

国連「健康に対する権利」 特別報告者アナンド・グロバー氏・ 日本への調査(2012年11月15日から26日) に関する調査報告書

文責 ヒューマンライツ・ナウ翻訳チーム

I 序

1. 到達可能な最高水準の身体及び精神の健康を享受する権利に関する国連特別報告者は、日本政府からの招待を受けて、2012年11月15日から26日の間、日本を訪問した。このミッションの目的は、対話と協調の精神を基本に、「健康に対する権利」の実現に向けて、日本政府が講じた対策について確認することであった。

2. この調査ミッションの間、特別報告者は、2011年3月11日の福島第一原発事故との関連で、「健康に対する権利」の実現に関連する問題について、事故の原因、緊急対応、復旧、及び影響緩和措置の各段階を追って検討した。特別報告者は、福島県内の多数の自治体の他、東京、仙台を訪問した。

3. 特別報告者は、外務省、厚生労働省、文部科学省、及び環境省の政府高官、復興庁、及び原子力規制委員会の幹部と会合した。また特別報告者は、国連機関の代表者、健康に関する専門家、学者、市民団体及び地域の代表者にも会った。さらに、特別報告者は、福島県、及び宮城県の地方自治体の幹部職員にも会った。特別報告者は、日本政府に対し、今回の招

待と訪問中の完全な協力に対して感謝する。また、特別報告者はこのミッシェンの間、会合のために時間を割き、いろいろなと協力してくれたすべてのの方々に対しても感謝の意を表明する。

II 法的枠組み

4. 日本は、社会権規約、人種差別撤廃条約、女性差別撤廃条約、子どもの権利に関する条約とその2つの選択議定書、及び強制失踪防止条約を含め、「健康に対する権利」を保障する数々の国際人権諸条約を批准している。日本は、未批准ではあるが、障がい者の権利条約に署名している。日本国憲法は、「健康に対する権利」を明示的には保障していないが、憲法25条で、国民の健康を促進するよう国家に義務づけている。

5. 核原料物質、核燃料物質及び原子炉の規制に関する法律、災害対策基本法及び原子力災害対策特別措置法は、原子力災害対策、及び原子力事故後の日本の緊急対応に関する基本的な法的枠組みを規定している。

III 福島第一原発事故

6. 原発事故は、2011年3月11日に発生した東日本大震災と津波の直後に発生した。この地震は、東日本の太平洋沖で発生し、そのマグニチュードは9.0であり、最大40メートルの高さの津波を引き起こした。この地震と津波による死者は1万5879名、負傷者は6126名に上った。また、東海第二、東通、女川、及び福島第二原発もまた被害を被ったが、これらの原子炉に、大きな損害はなかった。

7. 地震発生当時、東京電力福島第一原発の4～6号機の原子炉は、定期検査のために稼動を停止していた。地震発生後すぐに、1～3号機の原子炉は、稼動を自動停止したにもかかわらず、原発は停電した。地震から約50分後、防波堤を越えて高さ14メートルの津波が原発を襲った。

最大5.7メートルの波に耐えるよう設計された防波堤は、津波の影響を食い止めることができず、1～5号機において、すべての電源を喪失した。原発敷地内、及び外部との通信システムにもまた深刻な障害が生じた。

発電所の全面的な停電により、福島第一原発の1～3号機は、原子炉を適切に冷却し続けることができなくなり、メルトダウンが発生した。その結果、原子炉の核燃料が露出し、損傷を受け、一連の爆発が発生した。2011年3月15日、4号機が水素爆発を起こした。この原発事故以降、1～4号機の原子炉は廃炉とされた。

8. 福島第一原発の事故によって放出された放射性セシウム（ ^{137}Cs ）の量は、広島に投下された原爆の168倍であったと推測される。東京電力によると、この事故により900ペタベクレルの放射性ヨウ素（ ^{131}I ）と放射性セシウムが放出された。また、今回の原発事故により放出された放射性物質は他に、テルル（ ^{129}Te ）、銀（ ^{110}Ag ）、ランタン（ ^{140}La ）、及びバリウム（ ^{140}Ba ）がある。

9. チェルノブイリ、スリーマイル島、及び福島での原発事故には類似点があるため、チェルノブイリ及びスリーマイル島の教訓が、福島で対応策を考案する際に引き合いに出されたことは理解できる。しかし、特別報告者は、チェルノブイリの原発事故に関する重要な詳細情報が、1990年まで公表されなかった点を強調する。このため、チェルノブイリに関する研究は、放射能汚染及び被ばくの影響を十分に認識していない可能性がある。

そのため、チェルノブイリの原発事故後の甲状腺がんの罹患率の増加だけを認めて、福島の原発事故に当てはめようとする動きには懸念がある。

チェルノブイリの原発事故後の被ばくによる健康影響に関する各種報告書は、他の健康異常の証拠について確定できないと結論づけている。

この結論は、残念ながら、子どもの染色体異常、成人の病的状態の増加、機能障害、及び白血病など、モニタリングが必要と思われる被ばくの健康影響を無視している。

10. 日本政府は、汚染地域への再居住のための年間被ばく線量の基準レベルを1～20mSvとする国際放射線防護委員会(ICRP)の勧告に依拠している。しかし、広島・長崎原爆被爆者の生涯追跡調査は、長期的な低線量被ばくと発がん率の増加との因果関係を示している。特別報告者は、こうした研究結果を軽視することによって、低線量放射線を長期間被ばくした場合の健康への影響に対する理解が阻害され、低線量の長期的被ばくによる健康上の悪影響を受けやすくなることを懸念している。

IV 「健康に対する権利」と原子力災害対策

11. 日本の原発事故は、避難者及び居住者の、「健康に対する権利」に一樣に悪影響を及ぼし、とくに、妊婦、高齢者、及び子どもの身体的・精神的健康に影響を与えている。放射線被ばくの健康への正確な影響は、いまだ明らかになっておらず、低線量被ばくの長期的な影響も依然研究中である。避難は、初期避難者、高齢者、及び母子の間に、メンタルヘルスに関する問題を生じさせ、家族及び地域社会の分断を引き起こしている。

12. 「健康に対する権利」の享受は、安全で栄養価の高い食料、安全な飲料水の入手、健康的な環境、及び居住などの基礎的決定要素に依存している。この事故は、広範な土壌、水質、食料、環境の汚染を引き起こした。そのため、東京、福島、茨城、千葉、及び栃木の各都県の当局は、水道水

中の放射性ヨウ素、及び放射性セシウムが規制値を超えた際に、水道水の使用を制限した。

13. 「健康に対する権利」は、日本政府に対し、良質な医療設備、物資及びサービスが提供可能でかつ市民がアクセスできるよう確保することを義務づけている。その中には、個人が自己の健康に関して、情報に基づいた決定ができるような情報の提供が含まれる。さらに、放射線の健康に対する悪影響をモニタリングし、時機にかなったヘルスケア・サービスを 제공하는ことは、「健康に対する権利」を充足させるうえで重要な要素である。また、日本政府は、早期に人びとの生活及び健康を回復するために、原発事故の被災地域の除染について、証拠に基づいた政策を実施することが求められている。最後に、ガバナンスにおける透明性と説明責任、救済措置に容易にアクセスできること、そして意思決定過程に被災者が参加することとは、「健康に対する権利」の享受にとって不可欠である。

A 原発事故の緊急対応

14. 福島第一原発を地震及び津波が襲った直後、日本政府は原子力災害対策特別措置法第15条にしたがって「原子力緊急事態宣言」を発した。このことは、原発事故の封じこめと、人びとを放射性物質やその他の要因による健康への悪影響から保護することを目的とした、緊急対応システム発動の第一歩であった。

原発事故と避難に関する情報

15. 情報へのアクセスは、「健康に対する権利」にとって欠かせない要素であり、個人は、それによって自分の健康に関する決定を、情報に基づいて下すことができる。汚染地域、及び汚染の可能性のある地域を含む原発事故に関する情報は、直ちに、かつ調整された方法で公開されるべきであ

る。また、効果的な緊急対応体制をとるためにも、原子力または放射能による緊急事態発生時に、有用で時宜を得た、信頼性と一貫性のある適切な情報を速やかに公開することが求められる。

16. 「緊急時迅速放射能影響予測ネットワークシステム」(SPEEDI)は、リアルタイムの情報に基づいて、起こり得る放射能汚染を予測する電子計測システムであるが、政府事故調の調査によると、事故発生時、日本政府は、このシステムを適時かつ適切な方法で利用しなかった。この結果、国際原子力委員会 (IAEA) の要求する原子力事故緊急対応とは正反対の事態となった。2011年3月11日に事故について知ることができたのは、原子力発電所の近くに住む福島住民の20%にすぎなかった。原発から半径10km圏内にいた人びとのほとんどは、2011年3月12日の避難指示と同時に、事故について知らされた。

17. 日本政府が指定した避難区域は、放射性プルームによる汚染の可能性のある地域を示す科学的データが根拠というより、むしろ福島第一原子力発電所に近いかどうかを基準として指定された。強制避難区域は、一定期間ごとに変更され、福島第一原子力発電所から半径3km圏内から10km圏内に、そしてその後、20km圏内まで拡大された。自主避難は、最終的に原発から半径20～30km圏内の区域について認められた。それ以外の高放射線量の地域に対する避難指示は、事故発生から1カ月経ってようやく出された。2011年4月22日、日本政府は、葛尾村、飯館村、浪江町、及び南相馬市と川俣町の一部の地域を含む、福島第一原子力発電所から北西50km圏内までの地域に対して避難指示を出したが、これは、放射性物質が原子力発電所から風によって運ばれたことにより、これらの地域において、高線量の放射線が検出されたためである。したがって、これらの地域の人びとは、かなりの長い期間、高線量放射線にさらされていたこととなる。SPEEDIの使用後でさえ、データがすぐに公開されることはなかった。

18. 地方及び国レベルで協調的かつ効果的な対応を図ることは、緊急事態への備えの重要な目標である。日本の緊急対応は、その必要条件を満たしていないかったと言わざるを得ない。福島県が最初に2km圏内区域への避難指示を出し、その後日本政府が3km圏内区域への避難指示を出した時点で、日本政府と地方自治体間の調整が不十分であるということは明白だった。SPEEDIを効率的に利用できなかったなど、災害対応システムの訓練が不十分だったことを原因として、573名の死亡が、「原子力災害関連死」として、日本政府に認定されている。

ヨウ素剤の配布

19. 日本政府は、「健康に対する権利」を充足する義務を負っており、個人が自らの「健康に対する権利」を実現できないとき、国がそれを実現するよう支援する措置を講じる必要がある。このことは、原子力事故の緊急事態が生じ、甲状腺がんなど、放射能汚染が人びとの健康に及ぼす悪影響が甚大かつ長期間にわたる場合にとくに重要である。チェルノブイリの原発事故後、1992年から2002年の間に、ベラルーシ、ロシア連邦、及びウクライナにおいて、事故当時、子どもや若年層であった人びとに、4000例を超える甲状腺がんの症例が記録された。このような場合、国家は、放射能にさらされている人びとの健康に対する放射性ヨウ素による影響を低減させるために、安定ヨウ素剤のような医薬品を、人びとが時機にかなったかたちで、確実に入手・利用できるように、あらゆる取り組みを実施すべきである。

20. 日本政府は、IAEAへの中間報告で、放射性ヨウ素は、約1.6×10¹⁷ベクレル放出されたと推計した。放射性ヨウ素にさらされると、人びと、とくに子どもや幼児、新生児における甲状腺がんのリスクが高まる。甲状腺に放射性ヨウ素が蓄積されるのを阻止し、低減するために、安定ヨウ素剤は、放射性ヨウ素が体内に取り込まれるより前、または直後に投与

される必要がある。安定ヨウ素剤を摂取する最適なタイミングは、原発事故発生の前だが、もし事故発生後数時間以内に安定ヨウ素剤を摂取すれば、放射性ヨウ素の吸収を50%抑えることができる。

21. 遺憾なことに、日本政府は、原発事故の後、安定ヨウ素剤を投与するための迅速な指示を行わなかった。また、いくつかの地方自治体は、安定ヨウ素剤を備蓄していたにもかかわらず、それを配布しなかった。

一方、茨城県や富岡町のように、政府の指示がなくても、安定ヨウ素剤を配布した自治体もあった。

福島県立医科大学の幹部との会合で、特別報告者は、安定ヨウ素剤を用いた予防策により有害な副作用が生じる可能性を心配して、安定ヨウ素剤を投与する決定が遅れたことを知った。しかし、放射線医療では吸収線量が100ミリグレイ (mGy) 未満のレベルであっても安定ヨウ素剤を投与すべきで、投与により重大な健康被害は生じない、というのが確立された理解である。

B 原発事故の健康への影響に関するモニタリング

22. 原発事故による即時及び長期の影響を知るため、「健康に対する権利」の観点からは、人びとの健康について厳格かつ長期的なモニタリングをすることが必要とされる。被ばくの影響への影響は、必ずしも直ちに認識され、または治療できるとは限らないからである。

スリーマイル島とチェルノブイリでの原発事故の経験から非常に貴重な指針が得られるが、これらの事故に対する偏狭な理解しかない場合には、そこから適切な指針を得ることができないであろう。

特別報告者は、日本政府に対し、病的状態と白血病の増加がないかモニタリングすることを推奨する。なぜならこれらの症状はチェルノブイリとスリーマイル島の事故の生存者に多く見られたからである。

日本政府は、累積放射線量が年間 20mSv 以下の地域には住民が居住できると決定したが、低線量放射線を長期間被ばくした場合の健康への影響については、十分な知見がないことから、今後原発事故の影響を受けた人びとに対して長期的な健康調査を実施すべきである。

23. 福島県民健康管理調査は、782 億円と言われる日本政府からの拠出を受けて、福島県当局と福島県立医科大学が共同で実施している。

健康管理調査は、基本調査と 4 つの詳細調査からなる。

基本調査では、住民の外部被ばく線量を推計している。

詳細調査では、福島県に住む 18 歳以下のすべての子どもを対象とした甲状腺超音波検査、避難地域の全住民を対象とした総合的な健康チェック、避難地域の全住民の心の健康・ライフスタイルの評価、及び 2011 年 3 月 11 日時点で妊娠していたすべての女性を対象とした妊娠・出産の記録調査を実施している。

24. 上述の通り日本政府から資金援助が行われているものの、福島県当局の対応力不足により、健康管理調査が思うように進んでいない現状を懸念する声を特別報告者は滞在中耳にしている。

特別報告者は、日本政府に対し、調査実施の中心的役割を担い、より多くの財源と人的資源を投入するように要請する。

健康管理基本調査

25. 原発事故から 3 カ月後、福島県は、2011 年 3 月 11 日に福島県に居住していた人びとに対して、県民健康管理調査票を送付した。

この目的は、2011 年 3 月から 7 月までの県民一人ひとりの被ばく線量を評価することだった。

集計された基礎データは、対象となる住民の健康調査、及び今後の長期的な健康管理に利用される予定だという。

26. 基本調査では、2011年3月11日から7月11日の間の、さまざまな期間における県民一人ひとりの所在地、2011年3月11日から31日の間における食料品、日用品、及び水の消費に関する情報を集めるとされている。

しかし基本調査では、事故当時またはその後の、一人ひとりの健康状態に関する質問は行われなかった。

調査には、既往症、放射線による症状、もしくはその両方による症状に関する、原発事故時になされるべき標準的な医学的質問項目が欠如していた。

他の調査とは大きく異なり、この調査では、がんの診断、甲状腺機能障害、放射線治療、職場での過去の放射線被ばく、及び喫煙のような危険因子に関する質問項目など、回答者のがんの病歴を尋ねる質問内容も含まれていなかった。

27. 早期の情報収集は、放射線被ばくによる健康への影響を効果的にモニタリングするために、非常に重要である。

しかし基本調査票は原発事故から3カ月後に発送され、回答者の事故当時の行動に関する記憶だけに頼るものであった。

さらに、調査対象となる集団の母数は、被ばくによる健康への影響を分析、理解するうえで重要な役割を果たす。

たとえば、スリーマイル島での事故以降に行われた調査では、被災者の92～93%のデータが6週間以内に集まった。

福島県当局は、特別報告者に対し、基本調査の回答率は、2012年10月時点で23%と低い状況にあることを報告した。

この低い回答率と、3カ月という時間差が生んだ回答の不明瞭な性質により、原発事故の健康への影響を、正確に把握し、評価することができない可能性がある。

したがって、特別報告者は、被災者の十分な健康調査を行うために追加の対策をとるよう日本政府に奨励する。

さらに、事故による放射性降下物が、福島県以外の県にまで達していると思われることに鑑み、特別報告者は、実効線量が年間1mSvを超える福島県以外の地域まで調査地域を広げるよう、日本政府に要請する。

子どもの甲状腺スクリーニング

28. 「健康に対する権利」は、日本政府に対し、子どものような社会的弱者に対して特別な注意を払うことを要求している。

子どもは、放射性ヨウ素の吸入による甲状腺がんを最も発症しやすいため、福島県当局は、2011年3月11日時点で18歳以下だったすべての子どもを対象に、甲状腺検査を開始した。

特別報告者は、日本政府のこの取り組みを評価するとともに、チェルノブイリ原発事故以降、被ばくした子どもが白血病を発症する可能性があることが疫学によって明らかになったことに鑑み、子どもに対して、白血病など、放射線による他の健康被害も調査するよう、日本政府に要請する。

29. 甲状腺検査は2011年10月から開始され、2014年3月まで行われる予定で、その後も継続して子ども達が20歳になるまで2年ごとに行われる。子ども達が20歳を迎えた後も、5年ごとに継続して行われる予定になっている。

甲状腺検査の結果は、4つのカテゴリーに分類される。

検査結果A1は、結節もしくは嚢胞が検出されないことを意味する。

検査結果A2は、検出された結節の大きさが5.0mm未満であること、かつ／または、嚢胞の大きさが20.0mm未満であることを意味する。

検査結果A1とA2に該当する子どもは、2次検査の対象とならない。

検査結果Bは、結節の大きさが5.1mm以上、かつ／または、嚢胞の大きさが20.1mm以上であることを示し、これに該当する子どもは、2次検査の対象となる。

検査結果Cは、早急な2次検査の必要性があることを示している。

30. 嚢胞・結節が悪性であるか否かと、嚢胞・結節の数や大きさは直接の関係がないのであるから、嚢胞・結節の大きさは必ずしも悪性について判定する指標となり得ないことに留意する必要がある。また、A2判定の子どもに対する追跡治療は、2年後に実施される。しかし、この期間は、悪性リスク増加の指標となる腫瘍の成長率を検査するためには長すぎる。最新の公式情報によると、2011年に検査を行った3万8114人の子どものうち186人（0.5%）、2012年の検査対象9万4975人のうち548人（0.6%）がB判定となっている。

31. 今回の訪問中、特別報告者は、日本甲状腺学会が、A2判定を受けた子どもの2次検査を行わないよう指導しているとの情報を得た。

このため、親と子どもは、甲状腺がんの可能性を軽減するための対策を事前に講ずることができないまま、2014年3月以降の2巡目の1次検査を待たなければならない。

特別報告者は、日本政府に対し、「健康に対する権利」の行使を阻害する障壁を取り除き、「健康に対する権利」に基づき、子どもと親が、必要に応じてセカンドオピニオンや二次的な健康検査を受けられるようにすることを要請する。

32. 特別報告者は、縦割り行政に加え、福島県の行政当局が親達の要求にも適用される、との姿勢に固執している、煩雑な情報公開法の手続によって、親が子の甲状腺検査の結果を入手するのが困難になっている、との情報を得た。情報の守秘義務は、「健康に対する権利」の重要な一面ではあるものの、自分自身の健康に関する情報を得るうえで障壁となってはならない。

「健康に対する権利」に則り、国は、個々人の意思決定能力に関わる自らの健康に関する情報を入手できるようにして、健康に関する情報に基づいた決定を下す個人の権利を保障しなければならない。

総合的健康管理調査

33. 福島県が行う総合的調査（注：県民健康管理調査「健康診査」）は、健康情報を精査し、さまざまな疾病の罹患率を評価し、回答者の健康状態を改善することを意図したものである。対象者は、日本政府によって指定された避難区域の住民と、川俣町の山木屋地区、浪江町、飯館村の住民に限定される。土壌、水、海産物を含む食品の高レベル汚染により、内部被ばくの可能性がある。チェルノブイリ事故後、内分泌、造血、循環器、消化器系の罹患率の増加が、被災者に認められた。このため、健康管理調査に、内部被ばく検査を含めるべきである。日本国内では8歳の幼い子ども尿サンプルから、すでに放射性セシウムが検出されている。しかし、この健康管理調査では、16歳以下の子どもの尿検査は実施されない。

さらに、汚染された農作物の摂取により内部被ばくのリスクを拡大し、白血病を発症するリスクが大きいことから、放射性ストロンチウムをチェックする検査も実施すべきである。

34. 特別報告者は、ガンマ放射線の内部被ばくを計測するホールボディカウンターが、福島県全域の健康管理施設で利用できる状況にないとの情報を得た。

35. 特別報告者は、日本政府が、消費する食品に含まれる放射性物質の許容限度量を引き下げたことを評価する。注意深い科学的サンプリングは、食品の放射能測定にとって重要である。しかし、特別報告者は、日本政府の検査に不満を抱き、コミュニティが運営する民間測定所の方を好む人びとがいることに留意する。日本政府が、日本国民の不信感を解消するための方策を講じることは、重要である。

メンタルヘルス調査

36. 「健康に対する権利」は、医療健康施設、物資及びサービスの提供だけでなく、原発事故の被災者が、権利を享受できる環境を改善することにも及ぶ。そのため国は、とりわけ被ばくと家族の分断に起因するストレスと不安を減らすことにより、事故が人びとの心の健康に及ぼす影響を最小限に抑える義務を負う。

37. 原発事故が心の健康に及ぼす影響は、スリーマイル島とチェルノブイリ事故との関連で報告されている。

スリーマイル島事故の1年後、母親達は、不安と鬱の症状が発現するという過度のリスクを負っていた。

チェルノブイリ事故後、幼い子どものいる女性達が、放射能事故による、メンタルヘルスへの悪影響を最も受けていたことがわかり、事故から6年が経ってもメンタルヘルスへの継続的な影響は明白であった。IAEAによる研究で、非常に大きなストレスと不安が、チェルノブイリ事故に関連するものであることが確認されている。

また、心的外傷後ストレス障害（PTSD）の罹患率が、人的災害の生存者の間で高いことも報告されている。

38. 福島原発事故は、家族や地域社会に分断と孤立感をもたらした。特別報告者は、避難者の方々、住民、及びその家族の皆さんと直接会って、その抱える不安とストレスを観察したが、放射性物質の子どもの健康への影響、避難に伴う費用、生活手段の消失、不確実な将来、生活再建を妨げる賠償金の支払いの遅れなどが不安やストレスの原因となっていた。

39. 特別報告者は、子どもたちの心身の健康が、屋外活動と安全な遊び場の不足、学校での活動制限の影響をとくに受けていることを懸念してい

る。特別報告者は、日本政府に対し、福島の住民、避難者、及びその家族に対して、とくに初期避難者や子どもたちのような脆弱な立場に置かれた人びとに重点を置いて、質の高いメンタルヘルス関連の医療設備や物品・サービスを、これらの人びとが必要としたときに入手及び利用できるようにすることを要請する。日本政府はまた、被災者のストレスや不安を軽減する目的で、NGO団体が企画する保養などのプログラムの提供、支援をするべきである。

40. 日本政府は、避難区域の住民に対して詳細なメンタルヘルス調査（注：「こころの健康度・生活習慣に関する調査」）を行っている。しかし、事故の影響を受けたすべての住民がこの調査の対象となっているわけではない。健康診査と同様に、少なくとも旧自主避難区域（30km圏内）の住民も対象とすべきである。さらに、調査の回答率は50%を下回っている。

特別報告者は、調査を通じて治療が必要だと判明した人びとに、直接的なケアサービスを提供しようとする日本政府の取り組みを歓迎する。しかし、残りの対象者に対しても必要なサービスを確認し、それを提供する取り組みも求められる。

メンタルヘルス調査では、地震、津波、原子力災害時の回答者の行動について尋ねているが、メンタルヘルスの阻害要因となり得る過去の被ばく体験について記録することが重要である。

妊娠と出生調査

41. 「健康に対する権利」を尊重、保護、充足する義務は、継続的な義務であり、子孫の代にも及ぶ。しかし、福島県の妊娠と出生に関する調査（注：妊産婦に関する調査）は、チェルノブイリ事故で、子どもの奇形や胎児の死亡が大幅には増加しなかったという前提に基づいている。調査には、女性の出産前の健康、出産の記録、メンタルヘルスが含まれる。胎児もしくは出産後の子どもの健康モニタリングの実施は調査に含まれていない。

最高水準の心身の健康を保障するため、特別報告者は、日本政府に対して、調査内容を見直すとともに、子宮内被ばくと（胎児の）精神障がいには関連性があるとする研究を考慮するよう要請する。

さらに、日本政府に対し、いまだに不確定な子宮内被ばくと白血病の関連性について調査することを要請する。

原子力発電所作業員の健康

42. チェルノブイリ事故後、原子力発電所で事故対応に従事していた作業員や初動要員は、高線量の放射線にさらされた。福島の場合は、167名の作業員が100mSvを超える放射能にさらされたと推定され、この線量レベルでは、がんのリスクが高まることがはっきりと認められている。2名の作業員は600mSvを超える線量の被ばくをした。加えて、初動要員は、人為災害においてPTSDの発症率が高い。

43. 日本の法律では、放射線管理区域で働くすべての作業員に対し、6カ月毎の健康診断が法律で義務づけられており、さらに年間被ばく線量50mSvの放射線にさらされる作業員には、ガイドラインに基づき、追加的健康診断が提供されることになっている。

それにもかかわらず、特別報告者は、診断結果が日本政府に必ずしも報告されていない事態を懸念する。

作業員の「健康に対する権利」を保護するためには、定期的に健康診断を実施し、その結果を報告することが重要である。

日本政府は、原発作業員の健康モニタリングが、関連法と規則に基づき実施されていると繰り返し述べているものの、特別報告者はそのような健康モニタリングが実施されていない原発作業員がいることに対して懸念を表明する。

44. 特別報告者は、原子力産業に従事する作業員の多くが貧困者で、中

にはホームレスの人びともいることが、彼らの脆弱性を高めているとの情報を得た。作業員の雇用時の健康診断は、法律で義務づけられているものの、短期間の契約で、何段階もの下請け業者を通じて雇われた多くの作業員が、適切かつ効果的な健康モニタリングを受けていない。

日本政府は、彼らの脆弱性を悪化させない環境を整備するとともに、廉価で質の高い医療施設、物資、及びサービスをすべての作業員が常時利用できるよう、あらゆる対策を講じるべきである。

C 被ばく限度に関する政策決定及び情報

避難区域

45. 2011年12月、日本政府は、原発事故による被災地域について避難区域の再編を行った。年間放射線量が50mSvを超える地域は、5年間の出入りが禁止される帰還困難区域とされた。年間放射線量が20～50mSvの地域への立ち入りは制限され、居住者は短期間の帰還が許可されたが、宿泊することは禁止された。年間放射線量が20mSv以下の地域では、人びとが帰還している。

46. 電離放射線障害防止規則（第3条）は、3カ月間の放射線量が1.3mSvを超える地域を管理区域とするよう規定している。推奨されている一般市民の放射線被ばく限度は年間1mSvである。

ウクライナでは、「チェルノブイリの原発事故の結果悪影響を被った市民の地位と社会的保護に関する法律」（1991年）により、何の制限もなく居住し働くための放射線量の限度を年間1mSvとした。

47. 年間放射線量の限度である20mSvは、原子力緊急事態を受けて、日本政府によって適用されている基準である。日本政府は、この基準が、原発事故以後の居住不可能地域を決定する際に参照する基準として、年間放

射線量 1 ～ 20mSv を推奨した国際放射線防護委員会 (ICRP) からの手紙に依拠したものだとしている。

ICRP の勧告は、日本政府のすべての行動が、損失に対して便益を最大化するよう行われるべきであるという最適化と正当化の原則に基づいている。このようなリスク対経済効果の観点は、個人の権利よりも集団的利益を優先するため、「健康に対する権利」の枠組みに合致しない。

「健康に対する権利」のもとでは、すべての個人の権利が保護される必要がある。

さらに、人びとの心身の健康に長期的に影響を及ぼすこのような決定は、人びとの自発的、直接的かつ実効的な参加とともに行われるべきである。

48. 日本政府は、特別報告者に対して、100mSv 未満では発がんの過度のリスクがないため、年間放射線量 20mSv 以下の居住地域に住むのは安全であると保証した。しかしながら、ICRP でさえ、発がんまたは遺伝的疾患の発生が、約 100mSv 以下の放射線量の増加に正比例するという科学的可能性を認めている。さらに、低線量放射線による長期被ばくの健康影響に関する疫学研究は、白血病のような非固形がんの過剰の放射線リスクにしきい値はないと結論づけている。固形がんに関する付加的な放射線リスクは、直線的線量反応関係で一生を通し増加し続ける。

49. 日本政府によって導入される健康政策は、科学的証拠に基づくものでなければならない。

健康政策は、「健康に対する権利」の享受への干渉を、最小化するように策定されるべきである。

放射線量の限度を設定する場合、「健康に対する権利」に基づき、とくに影響を受けやすい妊婦と子どもについて考慮し、人びとの「健康に対する権利」への影響を最小にすることが必要である。

低線量の放射線でも健康に悪影響を与える可能性はあるので、避難者は、

年間放射線量が 1mSv 以下で可能な限り低くなったときのみ、帰還することを推奨されるべきである。

その間にも、日本政府は、すべての避難者が、帰還するか、避難を続けるかを自由意思に基づき決定できるように、すべての避難者に対する財政的援助及び給付金を提供し続けるべきである。

政府によるモニタリングポスト

50. 被災地域の放射線レベルに関する情報は、人びとがその健康に影響を与える決定を行うために決定的に重要である。そのため、日本政府は、こうした情報へのアクセスを促進すべきである。

特別報告者は、日本政府が、福島県の空間放射線量を監視する、モニタリングポストを設置したことを歓迎する。日本政府は、特別報告者に対して、福島県内に約 3200 のモニタリングポストが設置されたことを伝えた。しかし、これらの固定のモニタリングポストで計測される空間放射線量は、計器からごく近いところの値しか反映されない。このため、固定のモニタリングポストによる計測記録は、近辺の実際のさまざまな放射線量を反映しておらず、それらの値は、モニタリングポストの測定値よりも高い可能性がある。

知らずに代表的ではない情報に依存することは、人びと、とくに子どもを高い放射線レベルにさらすこととなる。

訪問中、特別報告者は、モニタリングポストに近いが、計測に反映されていないホットスポットや、子どもが使用する学校や公共の場所などにおいて、測定値に大きな相違があることを確認した。

遺憾なことに、このような相違のために、多くの人びとが、政府のモニタリングポストの信頼性に対し不信感を抱いていた。

学校教科書の情報

51. 日本政府は、十分な情報に基づいて子どもの健康に関する決定がな

されることが促進するため、子どもと、適切な場合には親に対し、放射能及び放射線に関する正確かつ科学的に妥当な情報を提供すべきである。

さらに、「健康に対する権利」を尊重するために、日本政府は、健康に関する誤った情報が伝わらないようにしなければならない。

特別報告者は、福島公立学校における義務的な放射能教育のための正規のカリキュラムについて説明を受けた。副読本及び説明資料は、100mSv以下のレベルの放射能に短時間さらされた場合、がんを含む病気に罹患する過度のリスクが存在するという明確な証拠はないと言及している。

この記述は、100mSv以下の線量が安全であるという印象を与える。

前述したように、この記述は、日本の国内法や国際的な基準または疫学的研究と合致しない。そして、特別報告者は、この教科書が、放射能の影響を受けやすい子どもへの健康への影響に言及していないことを指摘する。このような情報は、子どもや親に安全性に関する誤った意識を植えつけることになり、その結果、子どもが高レベルの放射線にさらされることになりかねない。

特別報告者は、日本政府に対して、効果的で年齢に応じたわかりやすい方法で、健康影響を予防・管理する方法を含めて、原発事故に伴う健康への影響の正確な説明を確実にするよう要請する。

D 除染

除染政策

52. 2011年8月、「放射性物質汚染対処特措法」が公布され、除染作業のための法的枠組みが確立した。しかしながら、同法「基本原則」及び基本的な重要規定は、2012年1月まで施行されなかった。同法は、汚染物質の回収、移送、一時保管及び最終処分を含む除染作業の計画及び実施にわたる。

特別報告者は、除染作業に関する緊急対応のため基本政策のもとでの、

除染に向けた日本政府、及び地方自治体の取り組みを歓迎する。

しかしながら、除染政策は、それ以前に原子力産業の規制枠組みの一部をなすべきであった。そうであれば、日本政府は2011年11月よりも早く除染作業を実施することができたであろう。

53. 除染は、福島を越えて実施され、放射線レベルの高い地域の除染が優先して行われ、子どもの生活環境に焦点が当てられている。政府目標は、2013年8月までに、一般国民に対する年間被ばく線量20mSv未満の地域を50%減らすこと、及び子どもについてはそのような地域を60%減らすこととしている。年間被ばく線量が20～50mSvの地域では、2014年3月までに、年間被ばく線量を20mSv未満にまで減らすという。

年間被ばく線量が50mSvを超える地域の作業者の安全を確保するため、除染モデル実証事業が実施された。長期的な目標は、年間の放射線レベルを1mSv未満に抑えることだとされている。

54. 「健康に対する権利」は、漸進的に実現されるものであるが、熟慮された、具体的で、目標を定めた実施計画を策定・実施することは、日本政府が即時に実現すべき義務である。ところが遺憾なことに、2013年以降、年間放射線量1mSv未満という基準を達成するための、除染作業に関する具体策も予定表もない。

特別報告者は、日本政府に対して、可及的速やかに年間放射線量を1mSv未満に減少するための、長期的な除染政策を緊急に策定することを要請する。

55. 特別報告者は、学校や遊び場の除染を優先し、子どもなどの影響を受けやすいグループに対して、日本政府が、特別な配慮をしていることに留意する。

しかしながら、周辺から切り離して、学校と遊び場だけを除染するので

は不十分である。なぜなら、風によってすでに除染を終えた場所にも周辺から放射能が運ばれる可能性があるからである。

したがって、学校と遊び場の除染は、放射能のホットスポットになり得る道路、水路、及び畑など、その周辺の地域も含め行うべきである。ホットスポットは年間放射線量 20mSv 未満の場所の中でも存在する可能性がある。除染政策はこのホットスポットに対しても優先的に取り組むべきである。

56. 特別報告者は、日本政府が、除染を実施するにあたり、地域社会の参加を働きかけていることに留意する。

しかしながら、特別報告者は、政府には、危険な作業に従事する個人に対して保護装置や必要な情報を提供することによって「健康に対する権利」を実現させる義務があることを再度喚起する。

特別措置法が、除染作業に従事する個人に対して適切な情報、及び装置の提供を要求している一方で、いくつかの地域では、これらの要求が厳格に守られていないことを懸念する。

したがって、特別報告者は、日本政府に対して、自発的に除染作業を実施する住民に対し、情報、安全装置、及び適切な防護装備を提供するよう要請する。

汚染物質の保管

57. 除染作業は、5～10cm の表土除去を含むことから、日本政府は、汚染土壌の安全な保管に関する課題を抱えている。近年、当局は、放射性汚染物質をプラスチック製の砂袋に入れて居住地域に保管したり、保護容器に入れて、遊び場の下などの地下に埋めたりしている。

訪問中、特別報告者は、これらの地域において、放射性汚染物質の存在を人びとに知らせるための標識を確認できなかった。これは「健康に対する権利」に相容れない事態である。

58. 特別報告者は、230万トンと推定される汚染廃棄物を処理するために、一時保管場所、最終保管場所、及び処理施設が設置されることを伝えられた。しかしながら、放射性汚染物質の保管に関する具体的な計画はなかった。汚染廃棄物が、遊び場の下や居住地に保管されており、それにより住民の健康被害が生じる危険がある。

居住地域から離れた一時的な保管施設の設置が緊急に求められる。日本政府は、意思決定過程における地域社会の積極的な参加とともに、時間目標を策定し、一時保管場所、最終保管場所、及び処理施設の設置に向けて迅速な措置を講じるべきである。

E 透明性と説明責任

規制枠組みにおける透明性と独立性

59. 国会及び政府それぞれによって設置された、国会事故調査委員会、及び政府事故調査委員会による報告書は、原子力規制機関の独立性を大きく損なうことになった原子力規制機関と日本の電気事業連合会との間の密接な関係を批判した。その結果、原子力規制機関は、東京電力が国内及び国際基準に従わず、福島第一原発の安全性を軽視する運営をしてきたことに関して、正しい責任をとらせることができなかった。

60. 国内政策・規制枠組みにおけるガバナンス及び履行における透明性は、「健康に対する権利」において重要である。また、行政及び規制当局の実効的な透明性と独立性は、説明責任を確実なものとす。特別報告者は、日本政府が、こうした独立性と透明性の必要性から、原子力規制委員会 (NRA) を創設したことに留意する。

61. 特別報告者は、国内規制と、原子力事業者による国内及び国際的な安全基準の遵守に関して、原子力規制委員会によって集められた情報と

データを公表し、そのことを通じて、原子力規制委員会と原子力産業全体の中における独立した監視及び説明責任を促進すべきであると強く主張する。

東京電力の説明責任

62. 特別報告者は、原子力事業者が、日本における原子力発電の運転に起因する被害に対して、厳密かつ全面的な法的責任を負っていることに留意する。このことは、非国家主体が個人の「健康に対する権利」の侵害の責任を負うことを意味するが、この点は、「健康に対する権利」を保護すべき国家の義務と整合するものである。

63. しかしながら、2012年6月に行われた、日本政府による東京電力への大規模な財政的支援は、今回の被害に対する東京電力の説明責任と法的義務を実質上回避させてしまったと言えるだろう。賠償金の支払いが政府の資金から供出されるが、その資金は納税者から支払われるものである。

特別報告者は、東京電力が最終的には同財政的支援を日本政府に対して返納しなければならないと聞いている。しかし、現在の枠組みのもとでは、本来東京電力のみが負うべき原子力損害に対する責任を納税者が負い続ける可能性が示唆される。

F 賠償と救済措置

64. 「健康に対する権利」の侵害が発生した場合、被害者は、適切な賠償や補償などの効果的な救済手段を利用できなければならない。また、賠償や他の方式の救済手段の提供は、原発事故による被災者の権利回復のためにも必須のものである。

65. 原発事故後、東京電力は、東京電力による推計賠償額が4兆5000億

円にのぼるにもかかわらず、賠償金に対する供託として1200億円を提供したにすぎない。それを受けて、日本政府は、2011年9月、官民の原子力損害賠償支援機構を設置した。

66. 原子力損害賠償紛争審査会は、既存の賠償法では基準がないことから、賠償支払いに関する基準策定のために創設された。特別報告者は、当初の補償申請書類が60ページと2215項目にわたり、158ページの解説文書が付属していたことに留意する。

また、特別報告者は、紛争解決センターによる手続きの遅れが、被災者に対する賠償の利用を妨げる要因となっているとの報告を受けている。これらの申請書類は以前よりは簡素化された。しかし、被災者は賠償レベルを引き下げて、紛争解決を遅らせようとする東京電力の試みについて度々指摘している。日本政府はこうした懸念に取り組むべきである。

67. 特別報告者は、被災者の避難を選択する権利を認める、「東京電力原子力事故により被災した子どもをはじめとする住民などの生活を守り支えるための被災者の生活支援などに関する施策の推進に関する法律（原発事故子ども・被災者支援法）」の成立を歓迎する。同法は、これまで救済ニーズに対応がなされてこなかった、いわゆる自主避難者や、日本政府により指定された避難指定区域の区域外に生活する人への対応を含んでいる。また、同法には、放射線被ばくの長期間にわたる健康への影響に関する規定もある。

68. 特別報告者は、2012年6月に同法が採択されたにもかかわらず、まだ具体策の実施が採択されていない点を懸念する。

同法の実施の前提として、同法8条に基づき「支援対象地域」が明確にされる必要がある。特別報告者は、同法で対象となる地域が、年間放射線量1mSvを超える地域を含むべきであると確信している。

また、低線量放射線による長期間被ばくの健康への影響は、正確に予測できるものではないため、同法の実施に際しては、すべての被災者に対して、放射線被ばくに関する、無料で、生涯にわたる健康診断と医療を提供することを、明確にするべきである。民法の20年の除斥期間は、原発事故に関わる医療措置に関する財政措置には、適用除外とされるべきである。

69. 「健康に対する権利」を充足する義務は、とくに、「健康に対する権利」の享受を促進する積極的措置を行うことを通じて、健康に関する基本的な決定要因の提供を確実にすることを日本政府に求めている。

特別報告者は、日本政府に対し、「原発事故子ども・被災者支援法」の実施計画を採択し、年間放射線量1mSvを超えるすべての地域において、被災者が避難、居住、帰還のいずれを選択した場合であっても、被災者が必要とする、移転、住居の確保、雇用、教育、その他の必要不可欠の支援に関する、財政支援を提供するように、強く要請する。これらの施策には、生活再建に要する費用を反映させた救済パッケージも含まれるべきである。

G 社会的弱者と被災地域の参加

70. 「健康に対する権利」は、社会的弱者のニーズに、特別の注意を払うことを日本政府に要請する。

国家は、たとえ資源に制約がある場合でも、自国の政策やその実施において、とくに社会的弱者に対する差別を防止する、直接の義務を負っている。

71. 2011年8月までに、14万6520人が福島県から避難した。度重なる避難指示の変更にによって、1万人以上の人が、3回以上も避難所を変わることを余儀なくされた。人によっては、10回以上もの移転を余儀な

くされた。

2011年3月12日に、福島第一原発から20km圏内の地域に対して避難指示が出された後でさえ、病院及び介護施設にいた約840人の患者が2011年3月13日までそのままにされた。

さらに、避難の間に、60人の入院患者が死亡した。もし避難指示と計画が適切に行われていれば、避難の際のストレス、健康状態の悪化及び死亡は防ぐことができたはずである。

これに関連して、社会的弱者の救援に関するマッピングを行い、広範囲な地域社会の関与を奨励することは、災害弱者に対するより適切な緊急対応を実現するうえで有益であるだろう。

72. 高齢者、子ども、女性、及び障がいのある人は、災害による悪影響をより受けやすい。今回の調査期間中、特別報告者は、このような社会的弱者から、自分たちに影響を及ぼす決定についてまったく発言権がなかったことに対する深い悲しみを打ち明けられた。

また、特別報告者は、避難所がしばしば、障がいのある人や、女性（幼い子どものいる女性を含む）に対して、利用し易い環境ではなかったということを知り、心が痛んだ。

2010年に策定された、日本の第3次男女共同参画基本計画において、防災と災害対応における男女平等を促進するとの規定が盛り込まれているにもかかわらず、女性は、避難所においてより大きな不利益を受けた。このことは、同計画の基準が十分に実施されてこなかったことを意味している。

73. 国家及び地域レベルにおけるすべての意思決定過程への人びとの参加は、「健康に対する権利」の枠組みにおいてきわめて重要である。

健康に関する法令及び政策の影響を最も受けるのは地域住民であるから、こうした政策は、住民による直接的、積極的、及び効果的な参加によってのみ策定されるべきである。

特別報告者は、この機会に、健康調査に関する地域コミュニティの効果的な関与を確保するように日本政府に強く要請する。また、地域コミュニティの参加は、政府が人びとの懸念事項に効果的に取り組むうえで有益であり、それによって、より効果的な医療制度を構築することができる。

74. 特別報告者は、「原発事故子ども・被災者支援法」において、日本政府が、地域住民の参画を保障したことを歓迎する。日本政府は、被災地域の懸念事項に応えるために、被災地域住民の広範囲な参加と効果的な関与を促進し続けるべきである。また、被災コミュニティの参加は、地域社会主導の意識改革及び主体性の確保につながる。

地域コミュニティの参画には、社会的弱者の参加を含めるべきである。それは、彼らのエンパワメントにとっても、包摂的な社会の創造のためにも重要だからである。

75. 特別報告者は、データの収集、放射線の監視、避難所の計画、健康管理調査の策定、放射線レベルと避難区域に関する決定、及び賠償総額の設定などといった、現在及び将来の、原子力政策及び健康管理政策の決定にあたり、個人と地域コミュニティ組織の参加を得るよう、日本政府に強く要請する。

勧告

76. 特別報告者は、日本政府に対し、原発事故の緊急対応システムの策定と実施について、以下の勧告を実施するよう要請する。

- (a) 指揮命令系統を明確に定め、避難区域・避難所を特定し、社会的弱者を救助するガイドラインを含む原発事故の緊急対応計画を確立し、定期的に見直すこと。
- (b) 原発事故の影響を受ける危険性のある地域の住民と、事故発生時の対応や避難方法を含む災害対応計画について協議すること。

(c) 原発事故発生後、可及的速やかに、災害に関連する情報を公開すること。

(d) 原発事故発生前、または事故発生後可及的速やかに、ヨウ素剤を配布すること。

(e) 原発事故の影響を受ける地域に関する情報を集め、広めるために、「緊急時迅速放射能影響予測ネットワークシステム」(SPEEDI) のような技術の迅速かつ効果的な利用を提供すること。

77. 原発事故の影響を受けた人びとに対する健康モニタリングについて、特別報告者は、日本政府に対し、以下の勧告を実施するよう要請する。

(a) 長期間の、全般的・包括的な健康調査を通じ、原発事故の影響を受けた人びとの健康に関する放射線被ばくによる影響を継続的にモニタリングすること。必要な場合、適切な治療を行うこと。

(b) 健康管理調査は、年間1mSv以上のすべての地域に居住する人びとに対し実施されるべきである。

(c) すべての健康調査をより多くの人が受け、調査の回答率をより高めるようにすること。

(d) 健康基本調査には、個人の健康状態に関する情報と、放射線被ばくの健康影響を悪化させる可能性がある他の要因を含めた調査がされるようにすること。

(e) 子どもの健康調査は、甲状腺検査に限定せず、血液・尿検査を含むすべての健康影響に関する調査に拡大すること。

(f) 子どもの甲状腺検査の追跡調査と2次検査を、親や子が希望するすべてのケースで利用できるようにすること。

(g) 個人情報保護しつつも、検査結果に関わる情報への子どもと親のアクセスを容易なものにすること。

(h) 内部被ばくの検査は、ホールボディカウンターに限定することなく、かつ、地域住民、避難者、福島県外の人びとなど、影響を受けたすべ

での人びとに対して実施すること。

- (i) すべての避難者及び地域住民、とりわけ高齢者、子ども、妊婦などの社会的弱者が、メンタルヘルスの施設、必要品及びサービスを利用できるようにすること。
- (j) 原発労働者に対し、被ばくによる健康影響調査を実施し、必要な治療を実施すること。

78. 特別報告者は、日本政府に対し、放射線量に関連する政策・情報提供に関し、以下の勧告を実施するよう要請する。

- (a) 避難区域、及び放射線の被ばく量の限度に関する国家の計画を、最新の科学的な証拠に基づき、リスク対経済効果の立場ではなく、人権を基礎において策定し、年間被ばく線量を1mSv以下に低減すること。
- (b) 放射線被ばくの危険性と、子どもは被ばくに対してとくに脆弱であるという事実について、学校教材などで正確な情報を提供すること。
- (c) 放射線量のモニタリングにおいては、地域住民による独自の測定結果を含めた、独立した正確なデータを取り入れること。

79. 除染について、特別報告者は、日本政府に対し、以下の勧告を採用するよう要請する。

- (a) 年間1mSv以下の放射線レベルに下げたための時間目標を明確に定めた計画を、早急に策定すること。
- (b) 放射性廃棄物の貯蔵場所を、標識などで明確にすること。
- (c) 放射性廃棄物の安全で適切な一時・最終保管場所の設置を、住民参加の議論により決定すること。

80. 特別報告者は、規制の枠組みの中で、透明性と説明責任の確保について、日本政府に対し、以下の勧告を実施するよう要請する。

- (a) 原子力規制当局、及び原子力事業者に、国際的に合意された安全基

準やガイドラインを遵守するよう求めること。

- (b) 原子力規制委員会の委員と原子力産業との交際について、委員自身による情報の公開を確実にすること。
- (c) 原子力規制委員会が集めた国内、及び国際的な安全基準・ガイドラインに基づく規制と、原発事業者による遵守に関する情報のすべてを公開し、第三者が独立したモニタリングをできるようにすること。
- (d) 原発事故による損害について、東京電力などが責任をとることを確実にし、かつ、その賠償・復興に対する支払いの法的責任が、納税者に転嫁されないようにすること。

81. 賠償や救済措置について、特別報告者は、日本政府に対し、以下の勧告を実施するよう要請する。

- (a) 「原発事故子ども・被災者支援法」の実施体制を、影響を受けた住民の参加を確保して策定すること。
- (b) 復興と人びとの生活再建のための費用を、救済パッケージに含めること。
- (c) 原発事故と被ばくにより生じた可能性のある健康影響について、無料の健康診断と必要な治療を提供すること。
- (d) 被災者による東京電力に対する損害賠償請求が、さらなる遅延が生ずることなく解決されるようにすること。

82. 特別報告者は、原発の稼働、避難区域の指定、放射線量の限度、健康調査、賠償額の決定を含む原子力エネルギー政策と原子力規制の枠組みに関するすべての側面の意思決定プロセスに、住民、とくに社会的弱者が効果的に参加できることを確実にするよう、日本政府に要請する。

以上

■編者紹介

ヒューマンライツ・ナウ (認定 NPO 法人)

2006 年に弁護士、研究者、ジャーナリストなどによって結成された日本を本拠とする国際人権 NGO。2012 年に国連特別協議資格を取得。国境を越えて世界の深刻な人権侵害の解決を実現するため、調査・アドボカシーなどの活動をする一方、国際人権基準と日本の現実のギャップを埋める活動も進める。

2011 年、東日本大震災・原発事故を契機に震災プロジェクトを結成、被災三県で法律相談活動を展開するとともに、被災者に対する人権侵害状況を調査し、政策提言をしてきた。2011 年に福島第一原発事故後の人権状況について国連に通報し、国連調査団の派遣を求めた。2012 年にグローバー氏の調査ミッションの際、被災者・避難者からの事情聴取などのコーディネートネットを努めた。

国連グローバル・報告

――福島第一原発事故後の住民がもつ「健康に対する権利」の保障と課題

2014 年 8 月 25 日 第 1 刷発行

編 者	ヒューマンライツ・ナウ
発行者	上野良治
発行所	合同出版株式会社 東京都千代田区神田神保町 1-44 郵便番号 101-0051 電話 03 (3294) 3506/FAX 03 (3294) 3509 振替 00180-9-65422 ホームページ http://www.godo-shuppan.co.jp/
印刷・製本	新竹印刷株式会社

■刊行図書リストを無料送呈いたします。

■落丁・乱丁の際はお取り換えいたします。

本書を無断で複写・転載することは、法律で認められている場合を除き、著作権及び出版社の権利の侵害になりますので、その場合にはあらかじめ小社あてに許諾を求めてください。

ISBN978-4-7726-1212-8 NDC360 210 × 148

©Human rights now, 2014