

放射線による健康影響等に関する統一的な基礎資料

# 放射線の 基礎知識と健康影響

令和4年度版

## はじめに

東京電力福島第一原子力発電所事故からの住民の皆様の一日も早い生活再建や地域の再生のため、早期帰還支援と新生活支援の両面の対策が進められています。

令和5年3月11日に東日本大震災から12年目を迎えました。令和2年3月に双葉町の避難指示解除準備区域の避難指示解除に伴い、帰還困難区域を除いて全ての避難指示が解除され、また、富岡町で帰還困難区域内に設定された特定復興再生拠点区域の一部区域の避難指示が解除、双葉町、大熊町、葛尾村では特定復興再生拠点区域の全域の避難指示が解除されるなど、復興は着実に進展しつつあります。帰還した住民の皆様が事故により放出された放射性物質による健康不安を抱えることなく、円滑に生活を再建するためには国や関係自治体による健康問題への対応や、正確で時宜に応じた分かりやすい情報の提供が重要です。

国としては、これまで「帰還に向けた放射線リスクコミュニケーションに関する施策パッケージ」に基づき、正確で分かりやすい情報の発信、少人数（1対1・車座）によるリスコミの強化などの取組を推進してきました。

環境省大臣官房環境保健部放射線健康管理担当参事官室は、国立研究開発法人量子科学技術研究開発機構の協力を得て、有識者の方々の協力を受けながら、放射線の基礎知識と健康影響に関する科学的な知見や関係省庁の取組について収集整理を行い、統一的な基礎資料をまとめてきました。

これまでにデータの更新、最新の情報の取り入れなどの見直しを行い、今回で初版発行から10回目の改訂となりました。監修にご協力いただいた方々に深く感謝いたします。

本資料は、環境省の運営する放射線による健康影響に関する情報を一元的に整理したポータルサイト\*に掲載しています。ダウンロードして研修や授業にお使いいただくなど、様々な場において活用いただければ幸甚に存じます。

(※) 本資料では、各頁作成時点の出典の記載に従っているため、「チヨルノービリ」を「チェルノブイリ」と記載している頁がございます。

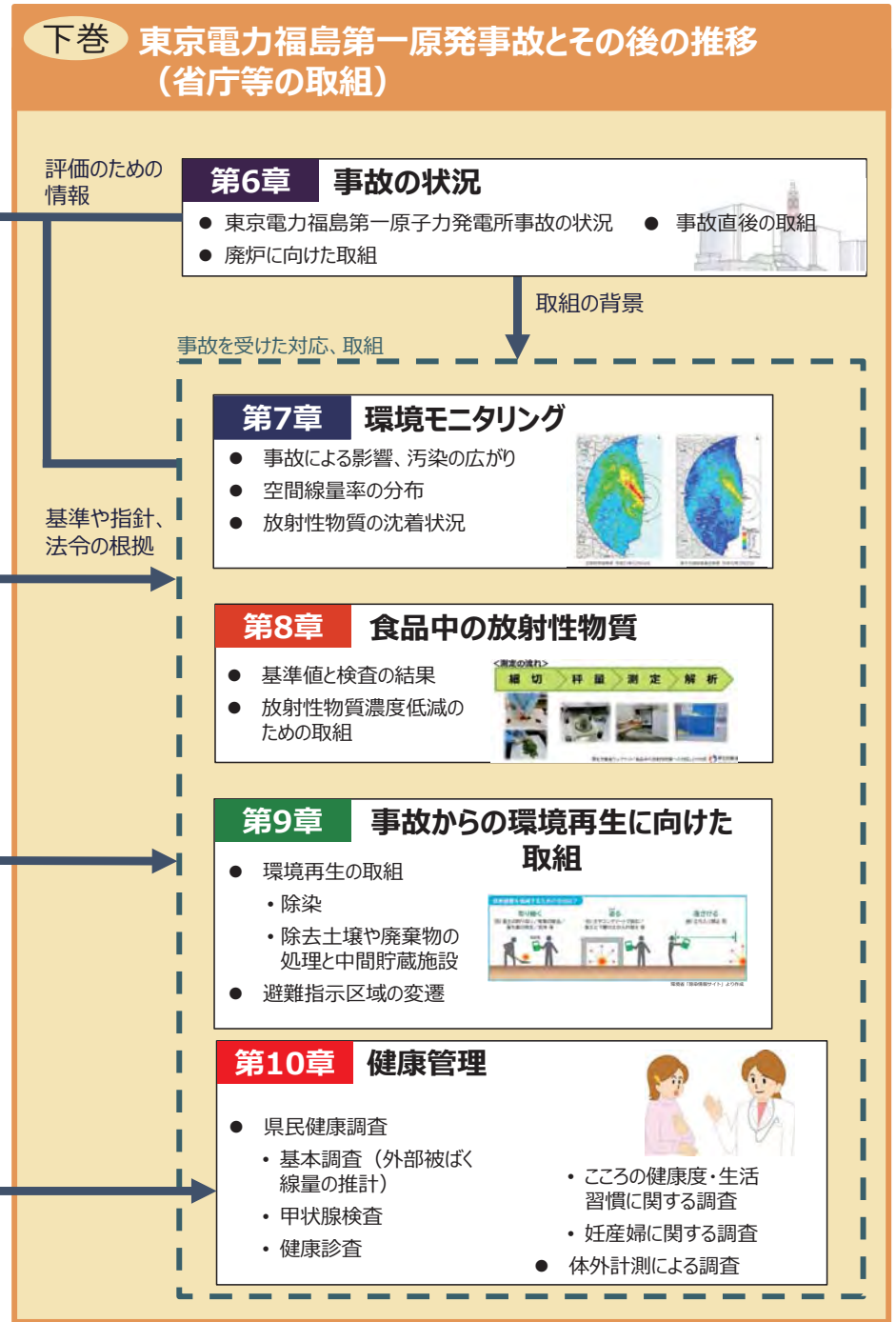
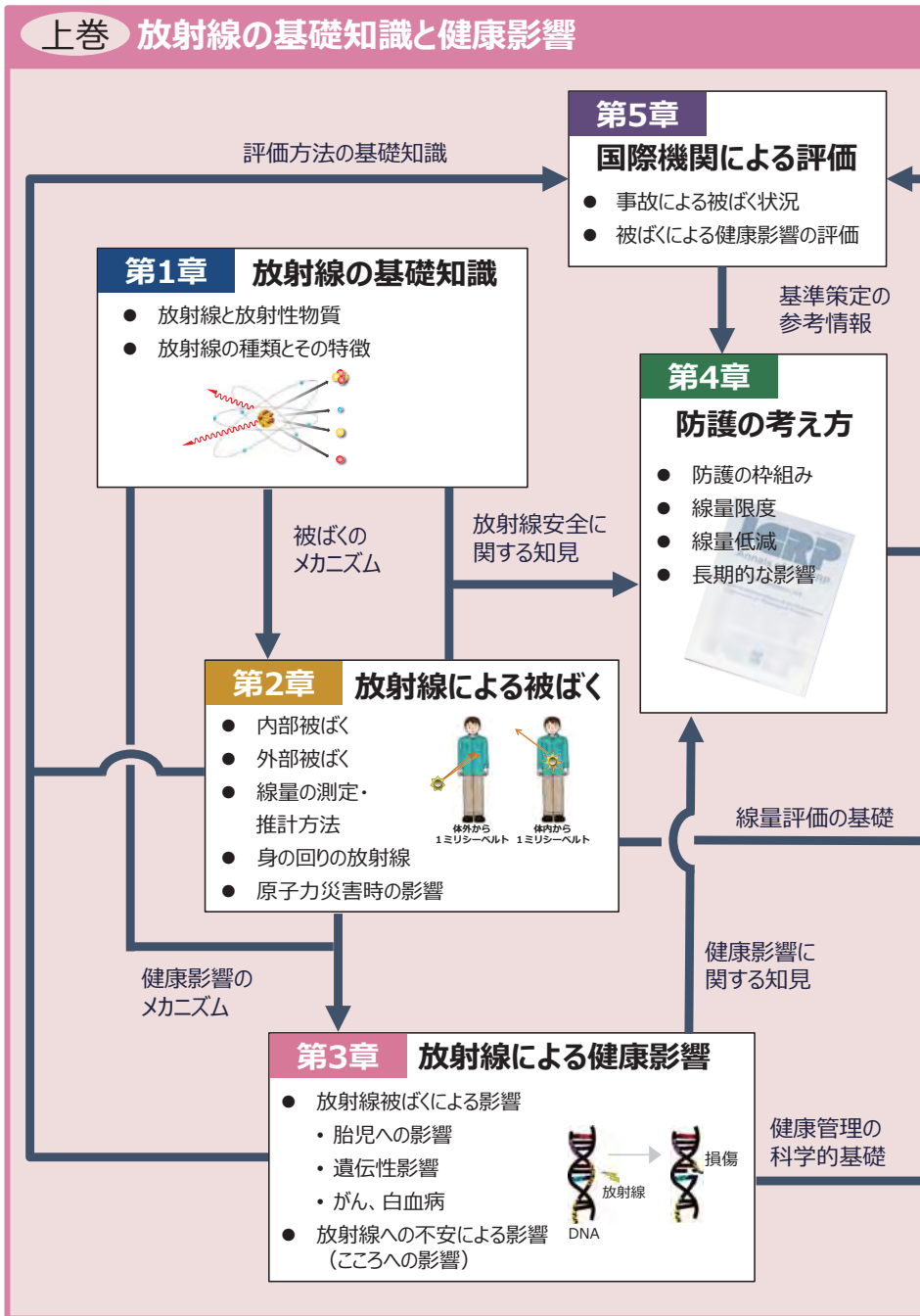
令和5年3月31日

環境省 大臣官房環境保健部 放射線健康管理担当参事官室  
国立研究開発法人 量子科学技術研究開発機構

\* 放射線による健康影響等に関するポータルサイト  
<https://www.env.go.jp/chemi/rhm/portal/>



# 「放射線による健康影響等に関する統一的な基礎資料」の全体像



本資料は放射線の基礎知識と健康影響に関する科学的な知見や関係省庁の取組について、1項目につき1ページでまとめています。

利用者の皆さんの知りたい内容に応じて、関連する項目をご参照ください。

## 各章の概要

### 上巻 放射線の基礎知識と健康影響

#### 第1章 放射線の基礎知識

「放射線」とは何か、「放射能」や「放射性物質」との違い、放射線の種類とその特徴などについて説明します。

「放射線」、「放射能」、「放射性物質」といったよく見かける単語について基本的な知識を身につけることができ、放射線そのものの知識を高めることや理解することができます。

#### 第2章 放射線による被ばく

放射線被ばくがどのようにして起こるのかや、被ばく線量の測定方法、計算方法について説明します。また、私たちの身の回りにある放射線や、原子力災害時の影響についても説明します。

放射線被ばくとはどのようなことか、どのような場面で、どの程度起こるのかといったことについての知識を身につけることができます。また、放射線量や被ばく線量といった数値について、どのような機器を用いて測定するのか、どのような計算方法で求められるのかの理解に役立てることができます。

#### 第3章 放射線による健康影響

放射線による人体への影響や、影響が発生する仕組みについて説明します。東京電力福島第一原子力発電所事故、原爆被爆者及びチェルノブイリ原発事故等のデータも用いながら、科学的な根拠に基づいて健康影響を理解することができます。

また、被ばくの仕方（体の部位や量、期間）と健康影響の関係、放射線への不安によるこころへの影響についても理解することができます。

#### 第4章 防護の考え方

放射線防護の枠組み、線量限度、線量低減について説明します。放射線による影響から人の健康を守る上での原則や、被ばく線量を低減するための方法についての知識を身につけることができます。東京電力福島第一原子力発電所の事故後の食品の出荷制限や避難指示区域設定の基準値の根拠となった線量限度の考え方について理解したい場合や、放射線防護の考え方を知りたい場合にご参照ください。

#### 第5章 国際機関による評価

東京電力福島第一原子力発電所事故後、世界保健機関（WHO）及び国連科学委員会（UNSCEAR）によって行われた放射線被ばくに関する評価結果の概要を説明します。

事故による放射線被ばくの状況や影響について、国際的にどのような評価をうけているのか、最新の報告を含めてその概要を知ることができます。

### 下巻 東京電力福島第一原発事故とその後の推移 （省庁等の取組）

#### 第6章 事故の状況

東京電力福島第一原子力発電所の事故の状況、事故発生直後の対応、及び廃炉に向けた取組について説明します。

東京電力福島第一原子力発電所事故において、いつ、どのようなことが起きていたのかを知ることができます。また、廃炉・汚染水・処理水対策など、現在の東京電力福島第一原子力発電所の状況を知ることができます。

#### 第7章 環境モニタリング

東京電力福島第一原子力発電所事故に伴い実施されている環境放射線モニタリングとその結果を説明します。

発電所の周辺環境における事故の影響の広がり、汚染の状況を知ることができます。また、事故後年月の経過とともに、どのような変化があるのかを知ることができます。

#### 第8章 食品中の放射性物質

食品中の放射性物質の基準値と検査の結果、食品中の放射性物質濃度を低減させる取組等について説明します。

東京電力福島第一原子力発電所事故以降、市場に流通する食品の安全性がどのように確保されているのかについて、その枠組みや具体的な対応を知ることができます。また、実際にどのくらいの食品が基準値を超えているのか、事故後から現在までの検査の結果を知ることができます。

#### 第9章 事故からの環境再生に向けた取組

東京電力福島第一原子力発電所事故により放出された放射性物質による環境汚染への対策や避難指示区域の変遷など、事故からの環境再生に向けた取組について説明します。

放射性物質によって汚染された地域をどのように再生するのか、廃棄物はどのように処理されるのかを知ることができます。また、避難指示区域を中心とした地域において、現在どのような取組が行われているのかを知ることができます。

#### 第10章 健康管理

東京電力福島第一原子力発電所事故の放射線による影響を踏まえて、福島県民の健康を見守り、県民の安全・安心の確保を図るために実施されている「県民健康調査」等の概要を説明します。

将来にわたって県民の健康を維持、増進するために、福島県で実施されている健康管理の取組を知ることができます。

# 上巻 放射線の基礎知識と健康影響

## 目次

### 第1章 放射線の基礎知識

#### 1.1 放射能と放射線

放射線・放射能・放射性物質とは	上 1
放射線と放射性物質の違い	上 2
放射線と放射能の単位	上 3
被ばくの種類	上 4

#### 1.2 放射性物質

原子の構造と周期律	上 5
原子核の安定・不安定	上 6
様々な原子核	上 7
自然由来・人工由来	上 8
壊変と放射線	上 9
親核種・娘核種	上 10
半減期と放射能の減衰	上 11
長い半減期の原子核	上 12

#### 1.3 放射線

放射線はどこで生まれる？	上 13
放射線の種類	上 14
電離放射線の種類	上 15
医療で使われるエックス線と発生装置	上 16
電磁波の仲間	上 17
放射線の電離作用－電離放射線の性質	上 18
放射線の種類と生物への影響力	上 19
放射線の透過力	上 20
放射線の体内での透過力	上 21
透過力と人体での影響範囲	上 22

### 第2章 放射線による被ばく

#### 2.1 被ばくの経路

外部被ばくと内部被ばく	上 23
様々な被ばく形態	上 24
外部被ばくと皮膚	上 25
内部被ばく	上 26
内部被ばくと放射性物質	上 27

#### 2.2 原子力災害

国際原子力事象評価尺度	上 28
原子炉事故による影響	上 29
原子炉内の生成物	上 30
原発事故由来の放射性物質	上 31

#### チェルノブイリ原子力発電所事故と

東京電力福島第一原子力発電所事故の 放射性核種の推定放出量の比較	上 32
-------------------------------------	------

#### チェルノブイリ原子力発電所事故と

東京電力福島第一原子力発電所事故の 規模の比較	上 33
----------------------------	------

#### 2.3 放射線の単位

ベクレルとシーベルト	上 34
シーベルトの由来	上 35
単位間の関係	上 36
グレイからシーベルトへの換算	上 37
様々な係数	上 38
等価線量と実効線量の計算	上 39
線量概念：物理量、防護量、実用量	上 40
線量当量：実効線量を導く、測定可能な実用量	上 41
実効線量と線量当量の値の違い	上 42
“シーベルト”を単位とする線量	上 43

#### 2.4 線量測定と計算

様々な測定機器	上 44
放射線測定の原理	上 45
検出限界値（検出下限値）	上 46
検出限界の考え方（3 $\sigma$ 法）	上 47
外部被ばく測定用の機器	上 48
線量の測定方法	上 49
外部被ばく線量の特徴	上 50
外部被ばく（測定）	上 51
環境放射線・放射能の計測	上 52
遮へいと低減係数	上 53
事故後の追加被ばく線量（計算例）	上 54
内部被ばく線量の算出	上 55
預託実効線量	上 56
実効線量への換算係数	上 57
食品からの被ばく線量（計算例）	上 58
摂取量の推定のための放射能測定法	上 59
内部被ばく測定用の機器	上 60
内部被ばく量の体外計測のデータ	上 61
体内放射能と線量評価	上 62

## 2.5 身の回りの放射線

自然・人工放射線からの被ばく線量 .....	上 63
時間当たりの被ばく線量の比較 .....	上 64
年間当たりの被ばく線量の比較 .....	上 65
自然からの被ばく線量の内訳（日本人） .....	上 66
大地の放射線（世界） .....	上 67
大地の放射線（日本） .....	上 68
主要都市の空間線量率の測定結果 .....	上 69
屋内ラドン .....	上 70
ラドン及びトロン吸入による内部被ばく .....	上 71
固体のラジウムから気体のラドンの生成 .....	上 72
体内、食品中の自然放射性物質 .....	上 73
目で見る放射線 .....	上 74
事故以前からの食品中セシウム137濃度の 経時的推移 .....	上 75
診断で受ける放射線量 .....	上 76
被ばく線量の比較（早見図） .....	上 77
大気圏核実験による放射性降下物の影響 .....	上 78
トリチウムの性質 .....	上 79
トリチウムの自然界での存在量 .....	上 80
トリチウムの放射性降下物の経時的推移 .....	上 81

## 第3章 放射線による健康影響

### 3.1 人体への影響

被ばくの形態と影響 .....	上 83
影響の種類 .....	上 84
放射線影響の分類 .....	上 85
確定的影響（組織反応）と確率的影響 .....	上 86

### 3.2 人体影響の発生機構

放射線による電離作用 .....	上 87
DNA の損傷と修復 .....	上 88
DNA →細胞→人体 .....	上 89
被ばく後の時間経過と影響 .....	上 90
細胞死と確定的影響（組織反応） .....	上 91
臓器・組織の放射線感受性 .....	上 92
細胞の突然変異と確率的影響 .....	上 93

### 3.3 確定的影響（組織反応）

全身被ばくと局所被ばく .....	上 94
急性放射線症候群 .....	上 95
急性放射線症候群の前駆症状と被ばく線量 .....	上 96
様々な影響のしきい値 .....	上 97

## 3.4 リスク

放射線健康影響におけるリスク .....	上 98
相対リスクと寄与リスク .....	上 99
低線量率被ばくによるがん死亡リスク .....	上 100
発がんに関連する因子 .....	上 101
がんのリスク（放射線） .....	上 102
がんのリスク（生活習慣） .....	上 103

## 3.5 胎児への影響

確定的影響（組織反応）と時期特異性 .....	上 104
精神発達遅滞 .....	上 105
子供への影響—チェルノブイリ原発事故— .....	上 106
奇形誘発に関する知見 —チェルノブイリ原発事故— .....	上 107

## 3.6 遺伝性影響

ヒトでの遺伝性影響のリスク .....	上 108
被爆二世における染色体異常 .....	上 109
小児がん治療生存者の子供に対する調査 .....	上 110
原爆被爆者の子供における出生時の異常 （奇形、死産、2週以内の死亡） .....	上 111
その他の被爆二世疫学調査 .....	上 112

## 3.7 がん・白血病

発がんの仕組み .....	上 113
放射線感受性の高い組織・臓器 .....	上 114
年齢による感受性の差 .....	上 115
低線量率被ばくによる発がんへの影響 .....	上 116
固形がんによる死亡と線量との関係 .....	上 117
白血病と線量反応関係 .....	上 118
白血病の発症リスク .....	上 119
被ばく時年齢と発がんリスクの関係 .....	上 120
被ばく時年齢別発がんリスク .....	上 121
がん種類別被ばく時年齢とリスク .....	上 122
原爆被爆者における甲状腺がんの発症 .....	上 123
低線量率長期被ばくの影響 .....	上 124
放射線影響健康調査 —チェルノブイリ原発事故— .....	上 125
セシウムによる内部被ばく —チェルノブイリ原発事故— .....	上 126
甲状腺について .....	上 127
ヨウ素について .....	上 128
甲状腺がんの特徴 .....	上 129

甲状腺潜在がん	上 130
甲状腺がんの罹患率：海外の例	上 131
甲状腺がんの罹患率：日本	上 132
国際がん研究機関（IARC） 専門家グループの提言	上 133
日本人における甲状腺がんのリスク	上 134
甲状腺がんと線量との関係 -チェルノブイリ原発事故-	上 135
甲状腺がんとヨウ素摂取 -チェルノブイリ原発事故-	上 136
避難集団の被ばく -チェルノブイリ原発事故-	上 137
小児甲状腺がんの発症時期 -チェルノブイリ原発事故-	上 138
チェルノブイリ原子力発電所事故と 東京電力福島第一原子力発電所事故との比較 （甲状腺線量）	上 139
チェルノブイリ原子力発電所事故と 東京電力福島第一原子力発電所事故との比較 （被ばく時年齢）	上 140
甲状腺がんについての専門家会議 中間取りまとめの評価	上 141
3.8 ところへの影響	
災害被災者のストレス要因	上 142
放射線事故と健康不安	上 143
子供の精神医学的影響	上 144
東京電力福島第一原子力発電所事故対応と 地域社会（1/2）	上 145
東京電力福島第一原子力発電所事故対応と 地域社会（2/2）	上 146
健康影響の総括-チェルノブイリ原発事故-	上 147
世界保健機関（WHO）による総括 -チェルノブイリ原発事故-	上 148
専門家グループの見解 -チェルノブイリ原発事故-	上 149
世界保健機関（WHO）2006年報告書と異なる見解 -チェルノブイリ原発事故-	上 150
精神健康と放射線の健康影響に関する リスク認知の関係	上 151
放射線リスク認知（次世代影響）の変化	上 152
欧州での人工流産の増加 -チェルノブイリ原発事故-	上 153

支援者支援：ケアの三段階	上 154
支援者のストレス対策	上 155
原子力・放射線緊急事態における心のケア	上 156
緊急事態後に心のケアが特に必要な人たち	上 157
緊急事態後の各段階の心のケアの検討事項	上 158

## 第4章 防護の考え方

### 4.1 防護の原則

放射線防護体系	上 159
国際放射線防護委員会（ICRP）	上 160
勧告の目的	上 161
被ばく状況と防護対策	上 162
生物学的側面	上 163
LNTモデルをめぐる論争	上 164
防護の三原則	上 165
防護の正当化	上 166
防護の最適化	上 167
参考レベルを用いた被ばくの低減	上 168
線量限度の適用	上 169

### 4.2 線量限度

国際放射線防護委員会（ICRP）勧告と 国内法令の比較	上 170
国際放射線防護委員会（ICRP）勧告と 我が国の対応	上 171
食品中の放射性物質に関する指標	上 172
被ばく線量と健康リスクとの関係	上 173

### 4.3 線量低減

外部被ばくの低減三原則	上 174
内部被ばくの低減	上 175
環境中に放出された放射性物質による 屋内での被ばくの低減	上 176
食品の調理・加工による 放射性セシウムの除去	上 177

### 4.4 長期的影響

植物への移行	上 178
土壌中の放射性セシウムの分布の状況	上 179
環境中での放射性セシウムの動き： 粘土鉱物による吸着・固着	上 180
環境中での放射性セシウムの動き： 水中から植物への移行	上 181

環境中での放射性セシウムの動き：	
森林土壌からの流出 .....	上 182
核実験フォールアウトの影響（日本） .....	上 183
森林中の分布 .....	上 184
降下・沈着したセシウムの環境中での移行 .....	上 185
海洋中の放射性セシウムの分布 .....	上 186
海産生物の濃縮係数 .....	上 187

5.4 UNSCEAR 報告書のフォローアップ	
UNSCEAR2013年報告書のフォローアップ	
経緯と概要【参考】 .....	上 203
UNSCEAR2013年報告書のフォローアップ	
主要な結論【参考】 .....	上 204

5.5 WHO 報告書	
WHO 報告書（1/2）	
WHO 線量評価の概要【参考】 .....	上 205
WHO 報告書（2/2）	
住民の健康リスク評価のまとめ【参考】 .....	上 206

## 第5章 国際機関による評価

5.1 国際機関の報告書の概要	
国際的な評価の変遷 .....	上 189
国際機関の報告書の主な結論 .....	上 190
各報告書の比較（評価結果） .....	上 191

5.2 UNSCEAR2020年/2021年報告書	
UNSCEAR2020年/2021年報告書（1/8）	
報告書の目的 .....	上 192
UNSCEAR2020年/2021年報告書（2/8）	
公衆の被ばく線量評価の概要 .....	上 193
UNSCEAR2020年/2021年報告書（3/8）	
公衆の被ばく線量評価にあたっての	
UNSCEAR2013年報告書からの更新 .....	上 194
UNSCEAR2020年/2021年報告書（4/8）	
4グループごとに公衆の線量を推定 .....	上 195
UNSCEAR2020年/2021年報告書（5/8）	
公衆の被ばく線量評価の結果 .....	上 196
UNSCEAR2020年/2021年報告書（6/8）	
直接測定との比較 .....	上 197
UNSCEAR2020年/2021年報告書（7/8）	
公衆の健康影響についての評価 .....	上 198
UNSCEAR2020年/2021年報告書（8/8）	
チェルノブイリ原発と福島第一原発における	
事故の比較 .....	上 199

5.3 UNSCEAR2013年報告書	
UNSCEAR2013年報告書（1/3）	
報告書の目的【参考】 .....	上 200
UNSCEAR2013年報告書（2/3）	
公衆の被ばく線量評価に使われたデータ【参考】	
.....	上 201
UNSCEAR2013年報告書（3/3）	
公衆の健康影響についての評価【参考】 .....	上 202



# 下巻 東京電力福島第一原発事故とその後の推移（省庁等の取組）

## 目次

### 第6章 事故の状況

6.1 福島第一原発事故の状況	
東日本大震災における被害状況	下 1
原子力発電所の事故状況	下 2
事故の要因（推定）地震と津波の影響	下 3
事故の要因（推定）原子炉内の状況	下 4

### 6.2 福島第一原発事故の概要

事故発生直後の対応	下 5
事故直後から2か月間の空間線量率（東京電力 福島第一原子力発電所敷地内及び敷地境界）	下 6
事故直後から2週間の空間線量率（東京電力 福島第一原子力発電所敷地内及び敷地境界）	下 7
INES(国際原子力・放射線事象評価尺度)評価	下 8

### 6.3 廃炉に向けた取組と進捗

東京電力福島第一原子力発電所の廃炉・汚染水・ 処理水対策について	下 9
組織と役割について	下 10
廃炉に関する取組の進捗	下 11
汚染水対策に関する取組	下 12
「ALPS 処理水」とは ～汚染水の浄化処理～	下 13
タンクに保管されている水の処理方法	下 14
放射性物質を環境へ放出する場合の規制基準	下 15
トリチウム以外の核種	下 16
トリチウムの年間処分量 ～海外との比較～	下 17
「ALPS 処理水」の海洋放出に関する 放射線の影響評価	下 18
IAEA による ALPS 処理水の 安全性に関するレビュー	下 19
周辺環境の影響低減状況と 地震・津波対策について	下 20
東京電力福島第一原子力発電所構内の 労働環境改善について	下 21

### 第7章 環境モニタリング

7.1 空間線量率の時空間分布	
総合モニタリング計画と情報の公開について	下 23
80km 圏内における空間線量率の分布	下 24

福島県及びその近隣県における 空間線量率の分布	下 25
----------------------------	------

### 7.2 放射性セシウムと放射性ヨウ素の沈着状況

セシウム134、セシウム137 （広域と80km 圏内）	下 26
ヨウ素131（福島県東部）	下 27
福島県の環境試料（東京電力 福島第一原子力発電所事故直後）	下 28

### 7.3 農地に係るモニタリング

放射性セシウム（福島県）	下 29
--------------	------

### 7.4 森林のモニタリング

森林の空間線量率の変化	下 30
森林内の放射性セシウムの分布状況の変化	下 31
溪流水中の放射性セシウムの観測結果 （2012年）	下 32

### 7.5 井戸水のモニタリング

福島県の井戸水の検査結果	下 33
--------------	------

### 7.6 上水のモニタリング

放射性ヨウ素（1都12県）	下 34
放射性セシウム（1都7県）	下 35
水道水モニタリング結果（～2012年1月）	下 36
水道事業者等による検査実施状況	下 37
放射性セシウムの挙動	下 38
放射性セシウムの制御	下 39
上水道の仕組み	下 40

### 7.7 陸水圏のモニタリング

福島県及び周辺地域における放射性物質 モニタリング（公共用水域）	下 41
水環境放射性物質モニタリング調査 （河川底質）	下 42
水環境放射性物質モニタリング調査 （湖沼・水源地底質）	下 43
水環境放射性物質モニタリング調査 （沿岸域底質）	下 44

7.8 海洋のモニタリング	
海水と海底土の濃度（2011年度）	下 45
海水の放射能濃度の推移	下46
海底土の放射能濃度の推移	下 47
7.9 その他の放射性物質の沈着状況	
プルトニウム、ストロンチウム	
（福島県東部、広域）	下 48
プルトニウム（福島県）	下 49

## 第8章 食品中の放射性物質

8.1 食品中の放射性物質対策	
食品中の放射性物質基準値の設定と	
出荷制限・摂取制限	下 51
食品中の放射性物質に関する検査結果の公表	下 52
2012年4月からの基準値	下 53
食品区分について【参考】	下 54
食品健康影響評価の結果の概要	下 55
食品健康影響評価の基礎	下 56
基準値設定の考え方◆基準値の根拠	下 57
影響を考慮する放射性核種	下 58
基準値の計算の考え方（1/2）	下 59
基準値の計算の考え方（2/2）	下 60
飲料、乾燥食品の基準値適用の考え方【参考】	下 61
流通食品での調査	
（マーケットバスケット調査）	下 62
検査対象自治体及び検査対象品目（栽培／飼養管理が困難な品目群及び原木きのこ類）	下 63
検査対象自治体及び検査対象品目（栽培／飼養管理が可能な品目群（原木きのこ類は除く））	下 64
検査計画、出荷制限等の品目・区域の設定・解除の考え方	下 65
食品中の放射性物質に関する検査の手順	下 66
農産物の汚染経路	下 67
農産物に係る放射性物質の移行低減対策(1/5)	
－農地の除染－	下 68
農産物に係る放射性物質の移行低減対策(2/5)	
－カリ施肥による吸収抑制対策－	下 69
農産物に係る放射性物質の移行低減対策(3/5)	
－果樹の樹体洗浄、粗皮削り－	下 70
農産物に係る放射性物質の移行低減対策(4/5)	
－茶の剪定－	下71

農産物に係る放射性物質の移行低減対策(5/5)	
－肥料等の管理－	下 72

8.2 米	
米（全袋検査を含む）の検査結果の推移	下 73
2022年産米の作付制限等の対象区域	下 74
福島県における米の全袋検査	下 75
8.3 野菜・果実・豆	
野菜類・果実類・豆類の検査結果の推移	下 76

8.4 畜産物	
畜産物の安全確保	下 77
基準値に対応した飼養管理（1/2）	下 78
基準値に対応した飼養管理（2/2）	下 79
畜産物の放射性物質検査	下 80
畜産物の検査結果の推移	下 81

8.5 きのこ・山菜	
きのこ等の特用林産物の安全確保対策	下 82
きのこ原木等の当面の指標値【参考】	下 83
きのこ類、山菜、野生鳥獣肉	下 84

8.6 水産物	
水産物の調査の考え方	下 85
水産物の検査結果の推移	下 86
消費者への原産地情報の提供	下 87

8.7 諸外国の輸入規制	
東京電力福島第一原子力発電所事故による諸外国・地域の食品等の輸入規制撤廃・緩和の概要	下 88

## 第9章 事故からの環境再生に向けた取組

9.1 除染	
放射線量の低減	下 89
直轄除染を行った地域における平均的な線量の推移（宅地及び農地）	下 90
除染の方法	下 91
除染特別地域と汚染状況重点調査地域	下 92
仮置場等での保管	下 93
福島県外における除去土壌の状況	下 94
福島森林・林業の再生に向けた総合的な取組	下 95

9.2 中間貯蔵施設	
除去土壌等の中間貯蔵施設とは？	下 96
中間貯蔵施設の整備	下 97
除去土壌等の輸送	下 98
福島県外最終処分と減容・ 再生利用技術開発戦略	下 99
再生資材化した除去土壌の安全な利用に係る 基本的考え方	下 100

### 9.3 廃棄物

放射性物質汚染対処特措法に基づき 国が処理を行う廃棄物	下 101
国直轄による福島県の対策地域内の廃棄物の 処理進捗状況	下 102
指定廃棄物の一時保管に関する安全性の確保	下 103
福島県内の指定廃棄物の処理の進め方	下 104
福島県内の管理型処分場を活用した特定廃棄物の 埋立処分	下 105
指定廃棄物に関する関係5県の状況	下 106

### 9.4 避難指示区域内の活動

避難指示区域の設定について	下 107
警戒区域、避難指示区域の設定及び 解除について	下 108

### 9.5 事故からの復興・再生

避難指示の解除について	下 109
帰還困難区域の主要幹線の交通について	下 110
特定復興再生拠点区域の整備と 放射線防護対策について	下 111
特定復興再生拠点区域における除染・ 家屋等の解体について	下 112

### 9.6 復興の新たなステージ

福島再生・未来志向プロジェクト	下 113
福島イノベーション・コースト構想の 取組について	下 114

## 第10章 健康管理

### 10.1 県民健康調査概要

福島県「県民健康調査」とは	下 115
県民健康調査（事業推進体制）	下 116
県民健康調査（全体像）	下 117

### 10.2 基本調査

基本調査 目的	下 118
基本調査 概要	下 119
基本調査 問診票	下 120
基本調査 解析方法 行動パターン調査と 線量率マップ	下 121
基本調査 解析方法 時系列の線量率マップ	下 122
基本調査 得られた回答とその代表性	下 123
基本調査 結果	下 124

### 10.3 甲状腺検査

甲状腺検査 目的と対象	下 125
甲状腺検査 概要（1/3）	下 126
甲状腺検査 概要（2/3）	下 127
甲状腺検査 概要（3/3）	下 128
甲状腺検査 結節とは	下 129
甲状腺検査 のう胞とは	下 130
甲状腺検査 充実部分を伴うのう胞の扱い	下 131
甲状腺検査 県内・県外検査体制について	下 132
甲状腺検査 本格検査の実施順	下 133
甲状腺検査 本格検査（検査5回目） （福島県内）の実施順	下 134
甲状腺検査 先行検査の結果	下 135
甲状腺検査 本格検査（検査2回目）の結果	下 136
甲状腺検査と他県調査の比較	下 137
甲状腺検査 本格検査（検査3回目）の結果	下 138
甲状腺検査 本格検査（検査4回目）の結果	下 139
甲状腺検査 本格検査（25歳時の節目の検査） の結果	下 140
甲状腺検査 先行検査と本格検査の結果 （穿刺吸引細胞診詳細1）	下 141
甲状腺検査 先行検査と本格検査の結果 （穿刺吸引細胞診詳細2）	下 142
甲状腺検査 先行検査結果に対する見解	下 143
甲状腺検査 本格検査（検査2回目） 結果に対する評価の概要	下 144

### 10.4 健康診査

健康診査 目的	下 145
健康診査 概要（1/2）	下 146
健康診査 概要（2/2）	下 147
健康診査 わかってきたこと （過体重、高血圧、肝機能異常、高血糖）	下 148

## 10.5 ころろ・生活習慣

ころろの健康度・生活習慣に関する調査	
目的 .....	下 149
ころろの健康度・生活習慣に関する調査	
概要 (1/2) .....	下 150
ころろの健康度・生活習慣に関する調査	
概要 (2/2) .....	下 151
ころろの健康度・生活習慣に関する調査	
わかってきたこと (1/5) .....	下 152
ころろの健康度・生活習慣に関する調査	
わかってきたこと (2/5) .....	下 153
ころろの健康度・生活習慣に関する調査	
わかってきたこと (3/5) .....	下 154
ころろの健康度・生活習慣に関する調査	
わかってきたこと (4/5) .....	下 155
ころろの健康度・生活習慣に関する調査	
わかってきたこと (5/5) .....	下 156

## 10.6 妊産婦に関する調査

妊産婦に関する調査	目的 .....	下 157
妊産婦に関する調査	概要 (1/2) .....	下 158
妊産婦に関する調査	概要 (2/2) .....	下 159
妊産婦に関する調査	支援実績と内容 .....	下 160
妊産婦に関する調査		
わかってきたこと (1/2) .....		下 161
妊産婦に関する調査		
わかってきたこと (2/2) .....		下 162

## 10.7 体外計測による調査

小児甲状腺スクリーニング調査 .....	下 163
ホールボディ・カウンタによる	
内部被ばく検査 .....	下 164
ホールボディ・カウンタによる内部被ばく検査の	
実施結果 .....	下 165
食品による内部被ばくについて .....	下 166
自分で行う内部被ばく防護について .....	下 167

# 第1章

## 放射線の基礎知識

「放射線」とは何か、「放射能」や「放射性物質」との違い、放射線の種類とその特徴などについて説明します。

「放射線」、「放射能」、「放射性物質」といったよく見かける単語について基本的な知識を身につけることができ、放射線そのものの知識を高めることや理解することができます。

- 電球 = 光を出す能力を持つ

ルーメン (lm)  
もしくは ワット (W)  
▶ 電球の明るさの単位



ルクス (lx)  
▶ 明るさの単位

- 放射性物質 = 放射線を出す能力 (放射能) を持つ



放射線



ベクレル (Bq)  
▶ 放射能の単位

換算係数

シーベルト (Sv)

▶ 人が受ける放射線被ばく線量の単位

※ シーベルトは放射線影響に関係付けられる。

放射線、放射能、放射性物質について整理してみます。

どこの家にもある電球は光(明かり)を出す能力があります。電球の明るさは「ルーメン」や「ワット」という単位で表されています。その光を人は受け取り、明るさとして感じます。そのときの単位が「ルクス」です。

よく耳にするベクレルとシーベルトという放射線に関する単位もこの関係に似ています。例えば、岩石等が放射線を出すとき、この岩石を「放射性物質」といいます(上巻P3「放射線と放射能の単位」)。

放射性物質は放射線を出しますが、その能力を「放射能」といいます。「この岩石は放射能を持っている」、「この岩石は放射線を出す」という表現を用います。この岩石の持っている放射線を出す能力の大きさを「ベクレル(Bq)」という単位で表します。

その受けた放射線で、どれ位の影響を受けるかを知る際に必要な放射線被ばく線量の単位として、「シーベルト(Sv)」が使われます。「Bq」から「Sv」を求めるためには特有の換算係数があります。

放射能(ベクレルで表した数値)が大きいほど、放射性物質からたくさんの放射線が出ていることを意味しますが、被ばく量(シーベルトで表した数値)は放射性物質と被ばくする人の距離によって変わります。放射線の強さは、放射線を出しているものから近ければ強く、遠ければ弱くなります。明るい電球であっても、離れた所では暗いと同じです。

本資料への収録日：2013年3月31日

改訂日：2018年2月28日



放射性物質とは放射線を出す物質のことです。例えば、「この水は放射性物質を含んでいる」といいます。放射能という言葉は、放射性物質と同じ意味に使われることもあります。自然科学分野では放射線を出す能力の意味に使います。

密封された容器に放射性物質を含んだ水が入っていた場合、容器から放射線は出てきますが、放射性物質は出てきません。もしふたのない状態で放射性物質の入った水が置かれていたら、こぼれる等して放射性物質が広がっていく可能性があります。

体内に入った放射性物質は、一定期間体に残り臓器間を移動したりすることがありますが、体外へ排出されたり放射線を出して放射能を失うものもあります。また放射線によって細胞が受けた影響の一部は残ることがありますが、放射線自体は身体に残ることはありません。放射線の影響については、第3章に詳しく記載しています。

本資料への収録日：2013年3月31日

改訂日：2019年3月31日



放射線は目に見えず、においもないため、人間が五感で感じることはできません。しかし、測定することが比較的容易という特徴があります。

最近よく見聞きする「ベクレル」や「シーベルト」は放射線に関する単位です。例えば、専用の測定器を使って土壌や食品の放射能を測れば、どんな放射性物質がどれだけ含まれているかを知ることができます。ベクレルというのはこうした放射能の強さを表す単位です。シーベルトというのは、人体への影響の大きさを表す単位です（詳しくは、上巻2.3節「放射線の単位」を参照）。

放射性物質が多くある所はどこなのか、手で持ち運びができるサーベイメータという測定器を使って特定することができます。また物質が出す放射線の強さや種類も、人間が受ける放射線の大きさも、サーベイメータで調べることができます（詳しくは、上巻2.4節「線量測定と計算」を参照）。

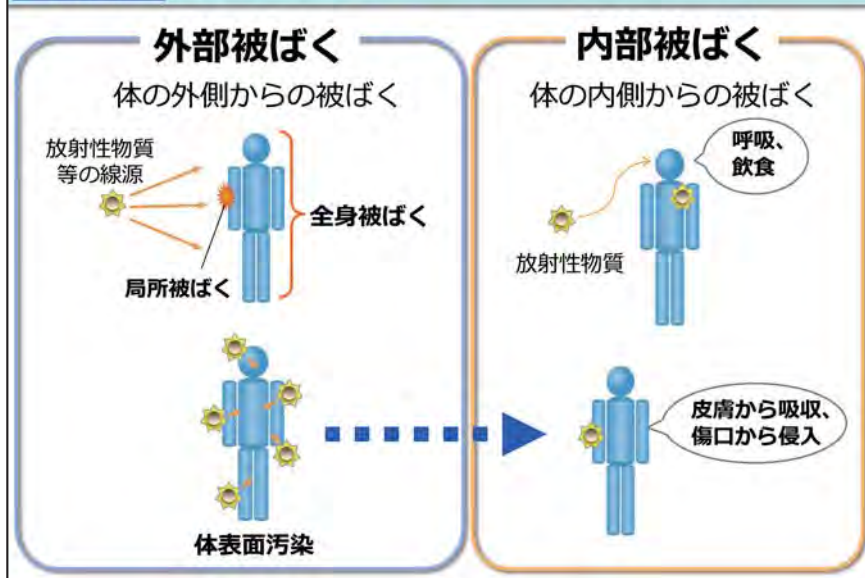
さらに、様々な調査研究の結果から、事故の影響で受けている放射線と自然から受けている放射線のそれぞれの量や合計量も知ることができます。

このように放射線の測定が容易であることを利用し、放射線の管理や防護が考えられています。

本資料への収録日：2013年3月31日

改訂日：2019年3月31日





放射性物質から放射線を受けることを放射線被ばくといいます。一方、放射能汚染とは、放射性物質の存在によって物（人も含めて）や場所が汚染されることです。つまり、放射能汚染は通常存在しない場所に放射性物質が存在することを示すものです。

体の外にある放射性物質から、放射線を受けることを外部被ばくと呼びます。

空气中に飛散した放射性物質を空気と共に吸い込んだり、汚染された飲食物を取り込んだりすると、体の中から放射線を受けることになります。また傷口からも放射性物質が体の中に入ることがあります。この状況を内部被ばくと呼びます。

放射線の種類によって、空気中や体の中での通りやすさが異なるため、外部被ばくと内部被ばくでは、問題になる放射線の種類（ $\alpha$ （アルファ）線、 $\beta$ （ベータ）線、 $\gamma$ （ガンマ）線）（詳しくは、上巻1.3節「放射線」を参照）や放射性物質（核種）が異なります。

また、放射性物質が体の表面に付いた状態を体表面汚染と呼びます。体表面に付着した放射性物質が鼻・口・傷口から侵入すれば体内汚染となり内部被ばくの原因にもなります。

（関連ページ：上巻 P2「放射線と放射性物質の違い」、上巻 P23「外部被ばくと内部被ばく」）

本資料への収録日：2013年3月31日

改訂日：2019年3月31日



原子	原子核	陽子	●	電荷	+
		中性子	●		0
	電子	●		-	

陽子の数（原子番号）で化学的性質が決まります

元素の周期律表

		族																																								
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18																							
周期	1	1 H 1.008	<table border="1"> <tr> <th>原子番号</th> <th>元素記号</th> <th>原子量</th> </tr> <tr> <td>5 B</td> <td>6 C</td> <td>7 N</td> <td>8 O</td> <td>9 F</td> </tr> <tr> <td>10.81</td> <td>12.01</td> <td>14.01</td> <td>16.00</td> <td>19.00</td> </tr> <tr> <td>13 Al</td> <td>14 Si</td> <td>15 P</td> <td>16 S</td> <td>17 Cl</td> </tr> <tr> <td>26.98</td> <td>28.09</td> <td>30.97</td> <td>32.07</td> <td>35.45</td> </tr> </table>																原子番号	元素記号	原子量	5 B	6 C	7 N	8 O	9 F	10.81	12.01	14.01	16.00	19.00	13 Al	14 Si	15 P	16 S	17 Cl	26.98	28.09	30.97	32.07	35.45	2 He 4.003
	原子番号	元素記号	原子量																																							
	5 B	6 C	7 N	8 O	9 F																																					
	10.81	12.01	14.01	16.00	19.00																																					
	13 Al	14 Si	15 P	16 S	17 Cl																																					
	26.98	28.09	30.97	32.07	35.45																																					
	2	3 Li 6.941	4 Be 9.012																																							
3	11 Na 22.99	12 Mg 24.31																																								
4	19 K 39.10	20 Ca 40.08	21 Sc 44.96	22 Ti 47.87	23 V 50.94	24 Cr 52.00	25 Mn 54.94	26 Fe 55.85	27 Co 58.93	28 Ni 58.69	29 Cu 63.55	30 Zn 65.38	31 Ga 69.72	32 Ge 72.63	33 As 74.92	34 Se 78.97	35 Br 79.90	36 Kr 83.80																								
5	37 Rb 85.47	38 Sr 87.62	39 Y 88.91	40 Zr 91.22	41 Nb 92.91	42 Mo 95.95	43 Tc (99)	44 Ru 101.1	45 Rh 102.9	46 Pd 106.4	47 Ag 107.9	48 Cd 112.4	49 In 114.8	50 Sn 118.7	51 Sb 121.8	52 Te 127.6	53 I 126.9	54 Xe 131.3																								
6	55 Cs 132.9	56 Ba 137.3	57 La 138.9	58 Ce 140.9	59 Pr 140.9	60 Nd 144.2	61 Pm (145)	62 Sm 150.4	63 Eu 152.0	64 Gd 157.3	65 Tb 158.9	66 Dy 162.5	67 Ho 164.9	68 Er 167.3	69 Tm 168.9	70 Yb 173.0	71 Lu 175.0																									
7	87 Fr (223)	88 Ra (226)	89 Ac (227)	90 Th 232.0	91 Pa 231.0	92 U 238.0	93 Np (237)	94 Pu (239)	95 Am (243)	96 Cm (247)	97 Bk (247)	98 Cf (251)	99 Es (252)	100 Fm (257)	101 Md (258)	102 No (259)	103 Lr (262)																									

( )をつけた値は、その元素の代表的な放射性同位体の質量数である (IUPAC)

文部科学省「一家に1枚 元素周期表 (第13版)」より作成

原子は原子核とその周りを回る電子から構成されています。原子核はプラスの電荷を持つ陽子と電荷を持たない中性子で構成されており、原子の化学的性質（元素の種類）は陽子の数（原子番号）で決まります。

例えば炭素は陽子が6個の元素ですが、中性子がそれぞれ5個、6個、7個及び8個の炭素が存在しています。いずれも化学的性質は同じです。

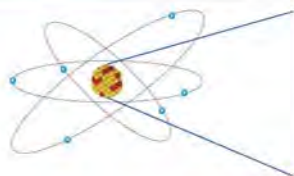
これらの原子を区別して呼ぶ場合は、元素名（同種の原子を包括する呼び名）の後に質量数（陽子と中性子の合計数）を付けて、炭素11、炭素12、炭素13、炭素14と呼びます。炭素の中で、自然界で最も多いのは炭素12です。

炭素14は、宇宙線と大気との衝突で生成された中性子が窒素14に当たり、陽子1個を追い出してできる、自然界に存在する放射性物質です。炭素14の原子核には陽子が6個、中性子が8個ありますが、両者の数のバランスが悪く、エネルギー的に不安定な状態です。

炭素14の中の一つの中性子が陽子になると、陽子も中性子も7個ずつになって安定します。このとき、余分なエネルギーが電子として放出されます。これがβ（ベータ）線の正体です。つまり、炭素14はβ線を出すことで、陽子数が7個の窒素に戻り、エネルギー的に安定した状態になります。

本資料への収録日：2013年3月31日

改訂日：2023年3月31日



原子核  
陽子と中性子の数のバランスにより、  
不安定な原子核が存在します  
= 放射性の原子核

		炭素11	炭素12	炭素13	炭素14	セシウム 133	セシウム 134	セシウム 137
原子核	陽子数	6	6	6	6	55	55	55
	中性子数	5	6	7	8	78	79	82
性質		放射性	安定	安定	放射性	安定	放射性	放射性
記載法		$^{11}\text{C}$	$^{12}\text{C}$	$^{13}\text{C}$	$^{14}\text{C}$	$^{133}\text{Cs}$	$^{134}\text{Cs}$	$^{137}\text{Cs}$
		$^{11}_6\text{C}$	$^{12}_6\text{C}$	$^{13}_6\text{C}$	$^{14}_6\text{C}$	$^{133}_{55}\text{Cs}$	$^{134}_{55}\text{Cs}$	$^{137}_{55}\text{Cs}$
		C-11	C-12	C-13	C-14	Cs-133	Cs-134	Cs-137

同じ原子番号（陽子数）の原子で中性子数が異なる原子核の関係を「同位体」といいます。同位体には放射性壊変を起こして放射線を放出する「放射性同位体」と放射線を出さずに原子量も変わらない「安定同位体」があります。

放射性物質が、不安定な状態を解消するために放出する放射線には、 $\alpha$ （アルファ）線、 $\beta$ （ベータ）線、 $\gamma$ （ガンマ）線があります。 $\alpha$ 線と $\beta$ 線の放出後には、原子の種類が変化しますが、 $\gamma$ 線が放出されるときには原子の種類は変わりません。どの放射線を出すかは、放射性物質の種類ごとに決まっています（上巻P8「自然由来・人工由来」、上巻P13「放射線はどこで生まれる？」）。

炭素は陽子の数が6個の元素ですが、中性子の数が5個から8個のもの等が存在します。セシウムは陽子の数が55個の元素ですが、中性子の数は57から96個のものまで見つかっています。そのうち安定なもの中性子の数が78個のセシウム133（陽子55個＋中性子78個＝133）だけで、残りは全て放射線を出す放射性物質です。原子力発電所の事故が起こると、ウラン235の核分裂により生成されたセシウム137や、核分裂の生成物に中性子が当たって生成されたセシウム134が環境中に放出されることがあります。これらのセシウムは $\beta$ 線と $\gamma$ 線を放出します。

（ページ：上巻P30「原子炉内の生成物」）

本資料への収録日：2013年3月31日

改訂日：2019年3月31日

## 放射性物質 様々な原子核

同位体：陽子数（原子番号）が同じで中性子数の異なる原子核

元素	記号	陽子数	同位体	
			安定	放射性
水素	H	1	H-1, H-2※	H-3※
炭素	C	6	C-12, C-13	C-11, C-14, ..
カリウム	K	19	K-39, K-41	K-40, K-42, ..
ストロンチウム	Sr	38	Sr-84, Sr-86, Sr-87, Sr-88	Sr-89, Sr-90, ..
ヨウ素	I	53	I-127	I-125, I-131, ..
セシウム	Cs	55	Cs-133	Cs-134, Cs-137, ..
ウラン	U	92	なし	U-235, U-238, ..
プルトニウム	Pu	94	なし	Pu-238, Pu-239, ..

※：H-2は重水素、H-3は三重水素又はトリチウムと呼ばれます。

..は、そのほかにも放射性物質があることを意味します。青字は自然に存在する放射性物質

水素原子のほとんどは、原子核が陽子1個のH-1ですが、陽子1個と中性子1個のH-2（重水素）、陽子1個と中性子2個のH-3（トリチウム）も存在します。このうち放射線を出す水素はH-3だけです。

このように放射性の原子核が1種類しかない元素（同種の原子を包括する呼び名）もありますが、複数の種類の放射性の原子核を持つ元素も多くあります。またウランやプルトニウムのように、原子番号の大きい元素では、放射線を出さない安定した原子核を持たないものもあります。

自然界にある放射性物質は、地球誕生のときから存在するものがほとんどですが、炭素14のように宇宙線と大気との相互作用で今でも生成され続けているものもあります。

本資料への収録日：2013年3月31日

改訂日：2015年3月31日

## 放射性物質 自然由来・人工由来

放射性物質	放出される放射線	半減期
トリウム232 (Th-232)	$\alpha, \gamma$	141億年
ウラン238 (U-238)	$\alpha, \gamma$	45億年
カリウム40 (K-40)	$\beta, \gamma$	13億年
プルトニウム239 (Pu-239)	$\alpha, \gamma$	24,000年
炭素14 (C-14)	$\beta$	5,730年
セシウム137 (Cs-137)	$\beta, \gamma$	30年
ストロンチウム90 (Sr-90)	$\beta$	29年
トリチウム (H-3)	$\beta$	12.3年
セシウム134 (Cs-134)	$\beta, \gamma$	2.1年
ヨウ素131 (I-131)	$\beta, \gamma$	8日
ラドン222 (Rn-222)	$\alpha, \gamma$	3.8日

赤字は人工放射性物質  $\alpha$  :  $\alpha$  (アルファ) 線、 $\beta$  :  $\beta$  (ベータ) 線、 $\gamma$  :  $\gamma$  (ガンマ) 線

トリウム系列のトリウム232、ウラン系列のウラン238、カリウム40のように半減期が長い放射性物質は、遠い昔に宇宙で作られ、地球が誕生するときに地球に取り込まれたものです。

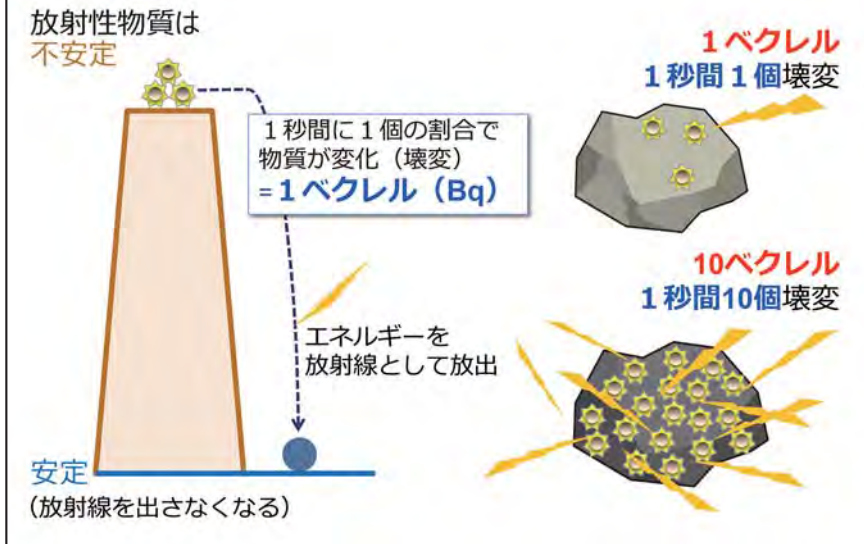
トリウム232は鉛208になるまでに、ウラン238は鉛206になるまでに、いろいろな放射性物質に形を変え、 $\alpha$ (アルファ)線や $\beta$ (ベータ)線、 $\gamma$ (ガンマ)線を出します。

炭素14も自然界に存在する放射性物質ですが、宇宙線と大気との衝突で生成された中性子が空気中の78%を占める窒素に当たって生成されたものです。炭素14は $\beta$ 線を放出して、再び窒素に戻ります。

セシウム134、セシウム137、ストロンチウム90、ヨウ素131、プルトニウム239は、原子力発電所が事故を起こすと環境中に放出されることがあります。人工放射性物質の中にも、プルトニウム239のように、半減期が極めて長いものもあります。

本資料への収録日：2013年3月31日

改訂日：2019年3月31日



放射性物質では、原子核がエネルギー的に不安定な状態にあります。そこで、余分なエネルギーを出して、安定な状態に変わろうとします。このエネルギーを放射線として放出します。

放射能の強さを定量的に表すときに、ベクレルという単位を使います。1ベクレルは「1秒間に1個原子核が変化(壊変)する」量です。原子核が変化する際に放射線を出すことが多いので、ベクレルが放射線を出す能力の単位となっています。例えば、岩石の放射能が1ベクレルであった場合、岩石に含まれている放射性物質の原子核は、1秒間に1個変化することを意味します。10ベクレルであれば、1秒間に10個変化することになります。

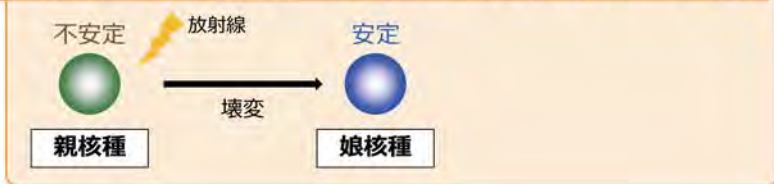
放射性物質の原子核が変化し、放射線を出してエネルギー的に安定になれば、放射線を出さなくなります。放射性物質の中には、安定になるまで原子核の変化を複数回繰り返すものもあります。

(関連ページ：上巻 P10「親核種・娘核種」)

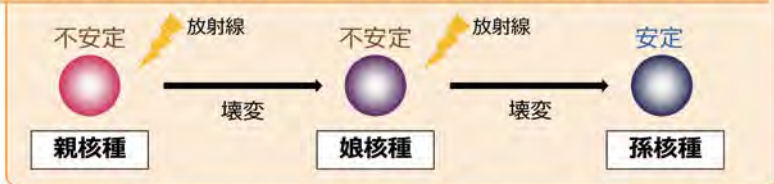
本資料への収録日：2013年3月31日

改訂日：2019年3月31日

放射性物質の原子核が1回の壊変により安定な原子核になる場合



放射性物質の原子核が2回の壊変により安定な原子核になる場合



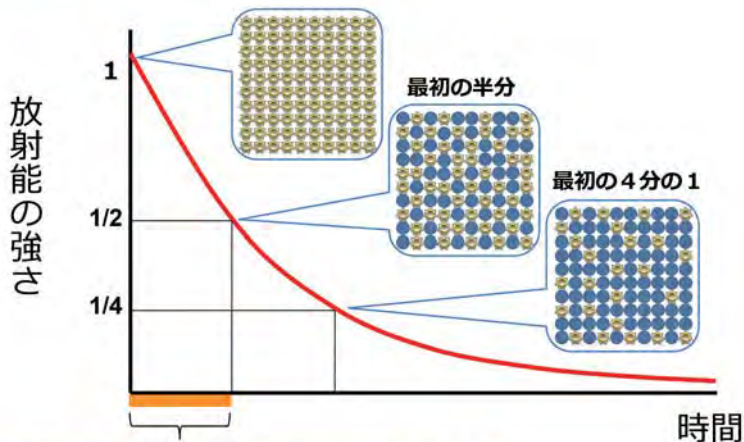
壊変前の核種を「親核種」、壊変後の核種を「娘核種」と呼びます。  
娘核種が不安定な核種の場合には、安定になるまで壊変を繰り返します。

陽子や中性子の数によって区分される原子・原子核の種類のことを、核種と呼びます。例えば同じ炭素でも炭素12と炭素14は異なる核種であり、炭素14はエネルギー的に不安定なため放射性的核種です。

放射性核種が放射線を出して異なる核種へ変化することを、壊変と呼びます。このとき壊変前の核種、壊変後の核種はそれぞれ親核種、娘核種と呼ばれます。

放射性物質によっては、壊変後も原子核がエネルギー的に不安定な場合があり、これは放射性核種から別の放射性核種へ変化したことを意味します。このような核種は、壊変を繰り返すことでエネルギー的に安定な核種へと変化します。娘核種が壊変した核種を（親核種から見て）孫核種と呼ぶことがあり、娘核種と併せて子孫核種と呼びます。

本資料への収録日：2018年2月28日



放射性物質の量が半分になる時間  
= (物理学的) 半減期

放射線を出すことでエネルギー的に安定な状態となった物質は放射線を出しません。時間がたてば放射性物質の量が減り、放射能も弱まります。こうして放射能が弱まり、はじめの半分になるまでの時間を(物理学的)半減期と呼びます。

半減期分の時間が経過するたびに放射能が半分となるため、半減期の2倍の時間が経過すると、最初の状態の4分の1に減ることになります。横軸を経過時間、縦軸を放射能の強さとしてグラフに表すとスライドのような曲線になる(指数関数的に減る)ことが分かります。

半減期は放射性物質の種類によって異なります。例えばヨウ素131の半減期は約8日、セシウム134の半減期は約2年、セシウム137の半減期は約30年です。

なお、体内に取り込まれた放射性物質は、臓器や組織に取り込まれた後、排泄されます。排泄によって体内の放射性物質の量が半分になる時間を生物学的半減期といいます(上巻P27「内部被ばくと放射性物質」)。

本資料への収録日：2013年3月31日

改訂日：2019年3月31日



**例** 地球誕生以前から存在し、地球が誕生したときに取り込まれた放射性物質



**系列** 放射性の原子核から安定な原子核になるまで、次々に核種が変化しながら壊変する

- ・ウラン238 半減期：45億年
- ・トリウム232
- ・ウラン235

**非系列** 放射性の原子核から直接安定な原子核に壊変する

- ・カリウム40 半減期：13億年
- ・ルビジウム87 等

放射線を出す原子核の中には、大変長い半減期を持つものがあります。ウラン238の半減期は45億年です。地球の年齢は約46億年といわれていますので、地球が生まれたときに存在したウラン238は今ようやく半分になったところです。

放射性物質の中には、1回放射線を出して安定になるものもありますが、安定な物質になるまでに複数回壊変して、いろいろな放射性物質に変化するものもあります。

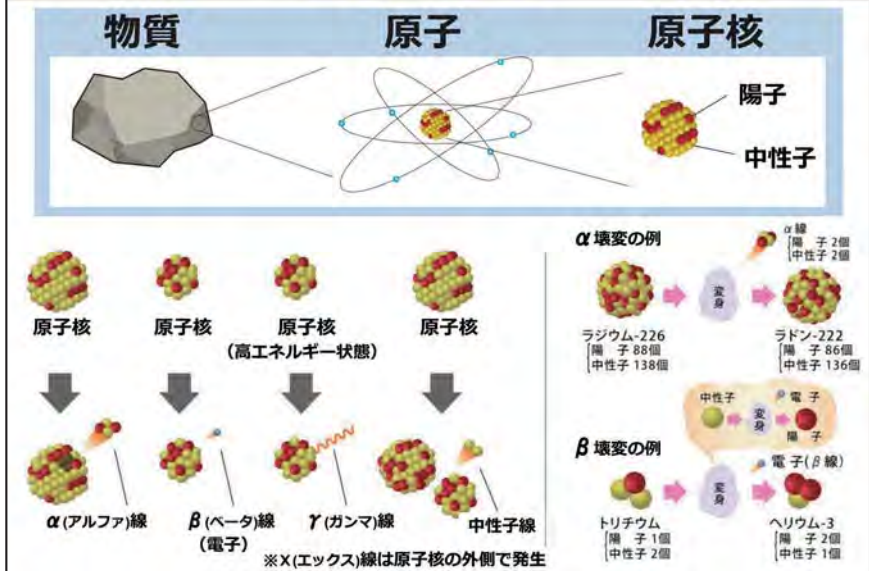
例えば、ウラン238は $\alpha$ （アルファ）線を放出してトリウム234に変わりますが、これも放射性物質です。トリウム234はさらに $\beta$ （ベータ）線を放出し、やはり放射性物質のプロトアクチニウム234に変化します。安定な鉛206になるまでに10数回も異なる原子に変化する系列をなしています。

カリウム40も、半減期が13億年と長く、地球が誕生したときに地球に取り込まれた自然起源の放射性物質です。カリウム40は系列を作らず、1回の壊変で安定なカルシウム40またはアルゴン40になります。

（関連ページ：上巻 P10「親核種・娘核種」、上巻 P11「半減期と放射能の減衰」）

本資料への収録日：2013年3月31日

改訂日：2019年3月31日



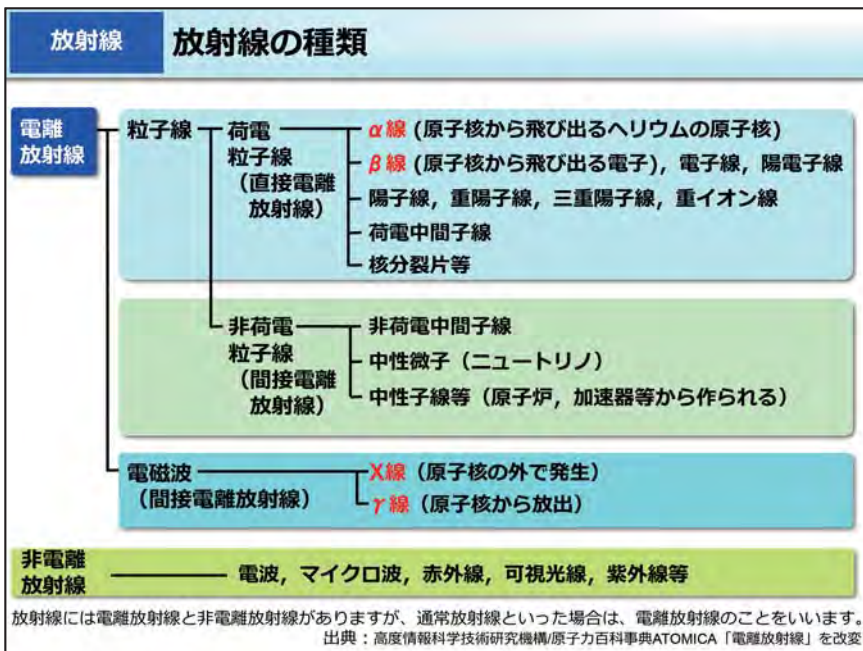
$\alpha$  (アルファ) 線、 $\beta$  (ベータ) 線、 $\gamma$  (ガンマ) 線、X (エックス) 線という名前は、これらの放射線が発見された当時、その実体が分からないために付けられた名称です。今では、 $\alpha$  線とは、陽子2個と中性子2個からなるヘリウム原子核が高速で飛び出したものであることが分かっています。また $\beta$  線は原子核から飛び出した電子です。ヘリウム原子核は、電子の約7,300倍の重さです。 $\alpha$  線や $\beta$  線を出した直後の原子核は、通常、まだエネルギーが高く、不安定な状態なので、 $\gamma$  線を出して、より安定した状態になろうとします。しかし中には $\gamma$  線を出さないものもあります。

$\alpha$  線、 $\beta$  線、 $\gamma$  線が原子核から放出されるのに対し、X 線は原子核の外側で発生する電磁波です。X 線と異なり、 $\gamma$  線は原子核から発生しますが、どちらも実態は同じ電磁波です。中性子は、原子核を構成する粒子の一つです。原子核が核分裂する等の際に運動エネルギーを持って原子核の外へ飛び出す中性子のことを中性子線といいます。

(関連ページ：上巻 P14「放射線の種類」、上巻 P15「電離放射線の種類」)

本資料への収録日：2013年3月31日

改訂日：2019年3月31日



放射線と一般的にいう場合、電離放射線のことをいいます。電離放射線は物質を構成する原子を電離（正電荷のイオンと負電荷の電子に分離）する能力を有し、粒子線と電磁波があります。

粒子線の仲間には、 $\alpha$ （アルファ）線、 $\beta$ （ベータ）線、中性子線等が含まれます（上巻 P13「放射線はどこで生まれる？」）。粒子線のうち、電荷を持つ（イオン化した）ものを荷電粒子線、電荷を持たないものを非荷電粒子線と呼びます。 $\gamma$ （ガンマ）線、X（エックス）線は電磁波の一種です。

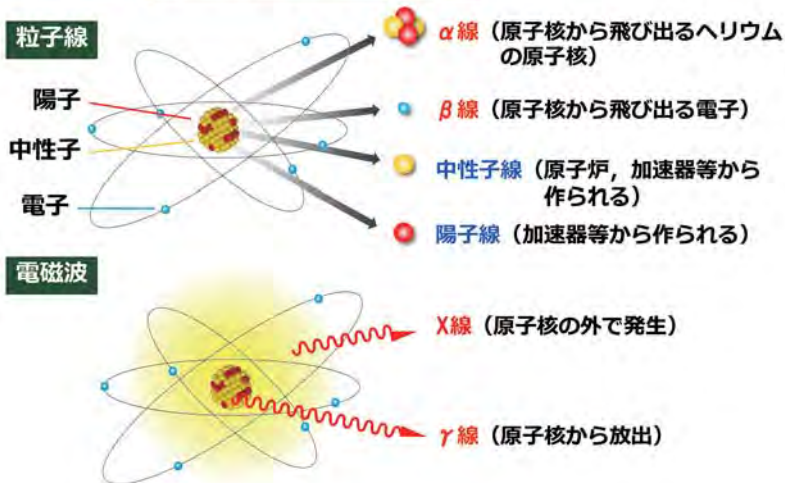
電磁波でも、電波、赤外線、可視光線のように電離作用を持たないものがあり、それらを非電離放射線と呼びます。紫外線は一部に電離作用がありますが、一般的には非電離放射線に分類されます（上巻 P15「電離放射線の種類」）。

（関連ページ：上巻 P19「放射線の種類と生物への影響力」、上巻 P20「放射線の透過力」）

本資料への収録日：2013年3月31日

改訂日：2019年3月31日

## 電離放射線 電離作用を有する放射線



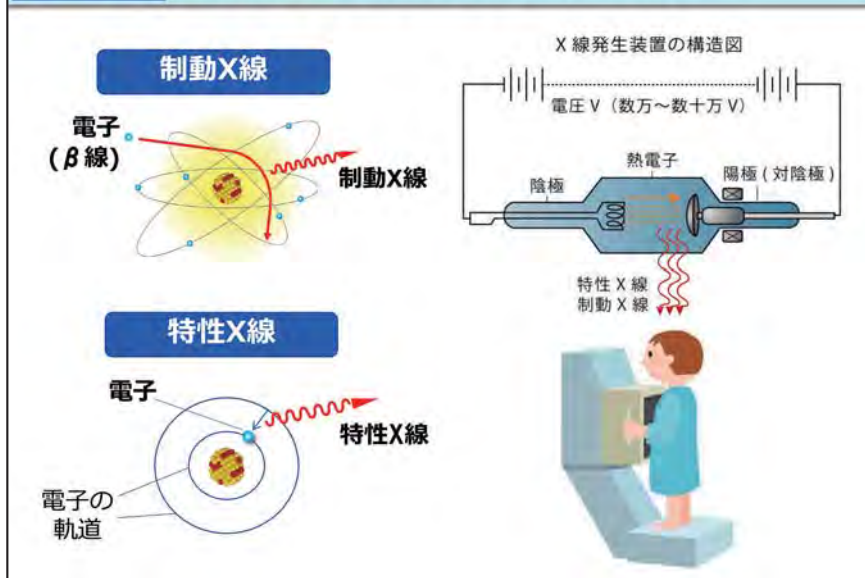
粒子線の仲間には、 $\alpha$  (アルファ) 線、 $\beta$  (ベータ) 線、中性子線等が含まれます。 $\alpha$  線とは、陽子2個と中性子2個からなるヘリウム原子核が高速で飛び出したもの、 $\beta$  線は原子核から飛び出した電子です。そのほかに中性子線や陽子線も粒子線の仲間です。

$\gamma$  (ガンマ) 線とX (エックス) 線は電磁波の仲間です。 $\alpha$  線、 $\beta$  線、 $\gamma$  線が原子核から放出されるのに対し、健康診査等で行われるX線検査で利用されるX線は原子核の外側で発生する電磁波です。X線検査の際には、X線管で発生させるX線が利用されます。X線には、制動X線と特性X線があります(上巻P16「医療で使われるエックス線と発生装置」)。

(関連ページ：上巻P13「放射線はどこで生まれる?」、上巻P14「放射線の種類」)

本資料への収録日：2013年3月31日

改訂日：2019年3月31日



X（エックス）線検査の際には、X線管で発生させるX線が利用されます。X線管の内部では、陰極と陽極（タングステン、モリブデン、銅等）の間に高電圧がかけられており、熱電子が真空中を陰極から陽極に高速で移動します。熱電子が陽極の原子核に引き寄せられて進行方向を変えるときに発生するX線を制動X線といいます。また、陽極の原子の内側の電子軌道の電子を弾き飛ばすと、この空いた電子軌道へ外側の電子軌道から電子が移動（遷移）します。これに伴い発生するX線を特性X線といいます。X線管で発生するX線のほとんどは制動X線です。

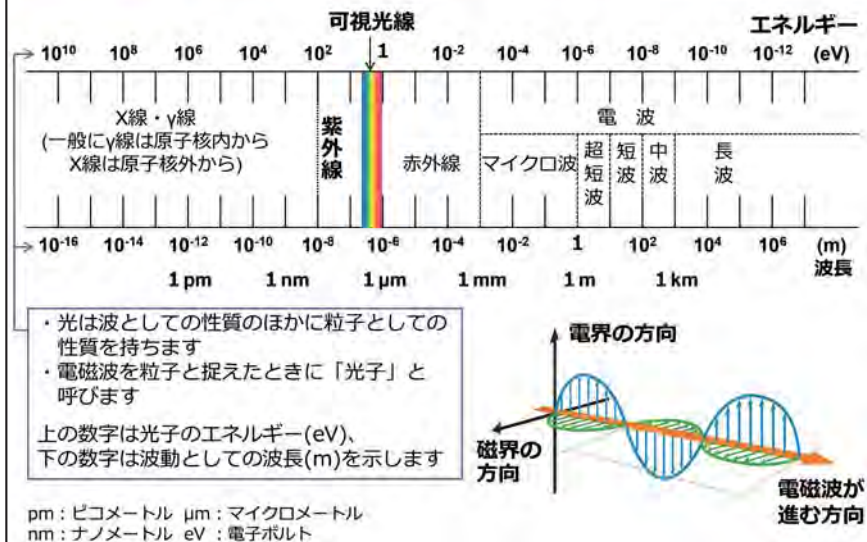
なお、X線管のスイッチを切れば、X線の発生は止まります。

医療分野で利用されるX線発生装置は、診断用と治療用に分けられます。撮影する目的や部位に応じてX線のエネルギーと量は調節されます。胸部X線撮影（診断）の場合、1回に受ける放射線量は、おおよそ0.06ミリシーベルトです。

（関連ページ：上巻 P63「自然・人工放射線からの被ばく線量」、上巻 P76「診断で受ける放射線量」）

本資料への収録日：2016年3月31日

改訂日：2022年3月31日



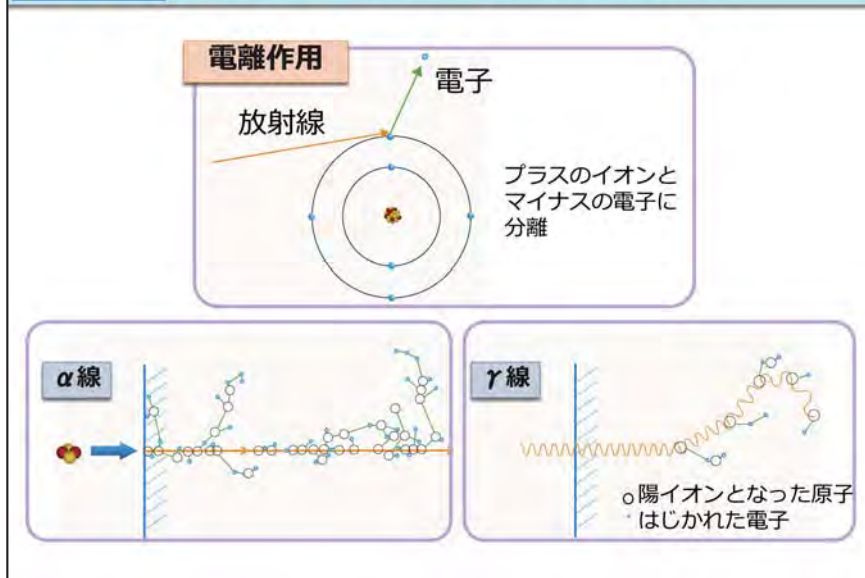
電磁波とは、電界（電場）と磁界（磁場）が相互に作用しながら空間を伝播する波のことです。波長が短くなる（周波数が高くなる）ほど、電磁波のエネルギーは高くなります。また放射線のエネルギーは電子ボルト（eV）で表されます。1 eV は  $1.6 \times 10^{-19}$  ジュール（J）です。

X（エックス）線とγ（ガンマ）線は、発生メカニズムの違いがありますが、どちらもエネルギーの高い電磁波です。

このように電磁波は、文字どおり波としての振る舞いをするところから、図に示すように電磁波が進む方向に対し直角な波型に表すことがあります。

本資料への収録日：2013年3月31日

改訂日：2015年3月31日



放射線が物質中を通過する場合、持っているエネルギーにより、物質を構成している原子が持つ軌道電子を弾き出して、陽電荷を帯びた状態の原子（又は陽イオンの分子）と自由な電子とに分離します。これを電離作用といいます。

電離作用を持つ電離放射線の中には、物質を直接電離するものと、間接的に電離するものがあります。

$\alpha$ （アルファ）線、 $\beta$ （ベータ）線等の電荷を持った粒子線は、物質を直接電離します。特に $\alpha$ 線は、電離密度が高く、 $\beta$ 線等の数百倍の密度の電離を引き起こします。

$\gamma$ （ガンマ）線、X（エックス）線は、物質との相互作用によって発生した二次電子によって、物質を間接的に電離します。

（関連ページ：上巻 P14 「放射線の種類」）

本資料への収録日：2013年3月31日

改訂日：2015年3月31日

### ・ $\alpha$ 線

- 陽子 2 個 + 中性子 2 個
- ヘリウム (He) の原子核
- 荷電粒子 (2+)



電離密度高



### ・ $\beta$ 線

- 電子 (あるいは陽電子)
- 荷電粒子 (-あるいは+)



電離密度低



### ・ $\gamma$ 線・X線

- 電磁波 (光子)



電離密度低・透過力大

### ・ 中性子線

- 中性子
- 非荷電粒子



電離密度高



同じ電離数の場合、電離密度が高い方がより生物影響が大きい

$\alpha$  (アルファ) 線は生体組織に対する透過力が弱く、皮膚の角質層 (皮膚表面の死んだ細胞の層) を透過できないため、 $\alpha$  線による外部被ばくは問題になりません。しかし、 $\alpha$  線を放出する放射性物質による内部被ばくの場合は、組織内で局所的にたくさんの電離、すなわち、高密度の電離を起こし、集中的にエネルギーを与えます。そのため、DNA に大きな損傷を与え、生物への強い影響を引き起こします。

$\beta$  (ベータ) 線は $\alpha$  線同様、通った所の物質に直接電離を引き起こしますが、電離の密度は低く、生物に及ぼす影響力は $\alpha$  線ほど強くありません。 $\beta$  線も透過力は弱いですが、 $\alpha$  線よりも透過しますので、体外からの被ばくでは、皮膚や皮下組織に影響を与える可能性があります。

$\gamma$  (ガンマ) 線・X (エックス) 線は透過力が強く、深部の臓器・組織にまで到達しますが、やはり電離密度は高くありません。生物への影響力は $\beta$  線と同程度です。

中性子は陽子と質量がほぼ同じであるため、中性子線は、陽子と衝突すると効率よく止まります。人体は水分を多く含んでいるため、中性子は水分子を構成する水素の原子核 (陽子) とぶつかりながら、エネルギーを失っていきます。

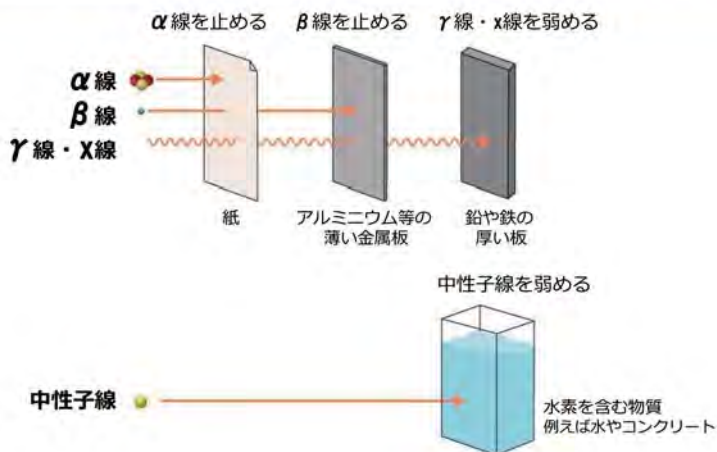
(関連ページ：上巻 P15 「電離放射線の種類」、上巻 P18 「放射線の電離作用－電離放射線の性質」)

本資料への収録日：2013年3月31日

改訂日：2019年3月31日



放射線は、いろいろな物質で遮ることができます



電荷を持つ粒子や電磁波は、物質と相互作用し、エネルギー（速度）を失い、最終的には止まります。

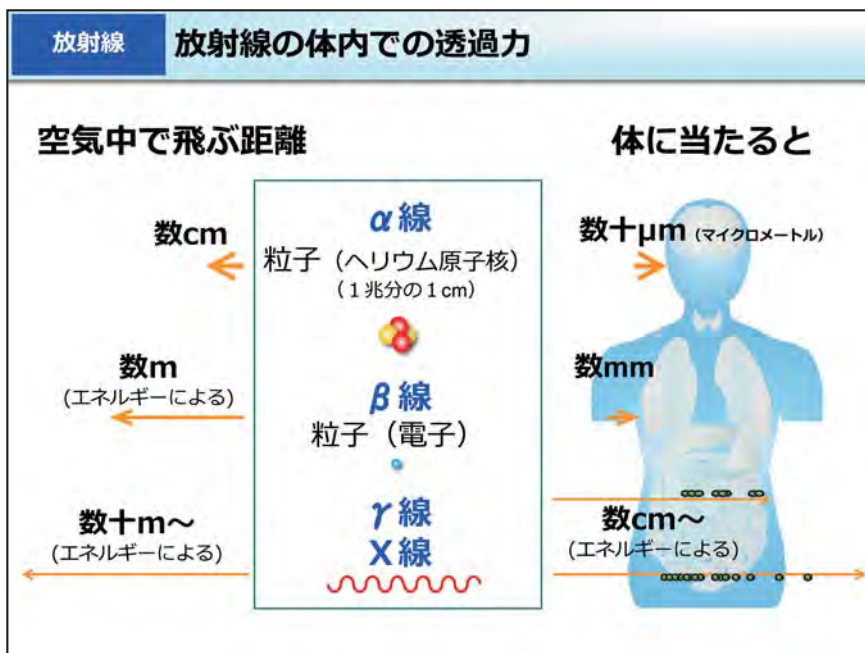
$\alpha$ （アルファ）線は電離する量が極めて多いので、紙1枚で止まります。 $\beta$ （ベータ）線は、エネルギーによりますが、空気中では数m程度飛び、プラスチック1cm、アルミ板2～4mm程度で止まります。 $\gamma$ （ガンマ）線・X（エックス）線は $\alpha$ 線や $\beta$ 線よりも透過力が高く、これもエネルギーにより、空気中の原子と衝突しながら次第にエネルギーを失い、空気中を数十mから数百m飛びます。一方、密度の高い鉛や鉄の厚い板によって止めることができるため、放射線発生装置からの $\gamma$ 線やX線は、鉄等を用いて遮へいすることができます。

電荷を持たない中性子は、衝突によりエネルギーを失い、その後、物質との相互作用等で吸収されます。すなわち、中性子は、物質を構成する原子核と直接衝突することでエネルギー（速度）を失います。質量がほぼ同じである陽子（水素の原子核）と衝突する場合に最も効果的にエネルギーを失います。

（関連ページ：上巻 P21「放射線の体内での透過力」）

本資料への収録日：2013年3月31日

改訂日：2016年3月31日



放射線はその種類によって、空気中や人体中の通りやすさが違います。そのため、外部被ばくと内部被ばくでは、問題となる放射線 ( $\alpha$  (アルファ) 線、 $\beta$  (ベータ) 線、 $\gamma$  (ガンマ) 線) や放射性物質 (核種) が異なります。

$\alpha$ 線は空気中を数 cm 程度しか飛ぶことができず、紙一枚で止めることができます。外部被ばくでは、皮膚表面の死んだ細胞の層 (角質層) より深く到達しないので、影響が現れることはありません。しかし、体内に入った場合には、近傍にある細胞に集中的にエネルギーを与えます。

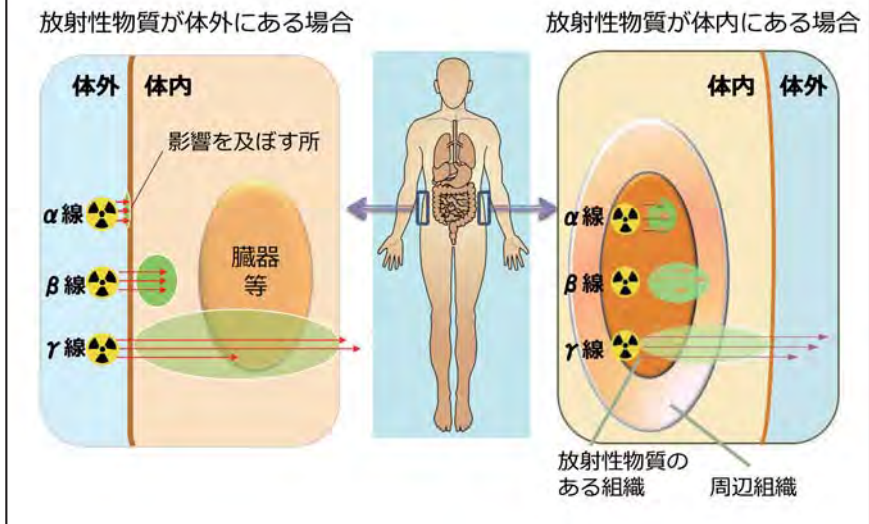
$\beta$ 線が空気中で飛ぶ距離は数 m なので、線源が体から離れた所にある場合には、 $\beta$ 線はほとんど被ばくに寄与しません。体表面に付いた場合は皮膚と皮下組織に、体内に入った場合は、周囲数 mm の範囲にエネルギーを与えます。

$\gamma$ 線・X (エックス) 線は透過力が強く、空気中を数十 m から数百 m まで飛びます。体に当たった場合は、体の奥深くまで到達し、通り抜けてしまうこともあります。この通り道にエネルギーを与えます。X線検査では、X線が通り抜けやすい部分 (肺等) は黒く映り、通り抜けにくい部分 (骨等) は白く映ります。

(関連ページ：上巻 P22 「透過力と人体での影響範囲」)

本資料への収録日：2013年3月31日

改訂日：2019年3月31日



外部被ばくでは、 $\alpha$ （アルファ）線に被ばくした場合、体表の角質層で止まってしまうこと（ $\alpha$ 線の透過距離はおよそ数十 $\mu\text{m}$ （マイクロメートル））から、影響が現れることはありません。 $\beta$ （ベータ）線は皮膚を通過すること（透過距離はおよそ数 $\text{mm}$ （ミリメートル））から、線量が相当高い場合には熱傷（やけど）のような症状を引き起こしますが、体の奥深くまで届くことはありません。 $\gamma$ （ガンマ）線は体の奥の重要な臓器まで到達します。こうしたことから、外部被ばくで問題になるのは主に $\gamma$ 線です。

一方、内部被ばくでは、 $\alpha$ 線、 $\beta$ 線、 $\gamma$ 線を放出する全ての放射性物質が体内の細胞に影響を及ぼす可能性があります。 $\alpha$ 線の場合は、飛ぶ距離から考えても、その影響は放射性物質が存在する組織内に限定されますが、生物への影響力は強く、内部被ばくに関しては特に気を付ける必要があります。 $\gamma$ 線の場合は、飛ぶ距離が長いので、全身に影響を及ぼす可能性があります。

なお、ウラン等放射性物質の種類によっては、体内に取り込まれた場合、内部被ばくの影響だけでなく、化学的な金属毒性等の影響を受ける場合があります。

（関連ページ：上巻 P21 「放射線の体内での透過力」）

本資料への収録日：2013年3月31日

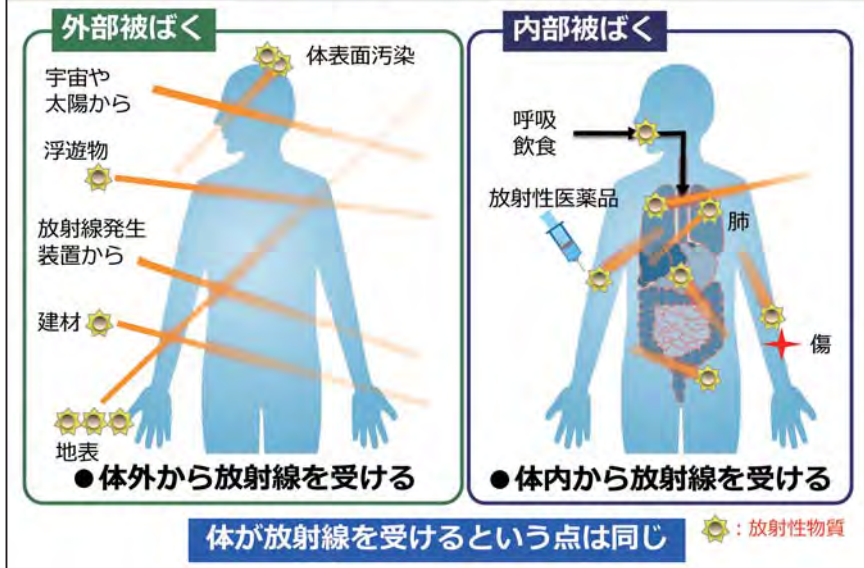
改訂日：2021年3月31日

## 第2章

### 放射線による被ばく

放射線被ばくがどのようにして起こるのかや、被ばく線量の測定方法、計算方法について説明します。また、私たちの身の回りにある放射線や、原子力災害時の影響についても説明します。

放射線被ばくとはどのようなことが、どのような場面で、どの程度起こるのかといったことについての知識を身につけることができます。また、放射線量や被ばく線量といった数値について、どのような機器を用いて測定するのか、どのような計算方法で求められるのかの理解に役立てることができます。



放射線に身体がさらされることを「放射線被ばく」といいます。放射線被ばくには「外部被ばく」と「内部被ばく」の2種類があります。

地表にある放射性物質や空気中の放射性物質、あるいは衣服や体表面に付いた放射性物質等から放射線を受けることが外部被ばくです（上巻 P25 「外部被ばくと皮膚」）。

一方、内部被ばくは、①食事により飲食物中の放射性物質を体内に取り込んだ場合（経口摂取）、②呼吸により空気中の放射性物質を体内に吸い込んだ場合（吸入摂取）、③皮膚から吸収された場合（経皮吸収）、④傷口から放射性物質を体内に取り込んだ場合（創傷侵入）、また、⑤診療のための放射性物質を含む放射性医薬品を体内に投与した場合に起こります。一旦放射性物質が体内に入ると、排泄物と一緒に体外に排泄され、時間の経過と共に放射能が弱まるまで、人体は放射線を受けることとなります（上巻 P26 「内部被ばく」）。

外部被ばくと内部被ばくの違いは、放射線を発するものが体外にあるか、体内にあるかの違いであり、体が放射線を受けるという点では同じです（上巻 P24 「様々な被ばく形態」）。

この区別は自然界からの放射線、事故由来の放射線、医療放射線といった区別とは関係なく用いられる言葉です（上巻 P63 「自然・人工放射線からの被ばく線量」）。

本資料への収録日：2013年3月31日

改訂日：2019年3月31日

**外部被ばく**

- ・全身被ばく
- ・局所被ばく（例：X線検査や部分的な体表面汚染による被ばく）



人体が放射線を受けたことにより、身体に影響を及ぼすかどうかは、どこに、どれだけ放射線を受けたかによって異なります。

全身に放射線を受けることを全身被ばく、部分的に受ける場合を局所被ばくと呼びます。

全身被ばくでは全ての臓器・組織で放射線の影響が現れる可能性があります。局所被ばくでは、原則として被ばくした臓器・組織のみに影響が現れます。被ばくした部位に免疫系や内分泌系の器官が含まれる場合には、離れた臓器・組織に間接的に影響が現れることがあり得ますが、基本的には被ばくした臓器・組織の影響が問題となります。

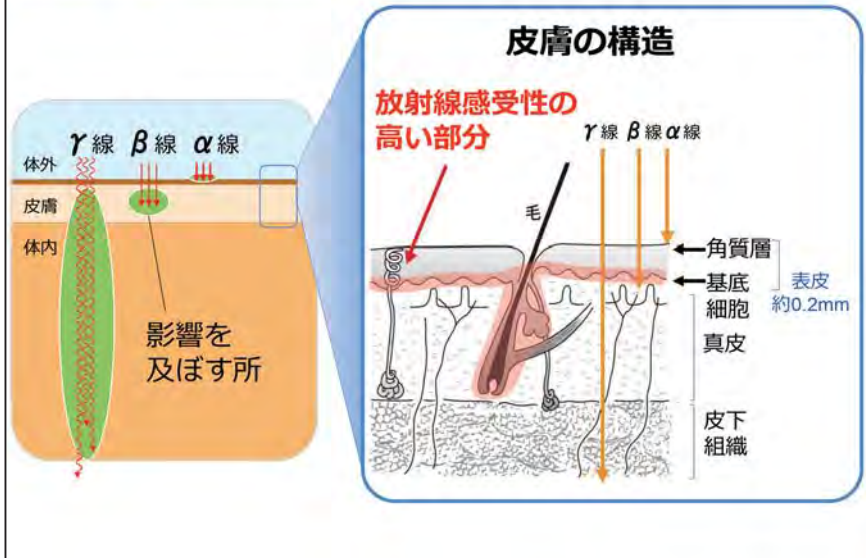
また、臓器によって放射線に対する感受性が異なります。このため、局所被ばくでは、被ばくした箇所に放射線感受性の高い臓器が含まれているかどうかで、影響の生じ方が大きく異なります。

内部被ばくの場合、放射性物質が蓄積しやすい臓器・組織では被ばく線量が高くなります。この蓄積しやすい臓器・組織の放射線感受性が高い場合、放射線による影響が出る可能性が高くなります。チェルノブイリ原発事故の後、ベラルーシやウクライナでは、子供の甲状腺がんの発症数が増加しましたが、これは、放射性ヨウ素が甲状腺に蓄積しやすいこと、子供の甲状腺が大人より放射線感受性が高いことの両方の原因によります。

（関連ページ：上巻 P4「被ばくの種類」）

本資料への収録日：2013年3月31日

改訂日：2019年3月31日



外部被ばくでは、透過力の弱い $\alpha$ （アルファ）線は表皮で止まってしまうので影響を及ぼすことはありませんが、 $\beta$ （ベータ）線を出す放射性物質が大量に体表面に付着し、長く放置された場合には、皮膚の放射線感受性の高い基底細胞や毛根細胞に影響を及ぼし、皮膚が赤色に変化する皮膚紅斑や脱毛等が起こることがあります。しかし、こうした被ばくは大変まれで、外部被ばくで問題になるのは、体の内部まで影響を及ぼす、 $\gamma$ （ガンマ）線を出す放射性物質によるものです。

（関連ページ：上巻 P21 「放射線の体内での透過力」、上巻 P22 「透過力と人体での影響範囲」）

本資料への収録日：2013年3月31日

改訂日：2021年3月31日

①経口摂取

口から入り（飲み込み）  
消化管で吸収

②吸入摂取

呼吸気道から侵入  
肺・気道表面から吸収

③経皮摂取

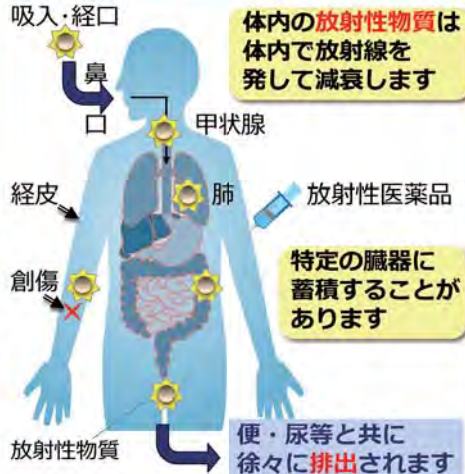
皮膚より吸収

④創傷侵入

傷口より侵入

⑤放射性医薬品の摂取

注射、経口投与（→①）  
ガスの吸入（→②）



内部被ばくには、放射性物質が食べ物と一緒に取り込まれる（経口摂取）、呼吸と共に取り込まれる（吸入摂取）、皮膚から吸収される（経皮摂取）、傷口から体内に入る（創傷侵入）と、注射等による放射線医薬品の摂取があります。

体に取り込まれた放射性物質は体内で放射線を放出します。放射性物質の種類によっては、特定の臓器に蓄積することがあります。

これは放射性物質の化学的性質によるところが大きく、例えば、ストロンチウムはカルシウムに似た性質を持っているため、体内に入ると、骨等カルシウムのある所に蓄積する性質を、セシウムはカリウムに似た性質を持っているため、体内に入ると全身に分布する性質を持っています。

また、ヨウ素は甲状腺ホルモンの構成元素なので、放射性ヨウ素も安定ヨウ素も、甲状腺に蓄積する性質があります（上巻 P127「甲状腺について」）。

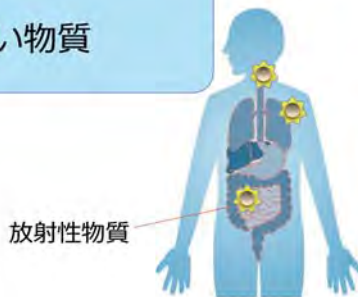
本資料への収録日：2013年3月31日

改訂日：2019年3月31日



## 内部被ばくで特に問題となる放射性物質の特徴

- ①  $\alpha$  線を出す物質 >  $\beta$  線や  $\gamma$  線を出す物質
- ② 取り込まれやすく、排泄されにくい物質
- ③ 特定の組織に蓄積されやすい物質



体の中の放射性物質は、壊変により他の元素に変わっていくと共に、代謝により便・尿等と共に徐々に排泄されます。壊変により放射性物質が半分になるのに要する時間を物理学的半減期（ $T_p$ ）、代謝により体内の放射性物質が半減する時間を生物学的半減期（ $T_b$ ）といいます。体内に入った放射性物質は、物理学的半減期と生物学的半減期の両方により減少していきます。その半減する時間を実効半減期（ $T_e$ ）といい、 $T_p$ 、 $T_b$ との間に以下の関係があります。

$$1/T_e = 1/T_p + 1/T_b$$

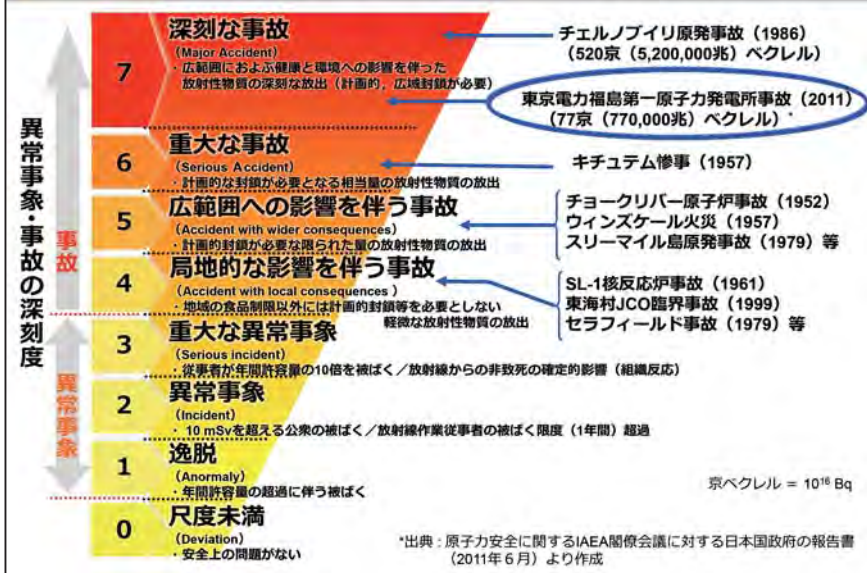
内部被ばくで特に問題になるのは、半減期が長く、 $\alpha$ （アルファ）線を出す放射性物質です。また、体内での挙動でいうと、取り込まれやすく排泄されにくい物質や、特定の組織に蓄積しやすい物質も、内部被ばくの線量が高くなるため問題になります。

例えばプルトニウムは、消化管では吸収されにくいので、食べ物を介して体内へ取り込まれるよりも、呼吸と共に肺から取り込まれた場合に問題となります。その後、肺から血管に入り血流によって移動し、骨や肝臓に沈着します。プルトニウムはこうした器官内で $\alpha$ 線を出すため、肺がん・白血病・骨腫瘍・肝がんを引き起こす可能性があります。

一方、放射性セシウムは、カリウムと似た性質のため、体内に取り込まれやすいのですが、同時に排泄されやすい性質も持っています。特定の組織には蓄積しませんが、筋肉を中心に取り込まれます。大人の場合、取り込まれた放射性セシウムの量が半分になるのに掛かる日数は約70日だといわれています（上巻 P31 「原発事故由来の放射性物質」）。

本資料への収録日：2013年3月31日

改訂日：2017年3月31日



国際原子力事象評価尺度 (INES) は、国際原子力機関 (IAEA) と経済協力開発機構原子力機関 (OECD/NEA) が定めた尺度で、1992年に各国に採用が勧告されました。

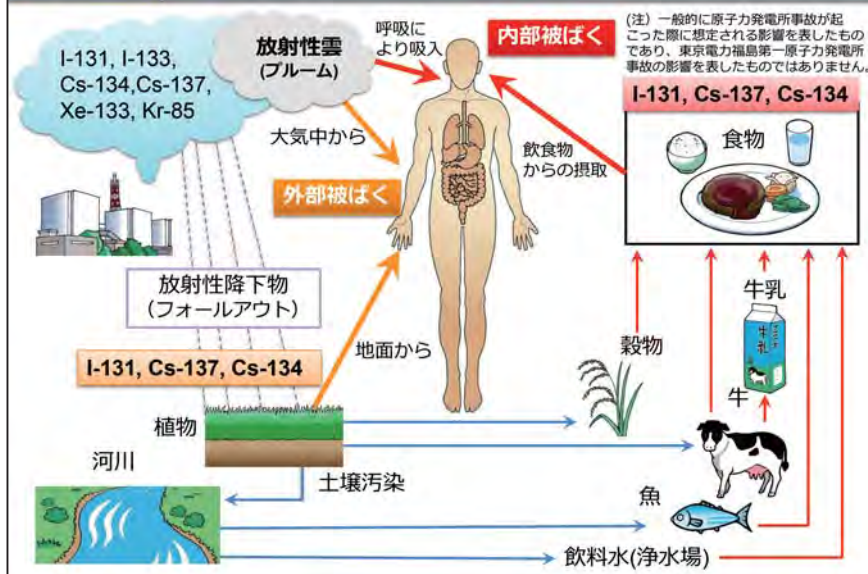
原子力施設等の異常事象や事故は、その深刻度に応じて7つのカテゴリーに分類されます。各国は、異常事象や事故の深刻度をこの尺度を使って判定し、発表します。

東京電力福島第一原子力発電所事故はその放射性物質の放出量から最も深刻な事故であることを示すレベル7 (暫定評価) と判断されています。

(関連ページ：下巻 P8 「INES (国際原子力・放射線事象評価尺度) 評価」)

本資料への収録日：2013年3月31日

改訂日：2021年3月31日



原子力施設で緊急事態が発生し、気体状の放射性物質が漏れると、放射性雲（ブルーム）と呼ばれる状態で大気を流れていきます。この放射性雲には放射性希ガスや、放射性ヨウ素及び放射性セシウム等のエアロゾル（微小な液滴や粒子）が含まれています。

放射性雲が上空を通過する間、その付近の人は雲中の放射性物質からの放射線により外部被ばくを受けます。また、放射性雲中の放射性物質を吸入すると、内部被ばくを受けます。

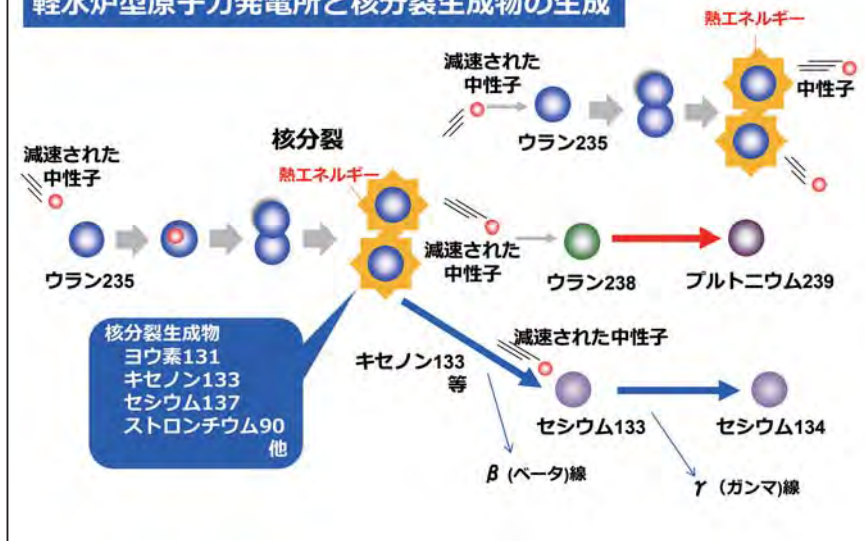
放射性希ガス（クリプトン、キセノン）は、地面に沈着せず、呼吸により体内に取り込まれても体内にとどまることはありません。しかし、放射性ヨウ素や放射性セシウム等のエアロゾルは、放射性雲が通過する間に少しずつ落ちてきて、地表面や植物等に沈着します。このため、通過後も沈着した放射性物質からの外部被ばくがあるほか、汚染された飲料水や食物を摂取すると、内部被ばくを受けることになります。

（関連ページ：上巻 P23 「外部被ばくと内部被ばく」、上巻 P30 「原子炉内の生成物」）

本資料への収録日：2013年3月31日

改訂日：2019年3月31日

## 軽水炉型原子力発電所と核分裂生成物の生成



軽水炉型原子力発電所（東京電力福島第一原子力発電所も含む）は現在、世界で最も広く使われているタイプの原子炉です。燃料の濃縮ウラン（ウラン235：3～5%、ウラン238：95～97%）に中性子を当てると、核分裂が起こります。そのとき、ヨウ素131、セシウム137、ストロンチウム90等の放射性的核分裂生成物が作られます。また、ウラン238に中性子が当たると、プルトニウム239が作られます。

なお、セシウム134はウラン235の核分裂によって直接生成するものではありません。核分裂生成物であるキセノン133等が順次ベータ壊変してセシウム133になり、さらに、セシウム133に、減速された中性子が捕獲されてセシウム134になります。

正常に原子炉が働けば、これらの生成物は燃料棒の中にとどまり、原子炉から外へは漏れ出しません。

原子力施設には放射性物質を外に出さないようにする様々な仕組みがありますが、それらが全て機能しなくなると、放射性物質が漏れ出すこととなります。

本資料への収録日：2013年3月31日

改訂日：2019年3月31日

原子力災害		原発事故由来の放射性物質				
	H-3 トリチウム	Sr-90 ストロンチウム 90	I-131 ヨウ素131	Cs-134 セシウム134	Cs-137 セシウム137	Pu-239 プルトニウム 239
出す放射線の種類	$\beta$	$\beta$	$\beta, \gamma$	$\beta, \gamma$	$\beta, \gamma$	$\alpha, \gamma$
生物学的半減期	10日 *1 *2	50年*3	80日*2	70日～ 100日*4	70日～ 100日*3	肝臓:20年 *5
物理学的半減期	12.3年	29年	8日	2.1年	30年	24,000年
実効半減期 (生物学的半減期と 物理学的半減期から計算)	10日	18年	7日	64日 ～88日	70日 ～99日	20年
蓄積する 器官・組織	全身	骨	甲状腺	全身	全身	肝臓、骨

実効半減期：（関連ページ上巻P27「内部被ばくと放射性物質」）  
 実効半減期は、生物学的半減期の表中に記載した蓄積する器官・組織の数値から計算。  
 \*1：トリチウム水、\*2：ICRP Publication 78、\*3：JAEA技術解説,2011年11月、\*4：セシウム137と同じと仮定、  
 \*5：ICRP Publication 48

東京電力福島第一原子力発電所事故により、環境中に放出された放射性物質で、健康や環境への影響において、主に問題となるものは、ヨウ素131、セシウム134、セシウム137、ストロンチウム90の4種類です。そのほかにも様々な物質が放出されましたが、いずれもこの4種に比べると半減期が短いか、放出量が小さいことが分かっています（上巻P32「チェルノブイリ原子力発電所事故と東京電力福島第一原子力発電所事故の放射性核種の推定放出量の比較」）。

ヨウ素131は、物理学的半減期が8日と短いのですが、体内に入ると10～30%は甲状腺に蓄積されます（上巻P127「甲状腺について」）。そうすると甲状腺は、しばらくの間、 $\beta$ （ベータ）線と $\gamma$ （ガンマ）線による被ばくを受けることになります。

原子力発電所の事故による汚染の場合、問題になる放射性セシウムにはセシウム134とセシウム137の2種類があります。セシウム137の物理学的半減期は30年と長く、環境汚染が長く続きます。放射性セシウムは化学的性質がカリウムとよく似ているため、体に入った場合は、カリウム同様ほぼ全身に分布します。セシウムやヨウ素の生物学的半減期は年齢によって変わり、若いほど短くなることが知られています。

ストロンチウム90は物理学的半減期が長く、化学的性質がカルシウムに似ているため、体に入ると骨に蓄積します。 $\gamma$ 線を出さないため、セシウム134及び137ほど簡単にどこにどれだけあるかを調べることはできません。原子力発電所事故の場合、セシウム134及び137よりも量は少ないながら、核分裂によって発生したストロンチウム90も存在すると考えられています。東京電力福島第一原子力発電所事故由来のプルトニウム239等も検出されていますが、量的には事故発生前に全国で観測された測定値と同程度です（下巻P49「プルトニウム（福島県）」）。

（関連ページ：上巻P11「半減期と放射能の減衰」、上巻P30「原子炉内の生成物」）

本資料への収録日：2013年3月31日

改訂日：2021年3月31日

核種	半減期 <sup>a</sup>	沸点 <sup>b</sup> ℃	融点 <sup>c</sup> ℃	環境への放出量 PBq <sup>*</sup>		東京電力福島第一 原子力発電所/ チェルノブイリ 原子力発電所
				チェルノブイリ 原子力発電所 <sup>d</sup>	東京電力福島第一 原子力発電所 <sup>e</sup>	
キセノン (Xe) 133	5日	-108	-112	6,500	11,000	1.69
ヨウ素 (I) 131	8日	184	114	~1,760	160	0.09
セシウム (Cs) 134	2年	678	28	~47	18	0.38
セシウム (Cs) 137	30年	678	28	~85	15	0.18
ストロンチウム (Sr) 90	29年	1,380	769	~10	0.14	0.01
プルトニウム (Pu) 238	88年	3,235	640	$1.5 \times 10^{-2}$	$1.9 \times 10^{-5}$	0.0012
プルトニウム (Pu) 239	24,100年	3,235	640	$1.3 \times 10^{-2}$	$3.2 \times 10^{-6}$	0.00024
プルトニウム (Pu) 240	6,540年	3,235	640	$1.8 \times 10^{-2}$	$3.2 \times 10^{-6}$	0.00018

## 事故発生時に炉心に蓄積されていた放射性核種の環境へ放出された割合

核種	チェルノブイリ 原子力発電所 <sup>f</sup>	東京電力福島第一 原子力発電所 <sup>g</sup>
キセノン (Xe) 133	ほぼ100%	約60%
ヨウ素 (I) 131	約50%	約2-8%
セシウム (Cs) 137	約30%	約1-3%

\* : PBqは  $\times 10^{15}$  Bq。

出典 : a ; ICRP Publication 72 (1996年) , b,c ; 理化学辞典第5版 (1998年) , d ; UNSCEAR 2008 Report, Scientific Annexes C,D and E , e ; 原子力安全に関する I A E A 閣僚会議に対する日本政府の報告書 (2011年6月) , f ; UNSCEAR 2000 Report, ANNEX J, g ; UNSCEAR 2013 Report, ANNEX A

この表は、チェルノブイリ原子力発電所事故及び東京電力福島第一原子力発電所事故により、環境中に放出された放射性物質のうち、代表的なものを比較して示したものです。

これらのうち、セシウム134とセシウム137は人の健康影響上考慮すべき放射性核種の代表とされています。表にはそれぞれの核種の融点と沸点が示されています。

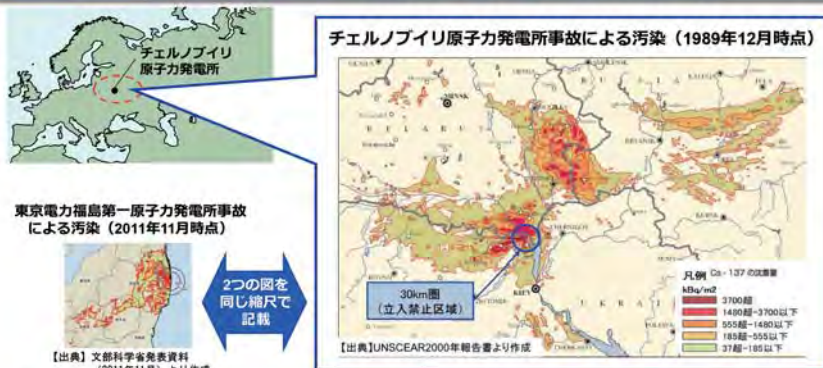
セシウムは沸点が678℃のため、核燃料が溶融（融点は2,850℃）した状態では気体になります。気体状のセシウムが大気中に放出されると温度が下がり沸点以下になったところで液体状、さらに温度が融点の28℃以下になると粒子状になります。このため、大気中でセシウムの多くは微少な粒子状になり、風に乗って遠くまで拡散することになります。これが、放射性セシウムが遠方まで拡散した大きなメカニズムです。

チェルノブイリ原子力発電所と東京電力福島第一原子力発電所の放出量を単純に比較、評価することはできませんが、チェルノブイリの場合の放出量が多いのは、爆発した炉心が直接大気にさらされる状態になったことも影響していると思われます。一方、東京電力福島第一原子力発電所では格納容器の大規模な破壊がなかったため、放射性物質の放出抑制につながったと考えられます。

しかし、一部キセノン133など大気に放出されやすい希ガスは、東京電力福島第一原子力発電所でも高い割合（東京電力福島第一原子力発電所：約60%、チェルノブイリ原子力発電所：最大100%）で原子炉から放出されたと評価されています。そのため、発電所の出力規模（東京電力福島第一原子力発電所：合計約200万kW、チェルノブイリ原子力発電所：100万kW）が大きき事故当時炉心に溜まっていた希ガスの量が多かった東京電力福島第一原子力発電所では希ガスの放出量が多くなったと考えられます。

本資料への収録日：2017年3月31日

改訂日：2021年3月31日



汚染濃度 (kBq/m <sup>2</sup> )	汚染地域の面積 (km <sup>2</sup> )		チェルノブイリ原子力発電所事故 と比較した東京電力福島第一 原子力発電所事故の規模
	チェルノブイリ 原子力発電所事故	東京電力福島第一 原子力発電所事故	
> 1,480	3,100	200	6%
555 - 1,480	7,200	400	6%
185 - 555	18,900	1,400	7%
37 - 185	116,900	6,900	6%
合計面積	146,100	8,900	6%

出典：原子力被災者生活支援チーム「年間20ミリシーベルトの基準について」（2013年3月）より作成

上図は、1989年12月時点のチェルノブイリ原子力発電所事故による汚染と2011年11月時点の東京電力福島第一原子力発電所事故による汚染を、同じ縮尺で掲載しています。また、表ではそれぞれの図における汚染地域の面積を示しています。

東京電力福島第一原子力発電所事故は、チェルノブイリ原子力発電所事故に比べると、セシウム137による汚染地域面積は約6%となっています。

（関連ページ：上巻 P32「チェルノブイリ原子力発電所事故と東京電力福島第一原子力発電所事故の放射性核種の推定放出量の比較」）

本資料への収録日：2019年3月31日



放射線の単位のうち、最もよく見聞きするものに、ベクレルとシーベルトがあります。ベクレルは放射能の単位で、放射線を出す側に着目したものです。土や食品、水道水等に含まれる放射性物質の量を表すときに使われ、ベクレルで表した数値が大きいほど、そこからたくさんの放射線が出ていることを意味します。一方、シーベルトは人が受ける被ばく線量の単位で、放射線を受ける側、すなわち人体に対して用いられます。シーベルトで表した数値が大きいほど、人体への放射線の影響が大きいことを意味します（上巻 P40「線量概念：物理量、防護量、実用量」）。

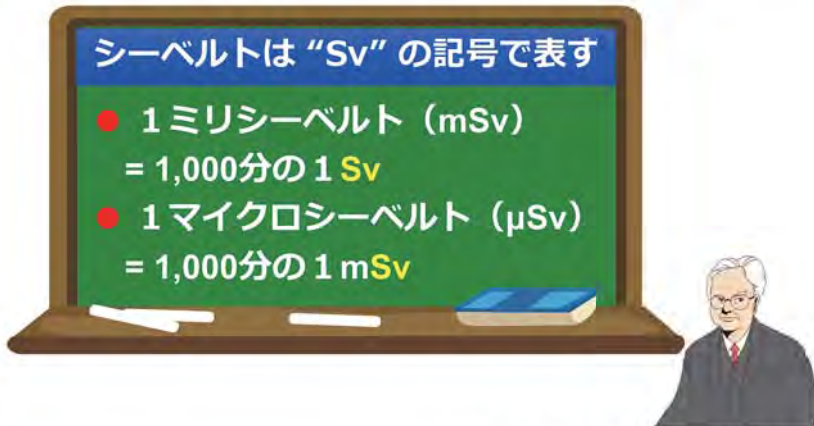
放射線を受けた人体にどのような影響が現れるかは、外部被ばく、内部被ばく、全身被ばく、局所被ばくといった被ばくの様態の違い（詳しくは、上巻2.1節「被ばくの経路」を参照）や、放射線の種類の違い（詳しくは、上巻1.3節「放射線」を参照）等によって異なります。そこで、いかなる被ばくも同じシーベルトという単位で表すことで、人体への影響の大きさの比較ができるようになります。

外部被ばくで1ミリシーベルトを受けた、ということと、内部被ばくで1ミリシーベルトを受けた、ということは、人体への影響の大きさは同じとみなされます。また体外から1ミリシーベルト、体内から1ミリシーベルトを受けたら、合わせて2ミリシーベルトの放射線を受けた、ということが出来ます。

本資料への収録日：2013年3月31日

改訂日：2019年3月31日





シーベルトは “Sv” の記号で表す

- 1 ミリシーベルト (mSv)  
= 1,000分の1 Sv
- 1 マイクロシーベルト (μSv)  
= 1,000分の1 mSv

**ロルフ・シーベルト** (1896-1966)  
スウェーデン国立放射線防護研究所創設者  
国際放射線防護委員会 (ICRP) 創設に参画

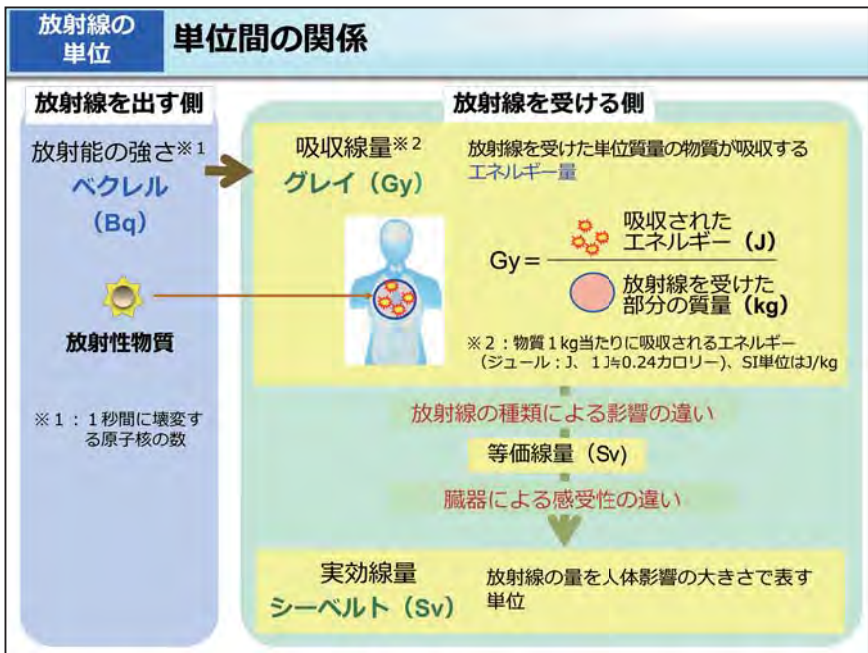
シーベルトという単位は、スウェーデンの放射線防護研究者である、ロルフ・シーベルトに由来しています。彼は、国際放射線防護委員会 (ICRP) の前身である国際X線・ラジウム防護委員会 (IXRPC) の議長を務め、ICRPの創設<sup>1</sup>に参画しています。日常生活で受ける放射線の量を表す際には、シーベルトの1,000分の1であるミリシーベルトや、100万分の1であるマイクロシーベルトを使うことがほとんどです。

なお、ベクレル (放射能の単位)、キュリー (かつての放射能の単位)、グレイ (吸収線量の単位) は、どれも放射線の研究で大きな業績を残した研究者の名前に由来しています。

1. ICRPの創設に当たっては、英国国立物理学研究所のジョージ・ケイ (George Kaye) が中心的役割を果たしたといわれています。(出典：ICRP Publication 109, The History of ICRP and the Evolution of its Policies, ICRP, 2009)

本資料への収録日：2013年3月31日

改訂日：2015年3月31日



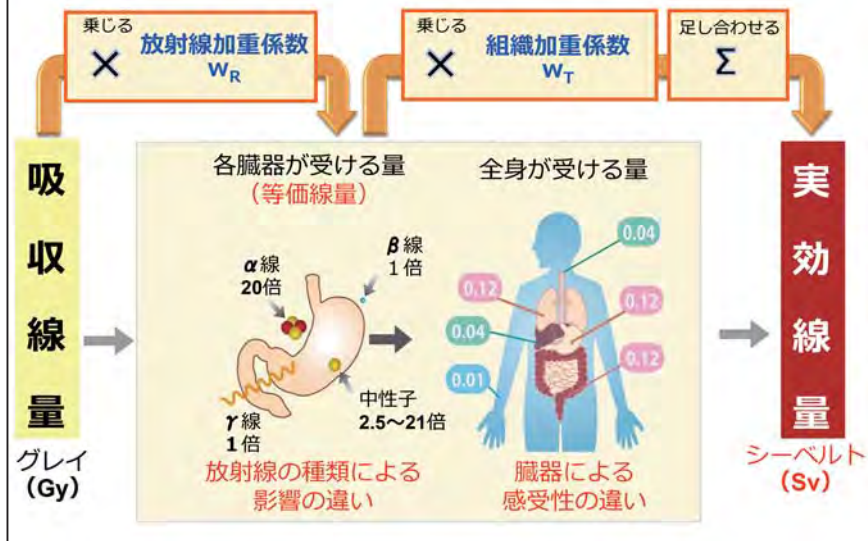
放射線に関する単位は、放射線を出す側の単位と受ける側の単位に大別できます。放射能の強さの単位であるベクレルは放射線を出す側の単位です。一方、放射線を受ける側の単位には、グレイとシーベルトがあります。

放射線が通った所では、放射線のエネルギーを吸収します。この吸収線量の単位がグレイです。

放射線の種類やエネルギーによって、吸収線量が同じでも人体への影響の大きさが変わります。そこで、放射線の種類ごとに影響の大きさに応じた重み付けをした線量が等価線量（単位はシーベルト）です。実効線量は、放射線防護における被ばく管理のために考案されたもの（単位はシーベルト）です。等価線量に対して、臓器や組織ごとの感受性の違いによる重み付けをして、それらを合計することで全身への影響を表します。

本資料への収録日：2013年3月31日

改訂日：2019年3月31日



放射線被ばくによる全身影響を表す実効線量を求めるに当たっては、まず被ばくした箇所の組織・臓器ごとの吸収線量を知る必要があります。各組織と臓器の吸収線量に、放射線の種類を考慮するための放射線加重係数 ( $W_R$ ) を乗じて、導き出されるのが等価線量 (単位はシーベルト) です。放射線加重係数は人体への影響が大きい放射線ほど、大きな値になります ( $\alpha$  (アルファ) 線: 20、 $\beta$  (ベータ) 線と  $\gamma$  (ガンマ) 線: 1)。

放射線を受けた組織や臓器ごとの等価線量を求めたら、等価線量に臓器の感受性の違いを考慮するための組織加重係数 ( $W_T$ ) を乗じて足し合わせます。この組織加重係数は、組織や臓器ごとの放射線感受性により重み付けをするための係数です。放射線により、致死がんが誘発されやすい臓器や組織に高い値の係数が割り振られています。

組織加重係数の合計は1になるように決められています。したがって、実効線量は全身の臓器や組織の等価線量について、重み付け平均をとったものと考えることができます。また、実効線量は、外部被ばくも、内部被ばくも同様に計算することができます。

(関連ページ: 上巻 P38 「様々な係数」)

本資料への収録日: 2013年3月31日

改訂日: 2019年3月31日

等価線量 (Sv) = 放射線加重係数  $w_R$  × 吸収線量 (Gy)

放射線の種類	放射線加重係数 $w_R$
$\gamma$ 線、X線、 $\beta$ 線	1
陽子線	2
$\alpha$ 線、重イオン	20
中性子線	2.5~21

実効線量 (Sv) =  $\Sigma$  (組織加重係数  $w_T$  × 等価線量)

組織	組織加重係数 $w_T$
骨髄 (赤色)、結腸、肺、胃、乳房	0.12
生殖腺	0.08
膀胱、食道、肝臓、甲状腺	0.04
骨表面、脳、唾液腺、皮膚	0.01
残りの組織の合計	0.12

Sv: シーベルト Gy: グレイ

出典: 国際放射線防護委員会 (ICRP) 2007年勧告より作成

国際放射線防護委員会 (ICRP) が2007年に発表した勧告では、新たな放射線加重係数と組織加重係数が提示されています。その中では、 $\alpha$  (アルファ) 線は、同じ吸収線量の $\gamma$  (ガンマ) 線や $\beta$  (ベータ) 線に比べ、人体に及ぼす影響は20倍に及ぶとされています。また中性子線の放射線加重係数も高く、エネルギーによって $\gamma$ 線や $\beta$ 線の2.5~21倍もの人体影響を見込んでいます (上巻 P37 「グレイからシーベルトへの換算」)。

原爆被爆者の健康影響調査の結果、放射線により発がん影響が大きく出る臓器や組織が明らかになっています (上巻 P114 「放射線感受性の高い組織・臓器」)。こうした組織には、組織加重係数として大きな数値が割り当てられています。


また、原爆被爆者の二世、三世についても健康影響が調査されていますが、遺伝性影響は観察されていません (上巻 P109 「被爆二世における染色体異常」)。そのため、1990年勧告で発表された生殖腺の組織加重係数 (0.2) に比べ、2007年勧告では値が引き下げられています (0.08)。このように実効線量を算出するために使われる係数は、新たな知見が得られれば見直しが行われています。

本資料への収録日: 2013年3月31日

改訂日: 2015年3月31日


$$\text{実効線量 (シーベルト (Sv))} = \Sigma (\text{組織加重係数} \times \text{等価線量})$$

全身に均等に $\gamma$ 線が  
**1ミリグレイ (mGy)**  
当たった場合



実効線量 =  
 $0.12 \times 1$  (ミリシーベルト) 骨髄  
 $+ 0.12 \times 1$  (ミリシーベルト) 結腸  
 $+ 0.12 \times 1$  (ミリシーベルト) 肺  
 $+ 0.12 \times 1$  (ミリシーベルト) 胃  
 $\vdots$   
 $+ 0.01 \times 1$  (ミリシーベルト) 皮膚  
 $= 1.00 \times 1$  (ミリシーベルト)  
**= 1ミリシーベルト (mSv)**

頭部だけに均等に $\gamma$ 線が  
**1ミリグレイ (mGy)**  
当たった場合



実効線量 =  
 $0.04 \times 1$  (ミリシーベルト) 甲状腺  
 $+ 0.01 \times 1$  (ミリシーベルト) 脳  
 $+ 0.01 \times 1$  (ミリシーベルト) 唾液腺  
 $+ 0.12 \times 1$  (ミリシーベルト)  $\times 0.1$  骨髄 (10%)  
 $+ 0.01 \times 1$  (ミリシーベルト)  $\times 0.15$  皮膚 (15%)  
 $\vdots$   
**= 0.07ミリシーベルト (mSv)**

全身に均等に $\gamma$  (ガンマ) 線が1ミリグレイ当たった場合の実効線量と、頭部だけに1ミリグレイ当たった場合の実効線量の計算方法を比較してみます。

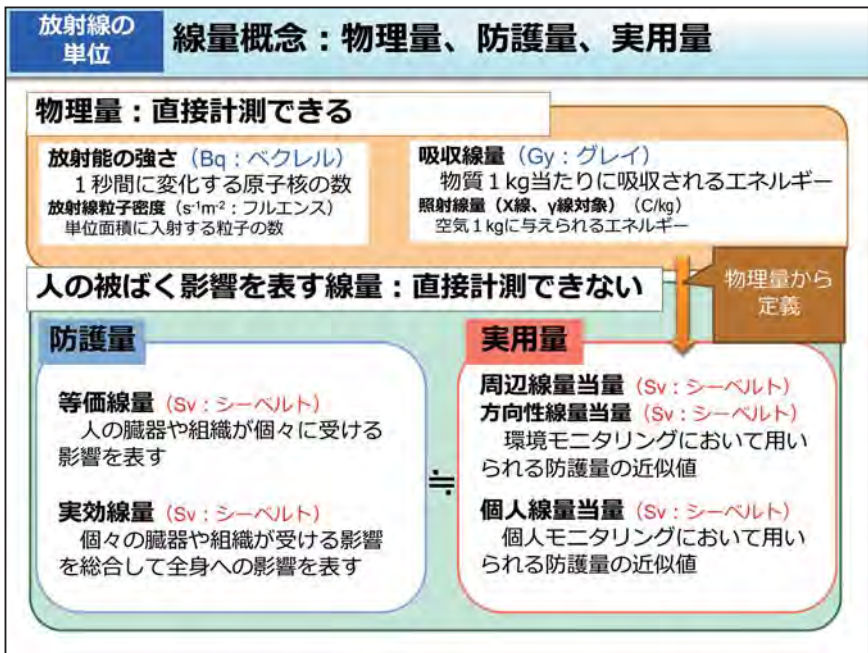
$\gamma$ 線の放射線加重係数 ( $W_R$ ) は1なので、全身に均等に1ミリグレイを浴びたということは、均等に1ミリシーベルト (1グレイ $\times$ 1 ( $W_R$ ) = 1ミリシーベルト) を受けていたことを意味します。つまり、等価線量はどの臓器・組織でも1ミリシーベルトです。ここから実効線量を求めるには、組織ごとの等価線量に組織加重係数を乗じて足し合わせます。骨髄、結腸、肺、胃、乳房は、放射線により致死がんを誘発するリスクが高い組織なので、0.12という高い係数が、また、皮膚には全身分の皮膚に0.01という係数が割り当てられています。このように全臓器・組織の等価線量に組織加重係数を乗じて足し合わせると、実効線量は1ミリシーベルトになります。

一方、放射線検査で頭だけ1ミリグレイを受けたような場合、甲状腺、脳、唾液腺といった頭部に存在する臓器や組織では、全体が放射線を受けるため、組織ごとの等価線量は1ミリシーベルトになります。それに対して、骨髄や皮膚のように頭部に全体の一部が存在する組織や臓器は、放射線を受けた部分の割合 (骨髄：10%、皮膚：15%) を乗じて等価線量を求めます。それぞれの等価線量と組織加重係数を乗じて、足し合わせると、実効線量は0.07ミリシーベルトになります。

(関連ページ：上巻 P36 「単位間の関係」)

本資料への収録日：2013年3月31日

改訂日：2015年3月31日



放射線の人体への影響を管理するために、複数の箇所に受けた放射線の影響を足したり、過去に受けた放射線による影響を足したりして考える必要があります。このために考えられたのが等価線量と実効線量です。

等価線量は、人の臓器や組織が個々に受けた影響を、放射線の種類によって重み付けしたものです。

実効線量は、組織が受けた影響を全身分に換算しています。臓器ごとに受けた等価線量の単純平均ではなく、臓器ごとの放射線の感受性の違いで重み付けをしています。個々の臓器への影響の大きさを重み付けする係数を組織加重係数といいます。

このように、防護量は人体の臓器や組織の線量から計算される量です。そのため、放射能の強さ（単位：ベクレル）や吸収線量（単位：グレイ）のような物理量とは異なり、測定器を使って容易に直接測定することができません。そこで、人体への影響を表すために定義されたものが実用量です。

サーベイメータの読み値にシーベルトが使われているものがあります。これは防護量を直接計測しているのではなく、計測した物理量から定義される近似値、すなわち実用量が示されています。実用量には、環境モニタリングにおいて用いられる周辺線量当量と、個人モニタリングにおいて用いられる個人線量当量があります（上巻P41「線量当量：実効線量を導く、測定可能な実用量」）。

実用量は、防護量に対して保守的な（安全側の）評価を与えるように、防護量より少し大きな数値が出るよう定義されています。

本資料への収録日：2013年3月31日

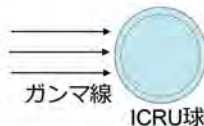
改訂日：2017年3月31日

**線量当量 = 条件を満たす基準点の吸収線量 × 線質係数**

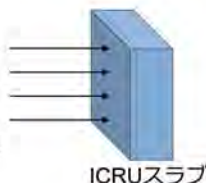
実際には測定できない「実効線量」の代わりに、一定の条件のもと、実効線量とほぼ同じ値か保守的な値が測定で得られる「実用量」として、周辺線量当量や個人線量当量などが定義されている。

**周辺線量当量（1cm線量当量）**

放射線が一方向から来る場に、人体の組織を模した30cmのICRU球を置き、球の表面から深さ1cmで生じる線量当量。サーベイメータなどで空間の線量測定を行うときは、この値になる。

**個人線量当量（1cm線量当量）**

人体のある指定された点における深さ1cmの線量当量。測定器を体につけて測定するため、均等な方向からの被ばくでは、常に自己遮蔽効果が働いた状態で評価される。  
⇒ **サーベイメータの値より、常に少なめの値となる！**



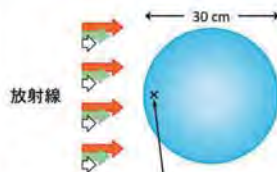
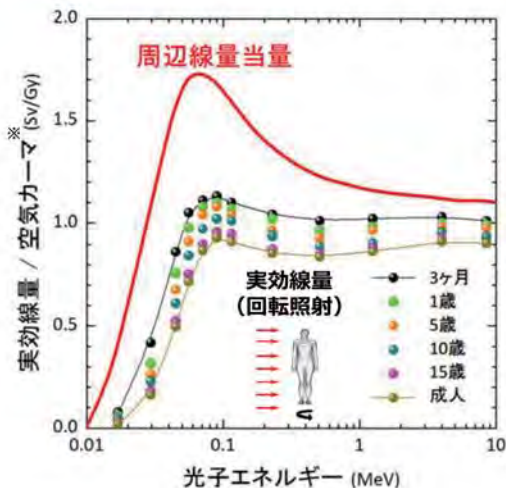
実際には測定できない実効線量を推定するための実用量として（上巻 P40「線量概念：物理量、防護量、実用量」）、作業環境などの空間の線量を評価する周辺線量当量  $H^*(d)$ （ $d$  は深さ）、個人の被ばくを評価する個人線量当量  $H_p(d)$ 、さらに、 $\beta$  線や軟 X 線による目の水晶体などの被ばくなど、深さや入射方向についても評価する必要がある場合の量として方向性線量当量  $H'(d, \alpha)$ （ $\alpha$  は入射角度）が定義されています。

一般に、周辺線量当量も個人線量当量も、 $\gamma$  線被ばくの場合は 1 cm の深さをを用いることから、1 cm 線量当量とも呼ばれています。

しかし、周辺線量当量の測定には据え置き型の電離箱やサーベイメータ等、方向性の影響が少ない測定機器が用いられるのに対し、個人線量当量は人体の体幹部に小型の個人線量計を装着して測定されるため、背面からの入射に対しては常に自己遮蔽効果が働いた状態で評価されます。このため、実験室などでの被ばくのように、常に正面方向からだけの被ばくにおいては、周辺線量当量と個人線量当量は一致しますが、均等な方向からの被ばくにおいては、常にサーベイメータ等の値よりも小さい値を示します。ちなみに、実効線量を計算する場合、均等方向の入射においては、人体を回転させる「回転照射」の条件で計算されますが、これはまさに個人線量当量と一致する値となります。つまり、計算された値は一般的には実効線量より大きい値となります。

本資料への収録日：2017年3月31日

改訂日：2021年3月31日



サーベイメータで測定される周辺線量当量は、直径30cmのICRU球の深さ1cmにおける線量当量で定義される。1cm線量当量とも言う。

出典：2012年第9回原子力委員会資料第一号  
(JAEA遠藤 章氏の報告)より改変

※ 空気カーマとは物理量の単位です

サーベイメータで測定される周辺線量当量は、常に実効線量よりも大きな値になるように値付けされています。

一方、個人線量計も正面だけからの入射の場合はサーベイメータと同じです。しかし個人線量計を身体に装着して、線源が一様に分布しているような環境では、人体の背中等の自己遮蔽効果により、「実効線量」に近い値を示します。

上図は、入射γ線のエネルギーに対する実効線量（回転による均等照射で背中等の自己遮蔽効果も含む）と周辺線量当量の違いが示されています。人の年齢に応じた体格差から、自己遮蔽の度合いが多少変化していますが、662keVのCs-137γ線の場合、サーベイメータで測定した値（周辺線量当量）は約30%程、成人の実効線量や個人線量計の値（個人線量当量）より大きな数値となる結果が示されています。

（関連ページ：上巻 P41「線量当量：実効線量を導く、測定可能な実用量」）

本資料への収録日：2017年3月31日

改訂日：2019年3月31日





シーベルトは、①全身が受ける放射線の量（実効線量）（上巻 P42「実効線量と線量当量の値の違い」）、②内部被ばくによって受ける放射線の量（預託実効線量）（上巻 P56「預託実効線量」）、③ある場所だけ放射線を受ける局所被ばくの量（等価線量）、の単位として用いられています。どれも被ばくした個人や組織におけるがん、遺伝性影響の発生リスクを考慮して表されている点は共通です。

また、④サーベイメータの読み取り値にもシーベルトが使われているものもあります。これは周辺線量当量に換算した値を表示しているものです（上巻 P44「様々な測定機器」）。

本資料への収録日：2013年3月31日

改訂日：2019年3月31日



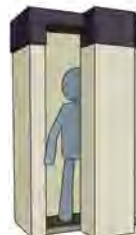
**Ge半導体検出器**

食品や土壌の放射能測定に用いられる。低レベルの放射能濃度測定に効果的。



**Nal(Tl)食品モニタ**

食品等の効率的な放射能測定に適している。



**ホールボディ・カウンタ**

多数のシンチレーションカウンタなどを用いて、 $\gamma$ 線核種の体内放射能蓄積を評価する。



**積算型個人線量計**

1か月～3か月間体幹部に装着し、その間に被ばくした積算の線量を測定する。



**電子式個人線量計**

線量率や一定時間の積算線量を示す表示装置があり、放射線取扱施設への一時立ち入り者の被ばく線量測定・管理などに便利。

放射線は目に見えませんが、電離作用や励起作用などが知られており（上巻 P45「放射線測定の原理」）、それらを利用して様々な測定機器が目的と用途に応じて作られています。上記の様々な測定機器は全て励起作用を利用しています。

食品や土壌の放射能濃度を測定するためには、 $\gamma$ 線のスペクトルを測定できる Ge 検出器や Nal(Tl) 検出器を鉛の遮蔽体の中に設置した測定装置が用いられます。Ge 検出器は、 $\gamma$ 線のエネルギー分解能に優れており、微量な放射能の定量に適しています。一方、Nal(Tl) 検出器は、エネルギー分解能は Ge 検出器に及びませんが、取扱いが簡単で、また検出効率も比較的大きいことから、食品の検査に多く使用されています。

この他にも、多数のシンチレーションカウンタや Ge 検出器などを装着して、 $\gamma$ 線核種の体内放射能蓄積を評価するホールボディ・カウンタや、個人の被ばくを管理するための積算型個人線量計や電子式個人線量計などが市販されています。特に、福島の事故以降、様々な電子式個人線量計が考案され、一定時間ごとの被ばく情報が簡単にモニタできるようになってきました。

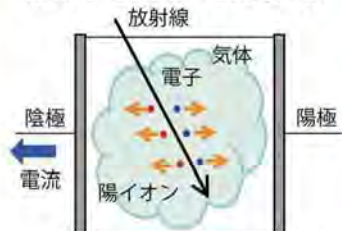
（関連ページ：上巻 P60「内部被ばく測定用の機器」）

本資料への収録日：2013年3月31日

改訂日：2017年3月31日

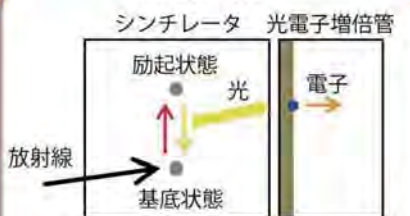
## 放射線と物質との相互作用を利用して測定する。

## (気体との) 電離作用



- 検出器には不活性ガスや空気などの気体が充填。
  - 放射線が気体中を通過すると分子が電離して陽イオンと電子を生成。
  - 陽イオンと電子が電極に引き寄せられ電気信号に変換して測定する。
- GM計数管式サーベイメータ、  
電離箱など

## 励起作用



- 放射線がシンチレータを通過すると、分子が励起されるが再び元の状態（基底状態）に戻る。
- その過程で光を放出し、放出された光を増幅・電流に変換して測定する。

NaI (TI) シンチレーション式  
サーベイメータなど

放射線は物質中を通過する時に、物質と相互作用することが知られています。放射線と物質との相互作用を利用して放射線の量を測定します。

GM 計数管式サーベイメータや電離箱では、放射線と気体との電離作用を利用します。電離作用とは放射線が物質中の原子核の電子を外に弾き飛ばす作用です。GM 計数管式サーベイメータや電離箱の検出器の中には、ガスが充填されています。検出器の中を放射線が通過すると、放射線が気体原子に対して電離作用を起し、原子が陽イオンと電子に分離します。分離した電子と陽イオンは、それぞれ電極に引き寄せられ電流が流れます。これを電気信号に変換して放射線の量として測定します。

NaI (TI) シンチレーション式サーベイメータでは、物質との励起作用を利用します。放射線が原子核の電子にエネルギーを与え、その電子が外側の軌道に飛び移る場合を励起と呼びます。この状態の原子は不安定な状態（励起状態）で、再び安定な状態（基底状態）に戻る際、エネルギーを光として放出します。これが励起作用です。シンチレータとは放射線が入射して光を発生する物質です。シンチレータから発せられる微弱な光を光電子増倍管で増幅し電気信号に変換して放射線を計測します。NaI (TI) シンチレーション式サーベイメータ以外にもゲルマニウム半導体検出器が同じ励起作用を利用しています。

（関連ページ：上巻 P18 「放射線の電離作用－電離放射線の性質」）

本資料への収録日：2017年3月31日

「ND」：「Not Detected」の略

不検出（ND）＝ 測定値が検出限界値未満

✖ 測定値がゼロ

測定結果が「不検出（ND）」となっている場合には、  
測定値が検出限界値未満であったことを示しています。検出限界値は測定時間や試料の量などによって変化します。  
測定目的に応じて、分析機関において設定されています。◆ 測定時間が長いほど、  
検出限界値は小さくなります。測定時間をX倍 → 検出限界値は $\frac{1}{\sqrt{X}}$ 倍例1：測定時間を2倍にすると、検出限界値は $\frac{1}{\sqrt{2}}$ 例2：検出限界値を60 Bq/kgから30 Bq/kgに  
しようとすると、4倍の測定時間が必要◆ 試料の量が多いほど、  
検出限界値は小さくなります。例：試料の量が0.2 kgのときの  
検出限界値が200 Bq/kgのとき、  
試料の量を1 kgに増やすと  
検出限界値は40 Bq/kgになります。

農林水産省 放射性物質の分析について（2011年12月）より作成

[https://www.maff.go.jp/j/syouan/seisaku/data\\_reliance/maff\\_torikum/pdf/rad\\_kensyu.pdf](https://www.maff.go.jp/j/syouan/seisaku/data_reliance/maff_torikum/pdf/rad_kensyu.pdf)

放射能や線量率の測定結果が「不検出（ND）」となることがあります。

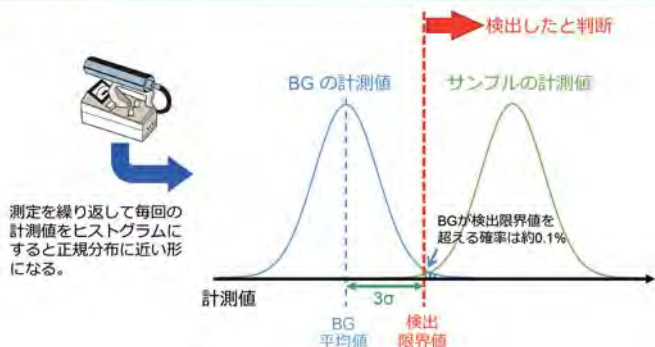
これは放射性物質が全く存在しないことを意味するのではなく、測定上は検出限界未満の濃度であるということを示しています。

検出限界値は測定時間や試料の量などによって変化し、一般的には測定時間が長ければ長いほど、試料の量が多ければ多いほど、小さい値になります。検出限界値を低く設定するとわずかな量でも検出することができますが、時間や経費を要することになり検査できる試料数の減少につながります。そのため、測定目的に応じて分析機関において設定されています。

本資料への収録日：2019年3月31日

改訂日：2021年3月31日

- 線量測定では、測定条件のわずかな変化が計測値に影響を与え、サンプル以外を由来とするバックグラウンド (BG) が存在するため、統計的な信頼性を確保するため検出限界値を考慮する必要があります。
- 代表的な検出限界値の考え方として、3 $\sigma$ 法があります。3 $\sigma$ 法ではバックグラウンド計測値の平均値に標準偏差の3倍を加えた値として検出限界値を定義し、この値を超える場合にはサンプルからの信号 (放射能や線量率等) を検出したと判断します。



一般的にサーベイメータ等でバックグラウンドの放射能や線量率を測定する場合、測定条件のわずかな変化が計測値に影響を与えます。そのため信頼できる計測結果を得るためには、何回か繰り返し測定を行う必要があります。

繰り返し計測した値をヒストグラムにすると、正規分布に近い形となります。こうしたバックグラウンド計測値の揺らぎの中で試料を測定した際に、統計的に有意な計測値として検出する最低量のことを検出限界値 (検出下限値) といいます。

代表的な検出限界値の考え方である3 $\sigma$ 法では、バックグラウンド計測値の平均値に標準偏差の3倍を加えた値を検出限界値と定義します。これは、計測値が3 $\sigma$ よりも大きいとき、バックグラウンド計測値がゆらぎによって3 $\sigma$ を超える確率が約0.1%であることによります。

3 $\sigma$ 法のほかに Currie 法という考え方もあります。この考え方では、検出限界近くの測定値を「偽陰性」、すなわち誤って不検出 (ND) と判断する確率を減らすため、サンプル測定値の揺らぎも考慮して検出下限値を定めます。

#### 参考資料

- Gordon Gilmore, John D.Hemingway (著), 米沢 伸四郎 訳, 実用 $\gamma$ 線測定ハンドブック, 日刊工業新聞社 (2002)
- 上本道久, 検出限界と定量下限の考え方, ぶんせき, 2010 5, 216-221 (2010)

本資料への収録日: 2019年3月31日

改訂日: 2022年3月31日

線量測定と計算		外部被ばく測定用の機器	
型		目的	
GM計数管式 サーベイメータ (電離)		汚染の検出	薄い入射窓を持ち、β線を効率よく検出可能である。表面汚染の検出に適している。
電離箱型 サーベイメータ (電離)		γ線 空間線量率	正確であるが、シンチレーション式ほど低い線量率は測れない。
Nal (TI) シンチレーション式サーベイメータ (励起)		γ線 空間線量率	正確で感度もよい。環境レベルから10μSv/h程度のγ線空間線量測定に適している。
個人線量計 (光刺激ルミネッセンス線量計、 蛍光ガラス線量計、電子式線量計等) (励起)		個人線量 積算線量	体幹部に装着し、その間に被ばくした個人線量当量を測定する。直読式や警報機能を持つタイプもある。

サーベイメータには、体表面汚染検査用と空間線量率測定用があります。GM計数管式サーベイメータはβ（ベータ）線に対する感度が高く、体表面汚染検査に適しています。比較的安価で、汚染されている場の特定や除染の効果を確認するのに有用です。

電離箱は高レベルの空間線量率の測定に最も適していますが、あまり低い線量率の測定はできません。そこで一般環境の空間線量率の測定にはシンチレーション式が最も適しています。

Nal (TI) シンチレーション式サーベイメータは、放射能の強さを計測することが可能ですが、測定する場の放射線レベルや測り方によって測定値が変わります。また測定値からベクレルへの換算をするためには、事前に基準となる放射線源を備えた施設での校正が必要になるので、実施に当たっては専門家の協力が必要です。

個人線量計を用いると、被ばくの積算線量を知ることができます。電子式の直読式のものであれば、一定期間ごと、あるいは作業ごとに、被ばくの程度を自分で確認することができます。

本資料への収録日：2013年3月31日

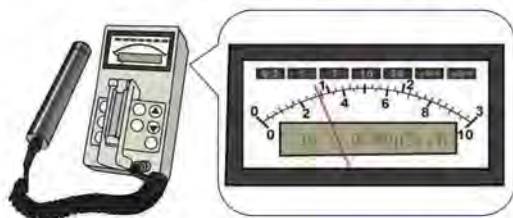
改訂日：2019年3月31日

**例：NaI(Tl)シンチレーション式サーベイメータ (TCS-171)****① バックグラウンドの測定****② 現場での測定**

- ・レンジ（指示値が目盛の中央付近に）
- ・時定数（時定数の3倍の時間が経過して値を読む）の調整

**③ 線量の計算**

- ・指示値 × 校正定数 = 線量 (μSv/h)

**指示値の読み方**

- 0.3, 3, 30 μSv/hは上段
- 1, 10 μSv/hは下段

- ・写真は0.3 μSv/hのレンジ
- ・上段の数値を読む
- ・針は0.92の目盛り

指示値は0.092 μSv/h

例えば、校正定数が0.95の場合  
線量 = 0.092 × 0.95 = 0.087 μSv/h

首相官邸ホームページ「サーベイメータの取扱方法」より作成

線量の測定方法の例として、NaI シンチレーション式サーベイメータを用いたγ（ガンマ）線空間線量率の測定方法を図示してあります。

測定前に機器の健全性（外観、電源、高圧）のチェックをし、その後バックグラウンドの測定をします（〔0.3 μSv/h〕レンジ、〔30sec〕時定数に設定）。通常、バックグラウンド値は0.1 μSv/h 程度を指示します。

現場での測定は、通常地上約1 mの高さで測定します。測定計数レンジを調整してメータの指示値が目盛の中央付近になるよう調整します。時定数は測定の目的に合わせて調整します。粗く広範囲の測定や高線量の場合は、時定数を少なくし、精度の良い測定や低線量の場合は、時定数を大きくします。その場所での測定を開始し、時定数の3倍程度の時間が経過してから、指示値の平均を読み取ります（例えば30秒の場合は、1分30秒後に値を読みます）。

指示値を測定条件ごとに決まっている校正定数で掛けることにより、線量当量率（μSv/h）を求めることができます。

測定器の使用上の注意点として、使用前に動作が正常かどうか確認すること、精密機器のため丁寧に扱うこと、雨天時や汚染レベルの高い区域での測定では測定器をポリエチレンシートで被うことなどがあります。

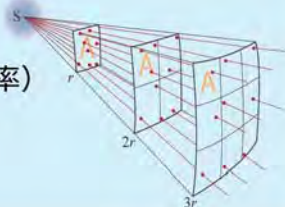
本資料への収録日：2017年3月31日

改訂日：2019年3月31日

1) **距離**：線量率は距離の2乗に反比例

$$I = \frac{k}{r^2}$$

$I$ ：放射線の強さ（線量率）  
 $r$ ：距離  
 $k$ ：定数

2) **時間**：線量率が同じなら、浴びた時間に比例  
(総) 線量 (マイクロシーベルト) =  
線量率 (マイクロシーベルト/時) × 時間

同じ量だけ放射性物質があったとしても、放射線の強さ（線量率）は、放射線を出しているもの（線源）から近ければ強く、遠ければ弱くなります。放射性物質が1箇所にある（点線源）のであれば、距離の2乗に反比例して線量率は低くなります。また、大気等の影響によっても線量率は低くなります。

放射性物質が広い平面上に一樣分布している場合、距離と線量率の関係を表す式は複雑になりますが、点線源の場合と同様に、地面からの高さが高くなるほど線量率は低くなります。ただし、実際には分布は一樣ではなく不均一であること、滑らかな平面ではないこと、空気などによる減衰などから、必ずしも関係式で得られる値になるとは限りません。

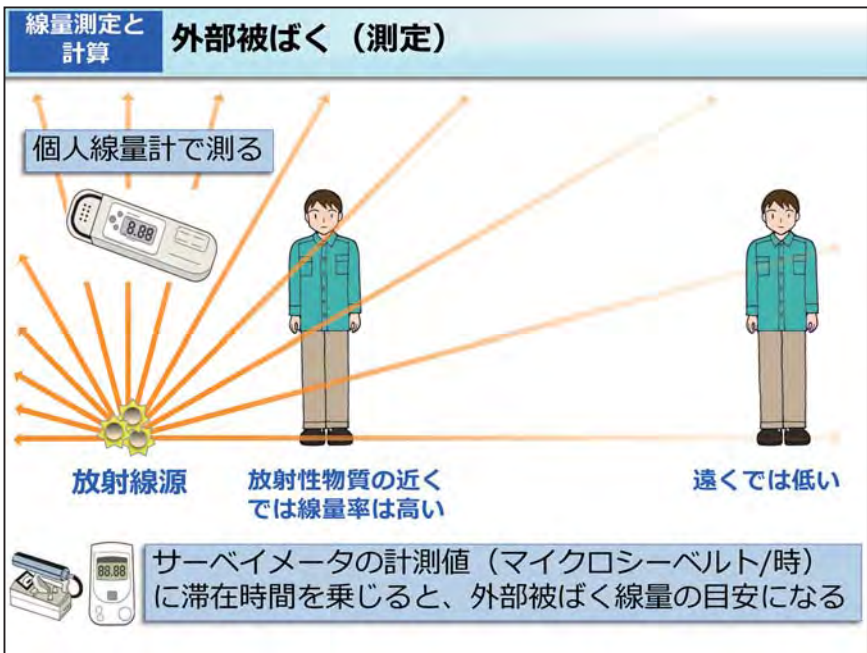
外部被ばく線量を計算するときには、放射線の強さを表すベクレルからではなく、人体が受けた放射線の量（グレイあるいはシーベルト）から計算します。

線量率が一定であるならば、その線量率に放射線を浴びていた時間を乗じることで被ばく量を計算することができます。

本資料への収録日：2013年3月31日

改訂日：2019年3月31日





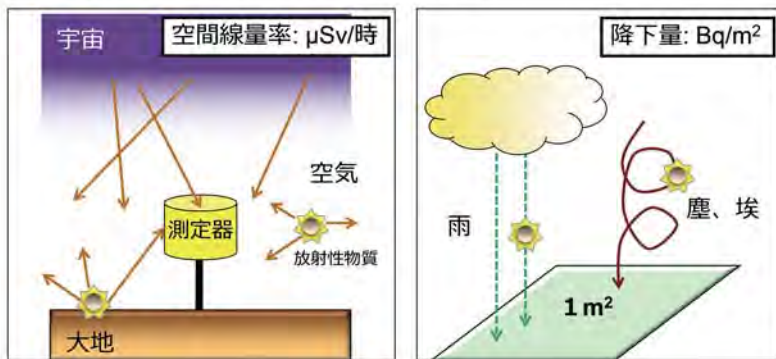
外部被ばくによる線量を計測する方法として、個人線量計を装着する方法があります。個人線量計では、一定時間に受けた放射線の積算量の計測や、線量率の読み取りが可能です。

他にもサーベイメータを用いて、作業する場所の放射線量を計測することで、その場に人がいたらどのくらい被ばくするかを推計することができます。体の外からの $\alpha$ （アルファ）線や $\beta$ （ベータ）線は体内にまでは届きませんので（上巻P22「透過力と人体での影響範囲」）、外部被ばくの線量測定としては $\gamma$ 線を測定します。最近の計測機器は、1時間当たりのマイクロシーベルトで表示されるものが多いので、この測定値にその場にいた時間を乗じて、外部被ばくによる線量を概算します。ただし、NaI（TI）シンチレーション式サーベイメータのように適切な性能を持ち、校正されている機器を用いるようにします。

本資料への収録日：2013年3月31日

改訂日：2021年3月31日

- **空間線量率**は空間の $\gamma$ （ガンマ）線を測定。  
1時間当たりのマイクロシーベルト( $\mu\text{Sv}/\text{時}$ )で表示。
- **降下量**は、一定期間の間に単位面積当たりに沈着した（あるいは降下した）放射性物質の量。  
例えばベクレル/平方メートル( $\text{Bq}/\text{m}^2$ )



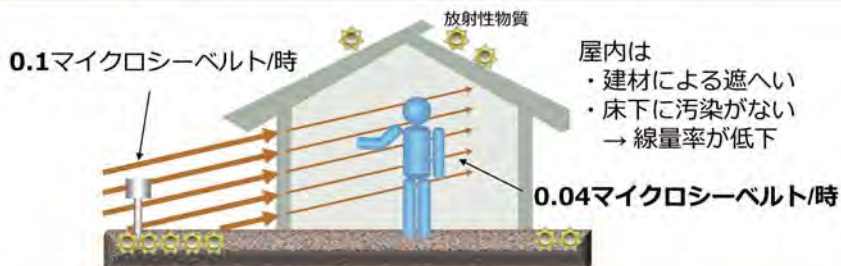
空間線量率というのは、空間中の $\gamma$ （ガンマ）線量を測定したもので、1時間当たりのマイクロシーベルトで表示されています。空気中に漂っている放射性物質からの $\gamma$ 線も検出していますし、大地に落ちた放射性物質からの $\gamma$ 線も検出しています。また計測しているのは事故由来の放射線だけではありません。自然放射線としては、主に大地からの放射線と宇宙線が挙げられます。

通常、測定器は地上1 mくらいの高さに置かれることが多いのですが、これは大人の場合この高さに重要な臓器があるからです。学校や幼稚園など主に子供が生活する場所では、測定器の高さを地上50cmとする場合もあります。

降下物中の放射能量は、単位面積当たりに落ちてきた放射性物質の量で表します。放射性物質の種類ごとに、1日当たりあるいは1か月当たりといった期間ごとの数値で示されることが一般的です。

本資料への収録日：2013年3月31日

改訂日：2019年3月31日



場所	低減係数※
木造家屋（1～2階建て）	0.4
ブロックあるいはレンガ家屋（1～2階建て）	0.2
各階450～900m <sup>2</sup> の建物（3～4階建て）の1～2階	0.05
各階900m <sup>2</sup> 以上の建物（多層）の上層	0.01

※建物から十分離れた屋外での線量を1としたときの、建物内の線量の比

出典：原子力安全委員会「原子力施設等の防災対策について」（1980年6月（2010年8月一部改訂））より作成

空間線量率を測定する適切なサーベイメータ（上巻 P48 「外部被ばく測定用の機器」）がない場合は、国や地方自治体等が発表している空間線量率を基に計算することができます。屋外で受ける放射線量は、近くで計測された実測値を使います。屋内での線量率を求める場合は、近くの屋外線量率の値に低減係数を乗じて、屋内の空間線量率を推定します。

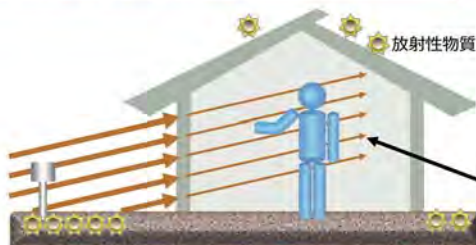
低減係数は、建物による遮へいや床下に汚染がないことなどを考慮したもので、建物の種類や放射性物質が浮遊しているか、沈着しているかによって値が異なります。例えば、放射性物質が土壌や建物に沈着している場合、木造家屋は外からの放射線を約4割に低減します。ブロックやレンガの家屋、鉄筋コンクリート家屋では、より遮へい効果が高まり、木造家屋に比べ放射線量は低くなります。

本資料への収録日：2013年3月31日

改訂日：2019年3月31日

平常時の値を差し引く事が重要

線量率（事故による上昇分：マイクロシーベルト/時）  
実測値 - 平常時の値 = 事故時の線量率



事故時の線量率 × 1日の屋外滞在時間  
+  
事故時の線量率 × 0.4 × 1日の屋内滞在時間 × 365日 = 年間の追加被ばく線量

1日の被ばく線量

サーベイメータで計測される空間線量率には、自然界からのγ（ガンマ）線も含まれています。もし東京電力福島第一原子力発電所事故による放射線量のみを算出する場合は、今実測される空間線量率から、東京電力福島第一原子力発電所事故前の計測値（バックグラウンド値）を引き、事故による上昇分を求めます。事故前の値は、ウェブサイト「日本の環境放射能と放射線（<https://www.kankyo-hoshano.go.jp/data/database/>）」で調べることができます。

こうして求めた屋外と屋内の線量率の上昇分に、それぞれで過ごす時間を乗じたものが、平常時から増加した被ばく線量（追加被ばく線量）の目安になります。

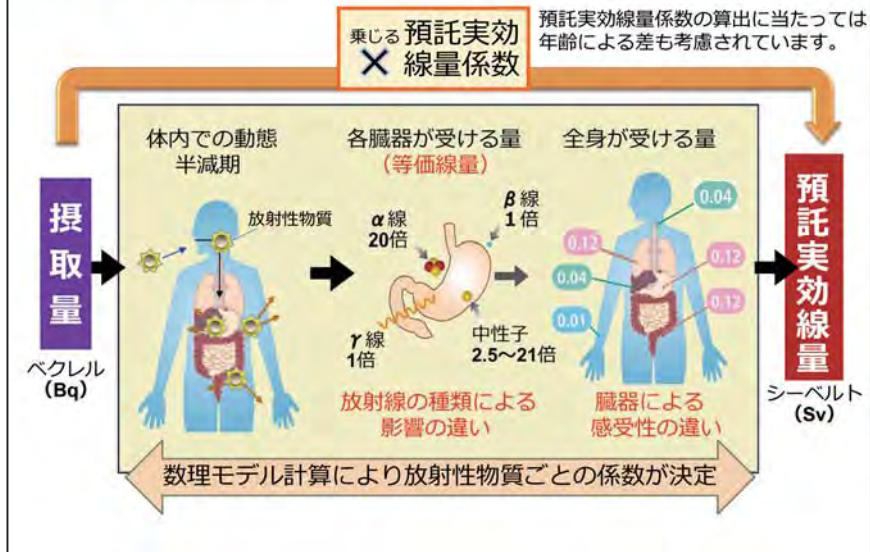
事故後の追加被ばく線量を求める計算例では、滞在時間を屋外8時間、低減係数0.4の典型的な日本家屋に16時間滞在すると仮定して1日の追加被ばく線量を計算しています。さらに、1日の追加被ばく線量に1年間の日数の365を掛けることで、年間の追加被ばく線量を推計しています。

事故後に市町村が中心となって除染を行う汚染状況重点調査地域を指定する際の基準となった毎時0.23マイクロシーベルトは、追加被ばく線量年間1ミリシーベルトに由来します（上記の計算例と同じ安全側の仮定の計算で、年間の追加被ばく線量が1ミリシーベルトとなる1時間当たりの被ばく線量0.19マイクロシーベルトに、自然放射線由来被ばく線量0.04マイクロシーベルトを加えたもの）。

この計算例は、東京電力福島第一原子力発電所の事故対応において、保守的な仮定の下で設けられた簡易的な推計方法です。そのため、実際の生活の中で個人が受ける外部被ばく線量は計算結果より低くなりうると考えられています。

本資料への収録日：2013年3月31日

改訂日：2022年3月31日



内部被ばくの実効線量を求める方法も、基本は外部被ばくの場合と同じです。ただし臓器や組織の吸収線量の求め方が異なります。

放射性物質が体のどの部分に蓄積するのかが放射性物質ごとに異なります。また呼吸により呼吸器経路で放射性物質が体内に入った場合と、飲食物と一緒に消化管経路で体内に入った場合では、同じ放射性物質であっても体の中での代謝や蓄積といった挙動が違います。さらに、大人が、子供が、赤ちゃんがによっても、放射性物質がどれだけ体の中にとどまっているかが違います。

こうした条件の違いごとに、数理モデル計算を行い、どのくらいの放射性物質を摂取したら、各臓器や組織がどれだけの吸収線量を受けられるかを求めます。次に、外部被ばくの被ばく線量計算と同様に、放射線の種類や臓器による感受性の違いを考慮します。こうして算出した内部被ばくの被ばく線量を、預託実効線量（単位はシーベルト）と呼びます（上巻 P56 「預託実効線量」）。

実際には、摂取量（単位はベクレル）に預託実効線量係数を乗じることで、内部被ばく線量を求めることができます。預託実効線量係数は、放射性核種の種類や年齢ごとに細かく定められています（上巻 P57 「実効線量への換算係数」）。

本資料への収録日：2013年3月31日

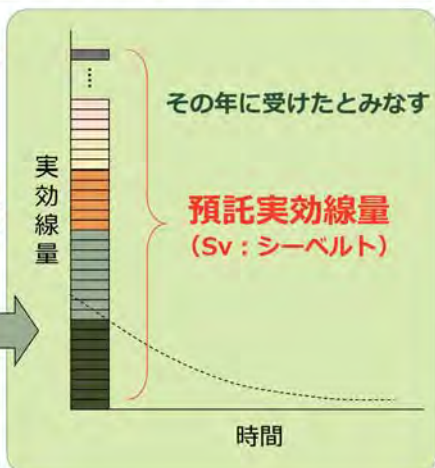
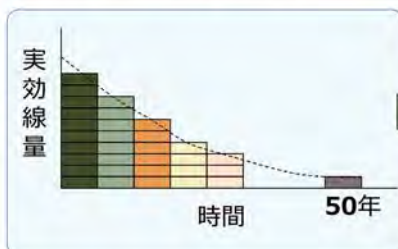
改訂日：2019年3月31日

放射性物質を一回だけ摂取した場合に、それ以後の生涯にどれだけの放射線を被ばくすることになるかを推定した被ばく線量

## 内部被ばくの計算

## 将来にわたる線量を積算

- 公衆（大人）：摂取後50年間
- 子供：摂取後70歳まで



放射性物質は、体内に摂取された後、一定期間体内にとどまります。その間、人体は放射線を受け続けることとなります。そのため内部被ばくによる線量としては、1回に摂取した放射性物質の量から、将来にわたって受ける放射線の総量を考えます。これを預託線量（単位はシーベルト）といいます。

体内に取り込んだ放射性物質は、時間と共に体内から減少します。その原因の一つは放射性物質の壊変によるものです。もう一つは、尿や便等により排泄されることによるものです。体からの排泄の速度は、元素の種類やその化学形態、年齢によって異なります。預託線量はこのような違いを考慮して、ある放射性物質により人体が受ける放射線量の一生分を積算した量を、その年に受けたものとみなします。

特に、実効線量に着目して一生分を積算した線量を「預託実効線量」と呼びます。このときの一生分とは、大人は50年、子供は70歳になるまでの年数です。放射性セシウムの場合、体外へ排出される速度が早いことから（実効半減期がセシウム134で64日、セシウム137で70日）（上巻P31「原発事故由来の放射性物質」）、摂取後2～3年の間に、預託線量のほとんどの被ばくを受けるとしています。

本資料への収録日：2013年3月31日

改訂日：2015年3月31日

### 預託実効線量係数 (μSv/Bq) (経口摂取の場合)

	ストロンチウム 90	ヨウ素 131	セシウム 134	セシウム 137	プルトニウム 239	トリチウム※
3か月児	0.23	0.18	0.026	0.021	4.2	0.000064
1歳児	0.073	0.18	0.016	0.012	0.42	0.000048
5歳児	0.047	0.10	0.013	0.0096	0.33	0.000031
10歳児	0.06	0.052	0.014	0.01	0.27	0.000023
15歳児	0.08	0.034	0.019	0.013	0.24	0.000018
成人	0.028	0.022	0.019	0.013	0.25	0.000018

μSv/Bq : マイクロシーベルト/ベクレル

※自由水型トリチウム

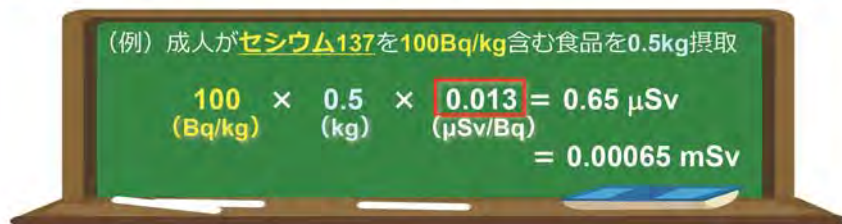
出典：国際放射線防護委員会 (ICRP), ICRP Publication 119, Compendium of Dose Coefficients based on ICRP Publication 60, 2012より作成

内部被ばくの線量評価では、核種・化学形ごとに摂取量を推定し、それに線量係数を乗じて線量を計算します。線量係数とは、1ベクレルを摂取したときの預託等価線量又は預託実効線量のことです。国際放射線防護委員会 (ICRP) によって、核種、化学形、摂取経路 (経口あるいは吸入)、年齢ごとに具体的な値が与えられています。

預託の期間、すなわち線量の積算期間は、成人で50年、子供では摂取した年齢から70歳までとなっています。

本資料への収録日：2013年3月31日

改訂日：2018年2月28日



預託実効線量係数（μSv/Bq）

	ヨウ素131	セシウム137
3か月児	0.18	0.021
1歳児	0.18	0.012
5歳児	0.10	0.0096
成人	0.022	0.013

Bq：ベクレル μSv：マイクロシーベルト mSv：ミリシーベルト

出典：国際放射線防護委員会（ICRP）、ICRP Publication 119、Compendium of Dose Coefficients based on ICRP Publication 60、2012より作成

例えば、大人がセシウム137を含んだ飲食物を摂取した場合の線量を計算してみます。

1 kg 当たり100ベクレルのセシウム137を含んだ食品を0.5kg 食べたとします。

実際に口に入ったセシウム137の量は、50ベクレルになります。この量に預託実効線量係数を乗じることで、預託実効線量（上巻 P56「預託実効線量」）を求めることができます。

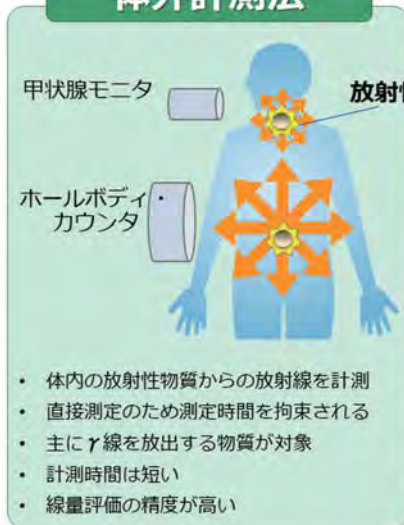
預託実効線量係数は、放射性物質の種類ごと、経路ごと（吸入摂取か経口摂取か）、年齢ごとに、細かく定められています（上巻 P57「実効線量への換算係数」）。

本資料への収録日：2013年3月31日

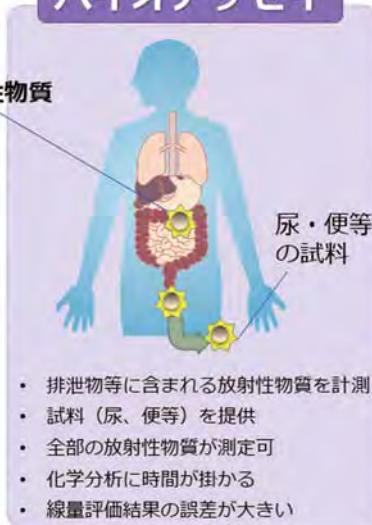
改訂日：2015年3月31日



## 体外計測法



## バイオアッセイ



内部被ばく線量の計算に必要な摂取量の推定には、体の中から出てくる $\gamma$ （ガンマ）線等を直接測る体外計測法と、尿や便等の試料中にある放射性物質の量を測るバイオアッセイを用いる方法があります。

体外計測法では、測定時間が長ければ長いほど正確な値が得られます。しかし体外計測器は、人体からの放射線と同時に、環境からの放射線も計測するので、空間線量率が高い場所で測定する際には、環境からの放射線の遮へいを十分に考慮する必要があります。また $\gamma$ 線やX（エックス）線を出さない放射性物質については計測することはできません。

バイオアッセイでは、あらゆる放射性物質を測定することができますが、1回の試料採取では正確な数値を得ることができず、数日間分の試料（尿・便等）をためる必要があります。放射性物質の排出量が、個人によって、また体調や飲食量等でも変動することを考えると、体外計測法よりも誤差は大きくなると考えられます。

これらの方法で得られた結果から、放射性核種の摂取シナリオ、化学形、摂取経路（吸入、経口）等を勘案し、どのくらいの割合の放射性物質が体に残っているか、排泄物中にあるかを数理モデル（上巻P55「内部被ばく線量の算出」）から計算し、摂取量を求めます。どちらの方法も、検出された放射性物質をいつ取り込んだか判断が難しい場合には、割り出された被ばく量の誤差が大きくなります。

本資料への収録日：2013年3月31日

改訂日：2021年3月31日

全身立位型  
ホールボディ・  
カウンタ全身臥位型  
ホールボディ・  
カウンタ全身いす型  
ホールボディ・  
カウンタ

甲状腺モニタ



検出器

体内の放射能を直接測定するためには、全身から出てくる $\gamma$ （ガンマ）線を測定するホールボディ・カウンタという機器を使います。ホールボディ・カウンタには、立って測る、寝て測る、座って測るタイプがあります。

放射性セシウムは、体の至る所に分布しますので、体内量の計測にはホールボディ・カウンタが使われます。一方、放射性ヨウ素による内部被ばくが疑われる場合には、甲状腺モニタが用いられます。これは、ヨウ素は甲状腺に蓄積するため（上巻P127「甲状腺について」）、首の甲状腺のある部分に放射線検出器を当てて、そこから出てくる $\gamma$ 線を測るものです。

測定にかかる時間は、簡易型全身カウンタで1～5分、精密型全身カウンタで10～30分、また甲状腺モニタで2～5分程度です。

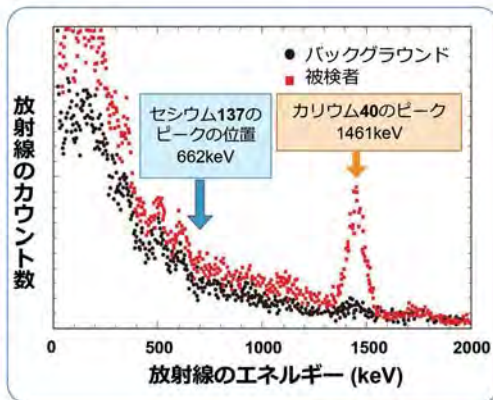
（関連ページ：下巻 P164「ホールボディ・カウンタによる内部被ばく検査」）

本資料への収録日：2013年3月31日

改訂日：2018年2月28日



ホールボディ・カウンタ



体内から出てくる放射線を測定 ⇒ 体内の放射能を物質別に求める

体内にあるカリウムの量は体重 **1 kg** 当たり **2 g** 程度、  
そのうち約**0.01%**が放射性のカリウム**40**

keV : キロ電子ボルト

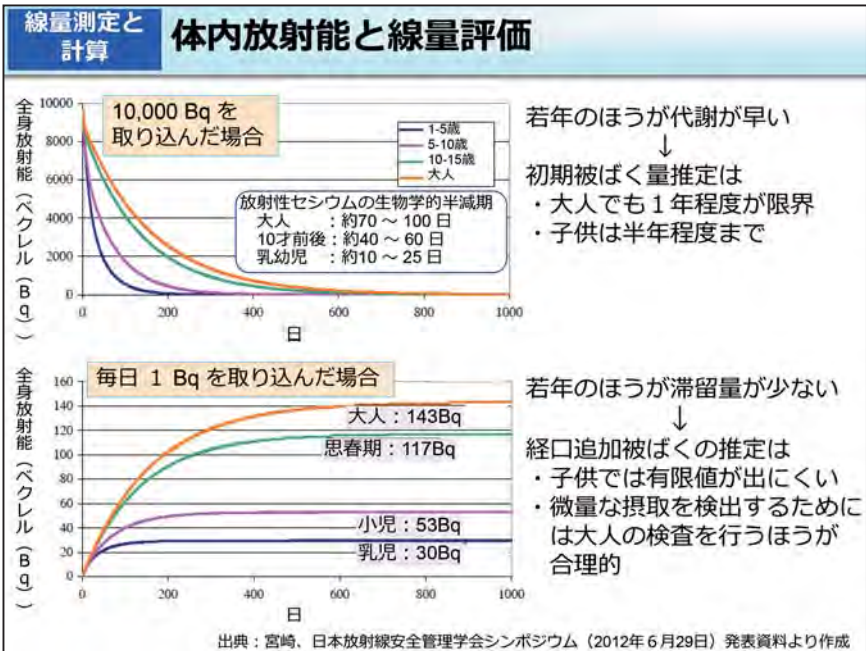
ホールボディ・カウンタで体内から出てくる放射線を測定すると、核種ごとに放射能を定量評価することができます。

グラフの黒い●は誰もベッドに乗らず空の状態（バックグラウンド）で測定した値です。人が寝て測定すると、赤い■のように放射線のピークが見えます。γ（ガンマ）線は放射性物質ごとに固有のエネルギーを持っているので、特定のエネルギー、例えば、放射性カリウム（カリウム40）のγ線のエネルギーである1,461キロ電子ボルト（keV）に着目すると、体内の放射性カリウムからのγ線であることが分かります。なお、セシウム137のγ線エネルギーは662キロ電子ボルト（keV）です。

カリウムは生物に必須な元素ですが、全体のカリウムのうちの約0.01%が放射性のカリウムです。放射性カリウムは主に細胞の水分の中に含まれていて、筋肉中には存在しますが、水分をほとんど持たない脂肪細胞にはほとんど含まれていません（上巻 P8「自然由来・人工由来」）。

本資料への収録日：2013年3月31日

改訂日：2015年3月31日



ホールボディ・カウンタでは、測定日当日の体内放射能を測ることが可能ですが、他の測定機器同様、機械の性能や測定時間によって検出限界が決まっています。

放射性セシウムの生物学的半減期（上巻 P11 「半減期と放射能の減衰」）は成人で70～100日のため、初期被ばく量の推定は原発事故後1年程度が限界です。図に示されているように、体内に取り込まれたセシウムの放射能は、実効半減期により1年程度を過ぎると0ベクレルに近づいていくため、体内の放射能は以前の数値に戻っていきます。それ以降のホールボディ・カウンタ測定は、主に食品からの慢性被ばくを推定する目的で行われます（上巻 P61 「内部被ばく量の体外計測のデータ」）。

一方、子供は代謝が早いことから、微量な摂取では初期被ばくの推定は半年程度、慢性的内部被ばくの推定も滞留量が少ないため検出限界以下となることが多くなります。このような場合、預託実効線量係数が代謝の早い子供と遅い大人ではあまり変わらないことを踏まえ、大人を検査して被ばく量推定を行う方が、内部被ばく状況の詳細を把握するには合理的と考えられています。

体内放射能の測定結果から預託実効線量を予測するためには、急性か慢性か、吸入か経口か、いつ摂取したのか等を踏まえて、適切な仮定とモデルを選ぶことが必要となります。

なお、ヨウ素131のように実効半減期が短い放射性核種は、体内の放射能が急速に減少するため、時間が経過すると検出が困難になります。また、ストロンチウム90はβ（ベータ）線を出し、γ（ガンマ）線は出しませんので、ホールボディ・カウンタでは測ることができません。

本資料への収録日：2013年3月31日

改訂日：2023年3月31日

自然放射線  
(日本)

宇宙から  
0.3mSv



食物から  
0.99mSv



空気中の  
ラドン・トロン  
から  
0.47mSv

大地から  
0.33mSv

自然放射線による年間線量 (日本平均) 2.1mSv  
自然放射線による年間線量 (世界平均) 2.4mSv



東京～ニューヨーク  
航空機旅行 (往復) 0.08～  
0.11mSv

mSv : ミリシーベルト

人工  
放射線 (日本)



CT検査 (1回) 2.4～12.9mSv



胸部X線検査 (1回) 0.06mSv

出典：国連科学委員会 (UNSCEAR) 2008年報告、  
原子力安全研究協会「生活環境放射線 (国民線量の算定) 第3版」(2020年)、ICRP103 他より作成

私たちの身の回りには日常的に放射線が存在し、知らず知らずのうちに放射線を受けています。日常生活において放射線被ばくをゼロにすることはできません。

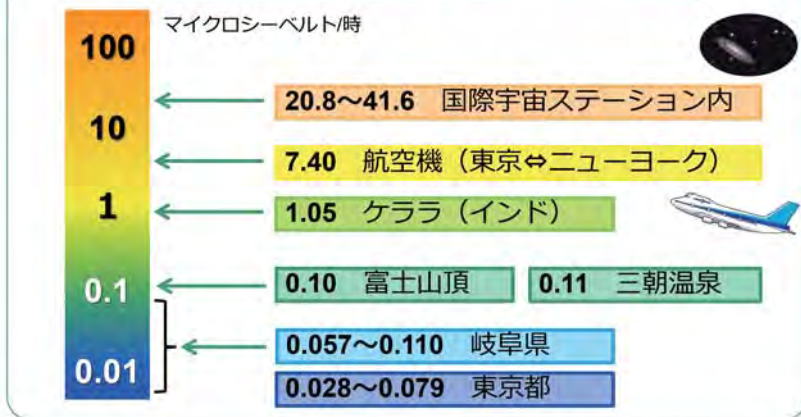
宇宙から、そして大地から受ける自然放射線による外部被ばくや、食物や空気中のラドン等、自然由来の放射性物質から受ける内部被ばくは、合計すると年間で世界平均では2.4ミリシーベルト、日本平均では2.1ミリシーベルトになります (上巻 P65 「年間当たりの被ばく線量の比較」)。

また、日本では放射線検査等で受ける医療被ばくの割合が大きいことが知られています。1年間の平均被ばく線量は2.6ミリシーベルトと評価されています。これは国民皆保険制度のもとで医療にアクセスしやすい環境が作られているとともに、一回の検査当たりの被ばく量が多いCT検査が広く普及していることや胃がん検診で上部消化管検査が行われているためと考えられています。なお、2015年に医療で受ける放射線量の診断参考レベルが設定され (2020年に改訂)、医療被ばくの最適化に向けた努力がなされています (上巻 P76 「診断で受ける放射線量」)。

本資料への収録日：2013年3月31日

改訂日：2022年3月31日

## 空間線量率の比較



出典：JAXA宇宙ステーションきぼう広報・情報センターサイト「放射線被ばく管理」2013、放射線医学総合研究所ウェブサイト「航路線量計算システム (JISCARD)」、放射線医学総合研究所ウェブサイト「環境中の空間ガンマ線線量調査」、古野、岡山大学温泉研究所報告、51号、P25-33、1981、原子力規制委員会放射線モニタリング情報 (モニタリングポストの過去の平常値の範囲) より作成

宇宙空間や航空機内では、銀河や太陽からの宇宙線により、空間線量率が高くなります。また富士山のような標高が高い所でも、標高の低い所に比べると宇宙線の影響を強く受けるので、空間線量率が高くなります。標高の低い所では、大気に含まれる酸素原子や窒素原子と宇宙線 (放射線) が相互作用を起こしてエネルギーを失い、地表に到達する放射線の量が少なくなるため、空間線量率は低くなります。

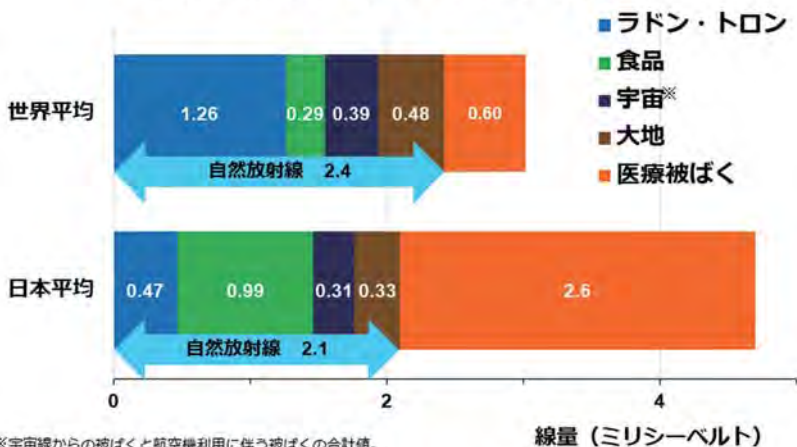
人間の生活空間のほとんどの場所の空間線量率は、1時間に0.01から1マイクロシーベルトの範囲ですが、中には、土壤にラジウムやトリウムといった放射性物質を多く含むため、自然放射線レベルが高い地域があります。こうした地域を高自然放射線地域と呼びます (上巻 P67「大地の放射線 (世界)」)。

日本には高自然放射線地域と呼ばれる場所はありませんが、ラドン温泉で有名な三朝温泉のように、土壤にラジウムを多く含んでいる場所では、若干空間線量率が高くなっています (上巻 P68「大地の放射線 (日本)」)。

本資料への収録日：2013年3月31日

改訂日：2019年3月31日

## 日常生活における被ばく（年間）



※宇宙線からの被ばくと航空機利用に伴う被ばくの合計値。

出典：国連科学委員会（UNSCEAR）2008年報告。

（公財）原子力安全研究協会「生活環境放射線（国民線量の算定）第3版」（2020年）より作成

2020年11月に、公益財団法人原子力安全研究協会は、「生活環境放射線（国民線量の算定）第3版」を発行し、同書において日本人の国民線量を発表しました。調査の結果、1年間に受ける日本人の平均被ばく線量は4.7ミリシーベルトであり、そのうち2.1ミリシーベルトが自然放射線からの被ばくであると推定されています。

自然放射線の内訳を世界平均と比較すると、ラドン222及びラドン220（トロン）からの被ばくが少なく、食品からの被ばくが多いという特徴があります。日本人は魚介類の摂取量が多いため、食品中の鉛210やポロニウム210からの被ばくが0.80ミリシーベルトと世界平均と比較して多くなっています（上巻P66「自然からの被ばく線量の内訳（日本人）」）。なお、海外での食品中の鉛210やポロニウム210の分析は日本ほど実施されていないため、世界平均値と比較すると日本の値が大きくなっている要因の一つと考えられています。

医療被ばくによる1年間の平均被ばく線量は2.6ミリシーベルトと推定されています。最新の情報を基に線量が推定された結果、2011年に公表された「新版 生活環境放射線（国民線量の算定）第2版」の3.87ミリシーベルトという値から大きく減少しました。放射線検査による被ばく線量は個人差が大きいのですが、平均すると日本人の被ばく量は極めて多いことが知られています。特にCT検査が占める割合が大きくなっています。なお、診断で受ける放射線量が適切かどうかを判断する目安として、診断参考レベルの利用が推奨されており、日本においても診断参考レベルが公開されています（上巻P76「診断で受ける放射線量」）。

本資料への収録日：2013年3月31日

改訂日：2022年3月31日

身の回りの放射線		自然からの被ばく線量の内訳（日本人）	
被ばくの種類	線源の内訳	実効線量 (ミリシーベルト/年)	
外部被ばく	宇宙線	0.3	
	大地放射線	0.33	
内部被ばく (吸入摂取)	ラドン222（屋内、屋外）	0.37	
	ラドン220（トロン）（屋内、屋外）	0.09	
	喫煙（鉛210、ポロニウム210等）	0.006（※）	
	その他（ウラン等）	0.006	
内部被ばく (経口摂取)	主に鉛210、ポロニウム210	0.80	
	トリチウム	0.0000049	
	炭素14	0.014	
	カリウム40	0.18	
特殊環境にお ける被ばく	温泉、地下環境などによる被ばく	0.005	
	航空機利用に伴う被ばく	0.008	
合 計		2.1	

(※) 国民一人当たりの換算値。喫煙者の被ばく線量は0.040ミリシーベルト/年。  
 出典：(公財)原子力安全研究協会「生活環境放射線（国民線量の算定）第3版」（2020年）より作成

この表では、鉛210とポロニウム210による経口摂取が日本人の内部被ばくの大きな割合を占めることを示しています。鉛210とポロニウム210は、大気中のラドン222が次の過程を経て生成されます。それらが地表に沈着あるいは河川や海洋に沈降して食物を通じて人間の体内に取り込まれることになります。

ラドン222（半減期約3.8日）→ポロニウム218（半減期約3分）→鉛214（半減期約27分）→ビスマス214（半減期約20分）→ポロニウム214（半減期約 $1.6 \times 10^{-4}$ 秒）→鉛210（半減期約22年）→ビスマス210（半減期約5日）→ポロニウム210（半減期約138日）

日本人が欧米諸国に比べて食品からの被ばく線量が高い理由としては、魚介類を多く摂取する日本人の食生活が関係しています。魚介類にはポロニウム210が多く含まれているため、その分、実効線量が大きくなっています。なお、海外での食品中の鉛210やポロニウム210の分析は日本ほど実施されていないため、世界平均値に比較すると日本の値が大きくなっている要因の一つと考えられています。

一方、日本人でラドン被ばくが少ない理由としては、その崩壊によってラドン222を生じるウラン238の土壤中の濃度が低いこと、および日本家屋は通気性が良く、地中から屋内に侵入したラドン222が速やかに屋外に拡散するためと考えられています。

ラドン222及びラドン220（トロン）の吸入摂取による内部被ばくについては上巻P71「ラドン及びトロンの吸入による内部被ばく」で説明します。

なお、トリチウムについては他の核種と比較して人体に与える影響が小さく、相対的に自然からの被ばく線量も小さくなっています（上巻P57「実効線量への換算係数」）。

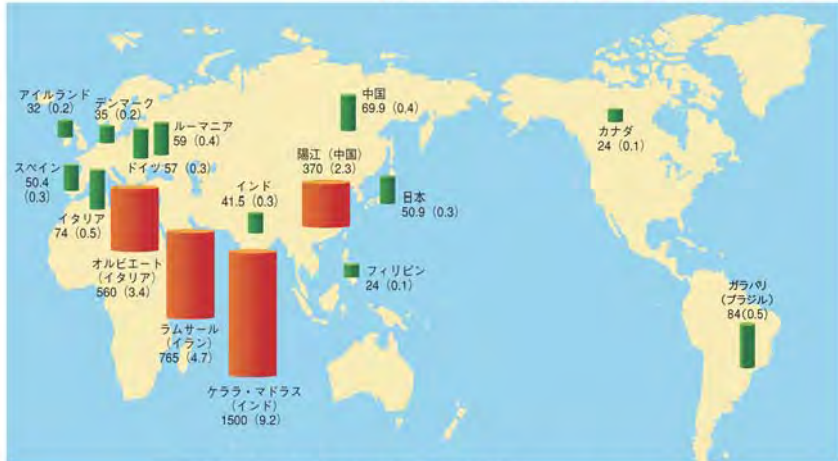
本資料への収録日：2013年3月31日

改訂日：2023年3月31日



ナノグレイ/時（ミリシーベルト/年）

実効線量への換算には0.7シーベルトグレイを使用



出典：国連科学委員会（UNSCEAR）2008年報告書、  
（公財）原子力安全研究協会「生活環境放射線（国民線量の算定）第3版」（2020年）より作成

世界には、中国の陽江（ヤンジャン）、インドのケララ、イランのラムサール等、日本より7倍から30倍程度自然放射線が高い地域があります。こうした地域で自然放射線レベルが高い原因は、ラジウムやトリウム、ウラン等の放射性物質が土壤中に多く含まれることが挙げられます。

これまで高自然放射線地域として有名であったブラジルのガラパリは、都市化によるアスファルト舗装の結果、空間線量率が減少したと報告されています。

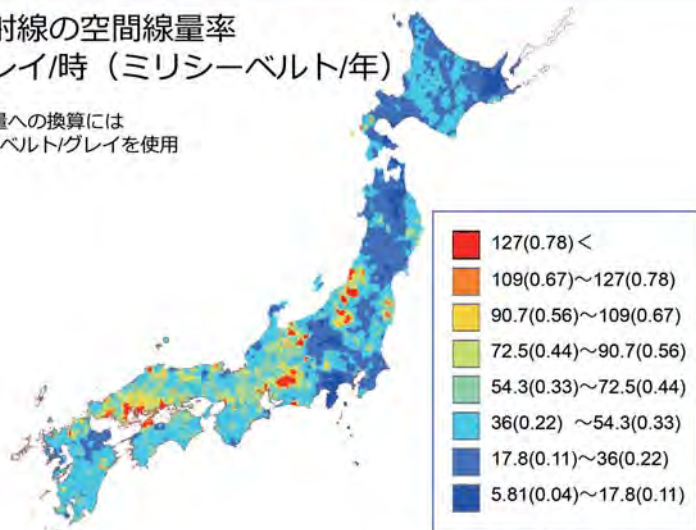
中国やインドにおける疫学調査等から、これまでのところ、これらの地域では、がんの死亡率や発症率の顕著な増加は報告されていません（上巻P124「低線量率長期被ばくの影響」）。ラムサールでは、がんリスクに関する解析が現在進められています。

本資料への収録日：2013年3月31日

改訂日：2022年3月31日

自然放射線の空間線量率  
ナノグレイ/時（ミリシーベルト/年）

・実効線量への換算には  
0.7シーベルト/グレイを使用



出典：日本地質学会ウェブサイトより作成

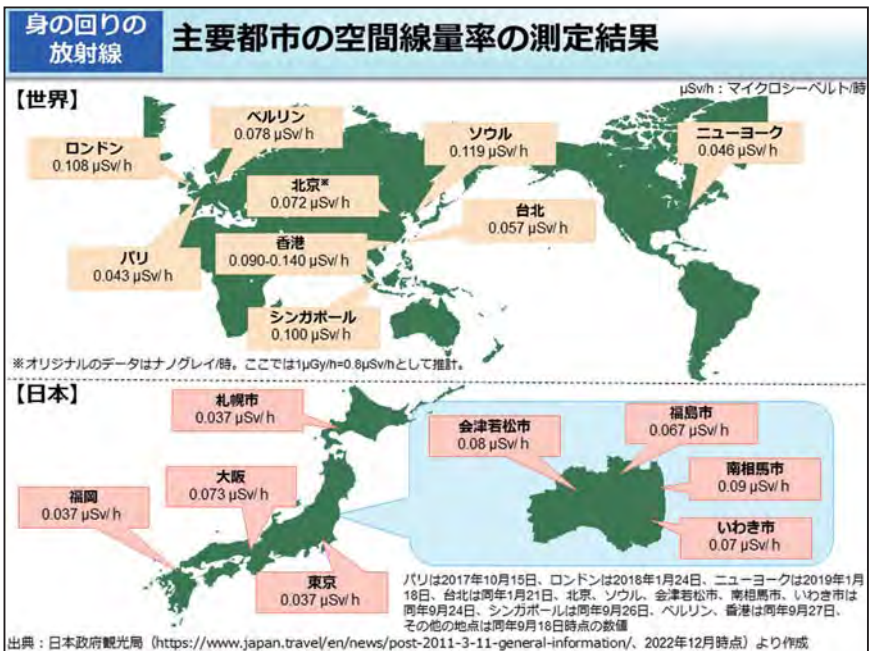
日本国内でも、大地からの放射線量が高い所と低い所があります。県単位で比較すると空間線量率は、最も高い岐阜と最も低い神奈川では年間0.4ミリシーベルトの差があるといわれています。

関東平野では地質に含まれる放射性核種が少なく、概して大地からの放射線量は少なくなっています。一方、花崗岩には、ウラン、トリウム、カリウム等の放射性核種が比較的多く含まれていることから、花崗岩が直接地表に露出している場所が多い西日本では、東日本より1.5倍ほど大地からの放射線量が高い傾向があります。

（関連ページ：上巻 P8「自然由来・人工由来」）

本資料への収録日：2013年3月31日

改訂日：2022年3月31日



この図では、世界及び日本の主要都市の空間線量率の測定結果を示しています。図に示した都市の放射線量はおよそ0.03μSv/hから0.14μSv/hとなっており、放射線量は地域によって異なることが分かります。これは、主に大地の土壌や岩石の違い等により大地からの放射線量が異なるからです。

福島県内の4自治体の空間線量率は、東京電力福島第一原子力発電所の事故後、時間の経過とともに大幅に低下し、国内外の主要都市と変わらない程度になっています。

本資料への収録日：2019年3月31日

改訂日：2023年3月31日

屋内ラドンからの被ばくの地域差 (算術平均Bq/m<sup>3</sup>)Bq/m<sup>3</sup> : ベクレル/立方メートル

出典 : 国連科学委員会(UNSCEAR) 2006報告書より作成

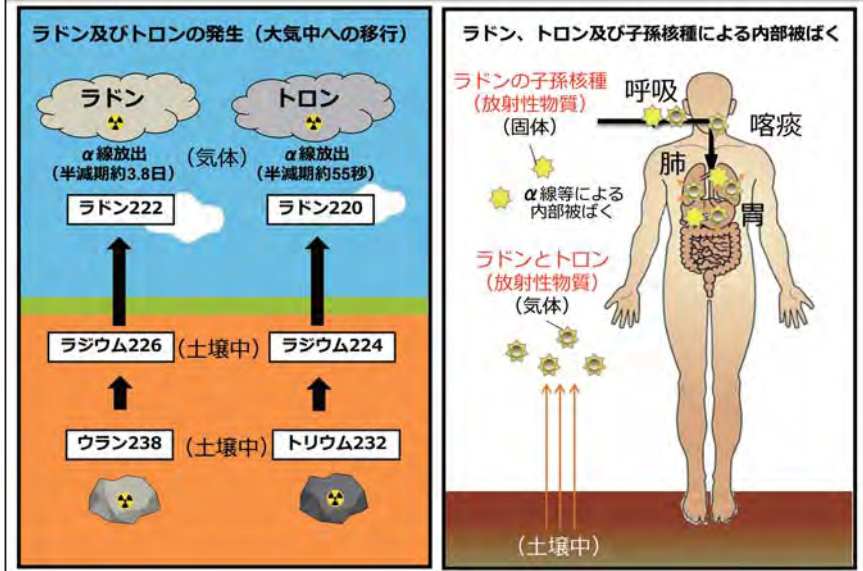
ラドンは、地下に広く存在するラジウムがアルファ壊変することにより発生する放射線の希ガスです。気体であることから、地中から出て家屋の中にも入り込みます(上巻 P71 「ラドン及びトロン」の吸入による内部被ばく)。

ヨーロッパのような石造りの家で生活する地域では、屋内ラドン濃度が高くなり、その結果、被ばく線量が高くなる傾向にあります。

屋内ラドン濃度の世界平均は、1立方メートル当たり39ベクレルですが、日本では16ベクレルです。屋内ラドンからの内部被ばく量にも、大きな地域差が存在しています。

本資料への収録日 : 2013年3月31日

改訂日 : 2015年3月31日



ラドン（ラドン222）及びトロン（ラドン220）はラジウム鉱石が放射性壊変をした際に発生する気体状の放射性物質で、呼吸によって人体に取り込まれます。ラドンは、ウランから始まる壊変（ウラン系列）で生成したラジウム226が壊変したものの、トロンはトリウム232から始まる壊変（トリウム系列）で生成されたラジウム224が壊変したものです。半減期はそれぞれ、ラドンが約3.8日、トロンは約55秒です。

また、天然に存在する放射線による被ばくの中では、ラドン及びその子孫核種による被ばくの割合が一番大きいといわれています。

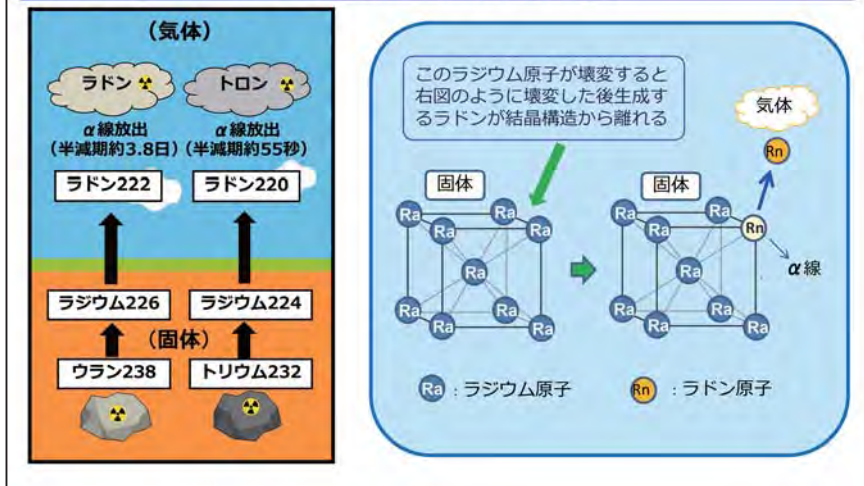
ラドン及びトロンは地面や建材等から空气中に拡散するため（上巻 P72 「固体のラジウムから気体のラドンの生成」）、私たちは普通の生活において日常的にラドン及びトロンを吸い込んでいます。呼吸によって吸い込まれたラドンは肺に到達し、α（アルファ）線を放出するため、肺への内部被ばくが問題となります。体内に吸い込まれたラドンはさらに壊変して子孫核種となり、肺や、咳痰と共に食道から消化器官に移行して内部被ばくをもたらします。

ラドンとその子孫核種では、内部被ばくの寄与はラドンからは小さく、ラドンから壊変した子孫核種のほうが大きくなります。これは、ラドンは気体であるため、吸い込んだとしてもすぐ呼吸と共に排出されやすいのに対し、ラドンの娘核種である放射性的のポロニウム218やさらに壊変した鉛214等は固体状であるため、一旦吸い込むと、肺胞や気管支壁面に附着し、体外に排出されにくいことが原因です。

本資料への収録日：2015年3月31日

改訂日：2021年3月31日

固体のラジウムがいきなり気体のラドンになるのは不思議な感じがするかもしれません。それは、原子核反応によって原子が変わるために起こることです。



放射性物質であるラジウムは常温常圧下で右図に示すような体心立方という結晶構造で固体として存在しています。

ラジウムが壊変すると、 $\alpha$  (アルファ) 線を放出し、ラドンに変わります。

ラドンはヘリウムやネオンと同じように化学的には安定な元素です。化学的に安定しているということは、他の元素と反応して化合物を作ることがなく、ラドンのまま安定して存在するということを意味しています (不活性元素)。またラドンは、融点が約 $-71^{\circ}\text{C}$ 、沸点が約 $-62^{\circ}\text{C}$ であるため通常の状態では気体として存在します。そこで、結晶構造を作っていたラジウム原子が壊変でラドン原子に変わると結晶構造から離れて (結晶として結合・束縛されていた力がなくなるため) 気体として存在することになります。さらに、ラドンは不活性な気体であるため、地中の物質と反応することなく地面に移行して大気に出てきます。

本資料への収録日：2016年3月31日

体内の放射性物質



体重60kgの場合

カリウム40	※1	4,000Bq
炭素14	※2	2,500Bq
ルビジウム87	※1	500Bq
トリチウム	※2	100Bq
鉛・ポロニウム	※3	20Bq

- ※1 地球起源の核種
- ※2 宇宙線起源のN-14等由来の核種
- ※3 地球起源ウラン系列の核種

食品中の放射性物質（カリウム40）の濃度



米 30	牛乳 50	牛肉 100	魚 100
ドライミルク 200	ほうれん草 200	ポテトチップス 400	お茶 600
干しいたけ 700	干し昆布 2,000	(Bq/kg)	

Bq : ベクレル Bq/kg : ベクレルキログラム

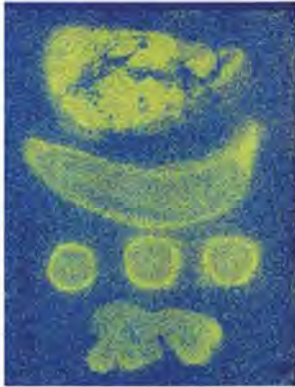
出典：(公財)原子力安全研究協会「生活環境放射線データに関する研究」(1983年)より作成

カリウムは生物に必要な元素であり、ほとんどの食品に含まれています。カリウムの0.01%は放射性カリウムであるため、ほとんどの食品には放射性カリウムが含まれています。放射性カリウムは $\beta$ （ベータ）線と $\gamma$ （ガンマ）線を放出するため、食品を摂取することで内部被ばくをすることになります（上巻P74「目で見る放射線」）。体内のカリウム濃度は一定になるように保たれているため、食品のカリウムからの被ばく量は体格によって決まり、食生活による影響は受けないと考えられています（上巻P8「自然由来・人工由来」）。

乾物は、製品の状態で分析された値であり、乾燥による濃度上昇の効果も含まれます。例えば、乾燥により重量が10分の1になれば、濃度は10倍になります。

本資料への収録日：2013年3月31日

改訂日：2018年2月28日



豚肉、バナナ（縦切り及び横切り）、  
ショウガの放射能像

## 食品からの放射線

- ・主にカリウム40の $\beta$ （ベータ）線
- ・カリウム40の天然存在比※は**0.012%**
- ・カリウム40の半減期は **$1.26 \times 10^9$** 年

※天然に存在するカリウムのうちカリウム40の割合

出典：応用物理 第67巻 第6号（1998）

食品に含まれるカリウム40からは $\beta$ （ベータ）線と $\gamma$ （ガンマ）線が放出されています。

イメージングプレート<sup>1</sup>を利用すると、カリウム40からの $\beta$ 線によってカリウムの分布を調べることができます。

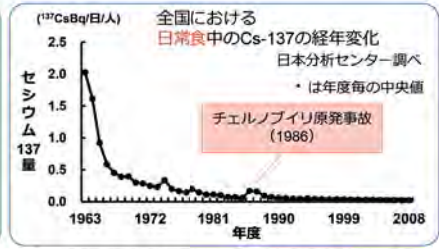
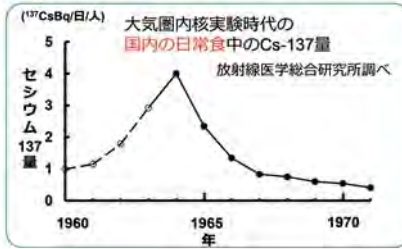
スライドの図は、豚肉、バナナ、ショウガをイメージングプレートの上に置き、外部からの放射線を遮へいした状態で25日間露出して得た画像です。豚肉の蛋白質の部分、バナナの皮の部分、ショウガの芽の部分等にかリウムは比較的多く含まれています。豚肉の脂肪の部分にはカリウムがほとんど含まれていないことが分かります。

1. イメージングプレートとは、プラスチック板等の支持体に、放射線に反応する蛍光物質が塗布されたものです。放射性物質が含まれる試料をプレートの上に一定時間置くことで、試料の放射能の二次元分布が調べられます。

本資料への収録日：2013年3月31日

改訂日：2019年3月31日





※ 2つの研究では試料採取の時期や場所が異なります。



- ・ 1960年代の食事を成人が1年間食べ続けた場合セシウム137からの内部被ばく線量は

$$4.0 \times 365 \times 0.013 = 19 \mu\text{Sv/年}$$

$$(\text{Bq/日}) (\text{日/年}) (\mu\text{Sv/Bq}) = \underline{0.019 \text{ mSv/年}}$$

- ・ (日本平均) 食品中の自然放射線による年間の内部被ばく線量は **0.99 mSv/年**

出典：（公財）原子力安全研究協会「生活環境放射線（国民線量の算定）第3版」（2020年）より作成

1945年から1980年まで世界各地で大気圏核実験が行われました。その結果、大量の人工放射性核種が大気中に放出され、日本にも降下しました（上巻 P78「大気圏核実験による放射性降下物の影響」）。放出された人工放射性核種がどのように健康に影響するか調べるため、日本全国で日常食中の放射能測定がなされてきました。

日常食中の放射能測定は、実際に摂取している食事を測定試料としており、食事に伴う内部被ばく線量の推定・評価に有用です。

日常食中のセシウム137の量は、特に大気圏内での核実験が禁止される1963年前後に最も高くなりました。その後は急速に減少し、1975年にはピーク時の10分の1程度にまで減少しました。1986年にはチェルノブイリ原発事故の影響で少し増えましたが、その後も2000年代まで緩やかに減少する傾向が見られます。

仮に、最もセシウム137濃度が高い1960年代の食事を成人が1年間食べ続けた場合、セシウム137からの内部被ばく線量は

$$4.0(\text{Bq/日}) \times 365(\text{日/年}) \times 0.013(\mu\text{Sv/Bq}) = 19 \mu\text{Sv/年} = 0.019 \text{ mSv/年}$$

となります。この値は日本人が食品中の自然放射線から受ける内部被ばく線量（0.99 mSv/年）の約2%程度となります。

上記2つの研究では、測定試料（日常食）の採取地点及び数が異なるため、数値に違いが見られます。

（全国における日常食中のセシウム137の経年変化のグラフ中の黒い点は、年度ごとの中央値です）

本資料への収録日：2017年3月31日

改訂日：2022年3月31日

検査の種類	診断参考レベル*1	実際の被ばく線量*2	
		線量	線量の種類
一般撮影：胸部正面	0.4 mGy（100kV未満）	0.06 mSv	実効線量
マンモグラフィ （平均乳腺線量）	2.4 mGy	2 mGy程度	等価線量 （乳腺線量）
透視	IVR：装置基準透視線量率 17 mGy/分	胃の透視：10 mSv/分 （25秒～190秒 術者や被検者により差がある）*3	実効線量
歯科撮影 （口内法X線撮影）	下顎 前歯部 1.0 mGy から 上顎 大臼歯部 2.0 mGy まで （いずれも入射空気カーマ（Ka,i） [mGy]）	2 -10 μSv程度	実効線量
X線CT検査	成人頭部単純/レーチン 77 mGy （CTDIvol）	5 -30 mSv程度	実効線量
	小児（5～9歳）頭部 55 mGy （CTDIvol）		
核医学検査	放射性医薬品ごとの値	0.5-15 mSv程度	実効線量
PET検査	放射性医薬品ごとの値	2 -20 mSv程度	実効線量

\*1：医療被ばく研究情報ネットワーク「日本の診断参考レベル（2020年版）（Japan DRLs 2020）」2020年7月3日（2020年8月31日一部修正）（<http://www.radher.jp/J-RIME/>）

\*2：量子科学技術研究開発機構「CT検査など医療被ばくの疑問に答える医療被ばくリスクとその防護についての考え方Q&A」（<https://www.qst.go.jp/site/qms/1889.html>）

\*3：北里大学病院放射線部「医療の中の放射線基礎知識」の「胃（透視）」上記資料\*1、\*2及び\*3より作成

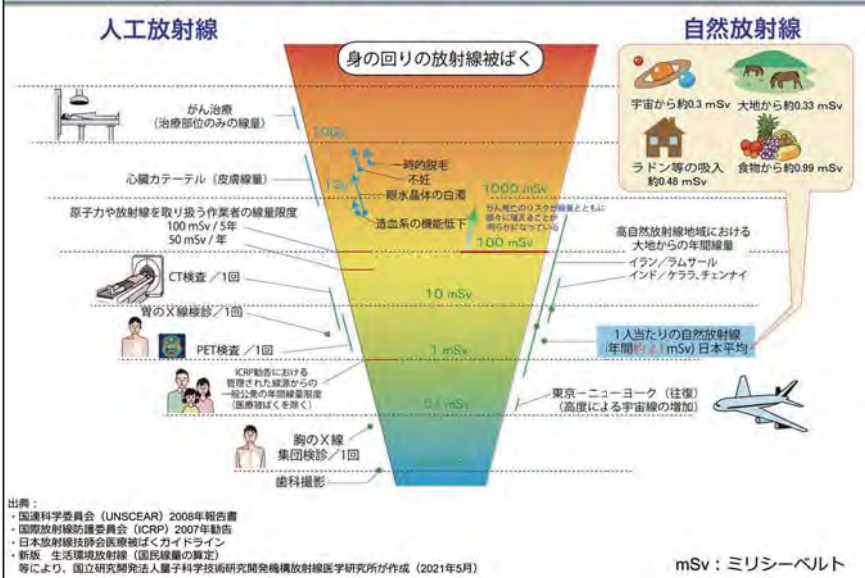
放射線検査による被ばく線量は、検査の種類によって異なります。歯科撮影のように局所的にごく僅かな被ばくをするものもありますし、X線CTや核医学検査等、被ばく線量が比較的高めの検査もあります。また、同一の検査の種類でも、線量は医療機関によって大きな違いがあり得ます。そこで、診断で受ける放射線量が適切かどうかを判断する目安として、診断参考レベルの利用が推奨されています。その医療機関の平均的な放射線量が診断参考レベルと大きくかけ離れている場合、検査における照射条件の見直しを国際放射線防護委員会（ICRP）は考慮すべきとしています。

欧米等の諸外国では、診断参考レベルを既に利用している国もあります。日本では日本診療放射線技師会が、診断参考レベル相当の値を独自に取りまとめ、2000年に「医療被ばくガイドライン（低減目標値）」を発行しました。その後、2006年に、「医療被ばくガイドライン2006」として改訂されています。さらに、医療被ばく研究情報ネットワーク（J-RIME）<sup>1</sup>は、参加団体が実施した実態調査の結果に基づいて、日本で初めて診断参考レベルを策定しました。最新の診断参考レベルは「日本の診断参考レベル（2020年版）」が2020年7月3日に公開されています（2020年8月31日に一部修正）。

1. 医療被ばく研究情報ネットワーク（Japan Network for Research and Information on Medical Exposures: J-RIME）は、学協会等の協力を得て多くの専門家の力を結集し、医療被ばくに関する国内外の研究情報を収集・共有して、我が国の事情に合致した医療被ばくの防護体系を確立するための活動母体として2010年に発足しました。J-RIMEの活動目的は、放射線診療における被ばく線量・リスク評価等医療被ばくに関するデータを収集し、我が国の医療被ばくの実態把握を行うと共に、国際的な動向を踏まえて医療被ばくの適切な防護体制を国内に構築する点にあります。（出典：<http://www.radher.jp/J-RIME/index.html>より作成）

本資料への収録日：2013年3月31日

改訂日：2022年3月31日



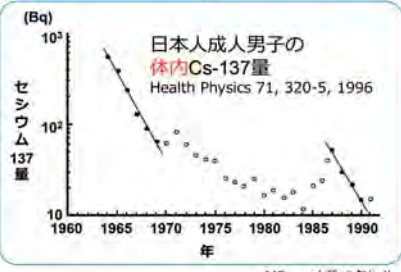
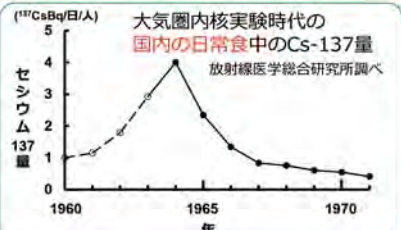
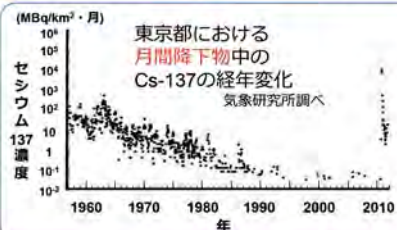
日常生活で受ける放射線の量を比較すると、放射線治療のような特殊なケースを除き、1回の行為当たりの線量や年間当たりの線量は、ミリシーベルト単位のものがほとんどです（上巻P76「診断で受ける放射線量」）。

なお、人への健康影響が確認されている被ばく線量は、100ミリシーベルト以上であると考えられています。

本資料への収録日：2013年3月31日

改訂日：2022年3月31日

体内放射能：体重60kg 加<sup>60</sup>Ca40：4,000 Bq(ベクレル) 炭素14：2,500 Bq 比<sup>210</sup>Pb87：520 Bq 比<sup>210</sup>Pb：100Bq



MBq：メガベクレル

大気圏核実験が盛んに行われていた時代には大量の人工放射性核種が環境中に放出されました。これらの人工放射性核種は気流に運ばれて全世界を取り巻き、大気圏から地球表面に向けて徐々に降下してきました。このような放射性降下物をフォールアウトと呼びます。フォールアウトの量は大気圏核実験が禁止される直前の1963年が最も高く、それ以降減少傾向を示しています。

食品へのセシウム移行や消費等の時間的ずれがあるため、日常食中の放射性セシウムの量は1964年で最大となり、その後1967年までに急速に低下し、それ以降は比較的緩慢に減少してきました。

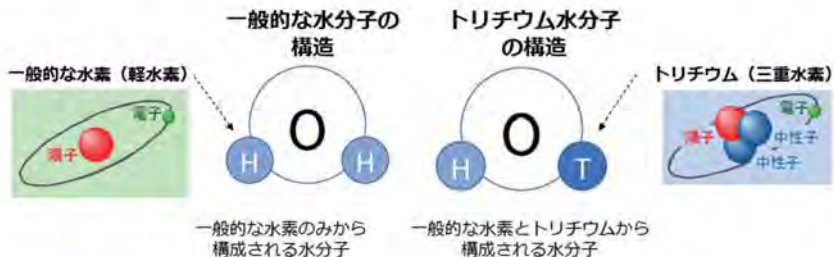
日常食のセシウムの量と連動して、尿中や体内のセシウム137の量も1964年が最大でした。なお、チェルノブイリ原発事故による影響の結果、日本人の体内からもセシウムの増加が確認されています。

また、大気圏核実験によって、放射性セシウムだけでなくプルトニウムやストロンチウム90等も環境中に放出されました。これらの放射性核種は、現在でも土壌にわずかながら残存しています。

本資料への収録日：2013年3月31日

改訂日：2019年3月31日

トリチウムは「三重水素」と呼ばれる水素の放射性同位体で、身の回りでは水分子に含まれる形で存在するものが多い。トリチウムが出すβ線のエネルギーは小さく（最大 18.6keV）、紙一枚で遮蔽可能である。



出典：経済産業省資源エネルギー庁「廃炉の大切な話2018」、  
トリチウム水タスクフォース「トリチウム水タスクフォース報告書」（2016年）、  
多核種除去設備等処理水の取扱いに関する小委員会事務局「トリチウムの性質等について（案）」より作成

東京電力福島第一原子力発電所において多核種除去設備等で浄化処理した水の中には、放射性物質のトリチウムが含まれています。

トリチウムとは、日本語で「三重水素」と呼ばれる水素の放射性同位体です。一般的な水素と同じように酸素と化合して水分子を構成することから、身の回りでは水分子に含まれる形で存在するものも多く、大気中の水蒸気、雨水、海水、水道水にも含まれています。トリチウムは水分子の一部になって存在しているため、多核種除去設備等での除去は困難です。トリチウムは、原子力発電所を運転することで人工的に生成される以外にも、自然界で宇宙線により生成されます。

トリチウムは放射線の一種であるβ（ベータ）線を出します。ただしトリチウムが出すβ線はエネルギーが小さく、紙一枚で遮蔽が可能です。そのため外部被ばくによる人体への影響は考えられません。また、トリチウムを含む水は、生物学的半減期が10日で、体内に取り込んだ場合も速やかに体外に排出され、特定の臓器に蓄積することはありません（上巻 P31「原発事故由来の放射性物質」）。トリチウムを経口摂取した場合の預託実効線量係数は0.000018μSv/Bqであり、他の核種と比較して小さい値となっています（上巻 P57「実効線量への換算係数」）。

多核種除去設備等で浄化処理した ALPS 処理水の取扱いについては、2021年4月、2年程度の準備期間を経て、安全性を確保し、政府を挙げて風評対策を徹底することを前提に、海洋放出する方針を決定しました。

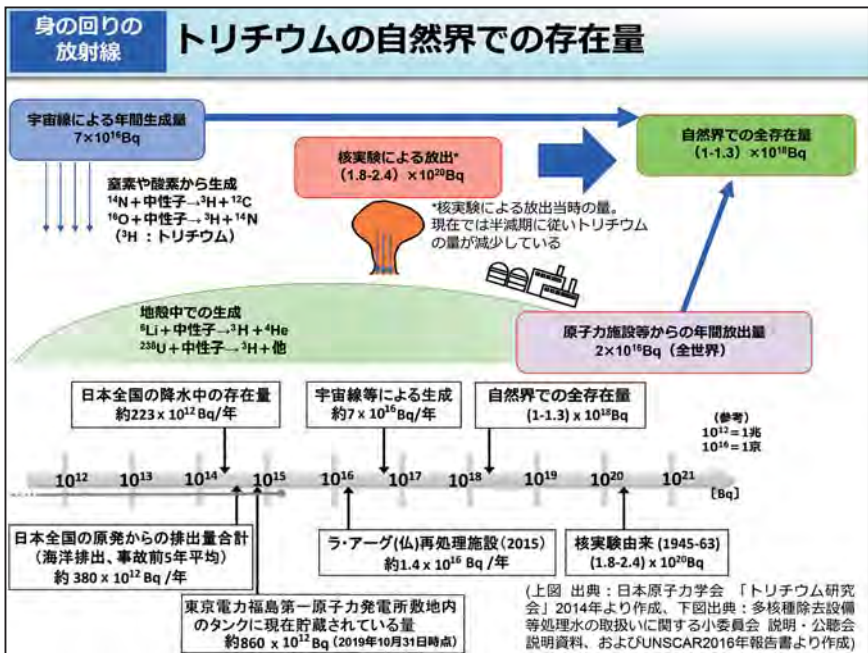
#### 【参考資料】

トリチウムの基礎知識について：

- 安全・安心を第一に取り組み、福島の“汚染水”対策②「トリチウム」とはいったい何？  
<https://www.enecho.meti.go.jp/about/special/johoteikyoku/osensuitaisaku02.html>
- トリチウムが人体に与える影響について：
- 安全・安心を第一に取り組み、福島の“汚染水”対策③トリチウムと「被ばく」を考える  
<https://www.enecho.meti.go.jp/about/special/johoteikyoku/osensuitaisaku03.html>
- 廃炉・汚染水・処理水対策ポータルサイト：
- ALPS 処理水の処分  
[https://www.meti.go.jp/earthquake/nuclear/hairo\\_osensui/alps.html](https://www.meti.go.jp/earthquake/nuclear/hairo_osensui/alps.html)

本資料への収録日：2019年3月31日

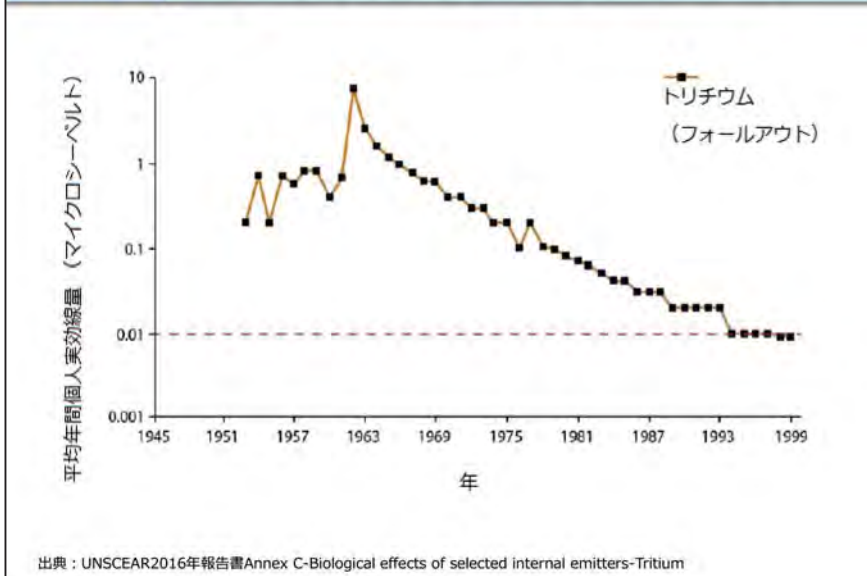
改訂日：2022年3月31日



トリチウムは、水素の放射性同位体（半減期は約12.3年）で、弱い放射線（ベータ線）を出しています（上巻 P79「トリチウムの性質」）。

自然界では宇宙線等により地球上で年間約7京（ $7 \times 10^{16}$ ）Bq程度のトリチウムが生成されています。また、過去の核実験（1945～1963年）により、トリチウムが $1.8 \sim 2.4 \times 10^{20}$ Bq放出されました。このほか全世界の原子力発電所等の施設からも日常的にトリチウムが排出されており、全世界の原子力発電所からの年間放出量は $2 \times 10^{16}$ Bq、事故前の日本全国からの原子力発電所からの排出量は年間 $380 \times 10^{12}$ Bq（海洋排出、事故前5年平均）でした。自然界でのトリチウムの全存在量は $1 \sim 1.3 \times 10^{18}$ Bqと推定されています。放出されるトリチウムの量は水分子を構成する水素として存在するものが多く、大気中の水蒸気、雨水、海水、水道水にも含まれています。日本における降水中のトリチウム量を試算すると、年間約 $223 \times 10^{12}$ Bqとなります。

本資料への収録日：2021年3月31日



核実験が行われた1950～1963年には、これに起因する放射性降下物（フォールアウト）が地球全域に降り注ぎました。これによってトリチウムによる年間の平均個人線量が増大し、1962年にピークの $7.2\mu\text{Sv}$ に達しました。その後は半減期に伴ってトリチウム量が減少するため、個人線量への寄与は少なくなり、1999年にはピーク時の700分の1程度、 $0.01\mu\text{Sv}$ となっています。

核実験ではトリチウムのほか、セシウムやプルトニウム、ストロンチウムも環境中に放出されました。

原子放射線の影響に関する国連科学委員会（UNSCEAR）の報告によれば、トリチウムの公衆被ばくの影響に関して、これまでの疫学研究からは、トリチウム特有のリスクは確認されていません。また、1960年代前半の核実験が盛んな時期以降においても小児白血病の増加が認められていないことより、トリチウムの健康リスクが過小評価されている可能性は低いとされています。

（関連ページ：上巻 P78 「大気圏核実験による放射性降下物の影響」）

本資料への収録日：2021年3月31日

# 第3章

## 放射線による健康影響

放射線による人体への影響や、影響が発生する仕組みについて説明します。

東京電力福島第一原子力発電所事故、原爆被爆者及びチェルノブイリ原発事故等のデータも用いながら、科学的な根拠に基づいて健康影響を理解することができます。

また、被ばくの仕方（体の部位や量、期間）と健康影響の関係、放射線への不安によるところへの影響についても理解することができます。



高線量被ばく

(大量の放射線を受けた)

低線量被ばく

(少量の放射線を受けた)

急性被ばく

(一度、または短時間で被ばくすること)

慢性被ばく

(長い期間にわたって被ばくすること)

皮膚障害  
吐き気  
脱毛？

急性障害は  
大量の放射線を  
短時間に受ける  
と起こります

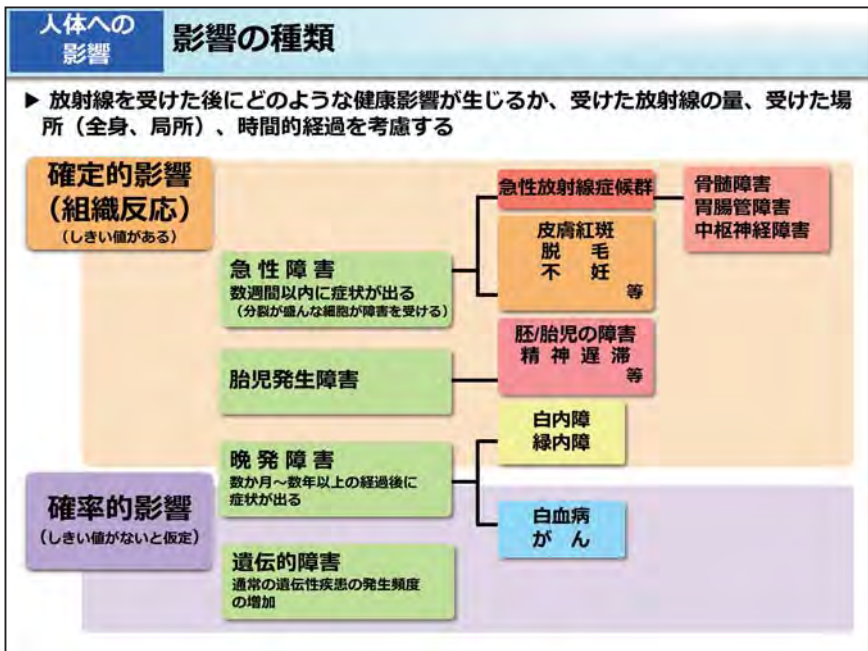


放射線による身体的影響は、放射線被ばくの「有無」ではなく「量」が問題です。人体が放射線を受けたことにより身体に影響を及ぼすかどうかは、外部被ばくか内部被ばくか、全身被ばくか局所被ばくか、局所被ばくであるならば、どこに受けたのか、そしてどのくらいの量の放射線をどのくらいの期間で受けたかによって決まります。

放射線の身体的影響の種類や程度については、こうした情報が多ければ多いほど、正確に判断することができます。

本資料への収録日：2013年3月31日

改訂日：2019年3月31日



放射線による人体への健康影響を考える際には、確率的な影響と確定的な影響の二つに分けて考える方法があります。上の図は、確率的影響と確定的影響（組織反応）を整理したものです。

確定的影響は一定以上の線量を被ばくしない限り発生することはありません。そのうちの多くは、被ばく後、数週間以内に現れる急性障害に分類されます。

確率的影響は、低い線量でも発生の可能性がゼロではないと考えられている影響です。一般的に安全側に立ち、しきい値がないと仮定して管理が行われています。

ただし、ヒトでは、動物実験の結果と同じような頻度で放射線による遺伝性疾患が出現することは、確認されていません。

（関連ページ：上巻 P85「放射線影響の分類」、上巻 P86「確定的影響（組織反応）と確率的影響」）

本資料への収録日：2013年3月31日

改訂日：2021年3月31日

		潜伏期間	例	放射線影響の機序
影響の出現	身体的影響	数週間以内 = 急性影響 (早期影響)	急性放射線症候群※ <sup>1</sup> 急性皮膚障害	細胞死/細胞変性 で起こる 確定的影響 (組織反応) ※ <sup>2</sup> 
		数か月以降 = 晩発影響	胎児の発生・発 達異常(奇形)	突然変異で起こる 確率的影響 
	水晶体の混濁			
	遺伝性影響		がん・白血病	
			遺伝性疾患	

※<sup>1</sup>：主な症状としては、被ばく後数時間以内に認められる嘔吐、数日から数週間にかけて生じる下痢、血液細胞数の減少、出血、脱毛、男性の一過性不妊症等。  
 ※<sup>2</sup>：一定量以上の被ばくがないと発生しない。

放射線の影響は、放射線を受けた本人に出る身体的影響と子供や孫等子孫に出る遺伝性影響に分けられます。

また、被ばくしてから症状が出るまでの時間によって分類されることもあります。すなわち、被ばく後、比較的早く症状が出る「急性影響（早期影響）」と、数か月後以降に現れる「晩発影響」に分けることができます。

さらに、放射線の影響が生じるメカニズムの違いにより「確定的影響（組織反応）」と「確率的影響」に分ける方法もあります。

「確定的影響」は、臓器や組織を構成する細胞が多数死んだり、変性したりすることで起こる症状です。例えば、比較的大量の放射線を浴びると、数週間以内に皮膚障害を起こしたり、造血能低下により血球の数が減ったりすることがあります（急性放射線症候群）。また妊娠中に大量の放射線を浴びると胎児に影響が出たり、眼に当たるとしばらくしてから白内障になることがあります。

一方、「確率的影響」は、がんや遺伝性影響といった、細胞の遺伝子が変異することで起こる影響です。放射線はDNAを傷つけ、その結果、突然変異が起こることがあります（上巻 P88 「DNA の損傷と修復」）。個々の突然変異が病気につながる可能性は低いものの、理論的にはがんや遺伝性影響の原因となる可能性が全くないとはいえません。そこで、がんや遺伝性影響については、しきい線量はないものと仮定して、管理が行われています。

（関連ページ：上巻 P86 「確定的影響（組織反応）と確率的影響」、上巻 P108 「ヒトでの遺伝性影響のリスク」）

本資料への収録日：2013年3月31日

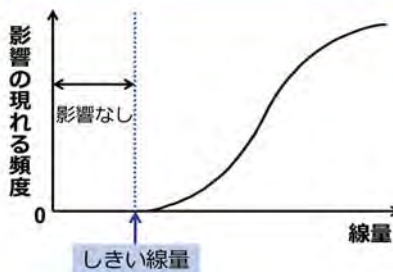
改訂日：2021年3月31日

**確定的影響（組織反応）**

（脱毛・白内障・皮膚障害等）

同じ線量を多数の人が被ばくしたとき、  
全体の1%の人に症状が現れる線量を  
「しきい線量」としている。

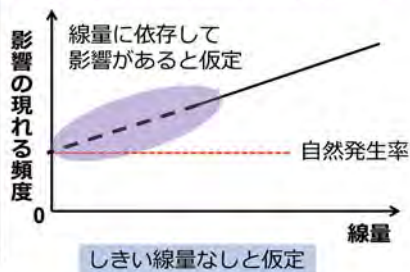
（国際放射線防護委員会（ICRP）2007年勧告）



**確率的影響**

（がん・白血病・遺伝性影響等）

一定の線量以下では、喫煙や飲酒と  
いった他の発がん影響が大きすぎて見  
えないが、ICRP等ではそれ以下の線  
量でも影響はあると仮定して、放射線  
防護の基準を定めることとしている。



確定的影響の特徴は、これ以下なら影響が生じない、これ以上なら影響が生じるという「しきい線量」が存在するということです。しきい線量を超えると、一度にたくさん細胞死や変性が起こり、影響の発生率は急激に増加します。

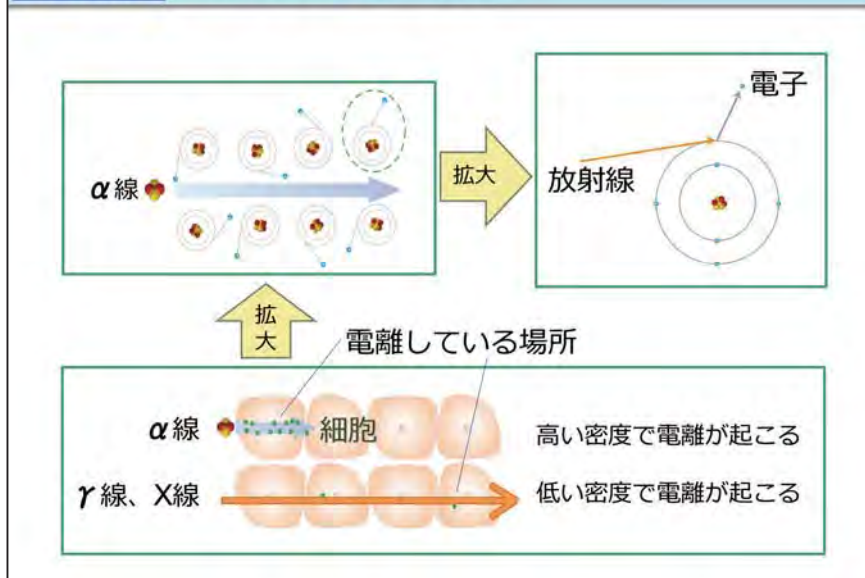
一方、放射線防護において、確率的影響にはしきい線量はないと仮定されています。この仮定に基づくと理論上どんなに低い線量でも影響が発生する確率はゼロではないこととなります。100～200ミリシーベルト以下の低線量域については、放射線被ばくによる確率的影響を疫学的に検出することが極めて難しく、国際放射線防護委員会（ICRP）は、低線量域でも線量に依存して影響（直線的な線量反応）があると仮定して、放射線防護の基準を定めています（上巻 P163「生物学的側面」）。

低レベル放射線によるがんのリスクを評価する場合には、主に広島・長崎の原爆被爆者集団の疫学調査の結果を用いています（上巻 P117「固形がんによる死亡と線量との関係」）。放射線被ばく線量とがん発生の関係はおよそ150ミリシーベルト以上では、ほぼ直線的に線量と共にリスクが上昇することが分かっています。しかし、150ミリシーベルトより低い線量では、直線的にリスクが上昇するかどうかは明らかではありません。また原爆のように短い時間に高い線量を受ける場合に対して、低い線量を長時間にわたって受ける場合（低線量率の被ばく）のほうが、被ばくした総線量が同じでも影響のリスクは低くなるような傾向が、動物実験や培養細胞の実験研究で明らかになっています（上巻 P116「低線量率被ばくの発がんへの影響」）。

（関連ページ：上巻 P91「細胞死と確定的影響（組織反応）」）

本資料への収録日：2013年3月31日

改訂日：2021年3月31日



放射線はその通り道の物質にエネルギーを与えていきます。与えられたエネルギーにより、通り道の物質の電子が弾き飛ばされます。これが電離作用です。

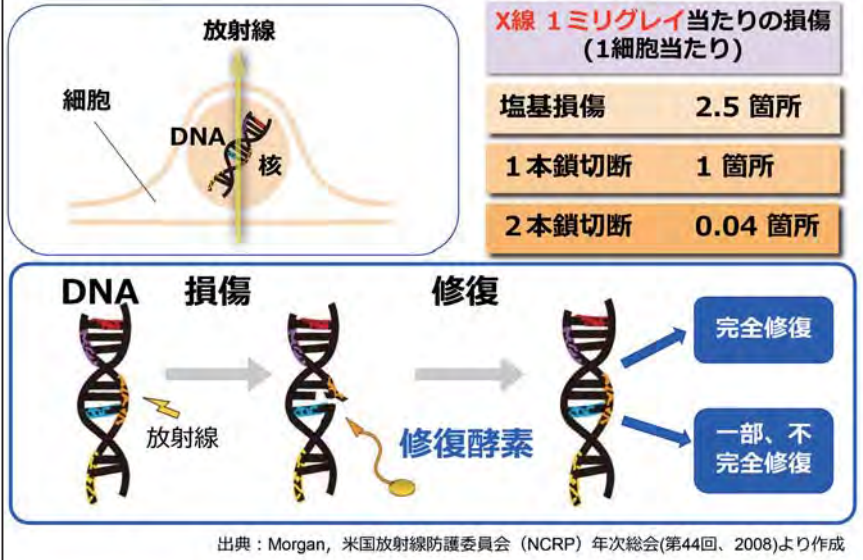
物質にエネルギーを与える密度は、放射線の種類によって異なりますが、 $\beta$ （ベータ）線や $\gamma$ （ガンマ）線に比べ、 $\alpha$ （アルファ）線はごく狭い範囲の物質に集中的にエネルギーを与えます。このような電離作用の密度の違いにより、同じ吸収線量であっても細胞が受ける損傷の大きさが異なります。

（関連ページ：上巻 P18「放射線の電離作用－電離放射線の性質」）

本資料への収録日：2013年3月31日

改訂日：2019年3月31日

## DNAの損傷と修復



細胞は生命の設計図ともいえる DNA を持っています。DNA は糖・リン酸そして 4 種類の塩基を持った 2 本の鎖からできています。塩基の並び方に遺伝情報が組み込まれているので、並び方を保つために塩基は互いの鎖がいがたになるように組み合わせられています。この DNA に放射線が当たると、当たった量に応じて DNA の一部が壊れることがあります。

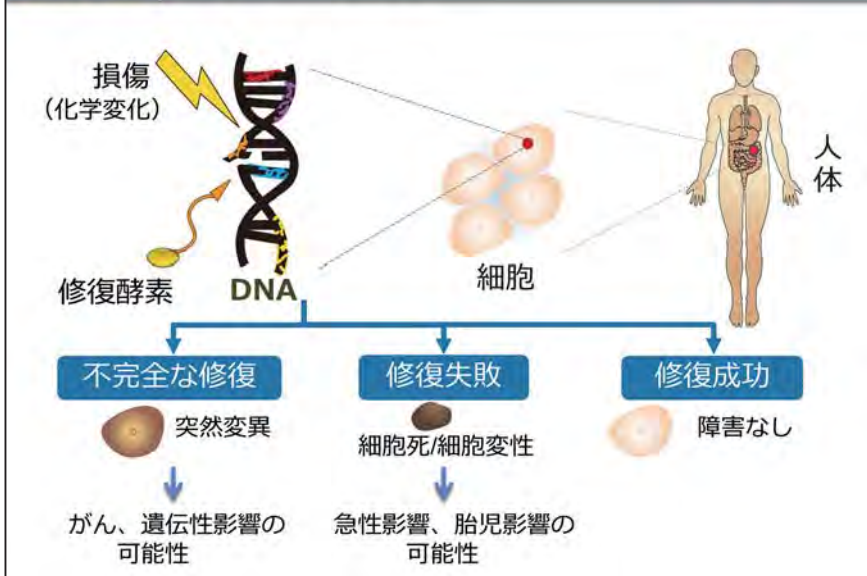
X (エックス) 線 1 ミリグレイ当たり、1 細胞で平均 1 箇所の 1 本鎖切断が起こるといわれています。これは 1 ミリシーベルトに相当します。また 2 本鎖切断の頻度はこれより少なく 0.04 箇所のため、100 細胞が均一に 1 ミリグレイ浴びたら、2 本鎖切断が 4 細胞に起こることになります。

DNA を傷つける原因は、放射線以外にも、食物の中の発がん物質、たばこ、環境中の化学物質、活性酸素等があり、一日 1 細胞当たり、1 万から 100 万箇所の頻度で DNA が損傷を受けているといわれています。

細胞には、DNA 損傷を修復する機能があり、DNA が損傷を受けると、修復酵素が駆けつけて、こうした傷を修復します。修復には、完全に修復される場合と一部が不完全に修復される場合があります (上巻 P89 「DNA → 細胞 → 人体」)。

本資料への収録日：2013年3月31日

改訂日：2019年3月31日



放射線の当たる箇所を細かく見てみると、放射線は細胞に当たり、細胞の中にある遺伝子の本体である DNA に傷をつけることがあります。このついた傷は、体の中に備わっているシステムで修復されます。

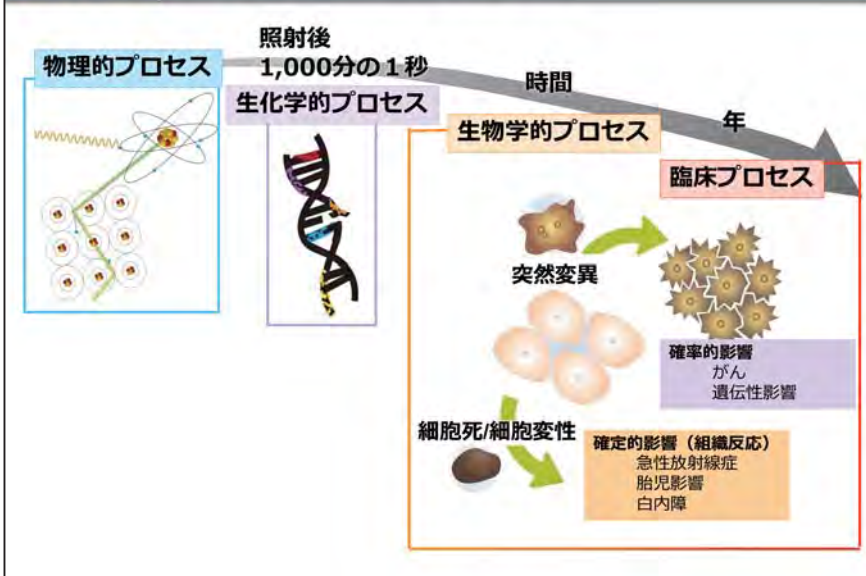
少しの傷であれば修復が成功し、元に戻ります。傷が多ければ修復できずに細胞自体が死んでしまいます。少しの細胞が死んでも、他の細胞が代わりをすれば、その臓器や組織の機能障害は生じません。多くの細胞が死んだり変性したりした場合、脱毛・白内障・皮膚障害といった急性障害や胎児発生障害等の確定的影響（組織反応）が生じる可能性があります（上巻 P90「被ばく後の時間経過と影響」、上巻 P91「細胞死と確定的影響（組織反応）」）。

また、DNA の修復が不完全な細胞が生き長らえた場合には、突然変異を起こし、がんや遺伝性影響等の確率的影響が生じる可能性があります。

DNA を傷つける原因は、放射線以外にも、食物の中の発がん物質、喫煙、環境中の化学物質、活性酸素等があり、1日1細胞当たり、1万から100万箇所の頻度でDNAが損傷を受けているといわれています。低線量放射線によるDNA損傷は、代謝に伴う損傷に比べて圧倒的に少ないのですが、放射線は局所にエネルギーを与えるために、複数のDNA損傷が複合した複雑な損傷を作ります。また、放射線による影響の約85%は放射線により生じる活性酸素等の影響であり、約15%が放射線による直接の損傷によるものです。

本資料への収録日：2013年3月31日

改訂日：2021年3月31日



放射線を浴びた後、1,000分の1秒という短い時間にDNA切断や塩基損傷は起こります。1秒後には修復が始まり、修復に失敗した場合には、1時間～1日の間に細胞死や突然変異が起こります。こうした細胞レベルでの反応が生じてから、個体レベルで臨床症状が出るまでにはしばらく時間が掛かります。この時間のことを潜伏期間といいます。

被ばく後、数週間以内に症状が生じるものを急性（早期）影響、比較的長く掛かって生じる影響を晩発影響と呼びます。特にがんが発症するには数年から数十年の時間を要します。

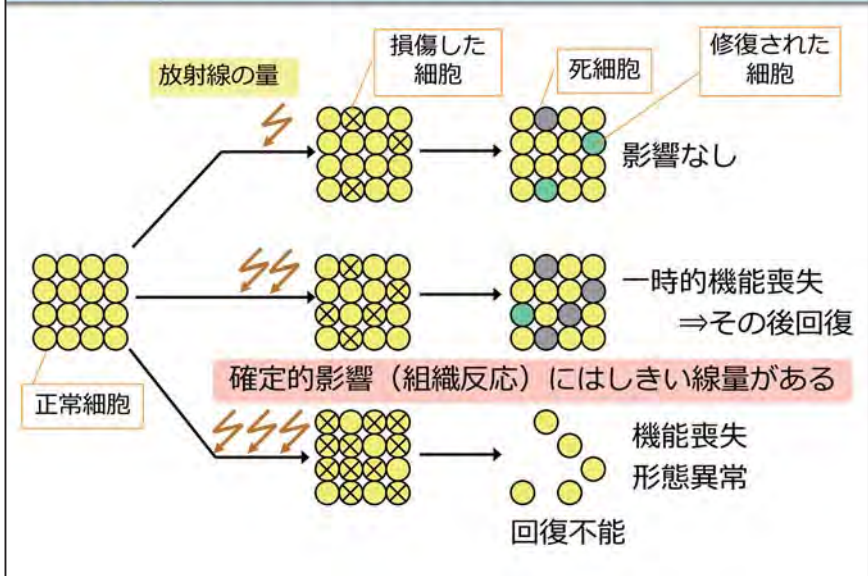
（関連ページ：上巻 P113「発がんの仕組み」）

本資料への収録日：2013年3月31日

改訂日：2021年3月31日



## 細胞死と確定的影響（組織反応）



放射線が少し当たって、多少細胞が死んでも、残りの細胞だけで十分に組織や臓器が機能すれば、臨床症状は現れません。

放射線の量が増え、死亡する細胞が増加すると、その組織や臓器の機能が一時的に衰え、臨床症状が出ることがあります。しかし、その後、正常の細胞が増殖すれば、症状は回復します。

さらに大量の放射線を浴び、組織や臓器の細胞の損傷が大きい場合には、永久に機能喪失や形態異常が起こる可能性があります。

このように、細胞死によって起こる確定的影響（組織反応）には、これ以上放射線を浴びると症状が現れ、これ未満では症状が現れないという線量が存在します。この線量のことを「しきい線量」と呼びます（上巻 P97「様々な影響のしきい値」）。

（関連ページ：上巻 P86「確定的影響（組織反応）と確率的影響」）

本資料への収録日：2013年3月31日

改訂日：2021年3月31日

分裂が盛ん

感受性が高い

造血系：骨髄、リンパ組織（脾臓、胸腺、リンパ節）

生殖器系：精巣、卵巣

消化器系：粘膜、小腸絨毛

表皮、眼：毛嚢、汗腺、皮膚、水晶体

その他：肺、腎臓、肝臓、甲状腺

支持系：血管、筋肉、骨

伝達系：神経

分裂しない

感受性が低い

細胞分裂が盛んで、分化の程度の低い細胞ほど、放射線感受性が高い傾向にあります。例えば、骨髄にある造血幹細胞は盛んに分裂しながら、血中の各種血液細胞に分化する細胞です。幹細胞から分裂（増殖）が進んだ未成熟（未分化）な造血細胞の放射線感受性は極めて高く、分化した細胞よりも少量の放射線で細胞死が起こります。

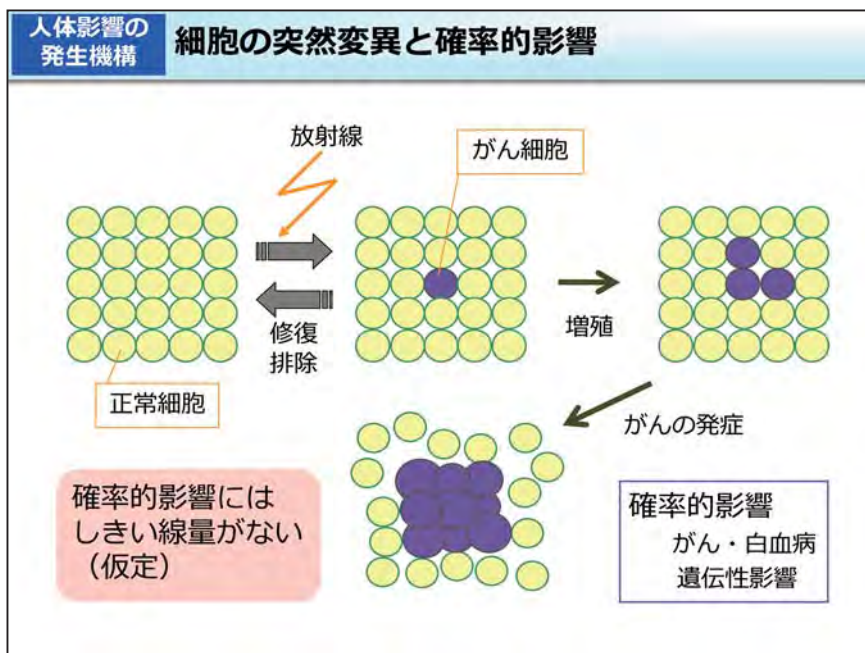
その結果、血液細胞の供給が止まり、血中の各種の細胞の数が減少します。また消化管の上皮も常に新しい細胞に置き換わる新陳代謝が激しい臓器なので、放射線感受性が高くなります。

一方、成体では細胞分裂をしない神経組織や筋組織は放射線に強いことが知られています。

（関連ページ：上巻 P94 「全身被ばくと局所被ばく」、上巻 P97 「様々な影響のしきい値」）

本資料への収録日：2013年3月31日

改訂日：2022年3月31日



細胞の突然変異で起こる影響は、一つの細胞に突然変異が起こったとしてもそのリスクが増加すると考えられています。

突然変異を起こした細胞は、ほとんどが修復されたり排除されたりしますが、一部の変異細胞が生き残り、その子孫細胞に複数の遺伝子突然変異や遺伝子発現レベルの変化が追加的に起こると、がん細胞が生じる可能性が高まります。がん細胞が増殖すると、臨床的な（身体的症状から、医師が診断する）がんとして発症します。細胞のがん化は、複数の遺伝子に変異が起こり、修復されずに蓄積された結果として生じるため、発がん影響を評価する際には、受けた線量を全て考慮する必要があります。

本資料への収録日：2013年3月31日

改訂日：2019年3月31日



一度に100ミリグレイ程度以上の放射線を受けた場合、細胞死を原因とする人体影響が生じることがあります。こうした影響は、放射線の感受性が高い臓器ほど、少しの線量で生じます。

細胞分裂が盛んな臓器である精巣は、放射線感受性が高く、一時的な精子数の減少は100～150ミリグレイで現れ、一過性の不妊になることがあります。骨髄も感受性が高く、1,000ミリグレイ以下の被ばくでも血中のリンパ球が減少することがあります。しかし、こうした影響は自然に治癒します。

一方、2,000ミリグレイ以上の放射線を一度に受けた場合、治療を要する臨床症状が起こることがあります。

局所被ばくの場合には、被ばくした部分の臓器に障害が現れます。  
(関連ページ：上巻 P88 「DNA の損傷と修復」)

本資料への収録日：2013年3月31日

改訂日：2019年3月31日



全身に1グレイ (1,000ミリグレイ) 以上の放射線を一度に受けた場合、様々な臓器・組織に障害が生じ、複雑な臨床経過をたどります。この一連の臓器障害を、急性放射線症候群と呼びます。この時間経過をみると、典型的には、前駆期、潜伏期、発症期の経過をたどり、その後、回復するか死亡します。

被ばく後48時間以内に見られる前駆症状により、おおよその被ばく線量を推定することができます (上巻 P96「急性放射線症候群の前駆症状と被ばく線量」)。

その後、潜伏期を経て、発症期に入ると、線量増加と共に造血器障害、消化管障害、皮膚障害、神経・血管障害の順で現れます。これらの障害は、放射線感受性の高い臓器や組織を中心に現れます。概して線量が多いほど潜伏期は短くなります。

皮膚は大人の体で1.3~1.8m<sup>2</sup>とかなり大きな面積を持つ組織です。また、表皮は、基底層で生まれた基底細胞が徐々に分化を遂げながら表面に押し上げられていき、角質層となり最後は垢となって体表面から離れます。

基底層から表層への移行時間は大体20~40日強といわれています<sup>1</sup>。放射線の影響を受けた角質層から基底層までの細胞は表面に現れるのに2週間から1か月強程度の時間が掛かります。このため、放射線の強さにより被ばく直後に初期皮膚紅斑が出ることもあります。一般に皮膚障害は、被ばく後2~3週間以上経ってから現れます (上巻 P25「外部被ばくと皮膚」)。

1. UNSCEAR1988,「放射線の線源、影響及びリスク」放射線医学研究所監訳、(株)実業出版社、1990年3月

本資料への収録日 : 2013年3月31日

改訂日 : 2021年3月31日

前駆症状と被ばく線量

症状	軽傷 (1~2Gy)	中等度 (2~4Gy)	重症 (4~6Gy)	きわめて重症 (6~8Gy)	致命的 (>8Gy)
嘔吐	2時間以降 (頻度) ~50%	1~2時間 70-90%	1時間以内 100%	30分以内 100%	10分以内 100%
下痢	無し	無し	中等度	重度	重度
頭痛	非常に軽い	軽度	中等度	重度	重度
意識	影響なし	影響なし	影響なし	影響あり	意識喪失あり
体温	正常	微熱	発熱	高熱	高熱

Gy : グレイ

出典 : IAEA Safety Reports Series No.2 "Diagnosis and Treatment of Radiation Injuries" (1998) より作成

急性被ばくでは被ばく後48時間以内に見られる前駆症状により、おおよその被ばく線量を推定することができます。1~2グレイの被ばくでは、食欲不振、嘔気、嘔吐といった症状が見られることがあります。また、非常に軽い頭痛の症状がみられます。2~4グレイの被ばくでは、嘔吐、軽度の頭痛また微熱(1~3時間、10~80%の頻度)が現れることがあります。4~6グレイでは、1時間以内に100%が嘔吐の症状を表し、中等度の下痢と頭痛、また80~100%の頻度で発熱が現れます。6~8グレイでは30分以内に100%が嘔吐の症状を呈し、重度の下痢・頭痛、100%の頻度で高熱の症状が現れます。さらに意識障害が現れることがあります。8グレイ以上の被ばくでは、10分以内の嘔吐が100%の頻度で現れ、重度の下痢・頭痛、高熱と意識喪失などの症状が現れます。

本資料への収録日 : 2021年3月31日

$\gamma$  (ガンマ) 線急性吸収線量のしきい値

障害	臓器／組織	潜伏期	しきい値 (グレイ) <sup>※</sup>
一時的不妊	精巣	3～9週	約0.1
永久不妊	精巣	3週	約6
	卵巣	1週以内	約3
造血能低下	骨髄	3～7日	約0.5
皮膚発赤	皮膚 (広い範囲)	1～4週	3～6以下
皮膚熱傷	皮膚 (広い範囲)	2～3週	5～10
一時的脱毛	皮膚	2～3週	約4
白内障 (視力低下)	眼	20年以上	約0.5

※臨床的な異常が明らかな症状のしきい線量 (1%の人々に影響を生じる線量)

出典：国際放射線防護委員会 (ICRP) 2007年勧告、国際放射線防護委員会報告書118 (2012年) より作成

放射線の感受性は臓器によって異なります (上巻 P92 「臓器・組織の放射線感受性」)。

精巣は最も感受性が高い臓器の一つです。一度に0.1グレイ (100ミリグレイ) 以上の $\gamma$  (ガンマ) 線等の放射線を受けると、精子数が一時的に減少する一時的不妊を引き起こすことがあります。これは、精巣にある精子を作り出す細胞が損傷を受けたために起こります。

また、骨髄が0.5グレイ (500ミリグレイ) 以上の被ばくをすると、造血能が低下し、血液細胞の数が減少します。

確定的影響 (組織反応) の中には、白内障のように発症するまでに数年掛かるものもあります。

なお、白内障のしきい値は1.5グレイとされてきましたが、最近国際放射線防護委員会 (ICRP) はそれより低い0.5グレイ程度に見直し、眼の水晶体に対する職業被ばくの新しい等価線量限度を設けました。

本資料への収録日：2013年3月31日

改訂日：2021年3月31日

## リスクとは

- ・被害の影響の大きさ
- ・被害が発生する可能性（確率）
- ・影響の大きさと可能性（確率）の組み合わせ

「ある」・「なし」ではなく、  
定量的に表したもの

特に放射線の確率的影響では、

「リスク」 =  
「（発がん、もしくはがんで死亡する）確率」

「リスクがある」 ~~≠~~ 「（必ず）被害を受ける」

リスクという言葉は、日常的には“危険性”や“危険度”といった意味合いで用いられています。しかしながらより厳密な言葉の使い方をする場面では、“被害の影響の大きさ”や“被害が発生する可能性（確率）”、あるいは“影響の大きさと可能性（確率）の組み合わせ”という意味で用いられます。「リスクが『ある』」、「リスクが『ない』」ではなく、「どの程度増えるか」、「何倍になるか」といった捉え方をすることが必要です。

一方、被害をもたらす原因は「ハザード」と呼ばれます。危険性があるかどうかのハザード情報と、危険性の程度や確率についてのリスク情報を区別し、適切に伝達、利用することが重要です。

放射線の健康影響、特に放射線の確率的影響を考える際には、

「リスク」=「（発がん、もしくはがんで死亡する）確率」  
という使われ方が一般的です。

この場合、

「リスクがある」=「（必ず）被害を受ける」  
ということではないことに注意が必要です。

本資料への収録日：2018年2月28日



## リスク 相対リスクと寄与リスク

要因	罹患		計
	あり	なし	
ばく露群	A	B	A+B
非ばく露群	C	D	C+D

### 要因ばく露によってその個人が何倍罹患しやすくなるか

$$\text{相対リスク} = \frac{\text{要因ばく露群の罹患リスク}}{\text{要因非ばく露群の罹患リスク}} = \frac{\frac{A}{A+B}}{\frac{C}{C+D}}$$

相対リスクが1より大きいとき、要因ばく露によってリスクが増えていることを意味する。

相対リスクから1を引いた値を過剰相対リスクと呼び、リスクの増加分を表す。

### 要因ばく露によってその集団の罹患率がどれだけ増えるのか

$$\begin{aligned} \text{寄与リスク} &= \text{要因ばく露群の罹患リスク} - \text{要因非ばく露群の罹患リスク} \\ &= \frac{A}{A+B} - \frac{C}{C+D} \end{aligned}$$

相対リスクとは、ある原因により、それを受けた個人のリスクが何倍高まるか、ということを表したリスクです。疫学で普通にリスクといった際には、「相対リスク」のことを指すことが多いです。また、相対リスクから1を引いた値を「過剰相対リスク」と呼び、リスク因子にさらされていない集団と比べたときのリスクの増加分を表します。これ以外にも、寄与リスクという考え方があります。寄与リスクとは、ある原因により、集団の罹患率や死亡率がどのくらい増えるかということを表しています。

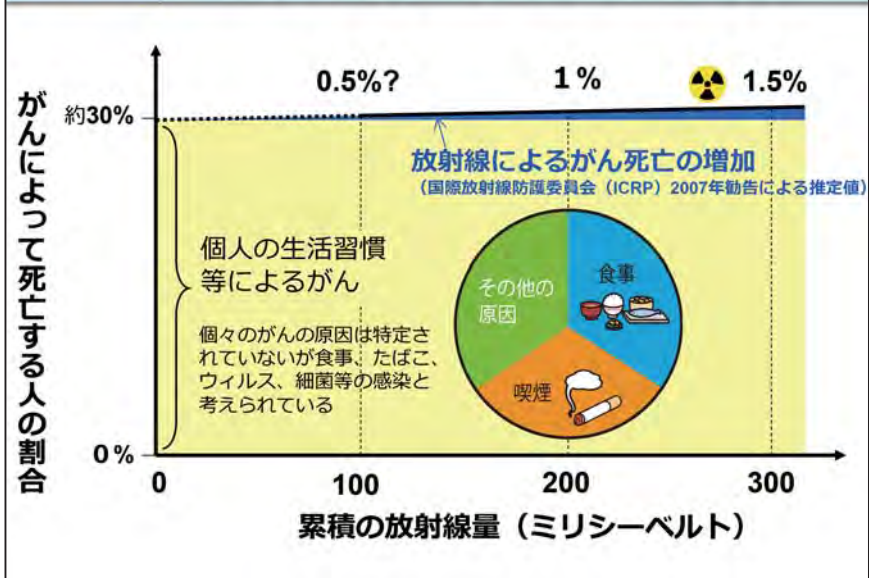
例えば、一方の集団が何かしらのリスク因子にさらされている、もう一方の集団はさらされていないとします。さらされていない集団では、ある疾患の患者が、100万人に2人出るのに対し、さらされている集団では100万人中3人患者が出るとします。

相対リスクというのは、どれだけ疾患になりやすくなるかという観点のリスクですので、患者が2人から3人に増加した、つまり、リスクは1.5倍になったと評価します。

一方寄与リスクでは、集団内でどれだけ患者が増えたかを考えますので、100万人中の1人、つまりは $10^{-6}$ リスクが増加したと考えます。

本資料への収録日：2013年3月31日

改訂日：2019年3月31日



国際放射線防護委員会 (ICRP) では、大人も子供も含めた集団では、100ミリシーベルト当たり0.5%がん死亡の確率が増加するとして、防護を考えることとしています。これは原爆被爆者のデータを基に、低線量率被ばくによるリスクを推定した値です (上巻 P117 「固形がんによる死亡と線量との関係」)。

現在、日本人の死因の1位はがんで、大体30%の方ががんで亡くなっています。

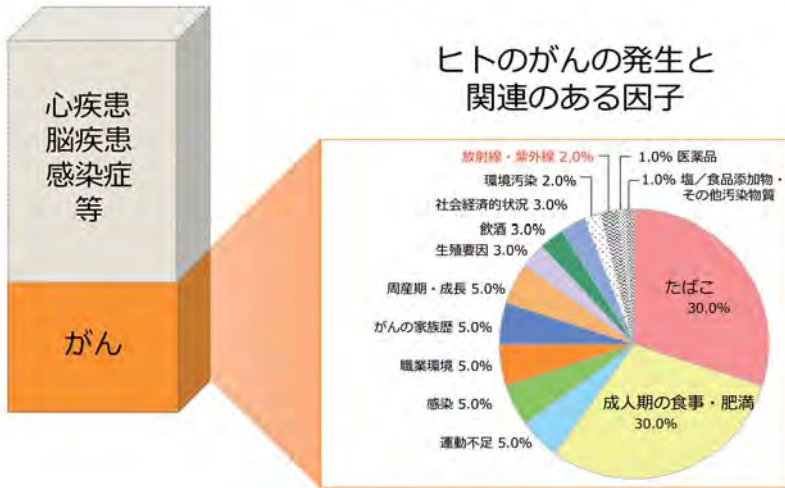
つまり1,000人の集団がいれば、このうちの300人はがんで亡くなっていることになります。この1,000人の集団全員が100ミリシーベルトを受けたとして放射線によるがんでの死亡確率を試みに計算して加算すると、生涯で305人ががんで死亡すると推定できます。

しかし実際には、1,000人中300人という値も年や地域によって変動しますし<sup>1</sup>、今のところがんの原因が放射線であるかどうかを確認する方法は確立されていません。そのため、この100ミリシーベルト以下の増加分、つまり最大で1,000人中5人という増加分について実際に検出することは大変難しいと考えられています。

1. 2010年度の年齢調整死亡率を県別で比較すると、対人口10万人で女性では、248.8人 (長野県) から304.3人 (青森県)、男性では477.3人 (長野県) から662.4人 (青森県) とばらつきます。そのうち、がんが死因である割合を調べると、これも男性では29.0% (沖縄県) から35.8% (奈良県)、女性では29.9% (山梨県) から36.1% (京都府) とばらつきが見られます。

本資料への収録日：2013年3月31日

改訂日：2019年3月31日



出典：Cancer Causes and Control. 1996, 7, S55-S58 より作成

私たちは様々ながんの原因に囲まれて暮らしています。図の円グラフはアメリカのデータですが、食事やたばこが、がんの発生に密接に関わっているという知見が得られています。放射線を受けると、これに放射線によるリスクが上乗せされるので、がん発生のリスクという面からだけいえば、放射線を受けないに越したことはないということになります。

X（エックス）線検査をしない、飛行機に乗らないようにするといった選択をすることも可能ですが、そうすると、疾患の早期発見ができなかったり、生活が不便になったりします。また、そのような選択をすることで、がんになる危険性が劇的に減るということもありません。なぜなら、放射線以外にもがんになる原因が身の回りにいろいろあるからです。

（関連ページ：上巻 P102「がんのリスク（放射線）」、上巻 P103「がんのリスク（生活習慣）」）

本資料への収録日：2013年3月31日

改訂日：2019年3月31日

## リスク がんのリスク（放射線）

放射線の線量 (ミリシーベルト)	がんの相対リスク※
1,000 ~ 2,000	1.8 [1,000mSv当たり1.5倍と推計]
500 ~ 1,000	1.4
200 ~ 500	1.19
100 ~ 200	1.08
100 未満	検出困難

出典：国立がん研究センターウェブサイトより作成

※放射線の発がんリスクは広島・長崎の原爆による瞬間的な被ばくを分析したデータ（固形がんのみ）であり、長期にわたる被ばくの影響を観察したものではありません。

※相対リスクとは、ある原因（ここでは被ばく）により、それを受けた個人のリスクが何倍になるかを表す値です。

この図は、国立がん研究センターが発表した放射線の被ばく線量によって、がんの相対リスクがどの程度高くなるかを示した表です。

放射線の被ばく線量が1,000~2,000ミリシーベルトでは1.8倍、500~1,000ミリシーベルトでは1.4倍、200~500ミリシーベルトでは1.19倍高まると推計されています。

一方、100ミリシーベルト未満では、発がんリスクを検出することが極めて難しいと考えられています。

（関連ページ：上巻 P103 「がんのリスク（生活習慣）」）

本資料への収録日：2013年3月31日

改訂日：2019年3月31日

生活習慣因子	がんの相対リスク※1
喫煙者	1.6
大量飲酒（450g以上/週）※2	1.6
大量飲酒（300～449g以上/週）※2	1.4
肥満（BMI≥30）	1.22
やせ（BMI<19）	1.29
運動不足	1.15～1.19
高塩分食品	1.11～1.15
野菜不足	1.06
受動喫煙（非喫煙女性）	1.02～1.03

出典：国立がん研究センターウェブサイトより作成

※1 相対リスクとは、ある原因（ここでは生活習慣）により、それを受けた個人のリスクが何倍になるかを表す値です。

※2 飲酒については、エタノール換算量を示しています。

この図は、国立がん研究センターが発表した生活習慣によるがんの相対リスクを示した表です。

喫煙や大量飲酒の習慣がある人は、そうでない人と比べてがんの相対リスクが1.6倍高くなると推計されています。また肥満では1.22倍、運動不足では1.15～1.19倍、野菜不足では1.06倍、それぞれがんの相対リスクが高くなると推計されています。

（関連ページ：上巻 P101「発がんに関連する因子」、上巻 P102「がんのリスク（放射線）」）

本資料への収録日：2013年3月31日

改訂日：2019年3月31日



確定的影響（組織反応）の中でもしきい線量の低いものに、胎児影響があります。妊婦が被ばくした場合、子宮内を放射線が通過したり、放射性物質が子宮内に移行したりすれば、胎児も被ばくする可能性があります。

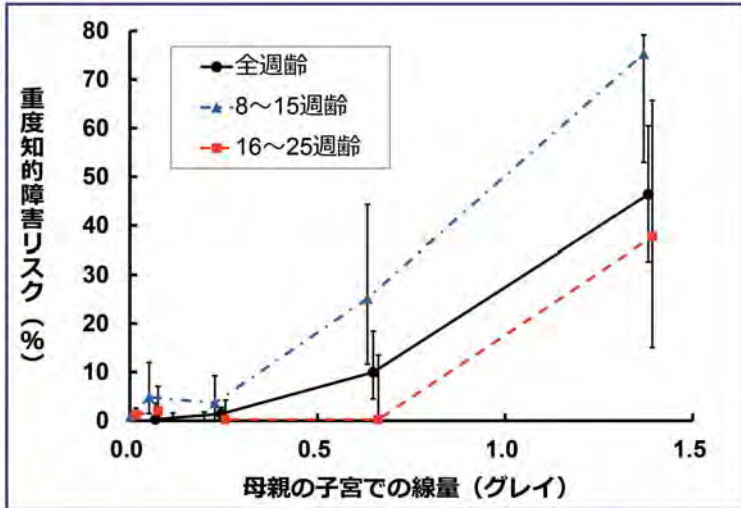
胎児期は放射線感受性が高く、また影響の出方に時期特異性があることが分かっています。妊娠のごく初期（着床前期）に0.1グレイ以上被ばくすると、流産が起こることがあります。

この時期を過ぎてからの被ばくでは、流産の可能性は低くなりますが、赤ちゃんの体が形成される時期（器官形成期）に0.1グレイ以上被ばくすると、器官形成異常（奇形）が起こることがあります。脳が活発に発育している時期（胎児前期）に0.3グレイ以上被ばくすると、精神発達遅滞の危険性があります（上巻P105「精神発達遅滞」）。

放射線への感受性が高い時期は、妊婦が薬をむやみに服用しないようにと指導されている時期と一致します。安定期に入るまでのこの時期は、薬同様、放射線の影響も受けやすい時期になります。こうした胎児への影響は0.1グレイ以上の被ばくで起こります。なお、国際放射線防護委員会（ICRP）は、2007年の勧告の中で「胚／胎児への0.1グレイ未満の吸収線量は妊娠中絶の理由と考えるべきではない」という考え方を示しています。0.1グレイはγ（ガンマ）線やX（エックス）線を一度に100ミリシーベルト受けた場合に相当します。なお、胎児の被ばく線量は母体の被ばく線量と必ずしも同じではありません。被ばく線量に応じて、がんや遺伝性影響といった確率的影響のリスクも高まります。

本資料への収録日：2013年3月31日

改訂日：2021年3月31日

原爆被爆者  
データ

出典：放射線影響研究所ウェブサイト「胎内被爆者の身体的・精神的発育と成長」  
([https://www.rerf.or.jp/programs/roadmap/health\\_effects/uteroexp/physment/](https://www.rerf.or.jp/programs/roadmap/health_effects/uteroexp/physment/)) より作成

胎児影響の時期特異性については、原爆により胎内被ばくした集団の健康調査で明らかになりました。

これは、原爆投下時の胎齢と精神発達への影響との関係を調べたグラフです。

原爆被爆時の胎齢が8～15週齢の場合、放射線感受性が高く、子宮内での線量が0.1グレイから0.2グレイの間にしきい値があるように見えます。これ以上の線量域では、線量の増加に応じて重度知的障害の発生率が上がっていることが分かります。

しかし16～25週齢だった子供たちは、0.5グレイ程被ばくした場合でも重度な知的障害は見られず、1グレイを超えるような被ばくでは、かなりの頻度で障害が発生することが分かりました。

つまり、同じ量の被ばくをしても、8～15週齢で被ばくした場合と、16～25週齢での被ばくでは、障害の発生率が異なります。

(関連ページ：上巻 P104 「確定的影響（組織反応）と時期特異性」)

本資料への収録日：2013年3月31日

改訂日：2021年3月31日

## チェルノブイリ原発事故の際、妊娠中だった母親から 生まれた子供に関する調査



### 調査対象

- ①胎内被ばくした子供138人と親（胎内被ばく群：被ばくした集団）
- ②ベラルーシの非汚染地域の子供122人と親（対照群：被ばくしていない集団）

子供の 精神発達	6～7歳時点		10～11歳時点	
	①胎内被ばく群	②対照群	①胎内被ばく群	②対照群
言語障害	18.1%	8.2%	10.1%	3.3%
情緒障害	20.3%	7.4%	18.1%	7.4%
IQ=70～79	15.9%	5.7%	10.1%	3.3%

- 精神発達において、胎内被ばく群と対照群との間に有意な差が見られたが、被ばくした線量と知能指数の間に相関がなかったことから、避難に伴う社会的要因が原因と考えられた
- 親の極度の不安と子供の情緒障害の間には相関が見られた

妊娠中の放射線被ばくは、胎児及び成長後の小児の知能指数に直接影響していないと考えられる

出典：Kolominsky Y et al., J Child Psychol Psychiatry, 40（2）:299-305, 1999より作成

ベラルーシの研究者らは、チェルノブイリ原発事故の際、妊娠中で原発のそばに住んでいた母親から生まれた子供138人と、妊娠中でほとんど被ばくしなかった母親から生まれた子供122人を対象に、胎児被ばくがその後の精神発達に及ぼす影響について6～7歳の時点と10～11歳の時点の2回調査しました。

2回の調査とも、胎内被ばく児では非被ばく児に比べて、言語障害、情緒障害の頻度が、統計学的に有意に多かったという結果が得られています。

知能指数の平均も、非被ばく児に比べ平均以上の子供が少なく、正常と精神発達遅滞との境界域の子供が明らかに多いという結果でした。

しかし、胎児期の甲状腺への吸収線量の推定値と知能指数には相関がなく、汚染された地域からの避難に伴う社会心理学的、社会文化的要因（保護者の教育レベルや学校教育等）といった、被ばく以外の要因が原因である可能性が示唆されており、妊娠中の放射線被ばくが、胎児及び成長後の子供の知能指数に直接影響している可能性は低いと考えられています。

なお、親に対するストレス評価指標調査の結果、親の不安と子供の情緒障害の間には明らかな相関が認められました。

本資料への収録日：2013年3月31日

改訂日：2019年3月31日



## チェルノブイリ原発事故によって奇形は増加したか？



チェルノブイリ原発事故前後における、欧州奇形児・双子登録データベースの比較

**欧州先天異常監視機構（EUROCAT）9カ国18地域：**  
事故前後で奇形発生頻度に変化なし

**フィンランド、ノルウェー、スウェーデン：**  
事故前後で奇形発生頻度に変化なし

**ベラルーシ：**  
汚染地域かどうかに関わらず流産児の奇形登録増加  
報告者バイアスの可能性あり\* 1

**ウクライナ： 今世紀にEUROCAT参加**  
Rivne州のポーランド系孤立集落で神経管欠損増加  
放射線に加え、葉酸欠乏、アルコール依存症、近親  
婚等の影響を評価する必要あり\* 2

出典：\* 1 :Stem Cells 15 (supple 1): 255, 1997 \* 2 :Pediatrics 125:e836, 2010

チェルノブイリ原発事故前後の先天奇形の発生頻度については、様々な報告がなされています。欧州先天異常監視機構（EUROCAT）や、フィンランド、ノルウェー、スウェーデンの先天異常に関するデータベースを事故前後で比較した結果、原発事故前後で奇形発生頻度に変化は見られませんでした。

ウクライナの Rivne 州北部には汚染地域で自給自足の生活を送っている人たちがいます。彼らの間で神経管欠損が増えているという報告があり、放射線によるものかどうかについての評価が待たれています。

本資料への収録日：2013年3月31日

改訂日：2019年3月31日

■放射線による生殖腺（生殖細胞）への影響

○遺伝子突然変異  
DNAの遺伝情報の変化（点突然変異）

○染色体異常  
染色体の構造異常  
※ヒトでは子孫の遺伝病の増加は証明されていません

■遺伝性影響のリスク(子と孫の世代まで)  
= 約0.2%/グレイ(1グレイ当たり1,000人中2人)  
(国際放射線防護委員会 (ICRP) 2007年勧告)



この値は、以下のデータを用いて間接的に推定されている

- ・ヒト集団での各遺伝性疾患の自然発生頻度
- ・遺伝子の平均自然突然変異率（ヒト）、平均放射線誘発突然変異率（マウス）
- ・マウスの放射線誘発突然変異からヒト誘発遺伝性疾患の潜在的リスクを外挿する補正係数

■生殖腺の組織加重係数（国際放射線防護委員会(ICRP)勧告）  
0.25(1977年)→0.20(1990年)→0.08(2007年)

動物実験では親に高線量の放射線を照射すると、子孫に出生時障害や染色体異常等が起こることがあります。しかし人間では、両親の放射線被ばくが子孫の遺伝病を増加させるという証拠は見つかっていません。国際放射線防護委員会（ICRP）では、1グレイ当たりの遺伝性影響のリスクは0.2%と見積もっています。これはがんの死亡リスクの20分の1にも満たない値です。さらに、ICRPは自然発生的な突然変異確率を2倍に増加させる被ばく線量（倍加線量）がヒトとマウスで同じ1Gyであると仮定していますが、ヒトで遺伝性影響が確認できていないことから、過大評価である可能性もあります。

原爆被爆者二世を対象として、寿命調査、健康影響調査や様々な分子レベルの調査が行われています。こうした調査結果が明らかになるにつれ、従来心配されていたほどには遺伝性影響のリスクは高くないことが分かってきたため、生殖腺の組織加重係数の値も、最近の勧告ではより小さい値に変更されています。

本資料への収録日：2013年3月31日

改訂日：2019年3月31日



## 原爆被爆者の子供における安定型染色体異常

異常の起源	染色体異常を持った子供の数 (割合)	
	対照群 (7,976人)	被ばく群 (8,322人) 平均線量は0.6グレイ
両親のどちらかに由来	15 (0.19%)	10 (0.12%)
新たに生じた例	1 (0.01%)	1 (0.01%)
不明 (両親の検査ができなかった)	9 (0.11%)	7 (0.08%)
<b>合計</b>	<b>25 (0.31%)</b>	<b>18 (0.22%)</b>

出典：放射線影響研究所ウェブサイト「被爆者の子供における染色体異常（1967－1985年の調査）」  
([https://www.rerf.or.jp/programs/roadmap/health\\_effects/geneefx/chromosomeab/](https://www.rerf.or.jp/programs/roadmap/health_effects/geneefx/chromosomeab/)) より作成

原爆被爆二世の健康影響調査で、重い出生時障害、遺伝子の突然変異や染色体異常、がん発生率、がんやそのほかの疾患による死亡率等について調べられていますが、どれも対照群との差は認められていません。

安定型染色体異常は細胞分裂で消失することがなく、子孫に伝わる形の染色体異常です。両親の少なくともどちらかが爆心地から2,000m以内で被ばく（推定線量が0.01グレイ以上）した子供（被ばく群）8,322人の調査では、安定型染色体異常を持つ子供は18人でした。一方、両親とも爆心地から2,500m以遠で被ばく（推定線量0.005グレイ未満）したが、両親とも原爆時に市内にいなかった子供（対照群）7,976人では、25人に安定型染色体異常が認められました。

しかし、その後の両親及び兄弟姉妹の検査により、染色体異常の大半は新しく生じたものではなく、どちらかの親がもともと異常を持っていて、それが子供に遺伝したものであることが明らかとなりました。こうしたことから、親の被ばくにより、生殖細胞に新たに安定型染色体異常が生じ、二世に伝わるといった影響は、原爆被爆者では認められないことが分かりました。

（関連ページ：上巻 P89 「DNA →細胞→人体」）

本資料への収録日：2013年3月31日

改訂日：2022年3月31日

	がん生存者の子供 (6,129名)		患者兄弟の子供 (3,101名)	
	症例数	頻度	症例数	頻度
染色体異常	7	0.1%	6	0.2%
メンデル遺伝病	14	0.2%	8	0.3%
奇形	136	2.2%	97	3.1%
計	157	2.6%	111	3.6%

※がん生存者の生殖腺平均線量は、女性1.26Gy、男性0.46Gy

出典：Green DM et al. J Clin Oncol Vol.27, 2009: 2374-2381. より作成

© 2009 American Society of Clinical Oncology  
 Green DM et al. Journal of Clinical Oncology 2009 27:14, 2374-2381  
<https://ascopubs.org/doi/10.1200/JCO.2008.21.1839>  
 Wolters Kluwer Health, Inc. and its Societies take no responsibility for the accuracy of the translation  
 from the published English original and are not liable for any errors which may occur.

この表は、米国 / カナダの小児がん治療生存者の子供に対する調査結果です。原爆被爆二世調査と同じく、染色体異常、メンデル遺伝病、奇形の過剰発症は認められません。マウスの遺伝性影響研究を元に、ICRP は、放射線による遺伝性疾患の倍加線量を1グレイと評価していますが、この調査結果は、生殖腺の平均線量から予測される染色体異常やメンデル遺伝病の増加を示していません。

出典

- D.M. Green et al.: J. Clin. Oncol. 27: 2374-2381, 2009.

本資料への収録日：2018年2月28日

改訂日：2019年3月31日

		父親の線量(Gy)			
		<0.01	0.01-0.49	0.5-0.99	>=1
母親の線量(Gy)	<0.01	2,257/45,234 (5.0%)	81/1,614 (5.0%)	12/238 (5.0%)	17/268 (6.3%)
	0.01-0.49	260/5,445 (4.8%)	54/1,171 (4.6%)	4/68 (5.9%)	2/65 (3.1%)
	0.5-0.99	44/651 (6.8%)	1/43 (2.3%)	4/47 (8.5%)	1/17 (5.9%)
	>=1	19/388 (4.9%)	2/30 (6.7%)	1/9 (11.1%)	1/15 (6.7%)

出典：M. Ohtake et al.: *Radiat. Res.* 122: 1-11, 1990. より作成

原爆被爆により生殖系列細胞のゲノムに誘発された遺伝子変異が、受精後の胚や胎児や新生児の成長に障害をもたらす可能性を調査するため、1948年～54年に新生児調査が実施されました。しかし、放射線の影響は観察されませんでした<sup>1</sup>。

小児がん生存者の子供の疫学調査（上巻 P110 「小児がん治療生存者の子供に対する調査」）の中で、米国 / カナダ<sup>2, 3</sup>やデンマーク<sup>4, 5</sup>で出生時異常などの調査が実施されています。これらの調査でも、男親の被ばくによる先天奇形や死産のリスクは観察されていません。一方、女親の卵巣・子宮の10Gy以上の被ばくでは、子宮機能の低下による早産、死産が増加していました<sup>3</sup>。

1. M. Ohtake et al.: *Radiat. Res.* 122: 1-11, 1990.
2. L.B. Signorello et al.: *J. Clin. Oncol.* 30: 239-45, 2012.
3. L.B. Signorello et al.: *Lancet* 376(9741): 624-30, 2010.
4. J.F. Winther et al.: *J. Clin. Oncol.* 30:27-33, 2012.
5. J.F. Winther et al.: *Clin. Genet.* 75: 50-6, 2009.

本資料への収録日：2018年2月28日

改訂日：2019年3月31日

## ■ 20歳までに発症した悪性腫瘍による死亡

41,066名の追跡調査の結果、親の生卵線量（平均0.435Sv）と死亡との関連はありませんでした。

（出典：Y. Yoshimoto et al.: *Am J Hum Genet* 46: 1041-1052, 1990より作成）

## ■ がんの罹患率（1958年—1997年）

40,487名の追跡調査の結果、575件の固形腫瘍、68件の血液腫瘍が発症していましたが、親の線量との関連はありませんでした。（調査継続中）

（出典：S. Izumi et al.: *Br J Cancer* 89: 1709-13, 2003より作成）

## ■ がんによる死亡

1946年-2009年の観察期間で、75,327名の追跡調査の結果、1,246件のがんによる死亡が発生していましたが、親の線量との関連はありませんでした。

（出典：E. Grant et al.: *Lancet Oncol* 16: 1316-23, 2015より作成）

## ■ 生活習慣病有病率（2002年—2006年）

約12,000名の臨床横断調査の結果、生活習慣病と親の線量との関連はありませんでした。（調査継続中）

（出典：S. Fujiwara et al.: *Radiat Res* 170: 451-7, 2008より作成）

放射線影響研究所では、親の被ばくが、子孫の多因子疾患である生活習慣病を増加させるかどうかを追跡調査しています。これまで、20歳までに発症した悪性腫瘍の調査<sup>1</sup>、がんの調査<sup>2,3</sup>、生活習慣病の調査<sup>4</sup>が行われてきましたが、放射線の影響は観察されていません。

1. Y. Yoshimoto et al.: *Am J Hum Genet* 46: 1041-1052, 1990.

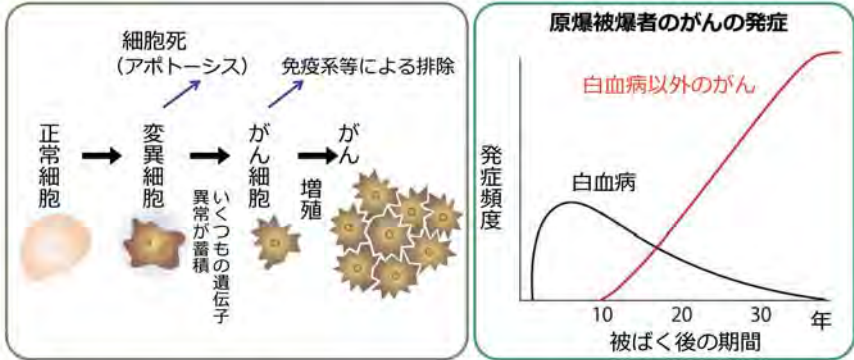
2. S. Izumi et al.: *Br J Cancer* 89: 1709-13, 2003.

3. E. Grant et al.: *Lancet Oncol* 16: 1316-23, 2015.

4. S. Fujiwara et al.: *Radiat Res* 170: 451-7, 2008.

本資料への収録日：2018年2月28日

改訂日：2023年3月31日



- ・放射線はがんを起こす様々なきっかけの一つ
- ・変異細胞ががんになるまでには、いろいろなプロセスが必要  
→ 数年～数十年掛かる

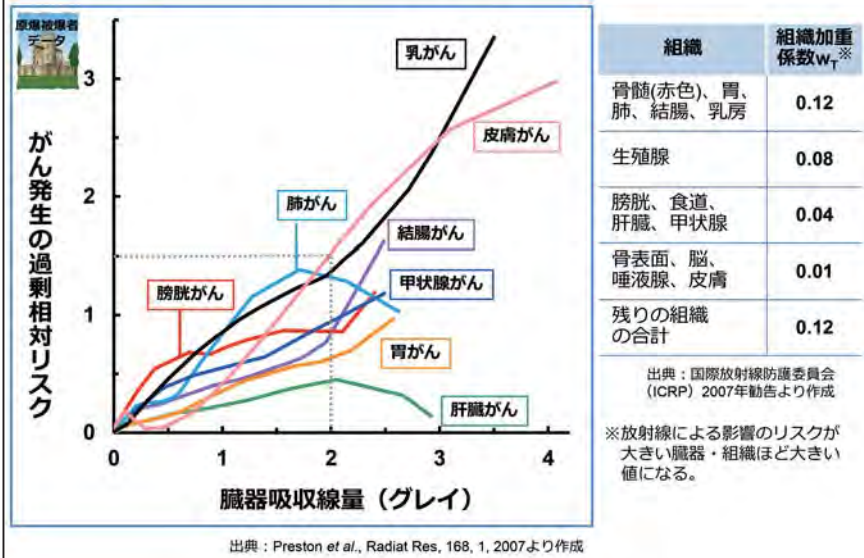
放射線ばかりではなく、様々な化学物質や紫外線等にも DNA を傷つける作用があります。しかし、細胞には傷ついた DNA を修復する仕組みがあり、大抵の傷は元どおりに修復されます。また、修復に失敗した場合でも、その細胞を排除する機能が備わっています（上巻 P88 「DNA の損傷と修復」）。

ごく稀に、修復に失敗した細胞が、変異細胞として体の中に生き残ることがあります。たまたま生き残った細胞に遺伝子の変異が蓄積し、がん細胞となることがありますが、それには長い時間が掛かります。原爆被爆者では、被ばく後 2 年頃から白血病が増加し始めましたが、その後発生頻度は低くなっています。一方、固形がんは、約 10 年の潜伏期間を経て増加し始めています。

（関連ページ：上巻 P90 「被ばく後の時間経過と影響」）

本資料への収録日：2013年3月31日

改訂日：2019年3月31日



この図は、原爆被爆者を対象に、各臓器にどれだけの線量を受けるとがんのリスクがどれだけ増加するかを調べたものです。横軸は、原爆投下時の高線量率1回被ばくによる臓器吸収線量です。縦軸は、過剰相対リスクといて、被ばくしていない集団と比べて、被ばくした集団ではどのくらいがん発症のリスクが増加するかを調べたものです。

例えば、臓器吸収線量が2グレイの場合は、皮膚がんの過剰相対リスクが1.5となっていますので、放射線を受けなかった集団と比べて1.5倍過剰に発症のリスクが上昇していることを意味しています（つまり、2グレイ被ばくした集団では皮膚がん発症の相対リスクは、放射線を受けていない集団（1倍）に比べて2.5倍（1倍+1.5倍）となります）。

こうした疫学研究の結果から、乳腺、皮膚、結腸等は、放射線によってがんを発症しやすい組織・臓器であることが分かりました。国際放射線防護委員会（ICRP）の2007年勧告では、臓器の感受性やがんの致死性等も考慮し、組織加重係数を定めています。

（関連ページ：上巻 P99「相対リスクと寄与リスク」）

本資料への収録日：2013年3月31日

改訂日：2019年3月31日



## 子供は小さな大人ではない

	ヨウ素131の 預託実効線量係数※1 ( $\mu\text{Sv/Bq}$ )	ヨウ素131を100Bq 摂取したときの 預託実効線量( $\mu\text{Sv}$ )	ヨウ素131を100Bq 摂取したときの 甲状腺等価線量※2( $\mu\text{Sv}$ )
3か月児	0.18	18	450
1歳児	0.18	18	450
5歳児	0.10	10	250
大人	0.022	2.2	55

※1：代謝や体格の違いから、子供は預託実効線量係数が高い  
 ※2：甲状腺の組織加重係数は0.04から算出

出典：国際放射線防護委員会（ICRP），ICRP Publication 119，  
Compendium of Dose Coefficients based on ICRP Publication 60，2012  
より作成

**子供では大人と比較して、甲状腺や  
皮膚のがんリスクが高くなる**

$\mu\text{Sv/Bq}$ : マイクロシーベルト/ベクレル



大人の場合、骨髄、結腸、乳腺、肺、胃という臓器は、放射線被ばくによってがんが発症しやすい臓器ですが、子供の場合は、甲状腺や皮膚も放射線被ばくによるがんリスクが高いことが分かってきました。

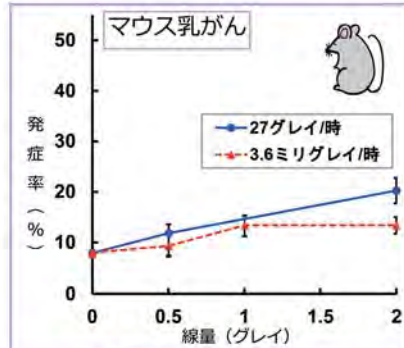
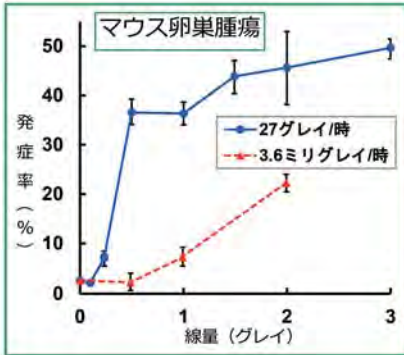
特に、子供の甲状腺は放射線に対する感受性が高い上に（上巻 P127「甲状腺について」）、摂取放射エネルギー（ベクレル）当たりの預託実効線量が大人よりもはるかに大きいので、1歳児の甲状腺の被ばく線量が、緊急時の防護策を考える基準に取り入れられています。また、摂取放射エネルギー（ベクレル）当たりの預託実効線量係数は、大人よりもはるかに大きい数値が採用されています。

（関連ページ：上巻 P120「被ばく時年齢と発がんリスクの関係」）

本資料への収録日：2013年3月31日

改訂日：2015年3月31日

## 低線量率被ばくの発がんへの影響



出典：国連科学委員会（UNSCEAR）1993より作成

低線量・低線量率のリスク  
 =  $\frac{\text{高線量・高線量率のリスク}}{\text{線量・線量率効果係数}}$

機関	線量・線量率効果係数
国連科学委員会 (UNSCEAR)1993	3より小さい (1~10)
全米科学アカデミー (NAS)2005	1.5
国際放射線防護委員会 (ICRP)1990,2007	2

原爆被爆者の調査では、大量の放射線を一度に被ばくした場合の影響を調べています。しかし職業被ばくや、事故による環境汚染からの被ばくの多くは、慢性的な低線量率での被ばくになります。

そこで、マウスを用いて、一度に大量の放射線を受けた場合と、じわじわと少しずつ受けた場合とでは、放射線による発がんのリスクにどのくらいの違いがあるのかを調べる実験が行われました。その結果、がんの種類によって、結果に違いはあるものの、概してじわじわと少しずつ被ばくするほうが影響が小さいことが分かってきました。

線量・線量率効果係数は、それぞれ高線量のリスク（被ばく線量と発生率）から、実際のデータがない低線量におけるリスクを予想する際、あるいは急性被ばくのリスクから慢性被ばくや反復被ばくのリスクを推定する際に用いられる補正值です。この値をいくつにして放射線防護を考えれば良いのかについては、研究者によって様々な意見がありますが、国際放射線防護委員会（ICRP）の勧告では、補正值として2が使われており、少しずつ被ばくした場合は、一度に被ばくした場合に比べ、同じ線量を受けた場合でも、影響は半分になるとしています。

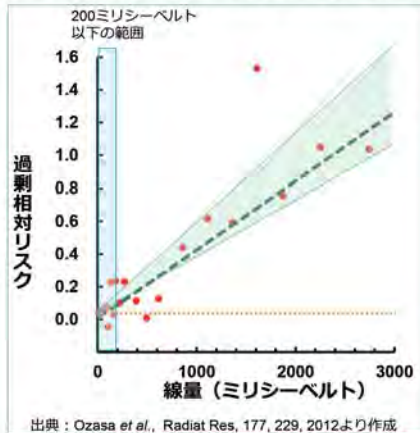
（関連ページ：上巻 P124 「低線量率長期被ばくの影響」）

本資料への収録日：2013年3月31日

改訂日：2019年3月31日



## 固形がんによる死亡（原爆被爆者での結果）



過剰相対リスク：放射線を受けなかった集団に比べ、放射線を受けた集団ではどのくらいがん発生のリスクが増加したかを調べたもの

原爆被爆者の健康影響調査の結果から、被ばくした線量が増えると、発がんのリスクが高まることが知られています。固形がんリスクに関する最新の原爆被爆者の疫学調査では、がん罹患リスクは100ミリシーベルト以上で<sup>1</sup>、がん死亡リスクは200ミリシーベルト以上で<sup>2</sup>、線量とリスクに比例関係が見られます。

しかし100～200ミリシーベルトよりも低い線量における関係性については、研究者によっても意見が分かれています。例えば、線量とがんリスクは比例関係にあるのか、それとも実質的なしきい値が存在するのか、あるいは別の相関があるのかは、今後の研究によって明らかになることが期待されます。

（関連ページ：上巻 P99 「相対リスクと寄与リスク」、上巻 P164 「LNT モデルをめぐる論争」）

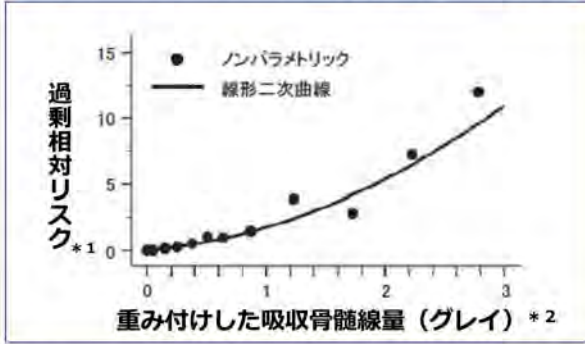
1. E. J. Grant et. al., "Solid Cancer Incidence among the Life Span Study of Atomic Bomb Survivors: 1958-2009" RADIATION RESEARCH 187, 513-537 (2017)
2. K. Ozasa et. al., "Studies of the Mortality of Atomic Bomb Survivors, Report 14, 1950-2003: An Overview of Cancer and Noncancer Diseases" RADIATION RESEARCH 177, 229-243 (2012)

本資料への収録日：2013年3月31日

改訂日：2018年2月28日



広島・長崎原爆被爆者における白血病の線量反応



※1：放射線被ばくを受けた場合の死亡率（または罹患率）の、被ばくを受けなかった場合の死亡率（または罹患率）に対する増加分を示す指標。放射線被ばくによって何倍増えたかを示す。

※2：白血病の場合、重み付けした骨髄線量（中性子線量を10倍したものとγ（ガンマ）線量の和）を使用

出典：Wan-Ling Hsu et al. The Incidence of Leukemia, Lymphoma and Multiple Myeloma among Atomic Bomb Survivors: 1950–2001, RADIATION RESEARCH 179, 361–382 (2013)より作成

原爆被爆者の調査の結果から、慢性リンパ性白血病及び成人T細胞白血病を除いた白血病の線量反応関係は二次関数的であり、線量が高くなるほどリスク上昇が急になる凹型の線量反応が示されています（図中の線形二次曲線）。一方、低線量では、単純な線形線量反応で予測されるよりもリスクは低くなると考えられています。

図中には骨髄吸収線量の線量階級別に求めた過剰相対リスクが黒い点で示されており、線形二次線量反応モデルに基づく過剰相対リスクは黒いラインで示されています。

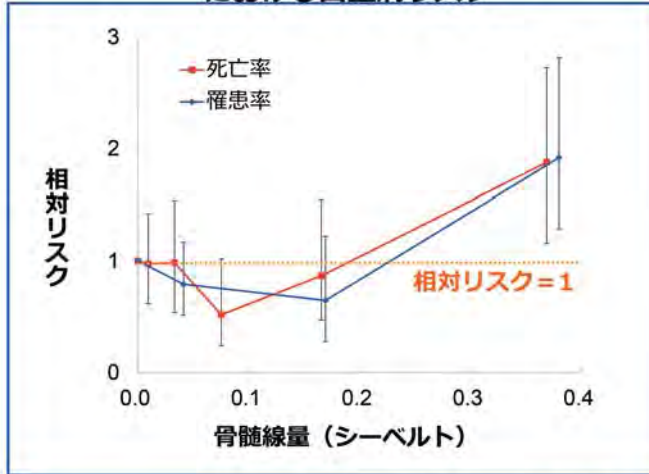
（関連ページ：上巻 P99 「相対リスクと寄与リスク」）

本資料への収録日：2013年3月31日

改訂日：2018年2月28日



## 0.4シーベルト以下の線量域での原爆被害者における白血病リスク



出典：国連科学委員会（UNSCEAR）2006年報告書より作成

原爆被爆者における白血病の相対リスク（被ばくしていない人を1としたとき、被ばくした人のリスクが何倍になるかを表したもの）をみると、骨髄線量が0.2シーベルト以下ではリスクの増加は顕著ではありませんが、0.4シーベルト近くでは有意なリスクの増加が認められています。

（関連ページ：上巻 P99 「相対リスクと寄与リスク」）

本資料への収録日：2013年3月31日

改訂日：2021年3月31日



## 原爆被爆者の被ばく時年齢別の生涯リスク

被ばく時 年齢	性別	100mSv当たりの がん 死亡生涯リスク (%)	急性被ばくが ない時のがん 死亡生涯リスク (%)	100mSv当たりの 白血病 死亡生涯リスク (%)	急性被ばくが ない時の白血病 死亡生涯リスク (%)
10歳	男	2.1	30	0.06	1.0
	女	2.2	20	0.04	0.3
30歳	男	0.9	25	0.07	0.8
	女	1.1	19	0.04	0.4
50歳	男	0.3	20	0.04	0.4
	女	0.4	16	0.03	0.3

出典：

- Preston DL et al., Studies of mortality of atomic bomb survivors. Report 13: Solid cancer and noncancer disease mortality: 1950-1997. Radiat Res., 2003 Oct;160(4):381-407.

- Pierce DA et al., Studies of the mortality of atomic bomb survivors. Report 12, Part I. Cancer: 1950-1990. Radiat Res., 1996 Jul;146(1):1-27. より作成

この表は、放射線のリスクについて、原爆被爆者の疫学調査で得られたデータに基づき、がんによる死亡のリスクを生涯リスクとして表したものです。具体的には、急性被ばく100ミリシーベルト当たりのがん死亡と白血病による死亡の生涯リスクを、急性被ばくの無い場合、つまり自然のバックグラウンド線量によるそれぞれの死亡リスクと比較しています。

表から次のようなことが読み取れます。例えば、10歳の男子は、将来30%の確率でがん死亡する可能性があるところ（表の10歳男性のバックグラウンドがん死亡リスク30%）、急性被ばくとして100ミリシーベルトを被ばくすると、被ばくによるがん死亡が2.1%増加して、トータルでは、32.1%のがん死亡のリスクになることを意味しています。

表からは、100ミリシーベルトを急性被ばくした場合、被ばく時の年齢が低いほど、生涯のがんによる死亡のリスクが高い傾向がみられます。

その理由としては、若年者のほうが将来がん細胞に進展する可能性を持つ幹細胞の数が、また、細胞分裂をくり返す頻度が、それぞれ高年齢者と比較して多いことなどがあげられます。

（関連ページ：上巻 P115 「年齢による感受性の差」）

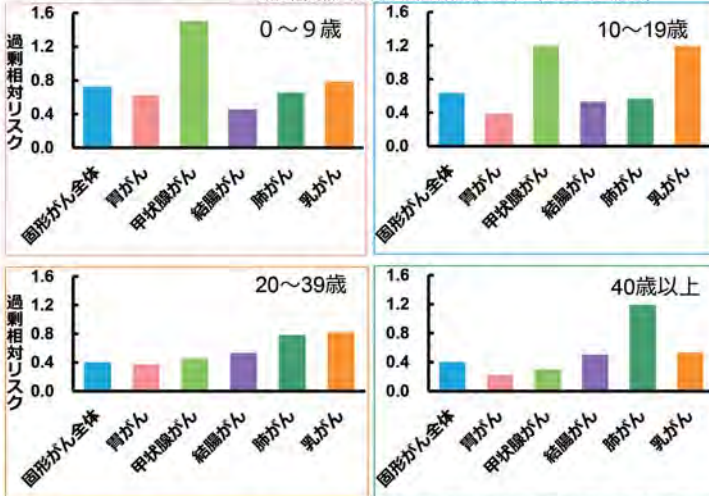
本資料への収録日：2013年3月31日

改訂日：2018年2月28日



被ばく時年齢ごとの発がん過剰相対リスク

※70歳時点での発がん過剰相対リスク（1グレイ当たり）



出典：Preston et al., Radiat Res, 168,1, 2007より作成

この図は、原爆被爆者の調査結果を用いて、70歳時点での、1グレイ当たりのがんの過剰相対リスク（被ばくしていない集団に比べ、被ばくした集団ではどのくらいがん発症のリスクが増加するかを表す値）を示しています。

被ばく時年齢によって、リスクが高いがんの種類に違いがあることが分かります。（関連ページ：上巻 P99 「相対リスクと寄与リスク」）

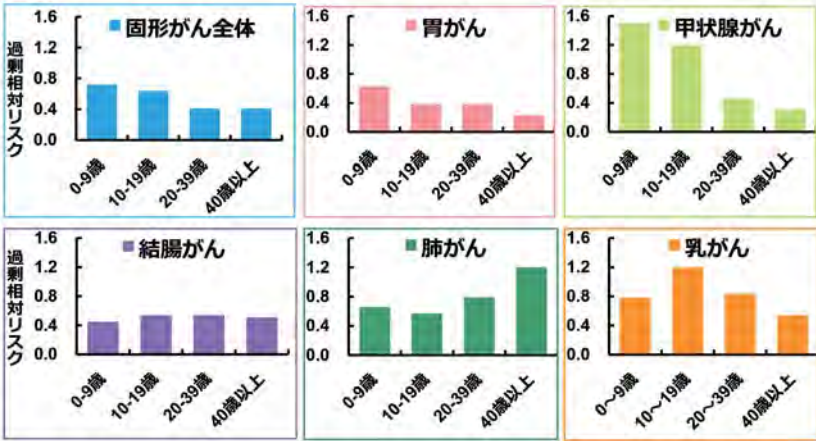
本資料への収録日：2013年3月31日

改訂日：2019年3月31日



がんの種類ごとの年齢による発がん過剰相対リスク

※70歳時点での発がん過剰相対リスク（1グレイ当たり）



出典：Preston *et al.*, *Radiat Res*, 168,1, 2007より作成

この図は、原爆被爆者の調査結果を用いて、70歳時点での、1グレイ当たりのがんの過剰相対リスク（被ばくしていない集団に比べ、被ばくした集団ではどのくらいがん発症のリスクが増加するかを表す値）を示しています。

例えば、固形がん全体の0～9歳の過剰相対リスクは0.7程度ですので、1グレイを浴びた集団では、放射線に被ばくしていない集団よりも過剰相対リスクが0.7増加することを意味しています。つまり、放射線に被ばくしていない集団のリスクが1なら、1グレイ被ばくした0～9歳の集団のリスクは1.7倍になることを意味しています。20歳以上では固形がん全体の過剰相対リスクは0.4程度ですので、1グレイ浴びたときにはリスクが放射線に被ばくしていない集団の1.4倍になります。

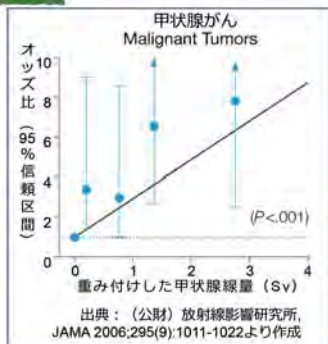
リスクは、被ばく年齢やがんの種類によって異なることが分かります。

（関連ページ：上巻 P99 「相対リスクと寄与リスク」）

本資料への収録日：2013年3月31日

改訂日：2019年3月31日





### 甲状腺微小乳頭がんの解析

mGy：ミリグレイ

重み付けした甲状腺線量	平均線量 (mGy)	対象 (人)	発見数 (人)	オッズ比※ (95%信頼区間)
<5mGy	—	755	33	1
5～100mGy	32	936	36	0.85 (0.52～1.39)
100～500mGy	241	445	22	1.12 (0.64～1.95)
500mGy<	1237	236	15	1.44 (0.75～2.67)

出典：Hayashi et al., Cancer, 116, 1646, 2010より作成

※オッズ比：ある事象の起こりやすさを2つの集団で比較したときの、統計学的な尺度。オッズ比が1より大きいとき、対象とする事象が起こりやすいことを示します。それぞれの集団である事象が起こる確率をp（第1集団）、q（第2集団）としたとき、オッズ比は次の式で与えられます。  

$$p \text{のオッズ} \div q \text{のオッズ} = p / (1-p) \div q / (1-q)$$
 95%信頼区間が1を含んでいなければ、統計学的に有意であるといえます。

原爆被爆者における甲状腺がんの発症についてオッズ比（ある事象の起こりやすさを2つの集団で比較したときの統計学的な尺度）を見てみると、線量が高くなるほど、甲状腺がんのリスクが高くなることが示されています。

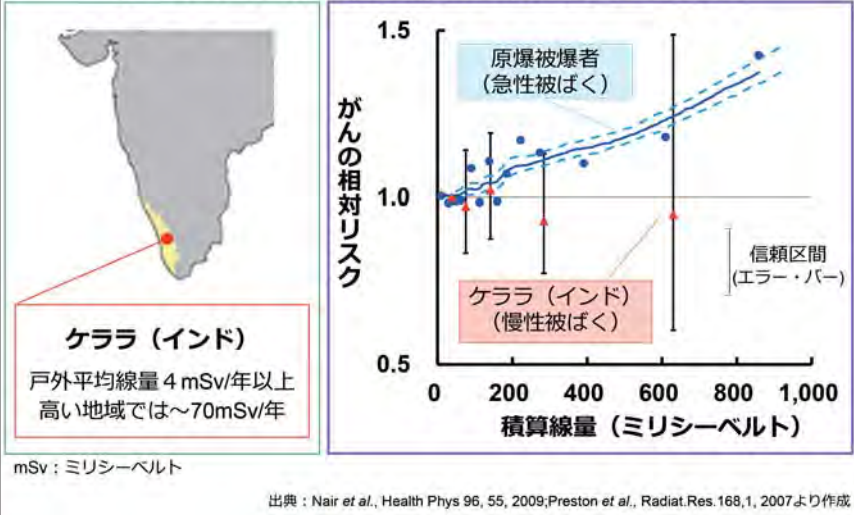
甲状腺微小乳頭がんに限った調査では、重み付けした甲状腺線量で100ミリグレイまではオッズ比が低く、100ミリグレイを超えるとオッズ比は1を若干超えることが示されていますが、有意な差は見られませんでした<sup>1, 2</sup>。（オッズ比が1より大きいとき、対象とする事象が起こりやすいことを示しますが、このデータでは95%信頼区間に1が含まれているため、統計学的に有意ではありません）。

1. M. Imaizumi, et al., "Radiation Dose-Response Relationships for Thyroid Nodules and Autoimmune Thyroid Diseases in Hiroshima and Nagasaki Atomic Bomb Survivors 55-58 Years After Radiation Exposure" JAMA 2006;295(9):1011-1022
2. Y. Hayashi, et al., "Papillary Microcarcinoma of the Thyroid Among Atomic Bomb Survivors Tumor Characteristics and Radiation Risk" Cancer April 1, 2010, 1646-1655

本資料への収録日：2013年3月31日

改訂日：2019年3月31日

## インド高自然放射線地域住民の発がん



低線量率被ばくと高線量率被ばくでは、影響の出方は違うと考えられています。

右図は原爆被爆者のデータと、ケララ（インド）のような高自然放射線地域住民のリスクを比較したのですが、ケララでは積算線量が数百ミリシーベルトになってもがんの相対リスク（被ばくしていない人を1としたとき、被ばくした人のがんリスクが何倍になるかを表した値）の増加が見られません。信頼区間（グラフ上のエラー・バー）の幅も非常に大きいことから、更なる検討が必要ですが、慢性被ばくの場合、急性被ばくよりもリスクが小さくなること示唆されます（上巻 P116「低線量率被ばくの発がんへの影響」）。

（関連ページ：上巻 P99「相対リスクと寄与リスク」）

本資料への収録日：2013年3月31日

改訂日：2018年2月28日



国	白血病症例数		全がん症例数		標準化罹患比 (SIR)	
	観察数	期待数	観察数	期待数	白血病	全がん
汚染地域の住民						
ベラルーシ	281	302	9,682	9,387	93	103
ロシア	340	328	17,260	16,800	104	103
ウクライナ	592	562	22,063	22,245	105	99

出典：国連科学委員会（UNSCEAR）2000年報告より作成

チェルノブイリ原発事故では様々な疾病について放射線影響健康調査が行われました。しかし、白血病については、事故との因果関係は現在までに確認されていません。

表は1986年から1987年にチェルノブイリ原発事故によって引き起こされた汚染地域の住民における1993年と1994年のがん罹患を分析した調査結果です。3か国において有意な増加が確認されませんでした。汚染地域とは、セシウム137沈着密度が1平方メートル当たり185キロボクレル（kBq/m<sup>2</sup>）以上の地域を指します。UNSCEAR2000年報告書では、放射線に関係した白血病のリスクの増加は、事故処理作業員でも汚染した地域の住民でもみられていないと報告しています。

その後、作業員について、統計学的には有意ではないものの白血病罹患率の相対リスクの上昇がみられたとの研究報告や、1986年に雇用された作業員とそれより線量が低かった1987年に雇用された作業員の白血病の罹患率を比較したところ、前者のグループは約2倍であったとの研究報告もみられました。このような報告はあるものの、UNSCEAR2008年報告書では有意な増加があることを説明するのに決定的であるというにはほど遠いとの見解を示しています。

一般公衆に関しては、胎児か小児期に被ばくした人々における白血病リスクに、測定可能な増加があることを示唆する説得力のある証拠は見いだされていないと報告しています。

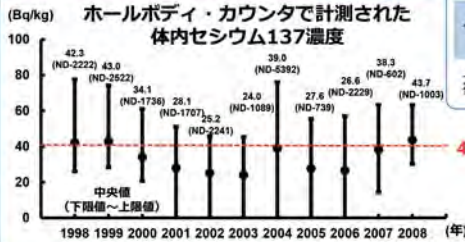
本資料への収録日：2019年3月31日



体内のセシウム137濃度の  
季節ごとの変化 (Bq/kg) と被験者数

	1998~2001年	2002~2005年	2006~2008年
3~5月	34.6 (ND-2154.9) 10,993	27.3 (ND-5392.2) 18,722	32.0 (ND-1757.1) 9,284
6~8月	71.5 (ND-399.0) 265	32.2 (ND-393.0) 268	21.2 (ND-271.1) 451
9~11月	40.9 (ND-2521.7) 9,590	33.5 (ND-1089.3) 8,999	44.2 (ND-2229.3) 4,080
12~2月	33.5 (ND-1735.8) 8,971	20.6 (ND-607.0) 6,603	39.8 (ND-1454.3) 6,404

上から平均値 (Bq/kg)、(検出下限値~検出上限値)、  
被験者数 (人)。NDは検出限界以下。



プリヤンスク州では、  
1998 ~ 2008年の間、  
年間平均40Bq/kgの  
内部被ばくを認めた

Bq/kg : ベクレルキログラム

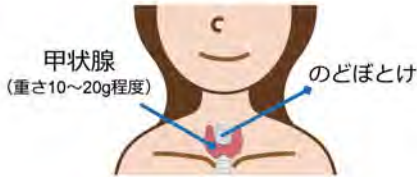
出典 : Sekitani et al., Radiat Prot Dosimetry, 141, 1, 2010より作成

1986年に起こったチェルノブイリ原子力発電所事故では、東京電力福島第一原子力発電所事故よりもはるかに大量の放射性物質が放出されました。事故当初、ソビエト連邦はこの事故を公表せず、周辺住民の避難措置等がとられませんでした。また、事故が起こった4月下旬には、旧ソ連の南部地域では既に放牧が行われていたため、牛乳の汚染等が起こりました。

1998年から2008年の間、ホールボディ・カウンタを用いて、プリヤンスク州の住民のセシウム137の体内放射能を測定した結果、期間中の体内セシウム137の中央値は20~50Bq/kgで推移しつつ、2003年まで低下していましたが、2004年から上昇傾向が見られています。これは、特に高度に汚染された地区の住民が2004年以降の測定対象に含まれたことや、立ち入り禁止区域の縮小に伴い、住民が汚染された森に入入りしやすくなっていることなどが一因と考えられますが、いずれにしても、チェルノブイリ原発事故では、セシウム137による被ばくが長期にわたって続いていることが分かります。

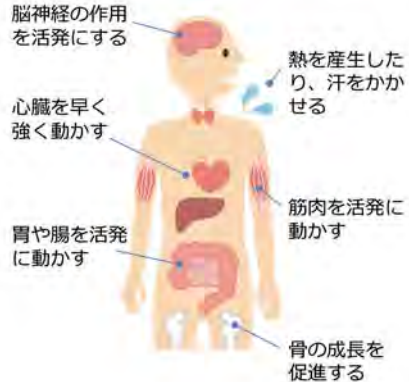
本資料への収録日：2013年3月31日

改訂日：2019年3月31日



- 甲状腺は首の下部中央（のどぼとけの下）にある。
- 食物などに含まれる「ヨウ素」を取り込んで、**甲状腺ホルモン**を作り、**血液の中に分泌**。

## 甲状腺ホルモンの働き



甲状腺は、首の下部中央（のどぼとけの下）にある重さ10~20g程度の小さな臓器です。羽を広げた蝶のような形をしていて、気管を取り囲むように位置しています。甲状腺は、血液中のヨウ素を能動的に取り込み、取り込んだヨウ素を主原料として甲状腺ホルモンを作ります。甲状腺で作られた甲状腺ホルモンは、血液中に分泌され、全身に運ばれて様々な働きをします。

甲状腺ホルモンには、体内のタンパク質合成やエネルギーの代謝の維持促進といった新陳代謝の役割と、子供の体や脳の発育・発達を促進する役割があります。

本資料への収録日：2017年3月31日

## ● ヨウ素 = 甲状腺ホルモンの原料

1食の摂取量	含まれるヨウ素量
昆布の佃煮 (5~10g)	10~20mg
昆布巻き (3~10g)	6~20mg
ひじき (5~7g)	1.5~2mg
わかめの吸い物 (1~2g)	0.08~0.15mg
海苔2分の1枚 (1g)	0.06mg
昆布だし (0.5~1g)	1~3mg
寒天 (1g)	0.18mg

### ヨウ素摂取量 食事摂取基準2015年版

推定平均必要量：0.095mg  
推奨量：0.13mg

・日本人の摂取量は  
推定約1~3mg/日



出典：Zava TT, Zava DT. Thyroid Res 2011; 4: 14.、「日本人の食事摂取基準（2015年版）策定検討会」報告書 厚生労働省、スーパー図解 甲状腺の病気、法研究 より作成

ヨウ素は甲状腺ホルモンの原料です。ヨウ素は日本人にとって身近な海藻や魚介類に多く含まれています。

厚生労働省発表の「日本人の食事摂取基準」では、ヨウ素は推定平均必要量が1日0.095mg、推奨量が1日0.13mgとされています。日本では、海藻や魚介類を多く摂取する食習慣があるため、必要量に対して十分にヨウ素を摂取していると考えられます（1日推定約1~3mg）。

日常的にヨウ素を摂取していると、常に甲状腺にヨウ素が足りている（充足）状態となります。ヨウ素充足状態では、新たにヨウ素を摂取した場合でもヨウ素の甲状腺への取り込み率は小さく、多くが尿として排出されることが分かっています。

そのため、原子力発電所事故等で放射性ヨウ素が放出された場合、日常的にヨウ素を摂取している集団では、放射性ヨウ素の甲状腺への蓄積が低く抑えられます。

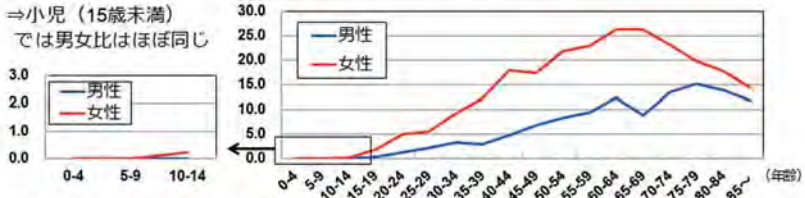
原子力事故等の緊急被ばく時に備え、放射性でないヨウ素を内服用に製剤化した安定ヨウ素剤の配布や事前配布の準備が進められています。

本資料への収録日：2017年3月31日

改訂日：2021年3月31日

- **女性に多い** (全国推定年齢調整罹患率 (対人口10万人) 2010)  
⇒女性：**11.5**、男性：**4.5** (人)

- **若年者から高齢者まで各年齢にみられる**  
(全国年齢階級別推定罹患率 (対人口10万人) 2010)



- **手術後の予後は多くの症例で良好** (部位別がん粗死亡率 (対人口10万人) 2010)

	甲状腺	胃	肝臓	肺	白血病
男性	0.9	53.5	34.9	81.8	7.9
女性	1.7	26.5	17.4	30.0	5.0

- **生涯にわたり健康に全く影響しない「潜在がん」がある**

出典：国立がん研究センターがん情報サービス「がん登録・統計」より作成

甲状腺がんは、他のがんと比較していくつの特徴がみられます。

一つの特徴として、全体として女性の罹患率が男性よりも高いこと (女性11.5人：男性4.5人、2010年、全国年齢調整罹患率 (対人口10万人)) があります。ただし15歳未満では男女比はほぼ同じです。

また、女性の乳がんは40～50歳代の患者が多く、胃がんは男女とも60歳以降に罹患率が高くなることが知られていますが、甲状腺がんは10歳代から80歳代まで幅広く分布していることが特徴です。また、甲状腺がんは多くを分化がんが占めており、部位別がん粗死亡率 (2010年、全国年齢階級別死亡率 (対人口10万人)、全年齢) が、他のがんと比べても低く、予後が良いことも特徴の1つです。しかし、甲状腺がんの中には、分化がんであっても甲状腺外への浸潤や遠隔転移をきたす場合もあり、なかには生命予後に影響を及ぼす場合もあるため、慎重な評価が重要です。

さらに、甲状腺がんには生涯にわたり健康に全く影響しない潜在がんがあるがんとして以前から知られています (上巻 P130 「甲状腺潜在がん」)。

本資料への収録日：2017年3月31日

改訂日：2023年3月31日

## 甲状腺がんには生涯にわたり症状のあらわれない 「潜在がん」がある

※潜在がんとは・・・

進行が遅いために症状が現れず、死亡した後の解剖で初めて発見されるもの。

### 甲状腺潜在がん

- 甲状腺がんの多くを占める分化がんはがん細胞の増殖が遅いため、一生を通して症状が現れないものもある。
- 過去に行われた剖検研究では、10.5~30%で甲状腺に潜在がんが見つかっている。また、潜在がんの約95%が直径1cm未満との報告もある。

【参考】日本人が一生の間に甲状腺がん罹患する確率\* 女性0.78%、男性0.23%

\*わが国における1975年から1999年のがん罹患患者数のデータに基づいて求めた、一生涯の間に少なくとも1回がん罹患する確率。(加茂他、厚生労働省、第52巻6号、2005年6月)

出典：Kamo et al., (2008) Jpn. J. Clin. Oncol 38(8) 571-576、Fukunaga et al., (1975) Cancer 36:1095-1099 等より作成

がんには、生涯にわたって健康には影響せず無症状で、臨床的には発見できず、病理組織診断（死亡後の解剖（剖検）を含む）によってはじめて発見されるものがあります。これを潜在がんといいます。

がんの性質を表す表現の一つに、「分化度」があります。これは、腫瘍がその起源となった正常組織にどの程度似ているかを意味するもので、分化度が低いほど悪性度が高く、増殖しやすいがんです。

甲状腺がんは、分化度の特に高い分化がんである乳頭がん・嚢胞がん、低分化がん、未分化がん、及びその他に大別されます。このうち、甲状腺がんの多くを占める分化がんは、がん細胞が成熟しているため、増殖が遅く、なかには一生症状が現れないものがあります。このような甲状腺の分化がんは、甲状腺がん以外の原因で死亡した人への剖検において初めて潜在がんとして発見されることがあります。

がん登録を用いた解析では日本人が一生の間に甲状腺がんになる確率は、女性で0.78%、男性で0.23%<sup>1</sup>ですが、日本人や日系ハワイ人を対象とした5つの剖検研究<sup>2-6</sup>では男性で10.5%~27.1%、女性で12.4%~30.2%の高頻度で潜在がんが見つかっています。腫瘍サイズは、広島・長崎の剖検<sup>2</sup>で発見された525例や、仙台やホノルルなどの剖検<sup>3</sup>で発見された139症例の潜在がんの約95%が1cm未満でした。

このことから、甲状腺がんでは生涯にわたり症状のあらわれない潜在がんが多いことがわかります。

1. Kamo et al., "Lifetime and Age-Conditional Probabilities of Developing or Dying of Cancer in Japan" Jpn. J. Clin. Oncol 38(8) 571-576. 2008.
2. Sampson et al., "Thyroid carcinoma in Hiroshima and Nagasaki. I. Prevalence of thyroid carcinoma at autopsy" JAMA 209:65-70, 1969.
3. Fukunaga FH, Yatani R., "Geographic pathology of occult thyroid carcinomas" Cancer 36:1095-1099, 1975.
4. Seta K, Takahashi S., "Thyroid carcinoma" Int Surg 61:541-4, 1976.
5. Yatani R, et al., "PREVALENCE OF CARCINOMA IN THYROID GLANDS REMOVED IN 1102 CONSECUTIVE AUTOPSY CASES" Mie Medical Journal XXX:273-7, 1981.
6. Yamamoto Y, et al., "Occult papillary carcinoma of the thyroid ~ A study of 408 autopsy cases~" Cancer 65:1173-9, 1990.

出典

- ・厚生労働省政策統括官（統計・情報政策担当）編、国際疾病分類腫瘍学 第3.1版 ICD-O 統計印刷工業、2018。
- ・日本内分沁外科学会・日本甲状腺病理学会編、甲状腺癌取扱い規約 第8版 金原出版、東京、2019。

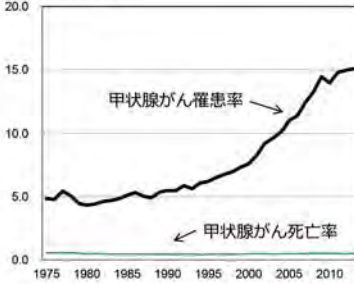
本資料への収録日：2020年3月31日

改訂日：2023年3月31日



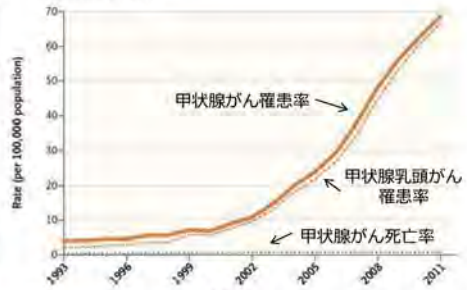
世界各国の罹患率と死亡率  
(対人口10万人)

(罹患率・死亡率)  
(人口10万人あたり)



アメリカ\*1

(罹患率・死亡率)  
(人口10万人あたり)



韓国\*2

\* 1 : NATIONAL CANCER INSTITUTE, Surveillance, Epidemiology, and End Results Program, SEER Cancer Statistics Review 1975-2013より作成  
\* 2 : Ahn HS, N Engl J Med. 2014 Nov 6;371(19):1765-1767より作成

近年、甲状腺がん罹患率の劇的な増加が報告されています。医療調査や保健医療サービスの利用増加と合わせ、新たな診断技術の導入によって、微小な甲状腺がん(微小乳頭がん)が大量に発見されていることがその原因だといわれています。

一方、罹患率の上昇に比べ死亡率はほぼ一定であることから、微小乳頭がんのうち無症状で非致死性のものを多く診断している可能性(過剰診断)が指摘されています<sup>1</sup>。

甲状腺がんの罹患率増加は、アメリカ、オーストラリア、フランス、イタリアなど世界で見られている傾向ですが、特に韓国で顕著に見られます。韓国では1999年から甲状腺がん検査の公的援助が始まり、最先端の検査が低負担で受診できるようになりました。そのため多くの人が受診し、甲状腺がん罹患率の大幅な上昇につながったと考えられます。

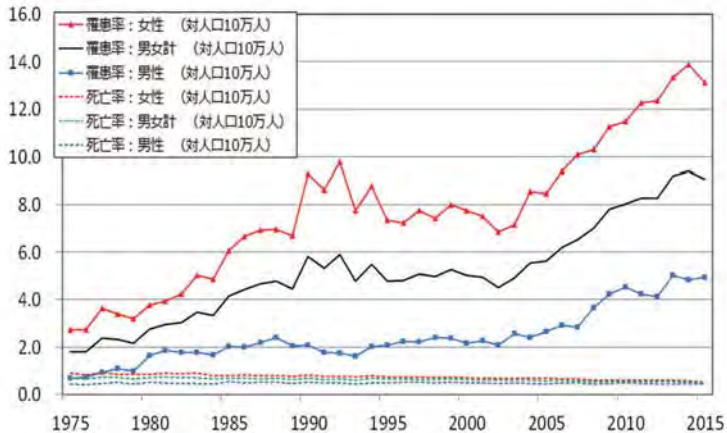
1. International Agency for Research on Cancer "Overdiagnosis is a major driver of the thyroid cancer epidemic : up to 50-90% of thyroid cancers in women in high-income countries estimated to be overdiagnoses" (August 18,2016)

本資料への収録日：2017年3月31日

改訂日：2019年3月31日

## 日本の年齢調整罹患率と死亡率（対人口10万人）の年次推移

（罹患率・死亡率）  
（人口10万人あたり）



出典：国立がん研究センターがん情報サービス「がん登録・統計」より作成

この図は、日本の甲状腺がんの罹患率（一定期間における人口に対する罹患患者の割合）と死亡率の年次推移を示しています。

日本の甲状腺がん罹患率は、男女とも増加傾向が見られます。増加傾向は女性でより顕著で、人口10万人あたり1975年では3人程度だった罹患率が2014年には13人超と増加しています。一方で、甲状腺がんの死亡率は大きな変化は見られず、男女ともに僅かに減少する傾向が見られます。また2010年の男女計の甲状腺がん罹患率は、人口10万人あたりアメリカが約15人、韓国が約60人、日本が約8人となっています（上巻 P131 「甲状腺がんの罹患率：海外の例」）。

日本では、従来から甲状腺の検査として、医師による触診が広く行われてきました。しかし近年、人間ドックや集団検診の場での頸部超音波検査の実施が増えています。さらに、最近の超音波診断装置の進歩により、甲状腺検査の診断能力は向上しており、特に腫瘍性病変の発見頻度が上昇しているとの報告があります<sup>1)</sup>。

1. 志村 浩己, 日本甲状腺学会雑誌, 1(2), 109-113, 2010-10

本資料への収録日：2017年3月31日

改訂日：2020年3月31日

- 2018年9月、国際がん研究機関 (IARC) の国際専門家グループが、「原子力事故後の甲状腺健康モニタリングについてのレポート」を公表。
- 将来起こりうる原子力事故の後に甲状腺超音波検査を実施する際の原則を提示するため、甲状腺がんの疫学、臨床等に関する最新の知見がまとめられるとともに、以下の2つの提言がされている。なお、レポートは、過去の原子力事故後に実施されてきた甲状腺超音波検査を評価等するものではない。



### 提言1

原子力事故後に甲状腺集団スクリーニング<sup>※1</sup>を実施することは推奨しない

※1 ある特定地域の全住民に対し、甲状腺検査とそれに続く診断とフォローアップ検査の参加者を積極的に募集すること

### 提言2

原子力事故後、よりリスクの高い個人<sup>※2</sup>に対して長期の甲状腺健康モニタリングプログラムの提供を検討するよう提言する

※2 胎児期、小児期または思春期 (19歳未満) に、100~500 mGy以上の甲状腺線量を被ばくした個人

出典:

- IARC 「原子力事故後の甲状腺モニタリングに関する提言」 (2018年)
- IARC 「原子力事故後の甲状腺健康モニタリングの長期戦略 IARCテクニカル・レポート第46号の概要」 (2018年)  
(邦訳版 [http://www.env.go.jp/chemi/rhrn/post\\_132.html](http://www.env.go.jp/chemi/rhrn/post_132.html))

より作成

2017年4月、世界保健機関 (WHO) の専門機関である国際がん研究機関 (IARC) は、各国政策担当者及び医療関係者に対し、放射線被ばくの影響に係る科学的な情報提供と助言を行うことを目的として、原子力事故後の甲状腺モニタリングの長期戦略に関する国際専門家グループを設置しました。

国際専門家グループが2018年9月に公表した「原子力事故後の甲状腺健康モニタリングについてのレポート」では、甲状腺がんの疫学、臨床等に関する最新の知見等がまとめられるとともに、現在の科学的根拠と過去の経験に基づいて将来起こりうる原子力事故の後の甲状腺健康モニタリングの長期戦略に関して二つの提言が示されています。

一つ目の提言では、特定地域の全住民に対して、甲状腺超音波検査に参加するよう積極的に募集する甲状腺集団スクリーニングの実施は推奨しないとしています。

二つ目の提言では、胎児期、小児期または思春期に100~500mGy以上の甲状腺線量を被ばくしたより高いリスクの個人に対して、長期の甲状腺健康モニタリングプログラムの提供を検討するよう提言しています。ここでの甲状腺健康モニタリングプログラムとは、集団を対象としたスクリーニングとは異なるもので、「ヘルスリテラシーを向上させるための教育、参加者の登録、甲状腺検査及び臨床管理についての集中的なデータ収集を含む」と定義されており、検査対象となる本人が疾患を早期発見して進行度の低いうちに治療する利益を得る目的で甲状腺検査を受けるか否か、またその方法を選ぶことができるとしています。また、「甲状腺がんについて不安を抱く低リスクの個人の中には、安心を求めて甲状腺超音波検査を受ける者もいるだろう。低リスクの個人が、甲状腺超音波検査の潜在的な利益と不利益について詳細な説明を受けた上で、検査を希望するならば、整備された甲状腺健康モニタリングプログラムの枠組みの中で甲状腺超音波検査の機会を与えられるべきである。」と補足されています。

なお、このレポートは過去の原子力事故後に実施されてきた甲状腺超音波検査を評価等するものではありません。

本資料への収録日：2020年3月31日

- 放射線被ばくとは関係なく、日本人が一生の間に甲状腺がんになる確率\*は、

- 女性で0.78%、男性で0.23%

(Kamo et al., (2008) Jpan.J. Clin Oncol 38(8) 571-576)

\*わが国における1975年から1999年のがん罹患患者数のデータに基づいて求めた、  
一生涯の間に少なくとも1回がん罹患する確率。(加茂他、厚生労働省、第52巻6号、2005年6月)

- 甲状腺への線量が1,000ミリシーベルトの場合、甲状腺がんになる確率の増分は、

- 女性で0.58~1.39%、男性で0.18~0.34% \*\*

(UNSCEAR2006年報告書附属書A)

\*\* 確率の増分を計算する手法は複数ある。女性の場合、男性の場合ともに、  
下端がEARモデル、上端がERRモデルと呼ばれる手法で推計された値。

しかし、低線量の甲状腺被ばくにおいては、他の要因による発がんの影響で隠れてしまうため、リスクの増加を科学的に証明することは難しいとされています。

日本人が一生の間に甲状腺がんになる確率は女性で0.78%、男性で0.23%です。これは、1975年から1999年の間の我が国のがん罹患患者数のデータのうち、甲状腺がんの罹患患者数に基づいて求められた、一生涯の間に少なくとも1回甲状腺がん罹患する確率を表しています。がんの危険性を一般の人々に分かりやすく説明する指標として考えられたものです。

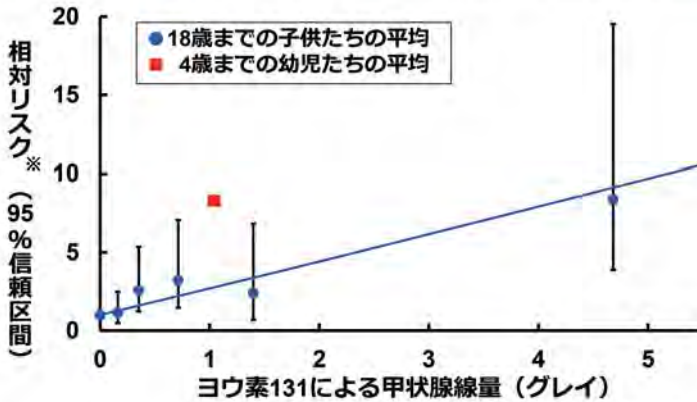
もし、甲状腺に1,000ミリシーベルトの被ばくをした場合、甲状腺がんになる確率は、女性で0.58~1.39%、男性で0.18~0.34%増加します。

しかし、甲状腺への被ばく線量が小さい場合は、他の要因による発がんの影響で隠れてしまうため、リスクの増加を科学的に証明することは難しいとされています。

本資料への収録日：2013年3月31日

改訂日：2019年3月31日

甲状腺がんとヨウ素131による被ばく線量の線量効果関係  
(ウクライナにおけるチェルノブイリ原発事故のコホート研究により推定)



出典：Brenner et al., Environ Health Perspect 119, 933, 2011より作成

※相対リスクとは、被ばくしていない人を1としたとき、被ばくした人のがんリスクが何倍になるかを表す値です。

チェルノブイリ原発事故による子供たちの内部被ばく線量と甲状腺がんのリスクの関係については、図のような研究結果が示されています。

それは、甲状腺が1グレイの放射線を受けると、甲状腺がんになる可能性が約3倍になるというものです。この研究では、この3倍という数値は18歳までの子供たちの平均であり、幼児 (< 4歳) の場合には、これよりも高くなる (図の■) とされています。

(関連ページ：上巻 P99 「相対リスクと寄与リスク」)

本資料への収録日：2013年3月31日

改訂日：2019年3月31日



安定ヨウ素剤	1グレイ (Gy) での過剰相対リスク※ (95%信頼区間)	
	土壤中ヨウ素濃度 が高い地域	土壤中ヨウ素濃度 が低い地域
投与なし	2.5 (0.8-6.0)	9.8 (4.6-19.8)
投与あり	0.1 (-0.3-2.6)	2.3 (0.0-9.6)

出典：Cardis et al., JNCI, 97, 724, 2005より作成

※過剰相対リスクとは、相対リスクから1を引いた値です。相対リスクは、被ばくしていない人を1としたとき、被ばくした人のがんリスクが何倍になるかを表す値です。

この表のように、土壤中のヨウ素濃度が高い地域に比べ、ヨウ素濃度が低く、ヨウ素の摂取量が少ない地域では、1グレイ当たりの甲状腺がんの過剰相対リスクが高いという報告もあります。このデータが得られたチェルノブイリ周辺地域は内陸に位置しており、周辺に海がないため、土壤中のヨウ素濃度が低く、ヨウ素を多く含む海藻や海の魚を食べる習慣にも乏しい地域です。

一方で日本の場合には、全体的にチェルノブイリ周辺地域より土壤中のヨウ素濃度が高い上、ヨウ素の摂取量が海外諸国に比較して多くなっています。そのため、チェルノブイリ周辺地域でのこのようなデータがそのまま当てはまるわけではありません。

(関連ページ：上巻 P99 「相対リスクと寄与リスク」、上巻 P128 「ヨウ素について」)

本資料への収録日：2013年3月31日

改訂日：2019年3月31日



国	人数 (千人)	平均実効線量 (mSv)		平均甲状腺 線量 (mGy)
		外部 被ばく	内部被ばく (甲状腺以外)	
ベラルーシ	25	30	6	1,100
ロシア	0.19	25	10	440
ウクライナ	90	20	10	330

mSv : ミリシーベルト mGy : ミリグレイ

出典 : 国連科学委員会 (UNSCEAR) 2008年報告より作成

チェルノブイリ原発事故に際して避難を余儀なくされた人々では、甲状腺の被ばく線量は高く、平均で約490ミリグレイと推定されています。避難地域以外の旧ソビエト連邦に居住していた人々の平均甲状腺被ばく線量は約20ミリグレイであり、そのほか欧州諸国に暮らす人々の線量(約1ミリグレイ)よりもはるかに高い結果になりました。

子供では平均甲状腺被ばく線量がさらに高いと推定されています。これは、事故直後から2～3週間にわたって、ヨウ素131で汚染した牛乳を飲んだこと等が主な原因です。

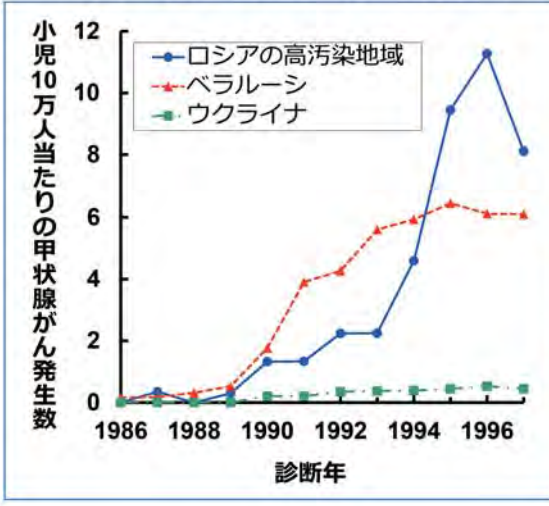
甲状腺被ばく以外の内部被ばくと外部被ばくの実効線量は、平均で約31ミリシーベルトでした。それぞれベラルーシでは約36、ロシアでは約35、ウクライナでは約30ミリシーベルトでした。平均甲状腺被ばく線量同様、平均実効線量はウクライナやロシアよりもベラルーシにおいて高いことが分かっています。

(関連ページ : 上巻 P138 「小児甲状腺がんの発症時期 - チェルノブイリ原発事故 -」)

本資料への収録日 : 2013年3月31日

改訂日 : 2019年3月31日

### 小児甲状腺がん（チェルノブイリ原発事故）



甲状腺

ヨウ素は甲状腺ホルモンの材料

事故の4～5年後に  
小児甲状腺がんが発生し始め、  
10年後には10倍以上に増加

出典：国連科学委員会（UNSCEAR）  
2000年報告書より作成

チェルノブイリ原発事故では、爆発によって放射性物質が大量に飛び広がりました。その中で健康被害をもたらしたのは、主には放射性ヨウ素であったといわれています。

地上に降り注いだ放射性ヨウ素を吸入したり、食物連鎖によって汚染した野菜や牛乳、肉を食べた子供たちの中で、小児甲状腺がんが発生しました。特に、牛乳に含まれていたヨウ素131による内部被ばくに由来するところが大きかったといわれています。

ベラルーシやウクライナでは、事故後4～5年ごろから小児甲状腺がんが発生し始め、15才未満の甲状腺がん罹患率は、1986～1990年の5年間に比べ、1991～1994年は5～10倍に増加しました。

なお、ベラルーシとウクライナは全国の小児10万人当たりの甲状腺がんの発生数であるのに対し、ロシアは汚染が高い特定の地域のみ的小児10万人当たりの甲状腺がんの発生数となっています<sup>1</sup>。また UNSCEAR はチェルノブイリ事故後の小児及び青年で観察された甲状腺がん症例について、最も影響を受けた3つの国（ロシア、ウクライナ、ベラルーシ）が提供した最新情報から、過剰相対リスクを相対リスクで割った値（上巻 P99 「相対リスクと寄与リスク」）を算出し、事故によって最も汚染された地域の事故当時小児および青年の集団に発症した甲状腺がん症例のうち、放射線被ばくに起因する割合を、0.25程度（25%）と推定しました<sup>2</sup>。

（関連ページ：上巻 P127 「甲状腺について」、上巻 P137 「避難集団の被ばく－チェルノブイリ原発事故－」）

出典： 1. UNSCEAR2000年報告書附属書  
2. UNSCEAR 「Chernobyl 2018 White Paper」

本資料への収録日：2013年3月31日

改訂日：2021年3月31日

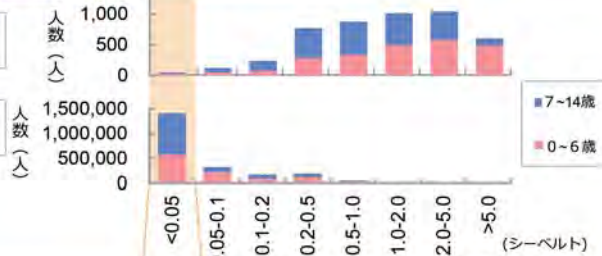


小児の甲状腺被ばく線量

チェルノブイリ原発事故

ベラルーシで1986年  
に避難した集団

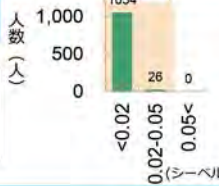
ベラルーシ全体  
(避難者を除く)



出典：国連科学委員会（UNSCEAR）報告書2008年報告より作成

東京電力福島第一  
原子力発電所事故

※このデータは、限られた  
住民に対して行われた調査  
によるものであり、全体を  
反映するものではない。



計算方法  
「小児甲状腺簡易測定調査結果の概要について」（2011年8月17日 原子力被災者生活支援チーム医療班）にある「小児甲状腺簡易測定結果」を、「スクリーニングレベル0.2μSv/h（1歳児の甲状腺等価線量として100mSvに相当）」（2011年5月12日 原子力安全委員会）」を用いて比較のために改編（Gy=Sv）。  
出典：原子力災害専門家グループ「福島県産の食品の安全性について」

※計測方法や測定地の空間線量率から判断して検出限界は0.02Sv程度。

東京電力福島第一原子力発電所事故で、子供たちの甲状腺が放射性ヨウ素によりどのくらいの被ばくをしたのが、正確に評価することは大変難しいですが、事故後約2週間の時点で行われた小児甲状腺被ばく線量のスクリーニング調査の結果を用いると、おおよそのことが推定できます。

この事故後2週間の時点でスクリーニング調査は、甲状腺線量が高いと予想された川俣、いわき、飯館の15歳以下の1,080人の子供たちに対し、サーベイメータを用いて行われたものです。

その結果、原子力安全委員会（当時）が設定したスクリーニングレベルを超える子供はいないこと、検査を受けた子供全員の甲状腺被ばく線量が50ミリシーベルト以下であることが分かりました。

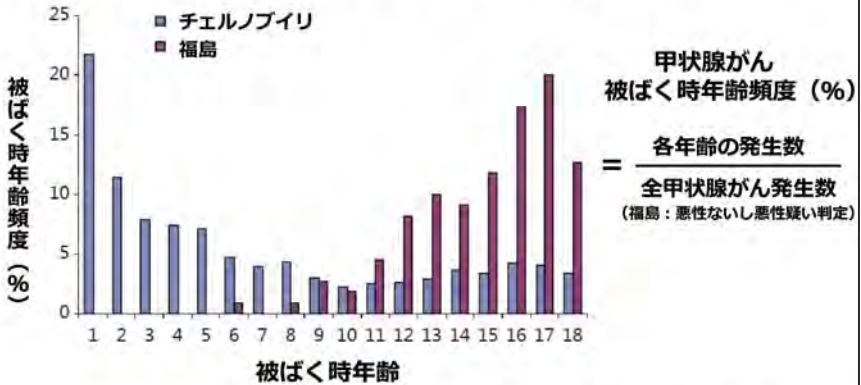
国連科学委員会（UNSCEAR）によるチェルノブイリ原発事故での甲状腺被ばく線量に関する解析では、50ミリシーベルト以下の線量域は最も小さい線量域として扱われています。小児甲状腺がんの発生の増加が見られたベラルーシでの小児甲状腺被ばく線量は、特に避難した集団で0.2～5.0あるいは5.0シーベルト以上といった値が示されており、福島県で調査された甲状腺被ばく線量より二桁も大きい値となっています。

（関連ページ：上巻 P140 「チェルノブイリ原子力発電所事故と東京電力福島第一原子力発電所事故との比較（被ばく時年齢）」）

本資料への収録日：2013年3月31日

改訂日：2017年3月31日

● チェルノブイリと福島で観察された  
小児甲状腺がんの被ばく時年齢頻度分布  
（各地域の発生数に占める、被ばく時年齢別の発生割合）



出典：Williams D. Eur Thyroid J 2015;4:164-173より作成

図は、チェルノブイリ原発事故後に発生した甲状腺がんの事故当時年齢別の頻度と東京電力福島第一原子力発電所事故（福島原発事故）後の3年間で診断された甲状腺がんの18歳以下における事故当時年齢別頻度を比較したものです。（図中の％は「その地域での発生数全体のうち、各年齢の発生数が全体の何％を占めているか」という年齢別割合です。全年齢を合計すると100％となります。）チェルノブイリでは福島のように統一された甲状腺検査が実施されていないこと、また対象人数や観察期間が示されていないことなどから、正確に頻度を比較することはできませんが、年齢分布には明らかな違いがあることがわかります。

一般的に放射線によって誘発される甲状腺がんは、被ばく時年齢が低いほど（特に5歳以下）高リスクであることが知られています（上巻 P121 「被ばく時年齢別発がんリスク」）。チェルノブイリでは被ばく時年齢がより低いほど、甲状腺がん頻度の高い傾向が見られました。一方、福島では事故後の3年間に於いて、低年齢層では甲状腺がん頻度の上昇は見られず、年齢の上昇に伴う頻度の上昇が認められました。これは通常の甲状腺がんの罹患率の上昇パターンと同じです（上巻 P129 「甲状腺がんの特徴」）。

Williams によると日本はチェルノブイリ周辺地域と比べてヨウ素の日常的な食事摂取量が多いこと、また、子供の甲状腺被ばく推定線量の最大値がチェルノブイリとは大きく違うこと（福島：66ミリグレイ、チェルノブイリ：5,000ミリグレイ）からも、福島原発事故後の3年間で見つかった甲状腺がんは、原発事故の放射線の影響によるものではないと示唆されています。

（関連ページ：上巻 P139 「チェルノブイリ原子力発電所事故と東京電力福島第一原子力発電所事故との比較（甲状腺線量）」）

本資料への収録日：2017年3月31日

専門家会議（※）中間取りまとめ（2014年12月）では、福島県「県民健康調査」甲状腺検査先行検査で発見された甲状腺がんについて、以下の点を考慮し、「原発事故由来のものであることを積極的に示唆する根拠は現時点では認められない。」と評価しています。

（※）東京電力福島第一原子力発電所事故に伴う住民の健康管理のあり方に関する専門家会議

- i) 今回の原発事故後の住民における甲状腺の被ばく線量は、チェルノブイリ事故後の線量よりも低いと評価。
- ii) チェルノブイリ事故で甲状腺がんの増加が報告されたのは事故から4～5年後のことであり、「先行検査」で甲状腺がんが認められた時期とは異なる。
- iii) チェルノブイリ事故で甲状腺がんの増加が報告されたのは主に事故時に乳幼児であった子どもであり、「先行検査」で甲状腺がん又は疑いとされている者に、乳幼児はいない。
- iv) 一次検査の結果は、対象とした母集団の数は少ないものの三県調査の結果と比較して大きく異なるものではなかった。
- v) 成人に対する検診として甲状腺超音波検査を行うと、罹患率の10～50倍程度の甲状腺がんが発見される。

出典：「東京電力福島第一原子力発電所事故に伴う住民の健康管理のあり方に関する専門家会議」中間取りまとめ（2014年12月）  
(<http://www.env.go.jp/chemi/rhm/conf/tyuukanntorimatomesaigothyohannei.pdf>)

東京電力福島第一原子力発電所事故に伴う住民の健康管理のあり方に関する専門家会議では、線量把握・評価、健康管理、医療に関する施策のあり方等を専門的な観点から検討しています。

2014年12月に中間取りまとめを公表し、その中で「県民健康調査」の甲状腺検査先行検査で発見された甲状腺がんについては、「原発事故由来のものであることを積極的に示唆する根拠は現時点では認められない。」と評価しています。

なお、甲状腺検査の継続の必要性については、「被ばく線量の推計における不確かさに鑑み、放射線の健康管理は中長期的な課題であるとの認識の下で、住民の懸念が特に大きい甲状腺がんの動向を慎重に見守っていく必要がある。」と指摘しています。（関連ページ：下巻 P143「甲状腺検査 先行検査結果に対する見解」）

本資料への収録日：2018年2月28日

改訂日：2019年3月31日

- ・ 将来の不確実性
- ・ 住居及び職場の安全の不確実性
- ・ 社会の偏見
- ・ メディアの影響
- ・ 風土や慣習の違い

放射線災害特有



- ・ 災害予告ができない
- ・ 被害の範囲の把握が困難
- ・ 将来出現するかもしれない放射線影響

出典：原子力規制委員会（旧原子力安全委員会）被ばく医療分科会 心のケア及び健康不安対策検討会  
第3回会合資料3-2号「チェルノブイリ事故時の心のケアについて」より作成

<http://warp.da.ndl.go.jp/info:ndljp/pid/8422832/www.nsr.go.jp/archive/nsc/senmon/shidai/kokoro/kokoro003/siryo2.htm>

一般的に、被災者のストレスの要因というのは、将来の不確実性、住居及び職場の安全の不確実性、社会の偏見、メディアの影響、風土や慣習の違い等と考えられています。これに加えて、放射線災害の場合は、災害予告ができない、被害の範囲の把握が困難、将来出現するかもしれない放射線影響、というストレス要因が加わります（上巻 P143 「放射線事故と健康不安」）。

特に、将来出現するかもしれない放射線影響というのは、いつかがんになるかもしれないという不安を長い間抱えるので、大きなストレスになります。

本資料への収録日：2013年3月31日

改訂日：2017年3月31日

## 放射線事故によって生じる不安

- ・「放射線」による健康影響への不安
- ・子供の現在及び将来における健康影響への不安

## 不安の長期化によるこころへの影響

- ・メンタルヘルスが悪化する可能性
- ・母親の不安が子供の精神状態や成長に影響を及ぼす可能性

## 不安を増大させる要因

- ・信頼できる情報を入手できない
- ・科学的に正確ではない情報による混乱
- ・烙印（スティグマ）と偏見（ステレオタイプ）

放射線事故が起こった場合、放射線に被ばくした可能性があるのか、被ばくした場合、どのくらい被ばくしたのか、その結果起こる健康影響はどのようなものなのか、不安を感じます。特に保護者らは、子供の現在及び将来への健康影響に不安を抱えます。

将来出現するかもしれない放射線の影響による不安が長く続いた結果、メンタルヘルスが悪化します。母親の不安が子供の精神状態や成長に影響を及ぼす可能性も指摘されています（上巻 P106 「子供への影響—チェルノブイリ原発事故—」）。

また、放射線に関する信頼できる情報や、正確な情報を、的確に入手できないことにより、不安感が高じる場合もあるようです。さらに、汚染や被ばくを受けた住民に対する社会からのいわれなき烙印（スティグマ）や偏見（ステレオタイプ）が、メンタルヘルスをさらに悪化させると報告されています<sup>1, 2</sup>。

1. 福島県精神保健福祉センター「福島県 心のケアマニュアル」

2. Werner Burkart (Vienna) "Message to our friends affected by the nuclear component of the earthquake/tsunami event of March 2011 (August 26, 2013)" (Werner Burkart : Professor for Radiation Biology at the Faculty of Medicine of the Ludwig Maximilians University in Munich, Former Deputy Director General of the International Atomic Energy Agency (IAEA))

([http://japan.kantei.go.jp/incident/health\\_and\\_safety/burkart.html](http://japan.kantei.go.jp/incident/health_and_safety/burkart.html))

本資料への収録日：2013年3月31日

改訂日：2017年3月31日

**放射線問題が精神面に与える影響として考えられること：**

- 放射線に対して親が不安になるのは子育てに熱心である証拠
- 放射線のことを過剰に心配すると、親の不安が子供の心身に影響を与えることがある

**チェルノブイリ原発事故による**

**胎児被ばくと神経心理学的障害については：**

- 事故時に胎児であった子供への神経心理学的障害については、研究結果が一致していない
- 被ばくによって胎児のIQに影響があったという報告もあるが、甲状腺の被ばく線量とIQの間に相関はなかった

出典：・Kolominsky Y et al., J Child Psychol Psychiatry, 40 (2) :299-305, 1999より作成

チェルノブイリ原発事故時に胎児であった子供たちを対象とした研究では、神経心理学的影響について調査が行われているものもあります。

必ずしも研究結果は一致していませんが、原発事故の影響により子供の情緒障害があったとする報告でも、放射線による被ばくが直接の影響ではなく、保護者の不安等そのほかの影響が要因として指摘されています（上巻 P106「子供への影響－チェルノブイリ原発事故－」）。

（福島県における子どものこころの健康度に関する調査結果は、下巻 P155「こころの健康度・生活習慣に関する調査 わかってきたこと（4/5）」を参照）。

本資料への収録日：2013年3月31日

改訂日：2019年3月31日

住民との対話からの結論 1 (国際放射線防護委員会 (ICRP) の見解)

- 住民が事故の影響に関する情報を理解、評価でき、また放射線被ばくを減らすために周知された対策が行えるには、放射線防護の文化を醸成することが重要である、とのことが参加者の間で認識された。
- 住民自身がどこでいつどのように放射線に被ばくするかを知ることができるように、放射線状況についてのより詳しい把握が必要であることが認識された。
- 若い世代の県外避難と農業放棄の加速がもたらす将来の人口動態に対する強い危機意識が、参加者により強調された。
- 参加者は、事故の影響を受けた地域の人々、とりわけ結婚適齢期の人々が結婚し、子供を持つことに対する差別の問題について、強く語った。
- 伝統的でありかつ一般的に行われている山菜の採集は、福島のコミュニティの絆を維持する上で文化的に重要である、と確認された。

出典：Lochard, J (2012) 第27回原安協シンポジウム資料より作成

被災者の心理的支援には、現実的な問題の解決を助けたり、対処に役立つ情報を提供することが有効であることが知られています。

原子力災害の場合は、問題となる放射線影響を理解したり、放射線防護のための方策を考える上で、専門的な知識を必要とします。

チェルノブイリ原発事故でも、そして東京電力福島第一原子力発電所事故後も、専門家と地域住民との対話が行われていますが、専門家からのサポートにより、被災者自身が放射線の問題を解決できるようになると、心理的ストレスの低減にも大きな効果があると考えられています。

本資料への収録日：2013年3月31日

改訂日：2017年3月31日

## 住民との対話からの結論 2 (国際放射線防護委員会 (ICRP) の見解)

- 地域コミュニティと住民から提案されている生活環境改善のためのプロジェクトを支援する仕組みを確立する。
- 復興のための活動を決定するに当たってコミュニティの優先度が考慮されるよう支援し、地域事情に関する彼らの認識を踏まえて、現在と将来の利益をサポートする。
- 人々が自ら判断することができるように、個人の内部被ばくと外部被ばくを測定すること、さらにその情報と機器を供与することの努力を継続する。
- 食品問題に関与する全ての関係者（生産者、流通関係者、消費者）の間で対話を恒久的に継続するためのフォーラムを創る。
- 子供たち間で放射線防護の文化を形成することに対し、父母、祖父母そして教師の関わりを促す。
- 国内外の利害関係者（ステークホルダー）との協力関係と対話を強化する。

出典：Lochard, J (2012) 第27回原安協シンポジウム資料より作成

放射線防護の専門家と東京電力福島第一原子力発電所事故の被災者との対話の成果として、国際放射線防護委員会 (ICRP) から具体的な提案が行われています。その中には、地域社会の優先の反映、被ばく線量に関する情報と機器の提供、食品に関する継続的フォーラムの創生、放射線防護の文化形成等が含まれています。

本資料への収録日：2013年3月31日

改訂日：2017年3月31日



## メンタルヘルスへの影響のまとめ



### チェルノブイリ原発事故20周年として 2006年に公表された世界保健機関（WHO）の報告書

- 被災者の集団ストレス関連疾患として、うつ状態、心的外傷後ストレス障害（PTSD）を含む不安、医学的に説明されない身体症状が、対照群に比較して増えている
- メンタルヘルスへの影響は、チェルノブイリ原発事故で引き起こされた、最も大きな住民の健康問題である

出典：World Health Organization: Mental, psychological and central nervous system effects. Health effects of the UN Chernobyl accident and special health care programmes: report of the UN Chernobyl forum expert group "Health"(eds. Bennett B., et al), 93-97, WHO, Geneva 2006.より作成

原子力災害の心理的影響としてよく挙げられる事例に、チェルノブイリ原発事故による影響があります。

国際原子力機関（IAEA）や世界保健機関（WHO）による取りまとめでは、放射線による直接の健康影響よりも心理的影響のほうが大きかったとされています。

チェルノブイリ原発事故後、精神的ストレスから身体不調を訴えた人が多く見られました。これは、放射線の影響だけが原因というわけではなく、当時ソビエト連邦の崩壊によって社会・経済が不安定化し、人々に大きな精神的ストレスが加わったこと等、複数の要因が複雑に絡み合った結果であると考えられています。

本資料への収録日：2013年3月31日

改訂日：2017年3月31日

世界保健機関（WHO）2006年報告書における検討



- ① ストレス関連症状
- ② 発育中の脳への影響についての不安(胎児影響)
- ③ 汚染除去作業員への影響
  - 高い自殺率
  - 脳の機能性障害の懸念があるとする学者も存在

出典：World Health Organization: Mental, psychological and central nervous system effects. Health effects of the UN Chernobyl accident and special health care programmes: report of the UN Chernobyl forum expert group "Health"(eds. Bennett B., et al), 93-97, WHO, Geneva 2006.より作成

原子力災害で、ストレスによりどのような精神医学的影響が見られたのか、世界保健機関（WHO）報告書のまとめでは4つに要約しています。

1つ目はストレス関連症状です。被ばく者集団では、説明できない身体症状や自己評価による健康不良を申告する割合が対象集団の3～4倍に上がったとの研究報告があります。

2つ目は、事故発生時に妊娠中であった母親たちが、生まれてきた子供の脳の機能への影響を非常に気にしていることが分かっています。例えば、母親たちに「自分の子供は記憶力に問題を抱えていると思うか」といったアンケートでは、そう思うと答えた母親は、非汚染地区（7％）に比べ、強制避難地区（31％）では4倍になりました。

3つ目と4つ目は、汚染除去作業員に見られた影響です。

汚染除去作業に参加したエストニア人4,742人について追跡調査を行ったところ、1993年までに、がんの発生率と死亡率の増加は認められませんでした。144人の死亡が確認され、その19.4％が自殺であることが分かりました。

またある研究グループからは、最も高い線量に被ばくした汚染除去作業員に脳の機能性障害が見られたという報告があります。しかしこのような所見には科学的な正確性を欠いているという指摘も有り、個々の研究者によって確認されているわけではありません。

本資料への収録日：2013年3月31日

改訂日：2018年2月28日

## Brometら（2011）によるまとめ



- (1) 事故直後の処理や汚染除去に参加した作業者は、事故から20年経過してもまだ抑うつと心的外傷後ストレス障害（PTSD）の割合が高い。
- (2) 高汚染地域の子供の精神医学的影響については研究によって結果は様々。
- (3) 一般集団についての研究では、自己申告による健康状態の不調、臨床的あるいは前臨床的な抑うつ、不安、及びPTSDの割合が高い。
- (4) 子供たちの母親は、主に家族の健康のことがいつまでも気になっていて、精神医学的な高リスクグループにとどまっている。

出典：Bromet EJ, JM Havenaar, LT Guey. A 25 year retrospective review of the psychological consequences of the Chernobyl accident. Clin Oncol 23, 297-305, 2011より作成

チェルノブイリ原発事故によりどのような精神医学的影響が見られたのか、精神医学と予防医学を専門とする研究グループが2011年に論文を発表しました。

事故直後に現場で作業した高いレベルの放射線に被ばくした集団は、事故から20年経過してもまだ抑うつと心的外傷後ストレス障害（PTSD）の割合が高いことが分かっています。事故発生時に、原発周辺に住んでいた、あるいは高汚染地域に住んでいた幼児や胎児への影響は、研究によって結果は様々です。例えば、胎内被ばくした子供たちについて、キエフ、ノルウェー及びフィンランドで行われた研究結果では、特異的な精神心理学的及び心理学的障害があったことを示唆していますが、他の研究ではそのような健康障害は見つかっていません。また一般集団の研究では、自己申告による健康状態の不調、臨床的あるいは前臨床的な抑うつ、不安及び心的外傷後ストレス障害の割合が高いことが分かっています。そして母親は、主に家族の健康のことがいつまでも気になっていて、精神医学的観点からは、高リスクグループにとどまっています。

チェルノブイリ原発事故の場合は、こうした症状の原因全てが、放射線への不安に帰するわけではありません。政府への不信、不適切なコミュニケーション、ソ連崩壊、経済問題及びそのほかの要因が関係していますし、おそらくはそのうちの一つが原因というよりは、いくつかが複合的に作用していると考えられます。

本資料への収録日：2013年3月31日

改訂日：2017年3月31日

世界保健機関 (WHO) 2006年報告書：  
不安等のメンタルヘルスが、地域保健上の最大の問題



これに対し



WHO2006年報告書以降、国際的な調査の減少に対する懸念も

- ① WHO報告書の見解よりも、チェルノブイリ原発事故による身体的影響被害は大きい可能性があり、今後も国際的な調査が必要であるとの指摘\*1
- ② WHOの見解が、汚染地域由来の食品への警戒を弱め、今後の調査研究を妨げる原因になっているという批判\*2

\*1：根拠となっているのは、ウクライナのRivne州で、神経管欠損の発生率が、10,000人出生当たり22.2人と、ヨーロッパで最大となっている点である。(Vertelecki, Pediatrics, 125, e836, 2010)  
しかし、この原因については今のところ明らかではない。

\*2：Holt, Lancet, 375, 1424 - 1425, 2010

世界保健機関 (WHO) 報告書等では、不安等のメンタルヘルス面が強調されるあまり、身体的影響に関してなおざりになっているのではないかという論旨の報告も示されています。

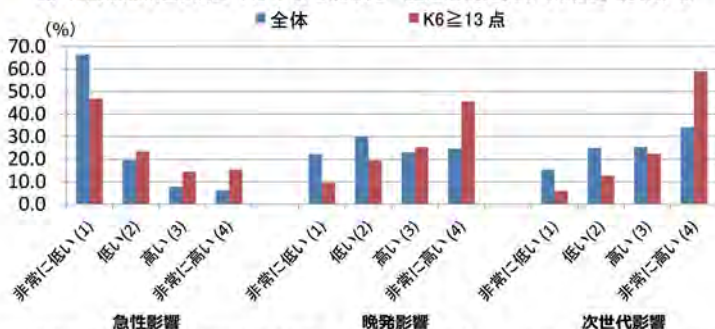
その大きな根拠になっているのは、ウクライナの Rivne 州で暮らす「森の住民」と呼ばれるポーランド系孤立集落の人々において、特に神経管欠損の発症率が高くなっているという報告です。近親婚の影響も疑われていることや、神経管欠損は、葉酸欠乏や母親の飲酒によっても起こるため、Rivne 州の神経管欠損が、チェルノブイリ原発事故由来の放射線によるものか、そのほかの影響によるものか、あるいは複合影響なのかは分かっていません。

(関連ページ：上巻 P107 「奇形誘発に関する知見－チェルノブイリ原発事故－」)

本資料への収録日：2013年3月31日

改訂日：2015年3月31日

2011年度県民健康調査「こころの健康度・生活習慣に関する調査」結果から



※K6は一般的な精神健康度を測る自記式尺度で、13点以上の場合、うつ症状や不安症状が強いことを示している。

- **全体としては、**  
急性影響については、可能性は極めて低いと答えた人が多く、晩発影響については、意見が分かれ、次世代影響については、極めて高いと答えた人が最も多かった。
- **精神的不調の人では、**  
どのタイプの影響についても、可能性が極めて高いと答えた人の割合が多かった。

Suzuki Y, et al., Bull World Health Organ, 2015より作成  
(<https://www.who.int/bulletin/volumes/93/9/14-146498.pdf>)

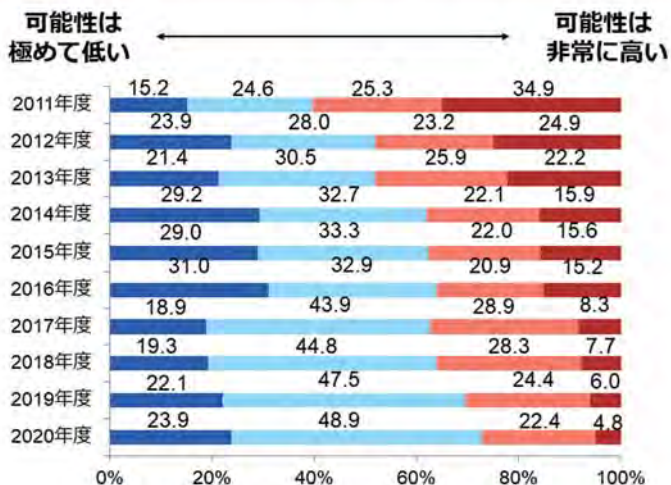
福島県が実施している県民健康調査では、毎年避難区域等の住民に対しこころの健康度・生活習慣に関する調査を実施しています（詳しくは、下巻10.5節「こころの健康度・生活習慣に関する調査」を参照）。2011年度には、避難区域等の住民に対し、①放射線の急性被ばく影響（抜毛や出血など）、②晩発影響（甲状腺がんや白血病）、③なんらかの次世代への影響、の3点について、その認識を尋ねています。その結果は次のとおりです。

- 急性被ばくを心配する方は非常に少ない一方、晩発影響や次世代影響を心配する方は非常に多く、半数以上にのぼっている。
- ①、②、③の3点の設問の全てで、放射線影響を心配する人は、そうでない人よりも明らかに精神健康度が悪く、抑うつ症状や不安症状を抱えている。

これらの結果から、否定的なリスク認知を有する方は、同時に強い抑うつ・不安症状を有している可能性が高いと言えます。

本資料への収録日：2018年2月28日

改訂日：2022年3月31日



第45回福島県「県民健康調査」検討委員会資料より作成

上巻 P151 「精神健康と放射線の健康影響に関するリスク認知の関係」で示したように、福島県が実施している県民健康調査では、毎年放射線の健康影響（晩発影響と次世代影響）に関するリスク認知について調査をしています。二つの質問とも、年々徐々にではありますが、そうした可能性が高いと答える被災者の割合は減っています。ただし懸念されるのは、毎年、晩発の身体疾患への影響を心配する人よりも、次世代影響を心配する人のほうが多いことです。図は、その次世代影響に関する質問結果の経年変化を表しています。徐々に次世代影響を心配する人の割合は減少しているものの、2020年度時点でなお3割近くがその可能性を心配しています。

このような放射線の次世代影響への不安は、結婚や妊娠ができるのかといった差別や偏見につながりやすくなります。被災者自身がこのように感じていれば、すなわちセルフ・スティグマ（自己への偏見）を有していれば、被災者の自信やアイデンティティ（同一性）は大きく揺らぐかもしれませんし、被災者自身の将来的な計画にも影響を与えかねません。こうした不安や偏見が被災者にとって敏感な問題であることに留意する必要があります（上巻 P143 「放射線事故と健康不安」）。

本資料への収録日：2018年2月28日

改訂日：2023年3月31日

チェルノブイリ原発事故発生：1986年4月26日



## 遠隔地での人工流産の増加

**ギリシャ**：1987年1月の出生率が激減

⇒1986年5月に妊娠初期の胎児の23%が人工流産と推定

**イタリア**：事故後5か月間は1日当たり約28～52件の  
不必要な中絶があったと推定

**デンマーク**：少しあった

**スウェーデン、ノルウェー、ハンガリー**：なかった

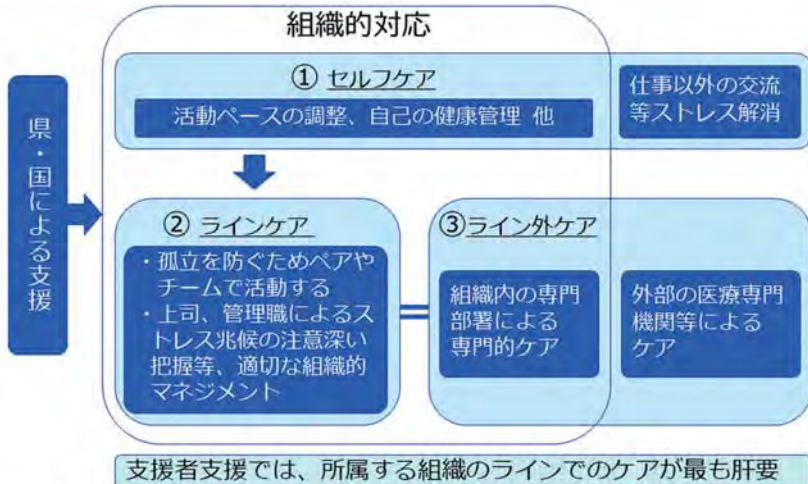
出典：Proceedings of the Symposium on the effects on pregnancy outcome in Europe following the Chernobyl accident.  
Biomedicine & Pharmacotherapy 45/No 6, 1991より作成

放射線の健康影響への過度な不安は、精神と共に身体も傷つけることがあります。例えば自殺やアルコール依存症は体に害を及ぼします。

チェルノブイリ原発事故ではストレスから自然流産が増えたとする報告があります。また、チェルノブイリ原発から遠い地域でも、人工流産が増加したという報告もあります。ギリシャのチェルノブイリ原発事故の影響は1ミリシーベルトを超えない程度でしたが、事故が起こった翌月には中絶した妊婦が多くなり、次の年の1月の出生児数が激減しました。出生率から計算すると、妊娠初期の23%が中絶したと推定されています。一方、ハンガリーのように、胎児の被ばく量が100ミリシーベルトを超えない場合の人工中絶が許されていない地域では、中絶は行われませんでした。

本資料への収録日：2013年3月31日

改訂日：2019年3月31日



内閣府「被災者のこころのケア 都道府県対応ガイドライン」2012年3月、福島県精神保健福祉センター「福島県心のケアマニュアル」2012年、独立行政法人 労働者健康福祉機構「職場における災害時のこころのケアマニュアル」2005年6月、前田正治「福島県被災住民のメンタルヘルスに関する現状と課題」消防科学と情報、より作成

行政職や医療職等の被災者に対する支援業務者は、被災住民の苦悩を最も身近に感じ取る立場にあることが多く、また問題が長期化していることから無力感や罪責感情を抱きやすい状況になっています。

そのような支援者のこころのケアは、本来は組織のラインによる対応が最も肝要であり、そうしたケアにより組織の安定性や恒常性が守られます。しかし、福島県においては、あまりにも広範囲で長期的、複雑な問題が引き起こされているため、あるいはそれらの問題の収束点や解決プロセスが見えにくいいため、ラインケアのみで支援者をサポートすることが難しい状況になってきています。

このような支援者のケアは、まず、自らがそのような状況になる可能性のある状況の中で活動していることを認識し、ストレスの軽減に努める等のセルフケアが重要です。次に、上司、管理職、あるいは周囲の同僚等が早期に兆候を把握し、組織のラインにおいてケアの対応をとることが最も重要です。また、支援を行うべき専門的部署をライン外に設ける等の工夫も必要になります。さらに、このようなケアシステムの構築のためにも、特に管理職に対する（管理職自身も含めた）心理教育や啓発的活動は非常に大切です。

また、県や国は、被災者のこころのケア支援事業等を通じて直接的、間接的に被災者のこころのケアに関する支援を行っています。

（関連ページ：上巻 P155「支援者のストレス対策」）

本資料への収録日：2016年3月31日



## 支援者の組織内でのケア

### 1. 職務の目標設定

- ・業務の重要性、目標を明確に持つ
- ・日報、日記、手帳等で記録をつけて頭の中を整理

### 2. 生活ペースの維持

- ・十分な睡眠、食事、水分をとる

### 3. 意識的に休養を心掛ける

### 4. 気分転換の工夫

- ・深呼吸、目を閉じる、瞑想、ストレッチ
- ・散歩、体操、運動、音楽を聴く、食事、入浴等

### 5. 一人でためこまないこと

- ・家族、友人等に積極的に連絡する  
(できれば業務と関連のない人がよい)

## 支援者のセルフケア

### a. 活動しすぎない

- ・自分の限度をわきまえ、活動ペースを調整する

### b. ストレスに気付く

- ・自己の健康を管理し、ストレスの兆候に早めに気づく

### c. ストレス解消に努める

- ・リラクゼーション、身体的ケア、気分転換
- ・仕事以外の仲間（家族、友人等）との交流を行う

### d. 孤立を防ぐ

- ・ペアやチームで活動する

### e. 考え方の工夫

出典：福島県精神保健福祉センター、「福島県心のケアマニュアル」2012年より作成

福島県精神保健福祉センターが作成した、「福島県心のケアマニュアル」では、支援者のストレス対策として注意することがいくつか挙げられています。

支援者のセルフケアとしては、活動しすぎない、ストレスに気付く等があります。支援者の置かれている状況ではなかなか難しいことかもしれませんが、活動しすぎないことが挙げられています。自分の限度をわきまえ、活動ペースを調整すること、1日に余りに多くの被災者と関わらないために、人に任せるということも大切なことです。ストレスの兆候があることは恥ずかしいことではなく、自分の体調を知る大事な手掛かりです。自己の健康を管理し、ストレスの兆候に早めに気付くことも必要です。ストレス解消のためには、リラクゼーション、身体的ケア、気分転換、仕事以外の仲間（家族、友人等）との交流を行うこと等が効果的です。孤立はストレスを受けやすい環境では極力避けることが望ましく、そのためペアやチームで活動する、定期的に、自分の体験（目撃した災害状況や自分の気持ち）を仲間と話し合ったり、先輩等からの指導を受ける機会を持ったりすることも必要になります。災害後の困難な状況では特に、一人の力で全てを変えることはできないことは普通のことですから、自分の行動をポジティブに評価し、自分はふさわしくない、あるいは能力がないというようなネガティブに考える必要は全くないのです。

また、支援者の組織内でのケアとしては、次のような対策が具体的に挙げられています。

- ・「自分だけ休んでられない」といった罪悪感やストレスのサイン
- ・心身の反応が出ている場合は、早めに上司や同僚に相談する
- ・なるべくこまめに声を掛け合い、お互いの頑張りやねぎらう
- ・お互いの体調に気を付け、負担が強くなっている職員がいる場合には、本人、指揮担当者に伝える

(関連ページ：上巻 P154 「支援者支援：ケアの三段階」)

本資料への収録日：2016年3月31日

- ◆世界保健機関（WHO）は、2020年、WHOおよび機関間常設委員会（IASC）の既存のガイドラインを基に、放射線や原子力のあらゆる緊急事態における心のケアの具体的な提言をまとめた資料として「原子力・放射線緊急事態における心のケア」を公表した。
- ◆同書は「心のケア」と「放射線防護」の統合・促進を目的とし、放射線防護・対応の計画やリスク管理に携わる行政職や専門家、そのような状況下で健康の支援にかかわる専門職や専門家を対象にしたガイダンスである。



心のケアの介入に重点を置いた**公衆衛生的なアプローチ**として、

1. 放射線防護と心のケアの関係者間の**分野横断的な調整**
2. **コミュニティへの参画**
3. **リスクコミュニケーション**
4. **基本的な倫理原則の適用**

が、緊急事態後の対応に向けた【準備】【対応】【復興】の全段階において**非常に重要**である。

\* 出典 WHO「A Framework for Mental Health and Psychosocial Support in Radiological and Nuclear Emergencies」(2020)より作成

【日本語版は福島県立医科大学医学部災害こころの医学講座ウェブサイト (<https://www.d-kokoro.com/>) に掲載】

2020年、世界保健機関（WHO）が公表した「原子力・放射線緊急事態における心のケア」では、放射線・原子力のあらゆる緊急事態への準備（計画）、対応、復興の全段階において、心のケアが不可欠なものであることが示されています。また、良好な復興がもたらされるように、分野横断的な連携の重要性を強調しています。

例えば、心のケアの介入が、タイムリーかつ適切に実施されるように、保健やメンタルヘルスの専門職・専門家は、他の部門（例えばコミュニケーション、教育、まちづくり、災害調整、児童保護、警察など）に働きかけ連携すること、リスクコミュニケーションとコミュニティの参画を促し、被災者がウェルビーイング向上の活動における積極的な担い手になるようコミュニティ・ベースのアプローチを行うことなどが提案されています。

また、本書では、公的機関が発信するメッセージや情報に一貫性を持たせることや、健康リスクとその予測、防護措置や予防措置について、被災者にわかりやすい明確なメッセージを準備すること、よりリスクのある集団や心理的苦痛を感じている人に焦点を絞った心理社会的支援を提供することなど、計画・対応段階の重要な方策が具体的に解説されています。また、心のケアに携わるすべての人たちに必要な基本的な倫理的配慮事項についても述べられています。

本資料への収録日：2022年3月31日

- ・事故現場などの近くにいた人たち
- ・子どもの健康を心配する親、これから親になる人たち
- ・被災地の子どもたち
- ・病気をもつ人、高齢者、障がい者など身体的ニーズのある人たち
- ・読み書きが困難な人たち
- ・危険やストレスの多い状況下で作業している対応者\*) の人たち
- ・高齢者施設など、居住・収容施設にいる人たち
- ・避難者、および避難者を受け入れた地域の人たち
- ・以前からメンタルヘルスや心理社会的なニーズをもつ人たち
- ・事故が起きた原子力施設の作業員とその家族



\*) 対応者：保健医療従事者、事故現場の清掃作業員、報道記者、およびその他の対応者をさします

\* 出典 WHO 「A Framework for Mental Health and Psychosocial Support in Radiological and Nuclear Emergencies」(2020)より作成

【日本語版は福島県立医科大学医学部災害こころの医学講座ウェブサイト (<https://www.d-kokoro.com/>) に掲載】

世界保健機関（WHO）が公表した「原子力・放射線緊急事態における心のケア」（2020年）では、原子力災害が起こっても、被災者の多くは、困難な状況において比較的うまく対処できる力（レジリエンス（回復力））があり、すべての人が重大な心理的問題をかかえたり、抑うつや不安、PTSDなどを発症したりするわけではないと述べています。ただし、特定の集団の人たちは、緊急事態の状況次第で、心理社会的問題のリスクが高まることにも注意を呼びかけています。

本書では、そのような心のケアが特に必要な人たちへの対応として、リスクのある人々にもレジリエンス（回復力）があることを認識した上で、被災者全体に働きかける心のケアと同時に、その集団に合わせた優れたプログラムを計画することが重要であると述べています。

本資料への収録日：2022年3月31日

準備・ 計画期	1) リスク、脆弱（弱者）性、ニーズの評価
	2) さまざまな部門や人をまきこみ、心のケアの計画策定
	3) 既存の資源のマッピング
	4) 一般保健医療への統合
	5) モニタリングと効果検証
対応期	1) 緊急防護行動による心理的影響の理解
	2) 正しい緊急防護行動の方法の説明とコミュニケーション
	3) 防護措置実施に関する意思決定
	4) リスクの高い人たちの特定と介入、アドボカシー
	5) 通常の文化的・宗教的な行事や学校の再開、健康的なイベントの再開
復興期	1) コミュニティの復興のためのさまざまな分野の関係者の参加
	2) 長期的な視野にたった支援サービスの開発
	3) スティグマへの適切な取り組み
	4) コミュニティベース介入
	5) リスクのある集団（子ども、障がい者など）へのケアの計画と実施
	6) 財源と人的資源の不足への取り組み

\* 出典 WHO 「A Framework for Mental Health and Psychosocial Support in Radiological and Nuclear Emergencies」 (2020) より作成

【日本語版は福島県立医科大学医学部災害こころの医学講座ウェブサイト (<https://www.d-kokoro.com/>) に掲載】

世界保健機関（WHO）が公表した「原子力・放射線緊急事態における心のケア」（2020年）では、原子力・放射線緊急事態後の計画期・対応期・復興期の各段階において、必要とされる心のケアの検討事項が章ごとにまとめられています。

緊急事態後の計画・対応・復興のいかなる段階においても、心のケアが放射線被ばくを減らす防護措置を妨げるものであってはならないこと、そのため、放射線防護と心のケアをうまく連動させることに留意し、コミュニティを巻き込みながら両者を実施していくことが、本書の全章を通して強調されています。

例えば、【準備・計画期】では、放射線による実際の危害とリスクのアセスメントと資源のマッピング（位置づけとその記述）を行い、各防護行動に対する心のケアの方法の優先順位をつけ、一般保健医療とも連動させた心のケアの実施計画を策定すること、【対応期】では、防護措置による心理的影響を理解し、防護行動が必要な理由について、健康に焦点を当てた説明や意思決定支援が行えるように、対応者のトレーニングを行うこと、【復興期】では、コミュニティの中・長期的な発展とエビデンスに基づいたメンタルヘルスサービスや心理社会的介入に焦点をあて、長期的な視野に立った支援サービスを開発し、リスクのある集団へのケアやスティグマ対策などを継続的に実施していくことなどが重要であると記載されています。

本資料への収録日：2022年3月31日

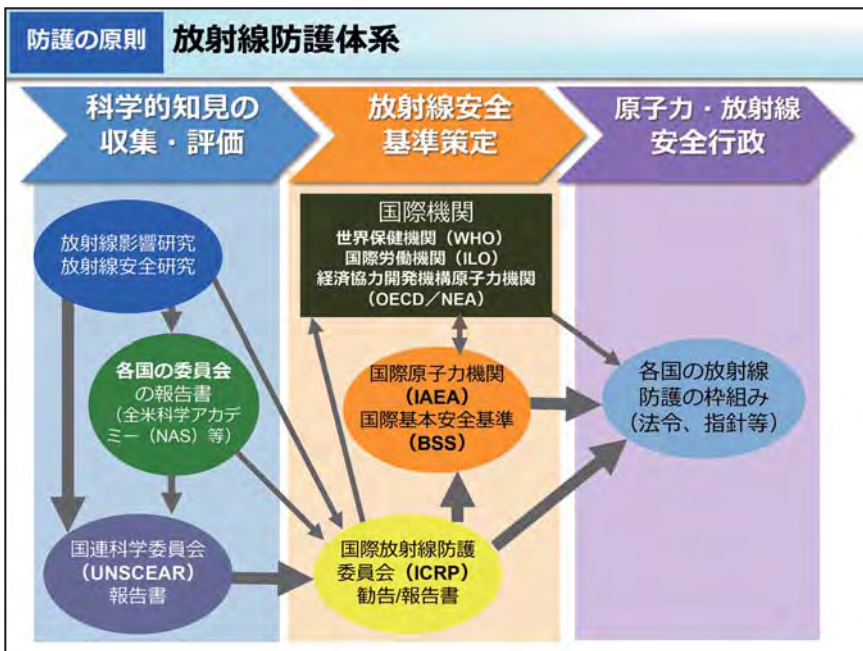
改訂日：2023年3月31日

# 第4章

## 防護の考え方

放射線防護の枠組み、線量限度、線量低減について説明します。

放射線による影響から人の健康を守る上での原則や、被ばく線量を低減するための方法についての知識を身につけることができます。東京電力福島第一原子力発電所の事故後の食品の出荷制限や避難指示区域設定の基準値の根拠となった線量限度の考え方について理解したい場合や、放射線防護の考え方を知りたい場合にご参照ください。



毎年、世界の研究者から、放射線の線源や影響に関する研究が多数発表されます。原子放射線の影響に関する国連科学委員会（UNSCEAR）は、幅広い研究結果を包括的に評価し、国際的な科学コンセンサスを政治的に中立の立場からまとめ、定期的に報告書の形で見解を発表しています。

民間独立の国際学術組織である国際放射線防護委員会（ICRP）は、UNSCEARの報告等を参考にしながら、専門家の立場から放射線防護の枠組みに関する勧告を行っています。ICRPの勧告や、国際原子力機関（IAEA）が策定した国際的な合意形成による基本安全基準を踏まえ、日本でも放射線防護に関する法令や指針等が定められています。

本資料への収録日：2013年3月31日

改訂日：2019年3月31日

## 国際放射線防護委員会 (ICRP)

放射線防護の基本的な枠組みと防護基準を勧告することを目的とする。主委員会と4つの専門委員会（放射線影響、線量概念、医療被ばくに対する防護、勧告の適用）で構成されている。

(参考) ICRPの勧告より、線量限度について抜粋

	1977年 勧告	1990年 勧告	2007年 勧告
線量限度 (職業人)	50mSv/年	100mSv/5年 かつ 50mSv/年	100mSv/5年 かつ 50mSv/年
線量限度 (一般公衆)	5 mSv/年	1 mSv/年	1 mSv/年



mSv : ミリシーベルト

1928年、医療従事者を放射線の障害から防ぐために国際X線ラジウム防護委員会が設立されました。1950年に、国際X線ラジウム防護委員会は、国際放射線防護委員会 (ICRP) に改組され、放射線防護の基本的な枠組みと防護基準を勧告する機関という重要な役割を担うことになりました。近年では1977年、1990年、2007年に勧告を行っています (上巻 P161 「勧告の目的」)。ICRP が勧告を発表すると、多くの国では放射線防護関係の法令の見直しが行われます (上巻 P171 「国際放射線防護委員会 (ICRP) 勧告と我が国の対応」)。

ICRP の勧告の骨格は、原爆被爆者の疫学調査を始めとする広範な科学的知見を基にしており、1990年以降、確定的影響 (組織反応) と確率的リスクの総合的な推定値は基本的には変わらないとして、これまでの防護体系がほぼ踏襲されています。

本資料への収録日：2013年3月31日

改訂日：2021年3月31日

**勧告の目的（国際放射線防護委員会（ICRP）2007年勧告）**

**1) 人の健康を防護する**

- 放射線による被ばくを管理し、制御することにより、**確定的影響（組織反応）を防止し、確率的影響のリスクを合理的に達成できる程度に減少させる**

**2) 環境を防護する**

- 有害な放射線影響の発生の防止、又は頻度の低減**

出典：ICRP Publication 103「国際放射線防護委員会の2007年勧告」The International Commission on Radiological Protection（国際放射線防護委員会）、2007より作成

国際放射線防護委員会（ICRP）の勧告の目的は、「放射線被ばくに関連して、望ましい人間の努力及び行動を不当に制限せずに、放射線被ばくによる有害な影響から人間と環境を守るための適正な水準の防護に寄与すること」とされています。

この目的達成には、「放射線被ばくとその健康影響に関する科学的知見は必要な前提条件ではあるが、防護の社会的・経済的側面にも考慮しなければならず、この点は、危険の管理に関する他の分野と異なるものではない」と、2007年勧告には記載されています。

勧告の主目的は、人の健康の防護にあります。2007年勧告では、新たに環境を防護するという目的が追加されました。

本資料への収録日：2013年3月31日

改訂日：2021年3月31日



## 防護の原則 被ばく状況と防護対策

### 放射線による人の被ばく状況

#### 計画被ばく状況

被ばくが生じる前に防護対策を計画でき、被ばくのおおきさと範囲を合理的に予測できる状況

#### 線量限度

(一般公衆) 1 mSv/年  
(職業人) 100mSv/5年  
かつ50mSv/年

#### 対策

放射性廃棄物処分、長寿命放射性廃棄物処分の管理等

#### 現存被ばく状況

管理についての決定がなされる時点で既に被ばくが発生している状況

#### 参考レベル

1～20mSv/年のうち低線量域、  
長期目標は1mSv/年

#### 対策

自助努力による放射線防護や放射線防護の文化の形成等

#### 緊急時被ばく状況

急を要するかつ、長期的な防護対策も要求されるかもしれない不測の状況

#### 参考レベル

20～100mSv/年の範囲

#### 対策

避難、屋内退避、放射線状況の分析・把握、モニタリングの整備、健康調査、食品管理等

mSv：ミリシーベルト

出典：ICRP Publication 103「国際放射線防護委員会の2007年勧告」The International Commission on Radiological Protection (国際放射線防護委員会)、2007より作成

国際放射線防護委員会(ICRP)は人の被ばく状況を、計画的に管理できる平常時(計画被ばく状況)、事故や核テロ等の非常事態(緊急時被ばく状況)、事故後の回復や復旧の時期等(現存被ばく状況)の3つの状況に分けて、防護の基準を定めています。

平常時には、身体的障害を起こす可能性のある被ばくがないようにした上で、将来起こるかもしれないがんのリスクの増加もできるだけ低く抑えるように防護の対策を行うこととされています。そのため、放射線や放射性物質を扱う場所の管理をすることで、一般公衆の線量限度が年間1ミリシーベルト以下になるように定めています。また、放射線を扱う職業人には、5年間に100ミリシーベルトという線量限度が定められています。

一方、放射線事故のような非常事態が起こった場合(緊急時被ばく状況)、平常時には起こり得ない身体的障害の可能性があることから、平常時の対策(将来起こるかもしれないがんのリスクの増加を抑えること)よりも、重大な身体的障害を防ぐための対策を優先することとされています。このため、線量限度は適用せず、一般公衆の場合、年間20～100ミリシーベルトの間の参考レベルを定め、被ばく低減を進めることが定められています。緊急措置や人命救助に従事する人の場合、状況に応じて1,000または500ミリシーベルトを制限の目安とすることもあるとされています。

その後、回復・復旧の時期(現存被ばく状況)に入ると、緊急時の参考レベルよりは低く平常時の線量限度よりは高い、年間1～20ミリシーベルトの間に設定されるべきとされています。

(関連ページ：上巻P171「国際放射線防護委員会(ICRP)勧告と我が国の対応」)

本資料への収録日：2013年3月31日

改訂日：2022年3月31日

**放射線の健康影響には、  
確定的影響（組織反応）と確率的影響がある**

- ・ 約100ミリグレイまでの吸収線量域では、どの組織も臨床的に意味のある機能障害を示すとは判断されない
- ・ 約100ミリシーベルトを下回る線量域では、確率的影響の発生率は臓器や組織の等価線量の増加に比例して増加すると仮定する  
（直線しきい値なしモデル=LNTモデルの採用）
- ・ 固形がんに対する線量・線量率効果係数は「2」
- ・ 低線量において、直線的反応を仮定すると、がんと遺伝性影響による致死リスクは1シーベルト当たり約5%

出典：ICRP Publication 103「国際放射線防護委員会の2007年勧告」The International Commission on Radiological Protection（国際放射線防護委員会）、2007より作成

国際放射線防護委員会（ICRP）の勧告の目的の一つは、放射線に対する防護体系を構築するための考察や仮定を与えることによって、確定的影響（組織反応）の発生を防止することにあります。そこで、しきい値の最小値である100ミリグレイ（≒100ミリシーベルト）近くまで年間線量が増加した場合には、防護対策を導入すべきと考えられています。

年間およそ100ミリシーベルトを下回る場合は、確率的影響の発生の増加は低い確率であり、バックグラウンド線量を超えた放射線量の増加に比例すると仮定する「直線しきい値なし（LNT）モデル」が、低線量・低線量率での放射線防護の管理に実用的で、予防原則の観点からもふさわしいとされています。

ICRPが根拠としている原爆被爆者のデータは、1回の被ばくである一方で、管理すべき被ばくのほとんどは、長期間の少しずつの被ばくです。そのため、低線量・低線量率による影響軽減分の補正が行われています。動物実験やヒトの細胞における染色体異常や突然変異誘発の結果等から、様々な数値が報告されていますが、防護のためには係数として2を使うと定められています（上巻 P116「低線量率被ばくの発がんへの影響」）。つまり1回被ばくに比べ、少しずつの被ばくでは、同じ総線量を受けた場合の影響の出方が半分になるということです。

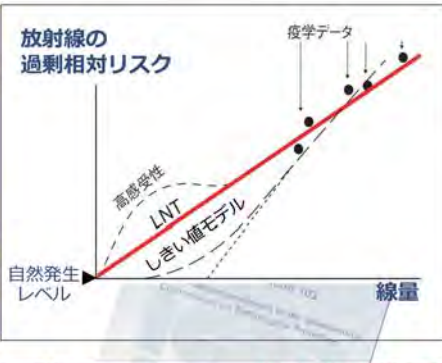
こうした補正を行った結果、致命的ながんリスクの増加は、低線量や低線量率の場合1シーベルト当たり約5%になると考えられています。

（関連ページ：上巻 P86「確定的影響（組織反応）と確率的影響」）

本資料への収録日：2013年3月31日

改訂日：2021年3月31日

- ◎支持：  
全米科学アカデミー（2006）  
放射線被ばくには「これ以下なら安全」と言える量はない
- ◎批判的：  
フランス医学・科学アカデミー（2005）  
一定の線量より低い放射線被ばくでは、がん、白血病等は実際には生じず、LNTモデルは現実には合わない過大評価



⇒国際放射線防護委員会（ICRP）は、放射線防護の目的上、単純かつ合理的な仮定として、直線しきい値なし（LNT）モデルを採用

科学的な議論としては、100ミリシーベルト以下の確率的影響のリスク評価に直線しきい値なし（LNT）モデルが妥当であるかどうかということについての決着はついてはいません。例えば、全米科学アカデミー（NAS）では、2006年にLNTモデルは科学的にも妥当との見解を発表しました。100ミリシーベルト以下でもがんリスク上昇が見られる疫学的証拠があるとしています。2017年以降には、100ミリグレイ以下の低線量域での線量効果関係を示すとともに<sup>1,2</sup>、しきい値モデルも排除できないとする論文<sup>3</sup>が公表されています。

一方、フランスの医学アカデミーと科学アカデミーは共同で、一定の線量より低い被ばくでは、がん、白血病等は実際には生じず、LNTモデルは現実には合わない過大評価である、という見解を2005年に発表しています。ここでは、インドや中国の高自然放射線地域の住民のデータに発がんリスクの増加が見えないこと、低線量放射線に特異的な防御的生物反応が次々と見つかったことが根拠となっています。

国際放射線防護委員会（ICRP）の勧告では、LNTモデルと線量・線量率効果係数の2を用いることで、放射線防護の実用的目的、すなわち、低線量被ばくのリスクの管理においてより単純かつ合理的な仮定を提供するとしています。一方で同勧告では、「低線量における不確実性を考慮すると多数の人々がごく小さい線量を長期間受けることによるがんまたは遺伝性疾患の仮想的な症例数を計算することは、公衆の健康を計画する目的には適切ではないと判断する」ともしています。（関連ページ：上巻 P86 「確定的影響（組織反応）と確率的影響」）

1. Lubin et al.: J. Clin. Endocrinol Metab. 102 (7) : 2575–2583, 2017.
2. Lene H. S. Veiga et al.: Radiat. Res. 185 (5) : 473–484, 2016.

出典

- The National Academy of Sciences, "Health Risks from Exposure to Low Levels of Ionizing Radiation: BEIR VII Phase 2", 2006.
- Aurengo, A. et al., "Dose-effect relationships and estimation of the carcinogenic effects of low doses of ionizing radiation", Académie des Sciences - Académie nationale de Médecine, 2005.
- ICRP Publication 103 「国際放射線防護委員会の2007年勧告」, ICRP, 2007.

本資料への収録日：2013年3月31日

改訂日：2022年3月31日

## 国際放射線防護委員会（ICRP）の防護の三原則

- 正当化
- 防護の最適化
- 線量限度の適用



出典：ICRP Publication 103「国際放射線防護委員会の2007年勧告」The International Commission on Radiological Protection（国際放射線防護委員会）、2007より作成

がんや遺伝性影響では、影響の現れ方が確率的です。また現在の放射線防護では、低線量域でも直線しきい値なし（LNT）モデルを適用していますので（上巻 P164「LNT モデルをめぐる論争」、安全と危険を明確に区分することはできません。そこで、どんなに小さくとも有限のリスクがあるものとして、「リスクを容認できる」ことを基準に、防護のレベルが考えられています。これが放射線防護の原則として「正当化」「防護の最適化」「線量限度の適用」が重要であると考えられる基盤になっています（上巻 P166「防護の正当化」、上巻 P167「防護の最適化」、上巻 P169「線量限度の適用」）。

本資料への収録日：2013年3月31日

改訂日：2015年3月31日

## 防護の正当化

正当化とは



出典：ICRP Publication 103「国際放射線防護委員会の2007年勧告」The International Commission on Radiological Protection（国際放射線防護委員会）、2007より作成

放射線防護の原則の1つ目は正当化です。放射線を使う行為は、もたらされる便益（ベネフィット、メリット）が放射線のリスクを上回る場合のみ認められるという大原則です。

正当化は「放射線を扱う行為」に対してのみ適用されるものではなく、被ばくの変化をもたらす活動全てが対象となります。別の言い方をすれば、計画被ばく状況だけでなく、緊急時被ばく状況及び現存被ばく状況にも適用されます。例えば、汚染地域の除染を検討する場合にも、正当化が求められます。

（関連ページ：上巻 P98「放射線健康影響におけるリスク」）

本資料への収録日：2013年3月31日

改訂日：2015年3月31日

## 防護の最適化

個人の被ばく線量や人数を、  
経済的及び社会的要因を考慮に入れた上、  
合理的に達成できる限り低く保つことである。

この原則を**ALARA (As Low As Reasonably Achievable)**  
アララの原則という



出典：ICRP Publication 103「国際放射線防護委員会の2007年勧告」The International Commission on Radiological Protection（国際放射線防護委員会）、2007より作成

放射線防護の原則の2つ目は防護の最適化です。放射線を伴う行為のメリットが放射線のリスクを上回る場合は、合理的に達成可能な限り被ばく量を減らして、放射線を利用します。この原則は、英語の頭文字から「ALARA（アララ）の原則」と呼ばれています。防護の最適化とは、社会・経済的なバランスも考慮しつつ、できるだけ被ばくを少なくするよう努力するという一方で、必ずしも被ばくを最小化することではありません。

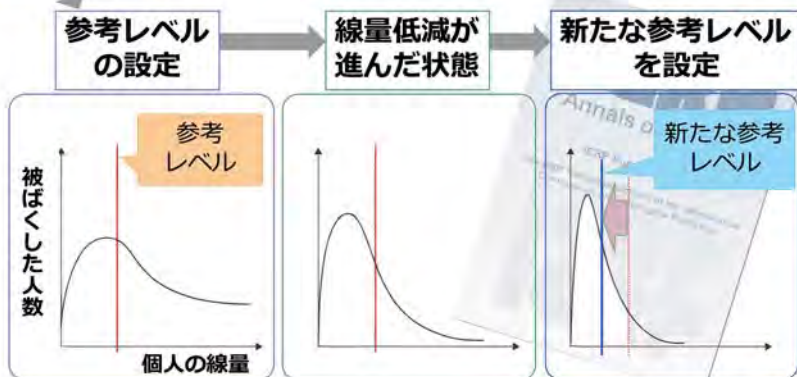
防護の最適化を進めるために利用されるのが、線量拘束値や参考レベルです。例えば、除染等によって特定の線源からの個人に対する線量を制限する際の目安として、参考レベルが用いられています。

本資料への収録日：2013年3月31日

改訂日：2015年3月31日

参考レベルを用いた防護の最適化

最初の状態



出典：ICRP Publication 103「国際放射線防護委員会の2007年勧告」The International Commission on Radiological Protection（国際放射線防護委員会）、2007 より作成

原子力発電所事故等による被ばくを合理的に低減する方策を進めるときには、国際放射線防護委員会（ICRP）の2007年勧告における参考レベルという概念が用いられています。事故や核テロのような非常事態が起こった場合には、緊急時被ばく状況として、重大な身体的障害を防ぐことに主眼をおいて対応します。このため、線量限度（計画被ばく状況における全ての規制された線源からの被ばくに対するもの）は適用せず、一般人の場合で年間20～100ミリシーベルトの間に参考レベルを定め、それ以下に被ばくを抑えるように防護活動を実施します。平常時には起こり得ない身体的障害が、非常時には起こり得ます。そこで、その防護対策が、平常時の対策（将来起こるかもしれないがんのリスクの増加を抑えること）より優先して行われます。その後、回復・復旧の時期（現存被ばく状況）には、一般人の場合で年間1～20ミリシーベルトの間に参考レベルが定められ、防護の最適化が行われます。

一人一人が受ける線量がばらついている状況において、不当に高い被ばくを受ける人がいないようにすることが参考レベルの目的です。全体の防護のための方策を考える際に、参考レベルを超えて被ばくするおそれのある人がいる場合には、それらの人々に重点的に対策を講じます。その結果、集団内の線量分布が改善し、参考レベルよりも高い線量を受ける人がほとんどいない状況が達成されたときには、必要に応じて、さらに低い参考レベルを設定して線量低減を進めます。このように、状況に合わせて適切なレベルを設定することで、被ばく低減を効率的に進めることができます。

本資料への収録日：2013年3月31日

改訂日：2019年3月31日

## 線量限度は計画被ばく状況に適用される

## ○職業人（実効線量）

1年間 50 ミリシーベルト かつ

5年間 100 ミリシーベルト

## ○一般公衆（実効線量）

1年間 1 ミリシーベルト

## （例外）医療被ばくには適用しない

- ・ 個々のケースで正当化
- ・ 防護の最適化が重要



出典：ICRP Publication 103「国際放射線防護委員会の2007年勧告」The International Commission on Radiological Protection（国際放射線防護委員会）、2007より作成

放射線防護の原則の3つ目は、線量限度の適用です。国際放射線防護委員会（ICRP）の2007年勧告では、放射線作業（緊急時の作業を除く）を行う職業人の実効線量の限度は5年間で100ミリシーベルト、特定の1年間に50ミリシーベルトと定められています。

一般公衆の場合、実効線量限度が年間1ミリシーベルトと定められています。

線量限度は、管理の対象となるあらゆる放射線源からの被ばくの合計が、その値を超えないように管理するための基準値です。線量限度を超えなければそれでよいのではなく、防護の最適化によってさらに被ばくを下げる努力が求められます。このことから、線量限度はそこまで被ばくしてよいという値ではなく、安全と危険の境界を示す線量でもありません。

また、健康診断の際や、医療において患者が受ける医療被ばくには線量限度を適用しません。これは、医療被ばくに線量限度を適用すると、必要な検査や治療を受けられないケースが生じ、患者の便益を損なうおそれがあるからです。そのため、3つのレベル（医療における放射線の利用は患者に害よりも便益を多く与えること、特定の症状の患者に対する特定の手法の適用、個々の患者に対する個々の手法の適用）についての正当化と、診断参考レベルの適用等による線量の最適化を行うこととされています。

本資料への収録日：2013年3月31日

改訂日：2016年3月31日



線量限度		国際放射線防護委員会 (ICRP) 勧告と国内法令の比較			
		職業被ばく		公衆被ばく	
mSv : ミリシーベルト		国際放射線防護委員会 (ICRP)	放射線障害の防止に関する法令 (日本)	国際放射線防護委員会 (ICRP)	放射線障害の防止に関する法令 (日本)
実効線量の線量限度		定められた5年間の平均が20mSv いかなる1年も50mSvを超えない(※1)	定められた5年間の平均が20mSv いかなる1年も50mSvを超えないようにする(※3)	1mSv/年(例外的に5年間の平均が年当たり1mSvを超えなければ、単一年に限度を超えることが許される場合がある)(※1)	線量限度の規定はない(事業所境界の線量限度、排気排水の基準は1mSv/年を基に設定している)(※3)
線量限度の 等価線量の 線量限度	眼の水晶体	5年間の平均で20mSv/年、かつ、いずれの1年においても50mSvを超えないようにする(※2)	5年間の平均で20mSv/年、かつ、いずれの1年においても50mSvを超えないようにする(※3)	15mSv/年(※1)	—
	皮膚	500mSv/年(※1)	500mSv/年(※3)	50mSv/年(※1)	—
	手先、足先	500mSv/年(※1)	—	—	—
職業人(女子の場合)の線量限度		妊娠の申告後、残りの妊娠期間に胚/胎児への実効線量が1mSvを超えないようにする(※1)	5mSv 3か月妊娠の事実を知った後、出産まで、腹部表面の等価線量限度2mSv、内部被ばく1mSv(※3)	—	—

出典 ※1: 国際放射線防護委員会 (ICRP) 2007年勧告  
 ※2: ICRP Publication 118 「組織反応に関するICRP声明・正常な組織・臓器における放射線の早期影響と晩発影響—放射線防護の視点から見た組織反応のしきい線量—」  
 ※3: 放射線障害の防止に関する法令 (2021年12月時点) より作成

日本の現行法令には、まだ、国際放射線防護委員会 (ICRP) の2007年勧告の取り入れは完了していませんが、線量限度については、2007年勧告と1990年勧告に大きな違いはないため、ほぼ2007年勧告と合致しています。なお、職業人女性の線量限度 (5ミリシーベルト / 3か月) のように、日本特有の線量限度も存在します。

計画被ばく状況における職業被ばくに関する眼の水晶体の等価線量限度については、2011年にICRPの「組織反応に関するICRP声明」(ソウル声明、ICRP Statement on Tissue Reactions) において勧告がなされています。これを踏まえて、日本では2018年に放射線審議会が「眼の水晶体に係る放射線防護の在り方について」を取りまとめ、関係行政機関に対し意見具申を行い、2021年には全ての関連法令 (電離放射線障害防止規則等) が改正されました。

本資料への収録日: 2013年3月31日

改訂日: 2023年3月31日

線量限度		国際放射線防護委員会 (ICRP) 勧告と我が国の対応	
		国際放射線防護委員会 (ICRP) 2007年勧告	東京電力福島第一原子力 発電所事故での対応
職業被ばく	救命活動 (情報を知らされた志願者)	他の者への利益が救命者のリスクを上回る場合は線量制限なし	厚生労働省電離放射線障害防止規則の特例 緊急時被ばく限度を従来の <b>100 mSv</b> から <b>250 mSv</b> に一時的に引き上げ (2011年3月14日から同年12月16日まで) 電離放射線障害防止規則の一部を改正し、特例緊急被ばくの上限を <b>250mSv</b> とした (2016年4月1日から施行)
	他の緊急救助活動	<b>1,000または500 mSv</b>	
公衆被ばく	緊急被ばく状況	<b>20~100 mSv/年</b> の範囲で決める	例 計画避難地域での避難の基準: <b>20 mSv/年</b>
	復旧時 (現存被ばく状況)	<b>1~20mSv/年</b> の範囲で決める	例 長期的に目標とする追加被ばく線量: <b>1 mSv/年</b>

mSv : ミリシーベルト

出典 : 国際放射線防護委員会 (ICRP) 2007年勧告  
厚生労働省電離放射線障害防止規則の特例 より作成

国際放射線防護委員会 (ICRP) の2007年勧告の国内法令取り入れの審議中に、東京電力福島第一原子力発電所事故が起きました。

事故によって被ばく状況が変わり、公衆被ばくについては、日本の法令にはない参考レベルの考え方が採用されました。参考レベルを用いた被ばく線量の線量管理においては、第一に、ICRP2007年勧告の被ばく状況に応じた線量目安を参考に、不当に高い被ばくを受ける人がいないように参考レベルを設定し、第二に、その参考レベルよりも高い線量を受ける人がほとんどいない状況が達成されたら、必要に応じて、さらに低い参考レベルを設定することで、線量低減を効率的に進めていくこととされています。

一方、職業被ばくについては、東京電力福島第一原子力発電所での災害拡大防止のために、特にやむを得ない場合として、緊急時の職業被ばくの線量限度については、一時的に特例として100ミリシーベルトから250ミリシーベルトに変更して対応されました。その後、原子炉が安定的な冷温停止状態を達成するための工程が完了したことを踏まえて、この特例も廃止されました。

また、今後、仮に原子力施設において原子力緊急事態等が発生した場合に備え、緊急作業期間中における放射線障害の防止に関する規定を整備する必要があり、あらかじめ、特例的な緊急時被ばく限度等に関する基準として250ミリシーベルトを上限とするよう電離放射線障害防止規則の一部が改正され、2016年4月1日から施行されることになりました。

(関連ページ：上巻 P168「参考レベルを用いた被ばくの低減」)

本資料への収録日：2013年3月31日

改訂日：2019年3月31日

核種	日本	コーデックス	EU	米国
放射性セシウム (単位: Bq/kg)	牛乳 50		乳製品 1,000	全ての食品 1,200
	乳児用食品 50	乳児用食品 1,000	乳児用食品 400	
	一般食品 100	一般食品 1,000	一般食品 1,250	
追加線量の 上限設定値	1mSv	1mSv	1mSv	5mSv
放射性物質を 含む食品の 割合の仮定値	50%	10%	10%	30%

※ コーデックス委員会は、消費者の健康の保護、食品の公正な貿易の確保等を目的として、1963年に国際連合食糧農業機関（FAO）及び世界保健機関（WHO）により設置された国際的な政府間機関であり、国際食品規格の策定を行っています。

※ 基準値は食品の摂取量や放射性物質を含む食品の割合の仮定値等の影響を考慮してありますので、数値だけを比べることはできません。

※ 飲料水の基準は、WHO放射性物質のガイダンスレベルを示し各国において参照されていること、各国の放射性物質の基準値は、想定する前提が異なるため、数値だけを比べることはできません。

出典：消費者庁「食品と放射能Q&A」より改変

我が国では2012年4月1日より、新たに食品中の放射性物質について「基準値」が設定されました。新しい基準値では食品を4項目に分類し、最も摂取頻度の高い「飲料水」については10ベクレル/kgと設定されました。

また、「一般食品」全てについては100ベクレル/kgという値が設定されました。ただし、乳児が食べる「乳児用食品」と子供の摂取量が多い「牛乳」については50ベクレル/kgとされました。

一般食品として全部を一括りにした背景には、個々人の食習慣の違いから来る追加被ばく線量の差を最小限にするという考えがありました。どんな食品を食べても、それらが基準値内であれば安全は確保できるという十分余裕を持った値として設定されました。

なお、各国の基準値が異なる理由は、基準値を設定する際に仮定した1年間の被ばく限度や、食品中の汚染率等が、それぞれの国等によって異なるためです（日本：被ばく限度は年間1ミリシーベルトまで。安全側に立ち一般食品は50%、牛乳・乳製品と乳児用食品は100%が汚染されていると仮定。コーデックス委員会：被ばく限度は年間1ミリシーベルトまで。食品中の10%が汚染されていると仮定）。

（関連ページ：下巻 P53 「2012年4月からの基準値」、下巻 P59 「基準値の計算の考え方（1/2）」、下巻 P60 「基準値の計算の考え方（2/2）」）

本資料への収録日：2013年3月31日

改訂日：2023年3月31日

- 確定的影響（組織反応）
- がんのリスクが高くなる

ミリシーベルト/年

100



がんリスクが  
どの程度かは不明  
(もしあっても小さい)

緊急時の参考レベルの範囲

20

回復・復旧時の参考レベルの範囲

1

- 自然放射線レベルより低い

- 累積しても生涯100ミリシーベルト未満

出典：国際放射線防護委員会（ICRP）の2007年勧告より作成

比較的短時間で受ける100～200ミリシーベルト以上の線量に対しては、確定的影響（組織反応）とがんになるリスクが上昇するという科学的証拠が存在します。そこで、放射線事故による緊急時には、まずは重大な身体的障害を防ぐため、年間100ミリシーベルト以上の被ばくをしないように参考レベルを設定します。事故の収束によって、はじめに設定した参考レベルよりも高い線量を受ける人がほとんどいない状況が達成されたときには、将来起こるかもしれないがんのリスクの増加をできるだけ低く抑えるため、さらに低い参考レベル（年間1～20ミリシーベルト等）を設定して、被ばくする線量の低減を進めます（上巻 P162 「被ばく状況と防護対策」）。

平常時の基準値としては年間1ミリシーベルトが用いられます。そのため、被ばく量が年間1ミリシーベルトを超えると危険だとか、ここまで被ばくをしてもいいと誤解されることがありますが、線量限度は、安全と危険の境界線ではありません。

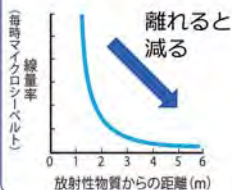
他方、1ミリシーベルトまで浴びてもよいわけではなく、諸事情を考慮して現実的に可能な範囲で、できるだけ低く被ばくを抑えることが原則です。

（関連ページ：上巻 P117 「固形がんによる死亡と線量との関係」）

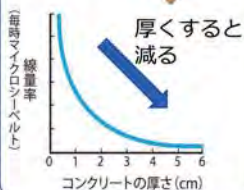
本資料への収録日：2013年3月31日

改訂日：2021年3月31日

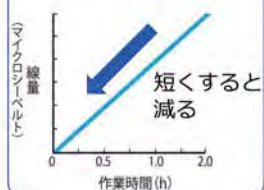
## ① 離れる (距離)



## ② 間に重い物を置く (遮へい)



## ③ 近くにいる時間を短く (時間)



外部被ばくの線量を少なくするためには、3つの方法があります。

1つ目は離れるという方法です。放射性物質で汚染した土を取り除いて、生活の場から離す、という方法がこれに当たります。

2つ目は遮へいです。屋内にいるということや、放射性物質で汚染した土とその下の汚染していない土を入替え、汚染していない土を遮へい材として用いることもこの方法に当てはまります。

3つ目は、空間線量率が高い所にいる時間を短くするという方法です。

(関連ページ：上巻 P50「外部被ばく線量の特徴」)

本資料への収録日：2013年3月31日

改訂日：2019年3月31日

- 原則は口、鼻、傷口から入らないように
- 土が身体、靴、服に付けばすぐに洗う
- 放射性物質の拡散や汚染情報に気を付ける
- 基準値以下の微量の放射性物質を過剰に心配して、食物の栄養バランスを崩さないように



内部被ばくについては、呼吸を介した吸入摂取と飲食物を介した経口摂取の両方を考える必要があります。原子力災害後、地表面に残留した放射性物質が問題となりますが、その再浮遊による吸入摂取は僅かであり、また日頃の身の回りの衛生管理（手洗い、入浴など）をしっかり行うことも内部被ばくの低減に効果があります。

一方、経口による被ばくに関しては、野生の食材のように、放射性セシウムの検出レベルの高い食品には注意することが必要です。特に、シダ類とキノコ類はセシウムを濃縮する性質があることから注意が必要です。原子力災害後、食品中の放射性物質の検査は、国が対象品目、検査制度を示し、各都道府県が検査計画を策定し、検査を実施します。検査の結果は、厚生労働省、農林水産省、及び地方公共団体のウェブサイトなどを通じて公表されています（下巻 P52「食品中の放射性物質に関する検査結果の公表」）。

なお、放射性セシウムによる内部被ばくに関しては、ホールボディ・カウンタで測定することができます。ホールボディ・カウンタによる内部被ばく検査の機会は、一部の自治体や民間の病院等で提供されています。

本資料への収録日：2013年3月31日

改訂日：2023年3月31日

## ■ 屋内での外部被ばくの低減に関する研究

- ✓ 建物内外の空間線量の測定から、木造および軽量の鉄骨造住宅の低減係数<sup>\*1</sup>を1階で0.38、2階で0.49と評価。

(出典：N. Matsuda et al.: *J Environ Radioact* 166: 427-435, 2017.)

- ✓ 建物内外の空間線量の測定から、木造住宅の低減係数の中央値を0.43と評価。

(出典：H. Yoshida et al.: *SCIENTIFIC REPORTS* 4: 7541, 2014.)

## ■ 屋内での内部被ばくの低減に関する研究

- ✓ 建物内外の放射性物質濃度の測定から、空気中の放射性物質の除染係数<sup>\*\*2</sup>を粒子状I-131で0.64、Cs-137で0.58と評価。

(出典：T. Ishikawa et al.: *Environ Sci Technol* 48:2430-2435, 2014.)

- ✓ 屋内での内部被ばくの要因として、自然換気率や室内外の温度差、風速、建物の総被覆率や築年数等をパラメータに設定し、それらを実験的に検討し内部被ばくの低減係数を評価（値は0.1~1の範囲で変動）。

(出典：J. Hirouchi et al.: *ASRAM2018-010*, 2018.)

※1:屋外での線量を1としたときの、建物内の線量の比

※2:屋外での濃度を1としたときの、建物内の濃度の比

屋内にいる場合は、環境中に放出され屋外の空気中に浮遊した放射性物質と地表面等に沈着した放射性物質からの放射線は建物によって遮へいされ、外部被ばく線量が低減します。また、建物の気密性によって、屋内空気中に浮遊する放射性物質濃度は屋外よりも低くなるため、吸入による内部被ばく線量も低減します。

放射線防護を考慮する際に、典型的な日本の木造家屋の外部被ばくの低減係数として用いられる0.4という値は、IAEA-TECDOC-225（1979年）が根拠とされています（上巻P53「遮へいと低減係数」）。屋内での被ばく低減に関する最近の研究としては、外部被ばくの低減係数<sup>1,2</sup>に関する研究成果が報告されています。

また、外部被ばくだけでなく、屋内での内部被ばくの低減効果として、放射性物質濃度の低減効果<sup>3</sup>、内部被ばくの低減係数<sup>4</sup>に関する研究成果も報告されています。なお、屋内での内部被ばくの低減効果は、建築年代、風速、室内外温度差等によっても変化することが報告されています。

1. N. Matsuda et al.: *J Environ Radioact* 166: 427-435, 2017.
2. H. Yoshida et al.: *SCIENTIFIC REPORTS* 4: 7541, 2014.
3. T. Ishikawa et al.: *Environ Sci Technol* 48:2430-2435, 2014.
4. J. Hirouchi et al.: *ASRAM2018-010*, 2018.

本資料への収録日：2023年3月31日

## 調理の過程で放射性物質の低減が可能

品 目	調理・加工法	除去率 (%)
葉菜 (ほうれん草等)	水洗い-ゆでる	7~78
たけのこ	ゆでる	26~36
大根	皮むき	24~46
なめこ (生)	ゆでる	26~45
果物 (葡萄、柿等)	皮むき	11~60
栗	ゆでる-渋皮まで皮むき	11~34
梅	塩漬け	34~43
桜葉	塩漬け	78~87
魚	ワカサギの南蛮漬け	22~32

- 野生のものは大量に食べない

$$\text{除去率 (\%)} = \left( 1 - \frac{\text{調理・加工後の食品 (調理・加工品) 中の放射能総量 (Bq)}}{\text{材料中の放射能総量 (Bq)}} \right) \times 100$$

出典：原子力環境整備促進・資金管理センター「環境パラメータ・シリーズ増補版 (2013年) 食品の調理・加工による放射性核種の除去率 - わが国の放射性セシウムの除去率データを中心に -」2013年9月より作成

東京電力福島第一原子力発電所事故の直後は、野菜から検出された放射性物質は表面に付いているだけでしたので、表面に付着した放射性物質はある程度洗い流すことができました。

現在では、野菜の表面に付着することはほとんどないのですが、土壌中に含まれる放射性物質が部分的に根から吸収され野菜などの内部に入ることがあります。根から吸収されて野菜の中に入ったセシウムも調理や加工するときの工夫によって放射性物質を除去することができます。

スライドの表は、食品の内部に取り込まれている放射性セシウムの除去率が示されています。

野菜をゆでる場合、ゆで時間が長いほど除去率が大きくなると考えられています。これは野菜の細胞に取り込まれていた放射性セシウムが、細胞が壊れることによって出てきてゆで湯に移行するためと考えられています。また、塩漬けの場合も塩漬けの時間が長いほど除去率が高くなるとされていますが、これは塩の成分のナトリウムと野菜の中に含まれている放射性セシウムが入れ替わることによるものと考えられています。

肉や魚も煮る場合は、放射性セシウムが移行した煮汁を捨てることにより、放射性物質の量を半分程度までは減らすことができるとされています。焼くよりも、ゆでたり煮たりした場合の方が除去率は高いことが分かっています。

データの詳細については、<https://www.rwmc.or.jp/library/other/kankyoo/> を参照してください。

本資料への収録日：2017年3月31日

改訂日：2019年3月31日





セシウム137は、半減期が30年と長いため、原子力発電所の事故等によって環境へ放出された場合、影響が長期化すると考えられます。環境中の放射性物質が作物の可食部（食べている所）に移行する経路は、大きく3つに分けられます。

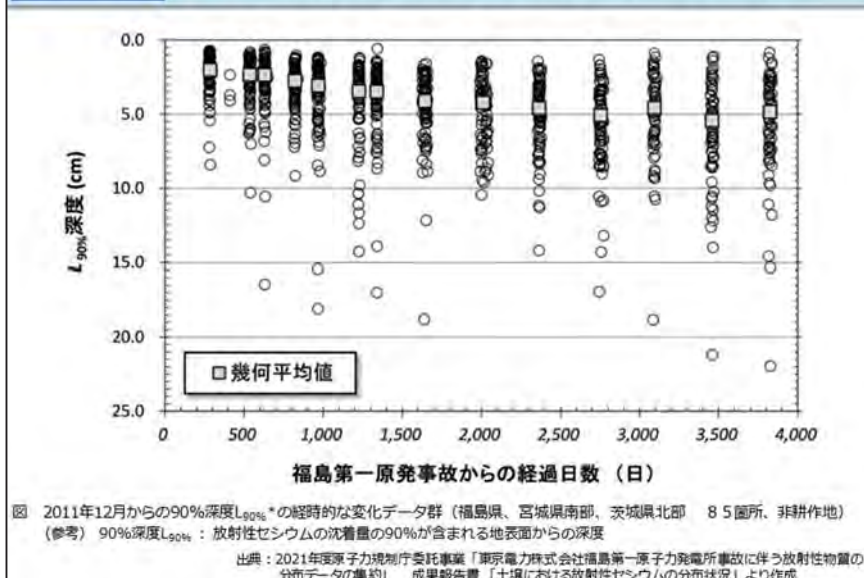
1つ目は、大気中から直接葉等の可食部の表面等に付くものです。東京電力福島第一原子力発電所事故の直後に、野菜から計測された放射性物質は、大気中に放出された放射性物質が直接葉の表面に付いたものでした。

2つ目は、転流を介した経路です。転流とは、植物体内で、吸収した栄養素や光合成でできた栄養やその代謝産物が、ある組織から他の組織へと運搬されることをいいます。放射性物質が葉や樹皮に付着すると、葉や樹皮が放射性物質を吸収し、植物内で新芽や実の部分に移行することがあります。茶葉やタケノコ、ピワや梅等で比較的高濃度の放射性物質が見つかったのは、こうした移行経路によるものであると考えられています。

3つ目は、土壌に含まれている放射性物質が根から吸収される経路です。大気中への放射性物質の放出が終わった後は、農地に降下した放射性物質が根から吸収される経路が主となります。

本資料への収録日：2013年3月31日

改訂日：2019年3月31日



今回の東京電力福島第一原子力発電所事故に伴い環境中に放出された放射性セシウムの土壌中の深度分布に関する調査が、2011年度から福島県、宮城県南部、茨城県北部において実施されてきています。

土壌に沈着した放射性セシウムの90%が存在する土壌表面からの深度（90%深度）は、時間の経過と共に僅かずつ状況が変化しており、その幾何平均値は2021年9月時点で4.85cmでした。

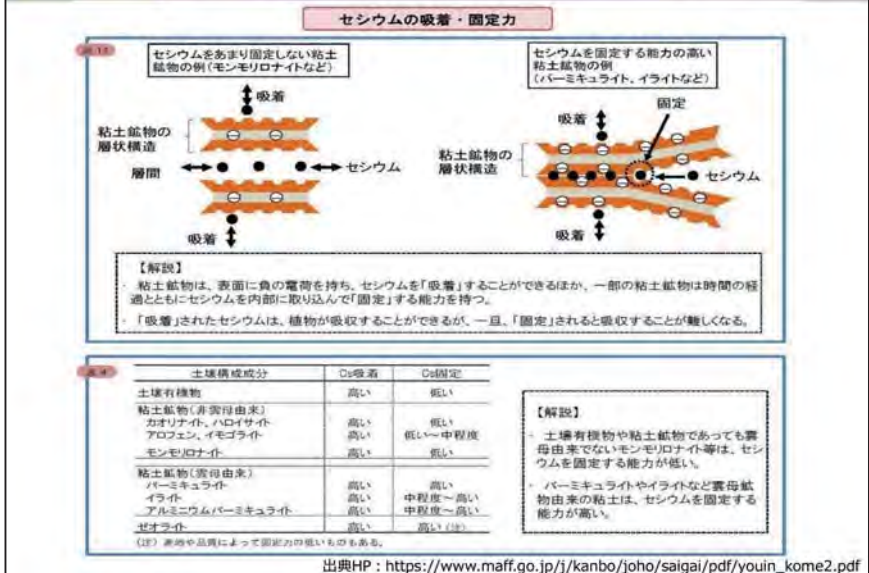
除染や深耕やひび割れなどの土壌の性状により、放射性セシウムの分布状況が変わります。土壌中の粘土質の中には、パーミキュライトを含む粘土鉱物やゼオライトなどはセシウムを強く吸着する性質を持っています。セシウムは、これらの粘土質に吸着され、水に溶けにくくなり、土壌に固定されて土壌の表層付近に長期間とどまります（上巻P180「環境中での放射性セシウムの動き：粘土鉱物による吸着・固着」）。

これにより、放射性セシウムが土壌の表層付近にあることで、地表面よりも深くに根を生やしている植物では、物理的に根と放射性セシウムが隔てられていることとなります。

1986年に起こったチェルノブイリ原子力発電所事故の影響調査では、事故後14年経過しても、事故により降ったセシウム137の約80%が、表面から10cm内の所にとどまっていることも分かっています。（国際原子力機関（IAEA）国際チェルノブイリフォーラム報告書（2006年））

本資料への収録日：2017年3月31日

改訂日：2023年3月31日



セシウムはカリウム等と化学的に同じような性質（1価の正電荷）を持っていることから、表面に負の電荷を持つ粘土鉱物に吸着されやすい性質があります。さらに、一部の粘土鉱物は時間の経過と共に吸着したセシウムを「固定」する能力を持ち、一度固定されたセシウムは水に溶け出しにくいことが分かっています。

今回の事故により環境中に放出された放射性セシウムは、時間の経過と共に土壌中の粘土鉱物による吸着・固定が進み、作物に吸収されにくくなっています。(上図)

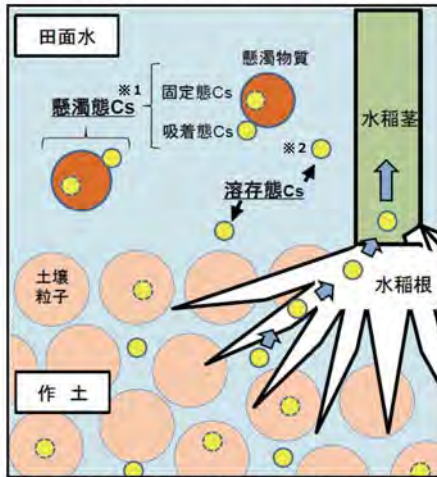
なかでも、バーミキュライトやイライト等の雲母鉱物由来の粘土はセシウムを固定する能力が高いことが分かっています。(下表)

これまでの調査研究の結果から、福島県内の河川において、河川水中の放射性セシウム濃度は、徐々に減少する傾向が確認されています。また、森林等から河川に流入する放射性セシウムの濃度も、時間と共に減少する傾向が確認されています<sup>1</sup>。

1. 原子力規制庁委託事業「平成26年度東京電力株式会社福島第一原子力発電所事故に伴う放射性物質の分布データの集約及び移行モデルの開発」事業 成果報告書

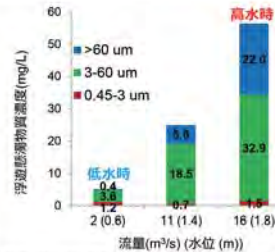
本資料への収録日：2017年3月31日

水中のセシウムの形態のイメージ図



※1：「懸濁態」放射性物質が土粒子や有機物に吸着・固定された状態。  
懸濁態のセシウムは水稻の根や茎から直接吸収されることはほとんどない。  
※2：「溶存態」放射性物質が水中に溶け出した状態。

請戸川下流域（請戸川橋）での観測結果（2014年）



高水時の河川水中の浮遊懸濁物質濃度と粒径  
河川水中の溶存態および懸濁態セシウム濃度

	低水時	高水時
河川流量	2 m³/s	16 m³/s
溶存態 <sup>137</sup> Cs濃度	0.3 Bq/L	0.3 Bq/L
懸濁態 <sup>137</sup> Cs濃度	0.1 Bq/L	2.2 Bq/L
溶存態の割合	75%	12%
総 <sup>134+137</sup> Cs濃度	0.6 Bq/L	3.3 Bq/L

出典HP：  
[https://www.maff.go.jp/j/kanbo/joho/saiga/pdf/youin\\_kome2.pdf](https://www.maff.go.jp/j/kanbo/joho/saiga/pdf/youin_kome2.pdf)  
<https://fukushima.jaea.go.jp/report/document/pdf/pdf1702/hokokukai11.pdf>  
より作成

田植えの代かきで田に水をはると、セシウムが溶け出した溶存態と土壌粒子などにくっついて浮遊する懸濁態がありますが、土壌に吸着もしくは固定化している状況では、溶存態は極めて少なく、懸濁態の状態では水稻の根や茎から直接吸収されることはありません。（左図）

また、ため池や水路等における水中のセシウムは時間と共に、土壌に吸着もしくは、固定化されます。このため、福島県内の調査結果では、河川の流量が少なく、濁りが少ない状態では、大部分の放射性セシウムは溶存態で存在しますが、その濃度は通常の放射能濃度測定の実検限界（約1ベクレル/L）より低い濃度です。

右の上図に示すように、大雨時など河川の流量が増加（高水時）すると、浮遊懸濁物質の濃度が高くなりますが、この懸濁物質には放射性セシウムが強く吸着されています（懸濁態）。そのため、高水時には溶存態の放射性セシウム濃度はあまり変わらず、懸濁態の放射性セシウム濃度だけが高くなりますが、時間と共に低下します。また、河川の流量の増加に伴い、浮遊懸濁物質の粒径が大きくなり、河川水は濁ります。この濁りはろ過で取り除くことができます。これまでの福島県・請戸川の調査事例では、右下の表に示すように通常時の放射性セシウム濃度は飲料水基準値（10ベクレル/kg）を下回っていますし、高水時でも増加した懸濁態をろ過することにより上澄み水では、放射性セシウムは検出限界（約1ベクレル/L）以下となります。

本資料への収録日：2017年3月31日

改訂日：2019年3月31日

## 長期的影響 環境中での放射性セシウム137の動き：森林土壌からの流出

これまでの調査から、森林土壌から1年間に流出する放射性セシウム137の流出率は、流域の土壌への沈着量の0.02～0.3%程度であることが分かっています。

【表1】流域から河川への放射性Csの流出(流出率)

流域	川俣町			筑波山	丸森町
	秋石山流域 <sup>※1</sup>	石平山流域 <sup>※2</sup>	高太石山流域 <sup>※3</sup>	霞ヶ浦流域 <sup>※4</sup>	宇多川上流 <sup>※5</sup>
調査期間	44～45日間 <sup>※3</sup>			21か月間	15か月間
土壌へのCs-137沈着量 (kBq/m <sup>2</sup> )	544	298	916	13	170～230
Cs-137流出量 <sup>※4</sup> (kBq/m <sup>2</sup> )	0.087	0.026	0.021	0.06	0.22～0.34
土壌へのCs-137沈着量 に対するCs-137流出量	0.016%	0.009%	0.002%	0.5%	0.12～0.15%
↓					
Cs-137の年間流出量 <sup>※5</sup>	0.13%	0.07%	0.02%	0.26%	0.10～0.12%

※1：(出典) JAEA: 平成24年度放射能測定調査委託事業「福島第一原子力発電所事故に伴う放射性物質の長期的影響把握手法の確立」成果報告書

※2：(出典) 国立環境研究所, 2012, 2013

※3：3流域の比較可能な2012年10月1日～9-10日, 10月22日～11月3日, 11月29-30日～12月18-19日調査期間(44～45日)を抽出し合計。

※4：①秋石山流域, 石平山流域, 高太石山流域：深流水における底層部, SS(懸濁物質), 粗大有機物(深流水中の葉や枯草)のCs-137の合計。

・底層部: 2012年8月, 10月の平常時における底層部放射性セシウム濃度を深流水の流出量にかけた。

・SS: SSサンプラーの放射性セシウム濃度を濃度計の連続データと流量から得られたSSの流量にかけた。

・粗大有機物: 有機物の放射性セシウム濃度をSS由来のCs-137

①濃×濃度, 宇多川上流: SS由来のCs-137

※5: 土壌のデータより, 土壌への沈着量に対する流出率と調査期間から年間流出率に換算(環境省による計算)。

その際, 放射性セシウムの自然崩壊や対象期間内の降雨は考慮していない。

事故当初樹木の葉、枝等に付着した放射性物質は、時間の経過と共に林床の落葉層や土壌に移行し、現状では8割程度が土壌表層部に滞留しており、鉍質土壌によって強く保持されています（上巻 P180 「環境中での放射性セシウム137の動き：粘土鉍物による吸着・固着」）。

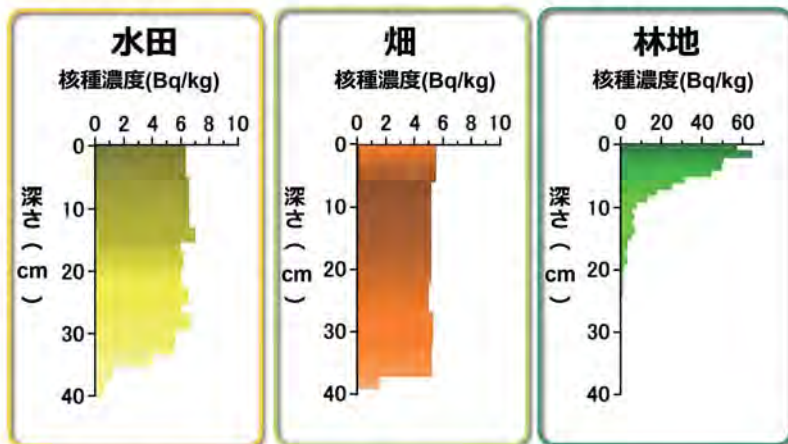
また、これまでの調査から、森林土壌から1年間に流出する放射性セシウム137の流出率は、流域の土壌への沈着量の0.02～0.3%程度であることが分かっています。

### 参考資料

- ・第16回環境回復検討会資料

本資料への収録日：2017年3月31日

## 2009年10月に北海道で採取した土壌のセシウム137濃度の深度分布



Bq/kg : ベクレル/キログラム

出典：木方ら、第52回環境放射能調査成果抄録集（2010年）他より作成

1950年代後半から1960年代前半をピークに多くの大気中核実験が実施されたことから、これに起因する放射性降下物が地球全域に降り注ぎました。2011年3月11日以前の日本で検出されている放射性セシウムやストロンチウム90はこのフォールアウト由来であると考えられます（上巻 P78 「大気圏核実験による放射性降下物の影響」）。

2009年に北海道で行われた土壌調査の結果、水田や畑のように耕された土壌では、表面から40cm 深くまでセシウム137が検出されましたが、耕されていない林地では、表面から20cm 内にセシウム137がとどまっていました。

セシウムがどれだけ土壌に強く吸着するかは、土壌の性質にもよりますが、日本の土壌でも、セシウム137が表層にとどまりやすいことが分かっています。

（関連ページ：上巻 P179 「土壌中の放射性セシウムの分布の状況」）

本資料への収録日：2013年3月31日

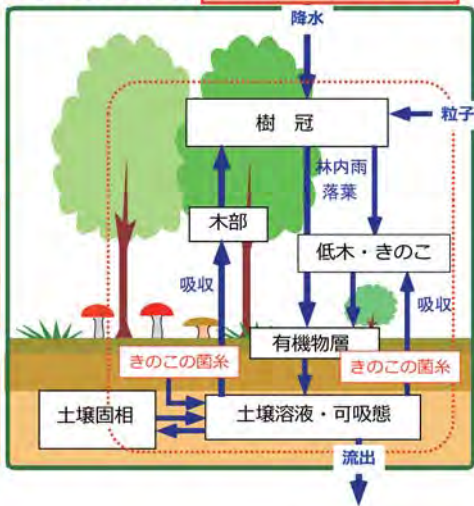
改訂日：2015年3月31日

分布は時間（年）と共に変化します。 森林中で大きく動く

大気からの沈着直後：  
 ・樹冠の葉・枝（一部表面吸収 & 転流）  
 ・土壌有機物層（腐葉土層等）の表面付近

その後：  
 ・樹冠から土壌有機物層へ  
 ・有機物層からその下の土壌へ  
 ・植物の経根吸収

最終的には：  
 ・大部分が土壌有機物層を含めた土壌表層部に蓄積



森林中の放射性物質の分布は年単位の時間経過によって大きく変化すると考えられています。

大気に含まれる放射性セシウムは葉や枝に付着します。葉や枝はやがて枯れて腐葉土のような有機物を含んだ土壌になります。放射性物質の一部は葉や樹皮から吸収され、植物内で新芽や実の部分に移行することもあります。これもいずれは土になります。

有機物の多い土壌では、セシウムを吸着する粘土質に乏しいため、セシウムが植物に吸収されやすい状態にあります。

有機物層にあるセシウムはその下の土壌に徐々に移行し、表層よりも少し深い所に根を張る植物もセシウムを吸収するようになります。

このように、放射性セシウムも安定なセシウムと同様に、植物と土壌との間を循環する過程で土壌の粘土質に固着され、最終的には土壌表層部に蓄積します。

なお、国立研究開発法人森林総合研究所が渓流水を採取してセシウムを計測したところ大部分の渓流水では、セシウムは検出されませんでした。降雨のあった日の一部の濁り水にセシウムが含まれていましたが、その量はごく僅かでした（下巻P32「渓流水中の放射性セシウムの観測結果（2012年）」）。

（関連ページ：下巻P30「森林の空間線量率の変化」、下巻P31「森林内の放射性セシウムの分布状況の変化」）

本資料への収録日：2013年3月31日

改訂日：2019年3月31日



東京電力福島第一原子力発電所事故によって環境中へ放出されたセシウムの分布は時間経過と共に大きく変化しました。事故直後に樹皮や枝葉に付着したセシウムは落葉や降雨等によって林床へと移行し、現在では90%以上が地表から5cmの深さまでにとどまっていることが分かっています。一方で、地表面付近のセシウム減少量が物理減衰による減少よりも大きいことから、僅かに地中方向に移動していることが推測されています。

セシウムは特定の粘土鉱物に強く吸着する性質があり、水中にはほとんど溶け出しません（上巻P180「環境中での放射性セシウムの動き：粘土鉱物による吸着・固着」）。また、風等による大気中への再飛散も現在ではほとんどないことが分かっています。これらのことから、森林から生活圏へのセシウムの流入は少ないことが予想されています。

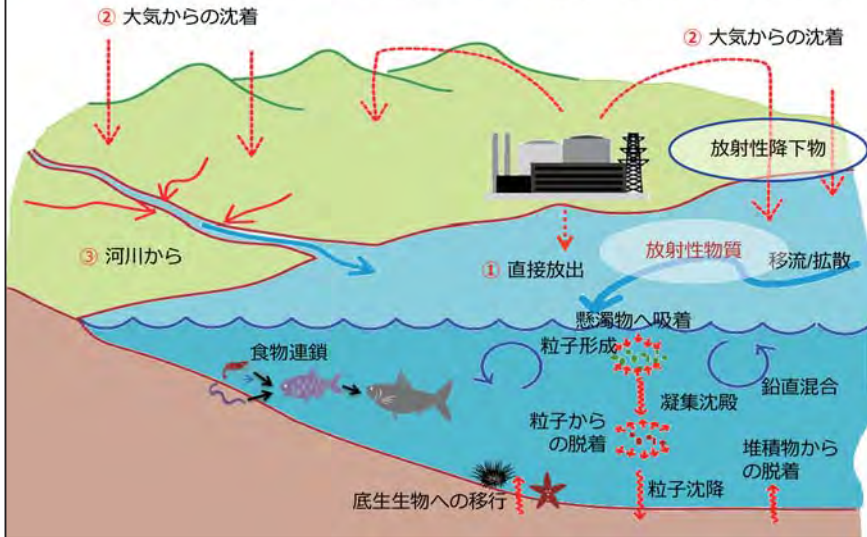
上の図は、森林に降下・沈着したセシウムが上流から河口にあるダム湖に流れ込むまでの過程をイラストで示したものです。2つの拡大図は林床とダム湖底質をそれぞれ表しており、どちらもセシウムが土壌表層に堆積していることが分かります。

セシウムは、急流においては土粒子に吸着した状態で下流へと運搬され、緩流においては堆積する傾向にあります。また、上流にダム湖がある場合、セシウムがダム湖によってせき止められるため、下流へのセシウムの流出が少ない傾向にあります。さらに、台風や大雨等によってダム湖水位が高くなった場合においても、ダムの放流口付近の底質の流速が遅いため、堆積土壌の巻き上げはほとんど起こらないことが分かっています。

本資料への収録日：2016年3月31日



「(海洋への)直接放出」、「大気からの沈着」は事故当時の状況を表しています



東京電力福島第一原子力発電所事故により放出された放射性物質の海洋中の分布は、時間経過によって大きく変化します。放射性物質が海洋に運ばれる経路には、①発電所からの海洋への直接の流入、②風に乗って運ばれた放射性物質の海洋への降下、③陸に降下した放射性物質の河川や地下水を介した海への運搬の3つのルートが考えられます。ただし、セシウムの場合、土壤中に強く吸着されることから、地下水と共に移行して海に達することはほとんど考えられません。

海水中の放射性セシウムの濃度は、事故直後急激に上昇しましたが、1～2か月のうちに海流に乗って流されたり、拡散したりすることで下がりました。海産物の放射性セシウムの濃度は海水中の濃度と関係があり、海水中の濃度の低下と共に海産物の濃度も低下しました。また、放射性セシウムの一部は海底に沈降したため、海底付近にいる魚類(底魚)への移行が懸念されましたが、調査研究の結果、ヒラメ・マダラ等の底魚の放射性セシウムの濃度は福島沖を含めて低下しています。この理由としては、放射性セシウムが底泥中の粘土に強く吸着されること及び、海底土から底生生物へのセシウム移行率は小さく、粘土に吸着されたセシウムが海産物の体内に取り込まれにくいことが挙げられます(出典:水産庁、水産物の放射性物質の検査に係る報告書 2017年)。

本資料への収録日: 2013年3月31日

改訂日: 2023年3月31日

$$\text{濃縮係数} = (\text{海産生物中の濃度}) / (\text{海水中の濃度})$$

生物の種類	濃縮係数※ (セシウム)
イカ・タコ	9
植物プランクトン	20
動物プランクトン	40
藻類	50
エビ・カニ	50
貝類	60
魚	100
イルカ	300
トド	400



現在の海水セシウム濃度は、事故前と同レベル  
(0.001~0.01ベクレル/リットル)である。

※ 濃縮係数は、下記IAEA文献による推奨値

出典：国際原子力機関（IAEA）Sediment Distribution Coefficients and Concentration Factors for Biota in the Marine Environment, 2004より作成

濃縮係数とは、海産生物が一定の濃度の海水に長期間置かれた場合の、海産生物中の濃度と海水中の濃度の比率を表したもので、放射性物質の海産生物への蓄積の度合いを示しています。

セシウムの濃縮係数を比べると、プランクトンより魚、魚よりは魚を捕食する大型哺乳類のほうが高いことが分かります。

セシウムについても生物濃縮はありますが、水銀やカドミウムのように生物体への蓄積が続くことはほぼなく、海水中のセシウム濃度が下がれば低下していくと考えられています。

なお、表中の濃縮係数は国際原子力機関（IAEA）による推奨値です。現在、海水中のセシウム濃度は、東京電力福島第一原子力発電所港湾内を除き、事故前とほぼ変わらない濃度（0.001~0.01ベクレル/L）まで下がっています（下巻P46「海水の放射能濃度の推移」）。

本資料への収録日：2013年3月31日

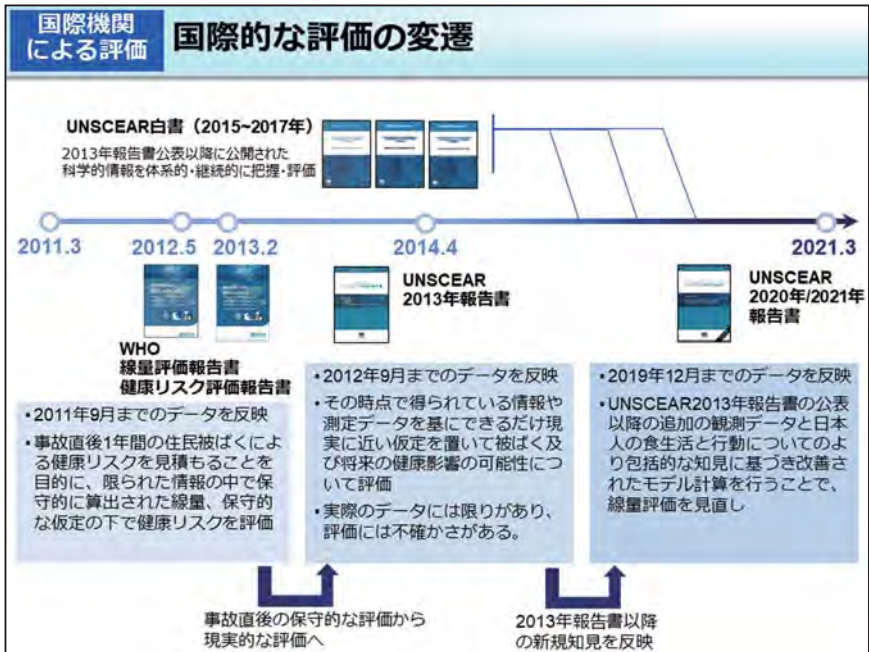
改訂日：2015年3月31日

# 第5章

## 国際機関による評価

東京電力福島第一原子力発電所事故後、世界保健機関（WHO）及び国連科学委員会（UNSCEAR）によって行われた放射線被ばくに関する評価結果の概要を説明します。

事故による放射線被ばくの状況や影響について、国際的にどのような評価をうけているのか、最新の報告を含めてその概要を知ることができます。



東京電力福島第一原子力発電所事故後、世界保健機関（WHO）や国連科学委員会（UNSCEAR）が事故による被ばく線量評価やその健康への影響に関する報告書を公表しています。

WHOは、2012年5月に暫定的な被ばく線量評価報告書を公表しました。また、2013年2月に暫定的な健康リスク評価の報告書が公表されています。WHOの評価は、「事故直後の1年間における住民の被ばく線量を推計し、緊急対策が必要となる地域を特定すること」を目的としており、限られた情報に基づき、過小評価となることを避けるために、保守的な条件を設定し、考えられる最大の被ばく線量を評価しています。

UNSCEARの2013年報告書では、事故による被ばくレベルと放射線リスクの可能な限り現実的な評価を実施しようとしてきました。一方で、この種の全ての評価の結果には、知識または情報の不完全性や仮定の構築により、不確かさが伴うことが示されています。

そこでUNSCEARでは、2013年報告書の発表以降に公表された新規情報について、系統的に収集、評価する継続的な取組（フォローアップ）を行いました。取組の結果は、2015~2017年にかけて3つの白書としてまとめられており、2021年3月、2013年報告書以降の新規知見を反映した2020年/2021年報告書として公表されています。

2020年/2021年報告書では、2013年報告書での線量推定の不確かさを低減するために被ばく線量評価に関する新たな知見を用いて、線量推定が実施されました。

1. 世界保健機関（WHO）による線量推計及び健康リスク評価の報告書：
  - Preliminary dose estimation from the nuclear accident after the 2011 Great East Japan Earthquake and Tsunami (2012)
  - Health risk assessment from the nuclear accident after the 2011 Great East Japan earthquake and tsunami, based on a preliminary dose estimation (2013)
2. 原子放射線の影響に関する国連科学委員会（UNSCEAR）年次報告書（2013年）：
  - SOURCES, EFFECTS AND RISKS OF IONIZING RADIATION UNSCEAR 2013, Report, Volume I, REPORT TO THE GENERAL ASSEMBLY SCIENTIFIC ANNEX A: Levels and effects of radiation exposure due to the nuclear accident after the 2011 great east-Japan earthquake and tsunami (2013)
3. 原子放射線の影響に関する国連科学委員会（UNSCEAR）年次報告書（2020年）：
  - SOURCES, EFFECTS AND RISKS OF IONIZING RADIATION UNSCEAR 2020/2021, Report, SCIENTIFIC ANNEX B: Levels and effects of radiation exposure due to the accident at the Fukushima Daiichi Nuclear Power Station: Implications of information published since the UNSCEAR2013Report (2020)

	主な結論
WHO報告書	<ul style="list-style-type: none"> <li>被ばく線量が最も高かった地域においても、小児甲状腺がんを含む、がん・白血病のリスクの増加は小さく、自然のばらつきを超える発生は予想されない。</li> <li>結果として、放射線に関連する疾患の過剰発症を検出できるレベルではない。</li> </ul>
UNSCEAR 2013年報告書	<ul style="list-style-type: none"> <li>将来のがん統計において、事故による放射線被ばくに起因し得る有意な変化が見られるとは予測していない。</li> <li>最も高い被ばくを受けたと推定される小児の集団について、甲状腺がんのリスクが理論上増加する可能性がある。そのため、今後、状況を綿密に追跡・評価する必要がある。</li> </ul>
UNSCEAR 2020年/2021年 報告書	<ul style="list-style-type: none"> <li>福島の住民に放射線被ばくによる健康影響は見られておらず、将来的にも見られる可能性は低い。</li> <li>原発事故後の福島で行われている甲状腺検査で見られる甲状腺がん発症率の増加については、高感度の超音波検診法の適用の結果と思われる。</li> </ul>

2012年及び2013年に公表された世界保健機関（WHO）の報告書や国連科学委員会（UNSCEAR）2013年報告書ではともに線量評価の基礎となるデータの不確かさに起因する、被ばく線量評価結果の不確かさがあることが述べられていましたが、UNSCEAR2020年/2021年報告書では、より広範囲な知見が利用可能となったために数多くの問題についてより不確かさの少ない結論が示されています。

UNSCEARの2020年/2021年報告書では、2019年末までに公表された東京電力福島第一原子力発電所の事故による放射線被ばくのレベルと影響に関連する全ての科学情報をとりまとめ、2013年報告書の知見と結論に及ぼす影響を評価しています。

UNSCEAR2020年/2021年報告書では、2013年報告書の公表以降に明らかとなった被ばく線量評価に関する新たな知見等に基づき、事故後の放射線被ばくのレベルと影響について、改善され、より現実的な評価を実施できるようになりました。新たな知見に基づき見直された公衆の線量が2013年報告書と比較して減少または同程度であることを踏まえ、「放射線被ばくが直接の原因となるような将来的な健康影響は検出できそうにない」と結論づけられています。また、福島県「県民健康調査」の甲状腺検査で見つかった多数のがんについては、「放射線被ばくの影響ではなく、高感度の超音波検診法の適用がもたらした結果である」と評価しています。さらに、「一般公衆の間で放射線被ばくが関係している先天性異常、死産、早産が過剰に発生したという確かなエビデンスはない」としています。

本資料への収録日：2023年3月31日

- 事故後1年間における避難者グループの平均実効線量の推定範囲  
(単位はミリシーベルト)

UNSCEAR2020年/2021年報告書			UNSCEAR2013年報告書			WHO報告書		
	20歳(成人)	1歳(幼児 <sup>※3</sup> )	20歳(成人)	1歳(乳児 <sup>※3</sup> )	20歳(成人)	1歳(幼児 <sup>※3</sup> )		
① 避難した福島県居住者：	0.046 - 5.5	0.15 - 7.8	① 予防的避難区域：	1.1 - 5.7	1.6 - 9.3	① 福島県：	1 - 50	1 - 50
② 避難しなかった 福島県居住者：	0.079 - 3.8	0.12 - 5.3	② 計画的避難区域：	4.8 - 9.3	7.1 - 13	② 福島近隣県：	0.1 - 10	0.1 - 10
③ 近隣県 <sup>※1</sup> ：	0.10 - 0.92	0.15 - 1.3	③ 避難区域外の福島県：	1.0 - 4.3	2.0 - 7.5	③ その他の：	0.1 - 1	0.1 - 1
④ その他の都道府県：	0.004 - 0.36	0.005 - 0.51	④ 近隣県 <sup>※2</sup> ：	0.2 - 1.4	0.3 - 2.5			
			⑤ その他の都道府県：	0.1 - 0.3	0.2 - 0.5			

※1：宮城県、山形県、茨城県、栃木県。

これらの県の一部における放射性核種沈着密度の情報は、吸入および外部被ばく経路による線量を1平方キロメートルベースでの自治体平均レベルで推定するには十分であった。その結果として、グループ3を形成する線量は、UNSCEAR2013報告書にて考察された県とは異なる。

※2：岩手県、宮城県、茨城県、栃木県、群馬県、千葉県。

※3：「幼児」及び「乳児」は英語の原典では「infant」が用いられている。本表では、各報告書の原典（日本語版）の記載に従っている。WHO報告書は日本語版がないため、UNSCEAR2020年/2021年報告書の記載と合わせた。

国連科学委員会（UNSCEAR）や世界保健機関（WHO）の報告書における公衆の事故後1年間の実効線量の推定値は上の図の通りです。線量の範囲は、対象とするグループの中で、都道府県又は区域内の市町村又は避難シナリオごとの平均値の範囲を示します。

UNSCEAR2020年/2021年報告書における線量評価結果は、UNSCEAR2013年報告書と比較して小さな値または同程度の値となっています（上巻P194「UNSCEAR2020年/2021年報告書（3/8）公衆の被ばく線量評価にあたってのUNSCEAR2013年報告書からの更新」）。なお、UNSCEAR2020年/2021年報告書では、線量評価の不確かさも評価しています。

WHOの報告書やUNSCEAR2013年報告書では、線量評価の基礎となるデータの不確かさに起因する、被ばく線量評価結果の不確かさがあることが述べられていましたが、UNSCEAR2020年/2021年報告書ではより広範囲な知見が利用可能となったため、不確かさの少ない線量推定が可能となりました。

【報告書記載箇所】

- ・WHO 線量評価報告書（P40～45（3. Results）から作成）
- ・UNSCEAR2013年報告書（Annex A, 日本語版 P56～57, 第209～214項から作成）
- ・UNSCEAR2020年/2021年報告書（ANNEX B, 日本語版 P61～63, 第166～169項から作成）

本資料への収録日：2023年3月31日

## 目的

- 入手可能な全ての情報を取りまとめ、UNSCEAR2013年報告書に掲載された知見と結論に及ぼす影響を評価する。
- 入手可能な情報のより詳細な分析に基づき、公衆が受けた被ばく線量の推定値を検証、必要に応じて修正し、かつ、健康影響についての見解を更新する。
- 公衆が受けた被ばく線量の推定値における不確かさおよびばらつきを改善した評価を提示する。
- 可能ならば、UNSCEAR2013年報告書において十分対処されなかった課題や目的に対して、より良い対処を行う。

国連科学委員会（UNSCEAR）2020年/2021年報告書の科学的付属書 B「福島第一原子力発電所における事故による放射線被ばくのレベルと影響：UNSCEAR2013年報告書刊行後に発表された情報の影響」と題する報告書は、2019年末までに入手可能であった東京電力福島第一原子力発電所事故による放射線被ばくのレベルと影響に関する全ての科学的知見をとりまとめ、UNSCEAR2013年報告書に対する影響を評価することを目的に作成されました。より具体的な目的は上図の通りです。

一方で、目的としないこととして次の三点が示されています。

- 人権、公衆の健康保護、環境保全、放射線防護、緊急時の準備と対応、事故管理、原子力安全、放射性廃棄物管理、将来的な放出、およびこれらに関連する事項に関する政策上の課題に取り組むものではない。
- 地方自治体や日本政府、その他国の機関や国際機関に対する助言を意図するものではない。
- 東京電力福島第一原子力発電所事故において発生した様な、事故の結果として起こり得る、精神的および社会的な安寧に大きな影響をおよぼす可能性がある、生活の混乱、自宅や生活手段の喪失、社会的な不名誉などによる苦痛や不安を含む他の影響（放射線による被ばくとは関係の無いもの）に対処するものでない。

なお、2020年/2021年報告書は、独立した報告書である一方、UNSCEAR2013年報告書およびその後刊行した白書と共に読まれることを意図しており、これらの文書で入手可能な情報全てを繰り返して記載してはしません。

### 【報告書記載箇所】

- UNSCEAR2020年/2021年報告書（ANNEX B, 日本語版 P6, 第7～8項から作成）

本資料への収録日：2023年3月31日

- UNSCEAR2013年報告書との比較を容易にするために、線量推定は、同じ年齢区分（20歳の成人、10歳の小児、1歳の幼児）と線量評価項目（特定臓器-甲状腺、赤色骨髓、結腸、女性の乳房-の吸収線量および実効線量）に対して実施。
- 事故後最初の1年間、事故後から10年間、被ばくした個人が80歳に達するまでの期間の線量を推定。
- 加えて、胎児の発育期間である30週間に及ぶ甲状腺の平均吸収線量および妊娠期間40週間に及ぶ子宮内での赤色骨髓の平均吸収線量も推定。

#### 主な評価対象の被ばく経路

- (a) 大気中の放射性核種からの外部被ばく
- (b) 湿性沈着または乾性沈着のいずれかにより大気から地表に沈着した放射性核種による外部被ばく
- (c) 大気中の放射性核種の吸入による内部被ばく
- (d) 食品および飲料水中の放射性核種の経口摂取による内部被ばく

国連科学委員会（UNSCEAR）2020年/2021年報告書の線量推定では、UNSCEAR2013年報告書との比較を容易にするために、同じ年齢区分や線量評価項目が評価対象になっています。具体的な条件は上図に示す通りです。

なお、線量評価に当たっては、UNSCEAR2013年報告書の公表以降から2019年末までに発表された最新の科学知見と進展を反映し、実測データに基づいた評価が行われました（上巻P194「UNSCEAR2020年/2021年報告書（3/8）公衆の被ばく線量評価にあたってのUNSCEAR2013年報告書からの更新」）。

#### 【報告書記載箇所】

- UNSCEAR2020年/2021年報告書（ANNEX B, 日本語版P104, A4～5項から作成）

本資料への収録日：2023年3月31日



## USCEAR2013年報告書からの更新点

- 人を対象とした測定データ（特に個人線量計、ホールボディ・カウンタ、甲状腺測定）
- 空気中の放射性核種の濃度に関する新たな情報
- 消費された食品中の放射性核種に関する新たな情報
- 居住係数に関する新たな情報
- 線量低減係数（ロケーションファクター）に関する新たな情報
- 防護対策に関する新たな情報

国連科学委員会（UNSCEAR）2013年報告書以降に入手可能となった2019年末までの最新の知見を用いて、より充実した測定ベースの情報に基づく線量推定が可能となりました。

人を対象とした測定データに関しては、居住者の日常の活動パターンの調査や周囲の線量率の測定、個人線量計の測定を通して個人線量の評価が多く実施され、UNSCEARはこれらのデータの一部と他の科学的結果を用いて、外部被ばくによる線量の推定値を検証し、より広範な集団に適用するモデルを開発しました。さらに2011年に実施された1,500人以上を測定対象とした甲状腺測定の結果<sup>1</sup>に基づき、内部被ばくによる甲状腺線量の推定値が検証されています。また、日本原子力開発機構や放射線医学総合研究所等の国立機関や大学、病院、自治体実施したホールボディ・カウンタによる体内の放射性セシウムの測定データが、吸入及び経口摂取による線量推定に使用されました。

環境モニタリングデータについては、2011年3月から2018年3月の間に国内で実施された調査結果（空間線量率、放射性核種の沈着密度、空気中及び食品と飲料水中の放射性核種濃度の測定に関するデータ）の一部を用いて、線量の推定が実施されました。例えば、特に東京電力福島第一原子力発電所事故の初期段階や津波の被害を受けた地域では、放射性核種が放出されている間の放射性核種の大気中濃度の測定データは限られていましたが、2011年3月から5月の期間における日本本土7か所の大気浮遊粒子中の放射性核種濃度に関する新しいデータが利用可能になりました。

食品および飲料水については、食品および飲料水のモニタリングデータに加え、陰膳方式またはマーケットバスケット方式で試料採取した1日の全食事中の放射性セシウム含有量の測定値の情報が更新されました。

1. バックグラウンドレベルが高いといった条件のデータを省いた、論文等で報告されている解析の対象となるデータ数は約1,300人分

### 【報告書記載箇所】

- UNSCEAR2020年/2021年報告書（ANNEX B、日本語版 P105～116、A11項及びA13項、A16項、A17項、A19項、A20項、A23項、A29項、A31項から作成）

本資料への収録日：2023年3月31日

## 線量評価のための地域区分

グループ	地理上の区域	空間分解能
1	事故後数日後から 数か月後に住民が 避難した地域	40の避難シナリオで識別された各地域に対して用いられる代表的な地域
2	福島県の避難対象 外地域である自治 体および自治体の 一部	各1kmグリッドポイントに対する推定値に基づき、外部経路および吸入経路に関しては自治体平均レベル 経口摂取経路に関しては都道府県レベル
3	選択された東日本 の福島県近隣の県 (宮城県、栃木県、 茨城県、山形県)	各1kmグリッドポイントに対する推定値に基づき、外部経路および吸入経路に関しては自治体平均レベル 経口摂取経路に関しては4県(宮城県、栃木県、茨城県、山形県)の平均
4	その他全ての都道 府県	外部経路および吸入経路に関しては都道府県レベル 経口摂取経路に関しては日本のその他の平均(すなわち、福島県、宮城県、栃木県、茨城県、山形県の各県を除く42都道府県)

事故に伴う公衆の放射線被ばくは、場所によって異なります。また、避難をした人たちは、時間と共に場所を移動しています。そこで、国連科学委員会（UNSCEAR）2020年/2021年報告書では、公衆の被ばく線量を評価するために地域を4つのグループに区分し、被ばく経路によっては、さらに狭い範囲を対象に線量が推計されました。

この地域区分は、UNSCEAR2013年報告書との比較を容易にするために、同報告書と基本的に同じ区分となっています。ただし、グループ3の近隣県の対象はUNSCEAR2013年報告書の6県（岩手県、宮城県、茨城県、栃木県、群馬県、千葉県）から4県（宮城県、山形県、茨城県、栃木県）に変更されました。これは線量評価で用いられる放射性核種沈着密度に関する最新情報が入手可能な地理的範囲の違いによるものです。

## 【報告書記載箇所】

- ・UNSCEAR2020年/2021年報告書（ANNEX B, 日本語版 P47, 第129項、表7から作成）

本資料への収録日：2023年3月31日

表1. 事故後1年間及び事故後10年間の地域の平均実効線量 (mSv) ※1

グループ		事故後1年間		事故後10年間	
		20歳 (成人) ※2	1歳 (幼児)	20歳 (成人) ※2	1歳 (幼児)
1 <sup>a</sup>	福島県 (避難区域)	0.046-5.5	0.15-7.8		
2	福島県 (避難区域外)	0.079-3.8	0.12-5.3	0.16-11	0.22-14
3	近隣県 <sup>b</sup>	0.10-0.92	0.15-1.3	0.25-2.5	0.34-3.4
4	その他の都道府県	0.004-0.36	0.005-0.51	0.009-1.0	0.007-1.3

表2. 事故後1年間の甲状腺吸収線量の推定値 (mGy) ※1

グループ		事故後1年間	
		20歳 (成人) ※2	1歳 (幼児)
1 <sup>a</sup>	福島県 (避難区域)	0.79-15	2.2-30
2	福島県 (避難区域外)	0.48-11	1.2-21
3	近隣県 <sup>b</sup>	0.31-3.3	0.62-6.3
4	その他の都道府県	0.034-0.48	0.087-0.74

mSv: ミリシーベルト  
mGy: ミリグレイ

<sup>a</sup> 40の避難シナリオを用いて避難者の線量を推計

<sup>b</sup> 宮城県、山形県、茨城県、栃木県

※1: グループ1は避難シナリオごと、グループ2,3は市町村ごと、グループ4は都道府県ごとの平均値の範囲。

※2: 10歳の推定値は省略

表1は、避難地区の住民及び福島県内の避難区域外の行政区画と他の都道府県の住民の、事故後1年間及び事故後10年間における実効線量を推定したものです。表2は、表1と同じ対象に対する、事故後1年間における甲状腺の吸収線量を推定したものです。全てのグループにおいて、地域の平均実効線量は先行の国連科学委員会 (UNSCEAR) 2013年報告書の線量推定値より低い値となりました (上巻P191「各報告書の比較 (評価結果)」)。

表に示されている線量は、自然放射線によるバックグラウンド線量に追加したものです。つまり、東京電力福島第一原子力発電所事故により環境中に放出された放射性核種による被ばく線量の推定値を示しています。

なお、線量の範囲は、対象とするグループの中で、都道府県又は区域内の市町村又は避難シナリオごとの平均値の範囲を示します。

【報告書記載箇所】

- UNSCEAR2020年/2021年報告書 (ANNEX B, 日本語版 P54~55, 第158項及び日本語版 P61~63, 第166~169項から作成)

本資料への収録日: 2023年3月31日

1. 国連科学委員会(UNSCEAR)が内部被ばくによる甲状腺の地区平均吸収線量を推定した結果と、同じ対象グループの直接のモニタリングから導き出された甲状腺の地区平均吸収線量の比が約0.4~1.3となっており、概ね一致している。(表)

表. 甲状腺吸収線量(中央値)の推定値と実測値の比較(mGv)

地区	20歳(成人) <sup>*1</sup>		1歳(幼児)	
	推定値	実測値	推定値	実測値
いわき市	1.2		2.6	4.6(55) <sup>*2</sup>
川俣町	0.95		2.1	4.5(286) <sup>*2</sup>
飯舘村	1.4		2.8	7.1(79) <sup>*2</sup>
浪江町 <sup>a</sup>	22	21(6) <sup>*2</sup>	41	
南相馬市 <sup>a</sup>	5.8	6.5(15) <sup>*2</sup>	12	10(1) <sup>*2</sup>
田村市	0.50	1.2(1) <sup>*2</sup>	1.2	

a: 事故直後の避難者を除く。

<sup>\*1</sup>: 10歳の推定値は省略  
<sup>\*2</sup>: ( )内は測定者対象者数

2. UNSCEARが推定したCs-134とCs-137の摂取による線量の総量は、福島県において住民を対象にしたホールボディ・カウンタ検査から得られた預託実効線量とほぼ一致している。

国連科学委員会(UNSCEAR)2020年/2021年報告書での推定線量と、東京電力福島第一原子力発電所事故直後に福島県内で行われた甲状腺測定による実測値の比較がなされています。また、セシウム134とセシウム137の全身測定(ホールボディ・カウンタ検査)結果との比較もなされています。

上図で示したとおり、これらの実測データとUNSCEARによる推計値はおおむね一致しています。

【報告書記載箇所】

- ・UNSCEAR2020年/2021年報告書(ANNEX B, 日本語版P167~168,A136項及び日本語版P170,A140項から作成)

本資料への収録日: 2023年3月31日

- UNSCEAR2013年報告書以降の数年間で、福島県の住民における健康への悪影響が、東京電力福島第一原子力発電所事故による放射線被ばくに直接起因すると文書に記述されたものはない。
- 放射線被ばくに起因して生じた急性の健康影響は報告されていない。
- 現在利用できる方法では放射線照射による将来の疾病統計での発生率上昇を実証できるとは予想されない。
- 考慮したいかなる年齢層においても、放射線被ばくから推測が可能な甲状腺がんの過剰リスクはおそらく識別できる可能性がないだろうと示唆されている。
- 原発事故後に行われる甲状腺検査で見られる甲状腺がん発症率の増加は、過剰診断（検査を行わなければ検出されず、人の生涯の間に症状や死亡が起きなかったであろう甲状腺がんの検出）によるものである可能性の存在を示唆している。

国連科学委員会（UNSCEAR）は、被ばく線量評価に基づいて、公衆の健康影響について、上記のように評価しました。

甲状腺がんについては、被ばくした小児の間で相当数の甲状腺がんが検出されているが、それらと放射線被ばくが関係している様には見えず、むしろ、高感度の超音波検診法を適用した結果であると評価されています。その理由は以下の通りです。

- (a) 福島県では5歳未満までに被ばくした人々には甲状腺がんの過剰は観察されず、チェルノブイリ事故の結果として被ばくした同年齢層において大幅な過剰が観察されたのとは対照であること。
- (b) チェルノブイリ事故や他の放射線調査のように被ばく後4～5年に発症するというよりも、福島県では被ばく後1～3年で甲状腺がんが多く確認されていること。

その他、放射線被ばくに関連する先天性異常や死産、早産、低出産体重の過剰についての信頼できるエビデンスの存在は確認されていません。事故後に避難した人々の間で、心血管疾患や代謝性異常の発生率の上昇が見られましたが、社会的変化や生活習慣の変化の影響と考えられており、放射線被ばくに起因するものではないと結論付けられています。

【報告書記載箇所】

- UNSCEAR2020年/2021年報告書（ANNEX B、日本語版P80～84、第213,215,225項及び日本語版P91～92、第244～248項から作成）

本資料への収録日：2023年3月31日

	チェルノブイリ原発事故	福島第一原発事故
避難者の事故直後1年間の甲状腺線量	約 500 mSv	約 0.8-15 mSv (成人)
避難者の事故直後1年間の実効線量	約 50 mSv	約 0.05-6 mSv (成人)
甲状腺がん	事故当時に小児または青年期の人々において2016年までに発見された甲状腺がん19,000症例のうち、相当な割合が放射線被ばくに起因。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 検診を受けた人々において、国家統計に基づく予測よりも高い甲状腺がんの発生率と異常が見られた。</li> <li>・ 検診に高解像度超音波機器を用いた結果である可能性が高い。</li> <li>・ 観察された甲状腺がんは放射線被ばくに起因していないというエビデンスが増えてきている。</li> </ul>
他の影響 (例えば、他のがん、先天性欠損、胎児死亡、非がん性疾患など)	放射線被ばくに起因する何らかの健康影響について説得力のあるエビデンスはない。	

国連科学委員会 (UNSCEAR) 2020年/2021年報告書では、福島第一原発事故とチェルノブイリ原発事故の主な特徴や特質、その結果生じた作業者と公衆の被ばくの推定値および健康影響がまとめられています。そのうちいくつかの項目に関する比較を上図に示しています。

同報告書では、「福島第一原発事故の結果は、チェルノブイリ原発事故の結果よりもはるかに低度であった」と述べられています。その理由の一つとして、福島第一原発の原子炉には専用の格納容器があり、溶融燃料から放出した放射性核種の大半がその中に保持された一方、チェルノブイリ原発の原子炉には容器がなく、事故発生初期に起きた爆発の結果、炉心が大気中に直接露出され、より多くの放射性物質が環境中に放出されたことが挙げられています。その他、放出された放射性核種の洋上と陸上の沈着割合、農産物への移行、土壌中へのセシウムの固定、事故後の人と食品に関する防護措置、規制値の違いなどが主な理由として示されています。

【報告書記載箇所】

- ・ UNSCEAR2020年/2021年報告書 (ANNEX B, 日本語版 P175~182,B1項から作成)

本資料への収録日：2023年3月31日

## 目的

- 原子力事故がもたらした放射線被ばくのレベル、及びその健康影響とリスク、さらにヒト以外の生物相への影響に関する知見の提示。
- 線量の推定値を提示し、UNSCEARがこれまで行ってきた科学的評価に照らして、日本国内に加え、近隣諸国での様々な集団の健康との関連を含めて議論。
- 将来実施される可能性のある追跡調査や研究のために、どのような知識が不足しているかを挙げる。

国連科学委員会（UNSCEAR）2013年報告書の第I巻 科学的附属書「2011年東日本大震災後の原子力事故による放射線被ばくのレベルと影響」と題する報告書は、上の図で示す3つの目的で作成されました。

報告書の緒言で述べられているように、UNSCEARは、第58回会合（2011年5月）において、東日本大震災後の原子力発電所事故による被ばくレベルと放射線リスク評価を、十分な情報が集まった時点で実施することを決定し、2014年4月に同報告書を公表しました。

報告書は、主に2012年9月までに発表された日本の都道府県データ、政府機関によるデータ、さらに日本以外の国連加盟国により提供されたデータや文献、国際原子力機関（IAEA）や世界保健機関（WHO）等の国際機関のデータと文献に準拠しています。また、それ以降、2013年末までに得られた重要な新しい情報も可能な限り検討されました。

2013年報告書における被ばく線量評価の概要は以下の通りです。

- 評価はできるかぎり測定データに基づいて行った
- 事故後1年間に公衆が受けた被ばく線量を評価
- 対象は、20歳（成人）、10歳（小児）、1歳（乳児）
- 事故後10年間及び80歳までに被ばくする線量を予測
- 実測値に基づいて状況を客観的に評価するため、できるだけ現実に即したモデルを使用
- 最初の1年間に講じられた防護措置により回避された線量も推定

### 【報告書記載箇所】

- UNSCEAR2013年報告書（科学的附属書 A、日本語版 P26、第8項及び P25、第3～4項及び P7、第12項から作成）

本資料への収録日：2015年3月31日

改訂日：2023年3月31日

## 利用した測定値等

### 1. 外部被ばく及び吸入による内部被ばく

- ① 地上で、及び航空機により測定された放射性物質の地表面の沈着密度
- ② 事故炉から放出された放射性物質の種類と量の推定値と大気中拡散シミュレーションにより推定された大気中及び地表面の放射性物質濃度

### 2. 経口摂取による内部被ばく

- ・食品及び飲料水中の放射性物質濃度
  - ① 1年目：市場に流通した食品及び飲料水中の放射性核種濃度の測定データ
  - ② 2年目以降：土壌汚染濃度データからシミュレーションにより推定した食品中の放射性物質濃度。海産物については福島県沖海域での測定データ及び放射性核種拡散シミュレーションにより推定した海水中の放射性物質濃度。
- ・日本人の食品摂取量（国民健康・栄養調査）

東京電力福島第一原子力発電所事故で放出された放射性物質のうち、主に被ばくに寄与するのは、ヨウ素131、セシウム134とセシウム137であると考えられています。

線量評価の最も確実な方法は、外部被ばくについては個人線量計による測定、内部被ばくについてはホールボディ・カウンタによる測定を行うことです。今回の事故に関しては、それらのデータも一部には存在しますが、福島県全体、さらにはその他の都道府県の人々の内部被ばく線量を算出するためには十分ではありませんでした。

そこで、国連科学委員会（UNSCEAR）は、このスライドに示したデータを基に線量推計を行い、それ以外の測定データは、計算結果を検証するために使用していません。

#### 【報告書記載箇所】

- ・ UNSCEAR2013年報告書（科学的附属書 A、日本語版 P46～48、第67～78項、附録 A 及び附録 B のⅣ「海洋における移行と拡散」から作成）

本資料への収録日：2015年3月31日

改訂日：2023年3月31日



- 将来のがん統計において、事故による放射線被ばくに起因し得る有意な変化が見られるとは予測していない。
- 最も高い被ばくを受けたと推定される小児の集団について、甲状腺がんのリスクが理論上増加する可能性がある。そのため、今後、状況を綿密に追跡・評価する必要がある。
- 先天性異常/遺伝的影響は見られない。

出典：UNSCEAR「Fact sheet on UNSCEAR 2013 Report : Japanese (情報に基づく意思決定のための放射線に関する科学的情報の評価)」  
([https://www.unscear.org/docs/publications/2016/factsheet\\_jp\\_2016\\_web.pdf](https://www.unscear.org/docs/publications/2016/factsheet_jp_2016_web.pdf)) より作成

国連科学委員会 (UNSCEAR) は、被ばく線量評価に基づいて、公衆の健康影響について、上表のように評価しました。

また、個別のがんや疾患のリスクに関する評価は次のとおりです。

- 甲状腺がん：線量のほとんどは、放射線被ばくによる甲状腺がんの過剰発生率を確認できないレベルであったが、その中で上限に近い甲状腺吸収線量では、十分に大きな集団において、甲状腺がんの発生率上昇が観察される可能性がある。しかし、東京電力福島第一原子力発電所事故後の甲状腺吸収線量が、チェルノブイリ原発事故後の線量よりも大幅に低いため、福島県でチェルノブイリ原発事故後のように多数の放射線誘発性甲状腺がんを発生させるというように考える必要はない。
- 白血病：胎児及び幼少期、小児期に被ばくした人の白血病のリスクを検討した。当該集団でのかかる疾患の発生率が識別可能なレベルで上昇するとは予測していない。
- 乳がん：若年期に被ばくした人の乳がんのリスクを検討した。当該集団でのかかる疾患の発生率が識別可能なレベルで上昇するとは予測していない。
- 妊娠中の被ばく：自然流産、流産、周産期死亡率、先天的な影響、又は認知障害が増加するとは予測していない。さらに、東京電力福島第一原子力発電所事故で被ばくした人の子孫に遺伝的な疾患が増加することも予測していない。

UNSCEAR は、東京電力福島第一原子力発電所事故からの放射性物質による公衆の被ばく線量評価は、不十分な知識と情報に基づいて一定の仮定を前提として行われており、その結果には不確かさが含まれていると評価しています。

【報告書記載箇所】

- UNSCEAR2013年報告書 (科学的附属書 A, 日本語版 P82~83, 第220項及び第222~224項から作成)

本資料への収録日：2015年3月31日

改訂日：2023年3月31日

2013年報告書\*の発表後も、関連する新たな科学的情報が開示・公表されています。

こうした新規の情報は、UNSCEARの評価結果に影響（知見の追認、知見への異議、知見の向上や、特定された研究ニーズへの対応・寄与など）を及ぼす可能性があるため、UNSCEARは以下の2段階のフォローアップ活動を進めています。

第1段階：2013年報告書の発表以降に公表された科学的情報について、報告書の内容に関連するものを体系的・継続的に把握、評価

第2段階：2013年報告書の適切な時期における更新の検討

フォローアップの結果は白書や報告書としてまとめられています。白書は2017年末までに第3報まで公表され、報告書は2021年3月に公表されています。

\*「2011年東日本大震災後の原子力事故による放射線被ばくのレベルと影響」（2014年公表）

国連科学委員会（UNSCEAR）は、2013年報告書の発表以降に公表された新規情報について、UNSCEARの評価結果に影響（知見の追認、知見への異議、知見の向上や、特定された研究ニーズへの対応・寄与など）を及ぼす可能性があるため、系統的に収集、評価する継続的な取組（フォローアップ）を行いました。取組の結果は、2017年末までに第3報まで公表された白書と、2021年3月に公表された2020年報告書としてまとめられています（上巻P189「国際的な評価の変遷」）。

各白書では、新たな科学的情報について、「2013年報告書の結論に実質的な影響を与えるか」又は「2013年報告書で特定された研究ニーズに対応するか」ということについての公正な分析が記述され、2012年10月以降、3つの白書をあわせて300編以上の文献がレビューされています。

主題領域には、以下が含まれています。

- ・大気中及び水域への放出と拡散
- ・陸域及び淡水域環境における放射性核種の移行（2016年白書で新たに追加）
- ・公衆と作業者の線量評価
- ・作業者と公衆の健康影響
- ・ヒト以外の生物相における線量と影響

出典

- ・UNSCEAR「Fukushima 2015 White Paper」[https://www.unscear.org/unscear/en/publications/Fukushima\\_WP2015.html](https://www.unscear.org/unscear/en/publications/Fukushima_WP2015.html)
- ・UNSCEAR「Fukushima 2016 White Paper」[https://www.unscear.org/unscear/en/publications/Fukushima\\_WP2016.html](https://www.unscear.org/unscear/en/publications/Fukushima_WP2016.html)
- ・UNSCEAR「Fukushima 2017 White Paper」[https://www.unscear.org/unscear/en/publications/Fukushima\\_WP2017.html](https://www.unscear.org/unscear/en/publications/Fukushima_WP2017.html)
- ・UNSCEAR「Fukushima 2020 report」<https://www.unscear.org/unscear/en/publications/2020b.html>

本資料への収録日：2017年3月31日

改訂日：2023年3月31日

これまでに公表されている2015年、2016年、2017年の3報の白書では、「2013年報告書の主要な知見に実質的に影響を及ぼしたり、主な仮定に異議を唱えたりする文献はなかった」としています。同時に、2013年報告書で特定されている研究ニーズに寄与する刊行物を選定し、とりまとめています。

最新の「2017年白書」（2017年10月公表）の結論を、以下に示します。

#### 結論（2017年白書要約より）

- レビューされた新規文献の大部分は、本委員会の 2013年報告書の主な仮定および知見を改めて確認するものであった。
- 2013年報告書の主要な知見に実質的に影響を及ぼしたり、主な仮定に異議を唱えたりする文献はなかった。
- いくつかの文献については、さらなる解析や研究の追加によって、より確実な証拠を得ることが必要であると判断された。
- UNSCEARは、資料のレビューに基づき、現時点で 2013年報告書の評価や結論に何ら変更を加える必要はないと判断した。しかしながら、UNSCEARが特定したいいくつかの研究ニーズについては、まだ科学界において完全には取り扱われていなかった。

出典：UNSCEAR「東日本大震災後の原子力事故による放射線被ばくのレベルと影響に関するUNSCEAR 2013年報告書刊行後の進展 国連科学委員会による今後の作業計画を指示す 2017年白書」

2015年白書及び2016年白書では、2013年報告書の主要な知見に実質的に影響を及ぼしたり、主な仮定に異議を唱えたりする文献はなかったと結論づけています。

2017年10月に公表された第3報の白書（2017年白書）においても、レビューされた新規文献の大部分は2013年報告書の主な仮定及び知見を改めて確認するものであり、2013年報告書の主要な知見に実質的に影響を及ぼしたり、主な仮定に異議を唱えたりする文献はなかったとまとめられています。

一方で、一部の文献では、2013年報告書の知見に異議を唱えている可能性があるとしています。ただし、「文献に示されている一部のデータについては、決定的に結論づける前に解決する必要がある疑問がある」とし、引き続きの調査の必要性を記しています。

また、2013年報告書で特定された研究ニーズについては、少なくとも査読付きの文献として、まだ科学界において完全には取り扱われていないとしています。

UNSCEARは、資料のレビューに基づき、2017年白書時点では、2013年報告書の最も重要である結論には何ら変更の必要はないと判断しました。

#### 【報告書記載箇所】

- UNSCEAR2017年白書（日本語版 P33～37, 第137～143項から抜粋）

本資料への収録日：2017年3月31日

改訂日：2023年3月31日

### 目的

- 東京電力福島第一原子力発電所事故による緊急対応が必要な地域・集団を特定する
- そのために事故後1年間の被ばく線量を推計する
- 線量推計の結果を基に、日本及び世界の住民の健康リスクを評価する

### 評価方法

- 線量推計には、保守的な条件を設定し被ばく線量を評価
- 外部被ばく及び内部被ばくからの線量を推計
- 年齢別（1歳（乳児）、10歳（小児）、20歳（成人））及び地域別に被ばく線量を推計

世界保健機関（WHO）は、緊急時における放射線健康リスクの評価を行う責務を有しています。そのため、東京電力福島第一原子力発電所事故当時、緊急対応が必要となる対象地域や集団を特定することを目的として、事故後1年間における日本及び周辺国の住民の被ばく線量評価を実施しました。

WHOによる被ばく線量の評価は、①地面からの外部被ばく、②放射性プルームからの外部被ばく（上巻 P29「原子炉事故による影響」）、③吸入摂取による内部被ばく及び④経口摂取による内部被ばくの4経路で行われました。①、②及び③吸入摂取による内部被ばく線量は、2011年9月時点の地表汚染密度の情報を基にシミュレーションにより推計されました。また、④経口摂取による内部被ばく線量は、食品及び飲料水の測定値を基に推計されました。

①～④の推計値を合計して、住民の被ばく線量が算出されますが、WHOは評価が過小となることを避けるために、保守的な条件を設定し、考えられる最大の被ばく線量を評価しました。具体的には、計画的避難、屋内退避、食品流通制限等の防護対策はとらなかったとの条件を採用しています。

被ばく線量は地域及び年齢によって異なるため、地域を福島県、福島近隣県（千葉県、群馬県、茨城県、宮城県及び栃木県）、そのほかの都道府県、日本の周辺国、世界のほかの地域に区分し、それぞれ事故時年齢1歳（乳児）、10歳（小児）、20歳（成人）の人を対象に被ばく線量を推計しています。

本資料への収録日：2015年3月31日

改訂日：2023年3月31日

### リスク評価の前提

- 放射線発がんにはしきい線量がないものとし、固形がんについては直線型、白血病については直線-二次曲線型の線量反応を採用
- 線量・線量率効果係数 (DDREF) は、適用せず

### 結果

- 住民の被ばく線量は、あらゆる確定的影響（組織反応）のしきい値を下回っている
- 被ばく線量が最も高かった地域においても、小児甲状腺がんを含む、がん・白血病のリスクの増加は小さく、自然のばらつきを超える発生は予想されない
- 被ばくによる遺伝性影響のリスクは、がんのリスクよりもはるかに小さい
- 結果として、放射線に関連する疾患の過剰発症を検出できるレベルではない

### まとめ

- 本報告書にあるリスクの数値は、リスクの程度を大まかに把握するためのものであり、将来の健康影響を予測するものではない

世界保健機関（WHO）の健康リスク評価は、健康管理を行うべき対象者及び疾患の範囲を検討することを目的に実施されました。この評価では、過小評価を防ぐためにかなり保守的な仮定をおいて推定された線量が基になっています。したがって、この報告書に記載されている数値は、リスクの程度を大まかに把握するためのものであり、将来の健康影響を予測するものではありません。

#### 【報告書記載箇所】

- WHO 線量評価報告書 (P44~47, Table3.4)
- WHO 健康リスク評価報告書 (P 8、P92~93、及び P156, Table43)

本資料への収録日：2015年3月31日

改訂日：2023年3月31日

# 略語

原災法	原子力災害対策特別措置法	
放射性物質汚染 対処特措法	平成二十三年三月十一日に発生した東北地方太平洋沖地震に伴う原子力発電所の 事故により放出された放射性物質による環境の汚染への対処に関する特別措置法	
ALARA	As Low As Reasonably Achievable	合理的に達成可能な限り低く
ALPS	Advanced Liquid Processing System	多核種除去設備
BMI	Body Mass Index	ボディ・マス指数
BSS	Basic Safety Standards	国際基本安全基準
CT	Computed Tomography	コンピュータ断層撮影
DDREF	Dose and Dose Rate Effectiveness Factor	線量・線量率効果係数
DNA	Deoxyribonucleic Acid	デオキシリボ核酸
EUROCAT	European Network of Population-based Registries for the Epidemiological European Surveillance of Congenital Anomalies	欧州先天異常監視機構
GM 計数管	Geiger-Müller counter	ガイガー＝ミュラー計数管
HPCI	High Pressure Coolant Injection System	高圧注水系
IAEA	International Atomic Energy Agency	国際原子力機関
ICRP	International Commission on Radio- logical Protection	国際放射線防護委員会
ILO	International Labour Organization	国際労働機関
INES	International Nuclear Event Scale	国際原子力事象評価尺度
IQ	Intelligence Quotient	知能指数
IXRPC	International X-ray and Radium Protection Committee	国際X線・ラジウム防護委員会
JAEA	Japan Atomic Energy Agency	国立研究開発法人日本原子力研究開発機構
JESCO	Japan Environmental Storage & Safety Corporation	中間貯蔵・環境安全事業株式会社
J-RIME	Japan Network for Research and Information on Medical Exposure	医療被ばく研究情報ネットワーク
LNT モデル	Linear Non-Threshold model	直線しきい値なしモデル
NAS	National Academy of Sciences	全米科学アカデミー

ND	Not Detected	不検出
OECD/NEA	Organisation for Economic Co-operation and Development /Nuclear Energy Agency	経済協力開発機構 / 原子力機関
PET	Positron Emission Tomography	陽電子放射断層撮影
PFA	Psychological First Aid	心理的応急措置
PTSD	Post Traumatic Stress Disorder	心的外傷後ストレス障害
RCIC	Reactor Core Isolation Cooling System	原子炉隔離時冷却系
SDQ	Strengths and Difficulties Questionnaire	子どもの強さと困難さアンケート
SPEEDI	System for Prediction of Environmental Emergency Dose Information	緊急時迅速放射能影響予測 ネットワークシステム
UNSCEAR	United Nations Scientific Committee on the Effects of Atomic Radiation	原子放射線の影響に関する 国連科学委員会
WBC	Whole Body Counter	ホールボディ・カウンタ
WHO	World Health Organization	世界保健機関

■ 単位

Sv	Sievert	シーベルト
Bq	Becquerel	ベクレル
Gy	Gray	グレイ
eV	electron volt	電子ボルト
J	Joule	ジュール

SI 接頭辞

記号	読み	べき数表記 (十進数表記)	漢数字表記
T	テラ (tera)	$10^{12}$ (1 000 000 000 000)	一兆
G	ギガ (giga)	$10^9$ (1 000 000 000)	十億
M	メガ (mega)	$10^6$ (1 000 000)	百万
k	キロ (kilo)	$10^3$ (1 000)	千
d	デシ (deci)	$10^{-1}$ (0.1)	一分
c	センチ (centi)	$10^{-2}$ (0.01)	一厘
m	ミリ (milli)	$10^{-3}$ (0.001)	一毛
μ	マイクロ (micro)	$10^{-6}$ (0.000 001)	一微
n	ナノ (nano)	$10^{-9}$ (0.000 000 001)	一塵

# 日本語索引

## ■あ行

- アポトーシス……………上 113
- アララ (ALARA) の原則……………上 167, 下 57
- アルファ (α) 線……………上 13 ~ 15
  - 人体への影響……………上 19, 上 21
  - 性質……………上 18, 上 20
- 安全確保対策……………下 51
  - 米……………下 69, 下 74 ~ 75
  - 畜産物……………下 77 ~ 80
  - 特用林産物 (きのこ等)……………下 82
  - 農作物……………下 68 ~ 72
- 遺伝性影響……………上 38, 上 85, 上 108, 上 112
- 遺伝病……………上 110
- イメージングプレート……………上 74
- 医療被ばく……………上 63, 上 65, 上 76
- 医療被ばく研究情報ネットワーク (J-RIME)……………上 76
- 宇宙線……………上 64, 上 66
- 埋立処分……………下 94, 下 102, 下 105
- ウラン……………上 12, 上 30
- エアロゾル……………上 29
- エンジンバラ産後うつ指標……………下 162
- エックス (X) 線……………上 13 ~ 17
  - 人体への影響……………上 19, 上 21
  - 性質……………上 18, 上 20
  - 制動 X 線……………上 16
  - 特性 X 線……………上 16
- 汚染状況重点調査地域……………上 54, 下 92
- 汚染水……………下 4, 下 12
- オッズ比……………上 123
- 親核種……………上 10
- 親の不安と子供の心身への影響……………上 144

## ■か行

- 外部被ばく……………上 4, 上 23 ~ 25
  - 測定方法……………上 49
- 外部被ばく線量評価システム……………下 118
- 壊変……………上 9 ~ 10
- 海洋モニタリング……………下 20, 下 23
- 核種……………上 10
- 確定的影響 (組織反応)……………上 84 ~ 86, 上 163
- 格納容器……………下 4
- 核分裂……………上 30
- 核分裂生成物……………上 30
- 確率的影響……………上 84 ~ 86, 上 163
- 過剰診断……………上 131
- 過剰相対リスク……………上 99, 上 136
- 仮設焼却施設……………下 102, 下 104
- 荷電粒子線……………上 14
- カリウム……………上 8, 上 12
  - 食品中の放射性カリウム……………上 73 ~ 74
  - 体内の放射性カリウム……………上 61, 下 164
- 仮置場 (除去土壌等)……………下 93
- カリ施肥……………下 69
- がん……………上 93, 上 101, 上 103
  - 潜在がん……………上 129
  - 発がんの仕組み……………上 113
  - 被ばく時年齢とリスク……………上 120 ~ 122
  - 放射線の影響……………上 85, 上 100, 上 102, 上 117, 下 56
- ガンマ (γ) 線……………上 13 ~ 15, 上 17
  - 人体への影響……………上 19, 上 21 ~ 22, 上 25
  - 性質……………上 18, 上 20
- 管理型処分場……………下 105
- 器官形成異常 (奇形)……………上 104, 上 107, 上 110
- 器官形成期……………上 104
- 帰還困難区域……………下 108 ~ 109



主要幹線の交通	下 110	警戒区域	下 107 ~ 108
基準値（食品中の放射性物質）		計画的避難区域	下 107
	上 172, 下 51, 下 53	計画被ばく状況	上 162
一般食品	下 53 ~ 54	経口摂取	上 23, 上 26, 上 175, 下 166
飲料・乾燥食品	下 61	経皮吸収	上 23, 上 26
飲料水	下 53 ~ 54	系列（放射性物質）	上 12
影響を考慮する放射性核種	下 58	結節	下 129
考え方	下 55 ~ 60	県外最終処分	下 99
牛乳	下 53 ~ 54, 下 60	健康診査	下 117, 下 145 ~ 147
暫定規制値	下 51 ~ 53	特定健康診査	下 146
暫定許容値	下 72, 下 78, 下 81	検査済ラベル（米）	下 75
指標値	下 83	原産地表示	下 87
食品区分	下 54	原子	上 5
乳児用食品	下 53 ~ 54, 下 60	原子核	上 5 ~ 7, 上 13
基底状態	上 45	検出限界値（検出下限値）	上 46 ~ 47
基本調査	下 117 ~ 120	原子力安全委員会	下 51, 下 163
解析方法	下 121 ~ 122	原子力災害対策特別措置法	下 107
結果	下 123 ~ 124	原子力災害対策本部	下 51
線量率マップ	下 122	原子力災害と心のケア	上 156 ~ 158
吸収線量	上 36 ~ 37	原子炉	下 4
吸収抑制対策	下 68 ~ 69	現存被ばく状況	上 162
急性影響	上 85, 上 90	懸濁態	上 181
急性障害	上 84	懸濁物質	上 181, 下 32
急性被ばく	上 83, 上 124	原爆被爆	
急性放射線症候群	上 85, 上 95	がん・白血病への影響	上 117 ~ 123
急速ろ過法	下 40	その他への影響	
吸入摂取	上 23, 上 26, 上 175		上 105, 上 109, 上 111 ~ 112
局所被ばく	上 24, 上 94	現場保管（除去土壌等）	下 93
居住制限区域	下 108	県民健康管理ファイル	下 117
寄与リスク	上 99	県民健康調査	下 115 ~ 117
緊急時避難準備区域	下 107	基本調査	下 117 ~ 119
緊急時被ばく状況	上 162	健康診査	下 117, 下 145 ~ 147
空間線量率	上 52, 上 54, 上 64, 下 90	県内外の違い	下 137, 下 156, 下 161
事故直後	下 6 ~ 7	甲状腺検査	下 117, 下 125 ~ 128
主要都市	上 69	こころの健康度・生活習慣	
クーラーステーション	下 65		下 117, 下 149 ~ 151
グレイ (Gy)	上 36	妊産婦に関する調査	下 117, 下 157 ~ 159

減容……………下 99, 下 102, 下 104  
降下量 (放射性物質)……………上 52  
航空機モニタリング……………下 23 ~ 26  
公衆被ばく……………上 170 ~ 171  
東京電力福島第一原子力発電所事故……………  
上 190, 上 193 ~ 196, 上 201 ~ 202  
甲状腺……………上 115, 上 127  
被ばく線量……………上 137, 上 139, 下 163  
甲状腺がん……………上 129 ~ 130, 上 133  
事故当時年齢別頻度……………上 140  
事故による影響……………  
上 141, 上 190, 上 198, 上 202, 下 143 ~ 144  
チェルノブイリと福島の比較……………  
上 139 ~ 140, 上 199  
放射線による影響……………  
上 123, 上 134 ~ 135, 上 138  
ヨウ素摂取量との関係……………上 136  
罹患率……………上 129, 上 131 ~ 132, 上 138  
甲状腺検査……………下 117, 下 125 ~ 126, 下 143 ~ 144  
一次検査……………下 127 ~ 128  
検査結果……………下 135 ~ 142  
検査体制……………下 132  
検査の流れ……………下 127 ~ 128  
先行検査……………  
下 126, 下 135, 下 137, 下 141 ~ 142  
二次検査……………下 127 ~ 128  
判定基準……………下 127  
本格検査……………  
下 126, 下 133, 下 136, 下 138 ~ 142, 下 144  
甲状腺ホルモン……………上 127  
甲状腺モニタ……………上 60  
高線量被ばく……………上 83  
コーテクス委員会……………上 172, 下 54, 下 57  
国際原子力事象評価尺度 (INES)……………上 28, 下 8  
国際放射線防護委員会 (ICRP)……………上 160, 下 57  
2007 年勧告……………上 161, 上 170 ~ 171  
住民との対話からの結論……………上 145 ~ 146

国道 6 号線……………下 110  
国連科学委員会 (UNSCEAR)……………上 159  
2013 年報告書……………上 200 ~ 202  
2020 年 / 2021 年報告書……………上 192 ~ 199  
白書……………上 203 ~ 204, 下 143  
こころの健康支援チーム……………下 150  
こころの健康度・生活習慣に関する調査……………  
下 117, 下 149 ~ 151  
調査結果……………下 152 ~ 156  
個人線量計……………上 48  
個人線量当量……………上 40 ~ 42  
骨髓……………上 92  
子どものこころの健康度……………下 155

## ■さ行

サーベイメータ……………上 48, 上 51  
再生資材……………下 100  
再生利用……………下 99 ~ 100, 下 102  
細胞死……………上 91  
三県調査……………下 137  
参考レベル……………上 162, 上 168, 上 171, 上 173  
三重水素 (トリチウム)……………  
上 7, 上 57, 上 66, 上 79 ~ 81  
暫定規制値……………下 51 ~ 53  
暫定許容値  
飼料……………下 78, 下 81  
肥料等……………下 72  
シーベルト (Sv)……………上 1, 上 3, 上 34 ~ 35, 上 43  
支援者のケア……………上 154 ~ 155  
しきい値 (しきい線量)……………上 86, 上 91, 上 97  
時期特異性……………上 104  
しこり (甲状腺)……………下 129  
次世代影響……………上 151 ~ 152  
自然放射性物質……………上 73  
自然放射線……………上 63 ~ 66, 上 77  
高自然放射線地域……………上 64, 上 67, 上 124  
大地からの放射線……………上 67 ~ 68

子孫核種	上 10	除染特別地域	下 92
実効線量	上 36 ~ 37, 上 40, 上 42	人工放射性物質	上 8
計算例	上 39	人工放射線	上 63, 上 77
預託実効線量係数	上 57 ~ 58	人工流産の増加	上 153
実用量	上 40 ~ 41	身体的影響	上 85
指定廃棄物	下 103 ~ 106	診断参考レベル	上 76
一時保管	下 103, 下 106	水素	上 7, 上 79
指標値 (きのご原木等)	下 83	水素爆発	下 4, 下 6
遮へい	上 20, 上 53, 上 174	スクリーニング検査 (食品)	下 66
周辺線量当量	上 40 ~ 43	スクリーニング調査 (甲状腺線量)	上 139, 下 163
住民との対話	上 145 ~ 146	スティグマ	上 143
出荷管理 (米)	下 73 ~ 74	ステレオタイプ	上 143
出荷制限	下 51	ストレス	下 149
出生時異常	上 111	ストロンチウム	上 8, 上 26, 上 31
飼養管理	下 78 ~ 79	沈着量	下 48
使用済燃料の取り出し	下 9, 下 11	生活習慣病への影響	上 112
小児がん	上 110 ~ 112	生殖腺への影響	上 108
常磐自動車道	下 110	精神発達への影響	上 104 ~ 106
除去土壌	下 93, 下 97, 下 99 ~ 100	精米ラベル	下 75
処分方法	下 94	積算型個人線量計	上 44
輸送	下 98	セシウム	上 8, 上 29 ~ 32
職業被ばく	上 162, 上 169, 上 171	事故前の量	上 75, 上 78
食品安全委員会	下 51	深度分布	上 179, 上 183
食品衛生法	下 52	摂取制限	下 51
食品健康影響評価	下 55 ~ 57	前駆症状	上 95
食品検査 (放射性物質)	下 51 ~ 52, 下 63 ~ 66	穿刺吸引細胞診	下 128, 下 136, 下 138 ~ 142
水産物	下 85 ~ 87	染色体	上 108 ~ 110
畜産物	下 80 ~ 81	安定型染色体異常	上 109
農作物	下 73, 下 76, 下 84	全身被ばく	上 24, 上 94
食品中の放射性物質	上 73 ~ 75	先天異常発生率	下 161
調理・加工による除去	上 177	先天奇形	上 107, 下 161
食品等の輸入規制	下 88	潜伏期間 (放射線影響)	上 90, 上 113
除染	下 89, 下 92	全袋検査	下 73 ~ 75
除染手法	下 91	線量・線量率効果係数	上 116, 上 163
除染の効果	下 90	線量係数	上 57
森林の除染	下 95	線量限度	上 162, 上 169 ~ 170, 上 173
フォロアアップ除染	下 92		

線量限度の適用	上 169
線量当量	上 41
線量評価	上 62
東京電力福島第一原子力発電所事故	上 196, 上 201, 上 205
線量率	上 50
総合モニタリング計画	下 23
早産率	下 161
創傷侵入	上 23, 上 26
相対リスク	上 99
組織加重係数	上 37 ~ 39, 上 108, 上 114

## ■た行

体外計測法	上 59
大気圏核実験	上 75, 上 78
対策地域内廃棄物	下 102
胎児影響 (放射線)	上 104
体内放射能	上 62, 上 73
体表面汚染	上 4
地域再生	下 114
産業・雇用の回復	下 114
森林・林業の再生	下 95
チェルノブイリ	上 32 ~ 33, 上 153
健康影響	上 106 ~ 107, 上 125, 上 144
甲状腺がん	上 135 ~ 140
こころへの影響	上 147 ~ 150
被ばく線量	上 126, 上 137
地下水 (東京電力福島第一原子力発電所)	下 12
中間貯蔵施設	下 96 ~ 98
受入・分別施設	下 97
注水 (東京電力福島第一原子力発電所)	下 3
中性子	上 5, 上 30
中性子線	上 13, 上 19 ~ 20
中長期ロードマップ	下 9
超音波検査 (甲状腺検査)	下 128
追加被ばく線量	上 54
低減係数	上 53 ~ 54

低出生体重児率	下 161
低線量被ばく	上 83, 上 86
リスク・影響	上 100, 上 116, 上 124, 上 134, 上 163, 下 56
電源喪失	下 3
電子	上 5
電子式個人線量計	上 44
電磁波	上 14 ~ 15, 上 17
電離作用	上 18, 上 45, 上 87
電離箱	上 45, 上 48
電離放射線	上 14 ~ 15
電離密度	上 19
転流	上 178, 下 67
同位体	上 6 ~ 7
安定同位体	上 6
放射性同位体	上 6
等価線量	上 36 ~ 37, 上 40, 上 43
計算例	上 39
透過力 (放射線)	上 20 ~ 22, 上 25
東京電力福島第一原子力発電所	下 20 ~ 21, 下 23
東京電力福島第一原子力発電所事故	下 2 ~ 5
公衆の被ばく	上 190, 上 193 ~ 196, 上 201 ~ 202
事故の評価	上 28, 下 8
線量評価	上 196, 上 201, 上 205
チェルノブイリとの比較	上 32 ~ 33, 上 199
放射線による健康リスクの評価	上 198, 上 202, 上 206
特定廃棄物	下 104 ~ 105
特定避難勧奨地点	下 107
特定復興再生拠点区域	下 109, 下 111 ~ 112
特別通過交通制度	下 110
土壌貯蔵施設	下 97
突然変異 (細胞)	上 93
トラウマ反応	下 152
トリチウム (三重水素)	上 7, 上 57, 上 66, 上 79 ~ 81

トロン	上 71 ~ 72	晩発影響	上 85, 上 90
■な行		東日本大震災	下 1
内部被ばく	上 4, 上 23 ~ 24, 上 26 ~ 27	非荷電粒子線	上 14
事故時・事故後	上 175, 下 165 ~ 167	被災者のストレス要因	上 142
摂取量の推定方法	上 59	非電離放射線	上 14
線量の算出方法	上 55	避難指示	下 5
測定機器	上 60	避難指示解除準備区域	下 108
ラドン・トロン	上 71	避難指示区域	下 107 ~ 109
妊産婦に関する調査	下 117, 下 157 ~ 159	被ばく経路	上 175
相談内容	下 160	被ばく線量	上 34
調査結果	下 161 ~ 162	日常生活	上 65
妊産婦への支援	下 160	皮膚紅斑	上 25
フォローアップ調査	下 158 ~ 159	皮膚障害	上 95
妊産婦のうつ傾向	下 162	フォールアウト	上 29, 上 78, 上 183
粘土鉱物	上 179 ~ 180, 上 185	福島イノベーション・コースト構想	下 114
燃料デブリの取り出し	下 9, 下 11	フクシマエコテッククリーンセンター	下 105
農産物の汚染経路	上 178, 下 67	福島県心のケアマニュアル	上 155
濃縮係数	上 187	福島県立医大放射線医学県民健康管理センター	下 116, 下 159
のう胞	下 130 ~ 131	ふくしま心のケアセンター	下 151
■は行		覆土厚	下 100
バイオアッセイ	上 59	不検出 (ND)	上 46
廃棄物処理	下 102	物理量	上 40
廃棄物貯蔵施設	下 97	プルトニウム	上 8, 上 30 ~ 31
廃炉	下 9, 下 11	沈着量	下 48 ~ 49
白内障	上 94, 上 97	フレキシブルコンテナ (フレコン)	下 93
ハザード	上 98	フロック	下 40
バックグラウンド	上 47, 上 54, 上 61	ベータ ( $\beta$ ) 線	上 13 ~ 15, 上 79
白血病	上 118 ~ 119, 下 55 ~ 56	人体への影響	上 19, 上 21 ~ 22, 上 25
母親のストレス	上 149	性質	上 18, 上 20
半減期	上 11	ベクレル (Bq)	上 1, 上 3, 上 9, 上 34, 上 36
実効半減期	上 27, 上 31, 上 62	変異細胞	上 113
生物学的半減期	上 11, 上 27, 上 31	ベント	下 7
物理学的半減期	上 11, 上 27, 上 31	方向性線量当量	上 41
反転耕	下 68	防護の最適化	上 167 ~ 168
		防護の三原則	上 165 ~ 167, 上 169
		防護の正当化	上 166

防護量	上 40
放射性希ガス	上 29
放射性雲	上 29, 下 27
放射性降下物	上 29, 上 78, 上 183
放射性セシウムの挙動	上 185
環境中での移行	上 181 ~ 182, 上 184 ~ 186
吸着・固着	上 179 ~ 180
浄水場	下 38 ~ 40
植物への移行	上 178
土壌	上 179 ~ 180
放射性物質	上 1 ~ 2, 上 9
放射性物質汚染対処特措法	下 92
放射性物質の移行低減対策	
農作物	下 69 ~ 71
農地	下 68
肥料等	下 72
放射性ブルーム	上 29, 下 27
放射線	上 1 ~ 2, 上 9, 上 13 ~ 14
単位の関係性	上 36
放射線加重係数	上 37 ~ 39
放射線感受性	上 92, 上 114 ~ 115
放射線検査 (医療)	上 76 ~ 77
放射線事故による不安	上 142 ~ 143
放射線の健康影響	上 84 ~ 85
福島県におけるリスク認知	上 151 ~ 152
放射線被ばく	上 4, 上 23, 上 83
放射線防護	上 159, 上 174
放射線量	上 50
低減方法	下 89
放射線量測定マップ	下 23
放射能	上 1 ~ 3, 上 9
放射能汚染	上 4
放射能測定法	上 59
ホールボディ・カウンタ (WBC)	上 44, 上 60 ~ 62, 下 164
事故後の実施	下 165 ~ 166
ポロニウム	上 66

## ■ま行

マーケットバスケット調査	下 62
孫核種	上 10
慢性被ばく	上 83, 上 124
マンモグラフィ	上 76
娘核種	上 10
モニタリング結果	
海洋	下 45 ~ 47
空間線量率	下 24 ~ 25, 下 30
森林	下 30 ~ 31
水道水	下 34 ~ 37
土壌	下 26 ~ 29
陸水	下 28, 下 32 ~ 33, 下 41 ~ 44
盛土	下 100

## ■や・ら・わ行

陽子	上 5
ヨウ素	上 128
ヨウ素 131 (放射性ヨウ素)	上 8, 上 29 ~ 32
溶存態	上 181
溶融燃料 (燃料デブリ)	下 9, 下 11
預託実効線量	上 43, 上 55 ~ 56, 上 62, 下 165
計算例	上 58
預託実効線量係数	上 55, 上 57 ~ 58
預託線量	上 56
ラジウム	上 71 ~ 72
ラドン	上 66, 上 70 ~ 72
リスク	上 98, 上 173
リスク認知と精神健康	上 151
粒子線	上 14 ~ 15
励起	上 45
冷却機能喪失	下 3

## 外国語索引

### ■A～N

A (A1、A2) 判定 (甲状腺検査) .....	下 127, 下 129～130
ALARA の原則 .....	上 167, 下 57
Bq .....	上 1, 上 3, 上 9, 上 34, 上 36
B 判定 (甲状腺検査) .....	下 127, 下 129～131
Codex .....	上 172, 下 54, 下 57
CT .....	上 63, 上 76
Currie 法 .....	上 47
C 判定 (甲状腺検査) .....	下 127
DNA .....	上 88～89
Ge 検出器 .....	上 44
GM 計数管式サーベイメータ .....	上 45, 上 48
Gy .....	上 36
IAEA .....	上 28
ICRP .....	上 160, 下 57
2007 年勧告 .....	上 161, 上 170～171
住民との対話からの結論 .....	上 145～146
INES .....	上 28, 下 8
J-RIME .....	上 76
JR 常磐線 .....	下 110
K6 .....	上 151, 下 152, 下 156
LNT モデル .....	上 163～164
Nal (TI) 検出器 .....	上 44
Nal (TI) シンチレーション式サーベイメータ .....	上 45, 上 48～49
ND .....	上 46

### ■O～Z

PCL .....	下 152, 下 156
PET 検査 .....	上 76～77
PTSD .....	上 147, 上 149, 下 152
SDQ .....	下 155
SPEEDI .....	下 122, 下 163
Sv .....	上 1, 上 3, 上 34～35, 上 43
UNSCEAR .....	上 159
2013 年報告書 .....	上 200～202
2020 年/2021 年報告書 .....	上 192～199
白書 .....	上 203～204, 下 143
WBC .....	上 44, 上 60～62, 下 164
事故後の実施 .....	下 165～166
WHO .....	上 205
2006 年報告書 .....	上 147～148
健康リスク評価報告書 .....	上 206
線量評価報告書 .....	上 205～206
X 線 .....	上 13～17
人体への影響 .....	上 19, 上 21
性質 .....	上 18, 上 20
制動 X 線 .....	上 16
特性 X 線 .....	上 16
X 線管 .....	上 16

## 記号・数字

1cm 線量当量.....上 41 ~ 42  
3σ法.....上 47  
α線.....上 13 ~ 15  
人体への影響.....上 19, 上 21 ~ 22, 上 25  
性質.....上 18, 上 20

β線.....上 13 ~ 15, 上 79  
人体への影響.....上 19, 上 21 ~ 22, 上 25  
性質.....上 18, 上 20  
γ線.....上 13 ~ 15, 上 17  
人体への影響.....上 19, 上 21 ~ 22, 上 25  
性質.....上 18, 上 20



---

放射線による健康影響等に関する統一的な基礎資料 上巻

**放射線の基礎知識と健康影響**

---

平成 26 年 2 月 13 日	初 版 発行
平成 26 年 7 月 7 日	第 2 版 発行
平成 27 年 7 月 1 日	第 3 版 発行
平成 28 年 6 月 1 日	第 4 版 発行
平成 29 年 3 月 31 日	第 5 版 発行
平成 30 年 2 月 28 日	第 6 版 発行
平成 31 年 3 月 31 日	第 7 版 発行
令和 2 年 3 月 31 日	第 8 版 発行
令和 3 年 3 月 31 日	第 9 版 発行
令和 4 年 3 月 31 日	第 10 版 発行
令和 5 年 3 月 31 日	第 11 版 発行

発行 環境省 大臣官房環境保健部 放射線健康管理担当参事官室  
東京都千代田区霞が関 1-2-2

国立研究開発法人 量子科学技術研究開発機構  
千葉県千葉市稲毛区穴川 4-9-1

---

図説ハンドブック

上巻

放射線による健康影響等に関する統一的な基礎資料

# 放射線の 基礎知識と健康影響

令和4年度版

リサイクル適性<sup>Ⓐ</sup>

この印刷物は、印刷用の紙へ  
リサイクルできます。

