

平成 24 年（ワ）第 213 号、平成 25 年（ワ）第 131 号、同第 252 号

平成 26 年（ワ）第 101 号、平成 27 年（ワ）第 34 号

福島原発避難者損害賠償請求事件

原 告 早川篤雄 外 585 名

被 告 東京電力株式会社

2016（平成28）年5月30日

福島地方裁判所いわき支部（合議1係） 御中

準 備 書 面 197

「齋藤意見書」の概要と損害論との関係

原告ら訴訟代理人弁護士 小 野 寺 利 孝



同 広 田 次 男



同 鈴 木 堯 博



同 清 水 洋



同 米 倉 勉



同 笹 山 尚 人



同 鳥 飼 康 二



外

第1 はじめに

本準備書面では、齋藤紀医師（医療生協わたり病院）による意見書「福島第一原発事故の転帰としての身体的、精神的影響」（甲A140、以下「齋藤意

見書) について、損害論との関連を述べる。

概略を述べると、齋藤意見書の第2章「放射線被ばくの人体影響－細胞レベルでの理解」および第3章「放射線被ばくの人体影響－原爆被爆者での理解」は、帰還拒否の合理性（原告らが抱く放射線被ばくに対する不安の源）、故郷変容慰謝料要素（被ばくによる不安、不安にもとづく行動制限）に関連する。

第4章「福島第一原発事故と避難」、第5章「福島第一原発事故と身体的影響」、第8章「福島第一原発事故と精神的影響」は、避難慰謝料要素（身体状態ないし精神状態の悪化、障害者の増額事由）に関連する。

第5章「放射線誘発性甲状腺がん」は、避難慰謝料要素（被ばくへの不安・差別）に関連する。

第7「福島第一原発事故と仮設生活」は、避難慰謝料要素の（家族の離散等）に関連する。

第2 意見書第2章および第3章（放射線被ばくの人体影響）

1 意見書の概要

（1）細胞レベル（第2章）

細胞レベル（試験管レベル）では、細胞照射による細胞DNA二本鎖切断の頻度は照射線量（被ばく線量）と相関することが知られている。ロートカムらの研究によれば、1グレイのX線照射でDNA二本鎖切断は細胞核中約40個生じるとされ、1ミリグレイ（0.001グレイ）から10万ミリグレイ（100グレイ）まできれいな直線関係で示されている（齋藤意見書5頁。以降、特に表記がない場合は齋藤意見書の頁数を表す。）。

一方、我々の人体には放射線防護のシステムが備わっており、そのもっとも最前線におけるものは、DNA二本鎖切断の修復能である。ヒトが自然放射線（宇宙、大地からの放射線、食材中の放射性物質）に囲まれて生きていけるのは、DNA障害に対する修復能が存在するからである（6頁）。

ところが、個体レベルの放射線感受性には多様性が存在し、CT検査に使用される程度の線量においても修復能に差異があることが知られている。このような感受性の違いが、放射線診断レベルの被ばく量で重篤な症状、いわゆる急性放射線症状を呈する可能性はないと考えられるが、長期間たったあとの影響については、そのリスクの存在を否定できないとする報告も示されてきている（8頁）。

（2）疫学レベル（第3章）

被告は、WG報告書（乙1）にもとづき、年間100mSv以下の被ばく線量では、疫学的に、放射線による発がんリスクの増加は確認できない旨述べて

いる（答弁書31頁など）。

これについて、齋藤意見書は、疫学的有意差の意義を解説した上で（14～16頁）、「しかし、そのことは低線量域で被ばくによる発がんリスクが存在しないこと、関与していないことを意味しているのではない。従ってWGにおいて「このグラフが低線量域でもリスク増加が見られることを意味しているわけではない」と繰り返し強調することは、あたかも低線量域での発がんリスク（発がん効果）が内在していること自体を否定するような間違った発信につながるといえる。」と結論付けている（17頁）。

さらに、齋藤意見書は、最新の原爆被爆者のがん死亡率調査（2012年発表のLSS14報）において、しきい値線量が存在しないと報告されていることを紹介している（17～19頁）。すなわち、LSS14報は、1950年から2003年までの間に死亡した原爆被爆者の被ばく線量と死亡率を解析し、その線量以下では放射線の影響が全くないと考えられる値（しきい値線量）を探索したところ、「誤差を最小にする95%信頼区間は、その上限が0.15グレイであり、そしてもっとも適合するしきい値線量は0.0グレイである。すなわちしきい値はない」と結論付けている（19頁）。

また、齋藤意見書によると、骨髓線量と染色体異常との関係を調べた研究において、「この同等性は急性被ばく（原爆）と慢性被ばく（繰り返した医療被ばく）の染色体への障害性が同じ効果であることを示している。」とされている（10頁）。すなわち、被告は、短期被ばくと比較して長期被ばくの場合にはより健康影響が低いと主張しているが（答弁書31頁）、必ずしも、そのような効果が発揮されるとは限らないのである。

この齋藤意見書の見解は、元放射線医学総合研究所主任研究官・崎山比早子の見解とも整合している。すなわち、同氏の論文（甲A188の1：24頁）によると、「Cardisらの15カ国の核施設労働者を調べた結果は、線量当たりのリスクは広島・長崎の2倍であった。また、旧ソ連時代に核施設から排出された高濃度の放射性物質が流されたテチャ川流域の住民の固形癌死についても線量当たりのリスクは広島・長崎より低くない」とされている。

2 損害論との関係

（1）帰還拒否の合理性

原告らは、準備書面156において、半数近い避難住民は避難指示が解除されたとしても帰還しないと回答し、その主要な理由として、放射線被ばくに対する不安があげられていることを論じた。そして、放射線被ばくに対し、住民が深刻な不安を抱き続けることは、決して過剰な反応ではなく、心理学などによって科学的に裏付けられた一般的かつ合理的な心理状態であること、他のハ

ガードとは異なる放射線災害の特殊性、政府に対する信頼の欠如、除染に対する疑問などの事情に照らせば、リスク・コミュニケーションによって住民の不安を解消させることは、極めて困難であることを論じた（このような一般人が抱く不安の心理過程については、他訴訟における心理学者の尋問調書をもとにした準備書面198で、更に詳論しているところである）。

このような心理過程に対しては、「不安の前提となる情報に問題がある（WGによる科学的知見が正しい）」との反論があるかもしれない。

しかし、前記1のとおり、齋藤意見書では、細胞レベルでも、疫学レベルでも、放射線被ばくについて閾値は存在しないと結論付けられている。

また、準備書面156・11頁で紹介したように、元放射線医学総合研究所主任研究官・崎山比早子による「低線量放射線被曝による発癌には“しきい値がない”すなわち安全量は存在しないという国際的な合意が成り立っている。」（甲A188の1）、岡山大学大学院環境生命科学研究所・津田敏秀教授による「今もなお日本国内のみで続く科学的根拠のない100mSV閾値論」（甲A188の2）との報告もある。

さらに、国際がん研究機関による最新（2015年6月発表）の研究報告（甲A261）では、欧米の原子力施設で働く30万人以上の被ばく線量と健康状態のデータを分析したところ、100ミリシーベルト以下の放射線被ばくでも白血病のリスクはなくなると結論付けている。

以上のように、WGによる見解とは異なる研究報告は多数存在している（特に、前記のLSS14報や国際がん研究機関報告は、2011年12月のWG報告よりも後に発表されたものである）から、「不安の前提となる情報に問題がある（WGによる科学的知見が正しい）」との反論は、失当である。言い換えれば、原告らを含む避難住民（一般人・通常人）が抱く放射線被ばくに対する不安の源には、科学的根拠が存在するのである。

ちなみに、仮に放射線被ばくに「正しい科学的知識」なるものが存在するとしても、それを与えられることで不安が解消するという単純な現象は生じないことは、準備書面156・16頁以下で詳論したとおりであるから、放射線被ばくに関する医学的知見について、原告らの主張と被告の主張のどちらが正しいかに拘泥することは意味がない。

（2）故郷変容慰謝料

原告らは、準備書面94・4頁において、故郷変容慰謝料の要素として、「被ばくの不安」、「生活行動の制限」、「復旧に多大な努力と苦痛を強いられること」をあげた。

このうち、「被ばくの不安」は、帰還後に、自然放射線量を超える被ばくを

受けながら生活せざるを得ないことについての不安（精神的苦痛）である。また、「生活行動の制限」は、被ばくによる不安によって、山林などに近付くことを躊躇う結果、生活行動の制限が生じることによる無形の損害（精神的苦痛）である。

これらについても、前記（１）で論じたことと同様に、不安の源には、科学的根拠が存在するのであるから、単なる危惧感などと切り捨てることはできない。

第３ 意見書第４章、第６章および第８章

１ 意見書の概要

（１）本件原発事故と避難（第４章）

ア 社会的弱者

避難生活の中で、とりわけ過酷な状況に置かれるのが、社会的弱者である。すなわち、福島第一原発の２０ｋｍ圏内には病院７、老健施設３、障害者施設５、特別養護老人施設６、グループホーム６が存在し、そこからさらに３０ｋｍ圏内には、病院７を含む医療・福祉関連の施設が多数存在しているため、避難者の中には、医療関連施設に收容されている住民、高齢者、乳幼児、妊婦、障害者といった社会的弱者が多数含まれている。

社会的弱者はつねに家族や医療従事者、介護人の同伴のもとで生活が可能となっているものの、避難に際して、医療従事者（医師、看護婦）の同道を要求することはできない。さらに認知症の高齢者を收容する施設なくして、家族といえども避難生活を続けることはほぼ不可能に近い。

社会的弱者にとって、避難とは、このようなセーフティネットからの離反ということであり、避難所にたどり着いたとしても、困難が解決する場所ではなかったのである（以上、２７～２９頁）。

イ 避難所の実情

一次避難所である体育館では暖房（ストーブ）が複数個設置されていても、つねに開放された空間であり、寒く、着衣したままで眠らざるを得ず、病人、高齢者には保温を保つことは困難であった。多くの避難者が約数か月の間、このような中で生活を強いられた。

物理的にプライバシーを確保することが困難なため、特に女性において、「自分のスペース、自分の時間」の欠如が極度の心理的緊張を強いる事態となるが、そのようなことが無視、軽視されるのが普通とみなされる事態であった。

プライバシーが保障されない生活空間では、家族間のわずかの「はみだし」も相互に許さなくなる。避難所生活はいっそうの潜在的な精神的苦役と言え、

その後の精神と肉体の不調を準備することにつながってきた（以上、30頁）。

ウ 震災関連死

復興庁の資料にもとづき、東北3県（岩手県、宮城県、福島県）の震災関連死の理由を比較すると、岩手・宮城県の場合と福島県の場合で違いが浮き彫りにされる。

避難所生活における肉体的、精神的疲労はそれぞれ30.9%（205/664）、33.7%（433/1286）とほぼ同率であるが、移動中の肉体的、精神的疲労によるものは、前者（岩手・宮城）で3.2%（21/664）、後者（福島）で29.5%（380/1286）とおおきな差異が見られる。避難途中、避難所生活の両方の比率の合算を避難による心身の疲労の全体として見た場合、前者（岩手・宮城県）は34.1%、後者（福島県）63.2%となる。福島第一原発事故被災者の死亡率の多さは「遠方へ、遠方へ」と逃避行を余儀なくされたこと、事故後1年間の避難生活の特殊事情と無縁ではない。津波被災と異なる原発過酷事故に伴う特質と指摘せざるを得ない。

また、復興庁が示した震災関連死は、福島県の場合はその特質から「原発関連死」と把握できる。それは岩手県・宮城県に対する違いで述べたように、この大事故が放射性物質の放出であり、被ばくの回避のための避難だからである。原発関連死は直接放射線被ばくによる放射線障害死ではないが、時間の経過とともに累積してきている。すなわち、2011年8月時点の関連死651名、2013.3月時点（事故2年目）1138名、2014年2月時点（事故3年目）1417名である。避難指示区域全体の人口（ほぼ全避難者数）82,720人で除すると、累積の比率は2011年8月0.79%、2013年3月1.38%、2014年2月1.71%と増加している。このような避難に伴う関連死は福島の場合も60歳以上が97%を占めている。

ちなみに、60歳以上の高齢者の避難は死亡リスクが高いからと言って、家族から引き離し、ひとり現地にとどめ置き、そのために介護者、看護師、栄養士、医師等々を合わせて現地にとどめ置くことは、社会的に受容される対応とは言えない（以上、31～37頁）。

（2）本件原発事故と身体的影響（第6章）

ア 先例研究

先例研究として、2005年の米国のハリケーン被災による被災者の身体的影響の調査結果がある。同調査によると、3つの対象医療施設（計1795名）のうち、1つの施設では、被災前後で糖尿病重度（HbA1c）の値が有

意に増加（悪化）していた。

血圧（最高値、最低値）、脂質（LDL、HDL、TG）については、いずれも被災前後で有意な増加（悪化）が認められた。平均余命についても、いずれも有意な短縮（悪化）が認められた。

このように、大災害は、糖尿病、脂質以上や高血圧症など、地域住民の圧倒的多数が有している慢性疾患に強い影響を与える因子であることを教えている。また、被災前の重症度は拡大する可能性も含み、やがて生命余後にも二次的に影響を与えることをも明らかにしている（以上、59～62頁）。

イ 仮設住宅での調査

相馬市の仮設住宅の住民（津波避難108名、原発避難92名）を対象とした調査において、震災前後で、原発避難群では、体重増加傾向、有意な腰回りサイズ増加、有意な血圧上昇（悪化）が認められた。

このように、被災後の仮設住宅入居に見られるメタボリック症候群への傾斜が疫学的有意性をもって示された（以上、63～66頁）。

ウ 県民健康調査

福島県が実施した避難住民を対象とした県民健康調査によると、本件原発事故後、体重増加、体脂肪率増加、糖尿病重度（HbA1c）増加、肝障害重度（ γ -GTP）増加、脂質増加が認められた。

このような増加傾向からは、避難者の健康指標が代謝異常（メタボリック症候群）の方向に向いていることが読み取れる（以上、67～70頁）。

（3）本件原発事故と精神的影響（第8章）

ア K6

福島県が実施した避難住民を対象とした「こころの健康度調査」において、精神の全般的な健康状態の指標として自記式スクリーニング方法（K6）による調査が行われた。

K6では、0～24点のうち5点以上でこころに何らかの心理的負担を抱えている状態とみられ、13点以上で申告な問題が発生している可能性が高いとみる。そして、一般住民の中の「K6：13点以上」の割合は、3%程度とされている。

平成24年度の調査結果では、避難住民全体の「K6：13点以上」の割合は11.9%であった（最も低い10代で7.9%、最も高い70代で14.1%）。岩手県被災者の「K6：13点以上」の割合は3.2%であることから、原発事故被災者においては津波被災者の場合との比較においても、異なった心理状況にあるといえる。

精神科外来患者（気分・不安障害）のK6平均値は12.8との報告されて

いることから、原発事故避難者において「13点以上」者比率が高値であることは、多くの避難者において「気分障害、不安障害」につながる状況を示している。

また、自殺企図を生じ得るようなうつ病症状を拾い上げるカットオフ値として、「K6：17点以上」の割合でみると、全体の5.3%（最も低い10代で3.5%、最も高い70代で6.8%）であった（以上、79～88頁）。

イ 避難者意向調査

福島県が実施した避難者意向調査によると、心身の不調について、「何事も以前より楽しめなくなった」57.3%、「よく眠れない」56.7%、「イライラする」48.4%、「憂鬱で気分が沈みがち」47.3%、「疲れやすくなった」46.8%、「孤独を感じる」42.4%であった（93頁）。

ウ 震災関連自殺

内閣府の調査によると、平成23年6月～平成26年9月における震災関連自殺の件数は、福島県57名、宮城県39名、岩手県32名であるが、福島県は年度とともに増加傾向、宮城県は一次減少がみられるも増加、岩手県は継続して減少傾向を示している。

これを仮設入居者数の頻度で比較すると、岩手県約12000戸、宮城県約20000戸、福島県約14000戸としてそれぞれの震災関連死数を除すると、岩手県0.27%、宮城県0.20%、福島県0.41%となる。世帯数あたりで見た場合、福島県仮設入居者の自死比率がもっとも高いことを示している（岩手県被災者と福島県被災者の比較で、「K6：13点以上」比率が福島県で4倍と示されたが、震災関連自死数でも同じ傾向を示したといえる。）

自死を導いた有力な要因として仮設居住の長期化や放射能汚染の持続など将来を描けない不安があることを否定することはできない（以上、95～97頁）。

2 損害論との関係

（1）避難慰謝料の要素（身体状態の悪化）

原告らは、準備書面準備書面94・2頁等において、避難慰謝料の要素のひとつとして、身体的不調（身体状態の悪化）をあげた。

これに関連して、前記のように、避難者は、代謝異常（メタボリック症候群）の方向に身体状態が悪化していることが判明している。また、高齢者の震災関連死が頻発しており、減少する気配はうかがわれない。

これらのデータに照らせば、原告らを含む避難者は、たとえ生活習慣病など重大な疾病を発症していないとしても、その予備軍とも言える程の過酷な身体的ストレスを等しく被っていることが、合理的に推測される。言い換えれば、

一般人・通常人を基準とすれば、本件原発事故による避難生活の身体的ストレスは、生活習慣病をいつ発症してもおかしくない程の強度なのである。

したがって、月額10万円の慰謝料（生活費増加分含む）は、このような過酷な身体状態の悪化を含む原告らの精神的損害を賠償するには、程遠い金額なのである。

（2）避難慰謝料の要素（精神状態の悪化）

原告らは、準備書面準備書面94・2頁等において、避難慰謝料の要素のひとつとして、精神的不調（精神状態の悪化）をあげた。

これに関連して、前記のように、本件原発事故による避難者について、「K6：13点以上」の割合が高く（11.9%）、震災関連自死の割合も高いというデータが存在する。

これらのデータに照らせば、原告らを含む避難者は、たとえうつ病等精神疾患を発症していないとしても、その予備軍とも言える程の過酷な精神的ストレスを等しく被っていることが、合理的に推測される。言い換えれば、一般人・通常人を基準とすれば、本件原発事故による避難生活の精神的ストレスは、うつ病等精神疾患をいつ発症してもおかしくない程の強度なのである。これは、半数近い避難住民が「何事も以前より楽しめなくなった」、「よく眠れない」、「憂鬱で気分が沈みがち」などと回答していることとも整合する。

したがって、月額10万円の慰謝料（生活費増加分含む）は、このような過酷な精神状態の悪化を含む原告らの精神的損害を賠償するには、程遠い金額なのである。

（3）障害者の増額事由

齋藤意見書が指摘するとおり、障害者は、家族、医療従事者、福祉担当者などセーフティネットに囲まれることで、平穏な生活を送っている。ところが、避難生活において、同様のセーフティネットを維持することは困難である。

このようなセーフティネットの喪失という事実は、障害者における慰謝料増額の一要素として考慮されるべきである。

第4 意見書第5章

1 意見書の概要

（1）先例研究

先例研究として、1986年に発生したチェルノブイリ原発事故による影響調査がある。

Cardis らの報告によると、2002年までの集計では、事故当時0歳から

17歳までベラルーシ、ウクライナからそれぞれ2010人、2344人の甲状腺がんが発症し、ロシア連邦からは483人の甲状腺がんが発症している。そして、1グレイ当たりの甲状腺がん発症の相対リスクは5.5（オッズ比）と推計されている（放射性ヨウ素による内部被ばく誘発甲状腺がんのリスクは、被ばく線量に依存していることが明らかとなった）。

Demidchikの報告によると、放射線誘発甲状腺がんの年齢別発症経過では、被ばく時年齢14歳以下の群がもっともはやく甲状腺がんの発症が認められ、ついで15歳－18歳の群と続いている（甲状腺がんの発症を最も規定したのは被ばく線量であるが、被ばく時の年齢（若年性）もまた発症しやすさを規定する要因と考えられる）。

Brennerの報告によると、ウクライナの被ばく住民を事故から約20年間追跡し、過剰発生リスクは2分の1以下に低下してきたが、依然として持続していることを示している。

Ronの報告によると、甲状腺外部被ばくによる甲状腺がん発症への影響について、性別では差が無く、到達年齢では差が無く、治療回数では差が無いが、被ばくからの期間および被ばく時年齢では差がある（以上、40～46頁）。

（2）本件原発事故による甲状腺被ばく量

放射線医学総合研究所の調査（WBCを実施された約3000）によると、北西方向帯状の地域では1歳の子どもの甲状腺被ばく量は最大30mSvと推計されている。

弘前大学被ばく医療総合研究所の調査（浪江町からの避難者62名）によると、甲状腺放射性ヨウ素被ばく量は、最大で18mSvと推計されている。

国連科学委員会の調査によると、避難指示区域の幼児（1歳）の甲状腺吸収線量は、15mGy～82mGyと推計されている（以上、47～49頁）。

（3）県民健康管理調査

福島県の県民健康管理調査によると、平成26年6月末、受検者29万6026人のうち、甲状腺がんまたは甲状腺がんの疑いと診断された住民は、104名であった。このうち、58例が手術され、1例が良性腫瘍、57例が甲状腺の確定診断を受けている（以上、50～53頁）。

（4）課題

本件原発事故によって、全県の子供たち36万人の超音波検査、そして吸引細胞診につながる悉皆調査を計画せざるを得なかった。その中で、「過剰診断、過剰治療」への懸念が指摘されている。具体的に言えば、精密検査の対象

となった中で1747人が偽陽性（がんではないこと）であったこと、のうち381人は吸引細胞診も施行されたとされる。

検査を受けた子供たち、あるいは手術を受けた子供たちにおいては、事故自体の試練のうえに、さらに選別され、新しい不安を荷重されたものでもあった。

少なくともチェルノブイリ事故の経験からは20年間以上にわたり観察し続けることが求められている。29万5969名に、今後も軽微であっても過剰リスクの蓋然性を常に考慮しなければならないとするならば、これに代わる苦痛はあるだろうか。

実人生において、福島県の子供たち、親たちにもたらされる社会的差別、精神的苦痛を軽視することはできず、場合によっては、計り知れない重さが個人を捉えることもありえる（以上、53～55頁）。

2 損害論との関係（避難慰謝料の要素：被ばくによる不安・差別）

原告らは、準備書面準備書面94・2頁等において、避難慰謝料の要素のひとつとして、被ばくによる不安・差別をあげた。

これに関連して、前記のように、本件原発事故による初期の放射性ヨウ素拡散について、高い被ばく線量の推定値や、高い甲状腺がん発症率といったデータが存在する。そして、齋藤意見書が指摘するように、将来にわたって、甲状腺がん等健康被害の顕在化を懸念し続けなければならない心理状態に置かれたことや、それによって差別を被る蓋然性があること自体、被害といえる。

これらのデータや指摘に照らせば、月額10万円の慰謝料（生活費増加分含む）は、被ばくによる不安・差別を将来にわたって背負い続ける原告らの精神的損害を賠償するには、程遠い金額なのである。

第5 意見書第7章

1 意見書の概要

（1）収容施設としての仮設住宅

多くの仮設住宅がそうであるが、大集団であるほど条件に適合する立地場所は限られており、どうしても周囲と隔絶した広い空地に建てられてきた。その集合体は遠景からも、その場所に立っても、周囲との隔絶感は避けがたく、自然や近隣地域との交流と融和の中で暮らしてきた避難者にとって、そこは「収容された」との特異的感覚は軽微とは言えない（73頁）。

（2）家族離散

福島県避難者意向調査によると、（区域外避難者も含めて）48.9%の世

帯が家族離散の状況を強いられている。

そして2か所、3か所に分散しているということだけで、高齢者のみで生活する姿がすぐ想定される。もちろん若年世帯においても、父親は仕事を手放すことができず、母子は遠方に避難するという意味での家族離散も含まれる。

再度の人生の再興は、どの世代にも世代特有の困難さを強いることになる。若い子ども夫婦から引き離された高齢者において、人生の再興とは何をどうすればよいのか。強い意思と目標を立てることは決して容易とは言えない（以上、74～75頁）。

（3）心理的葛藤

避難者が仮設生活を強いられていることは、家屋の空間的狭さにとどまることではない。未来を思い描くことが拒まれた精神的、心理的閉塞感、それが結びついて押し込められていることである。

われわれ人間には通常、憤りと諦めの交錯以外の思考として、憤りをためつつも諦めに陥ることなく道を歩こうとする思考がある。心理的転換をはかり、道を探そうとする思考がある。しかし圧倒的な壁で塞がれ、己の気持ちが地に落ちるとき、憤りと諦め以外の思考を失う。

われわれのこころは普段から気付かず息をついているが、壁でこころの息を塞がれたとき、心理的に強いストレス下におかれる。動揺、不安、怒り、パニックなどの過覚醒の症状を一方にもつようになり、他方で関心の減退、嬉しさや喜びの消失、自己肯定感の喪失に陥る。時には原因不明の身体性障害、たとえば頭痛、腹痛、吐き気、ふるえなどにとらわれる（以上、75～77頁）。

2 損害論との関係

（1）避難慰謝料の要素（精神状態の悪化）

前記のように、本件原発事故による避難者は、家屋の空間的狭さにとどまらない心理的閉塞感を抱いており、ひいては、過覚醒、嬉しさや喜びの喪失等の症状が生じることが指摘されている。また、避難者にとって、仮設住宅での生活は、あたかも収容施設での生活であることが指摘されている。

これらの指摘に照らせば、原告らを含む避難者は、たとえうつ病等精神疾患を発症していないとしても、その予備軍とも言える程の過酷な精神的ストレスを等しく被っていることが、合理的に推測される。言い換えれば、一般人・通常人を基準とすれば、本件原発事故による避難生活の精神的ストレスは、うつ病等精神疾患をいつ発症してもおかしくない程の強度なのである。

したがって、月額10万円の慰謝料（生活費増加分含む）は、このような過酷な精神状態の悪化を含む原告らの精神的損害を賠償するには、程遠い金額な

のである。

(2) 避難慰謝料の要素（家族の離散）

原告らは、準備書面準備書面94・2頁等において、避難慰謝料の要素のひとつとして、家族の離散をあげた。

これに関連して、前記のように、本件原発事故による避難者について、半数近い者が家族の離散を経験しているというデータが存在する。また、一度離散した家族構成を再興することの困難さも指摘されている。

これらのデータや指摘に照らせば、月額10万円の慰謝料（生活費増加分含む）は、家族の離散を経験した原告らの精神的損害を賠償するには、程遠い金額なのである。

第6 まとめ

以上のように、齋藤意見書の内容は、原告らの主張する損害論の内容を裏付けるもの、あるいは補強するものである。

また、被告の主張は、2011年12月に公表されたWG見解のみに依拠しているが、WG見解の公表後に、LSS14報や国際がん研究機関による報告など、信頼できる新たな知見が多数発表されていることは、重ねて指摘する必要がある。

以上