

## 第22回検討会における主な発言

- 原爆放射線による健康影響の調査結果は、被爆者の献身的な協力があって初めてできたものであることを忘れてはいけない。10万人を超す疫学的な調査集団で、男女とも広い年齢層で、詳細な完全な追跡調査ができています。(この成果が)国際的な合意の中心になっている。
- 放射線に起因する疾患について、晩発影響の場合、1人の患者さんをどんなに調べても、放射線の影響か他の原因かわからない。遺伝子まで調べてもわからないし、臨床的、病理解剖的な従来の医学的な判断では、晩発影響を見るのは不可能である。したがって、疫学的にしか決めようがない。
- (成人健康調査で)過剰死亡者数が50年間で527名おり、年間10名程度の方が過剰に放射線のために死亡したという計算になる。これだけの計算をきちんと求めて、相関を出して、放射線によってがんの死亡者が増えるという疫学的な研究は、大変に難しいものである。
- (100ミリシーベルト以下の影響について)例えば、がんのリスクが1.05倍とすると、日本では「肥満」「やせ」「運動不足」「野菜不足」のほうがリスクが大きいことになり、ほかの発がんのリスクに紛れてしまう。放射線の影響だけを取り出すことはできないというのが、正確な表現である。
- 一般の放射線被曝の基準につき)100ミリシーベルト以下の影響は疫学的に無いというのが科学的な事実であるが、100ミリシーベルト以下にも影響があるととしてリスクを比較するのが防護の考え方である。防護としての被曝線量は国際的にも同意された考え方で説明され、ポリシーとして規制の基準になっている。
- 科学的、疫学的な放射線との相関は客観的に調べた結果であるが、援護について、原爆被爆者の方が今まで本当に大変な思いをしてきたこと、あるいは科学的な結果を共有した上で、この検討会で対話をしていただきたい。科学を踏まえ、援護として議論するときも、世界に対してこの病気はこういう理由で援護するんだと発表できるきちんとした論理で決まっていけるとありがたい。

- 援護の立場をどうするか。科学的知見は現在の到達点というのは、不十分さはあるが、ここまでわかっているという（長瀧委員の）報告だった。（科学の）不十分さをどう私たちが認識するか。今後また変わっていく可能性があり、新しい事実が出てきたら修正されるので、それを共通の理解にすれば良い。
- （放射線の影響に）幅がある場合、科学ではまだはっきりしていないということになるが、その幅を被爆者に近い方向へ持っていくようにしてもらいたい。
- （放射線に起因する病気につき）学問的な見地からいえば、何らかの限度はあるだろう。その限度をつかまえるのは、やはり線量ではないだろうか。どの疾病が放射線に起因する疾病なのかということを考えていくには、何でもいいというわけにはいかないだろう。
- 既に新しい審査の方針の中で対象疾病に取り入れられている中にも、学問的にいうと、必ずしも起因性が十分説明されていないものもある。
- 原爆症認定制度だけでなく、被爆者援護の国の仕組みは、健康管理手当や原爆手帳も含めて、全体として被爆者援護の制度をつくり上げている。原爆症の仕組みを今のままで援護として足りるか解決策を考えると、原爆症認定（制度）を改善できなければ不十分かという、必ずしも不十分だという結論にはならない。
- （原爆症の）制度が、本当にグレーゾーンを含めてこなかったのか。むしろ、認定あるいは手帳の問題等々に至るまで、（グレーゾーンを含めた）認識の中で対応してきたのではないか。
- 積み上げてきた科学的、疫学的な事実は置いて、ここがおかしいから援護を、という議論ではなく、（科学的・疫学的な事実を）我々の共通の認識とした中で、こういう理由で援護としてこれを入れましようと言えることが重要。
- （原爆放射線を浴びた方で）がんの95%の方は放射線以外で亡くなるとしても、（放射線の影響以外との）区別ができない。ある条件のもとでは全て放射線によってがんになったと認め、（純然たる）科学から離れて被曝したがんとして認めましようという言い方は、（認める）一つの理由になる。

- 疫学調査の限界を前提に科学的知見をはっきりさせて出発点にし、どこまで広げていくかの議論をする。それから、将来的に変わるかもしれないということも前提に置いて、柔軟性も残しておく。そこを固めるべきではないか。
- やはり国際的合意というのをどう取るかといったとき、まさに ICRP とか UNSCEAR がどう判断しているかというところを根拠として、現時点ではこの範囲内で判断していきましようというのではないか。
- 裁判では、C型肝炎につき共同成因という言葉が使われて原告が勝っている。直接の原因はウイルスかもしれないが、ウイルスによる肝炎が発症するもとになったのは、放射線被曝ではないかというのが裁判での判断である。(裁判では) 援護の立場と、原告の病歴などで判断をしており、科学的な今の知見の到達点を機械的に当てはめてはいけない。
- 認定する被爆者の線量はわからないし、特に残留放射線の影響は推定できない。大小にかかわらず間違いなく残留放射線を浴びているので、原爆症の審査で被爆者の線量を決めつけてしまうやり方はしないでほしい。
- 残留放射線と直接の被曝線量と同じ扱いにするのは、世界の常識から外れている。援護のための議論と、被爆者の方が協力してつくってきた事実というものは、きちんと分けて認識すべき。
- 科学的には、残留放射線と直接被曝線量を比べて議論するようなものではない。線量が全然違うので、個人への被曝線量として計算されている外部被曝線量が放射線の健康影響のもとになっているのは、間違いのないことである。その上で援護を考えるということで、科学を無視すると、議論がどこかへ行ってしまう。
- 実際の認定に当たって被曝線量をどうするかという問題以前に、放射線起因性があるかどうか、どう分類していくかをまず決めた上で、その上で被曝線量をどうするかということではないか。
- (裁判では) 科学的な普遍性ではなく、援護をどう考えるか、でやっている。例えば「科学的知見にも一定の限界が存するのであるから、科学的根拠の存在を余りに厳密に求めることは、被爆者の救済を目的とする法の趣旨に沿わない」という言い方を(判決で)している。

- 国が負けたものを見ていくと、例えば、3.5 キロ以遠はだめだと言いながら、実は入市要件が裁判で初めて主張されて認められた。当初から入市の事実関係が明らかであれば、恐らく国も認めたでしょうという例が結構入っている。このように、国の負け方を点検していくと、それほど大きなギャップは無いのではないか。最後は今の審査の方針の枠組みというものを維持した上で修正していくかどうかだろうと思う。
- どうやって制度設計をするかという、制度全体の健康管理手当などの存在を踏まえて、（援護が）十分かどうかということ踏まえて判断すべき。
- この検討会では、国際的な分野から個々まで全て含めて議論し、考え方を決めていくので、裁判の結果はもちろん参考にはするけれども、裁判でこう言ったから、そちらに従うというのは方向は違うのではないか。裁判も含めて援護のどういう制度設計をしていくかという、その参考に裁判の話があるということではないか。