「県民健康管理調査」検討委員会第2回「甲状腺検査評価部会」

1：34：50

渋谷部会員　　すみません。［ありがとうございます］

清水部会長　　［よろしくお願いします］

渋谷部会員　　津金先生のその、甲状腺の罹患率、国際的なあれの、その特にですね、福島県の現在の「甲状腺検診」のデータと既存のがん登録データを比較することは適切でないということで、僕はまったく合意はします。ただ、あの、そもそもですね、今、福島県でやっている「甲状腺検査」が当初の目的を達成できるのかという、ま、ちょっと、個人的に問いかけますと、例えば、あの、プロトコールというペーパーが、あの、Journal of Epidemiology に出ておりますけど、小児甲状腺スクリーニングの目的は、このプロコトールペーパーによると、早期発見・早期治療及び長期のフォローアップを目的として、4、5 年で影響がでてくるという報告があるので、3 年間でベースラインを測定すると、そういう目的があるわけですよね。つまり、二次予防による死亡率の低下、二次予防というのは、がんを早期発見して早期治療すると。それから、もう1 つは、おそらく県民健康管理調査で一番、皆さんが知りたがる、放射線影響の把握と。そういう2 つの目的があると思うのですが、もちろん、がんを見つけてそれが患者さん、個別の患者で見つかって、それが自然に出たものか、放射線によってでたものかというのはもちろんわからないですから、じゃ、人口レベルで疫学調査をしましょうと、そういうそこまでは正しいのですが、ま、はっきり結論から言うと、現状のままの福島県の「甲状腺検診」を続けても、いずれも評価できないと私は思います。なぜならば、例えば、あの（チッ）今の基礎調査罹患率をベースラインとして、時系列で罹患率の推移を見ても、例えば死亡率の変化が「甲状腺検診」によるものかわからない。

それから、罹患率の推移を放射線被ばくに寄与することは非常に困難だと思います。な

ぜなら、それは対照群がないからですね。あの、「甲状腺検診」をした群としない群、それから、放射線の影響を受けている地域とない地域というのが存在しない訳ですね。あの、津金先生がおっしゃっていましたけど、唯一可能なのが環境省がやった4,500 人の甲状腺検診ですけども、ま、いかんせんサンプルが少ないですから、がんをディテクトするまでのパワーがないという。

じゃ、もっとサンプルを増やして、ほかの地域の、放射線の影響被ばくが少ないような、例えば西日本のような地域と大きいサンプルでそういう比較試験・コホートを立ててやるべきかと。それは1 つの手でなんですが、これもトリックがあって、じゃそれをやると、やはり先ほど津金先生がおっしゃった過剰診断ですね。hh過剰治療というのが出てくる訳ですね。じゃ、そのリスクをどう考えるかと。

やはり、あの、津金先生がまとめた資料の④－26 を僕、すばらしいと思っていましてですね、やはり今回の甲状腺のスクリーニングの本当の利益という、ま、すなわち死亡や障害の予防効果があるかとかいうのも、もちろん、その、エビデンスを取るためには、やはり、その前後の比較というだけでは難しいということと、それから、やっぱり、その、せいけん、バイオプシーとか手術の後遺症・合併症、あるいはホルモン補充療法をしなきゃいけないわけですよね。傷も残るし、そしたら、精神的な負担、そうしたものをカウントした、あの、もちろん費用もですよ。そして、対費用効果というのをきちんと精査しないと、このままですね、この甲状腺検査、今の状況、今の形で続けることによって、本当にその検診の効果を評価できるのか。あるいは、放射線被ばくの影響を評価できるかというと、僕は非常に疑問に思います。個人的には。（（何度もうなずく））

清水部会長　 いかがでしょうか。

不明　　　　　ｈｈｈ

清水部会長　　（（左右を見る））

不明　　　　　コメント

津金部会員　　コメントですよね。ｈｈ。

（（一旦マイクを下にする））

（７）

なかなか、あの、難しい問題ですが、あの、当然、え：：ま、その、ばく露評価のデータ、ま、今日、出ていましたけれども、ばく露評価のデータを今までの過去の、え：：用量反応関係と当てはめて考えると、ま、おそらく甲状腺がんのリスクが非常に、ま、え：、ま、ある程度大きく、リスクが大きくなるであろう集団というのが、非常に小さい集団であろう、ことから、それを検出するということをやろうとすると、もうほとんどダメ、難しい検出できないとは基本的には、ま、思います。

ですから、ま、やはり、あの：うん、そうですね、だから、それは、ま、逆にもう、ほとんどばく露、ばく露がほとんど、ばく露評価から考えて、リスクがないという人に対して、ま、あの、調査だったらいいのかもしれませんが、なんかやっぱり、調査、こういうことを検査をするということは、え、それにもたらされ、おこる不利益ということも、やはり、よく考えてやらないと、え：それをやって得られる利益がほとんどないにも関わらず、あまりにも多くの人に不利益を与えるということが

起これば、それはあまり、え：要するにこういう、あの、事業としては良いものではないと思います。

1：39：57

渋谷部会員　　あの、ポイントとしては、やはり放射線の影響を科学的に評価するのは、非常に難しいですよね。今のスタディデザインじゃ。それから、やはり過剰診断の可能性によって、逆に安心を与えるつもりが不安とか不信感を招いてしまったと。そういう現状を、この「甲状検査」というのは逆に僕は示していると僕は思っていて、じゃ、その「甲状腺検査」をこのまま続けるべきなのか、あるいはもう今のベースラインというものは、逆に過剰診断のリフレクションであって、むしろがん登録法っていうのが今年から施行されましたし、福島県もこれからがん登録が始まりますから、じゃ、既存のね、いい他の地域のがん登録と福島県のがん登録を今の状況で、あえて検診というものを、によって過剰診断を招くというよりは、そのがん登録を使って比較していくという方法も考え得るのではないかというふうには、個人的には思うんですけど。

清水部会長？　はい、西先生お願いします。

西部会員　　 やっぱり、そういう問題はいずれは出てくるだろうと思うんですけども。確かに今の福島の県の調査で放射線との関連性を見つけるのは難しいだろうと思うんですね。

放射線の、あの、事故との関連性はね、[あ、いう]

渋谷部会員　　[私が言っているのは、]あの、今のスタディデザインでは難しい[でしょうと]

西部会員　　 [難しいですね]　[それで]

渋谷部会員　 [別のやり]方をやれば

西部会員　　 ええ

渋谷部会員　 [テストすることではできるのではないかと思います]

西部会員　　 [それでですね]これを今日持ってきたのですが、1 番新しいJournal of Pediatrics に載っているんですね。子どもの甲状腺のようするに結節は早めに見つけて、アーリーディテクションが良いと書いてあるんですよ。そういうペーパーもあるんですよ。これまたお渡ししするんですけど。[ｈｈｈ]

渋谷部会員　　[例えばですよ]あの、甲状腺の日本がん治療学会のガイドラインでは、例えば1cm以下とウェブサイトにありますけども、例えばこれは、見つけたら手術するかしないかに関しては

西部会員　　 [（　　）ね]チャイルド[（　　）と]

渋谷部会員　　[わかりました][そうですね]

西部会員　　 [アダルトとちょっと]

渋谷部会員　　[はい]

西部会員　　　そこはちょっと違うんだろうと思いますね

渋谷部会員　　ああそうですか。どうぞ

清水部会長？　はい、鈴木先生お願いします。

鈴木教授　　　甲状腺の専門家として、大きな、あの、ミスリーディングにならないようにお伝えしたいと思うのですけど、えっとまず、えっと我々がこういうことを始めるに当たって一番、これはもう、津金先生がおっしゃったような甲状腺の過剰、甲状腺の検診を行うと、えっとアウトカムとして生存率を向上させるという意味ではあれば、何のメリットもないというのは知られていることで、日本の甲状腺の臨床家はそれを非常に戒めて、スクリーニングをしないというのが一般的であります。で、えっと今回は、先ほど、スタディデザインとおっしゃいましたけれども、それはまた別なところで議論があると思いますが、えっとこどもの、福島県の子ども達の放射線の影響の不安を解消するために、長きに渡って見守るということで、これは生存率を向上させるとかそういうことではないということが1つと、あと先ほど、あの、西先生がおっしゃったように、我々は根こそぎとってる訳ではなくて、一定の基準を持って、そういう弊害を防ぐために経過を見ているものや、または5mm 以下のものは経過観察して、今まさに、こういう話をしてますけどね、ついこの間までは逆にA2 判定ののう胞は、我々は2 年後で十分なほどほとんどが良性で、2 年で間に合います、そのぐらいなんですか（　　　　　　　　　　　　）日本中の人、福島にいる人もそうかもしれませんけどね、急いで（　　　）べきだ、もっと急いで短い間隔で（　　　　　）、やっと今、A2 については３県調査の結果などから皆さんの御理解を得られるようになってきました。非常にその辺のことは予想されたことではあるのですが、注意して考えなければならないと思います。

子どもの場合は今の一定の基準でやっていることで、清水先生も御理解していただいていると思いますが、日本の専門家で同じ基準で、合併症の極めて少ない方法で外科手術を行っていまして、やる必要のないものは施行しておりません。小さいものでもリンパ節転移があるとか、要するに統計上は出ないんですけど、先ほどいった生存率に影響しないですけど、ちょっとおおきくなり、声が出なくなる手術合併症が非常に高くなるという、そういうQOL を落とすバイアスが相当ありますので、そういうことも今後は検討に入れなければならないということがあります。

1：44：52

渋谷部会員　　すみません、２つ、今、先生のご発言で１つめは、その要するに、過剰診断は予想されていたと、それから、ま、あの、死亡率の低下云々に関することではなくて、とにかく子どもたちの超音波検査をしなきゃいけないという、それがプライマリーオブジェクティブだとおっしゃいましたけれども、それは逆ではないですか。だって、検診の目的は、はっきりしないので、なんでその、検診目的というのは、死亡率を下げることですよね。で、それが[

鈴木教授　　　[いや（　　　　）]そこが、大きな間違いだと思います。福島、あの、医大の健診は検査の「検」を使っていません。健康診断の「健」です。

渋谷部会員　　言葉あそびはどうでもいいんですけど。ただ、今の、［いや今の］

鈴木教授？ 　［（　　　　）］

渋谷部会員　　［いや］しかし、じゃ、この今のじゃ、超音波検査の目的は何なんですか。もう一回聞きます。

鈴木教授　　　えっとスタディデザインが悪いと言いましたけど、そうじゃなくて、これから、会津地方の、あの会津地方の、今、データをまったく、あの、取得してない、えっと、考慮していない時期で、中間報告で話してくださって、会津地方は極めて線量が低いという中で、どのくらいの頻度があるかということ。今後、それが、あの、長きに渡って見守って行く中の、い：、診断率にですか、そちらのほうにどのぐらい差があるかというのを見ていくのがデザインだと思います。

渋谷部会員　　すみません。先生の仮説はなんですか。その、要するに個人レベルのドーズと将来の、その、甲状腺がん、はっ、罹患率というのが何らかの、ドーズレスポンスリレーションシップがあるということが仮説な訳ですか。

鈴木教授　　　えっと、基本的には、急激な増加がこれからどないかっていうか、先生、今の大きな議論飛躍は今、放射線の発生のない時期のものを議論していますけども、これから放射線の影響でがんが急増するような、あ、あのグループがある場合に、そことの比較というのが、必要なので、今までまったくやられていなかった調査を今やっているということ［は］

渋谷部会員　　［で、それ］を、福島県内のデータで、こう、推移を見るだけな訳ですよね、要するに。［今の］

西部会員　　　［基本的には］

渋谷部会員　　［あっ、どうぞ］

清水部会長　　西先生、どうぞ

西部会員　　　あ、だから出発点はですね、私の考えでは、県民の子どもさんを持つ親御さんとか、県民の不安がものすごいありましたので、それでまずやろうというのが、僕は出発点だと思うんですよ。これは正しかったと思うんですよ。それで、こういうデータが出てきたから、今度はいろいろなことをやろうと。ま、次、進む道を、ま、このままでいいとはおもいませんから、どっかでね、おそらく出発点はそうだったと思うんですよ。だから、出発点のことを、先生、おっしゃられたらですね、［しない（　　　　）無視しませんけども、喧々諤々ですよ。］

渋谷部会員　　［いえ違いますよ、出発点のことではなくて］じゃ、今のこの段階で、今のままで［いいのか］

西部会員　　　［いや、だから］

渋谷部会員　　［どうかということですね］

西部会員　　　［だから］今後そういう検討は、必要だと思うんですよ。出発点は、僕は、（　　　　　）

清水部会長　　あの：ちょっとよろしいですかね、えっと、私は司会の立場なので、あんまりかたよったことは言いたくないのですが、ちょっと司会から離れて、ちょっと私の意見を言わせていただきたいんですけども。あの：チェルノブイリの検診に行って十何年も経つのですけど、こういう患者さんを診ました。あの、何人か診ているのですけど、5 歳か6 歳ぐらいの女の子で大きな傷があって、真ん中に気管切開の穴が空いています。で、これはもう、生きてます。ずっとこの子は生きると思いますね、生涯。ただ、あの、声は出ない、お風呂も入れない、え：みんなと楽しくお話しも出来ない。何が起こったかというと、両側の反回神経が損傷されているんです。なぜ損傷されているのかは分かりませんけれども、アクシデンタリィにとっちゃった、傷つけたか、あるいは両方の反回神経を合併切除せざるを得ないぐらいの診断になっていた時期、進行していたのか、これはわかりません。でも両側の反回神経の麻痺が起きていることは確かである。これは、もっと早く見つけていればそういうことはないんです。

で、あの：、健康診断の過剰診断か、過剰、利益か不利益かということは、それはですね、なかなか難しいこと。いつも考えながら、あの：手術すべきか、１㎝以下の（　　）ですよ。位置的にたった、同じ１cmでも、神経の近くにある１㎝と、気管の前に１㎝、いや、甲状腺の中に埋もれている１㎝と、気管の前にあって、くっついてる１㎝は、やっぱり違うんです。手術すべきか、あるいは経過を見られるべきかでは大きな違いがあるので、ただ1cm 、ただ１㎝以下だから全て経過を見るのではなくて、位置によっても違うと。あるいは1 例1 例検討をしなくてはいけないと思うんですね。

もう1 つは、あの：ほとんどの患者さんは生きます。1cm 以下の患者さんの腫瘍の患者さんを、経過をみても生命の予後に影響がないという方が多いんですけども、中にはこの腫瘍の生物学的behavior と言いますか、将来大きくなってきて転移を起こす、あるいは低分化型になる、あるいはもっともっと大きくなってきてから、年齢を、え：、増してきてから、未分化がんに転化する、これは生命に関わる問題ですね。

1：49：56

それは、本当に100 人に1 人、1,000 人に1 人、10,000 人に1 人かもしれません。それは、医学的には0.1％、0.01％だということで、あの、あんまり問題とされないかもしれませんけども、その患者さんにとっては100％、命に係わる問題。それを考えるとですね、もちろんQuality Of Life も大事ですけれども、生命の予後ということも少しは考えてあげながら対応すべきだと。一例一例は、あの、一人ひとりの、あの：患者さんの腫瘍の場所あるいは慎重に診た結果、その動き方が、大きくなるなり方が、早くなるかどうかとか、リンパ節転移が起きるかどうかとか、そういうことを診ながら経過を見る。だから、検診は大事だというふうに思います。

はい。（（津金部会員を指す）

津金部会員　　臨床の先生がそうおっしゃる気持ちは非常によくわかって、あのまったくあの、正論だと

思うんですけど、ただ、要するに、もう少し冷静に考えると、その、もしその人が診断されなかったら、見つからなかったらどうなったかという、そのシナリオをやはり、もう1 つ、あの：描かないと、あの、見つかった、早く見つかったらみんな早く、あの、小さいがんの手術でQOL が高まったまま治りますけれども、そうじゃないシナリオもあるということが、やはりランダム化比較試験といって、やる、そういう検診をやるグループとそうじゃないグループをきちっと科学的に設定した上で、今まで数多く、あの：ま、これ、要するに20 歳未満の甲状腺がんに関してはない、知見はないですけども、あの、そうじゃない検診に関しては今まで世界中でそういうセッティングで（検出）された結果、あきらかに過剰診断があるということはもう、科学的に明らかになっているので、あの：そういう理論はやっぱり必ずしも通じないと思います。

清水部会長　　ただ、あの：がんと診断がついた限りは、ま、頻繁な検査でなくても1 年、2 年に一度は診てあげて、で、どういうふうになっていくかってことを見るということは悪いことではないかなと思いますね。

不明　　　　　（　　　　　）ｈｈｈ

清水部会長　　じゃ春日先生からもお願いいたします。

春日部会員　　あの：今、臨床の先生と疫学の先生のあの意見の対立がありましたけれども、えっと甲状腺がんそのものの過剰診療のことはあの、津金先生のご説明のとおりだと思います。ただ、私たちは今、福島にいるんですね。その、事故があったという現実を踏まえて、しかも、あの、最初の議題のところからあの：初期被ばくの、え：現実、実情もまだまだ十分に、正確にあの、把握しきれていない、え：今の、現状、またえ：、ほぼ3 年前のえ：時点ではもっともっとわからなかった時点、その時の状況を踏まえてですね、やはり今後、甲状腺への影響がどのくらいでるかが、十分には予測できない下では、やはり、あの、対象の県民に対して、特に子ども達に対して検査を、あの、していかなければいけないということは、これは県民の気持ちのうえからも、また科学的な判断のうえからも、え：、妥当だと思います。

ただ、それを非常に、こう、ま、ある仮説に基づいて、仮設を証明するための研究デザインというその視点から見ると、え：現時点の、あの、デザインでも十分とは言えないところはあります。それについてもですね、今後、被ばくの、初期被ばくの、あの、実態がより正確に分かってきた段階で、それとの照合も踏まえて、デザイン自体を今後検討し直すということは、それはあの：誰でも理解できて、あの、県民にも受け入れられることだと思います。ただ、現時点でのこの検査、検診の検査ですね、あの、このデザインについては、これは十分に理由があって行われているというふうに私は考えます。

津金部会員　　私もあくまでも、今回参考としてえっと科学の現状というか、あの：エビデンスの現状っていうものを、あくまでも今回はお示ししただけであって、今回のこの調査とのリンクに関しては、一切私は、今回の場合は、あの、特に、リンクさせていないということだけは言っておきたいと思います。

1：54：43

清水部会長　　はい、どうぞ

欅田部会員　　手短に。えっとあの、福島県のほうとしては、非常にご苦労されながらされてるなと思うんですけども、先ほど鈴木先生のほうでご発言されたことでちょっと確認したいのですが、今のような議論を受けて、現在の分にかんしては、コントロールとして、会津地域なんかなどを内部コントロールとして持って、今後評価する方向を考えたいという風にお考えなんでしょうか。

鈴木教授　　　もちろん、会津だけではなくて、県内には線量の［低い］

欅田部会員　　［はい］

鈴木教授　　　（地域もございますから、今後はやはり、それぞれの線量というのは非常に重要になってくるかと思います。）

欅田部会員　　それに関連して、もう1 つはやはり、今の現状として、県の現状として、この検診はフォローするような体制で継続していくという状況なんだと思うんですけれども、えっと今月、あっ、今月末まで先行検査が終わって、来月から、来年度から本格検査になるということですが、その本格検査に同じ対象の人たちをやっていった場合に、今の仮説として、あの：どういう状況であれば、増えていない、これで先に過剰診断のことを含めて、拾い出しするという中で、今度どういう数字になってきたら、どう判断するのかというのは先にメッセージをある程度出して行った方がいいと思うのですけれども。

鈴木教授　　　そこはすでにシミュレーションをしているのですが、まず最初のハーベスト効果がこれ

だけありますから、この後、同じような受診率を保てるかということもありますし、後は、

その人たちが見ているなかで経時的に年齢が上がります。年齢が上がりますと、通常の自

然発生がんが増えることはありますのでそういうことを全て勘案して見ていかなければな

らないと思っています。

清水部会長　　あの中々、実り多いディスカッションで評価部会の目的が既に進行していると感じますが、

今日はあっという間に時間になってしまいまして、フリーディスカッションの時間がなく

なってしまったんですが、5 分ぐらい延長してよろしいですか。

それじゃ、あの：全体で、フロアーの先生方もどうぞ、ディスカッションしたいと思いますが何かございましたら、どうぞ。

春日先生お願いします。

春日部会員　　あの：この専門部会を立ち上げてくださいとお願いしたもう1 つのきっかけはですね、もう１つのきっかけは、色々な、その：科学誌、雑誌あるいは一般誌に投稿されている、あるいはネットで議論されている中に、疫学的観点からも違うご主張がある方もいらして、それを基に、どっちが・何が本当なのかなという県民の間での疑問・不安が広がっていたということがあったと思います。できましたら、せっかく、ここに疫学の専門家の先生もおそろいなので、反対の意見、つまりですね、反対というのではないですね、えっと、疫学的にいろいろ違う意見を持ってる方を、お招きして、是非、その、疫学的にどこがどう違うのか、そこの解析をしていただきたいと思うのですが、それはあの、部会長、また県の方にお願いしたいと思います。

清水部会員　　はい。是非、それはお願いしたいと思います。私、以前から気になっていることが１つありまして。それはあの、チェルノブイリの原発の後に、4 年後から増えたという事実があるわけですけれども、果たしてあの事故が起こったあとに、甲状腺がんがこれからこのまま増えるぞというふうに何人の人が思っていたかですよね。ですから、本当に事故直後からずっと調べた結果、4 年後から増えたのか、あるいは、増えてきて甲状腺がんがしこりとして見つかったのが4 年後で、４年後から増えてくる、見つかった、増える。先ほどちょっとお話がありましたけれども、触診できるのは1cm とか1.5cm になってくる訳なので、そこまで4 年ぐらいかかる可能性もある訳ですよね。０、１ミリ、２ミリから。その最初の3 年間は果たして、どんな検査が行われていたのかということは、是非、疫学的な立場の先生方を含めて、中心にですね、これから先、何回かに渡って検証していく必要があるかなと思うんですね。それが、結局、この福島原発のあと、今、もうすぐ3 年経ちますけれども、少しずつ見つかってきて、大きい3、4cm のものは明らかに3年以上前からあったと思うんですけれども、例えば２mm、３㎜ のものが見つかった場合、それはどうだったのかということも、果たして原発の影響なのかそうじゃないのかということは中々難しい問題がまだ残されると思うんですよ。

1：59：58

もう1 つは、あの、やっぱり将来はですね、あの：将来というか、近い将来は、早く、なるべく早く、今、３か所、山梨と長崎と弘前で、被災者以外の方の検診が行われていますけれども、もっともっとたくさんの、母体、検診をして、同じ年代の同じ検査をして、同じ背景因子の中で、発見率がどのくらい違うのかということも、非常に大事なことではないかと思いますので、そんなこともこれから先、やって行かなければいけないことかなと思いますけど。

はい、志村先生お願いいたします。

志村教授　　　福島県立医大の志村と申します。私は3 県調査を担当させていただいた者です。

あの：、3 県調査の目的は、当時A2 判定ののう胞が多いということに対してのお答えを出すということが目的でした。であの：、先ほどから、御指摘いただいているように、あの、検診は、過剰診断による受診者への不利益があるのは間違いありませんので、ですから、そういった関係のない地域の子どもたちに、受診者数を増やして検査することは、あまりよくないと我々は思っております。ですから、ちょっと増やすということに関して、期待していただくのは難しいと思います。

福島に関しては、私の個人的な意見ですけれども、福島の方は放射線に対する恐怖とい

うか、あります。ですから、それに対する正しいデータを出す、真実を示すことは非常に、福島県民にとっては非常に大きな利益であって、その利益が大きいということで、hh、検査を続けているというふうに私は感じております。ですので、そういった意味では福島ではしっかりやるという、過剰診断による不利益をなるべく少なくするために、たとえば我々、細胞診をするのにも非常に厳格な基準を作って客観的な評価の下にやっておりますので、あまりクリニカルな問題にならないものをあまり見つけないようにということでやっております。それが反面で統計学的なデータへの阻害因子になっているとは思いますが、ま、我々の意思ですから。住民の方の健康を守るというか、hh、それが最優先の課題ですから、そういった形で統計の評価にちょっと問題があると御指摘いただくのはそのとおりだと思いますけれども、今のデザインが一番良いのではないかと思ってやっております。

清水部会長　　はい、ありがとうございます。

それともう1 つ、細胞診のことですが、診断基準で前回加藤先

生がおっしゃっていたベセスダシステムなど、少し変わったりすることもありますので、

今後、次回あるいは次々回に加藤先生に細胞診についてもう少し詳しく、改めてご説明い

ただければという考えもございます。

他に何かご意見ございますか。星先生どうぞ。

星部会員　　 部会長が先ほどおっしゃたように、こういう議論をもっと早くにするべきだったと、本

会の座長としてはちょっと申し訳ないなという思いはあるのですが、やはり過剰診断の問題とか、なんていうんですかね、検診をするということによって、そういう、かわるというようなことの説明が、まあまああまり十分ではなくて、色々な人たちから誤解を受けて、不安をあおってきた、あおったというか、不安を招いたということについては、やっぱりその、しっかりとしたその、え：、科学的なデータを示しながら議論していって、その結果として理解が深まってくる。そして、私はやっぱり、検診を受けなくなってしまうということを、こちらの検診をするにも関わらず、検診を受けなくなってしまうということについては、私は、一定の配慮が必要だというふうに思います。

で、えっと、もう1 つの観点として、最初、私が質問させていただいた、つまり、本当に甲状腺にどのくらいの、その、ヨウ素が取り込まれたのか、というのは今からは類推するしかないわけですが、そのデータがもっともっと精緻になってくれば、先ほどいったその30 何万人の中での比較ということがもしかしたら可能になるだろうし、それが放射線の影響があるかないかという科学的な最終的な結論がどうかとは別として、そういうデータがより精緻に揃ってくることが、この検査の、この健康診査の最終的なですね、目的をやっぱり（えんどう）するということに繋がると私は思っていまして。ですから、そういう取組みが今続いているという中で

2：04：38

え：先ほど春日先生がおっしゃったような、そうはいっても増えているんだという意見を述べる人たちの意見についても、どういうその考え方なのかということは整理した上で、発言をこれからもしていかなければいけないなと、私も多少として、発言を求められ、放射線の影響があるのかどうか、と聞かれるときに、いつも、それは、あの、今現時点での知見を持ってすればわからないという前提の下に考えにくいという発言をしてきていますけれども、そういう発言の仕方、あるいはその評価についてもいずれですね、増えたという人たちの意見を含めて、しっかりと発信していく必要もあるんだろうと思います。

で、渋谷先生のご意見も、そのとおりという部分もありますし、先ほどからの議論をほんとに、あの、聞かせていただいたというか、この部会を作らせていただいて、こういう議論が進むことをこれからも期待したいと思います。ありがとうございました。

清水部会長　　はい、ありがとうございました。

実は来週、あっ、今週か、今週の、あのいつも行っているベラルーシの２人が、現地の2 人が、日本にくる、確か福島にも来ると伺いましたが、水曜日かなんかに、東京にも来るのでお会いすることになっていて、今日の中の疑問点をちょっと直接本人に聞いて、この次の会にご報告したいと思います。

津金部会員　　やはり、本当に放射線の影響を見るのは、このデータセットの中の放射線量別の、要するに用量反応関係が得られるかどうかを見るのが唯一の方法であって、ただ、そのチェルノブイリ時も、同じように、全て同じような調査をした上での用量反応関係が確認されたので、放射線とあの：甲状腺がんの因果関係が示されているということですので、へんにむやみやたらに、変な対照をもってきてやることは、きわめて本当に先ほどいったように、不利益を受ける子どもたちの数を増やすこというようなことに繋がりかねないので、そこは十分慎重にならなければいけないし、あとはやはり本当にこの調査を受けることによって、やっぱり検査が陽性だと、精密検査が必要だと言われた人に対するケアということも、非常に大事で、あの：そこを本当に慎重に、あの：ものすごい数の方が対象になっちゃうわけなんですけどもね、そうやって不安を抱きながらこれから、何年か過ごさないといけないという人たちをたくさん、ある程度作ってしまうということも、やっぱりきちっと我々は認識しないといけないと思います。

清水部会長　　はい、よくわかりました。

他にございますか、よろしいですか。時間が１５分と、予定より過ぎてしまし申し訳ありませんでしたが、じゃ事務局にお返ししますので、次回の。

これで会を終わりにしたいと思います。

小谷主幹　　　ありがとうございます。次回の評価部会につきましては、年度がかわってというところでまた日程調整をさせていただきたいというふうに思っております。それではこれをもちまして、県民管理調査検討委員会第２回甲状腺検査評価部会を閉会いたします。部会員の先生方ありがとうございました。

2：08：00

＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊

作業データ（WORD）の11ページ、赤字になっているところがありますが、

議事録には記載されていたのですが、映像では飛んでいて確認できなかった箇所です。

（ネット上で探してみましたが、youtubeのも同じように飛んでいました）

議事録データをそのまま抜粋して記載しています。（2014年8月18日、宮本）