

進行する健康被害

矢ヶ崎克馬

原発事故後5年を迎えるに至りました。

チェルノブイリ事故後周辺国では「チェルノブイリ法」と呼ばれる住民を放射線被曝から保護する法律ができました。法律に基づいて年間1ミリシーベルト以上の汚染地に居住する住民に対する保護と規制を実施しました。

福島事故5年後の日本政府は、法律的根拠の何もない20ミリシーベルトという巨大な被曝値を基準に突っ走ろうとしています。

今の政府の姿勢は、すべての疾患を「放射能とは因果関係が認められません」とかたくなに事実を見るのを拒み、住民の健康保護を拒否しています。チェルノブイリでICRP、IAEAなどが唯一認めた甲状腺がんさえ因果関係を認めません。公的に放射線との因果関係を認めると際限なく広がる「責任・賠償」を避けようとして棄民していると考察します。

日本では日本国内の医療関係者などが安全論を吹聴している状況で、なかなか健康被害の実状がつかめません。そこでいくつかのデータを紹介して、日本に展開する放射能公害の深刻さを垣間見ます。

(1) 難病者総数

最初は国立難病情報センターのデータ解析です。現在、62種の難病が指定されています。図1は登録された難病の患者数の推移を表します。

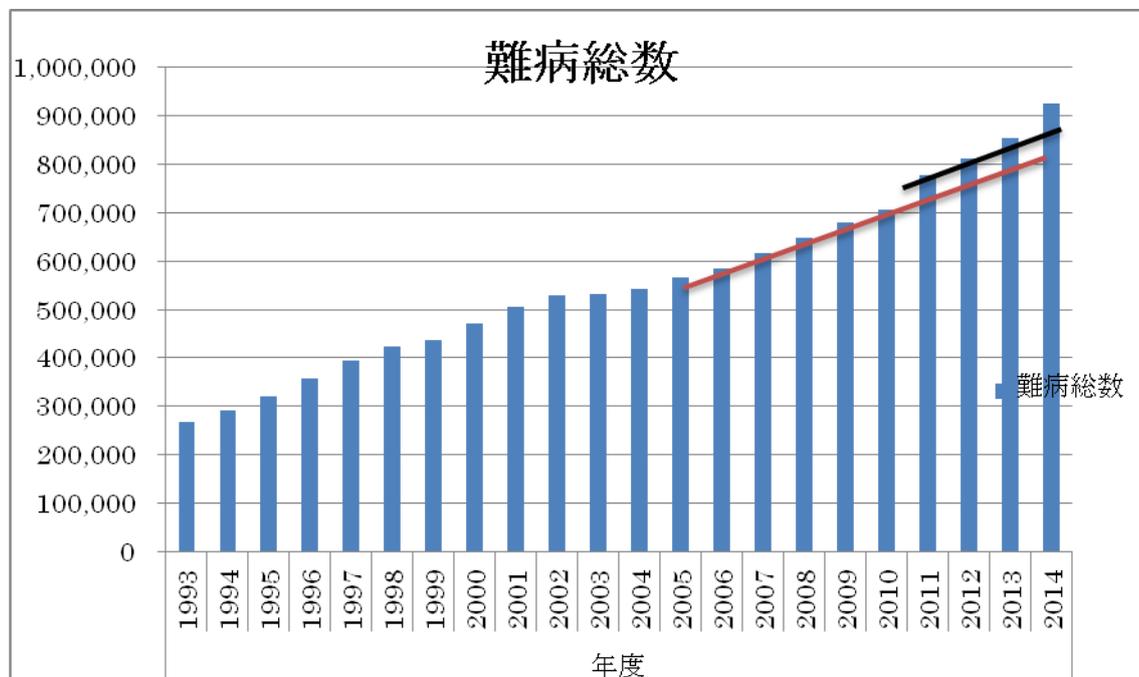


図1 難病患者数の経年変化

図中の赤線は3.11事故前の5年間の増加傾向を直線で近似しました。

原発事故の起こった2011年で急激に増加しますが増加した状態で赤線と平衡に引いた線が黒線です。その後の増加傾向は直線的でなく、加速的に増加しています。

図2は前年度と比較した総患者数の増減数を示します。

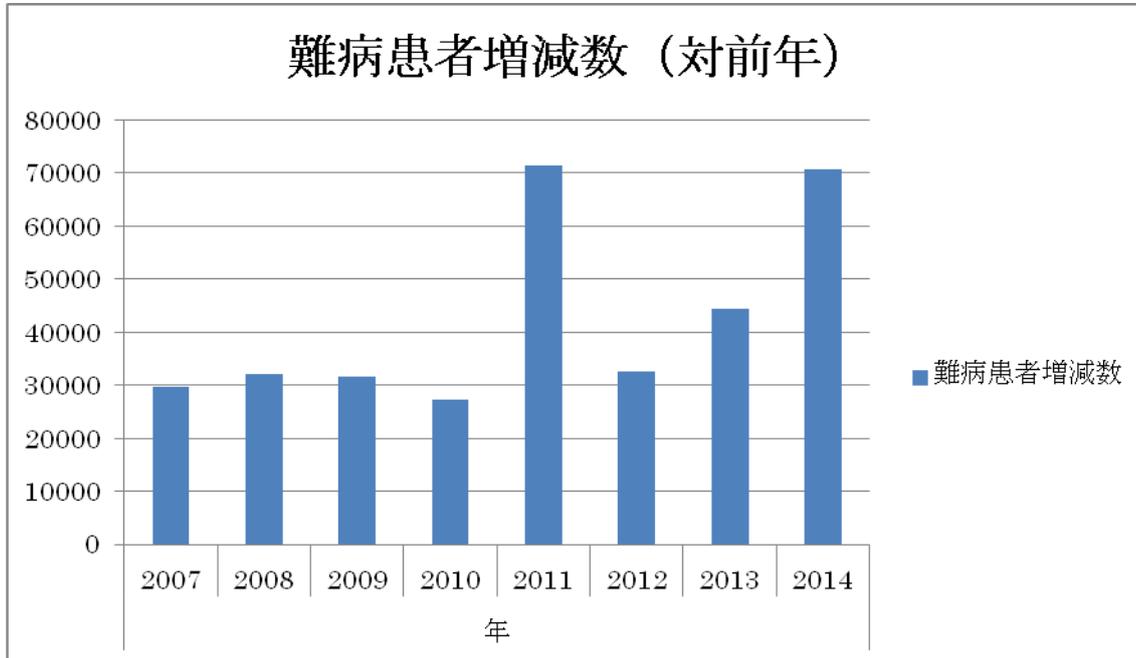


図2 難病患者数の対前年増加数

2011年でそれまでの増加数平均の2.4倍増加となります。翌2012年はほぼ3.11以前の数年と同程度の増加に戻りましたが、その後増加数は年々増えて2014年では2011年の増加数と同程度まで増加しています。今後の増加が不気味です。

難病患者が原発事故とタイミングを合わせて増加しており、その増加数はうなぎのぼりの傾向にあります。注意する必要があることはデータが日本全体の難病患者数であることです。難病が増えているのは福島県だけではありません。東日本が中心的な増加区域であると思われませんが、放射能公害が日本全国に及ぶことを考慮すれば、日本中の住民に危険が押し寄せています。

データは患者数ですが、死亡者数も増加していることが推察されます。

放射線の影響は身体に弱点があって、機能が不十分になりがちな所から影響が現れます。それは放射線が土地汚染などの体の外部から当たってくる外部被曝の場合でも内部被曝で放射性物質が血液やリンパ液に乗って体を巡る場合でも、放射線は特定の器官を選んで電離すなわち組織を切る作用をするのではなく、あらゆる器官に電離を行います。したがって日頃から機能が落ちていて故障しやすいような状態になっているところをもっとひどく機能不全にしまいます。例えば、腎臓が弱い人は腎臓がもっと悪くなります。放射線は一般的な意味で免疫力を低下させるものですから、難病などが一挙に表面化するのです。放射能に対する敏感さは人によってたいそう異なります。最も弱い人を防護できる社会を作らなければなりません。

(2) 総人口の減少傾向

原発事故以来日本の総人口が減少しつつあります。

図3は総務省の統計による日本の人口の推移です。図中の矢印は3.11の生じた時点を示しております。データの上の直線は目安として引きました。

図3中で急激に減少しているところが3.11が生じた2011年です。

原発事故以来人口減少が顕著です。2014年1月の減少人数は約800万人でその減少割合は1000人中6名です。

長期的人口の減少があり、その増加率は直線的に減少していき、2009年(平成21年)近辺で増加率がプラスからマイナスに転じています。

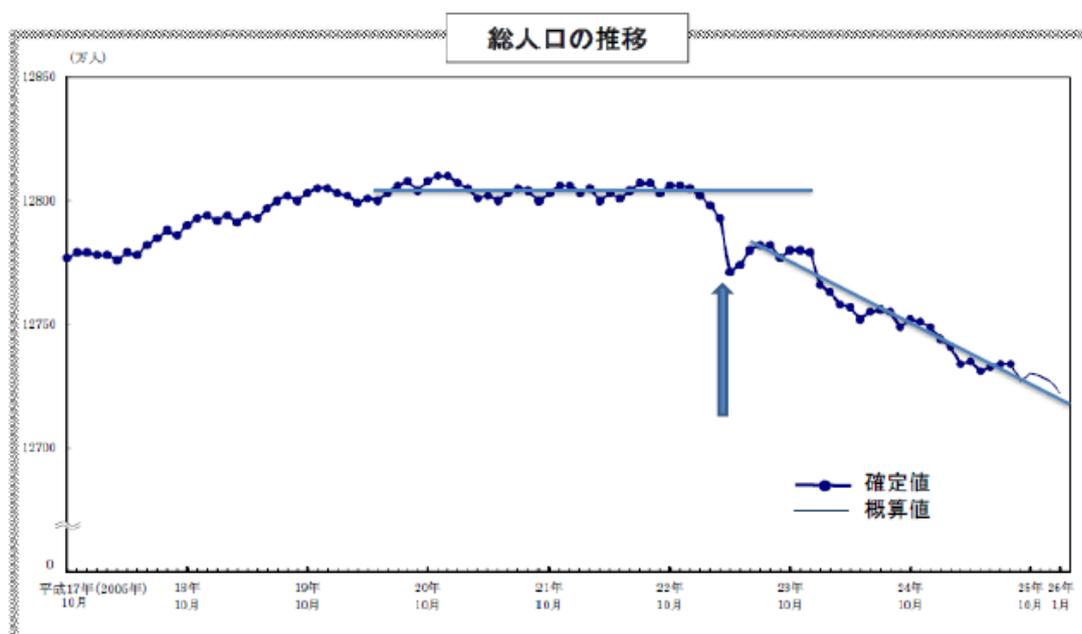


図3 総人口の経年変化

ここで増加率が直線的に減少しているのであれば、2009年(平成21年)のピークを対照にして、それ以前の増加とそれ以後の減少はほぼ同様な割合で増加し減少するはずですが、実際の事故後の減少率は2008年(平成20年)以前の増加傾向よりはるかに大きな減少傾向が出ています。主要な人口減少の原因に加えて放射能公害により失われた命があることは間違いありません。

参考のためにチェルノブイリ事故後のベラルーシの死亡率のグラフを図4に示します。事故後死亡率の上昇がみられます。重度汚染地区で事故後3年の死亡率の増加幅は1000人中2~3人というものです。

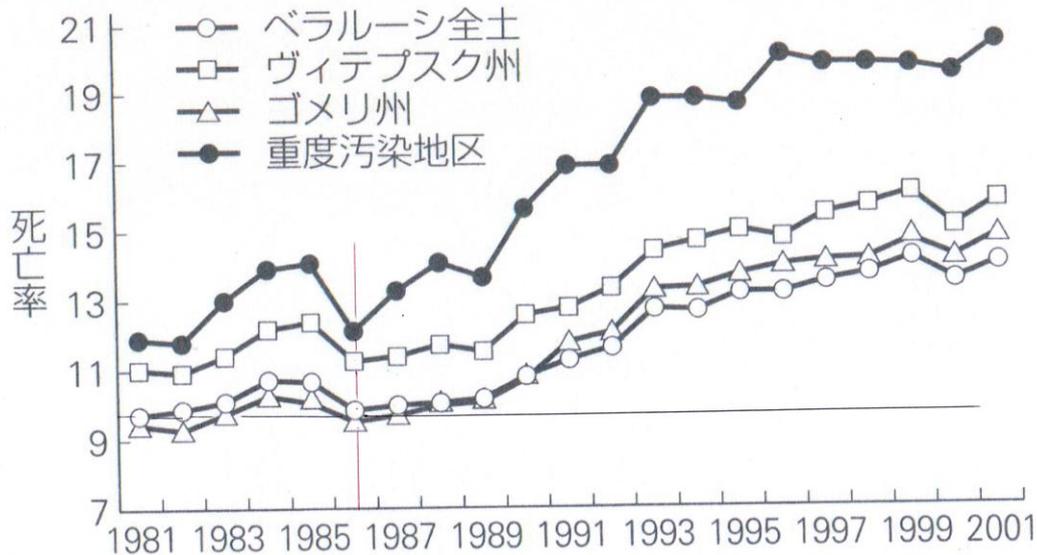


図 7.21 ベラルーシのいくつかの地域での死亡率の推移 (1,000 人あたり)。死亡率の最大値はゴメリ州の最重度汚染諸地区で記録され、1989 年以後の増加幅もゴメリ州が最大だった (Rubanova, 2003)。

図 4 ベラルーシの死亡率の経年変化 (ヤブロコフ：チェルノブイリの被害の全貌)

(3) 壮年層で脳卒中の劇的増加

事故後 2 年目の 2013 年にはすでに下記のような報告があります。

南相馬市立総合病院の副院長を勤めている及川友好氏は、2013 年 5 月 7 日に行われた衆議院震災復興特別委員会で発言をしました。及川副院長が「恐ろしいデータが出ています。我々の地域での脳卒中発症率が 65 歳以上で約 1.4 倍。それどころか 35 歳から 64 歳の壮年層で 3.4 倍にまで上がっています。非常に恐ろしいデータが出ています。」と述べ、福島県では現在進行形で深刻な病気が増加していることを伝えています。

(4) 事故後の自然流産の増加

Hagen Scherb (ハーゲン・シュアルプ) らの論文が岩波科学、2014 年 6 月号に掲載されたのでご紹介します。【出典】2014 年 2 月 6 日発行のドイツの放射線防護専門誌「放射線テレックス (Strahlentelex)」650-651 号に掲載された論文 (Folgen von Fukushima, Totgeburten und Säuglingssterblichkeit in Japan) をふくもとまさお氏が翻訳 日本の政府統計データを分析

www.e-stat.go.jp/SG1/estat/NewList.do?tid=000001028897

ドイツの研究者は、全国を「高汚染県 (茨城県、福島県、宮城県、岩手県)」、「中汚染県 (東京都、埼玉県)」、「低汚染県 (前二者以外)」に分けて自然死産率の経年変化を検討しました。

図5には低汚染地域の自然流産乳児死亡の経年変化を示します。

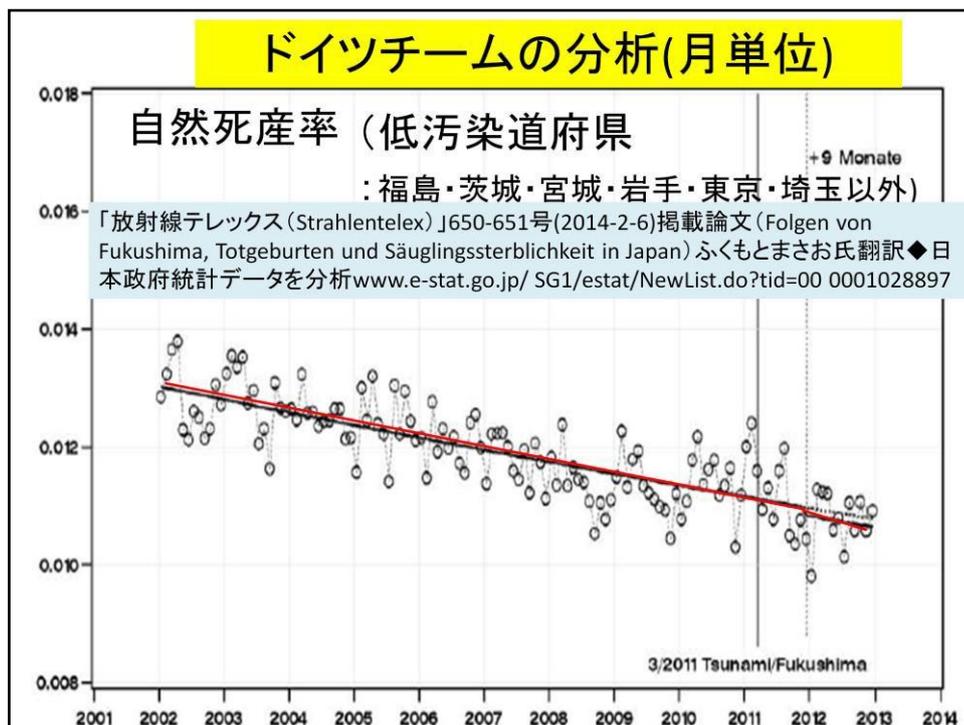


図5 低汚染県での自然死産率。低汚染県は、茨城県、福島県、宮城県、岩手県、東京都、埼玉県以外の県

図5のように「低汚染県」では、2011年前後で自然死産率 の変化傾向は変わりません。

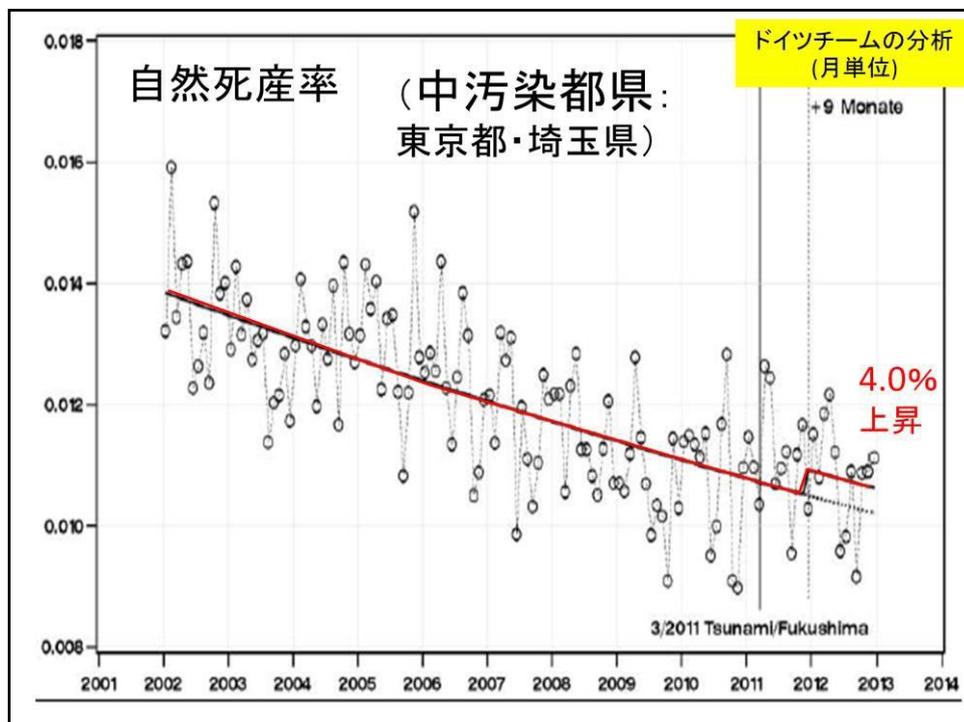


図6 中汚染地域である東京都と埼玉県の死産率の経年変化

図6には中汚染地域である東京都と埼玉県の前産率の経年変化を示しました。
 図6のように「中汚染県」では、311以後、自然前産率が有意に4%増加しました。

図7に高汚染県の前産率の経年変化を示します。

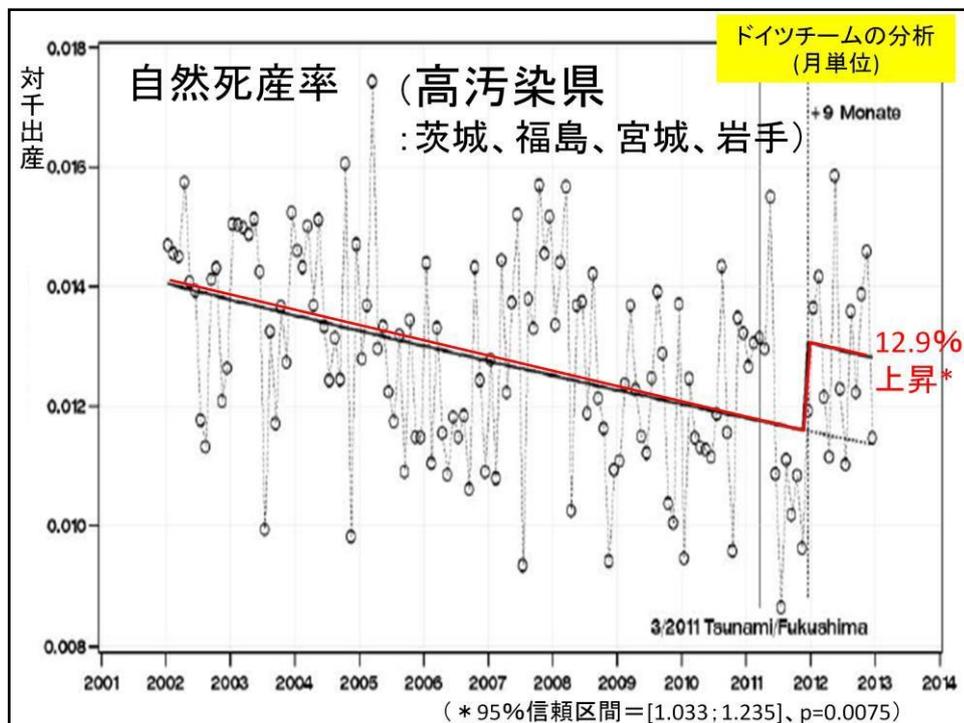


図7 高汚染県（茨城県、福島県、宮城県、岩手県）の前産率の経年変化

図7のように、「高汚染県」では、311以後、自然前産率が有意に12.9%増加 しました。
 (95%信頼区間=[1.033; 1.235]、p=0.0075) [p/box/fQknBG](https://p.box/fQknBG)

前産率はいずれも事故後9か月から増加が認められたものです。

細胞分裂・増殖、新陳代謝が激しいほど発がんが顕著だと言われます。放射線によってDNAが切断され、修復するときにつなぎ間違いをした細胞ががんの元になるものです。細胞分裂が激しいほど異常DNAが増殖しやすいのです。その現象でお母さんのお腹にいる赤ちゃんがもっとも放射線の影響を受けやすいのです。この統計はそれを良く物語っていると思います。

以上のデータは日本に進行しつつある放射線による深刻な健康被害を覗わせるものです。

日本のどこにいても被曝は避けなければなりません。特に食による内部被曝は毎日の食事に関わることでありますから倦まずたゆまず警戒を続けなければいけません。公的な住民保護策が無ければほとんど絶望的な困難が伴います。日本住民の生きる権利に於いて公的支援が必要です。