

議論のポイントと各方向性の整理表(集約版)※第22回の発言は下線部

方向性①	方向性②+③	
	(方向性②)	(方向性③)
○各方向性の内容		
(1)手当の趣旨(制度)		
・医療特別手当支給の趣旨	被爆者全員に被爆者手当を支給。医療特別手当、特別手当、健康管理手当、保健手当は廃止。	現行制度と同じ
・健康管理手当の趣旨	被爆者の人生の苦悩に慰謝する意味を持つ。	現行制度と同じ
<主な発言等> (各方向性での議論)	<p>○被爆者であれば何らかの放射線の影響があるから、これを前提として、手当をはじめとする援護を行うべきではないか</p> <p>○被爆者であれば何らかの放射線の影響があるから、全員に手当を支給すべきではないか</p> <p>○被爆者全員に手当を支給するのは、手当の趣旨が異なってくる上、財政負担をお願いする国民の理解を得られず、難しいのではないか</p> <p>○被爆者であれば放射線の影響があるということを前提とした場合、各委員で意見が折り合うのは難しい</p> <p>○放射線起因性を起点とすべきことは、(検討会での)コンセンサスだと思う。手当を全員に広げるといふ発想は、放射線の影響がいつ自分に出てくるか不安という意味で入ってるのではないか。具体的な疾病の種類で、(原爆放射線の)量ということを外しては考えられない。</p> <p>○健康管理手当は、将来ほぼ全員が受けられる程度の手当になっている</p> <p>○手帳保持者の人への給付も、放射線に関係がないことが明らかな場合には外しており、一定の合理性がある。放射線と関係のない人で原爆体験のある人への慰謝的な要素というのは、他の戦争被害との区分けがつかなくなり広過ぎる</p> <p>○症状に応じた加算ないしは減額を設けるのは、医学的な(基準設定の)複雑さ、また医学的に判断と被爆者の認識とで差が生じ納得が得られがたいのではないか。また既得権もあり難しいのではないか。</p> <p>○放射線に関係ないケースでは、対象外にせざるを得ない割り切り方しかない。そういう方々も全く手当でもしてこなかったわけではない。</p> <p>○個人の放射線被曝線量をどう見るかが最大の問題。放射性降下物の影響は個別には絶対に推定できないが、それを入れなくてはいけないと思っている。降下物の影響を受けた人はみんな、科学的に疾病と放射性の関係があると言われている病気を全て認定するのが一番論理的だと思っている。</p> <p>○「高齢化」は病気と手当の問題であり、早く何とかしないといけない。そのため、認定の問題は捨てて手当の問題に行こうということ。</p>	<p>現行制度と同じ</p> <p>現行制度と同じ</p> <p>(方向性②より)</p> <p>○安易に科学的知見に基づいて客観的に認定していくという仕組みは崩してほしくない。</p> <p>○(方向性2の「二種」について)放射線起因性をきちんと踏まえる必要があるため、専門家の方々が3.5キロがぎりぎりの範囲を科学的な知見というのであれば、その範囲内だと思う。</p> <p>(方向性③より)</p> <p>○医療特別手当をはじめとする援護を行う理由として、放射線の影響を無視することはできないのではないか</p> <p>○“相当程度判断が固まった”について、今後どう認めていくか。</p> <p>○3.5キロとか100時間などの基準は、その距離なり時間なりの範囲内の人について、これまでの科学的知見も含めて、放射線起因性を認めるに足りる被曝量があることを推認しているだけであり、認定対象はあくまでも個人である。個々の人の被曝条件をネグレクトして認めるとするのは、制度として根本的に違う。</p> <p>○個別の人(の影響)が決まらないから、この制度はだめだと言うのは行きすぎ。外的標準基準でやっているのだから、全ての人が割り切れるという話ではない。3.5キロにいた人、100時間内に入った人の中でも差はある。</p> <p>○残留放射線の影響というのは個人で違い、簡単に導き出されるものではない。個人の残留放射線の被曝線量を定めるのはほとんど不可能に近いから、詳細に検討を進めていかないといけない。</p> <p>○(認定制度について)硬直したままではなく、新しいものが出てきた際、科学的に検証して判断を広げて見直すという柔軟性を持つことは非常に大事ではないか。</p> <p>○実際に体験した人間からすると、被爆者は1カ所に留まっていたのではなく、移動している。だから、個別にどれだけの放射線を浴びたかといっても難しい。だから、残留放射線の影響を決めないと認定が難しくなるのではないか。</p> <p>○残留放射線があるかないかではない。1人1人の被爆者がどういふふうに浴びる可能性があるか、可能性があるとしたら、それをどういふふうに認定の中に生かしたらいいかということを考えないといけない。</p> <p>○(被爆者の移動について)認定で、どのように立証していくか難しさがある。制度設計するときには、客観的な根拠というのは大事な部分である。ただ(レアなケースとして)個別に考慮する部分は出てきてもいいのではないか。立証する人とか客観的な資料など、税金を使っている以上どうしても求めらる要件になるので、個別性を持った方の認定は、行政での裁量権が働くような制度があってもいいのではないか。</p> <p>○(分科会の)専門の先生方は、ある程度の知識、経験に基づいて判断しており、ただ時間をかけるればいいというものではない。分科会の前に専門分野ごとの部会がありその上で全体会議にかけられる仕組みであり、ラフな検討には当たらない。また、分科会の先生方や事務局の方々は、何とか今の基準で拾えないかという考え方で(審査に)当たっている。例えば、入市の要件が無い申し立てについて、入市要件に当てはまるかどうか、あらゆる資料を点検して、申請者が意識していなくても、かなり掘り下げた形で緻密な認定作業が行われていることは、わかっていた方がいいのではないか。</p> <p>○(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。</p>
(総論・3つの方向性共通)	<p>○司法は科学ではなくて援護の考え方で認定をしてきているが、どう考えるか。○現在、医療や介護の費用に別に給付しており、その中での手当の意味をはっきりしてほしい。</p> <p>○健康管理手当の要件は、放射線起因性に深くかかわっていない。医療特別手当をどういう意味づけで支給するかを議論すべき。</p> <p>○被爆者の高齢化により制度設計を早くしようと言っているが、放射性降下物の影響を勘案して見直すとする、ものすごい労力、論議が起こる。</p> <p>○被爆者援護制度では、放射線の影響ということを前提にしながら、原爆症認定のレベルに達していなくても健康管理手当が支給される仕組みになっている。残留放射線の影響を見ていないという見方は、一面的に過ぎるのではないか。</p> <p>○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きに、原爆症認定(制度)を改善できなければ不十分かということ、必ずしも不十分だという結論にはならない。</p> <p>○どうやって制度設計をするかということ、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。</p>	

	方向性①	方向性②+③	
		(方向性②)	(方向性③)
(2) 対象疾病			
・対象とする疾病の範囲	放射線の影響が認められている全ての固形癌、白内障、心筋梗塞、甲状腺機能低下障害、肝機能障害、子宮筋腫など。熱傷瘢痕、免疫力低下などで重傷化した外傷等	現行どおり+裁判例や医療分科会の客観的な積み重ねを尊重しつつ、相当程度判断が固まっているものを救済の観点から行政認定に取り入れ、乖離を埋めていく。	
・具体的な基準	被爆者手帳を持っている。 (参考) 手帳交付要件 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 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 原爆の放射能の影響を受けるような事情の下にあった者(救護者) ④ ①～③の胎児 (疾病) これまで放射線の影響が認められている全ての固形癌、白内障、心筋梗塞、甲状腺機能低下障害、肝機能障害、子宮筋腫など。 熱傷瘢痕、免疫力低下などで重傷化した外傷、等	審査の方針の拡大 (参考) 現行審査の方針 ○積極的に認定する範囲 ・被爆地点より約3.5キロ以内である者 ・原爆投下より約100時間以内に爆心地から約2キロ以内に入市した者 ・原爆投下より、約100時間経過後から約2週間以内の期間に、爆心地から約2キロ以内の地点に1週間程度以上滞在した者 (疾病) 悪性腫瘍(固形がんなど)、白血病、副甲状腺機能低下症、放射線白内障(加齢性白内障を除く)、放射線起因性が認められる心筋梗塞、放射線起因性が認められる甲状腺機能低下症、放射線起因性が認められる慢性肝炎 ○積極的に認定する範囲に該当する場合以外、起因性を総合的に判断(申請者の被曝線量、既往歴、環境因子、生活歴等を総合的に勘案)	
<主な発言等> (各方向性での議論(疾病・要医療性))	○起因性を無視してもいいということが非常に気にかかる。また、対象にする疾病を放射線と関係なく拾い上げるのは、原爆被爆者に対する救済制度としては広過ぎる。 ○初期放射線以外の考慮がないので、人がどれぐらいの放射線の量を浴びたかにより疾病を認定するのは不可能に近いと思っており、個別の放射線起因性は問わないほうがいいということである。 ○(方向性1について)被爆者全部(の疾病を加算)とは言っていない。少なくとも国際的に放射線との関係が認められる疾病を(加算)対象にしないという提案をしている。 ○被爆者の病気を何でも(加算対象として)認定しろと言っているわけではない。がんとか白内障とか心筋梗塞だとか、例示という格好で書いている。骨粗しょう症は挙げていない。	(方向性②より)○認定(手当の給付)の期間を限定することも考えるべきではないか。 (方向性③より)○放射線起因性は、科学的知見をベースとしつつも純粋な科学で説明できない部分があるものであり、法律上の要件として説明するものではないか。○要件に明確に当てはまらない場合の総合判断は必要で、新しい審査の方針のこういった仕組みを残し、医療分科会の知見を生かしつつ、新しい審査の方針を客観化するために、法令で規定していくことを考えるべきではないか。○③の疾病対象とはどのような疾病を指しているのか。相当程度固まっているとはどういうことなのか。○③の疾病の拡大について、起因性や、あるいは疾病の重篤度、回復見込みの程度というようなことを物差しにして、どの程度広げる可能性、余地があるのかどうかを、専門の先生方に聞きたい。○残留放射線の問題を検討した場合でも変わらないということであれば、これはかなり③に近づくことになる。○(方向性3について)現在の認定制度のもとで認められている疾病を広げることができるか。広げる場合に(手当額の)13万を念頭となると、かなり重い病気をイメージしなければならない。その2つを念頭に、放射線との繋がりの中で、どう考えて受け止めていくべきか。③のイメージを固めていく意味で教えてもらいたい。 (方向性2及び3共通;重篤性の議論において) ○完全に治癒したら、どこで認定を解除するかという問題が出てくる。重篤度は手当のランクをつけるということで提案したが、重篤度は手当に関係するが認定とは直接関係しない。○発病から治っていくまでの過程がどういう状況かということまで要件に取り込むという考え方は無くはないと思うが、大変。重篤度を常に個人毎の病状だけの意味に捉えずに、病気そのものの類型的な違いに着目して違った基準に取り込んでいくことではないか。○個々の方々の状況は、3年に1回の現況届をうまく機能するように見直す必要があると思う。○重篤性から見て最低限どこまでは認定し、その後手当のほうをどうするかということではないか。 ○放射線起因性の濃度を薄めるだけで救済するのは若干無理があるので、要医療性の中で、重篤度という表現が妥当かは分からないが、放射線起因性を若干広げるための理屈が立てられないかという考え方はないか。○白内障で手術をしたら治ってしまう人と、ずっと(がんで)転移を続けて亡くなってしまふ人が同じように要医療性でよいのか。それを重篤度で言うとするれば、議論の中に入れたほうが良い。○病気によっては期間限定で、このタイプの病気ならばこの程度の期間見なければいいということも、医学的に仕分けが可能かどうか考えてもよいのではないか。○ランクづけして、フルにもらっていた方がもらえなくなるだけで終わってしまうのが一番悪い。実際にグレーゾーンのところがうまく取り込んでいるのかどうかをある程度考えておかなければいけないのではないか。○(グループ分けについて)判定する行政、申請する被爆者の側にとって余り煩雑にならない制約条件があると思う。また、介護保険の場合は最初から有効期間を設けているので、疾病によってはそういうのも入れていいのではないか。○(グレーゾーンについて)放射線があるかないかという場所のグレーと、疾患をどこまで入れるかのグレーもある。 ○疾病名は、科学的な知見というものを踏まえながらも、今の新しい審査の方針で考えられている疾病から増やすのではないか。 ○(疾病について)その時々科学的に最新の知見を使っていけば良いが、国際的に認められたものは出せると判断していいと思う。 ○疾病認定の要件は、専門領域の中で検討をお願いして広げていくという方法が残っているのではないか。ただ、重篤性による手当額の差は大変センシティブであるので慎重にしていかなければならない。 ○(疾病について)保険診療では、一定の有効性が認められて、普及した段階で保険診療の対象になるというルールがある。そういったことを認定にも取り入れてはどうか。今の時点での科学的な知見を尊重しつつ、あとは個別、総合的に認定するという余地を相当残さざるを得ないのではないか。 ○疾病について、(検討会メンバーの)多くは医学的な素人であるので、別途検討の場を設けてもらい、その結果を検討会上げてもらうことを考えてなければいけないのではないか。○(主な論点で)要医療性をどう判断するかというの1つ入れておかないといけない。 ○心筋梗塞とか白内障など、しきい値内の距離で(認定を)決めていくと思う。白内障は1.2キロメートル以内での被曝など直接放射線についてしきい値があると思う。しかし、直後に(爆心から)数百メートルまで近寄っている人たちがいて、かなりの放射線を当日受けていることを、きちんと押さえなければいけない。2キロメートルで被曝しているのだから起こるはずがないということではなく、その後、近距離のどこまで入ったかということまで調べていただきたい。 ○心筋梗塞や、甲状腺(機能低下症)などは、前に「放射線起因性が認められる」という言葉がついているが、よくわからない。結局、しきい値だと推測してしまうが被爆者はわからない。3.5キロメートル以内で心筋梗塞だと、認定されると思う被爆者が圧倒的に多いが却下され、却下理由も「あなたは該当しません」となっているので、それが不満となっている。そこをグレーゾーンならグレーゾーンで明らかにしておかないといけないと思う。 ○3.5キロメートルというのが(認定における)1つの基準でいいと思うが、福島や職業病認定など様々なところに広がっていく可能性があり、国際的に必ずしもコンセンサスの得られた数値ではないので、最後のまとめでそのニュアンスを書いて欲しい。 ○3.5キロメートルの話を含めて、専門家から言えば、(現在の基準は)広がり過ぎているという気持ちがかかなり強い。科学的知見というのは非常に大事で原爆症認定制度の一番の支えになるが、一方で、それは単なる科学的判断だけではないということも根幹にある。それを表すため、法令などのレベルで明らかにしていくことで客観性が持てるのではないか。そういうことを含めて、3.5キロメートルを大事にしていくことだろうと思う。	

	方向性①	方向性②+③	
		(方向性②)	(方向性③)
<p><主な発言等> (各方向性での議論(疾病・要医療性))</p>	<p>○残留放射線を被曝した人たちの放射線量はどの程度か、これが最大の課題である。今は方法がない。 ○認定ではグレーも含めて決めて、認定されている疾病に対してどういう手当がふさわしいかという議論を次にすればいい。</p>	<p>○影響はあるとしても、客観的に残留放射線をベースにして制度をつくっていいのか、今までの議論の中ではどうも難しいのではないかと疑問を感じている。 ○(残留放射線の)影響が今、続いているかどうかの問題である。「影響がない」というその「ない」の意味が、受けることもなかったというわけではないだろうと思う。 ○わからない残留放射線の影響を放射線起因性ということで判断しようとする、(対象から)外れていく人たちが出てくるのではないかと心配がある。 ○原爆症認定制度の対象になる疾病というのは、出発点は放射線の影響と思う。科学的知見に基づいての放射線の影響性が認知されている疾病に限られてくるだろう。 ○(資料で)疫学で言われているメルクマールを基準にして、チェックポイントの説明があったが、そういう目で、今、対象にされている疾病が適切かどうかは、点検する必要がある。説明のあった(疫学でのメルクマールの)視点で、新しいタイプの疾病を広げていくことができれば、それにこしたことはない。 ○この問題は、司法と行政の乖離で、違う考え方がいろいろ出てきていることから出発している。疾病の検討に当たってもいろいろな意見が出ていることから、どう説明していくべきかということを中心に置いて、ちゃんと納得性のあるものにしていくことに留意することが必要。 ○原爆症認定は放射線とのつながりを認めるかということから出発するので、ある程度学問的に認められている範囲に絞られてくるのではないかと。新しい審査の方針では、疾病名で言えば、かなり広まっていると思う。 ○新しい審査の方針の書き方では、「放射線起因性が推認される」として、「以下の疾病については」として、後の方で「起因性が認められるこれこれの病気」とある。大阪地裁とか千葉地裁の判決では、これを分かった上での判決かどうか疑問を感じる。追認されることを一旦認めていながら、後のほうで「起因性が認められる」と二重にかぶっており非常にわかりにくいので、ぜひ整理をすべき。 ○起因性を認定する一番骨格のところは、放射線の被曝量を何とかして把握しようということが出発点であり、目標ではないか。もっとはっきりこの認定の基準の中で明示する方向で検討するべきではないか。</p> <p>○(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。</p>	
<p>(総論・3つの方向性共通(疾病・要医療性))</p>	<p>○現行の審査の方針では、残留放射線の影響が著しく軽視されているのではないかと。○残留放射線では確定した知見は無かったと思う。判断に限界があることを理解して議論をすればよい。○他領域への波及をさせない議論をすべき。○現時点でもかなり科学を飛び越えていると言うことは認識すべき。○科学だけで判断しているのではないと理解すべき。○3.5km以内の悪性腫瘍を全て認めるというのは「高度の蓋然性」とは到底いえない。○「原爆起因性」について、他の被害との区別という意味で放射線起因性の部分を動かすのはよくない。○科学的到達点で疾病を判断していくしかない。○問題は「原爆症」というものが正確にわからないこと。3つの案の共通の内容がないものか。○3つの考え方も疾病を前提とした議論が必要。○論点の1つとして、要医療性を入れるべき。今は疾病がずっと治らないということはないので、医療の必要がなくなったら打ち切れるということもあり得る。○現行の認定制度をそのまま残すのであれば、認定する疾病は何かという議論をすべき。その場合、対象疾病や医療の程度、期間の議論を先にやったほうが良い。○現行の制度でも治癒したら特別手当に落とすが、かなり長い期間を要医療性として認められてきたところがあり、見直すことがあっても良い。 ○分科会の議論では、がんの手術後何年であるとか、どの程度薬を飲んでいたらいいかという話が出てくる。要医療性についてもっと議論が必要ではないか。 ○健康管理手当、医療特別手当での運用において、疾病と病気の程度とか治り具合とかというものがどの程度関係しているか。要医療性の要件の実態を知りたい。 ○科学的な認識の中で、放射線の影響があると認めるのが無理だという疾病は、取り込むべきではない。また、病気が治癒する見通しが強く持てるような病気であれば、あえて医療特別手当の対象として広げる必要はないのではないかと。 ○(認定の)疾病をどの範囲にするかも、国際的にきちり評価されているUNSCEARとかあるいはICRPとかの基準を参考するのではないかと。 ○残留放射線の問題は、認定制度の中で、起因性があるかどうか基準に取り込むほど科学的に確立しておらず、補助材料的に使っただけだろうという認識。考慮するとすれば、個別に総合判断していくことではないかと。 ○長崎では残留放射線に関して相当にデータがある。脱毛が放射線以外の原因で起こり得るのかはわからないが、少なくとも健康に影響を与えるような量が発見されたことはないし、少なくとも国際的には健康影響があるという言い方はされていない。 ○(線量について)DS02では、初期放射線に比べてかなり残留放射線は少ないと言われている。その後、様々な実験データが出てきているので、見直す必要があるかもしれないが、印象としてはそう大きく変わるものではない。 ○原爆の体験者たちからすれば、脱毛を含めて被害があったと思っている。東京大空襲では余り聞かないが、広島、長崎の人たちは遠距離でも脱毛したりしている。それは何かと云ったら、やはり残留放射線の影響と言わざるを得ない。 ○残留放射線問題を検討会で決めるのは無理がある。残留放射線をどう考慮するかというのは、起因性をどういうふう認定するかというレベルでの問題である。だから、方向性を決める上で決定的な問題だとは思っていない。 ○福島では原子力損害賠償において慰謝料も考慮されている。既に長年制度を運用しており(放射線以外の被害について)今さら制度設計に入れるのは非常に難しい。 ○広島、長崎の疫学調査の結果は、残留放射線も含めて放射線全部で考えており、残留放射線に関連した疫学調査は多分ない。 ○2012年12月の放射線影響研究所の見解を受けとめれば、ある程度方向性は出てくる。放射線影響研究所の見解からすると、これ以上覆ることはあるのかという気がする。 ○(残留放射線の影響は)あるのだという主張は絶対に無くなるだろうと予想される。裁判では全て残留放射線を認めたというわけではなくて、意見が割れている。ただ、科学的な評価、国際的に動かせるほどのデータがなかなか出てこないで、(放影研の)声明になっていると思う。 ○放影研は「残留放射線がない」ということは一言も言っていないが、第19回検討会でそのような印象が与えられていた。 ○残留放射線を考慮しようというのはみんなの共通認識だと思う。ただ、残留放射線を考慮すること、イコール手帳を持っている全ての人たちを認定しようということとはやはり違うと思う。 ○DS86について、誘導放射能に関しても章を設けてあり、それまでの研究結果が網羅されており、その後も、広い地域にわたって放射性降下物がどこに降ったかということも含めて調査している。不正確さはあっても、誘導放射線に関しては、わかる範囲内で線量推定をしようという形で、放影研の見解が出ていて理解している。 ○放影研の調査結果に対する批判につき、(検討会)疫学論争をやるべき場ではない。原爆症認定で残留放射線の影響度をどう見るかは、別の場をつくったとしても恐らく無理で、結局、残留放射線は無視できないが、さりとて確実にその影響度をはかる知見はないところから出発しなければいけない。 ○(資料に)いろいろな意味の科学的知見が出てきてしまい、何を科学的知見と言うのか。 ○放射線影響に関する科学的知見というのは、国連科学委員会が定期的に出している報告書で集約されたものや、それをもとにしてICRPも独自に知見を集約してPublicationなどを出している。国連科学委員会やICRPも、放射線影響、医学、物理の専門家として集まった一つのボランティアの団体であり、そこが出しているものを科学的な知見として使っていくべきだと認識している。 ○残留放射線(の影響)について、何らかの科学的なものが出る時、考えていくことではないか。不正確なままで、認定する方法論として制度の中ででき上がるのか疑問を持っている。 ○(残留放射線の影響を見込んだ制度について)でき上がるかどうかではなくて、どういうものができるかという議論をして、つくるしかないのではないかと。</p>		

	方向性①	方向性②+③	
		(方向性②)	(方向性③)
(総論・3つの方向性共通(疾病・要医療性))	<p>(第22回長瀬委員報告より主な発言)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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。 ・(寿命調査で)死者数が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と説明され、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させていただきたい。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きたい。 		
	<p>(第22回意見)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○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(長瀬委員の)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。 ○積み上げてきた科学的、疫学的な事実を置いて、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ょ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ょうという言い方は、(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ょうというのではないか。 ○裁判では、C型肝炎につき共同原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づ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。 		

	方向性①	方向性②+③	
		(方向性②)	(方向性③)
(3) 手当の内容			
・手当額	障害があるものには、手当額の加算を行う。	状態が重くなれば高いランクの手当、軽くなれば低いランクの手当に変更。さらに、軽くなるとか治癒すれば支給停止もあり得る。	
(手当額の段階について)	手当額を段階的なものにする	手当額を段階的なものにする	
(手当額の差の根拠)	障害の程度(疾病の重篤性、要医療度 等)	疾病の重篤度(生命への影響の程度、日常生活への影響の程度、治癒の可能性、再発の可能性)	
(差の具体的な基準)	放射線治療、抗がん剤などの治療を受けている場合、区分3。内視鏡を用いた切除、重い副作用をとらなない服薬治療の場合、区分2。これらが治癒した場合区分1。熱傷瘢痕の場合は、瘢痕の部位、度合いなどにより加算1あるいは加算2。	疾患の重篤度を基本に認定	
<主な発言等> (各方向性での議論)	○段階をつける新制度を導入するのであれば、現行よりも手当額が下がる人が出てくるのではないかと議論している。	<p>(方向性②より)</p> <p>○段階をつける新制度を導入するのであれば、現行よりも手当額が下がる人が出てくるのではないかと議論している。</p> <p>(方向性③より)</p> <p>○方向性②と③との違いを少し薄めることができるのではないかと議論している。②では新たな基準として医療の必要性も一つの要件としているが、病気の程度とか症状の程度、回復の見込みなどを考慮してワンランク中間段階をつくる方向性②のアイデアを、方向性③に追加できないだろうか。ただ、従来認定された方がワンランク少し下の給付水準に落とされる問題もある。</p> <p>○グレーゾーンを使って放射線との関係を薄めていくという方法では無理がある。ただ、グレーゾーンには、もう一つ別の給付水準をつくることできないかという発想が含まれている。ランクづけの基準は要医療性にかかわるグレードだと思ふ。例えば病気によって、重篤度あるいは治療を必要とする程度を、実態に合わせて、このくらいのランクの給付水準で対応することは考えられるのではないかと議論している。それぞれの病気について、この病気は重いほうとか、あるいは回復の仕方がかなり見込めるようになっているかどうかの辺りを整理して貰い、ランクづけに使えるかどうか見極めたい。</p> <p>(方向性2及び3共通;重篤性の議論において)</p> <p>○可能であれば本当に困っている方あるいは重篤性が強い方についてより手厚くしていくという基本的な考え方はいいと思う。本当に現実的に運用が可能なものかどうかということも、議論するときには十分に踏まえてもらいたい。</p> <p>○(グループ分けについて)余り複雑にしすぎると制度設計が難しくなる。疾病の種類とかに帰着させると、取り込む可能性はあるのではないかと議論している。</p> <p>○疾患を認定するときに、ゼロか13万円ではなく、類型化の中で重篤度で判断して話をするので、要医療性とは切り離して考える必要があると思ふ。</p> <p>○(グループ分けを)類型化するときには縦軸も横軸も総合的に判断して、両方とも考えなければいけないと思ふ。</p> <p>○病気の類型化は、要医療性の要件の中の問題でなくて、いわゆる原爆症に対する手当の給付の性格づけを考えると、重い病気であるか軽い病気であるかによって手当の額が違ってしかるべきだろうという、一番根本のところでの違いだろうと思ふ。</p> <p>○早期がんの場合とそうでない場合で、いわゆる重篤度という目で見れば、認定の段階での基準として取り込むには複雑過ぎる。</p> <p>○グループ1～4は複雑で、ワーカブルな基準にしようとなると、大なたを振るったような基準が必要。</p> <p>○事務局で、方向性3と2をコンバインした領域で、段階での視点から基準、あるいはグループ分けを使えないかどうか、御検討をいただくと制度化が少し促進される。</p> <p>○認定と給付とは別というが、抽象的な認定などというのはない。今、問題にしているのは、医療特別手当での原爆症認定であり、あらゆることの認定ではない。どういう効果を持った要件を認定するかということと不可分に結びついている。</p>	
(4) 調整事項			
・他の社会保障制度との調整	無し	無し	無し
・経過措置	無し		
<主な発言等> (各方向性での議論)	○制度を大きく見直した場合、過去認定した方との整合性を懸念している。	○今まで(対象として)見てきたものを見直すことは大変。認定制度が変わったときの差が出てくるので、既得権は既得権として考えていいのではないかと議論している。ただし、疾病対象を拡大するときの客観性をどのように証明していくのかが大きな問題。	
・新制度への移行	再認定の方法等要検討	再認定の方法等要検討	同左

	方向性①	方向性②+③	
		(方向性②)	(方向性③)
○各方向性の考え方に関する議論			
＜主な発言等＞			
○グレーゾーン、司法との乖離 ・各方向性での議論	<p>○乖離を埋めることができないのだから、制度全体が破綻しているのではないか。</p> <p>○司法判断を仰がないとする趣旨が、制度見直しの全てだとは思わない。</p> <p>○裁判を無くすため全体を見直すべき。グレーゾーンを設けても争いは無くない。</p> <p>○グレーゾーンは残るのではないか。どこまで手当すべきか被爆者間の公平性という観点からも議論が残る。</p> <p>○一律性がかなり強いので、国民の理解と科学性という面でかなり弱い。</p> <p>○(現在分からなくても)筋として、残留放射線の影響があることは間違いないと言いたい。</p> <p>○(司法との乖離について)全て司法(の判決)に合わせるとは言っていない。たくさん判例で行政が認定できない例があった。それを解消するため法律をどう変えるか議論してきたが、今までの認定制度をそのまま残すということは、何も変えないことになってしまい、解決できない。</p> <p>○判決の積み重ねの中でどう受け止めるか理解の仕方の違いはあるが、認定制度を無くすというまとめ方は(検討会において)共通ではないと思う。</p> <p>○(方向性1について)乱暴な表現をすると、被爆した事実をもって全ての方々に救済対象とするシステムが大事という考えだと思われる。しかし、その考え方で司法への申立権は個人の権利なので、司法に訴える現象はずっと起きると思う。</p> <p>○例えば心筋梗塞は政府側が勝訴したのは1つぐらいしかない。あとは圧倒的に原告が勝訴している。理由を2つ並べるとフィフティ・フィフティの感じを受けるが、実際はそうでない。</p> <p>○裁判では、残留放射線、特に入市した人、遠距離での被爆者でも、症状を見ていけば原爆症と認定すべきでないかということも含めて判断をしている。</p> <p>○放影研が疫学調査をやった国際的にもかなり信用されている。不確定な部分もあるが、今の段階での考え方として認めないわけにはいかない。一方では、ICRPの防護のための基準を認定に当てはめてくるのはおかしいのではないか。また、ICRPの基準がいいかどうかにも疑問を持っている。</p> <p>○裁判所の(判決の)場合は一人一人の線量を余り考えていない。政府は一人一人の線量を考えてやると思う。裁判は、疾病の中身についていろいろ判断をしていると理解している。</p> <p>○原爆被爆者の被曝線量を推定するのは、もうできないのだから、少なくとも科学的に放射線と関係があるという病気にかかった場合には、原爆症になったという判定をすべきではないかと考えている。</p>	<p>(方向性②より)</p> <p>○グレーゾーンを作るにしても、既に認定されている人を含めて、その要件を明確に設定するのは難しいのではないか。○グレーゾーンは裁量が及ぶ範囲になるので客観性・理論的裏付けが出来るか危惧している。○グレーゾーンのイメージが各委員で違う。高度の蓋然性に対して「中程度の蓋然性」を認めるのか。裁判では「高度」か「無い」かだ。○グレーゾーンは、認定制度の外側に出さないと成立しない。○(方向性2の「原爆症に準ずる」について)科学的な根拠となると現在の認定でも相当無理をしている部分もあるので、無理をしないでグレーゾーンで拾うということ。○(原爆放射線の)被曝量、個体差、実情の差、かつちりと決めきれない部分があるからこそグレーゾーンをつくる。そのグレーゾーンをいかに取り込むかということをごまかして議論してきた。○認定は医療の給付なので、グレーゾーンを(制度に)入れたときに、グレーゾーンの人たちの医療費は全部給付するのだということを前提にして議論することを確認してほしい。○(医療費について)第二種は一種と切り離して、原爆症に準ずる状態として認定するとしており、グレーと割り切って保険と併用する形もあると思う。</p> <p>(方向性③より)</p> <p>○裁判所の判断は個々の原爆症認定についての判断であり、制度を見直すべきとの判断にまで及んでいないのではないか。○相当程度判断が固まっているとの表現があるが、現実的にそういう判断ができるのなら、問題は発生していない。○司法と行政の間をどう埋めるかについて、司法の判断を丸ごと入れるというより、行政の制度として新しく引き直すという考え方も重要。○残留放射線問題は、個別の案件の中で、その時々科学の進歩に期待しながら処理していくしかないのではないか。○(現在の方針にある)3.5キロは放射線起因性を議論するときの最も遠い距離だと思う。そうすると放射線起因性を堅持するとしたら、3.5キロ以内でグレーゾーンを考えなければいけないと思う。○2~3キロの人で放射性降下物の一定の線量を浴びたとしか判断できないという人が出てくると思うが、1人もいないということは、(総合的判断を)していないということの現れだと思う。○(原爆放射線の)被曝量、個体差、実情の差、かつちりと決めきれない部分があるからこそグレーゾーンをつくる。そのグレーゾーンをいかに取り込むかということをごまかして議論してきた。○認定は医療の給付なので、グレーゾーンを(制度に)入れたときに、グレーゾーンの人たちの医療費は全部給付するのだということを前提にして議論することを確認してほしい。</p>	<p>○「行政認定と裁判における救済事例の乖離を指す場合」で(グレーゾーンを)救済事例の裁判と行政認定との乖離を指す場合というのはアバウト過ぎる。行政認定と裁判の乖離(問題の)一番大きいところは、放射線起因性を認めるかどうか、具体的な申し立てをされている方についての放射線の影響性を認めるかどうかである。</p> <p>○放射線起因性は、国際的な水準に照らして科学的な説明ができないところまでは広げるべきではないと整理できるのでは。果たして科学的認知に耐えられるかという意味で、新しい審査の方針が、もう既にグレーの部分に広げてきているという認識であり、グレーゾーンを、この外に設けるのは、放射線起因性との関係で言えば、適当ではないのではないか。</p> <p>○(審査の方針の)3.5キロメートル以内について1ミリシーベルトという話は、感覚からすると、かなりぎりぎりに拾い上げた線であり、横並びの関係からいって認めざるを得ないと思うし、時間要件もかなり広い基準だろうと思う。(第19回の資料は)一般人が納得できる資料として判断し、乖離の問題をきちんと考える上では出発点にせざるを得ない。</p> <p>○グレーゾーンというのはそもそも何だったのか。認定の問題と、疾病の問題と、起因性の問題でグレーゾーンでどうするというのか。</p> <p>○グレーゾーンという一つの制度をつくるということで(委員での)合意はされていないと理解している。</p> <p>○科学的知見を取り入れつつ広げることができれば、それでいいのではないか。3.5キロメートルの範囲内で階段をつけるということになると思っている。</p> <p>○(グレーゾーンについて)要するに、あいまいなものをどう受けとめるかだが、3.5キロメートルの範囲内であれば、ぎりぎり国際的にも説明がつくことなので、それであれば、グレーゾーンとは言わないで、原爆症というくりでいいのではないか。</p>
		<p>○厚労省が裁判で主張されてきた判断について、裁判では29回退けられたわけだが、どういう根拠でどういう理由で退けられたか、紹介してほしい。違いがわかるようなものを出してほしい。</p> <p>○裁判は個別救済の性格なので、例えば、糖尿病などは放射線の影響をどこまで肯定できるのか、素人の私でもかなりの問題を感じるの、疾病との関係で言えば、ある程度ギャップが残ることはやむを得ない。審査基準では距離とか時間とか線量ということを前提に認定すべきかどうかの判断をしており、全部判断基準に取り込むのは難しい。(裁判を)分析して確認することは無意味ではないが、ギャップを全部拾い上げた制度ということにはならないと思う。</p> <p>○新しい審査の方針下での処分の裁判では、国の誤りということと言われる率が下がってきているということを考えれば、それほど司法と行政のギャップを重大視して、放置できないと言うまでのことではない。</p> <p>○例えば心筋梗塞一つとっても、現在の科学的知見は、とりあえずしきい線量があるという形でUNSCEARもICRPも考えましようという形にしているが、(原告が)裁判が勝ったほうの事例を見ると、しきい線量のない確率的影響として考えるべきであるというような判断をしている。同じような事例を何回出しても同じだろうと思う。</p> <p>○認定の基準を狭めようとして議論しているのではなく、科学的に判断したときにどこまでリーズナブルかという形でやっている。少なくとも国費を使っているの、放射線起因性というところは守らなければいけないが、その中でどこまで取り込めるかという形で議論しているつもり。</p> <p>○(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。</p> <p>○国が負けたものを見ていくと、例えば、3.5キロは遠はだめだと言いつつ、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、恐らく国も認めたいであろ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。</p> <p>○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。</p>	

	方向性①	方向性②+③	
		(方向性②)	(方向性③)
<p>○グレーゾーン、司法との乖離 ・総論・3つの方向性共通</p>	<p>○制度の問題なのか科学の限界の問題でグレーゾーンが存在する。○放射線の影響について否定できないレベルがグレーゾーンの一つの基準ではないか。○司法は法律に基づいて判断しているが、行政が認めないことが問題。行政が残留放射線を認めていないためグレーゾーンが存在する。○グレーゾーンを仕分けできるのか。(この制度は)放射線が根っこにある。そうしなければ認定基準が際限なく拡大していく。○司法判断には相当のバラツキがあり、それを我々がどう受け止めるかを責任もって判断するべき。(見直すには)合理的に説明する必要があり慎重に検討すべき。○検討会で制度設計をするところまで行ったら、グレーでは無くするするような物差しが必要。一番の物差しは放射線起因性と思う。○少なくとも放射線に被曝したというときに、疫学的に確立した放射線の影響があったという範囲と、そうとはいえないという非常にグレーゾーンに相当する線量、被曝量というものを一つの基準としてある程度持っていないといけない。○被爆者援護法では、全体に原爆放射線の起因性の考え方が入っており、起因性の捉え方もいろんな段階を既に持っている。○認定制度を残して乖離部分をどう解消するかという点で②と③はわからない。グレーゾーンで恐らく乖離を解消しようという考えなのか○司法と行政の乖離を完全に埋めるに至らなくても、現状を改善できればいいと思う。完全に司法と行政のギャップを解消する方策については、無理という回答もあり得る。○個々の司法の判断にはばらつきがあるので、(認定制度に)取り入れるべき判断と、参考にならない部分があって、ある種合理的な判断の分かれ目があるのではないか。○30近い(原爆症の)判決の大部分で今の認定のやり方はおかしいという判断をしている。極端に言うとも科学的な知見だけにに基づく認定だけをやっていると救われない人たちが出てくるので、認定のやり方を考えるべきではないかというのが言外にある。○司法は行政に対して「このままではだめですよ」というメッセージを出している。ただ、(乖離を)埋めなければならないということではなく、人間のなす事には誤差もあるのだから、完璧を求めない方がいい。○司法の結果を行政が無視したと言うが、制度運用の認識としてはいかがなものか。新しい審査の方針では放射線の影響に疑問がつくところまで相当広がっている。とりわけ放射線白内障や放射線起因性のある心筋梗塞など。しかし、現在の運用でかなり広げてやっている。○放射線起因性について、線量で言うと100(mSv)ではある程度影響があり、100から1まではグレーゾーンという感覚。残留放射線のウェイトをどう考えるかだが、線量の少ないところで放射線の影響は起こらないと言わなければいけない。○(放射線の)疫学調査は必ずしも広島、長崎だけではなく、さまざまな疫学調査が行われているが、少なくとも今の3.5キロを変えなければいけないような知見はこれからも出てこないと思う○(グレーゾーンについて)概論的に出すのは難しいのではないか。グレーゾーンについての見解がこういう領域の中で出されているという実態論に基づいたものを出して貰うことになると思う。</p> <p>(がんとセシウムとの関連について)</p> <p>○チェルノブイリではWHOやIAEAの記録及びUNSCEARの報告書の中で、セシウムによる健康異常は認められないと書いてあった。○内部被爆であっても外部被爆であっても線量は足し算できるようになっている。放射性降下物について、核実験でたくさんセシウムが成層圏に上がって降ってきたが、それにより、がんが増えたことは無いと思う。</p>	<p>○(放射線の影響を)否定できるかできないかという議論があるが、裁判で言うのと同じように行政でも否定できないからというふうな言い方が成り立つのか。</p> <p>○裁判も、残留放射線を考慮すべきであるという一般的なルールを宣言しているわけではない。起因性を判断するときに行政認定で考慮されなかったが、残留放射線の影響がないとは言えないとして、個別に影響があると認定した例がある。要するに、裁判も個別判断である。</p> <p>○行政認定と司法判断の乖離を完全に解消するのは無理と思う。そもそも違った次元の判断をしており、元来、物差しは2つあっていいと思っている。ただ、個別のケースは、大きな尺度、物差しでは計れない。例えば、税法では不満があれば不服審判所に申し出るが、それと同じように、行政認定で不服の方は司法判断に委ねる。司法判断の結果が行政認定を覆すというのとは別の話で、行政認定はおかしいというのは、話が逆立ちしている。恐らく2つの物差しを使い分ける、多くの方々がより納得してくれる使い方の改善を考えれば解決すると思う。</p> <p>○どのくらい被爆されておられるかの事実と、疾病そのものが放射線の影響によるものなのか、(乖離を)2つに分けられると思う。放射線と病気との関係については、さらに精緻にしていけば、それが共通のベースになっていくのではないか。</p> <p>○司法では、放射線防護上、あるいは今までの知見で確定的影響であると言っているものに関して、確定的影響と言うべきではなくて、確率的影響と言うべきであるというような形の判断をされている。新しく資料を提示されても、司法と行政の乖離が埋まるのか。</p> <p>○しきい値の議論で、(疾病への)判断ができないということが一つ。また、しきい値がある、ないにかかわらず、どのくらい線量として浴びたのか、事実認定(残留放射線)で争われている。2つに分けて考えて、新基準の裁判でしきい値の有無か、事実認定のところで争われているのか分析すれば、ある程度ギャップを埋めていくことにつながるのではないか。</p> <p>○裁判例を整理することをやってもいいと思うけれども、個々の(裁判の)ケースから一般的、普遍的な部分というのは多分出てこない。</p> <p>○今、何段階かある手当の枠をどうするかが、検討会としてのポイント。もう一つ、認定に不満が多々あるから、それでグレーゾーンを解消しようとしても、残留放射線をどう測定するか、今となってはできないのだから、制度設計としては割り切るしかない。少し制度に立脚した形で議論しないと、どうも議論がぐるぐる回り、徒労感に終わる。</p> <p>○グレーゾーンも、あるいはわからない面があるのは、被爆者を救う方向へ行ってもらいたい。次善の策というのか、少しでも被爆者に有利に働いてもらいたい。</p>	

	方向性①	方向性②+③	
		(方向性②)	(方向性③)
○国民の納得(公平性)・ 財政上の視点 ・各方向性での議論	○疾病が良くなったら手当は下がり、既得権はつくらないというところまで議論ができれば、被爆者の間でも公平な制度になり、歩み寄りの余地はあるではないか。 ○手当の支給の観点から認定制度は絶対に必要。納税者を念頭にしたとき、しかるべき法的な基準がなかったら税金は使えない。現行の認定制度を無くす代わりに別の認定制度をつくらない限り、方向性①というのは成立しない。 ○同情でもなく憐れみでもなく、客観性に基いて認定された結果、権利として様々な治療、手当が行われるという社会的な認識はとても大事。残留放射線の問題がわからないことから、全体が被曝したという考えは、やや行き過ぎではないのか。 (手当と認定は全く別として、認定制度はなくす上で手当は出すことについて) ○大臣の認定を無くしたら、認定(制度)が無くなるので、手当も税金を使えない。そこが最大の問題。 ○支出は正当な根拠がない限りは出せないというのが財政学にとって常識なので、認定制度をなくして、手当だけ一人歩きはというのはイメージが湧かない。国民の理解にもかかわってくる。 ○物すごい予算を食うようになるのだとしたら、病気の治療の度合いで線引きもしていいのではないか、段階を設けていいのではないのでしょうかという提案を(方向性①で)している。何でもいいというふうには言っていない。	(方向性②③共通) ○認定と手当の議論の間に財源問題がある。認定の範囲は結局財源の裏づけがある範囲でないと実現可能性が無いので、くっつけて議論すべき。 ○税を使うことを踏まえ、客観的な条件はきちんと整備をしていかなければならないのではないか。 ○医療特別手当の意味を考えると、例えば生命にとって大変危険であるとか、日常生活が困難であるとか、ADLが高いか低いかとか、あるいは5年生存率から再発の危険があるとか、これを重篤度と呼ぶかは別として、こういう要因を入れることで、すごく説明しやすくなる気がする。 ○問題は、放射線が起因する病気として出ている白内障だ、前立腺(がん)だ、心筋梗塞というのは明らかに加齢現象(で起こる疾病)で、高齢化社会で患者が増えている。こういう患者を全部放射線が起因する病気の中に(制度として)入れた場合は、社会保障費が幾らあったって足りず、無制限にはできない。議論の一つのポイントは、国民的視点から見た公平、国家的見地から見た責任である。それを忘れると制度設計は難しくなり、野方図との批判を浴びて立ち往生する。	
・総論・3つの方向性共通	○手当も含めた全体のバランスを考える必要がある。原爆に係る費用がどの程度出ているかを意識すべき。 ○総額の予算ありきには反対。原爆症認定がどうあるべきかから議論して、どのように給付するかを見極めた上で議論すべき。 ○裁判で争わない制度が、公平な制度として国民の納得が得られるのか。国民が(見直した)制度を公平な制度と感ずるかどうかが問題である。 ○税を使ってやるからには明確な根拠を求めるのは当然の前提。 ○現行の制度を肯定するか否定するかは大きな問題ではない。国民の理解を得られることを頭に入れて議論したい。 ○認定の問題を国民に理解して貰うために、認定をどのようにやっているか行政側で説明してもらっても良いのでは無いか。 ○公費を使う以上、予算額が国民の関心事。制約要件として予算を入れるのは必要。 ○(認定申請の)却下理由が非常に簡単で、申請した人たちに対してきちっとした説明として受け取られていなかったのではないか。もったきちと丁寧なやりとりをしていくという配慮は今後とても大事になってくるのではないか。		
○その他全般 ・各方向性での議論	○①は、認定制度をめぐる争いが無くなるが、デメリットは、国が認定をやめることになるので国の責任が薄れる仕組みになり、援護施策全体への影響が心配。 ○(認定制度を無くすことについて)政府の責任が軽くなるという側面はあるが、最終的には今の問題が解決できないということであれば、無くしたほうがいいのではと思っている。	○②は、放射線起因性が科学的に難しいという点から別の枠組みをつくるということはメリット。しかし、グレーゾーンをどう仕込むかにより、認定を巡る裁判は減るかは不明。	○③は、行政と裁判との違いを無くす方向性に沿ったものだが、今の法律に入れるのは困難な印象なので、法律改正する必要があると思う。その際、審査会で基準をつくるということを法定化などを明記をしていく形かもしれない。
・総論・3つの方向性共通	○裁判の解決につながるかどうか、被爆者の支援に真に繋がるものかどうか、制度本来の目的とか、などの論点も要るのではないか。 ○被爆者援護法では手帳という広い区域があって、消極的な起因性と言うか、そこで健康管理手当が出る。一方、積極的な放射能起因性で国が認定すれば医療特別手当が出る仕組みになっている。健康管理手当の要件では明らかでない疾病というものをばくっと切ってしまうと、個別の様態は問わない仕組みである。健康管理手当の消極的な起因性みたいなもの考え方から、もう一段深いものができるのかどうか。手当の運用など具体的な内容を教えて貰いたい。		