

イリ原発事故のような健康被害は生じないかのような記載となっている¹⁰。

しかし、線量が低い根拠としては、東電福島原発事故による日本全体の集団線量とチェルノブイリによる欧州全体の集団線量を比較する記載があるだけである¹¹。

UNSCEAR が行ったチェルノブイリ原発事故の評価¹²と比較しても、下表の通り、自治体ごとの平均線量で比較して見れば¹³、東電福島原発の被ばく線量がチェルノブイリより低いとは一概には言えない。

UNSCEAR報告による福島とチェルノブイリ、事故後1年の実効線量比較(成人) (1歳児では成人の2倍以内と見積もられている)					
2013年報告書(本文和訳先行版) p30 図VIの線量区分および色分けより		2008年報告書 p134-138 表B13 合計線量 1986年より 州(市)ごとに加重平均、 左の2013年報告書図VIに合わせて線量区分および色分け			
3.5-4.5	福島県 (避難区域外)	福島市、二本松市、桑折町	ベラルーシ	ゴメリ	3.65
1.5-3.5	福島県 (避難区域外)	いわき市、南相馬市、郡山市、伊達市、 須賀川市、白河市、相馬市、本宮市、 田村市、三春町、西郷村、国見町、大玉村、 新地町、天栄村、会津坂下町、北塩原村	ロシア連邦	ブリヤンスク	2.78
	福島県 (避難区域外)	上記以外	ベラルーシ	モギレフ	1.18
	宮城県	角田市、白石市、丸森町、山元町	ロシア連邦	ツラ	0.56
0.5-1.5	茨城県	河見町、取手市、日立市、守谷市、 ひたちなか市、笠間市、かすみがうら市、 土浦市、稲敷市、牛久市、竜ヶ崎町、利根町			
	栃木県	那須塩原市、那須町、大田原市、矢板市、 日光市、塩谷町	ウクライナ	ジトミール、キエフ、リウネ、 チェルカースィ、チェルニウツィー、 ヴィーンヌィツァ、キエフ市、 イワノフフランキフスク	0.51-1.46
	群馬県	みどり市、中之条町、川場村、高山村			
	千葉県	茨山市、柏市、我孫子市、印西市、八千代市、 白井市、野田市、松戸市			

表作成・瀬川嘉之

また、「中間取りまとめ」では、福島近隣県は福島県内よりも多くの被ばくを受けてはいないとしている。

これは、UNSCEARの結果を一括りにしているからであって、UNSCEARが使用しているデータ(次ページ図および別紙1)や新たなデータ¹⁴(別紙2)を見れば、放射性ヨウ素も放射性セシウムも、福島県外において福島県と同等レベルの汚染の広がりを示しており、線量評価も検討の余地がある¹⁵。

¹⁰ 中間取りまとめII 2.(2)(3)では「チェルノブイリ事故に比べて低いため、チェルノブイリ事故後のように甲状腺がんが多数増加するとは考えられない」「少なくともチェルノブイリ事故よりも被ばく線量が低いと判断できるとした評価には同意することができる」とある。

¹¹ 「中間とりまとめ」脚注9に「UNSCEAR 2013年報告書には、「福島第一原発事故後の日本の住民の集団実効線量は、チェルノブイリ事故後の欧州住民の集団実効線量の約10~15%である。同様に集団甲状腺吸収線量は、チェルノブイリのその約5%であった」との記載がある。

¹² UNSCEAR 2008 REPORT Vol. II Annex D, Health effects due to radiation from the Chernobyl accident
http://www.unscear.org/docs/reports/2008/11-80076_Report_2008_Annex_D.pdf

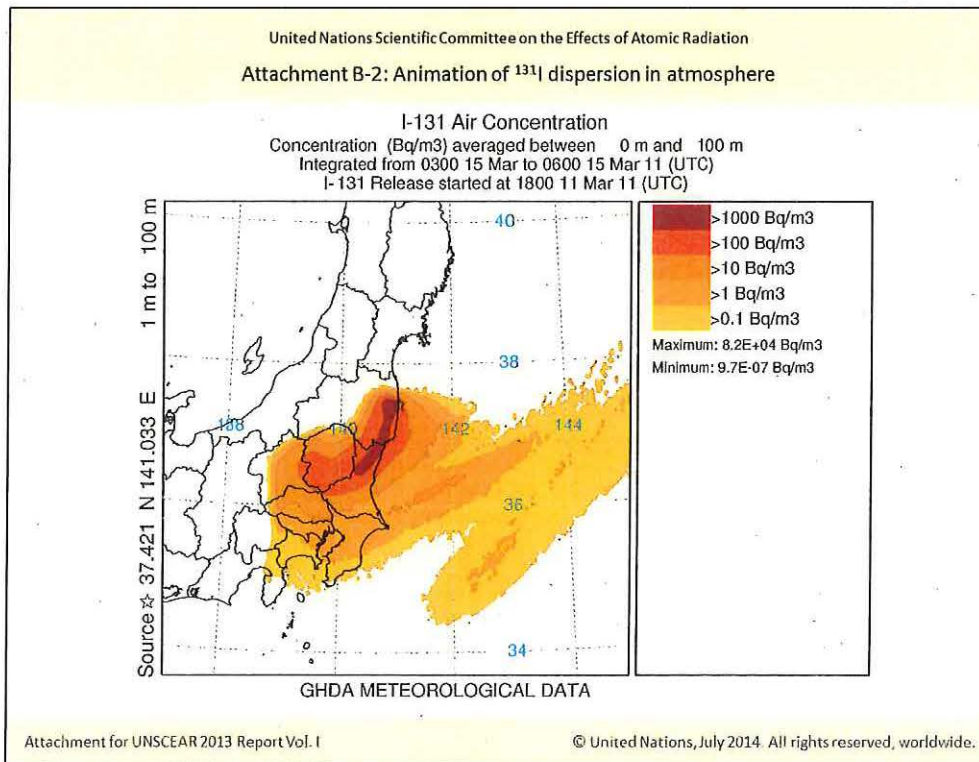
¹³ UNSCEARは、II 2.(3)にあるように甲状腺吸収線量、実効線量とも「地域・地区ごとの平均線量を推計することを目的」としており、2008年報告書でチェルノブイリについて州・汚染区域ごとの平均線量を推計しているにもかかわらず、2013年報告書ではそれとの比較を行っていない。

¹⁴ 平成24年度「SPM捕集用ろ紙に付着した放射性核種分析報告書」(平成25年3月首都大学東京、平成25年度「放射性物質測定調査委託費(浮遊粒子物質測定用テープろ紙の放射性物質による大気中放射性物質濃度把握)事業報告書」(平成26年3月 公益財団法人日本分析センター)など

¹⁵ IV 4.(4)では「福島近隣県において福島県内の避難区域等よりも多くの被ばくを受けたとは考えにくい」としている。しかし、III 2.(1)に示された宮城県や栃木県の外部被ばく線量はUNSCEAR

中間取りまとめにおいては、UNSCEARの見解が「原発事故に伴う追加被ばくによる健康影響が自然のばらつきを超えて観察されることは予想されない」としているが、UNSCEAR 報告書の中で、「(識別されないということは) リスクや今後の症例発症、それに伴う苦痛がないという意味ではない」としていることには触れていない。

また、中間取りまとめのII 2. (3)に「なお、統計学的に不正確な使用法であると考えられるため、「およそ 100 mSv を下回る放射線被ばくによるリスクについて LNT モデルで発症者数を予測しようとすることは不適切である」ということも述べている。しかし、UNSCEAR2013 年報告書には該当箇所が見当たらない¹⁶。



(出典： Attachment for UNSCEAR 2013 Report Vo.1)

<WHO による評価¹⁷について>

主要な結論であるはずのがんリスクの増加について、中間取りまとめのII 2. (1)では、最も汚染が顕著であった地域の1歳児で「甲状腺がんについて数十%、白血病、乳がん、全固形がんについて数%、罹患の生涯寄与が増加する」としている。実際には、WHO 報告書では、前者

による避難者の線量推定より高いものがある。

¹⁶ 類似した箇所にて下記がある。ここでは、UNSCEAR が LNT モデルを使った健康影響数の算出をしないことにしたとしているだけであって、該当箇所のような一般論ではない。

(a) A linear non-threshold (LNT) dose-response model for solid cancer and a linear-quadratic non-threshold dose-response model for leukaemia. While the Committee noted that these models had been used for radiation protection purposes [I21], it also noted that the current state of knowledge on the risk of cancer from doses of the order of 100 mSv or less was quite limited, although some but not all data were compatible with the risks of cancer from such doses not being seriously underestimated by the LNT model. The Committee has previously decided not to use models to project absolute numbers of health effects among populations exposed at such levels, because of large and unavoidable uncertainties in the predictions.

¹⁷ Health risk assessment from the nuclear accident after the 2011 Great East Japan Earthquake and Tsunami.,WHO (2013)

については70%、後者はそれぞれ7%、6%、4%と評価している。また、中間取りまとめでは上記の記述に続いて「ベースラインリスクがもともと小さいため、過剰発生は少数にとどまることを指摘している」とあるが、WHO 報告書ではこれは甲状腺がんについてのみ相当していることである。

WHO 報告書では続いて、最も汚染が顕著であった地域に次いで汚染された地域では、発がんリスクへの寄与率は上記の半分、さらにその次の実効線量3-5 mSvの地域では3分の1から4分の1としている。

以上のように WHO 報告書では、UNSCEAR が行っていない健康リスク評価を行っているのが、「中間取りまとめ」ではこれに関しては取り上げず、WHO 報告の意義を損なっている。

さらに、県民健康調査「甲状腺検査」を「WHO 報告書でも言及されている疫学的追跡調査として充実させることが望ましい」としている。しかし、WHO 報告書には、疫学的追跡調査の前に、早期の診断により罹患率や死亡率減少をめざす医学的追跡調査があるのを無視し、恣意的な引用となっている¹⁸。

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。

中間取りまとめにおいては、「被ばく線量が低ければ被ばくに起因するがんの罹患リスクは低くなり他の様々な要因（生活習慣や環境要因等）の影響が強く現れることになるため、調査対象とする人数を増やしても統計的な有意差を検出することは現実的には困難」「今般の原発事故による放射線被ばく線量に鑑みて福島県及び福島近隣県においてがんの罹患率に統計的有意差をもって変化が検出できる可能性は低い」（p.22）としている。その理由は、「被ばく線量が低い」というものであるが、被ばく線量把握と評価の不十分さ・不確かさについては既に述べてきたとおりであり、「統計学的有意な発がんリスクが見出せない」と断定できる根拠になりえない。さらに、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¹⁹。

また2013年5月23日、国連人権理事会で特別報告者アナンド・グローバー氏は、日本政府に対し「外部被ばく線量1mSv以上の地域に居住する人々に対し、健康管理調査を実施すること。子どもの健康調査は甲状腺検査に限らず実施し、血液・尿検査を含むすべての健康影響に関する調

¹⁸ WHO は健康リスクに対する人々の懸念に答えて安心を提供することもできる医学的追跡調査と被ばくによる影響を検出するための疫学的追跡調査を峻別して、両者をこの順に記載している。さらに、前者を益あるものにするための条件と後者で明確にすべき目的を記載している。

IV 4. (3) では後者のみに言及して「福島県民の将来の安心を確保するため、(中略) 甲状腺がんの有無に関する科学的知見を得られるようなものとして充実させるべき」としており、前者の価値を認識せず、両者を混同しているように見受けられる。

¹⁹ 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。