

「県民健康調査」検討委員会第4回「甲状腺検査評価部会」
議 事 録

日 時：平成26年11月11日（火）14:00～16:15

場 所：杉妻会館4階 洋大会議室「牡丹」

部会員出席者：＜部会員 50 音順、敬称略＞

春日文字、加藤良平、樺田尚樹、渋谷健司、清水一雄、津金昌一郎、
西美和、星北斗

事務局等出席者：＜福島県立医科大学＞

安村誠司 教授、鈴木眞一 教授、鈴木悟 教授、高橋秀人 教授

＜福島県＞

鈴木淳一 保健福祉部長、馬場義文 同次長、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

只今から県民健康調査検討委員会第4回甲状腺検査評価部会を開催いたします。

最初に部会員の出欠について報告いたします。

本日清水修二部会員が欠席となっております。また樺田部会員から30分程度遅れるとの連絡が入っております。また星北斗部会員におきましては3時30分に退席予定であり、事務局の福島県保健福祉部の鈴木部長及び馬場次長についても3時30分に退席予定でありますので、あらかじめご了承ください。

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いたします。

清水一雄 部会長

皆様こんにちは。お忙しい中お集まりいただきましてありがとうございます。部会員及び関係者の皆様方にはお忙しいと思いますが、どうぞよろしくお願いたします。本委員会は今回で4回目になる訳ですが、今までの委員会を通じてですね、いくつかの問題も浮き彫りになってるかと思います。本会としましては甲状腺の検査ということに關しまして特化して議論を進めている訳ですが、この評価につきましても非常に実り多い議論が今まで行われてきたかと思ひます。これはですね、今後、今年度と言ひますか、3月まで、今年度中には何か形にしてですね、しっかりとした意見、評価部会としての意

見をまとめて、総括してどこかでしっかりとして発表できればというふうに思っております。本日もよろしくお願いたします。

まず、議事録の署名人ですが五十音順、そして、欠席等を考慮いたしまして加藤先生とそれから津金先生よろしくお願いたします。

それではですね、まずはじめに県立医科大学より甲状腺検査結果の誤通知について発言を求められていますので、よろしくお願いたします。

鈴木眞一 教授

福島県立医科大学放射線医学県民健康管理センター甲状腺検査部門長の鈴木でございます。この度、甲状腺検査の一次検査において、11月4日に発送しました甲状腺検査結果通知書186件の内173件について内容の異なる結果を通知していることが判明しました。今回の誤りについては早期に関係者にお知らせするため、先週の金曜日に記者会見により公表させていただきました。改めましてこの場において部会の委員の先生方にご報告させていただきます。同時に本来の検査結果とは異なる内容の通知を受け取ったご本人やご家族の方々に、直接多大なるご迷惑をおかけする事態となりましたことに関し、心よりお詫び申し上げます。大変申し訳ございませんでした。

概要を簡単に説明させていただきます。手元にある右上に追加資料1と記載してある資料をご覧ください。この資料は記者会見の際に配付した資料でございます。概要についてはご覧のとおりでございます。説明を省略させていただきます。

受診者への対応はそこに書かれているものと多少変化がございまして、私どもから説明させていただきます。誤った結果がB判定関連これはAがBであった人、BがAであった人を含めて4名おります。6日(11月)と7日(11月)に医師が直接訪問し医学的な説明とともに正しい結果の説明を行っております。その他の169名の方については8日(11月)と9日(11月)の土日に、私どもの管理職等が訪問し直接謝罪活動を行いました。なお連絡のつかない方が現在1名おまして、引き続き謝罪活動を続ける予定でございます。

原因ですが検査結果表から結果発送表を作成する際に誤ってデータの並べ替えを行い、検査結果がずれてしまったこと、また、データの最終チェックがなされていなかったことが誤りの原因です。これは特に県内検査機関と県内の拠点施設として契約され、それぞれの施設と個々に契約するようになった時点で今までの方式と若干変わったということがございます。

再発防止策についてですが、結果発送表を作成する際に受付番号と検査結果が正しく紐付けされるようにするため、検査結果表と氏名住所等のデータの突合の際に両者の紐付けを自動的に行えるようプログラムを組むことを早急に行います。更に検査結果通知内容に

誤りがないかどうかの確認作業を行うため、本年 11 月末を目処に外部の専門機関に業務委託を行うこととしました。

以上が今回の一次検査結果通知の誤りの概略でございます。最後に 1 年前にも二次検査の結果の集計においても誤りがあり、今回再度このような状況を引き起こしましたことに心より申し訳なく思っております。甲状腺検査を預かる責任者として、今回の誤りは調査、検査に対する皆様からのご信頼を根底から揺るがしかねない深刻な問題であると受け止めております。今後は二度とこのような誤りがないよう組織をあげて全力で改善に取り組んで参ります。大変申し訳ありませんでした。

清水一雄 部会長

はい、ありがとうございました。この今の鈴木先生の説明ですけど、何かご質問あるいは何かご要望のようなことはございますか。部会員の先生方よろしいですか。はい、星先生お願いします。

星北斗 部会員

ちょっと質問と言いますか、その実際にご説明に行かれたというふうに聞きましたが、どんな反応だったのか、その辺のところちょっと教えていただけるとありがたいです。

鈴木眞一 教授

中には、お叱りのお言葉をいただいた方もおりますし、後はまだ封を開封していない方もいましたので、そういうものを差し替えるなり回収するなりして、後はやはり B 判定の方に A 判定の結果通知が届いた方、またその逆も、この方々は結果に関して医学的に大きな差がありますので、直接医師が行って説明をすることでご理解は得られたと思います。あと留守宅の方には改めてお手紙を置いて説明をするという形にしております。

清水一雄 部会長

はい、渋谷先生お願いいたします。

渋谷健司 部会員

色々説明ありがとうございます。このケースはですね、今回業者が変わったことによる特異なケースなのか、あるいはこれまでもそういう同じようなことがあった可能性があるのかについてちょっとコメントいただけると。

鈴木眞一 教授

はい、ありがとうございます。今までには起こり得なかったことで、今回確認もしましたが、先ほども申したように県内拠点が出来まして、県内拠点の分だけ検査の返事を出す施設が増えましたので、それに対する対応が変わったということで、その際にこういう起こってはならない並び替えが起こったということで、そこに対しての対応策をこれからも厳重にしたいと思います。

清水一雄 部会長

他によろしいでしょうか。あの先生これチェックをする方の人数とかはそういうのは十分足りている。それが少なくて起こったということは無いんでしょうか。

鈴木眞一 教授

人員が十分だとは言えないかと思うんですけど、与えられた数でなんとかということはあるんですが、そういう意見もあるかと思いますが、人員、方法、後は客観的なそういうシステムの構築ということで、合わせて我々の中では検討してるところでございます。

清水一雄 部会長

はい、ありがとうございます。よろしいでしょうか。

それでは次の議題に移らせていただきます。議事の1ですが甲状腺検査についてというところです。本日は部会員間での議論を重視し事務局から本日の資料について、まずご説明いただきたいと思います。小林課長よろしくお願いたします。

小林弘幸 県民健康調査課長

県民健康調査課の小林でございます。よろしくお願いたします。それでは私の方から簡単に本日の資料についてご説明させていただきます。資料はナンバー右上の1から5までの大きく6種類ございます。

まず、資料1でございますが、これにつきましては去る8月24日に開催されました、第16回県民健康調査検討委員会に座長素案として出されたものでございます。本日はこれを中心にご議論していただくことになっております。

次に資料2-1と2-2につきましては、本年6月末現在の甲状腺検査の先行検査と本格検査の実施状況でありまして、これも先のですね検討委員会で報告されたものでございます。内容につきましては後ほど簡単にご説明させていただきます。

資料3につきましては適用症例についてということでございますが、これにつきましては

は県立医科大学から提供されたものでございます。6月30日現在で悪性ないし悪性疑いが104例、内手術が58例、その内県立医大で55例が実施され、術後良性結節と判明した1例を除く54例の結果内容でございます。

次に資料4につきましては、西部会員からご提供いただいた資料でございます。資料5につきましては、津金部会員からご提供いただいた資料でございます。

それでは改めまして資料2-1についてご説明申し上げます。資料2-1につきましては甲状腺検査先行検査の結果概要暫定版でございます。②-1ページの調査概要の3、先行検査対象期間でございますが一次検査実施期間は今年の3月31日までの予定でしたが、受診者の受診機会の確保を図るため、4月以降も本格検査の案内通知が送付されるまでの期間を先行検査受診可能期間としています。

②-3ページをお開き願います。表の1の一次検査進捗状況でございます。6月30日現在で受診者数が296,026人、受診率が80.5%、結果判定数が295,689人、また二次検査対象者がB判定で2,236人、C判定が1人となっております。

②-4ページをお開き願います。表3の二次検査進捗状況でございますが、対象者が2,237人中、受診者が1,951人、確定数が1,848人、内通常診療等が1,225人、またその内485人の方が細胞診を受診されております。

②-5ページから②-6ページにかけては、穿刺吸引細胞診等の結果概要が記載されております。

②-6ページの上をご覧ください。悪性ないし悪性疑いが104人、その内手術が58人、またその内訳としまして、良性結節が1人、乳頭がんが55人、低分化がんが2人となっております。男性女性の内訳、平均年齢、平均腫瘍径は記載のとおりでございます。

次に②-10ページをお開き願います。表9の地域別に見た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。これは先の検討委員会で初めて示された資料でございます。地域を避難区域等13市町村、中通り、避難区域等以外の浜通り、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。この中で注目すべき数値としまして、表の中ほどのB・C判定率と一番下の悪性ないし悪性疑い者の率があり、それに対する結果と考察ということで下の方に記載されております。特に注目されておりますのは、悪性ないし悪性疑い者率につきましては、避難区域等13市町村、中通り、浜通りはほぼ同様であったが、会津地方ではやや低めであった。会津地方で二次検査完了者の割合が他の地域に比べて低めであり、その影響が考えられる、となっております。その他の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2-2でございますが、これは本格検査の実施状況でございます。

まず、1の調査概要の2の対象者でございますが、本格検査では先行検査の対象者に加

え、平成 23 年 4 月 2 日から平成 24 年 4 月 1 日までに生まれた県民まで拡大し、検査を実施しております。

②-28 ページをご覧ください。表 1 の一次検査進捗状況でございますが、6 月 30 日現在受診者数が 28,775 人、結果判定数が 6,465 人、内二次検査対象者が 46 人となっております。

②-29 ページをお開き下さい。表 3 の二次検査進捗状況であります。対象者 46 人中 22 人が受診、内結果確定が 3 人で、3 人とも二次検査の結果ダウンステージとなりまして、B・C 判定となった方はおりませんでした。

その他の説明については省略させていただきます。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。よろしく願いいたします。

清水一雄 部会長

はい、ではここまでで、ご質問、ご意見ございますでしょうか。部会員の先生よろしいでしょうか。

はい、どうぞ。西先生お願いします。

西美和 部会員

②-7 ページにですね、注 1 に何かありますが、今、説明されませんが、注 1 注 2 の橋本病では低値、橋本病では低値、橋本病では低値ですけども、これは甲状腺機能低下症だろうと思います。橋本病でも機能正常のは結構ありますので、橋本病でかつ甲状腺機能低下症にこういったものが、橋本病は間違いだろうと思います。注 1 注 2 注 3 ですね。

清水一雄 部会長

はい、あの甲状腺をやっている私達にとっては、確かにそのとおりだと思うのですがいかがでしょうか。あの橋本病の中では機能低下になるのが 5%~10%ぐらいで、後は、抗体がプラスということでこれは検査で解るもので。よろしいですか。何かご意見はございますか。

鈴木悟 教授

県立医大甲状腺検査推進室長をしております鈴木悟と言います。担当は内科なのですが、仰るとおりだと思います。ただ、あのバセドウ病とか橋本病という言葉の方が県民の皆様にはむしろ甲状腺中毒症、低下症よりは分かりやすいという観点からこのような解釈を書いています。西先生の仰るとおりだと思います。

西美和 部会員

橋本病として説明したら甲状腺機能低下症が一部ですか今 5%~10%。やっぱり別にしないとそれこそ混乱されるだろうと思います。

鈴木悟 教授

はい、そのとおりなのですが、(甲状腺ホルモン値が高い場合は、) 正確には甲状腺機能亢進症だけではなくて、例えばホルモン不応症とか他の病態も色々その言葉を使った時にはあるので、そういうことから代表的な病名を挙げて説明したという次第です。

清水一雄 部会長

あの橋本病の中でも低下症と低下症でないのに大きな違いがやはりホルモン補充をするかどうかという大きな違いがあると思うんで、その辺は区別した方が良くないかなと思います。よろしいでしょうか。

鈴木悟 教授

誰でも分かる解説を心掛けようと思います。

清水一雄 部会長

他によろしいでしょうか。はい、鈴木先生お願いします。

鈴木眞一 教授

今日の意見を反映して次回検討委員会の資料からはここに関しては先ほど鈴木悟が言ったように一般的に解りやすいと思ったんですが、逆にいうと知ってらっしゃる先生方には逆に非常に気になることなので、色んなところにこのデータは使われますので、そういうふうに直したいと思いますが、ただ一般の人に簡単に分かるということも非常に重要だったので、そこをちょっと強調したために、医学的に必ずしもということもありますので、再度検討した上で反映したいと思います。

清水一雄 部会長

お願いいたします。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

②-28 ページなんですけれども、本格調査、本格検査は基本的に2巡目だと思うんですけども、表1の二次検査対象者数というのが46名0.7%ということなんですけども、前の時の先行調査が0.8%だと思うんですけども、あまり変わらない率なんですけれども、この46人の前の時の検査の結果はどうだったんでしょうか。

鈴木眞一 教授

はい、あのまずですね今即答は出来ないんですが、まず津金先生が仰った0.8%ということは当初はですね0.5%ずっと続いておりました。1年以上たってから、対象者の年度が過ぎても積み足しで遅れて受けた人をずっとやってるうちに、要するに他の地域と同じように年度が変わってきたらどうもそういう人達が増えてきて最終的に上積みされた。当初はこの人達は1回目は全体では0.5%だった。今回は0.7%になったというのは当初の率ですけど、今この後も数が増えてる中でもこのパーセントが増えているというのは変わりありません。ただ、ここに出してこの46人がどうであったかということは今即答は出来ません。今全てに関してそういう前回とどうであったかということは検討しているところです。

津金昌一郎 部会員

ありがとうございます。

清水一雄 部会長

他にございませんか。はい、西先生お願いします。

西美和 部会員

この前の会の時も申し上げましたけども、これ本格調査はまず先行検査を受けてるか受けてないかで分けるということと、先行検査でも結節があった場合ですね、5.1mm以上であったのか、5.0mm以下であったかとか、有る無しでやっぱり分けないと今後また色んな問題が出てこの中からがんが発生した場合、先行検査を受けないで測った人は先行検査受けたらもしかしたら早目に分かっていた可能性もありますよ。その辺を先行検査のデータと兼ね合わせてしないと、これだけポツンと出されるとまた誤解を招くと思います。

鈴木眞一 教授

はい、あのよろしいでしょうか。

清水一雄 部会長

はい、どうぞ。

鈴木眞一 教授

ありがとうございます。

これはやっと2回目の本格検査が始まったところで、その数値を出してまだ非常に数が少ないので、先生仰る色々なパターンがございます。先ほど津金先生が仰ったことを我々も検討したんですが、母集団グループがどんどん小さくなりますので、それを集めてそれぞれに検討したのをどういう形で外に出すかというのを今ある程度の数が進捗してきているところですので、それも含めて検討させていただきたいと思います。

清水一雄 部会長

あの西先生のご意見は以前から先行検査と今度の本格検査との評価を別々にすべきだというご意見ですか。

西美和 部会員

先行検査を受けたか受けてないかに分けまして、先行検査を受けた中でも結節あったなしで、あっても5mm以下とか5.1mm以上とかですね、それにしないと、もしかしたら先行検査で小さな結節が後でがんだとしたら、もうその時がんだという可能性もあります。

清水一雄 部会長

はい、ありがとうございます。はい、津金先生お願いします。

津金昌一郎 部会員

二次検査が必要かどうかで判断するとき、前の時の検査の結果とか参照しないんですかね。

清水一雄 部会長

はい、お願いいたします。鈴木先生。

鈴木眞一 教授

はい、お答えします。二次検査の基準はあくまでも基準ですが、その時の判定の中で前回のものっていうのは十分に反映検討しながら診ます。二次検査に前回なって、良性腫瘍ということで経過観察されている人がまた同じようになった場合に、じゃ細胞診するかと

いうと、しないで普通はそのまま経過観察、そういうグループとか色々入りますので、我々はそういうものをこれからどうやって分けてこう検討するかというのは今後の課題だというのは先生仰るとおりだと思います。

津金昌一郎 部会員

まだ数が少ないので集計するにはまだ時期尚早というのは分かりますが、たぶん皆そういうことを注目すると思いますので、よろしく願いいたします。

清水一雄 部会長

本格検査が始まってまだ4ヶ月ぐらいだと思います。これからですよ。よろしく願いいたします。それではですね、今日は議題が盛りだくさんなので効率よく進めていきたいと思うんけれども、資料3につきましてはこれからご説明いただけますね。資料2はよろしいでしょうか。

じゃ、資料3についてのご説明お願いいたします。これは事務局あるいは県立医大から。

鈴木眞一 教授

手術症例に対しては資料3をご覧ください。ここに書いてある震災後3年を経過して2014年6月30日現在までの二次検査者、施行された人が1,848名、内細胞診実施者が485名、悪性ないし悪性疑いと細胞診の結果が出たものは104名であり、内58名がすでに外科手術を施行されているというのは6月30日現在です。その中で55例が私ども福島医大の甲状腺内分泌外科で実施し、3例は他施設ということで3例に対しても一応の情報は送られてきてますけど、一応責任のある私どもの施設のみの解析をここで公表させていただきます。

55例中1例は術後良性結節と判明したという1例が入っていて、甲状腺がんは合計で54例であります。病理結果は52例が乳頭がん、2例が低分化がんであります。術前診断で腫瘍径10mmを超えたものが、これ10.0mmは除いております。10.01(mm)以上の人は78%、10mm以下は12例22%であります。10mm以下12例の内、リンパ節転移、遠隔転移が疑われるものは3例、術前にですね。疑われないもの、いわゆるcT1acN0cM0臨床的に一番早いと言われてるがんが9例17%あるということです。この9例のうち7例は気管や反回神経に接近、もしくは甲状腺被膜外への進展が疑われ、残りの2例は非手術経過観察も勧めましたが、本人ご家族の希望で手術となっております。なお、リンパ節転移は17例31%が陽性であり、遠隔転移は2例4%に多発性肺転移を疑っております。術式は甲状腺全摘が5例9%であります。どちらかの葉を切除する片葉切除が49例91%、リンパ節郭清は全例に施行しております。中央領域のみの実施が67%、外側領域までの実施が33%でありま

す。出来る限り 3cm の皮膚の小切開で行っております。術後病理診断は腫瘍径が 10mm 以下は 15 例 28%かつリンパ節転移、遠隔転移のないもの、術後の pT1apN0pM0 となりますが 3 例 6%となります。甲状腺がんが甲状腺被膜を越えて浸潤している場合 pEX1 となりますがこれは 37%に認めています。リンパ節転移は 74%が陽性でありました。術後合併症は術後出血、永続的反回神経麻痺、副甲状腺機能低下症、片葉切除後の甲状腺機能低下症は認めておりません。

次のページをご覧ください。これが私どもが使っております甲状腺超音波診断ガイドブック、日本乳腺甲状腺超音波診断会議、今、診断医学会で作成したのですが、この改訂第 2 版に書いてあるこのチャートを用いています。5mm 以下のものは超音波検査で経過観察ということで、二次検査には回らないということであります。二次検査に回るのは 5.1mm 以上のものですが、5.1 mm以上 10mm までに関してはご存じのように微小がんをもともと私ども日本の甲状腺外科医は抑制的に扱うことで、10mm までは非常に条件を付けています。強く悪性を疑う、じゃ強く悪性を疑うとはどういうことかという、左下にあるこれは日本超音波医学会で作っている甲状腺結節超音波診断基準というのがございますが、悪性所見というのが下に境界の明瞭性、性状というのが 2 項目になるんですが、1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 項目になるんですが、こういう項目のほとんどが悪性の方につくものに関して、細胞診をしましょうという基準になっております。で 10 mm~20 mmになると今度は悪性疑いの所見が一つでもある、もしくはここに小さく 4 番に書いてあるんですけど、カラードプラモードで結節内の貫通血管を認めるこういう条件があるものは細胞診してください。まったく良性と思われるもの場合は経過観察に回るということであります。これ以上 20mm を超えた場合は全例一度は細胞診をして下さいというのがこのリコメンデーションになります。

次のページがこれが私ども日本では今アメリカでも今度の新しい米国の甲状腺学会のガイドラインも日本に似たような形に変わると思うんですけど、世界で初めて日本では甲状腺微小がん (10mm 以下の微小がんというんですけど)、とくに微小乳頭がんに関して、非手術経過観察を試験的に行なっている施設が出始めてたことがありまして、ガイドラインの中にどういうものがそのものに該当するか書いております。むしろ逆に微小がん全例を非手術経過観察すると危険があるというので、甲状腺外科関係の学会ではこのように書いてます。術前診断、触診・頸部超音波検査等により明らかなリンパ節転移や遠隔転移、甲状腺外浸潤を伴う微小乳頭がんは絶対的の手術適用であり、経過観察は勧められない、というのが現在の外科のスタンスであります。これらの浸潤の兆候のない患者が、十分な説明と同意のもと、非手術経過観察を望んだ場合、その対象となりうると。具体的には私どもは気管に近接している、反回神経に近接している、甲状腺被膜に近接している、もちろんこれを破っているものには当然ですが、こうゆうものや、後はリンパ節転移の疑われるもの

は、先ほどの基準以外にも細胞診や手術を勧めるということになっております。

次のページをご覧ください。これがその日本での外科の甲状腺の治療方針を示します。特に今回の対象のほとんどが乳頭がんですので、乳頭がんの治療方針を示します。TNMという腫瘍がTでリンパ節がNで、遠隔転移がMですけど。この分類でT1N0M0 こういうものであれば、まずどこの施設でも片葉切除または、片葉切除にリンパ節郭清をします。腫瘍径が5cmを超える、リンパ節転移が明らかにあるもの、甲状腺外に浸潤が強くあるもの、後は遠隔転移、(肺転移とか骨転移)のあるものに関しては初めから全摘を勧めるというのがガイドラインで決まっています。この間はグレーゾーンになっています。このグレーゾーンというのはそれぞれの施設や他の予後因子で分けるということになっているのが日本の外科の現在のコンセンサスであります。アメリカではどちらかというとT1N0M0でも全摘アイソトープ治療というのは現在までであったのですが、最近の新しいガイドラインでは日本と同じような形で片葉切除というのも取入れられるようになってきたということでもあります。以上であります。

清水一雄 部会長

はい、ありがとうございました。

104例の中から58例手術をされて、その手術された症例の内容につきまして評価部会では以前からどんな状況だったのか知りたい項目の一つであったということをお願いしておりましたのが、今回報告していただきました。これに関しまして何かご質問ございますか。

はい、西先生お願いいたします。

西美和 部会員

後で過剰診断ということが問題になるんですけども、これはそれを示す非常に良い資料だと思います。というのはですね、過剰診断というのは統計学的に例えば104名すべてをですね過剰診断とするのか、個々の人によっては過剰診断じゃない方もいらっしゃると思います。その最たるものはですね、遠隔転移の2例の方ですよ。このがん性の肺転移も疑われますけれども、これほっておいたら肺転移したら大変ですよ。あの例えば肺転移したら咳が出ますし肺結核と誤診されることもあるんです。それがずっと肺結核で治療しとって転移がひどくなって骨まで転移したってことも聞いたことがありますですね。だからこれは早期発見のメリットの最たるものだと思いますけども。過剰診断で疑えば4行目ですか、リンパ節の遠隔転移とかなんかのない3例ですね、この辺はもしかしたらそうかもしれないですね。ですから過剰診断というのは個々の症例に全て当てはまるんじゃなくて、やっぱりケースバイケースで判断せざるを得ないだろうと思います。これのグレーゾ

ーンなんかはそうなりますよね。

清水一雄 部会長

過剰診断に関しましては、後ほどですね時間を設けて、しっかりと議論していただきたいと思っております。渋谷先生よろしいですか。どうぞ、もし何か今まで。

渋谷健司 部会員

一言だけ。後でどうせ出てくるかと思えます。

今先生が仰ったのは過剰診療の方で過剰診断ではないので定義をちゃんとしないと議論が噛み合わないと思うので、また後ほど過剰診療と、今、鈴木先生、西先生仰ったのはあくまでも臨床レベルの過剰診療があるかないか、我々が申し上げているのは人口レベルで過剰診断があったこととか、その辺の定義の差をきちっと認識した方が良いと思うので。また後ほどお願いします。

清水一雄 部会長

それでは、この今回のですね 54 名の詳細な結果につきまして何かご質問ございますか。
はい、加藤先生お願いいたします。

加藤良平 部会員

あの鈴木先生はお分かりだと思んですが、52 例の乳頭がんと 2 例の低分化がんというのがございますよね。この低分化がんというのはですね結構問題でして、あの一つは遠隔転移があったのは、この低分化がんかどうかということと、本当に低分化がんであれば通常の手術っていうよりも少しラジカルにしなければならないのかなと思えますけど、その辺はどうなんでしょうか。

鈴木眞一 教授

はい、ありがとうございます。

まず、肺転移の 2 例に関しては、すでに術前肺転移が疑われて全摘しています。これは両者とも乳頭がんでありまして、低分化がんというのは、これはかなりあのこの検討委員会、この前の検討委員会でも何度か出て途中から疑いとか確定が病名が変わっております。そのくらい診断が非常に難しいところの低分化がん、その中でも最終的に確定した中では全摘、追加の補完全摘術と申しますが、それを親御さんご本人に勧めても、すぐに決断が着かないものがありますので、その視野の中で検討されているということがあります。

また、そのまま片葉切除のまま経過を観察している方もおります。

加藤良平 部下員

ありがとうございます。確かに病理診断の方でも低分化がんというのは少し問題でして、やっぱり WHO 分類規約の取扱規約、日本取扱規約の低分化がんでは少し広くとってまして、その辺をはっきりさせたほうが良いと思いますね。

鈴木眞一 教授

はい、現在は（甲状腺）がん取扱規約分類で最終診断を出してますが、その辺、先生ご専門なのでご存じかと思いますがまさにその辺は今、診断基準が変わると思うので、またそれに対して表現が変わる可能性がございます。今のところは現行の診断で出しております。

清水一雄 部会長

はい、渋谷先生お願いいたします。

渋谷健司 部会員

鈴木先生、前回お願いしたデータを出していただいて本当に感謝申し上げます。その上で3点ほど数字について質問なんですけども、最初の腫瘍径の10mmカットオフで何%か増えていますけど、平均値と分散と最大値と最小値を示すことは出来ますでしょうか。それからリンパ節ですけれども、N1が74%と書いてますけど、N1aとN1bの割合というのはどの位になるか教えていただけますでしょうか。それから一般的に、もしかしたら小児の甲状腺というのはリンパ転移が実は多くて、それでも予後は非常に良いと矛盾したことに関して臨床の先生としてどういう見解をお持ちでしょうか。

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

今コンピュータとかにデータ入っているので後ほど調べます。リンパ節転移が多いけど予後が良いというのは特徴ではあります。若い人ほどリンパ節転移は多いですけど、では、それを取らなくて良いかという、これもご本人に説明してますが、予後は良いんですけどリンパ節転移がクリニカルに見つかったものは取るべきだとされています。見えてないものを無理に取ってそれが陽性だったからそれは取るべきだったかどうかというところ

には先生仰るとおり議論があると思います。ただ画像で見えてるものは明らかに取るというのは現在の判断です。ですから術前3例は疑われたけど、術後ほとんどが転移はあったけど、ほか無かったからそれが良いとはしません。ただ、非常に気をつけなければいけないのは小さくても今回EX1が全体で37%認められた。甲状腺の被膜を超えてるとというのは、これは外科的には根治手術が出来なくなる可能性があるギリギリのところなんです。EX2になるともう完全にハイリスクグループに変わりますので、そのギリギリのところですので、そこに関しては37%というのは我々としては真摯に受け止めたということで、そこに関しては丁寧に病理診断をさせていただきます。

清水一雄 部会長

あの、私からちょっとよろしいですか。

今の%の話なんですけど、今回の結果乳頭がん遠隔転移がクリニカルですね4%でリンパ節転移が31%で病理学的にはEXが37%で今仰ったようにN1、PのN1が74%とこれは通常の乳頭がんと比べて頻度はどうなんでしょうか。子供さんのこのデータは中々知ることが無かったので通常の乳頭がんですね一般的に言われてる乳頭がんと比べて遠隔転移、リンパ節転移あるいはEXは。

鈴木眞一 教授

渋谷先生のご質問にも通ずるんですが、例えばチェルノブイリのあとチェルノブイリと比較した日本の検診をされてない、チェルノブイリの事故のときに書かれた小児の甲状腺がんですと遠隔転移は実はチェルノブイリも同じ我々の今回のデータと同じ4%です。日本は超音波検診をしてない時期のものは4.1cmというサイズで見つかっているんですけど、平均では。そのときの遠隔転移、肺転移は19%あります。ただ甲状腺外への進展というのは今日我々は37%とお話しましたが、これはほとんど同じ頻度でチェルノブイリも日本の頻度も出でいます。ただそのEX2が他のデータに入っているということで我々の報告は全部EX1ですので、ギリギリの所で若干違うかなというのがあります。そういう頻度からいうと非常に肺転移は違う、で他は同じ非常に似通った結果になっているということでございます。

清水一雄 部会長

はい、ありがとうございました。

それではですね、他に、春日先生最後をお願いいたします。

春日文字子 部会員

今ご説明いただきましたようにチェルノブイリの患者さんとの比較もそうですし、それからそもそもこの甲状腺検査を受ける県民の皆さんあのお子さん本人の、それからご家族の皆さんの気持ちの上からもやはりその手術された方の病理的な内訳はどうだったのか非常に関心が高かったものですし公表していただいておりますはじめて比較が可能になったと思います。ですので、本日のご説明は大変ありがたいと思います。ただ、前回まではこういう情報をいただきたいという意見が出た時にこれを医大の中で倫理的な検討を行ってのてまだ出せませんというご説明だったかと思うんですが、今回出していただくに至った背景にはどういう検討がされてどうして出していただけることになったんでしょうか。

鈴木眞一 教授

即答出来ないということで問題になったと思うんですが、私、福島医大を全てを代表して来ている訳ではないので検査のこと自体は解りますけど手術っていうのはルールが違うので、そのルールが違う所のを勝手にお話は出来ないと言った話で、学内でも会議がいくつもあります。その中で色々な所でコンセンサスを得て出せる範囲で出すということで、決してこの検討委員会や部会をみていない訳ではございません。そういうことで対応すると言ったので、正にすぐにでも対応したいことありますけど、やはりそういうちゃん和一応、貴重なデータですので、皆さんから預かったデータですので、きちっとそこはこのような手順を踏まえた上で対応するということです。

清水一雄 部会長

ありがとうございます。

鈴木眞一 教授

渋谷先生のご質問の腫瘍径ですけどよろしいですか、今。

あの大体あの対象がまず 54 例の腫瘍径は 1.5cm が平均で SD が 0.8 です。一番小さい人で 5. 数ミリです。このデータ先ほどベラルーシと日本の小児の甲状腺がんのデータのお話しましたが、平均年齢どちらも 11 歳くらいなんですけど、今回の対象は 17 歳±2.8 という平均年齢も相当違いますので、そういう対象が違うということもかなりあるかと思えます。

清水一雄 部会長

はい、ありがとうございました。はい、じゃもう一つだけお願いいたします。

春日文子 部会員

こちらで県立医大で手術をされなかった方が3人いらっしゃるということです。これプライベートに触れない範囲でお答えいただければと思うんですが、何か事情があったんでしょうか。それから手術の後も色々がんですので治療が必要かもしれないんですが、そういうこと、どんな形で進むんでしょうか。それはあのお母さん達のご心配という範囲で。

鈴木眞一 教授

基本的には二次検査をやっているのは私どものところですから、そこから手術という話になれば、私ども県内の基幹病院なので県内に住んでいらっしゃる方はそういう形になりますけど他の医療機関にかかっていらっしゃる方とか色々なご都合がある方がおりますので、あくまでも本人やご家族の希望に沿う形で治療を行うということで、我々もその時は情報をちゃんと提供し、紹介はされております。それぞれ3人ですので一人一人違う施設ですので、ちょっと個人のことがございますので、それぞれのご希望に沿った形でされているということでございます。

清水一雄 部会長

もちろんあれですよ、そのフォローアップは施設なりあるいは福島に帰ってくるなりしてますかね。

鈴木眞一 教授

確認しています。

清水一雄 部会長

よろしいでしょうか。それではですね、104の内58例でしたかね、慎重に適応選んで手術をされていると判断したいと思っております。よろしいでしょうか。それではですね、次に移りますけれども、資料4と5に関しまして西先生と津金先生に資料いただいております。まず、西先生の方から大体10分程度でよろしく願いいたします

西美和 部会員

それでは簡単に説明させていただきます。

まずあの2ページ目ですね、この表の説明をいたします。小児甲状腺がん発生率ですけど、よく100万人にいくらかですね、あるいは最近はがんセンターのデータ利用をして

100万人に云々と言いますが、この分子と分母がまったく違います。がんセンターとか100万人というのは何らかの訴えで手術をして甲状腺がんと診断報告された人をその年代の人口数で割ったものなんですね。県民調査は何ら訴えがなくて甲状腺エコーで発見された甲状腺がんを、また分母が超音波検査を受けた人数ですので、分子分母が全く違いますので、この二つは比較は難しいだろうということです。国立がんセンターの場合は罹患率ということになっているんですが、発生率とか罹患率とか有病率とかなんか色々な言葉はありますけども、ここは一応発生率ということにさせていただきました。それから黒丸の2つ目ですね。腫瘍径が3cm、4cmの人は結構いるんですけども、やはりこういう人達は事故直後にがんになったのじゃなくしてですね、もう前からあったものと推測されます。それから下から3つ目の黒丸なんですけども、今あの、結構スクリーニング時にひっかかってるんですが、これなどはほおっておけば何歳位に見つかるだろうということですけども、資料5の片野田先生の資料の所では、35歳までに大体発見できるであろうということです。これらはやっぱり過剰診断の云々で35歳まで待つて云々が良いのかどうか、ここが問題ですけども、待っければ肺の転移などの率も高くなる可能性もあり得るということだろうと思います。それから3ページですね。真ん中の方の県民調査ですね。県民調査の表を見ますと被ばく積算実効線量なんですね。2.2mmSvが最大ですけども、これはいかにも被ばく、甲状腺被ばく線量のように誤解を与えるんですけども、これは実効線量であって甲状腺等価線量とかですね、甲状腺被ばく線量ではないですので、ここは注意しないとですね。また後の方でも言いますが、非常にここは注意していかないといけないと思います。

それから下から2つ目ですね。対象として非被ばく地でのこういう10代後半とか20代くらいの人を検査してはどうかという考えもありますけどこれは倫理的になかなか難しいであろうと。そうすれば最後ですが人間ドックで20歳代とか30歳代に人間ドックされたデータがありますので、これをですね例えば日本人間ドック学会とかですね、日本甲状腺学会などでアンケートをしてみてもどのぐらいの発生率があるかですね。ただこれも過剰診断という可能性もあり得るということですね。

それから次の4ページですね。あの3県調査がされているんですけども、いかんせん、人数が4300いくらかと非常に少ないですから、これがすぐ対象として取り扱うかどうかですけども、例えばB判定が44人ですね、20人の細胞診をした方が良いのかどうか知りませんが、2人しか細胞診されてない10%ですね。2人細胞診して1人は甲状腺がんだったことですので、全く甲状腺がんがゼロだったら永久に発生率はゼロになりますので、これが必ずしも適切に比較する適正なデータではないんですが、意外と結構あるのではなからうかと。この20人中もうちょっと細胞診すれば甲状腺がんがあと1人2人は見つかってく

る可能性もあり得るのではないかなと思います。この3県調査はその後どうなったのかも知りませんが、でもですね。

それから5ページですけど、この表3ですけど、これは従来から言ってますけど、岡山大学とか色んな大学ですね調査なんですけども、これは要するに最初は触診でスクリーニングですね。触診でスクリーニングしてそして、必要な人を甲状腺超音波エコーしてますので、福島県の県民調査の様に初めから超音波エコーすれば発生率はもっと高くなっていく可能性があり得るということです。ただ、これも過剰診断という問題が付きまってくるだろうと思います。

それとですね6ページですか。現時点でこの甲状腺がんあるいは悪性疑いは放射線被ばくと考えにくい理由は色々書きましたけども、まあ一つはNo.1ですけどもですね。チェルノブイリと比較して被ばく線量非常に低いということです。ただ、ごく一部にですね、やっぱり被ばく線量がある程度あってそれによって甲状腺がんが発生している子供は否定は出来ません。否定は出来ないんですけどもその子が甲状腺がんになったとしてもですね、甲状腺がんが多数出ますから埋没してしもうて、どの子が被ばくによるものかどうか解らなくなってる可能性があると思います。

それからNo.4ですね。当初平成23年度の結果が出た時点で、これは被ばくの影響だというまあ一部報道もありましたけどもですね、もしそうであれば平成24年度、25年度と年数が経るにつれて発生数が100万あたり増えてくるんですが増えてないんですね。

それからNo.5の避難地域の13市町村、浜通り、中通り、会津、先ほども説明ありましたけども、甲状腺がん悪性疑いの比率は増えてないということです。会津地方は見かけ上は低いですが、これは一次検査率とかですね、受診率が非常に低い。特に16歳から18歳の受診率が非常に低いですね。ここが問題ですね。

それからNo.6のですね。要するにI130の甲状腺内部被ばく線量が一番重要ですけども、これはいかにせんそのデータは分かりませんのですね。実効線量とか書いてありますけども、仮に実効線量のみ限定しますとですね、よく小児科医療ではCCSと言いましてChildhood Cancer Survivors 小児がんの経験者のですね、小児がんのかなりの方が治癒できますので、あと甲状腺がんが発生するということで特に小児白血病に対するいわゆる骨髄移植ですね。前処置として全身照射12 Gy、シーベルト前後しますので、これ12000m Sv桁がものすごく違うんですね。それから悪性リンパ腫への放射線療法ですね。30とかこれも40 Svですか30000とか45000m Svですから、今の福島の外部被ばくの実効線量の最大2.1か2.0ですかね。全然桁が違いますのですね。まあ、あまり外部被ばくから考えるとあまり影響は無いだろうと思います。

それから7ページですか。広島・長崎の報告を見ますと、このペーパーにもですね、外

部被ばく 5m Sv未満はもう対象群として取扱っているんですね。

それから7番の伊藤病院、今度あの日本甲状腺学会で発表されるんですが、この文章はここの岩久先生に見ていただいて、発表しても良いという了解は得ています。結構ですね、3000 いくらの内に 38 人 1.25%に甲状腺がんが見つかったんですね。中央値が 11.5 歳ですけども、ここは甲状腺が専門の病院ですから甲状腺の何らかの訴えで集まった人を診た訳なのでバイアスがかかっていますね。ちなみに福島では現時点では 0.034%ですね。

それからNo.8 のですね隈病院の宮内先生はこの会議で発表されています。このネットで見ていただいたらこのデータそのものが載っています。このチョンチョンの3番目ですね。福島県民調査の様にやれば大体 30 万人やれば大体男女合計 90 人ちょっと見つかるのではなかろうかということです。下のチョンは私の推測ですけども、これは 0~19 歳までの全乳頭がんを 1.4%と伝えてるんですけども、これは福島県民調査のようにパーっと全員超音波するとこのパーセントは更に上がってくるんですね。そうすると 90 人ちょっとよりもですね、一番下に書いてあるますね、150 人とか 200 人とか合計になる可能性もあり得るということです。

それから次の8ページですけどですね。1, 2, 3, 4, 5 黒丸の5番目ですか、人間ドックはですね。これは成人対象ですから主として 40 歳以降ですのでですね、福島県民調査の場合は余命期間が長い子供を対象ですので、人間ドックのデータをそのまま子供のこういうのに当てはめて良いのかどうかですね、非常に問題があるんですね。

その次にですね、ボクターという人が JP に書いているんですけども、子供の場合はですね、今あの言われましたリンパ節転移や肺転移が多いので、やっぱり早期発見早期治療が良いという、こういう論文もあります。

それから次もですね、計 1 cm 以上の結節や甲状腺がんであった割合は成人に比して小児の方が高いんですね。次もですね、小児の甲状腺の乳頭がんは一見して進行状態の再発も多いが適切な治療と術後によって予後は良好であるので死亡率は低いと報告されている。ただ、ここにも書いてますね、小児の甲状腺乳頭がんの治療と生命予後は成人とは異なることを考慮する必要があるとガイドラインにも書いてあります。人間ドックのデータもちょっと小児の分に当てはまるかどうかですね、考慮する必要があると思います。で、この次ですね。計 1cm 以下の小児甲状腺がんではいかに過去に手術しないで経過観察した多数の症例のデータはないんですね。だから分からないですね。結論は単純に成人と小児では比較出来ないということで、過剰診断かどうかですね。断定は中々難しいだろうと思いますので現時点は超音波エコーで発見された甲状腺を疑いとするのが良いのであろうということと、今から 10 年後、20 年後、30 年後、十何歳の方は二十何歳、三十何歳いわゆる人間ドックの同じような年齢になりますので、またどんどん増えてくる可能性もありま

すけれども、しかし、いかんせんもう2年後とか5年の間隔でチェックしますので、早目早目に甲状腺がん見つかっていきますので、それほど発見はされないだろうかと思います。この辺はですね本当に過剰診断なのかどうかですね、きちっと話し合いをしないとイケないと思います。それから実際に大きい腫瘍があってですね、見つかったお子さんの家族の方はどういう印象を手術して見つけてもらって良いと思われているのかですね、アンケートが出来ればですね、その生の声が出てくるだろうと思います。

それから9ページですね。今問題になっているですね、非常に多いということはぱっと発表されてから皆びっくりされるかと思うんですけども。これも想定外であるという意見もありますけれども、人間ドックからですね。だけでも発表する前にですね、もしかしたら子供も人間ドックで結構見つかってくる可能性があり得るということですね。説明しておいた方が実際は良かったのではないかと思います。それから次のエコーのプラス面とマイナス面をきちっと丁寧にする必要があるのであります。それから今の一番下のコメントの印の2つはもうさっき言いましたので。

次、最後ですね。ですから先行検査でも発見されてますので、例えば被ばくの甲状腺がんがあったとしてもですね、発生頻度は低いのでポツンポツンあったとしても埋もれてしまうので分からないと思うんですね。だから被ばくによるものであるという遺伝子診断とか何かが出来ればですね、非常に確定的なものになりますので、出来れば採った組織は保存して置いていたら良いと思います。それからもう最後ですけど、1, 2, 3, 4, 5 最後から5番目ですね。実効線量とかですね甲状腺等価線量とか甲状腺被ばく量とか甲状腺吸収線量という言葉がですね、結構出てくるんですよ。これは放射線の専門家以外にはですね良く分からないですね。混同されているんですね。だから全身被ばくとか局所被ばくとかこの辺の言葉をもうちよつと平易にですね、説明して誰でも分かる中々平易に説明するのは難しいだろうと思うんですけどね。もう少し放射線専門家以外も分かるような言葉で説明しないとイケないと思います。あと4つはですね、要するに今の基本的な科学的データを基にですね、まあ内部被ばくの線量はどうか影響がどうかですね、今の甲状腺がんの発生が原発事故と関係あるとかないとかですね、チェルノブイリ原発事故と比してどうかあるとかないとかですね。低線量の被ばくもですね、被ばくって言っても低線量で70 mSv 80と2, 3とは全然違いますので、その辺のことはごっちゃになっていると思いますので。この辺のことはですね、きちっとオープンにした話し合いがですね、一度必要であろうかと思います。それと最後ですが過剰診断はですね、やっぱりここで結論を出すんですね、これだけの9人の結論を出すんですね、やっぱり私も小児科医なんですけれども、決して小児科学会の代表でもありませんし、皆さんもそうだろうと思いますし。日本甲状腺学会、甲状腺外科学会、内部被ばく学会とか日本小児内部被ばく学会とか色んな

関係する学会がありますので、その辺のあたりからも 1 回意見も聞いた方が良いでしょうが、私と清水先生、患者さんと親御さんと接しているのはですね。お二人なんですよ。それでちょっとですね、やっぱり 2 人は少ないような気がするんですね。日本内科の甲状腺を見ている内科の先生がいらっしゃらないですね。本当にそれで良いのかですね、常々ちょっと疑問に思っているということです。

清水一雄 部会長

はい、ありがとうございました。詳細な報告いただきましてありがとうございました。

引き続きまして、このまま津金先生の方をお願いしたいと思います。その後でディスカッションしたいと思います。

津金昌一郎 部会員

先ほども出てきましたけど、国立がんセンターのデータによるものが度々引用されて、あの必ずしも正しい使われ方がしてないので、やはり国立がんセンターとしてもですね、やはりちゃんとした計算値を出すべきだろうというふうに考えて今回も有病数というものを推計させていただきました。この背景はあのそこに示しているように第 2 回の部会において、甲状腺検査による甲状腺がん診断頻度の評価における留意点として、特に罹患率データをを用いた比較は不適當であるということを示させていただいたんですけども、じゃ、何が良いのかというようなことも考えないといけない訳なんですけども、先ほど西先生も言われたように年間何例の臨床診断という罹患データと、ある時点における有病割合は、もともと統計資料としては性格が異なるものなので、それでどうすれば少し近い値が出るのかというふうに考えたところ、やはり断面的な検査により診断された頻度というのは将来臨床診断される甲状腺がんを早期に診断してるという、そういう可能性を鑑みると罹患率データに基づく累積罹患率ということですね。それをを用いた最終的には甲状腺がんの有病者数というものを推計して比較を試みるのが一番適切なんじゃないかというふうに考えて、もちろんその統計の専門家である片野田先生に試算を依頼したということです。この試算の結果は次のページの別添資料と書いてあるので、これはあの、がん対策情報センターがん統計研究部の資料出してもらった資料なんですけども、用いたデータは罹患数の全国推計値、それから全国の人口、それから全国全死因死亡数、それから福島県に当てはめるために福島県の 0 歳人口ですね、その時の起点となる 0 歳人口です。これを使いました。試算方法は細かくなりますので、お読みいただければ良いと思いますけども。まあ、①としてまず甲状腺がんの累積罹患リスクというものを出しました。それは 1 単年の統計

だったら罹患統計が特に若い年齢では不安定なので 2001 年から 2010 年までの平均値を用いました。その罹患と累積罹患リスクは図 1 に示したとおりで、例えば 20 歳までに甲状腺がんと診断される確率は男性が 0.002%、女性は 0.007%というふうにまあ推計されます。

それから 2 番目は、甲状腺がんの累積罹患リスクの算出ですね。年齢が 5 歳階級なので 1 歳階級にするためにスプライン関数を当てはめたということです。

そして 3 番目として 2 で推定した年齢階級別の甲状腺がんの累積罹患リスクに、福島県の 0 歳人口というものをを用いて、到達年齢に応じて乗じてというのは 2010 年の 0 歳人口は 0 歳リスクで、2009 年の 0 歳人口は 1 歳リスクで、更にいくと 1970 年の 0 歳人口は 40 歳リスクということになります。で、合計数ということです。結果は 2010 年時点ですね。いわゆる震災の前の時点をシミュレーションしてるんですけども、福島県の実際の 18 歳以下の人口から考えると恐らく、2000 年の時点で福島県で 18 歳以上で甲状腺がんを診断された、過去に診断されたことがある人をすべて足し合わせると 2 人だろうと。男性 0.5 人女性 1.6 人というふうにまあ推計された訳です。それで有病者というものが累積で 50 人を超えるのがだいたい 31 歳、福島県ですね。それから 100 人を超える年齢が 35 歳だろうというふうに推定される。で、4 番目として解釈上注意を述べていますように、2001 年から 2010 年の 10 年間の平均データを用いていますので、最近増加傾向にありますので、それが多分診断とかそういう問題もあるんですが、もしかしたら過小評価をしている可能性があることと、それから 2001 年から 2010 年の 10 年間の年齢階級別罹患率を 2010 年の時点で 40 歳までのすべての世代が経験するという仮定をおいているので、40 歳の人には実はもっと昔はそんな罹患率が高くない世代、あの時代を経験しているので、高齢ほど罹患率が高い評価になる可能性があるということです。

それから、スプライン関数という 1 歳刻みのようなことを推計するために用いましたけども、これちょっとまた別のやり方で、今、更に検討しています。それから基本的に甲状腺がん 20 歳未満罹患率極めて低いため、もともとの地域がん登録に基づく推計値が不安定という可能性があります。それから地域がん登録の全国推定値は一定の登録制度を満たした地域のデータ用いているけれども、一定程度の登録漏れがあって、罹患率の過小評価になっている可能性がある。これ解釈上の注意として留めていただければというふうに考えています。この得られたデータから考察、この考察私のところのまた 1 ページ目に戻りますけれども、今回甲状腺検査の受診率が約 80%なので、その集団における有病者数は推計の約 80%だろうというふうに推定出来ます。それから 10 年間の罹患率に基づく福島県において 18 歳までに臨床診断される甲状腺がんは 2.12、それからそうすると、80%の受診率と考えると検査集団からは本来は 1.72 ということになります。もし、104 人が今、甲状腺がん悪性、又は悪性の疑いですがでも甲状腺がんと診断された場合は約 61 倍男性では

90倍、女性では52倍ということになっているということです。それから、今後検査受診者から新たな甲状腺がんは検出されない将来診断される甲状腺がんはすべて今回検出したと仮定すると今回の甲状腺検査は35歳までが100人を超える年齢ですね。臨床診断される甲状腺がんは全て検出したと。福島県として35歳までに臨床診断される甲状腺がんは全て検出されたということになるし、それからそのほとんどが20歳以降に診断されているというふうに推定されるということです。それからあの2011年の人口動態死亡統計によると40歳までに甲状腺がんで死亡する確率は男性100万人に3.6人、女性100万人に3.2人になるんですけども、すなわち今回の甲状腺検査受診30万人あたり、あの被ばくとか何の影響もないと考えれば、普通であれば30万人のうち最終的に甲状腺がんで40歳までに死亡する人は1人だろうというふうにまあ推計されるということです。これ2011年の3年の統計なのでちょっと不安定なので2008年から2012年の5年間の統計でならしてもやはり大体男性は0.00027%、女性は0.00033%ということになります。次は福島県において18歳以下の甲状腺がんが100人を超えて診断されている現状は基本的には何らかの要因に基づく過剰発生が起こっているか、将来的に臨床診断されたり死に結びついたりすることがない、いわゆるがんを多数、過剰診断ですね、いずれかで考えないといけないのではないかなど。あの本当は理想的には今回の検査がなければ一から数年後に臨床診断されただろう甲状腺がんを早期に診断したことによる上乗せ、これはいわゆるスクリーニング効果なんですけども、それだけで解釈することはどう考えても多すぎて困難であろうということです。それからまた今回の早期診断によって甲状腺がんによる死亡を回避できたであろう甲状腺がんを多くても一人程度であろうということになります。それから過剰発生については急性感染症などと異なり、がんの要因と発生との間にはある程度の年数を要することが明らかになっているので、2011年の震災以降に加わった何らかの要因が2014年までに診断された甲状腺がんの発生率を高めていると解釈することは困難であると。ただし、全く否定するものではないということです。それから一方過剰診断については成人の甲状腺がんにおいて確実に観察されていることや小児においても神経芽腫細胞診マスキングの前例というものがあるので、これはあの第2回の部会で資料お見せしましたけれども、現在診断されている甲状腺がんの多くは非常にゆっくり大きくなる。そのまま大ききで止まる、あるいは縮小していくなどのシナリオを想定しないとなかなか難しいのではないかなど。あの、皆が全てずっと大きくなって進行していくということになると恐らく臨床診断されるまで35歳までに診断された甲状腺がんが全て診断されたということになるだろうということです。最後の結びですけども、より多くの検査をする方がより安心である、早期診断は良いことであって、それによる不利益が生じることはないという前提のもと基本的に善意によって甲状腺検査が行われたことは間違いはないというふうに考えますけども、ただ、

こうやって無症状で健康な人に対するこういう精度の高い検査は少なくない不利益ですね。あの過剰診断、それに基づく色んな治療ですね。それから偽陽性者に対してもやはり 0.8% が二次検査という話になりますけども、そういう人達に対しても本来必要のない検査とか心身への負担、それから一次検査自体もやはり基本的にはやはり不安になるということなので、まあ、そういう可能性をもたらす認識は共有しておいたほうが良いのではないかなというふうに。これが結びです。以上です。

清水一雄 部会長

はい、ありがとうございました。

それではですね、あのこれからちょっと予定より 5 分ばかり遅れているようですけども、あのディスカッションに移りたいと思うんですけども、あの、資料 1、あらかじめお配りしたあの資料 1 ですね。これに基づいて私どもあの素案として作った訳ですけども、あのいくつか重なっている部分もありますので、再度ですね、少しもうちょっとコンパクトにまとめました。それはですね、検査のことですね。先行検査結果の評価についてが一つとですね、それから今後の展開ですね。今後の展開あるいは展望あるいは限界、検査のこと。それからもう一つは今話題になっております過剰診療、診断についてということで少しまとめて、議論していきたいと思うんですが、今、西先生と津金先生から資料を提供していただきましたので、3 番目の過剰診療・診断について最初に少しディスカッション出来ればというふうに思います。まず、西先生の資料ですね。あのご報告いただいた分に対して部会員の先生、はい、渋谷先生お願いします。

渋谷健司 部会員

はい、ありがとうございます。えーとまず前回ですね、過剰診断の可能性について私が言及してから、その前もあるんですけど、多くの方がですねソーシャルメディアとかメールとかあるいは手紙を通じて様々なご意見をいただきました。そしてご意見くださった方にはこの場で非常に感謝申し上げますと共に、この問題の重要性というものと、この評価部会も非常に重要な役割というのが改めて認識しております。ともすると、臨床家と疫学者の対立のような構図になっているんですが、今、実際に話を聞いてですね、一方で 104 のがんでリンパ節転移がかなりあると、そういうデータが示されている。他方で津金先生の方からはがんセンターに蓄積されたちゃんとした公表データからすると実際に死亡が防げるのは一人で今観察されるのは、あの罹患率から予測される 61 倍の有病率だと。そういう、まあ、ある意味では対比的なデータが出される。じゃ、それをどういう折り合いつけるかっていうのが、多分このテーブルに載せられるものだと思うんですね。その時にやはり別

にその臨床と疫学者の対立は全くナンセンスであって、あくまで医師であるんですから立場は一緒ですし、例えば9人が少ないかというとならばWHOの専門家会議でも大体このくらいの人数ですからファクトをテーブルに載せて議論するというのは非常に大事だと思っております。ただ、あの臨床の先生と疫学者が見ているデータは違いますね。臨床家は甲状腺がんの症状を持って病院に来た方を基本的に診てらっしゃる。目の前の方に対して最善の注意を尽くすと。それも本当に最善を尽くしてやってらっしゃると思います。で、他方は今、我々の目の前にある先行調査の結果というのは世界でも前例のない症状がない人口に対して超音波検査で発見した甲状腺がんの有病率のデータだと、それに対してどういうふうに我々解釈するかということが問われているということですね。で、あの実際にその津金先生の方から今までのがんセンターでのデータを累積、累積罹患率という観点から見ていただいて、実際に今回甲状腺超音波検査をしたら、やはり従来よりも61倍ですよ。多くの有病率が見つかったと。じゃ、これはあの西先生に質問なんですけども、その人間ドックで先生過剰診断の可能性があると仰った。それから実際に小児でも無症状の人の予後を示すデータは実際はないと。ただ、他方を過去の文献から小児甲状腺がんの予後は良いけれども、リンパ節や肺転移が基本的によく見られるので早期発見、早期治療した方が良く、その3点仰ったんですけど、それぞれ結構矛盾しているような気がするんですね。なぜならリンパ節転移、肺転移が多かったですよ。やはり基本的に予後は良くないと思うんですね。多少、早期発見、早期治療にしても。ですからもしかしたらその今まで小児で無症状の方を今までは発見されなかったのに放っておけばもしかしたら何の害も無かったものを今回もしかしたら見つけているのかもしれないと。それが我々があのまず定義している過剰診断の定義であって、過剰診療とはまた違うということですね。過剰診療というのは目の前にある実際に診断されたものに対して不必要に過剰な治療をすると。それはもうガイドラインに沿わずに治療するとかですね、そういうことは我々一切申し上げてないので、まず過剰診療と過剰診断の違いを明確にしてほしいということと、それから非常に予後が良いというがんであるということ、それからやはり実際の計測データが61倍多数有病率が見ついているというのはきちんと解釈しなくてはいけないんじゃないかということ、あの少しコメントさせていただきます。

西美和 部会員

よろしいですか。

清水一雄 部会長

はい。

西美和 部会員

あの、津金先生のですね、何番目かな。2011年の人口に対して40歳までに甲状腺がんで死亡する確率は100万人あたりいくつとありますね。これは、全部の人口で甲状腺がんで亡くなる人を見ている訳ですね。

津金昌一郎 部会員

日本全国です。

西美和 部会員

えー、ぼくが言いたいのは。

津金昌一郎 部会員

日本全国の年齢階級別の累積ですね。累計で40歳までに甲状腺がんで死亡する確率。

西美和 部会員

甲状腺がんが100人いたら100人とも死亡しないのか。甲状腺がんだけにあれしたら、そのデータじゃないんですよね

津金昌一郎 部会員

そうではないです。人口で甲状腺がんで死亡する確率です。

西美和 部会員

だから、甲状腺がん100人を、臨床現場で外科の先生とか、甲状腺がん100%予後が良い訳じゃないんですよね。やっぱり1%とか2%とかそこはパーセントは分かりませんがね。データと違うんですよ。特に子供の場合はね。やっぱり0.何パーセントじゃないと思うんですよ。死亡する人がいますから、親も男は甲状腺がんで2~3%の死亡率がありますと、言ったようにですね、やっぱりびっくり仰天されたと思いますし、3cm4cmもですね、結節があつてですね、私は自分の子供だったらやっぱりとりますですね。やっぱりそういう全体を見るんじゃなくして、ケースバイケースで判断せざるを得ないだろうと思います。

だからこの中の一部は確かに過剰診断・診療はあり得るかもしれないし、この中には早期に見つかって良かった人もいるんだろうと思うんですよね。そこはクリアカットにですね、難しいと思いますし、この間もですねがんセンターから9月の朝日新聞にも載ってお

ったんですが、若年者の 0~39 歳の肺がんとですね、それから大腸がんと肝臓がんと胃がんは高齢者に比べたら予後は良くないと書いてあるんですね。だからそこでコメントでは若年者のがんは進行が早いのではないかというがんセンターの誰かの先生のコメントがありましたので、甲状腺がんももしかしたらそうなる可能性もあり得るかもしれません。甲状腺がんのことは一切データが無いですから。若年者はですね。

清水一雄 部会長

はい、渋谷先生お願いします。

渋谷健司 部会員

まず我々やはりそのスペキレーションというか推測じゃなくデータをまずちゃんと見なきゃいけないと思うんですけども、今、津金先生が提示したのは全国でやはり人口レベルで甲状腺がんが年齢別にどれだけ亡くなって累積で何歳までどのくらいの確率で亡くなるか明らかなきちんとした登録データですね。その登録データ自体は症状があって施設病院に赴いた方のデータですから、先生も仰ったあのそうしたものも含めている訳ですね。もちろん個々の人もいればもちろんそれはその人のとってみれば 0 か 1 かという大きな一生だと思えます。ただ、我々は今提示されているのはこうした人口レベルで症状がない人について検診をした時に、じゃそこで拾ったがんだと診断された方をどう解釈するかと、しかもそれが今まで登録されたデータの 61 倍有病率があると。じゃ、それは多発なのか、あるいは過剰診断なのか、あるいは先生の仰る甲状腺超音波検査で発見された甲状腺がん、実際そうですよ。超音波検査で発見された。でも、それはイシューじゃなくて、それが発見したことが何かの多発、アウトブレイクなのか、それとも検査によるアーチファクトも含んでるのか。そして、じゃ、もしそれが前者・後者それぞれにおいて、じゃ、それだったらどうするかという見解を今我々が考えましようということだと思ってしまうんですけども。

西美和 部会員

すみません、よろしいですか。

清水一雄 部会長

西先生、どうぞ。

西美和 部会員

どこかの表で甲状腺の大きいのがですね、3cm とか 4cm のがありましてですね、これだ

けど、本人も家族もよう気付かないですよ。恐らく今こういうの皆心配してますから結構甲状腺触っているんだろと思うんですよ。福島県民の方はね。そうすると3cm、4cmくらいの甲状結節は見つかってきますよね。それはだから症状があるということです。

清水一雄 部会長

それは、発見動機、その辺については一例一例きつと、色んな病歴があると思うんですけど、一つは私あの今の甲状腺のがんで死亡するっていうことにこだわって、議論がいつてますけども、データの的にも死亡する確率は極めて少ない。ただ、手術をしてQOL術後です。QOLもちろん亡くならない。生きておられるけどもQOLが非常に低下する場合もある。例えば気管切開をやって声が出なくなっている症例があるかもしれないし、そういう患者さんも頭の中に入れながら、診断治療していかなくてはいけないかというふうに思いますね。津金先生お願いします。

津金昌一郎 部会員

もちろんQOLはそうなんですけど、ただそこら辺はきちとしたデータが無いので何とも言えませんが、ファクトとして死亡で、20歳未満の甲状腺がんが原因で死亡している人達、人数が日本では1975年からの5年間ぐらいはだいたい7人くらいは全国でいたんですけどもそれがまた段々減ってきて2000年から2004年が4人いっしょってそれ以降ほとんどいなくてですね、2005年から2009年は1人で2008年から2012年の5年間では0です。基本的には0です。まあ、あの死亡とするファクトです、これは。

清水一雄 部会長

他にございますか。

津金昌一郎 部会員

もちろんその100人の内もし1人が、この検診によって、命を救われたと、それもその人誰かは分かりませんが、その人は凄くメリットがありますけど、じゃ99人はどうなんだという話ですよ。99人は診断されなくて普通にしてる、本来だったら発生時何も診断されないで元気に20歳を迎えてそういう人生を過ごしたかもしれないのに、甲状腺がんというふうに診断されて切除されて場合によってはずっとホルモン剤を飲まなくてはいけないというですね、そういうような、いわゆる若くしてがんサバイバーになってしまうというようなことを起こると99人、もし1人が助かったとしたらですよ。その残りの99人に何の不利益も無ければ1人を助ける為にたくさんの人を診断しても構わないと思うん

ですけれども、それはやはり不利益があることは、それはやはりどうしても正当化されない
んではないか。あくまでも今回対象にしているのは臨床症状があつて先生達の目の前に現
れた患者さんじゃなくて、困って先生達に助けを求めている患者さんじゃなくて、普通に元
気に生活している人達なんですね。そこからあの 100 人甲状腺がんという診断をしてしま
ったということですね。そこら辺もうやっぱりちょっと考えなければいけないのではない
かなというふうに思います。

清水一雄 部会長

春日先生、お願いいたします。

春日文子 部会員

この甲状腺検査の結果を原発事故の影響かどうかというそういう視点で評価したいとい
うそういう思いからこの部会始まったと思うんですけども、あのそうでない検査の、あ
の意味と、意味っていうか特にデメリットのことが浮かび上がったのはそれはそれで大き
なことだとは思っております。ただあの 3 時半になると部長さん次長さんが退席される
ということなので、もしも部長の方でよろしければですね、この過剰診断の議論からちょ
と離れて、別な視点での議論に移ってもよろしいでしょうか。

清水一雄 部会長

もしですね、退席される時間近づいてきてまいりましたので、ちょっとそれじゃ少し、
今先生のご意見をちょっと伺って、それから後は。

春日文子 部会員

すみません。あの、私、県庁の方をお願いしたいことがあるので、それで。

清水一雄 部会長

じゃまず。

春日文子 部会員

議論をちょっと外れてもよろしいでしょうかとお願いしたんですけども。

清水一雄 部会長

そうですね。あの時間が無いんで。じゃ、現時点でどちらが先。同じ 3 時半ですか。じゃ

あ、県の方から。

春日文子 部会員

事故の影響あるかどうかという視点でそういう疫学的な議論に関しまして、世の中で別の意見をいう、対立する意見が2つ出てるっていうふうに思います。それですね具体的には岡山大学の津田先生にこちらに来ていただいて、是非その疫学的な議論をしていただきたいということを、県の方に事務局の方に前にお願いしたんですけども、それはどういう扱いになっているかお答えいただければというふうに思うんですけどもね。

清水一雄 部会長

津田先生に講演か何かをお願いしたいということですか。

春日文子 部会員

講演ではなくて、前の環境省のですね、会議の時に仰ったことをもう少し、あの、オープンな場で疫学的に議論していただきたいというふうに思うんですけども。

馬場義文 保健福祉部次長

はい、馬場と申します。今、春日部会員が仰った部分、あの直接伺ってなかったというところございまして、そういうお話はお話として我々事務局としてはですね、是非部会の中で、ご検討いただいてそれに沿った形で私の方は進めさせていただきたいと思いますので、よろしくお願ひしたいと思います。

春日文子 部会員

あの事務局宛てにですね、こちらの委員の方にも指示してメールをお送りしているんですけども、次長のところまで届いて無かったということですね。

清水一雄 部会長

それでは次回からあれですけども、以前加藤副部会長から報告していただいたベセスダのことですね。あんな形であの一度協力して貰うようにしたいと思いますので、よろしいですか。

馬場義文 保健福祉部次長

はい。

渋谷健司 部会員

時間が無いのでやはり座長案ちょっとざーっともし先生もし差し支えなければちょっとスピーディーに進めていただければと思います。すみません。

清水一雄 部会長

星先生これ見ながらよろしくお願いします。

星北斗 部会員

あのちょっと僕がいながらどうしたと叱られそうですけど、すみません。

それですね、あの、一つは座長案として皆さんに回覧をさせていただいて、メールで色々いただいた意見読ませていただきました。ちょっと時間が足りないことがあるんで、更にこの会の中での議論を進めていただきたいと思いますし、あの、一つ先ほどあの春日先生が仰った、あのそういう反対意見を持っている人の意見を聞いてみたいね。というのと、もう一つは県民の声を聞きたいねという話を春日先生されていました。これもその清水部会長にお願いをしなくちゃいけないでしょうし、もしかしたら全体会の方でもそういうことをしなくちゃいけないというふうに思いますので、どういう取り扱いをするのかというのが一つあります。反対意見持った方のお話、それから県民の意向というか、捉え方ですね。先ほど西先生からもその104人にアンケートをとれるかということあまり現実的じゃないような気がしますけども、そういう意見もありますので、私はあのこの検討会これからどうしますかということ何回か前の、あの、記者会見の時だったと思いますけども、申し上げたものの中にそういうことが入っていました、実際。それともう一つは医大で行われている検査の状況や、データの管理の状況なども出来れば少しく見学させてもらいたいという話をしていました。丁度あの甲状腺検査一段落と言いますか一巡しまして、これ具体的にこれからどうするんだとか、過剰診断の話もそうですけれどもそういう非常にこうなんて言いますかね、重要な話題を本当にこう真摯にあの議論できるという環境が整いつつあるということで、これを契機にですねこれまで少しくしたいねとって色々意見のあったことを順次、実現していく方向を考えてはどうかと思います。この部会というよりは親委員会を含めてですね、親の委員会も含めて、今ご発言のあったことやこれから考えていくべき事柄について少し前向きに話をしたいなと思うんですけども、あの部会長どうでしょうかというのも変ですけど、何か県の方から、医大の方から何かコメントをいただければと思いますが。

清水一雄 部会長

中々ですね、これからと思っていたことは一つは総括ですよ。それであと将来どういうふうにやっていくかということのをそれを全部出来るところまで、議論しようかと思っているのですけれども、その評価部会としての意見を親委員会に上申してですね、それを検討委員会の方から今後の方針ということにして、県に働きかける、あるいは国に働きかけるという形で進めてやればというふうに思っていますけれども。

鈴木淳一 保健福祉部長

すみません。時間が無くて間もなく中座しますので、あの一言。今、色々ご議論、あの星座長からもご提言いただいた件につきましては、あの基本的に、あの委員の皆様、親会議の皆様からですね、このようにすべきだというご意見があれば最大限、県も県立医大の方もですね、それに合わせた対応をとりたいと思います。色々な方からのご意見、春日先生からもですね、あるということも尊重してもちろん対応したいと思います。それから一点だけ私どうしても過剰診断の件で、ちょっと気になっていた、実は前回の親委員会の時にも一言だけ申し上げたんですが、このことがマスコミに報道された結果を受けて県民の方から色々な電話とかメールが届いている中には「過剰診断という言葉は初めて聞いた」と。当たり前ですが。「非常に心外だ」というご意見が寄せられております。それは県民にとっては非常に不安の中に置かれていて、チェルノブイリでも小児甲状腺がんの色々な映像なんかでもニュースで見て、そういう中で早く検査してくれと。もう一回の検査じゃ足りないから今年だけじゃなく来年も検査してくれというのが、この3年間の県民の小さいお子さんを持ってらっしゃる親御さんからの切実な県に対する訴えでございます。ですから、ただ、先生方の話を伺って色々確かにデメリットの部分もあるんだということは、私たちは理解をしているつもりですが、もし仮にそういうデメリットもあるのであれば皆さんの不安を取り除きながら健康を見守っていくためには、ではどういったのが良いのかというようなことまで含めて、色々ご示唆をいただければ、また我々の方も努力をしていきたいと思っております。すみません途中で失礼します。

清水一雄 部会長

先ほどちょっと申し上げましたように、この委員会としてのあの評価部会としてのですね最終的なまとめですね。それは今年度中に、文書という形でまとめて県の方に提出したいというふうに思っておりますので、よろしくお願いいたします。

春日文子 部会員

先ほど星先生が仰ったこともう少し補足しますが、この部会の中で親検討委員会に出ていらっしやらない方がいらっしやるので、前回その次長、部長にお願いしたのはですね、検討委員会の時にあの事務局なしで議事や資料を順番に説明していただくという形ではなくて、委員がお互いにもう少し深く議論出来るような形のそういう形の会議を開いていただきたい。それに対して馬場次長がいかようにも対処いたしますというお返事をくださった訳です。そういうことを踏まえて、あの、先ほど星先生が仰ったことを補足いたします。それともう一つはその星先生仰って下さいましたけども、私が何回も申し上げているのは県民の皆さんの声をもう少し直にお聞きしたいということです。それも今、鈴木部長がこういう声が届いていますということをご紹介下さいましたけれども、もう少し網羅的にですね、どういう意見があったということをお聞きしたいと思えますし、何らかの形でこういう部会や検討委員会におきましても、県民の皆様に発言していただくような、何らかの工夫を考えていただきたいというふうに思います。

清水一雄 部会長

後は。

渋谷健司 部会員

すごい、短いです。それに付随して前回、がんの治療したときのデータも検討、医大の方で検討して出していただきたいと申し上げたんですけども、我々に提示する前にまず学会で発表されたというケースがありました。で、やはりそれは、色々バックグラウンドがあると思うんですけど、まず、やはり我々がこういうふうに要望したので、まず県の方に県民の方にですね返すような姿勢をみせていただきたいかなと個人的には思っています。

清水一雄 部会長

星先生、最後にその他というところでご意見をちょっと伺おうかと思ったんですけど、退出の時間なもんですから何か付け加えることはございますか。

星北斗 部会員

議論を深めていきたいと思っています。春日先生や渋谷先生が言っていたようなことも含めてですね。親委員会とこの部会との関係等も場合によっては清水先生の日程の取りまとめしていただいた後になるのかもしれませんが、そうする必要はあるのかなと感じました。で、先ほど申し上げたようにいくつかのこの我々委員会として部会としてこの県民健康調査のある種マネージを全てではないにしても任された委員会としてはですね、

より踏み込んで議論をして、あるいは先ほど言った県民の声のバランスや様々なことを考えて、単純にその科学的にこうだからこうですよねという話ではすまないことって沢山私もあると思いますから、そう言ったことも考慮の上、医大の今の現場で頑張っている皆さんたちの様子などを考慮しながらですね、考えていく必要があるだろうというふうに思いますので、是非ともこれからよろしくお願いします。私ごめんなさい、失礼します。

清水一雄 部会長

ありがとうございます。今の渋谷先生のご意見、鈴木先生、何かコメントございますか。

鈴木眞一 教授

正にありがとうございます。ご意見をいただいて。なるべくそういうことがないように今後このような形でいきたいと思います。後はもう一つは追加で先ほど時間が無かったので申し上げてませんが、先ほど西先生が甲状腺学会の資料今回使われましたけど、数日後に日本甲状腺学会がありまして、そこで私ども切除標本の遺伝子検査を倫理委員会を通して行うということを以前の検討委員会等でも質問されたと思うんですが、それに対して今回学会で一部データを今度公表することになりました。それに関しましては前回のことがありましたのであらかじめご報告いたします。学会発表後に外部、我々の外部の専門委員会があり、その後学内でのコンセンサスを経て出来る限り、検討委員会でその一部を公表出来るように準備したいと思っています。

清水一雄 部会長

はい、春日先生。

春日文子 部会員

ちょっと今のご説明よく分からなかったんですが。このようなことが無いようにと最初に仰ったのはそれはちょっと意外でしてね。大学として十分にこういう順番でこういう基準に合わせて公表していくというものがあつたので。

鈴木眞一 教授

そういうことではありません。順番はそのとおりなんですけど、渋谷先生は検討委員会の前に行われた前回の部会で仰て、その後検討委員会の後に学会があつたので、検討委員会までに反映が出来なかつた。その前に検討委員会までに部会のご意見があつたので、そういうことをしないかということでそれも含めて、そういうものに対してなるべくその時点

での先生何度も仰いましたように我々も情報を学内で十分に吟味しながら出せるものを作るべくそういう機会に出していくということだと思います。

渋谷健司 部会員

順番はよく解らないですけど、遺伝子の情報は持っている訳ですね。それをここで発表しないで学会で発表するというのは順番が逆じゃないですか。

鈴木眞一 教授

その取り決めに今日出していただかないと出来ないと思います。私どもの方から先に出すということは出来ないかと思います。

渋谷健司 部会員

我々はとにかく県民の心配とか県民の求めた検査に対して誠実に対応していこうと言っているんです。

鈴木眞一 教授

いや、もちろん私どもも県民の事を十分に考えております。ただこれは貴重な県民の皆様のデータでありますので、そこは慎重に対応する。倫理委員会も通してありますし、同意書もいただいておりますけど。突然出すということはありませんということ、そこに関しては十分にこういう意見があったということ十分に真摯に捉えて対応するということだと思います。ですが、学会が近いということもありまして、前回のことが無いようにその公表をするということだけをまずここで公表するということでございます。

清水一雄 部会長

恐らく、もう抄録も前から出しておられることで、これを变えることはもちろん出来ないことだと思いますし、後ですね、別の時にディスカッションも恐らくあると思うんで、またそれを報告していただければと思いますね。はい、春日先生。

春日文子 部会員

基本的な考え方だけ確認したいんですけども、私達としては医大でどういう解析をされているのか分からない訳です。ですので、こういう情報があったら教えて下さいということは、思いつく範囲でお願いできますけれども、でも、先生方一番専門としてなさっている先生方が、科学的に有用だと思って解析されて、それを学会に発表される訳ですから、

それは当然県民にとっても有用な情報のはずです。それをこういう解析しましたということですね、医大の方から自発的に紹介していただくというのは筋ではないのでしょうか。

渋谷健司 部会員

学会なら抄録は印刷されて皆に回っている訳ですから、例えば抄録はシェアしても良い訳ですよ。

鈴木眞一 教授

それは学会のものです。

清水一雄 部会長

あの、そうですね。来週ですか、あつ今週ですね。ここでお願い出来ることはその発表内容とそれからその時のディスカッションですか。質問事項とか色々あると思うんで、それも含めて終わった所で、何かの形で、次回の県民健康調査検討委員会でも良いですし、もう1回くらい今年度に評価部会があると思うので、そこでまたご報告いただければというふうに思います。はい、西先生。

西美和 部会員

いつも鈴木先生が、そういうふうに質問されるんですけども、この部会と大学の云々ってどっちが上にあるんですか。何かその辺の所が何か曖昧になっている。何でもかんでも大学のデータをこの部会に出して下さいという意見と、大学は大学で倫理委員会ありますから、倫理委員会をとおしてされてますから、研究というのはそれは強いては県民のためにもなりますからね。いちいち全部この部会でするのもどうかなと思いますけど。私もどっちが良いか分かりませんがね。

清水一雄 部会長

そうですね。ただあの県民健康調査検討委員会の中でも、特化された部会だと思うんですよ。甲状腺の検査だけのことに関する。ですから、出来るだけ情報は私達どもが知っておいた方が良いのではないかなと思います。

渋谷健司 部会員

短くします。ほんと基本的な姿勢の問題であって、その上下関係というよりも本当に県民にとって大事なことから、そしてこの甲状腺検査をどう改善していくかとそういうイシュー

一であると思います。そしてもちろん、その公表に当たっては倫理委員会とか、そういうデュープロセスを踏まなきゃいけないですけど、その上下関係云々とか学会がいうから出せさないとかそういう話も大事なんですけど、それ以上に本当のファクトをそれぞれが持ち寄って、本当に県民に向き合うと、そういう姿勢をきちんと確認することが大事だと思いますけど。

清水一雄 部会長

基本的にはこの評価部会は、その方針で前に進んでいきたいというふうに思ってます。はい、津金先生。

津金昌一郎 部会員

学術的に発表するときに倫理審査委員会の許可が必要なんですか。それはちょっと分からなかったんですが。

鈴木眞一 教授

私答えます。それは倫理委員会を通してというのは一つの研究を開始する前に必要なもので、学会発表に関しては倫理委員会とは別に学内にちゃんと、報告をする場合の審査がありますので、適切かどうかをかけています。通常、学会発表は無公表のものということがございますので、その中でただそうは言っても我々としてはここ県民目線ということとは私も同じですので、なんとか情報は伝えたいということで一応そのような件について発表するということをここで言及し、学会発表直後にはなるべく早く、県民にも分かる形にしたいと思っております。

清水一雄 部会長

はい、あそうそうそう。あの、今渋谷先生から早くやれと。あのですね、まだやりたいこといっぱいあるんですけど。それではですね、私の方でまとめた中で一つですね今回の先行調査が終わりまして、検査が終わってですね、判定方法とか結果の評価についての信頼、あるいは受検者に十分な理解が得られたか。特に A1、A2 判定も含めてですね。その辺の所でご議論いただきたいと思うんですけども、どなたかございますか。

一つは、私ども感じたのは A1、A2 というのは、あの、A はこのとおりと。A1 ですね。A2 はのう胞状の変化が少しある。20mm 以下と 5mm 以下のあの充実性の腫瘍ですかね。その A1、A2 は同じ多様式ですよ。家族ありの方に親御さんに伝えるにしてもですね。A1、A2 と判定されると親御さんは少し心配だと。ただ医学的医療の面で対応は一緒である。これ、

例えば今後ですね A1、A2 を一つの A として区切りとして括ってですね、それに対応する。将来にかけてですけど、この点はいかがでしょうか。鈴木先生。

鈴木眞一 教授

ここは私どもとの会話ではなくて、委員の先生方でそういう意見があれば、それを真摯に持ち帰って検討すると。先ほどの発表のこともそうですけど、意見が出されたらそれを真摯に持ち帰って検討するということでもあります。この意見も同じです。A1、A2 についても私は今まで様々なシュミレーションをした上で決定しておりますが、一つの意見としてそちらが良いというコメントがあれば、それを我々が検討するということになります。

清水一雄 部会長

他に何かございますか。この判定方法の評価等の結果と評価に関する審議、これよろしいでしょうかね。

渋谷健司 部会員

評価っていうのは、その有病率が高いとか低いとか、そしてそれが要するに過剰診断が多発かの話になると思うんですけども、それどこにフォーカスするのか A1、A2 判定を続けるのか続けないかとかそういう特異的な話なのか、それとも先ほど出された資料 2-1 のですね、全体の有病率に関する解釈の話なのか、それを明確にしていきたいと思います。

清水一雄 部会長

今ちょっと私が申し上げたのは、ちょっと意見が無かったのでそう言っただけであって、先ほどの議論も含めて評価のことについてちょっとご意見いただければと思います。先ほど津金先生の仰った 100 人に 1 人ががんが見つかったというですね。その 1 人にはメリットはあるけれども、後の 99 人はどうだという意見もそれもまだ途中だったので。

西美和 部会員

あの 100 人に 1 人じゃないんだろうと思うんですよ。いかにもそう言われるとまたマスメディアの方がですね、100 人に 1 人のために 99 人を犠牲、言葉悪いですよ。というふうを受け取れやすいですよ。100 にしてどのくらいの方が本当に良かったのか。どのくらいの方がいわゆる過剰診断だから、今の現時点では言えないだろうと中々難しいと思うんです。子供の場合は全然違いますし、それから、40 歳までに死亡の人だっていつ発症した甲

甲状腺がんなのかですね。10代で甲状腺は予後は良いんですが、進行はずっと長いですし再発もありますので。この40歳ぐらいまでに亡くなった人はもしかしたら10年前10何年前に甲状腺がんだったかもしれませんしね。ですから、直ぐ今日結論は難しいだろうと思います。やっぱりこれは、日本甲状腺学会とか色んな学会の人の意見も聞かないと、これは一生診療に影響しますからね。

それと、この福島の県民調査全体にも影響しますし、下手をすると云々という過剰診断だからということで、訴訟はないと思いますけどね。裁判沙汰とかなったら、それはもう福島県立医大の先生はもう大変だと思いますですよ。県の方もですね。ちょっとその辺はちょっとここで結論を出すのはまだまだ早いような気がするんですけども。私はね。

清水一雄 部会長

渋谷先生お願いします。

渋谷健司 部会員

すみません。あの我々の評価部会の役割はあくまでもサイエンスをサイエンスして解釈してその先のポリテクス及び附帯状況っていうのはもちろん考えなくちゃいけないですけど、まずはきちんとデータに向き合ってそれを出来る限り我々の知力を尽くして解釈するという事だと思うんですよ。その清水先生仰った評価の話にしてもですね、そもそもこの検査がどういう目的なのか、2つあるということは前回少し議論ありましたけれども、1つは小児の健康を守ると健康を守るという意味では早期発見による死亡や障害の二次予防と三次予防ですよ。起こったがんを取るか、取ってそして死亡や障害を防ぐと。そういう目的が一つと。それからもう一つは、被ばくによる長期的影響を調べましよう。その二つがある訳ですよ。我々先ほどの津金先生のデータもそうですけども、その前者の子供の健康を守るという観点に関しては今の検診のやり方だとむしろ不利益が多いんじゃないかということを懸念していると。他方、放射線の影響に関して、やはり県民の関心も強いですし、もちろんそれは日本国民も世界中も非常に注目しているところである以上これもきちんと科学的に出来る限り検証しなきゃいけないというこの検査をやっている以上それはもう本当にやらなきゃいけないと思うんですよ。だから二つ一緒であってチョイスとしては検査はこのままそのまま本当に今のままで続けるのか、あるいは非常に心配な人、僕は本当に心配な方がいつでも検査を受ける体制を絶対に確保しなくちゃならないと思っているので、あの全部止めろというつもりはないんですが、今のままでやるのか、それとも心配な方にやるのか、あるいは中止するのとか。その三つのチョイスがあると思うんですよ。そのチョイスの中で多分一番大事なのはやはり検診の利益と不利益ですよ。

やはり、その利益と不利益のバランスで僕個人の観点からすると、今の小児の健康を守るという観点からは不利益が少し上回るんじゃないかと考えています。それともう一つ、放射線の影響をいつの時点で科学的に検証し得るか。放射線被ばくの影響というのは4、5年後から発現すると言われてますから、今の基礎調査の研究デザイン、研究じゃないですね。科学的分析のデザインと前後比較というもので判定を本当にそれが出来るのか。それからいつまでそれを見るか、そうしたものを鑑みて、あの、提言するべきだと思いますので。もちろん訴訟云々とかそういう一種もあると思うんですが、まずはそうした本来の目的、小児の健康を守るかどうか。そして放射線の影響を調べられるかどうか。それに対して我々はサイエンティストとしての見解をまとめるというのが我々の役割ではないかと個人的には思っています。

清水一雄 部会長

もちろんそうだと思いますね。それで渋谷先生ちょっと、ご意見いただいた中で、デザインというところですね。デザインが少し初期の段階でもう少しきちっとしたものがあつたら良かったんじゃないかというご意見若干あるんですけど、具体的にどういうふうな案がございますか。

渋谷健司 部会員

そうですね、今あの先行調査と本格調査ということで前後の比較ということになってますけども、基本的にはやはりその被ばく量と、そしてそれによって甲状腺がんが増えるというそういう要するに放射線の量と、それによって疾患が増えるというものを調べなくてはいけない訳ですよ。そうすると、やはり前後では中々難しく、放射線量が高い地域と低い地域の比較をしないといけない。ただ福島県外で改めて甲状腺調査3県で西先生さっきご紹介していただいた検査やってますけれども、先ほどから申し上げますけれども、小児の過剰診断、不利益を上回る可能性があつて、尚更被ばくしていない県に対してやるというのは倫理上非常に問題があると思いますので、あくまでも福島県内で今の甲状腺調査の中で被ばく量の高い所と低い所を比較するというような最初の2回目ぐらいでそのような方法も検討していくということ、確か福島医大の方からも仰ってましたので、そうした初期のプロトコールに関して、やはりきちんと被ばくの影響を見れるようなデザインというのをもう一度考えていただきたいと思っております。

清水一雄 部会長

線量の評価、汚染地域の評価と、そういうことでよろしいでしょうか。

渋谷健司 部会員

基本的にはやはり理想的には個人レベルのそうした推計の線量があると良いんですけども、まあ中々本調査ですか基礎調査の方で、個人の線量というのは中々難しいですから、地域別の線量とやはり年齢とか性別とかあるいは他の交絡因子を調整した上で、線量高い所、低い所というものの有病率の差を統計的に見るということが一番妥当だと思いますけど、津金先生いかかでしょうか。

清水一雄 部会長

はい、津金先生お願いします。

津金昌一郎 部会員

まあ、今渋谷先生の話では本当にですね、ある 1m Sv被ばくが増えるとがんのリスクが5倍とか10倍になると。今回起こっているようなこれが過剰発生とすればですね、本当にそういうリスクがあるんであれば今のデザインで十分検出出来ると思います。ただ、今までの過去の、要するに甲状腺のがんのリスクが増えたですね線量でこのぐらいリスクが増えるって分かってる。今までチェルノブイリとかですね、そこで分かっている線量から考えると、いわゆるこのサンプルサイズでは多分検出出来ないぐらいの小さなリスクの増加しかないという話なんですね。でも本当は5倍10倍とか今そういうようなものがあるんだったらそれは検出できますね。それからちょっと誤解ないように言いますが、あの1人と言っているのは今の要するに過去5年間に日本の人口動態統計から見ると30万人の内40歳までで甲状腺がんが原因で亡くなる方は1人だということのそのデータに基づいて1人という言葉を使ったんですけど、死亡が回避出来ると。もちろんQOLとかそういう話になるともうちょっと話が違ふし、今回の甲状腺がんとはまた別の、通常ではない甲状腺がんであればまた別のことを考えなくてはいけない。それから今回推計したのはあくまでも通常で診断されている甲状腺がんの統計に基いて推定しているので、他の例えば地域で同じことをやって年齢階級別で、要するに診断率とかそういうものを検出率をそういうデータがあつてそこから推定してここで当てはめれば100人が診断されるってことが出て来るかもしれませんが、それは分かりません。

清水一雄 部会長

はい、どうぞ安村さん。

安村誠司 教授

県立医大の安村です。あのプロトコルのことでご質問がありましたので、渋谷先生のご質問に少し回答させていただきたいと思うのは、初期のプロトコルの今先生が仰られた修正すべきである点があったとすればということだったと思うんですけども、当初の考え方としてはその度々にお話してるんですけども、チェルノブイリを例にとっても初期の3年ぐらいはもし被ばく量がある程度あったとしても発生はしないだろうと。このデザイン自体はいわゆる疫学研究、疫学調査におけるコホート調査のデザインでして、ケースコントロールではないです。そういう意味でいえば福島県全体の子供さん達をコホートとして追跡調査していくと。で、先行調査っていうふうに名付けてますけれども、通常の実現では初回調査ということで、いわゆる暴露のない状態での当該対象疾病を評価して、その後の追跡のリスクの評価の対象から分析を除外するというデザインなんで、放射線の被ばくによる当該疾病ということでいうと甲状腺がんの発生に対するリスク評価ということでいえば、もう既にご存知のように高い被ばく量の所と相対的に低い、例へば会津、南会津っていう所の線量という初期の被ばく線量でリスク評価をするというか、疾病発生のリスクは評価出来ると言ったデザインだったと思ってます。そういう意味では、私はこのデザインは低線量被ばくによる健康影響のデザインとしては、少なくとも今の時点では妥当ではなかったかなと。ただ、あの津金先生が仰られるように、幸いなことに被ばくの線量自体が決して高くなかったためにですね、先生仰られるようにどの程度の人数の対象者をどの程度観察すれば、これも不幸なことですけども、疾病発生つまり発がんが起こるか。それは最初に見つかった人達以外からですね新たな新規発生が起こるかということの評価する。つまり、リスクがあったか無かったかという評価するためには、対象者数が決して多くないと。そういう意味では非常にあの難しいデザインというかですね、調査デザインになっていることは認めざるを得ないと思ってます。以上です。

清水一雄 部会長

時間が無くてですね、まとめられず申し訳なかったと思うんですが、4時になってしまいました。今日の意見をですね、もう一度、整理してですね、そして次の評価部会に活かしていききたいと思うんですけど、中々忙しい先生が多くて中々一同に介するということが中々出来なくてですね、これはやっぱりメール配信をしてですね、お互いの意見をいただきながら前に進んでいかないと、中々今年度中にまとめた意見を出すというのは中々難しいと思うんで、是非、部会員の先生方にはまたあの添付ファイルで送られたことに対して是非ご意見をいただければなというふうに思います。それから後ですね、今日他にもスクリーニングの効果の判定内、今回の患者数がですね。それから今後の問題のことに関

してもまだ話さなくちゃならないことが沢山ありますが、今日そこまで辿り着くことが出来なかったですが、先生方で何かその他というところでご発言することはございますでしょうか。今、はい、春日先生お願いします。

春日文子 部会員

前回ちょっと発言したと思うんですけども、二次検査以降の通常診療になってからのその医療費の問題です。これは科学的な議論だけでは済まないところですけども、やはり、この部会委員としての意見をある程度方向性としては出すべきではないかというふうに思っております。

清水一雄 部会長

つまり、二次検査の後の医療・治療費ですね。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。短くしますけど。あのかなり議論は出てきてますし、清水部会長のリーダーシップでかなり議論もポイントが絞れてきているので、出来れば年内にという目標はですね、維持しながらなるべくそういう方向で進めて行っていただけるとありがたいなと思います。あまりダラダラやってもですね、良くないかなという気がします。

清水一雄 部会長

それから、春日先生が仰ってたこれからフォローする患者さんを、患者さんと言いますか、被災者をフォローするのにやはり健康手帳とか、何かあのどこに行ってもですね、しっかりと検査受けられる、あるいはあのサポートがされるようなIDのようなものが必要かなというふうに、これ、前から私が申し上げたことなんですが、そのようなことも必要かなというふうに思っております。他に何かございますか。はい、小林さん。

小林弘幸 県民健康調査課長

課長の小林でございます。先ほど春日先生からお話があった評価部会に具体的に岡山大学の津田先生に来ていただいて、お話聞きたいということにつきましては、次回出来ればということで調整したいと思います。それと県民の声を聞く機会を是非設けたいということにつきましては、私どもとしましてはですね、今後、調査を進めていく上で非常に参考になりますので、様々な意見をお聞きすることは、大変有意義だと思っております。やり

方なのですが、色々なその例えば意識調査とかアンケートとかですね、直にここに来ていただいて意見を聞くと。様々なやり方がありますので、それにつきましては、また先生方とご相談したいと思います。よろしく願いいたします。

清水一雄 部会長

はい、ありがとうございます。他に何かよろしいですか。はい、津金先生お願いします。

津金昌一郎 部会員

今回 100 人の方が診断されているんですけども甲状腺がんでですね。これは被ばくが影響かどうかは別として、こういう何らかの震災というものが無ければ起こらなかった。100 人中実際 2 人ぐらいは通常でも診断されるんですけども、その他に起こらなかったということは考える必要があるだろうと思います。

渋谷健司 部会員

それは要するに公費負担するということですよ。

清水一雄 部会長

その点に対して。

津金昌一郎 部会員

そういうこともやっぱり検討するべきだと思いますね。

清水一雄 部会長

この委員会としても決定して、それを申請するという立場にあるかと思います。よろしいでしょうか。他に。

西美和 部会員

今あの、被ばくの広島市の原爆手帳もよく裁判沙汰になってますでしょう。あれ注意しないと福島県だけの人で公費負担で被爆手帳だしたら県境の云々ですね。あれなるんですよ。裁判今よくマスコミ出てますよね。原爆手帳のそれもですね、うちのお婆さん貰っているんですけども、それは医療費無料で更に月にいくらか、10 万とか何かあるんですよ。グレードがあるんですよ。そこまでグレードを設けるとかですね、原爆手帳の同じようにしてくれとか色んな問題が出てくると思います。

清水一雄 部会長

はい、それではですね、私の不手際で中々まとまりのない会議になってしまいましたけれども、更にこれから少し具体的にですね、対応策を考えながら進めていかなくてはいけな
いかなというふうに思います。事務局の方から最後に何か次回の日程などについて少しご
説明いただければと思います。

角田祐喜男 県民健康調査課主幹

はい、次回の部会につきましては、改めて日程調整をさせていただきます。正式に決ま
った時点でお知らせをしたいと考えてますので、よろしく願いいたします。

清水一雄 部会長

はい、それでは第4回の評価部会をこれで終わりにしたいと思います。

お忙しい中ありがとうございました。