

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者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あまり知られていない」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 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いたことである。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、外傷瘢痕のケロイド形成
- 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。