

シンポジウムでの発表要旨

島菌進 「放射線の健康影響問題の生命倫理的な次元とその討議」

二〇一一年三月一日以来、福島第一原子力発電所の事故による放射能被害の恐れが東日本各地を襲った。飛散した放射性物質による健康被害の可能性について、政府側専門家の「安全」言説が疑いを生み、「科学の信頼失墜」を一段と深めることとなった（拙著『つくられた放射線「安全」論』河出書房新社、二〇一三年）。低線量放射線の健康影響については、広島・長崎の原爆からチェルノブイリ原発事故に至るまでどれほどのものであったのか、評価がはなはだしく分かれている。また、この面極化とも言えるような評価の分裂が長年続き、異なる立場の科学的・学術的な討議が進まない事態が続いてきた。これは原発推進の当事者である政府側や関連業界が、原発推進を是とする科学者・専門家のみを優遇し囲い込んできたことと関わりが深い。

このように生命倫理で討議されるべき低線量放射線の健康影響に関する評価が、もっぱら潜在的加害者側当事者の意図にそって行われる状態が続いてきた。潜在的被害者である当事者や彼らの立場を重視する科学者・研究者を排除するような評価が政策的・構造的に行われてきたわけだ（中川保雄『放射線被曝の歴史』明石書店、二〇一一年、書簡、一九九一年）。

このような異常な事態は、国内的には、原爆被害の調査がアメリカのABC（日米共同の放射線影響研究所の前身）という加害者側機関によって進められてきたこと、原発推進体制においても被害が生じた場合、文部省や厚生省ではなく科学技術庁の下の放医研（放射線医学研究所）が検査・調査を独占的に行う態勢が築か

れてきたことによつて基礎づけられている。さらに広く見れば、多くの公害事件において、政府側・加害企業側に立つ医学者・科学者が被害を小さく見積もる評価を行つてきたことも関わりがある。また、国際的には、核兵器の開発と「核の平和利用」は密接に関連しており、核大国の軍事的支配体制の下で放射能被害の問題が扱われてきたことが背景にある。

以上のような歴史的文脈を考慮すれば、潜在的な被害者の人権を尊ぶ一般の生命倫理の原則的なあり方と、低線量放射線の健康影響に関わる医学的対応の倫理性には大きな開きが出てしまうのは当然かもしれない。原発事故後二年半を経て、福島県民健康管理調査において潜在的被害者の立場を軽視する事態が数多く見られた。たとえば、甲状腺検査の結果を当事者が容易に見る事ができない事態、血液検査が限定的に行われていた事態、福島県外の比較的線量が高い地域の住民には検査の便宜が図られていない事態、地域による健康状態を比較するためのデータを得、公表するための措置が積極的に取られていないことなどである。

だが、こうした事態について、現在の日本の医学、生命科学、生命倫理学の学界は討議してきているだろうか。学術的な「討議の欠如」が長く続いており、それが被災地域住民の苦難を深めている。日本の学界において「生命倫理」「医療倫理」は普及してきたようではあるが、生命倫理の根本的な問題を討議するための基盤はなお脆弱だと言わざるをえないのではないだろうか。

加藤尚武 「臨床と予防——放射線障害の認識論」

日本を代表すると言つてよい放射線治療の臨床医が、福島原発事故のあとで、「この程度なら大丈夫です」という趣旨の発言をした。連日、地域環境に拡散した放射性物質の測定値が話題になり、障害の発生を予防す

るための「安全基準」の数値が話題になつてゐる時であつた。「安全基準」についてのさまざまな公共機関の当時の対応を比較してみれば、恐ろしいほどの混乱が背後にあつたように思う。

ダイオキシソ問題でも、ウイルス感染問題でも、予防のための疫学的な措置の決定に関しては、ほとんどつねに重大なコミュニケーション障害が同時に発生してゐる。たとえばダイオキシソ問題では、臨床データから採用された危険度の数値、安全係数、安全基準という異なつた次元の数値の間の誤解が、コミュニケーション障害にからんでゐた。臨床データから採用された危険度の数値が、予防策を立てる場合のもつとも基本的な数値であると思うが、そこには障害の発生機序についての考え方の違いが大きな問題となる。ダイオキシソの場合「環境ホルモンによる生殖機能の障害」という障害の発生機序についての学説が出されてゐた。この問題についての研究は、つくばの環境研究所で行われたが、生殖機能障害に関しては、ほぼ否定的な結果が出たと思うが、問題の発生から一応の判断が出るまでに多くの時間がかかつてゐる。

水俣病の発生機序については、私はその量子化学的な説明が学問的にも高く評価されてゐると信じてゐるが、その説明にいたるまでの時間と、実務的な対策の進行とは別々の次元に置かれてゐた。

低線量放射線障害については、現在、障害の発生機序については、累積説と非累積説とが対立しあつてゐる。発生機序のモデルとしては累積説が分かりやすい。水俣病の場合だと、脳ブロック説や胎児ブロック説という分かりやすい理論を打ち破つて、量子化学的な説明が出てきたのであつて、累積説が分かりやすいことは、決定的な要因ではない。

臨床例から危険度の数値を割り出すまでの過程もまた理論的な難問に取り囲まれてゐるのではないかと思う。生物統計学の教科書を読んで、難問集を作つてみたいと思うが、私の専門ではない。

臨床医が患者に対して述べる「ムンテラ」と俗称される言説と、エヴィデンスとされる記述との間にも

ギャップがある。「ムンテラ」というのは、ドイツ語が日本の医学で常用されていた時代にできた和製の略語である。「ムンディッシエ・テラピー」は直訳すると「口頭の医療措置」で、「バイト」、「オペ」などとともに医学界のジャーゴンであった。

すでに放射線の影響を受けてしまった患者に対しては「当面、過激な医療行為が必要とされる段階ではない」という趣旨として「この程度の線量なら大丈夫ですから安心してください」という「ムンテラ」が適正である場合がある。しかし、その言葉を環境を放射線から守るための予防策として一般的な「安全基準の数値」と誤解すれば、その医師は恐ろしい危険な判断を広めたことになる。臨床の「ムンテラ」では、ある基準値よりも高い数値を「大丈夫」という可能性があるが、予防的な判断では、ある基準値よりも低い数値を「安全基準」にしなくてはならない。コミュニケーション障害の分析が必要であろう。