

## 第35回「県民健康調査」検討委員会 議事録

日 時：令和元年7月8日（月）13:30～16:24  
場 所：ホテル福島グリーンパレス 2階 多目的ホール「瑞光」  
出席者：＜委員50音順、敬称略＞

稲葉俊哉、井上仁、梅田珠実、小笹晃太郎、春日文字、  
清水一雄、高野徹、高村昇、津金昌一郎、富田哲、  
成井香苗、星北斗、堀川章仁、室月淳、山崎嘉久  
＜甲状腺検査評価部会 部会長＞  
鈴木元

事務局等担当者：＜福島県立医科大学＞

理事（県民健康管理担当） 八木沼洋行、  
理事（教育・研究担当） 安村誠司、  
放射線医学県民健康管理センター長 神谷研二、  
同総括副センター長 大戸斉、  
基本調査・線量評価室長 石川徹夫、  
甲状腺検査部門長 志村浩己、  
健康調査県民支援部門長 前田正治、  
妊産婦調査室長 藤森敬也、  
健康調査支援部門長 大平哲也

＜福島県＞

保健福祉部長 戸田光昭、  
保健福祉部次長 高野武彦、  
障がい福祉課長 遠藤智子、健康づくり推進課長 渡邊重勝、  
地域医療課長 三浦爾、子育て支援課長 貝羽敦司、  
県民健康調査課長 菅野達也

### 二階堂一広 県民健康調査課主幹兼副課長

それでは、ただいまより第35回「県民健康調査」検討委員会を開催いたします。

まず、委員の異動につきまして報告申し上げます。国立研究開発法人量子科学技術開発機構から推薦により御就任いただいております明石真言委員でございますけれども、推薦所属を退職されたことに伴いまして委員を辞任されたので、御報告申し上げます。委員の任期の関係上、同所属からの推薦は頂かず、欠員として取り扱い、委員の総数は1名減の17名となります。

次に、本日の委員の出欠について御報告を申し上げます。本日は、柏倉委員及び加藤委員が御欠席で、15名の委員の御出席の予定でございます。富田委員が所用により若干遅れての出席になるとの御連絡を頂いております。また、甲状腺検査評価部会の鈴木元部会長にも御出席いただいております。以上、御報告を申し上げます。

それでは、星座長、よろしく願いいたします。

### 星北斗 座長

皆さん、こんにちは。忙しいところをお集まりいただきまして、ありがとうございます。

35回になりました「県民健康調査」検討委員会を始めさせていただきます。皆様には御協力と活発な議論を御期待を申し上げますし、お願いをいたします。

それでは、まずは議事録署名人を私から指名させていただきます。室月委員と山崎委員にお願いしますが、よろしゅうございますか。それでは、よろしく願いいたします。

早速ではございますけれども、議事の「(1)基本調査について」に入らせていただきます。

基本調査については個別の説明を省略するということをごさいますして、資料を事前に送付させていただいております。この送付内容について御意見、御質問などがあればお伺いしますし、それに対して追加の説明などあれば担当の方からお願いいたします。何かございますでしょうか。

特になければ、どうですかね、石川室長から一言コメントを頂くというわけにはいきますか。突然で申し訳ないんですが。

### 石川徹夫 基本調査・線量評価室長

基本調査を担当しております石川と申します。

基本調査の結果につきましては、数字を全体的に31年3月31日現在のものに更新したということでございます。結果の傾向につきましては大きな変更はありませんで、線量の分布状況等についても大きな変更はございません。あと、引き続き基本調査の窓口は開いておまして、線量を知りたいという方に対しては、問診票の回答を受け付けしまして線量を推計してお返しするという活動を引き続き行っております。以上です。

### 星北斗 座長

ありがとうございます。

それでは、次に参ります。議事の(2)こころの健康度・生活習慣に関する調査について、まずは事務局からの説明をお願いいたします。

### 前田正治 健康調査県民支援部門長

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

まず、今日報告する内容は平成29年度の調査結果の概要と令和元年の調査実施計画についてでございますけれども、内容がかなり多くて、時間の関係上、なるべく簡潔に、そしてわかりやすく御説明したいと思っておりますので、よろしく願いいたします。

それに先立ちまして、私たちの調査におきまして、データ処理結果の確認不十

分によって結果報告書訂正事案が発生しましたので、御報告申し上げますとともに  
にお詫び申し上げます。

資料の最後の2-4を御覧ください。「平成25年度～平成28年度県民健康調査  
「こころの健康度・生活習慣に関する調査」結果報告書の訂正」というタイトル  
がついた文書でございます。

これは、②-70ページですけれども、平成25年度から平成28年度の当室調査の  
結果について、第19回、第23回、第27回及び第31回の本検討委員会にて報告した  
内容を下記のとおり訂正して報告いたします。

大きく訂正事項は2つございまして、1つ目はまず飲酒に関する人数でござい  
ます。

平成25年度から平成27年度結果報告書について、主に飲酒頻度及び飲酒量に関  
する人数に誤りがありました。その原因は、県民の方からの調査回答内容を委託  
会社の方でデータエントリーした際に、数値以外の記入や欄外の記入を入力しな  
いまま欠損データとして処理したということでございます。わかりやすく言うと、  
1週間のうち7日お酒を飲むといった場合、7という数字を記載するようになって  
いたんですけれども、そこに毎日とか、欄外に記載してあったというものが欠  
損データとして処理されてしまったということで、訂正というふうになっており  
ます。

精査した結果の訂正については下の表に記載してございます。平成25年度から  
27年度それぞれに関しまして、左側に既報告値と右側にその訂正值を載せており  
ます。実データ、有効データ数が増えましたので、当然のことながら少しずつ訂  
正值も増えております。これが1点目の訂正でございます。

2点目の訂正は、次のページ、②-71ページのとおり、電話支援の対象者数・  
実施者数についてでございます。

第31回検討委員会において報告しました、平成28年度の支援の実施報告につい  
て対象者数・実施者数に誤りがありまして、第32回、その次の検討委員会で訂正  
しましたが、訂正漏れがありましたので改めて訂正し、報告いたします。表10、  
11、15、17のところ、左側に同じく既報告値、右側に訂正值を載せておりまし  
て、若干の数値の訂正がございましたので報告いたしたいと思っております。

この訂正において、実質的な支援業務であるとか論文作成等においては影響は  
なかったのですが、今後こういったことがないように、再発防止としてデー  
タチェック方式の見直しを図るとともに、体制を強化してこれまで以上にダブ  
ルチェックの徹底を図るというふうに思っております。

現在、この結果に関しては、県民健康調査課及び私ども大学の方のセンター  
のホームページに載せております。本日の検討委員会で報告した後に差し替える  
予定でございます。

それでは、本題の方の平成29年度の結果報告について御報告したいと思います。

資料2-1を御覧ください。

目的、方法、対象等については、今までと変わりありませんので割愛させてい  
ただきます。

②－２ページを御覧ください。まず、子供さんについて御説明したいと思います。子供さんというのは、未就学児と小学生、中学生でございます。

まず、回答率に関してです。この回答というのはほとんど保護者が記載するものですが、図１ですけれども、初年度は63%と非常に高い回答率だったんですけれども、それが年々下がってきました。親御さんも少し安心されたということだと思いますが下がってきました、現在では20%を切るというところでございます。

次のページ、②－３ページですけれども、子供についての運動の頻度を、図２と図３、そして次のページの図４、図５で記載してあります。やはり初年度はほとんど運動していない子供さんが、例えば２～３歳では4分の1くらいおられました。それから学童期でも、小学生で53%、中学生でも約半数の子供さんが運動していなかったということですが、これが一番新しい平成29年度、今回の調査においてはかなり改善をしております。就学児に関しては3割程度の子供さんがほとんどしていないというふうに答えております。ただ、全国の調査に比べるとまだ若干ですね、単純に比較できるようなものではないんですけれども、全国調査と比べますとまだ運動習慣が全国水準に達していない可能性もございます。

それから、②－５ページ、情緒と行動（SDQ）16点以上の方々の割合でございます。

このSDQというのは、私ども、子供さんの評価として非常に重視している指標、転帰指標でございますけれども、これは、子供さんの専ら行動の問題であるとか情緒の問題について親御さんが記載する、ほとんどがお母様が記載するというものでございます。カットオフ値は既に先行研究の結果、16点以上となっております、ちなみに、下の図６の中の点線のところは震災前の九州のデータですが、ハイリスク率9.5%でございます。

これでハイリスク率を見ますと、やはり初年度は４歳～６歳、７歳～12歳、13歳～15歳、どの年代をとって見ても非常に高かったんですね。特に４歳～６歳は非常に高かったんですけれども、それが年々少しずつ下がっていきまして、今回初めて４歳～６歳では九州の9.5%を下回るハイリスク率となりました。これは非常に親御さんの不安も少しずつ和らいでいるということを示しているのだと思います、小学生、中学校ですね、学童期の方では、就学期の子供さんに関してはまだ少し高い傾向にございます。

その次のページ、②－６ページはSDQの男女差を示しておりますが、全般として男の子の方が少し悪い傾向にあります、これも先行研究と一致しております。図10が県内外の差を示しております。４歳～６歳ではほとんど県内外の差はございませんし、県内の子供さんは小学校、中学校も共に九州の子供さんと余り変わらないデータになっておりますけれども、県外の子供さんは学童期、小学校、中学校のところでハイリスク率が高くなっておりまして、学校での適応の難しさ等をあらわしているのではないかと推察されます。

それから、②－７ページを見ていただければと思います。ここからは、一般成

人というか、16歳以上の方々の結果について御説明したいと思います。

まず回答率ですけれども、初年度は、子供さんほどではないんですけれども、40%ぐらいの回答率がございましたが、これが少し下がっていきまして、現在では半分程度、20%というところでの返信率となっております。図12は年代別の返信率を見たものですけれども、やはり若年の方の返信率が非常に低くて、オンライン回答を設けたりとかいろいろしてはいるんですけれども、なかなか若い方の回答率が上がらないというのが今の課題でございます。

次の②-8ページですけれども、ここから内容に入りたいと思います。

まず主観的健康状態、御自分の健康状態に関する主観的な評価ですけれども、これも、初年度は19%ぐらいの人が悪いあるいは極めて悪いと答えていらっしゃるんですけれども、一番新しい平成29年度調査では、16%ぐらいの方に少しずつですけれども減っていているということがあります。年代別で見ますと、やはり高齢者の方が主観的健康度が悪いんですけれども、これはいろんな体の病気をする確率も当然増えてきてますので、この結果は順当ではないかと思えます。

次の②-9ページを御覧ください。睡眠満足度です。これに関しては、初年度、やはり3分の1くらいの方が睡眠に満足していると答えたのみだったんですけれども、それが最近では4割の方が睡眠に満足していると答えております。ただ、一方、まだ6割の方が睡眠への不満感を持っていることに関しては留意していかなければいけないと思っております。

次、②-10ページを御覧ください。まず運動の方を見ているものでございます。図16ですけれども、これは、ほとんど運動していないという方が初年度調査においては半分以上おられたんですけれども、それが4割まで減ってきておまして、平成29年度調査では約41%の方が週2回以上の運動をしているということでございます。これは全国平均ですね、全国調査のデータと比べますと、ほぼ全国水準並みか、あるいはそれよりもっといいデータではないだろうかと推察されますけれども、その下には県内外で運動の状況を見ております。県外の方の方が少し運動していない方が多いんですけれども、これは当然、放射線のことを心配というわけではない、別の要因で県外の方は運動されていないんだらうというふうに思えます。

それでは次の②-11ページを御覧ください。これは喫煙の割合の年次推移を示しているものでございます。初年度は男性で33%、女性で10.5%の喫煙率でしたけれども、これも年々非常に下がっておりまして、平成29年度調査では男性で24.2%、女性で6.8%とかなり下がってきておりまして、これは皆さんが健康に留意された結果ではないかと、非常に喜ばしい変化だと思っております。

次に②-12ページを御覧ください。次は飲酒に関する問題のデータでございます。問題飲酒、私たちはCAGE(ケージ)という非常に簡便なスクリーニングテストを用いて問題飲酒者のハイリスク率を毎年出しております。その年次推移を示したものでございますが、図19を見ていただければと思えますが、特に男性の方で初年度20.5%と高かったのが、最近の調査では16.6%と下がっておりまして、喫煙と同様に皆さん健康に気をつけている姿が見られます。

男女別で年齢層で見ますと、40歳～64歳代のところで男女ともにやや高くなっておりまして、その下ですね、図21で県内外を比較しても、若干ですけれども、県外の方がハイリスク率が高い印象があります。

それから次の②-13ページですけれども、気分の落ちこみや不安に関して支援の必要な方々の割合、ハイリスク率を示しておりますけれども、これは私たちが同じく非常に重視している指標であるK6というものをを用いて出したデータでございます。この場合はK6の13点以上をカットオフにしておりますので、臨床的問題ですね、例えばうつ病であるとか不安障害といった可能性がある方々の率を示しております。平成23年では14.6%と非常に高い数値でございました。参考までに、破線で示している3%というのは先行研究による日本の標準人口のハイリスク率でございます。初年度は非常に高かったんですけれども、それが平成26年まで非常に順当に下がっていきまして7%まで下がった。約半数に下がっていきましたが、その後はちょっと下がるペースが遅くなってやや下げ止まりという状況で、現在の一番新しいデータでは6.4%となっております。

それから次のページ、②-14ページに男女の違いを出しております。図23ですね。どの年をとってみても女性の方が少し悪いんですけれども、これも先行研究と一致しています。

その下は年代によるK6の分布ですけれども、これは若い方ですね、16歳～39歳までの方が非常に高く、65歳以上の方の方がかえって低いというデータになっておりまして、これは厚労省の調査などと比べても、厚労省の調査では世代間でほとんど差がないので、これほど若い人が悪いというのはどういう要因なのか、今後検討していかなければならないと思っています。

それからその下、図25は県内外のハイリスク率の差でございますけれども、見ておわかりのように、県外の方が県内の方よりもかなり悪い指標にございまして、やはり県外、慣れない環境でいろいろな困難に直面しておられるかもしれません。

次の②-15ページはトラウマ反応に関するハイリスク者の割合でございます。具体的にいいますと、PTSDという病気の有症率、病気がどのくらい出ているかということを示しております。これは、平成23年が非常に高い、21%の方と非常に高い、ほかの海外の報告に比べても非常に高いデータでございましたが、それがちょっとずつ下がっていったところ、平成25年までで15%に下がったんですけれども、その後データがございません。これは、平成26年に質問数の量が多過ぎるということでかなり質問数を減らしまして、約半分になりました。そのときにこのPCLが17項目もありましたので、これを外したためにこの2年間で欠損しております。

その後、前回報告しましたけれども、PCLの4項目版という短縮版の信頼性、妥当性が検討されましたので、それをを用いて平成28年から始めております。現在のところ、約1割の方がトラウマ反応が強いというふうに考えられております。

次のページは男女差を見ておりますけれども、図27です。これで見ますと女性の方が高いんですけれども、これも全国平均でも女性に出ることが多いということでございます。

図28は、先程のK 6とは全く逆で高齢者の方がハイリスク率が高いという結果になっております、年代別で見ますと。これは全国平均も高齢者の方がトラウマ反応が起こりやすいという結果が多うございますので、これは先行研究にほぼ一致した内容ではないだろうかというふうに考えます。

図29は県内外の差ですけれども、県外の方が少し高いですけれども、これは、トラウマ反応が強い方が県外に避難されているというのは、これは十分に納得できる、予想できるデータであろうと思います。

さて、②-17ページでございますけれども、次のページです。放射線の健康影響に関して、住民の方がどんなふうに放射線の危険度を捉えているかに関して毎年測定しております。その結果を図30以降に示しております。私たちは大きく2つのことを聞いておまして、1つは放射線による後年影響、晩発影響ですね。例えば甲状腺がんであるとか白血病であるといったようなものですが、そういったものをどのようにどのくらい心配しておられますかということを知っているのが1つ。もう一つは次世代影響ですね。子供や孫の世代へ影響すると。遺伝のことも含んでいるんでしょうけれども、そういったことを聞いております。

平成23年は、これも約半数の方が、可能性はあるんだと、高いあるいは非常に高いと答えておられまして、それが平成26年までだんだん下がっていきました。ところが、この後、27年、28年、29年と余り下がらない状況、データだけ見ると少し増えているような状況になっております。この中では、可能性は極めて低いという方がすごく今回減ってしまっていて、一方、可能性は非常に高いという方も減っていると。これに関しては、資料2-1の最後のページ、②-44ページのところに載せてございますけれども、質問自体は全然変わらないんですけれども、答え方を少しオンライン回答に合わせてちょっと改変しておりますので、恐らくその影響が今回出たのではないかなと考えられます。ただ、可能性があるかないかという二分でいいますと、恐らくそこには影響していないと思いますので、そこをその2分割で見ていくということで現在私たちはデータを解釈しています。

次のページ図31ですけれども、次世代影響に関するリスク認知に関しての年次推移でございます。これも先程と全く同じく、初年度は非常に高い、先程よりもっと高い6割の方が心配されていたんですけれども、これが少し減っていきました。26年のところで約4割ですね。これも少し下げ止まってしまっていて、現在でもまだ4割近い方が心配されているという状況でございます。この次世代への影響というのはやはり、これは前回も申し上げましたが、結婚であるとか出産、そういったところの偏見にも結びつきやすい不安でございますので、ここはもう少し改善できないかなと思っています。

次の図32です。県内外の差を見ておりますけれども、まず後年影響に関して、それから次の次世代影響に関しても、若干県外の方が心配されているという状況でございます。

その次の②-19ページを見ていただければと思います。これは、初年度にはこの調査はなかったんですけれども、平成26年調査からどういった方々に相談しているかということを知りたいと毎年調べておまして、特に、一番下の白抜きの棒グラフに

なっておりますけれども、相談できる人や機関がないという方の数を非常に心配しています。今回の結果は約4,000人の方がそのように答えておりました、割合からいくと約1割、11%の方が相談相手がないというふうに答えていらっしゃいますが、最初の平成26年調査では27%の方が相談できる機関がないと答えておりましたので、かなり大幅にこういった相談できないということで悩んでいる方は減っていらっしゃるということでございます。

次の②-20ページからは、支援に関する概要について御説明したいと思います。時間も押しておりますので、ここはかなり省いて御説明したいと思います。

支援の結果ですけれども、②-23ページを見ていただければと思います。電話による支援がどういうふうになされているかということを示しております。まず子供さんですけれども、図35です。回答者4,322名のうち支援対象になった方々が585名でございまして、そのうち電話支援の対象が210名、最終的には217名の方が電話支援の対象になっております。そして、実際に実施されたのはそのうちの162名の方でございました。

次のページを見ていただければと思います。②-24ページです。支援の結果ですけれども、初年度は図36にありますように被災による不安、放射線・被ばく等の不安というのが非常に多かったんですね。その後は一貫して学校に関することがずっと悩みの一番になっておられました。

その下、表6では支援の状況を示しております。基本的に私どもの支援は単回支援なんですけれども、単回支援で終わった方が約8割でございまして、しかしこれは心配だなということで支援を継続されている方も1割ぐらいおられます。

次が成人の方の御説明をしたいと思います。②-26ページを御覧ください。図37です。この年は回答者数3万6,561名のうち何らかの形で支援の対象になった方が1万2,111名でございまして、電話支援の対象になり、そして最終的な電話支援の対象になったのが2,680名でございまして、そのうち2,202名の方が実際に電話支援を受けられております。

その下に年代別の分布がありますが、大体どの年代をとっても女性の方が少し相談している方がこちらの方では多いですね。生活習慣の方はむしろ男性の方が多く相談をしていたという結果でございまして。

次の②-27ページ、表11ですけれども、電話支援をしている方々の大体2割が県外の方でございまして、こころの問題あるいは生活習慣、どちらに関しても大体2割の方が県外の方になっております。

それから、支援の結果ですけれども、次の②-28ページを御覧ください。電話支援を開始してからずっと一貫して悩みの順位は、体の健康に関する問題が一番多くて、次に睡眠のこと、そして次に抑うつ状態と。この1・2・3位の順番はずっと変わらず現在まで来ております。

そしてまた、どのように支援をしたかということですが、表13ですけれども、やはりほとんどの方が単回支援で終わっているんですけれども、7.8%の方はいろんな理由で継続した支援を受けられております。

次の②-29ページです。支援を継続した理由というのは、子供さんもそうだった



たんですが、体調不良ですね、心身の不良に伴うことで継続支援になっているということでございます。

②-31ページからは結果集計の詳しいものでございまして、これは今日御説明は割愛しますけれども、御参照いただければと思います。

それから、資料2-2が令和元年度の調査の実施計画になっております。内容はほとんど、次に10年目を迎えるということ、あるいは昨年結構修正、訂正をいろいろしましたので、今年度調査に関しては大きく内容を変更したものではありませんので、詳細については割愛させていただこうと思います。

②-47ページを御覧ください。今後のスケジュールを記載しております。例年のごとくですけれども、2月の発送を目指してございまして、すぐに調査票を回収した後に、そのデータに基づいて電話支援を2月から行うというふうになっております。この日程に合わせるには今日の検討委員会において承認いただく必要がありますので、本日この案も併せて提出した次第でございます。

資料2-3は実際の調査票の案になっております。時間も押しておりますので、説明については割愛させていただこうと思っております。

以上、長くなりましたけれども、以上で報告を終わりたいと思います。

#### 星北斗 座長

ありがとうございました。基本的に内容は変更がないということで、今年度はこの形でやらせてほしいということですが、その前に平成29年度の説明その他について御質問があれば。山崎委員、どうぞ。

#### 山崎嘉久 委員

②-6ページですね。小児科医としてなんですけれども、図10、SDQの話題なんですけれども、県内県外差というのはこのグラフで見ると非常に年齢とともに上がっているという傾向があるように見えるんですが、そもそも県内の方と県外の方で恐らく母数が随分バランスが違って、これは統計学的に差があるものかどうかをお聞きしたいことが1点。

もし差があった場合、先程ちょっと言葉だけだったんですけれども、学校になじんでいないというようなことが原因かなとちらっとおっしゃったんですが、そういうことを示すデータがバックデータでどこか持っていらっしゃるのか、又はほかの、例えばこれは親が記入していますので、親が恐らく自分のことも後半で成人の質問票に答えているんじゃないかと思うんですが、例えば②-14ページのK6ですね。これ、ちょうど親世代が何か高いということになっていますが、この質問は、恐らく県外に住まわれている方は非常にいろんな困難を抱えておられて、単純には統計学的には出せないかもしれないんですが、少なくともこういう調査をやられていて、そういう、何ですかね、誘因、関連性をほかの質問から説明することができるのか。

最後に1点だけ。これ非常に興味深い結果なんですけれども、もし差があるとしたら、最初から、23年度からずっとこうなのか、それともだんだん開いていっ

ているのか、だんだん減っていつているのか。非常に現場にいますので重要ではないかと思ひます。たくさんで申し訳ないです。

星北斗 座長

それでは、お願いいたします。

前田正治 健康調査県民支援部門長

最初の御質問、多分属性の違いなんかが結果に何か影響を及ぼしているのではないかということだと思ひうんですけれども。

山崎嘉久 委員

そうじゃなくて、単純に、県外の方が例えば900人いると県内が10人とか、結構母数が違うんじゃないかという。

前田正治 健康調査県民支援部門長

もちろん母数は違ひます。

山崎嘉久 委員

統計学的にこれが差があるのかということの単純な質問です。

前田正治 健康調査県民支援部門長

そうですね。もちろん県内外の方の数もプロポーシヨンも大分違ひます。ただ、実は県内の方は、県内といつても住居がどこになつてゐるかはつきりとしなひ方も多くて、移動を繰り返してゐる方が多くてはつきりとしなひんですけれども、県外に行つてゐる方は恐らく県外にそのまま住まわれてゐるので、割合だけ見るとこういつた値が出てきて、それはそれなりに信頼性があるのではないかなと思ひつておひります。

ただ、御質問にあつた学校のこゝについて、現在まとめてゐてはゐるんですけれども、このSDQの調査項目には、学校での友達との付き合い方、コミュニケーションの在り方に関する質問がかなりあります。そういつたものを見ますと、やはり学校内でのいろいろな問題を少なくとも親御さんが非常に心配してゐるというような結果はありますので、特に学童期は非常に高いといふところについてはそういつた可能性もあろうかと思ひます。

最後の質問が、親御さんと比べました関連ですね。これは親御さんのデータとひもづけることができないので確かなことはわからないんですけれども、SDQ自体が親御さんが評価をしていくといふことでございますので、恐らく親御さんの心理的な不安が高ければ恐らく高めにつけていくだろつといふこととて、親御さんの不安を投影してゐる可能性は十分高いといふふうにおひります。以上です。

山崎嘉久 委員

経年変化はあるんですか。

星北斗 座長

経年変化はどうでしょうか。

前田正治 健康調査県民支援部門長

済みません。今見ているんですけれども、初年度から県外の方が悪い。高いは高いんですね。ただ、小さい子供さんを抱えた親御さんでもかなり高めに出ておりましたけれども、今データをお示ししているように、最近では小さな子供さんに関しては差は出てこなくて、学童期だけがバースト差が出てきているというのは最近の特徴だと思います。

星北斗 座長

よろしゅうございますか。いろいろ興味のあるところだと思いますが、ひもづかないというのは残念な気がします。どうぞ、お願いします。

成井香苗 委員

今の御質問と関連してきますが、私どもが支援をしていて感じるのは、放射線不安に関して潜在化してきて、意識化されなくなっているなというふうに思っています。ですから、②-24ページで（イ）支援結果で、放射線による不安あるいは放射線被ばく等の不安というところが24年度は一番上に来ていたのに、25年、26年で4番目になり、27年度からは挙がらなくなっているということ、放射線不安はなくなったというふうに思うことはちょっと危険で、意識的にそれが余り挙がってこなくなったというだけのような気がします。

それはなぜかという、その前の放射線の健康影響の認識というところを見ていただくと、一般の放射線リスク認知というものが、むしろ26年以降、すなわち、前の指標で、先程指摘したもので放射線不安が潜在化したころ、余り放射線ということが相談内容として挙がってこないのにもかかわらず、放射線の影響が健康に影響するんじゃないかという認識がちょっと上がってきてしまっていますし、29年は更に上がっているというような状況になっていることと呼応しているように思います。

そして、前の②-14ページの29年度の一般的精神健康度（K6）13点以上が16歳～39歳が高くて、年齢が上がるにつれて下がっているという、全国と反対の傾向が出ているということですから、それもちょうどお母さんたちの年代が30歳代の方が小学生のお母さんは多いです。その人たちはやはり自分の子供たちに健康被害があるんじゃないかということ、潜在的に思って不安になっているということが予想されます。そのためにこのようなデータが出ている、お母さんの方の不安が高いということと、放射線の健康被害ということに影響があるのではないかという不安とが何か相関関係がありそうな気がしています。

というのが私の見立てで、だから、この結果でもう放射線不安はなくなってき

ているんだとかそういうふうには思えないし、親御さんたちにストレスを与えているだろうと思います。子供たちのK6の値については、お母さんの認識でそうなっているので、学校に関してというのは、やはり学校の場面では非常に発達障害的な子供の衝動的な行動が今目立ってしまっていて、スクールカウンセリングをやっていても発達障害が非常に、発達障害じゃないんですけども、ストレス障害でもあると思うんですが、発達障害と相当同じような行動が多発しています。ですから、それというのはSDQでは高く出るはずだと思うので、こういう結果になっているのではないのかなと私的には思います。

もう一つ私が心配なのは、県外がいずれにせよ高い。県内にいる人の方が全てにおいてストレス的には低いというのはもう前から言われていることですし、いろんな調査でも出ています。私たち臨床心理士は、例えば県外、東京の方に住んでいる人に対して、東京の臨床心理士会の心理士などが協力しながら訪問をしたりとか、そういうお手伝いをしています。そういう努力にもかかわらずやはり県外の人たちのストレスが高いというのは、ちょっとほっとけないんじゃないのかなと。今までのやり方ではやはり足りないんじゃないか。電話では1回でほとんど、80%が終わってしまっているということですから、県外の人たちはもう少し継続的な支援が必要な状態にあるんじゃないのかなというふうにこの全てのデータの悪さを見ると思われます。ですから、その辺の工夫をこれから考えていかなければならないんじゃないかなと思います。不登校になっている人の数も県外の方が多いです。県内での不登校の数の方が少ないと思います。県内の中でも、やはり避難している人の不登校の方が多いです。避難しなかった人たちの不登校の数の方が少ないです。以上です。

#### 星北斗 座長

何かコメント、御返答はありますか。

#### 前田正治 健康調査県民支援部門長

1点だけですね。支援の結果にあります、放射線による不安が下がっていった、順番からいくと下がっていった、それらについての御指摘ですけれども、それをもって放射能不安がなくなっているというふうには全く思いません。先程委員からも御指摘あったように、リスク認知を見ればかなり高いものがありますので。ただ、かなりですね、悩みが放射線に集中していたのがばらけてきて、学校とかいろんなことで多様化している悩みを持っていらっしゃることは多分恐らくそのとおりでらうと思います。

#### 星北斗 座長

ほかにコメント、意見、質問ありますか。

それでは、今年度については、先程御報告がありましたとおり基本的な構図を変えずに実施するというので、皆様方よろしゅうございますね。では、そのように取扱いをさせていただきます。

では、次に参りたいと思います。議事の（３）でございます。妊産婦に関する調査についてであります。説明をお願いいたします。

藤森敬也 妊産婦調査室長

妊産婦室の藤森から、私からは２点御説明させていただきます、御承認いただければと思います。

まず資料３－１ですが、令和元年度「妊産婦に関する調査」調査票等（案）についてでございます。前回の委員会で御承認いただきました今年度も調査を行うということにつきまして、その調査票の御承認をいただければと思います。基本的には元号の変更に伴う変更点でございます。

資料３－１の③－７ページにいていただきまして、これはリーフレット、調査票の中に簡単な結果と支援等の内容をリーフレットに入れているんですが、これは平成30年のリーフレットですので、平成30年度の中間報告、令和元年6月30日現在の中間報告を入れまして、最新版として同封する予定になっております。これがまず１点です。

資料３－２ですが、これが令和元年度のフォローアップ調査（追跡調査）についてでございます。前回の委員会で、２巡目の、つまり震災の年に分娩された方、平成23年度の調査の回答者に対して２巡目のフォローアップ調査を行うということをお認めいただきましたが、その内容と調査票についてでございます。

経緯等は省略させていただきますが、１点、質問項目の中で問１から６までは１回目の１巡目のフォローアップ調査と内容は同じなんですが、問７のところに、お子様のことで心配なこと全てにチェックしてください、記入してくださいという中に、ちょうど２巡目になってお子様たちが８歳になるものですから、学校生活というものを入れさせていただきます。それから、下のお子さんも生まれている可能性がございますので、お子様の人数と一番下のお子様の年齢を教えてくださいということで支援に役立てるというふうにさせていただければと思います。

以上２点、御承認いただければと思います。以上です。

星北斗 座長

続いて、資料３－３について説明をしてください。

菅野達也 県民健康調査課長

県民健康調査課の菅野です。

資料３－３を御覧ください。

４月８日に開催されました前回の検討委員会において委員の方々から、令和元年度の２回目のフォローアップ調査を一区切りとして妊産婦に関する調査の方向性を検討し直すべき、子育て世代包括支援センターなどの整備状況なども勘案しながら、調査、支援の仕方を整理するとの意見を頂きました。これらの意見を受けまして、今後の妊産婦に関する調査について、飽くまで議論のたたき台としてではあります、検討案を作成しましたので御説明いたします。

1 番、妊産婦に関する調査ですが、妊産婦に関する調査は、福島県で子供を産み育てようとする妊産婦に必要なケアを提供するとともに、安心の提供と本県の産科・周産期治療の充実等を目的として平成23年度から実施しております。

調査には大きく本調査とフォローアップ調査があり、本調査は、各年度に県内で母子健康手帳を交付された方及び県内で分娩された方を対象に、調査及び電話・メールによる支援を行ってきたものです。フォローアップ調査は、平成27年度から本調査の回答者を対象に4年後のフォローアップとして実施しているものであり、今年度は平成23年度回答者への2回目のフォローアップ調査を実施する予定です。

2 番、福島県における妊産婦・乳幼児に対する支援体制ですが、4月8日の検討委員会において、子育て支援課より福島県の妊産婦・乳幼児に対する支援事業を説明させていただきました。その際の資料は参考資料1として添付しております。これらの事業のうち、震災後に開始した事業の主なものを市町村、県と事業主体を分けて記載してございます。記載のとおり、市町村、県においても、安心して子供を産み育てることができる環境づくりのため、妊産婦・乳幼児に関する支援事業が充実している状況にあります。さらに、子育て世代包括支援センターにつきましては、国は令和2年度末までの全国設置を目標としておりますが、令和元年6月1日現在、県内59市町村中45市町村で設置済みでございます。

このような中、先程の説明のとおり委員からの御発言もあったことから、調査をいつまで実施するかということについて、今後の調査の実施についてのとおり考えたところでございます。

3 番、今後の調査の実施についてですが、ここに掲載した表は本調査及びフォローアップ調査の実施年度となります。検討案という形でございますが、子育て世代包括支援センターの整備に合わせまして、本調査が10年目を迎える令和2年度までの実施を提案いたします。本調査の結果、平成23・24年度の調査回答者は放射線に対する不安が強く、フォローアップ調査でも同様の傾向が見られたことから、2回目のフォローアップ調査の実施を考えております。これらの案につきましては、今後の調査結果等を踏まえながら今後御検討を頂きたいと思っております。また、この調査から得られた経験・知見等を踏まえ、直接相談対応する市町村保健師等への支援も検討していきたいと思っております。

説明は以上でございます。

#### 星北斗 座長

ありがとうございました。資料3-1、3-2につきましてはこのような形で実施をさせてほしい、資料3-3については、その後はこういうふうを考えていきたいと思いますということですが、何か御質問、御意見あればお伺いします。

まず、資料3-1と資料3-2についてはこの形で実施するという事によろしゅうございますね。(委員了承)

その後の説明でございますが、前回の議論でもあったとおり、どんなふうにしていくのがいいのか、より包括的に取り組むべきじゃないかというようなお話が

出ておりました。一方で、非常に不安の高かった年代については、もう1年間ちゃんとフォローアップした上でおおむねの方向を決めようという御提案です。ですので、今ここでやめちゃうという話ではありませんが、その状況を見た上で今後の取り組みについてまた議論したいと思います。

特にやはり、前回も議論になりましたが、全ての子育て世代が安心して子育てができるような包括的な支援というのはやはり必要なことだろうと思いますので、震災という枠組みあるいは被災という枠組みにこだわることなく、子育てを全般的に支援していくという形につなげていくというのは非常に重要だと思います。一方で、落としてはいけないといいますか、きちんと目を向けるべき人たちには目を向けるということにいずれにしてもなるんだろうと思います。

何か御質問、御意見ありますか。

よろしゅうございますね。

それでは、妊産婦に関する調査は今の提案のように進めてまいりたいと思います。

それでは、次の議事の(4)でございます。甲状腺検査についてということでございます。事務局から説明をお願いいたします。

#### 志村浩己 甲状腺検査部門長

福島県医科大学の志村から御説明させていただきます。

今回は平成31年3月31日までの実績を取りまとめた内容となっております、前回報告は12月末まででしたので、3か月間の実績の追加となっております、後程御報告します25歳時の節目の検査におきましては、前回報告が9月末でしたので、6か月間の実績を追加したものとなっております。時間の制限もありますので、今回は概要のみの説明とさせていただきます。

まず、資料4-1を御覧ください。これは甲状腺検査本格検査(検査3回目)の実施状況でございます。

まず、④-3ページを御覧ください。

表1ですけれども、一次検査実施状況におきましては、対象者数には変更はございません。受診者数は前回報告より26人増の21万7,702人となっております。結果判定数は157人増の21万7,687人となります。結果の内訳は、A1判定は84人増の7万6,327人、A2判定は70人増の13万9,870人、B判定は3人増の1,490人となっております。

次に、④-5ページを御覧ください。

二次検査の実施状況でございますが、対象者1,490人のうち1,081人が受診し、1,019人が二次検査を終了しております。二次検査が終了した1,019人のうち、A1相当が8人、A2相当が96人、A1・A2相当以外が915人となっております。うち、細胞診受診者は3名増えて67人となっております。詳細は表5にお示ししたとおりです。

下段の細胞診等の結果につきましては、悪性ないし悪性疑いの方が3人増えて24人となっております。性別は男性9人、女性15人となっております、男性が

1人、女性が2人増えております。

前回の判定結果との関連性ですが、前回判定でA1判定だった方が5人、A2判定だった方が11人、その11人のうち、のう胞でA2だった方が8人、結節でA2だった方が3人となっております。B判定は5人、また未受診者の方が3人という結果でした。詳細は表6のとおりでございます。

次に、関連しまして手術症例ですが、最後の④-20ページをお開きください。別表6の手術症例は、悪性ないし悪性疑いの方24人のうち手術実施者は18人、全て乳頭がんでした。前回報告から3人増えております。

④-11ページ以降は詳細な結果を別表でお示ししております。

3回目の結果は以上でございます。

次に、資料4-2、本格検査（検査4回目）実施状況の資料をお開きください。

まず、④-23ページですが、一次検査実施状況につきまして3か月間の経過を報告いたします。受診者数は2万7,175人増の10万4,154人となっております。結果確定者2万9,030人増の8万9,807人、検査結果の内訳は、A1が3万1,022人、A2が5万8,194人、B判定は164人増で591人、比率は0.7%となっております。詳細は表1のとおりであります。また、表2には結節・のう胞の人数を示しております。

次に、④-25ページを御覧ください。

上段は二次検査の結果ですが、対象者591人となっております。そのうち311人がこの時点で受診しております。224人が二次検査を終了しております。二次検査が終了した224人のうち、A1相当は2人、A2相当は16人、A1・A2相当以外が206人となっております。うち細胞診受診者は前回より5人増えて11人となっております。詳細は表5にお示ししたとおりであります。

そのページの下段ですが、細胞診の結果をお示ししております。悪性ないし悪性疑いの方が3人増えて計5人となっております。性別は男性2人、女性3人となっております。男性が1人、女性が2人増えております。また、前回の判定別では、A2が4人です。4人全てのう胞ということになっております。また、B判定は1人おりました。詳細は表6のとおりであります。

関連して、手術症例は最後の④-38ページにお示ししてあります。悪性ないし悪性疑いの方5人のうち手術実施者1人、乳頭がん1人となっております。

④-29ページ以降は詳細な結果を別表に示しております。

4回目の実施状況は以上でございます。

次に、④-39ページからの25歳時の節目の検査の実施状況をお開きください。

これは平成29年4月から開始しました25歳の検査の実施状況であります。これまで平成4年度生まれの方のみの報告でありましたが、今回は平成5年度生まれの方が追加されております。

④-40ページをお開きください。

表1の合計のところですが、一次検査は対象者4万4,542人に対しまして受診者は3,161人となっております。結果確定者は2,288人となっております。検査結果の内訳ですが、A1判定が943人、A2判定が1,240人、B判定は105人、これ



は4.6%となっております。詳細は表1にお示ししまして、結節・のう胞の人数・割合は表2にお示ししました。

④-41ページをお開きください。

下段の二次検査の結果、二次検査の実施状況でございますが、対象者が105人おありまして、そのうち83人が受診しまして80人の結果が確定となっております。この80人のうち、A2相当が4人、A1・A2相当以外が76人となっております。そのうち細胞診を行った方は3人増えまして6人、これは7.9%となっております。詳細は表4にお示ししたとおりであります。

次に、④-41ページの最後のところですが、細胞診の結果につきましては2人が悪性ないし悪性疑いとなっております。男性1人、女性1人となっております。前回は未受診の方が2人ということでもあります。

ここで、最後の④-46ページをお開きください。別表2の手術症例は、悪性ないし悪性疑いの方2人のうち手術実施は1人となっております。病理診断としては乳頭がんとなっております。

御報告は以上となります。

#### 星北斗 座長

ありがとうございました。それでは、まず質問を受け付けします。御質問のある方はどうぞ。清水先生、お願いします。

#### 清水一雄 委員

いつも詳細な御報告ありがとうございます。

僕が聞きたいのは、例えば3回目のときには、(悪性ないし悪性疑い)24人のうち(手術実施)18人、ですから6人手術していない人がいますし、それから最後のところ(25歳時の節目の検査)では(悪性ないし悪性疑い)5人中(手術実施)1人ですよね。経過を見ている4人なりその前の年の何人かは、ドクター側からアクティブサーベイランスを勧められたのか、それとも患者さんが嫌がっている、怖くて。あるいは、いろんな方がいらっしやると思うんですけども、どんな割合か教えてください。

#### 星北斗 座長

お願いします。どうぞ。

#### 志村浩己 甲状腺検査部門長

詳細はちょっとこの場に正確なデータはございませんが、あり得るケースとしまして、成人で甲状腺関連学会で推奨されている経過観察を受けている方もいらっしやいますし、手術までの少し、短期間経過を見て手術の方針を決めましょう、手術の待機の方。あと一部は、今まで問題になっておりました、学外とか県外とかで手術される方も恐らくいるのかもしれませんが、ちょっとその辺の把握はできておりません。手術を待っている方、あるいは経過観察、アクティブサーベイ

ランスに当たる方が含まれているということは言えるかなとは思います。

### 星北斗 座長

よろしいでしょうか。ほかに何かございますか。高野委員、どうぞ。

### 高野徹 委員

第13回のこの委員会で成井委員が非常に重要な指摘をされていまして、ベラルーシの例なんですけれども、1,300人手術されて、そのうち死亡された方は1人しかいなかったんですけれども、そのかわり、うつ病になって自殺したり、不安障害になったりアルコール・薬物中毒ということがあって、手術済んだからそれで終わったという話じゃなくて、その後のフォローが非常に大事だということを指摘されていたんですけれども、そういう話で見ると、先程の御回答もそうなんですけれども、手術された方あるいは経過観察された方がどんなことを考えてどういう状況なのかという情報が非常に欠如していると。その問いかけに対して、特定の先生の名前が出てきてちょっと聞かなければわからないという話になっているというように見えます。これは非常に危ないと。その先生が危ないということじゃないんですけれども、患者の状態というのが非常に少数のドクターの間でしか共有されていないと、しかもその周りに広がっていないと。これは是非改善していただきたいということで、診療に当たってはやはり複数の方が相当深く患者さんにかかわっていただきたいし、診療情報に関しても個人情報の許す限りで広い方に共有していただくということが必要ではないかと思えます。

それからもう1点、ちょっとこれは県にもお願いなんですけれども、とりあえずこの200名以上の方が何に困っているかという、がん保険に入れないんです。これは実は実務的に非常に大きな問題でありまして、この1,300人の方もそういう話もありましたけれども、今、200名の方が将来的にがんで亡くなる可能性は非常に少ないはずなのに、がんという診断をつけられたことによってそういう不利益を受けるということがありまして、実際問題としたら、保険会社にとってもこういう方々をがん保険に入れるという、受け入れるということは決して損にはならないはずなので、多分、県が積極的な働きかけをしたら保険会社のどこかの方が受入れの窓口になってくれる可能性は高いと思うので、是非そういう動きをしていただきたいと思えます。以上です。

### 星北斗 座長

2点質問がありました。1点目は志村先生からお願いします。

### 志村浩己 甲状腺検査部門長

手術をされた方あるいは経過観察をされた方、手術を終わって経過観察されている方は、全て基本的には我々の二次検査のサポートスタッフがついています。心の問題あるいは家族の問題、将来の不安、種々の本人、家族が抱える問題や、広範にわたっていつも外来受診あるいは入院の場において付き添っております。

それでそういった不安や問題が大きくなならない、いつも付き添って対応しております、その辺は私どもでも非常に危惧しているところでありまして、そういう対策をしております。本日、説明を割愛しましたが、こころのケア・サポートという部分でその辺の実績はある程度まとめて報告させていただいております。これは非常に気をつけなければいけない問題であると我々も共有しております、先生の御指摘のとおり共有していきまして、できる限り対応していきたいと思っております。

臨床のデータの共有につきましては、すぐリアルタイムに報告することはちょっと難しいのですが、可能な範囲で順次、臨床側と協議しながら報告をさせていただきたいと思っております。以上です。

#### 星北斗 座長

ありがとうございます。県に対する御要望もございましたが。

#### 菅野達也 県民健康調査課長

先程のがん保険の件につきましては御意見として承っておきます。

#### 星北斗 座長

ありがとうございます。それでは、稲葉委員どうぞ。

#### 稲葉俊哉 委員

④-28ページにこころのケア・サポートということがございます。これちょっと私記憶がないのですが、(2)の部分ですね。出張説明会・出前授業というのが、今回初めてかどうかはつきりしませんが出てきました。これは検査対象者や保護者と書いてあるんですが、出前授業というからには学校で行われたことかなと思ったんですけども、1年間で24会場で677人に対して説明が行われたと記載されております。もう少し詳しくお伝えいただけないかなと思っているんですけども、この内容についてですね。

1つは衝撃的なほど数が少ないということでありまして、えっ、桁が二桁違うだろうと、対象者に関して。これは検査を受けるか受けないかというそこにかかわるサポートだと思うんですね。(1)の場合には、もう検査を受けていて、その人に対してあなたはこうでしたよと、そういうサポート、説明をすることになるんですが、そもそも論として、私は検査を受けないといけないんでしょうか、あるいはどうして検査を受けないといけないんでしょうかと、そういうことを保護者とか、本人というのは要するに子供たちだと思うんですけども、彼らに理解してもらうために話をすることが、福島全県で1年間で700人というのは恐ろしく少ないんですけども、ここをもう少し、担当の方、誰かわからないんですけど、細かく教えていただけないでしょうか。

#### 星北斗 座長

まずこの内容については志村先生の方ですか。

志村浩己 甲状腺検査部門長

一次検査のサポートにつきましては検査の終了後にサポートしておりますが、一部の一般会場、設営が可能な場合は検査前の御説明もしている状況であります。また、出張説明会・出前授業、出前授業は学校ですね。出張説明会は、地域の集まりというところで要請があった場合、出張して説明をさせていただいていますので、これまで継続的に行っている取り組みでありますので、1年間での人数が少のうございますが、これまで一貫して継続して行っている取り組みになります。ですので、だんだん年数もたっておりますので、それをやってほしいという依頼が少なくなってきたということも実情かとは思いますが。

星北斗 座長

どうぞ。

稲葉俊哉 委員

ちょっとわかりにくい御説明だったんですが、例えばですね、これ、生徒と保護者の比はどれぐらいなのでしょう。

星北斗 座長

おわかりですか。今答えられますか。

緑川早苗 健康コミュニケーション室長

正確な数字、きちんと一桁までの数字はわかりませんが、この年度に行われた出張説明会・出前授業の内訳は、約半分が出張説明会、約半分が出前授業だと思います。出張説明会の総数が300人台だったと思いますので、大人に対する説明が300人台で、残りが小中学校、1校だけ高校があります。志村先生も申し上げましたけれども、この出張説明会と出前授業については、こういうことを行っていますということをご案内、ホームページ等で行ったり、それから教育委員会等を通して広報には努めておりますが、年々申込みは減っている状況で、2013年ぐらいから取り組みとして行っておりますけれども、非常に年々申込みが減っているという状況でございます。

星北斗 座長

今の点は、多分ちょっと曲がり角に来ているんだろうということだと思います。そういう御指摘としてお伺いをしたいと思います。津金先生、どうぞ。

津金昌一郎 委員

要精検率なんですけれども、3回目と4回目を見ると0.7%なんですけれども、やはり25歳を対象にすると4.6%になるんですね。これ、このまま要するに判定

基準を変えないでずっとやっていくと、いわゆる20代成人で世界が経験した甲状腺エコー検査と同じことが起こる可能性があるんですけども、このまま続けられるのかということをお聞きしたい。

星北斗 座長

このまま続けるかお聞きしたいということですけども。

津金昌一郎 委員

判定基準とか、成人に対してのですね。

星北斗 座長

判定基準等含めてこれは部会の方で御検討いただくということにしたいと思いますし、最終的には、どういう判定基準を使い、どんな検査をしていくのかということについて変更するとすれば、議論した上でここで最終的には決めて、県等に答申をして、県が動いて医大にそういう形でやってもらうことになると思います。

ただ、提案としてですよ、やはり判定基準を見直すべきじゃないかという提案があるのであれば、この場でも結構ですし、甲状腺検査評価部会の方でも御提言を頂いて、このままいくとこういうことになるのではないかという危機感を含めて御発言をいただければいいと思いますが、今日ここでどうするんですかと聞かれても何とも答えようが今のところありませんが。よろしゅうございますか。

津金昌一郎 委員

いわゆる擬陽性になるんですけども、それがもう5%というふうになるとかなりの人数になると思います。

星北斗 座長

はい、わかりました。それでは、ほかに御発言ありませんか。

この問題、この続きも甲状腺検査評価部会の報告でございます。引き続きお願いをします。議事の(5)でございます。第13回の甲状腺検査評価部会の報告を部会長からお願いいたします。

鈴木元 甲状腺検査評価部会長

それでは、資料5-1、それから5-2に基づいて報告をさせていただきます。

まず資料5-1の方で、全部を説明すると時間がかかりますので要点だけまず示します。

この間、検査2回目の本格検査、その結果に関する因子に関して検討してきております。それが⑤-1ページの(1)のアのところにとまとめてあります。いろんな因子によって発見率に影響が及んでいるということはこの間検討してきました。発見率の実施年度による差異があり、実施年度により一次検査B判定率及び二次検査受診率、検査間隔、細胞診実施率、先行検査細胞診実施の有無というも

のが違っており、発見率に影響しているということを検討してきました。こういういろいろな交絡因子、あるいはバイアスと言ってもいいようなことがある中でデータをどう解析していくかということで、現在できるベストのことをやろうというのが今回の甲状腺検査評価部会の評価になっています。

ここで使っていますのが、単純な地域の比較というやり方を変えまして、UNSCEARの推定甲状腺吸収線量というものを使って、線量反応関係があるかどうかというような検定を行っております。

その結果は、資料5-1の⑤-4ページにグラフとして先行検査、本格検査、これは震災時6歳から14歳が示されておりまして、⑤-7ページに、UNSCEARの線量の中で地域によって線量が2種類提示されているところがありますので、その2種類の線量に応じたグラフを示しております。そして、⑤-10ページ、それから⑤-13ページには、これは15歳以上の方たちの線量効果関係を示した図になっています。一見して見ていただきますように、ここで線量が高くなるに従って罹患が増えてオッズ比が増えていくかどうかということを検定をしましたが、そのような一貫したトレンドは見られなかったというのが結論でございます。

こういう解析結果をベースにしまして、資料5-2の方で私たちの所見をまとめております。

まず、⑤-16ページの1のところ、得られた結果の上段の方は、発見されたものの年齢とか平均腫瘍径、そういうものを淡々と書いています。その下の下から4行目ぐらいから所見が少しずつ入ってきます。

まず、「先行検査における甲状腺がん発見率は、我が国の地域がん登録で把握されている甲状腺のがん罹患統計などから推計される有病率に比べて、十数倍高かった」と。「本格検査（検査2回目）における甲状腺がん発見率は、先行検査よりもやや低いものの、依然として十数倍高い」というのがまず1つの認識です。

その次のページ、⑤-17ページ、ここに4ポツでどういう交絡因子、バイアスがかかっている可能性があるかということが書かれています。それを受けて、UNSCEARの線量をこの中で解析に加えたものが、性、年齢、それから年度、検査間隔、この辺までを入れた解析を行った結果を先程のグラフで示しました。それを使って評価いたしました。

まず所見のところ、⑤-17の下の方です。まず、「B判定の割合や悪性、悪性疑いの発見率は、事故当時の年齢、二次検査時点の年齢が高い年齢層ほど高い。これは、チェルノブイリ事故後に低い年齢層により甲状腺がんが多く発見されたものと異なっている。年齢の上昇に伴いがんが見つかることは、一般的ながんの発症と同様である」ということがまずございます。

「男女比がほぼ1対1になっており、臨床的に発見される傾向、1対6程度と異なる。」こういう所見が、潜在がんで見つかる場合とか年齢が低い場合に男女比が小さくなるという傾向が報告されていますが、今回このことに関して部会で詳しい解析、議論はしていませんので、これに関してはこの後の今後の部会の中で詳細な検討をしていただくという形で残しております。

その次、「悪性、悪性疑いの発見率を単純に4地域で比較した場合においては、差があるように見えるが、それには検査実施年度、先行検査からの検査間隔など多くの要因が影響しており、それらの要因を考慮した解析を行う必要がある」ということで、今回、暫定的に年齢・市町村別のUNSCER推計甲状腺吸収線量を用いて解析したということになります。

発見率に影響を与える要因を可能な限り調整してといったのは、先程言った年齢、年度、それから検査間隔、その辺が入っています。その結果、線量の増加に応じて発見率が上昇するといった一貫した関係、線量効果関係は認められないというのが解析の結果でございました。

よって、現時点において、甲状腺検査本格検査（検査2回目）に発見された甲状腺がんと放射線被ばく間の関連は認められないというのが私たちの所見でございます。

ただ、これに関しましては、その下の5、今後の評価の視点についてというところで、見落としがある可能性もあるので、地域がん登録、それから全国がん登録とこういう甲状腺検査を受診して発見されたのをプールした形での解析、あるいは、本格検査（検査2回目）というような横断的な解析の仕方から、データを蓄積していつか解析するというふうに変えていく必要があるということ。それから、線量に関して、今回やはり地域の代表線量を、年齢別に振ってはいますが、それぞれ地域に関して1個ないし2個なわけです。これをもう少し個人の避難の実情を反映したような線量にしていくことによって、より精緻化が必要であるというようなことがここで今後の評価の方向として書かれています。

このほかもう一つ、この次の資料5-3で詳しくお話ししますが、甲状腺検査に対する対象者への説明に関してもこの間私たち議論をしてまいりましたので、その結果を今回ここに入れさせていただいています。甲状腺検査対象者への説明内容については、評価部会において議論を進めてきたが、今後も対象者に対して甲状腺検査のメリットやデメリットを含めて丁寧に説明し、理解を得るとともに、同意を得た上で実施することが重要であるというようにここに書いています。

資料5-3、これは部会の方でお知らせ文の改訂案を作りました。これは必ずしも部会の全員の意見を100%反映したものではございません。部会の中でも100%の同意でないというところもありましたが、それはもともとメリット・デメリットに関する議論というのが立場によって全く違っているということもありますので、ここで部会としての考え方をまとめて、これを検討委員会の方にお返ししようと。最終的にはこれは、県立医大の方で実際に倫理委員会にかけて、この文章でこのまま通るのか、あるいはもう少し倫理的な配慮が必要と判断されて修文されるのか、それはそちらに任せて、私たちの部会としてはここまでのまとめで終わらせたということになります。どうぞよろしく申し上げます。

#### 星北斗 座長

ありがとうございました。それでは、分けて考えたいんですが、最後にありました資料5-3のお知らせ文の改訂案については後程ということにさせていただきます。

きまして、まずはまとめの方ですね。資料5-2についての質疑、意見の聴取をお願いします。どなたか御発言あれば。津金先生、どうぞ。

#### 津金昌一郎 委員

部会のまとめに関してですけれども、やはり被ばくとの関連がないならば、ここに2回出てくる数十倍高いということですね。数十倍高いということの議論というものをきちっとして、やはり特に次期部会のミッションにすべきではないかなということを考えます。もし過剰診断というものが主な理由なら、このまま現状の検査継続ということはやはり許されないことだと思うし、もし10~30年前倒しの超早期発見が主な理由だということであれば、臨床がんでも予後が極めていいような甲状腺がんを未成年期に診断、治療するメリットということをやはり明確にする必要があると思うんですね。

例えば40歳代で全摘、アブレーション治療になった可能性のある人をですよ、10代で超早期発見して片葉切除したからそれでよかったと。その後30年以上もずっとがんサバイバーとして、先程の保険とかそういう問題を抱えながら生きていくことが本当にいいのかどうかということやはり考える必要があると思うんですね。

それで、やはりここは今回も非常に苦勞なさったと思うんですけれども、もはや放射線の甲状腺がんに及ぼす影響を検査をするための調査としては、既に受診率の低下という問題も起こっているし、検査を受けるか否かが甲状腺がんの診断の最大のリスクファクターなんですね、ある意味で。細胞診するかどうか、その後について。それから、様々な交絡とかバイアスとか、そして、もともと低線量であることがもしわかっているのだったら、それを検出するためのパワーですね、検出力ですね。そういうものはもはや得られなくて、これがもう疫学研究の方法論的には破綻していて、どんなに優秀な疫学研究者がこのデータをいじっても放射線の健康影響などというものはちゃんと検出できないと思うんですね。ですからもう本当にその部分をやはり、放射線の健康影響を見るということで、これでこのまま継続して本当にそれができるのかということやはり考える必要があるんじゃないかなということを見て本当につくづく思いました。

#### 星北斗 座長

ありがとうございます。鈴木先生、何かコメントありますか。

#### 鈴木元 甲状腺検査評価部会長

甲状腺検査評価部会はこの研究のデザインを検討する部会ではないということをお断りしておきます。むしろ、これはこれから医大としてこの検査をどういうふうにするかということより広い立場で議論していただくというのが筋だろうと思っております。

一言、私たちも、過剰診断なのかそれとも早期発見・早期治療だったのかという、どこでそれを区別するかというのを、現在、私たちの部会の中で議論した中



では結論を出すことができませんでした。これは単に福島だけの事例じゃなくて、やはり日本全国の小児甲状腺がんのもう少ししっかりした解析というものをベースにして議論しないといけないことだろうと思っていますので、またその辺は今後の部会の中でもし検討していただけるのだったら検討していきたい問題だろうと思います。

#### 星北斗 座長

成井先生、どうぞ。

#### 成井香苗 委員

今の議論の中で1つ、過剰診断ではないと鈴木眞一先生は3月のシンポジウムでも発表されていますし、それから6月の日本内分泌外科学会の発表でもおっしゃっています。それは、鈴木先生はもう最初のと時からその危険性があるからということでデザインしたということですからずっとおっしゃり続けています。ですから、私は素直にそうだと思って聞いていましたので、ここで鈴木先生のおっしゃっていることが間違っているのかもしれないということがずっとこれで話されるとすると、すごく疑問です。

それからもう一つ、それは、これまでも子供たちの甲状腺がんに対するスクリーニングというのは、もうこれが初めてぐらい、ベラルーシ以外だったらこれが初めてですので、過剰診断かどうかというのは、今やっていることで言うことができるわけで、それ以前のものとか、今鈴木先生がおっしゃったようなよその国のデータを持ってきて検討するということで見えるものではないと思います。ですから、この今やっていることをもっとしっかり、過剰診断かどうか、鈴木先生の論文を読ませていただく限りにおいてそうとは思えませんので、しっかり甲状腺検査評価部会で議論していただきたいと思います。その辺が1つです。

もう一つです。もう二つあるんです、実は。でも1つをまず言わせていただきます。今、鈴木先生の御報告で、甲状腺検査評価部会は研究デザインを<sup>うんぬん</sup>云々するところではない。言いかえれば、親委員会の方でこれまで決めていた研究デザインを踏襲して、それに伴って研究されているということのはずだと思えます。研究デザインを変える場合は、親委員会に諮っていただいて研究デザインを変えなければいけないはずなので、その辺でちょっと疑問があります。

というのは、先程鈴木先生がおっしゃった中で資料5-1を説明されるときに、単純な地域区分を変えましてとおっしゃってUNSCEARの方をとおっしゃいました。ということは、地域区分の方は重要視しない、あるいは地域区分は排除するというふうな、要排除というか有効性が認められないというふうにお考えなのかなというのがちょっと心配ですが、きっと鈴木先生はそんなことは思っていないらっしゃらなくて、そういう言い方をされちゃったんだろうなとよく解釈しています。

であるならば、私はですね、この検討委員会に恐らく一番古くから出席させていただいている者だと思います。臨床心理士の立場で、こういう形で公開される

形でやるように検討委員会がなったときに、最初に星先生と一緒に入ったのではなかったでしょうか。星先生はもっと前からですか。御一緒だったような気がします。何人かの先生、入れ替わりがありましたので、古くからいる方だと私は自負しています。その中で、研究デザインを私がずっと理解しているのは、地区別のとにかく検討をしてみましよう。そして、最初の先行検査がベースラインですよ。2回目からが本格検査で、その差を見ていくことによって甲状腺に放射線の影響があるかないかを検討しましょうというのが方針だったはず。そしてそれは、もちろん放射線の影響あるなしを検討するだけでなく、不安を抱えている県民、こういう事故に遭ってこういう被災をして不安を抱えている県民たちの心に寄り添うためにも、その検査をすることで安心できる人がたくさんいるはずだからということをやっていたというふうに私は思っています。

その研究デザインから言ったら、まずは地区の、4地区で出したものがありますよね。それと、その先行検査と本格検査の違いをしっかりと検討してもらうことが一番大事な甲状腺検査評価部会でやっていただくことだと私は思います。そして、ここでもそれをやらなきゃいけないと思います。

ちょっとですね、これを見たら先行検査の地区別のまとめが全然入ってきていないので、皆さんにお配りします。私の言いたいことがわかっていただけと思うので。

#### 星北斗 座長

済みません、紙を配る前に私に許可を得てください。

#### 成井香苗 委員

いいですか。これは11回目のときの甲状腺検査評価部会で配られたものです。

#### 星北斗 座長

資料として配る場合は事前に許可を得てくださいということです。

#### 成井香苗 委員

済みません。失礼いたしました。よろしく申し上げます。ここで配られているので大丈夫なのかなと思いました。事務局に申し上げます。

〔資料配付（委員のみ）〕

#### 成井香苗 委員

それだったらついでに、私は結局この中にあって、私と富田先生、堀川先生ですか、この福島県に住んでいて県民の気持ちを共にしている者だと自負しています。そして、その中で私は心理屋として様々な地域、浜通りから避難地域、避難12市町村、それから中通り、そういったところにずっと心の支援で8年間歩いてまいりました。ですから、その地域の人々の、生活している人の様子を知ってい

ますし、気持ちの状態も知っています。ですからこそ今回言わせていただこうというふうに思っていますので。テレビでこういうものを私たちは常に毎日見えます。線量が幾つあるのか。そして、たまたま私のデータの中に、被災した年の2011年5月と2012年5月が比較できるようなものがあります。そして2012年12月もあります。これも配っていいですか、参考までに。皆さん知らないでしょう、こんな最初のころの放射線量について。どうですか。

星北斗 座長

どうぞ。

[資料配付(委員のみ)]

成井香苗 委員

私が最初の先行検査及び地区別のデータをすごく大事に思っている理由がわかっていたかと思えます。このように、2011年5月のデータと翌1年後の5月ではこれだけ線量が下がっています。そして、12月になると更に下がるという状態で、最初の年にどれだけの放射線を私たちが浴びたのかということは余りはっきり出ていない、最初の1週間、2週間というのはわかっていないんですけれども、このように非常に、5月でさえ、2か月たっている5月でさえこのように高いです。飯館村とか南相馬とか書いてありますけれども、2012年の5月を見てもらうともっとより地域がたくさん書いてあるんですが、避難市町村というのはやはり私は支援で歩いていても非常に線量が高いなというのをついこの一、二年前まで感じています。去年、今年になってくると大分下がっていて違うんですが、実感としてこの区分は割と放射線の高い低いの区分としては実感に近い区分です。避難市町村・地区の13市町村というのと、中通りと浜通りと会津地方というふうに4区分になっているのは、私が支援して歩いていて、こういうふうな区分でまあまあだと、ちょっと中に違うところがあるような気もするんですが、妥当な区分だと私は思います。

そして、見ていただきたいのは、今お配りした紙の県民健康調査甲状腺検査先行検査結果概要平成28年度追補版抜粋の地区別比較による結果と考察についてが一番下のポチです。「悪性ないし悪性疑い者率は、避難地区等13市町村、中通り、浜通り及び会津地方でほぼ同様であった」と書いてあります。ほぼ同様なんです、先行検査。見ていただければわかりますが、表の欄で悪性ないし悪性疑い率、10万人に対しての人数を見ていただくとわかると思います。本格検査とは随分違います。

星北斗 座長

済みません。皆さん御発言を希望されておりますし。

成井香苗 委員

急ぎます、じゃあ。それから、前回、もう一つ、鈴木先生にお願いしておいたのは、こういうふうに先行検査は差がなく出ているのにもかかわらず、本格検査1回目のデータは、非常に明確な差が、しかも大きな差が出て。

#### 星北斗 座長

よろしいですか、ちょっと。

#### 成井香苗 委員

それを、いや、私は、言わせてください。ちゃんと鈴木先生に次の回までになぜそういう結果になったかを調べてくださいとお願いして、やりますよとおっしゃっていたんですが、今回それについて何も触れていないですよ、こういう形で。

見ていただくと。いや、ここは譲れないところです。だって、ずっとお願いしていて、本格検査の地区別のデータがこんなに差があるのはなぜなのかを調べてくださいとずっと言い続けました。これを見ていただくと、今度の資料のB判定及び二次検査受診率の中に出ている。参考資料3のページ4を見ていただくと、同じデータのところが、悪性ないし悪性疑い者の受診者に対する数値が53.1、27.7、21.6、14.4となっています。平均検査間隔も書いてあります。それを見ると、確かに13市町村の方が2.48で会津の1.87や浜通りの2.18に比べて間隔が長いことがわかります。その倍率を計算すると1.3倍ぐらいの期間の長さになっているなと思います。会津に比べたら1.3倍の期間の長さです。

だから、この悪性疑い者数が増えてもそれはわかるんですが、会津が14.4人で避難区域の13市町村が53.1人ということは3.7倍もの差があるんですね。そう考えていくと、そして有意差があるもおっしゃっていましたので、この3.7倍もの差を、検査間隔やあるいは検査の年度、更に先程いろいろ言っていたいろんな交絡因子を絡めたときに、先行検査と同じような数値になるんですかね、こんなに差があつて。私はすごく疑問です。ですから、この差がどうしてこんなになっているのかをちゃんと教えてください、そして、そういう交絡因子を絡めたものをちゃんと排除した数値に直してくださいということをお願いしてあったはずですので、それは是非やってください。それをなくして、放射線の影響は考えにくいという結論を出してしまうのは早過ぎるのではないのかなと思います。まだわからないというところだと思うんですが。

#### 星北斗 座長

鈴木先生、どうぞ。

#### 鈴木元 甲状腺検査評価部会長

ありがとうございました。机上資料の方に、例えば第11回の甲状腺検査評価部の資料が入っています。それを開いていただきますと、①-7ページに今言いました地域別に見た本格検査(検査2回目)の悪性ないし悪性疑いの発見率という

ものが書いてありまして、避難区域13市町村で10万人対の悪性ないし悪性疑い者の率が53.1と高くなっているというのは今指摘されたとおりでと思います。

その前後の表も見ていただきますと、何でこういうふうな変化が来たかということ私たちはいろいろ、バイアスがある、あるいは交絡因子があるのではないかということで、<sup>る</sup>縷々調べてきたのをずっとやってきました。その一つが検査間隔の違いによって発見率が非常に大きく変わること。それから、検査年度によって細胞診の実施率が全然違います。そういうこともやはり交絡因子に入っている。そういうものをどこまで調整して解析するかということで、今回、多変量解析、回帰分析をやっているということになります。ですから、今言ったような交絡因子というもの、あるいはバイアスの可能性の入っているものを解析の中に入れてregression analysis(回帰分析)をやったというのがこの結論になります。

#### 成井香苗 委員

データも出ているんですか。交絡因子を全部絡めたものを。

#### 鈴木元 甲状腺検査評価部会長

絡めたものの解析結果が先程言ったグラフになっています。グラフというか、線量が横軸になって縦にオッズ比が並んでいる。

#### 成井香苗 委員

オッズ比でなくて私の言っているのは、さっきから言っているように、実感として、ここに生きている者として、避難13市町村というこの4つの区分の地区別という感覚の方がずっと近いんですよ。研究デザインがそうだったのに、勝手に変更はできないんじゃないんでしょうか。

#### 星北斗 座長

よろしいでしょうか。今研究デザインの話は、差があるかどうかということではなくて、どういうふう to 実施していくかということで区分をしたというふうに私は理解をしています。

#### 成井香苗 委員

でも、解析を行う必要があると言って、出さないでずっといるんですよ。交絡因子が絡むということはずっともう前からおっしゃっていて。

#### 鈴木元 甲状腺検査評価部会長

ですから、その交絡因子を入れた解析。

#### 成井香苗 委員

をしてください、地区別の。

鈴木元 甲状腺検査評価部会長

regression analysis(回帰分析)になっていますということです。その結果を今日示させていただきます。

成井香苗 委員

結果出てないですよ、4地区では。4地区では出てません。

鈴木元 甲状腺検査評価部会長

何で4地区でできないかといいますと、4地区という中に実は線量が違う集団が入っています。ですから、実際に今線量との関係を見ていくときは、同じ年度に検査した集団の中で、同じバイアスがかかっている可能性のある集団の中で、線量の違う人たちを比較していくというような方法で今回解析をしています。

成井香苗 委員

それについても、今のUNSCEARの線量だって推定の線量ですよ。そして地区も、例えば、伊達市ではABCと地区を分けています。A地区はすぐに除染しなければいけないという地区ですし、Cは除染なくていいといってずっとしないままになっている地区です。それが1つのデータの中に入っちゃっていますよね、これも。mGy(ミリグレイ)という数値の区分の中には入ってしまっているはずですよ。

ですから、そういう意味ではこれも同じことだと思います。そういう違う線量のものが1つの、ゼロから。仮に推定でそうしましょうという数値ですから、その地区1つにその同じ数値を当てはめられませんし、その中にも様々な地区があるんです。伊達市だって、二、三地区全然違います。そういったことを私は思うと、推定されて、このUNSCEARの数値がどんなに正しいんですかという気がします。そして、UNSCEARの数値というのはやはり予測値であって推測値なんです。特に甲状腺がんにかかわるヨウ素131というのは、最初の1週間、2週間で半減期が来ちゃうものですよ。それをUNSCEARは最初の年度の全体の中でセシウムの線量から出しているの、そもそもそれも相当、信用していいのかなという。でも、それしかないならやむを得ないなというような数値だと思うので。

鈴木元 甲状腺検査評価部会長

済みません、UNSCEARがやっているのは、原発からどういうふうな時間単位で例えば放射性ヨウ素131が放出されたかという放出率を入れまして、その後は当時の日本の気象データを使ってシミュレーションをするという形で、評価しているのは飽くまで放射性ヨウ素の甲状腺吸収線量になります。

成井香苗 委員

はい。ですからそれ、推測だと。

#### 星北斗 座長

済みません、申し訳ないんですけども、この会の秩序を少し保たせてください。御発言の前にとにかく、済みませんが、お名乗りになって私の指名を受けてから発言をするというルールを基本的に守りましょう。お願いします。

それでは、鈴木先生、続きをどうぞ。

#### 鈴木元 甲状腺検査評価部会長

それで、UNSCEARの線量評価、飽くまで推定だという話で全く無視することはできません。UNSCEARの今の線量評価で一番の問題は、食べ物からの線量を県で全体同じにしているというところもあります。ですから、今回使っているデータの中の線量の大小というのは、実は吸収被ばくの線量に関してのみの大小を比較した形になっています。実際の数値として例えば80mGy(ミリグレイ)というような値があったとしても、その中の30幾つは経口でみんな一律になっていますので、それを差引いた残りの吸収被ばく線量の違いというのがそれぞれの地区でどう違っているかというものを評価した形の解析になっています。

#### 星北斗 座長

ありがとうございます。今の話はちょっと食い違っているというか、すれ違っているんですね。なのでちょっと私が整理をさせていただきますが、要は、部会の方では、今与えられたデータをもとに、UNSCEARの推計線量をもとに線量と発症・発生率について、あるいは発見率についてどんな因果関係があるかということについて検討して、詳細に様々な交絡因子についても検討した上で、現時点でわかる範囲で言えば、明らかな影響を示唆することはないというふうな、言葉は違いますが、ことでした。

津金先生の方から、このデザインでやる以上、相当の差が出ない限り検出できないよというような指摘がございました。そして、成井先生の方からは、実感とすれば、つまり県民の実感とすれば、どうもこの今回の話は腑に落ちない点があるという御発言がございました。それはそれぞれの立場でおっしゃることはそれでいいと思うんですけども、まず科学的な議論として、様々な交絡因子、様々なバイアスについて検討した上で今回の部会での結論が得られ、報告を受けたということについて、津金先生の御発言があり、ほかの先生方からも御発言を聞いた上で、また、実感としてどうするのかとか、この後どうするのかという話とごっちゃになると非常に話がわかりにくいので、まずはこの報告についてどう受け止めるのかというようなことについてほかの委員の発言を求めます。高野先生、どうぞ。

#### 高野徹 委員

済みません、この報告の内容でないのでもっとよろしいですか。先程の成井

委員のお話で誤解を招くと困るので一応ちょっと説明しておきますけれども、鈴木眞一先生の論文、それから今年の5月の内分泌学会での病理医の発表、私これも見ましたけれども、結局、病理で見た限り福島の例は過剰診断ではないという発表なんですけど、過剰診断というのは、手術せずに置いておいて、それが患者に対して一生悪さしなかったらそれは過剰診断というお話なので、これが病理で判定できるというのは明らかな間違いでありまして、もし実際そういう発表をされているとすれば、その先生方は多分過剰診断の定義自体を御存じないということで判断していいと思います。

#### 星北斗 座長

今のはちょっとあれですけれども、ほかの委員でとりあえず私が皆さんにお願いをまずしたいのは、甲状腺検査評価部会からの報告について、特に資料5-1、もっと言うと資料5-2について御質問、御質疑があればほかの委員からの御発言を求めます。どうぞ。

#### 富田哲 委員

こういう部会のまとめを頂きまして、今日よく読ませていただきましたけれども、やはり非常に何と申しますか、結論が早急と申しますか、どうしてこういうふうになるのかまだ私としても腑に落ちないところがございますので、若干発言させていただきますが、最初に先行検査のところで甲状腺がんが約数十倍高かった、そして第2回目のときでも依然として数十倍高いということを指摘し、それからその次のところで、本格検査(検査2回目)では13市町村、中通り、浜通り、会津の順に高かったと。

ここまではよくわかるんですけれども、そうするとこの記載からすればある程度原発との関係が出てきそうな感じがするんですけれども、先程のこれを読んでも、それから先程の説明を聞いても、ポチポチポチと4つあるところで、確かに検査の期間が違うとか細胞診実施率が違うとか、そして幾つか、本文と申しますか、上のことを修正せざるを得ない記載が出てきます。出てくるんですけども、これをもって、どちらかわからないとか、少なくともまだ、原発の影響がないというのはここで認められないというのが結論ですから、そこまで断定できるのかと、この辺についてはやはり疑問を持ちます。

それから、その次の男女比のところでも、普通であれば1対6のところは1対1だと。このことについても、結局これも最後は、よって、現時点においては関連が認められないという、ここまで断定していいのかと。少なくともある程度はまだ可能性がある以上、それを残すような記述にしておくというのがどちらかというと科学的な態度ではないのかという気がいたしまして、私は実感としてはお隣の成井先生に近いんですけれども、ただ、これを法的な観点から読む以上、どう考えても少し強引だなという印象は持ちました。以上です。

#### 星北斗 座長



ほかの先生どうぞ。

#### 高村昇 委員

1つは、先行検査のときと現在の今回の1回目の本格検査のときと、大きな主題は変わっていないと思うんです。つまり、個人のできれば甲状腺の被ばくの線量と甲状腺がんの疾患の頻度の中でいかに関連があるのかどうかを見ましようということは変わっていません。ところが、最初の時期には、要するに横軸の情報が極めて限られているということがあって、例えばUNSCLEARの甲状腺の推計線量が出ていない状況でどうするかというときに、地区ごとに分けて見ましようというのが次善の策としてあったと。その後やはりUNSCLEARのデータが出てきて、例えば⑤-4ページの地図で見るとわかるように、同じ浜通りでも、例えば早く避難したような地域では甲状腺の線量は比較的ほかの地域と比べて低いということ踏まえれば、やはり単純に3地区に分けるというよりも、いろいろ情報が積み重なってきた段階で、今度は横軸に地区ごとではあるけれども甲状腺の線量を置くというのは、これは要するに得られてくる情報が変わってくるという中では妥当な判断ではないかと私は思います。

ですから、将来、鈴木先生がよくおっしゃるように、最終的には、本当は個人の甲状腺の線量がわかってくるということができればベストなわけでしょうけれども、それにはやはりまだまだ時間がかかると思います。その間にどういった横軸を置いて考えるかというのは、ここなり甲状腺検査評価部会なりで検討することだろうと思います。

それからもう一つだけなんですけれども、⑤-18ページで今後の評価の視点ということなんですけれども、ここでどういったことに注視するかということ、ここは私もこれでよろしいかなと思うんですけれども、1つだけ。よく言うように、事故当時の年齢として、やはりチェルノブイリでは事故当時0歳から5歳と非常に若いときに被ばくした人が多発したということも踏まえて、やはり事故当時の年齢とがんの頻度との関連は、年齢の頻度、こういうところも注視する必要があるという文を書き加えていただければいいのかなと思いました。以上です。

#### 星北斗 座長

ほかどうぞ。稲葉先生、どうぞ。

#### 稲葉俊哉 委員

すごく詳細に細かなところまで気を配ってまとめられたと思います。非常にそういう意味ですばらしい報告書だと思います。内容的にも何も申し上げることはないんですけれども、あえて1点申し上げますと、先程からの成井委員の御意見とか富田先生の御意見を伺っておりますと、やはり横軸ですね。要するに、20、25、30、35と分けておられるわけなんですけれども、これはもう放射線腫瘍学の立場から言わせていただくと非常に非常に少ないわけですよ。この非常に非常に少ない、結局これは、事故が起こって直後はいろんな混乱がありました。もっとたく

さん浴びているのではないだろうかとかいろいろな意見があったわけですがけれども、1つはそういうUNSCLEARの報告書はもちろんですけれども、例えば植物に対する影響、野生動物に対する影響、土とか岩石への影響、そういうことを各専門家が非常に注意をして分析をした結果として、やはり横軸はこんなものだということが。非常にもし高いというようなことでは整合性はとれない。ありとあらゆる方向から解析をした結果、横軸はこんなものなんだと。

そうすると、その中で更に分けるということはある意味無理やり行っているわけですがけれども、もちろんそれでも差は出ない。津金先生のおっしゃるとおりだと思います。そういう意味では、この報告書で、もともとが線量が低いということはどこかでちょっと触れられた方がいいのではないのかなと。何かこの30mSv(ミリシーベルト)以上というようなところが、30mSv(ミリシーベルト)以上といたら10Sv(シーベルト)でも50Sv(シーベルト)でも30mSv(ミリシーベルト)以上になってしまいますが、決してそうではないんだということで、そのところをもう少し書かれると、何らかの形で表現されるといいのかなという気がいたします。

それとあと1点だけ。⑤-18ページの真ん中辺ですが、要するにここが結論ですが、「よって、現時点において、甲状腺検査本格検査(検査2回目)で発見された甲状腺がんと放射線被ばくの間に関連は認められない」、このとおりで100%賛成です。これをさらに、この検査では定常状態を見ているんだと。放射線というものは全然介入していないわけですから、これは定常状態を見ているんだと。つまり、このぐらいの年を検査すれば、一定の確率でこういった甲状腺がんを診断がつくような、つけられるようなことが起きてきて、しかし、これが全員が、甲状腺がんを診断がついた小さな病変が全部がどんどん大きくなっていくのだと、これまでの疫学と全く合わないわけですので、それは大したことなく終息していくということでもないともうつつじつまが全く合いません。そういう定常状態というものを見ているというようなコメントがあってもいいのかなと思えました。以上です。

#### 星北斗 座長

ありがとうございます。どちらからにしましょうか。春日先生からどうぞ。

#### 春日文子 委員

鈴木先生、御説明ありがとうございました。

資料5-2の最初のページの2段落目にはっきりと書いてありますように、そもそもこの甲状腺検査評価部会は本格検査(検査2回目)の検査結果のまとめと評価を行うために設置されたという制約があります。ですので、非常に限定された検査の期間について評価を行うという、その制約の中で御苦労されたものと受け止めております。

今の御説明にありましたように、それから津金委員、そして稲葉委員の御発言にありましたように、検査2回目の中で発見された71人の患者さんに関してのみ、

しかもUNSCEARの線量によりますと実質的にはかなり低い範囲の被ばく線量の中で分析をするので、津金先生がもともと懸念をおっしゃったように、この限られた人数で限られた線量の中でそもそも統計的に分析が成り立つのかというところに私も疑問を持ちました。ですので、その範囲の中で差が出ないということは、それは結果として納得できるものだと思います。

今までの議論の中ですれ違ってしまったのは、UNSCEARの区分を持ち込む必要があったということの必要性と、あとはそのメリットの十分な説明が伝わっていなかったということ、それから、前回まで議論されていた4地域区分での交絡因子の解析の結果がまだ十分に示されていなかったのではないかとということ、そこで話がすれ違ってしまったと思うんですけども、結論的には、UNSCEARの方が細かい市町村別の区分を持ち込んでいますし、少しでも線量に対応する解析をしたいというその意図でお使いになったということは理解できます。

そういう説明が加わった後のこととして、⑤-18ページの結論ですけれども、ここに至るやはり論理の飛躍と言うとちょっときついですけれども、論理をもう少し丁寧に説明を加える努力は実はもう少ししていただいた方がよかったかなと思います。そして、3、所見の最後の行ですけれども、これを私なりに少しでもここに積み重なってきた御報告をよりわかりやすく解釈するとすると、ちょっとずつ文言をつけ加えていってはいかがでしょうかという提案をさせていただきたいと思います。あくまでも甲状腺検査評価部会の対象としたのは甲状腺検査本格検査（検査2回目）だけですので、このとおりで結構なんですけれども、「検査2回目に発見された甲状腺がんについては」ということで限定的な対象であることをよりはっきりさせていただくということ、そして2行目ですけれども、「放射線被ばく線量との関係は認めにくい、認められない」ということではいかがでしょうか。

#### 星北斗 座長

ありがとうございます。清水先生の御意見を先に聞きます。どうぞ。

#### 清水一雄 委員

大体同じような意見になってしまったんですけども、前回の中間報告のところで、ちょうど私が部会長をやっていたころですけれども、「認められにくい」と、たしか「考えにくい」という結論だったと思うんですね。それがいろんな人の意見を聞いて、最後のところ、部会が開かれる1日前までメールでやりとりして、最終的にこの結論が「考えにくい」という結論になったんですけども、今回は比較的是っきりしていますよね、「考えられない」あるいは「認められない」ですか。これ大きな違いだと思うんですが、今までの検査を見ると、例えばチェルノブイリと比較すると違うところがたくさんありますね。遺伝子的にも。それからいろんな、統計的にもそうですし。そんなことから考えて、まだちょっと結論まで持っていくのは早過ぎるんじゃないかなという気がするんですね。同じように「考えにくい」というふうにして結論にするのも、何も今まで話し合っ

ていなかったと思われるのも嫌なことですし、その辺のところはどういうふうに結論づけるかはまだこれからだと思うんですが、「考えられない」と断言してしまうのはちょっとまだ早過ぎるなというような気が少しします。

#### 星北斗 座長

春日先生、併せて何か御発言ですか。

#### 春日文字子 委員

補足いたします。先程申し上げたように、この結論は飽くまでも検査2回目だけの話なんですね。ですので、先行検査も第3回も4回も、それからこれから続けられる検査を含めた検査の結果に対する評価ではないということをもう一度認識したいと思います。

そのことは、5の今後の評価の視点についてに既にかなり盛り込まれています。ここについても実は私も1つ補足させていただきたいと思っておりました。それは、今回そもそも県の事業として行っている事故当時18歳までのお子さんに対する検査に加えて、今後、ほかの地域がん登録及び全国がん登録等から把握されるそれ以上の年齢の方のがんの発生も含めて十分に検討していくことが必要であるということを加えていただきたいと思います。

#### 星北斗 座長

まさにそのことが書かれているんだと思います。ほかにありますか。どうぞ、梅田委員。

#### 梅田珠実 委員

今回の部会の方でまとめていただきました分析は、現時点で部会としての収集可能なデータの範囲でベストを尽くして検討いただいたのではないかと考えております。部会で議論されたとおり、解析上の様々な制約や課題もありますので、そこは一定の留保つきでちゃんとそこも明確に書いていただいていると思います。

今後の評価の視点というところにもありますように、今後は、がん登録を初めほかの情報も補完的に活用いただいて、様々な観点から、今回は限られたデータの範囲で先生方がとても御苦労されたんだと思うんですけども、例えば臨床情報も含めて総合的に甲状腺がんに関する状況を把握して評価を続けていただきたいと思います。先程未成年期の治療をどうするか、どう考えるかという御指摘もありました。そういったことも、これから様々な臨床情報も含めた総合的な評価というのが重要になってこようかと思っております。

そしてまた、この報告書は非常に科学的、客観的な観点で最小限の記述が書かれているというふうに印象を持ちますので、必ずしも不安を持っておられる方の視点でわかりやすい表現かということ、そういうところはなかなか科学的なロジックだとかうだというのが必ずしも腑に落ちないようなところがあるかもしれませんので、ますますこれは、この後のメリット・デメリットの話にもつながると思

うんですが、丁寧な、県民の方々がわかりやすいような、特に現場の関係者も含め結果を丁寧に説明していただくということが重要だと思っております。

#### 星北斗 座長

ありがとうございます。成井委員、どうぞ。

#### 成井香苗 委員

私の先程の発言が感情的な感情論だというふうに受け取られているのかもしれないという危惧があります。そうではありません。実感として、県民の代表というか、県で生きている者の気持ちを言わなきゃというものが1つありました。でも、数値を見ても納得できるものではないということと言い添えたいと思います。

それから、もう一つ大事な点は、UNSCLEARの数値についても、書いてありましたが、部会でデータの修正があったというふうに報告がなっています。しかもその間違いが、1と入力しなければいけない基礎的なデータを4とか3とか入れてしまったという、すごい単純なミスだったと思います。そうしたもとに出てきて、修正した上でというんですが。例えば6歳から9歳までの子供の20mGy(ミリグレイ)から25mGy(ミリグレイ)のところのオッズ比が修正の前のデータは1.5だったんですね。それが修正したところ2.4ぐらいになっているんです。こんなに違っちゃったということは、どのぐらい間違えたのかしらというふうな不安にかられました。

だから、そういった細かく、入力ミスとかそういったことの修正についても、数値が甲状腺検査評価部会の中でちゃんと示された上で検討されて、こういうふうに関連がないというふうに言ったのかどうか、私もそこが不安です。会議の様子を見たりしたんですけども、最終的には委員長一任でそんな細かな数字について触れてはいなかったと思うので、委員の皆さんがこのデータの修正をきちんと数値としてわかった上での結論になったのかを教えてください。

#### 星北斗 座長

鈴木先生、御説明をお願いします。

#### 鈴木元 甲状腺検査評価部会長

数字が間違っていた、オッズ比の計算のときのプログラムへの入力ミスがあったということでこういう間違いが起きたという説明を医大の方から受けました。そのためにオッズ比がちょっと小さめに出ていた。ただ、その間違いはそのときのその解析全て同じ間違いで起きていまして、そこで線量効果関係を見たときの、Trend pと書いていますが、線量に応じてリスクが上がる形になるのかどうかということに関しては全く変化がなかったというところ。

#### 成井香苗 委員

計算の結果、変化がなかった。

鈴木元 甲状腺検査評価部会長

はい。それは説明を、前回の資料の中にそれは全て入っています。

成井香苗 委員

どういうふうに数値が移動したかということのデータも示されたんですか。

鈴木元 甲状腺検査評価部会長

数値じゃなくて、それぞれの線量とかケースの数とかは全く変わらないです。ただそこで、オッズ比というものを統計的に計算するときのプログラムに入れる本当は0・1で入力するところが、0・1・2・3というふうに間違っ入れてしまったために、間違っオッズ比、数値が出たというだけです。ですから、ケースとかの数えをいじっているわけではないです。

星北斗 座長

よろしゅうございますかね。いろいろ議論があると思います。具体的な修文のアイデアも出ました。時間の関係もありますので、確かにこの一文だけが取り沙汰されると非常に何となく飛躍を感じるという意見も理解できますので、先程春日委員から提案がございましたように、丁寧に、つまりある限定的な条件で現時点でという条件つきでこういうふうな結論と。しかしながらという後段のところですね。別にこれで検査やめちまおうとかいう話ではなくて、だからこそ慎重にこの先、3回目、4回目、そしてこの先の検査のやりよう、あるいはその分析というのをきちんとしなければいけない。それについては、ほかのデータもインプット、例えばがん登録とかあるいはより詳細な線量の評価というようなものがアベイラブルになった時点で、しっかりと入れ込んだ上でやっていくということになるんだろうと思います。

ということで、この報告書そのものを我々が県に報告する場合のまとめ、部会まとめからこの委員会のまとめということになるとと思いますが、そのまとめの部分について一部修文をさせていただきますが、何か、その件についてですか。どうぞ。

清水一雄 委員

⑤-18ページの4のところに、「今後も対象者に対し甲状腺検査のメリット・デメリットを含め丁寧に説明し、理解を得るとともに、同意を得た上で実施することが重要である」と書いてあるんですけども、⑤-21ページにメリットとデメリットが書いてあります。そのデメリットのところで、「将来的に症状やがんによる死亡を引き起こさないがんを診断し、治療してしまう可能性があります」と書いてありますけれども、これだと全部が死亡を引き起こさないがんになってしまうというふうに思われるんですね。例えば、ですから、「将来的に症状やがんによる死亡を引き起こさないかもしれないがんを診断し」とか、何か少し柔ら

かくしたりしないと非常にきつい表現になってしまうんじゃないかと。

#### 星北斗 座長

済みません、それはこの後でやることになっていきますので、とりあえずはこの資料5-2の部会からのまとめについて委員会として受け取ると。文面については一部誤解を招かないように修文する。修文内容については、先程の春日委員の発言その他を参考にしながら、私に一任いただくということによりしゅうございますかということをもとに皆さんに確認させていただきます。その上で、いやいや駄目だというなら。春日先生、どうぞ。

#### 春日文子 委員

座長を信用した上で申し上げますけれども、座長の方でまとめていただいた文案を一度検討委員に。

#### 星北斗 座長

信用されてませんね、わかりました。それでは、信用されていないことがよくわかりましたので、皆さんに回覧の上、結論を、部会からの報告を受けたいと思います。ありがとうございます。

#### 春日文子 委員

御対応ありがとうございます。

#### 星北斗 座長

では引き続きまして、時間もございませんが、先程から議論になっております甲状腺検査のお知らせ文の改訂案について簡単に。これどこから説明してくれるのかな。御説明を頂いた上で議論をしたいと思います。時間がございませんので、1人当たりの発言はできる限り短く、要点を持ってお話してください。それでは、御説明をお願いします。

#### 鈴木元 甲状腺検査評価部会長

それでは、部会長の鈴木から、資料5-3、⑤-19ページからです。

まず、甲状腺検査のお知らせという文面と、それからその附属資料の別紙という形で裏表の2つの資料がここに挟まれています。甲状腺検査のお知らせの方は、従来から受診の呼びかけの文章があったわけですが、その中に検査にはメリットとデメリットの両方がありますというところをより細かく書いていったというところになります。それを読んでいただいた上で、御希望の上で、下の段ですね。「メリット・デメリットの詳細については、別紙の「甲状腺検査について」を御覧ください。受診されるかどうかは御本人の希望によりますので、検査の内容と意義を御理解いただいて、受診を希望されるかどうか返信にてお知らせください」というような文章にまとめています。

別紙の方で、具体的にはメリット・デメリットをこのように挙げています。メリットとしては、「検査で甲状腺に異常がないかがわかれば、放射線の健康影響を心配している方にとって、安心とそれによる生活の質的向上につながる可能性があります。」(2)として、「早期診断・早期治療により、手術合併症リスクや治療に伴う副作用リスク、再発のリスクを低減する可能性があります。」(3)として、「甲状腺検査の解析により放射線影響の有無に関する情報を本人、家族はもとより、県民及び県外の皆様にもお伝えすることができます」という形でまとめました。

デメリットに関しましては、「将来的に症状やがんによる死亡を引き起こさないがんを診断し、治療してしまう可能性があります。」(2)として、「がん又はがん疑いの病変が早期診断された場合、術後の合併症や、経過観察の長期化による心理的負担の増大、社会的・経済的不利益が生じる可能性があります。」(3)として、「治療を必要としない結節やのう胞も発見されることや、結果的に良性の結節であっても二次検査や細胞診を勧奨されることがあるため、体への負担、受診者や御家族に御心労をおかけしてしまう可能性があります」というような形でまとめました。

それぞれに対して、補足の#、それから※で説明を行っています。

#### 星北斗 座長

ありがとうございます。部会の中でも完全な一致をして提出されたものではないという御報告が冒頭ございました。もちろん御意見があると思いますのでそれぞれ御意見をお伺いしますが、御発言があればどうぞ。津金委員、どうぞ。

#### 津金昌一郎 委員

私が思うのは、やはりデメリットに関する説明を一生懸命打ち消すような補足がなされているというふうに感じました。やはり過剰診断がまるでこれをやっているところはないというふうな誤解を招くんじゃないかというふうに考えて、不適切だと思います。

確かに日本は欧米に比べて過剰診断が少ないと2016年に『ニューイングランド』に出ましたけれども、直近のデータを使用すると、日本でも男性の52%と女性の7%は過剰診断で、これはアメリカだと77%、45%、韓国だと90%、67%ですから、もちろん相対的には低いんですけども、それでも完全にやはりきちんと起こっているということなので、起こるということはやはりきちんと示さないといけないんじゃないか。

それから、具体的にはあと、「一般には、がん検診として甲状腺超音波検査による甲状腺がんの集団スクリーニングを行うことは、メリットよりデメリットが上回るから推奨されていません」という現状を示すのであるならば、さらに、また、「国際的な専門家グループは、原発事故後であっても被ばく線量が低いと推定された場合は、全ての住民を対象とした集団スクリーニングを行わないことを推奨している」という、我々の税金を投入して国際的な専門家に評価してもらっ



たことを少しでもやはり住民に情報提供した方がいいのではないかなと基本的に私は考えます。

#### 星北斗 座長

今の点はまさに御提案として受けたいと思います。特に後段のところは、明らかにそのことは加えるべきだと私も思います。

ほかに何かございますか。富田先生、どうぞ。

#### 富田哲 委員

法的な観点から1つ質問させていただきますが、例えば、ここでこのお知らせを見てやはり危ないかなと、やめとこうかと、そういう決断をしたと。だけれども、数年後に実は甲状腺がんが出てきたと。「あのとき失敗した」と例えば思ったときに、県を相手取って損害賠償訴訟をやったらどうなるかと。やはりこういうメリット・デメリット、これだけの情報提供をしなかったときに、そういう裁判が起きる可能性は出てくるような気がします。

その前に、そんなのは最後は自己決定、自己責任だからおまえのせいだというふうに県の方で断定していいのかと。そうすると、こういう法的な観点とか経済的な観点というところを、少なくとも別紙のところを書いておくべきだと。最初の方は、これはこの程度でいいと思うんですけども、医学的などいいますか、どういう結果が出てくるかというほかに、法的な、経済的な観点で、つまりもしもこれを受けなければ最後は自己責任ですと、そこまで言い切るかどうかは別としても、そういうことが出てくるし、それから、そういうことが後から出てきたときに、県としてはかくかくしかじかのサポートは行っております。ここでは#3のところを若干書いてありますけれども、やはりこういう県としてどこまで受けなかったときの配慮はするかどうかというインフォームドはしておかないと、非常に後で裁判が起きたときに問題になると。

恐らく結論としては、そうなったときは自己責任だ、自己決定だ、受けなかったやつが悪い、諦めるで、恐らく判決はそうなると思いますけれども、しかし、現在の法学というのは最終的な判決の結論を示せばいいというものでもないもので、やはり予防法学という、できるだけそういう裁判が起きないようにこの場合でもやはりインフォームドをきちんとしておくと、私はそういうことを希望しますが。以上です。

#### 星北斗 座長

ほかにございますか。稲葉先生、どうぞ。

#### 稲葉俊哉 委員

今から恐らくこの文言をめぐっていろいろな議論が交わされるんだと思うんですが、これ自体は案としていいんですけれども、私が非常に思うのはむしろ内容です。例えば非常に強い言葉が使ってありまして、⑤-19ページの20行目「検査

に伴うデメリットを可能な限り少なくする方策をとっております」と。これは言葉としては非常に強いので、もう限界までデメリットを減らしていますと、そういうふうに受け取れます。

文言の問題ではないんですね。というのは、次の次の⑤－21ページのところで、じゃあ一体どれだけデメリットに対して取り組みを行っているのかというのが真ん中辺のちょっと下のところに出てきます。読むと失望しますね。ガイドラインに従ってやっています。ガイドラインに従ってやるのは当たり前じゃありませんかと。そして、治療の必要性が低い病変ができるだけ診断されないように対策を講じています。私、一応医者ですが、どういう対策を講じているんでしょうかと聞きたくなります。やはり5.1mmというのがそんなにこの場合適切なのかというところから議論をすべきです。10mmでよくないか、20mmでよくないか、そこまで考えた上で5.1mmという結論になるんだったらいいんですけども、その議論もなく、ただ「ガイドラインに従っています」。非常に抽象的に「対策を講じています」。

さらに、デメリットの#2ですね、二次検査受診者の方に心のケアサポート、これ当然ですよ。元気な子に、首が腫れてきたと言って病院を受診した子じゃないんですよ。元気で走り回っている子に、「おまえ、がんだった」というような話になってきているときに、ケアサポートもせずに二次検査を受けさせるんですか。そういう問題でなくて、むしろ、受けるか受けないかを決めるわけですから、そこで全ての一次検査の対象者に、例えば小学校の高学年、中学校、高校というようなとき、そういう3段階ぐらいで全員にやはり医師が説明すべきだと思うんです。先程少し④－28ページのところで御質問しましたので、1年間677人という数、桁が違うんじゃないでしょうかと申し上げのも、とてもじゃないけれども、⑤－19ページで可能な限り少なくする方策をとっていると胸を張れるような内容ではありません。

ですから、津金先生のお話にもありましたが、これもっと続けていくんですかと。こういう貧弱な対応、貧弱な対策、こういうもので、通常の放射線ではない、定常状態のメリットがあるかないかわからない、そういう検査を今後続けられるんですかと。そこはやはりしっかりと議論していただきたいと思います。

#### 星北斗 座長

わかりました。時間がないと言ったらまた僕が叱られそうですけれども、時間がないんですよ。それで、この件については、先程の話は皆さんに回覧した上で、最終的には部会から我々が報告を受けて、それを県にお知らせするというかお返しするという形になります。これについては期限があるんだろうと思いますが、いつごろ、この間の話ではこの文書の改訂というのは今回に間に合うということなんですか。事務局から御説明願えますか。説明文書の案についてはいつをターゲットにしたもので、その締切りはいつですか、と想定していますか。県はこれを受け取ったらいつの回からこれを使うということになるんですか。

菅野達也 県民健康調査課長

今回の議論を経た上で、次回の検査からこれを使う予定でございました。

星北斗 座長

次回というのは、具体的にいつ印刷にかけるんですか。

菅野達也 県民健康調査課長

一応来年の4月以降の検査ということを想定しておりましたので、それに間に合うように、先程部会長からもありましたとおり、医大の中での倫理審査委員会なりのスケジュール感も踏まえて秋口等を想定しております。

星北斗 座長

それでは、本日ここで結論を得ることがその部会でできなかったように多分できないと思います、同じく。したがって、委員の皆様方には、これ既に事前に配付はしていたというものの、読み込んで御意見ございまして、具体的な修文か、あるいは、そもそもやめちまえという話は置いていただきまして、説明文としてどういうありようが望ましいのかというようなことについて、理由を付記して事務局に御返送願います。任期が実はいつまででしたっけ。

菅野達也 県民健康調査課長

7月31日まで、末日になります。

星北斗 座長

ということですので、7月31日までに皆さんの御意見をお書きいただきまして、申し訳ありませんがお出してください。その上で、引き続き8月1日以降、委員の改選の後、その現時点での委員の皆さんからの意見も含めて、大半の委員はもしかしたら留任かもしれませんが、いずれにしてもそのことをきちんと議論をさせていただきまして、できる限り先程からの懸念が払拭できるように、完全に皆さんの意見が一致するというのは何か話を聞いているとかなり難しそうでありますけれども、それでも挑戦しないわけにはまいりませんので、皆様方の御協力をお願いします。それでもまだその上で御発言をしたい方がいればどうぞ。よろしいですか。じゃあそのようにさせていただきます。

それでは、続いてまいります。学術研究目的のためのデータ提供に関する検討部会開催報告について、津金先生、5分、短時間で済みません。

津金昌一郎 委員

わかりました。超特急でさせていただきます。

まず、資料6-1の方は前回の開催報告ですので、文書に書かれているとおりですので後で御覧いただければということで、この説明は割愛させていただきます。

それから、資料6-2です。これは我々の部会からのこの検討委員会に対する報告書であります。この報告書は、県民健康調査データの第三者提供に係る事務処理の明確化、有識者で行う審査の基準などを定めるための第三者提供に関するガイドラインの整備に向けた方針、具体的にはガイドラインに向けた方針を示したものとお考えください。

検討部会は全部で8回開催しております。報告書の構成としては、経緯、それから第三者提供の目的、利活用の現状、ガイドラインの整備について、その他の諸課題、部会員の一覧と最後に検討経緯の順となっています。この中で、ガイドラインの整備に向けた方針である4のガイドラインの整備についてを項目ごとに説明させていただきます。

まず、⑥-7ページです。

対象とする研究ですが、公益性のある学術研究ということで、研究成果をピアレビュー付きの学術論文として公表する研究と定義しています。学会などに発表する場合については、論文受理後のみ認めるということにしていて、一般的なデータ提供は少し厳しめに扱っていくかというふうに考えています。

続いて、提供するデータについてですが、県立医大で管理しているデータベースに保管されているデータを第三者提供の対象とするとしています。それから、提供するデータは匿名化を施さなければならないこと、県があらかじめ示すデータ項目から申請者が選択し、県が定める形式により提供することとしています。

続いて(3)の提供データの性質ですが、提供データは匿名化した上で提供しますが、ほかの情報との照合により特定の個人が識別されることが否定できないことから、個人情報として取り扱わなければならないとしています。

続いて、この調査対象者の同意との関係及びデータ提供の根拠ですが、調査対象者の合意について、現在、県で行う県民健康調査データの利用などに関して、厳密に言えば第三者へのデータ提供の同意を得ているとまで言えないとされていますが、福島県個人情報保護条例の学術研究目的という例外規定に該当しますので、改めて同意を取得することなく第三者への提供をすることが可能としています。

続いて⑥-8ページ、(4)人を対象とする医学系研究に関する倫理指針との関係の整理ということで、インフォームド・コンセントとの関係について、県民健康調査の実情を踏まえると、倫理指針上におけるIC手続が困難な場合に該当することが考えられるため、その手続にはインフォームド・コンセントを行うことなく既存情報を提供することができるとしています。

次に(5)のデータ提供先についてです。データの提供先は、県民健康調査データを第三者提供する目的を踏まえ、記載のとおり、①から⑥に書かれているように限定した研究機関に所属する申請者としています。ただし、海外の研究機関についてはより慎重な取扱いが必要であるということです。

それから、試行期間の設定について、本格稼働後に発生し得る課題などを把握して適切に運用していく必要があることから、設定することも考えられる。

それから、⑥-10ページ、審査委員会です。所掌事項で、審査委員会はガイド

ラインに基づいてデータ提供の可否等について審査を行う機関としています。委員構成は、疫学、法律、医療倫理その他の有識者により構成するとしています。それから、審査範囲及び方法では、データ提供時、研究計画の内容変更時に加えて、論文投稿時及び学会発表時においても審査を行うと。少しやはり厳しめかとは思いますが。それから、審査委員会の運営では、審査委員会は原則非公開、開催頻度は試行期間における申請状況を踏まえて設定する。

それから（８）データ提供時及び研究成果の公表時における審査基準については、アのデータ提供時の審査基準。利用目的については、公益性、学術目的、県民の利益などの観点を踏まえて総合的に判断するとしています。それからイの利用資格ですが、申請者について所属する研究機関における研究活動に実際に従事している者としていて、利用者については申請者と同じ要件を求めているが、学生などの場合については、共同研究者の責任のもとで利用することを条件として、申請者と同じ要件までは求めないとしています。研究計画の的確性について、倫理性、分析方法の妥当性などの観点からデータ提供の妥当性について判断することとしています。研究の実行可能性については、利用者の過去の実績及び研究体制の整備状況などについて総合的に判断するとしています。それから、研究結果の公表について、研究成果については、学術論文を掲載することを目的として発行されるピアレビュー付きの学術誌に投稿することとしています。それから、利用期間については、原則２年以内で、必要に応じて５年の範囲で延長も可能としています。それから、所属機関の承認については、研究活動の信頼性を確保するため、所属機関の承認を受けることとしています。それから、倫理審査委員会の承認についても、研究の実施に当たり倫理審査委員会の承認を得ていなければならないとしています。それから、提供データの取り扱いについては、記載のとおり厳格な管理を求めるとしています。

それから、研究成果の公表時の審査基準ですが、（ア）の審査項目として、目的適合性、計画時と公表内容の整合性、倫理性及び投稿先の確認の観点から、個人情報保護の観点及び承諾された公表形式などとの整合性について審査を行うとしています。

続いて、（９）のデータ提供の枠組み及び不適切行為等への対応についてですが、不適切行為の内容については①から⑦まで記載がありますが、期限まで提供データの破棄を行わない場合やデータの紛失・漏えいにつながる行為などとしています。また、不適切行為が認められた場合は、審査委員会の議論を経て、行為の態様及び過失の程度に応じデータ提供を禁止すること、更に利用者の氏名、所属機関の公表などを措置するとしています。

続いて⑥－14ページですが、その他の諸課題ですが、第三者へのデータ提供に対する調査対象者の拒否機会の保障です。データ提供に当たっては慎重な運用が求められていますので、調査対象者に配慮するために、制度運用開始の際には丁寧な説明が必要であり、オプトアウトについても検討するというようにしています。

研究成果の県民への還元については、提出された学術論文などについては、広

く県民にわかりやすく情報を発信していくための方法について具体的に検討していく必要があるとしています。

以上の説明で、これを部会の報告書としてこの委員会に提出したいと思います。

星北斗 座長

ありがとうございました。何か御質問ございますか。どうぞ。

鈴木元 甲状腺検査評価部会長

⑥-11ページの(キ)所属機関の承認とその次のページ、(ク)倫理審査委員会の承認というのが2つ並んでいるんですが、私の大学でいうとこれは共通のものになるのではないかとちょっと混乱したんですが。

津金昌一郎 委員

例えば私の施設の場合は、倫理審査委員会は倫理性を審査して、最終的に研究の許可を出すのは所属機関の長が最終的に承認することになっています。ですから、倫理審査委員会は所属機関の長はかかわらないわけですよね、倫理審査委員会に。でも、最終的に倫理審査委員会の意見を踏まえて研究にゴーを出すのは所属機関の承認ということが必要になることで2段階の承認になります。

星北斗 座長

どうぞ、富田先生。

富田哲 委員

またまたちょっと法的な観点から質問で申し訳ないんですが、これを最終的にどういう形で制度化というのか、形式的にどういう形でこれを法制化するといいますか。というのは、これが単なるガイドラインであれば、例えば情報を第三者に漏らしたと、特に今回といいますか、こういう我々が扱っているところは結構メディアなんかでも欲しい情報があるということで、例えば勝手に漏らしたといったときに、単なるガイドラインでは刑罰法規は作れないということがはっきりしているので、条例までいったら作れますが。ということで、これ、作っていることは大体よろしいと思うんですけども、これをきちんと担保していくためにどういう形で最後はルール化するのかと、そこをちょっとお伺いしたいんですが。

星北斗 座長

どうぞ。

津金昌一郎 委員

これは県の方に聞いてもらった方がいいと思いますので、よろしくお願ひします。

菅野達也 県民健康調査課長

今回の報告書を受けて、詳細にガイドラインはまた別途県の方で作成するという形になります。また、部会の中でも弁護士会推薦の委員にも入っていただいて、飽くまでこのデータ提供については、行政として行うのではなく私法上の契約として行うと。その中で、今回の報告書に触れている部分がありますけれども、様々な違反なりなんなり行った人については公表の措置をとというような報告内容を受けているものでございます。

星北斗 座長

ありがとうございます。それでは、このとおり部会からの報告を受け、県にお示ししたいと思いますが、御意見ないですね。ありがとうございます。

それでは、ちょっと時間が過ぎてしまいましたが、議事はこれで終了でございます。その他、はい。何でしょう。

成井香苗 委員

県の方からメールで、あじさいの会とかそれから3.11の当事者の会の方とかの要望書というのが届いたということで読ませていただいたんですけども、それについて何かこちらでお返事しなくてよろしいんでしょうか。

星北斗 座長

皆様方に回覧するという形で、必要に応じてこの場で発言をしていただくという仕組みになっておりまして、これは前々からそのように取扱いをさせていただいております。

前にも同じ御回答を申し上げましたが、頂きましたものにつきましては、皆様方に御回覧申し上げて、ここでの発言に反映させていただくということをもって、委員会として受け止めるという内容でございます。

その他、事務局からお願いします。

菅野達也 県民健康調査課長

検討委員の改選につきまして説明させていただきます。

検討委員の委員任期につきましては要綱により2年とされており、現在委員の皆様につきましては、先程申し上げましたが、7月31日までが任期となっております。検討委員会の下にあります2つの部会、甲状腺検査評価部会、学術研究目的のためのデータ提供に関する検討部会につきましても、同じく7月末日までの任期となっております。

現在、関係機関・団体等から推薦を依頼するなど、検討委員及び各部会員の改選の進められているところでございます。検討委員及び部会員の改選となる8月以降、改めて日程を調整の上、新たに御就任いただいた委員による委員会を開催させていただきたいと思っております。説明は以上です。

星北斗 座長

ありがとうございました。発言されますか。

春日文子 委員

ありがとうございます。その他のところで申し上げようと思っていたことが1つありました。

先程も甲状腺検査に関する部会まとめに関して、もう一つ大きく私たちが学んだことはやはりコミュニケーションの在り方だと思います。成井委員がおっしゃった2つの要望書に加えて、恐らく全委員が5つか6つか7つくらいの団体からいろいろな要望を受け取られたと思います。その中で共通していることが幾つもあるんですね。例えば先行検査から2回目の間に急に大きくなった場合について説明してほしいですとか、解析データの人数を明らかにしてほしいですとか、そういうことが共通で要望として出されるということは、そういう共通のコメントに対して十分に答える機会がなかったということではないかと思います。部会の中では非常に限られた時間や扱わなければいけないことがあったと思いますので、そのプロセスを非難するつもりは全くないんですけども、次期に向けてやはりそれを学びの糧として、より県民の声、いろいろな声に丁寧に説明していく、真摯に向き合っていく、そういうスキーム、メカニズムを考えていただきたいということを今期最後に申し上げたいと思います。

星北斗 座長

分かりました。ありがとうございます。

それでは、ここに座長から一言挨拶をしろと書いてあります。2年間の総括と書いてありますが、あえて言う必要はないと思いますけれども、本当にかじ取りの難しい委員会だとは思いますが、私も替わられるものなら替わりたいと思いますが、しかし1つ言えることは、今の御発言にもありましたが、皆さんがそれぞれの立場から本当に思うところを発言を頂いて、私をいっぱい困らせてくれてありがとうございますというふうに皆さんには言葉をかけさせていただきます。本当に真摯にこの議論に向き合ってくれた委員の一人一人にお礼と感謝を申し上げて、私の御挨拶にします。本当にありがとうございました。

二階堂一広 県民健康調査課主幹兼副課長

ありがとうございました。

それでは、以上をもちまして第35回「県民健康調査」検討委員会を閉会いたします。どうもありがとうございました。