

講演V

「健康に対する権利」の視点からみた、 福島原発災害後の政策課題 —国連特別報告書 「グローバー勧告」を中心に—

国際人権NGOヒューマンライツ・ナウ事務局長

伊藤 和子



演者紹介

石井 続いて、ご講演いただきます国際人権NGOヒューマンライツ・ナウ事務局長、伊藤和子先生のご略歴を紹介いたします。早稲田大学法学部をご卒業後、弁護士登録をされ、平成18年に国際人権NGOヒューマンライツ・ナウ事務局長に就任、現在に至り、平成16年にニューヨーク大学ロースクール客員研究員などもされています。

演題は「『健康に対する権利』の視点からみた、福島原発災害後の政策課題—国連特別報告書『グローバー勧告』を中心に—」です。それでは伊藤先生、よろしくお願いします。

伊藤 ご紹介ありがとうございます。本日はこのような機会をいただきまして、ありがとうございます。弁護士の伊藤和子です。

私たちヒューマンライツ・ナウという団体は、2006年に発足し、東京を本拠地とする国際人権NGOで、主に世界的な、非常に深刻な人権侵害の問題に取り組んでいます。2011

年の3月11日の震災以来、福島第一原発事故、東日本大震災後の人権状況は、1つの人道危機的な問題であると捉えて、人権の視点から活動をしてまいりました。

私たちは調査活動、住民の方からのヒアリング、アドボカシー、政策提言などを行い、その一環として国連「健康に対する権利」の特別報告者のアンド・グローバー氏の来日調査のアシストをいたしました。

本日はその観点からお話をさせていただき、この報告に対する日本国内での受けとめ、私見を最後にまとめてお話しさせていただきたいと思います（図表1）。

図表1



国連特別報告者 グローバー勧告の意義と課題

国際人権NGO
ヒューマンライツ・ナウ
事務局長 伊藤和子

グローバー氏の調査の背景

まず健康というのは、マクロの政策の問題ではなく、一人ひとりのかけがえのない人権であるという視点が重要ではないかと思っています。マジョリティーの方の健康が守られるというだけでは足らず、すべての人を避け得る健康被害から守られなければならないといった視点に立つということだと思います。これはどこに保障されているかというと、日本国憲法25条「健康で文化的な最低限度の生活を営む権利」です。そして、日本が批准をしている2つの国際人権条約にも保障されています。1つは国連社会権規約、もう1つは国連子どもの権利条約です。この2つの条約の中に「健康に対する権利」が明記されています。この条約を批准している日本は、一人ひとりの健康に対する権利を保障する責務があります。2013年5月27日、国連「健康に対する権利」の特別報告者のアンド・グローバー氏が、2012年の11月に行った「福島原発事故後の住民の健康に対する権利に関する調査」の報告書を国連人権理事会に提出されました。この報告書は、緊急対応、避難指示、健康調査など、福島第一原発事故後の日本政府の対応を、健康に対する権利という視点から

図表2

アンド・グローバー氏の調査報告書とは

* 2013年5月27日、国連「健康に関する権利」特別報告者のアンド・グローバー氏は、2012年11月14~26日に実施した、福島原発事故後の住民の健康に対する権利に関する調査ミッション報告書を国連人権理事会に提出。

* 報告書は、緊急対応、避難指示、健康調査等、日本政府の対応を健康の権利の観点から包括的に検証し、今後の改善に向けた重要で明確な勧告を提起。

* 和訳

* <http://hrn.or.jp/activity/area/cat32/post-211/>

から包括的に検証し、今後の改善に向けた重要で明確な勧告をしています。この勧告を今から「グローバー勧告」と呼ばせていただきます（図表2）。

図表3が2012年に行われた調査の模様で、左側がグローバー氏、国連の人権に関する主要な機関である「人権理事会」から任命された独立の専門家です。この方の任務は、世界中で健康に対する人権が危機にさらされていると判断した地域を年に2か所に絞って調査を行い、その結果を国連に報告して、是正を勧告するというものです。

こういった非常に限られた調査の対象となったということは、福島原発事故後の健康に対する権利について、国連が非常に懸念しているということの表れだということができまます。この調査では政府関係の官庁にも行きましたし、また、住民の方からのヒアリングもたくさん行いました。福島県立医科大学にも行って、県民健康管理調査の問題についても伺っています（図表4）。

その調査報告は2013年5月の人権理事会に提出されました（図表5）。

なぜこの調査が実施されたかということですが、福島第一原発事故後の健康に対する権利という問題に関して、私たち日本のNGOでは非常に懸念を持っていました、2011年の

図表3



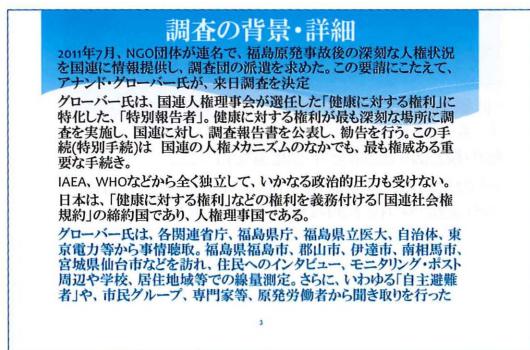
7月に、N G Oの連名で国連に対して調査を求めたのです。それを受けグローバー氏にいらしていただいたという経緯です。

では私たちが何を懸念しているか、少しお話をしたいと思います（図表6）。

先ほどからお話をありますように、原発事故後、非常に多量の放射性物質が拡散している。当初の発表では、広島型原爆の少なくとも168倍だと。それがさらに拡大しているという状況にあり、それによって人々の健康に対するリスクが高まっている。にもかかわらず、政府の対応は必ずしも十分とは言えないという問題意識です。

そもそも公衆の被ばくの限度は、長年1ミリシーベルトと法律で決められています。これがずっと遵守されてきたわけですが、事故後に突然20ミリシーベルトという基準が避難基準として設定されました。これに対し、当

図表4



図表5



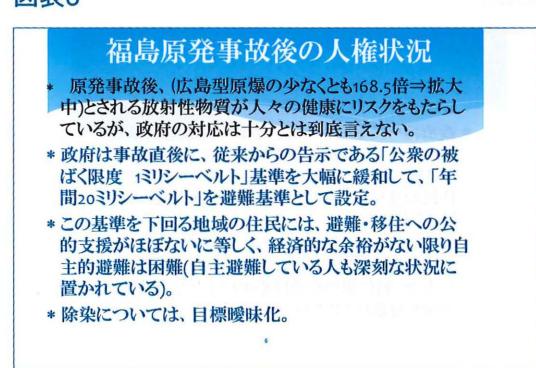
時の内閣参与の小佐古さんという方が、「子どもに対してもこの20ミリシーベルトという基準を課すということは、私のヒューマニズムに反する」と発言し、辞任されるという大きな事態となり、社会問題にもなりました。しかしながら、この20ミリシーベルトという基準は現在も避難基準として生きていますし、この基準を下回れば、現在の避難地域であるところも順次避難を解除していくというような扱いになっています。

20ミリシーベルトが避難の基準になったために、この基準を下回る地域の方々は、どれほど健康に対するリスクにさらされていたとしても、避難に対する実質的なサポートがない。したがって、健康に不安を抱えている方がいらっしゃったとしても、経済的に十分な資力がなければ、なかなか自主避難ということもできない状況にあります。

それから、住民の健康に関する福島県の調査についても、避難をされた方に関しては、比較的詳細な健康診査という調査がありますが、それ以外の現に20ミリシーベルト以下の地域に住んでいる方については、十分な健康管理モニタリングがなく、あるいは子どもに対する甲状腺検査ぐらいだという状況です。

政府は、100ミリシーベルト以下の低線量被ばくは安全であるという前提に立ち、基本

図表6



的に低線量被ばくの影響は大したことがないという見解に基づいて、住民の参加を十分に実現しないまま、すべての政策を決定してきました。そういう中で、放射線防護であるとか、健康を守るための対策は十分ではなく、そのために、特に放射線のリスクを受けやすい女性や子どもが非常に深刻な状況にあるのではないかということを、私たちは懸念したわけです（図表7）。

同様の懸念は当然地元の方々も抱かれています、グローバー氏の調査の際に表明されました。

グローバー勧告の内容

次に、2013年5月に提出した調査報告書で、特別報告者が何を勧告したかについてお話ししたいと思います。

まず大きな方向性として、低線量被ばくに関するリスクが証明されていない以上、最も影響を受けやすい人の立場に立って、人権の観点から健康を守る施策を行うべきということが勧告の骨子になってます。そのために、具体的には追加線量1ミリシーベルトを基準とした住民への支援に、抜本的に政策転換することが提起されました（図表8）。

图表7

福島原発事故後の人権状況

- * 政府は「100ミリシーベルト以下の低線量被曝は安全」として、低線量被曝の影響を過小評価する見解をとり、これを基礎に、すべての政策を住民の意見を十分に反映しないまま決定・実行してきた。
- * 20mSvを下回る地域に住む人々は、放射線防護・健康診断等の対策も甚だ不十分である。
⇒人々、特に影響を受けやすい子ども、女性は深刻な健康リスクにさらされている。

ここからは少し報告書と勧告内容を読み上げさせていただきます。まず、報告書には「日本政府は国連の特別報告者に対して、100ミリシーベルト未満では過度のリスクがないため、20ミリシーベルト以下の居住地域に住むのは安全であると言明した。しかし、低線量被ばくの健康影響に関する疫学研究によれば、低線量被ばくであってもしきい値はない」と指摘されています。しきい値なし直線仮説を指摘したのです（図表9）。

図表10も特別報告者の報告の記述です。「日本政府によって導入される健康政策は、科学的証拠に基づいて導入されるべきである。そして健康に対する権利の享受への干渉を最小化するように行われなければならない。特に影響を受けやすい妊婦と子どもについて考慮し、健康に対する影響を最小化することが求められる」

图表8

特別報告者は何を勧告したのか

- *低線量被ばくに関するリスクが証明されていない以上、もともと影響を受けやすい人の立場に立って人権の視点から健康を守る施策を行うこと
- *そのために、追加線量年間1mSvを基準とした住民への支援への抜本的な政策転換を求めた。

図表9

低線量被曝について

- * 48. 日本国政府は、国連特別報告者に対して、100mSv未満では発癌の過度のリスクがないため、年間放射線量20mSv以下の居住地域に住むのは安全であると保証した。
- * しかし
- * 低線量放射線による長期被ばくの健康影響に関する疫学研究は、白血病のような非固形癌の過度の放射線リスクに閾値はないと結論付けている。固形癌に関する付加的な放射線リスクは、直線的線量反応関係により一生を通し増加し続ける。

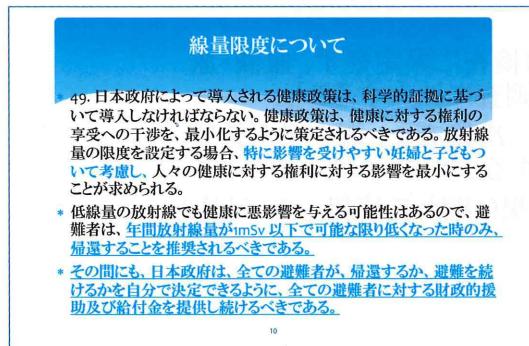
「低線量の放射線でも健康に悪影響を与える可能性はあるので、避難者は年間放射線量が1ミリシーベルト以下で、可能な限り低くなつたときのみ帰還することを推奨されるべきである。その間にも日本政府は、すべての避難者が帰還するか避難を続けるか自分で選択できるように、すべての避難者に対する財政的援助、給付金を保障し続けるべきである」。これは非常に重要な勧告ではないかと私は思います。

勧告をさらに進めていますと、「避難区域および放射線の被ばく量の限度に関する国家の計画を、最新の科学的な証拠に基づいて、リスク対経済効果の立場ではなく、人権を基礎において策定し、年間被ばく線量を1ミリシーベルト以下に低減すること」と具体的に勧告しています（図表11）。

そのために、まず除染について、長期的には1ミリシーベルトと言いつつ、短期的に全く目標がない現状のままではなく、1ミリシーベルト以下にする計画とタイムテーブルを作るべきであると勧告しています。

また教育の面では、「リスクコミュニケーション」の名の下に、安全という分野だけが強調されているような副読本が教育現場で普及していますが、「子どもに対して、放射線被ばくの危険性、そして子どもが特に被ばく

図表10

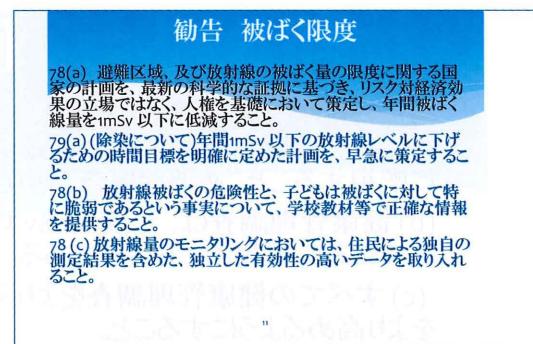


に対して脆弱であるという事実について、正確な情報提供をすること」。それがリスクコミュニケーションのあり方として重要だ、と勧告しています。

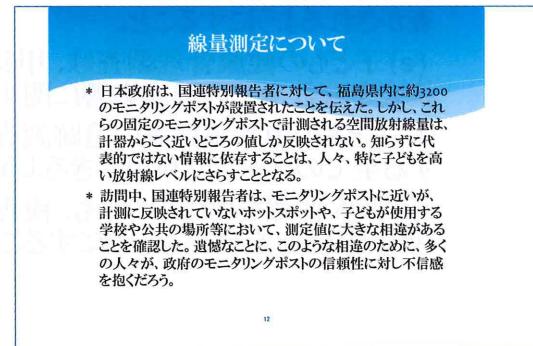
また、放射線量のモニタリングに関しても、勧告が出されました。福島県内各地にモニタリングポストがありますが、その値は必ずしも実際の地域の放射線量を反映していない。モニタリングポストからちょっと離れただけでも、3倍、5倍という値になっているということを、直接特別報告者が見られました。モニタリングポストの値だけが強調されるということは、かえって子どもを危険にさらすのではないかと、特別報告者は懸念しました（図表12）。

それを踏まえて、放射線量のモニタリングにおいては、住民による独自の測定結果を含めた、独立した有効性の高いデータを取り入

図表11



図表12



れることを勧告しています。

続きまして、健康調査のあり方についても勧告が出されています（図表13）。現在の県民健康管理調査は福島県民に限定されていますし、検査項目もかなり限定されていますが、対象を年間1ミリシーベルト以上のすべての地域に居住するすべての人々に広げて健康調査を実施すべきであるということが勧告されました。そして、検査の内容については、図表13の（a）に紹介しましたが、長期間の全般的・包括的な健康管理調査が必要であると勧告しています。

（c）につきましては、基本調査の回答率が非常に低いということに関して改善を求める内容となっています。

（e）は、子どもの健康管理調査が、現在はテストケースと言われていますが、今後2年に1度の甲状腺の検査ということに限られ、

図表13

たとえば血液とか尿の検査などが実施されないという状況にあるわけですけれども、これに対して、甲状腺検査に限定せず、血液・尿検査を含むすべての健康影響に関する調査に拡大することを勧告しています。

また、（f）の項目では、甲状腺検査の追跡検査と二次検査を、親や子が希望するすべてのケースで利用できるようにすることを求めています。これは、現在の甲状腺検査ではしこりの大きさに応じて、ある程度のサイズのしこりについては精密な検査になりますが、しこりがあってもその大きさが小さいと判断されれば、フォローアップ検査を県で行っていただけない。それによって、次の検査は2年後ですので、非常に不安になられている方が多いという状況に対応したものです。

このほか、高齢者、子ども、妊婦等のメンタルヘルスの重要性についても記載されてい

勧告77 健康調査

- （a）長期間の、全般的・包括的な健康管理調査を通じ、原発事故の影響を受けた人々の健康に関する放射能による影響を継続的に監視すること。必要な場合、適切な治療を行うこと。
- （b）健康管理調査は、年間1mSv以上の全ての地域に居住する人々に対し実施されるべきである。
- （c）すべての健康管理調査をより多くの人が受け、調査の回答率をより高めるようにすること。
- （d）健康基本調査には、個人の健康状態に関する情報と、放射線被ばくの健康影響を悪化させる可能性がある他の要因を含めた調査がされること。
- （e）子どもの健康管理調査は、甲状腺検査に限定せず、血液・尿検査を含む全ての健康影響に関する調査に拡大すること。
- （f）子どもの甲状腺検査の追跡調査と二次検査を、親や子が希望する全てのケースで利用できるようにすること。
- （g）個人情報を保護しつつも、検査結果に関わる情報への子どもと親のアクセスを容易なものにすること。

ます（図表14）。

また、もう1つ重要な勧告ですが、原発労働者に対する被ばくによる健康影響調査を実施し、必要な治療を実施することも勧告されています。図表14の下に書きましたが、私も2012年の来日調査に同行させていただいて原発労働者の方々に会ったのですけれども、その方々というのは、東京でホームレス生活をされている方々でした。日本で最も貧しい方々が非常に不安定な雇用という形で、福島第一原発事故の収束作業をさせられているということなのです。ホームレスのような方々がブラックマーケットのような形で勧誘されて、福島第一原発に行く。そして短期間で雇用が打ち切りになり、現在の国の規定に満たないということで健康診断も受けないまま、またホームレスに戻っているという状況です。

図表14

作業員の多くが貧困者で、中にはホームレスの人々もいるということが非常に問題ではないか。そして、何段階もの下請け業者を通じて雇われた多くの作業員が、適切かつ効果的な健康モニタリングを受けていない。この状況を抜本的に改善する必要があるということが勧告されています。

さらに子ども被災者支援法についても勧告が出されています。この法律は、2012年6月に成立した救済立法で、避難をする方、帰還をしたい方、そしてとどまりたい方、その選択のいかんにかかわらず、必要な支援を講じることを決めた国の基本法ですが、成立後、全く基本計画も立てられないままになっていました。

特別報告者は、早急にこの法律を実施することを求めるとともに、公衆の被ばく限度は1ミリシーベルト以下にすべきだという原則

勧告77 健康調査

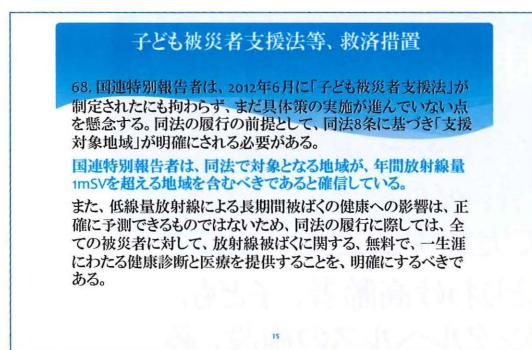
- * (h) 内部被ばくの検査は、ホールボディカウンターに限定することなく、かつ、地域住民、避難者、福島県外の人々等、影響を受けた全ての人々に対して実施すること。
- * (i) 全ての避難者及び地域住民、とりわけ高齢者、子ども、妊婦等の社会的弱者に対して、メンタルヘルスの施設、必要品、及びサービスが利用できるようにすること。
- * (j) 原発労働者に対し、被ばくによる健康影響調査を実施し、必要な治療を実施すること。
- * 国連特別報告者は、原子力産業に従事する作業員の多くが貧困者で、中にはホームレスの人々もいることが、彼らの脆弱性を高めているとの情報を得た。作業員の雇用時の健康診断は、法律で義務づけられているものの、短期間の契約で、何段階もの下請け業者を通じて雇われた多くの作業員が、適切かつ効果的な健康モニタリングを受けていない。

に従い、年間放射線量が1ミリシーベルトを超える地域すべてが同法の対象地域になるべきだと勧告しています(図表15)。

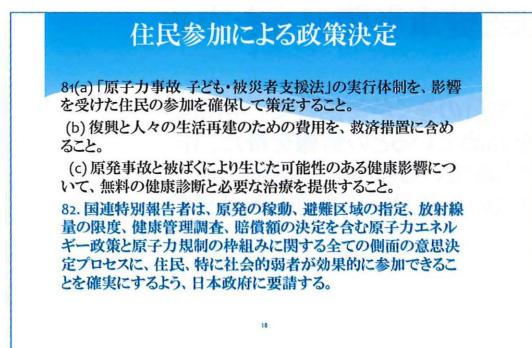
最後に重要なことですけれども、住民参加の必要性が強調されています(図表16)。健康の権利を充足させる政策を実施するために必要なキーワードとして、情報公開、そして住民参加があります。今回の事故で特別報告者が来日した際に驚いていたのは、すべての政策決定が政府、そして一部の有識者、専門家会合でなされて、住民の意見が十分に反映されていないということでした。特に子どもであるとか、不安感を抱えたお母さんたちの声が、正しく反映される機会がないということです。

特別報告者は、社会的弱者を含む住民の参加によって施策を決定・実施すること、原発の稼働、避難区域の指定、放射線量の限度、

図表15



図表16



健康管理調査、賠償額の決定等、政策全般に関する住民の効果的な参加を保障するよう、ということを勧告しています。

グローバー勧告に対する国の対応

この勧告に対しては、出された直後から、私たちがヒアリングをした被災者の方々から、大きな歓迎の声があがりました。しかしながら、勧告公表直後に私が目にしたのは、日本政府がとりまとめた大変分厚い反論文書でした。政府は、ほとんどの勧告を受け入れない姿勢を明らかにし、非常に残念に思っています(図表17)。

政府の反論は、低線量被ばくを重視するという視点、それから1ミリシーベルトを基準とする勧告は非科学的だ、という姿勢に終始しています。特別報告者の勧告の多くが非科学的であると断じています。たとえば政府は、広島と長崎のデータに基づいて、被ばくによる健康への影響は、100ミリシーベルト以下の水準であれば、他の原因による影響よりも重大ではない、または存在しないと信じられているというような言い方で反論しました。

しかしながら、2012年に出された放影研のLSS(寿命調査)報告では、100ミリシーベルト以下の低線量被ばくについても、健康に影響に与える可能性があるという「しきい値なし直線仮説」を採用しています(図表18)。

また、最近のオーストラリア・イギリスなどの研究でも、低線量被ばくの影響について、これまでよりもさらに重要と考えるべきだという研究成果が報告されています(図表19)。

図表17 「低線量被ばくによる健康影響」に対する政府の反論

政府の反論 ~是非読んで再反論してください~

「当方は対応済みである」

「低線量被ばくの一定の側面について知られていないことがまだあるとしても、すでに多くの科学的発見がある。したがって、それらに基づいて判断を下すことが必要である。」 どんな知見？

「広島と長崎のデータに基づき、被ばくによる健康への影響は100mSv以下の水準であれば他の原因による影響よりも重大ではない、または存在しないと信じられている。」

1mSvという基準に根拠はない。「国連特別報告者は、『原子力事故子ども・被災者支援』の支援対象地域が、年間放射線量1mSvを超える地域を含むべきであると確信している」とする勧告については、あろうとか、「予断に基づく文章であるため、削除すべきである。」

特別報告者の勧告は非科学的で受け入れられない。

不必要で科学的根拠のない検査を住民に強制するつもりはない。

図表18

政府の広島・長崎の疫学調査に関する援用は最新の調査結果を故意に無視

放射線影響研究所は広島・長崎の原爆被害者の1950年から2003年までの追跡結果をまとめた最新のLSS(寿命調査)報告(第14報、2012年)を発表している。この調査では、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していることが指摘されている。ICRP(国際放射線防護委員会)は、100mSv以下の低線量被曝についても危険性があるとする「閾値なし直線モデル」(LNT)を支持しており、100mSv以下の被曝の健康影響を否定していない。

図表19

最近の研究結果

* 今年になって発表された以下の2論文は、低線量被ばくの影響について重大な示唆を与えている。

* まず、オーストラリアでなされた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(95%信頼区間1.20~1.29倍)増加したと報告されている。

* また、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95%信頼区間の下限が1倍を超えて統計的に有意になると、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。

国は人権の視点から政策転換を

国がとるべき態度としては、低線量被ばくの影響は確かにわからないところもあるかもしれません、その可能性がある以上、そして原発事故を引き起こしてしまった国の責任として、住民の健康、人権を守る立場に立つて、低線量被ばくの影響に最も敏感になって、リスクを回避する最大限の措置をとることではないかと私たちは考えています。

もし、低線量被ばくによる健康影響を受ける人が比較的割合として少ないということを理由として対策を怠るということになるとすれば、それは少数者、特に最も脆弱な人々を社会が切り捨てる事になるのではないか。これは人権の視点とは相容れないのではないかと私たちは考えています（図表20）。

1ミリシーベルトを基準とする健康モニタリングを求めている点については、たとえばJCO事故後には、1ミリシーベルトを超える方々に対する健康診断を行うという政策決定がされましたし、原爆被害者に対する援護法も1ミリシーベルトを基準として、健康手帳を交付するという形の健康施策をとっています。

そうしますと、福島原発事故の被害者のみ

図表20

政府の態度

- 原発事故を引き起こした国として、住民の健康（人権）を守る立場に立つのであれば、低線量被曝の影響に最も敏感にならないリスクを回避する最大限の措置を取るべき。
- 国際的な到達点に照らし、低線量被ばくの影響を重視した政策をとるべきである。
- 低線量被ばくによる健康影響を受ける人は割合的に低い（少くとも現状では）ことは、少数者、最も脆弱な人々を社会が切り捨てる事になり、人権の視点とは相容れない。
- 年間1mSv以上の地域の人々への避難・移住の支援を実施すること。今後の避難地移転の再開後も、帰還が強要されない（住組（賃貸）打ち切り等がなく、兵糧攻めされない）ことが必要となる。

20ミリシーベルト、もしくは福島県内という形で限定され、国が一律に1ミリシーベルトを基準とした健康対策を行わないというのではなく、一つの差別ではないかと思いますし、合理的な根拠に乏しいのではないかと思わざるをえません（図表21）。

最近環境省で専門家会議が開かれて、国としてどのような健康診断を行っていくべきかが議論されています（図表22）。

議事録の中に、こういったご意見がありました。「健康診断においては必ずしも検査項目を多くすればよいわけではなく、本人のためにならないものもある。健診項目を増やすことで不安を増長させる懼れもあり、むやみに項目を増やすべきではないのではないか」というものです。

しかし、やはり住民に関する健康施策、そして健康に関する情報へのアクセスを保障す

図表21

1mSvを基準とする健康モニタリングは「非科学的」

現行の「原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律」（被爆者援護法）および原爆症認定基準は、放射線起因性の判断基準のひとつとして、被爆地点が爆心地より3.5キロメートルという基準を採用。厚労省の文書によればこれは、一般公衆の線量限界が年間1ミリシーベルトであることにに基づくものだとされている。

JCOの臨界事故後、原子力安全委員会の健康管理検討委員会報告（平成12年3月27日）に基づき、茨城県では、推定線量が1ミリシーベルト以上に該当する住民のなかで希望する者に対し、定期的な健康診断が行われている。

福島原発事故の被害者のみ
別の基準をとる合理性は見出しがたい。

図表22

環境省の専門家会議

*「健康診断については、必ずしも健診項目を多くすれば良いわけではなく、本人のためにならないものもある。健診項目を増やすことで不安を増長させるおそれもあり、むやみに項目を増やすべきではない」（環境省・専門家会議。委員の発言2013.11.11）

* <https://www.env.go.jp/chemi/rhm/conf/conf01-01a.html>

* 住民の健康施策へのアクセスを保障するのが国の責務であるところ、バーナースティックな視点から医療・診断機会を奪い、健康施策をむしろ充実させないとの提案は、健康の権利の観点から重大な疑問がある。また、住民の身体・健康状況について知る権利、情報に対する権利の理解も欠如している。

るということこそが国の責務ではないでしょうか。パートナリスティックな視点から、医療、診療の機会、健康に関する情報から住民を遠ざけるということは、健康に対する権利の視点から非常に疑問があると思います。

また、最近福島県に行った際に、白血病により入院したことを、高校生のお子さんが自らツイッターで流したという、ショッキングな情報に接しました。最近福島県では甲状腺の検査をしていますので、75名ががんまたはその疑いという結果はクローズアップされていますが、白血病であるとか、他の放射線起因と考えられる病気については全くモニタリングもされていませんし、トレースもされていません。こういったことはかえって不安をあおってしまい、適切な健康施策を実現できないようにしているのではないかと考えられます。

きちんとした形ですべてのデータを保存していく、データベース化して対策を打っていくことが必要ではないかと思います。チェルノブイリ事故後、たとえばベラルーシでは、もっと頻繁に、もっとたくさんの項目の健康診断が行われていたことからすると、日本においても抜本的な改善が必要ではないかと、私は考えています。(図表23)

また、原発労働者につきましても、現在の

図表23

医療・検診とデータ管理

- * チェルノブイリ事故後、例えばベラルーシでは追加線量 1mSv 以上の地域住民に対して、1年ごと、子どもだけでなく大人も含め、甲状腺、血液、尿、歯科、眼科、内科・内蔵被ばく検査等の包括的な検査が無料で実施してきたといふ。
- * 日本では、甲状腺がん以外には、甲状腺疾患、甲状腺以外のがん、白血病、心臓疾患、白内障等、さまざまな疾患について、検査や記録が系統的にとられていないし公表されてもいないため、増加傾向等もわからず、予防もできない。

規制、たとえば50ミリシーベルト、もしくは6か月を超えるという基準がありますが、これは短期間雇用の労働者を考えますと、十分ではないと言わざるをえません(図表24)。

子ども被災者支援法は、昨年の8月末に急に基本方針案が示され、パブリックコメントを寄せる機会はあったのですが、なかなか住民の要望が示された形での閣議決定とはなりませんでした。住民は、恒常的な協議機関を国との間で設けたいという提案をしましたが、拒絶されました。住民参加も実現していないのです(図表25)。

こうした施策をみると、チェルノブイリ事故との関係でも、たとえば1ミリシーベルトを基準として避難の権利が認められ、5ミリシーベルトが移住の対象となったという当時の住民保護のあり方、そして1ミリシーベルト。

図表24

原発労働者

- * 常時雇用者には電離放射線障害防止規則により6か月ごとの検診、また 50mSv を超える作業員への健康手帳交付や追加的健康診断等の施策が実施されているという。
- * しかし、これを前提としても、これより低い被ばくのケースや、離職者、短期間の非正規労働者については、総統的なモニタリングがなされていない。
- * 作業員の多くが非正規短期雇用。非正規労働者の「被ばく隠し」も続いている。
- * カーティスらの行った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がんによる死亡率が高いことが判明しており、抜本的な政策転換が必要である。

図表25

子ども被災者支援法をめぐる現状

- * 2012年6月に成立した「原発事故子ども被災者支援法」は一年以上全く実施がされず放置されたうえ、2013年8月末に突然「基本方針案」が示され、短期間のパブリック・コメントを受け付けただけで、住民の意見を十分に聞くこともないまま、基本方針が制定された。
- * 支援対象地域は福島県浜通り、中通りに限定され、帰還促進を中心とした対策が講じられたものの、避難や移住に対する支援は乏しく、施策の実施にあたっての住民との恒常的な協議機関も設けられていない。
- * そして、2014年には避難区域に設定されていた地域でも、年間 20mSv を下回ると判断されれば順次避難指定を解除され、補償も打ち切られれば、帰還を余儀なくされる人も出る可能性大。

ルト以上の地域の方々には、長期間の保養を国費で1か月あるいは2か月ほど認めた、といった国の施策から見て、日本はまだ著しく立ちおくれています。抜本的に施策を改善すべきだと思っています(図表26)。

グローバー勧告を受けて、図表27に指摘したとおり、政策の転換が必要です。ぜひ日本政府には、人権の視点から抜本的に政策転換を図っていただきたいと思っています。

本日ご発言いただいた多くの方と私の提言は共通するところが多く、非常に勇気づけられています。これを機会に、もっと活発な議論で政策の転換が人権の視点から図られていくことを期待しています。ご清聴ありがとうございました。

図表27

図表26 チェルノブイリ事故当時の住民保護

チエルノブイリ事故当時の住民保護	
a) 30キロ圏内: セシウム137の汚染度が555kBq/m ² を超えたところ	避難または移住が実施された
b) 移住ゾーン (Evacuation Zone) (法8条)	30キロ圏外でセシウム137の汚染度が555kBq/m ² を超えるところ(これによる放射線量が5mSv/年以上の地域)
c) 避難の権利が認められた居住区域: (法9条)	30キロ圏外でセシウム137の汚染度が185~555kBq/m ² (これによる放射線量が1mSv以上/年以上の地域)
d) 社会経済的特権のある居住区域: (法10条)	セシウム137の汚染度が37~185kBq/m ² (これによる放射線量が1mSv以下の地域)

グローバー勧告を受けて政策転換を

線量限度を改めて追加線量1mSvとし、20mSv以下は安全との立場を改めること

- * 追加線量1mSv以上の地域で希望する人、帰還を望まない人への避難・移住に対し公的支援を行うこと
- * 「子ども被災者支援法」の支援地域を追加線量1mSv以上の地域とすること
- * 長期間の公的な保養(移動教室)プログラムの実施
- * 追加線量1mSv以上の地域に住む人々に対し、国が責任をもって、甲状腺検査に限らず、血液、尿、内部被曝等、包括的な検査を実施すること
- * 正しい情報の開示(線量、汚染、健康調査、リスク)
- * 原発政策・避難・救済策等に関する住民参加