2015 年 1 月 13 日

放射線被ばくと健康管理のあり方に関する
市民・専門家委員会

「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」（「専門家会議」）による中間取りまとめの問題点

目次

I. はじめに：専門家会議の委員の問題、議論の進め方
II. 「中間取りまとめ」の具体的問題点
1．「基本的な考え方」では UNSCEAR2010 年報告、ICRP2007 年勧告の内容を意図的に曲解し、100mSv 以下のリスク評価を行っている
2．現在、福島県県民健康調査において明らかになってきている事象、とりわけ甲状腺がんについての疫学的な分析や、個々の症例についての分析・考察が行われていない
3．福島県で行われている甲状腺検査について、「疫学追跡調査」へ見直すよう提言。個々人の健康管理が蔑ろにされた
4．「専門家会議」では、実態を検討せず、一般論に基づき「偽陽性」「過剰診断」の議論が繰り返された
5．放射線による健康影響について、甲状腺がん以外のがんや、非がん疾患について検討していない
6．福島県内外で被ばく量を比較することは非科学的である。県外の被ばく量は低いとして、県外における健診を切り捨てることは認められない
7．甲状腺の初期被ばく線量評価は、プルームや短半減期核種のデータが限られていることを前提とすべきである。「中間取りまとめ」では、甲状腺スクリーニング 1080 人のデータが非常に不確かなのにもかかわらずそれを採用している。
8．国際機関の評価として、WHO と UNSCEAR のみに依拠しているが、内容に関する検証を行っていないばかりか、原典に書いていないことが引用されていたり、恣意的に引用されたりしている。また、WHO と UNSCEAR における警告的な部分を十分踏まえていない
9．福島原発事故における発がんリスクを「統計的な有意差を検出することは困難」とし、低線量被ばくにおける発がんリスクの有意性を示す多くの論文を無視している
10. 会議に招聘した外部専門家の意見を検討していない
11. 被害当事者の聞き取りをしておらず、そのニーズを踏まえていない
12. 被爆者援護法による総合的な保健・医療・福祉政策を手本にすべきである
13. 中間取りまとめは、あくまで「中間」であり、最終報告書ではないにもかかわらず、なぜそれに基づいた施策（案）が出されるのか
III. 終わりに：事故の被害拡大の責任および「一定の線量」を策定しなかった行政不作為

別紙１：深刻な甲状腺がんの症例
別紙２：UNSCEAR による福島県および近隣県の自治体ごとの 1 歳児甲状腺吸収線量の評価
別紙３：県境を超える放射性物質の広がり
別紙４：項目９に関わる、「専門家会議」が無視している外部識者の主なる意見
別紙５：原爆被爆者の 保健・医療のための施策・制度
別紙６：原爆被爆者とチェルノブイリ事故被災者（ウクライナ）の支援対象疾病
別紙７：被ばくに関わる健康管理対策の概略的な比較

Ⅰ．はじめに：専門家会議の委員の問題、議論の進め方

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」（以下「専門家会議」　座長：長瀧重信長崎大名誉教授）は、「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」（以下、「子ども・被災者支援法」）に基づき、同法十三条に定められた一定の線量以上の地域の住民の健診の実施や医療について、国の施策を検討するために設置された。中でも期待されたのは、福島県外での健診である。また福島県内外問わず、健診項目の再検討が期待された。開催要項にも「福島近隣県を含めて、国として健康管理の現状と課題を把握し、そのあり方を医学的な見地から専門的に検討することが必要がある」とある。

しかし内容以前に、専門家会議委員の選定、会議の進行には以下のように多くの問題があった。

- 会議構成委員の不適格性：委員の中には電力事業連合会から旅費等の補助を受けていた委員がいる[1]。また、放射線審議会長、原子力安全委員会の部会メンバーや緊急事態応急対策調査員など、ヨウ素剤が摂取されなかったことや SPEEDI が活用されなかったことに関して、責任があった委員もいる。加害者の側である彼等が事故の被害者である住民の健康影響を評価したり健康管理のあり方を審議することは、利益相反に該当し、不適切である。
- 不十分なデータの「妥当性」を論じることに時間を費やし、肝心の健診や医療のあり方についてはほとんど議論がなかった
- 住民からの意見聴取もなく、関東のホットスポット地域の自治体首長から提出された意見書についても検討の機会はなかった。また、それらの意見が資料として配布されることもなかった。
- 座長の強引な進行が目立ち、座長の意見に反する立場の発言を封じるような行為が少なくなかった。

さらに、福島県県民健康調査において、小児甲状腺がんの多発という点でも、転移を含む症状の深刻さという点でも、２巡目の検査で１巡目では見つからなかったがんが４例見つかるという点でも、実に深刻な結果が出ているのに、これについて分析・検討することなく、２巡目の４例が公表される前に「中間取りまとめ」の発表を行い、事実上会議を終わらせたことも問題である。

会議を経て作成された「中間取りまとめ」及び、「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）」については、以下の問題が指摘される。

- 会議で簡単に報告を受けただけの「UNSCEAR 報告」の恣意的な引用を主たる根拠に、福島原発事故の放射線による影響は識別できないとし、健診の必要性を否定した。低線量被ばくに関する有用な知見を無視し、外部専門家の意見聴取についても一切反映せず、結論ありきであった。
- 甲状腺検査の「過剰診断」論について、福島県県民健康調査の実態に即した反論があったにもかかわらず、「中間取りまとめ」でほぼそのまま採用し、健診のデメリットばかりを強調した。
- 「中間取りまとめ」は、健診の拡大につながる意見については、「という意見があった」という文言を付けて扱いを低くし、「施策の方向性」では完全に無視した。
- 健診の方針については、福島県県民健康調査における甲状腺検査に限定した。その甲状腺検査についても、「甲状腺検査の充実」と表現しているが、疫学的追跡調査に限定するとして

[1] 国会事故調査委員会報告書５．２．３参照

おり、実際上は縮小される可能性がある。

- 小児甲状腺がん以外の疾患については、全国がん登録やデータベースの活用により罹患動向を把握するというだけで、国としては健診を行わない方針である。焦点の福島近隣県については、甲状腺検査を含めて何もしないというものとなった。

このような議論の進め方により、個々人の健康管理という本来の目的は忘れられ、被ばくによって健康に不安を抱える住民の健康や心情を無視した、一部の研究者のための「提言」としか思えない結論となった。
以上のことから、この「中間取りまとめ」を、原発事故に伴う住民の健康管理施策の根拠にするべきではなく、環境省は施策の全面的な見直しを急ぐべきである。私たちは、広島・長崎の原爆やチェルノブイリ原発事故等の悲惨な経験と教訓を踏まえた数多くの研究、現在の福島県県民管理調査で明らかになってきた状況の分析、被害当事者の声の聞き取り等を通じて、原発事故子ども・被災者支援法の理念を実現するための施策の実施を改めて求める。

II.「中間取りまとめ」の具体的問題点

環境省 「専門家会議」の中間取りまとめには、具体的には以下の問題がある。

1.「基本的な考え方」では UNSCEAR2010 年報告、ICRP2007 年勧告の内容を曲解して、100mSv 以下のリスク評価について記述している。

中間取りまとめの「基本的考え方」では、低線量被ばくの影響を「統計的変動に隠れてしまう」とし、あたかも少ないかのような記述となっている。しかし、これは国際機関の文献の誤訳に基づくものである。たとえば、p.4 において、以下のような記述がある。

> 「それ（100 から 200mGy）より低い被ばく線量では、放射線によってがんの発症が増加したとしても、他の要因による発がんの統計的変動に隠れてしまうために放射線による発がんリスクの増加を疫学的に証明することは難しいとされている[6]。」

引用文献[6]は UNSCEAR 2010 年報告であるがその該当箇所をみると以下のように記述されている。

> Statistically significant elevations in risk are observed at doses of 100 to 200 mGy and above. **Epidemiological studies alone** are unlikely to be able to identify significant elevations in risk much below these levels. It is a complex process to extract from all informative studies an overall estimate of the lifetime risk of cancer induction from radiation exposure.
> 「疫学調査のみではこれらの線量（100 から 200mGy）以下における統計的に有意なリスクの上昇は同定しにくい。数ある全ての研究から放射線被ばくによる発がんの生涯リスクを推測するのは複雑な手順である。」（下線は筆者）

すなわち、UNSCEAR では疫学調査のみでは低線量のリスクが同定できないとしているのであって、この記述の後の部分において、放射線基礎研究成果の紹介がなされているのである。「中間取りまとめ」ではその部分を省略した上に、「統計的変動に隠れてしまう」と恣意的な翻訳をしている。

また、しきい値なし直線（LNT）モデルの採用理由に関しても虚偽がある。
中間取りまとめの「基本的考え方」においては、「100mSv を下回る低線量被ばくによって発がんのリスクが増加するという明白なエビデンスは得られていないが、ICRP は放射線防護の観点

から LNT (linear non threshold) モデルを採用している」として、あたかも ICRP が安全側にたって LNT を採用しているかのような書き方であるが、これは誤りである。

ICRP2007 年報告の 32 項に於いて LNT モデルを採用した理由を a」放射線量評価のための人の解剖学的及び生理学的な標準モデル、ｂ）分子及び細胞レベルでの研究、ｃ）動物実験を用いた研究、ｄ）疫学的研究の利用に基づいていると説明している。

また、「100mSv を下回る低線量被ばくによって発がんのリスクが増加するという明白なエビデンスは得られていない」については誤りであり、近年多くの有力な研究論文[2]が低線量被ばくにおける発がんリスクの増大を示している。これについての詳細は本稿「９.」で述べる。環境省の「中間取りまとめ」ではこれらの研究論文を理由を示さずに無視している。

２. 現在、福島県県民健康調査において明らかになってきている事象、とりわけ甲状腺がんについての疫学的な分析や、個々の症例についての分析・考察が行われていない。

福島県立医大では手術 85 例中に低分化がん 3 例、肺転移 2 例、およびリンパ節浸潤あるいはがんの大きさ 1cm 以上のものが 7 割を占めるという悪性度の高い症例がほとんどであったことが明らかになっている[3]。同様の指摘は「専門家会議」第 9 回の外部有識者である宮内氏からも述べられている。にもかかわらず、この実態を議論すらしていない。また、アメリカ疾病予防センターが公表しているように、小児甲状腺がんでは潜伏期最短 1 年[4]という新しい知見についても検討すらしてこなかった。

12 月 25 日に開催された第 17 回福島県県民健康調査委員会において、1 巡目の検査で「異常なし」とされた子ども４人が、今年４月から始まった２巡目の検査で甲状腺がんの疑いと診断されていたことは重要な問題である。鈴木眞一福島県立医大教授は、１巡目の見落としを強く否定している。

---

[2] 放射線影響研究所、LSS 第 14 報（RADIATION RESEARCH 177, 229‑243,2012）、
Cardis15 ヶ国 60 万人の原子力労働者を対象とした調査（British Medical Journal, vol.331, July 2005）、
Mathews らが行ったオーストラリアの CT スキャン検査（British Medical Journal vol.346, no.f2360, 2013）は、全ての固形がんによる過剰相対リスクは低線量でも線量に比例して直線的に増加することを示している。
E.Cardis らの 15 ヶ国 60 万人の原子力労働者を対象とした調査で、年平均 2 ミリシーベルトの被ばくをした原子力労働者にガンによる死亡率が高いことが判明している ; Mathews らが行ったオーストラリアの CT スキャン検査（典型的には 5～50mGy）を受けた若年患者約 68 万人の追跡調査の結果、白血病、脳腫瘍、甲状腺がんなどさまざまな部位のがんが増加し、すべてのがんについて、発生率が 1.24 倍増加したと報告されている；イギリスで行われた自然放射線レベルの被ばくを検討した症例対照研究の結果、累積被ばくガンマ線量が増加するにつれて、白血病の相対リスクが増加し、5mGy を超えると統計的にも有意になること、白血病を除いたがんでも、10mGy を超えるとリスク上昇がみられることが明らかになった 。
Fuzik および山下俊一らは、チェルノブイリ事故による放射性ヨウ素の甲状腺推定平均被ばく量をウクライナ全国の州にあてはめ、高被ばく（35mGy 超）の 6 地域と、低被ばく（35mGy 以下）の 22 地域における甲状腺がんの発生率を比較した。その結果、低被ばく地域二比べ高被ばく地域で発生率の傾向に有意な差があることが示された。
もっとも急激に増加したのは高被ばく地域の若年齢（0-19 歳)グループであった。のみならず、40 歳以上の年齢層でもその傾向が示された。こうした研究結果を受けて、3.11 後の原子力安全委員会では、原子力事故時のヨウ素剤投与対象者を従前の「40 歳未満の者」から原則的に「全員」と変更したという経緯がある。（Radiation & Environmental Physics (2011)50:47-55)

[3] 第 16 回および 17 回福島県民健康調査（2014 年 8 月 24 日および 12 月 25 日）、福島県立医科大学鈴木真一教授の日本癌学会での発表（2014 年 8 月 29 日）

[4] 注 2；Minimum Latency & Types or Categories of Cancer
http://www.cdc.gov/wtc/pdfs/wtchpminlatcancer2013-05-01.pdf

福島県立医大・国とも、現在まで見出された甲状腺がんについて、スクリーニング効果とし、「30～40 年後にでてくる甲状腺がんが前倒しで発見された」「放射線被ばくの影響が生じるのは４～５年後から」としてきた。しかし、２巡目の甲状腺がんの発見は、この説明が覆ったことを示唆している。１巡目の検査のときに、この４人の子どもたちは A１または A2 判定であり、少なくとも 5mm 以上の結節はなかったことになる。腫瘍の大きさは 7.0mm から 17.3mm であり、2～3 年のうちにかなり早いスピードで腫瘍が大きくなったと見られる。

この非常に重要な事実の公開がなぜ遅れたのか定かではないが、この結果については、環境省専門家会議も把握していたはずである。本来であれば、中間取りまとめを遅らせても議論すべき重要な事項であり、国としても、健診の拡大や２巡目の積極的な受診を呼びかけるなど、早急に対応すべき状況であるが、専門家会議はそのような検討は行わずに、先に「中間取りまとめ」を済ませ、事実上会議を終わらせてしまった。

3. 福島県で行われている甲状腺検査について、「疫学追跡調査」へ見直すよう提言。個々人の健康管理を蔑ろにしている

福島県内において「被ばくが少ないと考えられる住民を含む広範囲の住民全体に引き続き一様な対応を行うことが最善かどうかについては議論の余地がある」として、縮小を示唆、さらに、「疫学的追跡調査として充実させることが望ましい」とした。

環境省は「中間取りまとめ」を基に「当面の施策の方向性（案）」を公表。「甲状腺検査の充実」という言葉を使っているが、実際には、健診の内容や対象を拡充するどころか、受診者を絞り込むことを意味する。「疫学目的で充実させる」ことばかりが強調され、個々人の健康管理について、現在の福島県県民健康調査の方法や内容が妥当かどうかについては、まったく検討されなかった。

健康被害の未然防止という観点に立てば、健診の目的は個々人の健康管理を優先させ、疫学調査については、線量再構築の問題とともに体制や方法など別途詳細に検討すべきである。実際、福島県県民健康調査は、「県民の健康状態を把握し、疾病の予防、早期発見、早期治療につなげ、もって、将来にわたる県民の健康の維持、増進を図ることを目的」としている。

疫学目的となれば、調査の対象は、リスクの高いグループ全員である必要はなく、その結果は個々人に還元されるよりも、社会全体もしくは後世に還元されることを意味し、（表参照）、全く性質の異なる研究へと変質する。

調査に同意しない人が調査範囲からはずされてしまうのはもちろん、居住地域などによって、大幅な対象の絞り込みが行われる恐れが生じる。このことによって、本来見つかるかもしれない疾病が、見つからない可能性もでてくる。

個人の健康管理と疫学目的の調査の差異

	個人の健康管理	疫学
利益の還元先	基本的には受診した人	社会全体・後世
対象	基本的には、リスクがある人すべて	被ばくリスクが高いグループ＋対照群 必ずしも全員ではない 疫学目的に同意が必要

「県民健康調査」検討委員会の星北斗座長も、被曝影響があるかどうかの学術的研究に力点を置くのではなく、「県民の健康を見守っていくほうに重きを置くべき」と明言している。検診の「不利益」が強調されながら、個人の健康被害の未然防止の「利益」には触れられずに、「疫学検査」の「利益」が結論づけられるというのは、住民軽視であり、倫理的にも問題がある。[5]

4.「専門家会議」では、実態を検討せず、一般論に基づき「偽陽性」「過剰診断」の議論が繰り返された

専門家会議において祖父江友孝委員は、県民健康調査の不利益を強調し、がんと診断された中には、「放置しても本人のがんには至らないようなものもあったのではないかということは当然考えられる」と指摘し、これを「過剰診断」とした。さらにＡ２判定が「偽陽性」であり、これにより不安がもたらされたとした。

しかし、これまで手術での確定診断において良性であったことが判明したのは１例のみである。

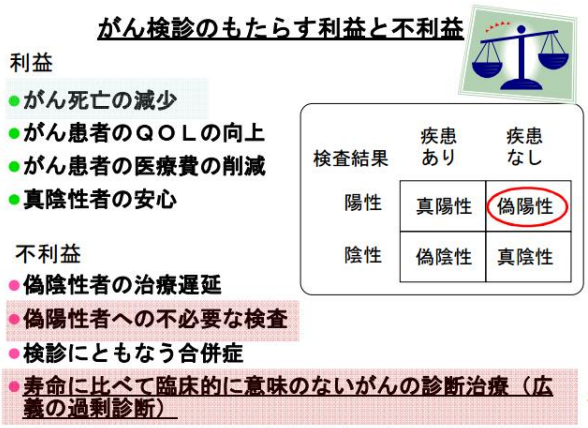
また、福島県立医大は、手術５４例中、低分化ガン２例（病理結果）、肺転移の疑い２例（術前診断）、甲状腺外浸潤 37%（術後病理診断）、リンパ節転移は 74%が陽性（術後病理診断）という悪性度の高い症例であったことを明らかにしている[6]（別紙１）。

県民健康調査の実施主体である福島県立医大の阿部正文委員は「高リスクの条件にあったものにだけ手術を適用している」と説明していた。また、Ａ２判定は「偽陽性」ではなく、清水一雄委員が「関係者を含めてきちっと説明してそれでやるべき」と指摘したように、受診者に対する説明が不十分である など、検査のやり方からくる問題である。

「中間取りまとめ」では、「寿命をまっとうするまで症状を呈しない小さな甲状 腺がんまで発見する可能性」があるとしたうえで、これが「心身の負担につなが る」としている。Ａ２問題は引っ込めたが、「偽陽性」の問題があるとし、「検査結果が判明する まで詳細な検査を受ける身体的負担や、がんではないかという不安による精神的 負担が生じる」などとしている。

そもそも、住民の不安の原因は、健診を行うからではなく、原発事故による放射線の被ばくによるものである。平時に利益よりも不利益が著しく大きい健診を受診させることの問題（祖父江氏はまさにそのような健診を推進してきた立場にある）である「過剰診断」論をもちだすことはおかしい。被ばくとそれによる不安が現にあり、福島県内外の住民から健診の希望が出ている中で、原発事故の責任の一端を担う国が、個々人の健康管理を優先し、これを積極的に支援するのは当然のことである。しかも、既に手術を急ぐ深刻な事例が出ている状況ではなおさらである。

会議では、早期治療のメリットや健診により不安が解消されることの指摘もあったが、中間取りまとめではそのような「意見もあった」とあるだけで、施策には反映されていない。



（左図）第７回専門家会議祖父江友孝委員提出資料。一般的ながん検診にの利益・不利益論に基づいている。また不利益のみが強調された。他の委員からは以下の反論があった。

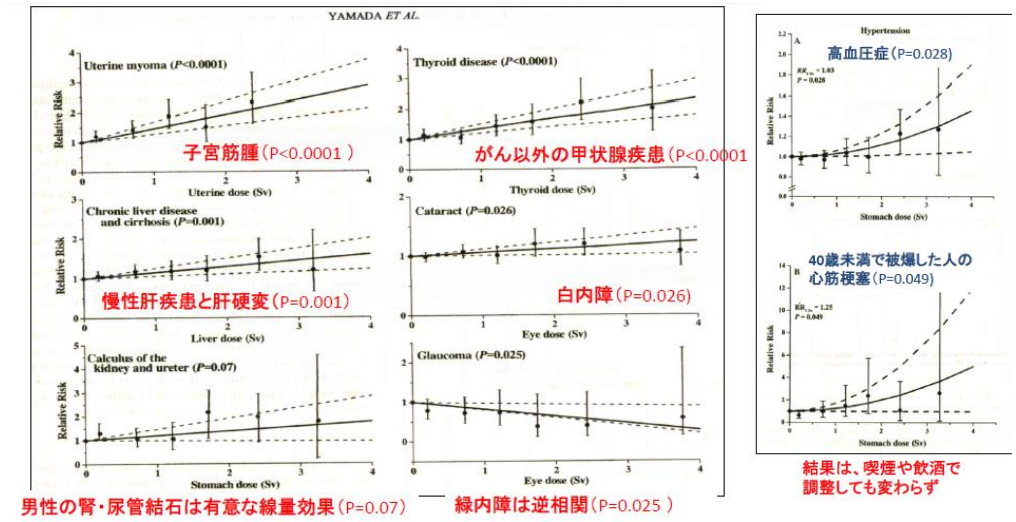
・県民健康調査…転移など必要な場合に手術している。不必要な治療は行っていない。
・説明をしっかりとしたうえで実施すべき
・数%の低分化がんはすぐに対処が必要
・子どもの甲状腺がんはデータがない
・ＱＯＬの向上、真陰性者の安心は大きな利益。
・公衆衛生と個人の健康がごっちゃになっている
・被ばくがあり希望が出ているのなら対応すべき

[5] 第 17 回福島県民健康調査検討委員会および記者会見（2014 年 12 月 25 日）
[6] 2014 年 11 月 11 日「県民健康調査」検討委員会　第４回「甲状腺検査評価部会」　資料３

5. 放射線による健康影響について、甲状腺がん以外のがんや、非がん疾患について検討していない。

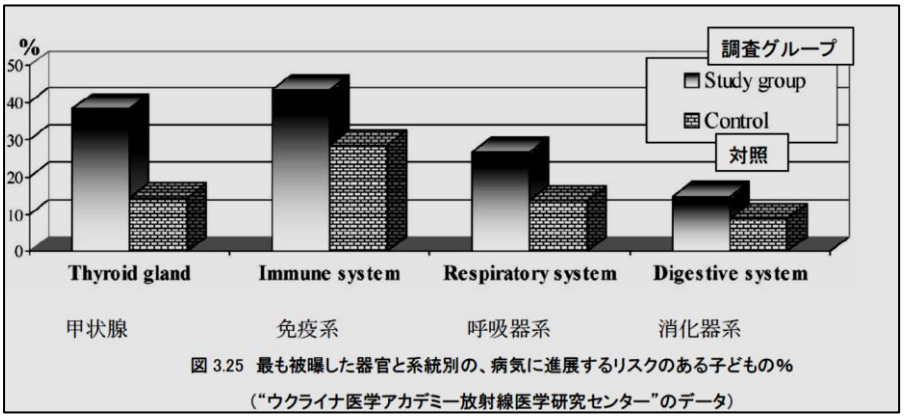
中間取りまとめでは、「放射線被ばくにより遺伝性影響の増加が識別されるとは予想されないと判断する」「今般の事故による住民の被ばく線量に鑑みると、不妊、胎児への影響のほか、心血管疾患、白内障を含む確定的影響（組織反応）が今後増加することも予想されない」（p.22）としているが、その根拠は WHO と UNSCEAR 報告書の評価に依拠したに過ぎず、会議の中では検討すらされてこなかった。

がん以外の疾患（非がん疾患）に対する放射線の影響を長期にわたって調査している原爆被爆者の成人健康調査によれば、いくつかの疾患で放射線の影響が示されている（下図）[7]。



原爆被爆者の成人健康調査第 8 報（Radiation Research161:622-32,2004）より吉田由布子氏作成。

がん以外の疾患はチェルノブイリ事故による被ばく者の間でも、また世代を超えた形でも増加が示されており、それに対する研究も続けられている。非がん疾患に関してこれまでにさまざまな研究結果が紹介されている[8]。したがって、がん以外の疾患に対する健康影響も考慮されなければならない。



（出典：「チェルノブイリ被害調査・救援」女性ネットワーク翻訳資料、Twenty-five Years after Chernobyl Accident: Safety for the Future. National Report of Ukraine, 2011）

---

[7] 原爆被爆者の成人健康調査第 8 報（Radiation Research161:622-32,2004）において、少なくとも各臓器線量 1mSv 以上の被ばくにより、子宮筋腫、がん以外の甲状腺疾患、慢性肝疾患と肝硬変、白内障、男性の腎・尿管結石、高血圧症、40 歳未満で被ばくした人の心筋梗塞といった非がん疾患が、線量の増加と共に有意に増加していることが示されている。

[8] “HEALTH EFFEFCTS OF THE CHORNOBYL ACCIDENT: a Quarter of the Century Aftermath”,ウクライナ放射線医学センター、長崎大学グローバル COE プログラム「放射線健康リスク制御国際戦略拠点」、2011 年 8 月；Health Effects of Chernobyl - 25 years after reactor catastrophe, IPPNW ドイツ支部、2011 年 4 月；『チェルノブイリ被害の全貌』A.ヤブロコフ、日本語版 2013 年 4 月など

6. 福島県内外で被ばく量を比較することは非科学的である。県外の被ばく量は低いとして、県外における健診を切り捨てることは認められない。

中間取りまとめでは、「放射性ヨウ素による被ばくについては、福島県内よりも福島近隣県の方が多かったということを積極的に示唆するデータは認められていない」（p.32）とし、福島県外における甲状腺検査の必要性を否定した（「個別の健康相談やリスクコミュニケーション事業等を通じてこれまでに得られている情報を丁寧に説明する」としている）。

しかし、一律に県外の被ばく量は低いとして、健診の必要性を切り捨てることは非科学的であり、認められない。県内外での被ばく量を比較することの無意味さや非科学性については、委員会内部からも批判があった。

放射性物質が県境を越えて各地に飛散していることを示しているデータは徐々に増えており、今後解明が期待される。次項に示すように、現状では、甲状腺の初期被ばく量については、ほとんど評価されていないことを前提とすべきである。

7. 甲状腺の初期被ばく線量評価は、プルームや短半減期核種のデータが限られていることを前提とすべきである。「中間取りまとめ」では、甲状腺スクリーニング 1080 人のデータが非常に不確かなのにもかかわらずそれを採用している。

初期のヨウ素 131 およびヨウ素 132（テルル 132 の壊変によるものなど短寿命核種によるも含む）による被ばくにおいては、吸入摂取も不明であるし、経口摂取も不明である。食品の汚染測定の指示が出されたのは 2011 年 3 月 18 日であり、それ以前の汚染食品がどのように流通し摂取されたかまったくわかっていない。厚労省の初期データ（3 月 18 日～20 日頃）によれば、福島県産品よりも茨城県や栃木県産品の野菜類にヨウ素 131 の高い濃度が示されている。18 日以前の汚染食品の流通・摂取の状況は不明であり、福島県においても近隣県においても、被ばく量を推測できていない。

「中間取りまとめ」では、「放射性ヨウ素による被ばくについては、福島県内よりも福島近隣県の方が多かったということを積極的に示唆するデータは認められていない」と述べているが、上記の事実からもこのように決めつけることは決してできない。また、福島県の甲状腺検査の 2 巡目にみつかった甲状腺がんの子ども 4 人の内 3 人の外部実効線量が 1mSv 未満から 2.1mSv（県民健康調査基本調査による推定）であったことは、近隣県でも同等の外部線量が推定される例もあり、甲状腺被ばく量が不明であるため、福島県外でも甲状腺がんのリスクがあることを意味している。初期のヨウ素については、事故後初期に民間で母乳や尿検査を実施した例もある。明石委員、本間委員も被ばく線量再構築の必要性を述べており、初期のデータの収集を広く呼びかけ線量の再構築に努めることが重要であり、安易な楽観的線量評価は慎むべきである。

8. 国際機関の評価として、WHO と UNSCEAR のみに依拠しているが、内容に関する検証を行っていないばかりか、原典に書いていないことが引用されていたり、恣意的に引用されたりしている。また、WHO と UNSCEAR における警告的な部分を十分踏まえていない。

＜UNSCEAR による評価[9]について＞

UNSCEAR による被ばく線量評価としてチェルノブイリ事故よりも低いとしており、チェルノブイリ原発事故のような健康被害は生じないかのような記載となっている[10]。

---

[9] UNSCEAR 2013 Report. Volume I:Report to the general assembly, scientific annex A: Levels and effects of radiation exposure due to the nuclear accident after the 2011 great east-Japan earthquake and tsunami., UNSCEAR (2013)

[10] 中間取りまとめⅡ　２．（２）（３）では「チェルノブイリ事故に比べて低いため、チェルノブイリ事故

しかし、線量が低い根拠としては、東電福島原発事故による日本全体の集団線量とチェルノブイリによる欧州全体の集団線量を比較する記載があるだけである[11]。

UNSCEAR が行ったチェルノブイリ原発事故の評価[12]と比較しても、下表の通り、自治体ごとの平均線量で比較して見れば[13]、東電福島の被ばく線量がチェルノブイリより低いとは一概には言えない。

UNSCEAR報告による福島とチェルノブイリ、事故後1年の実効線量比較（成人）
（1歳児では成人の2倍以内と見積もられている）

2013 年報告書（本文和訳先行版） p30
図VIの線量区分および色分けより

2008 年報告書 p134-138 表 B13
合計線量 1986 年より　州（市）ごとに加重平均、
左の 2013 年報告書図VIに合わせて線量区分および色分け

3.5-4.3	福島県（避難区域外）	福島市、二本松市、桑折町	ベラルーシ	ゴメリ	3.65
1.5-3.5	福島県（避難区域外）	いわき市、南相馬市、郡山市、伊達市、須賀川市、白河市、相馬市、本宮市、田村市、三春町、西郷村、国見町、大玉村、新地町、天栄村、会津坂下町、北塩原村	ロシア連邦	ブリャンスク	2.78
0.5-1.5	福島県（避難区域外）	上記以外	ベラルーシ	モギレフ	1.18
	宮城県	角田市、白石市、丸森町、山元町	ロシア連邦	ツーラ	0.56
	茨城県	阿見町、取手市、日立市、守谷市、ひたちなか市、笠間市、かすみがうら市、土浦市、稲敷市、牛久市、竜ヶ崎市、利根町	ウクライナ	ジトミール、キエフ、リウネ、チェルカースィ、チェルニウツィー、ヴィーンヌィツア、キエフ市、イワノーフランキフスク	0.51-1.46
	栃木県	那須塩原市、那須町、大田原市、矢板市、日光市、塩谷町			
	群馬県	みどり市、中之条町、川場村、高山村、			
	千葉県	流山市、柏市、我孫子市、印西市、八千代市、白井市、野田市、松戸市			

表作成：瀬川嘉之

また、「中間取りまとめ」では、福島近隣県は福島県内よりも多くの被ばくを受けてはいないとしている。

これは、UNSCEAR の結果を一括りにしているからであって、UNSCEAR が使用しているデータ（次ページ図および別紙１）や新たなデータ[14]（別紙２）を見れば、放射性ヨウ素も放射性セシウムも、福島県外において福島県と同等レベルの汚染の広がりを示しており、線量評価も検討の余地がある[15]。

後のように甲状腺がんが多数増加するとは考えられない」「少なくともチェルノブイリ事故よりも被ばく線量が低いと判断できるとした評価には同意することができる」とある。

[11] 「中間とりまとめ」脚注 9 に「UNSCEAR 2013 年報告書には、「福島第一原発事故後の日本の住民の集団実効線量は、チェルノブイリ事故後の欧州住民の集団実効線量の約 10～15%である。同様に集団甲状腺吸収線量は、チェルノブイリのそれの約 5%であった」との記載がある。

[12] UNSCEAR 2008 REPORT Vol. II Annex D, Health effects due to radiation from the Chernobyl accident
http://www.unscear.org/docs/reports/2008/11-80076_Report_2008_Annex_D.pdf

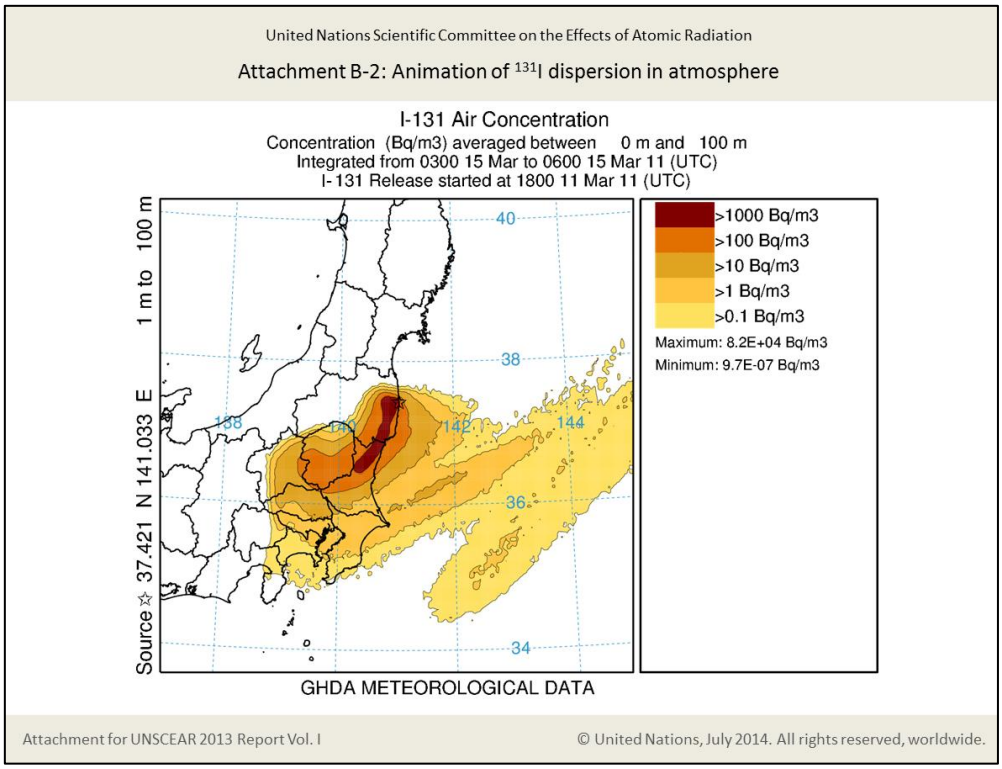
[13] UNSCEAR は、Ⅱ　２．（３）にあるように甲状腺吸収線量、実効線量とも「地域・地区ごとの平均線量を推計することを目的」としており、2008 年報告書でチェルノブイリについて州・汚染区域ごとの平均線量を推計しているにもかかわらず、2013 年報告書ではそれとの比較を行っていない。

[14]平成 24 年度「SPM 捕集用ろ紙に付着した放射性核種分析報告書」（平成 25 年 3 月首都大学東京、平成 25 年度「放射性物質測定調査委託費(浮遊粒子物質測定用テープろ紙の放射性物質による大気中放射性物質濃度把握)事業報告書」（平成 26 年 3 月　公益財団法人日本分析センター）など

[15] Ⅳ　４．（４）では「福島近隣県において福島県内の避難区域等よりも多くの被ばくを受けたとは考えにくい」としている。しかし、Ⅲ　２．（１）に示された宮城県や栃木県の外部ひばく線量は UNSCEAR による避難者の線量推定より高いものがある。

中間取りまとめにおいては、UNSCEAR の見解が「原発事故に伴う追加被ばくによる健康影響が自然のばらつきを超えて観察されることは予想されない」としているが、UNSCEAR 報告書の中で、「(識別されないということは) リスクや今後の症例発症、それに伴う苦痛がないという意味ではない」としていることには触れていない。

また、中間とりまとめのⅡ　２．（３）に「なお、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 100 mSv を下回る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。しかし、UNSCEAR2013 年報告書には該当箇所が見当たらない[16]。



（出典：Attachment for UNSCEAR 2013 Report Vo.1）

＜WHO による評価[17]について＞
主要な結論であるはずのがんリスクの増加について、中間取りまとめのⅡ　２．（１）では、最も汚染が顕著であった地域の１歳児で「甲状腺がんについて数十%、白血病、乳がん、全固形がんについて数%、罹患の生涯寄与が増加する」としている。実際には、WHO 報告書では、前者については 70%、後者はそれぞれ７%、６%、４%と評価している。また、中間取りまとめでは上記の記述に続いて「ベースラインリスクがもともと小さいため、過剰発生は少数にとどまるこ

[16] 類似した箇所に下記がある。ここでは、UNSCEAR が LNT モデルを使った健康影響数の算出をしないことにしたとしているだけであって、該当箇所のような一般論ではない。

(a) A linear non-threshold (LNT) dose–response model for solid cancer and a linear-quadratic non-threshold dose–response model for leukaemia. While the Committee noted that these models had been used for radiation protection purposes [I21], it also noted that the current state of knowledge on the risk of cancer from doses of the order of 100 mSv or less was quite limited, although some but not all data were compatible with the risks of cancer from such doses not being seriously underestimated by the LNT model. The Committee has previously decided not to use models to project absolute numbers of health effects among populations exposed at such levels, because of large and unavoidable uncertainties in the predictions.

[17] Health risk assessment from the nuclear accident after the 2011 Great East Japan Earthquake and Tsunami.,WHO (2013)

とを指摘している」とあるが、WHO 報告書ではこれは甲状腺がんについてのみ相当していることである。

WHO 報告書では続いて、最も汚染が顕著であった地域に次いで汚染された地域では、発がんリスクへの寄与率は上記の半分、さらにその次の実効線量 3-5 mSv の地域では３分の１から４分の１としている。

以上のように WHO 報告書では、UNSCEAR が行っていない健康リスク評価を行っているのが、「中間取りまとめ」ではこれに関しては取り上げず、WHO 報告の意義を損なっている。

さらに、県民健康調査「甲状腺検査」を「WHO 報告書でも言及されている疫学的追跡調査として充実させることが望ましい」としている。しかし、WHO 報告書には、疫学的追跡調査の前に、早期の診断により罹患率や死亡率減少をめざす医学的追跡調査があるのを無視し、恣意的な引用となっている[18]。

９. 福島原発事故における発がんリスクを「統計的な有意差を検出することは困難」とし、低線量被ばくにおける発がんリスクの有意性を示す多くの論文を無視している。

中間取りまとめにおいては、「被ばく線量が低ければ被ばくに起因するがんの罹患リスクは低くなり他の様々な要因（生活習慣や環境要因等）の影響が強く現れることになるため、調査対象とする人数を増やしても統計的な有意差を検出することは現実的には困難」「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」（p.22）としている。その理由は、「被ばく線量が低い」というものであるが、被ばく線量把握と評価の不十分さ・不確かさについては既に述べてきたとおりであり、「統計学的有意な発がんリスクが見出せない」と断定できる根拠になりえない。さらに、低線量被ばくにおける発がんリスクの有意性を示す多くの論文を無視している[19]。

また 2013 年 5 月 23 日、国連人権理事会で特別報告者アナンド･グローバー氏は、日本政府に対し「外部被ばく線量 1mSv 以上の地域に居住する人々に対し、健康管理調査を実施すること。子どもの健康調査は甲状腺検査に限らず実施し、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すること」をはじめとする勧告[20]を行った。この勧告の内容はまさに「専門家会議」の

---

[18] WHO は健康リスクに対する人々の懸念に応えて安心を提供することもできる医学的追跡調査と被ばくによる影響を検出するための疫学的追跡調査を峻別して、両者をこの順に記載している。さらに、前者を益あるものにするための条件と後者で明確にすべき目的を記載している。
Ⅳ　４.（３）では後者のみに言及して「福島県民の将来の安心を確保するため、（中略）甲状腺がんの有無に関する科学的知見を得られるようなものとして充実させるべき」としており、前者の価値を認識せず、両者を混同しているように見受けられる。

[19] 放射線影響研究所、LSS 第 14 報（RADIATION RESEARCH 177, 229-243,2012）、
Cardis15 ヶ国 60 万人の原子力労働者を対象とした調査（British Medical Journal, vol.331, July 2005）
Mathews らが行ったオーストラリアの CT スキャン検査（British Medical Journal vol.346, no.f2360, 2013）は、全ての固形がんによる過剰相対リスクは低線量でも線量に比例して直線的に増加することを示している；E.Cardis らの 15 ヶ国 60 万人の原子力労働者を対象とした調査で、年平均 2 ミリシーベルトの被ばくをした原子力労働者にガンによる死亡率が高いことが判明している；Mathews らが行ったオーストラリアの CT スキャン検査（典型的には 5～50mGy）を受けた若年患者約 68 万人の追跡調査の結果、白血病、脳腫瘍、甲状腺がんなどさまざまな部位のがんが増加し、すべてのがんについて、発生率が 1.24 倍増加したと報告されている;イギリスで行われた自然放射線レベルの被ばくを検討した症例対照研究の結果、累積被ばくガンマ線量が増加するにつれて、白血病の相対リスクが増加し、5mGy を超えると統計的にも有意になること、白血病を除いたがんでも、10mGy を超えるとリスク上昇がみられることが明らかになった 。

[20] Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of

検討事項と深く関連していたにもかかわらず、会議のなかで言及もしていない。このことは、「専門家会議」が国連機関の報告を恣意的に取り上げていることを示している。

したがって、福島県外で住民や首長がもとめている健康診査を行わない理由とはなりえない。

10. 会議に招聘した外部専門家の意見を検討していない。

委員会に招聘された外部の専門家からの意見がほとんど無視されている。（別紙３に記載）

11. 被害当事者の聞き取りをしておらず、そのニーズを踏まえていない

専門家会議の設置理由として、「子ども・被災者支援法」に記載されている健診等の施策を検討することがあげられる。

子ども・被災者支援法の基本方針案が発表され、パブリック・コメントに付された 2013 年には、放射線被ばくのリスクに切実な関心を持つ福島内外の住民たちや千葉県内の自治体をはじめとして、多くの当事者たちが、幅広い健診の実施を求めた。

これらの要請への回答として、政府は専門家会議の設置をあげたのである。

また、専門家会議が発足する前から、被害当事者たちは、委員会のメンバーに被害当事者の代表を入れること等を求めてきた。

さらに専門家会議が発足したあとにも、被害当事者のヒアリングを行うよう、市民団体のみならず、「子ども・被災者支援国会議員連盟」も求めてきた。しかし、これらの要請はすべて無視され、結果的に専門家会議は被害当事者の声をきくことなく、そのニーズからかけ離れた議論が進められたのが実情である。

12. 被爆者援護法による総合的な保健・医療・福祉政策を手本にすべきである。

放射線被ばくに対する国の施策は、広島・長崎原爆による被爆者援護法が基本である。この法の下で、被爆者に対し、国の責任において、健診の実施、医療の給付、各種手当の支給等、総合的な保健・医療・福祉施策が講じられている。過小評価との批判はあるものの、広島の場合、国の推定では爆心から 4km 地点で 0.05mSv とされており、被爆地域は 5 ㎞付近まで指定されているので、さらに低い推定被ばく量でも被爆者健康手帳の入手が可能である。長崎では 12km まで指定されており、さらに低い線量も推測される。放射線との因果関係が求められる原爆症においては 3.5km 以内での被ばく（1mSv 以上に該当）が認定の積極的要因のひとつとなっている。

福島第一原発事故に関して制定された「子ども・被災者支援法」は、こうした被ばく者援護の歴史的経緯、かつ、あまたの公害事件での長期にわたる苦い教訓をふまえて立案されたものである。JCO 事故後の周辺住民の健康診査が推定被ばく量 1mSv 以上の希望者とされていること、前述した国連人権理事会「健康の権利」特別報告者の勧告も踏まえ、少なくとも年 1mSv 以上の追加被ばくがあった地域、今後もそれが想定される地域での、国の責任による総合的な保健・医療・福祉の対策を講じることが必要である。

---

physical and mental health, Anand Grover, Mission to Japan (15- 26 November 2012)
http://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session23/A-HRC-23-41-Add3_en.pdf

13. 中間取りまとめは、あくまで「中間」であり、最終報告書ではないにもかかわらず、なぜそれに基づいた施策（案）が出されるのか。

JCO 事故の際には、事故からおよそ 1 ヶ月後に国の原子力安全委員会の中に「健康管理検討委員会」が立ち上げられ、12 回の会合の後、中間取りまとめを発表し（2000 年 1 月）、パブリックコメントにかけ、その 2 ヵ月後に最終報告書をまとめた（同年 3 月）。福島原発事故後に、どうして同様の対応ができないのか。上述してきたように、不十分な「中間取りまとめ」に基づいた施策が有効性を持つはずがない。

III. 終わりに：事故の被害拡大の責任および子ども・被災者支援法で「一定の線量」を策定しなかった行政の不作為

原発事故被害者の健康管理のあり方を審議する立ち位置は、東電及び政府が防げたかも知れない事故の拡大を引き起こした責任を負うべきであるとの認識にたってなされることが前提であろう。しかし、この中間取りまとめにはその姿勢が全く見られない[21]。

放射能の広がりを予測して避難に役立てるべきであった SPEEDI の情報に至っては当局は住民に知らせる意図さえなかった。そのため住民は放射性プルームが流れた風下に逃げ、不必要な被ばくを受けた。安全委員会からのヨウ素剤摂取の指示も住民に伝わらずほとんどの住民が飲まなかった。更に 3 月 14 日から 17 日の放射能サンプリングを文科省が止めたために、この間の汚染状況が掴めていない。甲状腺被ばく検査も僅かな人数しか測定しなかったために、今日、初期被ばくの実態を把握することがきわめて困難な状況が生まれた。

東電福島第一原子力発電所事故は、国の責任によって発生した事故である。従って、国が健康問題について責任を負う。専門家会議の設置根拠とされている「子ども・被災者支援法」は、こうした考えのもと、2012年６月に成立した議員立法である。「放射線が人の健康に及ぼす危険について科学的に十分に解明されていない」ことを前提に、一定の基準以上の放射線量が計測される地域に居住している住民に対し、支援を行うことを目的としている。

中でも「放射線による健康への影響に関する調査、医療の提供等」を定めた13条は、提案者の森まさこ議員（自民）が「（同法は）子どもの医療費を免除していこうというところから始まったもの」であり、「そこに一番重きを置いている」と国会答弁で述べている通り、同法の中核部分にあたる。

同法は、「国は、被災者たる子ども及び妊婦が医療を受けたときに負担すべき費用についてその負担を減免するために必要な施策その他被災者への医療（東京電力原子力事故に係る放射線による被ばくに起因しない負傷又は疾病に係る医療を除いたものをいう。）の提供に係る必要な施策を講ずるものとする。」と明記。被害者側が立証責任を負わなくてすむよう、立法直前までギリギリの交渉が行われた。これは、過去の公害事件や原爆症認定が、被害者による血をにじむような訴訟により、発生から５０年以上もの歳月を経てようやく政治決着を見るケースも少なくないという過去の反省に立ち、訴訟によらず、国の責任として、被害者を救済しようという発想にたっている。いわば、被害者が行政との無用な対立によって疲弊する状況を回避する法律であった。

[21] 国会事故調報告書では、福島原発事故は人災であると断じている。原子炉及びその周辺機器の耐震性不足を認識し、バックチェック、バックフィットの予算も計上しながら何ら改善策を講じなかった。津波も 15．7m以上になる可能性を知りながら対策をとらなかった。規制当局も東電が必要な措置をとっていないことを知りながらこれを放置した。更に驚くべきことは原子力安全委員会が全電源喪失を想定しなくても良いと東電に書かせていた事実である。

こうした同法の背景を考えるのであれば、専門家委員会で明らかにすべきだったのは、この１３条により支援を受けるべき対象となるべき範囲、すなわち「線量基準」であったはずである。健診を実施するのは、大前提だからである。

13条の２項には、事故当時「子どもである間に一定の基準以上の放射線量が計測される地域に居住したことがある者（胎児である間にその母が当該地域に居住していた者を含む。）やこれに準ずる者の健康診断は、生涯にわたって実施されることとなるよう措置する。」と書かれている。2013年10月、同法の基本方針が示された際、根本復興大臣は、基本方針を公表した際、今回、指定した３３市町村は、（同法第13条の健診や医療費減免の範囲を限定したものではなく）同法第８条でさだめる「支援対象地域」関係であると言及。その後の復興調の説明会等で、１３条の線量基準や支援対象の範囲については環境省において検討されると説明した。

しかしながら専門家会議では、ついに一度も「線量基準」について議論しなかった。何ミリシーベルト以上被曝した人が健診をすべきなのか。本来行うべき検討を回避した事務局の責任は重大である。

被害者が訴訟を提起するまで、健診や医療支援を先延ばしすれば良いと考えているならば、まさに法の趣旨に反した行政の不作為であり、許しがたいことである。

現在、福島県外の多くの自治体や市民グループが、個別に甲状腺検査を実施しているが、その結果によると、即座に精密検査を必要とする「C 判定」の子どもも複数出ている。今回の「中間取りまとめ」によって健診の導入が遅れた結果、健診を受けていない子どもたちの健康被害が拡大したとしたら、その責任は環境省環境保健部放射線健康管理参事官室にある。恣意的な会議運営ととりまとめを導いた責任者においては、官僚個人としても、法的な責任を問われることも自覚していただきたい。

＜放射線被ばくと健康管理のあり方に関する市民・専門家委員会＞
崎山 比早子／高木学校、元放射線医学総合研究所主任研究官、医学博士
阪上 武／福島老朽原発を考える会
島薗 進／上智大学神学部教授
瀬川嘉之／高木学校
高橋 誠子／福島市在住
高松 勇／小児科医、医療問題研究会、子どもたちを放射能から守る全国小児科医ネットワーク
中手 聖一／福島市から札幌市に避難、子ども・被災者支援法市民会議代表世話人
西尾　正道／北海道がんセンター名誉院長
福田 健治／弁護士、福島の子どもたちを守る法律家ネットワーク
村田 三郎／阪南中央病院　副院長
山田 真／小児科医、子どもたちを放射能から守る全国小児科医ネットワーク代表
吉田 由布子／「チェルノブイリ被害調査・救援」女性ネットワーク
青木一政／福島老朽原発を考える会
満田夏花／FoE Japan

問い合わせ先：FoE Japan
〒173-0037　東京都板橋区小茂根 1-21-9
Tel：03-6909-5983　Fax：03-6909-5986

別紙１

深刻な甲状腺がんの症例

「県民健康調査」検討委員会　第４回「甲状腺検査評価部会」　資料３
平成２６年１１月１１日(火)
http://www.pref.fukushima.lg.jp/uploaded/attachment/90997.pdf

手術の適応症例について

震災後 3 年を経過し、2014 年 6 月 30 日現在までの二次検査者 1，848 名からの細胞診実施者 485 名中、悪性ないし悪性疑いは 104 例であり、うち 58 例がすでに外科手術を施行されている。
58 例中 55 例が福島医大甲状腺内分泌外科で実施され、3 例は他施設であった。
また、55 例中 1 例は術後良性結節と判明したため甲状腺癌 54 例につき検討した。
病理結果は 52 例が乳頭癌、２例が低分化癌であった。
術前診断では、腫瘍径 10 ㎜超は 42 例（78%）、10 ㎜以下は 12 例（22%）であった。また、10 ㎜以下 12 例のうちリンパ節転移、遠隔転移が疑われるものは 3 例（5%）、疑われないもの（cT1acN0cM0）は 9 例（17%）であった。
この９例のうち７例は気管や反回神経に近接もしくは甲状腺被膜外への進展が疑われ、残りの２例は非手術経過観察も勧めたが本人の希望で手術となった。
なお、リンパ節転移は 17 例（31%）が陽性であり、遠隔転移は 2 例（４%）に多発性肺転移を疑った。
術式は、甲状腺全摘 5 例（９%）、片葉切除 49 例（91%）、リンパ節郭清は全例に実施し、中央領域のみ実施が 67%、外側領域まで実施が 33%であった。出来る限り 3ｃｍ の小切開創にて行った。
術後病理診断では、腫瘍径 10 ㎜以下は 15 例（28%）かつリンパ節転移、遠隔転移のないもの（pT1a pN0 M0）は 3 例（6%）であった。甲状腺外浸潤 pEX1 は 37%に認め、リンパ節転移は 74%が陽性であった。術後合併症（術後出血、永続的反回神経麻痺、副甲状腺機能低下症、片葉切除後の甲状腺機能低下）は認めていない。

UNSCEAR による福島県および近隣県の自治体ごとの１歳児甲状腺吸収線量の評価の比較

食品等由来（経口摂取）の内部被ばくについては、福島県全体と近隣県がそれぞれ一律でその間に 10mGy 以上の差があり、福島県内の市町村に下駄を履かせた結果になっている。一方、外部被ばくと呼吸（吸入）による内部被ばくの合算はほとんどが 10mGy 以下だが、市町村ごとの相違を反映しているのは、むしろこちらなので、その降順に並べ替えた。

Average absorbed dose to the thyroid of one-year-old infants in the first year after the accident

Table C-16.3. for Fukushima Prefecture (excluding evacuated areas)

Table C-16.6. for prefectures neighbouring Fukushima Prefecture

The dose estimates are quoted to two decimal places, but this does not imply that level of accuracy

	Population in 2010 (persons)
Fukushima Ken	2 029 064
Tochigi Ken	2 007 683
Ibaraki Ken	2 969 770
Gunma Ken	2 008 068
Chiba Ken	6 216 289
Miyagi Ken	2 348 165
Iwate Ken	1 330 147

	自治体名	District	Population in 2010 (persons)	Average deposition density of 137Cs on soil (Bq/m2)	Absorbed dose to thyroid (mGy) External+ Inhalation	Ingestion	Total
			2010年の人口	セシウム 137による土壌汚染平均	外部被曝＋呼気による内部被曝	食品等による内部被曝	合計
1	いわき市	Iwaki City	354 297	26 637	19.07	32.79	51.87
2	福島市	Fukushima City	296 181	229 756	15.89	32.79	48.67
3	二本松市	Nihonmatsu City	63 751	196 780	14.37	32.79	47.16
4	川俣町	Kawamata Town	16 847	89 663	11.58	32.79	44.38
5	桑折町	Koori Town	14 708	208 995	11.2	32.79	43.99
6	大玉村	Otama Village	8 130	160 958	10.29	32.79	43.08
7	郡山市	Koriyama City	341 781	162 842	8.95	32.79	41.75
8	伊達市	Date City	69 963	147 327	8.69	32.79	41.48
9	本宮市	Motomiya City	30 771	123 962	6.8	32.79	39.59
10	南相馬市	Minamisoma City	72 941	109 564	6.55	32.79	39.34
11	天栄村	Tenei Village	6 589	115 528	6.19	32.79	38.99
12	那須町	Nasu Town		80 143	5.78	9.38	15.16
13	那須塩原市	Nasushiobara City		79 824	5.76	9.38	15.15
14	会津坂下町	Aizubange Town	17 918	39 561	5.69	32.79	38.48
15	三春町	Miharu Town	17 942	83 625	5.48	32.79	38.27
16	西郷村	Nishigo Village	18 615	95 946	5.27	32.79	38.07
17	国見町	Kunimi Town	9 952	88 496	5.17	32.79	37.97
18	北塩原村	Kitashiobara Village	3 791	49 415	5.09	32.79	37.88
19	須賀川市	Sukagawa City	78 819	72 012	4.23	32.79	37.03
20	白河市	Shirakawa City	66 544	72 128	4.23	32.79	37.03
21	流山市	Nagareyama City		55 500	4.04	9.38	13.42
22	喜多方市	Kitakata City	55 824	20 601	3.91	32.79	36.7
23	湯川村	Yukawa Village	3 455	37 554	3.88	32.79	36.69
24	矢板市	Yaita City		51 000	3.7	9.38	13.08
25	泉崎町	Izumizaki Village	6 949	55 844	3.37	32.79	36.16
26	我孫子市	Abiko City		44 667	3.23	9.38	12.61
27	柏市	Kashiwa City		43 667	3.15	9.38	12.53
28	鏡石町	Kagamiishi Town	13 651	56 832	3.1	32.79	35.89
29	大田原市	Otawara City		41 500	3	9.38	12.38
30	丸森市	Marumori Town		41 231	2.97	9.38	12.35
31	牛久市	Ushiku City		39 500	2.87	9.38	12.25
32	ひたちなか市	Hitachinaka City		38 000	2.72	9.38	12.1
33	塩谷町	Cityoya Town		36 800	2.67	9.38	12.05
34	田村市	Tamura City	43 231	33 801	2.66	32.79	35.46
35	相馬市	Soma City	38 187	54 637	2.66	32.79	35.45
36	高山村	Toride City		36 333	2.62	9.38	12.01
37	取手市	Takayama Village		36 000	2.62	9.38	12
38	印西市	Inzai City		35 750	2.57	9.38	11.95
39	利根市	Tone Town		35 000	2.51	9.38	11.89
40	棚倉町	Tanagura Town	15 702	45 177	2.44	32.79	35.24

41	新地町	Shinchi Town	9 039	49 593	2.4	32.79	35.2
42	白井市	Shiroi City		33 000	2.38	9.38	11.76
43	松戸市	Matsudo City		31 000	2.24	9.38	11.62
44	守谷市	Moriya City		30 000	2.18	9.38	11.56
45	八千代市	Yachiyo City		28 500	2.05	9.38	11.42
46	阿見町	Ami Town		27 333	1.99	9.38	11.37
47	日光市	Nikko City		26 885	1.94	9.38	11.32
48	矢吹町	Yabuki Town	18 688	33 479	1.92	32.79	34.72
49	日立市	Hitachi City		26 500	1.91	9.38	11.29
50	川場村	Kawaba Village		26 000	1.89	9.38	11.27
51	野田市	Noda City		24 350	1.76	9.38	11.14
52	会津若松市	Aizuwakamatsu City	131 928	24 840	1.68	32.79	34.48
53	白石市	Shiroishi City		23 200	1.66	9.38	11.05
54	藤沢町	Fujisawa Town		23 000	1.66	2.57	4.24
55	磐梯町	Bandai Town	4 293	21 539	1.65	32.79	34.44
56	角田市	Kakuda City		22 500	1.62	9.38	11
57	山元町	Yamamoto Town		22 333	1.61	9.38	10.99
58	中之条町	Nakanojo Town		21 714	1.58	9.38	10.96
59	竜ヶ崎市	Ryugasaki City		21 500	1.57	9.38	10.95
60	小野町	Ono Town	11 983	21 524	1.55	32.79	34.34
61	猪苗代町	Inawashiro Town	16 982	24 640	1.53	32.79	34.32
62	稲敷市	Inashiki City		20 500	1.48	9.38	10.87
63	みどり市	Midori City		20 180	1.45	9.38	10.84
64	笠間市	Kasama City		20 000	1.44	9.38	10.83
65	土浦市	Tsuchiura City		19 817	1.44	9.38	10.82
66	栄町	Sakae Town		20 000	1.42	9.38	10.8
67	霞ヶ浦市	Kasumigaura City		19 500	1.42	9.38	10.8
68	市川市	Ichikawa City		19 500	1.4	9.38	10.78
69	つくばみらい市	Tsukubamirai City		19 000	1.38	9.38	10.76
70	鮫川村	Samegava Village	4 259	21 109	1.37	32.79	34.16
71	那珂市	Naka City		19 000	1.37	9.38	10.76
72	北茨城市	Kitaibaraki City		18 857	1.37	9.38	10.75
73	中島村	Nakajima Village	4 865	24 789	1.36	32.79	34.16
74	大洗市	Oarai Town		19 000	1.36	9.38	10.74
75	古殿町	Furudono Town	6 374	21 729	1.34	32.79	34.14
76	沼田市	Numata City		18 467	1.34	9.38	10.72
77	安中市	Annaka City		18 600	1.34	9.38	10.72
78	浅川町	Asakawa Town	7 402	23 778	1.33	32.79	34.13
79	渋川市	Shibukawa City		18 250	1.32	9.38	10.7
80	神崎町	Kozaki Town		18 000	1.3	9.38	10.68
81	鹿島市	Kashima City		17 667	1.28	9.38	10.66
82	平田町	Hirata Village	7 595	17 057	1.27	32.79	34.06
83	高萩市	Takahagi City		17 329	1.25	9.38	10.63
84	みなかみ町	Minakami Town		17 009	1.23	9.38	10.62
85	美浦村	Miho Village		16 850	1.23	9.38	10.61
86	船橋市	Funabashi City		17 000	1.22	9.38	10.61
87	小美玉市	Omitama City		16 500	1.2	9.38	10.58
88	塙町	Hanawa Town	10 663	19 907	1.17	32.79	33.97
89	一関市	Kanuma City		15 917	1.15	9.38	10.53
90	鹿沼市	Ichinoseki City		15 836	1.15	2.57	3.72
91	栗原市	Kurihara City		15 735	1.14	9.38	10.52
92	加美町	Kami Town		15 000	1.1	9.38	10.48
93	富岡市	Tomioka City		14 875	1.08	9.38	10.46
94	茨城町	Ibaraki Town		15 000	1.07	9.38	10.46
95	さくら市	Sakura City		14 433	1.05	9.38	10.43
96	会津美里町	Aizumisato Town	24 631	14 621	1.03	32.79	33.83
97	片品村	Katashina Village		14 117	1.03	9.38	10.41
98	四街道市	Yotsukaido City		14 000	1.02	9.38	10.4
99	高崎市	Tokai Village		14 000	1.02	9.38	10.4
100	東海村	Takasaki City		14 143	1.02	9.38	10.4
101	平泉町	Hiraizumi Town		14 000	1.02	2.57	3.59
102	成田市	Narita City		14 000	1.01	9.38	10.39
103	東吾妻町	Higashiagatsuma Town		13 767	1	9.38	10.38
104	つくば市	Tsukuba City		13 429	0.98	9.38	10.36
105	行方市	Namegata City		13 333	0.97	9.38	10.36
106	昭和村	Showa Village		13 500	0.96	9.38	10.35
107	金ヶ崎町	Kanegasaki Town		13 000	0.96	2.57	3.53
108	只見町	Tadami Town	5 277	5 326	0.95	32.79	33.75

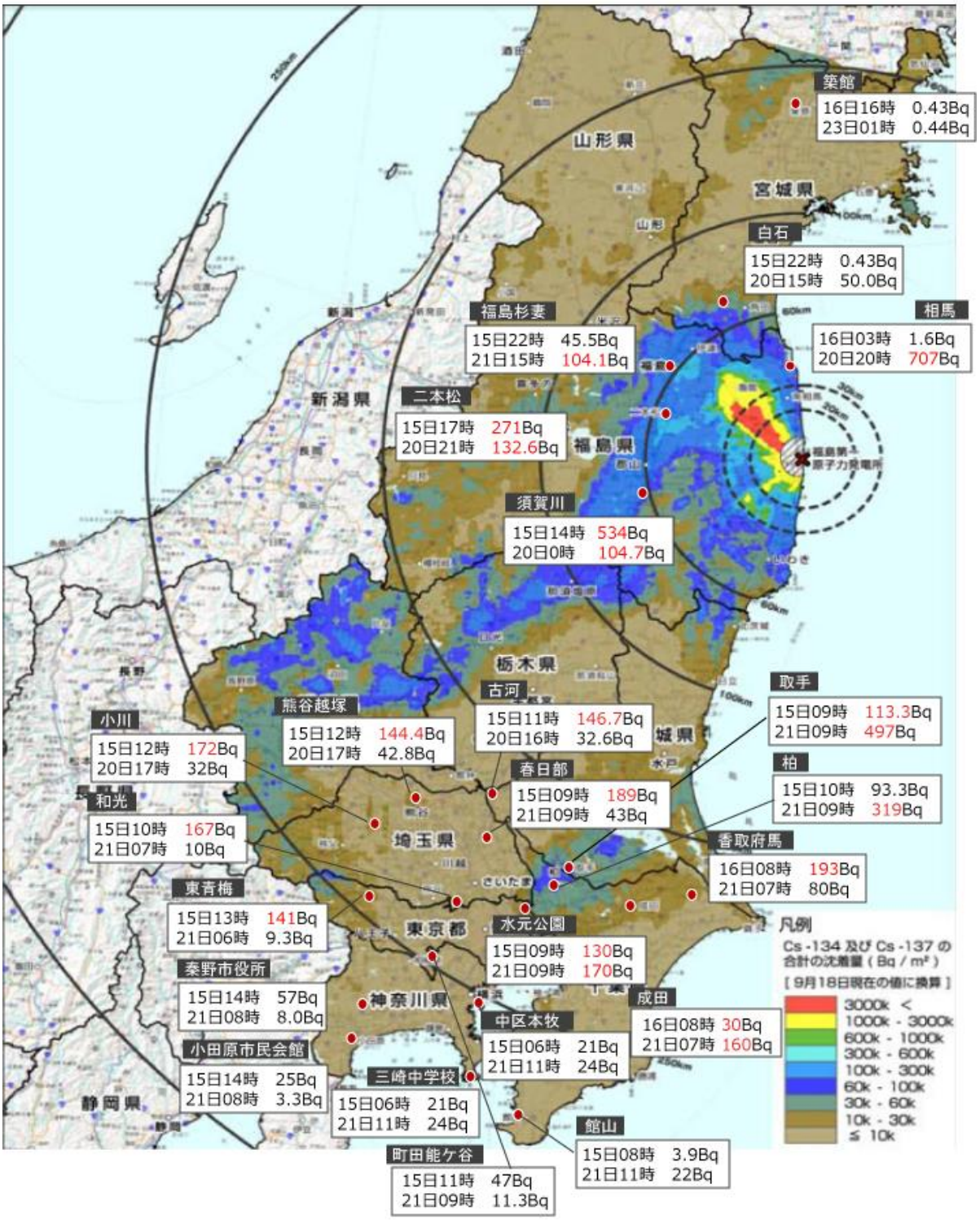
109	浦安市	Urayasu City		13 000	0.94	9.38	10.31
110	桐生市	Kiryu City		12 911	0.93	9.38	10.31
111	下仁田町	Hokota City		12 817	0.93	9.38	10.31
112	鉾田市	Shimonita Town		12 800	0.93	9.38	10.3
113	奥州市	Oshu City		12 786	0.92	2.57	3.5
114	南牧村	Nanmoku Village		12 550	0.9	9.38	10.29
115	水戸市	Mito City		12 500	0.9	9.38	10.28
116	玉川村	Tamakawa Village	7 295	15 702	0.88	32.79	33.68
117	三島町	Mishima Town	2 213	13 653	0.88	32.79	33.68
118	潮来市	Itako City		12 000	0.88	9.38	10.26
119	大河原町	Ogawara Town		12 000	0.86	9.38	10.24
120	石岡市	Ishioka City		11 633	0.85	9.38	10.23
121	柳津町	Yanaizu Town	4 263	13 126	0.81	32.79	33.61
122	東庄町	Tonosho Town		11 000	0.8	9.38	10.18
123	大子町	Daigo Town		10 940	0.79	9.38	10.18
124	七ヶ宿町	Shichikashuku Town		10 500	0.77	9.38	10.15
125	陸前高田市	Rikuzentakata City		10 600	0.77	2.57	3.34
126	嬬恋村	Tsumagoi Village		10 000	0.73	9.38	10.11
127	神栖市	Kamisu City		10 000	0.73	9.38	10.11
128	住田町	Sumita Town		10 100	0.73	2.57	3.31
129	昭和村	Showa Village	1 632	12 239	0.68	32.79	33.47
130	那珂川町	Nakagawa Town		9 300	0.67	9.38	10.05
131	石川町	Ishikawa Town	19 175	11 805	0.67	32.79	33.46
132	甘楽町	Kanra Town		9 000	0.65	9.38	10.03
133	佐倉市	Sakura City		8 600	0.62	9.38	10
134	河内町	Kawachi Town		8 400	0.61	9.38	9.99
135	登米市	Tome City		8 275	0.6	9.38	9.98
136	蔵王町	Zao Town		8 200	0.59	9.38	9.97
137	宇都宮市	Utsunomiya City		7 850	0.57	9.38	9.95
138	栃木市	Tochigi City		7 850	0.57	9.38	9.95
139	上野村	Sano City		7 880	0.56	9.38	9.95
140	佐野市	Ueno Village		7 800	0.56	9.38	9.94
141	神流町	Kanna Town		7 500	0.54	9.38	9.92
142	長野原町	Naganohara Town		7 233	0.53	9.38	9.91
143	香取市	Katori City		7 350	0.52	9.38	9.91
144	壬生町	Mibu Town		7 100	0.52	9.38	9.9
145	大崎市	Osaki City		7 050	0.51	9.38	9.9
146	太田市	Ota City		6 633	0.48	9.38	9.86
147	前橋市	Maebashi City		6 660	0.48	9.38	9.86
148	気仙沼市	Kesennuma City		6 500	0.47	9.38	9.86
149	柴山町	Shibayama Town		6 500	0.47	9.38	9.85
150	南三陸市	Minamisanriku Town		6 450	0.47	9.38	9.85
151	常総市	Joso City		6 500	0.47	9.38	9.85
152	坂東市	Bando City		6 300	0.45	9.38	9.84
153	仙台市	Sendai City		6 000	0.44	9.38	9.82
154	岩沼市	Iwanuma City		6 050	0.44	9.38	9.82
155	常陸太田市	Hitachiota City		6 060	0.44	9.38	9.82
156	矢祭町	Yamatsuri Town	6 821	6 302	0.41	32.79	33.2
157	八千代市	Yachimata City		5 700	0.41	9.38	9.79
158	東松島市	Higashimatsushima City		5 600	0.41	9.38	9.79
159	西会津町	Nishiaizu Town	8 237	6 164	0.4	32.79	33.2
160	榛東町	Shinto Village		5 600	0.4	9.38	9.78
161	千葉市	Chiba City		5 400	0.39	9.38	9.77
162	女川市	Onagawa Town		5 200	0.38	9.38	9.76
163	大船渡市	Ofunato City		5 200	0.38	2.57	2.96
164	高根沢町	Takanezawa Town		5 000	0.36	9.38	9.75
165	境町	Sakai Town		5 000	0.36	9.38	9.74
166	藤岡市	Fujioka City		4 800	0.35	9.38	9.73
167	足利市	Ashikaga City		4 850	0.35	9.38	9.73
168	石巻市	Ishinomaki City		4 593	0.34	9.38	9.72
169	伊勢崎市	Isesaki City		4 500	0.32	9.38	9.71
170	常陸大宮市	Hitachiomiya City		4 400	0.32	9.38	9.7
171	桜川市	Sakuragawa City		4 200	0.31	9.38	9.69
172	美里市	Misato Town		4 200	0.31	9.38	9.69
173	東金市	Togane City		4 000	0.29	9.38	9.67
174	色麻町	Shikama Town		3 600	0.27	9.38	9.65
175	川崎町	Kawasaki Town		3 550	0.26	9.38	9.64
176	南会津町	Minamiaizu Town	19 896	5 132	0.25	32.79	33.04

177	金山町	Kanayama Town	2 871	3 167	0.2	32.79	32.99
178	下郷町	Shomogo Town	7 010	3 371	0.18	32.79	32.98
179	北上市	Kitakami City		2 400	0.17	2.57	2.75
180	桧枝岐村	Hinoemata Village	696	2 432	0.09	32.79	32.88

出典：UNSCEAR 2013 Attachment C-16　Thyroid doses in Japan for the first year をもとに瀬川嘉之作成。

県境を超える放射性物質の広がり

放射性物質（セシウム134と137）がろ紙に最も多く付着していた時間と濃度



平成23年10月6「文部科学省による航空機モニタリングの測定結果・地表面へのセシウム134、137の沈着量合計」の地図に、平成24 年度「SPM 捕集用ろ紙に付着した放射性核種分析」および平成25年度「浮遊粒子物質測定用テープろ紙の放射性物質による大気中放射性物質濃度把握事業報告書」データをもとに、OurPlanetTVが作成した

別紙４

項目９に関わる、「専門家会議」が無視している外部識者の主なる意見

＜崎山比早子氏／高木学校・元放射線医学総合研究所主任研究官＞
・ 放射線感受性は年令や個人によって異なるため、弱者を考慮した対策が必要
・ 子ども・被災者支援法に基づき、被災者・自治体から多くの意見が出されているように、幅広く健診を実施すべきである

＜木田光一氏／福島県医師会副会長＞
・ 原発事故による住民の健康管理は国の直轄事業と位置づけるべき
・ 既存の健診や福島県内の市町村特定健診に上乗せでは、データを一元管理できず、対応できない。

＜木村真三氏／獨協大学准教授＞
・ 小児甲状腺簡易測定調査において摂取シナリオは吸入と経口の両経路を考慮する必要がある。放射性ヨウ素の再浮遊および呼吸量に関して考慮すべき。
・ 健康管理調査は、福島県及び福島県外の汚染の比較的強い地域において継続的に長期間続けるべきである。
・ ベラルーシでは、年に２回健診が実施され、カルテが５０年間保存されている。日本でも診断データを長期にわたって保存する仕組みが必要。

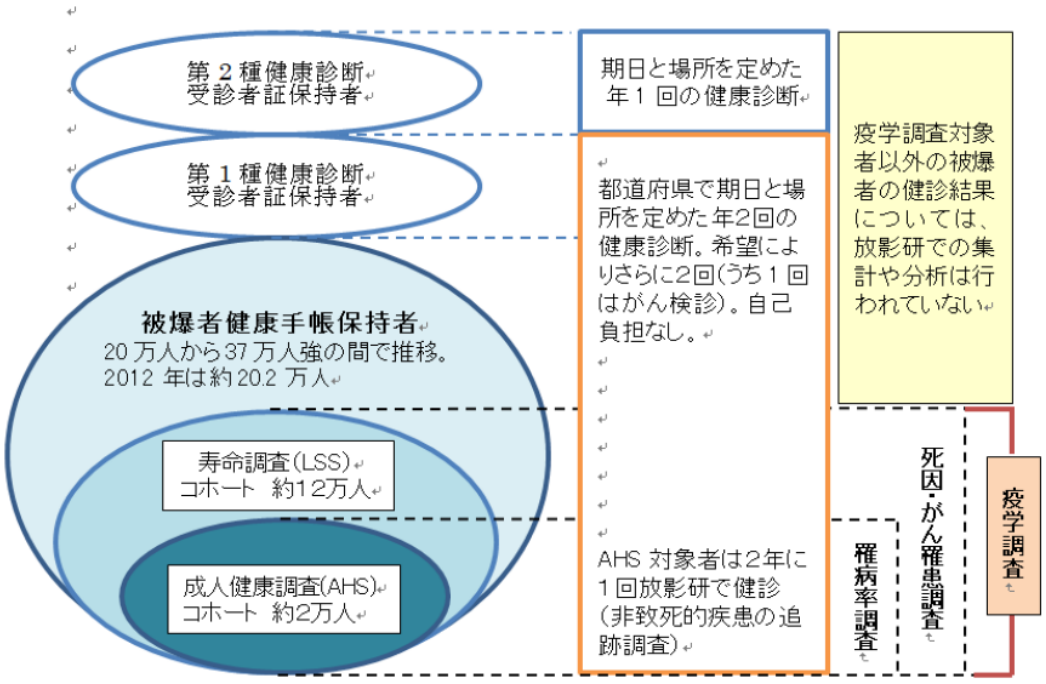
＜菅谷昭氏＞
・ ベラルーシの医療関係者によれば、年間１ミリシーベルトを下回る低線量汚染地域でも、免疫機能の低下や造血器障害や周産期異常、アレルギー疾患の増加がみられる。
・ 甲状腺癌にのみ対応した健診ではなく、幅広い疾病に対応したものであるべき。
・ 福島県外においても健診が必要である。

＜津田敏秀氏／岡山大学教授＞
・ 福島県内で実施されている甲状腺がん検査の結果を統計学的に分析し、がんが検出された割合を地域ごとに比較した結果、地域ごとに数字にばらつきがあり、スクリーニング効果という説明は難しい。
・ 会津周辺地域を基準に、浜通り、中通りの検出数を比較すると、最も検出割割合の高い中通りの一部は 11 倍にのぼる。統計学的に有意な結果。

＜森口祐一氏／東京大学教授＞
・ 初期被曝データをはじめ、線量推計を実施するには、十分にデータの集約と分析がなされていない
・ 浮遊粒子状物質を計測する大気汚染常時監視システムから、放射性物質に関する新たな実測データが見つかっている
・ 事故直後の２０１１年３月１２日からの１時間ごとのデータを分析することで、初期被曝に関する線量の再構築が可能。

＜甲斐倫明氏／大分県立看護科学大学＞
・ICRP は意思決定の透明化、情報公開の必要性を述べてきた。いろいろな計画策定の時には利害関係者などのステークホルダーも判断のうえで関わっていくことが望ましいと勧告してきた。

原爆被爆者の 保健・医療のための施策・制度



作成 吉田由布子

健康診断の内容

健康手帳による一般健康診断
1. 視診、問診、聴診、打診及び触診
2. CRP定量検査
3. 血球数計算
4. 血色素検査
5. 尿検査
6. 血圧測定
7. ヘモグロビンA1c検査
8. 肝臓機能検査(医師が必要と認める場合)

精密検査(医師が必要と認めた場合)
1. 血液学的検査(白血球分類など)
2. 生化学検査(肝機能、脂質、腎機能など)
3. 免疫学的検査(リウマチ因子など)
4. 胸部X線、腹部X線、腰椎X線
5. 心電図
6. 呼吸機能検査
7. 胃腸透視
8. 超音波(腹部、甲状腺)
9. 骨密度検査

放射線影響研究所による
成人健康調査対象者の健康診断
(2年に1回、放影研で)

対象者のみ。
普段は一般健康診断を受け、２年に一度、放影研で詳細な検査を受ける。

基本的には、一般健康診断項目に精密検査項目を加えたもの

(若干のプラスアルファもある)

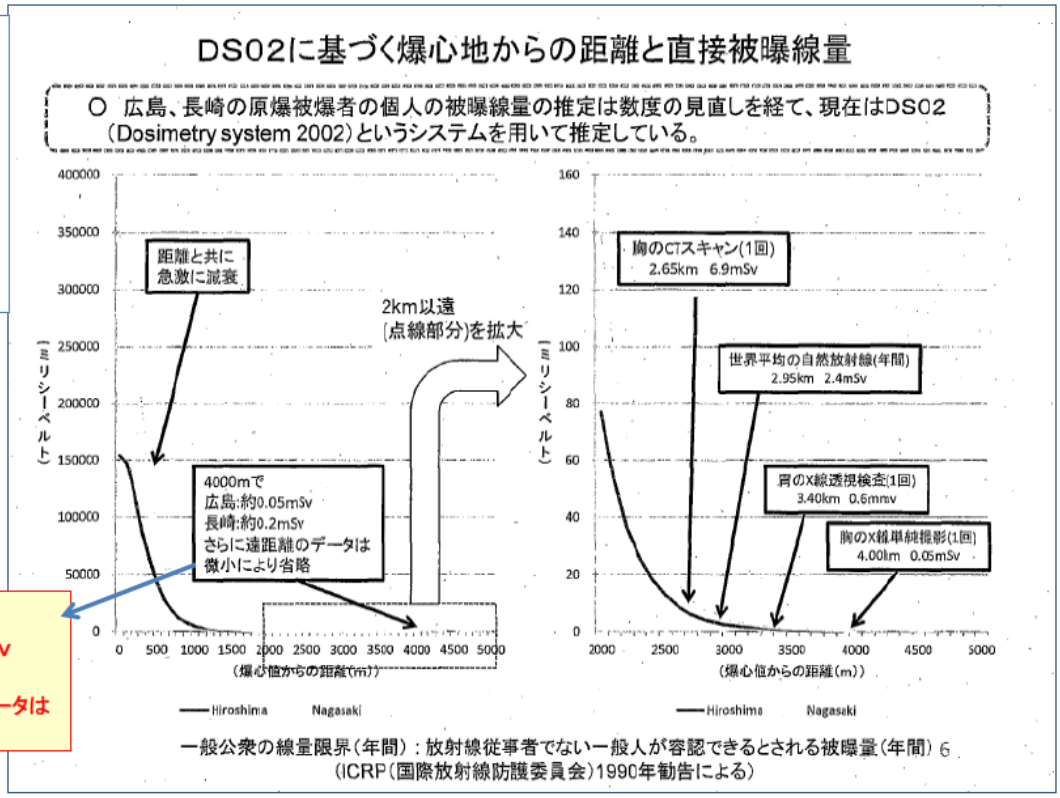
その他、希望により
がん検診もあり

健康管理手当の対象疾病

※疾病にかかっているかどうかのみの審査で手当を支給
（原爆の影響でないことが明らかである場合は不支給）
健康管理手当の支給対象疾病（①-⑦68年、⑧69年、⑨⑩74年、⑪78年にそれぞれ設定、74年年齢要件等撤廃）

①造血機能障害を伴う疾病（再生不良性貧血、鉄欠乏性貧血など）
②肝臓機能障害を伴う疾病（肝硬変など）
③細胞増殖機能障害を伴う疾病（悪性新生物など）
④内分泌腺機能障害を伴う疾病（糖尿病、甲状腺機能低下症など）
⑤脳血管障害を伴う疾病（くも膜下出血、脳出血、脳梗塞など）
⑥循環器機能障害を伴う疾病（高血圧性心疾患、慢性虚血性心疾患など）
⑦腎臓機能障害を伴う疾病（慢性腎炎、慢性腎不全など）
⑧水晶体混濁による視機能障害を伴う疾病（白内障）
⑨呼吸器機能障害を伴う疾病（肺気腫、慢性間質性肺炎、肺線維症など）
⑩運動器機能障害を伴う疾病（変形性関節症、変形性脊椎症など）
⑪潰瘍による消化器機能障害を伴う疾病（胃潰瘍、十二指腸潰瘍など）

厚労省
第19回原爆症認定制度の在り方に関する検討会資料4より
2013年2月21日



4000mで
広島　約0.05mSv
長崎　約0.2mSv
さらに遠距離のデータは微小により省略

指定されている「被爆地域」は4kmより以遠の地域もある。急性被ばくではあるが、国の推定で0.05mSv以下の被ばくであっても、健康手帳の交付とそれに基づく施策の適用を認めている例があるということ。

出典：吉田由布子作成資料

別紙６

原爆被爆者とチェルノブイリ事故被災者（ウクライナ）の支援対象疾病

チェルノブイリ（ウクライナ）の疾患リストは、アワープラネットTV入手資料による

原爆被爆者健康管理手当（月額33,800円）の支給対象疾病 （①～⑦ 68年、⑧69年、⑨⑩74年、⑪78年にそれぞれ指定。74年に年齢要件等撤廃）（＊原爆症認定とは別） ［原爆被爆者は、ごく例外を除き保険診療費について国が補填（給付）。その他援護策としての手当のひとつ］	チェルノブイリ原発事故による放射線や他の要因により、被災した成人住民に生じる可能性のある疾病リスト 成人のリスト	チェルノブイリ原発事故による放射線や他の有害物質の作用で、子どもに発生リスクが高まった疾病と症状のリスト 子どものリスト
①造血機能障害を伴う疾病 （再生不良性貧血、鉄欠乏性貧血など）	血液と造血器官の疾病（再生不良性貧血、鉄欠乏性貧血、紫斑、血小板減少症、無顆粒球症など）	血液と造血器官の疾病（再生不良性貧血、鉄欠乏性貧血、紫斑、血小板減少症、無顆粒球症など）
②肝臓機能障害を伴う疾病（肝硬変など）	慢性肝炎	慢性肝炎、肝硬変
③細胞増殖機能障害を伴う疾病（悪性新生物など）	全ての器官・系に生じた悪性新生物（悪性腫瘍） 脳や他の神経系に生じた良性腫瘍	全ての器官・系に生じた悪性新生物（悪性腫瘍） 脳や他の神経系に生じた良性腫瘍
④内分泌腺機能障害を伴う疾病 （糖尿病、甲状腺機能低下症など）	甲状腺疾患（甲状腺機能低下症、甲状腺炎） 他の内分泌腺疾患（糖尿病）	甲状腺疾患（甲状腺機能低下症、甲状腺炎） 他の内分泌腺疾患（糖尿病）
⑤脳血管障害を伴う疾病 （くも膜下出血、脳出血、脳梗塞など）	脳関連疾患 （くも膜下出血、脳内出血など）	
⑥循環器機能障害を伴う疾病 （高血圧性心疾患、慢性虚血性心疾患など）	循環器系疾患 （高血圧、冠動脈疾患、他の心疾患）	循環器系疾患（活動期のリウマチ、急性リウマチ熱、慢性リウマチ性心疾患など）
⑦腎臓機能障害を伴う疾病 （慢性腎炎、慢性腎不全など）		泌尿・生殖器系疾患（腎炎、ネフローゼ及びネフローゼ症候群、他の泌尿器系疾患）
⑧水晶体混濁による視機能障害を伴う疾病（白内障）	白内障	
⑨呼吸器機能障害を伴う疾病 （肺気腫、慢性間質性肺炎、肺線維症など）	呼吸器系疾患 （慢性閉塞性肺疾患、及び類似の疾患）	呼吸器系疾患（慢性閉塞性肺疾患、及び類似の疾患、慢性気管支炎、気管支喘息）
⑩運動器機能障害を伴う疾病 （変形性関節症、変形性脊椎症など）		筋骨格系と結合組織の疾患（関節症と類似疾患） びまん性結合組織疾患（全身性エリテマトーデスなど）
⑪潰瘍による消化器機能障害を伴う疾病 （胃潰瘍、十二指腸潰瘍など）	消化器系疾患 （食道、胃、十二指腸の疾患）	消化器系疾患 （食道、胃、十二指腸の疾患）
	脳の気質的損傷による精神疾患 （一過性または慢性精神疾患、人格障害）	精神障害（精神疾患）、神経症、精神病質および他の精神障害（人格障害、発達障害など）
	神経系と感覚器の疾病（遺伝性神経変性疾患、他の脊髄疾患） 他の中枢神経系疾患	自律神経失調症、中枢神経系の他の疾病
		先天性奇形（遺伝によらない様々な部位の先天異常）

（吉田由布子作成）

被ばくに関わる健康管理対策の概略的な比較

原因事象	福島第一原発事故	原子爆弾	JCO 事故	チェルノブイリ原発事故
根拠等	福島県民健康管理調査	被爆者援護法	原子力安全委健康管理検討委員会	チェルノブイリ法
実施主体	福島県（経産省予算、現担当は環境省）	日本政府（厚労省予算）	茨城県（文科省予算）	ロシア、ベラルーシ、ウクライナ政府
健康管理（保健対策）の対象	福島県民 ① 全県民：基本調査（外部線量推計） ② 震災時概ね 18 歳以下の全県民：甲状腺検査 ③ 避難指示区域等住民：健康診査（一般健診＋上乗せ）、心の健康度・生活習慣調査（質問紙） ④ 避難指示区域以外の住民：一般健康診査奨励 ⑤ 震災時及びそれ以降の母子手帳所有者：妊産婦調査（質問紙）	被爆者の定義に属する人 ① 原爆投下の際「被爆地域」（広島市・長崎市の区域・隣接地域）に在った者 ② 入市被爆者（原爆投下後2週間以内に爆心地付近（約2km）に入市した者） ③ 救護被爆者（放射能の影響を受けるような事情の下にあった者）など であって、「被爆者健康手帳」の交付を受けた者（その他、健診特例区域も有）	下記に該当する人 ① 推定線量 1 mSv以上の方のうち希望者 ② 事故時の避難要請区域内の住民または勤務者のうち希望者 ③ 上記①及び②以外の者で、事故施設周辺の住民や一時滞在者で医師による健康相談を受けた後において、なお、健康不安があるなど医師により健康診断が必要と認められる者	被災者の定義に属する人 ① 事故処理作業者 ② 高汚染地域からの避難住民 ③ 汚染地域継続居住住民 ④ ①－③に属する人の子孫
目的等	福島県が、県民の健康不安の解消や将来にわたる健康管理の推進等を図ることを目的として実施。 （2013 年4月に変更）。 県民の被ばく線量の評価を行うとともに、県民の健康状態を把握し、疾病の予防、早期発見、早期治療につなげ、将来にわたる県民の健康の維持、増進を図る。	被爆者が受けた放射能による健康被害という、他の戦争犠牲者には見られない「特別の犠牲」に着目し、国の責任において、健診の実施、医療の給付、各種手当の支給等を講じる総合的な保健・医療・福祉施策。	周辺住民等の健康に対する不安に適切な対応をとることが必要。その観点から独自の健康診断を行うことを原則。転出の場合、県外でも健康診断等を受けられるようにすることが望ましい。この健診を受けられない場合に既存の健診で代替できる。疾病が発見された場合、適宜医療施設等に紹介されることが望ましい。	• 被災住民の健康状態の科学的・動的観察 • 病気の早期発見。診断を確定し、治療を組み立てる基礎とする。 • 病気の発症や悪化リスクのある人の発見（カテゴリー内でのリスク集団の区分け） • 予防的、リハビリ 健康増進的手段（保養など）実施の基盤情報とする。
実施・検討機関	県内外市町村保健機関・指定医療機関等 福島県民健康管理調査検討委員会	健診は各都道府県の保健・医療機関で可（期日・機関の指定等あり）	東海村、那珂市の保健機関 J○○事故対応健康管理委員会	汚染地域・州・国の医療・保健機関 国立の放射線研究機関
健診・診療費用	調査（検査）は無料。診療に移行すると保険対応。18 歳未満の県民は医療費無料。	年 2 回健診（希望により追加 2 回うち 1 回がん検診）は無料。ごく例外を除き全疾病につき保険診療費は国が補てん（認定とは別）	健診は無料。診療に移行すると保険対応。健診結果は本人同意の上，茨城県で永年保存	健診（原則年 1 回）は無料。診療も原則的には無料だが、薬品代等自費の部分も。
疫学調査	疫学調査方針は不透明	寿命調査および成人健康調査対象者、胎内被ばく者の固定集団調査、二世調査（放射線影響研究所）	なし	カテゴリー内の人に関し、症例対照研究や生態学的研究など様々な調査研究

（吉田由布子作成）