

「東京電力福島第一原子力発電所事故に伴う住民の健康管理のあり方に関する
専門家会議」（「専門家会議」）による中間取りまとめの問題点

目次

I. はじめに：専門家会議の委員の問題、議論の進め方

II. 「中間取りまとめ」の具体的問題点

1. 「基本的な考え方」では UNSCEAR2010 年報告、ICRP2007 年勧告の内容を意図的に曲解し、100mSv 以下のリスク評価を行っている
2. 現在、福島県県民健康調査において明らかになってきている事象、とりわけ甲状腺がんについての疫学的な分析や、個々の症例についての分析・考察が行われていない
3. 福島県で行われている甲状腺検査について、「疫学追跡調査」へ見直すよう提言。個人々の健康管理が蔑ろにされた
4. 「専門家会議」では、実態を検討せず、一般論に基づき「偽陽性」「過剰診断」の議論が繰り返された
5. 放射線による健康影響について、甲状腺がん以外のがんや、非がん疾患について検討していない
6. 福島県内外で被ばく量を比較することは非科学的である。県外の被ばく量は低いとして、県外における健診を切り捨てることは認められない
7. 甲状腺の初期被ばく線量評価は、プルームや短半減期核種のデータが限られていることを前提とすべきである。「中間取りまとめ」では、甲状腺スクリーニング 1080 人のデータが非常に不確かなのにもかかわらずそれを採用している。
8. 国際機関の評価として、WHO と UNSCEAR のみに依拠しているが、内容に関する検証を行っていないばかりか、原典に書いていないことが引用されていたり、恣意的に引用されたりしている。また、WHO と UNSCEAR における警告的な部分を十分踏まえていない
9. 福島原発事故における発がんリスクを「統計的な有意差を検出することは困難」とし、低線量被ばくにおける発がんリスクの有意性を示す多くの論文を無視している
10. 会議に招聘した外部専門家の意見を検討していない
11. 被害当事者の聞き取りをしておらず、そのニーズを踏まえていない
12. 被爆者援護法による総合的な保健・医療・福祉政策を手本にすべきである
13. 中間取りまとめは、あくまで「中間」であり、最終報告書ではないにもかかわらず、なぜそれに基づいた施策（案）が出されるのか

III. 終わりに：事故の被害拡大の責任および「一定の線量」を策定しなかった行政不作為

別紙 1：深刻な甲状腺がんの症例

別紙 2：UNSCEAR による福島県および近隣県の自治体ごとの 1 歳児甲状腺吸収線量の評価

別紙 3：県境を超える放射性物質の広がり

別紙 4：項目 9 に関わる、「専門家会議」が無視している外部識者の主なる意見

別紙 5：原爆被爆者の保健・医療のための施策・制度

別紙 6：原爆被爆者とチェルノブイリ事故被災者（ウクライナ）の支援対象疾病

別紙 7：被ばくに関わる健康管理対策の概略的な比較

I. はじめに：専門家会議の委員の問題、議論の進め方

環境省「東京電力福島第一原子力発電所事故に伴う住民の健康管理のあり方に関する専門家会議」（以下「専門家会議」 座長：長瀧重信長崎大名誉教授）は、「東京電力原子力事故により被災した子どもをはじめとする住民等の生活を守り支えるための被災者の生活支援等に関する施策の推進に関する法律」（以下、「子ども・被災者支援法」）に基づき、同法十三条に定められた一定の線量以上の地域の住民の健診の実施や医療について、国の施策を検討するために設置された。中でも期待されたのは、福島県外での健診である。また福島県内外問わず、健診項目の再検討が期待された。開催要項にも「福島近隣県を含めて、国として健康管理の現状と課題を把握し、そのあり方を医学的な見地から専門的に検討することが必要がある」とある。

しかし内容以前に、専門家会議委員の選定、会議の進行には以下のように多くの問題があった。

- 会議構成委員の不適合性：委員の中には電力事業連合会から旅費等の補助を受けていた委員がいる¹。また、放射線審議会長、原子力安全委員会の部会メンバーや緊急事態応急対策調査員など、ヨウ素剤が摂取されなかったことやSPEEDIが活用されなかったことに関して、責任があった委員もいる。加害者の側である彼等が事故の被害者である住民の健康影響を評価したり健康管理のあり方を審議することは、利益相反に該当し、不適切である。
- 不十分なデータの「妥当性」を論じることに時間を費やし、肝心の健診や医療のあり方についてはほとんど議論がなかった
- 住民からの意見聴取もなく、関東のホットスポット地域の自治体首長から提出された意見書についても検討の機会はなかった。また、それらの意見が資料として配布されることもなかった。
- 座長の強引な進行が目立ち、座長の意見に反する立場の発言を封じるような行為が少なくなかった。

さらに、福島県県民健康調査において、小児甲状腺がんの多発という点でも、転移を含む症状の深刻さという点でも、2巡目の検査で1巡目では見つからなかったがんが4例見つかるという点でも、実に深刻な結果が出ているのに、これについて分析・検討することなく、2巡目の4例が公表される前に「中間取りまとめ」の発表を行い、事実上会議を終わらせたことも問題である。

会議を経て作成された「中間取りまとめ」及び、「中間取りまとめを踏まえた環境省における当面の施策の方向性（案）」については、以下の問題が指摘される。

- 会議で簡単に報告を受けただけの「UNSCEAR 報告」の恣意的な引用を主たる根拠に、福島原発事故の放射線による影響は識別できないとし、健診の必要性を否定した。低線量被ばくに関する有用な知見を無視し、外部専門家の意見聴取についても一切反映せず、結論ありきであった。
- 甲状腺検査の「過剰診断」論について、福島県県民健康調査の実態に即した反論があったにもかかわらず、「中間取りまとめ」でほぼそのまま採用し、健診のデメリットばかりを強調した。
- 「中間取りまとめ」は、健診の拡大につながる意見については、「という意見があった」という文言を付けて扱いを低くし、「施策の方向性」では完全に無視した。
- 健診の方針については、福島県県民健康調査における甲状腺検査に限定した。その甲状腺検査についても、「甲状腺検査の充実」と表現しているが、疫学的追跡調査に限定するとして

¹ 国会事故調査委員会報告書5. 2. 3参照

おり、実際には縮小される可能性がある。

- ▶ 小児甲状腺がん以外の疾患については、全国がん登録やデータベースの活用により罹患動向を把握するというだけで、国としては健診を行わない方針である。焦点の福島近隣県については、甲状腺検査を含めて何もしないというものとなった。

このような議論の進め方により、個々人の健康管理という本来の目的は忘れられ、被ばくによって健康に不安を抱える住民の健康や心情を無視した、一部の研究者のための「提言」としか思えない結論となった。

以上のことから、この「中間取りまとめ」を、原発事故に伴う住民の健康管理施策の根拠にするべきではなく、環境省は施策の全面的な見直しを急ぐべきである。私たちは、広島・長崎の原爆やチェルノブイリ原発事故等の悲惨な経験と教訓を踏まえた数多くの研究、現在の福島県県民管理調査で明らかになってきた状況の分析、被害当事者の声の聞き取り等を通じて、原発事故子ども・被災者支援法の理念を実現するための施策の実施を改めて求める。

II. 「中間取りまとめ」の具体的問題点

環境省「専門家会議」の中間取りまとめには、具体的には以下の問題がある。

1. 「基本的な考え方」では UNSCEAR2010 年報告、ICRP2007 年勧告の内容を曲解して、100mSv 以下のリスク評価について記述している。

中間取りまとめの「基本的考え方」では、低線量被ばくの影響を「統計的変動に隠れてしまう」とし、あたかも少ないかのような記述となっている。しかし、これは国際機関の文献の誤訳に基づくものである。たとえば、p.4において、以下のような記述がある。

「それ（100 から 200mGy）より低い被ばく線量では、放射線によってがんの発症が増加したとしても、他の要因による発がんの統計的変動に隠れてしまうために放射線による発がんリスクの増加を疫学的に証明することは難しいとされている[6]。」

引用文献[6]は UNSCEAR 2010 年報告であるがその該当箇所をみると以下のように記述されている。

Statistically significant elevations in risk are observed at doses of 100 to 200 mGy and above. **Epidemiological studies alone** are unlikely to be able to identify significant elevations in risk much below these levels. It is a complex process to extract from all informative studies an overall estimate of the lifetime risk of cancer induction from radiation exposure.

「疫学調査のみではこれらの線量（100 から 200mGy）以下における統計的に有意なリスクの上昇は同定しにくい。数ある全ての研究から放射線被ばくによる発がんの生涯リスクを推測するのは複雑な手順である。」（下線は筆者）

すなわち、UNSCEAR では疫学調査のみでは低線量のリスクが同定できないとしているのであって、この記述の後の部分において、放射線基礎研究成果の紹介がなされているのである。「中間取りまとめ」ではその部分を省略した上に、「統計的変動に隠れてしまう」と恣意的な翻訳をしている。

また、しきい値なし直線（LNT）モデルの採用理由に関しても虚偽がある。

中間取りまとめの「基本的考え方」においては、「100mSv を下回る低線量被ばくによって発が

んのリスクが増加するという明白なエビデンスは得られていないが、ICRP は放射線防護の観点から LNT (linear non threshold) モデルを採用している」として、あたかも ICRP が安全側にたつて LNT を採用しているかのような書き方であるが、これは誤りである。

ICRP2007 年報告の 32 項に於いて LNT モデルを採用した理由を a) 放射線量評価のための人の解剖学的及び生理学的な標準モデル、b) 分子及び細胞レベルでの研究、c) 動物実験を用いた研究、d) 疫学的研究の利用に基づいていると説明している。

また、「100mSv を下回る低線量被ばくによって発がんのリスクが増加するという明白なエビデンスは得られていない」については誤りであり、近年多くの有力な研究論文²が低線量被ばくにおける発がんリスクの増大を示している。これについての詳細は本稿「9.」で述べる。環境省の「中間取りまとめ」ではこれらの研究論文を理由を示さずに無視している。

2. 現在、福島県県民健康調査において明らかになってきている事象、とりわけ甲状腺がんについての疫学的な分析や、個々の症例についての分析・考察が行われていない。

福島県立医大では手術 85 例中に低分化がん 3 例、肺転移 2 例、およびリンパ節浸潤あるいはがんの大きさ 1cm 以上のものが 7 割を占めるという悪性度の高い症例がほとんどであったことが明らかになっている³。同様の指摘は「専門家会議」第 9 回の外部有識者である宮内氏からも述べられている。にもかかわらず、この実態を議論すらしていない。また、アメリカ疾病予防センターが公表しているように、小児甲状腺がんでは潜伏期最短 1 年⁴という新しい知見についても検討すらしてこなかった。

12 月 25 日に開催された第 17 回福島県県民健康調査委員会において、1 巡目の検査で「異常なし」とされた子ども 4 人が、今年 4 月から始まった 2 巡目の検査で甲状腺がんの疑いと診断されたことは重要な問題である。鈴木眞一福島県立医大教授は、1 巡目の見落としを強く否定してい

² 放射線影響研究所、LSS 第 14 報 (RADIATION RESEARCH 177, 229-243, 2012)、

Cardis 15ヶ国 60 万人の原子力労働者を対象とした調査 (British Medical Journal, vol.331, July 2005)、

Mathews らが行ったオーストラリアの CT スキャン検査 (British Medical Journal vol.346, no.f2360, 2013) は、全ての固形がんによる過剰相対リスクは低線量でも線量に比例して直線的に増加することを示している。

E.Cardis らの 15ヶ国 60 万人の原子力労働者を対象とした調査で、年平均 2 ミリシーベルトの被ばくをした原子力労働者にガンによる死亡率が高いことが判明している; Mathews らが行ったオーストラリアの CT スキャン検査 (典型的には 5~50mGy) を受けた若年患者約 68 万人の追跡調査の結果、白血病、脳腫瘍、甲状腺がんなどさまざまな部位のがんが増加し、すべてのがんについて、発生率が 1.24 倍増加したと報告されている; イギリスで行われた自然放射線レベルの被ばくを検討した症例対照研究の結果、累積被ばくガンマ線量が増加するにつれて、白血病の相対リスクが増加し、5mGy を超えると統計的にも有意になること、白血病を除いたがんでも、10mGy を超えるとリスク上昇がみられることが明らかになった。

Fuzik および山下俊一らは、チェルノブイリ事故による放射性ヨウ素の甲状腺推定平均被ばく量をウクライナ全国の州にあてはめ、高被ばく (35mGy 超) の 6 地域と、低被ばく (35mGy 以下) の 22 地域における甲状腺がんの発生率を比較した。その結果、低被ばく地域二比高被ばく地域で発生率の傾向に有意な差があることが示された。

もっとも急激に増加したのは高被ばく地域の若年齢 (0-19 歳) グループであった。のみならず、40 歳以上の年齢層でもその傾向が示された。こうした研究結果を受けて、3.11 後の原子力安全委員会では、原子力事故時のヨウ素剤投与対象者を従前の「40 歳未満の者」から原則的に「全員」と変更したという経緯がある。(Radiation & Environmental Physics (2011)50:47-55)

³ 第 16 回および 17 回福島県県民健康調査 (2014 年 8 月 24 日および 12 月 25 日)、福島県立医科大学鈴木眞一教授の日本癌学会での発表 (2014 年 8 月 29 日)

⁴ 注 2; Minimum Latency & Types or Categories of Cancer

<http://www.cdc.gov/wtc/pdfs/wtchpminlatcancer2013-05-01.pdf>

る。

福島県立医大・国とも、現在まで見出された甲状腺がんについて、スクリーニング効果とし、「30～40年後にでてくる甲状腺がんが前倒しで発見された」「放射線被ばくの影響が生じるのは4～5年後から」としてきた。しかし、2巡目の甲状腺がんの発見は、この説明が覆ったことを示唆している。1巡目の検査のときに、この4人の子どもたちはA1またはA2判定であり、少なくとも5mm以上の結節はなかったことになる。腫瘍の大きさは7.0mmから17.3mmであり、2～3年のうちにかなり早いスピードで腫瘍が大きくなったと見られる。

この非常に重要な事実の公開がなぜ遅れたのか定かではないが、この結果については、環境省専門家会議も把握していたはずである。本来であれば、中間取りまとめを遅らせても議論すべき重要な事項であり、国としても、健診の拡大や2巡目の積極的な受診を呼びかけるなど、早急に対応すべき状況であるが、専門家会議はそのような検討は行わずに、先に「中間取りまとめ」を済ませ、事実上会議を終わらせてしまった。

3. 福島県で行われている甲状腺検査について、「疫学追跡調査」へ見直すよう提言。個々人の健康管理を蔑ろにしている

福島県内において「被ばくが少ないと考えられる住民を含む広範囲の住民全体に引き続き一般的な対応を行うことが最善かどうかについては議論の余地がある」として、縮小を示唆、さらに、「疫学的追跡調査として充実させることが望ましい」とした。

環境省は「中間取りまとめ」を基に「当面の施策の方向性(案)」を公表。「甲状腺検査の充実」という言葉を使っているが、実際には、健診の内容や対象を拡充するどころか、受診者を絞り込むことを意味する。「疫学目的で充実させる」ことばかりが強調され、個々人の健康管理について、現在の福島県県民健康調査の方法や内容が妥当かどうかについては、まったく検討されなかった。

健康被害の未然防止という観点に立てば、健診の目的は個々人の健康管理を優先させ、疫学調査については、線量再構築の問題とともに体制や方法など別途詳細に検討すべきである。実際、福島県県民健康調査は、「県民の健康状態を把握し、疾病の予防、早期発見、早期治療につなげ、もって、将来にわたる県民の健康の維持、増進を図ることを目的」としている。

疫学目的となれば、調査の対象は、リスクの高いグループ全員である必要はなく、その結果は個々人に還元されるよりも、社会全体もしくは後世に還元されることを意味し、(表参照)、全く性質の異なる研究へと変質する。

調査に同意しない人が調査範囲からはずされてしまうのはもちろん、居住地域などによって、大幅な対象の絞り込みが行われる恐れが生じる。このことによって、本来見つかるかもしれない疾病が、見つからない可能性もでてくる。

個人の健康管理と疫学目的の調査の差異

	個人の健康管理	疫学
利益の還元先	基本的には受診した人	社会全体・後世
対象	基本的には、リスクがある人すべて	被ばくリスクが高いグループ+対照群 必ずしも全員ではない 疫学目的に同意が必要