

第26回 甲状腺検査評価部会議事録

日 時：令和8年5月22日（金）13:30～15:00
場 所：グランパークホテル エクセル福島恵比寿 2階 さくら
出席者：＜部会員50音順、敬称略＞
※部会長以外はウェブで出席
旭修司、片野田耕太、近藤哲夫、
鈴木元、筒井英光、廣正智、南谷幹史、山本精一郎
事務局等担当者：＜福島県立医科大学＞
安村誠司 放射線医学県民健康管理センター長
志村浩己 放射線医学県民健康管理センター
副センター長兼甲状腺検査部門長
古屋文彦 放射線医学県民健康管理センター
甲状腺検査推進室長
鈴木 聡 放射線医学県民健康管理センター
甲状腺検査業務室副室長
＜福島県＞
風間雄一郎 保健福祉部次長
植田浩一 県民健康調査課長
佐藤めぐみ 県民健康調査課主幹兼副課長
竹内朋紀 地域医療課主幹兼副課長

佐藤めぐみ 県民健康調査課主幹兼副課長

それでは、ただいまより第26回甲状腺検査評価部会を開催いたします。

議事に先立ちまして、このたび甲状腺検査評価部会におきましては、任期満了に伴い改選が行われましたので、事務局から改めて部会員の皆様を御紹介させていただきます。

植田浩一 県民健康調査課長

事務局から、このたび令和7年8月1日付で御就任をいただきました部会員の皆様を御紹介させていただきます。

部会員の皆様には、専門的知見を有する関係機関、団体から推薦をいただき、御就任をいただいております。

それでは、お配りしております出席者名簿に従いまして御紹介させていただきます。

なお、本日は8名全員の出席となっております。

初めに、会津中央病院内分泌・乳腺外科部長の旭修司部会員です。旭先生は、

福島県病院協会からの推薦をいただいております。

次に、国立がん研究センターがん対策研究所データサイエンス研究部部長の片野田耕太部会員です。片野田先生は、同センターからの推薦をいただいております。

次に、山梨大学医学部人体病理学教授の近藤哲夫部会員です。近藤先生は、日本病理学会から推薦をいただいております。

次に、保内郷メディカルクリニック院長の鈴木元部会員です。鈴木先生は、日本放射線影響学会から御推薦をいただいております。

次に、東京医科大学呼吸器・甲状腺外科学分野教授の筒井英光部会員です。筒井先生は、日本甲状腺学会から御推薦をいただいております。

次に、金沢大学附属病院核医学診療科助教の廣正智部会員です。廣正先生は、日本内分泌外科学会から推薦をいただき、新たに御就任いただいております。

次に、帝京大学ちば総合医療センター小児科学病院教授の南谷幹史部会員です。南谷先生は、日本小児内分泌学会から推薦をいただいております。

最後に、静岡社会健康医学大学院大学社会健康医学研究科教授の山本精一郎部会員です。山本先生は、日本疫学会から推薦をいただいております。

以上で部会員の紹介を終わります。よろしくお願いいたします。

佐藤めぐみ 県民健康調査課主幹兼副課長

続きまして、福島県保健福祉部次長より御挨拶申し上げます。

風間雄一郎 保健福祉部次長

甲状腺検査評価部会の開催に当たりまして御挨拶申し上げます。

部会の先生方には、改選後、今回初めての甲状腺検査評価部会という形になります。先生方におかれましては、快く御就任をお引き受けいただきましたこと、厚くこの場を借りまして御礼申し上げます。

さて、甲状腺検査につきましては、現在7回目となる本格検査が実施されているところですが、検査の実施・評価等に当たりましては、専門的知見に基づく御議論が絶対的に不可欠であることから、検討委員会の付託を受け、引き続き本部会が設置されたものでございます。

部会員の先生方におかれましては、これまでの議論の経緯等を踏まえ、また、専門的見地から忌憚のない御意見をいただき、県民の健康を長期的に見守っていくため、引き続き御尽力賜りますようお願い申し上げます、甚だ簡単ではございますが、冒頭の挨拶とさせていただきます。

本日はよろしくお願いいたします。

佐藤めぐみ 県民健康調査課主幹兼副課長

本日は、改選後、最初の開催となりますので、議事に入る前に部会設置要綱に基づき部会長の選出を行います。

設置要綱第3条第4項に、部会に部会長を置き、部会員の互選によってこれを定めると規定されております。部会長選出のために、一時的に仮の議長を置くこととなりますが、福島県保健福祉部次長が仮議長を務め、進行させていただきます。

それでは、次長、お願いいたします。

風間雄一郎 保健福祉部次長

仮議長を務めさせていただきます。

ただいま事務局からの説明のとおり、設置要綱第3条第4項により、部会長は部会員の互選となつてございます。ご提案はございますでしょうか。

旭先生、御発言をお願いいたします。

旭修司 部会員

部会の継続性、また、これまでの御見識といった点から、部会長には鈴木元先生が適任と私は考えております。

風間雄一郎 保健福祉部次長

ありがとうございます。ただいま鈴木部会員という御推薦がございましたが、ほかに御提案はございますでしょうか。

ほかに御提案はないようでございます。御推薦のお声がありましたが、鈴木部会員からの御意見はございますでしょうか。

鈴木元 部会員

はい、引き受けさせていただきます。

風間雄一郎 保健福祉部次長

ありがとうございます。ただいま鈴木部会員から御承諾の御回答をいただきましたが、部会員の皆様方、鈴木部会員に部会長をお務めいただくことでよろしいでしょうか。（「異議ありません」の声あり）

ありがとうございます。特に御異議なしというお声でございましたので、鈴木部会員に部会長をお願いいたします。

以上をもちまして、仮議長の役目を終了させていただきます。ありがとうございました。

佐藤めぐみ 県民健康調査課主幹兼副課長

それでは、議事に移りたいと思います。

議長は、部会設置要綱により部会長を務めることとなっております。

鈴木部会長、議事進行をよろしくお願いいたします。

鈴木元 部会長

引き続き甲状腺評価部会長を引き受けることになりましたことは、大変、私にとっても光栄に存じております。

もう原発事故後、15年になるわけですが、まだまだ解析のほうの結果、前回の取りまとめのときも、まだ一部の地域によって線量・効果関係が安定しない、あるいは、全国がん登録の症例を加えるとまた少しデータが動くというような、まだ安定していない状況が続いております。この2年間でさらに症例数は増えていきますので、統計解析のほうはより堅固なものになっていくだろうと思いますので、部会員の皆様方の協力を得ながら、部会長を務めていきたいと思っております。よろしくお願いいたします。

では、最初に、副部会長の指名をさせていただきたいと思います。設置要綱第3条第6項によりまして、部会長が副部会長1名を指名することができます。

この部会が始まってからずっと委員を務めていただいています南谷幹史先生にお願いしたいと思いますが、よろしいでしょうか。

南谷幹史 部会員

ありがとうございます。私としては光栄に思います。よろしくお願いいたします。

鈴木元 部会長

ありがとうございます。それでは、南谷先生に副部会長を務めていただきたいと思います。

それから、今日の議事録署名人の指名をさせていただきたいと思います。

これまで、五十音順に指名をしまいいりました。今日はそういう意味で、あいうえお順で、旭先生、片野田先生に議事録署名人になっていただきたいと思います。よろしいでしょうか。（「承知しました」の声あり）ありがとうございます。

それでは、早速、今日の議事に入りたいと思います。

まず、議事（1）甲状腺検査の概要について、事務局から説明をお願いいたします。

植田浩一 県民健康調査課長

こちらは、医大の古屋先生のほうから御説明のほど、よろしくお願いします。

古屋文彦 甲状腺検査推進室長

初めに、資料 1－1 の①－1 ページを御覧ください。

前段にありますとおり、チヨルノービリ原発事故後においては、放射性ヨウ素の内部被ばくによる小児の甲状腺がんが報告されています。福島県では、チヨルノービリに比べまして放射性ヨウ素の被ばく線量が低いとされておりますが、子供たちの甲状腺の状態を把握し、健康を長期に見守るために甲状腺検査を実施しております。

まず、1 の検査期間及び対象ですが、初めに、甲状腺の状態把握のため、平成23年10月から平成26年3月まで、震災時に18歳以下の福島県民を対象とした先行検査を実施いたしました。平成26年度からは本格検査を開始し、震災の翌年度に生まれた方を新たに対象として加えております。検査は、20歳を超えるまでは2年ごと、それ以降は5年ごとの実施となっております。

現在は、本格検査（検査7回目）を昨年度、令和7年度から実施しており、今年度、令和8年度までの2年間で進めております。また、5年ごとの節目検査については、25歳時の節目検査は平成29年度から、30歳時の節目の検査は令和4年度からそれぞれ実施しております。

①－2 ページを御覧ください。

2 の検査場所については、市町村及び教育委員会の要請により、平成23年11月から県内の小・中・高校等において実施してきたほか、19歳以上の対象者や学校での検査を受診されなかった方に対しては、福島県立医科大学と協定を締結しております県内外の医療機関（検査実施機関）や公共施設等の一般会場で行っております。

なお、学校での検査は中学校での検査が今年度で終了となり、来年度からは高校等での検査となります。

検査実施機関数については、令和8年3月31日現在で、一次検査が県内83か所、県外162か所、二次検査が県内7か所、県外47か所となっております。また、一般会場については、夏休み、冬休み、春休みといった学校の長期休暇期間を中心に検査日を設定するとともに、休日や夕方に実施するなど、受診機会の確保に努めております。

3 の同意の取得方法については、受診の際に、本人または保護者に文書等により検査のメリット・デメリットを説明し、受診の同意を得て実施しております。また、説明の補完として、コールセンター、医学専用ダイヤル、WEB相談

などによる相談の機会を設けております。

①－３ ページを御覧ください。

４の検査のメリット・デメリットについての周知についてです。検査の実施に当たっては、検査のメリット・デメリットを理解した上で検査の受診の可否を決定してもらうことが重要であるため、様々な機会を活用し、周知を図っているところです。時間の都合上、ここでは一つ一つの御説明は省略させていただきますが、後ほど御覧いただければと思います。

①－４ ページを御覧ください。

５の検査方法ですが、一次検査においては、超音波画像診断装置による検査を実施し、判定の基準は、資料記載のとおりとなっております。Ａ判定のうち、Ａ１判定はのう胞や結節を認めないもの、Ａ２判定は20.0ミリ以下ののう胞や5.0ミリ以下の結節を認めるもの、Ｂ判定が20.1ミリ以上ののう胞や5.1ミリ以上の結節を認めるもの、Ｃ判定が直ちに二次検査を要する判断とされるものとなっております。

一次検査でＢ、Ｃ判定となった方が二次検査の対象となり、より詳細な検査を実施することとしております。また、医師が必要と判断した場合は、穿刺吸引細胞診を実施しております。

①－５ ページを御覧ください。

６の実施対象年度別市町村ですが、検査は市町村別に実施し、本格検査では20歳を超えるまでは59市町村を２か年度に分け、前半年度、１年目に25市町村、後半年度、２年目に34市町村を対象に実施しております。なお、20歳を超えてからの検査については、市町村ごとの枠組みではなく、25歳、30歳などの５年ごとに検査を実施しております。

続きまして、資料１－２の①－７ ページを御覧ください。

こちらは、先行検査から本格検査（検査７回目）までの検査の結果を令和７年12月31日現在でまとめたものです。

一次検査の受診率は、先行検査が81.7%、本格検査（検査２回目）が71.0%、検査３回目が64.7%と、回を重ねるごとに減少しており、検査６回目が32.6%です。なお、検査７回目は12.5%、25歳時の節目の検査は8.2%、30歳時の節目の検査は6.5%となっておりますが、こちらの検査は現在も進行中ですので、確定値ではございません。

また、二次検査の受診率は、先行検査が92.9%、本格検査（検査２回目）が84.2%、検査３回目が73.5%、検査４回目が74.3%、検査５回目が82.9%となっております。検査６回目については82.2%ですが、現在二次検査が進行中ですので、受診率は今後変動する可能性があります。検査７回目は、一次検査が進んでいませんために、二次検査対象者が少ないことから、二次検査実施状況

の数値は公表しておりません。なお、25歳時の節目の検査は83.7%、30歳時の節目の検査は81.7%となっております。

続きまして、穿刺吸引細胞診の結果、悪性ないし悪性疑いと判定された方の人数は、先行検査が116人、本格検査（検査2回目）が71人、検査3回目が31人、検査4回目が39人、検査5回目が50人、検査6回目が23人、25歳時の節目の検査が27人、30歳時の節目の検査が10人と、合計で367人となっております。

また、悪性ないし悪性疑いと判定された方のうち、手術実施者数は310人となっております。この方々の病理診断の内訳は、乳頭がんが305人、その他の甲状腺がんが4人、良性結節が1人となっております。

甲状腺検査の概要についての説明は以上となります。

鈴木元 部会長

ありがとうございます。

では、資料1-1、資料1-2に関しまして、部会員の先生方、何か質問ございますでしょうか。

今まで、これまでの部会でも出てきたデータなんですが、新しく参加された先生もおられますので、今日は少し丁寧に話していただきました。何か質問ございますようでしたら、お願いします。南谷先生。

南谷幹史 部会員

ありがとうございます。資料1-2、①-7ですけども、これは前も何回か伺ったことがあると思うんですけど、受診率に関してですけど、本格検査の、今7回目が現在進行中ということでもいいと思うんですけども、6回目まで見ても、受診率はやっぱり確実に下がっているということは言えると思うんですけども、一方で、二次検査の受診率は下がっていないということで、それはいいことかと感じています。全体的に受診率が下がっているということに関しては、何か理由とかというのは、裏づけは何かとったりしているんでしょうか。

鈴木元 部会長

これは志村先生がよろしいでしょうか。

志村浩己 甲状腺検査部門長

受診率に関しては、県内の小中学校に在学中の方の受診率は、現在、中学と高校ですけども、大体60%ぐらいを推移しています。高校を卒業しますと、学校で行わないということもありまして、受診率がそこでぐっと下がりますと8%程度になりますので、その学校世代の減少とともに受診率がちょっと下が

ってきているというのが傾向の主因かと思います。以上です。

鈴木元 部会長

よろしいでしょうか。

南谷幹史 部会員

ありがとうございます。それはどうなんですかね、今後、アンケート調査か何かやられると思うんですけども、検査対象者の不安が減ったのかとか、それについての何か考察というのはされる予定はあるんでしょうか。

鈴木元 部会長

これは志村先生で大丈夫ですか。

志村浩己 甲状腺検査部門長

不安が減っているということは確かに実感されるところでありますが、またアンケート調査でその裏づけとなるデータがとられる予定ですので、そのデータを見てまた判断していただければと思います。

南谷幹史 部会員

ありがとうございます。

鈴木元 部会長

志村先生、アンケート調査と今おっしゃったのは何を指しているか、これは県のほうですか。

植田浩一 県民健康調査課長

令和5年度に行ったアンケート調査の結果の中で、受診率が下がっていることに対する一つの示唆となるような選択肢がありまして、その選択肢の中では、1つは放射線の不安がないこと、不安が減っていることというのが1つと、先ほど志村先生がおっしゃったようなことで学校での検査が終了してきて、受診機会もちょっと少なくなっているというようなことで、その2つが大きな要因ということで、受診率が下がっているようなことを示唆するようなアンケートの結果がありました。

鈴木元 部会長

ありがとうございました。片野田先生。

片野田耕太 部会員

受診率についてちょっとコメントなんですけれども、やっぱり学校で検診が行われていると、先ほどメリット・デメリットのお話がありましたけれども、きちっと検査の趣旨と結果どういうふうになるかというのを理解して受けているかどうかというのがちょっと疑問なところがあったんだと思います。なので、受診率が下がること自体を問題視するよりも、やっぱり任意性の担保を注意すべきだというのが私の考えです。

学校の検診について質問なんですけど、先ほど中学校の検診が終了したということで、高校で学校で行われているという御説明があったんですが、県内の、国立もあるんですかね、私立・公立全ての県内の高校で行われているんでしょうか。

鈴木元 部会長

これは志村先生でよろしいですか。

志村浩己 甲状腺検査部門長

現在、中学3年生の検査と高校生に対する検査を現在行っています。県内は私立・公立問わず、学校での検査を行っています。学校での検査の申込みは、家庭で資料を見ながら行っていただいて、それを直接福島医大に申し込んでいただくという形をとって、学校でのデシジョンは、受診するかどうかという決定は行っておらず、資料をお送りして、そのメリット・デメリットを読んでいただいた上で受けるか受けないかを決めていただいて、直接我々のほうに申し込んでいただいて、検査のみは学校で行うという形をとっています。以上です。

片野田耕太 部会員

ありがとうございます。

あと同意のプロセスなんですけれども、先ほど説明があったかと思うんですが、16歳以上の場合は、保護者と本人両方の同意が必要だということでしょうか。16歳以上18歳までですかね。

鈴木元 部会長

志村先生。

志村浩己 甲状腺検査部門長

16歳と17歳の方は、保護者の方と本人のサインをいただいて検査を行ってい

ます。18歳からは、本人のみのサインで検査の同意としております。

片野田耕太 部会員

分かりました。ありがとうございます。

鈴木元 部会長

ほかの部会員の先生、いかがでしょうか。

特にないようでしたら、全体的な、今の甲状腺検査の実施状況ということのを改めて説明していただきました。

では、続いて、議事（２）甲状腺検査評価部会の検討事項についてということで、事務局から説明をお願いします。

植田浩一 県民健康調査課長

甲状腺検査評価部会の検討事項につきまして御説明させていただきます。

まず初めに、新たな部会員をお迎えしまして初めての部会となりますので、５回目までのまとめということで、前任期までの部会まとめについて概要を御説明させていただきたいと思います。

参考資料３を御覧いただきたいと思います。１ページを御覧ください。

これまで、甲状腺検査評価部会においては、2015年（平成27年）に先行検査で得られた結果に対する評価、2019年（令和元年）に検査２回目で得られた結果に対する評価、さらに2023年（令和５年）に検査４回目までに得られた結果に対する評価を行ってきたところが、こちらの１ページのところに記載されております。

なお、本部会まとめは、2024年（令和６年）３月の第22回評価部会で示された今後の解析等に対する部会員の意見を踏まえ、がん登録情報における発見経緯の確認や累積発見率の経時的解析など、検査４回目までのまとめで用いられた解析に加え、多角的・重層的な解析を行い、昨年７月に検査５回目までの結果に対する見解、今後の検討課題等を評価部会としてまとめたものでございます。

２ページを御覧いただきたいと思います。

１につきましては、今回のまとめの対象についてでございます。（１）は、対象となる甲状腺検査についての記載になります。2011年（平成23年）度から実施しておりました先行検査以降、2020年（令和２年）度から実施しました本格検査（検査５回目）までの検査結果が対象になります。

次に、（２）は、地域がん登録及び全国がん登録を活用した解析についての記載になります。2012年（平成24年）から2015年（平成27年）までの福島県地

域がん登録情報及び2016年（平成28年）から2019年（令和元年）までの全国がん登録情報に登録された甲状腺がん症例と、検査4回目までに発見された悪性ないし悪性疑いの症例のうち、穿刺吸引細胞診の実施日が2019年（令和元年）12月までの症例を突合した結果、がん登録のみに登録された症例は47件であったということが判明しました。なお、甲状腺検査で発見された症例における穿刺吸引細胞診の実施日とがん登録された症例における診断日との日数差につきましては、9割以上が180日未満であったことが確認されております。

がんの進展度で比較すると、上皮内または限局性の症例でがん登録のみに登録された症例のほうで21件、44.7%と、甲状腺検査より進展度の低い症例を手術しておりました。

次に、発見経緯で比較しますと、がん登録のみに登録された症例については「他疾患経過観察中・その他・不明」のいずれかが34件、72.3%、甲状腺検査とがん登録の両方に登録されていた症例では「がん検診・健診・人間ドック」が201件、96.2%でございました。なお、がん登録のみに登録された症例についても、1回以上の甲状腺検査の受診歴があり、検査後の経過観察中に保険診療に移行し、「他疾患経過観察中・その他・不明」のいずれかに登録された可能性が高い結果となっております。

以上によりまして、がん登録のみに登録された症例を合算して解析する妥当性が担保されたとしております。なお、がん登録のみに登録された症例のうち、被ばく線量が推計できたものにつきましては、後述の2（2）個人の推計被ばく線量を用いた解析及び3、累積発見率の経時的解析の結果についての解析に加えられております。

続きまして、2は疫学的解析の結果についての記載になります。

（1）では、地域別推計被ばく線量を用いた解析についての記載になります。検査4回目までのまとめ同様、検査結果を蓄積した解析を行うため、先行検査を受診し、悪性ないし悪性疑いとは判定されなかった方のうち、検査2回目から検査5回目のいずれかを受診した方を追跡して、新たに悪性ないし悪性疑いと判定された症例の発見率と被ばく線量の関連について解析したものでございます。

なお、ここで用いた推計被ばく線量につきましては、検査4回目までと同様に、UNSCEAR 2020／2021年報告書で公表された年齢別・市町村別の推計甲状腺吸収線量を用いたものでございます。この結果、被ばく線量と悪性ないし悪性疑い発見率との関連において、被ばく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）はいずれの解析においても認められなかったとされました。

次に、（2）では、個人の推計被ばく線量を用いた解析についての記載にな

ります。検査4回目までのまとめ同様、甲状腺検査で発見された症例及びがん登録のみに登録された症例のうち、基本調査の行動調査票のある方を解析対象者として、個人の推計被ばく線量と悪性ないし悪性疑いの関連について、コホート内症例対照研究により解析を行いました。

4 ページを御覧ください。

被ばく線量については、内部被ばく線量と外部被ばく線量の合算値を用いており、交絡因子として性別、年齢、受診年度、受診パターンを考慮した複数のマッチングモデルで解析しております。

解析の結果、先行検査から検査5回目で発見された甲状腺がん及び2019年（令和元年）までのがん登録のみに登録された症例と放射線被ばくの間の関連について、被ばく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）は認められなかったとされました。

次に、3 ですが、累積発見率の経時的解析の結果についての記載になります。

検査開始から検査5回目まで約12年が経過し、追跡期間が長くなってきたことや、先に説明しました疫学的解析と比較することで、相互に補完することを目的に、累積発見率の経時的解析を行いました。

具体的には、震災時年齢階級別に累積発見率を確認したほか、主に生存時間解析等で用いられるカプランマイヤー法で性別や推計被ばく線量などの対象者特性別に累積発見率を確認したのになります。

4 ページの下段から5 ページ上段を御覧ください。

震災時年齢階級別に累積発見率を確認した結果、震災時4歳以下の世代の累積発見率の上昇はしておらず、チェルノブイリ原発事故のような放射線被ばくに起因した傾向とは異なることが確認できました。

最後に、4 はまとめの記載になります。

（1）これまでの解析の結果まとめについてでございます。いずれの解析手法においても、被ばく線量と先行検査から検査5回目までの悪性ないし悪性疑い発見率との関連において、被ばく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）は認められなかったことから、先行検査から検査5回目までにおいて、甲状腺がんと放射線被ばくの間の関連があるとは認められなかったとされました。

また、このことは、検査4回目までのまとめにおける「現時点で考えられる最良の解析」に加え、がん登録のみに登録された症例を合算して解析するに当たり発見経緯を確認したほか、累積発見率の経時的解析など、検査4回目までのまとめより多角的・重層的な解析を行うことができたことを踏まえると、検査4回目までのまとめの段階より明確であると言えるまとめられました。

次に、（2）発見された甲状腺がん（疑い含む）についてでございます。検

査4回目までのまとめにおいて、発見された甲状腺がんに対して「症状のない人を対象として広く実施した精密な超音波検査の結果、生命予後を脅かしたり症状をもたらしたりしないようながんを過剰に診断しているのか、将来的に症状をもたらすがんを早期発見しているかのいずれか、または両方の効果によるものであると考えられる」とし、「どちらがどの程度の割合を占めるかについては、現在のところその判断は不可能であり、今後、専門学会等での後方視的な検証が必要である」と評価したことは、現時点においても変更はないとされました。

その上で、先行検査で発見された症例を除いた解析で発見率の上昇傾向が緩やかになることや、節目検査の時期に発見率が顕著に上昇することなどを踏まえると、6ページに移りまして、甲状腺検査の実施が発見率に影響を及ぼしていることを示唆する結果が確認できたとされました。

最後に、(3) 今後の検査と県民への情報周知の視点でございます。先行検査から検査5回目までにおいて、甲状腺がんと放射線被ばくの間の一貫した関連は認められず、累積発見率の傾向や全体的に被ばく線量が低いこと、震災時10歳以下の低年齢層の発見率が震災時15歳以上の高年齢層の発見率を上回ることがないことなどを踏まえると、放射線被ばくにより小児甲状腺がんが増加したチヨルノービリ原発事故とは特徴が異なることが確からしいとされました。

また、甲状腺検査については、検査を受けたいという県民の意向に基づき、子供たちの健康を長期に見守ることを目的に実施しており、令和5年度に福島県が実施したアンケート調査においても、その受診意向を把握したところである。こうした県民の意向を踏まえ、受診機会の提供を続けることは重要であり、県民の意向を適切に把握するためにも、アンケート調査の継続した実施が必要となるとされた一方で、検査4回目までのまとめにおいて指摘された、検査には利益や不利益も考えられることから、「任意性を担保した上で対象者の理解と同意を得て実施していくことが重要である」点につきましては、改めて強調されたところでございます。

なお、任意性を担保するためには、適切な情報周知が重要であることから、検査の利益や不利益はもとより、今回のまとめで得られた評価や知見を分かりやすく周知するなど、県民が十分な情報に基づいた意思決定ができる形で検査を実施すべきであるとされ、今回の知見やアンケート調査で得られる県民意識等を十分に踏まえ、今後、検討委員会において検査実施方法等が検討されるべきであるとまとめられました。

以上で、昨年取りまとめました、検査5回目までの結果に対する部会まとめになります。

なお、まとめの最後のほうに記載された点を踏まえまして、今年度、令和8

年度にアンケート調査を実施することにしました。その目的につきましては、前回同様に、1つは検査のメリット・デメリットについての周知内容や方法の改善に係る議論の参考にするため、検査対象者またはその保護者における検査のメリットに係る認知度の確認を行うこと。もう一つは、今後の検査実施方法等を検討していく上で、県民の受診意向や適切な情報収集に当たり求められる情報等を把握するということでございます。こちらは、昨年、令和7年11月20日開催の第57回検討委員会において、その実施概要について御報告させていただいております。アンケートにつきましては、令和8年8月頃の実施を予定しております。アンケート調査の概要につきましては、参考資料4を御確認いただければと思います。

以上、部会まとめとアンケート調査につきましては、説明は以上となります。

1回、ここで切ったほうがいいですか。

鈴木元 部会長

はい、そうですね。ありがとうございました。資料2-1、2-2、参考資料3、参考資料4を使いながら、詳しく説明していただきました。

恐らく新しい委員の先生、ちょっと十分理解が行き届かなかった可能性があるんですが、何か質問がありましたら、ここでもう少しかみ砕いて議論したいと思いますが、いかがでしょうか。

ほかの先生方、今の県からの説明について、何か追加で質問あるいは確認事項ありますでしょうか。

ないようでしたら先に進みますが、よろしいですか。

それでは、次の議題に移りたいと思うんですが。

植田浩一 県民健康調査課長

検討事項の説明と意見等の説明がありますので、よろしいでしょうか。続いて。

鈴木元 部会長

はい。資料2-1のほう。

植田浩一 県民健康調査課長

2-1です。それでは、続いて御説明させていただきます。

続きまして、検討事項についての説明でございます。資料2-1を御覧ください。

昨年の11月20日に開催いたしました第57回検討委員会において、新たな任期

における評価部会の検討事項について御意見をいただきました。

検討事項は、次の３点でございます。

１点目は、（１）甲状腺検査の結果の解析・評価についてでございます。こちらは、先行検査から検査６回目以降を通した全体的な解析・評価をいただくようお願いいたします。

２点目は、（２）地域がん登録及び全国がん登録情報を活用した解析についてでございます。先ほど御説明いたしました部会まとめにおいても、今後、対象者の高年齢化等に伴い受診率の低下が見込まれることから、解析対象者を適切に捕捉し、統計的検出力を担保するためにも、引き続きがん登録情報を活用した解析を継続していくことが重要であるとされたことから、引き続き解析いただくものでございます。

次の３点目は、その他検討委員会が指示した事項でございます。こちらは、今後検討すべきとの事項が生じた場合に御対応いただくための事項でございます。

以上が検討委員会で示されました検討事項となります。

なお、今後の解析等について、部会の皆様から事前に御意見をいただいて、資料２－２としてまとめております。

資料２－２を御覧ください。こちらを読み上げさせていただきます。

１、これまでの解析等に関する意見や質問として、①症例数が増えてきたため、今後は、生存時間解析等で用いられるカプランマイヤー法に加え、交絡因子を調整できるＣｏｘ回帰解析や、感度解析として症例に対する対照数を変えた解析を行ってはどうかという御意見と、②先行検査での生検率の高さがバイアスになっているかどうかを見るため、本格検査症例のみの症例対照研究を行ってはどうかという御意見をいただきました。

また、２、その他（追加の御意見等）として、①原発事故から１５年が経過し、甲状腺検査対象者の高年齢化が進んでいる。震災時の年齢階級別の累積発見率を見た結果、年齢が高くなるほど甲状腺がんの累積発見率が高くなる傾向が見られた。このため、放射線感受性が高く、かつ甲状腺被ばく線量が相対的に高かった事故時乳幼児世代の累積発見率の推移を注意深く見る必要がある。部会のまとめを作成するに当たっては、これら事故時乳幼児世代の結果を含めた解析となることを希望するという御意見をいただきました。

これらを参考にしながら、御意見いただきますようお願いいたします。

長くなりましたが、私のほうから以上でございます。

鈴木元 部会長

ありがとうございます。

それでは、この2年の部会の任期の間にどういうふうな解析をやっていくかということに関して、先生方の御意見を伺っていきたいと思います。

まず全国がん登録に関しましては、この私たちの任期中に何年度までの情報が入りそうか、志村先生、大体予想はつくでしょうか。前回の解析が2019年までだったんですが。

志村浩己 甲状腺検査部門長

前回の解析が2019年度までということでしたので、ちょっと確認しないと分かりませんが、2021年度はできるんじゃないかなと考えられます。それ以上はちょっと確認しないと分かりません。

鈴木元 部会長

がんセンターのほうでの手続きがスムーズにいくかどうかというところにかかっているので、片野田先生、お願いします。

片野田耕太 部会員

がん登録センターでのデータ提供はかなりスピードアップしてしまっていて、公表値ベースで言いますと、今、2023年がもう既に公表されていますので、少なくとも2023年か次の年24年ぐらいまでは分析ができるんじゃないかと思います。以上です。

鈴木元 部会長

ありがとうございました。

それでは、それを踏まえた上で、資料2-2で、今後の解析に関するような事前のアンケート結果が出ております。いろんな多層的な解析をしていくということにより、より県民に分かりやすく情報を発信するというのが甲状腺部会の一つの務めだと思います。今の議論からも、単純に2年観察期間が増えるというだけじゃなくて、全国がん登録の情報がよりスピードアップされて入ってくるので、症例数が増えてくることは間違いがないだろうと思います。

そういうことを踏まえた上で、どういう解析を加えていきたいかということに関して、先生方の御意見を伺いたいんですが、山本先生、ちょっと見えなくなっていますが、いかがでしょうか。

山本精一郎 部会員

先ほど出た解析の方針が基本でいいかと思います。ちょっと今すぐ新しい解析、思いつかないんですけども、いろいろ調整したりとか、感度分析のような

いろんな解析をしてみるとというのがいいんじゃないかなと。コントロール絞ったりとか、いろいろやってみるのがいいかと思います。基本、これまで出た意見でよいかと。以上です。

鈴木元 部会長

ありがとうございます。片野田先生、いかがでしょうか。

片野田耕太 部会員

私も、基本的にはこれまでの解析を症例数を増やして、より安定性が高い結果にするのが大事だと思っています。特に地域別、地域限定の解析ですね、避難地域限定とか浜通り限定とか、やっぱり検査の体制が県内でも地域によってかなり違っているというのがこれまで議論になってきました。それが結果にかなり影響するので、地域限定の解析を、今かなり信頼区間が広がっているので、これをより安定的な形で出すのが大事だと思っています。以上です。

鈴木元 部会長

ありがとうございます。これまでの解析等の②のところで、先行検査での精確率の高さがバイアスになっているかどうかというようなことが書いてあります。最初から部会に参加されている先生方は御存じだと思うんですが、先行検査の初年度は、検診を受けて生検に回った率が60%ぐらい高くなって、それが2年3年かけて40%台、30%台と下がってきて、本格検査になってから10%前後で大体安定してきているというような状態かと思っています。そういう意味で、一番先行検査のときに過剰診断が起きやすかったということがありまして、その辺が解析の中で常に今も引きずっている面かと思っていますので、症例が増えてくることによって、そういうことをより多角的に検討できるような時期に入ってきているかと私自身は思っております。

それからもう一つ、その他のところで、低年齢層のほうがまず放射線の甲状腺線量が高くなります。これは外部被ばくの場合はあまり関係がないんですが、吸入被ばくとか食品からの被ばくの場合は内部被ばくになってきますが、甲状腺の体積が子供ほど小さいので、甲状腺の中に集積した放射性ヨウ素の絶対量が少なくても密度が高くなる、そのために線量が高くなるというのが一つ知られています。

それからもう一つ、これは原爆被爆者のデータで、外部被ばくの場合でも、若年者のほうが放射線感受性が高くて、がんリスクが高い。これは数倍、10歳以上と比べると、数倍以上、5歳以下が高くなってくるといようなことがあります。そういうのを反映して、実際チヨルノービリ原発事故の後には、事故当

時5歳以下の若年者に非常に放射線誘発のがんが増えたと報告されていますので、福島でも年齢というファクターを考慮した解析というのは重要だろうと思っています。今までは、5歳以下の甲状腺の発見率というのは、まだ中学生、高校生になってこないと自然発見率が上がってこないということがありましたので、まさにこれからその5歳以下の集団がよく発見される年齢に差しかかってくる。そういう意味で、これからの検査というのは重要になるかと思っていますので、そういうことをここに書かれているのかと思っています。

既に昔からいる先生たちには繰り返しの説明になったかと思いますが、新しい先生がおられますので、また改めて説明させていただきました。

この資料2-2に関して、あるいはさらに追加してどういうことをやっていきたいということに関しまして、御意見ないでしょうか。南谷先生。

南谷幹史 部会員

今の鈴木先生のお話を伺っていてちょっと今思いついたんですが、これは志村先生に伺ったほうがいいかなと思うんですけど、もともととといいますか、私の専門のほうからいくと、チラーヂン、甲状腺ホルモンを飲んでいる人と飲んでいない人で恐らく放射性ヨウ素の取り込みが違うと思うので、そこで何か差が出たりしますかね。先天性甲状腺機能低下症は2,000人に1人なので、福島県でもそれなりにはいると思うんですけど、そういう目で見たらどうなのかなとちょっと思ったんですが、どうでしょうか。

鈴木元 部会長

志村先生、いかがですか。

志村浩己 甲状腺検査部門長

今、がんと診断されている人が300余名ですので、その中で甲状腺ホルモン補充療法を受けている人はほとんどいらっしゃらないように感じていますので、またその分析をするのは困難ではないかなというふうには思います。実際、二次検査を行っていて、甲状腺ホルモン補充療法を受けている人はあまり経験がないので、難しいかなと思います。データもちょっとないというところもあります。

鈴木元 部会長

南谷先生、甲状腺ホルモンの補充を受けている方というのは、もともとヨウ素の甲状腺取り込みに障害がある人とかも入るかとは思いますが、そうすると……。

南谷幹史 部会員

合成障害とか、そういうこともかなりあるので、無形成とか、甲状腺がほとんど作用していないので、そういう人はあまりならないのかなと思ったんですけど。そういう人がいなかったら、逆に言うと私の考えと合っているかなと思って聞いていました。ありがとうございます。

鈴木元 部会長

ありがとうございます。近藤先生、いかがですか。何か新しい観点から、この部会でやってみたいと思われることはありますでしょうか。

近藤哲夫 部会員

私ですか。特に追加ではございません。

鈴木元 部会長

ありがとうございます。筒井先生、いかがでしょう。

筒井英光 部会員

私も特別追加はなくて、今、先生方がおっしゃられたような地域限定とか5歳以下とか、そういったことでより明確にしていくということでもよろしいんじゃないかと思います。

鈴木元 部会長

ありがとうございます。廣正先生、いかがでしょう。

廣正智 部会員

ありがとうございます。私も今までの発言を聞いていまして、部会長のおっしゃるように、5歳以下の方の今後の発生率とかが非常に気になるところでございますし、今までのこの結果の検査方法及び解析に対する解釈なども非常にしっかりとされていると感じております。特に追加で御意見はございません。以上です。

鈴木元 部会長

ありがとうございます。旭先生、いかがでしょう。

旭修司 部会員

特に追加はございませんけれども、皆さんのおっしゃるように、5歳以下の方が今後どうなっていくかというのは興味があります。以上です。

鈴木元 部会長

ありがとうございました。

それでは、資料2-2に関しましては、さらに追加で解析をしてみたいというような御意見はありませんでしたので、2-2も参考にしながら、今後の解析に役立てていきたいと思います。

それでは、次の議題に移りたいと思います。

議事(3)その他について、これは事務局のほうから医大の新しい論文に関しての説明かと思いますが、よろしくお願いいたします。

植田浩一 県民健康調査課長

こちらにつきましては、医大の鈴木聡先生のほうから御説明をお願いします。

鈴木聡 甲状腺検査業務室副室長

甲状腺内分泌の講座のほうから新たな論文が出ましたので、福島県立医大甲状腺検査業務室の鈴木聡のほうから御報告させていただきます。

資料3を御覧ください。

こちらはJournal of the Endocrine Societyに載りました「A prospective cohort study of the factors associated with recurrence in young patients with thyroid cancer」ということで、若年者甲状腺がんにおける再発リスク因子の検討についての論文となっております。

なお、本文中に出てくる用語としまして、全体の資料の最後に参考資料5がありまして、以前の報告の論文、さらにT分類、N分類について、甲状腺癌取り扱い規約についての情報もありますので、御参照ください。

では、論文の説明となります。背景としまして、小児・若年者の甲状腺がんは予後が良好とされている一方で、再発率は約20%に達することも報告されています。そのため、長期的な管理が必要とされております。これまで、リンパ節転移、甲状腺外進展、多発病変、血管・リンパ管侵襲などが再発リスク因子として認識されてきていますが、そのため、再発予防の観点から、全摘術が選択されることも少なくありませんでした。一方、近年、米国甲状腺学会におきましても、低リスク症例におきましては、片葉切除を含む縮小手術の考え方が提唱されてきております。

福島県立医科大学甲状腺内分泌外科では、手術前に慎重に超音波検査を行いまして、がんの広がりをも十分に評価した上で、若年者の身体的負担を軽減する

ため、可能な症例では患側のみを切除する片葉切除を選択してきました。また、甲状腺手術に伴う合併症は多くが軽微であり、長期間にわたって持続する合併症は少なかったということがこれまでに報告されています。

本研究では、同期間に手術された症例の術後経過について検討しております。

早速、結果になります。結果の①番としまして、本研究の観察期間は約8年でありました。除外症例もあったので、対象は213例となっておりますけれども、この中で、全摘が16例、葉切除が197例となっておりまして、うち全摘術で2例、葉切除で15例の方が再発しております。

右の手術方法のグラフですけれども、ちょっと色がなくて分かりにくいのですが、全摘術のほう为上のラインになっていまして、片葉切除のほうが下のラインとなっております。片葉切除と全摘術におきまして、再発の累積発生率に有意な差は認めておりませんでした。

結果の②番です。再発に最も強く関係していたものは年齢であるとなっております。右のグラフ、初回手術時年齢、一番上のラインが15歳未満、真ん中のラインが15歳から17歳、一番下のラインが18歳以上となっておりますが、特に15歳未満の患者では再発リスクが高いということが明らかとなっております。同論文の別の部分の検討で、若年者の患者では、診断時点で既にリンパ節転移、これはN 1 bという、気管支周囲ではなく外側の総頸動脈や内頸静脈周辺までのリンパ節転移がある、あるいは顕微鏡で見つかる微小な腺内播種があるという、そういう腫瘍の広がりに伴うことが多く、これらが再発と関連している可能性が示唆されております。

めぐりまして、③-2を御覧ください。

病理学的な検討になります。下の3つのグラフがありますけれども、まず、左側はリスク分類別に見たものです。上のラインが高リスク、下のラインが低リスクとなっております。高リスクに関しましては、やはり有意に再発の累積発生率が高くなっております。

真ん中のグラフは、リンパ節転移別に分けたものです。先ほどお話ししましたが、N 1 bというのが外側の領域までリンパ節転移が広がっているもの。ここで、N 0というのはリンパ節転移がないもの、N 1 aというのは気管支周囲にリンパ節転移があったものとなりますけれども、グラフの上のラインがN 1 b、下のラインがN 0とN 1 aですけれども、有意にリンパ節転移が広がっているほうが再発の累積発生率が高かったとなっております。

また、甲状腺内の広がりとしまして、術前には指摘されませんでしたけれども、超音波では分からなかったのですが、術後病理で腺内散布が分かった症例、これを腺内播種+としまして上のライン、下のラインが腺内播種-としていますが、こちらも有意に腺内播種のある症例で再発率が高くなっていたとい

う結果となっております。

ディスカッションとしましては、本研究は甲状腺検査で発見された症例において再発率は低くはなっておりました。本コホートにおける甲状腺内に限局している割合は35.4%、福島県の同世代におけるがん登録症例の甲状腺内に限局している割合は45.2%ということで、特に早期病変が多かったということではなかったとなっております。

多発病変、腺内散布や進行した病期、また、広範なリンパ節転移を有する症例では再発率が有意に高くなることが明らかとなりました。小児甲状腺がんでは全摘が推奨されるガイドラインも存在しますが、本研究では、片葉切除でも全摘と再発率が変わりなかったということで、福島で行われている外科的方針決定の妥当性が示唆されております。さらに、再発症例に対しましても再手術や追加治療が可能であり、低侵襲な手術、すなわち片葉切除を選択した場合でも良好な結果が期待されております。

一方で、若年症例では再発リスクが高いということから、術後の精密かつ継続的なフォローアップが重要であると考えられるというふうな結論となっております。

情報は以上となります。

鈴木元 部会長

ありがとうございます。この論文は既に発表されたものですが、委員の先生方、何か追加で質問ございますでしょうか。南谷先生。

南谷幹史 部会員

論文拝見しましたが、とてもきれいなデータだと思うんですけど、ちょっと確認なんですけど、これはあくまでもサーベイで見つかった、この県民健康調査で見つかった子供たちが対象ということでよろしいですね。

鈴木聡 甲状腺検査業務室副室長

はい、そうです。

南谷幹史 部会員

そうすると、一般的に見つかった子供たちの甲状腺がんの予後と比べたらどうなるのでしょうか。やっぱり同じことが言えるんですか。あるいはデータがないとか。

鈴木聡 甲状腺検査業務室副室長

やはりそのほかの報告を見ますと、再発率はもう少し高いものが、報告は多いかなと思います。ただ、やはりそれらの症例に関しましては、有症状で、症状があつて病院に来て治療を受けたという方が多かったということもございしますので、高いか低いかというと、ちょっと背景も少し違うのかなというところもございます。以上です。

南谷幹史 部会員

ありがとうございます。もう一点よろしいですか。

これは多分、近藤先生に伺ったほうがいいのかと思いますけども、この若年発症で再発率が高いというところで、遺伝子変異とか、NTRKだとか、TERTだとか、BRAFだとか、何かその辺の違いでこういうことが言えるんでしょうか、どうなんでしょうか。

鈴木元 部会長

これは医大のほうもある程度、遺伝子検査をやっていたので、まだ発表はしていないところだと思うんですが、感触はいかがでしたか。

古屋文彦 甲状腺検査推進室長

現在解析中でして、ちょっとそちらについてはまだはっきりしたことは申し上げられないんですけども、ただ、海外のほかの幾つかの報告をちょっと調べてみますと、あまりBRAFの変異、小児のほうは融合型の変異のほうが多いという報告があるんですけども、そちらと再発についての関連はよく分からない、はっきりしないというのが海外のほかの報告の見解だと思います。私から以上です。

鈴木元 部会長

すいません、今日のこの論文は、手術時に既に転移をしていた7例ですか。それは除いた解析になっていますよね。それを入れたときのリスク因子というのは、どうなったのでしょうか。

鈴木聡 甲状腺検査業務室副室長

先ほどちょっと除外症例について詳しく述べなかったんですけども、初回手術のときに肺転移が疑われた4例、確かにこれは除外されております。そのほかに、術後にサイログロブリンが高値であつて転移が疑われた症例、それも除外されており、あとガイドライン外治療症例、これは腫瘍径が4センチを超えてハイリスクだったのでんですけども、葉切除になった1例、あと良性腫瘍だった

1 例が除外となっております。これを加えた検討に関しましては、論文中ではちょっと行っていませんので、ちょっとお答えがありません。すいません。

鈴木元 部会長

近藤先生、追加で御発言ありますでしょうか。先ほど遺伝子型の話がちょっと出ましたが。

近藤哲夫 部会員

若年者で転移再発の多いものとして知られているのは、乳頭がんの一部のサブタイプがそういう症例がありますので、例えばびまん性硬化型とか、そして、RETの遺伝子の再構成が多いものは子供に多くて再発しやすいと言われていますが、ちょっと今回の福島の症例がそういったものであったのかどうか、ちょっと論文を見てもデータが書いてありませんので、多分、今後検討されるものだと思います。

鈴木元 部会長

ありがとうございます。

筒井先生、廣正先生、何か御専門の立場から質問されることはございませんでしょうか。

廣正智 部会員

1 点だけお伺いしてもよろしいでしょうか。

こちらの甲状腺内の広がり播種ですか、腺内播種が137例、播種なしが76例というのは、一般的な自然発生されるがんと比べて、これは分布はいかかなんでしょうかというのがちょっと気になりました。

鈴木元 部会長

鈴木聡先生。

鈴木聡 甲状腺検査業務室副室長

ちょっと一般的に何%ぐらいあるかというのは答えを持ち合わせていないんですけど、多いかなという印象はあるんですけど、ちょっと具体的に有意なほど多いのかどうかについては、申し訳ありませんが、今答えを持ち合わせていません。

廣正智 部会員

ありがとうございます。私からは以上です。

筒井英光 部会員

ちょっと伺ってもよろしいでしょうか。

この論文で、全摘するのか、あるいは片葉切除にするかは、どうやってこれは分けたんでしょうか。

鈴木元 部会長

鈴木先生。

鈴木聡 甲状腺検査業務室副室長

術式に関しましては、その前の220例の手術症例の論文のほうで書いているんですけども、基本的には甲状腺癌取扱い規約のガイドラインに従ってなされています。すなわち、低リスク、超低リスクに関しましては葉切除、高リスクに関しましては全摘、中間リスクに関しましては個々の症例で検討するという形で術式を決めてまいりました。

鈴木元 部会長

今日の参考資料5のほうに、手術症例についての資料が含まれております。

筒井英光 部会員

というのは、やっぱり高リスクの症例は全摘をするわけですから、ちょっと手術方法による再発率の差はないというのは、高リスクも中低リスクも再発率の差はないと感じられてしまうんですが、それはいかがでしょうか。

鈴木元 部会長

鈴木先生、いかがですか。

鈴木聡 甲状腺検査業務室副室長

ありがとうございます。おっしゃるとおり、高リスクに関しましては、やはり腫瘍径のみならず、遠隔転移、あとは腺外浸潤ですね、そういうのが含まれていますので、やはり再発のリスクは高くはなるんですけども、今回の検討では、葉切除と再発率は差はなかったというような、数もちょっと少ないんですけども、差はなかったという結果にはなっております。

鈴木元 部会長

この高リスク群の中に先ほど言った除外された転移が既に見つかっているものも入っているわけですね。

鈴木聡 甲状腺検査業務室副室長

入っていないそうです。

鈴木元 部会長

入っていない。ということです。ですから、あくまで既に転移をしているような症例、遠隔転移のある症例は除いて、術式によって局所再発、あるいはそれがどうだったかというのを比較したらあまり差がなかったという、そういうデータとのことです。

旭先生、いかがですか。

旭修司 部会員

高リスクに対する放射性ヨウ素の治療に関してはどうなっているのでしょうか。

鈴木聡 甲状腺検査業務室副室長

本論文に関しましては、術後のRAI、放射線の治療に関しましての言及はしてありませんので、そこに関しては、すいません、ちょっと情報がございません。

再発例に関しましては、RAIについての検討はなされていないという意味でございます。

鈴木元 部会長

最初から遠隔転移があった症例は、放射性ヨウ素内用療法を行っているという理解でよろしいんですね。

鈴木聡 甲状腺検査業務室副室長

そのとおりです。

鈴木元 部会長

いかがでしょうか。旭先生。

旭修司 部会員

繰り返しになりますが、アブレーションであったり、あとは補助療法としてのRIは情報はないということでしょうか。

鈴木聡 甲状腺検査業務室副室長

今回の論文に関しては、その情報はございません。

鈴木元 部会長

よろしいでしょうか。そうすると、医大としては、今後、今の術式は継続するという考え方でこの結果はよろしいのでしょうか。

鈴木聡 甲状腺検査業務室副室長

現時点では今までの方針どおり、ただ、年齢もかなり上がってきて、成人例も多くなってきておりますので、ガイドラインに従った治療を遵守していくという形になるかなと思います。以上です。

鈴木元 部会長

ありがとうございます。臨床の先生方、今のガイドラインというのは見直される方向にあるのでしょうか。それとも、今のガイドラインで世界的にやっていくというのが大体王道になっているのでしょうか。

筒井英光 部会員

すいません、筒井です。

鈴木元 部会長

先生、お願いします。

筒井英光 部会員

今回、昨年ガイドラインが改訂されまして、それまでは、どちらかということ、N1bの症例は全摘をして放射性ヨウ素をするという考えがあったんですが、今回のガイドラインからは、決して全摘をしなければいけないというわけではないと。片葉切除の、片側だけの郭清でも認めるというようなふうに変わっています。それはアブレーションをしてもしなくても、あまりその再発予後も生命予後も変わらないというデータが幾つか国内から出ているからです。以上です。

鈴木元 部会長

ありがとうございました。こういうかなり専門的な手術の話までなると、なかなか県民の皆さんにはそういう情報が届きにくい話題なので、今日ここで少しその話題で触れ合えたことはよかったかと思います。どうもありがとうございます。

いました。

それでは、ほかにありませんようでしたら、この資料3に基づく議論はこれでおしまいにしたいと思います。

それでは、そのほか部会員から御意見ありますでしょうか。

特にないようでしたら、今後ともこの部会を続けてまいりたいと思います。昨年までと同様に、やはりウェブ会議も併用しながら、今後、甲状腺部会を進めていきたいと思っています。ウェブ会議に関しましては、どうしても具体的な解析をどう進めていくかということに関して、医大の解析担当の先生と部会員との間で意思疎通をしておいて、解析のスピードアップを図るというようなところが一番大きいところです。また、これまでもあったんですが、症例数が非常に少ないような場合、外部にデータを出しにくい、個人が同定されるおそれがあるというようなことで公開がはばかれるようなデータ、特に地域に限定していった場合に出てまいりますので、そういうものに関しては、甲状腺部会の中では少し丸めた数字でしか公表されなかったところを、ウェブ会議の場合はもう少しそこを機微なことも少し触れた形での解析が議論できるというところがメリットかと思っています。

今後ともそのようなことを進めていきたいと思いますが、これまで、ともすると疫学統計解析に詳しい先生だけが参加するというような傾向がありましたけども、これは臨床の先生も含めまして、皆さんに本当は参加して議論に参加していただきたいところなので、今後ともウェブ会議の情報、日程調整等においては、事務局のほうから全ての委員の先生方に事前に意見を募りまして、適宜進めていきたいと思っております。

特にウェブ会議に関して、皆さんのほうから何かありますでしょうか。山本先生。

山本精一郎 部会員

何か既に議論があって決まったことかもしれないんですけど、資料を見ながらやっているんですけど、ちょっと目を離したり、次の資料を開けている間に何かどこに行っているか分からなくなっちゃうので、できたら投影しながらというか、こちらに共有しながらやっていただけると非常にありがたいんですけども、ぜひ御検討ください。

鈴木元 部会長

ありがとうございます。今日は、実は議論の対象になるデータというよりは、今までの過去の発表されたデータの説明というような形だったので、それぞれのデータを担当の先生から投影しながら説明するということからはしないで

しまいました。どうも失礼いたしました。今後はそういうことはないようになるかと思います。また、ウェブ会議におきましても、山本先生も参加されたことがあるかと思いますが、データを共有しながら、画面共有しながら議論を進めてまいりたいと思います。

それでは、ほかはいかがでしょうか。

特にないようでしたら、今日は最初のキックオフミーティングというような位置づけですので、これで終わりにしたいと思います。どうもありがとうございました。

それでは、事務局のほうから何かアナウンスあるでしょうか。

植田浩一 県民健康調査課長

ありません。

鈴木元 部会長

ありがとうございました。

それでは、今日の甲状腺部会、これにて終わりにしたいと思います。よろしくをお願いします。

佐藤めぐみ 県民健康調査課主幹兼副課長

以上をもちまして、第26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。