

医師たちの原爆症

兵庫県保険医協会 理事 郷地 秀夫

|| 医学の立場から

私は、兵庫県で約1千5百人の被爆者の診療を行い、訴訟を通じて約2千人の被爆者と関わってきた。この被爆者医療の中で、私は三つの柱を持ってやってきた。まず、被爆者の命を守るということ。二つ目は、被爆者の権利、生活を守るということ。そして三つ目

は、被爆者の方と一緒に平和を守るということ。

しかし、被爆の実相を医学の立場から明らかにするという肝心なことが抜けていた。私は、アメリカと日本政府がつくりだした仮想空間の中の原爆像をうのみにしてきた。そこから、被爆者の真実の声に耳を傾ける心と構えを持つことで被爆の実相に近づいてきたのが、この6年間であった。

|| 原爆症認定とは

原爆症認定とは、被爆者援護法に規定されているもので、被爆者の病気や障害が原爆放射線に起因するということと（放射線起因性）、医療を要する状態にあるということ（要医療性）を厚労大臣が認めると、戦争被害者として国家補償されるという制度だ。

原爆症認定裁判は、被爆者認定されている方が自分の病気が原爆放射線によるものだということを国に認めさせて、医療特別手当の支給を求める裁判である。

これまで原爆症認定というと、直接被爆者であり、さらに最大1.5km以内の近距離被爆しか認定しないというのが当たり前だった。

認定数の推移は、20年間いつも2千人前後だった。その理由は、京都の原爆小西訴訟で厚労省の次官が明言したように、予算が2千人分しかなかったからである。つまり、認定された人が亡くなるか症状が良くなるまで粹



手当をまつ母子

順番を待つ間、母は放心状態ながら、子どもに乳房を含ませていた。爆心から北3.6kmの道ノ尾駅前。8月10日午後2時頃。長崎
撮影=山端庸介

が空かない限り、新たに認定されないということなのである。

国の認定基準は非常に非科学的だ。爆心から800m以内の人を認定するというのだが、この距離というのは風速180mの爆風、1800度の熱線、致死量の2.5倍の10Gyの放射線が飛んでくるところで、とんでもない基準である。

こうした判断基準を裁判の中で変えてきた。08年3月に新たな基準ができ、爆心からの距離を3.5kmまで認め、入市被曝も100時間以内であれば認める、ガンや白血病、甲状腺病、放射線白内障、放射線起因性が認められる心筋梗塞も認めるとした。この放射線白内障と放射線起因性が認められる心筋梗塞などというのは、どこを調べたら起因性がわかるのかという問題はある。ただ、ガンが広く認められることになったことは大きな前進だ。

裁判の判決をみると、高血圧や変形性脊椎症も認められている。こうなると医師は、高血圧や変形性脊椎症で腰が痛いから原爆症認定との医師意見書を書けなければならない。司法は総合的に健康状態を判断することを医師に求めている。

II・医師たちの闘い

私は裁判支援を始めるまで、『広島・長崎の原爆災害』と『原爆放射線の人体影響1992』という教科書を参考に、1.5km以内の1号被曝者しか認定申請を書かなかつた。

しかし、それは大変な間違いだった。原告たちの話を聞き「この患者は原爆症に間違いない。私の考えが間違っているのでは」と思い、それを裏付ける本を探した。そこで見えてきたのは、被曝者を見守ってきた医師たちと原爆被害を矮小化しようとする力の闘いの



殺してくれ！

谷口稜暉（すみてる）さん。16歳のとき、郵便配達中に被爆し、背中全体が焼けただれた。大村の旧海軍病院で1年9ヶ月、腹ばいのまま身動きできなかった。

いまも長崎の原爆被災者協議会で副会長を務めながら、被爆の体験を語りつづけている。

（米軍撮影 提供：平和博物館を創る会）

歴史だ。このことを大江健三郎氏は『広島ノート』で、「広島における原爆医療の歴史は、体制の側の権威によって導かれたどころか、その逆にその権威あるものに対する穏やかな抵抗をする人々、決して屈服しない根気強い人々によってまったくゼロからの発展を遂げてきたものである」と書いている。

被爆者たちを見守る医師たちの足跡はいくつかの文献に残されている。たとえば、1953年刊行の『原子爆弾災害調査報告集』全2巻。湯川秀樹氏が巻頭言を書いた『原水爆被害白書』。愛知の反核医師の会を創設された飯島宗一先生の『核放射線と原爆症』などである。

II・三つの誤り

こうした歴史を知って、私には三つの誤りがあったことに気付いた。一つは原爆被害を過去のことと思っていたということ。二つ目は、被爆の実相はすべて科学的に解明されたと思っていたということ。三つ目に遠距離・

入市被曝の人に残留放射線の影響はほとんどないと思ってきたこと。

原爆の被害を矮小化して報告を行ってきた放射線影響研究所（放影研）のデータでも、原爆の被害が最大になるのは、2020年だとされている。原爆放射線の影響によって発生する固体ガンの予想をグラフ化したのが図1だ。これによれば、今後、原爆放射線による被害はピークを迎える。これには理由がある。今までに原爆症で亡くなった人は20歳以上の時に被曝した人だが、これらの人への放射線の影響は、より若い時に被曝した人よりも少ない。0歳の時に被曝した人が現在64歳になっている。このような人が非常に危険な状況なのである。

原爆症の実相がどれほど科学的に確立されできているのか。裁判の論点もそこに集約される。国は「放射線の影響だという証拠をみせろ」と主張する。しかし、放影研の大久保利晃理事長が2年前、原爆の後障害で解明されているのは5%程度かもしれない、中国新聞のインタビューで発言した。つまり、今生きている被曝者が全員死亡し、研究データをまとめたらわかるということで、あと40年

はかかると言っているのである。原爆被害の実相というのは、まだまだ分かっていないということだ。

II・被害の過小評価

放影研は原爆被害を過小評価してきたと批判されている。その前身の原爆傷害調査委員会（ABCC）は米軍がつくった機関で、原爆の人体への影響について被爆者を実験材料に研究してきた機関である。ABCCは、原子力を軍事利用するために危険度を低く見積もってきたという歴史がある。1975年には日米共同運営となり、放影研に名称変更はしたが、現在でも米国のエネルギー省から研究費の半分を補助されている。有形・無形の圧力下にあるのである。

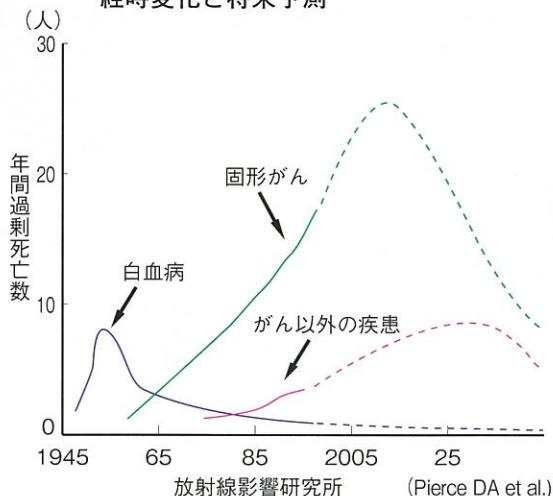
実際の研究内容を見てみても、残留放射線や内部被曝の影響をほとんど無視しており、被爆者と被爆していない人を比較するのではなくて、大量被爆した人と少量被爆の人を比較するなどという研究をしている。だから、遠距離被爆者や入市被曝者には影響がないとしてきた。私もそれを信じてきた。

原爆のエネルギーでいうと50%は爆風で、35%は熱線。放射線は15%である。初期の放射線（1分以内）が5%で、残留放射線は10%。これは放射線が黒い雨とか、チリに交じることにより、周りのものを放射性物質にし、それがいろいろな形で身体に入る。

残留放射線は α 線、 β 線、 γ 線だが、 α 線と β 線は無視された。 α 線の飛ぶ距離は1mm。体内では40ミクロン。 β 線も1cmしか飛ばない。だから地上500mの上空で爆発した原爆から α 線や β 線が飛んでくるはずはない無視した。

残留放射線はキノコ雲にのって、雨で地上

図1 放射線被曝による過剰死亡の経時変化と将来予測



に落ちてくるが、米国は放射能を帯びた雲は上空を流れて無限に広がるため落ちてこないと言っている。それは米国が、雨も降らなければ、放射能を帯びて舞い上がるものもないニューメキシコの砂漠で核実験をしたからだ。体内に入った場合は40ミクロンしか飛ばないが、細胞を通過して核を傷つけるのももってこいの飛距離である。

私も当初、残留放射線の影響はないと思っていた。しかし、違うという事実を私はほとんどの被爆者から聞いた。たとえば、ご主人が爆心地近くにいたので、入市して爆心地付近を捜しまわった奥さんは、3日目くらいから急性症状が出て死んでしまったという。

私はこうした事実を、それがなぜなのかを究明することもなく聞いていただけだった。飯島先生が『核放射線と原爆症』の中で言つておられる「問題は、被爆者の示す病気あるいは病的状態は、それが明らかに原爆と無関係であると証明されない限り、すべて原爆と

直接的、副次的に関係している可能性がある一という本質を認めるか否かにある」という言葉がまさに当てはまる。

リフトンの分類

アメリカの精神医学学者ロバート・リフトンは、被爆者の心理を科学的に解明した論文を書いて、米国図書賞を受賞した人物だ。彼はまた、被爆者だけでなく医師に対しても聞き取り調査をし、原爆症に対する医師の考え方を分けると、4種類になると言った(図2)。

実際に被爆した医師は1か2が多く、広島の若い医師には3か4が多いと分析した。私も今回の裁判に関わる前は3だった。裁判でやっと変わった。先ほど述べたように、まだ被爆の影響については5%しかわかっていないのに、それを証明しろというのが国の立場だ。そうではなく、疑わしきは救済するという、1の立場でなければならない。救いは、

図2 リフトンの4分類

1. ALL-Embracing Concept 包括型原爆症	全て原爆症だ	ごく一部の医師
2. Moderately Inclusive Concept 関連型原爆症		日本の医師 研究者 ときどきみかける
3. Skepticism Concept 懷疑的限定原爆症		米国の医師
4. Outright Rejection Concept 率直拒絶型原爆症	原爆症は有害	米国の医師

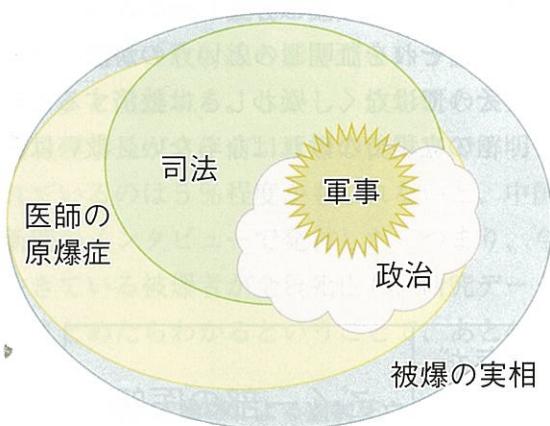
医師の考え方はこの分類の間を行き来するということだ。

■ 実相に近い原爆症に

裁判は五つの原爆症の闘いである（図3）。「実相としての被爆」は、被爆者がこの被害は被爆によるものだと訴えていること。原爆の被害を矮小化したのが「軍事的被爆」である。それを少し膨らませたものが「政治的被爆」。そして、「司法としての被爆」＝原爆症。さらに、支援する私たちが考える「医師の原爆症」がある。

私たち支援団でも、なかなか被爆者が実際

図3 五つの「原爆症」像



体験した実相としての被爆を理解できないこともある。とにかく、矮小化された軍事的被爆や政治的被爆を実相に近づけることが焦点である。

また、医師の考える原爆症をより広げなければならないし、そして、政治的被爆を医師の原爆症に近付けていかなければならない。医師は、医師としての原爆症を語る語り部にならなければならない。

■ 「受忍論」打破を

国の原爆症に対する認識は根本的に間違っている。80年に厚生省の諮問機関である被爆者対策基本問題懇談会が「被爆者対策の考え方」という文書を発表した。そこで書いているのは戦争被害受忍論。戦争の被害は国民が等しく受忍しなければならないという考え方だ。ただし原爆については放射線があるし、被爆者が文句を言ってくるので、それだけは国家補償してやるということでできたのが被爆者援護法である。

これを打ち破らなければならない。そのためにも、まずは原爆症認定を勝ち取り、それを広く戦争被害の認定、国家補償というかたちに広げていくことが課題だ。