

となり人体への影響が大きいことを理論的に否定し去ることはできない。

(x) 小括 (118-119頁)

DS86による線量評価には、相応の合理性が認められるものというべきであるから、被爆者の被曝線量を推定するのに当たり、これが参考資料の1つとなることは否定し難いが、その評価結果に限界があることも既に指摘したとおりであり、広島、長崎の被爆者に、DS86による計算値を超える被曝が生じている可能性がないと断定してしまうことはできないのであって、DS86による線量評価の合理性は、被爆者に生じた急性症状等を合理的に説明することができるかどうかという観点からも検証する必要がある。別の言い方をすれば、客観的な資料に基づく合理的な判断として、放射線による急性症状等が生じていると認められる事例が存在するのであれば、その事実を直視すべきなのであって、それがDS86による線量評価の結果と矛盾するからといって、DS86の評価こそが正しいと断定することはできない。

(x) 遠距離被爆者、入市被爆者の急性症状 (119-124頁)

a 原爆投下から間もない時期に実施された日米合同調査団報告書、東京帝国大学医学部の調査、長崎医科大学の調査を総合すると、少なくとも爆心地から3キロメートル程度以内で被曝した者には、爆心地からの距離に応じて、放射線被曝による急性症状と解し得る症状が生じていることが認められる。このことは、於保源作の調査、佐々木正夫らの報告、被団協の2003年入市被爆者・遠距離被爆者調査、プレストンらの報告、横田らの報告など、その後の複数の調査結果からも裏付けられる。

原爆被爆者にみられた急性症状と解し得る症状のうち、脱毛、皮膚溢血斑及び壊疽性又は出血性口内炎症などは、概ね放射線によるものであったと考えられる上、発熱、下痢、食欲不振及び倦怠感等も、放

射線の影響によるものである可能性は否定し難い。そして、遠距離被爆者にこれらの急性症状がみられることは、遠距離被爆者であっても健康状態に影響を与える程度の被曝をした者が存在することを疑わせるに足りる事実であるというべきである。

b 於保医師の調査、広島市による調査(残留放射能による障害調査)、被団協の2003年入市被爆者・遠距離被爆者調査、賀北部隊に関する調査、小熊信夫らの報告、広瀬文男の報告等は、直接被爆者以外の者が広島、長崎に入市した場合であっても、その時期や、入市した際の活動範囲(爆心地からの距離)、活動期間によっては、残留放射能の影響により、急性症状を呈し得るほどの放射線被曝を受けた可能性があることを示しているものというべきである。

c 以上のとおり、先に掲げた被爆者に対する数々の調査報告を踏まえると、遠距離被爆者、入市被爆者のいずれについても、放射線に起因する急性症状が現れていたものと判断することには十分な合理性がある。放射線起因性の判断に当たっては、遠距離被爆者、入市被爆者にも放射線に起因する急性症状が発症した事例があること、したがって、遠距離被爆者、入市被爆者の中にも、相当程度の放射線被曝をした者が存在することを念頭に置く必要があるものというべきである。

(x) その他の関連事項 (124-125頁)

省略

イ 原因確率について

(7) 財団法人放射線影響研究所(以下「放影研」という。)のLSS及びAHSは、多数の被爆者を対象とした継続的調査であり、他にこれと匹敵する規模のものがない、重要な研究であり、これを踏まえて算定された寄与リスク(したがって、それに基づく原因確率)は、ポアソン回帰分析による内部比較法を採用した点を含めて、一般的合理性を有する統計的手法によって算出されたものであって、一応の合理性を有するもの

である。(126頁)

(イ) その一方、原因確率は、あくまでも、統計的処理に基づき、近似計算を行って算出されたものにとどまるのであるから、そのような処理手法そのものや、処理の前提となっている仮定に由来する限界等があり得ることもまた当然であって、これを疑義の余地のないものとして取り扱うことにも、次のとおり問題がある。(127-130頁)

a 第1に、原因確率は、本来的には集団の中における傾向を示す概念であって、個々の被爆者の放射性起因性の有無を示す概念ではない。

また、原因確率の前提となっている寄与リスクは、あくまでも疾病の発生数を問題としているのにとどまり、疾病発生の時期は考慮されていないのであるから、放射線が疾病発生の促進要因となっている場合、それを寄与リスクによって捉えることはできない。

b 第2に、LSSも、AHSも、過去の傾向を調査したものなのであるから、これによって将来の傾向をすべて予測することが可能であると考えることにも問題がある。現に、ABCC及び放影研の各種報告書を見ていくと、調査期間の拡大につれ、放射線被曝と関連する疾病が増え、被曝の影響が明らかになる傾向が認められるのであるから、現段階において、放射線被曝との因果関係が確立されていない疾病であったとしても、それには放射線起因性が認められないと即断してしまうことはできないのであって、当該被爆者の被曝状況や病歴等を慎重に踏まえた上での判断が必要になるものと考えられる。

c 第3に、LSS及びAHSによる調査内容や、寄与リスクの算定に当たって用いられた統計的手法からすると、原因確率の算定上は、低線量被曝者と位置づけられている者のリスクが過小に評価されている可能性がある。具体的に指摘すれば、次のとおりである。

(a) LSS及びAHSの調査において、被曝線量として考慮されるのは、初期放射線による外部被曝に限られている。したがって、被曝

群全体について、そもそも残留放射線による被曝線量が算入されていない。

(b) 放影研の調査は、昭和25年以降のものであるが、昭和20年からの5年間に相当数の被爆者が死亡したため、結果的に、放射線による影響を受けにくい被爆者が選択された結果、被曝によるリスクが低く算定されてしまっている可能性がある。

(c) また、低線量被曝の場合に、高線量被曝の際には生じない機序を経て細胞や染色体が障害される例や、原爆がもたらした放射線以外の要因が複合して疾病が生じた場合に、放射線の影響のみを他と切り放し、疾病の放射線起因性を否定することが相当でない事例の存在する可能性がある。

(イ) 以上をまとめれば、原因確率は、放射性起因性を判断するための参考要素になり得るものではあるものの、原因確率に基づく判断にも一定の限界があることは否定できないのであるから、特に、原因確率が低いとされた事例に関しては、これを機械的に当てはめて放射性起因性を否定してしまうことは相当ではなく、個々の被爆者の個別的事情を踏まえた判断をする必要があるものと考えられる。(130-131頁)

(3) 起因性の判断手法について(以上のまとめ)(131-133頁)

一般に、疾病の発生の過程には様々な要因が複合的に関連するのが通常であり、特定の要因から特定の疾病が生じる機序を逐一解明することは困難である。そして、放射線に関しても、それが、がんをはじめとする各種の疾病の原因となり得ることについては、コンセンサスが成立しているとはいえるものの、放射線に特有の疾病や症状が存在するわけではない。したがって、放射性起因性の有無は、病理学、臨床医学、放射線学や、疾病等に関する科学的知見を総合的に考慮した上で、判断するほかはないわけであるが、これらの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

ものであって、最終的には、合理的な通常人が、当該疾病の原因は放射線であると判断するに足る根拠が存在するかどうかという観点から判断をするほかはない。

DS86及び原因確率は、現段階における科学的知見に照らし、相応の合理性を有するものと評価すべきであることは既に指摘したとおりなのであるから、これらによって算出された数値は、放射性起因性判断に当たり参考資料となり得るものであり、これらを適用した結果、放射性起因性が認められる可能性が高いと判断されたものについては、そのとおり放射線起因性を認めることに不合理な点はないものと考えられる。

しかしながら、既に指摘した諸点を考えると、DS86及び原因確率のいずれについても、限界があり、そこで求められた数値を全く疑義のないものとして取り扱うことはできない。特に問題となるのは、DS86及び原因確率の機械的な適用は、放射線のリスクの過小評価をもたらすおそれがあるという点であり、この点を考慮すると、DS86によって被曝線量が少ないと評価された者や、原因確率が低いと判断された被曝者について、これらの形式的な適用のみによって放射性起因性を否定してしまうのは相当ではないのであって、他の観点から、これらの推定値の妥当性を検証する必要がある。具体的には、当該被曝者の被曝状況、被曝後の行動、急性症状の有無・態様・程度等を慎重に検討した上で、DS86による推定値を上回る被曝を受けた可能性がないかどうかを判断し、さらに、当該被曝者のその後の生活状況、病歴（健康診断や検診の結果等を含む）、放射性起因性の有無が問題とされている疾病の具体的な状況やその発生に至る経緯などから、放射線の関与がなければ通常は考えられないような症状の推移がないかどうかを判断し、これらを総合的に考慮した上で、合理的な通常人の立場において、当該疾病は、放射線に起因するものであると判断し得る程度の心証に達した場合には、放射線起因性を肯定すべきである。そして、このような場合、DS86や原因確率の値は、あくまでも総合的判断の一要素として考慮されるものであつ

て、単にDS86や原因確率の値が低いということだけで放射線起因性を否定することはできない。また、以上のことは、確率的影響ではなく、確定的影響が問題となる疾病におけるしきい値の適用や、現段階においては、審査の方針において放射性起因性が認められていない疾病についての判断においても、同様に考慮されるべき事柄である。

(以下略)



平成19年7月30日判決言渡し

平成15年（行ウ）第5号外 原爆症認定申請却下処分取消等請求事件  
熊本地方裁判所民事第3部

裁判長裁判官 石井 浩  
裁判官 堂 菌 幹一郎  
裁判官 向 井 敬 二

## 判 決 要 旨

### 1 事案の概要

本件は、原子爆弾（以下「原爆」ということがある。）が投下された際、当時の広島市又は長崎市の区域内に在った者であって、被爆者健康手帳の交付を受けた、原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律（平成6年法律第117号。以下「被爆者援護法」という。）1条1号にいう被爆者である原告ら又は原告らの被相続人（以下「本件被爆者ら」という。）が、原子爆弾の傷害作用に起因して負傷し、又は疾病にかかり、現に医療を要する状態にある（同法10条1項）として、被告厚生労働大臣に対し、同法11条1項に基づき、当該負傷又は疾病（以下「疾病等」ということがある。）が原子爆弾の傷害作用に起因する旨の認定の申請を行ったのに対し、被告厚生労働大臣が上記各申請をいずれも却下する旨の処分（以下「本件各却下処分」という。）をしたことから、原告らが、被告厚生労働大臣（一部の原告については被告国）に対し、本件各却下処分の取消しを求めるとともに、本件各却下処分により精神的苦痛を被ったと主張して、被告国に対し、国家賠償法1条1項に基づく損害賠償として、慰謝料及び弁護士費用並びにこれらに対する本訴状送達の日翌日から支払済みまでの遅延損害金の支払を求めた事案である。

### 2 前提となる事実（原爆症認定を受けるための要件）

被爆者援護法に基づく原爆症認定を受けるための要件は、①被爆者が現に医療を要する状態にあること（以下「要医療性」という。）及び②現に医療を要する状態にある疾病等が原子爆弾の放射線に起因するものであるか、又は上記疾病等が放射線以外の原子爆弾の傷害作用に起因するものであって、その者の治療能力が原子爆弾の放射線の影響を受けているため上記状態にあること（以下「放射線起因性」といい、要医療性と併せて「原爆症認定要件」ということがある。）の2つである（同法10条1項、11条1項）。

### 3 争点

- (1) 放射線起因性の判断基準
- (2) 本件被爆者らの原爆症認定要件該当性
- (3) 被告厚生労働大臣による本件各却下処分についての不法行為の成否

### 4 争点(1)（放射線起因性の判断基準）について

#### (1) 放射線起因性の意義及びその立証の程度

行政処分の要件として因果関係の存在が必要とされる場合に、その拒否処分の取消訴訟において被処分者がすべき因果関係の立証の程度は、特別の定めがない限り、通常の民事訴訟における場合と異なるものではない。

そうすると、被爆者援護法10条1項については、上記の特別の定めはないから、同条は、放射線起因性について、原爆放射線と疾病等又は治療能力低下との間に、通常の因果関係があることを要件として定めたものと解すべきであり、この因果関係の立証は、一点の疑義も許されない自然科学的証明ではないが、経験則に照らして全証拠を総合検討し、特定の事実が特定の結果発生を招来した関係を是認し得る高度の蓋然性を証明することであり、その判定は、通常人が疑いを差し挟まない程度に真実性の確信を持ち得るものであることを必要とし、かつ、それで足りると解するのが相当である（原爆医療法8条1項の放射線起因性に関する松谷訴訟最高裁判決参照）。

#### (2) 放射線起因性の判断基準

ア 厚生労働大臣は、被爆者援護法に基づく原爆症認定を行うに当たっては、当該疾病等が原子爆弾の傷害作用に起因すること又は起因しないことが明らかであるときを除き、疾病・障害認定審査会の意見を聴かなければならないとされている。そして、原爆症認定に係る審査の基準として、平成13年5月25日付けで、疾病・障害認定審査会原子爆弾被爆者医療分科会により、「原爆症認定に関する審査の方針」（以下「審査の方針」という。）が定められており、本件各却下処分に係る審査においても、審査の方針が基準とされている。

審査の方針においては、確率的影響に係る疾病の放射線起因性の判断に当たり、まず、申請者の原爆放射線の被曝線量を算定し、次いで、これを疾病及び性別の区分に応じて定められた原因確率表に当てはめて、当該申請疾病に係る原因確率を算定し、これが、①おおむね50パーセント以上である場合には、当該申請疾病等の発生に関して原爆放射線による一定の健康影響の可能性があると推定し、②おおむね10パーセント未満である場合には、当該可能性が低いものと推定するが、当該判断に当たっては、これらを機械的に適用して判断するものではなく、当該申請者の既往歴、環境因子、生活歴等も総合的に勘案した上で、判断を行うものとされ、一方、原因確率等が設けられていない疾病等に係る審査に当たっては、当該疾病等には、放射線起因性に係る肯定的な科学的知見が立証されていないことに留意しつつ、当該申請者に係る被曝線量、既往歴、環境因子、生活歴等を総合的に勘案して、個別にその起因性を判断するものとされている。

イ 審査の方針における原爆放射線の被曝線量の算定基準のうち、初期放射線による被曝線量の算定基準については、これが依拠している1986年線量評価体系（Dosimetry System 1986。以下「DS86」という。）が、少なくとも、2002年線量評価体系（Dosimetry System 2002。以下「DS02」という。）が策定されるまでの

間においては、最も高い精度で、初期放射線による被曝線量を推定することができる線量推定方式であったものであり、また、審査の方針にある誘導放射能による外部被曝線量の算定基準及び放射性降下物による外部被曝線量の算定基準については、いずれも一応の合理性がある。さらに、審査の方針における原因確率の算定基準についても、当時の疫学的、医学的知見に基づいて算出された寄与リスクを算定するものとしては、合理性を有するものであり、審査の方針における原因確率の当てはめに関する考え方も直ちに不合理であるとまではいえない。

これらの点からすれば、審査の方針の定める原爆放射線の被曝線量の算定基準を適用して、申請者の原爆放射線の被曝線量を算定し、これを審査の方針の定める原因確率の算定基準に当てはめて、当該申請者の申請疾病等の原因確率を算出した上、これを目安として、当該申請疾病等の放射線起因性に係る高度の蓋然性の有無を判断すること自体は、後記ウのような事情があることを考慮したとしても、全体的にみれば合理性を欠くということとはできない。

ウ(ア) しかしながら、審査の方針の定める原爆放射線の被曝線量の算定基準のうち、初期放射線による被曝線量の算定基準についてみると、①DS86がコンピュータによるシミュレーション計算の結果を基礎として策定されたものである以上、DS86による被曝線量の計算値は、それ自体では飽くまでも近似的な推定値にすぎず、それが実態を反映しているものといえるためには、測定値による裏付けが必要不可欠というべきであるが、少なくとも爆心地から約1300メートル以遠の距離において、実際の初期放射線量よりも低いものとなっている可能性があることを示す測定結果が存在すること、②DS86による初期放射線量の計算値によれば、少なくとも爆心地から2キロメートル以遠において被爆した者について、初期放射線被曝による影響を受けた急性症状が生じることは考え難いにもかかわらず

ず、現実には、爆心地から2キロメートル以遠において被爆した者にも、初期放射線被曝による影響を受けた急性症状としか説明がつかない症状が生じていることからすれば、DS86による初期放射線量の計算値は、広島でも長崎でも、少なくとも爆心地から約1300メートル以遠の距離において、実際よりも低いものとなっている可能性があるから、申請者のうち、少なくとも爆心地から約1300メートル以遠の距離において被爆した者については、DS86に依拠した審査の方針の定める算定基準を機械的に適用することによっては、初期放射線による被曝線量を適正に算定することはできず、同基準の値が実際よりも低いものとなっている可能性を考慮する必要があるというべきである。

(イ) また、審査の方針の定める原爆放射線の被曝線量の算定基準のうち、誘導放射能による外部被曝線量の算定基準についてみると、①同基準の値は、中性子線によって誘導放射化された元素として、土壌中の元素のみが考慮されて算出されたものであるところ、実際は、土壌中の元素のみならず、瓦やれんがなどの建造物の材料のほか、人体などの中の元素についても、中性子線によって誘導放射化されたものが存在すること、②同基準の値は、地上1メートルの位置におけるガンマ線の線量率に基づいて算出されたものであるところ、放射線の線量は、線源からの距離に反比例することから、誘導放射化された物質が人の身体や衣服に直接付着した場合には、その線量率は、地上1メートルの位置を前提とするものよりも大幅に高いものとなること、③入市被爆者に放射線被曝による急性症状と同様の症状等が一定の割合で生じたことを示す多数の調査結果があり、しかも、全般的な傾向として、入市被爆者が爆心地から1.0キロメートル以内の地域に滞在した時間が長いほど、それらの症状の発症率が高くなる傾向があることから、入市被爆者に生じたそれらの症状の大半は、残留放射線被曝による急性症状と認めるのが相当であり、これは、残留放射線による外部及び内部

被曝線量が急性症状を発症させるほど多量であったことを示すものといえることからすれば、同基準の値は実際よりも低いものとなっている可能性がある。したがって、同基準を機械的に適用することによっては、申請者の誘導放射能による外部被曝線量を適正に算定することはできず、同基準の値が実際よりも低いものとなっている可能性や、申請者が同基準に掲げられた爆心地からの距離（広島では700メートル、長崎では600メートル）を超える地点に、同基準に掲げられた爆発後の経過時間（広島では72時間、長崎では56時間）を超えるときに滞在するなどした場合であっても、相応の誘導放射能による外部被曝を受けた可能性を考慮する必要がある、特に、当該申請者において、誘導放射能が身体や衣服に付着するような行動をとったかどうかを慎重に検討する必要があるというべきである。

(ウ) 次に、審査の方針の定める原爆放射線の被曝線量の算定基準のうち、放射性降下物による外部被曝線量の算定基準についてみると、①放射性降下物は、広島の己斐・高須地区及び長崎の西山地区以外の地域においても降下したものと考えられ、広島では、少なくとも爆心地から増田雨域（増田善信作成の「広島原爆後の“黒い雨”はどこまで降ったか」と題する論文において、広島で黒い雨が降下した地域とされている、爆心地より北北西約45キロメートル、東西方向の最大幅約36キロメートル、面積約1250平方キロメートルの雨域）とその周辺地域において、長崎では、少なくとも爆心地から相当離れた地域に至る範囲において、それぞれ相当量降下したものと考えられること、②DS86等に関する日米原爆線量再評価検討委員会の報告書「原爆線量再評価」（以下「DS86等報告書」という。）においても、原爆爆発後の風雨の影響により、地上に堆積した放射性降下物が散乱した可能性があるところ、己斐・高須地区、西山地区における放射性降下物による外部被曝線量の計算に用いられたガンマ線の線量

率の測定値は、風雨の影響に関する補正なしに使用されていると指摘されていること、③同基準の値は、地上1メートルの位置におけるガンマ線の線量率に基づいて算出されたものであるところ、放射線の線量は、線源からの距離に反比例することから、放射性降下物が人の身体や衣服に直接付着した場合、その線量率は、地上1メートルの位置を前提とするものよりも大幅に高いものとなること、④入市被爆者に、残留放射線被曝による急性症状と認められる症状が生じており、これは、残留放射線による外部及び内部被曝線量が急性症状を発症させるほど多量であったことを示すものといえることからすれば、同基準の値（己斐・高須地区、西山地区）は、原爆爆発1時間後から無限時までの積算線量であることを考慮したとしても、実際よりも低いものとなっている可能性があるし、また、審査の方針に掲げられていない地域に滞在するなどした場合であっても、相応の放射性降下物による外部被曝を受けた可能性があるということが出来る。したがって、同基準を機械的に適用することによっては、申請者の放射性降下物による外部被曝線量を適正に算定することはできず、同基準の値が実際よりも低いものとなっている可能性や、申請者が審査の方針に掲げられていない地域に滞在するなどした場合であっても、相応の放射性降下物による外部被曝を受けた可能性を考慮する必要がある、特に、当該申請者において、放射性降下物が身体や衣服に付着するような行動をとったかどうかを慎重に検討する必要があるというべきである。

(c) a さらに、審査の方針においては、残留放射線による内部被曝の影響が考慮されていないが、これは、DS86等報告書において、ホールボディカウンターにより測定されたセシウム137の内部負荷のデータに基づいて同元素からの内部被曝の積算線量を計算した結果、極微量の線量であると考えられていることによるものである。

b しかしながら、ホールボディカウンターは、体外から、体内の放射

性原子核が放出する放射線を測定するものであって、飛程の長いガンマ線などを測定することはできるものの、飛程の短いアルファ線やベータ線を直接測定することはできないとの指摘がある。

また、原爆の爆発により生成される放射性原子核（核分裂生成物）は、およそ200種類にも上る上、半減期が長く、長期間の内部被曝を評価する上で重要な放射性原子核は、セシウム137のほかにも、少なくともストロンチウム90があること、上記セシウム137の内部負荷の測定データから推定されるセシウム137の有効半減期は7.4年であり、これは、セシウム137などの放射性物質が体内に滞留し、排泄されにくくなっていることを示唆しているものと考えられる余地があること、半減期の短い放射性原子核ほど、急速に放射線を放出すること、広島では、広島原爆に使用された核分裂性物質のウラン235のうち分裂しなかった分、長崎では、長崎原爆に使用された核分裂性物質のプルトニウム239のうち分裂しなかった分がそれぞれ放射性降下物として降下したとの指摘があり、実際、長崎においては、未分裂のプルトニウム239の降下が確認されており、広島においては、未分裂のウラン235の降下が確認されたとする調査結果は証拠上見当たらないものの、長崎との対比上、降下したと考えるのが自然であること、ウラン235とプルトニウム239の半減期は極めて長く、長期間の内部被曝を評価する上で考慮する必要がある放射性原子核であるとの指摘があることなどの諸事情に照らすと、実際の残留放射線による内部被曝の積算線量は、セシウム137だけの内部負荷のデータに基づいて算出された上記内部被曝の積算線量よりも大幅に多いものになる可能性は否定できない。

c 一方、前示のとおり、入市被爆者に残留放射線被曝による急性症状と認められる症状が生じており、これは、残留放射線による外部及び内部被曝線量が急性症状を発症させるほど多量であったことを示すものとい

うことができる。また、内部被曝の場合、外部被曝とは異なり、ガンマ線や中性子線による被曝のみならず、飛程の短いアルファ線やベータ線による被曝も加わる上、放射性原子核が体内に存在する限り、継続的に被曝するという特徴があること、放射性原子核は、その種類によって、一定の組織や臓器に沈着することが、科学的にも特段問題のない事実として認められている。そして、このような事実を踏まえつつ、内部被曝の場合、一定の組織や臓器に沈着した放射性原子核による至近距離からの集中的継続的な被曝によって、当該部位が多量の放射線に被曝することとなり、深刻な障害が生じること、高密度の電離作用を有するアルファ線やベータ線により、DNAにおいて二重鎖切断が引き起こされ、誤った修復がされる確率が増加し、異常細胞を生成・成長させたりすることなど、外部被曝とは異なる機序で人体に影響を与えることを指摘する複数の知見が存在するところ、これらの知見は、必ずしも科学的に実証されているものではないものの、上記のとおり、科学的にも特段問題のない事実を踏まえたものであって、これらの知見と相反する知見が存在し、国際放射線防護委員会においても否定されていることを考慮しても、これらの知見が相当の科学的根拠を有するものであることは、否定し得ないというべきである。

さらに、低線量放射線による被曝に関して、低線量放射線による長時間にわたる継続的被曝によっても、高線量放射線による短時間の瞬時的被曝と同等の健康障害が生じ得ることが指摘されており、その内容等に照らすと、これらの知見は、他の知見を考慮しても、否定しきれないものである。

d 以上によれば、審査の方針において、残留放射線による内部被曝の影響が考慮されていないのは、相当とはいえないものであって、申請疾病の放射線起因性の判断に当たっては、当該申請者の被曝状況や被曝後の

行動、生活状況などを総合考慮の上、当該申請者が残留放射線による内部被曝を受けるような状況にあったのか否かを慎重に検討することが必要というべきである。

(閉) 他方、審査の方針における原因確率は、厚生科学研究費補助金・厚生科学特別研究事業「放射線の人体への健康影響評価に関する研究」平成12年度総括研究報告書（以下「児玉報告書」という。）における寄与リスク（当該曝露要因により曝露群全体が受けたリスクの大きさを、曝露群において生じた疾病等について、当該曝露要因があったために発症したと考えられる部分の大きさとして表現したもの）から転用されたものであるところ、児玉報告書において算出された寄与リスクは、当時の疫学的、医学的知見に基づいて算出されたものにすぎず、また、低線量域における寄与リスクは実際よりも低い値となっている可能性がある。

さらに、寄与リスクは、飽くまでも原爆放射線被曝の全体的、集団的、平均的なリスクの程度を表す指標にすぎず、特定の個人のリスクの程度を的確に表すものではなく、また、原爆放射線被曝の寄与リスクが小さい場合であっても、その原因確率（ある個人に発生した疾病等について、当該曝露要因が寄与原因となっている確率）は高いことがあり得るというべきである。

したがって、審査の方針における原因確率（寄与リスク）は、当該申請疾病等の放射線起因性に係る高度の蓋然性の有無を判断するための考慮要素の一つにすぎず、それが大きければ、上記高度の蓋然性を推認する有力な要素（間接事実）となり得るとしても、それが小さいからといって、それだけで上記高度の蓋然性が否定されるわけではないから、審査の方針において、当該申請疾病等に関する原因確率（寄与リスク）がおおむね50パーセント以上である場合に初めて、当該申請疾病等の発生に関して原爆放射線による一定の健康影響の可能性があると推定し、おおむね10

パーセント未満である場合には、当該可能性が低いものと推定するとされていることについては、問題の余地がある。

エ 以上において説示したことを総合すれば、審査の方針において原因確率（寄与リスク）が設定されている疾病（悪性腫瘍全般及び副甲状腺機能亢進症）の放射線起因性の判断に当たっては、一般的には当該疾病が原爆放射線被曝との間に統計的に有意な関係があると認められていることを踏まえつつ、審査の方針に従って算定された原因確率（寄与リスク）を決定的な意味を有する考慮要素として用いるのではなく、審査の方針に基づいて算定された当該申請者の被曝線量は、実際の被曝線量よりも少ない可能性があること、上記原因確率（寄与リスク）は原爆放射線被曝の全体的、集団的、平均的なリスクの程度を表す指標にすぎず、それが小さい場合であっても、本来の意味での原因確率は高いことがあり得ること、児玉報告書において算出された寄与リスクは、当時の疫学的、医学的知見に基づいて算出されたものにすぎず、また、低線量域における寄与リスクは実際よりも低い値となっている可能性があることなどを念頭に置きながら、鉤くまでも一つの考慮要素として用いるのにとどめて、当該申請者の被曝状況、被曝後の行動、被曝直後に生じた症状の有無、発症時期、内容及び程度、被曝前及び被曝後の生活状況及び健康状態、当該申請疾病等の発症経過及び病態並びに当該申請疾病等以外に生じた疾病の有無及び内容などを全体的、総合的に考慮した上で、原爆放射線被曝の事実が申請疾病等の発生又は治癒能力の低下を招来した関係を是認し得る高度の蓋然性が認められるか否かを経験則に照らして検討すべきである。

また、審査の方針において原因確率（寄与リスク）が設定されていない疾病等の放射線起因性の判断に当たっても、審査の方針がその策定当時の疫学的、医学的知見に基づくものであることにかんがみ、当該疾病等と放射線被曝との関係に関する最新の疫学的、医学的知見を踏まえつつ、当該申請者の被曝状況（なお、審査の方針に基づいて算定された当該申請者の被曝線量は、

上記のとおり、実際の被曝線量よりも少ない可能性があることに留意する必要がある。）は、被曝後の行動、被曝直後に生じた症状の有無、発症時期、内容及び程度、被曝前及び被曝後の生活状況及び健康状態、当該申請疾病等の発症経過及び病態並びに当該申請疾病等以外に生じた疾病等の有無及び内容などを全体的、総合的に考慮した上で、原爆放射線被曝の事実が申請疾病等の発生又は治癒能力の低下を招来した関係を是認し得る高度の蓋然性が認められるか否かを経験則に照らして検討すべきである。

#### 5 争点(2)（本件被曝者らの原爆症認定要件該当性）について

##### (1) 概要

前記4(2)エで説示した放射線起因性の判断基準に照らし、証拠により認められる①各被曝者の被曝状況及び被曝後の行動、②各被曝者に被曝直後に生じた症状等、③各被曝者の被曝前後の生活状況及び健康状態等並びに④各被曝者の申請疾病及び放射線被曝との関係に関する知見などをもとに、各被曝者の申請疾病の放射線起因性を検討すると、その肯否は、別紙原爆症認定要件該当性等一覧表の「被曝者」欄記載の各被曝者に対応する「申請疾病」欄記載の申請疾病について、それぞれに対応する「放射線起因性」欄記載のとおりとなる。

また、証拠により認められる各被曝者の健康状態等をもとに、各被曝者の申請疾病の要医療性を検討すると、その肯否は、上記一覧表の「被曝者」欄記載の各被曝者に対応する「申請疾病」欄記載の申請疾病について、それぞれに対応する「要医療性」欄記載のとおりとなる。

なお、上記一覧表によれば、本件被曝者らの申請疾病の中には、放射線起因性又は要医療性が認められないものがあるが、その理由は、次のとおりである。

##### (2) 放射線起因性又は要医療性が認められない理由

ア 原告西村孝一の申請疾病（C型肝炎）の放射線起因性

一般的には、C型肝炎の発症について、原爆放射線被曝が影響している可能性があるといえるものの、原告西村孝一（以下「原告西村」とい

う。)の残留放射線による外部被曝及び内部被曝の被曝線量は限定的なものにとどまると考えられ、原告西村の原爆放射線の被曝線量は、審査の方針により算定されるものほど低線量ではなかった可能性はあるものの、放射線被曝による急性症状を発症させるほどの線量であったとまでは認め難いことや、原告西村の健康状態が被爆前後で大きく変化したとはいえないことに照らすと、原告西村が原爆放射線との間に統計的に有意な関係が認められている白内障を発症していることを考慮したとしても、原告西村については、原爆放射線被曝の事実が申請疾病であるC型肝炎の発生又は治療能力の低下を招来した関係を是認し得る高度の蓋然性を認めるに足りないというべきである。

したがって、原告西村の申請疾病であるC型肝炎については、放射線起因性の要件を満たすということとはできない。

イ 原告本山の申請疾病(右下腿熱傷瘢痕による右足関節伸展制限及び歩行障害)の放射線起因性

熱傷瘢痕の基となる熱傷は、原爆による場合であっても、その熱線によって生じるのであって、放射線によって生じるものではないことや、熱傷瘢痕の成因は、熱傷が治癒する過程において、瘢痕組織として膠原線維が過剰に生じることにあることからすると、当該申請者の熱傷瘢痕に放射線起因性があるといえるためには、原爆放射線自体によって、又は当該申請者の治療能力が原爆放射線の影響を受けたことによって、膠原線維が過剰に生じたことと認められることが必要というべきである。

しかしながら、原爆放射線自体が膠原線維を過剰に生ぜしめることを認めるに足る証拠はない。また、被爆者における熱傷者の初期瘢痕の発生率は、通常の熱傷後の熱傷瘢痕の発生率よりも高いとする複数の調査報告があるが、これは、必ずしも原爆放射線被曝と膠原線維の過剰生成との関連性を示すものということとはできない。

一方、放射線照射は、創傷治癒を阻害する全身的因子の一つとされている

ことに照らせば、原爆放射線は、人の治療能力に影響を与え得るというべきであるから、被爆者の治療能力が原爆放射線の影響を受けたことによって、膠原線維が過剰に生じることと考えられる。しかしながら、原告本山俊明(以下「原告本山」という。)については、同原告の左下腿にケロイドが形成されてからの経過をみても、原爆放射線によってその治療能力が影響を受け、そのために膠原線維が過剰に生じたことを窺わせるような事情はない。

以上によれば、原告本山の原爆放射線の被曝線量が少なくとも放射線被曝による急性症状を発症させるほどの線量であったといえることなどを考慮したとしても、原告本山については、原爆放射線被曝の事実が申請疾病である「右下腿熱傷瘢痕による右足関節伸展制限及び歩行障害」の発生を招来し又は同原告の治療能力が原爆放射線の影響を受けているために、同原告が上記のような状態にあるという関係を是認し得る高度の蓋然性を認めるに足りないというべきである。

したがって、原告本山の申請疾病である右下腿熱傷瘢痕による右足関節伸展制限及び歩行障害については、放射線起因性の要件を満たすということとはできない。

ウ 原告井手静代の申請疾病のうち細胞増殖機能障害の放射線起因性

原告井手静代(以下「原告井手」という。)の申請疾病のうち、細胞増殖機能障害(平成17年4月26日付け却下処分に係る申請疾病)については、そもそも原告井手の認定申請書並びにこれに添付された医師の意見書及び健康診断個人表によっても、いかなる疾病を意味するものであるか不明といわざるを得ない上、本件全証拠を精査しても、かかる疾病と原爆放射線被曝との間に統計的に有意な関係を指摘する知見は認められないから、放射線起因性を認めることはできない。

エ 承継前原告隅倉名一の申請疾病のうち十二指腸潰瘍の要医療性

上記疾病については、承継前原告隅倉の認定申請書に添付された担当医作