

2011年6月27日

司法と行政の乖離に関する意見書

～原爆症認定集団訴訟の判決と厚労省の原爆症認定実務との乖離について～

原爆症認定集団訴訟・全国弁護士連絡会

事務局長 弁護士 宮 原 哲 朗

【サマリー】

本意見書は以下の点について説明を行うものです。

- ①本認定制度検討会は、国・厚労省が、原爆症認定集団訴訟で19回にわたり連続して敗訴したことを厳粛に受け止め、その結果を被爆者に対してに謝罪したことを契機にして設けられた会議です。
- ②厚労省による現在の原爆症認定制度の運用は、これまでの原爆症認定集団訴訟の判決に著しく反するものです。
- ③新しい審査の方針が実施された以降の集団訴訟の各判決は、厚労省による現在の原爆症認定制度の運用を厳しく批判しています。
- ④司法と行政の著しい乖離の根本には、厚労省が未だに「科学的厳密性」(その内実は、科学的に未解明の部分を排除する非科学的な態度ですが)にこだわり、裁判所の示した被爆者援護法の目的や趣旨をまったく理解していないことにあります。
- ⑤本検討会においては、現行の被爆者援護法の認定制度を、司法判断にしたがって、被爆者援護をより充実する方向で改正するための審議を進めていただくことを要請します。

第1 原爆症認定検討会発足の原点の確認

～この項では認定制度検討会の発足の原点を確認します～

まず「原爆症認定制度の在り方に関する検討会」(認定制度検討会)の発足の原点をまず確認したいと思います。

2009年8月6日に被爆地の広島で、麻生太郎内閣総理大臣・自民党総裁（当時）と日本被団協代表との間で「原爆症認定集団訴訟の終結に関する基本方針に係わる確認書」（確認書）が取り交わされました。確認書が取り交わされたのと同時に、河村建夫内閣官房長官（当時）は、記者会見で、「原爆症認定を巡る訴訟では、本年8月3日の熊本地裁判決を含めて19度にわたって、国の原爆症認定行政についての厳しい司法判断が示されたことを厳粛に受け止め、この間裁判が長期化し、被爆者の高齢化、病気の深刻化など被爆者の方々に筆舌に尽くしがたい苦しみや、集団訴訟に込められた原告の皆様的心情に思いを致し、これを陳謝致します」とする官房長官談話を公表しました。

そしてこの確認書の約束に基づいて、政権が代わった後の鳩山内閣の下で「原爆症認定集団訴訟の原告に係わる問題の解決のための基金に対する補助に関する法律」（基金法）が全党の賛同を得て成立しました。同法の末尾には「検討」項目として「認定等に係わる制度の在り方について検討を加え、その結果に基づいて必要な措置を講ずるものとする」（認定制度検討会の第1回の参考資料2）と定められています。

さらに確認書の第4項に基づいて開催された第1回の厚労大臣協議で、長妻昭厚労大臣は「皆様が認定が緩和された、認定が変わったという実感を持つためには法律の改正が必要である」旨の答弁を行いました。

このような流れの中で、昨年の8月6日に菅直人内閣総理大臣は、広島の平和式典で、多くの被爆者を前にして「被害により苦しんでいる方々に、これまでの援護策に加え、・・・原爆症認定制度の見直しを約束。政府として被爆者支援に取り組む強い姿勢を打ち出し（ました）」（民主党ホームページより）。その結果、菅内閣総理大臣は、同日開催された被爆者の意見を聞く会で、原爆症認定制度の見直しの検討を進めることを明言し、今回の認定制度検討会が発足する運びとなりました。

以上述べましたとおり、本検討会は、国の原爆症認定行政に対する厳しい司法判断が連続して下されたことを契機として、その司法判断にしたがって

現行の被爆者援護法の認定制度をより充実する方向で改正することを目的とするものであることを、是非ご理解いただきと思います。

第2 厚労省の認定実務と判決結果との矛盾

～この項では厚労省の認定実務と判決との矛盾を端的に示します～

1 新しい審査の方針

厚労省の原爆症認定に関する基準は、集団訴訟で大阪地裁、広島地裁、名古屋地裁、仙台地裁、東京地裁、熊本地裁という6個所の裁判所で勝訴判決が連続するなか、2007年8月5日に広島において、安倍総理大臣（当時）が認定基準見直しを指示したことにより、翌2008年3月17日に大幅に改められました。

その基準によりますと、爆心地から3.5km以内での被爆者、100時間以内に爆心地から2km以内に入市した被爆者等に関する下記の疾病については、格段に反対する理由のない限り積極的に認定すると定められています。

- ①悪性腫瘍（固形がんなど）
- ②白血病
- ③副甲状腺機能機能亢進症
- ④白内障（加齢性白内障を除く）
- ⑤放射線起因性が認められる心筋梗塞。

さらにその後の勝訴判決の連続に押され、2009年6月22日には認定基準の再改訂がなされ、以下の疾病が加えられました。

- ⑥放射線起因性が認められる甲状腺機能低下症。
- ⑦放射線起因性が認められる慢性肝炎・肝硬変。

加えて、新しい審査の方針では、上記の基準を超える場合でも、あるいは上記以外疾病でも、認定の適否を総合的に判断をすることになっています（総合認定）（第1回・参考資料3）。なお総合認定に関連して申し上げますと、集団訴訟の判決では、30を超える疾病で勝訴判決が下され、裁判所が厚労省に対して認定を求めていることを付言します。

2 厚労省の審査実務の問題点

(1) 厚労省の非ガン疾患の審査実務の問題点

ア 非ガン疾患等の認定率

厚労省により平成22年4月から9月までの半年間の審査結果の開示されていますが、その結果を分析しますと、認定基準の運用が法の趣旨や多くの判決と著しく矛盾することが明白となっています。とりわけ厚労省の非ガン疾患に対する認定実態は惨憺たるもので、被爆者の期待を大きく裏切るものでした。なおその後も審査結果の開示がなされておりますが、その結果もほぼ同様の傾向にあります。

まず全体の認定率ですが、平成20年度の認定率97.9%，平成21年度56.8%，平成22年4，5，6月の認定率15.3%，7，8，9月18.7%と2009（平成21）年8月6日の確認書の締結以降、急激に認定率が低下しています。

とりわけ、以下に述べるとおり、非ガン疾患の認定率の現実は目を覆わんばかの状況です。

申請疾病	申請件数	認定件数	認定率
・白内障	821件	8件	0.9%
・心筋梗塞	499件	21件	4.2%
・甲状腺機能低下症	236件	28件	11.8%
・慢性肝炎、肝硬変	161件	8件	4.9%

また特に驚かされるのは、厚労省は上記のすべての疾病について、1km代の近距離被爆者のみを認定し、入市被爆者の申請は全件却下しているという事実です。厚労省が認定している距離は、45.5%から90%の被爆者が死亡している高線量被爆地域です。

イ 厚労省の審査結果とこれまでの判決との対比

① 白内障

上記のとおり、厚労省はすべての白内障を原則的には却下する方針（放射

線起因性の否定する方針）を採用しているとしか考えられません。厚労省は特殊な事由がある場合に限定し、極めて例外的に白内障を認定するという態度を採用しています。これでは白内障はとうてい「格段に反対する理由のない限り積極的に認定する」とされている積極認定疾病といえないのが実態です。

そこで以下集団訴訟で下された判決で特徴的はものを示しますが、これらの判決との比較でも、厚労省の白内障の認定が集団訴訟のこれまでの一連の判決をいかに無視したものであるかがご理解頂けると思います。

【判決事例】

- ・ 広島 3.3 km（大阪地裁）
- ・ 長崎 3.1 km（8.9 入市）（名古屋地裁）
- ・ 広島 8 月 6 日より入市（広島地裁）

② 心筋梗塞等

心筋梗塞の認定実務も白内障と大幅に異なりませんが、以下集団訴訟で下された判決で特徴的はものを示します

【判決事例】

- ・ 長崎・入市（大阪地裁）
- ・ 広島 1.7 km（千葉地裁）
- ・ 広島 3.5 km＋入市（長崎地裁）
- ・ 長崎 3.3 km（熊本地裁）

③ 甲状腺機能低下症

甲状腺機能低下症の認定実務も白内障や心筋梗塞の認定実務と大幅に異なりませんが、以下の集団訴訟で下された判決で特徴的はものを示します。

【判決事例】

- ・ 長崎 3.8 km＋入市（東京地裁）
- ・ 広島・入市（名古屋地裁）
- ・ 長崎 3.3 km（大阪地裁）
- ・ 広島 3 km＋入市（慢性甲状腺炎・橋本病）（札幌地裁）

- ・ 広島 3.5 km+入市（慢性甲状腺炎・橋本病）（札幌地裁）
- ・ 長崎 2.1 km（甲状腺機能低下症）（熊本地裁）
- ・ 長崎 3 km（甲状腺機能低下症）（熊本地裁）

④ 肝機能障害

肝機能障害の認定実務も甲状腺機能低下、白内障や心筋梗塞の認定実務と大幅に異なりませんが、以下の集団訴訟で下された判決で特徴的はものを示します。

【判決事例】

- ・ 長崎 3.5 km+入市（千葉地裁）
- ・ 長崎 2.5 km+入市（大阪地裁）
- ・ 広島 2.5 km（慢性肝機能障害・C型）（広島地裁）
- ・ 長崎 2.7 km（肝機能障害・C型）（熊本地裁）
- ・ 長崎 4 km+入市（C型肝炎）（熊本地裁）
- ・ 広島 2.5 km（C型肝炎）（熊本地裁）

⑤ 積極認定以外の疾患（総合認定）

・ 脳梗塞 と脳血栓

厚労省は勝訴判決を無視して全件を却下していますが、以下のとおりこれまでの判決では脳梗塞 や脳血栓の原告で勝訴した例が多数あります。

【判決事例】

- ・ 広島 1.7 km（千葉地裁）
- ・ 長崎 3.3 km（熊本地裁）
- ・ 長崎 2.5 km（微少脳梗塞）（熊本地裁）
- ・ 広島 1.7 km（多発性脳梗塞）（名古屋地裁）
- ・ 広島 2.5 km+入市（多発性脳梗塞）（東京地裁）
- ・ 広島 8.6 入市（東京地裁）
- ・ 熱傷瘢痕（ケロイド）

厚労省は勝訴判決を無視して全件を却下していますが、以下のとおりこれまでの判決では熱傷瘢痕（ケロイド）の原告で勝訴した例が多数あります。

【判決事例】

- ・ 広島 2 km (大阪地裁)
- ・ 広島 1.7 km (熱傷瘢痕) (広島地裁)
- ・ 広島 1.7 km (熱傷瘢痕拘縮) (広島地裁)

(2) 厚労省の悪性腫瘍の審査実務の問題点

厚労省は、申請者の被爆地点が3.5 kmを超え、あるいは入市日が5日を超えると、少数の例外を除いてほとんど非情に切り捨てています。しかしこれまでの判決ではそのようなことはありませんでした。

【判決事例】

- ・ 広島 4.2 km+入市 (下咽頭がん, 食道がん) (東京地裁)
- ・ 広島・入市 (約 120 時間後) (直腸がん) (東京地裁)
- ・ 広島 5 km (肝細胞がん) (東京地裁)
- ・ 長崎 3.8 km (肺がん) (長崎地裁)
- ・ 広島・入市 (乳がん, 胃がん, 卵巣がん) (広島地裁)
- ・ 長崎 5.4 km+入市 (中咽頭がん) (横浜地裁)
- ・ 長崎・118 時間後に入市 (S 状結腸がん) (東京地裁)

第2 司法による厚労省の認定実務に対する批判

～この項では厚労省の認定実務が裁判所により度重なって批判されていることを明らかにします～

1 これまでの集団訴訟の状況

原爆症認定集団訴訟は、2003年3月17日に札幌、名古屋、長崎の各地裁で提訴されて以降、全国の17の地方裁判所(22都道府県)で集団提訴され、原告総数は306名でした。この原告のうちすでに265名が勝訴判決により、あるいは審査方針が改定されたことにより判決待たずに厚労大臣により認定されています。

以下厚労省の認定実務の問題点についてご説明します。

2 司法判断と行政判断の乖離

(1) 裁判所による厚労省の認定実務批判

厚労省は新しい審査の方針が2008年4月から実施された直後から、集団訴訟の306名の原告全員について、新しい審査の方針にしたがった見直し作業を行いました。見直しの結果、厚労省が新しい審査の方針によって自らが認定可能と判断した原告は、敗訴原告も含めてをすべてを認定しました。つまり裁判には、厚労省の事実上の再審査によって認定対象外とされた原告のみが残ったことになります。

このことは2008年4月以降（新しい審査の方針の実施以降）に裁判所が原告勝訴の判決を下したということは、厚労省が新しい審査の方針でも認定対象外とした原告が勝訴したこと、つまり裁判所が厚労省の不認定を覆し認定せよとの判断したことを意味することになりました。つまり裁判は判決により、厚労省による新しい審査の方針の運用が誤っていることを明確に示したのです。そして判決の結果厚労省は、この司法の判断にしたがって、自らが行った事実上の不認定処分を覆して、認定を行わざるを得ない事態になっています。

(2) 司法判断と厚労省の認定処分の乖離の実態

ア 新しい審査の方針が実施された2008年4月以降、2009年8月6日の確認書締結までの勝訴判決の分析（後添「判決一覧表－1」）（40名）

上記の期間の勝訴判決は数が多いので一覧表にして整理しましたが、合計で40人もの勝訴判決があります。

イ 確認書の締結以降の勝訴判決の分析（後添「判決一覧表－2」）（20名）

上記の期間の勝訴判決も一覧表にして整理しましたが、合計で20人もの勝訴判決があります。

ウ 判決の紹介

この中から特徴的な判決をいくつか紹介します。

① 2009年11月30日・福岡高等裁判所の判決（熊本原告・第2次）

福岡高裁判決は2009年6月22日に新しい審査の方針が再改定され、

慢性肝炎・肝硬変が積極認定に入った後のものです。福岡高裁は、広島で爆心地から2・5kmの地点で被爆したC型肝炎の原告について、熊本地裁の敗訴判決を覆して、原告勝訴の判決を言い渡しました。つまりこの判決は、肝機能障害に關して、厚労省による同方針の運用の幅が狭すぎると批判したことになります。

② 2009年11月30日・横浜地方裁判所の判決

(7) 横浜地裁判決も2009年6月22日に新しい審査の方針が改定され、慢性肝炎・肝硬変が積極認定に入った後の判決です。横浜地裁は長崎で爆心地から1.1kmで被爆した慢性肝炎の原告に勝訴判決を言い渡しました。この判決も、福岡高裁の場合と同様に、肝機能障害に關し厚労省が改訂した「新しい審査の方針」の運用の幅が狭すぎると判示ししたことになります。

厚労省が新しい審査の方針の改定により慢性肝炎・肝硬変を積極認定に入れたにもかかわらず、1.1km被爆の原告について認定を拒否し続けたうえで、判決によってそれが是正されたこと自体に驚かされます。横浜地裁の上記の原告勝訴の判決は、厚労省がこれまでの判決を無視していかに肝機能障害の認定を厳しく運用しているかを如実に示す典型的な事例です。

(4) さらに横浜地裁は、長崎で爆心地から5.4kmで被爆した中咽頭がんの原告に勝訴判決を言い渡しました。この判決は厚労省の悪性腫瘍に關する総合認定が如何に形式的かつ不当に厳格な運用されているかを典型的に示すものです。つまりこれらの一連の判決は、積極認定の範囲に入らない申請者を一律に切り捨てる厚労省の認定の姿勢を厳しく批判するものとなっています。

(5) 加えて同判決は長崎で爆心地から1.2kmで被爆した原告の左手指切断後遺症という外傷についても勝訴判決を言い渡しました。この判決は厚労省が総合認定でも、外傷は直ちに認定対象外の疾病・障害とするという態度を明確に批判したことになります。

なお2000年7月に最高裁（高度蓋然性の解釈基準を示した判決）で勝訴した松谷英子さんは、爆心地から2.45kmで被爆し、認定疾病は外傷で

した。

③ 2010年3月11日・名古屋高等裁判所の判決

名古屋高裁は、18歳の時に広島で爆心地より3・1kmの地点で被爆し、その後8月7日に爆心地付近まで入市し、鼻血・下痢・脱毛等の急性症状も経験した原告の白内障について放射線起因性を認めました。

同判決は広島と長崎放影研、広島大学、長崎大学の共同研究によって近時確立した「被爆者に見られる遅発性の放射線白内障および早発性の老人性白内障にはしきい値が存在しない」という知見を採用し、一審判決を破棄して原告逆転勝訴の判決を下しました。つまりこの高裁判決は、白内障に関する厚労省の異常に厳格しい審査の方針（白内障を原則的には却下する方針）自体を厳しく批判する内容になっています。

④ 2010年3月29日・高松地方裁判所の判決

高松地裁は、長崎で8月12日以前に入市した肝臓がん（C型慢性肝炎由来）の原告に勝訴判決を下しました。厚労省は原告の肝臓がんがC型ウイルス由来であることを理由に「新しい審査の方針」後も放射線起因性を争い続けましたが、裁判所は厚労省のこの主張を斥けて放射線起因性を認めました。

また入市時期についても、当時10歳であった原告の記憶の核心部分を重視し、手帳や認定申請書の記載よりも早い時期に入市した事実を認定しました。

つまり同地裁は、新しい審査の方針以降も依然として肝機能障害の放射線起因性を争い続け、すべての入市被爆者に認定を拒み続けている厚労省の態度を厳しく批判し、あわせて過去の記録に拘泥して認定を拒み続けている厚労省の態度も批判しました。

⑤ 2010年3月30日・東京地方裁判所（2次訴訟）の判決

(ア) 積極認定疾病について

【心筋梗塞・狭心症】

厚労省は広島で2・1kmの地点で被爆した原告については認定せず、低線量被爆の原告の心筋梗塞の放射線起因性は認められないと主張していま

した。しかし東京地裁は心筋梗塞ばかりでなく狭心症についても、心筋梗塞と区別しないで原告勝訴の判決を下しました。この判決も、心筋梗塞・狭心症に関する厚労省による新しい審査の方針の運用の幅が狭すぎると批判したことになります。

【悪性腫瘍】

東京地裁は、新しい審査の方針の定める100時間以内を超えて、約118時間後入市した原告の悪性腫瘍についても放射線起因性を認め、要医療性についても広く認める判断を示しました。つまり同判決は、積極認定の範囲に入らない申請者を一律に切り捨てる厚労省の認定実務を批判し、総合認定での柔軟な対応を示唆したことになります。

(イ) 総合認定疾病について

【脳梗塞】

厚労省は脳梗塞について、心筋梗塞と異なり放射線起因性を認める根拠がないと主張していましたが、同判決は長崎で爆心地から2.5kmで被爆し、翌日に入市した原告の脳梗塞について放射線起因性を認めました。

【甲状腺機能亢進症】

さらに同判決は甲状腺機能亢進症についても放射線起因性を肯定し、広島直爆2kmの原告や広島8月9日入市の原告を含めて合計4名の原告について放射線起因性を認めました。上記の判決は、厚労省が積極認定の入っていない疾病を安易に切り捨てている現状を批判し、総合的な判断を柔軟に行うべきであることを示唆したといえます。

(ウ) 裁判所の事実認定の姿勢

東京地裁判決は、被爆者の記憶について「原爆被害を身をもって体験した者による第一次的な証拠」として「その重要性を適切に評価することが必要」と指摘しました。これはABCの記録や手帳申請関連の資料を絶対視する厚労省の事実認定の姿勢を厳しく批判したものです。

(3) 司法判断と認定実務の乖離は司法判断にしたがって埋められるべき

このように「司法と行政の乖離」が解消されず、厚労省が認定しない原告が裁判所で続々と勝訴し、かつ裁判所の指示により厚労省が認定せざるを得ない事態に追い込まれ続けているということは、法の支配に反する行政が依然として改められていないということを意味しています。

法治国家である以上、行政はこれらの裁判所の基本的な姿勢を受け入れ、直ちに新しい審査の方針で自ら明示したとおり、「格段に反対すべき事由がない限り、当該申請疾病と被曝した放射線との関係係を積極的に認定」する姿勢を採用しなくてはなりません。

そればかりではありません、原点に遡れば、このような厚労省の違法・不当な解釈を許容させないために、援護法自体を改正することによって厚労省の認定実務の誤りを正すことが求められています。

第3 司法判断と行政認定の矛盾の根本原因

～この項では援護法に関する裁判所の基本的な考え方を整理したうえで、まとめとして司法判断と行政認定の矛盾の根本的な原因と今後の方向性を提示します～

(1) 裁判所の放射線起因性の判断と解釈指針

ア はじめに

これまで分析をしてきたとおり、これらの判決の背後には裁判所の被爆者援護法の趣旨および被爆実態に対する正しい認識があります。

前回報告された岩井俊元裁判官も頻繁に引用された東京高裁判決（2009年5月28日）と、昨年の東京地裁判決（2010年3月30日判決）は、これまでの原爆症認定集団訴訟に関する判決を総括的にまとめた形で、被爆者援護法の解釈について以下のとおり判示しています。つまり以下の判決内容は、松谷最高裁判決の言う「高度の蓋然性」の真の解釈指針なのです。少し長くなりますが判決の該当部分を引用します。

イ 東京高等裁判所判決（東京原告1次訴訟）（2009年5月28日）

① 科学的知見について（204頁）

裁判手続きの課題としては、一定水準にある学問成果として是認されてたものについては、そのあるがままの学的状態において法律判断の前提として科学的知見を把握することで足りるものというべきである。

② 被爆者援護の立法趣旨趣旨 (206 頁)

- ・ 同法の援護措置が、単なる社会保障的観点に基づくものではなく、戦争遂行主体であった国の国家補償的措置として行われるものであることは明らか。
- ・ 疾病の発症において、一般的に、複数の要素が複合的に関与するから、他の疾病要因と共同関係があったとしても、放射線起因性が否定されることはない。
- ・ 援護法前文が、平成6年時点において、被爆者の高齢化を指摘しているが、それからすでに15年を経過している現在、この点はなにより重視されなければならない。

科学的知見は日々発展するものであるから、将来において原爆放射線と後障害の関係が解明されるかもしれないが（大久保理事長の発言）、これを待ち、将来の解明後に認定すべきであるといえないことは、同法の立法趣旨からして明らかである。

- * 大久保利晃放射線影響研究所理事長（平成18年8月、中国新聞のインタビュー）晩発影響でわかっているのは、まだ5%程度かもしれない。
最終的な答えが出るのは、今約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。

ウ 東京地裁判決

- ① 最高裁53年判決（孫判決）を引用しつつ、援護法の前身の被爆者医療法は、「原子爆弾の被爆による健康上の障害がかつて例を見ない特異かつ深刻なものであること等を基礎として、いわゆる社会保障としての配慮のほか、実質的には国家補償的な配慮をも制度の根底にすえて、被爆者の置かれている特別の健康状態に着目してこれを救済するという人道的目的の下に制定された」ものと判示しています（280 頁）。

- ② 被爆者の高齢化という事実にも着目し「既に原子爆弾の放射線に被ばくしそれよる特殊な健康被害の要因を有する人体について、高齢化による健康状態の低下という別の要因と競合する状況であることを前提とするものと解される」(281 頁)。
- ③ 原爆放射線起因性の証明がなされたということが出来るかどうかの判断をするに当たっては「被爆者援護法がその制定に当たって基礎としたと解される上記のようなところを踏まえ、同法の目的及び趣旨を損なうことのないように経験則に照らして、全証拠を十分慎重に総合検討することが必要」(281 頁)。
- ④ 「広島及び長崎における原子爆弾の使用は、国際的な武力紛争の一環としての戦闘行為において人を殺し物を破壊する手段として日常の生活環境でこれが行われた唯一の例であるが、現実の爆発の正確な状況等については直接把握されていない。そもそも広島原爆や長崎原爆のデータに係る資料自体が軍事的機密等の観点からすべて公開されているわけではない」、「原子爆弾の爆発について、当時の状況の再現は不可能である」(282 頁)。
- ⑤ さらに判決は、初期放射線のほか、放射性降下物(残留放射線)による外部被ばくや内部被ばくの事実を認めたとうえで、これらの実態を解明するためには、「本来であれば、現地において爆発の直後から包括的かつ継続的に資料の收拾等が必要であつたはずのものであると考えられるが、実際には、限定されたものが断片的に残されているに止まる」(282～284 頁)。
- ⑥ 放射線被ばくによる障害は非特異的であるうえ、長期間を経過して顕在化することが多く見られるので、「当該症状と原爆放射線起因性被ばくとの関連性の存在を顕著に示唆することのできるような証拠が直ちに見あたらないとしても、それはやむを得ないところ」と判示しています(285 頁)。
- ⑦ 「一般論として、放射線微粒子がごく微量でも細胞更には人体に相当の影響を及ぼす場合があり得ること事態はにわかに否定することができない」
- ⑧ ABCCやRERFの疫学調査も様々な欠陥を有しており、また専門家の見解が分かれている分野でも「将来それ(研究)が更に進展し解明が進めば、

従前疑問とされてきたものが裏付けられる可能性もあり、それが小さいと断ずべき根拠も直ちに見あたらない」 (286 ～ 287 頁)

- ⑨「原爆放射線の人体への影響等を十全に把握することへの各種の障害の存在や、代替しうる研究・解明の方法は当面想定しがたいことを考慮すると、原爆放射線の影響が及んでいると疑われ、それに沿う相応の研究の成果が存在している疾病について・・・原爆放射線起因性の証明の有無を判断することが必要とされる」 (287 ～ 288 頁)。

(2) 司法判断と行政認定の矛盾の根本原因

ア 厚労省の頑なな態度

厚労省は、原爆症認定集団訴訟の中で一貫して、松谷最高裁判決の「高度の蓋然性」という言葉にしがみつき、原爆症認定を行うには高度な科学的あるいは医学的知見に基づいた高度の専門知識が必要があるという見解を主張してきました。しかしこれまで述べてきたとおりこれまで28ヶ所の裁判所は、厚労省の上記見解をことごとく排斥し、これまで述べたような見地に立って被爆者援護法を解釈し、原告の疾病や障害の放射線起因性を連続して認めてきたのです。

つまり司法判断と行政認定の矛盾の原因の根本は、厚労省が現行の被爆者援護法の解釈を誤り、その誤りを繰り返し指摘してきた司法・裁判所の判断に従うことを拒否し続けていることにあるのです。

イ 新しい審査の方針のもつ意味

厚労省が自ら定めた「新しい審査の方針」においても、審査に当たっては、被爆者援護法の精神に則り、より被爆者救済の立場に立ち、原因確率を改め、被爆に実態に一層即したものとするとしています。またこれまでの指摘したとおり、放射線起因性が推認される以下の疾病について申請がある場合には、格段に反対すべき事由がない限り、当該申請疾病と被曝した放射線との関係性を積極的に認定するものとするとして悪性腫瘍から慢性肝炎・肝硬変にいたる7つの疾病を掲げているのです。

厚労省には、被爆者援護法の趣旨にしたがい、また新しい審査の方針に自ら明記しているとおり、原爆症の積極的な認定を行うべき法律上の義務があります。また原爆症認定の審査のために援護法の第11条2項により設置されている医療分科会も、決して厳密な科学的あるいは医学的な裏付けを求め、消極的な態度で被爆者の申請を切り捨てるための制度ではありません。

ウ まとめ

今回の認定制度検討会は、厚労省の原爆症認定行政に対する厳しい司法判断の連続を契機として締結された確認書やそれと同時に公表された官房長官談話の趣旨にのっとり、また全党一致で成立した基金法の検討事項にしたがい、さらに長妻厚労大臣や菅総理大臣が示した政治的な約束を実現するため会議であると考えます。具体的に申し上げれば、長妻厚労大臣が述べられているように、司法判断にしたがって、現行の被爆者援護法の認定制度を、被爆者援護をより充実する方向で改正することを目的する会議であると信じます。

また確認書の4項には「今後、訴訟の場で争う必要のないよう、この定期協議の場を通じて解決を図る」と記載されています。この項目は、厚労省が日本被団協等との定期協議を通じて、これまでの28ヶ所の裁判所の判決に沿うように認定制度や認定基準を改定する、あるいはその運用を改善することにより判決と認定実務との矛盾を解消し、今後の集団訴訟を回避することを意味しています。しかし新しい審査の方針が実施されて以降も、多くの被爆者の申請が判決と矛盾する形で却下され続けており、高齢化し多くの重い病気にかかっている被爆者にとっては一刻の猶予もできません。援護法の改正に至るまでに時間がかかるのであれば、直ちに現行の認定基準をこれまでの判決や被爆実態に合致するように改定する、あるいはその運用を改めることを強く要請します。

判決一覧表-1 (40名)

番号	判決日	裁判所	被爆地と距離等	疾病名	備考
1	08.5.28	仙台高裁	広島 1.8km 広島 2km ※がんの再発に備えた定期的検査や受診行為も治療行為として要医療性あり。	胃がん 膀胱がん	要医療性が争点 "
2	08.7.18	大阪地裁(第二次)	長崎 11日入市 長崎 2.5km, 翌日入市 広島 8月8日 3kmへ入市 長崎 1.2km	心筋梗塞 狭心症 肝硬変 肝臓がん 体内ガラス残留	総合認定疾病
3	08.9.22	札幌地裁	広島 2km, その後3日間救護活動 広島 1.8km 8月7日入市 広島 3.0km 8月7日入市 広島 3.5km 8月8日入市	肝硬変(B型) 慢性C型肝炎 甲状腺機能低下症 甲状腺機能低下症	
4	09.3.12	東京高裁(千葉原告)	長崎 4.1km, 翌日入市 広島 1.7km	肝硬変 心筋梗塞・脳梗塞	
5	09.1.23	鹿児島	広島 当日～14日入市 長崎 2.5km, 10日入市	甲状腺がん 胃がん	要医療性が争点 事実認定に争い
6	09.3.8	広島地裁(第二次)	広島 1.8km 広島 2.0km 広島 1.7km 広島 8月6日入市 広島 1.6km	C型肝炎 C型肝炎 C型肝炎・食道がん 白内障 熱傷瘢痕	食道がんの要医療性に争い。 総合認定疾病
7	09.3.27	高知地裁	広島 8月6日入市	虚血性心疾患	
8	09.5.28	東京高裁(第一次)	広島 2km 広島 8月8日入市 広島 8月11日から16日入市 広島 4.2km, 100時間以内に入市 広島 1.1km 長崎 1.0km 長崎 3.8km, 翌日入市 長崎 2.2km 広島 5km ※ABCCの調査記録や甲述書より証人尋問を重視	前立腺がん 前立腺がん 胃がん 前立腺がん 肝硬変(C型) 頸部有病性癒痕 甲状腺機能低下症 甲状腺機能低下症 肝臓がん	被爆距離についての争い。 ABCC記録か法廷証言かの争い。 入市日の争い。本人の描いた絵を採用。 要医療性が争点 総合認定の疾病
9	09.8.3	熊本地裁(第二次)	広島 3.0km 長崎 3.8km, 8月9日入市 長崎 8月14日入市 長崎 1.5km 長崎 3.3km 長崎 1.3km 長崎 2.5km 長崎 2.3km 長崎 2.9km, 当日入市 長崎 2.5km, 当日入市	肺がん 虚血性心疾患(変形性脊椎症) 骨髄異形性症候群 慢性甲状腺炎 心筋梗塞・脳梗塞 脳虚血, 外 変形性脊椎症 甲状腺機能低下症・白内障 白血球減少症 外 脳梗塞・骨粗鬆症	被爆距離について争い 総合認定疾病 総合認定疾病 " 総合認定疾病 "

判決一覧表-2 (20名)

番号	判決日	裁判所	被爆地と距離等	疾病名	備考
1	09.11.30	福岡高裁 (熊本第一次)	広島 2.5km	C型肝炎	
2	09.11.30	横浜地裁	長崎 1.1km 長崎 5.4km, その後3.5kmに入市 長崎 1.2km 長崎 8月13日入市	慢性肝炎(C型) 中咽頭がん 左手指切断後遺症外(外傷) 前立腺がん	総合認定疾病
3	10.3.11	名古屋高裁	広島 3.1km, 8月7日入市	白内障	
4	10.3.29	高松地裁	長崎 遅くとも8月12日以前に入市	肝臓がん	
5	10.3.30	東京地裁(第二次)	広島 4.5km, 8月7日入市 広島 1.4km 広島 2.1km 長崎 118時後に入市 長崎 2.5km, 10日から入市 広島 8月6日入市 広島 2km, 8月7日入市 広島 8月9日入市 広島 1.2km 長崎 1.5km	前立腺がん 大腸がん 心筋梗塞, 狭心症 S状結腸がん 脳梗塞 脳梗塞 甲状腺機能亢進症 " " "	入市の事実について争い。 要医療性が争点 総合認定疾病 " " " "
6		千葉地裁(第二次)	広島 8月7日入市	甲状腺機能低下症	
7	10.7.20	長崎地裁(第二次)	長崎 1.8km 長崎 2.6km	変形性脊椎症 脳腫瘍(良性)	総合認定の疾病 "