

## 意見陳述書

2012年9月21日

佐賀地方裁判所民事部合議2係 御中

原告 満岡 聰

1、私は佐賀市で12年前から内科の開業医をしている者です。この度、私は医師として玄海原発の差し止め訴訟に参加することにいたしました。現状で原発の運転を続けることは私や私の友人たちが診ている大切な患者さんたちの命を守れないと確信しているからです。

私は、2006年に玄海原発のプルサーマルについて県民投票の直接請求を行いました。理由は多々ありますが、そのひとつとして、国も電力会社も原発事故が発生した場合の被害予測とその対応があまりに考えられていなかったからです。当時、“原発は5重の壁に守られている”とか、“国の定めた安全基準を満たして厳密な管理を行っているから、格納容器が壊れるような事故はありえない”という説明でした。私は大変危ないと感じました。重大事故を想定しない方々が事故対策をきちんと立てるわけがないと思ったからです。その考えは福島原発事故後の現在も変わりません。あれだけの重大事故を起こしながら、国の安全管理に関わった誰一人もその責任を問われず、未だ膨大な放射性物質を出し続ける原発を冷温停止と、いかにも事故が収束したように宣言し、事故の検証も終わらないうちに国は大飯原発の再稼働を始めました。国の安全管理体制は機能していません。

2、医療の世界では、「To Err is Human」人は過ちを犯すものであるという前提にたって、慎重に多重的に安全管理の対策がたてられます。また、医療の現場は想定外の連続ですから、避けられるリスクは避け、取りうる対策は立て、それでも危険だと判断したら、医療行為を行わないと確実に患者が亡くなるという場合以外は治療を行いません。

玄海原発の事故時の対策について顧みますと、放射性物質の拡散範囲と避難地域の設定や避難の際に起きる通信障害、道路の渋滞、避難者の避難先までの輸送、被曝者

の治療といった当然予想される事態のシミュレーションすら行われていません。事故は絶対ありえないという立場をとることは、原発周辺の半径数十 km 圏内の住民に対する命の軽視と傲慢な責任放棄にほかなりません。

3、命に関わる選択は自己決定が基本です。これは生命倫理の第一原則です。私たち医療者は、時に必要に応じて患者さんに苦痛を伴う治療や検査を行います。そのことがもたらす利益が、行わないことで生じる不利益を上回るときにそれが許されます。そうした際に必ず、説明し、同意を得るということを行います。インフォームド・コンセントとして知られる、この作業の構成要件は、「開示」、「理解」、「自発性」、「能力」、「同意」の五項目です。つまり、患者が判断するのに十分な情報を与えられ、しかも患者がその情報を理解することができ強制されることなく、自分の意志に基づいて同意するというものです。国や電力会社は“原発運転の危険性”や“その危険を冒してまでも原発を稼働させることで住民が得られる利益“に関してきちんと説明しておらず、「開示」や「理解」の要件を満たしていません。今年の夏の電力消費のピーク時でさえ、計画停電なしに原発なしで私たちが過ごすことができたことは原発が不要であることの証明です。さらに、新たなエネルギー政策の策定に向けて政府が実施したパブリックコメントの国民の意見の約9割が、原発ゼロを支持しているとの分析結果（8月22日）から明らかなように、国民は原発の稼働を望んでおらず、「同意」の要件も満たしていません。

4、危機管理の面からどうしても避けられない危険と回避可能なリスクがあります。原子力災害が起こってしまった場合の危険はどうしても避けられません。

一定量以上の放射線が人体に有害であることはいうまでもありません。

長崎の原爆では7万人を超える方々が亡くなりました。その際、爆心地から同心円上に時間を追って次々と被爆者は亡くなってゆきました。被爆者の治療にあたりながらも自ら白血病に倒れた永井隆博士は「死の同心円」と呼び、被爆(被曝)の恐ろしさを訴えました。1999年9月30日JCOの臨界事故で被曝された大内久さんは、推定20 Sv の被曝をし高度先進医療を駆使した治療を受けましたが亡くなりました。

放射線の人体への影響は急性障害と晩発性障害があり、外部被曝か内部被曝か、浴びた放射線の種類と量により様々な健康への障害が知られています。

しかし、低線量被曝の人体への影響は個人差が大きく、確率的な数値でしか表現されません。それ故、放射線被曝は可能な限り避けたほうがよいとされています。業務

上やむを得ず被曝を避け得ない場合も国は線量限度を定めて、また、一般の方々を無用な被曝から守るために放射線管理区域を定めています。

今回の原発事故は多くの方々が望まない被曝をただけではなく、自分たちの住む地域を汚染され、生活基盤を奪われ、甚大な精神的な苦痛を受けました。

私は今年3月、福島県を訪れました。福島原発事故が何をもたらしたかを知り、何か自分にできることがないかを探すためです。そこでは被曝に対する恐れが人々の心理的な問題をおこしていました。

南相馬市と相馬市では病院に働く医師に地域の現状を聞きました。

被曝を恐れて子育て世代の多くが地元を離れ、高齢化率が非常に高くなっていました。さらに地域の医療従事者や介護福祉の担い手たちが激減した町では地域の医療福祉サービスの提供が困難になっていました。また、仮設住宅に避難した方々は糖尿病や高血圧の悪化が見られ、原発周辺地域の人々には明らかに医学的に悪い影響が出ています。

5、原発事故が起こった際、周辺地域の人々が亡くなるのは放射線被曝のためだけではありません。原発を維持したい方々は「放射能で死んだ人は一人もいない」としばしば言います。しかし、よく知られてはいませんが、福島原発の事故で適切な避難ができずに亡くなられた方はたくさんいます。それは常時介護を必要とする災害弱者の死亡です。

福島第一原発からわずか4キロの距離にあった精神科の双葉病院入院患者340人と介護老人保健施設「ドーヴィル双葉」の入所者98人が原発事故により避難を余儀なくされ、必要な医療的引き継ぎが行われず、搬送中と搬送後に、計21人が相次いで死亡し、最終的には50人の患者が亡くなりました。

この双葉病院事件から学ぶべきことは、寝たきり、精神病や認知症などの患者さんたち、つまり災害弱者たちの避難体制が確立していないと、餓死者や凍死といった「防ぎえた死」が起るということです。

私は原発事故の避難体制ができていないことに危惧を抱いていましたが、このような形で患者さんたちが災害弱者として真っ先に亡くなることを想像できないでいました。もし今、私たちの最も身近な原発である玄海原子力発電所で福島第一原発と同じような事故が起こった場合、災害弱者たちは安全に避難できるでしょうか？国や電力会社は原発の半径30km以内のどこに何人の自力で動けない寝たきり老人、精神病

患者や認知症患者、障害者がいるか、把握しているでしょうか。また、その方々を移送する手段や移送先は確保されているでしょうか？

行政は、透析患者や人工呼吸器を装着している患者さんの対応は考えているようですが、先に述べたような患者さんの対応については具体的な計画ができていません。急な避難には重症患者や災害弱者への大きなリスクが伴います。移送先に医師や医療スタッフ、介護スタッフ、特別食の供給や薬の供給や、検査体制や、いざという時の入院機能の確保が必要です。

玄海原発で福島と同様な事故が起こった際、唐津市、伊万里市、前原市、そして佐賀市や人口149万の大都市福岡市の市民が避難指示区域に入る可能性が高く、その避難時には交通渋滞や電話が使えなくなることは当然予想されることです。そうした混乱のなかで、重症の病人や障害を抱えた災害弱者の命が危険に晒されることは、福島の例を見ても明らかです。

国も九州電力も、事故時のシミュレーションすらしていません。残念ながら現在、日本の災害医療は原発災害のような大規模な災害には有効に機能できません。災害医療の元となる救急医療すら崩壊が叫ばれて久しいからです。

こうしたことを踏まえて私は去る4月11日に衆議院第一議員会館で、医師であり衆議院議員の阿部知子先生と、医師による「災害医療と原発事故危機管理体制への緊急提言」を行いました。私が普段診療している患者さんたちは災害弱者であり、危機管理体制がないまま原発を存続させると、患者さんたちの命を守れないと思ったからです。災害医療の目的は「防ぎえた死の回避」です。

「防ぎえた死を回避すること」ができない以上、原発の運転を行なってはいけません。

6、以上、格納容器が壊れるような事故を起こらないとしてきた国や電力会社の安全管理に対する不作為のため、原発事故時には多数の方々が被曝し、生活の基盤を奪われてしまうことが福島の事故から明らかとなりました。環境中に放出された放射性物質は健康被害を与えること、避難生活者は有病率が高くなること、原発事故時には多数の災害弱者が亡くなること、こうしたことに対して有効な対策は取れないこと、生命倫理の大原則として、命の問題は自己決定を尊重すべきこと、さらにパブリックコメントの結果からも明らかなように、大多数の国民は原発をゼロにすることを望んでいることも申し上げました。憲法に保証された基本的人権を脅かす玄海原発の運転を国と九州電力は行なってはいけません。