

第 15 回福島県「県民健康調査」検討委員会議事録

日 時：平成 26 年 5 月 19 日（月）13:30～16:15

場 所：杉妻会館 4 階「牡丹」

出席者：＜委員 50 音順、敬称略＞

明石真言、井坂晶、稲葉俊哉、春日文子、清水一雄、清水修二、高村昇、
津金昌一郎、床次眞司、成井香苗、星北斗、前原和平

＜オブザーバー 敬称略＞

桐生康生（環境省）、寺谷俊康（厚生労働省）

＜福島県立医科大学＞

大戸齊 副理事長、阿部正文 放射線医学県民健康管理センター長、
安村誠司 同副センター長、石川徹夫 教授、鈴木眞一 教授、橋本重厚 教授、
藤森敬也 教授、前田正治 教授

＜福島県＞

鈴木淳一 保健福祉部長、馬場義文 同次長、木本茂宏 健康増進課長、
伊藤直樹 地域医療課長、小林弘幸 県民健康調査課長、角田祐喜男 同主幹、
小谷尚克 同主幹

小谷尚克主幹

それでは、第 15 回「県民健康調査」検討委員会を開催させていただきます。なお、既にお知らせしているところですが、本年 4 月より本調査の名称を「県民健康管理調査」から「県民健康調査」に変更しております。次に委員の出欠について報告いたします。本日、児玉委員、塚原委員、室月委員が欠席となっております。

次に、会議開催にあたりまして、保健福祉部長よりあいさつ申し上げます。

鈴木淳一部長

福島県の保健福祉部長、鈴木と申します。この 4 月から着任したばかりでございますので、どうぞよろしく願いをいたします。

この委員会も、今回で 15 回ということで、回を重ねて参りました。この間、本日会議で後ほどご説明いたしますが、基本調査 50 万人を超える県民のですね基本調査を行いますとともに、甲状腺検査につきましても先行検査を完了いたしまして、本格検査に入るということで、また一つ新たな局面を迎えるのかなというふうに感じております。この間も、皆様もご承知のとおりですね、放射線の健康影響につきましても、様々な方々の様々なご意見が今でも議論されている訳でして、私ども県といたしましては、正にこういった健康調査を継続して県民の健康を長きにわたって見守っていくとともに、この委員会でですね影

響についての正確な情報、それから科学的知見に基づいた議論、こういったことをこの委員会から正に発信し続けていくことがますます重要になっているのかなというふうに感じてございます。福島県といたしましては、今回の被災をバネにしましてですね、全国に誇れる健康長寿県、これを目指していこうと思っておりますので、委員の皆様方どうか、引き続きまして、様々なご助言・ご支援を賜ればというふうに思っております。

冒頭のご挨拶といたしますので、どうぞよろしく願いいたします。

小谷尚克主幹

次に、今年度新任の課長を紹介いたします。県民健康調査を担当しております小林弘幸 県民健康調査課長でございます。

小林弘幸課長

小林でございます。どうぞよろしく願いいたします。

小谷尚克主幹

次に、広く健康づくりなどを担当しております木本茂宏健康増進課長でございます。

木本茂宏課長

木本でございます。どうぞよろしく願いいたします。

小谷尚克主幹

それでは、議事に移りたいと思います。議長は設置要綱によりまして、座長が務めることとなっておりますので、星座長、議事進行をよろしく願いいたします。

星北斗座長

はい、それでは、議事を進めさせていただきたいと思います。まずは議事録署名人を指名させていただきますが、私からのご指名でよろしゅうございますね。50音順でこれまでの欠席なども考慮いたしまして、床次委員と成井委員にお願いしたいと思いますが、よろしゅうございますか。

それでは、早速議事に入らせていただきます。基本調査について事務局からの説明をお願いいたします。

石川徹夫教授

それでは、資料 1 に基づきまして、基本調査の実施状況についてご報告したいと思います。大きく 5 つの項目に分けてご報告いたします。

最初 1 番目の項目、問診票簡易版に関わる進捗状況です。従来問診票において回答が

ない甲状腺検査対象者に対しまして、昨年の 11 月末から 12 月中旬にかけて簡易版の問診票を約 25 万通発送しました。簡易版の問診票というのは震災以降 4 か月間で居住地や勤務先に大きな変化がなかった方、又は変化が 1 回のみの方に使っていただけるものとなっております。避難地域等にお住まいだった甲状腺検査対象者の方には簡易版の問診票はお送りしておりませんが、簡易版の問診票ができたというお知らせとともに回答を促す文書をお送りしております。さらに、簡易版の問診票は各市町村窓口で配布を依頼したり、また簡易版を受け取った甲状腺検査対象者のご家族の方などで簡易版での回答を希望する方に個別に送付したりする、といったきめ細かい対応を進めてきております。その結果、平成 26 年 3 月 31 日現在、簡易版により 44,191 人から回答が寄せられております。この簡易版による回答数に関しまして、注 1 として①-1 ページ下の方に注釈が付けてあります。簡易版の回答数は速報値である。随時回答内容を精査した結果、詳細版で回答いただく必要がある方が含まれている可能性があるため、確定数値ではないということを申し添えておきたいと思っております。簡易版によりまして回答率は 2.1%増加して、全体では 25.9%となっております。詳細は①-1 ページ真ん中あたりにあります表 1 に示してあります。簡易版を郵送したものの、未だ回答のない方々に対しては、後述する甲状腺検査会場での書き方相談コーナーでの回答呼びかけ等、様々な取組を通じて回答率向上に努めていくつもりです。現在、回答内容を精査し、順次外部被ばく線量の推計及び推計結果の通知作業を実施しているところです。①-1 ページ下から大きな 2 番目の項目が始まっておりますけれども、ここ以降に示す問診票の回答、線量推計及び結果通知の状況に関しましては簡易版・詳細版を合算した数値をお示ししております。

次に、大きな 2 番目の項目「問診票の回答状況及び線量推計作業状況」に関しましてご報告いたします。(1)問診票の回答状況ですけれども、表 1 に示しましたように平成 26 年 3 月 31 日現在、全県ベースでは対象者 2,055,585 人のうち、532,046 人から回答が寄せられておまして、回答率は 25.9%となっております。この全県ベースでの対象者に関しましては、注を付けておまして、その注釈の説明が①-2 ページ目の上の方に書いてあります。今般、住民データの重複チェックや、調査開始時には把握できなかった対象者の追加等、現時点における調査対象者数の精査を実施した結果、従前の対象者 2,056,994 人から 2,055,585 人となりました。なお、母数となる対象者数の修正があったため、回答数、線量推計済数、結果通知済数についても、重複等の有無について再度の精査を行いました。ということをご報告しておきたいと思っております。前のページにお戻りいただきまして、①-1 ページの一番下ですけれども、簡易版の問診票導入の効果によりまして、県南地区の回答率が 20%台になるとともに、回答率が低かった会津・南会津地区におきましても、それぞれ 19.5%・18.2%まで上昇しました。また、回答率が 45%台に達した相双地区におきましては回答率が 50%を超えている市町村が 8 つとなり、中には 60%に達している町も存在しております。詳細は①-2 ページ目真ん中の表 2 に、及び①-6 ページ目の別添資料 1 に示しております。続きまして、①-2 ページ目真ん中の「線量推計作業・結果通知」の状況です。

回答された問診票の行動記録をデジタルデータ化し、従来どおり独立行政法人放射線医学総合研究所が開発した評価システムを用いて、外部被ばく積算実効線量を推計しております。回答数 532,046 件のうち 90.5%にあたる 481,420 件の推計作業が完了しており、内 471,713 件が結果通知済みとなっております。詳細は下の表 2 に示してあるとおりとなっております。続きまして、(3)一次滞在者等からの問診票提出状況です。震災当時、県内に滞在されていた方や住民票を置かずに住居されていた方に対しまして、希望により問診票を送付しておりますけれども、これまで 2,077 件の回答が寄せられ、1,856 件、89.4%の推計が完了し、順次、通知作業を行っております。詳細は下の表 3 に示すとおりとなっております。

続きまして、①-3 ページ目の大きな項目 3 番目「実効線量推計結果の状況」です。累計 481,420 人の推計を行い、そのうち放射線業務従事経験者を除く 471,565 人の推計結果は、県北・県中地区では約 90%の方が 2mSv 未満、県南地区では約 91%の方が、会津・南会津地区では 99%以上の方が 1mSv 未満となりまして、相双地区は約 78%の方が、いわき地区でも 99%以上の方が 1mSv 未満となっております。詳細は下の表 4 に示すとおりとなっております。さらに、表 4 をグラフにした線量別分布状況というのが別添資料 2 として①-7 ページ目にお示ししております。また、年齢別・男女別内訳は別添資料 3 として①-8 ページ目に示してあります。また、市町村別の内訳は別添資料 4 として①-9 ページにそれぞれ示すとおりとなっております。いずれも傾向に大きな変化はないと言えます。

続きまして、①-4 ページ目の大きな項目の 4 番「実効線量推計結果の評価」です。実効線量の推計結果に関しては、これまでと同様の傾向にあると言えます。これまでの疫学調査により 100mSv 以下での明らかな健康への影響は確認されていないことから、4 ヶ月間の外部被ばく線量推計値ではありますが、「放射線による健康影響があるとは考えにくい」と評価されます。

続きまして、5 番目最後の項目になりますが、「回答率の向上活動」です。引き続き、各種機会を捉えて基本調査の趣旨の周知を図り、市町村等と連携しながら、回答率向上に向けた各種取組を展開しております。平成 26 年 3 月 31 日現在の取組を次の①-5 ページ目の表に示してあります。こちらの表にありますように、甲状腺検査出張説明会における基本調査問診票の提出の啓発や甲状腺検査会場での「書き方相談コーナー」設置による問診票の提出促進など、様々な取組を実施しております。なお、昨年末からは、詳細版・簡易版の両方の問診票を用意して、これらの取組に活用しているということです。甲状腺検査出張説明会での基本調査啓発は昨年度 88 回、甲状腺検査会場での書き方相談は昨年度 140 回と回数を多く重ねてきております。また、簡易版を甲状腺検査対象者だけでなく広く県民の皆様知って頂くための広報活動も行っております。①-5 ページ目の下の方ですけれども、簡易版に係る広報活動というところで、新聞・テレビ・ラジオ等による報道というところですが、テレビ 25 回、ラジオ 98 回、市町村地域広報誌への掲載 48 回、こういった活動は前回のご報告と比べて回数も大分増えてきた活動です。平成 26 年度におきま

しても、甲状腺検査会場における書き方支援事業を継続するとともに、新たに市町村施設への書き方相談コーナーの設置等、引き続き対面式での記入支援要望に合わせた事業展開を中心に回答率向上に努めていくつもりです。以上でご報告を終わります。

星北斗座長

はい、ありがとうございました。ただ今の報告につきまして何かご質問・ご意見があれば、委員の皆様どうぞ。

井坂晶委員

はい、双葉郡医師会の井坂ですけれども、地道に努力が加わりまして、やっと2%上がったということなんですけども、どの辺を目標にしていくかということが非常に問題ですね。

この件に関しては、時間が経つにつれて難しくなることが問題だと思うんですね。今、私伺っていますと、簡易版ができたのが去年暮れですから、それで甲状腺の該当者の25万通に出したということなんですけども、そもそもこれを全県民205万人対象なんですね。

ですから、今後、どこまでこのパーセンテージを上げていくという考えがあるのかですね、どの辺で妥協するとか、その辺が非常に問題になってくると思うんですね。これから26年度の住民健診その他が各地で行われるようになりますが、それを組み入れていくのかどうか、診査（健康診査）の方と同じようにですね組み入れてやっていくのかどうか、それによって、パーセンテージが上がるかどうかということだと思います。決して、この避難地域でさえ45%だということは50%を切っているということが、満足なデータではないのではないかなと思うんですね。その他のところはもっとひどい訳ですから、その回答率がもうちょっと上がるというか、せめてですね6割くらいまでのこの回答が得られなければ、満足できないんじゃないかなと思うんですがいかがでしょうか。

石川徹夫教授

ありがとうございます。回答率の数字に関してはなかなか数値目標を立てるのは難しいところはございますけれども、基本調査の趣旨の一つとして一人一人の健康管理に役立てていただきたいということがございますので、私どもとしては一人でも多くの県民の皆様にご回答いただきたいという、そういった気持ちで取り組んでおるところでございます。

星北斗座長

この回答率の問題は非常に重要な問題だと思います。簡易版が始まってこれからどういう影響があるのか、あるいは対象者をどういうふうに増やしていけばより効率的にかつ短時間に回答率が上がるのかというのが、まさに、皆さんと一緒に考えていく問題だと思います。メディアの皆さんにも協力いただきたいと思いますし、よろしく願いいたします。

津金昌一郎委員

国立がんセンターの津金ですけれども、回答率のことなんですけれども、もしかして前に申し上げたかもしれませんが、我々はいろんな地域住民ベースに調査をやっていて、アンケートを配布しているんですけれども、だいたい1時間くらいかかるというような、かなりヘビーなアンケートをやっているんですけれども、どうしても郵送じゃなければだめだということは、郵送でやります。郵送でやるとやっぱり20%なんです。回答は。我々、あんまり、そんなマスコミとかいろいろ使って宣伝していない、そういうようなところでも郵送で送って20%です。やっぱり、住民ベースではないので、基本的には地域のいろいろな住民組織を使って、要するに戸別配布して回収するというやり方をするとだいたい地域によって違いますけど、50から80%で、これ実は20年前、まあ、今いろいろな個人情報とかでなかなか名簿を手に入れることは難しいんですけど、20年前の場合は80%から90%、達成できた訳なんですけれども、個別にやっぱり回答していない人に個別に配布して回収しないと、やっぱり50%を超えるということはたぶん達成できないんじゃないかというふうに思います。参考までに。

星北斗座長

はい、ありがとうございます。はい、どうぞ、春日先生。

春日文子委員

簡易版の導入により、少しずつでも回収率が上がっているということ、また特に書き方支援事業できめ細かく対応されていることに引き続き敬意を表したいと思います。結果について少しお伺いしたいんですけれども、今回、簡易版によって回収された回答から、その線量を集計された中にですね、これまでと違ったような傾向、あるいはその範囲の中で比較的高いというような被ばくの結果はありましたでしょうか。それが1点。

それから、この資料の後ろの方に細かく結果が書いてありますけれども、たとえば、①-8ページにありますような、10歳から19歳までで、15mSv以上だった方、この方の居住地がもしも可能でしたら教えていただけるといいでしょうか。

石川徹夫教授

ありがとうございます。まず、最初にご質問ですけれども、簡易版の線量推計結果の傾向ということでございますけれども、同じ地域では同じような線量の値が出ているということを確認しております。たとえば、会津・南会津地域、簡易版でも多く回答を頂いているところがございますけれども、従来の詳細版での線量の値と簡易版での線量の値というのはだいたい同じ程度である、同じ程度の値が出ているということは確認しております。

それと、2つ目のご質問の10歳から19歳で15mSv以上の方ということですが、

これはお一人ということであまり詳細をお話すると個人情報ということになってしまいますけれども、大まかに申し上げますと比較的線量の高い地域で長く滞在していたり、あるいは屋外に出ている時間が他の方より長かった方というそういう行動をされた方であるということは申し上げたいと思います。

清水一雄委員

日本医大の清水ですけれども、ちょっとお伺いしたいのが、①-3 ページの実効線量推計結果の状況というところで、ほとんど 1mSv 未満が 90%以上、あるいは 99%以上のところがある中で、相双地区 78%、高いとはいえ、かなりほかの地域と比べて差があるんですけれども、残りの 22%はどんな感じなのかとか、何かコメントいただけますか。

石川徹夫教授

はい。相双地区に関しましては、78%の方が 1mSv 未満ということになっておりますけれども、確かに、今コメントいただきましたように線量がこの中では比較的高い方に少し人数が分布しているという状況もございます。また、こういった方達、線量が比較的高い方達につきましては、こちらの方で行動の概要をチェックして、確かに計算に間違いがないであるとか、そういったことはチェックしております。

清水修二委員

福大の清水です。資料の①-4 ページ、評価に関わることですね。この検討委員会の評価はいずれ、きちっと下されるというように思っていますけれども、今の現在の評価に関わって、ここに書いてある訳です。この中で、疫学調査により 100mSv 以下での云々という部分ですね。それについては、前にも私申し上げたことがありますけれども、ちょっと問題だというふうに思います。今回の調査の結果を見ますと、前のページで 4 か月間の外部被ばくで最大値が相双で 25mSv という数字になっております。内部被ばく、とりわけヨウ素 131 に関しましては、いろいろ推計がありますけれども、いずれにしても内部被ばく外部被ばく合計しても、100mSv 超えるような被ばくをした住民はいないだろうということになると思います。もしですね、100m (Sv) 以下で影響がないという前提で評価してしまいますと、もうその時点で結論が出てしまっていることになるんじゃないかと思います。線量がどれくらいであったかということ、そこで確認すればもう極端な話、健康調査をしなくてもいいということに論理的になってしまうんじゃないかというふうに思うんですね。

したがって、100mSv 以下は問題ないという見方は、専門家の間での多数意見であるというふうに思います。参考にするのは差し支えないと思いますけれども、調査の結果を評価する際に、これを判断基準にするのは適切ではない。論理的にそうなると思います。この調査をする意味というものを考えた時に。

ですから、こうした表現についてはですね、どうも不適切であるというふうに私は今で

も思っております。いずれ、この委員会で評価を下す時には、ちょっとご検討願いたいというふうに思います。

星北斗座長

はい、ありがとうございます。この件につきまして、今までも何度か話題に出ましたし、様々なご質問あるいはご意見をいただいています。まだ、具体的な文言の変更については議論したことが無いんですね、実際問題。今後、少し時間をとって、この疫学調査との関係や、この検討委員会としてどういうふうに、最終的に評価するのかということについてはしっかりと議論させていただきたいと思います。それについては、今後とも皆様のご協力を得たいというふうに思います。

関連して私から一つお願いがありまして、この実効線量推計という言葉、それに4か月間ということが出てきたり、①-2 ページのところでは外部被ばく積算実効線量というふうなことで、いろんな言葉が使い分けられているのか、使い分けられていないのかで、4番のところでは実効線量推計結果とあって、その下には実効線量の推計の実効線量“の”と入っていますね。この辺のところについて、もう少し分かりやすく説明をしていただきたい。100mSv 云々ということについても同じようにこの実効線量という言葉を使っておりますが、我々が今、このデータの解析に使っている実効線量という言葉はですね、ここで、これまでの疫学調査云々ということでの実効線量、ここで同じものを同じように換算したものなのかどうか、ちょっとご説明お願いできますでしょうか。

石川徹夫教授

はい、ありがとうございます。基本調査で推計しておりますのは、外部被ばくによる積算実効線量ということが出来るかと思えます。ここでお示ししている数値の中には内部被ばくによる実効線量というものは入っておりません。この①-4 ページ目の上に書いてある2行目に書いてある100mSv という値ですけれども、これは実効線量で100mSv という意味でございます。実効線量というのは、放射線の影響を見るために最も標準的に使われている指標として、実効線量であれば外部被ばく・内部被ばくを合算したり、あるいは比較したり、といったことが可能です。

ですので、この基本調査では外部被ばくの実効線量をお示ししておりますし、ホールボディカウンターを受診された方では、そこで内部被ばくの実効線量が出てくると。なので、県民の皆様方にとりましては、そこで、外部被ばくと内部被ばくを足し合わせたり、あるいは比較したりするといったことは可能です。また、100mSv というのも実効線量ですので、それとの比較をしたりといったことは可能となっております。実効線量でお示しするのが、一番標準的でございますし、県民の皆様にとっても分かりやすいというふうに考えております。

星北斗座長

はい、ありがとうございました。他に何か。はい、どうぞ。

津金昌一郎委員

4 番の実効線量推計結果の評価という、「評価」って言葉ですけども、後ろの方を見ていると健康影響評価というか、いわゆるリスク評価されているような書き方になっているんですけども、あくまでもこれは曝露評価ですよ。要するに、曝露量がどれだけであるかという曝露評価というので、この中での評価という言葉はいきなりここに出てくるのは、必ずしも相応しくないんじゃないかと。リスク評価というのは基本的に曝露評価と用量反応関係を照らし合わせることによって、最終的に評価するものなので、用量反応関係というものに対するきちっとした記述、説明とかあって、この曝露評価に基づいて、現状においてはこういうリスク評価がされるというふうには書かないと、この曝露評価のところでは評価という言葉を使うのは必ずしも適切ではないというふうに感じました。いろんな誤解を招くのではないかなというふうに感じました。

星北斗座長

はい、ありがとうございます。どうぞ。

井坂晶委員

双葉郡医師会の井坂ですけども、今の評価の点ですけども、これ事実だけを書くようにしたらいかがなものですかね。最高が 25mSv だったというような、そういう表現で最終的に長期間分検査した結果どうのこうのという結果が出てくると思うのですが、ここで限定してしまうと、私、質問していますけど、限定してしまうのはどうかなということで、やはり今の皆様のご意見とまったく同感だと思います。

それから、もう一点ですけども、別立てですけど、先ほどお話しした春日委員の 1 番目の質問ですね。簡易版と詳細版であまり違ったデータが出なかったということですので、今後進めるとすれば、もう簡易版で行くのか、詳細版をまだ続けるのか。詳細版は非常に困難だと思うんですね。簡易版で十分であれば、ある程度もうちょっと、回答率が得られるのかなと私は思っているんですけどいかがでしょうか。

石川徹夫教授

簡易版の間診票につきましては、使っていただける方が残念ながら限定されているという事情がございます。すなわち、震災以降 4 か月間で居住地や勤務先に大きな変化がなかった方、又は変化が 1 回のみの方に使っていただけるようなそういう設計となっております。ですので、そういう条件に当てはまる方に是非とも簡易版を使っていただけるように、私ども努力していきたいと思っておりますし、残念ながらそういう状況に当てはまらない方につ

きましては、甲状腺検査会場等を始めとして対面式で丁寧に県民の皆様にご説明しながら詳細版での記入をお願いしていきたいと思っております。

星北斗座長

はい、ありがとうございます。他に何かご意見ありますか。

今に関連して、今日、もし答えられなければ結構ですけども、その甲状腺検査に来られているお子様やそのご両親などの提出率というのは一般人口と比較して高いとか低いとかということはあるのでしょうか。

石川徹夫教授

これは、正確な数値としてはとっておりませんが、甲状腺検査会場でお声かけした方で、もう問診票を出しましたという方もかなり多いですし、声かけしてまだ出していない方はその場で書いていただくか、あるいは時間がない方は持って帰っていただくというようなそういう対応をさせていただいております。

星北斗座長

はい、ありがとうございます。なお、こちらの4番の実効線量推計結果の評価というのは、ずっと議論させていただいて、これ議論がいろいろ出るところです。どういうふうな表現が適切なのか、そして、どんなふうな形でやればいいのかというのを今度、我々は検討委員会としての最終的な評価をする時点においては、しっかりとした議論をさせていただくということよろしいでしょうか。

はい、それでは、次に参ります。時間も限られてございますので、よろしく願いいたします。詳細調査でございます。まずは、甲状腺検査についてお願いします。説明を受ける前にですね、甲状腺検査評価部会の清水先生から開催のご報告をいただきます。

清水一雄委員

3月2日に第2回甲状腺検査評価部会を開催いたしました。その報告をさせていただきます。2時間半という長い時間を掛けて、大変良い会だったんですが、要点を申し上げます。15分くらいと言われております。大きく分けて、議事は3つございまして、甲状腺検査の進捗状況について、2番が初期内部被ばく推計等について、3番目が甲状腺がんの罹患率等について、この3つでございます。

それぞれに少しご説明いたしますと、まずは1番目の進捗状況につきましては、佐々課長の方から第14回検討委員会の資料についての説明でダブリましたので、これはスキップさせていただきます。

2番目の、初期内部被ばく推計等に関しまして、これは放医研の栗原リーダーからご説明をいただきました。その内の1番としまして、チェルノブイリ事故との比較であります。

このチェルノブイリでは、福島と比較しますと大きな差がございまして、放射線物質の拡散量、ヨウ素に関しては約 10 分の 1、福島の方がですね。セシウムに関しては 5 分の 1 という推計が出ております。それから、チェルノブイリ事故での線量推計結果で多くの人が 200~1,000mSv あるいは 1,000mSv 以上ということになります。

2 番ですが、小児甲状腺被ばくのスクリーニング検査に関しましてであります。これは、いずれも検査しましたところは、川俣町、いわき市、飯舘村ですが、いずれの地域においても 30mSv 未満ということになります。ホールボディカウンターの測定結果では最も高い地域の 1 歳児でも 31mSv、大気拡散シミュレーションによる推計でも最も高い地域での 1 歳児での被ばくが 30mSv であります。今後は、この行動データを使ってですね、緻密な線量評価に向けて関係機関と調整していくということになりました。

次に、3 番目の甲状腺がんの罹患率についてであります、これは西美和部会員からの説明でございました。それと津金部会員からもご説明をいただいています。まず、最初に、罹患率でありますけれども、西先生（西部会員）からですが、触診でスクリーニングして、また超音波検査ではエコーで検査をしますと結構な数の甲状腺がんが見つかる。これは、岡山大学と千葉大学、あと慶応大学の学生に対して、以前にかなりの人数に検査を行いましてスクリーニングを行いまして、これで見ますと、平成 12 年度に千葉大生 9,988 名で 3 名の甲状腺がんが見つかったとか、こういうふうに症状の出た元々の出た人たちをスクリーニング結果でありますので、これに関しましては、全体をくまなく、今回のことのように福島での検査というふうに、ちょっと母体といいますか対象が違うということで、いちがいにこの 2 つを比較できないのではないかと。津金先生（津金部会員）からは、これらの比較するにはですね、背景にですね、性別・年齢別あるいは地域・放射線量などに関してもきちっと比較、バックグラウンドとしてきちっとジャストマッチさせないと評価が不十分である。偶然見つかったバイアスもいろいろ変わりますし、その辺のところを十分検討する必要がありますだろうということでありました。そして、その後、津金先生から日本における甲状腺がんですね、それから韓国で非常に多いんです。甲状腺がんの罹患率がですね。罹患数が非常に多いということで、韓国での甲状腺がんあるいは米国による甲状腺がんなどの罹患率あるいは男女に分けた細かいご説明をいただきました。

その後、質疑応答がございまして、これは結論がたくさんあるんですが、要点をまとめてご報告いたします。まず、二次検査が終わった後の、例えばがんが見つかる。手術ですね。手術は、今は保険診療となっております。この点に関して、この対応をどうしたらいいかということが、随分話題となりました。それから、がんの診断ですが、細胞診というのはあくまでも悪性の疑い。暫定診断といいます、確定診断ではございません。手術をして病理診断を受けて初めて悪性という確定診断が付く訳でありまして、その辺のところの、疑いと確定診断との違いを福島県立医大の方からご説明いただきました。それから、悪性疑いの暫定診断ついておりますが、経過をみて全員が手術をした訳ではないということ。では、残りの人はどうなっているんだというご質問ございました。これに関しまして

は、福島県立医大の方から、小さいとですね非常に生命に影響を与えない、あるいは 1 cm 以下の微小がんが生命に直接影響を与えない、甲状腺外科学会・内分泌外科学会のクライテリアでは、低危険度群と称します。経過を見てという症状がたくさんございます。そういうことの説明もございます。それから、手術をして良性だった 1 名はどうしていますかという意見がございました。これは、県立医大の方から詳しい説明があったと思いますが、悪性疑いが 4 回も出ておりました、その後、腫瘍がどんどん大きくなっていくということで、ご本人あるいは保護者の強い希望もありまして、手術に踏み切ったというケースでございます。それから、16 歳から 18 歳の実施率が低い。甲状腺がんが発見されやすいですよ。もっと下のお子さん達よりは。上の年齢層の受診率が低いのではないかと。実際低いということなので、これに関してはしっかりと対応したいと。それから、採血あるいは尿中ヨウ素、サイログロブリンとかそういう基準値ですね。基準値は大人と子供で違いますので、小児の基準値をしっかりと精査が必要である。それから、以前からこれは、いつも会議の時に話が出ることなんです、対照群ですね。対照群の検査をしないとなかなか比較していけないんでないかという意見も出たのですが、これに関しましては、検査を受ける者がですね、余計なバイアスがかかる、あるいは、利益のない、不安をかえって与えてしまう。モラルの問題もあってなかなかここでは実行するのは、36 万人の被災者と同数の非被災者の同年齢までの検査を行うということは非常に非現実的なところもあってですね、なかなか難しいのではないかと。今後、これをどういうふうにして対照群を検査していったらいいだろうかということも今後の課題となりました。それから、検査のですね、長きに渡ってこういうふうには検査をすることは、福島県立医大からの説明にもありまして、生存率を向上させるということではなくて、お子さんの将来の不安を解消するためであることを理解していただきたいということが意見としてございました。それから、検査をこのように長きに渡って続けていくことは良いことでもありますけども、その調査のデザインですね、やっていくうちに不備が出てくるかもしれません。そのことに関しまして、調査デザインの再検討をする必要がそのうちあるのではないかとという意見もございました。それから、ハーベスト効果ですね。検査すればするほど見つかる。経年的に検査をずっとしていると、年齢が段々上がってまいりますね。上がってまいりますと、それだけまた自然にがんが発生する患者さんも増えてくると、被災・被ばくに関係なくですね、そういうこともありますので、その辺の自然発生がんの増加との要因を含めて、慎重に見極めていく必要があるだろうというご意見がございました。それから、今後ですね、いろいろな科学雑誌とか一般誌あるいはインターネットなどを通して異なる意見、あるいは独自のご意見をお持ちの方がおられると思いますので、そういう方をお招きして、疫学的なことも含めてご意見をいただいたらどうかと。部会でですね。そういう意見もございました。チェルノブイリで小児甲状腺がんが発症してきたということ、一般的に言われているのは 4、5 年後と言われています。じゃ、その前はどうかだったのだろうか。事故後、1 年、2 年、3 年でですね。その時期にどんな検査が行われたのか、それともやっていなかったのか。としたら、

どんなふうに行われていたのか、結果はどういうふうにあつてとかつていうことも振り返って調べていく必要があるだろうと。その後も、対照群のこともいろいろ出ました。そして、今後そのほかに、がんの診断、実際のがんの診断というのは、やっぱり細胞診が一番大事だし、信頼性があるといえますか、一番、そこに基づいて治療の計画が立てられていく訳ですけれども、細胞診の結果の表現ですね。その分類法が、ベセスダ分類が採用されるようになってきている。甲状腺外科の内分泌外科の分野ではですね。そのベセスダ分類について副部会長の加藤教授、病理学教授から詳しく一度ご説明伺いたい、講演していただきたいという話もありました。

そのようなことが話題になりまして、大変に活発に質疑がなされました。今後、検査をすることにより、不安を増加させることがあるということ、これは対照群のことです。こうしたこともありますので、コントロールに関しては慎重にこれから検査は経過観察していきたいということは、改めて確認し合うというところでございます。次回は6月10日ですか。行われることが決まっております。以上でございます。

星北斗座長

はい、ありがとうございます。これに参加された他の先生方から何か追加のコメント・意見などがありますでしょうか。はい、どうぞ。

清水修二委員

私、出席できなかったものですから、申し訳ありませんでした。今のお話の中で津金先生にちょっとお伺いしたいのは、韓国で、極端に罹患率が高いというのは、どういう事情なんでしょうか。これは恐らく、福島事故の前だと思うんですけれども。ちょっと説明をいただければありがたいと思います。

津金昌一郎委員

韓国の研究者、いろんな方から聞いたことによりますと、いわゆるエコーというものが非常に簡便に、いろんな開業医なんかでも非常に利用できる。それが、非常にいろんな意味で、それをやるのが、いろんなメリット、いろんなインセンティブが働いている背景と、乳がんの検診にエコーを用いて乳がん検診をやると、そのついでに甲状腺も見ましようということを行った結果として、爆発的に甲状腺がんが増えたという結果をもたらした。

今回、福島の問題を今、20歳未満の方を対象にしている訳ですけれども、韓国とか全世界的に甲状腺がんが増えている背景はだいたい成人のそういう検査というものが比較的気軽にできて、精度が高くなったことを反映して甲状腺がんは爆発的に増えていますけれども、ただ、それによって甲状腺がんによって亡くなる方が決して増えていないというのが現状で、世界的にも今、がんの過剰診断ということが大きく問題になっているんですけれども、それは科学・サイエンスの世界で一流雑誌において、皆さん特集記事を組まれていますけ

れども、そのがんの過剰診断の典型例として甲状腺がんと、もう一つが前立腺がんがまず一つ典型例として挙げられています。

あと、必ずしもですね、こういうスクリーニングをやるのが、本当に早く、どんどん発見することが必ずしも良くないという例をもう一つ、ここに紹介されていないのですが、一つだけ私申し上げたのは、神経芽細胞腫という子供のマススクリーニングの話です。これに関しては、基本的には日本はずっとマススクリーニングをやっていましたけれども、いわゆる欧米などからのエビデンスに基づいて、マススクリーニングによる死亡率減少効果というものがなくて、かえって不利益を与えるのではないかということで、厚生労働省の検討会が検討した結果として中止するべきという判断を今しているということも、重要な歴史というか重要な事実としてやはり我々こうゆうことをやっている中で、まあ、無視はできないことではないかなというふうに考えています。

星北斗座長

ありがとうございます。他に何かご発言ありますか。

春日文子委員

今、清水先生にご説明いただきました評価部会は資料 6 ですね。ご覧いただければ概要がお分かりいただけると思います。ご説明にもありましたように、この第 2 回の時には部会長を始めとする甲状腺がんの専門家の先生と、それから疫学の専門家の先生方で視点が違うところがですね、かなり率直な議論がありまして、それはとっても良い機会だったというふうに思えます。いろいろな見方があるということで、県民の皆様にも理解いただけたのではないかと思います。ただ、あくまでもこれは福島県の中で福島県のために行われている検査なんだということが、最後の所で結論として話し合われたというふうに私は了解しております。

星北斗座長

はい、ありがとうございます。はい、どうぞ。

鈴木眞一教授

福島医大の鈴木でございます。津金先生のお話、誠にごもつともなんですが、一つだけ甲状腺の専門家としてお伝えしておきたいことは、この話は日本でも既に 1990 年代、日本でも乳がん検診の中で起こりまして、ついでに診た超音波で甲状腺のがんが多数見つかる。超音波をやると数倍くらい成人女性で見つかったということで、甲状腺（検査）をやる人間は、超音波の基準を付けようと、何でも見つけるのではなくて、あるサイズから診ていこうということで、基準を付けたり、過剰に取らないようにしようということで、既にそういう動きが甲状腺外科の方ではもう、2000 年になる前から定着しております。ですから、

今まさに韓国でちょうど話題になっているんですが、日本の甲状腺の世界では、既にある程度安定した、それで基準が作られているということでございます。

清水一雄委員

追加ですけれども。更にですね、最近、高コレステロール血症患者さんに対して頸動脈エコーを良くやります。その時に、頸動脈のすぐ隣に甲状腺があるものですから、ちょっと、これを、プローブを振ると甲状腺が写ります。そこで、ほとんど引っかかてくる。ほとんど、最近外来で職場から来る患者は、健診で頸動脈エコーを診ているうちに、ちょっと横にずらした何だこれというのが、来るのが多いんですね。それに対して、1 cm以下あるいは5 mm以下の微小がんに対しては経過を見るという選択肢も患者さんに伝えるんですが、恐らく韓国ではほとんどやっているじゃないかと思うんです。小さいのも含めて。それで増えているのがあるんです。

星北斗座長

はい、ありがとうございます。

稲葉俊哉委員

先ほど、津金先生の方から、小児の神経芽細胞腫の苦い経験を生かすべきだというお話があったと思うんですが、私がちょうど若い小児科医であった時、正にその問題の渦中におりまして、あのたくさん神経芽細胞腫が身内で見つかって、スクリーニングをしますとですね、当時、画像診断の正に進歩しつつある中で小さな小さなものが見つかる。それを逐一取っていくということを行いましたら、それが当時は本当に科学の進歩であるとみんな信じていたんですけれども、10年20年経つうちに、どうも取らないで良いものを取る、余計なことをしてしまったんだという結果が分かって、非常にじくじたる思いをいたしました。なお、検診するのが良くないとかそういうことを申し上げるつもりはありません。ただ、がんだったら早く見つければ早く治るんだいというような、単線的な思考は、時に、あまり良いことでない結果をもたらすということは、申し上げておきたいと思いません。

星北斗座長

はい、ありがとうございました。それでは、時間もございます。次にまいります。甲状腺検査について、資料2ですね。説明をお願いいたします。

鈴木眞一教授

はい、福島医大の甲状腺内分泌学講座の鈴木でございます。甲状腺検査を担当している者として説明させていただきます。

資料②-1 ページをご覧ください。今日、保健福祉部長の方から説明ありましたように、先行調査が今年の3月末で終了しております。全体で対象が368,651名中、3月31日時点で295,511名の一次検査の受診率で80.2%の受診率でございます。うち、97.1%の方が2月21日までの検査分の方が結果が判明しております。A判定が99.3%、A1が51.6%、A2が47.7%、B判定が2,069名の0.7%、C判定が24年度の1名のみでございます。下をご覧ください。のう胞と結節の割合を示しております。年度別に書いてありますが、合計が5.1mm以上の結節が0.7%、5.0mm以下の結節が0.5%ですが、年度ごとに若干5.1mm以上の結節が増えております。のう胞に関しては20.1mm以上はいわゆるB判定になるんですが、現在までに12名しかおらず、ほとんど大半が20.0mm以下ののう胞でこれは137,077人47.8%を示しております。

②-2 ページをご覧ください。二次検査の結果をお示しします。2,070名の二次検査、いわゆるB判定とC判定の1名の方ですけど、84.7%の受診がございまして、1,754名、うち91.1%の1,598名が結果が判明しております。A1、A2と書いてありますが、いわゆるB判定の方、C判定の方が来る訳ですが、時間を置いて再検査をしたところ、いわゆるA1、A2に変わっているものが合計で33.5%。この方は、通常の保険診療で経過観察するのではなく、次回の検診を受けていただく。今回でいえば、本格検査を受けていただくということになります。残りの66.5%が精査をいたしまして、超音波の精査の結果、うち41.1%の437名が細胞診を執行されたということになります。残りは、先ほどから、ここが基準なんですけど、すべてを細胞診しているのではなくて、超音波で経過をみれるもの、見守るためにここをやっている訳ですけども、経過観察という方がこの間に入るわけでございます。

②-3 ページをご覧ください。当初二次検査がですね進捗が遅れているということで、システムを変えまして、1ブースから平成24年の7月には週2回1ブースに変えて、25年の1月からは週2回2ブースと4倍にしましたが、その後も間に合わないということで4月以降、6月からは週2回3ブースと6倍のペースにしまして、7月からは二次検査の県内拠点施設も加えまして、ピークに達しました。下にその進捗状況が分かりますように、11月以降は若干棒グラフの線が減っているのは、決して進捗が遅れているのではなくて、プラトーに達しまして、だいたい今のところ検査通知後2週間で二次検査の案内をお送りしていますので、同じようなペースで進んでいるところを示しております。

②-4 ページ目をご覧ください。先ほど申しました437名の穿刺吸引細胞診執行例のうち、90名がいわゆる細胞診で悪性ないし悪性疑いの結果が出たものであります。23年度が15名、24年度が54名、25年度が21名で、この黒枠で囲んである合計が90名で、うち手術が51名に執行されて50名が甲状腺がんが確定しております。1名は良性結節、これは23年度の1名であります。前回の検討会（検討委員会）でも低分化がん疑いというのが1名出したんですけども、何とか疑いと取ろうということで、この間も学外の専門の先生方に多数諮問していただいたんですが、今まさに、ここは低分化がんの診断基準が世界的に、

あと日本のがん取り扱い規約も今変わるところですので、この文言に関しては慎重になっているということで、一応結論を先送りにしました。あくまでも、専門家が診ても今疑いということで、新しい分類ができるのを待って検討したいと思います。男性女性に関しては 32 対 58 と女性が多い。平均年齢は 16.9 歳、震災当時だと 14.7 歳。平均腫瘍径は 14.2 ± 7.4 mm、5.1~40.5 mm ということで、B 判定が 5.1 mm 以上という基準でありますので、こういう形になっております。年齢分布ですが、この下にありますように、アの方が震災当時の年齢、そしてイが二次検査時点での年齢ですけど、震災当時ですとピークが 16~17 歳に多くて最低で 6 歳。いわゆる放射線の影響で多く見られるという 0~5 歳には現在のところ認められていないということでございます。あと二次検査時点ですと、多少時間の経過もございまして、19 歳にピークがきて、最大ですと 21 歳まで既になっているということもございまして。

②-5 ページ目をご覧ください。先ほども出た細胞診で悪性ないし悪性の疑いが出た 90 人の基本調査の結果ですが、うち 45 人が提出しており 50% になったということですが、結果が届いたのが今のところ 34 名と。その 34 名の結果がこの表のようです。最大 2.2mSv の男性が 1 名ということで、先ほどの資料①-8 ページに年齢別の基本線量が出ておりますが、それから見ましても悪性ないし悪性疑いの人は高い方におりません。ほぼ同じような分布を示しております。高い方にはいないということもございまして。血液及び尿中ヨウ素についても、前回の報告と同じようなものでサイログロブリンの抗体ですね。そこだけが、悪性ないし悪性疑いの方がやや高い。それ以外には差はございません。尿中ヨウ素にも両群間に差はございません。

では、②-6 ページをご覧ください。②-6 ページから②-7 ページまでは、いわゆる二次検査の市町村別の頻度でございます。いわゆる 23 年度国指定避難地域の 13 市町村ですが、これは一次検査の受診者を悪性ないし悪性疑いの人で割った場合に 0.03% で、二次検査の進捗率が 88.5% でございます。24 年度は二次検査の進捗率が 89.7% で、悪性ないし悪性疑いの頻度が 0.04% で、25 年度が次のページに出ておりますが、ここは進捗率が 78%、若干まだ、達してないところもございまして。そのためか 0.02% 若干低い値になっております。合計では、全体で 0.03% という結果でございます。あと、大きい 3 番をご覧ください。本格検査の実施については、このような形で、今回からは 26 年 4 月 2 日に本格検査として 2 回目の検査を開始しております。2 回目の検査は 1 回目に行った市町村順での検査を予定しております。現在は避難区域等の 13 市町村の対象者に対して検査を実施しております。今年度は 25 市町村の約 22 万の方を対象としており、今後対象者には順次検査実施のお知らせを送付いたします。また、2 回目の検査からは、24 年 4 月 1 日までに生まれた福島県民の方まで拡大し検査を実施しております。また、対象者の利便性を考慮し、県内各地の医療機関でも検査が受診できるよう調整を進めており、まずは協定を締結した 4 医療機関において、順次検査を実施中です。

②-8 ページからご覧ください。②-8 ページから②-11 ページまでは市町村別の一次検

査受診状況の資料でございます。後ほど、ご覧いただければと思います。

②-12 ページをご覧ください。②-12 ページはいわゆる、都道府県別一次検査実施状況ということで、23年の12月から県外の施設でも県外に避難や転居された方が検査ができるようにということで113施設を専門委員会で選別しまして締結をした。協定が締結できたのは現在84施設で、そこで検査が8,845人実施されているということでございます。実際の実施は24年11月から開始されております。

資料の②-13ページから②-16ページまでは市町村別の一次検査の結果が出ておりますので、これも後ほどご覧ください。

②-17 ページをご覧ください。資料4ですが、今までも出しております、年齢別・性別の頻度ですが、判定です。A1はやはり震災当時0~5歳に多く、A2は6~15歳、その後は若干下がるということでございます。A2とB判定に関してはちょっと白黒で見にくい方もいらっしゃると思いますが、B判定、A2判定とも思春期以降、女性に多いということになっております。この傾向は今までと変わりません。

②-18 ページは結節の大きさの分布が出ておりますが、5mmに一番のピークがございまして、それ以降順次減っていく。5~10(mm)というのは細胞診を実施しないで、経過観察をする人が非常に多いところですから、こういうところに入ってくるということがございます。

②-19 ページはのう胞ですが、のう胞に関しては下のグラフ見ていただきますように3mm以下が極めて多いところですが、実際探そうと思えば1mm以下も超音波で見つかるということですが、ここには3mm以下は合計で出していますから、極めて小さいものが多いということがここでお示ししております。

②-20 ページから②-21 ページは最後ですが、いわゆる二次検査の市町村別の判定結果をお示ししているものでございます。後ほどご覧ください。以上でございます。

星北斗座長

はい、ありがとうございます。国の県外甲状腺検査の検査結果についても、ご説明いただけるということですので、桐生さんの方からお願いできますでしょうか。これ、資料の7になりますか。

桐生康生参事官オブザーバー（環境省）

委員の塚原部長が国会対応のため欠席ということで、オブザーバーですけども環境省の方からご説明させていただきたいと思っております。参考でございますけれども、資料の7をご覧ください。ご覧になっていただきたいと思っております。

資料の7、これにつきましては環境省で実施した事業で3県（青森県、山梨県、長崎県）で甲状腺の超音波検査を行った結果でございます。平成24年度に約4,300人のお子さんに超音波検査を実施しまして、A1・A2・Bとほぼ福島県と同様な頻度で見られたというのが

1年ほど前に発表いたしましたけれども、今回はそのBになった方44名いたんですけども、そのフォローアップの結果を速報ということで、発表させていただいたものでございます。

1枚をめくっていただきまして、⑦-2ページをご覧になっていただきたいと思いますけれども、今ご説明したようなですね、経緯が書いてございまして、B判定とされた44名についてその後どうなったかというフォローアップしたということでございます。⑦-3ページをご覧になっていただくとその結果ということでございまして、上から見ますと4,365名の内、BもしくはCですね、Cは0(人)でございましたけれども、44人、そのうちのフォローアップができて確定結果が分かった方が31名いらっしゃいました。そのうちの甲状腺がんという風に診断された方が1名いらっしゃったということでございます。検査数が少ないのでこれを持って云々ということではございませんけれども、こういう調査の結果について報告させていただきました。以上でございます。

星北斗座長

はい、ありがとうございます。それではこれ2つまとめてといいますか、甲状腺検査について、ご質問・ご意見あれば伺います。はい、どうぞ。

高村昇委員

長崎大学の高村です。非常に詳細なご報告ありがとうございます。鈴木先生にちょっとお伺いをしたいと思うんですけども、今回3月までで1回目、ベースラインの評価を終えられたということで、②-7ページを見てみますと、まだいわゆる内部地域、会津地方の市町村では、まだ二次検査の受診率が低いという状況なんですけど、これは次回の検討委員会でデータとして出そろってくるということでよろしいでしょうか。

鈴木眞一教授

何とかそうしたいと思っておりますが、ただここで一つ大きな特徴があるのは、25年度になってから、震災当時16歳~18歳という方はもう既に21歳にまできていますので、その対象の方たちがどんどん増えてきているということで、その人たちが実は一番放射線の影響がない場合の結節・がんがしやすい年齢なんですけれども、その方たちの受診率は下がっているということに関して受診勧奨、または再受診検査をするということがありますので、今後十分にお呼びしなければいけないということは、考えております。

高村昇委員

これは次回というわけではなくて、ある程度そういう風な結果、1回目のベースライン調査が出た段階でいつも話題になる地域ごとのデータがだいたいどうなるかというのを是非表のかたちでもかまいませんので、お出しいただければと思っております。というのは、まさに今日これが終わって記者会見があって、必ず毎回聞かれるのが「数としてそれが多

発なのかどうか」というのが非常に皆様の大きな関心であるというなかで、我々が注意しなければいけないのが、そこに因果関係があるかということだろうと思います。一つは行動調査による外部被ばく線量というのも一つでしょうし、発症時年齢というのが一つであるということ、そしてもう一つがやはり地域による違いがどうだというような横軸の重要なポイントとして「地域」というのがあると思いますので、まとまれたデータを是非、ご紹介いただければと思います。

鈴木眞一教授

ありがとうございます。

星北斗座長

はい、とても気になるところといたしますか、前回もお話しましたとおり、夏過ぎにはと鈴木先生とお話をしていましたが、できれば一回目の評価として、評価といたしますか結果としてどういう風に考えるかということについて、一定の考え方をまとめるということをお願いしておりますので、一緒に考えて行きたいと思います。

なにか他にご質問ございますか。はい、どうぞ。

成井香苗委員

どうもありがとうございます。私の方向から一番関心があるのは、前回も体制づくりをなさったということをお聞きしました。この中で51の方が既に手術をされたということで、そういう方たちのメンタル面のケアがどのような体制になっているかを教えてください。

鈴木眞一教授

はい、ありがとうございます。まず私ども甲状腺検査部門にですね、こころのケアチームが、副室長として1名常駐しております、あと二次検査の段階では常に複数のこころのケアチームの人たちがつくという形で、特に診断・告知、そして手術までの不安に対してサポートしていく。今後新しく作ったのが二次検査から手術、一次検査が終わって二次検査と判定を受けた場合に、その間相談する Web の窓口もつけたということで、実際に来ていただいてこころのケアの窓口はあるのですけれども、そこまで待つ間の不安もあるだろうということで、そこに対する相談のひとつの窓口を作って、もう少し特に二次検査を受けられる方に対する不安の解消、それは治療にまで続いていくということでございますけれども、入り口はそういうところから開始しております。

成井香苗委員

ありがとうございます。Web の窓口を作ったというのは、とてもいい。誰でもすぐその

場で質問が投げかけられるということだと思います。

それでもう一つなのですが、今作られた体制というのが手術を受けるあるいは受けた後、一緒に診察を受けたりいろいろやるわけですが、そのところで医大へ行って窓口の方とお話になったり、こころのケアチームがサポートしてくれて、こころのケアをそこでするってということだと思っんですね。ただ、手術後のケアっていうのもまた大事で、術後の不安が寄せては返す波のように、様々なシチュエーションのなかで起こってくると思うので、それがどうやってケアされるのかを教えてくださいたいです。

鈴木眞一教授

はい、ありがとうございます。きわめて順調に皆さん社会復帰されてはいるんですが、その中で我々が気づかない、いろいろな不安があると思いますので、今はそういう術後の外来にも、こころのケアチームが立ち会ってですね、必要な人もしくはそのご家族には、相談に乗れるようなかたちで、必ず立ち会っております。そういうことができるような体制をこれからもずっと続けていくということでございます。

成井香苗委員

ありがとうございます。きめ細やかでいいと思いました。ただ、外来に定期的に検査に行く時ですよ。そうじゃなくて、日常暮らして、手術した方もきっといろんな市町村にバラバラにいらっしゃると思うんですよ。どこに偏在している感じじゃないので。

そうすると、福島医大までが遠いっていう人はいっぱいいると思うんですよ。そういう時に、地元で本当に心配な時にすぐにお話を聞いてもらったり、答えてもらえるような場所があるといいんじゃないかと思うんですが、それはどうでしょう。

鈴木眞一教授

これは今の喫緊の課題というか、だんだん治療も診断もその後のフォローもですね、いろんな地域に広がるわけですので、その中でやはりそういう体制を作るというのは、我々に課せられた課題で、まずは足下から固めてますけど、今そういう視点で動いていることは確かです。やはり、すべてはすぐに揃いませんけど、遠くにいる方もそういうアクセスができる。その部分は我々のセンターからアクセスができる場合と、その場の地元の人に、先生がおっしゃったように地元の人ができるような体制を作らなければいけないと思っますが、そこに関しては課題にはなっていますけれども、今後も、次回以降お示しできるかどうかという課題だと思います。

成井香苗委員

ありがとうございます。是非がんばってください。

阿部正文センター長

今の鈴木部門長からの説明補足させていただきますけど、先生のご指摘のとおり、医大の中では体制は構築しまして、今、順調に動いているということでございます。先生のおっしゃられるとおりに、じゃあこの手術された方が地元に戻った場合、地元でどういうケアの体制を受けられますかという、その組織体制がどういう運営をしていったらいいのかという問題だと思います。そこはまだ十分に体制等整っておりませんので、市町村自治体と県のこころのケアセンターと当大学、あるいはこの大学の中にあるこころの健康度のチームなどもございますので、話し合いをしてどういう体制を作れるかどうか検討していきたいと考えています。

成井香苗委員

それでちょっとお願いがあるのは、その体制づくりをする時に医大関係の方だけでその体制を作らない方がいいと思います。というのは、いろんな思いの方がいらっしゃるし、メンタルというのは結局誰がカウンセリングをするかっていうのがすごく大事なことで、その相談される方が一番信頼できる人とお話することが一番効果的なカウンセリングを受けることができることになるので、そういうことができるようなシステムを是非考えていただきたいと思います。

阿部正文センター長

それはもちろん医大だけでやるということではございませんので、これは関係する機関、もちろん医師会、看護協会等の協会もございますので、そこは話し合いを通してそういう体制を検討していくということでございます。

星北斗座長

ありがとうございます。どうぞ。

清水一雄委員

日本医大の清水ですけれども、あの外科の手術のことなんで鈴木先生に聞きますけど、専門的な部分になるんですが、大事なことだと思いますので。手術をする時にですね、ひとつは術式ですよね、半分取るのか全部取るのか。これも対象によって様々だと思うんですけども。あとリンパ節の郭清をどの辺までやるのかということなんですけれども、それと、例えば小さい内に見つかった症例は半分手術で終わるということもあると思うんですが、その場合に乳頭がんっていうのは腺内転移といって反対側にいくことも比較的あるもので、その後の術後の管理、患者さんのフォローですね。甲状腺機能も含めて、カルシウムどうするかとかいっぱいあると思うんですけど、それをどういう風にフォローされているのかが一つとですね、あと一つは、今後、手術をする時に例えば福島県立医大でなく他

の施設であると思うんですが、そういう時の術式、手術の統一みたいのがあるのかということちょっと聞きたいと思います。

鈴木眞一教授

はい、ありがとうございます。まず術式ですけど、これはいわゆる独自の施設の術式ということではなく、日本でいま清水先生も入っていますけれども、診療のガイドラインを作っていますので、それに則ったかたちで診療するというのが一般的です。そこにプラスアルファ小児を対象としますので、長期にわたる、まず命に関わらない長期生命予後がいいものですので、**QOL**を落とさないかたちの術式というのが望まれます。

ですので、十分に先生のいった反対側の腺内転移やリンパ節転移という、画像で極めてよく分かりますので、分かる範囲で過剰な予防切除はしておりません。

あと、リスク分類とかありますので、ハイリスクでない低リスクの場合は、限定的な手術に留めるということで、ハイリスクが疑われたり、広い範囲にある場合は、必要に応じて全摘等の大きな手術になるというのは、それはそれぞれの症状に応じてですが、コンセプトには基本的に予後のいいもので、長期に**QOL**を落とさないという術式をとるということでございます。

清水一雄委員

あの、この疾患っていうのはですね、このデータにもありますとおり女性に多いと、倍以上ですよ。小さい子もちろん対象にしておりますので、傷を作ると非常に大きな**QOL**の精神的な障害になると思うんですね。先生もやってらっしゃいます。私もやってますけれども、内視鏡手術が今ずいぶんやられてますけれども、保険が通ってないんですよ。ですから非常に高いお金がかかる訳です。子供さんたち女の子にとっては傷の綺麗な、あるいは制度上の問題を損なわないような手術を施行されると思うんですけど、先生にお願いしたいのは、これを厚労省に対してですね、保険申請を何回も何回も言って交渉するんですけども、通りそうになると役所仕事って遅くてですね、2年経つと係が変わっちゃうんです。また最初からやりなおす。10年続けてきたんです。他の内視鏡手術はすぐに通るんですけども、結構早く通るんですけども、これは通らないんです。なぜか。それは、やってる手術があんまりたくさんはないっていうこともあるんですけども、ただ、患者さんはたくさんいて、ニーズもたくさんあるんですね。そこに2年ごとに最初からやり直して10年経っちゃったんですけども、ぜひ今一番国に近い立場にいらっしゃる鈴木先生にですね、我々もちろんサポートしますし、学会としてもサポートしたいと思うんで、先日もお会いした安部総理に直接お願いしていただいてもいいんですけども、よろしくお願ひいたします。

鈴木眞一教授

ちょっと今、同じ仲間の清水先生からそのようなお話をいただきましたけども、少し誤

解をされているのではないのでしょうか。内視鏡手術は私ども学会で推進してますし、保険を通す動きもしているんですけども、内視鏡手術をすればなんでもいいのかというわけではないということです。お子さんの甲状腺がんはほとんど乳頭がんでリンパ節転移が非常に多いんです。これは内視鏡で確実にリンパ節を取れるかっていうエビデンスが現在ないので、それは時間が掛かると思うのです。内視鏡手術自体、例えばリンパ節を取らないような手術をする場合、特に良性の腫瘍が見つかる。その場合は内視鏡手術は非常に有用なんですけど、悪性のもちろん手術でもやられてるんですけど、そこに関するコンセンサスはこれから得られるもので、今すぐにもし小児に適用された場合、全部内視鏡でやればいいっていうふうになると、今度はそこからリンパ節転移の再発がどうかっていうエビデンスは今のところまだないので、そこに対しては少し分けて考えていただきたい。

清水一雄委員

適用は慎重に選ばないといけないので、我々も大人でも子どもでも悪性腫瘍で内視鏡手術をやる場合には、術前の検査でリンパ節が腫れてない、リンパ節を郭清する必要がない、リンパ節転移がない場合に限って、限定して、私どもで 10%くらいなんですけど、もちろん限定してやってるんで、今後はですね、もちろん整容性の面では確かに意義があると思うんで、あるいは、ちょっと外れますけれども、遺伝診断の追加、発症前の治療、いろいろ適応があると思うんです。

星北斗座長

はい、ほかに何かございますか。

床次眞司委員

弘前大学の床次です。きめ細やかな調査ご苦労様です。私のほうからはですね、線量評価といたしますか、そういったものに関するコメントを一つ。

今回その平成 25 年度ですね、先行調査が終わって、だいたいそのおおよその様子が見えてきたんですけども、放射線被ばくとの因果関係を考えた時にですね、線量評価をきちんとしておく必要があるかと思えます。そういった本格調査を迎えるあたり、今後の方針を明確に、被ばくとの因果関係を調べるために、今後の方針を明確にしておく必要があるかと思えます。

それから、初期ですね被ばくの状況といたしますか、情報というのがかなり解明されてきておりますので、そこから推計をしていくわけですけども、そういった中でですね、例えば ICRP（国際放射線防護委員会）のような値をですね、そのまま日本人に適用できないという場合もあります。生物学的な半減期であったりとか、あるいは甲状腺への移行率ですね。ヨウ素の移行率、そういったものがもろにですね、線量に効いてきますので、例えば尿中ですねヨウ素の量を調べておられるというのは、恐らくそのヨウ素の摂取量と

かそういったものが推定するという事だと思んですけど、何らかの方法ですね、例えば日本人の甲状腺へのヨウ素の移行率というのを分布でもいいですし、幅を持った数字でもいいですので、そういったものを出していただくと、より精度の高い線量評価ができるのではないかと、そういうふうに思います。以上です。

鈴木眞一教授

ありがとうございます。今、最後におっしゃられたヨウ素の件に関しては、今我々のほうでは科学論文のほうで検討しています。あとは、線量評価ですけど、当然最初から基本（調査の）線量の話があったように、甲状腺の検査の時はなるべく基本（調査の）線量の回収をあげるということで、これは力入れてますので、かなり増えると思いますが、それだけじゃなく内部被ばくの推計と色々な形で今推計の試みがされてますので、それが何らかし上積みされることを僕らは期待しています。そういうかたちで動いているかと思いません。これはあくまでも疫学的に差を見るとすれば、やっぱりそういう曝露された因子がないと分からないわけですから、そこは当然のごとく今お出しできるもの、最初は不確かなものもあるかもしれませんが、いくつかの形で出しているということです。ありがとうございます。

星北斗座長

はい、よろしいでしょうか。はい、どうぞ。

清水修二委員

今日の資料では、この検査結果の評価については触れていないんですけども、その見方で一つだけ申し上げたいと思います。これまでの報告の中で何度かですね、チェルノブイリの場合には、4、5年経ってから子どもの甲状腺がんが急に増え始めたということとの対比でもってですね、今の段階での福島の小児甲状腺がんは事故の影響とは考えにくいと言及されました。

私はですね、このことについては、ちょっと慎重に考えなければいけないと思ってまして、といいますのも、先ほどの100mSvの話と少し似ているんですけども、出るとしても5、6年経って以降であると、いうふうに考えてしまうと、今見つかる甲状腺がんは事故の影響でないという結論が先に用意されてしまっていることになってしまう、論理的にそうなると思うんですね。

従って、今調べているのはバックグラウンドのデータであると。本格検査はこれからだというようなことを言われますとですね、じゃあ今は影響ないということを最初から前提とした調査をしているんですかと、いうふうにどうしても言われてしまうと思うんですね。ですからチェルノブイリの事故における甲状腺がんの発生の時期のデータについては、参考にはする。しかし、判断の根拠にはしない、基準にはしないというふうに扱うべきだと

思うんです。そうでないと、この調査の存在が論理的に崩れてしまうと、いうふうに私は思うんです。

鈴木眞一委員

ありがとうございます。逆にそういうお話しを聞いてある意味心強いというところもあるんですが、まずですね、我々はこの調査を先行調査と本格調査で力を変えてるわけではありません。同じように見守って、放射線の影響であろうが、甲状腺に治療が必要な人がいるかないかを見て、甲状腺の状態を把握するっていうことが重要なことで、その中でどういうものがあるのかっていうのを見てるので、もう少し控えめな言い方をすれば、チェルノブイリの線量と福島の線量が当初明確に分かっていない中で、“保守的に”という表現がある、多いなかで、様々な意見があった中で、我々はそこをあまりこだわらないでいきましたが、だんだんチェルノブイリを超えることはないだろうという表現が出てきたなかで、チェルノブイリで4,5年に出てきたものを、それより前に出てくるという科学的根拠は少ないだろうと。ましてや、それだけで見ているではありませんので、そういう目で見ただなかで小さい子どもには見つからないとか、いろんな今先ほどいった地域性が無いとか、いろんなことを鑑みてそう見ているだけで、決してまったく影響が出ない検査をしているつもりは全くございません。我々は同じように検討していくなかで、ただ聞かれた時にそう答えただけですので、我々は評価をこれからするものですし、もっと長い間に分かることもあるでしょうし、我々は今できることは精度を落とさないで、非常に微妙なところも分かるようにきちっとしなければいけないということしか考えておりません。

清水修二委員

この委員会としてのね、やっぱり評価ということになるというふうになると思うんで、専門の先生方が一定の仮説を持ってですね、調査に臨むということは普通のことだと思います。別に間違っていないと思いますけども、それがあたかも、予断をもって調査に臨んでいけるように、やっぱり誤解されてはいけないと思うんですよね。ですから、先ほどの件も慎重に使わないといけないと私は思います。

鈴木眞一教授

あと、個人線量は全くそれぞれまだ明確に分かっていませんので、概ね線量は高くないということは分かっていますが、絶対に50mSvを超えないと、100 m (Sv)を超えないということが、すべての人に証明されているわけではありませんので、そこはそこで我々、私は甲状腺の検査をする側ですので、そこに関しては全く線量に関しては分かりませんので、同じようなペースで甲状腺の検査ができるようにして、得られた放射線の情報に関して評価するということになるかと思えます。

星北斗座長

よろしいでしょうか。これは非常に重要な指摘だと思います。予断をもってベースラインの調査するのか、そういうようなことで話を進めて、まったく変化がないのか、証明してみろという話しになりますので、そこはこれからの2年後、3年後、5年後の検査をしなければ分からない。あるいは、振り返って分かることもあるでしょうし、1年間が終わった時点で一定程度の理解ができることも出てくると思います。前々からお話ししているように、8月くらいに、大体すべての二次検査が終わって、診断確定となれば、今いったようにまったくそれはベースラインでここから始めるというような評価の仕方ではなくて、地域差はどうかとか、あるいは分かっている範囲で被ばく線量との関係があるのかないのか、そういうことを議論しないと、まさにおっしゃるとおり、今後検査をしていくことについての意味が失われてしまわないとも限りませんので、そこはしっかりと議論したいと思います。ただ、鈴木先生が今おっしゃっていただいたとおり、甲状腺の形態的な変化と、それからガンの発生と、それと治療について、責任を一義的にもっていただいているというふうに私は理解していますので、鈴木先生だけにそのことを申し上げるのは非常に酷だと思いますから。どうぞ。

清水一雄委員

すみません、もう一つお願いします。今回の悪性ないし悪性疑い90人ということで、去年の25年の12月31日は75人だったので、15人増えたんですね、3か月で。これは母集団と比較しながらこの3か月後を見ると、増えてるんでしょうか、減っているんでしょうか、あるいは横ばいなんでしょうか。

鈴木眞一教授

頻度は横ばいだと思います。

星北斗座長

それではよろしいでしょうか。時間もございません。本当に申し訳わけないですが、続いて議事の次の健康診査について、そしてその後の既存健診対象外の県民に対する健康診査、続けてお願いをできますでしょうか。

阿部正文センター長

健康診査の詳細の報告の前に、昨年健康診査の血液のデータに転記の誤りがあったことが昨年の暮れに分かりまして、昨年の12月26日に記者会見等を行いまして、対象者のみなさん、それから関係者の皆様に謝罪を申し上げたところでございます。

この件につきましては、前回の第14回の2月7日健康管理調査検討委員会で、中間報告という形で報告させていただきまして、その時、確認作業を進めているところなんですという

ことを報告をさせていただきました。3月にすべての確認作業等が終わりましたので、3月25日にすべての確認作業が終えたことについて、記者会見等をして、県民の皆様、あるいは対象者の皆様に説明をさせていただいたところでございます。今回は、その内容等につきまして健康診査・健康増進室長からまず報告をさせていただきますので、よろしくお願いいたします。

星北斗座長

資料8ということよろしいでしょうか。

阿部正文センター長

はい。

橋本重厚教授

それでは阿部センター長からお話がありましたとおり、健康診査・健康増進室の橋本がご報告申し上げます。よろしくお願いいたします。

転記の誤りの概要についてご報告申し上げます。平成24年度県民健康管理調査「健康診査」に関する再確認総数は、59,280件。うち手作業転記は23,857件でした。転記誤りは、総計978件、全体として1.6%に相当します。これはすべて、手作業による転記から発生しておりました。内訳ですが、県内小児健診787件、県外健診109件、施設健診49件、個別健診33件という内容でございました。個々の判定誤りに結びついたものが20件ありまして、そのうち総合・疾患別判定誤りとなったものが9件あることが判明しました。詳細は下の表にございますとおりであります。

原因ですが、血液検査の伝票が参りますと値を受診録に手作業で転記する際に、数値の桁数の誤り、あるいは記入する欄にズレが生じて転記の誤りが発生したというのが主な原因のようであります。

受診者への対応でございますけれども、978件への対応については、判定誤りの影響の大きい総合・疾患別判定誤り9件について、福島医大の医師が面会してお詫びにあがりました。経過説明の上、訂正結果をお渡しすることを基本としておりました。4件については、訪問により、お詫び及び経過説明の上、訂正した結果をお渡ししました。残りの5件については、相手からそこまでの必要がないとの申し出がありましたので、健診実施機関等が電話でお詫び方々経過説明の上、訂正した結果を郵送しております。総合・疾患別判定誤りに到らない項目別判定誤り11件ございまして、これについては、電話で健診実施機関等からお詫び、経過説明及び訂正した結果を郵送しました。

次に、判定に誤りの無い958件については、健診実施機関等が文書でお詫び及び経過説明の上、訂正した結果を郵送しております。

再発防止策ですが、基本的には複数人による確認の作業を徹底させること。それから受

診録提出時に血液検査結果伝票を添付することを義務づけておりまして、これを徹底していただくこと。それから、機械的に一定値以上、あるいは一定値以下のチェックを行うことを基本にしております。個別健診、それから小児健診、県外健診、施設健診の各々に詳細については、以下のとおりでございます。以上が転記の誤りの概要についてのご報告でございます。

星北斗座長

この件よろしいですね。それでは続いてお願いいたします。

橋本重厚教授

それでは資料の 3-1 をご覧ください。県民健康調査「健康診査」の実施状況について、目的はこれまで通り、発災後に避難区域に居住していらっしゃいました住民の方々を中心に、多くの方が自分の健康に不安を抱いているという状況にございますので、県民の方々の健康維持・増進を図るためには、避難区域の方々の健康状態をご自身で把握していただくことが、非常に生活習慣病の予防、疾病の早期発見、あるいは早期治療につなげていくことに結びつきますので、このような方々を対象に健診を実施しています。

対象者は、平成 23 年時指定の避難区域等の住民の方々及び基本調査の結果必要と認められた方々で、地域は以下に示すとおりであります。状況については、16 歳以上では、特定健康診査項目を基本といたしまして、血算などの追加項目を付加して実施します。詳細は下の表にあるとおりでございます。

25 年度の実施体制をお話申し上げます。次のページ③-2 をご覧ください。既存の健診制度を活用しております。これを活用すると共に、避難区域の住民の方々が県内外に避難していらっしゃいます状況を踏まえまして、まずこの方々の利便性を考慮しながら健康診査の実施体制を構築しました。県内にいらっしゃる対象者のうち、16 歳以上については、既存の健診と県民健康調査「健康診査」を一度で受診できるように、自治体の実施する特定健康診査において、追加項目を上乗せして同時に実施するということにいたしております。また、受診できなかった方々を対象に県内 24 会場延べ 69 回、集団健診方式で健康診査を実施いたしました。集団健診と同時期に、県内協力医療機関においても健康診査を受診できる体制を整えまして、510 施設にご協力いただいております。15 歳以下の小児の方々については、その特性に対応できるように、小児医療機関にご協力をいただきまして、県内では 104 の医療機関において健康診査を実施いたしました。

一方、県外に避難している対象者の方々については、合計 951 の医療機関にご協力を賜りまして健康診査を実施しています。16 歳以上については、453 の医療機関、15 歳以下の小児については、県内と同様に、小児科を標榜する 133 の医療機関、16 歳以上と 15 歳以下のいずれも対応できる 365 の医療機関にご協力をいただいております。この場を借りて全国の医療機関、県内の医療機関のご協力を賜った先生方、施設の方々に深く感謝を申

し上げる次第でございます。

実施状況について、次に(3)の表を見ていただきたいと思います。この表にあるとおり、平成25年度の16歳以上の受診率は23.2%でありまして、開始時の30.9%と比較すると7.7%減少いたしまして、経年的に減少しております。同じく15歳以下の受診率は開始当初が64.5%と比較すると、25.8%に低下し、38.7%でございました。この理由として考えられますことは、毎年実施している健康診査が定着いたしまして、いつでも受診できるという安心感から受診時期を逃してしまったことが一つ予測されます。また、医科大学が実施する集団健診は、受診希望の締切日を設けて取りまとめております。締切日が早すぎた為に、申込みのタイミングを逃してしまったという方々のご意見も賜っております。

このような状況を踏まえまして、平成26年度以降は締切日の時期を延長する、あるいは引き続き利便性の充実を図るということで、3つの取組を項目によって考えております。まず非常に大事だと考えられるのは、市町村との連携でございます。受診勧奨、リマインダーと申しますけれども、これを行うということでございます。色々な健診でリマインダーを出すことによって、10%受診率が上昇するというのを聞いておりますので、それを採用いたしました。住民向けの説明会の実施、24・25年度に引き続きまして、健康意識を高めて頂くということが足掛かりになりますので、多くの会場でよろず健康相談を実施することにしております。健診結果の見方についての小冊子も作成することにしました。健診結果を本人へお送りする際に、健康的な生活を支援するための解説を盛り込んだパンフレットを作成しまして、26年度から同封してございます。以上でございます。

星北斗座長

はい、ありがとうございます。

橋本重厚教授

実施計画は③-4ページ目にございまして、そのとおりの計画で行うことにしております。

星北斗座長

はい、ありがとうございます。

続いて、既存健診対象外の県民に対する健康診査についてお願いします。

小林弘幸課長

県民健康調査課小林でございます。私の方から資料3-2既存健診対象外の県民に対する健康診査の実施状況についてご説明させていただきます。

まず健康診査の目的ですが、これまでの既存の健診制度では受診機会がなかった方に健康診査の機会を提供し、将来にわたる生活習慣病の予防、疾病の早期発見、早期治療に繋げることでございまして、平成24年度から実施しております。

健診の対象者でございますが、具体的には先ほどご説明されました避難区域等の方の対象とした健診対象でない方のうち、概ね 19 歳から 39 歳まで、職場や学校で健診制度がない方を対象にしております。健診項目につきましては、記載のとおり、いわゆる特定健診に準じた内容になっております。

実施方法でございますが、市町村の集団健診の中で行っていただく方法、又健診実施代行機関に委託し、広く県内外の医療機関で受診していただく方法を取り行いました。

実績でございますが、平成 24 年度実績及び健診項目毎の分析結果につきましては、前回第 14 回委員会の中で報告させていただきましたので、今回は省略させていただきます。また、平成 25 年度健診項目毎の分析結果につきましては、現在取りまとめ中でございますので、今回は平成 25 年度の受診人数の実績のみの報告とさせていただきます。平成 25 年度の実績といたしましては、市町村に実施を委託した分が 5,559 人、健診実施代行機関に実施を委託分については、県内県外併せて 10,390 人、合計 15,949 人となっております。この数値を平成 24 年度と比較しますと、数にして 7,972 名の減、率にしまして 33.3%の減となっております。

続きまして、平成 26 年度実施計画でございます。37 市町村が市町村の実施する集団健診の中で行い、また 27 市町村が健診実施代行機関を活用して行う予定となっております。また代行機関を活用する 27 市町村の中には市町村委託分と重複する部分がございますが、これにつきましては、例えば、個別健診を希望する人や市町村が実施する集団健診の未受診者等については、代行機関を活用するということでございます。下の表につきましては、市町村委託と代行機関委託ごとに大まかな実施時期と案内送付者の見込み数を記載しております。ちなみに対象者につきましては、加入保険の種別等を事前に把握できないことから、案内送付者としております。以上でございます。よろしくお願いいたします。

星北斗座長

はい。ありがとうございます。この二つの件、あるいは先ほどあった再確認の件ですけど、併せてご質問いただきます。どうぞ。

井坂晶委員

双葉郡医師会の井坂ですけれども、だいぶあのいろいろ考えをあれしてしまして、受診率の改善に向けて努力されたことは分かっておりますが、前々から予て申し上げますように、③-3 ページ調査の評価について、23 年度から 25 年度 26 年度まで書いてありますけれども、毎年受診率が低下していつているんですね。このことは、県民健康調査という事だけで、もう現場としてはですね、衰退してなんか危機感を私はもっているんですね。地元では住民健診をやって、1 ヶ月後にまた県民健康調査で案内が来てということで、何回やるんだと。かねがね前から申し上げていることで、この福島県は健診が複雑多岐に渡っていて、現場が非常に混乱しているということがあって、しかも今回の誤った報告、数字

の問題、単位の問題とかもできるだけすり合わせて一元化することを毎回お話しはしていましたが、それは無理だというお話を受けてですね、しかし、特別この改めて健康調査をやるということではなくて、ダブっている点が沢山あるということで今お話も出ていましたので、統一して行くところは統一していくべきでありまして、できるだけ受診率を伸ばすためには、市町村の健診を母体にしてやっていくしかないのだろうと私は何回もお話してきたはずですね。その中で、市町村でも健診の依頼するところが違ったり、単位が違ったりはしているわけですが、検査データの報告をすることに人海戦術を使うところに間違いがあるわけで、きちんと統一した報告書、あるいは検査データのコピーを添付すると、添付するのも避難地域とそうでない地域では違うと、避難地域は添付するところがないという違いがあったので、その辺を是正しながらですね、きちんとやっぱりやっていただかないといけないと思いますね。これから市町村の健診が始まりますから、やはりきちんと市町村にお願いをして、その中でやっていくと。特定健診に乗せるということではなくて、特定健診は40歳からですから。今回のを見ますと16歳から取りまとめているから、ぜひそういうふうにして進めていただければ、受診率は上がると思いますね。現在の受診率で避難地域でさえも43%ぐらいしかない訳ですから、ますます減少していったら、このまま県民健康調査ということでもっていきますと、何となく衰退していくのかという危機感を私はもっています。

ですから改めてですね、前にも今年の8月でしたか、見直しにきている時期ではないのかということをお話ししましたよね。この県民健康調査の見直しが必要じゃないかということをお話ししたんですが、その辺についても考慮していただければというふうに思っております。決してこれでは満足できるものではないと思いますので。

星北斗座長

はい、どうぞ。

橋本重厚教授

ご指摘ありがとうございます。引き続き最善のものを提出できるように検討していきたいと思っております。

安村誠司副センター長

副センター長の安村です。ちょっと補足させていただきたいと思っております。先生から今までも十分検討するよということ、センター内でも色々、今も橋本室長からもありましたけれども検討しているところです。ちょっと私の聞き間違いか誤解かと思われるのは、市町村の健診プラスその後でまた医大からの案内が行くというのは、ちょっと誤解かなと思っておりますのは、県民健康調査「健康診査」に関して、避難区域の方々の地域における特定健診・保健指導に上乘せという形ですので、改めて別な案内が行くという形にはなってい

ないと思います。そういう意味で作りが私の聞き間違いでなければ、市町村の健診の上に県民健康調査としての項目を付加して県民健康管理をしっかりとやっていきたいと思いますという趣旨でございますので、先ほど説明がありましたけれども、市町村と共にですね県、医大、市町村と一緒に力を合わせてやっていきたいと思いますというスタンスであることをご理解いただきたいなと思います。

2点目、先生ご発言の中で重なりもあるんじゃないかという事でありましたけれども、こちらの資料の3-1の③-4ページ目の最後にありますように、対象者に関しては県内県外16歳以上、15歳以下ということで、対象別に区切ってありますので、基本的には重なりはないというふうに理解しております。なお、16歳以上に関しましては、今ほど申し上げましたように、市町村が実施する、施設特定健診、総合検診に上乗せをし、それを受けられなかった方や受けることが丁度できなかつた人に対して、医大が直接実施するのが集団健診方式でありまして、その下にあります医療機関における個別健診というのは、集団健診方式での時間が合わないような方に対して、県医師会さんのご協力をいただいて、県医師会さんの方での協力いただけるという医療機関のところ個別に受けられるような体制をつくったというところでありまして、説明がこちらの方で分かりにくかったと思いますけれども、そういうことで今後も受診者の方、住民の方の利便性を高め、かつ私達も受診率が下がっていることに関して大変危惧しておりますので、市町村さんと一緒にですね、県民、皆さんが健康になれるような健診方法を今後もしっかり続けて行きたいというふうに考えております。

なお、一点補足ですが、③-4ページ目の下にありますように、今までただ健診の結果を評価するというだけでなく、健診結果を解析して市町村にその結果も活用していただくということで、自らの市町村の結果を健康づくりに活かしていただくというような新たな試みも引き続き今後もやっていきたいというふうに考えています。よろしく願いいたします。

星北斗座長

はい。この件は再三議論してきたところだと思います。より多くの人に人を受けていただくのが大前提であります。そのためにも、それぞれの県民の皆さんに健康に対する意識を高めてもらう。これは、健診を受けたから高まるとか高まったから健診を受けるのかどっちが先だか分かりませんが、いずれにしてもそうゆうプロパガンダ（宣伝）というか、そういうみんなへの周知があった上での話。そしてそれぞれ市町村によって、様々な事情があるんでしょうけれども、受けやすい、そしてその受けた結果がですね、受診に繋がったり、健康指導に繋がったりとその後での活用、トータルで考えるべきものだろうというふうに考えておまして、健診も受診率だけが高ければいいというものではないとも思います。

従ってこの件はですね、市町村にお願いしたり、あるいは色んなものを送っても、届い

たところではご本人にそういう意識が高まらなければ、受診への足を運ばないとか、様々な問題があると思いますので、制度等それからやっぱり皆さんへの理解の促進というのを両面で見なければいけないと思います。引き続き受診率の向上及び活用評価についてよろしくお願ひしたいと思います。他にございますか。はい、どうぞ。

春日文子委員

私は健康診査については、何度ご説明をいただいても、毎回ここに来て何か全体像が理解できなくて、いつも悩んでしまうんですけれども、どうも、これは県民健康調査、医大にお願いしていることだけでは解決できない全体的な県のシステムではないかと思うので、ぜひ保健福祉部長さん、先ほどのご挨拶の時に福島県が健康長寿日本一になりたいという、それを目指しているという力強い言葉がありまして、私も本当にそれを心から応援したいと思っている委員の一人として、ぜひ県民の方に全体として理解し易く、そして受けていただき易い様な健診体制全体の構築を改善していただければというふうに思います。

その上で、現在目標に向かって少しずつ改善を重ねられているところだと思うんですけれども、その一つとして、資料 3-2 の方ですね、既存健診対象外の県民に対する健康診査として、この対象者を 2 として増やしていただいていると思いますけれども、この健診項目を拝見すると生活習慣にかなり重きをおいた健診項目の追加になっているのではないかとこのように思われます。

それで、私も関連法律での対象項目がよく分かっていないので、的外れな質問かもしれませんが、今回は原発事故の影響を、長期間にわたって丁寧に見ていきましょうとそういう趣旨からしますと、子どもも含めてですね、学童も含めて、血算の内容、中身の健診がぜひ続けていただいた方がよいのではないかとこのように思いますが、これは資料 3-1 で対象となっている避難区域等のお子さん以外は、現在、学校保健安全法ではここの血算に関する検査はされていないと理解してよろしいでしょうか。その辺、福島県内、せめて県内です、希望する市町村、あるいは希望するお子さん達、あるいはそのご両親の希望によってその項目を増やすということは可能なのでしょうか。全体的なお願ひと個別の質問と両方で混乱して申し訳ありません。

小林弘幸課長

県民健康調査課の小林でございます。健康診査につきましてはですね、まず福島県全体として県民の皆さんの健康を守るという視点から平成 23 年度からですね避難区域 13 市町村についてやっとな。それ以降ですね、避難地域以外の部分につきましてもやりましょうということで、平成 24 年度からやっております。避難地域につきましては、健診項目でございますが、基本的に特定健診ですね、上乘せするという形でやっています。ただ平成 24 年度から始まったそれ以外の地域につきましては、通常今までですね、そういった健診の機会が無かった方を中心ですね、我々は特化しようという趣旨のもとですね、や

っております。具体的には、主に19歳～39歳までの国保の被保険者または職場保険の被扶養者保険の被扶養者の方、今までなかったのが我々としてはカバーしてですね、健診をやりたい。ただ、健診項目につきましては、13市町村の項目の上乗せをなくしてですね、基本的に市町村の特定健診の項目を基本としてやりたいということで制度設計したところでございます。

星北斗座長

あのですね。今の質問はそういうことではなかったような気がするんですけども。今、即答できないと思うんです。今の話ね。春日委員がいったのは。ですから、福島県内の避難区域の中の人とそうでない人と、年齢と、制度と、それによって受けられる健診項目など、一度、大変恐縮ですけど、県の皆さんに整理をしていただいて、大変恐縮ですけどご説明いただくと、この健診の目標としていることが何なのかということが浮き彫りになると思うんですね。そのことを多分、求めていらっしゃるんだと私は思いますので、他の部局や今、現に行われていることについて、少し整理をしていただくことをお願いしたいと思います。その上で、健診項目を見直すとか追加するとか、対象者をどうするのかというのは、それを見ないと分からないということを仰っておられるというふうに理解しましたので、そのように、今日、即答できる人が居ればいいですけど、学校健診では何の項目をやっているとか、今聞かれてもきっと分からないだろうと思いますので、一度これ整理をして、我々の議論の場に提出していただくということで、部長さんよろしゅうございますか。困ってますね。

馬場義文次長

健康衛生担当次長の馬場でございます。今、小林課長の方からおっしゃられたのは実態を申し上げたということでございます。これを導入する際に、経緯を申し上げますと、先ほど小林が申し上げたとおり、まず、放射線云々ではなくて、それとは別に、やはり全県民の健康を守っていくというのであれば、対象となっていない人も全部まずは、健康診査を導入すべきではないか、というところからスタートして、この土台が始まってございます。従って、その13市町村の方々の構築の部分は、また別にですね入っているのが経緯でございます。

ただ、いずれにしても、春日委員おっしゃいましたが、今後こういった検討の場ですね、そういったものも必要ではないかというのがあって、ご検討された中でですね、必要性がまた出てくれば、対応をですね、考えさせていただきたいというふうに考えております。

星北斗座長

はい。あのですね、これ言っていることが少しずれているので、座長として少し整

理しなきゃいけないと思うんですけども、井坂先生がおっしゃった事もそうですけれども、いわば、もう少し単純にね、何処ぞの地域だとか、どこそこじゃなくてということも井坂先生は仰っている。それから春日先生は、どういう項目が本当に行われていて、その項目の選定は、本当に合目的なのか、あるいはその他の健診で行われているという項目が、どうなっているのかなということと比較した上で、この健診のありようについて議論をしていきたいということも仰っているんですよ。ですので、そういうことです。

ですから、今ここで健診の対象者がどうしたとか、19～39歳どうしたとかということだけを取り上げていうのではなくて、県民全体の健康管理の中で、県民健康調査の果たしている役割というのを少しちゃんと比較して理解することで、もう少し効果的な項目ややり方などが、もしかしたら導き得るかもしれないという提案ですので、現状や今までの定義について、非難をしたり批判をしたりしている訳では私はないと思っていますので、よろしくお願いします。

もう一つ、私いつも言っているそのがん検診の話をする、ごちゃごちゃになるので、あまり言いたくないのですが、何れにしても県民が皆それぞれに健康に意識をもって、そしてそれを県が何とかその支援して、一人一人の健康づくりに繋げていく、あるいは疾病の早期発見・早期治療に繋げていくということが、総体としてこの県民健康調査を含めて、県の政策の手腕でしょうから、全体像を少し説明してほしいという訳であります。よろしくお願いします。他に何か言いたいことありますか。大丈夫ですか。

ちょっと、時間がございませんので、申し訳ございません。こころと妊産婦、いつも押し寄せ押し寄せになります。お許しいただきまして、こころの方に行かさせていただきます。よろしくお願いします。

前田正治教授

それでは、こころの健康度・生活習慣に関する調査室長の私、前田の方から報告させていただきます。

資料4-1をご覧ください。平成24年度質問紙調査及び支援結果の概要についてですけれども、支援結果の概要については、前回のほうに委員会でお話しましたので、本日は質問紙調査の結果について、詳しくお話ししたいと思います。

資料4-2をご覧ください。目的は前年度のとおりでございますけれども、対象者です。平成23年3月11日時点で国が指定する避難区域等の住民及び平成24年4月1日までに生まれた方、具体的には広野町等の13市町村に住民登録があった者、211,615人を対象としております。調査方法も、前回と同様でございます。郵送による調査を実施しております。対象期間は、平成25年2月7日から平成25年10月31日までとしております。回答者数なんですけれども、4番です。0～3歳用が46.3%、4歳～6歳までが44.2%、段々少しずつ、年齢があがるにつれ下がっていきますけれども、小学生用が41.2%、中学生用が35.3%、一般の方が29.9%というふうになっております。

結果です。④-5 ページをご覧ください。3歳までに関してですけれども、前年度とは調査が0~6歳までを全て一括りとしまして、未就学児を全部一括りに「子ども①」としていましたが、今回から細かくするために、3歳で2つに分けています。0~3歳までと、4~6歳までの2つのグループに分けております。0~3歳までに関してですけれども、お子様の健康状態についてお尋ねしましたところ、98.5%が特に問題はないと「きわめて良好」、「良好」、「普通」と回答しております、まあ全体として良好な結果がございましたが、1.5%の方が問題ありというふうに回答をいただいております。就寝時間ですけれども、睡眠時間、平均しまして10時間でございます、これは、前回調査に比べると改善傾向に見られます。全国調査と比べてもほぼ同様な結果でございます。4歳~6歳ですけれども、やはり同様にお子様の健康状態について尋ねましたところ、98.2%は特に問題ないと回答しております、全体としては、良好な結果が得られておりますが、悪いと答えた方も1.8%おられました。この方達から行われる調査として、尺度調査としまして、SDQ というものがございます。これは前年度からやっているものでございますけれども、これは、16点以上が先行研究でも何らかの問題があるということで、カットオフとしておりますけれども、これに相当する方達が16.5%でございました。前回に比べまして、得点分布にはですね、前回は24.4%でございましたので、得点分布では改善傾向が見られておりますけれども、全般としては高い点数でまだ推移しているという状況でございます。子どもさんに関してはですね、男子の方は少しSDQの点数に関しては少し高い傾向にございます。睡眠時間はですね、平均睡眠時間は9時間45分でございます、やや改善傾向に見られ、全国調査に比べてもほぼ同様な結果でございます。小学生ですけれども、小学生の方にも同じく健康状態について尋ねておりますが、98.0%の方が問題はないというふうに答えておられます。先程のSDQでございますけれども、16点以上の方が16.3%、前年度調査では22.0%でございますので、少し改善傾向にございますが、少し先行研究と比べると高い値で推移しているということでございます。睡眠時間は、この方達の睡眠時間は8時間53分でございます、これもやっぱり少しずつ前回調査より延びておりますし、全国調査と比べてもほぼ同様でございます。この方達から、運動習慣について尋ねておりますが、体育以外の運動を「ほとんどしていない」という方が45%で、これは、前年度調査53.0%と比べると、運動傾向は、少し改善されてはいますが、単純比較はできないものの、全国調査で示された結果に比べると、運動習慣が少ないんじゃないだろうかということが示唆されます。中学生ですけれども、同じく健康状態について尋ねましたところ、96.6%が特に問題はないと答えておりますが、3.4%の方が問題あると答えておられます。同じくSDQに関してですけれども、16点以上の方が12.3%、前年度調査に比べますと、16.2%でしたから、改善傾向にありますけれども、まだ高い点数で推移しておられます。この中学生から男女差がなくなってきます。睡眠時間ですけれども、平均で7時間でございます、全国調査と比べてほぼ同様でございます。運動習慣についてもですね、尋ねておりますが、小学生と同様にですね改善傾向がみられるんですけれども、全国調査と比べるとやや運動習慣が少ない可能性がござ

います。

以上が子どもの全体の結果を、この④-6 ページの下の方にまとめてございます。SDQ16 点以上、これは先行研究が 9.5%でございますので、どの年代にしても少し高い点数で推移しているのは間違いないことでございます。どの年代についても言えることは運動習慣が少し少ないんじゃないかということが懸念、心配されることでございます。

さて、一般の方々ですけれども、④-7 をご覧ください。こころの健康度ですけれども、この一般の方達からは、K6 という点数を用いて調査していますが、13 点以上に該当する方は、11.7%でございます。前年度調査がですね 14.6%ございましたので、約 3 ポイントぐらい下がって良くなっておられますが、日本の平均的な地域住民の調査では、3%の数値ですから、かなり高い数値で推移しているということでございます。トラウマ反応を調べる、PTSD のチェックリストでございます PCL の結果を見ますと、44 点以上のカットオフポイントを超えているものが、17.4%、前回調査が 21.6%でございますので、やはり 4 ポイントぐらい改善を示しております。しかし、これもやはり高い値で推移しているのではないだろうかと推測されます。

さて、生活習慣でございますが、自分のですね健康、主観的健康感をお尋ねしましたところ、「悪い」「きわめて悪い」と評価したのが 17.9%ございましたが、その割合は、前年度の調査に比べまして減少しておられます。その他の睡眠時間に対してですが、62.4%の方が不満をもっておられます。前年度調査よりはよくなってはいるのですが、まだ不満を持っておられる方が多くいることが傾向として加わると思います。

以上が結果の概要なんですけれども、前回、成井委員の方からご質問がありました母親はどうなんだろうかというご質問がありまして、前回もお答えしましたように、母親という属性が特定できない調査でございまして、詳しい結果はよくわかりません。年齢の推移を見て、若い女性の方、小さな子どもさんをもっておられるかもしれない若い女性の方が悪いかどうか、K6 を追ってみたのですが、それを見ても、女性に関しては年齢が高い方が悪いという傾向がありまして、お母さん方の年代が悪いかどうかわかならないのですけれども、ここはまだおおざっぱな推測しか出来ませんので、平成 26 年度調査からは母親を特定できる質問項目を設けまして、委員からご指摘のあったような母親と子どもさんとの健康状態の関連を見つけて検討できればと思っております。資料 4-1 にまた戻るんですけれども、平成 25 年度質問紙調査の進捗状況でございますが、詳しくは見ていただければと思いますが、やはり、一番の懸念、心配されるのが、回答率が少し下がっていることでございます。現在のところ、一番最新の 4 月 30 日時点のデータでは、24.7%、全体で 24.7%の回答率でございます。この回答率が下がっておりますので、回答率を上げるべく、リマインダーを送付したりとか、ポスター作成をしたりといった工夫を続けてきています。これは、今後の平成 26 年度調査においてもですね、回答率を上げるために、質問紙を簡略化したりとか、あるいは市町村と連携を図るといった工夫をしていって回答率の低下に歯止めかけたいと思っております。以上、手短ですけれども、結果の説明と現在の質問紙調査の進捗

状況についてご報告させていただきました。

星北斗座長

何か、ご質問、ご意見。はい。

明石真言委員

放医研の明石でございます。どうも詳細な説明ありがとうございます。

④-7でPCLが44点以上が17.4%というご紹介があったのですが、実は外国のある会議で、福島の被災者の方達はPTSDの症状が非常に高いということを言っている研究者がいたのですが、PTSDが多いということではないということではあると思うのですが、そういう解釈ということによろしいのでしょうか。

前田正治教授

このPCLの尺度、あるいは別の尺度を用いて、質問紙の尺度というのは、あくまでも診断をするための補助的な手段にしかすぎません。

ですから、いわゆる有病率を見るためには、きちんと専門家が診察というか診断、面接をしなければならぬわけですね。ですから、推測しか言えないのですけれども、やはり、あその他の調査から見ますと、原発の傍におられて、爆発音を聞いたとか、非常にトラウマティックな体験を経て避難された方はやはり、PTSD的な症状が出ておられる可能性はあると思います。

明石真言委員

PTSDの症状がある人が多いということで、PTSDということではない。

前田正治教授

はい、そのとおりでございます。

星北斗座長

はい、どうぞ。

前原和平委員

ほとんどは、避難生活されている方だと思うんですけど、避難生活されている方の自殺者数が多いということが報道されまして、内閣府が調査が入ることが3月頃だったでしょうかね報道されました。これを見ますと、3.0%に対して、K6ではですね、11.7%、4倍ぐらいですよ。ところが23年度は、16.3%ということ改善はしているということなんです。私は、月日を経つにつれてさらに悪くなっていくんじゃないかなと非常に心配

していたのですが、この結果から見ると少しずつよくなっていると考えるのがよろしいのでしょうか。

前田正治教授

阪神・淡路大震災等の推移を見ますと、先だって良くなっていられる方が多いんですね。ただ、よくはさみ状格差、はさみのような形の格差と言われるのですが、良くなっていく人達は良くなっていくと、一方でちょっと悪くなった人達を取り残されてしまうことがあります。それがいわゆる震災関連死といったことになっておられます。良くなっているのはいるのですけれども、そういったはさみ状格差の中で悪くなってしまっ、取り残されてしまっている人達はないかを注意深く見ていく必要があるかと思えます。

井坂晶委員

双葉郡医師会の井坂ですけれど、前原先生のお話、たぶん私も同感なんですね。新聞に載っていたのでは、福島県の死亡数、23年12人、24年13人、25年23人、合計46名自殺者、岩手県は、17名から24年8名、25年4名、合わせて29名、宮城県は、23年が22人、24年3名、25年10名、合計35名、福島県はなんでこれほど高いのかということが、阪神・淡路大震災の時のあれとは様子が違う、原発が絡んでいるということですね。

ですから、未だにこの避難している方々で私も含めて帰れないところが沢山あるわけで、日が経つに従ってですね、帰れない悲壮感とか、悲観感が募るばかりなんです。そういう意味では、私は、子どもさん方の改善はある程度言葉になりやすいということで改善は認めるんですが、大人のほうの評価に関してはですね、これからが問題だと思うんですよ。まだまだ、先がはっきりしないし、帰れない状況を見据えるとやっぱり先に行き詰まりを感じて自殺しちゃうのかな。そういうような気運が非常に考えられるわけで、私、提案したいのはですね、県民健康調査「健康診査」の中にストレスチェックとかそういうものも入れていただくと、全体的になんか把握できるんじゃないかなとそう思っています。

前田正治教授

非常に重要なご指摘ありがとうございました。最後のご指摘に関しては、K6っていうものがまさに、ストレスをみるテストでございまして、ストレスに対しての反応を見るテストでして、これは、日本だけに限らず世界的に用いられている標準的な質問紙でございますので、それによってある程度ストレスの度合いを測れるだろうとは思っています。

それから、自殺率に関しては、確かに、一昨年、昨年と発災後一端下がったのですが、これは阪神・淡路大震災と同じことでもございました。阪神・淡路大震災の時は、3年後から少し上昇に転じて5年後に大きく上昇に転じたことがありますので、この点に関しては、もちろん福島はもっと複雑な問題がございますので、注意深く推移を見ていかなければと思っております。

星北斗座長

はい、ありがとうございます。他にご発言ございますか。はい、どうぞ。

成井香苗委員

最近、県が調査した結果で、避難をしている方達の心の状態というか、心身の状態についての調査をして、68%ぐらいのご家族が、家族の中で、誰かしらが心身の不調を訴えているような結果が出たということを見ると、この調査においては改善傾向にあることも確かだとは思いますが、現実の実態としては、ストレスは相当高く、避難されている方は、非常にストレスフルな状況にいることは間違いないというふうに思います。

ですから、ぜひそういった方達へのメンタルケアを充実させることを考えていかなきゃいけなくて、今、お電話で対応したりとかそういった対処だけですけど、やはり、もう少し考えなくてはいけないんじゃないか。あるいは、そういう人達って、なかなか外へ訴えていけないので、訪問したりとかあるいはもっと身近なところで相談できるような場所が確保されたりとかそういったことを工夫していただきたいと思います。

前田正治教授

委員が仰るとおりだと思います。ただ、電話相談では限界があるかと思えます。ただ、大学の調査、県民健康管理センターがやっている調査というのは、まずは、実態を把握することに一番重きを置いていること、ここで得られた情報を他機関とどうシェアすることかと思えます。今一番やっているのが、市町村の保健師さんなんですけれども、今後、とても大事だと思われるのが、心のケアセンターと連携してここは窓口となっている専門機関ですから、ここで連携していくことが非常に重要なことだろうと思っています。

星北斗座長

はい、どうぞ。

鈴木淳一部長

今、成井委員からですねご指摘がありました件、避難者に対する調査を今年の正月から年度末にかけてやりまして、最近結果を公表しました。仰るとおり、あの中では、家族の中に例えば、非常にイライラするとか、そういったことまでかなり広く含めてのアンケートなので、記述もご本人だけではなくて、家族のどなたかにそういう方がいるというまで拾ってますんで、ある意味医学的にですね、心の状態等というよりはやや広い拾い方となっています。

ただ、ご指摘のとおり、避難されている方、これだけ長期になって、家族の中で抱えている課題もそれぞれ多様化しておりまして、解決の糸口がなかなか見つからないという状

況がずっと見て取れるかと思えます。それで、県の復興本部の方でもこれを大きく取り上げて、今、もちろん解決に向けて取り組もうとしているのですが、今、保健福祉部、あるいは今日お集まりの県民健康調査に関わる皆様方のこちらの取組としては、もちろん心のケアの問題、もうちょっと、例えば人手をかけてとか、という方向にももちろんいきたいんです。ただ、もちろん専門性の確保、人手の人数の確保とかの大きな課題もあります。ただ何とかしたい。

それからもう一個ですね、そこを一生懸命手当してもですね、やはり生活再建そのもの、根っこのところをですね、今日、もちろん避難されているご自身も参加していただいています。なかなか3年あまり経ったのに、来年どんな風に自分が暮らしていけるのか、全面解決は難しいにしても、例えば仮の解決でもいいから、自分の暮らしの再建ができる、少なくともその青写真が何とか描けるふうに、少しですね生活再建の方を、一歩、あるいは半歩進めることができれば、心のケアの方もそれと連動して軽くなってくるのかなというところで、この両面で進めることが非常に大事なのかなというふうに考えていました。

もちろん、県も両面に渡って、主に保健福祉部は、こちらの健康面中心になっていくのですが、そのトータルで避難者の方と接する様なですね取組ができればというのが、ちょっとまだ具体的にはなっていないのですが、私としての今の思いでございます。

星北斗座長

はい、ありがとうございます。あの、様々な手立てが連動することが今大事だという指摘だったと、今まさにそういうことを考える時期に来ているのだろうなというふうに感じています。お待たせいたしました。妊産婦よろしく申し上げます。

藤森敬也教授

はい、妊産婦に関する調査室室長の藤森からご報告させていただきます。

資料 5 をご覧ください。調査に関する実施状況ですが、1. 目的ですが、妊産婦の皆様の中からだやこころの健康度を把握し、不安の軽減や必要なケアを提供するとともに、現状や意見・要望等を的確に把握し、今後の福島県内の産科・周産期医療の充実につなげていくことを目的としております。

2 番目です。平成 25 年度の調査実施状況ですが、平成 26 年 3 月 31 日までの中間報告としてご説明させていただきたいと思えます。1 の対象者ですが、平成 24 年度、ちょうど 1 年後のご成長になった方々を対象としております。2 の実施状況ですが、(1) 回答状況ですが、平成 25 年度は 15,187 件の調査票を発送いたしまして、平成 24 年度に比べまして 670 件ほど発送数が増えている。福島県内で妊娠してくださった方がこれだけ増えたということでございます。3 月 31 日現在での回答率が 33.3%というふうになっております。23、24 (年度) は最終的な回答率でございます。(2) の支援状況ですが、回答の内容から支援が必要と判断された方々に対しまして、健康状態や育児の状況等の不安に関しまして、セン

ター助産師、保健師等による電話支援を行っております。また、メールによる支援体制も整え相談に応じております。平成 25 年度は要支援率 16.2%ということになっております。メール支援に関しては、現在までのところ 1 件ということになっております。その他といたしまして、平成 25 年度も対象者全員に対しまして、福島県の児童家庭課が発行いたしました、心の健康の維持や放射線についてわかりやすく解説した「お子さんと保護者のための心と体の健康サポートブック」を同時に送付しております。

3 番目の調査の主な項目についてですが、早産、胎児異常等の詳細につきましては、まだ数が少ないということで、いずれご報告させていただきたいと思いますが、今回は今回の妊娠についてという、これは平成 24 年度から調査をしている内容ですが、「次回の妊娠・出産をお考えですか？」という質問に対するお答えなのですが、平成 25 年度は、「はい」と答えられた方が 54.2%、平成 24 年に比べまして、若干ですが上昇しております。参考ですが、平成 22 年の第 14 回出生動向基本調査というのが、厚生労働省から発表されておまして、結婚 10 年未満の夫婦で子どもを予定していると答えられている方が、58%いらっしゃいます。さらに、既に子どもがいる場合、この調査は皆さん 1 人生んでいる方が対象ですので、厚労省の調査で既に子どもがいる場合に限りまして、51%という数字なので、決して福島県の 54.2%というの低い数字ではないということが言えると思います。⑤-2 ページですが、「はい」、「いいえ」と答えられた方々が、なぜそういうふうに答えたかということなのですが、「いいえ」と答えられた方のところに「放射線の影響が心配」と答えられた方が平成 24 年度 14.8%いらっしゃいましたが、平成 25 年度は 6.1%というふうに減っております。

4 の調査の評価等につきましては、回答率に関しましては、このように平成 23 年度は約 10%ほど減少しておりますが、同様の 3 月末でもやはり同じように減少しています。そのために、5 月 10 日に未回答者に対しましてリマインダーを送付いたしました。発送するのだいたい数%、3%ぐらいの上昇を、実際、現在、回答数は増えているというところでございます。平成 25 年度の電話支援率は、平成 24 年度よりやや増加しておりますが、平成 25 年度は育児相談とか母親の身体的・精神的不調など、自由記載の内容をやや広めにピックアップいたしまして、支援をより細かに行っていくために要支援率が若干上昇しているということでございます。次のことは先ほど説明したことでございます。

3 番目、平成 26 年度の実施計画（案）でございますが、平成 26 年度の調査に関しましても、対象者は昨年の平成 25 年 8 月 1 日から本年 7 月 31 日までに市町村から母子健康手帳を交付された方が対象者となります。調査は同じような質問票を用いまして、平成 26 年 11 月下旬の送付を予定しております。2 番目ですが、関係機関と連携した妊産婦支援の向上ということで、市町村を含めまして連携を密にいたしまして、各地域の意見を反映させつつ、回答率が減少しているということもありますので、回答率の向上及び得られた回答に基づいて、妊産婦支援の向上に努めたいというふうに思います。(1) ですが、ということで市町村へアンケートを実施いたしました。アンケートに基づきまして、今現在、平成

26年度に関しましては、調査票のスリム化を図っているところでございます。震災直後の内容が入っているものですから、可能な限りスリム化を図りたいというふうに思っております。(2)でございます。調査結果の報告会の開催を表のように市町村の保健師などの市町村担当者を対象とした平成24年度の調査結果報告会を5月23日県北地区を皮切りに、この様に行って参りたいというふうに思っております。昨年相双地区も加えてくださいとリクエストがございましたので、今年は相双地区を入れて全県5か所で私が直接行って市町村担当者と顔を合わせて、お話しして報告していきたいというふうに思っております。(3)ですが、リーフレットの作成・配布ということで、平成23年、24年の調査結果を簡単にまとめまして、回答率の向上ということもございまして、県内の59市町村、それから36の県内産科医療機関へ2万部を作成しまして、4月23日に発送しております。既に平成26年の対象者となっている方は一部お産が既に始まっておりますので、その対象者の方々に県の産婦人科医会を通しまして、分娩で退院される時に、11月にこういう調査が行くと思いますので協力してくださいということをお願いするために使うということで、回答率の向上に向けてやっていきたいというふうに思っております。以上でございます。

星北斗座長

はい、ありがとうございました。何かコメント・質問ございますでしょうか。大丈夫ですか。対象者が増えたというのは非常に喜ばしいことだと思いますが、何か先生コメントございますか。

藤森敬也教授

これは各医療機関の先生方も実感されていることで、市町村での母子手帳をもらった方々だけですけど、実際は里帰りの部分ですね、母子手帳は県外でもらって福島で産んでくださるという方々も戻ってきてくださっているということは、皆様口にされていることございまして、非常に将来福島県を担っていただくお子さんを産んでいただけるということは、非常にありがたいことだというふうに思っております。

星北斗座長

はい、ありがとうございます。ここに明記されているというか、「放射線の影響が心配」という方が大幅に減ったということですが、まだまだ心配されている方いらっしゃるということですので、引き続きしっかりとした対応が必要だろうということだと思います。他に何かご発言ございませんか。それでは、ちょっと時間が押してしまいました。

最後にその他ということで環境省からの説明の希望が出ておりまして、住民の健康管理のあり方に関する専門家会議ということで、ご説明お願いします。資料9ですかね、お願いいたします。

桐生康生参事官オブザーバー（環境省）

環境省でございますけれども、資料 9 をご覧になっていただきたいと思います。実は、資料が 2 種類あって、ちょっとわかりにくいのですが、1 点が先ほど座長が言っていました健康管理に関する専門家会議ということでございますけれども、もう 1 つは先月 4 月に出席されました国連の科学委員会からの今回の事故に関する被ばく線量の評価の報告書が出ましたので、その 2 種類が資料として添付されております。資料の構成がサンドイッチのような構成になっていて、この科学委員会の報告書がはじめと後半にありまして、中程に健康管理のあり方の報告書という構成になっておりますので、ちょっとわかりにくいかと思っておりますけれども、まず科学委員会の報告書の方から説明させていただきます。

資料 9 をご覧になっていただきたいと思います。こちらその報告書の概要でございます。⑨-1 ページ目の真ん中の段、この報告書のポイントというのがございます。ここをご覧になっていただきたいと思っておりますけれども、放射性物質の放出量については、チェルノブイリの約 10 分の 1 とか 5 分の 1、避難等によりまして、被ばく量を 10 分の 1 に低減することができたというような評価がございます。ただし、避難により震災関連死とか精神的なマイナス、そういったものの影響も生じているというようなコメントもされております。3 番目は作業者でございますけれども、内部被ばく評価については不確実さを低減するためにさらなる調査が必要。4 番目として、住民の甲状腺被ばく線量はチェルノブイリの被ばく事故に比べるとかなり低く、今後甲状腺がんが大幅に増加する事態が起きる可能性は無視することはできないというような評価をしております。また、県民健康調査について、調査で集中的な健診がなければ通常検出されなかったであろう甲状腺異常が比較的多数見つかるというふうにも評価をしております。また、妊婦や胎児などの障害、そういった確定的影響、特に不妊や胎児への影響、そういったものは認められないということと、また、甲状腺がん以外のがんということで、白血病や乳がん、その他の固形がんについての増加が観察されることは予想されないということが書いてあります。また、遺伝性の影響、二世への影響ということについても、増加は観察されることは予想されないという評価をしております。この報告書は住民の被ばく以外に作業者の被ばくやヒト以外の動植物への影響等もございまして、この会議のテーマである住民についてということで簡単にページの場所だけ所定だけご説明しますと、1 枚めくっていただいて⑨-2 ページでございまして、ここに線量の評価がございまして、ここの表 1 というところに各地域別に分けた実効線量と甲状腺の吸収線量といった形でございまして、その推計値について出しているところでございます。また、健康への影響というところについては、⑨-3 ページの中程の「4 健康への影響」の (a) が一般公衆の健康影響ということでございまして、先ほど説明したような内容がございましてご覧になっていただければと思います。

資料飛びますけれども、⑨-9 ページ、サンドイッチの一番最後の方の反対側ですけれども、⑨-9 ページにこのような評価をした上で UNSCEAR といたしまして、将来の科学的

研究の必要性というのが指摘されてございます。今後、注意深く調査をして行くに当たって必要な項目を科学的な知見から指摘しているというふうに考えてございます。これにつきましては環境省といたしましても専門家の検討委員会でも検討いたしますし、県の方でも是非この検討委員会でご検討いただきまして、お互いに両者協力しながらですね、進めていければいいと思っておりますので、よろしくお願ひしたいというふうに思います。

以上が国連科学委員会の報告でございまして、⑨-5 ページに、サンドイッチの中になりますけれども、県民健康管理のあり方に関する専門家会議、これにつきまして若干ご説明させていただきます。今まで 5 回開催しまして、明日第 6 回目を迎えます。この中にも何人か委員になっていただいておりますけれども、そして今までのところで被ばく線量の評価についてある程度まとめてきたものができまして、今後も 1~2 か月に一度ずつ検討会を開催して、被ばくと健康影響について等をですね、今後検討して中間とりまとめをしたいというふうに考えております。今までの被ばくの評価については、⑨-6 ページにございます。⑨-6 ページから 3 枚ほどですね、今までのまとめを一覧にしてございますけれども、被ばくの種類を甲状腺被ばくと甲状腺以外の外部被ばく、内部被ばくと 3 種類に分けて、それを地域それぞれ福島県内、県外、また現状・事実と評価、ファクトとアセスメントというふうに分けて表にしたものでございます。詳細については、ここをご覧になっていただければと思いますけれども、UNSCEAR の評価等も踏まえながら評価しているところでございます。以上でございます。

星北斗座長

はい、この件について何かご発言ありますか。大丈夫ですか。我々は粛々と福島県において今やっている健康調査をしっかりとしていくのが仕事でありまして、UNSCEAR がなんとおっしゃるが、厚労省がなんとおっしゃるが、というところがきっとあると思うんですね。

ですからそこは、お互いにお互いの進捗状況などを尊重しつつ、あるいは考慮しつつ前に進むということになると思います。引き続きよろしくお願ひいたします。何かご発言なければ、今日また延びちゃってすいませんでした。とりあえず私の座長の役割はこれで終わりにさせてもらってよろしいでしょうか。何か総括して発言・要望などあれば聞きますが、特段なければ、事務局から次回の案内などあればどうぞ。

小谷尚克主幹

次回のこの検討委員会につきましては、改めて日程調整をさせていただきたいと思えます。また、会議の中ほどでお話ありました甲状腺検査の評価部会、次回ですけれども、現在 6 月 10 日を目途に調整を進めております。正式に決まりましたら、またお知らせをしたいというふうに考えております。それでは、これもちまして第 15 回県民健康調査検討委員会を終了いたします。皆様お疲れ様でした。ありがとうございました。