

(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、上記確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生労働省

【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だ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線を浴び、ひどい急性症状を発した人が、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、「被爆者の各疾病の発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、広島のみならず、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、広島のみならず、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。

広島のみならず、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