

2007年9月20日

厚生労働大臣
舩添 要一 殿

日本原水爆被害者団体協議会
代表委員 坪 井 直
同 山 口 仙 二
同 藤 平 典
事務局長 田 中 熙 巳

原爆症認定制度の見直しにあたっての要求

広島・長崎の原爆被害から62年。原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律が制定されてから12年になります。しかし、原爆被害は、現代医学をもってしても未だに解明できない被害であることが、今日一層明らかになり、原爆被害の過小評価を続ける被爆行政のゆがみはますます大きくなっています。

被爆者は、62年経ってもなお人間を苦しめ続ける核兵器の廃絶のために、被爆国日本の政府がその先頭に立つことを要求し続けてきました。さらに、ふたたび被爆者をつくらぬ証として、原爆被害への国家補償を趣旨とする被爆者援護を求めています。被爆者は、被爆者対策の中で唯一、国が原爆被害として認める原爆症認定制度にその証を求めてきました。しかし、厚生労働省は、原爆症認定者数を一貫して被爆者の1%にも満たない2000人台に抑えてきました。

日本被団協は、こうした厚生労働省の姿勢を改めさせ、原爆被害の実態に即した認定行政の実現を求めて、全国の被爆者に呼びかけて原爆症認定申請を行ない、却下された被爆者が原爆症認定集団訴訟に立ち上がりました。

その結果、国が現在原爆症認定の基準としている「審査の方針」について、昨年5月の大阪地裁の判決以来、広島地裁、名古屋地裁、仙台地裁、東京地裁、熊本地裁の6つの判決において、相次いでその欠陥が指摘され、厚生労働大臣の却下処分が94件も取り消されました。

すべての判決に共通する考え方は、原告らが実際に体験し、現に身体に起こっている疾病・障害の事実を重視して放射線起因性を判断すべきであり、放射性降下物などによる残留放射線をほとんど無視し、DS86で推定される初期放射線被曝線量と不完全な疫学調査にもとづく「原因確率表」に依存しては放

射線起因性を判断できないとするもので、「審査の方針」の破綻は明確となっています。

それにもかかわらず、厚生労働大臣は司法の判断を無視して、全ての判決に対して控訴しています。この間に、36人もの原告が亡くなっており、重篤な疾病に苦しむ原告に、残された時間はありません。厚生労働省は、原告が死ぬのを待つかのような非情な行政をとり続けています。

こうした中、安倍総理は、本年8月5日、広島で被爆者代表らと面談し、原爆症認定制度のあり方を見直すことを言明し、その旨厚生労働大臣に指示しました。これは、世論の背景もあり、総理大臣がその問題性を認めて、直接見直しを指示せざるを得なかったものです。

厚生労働省は、これまでの姿勢を改め、6つの判決を真摯に受け止め、国家補償的配慮のもとに、判決の趣旨に沿った新たな認定制度を作らなければなりません。

日本被団協は、厚生労働大臣に対して、2006年10月19日に「原子爆弾被害者対策の抜本的改善を求める当面の要求」を提出し、この中で、原爆症認定制度の抜本的改善の要求を明らかにしました。今、総理の指示を受けて、原爆症認定制度の見直しが進められるに当たり、改めて具体的に改善要求を示し、裁判に訴えざるをえなかった被爆者原告を初め、原爆症の認定を求める被爆者の要求の早期解決を求めるものです。

見直しにあたっての要求

1 控訴を取り下げ、全ての訴訟を解決すること

原爆症認定制度の見直しにあたり、まず行政が、「原因確率表」を基礎とする「審査の方針」は原爆被害を過小評価するものである、との司法の判断を真摯に受け止め、6つの判決に対する控訴を直ちに取り下げ、係属している全ての訴訟をすみやかに解決することを要求する。

2 「審査の方針」を廃止すること

現在の、原爆症認定基準は、2001（平成13）年5月25日付で疾病・障害認定審査会原子爆弾被爆者医療分科会が作成した「審査の方針」によっているが、すべての判決によって破綻が明らかな「審査の方針」を直ちに廃止することを要求する。

3 新しい「認定基準」による認定制度をつくること

原爆症認定制度を、次のような新しい「認定基準」に基づく制度に改めることを要求する。

- (1) 一般に放射線起因性が肯定される負傷又は疾病を「原爆症認定疾病」とし、現に医療を要する状態にある場合には、疾病・障害認定審査会原子爆弾被爆者医療分科会の審査を経ることなく、厚生労働大臣はこれを原爆症と認定する。
- (2) 「原爆症認定疾病」を政令で定める。
- (3) 政令で定められるべき「原爆症認定疾病」は以下のとおり。
 - ① 中枢神経系腫瘍を含む全ての部位の固形癌、白血病、悪性リンパ腫、多発性骨髄腫等の造血臓器悪性腫瘍
 - ② 原因不明の白血球減少症、難治性の貧血、骨髄異形成症候群などの血液疾患
 - ③ B型、C型のウイルス性肝疾患を含む慢性肝障害（慢性肝炎、肝硬変）
 - ④ 後囊下混濁を伴う白内障
 - ⑤ 心筋梗塞、冠動脈硬化が認められる狭心症
 - ⑥ 肺線維症
 - ⑦ 甲状腺機能低下症や副甲状腺機能亢進症（高カルシウム血症）
 - ⑧ 熱傷や外傷の重度の後遺
 - ⑨ 胎内被爆者の小頭症

- (4) 「原爆症認定疾病」は医学的知見の進展に伴い随時付加するものとする。
- (5) 被爆者が、政令に定めはないが、放射線に起因することを否定できない疾病に罹患し、現に医療を要する状態にある場合には、疾病・障害認定審査会原子爆弾被爆者医療分科会の審査を経て、厚生労働大臣はこれを原爆症と認定する。なお、認定にあたっては、被爆者救済を旨とする「原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律」の趣旨に則り、原爆症認定訴訟判決が示した判断基準を十分踏まえて行うものとする。

4 医療分科会を改革すること

疾病・障害認定審査会原子爆弾被爆者医療分科会は、放射線の人体への影響についての知識と被爆者医療に経験のある委員で構成することとし、半数は被爆者団体が推薦する人をもってあてる。

以 上

原爆症認定制度見直しに あたっての要求の根拠

1 被爆者援護法の趣旨・目的と被爆者救済の必要性

(1) 被爆者援護法の趣旨・目的

原爆症認定は放射線起因性と要医療性が認められることが要件（被爆者援護法10条1項）とされているが、それが正しく運用されるためには、被爆者援護法の趣旨・目的に即してなされなければならないことは言うまでもない。

同法前文は、原爆が「一命を取りとめた被爆者にも、生涯いやすことのできない傷痕と後遺症を残し、不安の中での生活をもたらした」ことから「原子爆弾の放射能に起因する健康被害に苦しむ被爆者の健康の保持及び増進並びに福祉を図るために」各般の施策を講じてきたが、「被爆後50年のときを迎えるに当たり」、「国の責任において、原爆投下の結果として生じた放射能に起因する健康被害が他の戦争被害とは異なる特殊の被害であることにかんがみ、高齢化の進行している被爆者に対する保健、医療及び福祉にわたる総合的な援護策を講ずる」と、その趣旨・目的が被爆者救済にあることを明確にしている。

(2) 被爆者の置かれた状況と原爆症認定の意義

現在、全国に約26万人の被爆者がいるが、被爆後60余年、その多くが身体的・精神的・物質的に苦難の生活を強いられ、いまや平均年齢は74歳を超えており、癌をはじめとする健康被害に侵されつつある。そうした状況の中、現在、全国で原爆症認定申請を却下された283名の被爆者が国を相手にその違法性を訴えて裁判を行っている。

被爆者にとって、被爆体験とその後の健康状態からして、医療特別手当の支給を受けることも重要であるが、自分の病気が放射線に起因する原爆症であると国から認められることを求めている。それが、被爆者として苦難の人生を生き証となるからである。逆に認定を却下されることは、被爆者としての苦難を否定されたものであり、決して容認できない。却下処分が続く現状を放置すれば、裁判に訴える原告が後を絶たないことになる。

最大の問題は高齢化と病気の進行のために、すでに原告の内36名が死亡し、多くが明日の命も危ぶまれる状況にある。一方、以下に指摘するように、国が現在用いている「審査の基準」とこれに基づく運用は、相次ぐ敗訴判決によって、その破綻は明らかである。今や被爆者にとって一刻の猶予も許されず、早急にこれを改める必要があり、法の趣旨・目的に沿った救済が不可欠である。

その点で強調しておきたいのは、被爆者健康手帳の交付を受けた「被

爆者」とは、昭和33年の原爆医療法制定の際の趣旨説明で厚生大臣が「原子爆弾の放射能の影響を受けていると考えられる人」と述べたように、また、現行被爆者援護法が被爆者の定義を定めた1条3号で「前2号に掲げる者のほか（中略）身体に原子爆弾の放射能の影響を受けるような事情にあった者」と規定しているように、相当程度の放射能の影響を受けたことを国が認めた者である、という点である。認定行政は先ずこの点から出発しなければならない。

2 「審査の方針」の問題点と放射線起因性についての各地裁の判断

(1) 「審査の方針」に対する裁判所の判断

国が現在原爆症認定の基準としている「審査の方針」は、松谷訴訟最高裁判決で国側が敗訴したことをきっかけに、2001年に策定されたものであるが、その基本はDS86ないしはこれを修正したDS02という被曝線量推定方式を用いて、申請被爆者の被曝距離から被曝線量を推計し、申請者の被曝時年齢と疫学調査を基に被曝線量（被曝距離）、申請疾病及び性別ごとに分けて作られている原因確率表に当てはめて、申請者の申請疾病の発生が放射線の影響を受けている確率を求めるというものである。

「審査の方針」の当否が争点となった6つの判決で、各地裁は原・被告から出されたおびただしい科学文献や科学者の証言を基に、その問題点を次のように指摘している。

① 大阪地裁

DS86及びDS02はあくまでシミュレーションにすぎず、計算値と実測値の不一致があり、また原因確率は「1つの考慮要素」として位置づけられるべきものであり、原因確率が小さいからと行って直ちに経験則上高度の蓋然性が否定されるものではなく、特に遠距離被爆者や入市被爆者については、審査の方針に定める被曝線量の算定には問題があり、残留放射能や内部被曝の可能性も念頭において判断しなくてはならない。

② 広島地裁

DS86、DS02は、比較的正確に放射線量を算定できるのは初期放射線（直爆放射線）の限度であり、これは「一応の最低限度の参考値」とすべきであり、原因確率も様々な限界や弱点があるので、「一応の単なる目安」としてあつかい、審査の方針は「あくまで放射線の起因性の一つの傾向を示す、過去の一時点における、一応の参考資料」として評価するにとどめるべきである。

③ 名古屋地裁

原爆投下後に実施された測定によっては放射線降下物や誘導放射能を十分に把握できず、放射線降下物や誘導放射能による被曝の影響を考慮すべきことを推認させる調査結果や知見等には十分な根拠がある。

また疫学調査における各種の誤差要因の存在も否定できないことから、原因確率を形式的に適用して被爆者らの負傷及び疾病の放射線起因性の有無を判断したのでは、誤った結果を招来する危険性がある。

④ 仙台地裁

残留放射線による影響を過小評価している疑いが否定できず、原因確率によって推定される寄与リスクの数値については、推定値が低値であっても、有意なリスクが認められる限り、当該疾病が放射線の被曝によって生じた可能性を否定できないことから、原因確率を機械的に適用することによって、放射線起因性を否定する結果を生じさせることは可能な限り避けなければならない。

⑤ 東京地裁

DS86による初期放射線推定はDS02による検証を経た後も100メートル以遠において線量を過小評価している可能性があり、誘導放射能及び放射性降下物について十分な実測値が得られておらず、原因確率の算定上、低線量被爆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ことから、これらの形式的な適用のみによって放射線起因性を否定してしまうのは相当ではない。

⑥ 熊本地裁

審査の方針に従っ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、原因確率が小さい場合であっても本来の原因確率は高いことがあり得ること、低線量領域における寄与リスクは実際より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、飽くまでも1つの考慮要素として用いるにとどめるべきである。

(2) 起因性を判断するにあたって考慮すべき事実

それではこれらの裁判所が、原告らに対する却下処分を違法と判断するにあたって、放射線起因性についてどのような判断要素ないしは判断枠組を示したかを纏めると以下のとおりである。

① 大阪地裁

放射線被曝による人体への影響に関する統計学的、疫学的及び医学的知見を踏まえつつ、当該申請者の被曝前の生活状況、健康状態、被曝状況、被曝後の行動経過、活動状況、生活環境、被曝直後に生じた症状の有無、内容、程度、態様、被曝後の生活状況、健康状態、当該疾病の発症経過、当該疾病の病態、当該疾病以外に当該申請者に発生した疾病の有無、内容、病態などを全体的、総合的に考慮して、原爆放射線被曝の事実が当該疾病の発生を招来した関係を是認しう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判断すべきである。

② 広島地裁

疾病発症等の医学的機序を直接証明するのではなく、放射線被曝による人体への影響に関する統計学的、疫学的知見に加えて、臨床的、

医学的知見をも踏まえつつ、各原告ごとの被爆状況、被爆後の行動・急性症状などやその後の生活状況、具体的症状や発症に至る経緯、健康診断や健診の結果等の全証拠を、経験則に照らして全体的、総合的に考慮する必要がある。

③ 名古屋地裁

原因確率には種々の誤差要因が内在していることを踏まえた上で、審査の方針が定める原因確率を斟酌するとともに、個々の被爆者ごとの被爆時の状況や被爆後の行動、被爆前後の健康状態、被爆後の急性症状や疾病の発症状況、その推移の状況等、個別・具体的な事情を考慮して判断する必要がある。

遠距離・入市被爆者に生じた脱毛、下痢等の症状は、放射線の被曝による急性放射線症状と認めるのが相当であり、これらの放射線症状を呈したか否かは、被爆者がどの程度の放射線を浴びたかについての重要な指標になるというべきである。

④ 仙台地裁

被曝線量の推定値及び原因確率を一つの要素として考慮しつつも、これを機械的に適用することなく、個々の被爆者の具体的な被曝状況、被爆後の行動、被曝直後に現れた身体症状の有無とその態様、被爆後の生活状況、病歴、申請にかかる疾病の症状や発症に至る経緯、治療の内容及び治療後の状況等を総合的に考慮した上で、原爆放射線による被曝の事実が当該疾病の発生を招来した関係を是認できる高度の蓋然性が認められるか否かを検討すべきものと解するのが相当である。

⑤ 東京地裁

当該被爆者の被曝状況、被爆後の行動、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のかどうかを判断し、さらに、被爆者のその後の生活状況、病歴（健康診断や健診の結果等を含む）、放射線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考えられないような症状の推移がないのかどうかを判断し、これらを総合的に考慮した上で、合理的な痛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。

⑥ 熊本地裁

被曝状況、被爆後の行動、被曝直後に生じた症状の有無、発症時期、内容及び程度、被爆前被爆後の生活状況及び健康状態、申請疾病等の発症経過及び病態並びに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うる高度の蓋然性を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。

3 裁判所の求める審査と現実の審査

(1) 現行審査会の審査の実態

各裁判所の放射線起因性について示した判断要素ないしは判断枠組は、表現の仕方は異なるものの、その内容はほとんど同じであるといつてよいであろう。

裁判では、被爆前から今日に至るまでの、健康状態をはじめ、生活状況を含めた上記のような事実について、多くの時間をかけ、双方から提出された証拠や本人の尋問も丁寧に言い、それを基に、原告一人一人について判断をしているが、問題は、医療分科会で同様な運用がされているかにある。

資料でわかるとおり、これまで疾病・傷害認定審査会原子爆弾被爆者医療分科会が行った原爆症認定の審査時間は、1件あたり、平均して5分弱にすぎない。分科会の委員を勤めたことのある碓井広島県医師会長は、読売新聞のインタビューで、「結局は、放射線の被曝の距離で機械的に処理されています」と答えているが、それが実態である。

したがって、裁判所が提起したような様々な要因について、それを全て考慮の対象にすることが起因性の判断を正確にするには必要であるとしても、分科会としては、裁判所が求めているような項目について、提出された資料に基づき、あるいはそれが不足の場合には新たな資料を取り寄せ、さらに申請者に会って直接に事実を確認したうえで、これを詳細に検討し、個々の申請者の疾病毎に放射線起因性を的確に判断することは、実際には全く行われていないし、現実問題としてほとんど不可能といつてよいであろう。

(2) 行政処分に求められる公正性と迅速性

さらに、行政に求められることは、処分の公平性・迅速性である。裁判所が提示するような事実関係を個別に考慮に入れて審査するとしても、一件毎に相当の時間を要するばかりか、処分にあたって判断の基になる基準がなければ、統一性が保てず、公平性も害される恐れがある。

ところが、これまでの判決で指摘されたように現在の審査会が用いている「審査の方針」には、前述のとおり、その前提となる被曝線量推定についても、原因確率についても様々な限界や問題があり、「一応の最低限度の参考値」とか「一応の単なる目安」にすぎず、それを機械的に当てはめることは許されないとすると、これに代わる公正で合理的な基準を新たに設けることが必要となる。但し、「審査の方針」をそのままにして、受給者をただ単に現在の10倍程度に改めるといったことでは、合理性もなく、公正性も担保されない。

4 実態に即した起因性判断の要件とその合理性

(1) 科学的成果と科学的証明の限界

「審査の方針」に代わる新たな基準を定めるにあたって最も重要な

は、前述したように被爆者援護法の趣旨と目的に沿った、しかも被爆の実態に即したものであることである。

まず、すべての判決に示されているように、初期放射線のみによる被曝影響では被爆実態を説明できず、遠距離被爆者に対する放射性降下物、入市被爆者に対する誘導放射能といった残留放射能の影響を考慮しなければならない。とりわけ残留放射線による内部被曝の影響を考慮すると広範な被爆者が原爆放射線による被曝をしていると推定される。

また、晩発性障害（疾病）に臨床医学的に特異性があるわけではなく、また全身被曝であることから、傷害を受けた臓器間の相互作用、さらに免疫機能の低下、ホルモンの異常など、これらが晩発性障害発生に与える影響やそのメカニズムが完全に解明されているわけでない。特に最近問題になっている低線量の遺伝子障害やその晩発的影響については、その多くが未解明といえよう。

このことに関して、放射線影響研究所の大久保理事長は、地元中国新聞のインタビューの中で、「長い期間を経過して現れる『晩発影響』で分かっているのは、まだ5%程度かもしれない。最終的な答がでるのは、いま約4割の人が生存されている対象集団の追跡調査がすべて終了する時点だろう」と答えている。

放射線の人体影響に関する医学的知見は今後とも進展していくことが期待されている。しかし、確立した医学的知見に固執すれば、結局は被爆者が死に絶えるのを待たなければならないことになる。原爆症認定制度の見直しに当たっては、進展しつつある科学的知見・医学的知見を踏まえつつ、放射線の人体影響がなお未解明であること、未解明であることを理由に切り捨ててはならないことを肝に銘ずべきである。

(2) 新しい「認定基準」の内容とその合理性

このように原爆による放射線の影響が未だ未解明な段階において、被爆者援護法の趣旨・目的を実現するためには、行政による被爆者の切り捨てをできるだけ避けるべきで、とくに高齢化する被爆者を早期に救済する必要性があることから、科学的な知見を踏まえつつ「疑わしきは、被爆者の利益」の方向で、広く認定する基準を設けることが重要である。

そのためには、一般に放射線起因性が認められてきた疾病を類型化して政令で定め、その類型に当てはまる疾病に罹患した場合には原爆症と認定するのが合理的である。現行被爆者援護法11条2項で、「当該負傷又は疾病が原子爆弾の傷害作用に起因すること（中略）が明らかであるときは」審議会の意見を2007年9月20日聴かずに認定してよい、と定めており、起因性が明らかである場合を政令で定めることは現行法でも可能である。但し、医学的知見の進展を反映させるために、政令で定める疾病が随時付加される方向で、見直されなければならない。

そして、類型化に当てはまらない疾病については、裁判例が積み重ねた基準に従い、放射線の影響を受けたことを肯定できるかどうかを総合

的に判断し、起因性が否定できない疾病に罹患したと認められる場合に原爆症と認定すべきである。

5 医療分科会委員の専門性と構成

昭和43年原爆特別措置法の審議の際、当時の厚生省公衆衛生局長は、現在の医療分科会にあたる原爆医療審議会の当時の審議の状況について、「明らかに原爆に起因していないという判定をされたものは除かれるが、疑わしいものが排除されるとは、審議の模様から受け取れない」「ペンディングあるいはそのすれすれというものについては、認定の中に入れていくと承知している」と述べている。今日の被爆者切り捨ての認定行政とは全く異なる運用がされていたのである。

現在の疾病・傷害認定審査会原子爆弾被爆者医療分科会委員は、その多くが被爆者援護法の趣旨・目的も理解せず、被爆者がどのような生活史・疾病史を経てきたかについての理解も乏しい。さらに、一部の委員をのぞくと個別の専門分野での知識は豊富でも、被爆者を診察し、被爆者から被爆の話をつまきに聞くという被爆者医療の経験がほとんどない。また、原爆による放射線による人体への影響について新しい知見を審査に積極的に生かそうとする意識もない。

一層重大なことは、松谷訴訟最高裁判決以降、大阪高裁、東京高裁(小西訴訟、東訴訟)で下された裁判所の確定判決、そしてこの間の原爆症認定集団訴訟で、連続的に示されている判決についてもその本旨を理解する熱意と誠実さにも欠けていることである。

新しい「審査の基準」を導入するにあたって、上記の事実を踏まえて、審査委員を一新し、新たに各方面から専門の委員を委嘱し、行政の公正性を保障すると共に、被爆者援護法は本来、被爆者のためのものであり、被爆者の納得と信頼を得るために、その内の半数は被爆者団体が推薦する委員で構成するように改めることを要請する。

2007年9月20日

(参考資料)

- (参考 1 これまでに認定された疾病名とその時期についての一覧表)
- 2 原子爆弾被爆者医療分科会での審議時間
 - 3 2006年8月3日付読売新聞掲載の碓井静照広島医師会会長（元原子爆弾被爆者医療分科会委員）のインタビュー記事
 - 4 2006年8月6日付中国新聞掲載の大久保利晃放射線影響研究所理事のインタビュー記事
 - 5 2006年8月5日付中国新聞に掲載の「識者談話」
 - 6 2007年8月15日付熊本日日新聞 鎌田七男「原爆症認定基準」
 - 7 2007年8月24日付朝日新聞 坪野吉孝「原爆症認定 米補償参考に「疾患」指定を」
 - 8 原爆症認定申請集団訴訟における各地裁判決要旨
 - 9 裁判所に証拠として提出された医師団意見書
 - 10 全国弁護士連絡会「原爆症認定問題のすべて—Q&Aで厚労省の嘘を切る」
 - 11 各地裁判決後の各新聞の社説

識者談話

すべて認定なら問題

横路謙次郎広島大名誉教授(病理学) 判決は、科学者の間でも論争が続いている。低線量被曝も放射能降下物を体内に取り込む内部被曝の健康への影響を幅広く認めている。従来は考慮されなかった側面を評価した点にはうなずける点もあるが、「何でも認定せよ」というのなら問題だ。被爆者の状態だけなら、被爆後の数日間の行動や、その後の生活習慣なども詳細に分析した上で判断できないと、科学的とは言えない。

科学者に厳しい判決

鎌田七男広島大名誉教授(放射線生物学) 科学者にとっては非常に厳

しい判決だ。被曝線量推

定方式「DS86」や「原因確率」という認定審査基準を「心の参考資料」と評価するところまじつた。科学者はこの指摘を真剣に受け止めなければならぬ。入市被曝の場合でも、土壌や金属類の残留放射線の影響を考慮し、発症との関連性あり得る。一律的な認定を戒めた今回の判決は、被爆者一人一人の症例や生活歴を深く吟味することを求めている。

認定は総合的考慮で

星正治広島大原爆放射線医学研究所教授(放射線生物学・物理学) 放射線の人体への影響は内部被曝など科学的に未解明な部分が多い。遠距離被曝や、日数が相当経過し

てからの入市被曝の場合

は、物理的にみると、放射線の影響を認めるのは難しい。しかし、病気の因果関係が放射線の被曝線量の観点から証明されていることも、原爆症を認定する際、発症までの経緯などを総合的に考慮してどうと考えるべき。

被爆者救済時が来た

安斎青郎立命館大教授(放射線防護学) 原因確率を「単なる判断の目安」とし、残留放射線の影響の検討を求めるなど、大阪地裁判決より明快で、踏み込んだ内容。機械的に原爆症の認定をしてきた国の施策を断罪した。立法や行政が司法判断を尊重して被爆者を救済時が来た。国は各地の裁判で言い訳に終始しているが、このままでは連敗するだろう。

2006年8月6日(日)

(日曜日) 中 広島 県庁 福地

被爆影響 解明の道半ば

放射線防護基準の根拠に
市民に成果還元を

- 1945年8月 広島市に原子爆弾が投下された。
- 47年6月 広島県立放射線研究所が設立された。
- 48年1月 広島県立放射線研究所(予研)広島支所がA、B、Cの3地区に設置された。
- 50年10月 予研が広島県立放射線研究所として全国被爆者救済センターに吸収合併された。
- 58年7月 予研が広島県立放射線研究所として全国被爆者救済センターに吸収合併された。
- 76年4月 予研が広島県立放射線研究所として全国被爆者救済センターに吸収合併された。
- 86年3月 予研が広島県立放射線研究所として全国被爆者救済センターに吸収合併された。
- 90年10月 予研が広島県立放射線研究所として全国被爆者救済センターに吸収合併された。
- 95年10月 予研が広島県立放射線研究所として全国被爆者救済センターに吸収合併された。
- 96年6月 予研が広島県立放射線研究所として全国被爆者救済センターに吸収合併された。
- 99年10月 予研が広島県立放射線研究所として全国被爆者救済センターに吸収合併された。
- 2001年5月 予研が広島県立放射線研究所として全国被爆者救済センターに吸収合併された。
- 03年3月 予研が広島県立放射線研究所として全国被爆者救済センターに吸収合併された。
- 05年11月 予研が広島県立放射線研究所として全国被爆者救済センターに吸収合併された。
- 06年7月 予研が広島県立放射線研究所として全国被爆者救済センターに吸収合併された。

予研の活動の歴史を振り返る



予研の活動の歴史を振り返る

予研の活動の歴史を振り返る

予研の活動の歴史を振り返る

予研の活動の歴史を振り返る

予研の活動の歴史を振り返る

予研の活動の歴史を振り返る

予研の活動の歴史を振り返る

予研の活動の歴史を振り返る

予研の活動の歴史を振り返る

予研の活動の歴史を振り返る

予研の活動の歴史を振り返る

予研の活動の歴史を振り返る

予研の活動の歴史を振り返る

予研の活動の歴史を振り返る

予研の活動の歴史を振り返る

予研の活動の歴史を振り返る

予研の活動の歴史を振り返る

予研の活動の歴史を振り返る

予研の活動の歴史を振り返る

予研の活動の歴史を振り返る

予研の活動の歴史を振り返る

予研の活動の歴史を振り返る

予研の活動の歴史を振り返る

予研の活動の歴史を振り返る

予研の活動の歴史を振り返る

予研の活動の歴史を振り返る

予研の活動の歴史を振り返る

予研の活動の歴史を振り返る

予研の活動の歴史を振り返る

予研の活動の歴史を振り返る



◆原爆症認定

米兵補償参考に「疾患」指定を

安倍首相は、平和記念式典出席のために訪れた広島で、原爆症の認定基準見直しを検討する意向を表明した。これに対し、柳沢厚労相は「見直しは科学的な基礎をいかに設定するか、なかなか難しい」といった見解を示した。

参考として、米軍事例がある。終戦直後の広島と長崎に駐留し、残留放射線に被曝した米軍人を対象とする米国の障害補償制度だ。

米退役軍人局の資料によると、制度は二つある。一つは、放射線が発病に関与する甲状態がん、白血病の大半、胃がんなど21種類のがんを、一種の「原因疾患」(推定軍務関連疾患)として指定。広島と長崎に駐留経験のある退役軍人がこれらに患って申請すると、駐留の事実が確認されれば、被曝との関連が自動的に認定される。被曝の状況を個別に審査するより手順は簡便なわけだ。

制度が発定されたのは88年。「原因疾患」に指定されたがんは種類が多かった。その後、研究の進展を採り入れて、再度改訂され、種類のがんが追加された。

二つ目は、21種以外のがんと、一部の白内障や良性の結核性甲状腺腫など5種類の疾患を指定。発病した退役軍人の申請に応じて当時の被曝の量や期間などの状況を個別に審査し、認定の可否が決定される。

この時も、障害の程度が10段階に区分され、月額約1万3千円(11歳)から約28万7千円(24歳)までが支給される。

日本の原爆症認定制度は、米国の第2の制度に對応した仕組みだ。申請者の突患が原爆放射線によって生じたと考えられる「原因疾患」を個別に推計し、認定の可否を判断する。

しかし、米国の第1の制度に相当するものがない。原因確率の基礎にある理論そのものは、合理的だ。とはいえ、限られた人数のデータをもとに数学的仮定をおいて計算するの相応の誤差が生じる。放射線に限りず危険因子の影響を実際より過小評価するといった指摘もある。

進駐軍が広島に入ったのは原爆投下の80日後、長崎には45日後と、駐留米軍人の被曝放射線量は、日本の被曝者よりはるかに少ない。それなのに、より緩やかな基準で病気の関連が認定される。この隔たりを国情や制度の違いで片付けていくのだろうか。

認定基準の見直しにあたっては、62年生まれ、元国立がんセンター研究所研究員。

識者論

八月五日、安倍首相は、原爆症認定基準の見直しを検討する意向を表明した。柳沢厚労相は「見直しは科学的な基礎をいかに設定するか、なかなか難しい」といった見解を示した。

原爆症認定基準

広島大名誉教授 鎌田 七男



見直しに科学的根拠あり

現在行われている原爆症認定基準の見直しは、第一原爆の被害や広島市の第一の被災者(被爆者)に生じたさまざまな病状を、科学的に検証し、その原因を明らかにすることを目指す。見直しは、科学的根拠に基づいて行われるべきである。

原爆症認定基準は、第一原爆の被害や広島市の第一の被災者(被爆者)に生じたさまざまな病状を、科学的に検証し、その原因を明らかにすることを目指す。見直しは、科学的根拠に基づいて行われるべきである。

原爆症認定基準は、第一原爆の被害や広島市の第一の被災者(被爆者)に生じたさまざまな病状を、科学的に検証し、その原因を明らかにすることを目指す。見直しは、科学的根拠に基づいて行われるべきである。

判決要旨

1 本件は，原告らが，被告厚生労働大臣（厚生大臣）に対し，原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律（被爆者援護法）11条1項に基づき，原爆症認定の申請を行ったのに対し，被告厚生労働大臣等がこれをいずれも却下する旨の処分（本件各却下処分）をしたため，原告らが，本件各却下処分は原告らの疾病等の放射線起因性についての判断を誤り違法であるなどと主張して，その取消しを求めるとともに，被告厚生労働大臣等の違法行為により精神的苦痛を被ったなどと主張して，被告国に対し，国家賠償法1条1項に基づき，慰謝料等として300万円の支払を求めた事案である。

2 当裁判所は，原告らの被告厚生労働大臣に対する本件各却下処分の取消請求はいずれも理由があるからこれを認容し，被告国に対する損害賠償請求はいずれも理由がないからこれを棄却すべきものと判断する。

3 被爆者援護法（10条1項）は，① 被爆者が現に医療を要する状態にあること（要医療性），② 現に医療を要する負傷又は疾病が原子爆弾の放射線に起因するものであるか，または上記負傷又は疾病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，その者の治癒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（放射線起因性），を原爆症認定を受けるための要件としている。そして，厚生労働大臣は，原爆症認定を行うに当たっては，疾病・障害認定審査会の意見を聴かなければならないものとされている。しかるところ，疾病・障害認定審査会原子爆弾被爆者医療分科会により平成13年5月25日付で「原爆症認定に関する審査の方針」（審査の方針）が作成され，原爆症認定に係る審査に当たってはこれに定める方針を目安として行うものとしている。そして，審査の方針においては，申請に係る疾病等における原爆放射線起因性の判断に当たっては，

原因確率及びしきい値を目安として，当該申請に係る疾病等の原爆放射線起因性に係る高度の蓋然性の有無を判断するものとされ，財団法人放射線影響研究所（放影研）の被爆者集団を対象とした疫学調査の結果から求められた各疾病等の寄与リスクを原因確率とした上，1986年線量評価大系（DS86）の原爆放射線の線量評価システムに依拠して申請者の被曝線量を算定し，各申請者の疾病等，性別及び被曝線量等に応じた原因確率を算定し，当該申請に係る疾病等に関する原因確率がおおむね50パーセント以上である場合には，当該申請に係る疾病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ものとするが，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，判断を行うものとするなどとされている。

4 ところで，放射線起因性の要件については，被爆者援護法は，放射線と負傷又は疾病ないしは治癒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の程度は，通常の民事訴訟における場合と異なるものではなく，放射線と負傷又は疾病ないしは治癒能力低下との間に放射線被曝が当該負傷又は疾病ないしは治癒能力の低下を招来した関係を経験則上是認し得る高度の蓋然性が証明されれば当該疾病の放射線起因性を肯定すべきである。

審査の方針における原爆放射線の被曝線量の算定が依拠しているDS86の原爆放射線の線量評価システム及びDS86を更新する線量評価システムとして策定された2002年線量評価大系（DS02）の線量評価システムは，現存する最も合理的で優れたシステムであるということが出来る上，少なくとも爆心地からの距離が1300メートル以内においては，初期放射線の計算値が測定値とも良く一致しているのであって，その有用性を一概に否定することはできず，また，審査の方針における原因確率の算定自体も，その時点における疫学的，統計的及び医学的知見に

基づくものとして、その方法に特段不合理なところはないから（審査の方針の定める放射線白内障のしきい値も、当時の疫学的、医学的知見に依拠したものと認められる。）、上記高度の蓋然性の有無を判断するに当たり、審査の方針の定める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た上、審査の方針の定める原因確率を適用して当該被曝線量に対応する原因確率を算定し、この原因確率又はしきい値を目安すなわち考慮要素の一つとして判断すること自体は、経験則に照らして直ちに不合理と一般的にいうことはできない。

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については、まず、初期放射線による被曝線量の算定につき、DS86及びDS02の原爆放射線の線量評価システムにはシミュレーション計算を主体として構築されたシステムとしての性格上それ自体に内在する限界が存することに加えて、その計算値が少なくとも爆心地からの距離が1300メートル以遠の遠距離において過小評価となっているのではないかの疑いを抱かせるに足りる残留放射能の測定結果が存在することや、爆心地からの距離が2キロメートル以遠において被曝した者で脱毛等放射線による急性症状と推認される症状が生じたとするものが一定割合存在する事実が複数の調査結果によって認められていることなどからして、広島の場合も長崎の場合も、少なくとも爆心地からの距離が1300メートルないし1500メートルより以遠で被曝した者に係る初期放射線の算定において、DS86（及びDS02）に依拠した審査の方針の定める初期放射線の被曝線量の値をそのまま機械的に適用することには少なくとも慎重であるべきであり、これらの値が過小評価となっている可能性をしんしゃくすべきである。また、残留放射線による被曝線量の算定及び放射性降下物による被曝線量の算定についても、広島において、己斐、高須地区以外の地域において放射性降下物が存在した事実を裏付ける調査結果が存在し、長崎においても、西山地区以外の地域に放射性降下物が存在した可能性を否定することはできないところ、原爆投下当時広島市内又は長崎市内にいなかったいわゆる入市被曝者について脱毛等放射線による急性症状としか考えられない症状が生じている事

実が認められ、これについては内部被曝による可能性も指摘されていること、内部被曝の機序については、いまだ必ずしも科学的に解明、実証されておらず、これに関する科学的知見が確立しているとはいえない状況にあるものの、呼吸、飲食等を通じて体内に取り込まれた放射性核種が生体内における濃縮等を通じて身体の特定の部位に対し継続的な被曝を引き起こすとする機序に関する知見には少なくとも相応の科学的根拠が存在することに加えて、低線量放射線による継続的被曝が高線量放射線の短時間被曝よりも深刻な障害を引き起こす可能性について指摘する科学文献や、低線量域でも被曝者の充実性腫瘍（固形がん）の発生率について統計的に有意なリスクが存在するという報告も存在しており、これらを一概に無視することもできないことなどに照らすと、審査の方針の定める基準を機械的に適用し、審査の方針の定める特定の地域における滞在又は長期間にわたる居住の事実が認められない場合に直ちに被曝の事実がないとすることには、少なくとも慎重であるべきであって、いわゆる入市被曝者や遠距離被曝者については、放射性降下物による被曝の可能性や内部被曝の可能性をも念頭に置いた上で、当該被曝者の被曝前の生活状況、健康状態、被曝状況、被曝後の行動経過、活動内容、生活環境、被曝直後に発生した症状の有無、内容、態様、程度、被曝後の生活状況、健康状態等を慎重に検討し、総合考慮の上、被曝の蓋然性の有無を判断するのが相当というべきである。

他方で、原因確率の適用については、審査の方針の定める原因確率がそもそも当時の疫学的、統計的及び医学的知見に規定されたものであることに加えて、解析方法に由来する限界も存するのであり、特に、低線量域におけるリスクの推定については、低線量放射線による被曝のリスクに関する上記の科学文献等を一概に無視することもできないことなどにかんがみると、高線量域における統計分析から求められた線量反応関係をそのまま機械的に適用することについて慎重であるべきであり、低線量域における原因確率の評価については、特に慎重であるべきである。さらに、そもそも、原因確率（すなわち寄与リスク）自体が、あくまでも、疫学調査、すなわち、統計観察、統計分析等によって全体的、集団的に把握されたものであって、

当該疾病の発生が放射線に起因するものである確率を示すものにすぎず、当該個人に発生した当該疾病が放射線に起因するものである高度の蓋然性の有無を判断するに当たっての一つの考慮要素以上の意味を有しないものであるから、当該個人に発生した疾病が原爆放射線被曝により招来された関係を是認し得る高度の蓋然性の有無を判断するための1つの考慮要素（間接事実）として位置付けられるべきものであり、原因確率が大きければ有力な間接事実としてしんしゃくすることができるとしても、原因確率が小さいからといって直ちに経験則上高度の蓋然性が否定されるものではなく、むしろ、当該疾病については疫学調査の結果放射線被曝との間に有意な関係（線量反応関係）が認められている事実を踏まえて、当該個人の被曝前の生活状況、健康状態、被曝状況、被曝後の行動経過、活動内容、生活環境、被曝直後に発生した症状の有無、内容、態様、程度、被曝後の生活状況、健康状態、当該疾病の発症経過、当該疾病の病態、当該疾病以外に被曝者に発生した疾病の有無、内容、病態などといった種々の考慮要素（間接事実）を全体的、総合的に考慮して原爆放射線被曝の事実が当該疾病の発生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判断すべきである。このような観点からすれば、審査の方針において、当該申請に係る疾病等に関する原因確率がおおむね10パーセント未満である場合には、当該疾病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低いものと推定するとされている点については、必ずしも妥当とはいえないのであって、正に審査の方針自体において定めるとおり、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、経験則に照らして高度の蓋然性の有無を判断すべきである。

以上要するに、原爆症認定申請に対し、放射線起因性の要件を判断する当たっては、原爆放射線の被曝には種々の態様があることなどからして、その推定は現存する最も合理的で優れた線量評価システムをもってしてもなお未解明で不十分などところがあることに加えて、放射線の人体に与える影響については、その詳細が科学的に解明されているとはいえない状況にあり、放射線による後障害は、高い統計的解

析の上にその存在が明らかにされてくるといふ特徴があることなどにかんがみ、放射線被曝による人体への影響に関する統計的、疫学的及び医学的知見を踏まえつつ、当該申請者の被曝前の生活状況、健康状態、被曝状況、被曝後の行動経過、活動内容、生活環境、被曝直後に発生した症状の有無、内容、態様、程度、被曝後の生活状況、健康状態、当該疾病の発症経過、当該疾病の病態、当該疾病以外に当該申請者に発生した疾病の有無、内容、病態などを全体的、総合的に考慮して、原爆放射線被曝の事実が当該申請に係る疾病の発生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判断すべきであり、審査の方針の定める原爆放射線の被曝線量並びに原因確率及びしきい値は、放射線起因性を検討するに際しての考慮要素の一つとして、他の考慮要素との相関関係においてこれを評価ししんしゃくすべきであって、審査の方針自体において定めるとおり、これらを機械的に適用して当該申請者の放射線起因性を判断することは相当でないというべきである。

5 原爆症認定の対象となる負傷又は疾病は、当該原爆症認定の申請に係る個別具体的な負傷又は疾病に限られるものと解するのが相当であるが、当該申請に係る疾病の範囲については、当該申請書に記載された疾病の名称に必ずしも限定されるものではなく、申請書及び医師の意見書その他の添付書類の記載内容に照らして申請者の合理的意思を探求し、医学的知見を参酌しつつ社会通念に従って決すべきである。

6 原告深谷日出子の原爆症認定申請に係る疾病は、右眼球瘻並びに左白内障、左糖尿病性網膜症及び両涙液分泌減少症であると認められる。このうち、右眼球瘻、左糖尿病性網膜症及び両涙液分泌減少症については放射線起因性を認めるに足りる確な証拠はない。しかしながら、左眼白内障については、原告深谷は、爆心地からの距離が約1.5キロメートルの地点にあった広島赤十字病院寄宿舍内で被曝したものであるところ、木造家屋内とはいえ、ガラス越しに眼（正に白内障が発症した部位である）に原爆による初期放射線の直曝を受けているほか、被曝後、身体に

ガラスが刺さったまま、負傷者の看護活動に従事したものであり、爆心地付近の誘導放射化した土壌による残留放射線の被曝に加えて、飲食物の摂取又は負傷した部位から誘導放射化した物質を体内に取り込んだ可能性も十分考えられ、被曝後、脱毛、下痢など、放射線被曝による急性症状として説明可能な複数の症状が生じていることなどからして、原告深谷の被曝線量は決して小さくなかったと考えられる。しかるところ、原告深谷は、少なくとも、糖尿病の発症に先立って左眼白内障を発症していたものと認められることに加えて、放影研の疫学調査において白内障に有意な正の線量反応を認めたとされており、また、遅発性の放射線白内障及び早発性の老人性白内障に有意な相関が認められたとする報告や、白内障診断、術後白内障ともにしきい値は存在しないと考えられるなどという報告がされており、これらの統計分析や報告の信頼性を直ちに否定するに足りる証拠はないことなどを総合考慮すれば、原告深谷の左眼白内障について放射線起因性を肯定すべきである。また、原告深谷の左眼白内障について要医療性を認めることもできる。

7 原告葛野須耶子の原爆症認定申請に係る疾病は、甲状腺機能低下症であると認められる。原告葛野は、爆心地からの距離が約3.3キロメートルの地点にあった自宅内で被曝したものであるが、上記自宅が降下核分裂生成物によると考えられる強い残留放射能が認められた西山地区に含まれる長崎市西山3丁目の南東約500メートルの位置にあったこと、原告葛野の被曝状況や被曝後の生活状況にかんがみると、原告葛野が放射性降下物等による残留放射線に被曝し又は放射性降下物等の放射性物質を体内に取り込んだ（内部被曝）としても不自然とはいえない状況が存したというべきである。しかるところ、原告葛野には、甲状腺機能低下症以外にも、白内障及び乳がんという原爆放射線による被曝との関係が一般に疑われる疾病を複数発症しているものであり、とりわけ、乳がんについては、被曝線量の点を除けば、被曝時年齢（15歳）等からして原爆放射線による被曝に起因するものとみても不自然ではないものであり、原告葛野が原爆放射線による被曝との関係が一般に疑われる疾病を複数発症している事実は、原告葛野が放射性降下物等による残留

放射線に被曝し又は放射性降下物等の放射性物質を体内に取り込んだ（内部被曝）としても不自然とはいえない状況にあったことと相俟って、これらの疾病が原爆放射線被曝に起因して発症したものであることを推測させるものというべきである。このことに加えて、原告葛野が、被曝前は健康体で勤務奉仕として男性に混じっての肉体労働にも従事していたのが、被曝後は、体が疲れやすく体調がすぐれない状態が長期にわたり続いたことなど、被曝前後で原告葛野の健康状態に質的な変化が認められること、核分裂生成物に多く含まれるヨウ素131は甲状腺に取り込まれて影響を与えることが一般に知られていること、マーシャル群島の核実験で被曝した子どもに自己免疫型ではない甲状腺機能低下症がみられたなどとする文献が存在すること、他に原告葛野の甲状腺機能低下症発症の確たる要因が証拠上見当たらないこと及び原告葛野の被曝後の生活状況等を併せ考えると、原告葛野の甲状腺機能低下症は、それが自己免疫性のものではなく、我が国においては自己免疫性でない甲状腺機能低下症について原爆放射線との間に有意な線量反応関係を認めたとする文献等が見当たらないとしても、原子爆弾の放射線に起因して発症したものとみるのが合理的かつ自然というべきであり、原告葛野の甲状腺機能低下症について放射線起因性を肯定すべきである。また、原告葛野の甲状腺機能低下症について要医療性を認めることもできる。

8 原告木村民子の原爆症認定申請に係る疾病は、胃がんであると認められる。原告木村は、爆心地からの距離が約3キロメートル弱の地点にあった社宅から爆心地からの距離が約2キロメートルの地点にあった小学校分校へ登校する途中被曝したものであるが、原告木村の被曝態様が遮蔽のない状態での直曝であり、被曝により背中から足にかけて火傷を負うに至っていること、被曝後に歯茎からの出血等放射線による急性症状として説明可能な症状を発症しており、その態様、程度が軽微なものであった様子うかがわれぬこと等からみて、原告木村の原爆の初期放射線による被曝線量はDS86ないしDS02の推定値ほど小さくはなかった可能性が高いものとみられる上、原告木村が残留放射線に被曝し又は放射性降下物等の放

射性物質を体内に取り込んだ（内部被曝）可能性も否定することができない。しかるところ、原告木村（女性）の被曝時年齢（8歳）からして、被曝線量の点を除けば、原告木村に発症した胃がんが原爆放射線による被曝に起因するものとみても決して不自然ではないとみられることに加えて、原告木村が被曝前は健康体であったのが、被曝後、体のだるさ、つらさを覚えるようになり、その後も原因不明の体のだるさ、つらさが続いたことなど、原告木村の被曝前後の健康状態に質的な変化がみられるのであり、その原因を明らかにするに足りる的確な証拠は見当たらないこと、原告木村が最近の疫学調査等において原爆放射線による被曝との有意な関係が示されている循環器疾患（脳内出血）を発症していること及び被曝後の生活状況等をも総合勘案すれば、原告木村の胃がんについて放射線起因性を肯定すべきである。また、原告木村の胃がんについて要医療性を認めることもできる。

9 原告井上正巳の原爆症認定申請に係る疾病は、右二指有棘細胞がんであると認められる。原告井上は、学徒勤労動員による勤労奉仕のため整列中、爆心地から1.8キロメートルないし1.9キロメートルの地点で被曝し、両腕等に皮膚が垂れ下がる程度の火傷（熱傷）を負ったものであるが、その被曝態様は遮蔽のない状態での直曝であった上、被曝直後に脱毛、下痢などといった放射線被曝による急性症状としても説明が可能な症状を発症していることなどからして、原告井上の初期放射線による被曝線量はDS86ないしDS02の推定値ほど小さくはなかった可能性が高いものとみられる上、残留放射線に被曝し又は放射性物質を体内に取り込んだ（内部被曝）可能性も否定することができない。しかるところ、広島原爆又は長崎原爆の熱線により火傷（熱傷）を受けた者は広範囲にわたり多数存在する中で、被曝者に発生した皮膚がんと放射線被曝線量との関係について、有意な線量反応関係が認められたのみならず、被曝時年齢が若いほど発生のリスクが高いという統計分析が複数存在していること、原告井上は被曝時14歳と若年であったことに加えて、原告井上が、被曝前は健康体であったのが、被曝後、倦怠感、疲労感を覚えるようになり、その後長期にわたって倦怠感、疲労感に悩まされ続けたことなど、被

曝の前後で原告井上の健康状態に質的な変化がみられるのであって、その原因を明らかにするに足りる的確な証拠は見当たらないこと及び被曝後の生活状況等をも総合勘案すれば、皮膚がんの発生原因として放射線以外に熱傷痕等も指摘されていることをしんしゃくしてもなお、原告井上の右二指有棘細胞がんは原子爆弾の放射線に起因して発症したものとみるのが合理的かつ自然というべきであり、原告井上の右二指有棘細胞がんの放射線起因性を肯定すべきである。また、原告井上の右二指有棘細胞がんについて要医療性を認めることもできる。

10 原告佐伯俊昭の原爆症認定申請に係る疾病は、咽頭腫瘍であると認められる。原告佐伯は、勤労奉仕のため整列中、爆心地からの距離が約2キロメートル弱の地点で被曝し、上半身露出部分、右顔面等に火傷を負ったものであるが、その被曝態様は遮蔽のない状態での直曝であった上、残留放射線に被曝し又は放射性物質を体内に取り込んだ（内部被曝）可能性も否定することができず、被曝直後に歯茎からの出血、下痢といった放射線被曝による急性症状としても説明が可能な症状を発症していることなどからして、原告佐伯の原爆放射線による被曝線量は、DS86ないしDS02の推定値ほど小さくはなかった可能性が高いものとみられる。しかるところ、放影研の疫学調査においては、咽頭がんによる死亡又は発生率と放射線との間に有意な関係がみられないとされているものの、一般に、がんについては、原爆放射線被曝との関連を否定することはできないものとされており、また、固形がん全体については、被曝時年齢が若いほど発生のリスクが高いとされている上、放射線治療後又は原子爆弾爆発後の電離放射線被曝者の研究で咽頭と喉頭の放射線起因性腫瘍が確認されているとする報告も存在していること、原告佐伯は、被曝当時12歳と若年であったこと、原告佐伯は、40歳ころから、医師により原因が不明とされる肝炎（肝機能障害）に罹患しているところ、慢性肝炎及び肝硬変については、放影研の疫学調査において、有意な線量反応関係が認められていることに加えて、原告佐伯が、被曝前は健康体であったのが、被曝後、倦怠感、疲労感が続き、体のだるさ、疲れは年を経るごとにひどくなってきたと訴えていることなど、被曝

の前後で原告佐伯の健康状態に質的な変化がみられるのであり、その原因を明らかにするに足りる的確な証拠は見当たらないこと及び被爆後の生活状況等をも総合勘案すれば、原告佐伯の咽頭腫瘍の放射線起因性を肯定すべきである。また、原告佐伯の咽頭腫瘍について要医療性を認めることもできる。

11 原告小高美代子の原爆症認定申請に係る疾病は、甲状腺機能低下症（橋本病）であると認められる。原告小高は、爆心地から1.9キロメートルの地点の屋内で被爆したものであるが、被爆直後に脱毛等の放射線被曝による急性症状として説明が可能な症状を発症していることや、被爆当時胎内にいた長女が45歳のころ子宮がんで全摘手術をしており、白血球数が少なく、被爆者健康手帳の交付を受けていることなどからして、原告小高の原爆放射線による被曝線量はDS86ないしDS02の推定値ほど小さくはなかった可能性が高いものとみられる。しかるところ、原告小高が発症した甲状腺機能低下症（橋本病）と放射線被曝線量との関係について、有意な線量反応関係が認められるとする統計分析が複数存在しており、その中には、甲状腺機能低下症は低線量群に有意に高く、10歳代ないし30歳代時に被曝した群に特に高く、特に女性に多かったという報告、有意な正の線量反応が甲状腺疾患の発生率にみられ、被爆時年齢の影響は有意で、主に若いときに被曝した人たちでリスクが増加しているという報告などが含まれていること、原告小高は、被爆時年齢が20歳と若年であったことに加えて、原告小高が、被爆前は健康体であったのが、被爆後、長期間にわたり体がだるく疲れやすい状態が続いたのみならず、昭和43年ころから貧血で倒れたり吐いたりすることがあり、昭和47年ころには貧血で倒れ、その後も貧血の症状が続いていることなど、被爆の前後で原告小高の健康状態に質的な変化がみられるのであって、その原因を明らかにするに足りる的確な証拠は見当たらないこと及び被爆後の生活状況等をも総合勘案すれば、原告小高の甲状腺機能低下症（橋本病）の放射線起因性を肯定すべきである。また、原告小高の甲状腺機能低下症（橋本病）について要医療性を認めることもできる。

12 原告甲斐常一の前爆症認定申請に係る疾病は、椎骨脳底動脈（後下小脳動

脈付近）循環不全、脳梗塞後遺症、高血圧症及び慢性虚血性心疾患であると認められる。原告甲斐は、原爆投下当時広島市内にいなかったいわゆる入市被爆者であるが、陸軍衛生兵として、原爆投下当日の夜から翌朝にかけて爆心地の直近において野営し、その後約1週間にわたり、日中は上半身裸で、市内やその周辺において負傷者の救出や死体の処理作業に従事したものであり、原告甲斐の入市の時期、入市後の行動経過、活動内容に加えて、入市後に発症した脱毛等の症状、程度、とりわけ、入市後、原告甲斐に歯茎からの出血や脱毛等の放射線被曝による急性症状として説明可能な症状が生じており、脱毛については、次第にまとまった量の頭髮が抜けるようになり、最後は頭髮が全部抜けてしまう程度のものであったことなどからして、原告甲斐の原爆放射線による被曝線量は小さなものではなかった可能性が高いものとみられる。しかるところ、原告甲斐が発症した上記の循環器疾患について、放影研の最近の疫学調査の結果は、循環器疾患（心疾患、脳卒中）の死亡率及び高血圧の発生率と放射線被曝線量との間の線量反応関係の存在を示していることなどからみて、被曝線量の点を除けば、原爆放射線被曝に起因して発症したものである可能性を否定することができないこと、原告甲斐は、これらの循環器疾患のみならず、肝機能障害、白内障や白血球減少症さらには膀胱がん、前立腺がんといった原爆放射線による被曝との関係が合理的に疑われる複数の疾病を発症しており、殊に、膀胱がん、前立腺がんについては、最近の疫学調査、統計分析により、原爆放射線による被曝との有意な関係が指摘されており、その発症時期、発症の態様等からみても、原爆放射線による被曝との関係が合理的に疑われるものであることに加えて、原告甲斐が、原爆投下前は健康体であったのが、入市後、長期間にわたり体のだるさや体調不良が続いているのであって、被爆の前後で原告甲斐の健康状態に質的な変化がみられるのであり、以上認定説示したところからすればその原因を専ら軍務や軍務遂行中の負傷あるいは心因性やストレスにより説明するのは困難というべきであって、他にその原因を明らかにするに足りる的確な証拠は見当たらないこと及び被爆後の生活状況等をも総合勘案すれば、原告甲斐の上記循環器疾患（椎骨脳底

動脈（後下小脳動脈付近）循環不全、脳梗塞後遺症、高血圧症及び慢性虚血性心疾患）は原子爆弾の放射線に起因して発症したものとみるのが合理的かつ自然というべきであり、これについて放射線起因性を肯定すべきである。また、原告甲斐の上記循環器疾患について要医療性を認めることもできる。

13 原告川崎紀嘉の原爆症認定申請に係る疾病は、貧血であると認められる。原告川崎は、原爆投下当時広島市内にいなかったいわゆる入市被爆者であるが、当時徴兵されて陸軍船舶練習部教導連隊四中隊に配属され、原爆投下の翌日入市し、その翌日（昭和20年8月8日）から同月11日までの間、爆心地に近い広島市紙屋町周辺を担当範囲として遺体処理作業に従事したものであり、原告川崎の入市の時期、入市後の行動経過、活動内容、入市後に発症した下痢の症状、態様、とりわけ、原告川崎は、広島市内での遺体処理作業を終えた後、激しい下痢が続いたのみならず、原告川崎の所属した分遣隊の他の隊員らもそのほとんどが激しい下痢を起こしたほか、同分遣隊で行動を共にしていた見習士官がそのころ頭髪が抜け出して急死した様子がうかがわれるのであって、入市後に原告川崎に発生した下痢の症状は、衛生状態等に起因するものとみるよりは放射線被曝に起因するものとみるのが素直というべきであることなどからして、原告川崎が残留放射線による外部被曝に加えて放射性物質の身体への付着や飲食物の摂取等により誘導放射化した物質を体内に取り込んだ（内部被曝）可能性も十分考えられ、原告川崎の原爆放射線による被曝線量は小さなものではなかった可能性が高いものとみられる。しかるところ、原告川崎は、徴用、応集前は、貧血の症状が見当たらないのに対し、復員後、昭和30年ころから現在に至るまでの間、断続的に貧血の診断を受けているほか、白血球減少症の診断を受けたこともあるというのであり、鉄欠乏性貧血としての原因が見当たらず、その態様、経過等からみて、原告川崎の貧血が骨髄の障害（機能不全）に起因するものである可能性も少なくはない。これらに加えて、原告川崎は、徴用、応集の前後を通じて、解の仕事に従事し、解内生活を営んでいたものであって、その生活環境、仕事内容に著しい変化はみられないにもかかわらず、徴用、応

集前は健康体であったのが、復員後は、疲れやすく、下痢を起こしたり風邪をひいたりすることも多くなるなど、被爆の前後で原告川崎の健康状態に質的な変化がみられるのであり、その原因を明らかにするに足りる的確な証拠が見当たらないこと、原告川崎が原爆放射線による被曝による可能性も否定することができない他の疾病（肝機能障害、循環器疾患）を発症していること及び被爆後の生活状況、病歴等をも総合勘案すれば、原告川崎の貧血は原子爆弾の放射線に起因して発症したものとみるのが合理的かつ自然というべきであり、原告川崎の貧血の放射線起因性を肯定すべきである。また、原告川崎の貧血について要医療性を認めることもできる。

14 原告美根アツエの原爆症認定申請に係る疾病は、肺がん及び転移性脳腫瘍であると認められる。原告美根は、原爆投下当時、女子挺身隊員に動員され、爆心地からの距離が約2.1キロメートル弱の地点にあった三菱兵器住吉女子寮（木造家屋）内で被爆したものであるが、放射性降下物等による残留放射線の被曝や飲食物の摂取又は負傷した部位等から誘導放射化した物質を体内に取り込んだ（内部被曝）可能性も否定することができない上、被爆直後に歯茎からの出血、下痢などといった放射線被曝による急性症状等としても説明が可能な症状を発症していることなどからして、原告美根の原爆放射線による被曝線量は、DS86ないしDS02による推定値ほど小さくはなかった可能性が高いものとみられる。しかるところ、原告美根（女性）に喫煙歴がなく、親族の中にがんを発症した者もなく、被曝線量の点を除けば、原告美根に発症した肺がんは原爆放射線による被曝に起因するものとみても決して不自然ではないとみられることに加えて、プルトニウムが肺に入ると非常に危険度が高いという指摘も存在すること、原告美根が原爆放射線による被曝による可能性も否定することができないとされる白内障を発症していること、原告美根が、被爆前は健康体であったのが、被爆後、倦怠感、疲労感を覚えるようになり、胃の調子が悪いなど、体調不良を来すようになったというのであり、被爆の前後で原告美根の健康状態に質的な変化がみられるのであって、その原因を明らかにするに足りる的確な証拠は見当たらないことや、被爆後の生活状況、病歴等をも

総合勘案すれば、原告美根の肺がんの放射線起因性を肯定すべきである。また、原告美根の肺がん及びその発症が肺がん起因するものと推認される転移性脳腫瘍について要医療性を認めることもできる。

15 以上のとおり、原告らの原爆症認定申請に対する本件各却下処分はいずれも違法であるから、取消しを免れない。

16 しかしながら、原子爆弾被爆者医療審議会において原爆症認定申請に対する審査が疾病の種類及び被爆距離から形式的に行われていた事実を推認することはできず、原告佐伯及び原告甲斐の各原爆症認定申請についてこのような形式的審査しか行われなかったことを認めるに足りる的確な証拠はない。また、疾病・障害認定審査会における原爆症認定申請に対する審査が原因確率以外の事情をほとんど考慮せず原因確率なる基準に従って形式的に行われていると直ちに認めることはできず、原告佐伯及び原告甲斐を除くその余の原告らの各原爆症認定申請についてこのような形式的な審査しか行われなかったことを認めるに足りる的確な証拠もない。したがって、被告厚生労働大臣（厚生大臣）が職務上通常尽くすべき注意義務を尽くすことなく漫然と本件各却下処分をしたということはできないものというべきである。なお、原告深谷の原爆症認定申請に対しては、却下処分の通知書にその処分理由が誤って記載されていた事実が認められ、これについては、被告厚生労働大臣は、その職務上通常尽くすべき注意義務を怠って、原告深谷の処分理由の提示等に関する手続的利益を侵害したものとみる余地があるが、当該行為の内容、態様、当該利益の内容、性質等に加えて、本訴において上記却下処分が取り消されることを併せ考えると、原告深谷に慰謝料をもって償うに足りる損害が生じているとまで認めることはできないというべきである。したがって、原告らの被告国に対する国家賠償法1条1項に基づく損害賠償請求は、その余の点について判断するまでもなく、いずれも理由がない。

平成18年8月4日判決言渡し

広島地方裁判所 平成15年(初)第11号, 第12号, 第17号, 平成16年(初)第5号

原子爆弾被爆者認定申請却下処分取消等請求事件

判 決 要 旨

第1 事案の概要

本件は、広島市に投下された原子爆弾に被爆した原告ら(41名。(*1))が、被告厚生労働大臣に対し、原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律(被爆者援護法)に基づいて行った原爆症認定申請が却下されたことから、それら却下処分の取消しを求めるとともに、被告国に対し、上記各却下処分は故意又は過失に基づく違法な行為であり、原告らは損害を被ったと主張して、国家賠償法に基づき、慰謝料等(各原告当たり300万円)の損害賠償を求めた事案である。

本件の争点は、① 原告ら(40名)各人の申請疾病と放射線との間に因果関係が存在するかという起因性判断の適法性(争点1(1))、② その余の原告(1名)の要医療性判断の適法性(争点1(2))、③ 被告国の不法行為の成否(争点2)である。

第2 争点1(1)(起因性判断の適法性)について

1 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、その却下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く、その立証は、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うるものであることを必要とすると解すべきである(最高裁平成12年7月18日第三小法廷判決参照)。

そして、この理は、被爆者援護法10条1項にも該当するので、原告において、放射線と負傷又は疾病ないしは治療能力の低下との間に、因果関係(放射線起

因性)の存在につき、通常人が疑いを差し挟まないほどに真実性の確信を持ちうる程度に、すなわち、因果関係が存在する高度の蓋然性を、証明しなければならないことになる。

ところで、人間の身体に疾病が生じた場合、その発症に至る過程においては、多くの要因が複合的に関連していることが通常であって、特定の要因から当該疾病の発症に至った機序を立証することには自ずから困難が伴うものであり、殊に、放射線による後障害は、放射線に起因することによって特異な症状を呈するわけではなく、その症状は放射線に起因しない場合と全く同様である。加えて、放射線が人体に影響を与える機序は、いまだ科学的にその詳細が解明されているわけではなく、長年月にわたる調査にもかかわらず、放射線と疾病との関係についての知見は、統計学的、疫学的解析による有意性の確認など、いまだ限られたものにとどまっているだけでなく、原爆被爆者の被曝放射線量そのものも、後に判示するように、その評価は不完全な推定によるほかはないのが現状である。このような状況のもとで、当該疾病が放射線に起因して発症したことの直接の立証を要求することは、当事者に対し不可能を強いることになりかねない。したがって、疾病等についての放射線起因性の判断に当たっては、疾病発生等の医学的機序を直接証明するのではなく、放射線被曝による人体への影響に関する統計学的、疫学的知見に加えて、臨床的、医学的知見をも踏まえつつ、各原告ごとの被曝状況、被曝後の行動・急性症状などやその後の生活状況、具体的症状や発症に至る経緯、健康診断や検診の結果等の全証拠を、経験則に照らして全体的、総合的に考慮したうえで、原爆放射線被曝の事実が当該疾病等の発生又は進行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、法的観点から、検討することとするのが相当である。このことは、昭和32年に制定された原爆医療法で発せられた各通達の趣旨にも副うものと考えられる。

2 昭和61年(1986年)に策定されたDS86は、初期放射線量(直曝線量)を算出

する目的で策定された、一定の合理性を有する線量推定方式ということができ、DS86による初期放射線量の推定それ自体が、根拠を欠く不合理なものということとはできない。しかし、DS86によって比較的正確に算出できるのはあくまで初期放射線量の限度であるから、審査の方針により算出された初期放射線の被曝線量を一応の最低限度の参考値として把握し、直爆以外の方法による被曝、すなわち残留放射線による外部被曝及び内部被曝の影響については、別途慎重に検討しなければならない。

そして、原因確率（疾病等の発生が、原爆放射線の影響を受けている蓋然性があると考えられる確率。後記の「審査の方針」で定められている。）は一応の合理性を有するものではある（ただし、作成当時の知見を前提とするものであって、現在の知見からすると不十分な点も多い。）が、原因確率には、残留放射線による外部被曝及び内部被曝を十分には検討していないといった様々な限界や弱点があるのであるから、原因確率は一応の単なる判断の目安として扱い、個々の原告ごとに原因確率の理論的な限界や有効性を慎重に検討した上で、個々の原告の個別事情を認定し原爆放射線起因性の有無を個別に判断していかなければならない。

したがって、原告ら各人の起因性の判断に当たっては、決して「原爆症認定に関する審査の方針」（国に置かれた疾病・障害認定審査会が平成13年に策定。）を機械的に適用すべきではなく、飽くまでこれを放射線起因性の一つの傾向を示す、過去の一時点における一応の参考資料として評価するのにとどめて、全体的、総合的に検討することが必要である。

3 専門的知見によれば、発熱、下痢、脱毛、皮膚粘膜出血、重度の全身倦怠感等の症状は急性原爆症ともいわれ、当時から被曝により生じる症状であると考えられていたこと、直接被曝者では被曝距離が短いほど急性原爆症の有症率が高く、屋外被曝者は屋内被曝者よりも有症率が高く、また原爆炸裂の瞬間は屋内、屋外のいずれにあっても、その後直ちに中心地に入った人々に有症率が高

く、原爆時に広島市内にいなかった者（非被曝者）で原爆直後広島市内に入ったが中心地には出入りしなかった者には、その直後急性原爆症らしい症候は見出されなかったが、非被曝者で原爆直後中心地に入り10時間以上活動した人々では半数近くに急性原爆症同様の症状がみられ、しかもその2割の人には高熱と粘血便のあるかなり重症の急性腸炎があったこと、嘔吐、下痢、頭痛、発熱の症状およびその発現時期、程度は、現代の緊急被曝医療においても被曝線量との相関を有する症状であると考えられていることなどが認められる。

そして、上記認定によれば、被曝者にしばしばこれらの症状がみられ、また現代医学の視点からも、これらの症状が放射線被曝によって生じうるものであるといわれているのであるから、少なくとも、これらの症状が生じた事実は、放射線被曝の事実及びその程度を判断するに当たって、その重要な判断要素となるとみることには相当の根拠があるというべきである。

そして、専門的知見によれば、DS86推定方式による初期放射線量がほぼゼロと考えられる者についても、上記の急性症状の発症や白血病などに罹患するおびただしい症例が客観的に存在することが公的な資料からも広く認められている。そうであれば、DS86推定方式による初期放射線量がほぼゼロと考えられる者であっても、初期放射線による外部被曝以外の被曝様式によって被曝し、放射線の影響により上記の急性症状を発症した者が存在すると認めることができる。

したがって、発熱、下痢、嘔吐、脱毛、皮膚・粘膜の出血等の症状の存在及びその程度は、初期放射線量が例え寡少な者であったとしても、被曝者がその身体に受けた放射線被曝の事実及びその程度を示す有力な徴憑となりうるということができ、原爆症認定にかかる起因性判断に当たっては、これをその判断要素とすることができるし、また判断要素とすべきであるといわなければならない。

4 原告ら（40名）の申請疾病は、がん（脳腫瘍、甲状腺がん、下咽頭腫瘍、肺

がん、胃がん、直腸がん、肝臓がん、胆管がん、膀胱がん、乳がん、前立腺がん、皮膚がん等）とそれ以外（白内障、C型肝炎、ケロイド、骨折、肺炎等）である。各原告について、被爆状況及び被爆直後の状況、急性症状、その後の生活状況・健康状態並びに申請疾病についての医師の所見及び意見等を認定して検討すると、いずれの原告に生じた健康被害についても、被爆後に相当期間を経過した後に発生したものであっても、通常人において、原子爆弾による被爆との関係が存する可能性があることには相応の根拠があるというべきであり、疫学的にもこのことを根拠づけることができる上、更に各原告に申請疾病が発症又は進行した原因として考えられる他の具体的な原因が見当たらないことなどにも照らすと、各申請疾病については、原告らが多大な原爆放射線に被曝したことが、同疾病の発症又は進行を招来した関係にあるものと認めるのが相当である。したがって、原告らの申請疾病については、原子爆弾の放射線起因性が認められる。（*2）

第3 争点1(2)（要医療性判断の適法性）について

- 1 被爆者援護法10条1項の規定は、その法律上の文言に照らせば、当該被爆者が現に医療を要する状態にあること（要医療性）を、原爆症認定のための積極要件としていて、その立証責任は原告らにあるものと解すべきであり、このことは、同法の根底に国家補償的配慮があるとしても、異なるものではない。
- 2 原告（1名）については、放射線起因性があることについては争いがなく、要医療性が争点であるところ、被爆状況及び被爆直後の状況、急性症状、その後の生活状況・健康状態及び通院状況、並びに申請疾病（甲状腺がん）の要医療性についての医師の意見等を考慮すると、同原告については、医師による定期的な診察や投薬が必要であると認められるから、同原告は、本件認定申請時から現在に至るまで引き続いて「現に医療を要する状態にある」と認められる。

第4 争点2（不法行為の成否）について

- 1 原告らは、被告らが、被告らの線量評価基準であるDS86にはこれによって説

明できない急性症状が観察されるなど重大な欠陥があり、原因確率という集団データ解析の結果を個々の被爆者に当てはめているなど、誤った認定基準を設けていて、その誤った基準により、申請者を診察することもなく、主治医から意見を聴取することもなく、1件当たり数分間の検討をして違法に本件認定申請を却下し、本件認定申請から却下までの日数は、一部の原告を除いていずれも100日間を超える長期間で、本件認定申請から却下まで各原告を長期間放置したことにより、原告らに大きな精神的損害を被らせたと主張する。

- 2 しかしながら、前記のとおり、被告らの採用していた認定基準自体が誤っているとの原告らの主張は採用できない。そして、審査の方針は、これらの基準を機械的に適用するものではなく、既往歴、環境因子、生活歴等も総合的に勘案した上で判断すべきとしていて、このような運用がなされる以上は違法とはいえない。また、個別の被爆者が現実には被った残留放射線による内部被曝・外部被曝の影響を定量的かつ客観的に把握して考慮することは、当時においても又現在においても、技術的にも又制度的にも相当に複雑・困難な作業であり、相当の困難を伴うことが予想されることなども考えると、被告厚生労働大臣が、職務上通常尽くすべき注意義務を尽くすことなく、漫然と本件却下処分を違法・有責に行ったとまではいうことができないといわなければならない。さらに、原告らが被告厚生労働大臣に対する本件却下処分の取消しを求める請求においては勝訴していることなどの点も考慮すると、被告らの対応が遅延したことを理由とする原告らの不法行為による慰謝料請求の主張は採用できない。

*1 申請疾病に係る原告ら及び承継前原告らの人数。

*2 なお、判決本文においては、このような各原告（40名）についての事実認定、判断が、判決全体の約3分の2を占めている。

以上

平成15年(行ウ)第20号,平成16年(行ウ)第39号 原爆症認定申請却下処分
各取消等請求事件

判決要旨

第1 事案の概要

本件は、昭和20年8月、広島市及び長崎市に投下された原子爆弾の被爆について、原告らが、原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律(被爆者援護法)11条1項(原告甲斐昭については平成11年法律第160号による改正前のもの)に基づき、被告厚生労働大臣(原告甲斐については厚生大臣、以下同じ。)に対し、いわゆる原爆症認定申請をしたところ、同被告が原告らの申請に係る疾病はいずれも原爆の放射線に起因するものとは認められないとして、これらを却下する各処分(本件各却下処分)をしたので、原告らが本件各却下処分の取消しを求めるとともに、違法な本件各却下処分によって精神的苦痛を被ったとして、被告国に対し、国家賠償法1条1項に基づき、それぞれ300万円の損害賠償を求めた事案である。

第2 原爆症認定と放射線起因性

1 放射線起因性の立証の程度

被爆者援護法10条1項の医療給付を受けようとする被爆者は、あらかじめ当該負傷又は疾病が原子爆弾の傷害作用に起因する旨の同法11条1項の原爆症認定を受けなければならない。そして、同法10条1項は、原爆症認定の要件として原爆の放射線と被爆者の負傷又は疾病ないし治癒能力の低下との間に因果関係(放射線起因性)があること及び被爆者が現に医療を要する状態にあること(要医療性)を定めている。

原爆症認定申請却下処分の取消訴訟において、被処分者がすべき上記因果関係(放射線起因性)の立証の程度は、通常の民事訴訟における場合と異なるものではなく、経験則に照らして、原爆による放射線が負傷又は疾病ないし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であり、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が必要と解される(最高裁平成12年7月18日判決参照)。

2 「原爆症認定に関する審査の方針」(審査の方針)の概要

被告厚生労働大臣が原爆症認定を行う場合には、被爆者援護法11条2項により原則として疾病・障害認定審査会原子爆弾被爆者医療分科会の意見を聴かなければならないとされており、同分科会においては、平成13年5月25日に策定した審査の方針を目安として放射線起因性の有無を判断している。

審査の方針は、申請に係る負傷又は疾病における放射線起因性の判断に当たっては、申請者の被曝線量を算定した上、原因確率(疾病等の発生が原爆放射線の影響を受けている蓋然性があると考えられる確率)及びしきい値(一定の被曝線量以上の放射線を被曝しなければ、疾病等が発生しない値)を目安として、当該申請疾病の放射線起因性に係る「高度の蓋然性」の有無を判断するものとし、原因確率が、概ね50%以上である場合には、当該申請に係る疾病の発生に関して、原爆放射線による一定の健康影響の可能性あることを推定し、概ね10%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、このような判断に当たっては、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ている。また、原因確率等が設けられていない疾病等の審査に当たっては、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。

そして、審査の方針における被曝線量の算定は、原爆初期放射線については、1986年線量評価体系(DS86)の原爆放射線線量の評価システムに依拠しており、残留放射線(放射性降下物、誘導放射能)については、原爆投下後の放射線量の測定結果、土壌標本に対する中性子照射実験、放射性物質の半減期等の物理学的知見等に基づいて定められた算定基準に依拠している。

3 被曝線量の算定

DS86による初期放射線の計算方式は、放射線線量の測定限界に伴って、爆心地から約1500m以遠においては実測値による裏付けが得られていない部分があるものの、現時点においては、広島及び長崎における初期放射線量を合理的に評価することができる方式であると認められる。

一方、審査の方針における残留放射線（放射性降下物、誘導放射能）の評価については、一定の合理性があるものの、残留放射線の測定は原爆投下から4日近く経過後になされており、被爆直後の実測値が得られていないこと、気象シミュレーション法による推定結果は、審査の方針の算定基準より格段に大きな値を導き出していること、放射性降下物の降下範囲も審査の方針が定める範囲よりも広範囲であることを示す知見が存すること、降雨等の影響によって放射性降下物が希薄化した地域もあればそれが蓄積した地域もあること、また、誘導放射能についても審査の方針が考慮の対象とした土壌の放射化のほかにも考慮すべき放射性物質が存した可能性があること、審査の方針が定める算定基準は地上1mの位置における線量値に基づいているが、仮に放射性物質が人体に直接又は被服に付着し、あるいは体内に取り込まれた場合には、算定基準を相当程度上回る放射線を浴びた可能性があること、以上の諸事情を考慮すると、残留放射能による放射線被曝については、原爆投下後間もなく、黒い雨が降ったり灰が降下した可能性がある地域や誘導放射線の影響を考慮すべき爆心地付近に滞在したか否か、黒い雨ないし灰を直接浴びたか否か、その滞在期間において、放射性降下物等が体表に付着したり体内に摂取されたりする行動を取ったか否かなど、各原告の原爆投下後の実際の行動経過、態様等を具体的に確認した上で、残留放射線による被曝線量が審査の方針が定める基準の範囲に止まるものか否かを具体的に検討すべきものと解すべきである。

4 内部被曝ないし低線量被曝

放射性物質を体内に取り込んだ場合の内部被曝や低線量被曝の人体に与える

影響については、なお未解明の部分も多く、科学的知見として確立されているとはいえないが、原爆爆発後に広島、長崎両市内や放射性物質が降下した地域で救護その他の活動をした場合には、マスクや防護服等何らの放射線対策もない状態における作業であったと推測されるから、これらの活動によって、誘導放射化した物質や放射性降下物に直接触れたり、あるいはそれらを吸引することは避けられず、それが原爆爆発時からほどない時期であれば、それらの物質が放出する放射線量は相当程度のものであったはずであり、また、そのような物質が体内や生活空間に長時間存在すれば、その放射性核種の半減期等の物理的性質に従って放射線を放出し続けることになるから、こうした内部被曝や低線量被曝が一定程度人体に影響を与えた可能性を考慮に入れるべきことは合理的であり、その数値的な実証ができないとしても、それによる影響を否定すべきものではないというべきである。

5 遠距離・入市被曝者の急性放射線症状

爆心地から1.5ないし2km以遠においては、脱毛、下痢等の症状を呈する者の割合はかなり低くなるものの、一定割合の者は脱毛、下痢等の症状を呈していることが明らかに認められ、これらは、爆心地から遠距離になるほど発症率が低く、遮蔽の有無・程度も影響し、爆心地付近に入った者は入らなかった者よりも発症率が高く、この発症率は中心地に入った時期・期間にも関連し、しかも、急性放射線症状の可能性のある脱毛、下痢等の症状を呈した者については、放射線に起因すると認められる白血病罹患、悪性腫瘍罹患、染色体異常との間に有意な関連が認められるから、これらの諸事情から考えると、遠距離・入市被曝者に生じた脱毛、下痢等の症状は、放射線の被曝による急性放射線症状と認めるのが相当であり、これらの放射線症状を呈したか否かは、被曝者がどの程度の放射線を浴びたかについての重要な指標になるというべきである。

これらの症状は極度の精神的ストレスや、感染症、当時の栄養障害等の諸事情による可能性があるとする被告らの主張は、遠距離・入市被曝者の具体的な

被曝状況及び諸症状の態様等との関係について適切な考慮、検討を経たものは解し難い。

6 原因確率論について

放射線起因性の判定に当たって、疾病の観察のみによってはその判断ができない場合には、疫学的解析に基づく原因確率（寄与リスク）をその判断資料にすることは合理的といえるが、審査の方針がその基準として用いている原因確率については、①原爆による放射線量評価の不確かさ、②生物学的効果比を考慮していないことに伴う不確かさ、③広島と長崎の都市間の差異、④死亡原因認定の不確かさ（死亡診断書と剖検結果の相異）、⑤被曝線量・年齢とリスクの関係を表すモデルの不確かさ、⑥各個人の被曝線量以外の要因の差異などの誤差要因が内在していることは否定できない。

上記のとおり、原爆投下後に実施された調査によっては放射性降下物や誘導放射能を十分に把握できず、それらによる被曝の影響を考慮すべきであるとする調査結果や知見等には十分な根拠があり、また、疫学調査における各種の誤差要因の存在も否定できないから、審査の方針が採用する原因確率論のみを形式的に適用して放射線起因性の有無を判断したのでは、その因果関係の判断が実態を反映せず、誤った結果を招来する危険性があるといわなければならない。

したがって、各被曝者の負傷又は疾病について放射線起因性の有無を判断するに際しては、審査の方針が定める基準を、それが内包する上記の誤差要因を踏まえた上でしんしゃくするとともに、個々の被曝者ごとの被曝時の状況や被曝後の行動、被曝前後の健康状態、被曝後の急性症状や疾病の発症状況及びその推移の状況等、個別・具体的な事情を考慮して判断する必要があるというべきである。

第3 各原告の原爆症認定要件の存否

1 原告甲斐昭について

原告甲斐の原爆症認定申請に係る疾病は、甲状腺術後機能低下症であるが、

同疾病は悪性リンパ腫（非ホジキンリンパ腫）に冒された甲状腺の一部を摘出したことにより生じたものであるから、原因疾患である悪性リンパ腫の放射線起因性の有無を判断すべきものと解される。

原告甲斐（当時18歳、男性）は、広島に原爆が投下された際には市内にいなかったが、約2時間後に広島市内に入市したいわゆる入市被曝者である。原告甲斐は、所属する海軍部隊の指示に従い、同日から翌日にかけて救護活動等を行っており、入市後の行動経路に基づいて審査の方針による被曝線量を算定すると、その合計は28cGy程度である。しかし、原告甲斐は、原爆投下の数時間後から同日夜にかけて、放射性降下物による高線量の放射線が認められた己斐地区を經由して、高濃度の誘導放射能が残る爆心地付近に踏み入り、その間、粘性の高い黒い雨に打たれ、瓦礫の排除や遺体の処理、負傷者の救護作業等に従事し、川の水を飲むなどしていること、同原告は同日から下痢が始まり、数日内に歯茎からの出血、脱毛、発熱、頭痛などの急性症状が発症し、それを境に今日まで長い年月にわたって恒常的な体調不良や各種の疾病が続いてきたこと、これらに照らすと、上記の急性症状は、放射線被曝による急性症状であったと認められ、同原告は、上記のとおり入市後の行動の中で、このような急性症状を発症させるに足りる程度の高線量の残留放射能による外部被曝及び内部被曝を受けたものと推認できる。

悪性リンパ腫が原爆放射線によって発症しうる疾病であるか否かについては、なお未解明なところが残る状況であるが、放射線被曝によって悪性新生物が発生し得ることは疫学的にも証明されていると解されるどころ、審査の方針においても、原爆放射線に起因する疾病であることの科学的な立証についてなお議論があり、未解明な部分が残されている悪性新生物について、原因確率を検討すべきものとしていることに照らせば、現段階において、悪性リンパ腫の原爆放射線起因性を否定すべきものではないと解するのが相当である。

原告甲斐の上記の被曝状況や急性症状、疾病の部位、内容、発症時期、それ

らの経緯等に照らしてみると、同原告の甲状腺悪性リンパ腫は、原爆放射線被曝の影響によって発症したものと認めるのが相当であり、同疾病は、現に医療を要する状態にあると認められる。

2 原告小路妙子について

原告小路の原爆症認定申請に係る疾病は、慢性腎不全、脾嚢胞、多発性脳梗塞、右副腎腫瘍及び限局性強皮症と認められる。

原告小路（当時11歳、女性）は、広島県の爆心地から約1.7kmの遮蔽物のない校庭で朝礼中に被曝した。同原告は、爆風や熱線による負傷の程度も重く、爆発直後の砂埃の中を、太田川放水路に飛び込んで水を飲んだり、夕立のような雨に打たれて避難しており、翌日以降、嘔吐、歯茎からの出血、脱毛や発熱などの強度の急性症状を発症し、その後もやけどによる歩行障害、排尿障害、急性腎盂炎などを主症状とした体調不良や疾病が続き、それが長期間に及んで遷延し、今日に及んでいる。

審査の方針に従って原告小路の初期放射線による被曝線量を算定すると22cGyであるが、同原告の上記の急性症状は、放射線被曝による急性症状と認められ、同原告は、初期放射線の被曝に加えて、このような急性症状を発症させるに足りる程度の高線量の残留放射能による外部被曝及び内部被曝を受けたものと推認できる。

原告小路の申請疾患のうち、慢性腎不全及び多発性脳梗塞の放射線被曝との関係はなお未解明なところが残る状況であるが、これを肯定すべき医学的知見及び疫学的知見もあり、原告小路の被曝時の年齢、被曝線量、これら疾病に罹患するに至った経緯、病歴及びその推移等を考慮すると、これらの疾病は原爆放射線の影響によって発症したものと認めるのが相当と解され、これらは現に医療を要する状態にあると認められる。しかし、それ以外の申請疾患である脾嚢胞、右副腎腫瘍及び限局性強皮症は、本件全証拠によっても、放射線起因性を認めることができない。

3 原告中村昭子について

原告中村の原爆症認定申請に係る疾病は、両眼白内障である。

原告中村（当時18歳、女性）は、長崎県の爆心地から約3.1kmの距離にある造船所の事務所内で被曝し、同日午後には病院を探して爆心地から約600m付近まで行っており、審査の方針による被曝線量は、初期放射線によるものは0cGy、その後の行動による被曝線量が1cGyである。しかし、同原告は、長崎市油屋町の寄宿舎に帰る途中、黒い雨に打たれており、その後20日ほどを経過したところから、発熱、体のだるさ、脱毛、下痢、首のリンパ腺の腫れ等の放射線被曝による急性症状様の症状が現れている。したがって、その被曝線量は、審査の方針による上記の数値には止まらないと解されるものの、より近距離で被曝した者や、爆心地付近で救護作業に従事するなどして、強度の放射性降下物や誘導放射能による被曝をした者と比べ、それらによる外部被曝及び内部被曝の被曝線量は、相対的に限定されたものであったと推測される。

原告中村の白内障の症状については、平成9年5月13日の初診時から水晶体の混濁が後囊下に限局されており、平成14年6月15日の診察時には前囊下にも混濁が認められたが、後囊下の円盤状の混濁範囲が著しく大きく顕著であったことなどから、同原告の主治医はこれを放射線白内障と診断している。

他方、原告中村の白内障は被曝から45年ほどを経過して60歳代前半に至って発症し、70歳で白内障の診断を受けたものであって、同世代の大多数の者に見られる老人性白内障との判別も必要な状況であるところ、同原告の被曝線量は一般に確定的影響と解されている放射線白内障のしきい値に満たず、その発症時期及び症状等から老人性白内障とみても矛盾しないとして、同原告の白内障を放射線白内障と判断することができるか否かは専門家医師らの間でも見解が別れる状況である。

仮に、放射線白内障が確定的影響に属しないと見る見解によった場合でも、同原告の被曝線量は上記のとおり限定的なものと解されること、同原告の白内

障を放射線白内障とみることに否定的な専門的見解があること、そして、同原告の既往歴の内容が、放射線被曝による影響をうかがわせるものと見得るかについては疑問が残ること、これらに照らすと原告中村の白内障が放射線被曝の影響を受けたことを原因とするものであるか否かは不明というほかはない。

したがって、原告中村の白内障は、放射線起因性について高度の蓋然性があると認めることは困難である。

4 原告森敏夫について

原告森の原爆症認定申請に係る疾病は、嚢胞性脾腫瘍（脾嚢胞）と解される。

原告森（当時20歳、男性）は、広島県の爆心地から北東に約1.5kmの兵舎内で被爆し、右胸や左臀部、顔等に負傷し、また、黒い雨に打たれた。原告森は、同日午後救護活動に従事し、自らも応急手当を受けて、8月8日から10月下旬まで、爆心地付近を含む広島市内の諸施設を移動しながら軍事通信網の作成作業に従事した。審査の方針によって同原告の被曝線量を算定すると、初期放射線の2.5cGyのみであるが、原告森は、被爆当日以降、嘔吐、下痢、脱毛、紫斑等の急性症状が現れており、こうした症状や被爆後の行動等からすれば、同原告の被曝線量は相当の高線量であったものと推認できる。

しかし、脾臓は放射線感受性が低い組織であるとされており、放射線被曝によって脾臓組織に何らかの異常が生じることを認めるに足る医学的知見は見当たらない。また、原告森の申請疾病である脾嚢胞は、良性腫瘍の分枝型脾管内乳頭粘液腫瘍（IPMT）であると認められるが、同疾病に関する医学的知見には、一般的に高齢の男性に多く発症することが指摘されているものの、成因は不明であるとされており、疫学上も放射線との有意な関係の存在は肯定されていない。脾臓が入りや良性腫瘍一般の放射線起因性に関する医学的知見に照らしても、脾嚢胞の放射線起因性を認めることはできない。

ほかに原告森の脾嚢胞が、原爆放射線の影響によって発症したことをうかがわせる事情も認められないから、その放射線起因性を認めることはできない。

第4 国家賠償責任の成否

1 国家賠償法1条1項の違法があったというためには、当該行政機関が資料を収集し、これに基づき前提事実及び処分要件を認定、判断する上において、通常払うべき職務上の注意義務を尽くすことなく、漫然と行政処分をしたと認められるような事情がある場合に限り、国家賠償法1条1項の違法を認め得るものと解するのが相当である。

被告厚生労働大臣は、原爆症認定の判断に際し、諮問機関である前記医療分科会の意見を聴いているが、同分科会が策定した審査の方針それ自体が合理性を欠くということとはできず、被告厚生労働大臣が、審査の方針に従って検討、提出された同分科会の意見に基づいて、原告らに対する却下処分を行ったことが、その職務上尽くすべき注意義務を尽くさなかったとか、漫然と処分をしたということとはできないし、また、審査基準の策定に関する行政手続法5条1項に違反して審査基準を策定していないとはいえない。

2 原告らの原爆症認定申請から被告厚生労働大臣の処分までに一定期間を要したとしても、被告厚生労働大臣が、原告らの申請に対する応答を意図的に放置したなど、その職務遂行上の注意義務を怠ったことは、本件全証拠によってもこれを認めることができず、その認定作業の性質及び分量等にかんがみると、その期間が社会通念上許容される限度を超えて原告らに違法な精神的苦痛を与えるほどのものであったとは認められない。

本件各却下処分には、根拠法令と申請に係る疾病や治癒能力について原爆放射線の影響がない旨が記載されているから、理由の付記に関する行政手続法8条の違反があるとはいえない。

また、本件全証拠によっても、被告厚生労働大臣が審査の方針の機械的な適用に終始したと認めることはできない。

3 したがって、被告国は、本件各却下処分について国家賠償責任を負うものではない。

第5 結 論

当裁判所は、以上のとおり、原告甲斐及び原告小路の被告厚生労働大臣に対する各却下処分の取消請求はいずれも理由があるから認容し、原告中村及び原告森の被告厚生労働大臣に対する各却下処分の取消請求並びに原告らの被告国に対する損害賠償請求はいずれも理由がないからこれを棄却すべきものと判断する。

判 決 要 旨

1 事案の概要

本件は、広島市に投下された原子爆弾の被爆者である原告らが、被告厚生労働大臣に対して行った、被爆者援護法に基づく原爆症認定申請が却下されたことから、被告厚生労働大臣に対し、その処分の取消を求めるとともに、被告国に対し、国家賠償法の規定に基づき、上記各却下処分によって原告らが被った精神的苦痛に対する慰謝料として各300万円の支払を求める事案である。

2 結論

当裁判所は、被告厚生労働大臣による本件却下処分はいずれも違法であって取消を免れないが、上記各却下処分について国家賠償法1条1項にいう違法があったと評価することはできないから、原告らの被告国に対する国家賠償法に基づく慰謝料請求はいずれも理由がないと判断する。その理由の要旨は以下のとおりである。

3 放射線起因性の判断基準（争点1(1)）

(1) 被爆者援護法の規定によれば、原爆症認定を受けるためには、被爆者が、現に医療を要する状態にあること(要医療性)のほか、原子爆弾の放射線に起因して負傷し若しくは疾病に罹患しているか、又は、原子爆弾の放射線以外の傷害作用に起因して負傷し若しくは疾病に罹患し、その者の治癒能力が原子爆弾の放射線の影響を受けていること(放射線起因性)の二つの要件を満たすことが必要である。

そして、行政処分の取消訴訟において原告らがすべき放射線起因性の立証の程度は、一点の疑義も許されない自然科学的証明までは要しないが、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する。

(2) 審査の基準の合理性

ア 被曝線量の推定の合理性

被告厚生労働大臣による原告らの申請疾病にかかる放射線起因性の有無の判断は、医療分科会の意見に依拠したものであり、医療分科会による放射線起因性の有無の判断は、審査の方針に基づいてなされたものである。

審査の方針において採用されたDS86は、原爆から放出された初期放射線量を推定する計算方式としては、現在において、相当の科学的合理性を有するといふべきである。また、残留放射線による被曝線量の算定は、放射線量の实地調査の結果等を踏まえた知見に従って作成されたものであり、現在のところ、その知見

を覆すに足る放射線量に関する実証的知見は見あたらないことから、これに従った審査の方針における残留放射線による被曝線量の推定には一定の合理性を認めるのが相当である。

しかし、審査の方針における残留放射線による被曝線量の推定には、少なくとも、上記実証的知見によってはカバーできない誘導放射能による被曝線量を考慮していない点において、誘導放射能による被曝の影響を過小評価しているとの疑いを否定することができないといふべきである。

したがって、個々の被爆者に対する被曝線量を推定するに際しては、初期放射線量の推定方式として相当の科学的合理性を有し、残留放射線による被曝線量の推定においても一定の合理性を有する審査の方針による評価を一要素として考慮すべきではあるが、これのみを機械的に適用して判断すべきではなく、上記評価を踏まえつつ、当該被爆者の具体的な被曝状況及び被曝直後の行動、被曝直後に当該被爆者に現れた身体症状の有無とその態様等をも総合的に検討すべきものと解するのが相当である。

イ 原因確率の合理性

原因確率は、大規模な疫学的調査、研究によって得られた資料に基づいて、原爆放射線の特定の疾患に対する寄与リスクを求めたものであり、国際的な放射線防護基準の基礎資料等としても用いられている信頼性の高い基準であることなどからすると、審査の方針が、放射線起因性の判断に際し、原因確率を用いていることには一定の合理性が認められるといふべきである。

しかしながら、放影研の疫学調査及びこれに基づく原因確率は直接的には初期放射線によるリスクの評価を行っているところ、原爆放射線による被曝の態様としては、初期放射線による被曝のみならず、残留放射線による外部被曝及び内部被曝の影響を無視することはできないといふべきであるから、原因確率の適用によって放射線起因性の判断を行うに際しては、かかる被曝の影響を考慮する必要がある。

また、原因確率によって推定される寄与リスクの数値は、当該疾病の発生原因が放射線による被曝である可能性の程度を表したものであるが、リスク推定値が低値であっても有意なリスクが認められる限り、当該疾病が放射線による被曝によって生じた可能性を否定することはできないのであるから、放射線起因性の判断に際しては、原因確率を機械的に適用することによって、真実原爆放射線による被曝により申請にかかる疾病が生じた者について、放射線起因性を否定する結果を生じさせることは可能な限り避けなければならない。

(3) まとめ

以上のとおり、放射線起因性の判定にあたって、審査の方針に従って被曝線量を

推定し、原因確率によるリスク評価をその判断資料とすることは一定の合理性を有しているものといえることができる。

しかし、審査の方針には、被曝線量の推定については、残留放射線による外部被曝及び内部被曝の影響を過小評価している疑いを否定できないこと、原因確率については、あくまで初期放射線による被曝が特定の疾病の原因となった可能性の程度を表したものであって、残留放射線による外部被曝及び内部被曝の影響は別途考慮する必要があること等の誤差を生じさせる要因を内包しているから、審査の方針に基づいて放射線起因性の判断を行うに際しては、これによる被曝線量の推定値及び原因確率を一つの要素として考慮しつつも、これを機械的に適用することなく、個々の被曝者の具体的な被曝状況、被曝後の行動、被曝直後に現れた身体症状の有無とその態様、被曝後の生活状況、病歴、申請にかかる疾病の症状や発症に至る経緯、治療の内容及び治療後の状況等を総合的に考慮した上で、原爆放射線による被曝の事実が当該疾病の発生を招来した関係を是認できる高度の蓋然性が認められるか否かを検討すべきものと解するのが相当である。

4 各原告らの放射線起因性及び要医療性（争点1(2)）

(1) 原告新沼

ア 放射線起因性について

原告新沼の申請疾病である膀胱がんについて、審査の方針の基準を形式的にあてはめた場合、推定被曝線量は4.9センチグレイとなり、原因確率は2.6パーセントとなる。

しかしながら、原爆による物理的破壊のメカニズムに従えば、爆風の広がりとともに、塵埃の中に含まれた誘導放射化されたさまざまな放射性同位元素の原子核が、爆心地から700メートルの範囲を超えて相当遠距離にまで飛散し、その爆風は、爆発直後に、爆心地から約2キロメートル離れた木造兵舎内にいた原告新沼の所にも到来し、上記兵舎を瞬時に崩壊させたのであるから、爆心地付近で誘導放射化された放射性同位元素の原子核の一部は、原告新沼の身体周辺にまで飛散して、原告新沼の身体に対し相当な量の放射線を放出し続けたものであって、原告新沼の被曝線量は4.9センチグレイを相当程度超えると推認するのが合理的である。

また、原告新沼は、被曝後間もなく脱毛、吐き気、だるさ及び下痢といった被曝前にはなかった症状を自覚しているところ、身体の回復機能を低下させるさまざまな悪条件が重なった極限状況の下にいた原告新沼の細胞増殖による回復機能は、一般の健康な人に比べて相当程度低下した状態にあったことが推認されること、上記各症状の態様が放射線被曝の急性症状と共通することに照らすと、上記各症状は、原爆による放射線の被曝を受けたことによって生じた急性症状と認めるの

が相当であって、このことは、膀胱がんの発症が放射線被曝によるものであること示唆している。

これらの事情を総合すると、原告新沼の申請疾病である膀胱がんについては、放射線起因性を肯定するのが相当である。

イ 要医療性について

原爆症認定を受けた場合に医療特別手当等が支給される趣旨に鑑みると、被曝者援護法が規定する要医療性が認められる場合とは、認定に係る負傷又は疾病の状態にあるために適切な治療を受けることが必要であるか、認定に係る負傷又は疾病の状態にはないものの、再発の予防等のために適切な医療措置を受ける必要がある場合をいうものと解すべきである。

原告新沼の申請疾病である膀胱がんは再発率が高く、原告新沼の主治医が、術後8年以上が経過した本件却下処分申請当時においても定期的に検査等の経過観察を行っていたことは適切な判断といえるべきである。また、原告新沼の膀胱がんについて放射線起因性が認められることからすれば、膀胱がんの再発率についても非被曝者の再発率に対する過剰リスクが認められると考えるのが合理的であり、したがって、再発の予防のための検査の必要性については、非被曝者の場合と同列に論じるべきではなく、より長期間にわたって検査を必要とするものと解すべきである。

これらの事情を総合すると、原告新沼の申請疾病である膀胱がんについては、本件新沼却下処分当時、なお再発の予防等のために適切な医療措置を受ける必要があったものとして、要医療性を認めるのが相当である。

ウ したがって、原告新沼の申請疾病である膀胱がんについては、本件新沼却下処分当時、放射線起因性及び要医療性が認められるから、本件新沼却下処分は違法といえるべきである。

(2) 原告波多野

ア 放射線起因性について

原告波多野の申請疾病のうち、胃がん放射線起因性が認められることについては、当事者間に争いがなく認められる。そして、もう一つの申請疾病である胃切除後障害について検討すると、原告波多野が胃がんに対する治療として胃の切除手術を受けたことは必要かつ適切なものであったといえるべきであることから、原告波多野は、放射線に起因する胃がん罹患の結果、胃切除後障害を発症したものであることができ、胃切除後障害についても放射線起因性が認められる。

イ 要医療性について

原告波多野の申請疾病のうち、胃がんの要医療性が認められないことについては、当事者間に争いはない。

次に、胃切除後障害の要医療性について検討すると、原告波多野が訴える動悸、発汗等の症状は胃切除後障害としての早期及び後期ダンピング症候群であると認められ、本件申請当時、主治医による食事指導が行われていたことからすれば、その要医療性が認められる。また、原告波多野は、胃の切除手術を受けた後に体重が減少し、明らかな低体重(るいそう)であったことから胃切除後障害としての栄養障害があったと認められ、本件申請当時、主治医による食事指導が行われていたことから、その要医療性が認められる。さらに、原告波多野は、胃切除後障害としての、鉄欠乏及びビタミンB12の不足による軽度の貧血があり、本件申請当時、薬剤投与による積極的治療を要する状態にあったというべきであるから、要医療性が認められる。他方、原告波多野が主張する胃切除後障害のうち、逆流性食道炎及び骨粗鬆症については、要医療性が認められない。

ウ したがって、本件波多野却下処分当時において、原告波多野の申請疾病のうち、胃切除後障害については、放射線起因性及び要医療性が認められることから、本件波多野却下処分は違法というべきである。

5 国家賠償請求の成否(争点(2))

(1) 被告厚生労働大臣による原爆症認定却下処分が違法性を有し、取り消されるべきものであったとしても、そのことから直ちに当該処分が国家賠償法上も違法であるとの評価を受けるものではなく、被告厚生労働大臣が判断の基礎とすべき資料等の情報を収集し、これに基づき原爆症の認定要件である放射線起因性及び要医療性の有無を判断する上において、職務上通常尽くすべき注意義務を尽くすことなく漫然と却下処分を行ったと認められるような事情がある場合に限り、国家賠償法1条1項にいう違法があったとの評価を受けるものと解すべきである。

(2) 審査の方針における、被曝放射線量の評価及び原因確率の評価については、一定の合理性を認めることができることから、本件却下処分を行うに際し、医療分科会が審査の方針を放射線起因性の有無を判断する上で一要素として斟酌したこと自体をもって違法と評価することは困難であって、被告厚生労働大臣が、この医療分科会の審査結果に基づいて本件新沼却下処分を行ったことが、その職務上通常尽くすべき注意義務を尽くさなかったとか、漫然と処分をしたということとはできない。

本件において、被告厚生労働大臣が、職務上通常尽くすべき注意義務を尽くすことなく漫然と本件却下処分を行ったと認めるに足りる事情は見あたらず、本件却下処分を行ったことにつき、国家賠償法1条1項にいう違法があったといえない。

以上



平成15年(行ウ)第320号外29件 原爆症認定申請却下処分取消等請求事件

原告 加藤力男ほか34名

被告 厚生労働大臣、国

平成19年3月22日午前10時判決言渡(第103号法廷)

民事第3部 裁判長裁判官 鶴岡稔彦 裁判官 中山雅之 裁判官 進藤壮一郎

判決要旨

(事案の概要) [8頁]

本件は、原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律(以下「被爆者援護法」という。)1条の規定する被爆者である原告ないし承継前原告ら合計30名(以下「原告ら」という。)が、被告厚生労働大臣ないし旧厚生大臣(以下「被告厚生労働大臣」という。)に対し、①原子爆弾の放射線に起因して負傷し又は疾病に罹患し、あるいは原子爆弾の放射線以外の傷害作用に起因して負傷し又は疾病に罹患し、その者の治癒能力が原子爆弾の放射線の影響を受けている(起因性)ため、②現に医療を要する状態にある(要医療性)として、被爆者援護法11条1項に規定する申請(以下「原爆症認定申請」という。)をしたが却下されたため、被告厚生労働大臣に対し、それらの取消しを求めるとともに、被告国に対し、国家賠償法1条1項に基づき原告ら各慰謝料200万円、弁護士費用100万円の損害賠償及び訴状送達日の翌日以降の遅延損害金の支払を求めた事案である。

(争点) [12頁。なお、争点に関する当事者の主張は、260頁以下]

1 起因性

原告(一部は承継前原告)らの疾病が放射線被曝によるものであるかどうか。

2 要医療性(原告中山について)

原告中山の頸部有痛性瘢痕には治療の必要があるかどうか。

3 被告厚生労働大臣の違法行為、故意・過失、原告らの損害

本件各処分は、判断の誤り、審査の遅れ、理由不備等によって違法であり、それによって原告らは損害(慰謝料200万円、弁護士費用100万円)を受けたといえるかどうか。

(争点に対する判断) [12-228頁]

1 認定事実(13-109頁)

省略

2 起因性に関する検討(一般論)(109-133頁)

(1) 起因性の立証責任(109-110頁)

訴訟上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く、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すると解すべきである。そして、放射性起因性についても同様の判定方法によることになる。

(2) 放射線起因性の検討、判断の基礎となるべき科学的知見、経験則

(110-131頁)

ア 被曝線量について

(ア) DS86の意義(110-111頁)

DS86は、爆弾の出力、ソースタームの計算、放射線の空中輸送、空気中カーマ、遮蔽カーマ、臓器線量という各段階において、過去の核実験や広島原爆のレプリカなどの実測データを参照しながら検討が進められてきたものである。また、検討の各段階について、考えられる誤差を示した報告書が作成されており、誤差を含めたDS86全体としては、明白に不合理な点はない。その後、DS02が開発されたが、基本的な計算手法はDS02に承継されているのであって、DS86は、現在の科学水準からみても有益なものとして評価されるべきものである。

しかしながら、DS86の理論計算部分は、あくまでも一定の仮定に基づくシミュレーション等によって得られた仮説なのであるから、手法の一般的合理性から直ちに、その結論の正当性を肯定することはできないのであって、その正当性は、実際に生じた結果とどの程度適合し、あ

るいは実際に生じた結果をどの程度合理的に説明することができるかによって判断されるべきものである。

(イ) 初期放射線についての問題点 (111-113頁)

DS02による再検証を経た後も、初期放射線量に関する計算値と測定値の関係については、広島原爆において、1300メートルないし1400メートルを超える遠距離で測定値が計算値を上回る傾向にあり、その誤差は、遠距離になるほど拡大するという問題点は、相当程度改善されたとはいえ、完全には払拭されていないものといわざるを得ない(長崎原爆については、1300メートル以上離れた地点の測定値に乏しく、明らかな不一致は認め難いが、同一のシステムが利用されている以上、同様の傾向が認められる可能性がある)。そして、DS02報告書は、バックグラウンド線量を見直すことにより、誤差が許容範囲にとどまるものと評価できることを強調しており、これは、1つの考え方であるといえるものの、DS02報告書自体において、新たに採用されたバックグラウンド線量の合理性におお検討の余地があるとされているものも存在することからすると、誤差の問題を、バックグラウンド線量の見直しによってすべて説明することができるかどうかにも疑問の余地があり、線量評価システムそのものについて、さらに改善すべき点が残されている可能性も否定し去ることはできない。

したがって、DS86による初期放射線量の評価については、1300メートルないし1400メートル以遠において、線量を過小評価している可能性があるという問題点は、現段階においてもなお完全には払拭されていない。

(ロ) 残留放射能についての問題点 (内部被曝を含む。)

(113-118頁)

a 広島原爆、長崎原爆とも、原爆投下直後から残留放射能についての調査がなされたものの、誘導放射能及び放射性降下物について、十分

な実測値が得られていない。

b 特に、放射性降下物については、限られた核種についての現存する測定値から、風雨の影響に対する補正をせずに推定しているのだから、その計算値の正確性には自ずと限界があるものというべきであるから、これをもって放射性降下物による被曝線量の上限を画したものであるとはいうことには疑問がある。

DS86及びこれに基づく審査の方針は、放射性降下物による影響が現実的に認められるのは、広島のみ斐・高須地区、長崎の西山地区のみとするが、これらの地区で放射性降下物による線量が高い傾向は窺えるにせよ、それ以外の地区でゼロであるとはいえない。むしろ、放射性降下物の生成過程からすると、論理的には、広島のみ斐・高須地区、長崎の西山地区以外の周辺部にも、放射性物質が降下した可能性があるといえる。このことは、昭和20年8月11日の大阪調査団の初期調査結果、同月9日ころに仁科らが爆心から5キロメートル以内で採取した試料22個について静間らがセシウム137の放射能の精密測定を行った結果からも窺え、場所による濃淡はあるものの、広島のみ斐・高須地区、長崎の西山地区以外にも、周辺部の広い地域に放射性物質が降下した可能性があると考えるのが合理的である。

広島のみ斐・高須地区、長崎の西山地区地区における放射性降下物による被曝線量の算定についても、疑問の余地がある。DS86報告書の計算値は、昭和20年9月17日ころの台風の影響を考慮してないことを始めとして、様々な留保が付された上での数値にすぎない。

c また、誘導放射能についても、半減期の短い核種を対象とする早期の直接測定はなされておらず、人体の誘導放射能についても、残留放射能による被曝の原因として無視してよいかどうかには疑問が残る。

d さらに、内部被曝について、ガンマ線及び中性子線以外にアルファ線及びベータ線が影響すること、外部被曝と比べ至近距離からの被曝

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

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、土壤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、土壤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

成の意見書において、既往症として記載されており、少なくとも同意見書が作成された日以降において、何らかの医療が必要であったことを認めるに足りる的確な証拠もないから、却下処分当時、要医療性の要件を満たしていたということとはできない。

6 争点(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) について

(1) 本件各却下処分の実体的違法性の有無

審査の方針における原爆放射線の被曝線量の算定基準が依拠しているDS86は、DS02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ことができ、また、審査の方針における原因確率の算定基準も、当時の科学的知見に基づいて算出された寄与リスクを表すものとしては、合理性を有するものであることなどからすると、審査の方針の定める基準を適用して、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表に当てはめて、当該申請者の申請疾病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、全体的にみれば合理性を欠くということとはできないから、審査の方針そのものを不合理であるということとはできない。

そして、被告厚生労働大臣が、本件被爆者らの原爆症認定申請について、審査の方針の基準によって算定された原因確率を機械的に適用して本件各却下処分を行った事実を認めるに足りる的確な証拠もない。

したがって、本件各却下処分については、被告厚生労働大臣が放射線起因性を判断する上において、職務上通常尽くすべき注意義務を尽くすことなく漫然と却下処分をしたという事情があるとは認められないから、行政処分取消訴訟における違法があるものを含めて、国家賠償法1条1項にいう違法があったということとはできない。

(2) 本件各却下処分の手続的違法性の有無

ア 行政手続法5条1項違反の有無

被爆者援護法11条1項の規定する原爆症認定の申請がされた場合には、同法10条1項所定の放射線起因性及び要医療性の有無について判断がされるところ、その判断は、医学的知見や疫学的知見などを踏まえた高度に科学的・専門的なもので、その性質上、個々の申請について個別具体的な判断をせざるを得ないものであって、同条項の規定以上に具体的な基準を定めることは困難であると認められるから、同法11条1項の原爆症認定については審査基準を定めることを要しないものと解するのが相当である。

以上のとおり、本件各却下処分は、行政手続法5条1項に違反したものとはいえないから、国家賠償法1条1項にいう違法性があったといえないことも明らかである。

イ 行政手続法7条違反等の有無

(ア) 本件被爆者らは、平成13年ないし平成16年に原爆症認定申請をしたものであるところ、当時の全体の申請件数は、平成13年が657件、平成14年が915件、平成15年が771件、平成16年が630件であったことに加えて、原爆症認定の判断は、医学的知見や疫学的知見などを踏まえた高度に科学的・専門的なものであり、それゆえに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こと(被爆者援護法11条2項)などの諸事情に照らすと、被告厚生労働大臣において、本件各却下処分に係る原爆症認定申請の審査の開始が遅滞したとは認めることはできないから、本件各却下処分は、行政手続法7条に違反したものであるということとはできない。

(イ) また、原爆症認定申請を受けた厚生労働大臣には、不当に長期にわたらないうちに応答処分をすべき条理上の作為義務があるが、上記(ア)の諸事情

に照らすと、客観的に被告厚生労働大臣が本件各却下処分のために手続上必要と考えられる期間内に処分できなかったとか、その期間に比して更に長期にわたり遅延が続いたとまでは認め難いから、本件各却下処分は、上記条理上の義務に違反したものであるといえることはできない。

(ウ) 以上のとおり、本件各却下処分は、行政手続法7条及び上記条理上の作為義務に違反したものであるといえることはできないから、国家賠償法1条1項にいう違法があったといえないことも明らかである。

ウ 行政手続法8条違反の有無

被告厚生労働大臣作成の本件各却下処分の通知書には、原爆症認定を受けるために必要とされる被爆者援護法10条1項の要件が具体的に摘示された上、疾病・障害認定審査会において、申請書類に基づき、本件被爆者らの被爆状況が検討され、各被爆者の申請に係る疾病の原因確率を求め、この原因確率を目安としつつ、これまでに得られた通常の医学的知見に照らし、総合的に審議されたが、当該疾病については、放射線起因性を欠くものと判断され、このような疾病・障害認定審査会の意見を受けて、却下処分を行った旨が記載されている（上記のうち、原因確率に関する記載がないものもある。）。通知書の上記記載自体によって、本件被爆者らは、本件各却下処分に係る申請について、疾病・障害認定審査会において、本件被爆者らの被爆状況等を踏まえて総合的に審議されたが、同法10条1項所定の放射線起因性を欠くと判断されたこと、被告厚生労働大臣は、この意見を受けて本件各却下処分を行ったことを認識し得るものと認められる。そうであるとすれば、本件各却下処分の通知書の記載は、これらの処分がいかなる事実に基づいて、いかなる法的理由で行われたかを本件被爆者らにおいて了知し得る程度のものであるといえることができるから、行政手続法8条1項本文の要請を満たしているといえることができる。

したがって、本件各却下処分は、行政手続法8条1項及び2項に違反した

ものであるといえることはできないから、国家賠償法1条1項にいう違法があったといえないことも明らかである。

(3) 小結

以上のとおり、被告厚生労働大臣による本件各却下処分は、いずれも国家賠償法1条1項の適用上違法といえることはできないから、本件各却下処分について不法行為は成立しない。

7 結論

以上によれば、原告西村、同井手（ただし、平成17年4月26日付け却下処分について）及び同本山を除く原告らの被告厚生労働大臣ないし被告国に対する各原爆症認定申請却下処分取消請求（原告井手に対する同年9月12日付け却下処分の取消請求を含む。）はいずれも理由があるからこれらを認容し、原告西村、同井手（ただし、同年4月26日付け却下処分について）及び同本山の各原爆症認定申請却下処分取消請求及び原告らの被告国に対する各損害賠償請求はいずれも理由がないからこれらを棄却することとする。

以上

原爆症認定要件該当性等一覧表

(別紙)

原告 番号	原告又は承継 相続者	被害者	訴訟承継人	却下処分日	申請疾病	被爆地	爆心からの 距離	放射線起因性	要医療性
1	上村東彦	左同		平成14年12月2日	膀胱がん	広島	約2.0km	○	○
2	亡岡倉名一	左同	岡倉テル 岡倉昭二 岡倉俊男	平成14年12月20日	肺炎腫、慢性気 管支炎、胃潰瘍、 十二指腸潰瘍	広島	0.5kmな いし1.0 km	○	十二指腸 潰瘍×、 その他○
3	亡鈴木智蔵	左同	鈴木キヌ子 杉村京子 鈴木勝実	平成14年3月26日	多発性骨腫瘍	長崎	約3.0km	○	○
4	廣田アサヨ	左同		平成14年10月15日	膀胱悪性腫瘍 (膀胱がん)、変 形性骨腫瘍	長崎	約2.3km	○	○
5	久香								
6	坂口和子	左同		平成14年11月8日	骨粗鬆症、変形 性骨腫瘍、変形性 膝関節症	長崎	約2.2km	○	○
7	藤瀬昌昭	左同		平成15年2月21日	膀胱がん	長崎	約4.0km	○	○
8	黒田宗茂	亡黒田博子		平成15年3月26日	胆管がん	広島	約1.2km	○	○
9	A	左同		平成15年7月23日	甲状腺機能低下 症	長崎	約2.1km	○	○
10	井上保	左同		平成15年5月6日	前立腺がん、甲 状腺機能低下症	長崎	約4.6km	○	○
11	岩垣秋男	左同		平成15年5月6日	胃がん、食道が ん	長崎	約3.6km	○	○
12	村上裕	左同		平成15年7月23日	胃粘膜下腫瘍	長崎	約2.8km	○	○
13	濱崎ヨシミ 濱崎篤志 濱崎隆志	亡濱崎盛		平成15年11月18日	悪性リンパ腫	長崎	約1.6km	○	○
14	深川ノブ子	左同		平成16年3月4日	糖尿病、骨粗鬆 症、第4腰椎すべ り症	広島	約1.0km	○	○
15	亡B	左同	D外5名	平成16年6月23日	肝機能障害 (C 型肝炎)	長崎	約2.7km	○	○
16	C	左同		平成16年7月21日	原発性肺がん	長崎	約2.5km	○	○
17	西村孝一	左同		平成16年7月21日	C型肝炎	広島	約2.5km	×	△
18	宮本一幸	左同		平成14年11月8日	食道がん、結核 病	長崎	約2.1km	○	○
19	菅五時	左同		平成17年2月28日	C型肝炎	長崎	約4.0km	○	○
20	井手静代	左同		平成17年4月26日 平成17年9月12日	細胞増殖機能障 害 大腸がん(結腸 がん)	長崎	約4.2km	×	△
21	木山俊明	左同		平成17年7月28日	右下肢筋萎縮症 による右足関節伸 縮制限及び歩行障 害	広島	約2.3km	×	△
22	中山高光	左同		平成17年9月12日	甲状腺機能低下 症	長崎	約3.0km	○	○

※「放射線起因性」欄及び「要医療性」欄については、○が肯定、×が否定をそれぞれ意味する。

《目次》

原爆症認定に関する医師団意見書

1. 本意見書提出の目的 …… 1

2. 本意見書を提出する私たちの視点 …… 1

3. 本意見書の要旨 …… 2

4. DS86にのみ依拠した「原因確率」による原爆症認定の問題点について

4-1 「原因確率」の機械的当てはめによる個別被爆者の放射線起因性の否定は疫学の誤用である …… 3

4-2 原告となっている遠距離・入市被爆者には相当程度の放射線被曝の事実があり、被曝距離やDS86の線量だけで判断できない健康被害の実態がある …… 4

4-3 医師から見たABCC・放射線影響研究所の基本資料における疑問点と問題点 …… 6

4-3-1 DS86の成立過程からみた疑問点、原爆症認定の被曝線量に用いることの非妥当性 …… 6

4-3-2 「原因確率」の基礎論文となった児玉論文は、最近10年間の死亡率や発生率の増加を反映していない …… 7

4-3-3 DS86—放影研データに基づく認定却下の医学的不合理性 …… 8

4-3-4 被爆者の原爆症認定審査にあたっては、被爆者の病像や被曝実態を重視し、「原因確率」が低いという理由で却下すべきではない …… 10

(1) 原爆被爆者には単一がんのみならず多重がんが発生する可能性が高い …… 10

(2) 前立腺がんの発生率は被爆者に高い可能性がある …… 11

(3) がん以外の疾患での死亡と罹患率の最近の増加傾向について …… 12

(4) 良性甲状腺疾患の放射線起因性について …… 12

(5) 慢性肝炎および肝硬変の放射線起因性について …… 13

(6) 被爆者にみられる白内障の放射線起因性について …… 13

(7) 熱傷・外傷後障害について …… 13

(8) 原告の疾患にかかわる要医療性の判断について …… 13

意見書作成 代表者	生協きたはま診療所	医師	関間 元
	坂総合病院	医師	神 久和
	船橋二和病院付属ふたわ診療所	医師	高橋 稔
	はたがや協立診療所	医師	園田 久子
	立川相互病院	医師	向山 新
	さがみ生協病院	医師	長谷川 倫雄
	広島共立病院	医師	青木 克明
	宇部協立病院	医師	渡邊 利絵
	千島橋病院	医師	小西 恭司
	上戸町病院	医師	本田 英雄
	平和クリニック	医師	牟田 喜雄

5. 被爆者の認定疾病の病像についての私たちの見解	・・・13
5-1 被爆者の立場に立った認定行政への転換を求める	・・・13
5-2 固形がん、悪性腫瘍に関しては他に明確な原因がない限り認定を求める	・・・14
5-3 原爆症認定疾病の範囲についてその拡大を求める	・・・14
5-4 私たちが考えるあるべき認定の条件	・・・14
6. おわりに	・・・15
《引用文献・参照文献一覧》	・・・17

1. 本意見書提出の目的

私たちは、医師として診察室のなかで被爆者と直接向き合いながら、被爆者が直面している健康上の問題、医療的な問題の解決を求めて日々診療を行なっている。

このように日常的な被爆者の診療に携わっている立場から、今回の原爆症認定を求める被爆者の集団提訴に対して重大な関心を持たざるを得ない。

というのも、私たちがこれまでに感じてきた原爆症認定行政への疑問は、被爆者自身の疑問とも共通した問題を含んでいるからである。

この疑問とは、結局のところ、疾病・障害認定審査会・原子爆弾被爆者医療分科会（以下「認定審査会」と略す）で、平成13年に確認された「原爆症認定に関する審査の方針」（以下「審査の方針」と略す）が依拠している「原因確率論」と、被爆者の被曝線量の根拠とされている広島・長崎原爆放射線1986年線量評価体系（以下DS86と略す）や、財団法人放射線影響研究所（以下「放影研」と略す）が継続している各種の原爆被爆者調査の評価に及ぶものである。

本意見書は、こうした疑問が生じている背景とその理由を解明し、現在全国の裁判所ですすめられている多数の原告被爆者の審理の参考にしていただくことを願い、共同で作成しまとめたものである。

2. 本意見書を提出する私たちの視点

2-1

戦争状態にあったわが国には今なおかつての戦災による多くの被災者がいる。多くの犠牲者を生んだという点では原爆災害も一般戦災も同じ被害には違いない。しかし一般の戦災者は、受けた傷が癒えたとき、健康を回復し明日への希望を持つことが可能であった。

原爆被爆者が目の当たりにした熱線や爆風による惨状とは別の、決して眼に見えることのない原爆のもう一つの正体を知ったのはずっと後になってからのことであったが、59年を経た今でも生き残った被爆者の身体と心は決して休まることはない。

その理由の一つは、原爆放射線によって引き起こされている生涯にわたって消えることのない放射線被曝の刻印なのである。

私たちは、原爆被爆者が、国際法上も、人道上もあってはならない核兵器による被爆を受けた存在であることを忘れることは出来ない。その原爆放射線による被曝が、急性期症状が消失した後、長期にわたって様々な人体影響を与え続けることが、まさに60年近くにおよぶ後障害調査によって広く認められてきたのである。

がん罹患をはじめとする放射線被曝による様々な晩発性障害は、これまでに知られている疾病と明確に区別されるような症候上、また病理学的な特徴はなく、表面上何らの特殊性を示すものではないことは広く知られている事実である。また個別の被爆者の被曝線量を簡単に算出する方法も日常診療の中では不可能である。

しかし今日までの59年間に、かろうじて生き残ることが出来た被爆者が身をもって示してきた数々の致死的な疾病、あるいは健康障害の発生は、「放影研」の調査の公表を待つまでもなく医療現場においては疑いのない事実である。

加えて、放射線と同時に強烈な爆風や熱線による傷害作用にさらされ、今なおその後障害で苦しんでいる被爆者がいることを忘れることはできない。長崎原爆訴訟の元原告の頭部外傷後片麻痺のように、2.45kmという遠距離のため放射線との因果関係なしとされて原爆症としての認定を阻まれ、最高裁での勝訴確定まで十数年も待たなければならなかった被爆者がいたことを忘れることはできない。

こうした原爆災害の被爆者にたいしても、放射線被曝による免疫障害や治療遅延などの影響の可能性が否定し得ない以上、「原子爆弾被爆者の援護に関する法律」の立法精神に沿った判断が行われることを強く求めたい。

ここで私たちは被爆後 13 年目の 1958 年 8 月 13 日に出された厚生省公衆衛生局長通知「原子爆弾後障害症治療指針について」（以下「治療指針」と略す）の基本的見解が今でもその真価を失っていないことに気付く。この「治療指針」が示した諸点は今日でも被爆者の診療にあたる医師にとって重要な示唆を与えており、また法令上も今もって有効であると考えられるので、重要な箇所を引用し、現時点からみたコメントを付けておきたい。

まず「治療指針」は、原子爆弾後障害症の特徴として、投下時の熱線又は爆風等による外傷の治療の経過や様相に、一般の外傷や熱傷との相異が認められること、またいわゆる放射能症については投下時の直接照射及び核爆発の結果生じた放射性物質に由来する放射能の二者による影響を指摘している（文献 1）。

「原子爆弾被爆者に関しては、いかなる疾患又は症候についても一応被爆との関係を考え、その経過及び予防については特別の考慮がはられなければならない、原子爆弾後障害症が直接間接に核爆発による放射能に関連するものである以上、被爆者の受けた放射能特に γ 線及び中性子の量によってその影響の異なることは当然想像されるが、被爆者の受けた放射能線量を正確に算出することはもとより困難である。この点については被爆者個々の発症素因を考慮する必要もあり、また当初の被爆状況等を推測して状況を判断しなければならないが、治療を行うに当たっては、特に次の諸点について考慮する必要がある。

イ 被爆距離 この場合、被爆地は爆心地からおおむね二キロメートル以内のときは高度の、二キロメートルから四キロメートルまでのときは中等度の、四キロメートルをこえるときは軽度の放射能を受けたと考えて処置してさしつかえない。

ロ 被爆後の急性症状の有無及びその状況、被爆後における脱毛、発熱、粘膜炎出血、その他の症状を把握することにより、その当時どの程度放射能の影響を受けていたか判断することのできる場合がある。」

この指針の医学的根拠となったのは、投下直後の 9 月からマンハッタン計画調査団の指揮により開始された日米合同調査団による諸調査や、敗戦直後かつ占領下の制約にもかかわらず原爆被爆者の調査と救済のために現地で活動した各大学医学部や医科大学をはじめとする国内の医学研究者による数々の調査報告である。この報告の集大成は講和条約発効後の 1953 年 3 月に日本学術振興会から刊行された「原子爆弾災害調査報告集」2 巻にまとめられている。

ここであらためて注目しておきたいことは、様々な調査結果から被爆者の急性症状が目目され、その程度により放射線の影響を推定できるとしていたことであり、被爆距離が二キロメートルを超えている場合でも当然考慮しなければならないと指摘していることである。

さらに、被爆による外傷の治療の経過や様相は、これまで知られているような外傷や熱傷との相異があるという指摘も重要な意味をもっている。

こうした現在の知見をもってしても否定することのできない原爆後障害治療の見地からみると、現在の「原因確率」に基づく認定の在り方がいかに被爆の実際とかけ離れてしまっているかが明らかであろう。

また被爆後の熱傷や外傷、ガラス刺傷等の後障害の場合、悪性腫瘍などのリスク推定と違い、その治療遅延や変形の促進などについて対照群と比較検討したデータを得ること自体が不可能である。原爆による傷害作用を受けた実態があり、原爆災害以外の明らかな要因の関与がないのであれば、外傷と放射線との共同成因の可能性を否定すべきではないと考える。

3. 本意見書の要旨

3-1

現行の認定基準とされている「原因確率」は、ある原因が、ある特定疾病の形成に関与したとされる確率を推定しようとした疫学的手法の一つにすぎない。

本来、疫学的手法とは、ある集団での疾病の発生や死亡といった現象を数値で表現し、推測統計学を用いてその集団における全体的規則性をはっきりさせようとする学問である。

したがって疫学的に導き出された「原因確率」を個別の被爆者に機械的に当てはめ、個別の被

爆実態を軽視して放射線起因性を否定する根拠に使うことは疫学の誤用である。

3-2

こうした誤用により却下されてきた遠距離被爆者や入市被爆者に、明らかな急性症状、すなわち放射線被曝による特徴的な身体症状が、当時の医学的調査記録のなかでも厳然と認められている。これらの症状は DS86 が事実上無視している誘導放射線や放射性生成物などの残留放射線による相当程度の外部および内部被曝が存在したことで説明する以外に合理的な説明が見つからない事実である。

3-3

ABCC から引き継ぎ「放影研」が使用している寿命調査（以下 LSS と略す）や成人健康調査（以下 AHS と略す）等の基本資料において、その科学的信頼性に疑問をささむいくつかの根拠がある。

例えば、DS86 は主として近距離での初期放射線の外部被曝についての線量評価を示しているに過ぎず、遠距離・入市被爆者にみられた急性症状や後障害を放射線被曝との関係で説明できないこと、

LSS や AHS では、統計上の有意差の解析に際して被爆者群の対照とされている「非被爆者群」あるいは「ゼロ線量群」に、遠距離・入市被爆者が相当数含まれているため、本来の非被爆者との比較になっていないという疫学的手法上の問題点を有すること、

「原因確率」の算出に用いた資料の時期が 1950 年から 1986 年ないし 1990 年までの期間となっており、がんや非がん疾患の死亡や発生が加速されてきている最近の 10 数年のデータは全く無視されていること、などの問題点を挙げることができる。

上記の 3 点についての意見を以下に順次述べ、最後に、被爆者の病像の理解やあるべき認定の条件についての私たちの見解を述べるものである。

4. DS86 にのみ依拠した「原因確率」による原爆症認定の問題点について

4-1 「原因確率」の機械的当てはめによる個別被爆者の放射線起因性の否定は疫学の二重の誤用である

2001 年 5 月 25 日に開かれた「認定審査会」は、同日「審査の方針」（文献 2）についての決定を行った。

ここでは、「放影研」の疫学調査の結果をもとに、放射線起因性の判断の対象とされた 13 の疾病群（その他の悪性新生物を含む）につき、被爆時の年齢、性、DS86 による被曝線量が与えられればその「原因確率」が算出される仕組みとなっている。

この決定は、二重の意味で重大な問題点を含んでいる。

第一に、本来、疫学的手法とは、集団での現象を数値で表現し、推測統計学を用いてその集団における全体的規則性をはっきりさせようとする学問である。

したがって、疫学的手法で導き出され、しかも DS86 に基づく外部被曝線量だけで算出された「原因確率」を個別の被爆者の放射線起因性を否定する根拠にすることは疫学の第一の誤用である。

第二に、「原因確率」は、原爆放射線と被爆者の各疾病の因果関係について、「非被爆者群」を対照として算定された統計学上の寄与リスクである。その「原因確率」がおおむね 10 %未満の場合は当該可能性が低いものと推定するという判断は合理的妥当性に欠け、疫学の第二の誤用といわなければならない。

現在の医学的知見によると、放射線が人体に照射吸収された場合、細胞内外で電離作用を生じ、その生成物を介して、あるいは直接に放射線粒子によって細胞内 DNA の損傷（切断、変異）、修復ミスなどを引き起こすという機序が考えられている。

したがって染色体上の DNA 配列（ゲノム）への破壊的影響が放射線の最初の作用ということになるが、その後も長期にわたって当該細胞のゲノム不安定性が持続し、数十世代の細胞分裂を

経て突然変異頻度の上昇が起こるという現象が実験的に証明されている。

これらの現象は、実験的にも低線量領域にわたって線量依存的に発生することが確認されている。このことは原爆被爆者を含む各種被曝者の疫学調査とも矛盾しない事実である。

こうした理由から、放射線の晩発性の影響であるがんや白血病の発生に関する寄与は、いわゆるしきい（閾）値のない確率の影響と考えられている。したがって「原因確率」が10%未満であっても、個人に対しての放射線によるがん誘発効果を否定できない。しかも原爆被爆者の場合、「原因確率」では評価されていない内部被曝が重なっており、その主役となるアルファ線は細胞レベルで高い線エネルギー付与による損傷を持続的に与えている可能性がある。

この間の「認定審査会」での審査を見る限り、10%未満の認定例は皆無といってよく、この10%という水準が認定実務上作られた「しきい値」になっている。しかも公開されている文書を見る限り、何故10%未満では可能性が低いと見なし得るのかについての根拠が一切示されていない。

被爆60年になろうという今日、放射線の健康影響すなわち後障害の研究の焦点は、「原因確率」論では到底説明不可能な事象、例えば多重（重複）がんを含むがん罹患率増加の問題、骨髄や免疫機能の長期的な異常持続の問題、がん以外のいわゆる良性疾患の罹患率増加の問題、さらに二世以降の世代への遺伝的健康影響への問題に帰着してきている。

被爆者の疾病の放射線起因性を判断するうえで必要なのは、内部被曝を含めた被曝の全体像の把握と、より正確で長期的な疫学調査に基づく判断であり、現行の「原因確率」は個別的な起因性判断には全く無用のものであり、廃棄されるべきである。

4-2 原告となっている遠距離・入市被爆者には相当程度の放射線被曝の事実があり、被曝距離やDS86の線量だけで判断できない健康被害の実態がある

被爆59年目を経た現在、原爆放射線による健康障害は、一般に後障害と括られている。この後障害には、従来から知られているような外傷や熱傷などの治癒遅延がもたらした後障害、原爆白内障やケロイド、甲状腺障害や慢性肝疾患などの良性疾患、白血病や固形がんなどの悪性腫瘍などが含まれる。

一方、多くの高齢化しつつある被爆者には、良性、悪性を問わず多臓器にわたるさまざまな疾患が日常の臨床場面で経験される。それらの健康障害が被爆者の集団にどの程度の有意差をもって発生してきているのか、日常診療の現場からは判然としてこない実態がある。このため原爆被曝の後障害に関する疫学的な調査が必要になっているわけであるが、ここで留意されなければならないことは、これらの後障害と思われる疾病を発症している原爆被爆者がいわゆる近距離被爆者に限らないという臨床医学上の事実である。

当時の放射線被曝が、核分裂反応によって生じた初期放射線に続き、中性子線照射によって生じた誘導放射線、核爆発で生じたキノコ雲、火災煙や塵などによって拡散された未分裂のウランやプルトニウムなどの放射性微粒子、これらの放射性降下物を多量に含んだ「黒い雨」などによって複合的にもたらされたことは、今日確立された事実である。

DS86では被曝線量なしとされる遠距離被爆者、入市被爆者に、当時の医学調査記録や医師の記録において、今日急性放射線症候群とされている急性症状が記載されており、またこうした被爆者に多様な後障害が観察されている。こうした事実を合理的に説明するためには、これらの被爆者が初期放射線による外部被曝だけではなく、前述したような誘導放射線や放射性降下物等による外部および内部被曝を受けていたと考える以外にない。

こうした遠距離被爆者や入市被爆者の放射線障害の実態は、当時の医師医学研究者による貴重な調査記録の中に見ることができる。

(1)被爆直後の広島への調査におもむき、その後発足した原子爆弾災害調査研究特別委員会の医学科会の責任者の地位にあった都築正男東大名誉教授は次のように述べている。

「原子爆弾が爆発した時には2km以上離れた地点(4km以内)にあって、それだけでは勿論、放射線病の症状は現れないが(潜伏性原子爆弾傷ともいえる)、それ等の人々が、直後に、爆心地に立ち入って、作業し或は生活するようなことがあると、色々の意味の第二次放射能の影響が併せ加って、急性の放射線病の症状を発した人は少なくない(原文のママ)」(文献3)

(2)自らも被爆しながら救護活動に奔走した長崎医大外科の調来助教授らが1945年の10月から12月にかけて調査した記録では、2kmから4km(これはDS86でのカーマ線量は12.7cGy未満となる距離)で被爆した2,828人のうち77人、2.7%に脱毛があり、うち2名は急性期に死亡している。また同様に急性症状の一つである嚔下痛では315人、11.1%に出現している(文献4)。

(3)広島では、被爆直後の1945年10月に日米合同の医学調査が行われ、調査人員5120名(生存例)のうち707名に脱毛を認めた。これを爆心からの距離別にみると、2.1kmから3.0km(これはDS86でのカーマ線量は5cGy未満となる距離)の1658名中に84名、5.0%に脱毛を認めている(文献5)。

(4)被爆12年後の1957年には広島の一開業医である於保源作氏が、下痢、発熱、皮下出血、咽頭痛、脱毛などの急性症状を指標に、残留放射能の影響の有無を明らかにする目的で市内の或る地区の生存被爆者の全数調査を行っている。これによると当日被爆直後中心部に入らなかった屋外被爆者のうち、2.0kmから4.0kmまでの遠距離被爆者330人中142人、43.0%に急性症状を認め、脱毛は2.5kmで10.9%、3kmで12.0%、3.5kmで0.1%、4kmで2.8%に認めたという結果を報告している。これに対して中心部に入り込んだ場合は同じ距離の214人中97人、45.3%とほぼ同率の急性症状が見られたが、脱毛については2.5kmで7.5%、3kmで12.2%、3.5kmで7.6%、4kmで7.6%、4.5kmでも9.3%と、遠距離被爆でも中心部に入り込んだ被爆者の発現率が高いという結果を報告している。

また当日市外にいて被爆しておらず原爆投下直後に中心部に入市した非被爆者525名中230名(43.8%)に、2kmから4kmの遠距離屋外被爆者とほぼ同頻度の急性症状を確認している。このうち脱毛発症者は4.3%と報告されている(文献6)。

同様な調査報告が、1971年に広島市が編集発行した「広島原爆被災誌」にも見られる。この調査は投下直後に急遽入市して救護活動を行なった陸軍船舶司令部隷下の将兵233人に対し行なったもので、その内の120人(51.5%)に白血球減少(これは軍医によって診断されている)、80人(34.3%)に脱毛が報告されている(文献7)。

(5)入市被爆者の残留放射能の影響について、被爆医師であり、自らも負傷した長崎医大放射線科の永井隆助教授は名著「長崎の鐘」のなかで次のように記している。

「爆心地の残留放射能の影響はどうであるか。爆撃当時浦上にいないで何等損傷を受けず、所謂びかをも受けていない人々が、爆心に居住してどんな症状を現わしたか。これを調べるために私は爆心地上野町に壕舎をたてて、その中で生活を始め、周囲を注意深く観察しつつ今日に及んでいる。(中略)ここに爆撃直後三週間以内に壕舎住居を始めた人々には重い宿酔状態が起りそれが一ヶ月以上も続いた。また重い下痢に罹って苦しんだ。特に焼けた家を片づけるため灰を掘ったり瓦を運んだり、また屍体の処理に当たった人の症状は甚だしかった。症状はラジウム大量照射をうけた患者の起すものに似ており、確かに放射線の大量連続全身照射の結果であった。」(文献8)

(6)同じ旧西条の出身で、自ら広島駅構内で被爆し、その直後から救護活動に力を尽くした元広島原爆病院院長の重藤文夫氏も、作家大江健三郎氏との対談の中で自らの被爆体験とともに救護活動に尽くした西条の入市被爆者の急性死の事実について証言しており、その死亡が放射能による影響と推察している(文献9)。

同様に自ら被爆し負傷しながら被爆者の救護にあたった元広島通信病院長の蜂谷道彦氏も入市被爆者のなかに死ぬ者がでてきたことを記述している(文献10)。

現在原告被爆者の多数は被爆距離が2km以上の遠距離被爆者であるか、または入市被爆者であるが、その多くに、2ヶ月以内の脱毛、下痢、血便、口内病変、発熱、紫斑などの急性症状、さらにはその後長く続く倦怠感、労働困難などの後障害が記録されている。これは初期放射線による直接被曝のみでは説明が困難であり、誘導放射線や放射性降下物による外部および内部被曝の事実を強く示唆する。

日本被団協が最近行った860人の遠距離・入市被爆者実態調査報告でも、ほぼ4人に1人が脱

毛を経験しているなど、さまざまな急性症状を発症したことが示されている。そしてその記憶は60年経っても決して消えることのない忘れ難い体験なのである(文献11)。

原爆症の認定にあたっては、DS86 のみに依拠する被曝線量の機械的な当てはめや、これに基づく「原因確率」の適用の限界を認め、入市被爆者、遠距離被爆者の被曝の実態、疾病の発症経過等から総合的に判断することが求められていると考える。

4-3 ABCC・放射線影響研究所の基本資料における医師から見た疑問点と問題点

4-3-1 DS86の成立過程からみた疑問点、原爆症認定の被曝線量に用いることの非妥当性

歴史的にみると、原爆被爆者が受けた放射線量の推定に関する最初の数値は1957年に作られた暫定線量(T57D)であったが、これは前年に行われた核実験のデータをもとに米国側から距離別に空中線量が提示されたものである。これがその後の長崎型プルトニウム原爆の大規模実験のデータによって改められて提案されたのが1965年の暫定線量T65Dであった。

ところが1970年代に入って放射線測定技術の向上を背景に、T65Dに対していろいろな問題点や矛盾が指摘されるようになりT65Dの再検討の必要性が生じた。

1981年から1985年にかけて日米合同の専門家委員会の作業を経て、1986年3月に新しい線量評価システムが完成、承認されたものがDS86である。

DS86は、以下の諸過程をすべて物理的諸過程に基づいて計算コードに組み立てたものである。爆発の最初の威力、放射線がどう拡散したか、放射線が空気中をどう伝播したか、家の中でどれだけ遮蔽されたか、人の臓器にどれだけ放射線が当たったか、等である。

一方残留放射能については、当時日本側の線量実務委員会の委員長であった田島英三氏自身による次のような記述がある。「(放射性降下物が特に多かった)これらの地区で人々が実際に被曝した線量を推定するには、その人々の実際の行動を知らなければならぬが、そのようなデータは現在残っていない。したがって、DS86にはその線量計算は含まれていない」(文献12)。すなわちデータが残っていないので線量評価において残留放射能は考慮できなかった、除外したという。しかしながらその後爆心地付近や広島における己斐・高須地域、長崎における西山地域では土壌等を使っていくつかの物理的線量測定が行なわれている。田島氏も上記論文のなかで、放射性降下物による人体組織の積算線量は最大で長崎で12から24ラド、広島で0.6から2ラド、誘導放射能によるものは最大で広島で約50ラド、長崎で18から24ラドになると紹介している(文献13)。

他の文献においても「残留放射能のうち、誘導放射能は即発放射線に比べると人に与える線量は小さいものの、長時間にわたり残存し、被爆生存者や早期入市者に被曝をもたらした。また、核分裂生成物による影響は局所的であったものの、長期にわたる天然放射線と同程度の被曝量を短期間のうちに受けたことに相当する」(文献14)と記載されている。

なお前記文献の記載では核分裂生成物の影響が局所的であったとされているが、広島においては核分裂生成物、すなわち黒い雨の降雨地域が、当時の記録から見ても従来言われている地域より広い範囲にわたっていたのではないかという研究もあり、これを裏付ける住民や被爆者の証言もある。さらに、放射性降下物としては黒い雨だけでなく、放射能を帯びた黒い「すす」が広範囲な地域に降下したことが、広島でも長崎でも被爆者によって証言されている。湿度の低いアメリカのネバダにおける核実験の場合には、きのこ雲は黒い雨や黒い「すす」に移行しないで、放射性的な微粒子として風下地域に降下したと考えられるが、広島・長崎原爆の場合も被爆者の目に捉えることができなかったミクロン程度の放射性微粒子が大量に拡散したと推察される。この放射性微粒子は呼吸や飲食を通じて体内に摂取され、内部被曝を引き起こす要因であった可能性が指摘される。

DS86導入以後も、未解決のまま残された問題についての新たな研究、計算結果が発表される中でその有効性を疑問視する声もあがり、DS86の再度の見直しの必要性が生じていたが、日米合同委員会の作業を経て、広島の近距離の計算値と実測値のずれについては、爆発点の高さを580mから600mへ20m引き上げることで解消できるとして修正し、2003年3月、DS02として決定された。

以上がDS86からDS02の成立過程である。この成立過程の特徴は、すべて物理学的データを

用いることであり、被爆者の脱毛などの急性症状、急性期の検査所見など生物学的指標やデータが大きく考慮されていないことである。このためDS86線量と急性症状との不一致がみられることが大きな問題点として指摘されてきたのである。

DS86作成過程をみると、複数個の被曝遺残物の物理学的測定値と、当該物質の爆心地からの距離の双方から、照射線量の距離による減衰曲線が作成されている。DS86では初期放射線の到達距離をほぼ2.5kmと計算しており、その範囲で被曝した被爆者の急性症状の発生率や疾病死亡率(発生率)などが、物理学的に推定された被曝線量と照応させて被曝線量の健康影響を定量的に示しているという前提がある。

しかし現実には、被爆者に生じている症状をみると、従来考えられてきた照応関係に一致しない場合が多く見られ、医療現場ではDS86の線量評価にのみこだわった線量推定は疑問視されてきたのである。

この不一致の理由は、物理学的測定そのものの問題、具体的には1.4km以遠で線量の過小評価の可能性、さらに遠距離被爆者や入市被爆者が影響を受けていると考えられる残留放射線や放射性降下物による被曝を過小評価していることが考えられ、これはDS02でも解消されていない。

このことに関連した注目すべき調査報告が最近になって長崎大学原爆後障害医療研究施設の研究グループからなされている。爆心から等しく約2.5kmにある南側の無遮蔽地域と山陰で遮蔽された東側の地域の直接被曝者の急性症状の発現頻度の解析である。このうち放射線被曝に特徴的な脱毛の頻度をみると、遮蔽地域で1.9%、無遮蔽地域では5.1%であったという。なお急性症状の把握は1970年1月に行われている調査によっており、当然のことながら急性症状の頻度は遮蔽地域の方が有意に低かったが、遮蔽地域でありながら重度の脱毛も見られており、この理由として著者らはこの地域に見られた放射性降下物の影響の可能性を指摘している(文献15)。

DS86によると長崎での2.5kmは約20Gyに過ぎないとされているが、5%の脱毛を引き起こすほどの被曝影響を受けたことは間違いないのである。なお1988年の原子放射線の影響に関する国連科学委員会(UNSCEAR)の報告では、脱毛は2ないし5Gyで50%から90%に発生するとされ、原爆被爆者における脱毛発生率を整理した別のデータでは発生率5%は約1Gyに相当している(文献16)。DS86が放射線の急性症状としてかなり特異的とされる脱毛を説明できないことは、DS86の妥当性が疑われる重要な医学的事実である。

被爆者個々の被曝線量を推定する上で、DS86による線量評価は、近距離から中間距離における初期放射線の中性子線、ガンマ線に関する物理学的な外部被曝線量としての有用性に限られたものであり、それは個人が被曝した最小限の線量としての意味を持つに過ぎない。

その被爆者個人のその後の行動に伴う残留放射能による外部被曝、また飲水、摂食、傷病者の救済活動、死体処理作業、瓦礫の除去作業によってもたらされた内部被曝を含めて、総合的に被曝線量を評価するためには、少なくとも脱毛などの急性症状については生物学的指標として評価し、これをDS86とは独立した被曝情報として扱い、加算的に評価するなどの適切な方法で総合的に被曝線量を推定する必要があると考える。

4-3-2 「原因確率」の基礎論文となった児玉論文は、最近10年間の死亡率や発生率の増加を反映していない

(1)「原因確率」を導いた根拠となった文献は、厚生科学研究として行われた「原爆放射線の人体への健康影響評価に関する研究」(主任研究者児玉和紀氏、当時広島大学医学部教授、現「放射影研」疫学部部長、以下児玉論文と略)(文献17)である。

この児玉論文で参照した文献は、がんに関する死亡率調査は1950年から1990年までを解析した「放射影研」LSS第12報(文献18)のレポートであり、固形がんの発生率調査は1958年から1987年までの結果であると記されている。すなわちすでに10年以上前のレポートで算出されたことになる。

私たちはこのLSSデータ上の有意差解析の手法そのものに、後述するような根本的な欠陥があると考えているが、ここではこの間の有意差の変遷をどう見るべきかに限って論ずる。

(2)LSS第12報以前の報告を概観すると、1945年から1979年までの報告書では、悪性疾患で放射線被曝による有意な増加があるとされたのは、白血病、肺がん、甲状腺がん、乳がんであり、放射線との関係が示唆的とされたのが胃がん、食道がん、泌尿器がん、唾液腺がん、悪性リンパ

腫、多発性骨髄腫であった。

続いて LSS 第 10 報 (1950 年—1982 年) では、白血病、食道がん、胃がん、結腸がん、肺がん、乳がん、泌尿器がん (腎臓を除く)、多発性骨髄腫が有意とされ、悪性リンパ腫は有意差がみられないとされた。なおこの第 10 報では前立腺がんの過剰相対リスクの増加率が、この間のどの悪性腫瘍に比べても最大となったこと、長崎では膀胱がんの死亡は有意に高いことが記されている。

続いて LSS 第 11 報 (1950 年—1985 年) では、白血病、食道がん、胃がん、結腸がん、肺がん、乳がん、卵巣がん、泌尿器がん (腎臓を除く) 及び多発性骨髄腫に有意差が認められるとし、新たに卵巣がんが挙げられているが、甲状腺がんについての記載は除かれている。

続いて児玉論文が依拠している LSS 第 12 報 (1950 年—1990 年) で有意差があるとされているのは、白血病、食道がん、胃がん、結腸がん、肺がん、乳がん、卵巣がん、膀胱・尿路がん、多発性骨髄腫に加えて、新たに肝臓がんが挙げられている。

2003 年 10 月に公表された最新の LSS 第 13 報 (1950 年—1997 年、以下第 13 報) (文献 19) では、第 12 報までのデータでは過剰相対リスクで有意差を生じていなかった直腸がん (女)、胆嚢がん (男)、脳中枢神経 (男) に有意な増加が認められていると報告された。

また有意差がないとされる膵がん、子宮がん、前立腺がん、直腸がん (男) の場合でも、過剰相対リスクの 90 % 信頼区間の中央値はプラスに位置していることに注目したい。

甲状腺がんの死亡率については第 11 報以後は触れられていないが、1994 年に公表された二つの論文 (文献 33 および Thompson 他, Cancer Incidence in Atomic Bomb Survivors, Part II Solid Tumors, 1958-1987) でその有意な増加が確認されている

(3) 以上概観したように、有意差があるとされるがんの部位は LSS の公表のたびに増加してきているという重要な事実に着目しなければならない。

「放影研」の研究者自身も「被爆者のデータは、放射線が事実上すべての種類のがんの過剰リスクと関連していると考えられる。固形がんについては、1950 年—1990 年間の過剰死亡の約 50 % が最近の 5 年間に起こっている」(文献 20) と指摘している。事実として第 12 報以降の 1991 年から 1997 年までの 7 年間に、1950 年以降の固形がんの総死亡の 19 %、がん以外の疾患での総死亡の 15 % が発生している。

原爆被爆者の固形がんのリスクはそれぞれのがんの好発年齢になって初めて増加していることは医学的知見として既知の事実であり、今後も前立腺がんなど高齢期に発現するがんでは被爆者の高齢化とともにリスクが上昇し、死亡率や罹患率が有意に増加していくことが予測される。

こうした医学的事実、あらためて 4-3-4 項で論述するが、固形がんに限らず非がん疾患でも予測されることであり、被爆後 45 年以上経った 1990 年以降になって初めて死亡率や発生率に統計上の有意差が生じてくる疾患があることを示している。このことは「放影研」の公的な出版物に、「放影研」の LSS 集団の半数をやや超える人数が 1990 年代後半までに死亡していることは一般によく知られている。しかし、LSS 集団における放射線に関連する死亡 (過剰死亡) の多くがこれから発生するということはいまだ知られていない」と記載されていることでも明らかである (文献 21)。

4-3-3 DS86—放影研データに基づく認定却下の医学的不合理性

ここでは DS86 線量評価を前提とした放影研資料による「原因確率」を根拠とする認定却下が医学的知見に照らしていかにも不合理な場合があるかを述べる。

(1) すでに述べたように、原爆による放射線の被害は、(a) 初期放射線 (b) 中性子線による誘導放射線、(c) 放射性降下物による複合的な放射能汚染と考えられる。放射性降下物は、核爆発において生成された放射性的核分裂生成物、核分裂に至らなかった核分裂性物質のウランやプルトニウム、中性子によって誘導放射化された原爆容器・機材の原子核などの放射性物質が、放射性微粒子、黒い雨や塵となって広範な地域に降下した。

ところが LSS における線量反応関係の推定では、初期放射線による外部被曝だけが評価され、放射性降下物による内部被曝や残留放射線による被曝を評価していないために、各種の放射性物質による複合的な汚染の事実や、人体に現れた生物学的指標としての急性症状は無視される結果

となっている。DS86 では遠距離被爆者や入市被爆者に現れた脱毛、歯茎からの出血、口腔内出血、下痢、発熱、紫斑、歯が抜け落ちるなどの急性症状を説明できないのである。

遠距離被爆者や入市被爆者は直後から救護や家族知人の捜索にあたり、放射性物質で汚染された人体や遺体、着衣との接触、市街地の瓦礫の片付け作業などを含めて爆心地付近を何日も歩き回っていることが多い。この中では汚染された飲料水や食物の摂取による内部被曝も起こっていた可能性がある。こうした当時の複合的な被曝の実態こそが DS86 では説明できない急性症状の発現をもたらした背景にある。

このような限界、欠陥を持っている線量評価を基にした過剰相対リスクが、被曝の実態、実相を正しく反映したものではないことは明らかである。

(2) 原爆被爆者に対する医学的調査は、放射線の人体への後影響を解明する調査としてきわめて貴重なものであるが、一方で ABC—「放影研」の行ってきた疫学調査には深刻な欠陥があり、その解釈にあたっての限界や問題点があることが 25 年も前に飯島宗一氏らから指摘されている (文献 22)。

問題点は現時点で考えると大きく次の 3 点にあると考えられる。

第 1 点は被曝線量の算出が DS86 という初期放射線の空中及び遮蔽カーマ線量評価に限られていることであり、この問題は 4-3-1 項ですでに論じた。

第 2 点は過剰相対リスクを求めるために必要な対照群としての非被爆群の選定に際し、1980 年代に入ってから作偽的な手法が導入されていることである。

第 3 点はこの調査が 1950 年からの調査であって、それまでの 5 年間に相当数の被爆者が死亡しており、疫学的に言えば生き残ることの出来た選択された集団で構成されているという、統計上の偏り (バイアス) を生じている可能性、すなわち実際よりもリスクが過少評価されている可能性が否定できないことである。

とくに第 2 点の問題点については、対照群の選定の重要性からみて「原因確率」の根拠とされる過剰相対リスクそのものに直接絡む重要な問題である。

当初 LSS や AHS の基本集団には、爆心地から 2km 以内の近距離被爆者と被爆時年齢及び性が一致するように選ばれ、原爆の爆発時に広島・長崎両市に不在で被曝しなかった市内不在者 (以下 NIC と略す) 約 26,000 人が含まれていた。70 年代のうちに NIC である対照者のがん及びがん以外の疾患による死亡率が、推定線量が 0.005Gy (5mGy) 未満の「ゼロ線量」被爆者 (その多くは遠距離被爆者であるが 25 % にあたる 3 キロメートル以内の近距離被爆者も含まれている) に比べて低いことが判明した。死亡率におけるこの「未解明」の差異のためという理由で、1980 年代以降は対照群から NIC が外されたのである。

この決定の背景には、次のような判断があったと見ることができる。すなわち「非被爆者」とされる NIC 群と「ゼロ線量」群との死亡率での不一致の理由を、「ゼロ線量」群の有意な被曝の可能性に求めることを最初から放棄し、被爆後の社会経済的地位の差に求めたことがあげられる。これは遠距離被爆者では農村部居住者が中心で、市中心部すなわち近距離被爆者に比べて貧しかった、すなわち被曝以外の理由での死亡率がもともと高かったという解釈である。この根拠は、1950 年以降では「ゼロ線量群」の標準化死亡比 (SMR) が爆心地からの距離とともに増加するという LSS のデータで、当日 3 キロメートル以内に居た「ゼロ線量群」が最も低い SMR を示しているというデータである。

この解釈が現在でも「放影研」の解釈かどうかは不明であるが、「放影研」の最近のレポートでは「健康な被爆者選択効果」、すなわち 3 キロメートル以内では 1950 年までに多くの被爆者が死亡したために、より健康な被爆者が生き残った可能性を否定することができないと推測しており、対照群の選択に説明不可能な矛盾を抱えていることを示している (文献 23)。

こうした LSS 調査の対照群の選択手法は、低線量域を含む放射線の人体影響を解明するはずの疫学研究全体に決定的な欠陥を持ち込んだものと考えられる。

結論的にいえば、対照群の選択の誤りにより、内部被曝や残留放射線の影響を考慮していない DS86 により 0.005Sv 未満 (ゼロ線量群) とされた遠距離・入市被爆者の被曝の実態を最初から無視するものとなったことを強調しておきたい。

このように、LSS や AHS では、対照群として不正確な「ゼロ線量群」を充ててきたことがさまざまな矛盾をつくり出している。「放影研」の他の文献でも「同じ線量ゼロであっても、3km 以遠で被曝した遠距離被爆者群と 3km 以内で被曝した近距離被爆者群との間にはがん罹患率に

明らかな差がある(3km 以遠の遠距離被爆者群に罹患率が高い)ことが述べられているが(文献 24)、この事実は、DS86 による線量評価だけでリスクを推定することは実態に合わないことを「放影研」自ら認めていることにほかならない。

対照群に低線量被爆者を含む集団を選択した背景にはいろいろな事情が考えられるが、「放影研」が 0.005Sv 未満は被曝線量として有意でないという考え方に固執してきたことは間違いない事実である。その一つの理由は、LSS や AHS 自体が当初から軍事医学的に初期放射線の影響だけを取り出して調べる目的であったという当時の事情が推測される。

4-3-4 被爆者の原爆症認定審査にあたっては、被爆者の病像や被爆実態を重視し、「原因確率」が低いという理由で却下すべきではない

被爆者の原爆症認定審査にあたっては、被爆者の病像や被爆実態を重視し、「原因確率」が低いという理由で却下すべきではない

原告のうち 90% 近くは 20 歳以下で被爆した若年被爆者であり、そのうち 10 歳以下で被爆した被爆者が 30% にのぼる。

被爆時の年齢ががん発生に及ぼす影響については、白血病以外の全部位のがん死亡率は被爆時年齢が若いほど相対リスクも絶対リスクも大きくなっていると報告されている(文献 25)。

LSS の最新報告である第 13 報(文献 19)では、LSS 集団のうち被爆時 9 歳以下だった被爆者の 91%、10 歳から 19 歳までの 80%、20 歳から 29 歳までの 66% が生存中である。今後こうした若年被爆者にどのような影響が現れてくるのかは今後の調査をまたなければならない。また同様に DS86 で 0.1Sv 未満の 90% が生存しており、広島 1.95 キロメートル以遠、長崎の 2.1 キロメートル以遠の被爆者への影響も今後の調査を待たなければならない。このようにまだ多くの被爆者が生存中である今日の時点で、遠距離や入市被爆者の後障害、とくにがん発生のリスクを無視または否定することは科学的妥当性に欠けるものといわなければならない。

以下、いくつかの疾患について私たちの見解を述べる。

(1) 原爆被爆者には単一がんのみならず多重がんが発生する可能性も高い

今回提訴している原告被爆者が認定を求めた疾患の種類は多様であるが、2004 年 7 月現在の総数 146 名の原告のうち、がん・悪性腫瘍(脳腫瘍を含む)に罹患の原告は 94 名にのぼる。ここには 25 種類ものがん・悪性腫瘍の発生がみられる。

被爆者の固形がんのリスクは、性、被爆時年齢、被爆後の経過年数によって変動が見られるとされる。一般に若年被爆者ではがんリスクの増加が確認されているが、その特徴としてはがん発生までの潜伏期間が長い傾向があり、しかも線量依存性は白血病や成人後に被爆した者ほど目立たない。すなわち若年被爆者の場合は低線量であっても被曝したという事実そのものがリスクとなっていると考えなければならない。

成人後に被爆した被爆者のリスクは同年齢のがん死亡率の上昇に比例して増加するとされる。被爆して 50 年以上を経た今日では多くの被爆者ががん年齢に達しており、ある部位のがんが増加する時期に一致して増加している。

以下に脳腫瘍を含むがん・悪性腫瘍罹患の原告 78 名の内訳を示す(括弧内の数字は人数を示す)。

胃がん(13)、肺がん(9)、前立腺がん(8)、肝がん(7)、甲状腺がん(5)、直腸がん(4)、腎がん(4)、乳がん(3)、膀胱がん(3)、皮膚がん(3)、悪性リンパ腫(2)、多発性骨髄腫(2)、結腸がん(2)、咽頭がん(2)、食道がん(2)、胆管がん(2)、喉頭がん(1)、十二指腸乳頭部がん(1)、成人 T 細胞性白血病(1)、悪性黒色腫(1)、脳腫瘍(1)、脳下垂体腫瘍(1)、子宮体がん(1)。

このように原告被爆者のがんは多部位にわたるが、4-3-2 で述べたような LSS の最新報告でも有意差がないとされているがんも含まれている。これは発がんまでの潜伏期間が長いがんや死亡率の低いがんがあること、発がんの多段階説に従えば、被曝以後に加わる促進因子の比重の大きさによって非被爆者の死亡率との差が目立たないがんが含まれているためと考えることも

可能であり、被曝がなかったならば発症に到らなかった可能性もある。

さらに特徴的なこととしてがん罹患の原告のうち 21 名(22.3%)は、複数のがん発生をみた多重(重複)がん罹患患者である。

以下に多重(重複)がんの内訳を示す。ただしこの内容は認定申請したがん以外に過去に罹患したがんも含まれている。

胃がん+食道がん+肺がん、乳がん+胃がん+卵巣がん+子宮がん、悪性リンパ腫+乳がん+卵巣がん、胃重複がん、胃がん+食道がん、胃がん+結腸がん、胃がん+直腸がん(2)、胃がん+肺がん、肺がん+肝がん、肺がん+直腸がん、胃がん+膀胱がん、腎がん+膀胱がん(2)、胆管がん+膀胱がん、咽頭がん+食道がん、肝がん+甲状腺がん、尿管がん+膀胱がん、甲状腺がん+直腸がん、尿管がん+前立腺がん、前立腺がん+皮膚がん。なおこの他に申請病名は甲状腺機能低下症だが胃がん+乳がんの既往あるものが 1 名みられる。

被爆者の多重がんに関して、平成 14 年度の指定医療機関医師研究会で長崎大学原爆後障害医療研究施設の朝長方左男教授は、「最近、被爆者医療に携わっている医師から、個々の被爆者が二つ以上の癌に罹患する傾向が指摘されるようになってきた…放射線の全身照射を受けた被爆者では、複数の臓器が被曝していることが容易に想像される」(文献 27)と強調され、今後の調査の必要性を指摘している。

被爆者に多重(重複)がんが多い事実については、これまでも臨床医や研究者のなかで注目され、多くの研究報告がなされてきたが、平成 16 年の原子爆弾後障害研究会のシンポジウムで、長崎大学原爆後障害医療研究施設の関根らによって注目すべき報告が登場した(文献 28)。

この関根報告は長崎県腫瘍登録に基づく生存者のがん罹患登録データを基にした大規模な研究であり、しかも病理標本の存在を前提とした精度の高い研究である。それによると 1962 年から 1999 年の 37 年間の被爆者腫瘍例約 18,600 件より 663 名の重複(多重)がんの症例を得て検討した結果、被曝距離に反比例して重複がんの頻度が高い、すなわち線量との相関を初めて認めた報告である。さらに重要な事実は、その頻度の増加が 1988 年以降顕著となったこと、若年被爆者に重複がんの頻度が高かったことであり、今後の多重がんの増加傾向をあらためて示唆するものとなっている。

このような被爆者における多重がんの増加は、個々のがんを区別して「原因確率」を問題にすることの非妥当性、その無意味さをあらためて証明している。被爆者のがんは一つのがんが治ってもまた次のがんが発生してくる可能性を考えなければならない、その罹病の重大性からみて直ちに認定されるべきであると考えられる。

(2) 前立腺がんの発生率は被爆者に高い可能性がある

「放影研」の LSS 報告では最新の第 13 報においても前立腺がん死亡率の有意な増加が認められていない。このためか認定審査では前立腺がんはすべて却下されている。しかし第 13 報がまとめた 1997 年までに前立腺がんによる死亡率の増加がないことが、ただちに前立腺がんの放射線起因性を否定する理由にはならない。

その根拠は大きく三つあり、第一に前立腺がんの診断治療の進歩により死亡率が低くなっているため死亡年齢が延長している可能性があるということ、第二に前立腺がんが高齢発生のがんであり、被爆後有意差が現れるまでに長い観察期間を要すること、第三に被爆者が前立腺がんの好発年齢に達する前に他の疾患で死亡する率が無視できないこと、第四に LSS の死亡調査は死亡診断書の疾患名と腫瘍登録との照合で行われているが、前立腺がんの場合そのいずれにも現れない、つまり診断書上の見落としや誤診という可能性が無視できない率で含まれていると予想されることである。

広島赤十字・原爆病院からの最近の報告によると、1988 年 4 月から 1997 年 1 月までの、全年齢を対象にした病理組織症例のなかでの前立腺癌症例が占める割合は、遠距離・入市被爆群に最も高く、近距離被爆群、非被爆群の順であった。遠距離・入市被爆群と非被爆群間では被爆群が 2 倍強の陽性率であり、被爆群に前立腺癌が多い可能性があるとしている。70 歳以上の高齢者に限定した検討でも同様の傾向が認められており、「臨床的に発見される進行した前立腺癌はどの角度から見ても遠距離・入市被爆群に多く発生している」としている(文献 26)。これは死亡数に関する「放影研」報告だけで有意差なしとする「認定審査会」の認定審査のあり方に大きな疑問を投げかけるものである。

さらに、この問題は、4-3-3において述べた「放影研」の疫学調査における対照群として選択された遠距離・入市被爆者からなる「ゼロ線量群」で前立腺がんの発症率が高いことを示唆しており、前立腺がんに対する「放影研」の疫学調査は信頼性を失っていることを示している。

(3) がん以外の疾患での死亡と罹患率の最近の増加傾向について

非がん疾患に対する原爆放射線被曝の影響は、被曝後20年を経た60年代後半になってようやく有意な増加が報告されるようになってきた。

がん以外の疾患の死亡率の増加が最初に報告されたのは1991年に公表されたLSSの第11報(1950年—85年)であった。ここでは被曝後20年を経た1965以降において被曝時年齢40歳未満の推定被曝線量2Gyを超える被爆者で、循環器疾患(その中心は心疾患と脳卒中)と消化器疾患(その中心は肝硬変)の死亡率が有意に増加しているというものである(文献29)。

この傾向は1998年に公表されたLSS第12報(1950年—90年)でもさらに強化されて、15v当たり約10%の死亡リスクの増加が認められ、循環器疾患、消化器疾患に続いて呼吸器疾患(その中心は非結核性の肺炎)でもこの増加が観察されている。しかも被曝時年齢による増加の差異が消失し、低線量領域でも線量との関係が認められる傾向とされている。

最新のLSS第13報(1950年—97年)では、がん以外の疾患の死亡率が過去30年間の追跡期間中、15v当たり約14%の割合でリスクが増加していることが明らかにされ、がん以外の疾患の過剰相対リスクの推定値ががんの場合と同程度になってきていることが明らかにされている。

さらにがん以外の疾患の発生率の有意な増加については、1992年に公表されたAHS第7報(1958年—86年)と、2003年に公表されたAHS第8報(1958年—98年)にみることができる(文献30、31)。

AHS第7報では子宮筋腫、慢性肝炎および肝硬変、良性甲状腺疾患に、有意な過剰相対リスクを認めている。このうち子宮筋腫や良性の甲状腺腫についての有意な所見は、放射線被曝による良性腫瘍の発生の可能性を示唆する所見とも考えられるものであり、今後の推移が注目されるものである。また慢性肝炎や肝硬変の発生率の増加は、いうまでもなく肝臓の放射線感受性をあらためて証明し、最近の肝硬変などでの死亡率の増加とも符合している。甲状腺疾患については、とくに被曝時年齢20歳以下でのリスクが上昇しており、若年者の甲状腺の放射線感受性を明瞭に裏付ける内容となっている。しかもこのリスクは被曝後の追跡期間中不変であったことも注目される。

続いて最新のLSS第13報では、前報に12年間の追跡期間を追加して解析されているが、新たに白内障と高血圧症、40歳未満で被曝した人の心筋梗塞、男性の腎・尿管結石の3疾患の有意な増加が認められた。このうち白内障については、前報では有意差なしとされていたが、12年間の追跡によって有意な増加が認められたものである。

原告被爆者146名のうち、52名ががん以外の疾患での認定を求める提訴となっているが、慢性肝炎・肝硬変、甲状腺疾患、白内障、心筋梗塞、脳血管障害など、LSSやAHSの最近の報告で死亡や発生の増加が認められている疾患が多いことは偶然の一致とは思えない。また熱傷瘢痕やガラス片による機能障害も被爆者を今なお苦しめている実態がわかる。こうしたがん以外の疾患にかかわる認定申請のほとんどが却下されているが、最近の報告でその増加が検証されている疾患にたいしても科学的根拠を示さず一律に却下しているとしか考えられない。

(4) 良性甲状腺疾患の放射線起因性について

これまで甲状腺機能低下症の放射線起因性を強く示唆する医学的知見が数多くあり、甲状腺結節は線量反応関係がみられるが甲状腺機能低下症は50ラド(0.5Gy)以下の比較的低線量被曝群に有意に多いという長崎での調査結果もある(文献32)。このことは甲状腺機能低下症が誘導放射線や放射性降下物などからの被曝を受けている入市被爆者に発生する可能性を強く示唆している。自己免疫性甲状腺機能低下症である慢性甲状腺炎については初期の調査では放射線起因性をはっきりしなかったが、その後の調査では長崎の被爆者において発生の増加が認められている(文献33)。甲状腺結節や慢性甲状腺炎(橋本病)に併発したと考えられる甲状腺内悪性リンパ腫術後の甲状腺機能低下症も、原疾患そのものに放射線起因性が否定できない以上認定されるべきである。AHS第7報、第8報とも良性の甲状腺疾患の有意な増加を報告していることはすでに述べた。

(5) 慢性肝炎および肝硬変の放射線起因性について

原爆被爆者に肝疾患が多くみられることは被曝後まもなくから医師の間では気がついてきたことである。このことを裏付ける報告として、すでにLSS第11報、AHS第7報以来、肝疾患の死亡および発生率の増加が一貫して報告されている。慢性C型肝炎での原爆症認定を求めた訴訟で、原告勝訴となった最近の東京地裁の判決も記憶に新しい。

慢性肝炎や肝硬変の多くはC型肝炎ウイルス(HCV)の持続的感染が背景にあるが、これまでの「放影研」レポートでは被爆者のHCV抗体陽性率には有意差がないとしても、放射線被曝とウイルスの持続感染が共同成因として肝炎の進行に関与した可能性が指摘されている。また20歳以下で被曝した1Gy以上の被爆者にB型肝炎ウイルス抗原陽性率の上昇が認められているが、これは被爆者へのB型肝炎ウイルス感染が免疫系によるコントロールを十分受けていないことを意味していると考えられ、B型肝炎の放射線因果関係を示唆していると考ええる。肝障害と放射線起因性の問題では東京地裁の東原爆訴訟で原告側書証として提出された福島生協病院・齋藤紀医師の意見書(一)(文献34)に詳述されているところである。

(6) 被爆者にみられる白内障の放射線起因性について

従来、放射線起因性が疑われる白内障については、被曝後数ヶ月で生じたか、または若年被爆者に遅発性に生じてきた水晶体後極部の後囊下混濁による放射線白内障、または早発性の皮質混濁による老人性白内障が特徴とされてきたが、原告の認定申請書の眼科的所見でもこのような所見の記載がみられる。

最新のAHS第8報ではあらためて白内障に有意な線量反応関係が認められている。また平成15年(2003年)の第44回原子爆弾後障害研究会で、「原爆被爆者の放射線被曝と水晶体所見の関係において遅発性の放射線白内障および早発性の老人性白内障に有意な相関が認められた」と報告されている(文献35)。これは従来、確定的影響とされてきた遅発性の放射線白内障の発生が、確率的影響の下にあるかもしれないことを示唆する重要な知見であり、原告に関わる白内障についても放射線起因性が十分に疑えるものである。

(7) 熱傷・外傷後障害について

原爆の熱線による一次火傷はケロイドを形成し、後年それによる関節拘縮、皮膚障害を残した。この一次火傷によるケロイド形成は、病理学的にも特徴的な所見を有し、放射線の影響、起因性は確定している。

変形性関節症や骨折後障害などで提訴した原告の障害については、それ自身が放射線に直接起因しているとはいえないとしても、放射線被曝を含む原爆災害そのものによる傷害の結果であることが明らかである。放射線による免疫異常などにより外傷等の病理学的な治癒機転の遅延が生じていた可能性も考慮されるべきであると同時に、被曝直後の混乱のなかで治癒を妨げる様々な悪条件が重なり、結果として肩関節や下肢等の変形などの機能障害を導いたものと考えなければならぬ。

(8) 原告の疾患にかかわる要医療性の判断について

原告の傷病の要医療性については、主治医の意見書が十分に尊重されなければならないと考える。とくにがんなどの悪性の疾患においては、被爆者が手術後であっても継続的な療養指導や再発・再燃チェックを強く希望しており、医師としてもその医学的必要性を認めている。旧基準以来報告でも準備されているがん再発管理のための経過観察期間とされている術後5年間は、被爆者の不安を払拭する期間とはいえず、被爆者に比較的多くの異時多重がんがみられることから、十分な追跡期間が必要と考える。

5. 被爆者の認定疾病の病像についての私たちの見解

5-1 被爆者の立場に立った認定行政への転換を求める

被曝59年を経た今日でも、放射線被曝による健康障害には未解明な問題が多く残されており、21世紀まで生き残ってきた原爆被爆者の身体的、精神的健康を保障する手厚い医療の必要性は

いささかも変わっていない。

高齢期を迎えている原爆被爆者にとっては、晩発性の健康障害であるがん・悪性腫瘍の発生への不安はなお大きいものがあり、被爆者の医療と生活を支えている「援護に関する法律」に基づく施策への期待も大きい。

また核大国による戦火も絶えることなく、いつまでたっても廃棄される気配のない核兵器の存在が多く、被爆者を不安と恐怖の中に引き戻している。

こうした状況の中で、原爆症の認定を求める被爆者の願いは被爆者が生きている限り消えることではないと考える。

私たちは被爆者の診療、健康管理に携わってきた医師として、現段階の認定行政の矛盾、とくに「原因確率」に基づく認定の却下を正当化している人為的障壁から目をそらすことはできないと感じている。以下に原爆症認定行政に関する私たちの見解を述べる。

5-2 固形がん、悪性腫瘍に関しては他に明確な原因がない限り認定を求める

被曝線量と人体細胞への分子遺伝学的影響の関係についての科学上の知見はまだ不完全である。しかしそのなかでも発がんに関わる確率的影響については、4-1項でも触れておいたが、低線量領域においても適用されるという認識は、LSSのデータを解析している「放射研」の研究者を含めて確立した知見であり、低線量被曝が人間の将来にわたって十分に安全であるという根拠はまだない。

したがって、被爆者が低線量被曝であっても自身のがん罹患の原因を被曝に求めることはそれなりの妥当性があると考えなければならない。

DS86による初期放射線量だけを評価した「原因確率」10%（例えば胃がん男性12歳時被曝の場合で1500mSv）以下は因果関係なしと一方的に判断することは、現行の「電離放射線障害防止規則」に関する基準局長通達（基発第810号）（文献36）で示されている年間平均5mSv以上の被曝を認定の基準とする労災行政とも相違いに矛盾している。

5-3 原爆症認定疾病の範囲についてその拡大を求める

原爆炸裂時の初期放射線や放射性生成物による外部被曝、あるいは残留放射線による内部被曝（放射性降下物の体内への吸引や吸収）を受けた状況があり、その後の発熱や下痢、歯肉出血や口内疾患、歯が抜ける、脱毛、皮下出血などのしきい値のある確定的影響とみなされている急性症状が認められる場合は、遠距離であれ入市であれ、相当線量の被曝があったものと当然考えられる。

またこうした急性症状の記憶がなかったり、若年であったために記憶がない場合であっても、被曝地点、被曝後の行動、入市状況などから被曝している可能性が十分考えられる場合も多く、急性症状の記憶のないことを理由に認定申請を却下してはならないのはいうまでもない。

今日の個別の被爆者にみられる晩発性健康障害の病像は、固形がんを含め一般的疾病となら変わるところはなく、被曝による影響かどうかを医学的に確定する手段はない。したがって他に疾患の発生に関する合理的な説明がつかない限り、原爆被爆者の疾病発生と放射線との因果関係については「治療指針」が示している見地に立って肯定的に扱われるべきである。

以上の前提に立って、最近までにLSSやAHSで被曝の影響が示唆される有意な増加がみられている疾患についてはもちろん、未だ増加がみられていない疾患に関しても他に有力な原因が認められない限り、認定されて然るべきと考えられる。

5-4 私たちが考えるあるべき認定の条件

私たちはこれまで述べてきたように、「原因確率」に基づく認定の在り方に批判的な見解を表明してきた。それでは、これまでの被爆者に関する医学的知見をふまえた認定疾病の条件はどのようなものであるべきかを以下のように整理しておきたい。

1. 原爆放射線による被曝、またはその身体への影響が推定できること

- ①原子爆弾の核反応による初期放射線（ガンマ線、中性子線）に被曝していると推定されること（DS86で認められるような近距離被曝の事実）
- ②放射性生成物や降下物によるガンマ線やベータ線、アルファ線に被曝していると推定されること（黒い雨、火災煙、死体や瓦礫処理時の放射性微粒子、汚染された食物や水などによる体外、体内被曝の事実）
- ③誘導放射線（土壌やコンクリート、鉄骨などからの放射線）に被曝していると推定されること
- ④被曝後、およそ2ヶ月以内に発症した身体症状（発熱、下痢、血便や歯齦出血のような出血傾向、治りにくい歯肉口内炎、脱毛、紫斑、長引く倦怠感など）があったこと
- ⑤熱傷、外傷痕跡のケロイド形成
- ⑥被曝後数年以内に発見された白血球減少症、肝機能障害（B型肝炎やC型肝炎検査陽性者を含む）
- ⑦被曝後長く続いた原因不明の全身性疲労、体調不良状態、健忘症、労働持続困難などのいわゆる「ぶらぶら病」状態-内部被曝との関連が疑われるも十分な解明がされていない被爆者特有の易疲労症候群（文献37）

2. 原爆被曝後に生じた白血病などの造血器腫瘍、多発性骨髄腫、骨髄異形成症候群、固形がんなどの悪性腫瘍、中枢神経腫瘍のいずれかに罹患していること

3. 原爆放射線の後影響が否定できず、治療を要する健康障害が認められること

- ①後髪下混濁や皮質混濁が認められた白内障
- ②心筋梗塞症をはじめとする心疾患、脳卒中、肺疾患、肝機能障害、消化器疾患、晩発性の白血球減少症や重症貧血などの造血機能障害など、病歴上他に有力な原因がなく、放射線被曝との因果関係を否定できない場合
- ③甲状腺機能低下症や慢性甲状腺炎で治療を要する場合
- ④被曝当日に生じた外傷の治療が遅れたことによる運動器障害、またはガラス片や異物の残存による障害を残している場合

上記1項のいずれかによる被曝やその健康影響の事実が推定され、2項、3項に掲げる健康障害が一つでも認められ、現に治療を要する状態にある場合には原爆症と認定されるべきと考える。今日までにLSSやAHSでの有意な増加がみられていない疾患に関しても、鑑別診断上他に有力な原因が認められない限り認定されるべきであろう。

なお急性症状がない場合であっても、近距離被曝による急性症状の発現率が100%ではない個体の感受性の差異に留意し、また原爆投下時の衝撃で記憶が失われたり、10歳以下で被曝した若年被爆者では記憶も困難であることを考慮することが必要である。

6. おわりに

これまで「原因確率」に基づく認定申請却下の非妥当性、DS86による線量評価の限界、入市被爆者・遠距離被曝者の相当線量被曝の事実など、原爆症認定申請却下の取り消しを求めて提訴している被爆者の訴えに、科学的合理性、根拠があることを明らかにしてきた。

さらに被曝による健康障害の病像の特徴を述べ、医師として納得のできる認定の在り方とその条件について提示してみたものである。

本来、「援護に関する法律」は、放射線障害に健康を蝕まれ、長い間放置され、社会的差別を受けて生き抜いてきた被爆者を支える国家補償的なものでなくてはならないはずである。しかし被爆者が最後の拠り所としている原爆症認定制度の現状は、被爆者の願いから大きくかけ離れてきている。

被爆国日本が、核兵器の廃絶を約束する国際的な条約締結を世界に訴えるうえでも、被曝59年経ってなお放射線被害に苦しむ被爆者への手厚い救済を欠かすことはできないと考えるものである。

今回の原爆症認定訴訟において、私たちは原告の願いが法廷に届き、その判決が厚生労働省の認定行政への心ある勧告となることを期待するものである。

意見書作成 代表者 生協きたはま診療所 医師 関 元 (関)

坂総合病院 医師 神 久和 (神)

船橋二和病院附属ふたわ診療所 医師 高橋 稔 (高)

はたがや協立診療所 医師 園田 久子 (園)

立川相互病院 医師 向山 新 (向)

さがみ生協病院 医師 長谷川 倫雄 (長)

広島共立病院 医師 青木 克明 (青)

宇部協立病院 医師 渡邊 利絵 (渡)

千鳥橋病院 医師 小西 恭司 (小)

上戸町病院 医師 本田 英雄 (本)

平和クリニック 医師 牟田 喜雄 (牟)

厚生省の嘘を斬る

作成者 原爆症・全国弁連

厚生労働省の健康局総務課が平成19年1月付けで作成した「原爆症認定集団訴訟について」を批判する。

- * * ●は上記「原爆症認定集団訴訟について」より原文を引用したもの。
○は、上記に関連して厚生省が近時主張している同種の主張である。
また、各項目の括弧内の頁数は上記「原爆症認定集団訴訟について」の該当頁である。
- * この版は、添付資料は省略します

1 原爆症認定の審査について (p 3)

1-1 高度の蓋然性に関する厚生省の曲解

【厚生省の主張】

- 申請疾患は、がん、白内障その他の一般的な疾病であり、加齢に伴い通常も発症しうるものである。このため、放射線に起因するか否かの認定は高度の医学・放射線学上の知識が必要である。
- 厚生省の「最高裁判所が原爆症認定の要件である放射線起因性に関して、高度の蓋然性が必要であるという考え方を示しているので、原爆症認定の判断は、原子物理学、放射線学、疫学、病理学、臨床医学等の高度に専門的な知見に基づいて、厳格に判断されなくてはならない」とする考え方と同一のもの。

【批判-1】

(1) 最高裁松谷判決のいう高度の蓋然性

最高裁判所・松谷判決は「訴訟上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く、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の発生を招来した関係を是認しう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を差し挟まない程度に真実性の確信をもちうるものであることを必要とし、かつ、それで足りるものである。」と判示している。

厚生省は、上記判決の下線の部分のみを、前後の文脈と切り離して引用しているが、それは判決の真に意図するところをねじ曲げるものである。

なぜならば、最高裁判決の意味するところは、原爆症の起因性の判断にあ

たっては、自然科学的な厳格な証明が求められるものではなく、当該申請者の被爆直後の急性症状や被爆後の体調の変化などの間接事実を前提として、経験則により事実上の推定をはたらかせて起因性を判断すべし、とするものであるからである。

(2) 高度の蓋然性の松谷訴訟における具体的適用

この点を最高裁判所・松谷判決に則って具体的に述べると以下のとおりとなる。松谷訴訟における原告松谷英子は、爆心地から2.45キロメートルの地点で被爆した。したがって、厚生省の論理やDS86によれば、原告松谷英子はほとんど放射線被曝をしておらず、その申請症状について放射線起因性が認められることは絶対にあり得ないこととなる。ところが、最高裁は、以下のとおり述べて、原告松谷英子の申請疾病について放射線起因性を認めた。

判決は「DS86もなお未解明な部分を含む推定値であり、現在も見直しが続けられていることも原審の適法に確定するところであり、DS86としきい値理論とを機械的に適用することによっては、厚生省調査も含むこれまでの調査で明確に示されている遠距離被爆者の脱毛の事実を必ずしも十分に説明することができないものと思われる。例えば、放射線による急性症状の一つの典型である脱毛について、DS86としきい値理論を機械的に適用する限りでは発生するはずのない地域で発生した脱毛の大半を栄養状態又は心因的なもの等放射線以外の原因によるものと断ずることには、ちゅうちょを覚えざるを得ない。」と、まず厚生省(当時)の審査基準を明確に批判する。

そのうえで、「このことを考慮しつつ、原告松谷英子の被爆状況、その後の健康状態及び長崎の遠距離被爆者の実態、なかんずく物理的打撃のみでは説明しきれないほどの松谷英子の脳損傷の拡大の事実や松谷英子に生じた脱毛の事実などを基に考えると、松谷英子の脳損傷は、直接的には原子爆弾の爆風によって飛来したかわらの打撃により生じたものではあるが、原子爆弾の放射線を相当程度浴びたために重篤化し、又は右放射線により治癒能力が低下したために重症化した結果、現に医療を要する状態にある、すなわち放射線起因性があるとの認定を導くことも可能であって、それが経験則上許されないとまで断ずることはできない。」と判示している。つまり、最高裁判所は厳密な科学的論証を要求していない。

(3) 大阪地裁、広島地裁、名古屋地裁は松谷最高裁判決を継承

上記の点は、大阪地裁、広島地裁、名古屋地裁の判決でも再確認されているが、ここでは広島地裁判決を引用する。

「DS86 によって比較的正確に算出できるのはあくまで初期放射線量の限度であるから、審査の方針により算出された初期放射線の被曝線量を一応の最低限度の参考値として把握し、直爆以外の方法による被曝、すなわち残留放射線による外部被曝及び内部被曝の影響については、別途慎重に検討しなければならない。」

そして、原因確率は一応の合理性を有するものではある（但し、作成当時の知見を前提とするものであって、現在の知見からすると不十分な点も多い。）が、原因確率には、残留放射線による外部被曝及び内部被曝を十分に検討していないといった様々な限界や弱点があるのであるから、原因確率は一応の単なる判断の目安として扱い、個々の原告ごとに原因確率の理論的な限界や有効性を慎重に検討した上で、個々の原告の個別事情を認定し原爆放射線起因性の有無を個別に判断していかなければならない。

したがって、原告ら各人の起因性の判断に当たっては、決して審査の方針を機械的に適用すべきではなく、飽くまでこれを放射線起因性の一つの傾向を示す、過去の一時点における一応の参考資料として評価するのにとどめて、その他の統計学的、疫学的な知見に加えて、臨床的、医学的知見も踏まえつつ、各原告ごとの被曝状況、被曝後の行動・急性症状などのその後の生活状況、具体的症状や発症に至る経緯、健康診断や検診の結果等の全証拠を、経験則に照らして、全体的、総合的に考慮したうえで、原爆放射線被曝の事実が当該疾病等の発生又は進行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、法的観点から、見当することが必要であると考えられる。」（判決原文の引用）と指摘している。

そして、同趣旨のことは大阪地裁判決、名古屋地裁判決でも述べられている。

【批判－2】

科学的知見に関して、別添の中国新聞（06.8.6 付け）は、「被爆影響、解明道半ば」というタイトルを掲げ、放影研の大久保利晃理事長のインタビュー記事を掲載しているが、その中で理事長は、「長い期間を経過して現れる晩発性影響で分かっているのは、まだ5%程度かも知れない」「最終的に

答えが出るのは、いま約4割の人が生存されている対象集団の追跡調査がすべて終了する時点であろう。」と被爆影響の未解明性を強調している。

このような状況のなかで、被爆者に高度の科学的立証を要求することは、被爆者に不可能を強制することとなり、明らかに「高齢化の進行している被爆者に対する保険、医療及び福祉にわたる総合的な援護対策を講ずる」と前文で明記した、現行の被爆者援護法の立法趣旨に合致しないこととなる。

1-2 医療分科会の審査の実態とその偏頗性

【厚労省の見解】

●実際の認定に当たっては、医学・放射線学の第一線の学者から成る合議制の審査会（医療分科会）の意見を聞いて行われることとされている。

【批判】

(1) 審査の実態

審査の実態は、原因確率のみを基準にした形式的審査しか行われていない。医療分科会の審査は、1件あたりの審査時間はおおむね3分強から多くて8分、平均すれば3分50秒程度である。

しかし、原爆放射線の被曝状況は多様であり、その影響は必ずしも爆心地からの距離に応じて決まるものではなく、また原爆放射線による人体の障害は多岐にわたり、現在認定に用いられている「審査の方針」において記載された疾病にあてはまらないものも少なくない。それにもかかわらず、「審査の方針」では、認定対象疾病を特定の疾病だけに限定している。さらに医療分科会では、原爆症と認定しうる被曝線量が記載された表が予め用意され、そこに記載されていない疾病については全て機械的に無視して、それらの表に形式的にあてはめて起因性の有無を導き出すにすぎないことが、これまでの裁判でも明らかにされている。つまり、医療分科会では、原因確率以外の事情をほとんど考慮されず、厚労省が作った原因確率なる基準にしたがって形式的に判断しているにすぎないのである。

■碓井静照医師（広島県医師会長・元厚労省の医療分科会委員）の別添の新聞紙上（06.8.3 付け）での「申請者は、原爆の苦しみや当時の症状などを種類に書いていますが、（審査では）数式の中に入らないものは除外されます。結局は、放射線の被曝の距離で機械的に処理されています。」という発言を参照されたい。

(2) 審査委員の放射線影響に関する知識の欠如と偏頗性

① 医療分科会の委員に、個別の医学分野の専門家がいることは否定しない。しかし、放射線影響については全くの素人と言って良く、被爆実態と審査の方針の基礎となっているDS86や放影研の疫学データとの乖離を知る者はいない。このことも、上記碓井医師の発言に指摘されているところである。

② さらに、審査委員の偏頗性と批判力の欠如が見られる。

この点は、C型肝炎の放射線起因性に関する「戸田報告」の、医療分科会での取り扱いの過程を見れば一目瞭然である。

C型慢性肝炎の原爆放射線起因性については、東数男に関して、東京地方裁判所と東京高等裁判所において、法律的、医学的、統計学的、物理学的等の観点からの詳細な事実調が行われたうえで、C型慢性肝炎の原爆放射線起因性を肯定する判決が下されている。

この東京高裁判決に対して厚生労働大臣は最高裁判所に対する上告を断念つまり判決は確定しており、C型慢性肝炎の原爆放射線起因性は法律上すでに決着済みの問題であった。三権分立を基本原則とする日本国憲法の下では、行政は司法の判断に従わざるを得ないのは当然のことである。

③ ところが厚生労働省は、判決が確定した後に「戸田報告」なるものを医療分科会に提出した。「戸田報告」の主任研究者である戸田剛太郎氏は、東訴訟で東京地裁に対して、今回の「戸田報告」とほぼ同一内容の3通の意見書を提出しかつ証言も行っている。さらに、戸田氏は東京高裁に対しても再度意見書を提出している。そして、同人の意見書や証言は、いずれも両裁判所においても採用されなかった。

裁判所ですでに明確に否定されたこの戸田報告の適否の審査をした医療分科会において、同報告書に対する批判的な意見はまったく見られないまま、全員一致で採用された。司法判断とまったく異なるという問題点を十分知りながら（分科会の委員長がこの点を明言している）、司法の判断を無視し、戸田報告を異論なく受け入れ、判決の否定した従前の審査方針（C型慢性肝炎の原爆放射線起因性を否定する基準）をそのまま維持した医療分科会の偏頗性と批判力の欠如は明白である。

なお、厚生労働省が戸田氏に対して500万を支払って報告書の作成を依頼している事実はすでに厚生労働省側より明らかにされているが、その事実自体

にも大きな問題がある。

1-3 審査の方針は行政手続法上の基準ではなく、あくまでも「目安」である旨公言する厚労省

【厚生労働省の見解】

●分科会においては、審査の透明性を確保するため、平成13年5月に「審査の方針」を定めている。

【批判】

厚生労働省は、集団訴訟の裁判所において、「審査の方針」はあくまでも「目安」であって原爆症認定の基準ではない旨を明言している。そして、厚生労働省は、審査基準を作成していないことに関してあれこれ弁解を行っている。しかし、行政法の標準的な解説書には、審査基準を作成しないことを支持する見解はまったく見られない。したがって、審査基準を設定していないことそのものが行政手続法5条1項に違反することになる。

「審査の透明性を確保するために『審査の方針』を定めている」旨の厚生労働省の弁解は事実に反することが、すでに法廷で明らかにされている。

◆行政手続法第5条（審査基準の設定義務、公表義務）「①行政庁は、審査基準を定めるものとする。②行政庁は、審査基準を定めるに当たっては、許認可等の性質に照らしてできる限り具体的なものにしなければならない。③行政庁は、・・・適当な方法により審査基準を公にしておかなければならない。」

2 国側の主張のポイント（DS86,DS02と原因確率論について）（p6）

2-1 DS86はDS02によって修正されても、なお大きな問題を残している

【厚生労働省の見解】

●被曝線量推定方式（DS86）は世界の放射線防護の基準の基礎となっており、その正しさも、最新の研究（DS02）によって再検証されたもの。

●「放射線量の推定方式（DS86）について」（p10～12）でも同様の見解。

○DS86は、広島判決、名古屋判決によってその合理性が確認された。

【批判】

(1) DS86の問題点

DS86は、実験結果に基づかないコンピューターによるシミュレーション

ョンである。つまり、1963年10月10日に発効した「部分核停止条約（大気圏内、宇宙空間及び水中における核実験を禁止する条約）」のために、空気中での核爆発実験を禁止された米国が、中性子爆弾の威力をはかるために作成したコンピュータープログラムに基づくシミュレーションである。しかも、軍事機密のため、日本側に示されたのは原爆容器を通り抜けて外部へ放出された即発ガンマ線と中性子線の線量、およびエネルギー分布及び方向分布に関する計算結果だけであり、コンピュータープログラムに関する重要な情報は公開されていない。

このように、DS86は、実験に基づくものではなく、しかも、他の科学者等による追検証不可能なものである。

(2) DS02の問題点

DS02においても、DS86の根本の問題点はまったく解決されていない。この点を大阪地裁判決は次のとおり指摘している。「少なくとも爆心地からの距離が1300メートル以遠の遠距離においてDS86及びDS02の計算値が過小評価となっているのではないかとの疑いを抱かせるに足りるものということができる。」とし、さらに「爆心地からの距離が2キロメートル以遠において被爆した者に放射線による急性症状と見るのが素直な症状が一定割合で生じており、この事実はDS86及びDS02の計算値からは説明が困難なものである。」

(3) 広島判決、名古屋判決について厚労省が行っている説明の誤り

厚労省は、DS86は、広島判決、名古屋判決によってその合理性が確認されたと主張あるいは説明をしているが、この説明は重大な誤解を生みかねないものである。

確かにDS86はその後に行われたDS02によって修正を加えられている。しかし、厚労省の説明するように、それによって被爆者の受けた放射線量の問題がすべて解決されたわけでもなく、また入市・遠距離被爆者に生じている急性症状が説明されたわけでも決していない。

この点について広島判決は、DS86を検討するなかで「なお、DS86による線量評価が非常に低いにもかかわらず、放射線による急性症状とみられる諸症状を呈したおびたしい人が存在することは（公的な資料からも広く認められているので・90頁）、放射線による人体に対する障害はDS86によって求められる初期放射線（直爆放射線）のみによって生ずるもので

はないと考えるべきである。」（広島判決33頁）。したがって、「審査の方針によって算出された被曝線量（DS86による直爆被曝線量）を一応の最低限度の参考値として把握すべきである。」としている。

また、名古屋判決もDS86について検討を加えた項の末尾で「DS86による初期放射線の計算値のみによれば、爆心地から遠距離において生じた急性症状が、初期放射線の影響によるものであるとする説明は困難となるが、この点については、残留放射線等による外部被曝及び内部被曝について以下検討を加える。」（名古屋判決213~214頁）としている。

2-2 残留放射線の内部被曝についての批判

●残留放射線については、原爆投下後の調査によってその量が判明しており、審査上適切に加算している。内部被曝についても、調査により、自然被曝によるものより遙かに小さく、無視できるレベルであることが判明している。

→この点に関しては、「6『内部被曝について』」（p14）を参照されたい。

2-3 審査の方針の基礎となっている原因確率の問題点

【厚労省の見解】

●原因確率は、（財）放射線影響研究所による他に例のない規模で行われた被爆者の追跡調査を基に算出されたもので、疾病と放射線との関係を検討するのにこれ以上の基準はない。世界的にも、原発労働者の労災補償においても、この疫学データ及び原因確率の考え方が用いられている。

【批判】

原爆症認定の「審査の方針」、そしてその基本となっている原因確率は放射線影響研究所の疫学調査による統計を基礎にしている。ところが、放射線影響研究所（放影研）の疫学調査では、残留放射線が全く考慮されていない。確かに放影研の疫学調査では、1人1人の原爆炸裂時の被爆地点、個々の被爆者の遮蔽の有無については、面接による調査が行われている。しかし、誘導放射能や放射性降下物や影響は、被爆者の被爆後の行動を考慮しないとその調査ができないはずであるが、放影研（当時のABC）では、被爆後の行動については全く調査を行っていない。そして、この点は、放影研や厚労省自身も認めているところである。つまり、放影研の疫学調査は初期放射線のみ基礎にしているため、同調査は2-1で述べたDS86の問題点をその

まま引きついていることとなる。

加えて、現在の放影研の疫学調査では、被爆時に広島、長崎に居た人でD S 8 6で初期放射線ゼロの人(残留放射線の影響を無視して放射線被曝線量ゼロとされている人)を概念上の非被爆者として、放射線の影響を統計的に処理しているという問題がある。当初は、広島については呉、長崎については佐世保の市民を比較対照者(コントロール群)にするという計画もあった。しかし、結局これは実施されなかった。

このような放影研の疫学調査によると、2 k m以遠の遠距離被爆者が黒い雨を受け、さらに爆心地付近で誘導放射能を浴び、ひどい急性症状を發した人が、後の癌になっても、その人は「非被爆者であるが癌となった人」として扱われることとなる。そして原因確率は、非被爆者と被爆者の疾病に関する比較を基礎にして、「被爆者の各疾病の發症率がどの程度非被爆者より高いか」を見るものであるから、これでは被爆者同士を比較することとなり、見かけ上放射線の影響が低く見積もられることになってしまう。

2-4 下痢、嘔吐、脱毛等に関する厚労省見解の誤り

- 下痢、嘔吐、脱毛等の症状は、被曝が原因でなくとも生じうるものであって、それだけで疾病と放射線との因果関係が認定されるものではない。

→この点に関しては、「7『急性症状について』」(p15)を参照されたい。

3 大阪・広島地裁判決のポイント(国側の考え方)(p8)

3-1 大阪・広島地裁判決の科学性を批判する厚労省の主張の誤り

【厚労省の見解】

- 大阪・広島地裁判決は、医学、放射線学上の一般的理解と大きく異なる。

【批判】

(1) 厚労省の見解は、裁判所における審理の実態を無視するもの

厚労省の見解は裁判所における審理の実態をまったく無視した暴論と断言できる。裁判所は当事者の主張を聞くのみで判断をするわけではない。今回の集団訴訟は、地裁レベルでいうと現在全国17の裁判所で審理が行われているが、各裁判所に出された基本的な書証(文書による証拠)や証人の証言調書は共通化され、各地の裁判所に原被告から共通に提出されている。各裁

判所は、それらの膨大な証拠と同時に証人の証人尋問を検討し、公平な立場から判断を行っている。

具体的にいえば、D S 8 6, 0 2の関係であれば原告側の澤田昭二証人(名古屋大学名誉教授・物理学)と野口邦和証人(日本大学助教授・放射線防護学)と厚労省側の小佐古敏荘証人(東京大学・東大原子力研究総合センター助教授)がそれぞれ出廷して証言を行っている。原因確率や審査基準に関しては、原告側から間間元証人(医師)、齋藤紀証人(医師)、厚労省側からは原因確率の基本的な考え方を設計した児玉和紀証人(放射線影響研究所・主任研究員・医師)等々である。さらに、低線量被曝・内部被曝に関しては、市川定夫証人(埼玉大学教授)、矢ヶ崎克馬証人(琉球大学教授)、安斎育郎証人(立命館大学教授・放射線防護学)が、さらに被曝実態に関しては、肥田舜太郎証人(被曝医師)、濱谷正晴証人(一橋大学教授)、岩佐幹三証人(被曝者)が証言に立っている。黒い雨の雨域については、原告側より増田善信証人(気象学者)、厚労省側より吉川友章証人(気象学者)が証言を行っている。

さらに、各疾病の放射線起因性のあるべき審査の基準に関しては全国各地の11名の医師が連名で作成した「原爆症認定に関する医師団意見書」が提出され、白内障、多重がん、前立腺がん等については個別の意見書も提出されている。また、各原告ごとの個別の起因性の立証には、各地の裁判所に医師が証言に立っている。

各裁判所は、これらの科学者証人の証言や証言調書を精査したうえ、さらに個々の原告の法廷供述を踏まえて判決を下しているものであり、現在の科学の到達点を踏まえ、被曝の実態に即した適切な判断を下しているといえる。

(2) 広島地裁での齋藤医師の証言・意見書の科学性

広島地裁における齋藤医師の例を紹介する。広島判決は起因性を認める根拠として、齋藤医師の証言や意見書の多くの部分を取り入れているが、齋藤医師は、広島大学原爆放射能医学研究所内科や広島大学医学部付属病院輸血部等における研究と臨床を経て、さらに長年にわたって臨床医としても被爆者の診察等を通して多数の被爆者に接してきた医師である。

本件での主要な争点は、被爆者に生じた疾病と放射線との関係であるところ、放射線被曝による疾病の発症には様々な要因が複合的に関連しているのであるから、医学的知見という観点からは、齋藤医師のように放射線の人体

に対する影響に関する研究に精通し、かつ多数の被爆者医療に関わってきた医師こそが、真の意味での専門家であるというべきである。この点厚労省提出の意見者の作成者のような、診療科目ごとに縦割りされた専門分野のみに精通している、あるいは関与しているというだけでは、原爆被爆医療についての専門性については、不十分としかいいようがない。

さらに、斉藤意見書は、齋藤医師自身の豊富な知識や経験のみならず、膨大でかつ最新の論文やデータ等の客観的資料に裏付けられたものであり、しかも、それらの資料には、厚労省らが裁判所に提出しかつ引用している資料も多数含まれている。このような意見書を大幅に取り入れた広島判決が、現在の科学的知見、専門的知見に裏打ちされていることは明らかである。

3-2 一般戦災者との均衡に関する厚労省見解の誤りと被爆者援護法の立法趣旨

【厚労省の見解】

- 科学的知見に基づかずに、被爆者援護施策を行うこととする場合、現在、特別の施策が講じられていない一般戦災の被災者との均衡上も問題がある。

【批判】

現在被爆者に関しては「原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律」（平成6年12月16日制定）（被爆者援護法）が制定されており、被爆者援護施策はその法律の趣旨に則って行われなくてはならない。

被爆者援護法には、次のような前文が置かれている。「昭和20年8月広島市及び長崎市に投下された原子爆弾という比類のない核兵器は、幾多の尊い命を一瞬にして奪ったのみならず、たといい命を取りとめた被爆者にも、生涯いやすことのできない傷跡と後遺症を残し、不安の中での生活をもたらした。このような原子爆弾の放射能に起因する健康被害に苦しむ被爆者の健康の保持及び増進並びに福祉を図るため、原子爆弾被爆者の医療等に関する法律及び原子爆弾被爆者に対する特別措置に関する法律を制定し、医療の給付、医療特別手当等の支給をはじめとする各般の施策を講じてきた。

ここに、被爆後、50年のときを迎えるにあたり、我らは、核兵器の究極的廃絶に向けての決意を新たにし、原子爆弾の惨禍が繰り返されることのないよう、恒久の平和を祈念するとともに、国の責任において、原子爆弾の投下の結果として生じた放射能に起因する健康被害が他の戦争被害とは異なる特殊の被害であることにかんがみ、高齢化の進行している被爆者に対する

保健、医療及び福祉にわたる総合的な援護対策を講ずる。」

したがって、原爆症の認定を申請した被爆者が援護法の規定する要件に該当するか否かを判断する場合には、被爆者援護法の趣旨・目的にしたがって行われなければならないことはいまでもない。

そして、現在特別な法律的な措置が行われていない一般戦災者との均衡を、ここで持ち出すことはできない。

厚生労働省やその審査機関である医療分科会も、機械的に科学万能主義を振り回すだけではなく、この法の趣旨に添った手厚い被爆者援護施策・認定行政や審査を行わなくてはならない義務がある。

4 誘導放射能について（p15～16）

—誘導放射能に関する厚労省の主張の誤り—

【厚労省の見解】

- 初期放射線の中性子が地面や建物等の中の特定の元素の原子核と反応を起こすことによって、誘導放射線が発生する。ただし、放射化した原子核は、多くが短時間で消失する。
- これについては、原爆投下直後から複数の測定者が放射線量の測定をしており、審査の方針上、誘導放射線及び放射性降下物による残留放射線の線量については、爆心地にとどまった時間に応じて加算される仕組みとなっている。
- なお、人体には、放射化する元素は極僅かしか含まれておらず（アルミニウム、ナトリウム、マンガン、鉄などが微量に含まれるのみ。）、人体が有意な放射線源となることはない。

【批判】

原爆炸裂後に生じた放射性降下物や誘導放射能といった放射性物質は、非常に多種多様なものがある。そして、短い半減期の放射性物質の場合には、短期間に影響がなくなる反面、その短期間に非常に強い放射線を出す。ところが、これらの短半減期の放射線による強力な残留放射線の影響は調査されていない。とりわけ、9月には、広島、長崎を枕崎台風が来襲して海へと放射性物質を流してしまったために、その影響を調査することが非常に困難となった。この点は、DS86報告書でも、「短命核分裂生成物への潜在的被曝を評価する方法はない」と記載されている。

もう一つの問題点は体内の被曝線量の調査についてである。厚生労働省は、黒い雨地域とされる長崎の西山地区の住民についてセシウム137のガンマ線を測定したところ、その線量はごく僅かであったと主張している。しかし、アルファ線やベータ線は、飛ぶ距離が短いために体内にあるアルファ線やベータ線は調べようがない。

その反面、半減期の長いものは、エネルギーに換算しての線量は低いが、長期間にわたり少しずつ、それも距離の二乗に反比例するために、蓄積した場所で非常に大きな影響を与え続けることになる。

厚労省は、調査上限界があることを知りながら、その事実を隠し、データ上認められないものは存在しないという非科学的な主張をしているにすぎない。

5 放射性降下物（黒い雨）について（p17）

－黒い雨・黒い煤を無視ないし軽視する厚労省－

【厚労省の見解】

- 放射性降下物についても、原爆投下直後から複数の測定者による放射線量の測定がなされた結果、広島の高須地区、長崎の西山地区で、放射性降下物による放射線の影響が顕著に見られたことが報告されている。
- これに基づき、広島の高須地区（0.006～0.02 グレイ）、長崎の西山地区（0.12～0.24 グレイ）にいた者については、審査の方針上被曝線量を加算している。（もっとも、これらは、人体に影響を与えるほどの線量ではない。）
- なお、黒い雨は大火災で発生するススによるものであり、湾岸戦争などでも見られた現象である（放射性核種は黒いわけではない）。

【批判】

厚労省は、「黒い雨」やその凝結核ともなった「黒いすす」と放射性降下物とは同じではないと主張しているが、放射性物質が降下していることは明らかである。原爆爆発後、初期においては核分裂生成物が降下し、その後地上で誘導放射化された構造物や塵が上空に舞い上がり、下降気流に乗って降下した。このときの上昇気流の凄まじさは、米軍機によってキノコ雲が成層圏に到達している様子が撮影されていること、地上の火災の様子に関する当時の報告からも明らかとなっている。これら核分裂生成物や誘導放射化された粉塵などは、渾然一体となり「黒いすす」となって、あるいは「黒

い雨」の凝結核となり水滴となって、放射性微粒子とともに降下し、キノコ雲の下にいた者に外部被曝や内部被曝をもたらしたのである。

広島に加計町杉ノ泊（爆心地から約30km）や安村鶏頭原（爆心地から約10km）で「黒い雨」にあたった人にも放射線の影響と思われる症状が見られる。このことは、広範囲に降った「黒い雨」に放射性物質が含まれていることを如実に示している。

厚労省が「黒い雨」「黒いすす」と放射性物質は同視できないなどとするのは、雨域について増田氏の実証的な研究成果（厚労省の主張する黒い雨の雨域よりさらに大幅に広い地域に黒い雨が降ったことを証明した研究成果）に対し、反論に窮した厚生労働省が捻り出した屁理屈に過ぎない。

6 内部被曝について（p18）

－内部被曝を無視ないし軽視する厚労省－

【厚労省の見解】

- 放射線による影響は、被曝線量が同じであれば、外部からの被曝でも内部からの被曝でも同じである。
- 放射性物質が人体に取り込まれても、ほとんどの放射性物質は体内で代謝され、多くが短期間で排泄されること等が判明している。また、放射性物質から発せられる放射線は、時間とともに減少するもので、その時間も放射性物質ごとに特定されている。
- 内部被曝の線量は測定可能であり、長崎の西山地区の住民を対象にした実測値によれば、原爆による内部被曝は、40年間分を積算しても、自然放射線による被曝よりも遙かに小さく、健康への影響は無視できるレベルであることが判明している。

【批判】

外部被曝というのは、身体（体表面）の外からの被曝をいい、これに対して内部被曝というのは、放射性物質を身体の中に取り込み身体の内部から被曝する場合をいう。

初期放射線は、原爆の核分裂反応に伴い原爆の中心部から飛び出して人体を貫くガンマ線や中性子線によるものであるから、外部被曝のみが問題となる。これに対し、放射性降下物（黒い雨や黒い煤）や誘導放射能による残留放射線の場合は、身体の外からの外部被曝とともに、アルファ線、ベータ

線、ガンマ線による内部被曝が起きる。

放射性降下物も、誘導放射能も非常に多くの放射性物質を含んでおり、それぞれの放射性物質は、それぞれの科学的性質に応じて、体内を回ったり、体内に蓄積したりする（例えば、ストロンチウム90は骨に蓄積し、放射性ヨードは甲状腺に集まる等）。

その際、外部被曝では空気中での飛距離が非常に短いためほとんど問題とならないアルファ線やベータ線も、内部被曝では非常に大きな影響を与える。のみならず、遠距離に到達するガンマ線の場合も、放射線の影響が距離の二乗に反比例するために、近距離の場合には低線量でも非常に大きな影響を与える。

また、内部被曝は、エネルギー的には低線量による影響であるが、最近、放射線の影響で広い範囲で専門家に認められ、注目をあつめているものにバイスタンダー効果がある。すなわち、1990年代半ばからアルファ線、さらにはガンマ線についても、照射を受けた細胞に隣接し、自身は照射を受けていない細胞に染色体異常、突然変異あるいは細胞がん化などの遺伝的効果が生ずることが指摘されるようになった。この効果は“バイスタンダー(細胞隣接)効果”と総称され、照射を受けた細胞から隣接する細胞に被ばくの情報が伝わる現象である。加えて、低線量の場合には、放射線を被ばくしなかった細胞にも遺伝子(DNA)損傷が生ずることから、高線量や高線量率照射に比べ遺伝的効果リスクが高くなることが示唆され、この点は、近時、低線量放射線のリスク評価のために解決すべき重要な課題であるとされている

7 急性症状について (p21)

7-1 急性症状に関する原爆被害の実態を否定する厚労省の誤った認識

【厚労省の見解】

- 放射線被曝によって急性症状が生じるには、少なくとも1グレイ、脱毛で3グレイ、下痢で5グレイの被曝が必要であることが医学的に判明している。
- 遠距離被曝や入市被曝の者について、それだけの線量の被曝があったとは考えられない。

【批判】

厚労省のこの考え方は、全く原爆被害の実態に合っていない。審査の方針によれば、1グレイは、広島で1350m弱、長崎で1500弱。脱毛の3

グレイ地点は、広島で1100m弱、長崎で1240m弱。下痢の5グレイについては、広島で950メートル付近、長崎で1100メートル付近となる。

脱毛を例に取って説明すると、東京帝大医学部診療班の原子爆弾災害調査報告書によると、広島での放射能傷909例中、脱毛は707例に認められている。そのうち厚生労働省が3グレイ以下とする地域、距離でいえば1.1km以遠の被爆者が、475名(67.2%)にも上る。この事実一つを見ても、厚労省の1.1km以遠であれば放射線被曝と無縁という主張が、実態と完全に乖離していることは明らかである。のみならず、DS86線量と脱毛との相関を調べた図によっても、脱毛が3グレイ未満では生じないとする主張は成り立ち得ないことが明らかになっている。そして、放影研も、厚労省と同様な主張は行っていない。

厚労省の主張する線量は、放射線取り扱い施設における臨界事故や原子力発電所事故などの経験から得られたいわゆる「急性放射線症候群」において理解されている「しきい値線量」とみられる。これらの被曝態様は、短時間の高エネルギー放射線照射によるものである。これに対し、原爆被曝は、数kmにわたる市域全体が瞬時に一大照射域となり、引き続き放射性物質に滴ちた一大線源域となり、個々の被曝者は照射瞬間から持続的に短・長半減期の放射性同位元素にとらわれ、しかも外部のみならず複雑な内部被曝にさらされたものであり、その被曝態様・被曝実態は全く異なる。

7-2 被爆者に生じた下痢、嘔吐、脱毛等の急性症状を、放射線被曝と無関係と主張する厚労省の考え方の誤り

【厚労省の見解】

- 下痢、嘔吐、脱毛等の急性症状は、栄養失調、強度のストレス、感染症などによっても発症する症状であり、放射線被曝が原因でなくとも生じうるものである。

実際、当時の調査結果によれば、全国的に著しい栄養不良状態にあり、感染症もまん延していた。

- 遠距離被曝や入市被曝者に生じた急性症状は、放射線以外の原因によるものと考えられ、放射線起因性の判断の決め手とはならない。

【批判】

(1) これまでのすべての判決で明確に否定されている厚労省の見解

厚生労働省は、急性症状1グレイ説、脱毛3グレイ説、下痢5グレイ説にこだわり、そのために被爆者に広汎に生じた脱毛、下痢、紫斑（出血斑）、歯根出血といった急性症状を放射線の影響ではないと主張し、下痢については、赤痢、チフスといった伝染病であるとか、脱毛は大災害に伴う精神的ストレスによる、さらには栄養障害による等と主張している。しかし、これらの主張は、松谷訴訟以来一貫して厚生労働省が主張してきた理屈であるが、松谷最高裁判決ですでに根拠が疑わしいとして否定された主張である。のみならず、その後のすべての判決で明確に否定され続けている考え方でもある

(2) 厚労省の否定にはまったく根拠がないこと

まず、伝染病説については、当初、被爆者に下痢、とりわけ血性の下痢が認められたため、当時の医者は赤痢等の伝染病をまず疑った。しかし、その後原子爆弾であることを知り、脱毛との関係等から放射線の影響と判断するに至ったものである。広島、長崎には腸チフスの流行がみられなかった事実、当時、広島・長崎に細菌感染性腸炎が流行する基盤がなかったことについては、広く明らかになっている事実でもある。

また、ストレスによる脱毛説については、被爆者の脱毛が爆心地からの距離との相関関係があること、脱毛時期や頻度の問題、空襲等で脱毛が指摘されていないこと等を考えあわせると、到底成り立つ議論ではない。栄養障害については尚更である。なお、大災害に伴う心身異常論についていえば、脱毛、白血球減少、紫斑、歯根出血等が東京大空襲や阪神大震災で見られたという話は聞かれず、この点でも厚労省の論理には大きな問題があることが指摘されている。

なお、今回の名古屋地裁判決でも「これらの症状は、極度の精神的ストレスや、感染症、当時の栄養障害等の諸事情による可能性があるとする被告らの主張は、遠距離・入市被爆者等の具体的な被曝状況及び諸症状の態様との関係について、適切な考慮、検討を経たものとは解し難い。」という明確な判断がなされている。

8 原因確率について（p22～25）

→この点に関しては、「国側の主張のポイント（DS86,DS02と原因確率論について）」（p6以下）を参照されたい。

参考（最近の判決の整理）

これまでの判決はいずれも厚労省のこれまでの主張を全面的に否定している。

【大阪地裁判決】

大阪地方裁判所第2民事部（西川知一郎裁判長係）は、大阪府、京都府、兵庫県内に居住する被爆者が原告となり厚生労働大臣（一部は厚生大臣）の原爆症認定申請却下処分取消しと国に対する損害賠償請求を求めた近畿原爆症認定訴訟について、2006年5月12日、第1陣の9名の原告全員について、原爆症認定申請却下処分の取消しを認める画期的な判決を下した。

この判決は、これまで被告厚生労働大臣が行ってきた被爆者切り捨て政策ともいうべき誤った認定基準の機械的適用を事実に基づき適切に批判し、被爆者の被曝の実態を十分に見すえうえて、被曝の真相に沿った認定の在り方を示した明快な判決である。判決の特徴は以下のとおりである。

① DS86及びDS02については、あくまでもシミュレーションにしかすぎず、しかも計算値と実測値の不一致があり、「少なくとも爆心地から1300メートル以遠ではDS86及びDS02の計算値は過小評価となっているとの疑いがある」と述べる。さらに判決は、爆心地から2キロメートル以遠においても、被爆者の一定程度に急性症状が見られることについて、これらの手法では説明がつかないとし、「少なくとも爆心地から1300メートルないし1500メートル以遠では、DS86及びDS02に依拠した機械的適用は、慎重になすべきである。」と判示している。

② 原因確率の適用については、「当該個人に発生した疾病が放射線被曝により招来された関係を是認し得る高度の蓋然性の有無を判断するための1つの考慮要素として位置付けられるべきものであり、原因確率が大きければ有力な間接事実としてしんしゃくすることができるとしても、原因確率が小さいからといって直ちに経験則上高度の蓋然性が否定されるものではない。」とした。

③ 審査の方針については、審査の方針は原因確率が10%未満である場合は放射線起因性が低いと推定しているが、必ずしも妥当とは言い難い。特に遠距離被爆者や入市被爆者については、審査の方針の定める原爆放射線の被曝線量の算定に問題点があり、さらに原因確率を当該申請者に適用することのも問題点がある。また、残留放射線や内部被曝の可能性も念頭に置いて判断しなくてはならないので、原因確率の機械的適用は適切ではない。

④ 放射線起因性の要件の判断にあたっては、「放射線被曝による人体への影

響に関する統計的、疫学的及び医学的知見を踏まえつつ、当該申請者の被爆者の被爆前の生活状況、健康状態、被爆状況、被爆後の行動経過、活動状況、生活環境、被爆直後に生じた症状の有無、内容、程度、態様、被爆後の生活状況、健康状態、当該疾病の発症経過、当該疾病の病態度、当該疾病以外に当該申請者に発生した疾病の有無、内容、病態などを全体的、総合的に考慮して、原爆放射線被曝の事実が当該疾病に係る疾病の発生を招来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判断すべきである。」としている。

この考え方は、線量推定方式というシミュレーションの方式によるのではなく、被爆者の具体的な状況という事実を何よりも重視すべきであるとする長崎原爆松谷訴訟の最高裁判決、小西訴訟大阪高裁判決及び東訴訟東京高裁判決の判断と成果をさらに深めたものといえる。

⑤ 上記の判断枠組みの下に、9名の原告全員について放射線起因性を認め、中でも2名の入市被爆者及び爆心地から3.3キロメートルの地点での遠距離被爆者について、残留放射線による被爆や内部被曝による影響を認めており、いずれも画期的な判断だった。

このように、判決は、被告厚生労働大臣が現在とっている審査の方針を機械的に適用する手法の数々の問題点を明確に指摘し、実質的にはその根本的転換の必要を求めている。

【広島判決】

広島地裁判決の内容は、大阪地裁判決をさらに大きく発展させるものである。結論からいえば、広島地裁の判決は、厚労省のよって立つ審査基準を再度実質的に否定したといえる。

広島判決は、放射線による後障害は特異な症状を呈するわけではなく、放射線が人体に与える影響の機序はいまだ科学的にその詳細が解明されていないので、放射線起因性の直接的な立証を被爆者に要求することは不可能を強いることとなるという前提に立っている。そのうえで、以下のとおり述べる。

- ① 厚労省が被曝線量を算出する目的で使用しているDS86、DS02は、比較的正確に放射線量を算定できるのは初期放射線（直爆放射線）の限度であるから、これらは「一応の最低限度の参考値」とすべきである。
- ② 審査の方針の基礎である「原因確率」についても「様々な限界や弱点があ

るのであるから、一応の単なる判断の目安としてあつかう」とした。

- ③ 厚労省が原爆症認定に用いている「審査の方針」も、「あくまでこれを放射線起因性の一つの傾向を示す、過去の一時点における、一応の参考資料として評価するにとどめる」とする。

つまり、広島判決は、DS86、02も、原因確率も、そして審査の方針にしても、残留放射線による外部被曝や内部被曝を十分に検討していないという弱点や限界があると明確に指摘し、これらを実質的には否定したといつてよい。

【判決の真骨頂】

DS86推定方式による初期放射線量が「ほぼゼロ」と考えられる者についても、上記の急性症状の発症や白血病などに罹患するおびただしい症例が客観的に存在することが公的な資料からも広く認められているし、また、死亡した遠距離被爆者の遺体を剖検した結果、放射線被曝に際して特徴的に認められる臓器障害を系統的に有していたという事実があったことも一つの傍証として認められる。そうであれば、DS86推定方式による初期放射線量がほぼゼロと考えられる者であっても、初期放射線による外部被曝以外の被曝様式によって被曝し、放射線の影響により上記の急性症状を発症した者が存在すると認めることができる。

【名古屋判決】

基本的には大阪、広島判決を継承する判決である。

DS86を初期放射線量の評価に限定し、低線量放射線（誘導放射線、放射性降下物）による外部被曝や内部被曝の人体に対する影響を認める。また、入市、遠距離被爆者の急性症状が放射線の影響であるとしたうえで、厚労省の感染症、ストレス説を排斥した。さらに、審査の方針・原因確率についても形式的適用の危険性を指摘する。

個別原告でいえば、原爆投下時点では市内におらず、その後広島に入市した甲斐昭（厚労省の現行の「審査の方針」では絶対に認められない原告）の悪性リンパ腫について放射線の影響ありとした。



早期見直しで被爆者救え

原爆症認定基準

「専門家の判断の不具置」「二番の収獲」と評した。首相が広島市内のホステルで被爆者の代表と直接面会して原爆症認定基準のあり方を説明した。前向きの発言である。代表側も

「専門家の判断の不具置」「二番の収獲」と評した。首相が広島市内のホステルで被爆者の代表と直接面会して原爆症認定基準のあり方を説明した。前向きの発言である。代表側も

「早期見直しで被爆者救え」の意図が読み取れる。首相は「早期見直し」の意図を明確に示した。首相は「早期見直し」の意図を明確に示した。首相は「早期見直し」の意図を明確に示した。

2007年夏・各紙社説

社説

2007-7-31

中国新聞

熊本地域はきのこ広域を長崎で被爆した熊本県の男女二十一一人(うち六人死)の原爆症集団訴訟、十九人を原爆症と認定した。この一年余り、認定基準をめぐる訴訟で国は六度の敗訴を重ねてきた。しかし厚生労働省は依然、基準

国会は被爆者支援急げ 「原爆症」で国の連敗

見直しを前向きな姿勢をみせていない。一方、被爆者に残されてくる時間は限られる。国会は行政費を削減して、被爆者の困窮を軽減する責任がある。

因性の判断として、国の基準が「あやふや」な指摘。原爆の被爆状況も被爆後の行動などを総合的に判断する必要がある。国会は「科学的」の非難を繰り返した。科学的「科学的」の非難を繰り返した。科学的「科学的」の非難を繰り返した。

8/7 水

ronsetu@mbx.mainichi.co.jp

社説

2007年8月7日

原爆症認定

首相の約束、速やかに実現を

安倍首相が被爆者団体の代表に、原爆症の認定基準について「専門家の判断を基に、見直しを断行する」と約束された。これは、被爆者の健康被害を救済する上で重要な一歩である。しかし、この約束が速やかに実現されることを望む。

認定基準の見直しは、被爆者の健康被害を救済する上で重要な一歩である。しかし、この約束が速やかに実現されることを望む。

認定基準の見直しは、被爆者の健康被害を救済する上で重要な一歩である。しかし、この約束が速やかに実現されることを望む。

認定基準の見直しは、被爆者の健康被害を救済する上で重要な一歩である。しかし、この約束が速やかに実現されることを望む。

原爆症対策

原爆症の認定基準を見直すという安倍首相の発言は、被爆者には朗報だろう。課題は中身とスピードだ。原爆投下から六十二年。被爆の実情に合った抜本的な新救済策は待たなくてはならない。

課題は中身とスピード

原爆症の認定基準のハードルが、かき高いかは、認定者の比率で一目瞭然である。

今年三月末現在で、被爆者健康手帳を持つのは約二十五万八千八百人だが、原爆症の認定者は約二千二百人にすぎない。1%にも満たないのが現状だ。あまりに少ない数字だと、いわざるを得ない。

厚生労働省の認定基準が原因で、認定率といて方式に基づいているためだ。これは爆心地からの距離に依拠した被爆者数や年齢など、病状や病名の程度の因果関係があるかを認定したものだ。

同省はこの方式を「科学的」と言うが、日本原水爆被害者団体協議会にすれば、現実には爆心地から離れて遠距離被爆者や、原爆投下後に爆心地に入った「入市被爆者」などの大勢は、対象から外れている。その人々も被爆後に脱毛や血便など急性症状をみせたり、現在もがんなどに侵されている。認定患者と変わらない病状を抱えていると、いったん「遠距離被爆者」や「原爆投下後に爆心地に入った「入市被爆者」などの大勢は、対象から外れている。その人々も被爆後に脱毛や血便など急性症状をみせたり、現在もがんなどに侵されている。認定患者と変わらない病状を抱えていると、いったん

認定は手当の金額に大きく反映される。被爆者手帳を持つ人の手当が月額約三万四千円にすぎないのに、原爆症認定者は月額約十三万七千円の医療特別手当を支給される。その差額は極めて大きい。

それだけに首相の発言や、柳沢伯夫厚労相の「専門家に詳しい検討会を発足させる」という発言は、大勢の被爆者救済に向けた前進と見られる。一方で、評価はできる。ただ、問題は新基準の中身である。被爆の実態と健康被害の実情に照らし合わせて、どれだけ被爆者を救済できるかが問われている。

全国各地の被爆者は昨年三月から一年間に、約八千人も亡くなっている事実も見逃せない。被爆から六十二年もの年月を経ている現状を考えると、新基準の策定が時間との競争であることは疑いがない。救済策を一刻も早く急ぐべきだ。

認定を却下された人々は、各地で裁判を起こしたが、広島、名古屋、東京など六地裁判で、国側が大連敗した。認定制度を「限界や弱点がある」などと批判した内容だった。

被爆者や支援者の活動がようやく政府の重い腰を上げさせた。首相発言が参院選敗北や内閣支持率低下を受けて、たんなるアヒルなら許されぬ。口先だけで終わっては、より激しい失望と反感を買った。

社説

被爆者もう待たせるな

認定基準見直し

被爆六十一年を迎え、被爆者認定の遅延が深刻な状況に陥っている。広島市を初めた広島三県は、原爆症認定基準の見直し検討を表明した。

被爆者の平均年齢は十四歳を超えた。非難を体験し加入、戦後も大勢が結婚を繰り返して、かえって見直し検討を迫っている。

十五万人の被爆者のうち二十万人に及ぶ見直し対象者が、背景には厳しい認定基準がある。爆心地からの距離を基準に被爆者認定し、病気を発生する確

率を計る「原因推察」である。被爆者たちは「発症放射線や放射線の影響を過小評価している」と批判して来た。

原爆症の認定を求めて相次ぐ集団訴訟で国が立案の放射線を重ねたのも、基準を厳格化したことによる。多くの認定作業が法的に異議を唱えたためである。被爆者をめぐる見直し作業の遅延を嘆息して来た。

こうした状況でもあって、広島首相は「日夜」専門家の判断を求め、見直し作業を加速させるべきだと訴えた。就任後初めての首相記者会見で、被爆者たちと懇談した際であった。

ただし、植沢伯夫厚生労働相は「この記者会見で、専門家を

検討会認定を約束しながら「科学的」を強調。「これまでの基準と認定の結果を照らし合わせた上で、何が必要か」とききながら、かつ「この問題を中心に原因を追究したい」とも述べた。なんと、そのまわりのこと。

「この問題については被爆者の要望を聞き、国が認められ」「検討会が一年かかるとは言っていない」と述べた。知識を出して「認定された」と述べた。この問題が「ムムム」に進行している。

厚生労働省の認定基準は、最大容積が「100」が基準である。その基準の問題もある。それを乗り越え、

被爆者の大規模な見直しを求めたい。政治の出発点である。

広島で安部首相と植沢厚生相は、原爆症認定訴訟のうち控訴期間の来っていない熊本地裁の訴訟で控訴断念を求められたのに対し、明確な回答を避けた。在外被爆者

が手帳申請のため日本に来なければならぬ現状には、従来の見直しを繰り返した。

政府も控訴する核兵器廃絶への意図は、被爆者の援護充実を通じて実現することである。安部首相のリーダーシップにかかっている。



2007-8-7

原爆症の認定

首相が約束したからには

広島 原爆症を認定された原爆者、被爆者は爆風や放射線による外傷を負ったばかりではない。自ら負傷しない放射線を浴び、かえって白血球などの深刻な病気に罹り、今も苦しんでいる。

このため、原爆症の認定基準が厳しく、爆心地からの距離を基準に被爆者認定し、病気を発生する確率を計る「原因推察」である。爆心地からの距離を基準に被爆者認定し、病気を発生する確率を計る「原因推察」である。

爆心地からの距離を基準に被爆者認定し、病気を発生する確率を計る「原因推察」である。

めたり取り下げたりして、たまたま裁判を終わらせるのが当然だ。

被爆者援護法では、原爆症下時や直後に被爆地にいた人は、被爆者健康手帳を取得できる。その数は約3万4千名の健康手帳を交付している。

原爆症に認定された人は約200人にとどまる。

国の認定基準は、爆心地からの距離を基準に被爆者健康手帳を交付している。爆心地からの距離を基準に被爆者健康手帳を交付している。

々に取り消された。これまでに、広島、東京などの地域で国が建設した。

新たな認定基準は、「この被爆者の訴えに沿って」ではない。

植沢厚生相は専門家の意見を一年以内に見直しを進める方針を示した。検討会では、被爆者の声を代弁する専門家を交えることとした。そのうち、1年以内に見直し作業を進めることとした。

一方で、在外被爆者は被爆者健康手帳を申請する場合、来日して面接を受ける必要がある。申請書の提出が、その申請が認められるまで、被爆者の健康を害する可能性がある。従って、申請書の提出が認められるまで、被爆者の健康を害する可能性がある。

社説

被爆者健康手帳の交付は、国の責務である。被爆者健康手帳の交付は、国の責務である。

被爆者健康手帳の交付は、国の責務である。

被爆者健康手帳の交付は、国の責務である。

被爆者健康手帳の交付は、国の責務である。

被爆者健康手帳の交付は、国の責務である。

被爆者健康手帳の交付は、国の責務である。

社説

政治解決を促した司法の流れ

原爆症認定

被爆者救済に際して、大衆への方針表明である。踏み込む首相発言だ。安倍首相は広島、長崎の原爆の目撃者、両市の被爆者代表と面談し「原爆症の認定基準の見直し」を要請した。原爆症認定基準の見直しは、被爆者救済の重要な一環である。政治解決を促す司法の流れは、被爆者救済の重要な一環である。

健康手帳が交付されて医療費が無料となるほか、大半の人に月額約3万4000円の健康管理手当が支給されている。だが、認定基準の具体的な見直しは急務でない。柳沢厚労相は、新たに検診券を設けて1年以内で検診を出して貰うが、救済範囲を大きく広げれば、巨額の財源が必要だ。被爆者の間では、首相発言を評価する声がある一方で、拡大した内閣支持率を回復させるためのパフォーマンス的な見直しに批判が集中している。安倍首相は広島、長崎の原爆の目撃者、両市の被爆者代表と面談し「原爆症の認定基準の見直し」を要請した。原爆症認定基準の見直しは、被爆者救済の重要な一環である。政治解決を促す司法の流れは、被爆者救済の重要な一環である。

論説

原爆症認定

国が原爆症認定範囲を非常に狭く限定するのは、科学的根拠的に適用してはならない。被爆者の認定申請を却下する、認定の要を認められず、認定基準の見直しを要請した。原爆症認定基準の見直しは、被爆者救済の重要な一環である。政治解決を促す司法の流れは、被爆者救済の重要な一環である。

原爆症認定基準

首相は「見直す」と断言せよ

多くの原爆症認定で、多数の専門家が原告、被告双方の証人になり、専門的な議論を重ねてきた。だが、認定基準の見直しは、科学的根拠的に適用してはならない。被爆者の認定申請を却下する、認定の要を認められず、認定基準の見直しを要請した。原爆症認定基準の見直しは、被爆者救済の重要な一環である。政治解決を促す司法の流れは、被爆者救済の重要な一環である。