

第19回検討会における主な発言

- 残留放射線の影響というのは個人で違い、簡単に導き出されるものではない。個人の残留放射線の被曝線量を決めるのはほとんど不可能に近いから、詳細に検討を進めていかないといけない。
- （資料3の6ページの（1）にある）「行政認定と裁判における救済事例の乖離を指す場合」で（グレーゾーンを）救済事例の裁判と行政認定との乖離を指す場合というのはアバウト過ぎる。行政認定と裁判の乖離の（問題の）一番大きいところは、放射線起因性を認めるかどうか、具体的な申し立てをされている方についての放射線の影響性を認めるかどうかである。
- 放射線起因性は、国際的な水準に照らして科学的な説明ができないところまでは広げるべきではないと整理できるのでは。果たして科学的認知に耐えられるかという意味で、新しい審査の方針が、もう既にグレーの部分に広げてきているという認識であり、グレーゾーンを、この外に設けるのは、放射線起因性との関係で言えば、適当ではないのではないか。
- 疾病名は、科学的な知見というものを踏まえながらも、今の新しい審査の方針で考えられている疾病から増やすのではないか。
- （放射線の影響を）否定できるかできないかという議論があるが、裁判で言うのと同じように行政でも否定できないからというふうな言い方が成り立つのか。
- （審査の方針の）3. 5キロメートル以内について1ミリシーベルトという話は、感覚からすると、かなりぎりぎりに拾い上げた線であり、横並びの関係からいって認めざるを得ないと思うし、時間要件もかなり広い基準だろうと思う。（第19回の資料は）一般人が納得できる資料として判断し、乖離の問題をきちんと考える上では出発点にせざるを得ない。
- （疾病について）その時々科学的に最新の知見を使っていけば良いが、国際的に認められたものは出せると判断していいと思う。
- （認定制度について）硬直したままではなく、新しいものが出てきた際、科学的に検証

して判断を広げて見直すという柔軟性を持つことは非常に大事ではないか。

○疾病認定の要件は、専門領域の中で検討をお願いして広げていくという方法が残っているのではないかと。ただ、重篤性による手当額の差は大変センシティブであるので慎重にしていかなければならない。

○広島、長崎の疫学調査の結果は、残留放射線も含めて放射線全部で考えており、残留放射線に関連した疫学調査は多分ない。

○重篤性はまだ詰めが足りないから、疾病について（類型別という）作業としては残っているだろうと思う。

○2012年12月の放射線影響研究所の見解を受けとめれば、ある程度方向性は出てくる。研究所の見解からすると、これ以上覆ることはあるのかという気がする。

○（残留放射線の影響は）あるのだという主張は絶対に無くならないだろうと予想される。裁判では全て残留放射線を認めたというわけではなくて、意見が割れている。ただ、科学的な評価、国際的に動かせるほどのデータがなかなか出てこないの、（放影研の）声明になっていると思う。

○（放射線影響研究所の見解は）1つの国際的なコンセンサスが得られた科学的な知見であると考えてよいと思う。

○実際に体験した人間からすると、被爆者は1カ所に留まっていたのではなく、移動している。だから、個別にどれだけの放射線を浴びたかといっても難しい。だから、残留放射線の影響を決めないと認定が難しくなるのではないかと。

○残留放射線があるかないかではない。1人1人の被爆者がどういうふうに浴びる可能性があるか、可能性があるとしたら、それをどういうふうに認定の中に生かしたらいいかということを考えないといけない。

○（疾病について）保険診療では、一定の有効性が認められて、普及した段階で保険診療の対象になるというルールがある。そういったことを認定にも取り入れてはどうか。今の時点での科学的な知見を尊重しつつ、あとは個別、総合的に認定するという余地を相当残さざるを得ないのではないかと。

○疾病について、（検討会メンバーの）多くは医学的な素人であるので、別途検討の場を設けてもらい、その結果を検討会上げてもらうことを考えてなければいけないのではないかな。

○（被爆者の移動について）認定で、どのように立証していくか難しさがある。制度設計するときには、客観的な根拠というのは大事な部分である。ただ（レアなケースとして）個別に考慮する部分は出てきてもいいのではないかな。立証する人とか客観的な資料など、税金を使っている以上どうしても求められる要件になるので、個別性を持った方の認定は、行政での裁量権が働くような制度があってもいいのではないかな。

○（資料3、11 ページの主な論点で）要医療性をどう判断するかというのは1つ入れておかないといけない。

○心筋梗塞とか白内障など、しきい値内の距離で（認定を）決めていると思う。白内障は1.2キロメートル以内での被曝など直接放射線についてしきい値があると思う。しかし、直後に（爆心から）数百メートルまで近寄っている人たちがいて、かなりの放射線を当日受けていることを、きちんと押さえなければいけない。2キロメートルで被曝しているのだから起こるはずがないということではなく、その後、近距離のどこまで入ったかということまで調べていただきたい。

○裁判も、残留放射線を考慮すべきであるという一般的なルールを宣言しているわけではない。起因性を判断するときに行政認定で考慮されなかったが、残留放射線の影響がないとは言えないとして、個別に影響があると認定した例がある。要するに、裁判も個別判断である。

○（分科会の）専門の先生方は、ある程度の知識、経験に基づいて判断しており、ただ時間をかければいいというものではない。分科会の前に専門分野ごとの部会がありその上で全体会議にかけられる仕組みであり、ラフな検討には当たらない。また、分科会の先生方や事務局の方々は、何とか今の基準で拾えないかという考え方で（審査に）当たっている。例えば、入市の要件が無い申し立てについて、入市要件に当てはまるかどうか、あらゆる資料を点検して、申請者が意識していなくても、かなり掘り下げた形で緻密な認定作業が行われていることは、わかっていただいてもいいのではないかな。

○放射線起因性では外形標準をある程度取る形として、残留放射線の問題について放射線

影響研究所の成果を踏まえると、方向性2と3は、ある程度の結論めいたものは出ていると思う。

○行政認定と司法判断の乖離を完全に解消するのは無理と思う。そもそも違った次元の判断をしており、元来、物差しは2つあっていいと思っている。ただ、個別のケースは、大きな尺度、物差しでは計れない。例えば、税法では不満があれば不服審判所に申し出るが、それと同じように、行政認定で不服の方は司法判断に委ねる。司法判断の結果が行政認定を覆すというのとは別の話で、行政認定はおかしいというのは、話が逆立ちしている。恐らく2つの物差しを使い分ける、多くの方々がより納得してくれる使い方の改善を考えれば解決すると思う。

○グレーゾーンというのはそもそも何だったのか。認定の問題と、疾病の問題と、起因性の問題でグレーゾーンでどうするということのか。

→グレーゾーンという1つの制度をつくるということで（委員での）合意はされていないと理解している。

→科学的知見を取り入れつつ広げることができれば、それでいいのではないか。3.5 キロメートルの範囲内で階段をつけるということになると思っている。

○（グレーゾーンについて）要するに、あいまいなものをどう受けとめるかだが、3.5 キロメートルの範囲内であれば、ぎりぎり国際的にも説明がつくということなので、それであれば、グレーゾーンとは言わないで、原爆症というくくりでいいのではないか。

○心筋梗塞や、甲状腺（機能低下症）などは、前に「放射線起因性が認められる」という言葉がついているが、よくわからない。結局、しきい値だと推測してしまうが被爆者はわからない。3.5 キロメートル以内で心筋梗塞だと、認定されると思う被爆者が圧倒的に多いが却下され、却下理由も「あなたは該当しません」となっているので、それが不満となっている。そこをグレーゾーンならグレーゾーンで明らかにしておかないといけないと思う。

○3.5 キロメートルというのが（認定における）1つの基準でいいと思うが、福島や職業病認定など様々なところに広がっていく可能性があるので、国際的に必ずしもコンセンサスの得られた数値ではないので、最後のまとめでそのニュアンスを書いて欲しい。

○3.5 キロメートルの話を含めて、専門家から言えば、（現在の基準は）広がり過ぎているという気持ちがかかなり強い。科学的知見というのは非常に大事で原爆症認定制度の一

番支えになるが、一方で、それは単なる科学的判断だけではないということも根幹にある。それを表すため、法令などのレベルで明らかにしていくことで客観性が持てるのではないか。そういうことを含めて、3.5 キロメートルを大事にしていくということだろうと思う。