

声明

政府は、大きな誤りに基づいた 『汚染地帯』への「帰還施策」をやめ、 最新の科学的知見に基づいた対策を実行して 住民の健康を守るべきである

2014年5月12日 市民と科学者の内部被曝問題研究会
理事長 沢田昭二

目次

はじめに	2
◆日本政府の4つの誤り	4
◆日本政府に対する4項目の要請	4
◆日本政府の4つの誤り1. 放射線被ばくで病気になるリスクを一ケタ近く 小さく見積もっている(放射線被ばくの健康影響の過小評価)	5
◆日本政府の4つの誤り2. 被災区域の放射線被ばく量をきわめて小さく 見積もっている(放射線被ばく量の過小評価)	6
◆日本政府の4つの誤り3. 小児甲状腺がんを被ばくと関係ないと断定している (放射線被ばくの害の非科学的否定)	8
◆日本政府の4つの誤り4. がんだけでなく様々な病気が増えるおそれがある ことを無視している(チェルノブイリの教訓の無視)	10
日本政府に対する4項目の要請(再録)	12
参考資料 (★01～★14)	
★01 国連「健康に対する権利」特別報告者アナンド・グローバー氏日本への調査 (2012年11月15～26日)に関する調査報告書より抜粋した原文と要約文	13
★02 1000mSvあたりのがん増加率:原爆データ=47%。原発労働・医療被ばく=300% 最近の医療被ばくデータ:日本の原発労働者の追跡調査における放射線被ばくによるがんリスクの増加率一覧表	15

★03	被ばく量が同じでも、核施設事故の方が原爆被ばくより健康被害が大きい —— 原爆被ばくと核施設事故被ばくにおける超過相対リスクの違い	17
★04	脱毛などの急性症状から推定すると、放影研が 76 mSv としている広島の 爆心地から 2 km の被ばく線量は約 1400 mSv である	18
★05	自然放射線被ばくでも白血病が増える	19
★06	原発事故では、1mSv の外部被ばくをすれば、0.67 mSv 以上の内部被ばくを 伴い、合計 1.67 mSv 以上の被ばくとなる	20
★07	政府はモニタリングポストへの放射線を意図的にブロックして、測定値を 5割引きにしている	21
★08	今後 50 年間の福島を含む東日本の累積被ばく量を試算すると、福島市、 郡山市周辺は 25～50 mSv に達する	22
★09	福島事故以前の日本の高校生と大学生に対する甲状腺検診では、3 千人に 1人が甲状腺がん	23
★10	チェルノブイリで甲状腺スクリーニングが始まったのは事故の 4 年目	24
★11	福島の小児甲状腺がんはアウトブレイク(大量発病)と考えられる (岡山大学医学部津田敏秀教授の考察)	26
★12	性比から考えて、福島の小児甲状腺がんは、チェルノブイリ型である	28
★13	チェルノブイリでは、子どもたちの肺の働きと血液を作る骨髄の働きが 落ちていた。土壌汚染度は中通りと同じ地域:福島疎開裁判意見書 <松崎道幸 2012 年 5 月 15 日提出>より抜粋	30
★14	福島では子どもも大人も好中球が減っている可能性あり —— 福島の小児と大人の白血球数を日本の標準データと比較	33

はじめに

国連人権理事会特別報告者のアナンド・グローバー氏は 2012 年 11 月、政府の招待で日本を訪問し、東電福島第一原発事故における健康に対する権利の実現に関連する問題について、事故の原因、緊急対応、復旧にかかわる諸問題を検討した。グローバー氏は、関係省庁委員会の高官、幹部と会談、専門家、学者、市民団体および地域代表者、さらに福島県および宮城県の幹部職員にも会った。そして、翌 2013 年 5 月の国連人権理事会において、7 項目 29 施策にわたる日本政府への勧告を含む報告書を提出した。この画期的な報告書の概要は以下の通りである。

国連「健康に対する権利」特別報告者アナンド・グローバー氏日本への調査（2012年11月15～26日）に関する調査報告書より抜粋要約（松崎道幸）（★01）

- チェルノブイリ事故では甲状腺がんだけが増えたという欠陥の多い調査結果をよりどころにして、日本政府がそれ以外の健康影響が発生するはずがないという立場をとっている事は、極めて遺憾である。（第9パラグラフ）
- 原爆データでも低線量被ばくでがんが起きることを確認しているにもかかわらず、日本政府が居住可能基準を年間1mSvから20mSvに引き上げていることは遺憾である。（10）
- 年間追加実効線量が1mSvを越える福島県外の地域住民に対しても、健康モニタリングを行うべきである。（27）
- チェルノブイリ事故後、内部被ばくを受けた被災地住民の間に、内分泌疾患、血液疾患、心臓病、脳卒中、消化器疾患が増加した。日本でも、特に子どもについて、尿検査でストロンチウムなどによる内部被ばくをモニターする必要がある。（33）
- 日本政府が、住民の声を聞かずに、「経済と健康のバランス」をとって避難線量の基準を決めるべきであるというICRPの考えに沿って対策を進めていることは、一人ひとりの市民の健康権を侵す不当な行為である。（47）
- 被ばく線量限度を決定する場合、住民、とりわけ放射線に弱い妊娠女性と子どもたちの健康権をくれぐれも侵害する事のないようにしなければならない。汚染されていた地域への帰還は、年間追加被ばく量が1mSv以下となった場合にだけ推奨されるべきである。日本政府は、その間、すべての避難住民が、帰還するかしないかを自主的に判断する上で必要な経済支援を行う義務がある。（49）
- 日本政府は、原発をどうするか、避難区域、被ばく限度線量、健康モニタリング、経済的補償額をどう設定するかなどのすべての重要な政策の決定過程に、放射線被ばくに影響を受ける層をはじめとした住民の参加を保証しなければならない。（82）

※報告書全文と和訳版（ヒューマンライツ・ナウ版）は下記からダウンロード可能

<http://hrn.or.jp/activity/130627%20Anand%20Grover%27s%20Report%20to%20the%20UNHRC%20japanese.pdf>

私たちは、アナンド・グローバー国連人権理事会特別報告者の報告と日本政府への勧告を全面的に支持する。日本政府は、この勧告にことごとく反論しているが、この勧告を受け入れ、全面的に実施するよう、強く要求してきた。

以下は、現時点における福島原発事故に対する政府の対策の誤りと正当な解決の方向に関する私たちの考えを、最新の科学的知見を踏まえてまとめた文書である。

この文書の内容が広く拡散されることを希望する。

なお、この問題の理解のために、以下の文献も是非とも参照されたい。

- ◆山田耕作:論考:政府資料「放射線リスクに関する基礎的情報」の問題点

http://acsir.org/data/20140326_acsir_yamadakosaku.pdf

- ◆矢ヶ崎克馬:進行する放射線被曝とチェルノブイリ法・基本的人権

<http://blog.acsir.org/?eid=23>

◆日本政府の4つの誤り

1. 放射線被ばくで病気になるリスクを一ケタ近く小さく見積もっている(放射線被ばくの健康影響の過小評価)
2. 被災区域の放射線被ばく量をきわめて小さく見積もっている(放射線被ばく量の過小評価)
3. 小児甲状腺がんを被ばくと関係ないと断定している(放射線被ばくの害の非科学的否定)
4. がんだけでなく様々な病気が増えるおそれがあることを無視している(チェルノブイリの教訓の無視)

◆日本政府に対する4項目の要請

1. 放射線被ばくリスクの過小評価を改めよ—— 時代遅れの被ばくデータ固執を止め、最新の科学知見に沿って見直せ。リスク対経済効果の立場でなく、人権を基礎において国家施策を策定せよ。帰還者は年間1mSv以下で可能な限り低くなったときのみ帰還を推奨されるべきで、その間全ての避難者に財政的援助、給付金を提供すること。
2. 被ばく線量を大幅に小さく見積もるデータ操作を止めよ—— 個人線量計は、内部被ばくはもとより、外部被ばくも測れない。
3. 甲状腺検診をしっかりと継続せよ。同時に血液、尿検査を含むすべての健康影響に関する調査に拡大せよ—— 内部被ばく検査はホールボディカウンター(WBC)に限定せず、かつ影響を受けたすべての人々に対して実施すること。健康管理調査は、年間追加被ばく1mSv以上のすべての地域に住む人々に対して行うこと。
4. 被ばくリスクと被ばく線量の過小評価に基づいた避難指示解除と除染・補償の打ち切りをするな。東京電力の責任を明確にし、支払い責任を納税者に転嫁するな—— 「原子力事故子ども・被災者支援法」実施の「復興庁」基本方針を見直し、「支援法」を完全実施すること。

◆日本政府の4つの誤り

1. 放射線被ばくで病気になるリスクを一けた近く小さく見積もっている
(放射線被ばくの健康影響の過小評価)

日本政府、WHO、UNSCEAR は、原爆被ばく者の追跡調査結果(原爆データ)に基づいて、福島原発事故による住民の放射線被ばく線量はがんを増やすレベルに達していないから、将来にわたってがんの増加を心配する必要はないと述べています。

ところが、原爆データは、放射線被ばくによる健康被害リスクを一桁近く小さく見積もっている可能性のあることが分かっています。その理由・根拠は以下の通りです。

- ① 最近の医療被ばくや日本の原発労働者の追跡調査で明らかになった放射線被ばくによるがんリスクの増加率は、原爆データの6倍以上だった。(★02)
 - CT被ばく10mSvごとに外部被ばくで発がんリスクが有意に3%ずつ増加していた。(ちなみに原爆データでは、1000mSvあたりのがん死リスクは約50%増、10mSvあたりでは0.5%増)
 - 最近発表されている医療被ばくデータは、被ばく線量とがんの診断の正確度において、原爆データを大きくしのいでおり、放射線被ばくによる発がんリスク評価に関して、原爆データよりも信頼性が高い。
- ② 1000mSvあたりの超過ガンリスクと言う指標で見ると、チェルノブイリ原発事故等の核施設事故の収束作業にともなう被ばくでは、原爆データを一桁近く上回るがんの発生が観察された。(★03)
- ③ 放影研被爆者データは、被ばくの5年後の時点で生存していた被ばく者を対象に追跡が開始されたため、生き残りバイアスが生じており、被ばく影響が過小評価された。さらに、被ばくゼロの集団ではなく放射性降下物による内部被ばくをしている遠距離被爆者を実質上の比較対照群としているため、被ばくリスクが二重に過小評価され、内部被ばくの影響が無視されている(★04)。

このように、がんのリスクを著しく過小評価している原爆データに基づいた対策では、国民の健康を守ることはできません。

さらに、放射線に影響を受けやすい胎児や子どもでは、わずか数mSvの追加被ばくでも、白血病や先天異常が有意に増加する事が分かっています(★05)。年間の追加被ばくを1mSv以内にとどめるという考え方さえも、次の世代の安全と健康を十分に守るものとはならないおそれがあります。

◆日本政府の4つの誤り

2. 被災区域の放射線被ばく量をきわめて小さく見積もっている (放射線被ばく量の過小評価)

日本政府は、3つの手法を使って、福島原発事故による住民の放射線被ばく線量をとても少ないように印象付けようとしてきました。

<1. 内部被ばくをゼロとして年間被ばく量を計算→被ばく量の4割引>

CT検査などの医療被ばくは外部被ばくですが、原発事故では外部被ばくだけでなく内部被ばくも発生します。チェルノブイリでは、外部被ばくが1mSvあれば、内部被ばくもかならず0.67mSv伴っているという前提のもとに、合計1.67mSv被ばくしているとして、住民の被ばく量を計算し、年間総被ばく線量が1mSv以下になるように対策を立てていました。ところが日本政府は、内部被ばくをゼロとして住民の被ばく量を計算しています。日本政府の「公表被ばく線量」は、実際の被ばく量の4割引なのです。日本政府が言う「1mSvの被ばく」とは、実際は「1.67mSvの被ばく」なのです(★06)

<2. モニタリングポスト操作→線量の5割引>

政府は、原発事故周辺の空間線量が実際より低めにカウントされるように、モニタリングポストの測定機器の変更と周囲からの放射線ブロックを行いました。このため、「公表空間線量」は実測値の半分となっています(★07)。政府発表値を2倍しないと実際の空間線量になりません。

<3. 個人線量計:内部被ばく測れず、外部被ばくも大幅割引>

さらに政府は、空間線量ベースで年間20mSv被ばくするはずの地域の住民に線量計を携帯させて被ばく線量を測定した結果、「実際の年間被ばく量」が1~2mSv程度にとどまったなどというデータを示して、空間線量の高い地域への帰還を促進する意向を示しています。このデータには次のような問題があります。

まず、根本的問題ですが、「実際の被ばく量」は、個人線量計では測れません。その理由は、

- ① 個人線量計はガンマ線だけしか測れません。吸いこんだり呑みこんだ放射性物質(内部被ばく)のアルファ線、ベータ線は測れません。体の中に入り込んだ放射能を測れないために、被ばく量は過小評価されることとなります。

- ② ガラスバッジなどの個人線量計は、体の表面の線量計装着部位一点だけを通り抜けるガンマ線をはかるための道具です。その計測値が全身に浴びたガンマ線被ばくの信頼できる代表値となるかどうかは大いに疑問です。

もともとガラスバッジは、放射線が前面からやってくる放射線を測るための道具です(たとえば医療レントゲン検査)。原発事故の場合、放射線は、からだの周囲全方向からやってきます。背後からやってくる放射線は身体で遮蔽されます。左右からやってくるものは感度ゼロ(受光できない)です。足元からの放射線は何も遮蔽物が無くても感度ゼロです。ガラスバッジでは、体が受けている放射線量のおそらく 10%程度しか測れないと考えられます。

さらに政府が発表した個人線量計データには次のような重大な問題があります。

- ① 線量計を 24 時間携帯した住民の比率が不明(確認手段がない)
- ② 測定期間中空間線量の高い場所への出入りを避ける傾向がなかったかの検証が不明(実際の生活行動と同じだったかどうか疑問)

このように、政府は、

- ①空間被ばく線量を「モニタリングポスト」で 5 割引
- ②さらに「個人線量計」で 9 割引
- ③内部被ばくをゼロ査定

と言う術策を用いて、線量の高い地域への帰還を進めようとしているのです。

ちなみに、2012 年にドイツのマックスプランク研究所等の科学者が発表した論文(★08)によれば、今後 50 年間福島の中通り地区に居住した場合の**累積実効線量は 50mSv 前後**、福島第一原発近傍では、125mSv 以上になると推定されています(注:この論文の試算では、飲食による被ばくをゼロとしています)。前段で、原発事故においては、外部被ばくの 1.67 倍が内部被ばくを考慮した「総被ばく量」になること、医療被ばく(外部被ばく)10mSv 毎に発がんリスクが 3%ずつ増加することを述べました。これに沿って計算すると、**福島の中通り地域での生活を今後 50 年続けた場合、がんの発生が 25%増加するおそれがあること**になります。

◆日本政府の4つの誤り

3. 小児甲状腺がんを被ばくと関係ないと断定している (放射線被ばくの害の非科学的否定)

福島の甲状腺検診では、2013年12月の時点で、25万人から約100名(約2500人に1人)の頻度で甲状腺がん(およびその疑い)を持つ子どもさんが発見されていると推定できます。これが原発事故の放射線被ばくによるものかどうかについて論議が巻き起こっています。

政府は、原発事故と関係がないとする理由を二つ挙げています：

- ① チェルノブイリと比べて福島の甲状腺被ばく線量ははるかに少ない。
- ② チェルノブイリでは、事故の4年目までは甲状腺がんが増えなかった。
- ③ 福島事故以前に行われた日本の高校生と大学生に対する甲状腺検診で、約3000人に1人の頻度で甲状腺がんが発見されていた(★09)。

しかしながら、

- ① 福島事故直後の放射性ヨード被ばくの全貌が不明であるため、福島事故による甲状腺被曝量が少ないと断定することはできない。
- ② 超音波検査による甲状腺スクリーニングが始まったのは、チェルノブイリでは事故の4年後以降だが、福島では事故直後からである。事故後4年目までは、甲状腺がんが増えていなかったのではなく、増えているかどうかを調べていなかったのである。しかも、発生頻度のグラフを見ると、チェルノブイリでは、事故の翌年から、甲状腺がんが増え始めていた(★10)。
- ③ 上記の日本の高校と大学における検診は、超音波検査でなく触診で行われ、発見時年齢は18歳から22歳にわたる。この年齢層のバックグラウンドの頻度として参考となるデータであり、発見方法の違いを考慮すると、これら2校の頻度と福島の頻度に差が無いと考えることもできる。一方、福島調査における甲状腺がん(および疑い)例の平均年齢は16.9歳であり、年齢が進むほど甲状腺がん頻度が増えるという一般的傾向から見ると、若干の矛盾がある(頻度:2500対1 vs. 3000対1)。

と言う考察が可能です。

さらに、これまでに発見された小児甲状腺がんが原発事故と関連する事を強く支持する考察もあります。

- ① 小児甲状腺がんが発生してから、臨床的に発見されるまでの期間を考慮して、甲状腺がん頻度の検討を行った結果、福島の甲状腺がん頻度は、それまでの日本全体のトレンドを大きく上回っていた。さらに、その傾向は空間線量の高い地域ほど著明であるという分析が発表されている(岡山大学医学部津田敏秀教授)(★11)。
- ② 福島で発見された小児甲状腺がんの性比(男女比=1:1.1~1.6)が、女性優位の自然発生甲状腺がん(同 1:2.5~6.2)と大きく異なり、チェルノブイリ事故によって放射性ヨード被ばくを受けた甲状腺がん(同 1:1.6~2.0)あるいは、医療被ばくによる甲状腺がん(同 1:0.6~1.0)に類似していることから、福島甲状腺がんが放射線被ばくと強い関連があることが示唆される(★12)。

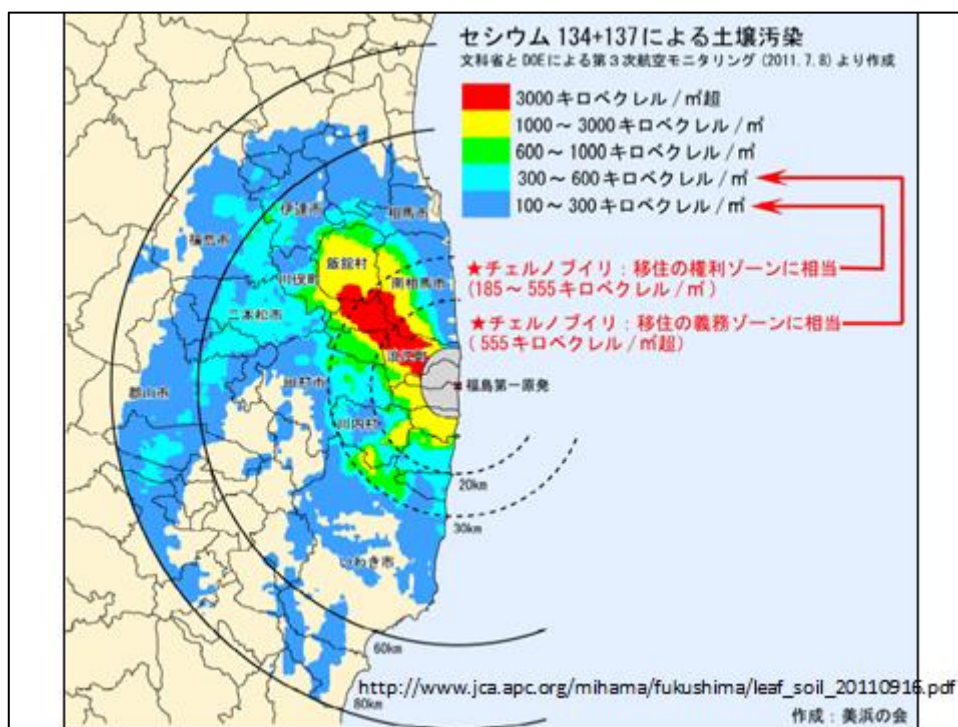
以上のデータの検討から次の事が言えます。

- ① 現時点で福島原発事故と甲状腺がんの関連を否定することは非科学的である:データを全体的に評価すると、放射線被ばくによる甲状腺がん増加のおそれが高いという前提で、対策を考える必要がある。
- ② 今後数年間の甲状腺がん発生のトレンドを注意深く追跡する必要がある。:チェルノブイリでは事故の5年目以降に甲状腺がんの激増が観察された。福島での監視活動の強化が望まれる。
- ③ 今後の放射線被ばくを出来るだけ減らす対策が必要である:原発事故後の放射性ヨード以外の核種(放射性セシウムなど)による長期慢性被ばくが甲状腺がん発生に関連する可能性が否定できない。
- ④ 甲状腺検診全体の受診率と二次検査受診率を上げる対策をしっかりと講ずる:放射線関連甲状腺がんの再発・合併症を減らすためには早期発見が必要である。

◆日本政府の4つの誤り

4. がんだけでなく様々な病気が増えるおそれがあることを無視している
(チェルノブイリの教訓の無視)

事故直後の福島では、多くの人々が、チェルノブイリ事故後の「移住の義務ゾーン」と同じ土壌汚染地域(下地図のライトブルーの地域)に暮らしていました。



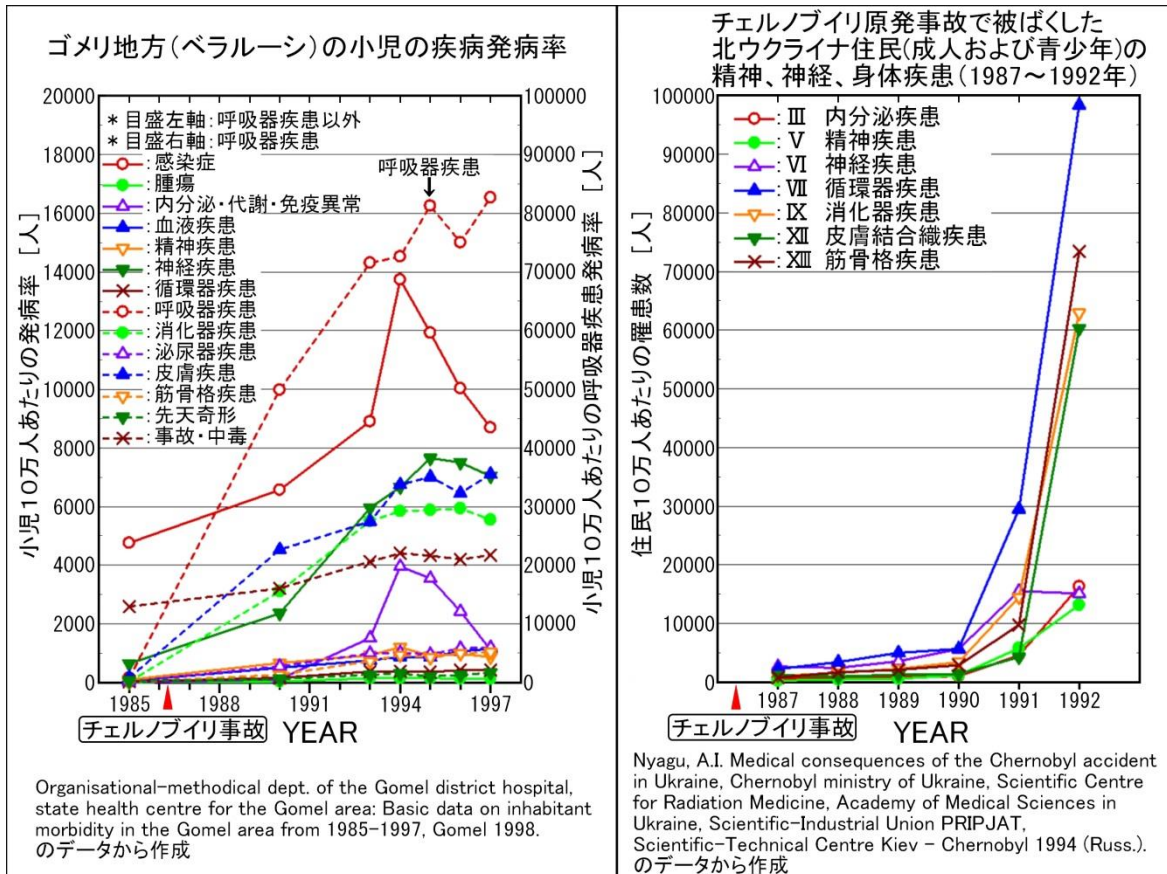
チェルノブイリでは、事故のあと、原発周辺の子どもたちに様々な病気が増えました。例えば、白血球と血小板が約10%減っていました。しかも、このような影響は、福島の中通りと同じくらいの空間線量の地域に住んでいるチェルノブイリのこども達に発生していたのです(★13)。

福島でも白血球は減っているでしょうか？

事故の2年後までに福島の子どもと大人の白血球を調べてみると、やはり白血球の一種である好中球が10%前後減っていることがわかりました。(★14)。

チェルノブイリ事故の後、原発周辺の子どもと大人に様々な病気が激増しました。これは、外部被ばくだけでなく、土壌、水、食品の放射能汚染によりもたらされた内部被ばくに原因があると考えられます。

したがって、事故前の10倍以上の空間線量の地域に住んでおられる地域の方々には、がんだけでなく、心臓病・脳卒中・呼吸器疾患など全身の様々な病気が増える心配が大いにあります。



【出典】

- ゴメリデータ: Organisational-methodical dept of the Gomel district hospital, state health centre for the Gomel area: Basic data on inhabitant morbidity in the Gomel area from 1985-1997, Gomel 1998.
- 北ウクライナデータ: Nyagu, A.I. Medical consequences of the Chernobyl accident in Ukraine, Chernobyl ministry of Ukraine, Scientific Centre for Radiation Medicine, Academy of Medical Sciences in Ukraine, Scientific-Industrial Union PRIPJAT, Scientific-Technical Centre Kiev - Chernobyl 1994 (Russ.).

以上の検討を踏まえて、私たちは日本政府に以下を要請します。

日本政府に対する4項目の要請(再録)

1. 放射線被ばくリスクの過小評価を改めよ—— 時代遅れの被ばくデータ固執を止め、最新の科学知見に沿って見直せ。リスク対経済効果の立場でなく、人権を基礎において国家施策を策定せよ。帰還者は年間1mSv以下で可能な限り低くなったときのみ帰還を推奨されるべきで、その間全ての避難者に財政的援助、給付金を提供すること。
2. 被ばく線量を大幅に小さく見積もるデータ操作を止めよ—— 個人線量計は、内部被ばくはもとより、外部被ばくも測れない。
3. 甲状腺検診をしっかりと継続せよ。同時に血液、尿検査を含むすべての健康影響に関する調査に拡大せよ—— 内部被ばく検査はホールボディカウンター(WBC)に限定せず、かつ影響を受けたすべての人々に対して実施すること。健康管理調査は、年間追加被ばく1mSv以上のすべての地域に住む人々に対して行うこと。
4. 被ばくリスクと被ばく線量の過小評価に基づいた避難指示解除と除染・補償の打ち切りをするな。東京電力の責任を明確にし、支払い責任を納税者に転嫁するな—— 「原子力事故 子ども・被災者支援法」実施の「復興庁」基本方針を見直し、「支援法」を完全実施すること。

以上