

## 「県民健康調査」検討委員会第5回「甲状腺検査評価部会」

### 議 事 録

日 時：平成27年2月2日（月）13：30～15：30

場 所：福島ビューホテル本館3階「吾妻」

出席者：＜部会員 50 音順、敬称略＞

春日 文子、加藤 良平、樺田 尚樹、渋谷 健司、清水 一雄、清水 修二、西 美和、  
星 北斗

事務局等関係者：＜福島県立医科大学＞

鈴木眞一 教授、志村浩己 教授

＜福島県＞

鈴木淳一 保健福祉部長、馬場義文 保健福祉部次長、小林弘幸 県民健康調査課長

#### 小谷尚克 県民健康調査課主幹

只今より県民健康調査検討委員会第5回甲状腺検査評価部会を開会いたします。

最初に部会員の出欠についてご報告いたします。本日、津金昌一郎部会員が欠席となっております。また事務局の福島県保健福祉部次長ですが、他の用務のため遅れての出席となります。あらかじめご了承願います。

それでは、議事に移ります。議長につきましては設置要綱によりまして部会長がつと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

皆さんこんにちは。部会員の先生方お忙しい中ありがとうございます。只今から第5回の甲状腺検査の評価部会を始めたいと思います。最初に、議事録署名人ですが、春日先生と樺田先生よろしくお願いたします。

まず初めに、今日午前中に以前から評価部会で一度はやりましょうということになっておりました実際に検査をしている所の見学に行ってみりました。午前中まず最初に郡山市立の大島小学校で生徒を対象に8ブースでしたかね、エコー検査をやっている所を見学いたしました。視察いたしました。非常に円滑な流れの中できちんと検査はされているなど印象を受けましたし、そのあと、福島県立医大に移りまして、県立医大の鈴木教授をはじめとして皆さまに検査のこと、検査の実際にやっている所、エコー検査をやっているところを拝見いたしました。そのあと、検査のあと、実際に所見を見せていただいてどんなふうにして評価をしているかということも詳細に説明していただきました。非常に詳細にかつ分かりやすくですね、説明していただいてとても参考になったと思います。鈴木先生ありがとうございました。以上ご報告です。それでは、この議事に従って進めていきたいと思っております。

まず最初、資料に沿いまして事務局の方から甲状腺検査について簡単にご説明よろしくお願いたします。

#### 小林弘幸 県民健康調査課長

はい、県民健康調査課の小林でございます。よろしくお願ひいたします。資料提出といたしまして資料 1-1 と 1-2 の 2 種類でございます。いずれも昨年 12 月 25 日に開催されました第 17 回検討委員会で公表した資料でございます。

それではまず資料 1-1、「甲状腺検査（先行検査）結果概要【暫定版】」についてご説明申し上げます。1 ページをご覧ください。まず調査概要の 3 の先行検査対象期間でございますが、一次検査実施期間は昨年 3 月 31 日までの予定でしたが、未受検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。

3 ページをお開き願ひます。表 1 の一次検査進捗状況でございます。対象者 367,686 人のうち平成 26 年 10 月 31 日現在で 296,586 人が受診し、受診率は 80.7%となっております。また 296,253 人の検査結果が確定しており、その内訳として A1 が 152,633 人、A2 が 141,379 人、また二次検査対象者となる B 判定で 2,240 人、C 判定が 1 人となっております。

表 2 をご覧下さい。結節のう胞の人数割合が示されております、結節に関しましては 5.1 ミリ以上が 2,222 人で 0.8%、5 ミリ以下が 1,674 人で 0.6%であります。またのう胞に関しましては、20.1 ミリ以上が 12 人、20.0 ミリ以下は 141,704 人で 47.8%でありました。ご覧のとおり B 判定ではほとんどが 5.1 ミリ以上の結節が占め、また A2 判定ではその大半が 20.0 ミリ以下ののう胞が占めています。

4 ページをお開き願ひます。表 3 の二次検査進捗状況でございます。一次検査結果 BC 判定であった 2,241 人中 2,051 人が二次検査を受診し、結果確定者が 1,985 人となっております。うち概ね 6 ヶ月後又は 1 年後の経過観察となる通常診療等が 1,312 人、またそのうち 519 人の方が穿刺吸引細胞診を受診されております。

次に 5 ページから 6 ページにかけては、穿刺吸引細胞診等の経過概要が記載されております。5 ページの表の 4 の下の方でございますが、アからウの合計、平成 23 年から平成 25 年度までの 3 年間の合計といたしまして、悪性ないし悪性疑いと診断された方が 109 人、うち 85 人がこれまで手術を施行され、術後の病理診断の結果 1 人が良性結節、84 人が甲状腺がんと確定診断されております。性別・平均年齢・平均腫瘍径は記載のとおりでございます。

6 ページをお開き願ひます。図 3 と図 4 はそれぞれ細胞診等で悪性ないし悪性疑いとなった 109 人の年の年齢・性分布を事故当時と二次検査時点で表したものでございます。上段は 16、17 歳くらいに、または下段 18、19 歳くらいにピークがあるのが分かります。

次に 10 ページをお開き願ひます。表 9 をご覧願ひます。地域別に見た BC 判定者及び悪性ないし悪性疑いの割合でございます。地域を避難区域等 13 市町村、中通り、浜通り、会津地方の 4 つに分けてそれぞれ数値を算出しております。この中で表 9 の下の悪性ないし悪性疑い者率であります。10 万人あたりそれぞれ 33.5 人、37.5 人、38.9 人、30.7 人となっております。これに対する結果と考察といたしまして、下の方にですね記載されております悪性ないし悪性疑い者率については、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。会津地方では二次検査完了者の割合が他の地域よりも低めであり、その影響が考えられるとなっております。11 ページ以降は市町村別の資料を添付しております。説明については割愛させていただきます。

続きまして資料 1-2 の本格検査の実施状況でございます。26 ページをお開き願ひます。調査概要 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、すなわち事故当時お母さんのお腹にいた子供まで対象者を拡大して検査を実施しております。

28 ページをお開き願います。表 1 の一次検査の進捗状況でございます。今年度は 25 市町村の約 22 万人を対象にして 10 月 30 日現在、82,101 人の方が受診され検査結果確定者は 60,505 人となっております。A 判定は A1、A2 合せて 60,048 人、B 判定が 457 人、C 判定はおりませんでした。

29 ページをお開き願います。表 3 の先行検査から本格検査への結果推移であります。これは前回の検討委員会で初めて公表された表であります。今回の本格検査結果確定数のうち、前回の先行検査の結果がどうだったのかということを表したものでございます。例えば本格検査 B 判定の 457 人につきましては、先行検査では A1 が 127 人、A2 が 206 人、B が 108 人、受診なしが 16 人だったことが分かります。逆に先行検査で B 判定だった人が本格検査で A1 が 19 人、A2 が 65 人いたことも分かると思います。

30 ページをお開き願います。表 4 の二次検査進捗状況でございます。対象者 457 人中 248 人が受診し、うち結果確定者が 155 人で、うち概ね 6 ヶ月後又は 1 年後の診療となる経過観察が 93 人、またそのうち穿刺吸引細胞診受診者が 11 人となっております。次に細胞診の結果ですが、11 人中 4 人が悪性ないし悪性疑いとなっております。性別、平均年齢、平均腫瘍径は記載のとおりでございます。4 人の先行検査の結果は、A 判定が 4 人、その内訳として A1 が 2 人、A2 が 2 人となっております。

30 ページの下から 31 ページの上にかけてに記載されている図 3 と図 4 には 4 人の方の事故当時と二次検査時の年齢と性分布図が示されております。33 ページをお開き願います。この悪性ないし悪性疑いの 4 人の居住市町村につきましては伊達市、田村市、大熊町、福島市それぞれ 1 名となっております。34 ページ以降は各市町村別の資料を添付しております。以上、簡単でございますが、資料の説明とさせていただきます。よろしくお願いたします。

#### 清水一雄 部会長

ありがとうございました。この資料 1 と 2 に関しまして、少し時間を、15 分ぐらいご質問あるいはコメントございますでしょうか。部会員の先生方よろしくお願いたします。

私から一つよろしいでしょうか。あの資料 1-1 の方ですね、3 ページの表 1 ですけれども、あの本当に検査をする先生方今日見て本当に感じたんですが、たくさんの子供さんに対して大変だなと思います。判定率ですね、この結果判定数を見ますと 23 年、24 年、25 年ともに 100%、99.9%、99.8% 平均でも 99.9 と非常に高い判定結果でおられてですね、対応しっかりしていただいていると思うんですけども、この受診者数の所が 23 年、24 年と 87.5、86.5、25 年になりますと 72.7 というふうに、段々下がってきて、特に 25 年になるとガクッと下がっているんですけど、この辺の所は、前にもお聞きしたこともあると思うんですけども、もう一回ご説明いただけますか。

#### 鈴木眞一 教授

はい、県立医大の鈴木でございます。もともと震災当時の年齢が対象者で年齢が決まっていますので、年度があがるごとに対象者の年齢があがってきている。それがですね特に 18 歳以上になるとご存じのように、進学就職で他の地方に行く場合がありますし、県内でもそうなんです、実際に今受診勧奨しているとその方達が受診してない人が若干多いということなので、特に 25 年度はそういう人の対象が増えているので、どうしても受診率が落ちてきている。あと全体に当初よりは少しそういう受診者が少ないのではないかとということで、受診勧奨には努めていますが、若干 3 年目の 25 年度はそういう傾向があるということでございます。

清水一雄 部会長

他にどなたかございますか。はい。渋谷先生お願いします。

渋谷健司 部会員

ありがとうございます。あの清水部会長仰ってたように、実際には甲状腺検診、検査の現場を拝見して非常に皆さんご努力されているということ分かるとともに、色々な今まで知らなかったことも良く分かったのですが、例えば最近 2 巡目で 4 人が甲状腺がんの疑いが診断されて、うち 2 人が 1 巡目で結節が無かったということは報道されていましたが、例えば 1 巡目で B 判定だったのに A1 とか A2 になるとか、そういうケースかなりあるということをお聞きして、今日色々勉強になりましたし、甲状腺の検査というものをやってみてかなり変わってくるというのが現実問題としてあって、その中でも先生方本当に一生懸命感度上げようとして色々なことをやっているということが分かったのですが、今回こう色々あがってくるのは、その場の横断的なデータだと思うのですが、やはりトレンド見るとかなりだんだん大きくなると同時にまた小さくなるものもあるということは、大体どれくらいの割合が今までの感覚からすると大きくなるというよりは小さくなる、消失するというようなケースというのは、先生、見ていると大体でいいのですが何%くらいあると思いますか。

鈴木眞一 教授

まさに感覚でしか判らないと。なぜかという、大きくなる人も小さくなる人も多発性病変、そういう方が多いです。いわゆる侵襲の腫瘍というよりは過形成病変でそういう多発のもの程変化が大きいですが、水が溜まったり縮んだり急に大きくなったり、そういうものの場合ですね、全体として最大径のものは消えてしまったけど、また反対側に小さいものが出来ているのとか、そういうことがありますので、全体として統計としてこの人が最終的に B だったのが A2 になるのか A2 の中で動いているのか、いろんなパターンがありますので、一概には言えないということなのです。その対象になる人はがんとかではなくて、非常に侵襲の腫瘍じゃない過形成性病変ですので、むしろ粛々と経過を見ているというところがございます。

清水一雄 部会長

はい、榊田先生お願いします。

榊田尚樹 部会員

はいすみません。本格調査の 30 ページの結果、表 5 の部分についてお尋ねしますが、今日も午前中現場の方を見せていただいて超音波エコー検査で非常に小さい病変まで十分に見られるんですよ、ということ丁寧にご説明いただいたのですが、この本格検査で 4 名の方が悪性ないし悪性疑いということで、その平均腫瘍径とレンジを書いているようですが、大きい方は 17.3 ミリという状況ですが、そのだいたい今日見せていただいたら、先行検査との調査間隔が 2 年ぐらいのようですが、そこらの経歴あるいは臨床的な進行としてこれぐらいのものがどうなのかというのはいかがなのですか。

鈴木眞一 教授

担当者の方から答えさせていただきます。基本的にあの多くの甲状腺腫瘍は進行が緩徐だということが一般的には言われているのですが、これを2年ごとに検診を行うという意味は、やはり前回の検査でほとんど腫瘍がないとか、他ののう胞しかない病変でも2年後には最大で17ミリ位、あと10ミリ以下ですけど、そういうものがポンと画像上見つかってくると。これは理論上何年かたって大きくは、なっているのですけど、ただ超音波画像上に見えてくるときは、ある日突然ポンと見えてくるタイプもあるということなので、やはり2年ごとの検診で十分、今の所なんですけど、17ミリというのはこれでもまだ腫瘍径では一番小さいグループのT1というグループに入りますので、まあそういう所で見つかるということは、やはり2回目の検診が重要なのではないかと、ということをぼくらは痛感している所でございます。こういうタイプもあるということで、全てが同じではないと。急にそういうタイプになるようなものはやはり治療の対象になるものがあるということでございます。

清水一雄 部会長

よろしいですか。はい、西先生お願いします。

西美和 部会員

先ほど17.3ミリのケースですけども、この人は先行検査では大きさはどのぐらいあったんでしょうか。それもそののう胞部分も含めて、これもそのう胞部分も含めて17.3ミリですね。

鈴木眞一 教授

この方の病変は2年以上前の先行検査のデータではエコー上は所見はありません。エコー上はA1で所見がない。

西美和 部会員

ないですか。

鈴木眞一 教授

急にそういう風に大きく見えた。その間に、2年間の間にじわじわ大きくなってきたのでしょうか。

西美和 部会員

17.3ミリっていうのはのう胞全体ですけど、本当の結節みたいな。

鈴木眞一 教授

これは悪性を疑う所見ですので、のう胞を伴わない充実性のものです。

西美和 部会員

充実性ですね。

鈴木眞一 教授

ただ、非常にそういうのう胞を伴う結節とかの良性の、多くの良性のものと違って悪性を疑う場合はで

すね、非常に境界がはっきりしなくて、我々はこういう評価するときは限りなく一番大きく取って測るということでございます。

西美和 部会員

細胞診だけされてまだ手術の話はされてない。一応話をされているのですか。

鈴木眞一 教授

この発表の時点ではそういうことになっております。

西美和 部会員

それと①-32 でだいたいサイログロブリンが  $62.2 \pm 64$  とものすごく幅があるんですけども、この 17.3 ミリの人がサイログロブリンは高かったのですか。

鈴木眞一 教授

正常値よりは高いですけど、それほど高くはない。

西美和 部会員

それほど高くないですか。

鈴木眞一 教授

とんでもなく高いと言う事ではなく、例えばサイログロブリンで気付くような疾患ではございません。

西美和 部会員

この中で一番高い人は 4 名中どのくらいあったのですか。

鈴木眞一 教授

今ただちに認識はしておりませんが、サイログロブリンの値で悪性が分かるって場合はですね、むしろ腫瘍がすごく大きい場合、もしくは遠隔転移をしている場合にサイログロブリンがとんでもなく高くなります。それと一緒にとんでもなく高くなっている人の中の中のう胞を伴う良性の結節も一緒にあるのでほとんど分かりません。値では。

西美和 部会員

はい、ありがとうございました。

鈴木眞一 教授

ただ遠隔転移している人はあとで振り返ると非常に高かった人が多いということになります。こういう方達はほとんど変わりません。

西美和 部会員

はい、ありがとうございました。

清水一雄 部会長

加藤先生。

加藤良平 副会長

前の方にちょっと戻ってしまいますけど、①-3の表の1と2なんですけど、これ一次検査の進捗状況とそれから結節とのお胞の人数割合が書いてあるんですが、結節の場合は二次検査にまわるものとまわらないものがあるのですか。それともなんかこう、どの辺でそれを判断されてるのでしょうか。

鈴木眞一 教授

はい、この表で見ていただきますと、結節の5.1ミリ以上というのがいわゆるB判定になります。あとのお胞ですと20.1ミリ以上のものがB判定になって二次検査に行きます。ですからこの両者がB判定で、逆にいうと5.1ミリ以下の結節と20.0ミリ以下のお胞というのが、A2判定になります。

加藤良平 副会長

じゃ、二次検査にはまわらないということですね。

鈴木眞一 教授

そういうことですね。

加藤良平 副会長

はい、分かりました。

清水一雄 部会長

他にございますか。あと5分ぐらいありますがよろしいですか。じゃ、私からもう1つ。資料①-6ページ(3)になりますかね。109人の内なのですが、基本調査の間診票提出率低いですよね。56%、もうちょっと高くないかなと思うのですよね。これはどんな感じでこれくらいになったのですか。

鈴木眞一 教授

はい、ありがとうございます。基本調査全体の提出率はさらに低い二十数パーセントだと思うんですけど、それに比べると甲状腺の方とか小児が対象ですので、努めて回答していただくように、その場または二次検査の外来等で書き方を教えたり、お願いしていますので、逐一この率は上がっています。さらに100%目指して増やしたいと思っています。

清水一雄 部会長

じゃ、樺田先生お願いします。

櫻田尚樹 部会員

①-29 ページの所の表3についてですけれども、これもすでに午前中現場を見せていただいた中でもご説明いただいたことに重なると思うんですけども、先行検査でBであった方が本格検査においては19名がA1に65名がA2にという形で結果だけみると改善という形になってるんですけど、これほとんどがそのう胞の中の結節を持っているようなもののう胞の大きさの具合とかの変化というふうに理解すればよろしいでしょうか。

鈴木眞一 教授

えーとですね、これ全てがそうであるという確認は取れてないんですけど、のう胞内結節ののう胞の変化というのはかなりの影響をしているっていうことは感じております。

清水一雄 部会長

あの先生、福島県外の検査機関ですね、本格検査になってから、92施設、前79くらいだったんですよ。これはあの増えたのは、例えば学会の方が認定した関連施設が増えたのか。それともお願いしてこれだけ名乗りを上げて増えてきたのか。

鈴木眞一 教授

色々なパターンございますが、一番多いのは当初契約した70数施設だけでは足りなくて、避難をされている県外に行かれています方は多く検査が滞っているという所を見計らって、その近くの先生にお願いして契約をしていただくと。中々基準がありますので100%専門医がいるというところがないと中々難しいのですが、色々相談をしてその専門医がいる所を探してなるべくやっていただくということで、90、実際もう少し増えているのですが、お休みされている所とか色々ありますので、実際動いている所が92という所で目標は100くらいまで今動いている所です。

清水一雄 部会長

確かに人数、例えば新潟県とか沖縄とか受検者の数に比べて施設が少ないです。

鈴木眞一 教授

はい、新潟県は私共報告しましたように私共が休みの日に健診バスを持って行って健診に行ったり、新潟県とか山形県、あと神奈川とかなるべく行けるところには行ってそういうものをすすめるようにしていますが、拠点のこの県外の整備というのも重要と考えております。

清水一雄 部会長

はい、ありがとうございます。

鈴木眞一 教授

担当者がいますので。



#### 清水一雄 部会長

どうぞお願いいたします。

#### 志村浩己 教授

県立医大の志村と申します。足りない所は順次専門医の先生が行ったり、専門医取られたり、新たに取り替えられたりした先生の所をお願いをしてやっています。新潟県も今現在お願いしている所が1箇所ありますが、まだ途中ですので、まだ1箇所ということで、あと施設基準、超音波診断装置の状況にも規定されますので超音波診断装置が私どもの検査にあってない場合が難しい場合があります。そういった要素もあります。

#### 清水一雄 部会長

はい、ありがとうございます。春日先生。

#### 春日文子 部会員

午前中は大変丁寧なご説明いただきましてありがとうございました。あと小学校の先生方や検査の担当者の皆様にもご迷惑をおかけした所もあるかと思うんですけども、大変ありがとうございました。一巡目の検査で経過観察になったお子さんが何人かいらっしゃると思うんですけども、3ヶ月後とか6ヶ月後とかあるいは1年後に再検査をして、その結果判定が変わる場合にはそれは先行検査のデータの更新という形で反映されるのでしょうか。

#### 鈴木眞一 教授

いえ、それは保険診療上のデータですので、健診のデータは健診のデータで一回終わりで、そこで例えばただ結節があってB判定で経過観察していたけど、いわゆる検診でいうA2とかのう胞だけだというふうになった場合、または5ミリ以下の結節もA2判定になるわけです。そうすると他の人と同じように次の検診まで来なくてもいいですよ、検診を受けて下さいと勧める場合もありますし、いやここまで来たからもう一回みるという人も中にはいますけど、そういう方針を変えることはございますが、それがデータとして登録するということまではいたっておりません。ただ今後はその保険診療での経過を我々は集積してどのような流れになったかというのを今集積することになっております。

#### 春日文子 部会員

分かりました。その検診のスキームとその結果の表し方というのは理解出来るんですけども、万一、経過観察後に悪性の結果が出てしまった場合には、それはどういう形で結果が出され、まとめられるのでしょうか。

#### 鈴木眞一 教授

幸いにも今のところそういう症例がないので、報告してはいませんけど、そういう症例があれば別枠で報告になると思います。経過観察中に発見された悪性腫瘍ということになると思います。でそうでなければあとはまた検診を受けていただいた時に、2回目受けますからその時に、治療されているともう分かりませんので、そうでない場合はその時にまた判断をするということになりますけど

清水一雄 部会長

じゃ最後に。西先生お願いします。

西美和 部会員

ちょっと確認したいのですが、結節の有無とかのう胞の有無の表とか棒グラフありますけど、結節の有無はのう胞の分も含めて充実性のものとしているのですね。のう胞の有無はもう全くのう胞だけで充実性が無いと。

鈴木眞一 教授

そうです。液体だけということになります。

西美和 部会員

はい、そうすると本格調査で結節があると、これ色々棒グラフあるのですが、出来ればそれが、先行調査がどうであったかですね、個別に分かるようなあれば一番分かりやすいですね。①-38 なんかですね。31.1 ミリが 3 名とかですね。なんか先行調査でどの程度だったかですね、分かればいいと思います。

鈴木眞一 教授

そうですね。一例一例今日ご覧いただいた判定をしている中では先行検査と本格検査比較しながら判断しているんですけど、そうすると先ほど冒頭にも申しましたように、いろんなパターンがありますので、かなり複雑な表現のグラフになるということがあるので、そう簡単には表示出来ないんですが、ただ皆さんお知りになりたいということはあるでしょうから、どんな形で出せるか。要するに結局どっちにもどっち方向にも動くので相殺されて意外と変わらないけど一例一例はそれぞれ動いている人もいるということなので、そういうこともあります。ただ、先ほども申しましたとおり、よく多発性でのう胞が消えたり大きくなったりしているものっていうのは基本的に良性のものが多いのでその中での変化ですので、むしろそれよりは結節が大きくなって、または今回のように急に結節が分かって悪性ないし悪性疑いっていうのは、もらすことなく、見逃さずに見ていくということに検査の精度を上げていますので、そちらに関してもどういう形で先生方にみなさんに分かるように出来るかということを出し方を検討したいと思います。ありがとうございます。

清水一雄 部会長

ありがとうございます。はい、星先生お願いします。

星北斗 部会員

あの一つだけはっきりさせて欲しいとか教えてほしいのですが、29 に、前回受診しなくて受診をした人というのは出ていると思いますが、これ 3,776 人受診をしてなくて今回 60,000 人受けた中に入っているのですね。この中で何割かは 0 歳児だった人というのは含まれていると思うのですが、前回受けてなくて今回受けた人、前回対象になっていて受けずに受けた人と、前回対象じゃなくて今回対象になった人というのは含まれていると思うのですが、どのぐらいの割合でどんな風に理解すればいい

のか、ちょっとそれだけ教えて下さい。

#### 鈴木眞一 教授

今、それちょっと考えてなかったので即答出来ませんが、事故当時胎内にいらっしやった、その後産まれた1学年だけが今回本格で増えたわけですけど、その人達じゃなくてやはり先行検査を受けてない方が本格検査を受けられている。もっと大きい年齢の方、特に18以上の方で結構いらっしやるなどというのは経験しております。受診勧奨のために福島大学とか福島医大に最近行ってやったのですが、そうすると受けてない、先行を受けてないけど大学まで来てくれれば受けたという人もいるので、やはりまだまだ受けにくい立場の人がいらっしやるのではないかとということで、そういう受診勧奨を十分にいろんなパターンをつくって、そういう人達が十分に受けられるようなシステムを改良中でございます。

#### 星北斗 部会員

先行検査のBの判定の比率と今回の本格検査のBの判定の比率が随分違うのですよね。ですから、かなりの年齢の違いというのを私は当然想定してみているわけですけども、年数が経ったからということに加えてそういう高年齢者層の、高年齢って言ったって18歳ちょっと超えたぐらいですけども、その人達が増えたことによってB判定が増えたとは私は理解しているのですが、そのような理解で間違いないでしょうか。

#### 鈴木眞一 教授

もともとの全体のB判定、これは比べたことですがB判定の率は年々増えていたのですが、先行調査に比べて本格調査が増えたのではなくて、同じような比率でむしろ対象年齢が先程も申しましたようにどんどん上がって行って、18歳以上の人が増えているので、そうすると結節がどうしても増えてきますので、B判定が増えるという方に傾いているのではないかと考えています。

#### 清水一雄 部会長

はい、ありがとうございました。他にございませんでしょうか。甲状腺検査に関しては。

#### 渋谷健司 部会員

短く。星先生の質問に関係するんですけど、最初の1ページにですね、半年ほど先行検査の期間が延長されたと書いてありますが、その時に受けなくて本格検査の手紙が来た方は、もうすぐに本格検査に行くわけですよね。それって何人ぐらい。それはこのさっき仰っていた数と一緒にですか。じゃないですよね。

#### 鈴木眞一 教授

いわゆる先行検査は本格検査の受診の案内が届くときまでに受けてしまえば先行検査として登録されると。その案内が届いたらまた来るわけですから直ぐ行けばいいんですけど、この間やったばかりだからと言ってあえて遅らせて受けられる方もいますし、その辺、統計学上は間隔が非常に近いのであまり意味がない検査になるんですが、ただ前回検査を受けてないのに受ける権利と、次の本格検査を受ける権利というのもございますので、そのご本人方のお考えにしたがって、ただ我々相談された場合は検査が近いとあまり、やったばかりだから意味がないので少し後にしたらどうですか、ということはいえますけど自動

的には受けられる権利があるんで案内を送らざるを得ませんので、送るってということになります。そういうところは二つの意味があって、検査の統計学的な意味と、あとにご本人達へのサービスという意味では両方あるかなということなので難しいところだと思います。

渋谷健司 部会員

そうですね。あとやはり事故からどのくらいの期間か、それも分析のときはやはり調整したほうがいいのかと思います。

鈴木眞一 教授

分析の時はもちろんですから、そこはそのとおりだと思います。ありがとうございます。

渋谷健司 部会員

ありがとうございます。

清水一雄 部会長

はい、ありがとうございました。じゃこの辺で。

西美和 部会員

本当に簡単ですが、本格検査で平成 23 年 3 月 11 日から 4 月 1 日生まれ、非常に人数が少ないと思いますけど、こういう子供は入っていないのですか。平成 23 年 3 月 11 日から平成 23 年の 4 月 1 日生まれの方。これ 4 月 2 日生まれからですけども。

鈴木眞一 教授

平成 23 年の 4 月 1 日まで。

西美和 部会員

いえ、3 月 11 日から 4 月 1 日までに生まれた方は対象じゃないでしょうか。対象から外れているのでしょうか。

鈴木眞一 教授

3 月 1 日ですか。

西美和 部会員

3 月 11 日に。

鈴木眞一 教授

平成 23 年 3 月 11 日。

西美和 部会員

ええ、11 日ですが 4 月 1 日までの間に生まれた子供。非常に人数は少ないと。

鈴木眞一 教授

入っています。本格検査で既に入っていますので。入っています。

西美和 部会員

対象者の所には平成 23 年 4 月 2 日から平成 24 年 4 月 1 日まで生まれたって書いてあるんですね。

志村浩己 教授

先行検査の対象者には入って…。

清水一雄 部会長

資料 1-1 の対象者というところ。

志村浩己 教授

先行検査の対象者には入っていませんけど、本格検査からは入っております。

小林弘幸 県民健康調査課長

すみません。あの事務局ですけども、いま甲状腺検査の対象者の範囲ということなのですが、平成 23 年 3 月 11 日から 23 年 4 月 1 日は、要するにその学年単位でやっていますので、そこも含まれるということやっております。

清水一雄 部会長

その概ねの中に入っているわけですね。含まれている。つまり 3 月 11 日から 4 月 1 日っていうのはその学年でいうと前の途中までいってしまうのでということですね。そこまで入れると大変なことになってしまうということだと思います。よろしいでしょうか。それではですね、今日も拝見させていただいて大変な作業を続けていると思うのですが、今後とも福島県立医大を中心に事務方の皆様方もよろしく願いいたします。ありがとうございます。

それではですね、議事の 2 に移らせていただきますが、論点を少し絞らせていただきました。私、部会長として今までの議論になった内容を少し絞らせていただいて、議題が多いですと中々最後までいかないということもありますし、中身を濃く時間を使って検討していきたいと思います。今日は 3 議題程用意して来たのですが、まず第 1 に先行検査で得られた結果、その結果に対する対応、それから治療を含めてですね、それについて議論を、ご意見をいただきたいと思います。その中には過剰診断のこと、それからがんの評価ですね、スクリーニング効果か被ばくの影響かとこれから先の長い問題になると議論の対象になると思います。また手術を含めた対応治療はこれで良かったか評価ですね。それから、それに加えて今後の検査方法です。今までの検査方法で良かったかどうか、これでいいだろうか、今後どういうふうに対応していったらいいだろうか。それからあと対象者に対して結果説明はどういうふうに行っているかこのことに関してももし時間があれば。2 番目は二次検査後の保険診療についてちょっとご意見をいただければ。それから 3 番目が対象者の今後の追跡をどのようにしていったらいいだろうかということで、時間をそう

ですね 3 時半まで 20 分まで時間を使いたいと思います。

まず、第 1 に先行検査で得られた結果ですね。今日ご報告いただいた結果を踏まえてそれに対する対応治療今までのこの評価をちょっといただきたいのですが、その中でも絞ってですね、まず今 109 例ですか、あの細胞診の結果悪性または悪性疑いが出ている中で 85 人の方に手術がされているということですが、このことに関して一番以前から問題になって議論になっております過剰診断のことについて、まずご意見を頂きたいと思います。渋谷先生ご意見、まず最初にございますでしょうか。

#### 渋谷健司 部会員

すみません、ありがとうございます。こちらに清水部会長からの 3 議題についての見解という形で私見を紙にまとめさせていただきましたけども、私の意見としては、今回明らかに有病率は通常のがん登録から予測されるよりはるかに高いということで、可能性としては何か異常な事態が起こっているのか、あるいはいわゆる過剰診断ということが考えられて、今の被ばくの状況から考えると過剰診断。後者の可能性が高いと考えております。前回も感じたのですが過剰診療と過剰診断という言葉が非常に混同されておりまして、私が申し上げているのは過剰診療ではございません。過剰診療は不必要な診療を過剰に行うということでありまして、誰もそんなことをしているとは僕は思っておりませんので、今回の議論の対象ではありません。過剰診断というのは生命をおびやかさないがんを発見することであって、今回超音波検査っていうのをもともと無症状の健常な住民の方を対象に行った結果、本来は見つからなかったものが見つかってしまったと、その甲状腺がん検査を実施するという判断に関しては当時の状況を考えるとですね不安を解消するというので検討されたと思いますので、そこに関しては、私は異論を挟みませんが、ただ今後、今のままの甲状腺検診ですね。特に過剰診断の可能性があるということ。

それからやはり今までの診療ガイドライン、やはり今きちんと診療ガイドラインはあると思います。ただそれは病院に症状を持って来た患者さんを対象にして作られた診療ガイドラインであって、今回のように無症状の健常な方を対象にして検診で発見された甲状腺がんに対するガイドラインではないわけですよ。ですから、ちょっと今からでも可能ならですね検診によって発見された甲状腺がんの治療に関しては再検討していただければと思います。

さらに、やはり今の甲状腺がん検診自体はですよ、健康影響という観点からすると健康を守るという本来の観点からするとやはり不利益が大きいことが否めないで、そのやり方に関しては見直しが必要だというふうに個人的には思っております。

#### 清水一雄 部会長

はい、ありがとうございます。検診検査の内容ですね。今やっている現在の体制といいますか、それと、もう一つ今提示があったのはガイドライン、日本甲状腺外科学会、内分泌外科学会のガイドラインに沿って対応をすべて行っていると思うのですが、その疾患に対する対応と、このように検査をして見つかった場合の治療方針といいますか、ガイドラインといいますかね、違うのではないかとということで、この検診においてそれに必要なガイドラインを作ったほうがいいのかということですね。渋谷先生のご意見は。

#### 渋谷健司 部会員

そうですね。まずその過剰診断ということの可能性というのはきちんと認識した上でさらにそうしたも

のに対してどう対応していくかと。今あるガイドラインというのが、対象がやはり臨床症例ですから、それと症状がない健常者を対象とした検診によって見つかったがんとは集団が違うわけですから、それに対するガイドラインというのは再検討していく必要があるのではないかなど。それからもう一つですね、これとちょっとバランスを考えなくてはいけないですけど、甲状腺がん検診のやり方の見直しというものの反面、もう一つ今回被ばくの影響というのはきちんと検証していくかどうかというのは大きな 이슈 だと思うんですが、やはり被ばくの影響はきちんと見ないといけないと思うんですよね。それは数年という短い期間ではなくて 4、5 年後から出てくると言われていますから、その辺まできちんと対応しなきゃいけない。両方の天秤をどうかけるかとそういうこと大きな 이슈 になってくると考えております。

#### 加藤良平 副部長

根本的な所でね、渋谷先生にね、ちょっとお聞きしたいんだけど、その過剰診断というのは、我々病理診断をやる病理医にとってはですね、がんじゃないものをがんとして診断するというのを、その Overdiagnosis というふうに言っている訳ですよ。それで過剰診断っていった場合、先生の仰っている言葉というのはですね、世の中の的には、少しそう誤解を受けてしまう可能性があるんじゃないかというふうに思うんです。そのおとなしいがんを、見つけなくてもいいがんを見つけてしまうということを過剰診断と先生は定義されていると思うんですけど。

#### 渋谷健司 部会員

これは私の定義じゃなくて日本医師会のホームページにちゃんと書いてありまして、そこに過剰診断とは何かというふうに書いてあります。その定義を私は使っております。僕がつくった定義ではございません。

#### 清水一雄 部長

どうぞ、では西先生からいきますか。

#### 西美和 部会員

2 点あるんですけども、最近の Journal of Pediatrics に書いてありましたけども、大人の、成人の甲状腺結節がんのガイドラインと子供とは違うんじゃないかならうかと。例えば 10 歳の子供は大人に比べて身体が全然違いますし、甲状腺の大きさも違いますから、成人の 10 ミリとっているのは 10 歳では 4 ミリではないかという意見もあるんですよ。だから今の成人の 10 ミリ云々というのをそのまま当てはめていいのかなど。もし 10 歳で 4 ミリだったら 5.1 というのは、もう検査するリーズナブルなデータになるんですけども、もう 1 つ過剰診断というのは確かに発見しなくてもいいのまで発見されている方もいらっしゃると思うんですよ。全部が全部そうとは思いたくないんですけども、例えば今回の本格検査で 17.4 ミリの方はですね、これは本当にがんだとオペされたか知りませんがけども、見つかって良かったんじゃないかなとは思いますが。それからあの子供の場合はやっぱり転移も多いですし、肺への転移も多いと文献的にもありますので、ですから成人のガイドラインと小児のガイドラインとはですね、ちょっと違うような気がするんですよ。小児のガイドラインどのようにすればいいかちょっと分かりませんけど。それ一部はあるかもしれんけども、全員が過剰診断ではないだろうと。一部は過剰診断あり得るかもしれません。以上です。

清水一雄 部会長

春日先生。

春日文子 部会員

渋谷先生の本かれた内容でもう少し詳しくご説明いただきたい所があるんですけども、過剰診療については問題にしないと仰る一方で、現在の診断のガイドラインを変えるべきだと仰ってますが、その点一見矛盾するようにも見えるのですけれども、先生のお考えをもう少しご説明いただけますでしょうか。

渋谷健司 部会員

過剰診療というのは、不必要な診療をするという意味では確かに似たように聞こえるかもしれませんが、今回検査をしなければ見つからなかったがんがたまたま見つかってしまったと。それに対しての治療ガイドラインというのはもともと無いんですよ。今あるのは臨床、先ほど西先生が仰ってました診療ガイドライン、清水先生仰ってましたけど、病院に症状を持っていらっしゃった患者様を対象にしたガイドラインであって、だから過剰診療を問題にしないこととガイドラインをつくるということは僕は矛盾しているとは思わないですし、今回対象にしている方、症状がない健常な方を対象にして見つかったがんですから、それに対するガイドラインというのは今症状があって病院にいらっしゃった患者さんを対象としたガイドラインとは違うのではないかということを提案しているだけであって、必ずしも過剰診療が行われているということは、僕は申し上げてはなかつてもりですけども。

清水一雄 部会長

はい、春日先生。

春日文子 部会員

この部会としてもしも提案するとすればですね、もう少しクリアなメッセージを伝えた方がいいと思うのでご質問差し上げたんですけども、今、行われている二次検査以降の保険診療に移ってからの診療方針については問題がないと考えられているわけですね。

渋谷健司 部会員

今ですか。

春日文子 部会員

ええ。

渋谷健司 部会員

今、過剰診断がおこって結果として過剰な治療が行われている。過剰診療とは言ってないですよ。

春日文子 部会員

ええ。



#### 渋谷健司 部会員

過剰な診断が行なわれた故に、それで見つけてしまったために今の診療ガイドラインに合わせれば、過剰な治療が行われてしまうという、そういう結果であってそれは避けようが無いという言い方は語弊があるかもしれませんが、今の診療ガイドラインであるかぎりにはやはり照らし合わせれば、福島医大の方からそう仰ってますけどそれは本当にガイドラインに沿ってやってらっしゃる。ただそのガイドラインというのは臨床症例に基づいて作られたわけであってこうして無症状の健常な方を対象にした検診で見つかったがんに対してのものではないということです。実際に病院にいらっしゃった患者さん症状があつて来た患者さんの予後とか死亡率とかとそれから無症状の健常な方の予後とか死亡率とか、甲状腺がんによるものですよ。やはり集団が違うわけですよ。ですから、その違いをきちんと認識しなければいけないということが1つ。それからもう1つは前回でしたっけ、津金先生がまとめられたがん登録のデータありますよね。あのデータは基本的には臨床家の先生方が登録して、そしてそれが全国的或いは地域ごとに集計されたものなので、基本的には症状をもった患者様の甲状腺がんに関するデータのわけですよ。それから分析した結果であつてもやはり死亡率というのは非常に低い。そういう観点からすると今回の無症状な住民の方を対象にした検診における甲状腺がんの死亡率というのはさらに低いという可能性が高い。そうした面を考えるとやはりその利益と不利益というものをきちんと考えて、子供達の健康を守っていくと、そうした観点に立つと、不利益が上回る可能性が高いのではないかというのが私のコメントであります。

#### 春日文子 部会員

その点はよく分かるんですけども、新たなガイドラインが必要と仰るところがどの時点からのどういうところを対象としたガイドラインなのかがちょっとはつきりしなかったのでお尋ねしました。

#### 渋谷健司 部会員

私が申し上げているガイドラインというのは何度も申し上げているけど、病院に現在ある臨床症例、臨床症例というのは実際に病院にいらっしゃった患者さんを対象にして今、西先生が仰ったような **Journal of Pediatrics** に出ているような、そうした方を対象にしたガイドラインであつて、今回は症状がない健常な方を対象にした検診であつて、そこで見つかった甲状腺がんと症状があつて病院に行かれた方、そうした方々の予後というのが違うんじゃないか。で、あれば今見つかった方をその診療ガイドラインに沿って手術するのが妥当かどうか、それからその中には経過観察をしていく可能性も考えなきゃいけないんじゃないかと、それを申し上げているわけです。

#### 清水一雄 部会長

私がつです、いいですかちょっと。じゃ、清水先生からどうぞ。

#### 清水修二 部会員

今のお話をちょっと素人にも解りやすく教えてもらいたいですよ。つまり臨床症例ではない症状のないものを診断する場合の基準が従来もっと違うべきだと、具体的にはどういう違いを設ければいいんでしょう。例えばということでもいいんですけども。基準をようするに厳しくとれという、そういう量的な違いなんですか。

#### 渋谷健司 部会員

違います。あのもとと症状がある方が病院に行って診断されるものと、症状がない方を甲状腺で例えば今日のケースなんかで1ミリまでのう胞なんか見つかるわけですよ。そうした場合に見つかった物。そしてその二つの集団とは違いますし、そもそも症状がない方でたまたま甲状腺検査、超音波検査をして見つかったがんというのはおそらく前回の津金先生のデータからも一生悪さをしない可能性は高いと。病院にいらっしゃって今の診療ガイドラインに沿った方はもちろん手術しなければいけないけれども、今回超音波検査で見つかったがんのお子さんたちはですね、そのガイドラインを機械的に当てはめていいのかと言うのを僕は問うているわけです。

#### 清水修二 部会員

いや、その違いは分かるんですけども、同じ大きさの結節なりなんなり見つかった場合でもその後の扱いに区別をするというふうに仰るわけですか。

#### 渋谷健司 部会員

そうです。

#### 清水一雄 部会長

あの私前から何回も申し上げているのは、部会長の立場を外させていただきますけれども、症状が出て病院に来る患者さんというのは遅いです。ほとんどの患者さんは無症状ですね。痛みもない、たまたま家庭で食事をしている時に飲み込んだらポコッと甲状腺のしこりが動いているのが見えて、人から指摘されたとか、そういうところから見つかる。これはかなり大きくなってからですね。で、最近来る患者さんはあの外来やっていますとエコー検査の例えば頸動脈エコーの検査をやっている。ついでに甲状腺をひっかけたときに見つかってしまったとか、これはあの甲状腺を検査しようと思って病院に行ったわけではなくて見つかる方もいますね。それで比較的進んでいる人もいます。福島の今回の検診は、背景にももちろんほとんど100%近い人が無症状です。ただその背景には福島原発の事故という背景があります。この背景を考え合せた上で全くなくていいのか、あるいは事務局の方にやって下さいという人がたくさんいる中でですね、どのくらいの方を対象にどこまでやるかを含めてその辺の所も頭に入れながら議論していただきたいというふうに思います。

#### 西美和 部会員

ですから小児の場合はですね大人の成人の人間ドックはまた志村先生お聞きしたいのですが、過剰診断といわれているのですけれども、中には発見してもらって良かったという人だっているのだろうと思うのですよね。そういう人も全て100人が過剰診断ではないと思うのです。それで子供の場合はですね余命期間が長いですよ。40代50代の方はせいぜいあと30年ちょっと。しかし10歳位だったら70年位ありますから余命期間が全然違うということと、いろんな英文には書いてあるのですけれどもやっぱり子供の場合は結構大きくなるとアグレッシブにかなりアグレッシブな治療をしなければいけないから**Early detection**がいいのじゃないかなという傾向もアメリカの報告にそういう風に書いてあるんですよ。だから人間ドックの従来の考え方と小児の考え方とは違うのだろうと。じゃ、小児でどういうふうがいい

かとはちょっとまだ分かりませんがね。志村先生、人間ドックやって実際見つかって良かった人もいるんじゃないですか。

清水一雄 部会長

志村先生お願いします。

志村浩己 教授

その前にすみません、症状があって診療に来られる方のガイドラインというのは、以前は無かったので。以前は画像診断が発達しておりませんでしたので、ほとんどの方が症状をもって病院に来られています。そこで悪性と診断された方、あるいは大きな良性の方は全員治療されていたんだと思います。ここ10年とか20年は画像診断が発達してまいりまして動脈硬化の検査あるいは肺の病気の検査、様々な検査で甲状腺結節が見つかるようになってまいりましたので、それを全員治療するのは好ましくないんじゃないか、過剰診断ではないかと言うふうに我々甲状腺の専門家が考えて診療ガイドラインをつくっております。

ですから今の診療ガイドラインは症状がある方に対してというよりも、そういう偶発的にいらしゃった方に対するガイドラインという色彩が強いもので、それは今回の検診と基本的には同じだと考えています。あと過剰診断は成人ではごもっともそのとおりだと思いますが、小児の場合は本当にそれが過剰なのかどうかというエビデンスは無いと思いますので、我々は臨床的にはリスクを非常に厳密に評価して対応しておりますので、それは足りないところはあるかもしれませんが、徐々にデータの蓄積と共にまた見直すべきとは思っています。

渋谷健司 部会員

はい、いいですか。ちょっと3点だけ、簡単に。

清水一雄 部会長

はい、渋谷先生。

渋谷健司 部会員

今まさに先生仰ったように超音波検査によって実際に罹患率というのは非常に増えていますよね。世界的にね。それはもうアメリカも韓国もすべてがん登録だそうです。日本もそうです。ただ死亡率は全然上がっておりません。ですから過剰診断ということが言われているわけであって、ただ病院に実際かかる患者さんはなんらかの撮影にしろ、いろんなケースがあって、たまたま行ったときに検診で見つかってしまったっていうのが、かなり今増えてきているので、そういう面からすると全てが症状を持った方ではないという、そのとおりなのですが、ただ多くの場合は病院に何うというのは何らかの症状があった患者さんがもともと多かったわけですし、実際今、先生仰ったように甲状腺がんに対してたまたま超音波検査をすることで見つかるがんがあまりにも増えてきたというのが現在あって、それが正に僕の言っている過剰診断の危険性ということで。ですから、なおさら今回みたいに、本当に無症状な一般の方にやった場合っていうのは本当に気を付けて、まさに今ガイドラインにもあるのですけども、そうしてたまたま見つかったケースが病院でも増えてきている中で、今のこれまでの診療ガイドラインというものをそのまま当てはめるべきかというのはやはり議論の余地があると僕は思っています。

それから先ほど西先生が仰った、色んな文献で子供の甲状腺がんというのはアグレッシブであると、転移も多いとそういうことを仰ってましたけど、それはおそらく実際に臨床症例ではそういうケースが多いのかもしれませんが、今回のように小さくたまたま症状がない方を全て甲状腺の検査をして見つかったがん、本当にそうなのかどうかというのはやはり分からないのだと思うのですね。確かになおさら気を付けてやるしかない。

それから最後ですけど、やはり死亡率が非常に高いと仰ってましたけど、前回同じ議論でしたけど、津金先生の出したデータはやっぱりきちんと登録したデータなのです。ただそのデータ見ないで **Speculation** じゃないですけども死亡率が高いとか、だってその津金先生がまとめられたデータっていうのは皆様方が信頼したデータが登録されてそれが集計されたわけですから、そこからしてもやはりその死亡率とか有病率の予測とか、そうしたものに基づいて議論しないとせつかくデータに基づいて津金先生が前回議論を提案したのに、また元に戻るような議論をしているので、きちんとやはりデータは見ないといけなないと個人的には思っております。ですから、そこは臨床医と疫学者という全く二項対立じゃなくて、二つのデータというはお互いリンクしていますし、見ているものは集団と個人で違うかもしれませんが、どれも一つ一つの症例の積み重ねが、津金先生が提示したものであって、それはもう臨床症例一つ一つの症例の重みというのはまったく変わらないというふうに個人的に思っています。

清水一雄 部会長

はい、どうぞ鈴木さん。

鈴木淳一 保健福祉部長

すみません、県の保健福祉部でございます。事務局からあまり意見を申し上げるのもどうかと思いますが、若干お話をさせていただきますと確か前回か前々回の部会でも過剰診断の話になった時に私県民の声というのを紹介させていただいた覚えがあるのですが、報道などで過剰診断というのを見て非常に違和感を覚えるという、これは保護者の方のご意見です。なぜかといいますと正に放射線被ばく、チェルノブイリの例を皆さん勉強なさっていて、やはり子供さんのことが非常に心配だ、ということで2年にいっぺんと言わず毎年検査してくれというような声が県にも多数寄せられてきたということで、あの渋谷先生のですね、只今拝見した見解にもですね、1ページ目の一番下の黒ポチの所にですね、そうした県民の懸念からこのような検査をされていることは良く理解できるという一段落がありまして、ただ現行は過剰診断の可能性が高いということなのですが、この懸念にご理解がいただけるのであればですね、やはりここは先生の仰る不利益と利益ですね、診断による。ここの所に県民の不安に対するその説明というのでしょうかね。そこもちょっと加えていただきたいなと非常に思うのですよね。これをどちら側から説明するか。あのもし先生の説明のようにするのであれば、そういう不安はないので、ほとんどありませんから大丈夫ですと言っていた上で過剰診断という説明、議論になるのであれば分かるのですが、不安を抱えたままのところですね、逆側から説明しようとする、ちょっとまだ県民の多くの方からご理解が頂きにくいのではないかというのが我々の今の感じ方です。

清水一雄 部会長

はい。あと。

### 渋谷健司 部会員

その非常に感情はよく理解しています。していますし実際に始めた当時の皆様方の不安とかそうしたもののによって甲状腺検査が実施されたということは当時の状況を鑑みて妥当であったと私も思います。ただ、この資料 1-1 に書いていますけど、目的が子供達の健康を長期的に見守ること。やはり健康を見守ることが第一義なわけです。そうした観点からするとやはり、この 3 年経ったときに今のやり方でいいのかどうか、当時 3 年前は甲状腺検査をやって早期発見、早期治療はいいだろうと、そういう議論があったことは、僕は本当にそのとおりでと思うのですが、ただ、やってみてこれだけ多数見つかって、80 数例も手術されているわけですね。それぞれが本当にする必要があったか。そうしたものを考えた点で前回の津金先生のデータからすると予測される有病率よりもはるかに高く、実際に被ばくによる影響というのはまだまだこれは調べなくてはいけないのですけども、今の被ばく量からするとそこまで出る、あるいは時期的にもそこまで出る可能性は低いというのは皆さん何度も述べているわけですね。じゃ、可能性としてどうなのかと考えた時、過剰診断という言葉はあまりよろしくないというのであれば **Overdiagnosis** という言葉を使いますが、それが一番妥当であると。そういう単にロジカルに考えるとそういう結論に至るわけですね。そうした時にじゃどうしていくかと。特に過剰診断見つけてしまったことはしょうがない。じゃ、そのあと手術するのかどうか。そうしたものを議論しないでですよ、とにかく感情的に違和感があるからどうかというのはもちろんそれは一理ありますが、この部会というのはきちんとサイエンスに基づいて、データに基づいて今 3 年経ってみて見直しが必要なのは見直す、本当にやらなくてはいけないことはやる、分からないなら分からない、先にきちんと検証しましょうというのをきちんと方針を出すというのが私の役目だと思いますので、そのお気持ちは本当によく分かりますし、その気持ちに沿うべきだと思います。ただ本来の一番の目的というのは子供達の健康を守ると、そこをぶらしちゃいけないと思うんですよね。そういう観点から僕は今のやり方は不利益の方が大きいんじゃないかと、そう申し上げている次第です。

### 清水一雄 部会長

子供の健康を見守るということでこの検査が始まったと思うのですが、その結果、細胞診で 109 人見つかって 85 人手術したわけです。これは前回の委員会・部会の時に、鈴木先生からご説明いただいたように、109 人全員手術したわけではなく、その中で専門家、外科医が集まって、あるいは内科の先生が一緒だったかもしれませんが、この手術は必要だと判断して行った 85 名と私は理解していますけども。それでも何かご意見がある人いますか。これはこの前説明いただいた。はい、鈴木先生。

### 鈴木眞一 教授

私、当事者なのでそのことは皆さんで議論していただいた方が非常にいいと思いますけど、私も日本の甲状腺の専門家でこの間まで理事長をしていましたので 1 つ答えておかなければいけないのは、渋谷先生の仰ることは渋谷先生が勉強されたことはごもっともかと思うのですが、我々は、日本では、過剰診断、診療になるということをも承知で日本が世界に先駆けてそういう基準を設けて過剰にならないように、なるべく微小がんを取らない経過観察をするということでこの基準もその 1 つとして作られたもので、当初は米国から「日本はなぜそういうことをして全摘をしないのだ。」「小さくとののだ。」「経過観察なんて信じられない。」というのを散々言われたのですが、米国のガイドラインは今年から日本の我々の経過観察をするという概念も一部取り入れるようになっております。そこは我々が先駆けてやっている中で日

本の全国の専門家と相談してこの基準も決めております。その結果でやっていることです。先生の計算で1つお答えしなくてはいけないのは国立がんセンターのがん登録は我々も知っていますけど、あれは十分に甲状腺がん全てが捉えられているわけではない。我々甲状腺がんに関してもその辺今地域がん登録をもう少ししっかりしようということで、あれはひとつの推定値であります。あとは5年生存率、10年生存率で甲状腺がんをとりあえず他のがんと評価するのは出来ますが甲状腺がんは実際には30年以上たっても亡くなります。それは何故かというステージの早いうちのものはずっと亡くなりませんが進行したがんは10年でも亡くならないのですが、そのあと最終的には亡くなる人が増えていきます。ですから生存率をその10年や5年の登録だけじゃなくて長い間で見ると今見つかったのは過剰に早い所ではないですが、一般的にとるべき臨床例の中の早い方にきていますので、ご存じのように片葉切除が非常に多くて、非常に将来の予後は良いのではないかと、QOLも良いのではないかとすることは想像されます。そういう中でこれは初めての試みですので、みんなでそういう所を日本の英知を集めながら検討しながら行くべきだとは思っています。過剰だということに関してのそういう疫学的な議論に関してはもっとしていただきたいですが、そこに対する基本的な甲状腺の常識という今までの知識はもう少し明確に入れていただきたいと思います。

#### 渋谷健司 部会員

すみません、先生言っていること僕言っていること全然矛盾していないのですよね。まず、過剰診断あると先生認められているのですよね。ですから過剰診断はあるわけですよ。実際に甲状腺超音波検査によって罹患率は非常に上がっていて、死亡率というのはほとんど変わってない。もちろん、がん登録は先生の仰るように特に福島県はまだまだ整備が本当に必要です。これから法律が通っていき正にがん登録をきちんとしていこうという段階なので、これからもっとちゃんとしたデータが上がってくるでしょう。ただ今がん登録、少なくとも国立がんセンターが集めたものは、日本で他に比較出来ないほどきちんとしたデータでありますし、ただ欠点はもちろんあると思います。ただ、そこを無視して、議論するというのはどうかと。ですからそれをさらに英知を合せて今の検診というのは今まで世界中でやったことがないものであるから、なおさら気を付けてきちんとした方針を立てていきたいと思いますということに関しては私と先生はまったく矛盾してないと思うんですけどいかがでしょうか。

#### 清水一雄 部会長

過剰診断に気をつけなくてはいけないという所では、意見は一致しているというふうに思います。それで今日と次回を含めて2回の部会である程度の結論を出したいと思います。今日は、あと今ちょっと少しポーズを置かせていただきます。この問題についてはもう一回また戻します。この中にあるいくつかの問題で先ほどから出ているガイドラインの事です。ガイドラインに関しましては日本甲状腺外科学会、内分泌外科学会と決まったガイドラインがあると、このガイドライン以外に新しく検診の治療に対するガイドラインですか、これを作ることにしましては、ある程度のステップをおかなくてはいけないと思いますね。それもここで決めるのではなくて最終的にそれは学会なり持って行って決めるのか、その辺のステップは、ちょっと僕は分かりませんが、いずれにしても今回の検診に対する対応に関してはちょっと違った意見もあるのだということはこの部会甲状腺評価部会では意見のひとつのまとめとして親委員会に提出したいと思いますので、このガイドラインのことにしましてはこれで話を終わりにしたいと思います。それから過剰診断のことも含めまして今現在の検査している内容、体制、これについてちょっと議論をしてい

ただきたいのですが、ご意見いただきたいのですけれども、それが結局。

#### 渋谷健司 部会員

すみません。ちょっといいですか。ガイドラインの話をやめるというのはどういう意味ですか。ちょっと良く分からなかったのですけど。

#### 清水一雄 部会長

ですから、この検査のガイドラインはここでは最終的には決められない。

#### 渋谷健司 部会員

もちろん、ガイドラインは我々決められませんよ。でも、ガイドラインを見直す・再検討する、ということは提案出来るのではないですか。

#### 清水一雄 部会長

もちろん、それを親委員会に提出すると。それでですね、検査の内容、今やっている検査の内容、項目これは無意味である。もっと増やした方がいいのだ、という議論をお伺いしたい。それからもう1つ。検査を受けた子供たち、あるいは親御さんに通達することがあると思うのですけどその通達の仕方に関してちょっと不安を持っている親がいらっしゃる、あるいは子供さんも高学年になると不安を持つ方もいらっしゃる。その方に対する説明の仕方はこれでいいのかということについて、ちょっとご議論していただきたいと思います。加藤先生。

#### 加藤良平 副部会長

今の検査の内容について、またさっきの話もちょっと加ってくるのですけど、私も甲状腺の病理やっていますから、Natural history はもう分かっているわけなのですが、それでやはりそういう Overdiagnosis も含めた形での意識した検査をやっているかどうかというので、今日色々とお聞きしたのですが、鈴木先生の話ですと5ミリ以下の結節に関しては、これはもうフォローアップで行くというふうな事をお話されたと思いますね、で5ミリ以下の結節というのはかなりの部分でがんも含まれてくるわけですが、それはなるべく触れないでというふうなことでフォローアップして行きましょうという形で、一応その Overdiagnosis を意識した形で治療を行っているのではないかなと私自身は感じたのですけど、その辺は意識してされているのでしょうか、ということをお聞きしたいと思います。

#### 鈴木眞一 教授

はい、このガイドライン超音波の基準を作るときにですね、先程も仰った一生取らなくていいものを取るということがないように。そういうものはどういうものかといった中でその一番の例が剖検例なのですね。剖検例で見つかる甲状腺がんが数十パーセントある。そのほとんどが5ミリ以下中でもさらに小さいのです。多数多発して小さいものが多いということで5ミリまではそういうものはかなり含まれるだろうというのが想定されています。それが10ミリってところはまだコンセンサスが正確に得られてないので5~10は二次検査にあげた上で、二次検査で厳しい診断基準で細胞診をする人はそこからセレクトされます。極めて悪性が疑われる人だけ細胞診をする。ですから実際見つかった人も手術例ではご存

じのように小さいなりにも進行しているものを今のところ選んでいるものが多いということで、そういう抑制的な基準で今、子供にも適用しているということでございます。

#### 春日文字 部会員

本日色々ご説明いただく中で、ちょっとでも一次検査の時に検査する側の方が判らない時には、判定委員会に上げてそこでも二段階でチェックされるという本当に丁寧な検査の過程を見せていただきました。それで、私達はとてもよく納得したんですけれども、県民の方達にもそこまで丁寧に説明がされているかどうか。それからお一人お一人例えば疑問があった時お電話とか写真を自分でも持ちたいというような希望があった時にどんな対応をされているのか教えていただけられるでしょうか。

#### 鈴木眞一 教授

それぞれについて対応していますが、今日は先生方のかなり詳しい方々への説明ですので、全く慣れてない方にも分かるような説明やはり質問者に合わせて答えるということが常だと思えます。なるべくお母様方には検診の前にビデオを見せて、こんな風にのう胞は見えますとかどういう風に診断しているかというのを、私の滑舌の悪いビデオなのですが、東北弁で喋っている中で必ず検査を受ける前に見ていただいて、そうすると判定がよく分かるということで、そういうことをしていただいています。画像が欲しい方には、前は開示請求が非常に複雑だったのを簡単にして、どうしてもという方にはお渡しするようにしております。

#### 清水一雄 部会長

はい、樺田先生お願いします。

#### 樺田尚樹 部会員

先ほどの議論にもちょっと関連する所ですけども、鈴木先生、前回、前々回の時にも、悪性あるいは悪性疑いという方に関して手術している部分は、臨床的に手術が必要な方を中心に行っていますと、今も繰り返しご説明いただいた所です。一方で、放射線との関係についてどうなのかということに関して言えば、これは放射線の影響ではないだろうというのは県の見解になっていますし、それは私達放射線に関する研究をやっている人あるいは UNSCEAR、WHO の国際機関の報告でも基本的にはごく一部の方には放射線内部被ばくによる甲状腺のリスクが上がる方がいるかもしれませんが、概ね日本、今回の福島の場合はないであろうという風な結論をいただいている所ですよね。そしたら、今福島県民の事故時18歳以下の方に行っていますけれども、それで手術適用になる人がこれだけおられるということになれば放射線の影響がないというのであれば、全国の人と同じだけ手術適用のあるお子さんがいるということになると読まれてしまうことにもなりかねないですけどもそこはどうなるのでしょうかということと、やっぱり子供さんを見守るという中でこういう健康診断というのは非常に手段として重要な所もあると思うんですけども、こういったものが一次予防なんか繋がる行動変容のきっかけになるような場にしていくということが非常に大事になってくると思いますので、先ほど説明を十分にされているのかということもありましたけれども、特定健診、特定保健指導いわゆるメタボ健診というのが始まった時、あるいは産業保健の現場でも健康診断でそこで病気を見つけるというよりも、やっぱりこういうことで行動を変えて行けるチャンスを十分説明する場を設けていくというのが、非常に大事になってくるのだと思いますが。



今日も見せていただいた中では、これは県の人にもお願いしたい所ですけど、とてもじゃないけど人材的にそんなこと言われてももまず出来ない。マンパワー的にも出来ないよ、という所だと思いますので、そこをもうちょっと甲状腺の検査のやり方を工夫するなりしてですね、十分にその本来の見守りという主旨が伝わるような方向に持っていくということを、また再検討してもいいんじゃないかなと思うところです。

#### 清水一雄 部会長

今のようなご意見をちょっとお伺いしたいんですけども、結局今の検査行っている検査がこれでいいかどうかということと、それから今後どういうふうにしていったらいいかということ。36万人なり38万人なりを対象に大規模な検査が今行なわれているわけですけども、今日お話を聞くと一人にだいたい2分から3分くらいですね、そうすると紙1枚でAとかBとかになってしまわざるを得ない結論をそこで大丈夫ですよと所見をその場で説明して親御さんにあるいはご本人に安心してもらうという説明の時間はないと思うのです。そういう時に不安に思っている家族、親御さんに対してどういう風に対応するというのは中々難しいと思うんですけど、鈴木先生、その辺の所どういうふうと考えていらっしゃいますか。

#### 鈴木眞一 教授

こちらからお答えしたいと思います。まず先生紙1枚と仰ったんですけど、僕らはこれでさうとう苦労しているのですが、紙1枚にどうやってコンパクトにまとめて報告するか。紙が多くても読めない方もいて、実は結果の裏には結構説明が書いてあるんですけど、今度はそれはそれで読みにくいという人もいて、いろんな方がいらっしゃいますので、そこは紙1枚で説明をしてない訳じゃなくてコンパクトに説明しようとしたのですが、それが分かりにくいのであればいろんな媒体を使ってやっております。今先ほど言った検査前のビデオもありますし、後は今学校単位でPTAのお母様達をお呼びして説明会をやって、もう一度丁寧に説明するとか、いろんな形で判定に関して理解していただく。あと甲状腺通信というのを定期的に出して、そこに説明を加えるとか、いろんな形で甲状腺に関してよく理解していただくということに関しての説明は色々な形でさせてもらっています。あと直接検診で分からない、不安だという方には、最近、別個にその場で対応するという試みも始めております。ただ全てには出来ないのですが、その会場に医師を一人おいて希望者にはそのあと簡単な説明をするという試みを始めています。中にはやっぱり聞きたい人もいれば逆の方もいて、この間の結果、前回の結果どうだったか忘れてしまったという方もいて、それはそれで気になさらないで次、普通の生活をされている方もいるっていうことも重要で、いろんな方がいらっしゃるという中で心配な方にはそういう場を設けているということでございます。

#### 清水一雄 部会長

紙1枚という言い方は言い過ぎ、変な言い方だったんですけど、紙1枚に凝縮して患者さんにお伝えするという、患者さんというか対象者にそういう他にもいろんなフォローして、努力をして、家族にもちゃんと伝えているということ、対応しているということだと思うのですが、いかがでしょうか他に。はい、樺田先生。

#### 樺田尚樹 部会員

今、お話をさせていただいたホームページの方から見せていただきましたけど、この甲状腺検査の結果についてという資料、A判定、B判定、C判定の方それぞれ分けてご説明いただいている資料ということで

すよね。混乱している時期に検査をしないといけないという体制が立ち上がって検査がスタートして、その中で今も議論をいただいている課題が上がってきて、こういうリーフレットを丁寧に作っていただいたのだと思うんですけども、まず検査ありきであってその検査の結果についてのご説明をしましょうという形になっていますけれども、その検査の目的であったり、背景がどうなのかということの説明があまりないと思うのですよ。

それがまた別の機会に十分ご説明されているのか、先生の方でビデオ作って説明と言われていましたけど、そのビデオもどちらかというと受診の仕方についての所が多かったと思うのですけれども、甲状腺検査の意義がどうなのかということについての説明が十分になされているのかというのがちょっと気になる所です。ちなみにこれはもう時代も変わる所もありますけど、アメリカのネバダの核実験の時に同じように甲状腺検査をするかどうかということで、それ以後ずっと経ってからの住民検査について、こういう形のリーフレット作られ鈴木先生もご覧になられているかもしれませんが、これの中では甲状腺というのはどんなものであるのかというようなこと、どういう生活対応をとってきたらどれぐらいの被ばくがあるのか、その被ばくの場合にどの程度のリスクがあるのかと、それで甲状腺検査をした場合に利点・欠点、今それこそずっと渋谷先生の方からご議論いただいたように **Overdiagnosis** の問題はどうかとそういうことを踏まえて自分ではそうしたら検査した方がいいと思いますか、あるいは過剰診断になるような結果ですけどそれを聞きたいですかというふうな自己選択した上で最終的にドクターにコンタクトをとりましょうという話をもっていくようなシステムを組んでいる所があるのですけれども、そういった前段の説明の所というのはいかがなのでしょうか。

#### 鈴木眞一 教授

はい、ありがとうございます。まず学校の説明会もかなりの資料を使ってやっている事と、今私共の方にも広報担当がおりまして、いろんな形で広報の仕方、あと学校の生徒達に直接説明するという教材資料等を今かなり作っておりますので、いろんな形でそういう説明をするという機会は増えているかと思えます。今ここで即答出来ませんが、いろんなパターンを作っております。あと広報が作った説明の書類というのもありますし、いろんなパターンで甲状腺通信以外にもそういう説明書きはしています。ただ将来的には、さらに充実をした形でそこはどんどん出来るように今予算立てもして次々とやっている所でございます。

#### 清水一雄 部会長

もうすでに、本格検査が始まってあと2年はこれを続けますよと。検査をしている中でこういうふうにもいつも話題になるのは過剰診断ですね。このことも含めてその都度あるいはパンフレットにしてその都度親御さんとか渡して理解をしてもらった上で受けていただくということがやっぱり必要じゃないかと思うので。それともう1つそういうことに結果が出るのでしたら私達は受けないという方もいるのはしょうがないと思うんですけども、それを判断していただいて検査を進めるということがいいのじゃないかなと僕は思います。

#### 鈴木眞一 教授

基本的に同意書をいただいて検査をしていますので、ただそれでやはり同意されない方がいる場合には、やはり説明の仕方が悪いのかなということで、そこに関しての我々の方の対応を変えるというのを常々や

っている所でございます。

清水一雄 部会長

先生方、検査の体制あるいは内容と過剰診断のことも含めてですね親御さんにそういう受診時に説明をしっかりと、コンセンサスをとるといふことも含めて説明しながら進行していくという今意見だと思ふんですけど、いかがでしょうか。

渋谷健司 部会員

短く。今日実際に何度も皆さん仰ってますけれども、今日小学校に行ったんですけれども、非常にちっちゃい子が首出して、一列に並んで「おはようございます」と言いながら見て。今回ですよ、この甲状腺超音波スクリーニング検査でがん登録から予測される 60 倍の有病率のがんが見つかったと。子供達にですね。その内の 8 割が手術されていると。ここまで被ばくの影響がないといいながら、過剰診断があると先ほど仰いましたけど。それでも今の診療ガイドラインに準拠して手術していいのかと。この 60 倍、そのうちの 8 割は手術されている。予想以上に多くのがんが発見されてそしてその 8 割が手術されているという現状を考えたとき、あの子供達の顔を見て、本当にこれ以上、今のガイドラインで手術していいのかと。それをもう一度考えていただきたいと思います。サイエンスをサイエンスで、きちんともう一度考えてですね、そして今回の検診の在り方、実際に県民にどう伝えて行くか。そして本人達がどのように参加して、どうするかということを引きちんと先生仰るように方向性は我々が出すべきだと思っております。以上で終わります。

清水一雄 部会長

はい、鈴木先生。

鈴木眞一 教授

いかにもすごい子供達がかわいそうだという表現をされましたけど、小学生の子供で手術をしている人は極めて少ないです。ですからあの子達は将来これからそういう心配をされて超音波検診を先生方お二人の先生も放射線の影響がないと言い切りましたけど、我々福島に住んでいる人間としてはそんな影響はないのではないかということには言われていますけど、影響がないとは決まっていますので。

渋谷健司 部会員

言い切っていないですよ。僕はちゃんと調べたほうがいいと言っているのです。

鈴木眞一 教授

我々は粛々と線量が高ければ早くあがりますけど、低い事はだんだん分かってきましたので、それを粛々と見ていく。一番その影響の大きいのは小さいお子さんたちなので、粛々とエコー検査を続けているわけで、あの子たちが手術をされているわけではございません。極めて小さい子には B 判定も少ないし、がんも少ないということでもあります。

清水一雄 部会長

はい、春日先生。

春日文子 部会員

今、後段に出てきたことと関係しまして、これは午前中見学したあとで委員の皆さんの中から出てきた意見なのですが、私だけの提案ではないんですけれども。やっぱり甲状腺検査のもう1つの目的というのは、本当にその事故の影響があったかどうかを可能な限り検証する評価するということです。そのためには決して検査だけではなくて、基本調査との照合ですとか、それから環境省の専門家会議で随分議論になりましたけれども、直接内部被ばくを測定したデータとの一人一人のつき合わせですとか、そういう事に伴う現時点で可能な限り正確な被ばく量とのつき合わせということが絶対に必要になるわけです。それをですね、この評価部会としては是非強く、これは県立医大にではなくてですね、別な所ですけども、強く必要性を訴えて行きたいというふうに思います。

清水一雄 部会長

はい、ありがとうございます。星先生お願いします。

星北斗 部会員

今の件は、前回の親部会（検討委員会）の方でも私も何度か発言をさせていただいて糸口は本当に細かいけどもなんとかしたい、ということをお願いしました。きっと放医研で日夜やってくれているとは思いますが、そういうことで必要ならば必要な措置を取るように国なり県なりにお願いするということは一つのこの部会から本会に上げていただきたいのは賛成でありますし、先ほど話をしたとおり、そこについては異論がないだろうと思います。その上で、話がちょっとずれちゃいますけれども、今日子供達の顔見ながらそれこそ考えたことはですね、甲状腺の健康のことだけでいいのかなということですね。38万人の子供にですね、我々医療者が直接接するチャンスというのは、未来永劫この先も来ないような気がします。その親御さんを含めて、非常にこれから将来を担ってくれる子供達に直接その原因はどうあれ直接顔を合わせられるという、このチャンスをもうちょっと他に活かすということは出来ないのかな、というのを今日はオレンジ色の体操着の子供達を見ながら思いました。これはここでこれ以上議論が出来ないかもしれませんが、やはりそのチャンスを、これからの彼女・彼らの健康づくりや生涯に渡っての健康への意識付け、あるいはちょっとよこしまかもしれませんが、医療界人材不足ですので、医療に興味を持ってもらうチャンスとか、そんなことがもし、今まで甲状腺はこんな臓器ですよ、こんな事がありますよ、こういうふうに検査をしますよ、ということだけじゃなくて直接学校に我々が立ち入り、今までもちろん学校医の先生方が頑張ってらっしゃる姿があるわけですけども、この38万人という接点を甲状腺のエコー検査ということに集約していいのかな、ということは本当に感じてきましたので、これはまた別な次元での話になるかもしれませんが、特に春日先生なんかはそういうご意見をお持ちじゃないかなと思うんですけども、その辺りをもうちょっと本会議でもそうですし、これから先議論が出来たら健康で一番を目指すのだと、むしろこういう検診をすることによってネガティブな方向でなくてポジティブな健康県を目指すのだといった、当初のことをもう一度振り返って感じてきたので、そのことだけを発言させていただきました。以上です。

清水一雄 部会長

はい、ありがとうございました。本当に建設的なご意見で私も同感であります。1時間ちょっとこの問題について話し合ってきましたけれども、この現在行われている検査、これで私はさらに頑張っ続けていきたいと思っているんですけども、何かご意見ございますか。今の検査方法に関して。その中で検査って今の超音波検査ですね。

#### 渋谷健司 部会員

続けて行くって、どういう形で続けて行くというのをもう少し明確にさせていただけるとありがたいんですけど。

#### 清水一雄 部会長

その意見をいただきたいということ。

#### 渋谷健司 部会員

そういう意味ですね、ごめんなさい。いいですか。

申し上げましたけれども、やはりこれだけ過剰に診断というか多く見つかっていて、そしてそれを今の臨床症例のガイドラインで治療することは、僕は妥当だと思いませんので再検討していただきたい。それからやはり春日先生が仰ってましたけれども被ばくの影響というのはきちんと見ないといけない。前回これはコホートの形をとった、これはコホートである、というコメントが医大の方から出ましたけれども、やはりコホートが成り立つためには、個々の人の線量が分からないとコホートにならないわけですよ。それが成り立ってない中でコホートという形を続けても余り意味がないと。ですので、僕からの要望はきちんとガイドライン見直すということと、やはりもう少ししたら再度甲状腺の検診そのものを見直して欲しいということと、それから、やはり被ばくの影響をきちんと見なくてはならない。まず、出来るだけ個人の線量を評価していただきたい。さっき仰っていた放医研のものとか1,000人単位で初期の甲状腺への被ばくのデータがありますから、そうしたものをきちんと出して行って、そしてきちんとしたデザインで被ばくの影響をみていただきたい。本来のプロトコールの目的である子供達の健康を守る。で、先生仰ったように、さっきの明るくて可愛い子供達の本当にポジティブな形で福島県前向きにやりたいと、僕はそのとおりだと思うし、健康を守ると。それから放射線の影響についてきちんと検証すると。その二つが成り立つような形で今回の甲状腺がん検診というものをもう一度見直して下さいと、そう申し上げたいと思います。

#### 清水一雄 部会長

はい、今のご意見渋谷先生のご意見は十分頭に入れてまとめて行きたいと思っておりますけども、先ほどちょっと公式の場ではなかったんですけども、部会の中で話し合っって、内部被ばくの問題。初期のですね。それをきちっともう一回検証して。非常に大事な検査であり、情報ではないかと思うんですけども、そのような所も星先生ご意見いただけますか。

#### 星北斗 部会員

渋谷先生が仰ったようにですね、Dose response が分からない限りきっと甲状腺への今回の事故の影響というのを明確にすることは出来ないということなのだろうと思います。究極の所はですね。現時点で

50%近くの方が行動調査を出している。しかし、行動調査の外部被ばくと内部被ばく、特にヨウ素の内部被ばくとの関連については、何ら明示されていない。当然のことながら結果としてそれぞれの個別に検診を受けた方、あるいは手術を受けた方の甲状腺への被ばくの線量については、ほぼ分からない。地域性によってはこのぐらいの違いがあるんじゃないだろうかと間接的な証拠をさらに間接的に見ているに過ぎないのだろうという事を感じて、前から議論してきたのだと思います。ですから、前々から話をしたし、先ほど春日先生が仰ったように、一人一人の個別の甲状腺への被ばく線量を明示出来ないまでも、ある種の相関の高いものを探し出すことによって、それから推計をするということは一定の範囲において可能だろうと思いますし、この間、明石先生も可能性はゼロじゃないというふうに仰ってましたので、放医研には是非ともですね、金がないなら金を付けるって別に私は金を持っているわけでは無いですが、そういうことを含めてですね、やはりそれを明示されない限り福島県民の今行っている甲状腺検査の本当の意味ね、本当の意味の1つ、とても大きな意味の1つは、本当にこの甲状腺への影響があったのか無かったのかということを確認するためには、必要な情報、かくべからざるべき情報であるということは、多分共通の認識だろうと思います。ですから、そこについては強く求めていく。これは医大の今の甲状腺の検診そのもののやり方とは別ですけどもね。それははっきりさせて行きたいと思っていますし、そのことは親委員会にもキチッと上げていただいて、親委員会の方からも、この場合は県からの委託を我々は受けているので、県を通じてたぶん国や関係の団体をお願いをするということになるのだろうと思いますけど、いずれにしても、今福島県が抱えている様々な問題を一步前に進める為には、そうないんじゃないだろうかではなくて、こういう結果として、そして甲状腺の検査を38万人、何年間やったおかげでこういうことが分かったんだ、という結果に結びつける必要があるし、それを1つの大命題として捉えるべきだろうというふうに私も認識しましたし、多分多くの先生方がそういうふうに思っていたんだらうと思っています。以上です。

#### 清水一雄 部会長

初期被ばくの内部被ばくの問題というのはきっと部会員の先生方、これを調査するっていうのは本当にちゃんとしていただける意見だと思うので、是非この部会の意見として親委員会の方に提出、あげたいと思います。よろしくお願いします。はい。

#### 樺田尚樹 部会員

今の点に関連して、県の方に確認したいんですけども、今初期被ばく線量の再評価というのはいろんな手法で検討されていますけれども、それ以前に明確に分かっている最初に避難されている1,080人の方のスクリーニングの調査、あるいは弘前大学の調査データというのはありますけれども、1,080人はお子さんだけでなく大人の方も入っているわけですけども、そういったものをリンクするようなことっていうのは、インフォームドコンセントの問題とかありますけれども、現時点で出来ているんですか。あるいは何かする場合に、現状どういう課題になっているのかということをご紹介していただければと思いますけども。

#### 鈴木眞一 教授

もう既にですね、県民健康調査が始まった時期に、県の方から1,080名の方に同意をとりまして、その内全てではないですけど、同意を得られた方は県民健康調査の結果にそのデータを付けるということは、

いただいてその方達に関してはもうずっとみております。今の所そこだけのところに何も出ていないということですが。

#### 清水一雄 部会長

はい、それではですね、あと二つ議題を残しております。これは二次検査後の保険診療に移行します。その後の医療費のことについて、そうですね 10 分弱でご議論をいただきたいんですが、何かございますか。今度は、はい、西先生お願いします。

#### 西美和 部会員

保険診療というのは自己負担分をどうするかということですよ。子供の場合だったら 2 割負担とか 3 割負担とか。全部じゃないでしょう。10 割全部という意味じゃ。

#### 清水一雄 部会長

違います。普通の保険診療に移行しますね。

#### 西美和 部会員

保険診療に自己負担分がありますでしょう。自己負担分をどうするかということですよ。だから自己負担分をこういう状況ですから、何らかの公費か何かでしないといけないと思いますけどね。

#### 清水一雄 部会長

公費以外にご意見がある方。やはりこれはこの関連で、検査で見つかった症例なので、是非公費負担が望ましい、すべきだという意見でよろしいでしょうか。反対意見はございませんか。じゃこれはスッキリといきました。

#### 星北斗 部会員

公費云々という話は前から何度か出ていまして、この検診で見つかった様々な病気に対して、どういふうにその治療を進めて行くのかというのはそれぞれ検診やっていますから、それぞれの検診にも影響があることだろうと思います。こと甲状腺に限ったことではないのだと思いますけども、先ほどらい 60 倍の確率かどうか分かりませんが見つかって、その患者さんを保険診療だからということで我々非常にそのなんて言いますかね。その後のデータについてもかなり医大の方でもインフォームドコンセントを取った上で情報の提供をいただいていますけれども。ですからその辺の所との関連をどう考えるか、ということだろうと思います。単純に自己負担額をお金として与える、与えるというか、お金として補填すればいいのか、今 18 歳未満の医療費の自己負担分はゼロにといいますか、事実上ゼロになっていますので、それを越えた人達が 18 歳以上ですね具体的に言えば、金銭的な負担をゼロにするというだけで事足りるのか、という話は、なんといいいますか、技術的といいいいますか、医学的なのというか、科学的な範囲を超えて議論しなくちゃいけないことだと思ひます。ですから、公費負担すればいいんじゃないのというなんとなくの理解としては、それはそれでいいのかもしれませんが、細かなことを考えた時に、そのデータが公費負担をすることによって誰のものになっちゃうの、ということも明示されなければ、やっぱり不安を確実に取り除くこともできないだろうと思ひますので、その辺りをもし制度設計をすれば、やはり慎重

にさせていただく必要があると思います。お金をその分、負担してやるのだからいいだろう、ということになってはならないと私は思います。

#### 清水一雄 部会長

あと対象の方が例えば 20 年後、30 年後、40 年後に発症した時もカバーされるのかどうか。

#### 西美和 部会員

問題は色々あります。例えば子供の場合、屋外で遊んでないことからくる病がたまにあるとかですね。それから運動不足だから生活習慣病の云々とか、もともと肥満の人は脂肪肝があるかもしれない。これもこの被ばくのこの原発事故の影響だと言われて、甲状腺の人だけ公費負担してどうか、色々な問題が出てくるだろうと思いますし、それから例えば東京都なんかだったら乳児医療 15 歳までですかね、結構医療費無料なんです。東京とか大阪とかですね、この福島市なんかはどうなのか知りません。18 まで、じゃもう 18 歳まではいわゆる乳児医療そういうのがありますよね。でも福島県内全部そうですか。そういうふうになったのですか。18 歳までは全部なんか医療費負担の無い分、まあ、僕ら乳幼児医療と言うのですが、東京都なんかもそうですよね。そしたら問題は甲状腺のがんとかなんかで治療されて手術された人が 19 歳それ以上になった時にどうするかというのもまた問題出てきます。色々問題はありますから、やっぱりすぐには決められないですよね。やっぱりいい方向に向かうように、どっかでそういう案を作ってもらって。

#### 清水一雄 部会長

そうですね。30 年 40 年経って発症したの、果して影響なのか。

#### 西美和 部会員

そうそう。

#### 清水一雄 部会長

それとも生活習慣病あるいは自然発生かもしれないですね。その辺のボーダーをどこで引くかというのも中々難しい問題が残っていると思うので。現時点では 4 年弱ですか。経った時点。4 年ぐらいしか経っていませんけど、部会の意見としては現時点では保険診療は公費で負担すべきであろうとの意見が圧倒的に多かったということであげたいと思いますので、よろしいでしょうか。

はい、それではもう 1 つですね、その先ほど私ちょっと最初に質問させていただきましたけども、受検者が段々減ってきていると。七十何パーセントまで落ちている 25 年はですね。このまま行くと段々ともっと減っていく可能性ももちろんありますし、ただ今後きちっと追跡してこの生涯にわたるフォローするのだという意見、もう既に出しているわけなので、そのような所に対するフォローの仕方、追跡をどのようにこれからしていったら良いだろうか、というようなご意見を具体的にご意見いただけますでしょうか。現時点では事務局方ではどのようにやってらっしゃいますか。もう一度案内をしてください。

#### 小林弘幸 県民健康調査課長

事務局でございます。対象者のフォローアップということで住所の追跡ですね。これから 18 歳以上に



なりますと県外に就職とか進学でどんどん出て行きます。その方がどんどん増えていくということで、その辺のフォローアップをどうするかということが、一つの問題になっています。今、現時点ではですね、まず県内から県外に転出した場合については各市町村に照会しています。いただいたデータを活用しているのですが、ただ一回出て、さらにどこかに行った場合については、分からなくなってしまうという問題があります。

清水一雄 部会長

えーと県外に出た対象者は県に照会しているのですか。

小林弘幸 県民健康調査課長

各市町村に照会しています。

清水一雄 部会長

照会しているのですか。

小林弘幸 県民健康調査課長

各市町村にどこに行ったか転出したか照会しています。それをフォローアップしています。ただ、行った方がまたさらに転出すると分からなくなってしまうという問題があります。要するに返戻になった方の追跡が中々出来ないという所で、今一つは住基ネットというシステムございます。住基ネットにつきましては一件一件、氏名と生年月日、住所を入力してですね、非常に手間が掛かるということなので、今ちょっと考えているのはですね、今度国の方でマイナンバー制、番号制が今度出来るようになります。それについてですね、今後どのように活用できるかどうか、今県の方で検討している所でございます。

清水一雄 部会長

いかがでしょうか。何かご意見ございますか。はい西先生お願いします。

西美和 部会員

番号制にしましてですね、例えばその人が他府県に行った場合に、甲状腺の検査を受ける場合は、どっかの大学病院とか病院で検査してもらって、そしたらそのデータを還元するような何かそういうシステムを作らないと。要するに福島県内の人は福島県内で、あるいは今の各県にポツンポツンとあります協力病院が、それ以外はダメとか何かあるのでしょうかね。

志村浩己 教授

その方は、かつてお住まいになっていた市町村ごとに検査の開始時期が変わってきますので、その節目に検査のご案内をその方にして、受けても良いという同意書が返ってきた方に関してはこちらとのやり取りでここの病院が受けられますよということでこちらが予約をして、その日に行っていただいて、データをいただくという形にしていますので、行ったきりということではありません。

清水一雄 部会長

他にいかがでしょうか。清水先生何かございますか。

#### 清水修二 部会員

チェルノブイリの事故のケースでいうと、ベラルーシのデータで甲状腺のがんが見つかった子供は低年齢が多いわけですね。事故の当時1歳から4歳だった子がほぼ3分の2を占めているわけです。福島の場合でもそのぐらいの子供を想定した場合に例えば10年たっても一応中学にはまだいるんじゃないかなという感じがするんですよ。まして4,5年というオーダーで考えると、そんなにこう高校卒業して全国に散ってしまうというようなことにはならないと思います。ですから、全体的な受診率の大きさだけでなく、年齢別に見てですね、特に重要な年齢層に関しては、きちっと追跡出来るような体制を組むというふうに考えた方が現実的ではないか思います。

#### 清水一雄 部会長

年代によって分けるということ。

#### 清水修二 部会員

ですから、低年齢の者については、綿密にやっぱりやっぺいかなくはないかなというふうに思います。

#### 清水一雄 部会長

他にございますか。はい、星先生。

#### 星北斗 部会員

確かにチェルノブイリの例をとれば多分被ばく当時といいますか、事故当時の低年齢の人達が多いだろうと。従って10年たっても14歳だから14歳までは追えるだろうというのは、それは理屈として分かります。一方で実際に見つかっているのは比較的高い年齢の人達に今多く見つかっていて、それは現時点のアナウンスメントで言えば被ばくの影響は考えにくいけれども見つかったがんで、それは丁寧に診療して治療していますと。それは一方で公費負担をしましょうとまで言っているということ考えた時に、18歳以上はあまり危険性がないからどこに行ってもいいよとは中々言い難いのだろうなと思います。ですから綿密にその子供達を追うということが一方であると同時に、18歳を超えて福島県を離れた子供達にもやはり提供されるべき検診の、もし県内に残った人に提供されるのであればですね、提供されるべきであるし、18歳を超えたら止めるというのも、もし1つの選択肢だとすれば、それは全てのどこに住んでいようが、どこに引っ越そうが同じような枠組みで考えるべきだと思うので、その辺りの所の議論をですね、やっぱりするためにも、先ほどから話がいくつか出ていますが、チェルノブイリと同じようなパターンで本当に影響が出るのかどうかというのは、それはもしかすると10年、20年ということ掛かるかもしれないんじゃないかな、という意見もある中で、それを見極めるまではチェルノブイリだけを例にひいてですね考えるというのは、もしかして危険かもしれないということを思います。一方でこれだけ過剰云々という話があった中で「私は受けなくていいわ。」と言う人達まで追い詰める必要はないので、Optoutのような形がやっぱり選択できるというのが1つの方法だろうと思います。ですから、その辺のバランスを今後どんなふうにしてとっていくかということになるのだと思います。そのためにも、やはり今の検診のある種のまとめでどういう影響がどの程度あったのか、あるいはなかったのかということについての一定の見解が

出るまでに、あまりその急激に対象者を変えたりとか広げたり狭めたり、あるいは年齢層による濃淡をつけたりということはないでいく方が、結論を導くあるいは結果を導くには近道じゃないかなと私は現時点ではそういうふうを考える方がいいんじゃないかなと思っています。

#### 清水一雄 部会長

清水先生、お願いします。

#### 清水修二 部会員

大きい子は、もういいというつもりじゃなくて、受診率を問題にするときに全体の受診率だけを問題にするのではなくて、年齢別に見ていく必要があるなと限りで申し上げたわけです。

#### 清水一雄 部会長

まだあと1回会議があるわけですけども、前回申しあげましたように26年度の部会ですね、だいたい総括といいますかまとめを、次回までに、今日の議論を踏まえてまとめたいと思います。この問題すぐに結論が出るものじゃなく、特に被ばくとかがんの関係とか大きな問題はですね直ぐに出る結論ではなくて、これから長い年月が、フォローが必要だと思いますし、追跡の仕方もですね、将来に亘って何人ぐらいまで何%ぐらいまでフォロー出来るかというのは中々難しい所もありますね。海外行く人もいますでしょうし、結婚したり、あるいはいろんな事があって中々全員100%というわけには行かないと思うんですが、事務の方々の努力って本当に大変だと思うんですが、出来る限りフォローを続けていただきたいというのが、現時点でのお願いではないかというふうに思います。そろそろ時間なので、何か他にその他の所で少し時間を取ってあるんですけど2, 3, 5分位。どうぞ先生。

#### 春日文字 部会員

これまで県民の方の声を直接お聞きしたいということ何回か申し上げていて、ただ、中々限られた回数の会議、また限られた時間の中でどういう方に県民代表として来ていただくのかというのは現実的に難しいということもよく分かってきました。ですけども、今言ったような甲状腺検査の今後の在り方に対する議論は、これは決してその私達評価部会の委員(部会員)だけがすることではなくて、是非県民の方自身にも議論していただきたいことだというふうに思っています。ですので、学校での説明会あるいは自治体ごとの説明会の機会等も活用してですね、是非県民自らが色々な議論を深めるような、そういう活動をしていただければというふうに、逆にお願したいというふうに思います。

#### 清水一雄 部会長

先日の新聞の記事で、県民の方2人の意見の記事がありましたけれども、本当になるほどなという意見がありました。二つともですね、あれ頭の中に入れて、我々は今後も検診なりを続けて行かなければならないかなと思います。他に何かございますか。よろしいですか。はい、清水先生最後に。

#### 清水修二 部会員

最初にご質問の方が良かったのですが、今日医大でエコーの画面を見ながらですね判定会議ですか、様子を紹介していただきました。非常に精度の高い機器を使っているなという印象を受けたんですよ。

チェルノブイリの事故はもうかれこれ 30 年前になりますよね。あの当時のウクライナやベラルーシで、どの程度のレベルの診断が出来ていたのかということ逆を非常に疑わしくなって、チェルノブイリのデータの信憑性っていうのは一体どの位なのかということ、ちょっと疑問になったんですけども、その点はいかがですかね。

#### 鈴木眞一 教授

もちろん、あの当時は 5 ミリ以下のものは識別出来ない程度ですので、我々は今 1 ミリでものう胞っていうのを出してお返ししていますが。ただ 5 ミリ以下の結節は経過観察しているように、その辺は丁度よく相殺されている可能性ありますので、5 ミリ以上でそして今のように超音波で良性だと思ったら経過観察するのではなくて、多分 5 ミリ以上で結節だったら、全部細胞診をしていた可能性があるんですよ。そこで診るので超音波の精度は今の方がはるかにいいですけど、その分細胞診の率を多くして拾い上げていると思います。今はそういう侵襲性のある細胞診をなるべくしないでも、超音波だけで経過観察できる人が増えてますよ、ということが 1 つ変わっていることだと思います。

#### 清水一雄 部会長

私 99 年から現地に行っているんですけども、99 年の時点では本当に画像は劣悪です。2 mm、3 mm がとてもじゃないけど見つからないしあたらぬ。でも、彼らはそれで一生懸命見つけてやっていた。もっと前だとするとさらに悪いのではないかなと実際に印象を受けましたですね。最近、もちろん良いのが段々ありますけども、やっぱりでも検診もありますから移動検診車で。そこに持ってくるのはポータブルですから。ポータブルのエコーでやるとやっぱり画像は良くないというふうに思います。今、現時点で専門家が一生懸命やっている、見つけている良い機械を使ってですね、目の肥えた先生がやっているのと、やっぱり 86 年、90 年その辺の所と、ちょっと診断率と違いますか違うと思います。印象を受けました。

#### 星北斗 部会員

ちょっと話題変えますけども、その他ということで。今日医大に久しぶりに行きまして、模擬とは言いながら判定会議の様子を見せていただきました。毎週何例くらいのことをやっているとか、どんな風になっているか大分良く分かりました。たまたま昨日ですが、今一生懸命やっているスクリーナーといひますか、検査をする人の養成の試験をさせていただきまして、結果をいっちゃいけないのしょうけれども、かなり多くの先生方あるいは技師さん達が熱心に取組んでいる姿も一方で見ました。ただ、そういうことが医療者の中にも十分理解されていないなあ、ということ今回感じましたし、ましていわんや県民の皆さんにそういう精度の高い検診をするためにそういう技師さん達あるいは医師達の技術の訓練あるいは試験をし、そしてこれだけの調査のプロセスを経て二重三重にチェックをしてこういうことをしていると、いうことについての十分な理解がまだ足りないのではないかなというふうに感じました。これは私の立場上も責任があると思いますし、県や医大にも一緒にお願いしたいことなんですけども、そういったことをもう少しですね県民の皆さんに理解してもらうようなチャンスを作って、そしてやる側も受ける側もそして見守る側も見守られる側も、やっぱり意味と意義を理解しつつですね、そしてその背景ということも分かった上で、先ほど言った、いやそれでも受ける、受けないということも含めて、先ほど春日先生も仰いました県民的議論というものを背景にしたものでなければいけないと。正に私もそのように思い感じてきた所なので、今日は本当に良い経験をさせてもらいましたし、その辺の所については少し県とも相談をして

我々からの意見ということになるのでしょうかけれども、県民に向けてのもっと、しっかりとしたメッセージを伝えられるような、そういう政策を是非ともお願いしたいなと感じました。以上です。

清水一雄 部会長

はい、ありがとうございました。それでは時間となりましたので、これで第5回の甲状腺検査評価部会を終わりたいと思いますけど、事務局から日程等についてお願いいたします。

小谷尚克 県民健康調査課主幹

次回の日程でございますけども、本日の部会を踏まえまして早急に調整ご連絡したいと考えております。よろしくお願いいたします。

清水一雄 部会長

はい、ではありがとうございました。

小谷尚克 県民健康調査課主幹

それでは、これもちまして第5回甲状腺検査評価部会を閉会いたします。  
ありがとうございました。