

# 国連人権理事会が選任した「健康に対する権利」特別報告者アナンド・グローバー氏による調査報告書

この報告書は、2013年5月27日、国連人権理事会に報告され、討議された。  
(仮訳：2013年6月27日 ヒューマンライツ・ナウ翻訳チーム)

## 1. 序

1. 到達可能な最高水準の身体、及び精神の健康を享受する権利に関する調査報告を行う国連特別報告者は、日本政府からの招待を受けて、2012年11月15日～26日の間、日本を訪問した。この任務の目的は、対話と協調の精神を基本に、健康に対する権利の実現に向けた、日本政府が講じた対策について確認することであった。

2. この任務の間、国連特別報告者は、2011年3月11日の福島第一原発事故との関連で、健康に対する権利の実現に関連する問題について、事故の原因、緊急対応、修復、及び鎮静化の各段階を追って検討した。国連特別報告者は、福島県内の多数の自治体の他、東京、仙台を訪問した。

3. 国連特別報告者は、外務省、厚生労働省、文部科学省、及び環境省の政府高官、復興庁、及び原子力規制委員会の幹部と会合した。また国連特別報告者は、国連機関の代表者、健康に関する専門家、学者、市民団体及び地域の代表者にも会った。さらに、国連特別報告者は、福島県、及び宮城県の地方自治体の幹部職員にも会った。国連特別報告者は、日本政府に対し、今回の招待と訪問中の最大限の協力に対して感謝している。また、国連特別報告者はこの任務中に、会合のために時間を割き、いろいろと協力してくれた全ての方々に対しても感謝の意を表明している。

## II. 法的枠組み

4. 日本は、社会権規約、人種差別撤廃条約、女性差別撤廃条約、子どもの権利に関する条約とその選択議定書、及び強制失踪防止条約を含め、健康に対する権利を認める数々の国際的人権諸条約を批准している。日本は、未批准ではあるが、障害者の権利条約に署名している。日本国憲法は、健康に対する権利を明示的に

は保障していないが、憲法25条で、公衆衛生を促進するよう国家に義務付けている。

5. 核原料物質、核燃料物質及び原子炉の規制に関する法律、災害対策基本法及び原子力災害対策特別措置法は、原子力災害対策、及び原子力事故後の日本の緊急対応に関する基本的な法的枠組みを規定している。

## III. 福島第一原発事故

6. 原発事故は、2011年3月11日の東日本大震災直後に発生した。この地震は、東日本の太平洋沖で発生し、そのマグニチュードは9.0であり、最大40メートルの高さの津波を引き起こした。この地震と津波による死者は15,879名、負傷者は6,126名に上った。また、東海第二、東通、女川、及び福島第二原発もまた被害を被ったが、これらの原子炉に、大きな損害はなかった。

7. 地震発生当時、東京電力福島第一原発の4～6号機の原子炉は、定期検査のために稼動を停止していた。地震発生後すぐに、1～3号機の原子炉は、稼動を自動停止したにも拘らず、原発は停電した。地震から約50分後、防波堤を越えて高さ14メートルの津波が原発を襲った。最大5.7メートルの波に耐えるよう設計された防波堤は、津波の影響を食い止めることができず、1～5号機において、全ての電源を喪失した。原発敷地内、及び外部との通信システムにもまた深刻な障害が生じた。発電所の全面的な停電により、福島第一原発の1～3号機は、原子炉を適切に冷却し続けることができなくなり、メルトダウンが発生した。その結果、原子炉の核燃料が露出し、損傷を受け、一連の爆発が発生した。2011年3月15日、4号機が水素爆発を起こした。この原発事故以降、1～4号機の原子炉は廃炉とされた。

8. 福島第一原発の事故によって放出された放射性セシウム(137Cs)の量は、広島に投下された原爆の168倍

であったと推測される。東京電力によると、この事故により 900 ペタベクレルの放射性ヨウ素と放射性セシウムが放出された。また、今回の原発事故により放出された放射性物質は他に、テルル (129Te)、銀 (110Ag)、ランタン (140La)、及びバリウム (140Ba) がある。

9. チェルノブイリ、スリーマイル島、及び福島での原発事故には類似点があるため、チェルノブイリ、及びスリーマイル島の教訓が、福島で対策を考案する際に引き合いに出されたことは理解できる。しかし、国連特別報告者は、チェルノブイリの原発事故に関する重要な詳細情報が、1990 年まで公表されなかった点を重視している。したがって、チェルノブイリに関する研究は、放射能汚染及び被ばくの影響を十分に認識していない可能性がある。そのため、チェルノブイリの原発事故後の甲状腺癌の罹患率の増加だけを認めて、福島原発事故に当てはめることには懸念がある。チェルノブイリの原発事故後の被ばくが健康に与えた影響に関する報告書は、他の健康異常の証拠を不確定なものに見なしている。遺憾なことに、このことは、染色体異常、病的状態にある子ども及び大人の増加、機能障害、及び白血病等、監視が必要と思われる被ばくによる健康への他の影響を無視している。

10. 日本政府は、汚染地域への再居住のための年間被ばく線量の基準レベルを 1 ~ 20mSv とする国際放射線防護委員会 (ICRP) の勧告に依拠している。しかし、広島及び長崎の原爆の生存者に関する寿命疫学研究は、長期的な低線量被ばくと発癌率の増加との因果関係を示している。国連特別報告者は、これらの研究結果を無視することによって、低線量放射線を長期間被ばくした場合の健康への影響に対する理解が阻害され、健康上の悪影響を受けやすくなることを懸念している。

#### IV. 健康に対する権利と原子力災害対応

11. 日本の原発事故は、避難者及び居住者の、健康に対する権利に一樣に悪影響を及ぼし、特に、妊婦、高齢者、及び子どもの身体的・精神的健康に影響を与えている。放射線被ばくの健康への正確な影響は、いまだ明らかになっておらず、低線量被ばくの長期的な影

響も依然研究中である。避難は、特に事故の初動要員(原発作業従事者等)、高齢者、及び母子の間に、メンタルヘルスに関する問題を生じさせ、家族及び地域社会の分断を引き起こしている。

12. 健康に対する権利の享受は、安全で栄養価の高い食料、安全な飲料水の入手、健康的な環境、及び居住に依存している。この事故は、広範な土壌、水質、食料、環境の汚染を引き起こした。したがって、東京、福島、茨城、千葉、及び栃木の各都県の当局は、水道水中の放射性ヨウ素、及び放射性セシウムが規制値を超えた際に、水道水の使用を制限した。

13. 健康に対する権利によって、国家には、良質な医療設備、製品、及びサービスを確実に利用できるようにすることが求められる。これは、個人が自身の健康に関して、情報に基づいた決定ができるような情報の提供が含まれる。さらに、放射線の健康に対する悪影響を監視することや、タイムリーな健康管理サービスの提供は、健康に対する権利を実現させる上で重要な要素である。また、国家は、早期に人々の生活及び健康を回復するために、原発事故の被災地域の除染について、根拠に基づいた政策を実施することが求められている。最後に、ガバナンスにおける透明性と説明責任、賠償が受けやすいこと、及び意思決定過程に被災者が参加することは、健康に対する権利を享受するために不可欠である。

#### 原発事故の緊急対応

14. 福島第一原発を、地震及び津波が襲った直後に、日本政府は原子力災害対策特別措置法第 15 条に従って「原子力緊急事態宣言」を発出した。このことは、原発事故の防止と、放射性及び非放射性物質による健康への悪影響からの個人を保護することを目的とした、緊急対応システム発動の第一歩であった。

#### 原発事故と避難に関する情報

15. 情報の入手は、健康に対する権利に欠かせない要素であり、個人は、情報へのアクセスによって自分の健

康に関する決定を、情報に基づいて下すことができる。汚染地域、及び汚染の可能性のある地域を含む原発事故に関する情報は、迅速にかつ協調的な方法で公開されるべきである。さらに、効果的な緊急対応システムは、原子力又は放射能による緊急事態発生時に、有用で時宜を得た、信頼性と一貫性のある適切な情報を速やかに公開することを要求している。

16.「緊急時迅速放射能影響予測ネットワークシステム」(SPEEDI)は、リアルタイムの情報に基づいて、起こりうる放射能汚染を予測する電子計測システムであるが、政府事故調の調査によると、事故発生時、日本政府は、このシステムを適時かつ適切な方法で利用しなかった。これにより、原子力事故の緊急時対応に関する国際原子力委員会 (IAEA) の要件とは正反対の結果となり、2011年3月11日に事故について知ることができたのは、原子力発電所の近くに住む福島住民の20%にすぎなかった。原発から半径10km圏内にいた人々のほとんどが事故について知らされたのは、2011年3月12日の避難指示と同時であった。

17. 日本政府が指定した避難区域は、放射性プルームによる汚染の可能性のある地域を示す科学的データが根拠というより、むしろ福島第一原子力発電所に近いかどうか基準となっている。強制避難区域は、一定期間ごとに変更され、福島第一原子力発電所から半径3km圏内から10km圏内に、そしてその後、20km圏内まで拡大された。自主避難は、最終的に原発から半径20～30km圏内の区域について認められた。高放射線量の地域に対する避難指示は、事故発生から1ヵ月後経ってようやく出された。2011年4月22日、日本政府は、葛尾村、飯舘村、浪江町、及び南相馬市と川俣町の一部の地域を含む、福島第一原子力発電所から北西50km圏内までの地域に対して避難指示を出したが、これは、放射性物質が、原子力発電所から風によって運ばれたことにより、これらの地域において、高線量の放射線が検出されたためである。したがって、これらの地域の人々は、かなりの期間、高線量放射線にさらされていたことになる。SPEEDIの使用後でさえ、予測データがすぐに公開されることはなかった。

18. 地方及び国レベルで協調的かつ効果的な対応を図ることは、緊急事態への備えの重要な目標である。日本の緊急対応は、その必要条件を満たしていなかったと言わざるを得ない。福島県が最初に2km圏内区域への避難指示を出し、その後日本政府が3km圏内区域への避難指示を出した時点で、日本政府と地方自治体間の調整が不十分であるということは明白だった。SPEEDIを効率的に利用できなかった等、災害対応システムの訓練が不十分だったことを原因として、573名の死亡が、「原子力災害関連死」として、日本政府に認定されている。

#### ヨウ素剤の配布

19. 健康に対する権利を行使するために、国民が自らの健康に対する権利を実感できない時、国はそれを実感できるように支援する措置を講じる必要がある。このことは、甲状腺癌等、放射能汚染が人々の健康に及ぼす悪影響が甚大かつ長期間に亘る原子力の緊急事態が生じた場合に特に重要である。チェルノブイリの原発事故後、1992年から2002年の間に、ベラルーシ、ロシア連邦、及びウクライナにおいて、事故当時、子どもや若年層であった人々に、4000例を超える甲状腺癌の症例が記録された。このような場合、国家は、放射能にさらされている人々の健康に対する放射性ヨウ素による健康の影響を緩和するために、タイミング良く、安定ヨウ素剤のような医薬品を確実に入手・利用できるようにするように、あらゆる取り組みを実施すべきである。

20. 日本政府は、国際原子力委員会 (IAEA) への中間報告で、放射性ヨウ素 ( $^{131}\text{I}$ ) は、約  $1.6 \times 10^{17}$  ベクレル放出されたと推計した。放射性ヨウ素にさらされると、特に子どもや幼児、新生児における甲状腺癌のリスクが高まる。甲状腺への放射性ヨウ素の蓄積を阻止し、低減するために、安定ヨウ素剤は、放射性ヨウ素が体内に取り込まれた可能性のある時点の前、又は直後に投与する。安定ヨウ素剤を摂取する最適なタイミングは、原発事故発生の前だが、もし事故発生後数時間以内に安定ヨウ素剤を摂取すれば、放射性ヨウ素の吸収を50パーセント抑えることができる。

21. 遺憾なことに、日本政府は、原子力事故の後、安定ヨウ素剤を投与するための迅速な指示を行わなかった。また、いくつかの地方自治体は、安定ヨウ素剤を備蓄していたにも拘わらず、それを配布しなかった。一方、双葉町や富岡町のように、政府の指示がなくても、安定ヨウ素剤を配布した自治体もあった。福島県立医科大学の職員との会合で、国連特別報告者は、安定ヨウ素剤を用いた予防策により有害な副作用が生じる可能性を心配して、安定ヨウ素剤を投与する決定が遅れたことを知った。ただし、放射線医療では吸収線量が100mGy未満の場合であれば許容レベルだが、その場合でも安定ヨウ素剤を投与すべきで、投与により重大な健康被害は生じない。

#### B. 原発事故の健康への影響に関するモニタリング

22. 原発事故による即時および長期の影響を知るため、健康に対する権利に基づき、個々の人の健康について厳格かつ長期的に監視しなければならない。被ばくの健康への影響は、必ずしも直に認識され、治療できるとは限らないからである。スリーマイル島とチェルノブイリでの原発事故の経験から非常に貴重な指針が得られたが、これらの事故に対する認識が狭ければ、そこから得る指針は、適切なものとは言えないであろう。国連特別報告者は、日本政府に対し、病的状態と白血病が増加しないか監視することを推奨する。なぜならこれらの症状はチェルノブイリとスリーマイル島の事故の生存者にこれらの増加が見られたからである。日本政府は、累積放射線量が年間20mSv以下の地域に住民が再定住するよう指示を出したが、低線量放射線を長期間被ばくした場合の健康への影響については、知識が不十分なことから、今後被災者に対して健康調査を長期的に実施すべきである。

23. 福島県は、782億円と言われる日本政府からの交付金を受けて、県当局と福島県立医科大学が、共同で健康管理調査を実施している。健康管理調査は、基本調査と4つの詳細調査からなる。基本調査では、住民の外部被ばく線量を推計している。詳細調査では、福島県に住む18歳以下の子どもを対象とした甲状腺超音波検査、避難地域の全住民

を対象とした総合的な健康チェック、避難地域の全住民の心の健康・ライフスタイルの評価、及び2011年3月11日時点で妊娠していた全ての女性を対象とした妊娠・出産の記録調査を実施する。

24. 上述の通り日本政府から資金援助が行われているものの、報告にあるような福島県当局の能力不足により、健康管理調査が思うように進んでいない現状を懸念する声を国連特別報告者は滞在中耳にしている。国連特別報告者は、日本政府に対し、調査実施の中心的役割を担い、より多くの財源と人的資源を投入するように要請した。

#### 健康管理基本調査

25. 原発事故から3ヶ月後、福島県により、2011年3月11日に福島県に居住していた人々に対して、県民健康管理調査票を送付された。この目的は、2011年3月から7月までの県民一人ひとりの被ばく線量を評価することだった。集計された基礎データは、対象となる住民の健康調査、及び今後の長期的な健康管理に利用されることになっている。

26. 基本調査では、2011年3月11日～7月11日の間の、様々な期間における県民一人ひとりの所在地、2011年3月11日～31日の間における食料品、日用品、及び水の消費に関する情報が集められた。しかし基本調査では、事故当時又はその後の、一人ひとりの健康状態に関する質問は行われなかった。調査には、従来型の負傷、放射線によるもの、もしくはその両方による負傷等、原発事故当時の負傷に関する標準的な医学的質問項目が欠如していた。他の調査とは大きく異なり、この調査では、癌検診、甲状腺疾患、放射線治療、職場での過去の放射線被ばく、及び喫煙のような危険因子に関する質問項目等、回答者の癌の病歴を尋ねる質問内容も含まれていなかった。

27. 早期の情報収集は、放射線被ばくによる健康への影響を効果的に監視するために、非常に重要である。しかし基本調査は原発事故から3ヶ月後に行われ、回

答者の事故当時の活動に関する記憶だけに頼るものであった。

さらに、調査対象となる集団の大きさが、被ばくによる健康への影響を分析、理解する上で重要な役割を果たしている。

例えば、スリーマイル島での事故以降に行われた調査では、被災者の 92～93% のデータが 6 週間以内に集まった。

福島県当局は、国連特別報告者に対し、基本調査の回答率は、2012 年 10 月時点で 23% と低い状況にあることを報告した。

この低い回答率と、3 ヶ月という時間差が生んだ回答の不明瞭な性質により、原発事故の健康への影響を、正確に把握し、評価することができない可能性がある。したがって、国連特別報告者は、被災者の十分な健康管理調査を行うために追加の対策を採るよう日本政府に奨励する。

さらに、事故による放射性降下物が、福島県以外の県にまで達している可能性があることを鑑み、国連特別報告者は、実効線量が年間 1mSv を越える福島県以外の地域まで調査地域を広げるよう、日本政府に要請する。

#### 子どもの甲状腺スクリーニング

28. 健康に対する権利により、国家は、子どものような社会的弱者に対して特別な注意を払う必要がある。

子どもは、放射性ヨウ素の吸入による甲状腺癌を最も発症しやすいため、福島県当局は、2011 年 3 月 11 日時点で 18 歳以下だった全ての子どもを対象に、甲状腺検査を行った。

国連特別報告者は、日本政府のこの取り組みを評価するとともに、チェルノブイリ原発事故以降、被ばくした子どもが白血病を発症する可能性があることが疫学によってあきらかになったことを鑑み、子どもに対して、白血病等、放射線による他の健康被害も調査するよう、日本政府に要請する。

29. 甲状腺検査は 2011 年 10 月から開始され、2014 年 3 月まで行われる予定で、その後も継続して子ども達が 20 歳になるまで 2 年ごとに行われる。子ども達

が 20 歳を迎えた後も、5 年ごとに継続して行われる予定になっている。

甲状腺検査の結果は、4 つのカテゴリーに分類される。検査結果 A1 は、小結節もしくは嚢胞が検出されないことを意味する。

検査結果 A2 は、検出された小結節の大きさが 5.0mm 未満であること、かつ／又は、嚢胞の大きさが 20.0mm 未満であることを意味する。

検査結果 A1 と A2 に該当する子どもは、二次検査の対象とならない。

検査結果 B は、小結節の大きさが 5.1mm 以上、かつ／または、嚢胞の大きさが 20.1mm 以上 15 上であることを示し、これに該当する子どもは、二次検査の対象となる。

検査結果 C は、早急な二次検査の必要性があることを示している。

30. 結節が悪性である可能性は、結節の数と大きさと無関係であるため、結節の大きさが必ずしも悪性を示唆するものではないということに留意することが重要である。また、A2 判定の子どもに対する追跡治療は、2 年後に実施される。しかし、この期間は、悪性リスク増加の指標となる腫瘍の成長率を検査するためには長過ぎる。最新の公式情報によると、2011 年に検査を行った 3 万 8,114 人の子どものうち 186 人 (0.5%)、2012 年の検査対象 9 万 4,975 人のうち 548 人 (0.6%) が B 判定となっている。

31. 今回の訪問中、国連特別報告者は、日本甲状腺学会が、A2 判定を受けた子どもの二次検査を行わないよう指導しているとの情報を得た。このため、親と子どもは、甲状腺癌の可能性を軽減するための対策を事前に講ずることができずに、2014 年 3 月以降の 2 巡目の一次検査を待たなければならない。国連特別報告者は、日本政府に対し、健康に対する権利の行使を阻害する障壁を取り除き、健康に対する権利に基づき、子どもと親が、必要に応じてセカンドオピニオンや二次的な健康検査へを受けられるようにすることを要請する。

32. 国連特別報告者は、縦割り行政と、福島県の行政当局が親達の要求も同様だと主張している煩雑な情報

公開法の手続により、親が甲状腺検査の結果をなかなか入手できないとの情報を得た。情報の守秘義務は、健康に対する権利の重要な一面ではあるものの、自分自身の健康に関する情報を得る上で障壁となってはならない。健康に対する権利に則り、国は、個々人の意志決定能力に関わる自らの健康に関する情報を入手できるようにして、健康に関する情報に基づいた決定を下す個人の権利を保障しなければならない。

#### 総合的健康管理調査

33. 総合的調査(注 県民健康管理調査「健康診査」)は、健康情報を精査し、様々な疾病の罹患率を評価し、回答者の健康状態を改善することを意図したものである。対象者は、日本政府によって指定された避難区域の住民と、川俣町の山木屋地区、浪江町、飯舘村の住民に限定される。土壌、水、海産物を含む食品の高レベル汚染により、内部被ばくの可能性がある。チェルノブイリ事故後、内分泌、造血、循環器、消化器系の罹患率の増加が、被災者に認められた。このため、健康管理調査に、内部被ばく検査を含めるべきである。

日本国内では8歳の幼い子どもの尿サンプルから、すでに放射性セシウムが検出されている。ただし、この健康管理調査では、16歳以下の子どもの尿検査は実施されない。また、汚染された農作物の摂取により内部被ばくのリスクを拡大し、白血病を発症する恐れのある放射性ストロンチウムをチェックする検査も実施すべきである。

34. 国連特別報告者は、ガンマ放射線の内部被ばくを計測するホールボディカウンターが、福島県全域の健康管理施設で利用できる状況にないとの情報を得た。

35. 国連特別報告者は、日本政府に対し、消費する食品に含まれる放射性物質の許容限度量を引き下げるよう依頼している。入念な科学的サンプリングは、食品の放射能測定にとって重要である。しかし、国連特別報告者は、日本政府の検査に不満を抱き、市民測定所の方を好む人々がいることに注目している。日本政府は、日本国民の信頼不足を埋めるための対策を講じることが重要である。

#### メンタルヘルス調査

36. 健康に対する権利は、医療健康施設、物資、及びサービスの提供だけでなく、原発事故の被災者が、権利を享受できる環境を改善することにも及ぶ。そのため国は、とりわけ被ばくと家族の分断に起因するストレスと不安を減らすことにより、事故が人々の心の健康に及ぼす影響を最小限に抑える義務を負う。

37. 原発事故が心の健康に及ぼす影響は、スリーマイル島とチェルノブイリ事故との関連で報告されている。スリーマイル島事故の1年後、母親達は、不安と鬱の症状が発現するという過度のリスクを負っていた。チェルノブイリ事故後、幼い子どもがいる女性達が、放射能事故が、心の健康に及ぼす影響を最も受けやすかったことが分かり、事故から6年が18経っても精神衛生への継続的な影響は明白であった。国際原子力委員会(IAEA)による研究で、非常に大きなストレスと不安が、チェルノブイリ事故に関連するものであることが分かった。また、心的外傷後ストレス障害(PTSD)の罹患率が、人的災害の生存者の間で高いことも報告されている。

38. 福島原発事故は、家族や地域社会の分断と孤立感をもたらした。国連特別報告者は、個人的に、避難者の方々、住民、及びその家族の皆さんが抱える不安とストレスを観察したが、放射能漏れによる特に子どもの健康への影響、避難に伴う費用、生活手段の消失、不確実な将来、生活再建を妨げる賠償金の支払いの遅れ等が原因となっている。

39. 国連特別報告者は、子どもたちの心身の健康が、屋外活動と安全な遊び場の不足、学校での活動制限の影響を特に受けていることを懸念している。国連特別報告者は、日本政府に対し、福島住民、避難者、及びその家族に対して、特に緊急対応の初動要員や子どもたちのような影響を受けやすい人々に重点を置いて、質の高いメンタルヘルス関連の医療設備や物品・サービスを、これらの人々が必要とした時に入手及び利用できるようにすることを要請する。日本政府はまた、被災者のストレスや不安を軽減する目的で、NGO団体

が企画する保養キャンプなどのプログラムの提供、支援をするべきである。

40. 日本政府は、避難区域の住民に対して詳細なメンタルヘルス調査(注:「こころの健康度・生活習慣に関する調査」)を行っている。しかし、事故の影響を受けた全ての住民が対象となるわけではない。健康検査と同様に、少なくとも自主避難区域の住民も対象とすべきである。更に、回答率は50%を下回っている。国連特別報告者は、調査を通じて治療が必要な人々に、直接的なケアサービスを提供しようとする日本政府の取り組みを歓迎する。

しかし、残りの対象者に対しても必要なサービスを確認し、それを提供する取り組みも求められる。メンタルヘルス調査では、地震、津波、原子力災害時の回答者の行動について尋ねているが、健康悪化要因となり得る過去の被ばく体験について記録することが重要である。

#### 妊娠と出生調査

41. 健康に対する権利を尊重、保護、遂行する義務は、継続的な義務であり、子孫の代にも及ぶ。しかし、この妊娠と出生に関する調査(注:妊産婦に関する調査)は、チェルノブイリ事故で、子どもの奇形や胎児の死亡が大幅には増加しなかったという前提に基づいている。調査には、女性の出産前の健康、出産の記録、精神衛生が含まれる。胎児もしくは出産後の子どもの健康モニタリングの実施は調査に含まれない。最高水準の心身の健康を保障するため、国連特別報告者は、日本政府に対して、調査内容を見直すとともに、子宮内被ばくと(胎児の)精神障害には関連性があるとする研究を考慮するよう要請する。更に、日本政府に対し、未だに不確定な子宮内被ばくと白血病の関連性について調査することを要請する。

#### 原子力発電所作業員の健康

42. チェルノブイリ事故後、原子力発電所で清掃作業に従事していた作業員や初動要員は、高線量の放射線にさらされた。福島事故では、167名の作業員が

100mSvを超える放射能にさらされたと推定され、この線量レベルは癌のリスクを高めることがはっきりと認められている。2名の作業員は600mSvを超える線量の被ばくをした。加えて、初動要員は、人為災害において心的外傷後ストレス障害(PTSD)の発症率が高い。

43. 放射線管理区域で働く全ての作業員に対し、6ヶ月毎の健康診断が法律で義務づけられている他、年間被ばく線量50mSvの放射線にさらされる作業員の追加的健康診断の提供に関するガイドラインの策定が求められている。それにもかかわらず、国連特別報告者は、診断結果が日本政府に必ずしも報告されていない事態を懸念する。作業員の健康に対する権利を保護するためには、定期的に健康診断を実施し、その結果を報告することが重要である。日本政府は、原発作業員の健康モニタリングが、関連法と規則に基づき実施されていると繰り返し述べているものの、国連特別報告者はそのような健康モニタリングが実施されていない原発作業員がいることに対して懸念を表明する。

44. 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。日本政府は、彼らの脆弱性を悪化させない環境を整備するとともに、手頃で質の高い医療施設、物資、およびサービス全ての作業員が常時利用できるよう、あらゆる対策を取るべきである。

#### C. 被ばく限度に関する政策決定及び情報

##### 避難区域

45. 2011年12月、日本政府は、原発事故による被災地域を避難区域に分類した。年間放射線量が50mSvを超える地域は、5年間の出入りが禁止される帰還困難区域とされた。年間放射線量が20~50mSvの地域へ

の立ち入りは制限され、居住者は短期間の帰還が許可されたが、一泊することは禁止された。年間放射線量が 20mSv 以下の地域では、人々が帰還している。

46. 電離放射線障害防止規則(第3条)は、3ヶ月間の放射線量が 1.3mSv を超える地域を管理区域とするよう規定している。推奨されている一般市民の放射線被ばく限度は年間 1mSv である。ウクライナでは、「チェルノブイリ原発事故の結果悪影響を被った市民の地位と社会的保護に関する」1991年法により、何の制限もなく生活し働くための放射線量の限度を年間 1mSv とした。

47. 年間放射線量の限度である 20mSv は、原発事故以降、日本政府によって適用されている基準である。日本政府は、この基準が、原発事故以後の居住不可能地域を決定する際の、年間放射線量の基準として 1mSv ~ 20mSv を推奨している国際放射能防護委員会(ICRP)から発行された文書に依拠したものだとしている。ICRPの勧告は、日本政府の全ての行動が、損失に比べて便益が最大化するよう行われるべきであるという最適化と正当化の原則に基づいている。このようなリスク対経済効果の観点は、個人の権利よりも集団的利益を優先するため、健康に対する権利の枠組みに合致しない。健康に対する権利の下で、全ての個人の権利が保護される必要がある。さらに、人々の心身の健康に長期的に影響を及ぼすこのような決定は、人々の自発的、直接的及び実効的な参加とともに行われるべきである。

48. 日本政府は、国連特別報告者に対して、100mSv未滿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。しかしながら、国際放射能防護委員会(ICRP)でさえ、発癌又は遺伝的疾患の発生が、約 100mSv 以下の放射線量の増加に正比例するという科学的可能性を認めている。さらに、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。

49. 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しなければならない。健康政策は、健康に対する権利の享受への干渉を、最小化するように策定されるべきである。放射線量の限度を設定する場合、健康に対する権利に基づき、特に影響を受けやすい妊婦と子どもについて考慮し、人々の健康に対する権利に対する影響を最小にするよう要請する。低線量の放射線でも健康に悪影響を与える可能性があるので、避難者は、年間放射線量が 1mSv 以下で可能な限り低くなった時のみ、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、全ての避難者が、帰還するか、避難続けるかを自分で決定できるように、全ての避難者に対する財政的援助及び給付金を提供し続けるべきである。

#### 政府モニタリングポスト

50. 被災地域の放射線レベルに関する情報は、人々が決定下す際に重要であり、人々の健康に影響を与えるため、国は、この情報を入手しやすくすべきである。国連特別報告者は、日本政府が、福島県の空間放射線量を監視する、モニタリングポストを設置したことを歓迎した。日本政府は、国連特別報告者に対して、福島県内に約 3200 のモニタリングポストが設置されたことを伝えた。しかし、これらの固定のモニタリングポストで計測される空間放射線量は、計器からごく近いところの値しか反映されない。このため、固定のモニタリングポストによる計測記録は、近辺の実際の様々な放射線量を反映しておらず、それらの値は、モニタリングポストの測定値よりも高い可能性がある。知らずに代表的ではない情報に依存することは、人々、特に子どもを高放射線レベルにさらすこととなる。訪問中、国連特別報告者は、モニタリングポストに近いが、計測に反映されていないホットスポットや、子どもが使用する学校や公共の場所等において、測定値に大きな相違があることを確認した。遺憾なことに、このような相違のために、多くの人々が、政府のモニタリングポストの信頼性に対し不信感を抱くだろう。24



## 学校教科書の情報

51. 国家は、十分な情報に基づいて子どもの健康に関する決定がなされることを促進するため、子どもに、及び該当する場合は親に提供される放射能及び放射線に関する情報を、正確かつ科学的に妥当なものとするべきである。さらに、健康に対する権利を尊重するために、国家は、健康に関する誤った情報が伝わらないようにしなければならない。国連特別報告者は、福島の高レベルの放射能汚染を受けた公立学校における義務的な放射能教育のための正規のカリキュラムについて説明を受けた。副読本及び発表用の教材は、100mSv以下のレベルの放射能に短時間さらされた場合、癌を含む病気に罹患する過度のリスクが存在するという明確な証拠はないと言及している。このことは、100mSv以下という基準が安全であるという印象を与える。前述したように、このことは、日本の国内法や国際的な基準又は疫学的研究と合致しない。

そして、国連特別報告者は、この教科書が、放射能の影響を受けやすい子どもの健康への影響に言及していないことを指摘した。このような情報は、子どもや親に安全性に関する誤った意識を植え付けることになり、その結果、子どもが高レベルの放射線にさらされることになりかねない。国連特別報告者は、日本政府に対して、効果的で年齢に応じた分かりやすい方法で、健康問題を予防・管理する方法を含めて、原発事故に伴う健康への影響の正確な説明を確実にするよう要請する。

## D. 除染

### 除染政策

52. 2011年8月、「除染作業のための法的枠組みを規定した放射性物質汚染対処特措法」が交付された。しかしながら、同法「基本原則」及び基本的な重要規定は、2012年1月まで発効しなかった。同法は、汚染物質の回収、移送、一時保管及び最終処分を含む除染作業の計画及び実施にわたる。国連特別報告者は、除染作業に関する緊急対応のため基本政策の下での、除染に向けた日本政府、及び地方自治体の取り組みを歓迎す

る。しかしながら、除染政策は、それ以前に原子力産業の規制体制の一部をなしているべきであった。そうであれば、日本政府は2011年11月よりも早く除染作業を実施することができたであろう。

53. 除染は、福島を越えて実施され、放射線レベルの高い地域の除染が優先して行われ、子どもの生活環境に焦点が当てられている。政府目標は、2013年8月までに、一般国民に対する年間被ばく線量20mSv未満の地域を50%減らすこと、及び子どもについてはそのような地域を60%減らすこととしている。年間被ばく線量が20～50mSvの地域では、2014年3月までに、年間被ばく線量を20mSv未満にまで減らすという。年間被ばく線量が50mSvを超える地域の作業者の安全を確保するために、実証プロジェクトが設立された。長期的な目標は、年間の放射線レベルを1mSv未満に抑えることだとされている。

54. 健康に対する権利が、徐々に実現されるものであるが、国家は、熟慮された、具体的で、目標を定めた実施計画を策定しなければならない。2013年以降、及び年間放射線量1mSv未満という基準以外に、除染作業について具体策も予定表もないことは遺憾である。国連特別報告者は、日本政府に対して、できるだけ早く年間放射線量を1mSv未満に減少するという目標とした、長期的な除染政策を緊急に策定することを要請する。

55. 国連特別報告者は、学校や遊び場の除染を優先し、子どもなどの社会的弱者に対して、日本政府が、特別に配慮していることに注目している。しかしながら、周辺から切り離して、学校と遊び場だけを除染するのでは不十分である。なぜなら、風によって既に除染を終えた場所にも周辺から放射能が運ばれる可能性があるからである。したがって、学校と遊び場の除染は、放射能のホットスポットになり得る道路、水路、及び畑など、その周辺の地域も含め行うべきである。ホットスポットは年間放射線量20mSv未満の場所の中でも存在する可能性があるため、除染政策はこのホットスポットに対しても優先的に取り組むべきである。

56. 国連特別報告者は、日本政府が、除染を実施するにあたり、地域社会の参加を働きかけていることに注目している。しかしながら、国連特別報告者は、国家に対して、危険な作業に従事する個人に対して保護装置や必要な情報を提供することによって健康に対する権利を実現させる義務があることを再度喚起する。特別措置法が、除染作業に従事する個人に対して適切な情報、及び装置の提供を要求している一方で、いくつかの地域では、これらの要求が厳格に守られていないことを懸念している。したがって、国連特別報告者は、日本政府に対して、自発的に除染作業を実施する住民への情報、安全装置、及び適切な道具一式を提供するよう要請する。

#### 汚染物質の保管

57. 5～10cmの表土除去を含む除染作業により、日本政府は、汚染土壌の安全な保管に関する課題を抱えている。近年、当局は、放射性汚染物質をプラスチック製の砂袋に入れて居住地域に保管したり、保護容器に入れて、遊び場の下などの地下に埋めたりしている。訪問中、国連特別報告者は、健康に対する権利に反して、これらの地域において、放射性汚染物質の存在を人々に知らせている形跡は、確認できなかった。

58. 国連特別報告者は、230万トンと推定される汚染廃棄物を処理するために、一時保管場所、最終保管場所、及び処理施設が設置されることを伝えられた。しかしながら、放射性汚染物質の保管に関する具体的な計画はなかった。汚染廃棄物が、遊び場の下や居住地に保管されており、それにより住民の健康被害が生じることになる。居住地域から離れた一時的な保管施設の設置が緊急に求められる。日本政府は、意思決定過程における地域社会の積極的な参加とともに、日程表を策定し、一時保管場所、最終保管場所、及び処理施設の設置に向けて緊急の措置を講じるべきである。

#### E. 透明性と説明責任

##### 透明性と規制枠組みにおける独立性

59. 国会及び政府それぞれによって設置された、国会

事故調査委員会、及び政府事故調査委員会による報告書は、原子力規制機関の独立性を大きく損なうことになった原子力規制機関と日本の電気事業連合会との間の密接な関係を批判している。その結果、原子力規制機関は、国内及び国際基準に違反して福島第一原発の安全性に対する危険性を招き、東京電力に説明責任を保持させることに失敗した。

60. ガバナンス、及び国内政策・規制枠組みの履行における透明性は、健康に対する権利において重要である。また、行政及び規制当局の実効的な透明性と独立性は、説明責任を確実なものとする。国連特別報告者は、日本政府が、こうした独立性と透明性の必要性から、原子力規制委員会（NRA）を創設したことに注目している。

61. 国連特別報告者は、国内規制と、原子力事業者による国内及び国際的な安全基準の遵守に関して、原子力規制委員会によって集められた情報とデータは、原子力規制委員会と原子力産業全体の中における独立した監視及び説明責任を促進するために、公的に利用できるようにすべきであるということを強く主張する。

##### 東京電力の説明責任

62. 国連特別報告者は、原子力事業者が、日本における原子力発電の運転に起因する被害に対して、厳密かつ全面的に責任を有するものと強く主張する。このことは、国家ではない関係者に個人の健康に対する権利の侵害の責任があることを意味するが、この点は、健康に対する権利を保護すべき国家の義務と整合するものである。

63. しかしながら、2012年6月に行われた、日本政府による東京電力への大規模な財政的支援は、今回の被害に対する東京電力の説明責任と法的義務を実質上回避させてしまったと言えるだろう。賠償金の支払いは政府の資金から供出されが、その資金は納税者から支払われたものである。国連特別報告者は、東京電力が最終的には同財政的支援を日本政府に対して返納しなければならぬと聞いている。しかし、現在の取り決

めでは、本来東京電力のみが負うべき原子力損害に対する責任を納税者が負い続ける可能性を示唆している。

#### F. 賠償と救済措置

64. 健康に対する権利の侵害が発生した場合、被害者は、適切な賠償や補償などの効果的な救済手段を利用できなければならない。また、賠償や他の方式の救済手段の提供は、原発事故による被災者の権利回復のためにも必須のものである。

65. 原発事故後、東京電力は、東京電力による推計賠償額が4兆5,000億円にのぼるにも関わらず、請求に対する金融保証として1,200億円を提供した。それを受けて、日本政府は、2011年9月、官民の原子力損害賠償支援機構を設置した。

66. 原子力損害賠償紛争審査会は、既存の賠償法では基準がないことから、賠償支払いに関する基準策定のために創設された。国連特別報告者は、当初の補償申請書類が60ページと2,215項目にわたり、158ページの解説文書が付属していたことに注目している。また、国連特別報告者は、紛争解決センターによる手続きの遅れが、被災者に対する賠償の利用を妨げる要因となっているとの報告を受けている。これらの申請書類は以前よりは簡素化されたが、日本政府は、被災者によって度々指摘される、賠償レベルを引き下げて、紛争解決を遅らせようとする東京電力の試みに関する懸念に取り組むべきである。

67. 国連特別報告者は、被災者の避難を選択する権利を認める、「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（原子力事故子ども・被災者支援法）」の成立を歓迎する。同法は、これまで救済ニーズに対応がなされてこなかった、いわゆる自主避難者や、日本政府により指定された避難指定区域の区域外に生活する人への対応を含んでいる。また、同法は、放射線被ばくの長期間にわたる健康への影響に関する規定もある。

68. 国連特別報告者は、2012年6月の同法が採択され

たにも拘わらず、まだ具体策の実施が採択されていない点を懸念する。同法の履行の前提として、同法8条に基づき「支援対象地域」が明確にされる必要がある。国連特別報告者は、同法で対象となる地域が、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。また、低線量放射線による長期間被ばくの健康への影響は、正確に予測できるものではないため、同法の履行に際しては、全ての被災者に対して、放射線被ばくに関する、無料で、一生にわたる健康診断と医療を提供することを、明確にするべきである。民法の20年の制限期間は、原子力事故に関わる医療措置に関する財政措置には、適用除外とされるべきである。

69. 健康に対する権利を満たす義務は、特に、健康に対する権利の享有を促進する積極的措置を行うことによって、健康に関する基本的な決定要因の提供を確実にすることを国家に求めている。国連特別報告者は、日本政府が、「原子力事故 子ども・被災者支援法」の施策実施を採択し、年間被放射線量1mSVを超えるいかなる地域に対しても、避難、居住、帰還を選ぶ被災者が必要とする、移転、住居、雇用、教育、その他の必要不可欠の支援に関して、財政支援を提供するように日本政府に対して強く要請する。これらの施策には、生活再建に要する費用を反映させた救済パッケージが含まれるべきである。

#### G. 社会的弱者と被災地域の参加

70. 健康に対する権利は、社会的弱者のニーズに、特別の注意を払うことを国家に要請する。また、国家は、たとえ資源に制約がある場合でも、自国の政策やその実施において、特に社会的弱者に対する差別を防止する、直接の義務を負っている。

71. 2011年8月までに、146,520人が福島県から避難した。度重なる避難指示の変更によって、1万人以上の人々が、3回以上も避難所が変わることを余儀なくされた。人によっては、10回以上もの移転を余儀なくされた人もいる。2011年3月12日に、福島第一原発から20km圏内の地域に対して避難指示が出され

た後でさえ、病院及び介護施設にいた約 840 人の患者が 2011 年 3 月 13 日までそのままにされた。さらに、避難の間に、60 人の病院患者が死亡した。もし避難指示と計画が適切に行われていれば、避難の際のストレス、健康状態の悪化及び死亡は防ぐことができたはずである。これに関連して、社会的弱者の救援に関する計画を策定し、広範囲な地域社会の関与を奨励することは、災害時に脆弱な地域社会におけるより適切な緊急対応を実現する上で有益であるだろう。

72. 高齢者、子ども、女性、及び障害のある人は、災害による悪影響をより受けやすい。今回の調査期間中、このような社会的弱者と国連特別報告者は、自分たちに影響を及ぼす決定に、何も言うことができなかったことに対し、強い不満の気持ちを共有した。また、国連特別報告者は、避難所がしばしば、障害のある人や、女性（幼い子どものいる女性を含む）に対して、利用し易い環境ではなかったということを知り、悲しく感じた。2010 年に策定された、日本の第 3 次男女共同参画基本計画において、防災と災害対応における男女平等を促進するとの規定が盛り込まれているにもかかわらず、女性は、避難所においてより大きな不利益を受けた。このことは、同計画の基準が十分に実施されてこなかったことを意味している。

73. 国家及び地域レベルにおける意思決定の全ての段階での人々の参加は、健康に対する権利にとって重要である。健康関連の法令及び政策は、地域社会が、これらの決定に最も影響を受けるので、地域社会による直接的、積極的、及び効果的な参加によってのみ策定されるべきである。国連特別報告者は、この機会に、健康管理調査に関する地域社会の効果的な関与を確保するように日本政府に強く要請する。また、地域社会の参加は、政府が人々の懸念事項に効果的に取り組む上で有益であり、それによって、より効果的な医療制度を造ることができる。

74. 国連特別報告者は、「原子力事故子ども・被災者支援法」において、日本政府が、地域社会の参画を保障したことを歓迎する。日本政府は、被災地域の懸念事項に取り組むために、被災地域の広範囲の参加と効果

的な関与を促進し続けるべきである。また、被災地域の参加は、地域社会主導の意識改革及び主体性の確保につながる。地域社会の参画には、権利の向上と全員が参加する社会造りが重要であるため、社会的弱者の参加を含めるべきである。

75. 国連特別報告者は、データの収集、放射線の監視、避難所の計画、健康管理調査の策定、放射線レベルと避難区域に関する決定、及び賠償総額の設定等といった、現在及び将来の、原子力政策及び健康管理政策に個人と地域社会を含めることを、日本政府に強く要請する。

## 勧告

76. 国連特別報告者は、日本政府に対し、原発事故の緊急対応システムの策定と実施について、以下の勧告を実施するよう要請する。

- (a) 指揮命令システムを明確に定め、避難区域・避難所を特定し、社会的弱者を救助するガイドラインを含む原発事故の緊急対応計画を確立し、定期的に見直すこと。
- (b) 原発事故の影響を受ける危険性のある地域の住民と、事故発生時の対応や避難方法を含む災害対応計画について協議すること。
- (c) 原発事故発生後、可及的速やかに、災害に関連する情報を公開すること。
- (d) 原発事故発生前、又は事故発生後可及的速やかに、ヨウ素剤を配布すること。
- (e) 原発事故の影響を受ける地域に関する情報を集め、広めるために、「緊急時迅速放射能影響予測ネットワークシステム」(SPEEDI) のような技術の迅速かつ効果的な利用を提供すること。

77. 原発事故の影響を受けた人々に対する健康管理調査について、国連特別報告者は、日本政府に対し、以下の勧告を実施するよう要請する。

- (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ようにすること。
- (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。

と。

- (g) 個人情報保護しつつも、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。
- (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、必需品、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。

78. 国連特別報告者は、日本政府に対し、放射線量に関連する政策・情報提供に関し、以下の勧告を実施するよう要請する。

- (a) 避難区域、及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き、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 1mSv 以下に低減すること。
- (b) 放射線被ばくの危険性と、子どもは被ばくに対して特に脆弱であるという事実について、学校教材等で正確な情報を提供すること。
- (c) 放射線量の監視においては、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れること。

79. 除染について、国連特別報告者は、日本政府に対し、以下の勧告を採用するよう要請する。

- (a) 年間 1mSv 以下の放射線レベルに下げるとの時間目標を明確に定めた計画を、早急に策定すること。
- (b) 放射性廃棄物の貯蔵場所を、標識等で明確にすること。
- (c) 放射性廃棄物の安全で適切な一時・最終保管場所の設置を、住民参加の議論により決定すること。

80. 国連特別報告者は、規制の枠組みの中で、透明性

と説明責任の確保について、日本政府に対し、以下の勧告を実施するよう要請する。

(a) 原子力規制当局、及び原子力事業者に、国際的に合意された安全基準やガイドラインを遵守するよう求めること。

(b) 原子力規制委員会の委員と原子力産業との関連について、委員自身による情報の公開を確実にすること。

(c) 原子力規制委員会が集めた国内、及び国際的な安全基準・ガイドラインに基づく規制と、原発事業者による遵守に関する情報は、独立した監視が出来るよう公開すること。

(d) 原発事故による損害について、東京電力等が責任をとることを確実にし、かつ、その賠償・復興に対する支払いの法的責任が、納税者に転嫁されないようにすること。

81. 賠償や救済措置について、国連特別報告者は、日本政府に対し、以下の勧告を実施するよう要請する。

(a) 「原子力事故 子ども・被災者支援法」の実行体制を、影響を受けた住民の参加を確保して策定すること。

(b) 復興と人々の生活再建のための費用を、救済措置に含めること。

(c) 原発事故と被ばくにより生じた可能性のある健康影響について、無料の健康診断と必要な治療を提供すること。

(d) 被災者による東京電力に対する損害賠償請求が、更なる遅延が生ずることなく解決されるようにすること。

82. 国連特別報告者は、原発の稼働、避難区域の指定、放射線量の限度、健康管理調査、賠償額の決定を含む原子力エネルギー政策と原子力規制の枠組みに関する全ての側面の意思決定プロセスに、住民、特に社会的弱者が効果的に参加できることを確実にするよう、日本政府に要請する。

以上