陳　述　書

2022 年（令和 4 年）9 月 30 日

東京地方裁判所　民事第 50 部　合ろ係　御中

≪平成 27 年（ワ）第 13562 号≫

福島被ばく損害賠償請求事件

福島県双葉郡双葉町大字郡山字馬場１１６番地

原告　井戸川克隆　　印

政府事故調中間報告（概要）から原発事故の真実に迫る

「原告解釈本文」目次（右上段）

はじめに 4
1 はじめに 【I 章 1、4、6】〈1 頁〉 15
2 事故の概要 【n、iv、v 章】〈1 頁〉 17
3 事故発生後の政府諸機関の対応の問題点 19
(1)原子力災害現地対策本部の問題点 【m 章 5、vn 章 3 (1)】〈2 頁〉 19
(2)原子力災害対策本部の問題点 【m 章 2、vn 章 3 (2)】 24
(3)残された課題 【m 章 4 (2)、VD 章 3 (3)】 30
4 福島第一原発における事故後の対応に関する問題点 31
(1)1 号機の IC の作動状態の誤認 【IV 章 3 (1)、vn 章 4 (1) 31
(2) 3 号機代替注水に関する不手際 【IV 章 4 (2)、VII 章 4 (2)] 33
(3)1 号機及び3号機の原子炉建屋における爆発との関係【IV 章4(1)、(2)、 VII 章 4 (3)] 33
5 被害の拡大を防止する対策の問題点 34
(1)初期モニタリングに関わる問題 【V 章 1、W 章 5 (2)] 34
(2)SPEEDI 活用上の問題点 【V 章 2、vn 章 5 (3)］ 37
(3)住民避難の意思決定と現場の混乱をめぐる問題 【V 章 3、VD 章 5 (4)] 43
(4) 国民•国際社会への情報提供に関わる問題 【V 章 8、9、vn 章 5 (5)] 58
(5) その他被害の拡大を防止する対策についての考察 【V 章 4 (5)、(6)、 5 (2)、vn 章 5 (6)] 63
6 不適切であった事前の津波•シビアアクシデント対策 67
(1)不適切であった津波•シビアアクシデント対策 【VI 章 3、4、VD 章 6 (1)] .. 67
(2)東京電力の自然災害対策の問題点 【VI 章 4 (6)、(7)、vn 章 6 (幻】 79
7 なぜ津波•シビアアクシデント対策は十分なものではなかったのか 【vn 章 7】 108
8 原子力安全規制機関の在り方 【VI 章 7、VD 章 8】 110
9 小括 【vn 章 9】 114
10 おわりに【vn 章 io】 118
参考文献集 126

参考目次（原本目次）※（PDF 版をワード変換したため、列、行に乱れがある）

東京電力福島原子力発電所における事故調査･検証委員会目次

1　はじめに　1

2　事故の概要　1

3　事故発生後の政府諸機関の対応の問題点　2

(1)　原子力災害現地対策本部の問題点　2

(2)　原子力災害対策本部の問題点　3

(3)　残された課題　4

4　福島第一原発における事故後の対応に関する問題点　4

(1)　1 号機の IC の作動状況の誤認　4

(2)　3 号機代替注水に関する不手際　5

(3)　1 号機及び 3 号機の原子炉建屋における爆発との関係　6

5　被害の拡大を防止する対策の問題点　6

(1)　初期モニタリングに関わる問題　6

(2)　SPEEDI 活用上の問題点　7

(3)　住民避難の意思決定と現場の混乱をめぐる問題　8

(4)　国民･国際社会への情報提供に関わる問題　9

(5)　その他の被害の拡大を防止する対策についての考察　9

6　不適切であった事前の津波･シビアアクシデント対策　10

(1)　不適切であった津波･シビアアクシデント対策　10

(2)　東京電力の_然災害対策の問題点　12

7　なぜ津波, シビアアクシデント対策は十分なものではなかったのか　13

8　原子力安全規制機関の在り方　14

9　小括　15

10　おわりに　16

はじめに　　*（以降、斜め文は原告解釈）（下段に記されている頁番号は原文の番号）*

これは、東日本大震災の地震・津波の随伴事象における、東京電力株式会社福島第一原子力発電所の放射能漏れ事件の真相を明らかにするために、政府事故調の中間報告書の概要版を、事故発生当時の原告井戸川克隆が双葉町長の職に在ったので、職務上の責務として、事故前と事故後のウソ、偽りを明かにするために記すことにしたものである。

又、政府事故調の「属性」が国民の保護に在るのか、それとも被告ら東電と国の擁護に在るのかも判断する必要から、原告が原子力行政を経験してきた立場で、敬語を使わず、個人名を挙げているが、本件事故の正しい歴史とするために記している。

この中間報告書の全体からは、「できなかった」「足らなかった」「やらなかった」という記述が多いが、それは失敗を意味し、その失敗の全部が被告東電と被告国（規制主務省庁ら）を指している。この失敗の後始末を優位な地位を悪用している被告国は、巧妙に自責をはぐらかし、被災者・国民に「自助」というまやかしの造語で、責任を転嫁して被告らの地位と職場保全をしている。

被災者・国民には、自身を守る「法」があることを知らなければならない。それは、災害対策基本法の第一条を熟読するとわかる。（目的）この第一条の中ほどに、「それぞれの責任を明確にし」と記されている。本件で被告らが一番隠したいところなので、読者の皆さんは注目しておく必要がある。本件で、「それぞれの責任を明確にし」を被災者、国民へ転嫁されていることを理解した上で、本解釈を読まれることを希望したい。

さらに言えば、法の解釈において、規制主務省庁らは責任を曖昧にするために新法の改悪を重ねているが、不遡及という言葉を理解する必要がある。原告の解釈であるが、本件のような重大な事件の場合、事件時の法律を適用することで、事後に勝手な法律を作り、悪質な行為を正当化することを防ぐために「遡及適用」はだめですよという「不遡及」があることを理解している。

不遡及を原則とすれば、被告らの責任回避のために、事後につくられた２０㍉シーベルトという数値に、何の意味は無いことになる。逆に考えれば、被告国は被ばく被害を２０倍に拡大したということになる。

本件事故では、事後において「完成検査責任」について語られていない。工事検査にしろ、製品検査においても、それは完成したことを確認するのが検査を完了したと言い、その時から成果品と認められる。この考えから原子力発電所が運転開始されるのは、検査に合格し、完成品と認められた時からである。しかし、本件においては、人の制御ができず、自然の力の赴くままに壊れていった。素人政治家の菅直人ら官邸は、コンクリートポンプ車のキリンの放水が破壊を防いだと、はしゃいでいるが、その事実確認はまだ始まっていない。その意味は、利益相反関係のない、「真の第三者」の現場検証がまだ始まっていないからである。

政府は、規制委員会の判断をなにかと重要視しているが、規制委員会には、事故の結果回避施策を怠り、自身の責任回避に働いている原子力安全・保安院やSBO対策をさせなかった原子力安全委員会、並びに、原子力安全基盤機構の隠れ家になっているので、公正な判断をするとは到底考えられない。特に、旧通産省、現原子力安全・保安院の職員たちは検査官として、しっかり検査していれば、こんな事故を起こさなくて済んだ。この不作為の責任追及から逃れるために、名を消し衣替えしただけで、当時の責任がなくなったわけではない。

※ここで、政府事故調が示す、失敗（虚偽）等を表にして示すことにする。

（※本書で言う頁は原本のワード版の頁を示す）

番号	頁・行	内　　容	加虐性
1	1・下から１行目	全ての交流電源が「失われ」	有、以下同じ
2	2・上から１行目	「冷却不能に陥った」	
3	2・上から３行目	「爆発が発生した」	
4	2・上から９行目	「広範な地域に深刻な影響を及ぼし～」	
5	2・下から８行目	「十分にその役割を果たすことができなかった」	
6	2・下から６行目	「参集に支障が生じた」	
7	2. 下から４行目	「空気浄化フィルターが設置されておらず」	
8	2・下から２行目	「想定していなかった」	

9	2・下から 1 行目	「原子力災害を想定した施設であるにもかかわらず」	
10	3・上から 1 行目	「～なっていなかった」	
11	3・上から 2 行目	「オフサイトセンターの機能発揮を妨げた」	
12	3・上から 4 行目	「既に指摘されていた」	
13	3・上から 6 行目	「具体的措置は講じなかった」	
14	3・上から 12 行目	「権限の委任に関する告示等が行われず」	
15	3・上から 15 行目	「なぜこうした事態が生じたのか」	
16	4・上から 2 行目	「十分把握し得ず」	
17	4・上から 3 行目	「コミュニケーションは不十分なものであった」	
18	4・上から 7 行目	「ERC を経由して官邸に情報が伝達されることになっていたが」	
19	4・上から 9 行目	「情報の入手・伝達ルートが十分に機能しなかった」	
20	4・上から 11 行目	「テレビ会議システムを設置することに思い至らず」	
21	4・上から 13 行目	「積極的な情報収集活動を行わなかった」	
22	4・上から 14 行目	「国民への情報提供という点も含め大きな課題を残した」	
23	4・下から 8 行目	「マニュアル等には定めのない福島原子力発電所事故対策統合本部が設置された」	
24	4・下から 7 行目	「なぜマニュアルどおりの災害対策が進まなかったのか」	
25	4・下から 6 行目	「官邸の危機管理対応のどこに問題があったのか」	

26	5・上から 4 行目	「適切な現場対処（その指示を含む）が行われなかった」	
27	5・上から 7 行目	「発電所対策本部への報告・相談が不十分であった」	
28	5・上から 9 行目	「IC が機能不全に陥ったことに気付く機会がしばしばあったのに」	
29	5・上から 10 行目	「これに気付かず」	
30	5・下から 4 行目	「一部のスタッフのみで行われ」	
31	5・下から 1 行目	「13 日 9 時 25 分まで代替注水が実施されなかったことは、極めて遺憾～」	
32	6・下から 10 行目	モニタリングデータによる放射線量測定データは「住民の放射線被ばく防止と避難の対応に不可欠である」	
33	6・下から 5 行目	「モニタリングデータの活用に混乱が見られ～」	
34	6・下から 4 行目	「政府には速やかに公表しようとする姿勢が欠けており」	
35	6・下から 2 行目	「早急に以下の改善措置を講じることを求めたい」	
36	7・上から 11 行目	「SPEEDI が活用されることはなかった」	
37	7・上から 15 行目	「放出源情報を基にした放射性物質の拡散予測はできなかった」	
38	7・下から 11 行目	「この情報が提供されていれば」	
39	7・下から 10 行目	「各地方自治体及び住民はより適切な避難経路や避難方法を選ぶことができたと思われる。」	
40	7・下から 8 行目	「原災本部又は保安院が SPEEDI を活用した国民への情報提供の役割を果たすべきであったが」	

41	７・下から６行目	「原災本部及び保安院は、SPEEDI 情報を広報するという発想を有していなかった。」	
42	7・下から５行目	「SPEEDI を所管する文部科学省も、自ら又は原災本部等を介して SPEEDI 情報を広報するという発想はなかった。」	
43	7・下から２行目	「同省と安全委員会の間で整理しきれないままに事態が推移し、このことは SPEEDI による試算結果の公表が遅れた一因ともなった。」	
44	8・上から１行目	「国民の納得できる有効な情報を迅速に提供できるよう」	
45	8・上から２行目	「SPEEDI システムの運用上の改善措置を講じる必要がある」	
46	8・上から４行目	「ハード面でも強化策が講じられる必要がある」	
47	8・上から６行目	「国の避難指示は、数次にわたって行われたが、その内容は、官邸５階に集められた一部の省庁の幹部や東京電力幹部の情報・意見のみを参考にして決定された」	
48	8・上から８行目	「SPEEDI の所管官庁である文部科学省の関係者が官邸５階に常駐した形跡はなく、SPEEDI についての知見が生かされることはなかった。」	
49	8・上から12.行目	「避難対策の検討を行う際、SPEEDI の活用という視点が欠落していたことは問題点として指摘しておかなければならない。」	
50	8・上から 14 行目	「国による避難指示は、避難対象区域となった地方自治体全てに迅速に届かなかったばかりか、その内容もきめ細かさに欠けていた。」	

51	8・上から 15 行目	「各自治体は、十分な情報を得られないまま、住民避難の決断と避難先探し、避難方法の決定をしなければならなかった。」	
52	8・下から12.行目	「原子力災害が発生した場合の避難の問題について、政府や電力業界が十分に取り組んでこなかったという事情があると考えられる。」	
53	9・上から 6 行目	「以上のような対策を地元の市町村任せにするのではなく、～国や県も積極的に関与していく必要がある」	
54	9・上から 10 行目	「避難を余儀なくされた周辺住民や国民の立場からは、真実を迅速・正確に伝えていないのではないか、との疑問～」	
55	9・下から 13 行目	「どのような事情があったにせよ、急ぐべき情報の伝達や公表が遅れたり、プレス発表を控えたり、説明を曖昧にしたりする傾向が見られたことは、非常災害時のリスクコミュニケーションのあり方として適切であったとはいえない。」	
56	10・上から 9 行目	「津波の専門家は含まれていなかった～」	
57	10・上から 14 行目	「新たに具体的な津波対策が打ち出される契機とはならなかった。」	
58	10・下から 11 行目	「そのような努力がなされた形跡を確認できていない」	
59	10・下から 11 行目	「保安院は、平成 14 年に、東京電力から「原子力発電所の津波評価技術」（以下「津波評価技術」という）に基づく安全性評価結果の報告を受けたが、特段の指摘や指示は行わなかった。」	
60	10・下から 8 行目	「保安院は、平成 21 年 8 月から 9 月及び平成 23 年 3 月にも、東京電力から、津波	

		波高の試算結果等の報告を受けていたが、対策工事等の具体的な措置を講じるよう要求するなどの踏み込んだ対応は行わなかった。」	
61	11・上から5行目	「記録の残っていない古い時代により巨大な津波が発生していたとしても、そのようなものは評価対象として取り上げられない方法となっていたが、このことに関する適用限界や留意事項等の記述はなかった。」	
62	11・上から11行目	「東京電力は、平成20年に津波リスクの再評価を行い、福島第一原発において１５ｍを超える想定波高の数値を得た。」	
63	11・下から12.行目	「佐竹論文において波源モデルが確定していないなど、十分に根拠のある知見とは見なされないとして、福島第一原発における具体的な津波対策に着手するには至らなかった。」	
64	11・下から5行目	「原子力災害を未然に防止するという視点からは、シビアアクシデント対策を含め、具体的な津波対策を講じておくことが望まれたと考える。」	
65	11・下から3行目	「この点で、国や専門家を含め原子力事業に関係する者は、今回の事前検討の経緯を自らのこととして把握し、今後の教訓としなければならない。」	
66	12・上から4行目	「これまで、設計基準を超える事象を扱うシビアアクシデント対策においては、津波のリスクが十分には認識されていなかった。」	
67	12・上から10行目	「AMとして実施されたのは、機械故障、人的過誤等の内的事象への対策のみで、地	

		震、津波等の外的事象は具体的な検討の対象にならなかった。」	
68	12・上から 14 行目	「シビアアクシデント対策は、事業者の自主保安に委ねれば済む問題ではなく、規制関係機関が検討の上必要な場合には法令要求事項とすべきものであることを改めて示したのが今回の事故であった。」	
69	12・下から 11 行目	「自然災害によって炉心が重大な損傷を受ける事態に至る事故の対策は、極めて不十分であった。」	
70	12・下から 6 行目	「津波が来襲する可能性を考慮していなかったため、」	
71	12・下から 5 行目	「同時多発電源喪失や直流電源を含む全電源喪失という事態への備えが無かった。」	
72	12・下から 4 行目	「～計測機器復旧、電源復旧、格納容器ベント等のマニュアルも未整備で、社員教育も行われておらず」	
73	12・下から 2 行目	「こうした作業に備えた資機材の備蓄も行われていなかった。」	
74	12・下から 2 行目	「これらが AM 策定として位置付けられておらず、具体的な方策が未策定で、作業に手間取ることになった。」	
75	13・上から 6 行目	「緊急時における発電所内の通信手段の整備が不十分」	
76	13・上から 7 行目	「情報共有が円滑を欠く事態となった。」	
77	13・上から 9 行目	「～具体的な取決めがなされておらず～消防車や重機の操作要員の手配に手間取ることになった。」	
78	13・下から12.行目	「①自主保安の限界」	

79	13・下から 9 行目	「②規制関係機関の体制の不十分さ」	
80	13・下から 4 行目	「③専門分化・分業の弊害」	
81	14・上から 5 行目	「絶対安全が存在しないことを認め、リスクと向き合って生きていくことは容易ではない。」	
82	14・上から 6 行目	「しかし、伝えることの難しいリスク情報を提示し、合理的な選択を行うことができるような社会に近づけていく努力が必要である。」	
83	14・上から 14 行目	「独立性と透明性を確保することが必要であり、自律的に機能できるために必要な権限と財源と人員を付与すると同時に、国民に対する原子力安全についての説明責任を持たせることが必要である。」	
84	14・下から 6 行目	「～組織が有するリソースを有効かつ効率的に機能させるマネジメント能力の涵養が必要である。」	
85	14・下から 4 行目	「また、責任を持って危機対処の任に当たることの自覚を強く持つとともに、大規模災害に対応できるだけの体制を事前に整備し、関係省庁や関係地方自治体と連携して関係組織全体で対応できる体制の整備も図った上、その中での安全規制機関の役割も明確にしておく必要がある。」	
86	15・上から 2 行目	「緊急時に適時適切な情報提供を行い得るよう、平素から組織的に態勢を整備しておく必要がある。	
87	15・上から 5 行目	「④優秀な人材の確保と専門能力の向上―職員の一貫性あるキャリア形成を可能とするような人事運用・計画の検討が必要	

		である。	
88	15・下から 10 行目	「この事故の発生及びその後の対応について生じた問題の多くは、以下の三つが大きく影響していると考えられる。」	
89	15・下から 7 行目	「①津波対応によるシビアアクシデント対策の欠如―東京電力は、今回のような津波によりシビアアクシデントが発生することを想定した上で、それに対する措置を講じるということをしなかったし、規制機関も同様であった。」	
90	16・上から 2 行目	「②複合災害という視点の欠如―原発事故が複合災害という形で発生することを想定していなかったことは、原子力発電所それ自体の安全とそれを取り巻く社会の安全の両面において、大きな問題であった。」	
91	16・上から 7 行目	「③全体像を見る視点の欠如―これまでの原子力災害対策において、全体像を俯瞰する視点が希薄であったことは否めない。そこには、「想定外」の津波が襲ってきたという特異な事態だったのだから、対処しきれないという弁明では済まない、原子力災害対策上の大きな問題があった。」	
92	16・下から 9 行目	「10 おわりに―何かを計画・立案、実行するとき、想定なしにこれらを行うことはできない。しかし、同時に、想定外のことがあり得ることを認識すべきである。」	
93	16・下から 4 行目	「当委員会は、現在も、長期間にわたる避難生活を強いられ、放射能汚染による被害に苦しみ、あるいは、被ばくによる健康への不安、空気・土壌・水の汚染への不安、食の安全への不安を抱いている多くの	

		人々がいることを銘記しながら、更に調査・検証を続けていく。」	

以上、問題個所を抜き出してみたが、表示できない箇所も多くある。原告がこの中間報告を最も重視しているのは、被告東電、被告国の不作為並びに悪質性・犯罪性について記されていないことと、従来からあった原子力災害対策マニュアル、防災訓練マニュアル等の約束事を菅政権が隠蔽して、独裁をふるって、国民に対して行った責任放棄についての記載がないことがおかしいと考えている。

又、福島県が国の偽装の加担をして県民の救助・救済を行わず、原子力推進機関の IAEA と県民合意なしで契約をして、被ばく被害を隠蔽しているところが記されていない。先ず、災害対応のプロセスとして、「災害予防対策があって➡①事故発生時の危害防止対策・情報提供➡②迅速な避難誘導➡③避難場所の確保➡④健康診断・処置➡⑤避難生活の救済・支援➡災害復旧➡避難解除➡元通りの生活再開」という流れが一般的だが、この政府事故調中間報告の概要版には、①から⑤までが明確になっておらず、避難をさせられた後に放置されて、事故被害者らは「自助」状態の「阿鼻叫喚」に陥った生々しい事実が記されていない。

被災住民の困窮の生々しい実態が詳く記されていないので、政府寄りに偏った政府事故調と判断することができる。したがって、国民の皆さんは、この中間報告概要版をそのまま受け入れてはいけない。この裏には。痛ましい避難の実態が隠されていることを考えていただきたい。

あえて、ここに表示したのは、反面教師としてご理解されることを願った次第である。

以下は、中間報告書概要版（本文）をワードに変換し、原告の解釈を加筆したものである。

1　はじめに　【I 章 1、4、6】〈1 頁〉

当委員会は、東京電力株式会社(以下「東京電力」という。)福島第一原子力発電所(以下「福島第一原発」という。)及び福島第二原子力発電所(以下「福島第二原発」という。)における事故の原因及び当該事故による被害の原因を究明するための調査･検証を行い、被害の拡大防止及び同種事故の再発防止等に関する政策提言を行うことを目的として、平成 23 年 5 月 24 日の閣議決定により設置された。

＊：*事故の原因は「やらなければならないことを、やらなかった」ために、起きたものである。当該事故による加害の原因は、事業者、規制義務者の原子力安全・保安院と原子力安全委員会の不作為によるもの。本件を火災に例えていうと、火をつけた者が逃げて無事、延焼された者が焼死する例えと同じ状態をいう。*

しかも、現場検証をする者は、放火犯（政府ら）なので、公正さ、中立性のない「政府事故調」がそうでないかと睨んでいる。この冒頭のあいさつ文には、被災者救済法の災害対策基本法及び、原子力災害対策特別措置法並びに原子力災害対策マニュアルに順じた対応のことが記されていなければならない。本件は事故情報の隠ぺいと放射線被ばく量の矮小化された遅報・虚報など、加害者側らの法外な扱いの連続で、発電所周辺自治体並びに住民たちが救済されなかったことが記載されなければならない。同時に、それを誰が、いつ、どこで、何をしたのか、しなかったのか、成功したのか、失敗したのかに関する記述もなければならない。

当委員会は、同年 6 月 7 日の第 1 回委員会以降、調査･検証を進め、福島第一原発及び福島第二原発を始めとする現地視察、福島第一原発の立地自治体の首長からの意見聴取、主として事務局を通じた関係者のヒアリング（同 年 12 月 16 日現在で 456 名）等を行った。

＊：*因みに、井戸川双葉町長は事情聴取を受けた記憶がない。畑村陽太郎委員長らが、騎西高校に来たが、目的を明確にすることなく、世間一般の話が主で、来たというアリバイのために来たと受け止めている。*

この中間報告は、調査の途中段階のものであり、当委員会が調査･検証の対象としている事項の全てを取り上げたものではなく、また、中間報告で取り上げた事項であっても、事実関係の解明が未了のものもある。

当委員会は、今後も更に調査･検証を進め、平成 24 年夏頃に最終報告を取りまとめて公表する予定である。

この概要は、中間報告のうち、問題点の考察と提言に当たる VII 章の記述を 中心に、必要な範囲で I 章から VI 章の記述を加えた上で簡略化したものである。**提言**に相当する部分は太字で表記している。

＊：*提言の為の政府事故調ということなので、調査を目的にしていないものと受け止めて、論評することにする。*

2　事故の概要　【n、iv、v 章】〈1 頁〉

平成 23 年 3 月 11 日、福島第一原発及び福島第二原発は、東北地方太平洋 沖地震とこれに伴う津波に見舞われた。地震の規模はマグニチュード 9.0 で あった。津波は、福島第一原発において、15m を超える浸水高（小名浜港工事基準面からの浸水の高さ）が観測された。

福島第一原発には、1 号機から 6 号機までの 6 基の原子炉が設置されており、地震発生時は、1 号機から 3 号機までは運転中、4 号機から 6 号機までは 定期検査中であった。福島第一原発では、地震後、運転中の 1 号機から 3 号 機までの自動スクラムは達成されたものとみられるが、地震と津波により、外部電源及び発電所に備えられていたほぼ全ての交流電源が**失われ＊１**、原子炉や使用済燃料プールが冷却不能に陥った。1 号機、3 号機及び 4 号機において は、炉心の損傷により大量に発生した水素が原子炉建屋に充満したことによると思われる**爆発が発生した＊２**。また、調査未了ではあるが、2 号機においても 炉心が損傷したと考えられる。

福島第一原発からは、大量の放射性物質が放出･拡散し、発電所から半径 20km 圏内の地域は、警戒区域として原則として立入りが禁止され、半径 20km 圏外の一部の地域も、計画的避難区域に設定されるなどして、これまでに、 11 万人を超える住民が避難した。現在もなお、多くの住民が避難生活を余儀なくされるとともに、放射能汚染の問題が、**広範な地域に深刻な影響を及ぼしている＊３**。

＊１：*「止める」動作の制御棒の挿入は成功したが、その後の「冷やす」「閉じ込める」の操作が全ての電源が「失われ」冷却不能となり、発電所の暴走、破壊に至り、夥しい放射性物質を地球上に放出した。これは、第一原発が原子力発電所として完成品ではなかったという具体的な証拠である。*

＊２：*SBO 状態になり「冷やす」ための全ての電源を失い爆発が発生し、対応方策は何もなく、事故の進捗は成り行きに任せるしかなかった。被告東電と被告国は、現在、何事もなかったようなふるまいをしているが、地球上に一つしかない発電所周辺自治体の住民たち及び双葉町の行政と町民たちの人生を破壊したのである。*

＊３：*広範な地域に放射能汚染で、環境と人体に深刻な影響を与えた。「閉じ込める」これは、核燃料使用施設の共通した命題である。核燃料使用施設は、学術的な試験、研究炉と商業用発電施設等があるが、いずれの施設から周辺監視区域外に、放射性物質を１ミリシーベルト以上放出してはならないことになっていた。*

上記の＊１、＊２、＊３は、事故前の古から、被告東電、被告国らは、口述あるいは文書等で、何があっても必ず「止める」「冷やす」「閉じ込める」と約束していた。事故直前には、プルサーマル計画実施について、福島県、発電所周辺自治体と、学識経験者たちが福島市において開催された技術連絡会議の検討資料が、福島県と資源エネルギー庁の職員らが、津波については議論しないことに合意していた。当然、津波問題は、この会議の議題には上がらず、被告国（原子力安全・保安院）と被告東電が提示した資料には、「止める」「冷やす」「閉じ込める」と記され、本件事故の随伴事象の津波対策については論外とされていた。この文書改ざんがなければ、当然、発電所周辺自治体はプルサーマル計画に同意することなく、発電所の運転を停止させていた。ところが、本件事故発生直後から、この偽装をどこかに置き忘れたように、「想定外」という言葉に置き換えて、開き直っている。しかも、陸、海、空に夥しい核分裂生成物を拡散して、地上の生き物すべてを被ばくさせながら、御用学者らに被ばくがなかったかのような、言いふらしをさせて、責任回避を続けている。しかし、それは加害者たちにすこぶる便宜を図るための、空理空論を言っているだけである。

3 事故発生後の政府諸機関の対応の問題点

(1)原子力災害現地対策本部の問題点 【m 章 5、vn 章 3 (1)】〈2 頁〉

a オフサイトセンターの機能不全

原子力災害対策特別措置法(以下「原災法」という。)や政府の「原子力災害対策マニュアル」＊１(以下「原災マニュアル」という。)の予定する災害対応においては、原子力災害が発生した場合、緊急事態応急対策の中心となるのが、事故現場に近い場所に設置される原子力災害現地対策本部＊２(以下「現地対策本部」という。)とされている。現地対策本部の設置場所として想定されているのが、現地の緊急事態応急対策拠点施設＊３(以下「オフサイトセンター」という。)である。

福島第一原発のオフサイトセンターは、発電所から約 5km の場所に設置されていたが、今回、十分にその役割を果たすことができなかった＊３－２。

今回の事故においては、地震による交通機関の寸断･交通大渋滞等により要員のオフサイトセンターへの参集に支障が生じた＊４こと、地震による通信インフラの麻痺、停電、食糧･水･燃料の不足等が生じたことの ほか、施設に放射性物質を遮断する空気浄化フィルターが設置されておらず＊５、放射線量の上昇により退去せざるを得ない状態となった。

すなわち、①原子力災害が地震と同時に発生することを想定していなかったこと、②原子力災害を想定した施設であるにもかかわらず、その構造が放射線量の上昇を考慮したものになっていなかったことが、オフサイトセンターの機能発揮を妨げた＊６。

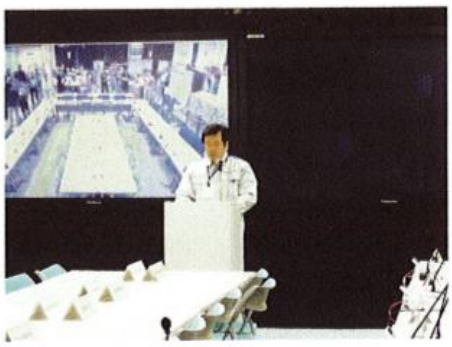
②については、平成 21 年 2 月の総務省の「原子力の防災業務に関する行政評価･監視結果に基づく勧告(第二次)」の中で既に指摘されていた＊７が、経済産業省原子力安全･保安院(以下「保安院」という。)は、 エアフィルターの設置等の具体的措置は講じなかった＊８。

政府は、オフサイトセンターが大規模災害にあっても機能を維持できる施設となるよう速やかに適切な整備を図る必要がある。

＊１：*原子力災害対策マニュアルは、国の総がかりで作られたもので、全国で行　う原子力総合防災訓練の手引きに利用されてきた経緯があるので、本件後、菅直人総理は何も無かったように振る舞い、何も用意されていなかったから、仕方なく官邸主導にしたと嘯いている。このマニュアルに沿った事故対応をしていれば、自主避難者という言葉ではなく、多くの人々は必要に迫られて強制避難させられたという立場になっていた。又、２０ｋｍ以内の避難範囲という狭い避難区域の指示もなかったし、事実に基づかない範囲を決めるという愚かな指示を原告はさせなかった。*

＊２：*JCO 臨界事故の反省から設けられた、原子力災害対策特別措置法に基づいて設ける、原子力災害対応の拠点施設として、迅速な事故対応を行うために設けるもので、現地対策本部長には経産副大臣が就任することになっていた。*

福島県原子力防災訓練（平成22年11月26日）



現地対策本部長到着あいさつ
（福島県原子力災害対策センター）

原子力災害合同対策協議会
（福島県原子力災害対策センター）

前頁の写真は、本件事故の 2.5 か月前のこと。2011 年 3 月 11 日には都合よく忘れたふりをしても、これを見れば誰からも信用されない。政府事故調はなぜ、一番重要な、このことを記さないのだろうか、いささか不信を抱かざるを得ない。

＊３：*原災法第 10 条通報が発電所から発出されたら、原子力保安検査官並*

びに、原子力防災専門官らが、オフサイトセンター参集要員に一斉招集装置を動かし、対策会議をする。次に、第15条通報があるときには、政府災害対策本部長から権限の一部の移任を受けた政府現地対策本部長は、県、地元町と事業者が中心に事故対応組織を立ち上げて、各班が事故対応に当たることに定められていた。しかし、本件事故の本番では一切原子力災害対策マニュアルが無視されたために、双葉町災害対策本部は町の原子力防災計画にも定められていた行動は出来なかった。この懈怠の損害は甚大なので賠償請求をする。

＊３－２：*「十分にその役割を果たすことができなかった」で終わられるほど簡単な話ではない。「十分にその役割を」と記されているが、とても違和感がある。「十分」とはどこで、誰が判断したのか解明しなければならない。横田保安検査官事務所長がどのような行動をしたのか、原子力防災専門官がどのようなことをしたのか、現在まで不明なのでぜひ事情を聞かせていただかないと、「十分」なのか「まったくできなかった」のかの良否が判断できない。「できなかった」は、防災業務関係者総員が役目を果たしていないという意味を語っている。従って、国が事故の責任を明確にして、「できなかった」担当者たちは処罰されなければならない。「できなかった」者には、給料は支払うことができないこと、「できなかった」損害、「しなかった」加害の弁償をしてもらわないといけない。これが、我々を被害者にした原因で、「できなかった」ことによる被害の始まりだったのだ。これは永久に本件事故が続き、又、正式な事故対応が始まっていないことを意味する。「できなかった」については深く解明していかなければならないと考えている。原告らには一切、本件事故に我慢させられる理由が無いことを宣言しておく。*

＊４：*参集に支障が出た、とは正確な表現ではない。首都圏の交通の混乱を、政府事故調はとってつけたような記述をしているが、発電所周辺自治体が参集するための通行の確保が、十分余裕があったことを知らないで記述をしている。*

＊５：*総務省の指摘を実施しなかったことは不作為で、責任が問われる事件。＊３、＊３－２の項でも指摘したが、「できなかった」という不作為が本件事故の加害の発端であり、原災法の生命、身体及び財産を保護せよという命題を怠った総合的な加害行為になるので、すべての国民は原子力安全・保安院に対して損害賠償を求めることができる。*

＊６：*オフサイトセンターの運営は、参集要員への連絡をしなかったこと。停電　　を理由に、与えられた責務を全て行わなかったこと、停電回復後に一斉招集の合図を送らなかったために、発電所周辺自治体の浪江町、双葉町、大熊町、富岡町は参加できなかった。双葉町の災害担当課長は何度か電話連絡を試みたが、繋がらなかったと井戸川本部長に報告していた。双葉町は参集の呼びかけを待ちながら待機していた。この不作為の被害は甚大で、事故後の対応の齟齬による被害の賠償を求める。*

＊７：*「しなかった、出来なかった」ということは、規制主務省庁らの不作為である。我々、発電所周辺の自治体は、この不作為の犠牲者で、被害者であるので賠償を求める。*

＊８：*「講じなかった」ことによる発電所周辺自治体の被害というものは、事故情報を迅速に知り、初期段階の住民の避難に役立てることができなかった被害を招いたのであって、その被害量は甚大で、永遠に続くものであるので賠償を求める。本件では、3 月 11 日 16 時 46 分頃第 15 条通報を受けて、経産大臣が官邸に緊急事態宣言（案）を持参したのは、17 時 30 分頃とされているが、菅総理が緊急事態宣言を発出したのは 19 時 03 分と大幅に遅れた。枝野幸男官房長官が記者会見で原子力緊急事態宣言を発表したのは、更に遅れて１９時４５分頃だった。この一連のロスタイムが原因で被害はさらに広がった。避難開始に必要な情報が閉ざされたために、発電所周辺住民は不要な被ばくをさせられたのである。このためによる被ばく被害は、永久に続くので、終期の無い損害の賠償を求める。*

b 現地対策本部への権限委任の問題点

原災法では、原子力災害対策本部(以下「原災本部」という。)長は、 その権限の一部を現地対策本部長に委任することができることとされている。しかし、今回の事故においては、権限の委任に関する告示等が行われず＊１、現地対策本部は、必要な措置を漏れなく迅速に行うため、権限の委任手続が終了しているものとして、避難措置の実施等に関する種々の決定を行い、かつ、実施した。当委員会は、なぜこうした事態が生じたのか＊２について、解明を続けることとする。

＊１：*政府災害対策本部長から政府現地対策本部長への権限の一部委任は、過去　　の防災訓練開始の大事なセレモニーなので、本件においても実施されるものと常識的に考えていたが、委任の告示は見た記憶はなかった。菅総理は、平成 22 年度の浜岡原子力発電所の総合防災訓練で、原子力災害対策マニュアルに則って、訓練を行っていたので忘れたという理由はあり得ない。意図的に委任を行わなかったしか考えられない。原災法の成り立ちから考えると、権限の委任は当然のこと。菅直人総理大臣の判断は不当であり、極めて悪質な不作為であると考え、双葉町が合同対策協議会に参加させられなかった損害の賠償を求めなければならない。*

＊２：*なぜ行わなかったのか、大いに疑問である。原告井戸川克隆は行わない　ことを打診されたこともなく、了解したこともない。もし、打診されたら即座に断っていた。理由は、原災法に定められた双葉町災害対策本部が機能しなくなり、住民の生命を守ることができなくなって、住民の身体の救助・救済ができなくなるからである。*

(2)原子力災害対策本部の問題点　【m 章 2、vn 章 3 (2)】

a 官邸内の対応

原子力災害が発生した場合、緊急事態応急対策を推進するため、内閣総理大臣を本部長とする原災本部が官邸に設置される。また、緊急事態が発生した場合には、各省庁の局長級幹部職員が、緊急参集チームとして、官邸地下の危機管理センターに参集すること＊１とされている。同チー ムは、各省庁が持つ情報を迅速に収集し、機動的に意見調整を行うことが期待されている。

今回の事故の際は、事故対応についての意思決定が行われていた＊２のは、主として官邸５階＊３においてであった。ここには、関係閣僚のほか、原子力安全委員会（以下「安全委員会」という。）委員長等が参集し、東京 電力幹部も呼び出され、同席していた。

しかし、ここでの議論の経緯等を地下に詰めていた緊急参集チーム＊４は 十分把握し得ず、政府が総力を挙げて事態の対応＊５に取り組まなければならないときに、官邸５階と地下の緊急参集チームとの間のコミュ二ケー ションは不十分なものであった＊６。

＊１：*菅総理は平成 22 年度 国が行う原子力総合防災訓練において、総理官邸地下の危機管理センターで、原子力災害対策特別措置法並びに原子力災害対策マニュアルに則り、緊急事態宣言（案）を経産大臣から直接受け取り、この場で緊急事態宣言を発出していた。同時に１０ｋｍ以内の住民に避難指示も出していた、この時、発電所周辺住民たちに情報提供を強く促し、住民の安全に最善を尽くすよう発言していたことを、忘れたふりや何も備えがなかったと本件ではウソを付いている。この危機管理センターには、伊藤危機管理官らと関係閣僚と、保安院長ら規制担当省庁の職員の顔が録画に映っている。*

＊２：*本来の意思決定は、政府現地対策本部長指揮下の緊急事態応急対策拠点　施設（オフサイトセンター）内に設ける原子力災害合同対策協議会において、国、県、<u>発電所周辺自治体</u>及び事業者を中心にした組織で協議して案をまとめ経産大臣に報告して、政府災害対策本部へ上申することになっていた。しかし、本件では何の断りもなく、官邸の法外な暴走が始まり、合同対策協議会の上申を待たず、危機管理センターではない総理大臣執務室脇の小部屋で、少数の者たちが事故対応に携わった。この違法な対応は公認されることはなく、被害当事者の発電所周辺自治体の権限を奪い続けている。行政の頂点の者たちが法を破った特異な例で、本件においては正式な行為はされておらず、全て無効である。（中間報告書５５頁の図表参照）*

＊３：*「官邸５階」が何であろうとも、原災法上正式ではない。正式でないところでは、何も決められないことは行政に携わる者の常識である。従って、今般のような法外なことを行った菅直人総理大臣は、*

限りなく大きな誤りをした。このために、本件においては、正式というプロセスを欠いているので、まだ、正式な事故対応は始まっていないことになる。

＊４：*「地下に詰めていた緊急参集チーム」はどうしていたのだろうか？大き　な疑問である。緊急参集チームは原子力災害対策マニュアルを知っているから参集しているのに、何の異論もなかったのだろうか、又、おかしいのでチャンとやらないと、後で大変なことになると、注意した者がいなかったのだろうか。しかし、原告はこれまで、参集チームらから違法な対応をしていると告白した者がいないので、あながち、この違法な対応は規制主務省庁らが企んだとしか考えられない。この参集チームが菅直人総理大臣に告げ口して、偽装させたのかもしれないと考えている。この過誤欠落は、官僚たちと官邸及び菅政権の責任放棄、生き延びるための方策だったと考えれば、恐ろしく巨大な犯罪だ。疑獄事件と歴史に刻まなければならない。*

＊５：*「政府が総力を挙げて事態の対応」しなければならない時に、福島県　民、双葉郡民の命よりも、政府が原子力利権を死守した。そのよい例は、松永経産事務次官の原発の再稼働を急げという言葉だ。そして、原陪法を公用使用できない架空の２０ミリシーベルト（あるいは裏メニューが用意されていたのか？）で区域分けをした。我が国では１ミリシーベルトが被ばく被害の限界値として公用されており、資源エネルギー庁が２０ミリシーベルトを基準にして作ったものは公式には通用しないので、中間指針は２０分の１しか算定していないことになる。従って、公式には中間指針で支払われた賠償金の 20 分の 19 は未払いということになる。資源エネルギー庁は功を急ぎ過ぎた、被害者を信じ、もう少し議論をつくせばよかった。今は、もう遅い、修正し、精算しなければならない。それをしないと、虚偽の中間指針で、実損を少なく支払い、被害者に損をさせ、加害者に利益を得させた詐取・詐欺行為の犯罪を働いたことになる。*

＊６：コミュニケーションは「不十分なものであった」は、全くその通り。原　　告と双葉町民及び発電所周辺自治体の住民たちが、無用な被ばくをさせられたのは、菅政権の不当な介入によって発生したロスタイムが主因である。これは菅政権による人災であり、妨害犯罪である。原告ら双葉町民の被ばくは事故現場情報を遮られ、避難のタイミングを知らされなかったために、逃げ遅れて１号機のベント、１号機の爆発と２重の被ばくをさせられた。こんなバカなことが実際起こされて、挙句に、１００ﾐﾘｼｰベルト以下は発症しないという、根拠のない言いふらしによって、さらに追加被ばくをさせられながら、福島県内にとどまった町民たちは、３重被ばく、４重被ばくを味わっている。3 月 11 日深夜、官邸と東電はベントの実施を話しあっていたが、双葉町災害対策本部長には、相談もなく知らせることもなかった。ベントを実施したことが分かったのは、旧騎西高校に来てから、マスコミの報道で知ったのみである。その後も、ベント実施に際して、事後報告がされないのは、恣意的な、あるいは意図的な行為だったから報告しにくいのだろう。コミュニケーション不足は１００％だった、本件において合議あるいは協議を経て決めたことほとんどなかった。避難解除もそうである、政府が決めるということで、双葉郡の各町村は異論や要求をはさんで変更させたことがない。交通事故では、本人同士か、代理人同士が対等で、公平に賠償が進む。本件では、本人は排除、代理人はいないという環境が作られ、条理・道理を葬り、極まりない不公平の中で、政府の優越的地位を多用して決めてきたことは、合法的合意とは言えない。

b 情報収集の問題点

原災マニュアルでは、今回のような事態が発生した場合、原子力事業者は、経済産業省緊急時対応センター(ERC)に事故情報を報告し、ERC を経由して官邸に情報が伝達されることになっていた＊１が、今回の事故に おいては、このような情報の入手･伝達ルートが十分に機能しなかった＊２。ERC に参集していた保安院等のメンバーは、情報の入手･伝達に迅速さが欠けていると認識しながらも、東京電力が活用していたテレビ会議システムを設置することに思い至らず＊３、職員を東京電力に派遣することもなく、積極的な情報収集活動を行わなかった＊４。正確で最新の情報の入手は、迅速かつ的確な意思決定の前提であり、国民への情報提供という点も含め大きな課題を残した＊５。

＊１：*「伝達されることになっていた」のである。本件では、伝達ではなく不当に職権を散らつかせて、強引に原告ら地元の立場を奪い、伝達組織を使わず、官邸は最前線に立ち、原発の運転に関する権限もないのに、原発運転の無免許者の菅直人総理大臣が強権を振るい、万人の参加を拒み、情報を隠し発電所周辺自治体の住民たちに、夥しい被ばくを強制してしまったことの重大さも分かっていない。原告はこれをドン・キホーテとあだ名をつけている。*

＊２：*「機能しなかった」は曲解である。「あえて機能させなかった」が正しい表現だ。「機能しなかった」を解釈すると、原因は菅直人個人ではなく、規制主務省庁の担当官たち集団の関与を示す。本件の場合を探索すると、「あえて機能させなかった」の言い方が正しい。*

＊３：*テレビシステム「思い至らず」という記述は、政府事故調のあからさまな加害者擁護の虚偽である。通常、原子力防災訓練には、官邸、*

政府、規制主務省庁、県、立地自治体及び原子力事業者並びに公共的機関、地方公共機関、警察、自衛隊、消防庁、海上保安庁、一次・二次・三次医療施設、日赤、消防団、隣接住民等総勢 2～3, 000 人が参加して行われている。この時必ず使われるのはテレビ会議システムである、原告も何度か訓練に参加していたが、その時必ず、官邸と県庁及びオフサイトセンター等とのテレビ会議で町の現況を話していた。従って、「思い至らずは」ということには「虚偽で」絶対にならない。

＊４：「～積極的な情報収集活動を行わなかった。」は、行わなかったと、責任の結論を述べている。これを覆すことは出来ない。行わなかった背景には、官邸と規制主務省庁らが、本件において、JCO 臨界事故の反省及び防災訓練の本旨に反し、住民の避難と防災に背を向けた。情報を独占したのは規制義務不行使の責任追及を避けるために、災害対策基本法と原災法の本旨に背き、原因を曖昧にするために、正確な情報を隠したと考えている。この「行わなかった。」による被害は、無用な被ばくであり、避難指示後の阿鼻叫喚の境地に苦しませたことである。

＊５：「国民への情報提供を～大きな課題を残した。」その通りである。「大きな課題」とは、ロスタイムを発生させたこと、正確な情報を閉ざし、責任回避のために公用数値を隠し、国際という名の集団の IAEA, ICRP, UNSCEAR 等の原子力政策推進に寄与するために創作された機関が言う数値をあたかも、公用数値と思い込ませて、被害者たちの被害を隠蔽させた行為は、殺人罪ともいうべきものである。　被告国は、原告に対して、この指摘を読んでいないような、的外れの反論を述べているが、ここに記されている「大きな課題を残した」は、政府が用意した政府事故調の記述である。これがウソであれば、政府事故調は虚偽公文書作成・同行使となり犯罪となる。現在被告国は、原告に対して様々な反論をしているが、足元を見ない暴論に過ぎないことが、ここで証明される。

(3)残された課題　【m 章 4 (2)、VD 章 3 (3)】

原子力災害が発生した場合に、迅速かつ的確に事態に対応するため、原災法や原災マニュアル等が整備されている。

しかし、今回の事故においては、既存のマニュアルや想定されていた組織が十分に機能しなかったことから、**マニュアル等には定めのない福島原子力発電所事故対策統合本部＊１**が設置された。なぜマニュアルどおりの災害対策が**進まなかったのか＊２**、官邸の危機管理対応の**どこに問題があったのか＊３**、そもそも現行の原災マニュアルが想定する原子力災害対応の在り方が現実的だったのか、といった問題点については、今後、関係者からの聴取を続け、最終報告で取り上げる予定である。

＊１：*「マニュアル等には定めのない福島原子力事故対策統合本部」は、法外の組織と政府事故調は言っている。被告らは、これに反論は出来ないはずである。菅総理は、歴史に残る汚職をしてしまった。その理由は、日本政府を民間企業の東京電力に天下りをさせたことである。常識人だと、官邸に東電の機能を設置させ、事故の進捗を監視・指示をする。戦国期時代に城主が敵対する城に、自分の居を移すことは、負けることを意味する。戦い方を知らない菅直人の独り舞台としたようだが、法的根拠のないところで、行政の執行などできるはずが無いことも知らなかった、素人政治家の軽挙妄動である。*

＊２：*「なぜマニュアルどおりの災害対策が進まなかったのか」これは、本件事故が「事件」と呼ぶに最もふさわしい疑惑である。原告が初めからおかしい方向で、事故の対応が進められているのではないかと、心配していたことである。発電所周辺自治体を外す、何か闇があるからではないかと考えている。原災法にも、原子力災害対策マニュアルにも、発電所立地自治体の役割を明記して、それぞれに原子力災害対策計画まで作らせていた資源エネルギー庁、保安院が、事故の本番になったら地元が邪魔になる理由があるはずだ。最もおかしいのは、原*

災法第５条に、住民の生命、身体及び財産を守れと定めておきながら、事故の本番になったら、原災法第５条を守れないように守備妨害をした。これは、規制主務省庁らが、事故防止の責任回避をもくろみ、菅直人の独裁が行われた可能性は高い。

＊３：*「官邸の危機管理対応のどこに問題があったのか」については、「官邸の１００時間」と「タイムライン２０１１－２０１２」並びに菅総理の著書「東電福島原発事故総理大臣として考えたこと」を対比すると、答えが出てくるので、本稿では省略する。*

4 福島第一原発における事故後の対応に関する問題点

(1)1 号機の IC の作動状態の誤認 【IV 章 3 (1)、vn 章 4 (1)

1号機については、津波到達後間もなくして全電源を喪失し、フェイル
セーフ機能によって、非常用復水器(IC)の隔離弁が全閉又はそれに近い
状態になり、ICは機能不全に陥ったと考えられる。しかし、当初、ICは正常に作動しているものと誤認され、適切な現場対処(その指示を含む。)
が行われなかった。その後、当直は、制御盤の状態表示灯の一部復活等を契機に、ICが正常に作動していないのではないかとの疑いを持ってICを停止した。このこと自体は誤った判断とはいえないが、発電所対策本部へ
の報告•相談が不十分であった。他方、発電所対策本部及び本店対策本部は、当直からの報告•相談以外にも、ICが機能不全に陥ったことに気付く機会がしばしばあったのに、これに気付かず、ICが正常に作動しているという認識を変えなかった。かかる経緯を見る限り、当直のみならず、発電所対策本部ひいては本店対策本部に至るまで、ICの機能等が十分理解されていたとは思われず、このような現状は、原子力事業者として極めて不適切であった。ICが機能不全に陥ったことから、1号機の冷却には一刻も早い代替注水が必須となり、加えて注水を可能と

するための減圧操作等が必要となった。ICの作動状況の誤認は、代替注水や格納容器ベントの実施までに時間を要し、炉心冷却の遅れを生ん

だ大きな要因となったと考えられる。

(2) 3 号機代替注水に関する不手際　　【IV 章 4 (2)、VII 章 4 (2)]

3 号機については、原子炉圧力が低い状態下で運転範囲を下回る回転数で長時間高圧注水系(HPCI)を運転していたため、当直は、HPCI による十分な注水がなされていないことを懸念し、平成 23 年 3 月 13 日 2 時 42 分 頃、HPCI を手動停止した。この時、当直は、十分な代替注水手段が確保されていないにもかかわらず、バッテリー枯渇リスクを過小評価しており、 結果として代替注水のための減圧操作に失敗した。これらの措置に関する判断は、当直及び発電所対策本部発電班の一部のスタッフのみで行われ、 幹部社員の指示を仰いでいなかった上に、発電所対策本部発電班から幹部社員に対する一連の経緯に関する事後報告も遅れた。かかる経緯は危機管理の在り方という点で問題であり、また、結果的に 13 日 9 時 25 分頃まで代替注水が実施されなかったことは、極めて遺憾であったと言わざるを得ない。

また、全交流電源喪失の下では、HPCI 等の作動に必要なバッテリーの枯渇について懸念してしかるべきであった。そうした懸念があれば、発電所対策本部としては、消防車等を利用した早期の代替注水に取り掛かることも可能であったと思われる。しかし、発電所対策本部は、電源復旧によるほう酸水注入系からの注水という中長期的な対処については準備･検討していたものの、3 号機当直から HPCI 手動停止後のトラブルの連絡がなされるまで、消防車を用いた代替注水に動くことはなかった。発電所対策本部に 3 号機代替注水に係る必要性･緊急性の認識が欠如していたことが、 こうした対応の遅れを生んだと言わざるを得ない。

(3)1 号機及び 3 号機の原子炉建屋における爆発との関係【IV 章 4(1)、(2)、 VII 章 4 (3)]

より早い段階で 1 号機及び 3 号機の減圧、代替注水作業を実施していた場合に原子炉建屋の爆発等を防止し得たか否かについては、現時点で評価することは困難である。

5 被害の拡大を防止する対策の問題点

(1)初期モニタリングに関わる問題　【V 章 1、W 章 5 (2)]

モニタリングによる放射線量測定データは、住民の放射線被ばく防止と 避難の対応に不可欠＊１である。

しかし、今回の事故においては、モニタリングポストが津波で流失したり停電で使用できなくなるなど、先行する地震･津波の影響により、十分なモニタリングができない事態となった。また、初期の事故対応において、モニタリングデータの活用に混乱が見られ＊２、特に、モニタリングデータの公表については、政府には速やかに公表＊３しようとする姿勢が欠けており＊４、公表する場合でも、一部を断片的＊５に示しただけであった＊６。今回の問題点を踏まえて、関係機関に対し、早急に以下の改善措置を講じることを求めたい＊７。

＊１：*原災法第 10 条通報を受けて、福島県原子力センターに備えられていたモニタリング要員は、モニタリングカーを出動させて、緊急時環境放射線モニタリングを行うように定められていた。事故前の防災訓練の初期対応に必要な環境放射線を計測して、避難範囲、避難方向等を決めていたが、本事件においては行動をしたという情報に接した覚えがないので、出動されていないと考えている。これは不可欠な情報であることは、訓練に参加した者は共有していたと考えている。本事件は虚偽の事故対応から始まったと証言しておく。*

＊２：*本事件では混乱という事実は確認していない。事故発生直後から規制担当省庁らの悪質な偽装工作の流れを見てきた経緯から判断すると、悪意に満ちた誤魔化しだったと考えている。その主な理由は、ウソを付いた犯人は、ウソを詫びないからである。緊急時環境放射線モニタリングを実施することになっていた福島県は、公表もせず、風評被害だとか復興だとか言って、話をはぐらかしているので、ウソを付いていることはよくわかる。*

＊３：*「政府は速やかに公表」と言っているが、偽装を始めているので公表ができない。事実を公表したら、ウソで本事件を無かったことにしようとする悪*

党たちの企みが壊れてしまうので、敢えて公表をしなかった。混乱が起きようが、事故の責任回避に規制担当省庁らは舵を切っていたので、公表を控えた。その代わり放射線の専門家という御用学者らを福島県内に蔓延らせて、被ばくに脅える県民の印象操作を強力に行った。原子力利権構造の BCP 対策を優先させて、彼ら利益相反者らの保護・継承を温存させるためだったのだと考える。

＊４：*姿勢が「欠けており」とは、原子力行政の失敗の誹りを避けるために、意図的に欠いたものであり、加害行為と受け止めている。その理由は、原告が双葉町災害対策本部長でいる間に、規制担当省庁等から修正や詫びを言われた記憶がないこと。悪意で欠いたと思えるような印象操作を行っている証明は、「想定外」という無責任を言い表している言葉から判断することができる。*

＊５：*「一部を断片的」は、責任回避の一つの手段であることが分かる。全部を示せば、核分裂生成物の汚染の実態が分かり、国民、県民たちがパニックにおそわれ、我が国は愚か、世界中に事故の影響が知れ渡り、メディアの偽装だけでは収まらなくなるから、規制担当省庁らの都合の良いところだけを公表した。*

＊６：*「だけであった」偽証を正当化するために、限定的に示す必要に迫られた結果を言っている。政府事故調は「だけであった」の因果関係を調べるのが仕事のはずだが、言葉だけで事実を明らかにしていない。*

＊７：*「早急に以下の改善措置を講じることを求めたい」政府事故調のこの求めに対して、改善されたという状況は見たこともなく、聴いたこともなかった。規制担当省庁らは、そもそもこの論調を無視していたと思う。早急に改善策というより、従来からの約束事項を守った上で、足らないところを改善することにある。本事件のように過去の実績、例示を葬り、被告らの都合に合わせた免罪法を作り、遡及適用を現在行っているが、それは全くの誤りである*

ことを指摘しておきたい。

①モニタリングシステムが肝心なときに機能不全に陥らないよう、地震、津波等の様々な事象を想定してシステム設計を行うとともに、複合災害の場合も想定して対策を講じておくこと。また、モニタリングカーについて＊１、地震による道路の損傷等の事態が発生した場合の移動･巡回等の方法に関して必要な対策を講じること。
②モニタリングシステムの機能･重要性について、関係機関及び職員の認識を深めるために、研修等の機会を充実させること。

＊１：*福島県の担当者に聞いたところ、当日はモニタリングカーのガソリンが無くて緊急時環境放射線モニタリングを実施できなかったと話した。この話を鵜呑みにすることは出来ないので、モニタリングの結果を公表しないための口実と受け止めている。決して、道路の損傷ではない、政府事故調は道路の損傷具合を調べていないはずである。ここの記述は作文ではないかと思う*

(2)SPEEDI 活用上の問題点　【V 章 2、vn 章 5 (3)］

緊急時迅速放射能影響予測ネットワークシステム(SPEEDI)も、地域住民の放射線被ばく防止と避難の対応をする＊１上で重要な役割を担っているが、今回の事故において避難指示が出された際、SPEEDI が活用されることはなかった＊２。

今回の事故においては、地震の影響によりデータの伝送回線が使用できなくなったことなどから、SPEEDI の計算の前提となる放出源情報が得られず、放出源情報を基にした放射性物質の拡散予測はできなかった＊２－２。

しかし、SPEEDI により、単位量放出(1Bq/h の放射性物質の放出)を仮定した計算結果を得ることは可能であり、現にこのような計算結果が得られていた＊３。この計算結果は、放射性物質の拡散方向や相対的分布量を予測するにすぎないものであったが、仮にこの情報が提供されていれば＊４、各地方自治体及び住民は、より適切な避難経路や避難方向を選ぶことができた＊５と思われる。

今回の事故では、現地対策本部が機能不全に陥っていたことから、原災本部又は保安院が SPEEDI を活用した国民への情報提供の役割を果たすべ きであった＊６が、原災本部及び保安院は、SPEEDI 情報を広報するという発想を有していなかった＊７。SPEEDI を所管する文部科学省も、自ら又は原災本部等を介して SPEEDI 情報を広報するという発想はなかった＊８。また、3 月 16 日以降、SPEEDI の活用主体(計算結果の公表主体も含む。)について、同省と安全委員会との間で整理がしきれないまま＊９に事態が推移し、このことは SPEEDI による試算結果の公表が遅れた一因＊10 ともなった。

＊１：*SPEEDI 情報は予防・防災上欠くことのできない絶対条件である。核分裂生成物の流れを予測するために講じられているシステム。これは過去の防災訓練で必ず使われていて、住民の避難場所を選定するために活用されていたので、本事件で、隠蔽されていたことは、当時知らなかった。このスピイディ情報を止めたことは殺人罪に相当する悪質な加害行為に他ならない。2011 年 3 月 11 日の 23 時 49 分に福島県原子力センターに届けられていたことは、森まさ子参議院議員が予算委員会で追及していることで、事実は巷間に知られている。*

＊２：*福島県はこれを否定しているが、この言い訳は、だれが見ても不自然で、信用されていない。この時から、福島県は災害対策基本法の主旨に反して、県民の生命並びに身体の保護に、過誤欠落があるなという思いが募っている。もしかして、福島県が本事件を否定しているのは、福島県の津波予測が、東電の津波評価技術の予測より下回っていたと、被告東電が言う陳述と重なって、福島県の津波予測が低かったので、津波対策はしなかったと責任転嫁をしてくるのが見えてくる。どちらの言い分でも、発電所は壊れて核分裂生成物の放出があったのだから、人道上の観点から、スピイディ情報を止めたことは、被ばく回避を行い、生命維持につながる健康保持の権利を奪ったのである。*

＊２－２：*拡散予測は「できなかった」で済む話ではない。命の情報を止めた、あるいは出さなかったということは、原子力防災の根幹である被ばく回避の過誤・欠落として積極的な不作為事案であるので、黙って見過ごすことは出来ない。＊５で示したようにロスタイムを拵えたのは、明らかに菅総理ら官邸の仕業であることは明確だ。反論を待たずとも、時間泥棒は隠しきれない事実で、被害でもある。*

＊３：*「計算結果が得られていた」とは、悪意がなければ、直ちにこの計算結果を公表して、住民たちの避難に繋げなければならなかった。しかし、実際には、双葉町並びに町民へは知らされなかった。この為、町民たちは、1 号機のベントと 1 号機の爆発によって拡散された核分裂生成物の混じった粉塵を頭から被り、接触し、呼吸して外部・内部被ばくをさせられてしまった。発電所を壊し、核分裂生成物を周辺監視区域外に放射性物質を放出したのは被告東電だが、これから身を守る手段を閉ざしたのは菅ら官邸の人間たちである。放射性物質による生命、身体の影響については未だ解明されておらず、又、いつ障害が出るかも誰にも分からない。そんな恐怖を与え続けながら、山下俊一らは、人の内心に入り込み、影響が無いと扇動した。彼らの言葉で、被曝の影響がなくなれば幸いなことだが、化学／科学は非情で心を持っていないので、１００ﾐﾘｼｰベルト以下は発症しないという保証書*

を、彼らに書いてもらわなければ心は休まらない。

＊４：*「この情報が提供されていれば」３月１２日５時４４分の前に避難を開始して、自家用車のガソリンが尽きるまで、遠くへ町民たちを避難させていた。これは、本事件の本分であり、災害対策基本法並びに原子力災害対策特別措置法が求めていた主旨なのである。実際は、官邸らが本事件に不当な形で介入して、情報を独り占めにして、時を遅らせ、予測を狭め、偽情報を氾濫せしめ、人々に死の恐怖を与え、極刑宣告にも類する加害行為をした。*

＊５：*合同対策協議会が開催されて、事故現場の実情が分かれば、双葉町災害対策本部は、瞬間を大切にして町民を被ばくさせなかった。原告が双葉町長に就任するに当たって、財政再建問題もあったが一番先に考えたことは、原発事故で町民を「被ばくさせないぞ」と心に決めていたので、年中頭から離れたことはなかった。町長としての責務の第一順位に、町民を被ばくさせないと決めていた。本事件では、第１０条通報発出が３月１１日１６時００分頃、第１５条通報が同月同日１６時４６分頃から翌１２日５時４４分の１０ｋｍ以内の避難指示が出されるまで、実に１３．７時間もかけてしまった。こんなロスタイムがなければ、町民たちを被ばくさせないで済んだ。この原因は官邸の不当な介入による情報閉鎖が原因である。*

事象	時刻	ロスタイム（分）累計
第１０条通報　　１１日	１６：００	
第１５条通報	１６：４６	４６
緊急事態宣言	１９：０３	１８３
３ｋｍ以内の避難指示 （このときＥＰＺに従い、１０ｋｍ以内の避難指示を出さない理由はどこにも	２１：２３	３２３

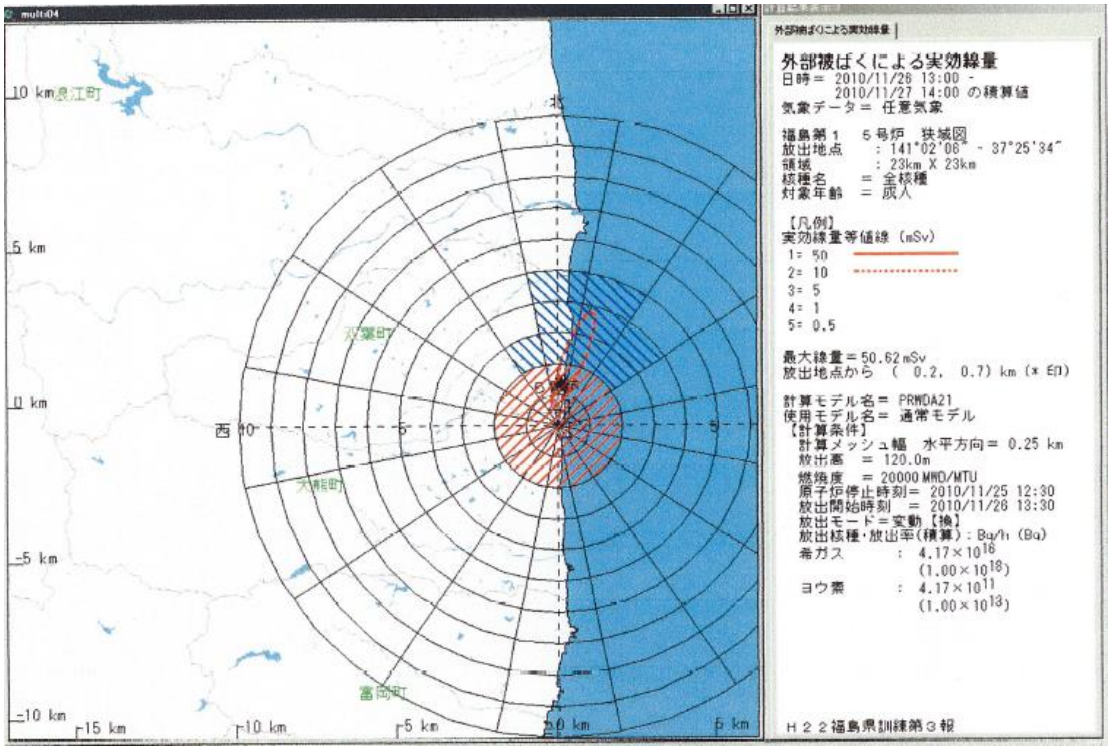
ない。もし出していれば双葉郡民は救われた)		
10 km以内の避難指示　　１２日 13.71 時間は成田空港からパリ空港までの時間に相当する。これから分かるように、菅政権の不当介入によって生じた稚拙な対応で、大勢の国民が強制被ばくをさせられた「事件」ということが証明された。	５：４４	８２３ 823÷60≒ 13.７１時間のロスタイムが発生した

因みに、平成 22 年度　国主催の原子力総合防災訓練を浜岡原子力発電所で行った記録を見ると、菅総理は、官邸地下の危機管理センターにおいて、大畠経産大臣から緊急事態宣言（案）を受け取り、この場で１０ｋｍ以内の避難指示と周辺住民に、正確な情報を提供するように発言している。本事件においては上記の表のように大幅な時間のロスがあった。このロスタイムがなければ、福島県民たちは被ばくをさせられることがなかった。とりわけ双葉町民は被ばくから逃れることができた。本事件においての被ばくは、菅総理と規制担当省庁らの企みによってもたらされた、明確な避難妨害による被ばく事件である。

＊６：*「役割を果たすべきであった」これは、政府災害対策本部長に課せられた責務である。できなかったとは口が裂けても言えない言葉だ、政府災害対策本部長に課せられた法務は、国家、国民の生命、身体及び財産を保護することにある。ところが、菅総理は、役に立たなかった。公務を忘れて、ひたすら民間企業の救済に多くの時間を割いてしまい、ついには、日本政府を民間企業の東京電力に法外な天下りをさせてしまった。一方、避難指示を出された住民たちには、優しい救いの手を差し伸べることなく、生活基盤の無い避難場所に放置され、自助の極限、地獄の被ばく環境下に置かれてしまった。*

＊７：*「スピイディ情報を広報する発想は有していた」以下の図は、平成 22 年度福島県原子力防災訓練時に使ったスピイディ情報である。事故前にはちゃんとスピイディ情報を使用して、避難経路を決め、放*

射性物質の拡散が予測されない方向を避難場所として、公共施設を使っていた。「<u>広報するという発想はなかった</u>」とはいったい誰が言ったのか、現場では、ちゃんと広報していたことを本書は虚偽記載をしている。ここの記載は政府事故調の虚偽公文書作成・同行使である。



≪上図は、平成 22 年 11 月 25・26 日、福島県原子力防災訓練の時の SPEEDI のもの≫

＊８：*「発想はなかった」とは、政府事故調の作文である。あるいは、事故調職員の作文である。原告が参加していた防災訓練では必ずスピイディ情報を用いて、避難方向を決めていた経験があるから、この「発想はなかった」について、完全否定しておく。*

＊９：*「整理がしきれないまま」とは、不思議な話である。真実は一つしかないのに、どうして整理が必要なのだろう。原告は長年メンテナンスに携わってきたが、現場から得る事実を整理したことはなかった。*

そのまま、顧客に伝えなければその使命は果たせないので、事実を伝え、保修の必要性の有無を説明してきた。顧客に「整理したもの」を示したら、メンテナンスの意味がなくなってしまい、ついには、わが社の信用がなくなるだけだったので、事実をそのまま伝えていた。本事件においては、国民には整理して、不都合なことは伝えなかったということが、ここで分かった。

＊10：*「試算結果の公表が遅れた一因」とは、不思議な言い回しである。政府事故調は、加害者の便宜を図るためにあるような文面であるが、原告に対して挑戦しているように読むことができる。第一、試算結果は瞬時にできる。測定結果は集約するのに幾分時間を要する。ここの「遅れた一因」はそもそも本事件において必要がないものだった。福島県が担当する緊急時環境放射線モニタリングを実施して、そのデータを加工せずに公表することに原子力防災訓練ではなっていた。それが、試算結果の公表が遅れた一因とはならないはずである。原告は、ロスタイムとこの公表の遅れが意図的に連動していると睨んでいる。合同対策協議会不開催の理由もここにあるような気がする。確信的に被ばくをさせたと言えるので、このことが双葉町民を被ばくさせた原因である。したがって、この公表の遅れは過失であり、加害でもあるので簡単にここで終わることではなく、ここから放医研が言う「双葉地区住民はハイリスク群」事件として立件しなければならない。*

今後は＊１、被害拡大を防止し、国民の納得できる有効な情報を迅速に提供できるよう、SPEEDI システムの運用上の改善措置を講じる必要がある。また、地震等の様々な複合要因に対して、システムの機能が損なわれることのないよう、ハード面でも強化策が講じられる必要がある＊２。

＊１：*「今後は」を犯罪者や加害者はよく使う言葉だが、ステークホルダー・ミーティングを尽くして、「事実の加害行為を清算して」から、反省の証として「今後は」このようなことは致しませんというプロセ*

スを経なければ、この言葉を使ってはいけない。よく加害者が優位な立場で、反省と対策を通り越して、「今後はこのようには致しません」という弁解を聞くことがあるが、実際に反省から見直した例は見たことがない。特に、東電の反省は空念仏で、反省を何度もいう裏で隠し事をしてきた。その良い例は、津波地震の隠蔽の挙句の本件事故の正体である。

＊２：*「必要がある」と言い放つことは誰にでもできるが、政府事故調は、「強化策」について、類例を以って具体的に言及しなければ単なる作文になってしまう。あえて、具体的に言わなかったかもしれないと理解することにする。これも、優越的地位を誤用したのかもしれない。しかし、視点を変えて考えると、ハード面の強化がされていなかった、すなわち懈怠があったことを政府事故調は認めているので、本件は人災であると語っている。*

(3)住民避難の意思決定と現場の混乱をめぐる問題　【V 章 3、VD 章 5 (4)] 国の避難指示は、数次にわたって行われたが、その内容は、官邸 5 階に集められた一部の省庁の幹部＊１や東京電力幹部の情報･意見のみ＊２を参考にして決定された。これらの決定に当たり、SPEEDI の所管官庁である文部科学省の関係者が官邸 5 階に常駐した形跡はなく＊３、SPEEDI についての知見が生かされることはなかった＊４。実際には、SPEEDI を完全な状態で活用することはできなかった＊５ので、避難範囲＊６についての結論は同じであった＊７と思われるが、避難対策の検討を行う際、**SPEEDI の活用という視点が欠落していた**＊８ことは問題点として指摘しておかなければならない。

国による避難指示等は、避難対象区域となった地方自治体全てに迅速に届かなかったばかりか＊９、その内容もきめ細かさに欠けていた＊10。各自治体は、十分な情報を得られないまま＊11、住民避難の決断と避難先探し、避難方法の決定＊12 をしなければならなかった＊13。こうした事態を生んでしまった一つの背景要因として、原子力災害が発生した場合の避難の問題について、政府や電力業界が＊14 十分に取り組んでこなかった＊15 という事情があると考えられる。　今回のような事態に対して備えておくべきことを列挙すると以下の

とおり である。

① 重大な原発事故が発生した場合に、放射性物質がどのように放出･拡散し、地上にはどのように降ってくるのかについて、また、放射線被ばくによる健康被害について、住民が常日頃から基本的な知識を持っておけるよう、公的な啓発活動が必要である。＊15－2

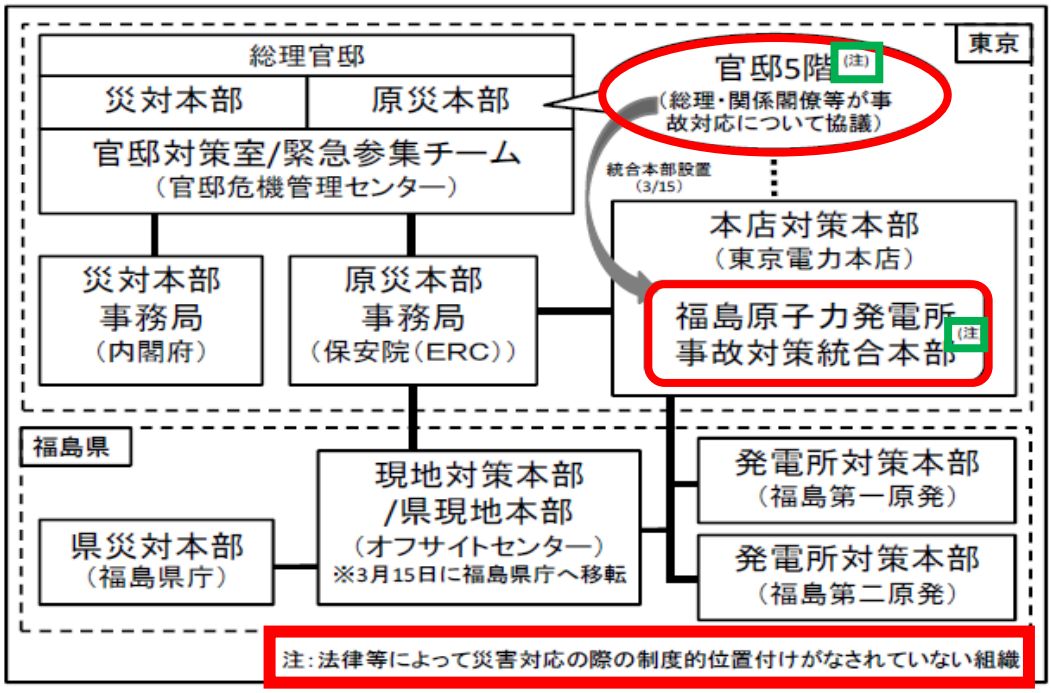
② 地方自治体は、原発事故の特異さを考慮した避難態勢を準備し、実際に近い形での避難訓練を定期的に実施し、住民も真剣に訓練に参加する取組が必要である＊16。

避難に関しては、数千人から数万人規模の住民の移動が必要になる場合もあることを念頭に置いて、交通手段の確保、交通整理、遠隔地における避難場所の確保､避難先での水食糧の確保等について具体的な計画を立案するなど、平常時から準備しておく必要がある。特に、医療機関、老人ホーム、福祉施設、自宅等における重症患者、重度障害者等、社会的弱者の避難については、対策を講ずる必要がある。＊16－2

④ 以上のような対策を地元の市町村任せにするのではなく＊17、避難計画や防災計画の策定と運用について、原子力災害が広域にわたることも考慮して、県や国も積極的に関与していく必要がある＊18。

＊１：*以下の図は、政府事故調 中間報告の５５頁に記載されているもの。注目すべきところは、上段右にある「官邸５階(注)」と記載されていて、（注）は「法律等によって災害対応の際の制度的位置付けがなされていない組織」と解釈が付記されているように、本件事故においては、違法な対応を行ったので、全てが未だに合法的手段が形成されていないので、これまでの経緯はすべて無効である。*

図Ⅲ－1　福島第一・第二原発における事故対応等に関する組織概略図（3 月 15 日以前）



＊２：*「東京電力幹部の情報・意見のみ」は、愚かな選択である。従来から本店と発電所は意思の疎通が悪かったので、なおさら悪いのは当たり前。原告が町長室で見ていると、その実態が明確だった。原発の運転は、地元採用の職員たちだった。本店族と発電所族の力関係には、大きく差があり、上申や提言は困難な状況であることは、原告が町長になる前、受注のために発電所に営業に行くと、本店から出向いた出世街道を行く課長らが、現場をよく知る現場員よりも上位にふるまっていた。この課長らは、自分が課長の時、トラブルがあっても無視して、次の課長に先送りするという話を聞いたことがある。このような体質の東電に、透明性はなく、情報だってどこまで本当か自分たちも、ジレンマに陥っていたのではないかと考えられる。*

＊３：*5 階の総理執務室脇の小部屋を使った理由はまだ明らかにされていないが、本事件の真相を語るのには、原災マニュアルにある地下の危機管理センターを使わなかった疑惑が残っているが、ここに政府事故調は踏み込み*

こんでいないので論評できない。この真意は、菅直人から説明されていないので、必ず、説明を求めなければならない。従来の総理大臣は、総合防災訓練で危機管理センターにおいて、緊急事態宣言を発し、併せてEPZに定めていた８～１０ｋｍ以内の住民に避難指示を発出していた。原告が参加した防災訓練で、官邸とテレビ会議で双葉町の実情を報告していた。この状況を、メディアが録画しているので、記録されている。しかし、本事件では、この状況映像がいまだに公開されていない。もちろん、公開できるはずがない、原告らと共に浪江、大熊、富岡町も菅総理執務室の脇の小部屋の（テレビ会議の有無は不明）会議には参加していないから、公開できるはずがない。菅直人の独断・独演で偽装したことは、法外なので公知、公認されるものではない。これは菅直人が災害関係法を破った故意犯であることは間違いがない。したがって、令和４年現在、正しい事故対応はいまだに始まっていない。これまでの偽装を清算し、全ての事故対応を始めからやり直さなければならない。

以下の図は、文部科学省の「原子力防災体制の概要について」から転載したものである。知見と訓練の実務は従来から引き継がれており、双葉町災害対策本部には、記録と記憶がしっかり残っている。むしろ、本件事故に際しての官邸の異常な判断と過剰な介入で混乱が生じ、町民の被ばく被害からの救助、救済は出来なかったことは、官邸による妨害事件だと考えている。

原子力防災体制の概要について

平成１７年９月６日
文部科学省

原子力災害対策特別措置法の体系

災害対策基本法の特別法として位置づけ

災害対策基本法 ・台風・地震など大規模災害への対応を規定	原子力災害対策特別措置法
防災基本計画（中央防災会議） ・政府や地方自治体の役割を規定	原子力災害対策編
文部科学省防災業務計画 ・文部科学省の大規模災害への対応を規定	第4章: 原子力災害対策
地方自治体の防災業務計画 ・地方自治体の大規模災害への対応を規定	原子力災害対策編

原子力施設等の防災対策について（原子力安全委員会決定）
・主に技術的側面を規定

6

原子力災害対策特別措置法のポイント

①初期動作の迅速化、国と地方自治体との連携強化

②原子力災害の特殊性に応じた国の緊急時対応体制の強化

③原子力事業者における防災対策上の責任の明確化

原子力防災の主な枠組み
（平常時）

原子力事業者	国	地方自治体
・防災業務計画の作成【法第７条】 ・防災組織の設置【法第８条】 ・防災管理者等の選任【法第９条】 ・ﾓﾆﾀﾘﾝｸﾞﾎﾟｽﾄの設置【法第１１条第１項】 ・防災資機材の整備【法第１１条第２項】 ・他の原子力事業者への協力【法第１４条】	・オフサイトセンターの指定【法第１２条】 ・総合防災訓練の実施【法第１３条】 ・原子力災害に関する研究の推進【法第２９条】 ・防災専門官の配置【法第３０条】 ・報告徴収及び立入検査【法第３１条、第３２条】	・報告徴収及び立入検査【法第３１条、第３２条】
関係機関との協力【法第６条】		

19

原子力防災の主な枠組み
（異常発生時：１０条段階）

原子力事業者	国	地方自治体
・国、自治体への通報【法第10条第１項】 ・拡大防止の応急措置【法第25条】	・通報の受信【法第10条第１項】 ・専門家の派遣【法第10条第２項】	・通報の受信【法第10条第１項】 ・専門家派遣要請【法第10条第２項】

原子力防災の主な枠組み
（緊急事態発生時：１５条段階）

国【内閣総理大臣】
・緊急事態宣言の発出（メディアを通じて広報）【法第15条2項】 ・地方自治体への避難などの指示【法第15条第3項】 ・原子力災害対策本部設置【法第16条】 ・原子力安全委員会等への協力要請【法第２０条第６項】

原子力防災の主な枠組み
（緊急事態への対応：15条段階）

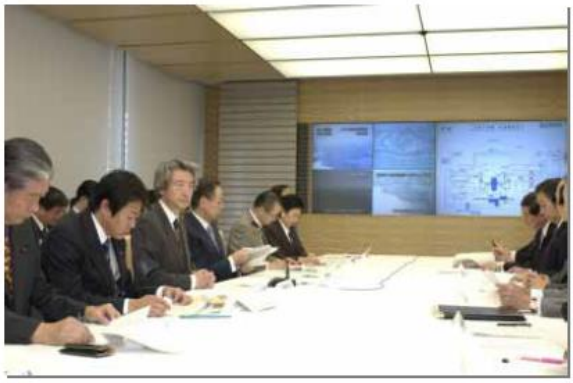
事業者	国	地方自治体
・拡大防止の応急措置【法第25条】	・災害現地対策本部の設置【法第17条第8項】 ・各機関への支援要請【法第20条第3項】	・災害対策本部の設置【法第22条】
	・合同対策協議会の設置【法第23条】	
・緊急事態応急措置の実施【法第26条】		

政府原子力総合防災訓練の概要

原子力災害対策特別措置法に基づき、政府（経済産業省中心）、地方自治体、事業者、関係機関と連携して、年に一度総合防災訓練を実施。

＊過去の実績: 2000年（島根県）、2001(北海道)、2002(福井県)、2003(佐賀県)

■2003年　佐賀県での総合防災訓練の様子

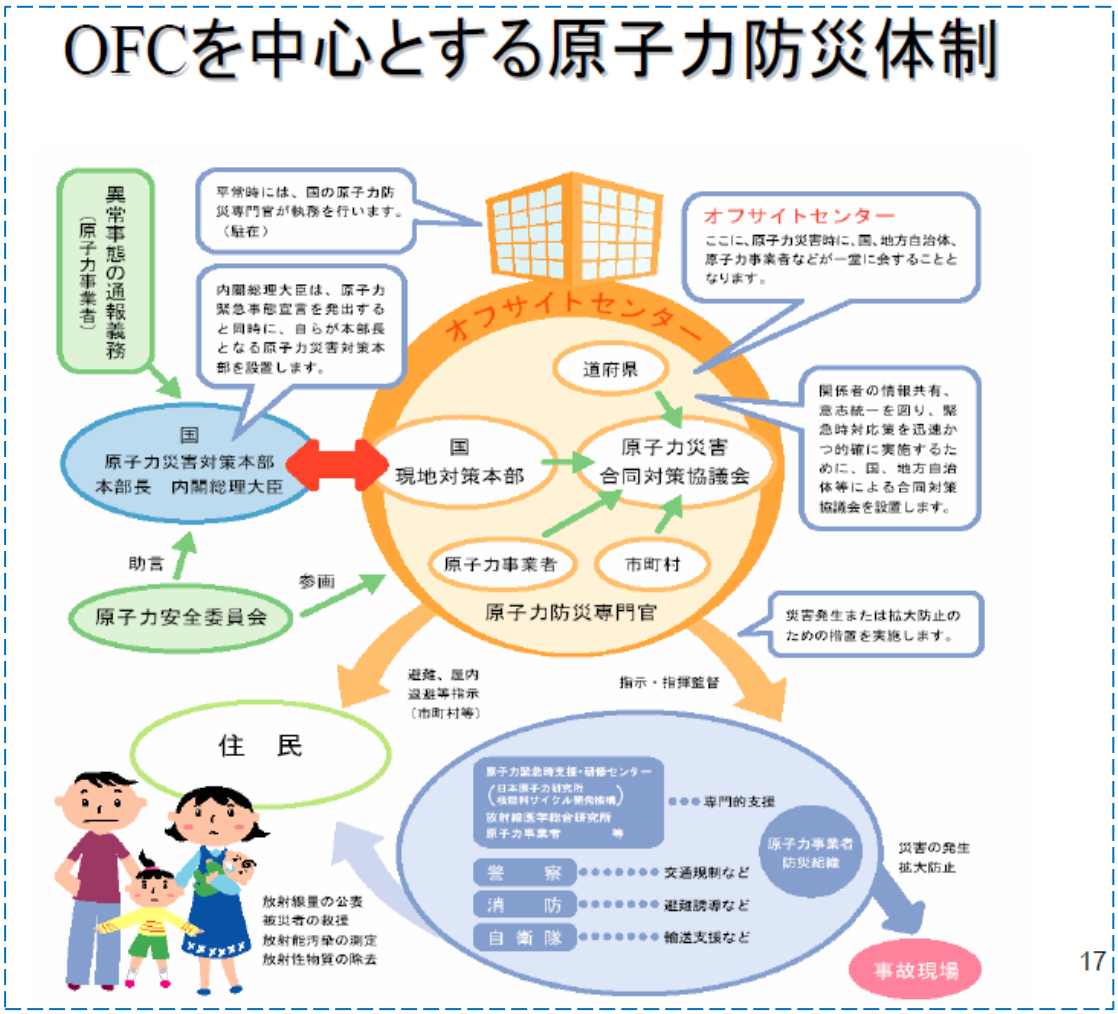


原子力災害対策本部会議（首相官邸）

現地対策本部(オフサイトセンター)

38

上図は歴代の総理大臣が官邸地下の危機管理センターにおいて、政府原子力災害対策本部会議を開催している模様。正面には大型テレビ画面があり、各地域との連絡調整をしているところ。又、現地のオフサイトセンターとテレビ会議で事故情報を交換しているところ。本件事故においても、このような場面を写した映像や記録写真を公開しなければならい。



上図は、過去の防災訓練では何度も実施されていたが、本事件では実施されずに発電所周辺の自治体と住民たちは、避難に必要な情報が提供されなかった。

＊４：*「知見が生かされることはなかった」本当である。平成 22 年度原子力総合防災訓練が 10 月に浜岡原子力発電所で行われた際には、菅総理は官邸地下の危機管理センターにおいて、歴代の総理大臣が行ったように、ちゃんと同じ行為を行っていた。菅直人は自書において、本件事故対応の言い訳を書いている中に、何も備えがなかったと規制主務省庁の事務方を責めていたが、浜岡の訓練の映像では、官邸地下の危機管理センターに関係閣僚と共に規制主務省庁も同席している姿が映っている。菅直人は自書「東電福島原発事故総理大臣として考えたこと」には数多くの虚偽記載がある*

が、浜岡の防災訓練で何をしたのかは語っていないことからも、知見がありながら虚動をしたことを隠していることが分かる。原発事故対応で、ウソをついた唯一の総理大臣として、罰せられることを願っている。

＊５：*「できなかった」では終わりを求めることができない。「できなかった」は、まだ完成或いは完了がなされていないことをいう。ではなぜ、野田総理はこのような重大な過誤の背景がありながら、「事故の収束宣言」を言うことができたのだろうか、原告は未だに収束の姿、「発電所から放射性物質の放出が止まり」の事実を見ていない。*

因みに、原告は収束の事実確認のために、平成 24 年 3 月 7 日午後、役場職員を伴って第一原発の現場に入った。これは、安全確保協定に基づく事故の収束の確認検査であった。しかし、待機していた小森常務と高橋所長に聞くと「収束していません」と答えた。免振重要棟の外の状態を見ても「収束の確認」どころではなく、事故対応の始まりの真っ盛りで、混乱を極めていたことを目視確認している。これを受けて、野田総理は国民に対し「ウソ」をついたことを現場で確認した。

＊６：*以下の図は、防災訓練で使用していた避難範囲を示す。*

原子力施設の種類ごとのEPZ＊のめやす

（原子力安全委員会：原子力防災指針）

＊EPZ（Emergency Planning Zone）:「防災対策を重点的に充実すべき地域の範囲」

施設の種類		EPZのめやすの距離（半径）
原子力発電所、研究開発段階にある原子炉施設及び50MWより大きい試験研究の用に供する原子炉施設		約8～10km
核燃料再処理施設		約5km
試験研究の用に供する原子炉施設（50MW以下）	熱出力≦1kW	約50m
	1kW＜熱出力≦100kW	約100m
	100kW＜熱出力≦10MW	約500m
	10MW＜熱出力≦50MW	約1500m
	特殊な施設条件を有する施設＊	個別に決定
加工施設及び臨界量以上の核燃料物質を使用する使用施設	・不定形状不定性状で取り扱う施設 ・濃縮度5%以上のウランを取り扱う施設 ・プルトニウムを取り扱う施設	約500m
	それ以外の施設	約50m
廃棄施設		約50m

26

＊：日本原子力研究所のJRR4、FCA、HTTR、東芝NCAが該当。

上図は定説である。訓練では、限られた時間と人員で行っていた関係から、せいぜい、２～３ｋｍ以内の住民に避難訓練を実施していたが、本番ともなれば事故の拡大が見通せないために、とりあえず１０ｋｍ以内を避難指示範囲に定めていたものと思われる。この１０ｋｍ以内というのは経験値ではなく、想定値なので拘束力は持たない。本件のように複合的な要素が絡んだ場合のために、現地に合同対策協議会を開催して、適時、的確な住民の避難情報を出すことが求められていた。しかし、本件においては、放射性物質の及ばない所、官邸という高度に整備された環境の密室で、現場の実情とは遠くかけ離れた狭い範囲の指示を出すに至ったのである。菅直人は、政府災害対策本部長として、災害対策基本法並びに原子力災害対策特別措置法に従い、住民の生命、身体及び財産の保護に努めなければならなかったが、彼のとった判断と行動は、自身の母親の安否を心配しながら、発電所周辺の住民が必要としていたスピイディ情報を止め、ヨウ素剤の予防服用を止めさせて、大量の放射性物質に浴びさせ続けたのである。このことから言えば、菅直人は法を守らず、公務を忘れ、自論に浸り、国民を虐待させた犯罪者である。

＊７：*「結論は同じであった」とは思わない。このような報告を政府事故調がすることは、現場の実情と原災法及び、原子力災害対策マニュアル並びに、平成 22 年度福島県原子力防災訓練の記録を読んでいないことと、何やら被告らの意図を汲んでいるかと想像させる記し方に見える。上記に記した経験を実際駆使すれば、結論は全く違う方向にあった。ロスタイムによる避難の遅れがなければ、不要な被ばく回避が可能だったのである。結果回避可能性は菅政権のロスタイムにより失ったのである。*

＊８：*視点が欠落していたとは、迷惑な話だ。ロスタイムと情報の隠ぺいができないための合同対策協議会が開催されていれば、事故情報がスピイディ情報とも共有されているので、視点の欠落はあり得なかった。政府事故調は、真相に迫らないような言い回しをしているに過ぎない。それとも、加害者をかばうための論法を駆使して、このような「視点の欠落」に目線をそらしたのかもしれない。これは故意犯なのである。*

＊９：*迅速に届かなかったのは、福島県の不作為である。11 日 23 時 49 分福島県原子力センターにスピイディ情報は届いていた。ここには内堀雅雄副知事が県現地対策本部長として赴任していたので、県の上層部は知っていたことになる。知らないと嘯くであろうが、知ることができる立場なので、絶対に知らなかったとはいえない。知らないと言えば職責を果さない不作為となる。*

＊10：*「きめ細かさに欠けていた」、いや違う。悪意の「はぐらかし」でウソである。確かに、配慮不足はあったかもしれない。しかし、菅直人の著書からは、何も体制がなかったと記されているが、原告が防災訓練のあらましから判断すると、当初から住民を避難させない密約があったのではないという疑いがある。被告国の原子力安全・保安院の初期対応からは、チェルノブイリ法による原子力産業の痛手から、日本が同じ法を作れば、世界の原子力産業は壊滅してしまう恐れを感じて、とにかく、隠そうと企んでいたように感じることがある。それは、規制義務のあった保安院が集中攻*

撃にさらされると、とても持たないと考えた利権集団が考えて、扱いやすい菅直人に下駄を預けたと考えているので、「きめ細かさにかけていた」という交わし文句を述べたに過ぎない。この言葉で、事故の免責を考えていれば甘い考えである。事故は現実なので、現場の実情に即した対応をしていない対応が、「きめ細やかさに欠けた」では全くなく、現在は悪意の対応でしかない。

＊11：*「十分な」「情報を得られない」これは悪質な人為災害である。得られないのではなく、与えないというのが正しい。このために、発電所周辺の浪江、双葉、大熊、富岡及び楢葉、広野の各町を事故対応から、悪意があって外したと考えている。悪意が無ければ、連絡がつき次第、原子力防災専門官が参集の連絡を発出したはずである。この動きが全くなかったことは、悪意の現れである。*

＊12：*避難住民の「決断」と「避難先探し」「避難方法の決定」は、直後は情報閉鎖の中で、空を仰ぐしかなかった。原告は町の災害対策本部長として、これを考えてやったという誉なことは何もなかった。官邸らの安易なパニックを防ぐという情報閉鎖の中で、実際「暗夜行路」状態だった。「決断」は、とにかく遠くへ避難することだった。戦争を考えていた、戦争する時、自国民を戦場の近くに置けば、敗戦と同時に自国民も全滅になってしまう。本件において、情報が間違っていましたとか、4号機の燃料プールに水がなくなり、空焚き状態になった場合を想像すれば、川俣町では全滅する恐れがあった。この場合、13.7時間のロスタイムで全滅は決定的になったことを考えると、原告の決断は極めて危険なものだった。13日に川俣町に正体不明の怪しい白装束の数人がきて、本部長の了解も受けないままスクリーニング計測をしていたが、数値を示すことなく「大丈夫です」とだけ言い残してどこかに行ってしまった。実測値が言えないまま、挨拶もなしでいなくなったので、不正を働く正体不明の者たちだったに過ぎない。「避難先探し」は原告が行った、この時、合同対策協議会が開催されていれば、他の町村の動向を確認できたので、情報交換を行い、双葉郡民が放射能漬*

けにされることはなかった。原告はこの時、広島・長崎の被ばく被害隠しの歴史の知識があったので、福島県外の被ばくの影響の少ない地域を選択していた。その結果、さいたまスーパーアリーナだったのである。「避難方法は」3 月１２日の場合、バスの移動は考えなかった。集合場所に集合する時間が無かったので、バスの利用は考えなかった。本件の避難は容易なものではなく、いつ帰れるか分からない長期避難なので、避難後の生活を考え、自家用車ごとの避難を呼びかけた。

＊13：*「しなければならなかった」は、やっていない。政府は 3 月 12 日 5 時 44 分、半径１０ｋｍ以内の避難指示発出以降、何もしていない。「しなければならなかった」を知っていることは、やらなかったことを、政府は知っていたという故意犯に抵触する。*

＊14：*「政府や電力業界が」について、住民避難は行政の領域。政府は、いつでも、何でも手出しはしない。法外な「自助」に置き換えて、「支援する」という功利的に言葉を変えて、責任を国民に転嫁してきた歴史がある。税金は国民のものであることは共通の認識だが、政府は罪を犯しても自身は痛まないように、国民は洗脳されてきたので、本件においても、「支援する」を連発している。地震・津波の被害に多くの国民が遭遇しているが、元を糺せば、中央防災会議が適時・適切に情報を公開し、忠告を発していれば、人が死ぬこともなく、原発事故の巻き添えにされることもなかったので、「自助」という見えない役務を転嫁させられることはなかった。電力業界は私企業であるので、自身の災害防止の責務と、周辺住民に害が及ばないように対策をすることに尽きる。*

＊15：*十分に「取り組んでこなかった」は、政府に対する言葉。ことさらに「表」に出して、国民を洗脳させる専門家がいるが、彼らの役目は、政府に国民が刃を向けないようにさせるために存在する集団である。彼らの多くは、金で動く者、学位で動く者に大別できるが、多くは官僚たちに飼われた犬である。犬の多くは忠犬で、飼い主には忠実で、外には良く吠える習性が*

ある。本件においては、毎年の防災訓練で、避難の意識は高かった。その見本を作ったのは、原告が率いた避難行動である。先ず、連絡が来ない、総理は菅直人だ、何やら怪しいと睨んでいた。14 日の夕刻、県の災害対策本部に行くと、案の定、混乱していた。これを見た原告は、この混乱に巻き込まれたら、手遅れになってしまうことを恐れて、自分がすべてを決めて行動しようと決断した。この混乱に便乗して嘘をつかれる恐れを感じたので、政府発表を信じないで、とにかく遠くへ町民を避難させないと、思い切り被ばくさせられてしまうと考え、とりあえず埼玉に避難を決行した。

＊15－2：「*住民が常日頃から基本的な知識を持っておけるよう、公的な啓発活動が必要である。」とは、如何に東京による、東京のための中間報告であるかを示す言葉で、また、事実を偽装した作文を述べている。政府事故調の委員たちは事故現場で、被害に遭った人々と面談していれば、このような嘘を書くことはなかった。発電所と近接している住民の多くは、毎年行われる避難訓練に参加しているので、避難についてはベテランである。この人たちに本件事件で必要だったのは、正確な事故情報だった、これがあれば町が誘導することなく、自ら避難を開始していた。*

＊16：*「地方自治体は～取り組みが必要である。」政府事故調は無能だと自分のことを自分で言っている。確かに無能だ、いやそれとも事実を伝えないために無能のふりをしているのかもしれない。原告の双葉町は十分訓練を積んでいた、この訓練の最中に、参加している首長は、どのくらい真剣に取り組んでいるだろうかという気持ちを持っていた。そして、原子力安全・保安院の職員の資質に疑問も持っていた。それを、自動車の運転免許証に例えれば、免許証は一つでも、運転するドライバーは千差万別、十人十色であって、確実性はない。保安院の検査官についても同じだった。原告が就任中に接した保安検査官事務所長は、4 人だったが、それぞれ目の付け所が違っていた。こんなペーパードライバーのような者が検査官なのかという者もいた。こんな経験をしてきた原告に、現場感覚で明確に対話できるものは一人くらいだった。後の検査官事務所長らは文官で、深く話がで*

きる者はいなかったと記憶している。地方自治体に責任を転嫁する前に、このような脆弱な規制主務官庁の反省と対策を促すべきである。

＊16－2：*「～対策を講ずる必要がある。」この記述も現場の過去を知らない俄調査員たちが書いた作文であることが分かる。「必要がある」ではなく、対策は「あった」が、官邸らの情報閉鎖によって被害が拡大したのである。本件では、正しい事故の進捗情報さえあればよかった。*

＊17：*対策を市町村に任せておけばよかった、事実の情報があれば被ばく被害は僅少で済んだことを強調しておかなければならない。菅直人らの素人の政治家の不当な介入によって、取り返しがつかない混乱が生じた。被災者の生命を優先させることなく、パニックを抑えるために情報を官邸の少数で、囲い込んでいたのが最大の被害をもたらしたのである。*

＊18：*「県や国も積極的に関与した」県や国は、避難の妨害で歴史的に残るほどの加害行為をした。被告らのウソ、偽装、騙し等が引き起こした本件事故に、公務員職権濫用と優越的地位の悪用で被災者を自助に誘導して、不要な我慢と損をさせた。これは、県と国の管理不行き届きの自己責任をウソなどで見えなくし、被災者の被った被害量を少なくして、県と国は得をしたのである。簡単に言うと、詐取で詐欺である。これに援助しているのは、政府事故調のこの文章である。*

(4) 国民･国際社会への情報提供に関わる問題 【V 章 8、9、vn 章 5 (5)]

事故発生後の政府の国民に対する情報提供の仕方には＊１、避難を余儀なくされた周辺住民や国民の立場＊２からは、真実を迅速･正確に伝えていない＊３のではないか、との疑問や疑いを生じさせかねないものが多く見られた＊４。炉心の状態（特に炉心溶融）や 3 号機の危機的な状態等に関する情報提供方法＊５、また、放射線の人体への影響について、「直ちに人体に影響を及ぼすものではない。」＊６といった分かりにくい説明が繰り返されたことなどである。どのような事情があったにせよ、急ぐべき情報の伝達＊７や公表が遅れたり＊８、プレス発表を控えたり＊９、説明を曖昧にしたり*10 する傾向が見られたことは、 非常災害時のリスクコミュニケーションの在り方として決して適切であったとはいえない＊11。

当委員会は、この問題について更に調査･検証を続け、最終報告において必要な提言を行う予定である。

また、国外への情報提供に関し、周辺諸国への事前説明をしないまま汚染水の海洋放出を決め、直ちにこれを実施したことは、条約に違反すると はいえないにせよ、我が国の原子力災害対応についての諸国の不信感を招いた側面があり、今後の重要な教訓とされるべきである。

＊１：*情報の伝え方は非常にまずい。まず初めに、発電所から原災法第 10 条通報が発出されたら、福島第一原子力保安検査官事務所に「常勤・常駐」の原子力防災専門官が、緊急時参集要員へ一斉参集装置を使い、参集のシグナルを送ることになっていた。しかし、これがなされなかった。原子力防災専門官という者の名前も知らず、当日の所在も分かっていない。これは、原子力防災に関係していた公務員は誰でもわかっているが、だれ一人この大事なことを話す者がいないことが、また、闇を深くしている。保安検査官事務所を陰で操っていたのは誰か、命にかかわる情報を止めさせたのは誰か、それは出先の保安検査官たちの一存では出来ないことなので、本省の保安院が関与したと思われる。それとも、原子力推進派にとって、チェルノブイリの失敗のチェルノブイリ法に、日本では繋がらないように、裏メニューがあったのかもしれない。*

＊２：*発電所周辺の住民らは青天の霹靂である。福島県内では原子力発電所がいわき市にあると思っていた県民は少なくない。それがいきなり事故となったので、何も知識がなかった。この状態を今考えると、規制主務省庁の企てに乗せられていたのではないかと、考えることができる。本件事件に際して、隠す、偽装する、ウソをつくのは当たり前にやっていたことが分かる。発電所所在の町は、僅かな交付金に惑わされ、住民たちは職場があると喜んで被ばく労働者になり、東電様々と浮かれていたが、一番うれしい思いをしていたのは、被ばくをしないで、東京で暮らす者たちだった。工事を発注するのは東京で、受注するのは東京の企業だった。利益のほとんどを東京でいただき、実働は現地という構造はずっと続いていた。このような構造の中で、安全が空想でも、職場と交付金が地元の目を奪い、恐怖の批判を抑えてきていた。*

＊３：*事故前から真実は伝えられていなかった。本件事件の発端となった「地震・津波」について、東電と保安院から原告に報告された記憶がない。もちろん、２００８年の１５．７mのことなど全く闇だった。東電のトラブルは日常的で、町に報告されたものを押印するだけでも職務外だった。毎日、山のように報告される資料には、一度も津波地震に関するものはなかったために、津波地震など考えたこともなかった。貞観津波地震を問題にしていたことなど、国会事故調等の報告書及び、当裁判を経てから知ることになった。誠に、信じる者は、地獄行きの片道切符を切られることなど、一度も考えたことが無かった。今にして思えば、安全確保協定に反することを東電と安全保安院らは、すまし顔で原告らを騙していたのである。*

＊４：*「多く見られた」ではなく、すべてが虚偽と嘘まみれだった。いまさらではない。当時は人を疑う遺伝子が無かったので、被告東電と被告国を疑ったことはなかった。「止める」「冷やす」「閉じ込める」が完全に原告らを守ってくれると信じていた。しかし、この３動作が、発電所周辺の自治体と住民たちを裏切り、役に立たない絵空事だったのであ*

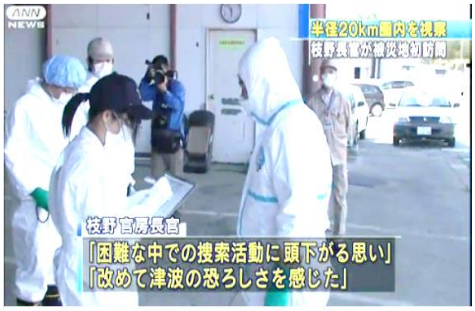
る。これは、東電の住民に対する契約なので、履行しなければならなかった。この契約違反に対して、想定外と開き直っているが、想定外の内訳を示してもらわなければならない。

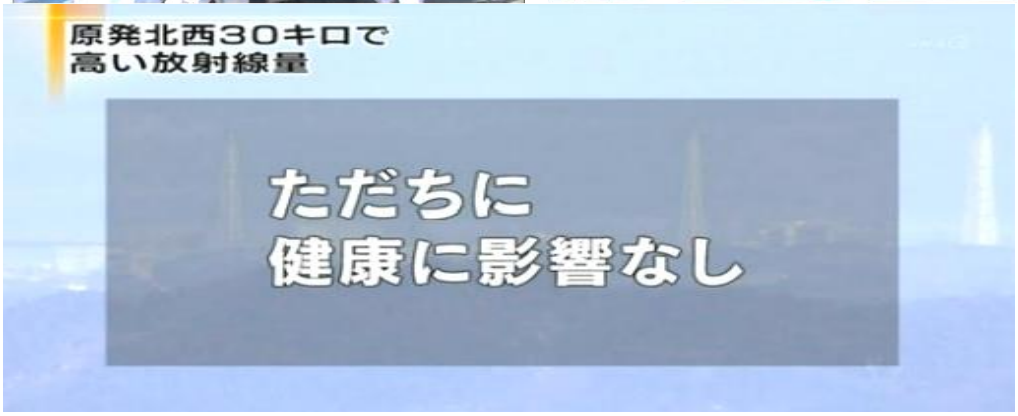
＊５：*「危機的な～情報提供」は全て政府に妨害されて、何も知らせなかった。11 日の 17 時に官邸から防衛省に送ったファックスには、「第一原発放射のうもれ」と記載されていた。この上で、ベントについて官邸と発電所は 11 日深夜から話をしていたが、双葉町には何も知らせなかった。この時の双葉町内は地震の影響で、家屋の窓や玄関などが壊れていたので、屋内退避ができる状態ではなかったが、官邸からも東電からも明確な情報はもたらされなかった。ベントは、原発のトラブルで危険性は最上位にランクされる事態なのに、官邸は情報を閉ざしたまま、東電にベントを強く要求していた。原告ら双葉町民は、危機的な状態に取り残されたのである。これは、明確な人災で殺人的行為であると考えている。*

＊６：*枝野幸男官房長官の記者会見には、強い憤りを持っている。特に２０１１年３月１１日深夜前後の記者会見の発言内容には証拠がなく、地元の感情を逆なですることばかりを話していた。特に、まだ放射能は出ておりませんという前に、前記した官邸から防衛省へファックスしたことを隠して、平然とウソを付くあの顔は、犯罪者の顔をしていた。又、ベントについて 12 日未明の記者会見で述べた内容は、歴史に遺さなければならない。「まだ放射能は出ていません」「直ちに人体に影響を及ぼすものではない」等々と言ったことで、枝野の政治生命と信頼性は一気に失ったことは有名な話である。*

しばらくして、「直ちに影響が無い」と言った枝野が南相馬市に来た時の装束は、発電所の管理区域Ｄゾーン（最悪の線量区域）に入るときの格好をして、発電所の内情を知る人からひんしゅくの声が上がった。下記写真は、枝野が南相馬市を訪れた時のもの。「直ちに影響が無い」

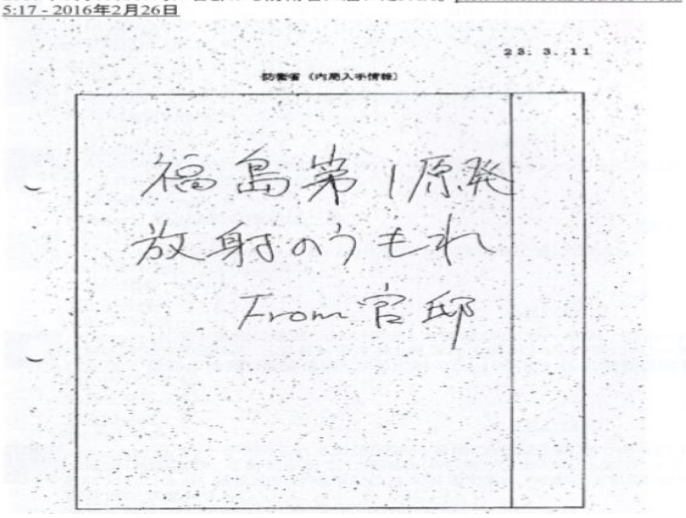
と言っておきながら、自分は重装備のＤ区域（東京電力の最高の汚染度を示す管理区域基準）の格好をしている。市民を平常時のまま生活させておきながら、この差は国民蔑視に他ならない。この現実を政府事故調は語らず、見ていないふりをしている。





＊７：*急ぐべき情報を隠したのは菅直人本人である。こんな時、急がないのはおかしい。原告らは命からがら、声をからし、阿鼻叫喚の心境だった。こんな気持ちを官邸にいて分かるはずがない。下図は、２０１１年３月 11 日１７時に官邸から防衛省に届いた FAX の写しである。このようなことを知りながら、発電所周辺自治体には知らせなかった。この時、原災法に基づく緊急事態宣言発出前なので、政府災害対策本部は立ち上がっていなかったが、官邸は防衛省と同じく発電所周辺自治体にも知らせるべきだった。同時に、東電も安全確保協定に基づき、双葉町・大熊町にはこのことを知らせるべきだった。これは、協定違反であり、裏切り、背信である。この裏切りの代償は未だ支払われていないことを、ここに証言する。*

2011年3月11日17時に官邸から防衛省に届いたFAX。pic.twitter.com/FR9r3PWesa
5:17 - 2016年2月26日



＊８：*公表を遅らせたのも菅直人本人である。＊７で公表を遅らせる理由が無いことが分かる。又、米軍に SPEEDI 情報を知らせていたが、発電所周辺自治体の災害対策本部には知らせなかった。この為、周辺自治体はテレビからの限られた情報を頼りに、それぞれがバラバラに避難をした。双葉町は、１０ｋｍ以遠の避難距離を一気に約５０ｋｍ離れた川俣町に避難したが、浪江町は、放射能の汚染の最もひどい津島地内に町民と役場機能を長時間留め置いてしまった。更に、飯舘村は防災訓練など経験していないので、避難の意識がなく、政府と福島県の避難させない政策の犠牲となり、避難が遅れてしまった。この原因は、現場の実情よりも、政治と行政の責任回避のために、実害を隠して避難の必要性を偽装したためである。これらの被害、損害は天文学的であり、未払いなので、至急償わなければならい。*

＊９：*プレス発表をとめたのも菅直人本人である。下記の資料によると、明らかに菅総理が情報を止めさせていることが分かる。この時、発電所では３号機が危機的状態になっていたので、被告東電と福島県はこの事実の公表を望んでいたことが「タイムライン２０１１－２０１２」の７５頁の３／１４　０８：４０分「福島第一原発の広報班が、国に３号機の原子炉格納容器圧力異常上昇の報道発表を止められている一方で、福島県が９時までにこの事実を公表するよう求めてきていると報告。調整*

*してほしいと要望。東電本店の担当者は『官邸に告げ口、官邸に告げ口、県からこう言われて困っていると』と発言」*していたことから、*事実を被災者たちに隠蔽していたことを知ることができる。又、７７頁に同じく被告東電は、３月１４日１０：０４分保安院から、報道発表を止められていたことが記されている。この最高責任は、人事権者で官僚の頂点にいる菅直人総理大臣の責任を問わなければならない。*

原子力安全委員会 機能班活動掲示板　　1/1 ページ

1568

1	2011/3/13 15:50	総理より事務方のプレスを行うなとの指示あり	ERC安委会	ERC(井上)
	総理指示により15時の保安院のプレスは行われていません			

＊10：*説明を曖昧にしたのは枝野幸男官房長官である。曖昧模糊として意味不明な言葉そのものだった。枝野幸男のウソは、発電所周辺住民にとって悪質で殺人罪的なものなので、別途解明することにする。*

＊11：*「決して適切であったとはいえない」は菅直人らの不当介入から発生したものであり、重大な保護責任に反しているので、枝野と同じく詳細に調査をして、被害を確立させて、損害賠償を請求しなければならない。彼らの判断と行動はとても日本人とは思えない、反社会的な虚動だった。（国家賠償事案）*

(5) その他被害の拡大を防止する対策についての考察　【V 章 4 (5)、(6)、 5 (2)、

vn 章 5 (6)]

当委員会は、スクリーニングレベルの引上げの問題＊１、校庭汚染に伴う利用基準の問題＊２、緊急被ばく医療機関に関する問題＊３についてもなお調査･検証中である。

＊１：*スクリーニング検査基準引き上げは悪質な避難妨害事件である。福島県内のほとんど（直後は平均１０μSv/h）が強度に汚染されていた（平常時0.05μSv/h）ので、参考例（１０μSv/h÷０．０５μSv/h＝２００倍は非常識で、許容限界を言うに及ばずである）を示すと、誤差の範囲の問題ではなく、故意・過失になる。例示を下表を基にもっと続けると、未認定の政府現地対策本部長は当初、４０Ｂｑ／㎠、６，０００ｃｐｍとし、次に１３，０００ｃｐｍに引き上げた。この数値の決定には原告は全くかかわっておらず何も知らない。その次に、福島県知事が１０万ｃｐｍに引き上げた、このことも何も知らされていなかった。下表から、１０万ｃｐｍを横にスライドすると、４００Ｂｑ／㎠となり、更にスライドすると３．３μＳｖ／ｈとなる。４００Ｂｑ／㎠は考えないで、１０万ｃｐｍと３．３μＳｖ／ｈを比較すると、スクリーニング検査基準を１０万ｃｐｍにして、バックグランド値が３．３μＳｖ／ｈ以下でなければならないが、果たしてそのような場所があったのか原告には想像できない。福島県は、１０万ｃｐｍ以上と以内の人数を公表しているが、検査者名、有資格証、検査機器の検査証明書、型式・製造番号及び、検査場所、検査環境、検査時間、個々の検査証明書などと、検査場所のバックグランド値のＢｑ／㎠の関係が示されていないので、どこまで信用すればよいのか、まったく判断ができない。原告は素人ながら、計測機器を使って、振動計、ピーク電流計、メガー計、騒音計などを使って、機械の運転状態監視を行ってきていたので、使用されている記録簿に、それぞれのデータを記して報告していた。しかしながら、高度で厳格な安全を確保しなければならない原子力発電所の正体を事故後に見ると、一般区域の職場よりはるかにいい加減で、でたらめだった。*

こんなことだから規制される側の、発電所の装置の欠陥を、規制する

側の規制主務省庁らは、作文のプロで、現場のプロでなかったので、事故の予兆を見抜き、予防することができなかったのだろう。

cpm（測定値）からBq/cm²、μSv/hへの換算例

cpm（測定値でバックグランドを差し引いた値）	Bq/cm²	μSv/h
0	0	0
10	0.04	0.0003
100	0.4	0.003
1,000	4	0.033
10,000	40	0.33
100,000	400	3.3

換算条件

計数率(cpm:測定値)は、校正されたアロカTGS-146Bまたは、TGS-133を用いて、ISO 7503-1の規格に従い試料から5mm程度の距離に時定数の3倍以上の時間幾何条件を一定に保ちつつ測定するよう、訓練を受けた要員により測定されていること。

線量率は、平らな試料の表面が、半径20 cmの円盤状に（ミカン箱の上面サイズ程度の面積）、Cs-137によって4Bq/cm²程度に一様に汚染されていると仮定し、表面から5 cm離れた位置の線量率値を計算した結果である。

＊２：*これは非常に大きな問題を晒してしまった。国民が有している「内心の自由と平等」を著しく侵害したことは、児童憲章に背き、原子炉等規制法に定められている放射線従事者以外の一般住民の被ばく限度の１ミリシーベルト以下という基準に、違反した２０ミリシーベルトという架空の数値を学校教育現場に持ち込み、原子力発電所の不始末により発生した「放射性物質に晒した事件」である。原子力産業らは人を被ばくさせることを生業にしているかのような、無礼で、人情を無きものにして、被ばくの事実を御用学者にウソを言わせ、世間をかく乱させる産業の正体を現している。これを批判した小佐古教授の涙の記者会見が、事実を語っていることは見逃せない。ここで、先ず①行政とは何ぞやという問題が提起された。又、②大人の子供の保護責任という問題にも抵触する。*

①については：公務員は公僕であり、国民の吏員として、公務員になるとき誓約書を提出している。身分は国民の上位に立つ者ではないことは誰でも熟知している。ではなぜ、国民が有している１ミリシーベルトの権利を、非合法の組織の「内閣府原子力被災者生活支援チームなる者」が公務員の責務を超えて、２０倍の被害を強要したのか検証しなければならない。義務の無かった２０ミリシーベルトという２０倍の被ばくを国民に強制したのか不思議でならない。それも、被ばくの影響が最も大き

い子供たちにである。こんな非道なことをするのは、狂人の仕業以外に考えられないので、ご正道を歩む善良な国民は、このような２０ミリシーベルトの偽装、事故隠しに従うわけにはいかない。②については：古より、大人はすべて子供の保護者である。現在、親の義務を忘れた、あるいは自覚しない親たちが、子供虐待で痛ましい事件が多発しているが、子どもを死に至らせた親は法の裁きを受けていている。放射能は毒であり、武器でもある。この武器が最悪なのは、目に見えないで被ばくの自覚が無いことである（静かに死んでいく最高の武器）。だから、国連常任理事国らは、自分たち戦勝国の利権と優越的地位の保持のために、核兵器を手放したくない。しかし、本件においては戦争状態ではないし、国民は闘っているわけではない。にもかかわらず、大人は放射能から子どもを守っていない。その様子に心を痛めた原告は、当選の望みのない福島県知事選に出て、「あなたは放射能から子どもを守っていますか」という警告を、福島県内７千カ所以上の選挙公報看板に貼った。一世一代の勝負だったが、効果があったかと言えば、毒の悪影響よりも、雇用優先と経済優先の波に揉み消されたと考えている。放射能の毒をもみ消した親たちは、法の裁きを受けなくてよいのだろうか。

＊３：*緊急被ばく医療機関は存在していない。規制主務省庁らは原子力災害対策マニュアルを準備しておいて、このマニュアルによって防災訓練を行っていたが、本件事件では存在を隠してしまい、何も準備されていないと嘘をついている。JCO 臨界事故の反省から作られた原子力災害対策特別措置法の第２３条に定められ、これまでの防災訓練で実施されていた原子力災害合同対策協議会が、本件では実施されていない。この合同対策協議会は、住民安全班、放射線班、緊急被ばく医療班、プラント班、広報班等に構成されていた。この活動模様は、過去の原子力総合防災訓練の記録映像に残されているので、参照されたい。しかし、本件事件においては、過去の経験と反省にも学ばず、菅政権は独自の独裁により、この合同対策協議会は、主要なメンバーである発電所周辺自治体の双葉町を始め、浪江町、大熊町、富岡町並びに楢葉町、広野町が参加してい*

ない有名無実なものになっている。当然、緊急被ばく医療班は存在していない。したがって、本件事故の緊急被ばく医療機関は活動していないので、正式な被ばくの実態から、環境放射線測定データの公認、公知されていない。現在、被ばくを否定している者たちがいるが、それは公認されていないものである。もちろん、２０１３年の UNSCEAR 報告書は、双葉町災害対策本部が認めたものではないので、私文書であることを宣言しておきたい。

6 不適切であった事前の津波･シビアアクシデント対策

(1)不適切であった津波･シビアアクシデント対策　【VI 章 3、4、VD 章 6 (1)] a 津波想定の問題点

(a)規制関係機関

安全委員会は、平成 13 年 7 月、耐震指針検討分科会において、「発電用原子炉施設に関する耐震設計審査指針」（以下「耐震設計審査指針」という。）の改訂作業に着手したが、同分科会の委員に、津波の専門家は含まれていなかった＊１。このことは、安全委員会の津波問題の重要性についての認識が必ずしも十分でなかったことの表れといえよう。耐震設計審査指針の改訂作業は、5 年の歳月を要して平成 18 年 9 月にようやく完了した。最終的に指針に津波対策が明文化されたことは評価できるが、新たに具体的な津波対策が打ち出される契機とはならなかった＊２。

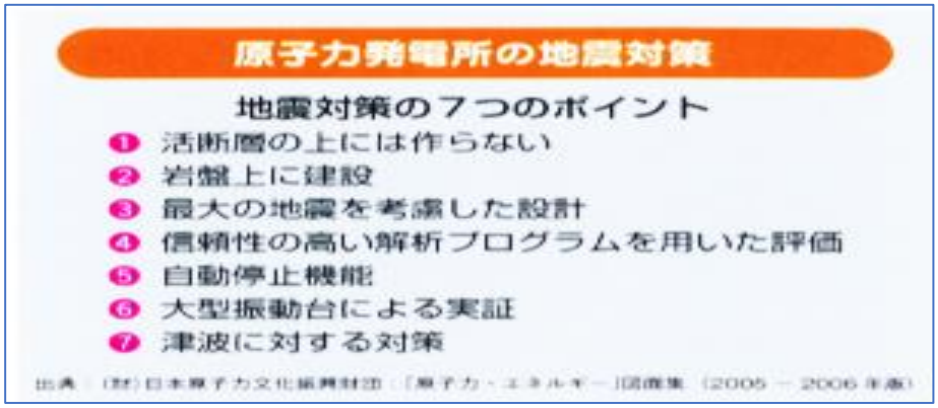
津波評価手法や津波対策の有効性の評価基準を提示するのが規制関係機関の役割である＊３が、当委員会の調査によれば、関係機関において

そのような努力がなされた**形跡を確認できていない＊４**。保安院は、平成 14 年に、東京電力から、「原子力発電所の津波評価技術」（以下「津波 評価技術」という。）に基づく安全性評価結果の報告を受けたが、特段 の指摘や指示は**行わなかった＊５**。保安院は、平成 21 年 8 月から 9 月及び 平成 23 年 3 月にも、東京電力から、津波波高の試算結果等の報告を受けていたが、対策工事等の具体的な措置を講じるよう要求するなどの踏み込んだ対応は**行わなかった＊６**。

＊１：*本件事故前には、専門家あるいは大学教授らが言うことは正しいものと信じてきたが、正しい理解ではなかった。本件事故後には、専門家という肩書の信用を著しく貶めた。大学の教授も同じく信用を失った。このため政府の言う専門家会議は信用できないものだと国民が知ることになった。そのうえで、安全という虚偽の作文をするためには、津波の専門家は邪魔だったのではないかと考えている。「止める、冷やす、閉じ込める」しか言わない東電社員たちは、確信犯的にウソを付いていたので、信用してしまったことが我々地元の失敗だった。そもそも原告は、地震と津波という言葉しか知らなかった、「津波地震」という言葉を知ったのは裁判を通してだった。*

＊２：*平成 18 年 9 月の指針に津波対策を明らかにした。東電はこれを知らないとは言えない。したがって、本件津波を想定外とは言えない。*

下の図は、双葉町広報誌「エネルギーのまちふたば」に掲載されていたもの。出典は、（財）日本原子力文化財団「原子力・エネルギー」図面集（２００５－２００６年版）原子力発電所の地震対策について記載されており、❼には、「津波に対する対策」と記されていて、想定外は責任を問わないという注意書きは無いので、東電は言い逃れをいうことはできない。



＊３：*当然である。規制主務省庁の職員たちは、「津波評価手法や津波対策の『有効性の評価基準を提示するのが規制機関の役割である』」は誰が本件事故発生前、そして、事故が事件に変貌する事故隠しに至る経過において、自分たちが主犯であることをあからさまにし、立地行政並びに住民たちの対応を密室で決め、法外な強要をした。この職員たちによって、被害の全貌が捻じ曲げられ、被害者たちは現在 20 倍の被害を受け続けている。*

＊４：*「努力の形跡は確認できていない」は原告もそう思う。事故前の東電は真意をはぐらかすような作文と、ニヤリ顔で言う「止める」「冷やす」「閉じ込める」は常とう文句で、眉間にしわを寄せて真剣な表情で対応されたことはなかった。事故後の東電は、自己の責任を国に任せ、専ら事故現場の片づけと賠償金の支払いだけに集中しているが、これで問題が片付くわけではない。責任は無限である、恐らく 300 年は片付かないだろう。国の責任の傘の下で、事故の責任を放棄しているようだが、事故防止対策は常時のことなので、地震津波だけが原因ではない。原子炉から放射性物質を一般環境に放出させることが事故の概念で、たとえ、津波が来ようとも、地震が起きようとも放射性物質は閉じ込めなければならない装置のはずだったが、止められなかった装置だったことに問題がある。東電が立地住民に言い放っていた何がっても、「止める」「冷やす」「閉じ込める」ができなかったことは、公約違反で事件なので、この問題*

はいまだ緒についていないので、事故の終期の見通しはできない。

＊５：*保安院は「～行わなかった。」これを給料泥棒と呼ぶ。これは個人の問題を越えた組織全体の怠慢と不作為ととらえている。保安院は過去に原告に歯の浮くような資料を提示して、いかにも頑張っているような説明をしている。原告が双葉町長になって間もなくの忙しい時に、時間を割いて応対した時の資料には、原告を安心させるに十分足りるものであった。結局、原告を「欺罔」したのである。*

＊６：*保安院は「対策工事を要求することは行わなかった」これも背任で給料泥棒である。＊５に共通。*

(b)東京電力等

福島第一原発は、昭和 41 年から 47 年にかけて、設計上の津波想定波高を 3.1m として設置許可がなされた。この想定波高は、1960（昭 和 35)年のチリ津波の際に、小名浜港で観測された最高潮位に基づくものであった。

平成 14 年 2 月、社団法人(現在は公益社団法人)土木学会原子力土木委員会津波評価部会は、津波評価技術を取りまとめた。津波評価技術は、おおむね信頼性があると判断される痕跡高記録が残されている津波を評価対象にして想定波高を算定するものであり、記録の残っていない古い時代に、より巨大な津波が発生していたとしても、そのようなものは評価対象として取り上げられない方法となっていたが、このことに関する適用限界や留意事項等の記述はなかった。

東京電力は、津波評価技術に基づき、福島第一原発の想定波高を 5.7m(後の算定では 6.1m)へと見直した。

東京電力は、平成 20 年に津波リスクの再検討を行い、福島第一原発において **15m を超える想定波高の数値を得た＊1**。また、東京電力は、同年、佐竹健治･行谷佑一 ･山木滋「石巻･仙台平野における 869 年貞 観津波の数値シミュレーション」(以下「佐竹論文」という。)に記載 された貞観津波の波源モデルを基に波高を計算し、9m を超える数値を得た。しかし、東京電力は、前者については、三陸沖の波源モデルを 福島沖に仮置きして試算した仮想的な数値にすぎず、後者については、 佐竹論文において波源モデルが確定していないなど、十分に根拠のある知見とは見なされないとして、福島第一原発における具体的な津波対策に着手するには**至らなかった＊2**。

当委員会は、自然現象は大きな不確実性を伴うものであり、特に津波については過去の文献等により再現できる既往津波の範囲も限られること、原子力発電所が設計上の想定を大きく上回る津波に見舞われた場合、共通的な要因によって**安全機能の広範な喪失が一時に生じる＊3**ことがあることからすると、**原子力災害を未然に防止する＊4**という視点 からは、シビアアクシデント対策を含め、**具体的な津波対策を講じておくことが望まれた＊5**と考える。この点で、国や専門家を含め原子力事業に関係する者は今回の事前検討の経緯を自らのこととして把握し、 **今後の教訓としなければならない＊6**。

＊１：*原発事故は想定外ではなかった。しかし、双葉町は想定外だった。この時、双葉町に東電は安全確保協定に基づく、この津波の高さの報告がなかったために想定外なのだ。安全を考えるとき確率論でいえば、最小に捉えるのか、最大に捉えるのかという二者に分かれる。通常現場では、許容値に何パーセントか上乗せし、耐えられるものを作る。又、限界値を考えるとき、破壊限界を実際より小さく取り、破壊に至るまでの安全裕度を確保する。これは、安全値よりも破壊値が大きければ、簡単に壊れてしまうことを意味している。この考えで行くと、当時の双葉町の波高は、平成 17 年 1 月福島県県民安全領域発行の福島県沿岸市町津波避難計画策定の手引きに基づいて、最大危険度評価結果（想定地震Ｂ）では、３．８ｍとなっていたが、東電は平成 20 年に１５ｍの津波を認識していたので、当然、この１５ｍの大きさを、安全確保協定に基づき知らせるべきだった。１５－３．８＝１１．２ｍもオーバーする情報を知らせなかったのは、東電なのか、あるいは福島県なのか分からないが、地域安全を考えれば両者に知らせる義務があったと考えられる。ちなみに、双葉町では 3. 11 の地震、津波が起きるまで「１５ｍ」のことは知らなかった。「１５ｍ」のことは、町長を辞してから知った。完全に騙されていたのだった。*

＊２：*「至らなかった」は終わりを語るものではない。「至る」まで語らなければならない。① 平成２０年９月１０日１３：１５～１５：１０ 被告東電の当時の発電所長の小森らは、第一原発第二応接室において、耐震バックチェック説明会を開催していたことが、刑事裁判の証拠としてあったものを見つけた。この会議は、秘密会議の様相で会議後資料回収となっているくらい重要な会議だったために、会議資料は見ていない。見たのは議事メモである。このメモも非常に重要で、語尾に小森が、「これまで嘘をついてきたことになってしまう。」と閉めている。*

又、「別紙には、福島バックチェック津波資料と称して、・津波については、真実を記載して資料回収とあり、１．計算結果（上記の通り、資料回収ですので武藤さんに説明している内容を記載:なんらかの海岸構造物で対応する場合も相当な規模、近傍集落への影響から現実的ではない）２．今後の対応（バックチェック報告時には、津波についてＨ１４土木学会バックチェックベース、でいけないかについて、有識者の理解活動（推本をプラクティス化するための電共研をしっかり検討）、関連他社調整を進める）３．ただし、最終的に平成 14 年バックチェックベース（改造不要）ということで乗り切れる可能性はなく、数年後には（どのような形はともかく）推本津波をプラクティス化して対応をはかる必要がある。」と書いてあり、最後のページには、「〇ただし、地震及び津波に関する学識経験者のこれまでの見解及び推本の知見を完全に否定することが難しいことを考慮すると、現状より大きな津波高を評価せざるを得ないと想定され、津波対策は不可避。」と、記されていた。ので、「至らなかった」だけで終わっている政府事故調は、調査不足と被告らに有利な結語にしている。

＊３：*「安全機能の広範な喪失が一時に生じる」それは言うとおりである。問題なのは、東電の経営者が安全対策を無視し、安全機能の保持による一時的な損金の計上を拒み、永続的な負債につながる安全機能の喪失を選択したのである。*

＊４：*「原子力災害を未然に防止する」ことは、以下のような会議をすることではない。東日本大震災発生の８日前の会議内容を以下に示した。*

文部科学省　日本海溝長期評価情報交換会

日時：平成 23 年 3 月 3 日　10:00～11:10
場所：文部科学省６階　６Ｆ３会議室
出席：文部科学省研究開発局地震・防災研究課 北川管理官, 本田係長, 石井技術参与
東北電力 [redacted]、[redacted]、[redacted]、[redacted]
日本原電 [redacted]、[redacted]
当　社 [redacted]、[redacted]、[redacted]（記）
内容：
文部科学省からの説明
・ サイエンスに基づいて評価しているので、結論を大きく変えることはできないが、表現の配慮など、相談に乗れる部分もあると考え、このような非公式な情報交換会をお願いした。
・ 配布した文案を地震調査委員会で審議している。
・ 4/11 の長期評価部会で審議した上で、４月中頃の公表を予定している。
・ 貞観津波の記載を追加しているが、繰り返しサイクルには触れていない。

当社からの説明と要望事項

- 貞観地震があったことは、複数の研究者が指摘しており、共通認識と考えている。
- しかしながら、貞観地震の波源モデルは未だ特定できていない。産総研の行谷氏も、昨年１０月の日本地震学会において、波源モデルの確定にはあと２～３年かかる、と発言していた。
- また、貞観地震の位置で、繰り返し地震が発生しているかについての議論は為されていない状況にある。
- 津波堆積物調査としては東北大、産総研の結果が公表されているが、当社も福島県内で調査を行い、今年５月の地球惑星科学連合大会に投稿済みである。産総研は茨城県でも調査中と聞いている。
- 当社の検討では、貞観地震が繰り返し発生することを仮定すると、それによる隆起が想定されるが、周辺の中位段丘の分布高度と矛盾するようである。隆起の話と、堆積物調査結果を踏まえた波源モデルについて、今年１０月の日本地震学会への投稿を計画している。
- 当社でも知見の収集に努めているし、科学を否定するつもりもないが、色眼鏡をつけた人が、地震本部の文章の一部を切り出して都合良く使うことがある。意図と反する使われ方をすることが無いよう、文章の表現に配慮頂きたい。
- 以上を踏まえ、次の２点について要望した。

① 貞観地震の震源はまだ特定できていない、と読めるようにして頂きたい。

② 貞観地震が繰り返し発生しているかのようにも読めるので、表現を工夫して頂きたい。

→ いずれも認識としては同じであるので、表現を検討したい。（北川管理官）

その他質疑

Q：三陸沖北部から房総沖の海溝寄りの評価に変更はあるか？（当社）

→ 変更はない。（北川管理官）

Q：東電の調査はダイヤコンサルタントか？（北川管理官）

→ ダイヤコンサルタントと阪神コンサルタンツが行い、[redacted]にご指導頂いた。福島県で５地点行い、南の方では堆積物は見つからなかった。

Q：堆積物が無いからと言って、津波が来ていないとは言い切れないのではないか？（北川管理官）

→ その点は承知しており、少なくとも堆積物はないということ。[redacted]は、津波堆積物が無い場合にも、下位の地層の侵食の度合いにより津波来襲の有無を議論できるという研究をされているので、成果を注視している。（当社）

Q：宮城県沖と三陸沖南部海溝寄りの連動は、地震後経過率が 1.0 を超えているから連動を考慮しているように読めるが、このようなロジックは初めてではないか？（東北）

→ 他には無いかもしれないが、我々が把握できているのはたかだか 200 年であることも踏まえて、但し書きとして残した。（北川管理官）

Q：強震動評価も行うか？（東北）

→ 手元には評価例はあるが、部会での審議はしていない。これから取りかかる予定。（北川管理官）

活断層評価

・ 前回の情報交換での依頼を受け、電事連経由で各社に伝え、発電所の活断層評価リストを作成した。各社とも前向きであり、できれば早めに情報交換会をセットして頂きたい。また、できれば全社出席できるように配慮して欲しい。（当社）

→ 承知した。30～40 人規模の会議室を用意して、必要な会社は複数名出られるようにしたい。（石井技術参与）

・ 1 日のシンポジウムでも話題になっていたようであるが、40 万年を原子力の 12～13 万年と対応させて理解する人が出ないよう、今一度表現の工夫をお願いしたい。（当社）

以　上

＊５：*「具体的な津波対策を講じておくことが望まれた」と考える。その通りであり、講じなかったから、発電所が壊れたことが明確な証拠である。*

b シビアアクシデント対策

設計上の想定を大きく上回る津波の場合、共通的な要因によって安全機能の広範な喪失が一時に生じることがあり、直ちにシビアアクシデントに至る可能性が高い。しかし、これまで、設計基準を超える事象を扱うシビアアクシデント対策においては、津波のリスクが**十分には認識されていなかった＊１**。

平成４年７月、通商産業省(当時)は、「アクシデントマネジメントの 今後の進め方について」を発表し、我が国でもシビアアクシデント対策 としてのアクシデントマネジメント(AM)の検討が始まった。しかし、 AM として実施されたのは、機械故障、人的過誤等の内的事象への対策のみで、地震、津波等の外的事象は**具体的な検討の対象にならなかった＊２**。 しかも、AM は、規制要求ではなく電力事業者が自主保安の一環として実施するものとされた。

シビアアクシデント対策は、事業者の自主保安に委ねれば済む問題ではなく、規制関係機関が検討の上必要な場合には**法令要求事項とすべきものであること＊３**を改めて示したのが今回の事故であった。

＊１：*「十分に認識されていなかった」政府事故調のいい加減さが現れているところ。この中間報告書の解説のいろんなところで、「いなかった」「できなかった」を批判してきたが、平成 20 年には１５ｍの高さを東電は知っていたと記載しておきながら、ここでは、「十分に認識されていなかった」と虚偽記載をしている。この報告書は曖昧で不正確なものと認識をせざるを得ない。*

＊２：*「具体的な検討の対象にならなかった」ここの章は、被告東電の誰かの文　章の丸写しと判断したい。「ならなかった」は後付けの加害者が言う虚偽の作文に過ぎない。*

＊３：*「法令要求事項とすべきものであること」これも、責任回避の言い逃れである。津波対策をやらないように工作していたのだから、後付けの言い訳は政府事故調が述べる言葉ではない。この章を見ていると、東電擁護のために書かれているに過ぎない。*

(2)東京電力の自然災害対策の問題点　【VI 章 4 (6)、(7)、vn 章 6 (幻)】

東京電力は AM 策としての津波対策は実施しておらず、自然災害によって炉心が重大な損傷を受ける事態に至る事故の対策は、極めて不十分であった。今回の事故を通じて明らかとなった具体的問題点として、以下のようなものが挙げられる。

①不十分な全電源喪失対応策

設計基準を超える津波が来襲する可能性を考慮していなかったため、「同時多発電源喪失」や「直流電源を含む全電源喪失」という事態への備えがなかった＊１。このような事態が発生した場合を想定した計測機器復旧、電源復旧、格納容器ベント等のマニュアルも未整備で、社員教育も行われておらず＊２、こうした作業に備えた資機材の備蓄も行われていなかった＊３。

②　消防車による注水･海水注入策の未策定

今回の事故対処では消防車による注水･海水注入が行われたが、これらが AM 策として位置付けられておらず＊４、具体的な方策が未策定＊５で、作業に手間取ることになった。

③　機能しなかった緊急通信手段

緊急時における発電所内の通信手段の整備が不十分＊６で、全交流電源喪失により PHS が使用不能となり、情報共有が円滑を欠く事態＊７となった。

④　緊急時における機材操作要員手配の問題点

緊急時･異常事態時の機材の取扱い方に関する具体的な取決めがなされておらず＊８、消防車や重機の操作要員の手配に手間取ること＊９になった。

＊１：*「備えがなかった」で済む話ではない。原発の危険性は当初から想定されていた。原子力安全委員会が立地審査指針で述べているように、適地*

を東京に近い場所ではなく、低人口地帯としていたことからも明らかである。政府事故調が言う「備えがなかった」ので、事故を防げなかったと言い、想定外などと言い逃れをしていることは、明確なウソによる不作為を立証している。意図的に虚構の安全を神話化し、発電所周辺自治体に事故防止対策の必要性が、ばれないように工作をしていたこともここで分かった。

＊２：*社員教育も「行われておらず」と東電の本性を政府事故調は暴露した。これまで、安全を偽って発電所周辺自治体、特に双葉町に報告していた安全対策は「ウソ・偽り」だったことがここでわかった。ただし、ここで、政府事故調の言うことを鵜呑みにできないのは、毎年東電の社長から報告されていた「原子力防災資機材現況届出書」の、福島第一・第二原子力発電所原子力事業者防災業務計画には、改定履歴があり、規制法の改定履歴を記してある。この計画の内容は、第１章総則、第２章原子力災害予防対策の実施、第３章緊急事態応急対策等の実施、第４章原子力災害事後対策、第５章その他と記載されている。この届出書の末尾に、福島第一原力発電所原子力事業者防災業務計画別冊があり、別図 2-1 発電所原子力防災組織の業務分担では、本部（統括管理）本部長:原子力防災管理者（発電所長）以下、12 班がそれぞれの役割分担が示されていた。又、別図２－２では、本店原子力防災組織の業務分掌が表示されていて、本部（統括管理）本部長:社長以下、９班に分掌されていたのである。政府事故調が言う「行われておらず」とは、この届出書は空論であり、現実にはこのことが、「行われておらず」状態だったので原発が壊れる原因となっていたことを、政府事故調は明らかにした。国会事故調が言う「人災」と符合し、これで人災説が確実になった。*

＊３：*資機材の備蓄も「行われていなかった」ということは、毎年、東電の社長から報告されていた、福島第一・第二原子力発電所「原子力防災資機材現況届出書」の手元にある平成１９年１０月５日 原管発官１９第３３２号には、放射線障害防護用器具、非常用通信機器、計測器等、その他資機材の*

大項目があり、詳細には資機材名と数量が記されている。政府事故調の言う資機材の備蓄も行われていなかったという細目が分からないので、原告による詳細の解釈はできないが、本件の事故の規模を想定した資機材は、確かに備えられていたことは確認できない。

＊４：*AM 策として「位置付けられておらず」とは、本当だったのかを解明するために、AM(アクシデント・マネジメント)について、分かりやすく記した検討資料がある。本件事故前の過酷事故検討が詳細にされていたことを示す貴重な資料から、如何に我が国の規制主務省庁が、怠慢・不作為だったかを知ることができる。長文ではあるが下記添付資料を一読すれば、やらなかったことが良くわかるので、BWR に関係する全文を張り付けた。（尚、文中の誤字等はそのまま転記した）*

発電用軽水型原子炉施設におけるシビアアクシデント対策としてのアクシデントマネージメントについて（決定）

平成４年５月 28 日
原子力安全委員会

原子力安全委員会は平成４年３月５日に原子炉基準専門部会から報告のあった、原子炉基準専門部会共通問題懇談会報告書について、審議の後、以下のとおり「発電用軽水型原子炉施設におけるシビアアクシデント対策としてのアクシデントマネージメントについて」を決定した。

発電用軽水型原子炉施設におけるシビアアクシデント対策としてのアクシデントマネージメントについて

平成４年５月 28 日

原子力安全委員会

当委員会は、原子炉安全基準専門部会に昭和 62 年 7 月、共通問題懇談会を設け、シビアアクシデントの考え方、確率論的安全評価手法、シビアアクシデントに対する格納容器の機能等について検討してきた。その後、平成 2 年 2 月 19 日、同懇談会からシビアアクシデントに関する知見及びそれまでに得られていた確率論的安全評価の一部について「原子炉安全基準専門部会共通問題懇談会中間報告書」を受けた。きらに当委員会は、平成 4 年 8 月 5 日、同懇談会から「シビアアクシデント対策としてのアクシデントマネージメントに関する検討報告書－格納容器対策を中心として－（以下、「報告書」という)を受けた。これは、近年、シビアアクシデントへの拡大防止対策及びシビアアクシデントに至った場合の影響緩和対策(以下、「アクシデントマネージメント」という)が発電用軽水型原子炉施設(以下、「原子炉施設」という)の安全性の一層の向上を図る上で重要であると認識されていること、また、アクシデントマネージメントの一部として海外諸国において格納容器対策が採択され始めていることを踏まえ、我が国が採るべき考え方について検討を行ったものである。当委員会は、報告書の内容を検討した結果、報告書が述べるアクシデントマネージメントの役割と位置付け及び格納容器対策に関する技術的検討結果についてはこれを妥当なものであると考える。また、アクシデントマネージメントの整備を一層促進するための同懇談会の提案は、我が国の原子炉施設の安全性の一層の向上に資するものであり意義深いものと認識する。

当委員会としては、同懇議会の提案を踏まえ、下記の方針で対応を行うこととする。また、原子炉設置者及び行政庁においても、同方針に沿って一層の努力をされるよう要望する。

記

1. 我が固の原子炉施設の安全性は、現行の安全規制の下に、設計、建設、運転の各段階において、①異常の発生防止、②異常の拡大防止と事政への発展の防止、及び③放射性物質の異常な放出の防止、といういわゆる多重防護の思想に基づき厳絡な安全確保対策を行うことによって十分確保されている。これらの諸対策によってシビアアクシデントは工学的には現実に

起こるとは考えられないほど発生の可能性は十分小さいものとなっており、原子炉施設のリスク は十分低くなっていると判断される。アクシデントマネージメントの整備はこの低いリスクを一層低減するものとして位置付けられる。したがって、当委員会は、原子炉設置者において効果的なアクシデントマネージメントを自主的に整備し、万一の場合にこれを的確に実施できるようにすることは強く奨励されるべきであると考える。

2. 原子炉設置者においては、原子炉施設の安全性の一層の向上を図るため、報告書が示す提案の具体的事項を参考としてアクシデントマネージメントの整備を継続して進めることが必要である。また、行政庁においても、報告害を踏まえ、アクシデントマネージメントの促進、整備等に関する行政庁の役割を明確にするとともに、その具体的な検討を継続して進めることが必要である。

3. 当委員会としては、アクシデントマネージメントに関し、今後必要に応じ、具体的方策及び施策について行政庁から報告を聴取することとする。当面は以下のとおり行うこととする。

(1) 今後新しく設置される原子炉施設については、当該原子炉の設置許可等に係る安全審査（ダブルチェック)の際に、アクシデントマネージメントの実施方針(設備上の具体策、手順等の整備、要員の教育訓練等)について行政庁から報告を受け、検討することとする。

(2) 運転中又は建設中の原子炉施設については、順次、当該原子炉施設のアクシデントマネージメントの実施方針について行政庁から報告を受け、検討することとする。

(3) 上記（1）及び（2）の際には、当該原子炉施設に関する確率論的安全評価について行政庁から報告を受け、検討することとする。

4. 関係機関及び原子炉設置者においては、シビアアクシデントに関する研究を今後とも継続して進めることが必要である。さらに、当委員会としては、これらの成果の把握に努めるとともに所要の検討を行っていくこととする。

平成 4 年 2 月 17 日

原子力安全委員会
委員長内田秀雄殿

原子炉安全基準専門部会
部会長 村主 進

原子炉安全基準専門部会共通問題懇談会報告書について標記の件について共通問題懇談会より別添のとおり報告を受け、調査審議したので報告します。

シビアアクジデント対策としての
アクシデントマネージメントに関する検討報告書
ー格納容器対策を中心としてー

1．はじめに

当懇談会は、海外諸国においてシビアアクシデント対策の一環としての格納容器対策が規制要

求とシてあるいは原子炉設置者の自主的意図によって採択され始めていることを踏まえ、国内原子炉の PSA、米国原子力規制委員会(NRC)が取りまとめを行っている「シビアアクシデントのリスク(NUREG-1150)」など海外の PSA 及び国内外のシビアアクシデント研究の最新の成果などを基礎資料として、格納容器対策を主体とするアクシデントマネージメントについて、ワーキシググループを設置して検討してきた。本報告書はこの検討結果をまとめたものである。

近年、アクシデントマネージメントは、原子炉施設のリスク管理手段の一つとして重要であることが国際的に広く認識されるようになり、設計基準事象を超える事象が万一発生した場合を想定して、炉心冷却機能の回復や格納容器の健全性の維持等を目指す緊急時操作手順の整備及びそれらに係わる要員の訓練、並びに関連機材の整備等が各国で検討され、あるいは実施されてきている。

アクデデントマネージメントとは、設計基準事象を超え、炉心が大きく損傷する恐れがある事態が万一発生したとしても、現在の設計に含まれる安全余裕や安全設計上想定した本来の機能以外にも期待し得る機能またはそうした事態に備えて新規に設置した機器等を有効に活用することによって、それがシビアクシデントに拡大するのを防止するため、もしくはシビアアクシデントに拡大した場合にもその影響を緩和するために採られる措置をいう。ここではこれらのうち、前者をフェーズⅠ のアクシデントマネージメント、後者をフェーズⅡのアクシデントマネージメントと呼ぶこととする。

フェーズⅠのアクシデントマネージメントは、何らかの原因で喪失した炉心冷却等の安全機能を回復させるための様々の操作から構成される。これらの操作が的確に行われるためには、施設の状態が事象の全段階を通して把握しやすいように配慮された測定・表示・記録設備を整備するとともに、起因となる事象が容易に識別できないような複雑な事象の発生に際しても、プラント状態の表示内容に基づき、プラントを安全な状態に復帰させるために適切な操作を行えるように配慮された手順書等を整備すること、さらにアクシデントマネージメントの実施に携わる者の教育・訓練を実施することが重要である。

これらの表示装置や手順書の整備等は各国で行われてきており、我が国においても、国の指導に基づき原子炉設置者は、このアクシデントマネージメントの一部についてその手順書の表示装置との関係に留意しながら検討・整備し、また要員に対して「運転訓練センター」等において教育・訓練を行ってきている。

一方、フェーズⅡのアクシデントマネージメントとしては、損傷炉心の冷却をはかるために炉心もしくは格納容器の熱除去機能を回復すること、また格納容器の過圧破損の防止を目的として核分裂生成物(FP)を含む格納容器雰囲気を部分的に環境へ放出せざるを得なくなった場合にも、これを管理された状態で行うために、格納容器に専用のベントライン(フィルター付の場合を含む)を設置して利用すること等が考えられている。欧米諸国においては、こうした操作に係わる手順書等の整備が進められてきており、特にスウェーデン、フランス、ドイツ等においては、格納容器にフィルター付ベント設備を付加して、これを利用するとともその手順に含めている。また、PWR アイスコンデンサー型格納容器については、大量の水素ガス発生への対応策として水素燃焼装置を設置することが米国、フィンランドなどで行われている。我が国においては、このフェーズⅡのアクシデントマネージメントについては、現在原子炉設置者において検討中である。

本報告では、これらの状況に鑑みて、まずアクシデントマネージメントの安全確保における役割と位置付けについて検討し、さらに国内のフェーズⅠのアクシデントマネージメントに係わる整備状況とその妥当性を国内原子炉の PSA 及び NUREG-1150 に示される米国原子炉の PSA 等に基づき検討している。次いで、国内外のシビアアクシデント研究の最新の成果、各国において整備が検討されあるいは既に整備された設備の様態・データなどをも参考に、フェーズⅠのアクシデントマネージメントに係わる格納容器対策、特にフィルター付格納容器ベント設備並びに水素燃焼装置についてその設備の利害得失を分析し、それに関して我が国が採るべき考え方を検討している。

＊）シビアアクシデント：原子炉安全基準専門部会共通問題懇談会中間報告書（平成２年２月）では、次のようにしている。「設計基準事象を大幅に超える事象であって、安全設計の評価上想定された手段では適切な炉心の冷却または反応度の制御ができない状態であり、その結果、炉心の重大な損傷に至る事象；なお、ここでいう設計基準事象とは、「原子炉施設を異常な状態に導く可能性のある事象のうち、原子炉施設の安全設計とその評価に当たって考慮すべき」とされた事象とする。

2.　アクシデントマネージメントの役割と位置付け

核原料物質、核燃料物質及び原子炉の規制に関する法律(以下「原子炉等規制法」という)は、原子炉施設の位置、構造及び設備が核燃料物質、核原料物質によって汚染された物又は原子炉による災害の防止上支障がないものであることを原子炉の設置許可の一つとしている。国はこの要件を満たしているか否かを判断するために、原子炉施設が適切な安全管理のもとで確実に事故を防止できること及び原子炉施設に設計基準事象の発生を仮定した場合にも周辺公衆に対して著しい放射線被ばくのリスク(以下、「原子炉施設による周辺公衆に対する放射線被ぼくのリスクを単に「リスク」という)を与えないよう事故の拡大を防止し、またその影響緩和に効果的な安全設備が備えられていることなどを審査している。これに加えて、安全管理のあり方については、運転開始に先立って、その方針を規定する保安規定を作成するよう原子炉設置者に求め、妥当と判断された場合にこれを認可することとし、さらに原子炉の運転約1年ごとに原子炉施設の定期検査を行うことを義務づけている。

これらにより、原子炉施設の安全性は十分確保されるが、さらに万一の事態に備えて、災害対策基本法のもとに原子力防災対策を整備することとし、これに基づき、設計基準事象を大幅に上回るシビアアクシデントの知見も考慮して、放射性物質の大量の放出があった場合にも、災害の発生を未然に防止し又は被害の拡大を紡止するために有効適切な体制、必要資機材の整備、防災訓練等のあり方が定められている。

このようにして、原子炉施設のリスクは充分小さくなっているが、万一原子炉施設にシビアクシデントに至るおそれのある事象、あるいはシビアクシデントが発生した場合に、適切なアクシデントマネージメントが行われるものとすれば、シビアアクシデントに至る可能性はさらに減少し、あるいはシビアアクシデントによる公衆への影響を緩和できるため、リスクは一層小さいものとなる。アクシデントマネージメントは、本来原子炉設置者がその技術的知見に基づき、現実の事態に直面しての臨機の処置も含め、柔軟に行う措置である。これらのことから、あるアクシデシトマネージメントが原子炉施設の設備を大幅に変更することなく実施可能であり、その実施を想定することによりリスクが効果的に減少する限りにおいて、その実施が奨励又は期待されるべきと考えられる。なお、そうしたリスクの減少の目標としては、フェーズⅠとフェーズⅡのアクシデントマネージメントの有効性のバランスにも配慮しつつ、例え場IAEA・INSAG(国際原子力安全諮問委員会〉の基本安全原則が示す定量的な安全目標(炉心損傷の発生率10^{-4}/炉年(既存炉に対して)、10^{-5}/炉年(新設炉に対して)、また大規模なFP放出の発生率はさらにこれらの1/10)などを一つの参考とするのが適切であろう。

ところで、アクシデントマネージメントが適切に行われるためには、原子炉設置者が、最新のシビアアクシデント研究の成果などを参考にして、その実施に関してあらかじめ有効適切と考えられる措置の手順を定め、それに必要な資機材並びに実施体制を整備し、要員を訓練しておくことが大切である。それらのことを考え合わせると、このアクシデントマネージメントに関して国のとるべき対応については、次のようないくつかの考え方がある。

一つの考え方は、前述のようにアクシデントマネージメンについて効果的な実施が奨励又は期待されるという立場から、原子炉設置者がアクシデントマネージメンに係わる整備等を行うよう指導し、例えば保安規定の認可に際してその内容を確認するべきとするものである。

また別の考え方は、不適切なアクシデントマネージメントが原子炉設置者によって計画され、設計基準事象に対する防護の水準が低下することを防止する観点から、原子炉設置者により計画されるアクシデントマネージメントが工学的安全施設の適切な利用を阻害するものでないことを、例えば、工事計画の認可の際に確認すべきとするものである。具体的には、格納容器にフィルター付ベント設備及び水素燃焼装置などを付加する場合、設計基準事象に対する工学的安全施設の機能に悪影響を及ぼす可能性について、安全規制の一環としてチェックされるべきであるとする考え方である。

さらに次のような考え方もある。アクシデントマネージメントは本来原子炉設置者がその技術的知見に基づき、現実の事態に直面しての臨機の処置も含め、柔軟に行う措置であるから、国の事前評価により結果として特定の手段を排除することなどは、効果的なアクシデントマネージメントの実施を阻害することになりかねないと考えられる。しかし一方、緊急時対策の効果的実施の観点からは、関係者間で充分な調整が必要と考えられる。また PSA の結果などを分析するとアクシデントマネージメントの持つシビアアクシデント時の安全確保機能は、審査指針に基づく安全評価においては期待されていない機器あるいは機能を用いる場合でも、本来異常状態に対処するために設計された機器・系統等に匹敵する効果が得られる場合もある。これらのことから、国は、原子炉設置者がアクシデントマネージメントに係わる整備を行う際に参考とするための基本的考え方を整備しておくべきであるとする考え方である。

3. シビアアクシデントへの拡大防止のため(フェーズⅠ)のアクシデントマネージメント

3.1 整備の状況

フェーズⅠのアクシデシトマネージメントは、主として炉心冷却等の安全機能を回復させるための様々の操作から構成される。また、これらのアクシデントマネージメントが的確に行われるように配慮された手順書等の整備が考えられている。国内原子炉では、このようなフェーズⅠのアクシデシトマネージメントとして、様々な対策が整備または検肘されているが、その主なものを主要な事故シーケンス別に整理して示すと以下のとおりである。

1) BWR プラント

① 全交流電源喪失事象に対して、外部電源の復旧又はディーゼル発電機の修復

② 原子炉スクラム失敗(ATWS)事象に対して、

a)原子炉保護系が作動しない場合に手動スクラムまたは制御棒の手動挿入

b)ホウ酸水注入系(SLC)の手動起動

③ トランジェント時の崩壊熱除去機能喪失事象に対して

a)残留熱除去系(RHR)の復旧

b)格納容器スプレイの手動起動

c)格納容器ベント

④ トランジェント後の注水失敗に対して、

a)高圧系 ECCS、原子炉隔離時冷却系(RCIC)の手動起動

b)自動減圧系(ADS)、低圧系 ECCS の手動起動

c)代替注水設備の手動起動

なお、後述する国内のレベル 1PSA では、上記の操作のうち、SLC の手動起動、ADS の手動起動、ECCS の手動起動、格納容器ベント及び機器の復旧等の操作を考慮に入れている。また、格納容器ベントについては、既存の設備(不活性ガス系(AC 系)または非常用ガス処理系(S GT S)を用いたダクトベント〉を利用するとして評価している。この場合のベントは、トランジェント後の崩壊熱除去機能喪失事象における格納容器の損傷を防止するためのものである。

2) PWR プラント

省略

3.2 フェーズ I のアクシデントマネージメントの評価

本節では、海外で行われたレベル 1PSA の評価結果を参考にしつつ、国内原子炉に対して産業界及び原子力安全解析所の行ったレベル 1PSA の結果に基づき、国内原子炉におけるフェーズ I のアクシデントマネージメシトの有効性について考察を行う。

1) BWR プラント

海外における BWR プラントに関する PSA 許価のうち、参考となる例としては、国内原子炉とも比較可能な米国の Peach Bottom 炉(BWR-4・Mark I プラント)に対して行われた「原子炉安全研究(WAS H-1400)」及び NUREG-1150 を挙げることができる。このうち、WAS H-1400 においては、内的事象による炉必損傷の主要な事故シーケンスは、ATWS 事象(以下「TC シーケンス」という)及びトランジェント後の崩壊熱除去機能喪失事象(以下「TW シーケシス」という)となっている。一方、NUREG-1150 においては、最近の研究成果を踏まえて、格納容器ベント設備や格納容器破損後の炉心冷却などのアクシデントマネージメントを考慮した結果、炉心損傷に至る全事象の発生率〔以下、「全炉心損傷発生率」という)に占める TW シーケンスの割合はかなり小さくなっている。また、全炉心損傷発生率についても WASH-1400 の例と比して約 1/5 程度に低減している。NRC は、Mark I プラントの格納容器容積が他の型式の格納容器に比べて小さいということから、Mark I プラントに対して格納容器性能改善対策を勧告することを決定し、その対策の一つとして、「耐圧強化ベント」の設置を掲げている。これは、TW シーケシスに対して考えられている格納容器ベント操作時に、ベントラインの過圧破損を恐れて操作をためらうことを防止するとの観点から、耐圧性のあるベントラインを設置するものである。なお、NRC は、残留熱を大気に直接逃がす隔離時復水器(Isolation Condenser)を有する Mark I プラントに対しても、この場合 TW シーケンスが支配的とはならないにもかかわらず、他の Mark I プラントと同様に「耐圧強化ベント」の設置を勧告している。一方、我が国の代表的 BWR-4 プラントの場合、既存のベント系（ダクトベント)を用いて運転員による手動の操作が可能であるとするなど前節に述べたフェーズ I のアクシデントマネージメントの一部を考慮した結果、TW シ'ーケンスの全炉心損傷発生率に占める割合は 1%未満となっており、全炉心損傷発生率も NUREG-1150 の数分の 1 以下の値となっている。

我が国のその他の代表的 BWR プラントである BWR-3 及び BWR-5 についても、全炉心損傷発生率は BWR-4 と同じオーダーである。なお、我が国の BWR Mark I プラントと Mark II プラントとでは、単位出力当たりの格納容器容積については大きな差異はない。

2) PWR プラシト

省略

3.3 まとめ

フェーズ1のアクシデントマネージメントについては、我が国ではその一部が原子炉設置者において、「徴候ベース」あるいは「安全機能ベース」と呼ばれる手順書として、従来のいわゆる「イベントベース」の手順書を補完する形で整備されている。さらに、手順書に基づいてアクシデントマネージメントが適切に行われるよう、運転に携わる者に対し、「運転訓練センター」等において教育・訓練が行われてきている。

これらのフェーズⅠのアクシデントマネージメントの一部を考慮したレベル1PSAによれば、代表的な国内原子炉の炉心損傷に至る事象の発生率は、評価の不確かさを考慮しても10^{-5}/炉年より小さく、これは例えばIAEA・INSAG(国際原子力安全諮問委員会)の基本安全原則が示す定量的な安全目標〈炉心損傷の発生率10^{-4}/炉年(既存炉に対して〉、10-5/炉年(新設炉に対して))を満足している。また米国においてPSAが実施されているプラントのうちシステム等の類似した同型プラントと比較しても、同様な手法により解析を行った我が国のプラントの炉心損傷の発生率は小さいと評価されている。ただし、我が国の代表的国内原子炉に対するこの評価結果は、これまでの良好な運転管理の信頼性が今後とも維持されること及び手願書に含まれているアクシデントマネージメントが的確に実施きれることが前提となっている。

なお、アクシデントマネージメントとしての安全機能の回復操作等をより高い信頼度で実施するためには、異常原因の認知や対応操作のための情報提供系・計測系の充実を行うこと及び操作内容の単純・自動化等を行うことが有効と考えられる。さらに、フェーズⅠのアクシデントマネージメントとして、現有設備の改造や可搬式設備の導入等の手段により安全機能の代替能力を拡充するなどその検討の範囲を広げることにより、シビアクシデントへの拡大防止をより確実なものとすることが可能と考えられる。

4. シビアアクシデント時の影響を緩和するため(フェーズⅡ)のアクシデγトマネージメント

4.1 整備の状況

シビアアクシデントに至った場合に周辺環境への影響を緩和するために行われるフェーズⅡのアクシデントマネージメントについての基本的方針は、シビアアクシデント時に想定される様々な格納容器の破損モードに対し、『はじめに』で述べたような手段によって、格納容器の健全性を維持しつつ、その過程で必要に応じサプレッションプール水によるスクラビングやフィルターにより、放射性物質の環境への異常な放出を抑制することである。

我が国においては、BWRについて格納容器の不活性化及び可燃性ガス濃度制御系(FCS)の設置、

PWR について格納容器スプレイの設置などの措置が既に採用されているが、これらの措置は、安全評価上想定した以外にも機能を期待でき、結果的にフェーズⅡアクシデントマネージメントの一部とみなすこともできる。なお、これら以外のフェーズⅡのアクシデントマネージメントについては、現在原子炉設置者において検討中である。

一方、海外においては、既存設備の有効な活用に加え、追加設備の設置による格納容器対策として以下に述べるようなものが考えられている。

1) BWR プラント

海外の BWR プラントにおいて、現在設置または検討されているフェーズⅡアクシデントマネージメントとしての格納容器対策としては次のようなものがある。

① フィルター付ベント設備またはウェットウェルベント設備

② 格納容器内注水設備

③ ADS の機能強化

③水素制御設備

上記の格納容器対策は、後述するように、組み合わせて実施された場合に大きなリスク低減効果が得られる。すなわち、格納容器破損モードごとに、その破損モードに対処し得るそれぞれの対策を並行的に実施することにより、シビアアクシデント時の格納容器の信頼性を大きく向上させることができるようになる。

例えば、想定される格納容器の破損モードとしては、過圧破損、過温破損、格納容器直接加熱(DCH)及び水素燃焼等が考えられるが、フィルター付ベント設備単独では過圧破損が回避できるのみで、過温破損にはほとんど効果がない。過温破損を防止するためには、格納容器内に注水すること等によって、溶融炉心を冷却し、それによってコア・コンクリート反応を抑制するとともに、格納容器内雰囲気温度を下げる必要がある。

逆に、格納容器内注水設備のみでは過圧破損が回避できない。また、原子炉圧力容器が、内圧が高圧に保たれたまま破損して溶融炉心が噴出するとした場合、溶融炉心による格納容器直接加熱により格納容器が破損する可能性がある。そのため、ADS 機能の強化を図ることにより高圧での炉心溶融を回避することが検討されている。さらに、MarkⅢ型格納容器を有するプラントに対しては、水素燃焼による格納容器の破損を防止するための水素燃焼装置等の水素制御設備が設置または検討されている。

2) PWR プラント

海外の PWR プラントにおいて、現在設置または検討されているフェーズⅡのアクシデントマネージメントとしての格納容器対策としては次のようなものがある。

① フィルター付ベント設備

②水素燃焼装置

③格納容器内部スプレイの強化

④格納容器外部スプレイ

⑤格納容器内注水設備

上記の格納容器対策は、BWR プラントと同様、組み合わせて実施された場合に大きなリスク低減効果が得られる。

例えば、フィルター付ベント設備単独では過圧破損が回避できるのみで、コア・コンクリート反応による格納容器破損にはほとんど効果がない。コア・コンクリート反応による格納容器破損を防止するためには、格納容器内部スプレイの強化や格納容器内注水設備により、溶融炉心を冷却し、それによってコア・コンクリート反応を抑制する必要がある。これらの格納容器対策は、大型ドライ型格納容器プラントを対象に設置または検討されている。

また、アイスコンデンサ型プラントは、大量の水素発生時に水素燃焼による格納容器の早期破損の可能性が高いと考えられており、これを防止するために水素燃焼装置が設置または検討されている。さらに、格納容器の過圧破損を防止することを目的として、鋼製格納容器の外側にスプレイすることにより格納容器内雰囲気を冷却する格納容器外部スプレイが検討されている。

4.2 欧米諸国における格納容器対策の現状

欧米諸国においてシビアクシデント時のアクシデントマネージメントのための具体的手段として、各種の格納容器対策が検討されている。これら格納容器対策のうち格納容器ベント設備と水素燃焼装置に係わる各国の規制上の位置付け及び設備の概要について調査を行った。

1) 格納容器ベント設備

欧州ではフェーズⅡのアクシデントマネージメントの一環としてフィルター付格納容器ベント設備が設置または検討されている。

フランスでは、1978 年にフランス電力庁(EDF)が実施した PSA を背景に、設計基準事象を上回る事象に対する安全目標として、炉心溶融に至った場合にも環境への FP 放出量をサイト周辺の緊急時計画に見合ったレベルまで低減させることを決定した。この安全目標に適合させるためのひとつの方策としてフィルター付格納容器ベント設備が採用されている。なお、具体的な設計では、FP エアロゾルに対する除染係数(以下「DF」という〉を 10 以上とすることが要求されている。ドイツでは 1986 年-1987 年にかけて原子炉安全委員会(RSK〉がフィルター付格納容器ベント設備に関する基本要件を勧告している。その中では、フィルター付格納容器ベント設備は所内緊急時対応計画を完成させるための措置とされており、プラントの安全運転にとっての技術的要件としては位置付けられていない。なお、具体的な設計では、エアロゾルに対して DF を 1,000 以上とすることが、また元素状よう素に対して DF を 10 以上とすることが要求されている。現在、ほぼすべてのプラント(PWR 及び BWR プラント)に格納容器ベント設備が設置済みと考えられる。

スウェーデンではシビアアクシデントに関する基本方針が、1980 年-1981 年に政府から出された。その中では、土地汚染を生じるような大量の放射性物質放出の可能性は小さいが、それをさらに低減するため、その手段としてフィルター付格納容器ベント設備の設置が要求され、すべてのプラントに設置済みである。なお、具体的な設計では、大規模土地汚染と急性死亡の発生防止の観点から、放出 FP を 1,800MWt の原子炉の炉心インベントリの 0.1%以内に抑えることが要求されている。

フィンランドでは、BWR プラントについてフィルター付格納容器ベント設備を設置済みである。

英国では、PWR プラントに対する格納容器ベント設備の採用について、どのシステムを採るかを含め検討中である。なお、その最終決定は 1991 年度中になされる見込である。

一方、米国においては、前述のように、BWR Mark I 格納容器に対してフェーズ I のアクシデントマネージメントとして耐圧強化ベント対策を要求しているが、フェーズ II のアクシデントマネージメントとしては注水設備と耐圧強化ベント対策の組み合わせが議論されている段階で、フィルター付ベント設備については NRC の検討要求項目の中には入っていない。また、PWR プラントに対しては格納容器ベント設備は特に検討項目として指摘されていない。

格納容器ベント設備の設計において、フランス、ドイツでは単一故障、電源喪失及び地震を考慮していないが、スウェーデンではこれらを考慮している。

2) 水素燃焼装置

シビアクシデント時の水素制御に関する各国の対応策は統一されておらず、今後の研究、開発成果を待って方策を講じるとしている国も多い。

米国では NRC が 1979 年~1980 年に、TMI-2 事故の検討に基づく勧告及びアクションプランを発表し、BWR プラント及び PWR アイスコンデンサ型プラントへの水素対策の実施を求めた。その後、1981 年 12 月に BWR Mark I 、II 格納容器に対して窒素ガスによる不活性化対策を行うべきという規則が出された。続いて 1985 年 1 月に BWR Mark III及び PWR アイスコンデンサ型プラントに対して水素制御系の改普等に関する要求をまとめた規則が出された。

なお、これらのプラントについては「グロープラグ式水素燃焼装置」が設置済みである。

フランスにおいては、フランス原子力庁(CEA)の研究所が PWR ドライ型プラントの水素制御方式について研究を実施しているが、まだ水素対策の方針を決定していない。フランス電力庁(EDF)では米国、フランス等における関連する試験や研究結果から、水素制御系の設置の必要性が生じた場合には、これを考慮する方針としている.

ドイツでは、水素対策の最終結論をまだ出していないが、水素不活性化と制御の可能性に関する研究の検討を通じて、PWR ドライ型プラントの水素対策としては、燃焼方式によるものが適当と判断し、水素燃焼装置の設置を全原子炉設置者が同意した。なお、現在さらに詳細な研究を行っている。

また、フィンランドにおいては、PWR アイスコンデンサ型プラントに対し、水素対策として「グロープラグ式水素燃焼装置」が設置済みである。

一方、英国では、PWR プラントの PSA 結果をもとに、水素燃焼により格納容器の健全性が損なわれる可能性は小さいとして、具体的な設備対応策はとられていない。

3) 格納容器対策に要するコストについて

格納容器対策の設備設置に要するコストは設備仕様により異なり一概に言えないが、フィルター付き格納容器ベント設備の設置コストは、一部を除き約 100 万ドルから約 450 万ドルまで

の評価結果があり、また水素燃焼装置の設置コストは約 490 万ドルとの評価例がある。

4.3 格納容器対策の効用について

格納容器ベント設備等のフェーズⅡのアクシデントマネージメント対策の効用を評価するに当たっては、レベル 2PSA の評価結果が参考となる。このため、我が国の産業界及び原子力安全解析所で行われた予備的なレベル 2PSA の評価結果について検討した。検討においては、格納容器破損の発生率、ソースターム評価結果及び格納容器ベント設備を採用した場合のソースタームの低減効果、並びに水素燃焼譲置を設置した場合の格納容器破損の発生率の低減効果について調査を行うとともに、BWR については米国の PSA 結果との比較を行った。

なお、今回検討したレベル 2PSA の評価結果は現時点での知見に基づくものであり、レベル 2PSA で取り扱っている現象に対する知見が今後増大すれば見直しが行われるべきものである。

1) 格納容器ベント設備

[BWR]

米国の Peace Bottom 炉に関する評価結果によれば、格納容器ベント設備(耐圧型)のみでは、どのシーケンスでも過温によるドライウェル破損が生じるとされている。なお、環境への FP 放出はこのドライウェルからの放出が主となることから、ベント設備の方式(耐圧強化ベント、フィルター付ベント、ダクトベント〉の違いによってリスクに関し有意な差は生じていない。また、改良型 ADS、バックアップスプレイ、パックアップ圧力容器注水などの対策は、個別的にはリスク低減効果は小さいものの、これらすべてを格納容器ベント設備と組み合わせて採用した場合には大きなリスク低減効果が期待できることが示されている。

これに対し、我が国の代表的 BWR プラントに対する予備的なレベル 2PSA の評価結果は.概略次のとおりである。

i) BWR-4・Mark Ⅰプラントの場合、格納容器破損に至る全事象の発生率(以下「全格納容器破損発生率」という)は全炉心損傷発生率の約 1/7(産業界〉と評価されている。また、格納容器の破損モードは、全交流電源喪失事象及び LOCA 後の炉心冷却失敗事象など、炉心損傷後に格納容器が破損するシーケンスでは過温破損、TC 及び TW シーケンスなどの事故シーケンスでは過圧破損である。(なお、レベル 2PSA においては、格納容器の温度または内圧が一定の値を超えると評価された場合をもって、それぞれ「過温破損」もしくは「過圧破損」するとしている)また、このうち比較的早期(10 時間以内〉に FP 放出に至る格納容器破損事故の発生率は、全炉心損傷発生率の約 1/10 である。また、ソースタームの評価結果によると、すべての事故シーケンスにおいて、CsI、CsOH の放出割合が他の核種に比べて 1 桁以上大きくなっている。

BWR-5・MarkⅡプラントの場合、TC 及び TW シーケンスでは、格納容器の過圧破損によって注水機能が喪失し、炉心溶融に至る。MarkⅡプラントの格納容器では溶融炉心によるコンクリート侵食により、原子炉圧力容器下部ペデスタル部に破損が生ずる。全格納容器破損発生率は、全炉心損傷発生率の約 1/3(産業界)～約 1/4(原子力安全解析所)と評価されている。また、このうち比較的早期に FP 放出に至る格納容器破損事故の発生率は、全炉心損傷発生率の約 1/5 である。

また、産業界のソースタームの評価結果によると、格納容器内に流出した溶融炉心の温度が Mark Ⅰプラントの場合よりも高くなり、コア・コンクリート反応が増大し、Te, Sr, Mo の寄与が増加する。また、ペデスタル部が破損するとスクラビング効果が期待できなくなるため、CsI、CsOH の放出割合についても Mark Ⅰプラントに比べて全般的に大きくなっている。

ii) 格納容器ベント設備による FP 放出低減効果について、環境影響の観点から重要な CsI に着目した結果を以下に示す。

BWR-4・Mark Ⅰプラントの場合、ダクトベント、耐圧強化ベントのいずれでも、それによる環境への CsI の放出量の低減効果は大差なく、効果の大きい事故シーケンスでもファクター10 程度である。これはドライウェルで過温破損が生じ、ベント配管をバイパスして放出されてしまうシーケンスが支配的となるためである。一方、注水設備によって溶融炉心の冷却の効果が確実に期待できるとすれば、ダクトベントまたは耐圧強化ベントの場合にはスクラビング効果に相当する DF、フィルター付格納容器ベント設備の場合にはフィルターの DF に相当する FP 政出量の低減効果があると考えられる。

BWR-5・MarkⅡプラントの場合、ダクトベント、耐圧強化ベントのいずれのケースも、環境への CsI の放出量の低減効果は少ない。また、ダクトベントのケースに比べ、耐圧強化ベントのケースは放出割合がかえって増大している。これは、ダクトベントの場合には、放出される FP の建屋内沈着が期待できるのに対し、耐圧強化ベントの場合には、建屋をバイパスするため、これを期待できないためである。

一方、BWR-4・Mark Ⅰプラントの場合と同様、格納容器への注水が行われ溶融炉心の冷却の効果が確実に期待できるとすれば、フィルター付ベント設備の場合にはフィルターの DF に相当する FP 放出量の低誠効果があると考えられる。

[PWR]

省略

4.4 格納容器対策の実施に付随して発生する課題と対応

前節までアクシデントマネージメントの一環として、格納容器ベント設備及び水素燃焼装置を対象として、PSA の観点からその効用について検討を行ってきた。

しかしながら、これらの設備を採用した場合、その内容によっては機器の故障、誤動作や運転員の誤操作により、かえって原子炉施設全体としての安全性を阻害する可能性も考えられる。

本節においては、それらの対策を施す場合、付随して発生すると考えられる技術的課題を可能な限り洗い出し、その課題に対する諸外国の対応状況を調査し、評価を行った。

1) 格納容器ベント設備

格納容器ベント設備は、格納容器の過圧破損を防ぎ、そり健全性を維持するための設備であるため、ベント開始の設定圧力をいくらにするかということは、ベント設備の設計・運用上、重要である、種々の実験等により、格納容器の破損限界圧力は設計圧力の 3 倍程度といわれているが、これまでのベント設計では、設定圧力として格納容器の設計圧力又はそれを若干上回った値を採用している場合が多い。

また、格納容器ベント設備を採用した場合、設備の故障、誤動作または運転員の誤操作が安全性をかえって阻害する可能性については、各国とも通常時閉止の隔離弁を 2 弁設置するか又はラプチャーディスクあるいはそれらの組み合わせにより対応している。特にラプチャーディスクを用いない手動開方式の場合には、誤操作防止の観点から、監視計器、手順書及び訓練の充実が必要である。

ベント中においては、①ベントラインでの水素燃焼、②BWR プラントにおける注水システムのキャビテーション、ベント後においては、③隔離弁再開止失敗、④格納容器負圧破損の可能性などが考えられるが、各国とも①については、圧力開放装置（オリフィス)の設置又は窒素置換の設計対応、②については、注水系の水源切替や外部水源等による適用、③については隔離弁 2 弁構成による設計対応、④については格納容器内圧カモニタによる設計対応等が図られている。実際には手順書の作成時に監視項目、操作等の運転操作とこれらの設計対応とを十分関連づけ、その運用を具体化しておくことが必要である。

2) 水素燃焼装置

水素燃焼装置の機能は、大量に水素が発生する事故時において、格納容器内の水素温度を低くすることである。水素燃焼装置の型式には、グロープラグ式、触媒式及びスパーク式があるが、米国等の PWR アイスコンデンサ型プラントに実際に設置されているのは、グロープラグ式である。本設備を採用するに当たっては、その効果を確実なものにするために、①作動時期、②大量の水素発生雰囲気条件下での機能、③局所的な爆ごうの発生の可能性、④電源系の信頼性の検討が必要である。①については、グロープラグ式の場合、事故検知後に運転員が手動投入を行うことになり(他の型式は自動作動)、その場合、操作開始までの時間的余裕は十分にあるものの、操作の時期を誤って過剰圧力を生じさせないよう適切な操作要領等の検射が必要で

ある。また③については、グロープラグ式の場合、米国のいくつかの研究所において大量水素発生時のスプレイ、フォッギング等の影響評価実験が実施されているが、他の方式については今後確認が必要である。さらに③については、米国 PWR プラントの水素燃焼装置の設置例は、局所的な水素の高濃度化を防止するために、格納容器の各区画ごとに水素燃焼装置を設置するなどの対策が講じられているが、これを含め局所的爆ごう防止の対策及びその妥当性については、我が国及び諸外国において水素燃焼挙動の把握に関する実験研究が進行中であり、それらの研究による知見を踏まえて判断することが肝要である。また、④については、グロープラグ式及びスパーク式水素燃焼装置の場合は、電源の信頼性についての検討が必要である。

5. 技術的検討結果

格納容器ベント設備及び水素燃焼装置を中心として、フェーズⅠ及びフェーズⅡのアクシデントマネージメントの観点から利害得失を含めて検討し、得られた技術的検討結果を以下にまとめて示す。

1) 格納容器ベント設備

i)フェーズⅠのアクシデントマネージメントとしての格納容器ベント設備

米国においては、前述のとおり TW シーケンスでの炉心損傷を防止するために、BWR Mark Ⅰプラントに耐圧強化型格納容器ベント殻備の設置が勧告されている。一方、既存のベント系(ダクトベントの利用を考慮に入れた、我が国の代表プラントのレベル 1PSA によれば、炉心損傷発生率は十分に低く、また全炉心損傷発生率のうち TW シーケンスの割合も小さくなっている。

米国における耐圧強化型格納容器ベント対策は、Mark Ⅰプラントの格納容器容積が他の格納容器の型式に比べて小さいという議論を背景として、主として Mark Ⅰプラントを対象として要求されている。しかし、実際には、国内 BWR プラントの Mark Ⅰと Mark Ⅱプラントでは単位出力当たりの格納容器容積について設計上の差はなく、また全炉心損傷発生率についても顕著な差はない。従って、Mark Ⅰプラントの格納容器に対してのみ特に耐圧強化型格納容器ベント設備を設置する必然性は必ずしも明らかではない。

なお、国内 PWR プラントにおいては、フェーズⅠのアクシデントマネージメントとしての格納容器ベント設備に期待していないので、これについての検討はここでは省くものとする。

ii)フェーズⅡのアクシデントマネージメントとしての格納容器ベント設備

フェーズⅡのアクシデントマネージメントとしての格納容器ベント設備として特徴的なものは、欧州諸国の BWR 及び PWR プラントで設置が進められているフィルター付ベント設備である。BWR プラントについては、サプレッションプールでスクラビングによる FP 放出低減効果を期待するウェックウェルベント設備もある。なお、前述の米国の耐圧強化型格納容器ベント設備は当初はフェーズⅡ段階でも使用することが考えられていた経緯がある。

BWR Mark Ⅰ、Ⅱ格納容器の現状の設計においては、フィルター付ベント設備もしくはウェットウェルベント設備のみでは格納容器の過温破損が防止できないため、必ずしも環境への FP 放出の低減に関して有効とならないが、格納容器への注水と組み合わせた場合には、フィルターもしくはサプッション・ンプールのバイパスを回避することができ、環境への FP 放出量の低減に関して有効なものとなる。

PWR では、フィルター付ベント設備は、格納容器の準静的な過圧破損モードに対しては有効であるが、フィルター付ベント設備のみでは他の破損モードには有効ではないため、シビアアクシデント時の格納容器破損の発生率を低下する観点から、格納容器スプレー系の強化あるいは格納容器内注水等ベント設備以外の対策も併せて、総合的に検討していく必要がある。

なお、格納容器ベント設備の設備仕様を具体的に決定するに当たっては、DCH、溶融炉心の冷却特性及びプールスクラビング効果等のシビアクシデント時の物理現象に関する研究を推進し、不確かさの幅の低減に努めていく必要がある。

2) 水素燃焼装置

設計ベースを超える大量の水素ガスの発生に対する対応策については、原子炉安全基準専門部会のワーキンググループにおいて検討がなされてきた。

同ワーキンググループにおいては、大量の水素発生時の問題点、今後の措置、格納容器の耐力、米国における規制、研究開発状況及び我が国の規制に適用する場合の問題点等について検討がなされてきた。その後、格納容器の安全性の役割、指針への導入方法などについて検討がなされている。その結果、大量水素発生時においても格納容器は、現設計のままで格納機能を維持できる可能性がかなり高いが、なお一層の検討が必要であるとの結論がまとめられている。さらに、同ワーキンググループにおいて、国内 PWR アイスコンデンサ型プラントにつき、水素燃焼装置を水素制御対策のひとつとして検討している。その結果、計画的に水素の燃焼が制御できれば、格納容器の内圧上昇を極めて限られた範囲に止めうるものの、

確実にかつ遅滞なく燃焼を起こさせる燃焼装置についてはまだ実証性が不十分であるとの結論がまとめられている。当懇談会においては、同ワーキンググループの検討結果を踏まえ、PSA の結果など国内外のシビアアクシデント研究の最新の成果、海外諸国において設置が検討され、あるいは既に設置された設備の様態、データ等を参考にその効用及び設置に付随して生ずる課題と対応について検討してきたが、現状で得られた知見をまとめると以下のとおりである。

①水素制御方式としては、水素再結合方式、水素燃焼方式及び不活性化方式があるが、そのうち設計基準事象を超える大量の水素発生に対しては水素再結合方式は適さない。

② PWR プラントに比べ、格納容器容積が相対的に小さい BWR Mark Ⅰ、Ⅱプラントについては、我が国では設計当初より窒素ガスによる不活性化方式が採用されている。

③ 格納容器容積が相対的に大きい PWR プラントについては運転中に格納容器内の巡視・点検を行っていること及び格納容器容積が大きいことから不活性化方式は適さない。

④水素燃焼方式による水素燃焼装置の型式としては、グロープラグ式、スパーク式及び触媒式が挙げられるが、グロープラグ式及びスパーク式は電源の信頼性について検討が必要である。また、触媒式及びスパーク式は、シビアアクシデント条件下での性能確認候験が完了していない。

⑤米国及びフィンランドの PWR アイスコンデンサ型プラン トには、既にグロープラグ式の水素燃焼装置が設置されている。

⑥我が国の産業界のレベル 2PSA の結果によれば、PWR アイスコンデンサ型プラントに水素燃焼装置を設置することにより、全格納容器破損発生率は約半分になる。

⑦ PWR ドライ型格納容器プラントは、格納容器容積・出力比が大きく破損限界圧力も高いため安全裕度は大きいと認識されており、ドイツにおいて水素燃焼装置が設置される予定であるのを除き各国でも水素然焼装置を設置していない。

　また、水素燃焼装置の作動の時期を誤り、水素濃度が高くなった時点で作動させることになった場合に、過剰圧力を生じさせないよう適切な操作要領等の検討が必要である。また、このような状態に対して、可能性は低いと恩われるが、爆ごうの発生について検討が必要である。

6. 結論と提案

これまで我が国で行われたレベル 1PSA の結果によれば、代表的な国内原子炉では、これまでの良好な運転実績が今後も維持されること及び国の指導に基づき整備が進められているフェーズⅠのアクシデシトマネージメントが高い信頼度で実施されることが期待し得るならば、原子炉施設内部の原因によってシビアアクシデントが発生する可能性は充分小さいと判断される。また、このフェーズⅠのアクシデシトマネージメントの整備に関し、その範囲を広げて検討することにより、シビアアクシデントの発生防止にさらに一層の効果があると考えられる。

一方、米国等で実施されたレベル 2PSA 及び我が国で実施された予備的なレベル 2PSA の結果によれば、不確実さはあるものの、格納容器内への注水等申対策と組み合わせて設置するフィルター機能を有する格納容器ベント殻備(BWR 及び PWR)、並びに PWR アイスコンデンサ型格納容器への水素燃焼装置の設置は、フェーズⅡのアクシデントマネージメントの一部として有効な対策となり得ると判断される。

以上のこと及び『2. アクシデントマネージメントの役割と位置付け』で述べた考え方を踏まえると、アクシデントマネージメントを整備し、万一の場合にこれを的確に実施することは、強く奨励もしくは期待されるべきものと当懇談会は考える。そこで、今後アクシデントマネージメントの整備を一層促進するために、当懇談会は次のような提案を行うものである。

（1）原子力安全委員会は、原子炉設置者が行うアクシデシトマネージメントの整備につき、その性格と位置付け及び原子炉設置者・規制当局の任務等に関する基本的考え方を示し、今後の当事者の努力の方向と枠組みを明らかにすること。

（2）上記考え方においては、アクシデントマネージメントを次のように位置付けることが適当であると考える。すなわち、アクシデントマネージメントは、これまでの対策によって十分低くなっているリスクをさらに低減するための、原子炉設置者の技術的知見に依拠する「知識ベース」の措置であり、状況に応じて原子炉設置者がその知見を駆使して臨機にかつ柔軟に行われることが望まれるものである。従って、現時点においては、これに関連した整備がなされているか否か、あるいはその具体的対策の内容の如何によって、原子炉の設置または運転を制約するような規制的措置が要求されるものではない。

（3）また、上記考え方においては、次の点を明示することが適当であると考える。すなわち、アクシデントマネージメントの範囲としては、フェーズⅠ、Ⅱの双方を含み、原子炉設置者は原子炉のリスクを一層低減する努力の一つとして、アクシデントマネージメントの整備に努めるべきである。ただし、原子炉施設の設計等によって、ある事故の可能性が存在しないか或いは極めて低いと考えられる場合には、それに対応するアクシデントマネージメントについてはそれを除外することもあり得る。なお、その場合の目安としては、フェーズⅠとフェーズⅡのアクシデシトマネージメントの有効性のバランスや海外で採用され始めている定量的な安全目標も参考となろう。

（4）さらに、上記考え方においては、アクシデントマネージメントの整備に際しての具体的検討事項として、少なくとも次の項目を掲げておくことが適当であると考える。

a)アクシデントマネージメントの整備の具体的内容に関し、

・アクシデントマネージメントの実施内容

・アクシデントマネージメント実施に係わる設備、機材の整備(異常診断、状況把握を運転要員が行いやすいように配慮した測定・表示・記録殻備を含む〉

・アクシデントマネージメントの手順書の整備と要員の教育訓練を検討すること

b)上記の整備に当たって、新たに設備を付加する場合、あるいは既設の設備を利用するにしても従来の手順書等に定めのない操作を行うことを規定する場合には、それらによって既存の安全機能を阻害しないととを確認すること

c）アクシデントマネージメントの整備は、適切な計画に基づき、可能な項目から順次実施されること。なお、原子炉設置者等において、適当な年限を定め、その整備状況がレビューされること。

d)原予炉設置者は、その設備の様態、運転経験をもとに、個別プラントの PSA を実施し、アクシデントマネージメントを含む運転管理の重要性を再審議し、リスクの一層の低減に努めること。

(5)上記を進めるに当たり、アクシデントマネージメントの整備に関連する国の役割については、本報告書『2.アクシデントマネージメントの役割と位置付け』に述べられている考え方も参照して早急に議論を進め、コンセンサスを得る必要がある。

（6）一方、国の研究機関等及び原子炉設置者においては、リスク低減努力に当たり、特に不確実性の大きい人的因子やシビアアクシデントに係わる物理的諸現象の研究等を進めて、不確かさの幅の低減を図るよう努力を払う必要がある。

当懇談会は、シビアアグシデントに関する内外の状況を展望するとき、上記の提案は緊急かつ重要な意義を有すると確信するものであり、原子力安全委員会において早急に検討を開始されることを希望するものである。

共通問題懇談会構成員

主査　佐藤一男　日本原子力研究所
相澤清人　動力炉・綾燃料開発事業団
秋山　守　東京大学
石川廸夫　北海道大学
近藤駿介　東京大学
斯波正誼　(財)原子力工学棋験 t>'ター
早田邦久　日本原子力研究所
竹越　予　（財）電力中央研究所
飛岡利明　日本原子力研究所
能津正雄　（財）原子力データセンター
藤家洋一　東京工業大学
望月恵一　動力炉・核燃料開発事業団

(参考資料)　発電用軽水型原子炉施設におけるシビアアクシデント対策としてのアクシデントマネージメントについて〈用語の解説〉

平成 4 年 5 月 28 日
科学技術庁原子力安全局
原子力安全調査室

1. シビアアクシデントについて

原子炉施設には、起こりうると思われる異常や事故に対して、設計上何段階もの対策が講じられている。この設計の妥当性を評価するために、いくつかの「設計基準事象」という事象の発生を想定して安全評価を行う。この設計基準事象は、実際の異常や事故を包絡し、かつそれらの事象を代表できるように厳しく想定された事象であり、さらに、評価上は、この設計基準事象に対処する機器にあえて故障を想定するなど厳しい評価を行っている(このような評価方法は、評価に当たって想定した事象の起こり難さにかかわらず、その事象の発生を想定して安全評価を行うことから、「決定論的安全評価」と呼ぼれる。)。以上のような安全評価において想定している設計基準事象を大幅に超える事象であって、炉心が重大な損傷を受けるような事象を、一般に、シビアクシデントと呼んでいる。

2. アクシデントマネージメントについて

シビアアクシデントに至る怒れのある事態が万一発生したとしても、現在の設計に含まれる安全余裕や本来の機能以外にも期待し得る機能もしくはその事態に備えて新規に設置した機器を有効に活用することによって、その事態がシビアアクシデントに拡大するのを防止するため、またはシビアアシデントに拡大した場合にその影響を緩和するために採られる措置をいう。報告書では、前者をフェーズⅠ、後者をフェーズⅡのアクシデントマネージメントと呼んでいる。具体的にはフェーズⅠのアクシデントマネージメントは、炉心冷却等の安全機能を回復させる操作から構成され、たとえば非常用炉心冷却系(ECCS)の手動起動や原子炉スクラム失敗事象に対するほう酸水注入系の起動などが考えられている。一方、フェーズⅡのアクシデントマネージメントは、我が国では原子炉設置者において検討されている段階であるが、海外においてはフィルター付き格納容器ベント設備や格納容器内注水設備などが設置または検討されている。

3．確率論的安全評価(PSA)について

確率論的安全評価(PSA)は、原子炉施設の異常や事故の発端となる事象(起因事象）の発生頻度、発生した事象の及ぼす影響を緩和する安全機能の喪失確率及び発生した事象の進展・影響の度合いを定量的に分析・評価することにより、原子炉施設の安全性を総合的・定量的に評価する方法である。シビアアクシデントのように、発生確率が極めて小さく、事象の進展の可能性が広範・多岐にわたるような事象に関する検討を行う上で、PSA は有用な方法である。なお、PSA は、原子炉施設のシステム信頼性評価及び炉心損傷確率評価までを行うレベル 1PSA、損傷炉心及び核分裂生成物の環境への放出挙動評価までを行うレベル 2PSA 及び環境影響評価までを行うレベル 3PSA に分けられる。

以上、重要な考察が平成４年頃に行われていたことがわかった。本件事故に際して被告東電は事故を「想定外」と虚偽の回答を繰り返しているが、上記文書を読む限り対策をしなかったために、世界一の規模の重大事故を引き起こしたことが解かる。規制主務省庁らも責任を放棄しようがない。もっと、くわしく調べていく必要があるので、継続することにした。（国家賠償事案）

＊５：*具体的な「方策が未策定」被告らは、この落ち度の不作為が責められることを極度に嫌い、事故そのものを無かったことにするよう、我が国のあらゆる利害関係者並びに企業と行政組織を動員して偽装を重ねている。頭を隠して嘘を装っているが、尻には大勢の被害者と国民がおり、実際には隠しきれていない。*

＊６：*「通信手段の整備が不十分」は、免罪できるものではないことは、「原*

子力防災資機材現況届出書」中に、非常用通信機器の詳細には、緊急時電話回線９回線、ファクシミリ１台、携帯電話等１０１台が記されているので、初期対応には間に合っていたと考えられる。しかし、政府事故調は、なぜ、引き合いにしたのか分からないが、「できなかった」原因は「不十分」だったので仕方なかったという免罪符を与えるための言質のような気がしてならない。

＊７：*「情報共有が円滑を欠く事態」その原因は、東電には存在しない。東電が提出した乙イ第２号証の１の下の図をよく見れば、情報の共有を阻んだのは災害対応のマニュアルに反し、内閣府（総理官邸）が不当介入して、従来の約束事項を勝手に破り、現地の合同対策協議会の組織を壊滅させ、情報を独占していたことがよく分かる。この行為は、泥棒である。日本全体に及ばず、世界の地球上の大惨事に、一人の妄想の激しい内閣総理大臣が、国民共通の事故情報を恣意的に捻じ曲げて、極めて厳しい防災を未然に行う義務と権利を、個人の感情で正しくない采配をし、被ばくの未然防止上欠かせない情報を止めたことは、殺人に匹敵する罪を犯したのである。そして彼は、東京にいる天皇が関西に避難しなければならないことを考え、併せて、菅直人の母親のことを真剣に心配していた。親孝行は否定しないが、この時、原告らは、1 号機のベントによる強制被ばくと、1 号機の爆発物をすっぽり体中に浴びていたのである。この場所には、約 300 人位の救援活動の自衛隊員、警察官、医師、看護師、入院患者、病院職員、福祉施設の職員と利用者、高齢施設の入所者、職員及びバスの運転手等がいた。しかし、後で聞いたところによると、避難中の町民たちが他にも大勢残っており、同じく被ばくしてしまった。これは官邸の加害行為によるものである。*

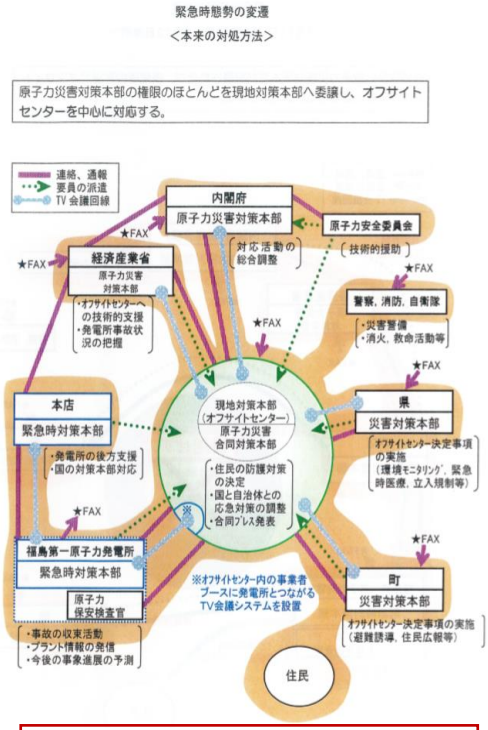


図１：これが原災法に定められた事故時の現場体制。

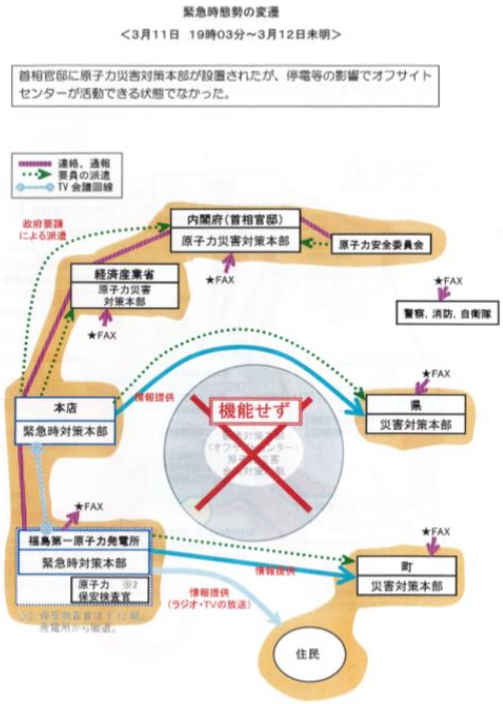
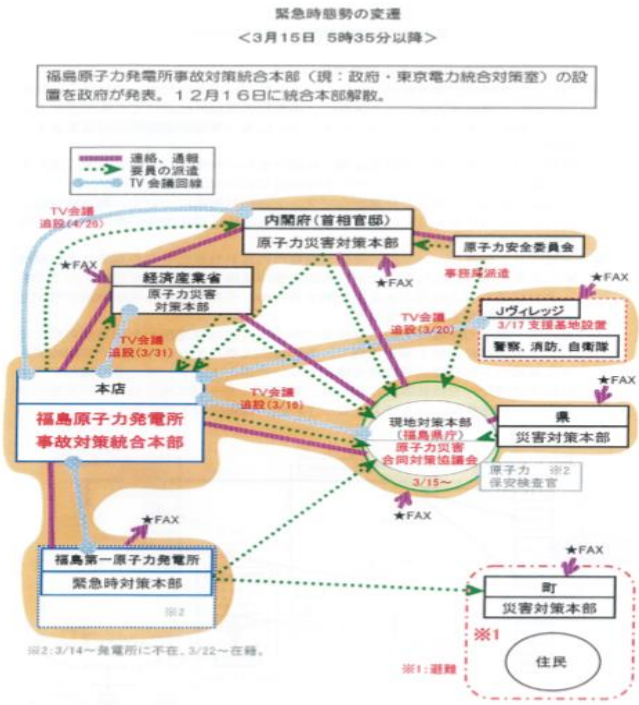


図２：事故が起きたら突然、断りもなく違法な体制で菅総理の独裁が始まった。



このことを政府事故調はしっかり事情聴取して、問題の個所付けを正確に行い、被害者、被ばく者を放置することなく、完全救済を示唆するくらい位の調査機関でなければならい。
この概要版には、原因と対策に繋がるような明快な言葉が見つからない。
「しなかった、やらなかった、できなかった」を羅列されても、責任の所在を曖昧にしているのでは結論に至らず、反省と対策に繋がっていない当報告書に意味が見いだせない。

図３：そして、地元の町を除外して、国の都合の良いことを勝手に決めて、現在まで違法な事故処理が行われているが、これは、地方分権を壊し、国民の権利を侵害した結果でできたので、何ら正当性が無い。

＊８：*「具体的な取り決めがなされておらず」とは聞き捨てにできない。被告東電は想定外と言っていることが、ここで真実が暴露された。被告東電が毎年双葉町に報告していた防災資機材報告書は偽装されたもので、虚偽記載文書を本物であるかのような根拠のない作文を、町に提出したいたということになる。政府事故調がここに述べているので、具体的な取り決めはなかったのか。ということは一事が万事で、東電から提出されていた文書は、捏造だったと政府事故調が証明してくれている。*

＊９：*「手配に手間取ること」は、確かだった。発電所暴発が続いていたとき、勝俣会長が自らの能力の限界を感じて、自衛隊に事故の対応を任せたいと語ったことは、普段から緊急時の対応の努力をしていなかった証拠である。「止める、冷やす、閉じ込める」は作り話で、原子力発電所の所有はおろか、発電所を運転する技術は存在していなかった。張り子のトラ状態を巧妙に隠して、地元をだましていたようだ。*

7 なぜ津波･シビアアクシデント対策は十分なものではなかったのか 【vn 章 7】

① 自主保安の限界

東京電力が想定を超える津波に対する対策を盛り込むことができなかったことは、自主保安の限界＊１を示すものといえる。

② 規制関係機関の態勢の不十分さ

研究の深化のスピードや関連する知見の日進月歩状況に鑑みると、直ちには結論の出ない学術的な議論等は学会等に任せ、指針･基準の策定･改訂はその時々の採用可能な最新知見を取り上げて、速やかに進めていく必要がある。そのためには、規制関係機関の態勢の充実が不可欠である。

③ 専門分化･分業の弊害

津波対策は、異なる分野の知識や技術を必要としており、異なる文化を持った専門家･技術者集団が協働して問題解決に当たることが重要である。専門分化の壁を超えた組織＊２となり得るような仕組みを作ることが必要である。

④リスク情報提示の難しさ

より安全性を高めるための改良を加えようとすると、これまでやってきた過去を否定することと受け取られてしまうというパラドックスが生じる絶対安全が存在しない＊３ことを認め、リスクと向き合って生きていくことは容易ではない。しかし、伝えることの難しいリスク情報＊４を提示し、合理的な選択を行うことができるような社会に近づく努力が必要である。

＊１：*「自主保安の限界」とは聞き捨てにできない。東電に「自主保安の限界」を認めるなら、我々被害者の心情の限界をいえば、「自宅で元通りの生活になること」を意味する。ここの表現は明らかに、加害者東電を赦免し、この事故は防ぎようがなかったと言っている。政府事故調の立ち位置がここではっきり示された。被害者排除で我慢し続けさせても、東電を守りたいという現われが「自主保安の限界」という新語を使っている。*

＊２：*「専門分化の壁を超えた組織」とは一体どのようなものか例示願いたい が、東電擁護の作文に実態を示すよう求めることは出来ないが、専門分化の壁とは意味が深い。この壁は原災法の主旨にはないはずである、JCO 臨界事故の反省とは、専門分化の壁の障害が有ったので、事故現場近くにオフサイトセンターを設けて、国と県と立地自治体及び事業者が一体となり、迅速に住民の避難を進める目的なのに、菅直人政府災害対策本部長は、この約束を踏まえないで、官邸の密室で密議された指示を連発した政権にこそ病巣があった。原災法に定められている「原子力災害合同対策協議会」そのものが「専門分化の壁を越えた組織」だったことも知らない政府事故調でもあるまいに、この作文で犯人捜しはしないという正体を現したようだ。*

＊３：*「絶対安全が存在しない」政府事故調が使う言葉ではない。この言葉は完全におかしい、被告東電が良く使う言葉だ。こんなこと事故前に立地自治体に話したら、すぐに運転を止めろと言っていた。それにしてもおかしい、政府事故調は被告東電の回し者であれば、こんなこと言って免罪を求めるだろうが、公正・中立な立場にある政府事故調が東電に有利な言葉を記すことは、全く論外であり、邪魔というものだ。消えて欲しい、原告の前から消えてくれと願う。*

＊４：*「伝えることの難しいリスク情報」何も難しいこと等ない。ありのままに伝えればよいので、簡単なことである。誰かに有利になること、あるいは不利になる事を意図することは、作文になるので難しいと思うだろうが、実況中継をやれば、真贋は国民が判断できるので、簡単なことである。「難しいリスク情報」とは、ウソは言えないという意味で、政府事故調が難しいと言っているのだろうが、政府事故調の考え自体が間違っている。枝野幸男官房長官が事実は伝えるが、事実でないことは伝えないとメディアで発言していたが、予防・防災では、事実が起きる前に行動をすることに意義があるので、結果対応をいうのではない。事実は起きてしまってからなので、本件事故の場合、放*

射性物質に晒されないと伝えない（事実でないから）、曝されても（事実を伝えれば批判されるから）伝えないという政府災害対策本部の実態だった。ここで言う「伝えることの難しいリスク情報」の真意は伝わってこないが、事故情報が閉ざされた状態で、事故現場で直接被ばくをさせられた身で言えば、現場の情報を囲い込んだ者を、第一位の加害者と位置付けている。それは菅直人である。政府事故調の中立性が感じられないこの中間報告書の概要書だけでは、全てを判断できないが、ここの文章から判断すると被告東電の回し者と呼んで構わないと思う。

8 原子力安全規制機関の在り方　【VI 章 7、VD 章 8】

政府は、平成 23 年 8 月 15 日、保安院を経済産業省から分離し、安全委員会の機能も統合して、環境省の外局へと改組するなどの改革案を閣議決定した。当委員会は、政府に対し、以下の事項に留意しつつ、新組織の設置に向けた検討を進めることを要望する。

① 独立性と透明性の確保

独立性と透明性を確保することが必要であり、自律的に機能できるために必要な権限･財源と人員を付与すると同時に、国民に対する原子力安全 についての説明責任を持たせることが必要である＊１。

② 緊急事態に迅速かつ適切に対応する組織力

災害発生時に迅速な活動が展開できるよう、平常時から防災計画の策定や防災訓練等を実施しておくことのみならず、緊急事態において対応に当たる責任者や関係機関に対して専門知識に基づく助言･指導ができる専門能力や、組織が有するリソースを有効かつ効率的に機能させるマネジメント能力の涵養＊２が必要である。

また、責任を持って危機対処の任に当たることの自覚を強く持つとともに、大規模災害に対応できるだけの体制を事前に整備し、関係省庁や関係 地方自治体と連携して関係組織全体で対応できる体制の整備も図った上、 その中での安全規制機関の役割も明確にしておく必要がある＊３。

③ 国内外への災害情報の提供機関としての役割の自覚

情報提供の在り方の重要性を組織として深く自覚し、緊急時に適時適切な情報提供を行い得るよう、平素から組織的に態勢を整備しておく必要がある＊４。

④ 優秀な人材の確保と専門能力の向上

優れた専門能力を有する優秀な人材を確保できるような処遇条件の改善、職員が長期的研修や実習を経験できる機会の拡大、原子力･放射線関係を含む他の行政機関や研究機関との人事交流の実施など、職員の一貫性ある キャリア形成を可能とするような人事運用･計画の検討が必要である。

⑤ 科学的知見蓄積と情報収集の努力

関連学会や専門ジャーナル(海外も含む。)、海外の規制機関等の動向を絶えずフォローアップし、規制活動に資する知見を継続的に獲得していく必要がある。また、その意味するところを理解し、組織的に共有と活用を行うとともに、それを組織として継承･伝達していく必要＊５がある。

＊１：*「国民に対する原子力安全についての説明責任…」について述べると、現場を知らない者が言う言葉である。本件事故の真実をはぐらかしている、原子力安全について一元的に責任があるのは事業者であり、それを監理監督する政府が原子力安全の説明を受けることが、本件事故を反省するというものである。国民は原子力発電所が安全な装置であれば足りることなのだ。本件事故前には、膨大な安全の宣伝を受けてきたが、本件事故後を視ると、原因の殆どが、ウソを重ねて、国民を騙し続けてきた結果招いたことが分かる。少なくても、原告には膨大なウソを重ねてきた。*

＊２：*「有効かつ効率的に機能させる…」とは、原子力安全のイロハである。本件事故は意図的で、悪質な偽装と、安全のバーチャルリアリティーの世界に、事業者と安全規制担当省庁らが、権益に浸っていて、現場の窮状に目をつぶっていたから、無策の結果招いた人災で、その他の原因は思い当たらない。*

＊３：*「安全規制機関の役割も明確に…」政府事故調は、安全規制担当省庁らが、　役割と分担が明確ではなかったと語っているが、この文章で規制担当省庁らの責任を回避しようとしている。しかしそれは違う、事故前の事故時の約束を、事故後は間を置かず裏メニューのような形の官邸主導体制で、発電所周辺自治体を合同対策協議会から排除したのは、俄かの仕業ではあるまい。発電所周辺自治体並びに住民たちが避難開始前に、原子力保安検査官達を第一原発から逃避させたことからも、見事な連係プレーであった。このようなことができたのは、規制担当省庁らの固い結束がなければ、責任の押し付け合いで、混乱が起きていたはずだ。見事なほど、規制担当省庁らの被ばくから身を守る動作は、現場情報をいちばんよく知る立場にあった者達にしかできなかった。しかも、その後の被災住民への対応は、責任を転嫁し、自助に誘導していることが証拠である。*

＊４：*「緊急時に適時適切な情報提供を行い得るよう、平素から組織的に態勢を整備しておく必要がある」政府事故調の文体は、規制担当省庁らへの事故に至った経緯を指摘しているが、事故調としては、その反面、発電所周辺自治体と住民たちは被災しているのだから、避難情報は適時、適切に提供されたのか、されなかった原因はどこにあるのかなど、避難指示の在り方と避難生活の困窮を示さなければならない。ここで書かれているのは、教科書的で事故調という内容を語っていない。まるで、被告東電の回し者のような言い回しになっている。*

＊５：*それを「組織として継承・伝達していく必要…」は、政府事故調の事故調として　政府擁護の立場を明確にする言葉になっている。原告は、原子力産業はこれ以上続けてはいけないと考えている。それは、原子力に巣食う組織並びに、電力事業者たちは、本件のような苛酷な被ばく被害を国民に与えておきながら、国家・行政組織が一丸となって、善良な国民に害悪と負担を押し付けていることを、目の当たりにしているので、こんな組織は壊さなければならないと考えている。政府事故調の中間報告書をこれまで読んでみると、悪しき組織の継続のための報告ばかりで、国民、被災者の困窮と耐乏・我慢を明確に語られていないことが良くわかる。*

9 小括　【vn 章 9】

これまでの調査で明らかになった諸事実からすると、この事故の発生及びその後の対応について生じた問題の多くは、以下の三つが大きく影響している＊１と考えられる。

① 津波によるシビアアクシデント対策の欠如

東京電力は、今回のような津波によりシビアアクシデントが発生することを想定した上で、それに対する措置を講じるということをしなかったし＊２、規制関係機関も同様であった＊３。

今回の津波のように、確率的にその発生頻度が低いと評価された事象であっても、発生した場合には被害規模が極めて大きくなると予想されるものについては、リスク認識を新たにし、それを無視することなく、必要な対策を講じておくことが必要である。

② 複合災害という視点の欠如

原発事故が複合災害という形で発生することを想定していなかったこと は、原子力発電所それ自体の安全＊４とそれを取り巻く社会の安全＊５の両面において、大きな問題であった。複合災害を想定した対応策の策定は、今後の原子力発電所の安全を見直す上で重要なポイントとなる。

③ 全体像を見る視点の欠如

これまでの原子力災害対策において、全体像を俯瞰する視点が希薄＊６であったことは否めない。そこには、「想定外」の津波が襲ってきたという特異な事態だったのだから、対処しきれなかったという弁明では済まない＊７、原子力災害対策上の大きな問題＊８があった。

以上から指摘できるのは、一旦事故が起きたなら、重大な被害を生じるおそれのある巨大システムの災害対策に関する基本的な考え方の枠組み（パラダイム）の転換が、求められているということである。

＊１：*「以下の三つが大きく影響している」①、②、③について、全てに思い当たることがある。三つの欠如の腐敗臭は、原告が日頃、東電に語っていたことである。平成 18 年 8 月 28 日「８・２９福一維新の日」を第一事務本館 1 階コミュニケーションホールで、不祥事以降の歩みの説明と過ちを繰り返さないという誓約のイベントを、勝俣社長が出席した場でおこなった。その後も、ミス、失敗の連続にあきれて、大出所長に、失敗に学べと、そして、繰り返さないために、「失敗」（負債）を「失敗しない」（資産）に変えろと言って、「失敗に学ぶ教室」を作るよう提言して作らせた（平成 19 年 7 月）。この開所式に双葉、大熊、富岡、楢葉の町長は出席している。*

＊２：*「しなかったし」被告東電は、津波のイロハを知っていたことが、各種の証拠資料から判明しているので、知らなかったということは出来*

ない。津波対策工事を始めると外部から見えて、発電所周辺自治体から運転を止めろと言わるので、当時の経営者は赤字が増えることを恐れ、工事ができなかったと言っている。原告は、事故前に、第一原発の土堂副所長から、地震対策について説明を受けていた。その内容は、新潟柏崎刈羽原発の地震被害を回復させるために、大至急工事を行っている。このため、勢力を大勢投入させているので、第一原発の地震対策の本格工事はもう少し待ってもらいたい。今は、配管・配線の支持金物の補強と配管・配線のコンクリート溝の補強を行っている。というものだった。振り返ると、平成 20 年 9 月に、当時の小森所長ら幹部たちは、津波対策会議を行っている。しかし、この会議は安全確保協定に反して、双葉町には報告されていない。「しなかったし」には、意図的に偽装を矮小化していることが窺える。

＊３：*規制機関も「同様であった」とは、対策を講じさせなかったことである。分かりながら対策をさせなかった原子力安全・保安院の背任によって、我々の土地が放射性物質に汚染され、住めなくされ、挙句に、重要な事故対応の会議の最前線からも遠ざけられ、手も足も出せない境遇に追い込んだ。このために、被害者は限りなく不当な扱いを受けて、嘆きながら不遇の境地で生活を強いられているが、この扱いに同意や合意をしていないので、明確な犯意の下で行われていた。これの不作為の問いを避けるために、原子力安全・保安院を解体し、原告の前から姿を消したが、不遡及の原則により、彼らの不当で悪質な不作為を見逃すことはしない。*

＊４：*「発電所自体の安全」は言うまでもなく、原子炉からの放射性物質の放出を防ぐための津波、地震対策をしなかったために、人間の力を超えた壊れ方に、終期が見えない状態になっている。原告に津波問題の報告があり、その内容を知れば必ず発電所の運転を止めていた。事故後の弁明を聞いていると、稚拙な回答が被告らから示されているが、平成 20 年 15m の大津波が予想された段階で運転を止めていれば、たとえ津波が起きようとも、冷温停止にしておくとか、あるいは燃料棒を*

原子炉内から取り除いていれば、全電源喪失であってもベントを必要とせず、爆発も起きなかった。「発電所自体の安全」は確保されたのである。

＊５：*「社会の安全」は、たとえ大地震が来ようとも、大津波が来ようとも、放射能を発電所周辺監視区域外に放出させなければ、社会の安全は確保される。しかし、本件事故では、福島県を中心に放射能汚染が広がり、地球全体に及んでいるので、とても安全を言う事態ではない。*

＊６：*「全体像を俯瞰する視点が希薄」とは、規制主務省庁らが嘘で職場に居座り、司法、外交まで取り込んで、世界中の放射能は危険だという世論を抑え込んでいる。全体像を俯瞰する視点は、事故の責任放棄に規制主務省庁らは励んでいる。このような状況にあって、これを叱咤する国会議員は誰もおらず、原発事故の避難生活計画に対する救済法が整備されないままに放置され、ひたすら自助という責任転嫁をさせられている。*

＊７：*「対処しきれなかったという弁明では済まない」は、そのとおり。現在は、発電所で働いていた社員、作業員たちへのかん口令が生きていて、中々、真実が伝わってこないが、破裂限界を越えれば内部の情報が外に出てくると思うが、かん口令が金で縛られている間は、内部の秘密事項が外に出にくい。その時が来れば、「対処しきれなかった」が意図的に「対処しなかった」という実情が外に出てくるだろう。*

＊８：*「原子力災害対策上の大きな問題」とは、「ウソと騙し、そそのかしの行き着いた先だった。」ということである。原子力発電所の候補地は、低人口地帯で、貧困でなければならなかった。裕福な地域では、原発は不要で反対も起きやすい、貧乏な地域は、大きな産業として大歓迎である。かつての双葉町がそうだったように、低人口地帯で、出稼ぎが産業の貧困地域で福島県のチベットとして有名だった。このために、原子力災害は起こらないという東電と利益相反関係者並びに政*

治家、事業者の口車に乗せられていたので、それほど真剣に事故と災害に疎かったことは認める。「大きな問題」とは、立地地域の危機を感じない地域性にも、本件事故を誘発した原因があるかもしれない。こういう社会的背景に、東電並びに規制主務省庁に防災対策の甘さの隙を与えたのかもしれない。

10 おわりに　　【vn 章 io】

何かを計画、立案、実行するとき、想定なし＊１にこれらを行うことはできない。しかし、同時に、想定以外のことがあり得る＊２ことを認識すべきである。

今回の事故は、我々に対して、「想定外」の事柄＊３にどのように対応すべきかに ついて重要な教訓を示している。

当委員会は、現在も、長期間にわたる避難生活を強いられ＊４、放射能汚染による被害に苦しみ＊５、あるいは、被ばくによる健康への不安、空気･土壌･水の汚染への不安＊６、食の安全への不安を抱いている多くの人々がいる＊７ことを銘記しながら、更に調査･検証を続けていく。

＊１：*「想定なし」にはできない。本当だ、福島第一原子力発電所の候補用地、地形、気候、人口密集度、政治的背景等を調査し、想定と照合し適地だと決めた。問題なのは、設計精度だった。福島第一原発は、全国の原子力発電所の津波想定高さが、全国で一番低く考えられていた。この時、東北電力には安全に妥協しない社員が、基盤高を貞観津波地震の波高を参考にして、それより低くすることに妥協しなかった。この考えが貫かれていたので、本件のような津波被害を免れたのである。このような良い例がありながら、東電は善例に学ばずチリ地震津波の高さを理由に１０m盤を基盤高にした。この時、１０m盤を想定内とし、想定外の考えはなかったのだろう。もしやという考えが経営者に有れば、本件のような愚かな事故を起こすこともなかったと考えると、上に立つ者の資質が最重要になる。*

＊２：*「想定以外のことがあり得る」前例のない原発事故、これまで机上論で作文の安全神話に委ねられてきたものが、現実のものとして人力の制止を受け付けない規模の反応を示した。これは想定そのものが幼稚で、爆発限界を過少にみていて、発電所周辺自治体には何があっても「止める、冷やす、閉じ込める」ので大丈夫と過大な安心をさせていた。これが、ウソだったという現象を日本国民と発電所周辺自治体の住民たちは見せつけられたのである。これらを想定外とは言わない、「想定が足らなかったということであり、想定が稚拙ということである。」原子力業界全ての失敗作が本件事故である。福島第一原発は、日本の技術は見せかけで、実はこんなものだったというだけである。日本の科学の失態を世界中に知らしめたのであって、事故後にいろいろな専門家という者たちがこぞって偽証に励んだが、これも失策である。原告なら、事故の推移と破裂に至った原因を公開し、現場から逃げないで、敗因を認め、正しい後処理のプロセスを廃炉事業のモデルとして、経験者として実務を積み、世界中の廃炉作業に貢献する道を選択する。*

＊３：*「想定外の事柄」は、確かにある。しかし、問題は想定外に至るまで経営者は何を考え、何をしたか，何をしなかったのかである。加害者心理として想定外という逃げを打つことは、だれでもやる想定内のこと。では、想定外と言い、やらなければならなかったことをしないで、逃げ応せるのかと言えば、それは甘い考えである。しかし、本事件の場合、公務員がこぞって想定外の味方をしているので、不正義であってもウソをついて逃げられる恐れが強い。被告東電は、想定外と言い、不正義を貫いて国税を使い、賠償、事故処理費用に充てていることは、不正義が正義を上回っている。本件では、東電の経営者が津波対策を行うと、立地自治体に知られてしまい、工事よりも発電所の運転を止めろと言われることを恐れ、工事自体を止めたのが、発電所事故の主因である。この事故の被害者は国民であり、被災地住民である。被告国は東電の監督責任を問われるので、なおさら、事故隠しに邁進している、公務員職権乱用罪の典型にある。*

＊４：*「長期間にわたる避難生活を強いられ」それは大変長い旅路につかされた。しかし、優越的地位にいる官僚たちは、法をねじまげて迄も責任回避と転嫁に地位を悪用しているので、被害者は諦め、泣き寝入りと我慢の長旅につかされている。残念なことに事実を隠して、悲劇を見えなくし喜劇をことさらに見せびらかし、被害者が諦め、忘却させるように報道している。この誤報に深くかかわっているのが悪名高い政商の電通を頂点に、商事会社やコンサルタント及び大学が連なっている。その上、被告東電の賠償金は全て被害者に届いているのか誰も知らない。会計検査は行われているのだろうか。違法な流用・他用していないことを願う次第である。*

＊５：*「放射能汚染の被害に苦しみ」事故前のプロセスにはなかった、内閣府被災者生活支援チームという、雨後のタケノコのように正体不明の組織が現れ、被ばく被害の隠ぺいに強く関わり、２０ミリシーベルトというハイレベルの規準を作り、被ばく被害の申告を抑えて、我慢をさせている。彼らは悪党である。原子力災害対策マニュアルに記されている「被ばく患者の概念」は、「被ばくの恐れのある者も含む」となっているにも関わらず、ウソをふれ込んでいる。これは根拠、証拠のない「言いふらし」という犯罪である。２０ミリシーベルトを強制することは、国民が共有する憲法の「公平・平等」に著しく反し、違法である。*

＊６：*「被ばくによる健康への不安、空気・土壌・水の汚染への不安」当然の心配事である。ここで算数の世界に入ると、加減乗除の基本から始まり、応用数学へ進む。本件では、加減乗除で事足りる。先ず、被ばくの量を考えるとき、事故前の環境放射線と事故後の環境放射線の差を考えればよい。例えば、事故前の環境放射線量は福島県が把握しているので、一例を挙げれば空間線量が０．０４から０．０６μSv/hだったので、平均値の０．０５μSv/hを用い、事故後の空間線量を１，０００μSv/h（本件事故後は公用数値が未定）とすれば、１，０００÷０．０５＝２０，０００倍となる。安全領域を１０％と仮定して見ると、０．０５+1*

０％＝０・０５５μSv/ｈが安全範囲としなければならない。従って、２０，０００倍という数値は可虐的・天文学的で驚愕な数値であることが分かる。又、食物で言えば、事故前の福島市の食事の摂取放射性物質の量は、０．０９Bq/・日・人（下段に提示した表中に記載）となっていた。それが事故後の暫定制限値は一品当たり１００Bq/ｋｇと、これまた天文学的な高さを「安全」と決めた。仮に、1日１ｋｇを食べたとすると１００Ｂｑなので、事故前と比べると１００÷０．０９＝１，１１１倍の放射性物質を摂取することになる。そもそも、これに従う法律がない。これらの数値を決めたのは公務員達で、関係する住民は関与していない。所謂、民主主義の根幹である、話し合いを避けて、利益相反関係者の利益保全と立場を守るために、一方的に決め、押し付けたものであるので、合意・了解のプロセスを経ていないので、正当性と合理性はない。

＊７：*「食の安全への不安、大勢いる」　偽装されていることはだれでもわかっているので、当たり前である。１００ベクレルという数値はかねてから知っていた。原告ら発電所周辺の住民は、発電所との付き合いが長いので、低線量廃棄物は１００ベクレル以上で、固体廃棄物倉庫に保管し、定期的に青森県に船で運ばれていた。原告はこの倉庫の空調設備の工事をしたことがある。一般廃棄物には倉庫もなければ、屋根もない。しかし、この倉庫は普段、空調設備をして、密閉して、管理区域の表示がされ、自由に出入りはできない。この倉庫には１００ベクレル以上の個体が保管管理されているのに、本件の事故が起きたら、食品の摂取基準が一品１００ベクレル以下と驚愕な数値を発電所周辺及び福島県、隣接県の住民に押し付けた。この数値をだれが決め、だれが責任者なのかは明確にされていない。闇の世界で、人の健康に関する重大な数値を決めたが、責任の所在がないままである。おそらく、自分は被ばくしないところで、勝手に決めて、責任追及される前に逃亡を図る魂胆かもしれない。ここで、事故前の記録を次頁で見ることにしよう。*

第４０回環境放射能調査研究

成果論文抄録集　　平成１０年１２月

（平成９年度）　　科 学 技 術 庁

1．緒　言

平成9年度に福島県が実施した科学技術庁委託環境放射能水準調査結果を報告する。

2．調査の概要

1）調査対象

①全β放射能……定時降水［大熊町］

②^{131}I分析　……牛乳（原乳）［大熊町］

③核種分析　……大気浮遊じん、降下物、陸水（上水蛇口水、淡水）、土壌、精米、野菜（大根、ほうれん草）、牛乳（市販乳）、淡水産生物（いわな）、日常食、海水、海底土、海産生物（あいなめ）［福島市、相馬市、大熊町］

④空間線量率……モニタリングポスト、サーベイメータ［大熊町］

2）測定方法

①全β放射能測定は科学技術庁マニュアルに従った。

②牛乳中の^{131}I分析は直接ゲルマニウム半導体検出器で測定した。

③核種分析は、直接、または試料乾燥後450℃で灰化、または蒸発乾固の後ゲルマニウム半導体検出器で測定した。

④空間線量率は委託調査実施要領に従った。

3）測定装置

①全β放射能……GM計数装置

②^{131}I分析　……ゲルマニウム半導体検出器

③核種分析　……ゲルマニウム半導体検出器

④空間線量率……NaI(Tℓ)シンチレーション検出器、シンチレーションサーベイメータ

4）調査結果

①定時降水中の全β放射能は平成9年6月、11月、および12月に検出された。

②牛乳（原乳）中の^{131}Iは検出されなかった。

③核種分析測定調査については^{137}Csが土壌、淡水産生物、海産生物、日常食から検出された。

④空間線量率はモニタリングポストによる測定では32～63nGy/h（年間平均値40nGy/h）の範囲で、サーベイメータによる測定では72～78nGy/h（年間平均値75nGy/h）の範囲であった。

3．結　語

いずれの調査項目においても前年度までの過去3年間の値とほぼ同程度であった。

（1）大型水盤による月間降下物試料及び定時降水試料中の全β放射能調査結果

採取年月	降水量 (mm)	降水の定時採取（定時降水）				大型水盤による降下物
		放射能濃度(Bq/ℓ)			月間降下量 (MBq/km²)	月間降下量 (MBq/km²)
		測定数	最低値	最高値		
平成 9年 4月	59	11	－	－	－	
5月	196	16	－	－	－	
6月	174	14	－	2．2	21．2	
7月	72	10	－	－	－	
8月	49	13	－	－	－	
9月	241	15	－	－	－	
10月	16	8	－	－	－	
11月	143	10	－	2．6	1．3	
12月	60	9	－	2．6	8．9	
平成 9年 1月	117	10	－	－	－	
2月	71	9	－	－	－	
3月	41	9	－	－	－	
年間値	1239	134	－	2．6	－～21．2	
前年度までの過去3年間の値		298	－	－～120	－～12．0	

(注)　－　は検出されず

（2）牛乳中の^{131}I分析結果

採取場所	大熊町	大熊町	大熊町	大熊町	大熊町	大熊町	前年度まで過去3年間の値	
採取年月日	9. 4.24	9. 6.19	9. 8.27	9.10.28	9.12.16	10. 2.16	最低値	最高値
放射能濃度(Bq/l)	—	—	—	—	—	—	—	—

（注）　—　は検出されず

（3）ゲルマニウム半導体検出器による核種分析測定調査結果

試料名		採取場所	採取年月	検体数	^{137}Cs		前年度まで過去3年間の値		その他の検出された人工放射性核種	単位
					最低値	最高値	最低値	最高値		
大気浮遊じん		大熊町	四半期	4	—	—	—	0.07	—	mBq/m^3
降下物		大熊町	毎月	12	—	—	—	0.11	—	MBq/km^2
陸水	上水 蛇口水	福島市	9. 6 9.11	2	—	—	—	—	—	mBq/ℓ
	淡水	福島市	9. 9	1		—	—	—	—	
土壌	0～5cm	福島市	9. 6	1		31.1	7.28	81	—	Bq/kg乾土
						909	165	1490	—	MBq/km^2
	5～20cm	福島市	9. 6	1		13.7	2.11	25	—	Bq/kg乾土
						1312	148	1649	—	MBq/km^2
精米		福島市	9.11	1		—	—	—	—	Bq/kg精米
野菜	大根	福島市	9.11	1		—	—	—	—	Bq/kg生
	ほうれん草	福島市	9.11	1		—	—	—	—	
牛乳（市販乳）		福島市	9. 8 10. 2	2	—	—	—	0.02	—	Bq/ℓ
淡水産生物*		福島市	9. 9	1		0.08	0.07	0.29	—	Bq/kg生
日常食		福島市	9. 6 9.11	2	0.04	0.09	—	0.04	—	Bq/人・日
		大熊町	9. 6 9.11	2	—	0.04	0.02	0.09	—	
海水		相馬市	9. 7	1		—	—	—	—	mBq/ℓ
海底土		相馬市	9. 7	1		—	0.42	1.35	—	Bq/kg乾土
海産生物（アイナメ）		相馬市	9. 9	1		0.17	0.15	0.19	—	Bq/kg生

（注）　—　は検出されず
*淡水産生物は、平成6年は鯉、平成7年からイワナ

（4）空間放射線量率測定結果

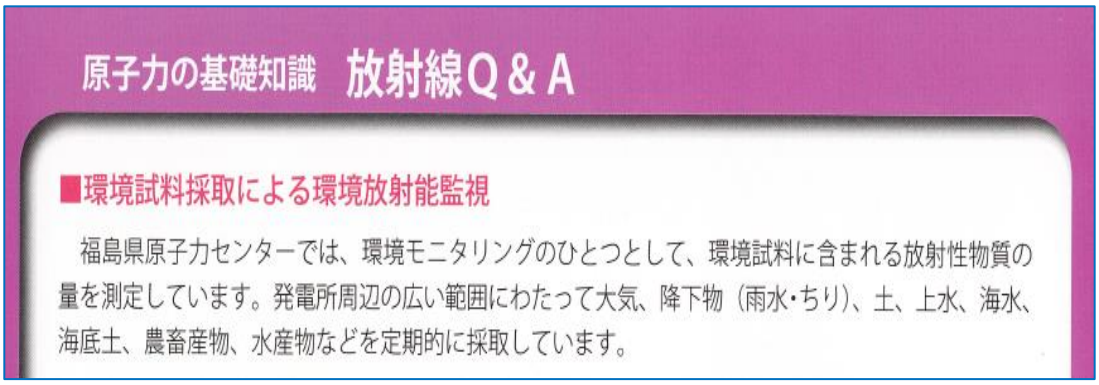
測　定　年　月	モニタリングポスト（nGy／h）			サーベイメータ
	最低値	最高値	平均値	（nGy／h）
平成９年　４月	３８	４７	３９	７３
５月	３４	４７	３９	７３
６月	３４	４３	３８	７３
７月	３７	４９	３９	７３
８月	３８	５０	３９	７４
９月	３７	４９	４０	７７
１０月	３７	５０	４０	７８
１１月	３８	５２	４０	７５
１２月	３７	５６	４０	７６
平成10年　１月	３２	５０	３９	７７
２月	３８	６０	３９	７４
３月	３８	６３	３９	７２
年間値	３２	６３	４０	７２　～　７８
前年度までの過去３年間の値	３７	６８	４０	７１　～　９６

この表は福島県が計測していたものを記している。平成９年といえば、平成２３年の１４年前、この頃は、数値を偽装する必要がなかったと考えて、この結果を正確と認識して、事故後の偽装された数値を較べる必要がある。そもそも、比較するということは、計量法に基づき正確でなければならないことは言うまでもないこと。

原告が考える放射線量の比較では、事前の放射線量の平均値と正確に環境計量士等が測った最低値と最高値を示し、それを事後の数値としなければならない。本件においては、事後の数値の公用化がされておらず、出所の分からない数値を加害者が持ち出している。正確性を期すためには、示すデータの干渉チェックが必要であることは、物理・科学を専攻した者なら常識の世界である。しかし、本件事件においては、この前段行為がなされておらず、いたずらに長崎大学の山下俊一が真しやかに１００ミリシーベルト以下は被ばくの影響がないと言い放ち、その証拠の提示がされていない。このような語り部を侍らした背景には、被告東電、被告国の責任回避工作活動資金の提供がなされたものと推測している。

参考文献集

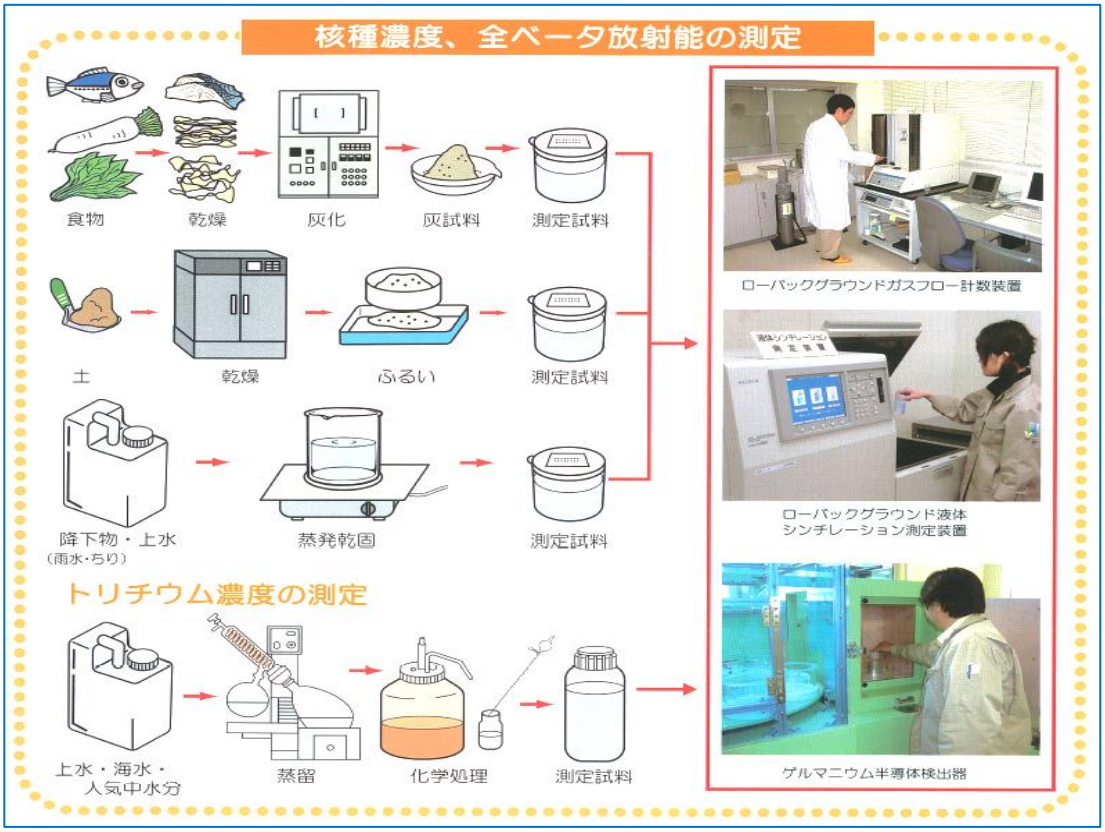
１．　以下に示すチラシは、平成 21 年に、福島県原子力広報協会（福島県、浜通り１１自治体）が発行したものである。当然、双葉町も構成員なので、このチラシに責任がある。それを抜粋し、事故前に行っていた放射性物質の測り方を示すものである。



原子力の基礎知識　放射線Q＆A

■環境試料採取による環境放射能監視

福島県原子力センターでは、環境モニタリングのひとつとして、環境試料に含まれる放射性物質の量を測定しています。発電所周辺の広い範囲にわたって大気、降下物（雨水・ちり）、土、上水、海水、海底土、農畜産物、水産物などを定期的に採取しています。



この図を説明すると、食物の測り方が示されている。食物➡乾燥➡灰化➡灰資料　　➡測定試料➡測定という流れを示していることが解かる。これが事故前の計測の原則だった。しかし、事後はこれが行われていない。福島県農業総合センターで行っている放射性物質の計測は、生のままゲルマニウム半導体測定器で、１日１５０検体を測っている。これは、原告が農業総合センターに行き、部長さんから聞いた話である。部長さんの話では、上図を見たことはなく、このやり方は知らないと話していた。このようなやり方をしている県職員が、福島の食べ物は安心だと言っているが、詐欺ではないだろうかと心配している。原告は事故以来、福島県の食材は食べないし、県内では飲食をしないようにしている。因みに、土と水の測り方も記されている、どれも水分を除去して、計測していることが解かる。事故後いち早く、風評被害を言い訳にして、福島県が農・林・水産物を市場に出していたが、上図のような測り方はしていない。店頭で販売員が、これは検査していますと言っているが、検査をしたものは原型をとどめていないので、店頭に並べられた物は検査をしていない。偽

物を本物と偽装して、消費者を騙す詐欺行為である。

〖話がそれるが関連して述べると、平成２３年１２月衆議院議員チェルノブイリ原子力発電所事故等調査議員団報告書の１５９頁では、太田和美議員（福島二区）が「先ほどの食べ物の質問ですが、チェルノブイリでは、飲料水は２ベクレル、野菜が４０ベクレルと聞いておりますが、日本では暫定規制値が、飲料水が２００、野菜が５００ベクレルといった数字になっておりますが、これについてどう思いますか。」、ホローシャ長官が「プリピャチ川の水の水質は０．１ベクレルです。ヨーロッパの飲料水の許容量というのは２ベクレルです。私たちの国の規準というのは非情に厳しいです。ヨーロッパのスタンダードに比べると１０倍ぐらいの厳しさです。ウクライナの飲料水、食品の許容値というのは、ヨーロッパのスタンダードよりも厳しいです。日本の２００ベクレルというのは、ちょっと信じられない数字であり、何か単位が違うのではないでしょうか。野菜は種類によって許容値が違うので、なんとも言えませんが。吸収しやすいもの、そうでないものと、色々ありますので。」。小平団長「本日は、色々と参考になるお話をありがとうございました。是非とも、お二人には日本に来て頂き、福島の現地も見て頂きたいと思いますので、よろしくお願いします。」〗とこの報告書には記されている。ここから学ばなければならないことは、日本が如何に偽装国家であるか、官僚が嘘をつくことが多いかということではないか。官僚によって、憲法がないがしろにされている証拠でもある。

２．事故後の緊急事態環境放射線等モニタリング実施計画のコピーである。

以降の文書は管政権の現場対応の稚拙さを象徴する資料をご覧いただきたい。

緊急時環境放射線等モニタリング実施計画

平成２３年３月１８日
原子力災害現地対策本部

１　目　的

３月１１日に発生した東北関東大震災に伴うその後の東京電力㈱福島第一、福島第二原子力発電所事故に伴う放射性物質の放出に対し、環境放射線や放射性物質濃度の測定を行うことにより、環境の状況を適切に把握し、有効な防護対策を講じていくための基礎資料とする。

２　モニタリング班編成

本日のモニタリングの班は７班で行う。

３　測定項目

１）環境放射線（線量率）

（１）モニタリング地点とその範囲

・第１班：川俣町→飯舘村→南相馬市→福島市 の順に測定する。
福島第一原子力発電所の周囲から２０～３０ｋｍの屋内待避エリアの外側のうち、北側の部分とする。

・第２班：二本松市→田村市→小野町→いわき市→福島市 の順に測定する。
福島第一原子力発電所の周囲から２０～３０ｋｍの屋内待避エリアの外側のうち、南側の部分とする。

・第３班～第６班
福島第一原子力発電所の周囲から半径３０ｋｍ付近のサーベイを行う。

その他、空中モニタリングは実施未定。

（２）測定方法

・測定はＮａＩシンチレーションサーベイメータ、又は電離箱サーベイメータより測定するが、第１班、第２班については３０μＳｖ／ｈ以下を基本とし、これを超過した場合にはその地点から先の測定は行わないものとする。

・測定地点は、別紙地図に定める定点を含むエリアから適切な間隔を持って選定するものとする。

・なお、定点での測定を行った場合は、測定の都度、測定値を国に報告すること。

２）　大気中放射性物質濃度（ヨウ素）

（１）モニタリング地点数とその回数

大気中ヨウ素は第６班が測定する。測定範囲は福島市内、二本松市内とし、それぞれ２地点程度を選定して測定する。また、その回数は地点ごとに１回とする。

また、第５班～第６班でも３地点で実施する。

（２）測定方法

採取後、Ｇｅ半導体検出器で核種を実施する。

上記のアンダーラインの記述は本件事故の正体を示している。通常、30μSv/h は外部環境には存在しないレベルの汚染量である。

このような 30μSv/h は、事故前の通常の場合平均 0.05μSv/h だったので、30÷0.05＝600 倍になり、高度に汚染されたことを意味する。従って、30μSv/h 以上の地点の計測は行わないという判断は正しい。問題はこの先である。環境放射線モニタリングデータ採取者には、このような指示を出しながら、このような地域に住んでいる住民を避難させたのか？避難させなかったのかの疑問が残されている。

原告は、このような実態を報告されたことが無かったばかりか、佐藤雄平福島県知事はこのような実態を公表せず、県民の県外避難を阻止していたのである。その阻止の内容は、スピイディ情報の隠蔽、ヨウ素剤の予防服用不指示、法外なスクリーニング検査基準の引き上げなどで、避難させなければならない福島県民を足止めし、被ばくを続けさせている。

2011年 3月16日 12時57分 [redacted] Fax [redacted] NO. 0772 P. 173

ERC から 3/16 13:20 受

OFC 尾方 ERC 石井様 [redacted]

ERC 1317 3/16

緊急時環境放射線等モニタリング実施計画

平成２３年３月１６日

１ 目 的

３月１１日に発生した東北関東大震災に伴うその後の東京電力㈱福島第一、福島第二原子力発電所事故の放射線漏えいに対し、周辺環境放射線や放射能の測定を行うことにより、今後の復旧に資するとともに、ヨウ素１３１が雨水から検出されたことから、県民の安心安全を得るため、ヨウ素１３１を中心とした環境試料の分析を行う。

２ モニタリング班編成

モニタリングの班は５班で行う。（第１班及び第２は県が実施、第３班から第５班は文部科学省及び日本原子力研究開発機構からの応援協力による。）

３ 環境放射線（線量率）のモニタリング方法

（１）モニタリング地点とその範囲

第１班：川俣町→飯舘村→南相馬市 の順に測定する。

福島第一原子力発電所の周囲から２０～３０ｋｍの屋内待避エリアの外側のうち、北側の部分とする。

第２班：田村市→小野町→いわき市 の順に測定する。

福島第一原子力発電所の周囲から２０～３０ｋｍの屋内待避エリアの外側のうち、南側の部分とする。

第３班：田村市都路町→葛尾村→川内村（国道３９９号線）の順に測定する。

測定は文部科学省が行い、３／１６は６か所を測定する。

（２）環境放射線の測定方法

ＮａＩシンチレーションサーベイメータにより測定するが、３０μＳｖ／ｈを基本とし、超過した場合にはその地点から先の測定を行わないものとする。

４ 環境放射能のモニタリング方法

（１）モニタリング地点とそのモニタリング核種

ＳＰＥＥＤＩヨウ素１３１の地表蓄積量の予測結果等を考慮し、次の各地点において採取を行う。また、測定する核種としてはヨウ素131、セシウム137などとする。

① ＳＰＥＥＤＩによるヨウ素１３１分布による最大点

② 風下方向の人口密集地帯、集落、待避施設

③ 水道水源

ここで、注目しなければならないのは、３０μSv/ｈ以下は測るが、これ以上は測らないと記載されているところである。３０μSv/ｈを年間に換算すると、３０×２４ｈ×３６５日＝２６２，８００μSv/ｙとなる。μをミリシーベルトにすると、２６２．８mSv／ｙとなり、人間の被ばく限界の１ミリシー

ベルトで言えば、２６２．８倍となり、当然、人は居られないことは明瞭である。この時、発電所周辺に及ばず、福島県内には、３０μSv/ｈを超える場所は数えきれないほどたくさんあった。しかし、佐藤雄平県知事は、福島県民を避難させない工作を行っていたために、３０μSv/ｈ以上の計測を躊躇ったことも考えられる。

ＥＲＣからの検討依頼「愛媛県のヘリの汚染による人体への影響および対応について」に対する回答

平成２３年３月１６日16：15
原子力安全委員会
緊急技術助言組織

愛媛県よりＥＲＣに対して以下の照会があり、ＥＲＣから原子力安全委員会に検討依頼がありました上記の件につきまして、以下の通り回答いたします。

照会内容：「松山（愛媛県）のヘリが、現地の活動からもどってきたところ、エンジンルームで 26,000-28,000cpm 検出された。人体への影響及び対応は如何？」

回答：
・人体への影響はありません。

・測定結果が 6,000cpm 以上であれば、洗浄を行ってください。

以上

ERC へ回答した原子力安全委員会緊急技術助言組織というのは、ヘリのエンジンルームで 26,000－28,000cpm が観測されていたが、ヘリの室内の線量を求めず、人体への影響を否定しているが、手落ちではないのか。測定結果が 6,000cpm 以上であれば洗浄してください。ということにも違和感がある。では、福島県が 10 万 cpm まで上限を引き上げた根拠が崩れてしまう。ここでもう一度、スクリーニング検査基準を現地対策本部が 6,000cpm で、行うように指示した根拠を翻って調べなければならない。

2011/3/12 21:05

21:18受 MP-4 修正版

現地モニタリング情報

福島第一(1F) MP6(正門:モニタリングカー:固定)

	3月11日		3月12日																
モニタリングカー	21:00	22:50	0:30	3:30	5:10	8:20	10:20	10:30	11:00	11:30	12:10	12:30	14:00	14:30	15:30	16:00	16:40	17:40	19:40
測定値(μSv/h)	0.06	0.059	0.06	0.068	1.59	4.77	180	380	6.7	35.77	45.23	5.78	4.6	9.98	5.49	5.29	3.25	2.9	2.7

福島第一(1F) MP-8南側(展望／海側:サーベイメーター)

						3月12日												
						8:40	10:00				12:00	12:25	13:50	14:30	15:30	16:00	16:40	
測定値(μSv/h)						2.34	4.5				5.32	3.83	3.25	3.49	3.21	2.22	2.06	

福島第一(1F) MP-4(1号機北西敷地境界:モニタリングカー(柏崎刈羽))

					3月12日														
					16:15	15:25	15:29	15:31	15:33	15:35	15:39	15:43	15:47	15:51	16:01	19:44			
測定値(μSv/h)					166.2	123.4	1015	569.2	431.1	270.5	204.3	153.3	141.8	132.3	131.4	64.2			

入手 更新

更新

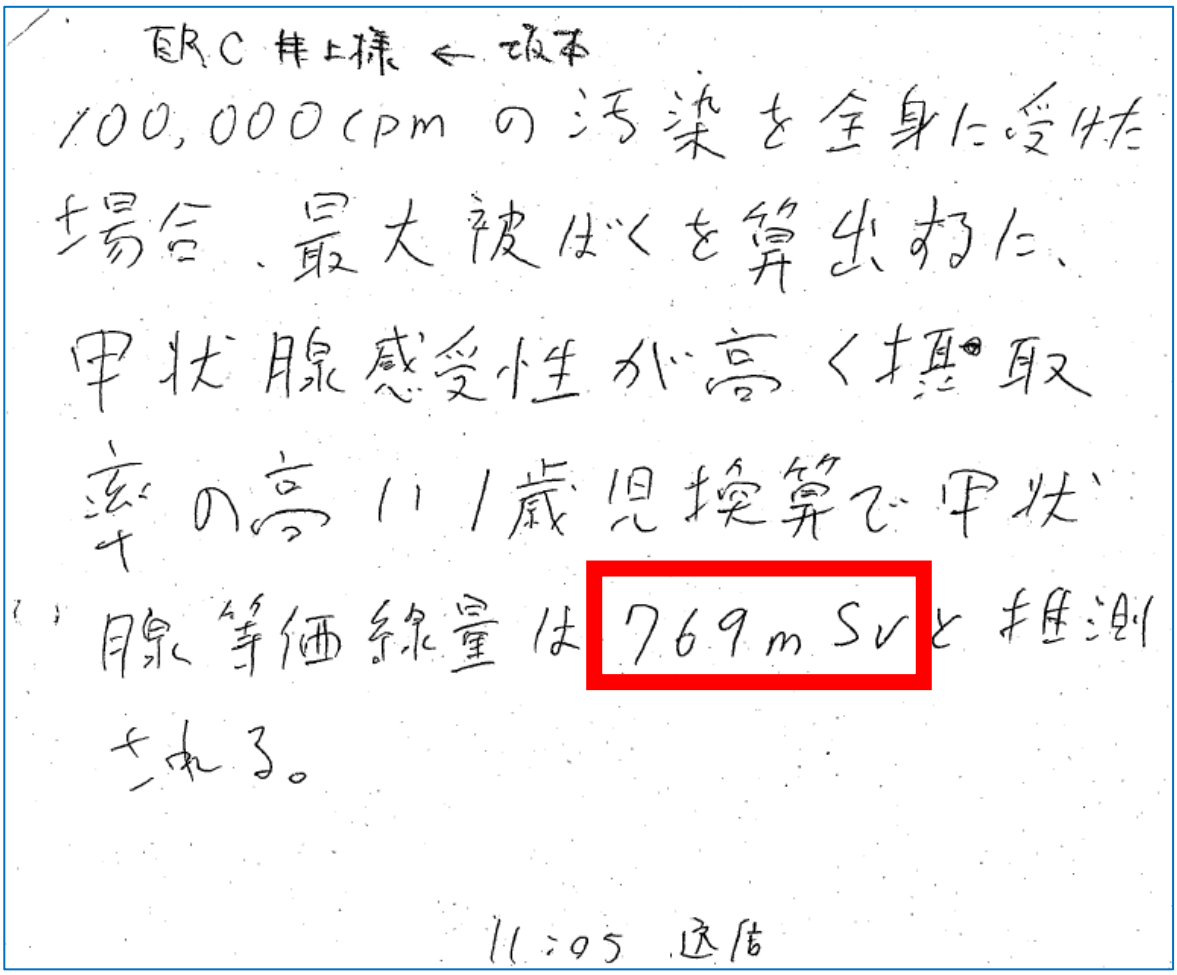
福島第二(2F)(事業者のモニタリングポスト)
事業者のモニタリングポスト

	3月11日			3月12日													
モニタリングポスト	21:00	23:00	23:30	25:10	8:01	10:00	11:00	12:00	13:00	13:40	14:00	15:00	17:10	19:00			
MP1(μSv/h)	0.036	0.036	0.036	0.036	0.041	0.036	0.037	0.033	0.039	0.035	0.036	0.041	0.036	0.037			
MP2(μSv/h)	欠測	欠測	欠測	欠測	欠測	欠測	欠測	欠測	欠測	欠測	欠測	欠測	欠測	欠測			
MP3(μSv/h)	0.037	0.036	0.037	0.037	0.038	0.036	0.035	0.037	0.037	0.037	0.037	0.036	0.038	0.038			
MP4(μSv/h)	0.038	0.038	0.037	0.037	0.035	0.035	0.037	0.036	0.035	0.037	0.038	0.034	0.036	0.04			
MP5(μSv/h)	0.043	0.043	0.043	0.042	0.042	0.042	0.04	0.041	0.04	0.041	0.042	0.043	0.045	0.046			
MP6(μSv/h)	0.035	0.035	0.034	0.035	0.038	0.037	0.037	0.034	0.038	0.038	0.034	0.032	0.033	0.036			
MP7(μSv/h)	欠測	欠測	欠測	欠測	欠測	欠測	欠測	欠測	欠測	欠測	欠測	欠測	欠測	欠測			
風向	北西	北	西	北西	−	−	−	−	−	−	−	−	−	−			
風速(m/s)	5.1	4.0	6.8	4.7	−	−	−	−	−	−	−	−	−	−			

県モニタリングポスト(1F側13か所(1か所のみ確認できている。))

	2:06	3:30	15:50	16:30	17:16	17:52	18:34	19:10									
大野局(μSv/h)1	0.041	0.041	0.052	0.049	0.054	0.363	0.066	0.072									
風向	−	南南西	−	−	−	−											
風速(m/s)	−	1.1	−	−	−	−											

ERC 広報班 Fax [redacted] 2011年3月12日(土) 21:14 P001/001



BRC 井上様 ← 坂本

100,000cpm の汚染を全身に受けた場合、最大被ばくを算出すると、甲状腺感受性が高く摂取率の高い1歳児換算で甲状腺等価線量は 769mSv と推測される。

11:05 送信

これは重要な証拠である。現在、子供たちの甲状腺被ばく問題が大きな社会問題になっているが、福島県県民健康調査委員会では、本件事故との因果関係を否定しているが、確たる証拠に基づいて否定しているんであれば、甲状腺がんに罹患している子供と大人たちは安心できるが、この資料を見たら腰を抜かしてしまうのではないか。「双葉地区住民はハイリスク群」と放医研が語っているが、それは事実である。この資料からも裏付けられる。福島県庁は子どもを憎いのだろうか、769mSv とは年間を言っていると勝手に判断して、年間 1 ミリシーベルトと比べると、769 倍になる。769mSv をμSv にすると、769,000μSv となる。これを事故前の 0.05μSv で割ると、769,000÷0.05＝15,380,000 倍の天文学的数値になってしまうことが分かる。

従って、政府災害対策本部による被ばくは、殺人的な最重過失となることは明らかである。

ERC 広報班　Fax:[redacted]　2011年3月16日(水) 12:30 P001/003

12:30 受

官房長官会見概要（3/16　11:16すぎ）

メモ作成：澤田、松本

１１：１６すぎ官房長官

<国民へ協力依頼について>

被災地、ガソリン・軽油・重油などの燃料不足が悪化している。現地に物資等を到着させるべく努力しているところ。全国の皆さんに燃料不足とならないよう買いだめの無いようにお願いします。全国的にできるだけ被災地へ輸送を優遇させてほしい。

被災地以外のみなさんには買占めに走らないようお願いします。

<原子力発電所について>

原子力発電所、すでに報道にとおり８：３０前後から福島第一３号より白煙が確認されている。これについて、原因を調査しているところである。なお、直接関連するか否かも含め検討中だが、モニタリングポスト（正門入り口）で上昇しているが、現時点で人体へ影響あるわけではない。詳細はNISAへ確認してほしい。８００から６００μSV/hで落ち着いている。１０：００過ぎぐらいから、急激に放射線濃度は上昇しておりmSV/h単位での値となっている。このため、作業員は一時的に退避させている。

10:54現在、放射線濃度の数値上昇。原因については、専門家の検討がひつようだが、可能性として、格納容器から放射線を含んだ水蒸気がでていることが考えられる。一番高い可能性であり、確定ではない。（強調）

引き続き、放射線のモニタリングを続けており、それに対する対応を検討しているところ。

<質疑応答>

Q：爆発音は確認しているのか？

A：（爆発音の）報告は受けていない。３号機の白煙情報は８：３４の情報。爆発音との報告は受けていない。

Q：？

A：（２号機と同様に、）格納容器の一部が損傷している可能性があり、水蒸気が出ている。その可能性が高い。現時点であらゆる想定。（確定でないことを強調）

Q：避難状況は？

A：周辺部分のモニタリングの上昇がなければ、現状の対応から変更することではない。

Q：４号状況は？

A：使用済み燃料プールに注水準備中。３号機により放射線濃度上昇により作業を一時中

断しているが、４号機への作業が遅れる。

Ｑ：５、６号機の状況？
Ａ：４号機と同様な上昇とならないように、冷却を進めている。昨日の４号機の水温より若干高いが、注視している。

Ｑ：（４号機への）ヘリコプターで散布を検討しているときいているが？
Ａ：統合本部より連絡する。プールの状況によっては、一気に上空から散布するとリスクが高いため、陸上から注水すると報告を受けている。

Ｑ：（４号機への）注水について最善策は？
Ａ：最終的に、実施を確認したら連絡させていただく。

Ｑ：東電本部との連携は？
Ａ：以前よりも、連絡は相対的にはスピーディーになっている。数値の変化については、情報が入ってくるのが遅くなっている。現地（本部？）の動きについては細野補佐官が必要に応じて上がってくることになっている。
Ｑ：（現在の状況について）もう少し詳細に教えてもらえないか？
Ａ：それぞれのチーム（東電やＮＩＳＡ）から、具体的に連携して会見していく。

Ｑ：東電は４号機について再臨界の可能性があると言っているが、早い段階でアナウンスしなのか？
Ａ：可能性がゼロとはいえないが、現時点で想定できる範囲としては再臨界の可能性とはなっていない。そうならないように最大限努力する。

Ｑ：１号機から３号機の水位について教えてほしい。
Ａ：東電またはＮＩＳＡから報告する

Ｑ：放射線量が上昇しているが、３号機からの漏えいか？
Ａ：炉圧を下げているところのため、弁を開放している。このため、ある程度の上昇は見込まれる。

Ｑ：４号機への注水準備状況？
Ａ：注水できるように徹夜で作業準備をしているところ。開始した連絡はまだ聞いていない。３号機の状況をみながら、４号機の作業にはいっていく。

ERC 広報班　　Fax:[redacted]　　2011年3月16日(水) 12:38 P003/003

Q：東電は立入できないようだが、米軍への協力依頼状況は？
A：米国に限らず各国からの協力要請あり。すでに物資（ポンプなど）の点では協力をいただいている。

Q：米軍の協力については？
A：政府間でまさに調整中。

Q：４号機、ヘリでの注水は危険とのことだが、どのようなものか。
A：リスクが高いため、現在、地上から作業すると聞いている。一気に上空から散布すると、上空への影響がある。

Q：緊急炉心冷却装置は復旧するのか？
A：東電に確認してほしい

以上

2011年 3月16日 12時05分 東京電力(株)原子力立地 会議室
1年03月16日(水) 11時53分 発信 [redacted] 発信:1F 発信者 No. 1428 P. 1 R:185 P.01

H23. 3/16水 12:15受

89

様式8－1（1／4）

異常事態連絡様式（第２報以降）（原子炉施設）

※ 各項目について、情報が得られたものから記入し、迅速に連絡することとする。

平成２３年３月１６日（第　報）
発信時刻 11 時 51 分
（第１５条－８８報）

経済産業大臣，福島県知事，大熊町長，双葉町長　殿

通報者名　福島第一原子力発電所長 [redacted]
連絡先（原子力募使管理者）0240-32-2101（代）

特定事象の発生について，原子力災害対策特別措置法第 10 条第１項の規定に基づく通報以降の情報を通報します。

原子力事業所及び場所		名称：東京電力株式会社　福島第一原子力発電所 （事業区分：電気事業） 場所：福島県双葉郡大熊町大字夫沢字北原 22
特定事象の発生箇所		福島第一原子力発電所
特定事象の発生時刻		平成 23 年 3 月 11 日　16 時 36 分（24 時間表示）
発生した特定事象の概要	特定事象の種類	⑥　非常用炉心冷却装置注水不能 原子力緊急事態に該当（■する，しない）
	想定される原因	□特定　■調査中
	検出された放射能量の状況，検出された放射性物質の状況又は主な施設・設備の状況等	３／１６、４号機原子炉建屋へ注水作業を進めていたところ、３号機から白い湯気のような煙が発生したことから、屋外作業を中止し屋内退避を実施していましたが、プラント各パラメータの確認したところ大きな変化がないことから、１１時３０分作業を再開することといたしました。 １１：３０分線量　５３５０μＳｖ／ｈ
その他特定事象の把握に参考となる情報	被ばく者の状況及び汚染拡大の有無（確認時刻　時　分）	被ばく者の状況 □無　確認中 ■有：被ばく者　名，要救助者　名 汚染拡大の有無 □無 □有：
	気象情報（確認時刻11時30分）	・天候：　曇り ・風向：方位　北東 ・風速：　h 6　m／s ・大気安定度：
	周辺環境への影響	□無 □有：

2011年 3月17日(木) 07:56 [redacted] P.003

2011年 3月17日 3時12分 東京電力福島原子力発電所 No.0315 P. 2

5号機；・停止中。
・使用済燃料プール水温；62.7℃（前回（3/16 7:00）61.1℃））

6号機；・停止中。
・使用済燃料プール水温；60.0℃（前回（3/16 7:00）59.5℃）

（2）福島第二原子力発電所
全号機冷温停止中。

2．作業状況

（1）福島第一原子力発電所における通信回線の切断。
新福島変電所の工事中に通信ケーブルを切断し、福島第一原子力発電所にて通信不能状態が発生。3/17 1時半現在、復旧作業中。

（2）福島第一原子力発電所における散水作業等
・福島第一原子力発電所では、まず3号機を優先して、使用済燃料プールの過熱防止対策を以下の通り計画。
①自衛隊による施設上空からの散水
②警察の協力による地上からの放水
・上記①については雰囲気線量の関係から3/16は一時中断。②については作業関係者が百里基地を車で移動中。目標は、本日朝までに放水を開始。

3．放射線監視状況

（1）福島第一原子力発電所
3/16 10:20 正門付近で約2.4mSv/hを計測。
3/16 12:30 測定値は約10.85mSv/hまで上昇。その後低下（16:20現在 1.4mSv/h）

（2）福島第二原子力発電所
21:30現在、モニタリングポストNO.1～NO.5（NO.2は点検中）は、16.3～25.8μSv/h。（19時頃より変動小）

以 上

【機密性 2 情報】

15:00頃
海老根氏に回答

企画官からの質問に対する回答

平成 23 年 3 月 12 日

上杉

要求：

地上放出のような、プルーム中の被ばく線量と核種濃度を見積もってほしい。

回答：

[計算の前提]

1．プルーム中に I-131 と Cs-137 が含まれ、1 日間その中に居たとする。

2．成人が I-131 と Cs-137 からそれぞれ 100 (mSv) の線量を受けるとする。

[I-131 の場合]

・吸入時の線量換算係数(I-131)：1.5×10^{-5} (mSv/Bq)

・成人の呼吸率：22.2×10^{6} (cm^3/d)

実効線量(mSv)＝ I (Bq/cm^3) $\times1.5\times10^{-5}\times22.2\times10^{6}$ (cm^3/d)

I (Bq/cm^3) ＝ 100 (mSv)/($1.5\times10^{-5}\times22.2\times10^{6}$ (cm^3/d))

＝ 0. 3 (Bq/ cm^3)・d

＝ 300 (kBq/m^3)・d

よって、300 (kBq/m^3)の中に 1 日いたとき、100 (mSv)となる。

[Cs-137 の場合]

・吸入時の線量換算係数（Cs-137）：3.9×10^{-5} (mSv/Bq)

・成人の呼吸率：22.2×10^{6} (cm^3/d)

実効線量(mSv)＝ I (Bq/cm3) $\times3.9\times10^{-5}\times22.2\times10^{6}$ (cm^3/d)

I (Bq/cm^3) ＝ 100 (mSv)/($3.9\times10^{-5}\times22.2\times10^{6}$ (cm^3/d))

＝ 0. 116 (Bq/ cm^3)・d

＝ 116 (kBq/m^3)・d

よって、116 (kBq/m^3)の中に 1 日いたとき、100 (mSv)となる。

以上

ERC 総括班　　2011年3月12日(土) 6:41　P001/001

No.82

6:43

想定問：避難範囲を１０ｋｍとした理由如何

回答：原子力安全委員会がとりまとめた「原子力施設等の防災対策について」【昭和 55 年 6 月 30 日原子力安全委員会決定】の中で、防災対策を重点的に充実すべき地域の範囲としての避難の範囲として、原子力発電所については、半径約８～１０ｋｍとして定められている。

そのため、今回は、この安全委員会の決定を踏まえ，作成された福島県ほか、自治体の地域防災計画に基づき、念のため最大の半径１０ｋｍを避難の範囲とした。

想定問：なぜ、最初から半径１０ｋｍの範囲を避難区域としなかったのか。

回答：地震による激甚な災害の状況から、深夜に多くの住民の方々の避難を行うことのリスクを斟酌し、気象状況もふまえ、最低限避難が必要な人に対して、避難指示を行ったところ。夜が明けたので、夜間避難の 2 次災害のリスクも下がったため、念のため、最大限の避難範囲を決定したものである。

ERC は、EPZ の 8～10km の決まりを知っている。官邸だけが知らないということは、官邸に事故対応能力が無かったという証である。

スクリーニングレベル変更に関する経緯

平成 24 年 9 月 13 日
原子力安全委員会事務局

（1）スクリーニングレベルの 100,000cpm への引上げに関する経緯

平成 23 年 3 月 14 日

3 月 14 日の「ERC 医療班状況報告⑯」**（資料 1）**において、「県はスクリーニングを開始（中略）3/14 以降は 100,000cpm まで上げて対応（県立医科大の判断）。」とあり、これに対して、同日、原子力安全委員会緊急技術助言組織名で「『ERC 医療班状況報告⑯』について」**（資料 2）**において、「スクリーニングにおける基準値は、100,000cpm まで上げず、現行のまま 13,000cpm に据え置いた方が良いと考えられます。」との助言を原子力災害対策本部（以下「原災本部」という）へ発出した。

平成 23 年 3 月 16 日頃

放射線医学総合研究所緊急被ばく医療研究センター長（当時、以下「放医研センター長」という。）より原子力安全委員会事務局（以下「原安委事務局」という）に電話があり、「スクリーニング基準値を超える業務従事者の救急搬送拒否の事例があり、原安委で基準値を上げる助言を出してもらえないか。」との要請があった。

これに対して原子力安全委員会としては、基準値を上げることが搬送拒否の根本的解決につながるものではなく、むしろ、適切な除染を行うことが重要であること、適切な除染により二次被ばくはほとんどないことを周知するべきであると考え、基準値を上げる助言を出すことはせず、16 日に、原子力安全委員会緊急技術助言組織名で、救急患者の救急車等による搬送においては、「患者の人命救助を最優先」すること、「できる限りの応急処置と除染を行ったうえで医療機関に搬送」すること、「搬送患者からの二次被ばくはほとんどなく、搬送関係者に健康障害がおこることはありません」といった内容とする助言「放射線汚染を伴う患者の救急搬送について」**（資料 3）**を原災本部へ発出した。

平成 23 年 3 月 18 日頃

放医研センター長より原安委事務局に連絡があり、現場ではバックグラウンドレベルが上昇するなどスクリーニングが困難な状態にあり、基準値を上げられないかとの要請が再度あった。原子力安全委員および調査委員と相談の上、放医研に対して、基準値が 100,000cpm でもよいとする根拠となる資料の提出を依頼し、「スクリーニングレベル 100,000cpm について」**（資料 4）**、及び「Manual for first responders to a radiological emergency(2006 IAEA)」**（資料 5）**を受領した。原安委事務局医療班としては、100,000cpm 未満でも部分除染をしていることを、3 月 15 日の「ERC 医療班状況報告⑱」**（資料 6）**に

おいて共有していたが、さらに県のホームページ（**資料７**）で確認した。また、スクリーニング状況については、「第 6 回原子力災害合同対策協議会全体会議」の資料（**資料 8**）等により確認していた。

平成 23 年 3 月 19 日

原子力安全委員会としては、現地対策本部医療班に人員を派遣していた放医研から情報の提供と要請があったこと、福島県ではすでに 100,000cpm にスクリーニング基準値を上げていたが、13,000cpm 以上でも拭き取り除染をしていたこと、引き上げにあたって放医研と相談して専門的な説明をもらっていることなどを総合的に勘案して検討した結果、原子力安全委員会緊急技術助言組織名で「緊急被ばく医療のスクリーニング基準について」（**資料 9**）を発出し、その基準値を 100,000cpm にする助言を原災本部へ行った。

平成 23 年 3 月 20 日

原子力安全委員会は、「除染のためのスクリーニングレベルの変更について」（**資料 10**）において、「実効性に鑑み、国際原子力機関（IAEA）が「放射線緊急事態の初期対応者マニュアル」において規定した一般住民の体表面汚染に対する除染の基準である 1μSv/h（10cm 離れた場所での線量率）というスクリーニングレベルに変更します。この変更によりスクリーニングレベルは、100,000cpm となります。」との助言を原災本部へ発出した。

（２）スクリーニングレベルの引下げに関する経緯

平成 23 年 5 月 27 日

原安委事務局より原災本部事務局、原子力災害現地対策本部事務局、文部科学省原子力災害対策本部事務局あて、事務連絡「【確認依頼】『避難区域(警戒区域)から退出する際の住民および車両等に対するスクリーニングレベルの変更について(案)』について」（**資料 11**）を送付した。スクリーニングレベルを 13,000cpm に下げる助言を発出することに対して確認依頼をした。

平成 23 年 6 月 1 日

原子力被災者生活支援チームより原安委事務局あて、「『避難区域(警戒区域)から退出する際の住民および車両等に対するスクリーニングレベルの変更について(案)』への意見」（**資料 12**）を受領した。スクリーニングレベルを 13,000cpm に下げると現地で混乱するとの意見があった。

平成 23 年 6 月 3 日

原安委事務局より原災本部事務局、原子力災害現地対策本部事務局、文部科学省原子力

災害対策本部事務局あて、事務連絡「スクリーニングレベル変更助言案に対する意見への回答」(**資料 13**) を送付した。

・送付資料①「スクリーニングレベル変更助言案に対する意見への回答」において、6 月 1 日付「『避難区域(警戒区域)から退出する際の住民および車両等に対するスクリーニングレベルの変更について(案)』への意見」に対して回答した。

・送付資料②「一時立入における避難区域(警戒区域)から退出する際の住民および車両等に対するスクリーニングレベルの変更について(案)」を提示し、これを以って助言とする旨通知した（この助言案において、「40Bq/cm^2 を目指して、スクリーニングレベルを段階的に低減して設定し、さらに最終的には、4Bq/cm^2 を目指すこと」が記述された)。

平成 23 年 6 月 4 日

原子力被災者生活支援チームより原安委事務局あて、「スクリーニングレベル変更助言案に対する意見への回答について」(**資料 14**) を受領した。原子力被災者生活支援チームより、「本件の重要性から、各省及び現地対策本部との協議・調整が整わないまま、委員会へ諮ることや助言をされることは不適切」との考えが示された。

平成 23 年 6 月 4 日

原子力災害現地対策本部総括班より原安委事務局あて、6 月 3 日付事務連絡「スクリーニングレベル変更助言案に対する意見への回答」についての意見を受領した。

ＯＦＣ医療班からの「スクリーニングレベル変更についての意見だし」(**資料 15**) では、混乱を避けるため、関係者の協議、変更することの問題点と解決策の整理、具体的なプロセスを設定した上で実施していただきたいとのこと等の意見が出された。

平成 23 年 6 月 6 日

原災本部支援チーム医療班より原安委事務局あて、「2011.06.05 スクリーニングレベル実績【取扱注意】」(**資料 16**) を受領した。原安委は、3 月 13 日から 6 月 5 日までの期間に、197,430 人のスクリーニングが行われ、13,000～100,000cpm 未満が 900 人、100,000cpm 以上が 102 人いたが、4 月 28 日以降では、13,000cpm 以上は 0 人であることを確認した。

平成 23 年 6 月 6 日

原安委事務局より原子力災害対策本部事務局あて、「『スクリーニングレベル変更助言案に対する意見への回答について』の回答について」(**資料 17**) を送付した。

・この中で、別添「避難区域(警戒区域)から退出する際のスクリーニングレベルについて(案)」を助言案として 6 月 9 日の安全委員会に諮ると通告した。この助言（案）では、「諸活動に支障のない範囲で、スクリーニングレベルを段階的に低減するよう助言します」とした。

平成 23 年 6 月 7 日

原子力被災者生活支援チームより原安委事務局あて、「避難区域(警戒区域)から退出する際のスクリーニングレベルについて(案)に対する質問・意見について」**(資料 18)** を受領した。主な意見は以下の通り。

・（1）目標値がない中で助言を出すのは適当ではない（4Bq/cm^2 は、現実的な目標とは考えられない)。（2）仮に助言をする場合には、「事故の収束又は原子炉が安定する時期おいて、スクリーニングレベルを低減するよう助言する」とし、「目指すべき目標値は、40Bq/cm^2 などが考えられる」とすること。

・別紙として添付した、「スクリーニングレベル変更助言案に対する意見への回答（原子力安全委員会）に対する福島オフサイトセンター内での意見交換における関係者の意見について」（6 月 4 日於福島県庁開催、原子力安全委員会緊急技術助言組織現地組織事務本部取り纏め）についても検討すること。

平成 23 年 6 月 8 日

原安委事務局管理環境課長が福島県庁に行き、原安委の回答文書**（資料 19-1）**を原災本部に手交した。また、県に対してスクリーニング変更案に関する説明会を行うとともに、現地対策本部長に説明した**（資料 19-2、資料 19-3)**。県からは、県民がパニックになる、実体上は 13,000cpm で運用している、除染設備が整備されていないことが問題である等の意見があった。また、現地対策本部長からは「決めるのは確かに原災本部だが、技術的知見のない原災本部に技術的知見のある安全委員会が適切に助言してほしい」、「クライアントの意向に沿った助言を願う」などの意見があった。

管理環境課長は帰京し原子力安全員会に結果を報告した。上記説明会の結果を踏まえ、原子力安全委員会は、スクリーニングレベルを変更する助言案を安全委員会に諮ることは、しばらく延期することとした。

平成 23 年 6 月 10 日

原安委事務局より原災本部に対して、警察、消防及び自衛隊等における汚染拡大防止措置を一層強化するため、スクリーニング及び除染に関する体制、対象、方法、施設・設備、実績、今後の見込み及び今後の活動計画について調査し、その現状を把握するとともに、対策を検討、実施することを目的として、「警戒区域の業務に従事した警察、消防及び自衛隊等の職員並びに車両及び物品のスクリーニングおよび除染の現状把握のための調査について【事務連絡】」**(資料 20)** を発出した。7 月 16 日までに、警察庁、海上保安庁及び防衛庁からの回答を原子力災害対策本部より受けた（同資料)。

平成 23 年 7 月 23 日

スクリーニングの現状調査等の目的で、橋本安全調査副管理官、および山田安全調査副

管理官が J ヴィレッジを訪問し、東京電力株式会社福島第一安定化センター保安環境部放射線防護管理グループより説明を受けた（**資料 21**）。人と携行品のスクリーニングと除染について、スクリーニングレベルは 13,000cpm に設定し、13,000cpm を超えたら除染を行い、除染しても 100,000cpm を超えていれば出さない、最近は 13,000cpm を超える事例はほとんどないとのこと、車両のスクリーニングと除染についてもスクリーニングレベルを 13000cpm に設定し、超過した場合は高圧水で除染を行い、除染しても 100,000cpm を超えていれば出さないとのこと、汚染車両はダーティーエリアのみで使用し、警戒区域の一時立ち入りの車のスクリーニングと洗浄も引き受けているとのことを確認した。

平成 23 年 8 月 29 日

原子力安全委員会は、以上の調査状況等を踏まえ、また、「東京電力福島第一原子力発電所事故の収束に向けた道筋」のステップ 1 が終了し、今後ステップ 2 の終了に向けた復旧作業が本格化すること等を踏まえ、原災本部に対して、「避難区域（警戒区域）から退出する際の除染の適切な実施について」（**資料 22**）を発出した。この中で、避難区域（警戒区域）外への放射性物質による汚染拡大の防止を目的として、スクリーニングレベルについては、モニタリングの結果や入退域の状況等を総合的に勘案し、適切に定めて段階的に低減していくこと、さらに、スクリーニング及び除染を行う施設の増設や設備の拡充を行うとともに、充分な人員配置や体制の一層の整備を図ることが望ましいとの助言を行った。

以上

（参考）

平成 24 年 3 月 22 日

平成 24 年第 14 回原子力安全委員会臨時会議において、「「原子力施設等の防災対策について」の見直しに関する考え方について中間とりまとめ」が防災専門部会から報告された。この中で、以下のことが記載されている。

（http://www.nsc.go.jp/anzen/shidai/genan2012/genan014/index.html）

・「緊急被ばく医療に係るスクリーニングは、その目的を踏まえて実施されるべきである。」こと

・「汚染拡大防止スクリーニング」については、「原子力災害後の現存被ばく状況において、4Bq/cm^2 を目指し段階的に低減」すること

・医療機関がスクリーニング結果により患者の受入れの判断をしていた事例があったことが報告されているが、本来は汚染が存在しても、汚染拡大防止措置や防護服の着用などの放射線防護措置を施したうえで患者を受け入れることが期待されており、スクリーニング結果は放射線防護措置を決める目安として使われるべきである。

「福島県内の小学校等の再開にあたっての安全性について(その 2)」
に対する回答

平成 23 年 4 月 7 日 9:30
原子力安全委員会
緊急技術助言組織

助言依頼のありました標記の件について、次のとおり回答します。

1. 文部科学省として、福島県内の小学校等の再開にあたっての判断基準を示されたい。

2. 原子力安全委員会は、示された判断基準に対して、助言します。

3. "「福島県内の小学校等の再開に当たっての安全性について(その 1)」に対する助言(回答)"は、上記、判断基準の策定にあたって参考になるものと考えます。

4. なお、公衆の被ばくに関する線量限度は、1mSv/年とされています。

以上

原子力安全委員会の緊急技術助言組織は、ここで公衆の被ばくに関する線量限度は、１mSv／年と語っておきながら、非合法組織の内閣府原子力被災者生活支援チームという者たちが、20mSv／年間という違法な数値を被災者・国民に強制したのか、検証しなければならない。

「福島県内の小学校等の再開にあたっての安全性について
（その３）」に対する回答

平成２３年４月８日 10:00
原子力安全委員会
緊急技術助言組織

助言依頼のありました標記の件について、次のとおり助言（回答）します。

「福島県内の小学校等の再開にあたっての安全性について（その２）」に対する回答（平成 23 年 4 月 7 日 9:30 付、原子力安全委員会緊急技術助言組織）にて回答したとおりです。

以上

平成23年4月19日
原子力災害対策本部

福島県内の学校等の校舎・校庭等の利用判断における暫定的考え方

Ⅰ．学校等の校舎・校庭等の利用判断における暫定的な目安について

学校等の校舎、校庭、園舎及び園庭（以下、「校舎・校庭等」という。）の利用の判断について、現在、避難区域と設定されている区域、これから計画的避難区域や緊急時避難準備区域に設定される区域を除く地域の環境においては、次のように国際的基準を考慮した対応をすることが適当である。

国際放射線防護委員会（ICRP）のPublication109（緊急時被ばくの状況における公衆の防護のための助言）によれば、事故継続等の緊急時の状況における基準である20～100mSv/年を適用する地域と、事故収束後の基準である1～20mSv/年を適用する地域の併存を認めている。また、ICRPは、2007年勧告を踏まえ、本年3月21日に改めて「今回のような非常事態が収束した後の一般公衆における参考レベル（※1）として、1～20mSv／年の範囲で考えることも可能」とする内容の声明を出している。

このようなことから、児童生徒等が学校等に通える地域においては、非常事態収束後の参考レベルの1－20mSv／年を学校等の校舎・校庭等の利用判断における暫定的な目安とし、今後できる限り、児童生徒等の受ける線量を減らしていくことが適切であると考えられる。

※1　「参考レベル」：これを上回る線量を受けることは不適切と判断されるが、合理的に達成できる範囲で、線量の低減を図ることとされているレベル。

また、児童生徒等の受ける線量を考慮する上で、16時間の屋内（木造）、8時間の屋外活動の生活パターンを想定すると、20mSv／年に到達する空間線量率は、屋外3．8μSv／時間、屋内木造1．52μSv/時間である。したがって、これを下回る学校等では、児童生徒等が平常どおりの活動によって受ける線量が20mSv／年を超えることはないと考えられる。また、学校等での生活は校舎・園舎内で過ごす割合が相当を占めるため、学校等の校庭・園庭において3．8μSv／時間以上を示した場合においても、校舎・園舎内での活動を中心とする生活を確保することなどにより、児童生徒等の受ける線量が20mSv／年を超えることはないと考えられる。

法外な作文で加害行為である

この悪質な線量区分は、規制主務省庁らの子供に浴びさせるべきである。

原告　井戸川克隆が《政府事故調を正しく評価する》と

この概要版の内容から見れば、原子力行政の欠陥、規制担当省庁らの公正さ、責任の所在と公務員の倫理感の欠落、怠慢について一部論じているが、全体からは、事故に至る「任に背く行為等」が正確に記されない箇所が多く、被告らに「事故は防げなかった」という偏見が多いことがわかる。

先ず、本件事故は規制担当省庁らの怠慢と背任によって引き起こされている。真剣に事故回避に尽力するのであれば、防げた事故であることは、これまで原告が双葉町長職を投げ打って、調べてきたことから考えてみることができる。この考えは、双葉町を町民とともに愛し、存続を願い、財政の危機から回復させるとともに、未來の子どもを人格、素養豊かに育み、未來を託すための計画が破綻させられたのは、自然災害ではなく、人による危害が原因であることが分かる。

原告が怒りを持ったのは、規制主務省庁ら加害者が優越的地位の濫用により責任を回避して、のうのうと居座り、債務者でありながら、債権者である原告ら被害者を支援するなどと高位から見下していることである。債務者は被害同等額を債権者に支払うように、わが国ではなっている。しかし、本件事故の中間指針の決め方のようなやり方の、債権者が債務者に妥協を求めることは、公正取引とは言えないのである。

そのうえで、原発事故で町と原告ら町民の人生を木っ端みじんに破壊し、町が目指していた未來への夢と存続、発展のための施策が、壊されたことである。

原発事故のどこが原因だったのか、「何をしなかったのか」、「何をしたのか」、そして、事故後に「何をされたのか」について、この概要版では不

十分ながら示しているので、追記する。

※何が原因だったのか：まず考えなければならないのは、癒着である。規制担当省庁らは、規制する側とされる側の利権が、与えられていた規制義務を鈍らせ、曖昧になり、規制される側の誘惑に抗うことができなくなっていたことが、地震・津波対策のバックフィットでなければならないのを、規制される側の強い要求に従いバックチェックという極めて規制の緩いものにしたときから、原発の崩壊が始まった。いきなり３．１１が来たと思う国民が多いが、原告は「献金、天下り・癒着体質の汚職と労組の腐敗が事故の主因」と考えている。

※何をしなかったのか：先ず、B.5.b 対策ではないかと考えている。9.11 のマンハッタン高層ビルへのテロ攻撃に強いショックを受けた米国の規制庁 NRC は、原発のテロ対策を実施させた。この会議には我が国の原子力安全・保安院がチームを作り、派遣している。しかし、どこの誰が止めたのか不明だが、日本では B.5.b 対策を事業者に求めなかった。B.5.b 対策の詳細は省くが、日本でも実施していれば、第一原発の壊れ方を和らげる効果はあったはずである。

又、津波対策でも、インドの原発の津波浸水で原発が危機的状況になったことから、危機意識がありながら保安院は、東電に津波対策を実施するよう 40 分間粘ったという有名な話があるが、「実施させなかった」という背任をしている。

さらに言えば、第一原発３号機への MOX 燃料装荷のためのプルサーマル計画推進の福島会議において、津波に言及しないように工作した虚偽文書を作成し、それを福島県原子力安全確保技術連絡会議に示し、双葉郡の町職員へ同意をさせ、発電所周辺自治体の首長会議に偽りの報告をさせて、第一原発の 3 号機に MOX 燃料を装荷、運転をさせた。

このことは、国会事故調で取り上げられているが、政府事故調（中間報告書概要版）には当然欠落している。

最も背任と断定するのは、第一原発で当時の小森所長ら幹部が平成２０年９月に行われた会議（秘密会議）では、津波対策は不可避という結論が得られていたが、経営者たちはこの意見を踏みにじり対策工事は行わなかった。

まだまだ、政府事故調が取り上げなければならい重大な問題がありながら、原告がいた旧騎西高校の町長室に、畑村洋太郎委員長らが来所した時、曖昧な話だけで、原告の事情聴取はされなかったことは、来所したというアリバイ作りに過ぎなかったと考えている。したがって、この時から政府事故調について疑惑の念を持つようになった。

事故後の加害者たちの行動は優越的地位を悪用し、被害者に１００㍉シーベルト以下は発症しないという呪文を工作員らが振りまき、被害の意識を排除し、救済を恣意的に怠り、復興という公共事業に邁進している姿は、阪神淡路大震災後の公共事業のための復興と酷似している。更に、国及び福島県並びに隣県らは、救助・救済の定めの生命、身体及び財産を保護するという災害対策基本法の定めに反している。

※何をしたのか：それは双葉町・町民への不貞・背信である。津波地震（津波地震とは、津波を伴う地震のこと）情報の隠ぺい、この隠ぺいには国、県、東電が関わっている。双葉町は、「平成２０年３月津波防災計画策定基礎調査」を終えている。

これは、資源エネルギー庁が発注し、（財）電源地域振興センターが請け負い、双葉町の津波ハザードマップを作っている。この資料の基になったのは、「福島県沿岸市町津波避難計画策定の手引き」だった。

これに記されていた双葉町の最大波高は３．８ｍとなっていた。これで、

ハザードマップを作ったので、浸水域は中野地区の舘林さん宅庭までの浸水だった。これを見ていた原告は、東日本大地震、津波では、舘林さん宅前までだなと当初は考えていたので、大きな誤算をさせられたのである。

加害者東電は賢いので、現在、福島県の「福島県沿岸市町津波避難計画策定の手引き」を盾にして、津波対策は不要だったと主張している。しかし、東電の主張は当たらない、それは、東北電力と日本原電は政府が出した長期評価を基に、津波対策を実施していたので、両発電所は、本件津波では軽微な損傷で済み、発電所周辺自治体及び住民に被害を与えていない。

本件事故が発生したら、たちまち事故前の不作為隠しのために、規制主務省庁と俄か政権の菅直人総理大臣らは、有力な支援団体の保護のために、原子力災害対策マニュアルを葬り、在来の約束事項を無法化し、発電所周辺自治体並びに住民たちを皆殺し状態（被ばく患者）にしてしまったのである。さらに悪質極まりないのが、松永経産事務次官の発言である。保安院長が謝罪を兼ねて挨拶に行った際に、事故の対応を丁寧にやり、住民の生命、身体及び財産の保護を優先せよとは言わず、「原発の再稼働をしろ」と言った。これに驚愕した保安院長に対し、この為のチームを作るよう指示をしていた。

このように、政府事故調は、ありのままに問題を調べて国民へ報告する立場にありながら、言葉を多くして、中身が加害者に偏っている報告書になっているのが気にかかる。

このような被害者を滅却させる多くの行為に対し、利権者と政治家を擁護するような政府事故調には、公平さ、公正さが少ないように考えている。暗闇に蓋をして、事実を明るみに出さないメディア支配の原発事故後の有様が、行政、官僚、学会、業界に共有されて、ひたすら天を仰ぎ正義が来るのを待つ身の悲しさは、天までの高さを感じつつ、事実を後世に伝えていきたいと願う原告である。

ここで算数の世界に入っていくと、０×１００は０である。これを原発事故に置き換えると、原告らと住民には原子力関する規制権限と義務は存在していないので、自助という責任も、被ばくさせられる義務も、一般区域で生活する者も１㍉シーベルト以上の被ばくに耐える義務は全部０であることが分かる。

義務０×虚偽の２０㍉シーベルト＝０、　義務０×虚偽の１００㍉シーベルト＝０が算数の世界だ。これが原告の言い分である。

本件事故以来、被告らは原告らに対して、年間 20 ミリシーベルトの被ばくを、勝手に強制している。しかしである、我が国では原子炉等規制法並びに放射線障害防止規則等で一般公衆の限度は１ミリシーベルトと決めてあったので、福島県と双葉郡の町村は共有していた。

これを原告は、２０ミリシーベルト傷害事件と考えている。傷害事件の概念は、本人の承諾あるいは認諾なくして、精神的苦痛、肉体的病変及び発症の恐れを伴う被害、傷害、損害を与えることである。

交通事故を例えれば、一般的な事故割合は現場検証によって警察官が査定し、被害額の負担割合が決められている。交通事故は、道路上あるいは、敷地内でも加害者と被害者は、お互いに同じ環境を共有している。このため、いつ自分が加害者になるか分からないために、長い年月の事故解決の経験から評価（公の判断）ができたために、過酷事故以外の多くは、話し合いの示談で納めている。

本件事故では、債務者国と東電が原案を作り、国に雇われた原陪審議委員に追認させるという、公平さを著しく欠いた中間指針「案」を作り、債権者に提示し、これに合意をしなければ支払わないと迫っている。

わが国が原子の火を東海村に灯した時から、外務省が原発事故の被害の想

定をしていたことはよく知られている。しかし、それは想定としてあるだけで、微妙な事故はあったが、本件のような苛酷事故は東電の福島原発事故が初めてだった。そのような中で、原子力産業界は事業者ばかりではなく、学界も想定問答作成に励んでおり、様々な分野に波及し、原子力業界という共存の世界も発達していた。

彼らは、様々な事象を想定して、作文を作り続けていたが、本件事故を予測し、未然防止に繋がったものが存在しなかった。本件において、被告東電だけが代表して世間からバッシングされているが、それは少し角度が違うような気がする。福島第一原発事故は原子力産業界全体の作文でなりたっている、マニュアル至上主義がもたらしたものと考えられる。問題を深堀すると未完の器の破壊限界の計算を、損金に計上しなかった者らの不作為にあると思う。

〖従って、本件事故の責任の一切を原告らに、転嫁させられる理由は全く無いことをここに証言する。〗