

平成27年（行ウ）第37号 「黒い雨」被爆者健康手帳交付請求等事件

原告 高野正明 外63名

被告 広島市・広島県

参加行政庁 厚生労働大臣

第 3 準 備 書 面

2016（平成28）年6月10日

広島地方裁判所民事第2部合2係 御中

原告ら訴訟代理人弁護士 廣 島 敦 隆

同 弁護士 足 立 修 一

同 弁護士 池 上 忍

同 弁護士 竹 森 雅 泰

同 弁護士 端 野 真

同 弁護士 橋 本 貴 司

同 弁護士 松 岡 幸 輝

同 弁護士 佐 々 井 真 吾

目次

| | | |
|-----|---|----|
| 1 | 被爆者援護法1条3号についての解釈のあり方 | 6 |
| 2 | 原爆医療法の制定に関する事実 | 6 |
| (1) | 原爆投下直後における救護活動・看護活動等の状況 | 6 |
| (2) | 被爆者救済を求める世論の動向や政府の対応等 | 7 |
| ア | 被爆者援護に関する対応の遅れ | 7 |
| イ | 被爆者援護の契機が本格的に形成される社会的背景 | 8 |
| (ア) | 戦傷病者戦没者遺族等援護法の制定及びそれを契機とする運動の加速 | 8 |
| (イ) | 第五福竜丸事故及びこれを契機とする運動の加速 | 10 |
| ウ | 政府による対応及び原爆医療法の制定に向けた流れ | 14 |
| (ア) | 政府による対応 | 14 |
| (イ) | 被爆地における状況の変化 | 14 |
| (ウ) | 立法に向けた動きの具体化 | 16 |
| エ | 原爆医療法制定当時における科学的知見等 | 18 |
| (ア) | 原子爆弾災害調査報告集（1953年（昭和28年）） | 18 |
| (イ) | 原子爆弾後障害症治療指針（1953年（昭和28年）度版，原爆症調査研究協議会） | 18 |
| (ウ) | 都築「慢性原子爆弾症について」（1954年（昭和29年）） | 19 |
| (エ) | 於保「原爆残留放射線障害の統計的観察」（1957年（昭和32年）） | 21 |
| (オ) | A B C Cによる調査 | 23 |
| オ | 原爆医療法2条（被爆者の定義規定）の制定に至る経緯 | 25 |
| (ア) | 社会福祉法人全国社会福祉協議会による「原爆被害者援護法案要綱」（1956年（昭和31年）9月19日 | |

| | |
|---|----|
| 付け) | 25 |
| (イ) 広島市及び長崎市による「原爆障害者援護法案要綱 (試案)」(1956年(昭和31年)11月5日付け) | 26 |
| (ウ) 政府部内における検討 | 27 |
| a 厚生省「原爆被爆者の医療等に関する法律案」(第1 次原案)(1956年(昭和31年)12月12日付け) | 27 |
| b 厚生省「原爆被爆者の医療等に関する法律案要綱」 (第7次案)(1957年(昭和32年)1月9日付け) | 27 |
| c 原子爆弾被爆者の医療等に関する法律案(途中整理案) | 28 |
| d 「原子爆弾被爆者の医療等に関する法律案」 (1957年(昭和32年)2月7日付け) | 29 |
| e 「原子爆弾被爆者の医療等に関する法律案」 | 30 |
| (エ) 国会における審議経過 | 31 |
| (オ) 原爆医療法制定後の関連資料 | 36 |
| (3) 原爆医療法の規定及び関連する通達等 | 37 |
| ア 目的 | 37 |
| イ 被爆者の定義 | 38 |
| ウ 被爆者健康手帳の申請 | 38 |
| (ア) 原爆医療法3条の定め | 39 |
| (イ) 原子爆弾被爆者の医療等に関する法律施行規則 (1957年(昭和32年)4月30日厚令8号)の定め | 39 |
| (ウ) 1957年(昭和32年)5月14日衛発第387号 厚生省公衆衛生局長通達「原子爆弾被爆者の医療等に 関する法律の施行について」 | 39 |
| (エ) 1976年(昭和51年)3月18日衛企第5号 厚生省公衆衛生局企画課長通知「被爆者健康手帳の | |

| | |
|--|-----|
| 交付事務について」 | 4 0 |
| エ 健康診断 | 4 1 |
| オ 医療の給付 | 4 2 |
| カ 1958年（昭和33年）8月13日衛発第726号 各都道府県知事・広島・長崎市長あて厚生省公衆衛生局長 通知「原子爆弾後障害症治療指針について」 | 4 2 |
| 3 原爆医療法の改正，原爆特別措置法の制定及び改正の経緯 | 4 3 |
| (1) 原爆医療法について浮き彫りとなった問題点 | 4 3 |
| (2) 原爆医療法の改正（1960年（昭和35年）） | 4 3 |
| ア 「特別被爆者」の概念 | 4 3 |
| イ 医療手当の新設 | 4 5 |
| ウ 健康診断の充実等 | 4 5 |
| (3) その後の改正の経緯 | 4 5 |
| ア 特別被爆者の認定要件の緩和 | 4 5 |
| イ 原爆特別措置法の制定 | 4 7 |
| (ア) 原爆医療法に関して問題とされた点 | 4 7 |
| (イ) 原爆特別措置法の制定 | 4 8 |
| a 八者協による陳情 | 4 8 |
| b 原爆特別措置法案の提出 | 4 8 |
| c 原爆特別措置法の内容 | 4 9 |
| ウ 原爆特別措置法の制定後の施策の動向等 | 5 0 |
| (ア) 原爆特別措置法制定後に問題視された点等 | 5 0 |
| (イ) 原爆被爆者対策基本問題懇談会による指摘等 | 5 1 |
| (ウ) 被爆地域の指定についての政府の姿勢 | 5 5 |
| (エ) 健康診断等の充実 | 5 6 |
| エ 被爆者援護法の制定 | 5 6 |

| | | |
|-----|-------------------------------------|----|
| 4 | 原爆医療法2条3号に関して | 57 |
| (1) | 原爆医療法の趣旨・目的について | 57 |
| ア | 原爆医療法が制定される社会的背景 | 57 |
| イ | 原爆医療法制定当時における科学的知見等 | 58 |
| ウ | 原爆医療法の制定過程及び主な内容 | 61 |
| エ | 小括 | 62 |
| (2) | 原爆医療法2条3号が設けられるに至った経緯 | 62 |
| (3) | まとめ | 65 |
| 5 | 被爆者援護法制定に至るまでの経緯に関して | 66 |
| (1) | 被爆者援護法制定に至るまでの被爆者に対する救済の拡大 | 66 |
| (2) | 被爆者援護法の制定 | 67 |
| (3) | 被爆者援護法制定までに至る一連の法改正 及びその背景となった事情 | 68 |
| 6 | 結論 | 70 |

被爆者援護法1条3号の「身体に原子爆弾の放射能を受けるような事情の下にあった者」の意義

1 被爆者援護法1条3号についての解釈のあり方

「被爆者」の定義を定めた被爆者援護法1条の規定は、原爆医療法2条3号の規定をそのまま引き継ぐ形で設けられたものである。そこで、原爆医療法制定の背景、制定に至る経緯、制定当時の科学的知見といった立法事実を踏まえた上で、同法2条3号のあるべき解釈について検討した上、被爆者援護法のもとにおいてもその解釈が妥当するか否かを検討し、被爆者援護法1条3号の解釈のあり方について判断されるべきである。

2 原爆医療法の制定に関する事実

(1) 原爆投下直後における救護活動・看護活動等の状況

ア 広島

原爆投下直後の時期から、宇品の陸軍船舶部隊をはじめとする多くの部隊によって、火傷等を負った負傷者の救護所への輸送及び看護が行われたし、広島赤十字病院をはじめとする医療機関においても、負傷者の看護が行われた（甲A10の21，22頁）。

また、原爆投下直後から、広島市に隣接する安芸、佐伯、安佐といった各郡の町村に、市内からの避難者が殺到したことから、これらの地域にも、救護所や収容所が次々と設けられ、地域を上げての医療・看護活動が展開され、その他市外の各地域においても、多数の死体の火葬等が行われた（甲A10の22，31，32頁）。

市外へ逃れ出た原爆被災者は15万人といわれており、佐伯、安芸、安佐の3郡だけでも、約12万人の被災者が受け入れられたとされる（甲A10の27頁）。

もっとも、重傷者に対する手当ては満足に行われず、軽傷者に塗るための消毒薬も満足には調達できなかったため、救護・看護活動は困難を窮め

た（甲A10の25頁以下）。

イ 長崎

上記のような状況は、概ね長崎においても同様であり、数万人の負傷者に対し、救急的対症療法を行うことが可能であったにすぎないとされる（甲A11の113，115頁）。また、長崎市に近接する市町村においても、負傷者の収容や治療が行われた（甲A11の115頁）。

(2) 被爆者救済を求める世論の動向や政府の対応等

ア 被爆者援護に関する対応の遅れ

(ア) 戦後、日本は、GHQによる占領体制の下におかれたところ、GHQは、10項目からなる「日本に与える新聞遵則」（いわゆる「プレスコード」）による報道規制を敷くことで、米国による公式発表以外の原爆被害についての報道を厳しく規制した（甲A10の50頁）。また、原爆被害に関する報道等の制約は、新聞報道のみならず、他の様々な分野にも及んだ。例えば、文部省学術研究会議の原子爆弾災害調査研究特別委員会の映画撮影班が撮影したフィルムや調査資料はすべて没収され、また、同委員会の医学科会長であった都築による研究成果の公表も禁じられた（甲A10の51頁）。

これによって、後障害で苦しむ被爆者の状況が国内外に知らされることがなかったために、被爆者援護の世論が醸成される基盤がなく、被爆者に対する援護も遅れることになった。また、原爆障害に関する研究成果が公表されなくなってしまったため、被爆者に対する治療が進展することもなかった（甲A10の51頁，甲A11の115頁）。ただし、そのような中でも、於保をはじめとする広島医師らによって、放射線障害に対する治療に関する研究は進められていた（甲A10の52頁）。

(イ) a 1948年（昭和23年）ころに、長崎において、原爆により負傷

した婦人らから、無料診療所の設置についての要望が出されるようになった。また、1949年（昭和24年）11月20日に、原爆青年交歓会が発足し、広島及び長崎で集会が開かれたのを契機として、原爆被害者の要望が一つの声にまとめられる素地が形成された。しかし、その後、しばらくの間、被爆者の要望が世論を動かすほどの力にまで発展することはなかった（甲A11の115頁）。

- b 昭和20年代の前半の時期における被爆者に対する資金援助は、①海外移民や各国のキリスト教徒からの資金援助や、②共同募金等からの自治体への寄付等にとどまっていた（甲A10の58ないし60頁）。

イ 被爆者援護の契機が本格的に形成される社会的背景

(7) 戦傷病者戦没者遺族等援護法の制定及びそれを契機とする運動の加速

- a 1951年（昭和26年）9月に、サンフランシスコ講和条約が調印された直後の時期から、政府は、戦傷病者及び戦没者遺族に対する対応を行うための法案の準備を進めていることを明らかにした。
- b(a) これを受けて、広島市は、政府及び国会に対し、原爆の犠牲となった、家屋疎開の協力作業員、防空監視員、防空壕構築作業員、学徒動員員、徴用工等の遺族に対しての援護を求める陳情書を提出し、また、広島市長及び同市議会議長も、連名で、政府及び国会に対し、国民義勇隊員及び動員学徒の遺族に対する国家補償を求める「原爆犠牲者援護に関する陳情書」を提出した（甲A10の68頁）。
- (b) 1952年（昭和27年）1月ないし2月ころ、広島市や広島県は、前記aの法案を軍の命令で出動して被爆した者に適用することを要求する前提として、調査を行い、それをもとに、再度、政府及び国会に対し、原爆によって犠牲を受けた学徒らにも法律を適用す

ることを要求した（甲A10の69，72頁）。

c 前記a，bのような背景を踏まえて，1952年（昭和27年）4月30日，戦傷病者戦没者遺族等援護法が，公布，施行された。同法は，国民義勇隊員，勤労働員学徒，徴用工，女子挺身隊員の戦没者の遺族に弔慰金を支給することを認める内容であったため，広島市あるいは広島県の要求は，一部実現された形となった（甲A10の69頁）。ただし，同法によって援助を受けられるようになった被爆者は，被爆者全体の中のごく一部にすぎなかった（甲A10の69頁）（そのため，その後も，同法を改正し，被爆者に対する援護措置を拡充するための運動が進められ，現に，法改正を経て，同法による救済の範囲は，拡大されることになった（甲A10の70，71頁）。）。

d 戦傷病者戦没者遺族等援護法の制定は，同法による救済が受けられる被爆者と受けられない被爆者の間の格差をもたらすこととなったため，同法制定を機に，原爆被害に対する治療費助成を求める動きが加速することになった（甲A10の80頁）。

(a) 1953年（昭和28年）1月13日，広島市長，広島県医師会長及び広島市医師会長は，原対協を設立し，原爆障害者の治療，健康指導，研究に関する行政措置の要請を行うこととした（甲A10の73頁）。

原対協は，実際に原爆による障害を負った者に対する治療を開始したが，治療に要する予算の調達に苦心する状況が続いた（甲A10の74頁）。

そこで，原対協は，本格的な被爆者の治療を行うためには，国による全面的な財政援助を求める必要があると認識するに至り，被爆者治療費の全額国庫負担等を求める署名運動に取り組むようになった

た（甲A10の76頁）。

(b) 長崎においても、長崎平和を守る会等によって原爆犠牲者の救援を求める動きが加速したことから、自治体が、被爆者救済問題を取り上げるようになり、長崎市も、1953年（昭和28年）5月14日に、長崎原対協を設立した。また、長崎大学医学部は、同年8月1日から、無償で原爆患者の治療を行うことを始めた（甲A11の120頁）。

(c) 1953年（昭和28年）7月、広島、長崎の両市長及び市議会議長が連名で、原爆障害の特殊性にかんがみ、原爆障害を負った者に対する国費による治療費援助を求める旨の請願を行った（甲A10の80頁）。

こうした請願や、「原爆障害者NHKたすけあい旬間」の運動等によって被爆者の実態が社会的にも認知されるようになったことを背景に、厚生省は、1953年（昭和28年）11月、原爆後障害に対する治療方法の研究のために、原爆症調査研究協議会を設けた（甲A10の80頁）（この協議会は、後に、「原爆被害対策に関する調査研究連絡協議会」に発展した（甲A10の83頁）。）。そして、厚生省は、同協議会が行った事業に対し、100万円の予算を計上したところ、このことは、後の原爆障害者治療費の国庫支出への足がかりとなった（甲A10の81頁）。

(イ) 第五福竜丸事故及びこれを契機とする運動の加速

a(a) 1954年（昭和29年）3月、米国の水爆実験により、ビキニ環礁付近において、日本のマグロ漁船である第五福竜丸に乗船していた者が俗に「死の灰」と呼ばれた放射性降下物を浴びる事故が起こった（甲A10の69頁）（以下「第五福竜丸事故」という。）。

(b) 第五福竜丸事故の被害状況が判明するにつれて、日本政府は、米
国政府に対し、損害補償を求めるようになったところ、同政府は、
日本政府が行った被災者に対する金銭的援助について償還に応じる
旨を述べた（甲A10の82頁）。これを踏まえて、日本政府は、
第五福竜丸事故の被災者に対し、金銭的な補償措置をとった（甲A
10の83頁）。

b(a) 第五福竜丸事故をきっかけに、原水爆禁止を訴える世論が高まる
（甲A10の83頁）とともに、広島・長崎の原爆は、単なる過去
の一偶発事では済まされないという認識を一般の人々が強く持つよ
うになり、原爆被爆者の問題に対する世論の関心も高まるようにな
った（甲A11の122頁）。

例えば、1954年（昭和29年）5月15日、原水爆禁止広
島市民大会が開かれ（甲A10の83頁）、原子兵器の使用禁止等
が訴えられるとともに、国家が原爆被爆者に対して医療・生活・精
神にわたる全面的な救済を行うための特別保護法の制定も求められ
た（甲A10の83、84頁）。その後、同年8月6日には、第1
回原水爆禁止平和大会が広島市における平和記念式典に続いて開か
れ、被爆の実相を解明することと被爆者を救済することの必要性が
訴えられた（甲A10の84頁）。さらに、同年11月から同年1
2月にかけて、広島市及び長崎市は、日本赤十字社との共催によ
り、東京都の日本赤十字社本社において、「広島、長崎原爆資料公
開展」を開催し、原水爆使用禁止の方向の世論を喚起するととも
に、原爆障害者治療への政府支援の必要性を強く訴えた（甲A10
の76、85頁）。

(b)

① 一方、第五福竜丸事故をきっかけに、米国の水爆実験によって

生じた被害への諸対策が国費によって行われるのであれば、原爆被爆者が同様の救済を受けられないはずはないという考え方も広がった（甲A10の83頁）。

そうした被爆者援護を求める機運の高まりを背景として、原対協、広島市建設促進協議会等は、それぞれ、原爆障害者治療費の国庫負担、原爆障害者に対する生活援護についての特別保護法の制定、治療研究機関の設置等（研究機関の設置が求められたのは、原爆に関連する疾病についての総合性をもった研究が、被爆者の福祉を増進し、将来の不幸を防止することにつながるころ、1954年（昭和29年）ころの段階では、原爆災害についての資料の収集や実態の調査が不十分であると認識されていたためであった。）を政府に陳情した（甲A10の83頁、甲A12の524、728頁）（なお、こうした運動の成果により、1956年（昭和31年）9月に、広島原爆病院が設置された（甲A10の77頁）。）。

このような動きに対し、厚生省の環境衛生部長は、1954年（昭和29年）4月26日、広島市建設促進協議会の場において、「従前は、原爆障害者だけを特に補償することは、他の戦争障害者と区別することになるために難しかったが、ビキニ事件にかんがみれば、原爆障害者に対して国家補償は早急に確立されるべきである。」という見解を示すとともに、行政措置により、1955年（昭和30年）度から国家補償に関する予算を計上する方針を固めた旨を表明した（甲A10の83頁）。

② 上記のような厚生省当局の積極的な姿勢を受け、広島市や長崎市の市長及び市議会等は、政府や国会に対し、原爆障害者の治療費の国庫負担をより積極的に要求するようになった（甲A10の

83頁)。

例えば、広島市議会及び広島県議会は、1954年(昭和29年)5月、原爆障害者治療費の国庫負担等を国に対して求めることを決議した(甲A10の69頁)。上記広島市議会における決議の提案理由に関する市議会議員の説明内容の一部は、次のとおりである(甲A10の86頁)。

「本月(1954年(昭和29年)5月)20日衆議院水産委員会において、ビキニ水爆実験による損害については米国から損害補償につき、中間補償ではなく、全額一括払いにしたいとの内意があったと、政府委員の答弁があったとのことでありますが、然らば広島原爆犠牲者に対してはどうしてくれるのか。ビキニ水爆実験による被害者と、国家の戦争目的による、しかも非戦闘員としての広島原爆犠牲者とはその根本的な理念においてその規模、軽重の度合いにおいて、決して同日の論ではないと信ずるのであります。当然国家において補償の責任を担うべき広島原爆犠牲者が、今日なお放置せられておるときに、ひとりビキニ水爆実験の被災者にのみ、国をあげて大きな関心と努力を傾けていることは、本末転倒であり、われわれの憤懣に堪えざるところであります。

広島市における原爆障害者の治療費を、全額国家において補償されるよう要請することは、われわれ広島市民として当然の権利でありむしろ余りに控え目な要求であると言っても過言ではないと思うのであります。」

- ③ また、広島市建設促進協議会は、原対協の要望事項の実現のために小委員会を設けることとしたところ、1954年(昭和29年)5月13日、広島市建設促進協議会原爆障害者治療対策小委

員会の第1回会合（厚生省事務次官及び同省環境衛生部長らの厚生省幹部も出席した。）において、具体的に、①原爆患者を、原爆投下時において爆心地から2 km以内にいた者に限定することは実情にそぐわないこと、②原爆障害者の集団健康管理を急ぐべきであること、③治療費は全額国庫負担とすべきであること、④生活援護は治療促進の観点からも必要であること等が指摘された（甲A10の86頁）。

ウ 政府による対応及び原爆医療法の制定に向けた流れ

(7) 政府による対応

- a 厚生省は、1954年（昭和29年）9月6日、1955年（昭和30年）度の予算に関し、原爆障害者調査研究委託費（精密検査費、研究治療費、印刷製本費、事務費等）の要求を行うことを決定し、さらに、同月30日、1954年（昭和29年）度予算の予備費から、広島・長崎分を合わせて、352万2000円を原爆障害者調査研究事業委託費として支出することを決定した（甲A10の87頁）。

このことは、被爆者の医療費の国庫負担が実現する端緒となった。特に、原爆障害者調査研究委託費の中で、「研究治療費」という名目で治療費の予算計上が認められたことは、原爆医療法の制定に向けた大きな足がかりとなった（甲A10の87頁）。

- b 厚生省の浅香忠雄政務次官は、1954年（昭和29年）10月7日、衆議院地方行政委員会において、「広島、長崎の原爆障害者の治療対策についての特別立法を研究中である。」と発言した（甲A10の88頁）。

(i) 被爆地における状況の変化

- a 上記のように、国家予算による治療関係費の支給が認められたことで、広島では、各医療機関において治療を受ける者が増加し、現状の

資金で治療を行っていくことが困難となった。

そこで、広島市は、さらに、1955年（昭和30年）9月7日、「原爆障害者治療費等に関する陳情書」を提出した。上記の陳情書において算定された治療費見込額の前提として、1950年（昭和25年）10月1日の国勢調査の際の付帯調査における、広島で被爆し広島市内に在住する者の数（9万8102名）が用いられていた（甲A10の88頁、甲A12の591ないし593頁）。

こうした陳情の成果や、原水爆禁止日本協議会の設立に伴う世論の高まり等のために、1956年（昭和31年）度においては、研究治療費等の予算額が前年度の2倍以上も計上された（甲A10の88頁）。

- b 他方で、被爆地においては、独力で被爆者の健康管理を進める動きもみられるようになった。

広島市段原の内科医であった中山広実医師は、1955年（昭和30年）、自らの診療地域である段原地区の被爆者を対象として調査を行い、被爆者に対し、マスターファイルナンバー・住所・氏名・被爆地・遮蔽状況・外傷・急性症状等を記入した私製の「被爆者健康手帳」を渡した。そして、同人は、広島市民病院、原対協、ABC C

（米国政府（原子力委員会）の資金により、民間の学術団体である米国学士院が第2次世界大戦終結後に設立した機関）の協力を得て、上記の手帳を持っている被爆者は、いつ、どこでも、健康診断や検査が受けられ、その結果を「被爆者健康手帳」の所定の欄に記入してもらえ、かつ、異状が発見された場合には原対協の承認を得て治療が受けられるという仕組みを整えた。こうした仕組みは、その後の原爆医療法に基づく被爆者健康手帳の仕組みの先駆けとなった（甲A10の76頁）。

(ウ) 立法に向けた動きの具体化

- a 1956年(昭和31年)1月7日、小林英三厚生大臣は、「広島が原爆の地として特殊なところで、困っている人はこれからも出るだろう。これに対しては何か特殊な援護法が考えられないことはないだろう。そこで国会の多数の賛成を得て、一つの法律としてつくることを研究したい。」と述べた(甲A10の88頁)。
- b 同年8月9日、社会党は、初めて、原爆症患者援護法案の要綱を策定し、医学的、経済的、政治的の3つの観点から、国費により原爆症患者の治療を行うことが必要であることの根拠を示すとともに、治療を行う者の範囲、治療を行う期間、医療機関の治療方針等についても具体的な言及をした(甲A10の89頁)。
- c 同年11月5日、広島市及び長崎市は、「原爆障害者援護法案要綱(試案)」を盛り込んだ「原爆障害者援護法制定に関する陳情書」を策定した(甲A10の89頁、甲A12の645頁)。

上記陳情書の内容の一部は、下記のとおりである。

「今日までの治療実績によりますと、原爆障害の症状は極めて複雑でありまして、治療は相当長期を要し且つ困難であります。また、被爆後11年の今日に至っても発病して重態に陥り不測のうちに死亡するものがあり、放射能の恐るべき影響は一般被爆者に大きな不安を与えております。なお、放射能による遺伝的影響をも残すのではないかと心配せられており、原爆障害の研究及び治療は国家的規模のもとに組織的に、総合的に行われなければなりません。」

「原爆障害の症状が特異であり、治療に長い期間と多額の経費を必要とするので、これが医療費を個々の患者が負担することは極めて困難であります。しかも原爆障害は国の責任において遂行した戦争による犠牲であり、それが戦後11年の今日に至ってなお、犠牲者の健康

をむしばんでいるのでありますから、治療ないし健康管理は当然国家の責任で行われるべきであると存じます。

なお、今日国の方針として原子科学及びその実用化の推進が取上げられている折柄、これに随伴するであろう放射能障害の予防及び治療対策を立てるためにも広島、長崎の原爆障害の研究及び治療が貴重な貢献をすと思われれます。

以上述べました事由により、この際、原爆障害者の援護に関する法律を制定せられて、全国に散在する被爆者、障害者の福祉向上に一段と御配慮賜わらんことを切に懇願申上げる次第であります。」

上記の陳情書は、広島・長崎原爆の被爆生存者は、両県内に合計23万名、他の都道府県に約5万名あり、そのうち、精密検査を要する者が約5万名、要治療者数が1万名であるということを前提としたものであった（甲A12の644頁）。

d 同年12月12日、自民党及び社会党の共同提案に係る「原爆障害者の治療に関する決議案」が提出され、国会において、政府に対し、速やかに必要な健康管理と医療に関する適切な措置を講じることが求められた（甲A10の90頁）

e 1957年（昭和32年）1月7日、厚生省は、「原爆障害者援護法」の実施に必要な予算として、総額2億6749万3000円を大蔵省に対して要求した（甲A10の90頁）。上記予算の根拠となった健康診断（一般検査）費の支給対象者数、すなわち被爆者総数27万4653人という数は、1950年（昭和25年）の国勢調査に伴う付帯調査の結果（29万2092人）をもとに推定された数値であった（甲A13の29、30頁、甲A14）。

大蔵省が、このうち、生活援護費（医療手当）の予算を全額削除したことから、厚生省や広島市、長崎市は、医療手当予算の復活に向け

て折衝を重ねたが、結局、予算案に医療手当分が盛り込まれることはなかった（甲A10の91頁）。

なお、上記のように生活援護費が要求されたのは、治療のために仕事を休まなければならなくなり、それによって生活に支障が出る者や、市内の病院まで健康診断のために出かけていく旅費を確保できない者がいるといった事情が背景にあったためであった（甲A14）。

エ 原爆医療法制定当時における科学的知見等

(7) 原子爆弾災害調査報告集（1953年（昭和28年））（甲A15，甲A16）

広島原爆に関しては、原爆投下後広島市に移動したため、当日の降雨には遭遇しなかった者にも、①相当の時間が経過した後に白血球数が減少し、かつ一定時間後に減少していた白血球が増加したことがあったこと、②程度の差はあったが、原爆症状に類似する症状が相当多数生じた場合もあったことが報告された（甲A15の391頁）。

(i) 原子爆弾後障害症治療指針（1953年（昭和28年）度版，原爆症調査研究協議会）（甲A17）（なお、後に、原爆被害対策に関する調査研究連絡協議会によって、1955年（昭和30年）度版が公表された（甲A18）。）

a 上記の指針には、以下のような記述がみられる。

「被爆者に限り、如何なる疾患又は症候についても一応被爆との関連を考え、その経過及び予後について特別な配慮を以て当てる。そのためには被爆者の健康管理を系統化する。即ち一定規格のカードを交附して、彼等の軽微な変調についても慎重に経過を観察する。」（189頁）

「従来一般放射線障害に対する対策としては、予防的な面に止まり積極的な治療法は行われていない。それで原爆被爆者に対しては保険

診療の制限の枠を超える十分な全身補強的処置によりその変調の快復を促進すると共に、次に進展すべき不測の重篤な疾患の予防をはからねばならない。」（190頁）

- b 一方で、上記の指針には、「被爆後既に10年を経過した今日に於ては、もはや恐るべき障害が来ることは極めて稀であり、健康生活の維持によって何の心配がないことを説き、医師の手で不安神経症の誘発することがないように努める。」という記述もみられる（甲A18の678頁）。

(ウ) 都築「慢性原子爆弾症について」（1954年（昭和29年））（甲A19の3頁）（上記の文献は、原爆医療法制定に当たって、最も参考にされたとされている。）

a 慢性原子爆弾症の定義

都築は、原爆投下後時間が経過してから障害が起こる場合、種々雑多な障害が起こり、定まった特徴がないということを踏まえて、原爆に遭った人々が、それから何年かを経た後に訴えている症状を一括して慢性原子爆弾症と呼ぶものとした。

都築は、慢性原子爆弾症の具体的な症状として、①常に疲れやすく仕事をする意欲がわからない、②記憶力が減退する、③胃腸障害、特に下痢に悩むといった、初老期又は更年期の症状、あるいは終戦後の生活環境が不良であったときに多くの者が訴えた症状と同様の症状を指摘した（甲A19の3頁）。

b 放射能の影響に関する見解等

都築は、慢性原子爆弾症の者の中に、①第一次放射能以外に、②誘導放射能（特に骨外誘導放射能）の影響や、③原子核分裂破片の作用を蒙ったと考えるべき者がいたことを指摘した上、「第二次的ともいふべき放射能」（上記②③を指す。）の強さ自体は極めて微弱である

ものの、第二次放射能が作用する時間が非常に長いために、第二次放射能の生物学的作用は、一定の場合には、無視することができないという考えを示した（甲A19の3頁）。

そして、都築は、具体的には、自身が数年にわたり広島及び長崎の状況を観察したところを根拠に、①第一次放射能の作用をまったく受けなかった者が、第二次放射能だけで重篤な症状を発現したり慢性原子爆弾症に罹ったりした例はあまりなかったこと（例えば、原爆投下時に爆心地から10 km以上離れたところにいたが、直後に爆心地付近に入り込んで、救護作業や死体処理の作業に従事した人々の中には、急性症状を発症した者や慢性原子爆弾症を発症した者は少なかったと思われること）、②原爆投下時に、爆心地から2 kmないし6 km程度の位置にいた者の場合、そのことだけでは急性放射線症は現れなかった（ただし、一部の者は、「潜伏性原子爆弾傷」の状態であったとされる。）ものの、上記の者が、直後に爆心地付近に出入りして作業したり、あるいは生活したりするようなことがあると色々の意味の第二次放射能の影響が併せ加わり、中度の傷害が生じ、急性放射線症を発症した例が少なくなかったことを指摘するとともに、③原爆放射線は、爆心地から1 kmまでの地域では高度の傷害を、1 kmから2 kmまでの地域では中度の傷害を、2 kmから4 kmまでの地域では軽度の傷害を与えたようであると指摘した（甲A19の4、8頁）。

c 慢性原子爆弾症の診断

(a) 都築は、慢性原子爆弾症の診断に当たっては、①被爆当時、どのくらいの第一次放射能の傷害を受けたか、②急性放射線病の症状を発したか否か、発した場合はその程度はどうであったか、③被爆直後1か月ないし2か月の間に、第二次放射能の影響を受ける機会が

濃厚であったかが重要であると指摘した（甲A19の7頁）。

具体的に、都築は、①の点について、戸外では爆心地から2 km以内、木造家屋内では1.5 km以内、コンクリート建物内では1 kmまでの範囲が、それぞれ後障害状態が起こり得る限界であるとした（甲A19の8頁）。また、都築は、③の点について、原爆投下後1か月ないし2か月の間に、特に原爆投下直後の1週間ないし2週間のうちにしばしば爆心地に入り込み、被爆地の整理、負傷者の救護等に従事した人、とりわけ中心地区の廃墟内に寝宿して上記の仕事に従事した人は放射能の影響を受けているらしいと指摘した（甲A19の8頁）。

(b) 都築は、上記の3点からみて、相当の放射能傷害を蒙っている疑いが濃厚である人が、何年か後になって色々な苦しみを訴え、あるいは不定の症状を発症した場合には、医師による診察の結果、それらの症状等を説明するに足るだけの他の疾患又は状態が発見されない限り、ひとまず慢性原子爆弾症の可能性を疑うことが相当であると指摘した（甲A19の8頁）。

d 慢性原子爆弾症に対する対応 都築は、被爆者が、平穏な生活が続けられるよう、医療の面でも社会保障の面でも手当てが必要であると指摘した（甲A19の8頁）。

(イ) 於保「原爆残留放射線障碍の統計的観察」（1957年（昭和32年））（以下「於保論文」という。）（甲A20）

a 於保論文における調査対象は、広島市内の一定地区（爆心地から2 kmないし7 kmの範囲）に住む被爆生存者全部である（甲A20の21, 22頁）。

於保論文は、まず、原爆投下の瞬間に広島市内にいた者（於保論文で「被爆者」と定義されているのは上記の集団である（甲A20の2

2頁)。)を、原爆投下直後から3か月以内に中心地(爆心地から1km以内)に出入りしたか否かで区分し、更に原爆投下の瞬間に広島市内にいなかった非被爆者で原爆投下直後から3か月以内に入市した者(「直後入市者」)についても、3か月以内に中心地に出入りしたか否かで区分して、被爆時における遮蔽状態(屋内にいたか、遮蔽物があったか、どのような建造物の中にいたか)、爆心地における滞在時間等をも考慮に入れた上、それぞれへの障害(3か月以内における急性症状)の程度について分析した(甲A20の22頁)。

b 調査結果は、下記のとおりである(甲A20)。

① 原爆投下直後に中心地に入らなかった屋内被爆者

有症率(何らかの症状を発症した率)は20.2%であり、被爆距離に反比例して有症率が高くなった。各症状の発症率も被爆距離に反比例していた。

② 原爆投下直後に中心地に出入りした屋内被爆者

有症率は36.5%であり、必ずしも被爆距離に反比例して有症率が高くなったわけではなかった。

③ 原爆投下直後に中心地に入らなかった屋外被爆者

有症率は44.0%であり、被爆距離に反比例して有症率が高くなった。各症状の発現率も被爆距離に反比例していた。

④ 原爆投下直後に中心地に入った屋外被爆者

有症率は51.0%であり、必ずしも被爆距離に反比例して有症率が高くなったわけではなかった。被爆距離が4km程度であっても28.8%の有症率があった。

⑤ 原爆投下直後に入市した非被爆者の場合

中心地に入らなかった者の有症率は0%であったが、これに対し、中心地に入った者の有症率は43.8%であった。特に、194

5年（昭和20年）8月7日及び同月8日の午前8時に入市し、数日にわたり、横川町（爆心地から1.5 km）から爆心地を経て山口町（爆心地から1 km）に至る間の被爆者の救助と道路疎開作業を行った消防団員の中に、帰村後すぐに発熱、下痢、粘血便、皮膚粘膜の出血、全身衰弱等を来し臥床するに至った者が多数あった（家族が同様の病気にかかった者はなかった。）。なお、原爆投下から20日以内に中心地に入ったりした者の有症率が高く、1か月後に中心地に入った者の有症率は極めて低かった（甲A20の23、25頁）。また、中心地での滞在時間が4時間以下の場合には有症者が少なかったが、10時間以上の場合には有症率が高かった。

- c 以上の調査結果を踏まえて、於保は、仮に赤痢の流行によって発熱や下痢が生じているのだとすれば、被爆距離が短いほど発熱・下痢の頻度が高く、被爆距離が長くなるほど規則的に頻度が低くなっている傾向や非被爆者の中でも中心地に入った者に発熱や下痢がみられる傾向を説明することができないと述べた（甲A20の25頁）。

(オ) ABCC（甲A21の3頁）による調査

- a ABCCによる調査は、1958年（昭和33年）ころ、「原子爆弾被爆生存者の寿命調査（第1報）医学調査サブサンプルにおける死亡率と研究方法の概略 1950年10月－1958年6月」（甲A22）（以下「第1報」という。）という形でまとめられた。上記にまとめられたABCCの調査結果の初期のものは、厚生省に提出され、1957年（昭和32年）の原爆医療法制定の一助ともなった（甲A21の3頁）。

b 第1報の内容

- (a) ABCCは、動物実験によって、放射線に加齢現象を促進する作用があることが知られていたことから、被爆者における寿命短縮の

有無を確認するべく、死亡を対象項目として研究を実施することとした（甲A22の2頁）。

その結果、爆心地から2km未満で被爆した者の生存者数は、爆心地から2km以遠の生存者数よりもはるかに少ないということが判明した（甲A22の8頁）。しかし、早期入市者と後期入市者の間に死亡率の差があるとは考えられなかった（甲A22の38頁）こと等から、放射線のために人類の死亡率（全死因）が影響を受けるといふ仮説を実質的に裏付けることはできなかつたとされた（ただし、被爆後長い潜伏期間を経て発病する疾病を発見するには時期が早すぎることも考えられるため、人間の死亡率に対する放射線の一般的影響を確認することも否定することもできない旨が指摘された（甲A22の20頁）。また、非被爆者の死亡率は、日本全国の平均と比較しても異常に低かつたことから、対照群の設定が適当でなかつた旨も指摘された（甲A22の35頁）。）。

(b) 第1報においては、広島市で登録された悪性腫瘍の事例を解析した結果、近距離被爆者中の悪性新生物罹患率は、遠距離被爆者あるいは非被爆対照者より有意に高率であつたという報告がある旨が指摘された（甲A22の29頁）。

(c) 第1報においては、「放射性降下物と二次放射線については、議論の余地もあるが、著者はこれらを二義的の放射線源と見なしたい。初期入市者（原爆投下直後に市に入つてきたもの）と非被爆者の死亡率を比較すると統計的に有意の差を認めることができなかつた。したがつて本報告では、一次放射線量だけを基礎として被爆の程度を現わすように分類した。」という記述がみられる（甲A22の6頁）。

(d) 第1報においては、脱毛、口腔咽頭部病変、紫斑、点状出血、そ

の他の出血といった急性放射線症は、放射線を大量に受けたと考えられる群を選び出すために用いるのが相当であるとされた（甲A 22の5頁）。

オ 原爆医療法2条（被爆者の定義規定）の制定に至る経緯

- (ア) 社会福祉法人全国社会福祉協議会（以下「全社協」という。）による「原爆被害者援護法案要綱」（1956年（昭和31年）9月19日付け）（甲A 13の60ないし62頁）

上記要綱は、政府により作成されたものではないが、原爆医療法制定に係る厚生省の内部資料に編綴された（甲A 13）。

- a 「第一 方針」においては、以下のとおり、法律が必要とされる趣旨が、下記の5つの観点から述べられた。

(a) 科学的な観点

原爆障害とは、放射性物質の α ・ β ・ γ 線による、持続的な細胞内原子機能の根本的破壊ならびに爆発時における熱傷と爆風による広範な被害である。

(b) 医学的な観点

原爆被害者の治療は、長期間を要し、かつ困難である。また、被害者は多数にわたり、かつ後障害及び遺伝的影響も残るとされるから、原爆被害に関する研究、治療は、総合的で規模も大がかりであることを必要とする。

(c) 経済的な観点

原爆障害者の症状は特異であり、治療に長い期間と多額の費用が必要となるため、個々の患者は自らの治療の負担に耐え得ない。

原爆障害者及び原爆死没者と同一世帯の者は、原爆による被害が広汎長期にわたったために、生命維持の方途に苦しんだものである。したがって、その障害者若しくは死没者が当該世帯の生計の中

心者に該当する場合，又は将来生計の中心者として期待される場合においては，その者と同一世帯の者の生活は国家の責任において保障されることを必要とする。

(d) 政治的な観点

原爆被害は，国の責任において遂行した戦争による犠牲であり，原爆という当時においては予想を絶する特殊兵器による被害であると同時に，無防備無準備のままにまったく個人の責任の範囲外で生じた被害であるから，原爆被害の治療と被爆者に対する生活保障については，国の責任で行われるべきである。

(e) その他の観点

今日，国の責任において原子力科学及びその実効化の推進を取り上げているのであるから，これに随伴するであろう放射能被害の予防治療その他にも貴重な貢献をされると思われる。

b 「第二 要領」においては，以下のような具体的な制度設計が提案された。

すなわち，国費によって治療を行う者の範囲は，まず，都道府県知事が，被爆者の登録を行い，さらに，都道府県知事が，その中から具体的に治療を行う者（原爆障害者。原爆投下当時胎内にいた者を含む。）を認定するという二段の手續によって決定するものとされた。

そして，登録の対象は，「現に原爆障害者である者及び将来原爆症の発生する可能性のある者，すなわち，被爆当時又はその直後に被爆地域に在った者」とされた。

(i) 広島市及び長崎市による「原爆障害者援護法案要綱（試案）」（1956年（昭和31年）11月5日付け）（甲A10の89頁，甲A12の645，646頁）

上記試案には，以下のような事項が盛り込まれた。

「一 国は原爆障害者に対して医療を行い、被爆者に対しては、健康管理を行うものとする。

原爆障害者とは、昭和20年8月広島市又は長崎市に投下された原子爆弾の影響により受けた政令で定める障害を有する者をいう。

被爆者とは、昭和20年8月広島市又は長崎市に原子爆弾が投下された時又はそれに引き続く政令で定める期間内に、政令で定める区域内にあった者及びその者の胎児であった者をいう。」

上記試案における「被爆者」の定義は、厚生省の内部資料にも編綴された「参議院法制局案（原爆障害者援護法案）」における「被爆者」の定義とほぼ同趣旨のものであると認められる（甲A13の32頁）。

(ウ) 政府部内における検討

a 厚生省「原爆被爆者の医療等に関する法律案」（第1次原案）（1956年（昭和31年）12月12日付け）（甲A13の44頁）

上記の案においては、「被爆者」の定義が、次のように設けられた。

「この法律において「被爆者」とは、昭和20年8月広島市又は長崎市に原子爆弾を投下された時、広島市及び長崎市及び政令で定めるこれに隣接する地域内であった者（当時その者の胎児であった者を含む。）並びに原子爆弾が投下された時以後に爆心地（広島市細工町及び長崎市松山町とする。）附近に立ち入った者等政令で定める者であって、都道府県知事の登録を受けた者をいう。」

b 厚生省「原爆被爆者の医療等に関する法律案要綱」（第7次案）（1957年（昭和32年）1月9日付け）（甲A13の2頁）

上記の案においては、「被爆者」の定義について、次のような内容を盛り込むものとされた。

「この法律において「被爆者」とは、昭和20年8月広島市又は長崎市に原子爆弾が投下された時（投下時という。）に広島市，長崎市又は政令で定める地域（投下地域という。）内にあった者（当時その者の胎児であった者を含む。），及びこれに準ずる者で政令で定めるもの等であつて，健康手帳の交付を受けたものをいうこと。」（甲A13の2枚目）

c 原子爆弾被爆者の医療等に関する法律案（途中整理案）（甲A13の51ないし59頁）

(a) 上記「途中整理案」は，厚生省の内部案の集大成として位置付けられるものであるところ，上記案においては，以下のとおり，被爆者の定義規定が設けられた。

「この法律において「被爆者」とは，次の各号の一に該当する者であつて，第三条の規定による被爆者健康手帳の交付を受けた者をいう。

- 1 原子爆弾が投下された際当時の広島市若しくは長崎市の区域内又は政令で定めるこれらに隣接する区域内にあった者及び当時その者の胎児であった者
- 2 原子爆弾が投下された時から起算して政令で定める期間内に前号の区域のうちで政令で定める区域内にあった者
- 3 前2号に掲げる者のほか，これに準ずる状態にあった者であつて，原子爆弾による放射線の影響を受けたおそれがあるとして政令で定めるもの」

(b) 上記の案は，厚生大臣の諮問機関である審議会にかけられたものであるところ，審議の際には，以下のような説明がされたり，意見が述べられたりした（甲A13の41ないし43頁）

まず，原子爆弾被爆者に限って，「国の責任として」健康診断等

を行うこととする理由について、委員から、被爆者の有する医学上の特異な障害が、いわば休火山のような状態で、今日まで及んでいること、及びそれが戦争によって惹起されたものであることが指摘された（甲A13の41頁）。また、被爆者に限定せず、死亡者及び爆風による障害者に対しても措置をとるべきではないかとの議論に関しては、厚生省の担当官から、予算の制約により範囲を限定せざるを得なかったという説明がされた（甲A13の41頁）。

また、委員からは、被爆者の定義に関し、「第2号及び第3号に胎児を含まぬ理由並びに第1号該当者関係においても、被爆後胎児となった者を含まぬ理由は、二代に亘る遺伝は、まだ医学上の定説となっていないということによるが、健康管理を主目的の一とする本法案の法律案としては若干の疑問もある。」という指摘がされた。

d 「原子爆弾被爆者の医療等に関する法律案」（1957年（昭和32年）2月7日付け）（甲A13の6ないし14頁）

上記の案は、厚生省が作成した法律案として、各省庁との協議にかけられたものであった（甲A13の6頁）。

上記の案においては、以下のとおり、被爆者の定義規定が設けられた。

「この法律において「被爆者」とは、次の各号の一に該当する者であつて、被爆者健康手帳の交付を受けたものをいう。

1 原子爆弾が投下された際当時の広島市若しくは長崎市の区域内又は政令で定めるこれらに隣接する区域内にあった者

2 原子爆弾が投下された時から起算して政令で定める期間内に前号に規定する区域のうちで政令で定める区域内にあった者

3 前2号に掲げる者のほか、これらに準ずる状態にあった者であ

って、原子爆弾の傷害作用の影響を受けたおそれがあると考えられる状態にあったもの

4 前各号に掲げる者が当該各号に該当した当時その者の胎児であった者」

なお、各省庁との協議が開始された後、上記3号は、内閣法制局による予備審査における指摘を踏まえ、「前2号に掲げる者のほか、原子爆弾が投下された際又はその後において、身体に原子爆弾の放射能の影響を受けるような事情の下にあった者」という文言に修正された(甲A13の15頁)。

その後、同年2月18日、上記法案について、厚生大臣から、内閣総理大臣臨時代理に対し、法案提出についての閣議の請議がなされ、同月19日、閣議決定がされた。そして、同法案は、同月21日、政府により国会に提出された(甲A10の90、91頁、甲A13の1、63、76頁)。

e 「原子爆弾被爆者の医療等に関する法律案」(以下「原爆医療法案」という。)(甲A10の91頁、甲A13の63頁)

上記法案における「被爆者」の定義は、以下のとおりであった。

- 「1 原子爆弾が投下された際当時の広島市若しくは長崎市の区域内又は政令で定めるこれらに隣接する区域内にあった者
- 2 原子爆弾の投下された時から起算して政令で定める期間内に前号に規定する区域のうちで政令で定める区域内にあった者
- 3 前2号に掲げる者のほか、原子爆弾の投下された際又はその後において、身体に原子爆弾の放射能の影響を受けるような事情の下にあった者
- 4 前3号に掲げる者が当該各号に規定する事由に該当した当時その者の胎児であった者」

上記原爆医療法案における被爆者の定義の根拠は、原爆投下の際の障害作用、特に放射線の強さやその影響範囲等に関する諸研究を基に、この各号に該当する者が、放射線によって人体に障害を及ぼす程度の影響を受けたであろうとみなされたことにあったとされる（甲A10の93頁）。

(イ) 国会における審議経過

- a 原爆医療法案は、衆議院社会労働委員会に付託された（甲A11の124頁）。そこで、1957年（昭和32年）2月22日、同委員会において原爆医療法案が議題として提出され、同法案の審議が始められた（甲A11の124頁）。まず、神田博厚生大臣は、同委員会において、次のとおり、原爆医療法案の提案理由を説明した。

「昭和20年8月、戦争末期に投ぜられました原子爆弾による被爆者は、十年余を経過した今日、なお多数の要医療者を数えるほか、一見健康と見える人におきましても突然発病し死亡する等、これら被爆者の健康状態は、今日においてもなお医師の綿密な観察指導を必要とする現状であります。しかも、これが、当時予測もできなかった原子爆弾に基くものであることを考えますとき、国としてもこれらの被爆者に対し適切な健康診断及び指導を行い、また、不幸発病されました方々に対しましては、国において医療を行い、その健康の保持向上をはかることが、緊急必要事であると考えるのであります。これらにつきましては、政府といたしましても昭和29年度以降若干の予算を計上して、広島長崎両県に居住する一部の人に対し逐次精密検査及び研究治療を行って参ったのでありますが、被爆者の現状にかんがみますれば、今後全国的にこれが必要な健康管理と医療とを行い、もってその福祉に資することといたしたいと考え、ここに原子爆弾被爆者の医療等に関する法律案を提出した次第であります。」（甲A10の91

頁)

b 同委員会における原爆医療法案の審議の過程においては、以下のよう
な質問及びそれに対する政府側からの回答が行われた。

(a) 質問 被爆者の生活の実態からして、生活扶助が必要ではない
か。

回答 (厚生大臣)

生活扶助の点は、他の戦争犠牲者等との関係ですぐには実現でき
なかったが、将来に向けた懸案事項である。当面、世帯更生資金の
方で賄っていきたい (甲A11の125頁)。

(b) 質問 原爆医療法2条3号は、いわゆる原水爆の実験による放
射能の影響を受けた者、並びに日本国内における宇治や茨城県の東
海村等において放射能の影響を受けた者にも適用されるのか。

回答 (政府委員)

広島原爆、長崎原爆のこと以外は想定していない。

2号については、原爆投下時には市内にいなかったが、2週間の
期間内に入市 (爆心地からおよそ2km以内) し、遺骨の掘り出し
や見舞で探し回った人を想定している。

3号については、例えば、原爆投下時に爆心地から5km以上離
れた海上にいた者や、ずっと離れたところで死体の処理等に当たっ
た看護婦あるいは作業員が、その後に原子病を起こしてきたという
ような場合があるので、そのような場合を救済する趣旨で設けた
(甲A11の127頁)。

(c) 質問 被爆者健康手帳交付の際の判定は、いかなる方法で行うの
か。

回答 (政府委員)

申請する際には、申請書のほかに被爆者であったかどうかという

ことを証明するに足る書類を添付することとされている。しかし、書類の焼失や紛失等のために、そのような書類を整えることが現実的には難しくなり、審査を明確になし得ない場合も想定される。そこで、できるだけ当時の被爆者を救っていきたいという考えから、申請者が原爆医療法2条の要件に該当することを2人の証明者に証明してもらい、都道府県知事による認定を行うこととしたいと考えている。

放射能の影響の科学的な証明それ自体は、一層困難であり、ほとんど不可能であると考えられる（甲A11の127頁，乙15）。

(d) 質問 被爆後に受胎した胎児が白血病になって死亡した事例があるところ、このような事例については、胎児被爆についての学説が定説になるのを待たずに救済がされるべきではないか。

回答（厚生大臣）

質問の趣旨は理解できるが、被爆後に受胎した者についてまで手が届かなかった（甲A11の127，128頁）。

回答（政府委員）

被爆後に受胎した者への、遺伝学的な意味での放射能の影響については、現在の学界でもいろいろ問題になっており、国際遺伝学会も近く開かれてその問題が議せられるということを知っている。しかし、今までのところは、上記のような影響については消極的な意見が割合多かったため、被爆後に受胎した者については、法案の対象としなかった。

もっとも、専門家による遺伝学的な検討が進み、上記のような影響も当然考えなければならないということになれば、当然法の対象に含めなければならないと考えている（乙15）。

c 厚生省公衆衛生局において、原爆医療法案の審議に関係して用意さ

れた想定問答のうち、主要なものは以下のとおりであった（甲A23）

(a) 質問 原爆で死亡した者に対する措置は考えないか。

回答 この点につきましては他の戦争犠牲者との均衡の問題もあり、慎重に検討いたすべきだと存じますが、現在被爆者の置かれております特殊な健康状態にかんがみ、これらの者の医療及び健康管理を行うこととした法案を提出した次第であります。

(b) 質問 原爆症とは何か。

回答 原爆症とは、原子爆弾に起因すると考えられる疾病傷害について仮に呼ばれている名でありまして、決定的な単独の疾病としてははっきり致しておりません。

従いましてその病名は、白血病とか、再生不良性貧血とか、その他一般に使用されている病名であらわれています。

しかし現在の医学においては未だ証明されないものが被爆者に加わっていることも想像されるところでありまして、例えば被爆者が一見老化現象が早く現われるように感ぜられること、疾病に対する抵抗性が弱いこと等が考えられるのであります。癍痕につきましてもケロイドの発生が特に多くあったことはご承知の如くでありまして癍痕れん縮による機能障害を治療するにおきましてもその治ゆが困難を伴っていることが経験されております。

要するに原子爆弾の放射能に起因すると推定される疾病等であつて特異な症状を呈する一群の疾病群を総称して原爆症と呼ばれていると考えます。

(c) 質問 広島市・長崎市に隣接する区域とはどの程度を考えているか。

回答 爆心地よりおおむね5 kmの範囲が妥当であろうという学

者の意見でありますのでその程度を考えております。

- (d) 質問 投下以後の政令で定める期間、政令で定める区域とはどのようなものと考えているか。

回答 学者の意見によりまして投下後約2週間、爆心地より約2 km程度を考えております。

- (e) 質問 身体に原子爆弾の放射能の影響を受けるような事情の下にあった者とは例えばどういうものをいうか。

回答 例えば投下後に爆心地より3 kmの地点において患者の収容に当たった看護婦が発病したというような事件もあるといわれておりますので、このようなことを考慮して規定をおいた次第であります。要するに原爆の放射能の影響も未だ完全に究明されておらない現状でありますので、このような例についてもこの法律による医療等を受け得るようにするため、かような規定を設けたわけでありませう。

- (f) 質問 被爆者健康手帳の交付を受けた者は、それをもって行けば指定医療機関で医療を受けられるようなことは考えられないか、仮に認定処分が必要であるとしても知事（市長）が行うようにした方が患者の保護が図れるのではないか。

回答 負傷、疾病が原爆の傷害作用に起因するかどうか極めてむづかしい問題でもありますので、全国的に統一をとる意味から厚生省において又審議会の意見をきいて行うことがより適切だと考えた次第であります。

- (g) 質問 原子爆弾被爆者医療審議会はどのような構成でどんな事務を行うか。

回答 委員は20名で年8回行う予定であります。委員は、原爆症について高度の経験と識見のある方から選ぶつもりであります。

て、現在の原爆被害対策に関する調査研究連絡協議会（広島長崎部会）の先生方等をお願いしたいと思います。地元の先生にもお願いしたいと思っております。

- d 同年3月25日、衆議院社会労働委員会において、非課税措置に関する一部修正を経て、原爆医療法案が可決され、併せて、附帯決議動議も可決された。翌同月26日、原爆医療法案は、衆議院本会議において可決され、同法案は、同日、参議院に送付された（甲A11の124, 128, 129頁）。

上記附帯決議には、「政府は原子爆弾その他に因る放射能障害についての研究及び之に対する治療法の進歩を図るため積極的施策を講ぜられたい。」という項目が盛り込まれた（甲A10の91, 92頁）。

- e その後、原爆医療法案は、参議院における審議を経て、1957年（昭和32年）3月31日に成立した。原爆医療法は、同年4月1日から施行された（甲A10の91頁）。

(オ) 原爆医療法制定後の関連資料

昭和36年8月に発行された「広島原爆医療史」（これは、原対協の評議員会において、保健文化賞受賞の記念事業として出版することとなったものである（甲A12の733頁）。）においては、原爆医療法が制定された趣旨について、「突然発病したようにみえる疾病も、実は徐々にその傾向が高まっていたことを知らずに生活していた場合が多く、多少の疲労感や倦怠感などは無視して働いていたために、発病すると短期間のうちに重症に陥ることもよくみられた例であった。これらは、定期的な健康診断によって医師の適当な健康指導を受けておれば発病を防止することもできるし、また不幸にして発病していても、早期発見早期治療の原則どおり比較的軽症のうちに短期間で軽快し得るもので

ある。これは、原爆症だけでなく他の一般疾病についても同様であつて、ことに被爆者は放射能障害による生活機能の減弱や治癒能力の欠除が目だっているので、この法律では健康診断による健康管理に最も意を注いでいるわけである。」という記述がみられる（甲A12の668頁）。

また、上記「広島原爆医療史」においては、3号被爆者の例として、当時海上等遮蔽物のないところで放射能の直射を受けた者、応急の救護所で働いた者（多数の被爆者の看護等をした者）、死がいや片付けたりした者等が列挙されている（甲A12の665頁）。さらに、上記「広島原爆医療史」においては、3号被爆者への放射能の影響につき、「降下した放射性物質はもちろん、被爆者に付着した放射性物質及び被爆者自身からの放射能などを受けていると目される。」とも述べられている（甲A12の666頁）。

(3) 原爆医療法の規定及び関連する通達等（甲A12の742頁以下、甲A5、乙19ないし乙22）

ア 目的

(ア) 原爆医療法1条の定め 原爆医療法1条は、同法の目的について、広島市及び長崎市に投下された原子爆弾の被爆者が今なお置かれている健康上の特別の状態にかんがみ、国が被爆者に対し健康診断及び医療を行うことにより、その健康の保持及び向上をはかることと定めている（甲A5、甲A10の93頁）。

(イ) 1957年（昭和32年）5月14日付け衛発第267号厚生事務次官発通達（乙20）

同通達は、原爆医療法の目的について、「原子爆弾による被爆者には今日においてなお多数の要医療者を数え、また、一方、健康と思われる被爆者の中からも突然発病し、死亡する者が生ずる等被爆者の置かれて

いる健康上の特別の状態にかんがみ、国においてこれら被爆者の健康診断及び医療等を行うべく制定されたものである。」と述べている（甲A10の93頁，甲A24）。

イ 被爆者の定義

(ア) 原爆医療法2条の定め（甲A5）

「この法律において「被爆者」とは、次の各号の一に該当する者であつて、被爆者健康手帳の交付を受けたものをいう。

1 原子爆弾が投下された際当時の広島市若しくは長崎市の区域内又は政令で定めるこれらの隣接する区域内にあつた者

2 原子爆弾が投下された時から起算して政令で定める期間内に前号に規定する区域のうちで政令で定める区域内にあつた者

3 前2号に掲げる者のほか、原子爆弾が投下された際又はその後において、身体に原子爆弾の放射能の影響を受けるような事情の下にあつた者

4 前3号に掲げる者が当該各号に規定する事由に該当した当時その者の胎児であつた者」

(イ) a 原爆医療法2条1号にいう、政令で定める広島市に隣接する地域は、安佐郡祇園町，安芸郡戸坂村，同郡中山村，同郡府中町のそれぞれ一部とされた（原子爆弾被爆者の医療等に関する法律施行令（1957年（昭和32年）4月25日政75号）（乙21）（以下「原爆医療法施行令」という。）1条1項）（甲A10の93頁）。

b 原爆医療法2条2号にいう期間については、原爆医療法施行令1条2項により、「広島市に投下された原子爆弾に関しては昭和20年8月20日まで，長崎市に投下された原子爆弾に関しては同年同月23日まで」と定められた（乙21，甲A12の749頁）。

ウ 被爆者健康手帳の申請

(7) 原爆医療法3条の定め(甲A5)

被爆者健康手帳の交付を受けようとする者は、都道府県知事(ただし、広島市あるいは長崎市の居住者の場合には市長、以下同様である。)に対して交付申請をしなければならないものとされた(3条1項)。

都道府県知事は、同条1項の申請に基づいて審査し、申請者が2条各号のいずれかに該当すると認めるときは、その者に被爆者健康手帳を交付するものとされた(3条2項)。

(4) 原子爆弾被爆者の医療等に関する法律施行規則(1957年(昭和32年)4月30日厚令8号)(以下「原爆医療法施行規則」という。)の定め(甲A12の752頁)

原爆医療法施行規則1条は、被爆者健康手帳の交付を申請しようとする者は、交付申請書に、その者が原爆医療法2条各号のいずれかに該当する事実を認めることができる書類(当該書類がない場合においては、当該事実についての申立書)を添えて、その居住地の都道府県知事に提出しなければならないと定めている。

(7) 1957年(昭和32年)5月14日衛発第387号厚生省公衆衛生局長通達「原子爆弾被爆者の医療等に関する法律の施行について」(以下「1957年(昭和32年)通達」という。)(甲A12の761頁)

被爆者であることは、次のような書類によって認めるものとされた(甲A10の93, 98頁)。

- ① 当時の罹災証明書その他公の機関が発行した証明書
- ② 前号のものがない場合、当時の書簡、写真等の記録書類
- ③ 前2号のものがない場合、市町村長等の証明書
- ④ 前3号のものがない場合、第三者(3親等内の親族を除く。)

2人以上の証明書

⑤ 前各号のいずれもない場合は、本人以外の者の証明書又は本人において当時の状況を記載した申立書及び誓約書

ただし、「申請者において法2条各号の一に該当することを立証するについては相当の困難を伴うものと考えられるので、被爆者健康手帳の交付申請の際の添付書類についても、必要に応じ弾力性ある処理を考慮する等により、被爆者となるべき者に被爆者健康手帳が交付されないことがないように留意する」べきである旨も併せて通達された（甲A10の98頁，170頁）。

なお、広島市長による審査においても、被爆者健康手帳交付申請の際に添付すべき書類については、1957年（昭和32年）通達に従った運用がされている（甲A25）。

(イ) 1976年（昭和51年）3月18日衛企第5号厚生省公衆衛生局企画課長通知「被爆者健康手帳の交付事務について」

証明書の入手や証人2人を探し出すことが極めて難しくなったのに、それらを被爆者健康手帳交付の必須条件とすることが非現実的となったことを踏まえて、上記通知は、「審査は、単なる書面審議にとどまらず、可能な限り申請者本人及び申請者の被爆の事実を証明する証明書を書いた者から事情を聴取する等により事実の確認に努められたいこと」

「手帳交付の決定に際しては、部内の合議による等の適切な審査体制について配慮されたいこと」と述べた。

なお、これを受けて、被告広島市においても、1977年（昭和52年）6月9日に、審査会が設置された（甲A10の170，171頁，甲A24）。また、被告広島市の担当者は、添付書類のみに依拠することなく、申請事由ごとに、標準的な質問事項を記載した面接票を用意し、それをもとにして関係者に対する面接等を行っている（甲A26の

75頁)。

エ 健康診断

(7) 原爆医療法4条は、「都道府県知事は、被爆者に対し、毎年、厚生省令で定めるところにより、健康診断を行うものとする。」と定めた(甲A5, 甲A12の743頁)。

(4) 厚生省公衆衛生局長1958年(昭和33年)8月13日衛発727号「原子爆弾被爆者健康診断要領」(乙22, 甲A12の668, 669頁)

「昭和20年広島及び長崎の両市に投下された原子爆弾は、もとより世界最初の例であり、従って核爆発の結果生じた放射能の人体に及ぼす影響に関しても基礎的研究に乏しく明らかでない点がきわめて多い。しかしながら被爆者のうちには、原子爆弾による熱線又は爆風により熱傷又は外傷を受けた者及び放射能の影響により急性又は亜急性の造血機能障害等を出現した者の外に、被爆後十年以上を経過した今日、いまだに原子爆弾後障害症というべき症状を呈する者がある状態である。特に、この種疾病には被爆時の影響が慢性化して引き続き身体に異常を認めるものと、一見良好な健康状態にあるかにみえながら、被爆による影響が潜在し、突然造血機能障害等の疾病を出現するものがあり、被爆者の一部には絶えず疾病発生の不安におびえるものもみられる。

従って、被爆者について適正な健康診断を行うことによりその不安を一掃する一方、障害を有するものについてはすみやかに適当な治療を行い、その健康回復につとめることがきわめて必要であることは論をまたない。

しかしながら、いうまでもなく放射能による障害の有無を決定することは、はなはだ困難であるため、ただ単に医学的検査の結果のみならず被爆当時の状況、被爆後の行動等をできるだけ精細に把握して、当時受

けた放射能の多寡を推定するとともに、被爆後における急性症状の有無及びその程度等から間接的に当該疾病又は症状が原子爆弾に基づくか否かを決定せざるを得ない場合が少なくない。従って健康診断に際してはこの基準を参考として影響の有無を多面的に検討し、慎重に診断を下すことが望ましい。」

オ 医療の給付（甲A10の94頁）

厚生大臣が、被爆者について、原子爆弾の傷害作用に起因して負傷し又は疾病にかかり、現に医療を要する状態にあると認定した場合、あるいは、当該負傷又は疾病が原子爆弾の放射線に起因するものでないときは、その者の治癒能力が原子爆弾の放射線の影響を受けているため現に医療を要する状態にあると認定した場合には、当該被爆者は、医療の給付が受けられるものと定められた（7、8条）。医療の給付の範囲は、①診察、②薬剤又は治療材料の支給、③医学的処置、手術及びその他の治療並びに施術、④病院又は診療所への収容、⑤看護、⑥移送と定められた（7条2項）。

なお、厚生大臣が上記の認定を行うに当たっては、原子爆弾被爆者医療審議会の意見を聞かなければならないものと定められた（8条）。

カ 1958年（昭和33年）8月13日衛発第726号各都道府県知事・広島・長崎市長あて厚生省公衆衛生局長通知「原子爆弾後障害症治療指針について」（甲A12の763頁）

上記通知には、下記の内容が記載されている。

「原子爆弾被爆者に関しては、いかなる疾患又は症候についても一応被爆との関係を考え、その経過及び予防について特別の考慮がはらわれなければならない、原子爆弾後障害症が直接間接に核爆発による放射能に関連するものである以上、被爆者の受けた放射能特に線及び中性子の量によってその影響の異なることは当然想像されるが、被爆者の受けた放射能線量を

正確に算出することはもとより困難である。この点については被爆者個々の発症素因を考慮する必要もあり、また当初の被爆状況等を推測して状況を判断しなければならないが、治療を行うに当っては、特に次の諸点について考慮する必要がある。」

「被爆地が爆心地から概ね2 km以内のときは高度の、2 kmから4 kmまでのときは中等度の、4 kmを超えるとときは軽度の放射能を受けてたと考えて処置して差し支えない。」

「被爆後の急性症状の有無及びその状況、被爆後における脱毛、発熱、粘膜出血、その他の症状を把握することにより、その当時どの程度放射能の影響を受けていたか判断することのできる場合がある。」

3 原爆医療法の改正、原爆特別措置法の制定及び改正の経緯

(1) 原爆医療法について浮き彫りとなった問題点

原爆医療法の制定後、仕事を休んでまで被爆者健康診断や医療を受けようとはしない者が多くいることが判明し、生活援護の必要性が浮き彫りとなった（甲A10の104頁）。

原爆医療法制定時における衆議院社会労働委員会の附帯決議をもとに、世帯更生資金予算は増額されたが、それだけでは十分な措置がされたとはいえなかったため、1958年（昭和33年）2月、原対協は、「原爆障害者生活援護費給付規程」を制定し、「原爆被爆者にして低額所得のため原爆医療を受けることにより生活を脅かされるおそれのある者」に対し、2000円以内又は6000円以内の生活費を支給することにした（甲A10の104、105頁）。

(2) 原爆医療法の改正（1960年（昭和35年））（乙23の1）

ア 「特別被爆者」の概念

(ア) 上記の法改正により、「特別被爆者」に対しての救済の拡充が図られた。ここに、「特別被爆者」とは、「原子爆弾の放射線を多量に浴びた

被爆者で政令で定めるもの」を指す（原爆医療法14条の2）。特別被爆者には、特別被爆者健康手帳が交付されるものとされた（甲A10の110頁）。

上記原爆医療法14条の2を受けて、政令（1960年（昭和35年）政令第224号原子爆弾被爆者の医療等に関する法律施行令の一部を改正する政令）（乙23の2）においては、「特別被爆者」の範囲が、①原爆投下の際、爆心地から2km以内にいた者とその胎児、②原爆医療法8条1項により治療認定を受けた者、③原爆投下の際、広島・長崎両市及びその隣接区域内にいて直接被爆した者で、原爆投下後2週間以内に爆心地から概ね2km以内の区域に入り、しかも健康診断の結果、造血機能障害、肝臓機能障害、悪性新生物、内分泌系の障害、中枢神経系の血管損傷、循環器系の障害、腎臓機能障害があると認められた者と定められた（甲A10の110頁）。

なお、①について、爆心地から2kmの範囲に限定がされた理由は、被曝放射線量と被曝距離についての種々の検討の結果、国際医学で指摘されていた被曝線量である25レントゲン（約0.15グレイ）以上の被曝をした者を特に区別するべきであると考えられたためであった（甲A10の110頁）。

- (イ) 特別被爆者に認定された被爆者には、原爆症認定を受けた疾病以外の一般疾病で医療を受ける場合にも医療費（一般疾病医療費）が国費から支給されることとなった（甲A10の110頁）。

特別被爆者に、一般疾病医療費が支給されることになったのは、原子爆弾の放射線を多量に浴びた被爆者は、一般的に疾病にかかりやすく、負傷又は疾病にかかった場合も治癒が遅い傾向にあり、また、負傷や疾病が基で原爆症が誘発されやすい傾向にもあるという理由に基づくものであった（甲A10の110頁）。

イ 医療手当の新設

厚生大臣は、原爆症のために医療が必要であると認定した被爆者（ただし、一定の所得に満たない者に限る。）に対して、治療期間中、医療手当を支給するべきものとされた（甲A10の110頁）。

ウ 健康診断の充実等

(7) 1960年（昭和35年）における法改正に併せて、厚生省の通達によって、被爆者健康診断の精密検査を受診した者に、国費負担で交通手当が支給されることになった（甲A10の114頁）。

(4) 1965年（昭和40年）4月の原爆医療法施行規則の改正により、従来、都道府県知事及び広島市長、長崎市長が期日や場所を指定して行っていた健康診断（定期健康診断）の他にも、被爆者の便宜を考慮する形で、被爆者の申請に応じる形での健康診断（希望健康診断）があらかじめ指定された場所で年に2回を限度として行われることになった。

また、原爆医療法施行規則の改正は伴わなかったが、一般検査の結果、医師が必要と認めた場合に、3日程度の入院を伴って行われる精密検査（収容検査）の仕組みも新たに設けられた（甲A10の121頁）。

(3) その後の改正の経緯

ア 特別被爆者の認定要件の緩和

(7) a 特別被爆者の定義において、爆心地から2kmの地点で線引きがされたことに関しては、地元関係者の不満が大きかった（甲A10の117頁）。

前記「広島原爆医療史」（前記2(2)オ(㊦)参照）においても、「特別被爆者の定め方が原子爆弾の放射線を多量に浴びたという事実を根拠とする以上、問題のある被爆距離や二次放射能関係については被爆者の健康管理の面から、もっと幅のある措置をとり、医療保障の前進を図

るべきであろう。」という記載がされていた（甲A12の731頁）。

b そこで、1962年（昭和37年）3月31日、原爆医療法施行令が改正され（乙26）、前記(2)ア(ア)①の類型の特別被爆者の範囲が、原爆投下の際、爆心地から3km以内にいた者及びその胎児にまで拡張されるとともに、前記(2)ア(ア)③の類型の特別被爆者の範囲が、「直接被爆者でかつ被爆後2週間以内に爆心地から概ね2km以内の区域に入った者」で厚生大臣が定める障害がある者から、「直接被爆者又は被爆後2週間以内に爆心地から概ね2km以内の区域に入った者」で厚生大臣が定める障害がある者にまで拡張された（甲A10の118頁）。

(イ) a 広島市議会は、1963年（昭和38年）9月28日、「原爆医療法の拡大強化と被爆者救援に関する決議」を採択したところ、上記決議に当たっての趣旨説明においては、周辺地区の者が市内の者を救援に来たり、死体収容等をしたりして二次放射能の強烈な影響を受けたのにそれらの者が救済の対象とされていないことが指摘された。また、上記の決議においても、爆心地から3km以上離れたところにいた者においても、甚大な放射能の影響が医学的に現れている例があることが指摘された（甲A10の118頁）。

b 上記のような背景を踏まえて、1964年（昭和39年）3月、原爆医療法の施行令の改正がされ（乙27）、原爆医療法で定義されている被爆者は、すべて、厚生大臣が定める障害があれば、特別被爆者とするものとされた（甲A10の118頁）。

さらに、1965年（昭和40年）の改正（乙28）においては、被爆後3日以内に爆心地から2km以内に入市した者及びその胎児、特定区域（残留放射能濃厚地区）で直接被爆した者及びその胎児が新

たに特別被爆者に加えられた（甲A10の120頁）。

イ 原爆特別措置法の制定

(7) 原爆医療法に関して問題とされた点

- a(a) まず、「特別被爆者」の問題に関しては、原爆後障害を発症したのは、必ずしも特別被爆者の要件を満たす者だけではないことが指摘され、特別被爆者の線引きの根拠等をめぐって議論が続けられた（甲A10の124頁）。
- (b) また、医療手当の額は、1960年（昭和35年）改正の後にも増額されたものの、昭和42年の時点でも、月額3400円あるいは1700円程度（当時の老齢福祉年金の額と概ね同額）にとどまっており、関係者からは、疾病を現に患っており労働が困難な者が生きていくことを考えれば低額にすぎるということが指摘された（甲A10の124頁）。また、医療手当を受給するまでの手続の煩雑さや、医療手当について所得制限が設けられていることも、批判の対象となった（甲A10の124頁）。
- (c) さらに、被爆者には、抵抗力が衰えるいわゆるぶらぶら病等の病気が生じやすかったため、被爆者は十分な栄養と休養をとる必要があったにもかかわらず、被爆者は、生活のために無理をして働くために健康診断を受ける余裕すらも確保できない状態であったことから、生活保障面での公的な施策が必要不可欠であるということが強く指摘されるようになった（甲A10の125頁）。
- (d) 併せて、被爆者援護対策を充実するためには、被爆者が置かれた実態を把握することが不可欠であるとして、被爆者の実態を調査することの必要性も強く説かれるようになった（甲A10の128頁）。そうした背景をもとに、1965年（昭和40年）11月、厚生省による被爆者の実態調査が行われた（甲A10の128頁）。

が、その結果については被爆者の不満が強く、上記調査の結果は公表されなかった（甲A10の129頁）。

- b なお、いわゆる東京原爆訴訟の判決においても、原爆医療法について、「この程度のものでは、とうてい原子爆弾による被害者に対する救済、救援にならないことは、明らかである。」という指摘がされた（甲A10の126頁）。この判決は、被爆者援護の充実を求める更なる動きを生み出すきっかけとなった（甲A10の126頁）。

(i) 原爆特別措置法の制定

a 八者協による陳情

前記(ア)のような問題点を是正するため、広島・長崎双方の県、県議会、市、市議会の八者の連名で、「原子爆弾被爆者特別措置法」の制定を求める陳情が政府に対して行われた（甲A10の131頁）（なお、この後も、八者協による陳情は、全国の自治体の被爆者行政のあり方を方向付ける指針として重視され、毎年の予算編成の参考とされた（甲A10の146頁）。）。

b 原爆特別措置法案の提出

上記の陳情等を受け、政府において、法案の策定作業が進められ、1968年（昭和43年）4月2日に、原爆特別措置法案が国会に提出された。法案提出の趣旨については、「原子爆弾の傷害作用の影響を受けた者の中には、身体的、精神的、経済的あるいは社会的に生活能力が劣っている者や、現に疾病に罹患しているため、他の一般国民には見られない特別の支出を余儀なくされている者等、特別の状態に置かれている者が数多く見られる。（中略）これら特別の状態に置かれている被爆者に対する施策としては、医療の給付等の健康面に着目した対策のみでは十分ではなく、その特別の需要を満たし、生活の安定をはかることが必要である。」という説明がされた（乙29、甲A

10の137頁)。

c 原爆特別措置法の内容(乙30の1)

(a) 目的

原爆症の治療方法が確立されたとはいえない中で、長期にわたり不安な生活を余儀なくされている者に慰安、教養の手段を与えることで精神的安定を図り、医療効果の向上を図ることが目的に掲げられた(甲A10の137, 138頁)。

(b) 医療手当の増額

原爆特別措置法の下では、入通院している認定被爆者を対象として、月額3000円あるいは5000円の医療手当が支給されることになった(甲A10の138頁)。ただし、医療手当の支給については、所得制限がなお設けられた(甲A10の138, 141頁)。

(c) 特別手当の新設

特別手当(月額1万円)は、負傷又は疾病が原子爆弾の傷害作用に起因する旨の認定を受けた者で、現在もその状態にある者に対し、支給されるものとされた(甲A10の137頁)。

特別手当の支給についても、所得制限が設けられた(甲A10の141頁)。

(d) 健康管理手当の新設

健康管理手当(月額3000円)は、特別手当の支給対象者を除く特別被爆者に対して支給されることと定められたが、対象となる疾病は、①無形成貧血等の造血機能障害、②肝硬変等の肝臓機能障害、③がん等の細胞増殖機能障害、④糖尿病等の内分泌腺機能障害、⑤脳出血等の脳血管障害、⑥高血圧性心臓病等の循環器機能障害、⑦慢性腎炎等の腎臓機能障害の7種類の障害に限られた。ま

た、支給条件としても、上記の疾病で日常自ら十分な保健措置を講じることが困難な者であること（具体的には、①65歳以上の者、②国民年金法に定める1、2級に該当する重度の障害者、③小頭症患者、④母子世帯の母親等のいずれかに該当すること）が必要であるとされた（甲A10の137頁）。

健康管理手当の支給についても、所得制限が設けられた（甲A10の141頁）。

ウ 原爆特別措置法の制定後の施策の動向等

(7) 原爆特別措置法制定後に問題視された点等

a 原爆医療法、原爆特別措置法の下で、生活援護の恩恵を享受できる被爆者がごく一部の範囲に限定されていることが問題視された（甲A10の140頁）。

こうした事情に加え、社会が高度成長を遂げる中で被爆者の生活苦が目立ったことから、医療手当等の拡充や医療機関、保養施設等の設置に重点をおいた陳情活動がされた（甲A10の148頁）。このような働きかけがあったこともあり、原爆特別措置法所定の諸手当は、整理、統合、細分化されながら全体として増額されることになり、所得制限も緩和されることになった（甲A10の159頁）。

b また、特別被爆者と一般被爆者を区別して取り扱うことに対する批判を受け、1974年（昭和49年）10月には、被爆者健康手帳の一本化（特別被爆者制度の廃止）が実現された（甲A10の155頁）。すなわち、すべての被爆者が、健康診断と一般疾病医療費の支給を等しく受けられるようになった（甲A10の175頁）。

c 原爆医療法と原爆特別措置法が併存する形となったことにより、被爆者がとるべき申請手続が複雑化したことが問題視されるようになったこと（甲A10の139頁）もあり、1978年（昭和53年）に

は、八者協が「現行二法の一本化」を打ち出したところ、これを皮切りに、国家補償の精神に基づく画期的な援護対策の確立が本格的に求められるようになった（甲A10の148頁）。

例えば、国会では、毎年のように「被爆者援護法」が議員提案されたが、廃案や継続審議が繰り返された（甲A10の333頁）。

(イ) 原爆被爆者対策基本問題懇談会による指摘等

a 前記(イ) aのような八者協等による働きかけに対し、当初、政府は、①原爆による被害者を一般空襲による戦災者と区別して特別扱いすることはできない、②被爆者の生活が苦しい場合には、生活保護法等の社会福祉体系の中で救済されるべきである、③国家補償の対象は、軍人、軍属といった国と何らかの法的関係のある者に限られるべきであるといった理由から、国家補償法としての「被爆者援護法」の制定に消極的な姿勢を示していた（甲A10の333頁）。

b こうした状況下にあった1978年（昭和53年）3月30日、韓国に居住する被爆者である孫振斗が、日本に不法入国した際に被爆者健康手帳の交付を申請したところ、日本国内に居住関係を有しないから原爆医療法の適用要件を欠くとの理由により却下処分を受けたため、同処分の取消しを求めた訴訟の最高裁判決があった。同判決は、原爆医療法は、いわゆる社会保障法としての性格のほか、特殊の戦争被害について戦争遂行主体であった国が自らの責任によりその救済を図るという一面をも有するという点では実質的に国家補償的配慮を制度の根底に有し、被爆者の置かれている特別の健康状態に着目してこれを救済するという人道的目的の立法であり、同法3条1項には我が国に居住地を有しない被爆者をも適用対象者として予定した規定があることなどから考えると、被爆者であって我が国に現在する者である限りは、その現在する理由等のいかなを問わず、広く同法の適用を認

めて救済を図ることが、同法の国家補償の趣旨にも適合するものというべきであり、同法は不法入国した被爆者についても適用されると判示した（最高裁1975年（昭和50年）（行ツ）第98号1978年（同53年）3月30日第一小法廷判決・民集32巻2号435頁）。

この判決に対し、1979年（昭和54年）1月29日、社会保障制度審議会は、「昭和53年3月の最高裁判所の判決の趣旨をふまえて、すみやかに、この問題に関する基本理念を明確にするとともに、現行二法の再検討を行なうべきである」と答申した。これを受けて厚生省は、同年6月8日、厚生大臣の私的諮問機関として7人の委員からなる原爆被爆者対策基本問題懇談会（以下「基本問題懇談会」という。）を設置した。基本問題懇談会は、原爆被爆者対策の基本理念及び原爆被爆者対策の基本的在り方について、被爆者団体や関係自治体の代表その他学識経験者からの意見聴取及び現地視察をも踏まえ、14回にわたって検討を行い、1980年（昭和55年）12月11日、「原爆被爆者対策の基本理念及び基本的在り方について」と題する報告書（以下「懇談会報告書」という。）をとりまとめた（乙34）。

懇談会報告書は、まず、被爆者対策の基本理念について、「この惨禍で危うく死を免れた者の中にも原爆に起因する放射線の作用により、35年を経た今日なお、晩発障害に悩まされている者が少なくない。原爆放射線による健康上の障害には、被爆直後の急性原爆症に加えて、白血病、甲状腺がん等の晩発障害があり、これらは、被爆後数年ないし10年以上経過してから発生するという特異性をもつものであり、この点が一般の戦災による被害と比べ、際立った特殊性をもった被害であると言える。」と述べ、さらに、原爆医療法の

制度の根底に実質的に国家補償的配慮があることを肯定した前記最高裁1978年（昭和53年）3月30判決を引用した上、「従来国にとってきた原爆被爆者対策は、原爆被害という特殊性の強い戦争損害に着目した一種の戦争損害救済制度と解すべきであり、これを単なる社会保障制度と考えるのは適当でない。また、原爆被爆者の犠牲は、その本質及び程度において他の一般の戦争損害とは一線を画すべき特殊性を有する「特別の犠牲」であることを考えれば、国は原爆被爆者に対し、広い意味における国家補償の見地に立って被害の実態に即応する適切妥当な措置対策を講ずべきものとする。」と述べた。

続いて、懇談会報告書は、「広い意味における国家補償の見地」に立った「適切妥当な措置対策」の具体的な意味について、「第1に、国家補償の見地に立って考えるというのは、（中略）今次戦争の過程において原爆被爆者が受けた放射線による健康障害すなわち「特別の犠牲」について、その原因行為の違法性、故意、過失の有無等にかかわらず、結果責任（危険責任といってもよい）として、戦争被害に相応する「相当の補償」を認めるべきだという趣旨である。」、「第2に、原爆被爆者に対する対策は、結局は、国民の租税負担によって賄われることになるのであるが、殆どすべての国民が何らかの戦争被害を受け、戦争の惨禍に苦しめられてきたという実情のもとにおいては、原爆被爆者の受けた放射線による健康障害が特異のものであり、「特別の犠牲」というべきものであるからといって、他の戦争被害者に対する対策に比し著しい不均衡が生ずるようであっては、その対策は、容易に国民的合意を得がたく、かつまた、それは社会的公正を確保するゆえんでもない。この意味において、原爆被爆者対策も、国民的合意を得ることのできる公正妥当な範囲に止まらなければならないであろう。」と述べた。

その上で、懇談会報告書は、原爆被爆者対策の基本的な在り方について言及し、「ひとしく原爆被爆者と称せられる者は、すべて「特別の犠牲」を余儀なくされた者と理解すべきものとしても、放射線被曝の程度には人によって差があり、多量の線量を被曝した者から被曝の可能性があったにすぎない者まで含まれている。また、被曝による放射線障害の程度についても、原爆による放射線障害であると明らかに認められる者から放射線障害の生ずる可能性のある者に至るまで、まちまちであり、これに対する対策の必要性は、人によって著しく異なる。したがって今後の対策は、画一に流れることを避け、その必要性を確かめ障害の実態に即した適切妥当な対策を重点的に実施するよう努めるべきである。」と述べた。

そして、懇談会報告書は、より具体的に、被爆地域の指定について、「被爆者対策に関し、被爆地域拡大の要求が関係者の間に強い。ところで、被爆地域の指定は、本来原爆投下による直接放射線量、残留放射能の調査結果など、十分な科学的根拠に基づいて行われるべきものである。ところで、これまでの被爆地域の指定は、従来の行政区域を基礎として行われたために、爆心地からの距離が比較的遠い場合でも被爆地域の指定を受けている地域があることは事実であるが、上述のような科学的・合理的な根拠に基づくことなく、ただこれまでの被爆地域との均衡を保つためという理由で被爆地域を拡大することは、関係者の間に新たに不公平感を生み出す原因となり、ただ徒らに地域の拡大を続ける結果を招来するおそれがある。被爆地域の指定は、科学的・合理的な根拠のある場合に限定して行うべきである。」と指摘した。

加えて、懇談会報告書は、国の行う被爆者対策の内容の改善についても触れ、「原爆放射線の身体的影響については、多くの事実が明らか

かにされているが、なお解明されていない分野がある。また、原爆放射線の遺伝的影響についても、現在までのところ有意な影響は認められていないものの、さらに研究を重ねる必要がある。このため、研究体制の整備充実を図ることにより周到な研究を進め、問題を逐次解明することが、被爆者に対する国の重大な責務であると同時に、世界における唯一の被爆国であるわが国が国際社会の平和的発展に貢献する道といえるであろう。」と述べた。

(ウ) 被爆地域の指定についての政府の姿勢

1982年（昭和57年）3月1日、衆議院予算委員会第三分科会において、「被爆地域の不均衡」に関する質問に対し、政府委員は、以下のような答弁をした。

まず、政府委員は、原爆医療法制定当時における被爆地域の指定について、「当初の被爆地域の指定に際しましては、日本学術会議の発行いたしました原子爆弾災害調査報告書やあるいはその他の専門家の意見も参考にいたしまして、爆心地から大体5kmの範囲といたしまして、その際に既存の行政区画の範囲も考慮に入れたということでございます。」と説明した。その上で、政府委員は、原爆医療法制定以降における放射線に関する研究を紹介して、①一生の間に一度被曝する場合の最大許容線量というのは、ICRPの勧告によれば25レムであるところ、広島においてそれ以上の線量の被曝をしたと考えられるのは爆心地から1.7km以内にいた者であるとされること、②ABCCの調査研究によれば、爆心地からおよそ3km離れると、被曝線量がゼロとなるとされることを説明し、こうしたことから、政府としては、原爆医療法の被爆地域の指定によって十分に必要な範囲が網羅されていると認識している旨を答弁した。

上記の答弁に対し、質問者から更に追及がされたところ、政府委員

は、懇談会報告書にも言及した上、被爆地域の見直しをする際には、科学的合理性が伴わなければならない、そうでなければ、新たな不公平感が生み出される懸念があるという見解を示した（乙12の22，23頁）。

(イ) 健康診断等の充実

a 1978年（昭和53年）7月11日付け厚生省公衆衛生局長通知「原子爆弾被爆者の健康診断における問診票の採用について」

上記通知においては、被爆者の高齢化に伴って健康面で何らかの自覚症状を訴える受診者が増加しているところ、健康診断に際し、問診が成人病等の早期発見の端緒になる等、健康診断における問診の重要性が、ますます大きくなっていることが指摘された（甲A10の155，156頁）。

b 1988年（昭和63年）5月1日、原爆医療法施行規則が改正され、健康診断に、胃がん、肺がん、乳がん、子宮がん、多発性骨髄腫についてのがん検診が追加して設けられることになった（甲A27の42，43頁）。その後も、1992年（平成4年）には、がん検診項目に大腸がんが追加された（甲A27の44，45頁）。

こうしたがん検診の追加は、被爆者の高齢化とともに、被爆者の間に、がんの発生率の上昇がみられるようになったことを背景とするものであった（甲A10の156頁）。

エ 被爆者援護法の制定

前記ウのような、国家補償の観点からの画一的な被爆者援護法を求める動きや、基本問題懇談会による被爆者対策の基本的な在り方についての指摘を受け、政府において被爆者援護法案の策定作業が行われ、1994年（平成6年）に、被爆者援護法が制定された（甲A1）。

なお、結果として、被爆者援護法において「国家補償」という文言が法

文上明記されることはなかった。もっとも、各種手当の所得制限の撤廃や、葬祭料・特別葬祭給付金の創設等、法律の国家補償的な色彩を強める内容が新たに盛り込まれた。

4 原爆医療法2条3号に関して

(1) 原爆医療法の趣旨・目的について

ア 原爆医療法が制定される社会的背景

GHQによる原爆被害についての報道統制や研究成果の独占により、戦後しばらくの間、被爆者援護に関する世論が形成されることはなかった（前記2(2)ア(ア)）。

しかし、1951年（昭和26年）以降、戦傷病者戦没者遺族等援護法の制定等を契機に、同法によっては救済されなかった被爆者への救済を求める動きが活発化した（特に、重要視されたのは、被爆者の治療を行うのに必要な財政的な裏付けを得るための、治療費国庫負担の実現であった。）（前記2(2)イ）。そして、100万円の予算を計上するなど治療費国庫負担に向けた足がかりは、1953年（昭和28年）ころから徐々にできつつあった（前記2(2)イ(ア)d(c)）ところ、1954年（昭和29年）3月に発生した第五福竜丸事故を契機に、原水爆反対の世論（前記2(2)イ(i)b(a)）、や、第五福竜丸事故の被害者が補償を受けられるのであれば被爆者も補償を受けられてしかるべきであるという世論が盛り上がったのを受けて、被爆地においては、①原爆障害者に対する健康管理、②被爆者に対する医療面や生活面での救済、③原爆に関連する疾病についての研究によって被爆者の福祉を増進し、将来の不幸を防止することを目的とした研究機関の設置等を求める動きが加速されることになった（前記2(2)イ(i)b(b)）。被爆地から上記①ないし③のような要望が出された背景には、①原爆障害の症状が非常に複雑であり、長期間にわたる困難な治療が必要となっていたこと、②原爆に起因するとみられる発病・死亡が被爆後相当年数

が経過してからも新たに生じていたこと、③上記②のために一般の被爆者が大きな不安を抱いていたこと、④放射線の遺伝的影響のおそれも指摘されていることから、国の責任において、国家的規模による総合的な研究や治療費の国庫負担が実施されるべきであるという考え方の存在があったことがうかがわれる（前記2(2)ウ(ウ)c）。そして、被爆者に対する生活援護が求められた主な理由も、治療や健康管理を受けやすいようにすることになったことがうかがわれる（生活援護費が要求されたのは、治療のために仕事を休まなければならなくなり、それによって生活に支障が出る者や、市内の病院まで健康診断のために出かけていく旅費を確保できない者がいるといった事情が背景にあった（前記2(2)ウ(ウ)e）。

イ 原爆医療法制定当時における科学的知見等

(ア) a 「原子爆弾災害調査報告集」（甲A15，甲A16）では、原爆投下後に広島市に移動した者に、白血球の減少等の急性症状が生じた旨が報告されており、これは、残留放射線の影響を無視することができないことを示唆する報告であったものといえる（前記2(2)エ(ア)）。

b また、「於保論文」（甲A20）は、①原爆投下後3か月以内に中心地（爆心地から1km以内）への立入りがない場合には、有症率、各急性症状の発症率が被爆距離（爆心地から2km以遠を含む。）に反比例する形で減少し、また、②3か月以内に中心地への立入りがある場合には、①の場合よりも有症率が高くなったばかりか、原爆投下時に広島市内にいなかった者にまで急性症状がみられ（特に、20日以内の立入りの場合や滞在時間が10時間以上の場合に有症率が高くなった。）、有症率は必ずしも被爆距離に反比例しなかったこと、③①、②のいずれの場合でも、遮蔽がない状況（屋外）で被爆した者に、より症状が現れる傾向がみられたことを報告したものである（前

記2(2)エ(イ)。

初期放射線量が、距離に応じて減少するとともに遮蔽によっても減少し、また、残留放射線量が時間の経過とともに減少する（このことは半減期の概念から当然である。）ことは、確立した知見であるところ、この知見を踏まえて、於保論文によって明らかにされた、被爆者に生じた身体症状の率が、被爆距離に反比例して減少し、かつ、遮蔽の有無と有意に関連しており、また、入市日が早く、滞在時間が長い者ほど高くなっているという事実をみれば、於保論文は、放射線のために、比較的爆心地から遠い地点で被爆した被爆者や入市被爆者らにも上記の身体症状が急性症状として生じた場合があること、ひいては、爆心地付近への立入りに伴う残留放射線の影響を軽視できないことを強く示唆していたといえることができる。

c 都築（甲A19）は、具体的に、初期放射線の影響をまったく受けなかった者が残留放射線の影響だけで何らかの症状を発症したという例は見当たらないとしつつも、原爆投下時に爆心地から2 kmないし6 km程度の位置にいたような者が、爆心地付近に入り救護活動等を行った場合、急性症状が生じた例があることを指摘した。そして、都築は、そのことを前提に、残留放射線の強さ自体は微弱であるとしつつも、残留放射線が作用する時間が非常に長いため、その生物学的作用は一定の場合に無視することができないという考え方を示した（前記2(2)エ(ウ)）。

A B C Cの調査（甲A22）においては、放射線によって加齢現象が生じること等が裏付けられたわけではなかったし、残留放射線の影響が重視されたわけでもなかったが、疾病の潜伏期の関係もあり、必ずしも放射線の影響について断定的な結論が出せる状況にないことが指摘された（前記2(2)エ(オ)）。

(イ) 「原子爆弾後障害症治療指針」(甲A17)は、いかなる疾患又は症候についても一応被爆との関連性を考える必要があるため、被爆者の健康管理を系統化する必要がある旨を述べているところ、前記(ア)のような知見を踏まえているとみられる。また、都築も、原爆投下後に後障害が起こる場合には、特徴のない、種々雑多な障害が生じることを指摘した上、相当の放射能傷害を蒙っている疑いが濃厚な者が不定の症状を発した場合には、原則として慢性原子爆弾症を疑うことが相当である旨を述べている(前記2(2)エ(イ))。

(ウ) 以上述べたところによれば、1957年(昭和32年)に原爆医療法が制定された当時、①被爆者の実態に関する調査や疫学的な研究から、被爆者に原爆投下直後に生じた身体症状が放射線の影響によるものであることが強く示唆されるとともに、②原爆投下時に爆心地から5km以上離れたような場所におり、その後爆心地付近に入市したような者にも放射線によるとみられる急性症状が生じたことが複数の調査で報告されたことから、残留放射線の身体に対する影響が軽視できないものであることが、科学者の間で、広く認識されるようになっていたことがうかがわれる。

一方で、1957年(昭和32年)当時には、放射線の影響で急性症状が生じる科学的なメカニズム、放射線が後障害をもたらす科学的なメカニズムについての研究が十分な成果を上げていたことまではうかがわれない。また、同年当時においては、特に放射線の影響が生じるまでの潜伏期間が長いこと等の理由から、後年になって後障害に関する新たな知見が得られることも多分に想定されていた。

このように、疫学的なデータからは放射線(特に残留放射線)が広範囲の者に影響を及ぼした可能性が示唆されていたものの、放射線の影響に関する科学的知見が十分に確立されない中で、当時、原爆放射線の影

響に関する問題に取り組んでいた科学者は、被爆者に生じた多様な障害について、一応は放射線との関係を疑い、被爆者に対して健康管理を行うことの重要性を説いていたものといえる。その意味において、前記アにおいて述べた被爆者の要望の背景にあった考え方は、当時の科学者らの考え方とも符合するものであったといえることができる。

ウ 原爆医療法の制定過程及び主な内容

前記2(2)ウ(ウ)c, 前記2(2)オ(ア)aに述べた通り、法所管庁である厚生省が、法案策定に当たり、被爆者による要望の背景にあった、前記(ア)①ないし④の視点を意識していたことがうかがわれる。厚生省は、上記のような視点に立ちつつ、原爆医療法制定当時における前記(イ)のような科学的知見を可能な限り収集し（前記2(2)オ(エ)(b)ないし(e)参照）（都築による報告の内容（前記2(2)エ(ウ)）と、前記1958年（昭和33年）8月13日付け通知等の内容（前記2(3)エ(イ)及びカ）とを比較対照すると、法所管庁である厚生省が、とりわけ、当時の代表的な研究成果の一つである同報告を重要視していたことがうかがわれる。）、そうした知見を踏まえて、広島市において民間の力によって実行に移されていた、被爆者健康手帳を持参すれば健康診断や検査が受けられ、異状が発見された場合には治療も受けられるという仕組みを参考にしつつ（前記2(2)ウ(イ)b）、原爆医療法案の策定作業を行ったものといえる。

このような立案過程を経て制定された原爆医療法は、被爆者に対する健康診断及び原爆障害者に対する医療の給付という、被爆者への健康管理を機軸に据えた内容のものであった（前記2(3)アないしオ）。そして、立案過程について上述したところに、原爆医療法1条の目的規定、原爆医療法案に関する審議過程、法案制定後に法所管庁である厚生省が発出した通達の内容等をも加味すると、上記の内容の立法がされたのは、原爆投下後に相当な時間が経過してもなお、被爆者の健康状態が医師の綿密な観察指導

を要する状態であること、老化現象や疾病への抵抗力の減退といった点も含め、原爆放射線による被害の全貌が当時の医学によっては明らかにされていないことが考慮された結果、被爆者に対し健康管理（健康診断等）を行うことに、被爆者の不安を一掃し、いつ生じるとも分からない後障害に対する適正な予防・治療を実現するという重要な意義が見出されたためであったということが出来る（前記2(2)オ(イ)、前記2(3)エ(イ)等）。

エ 小括

以上によれば、原爆医療法は、原爆投下後十年以上が経過した時点における被爆者に、現実に、原爆に起因するとみられるような複雑困難な障害が起こる等の事態が生じており、そうした事象が被爆地において大きな問題となっていたこと、そうした事象を解明する科学的な知見も十分に確立されていなかったことを前提としつつ、被爆者に対する健康管理（健康診断等）を十分に行うことによって、被爆者に生じる障害を予防ないし軽減するとともに、被爆者の不安を一掃し、ひいては、将来における科学的知見の蓄積・発展をもたらすことを主眼とする法律であったということが出来る。そして、このような原爆医療法の趣旨・目的は、原爆医療法1条の定め（前記2(3)ア(ア)）に、端的に表されているということが出来る。

(2) 原爆医療法2条3号が設けられるに至った経緯

ア 原爆医療法2条3号は、①原爆投下時に爆心地から5 km以上離れた海上にいた者に、原爆症とみられるような症状が発症した例があったこと、②広島市に隣接する地域においては、避難した多くの被爆者を救護ないし看護するための救護所や収容所が多く設けられ、地域全体を上げた救護・看護活動等が展開されたところ、そのような地域で救護活動等に当たった者にも、原爆症とみられるような症状を発症した者がいたことといった客観的事実を背景として設けられた（前記2(1)、前記2(2)オ(イ)b(b)、前記2(2)オ(イ)c(e)）。

イ もっとも、全社協や広島・長崎両市による法文に関する提案の段階では、直接被爆者でも入市被爆者でもない上記のような者が、救済の対象となるべき「被爆者」であるということが具体的に想定されていたわけではなく（前記2(2)オ(ア)b, 前記2(2)オ(イ)参照），そのため、法所管庁である厚生省が原爆医療法提出に向けた第1次原案を策定した段階においても、同省は、直接被爆者・入市被爆者以外の類型を法律の適用対象に含めることを想定していたわけではなかった（前記2(2)オ(ウ)a）。

しかし、厚生省における検討が進むにつれて、いわゆる直接被爆者や入市被爆者以外の者にも放射線の影響があったことを示唆する前記ア①②のような事実を踏まえ、救済の範囲に漏れが出ないようにしなければならないことが明確に意識されるようになった。そこで、前記「途中整理案」においては、直接被爆者や入市被爆者に「準ずる状態」にあり「原子爆弾による放射線の影響を受けたおそれがある」者を政令で具体的に定めるものとされた（前記2(2)オ(ウ)c(a)）。さらに、その後、1957年（昭和32年）2月7日付け法律案においては、3号被爆者に関して政令に委任を行うことが見直され、その後、内閣法制局による予備審査を経て、「原子爆弾の傷害作用の影響を受けたおそれがあると考えられる状態にあったもの」という表現が「身体に原子爆弾の放射能の影響を受けるような事情の下にあった者」という表現に改められて、最終的な法文案が策定されるに至った（ただし、上記内閣法制局の予備審査を受けて行われた文言の修正は、法案の各省協議が開始された後のものであり、しかも、この修正がされてから法案の閣議決定がされるまでの間がせいぜい10日余りと短期間であったことにかんがみれば、厚生省が、上記の文言修正によって、実質的な内容にわたる修正を行う意思を有していたものとは考えがたい。）

（前記2(2)オ(ウ)d及びe）。

ウ 上記の法案策定過程において、法所管庁である厚生省が、当初予定して

いた政令への委任を取りやめ、抽象的な文言からなる原爆医療法2条3号の規定を設けることとした理由を、前記に認定した立案経過から直接うかがい知ることはできない。しかしながら、①前記(1)エに述べた原爆医療法の趣旨・目的に、②同法2条3号が、放射線（とりわけ残留放射線）の影響に関する解明が十分でない中で、1・2号のいずれにも該当しない被爆者を救済する道を閉ざさないために設けられたこと、③法所管庁である厚生省も、1957年（昭和32年）当時、原爆医療法2条3号に関し、放射線の影響の科学的な証明は不可能であると考えていた節があり（前記2(2)オ(イ)b(c)）、現に、前記2(2)エにおいてみたように、1957年（昭和32年）当時、直接被爆者にも入市被爆者にも該当しないような者への放射線の影響に限っていえば、信頼に足る疫学的あるいは科学的な研究があったこととはうかがわれないこと、④厚生大臣の諮問機関である審議会における原爆医療法案についての審議の場や国会における審議の場において、被爆後に胎児となった者を、遺伝的影響が医学上の定説となっていないという理由で「被爆者」から除外することは、健康管理を目的とする法案の趣旨と相容れないという趣旨の意見が出された（前記2(2)オ(ウ)c(b)、前記2(2)オ(イ)b(d)）のに対し、厚生省の事務方も、そのような意見について一定の理解を示し、放射線による遺伝的影響を考慮する必要があることが後に明らかになれば、法の適用対象を見直すべきであるという見解を示した（前記2(2)オ(イ)b(d)）という経緯があったことを併せ考慮すれば、法所管庁である厚生省が、政令への委任を取りやめてあえて抽象的な文言の条項を設けるべきであるという政策判断をしたのは、①原爆医療法制定当時には3号に該当する者を政令において例示することを可能にするだけの科学的な知見がないことや、後年における科学的な知見の進展を踏まえた柔軟な対応を可能にする必要があることが考慮されたこと、②そのような制度設計をしたとしても、原爆被爆による特別の被害を他の戦争災害に比して

手厚く保護することとした原爆医療法の建前に反することにはならないと理解されたことによるものと考えられる。

(3) まとめ

以上を踏まえて、原爆医療法2条3号の解釈について述べる。

ア ① 1) 前記ア(エ)に述べたように、原爆医療法の趣旨・目的が、放射線の影響が未解明な中で、被爆者の不安を一掃し、また、原爆後障害を予防するべく、被爆者に対する健康管理を行うことにあったこと、2) 現に、原爆医療法制定当時、「被爆者」に該当することと直結する効果は、唯一、都道府県知事（広島市、長崎市については各市長、以下同様である。）による健康診断（一般検査及び精密検査）が受けられることであったこと（前記2(3)エ(ア)）からすれば、放射線の影響が肯定できなければ「被爆者」とであると扱わないというのはそもそも本末転倒であるといわざるを得ない。このことに、②原爆医療法2条3号の制定過程、特に、1) 厚生省の原案の段階から、放射線の影響を受けた「おそれ」という文言を用いることが検討されたところ、その後法案が成立するに至る過程の中で、同号の基礎となる考え方について実質的な意味での修正が加えられたとは認められないこと、2) 原爆医療法2条3号への該当性に関する判断をするに際しては、原爆医療法制定当時の科学的知見に拘泥することなく、最新の科学的知見が考慮されるべきことが想定されていたことがうかがわれること、③原爆医療法自体が、付随的にではあれ、被爆者に対する健康管理を積み重ねることで、放射線の影響に関する科学的知見が積み重ねられることをも想定していたと解されることを併せ勘案すれば、原爆医療法2条3号に該当するか否かは、最新の科学的知見を考慮した上で、個々の者について、身体に放射線の影響を受けたことを否定できない事情が存するか否かという観点から、判断されることが予定されていたといえる。

5 被爆者援護法制定に至るまでの経緯に関して

(1) 被爆者援護法制定に至るまでの被爆者に対する救済の拡大

ア(7) 厚生省は、原爆医療法立案の当初においては、被爆者に対する健康診断、治療費の国庫負担に加え、被爆者に対する医療手当の支給を実現しようとしていた。しかし、大蔵省が、医療手当分の予算を盛り込むことに難色を示したため、医療手当の支給の法制化は実現するに至らず、当面は、世帯更生資金によって対処がされることになった（前記2(2)ウ(ウ) e, 前記2(2)オ(イ) b(a)）。

そこで、1960年（昭和35年）以降の法改正は、生活に余裕がないために健康診断や治療を受けられない者がいるという社会的背景を踏まえて、主に、原爆医療法制定当時実現することができなかった生活援護の実現・強化を最も大きな柱とする形で進められることになった。具体的には、1960年（昭和35年）以降の原爆医療法改正や原爆特別措置法の制定・改正において、医療手当・特別手当・健康管理手当の支給等が実現され、法改正を経るごとに、所得制限の緩和や手当の額の増額が行われた（前記3(1)ないし(3)）。

(イ) さらに、医療給付の面の法制も充実され、放射線の影響を受けた者は一般に疾病にかかりやすく治癒も遅れがちであるという理由から、被爆者に対する一般疾病医療費の支給（当初は、被爆者の中で限定された範囲の者のみが支給の対象であったが、後に、全被爆者が支給の対象とされた。）が実現された（前記3(2)ア(イ), 前記3(3)ウ(7) b）。

さらに、法律の改正は伴わなかったものの、被爆者に対して行われる健康診断の内容等も、時を経るごとに強化され、①精密検査受診者への交通手当の支給（前記3(2)ウ(7)）、②希望健康診断や収容検査の新設（前記3(2)ウ(イ)）、③被爆者の高齢化を背景とする、がん検診の新設・強化（前記3(3)ウ(イ) b）が行われた。

(ウ) 前記のように、被爆者に対する救済の拡大が続けられた背景には、①原爆投下後長期間が経過しても、晩発障害に悩まされる者が出続けたことから、原爆被害の特殊性が、原爆投下後10年余りが経過していた原爆医療法制定当時よりも、なお顕著に意識されるようになったこと（前記3(3)ウ(イ)b）や、②原爆投下後長期間が経過しても、放射線の遺伝的影響等が依然として未解明であったこと（前記3(3)ウ(イ)b）といった事情があったものといえる。このことは、基本問題懇談会によっても十分に認識されていた（前記3(3)ウ(イ)b）。

イ 原爆医療法の被爆者についての定義規定に関しては、同法2条1号ないし2号に関する政令所定の地域（以下「被爆地域」という。）の拡大が議論の対象となったことがうかがわれる。しかし、厚生省においては、昭和50年代後半ころに、原爆投下時に爆心地から1.7 km以遠にいた者であれば被曝線量は許容限度以内であるし、爆心地から3 km以遠にいた者であれば被曝線量はゼロであるといった知見に基づいて、爾後に被爆地域を拡大することについての科学的な合理性が明らかにならない限り、被爆地域の拡大は行い得ないという結論がまとめられた（前記3(3)ウ(イ)b、前記3(3)ウ(ウ)）。その他の点に関しても、原爆医療法2条の規定の改正や関連する政令・厚生省令の改正等を行われなかった。

なお、被爆者の定義規定には直接関係しないが、特別被爆者の範囲に関する原爆医療法施行令の改正の経緯（前記3(3)ア）からは、3号被爆者とされる者に生じた原爆障害の点が、原爆医療法制定当時よりも重要視されるようになっていたことをうかがい知ることができる。

(2) 被爆者援護法の制定

ア 前記(1)のような経緯を経て、被爆者援護法が制定されるに至ったところ、同法の目的には、原爆被爆者が生涯癒すことのできない傷跡と後遺症を残し、不安の中で生活を送っており、原爆投下の結果として生じた放射

能に起因する健康被害が他の戦争被害と異なる特殊な被害であることにかんがみ、国の責任で、保健・医療・福祉にわたる総合的な援護対策を講じることが掲げられた（被爆者援護法の前文）。また、同法の下では、従前にはあった各種手当についての所得制限が撤廃され（乙9の345頁）、新たに葬祭料や特別葬祭給付金の支給の制度が創設される等（被爆者援護法32条、33条）、更なる被爆者への救済の拡大が行われた。

上記のように、被爆者援護法の目的に「国の責任」という言葉が明記され、所得制限の撤廃をはじめとする措置がとられたことは、被爆者援護法が、原爆医療法や原爆特別措置法に比して、国家補償法としての意味合いを色濃くもつ法律であること、同法が上記二法の定める被爆者援護を更に拡充する趣旨で制定された法律であることを意味しているといえる。

また、被爆者援護法案可決時における衆議院厚生委員会の附帯決議において、①原爆被害の実態や被爆者の現状把握に遺漏なきを期すること、②被爆地域の指定のあり方については研究の進展を勘案して科学性・合理性に配慮して検討するべきことが指摘されたこと（乙38の16頁）からは、被爆者援護法の制定当時においても、放射線の影響に関する科学的な解明が爾後においても進められることが念頭におかれていたことがうかがわれる。

イ 被爆者援護法における被爆者の定義規定は、原爆医療法2条の規定をそのまま引き継いだものとなった。また、被爆者援護法において、原爆症認定は、厚生労働大臣が審議会の意見を聴取した上で行うべきものとされているのに対し、被爆者援護法1条各号の要件についての判断は、都道府県知事（あるいは広島市長、長崎市長）によって行うべきものとされている点も、原爆医療法におけるのと同様である。

(3) 被爆者援護法制定までに至る一連の法改正及びその背景となった事情

このような、被爆者援護法制定までに至る一連の法改正及びその背景とな

った事情を踏まえてみるに、①原爆投下後約50年が経過し、被爆者援護法が制定された当時においても、依然として原爆放射線による晩発被害が収まらず、原爆被害の特殊性が以前にも増して顕著になった一方で、依然として放射線の影響の全貌が科学的に解明されておらず、更なる科学的知見の積み重ねが期待されていたといえること、②上記のような背景を踏まえ、基本問題懇談会は、その報告書において、原爆放射線の身体的影響については多くの事実が明らかにされているがなお解明されていない分野があり、このため、研究体制の整備充実を図ることにより周到な研究を進め、問題を逐次解明することが被爆者に対する国の重大な責務である旨を述べたものであり

(前記3(3)ウ(i)b)、政府も、その趣旨を十分に認識していたものといえること、③被爆者援護法制定に至るまでの間、健康診断や医療の給付といった健康管理の充実・強化が進められたのはもちろん、主として被爆者が健康診断や治療を安心して受けられるようにすることを目的として、多数回にわたる法改正や運用の改善を経て、被爆者に対する生活援護の強化が進められ、これらの成果を基礎として被爆者援護法が制定されたことに、④被爆者援護法の前文に掲げられた「国の責任において、原子爆弾の投下の結果として生じた放射能に起因する健康被害が他の戦争被害とは異なる特殊の被害であることにかんがみ、高齢化の進行している被爆者に対する保健、医療及び福祉にわたる総合的な援護対策を講じ」という同法の目的を併せ勘案すれば、被爆者援護法もまた、原爆医療法と同様に、放射線の身体に対する影響が完全には解明されていないことを前提として、被爆者に対する健康管理を十分に行い、被爆者の不安を一掃し、また、被爆者の障害を予防ないし軽減することを一つの目的とした法律であるといえることができる。

そして、①このように、原爆医療法と同じ目的をもつ被爆者援護法1条3号に、原爆医療法2条3号の定義規定がそのまま引き継がれたこと、②原爆医療法制定以降、被爆者援護法の制定に至るまで、被爆者の定義規定の解釈

の基本的なあり方に関係するような法改正及び運用の改正があったこともうかがえないこと、③被爆者援護法制定に至る過程の中で、新たな科学的知見等を踏まえ、原爆医療法制定時と同様に、あるいはそれ以上に、いわゆる3号被爆者に生じる原爆障害の問題が注目されていた経緯もあることをも併せ考慮すれば、被爆者援護法1条3号の基本的な解釈のあり方については、原爆医療法2条3号の基本的な解釈のあり方について前述したところがそのまま妥当すると解するべきである。

6 結論

以上に述べたところによれば、被爆者援護法1条3号に該当するか否かは、最新の科学的知見を考慮した上で、個々の申請者について、身体に放射線の影響を受けたことを否定できない事情が存するか否かという観点から、判断されるべきものであると解される。そして、このように解することこそ、上述した原爆医療法、被爆者特別措置法、被爆者援護法の立法の背景となった事実関係からうかがえる法の趣旨に合致するものであるといえることができる。

以上