

2015年9月14日

国際原子力機関（IAEA） 事務局長
天野之弥 様

東京電力福島第一原子力発電所事故をめぐる IAEA 事務局長報告書について
～被ばく、健康影響の過小評価は、将来に禍根を残す～

私たちは、いまなお継続している福島原発事故の甚大な被害に苦しむ人々とともに、避難・帰還・被ばく防護・健康リスクの低減や被災者支援政策について、さまざまな提言活動を継続してきました。

残念ながら、現在、日本政府は「復興」の名のもとに、原発事故被害者の声をきくことなく、避難者支援の打ち切りと帰還促進政策を進めています。また、健診の拡充を求める多くの被災者や福島県外の自治体の意見は無視されてしまっています。

IAEA のとりまとめた「福島第一原子力発電所—事務局長報告書」は、公衆の被ばく、健康影響に関しては、政府が主張するデータのみを採用し、影響を過小評価するものです。これは、日本政府が被ばく回避や健診の充実など、現在とるべき対策をとらないことを是認し、将来に禍根を残すものです。

さらに、日本政府が避難・帰還の政策決定にあたり、被害当事者などの重要なステークホルダーの意見を無視し続けてきており、年間 20 ミリシーベルトの基準のもとでの画一的な避難政策を実施してきたこと、そのことにより多くの被害者が苦しめられてきていることを考慮していません。

とりわけ、公衆被ばくおよび健康影響について主たる問題点を指摘させていただきます。

1. 福島県で発生している小児甲状腺がんに関して、その発生状況など多くの重要な事実を見逃し、「事故に起因する甲状腺がんの増加は可能性が低い」と結論づけている。

報告書は、福島県健康調査において見出された子どもたちの甲状腺がんについて、「事故に起因する子どもの甲状腺がんの増加は可能性が低い」としています。しかし、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上、以下のような重要な事実を見落としてしています。

- ・ 福島県県民健康調査で甲状腺がんに関して悪性と確定した子どもたちが100人を超えており¹、罹患率と有病率の差異を考慮したとしても、多発であると考えられる。2015年5月18日に公表された「福島県民健康調査検討委員会甲状腺検査評価部会」の「中間とりまとめ」においては、「先行検査で得られた検査結果、対応、治療についての評価」として「検査結果に関しては、わが国の地域がん登録で把握されている甲状腺がんの罹患統計などから推定される有病数に比べて数十倍のオーダーで多い」とされた。
- ・ 2014年からはじまった2巡目の検査でも少なからぬ子どもたち²に甲状腺がんが見出

¹ 第20回福島県県民健康調査委員会（2015年8月31日）における発表では、一巡目検査（2011～2013年）では甲状腺がんまたは疑いが113人、確定が98人、二巡目検査（2014～2015年）では、甲状腺がんまたは疑いが25人、確定が6人。

² 2巡目検査で甲状腺がんまたは疑いとされた子どもたちは25人。うち、23人が前回A判定。IAEAの報告

されている。そのほとんどが1巡目の検査では「問題なし」と判断されていた。

- 被害当事者、一般市民、専門家、福島県外の自治体から、福島県外にも健診を拡張すべき、また健診を甲状腺がん以外の疾病についても把握できるようにすべきとする多くの意見が出されたが、日本政府はこれを無視し続けてきた。
- 手術後の症例の多くが、リンパ節転移・遠隔転移・甲状腺外浸潤などを伴っている。2015年8月31日、手術を受けた子どもたち96人の症例について、福島県立医大（当時の鈴木眞一教授によるペーパーが公開され、リンパ節転移が72例にのぼること、リンパ節転移、甲状腺外浸潤、遠隔転移などのいずれかに該当する症例が92%にのぼることが明らかになった。なお、手術後の症例については、これ以前から鈴木眞一教授により報告されていた³。

一部の専門家は、甲状腺がんの多発を、「過剰診断」によるものとし、日本政府はこれを盾にして追加対策をとろうとしません。しかし、甲状腺検査を担当してきた福島県立医大の鈴木眞一教授は、「手術せざるをえない状況であった」としており、「福島県民健康調査検討委員会甲状腺検査評価部会」の部会長である清水一雄委員も「医大の手術は適切に選択されている」と述べています。すなわち、「過剰診断」という説明は現実を踏まえていません。

2. 不確かなデータに基づき、「被ばく線量が低い」と結論づけている。プルームや短半減期核種「など初期のデータはほとんど明らかになっておらず、甲状腺の初期被ばく線量評価は「わかっていない」ことを前提とすべきである。

報告書では、「事故に起因する子どもの甲状腺がんの増加は可能性が低い」理由として、「本件事故に起因する報告された甲状腺線量は一般的に低い」ことをあげています（p.120）。

一方で、甲状腺線量に関して、唯一挙げられている具体的なデータは、0～15歳の1,080人の子どもたちを対象に実施された甲状腺に近い皮膚での体外測定の結果です（p.116）。しかし、事故直後、緊急に行った調査であり、誤差の多い不確かなデータです。

報告書自体でも、「事故後の最初の数日間の子どもの¹³¹Iの取込みと甲状腺等価線量の推定には不確かさが伴った」としていますが、それならば、「事故に起因する子どもの甲状腺がんの増加は可能性が低い」とは結論づけられないはずです。

また、報告書では、「子どもの甲状腺線量への腫瘍潜在経路は、通常は¹³¹Iを含む牛乳の摂取である」とした上で、「一般に牛を牛舎に入れるなど日本における酪農慣行」「当局が課した牛乳の消費に対する厳しい制限」「放出後の非常に早い時期には、葉物野菜や飲料水の消費など、¹³¹Iの経口摂取の別の経路もあったが、飲料水と食品に対する迅速な制限によってこうした経路による取込みも制限された」としています。

しかし、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、吸入摂取も経口摂取もほとんど明らかになっていません。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ません。初期被ばく量につ

書が実際に執筆されたと考えられる2015年の初期の時点においても2巡目の甲状腺検査の結果は公表されていた。

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）、鈴木眞一教授の日本癌学会での発表（2014年8月29日）によれば、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割を占めるといふ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

いては、「わかっていない」ことを前提とすべきです。

3. 「健康影響の認識できる発生率増加が予想されない」という根拠が不明である。

報告書では、「入手できる情報によれば、公衆の構成員が典型的な放射線のバックグラウンドレベルによる年間線量よりも高くない年間線量を受けたことが示されている。これは UNSCEAR の推定と同じく、被ばくした公衆の構成員又はその子孫に放射線関連の健康影響の認識できる発生率増加が予想されないことを示す」(p.122) としています。

しかし、「公衆の構成員が典型的な放射線のバックグラウンドレベルによる年間線量よりも高くない年間線量を受けた」というには問題があります。

たとえば UNSCEAR 2013 年報告書では、最初の 1 年間の成人への実効線量として、自治体ごとの平均で福島市 4.26mSv、伊達市 3.04mSv などの評価を行っています⁴。同じく最初の 1 年間の 1 歳児の甲状腺吸収線量として、自治体ごとの平均で、福島市 48.67mSv、いわき市 51.87mSv となっています⁵。なお、これは平均値であり、本来であれば、もっとも被ばくした人たちを重視して、その影響を検討するべきでしょう。

福島県県民健康調査の結果、明らかになった甲状腺がんの発生については前述の通りです。その他の疾患については、体系的な把握は行われていないため、現在の状況はわかりません。

非がん性の健康影響については、報告書には触れられてもいませんが、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こと、チェルノブイリ原発事故後、非がん疾患に関してこれまでにさまざまな研究結果がすでに公開されています⁶。これを踏まえれば、IAEA は、日本政府に対して、甲状腺がん以外の疾病についても、影響があるものとして、把握につとめるべきと勧告を行うべきです。

4. 避難・帰還の基準として「年間 20 ミリシーベルト」という基準を使用し、使い続けた。政策決定にあたり、被災当事者や市民、低線量被ばくの影響に関して慎重な専門家の意見はまったく反映されなかった。このため、多くの人たちが、「自主的」避難を強いられ、あるいは避難を選択することができず、苦しめられた。報告書は、このような状況をまったく見落としている。

報告書では、「日本の規制機関である原子力安全・保安院は、最も低いレベルである 20 mSv を公衆防護の参考レベルに適用することを選んだ⁷」(p.108) とのみ記載しており、日本政府が、避難基準として「年間 20 ミリシーベルト」という高い基準を採用し、事故後 4 年半経過した現在も、「帰還」の基準として使い続けていること、この基準の設定には多く

⁴ Attachments for UNSCEAR 2013 REPORT Vol. I ATTACHMENT C-14: Table C-14.1. Average total effective dose to adults in the first year for Fukushima Prefecture (excluding evacuated areas)

⁵ Attachments for UNSCEAR 2013 REPORT Vol. I ATTACHMENT C-16 Table C-16.3 : Average absorbed dose to the thyroid of one-year-old infants in the first year after the accident for Fukushima Prefecture (excluding evacuated areas)

⁶ “HEALTH EFFECTS 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

⁷ 「年間 20 ミリシーベルト」という基準を設定したのは、原子力対策本部であり、原子力安全保安院ではない。

の批判があるにもかかわらず、被災当事者や市民、低線量被ばくの影響に関して慎重な専門家の意見はまったく反映されなかったことを見落としています。

ICRP 勧告では、「現存被ばく状況に適用する参考レベルは年間 1~20 ミリシーベルトの下方部分から選択すべきであり、長期の事故後における代表的な参考レベルは年間 1 ミリシーベルト」となっています。

日本政府は、いつから緊急時被ばく状況を脱して、現存被ばく状況になったのかを必ずしも明らかにしていませんが、現在は「現存被ばく状況」にあること、それにもかかわらず「参考レベル」は設定していないと答弁しています⁸。

「年間 20 ミリシーベルト」には多くの批判があります。その主なものは以下の通りです。

- 日本の法令が依拠している ICRP 勧告の公衆の被ばく限度年間 1 ミリシーベルトの 20 倍である
- 訓練された職業人しか立ち入りが許されていない放射線管理区域よりもはるかに高い基準（放射線管理区域は、年間 5.2 ミリシーベルトに該当）であり、それを生活圏に適用している
- 被ばくに対して感受性の高い子どもや妊婦にも適用している
- 土壌汚染のレベルを考慮に入れずに、変動の激しい空間線量率のみで計測している
- 毎時 3.8 マイクロシーベルトを導き出している計算式に疑問がある。
- 地上 1 メートルという計測方法は、被ばくに対してもっとも脆弱なのは子どもであるということ踏まえていない

政府指示の避難区域の外においても、高い空間線量率や土壌汚染が観測された場所は多かったため、避難を決断した人、あるいは、避難を希望したが果たせなかった人は多くいます。

避難を決断した人は、「自主的避難」とされ、当初は賠償金はまったく出ないという状況におかれ、経済的にも社会的にも、不安定な状況での避難を余儀なくされました。また、避難を希望したのに、経済的な事情などにより果たせなかった人たちは、被ばくの不安と恐怖にさらされながらの生活を余儀なくされました。

さらに、政府やメディアによる放射能安全キャンペーンにより、あたかも、被ばくを不安に思うことが異常なことのような社会的風潮が蔓延し、被害者たちを苦しめています。

IAEA 報告書は、日本政府の政策を是認し、避難したことによる困難を記述しているだけであり、こうした被害者たちの置かれた状況を考慮していません。

以 上

国際環境 NGO FoE Japan

〒173-0037 東京都板橋区小茂根 1-21-9

Tel : 03-6909-5983 Fax : 03-6909-5986

⁸ 平成 27 年 8 月 10 日付け福島みずほ参議院議員の質問主意書に対する答弁書（8 月 18 日付）など参照。