でも「明らかな線量依存性の健康リスクの増加」が認められ、過剰な放射線被ばくは「少なくとも少ない程よい」という原則を再確認することとなった。

今年3月に福島事故と関連して WHO が発表した報告でも、「福島県外も含む広い範囲の住民で、生涯の発がんリスク増加の可能性を否定できない」とされたのは、低線量被ばくと健康リスクに関する国際的動向に配慮したものと思われる 3)。しかし、今回、原子力規制委員会が出した「考え方」は、このような国際的動向に全く注意を払っておらず、繰り返し表明してきた「100 ミリシーベルト以下は安全」とする恣意的な認識に拘泥し続けている。

我々は、『考え方』が基本にする“100 ミリシーベルト以下安全”論に、強く抗議する。

2, ICRP の勧告でも、積極的な住民参加による意思決定や健康管理の充実を強調している

今回の原発事故に伴う住民避難の基準は、ICRP による 2007 年と 2009 年の一般勧告、及び 2011 年に福島事故後に出された文書によるところが大きい 4)-6)。その中で事故収束後に汚染が残る地域での居住を選択した場合「1～20 ミリシーベルトに抑えるべき」とされており、長期間にわたる可能性があるならば、「その幅の中でも可能な限り低い基準を設定し、線量低減のための最大限の努力の継続が前提」と明記されている。

このように年間 20 ミリシーベルトは「緊急対応時の一時的指標」でしかなく、「帰還可能な汚染水準として示されてきたものではない」。

さらに、比較的線量が高い地域での居住では、「地域住民の健康管理体制の充実が不可欠」で、方針決定への住民参加とともに最終的には各個人の決断が重要であることも強調されている。福島事故後に政府や関係諸機関がとった実際の対応は、人権保護の観点からも厳しい国際的批判にさらされている。2012 年 10 月に日本で行った調査にもとづく「国連人権理事会からの特別報告」（以下「グローバー報告」）は、原発に関する情報が国民に共有されない制度の不備と、事故後の政策決定への住民参加の不足について警鐘を鳴らし、社会的弱者も積極的に参加できるシステムの整備を求めている 7)。

今後、地域住民の間で低線量被ばくに関する情報を共有し、帰還の条件についても住民が議論に積極的に参加できる場が形成され、的確に政策決定に反映されるシステムが確保されねばならない。今回の『考え方』では、住民参加の保障が全く不十分である。

我々は、ICRP 勧告よりも大きく後退した“年間 20 ミリシーベルト迄を帰還可能な水準”と緩和する『考え方』に強く抗議する。

3、個人線量計による計測結果を重視することで、被ばくに対する個人責任や新たな社会的問題を生み出す危険がある

今回の『考え方』では、空間線量から予測される被ばく線量ではなく、個人線量計を用いた各々の計測結果を、個人の生活設計や管理にも用いるという考え方が示された。線量計による被ばく管理は、仕事上やむをえない被ばくで利得を得る労働者や放射線取扱者にとっては、必須の要件である。しかしながら、個人線量計の測定が被ばくの実態を調査する一手段ではあっても、過剰な被ばくが利得どころかリスク増加にしかならない地域住民にとって、被ばくの多寡が個人責任に転嫁される恐れもある。

また、ガラスバッジ等の個人線量計による計測では、 α 線や β 線による内部被ばくは計測されず、 γ 線についても、計測は線量計の前方からの線量が中心で、その使われ方によっては被ばく量が過小評価されかねない結果に陥る恐れが多分にある。

さらに個人に被ばく管理を押し付ける線量計の利用は「被ばくした個人」を特定することにもなり、人権を守る上で新たな社会的影響をもたらしかねない。特に屋外活動による被ばくを避けたい小児や妊婦にとってその行動を必要以上に制約することにつながりかねず、新たな風評被害や社会的差別を防ぐ面からも、住民全体に適用するにはあまりにも問題点が多い方法と考える。個人線量計による計測結果は、その人個人のデータであり、決して帰還基準などに使用すべきでない。住み続ける地域環境の規定である規準汚染度は、その地域の汚染度を客観的に表す「空間線量」（ICRP 基準）や「土壌汚染」（ウクライナ基準）を使用した基準値でなければならない。

我々は、『考え方』の“個人線量計による計測結果を重視する”基準値設定に強く抗議する。

4、健康相談員による相談だけでは、住民に安全・安心の健康管理は不可能である

さらに、帰還の前提条件としては、住民の健康管理体制の整備が不可欠だが、今回の『考え方』では、健康相談員の活動と支援する拠点の整備があげられているだけで、公的な健診体制の整備や拡充、及び診療体制の充実についての具体的な記述が欠落している。前段 3 にあげた「グローバー報告」では、1 ミリシーベルト以上の年間過剰被ばくが推定される地域全体で、「無料の健康診断や医療サービスの提供」が勧告されている 7) にも拘わらず、それを全く無視したものとなっている。ちなみに、今年 3 月 6 日の原子力規制委員会からの提言では、1999 年の茨城県那珂郡東海村の JCO 臨界事故後に行われている健康管理（事故により 1 ミリシーベルト以上の過剰被ばくが疑われる住民に

対する無料の健診) について記載されていたにもかかわらず、今回の『考え方』ではそれが削除されており、意図的な変更を疑わざるを得ない内容となっている 8),9)。

我々は、住民の健康管理を、JCO事故後の健康管理体制から大きく後退させ、“健康相談員による相談だけに限定”する『考え方』に、強く抗議する。

以上のように、今回の『考え方』は、低線量被ばくに関する最近の医学的知見や国際的動向を無視するばかりか、一部では、同委員会より3月6日に出された「東京電力福島第一原子力発電所の事故に関連する健康管理のあり方について(提言)」より後退した内容となっており、加害企業や公的機関の責任を曖昧にしたものになってしまっている。また、事故の規模の違いと、費用負担の増大を心配してJCO事故後の対応等の健康管理体制からの後退を、福島に押し付けようとしているとすれば、けっして許されるものではない。この意図的な二重基準を許してしまえば、JCO事故後の健康管理体制をも後退させる危険性をも指摘せざるを得ないだろう。

我々は、国民の健康管理に携わる医師・医学者の団体として、今回出された『考え方』の内容と方向性について強く抗議するものである。そして、医学的知見や国際的動向が、理解されやすく整理して呈示され、各家庭や個人が自律した意思決定を行えることは、住民主体に政策決定する民主主義の根幹であることを再度強調して、以下の項目を提案し、必ずや実行に移されるべきであると要求する。

- 1 “100ミリシーベルト以下安全”論を撤回し、低線量被ばくの健康影響についての最新の知見、国際的動向を重視し、その情報についても住民に隠さず伝えること。
- 2 “年間20ミリシーベルト迄を帰還可能水準”と許容する提示は撤回し、帰還できる条件について住民との間で十分な情報提供による協議の場を設け、政策決定に反映させること。
- 3 “個人線量計による計測結果を重視する”基準値設定と被ばく管理の住民押し付けをやめること。
- 4 1ミリシーベルト以上の過剰被ばくが疑われる地域の住民に、無料の健康診断サービスを、国と東電の責任で提供し、医療体制の充実を図ること。

以上、要求するものである。

参考

- 1) Radiation exposure from CT scans in childhood and subsequent risk of leukaemia and brain tumours: a retrospective cohort study. Pearce MS et al, Lancet. 2012, 380(9840):499-505.
- 2) Cancer risk in 680,000 people exposed to computed tomography scans in childhood or adolescence: data linkage study of 11 million Australians. Mathews JD et al, British Medical Journal. 2013, 346: f2360.
- 3) Health risk assessment from the nuclear accident after the 2011 Great East Japan earthquake and tsunami, based on a preliminary dose estimation, WHO, 2013.
http://www.who.int/ionizing_radiation/pub_meet/fukushima_risk_assessment_2013/en/index.html
- 4) Fukushima Nuclear Power Plant Accident, ICRPref:4847-5603-4313 ICRP, 2011. <http://www.u-tokyo-rad.jp/data/fukueng.pdf>

- 5) Application of the Commission's Recommendations for the Protection of People in Emergency Exposure Situations. ICRP Publication 109, Ann ICRP 39 (1). ICRP, 2009.
- 6) Application of the Commission's Recommendations to the Protection of People Living in Long-term Contaminated Areas after a Nuclear Accident or a Radiation Emergency. ICRP Publication 111, Ann ICRP 39 (3). ICRP, 2009.
- 7) Report of the Special Rapporteur on the Right of Everyone to the Enjoyment of the Highest Attainable Standard of Physical and Mental Health, Mission to Japan (15-26 November 2012), Anand Grover Human Rights Council, 23rd session, 41/Add.3 United Nations, General Assembly. 2013.
<http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G13/160/74/PDF/G1316074.pdf>
- 8) 東海村 JCO ウラン加工工場臨界事故を振り返る－周辺住民の健康管理の在り方を中心に－ 文教科学委員会調査室 柳沼充彦
立法と調査（参議院調査室作成資料）338:131-144, 2013
http://www.sangiin.go.jp/japanese/annai/chousa/rippou_chousa/backnumber/2013pdf/20130308131.pdf
- 9) 東京電力福島第1原子力発電所の事故に関連する健康管理のあり方について（提言）平成25年3月6日 原子力規制委員会
http://www.nsr.go.jp/committee/kisei/h24fy/data/0032_06.pdf