

# 原爆症認定制度のあり方に関する日本被団協の提言

2012年1月25日  
日本原水爆被害者団体協議会

## 1. はじめに

2003年4月に始まった原爆症認定却下処分の取り消しを求める集団訴訟は、306人の原告が17の地裁に提訴し、2011年12月21日の大阪地裁での判決をもって実質的に終結しました。この裁判は個別提訴で争った原告が2000年に最高裁で勝訴したにもかかわらず、敗訴した政府・厚生省（当時）が最高裁判決の趣旨を故意に曲解して2001年に採用した「原爆症認定に関する審査の方針」が、以前よりも一層厳しいものになったことに怒りを覚えた全国の被爆者が、集団訴訟で政府の方針の誤りを正そうとしたものでした。

この集団訴訟で、全ての裁判所が、政府の認定の在り方は誤っていると指弾し、原告の多くの却下処分の取り消しを言い渡しました。しかし、厚生労働省は頑なに司法の判断に従おうとせず、敗訴に対しては控訴を重ねました。被爆者や支援する人々の怒りは高まり、大きな政治問題になっていきました。

2007年8月、安倍総理大臣（当時）が、広島原爆の日にあわせて認定の在り方の検討を命じ、紆余曲折を経て、与党プロジェクトチームの提言にもとづく「新しい審査の方針」が採択され、2008年4月から新しい基準による認定が実施されることになりました。この基準で原告の再審査が行われ半数近い原告が認定されることになりました。しかし勝訴原告の中には、新しい審査基準でも認定されない者が多数あり、そのため裁判は長期化し、原告の死没が増加するなど、高齢化した病弱な原告の人道問題にもなってきたため、日本被団協、原告団、弁護団は総理大臣の判断による政治的解決を求めることになりました。

2009年8月、麻生総理大臣・自民党総裁（当時）と日本被団協との間で、集団訴訟の終結に向けての確認書が取り交わされました。この確認書により、国・厚生労働省は控訴を取り下げ直ちに認定する、敗訴原告に対しては基金を設けて救済する、今後訴訟の場で争う必要のないように厚生労働大臣との定期協議を行うこととしました。

## 2. 司法と行政の判断の乖離の原因に真摯に向き合おうとしない厚生労働省

2010年1月、新しい政権のもとで第1回の定期協議がもたれ、長妻厚生労働大臣（当時）は、原爆症認定問題の抜本的な改善は法律改正によらざるをえないと声明しました。8月には、菅総理大臣（当時）が広島や長崎の被爆者団体に対して認定制度の在り方に関する検討を行うことを約束し、一昨年12月に第1回の「原爆症認定制度の在り方に関する検討会」が開催されました。今日まで8回の検討会がおこなわれました。

しかし、この間の度重なる内閣改造で第2回定期協議がたびたび延期され、昨年11

月に開催されるまで、司法と行政の判断の乖離を解消するための新たな基準の改定や法改正について厚生労働省と正式に論議されることは全くなく、一方で審査滞留者の大量却下がつづいています。

これまでの検討会でも、第2回の大臣協議においても、厚生労働省は原爆症認定の在り方についての司法と行政の判断に多くの乖離があることに、真摯に向き合おうとする姿勢を全く示していません。司法から指摘された審査の在り方に対する反省や検討をしようとする意志があるのかどうかを疑わせます。

この検討会に課された、認定制度の在り方の検討にあたって、最も基本となる問題点が行政側から出ないということは誠に残念です。厚生労働省は、長妻元厚生労働大臣や菅前総理大臣が提起した法律改正による抜本的改善に誠意を持って取り組むことを強く求めます。

### 3. 原爆症認定制度の運用の問題点と改善の方向

#### (1) 医療援護と手当制度の改善のあゆみ

原爆症認定制度が創設されたのは、原爆被爆後 12 年間の長きにわたって被爆者を放置した後、1957 年に「原子爆弾被爆者の医療等に関する法律」（原爆医療法）を制定したときです。その内容は厚生大臣（当時）が認定した疾病の医療費の全額国庫負担を行うという医療への援護対策でした。当初の援護対策は被爆者健康手帳の交付とそれにもとづく定期健康診断、認定疾病に対する医療負担だけでした。

日本被団協は被爆者の病気は原爆に原因があると考えられる被爆者の声に応じて、全ての被爆者への医療の援護を求めてたたかいつづけてきました。このたたかいによって、1960 年、近距離被爆者を「特別被爆者」、他を一般被爆者とし、「特別被爆者」の一般疾病医療費について、その自己負担分を国庫で負担する制度がつけられました。当初はその対象となる「特別被爆者」は極めて狭い範囲の被爆者に限られました。14 年後の 1974 年に被爆者健康手帳を持つ被爆者全てに広げられました。

一方で、1968 年「原子爆弾被爆者に対する特別措置に関する法律」（原爆特別措置法）が制定され、健康管理手当などの手当の支給制度が創設されました。これは、被爆者が病気と貧困との悪循環に苦しむ中で、医療上の援護だけでは生計が成り立たないとする日本被団協の要求に、不十分ながらも政府が応えた施策でした。当初はさまざまな制限があったこの制度も、運動により年ごとに改善され、今日では被爆者健康手帳所持者の 9 割以上が健康管理手当を含む何らかの手当を受給するに至っています。

原爆被害を戦争による被害として国の償いを求める被爆者に対して、政府はこれらの対策は、戦争による被害に対する国の責任として行っているのではないとの姿勢をとりつづけています。しかし、現行法の第 10 条、11 条で定められた原爆症認定制度は、厚生労働大臣が被爆者の病気を原爆症と認定し、医療費を全額国が負担する制度なので、最高裁判決でも、そのことを一つの根拠として原爆医療法には「実質的に国家補償的配慮が制度の根底にある」としています。そこで自分の病気は原爆によると国に認めてほしい被爆者は原爆症の認定を求めたのです。また、認定にともなって支給される医療特別手当は、病気と生活に苦しむ被爆者には支えとなるものでした。

## (2) 原爆症認定制度の誤った運用

自分の病気を原爆によると認めてほしいという被爆者の切実な要求に対し、現行法の第 11 条と厚生労働省（旧厚生省を含む）の恣意的で誤った運用が立ちはだかりました。同条では原爆症の認定にあたり「原爆の傷害作用の起因性」と「要医療性」を求めるからです。つまり「要医療性」が厳しく問われるのは、そもそも認定制度が医療の給付（医療費の全額国庫負担）制度として始まったことにあります。他方で「原爆の傷害作用の起因性」は、旧厚生省によって「放射線の起因性」に限定的に解釈され、しかもその運用は極めて恣意的に行われました。

「放射線の起因性」については、そもそも原爆の放射線とは何かが問題になります。原爆の放射線には、爆発と同時に放出される中性子線とガンマー線等からなる初期放射線とそれとは別の、中性子によって放射化された物質からの誘導放射線や放射性降下物からの放射線（残留放射線）があります。被爆者は、初期放射線ばかりでなくこれらの放射線にも被曝しました。

しかし、厚生労働省は放射線の影響も「受忍」の立場から軽く、小さく、狭いものとして初期放射線の影響しか認めようとせず、初期放射線の被曝線量推定方式である DS86 や DS02 で個々の被爆者の被曝線量を推定し、疫学調査なるものの結果から 2 キロメートル以遠での被曝はほとんどないとして、遠距離被爆者や入市被爆者の放射線被害を認めようとしません。しかしながら、これらの被爆者が低線量被曝、内部被曝という形で放射線の被害を受けたことは紛れもない事実です。

原爆の放射性降下物による被害を認めないことは、現在国民の不安、不信を生み出している福島第 1 原発事故による放射能被害者の対策にも関連することであり、決して許されないことです。

## (3) 原爆被害は総合的にみななければならない

誘導放射線や放射性降下物からの残留放射線の影響を無視してはなりません。つまり放射線の被害は総合的に判断しなければならないことは、原爆症認定集団訴訟で全ての裁判所が指摘したことです。数値で示された、いわゆる「科学的知見」にすぎりついて、救済の立場に立とうとしないことこそが、司法の判断と行政の判断の乖離の最大の原因です。裁判所でも、現行法の趣旨に照らしてもこのような運用は許されないとして、厚生労働省の運用姿勢が厳しく断罪されたのですが、厚生労働省と疾病・傷害認定審査会原爆医療分科会はこの司法の判断に今も耳を傾けようとしていません。

しかも、「新しい審査の方針」で認定基準の被曝距離を、がんについては直爆 3.5 キロメートルまでに改めた後も、この姿勢は全く変わらず、積極認定の枠内にある非がん疾患に対しては 2 キロまでの甲状腺機能障害をのぞき、全ての疾患について 1.5 キロ以遠被曝の被爆者や入市被爆者の申請は全く認められていません。

そこで私たちは、初期放射線の被害のみにこだわりつづけ総合的な原爆被害を認めようとしない、現行法の第 10 条と第 11 条にもとづく原爆症認定制度は見直し、被爆者の健康管理と治療・療養及び介護のすべてを国の責任で行う抜本的改善を求めます。

#### 4. 医療特別手当を含む手当支給制度の見直しについて

##### (1) 被爆者手当について

日本被団協は、原爆被害の実態に即した総合的な被爆者対策改善のために、2011年6月に「現行法改正要求」を策定しました。手当の支給に関しては、介護手当と小頭症手当を除く、諸手当（医療特別手当も含め、特別手当、健康管理手当、保健手当）を一本化して、全ての被爆者に「被爆者手当」を支給し、障害を持つ者には加算することを求めています。

まず何よりも被爆者は原爆の地獄を体験し、全ての被爆者が何らかの放射線被害を受けています。そのために心と身体に深い傷を負って生き抜いてきました。子どもを産み育てるとして自然なことにさえ恐れおののき、就職、結婚など人生の節目での差別など計り知れない苦しみと不安から解放されることなく生きてこざるをえなかったのです。そして今もなお、子や孫に健康問題が生じると「被爆のせいではないか」と、わが身を責めているのです。被爆者健康手帳所持者全てに「被爆者手当」を支給することは、このような被爆者の人生の苦悩に慰謝する意味を持ちます。なお、この被爆者手当は現行の健康管理手当相当額とすることが妥当と考えています。

そのような被爆者手当制度を設け、その上で現行の手当制度に代わるものとして、原爆の熱線、爆風、放射線による障害のある者には加算をすることとします。これまでの医療特別手当、特別手当に相当する援護は「被爆者手当」への加算により置き代えることができます。したがって、加算後の最高額が医療特別手当相当額を下回らないことを求めます。

##### (2) 被爆者手当の加算区分とその適用等について

原爆の放射線、熱線、爆風による総合的障害の度合いによっていくつかの加算区分を設けるのが相当で、この提言では3つの加算区分を提案します。

加算されるべき対象疾病はまず、これまで放射線の影響が認められている全ての固形がん、および、がん以外の疾患（非がん疾患）の白内障、心筋梗塞、甲状腺機能障害、肝機能障害、子宮筋腫などとし、さらに熱傷瘢痕、免疫力低下で重症化した外傷などがあげられます。

加算区分の判断は、例えば、がんの場合であれば、放射線治療、抗がん剤などの治療を受けている場合は最高の区分3に入り、内視鏡を用いての切除、重い副作用をともしない服薬治療などの場合は区分2、これらが治癒した場合は区分1とするなどが考えられます。熱傷瘢痕の場合は、瘢痕の部位、度合いなどにより加算1あるいは加算2の区分に入ることなどが考えられます。非がんの疾病についても、複数の区分に分けることも考えられます。

なお、区分の内容は法律の改正と同時にあらかじめ政令で、疾病・傷害およびそれらの治療・療養の軽重について定めることとします。そこで個々の申請者がいずれの区分に該当するかは、医師の治療に基づく重篤度の判断（診断書と意見書）によって判断できるよう認定の簡素化を求めます。

なお、新たに追加すべき疾病の要件や疾病・障害および治療・療養の軽重の判断は日本被団協推薦の委員を含んだ「被爆者援護審議会（仮称）」で行います。

## 5. おわりに

現行の「原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律」は法の「前文」でも明記されているように、被爆者の放射線被害に限定されたものです。日本被団協はすべての原爆被害、すなわち「いのち、からだ、こころ、くらし」の被害に対する償いとしての援護を求めています。現行法改正要求では、①国家補償の趣旨を法の中に明記すること、②死没者に補償すること、③被爆者に償うことを求めています。

それらの要求の個別具体的な詳細説明はここでは省略しますが、国家補償の立場に立った被爆者援護施策を求めつつ、当面の緊急課題である原爆症認定制度の抜本的改善のための日本被団協の提言とします。

以上