

日本のエネルギー政策の転換を

アメリカ、ドイツ、フランスとも異なる地震多発の日本において、極端な原発立地の政策は異常かつ異様と言わざるを得ません。歴代政府与党が原発を危険とする批判に聞く耳をもたないできたことも、官僚OBが原子力企業にひろく天下っている事実も驚きです。

私たち民医連は、全日本民医連理事会緊急声明(2011年4月2日)にあるように、原発に頼らないエネルギー政策の抜本的な見直しを行い、安全で再生可能なエネルギー政策へ転換していくことを求めます。福島原発を廃絶し少なくとも現在建設中、計画中の原発は直ちに中止し、最も危険であることが明らかな浜岡原発は直ちに廃炉にすること、そして安全性が確認できない他の原発も順次廃炉にしていくという方向転換の行動目標を明確にもつことです。今回の事故をこうした貴重な教訓にしてこそ、問題解決の唯一の方向が見えてくるものと言えます。

追記: 全日本民医連被ばく問題委員会は、これまで広島・長崎の原爆被害者をめぐる医療や福祉、暮らしに関した様々な問題を主要なテーマにして積極的に取り組んできていました。とりわけ2001年10月以降全国でたたかわれた原爆症集団訴訟に関しては、「原爆被爆者における低線量被ばくと内部被ばくが今日の健康影響に大きく関わっている」ということを様々な疾患で分析し、諸論文等から詳細に立証・解説してきました。こうした取り組みの中で、延べ27回(20地裁、7高裁)の裁判で勝利するといった画期的な実績を得ることができました。そういう意味で、今回の福島第一原発事故による被災者の健康影響に関しては、被災者の立場に立った様々な学問的あるいは理論的な助言ができる背景は、こうした実績と経験の積み重ねに基づくものです。また一方1996年11月に核燃料サイクル施設内部を

見学するという企画で、「第7回被爆問題交流会」(注: 第6回までは「被爆者医療交流会」)を青森県六ヶ所村で開催しました。原子力施設問題を初めて取り上げた集会でした。そして1999年の茨城県の東海村で起きたJCO事故以来は、被爆者医療問題に限定せず、原発等にも関連した幅広い被ばく問題に取り組んできました。2000年11月に第1回の「原発・核燃サイクル問題交流会」を茨城県大洗町で開催しました。そして2007年7月の新潟県中越沖地震の1年後の2008年に、史上初の地震被害を受けた東京電力柏崎刈羽原発の現地調査をかねて、「原発・核燃サイクル施設関係県連会議」を柏崎市でもちました。昨年(2010年10月)には福岡県の玄海原発(プルサーマルを開始)を視察するという企画で、関係県連だけでなく全国の県連に広く呼びかけた「原発・核燃サイクル問題交流会」を唐津市

で開催しました。さらに2006年には「原発被曝事故対策マニュアル」を作成するなどして、原発事故が万一発生した場合は、全日本民医連あるいは当該県連はどのような対応を行うのかという行動目標も明らかにしていました。今回の原発事故にあたっては、このマニュアルにそって緊急被曝事故対策本部を立ち上げるなど、いち早く事故に対応することができました。また事故後も被災地の様々な情報を収集するとともに、被災者の方々の方々に添って「福島第一原発事故の避難地域および周辺地域の住民が受診されたときの医療対応のあり方について」を作成したり、学習講演活動を行ってきました。今回の学習資料も以上のような経緯の中で作成に至りました。職場や地域の中で大いに活用して頂きたいと思います。

資料

1. がん死亡率の増加について

厳密に言うと、原爆被爆者の健康調査から、30歳で1Svの被ばく線量を受け、70歳の時点で示されるがん死亡率を見た場合、がん死亡率が非被ばくの場合のがん死亡率と比べ47%増える(1.47倍に増える)というデータがある。このことから「100mSv(外部線量)の被ばく線量ではお互いのがん死亡率の比較では、約5%(1.05倍)のがん死亡率の過剰発生が生じる」と見る。低年齢ではリスクは上がり、高年齢ではリスクは下がるが、日本人の多くががん死の経過をたどる時代においては、被ばくによってのみ生じるがん死の過剰リスクは低減する。全年齢層をまとめたがん死の生涯リスクに与える被ばくの影響を考える場合は、実際には、現在の日本人の生涯におけるがん死亡率を基にして計算され、最終的に100mSvを被ばくした場合は全体として約0.5%の過剰リスクとなると計算される。1000人が100mSvを被ばくした場合、生涯においてがん死する過剰リスクは5人と計算される。なおこの数値は小児も成人も含む数値となる。

2. 国際放射線防護委員会(ICRP)の勧告と校庭の「安全基準」、ECRR(欧州放射線リスク委員会)2010年勧告について

2007年勧告の適用について助言するために作成されたICRP109では、緊急時被ばく状況における人々に対する防護のための委員会勧告の適用について述べている。緊急時被ばく状況の参考レベルは20~100mSvの実効線量(急性または年間)の範囲に設定されるべきであるとしている。ICRP111は、原子力事故又は放射線緊急事態後(現存被ばく状況)における長期汚染地域に居住する人々の防護に対する委員会勧告の適用について述べている。それによると1~20mSvの範囲の下方部分から選定すべきで、長期の事故後状況における目標値は1mSv/年である。福島市や郡山市はICRP勧告を読むと、ICRP111が適用されるべきであり、従って1~20mSvの範囲の下方部分から選定すべきで1mSv/年を目標とすべきである。一方、ECRRは低線量被ばくや内部被ばくの評価をしていないということでICRPを批判し、公衆の構成員の被ばく限度を0.1mSv/年以下に引き下げることを勧告している。例えば事故前の空間線量率が0.06 μ Sv/hであり、最近が0.15 μ Sv/hである場合、(0.15-0.06) \times 8.76=0.7884

mSv/年となる。この値は、ICRPの勧告には沿うが、ECRRの勧告からすると様々な防護策をとらなければ被ばく限度を超えていることになる。

3. 放射線の小児への影響

小児の放射線の影響に関して、がん発症のリスクは多くは成人になってからである。また低線量でも小児の放射線感受性がそのまま高いかどうかについても今のところ明確ではない。なおチェルノブイリ事故後の20年までの追跡調査では、ベラルーシ遺伝疾患研究所のG.Lazjuk教授の報告によると、小児白血病の過剰発症は指摘されていない。

4. 環境汚染という視点から、以下のことが重視される。

- ① 曝露(被ばく)を発生・拡大させない
- ② 環境、食物、人体等の汚染を継続的に調査し、迅速に国民に開示する
- ③ 曝露(被ばく)を最小限にするための方策を国民に示す
- ④ 低濃度汚染(低レベル被ばく)を軽視しない
- ⑤ 遅発障害(晩発期傷害)を軽視しない
- ⑥ 医療補償を含む適切な補償をおこなう