

「県民健康調査」検討委員会第6回「甲状腺検査評価部会」議事録

日 時：平成27年3月24日（火）13：30～15：10

場 所：杉妻会館4階 洋大会議室「牡丹」

出席者：＜部会員 50音順、敬称略＞

春日文子、櫻田尚樹、渋谷健司、清水一雄、津金昌一郎、西美和、星北斗

事務局等関係者：＜福島県立医科大学＞

安村誠司 放射線医学県民健康管理センター副センター長（教授）、

鈴木眞一 教授、大平哲也 教授

＜福島県＞

鈴木淳一 保健福祉部長、小林弘幸 県民健康調査課長

角田祐喜男 県民健康調査課主幹

それでは定刻になりましたので、只今より県民健康調査検討委員会第6回甲状腺検査評価部会を開会いたします。最初に部会員の出欠について御報告いたします。本日加藤良平副部会長並びに清水修二部会員が欠席となっております。また星部会員におきましては若干遅れて到着する旨の連絡を受けております。渋谷部会員については今の所連絡は無いのですが間もなくお見えになるかと思われま

す。それでは議事に移ります。議長につきましては設置要綱によりまして部会長が務めることとなっております。清水一雄部会長よろしくお願

清水一雄 部会長

いいたします。それでは定刻ですので渋谷部会員がまだ到着されておりませんが始めさせていただきます。本日は第6回の甲状腺検査評価部会ということで本年度の最後の部会を開かせていただきます。今日は前回お話しして

ますように、最終的な取りまとめを親委員会に報告するという予定で今日まとめた結果を、予定でおりますので、よろしくお願

いいたします。それではまず議事録署名人ですが渋谷先生おられないので西先生、五十音の順番で行かせていただきますけど西先生と津金先生よろしくお願

小林弘幸 県民健康調査課長

いいたします。はい、県民健康調査課の小林でございます。よろしくお願

①－3頁をお開き願います。表1の一次検査進捗状況でございます。対象者367,687人の内、平成26年12月31日現在で298,577人が受診し受診率が81.2%となっております。また297,046人の検査結果が確定しており、その内訳としましてA1が153,017人、A2が141,778人。また二次検査対象者となるB判定で2,250人、C判定が1人となっております。その下の表2をご覧ください。結節・のう胞の人数割合を示されております。結節につきましては5.1mm以上が2,232人全体の0.8%、5mm以下が1,680人で0.6%となります。またのう胞に関しましては20.1mm以上が12人、20.0mm以下が142,103人で47.8%であります。①－4頁をお開き願います。表3の二次検査進捗状況でございます。一次検査結果がB・C判定であった2,251人の中で2,067人が二次検査を受診し、結果確定者が2,010人となっております。内概ね6ヶ月後又は1年後の経過観察、通常診療等が1,329人。またその内523人の方が穿刺吸引細胞診を受診されております。①－5頁以降は穿刺吸引細胞診等の結果概要が記載されております。①－5頁の表4の下の方でございますが「ア～ウの合計」、平成23年度から平成25年度までの3ヵ年の合計としまして悪性ないし悪性疑いと診断された方が110人。内87人がこれまで手術を施行され、術後の病理診断の結果、良性結節が1人、乳頭がんが83人、低分化がんが3人と確定診断されております。これは前回の報告10月31日現在と比較しまして合計で1名増、手術で2名増となっております。性別、平均年齢、平均腫瘍径は記載の通りでございます。①－6頁をお開き願います。図3と図4はそれぞれこの110人の方の年齢、性の分布の事故当時、二次検査時点の表をあらわしたものでございます。次に①－10頁をお開き願います。表9をご覧ください。地域別に見たB・C判定者及び悪性ないし悪性疑いの割合でございます。地域を避難区域等13市町村、中通り、浜通り、会津地方の4つに分けてそれぞれの数値を出しております。この表の一番下の悪性ないし悪性疑い率であります。10万人あたりそれぞれ33.5人、37.5人、40.5人、30.6人となっております。これに対して結果と考察、下の方に記載しております。この記載内容につきましては前回と同じでございます。①－11頁以降につきましては市町村別の資料を添付しております。説明については省略させていただきます。

続きまして資料1－2の本格検査の実施状況でございます。この資料の①－28ページをお開き願います。表1の一次検査進捗状況でございます。対象者が218,397人の内12月31日現在、106,068人の方が受診され、検査結果の確定者が75,311人となっております。A判定はA1が31,789人、A2が42,911人、B判定が611人、C判定はおりませんでした。①－29頁をお開き願います。表3の「先行検査から本格検査への結果推移」でございます。今回の本格検査結果確定数の内、前回の先行検査の結果がどうであったかを表しているものであります。例えば本格検査B判定の611人につきましては先行検査でA1が160人、A2が281人、Bが147人、受診なしが23人であったことが分かります。次に①－30頁をお開き願います。表4の二次検査進捗状況でございます。一次検査B判定だった611人中377人が受診し、内結果確定者が262人で、内通常診療等が168人、またその内、穿刺吸引細胞診受診者が22人となっております。次に表5の細胞診の結果ですが、この22人中8人が悪性ないし悪性疑いとなっております。これは前回の10月31日現在と比較いたしまして4人の増となっております。性別、平均年齢、平均腫瘍径は記載の通りでございます。また、この8人の先

行検査の結果は全員が A 判定でその内訳としまして A1 が 5 人、A2 が 3 人となっております。
①-30 頁の下から 31 頁の上にかけて記載されています図 3 と図 4 にはこの 8 人の当時の事故当時と二次検査時点の年齢と性分布が示されております。次に①-33 頁をお開き願います。悪性ないし悪性疑いのこの 8 人の居住市町村ということで上から 2 番目、浪江町が 1 人、伊達市が 2 人、田村市が 2 人、大熊町が 1 人、福島市が 2 人となっております。①-34 頁以降は各市町村別の資料を添付しております。

以上簡単でございますが資料の説明とさせていただきます。よろしくお願いいたします。

清水一雄 部会長

ありがとうございました。今のご説明で部会員の方から何かご意見ご質問ございますでしょうか。私から一つよろしいですか。資料 1-2 の本格検査の 8 名になったという、前回 4 人の所では以前の検査が 2 年前でしたね。あと残りの 4 名は以前の検査はいつ頃に行われた症例か、患者さん達か分かりましたら教えていただければと思うんですけど。

鈴木眞一 教授

福島医大の鈴木でございます。先生 8 人の内 4 人。

清水一雄 部会長

4 人の時に私何年前にいつ一次検査を行ったかという質問したかと思うんです。4 人の方は 2 年前だったですね。あとの残りの 4 人は今回 8 人になりましたので、残りの 4 人はいつ頃検査を行いましたか。

鈴木眞一 教授

基本的にはほとんど 2 年、およそ 2 年の間隔で変わりございません。

清水一雄 部会長

はい、樫田先生お願いします。

樫田尚樹 部会員

資料①-4 頁と①-30 頁の二つの表についての確認なんですけれども、通常診療等に移られた方からさらに細胞診を受診した人の比率が先行検査の時には 1,329 人から 523 名が細胞診を受けられたと。本格検査におきましては 168 名の方から 22 名が細胞診を受けられたということで大分比率が違うわけなんですけれども、この辺は情報の提示の仕方とか、その辺が変わってきたのか。オーバーダイアグノーシスの議論とか色々ありましたけれども、そういったことも含めてなんか対応が変わっているのか教えていただきたい。

鈴木眞一 教授

福島医大の方から報告させていただきます。基本的に診断基準は全く変えておりません。

診断基準の遵守に従って先行調査の年度ごとに細胞診の施行率が落ちてきているのは、それなりの細胞診に至らないようなタイプの腫瘍の形態が多いという特徴が多いということであり、今回の本格検査で「ガクッ」と細胞診の率が減っているのは、また違う意味がございいます。これは診断基準は遵守していますが先行検査ですでに B 判定を受けて細胞診をして良性と経過観察されている。または同じ先行検査でも B 判定ですけれども細胞診をしなくていいという超音波診断の診断を受けている。その診断と本格検査の二次検査での超音波の診断がまったく変わらない場合は細胞診に至りません。ということで細胞診になる人は非常に少ないということです。特に一回細胞診をして良性となって経過観察してる人でサイズが変わらない、超音波の所見が変わらなければ通常は細胞診をしないことになってますので2回目の検査ではそういう方が除かれる可能性が入っているということとございいます。

櫻田尚樹 部会員

ありがとうございます。情報が積み重ねられてきたので、その中で対応がし易くなったとか出来る環境になってきたと。

鈴木眞一 教授

そうです、健診の診断率ということからすると分かりにくいことになると思うんですが、患者様というか、受診された方の利便性から考えると継続して見ていますのでそういうことになります。

清水一雄 部会長

はい他にございいますか。よろしいでしょうか。はい、ではまだ早いですが予定よりも少し早いんですけども、次の議題に移らせていただいてよろしいでしょうか。

次は、議題は中間取りまとめについてであります。先程私、冒頭でお話しましたように、今まで5回の審議、評価部会でいろんな問題を議論して参りましたが、今年度、今回は最後の第6回最後の部会でありますので、ここで評価部会なりの意見を取りまとめて、来年度の親委員会に提出したいというふうに考えております。今日大きく5つに分けてまとめたわけですけれども、今までの議論を私なりにまとめてそれを部会員の先生方に配付しまして、吟味していただいて、それぞれの先生方からご意見をいただいて、それに基づいて最終的に意見を取りまとめて今日はそれについて最終的なブラッシュアップをしたいと思っております。これは議題といたしますか、取りまとめ案の1番から5番まで順番に一つ一つ進めて行きたいと思っておりますのでよろしく願いいたします。それでは資料2をお目通しください。最初読ませて頂きます。

福島県民健康調査検討委員会甲状腺検査評価部会は、平成25年の8月20日に開催された第12回県民健康管理調査検討委員会において検査の方法や結果等について改めて検証、評価を行い、県民への情報発信するため、検討委員会の中に甲状腺検査に特化した部会を設置することとされ、平成25年11月27日に第1回が開催されました。この委員会は評価部会は国際的にも極めて注目される調査であるという観点から、調査結果と解析システム、行政対

応、追跡調査、住民へのメンタルケアなどについての科学的、医学的あるいは倫理的根拠の妥当性をこれまで審議してまいりましたが、以下に今まで議論を重ねて来た本評価部会としてのまとめを示しますということであります。

まず1番ですが、「先行検査で得られました検査結果、対応、治療についての評価」であります。これに関しましては、検査結果に関しては過剰診断の面も考えられるとの意見が多くありましたが、一方では検査を受けたいという多数県民の意見意向もあることを踏まえ、本人、保護者にこうした不利益の面があることも説明し、理解を得た上で検査を受けてもらう必要がある。甲状腺がんの特に乳頭がんですね、その性質上治療に関しては患者に対して利益のみならず不利益も発生すること、甲状腺がん（乳頭癌）は、発見時点での病態が必ずしも生命に影響を与えるものではない（生命予後の良い）がんであることを県民にわかりやすく説明し、その上で検査は強制ではなく、受診者の判断、同意によるものであるが、被ばくという避けられない事実がある以上、不安解消の意味を含め検診を勧めることが望ましいと考える。そして現行の検査を継続することに関しては評価部会としては異論はないということであります。また甲状腺がんが疑われた場合であっても、乳頭癌であればその生物学的特性から定期的な経過観察という選択枝もあり得る。甲状腺がん（乳頭癌）の診断と治療のリスク評価に関しては手術適応の判断も含めて専門家に委ねたい。現在、日本甲状腺外科学会の診療ガイドラインに従って治療が行われているが、小児甲状腺乳頭癌の予後は成人より更に良いことから、今回の福島状況に対応した治療ガイドラインまたは小児甲状腺癌の治療ガイドラインが別に必要ではないかとの意見もあった。ということが一番目の「先行検査で得られた検査結果、対応、治療に対する評価」でのまとめであります。このことに関して部会員の先生方のご意見をいただければと思います。今までの議論の内容は吟味してそして作り上げたものですが、大きな反対意見、この意見を覆すようなことはおそらく無いと思いますが、やはり内容をもう少しブラッシュアップして正式な文書にしたいと思います。よろしく願いいたします。西先生お願いします。

西美和 部会員

言葉のところですけども、まず国際的にも極めて注目される調査であると書いてあります。これでいいと思いますけども、しかし場合によっては私達はモルモットされているんじゃないかという。なんかそういう、そういうことは無いんですけども、そういう印象を与えるような、何か他に良い文章があればいいですが。私はこれで良いと思いますけどもね。こういう所を良く説明をしていかないとですね。それと、「がん」の漢字とひらがなと今気付きましたけども。それと1番の先行検査の「検査結果に関しては過剰診断の面も考えられるとの意見も多かったが」ということですけど、この「多かったが」というのが、本当に多かったのか、むしろ私は「意見もあったが」の方がいいかなというふうに思いますけども。もし多かったとすれば下の「現行の検査を継続することに評価部会としては異論はない。」ということに何か多少ギャップを感じますので、「意見もあったが」の方が良いようには思いますということと、あと真ん中のほうに「生命予後の良いがん」であることは間違い無いんですけども、しかしそういう子供さんの親御さんにとってはいくら生命予後は良いと言われても100%で

ないと自分の子供が甲状腺がんと診断されたら 100%予後が良いということをお納得したいわけですね。親としてはですね。だから、これはこの文章でいいんですけども、100%じゃないですね。そこは難しいですね。90%か知りませんが。甲状腺がんで亡くなる子供さんも現実にはいます。言葉はいいと思いますけども、その辺は意味を踏まえて説明したほうがいいかなとは思っています。はい、以上です。

清水一雄 部会長

はい、ありがとうございました。今ご指摘いただいた点は調査、国内のみならず国際的にも認められ注目されていることが「モルモット」という言い方はおかしいですけども、そのような風にとられないだろうかということですが、これに関しては先生も今ご指摘になりましたように、おそらく多くの方はそのような考えはないというふうに私は思っております。ですからこの文章はこれでいいかなと思うのですが何か意見ございますか。よろしいですか。

次1行目の所の、「がん」が統一されてない。これは私は、医学的な立場でいう「がん」と、それからいわゆる一般市民に伝える時の「がん」でひらがなと漢字というふうに分けたつもりでいたんですが、確かにこうやってみると少し混乱している所があるので、これは統一したいというふうに思います。それに関しては何かご意見ありますか。よろしいでしょうか。改めてこれはどちらかに統一してやるようにいたします。はい、津金先生お願いします。

津金昌一郎 部会員

「がん」というのをひらがなで書くのは、上皮性のがんとか肉腫とかも含めて血液のがんとかそういうものを含めてがんを広く言うときにひらがなの「がん」を使うんですね、だから国立がんセンターの「がん」というのはひらがなですけども、それはいろんながんを扱うという意味で。漢字の「癌」というのはいわゆる上皮、上皮性の癌という使い方をしてます。

それから、がんというのは広く、上皮性の癌と漢字にしてもいいんですけども、広くがんという意味で「がん」のひらがなを使った、いずれにしても区別するんだったらそういう区別という話です。

清水一雄 部会長

専門的な立場といたしますか、医学の世界ではがんというと上皮性、非上皮性が肉腫であると思うんですけども、一般の方にはそれは分かりにくいところがあるかもしれません。これは統一しましょうかね、ご意見他にございますか。ひらがなに統一しますか。それがよろしいですかね、わかりやすいし、一般の方に見ていただく文章なので。ひらがなの「がん」に統一いたします。それからですね、この1番の1行目の「検査結果に関しては、過剰診断の面も考えられるとの意見が多かったが、一方で」というふうに書きましたけれども「多かった」という表現をすると後ろの文章につながらなくなることがあるということで、「あったが」に直した方がいいんじゃないかというご意見です。いかがでしょうか。ご指摘とおりでよろしいでしょうか。「あった」に、はい春日先生お願いします。

春日文字子 部会員

ここの部分だけではなくて、この一段落全体に少し書き直しが必要かなというふうに思っております。それはですね、資料3にご用意いただいた清水修二先生のご意見、また、渋谷先生のご意見、そして私もお送りした意見、ここで共通する点がございます。それが十分に盛り込まれてないと思うからです。

清水一雄 部会長

それをちょっとご指摘いただけますか。

春日文字子 部会員

はい。自分の送った文章をもとに意見を差し上げたいと思いますけども、資料としてご用意いただいている中では、資料3の清水修二先生のご意見の裏側2頁目、その最初からの所です。『いわゆる「過剰診断のディレンマ」は、それ自体が、原発事故がもたらした被害の一部であるといわざるをえません。この回避不可能な矛盾にわれわれを追い込んだのが今度の事故であり、「不要な被曝」に加えて「不要だったかもしれない治療」のリスク負担を県民は余儀なくされているわけです。』これを読んだ時に私も非常に重い言葉だというふうに感じました。甲状腺がんと診断された後、お一人お一人の予後というのはこれはなかなか現代の医学をもってしても予測が困難であるというふうに思います。ですので、お一人お一人の治療については、複数の専門のお医者さんと家族そして患者さんご本人の相談の上で、選択されたベストのものであるというふうに私も理解しています。そのことには全く疑いがありません。けれども、甲状腺がんの一般的な予後を踏まえますと、手術を受けた患者さんを集団としてみた場合に、その多くは受けなくても良かったかもしれない手術を受けたことになる、ということかと思うわけです。ですので、清水（修二）先生が書かれたように、「不要な被曝」に加えて「不要だったかもしれない治療」のリスク負担をこの事故がもたらしている、ということを変更して国民全体で受け止めなければいけないと思います。そのことをやはりこの中間取りまとめにもきちんと言いたいというふうに思います。それでも今の検査体制を続けることの正当性というのは、二つの組合せでしか説明できないというふうに考えています。その一つは事故の被ばくによって将来甲状腺がんが発生する可能性が否定できないということ。それと2番目としましては、事故の影響として甲状腺がんが増加したかしなかったかを、疫学的に検証し県民そして国内外に示す必要があるということ、この二つの両方を満たすことでしかこの検査体制を正当化できない、つまり先ほど言いましたように、二重のリスクを県民が負担しなければならないというこの状況を十分に説明できないというふうに思うわけです。このことを評価部会としてもしっかり認識した上で、それでも県民の皆さんに検査を続けていただきたいと思います、ということをもっと責任をもって書くべきだというふうに思います。ですので、検査を続けてほしいという県民の声があることは勿論受け止めますけれども、それだけでは理由にならないというふうに思うわけです。また後にも書かれていますけれども、不安解消のためにということもそれだけでは理由にならないというふうに思うわけです。き

ちんとリスク負担を県民に求めているものですよ、ということをはっきりと責任をもって言った上で、それでもやはり検査は継続すべきだというふうにこの評価部会としては考えますという、そのことをきちんと盛り込むべきというのが私の意見です。

清水一雄 部会長

はい、渋谷先生。

渋谷健司 部会員

はい、ありがとうございます。春日先生のご意見全く賛成で、僕は清水（修二）先生ですね、いわゆる最後の裏の5番目に、やはり「現場の皆さんのご苦勞は察するに余りありますが見えない危険にとらわれている人々の心理は細いガラスのように折れやすい状態」と、あとは、彼は他の新聞の紙面にも非常に不信を呼んでいると、実際その不信の根源は何かというのを清水（修二）先生、春日先生今おっしゃったようにやはり福島県民の方は本当に被ばくによるリスクがあるのかどうかを知りたいと、すなわち甲状腺がんのリスクの評価をしていただきたいというのがある一方で、やはりその結果として不要だったあるいは過剰であった診断並びにその治療を行う、その二つのリスクをある意味では難しい選択を迫られているわけですね。それをきちんとここで示さないと、現状の検査を継続することに異論はないという一言だけですと、全く今までと変わらない、何でこの部会があるのか、そして何でこれだけ我々が過剰診断、色々なものも含め議論したのかというか、まさにおっしゃった正当性この検査を継続する正当性がしかもサイエンティフィックにも皆さんの心情を考えた上でも、その正当性というのが非常に足りないんじゃないかと思って、その部分はきちんと部会として盛り込むべきだと思うんです。なぜ必要なかとその為には利益も不利益もきちんと開示して、そこを部会として、健康調査の委員会の方でまた検討していただくという方法がいいんじゃないかと個人的には思います。

清水一雄 部会長

はい、ありがとうございます。他にございますか。

はい、津金先生お願い致します。

津金昌一郎 部会員

私も春日先生の全くおっしゃるとおりなんですけども、その前提には過剰診断が基本的にあつたという前提があるとは思いますが、私は確率は高いというふうには考えてますけども、まだ完全に否定していない、否定できないものとしてはやはり被ばくによって過剰に発生したという影響も完全には否定してはいけなくて、そこも書かなくてはいけなくて、多くの臨床の先生達が言われているように、将来的に臨床症状を起こしたりとか死に至らしめるような甲状腺がんを早期に発見して非常にいいことであつたと、とても要する非常にいい診断をしたんだというようなこともそういう意見もあつたわけですから、そういうことも盛り込んでもらわなくてはいけないんじゃないかと、ですので、この書き方はお

かしくて「意見も多かったが」のその次の「一方で検査を受けたいという」つながりがおかしい文章で、意見はあったけどもそうじゃないこういう意見もあったこういう意見もあった、という話をして、それで一方にそういう県民の気持ちがあるというふうには書かないと、これをつなげば絶対おかしいと思います。

清水一雄 部会長

はい、他にございますか。確かに私もそう思います。どういうふうに上手くまとめるかということで少し短くなり過ぎているかもしれない所もあります。春日先生、渋谷先生、津金先生のご意見、勿論あらかじめ読ませていただいて良く分っておりますので、それでどこに入れるかということはこの「先行検査でやられた検査結果、対応、治療についての評価」の直ぐ後に今のご意見を集約してしっかりと入れてですね、その後で一緒に持っていききたいというふうに思います。それでよろしいでしょうか。はい、渋谷先生お願いします。

渋谷健司 部会員

それからその後と少し関係するんですけども、やはりそのやはり皆さんがそこに書いてあるですね、非常に科学的に妥当な放射線被ばくの影響評価というのはやっぱり必要であると、今後全く放射線の影響というのは全くゼロではない、可能性はあるということも鑑みながら続けていくということは入れていただきたいと思うんですが、ただ同時に検査による不利益を最小限にする努力もするべきだと、そういう一言も入れていただいた方がその後書いてある、要するに治療における方針とか云々にもつながるんじゃないかと思うんですよね、ですから、勿論科学的にきちんと放射線の被ばくの影響を評価しつつも検査による不利益を最小限にしていく努力も続けていくべきだろうと、その為にはということとそのガイドライン、あるいは治療方針に関しての部分が入ると、流れとしては綺麗なというふうに思います。

清水一雄 部会長

はい、ありがとうございます。他にございますか。星先生何かよろしいですか。櫻田先生は。それでは今のご意見をここでまとめてもいいんですけども、もう一回きちんと整理しながら書き直さないと最後の公文書と思いますので、そのご意見を取り入れて、1番、「先行検査で得られた検査結果、対応、治療についての評価」の直ぐ後に、きちんと入れさせていただきたいと思います。西先生何かよろしいでしょうか。

西美和 部会員

はい。

清水一雄 部会長

春日先生よろしいでしょうか。はい、分かりました。他にこの1番の所でご意見ございますか、今の西先生と春日先生と渋谷先生のご指摘の所以外ですね。はい、津金先生お願いいたします。

津金昌一郎 部会員

調査結果と解析システムのところです。それは一体どういう意味のつもりで。

清水一雄 部会長

おそらく、加藤先生のご意見をちょっと参考にして、そのままきてるんですけど、ちょっとシステム解析に関して、そうです、そういう意味です。他にございますか、よろしいでしょうか。

はい、西先生お願いします。

西美和 部会員

検査は強制ではないんですけども、本当としては県としてはなるべく当事者としてはなるべく検査してほしい気持ちがあるんじゃないんでしょうかね。検査は強制でないという言葉で、言葉はいいと思いますね。

清水一雄 部会長

これは多くの今までの意見、ご意見だったということと、ただ、評価部会としては検査を受けて頂きたいとできるだけ受けていただきたいというのはスタンスです。その意味で検査を受けて下さい、これは強制になるということになると思いますので、これからもちょっと柔らかくということで私は判断して書いたつもりです。

渋谷健司 部会員

はい、細かいこと申し訳ないんですが、あともう1つはですね下の方の星(※)の所でガイドラインなんですけども、いわゆる「小児甲状腺乳頭癌の予後が成人より更に良いことから、」プラスやはり福島県の場合は健常者に対するスクリーニングということを入れていただきたいですね。やはり実際に症状があったり、病院でたまたま超音波で見つかった人ではなくて、健常者に対しての甲状腺検診というのは世界でも例がないですから、そこの部分を一言入れていただきたいということ、下の星印(※)の所。

清水一雄 部会長

星印(※)のガイドラインの所。

渋谷健司 部会員

「予後は成人より更に良いことから、」という前後です。これはそれにプラス健常者に対する検診であるということからという、対象も違うということも是非入れて頂きたいと、それからもう1つは、検査もそうなんですけども今がん登録というのも始まっています。そして登録精度も上げていくということで、なるべく取りこぼしがないということも、もし後半にですね検査結果の有無というのは今回の検査なんですけども、実

際のがん、甲状腺がん以外も含めたがん登録というのは基本的には非常に大事になってきますので、そうしたものの登録制度の精度の向上も入れていただけると、もし検診がですね、段々受ける率が減ってきたとしても、がん登録がしっかりしてれば、がんの少なくとも罹患に関しては追えますので、それはもし可能であれば入れていただきたいと思います。

清水一雄 部会長

はい、分かりました。健常者に対する検診も含めてということと、がん登録精度の向上のためにですね、この星印(※)の所に入れるということです。他にご意見はございますか。これも是非入れさせていただきたいと思います。はい、西先生。

西美和 部会員

「小児甲状腺癌の治療ガイドライン」でなくて診療、治療でない方がいいんじゃないですかね。下から2行目です。

清水一雄 部会長

そうですね診療ですねこれは、失礼しました。

西美和 部会員

健常小児で小児いませんですか。健常者でいいですか。大人になってきますからね。

清水一雄 部会長

ではこのようなことで、今のご意見をきちっと取り入れて清書したいというふうに思いますのでよろしくお願いします。

続きまして2番です。「放射線の影響評価について」であります但し読ませていただきます。

『現時点で、検診にて発見された甲状腺癌が被ばくによるものかどうかを結論づけることはできない。放射線被ばくの影響評価には、長期にわたる継続した検査が必須である。また、事故初期の放射性ヨウ素による内部被ばく線量の情報は、今回の事故の影響を判断する際に極めて重要なものである。なお、先行検査を終えて、これまでに発見された甲状腺がんについては、被ばく線量が、チェルノブイリ事故と比べてはるかに少ないこと、事故当時5歳以下からの発見はないことなどから、放射線の影響とは考えにくいと評価している。今後、仮に被曝の影響で甲状腺がんが発症するとして、どういうデータ(分析)によってそれが確認できるのか、裏返していえば、どういうデータ(分析)が現れなければ「影響はなかった」と判断できるのか、その点の「考え方」を予め示す必要がある。これが全くないと、「後付けで」評価がなされるかもしれないとの疑念をいたずらに招いてしまうこととなる。』

1番最後の所のパラグラフは、清水(修二)先生からいただいたご意見をちょっとまとめたものでもあります。この2番についてご意見を評価部会の先生方お願いします。はい、まず樺田先生からお願いします。

樺田尚樹 部会員

今言及されていた1番最後のパラグラフの所に関してですけれども、これに関しましては第2回か第3回くらいの時に私の方からも確認求めた所、その当時でも処理モデルを検討していて進行中ですというふうなアナウンスはあったんですけど、それ以降親委員会の方でもこちらの方でも一切その辺の進展についての報告は無かったわけなんですけども、現状どういふふうになっているのかということをお教えいただければと思います。やはり本格調査に入る前にどういふ状況であれば安心できるのかという情報を出しておいていただきたかったというのがあの時点での指摘、そもそもが先行調査の時に同じことを同じ環境におかれてしまったわけですから、せめて本格調査の時にはそういう事にならないように、情報提供しておくことが必要じゃないかということをご指摘させていただいていたんですけど、今どういふふうな状況なのかわかりましたら知らせていただければ幸いです。

清水一雄 部会長

ではそれは、事務方あるいは県立医大でしょうか。先行検査ですね、終わった時点で本格検査の前にですよ、どのへんの所まで評価ができていたかということだと思っております。

鈴木眞一 教授

今のご質問の意味が我々よくわからなくて、色々な質問をされている中で、まず最初に線量評価に関してのことも勿論言われてますけど、こういうどういふことがあったら影響があるのかなのかということが、予め示すべきだということあるかと思っておりますけど、そのことに関して我々の方から今大学の方でまとめて明確に示してはおりません。ただ当初から、この検査を始めた当時のモデルというかプロトコルはありますので、その通りに我々やっているつもりですが。

安村誠司 教授

ちょっとご質問の意味を誤解していたらあれなんですけども、元々この調査のやり方として先行調査を3年以内に終了して、その後その3年という意味は清水（修二）先生が書かれているように現在先行調査で見つかっているもの自体が放射線の影響が絶対ないと思うと言えないだろうとは前提にありますけれども、3年以内に全ての18歳以下の方の調査を行った後で、4年目以降の発生に関して被ばくの影響というものをより詳細に、元々先行調査でできなかった方達について特にどういふ状況で変化しているかということを確認するような、いわゆるコホート調査のデザインということでスタートさせてますということは、県民健康管理調査と言われた当初から申し上げてることですし、それは私の理解では検討委員会でそのやり方に関しては妥当であるということで、今までやってきているというふうに理解しております。

清水一雄 部会長

はい、樺田先生。

櫻田尚樹 部会員

その前に先行調査の方で今も議論がありましたように、放射線とは関係ないと思われるものを掘り起こしてしまっているわけですから、その後本格調査をやった場合にはどういう数値になれば関係があるものなのかということ、やっぱりモデルとして先に提示しておかないと今出てる今回で8例の方がまた本格調査で出られてるということですがけれども、この数値をどういうふうに理解していいかというのが分からないと思うんですけれども、その為にも先にどういう数値であったらどういうふうに評価するのかということを検討中のようなお話をいただいたと思うんです。

鈴木眞一 教授

あのこれに関しては二つの意味がございます。疫学的な評価は安村教授がおっしゃったようなもので一貫として変わりませんし、今ご質問いただいたようなことで、逐一表を出せということですが、まず我々としては二巡目のこのような大規模な検査をやって、二巡目の検査をした時の頻度というのも非常に重要です。その中で幸いにも今放射線の影響と思われるような事象はない中で二巡目がまわり始めましたが、その二巡目の頻度というのがどのくらい掘り起こされるとということ、今掘り起こさなくてもいいものを掘り起こしているといいましたけれども、同じ基準を続けながらそこには精度を落とさないように、そして、しかも受診率をできるだけ落とさないようにしないとその発生率等が分かりませんので、そこをきっちり見てくることが一つは重要だということとは言えると思います。

清水一雄 部会長

渋谷先生から先をお願いします。

渋谷健司 部会員

この2番の放射線の影響評価4つパラグラフありますけど、ちょっと順番変えたほうがいいと思ってまして、最初に現時点で甲状腺がんが被ばくのものかどうかを結論づけることはできないと、最初パラグラフはそれはそれでいいんですけど、次に3番目を持ってきて、現在のところは影響は考えにくい、しかし長期にわたる継続した検査が必要であると。要するに、1文目の後に3パラグラフがきて、1パラグラフ目の2つ目の文章がその後に来た方がいいんじゃないかなと。

清水一雄 部会長

なお、先行検査を。

渋谷健司 部会員

なお、ではなくて、現時点で結論付けはできない。しかし、先行検査を経てこれまでの云々からは考えにくい。ただ放射線被ばくの、特に低線量の放射線被ばくの影響評価というのは長期にわたる継続検査が必須であると。その為にはそれが2番目のパラグラフで、多分安村

先生がおっしゃっていた正に線量ですね、個人レベルの線量をきちんと推計していくと、それは安村先生おっしゃっていたコホートをちゃんとやっていくためには最も基本的な曝露の情報ですから。最後のこの4番目パラグラフというのは、もう少し具体的に何をすべきかということはきちんと部会として出していた方がよくて、やはり前後比較では駄目で、きちんと個人のレベルでのコホートをたてようとしたら個人レベルの線量をきちんと把握して、そして線量と甲状腺がんの発生の関係というものをドーズレスポンスがあるかどうかということを見るしかないわけです。ですから、そこをきちんと盛り込まないと現在のプロトコルで果たしていいのかということとそうでもないわけですから。そこをもう少し具体的に、コホートであるならきちんと個人の線量を把握していく努力を進めていくと。そして個人の線量とそれから甲状腺がんの罹患率の関係というのをきちんと出せる、そうしたものを4パラグラフ目に入れていただければ順番として現在のところは放射線の影響は完全に排除できない、ただそれは長期にみて行かなくてはいけない、その為には安村先生がおっしゃっていたコホートという形でみていかなくてはいけない、その為には個人の曝露をきちんと把握しなくてはいけない。そういう形で、もう少し具体的にロジカルに、内容は一緒だと思うんですけども書き直した方がいいんじゃないかと思います。

清水一雄 部会長

はい、ありがとうございます。確かに言われてそう思いますね。少し順番は変えた方がいいかもしれません。ただし、特に今おっしゃった「先行検査を終えて」を結論づけることはできないの後にに入れて、そのパラグラフの後に放射線被ばくの影響は長期にわたる検査が必要であるということですね。それから、4番目のパラグラフに関しては具体性に欠ける抽象的な表現になっておりますが、これに関しては具体的にどうしたらいいかという意見がなかなか最終的な意見にたどり着いてないんですよ。それで、これは評価部会からの健康調査委員会（検討委員会）に対する提言ということでこれからこの辺のところをしっかりやっていただきたい。この影響があるかどうかということは結論を出すまでには、これはもう直ぐに出るもんじゃなくてこれからの検査の結果。

渋谷健司 部会員

これは全体としてしっかりしてなかったら続ける意味ないですから。それはちゃんとしてこうした形で疫学的にも妥当な方法でやるべきだということは書かないと。だって、検査続けましょうと言ってる以上、それを知るためにはこうした方法でやるべきだとまで書かないとそれは検査続けましょうという理由にならないと思います。

清水一雄 部会長

春日先生お願いします。

春日文字子 部会員

私もこの最後の段落は、予め示す必要があるというように誰かにお願いするかたちで終わ

っていることはおかしいと思います。これを示す責任があるのは私達であって、評価部会が示す為の議論を少なくとも続けなければいけないと思います。これは清水（修二）先生のご意見のところから持ってこられた文章ということですがけれども、最後のこれが全くないといわずらに招いてしまうことになると、これは清水（修二）先生が説明の為に付け加えられた一文であって、これは中間取りまとめには不要ではないかと思います。それに対して、今後の判断基準を示す作業をこの評価部会として続けるということが、あるいは現時点で可能であれば可能な限り具体的に指針をここに盛り込まなければいけないと思います。ただ、私は渋谷先生が今おっしゃったように個人レベルの用量反応関係だけでは十分ではないのではないかと感じておまして、時間が経つにつれて福島県立医大としてもこれは疫学的な結果だけではなくて、病理学的又は遺伝子学的な解析も進められてるわけです。そういう日々の科学的知見の進歩も含めて、できる限り最終的な評価の在り方ということも進歩していくべきだと思いますので、ここはちょっと今の段階で結論を盛り込むのは難しいのではないかというふうに感じています。できればこの評価部会と福島県立医大の先生方と一緒にもう少し専門的なところをやりとりしながら十分に議論をして、この部会としてきちんと示していくという方向性を盛り込むということが今の段階ではできる最大限のことではないかと感じております。

清水一雄 部会長

はい、星先生お願いします。

星北斗 部会員

この私から色々なことを言うのはあれかもしれませんが、2番目の最後のは特にどういふふうに評価をしていく、あるいは評価の仕方を決めておくのかというのは非常に重要で、渋谷先生に言わせると線量との比較しかないといふ今おっしゃるわけですけど、今春日先生がおっしゃったようにそれ以外の要素を考えると、ただそのデザインを大幅に変更することを今可能かといふと多分それはかなり難しいことだろうと思ふんですね。ですから、今の検査の仕方を大幅に変えるのではなくて、どういふふうに解析をしていくと合理的でかつ可能性があったかなかったかということが最も分かりやすくなるかということをやめ決めておく、予め議論していくという内容であって、それをこの部会がそこまでやるかどうかは別として、この部会からの提言といふかたちでとにかく打ち返していただくというのが私としては本会議としての取扱を含めて今の時期にしておく必要があると思っております。それから先程どうなったんだという話があったので私から一言言わせていただくと、櫻田先生がおっしゃっていた事前という話が、ちょっと話が交錯をしているんだろうと思いますが、私自身が皆様方に実はメールでお願いをしたことがありまして、どういふデータが揃えば評価に値するのか、そのデータの要求があれば出してくれと、そしたらそれをベースに予め二次検査が始まる前に本格検査始まる前にできるよねというよな話をふったんですが、実際にはその議論は深まらずにある意味では空振りをしてしまったということがございます。ですから、今ことを時期を失ってしまったということは、そういう指摘もあるのかもしれませんが

別にこれからで十分間に合うことだろうと思っていますので、どういうデータを開示していくのか、どう解析していけばどの位のことがどういうふうに分かるのかということの整理整頓をしましょうということだろうと思います。渋谷先生がおっしゃったのもそういうことだろうと思いますので、その整理整頓をどこでどういうふうにするかというのは別として、とにかく本格検査が一巡してこのぐらいの事が分かるという時期に先駆けてそれをしていく必要があるというだろうと思いますので、そのように表現をしていただければこのメンバーがいいのか、あるいはこういう場がいいのかももう少しこの科学的具体的にワーキンググループみたいな形で、あるいはその研究班みたいなものかもしれませんが、もっと具体的にどれどれどういうデータをどういうふうにしたらどうなのか、そのデータが医大の側から提供される形になっているのかどうかとか、そんなことを突き詰めなくてはいけないというのが春日先生がさっきおっしゃっていたことだろうと思うので、それが分かるようにここに明示されていることが僕は必要だろうと思いますので、表現は別としてそういう内容の事が盛り込まれる必要があるというような点においては皆さん意見の隔たりあまりないんだろうなと思います。それからもう1つ申し上げると、2段落目のところ「極めて重要なものである。」で、止まっちゃっているんですけど、やっぱり諦めずにこれは掘り起こして何とかデータ作べきだと、これは放医研の方にもお願いをしてなかなか本当に砂粒探すような世界のようにありますけども、これは非常に重要な事項だということは再三渋谷先生も指摘しているところなので、そういう意味でここにもうちょっと続けて、そういう努力がもっともとなされるべきでそのデータがあって初めてこういう次の議論につながっていくんだよというようなことを意味合いを入れていただいたらどうかなと思います、以上です。

清水一雄 部会長

はい、ありがとうございます。分かりました。多くの先生方のご意見のありますように、この放射線に今の議論している中の4番目のパラグラフですね、これやっぱり変えたいと思います。それで具体的にどの辺まで親委員会にもっていけるかということですけども具体的に何かございますか、渋谷先生何か、最後のところですね、4番目のパラグラフのところ。

渋谷健司 部会員

今できることですよね、すなわちコホートをきちんと、甲状腺罹患率をきちんと把握するということですよね。それからもう1つは将来的に可能性があるものを含めて、とにかく後で判断をするんじゃなくて今のうちから判断基準をある程度決めておいて、そして将来そうしたデータが集まってきちんと判断しましょうという前向きな姿勢を示さないと、まさにここに清水（修二）先生が書いた後付けで評価なされるかもしれないと疑念をいたずらに招いてしまうと、それを避けるためにきちんとしたことを盛り込みましょうというのが清水（修二）先生のご意見だと思いますし、そこは私も全く同意見です。

清水一雄 部会長

春日先生、よろしいですか。津金先生お願いします。

津金昌一郎 部会員

ちょっと最初細かい点なんですけど1番目のパラグラフ2行目の「長期にわたる継続した検査が必須」という、必ずしも検査でなくても調査が必要という、検査も含めてという意味で検査がなくてもいいかもしれないということで調査という言葉を使った方がいいと思います。安村先生に聞きたいんですけども、コホート研究としてこれをデザインというふうに、コホート研究として追跡していくというようなお考えだと思うんですけども、当然コホート研究においては放射線の曝露評価が重要で、特に内部被ばく線量を評価することが重要だと思うんですけども、それが情動的には欠けてるという状況であることは理解しているんですけども、今後例えば30万人の検査を受けた人達に対して、30万人一人一人の線量評価をしていくと、ある程度そこまでできるのか色々な推定なんかも含めてですね、それとも一部ある程度の評価ができるサブグループで評価していくのか、あるいは大気汚染なんかの健康影響みたいにある程度グルーピングとか地域、どこに住んでいるんだとかその地域とかによってある程度ユニットで曝露量を当てはめて30万人全体としてマクロ評価をしていくのか、その辺をどのように考えてらっしゃるのかちょっとお聞きしたいなと考えてます。なかなか難しいとは思いますが。

安村誠司 教授

なかなか難しい、厳しい質問ですけど、何点か今ので申し上げますと、内部被ばくに関しては直接測定されている方は極めて少ないと。ここでも多分議論はあったと思うんですけども、外部被ばく線量で内部被ばくをどの程度推計できるかというひとつ別な形でというのが一点です。でも、おっしゃられたように甲状腺検査を受けられた方の大多数の方の外部被ばく線量が分かってきたわけではないということで申しますと、渋谷先生からご指摘いただいたように曝露に関してどの程度きちんと評価できているのかどうかということは大切、最も重要であることは言うまでもない、ということは私達も十分理解しています。一つはやはり個人レベルで線量について外部被ばく線量の評価ができてない方に関しては、現在でも引き続きお願いをしていくというのがまず一点あります。しかしながら、全員に至るのはなかなか難しいということで申しますと、現在外部被ばく線量を推計する基本調査に関して、すでに27%の方には回答いただいておりますと、地域別で申しますと1番低い地域でいっても会津、南会津では20%回答していると、それはどの程度地域を代表してるかということに関しては、先生から確か検討委員会でご指摘いただきましたように代表性がどうかということに関して、新年度に早速調査をいたしまして全県で現在得られている各地域ごとの線量はその地域の代表性があるかどうかということは今計画しております。その結果が出ないということではありませんけれども、先生が今最後におっしゃられました集団的にある地域の方達、概ね同じような行動をした方達をマスとしてみて全体として集団としての曝露量を評価するというので30万人の個人のデータではなくて推計をします。それと、今後発生したがんとの関連ということに関しては、要因とアウトカムの結果を解析するという事は可能ではないかなということは今考えているところです、よろしいでしょうか。

津金昌一郎 部会員

是非そういう形である程度、要するに推計でもいいのでなるべく、要するに最終的にはグループに分けて一人一人に線量を当てはめて、できたら交絡要因をなるべく把握してそれを補正しながら見ていくと。そういうデザインができるのであるとある程度、要するに線量の範囲というのが大体分かってきますよね、今回の場合。そうすると甲状腺がんのリスクが何倍位になるリスクを検出できるかとか、そこら辺のところがある程度分かってくると思うのでやはりそこら辺も含めて事前にある程度このぐらいのことがこのぐらいの影響だったら分かるんだというようなこともある程度デザイン的に考えていたほうがいいんじゃないかなと思います。

清水一雄 部会長

はい、どうぞ。

安村誠司 教授

ありがとうございます。大変ありがたいコメントだと思っております。という意味で申しますと、ご存知のように福島での被ばくの甲状腺の線量っていうのは極めて低い、いわゆる低線量と言われている範囲ですので慢性低線量被ばくの影響をみるためには長期の観察が必要だということはやはり大事だということがここにきちんと記載していただけるといいのかなと思っております。以上です。

清水一雄 部会長

はい、ありがとうございます。はい、樺田先生。

樺田尚樹 部会員

今の議論のことにも関連してあれですけども、甲状腺がんに関しましてはI 131 が一番ターゲットになってくるところですけども、当然のことながら減衰しているわけですので、その評価そのものは難しいわけですけども、今色々なところで研究班等が作られて精度を高く評価する方法、その当時に同時に内在してた他の核種の方から線量評価する方法から色々なことが行なわれているわけですけども、先日の親委員会の中でも星座長の方からそういったものは県とそういう測定を対象としている人達とタグを組んできっちりデータが取れるような環境を作って欲しいというようなことが発言がされてたと思います。今、津金先生の方からもありましたように行動調査とか地域として線量評価していくということが具体的には実際にやすい作業でしょうけれども、その精度を高める為にはそういう細かな他の核種を使ったモデルでも線量評価であったり、そういう色々なパターンが研究されてる情報をリンクしていくということが非常に大事になってくると思いますので、この専門部会の方としてはそういった検討班の者がそれぞれリンクできるような環境を作ってやって下さい

ねというようなメッセージを書きこんでいくということも非常に大事になるのかなというふうに思いましたので、御検討いただければと。

清水一雄 部会長

はい、津金先生からのご質問のように 30 何万人の対象の中から線量とそういうものを同定できるしっかりとした対象のグループ、対象は何%ぐらいあるんですか。

鈴木眞一 教授

甲状腺の手術例だけだと 6 割位ですけれども、多分全体の 30 万人の小児だと 30 数%で成人よりは高いんですけど、まだまだ足りないと思います。

清水一雄 部会長

結局そういう方々をこれからずっとフォローしていく時に、最後までフォローできるかどうかという問題も含まれると思うんです。

はい、渋谷先生。

渋谷健司 部会員

榎田先生のコメントに関連して今健康調査の他のデータと正に甲状腺のデータというのはどういう感じでリンクされているのか、現状どれくらい、全てきちんとリンクされているのか。

鈴木眞一 教授

その通りです。リンクして今日はたまたま甲状腺部会の方に来てますけれど、みんなリンクしています。

清水一雄 部会長

例えばですけれども、ちゃんと同意を得られる例えば 10 万人なら 10 万人位をしっかりと対象を、きちんとフォローする治験ではなく、はい。

安村誠司 教授

ちょっと私の理解が悪いのかもわかんないですけども、基本的には検査はそもそも強制ではありませんし、任意ですし検査を行うことに関してご案内を県、医大名で出してそれに関して同意書をとって実施しておりますので、そういう意味では県民健康調査の甲状腺検査に関しては勿論同意の上でインフォームドコンセントを取った上でやっているということは前提でありますので、ちょっとくどいようですけど確認させていただきたいと思います。

清水一雄 部会長

はい、津金先生。

津金昌一郎 部会員

先程、低線量被ばくの影響という話をしたんですけども、私もそう思っているしいつもそういうふう到低線量被ばくっていうふうに関心されるんですけども、これが今回のことに放射線の影響だと言われている方の中でこれは低線量被ばくじゃないというふうにおっしゃっている方もいるんですけども、そこら辺のことは非常に重要なポイントだと思うんですけどもそこ教えていただければと思います。

安村誠司 教授

私が教えることではなく私達の理解では、私のといった方がいいと思いますけれども100mSvの議論は良くあると思いますけれども、けれども少なくとも現在の福島で被ばく線量でみた場合に5mSv、1mSvというのが5mSv以下は90%というレベルでいえば低線量ということに関しては国際的な関係者での同意はあるのじゃないかなと。その言葉に私は強くこだわりを持つわけではありませんので今回の福島の被ばくによるとか、線量による健康影響ということで低線量ということをあえて強調したいと思ってるわけではなく、ただ私の言いたかったのは線量が低い場合に釈迦に説法で恐縮ですけども、結果に対する影響を評価する場合には大多数の人間を見るかそれとも長期の観察ということで対象者の人年、対象者に対して非常に多く、観察期間が長く必要であるということを申し上げただけであります。以上です。

津金昌一郎 部会員

低線量というのは5mSvとかそれが低線量という、リラティブな言い方、絶対アブソリュートの言い方ではなくて50とか500とかそういうレベルの被ばくがあったんじゃないか言われている、そういうようなことも何か時々聞くんですけども、そういうことは無いということをお前提でよろしいですね。

安村誠司 教授

原発作業員等を除いてですね、私共が行う主に対象としております福島県民200万人の外部被ばく線量に関して行動記録からの評価ではそういう方はいらっしやらないということはここでは申しあげられると思います。

清水一雄 部会長

はい、鈴木先生お願いします。

鈴木眞一 教授

オブザーバーで申し訳ないですけども、ひとつだけ言葉として低線量という言葉を使いましたけれども、多分うちの安村教授は極めて低い線量ということで今まで我々いつも議論

されている低線量というのだいたい 100mSv 前後のがんのリスクが今まで発がんのリスクが増加するしないというときのリスクを低線量と言い、更に低い線量が福島で今議論されている中であまり作業員のように線量が完全に分かってない時にこの言葉だけがひとり歩きするとまた色々な使われ方をするので、極めて低い線量であろうということが我々の外部被ばくの集計、あとはその他の色々なことから分ってきているということが、我々今知っていることかと思えます。

清水一雄 部会長

よろしいですか。それでは、この2番目のところをまず細かいところで、検査を調査と、それから順番をもう少し、先程渋谷先生のご意見の通りやること、それから4番目のパラグラフのところはもう少し具体的に評価部会として、これから親委員会に提案して行きたい。今後、コホート研究を含め診断の基準をどのようにしていったらいいかとか項目をしっかりとあげてまとめ直してみたいと思います。はい、西先生お願いします。

西美和 部会員

I 131 による甲状腺がんの遺伝子変化が分かっているんでしょうか、まだ分っていない状況です、世界的に。

鈴木眞一 教授

答えてよろしいでしょうか。基本的に色々推奨している方がいますけど、基本的には信頼のできるものは今のところは発見されてない。みんな検討はしているところであります。

西美和 部会員

手術で摘出された組織は残されているんでしょうか。もう後々の遺伝子への検査のために、個人情報のあれもありますので。

鈴木眞一 教授

私共の施設ではそのようなかたちで同意をとっておりますが、よそで受けられた方に関しては情報はございません。

西美和 部会員

もしあれば、後でチェックしたら分かる可能性があります。

鈴木眞一 教授

勿論、そういうことが分かるようになればですね。

西美和 部会員

それと本格調査が今から始まりますけれども、本格調査で甲状腺がんがどのぐらい出たら、

どのぐらい、これ難しいですよ。どのぐらい出る予測がされているのかパラグラフに関しては、このぐらい出たら被ばくの影響だとかないとか。ちょっとこれ難しいでしょうね。

安村誠司 教授

難しいです。考え方としてはですね、3年間のベースラインというふうに考えて、そこで通常疫学的には有病率というのが出て、それから今後新たに発生するものの新規発生がどの程度かというのを推測はできると思います。けれども、現時点ではまだそこまでのところの計算までは今私共はできていないというところです。

西美和 部会員

ある程度持つておかないと被ばくの影響でないかと指摘される可能性もあります。

清水一雄 部会長

わりと初期被ばく内部被ばく、発生している地域と線量の比較というところからやらなくてはいけないかなと思います。つい先日の3月15日、ランセットにちらっと見たら出ていたんですけど、レターですけども、先行検査で0.036%、今回本格検査になってからは0.001%なので、本格検査が全て終わったわけではないけれども、影響が少ないんじゃないかということが評価が出てましたけども、そういうような発生のことで症例数ですね、それから疫学的なことも含めてしっかりと4番目のパラグラフに入れて提案したいと思います。

他によろしいでしょうか。はい、津金先生お願いします。

津金昌一郎 部会員

本格調査の時に気をつけなくてはいけないのは、スクリーニングですので精度の問題があるので、今回例えば前回のスクリーニングの精度が90%だとしても10人は出てくるわけですよ、大体。80%だとしたら20人は基本的には甲状腺がんが、前にあった甲状腺がんが今回新たに出てくるという可能性がある。そういう数字もおさえながら、新たな発生ということも更に考えていかななくてはならないと。

清水一雄 部会長

よろしいですか。はい、鈴木先生。

鈴木眞一 教授

その精度だけでなく、一応強調したいのは、精度を我々は維持することに尽力してますけど、精度と受診率、あと18歳以上の人、当然ながら年齢が上がれば断トツ結節の発生率、がんの発生率が上がる年齢が含まれてきますので、自然に増える可能性があるグループが同じような受診率で検査されない可能性を計算しなければいけない。ここは非常に解析が難しい。

清水一雄 部会長

はい、他によろしいですか。では、議題の3に移ります。3は医療費についてであります。これに関しては前回の評価部会の多くの先生方に同意を得ましたので、「甲状腺検査を契機として保険診療に移行した場合、現時点では、二次検査以降の医療費については公費負担が望ましい。但し、生涯にわたり公費負担とするかどうかは、適時、判断が必要である。」つまりこれは、付け加えたのは議論の中で例えば30年40年先になって被災者が発生、甲状腺がんを発症した場合に、自然発生なのかそれとも被ばくの影響なのか、その時点でその頃になればですねもっと新しい検査法とかですね生物学的な検査方法が、新事実が見つかるかも知れません。なので現時点ではこういうふうに表示させていただきました。これに関しまして、部会の先生方何かご意見ございますでしょうか。

鈴木淳一 保健福祉部長

県の保健福祉部長でございます。県の立場からご意見を申し上げていいのかどうかあれですが、今3番目の「但し」書きの部分で、30年40年先に放射線の影響がどうだったのかというお話なんです、県の方では県民の方あるいは県議会からも公費で負担すべきだというご要望もありまして、国の方にも財源を何とかしてもらえないかと働きかけもして、今なんとか公費負担で行えるように折衝中、仕組みも構築中でございますが、その公費負担に持っていく理論的な足場として、放射線の影響があったから医療費を無料にするということでは全くなく、影響の有無に関わらずこれだけの事故があってチェルノブイリの前例もあったので県民は甲状腺検査を余儀なくされたのだと、こういった余儀なくされたことによって心身ともに負担を強いられていて、その結果として出てきた診療行為なのでその部分については公費で見たらどうかという理論建てで今頑張ろうとしておりますので、そういう理論建てからすると、何を以て判断という時に例えば将来的に色々なことが明確になってきたので甲状腺検査自体が果たして必要なのかどうかという議論ならば将来あると思うんですが、公費の話とはまた別なのかなというふうに思いましたので、一言ご意見を申し上げた。

清水一雄 部会長

私の理解では、もし被災者が30年40年後にがんになった場合に、公費で負担できればそれにこしたことはないですね。ですから、もし行政の側で取り合っただけのならそれにこしたことはないかなと思うんですけど、部会員の先生方いかがでしょうか。

鈴木淳一 保健福祉部長

はい、なんと申しましょうか。30年40年50年という話を今の時点で他のところのレベルと時点を合わせる意味でも、あえて公費のところだけ書き込まなくてもという気がちょっとしましたので、その前の行に「現時点では」と入ってるだけでもいかがかなというふうに感じました。

清水一雄 部会長

分かりました。そうしますとご意見としては、「但し」書きから後ろはいらないと。我々はこれちょっと気を遣って書いたんですが、もしいらないんだったら削除全然構いません。よろしいですか。はい、西先生。

西美和 部会員

満 18 歳までは医療費負担、公費負担がありますよね。19 歳以上、この 29 頁にも 19 歳になって医療費無料の対象にならないのはおかしいという意見とか、県として広島・長崎と同じ手帳、要するに原爆手帳を要求していると、そういうご意見もあるかと思うんです、県民の。県として非常に判断は難しいと思うのですが、少なくともスクリーニング検査で引っかかってきた人はやっぱりずっとみないといけませんので、公費にしないといけませんけども、他の方はなかなか高度な政治的判断になると思います。原爆手帳なんかのようにしようと思えばですね。

清水一雄 部会長

現時点で将来のことを何年後というのは難しいと思うんです。今いきなり 40 年後に話が持っていきましたけど、5 年後 10 年後に、あるいは 5 年後 10 年後 15 年後このぐらいのスパンで見つかった患者さん、症例に対してどうするかということも含めて、色々考えがあると思いますので、では、この「但し」から後ろは外させていただきます。

渋谷健司 部会員

それでいいと思います。そもそも甲状腺検査を契機として保険診療に移行した場合と最初に決まっていますので、そうじゃないものを含める必要はないと思います。ですので「但し」は僕は削除して構わないと思う。

清水一雄 部会長

星先生。

星北斗 部会員

書いた方の性格の問題だと思うんですけども、ちょっと言葉が足りないような気がするんですね、甲状腺検査をと言った場合、言わずもがなでこの県民健康調査の一環として行われている甲状腺検査ということを指すんですね。それを契機として発見され、そして保険診療に移行した場合はということなんだろうと思います。ただ、ここががん以外のものを含めるということも議論としてはこれだと読めるんですよね。保険診療に移行するのはがんだけではないので、その甲状腺検査を契機として見つかった様々な疾患について、すべからくそうであるかという話もここは議論の対象になりうるのかなと思います。これははっきりさせておくべきだろうと思ひまして、私はがんに限らずと言いますか、甲状腺検査を契機として見つかったもので、負担が一定以上あるものについては公費による負担をするべきだというふうな議論でいいのかなと思うんですけど、それ以外に何か見つかるものなんですか、そもそも。

その辺のところも議論しておいた方がいいと思います。

清水一雄 部会長

県民健康調査のどなたから、鈴木先生からお願いします。

鈴木眞一 教授

今の甲状腺検査を契機として保険診療に移行する場合に、勿論甲状腺のがん疑いで治療等経過観察等する方の他に、良性腫瘍で経過観察、それ以外にホルモンの異常で、ある一定の数でバセドウ病や橋本病その予備軍、予備軍で抗体を見つけてしまった場合に、それを経過をみたいということになればそれも全部保険診療で経過を追うこととなりますので、その辺は甲状腺疾患ということになると全てかなり広がるかなということになります。

清水一雄 部会長

西先生お願いします。

西美和 部会員

(実際の甲状腺がんの人のサイログロブリン値について) ※録音不良

鈴木眞一 教授

二次検査で測っておりません。一切測っておりませんので、甲状腺機能と自己抗体とサイログロブリンです。

清水一雄 部会長

甲状腺検査評価部会としての中間取りまとめでありましたので、そこに特化して私は甲状腺検査を契機として保険診療と書きましたけども、勿論県民健康調査の一環として、もう1つは県民健康調査委員会の方の座長の星先生が甲状腺に限らず様々な疾患もというご指摘いただいたので、これはもう元々県民の為にやっている委員会、調査でありますので、できればそういうふうにしていただきたいというふうに思います。はい、西先生お願いします。

西美和 部会員

もう1つ小児慢性特定疾患というのはありますよね。これは、この甲状腺がんの人などは小児慢性特定疾患には申請されていないのですか。申請されないと、成育医療センターに全部データが集まっているのですが、甲状腺がんの発生頻度などは出てこないということで、なるべく小児慢性特定疾患に登録してもらわないと。

鈴木眞一 教授

基本的には登録しております。

西美和 部会員

登録してあるのですか。小児慢性特定疾患と今の18歳未満のいわゆる乳児医療のある方も登録されていますね。はい、分かりました。

清水一雄 部会長

私の記憶で間違いだったらすみません。小児の慢性甲状腺疾患というのは橋本病だけじゃないですか。

鈴木眞一 教授

いや、甲状腺腫瘍も。

清水一雄 部会長

はい、他によろしいでしょうか。

これに関しましては、先程私が話しましたように県民健康調査の一環としてを入れることと様々な疾患、甲状腺疾患のみ限らずですね。それも入れさせていただいて「但し」から後ろは削除すると、そういうふうにしたいと思います。はい、星先生お願いします。

星北斗 部会員

私の発言がいたずらに混乱をよんでいるので、ちょっとはっきりさせたいんですけど、要はその負担増があると、そしてそれは、この間先程から何度も話に出ているように浴びなくていい放射線を浴び、しなくていい検査をして見つかったものだと、それに伴って精神的な苦痛に加えて金銭的な苦痛も味わわせるのはいかがなものかと、だから公費で負担すべきであって、それについては理解が得られるでしょうねという内容だと思うんですよね。但し、他の疾患について負担度合いとか他の制度でどうなっているのとかみたいなことを整理しないと、これ見つかったもの全部公費で負担すべきだという議論がなされたらとたんに、例えばお金を出す側が腰が引けてしまっても困るので、本来であれば見つかる、それを契機として見つかって自己負担が発生するようなことに関していえば、その負担を軽減するような措置が取られるべきだというその大枠については皆さん同意だというふうなことだろうとは思いますが、まずこのように書き込んでもらって、あと制度として国と県がどんなふうにかこれからやり取りをして具体化するかというのはその先の話だと思うので、ここでいきなり何の疾患もカバーするというよりは、この委員会としては、そうやって見つかったものについてはこういうふう考えるべきだというふうここに書かれているというふう理解すれば僕はいいいんだろうと思います。

清水一雄 部会長

そのようにして調査委員会の方には提出したいと思います。

はい、樺田先生お願いします。

櫻田尚樹 部会員

現行にある18歳未満についてもこういう対応を取られているわけですが、その範囲で一つだけお聞きしたいんですけれども、甲状腺がん、あるいはその疑いがあると言われた方がフォローする中でセカンドオピニオンを求める場合なんかは、その医療費等は補助の対象になっているのでしょうか。そういう場を設けてあげたら、やはり不安解消という面では非常に有効なのかと思うんですけれども、その費用はまるっきりプライベートになるのでしょうか、いかがですか県の方として。

鈴木眞一 教授

現実的に診療情報提供料が発生するわけですが、セカンドオピニオンという診療情報提供書を出しているんですけれども、たぶん18歳以下の方はそれも含めて医療費無料の範疇に入っていますので、そこはいただいてないと思います。ただ19歳以上の方は、それは診療情報提供料、通常のセカンドオピニオンは高いですけど、そういうかたちでやって通常の診療情報提供書として他の医療機関に送るというかたちで実際はやっております。

清水一雄 部会長

よろしいでしょうか。では、4番目に移らせていただきます。4番目は、対象者の追跡に関してであります。読ませていただきます。「事故当時乳幼児については、特に、重点的に追跡を行う必要がある。また、県外への転出等が増加する年代に対する追跡の仕方を検討、徹底していただきたい。疫学的追跡調査として重要なポイントである。」ということですが、これに関して委員の先生方ご意見をお願いいたします。津金先生、お願いいたします。

津金昌一郎 部会員

一点は、基本的には住民票照会をしながらなるべく最後まで追っていくということをお考えですよね。住民票照会等しながら転出した人なんかも含めて生死に関しては生涯に渡って追跡していくということですよ。もう一点は、来年の1月から全国がん登録ということができますので、そこと照合しますよというようなその辺の同意等はその説明の文章の中に入っているのでしょうか。

安村誠司 教授

それは、現在の同意をとるところでは入ってはおりません。

津金昌一郎 部会員

どこまでが同意、要するに研究等の場合は同意ベースになるので、照合等が、だからこれがどういう枠組みで今後評価されるか分からないんですけど、一応念の為にそこも含めて同意をとっておくと色々な安全というか、できないということはないですね。

安村誠司 教授

ありがとうございます。あとちょっと私達があればなのは、対象者の追跡が検査としての追跡なのか、所謂アウトカムも含まれるのか、所謂がんの発生の視点なのか津金先生のコメントはそちらがメインなんだろうなあというふうに思いましたが、先生がおっしゃるとおり、全国がんになった段階で、医大では地域がん登録の専門委員会を設けてまして、今後どのようなシステムの中で震災前からのがん登録の精度を確保しつつ、追跡していくかということに関しては現在検討しているところです。ありがとうございます。

清水一雄 部会長

乳幼児あるいは小学生ですね。これから学校健診でしばらくの間、学校できちんとフォローして中心としてやっていただけたらと思うんですけども、その後、県外への転出も含めてもう一度確認させていただきたいんですけど、どういうふうに追跡を考えていらっしゃるか。

小林弘幸 県民健康調査課長

事務局ですが、これから18歳以上になると当然進学就職等でどんどん県外に転出する方が出てきます。そういう方のフォローアップとしまして今現在、甲状腺検査につきましては市町村ごとに案内通知を出す前に各市町村に住所の転出の照会をしています。それを確認しています。あと、今は甲状腺通信というものがあり、去年までは年1回だったんですが来年から年3回になるんです。その中で住所が変更になった方については、入れているハガキでお知らせ下さいという仕組みを今度作ります。更に、返戻になった方については住基ネットというシステムございますので、それを一件一件、手間は大変なんですけど住所と氏名と生年月日入れれば相手方の今どこにいるかが分かりますので、そういった形で強化していきたいところと、もう一点は、今ちょっと国の方でマイナンバー制というのが来年度の1月から稼働になるということです。マイナンバー制、番号制ですね、各国民一人に何桁かこの番号をふって、ずっと将来、管理する制度なんですけど、それを利用できるかどうかも含めて国と協議しながら検討していきたいと思っております。

清水一雄 部会長

よろしいでしょうか。何か追加、西先生お願いします。

西美和 部会員

本格調査では平成23年4月2日から平成24年4月1日までの事故当時妊婦から産まれた子供も今は本格調査ですね。

清水一雄 部会長

他にいかがでしょうか。事務方あるいは県立医大の方から何かございますか、よろしいですか。では引き続きこれに関しまして追跡ご尽力よろしく願いいたします。では、最後5番目ですが、検査結果の開示という意見も部会員の先生方からいただきました。読ませていただきます。「検査結果の透明性、匿名化の下で、多くの研究者を含めたメンバーでの再評価

ができるシステムの構築を推進していくことを提案する。ただしこれに関しては個人情報保護の問題もあり慎重な対応が必要である。」というご意見がございました。これに関して、部会員の先生方からご意見ございますか。

具体的にどういうシステムを構築していくかということですが、これは逐一、問題といたしますか意見があった時に、これ以前からご意見いただいておりますが、有識者の先生あるいは専門家に少し講演していただいたりして、または、もう少し特化した委員会をもって具体的なことを検討したい。そのようなことかなと思います。何かございますか、これに関しまして。津金先生、何かないですか。春日先生、よろしいですか。事務方からは、特に。では、これはこのままの文章として提示させて本委員会の方に提出させていただきます。私が今日資料としてお持ちして検討させていただいたことは以上なんです。これは今日様々な意見をいただきましたので次回の本委員会はいつ、まだ決まってないですか。それまでにまとめてもう一度部会員の先生方に最終案を提示させていただいて、ご意見伺ってきちんとしたもの作り上げて本委員会に提出したいと思いますので、まだちょっと時間的に余裕がございます。まだ決まってないんですね、ちょっと何か。

角田祐喜男 県民健康調査課主幹

はい、検討委員会の方はまだ日程調整の方はまだ具体的には進めておりませんが、座長等と相談しながら日程調整を進めて参りたいと思います。

清水一雄 部会長

分かりました。よろしくお願いいいたします。他にご意見ございますか。では、ないようでしたらちょっと予定より今日は久しぶりに早く終わりました。ありがとうございました。事務方から何か御報告は最後にありましたらお願いいいたします。いいですか、はい。では、本日はありがとうございました。

角田祐喜男 県民健康調査課主幹

以上を持ちまして、第6回甲状腺検査評価部会を閉会いたします。どうもありがとうございました。

(補足)

発言の解釈を容易にするため、P20～P21において「mm」としていた表記を「mSv」に修正。
(平成27年7月13日)