

# 原発災害が告げる真実とは何か

＝被曝傷害論に新たな問題を提起した3論文＝

蔵田計成（ゴフマン理論研究会所属）

はじめに

2014年9月発行の月刊3誌には、期せずして、福島第1原発事故災害に関して注目すべき重要な問題を提起した論文を掲載している。

- ①宝島社、『宝島』10月号「福島県で急増する〈死の病〉の正体を追う」（明石昇二郎）
- ②岩波書店、『科学』9月号「漫画〈美味しんぼ〉問題を考える」（白石草）
- ③鹿砦社、『紙の爆弾』10月号「安定ヨウ素剤の服用を中止させた御用学者 山下俊一を公職追放すべきこれだけの理由」（青木泰）

これまで長い間、原発の闇が安全神話によって覆い隠されてきた。その安全神話は今回の福島事故によって、一挙に虚妄性を白日の下にさらすことになった。それを修復するために、いま臆面もなく流布されているのが「被曝安心神話」である。だが、この安心神話が存立する妥当性はどこにもない。福島事故の25年前に起きたチェルノブイリ事故災害の惨劇の現在に至る実態が、何よりも雄弁に神話の成立を不可能にしている。被曝災害の実態を歪め、被害の真実を黙殺しない限り、安心神話はどこまでも欺瞞である。後に詳述するように、事態はあまりにも深刻である。以下のような事実を否定することはできない。

人口動態統計から推計できる過去20年間のチェルノブイリ3ヵ国（ウクライナ、ベラルーシ、ロシア）被曝死者数：23万人。

死因別人口動態統計にみる死因第1位、心疾患：66%（事故処理作業員80%）、第2位ガン疾患：15%（日本第1位、ガン：29%、第2位心疾患15%）。

体育授業が満足にできる児童：数%。

ウクライナ徴兵検査における若者の合格率：20%。

なお、オトモダチ作戦に参加した米原子力空母ロナルド・レーガン4800人の乗組員の被曝死者：2人、被曝疾患2000人（日本自衛艦船10隻の乗員被害実態不明）。

冒頭にあげた3論文は、いずれも広島・長崎の原爆資料をもとにつくりあげられたこれまでの通説や固定観念に疑問を投げかけ、鋭い視点から問題を指摘するものである。また、福島事故による被曝被害の事例を再検証し、訂正や撤回を求め、政府お抱え専門家が被曝防護に関わった犯罪的過失を弾劾し、その非道な無責任さを追及している。本稿では、それらの問題提起を補強するかたちで、独自の視点から問題を掘り下げてみたい。

## 第1部

### (1) 過小評価されてきた循環器系被曝疾患

①の『宝島』10月号の明石稿は、最近の福島県人口動態統計をもとにして、福島第1

原発事故発生後の県内の死因動向を分析している。その結論は、副題「セシウム汚染と『急性心筋梗塞』多発地帯の因果関係」に示されている。事故発生直後の2011～2012年にかけて、循環器系疾患の代表格ともいふべき心筋梗塞が急増し、「死因別増加数のランキング第1位」に急浮上したという、新たな事実を指摘している。

この現象が一時的なものか長期的なものかを知るには、なお多少の時間の経過が必要である。とはいえ、被曝地域において循環器系疾患が「多発」しているという事実は重要であり、見逃すことはできない。この原発事故と突然死、心筋疾患、心不全などとの関連が取り沙汰されていることと相まって、事故直後の循環器系疾患による死因の急増は注目に値する。

これまでの通説とされた一般的な被曝疾患に関する理解は、広島・長崎の「原爆資料」に基づいていた。主要には白血病、甲状腺ガンなどの固形ガンとされてきた。それ以外の研究に関しては、遺伝的異常発生を含めて、軽視されてきた。そのなかでもとくに「非ガン性疾患」の代表格である循環器系疾患については、ほとんど無視されてきたというのが実情である。このような異常な偏り(バイアス)が生じた原因を知るには広島・長崎の「原爆資料」の作成過程にまでさかのぼる必要がある。

資料の収集は、第2次大戦後の混乱のなか、加害者である米軍の指揮下で、明確な軍事目的である即時的殺傷効果(急性症状)を知るために作成された。しかも、大量の「人体実験」にも等しい集団被曝データが他になかったことから、やがてこの原爆資料が被曝疾患資料の最大の典拠となった。しかも、統計調査は原爆投下5年以後から始まった。5年以内の死者数は統計から除外されていたという事実が指摘されている。

人類は、原爆投下以後も核実験やいくつもの過酷な核災害を経験した。とくに原爆投下の41年後にはチェルノブイリ事故が起きた。その大惨事発生年の国際会議においてIAEA(国際原子力機関)を盟主とした原子力国際諸機関(国際原子力ロビー)は「生涯にわたる被曝死者推計4000人」とし、その数字は現在に至るまで正式に訂正されていない。しかも、事故発生後から10年間もの長きにわたって、チェルノブイリ現地政府や研究者の統計資料を黙殺して、事故による健康への影響を全面的に否定したのであった。

その否定の根拠として持ち出したのが、「甲状腺疾患の潜伏期間は10年～15年」(メットラー)とする広島・長崎の原爆資料であった。だが、この主張は一時しのぎの理屈にもならなかった。チェルノブイリ事故に由来する甲状腺ガンは事故発生の翌年から発症していた。原子力国際諸機関はこの事実を事故発生4年後にはじめて現地に乗り込んで確認した。にもかかわらず、その後1年間の調査検証を経ながら、以下のような公式見解を全世界に向けて発表した。これが歴史に悪名を残した「国際チェルノブイリ・プロジェクト1991年報告」である。これは事故災害の過小評価と欺瞞を公然と押し通してきた傲慢不遜の象徴的な事例であった。

「健康上の傷害は認められるが、放射線とは直接関係がない。事故による不安や心理的ストレスが強く影響を及ぼしたものである。」(注1)

これが当時放影研(旧ABCC・現日米共同研究機関・放射線影響研究所)理事長重松逸造(初代日本人理事長)を調査団長とした原子力国際御用機関が下した判定であっ

た。だが、ベラルーシ政府統計は、すでに下記のような小児甲状腺ガンの早期多発を記録し、急増を確認していた。(なお、福島第1原発事故による早期発症も同様である。むしろ、福島の発症はこれを上回るペースといえるかも知れない。)

- ① 事故前、過去9年間(1977～1985年)発症:小児甲状腺ガン発症累積「7人」。
- ② 事故3年後(1989年):3年間累積「7人」(事故前9年間と事故後3年間の累積が同じ)。
- ③ 事故4年後(1990年):年間「29人」(38倍)へと急増。
- ④ 5年後(1991年):年間「59人」(77倍)へと、さらに急増(注2)。

原子力国際御用機関(チェルノブイリ・プロジェクト)「事故10周年総括会議」は、このようなチェルノブイリの圧倒的な多発事例を前にして、眼前の事実を抹殺することはできなかった。ようやく白血病と小児甲状腺ガンに限り、被曝疾患である事実をと認定したのであった。

それに先だって、日本現地調査団(原発安全神話推進集団、チェルノブイリ笹川医療協力プロジェクト、長瀧重信、山下俊一等、参加者延べ310人、渡航回数90回)は笹川財団から35億円(国連出資含め総額50億円)の寄付金を得て1991年から5年間かけて、12万人の子ども(0～10歳)の甲状腺ガン検診を行った。(ただし、この大がかりな検診に対しては、旧ABCC同様の「人体実験」と批判された。)その検診事実から、調査団は事故発生5～10年後の時点において、すでに被曝傷害の実態に接していたことになる。

「大人100人に1～2人が甲状腺がんの可能性がある」

「重汚染地域の子ども20%が甲状腺がんである」

「乳幼児の甲状腺がんは、いかに早く小さな結節を見つけても、がんは周囲のリンパ節にすでに転移していることが多く、早期に適切な診断が必要である」(注3)

にもかかわらず、既述したようにIAEAなどの原子力国際諸機関が事故による被曝認定をするには、事故発生10年後という法外な歳月を空費した。しかも、信じがたいが白血病と小児甲状腺ガン以外の被曝疾患については、現在に至っても、被曝の影響であることを正式に認めていない。

これはおかしい。放射線は、あらゆるガン化遺伝子が無差別に刺激するのである。決して、白血病と甲状腺ガンだけを誘発し、他のガンを誘発しないという事態はありえない。さらに、事故10年以降になると、他の疾患や固形ガンも一定の潜伏期間を経て顕在化する。いかに不条理な横車を押し通し、被曝影響を否定したとしても、事実の隠蔽や意図的歪曲がない限り、その場しのぎの屁理屈はほころびをみせ、矛盾を露呈せざるを得ない。

## (2) 2011年人口統計における死因第1位

チェルノブイリ事故災害に関して放射性セシウムと心臓疾患との関係をいち早く指摘したのはベラルーシの医学者ユーリ・バンダジェフスキー(ゴメリ医科大学初代学長・病理解剖学者)であった。彼は、死因の52.7%が「心臓病」であるという研究結果(注4)をいち早

く発表した。そのためか、事故発生5年後の1991年に別件で逮捕・投獄された。ベラルーシ政府は、このような弾圧を行ってまで、循環器系疾患と被曝影響を結びつける学説を公然と迫害した。

にもかかわらず、循環器系疾患による死因はこれまでの通説をはるかに超えて驚くべき統計を示している。チェルノブイリ事故発生から25年(4半世紀)後のウクライナの死因別人口統計をみると、循環器系疾患による死亡は男女ともに固形ガン死の「5倍」という、圧倒的な数字を示している。ただし、この統計は単年度の人口動態であり、数字としては不十分であるが、その実態を示しておくことにしよう。なお、その前年の2010年度統計もあるがほぼ同じ傾向を示している。他年度についてはいま現地政府に問い合わせ中である。

#### 【2011年のウクライナ死因別人口統計】～循環器系死因:66%。(注5)

◇総人口 4560万人

平均寿命 :全体、71歳、(男66歳/女76歳)

死亡者総数 :66万.4000人

◇死因別死亡者数と死亡率

①循環器系疾患:44万人、(死亡率シェア)男66.3%/女66.6%

(たとえば、日本:2011年、第1位ガン疾患、28.5%、第2位心疾患、15.5%)

②ガン疾患 :8.8万人、(同)男13.4%/女12.7% )

③外因性疾患 : (同) 男6.3%/女6.3%

④消化器疾患 : (同) 男3.8%/女3.8%

⑤呼吸器疾患 : (同) 男2.7%/女2.8%

#### (3) 現地研究者の証言

この他にも次のようなチェルノブイリ現地研究者の証言がある。そこには驚くべきデータである。リクビダートル(作業員)の死因80%が循環器系疾患である。これほどに歪んだ事実が通説にすり替えられてことになる。

「広島に被曝者における循環器疾患の過剰リスクは14%と報告されている。リクビダートルの疾病の26%は循環器疾患であり、24%は消化器疾患である。死亡でみると80%が循環器疾患によるものである。また、汚染地域から避難した人々(引用者注、一般住民か?)の死亡で80%が循環器疾患によるものである。」(注6)

なお、上記証言で引用されている原爆資料のなかの循環器系疾患の「過剰リスク14%」という数字は、福島事故以後に当事者によって訂正された。放影研第14報(2012年)では「36.5%」となっている。また、原爆資料に関しては重要な訂正があるので付記しておく。同じ放影研・疫学部は、これまでの臓器別の「潜伏期間10～30年」説を大幅に訂正した。筆者は下記のような回答を得た。(注7)

「現時点での私たちの理解としては…部位別の過剰発症のはじまる時期についてはあまり言及せずに全体として被曝後10年後くらいから増加がはじまり、現在に続いていると考えています」という。この訂正は、チェルノブイリや福島の小児甲状腺ガンの発症(事故後1～2年)とはかけ離れているが、それに近づく方向の訂正と解釈できる。被曝線量についても何度も訂正されてきた。過去の原爆資料の不備を意味している。

#### (4) 放射線による被曝と病変との因果関係、暴かれたウソ

循環器系疾患をはじめとした「非ガン性疾患」の発症率が高いことは間違いない。とくに、循環器系疾患による死亡率がガン疾患のそれを大幅に上回っているという事態は尋常でない。

チェルノブイリでは、被曝影響のピラミッドの頂点に「循環器系疾患死」があるが、その他にも重要な事実がある。「1件の甲状腺ガンの背後には 1000 件の関連機能障害がある」(注8)などのコメントからわかるように、被曝疾患の背後には広大な裾野が広がっている。しかも、これらの病変は被曝地域だけに現れた特異な事実である。非被曝地域や非汚染地域でみることはできない。

たとえば、チェルノブイリ事故発生後の27年後においても衝撃的な事態が起きている。体育の授業中に心筋梗塞で死亡する生徒が増えているという現地の取材報告がある。(注9) このように、成人病に似た心疾患が青少年に多発することは通常では考えられない。成人の「老化」疾患をふくめて、これらの特異疾患は放射能汚染地域において特異的に発症している。同じ地域内において他に病因が見当たらないという点で、放射線被曝の影響であることは明白である。

いま、被曝被害に関する情報は福島事故を契機にして急速に増大している。

日本国内では事故発生 2～3 年にかけて、地元ウクライナ政府報告、ベラルーシ政府報告、現地研究者による調査研究報告などが、相次いで刊行された。(注10) これはほんの一部に過ぎない。この他、これまでスラブ語系を中心に「3万点の出版物」「数百万の文書／資料」「Google1450 万、Yandex186 万、RAMBLER125 万」(注11)があるという。

これらの調査報告、資料、論文から、チェルノブイリ事故に由来する放射線被曝傷害では「固形ガン疾患」よりも「非ガン性疾患」が多種・多様、早期・長期間にわたって発症しているという新しい事実が全面的かつ具体的に明らかにされている。

この実態解明の主役は現地研究者であった。原子力国際諸機関は脇役ですらない。阻害役を演じたのであった。いまの福島においてもその底なしのような基本的構造は不変である。

チェルノブイリの住民や地元研究者たちは、それらの事実や出来事を総合して、ある重大な結論に到達した。「原爆に関するデータは、最初から偽造され、不完全なものであった。」(注12)というのである。

#### (5) 「原発ファシズム論」

すでにみたように、従来の被曝被害データの主流は、米占領軍の支配下で収集・管理された「原爆資料」であった。この原爆資料に記録された被曝傷害の内容と、チェルノブイリ事故による被曝傷害の実態とは一致しなかった。どちらが正しいかは、自明だろう。ECRR(欧州放射線防護委員会)は「議会制民主主義は正確な情報に接近するうえで役に立たない」(注13)と断言している。ようするに、「素人」である有権者も議員も核権力機構の外に置かれているわけである。軍費用・産業用を問わず、核・原発体制(システム)は、推進派に有利な立法・行政・司法上の論理をもっており、固有・自存の権力機構(国家内国家)を作り上げてきた。逆らうものは合法、非合法のあらゆる手段を行使して排除・圧

殺・屈従させる仕組みをつくってきた。どこの国でも例外でない。東電株主が事故後においても黒字の恩恵を受けているなどは、その奇妙な典型例のひとつである。

彼らは、秘匿、捏造・歪曲情報をくり返し大量に流し続けてきた。人々の批判力を麻痺させ、核の破滅的な危険性を隠蔽し、放射能に対する恐怖心と危機感を消し去るために莫大な人と金をつぎ込んできた。結局、原発推進志向がたどりついた核・原発体制とは、ナチス流の手法を駆使する「全体主義」体制である。そう喝破した人物はタンプリンとゴフマンであった。いまから半世紀前の1970年にその実態をいち早く見抜いたのである。(注14)

そのひとり、ゴフマンは1941年大学院生のときからあのマンハッタン計画に参加した。やがて医学を修め、生物医学部門の専門家としてアメリカの原子力「ローレンス・リバモア一国立研究所副所長」になった。アメリカ原子力委員会は、「大規模開発のための核爆発」や原発による大規模で大量の核反応をめざした。その結果一般公衆が被曝しても「健康や遺伝的安定性に実害なし」という固有の信条(ドグマ)を必要とした。彼らは、その信条確立をゴフマンらに託し、生物学的・医学的に検証させたいと考えた。ところが、ゴフマンらは逆な結論に到達した。放射線影響の生物医学的研究を進めた結果、電離放射能は量り知れない危険を生命体に及ぼすという科学の結論に到達したのであった。その貴重な研究成果を、ゴフマンやタンプリンは、原子力委員会や関連学会、一般公衆に知らせようとした。ところが、米原子力委員会は、ゴフマンらを徹底的に禁圧し、その研究を抹殺し、研究所から追放した。核官僚専制が民主主義(情報公開・民主的議論)を駆逐し、全体主義が勝利したのであった。

それ以来、半世紀が過ぎたことになる。ゴフマンたちの研究とその結果にもとづく放射能汚染への警鐘は完全に無視されてきた。いうまでもなく、スリーマイル島事故やチェルノブイリ事故においても例外はなかった。福島原発事故においても、低線量被曝防護論は黙殺され、長瀧重信(環境省専門家会議座長)をはじめとした100mSv以下無害論が跋扈している。

付記すれば、ゴフマンらの研究成果の白眉は、被曝感受性の年齢依存性を解明したことにある。とくに幼少・若年期の被曝感受性が著しく高いことを解明した。たとえば、被曝時0歳児集団の1mSv被曝リスクは、中年46歳時被曝集団の約30倍である。1~10mSv程度の低線量でも、大集団が被曝すると、ガンが多発が避けられないことを論証した。なお、ICRP・国際放射線防護委員会のいう「一般公衆」の被曝線量限度「年間1mSv」とは、この46歳時被曝集団の被曝リスクを基準にしていることになる。だから、0歳時被曝集団は、「一般公衆」の名のもとで、その30倍(10歳時被曝集団は21倍)も高い基準を強いられていることになる。老若男女を含む「一般公衆」という概念自体が、被曝許容限度に関する「被曝リスク基準」の対象にはなり得ないことを意味している。(解説は別稿予定)

原子力の「平和利用」という耳障りのよいイメージと、原発安全神話が作り上げた幻想は、チェルノブイリ事故に至るまでは、左右のイデオロギーに関わりなく広範に信奉されていた。ところが、先にふれたように今回の福島事故を直接契機にしてその虚構は音をたてて崩壊した。安全神話の破綻を取りつくろうために「被曝安心神話」がでっち上げられることになった。その新たな神話再構築においては、数え切れないほどの欺瞞が露見したの

であった。事故隠し、統計や資料の隠蔽、改ざん、線量測定のリボタージュ、資料の後出し、偽装工作、情報操作など文字通り枚挙にいとまがない。

このような大がかりな仮構のなかから、いまようやく被曝災害の全体像が解明されることになり、チェルノブイリ事故災害の経験的事実を経て「被曝傷害の真実」を取り出すことができるようになった。循環器系疾患や呼吸器系疾患などの「非固形ガン性疾患」の多発は、その一部である。

## 第2部

### (1) 早期の放射線被曝疾患

『科学』9月号の論考、「漫画〈美味しんぼ〉問題を考える」は、「鼻血や疲労感が事故とは無関係である」という原発推進派の主張を明快に批判している。白石論文はその前書きで「低線量被ばく下における被ばくと『鼻血』をめぐる議論を整理し、政府の過剰反応の意味を考えた」と記している。ここで論文筆者がいう「過剰反応」とは、原発推進派による「鼻血と事故は無関係」「県民の心を傷つけるもの」「風評被害を助長する」などを口実にした被曝傷害の否定や隠蔽、根拠なき居直りキャンペーンなどの異常な反応を指している。

白石論文はこのような事態に対して、低線量被曝をめぐる過去から現在に至るまでの議論の経過を具体的に検討しながら、「政府はなぜ『鼻血』を認めないのか」と迫っている。そして、政府が行政権にもとづく検証と資料の収集の意志を持たず、実施もしていないことを批判し、実施の必要性を指摘している。

この点に関連して、次のような証言記録が参考になるだろう。これは福島事故直後から1年以内にわたって集めた証言である。町田市民グループ(子どもと未来をつなぐ会)は、事故直後から2012年2月末まで首都圏120件の「体調不良症例」を収集した。この市民グループが作成した資料は、2012年2月29日東京都町田市議会に対して提出した請願署名8686人分のなかの証言資料である。聞き取り調査を中心に、「口コミ」「ネット」などによって体調不良の症例を集めた。

◇ 調査資料の全平均年齢＝約11歳、子供世代(19歳以下)が72人(60%)、20歳以上＝38人(31%)、年齢不詳10人(8%)。複数の症状も含んでいる。調査対象は町田市(48.3%)、他は首都圏。

鼻血・両穴の出血が特徴(32例、27%)、倦怠感・頭痛・めまい(20例、17%)、セキ・痰(19例、16%)、口内炎(17例、14%)、下痢(13例、11%)、流産(5例)、複合的な症例:爪の剥離、嘔吐、血便、アトピー・アレルギー悪化、突然死。

◇ この首都圏における発症の事例は、次の2つの測定項目と関連付けることができる。それは原子力規制庁による去る2014年9月5日の(後出し)報告書(注15)と、環境省平成24年度事業「事故初期のヨウ素等短半減期による内部被ばくの放射線量評価調査」(注16)である。それによると、原子炉建屋の水素爆発直後に放出された高濃度放射性物質を含む放射能雲(プルーム)は東日本全域を通過し、沈着し、ホットス

ポットをつくり出した。この2つの資料による拡散・沈着は、おおよそ以下の通りである。先の首都圏の初期被曝資料との関連では20～21日に飛来したことになる。

3月12日：南相馬、女川。

3月15日：いわき市、茨城県北部、関東中西部。

3月16日：茨城付近、群馬県、栃木県、福島中通り、関東平野内陸部・南東部沿岸。

3月20日：宮城県北部、岩手県南部、関東東部沿岸・中部。(首都圏拡散か)

3月21日：茨城県南部、千葉県北西部、東京湾北東沿岸、南下。(都心部拡散か)

このうちの3月20日、21日の放射能雲の通過・沈着は「東京都健康安全研究センター」が事故直後に都心(東京都新宿区百人町)で測定した、初期放射性物質降下量の記録とも関連している。(注17)事故の初期に降り注いだ短半減期核種・放射性ヨウ素131の放射エネルギーは、セシウム137、セシウム134のそれを大きく上回っていた。測定場所は新宿区東大久保駅近くであり、東京湾付近ではない。(単位、 $Bq/m^2$ )

	ヨウ素131	放射性セシウム合計	対セシウム合計線量比
3月19日	40	不検出	
3月20日	2万9000	1110	26倍
3月21日	3万2000	16000	2倍
3月22日	3万6000	660	54.5倍
3月23日	1万3000	290	44.8倍
4月1日	不検出	24	

このようにヨウ素131、テルル129、キセノン133など短半減期の核種は、事故発生直後の数日間に首都圏を含めて広範囲に降り注いだ。たとえば、東京都立産業技術研究センターの「報告書」(注18)によると、放射性ヨウ素などの放射性核種12種類の「累積吸入摂取量 $Bq$ 」(成人)は、世田谷区深沢地区で「3600 $Bq$ 」であり、これは3月に集中している。それ以後の被曝は主に放射性セシウムによるものと思われる。

◇ 事故初期の被曝疾患に関する資料もある。福島県双葉町(前町長井戸川克隆、協力岡山大津田俊秀)では、2012年11月住民3800人と、他県地域を対照にした疫学調査を行い、鼻血や体調不良の発症を確認している。(注19)

◇ 次のようなチェルノブイリ現地研究者の資料も参考になる。

「チェルノブイリ由来の放射性降下物に汚染された地域ではどこでも、呼吸器系疾患の罹患率が著しく上昇した。鼻腔、咽頭、気管、気管支、肺など呼吸器系の疾患はもっとも早期に現れた被曝の影響の一つであり、鼻血やのどのむずかゆさから肺がんまで多岐にわたる。…大惨事に続く数日間の、成人の口や喉や気管における呼吸器系の問題は基本的にエアロゾル状(煙霧状)の放射性核種と関連があった。」(注20)

◇ 広河隆一ブログによると、チェルノブイリでも2万5000人のアンケート調査で5分の1

が鼻血を経験している。

- ◇ 米原子力空母ロナルド・レーガン兵士の40%もの大量被曝疾患も発現疾病は類似している。

## (2) 被曝傷害の結果から、病気の原因(病因)を検証する

以上のような資料、記録、調査報告などがもつ意味を考えてみたい。

これら事故発生初期に発症した特異な病変の発症は、事故発生直後に集中している。いずれも事故以前には存在しなかった。また、福島事故発生以後3年7ヶ月過ぎた現時点においても発症が確認されていない。また、放射能非汚染地域では、初期の被曝疾患は、事故以前・以後ともに確認されていない。先のような特異な病変が発症した地域は、事故直後の多量な高濃度放射線を線源として、それを含んだ放射能雲が通過・沈着した地域に限られている、といえるかも知れない。そのことから推定すると、事故初期における被曝疾患の発症事実が浮き彫りになる。

また、人口密度が高ければ被曝線量の高さに応じて、集団被曝線量(人口×被曝線量)が高くなる。さらに、チェルノブイリにおいてはその集団被曝線量に比例するかのようになり、被曝時の年齢(年齢別の被曝感受性)、屋外の活動量、放射能雲吸入量に応じて子どもや大人を問わず、さまざまな種類の被曝疾患が時間の経過とともに右肩上がりに発症している。これらの多様、大量の被曝疾患の発生は、どこまでも被曝の結果である。

ところが、環境省専門家会議長瀧重信らは、福島被曝線量はチェルノブイリと比べて「はるかに小さい」として、被曝傷害と事故との関係を否定、ないし過小評価している。

だが、彼らの評価は間違っている。実際、諸条件の違いを抜きにして数字上でみると、小児甲状腺の発症率は僅差である。事故発生10年後のチェルノブイリ小児甲状腺ガン発症率と、2年後の福島の発症率を比べてみると、事態は明白である。

チェルノブイリ「0.05%」(母数12万人、事故10年後、被曝時年齢:0~10歳)

福島「浜通り」「0.04%」(0.039%、母数14万人、2年後、被曝時年齢:0~18歳)

この事実からひとつの仮説が成り立つ。<福島被曝線量は大きい>。だが、この仮説を事故双方の被曝線量から確かめることは不可能である。事故発生初期に大量に放出されたはずの放射性ヨウ素など短半減期の核種は、双方の事故においてもまともに計測されていないからである。この事実に関連してチェルノブイリ現地の研究者たちは次の点を強調している。

「原子力産業と関わりのある専門家は、チェルノブイリの放射線に関して統計的に確かな証拠はないと宣言している」「放射線量は最初の数日間、まったく測定が行われなかった」「事故直後の1年間、被曝線量は適切に測定されていなかった」(注21)。

同じように、福島事故においても事故直後の測定体制は<不備>の一語に尽きる。これまで、政府は誤った論法に則り、初期放射線量の測定をサボり、線量を隠蔽・歪曲して、必死に「低線量被曝」の粉飾をしてきた。作為性の有無は確証がないとはいえ、おそらく、

不十分さの分だけ被曝被害からの免責を試みたのかも知れない。

たとえば、国会事故調報告書によると、文科省や福島県は事故直後 13 日間にわたってスピーディの資料を隠した。また、3 月 14 日以降の移動モニターカーによる半径 30km 圏内の測定を「危険だから」という理由で半ば一方的に中止させた。(注22)その作為性を裏付ける証拠は見当たらないはいえ、事故発生初期の被曝線量を測定しない理由は、放射能排出の責任を逃れるための意図的なサボタージュにあったと考える方が、はるかに妥当だろう。これはチェルノブイリ事故において、旧ソ連当局から学んだ悪知恵でもあった。

しかし、彼らの策略はもともと破綻している。文科省や環境省の原子力官僚や御用専門家がいくら線量測定をサボり、測定結果を隠蔽したとしても、現実には被曝すれば、被曝傷害が生じる。放射線を被曝した生体細胞やDNA 自体が被曝線量をしっかり「記録」しているからである。そこからさまざまな被曝の徴候が現われる。そこでは、ごまかしも値切りも成立しない。被曝症候群自体が被曝の動かぬ証拠となる。

いわば、非日常的な病変の発生そのものが被曝事実の証しである。発症をもたらすに十分な被曝線量の証拠である。その意味で、先の白石論文のなかに記載されている事実の報告、町田市の証言資料、双葉町の検診資料など発症事実を明確に裏付けている。

このような資料に対して、政府、原子力官僚、御用専門家たちは、「偽りである」「事故とは無関係である」「何ら根拠がない」として、被曝認定を拒否している。正当な論理で反論できないとみるや、最後にはその存在自体を抹殺しようとする。だが、その試みはすでに述べたように、理論的には破綻している。被曝傷害と被曝線量との比例関係は長年にわたる研究によって論証されている。やがて生じる長期的な被曝傷害の発現から被曝線量を逆算することも可能である。邪悪な意図が初期被曝傷害の立証を阻んでいるだけである。その初期疾患が一過性のものか、その後どのような経過をたどるのかを確かめるべきであり、検証が求められている。

### (3) 非固形ガン性疾患の多発

広島・長崎の「原爆資料」は、これまで長い間、権威ある資料とされてきた。その原爆資料は、放射線被曝による最も深刻な傷害は「固形ガン疾患」であるという考え方を定着させた。それ以外の「非固形ガン性疾患」は、多くの場合は否定し、過小評価し、長いあいだ闇に葬ってきた。だが、少なくとも、チェルノブイリ事故災害の実態が明らかになるにつれて、新たに重大な被曝疾患の存在が立証された。第 I 部でみたように、その筆頭は被曝がもたらす「循環器系疾患」(心疾患、脳梗塞など)であることが判明した。また、急性・亜急性の被曝症候群の存在も明らかになった。福島事故発生直後から翌年にかけて突発した、あの鼻血、倦怠感、突然死、下痢、咳などもある。これらの病変には疑いなく共通点がある。

- ① 放射線被曝したと思われる人だけにみられる病変であること。
- ② 被曝しなかった人には生じていないこと。
- ③ 事故発生以前にはこのような集団的な発症例はなかったこと。
- ④ 事故以後でも、高汚染地域以外では発症はないこと。

これらの病変は循環器系疾患や呼吸器系疾患の急増を含めて、被曝した人にもみ特異的に発現し、被曝しなかったと思われる人には決して現れない。だから、これらの病変はいずれも放射線被曝に起因するものと判定してよい。それ以外には、この特異な変化を整合的に説明できる病因は存在しない。もし、これらの特異的な発症に対して、被曝の影響を認めないとすると、ひたすら「原因不明」で逃げるしかない。

とはいうものの、①～④の状況証拠から原因は必ず露見する。天網恢々(てんもうかい、悪事には天罰が下る)というべきか、ごまかしは所詮露見するほかない。

すでにみたように、福島事故に際して日本政府やそのお抱え御用専門家たちは、国際原子力御用機関と共謀して、放射線による被曝疾患は小児甲状腺ガンだけしかないかのように装っている。しかも、安定ヨウ素剤の服用対象年齢を世界共通に40歳未満と定めおきながら、福島事故における成人甲状腺疾患に関しては沈黙し、小児甲状腺疾患の検診を福島県内に限定した。その他の被曝疾患についてもすべて影響の認定を拒否し、被曝による傷害を闇に葬り去ろうとしている。

だが、歴史を振り返ってみるとある種の教訓的事実が浮かび上がってくる。過去のすべての公害・薬害事件では、例外なく、加害者側は免責のために傷害の事実を否定し、隠蔽しようとした。さらに、行政は公衆衛生上の立証責任や認定責任を負わず、こともあろうに因果関係の立証を被害者側に押しつけてきた。しかし、最終的には発病という結果は毒物摂取によるものであるという原因を、すべて疫学的に立証したのである。

原発事故においても、さまざまな被曝疾患の事実が、被曝したという事実を裏付けている。これらの病変の原因を被曝以外に求めることはできない。にもかかわらず、いまでも被曝の影響を否定し続けている。今回も、政府、御用学者は短期・集中的に発症した被曝事実を黙殺している。専門家を総動員して<科学>の名において「影響はない」と強弁している。しかし、すべての公害事件において強弁は例外なく全破綻したわけである。因果関係の<否定>を立証することはできなかった。そもそも<否定の論理>ははじめから成立していないからである。

「学者たちは『因果関係は学問的に証明されていない』と偉そうにいうものの、『では、因果関係が〈ない〉ことを証明してください』と言いつつ、たちまち言葉につまってしまうのである」(津田敏秀)。(注23)

### 第3部

#### ◇公職追放されるべき山下俊一

『紙の爆弾』10月号「被曝対策を止めた御用学者 山下俊一 公職追放すべき理由」(本稿筆者も参加)についていえば、以下のような痛恨の教訓が出発点となっている。「甲状腺がんに関するウクライナの失敗とは、事故直後に安定ヨウ素剤を配付することができなかったことであった。これが最大の失敗であった」(ウクライナ放医研センター)(注24)。

事故直後に「緊急迅速放射能影響予測ネットワークシステム」(スピーディ)の情報を直接受け取ったのは内堀副知事であった。それを握りつぶして、風下の住民を長い間、大量の高濃度放射線被曝にさらしたのは知事以下県当局であった。その県アドバイザーに

着任したのが御用専門家山下俊一である。彼は国の安定ヨウ素剤服用マニュアル作成の責任者でもあった。そのマニュアルには「甲状腺被曝 100mSv が予想されるときに服用指示」とあるらしい(引用はいくつもあるが、原文が見つからない。複数省庁問い合わせも不発)。

下記にみるように、じつは彼は、チェルノブイリの教訓や被曝被害の事実を十分過ぎるほど知っていた。にもかかわらず、福島県民の安定ヨウ素剤服用の妨害に専念し、福島県民 99%を放射性ヨウ素による甲状腺被曝の危機にさらした。チェルノブイリ事故災害における「最大の失敗」に続く今回の福島の大失敗は、もはや単なる過失ではなく、「未必の故意」である。安定ヨウ素剤を服用しなければ、必ず放射性ヨウ素の被曝をうける。

- ① 事故発生直後において、安定ヨウ素剤の配布・服用は、ヨウ素 131 による甲状腺被曝を防ぐための重要な「緊急避難措置」であった。
- ② 原発事故に備えて、国・県は、服用マニュアルと行政責任を定めた法律を整備し、すみやかに事前の薬剤配備と配布、服用を指示し、実施する重大責任があった。
- ③ 山下俊一はマニュアル作成に責任者であった。服用の緊急性・有効性・必要性を熟知していた。にもかかわらず、なぜ服用阻止に狂奔したのか。その責任が問われるべきである。

佐藤雄平県知事、内堀雅雄副知事、山下俊一アドバイザーによる被曝防護に係わる破滅的な所業は、無知や過失ではない。故意の不作为・行政権の悪用である。この点で、公人として着任した山下俊一の責任を厳しく追及する必要がある。最終的には行政上の責任、政府、県(首相、原子力官僚、知事)にある。

なお、山下俊一が安定ヨウ素剤服用の重要性を誰よりも知っていたことは、以下の引用でも明らかになる。この引用は福島第1原発事故2年前の講演録である。(注25)

この内容に関していえば、講演録以前にチェルノブイリの教訓として学び、知っておくべきであった。また、原発を設置する大前提として行政や住民の誰もが知っておくべき常識的で、しかも重要な予備知識であった。

この放射性ヨウ素による甲状腺被曝予防策について無知であり、そのような政治・行政を許してしまったがために、次世代に対して取り返しがつかない負の遺産を押しつけてしまった。いま、あらためて安定ヨウ素剤服用の重要性について、痛恨の自責を込めて強調しておきたい。知らなかった人にはもちろん、知っていた人にも再確認の意味を込めて、この知識を広く共有して欲しい。全ヨーロッパ規模で甲状腺の被曝が生じたなかで、ポーランドでは 1750 万人の子どもや大人が安定ヨウ素剤を服用し、甲状腺ガン発症ゼロを記録した。ポーランド国境は、チェルノブイリから 500km 離れている。それでも、きちんと服用し、被曝傷害を防いだ。防護の知識と実践が何千万人もの命と健康を救った。

(協力:河宮信郎)

補足／以下は山下俊一講演の引用である。(抜粋、要約は筆者)

◇自分の目を疑った。チェルノブイリ事故5年後、徐々に甲状腺がんの数が増えた。大人では結節をさわると100人に1人か2人、子どもの場合は約20%がガンであった。世界

- では100万人に1人の頻度であるが、この地域では1万人に1人であった。
- ◇超音波で甲状腺結節を見つけると、1センチ以下、数ミリの結節が見つかった。大人と異なり、小児甲状腺がんの約4割は、小さい段階で見つけてもすでに局所のリンパ節に転移があった。最も汚染された国ベラルーシでは、0～14歳の子供は1995年にピークを迎えた。15～19歳、20～24歳の年齢群の甲状腺がんが増えた。
  - ◇ポーランドにも、同じような放射性降下物が降り注いだ。環境モニタリングの成果を生かし、あらかじめ安定ヨウ素剤をすばやく飲ませたために、小児甲状腺がんの発症はゼロであった。安定ヨウ素剤の服用は甲状腺を放射性ヨウ素からブロックしてくれる。
  - ◇どうしてか？原発の事故が起こると、環境中に放出される放射性物質のプルームの大半は放射性ヨウ素で、それをいち早く無機ヨウ素剤を投与して甲状腺の被ばくをブロックし、発がんリスクを予防できる。この防護措置を受けずに被ばくした子供達は生涯続く甲状腺の発がんリスクをもつことも明らかになった。チェルノブイリ原発事故後、甲状腺がんの遺伝子変異の特徴が明らかにされつつある。小児甲状腺がんのほとんどは、染色体が二重鎖切断された後、異常な修復で起こる再配列がん遺伝子が原因だということがわかった。
  - ◇広島・長崎のデータでは、低線量率でも、高線量率でも発がんリスクがある。一定の潜伏期、線量依存性、年齢依存性を通してがんリスクが高まることが判明した。主に20歳未満で過剰な放射線を被ばくすると、10～100mSv間の線量でも発がんリスクを否定できない。

## 注、文献目録

- (注1) 国際チェルノブイリ・プロジェクト『放射線学的影響の評価および防護手段の効用評価・総説』IAEA国際諮問委員会報告、ウィーン、1991年。引用：ミハイル・マリコ「国際原子力共同体の危機」、出典：『チェルノブイリ事故による放射能災害』p.25、国際共同研究報告書、今中哲二編。
- (注2) 同上、ミハイル・マリコ論文 p.23。
- (注3) 山下俊一「放射線の光と影」(第22回日本臨床医内科学会特別講演)、『日本臨床内科医学会誌』第23巻第5号、2009年3月、p.532～p.544。  
<<http://www16.atwiki.jp/pipopipo555jp/pages/3102.html>>。  
山下俊一、柴田義貞、星正治、藤村欣吾ほか「チェルノブイリ原発事故の検診成績、II」『放射線科学』Vol42、1999、p.338、  
<<http://nippon.zaidan.info/seikabutsu/1999/00198/contents/009.htm>>
- (注4) 引用：三原翠「放射線リスクに関する基礎的情報の解説」(第1版)p.27、  
<<http://m-epoch.com/index.html>>
- (注5) ウクライナ人口動態死因別統計  
<<http://database.ukrcensus.gov.ua/pxweb2007/eng/press/2011/p201112.asp>>
- (注6) 文科省委託研究『チェルノブイリ事故の健康影響に関する調査報告書』(平成24年度調査・評価委員会委員長 長瀧重信)ら11人、p.362、委託研究費5200万、A4版、全408ページ、日本エヌ・ユー・エス(株)、2013年3月、国立国会図書館、請求番号(SC781-L41)。

- (注7) 放影研疫学部(部長小笹晃太郎)から、固形ガン潜伏期間について本稿筆者が受け取った「現時点での私たちの理解」(放影研広報室回答)、2013年8月22日。
- (注8) アレクセイ・V・ヤブロコフ、ヴァシリー・B・ネステレンコ、アレクセイ・V・ネステレンコ、ナタリア・E・ブレオブラジェンスキー『チェルノブイリ被害の全貌』第5章 p.49、岩波書店、2013年。
- (注9) Our Planet 『10日間のウクライナ取材を終えて』。  
<<http://socialjustice.jp/p/2014/01/page/3/>>。
- (注10) ①『ウクライナ政府報告書チェルノブイリ事故から25年』(2011年、NET掲載)。  
②『ベラルーシ政府報告書』(2012年、邦訳:産学社、2013年)、  
③アレクセイ・V・ヤブロコフ、ヴァシリー・B・ネステレンコ、アレクセイ・V・ネステレンコ、ナタリア・E・ブレオブラジェンスカヤ『チェルノブイリ被害の全貌』邦訳:岩波書店、2013年。
- (注11) 『チェルノブイリ被害の全貌』(はじめに)p.xi。
- (注12) 出典:『衆議院チェルノブイリ原子力発電所事故等調査議員団報告書』平成23年12月に添付、p.99。同:オリハ・V・ホリシュナ『チェルノブイリの長い影』新泉社版、p.77。
- (注13) ECRR「2010年勧告」第4章 P.38、発行「美浜・大阪・高浜原発に反対する大阪の会」
- (注14) [A・タンプリン&J・W・ゴフマン『Population Control through Nuclear Pollution』Nelson-Hall Co. (1970)11章]
- (注15) 2014年9月6日『朝日新聞』。
- (注16) 環境省HP。
- (注17) 東京都健康安全研究センター「都内の降下物放射能の調査結果」。  
<[http://monitoring.tokyo-eiken.go.jp/monitoring/f-past\\_data.html](http://monitoring.tokyo-eiken.go.jp/monitoring/f-past_data.html)>。
- (注18) 東京都立産業技術研究センター「東京電力福島第一原子力発電所事故に係わる大気浮遊塵中放射性物質調査報告書」平成23年3月、p.13。
- (注19) 調査チーム:岡山大津田俊秀他) 特集:『紙の爆弾』8月号、「無視された公式疫学調査が示す被曝の現実」)。
- (注20) 『被害の全貌』p.88『被害の全貌』p.88。
- (注21) 同上、序論p.zv、p.31他。
- (注22) NHK証言記録福島県三春町～ヨウ素剤・決断に至4日間(2012年9月30日)。
- (注23) 津田敏秀著『医学者は公害事件で何をしてきたのか』、岩波新書、p.51。
- (注24) 前出(注6)文科省委託研究報告書 p.363。
- (注25) 上記(注3)山下俊一「放射線の光と影」、p.532～p.544。

(初出「ちきゅう座」投稿、2014年10月18日)