

原発検査は下請会社へ丸投げ、安全審査は電力会社へ丸投げ！ 美浜 3号炉事故の警告を聞け！ 経済性なき原発の老朽化と高稼働率運転による原発重大事故の危険

復水配管破断による灼熱地獄

関西電力の美浜原発 3号機で 8月 9日午後 3時 22分、タービン建屋 2階ですさまじい爆発音がとどろき、一斉に火災報知器が鳴った。現場に駆けつけた運転員が見たものは、体育館より何倍も広い室内に充満する真っ白な高温蒸気、そして焼けるような熱風であった。配管を破裂させ、一挙に吹き出した約 140 、約 9.5気圧の高温高压の熱水が一瞬のうちに蒸気に変わり あらゆるものに襲いかかった。破断配管から十数 m離れた場所で簡易椅子に座って交換部品の仕分けをしていた 4名の作業員は座ったまま高温蒸気に襲われ、気道が高温蒸気で焼けただけ、呼吸ができずに窒息死した。ほぼ即死状態であった。荷物を抱えて搬送中だった作業員らは命からがら逃げ出した。それでも、7名が重軽傷を負い、計 11名が被災した。もし、配管破裂が 30分早かったら・・・もし、3時の休憩に入るのが 30分遅かったら・・・ゾツとした作業員は多いことだろう。いつ、誰が被災者になってもおかしくない状況だった。実際、事故発生当時、タービン建屋内では 104名が作業しており 当日のタービン建屋に出入りした者はのべ 221名にのぼったからだ。被災者が 11名に止まったのがむしろ不思議なくらいである。…… これは小説ではなく、美浜 3号で実際に生じたことです。8月 25日、もう一人が亡くなり 犠牲者は合計 5名になりました。

JCO事故に続き、原子力施設の事故で犠牲者が出てしまいました。その意味では、非常に重大な事故です。JCO事故のときにも、「これを教訓として二度と同じ過ちを繰り返してはならない」と言われました。しかし、犠牲者を再び出してしまった以上、あの「教訓」、「反省」は一体何だっ

たのか、今回の事故を受け、「二度と繰り返さない」との誓いは何を意味するのか、何をしなければならぬのかを今一度真剣に考えてみなければなりません。そうでなければ、被災者は死んでも死にきれないと思うからです。

原発の経済性喪失が根本原因

結論を先に述べましょう。今回の事故は、**経済性の失われた原発をムリヤリ動かすために、何とか定期検査期間を短縮し、検査費用を削減しようとした結果です。**関西電力は、大半が退職社員からなる子会社に**原発検査業務を丸投げし、業務監査をせず、破断部位が点検対象から抜け落ちたのをチェックもしませんでした。**安全審査や安全規制で事実関係を詳細にチェックすべき経済産業省原子力安全・保安院(旧通商産業省)や原子力安全委員会も、関西電力が「配管を厳重に検査している」と言えばそれを鵜呑みにし、電力会社等に**安全審査 安全規制を事実上丸投げ**してきたのです。その犠牲になったのが 11名の被災者でした。すべては、経済性のない原発を動かすためにほかなりません。

今回の事故を深刻に受け止めるのであれば、経済性のない原発は、もはや 1日たりとも動かすべきではないのです。

常に伴う原発重大事故へ発展する危険

今回の事故は、ご多分に漏れず、国際原子力事象評価尺度 (INES)の暫定評価で「0+」、**「軽微な事象」と評価**されています。この評価尺度は**「事故の結果」**、しかも**放射能災害との関連だけを重視し、発生した事故が重大事故へ発展する危険性を過小評価するものであり、事故を教訓とする姿勢とはほど遠いもの**だと言えます。

たとえば、1979年に米スリーマイルアイランド原発(TMI)事故で起きた炉心溶融事故(核燃料の詰まった炉心が高温でどろどろに融ける事故)は、2次系の復水脱塩系隔離弁が突然閉じすべての給水ポンプが止まり、蒸気発生器の2次側の水がなくなって、炉心から出る高熱(崩壊熱)を冷やせなくなったために起きた事故でした。原発の場合には、炉心で生じた高熱が1次系、2次系、3次系へと伝わることによって炉心が冷やされるため、この流れがどこかで寸断されると炉心溶融事故へ至るのです。

その危険は今回の事故でもありました。

破断したのは、美浜3号炉のタービン建屋2階天井付近(床から4.5m高)にあるA系復水配管でした。午後3時22分にタービン建屋の1階から3階まで火災報知器が一斉に鳴りました。火災ではなく噴出した高温の蒸気に反応して火災報知器が鳴ったのです。1階から3階までの火災報知器が一斉に鳴ったことから蒸気の噴出がいかにすさまじいものであったかがわかります。運転員が現場に駆けつけ、火災報知器の誤作動ではなく配管破断だと判断し、3時26分から原子炉の出力を緊急降下させ始めました。20分程度で原子炉を停止する予定でした。ところが、3時28分には、動いていた主給水ポンプが2台とも停止し、蒸気発生器への給水が止まりました。破断口からは短時間に約800t、25m四方のプールの水量に相当する水が噴出しましたので、このままでは蒸気発生器の2次側の水がなくなります。幸いなことに、「給水ポンプ全台停止信号」を受けて電動補助給水ポンプ2台が起動し(3台目の予備の給水ポンプ1台が作動したかどうかは運転員が未確認です)また、蒸気発生器2次側の水位低下信号を受けてタービン動補助給水ポンプ1台も起動しました。それでも蒸気発生器2次側の水位低下が止まらず、高温蒸気の噴出が続いたため、3時28分に警報が鳴り原子炉が自動停止しました。これにより核分裂連鎖反応は止まりましたが、炉心には死の灰が出す崩

壊熱が出続けます。これを冷やし損なうと、炉心溶融事故に至ります。今回は幸いなことに蒸気発生器への給水がとぎれませんでした。その結果、炉心溶融事故へ発展することは、かろうじて避けられたのです。

予期できた減肉による配管破断事故

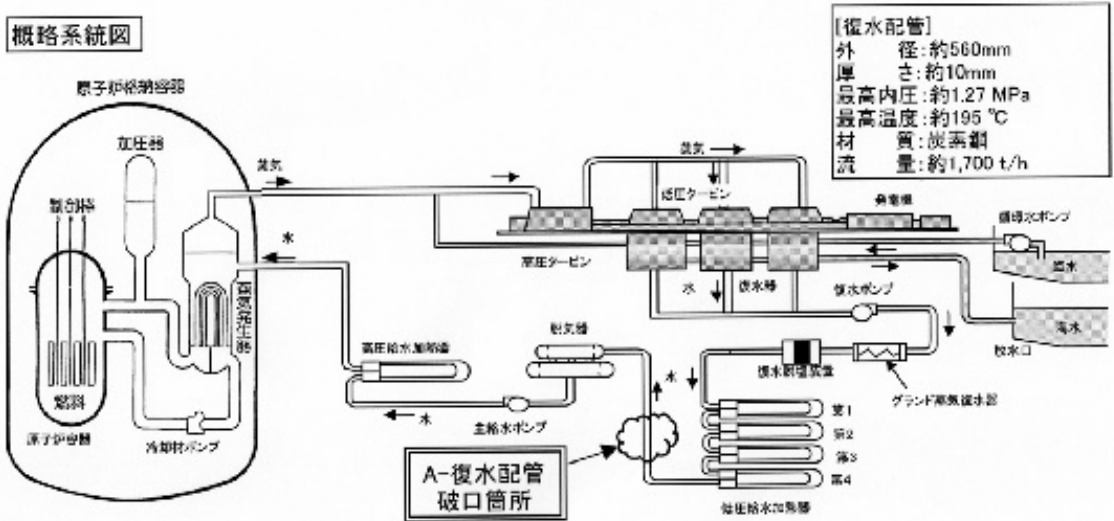
破断した配管は炭素鋼製で、外径約560mm、厚さ約10mmの大きな分厚い配管です。それがなぜ破断したかという、「減肉」と呼ばれる現象が生じたからです。1時間に約1700tという水流による浸食作用と水の腐食作用によって内側表面が削られ、肉厚が薄くなって破断したのです。今回の事故では年間に約0.3mmずつ削られ、10年で約3mm、28年で8.4mm削られました。その結果、薄いところでは10mmの厚さが1.6mmにまで減っていました。こうして、いつ破裂してもおかしくない状況下で、8月9日の午後3時22分、耐えきれずに破裂したのです。このような危険な状況下で、関西電力は下請作業員を現場へ入れて、定期検査の準備作業を行わせたのです。

実は、このような減肉がタービン建屋の復水配管で起こりやすいことはよく知られていました。

減肉はタービン建屋内の熱交換器、ドレン系(蒸気が水に戻る系統)、復水給水系、抽気系などでの配管で起こりやすく、とくに、制御弁後方のレジューサ(流れが絞られたり、拡大したりする管)や玉型逆止弁後方の直管で非常に激しく生じることが知られています。その次によく減肉の進むところが、今回破断したオリフィス下流部(流量計設置部)であり、エルボ(流れが90°変わる曲管)、T管(流れの合流・分岐部)です。スウィング型逆止弁後方の直管、レジューサ、曲管(流れが緩やかに変わる曲管)でも直管より減肉が良く進みます。

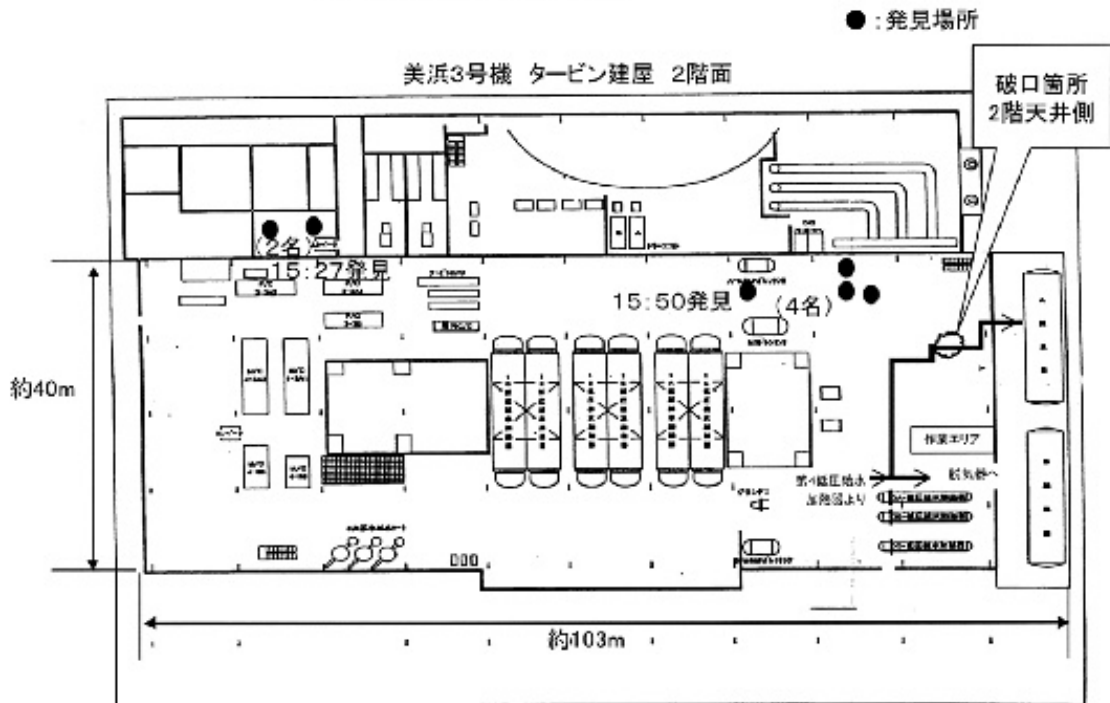
減肉は典型的な老朽化に伴う材料の劣化現象です。「老朽化」とはいえ、10年程度でも減肉が激しく進む場合があり、運転年数が比較的短くても「老朽化」は生じますので注意が必要です。

A-復水配管破口箇所



百万kW級原発を1年間運転すれば、原子炉には広島型原爆 1千発分の死の灰ができる。
美浜3号 (82.6万kW)では事故当時、1500発分の死の灰が原子炉に詰まっていた。
主給水ポンプがすべて止まったため、蒸気発生器2次側が空になり炉心溶融事故に至る危険があった。

被災者の発見場所



破断箇所から10~30m離れた所で、高温蒸気を一気に浴びた4名が亡くなっていた。即死だった。
重軽傷で入院中6名のうち1名が8月25日に亡くなった。全身の89%に重度火傷を負っていた。

過去にも原発 4基で 8件の減肉・漏洩事故がありました。その内訳は、沸騰水型原発BWR 3基で 7件(敦賀 1号 4件(1971.6、71.8、82.5、83.12)、浜岡 1号(1980.9)、浜岡 2号 2件(1988.5、98.11))、加圧水型原発PWR 1基で 1件(高浜 2号(1983.2))であり、実際には、減肉が起りにくいと言われるBWRのほうに減肉・漏洩事故が多発しています。火力発電所でもこれまでに7件の減肉・漏洩事故の報告がありました。幸いなことに、いずれも、死傷者は出ていません。今回の美浜 3号事故で日本で初めて被災者が出てしまったのです。

大飯 1号で予想以上に激しい減肉

減肉は予想以上に激しく進む場合があり、破断しないために必要な厚さまでの「余寿命」を予測するのは困難です。その例が、今年 7月に大飯 1号の第19回定期検査で見つかった大きな減肉です。美浜 3号とは異なり、主給水配管の隔離弁後方約1mにある90°曲がり部で、設計厚さ21mmに対し最小肉厚12.1mmという大きな減肉が発見されました。これは国へ報告すべき厚さ15.7mmを大幅に下回り、美浜 3号のように破断する危険があったのです。

記録によると、当該B-主給水管の肉厚は1989年に18.7mm、1993年に17.8mm、2004年に12.1mmでした。1993年までは0.23mm/年で減肉が進んでいたのですが、1993～2004年の間に平均0.52mm/年と2～3倍の速さで減肉が進んだこととなります。1993年のデータだと余寿命は9年、したがって、2002年に国への報告対象厚に達することになりますが、減肉が2～3倍の速さに変わっていたとすれば、余寿命は3～4年、したがって、1997年頃には国への報告対象厚に達していたこととなります。にもかかわらず、点検せず、違法状態で運転し続けていたのです。

あわてた関西電力は、直ちに減肉が確認された3箇所曲がり部を同じ材料の新配管に取替えました。このとき、関西電力は減肉の恐さを思い知ったはずですが、しかも、このとき美浜 3号で

運転開始以来28年間、減肉の進みややすい復水配管の減肉調査を全くしていなかったことも十分認識していました。にもかかわらず、運転を止めれば1日約1億円のコストがかかるため、美浜 3号をすぐに止めて点検せず、8月14日からの定期点検まで1ヶ月間放置することにしたのです。そして、8月9日の破断事故を引き起こし、11名の死傷者を出してしまったのです。

今回の事故に関し、敦賀警察署は業務上過失致死傷の疑いで関西電力等を強制捜査する方針を決め、福井労働局と敦賀労働基準監督署は労働安全衛生法違反(安全管理義務違反)の疑いで関西電力を書類送検する方針を決めました。人命尊重よりコスト削減を優先させた関西電力の責任は徹底して裁かれるべきです。

管理指針を作成しても生かされず

原発の2次系では減肉が無視できないということは周知の事実でした。そのため、1985年から3～5年間、旧通商産業省がPWRの2次系配管(プラント当たり3千～5千ヶ所)の減肉調査を実施し、PWRの1割弱で減肉が発生していることを確認しました。その間の1986年には米サリー原発で2次系給水配管が減肉のため今回と同様に破断し、これを「教訓」とすることが叫ばれました。しかし、「氷質管理の厳しい日本では大丈夫だ」と無視する声も聞かれました。この事故を横目でみながら、旧通商産業省は1990年5月に「2次系配管経年変化管理指針案(PWR)」をまとめ、これに基づいてPWR事業者が「原子力設備2次系配管肉厚の管理指針」(1990年5月)を制定しました。関西電力では1990年6月からこの管理指針を社内基準として適用し、1990年11月には社内標準(保修業務要綱の定検工事範囲基準表)に本指針内容を反映させました。

この管理指針では配管等を「主重点検系統」と「その他系統」にわかれています。減肉が最も起こりやすい温度や流れの状況下にある「主重点検系統」では、減肉の速さが一律ではないため、

減肉傾向を監視し、減肉状況に応じて点検回数を多くすること、その他系統」では10年で対象箇所25%を点検することになっています。

「この管理指針に従って、きちんと点検していれば減肉を事前に発見し予防できたかも知れない」とよく言われます。

では、なぜ、点検されなかったのでしょうか。

それは、5600箇所を毎回きちんと点検していたら、定期検査の期間が長くなりコストもかかるため、原発の経済性が一層失われるからです。だから、定期検査の期間を1日でも短くするための競争が促され、下請企業には赤字覚悟の契約金額で昼夜突貫の点検・補修工事が強いられているのです。さらに、今回の場合には、後述のように、検査費用を削減するため、関西電力が検査会社を三菱重工業から日本アームへ変更したことが発端になっています。

しかも、2次系軽視の風潮があります。原発では、電気事業法により設備の重要度分類に従って一次系を中心に政府が定期検査を実施しています。しかし、2次系配管は重要度がクラス3に低く設定され、技術基準で性能が要求されてはいるものの、定期検査の対象外であり、事業者の自主検査に任せられてきました。昨年10月から「定期事業者検査」として義務づけられましたが、検査体制が審査されるだけで、検査結果は誰のチェックも受けず、点検で見つけた欠陥を修理するかどうかは事業者の判断に任せられます。そのため、一次系はもとより、重要度の低い2次系では一層のこと、安全性よりコストが優先されるのです。つまり、安全性を優先できない、経済性なき原発をムリヤリ動かすと、今回のような事故が起きるのです。

検査費削減が招いた減肉放置

日本の加圧水型原発PWRでは2次系配管の検査を三菱重工業が担当しています。関西電力は検査費削減のため担当会社を子会社の日本アームに変更しました。そのため、破断部位の点

検対象抜け落ちが発見されにくくなりました。

三菱重工業は1989～1994年の6年間、手書きノートの「点検検査台帳」で点検対象箇所をチェックしていました。1990年5月にPWR事業者が「原子力設備2次系配管肉厚の管理指針」を制定したのを受けて、三菱重工業は1990～91年に全国のPWR原発毎に点検検査台帳を作成し直しました。その際、美浜1号、美浜3号、高浜4号および敦賀2号の4基で問題のオリフィス下流部が点検対象から抜け落ちたのです。減肉を点検すべき主要点検系統は美浜3号で5800箇所へのぼりますが、オリフィス下流部だけがなぜ抜け落ちたのか、その原因は不明です。三菱重工側は「関電の承認を受けながら点検箇所を決めた」と主張し、関電は「検査すべき場所を協働会社側にリストアップしてもらってから、検査すべき場所を決める。(破裂した配管は)リストになかった」(産経新聞8/11)と泥仕合を演じています。

PWR事業者の中で唯一関西電力は、検査費用削減のため2次系配管の検査会社を三菱重工業から日本アームへ変更しました。この業者変更で検査費用が約3割削減されたといえます。関電広報担当者いわく、「電力自由化で、競争に勝つためにはコスト削減を進めなければならない」(朝日新聞夕刊8/21)。

日本アームは、1996年に三菱重工業から手書きの点検検査台帳を受け取り、そのデータをコンピュータ入力し、検査工程を合理化するため原子力検査データ処理システムを開発しました。翌年10月には、検査用図面をコンピュータ入力して検査データと配管図面を照合できるようにしています。その結果かどうかわかりませんが、日本アームは、三菱重工業から検査業務を引き継いだ後、美浜1号と高浜4号についてオリフィス下流部の点検対象漏れに気付き、データを修正しています。ところが、美浜3号については当該部が抜け落ちたままになっていました。

日本アームは、関電45.2%出資のグループ会社で1956年操業です。役員7名全員が関電出

設備利用率を上げるため、定期検査1ヶ月化の過酷な競争を展開!

原子力発電所の設備利用率 (%) の推移

年度	美浜発電所			高浜発電所				大飯発電所			
	1号	2号	3号	1号	2号	3号	4号	1号	2号	3号	4号
1989年	62.5	99.9	77.2	71.2	83.0	73.7	84.2	33.2	76.5		
1990年	61.2	60.6	80.0	66.6	17.8	87.7	86.2	49.8	89.4		
1991年	68.2	0.0	80.6	87.6	40.9	87.4	83.9	57.7	66.9	100.0	
1992年	61.8	0.0	69.5	72.9	54.8	82.2	81.9	80.2	59.7	79.5	100.0
1993年	47.7	0.0	65.2	50.3	76.5	79.0	76.2	50.8	89.3	100.0	88.3
1994年	0.0	53.7	87.7	54.8	68.4	78.7	100.0	45.4	68.7	82.2	91.1
1995年	4.7	71.3	60.0	76.5	67.0	97.0	76.8	90.5	43.1	77.9	75.7
1996年	99.9	84.0	56.6	72.2	84.7	75.5	76.6	71.1	82.5	83.9	47.9
1997年	80.8	88.5	88.4	68.1	87.6	81.9	87.8	75.8	69.3	95.6	100.0
1998年	82.6	82.0	98.8	84.3	87.0	87.0	100.0	88.7	41.1	93.7	89.0
1999年	74.9	66.4	84.5	98.9	87.3	86.6	74.7	81.3	61.0	89.6	89.6
2000年	99.8	70.8	69.6	87.4	85.6	92.3	82.5	63.6	87.9	89.1	80.2
2001年	74.9	92.0	81.1	87.7	100.0	83.8	83.5	74.6	72.4	85.4	95.9
2002年	78.0	87.7	95.8	76.2	90.1	89.0	100.0	99.8	84.3	86.0	97.5
2003年	88.3	82.2	90.4	104.5	79.6	80.4	89.1	82.3	88.8	101.8	88.2

注 設備利用率 = 発電電力量 / (出力 × 暦時間数) × 100(%) であり 100% を超えるのは定格熱出力運転など定格電気出力以上の運転をしているからである。

原子力発電所の定期検査日数 (日) の推移

定期検査	美浜発電所			高浜発電所				大飯発電所				平均	最短	最長
	1号	2号	3号	1号	2号	3号	4号	1号	2号	3号	4号			
7回前	589	100	131	186	109	93	83	104	127	79	175	161.5	79	589
6回前	68	97	157	115	99	65	84	87	168	57	38	94.1	38	168
5回前	61	64	41	56	47	47	44	109	323	38	36	78.7	36	323
4回前	86	77	54	44	43	72	87	118	64	36	39	65.5	36	118
3回前	90	104	90	43	49	59	64	91	100	39	71	72.7	39	104
2回前	82	45	58	88	47	47	61	52	59	53	31	56.6	31	88
最新	49	67	43	68	86	82	51	58	45	52	49	59.1	43	86

注 定期検査日数は定期検査開始日から併入 調整運転開始日までの日数で、両開始日を含む。

形式的には経済産業省の合格証が出て定期検査が終了する。

注 法律上、定期検査終了日から13ヶ月以内に定期検査を受けることになっているが、定期検査最終段階の調整運転期間約4週間を入れると、14ヶ月間連続運転できる。定期検査期間を1~2ヶ月とすれば、15~16ヶ月サイクルとなる。したがって、7回前の定期検査は9年前の1995年頃になる。

身で、社員265名のうち多くを関電出身者が占め、これまでに計240人が関電退職後に再就職しています。1989年から火力発電所の配管検査業務を開始し、7年後には三菱重工業から関電の原発11基の検査業務を順次引き継いでいます。関電は、検査対象登録や配管寿命計算などを日本アームに任せ、関電自らチェックする仕組みを整備しませんでした。まさに、2次系配管検査の丸投げで検査費を削減したのです。

三菱重工業は検査業務委譲に際し、日本アームと契約して、他原発でのトラブル事例などの情報を提供しました。1999年4月と2000年8月に「減肉現象が起こりやすい。点検したほうがよい」と日本アームに注意を喚起したといえます。それにはわけがあります。三菱重工業は、日本アームから美浜1号と高浜4号のオリフィス下流部が点検対象から抜け落ちていたことを知らされていたはずですが、そんな中、三菱重工業は、敦賀2号でのオリフィス下流部の点検対象抜け落ちに気づき、敦賀2号の第10回定検(1999/11/27開始、2000/1/28併入、2/21終了)直後の2000年2月、日本原電に当該部位の点検を提案していません。敦賀2号では実際に、2001年3月の第11回定検で肉厚が12mmから7.9mmへ大きく減っているのが確認されたのです。ところが、日本アームは三菱重工業の忠告を無視し続けました。

日本アームが美浜3号について当該部位の点検対象抜け落ちを発見したのは、2003年4月になってからです。データ入力システム変更のため点検項目を再調査してわかったといえます。ところが、このとき、第20回定期検査(2003.5.8～6.19併入、7.15終了)前であったにもかかわらず、これを関電に伝えず、放置しました。

日本アームが関西電力に当該部位の点検対象抜け落ちを伝えたのは、第20回定期検査後の2003年11月でした。次回定期検査リストに当該部位を加え、当該部位が「初回点検になる」と関西電力に連絡していました。にもかかわらず、関西電力は意図的にこれを無視し、日本ア

ームからは検査対象から漏れていたとの指摘はなかった」と嘘をつき続け、8月20日にやっと事実関係を認めたのです(毎日新聞8/20)。

関西電力は、1990～2002年に美浜1・2号と高浜1・2号の当該部位を調べて余寿命を12～50年と推定したことから「美浜3号は大丈夫」と判断したのだといえます。ところが、美浜3号とはほぼ同じ出力の高浜3号など3基で、この間に当該部位で激しい減肉を発見し、余寿命2年と推定し、相次いで配管を取替または年内取替を決定していたのです。7月には大飯1号での激しい減肉も目の当たりにしていました。美浜3号で破断事故が起きて初めて、その否を認め、「一つの原因で点検対象の配管は数千カ所あり、優先順位を付けざるをえなかったが、結果的に間違った判断だった」としています(毎日新聞8/11)。

美浜3号で復水配管を点検し、破断を未然に防ぐ余地は何度もありました。そのたびに貫かれたのが、安全性よりもコスト削減を優先し、検査を子会社に丸投げして検査費を削減し、差し迫る事故の危険すら見えなくさせる関西電力の経営方針だったのです。

安全審査を関西電力に丸投げした政府

関西電力が2次系配管検査を丸投げしただけではありません。実は、旧通商産業省や原子力安全委員会も、安全審査・安全規制を関西電力に丸投げしていたのです。関西電力株式会社美浜発電所3号機定期安全レビューの評価について(2000年5月通商産業省資源エネルギー庁)がそれです。関西電力は2000年5月29日に「関西電力株式会社美浜発電所3号機定期安全レビュー報告書」を通商産業省へ提出し、通商産業省は同日付で報告書を作成し、同日午後2～3時の原子力安全委員会定例会議で「議題(3)原子力発電所の定期安全レビュー結果の公表について」と題して報告し、原子力安全委員会は、さしたる議論もなく了承したのです。1日で安全審査がすべて終わったのです。

その評価結果には次のように記されています。

当該号機においては・・・国内外の原子力発電所の運転経験から得られた知見・教訓がプラントの設備面、管理面に着実に反映されている。」実際には、1986年に米サリー原発で起きた減肉による給水系配管破断事故については、日本では起きないとし、教訓にされませんでした。

また、設備の健全性の確認、信頼性の維持向上対策について、設備の経年的な影響とその対策にも考慮し評価するとともに、これらの作業がプラントメーカーをはじめ多くの協力会社と連携して行われることから、保守管理の計画・実施体制、品質保証活動についても評価した。」とし

協力会社が実施する保守業務については関西電力株式会社の保修員によって監理が行われている。この保守業務を行う保修員の教育・訓練は、長期的な養成計画に基づいて実施され、保修訓練センターにおける実物に近い設備・機器による実技訓練、セーフティカルチャー醸成、社内外の技術研修等の教育・訓練が行われており、その内容には国内外の保守業務に係るトラブルから得られた教訓も反映されている。

品質保証活動は、工事の設計、製作、据付、試運転の各段階において工事管理部門が中心となって実施されており、さらに、これらの工事管理部門に対する監査は、原子力部門とは独立した組織(原子力品質監査チーム)により実施されている。協力会社に対する監査は、若狭支社及び発電所の品質保証担当を中心に行われている。以上のことから、当該号機においては、設備の健全性の確認、信頼性の維持向上対策及びそれらに対する品質保証活動は適切に行われているものと評価した。今後とも、現在の保守管理活動を継続する一方、設備の経年変化の診断技術の精度の向上、高経年化対策への取組が重要である。」実際には、関西電力は2次系配管検査を日本アームに丸投げし、日本アームから点検漏れが知らされても放置し続けたのです。政府は、このような品質保証活動を「適切」として

安全のお墨付きを与えていたのです。安全審査の関西電力への丸投げそのものです。

「評価」は続きます。「福島第二原子力発電所3号機原子炉再循環ポンプ損傷事象の教訓からは設備に異常な兆候が認められたときには早期に厳正な決断、処理が行われるよう安全を最優先とする管理の徹底が図られた。」さらに、平成3年2月に発生した美浜発電所2号機蒸気発生器伝熱管損傷事象の教訓を踏まえて原子力部門から独立した原子力品質監査チームによる監査体制等、品質保証活動の強化が図られている。このように再発防止対策をはじめ、国内外のトラブルから得られた知見に基づく予防措置が適切に講じられる仕組みに沿って、所用の措置が講ぜられている。「一体、旧通産省や原子力委員会の誰が、いつ、このような安全優先管理の徹底」を確認したのでしょうか。

原発60年運転と高稼働率に頼る政府

実は政府の描く2030年のエネルギー需給展望は原発の60年運転と85～90%の高稼働率を大前提にしています。今回の美浜3号炉事故はこのような老朽原発をむち打つような原子力政策の危険性を警告しているのです。

また、六ヶ所再処理工場やブルーサーマル計画が強引に推し進められれば、再処理費やMOX燃料加工費が高いため、原発の経済性がますます失われ、定期検査の短縮と長期連続運転に一層拍車がかかるでしょう。

この悪循環を断ち切りましょう。安全規制を緩和するのではなく、耐震設計を含めて抜本的に厳しくすべきです。安全性を優先できなくなった原発はすぐに全面停止すべきです。再処理・ブルーサーマル路線を放棄し、中間貯蔵施設の立地をやめるべきです。原発新增設を中止し、脱原発への道を進むべきです。今回の事故をその契機にできなければ、原発重大事故による放射能災害を免れることはできないでしょう。その前にすべての原発を止めたいものです。