

第55回「県民健康調査」検討委員会議事録

日 時：令和7年5月16日（金）13:30～15:30

場 所：杉妻会館 4階 牡丹

出席者：＜委員50音順、敬称略＞

赤田尚史、熊谷敦史、坂田律、佐藤勝彦、重富秀一、澁澤栄、
杉浦弘一、須藤康宏、高橋晶、高村昇、中山富雄、新妻和雄、
前川貴伸、前田光哉、室月淳

甲状腺検査評価部会長：＜敬称略＞

鈴木元

事務局等担当者：＜福島県立医科大学＞

放射線医学県民健康管理実施本部長 大竹徹

放射線医学県民健康管理センター長 安村誠司

放射線医学県民健康管理センター総括副センター長 大戸斉

甲状腺検査部門長 志村浩己

甲状腺検査推進室長 古屋文彦

健康調査基本部門長健康診査・健康増進室長 島袋充生

健康調査県民支援部門長 三浦至

健康調査支援部門長 大平哲也

＜福島県＞

保健福祉部長 菅野俊彦

保健福祉部県民健康調査課長 植田浩一

県民健康調査課主幹兼副課長 菅野誠

地域医療課主幹兼副課長 眞田晴信

菅野誠 県民健康調査課主幹兼副課長

それでは、ただいまより第55回「県民健康調査」検討委員会を開会いたします。

議事に先立ちまして、本日の委員の皆様の出欠について御報告いたします。

事前に、今井委員、菅原委員より御欠席の報告がございました。また、廣橋委員より、所用により急遽欠席となる旨の御報告がございました。本日は、15名の委員の皆様に御出席をいただいております。

なお、本日は、甲状腺検査評価部会の鈴木部会長にも御出席をいただいております。

続きまして、委員の異動につきまして御報告いたします。

国立大学法人弘前大学からの推薦により御就任いただいております齋藤陽子委員に代わりまして、新たに御就任いただきました国立大学法人弘前大学被

ばく医療総合研究所の赤田尚史委員です。

赤田尚史 委員

初めまして。弘前大学被ばく医療総合研究所の赤田です。

私は、学内で、高度被ばく医療支援センターのバイオアッセイ内部被ばく線量評価を主に担当していて、今浪江町での復興支援活動やリスクコミュニケーション活動などを展開しています。よろしくお願いします。

菅野誠 県民健康調査課主幹兼副課長

次に、県の今年度の新任職員より御挨拶を申し上げます。

保健福祉部長の菅野俊彦です。

菅野俊彦 保健福祉部長

4月から福島県保健福祉部長に着任いたしました菅野でございます。皆様、どうぞよろしくお願いをいたします。

検討委員会委員の皆様には、御多忙のところ御出席いただき誠にありがとうございます。

また、甲状腺検査評価部会の部会長でもあります鈴木元先生にも御出席をいただいているところであります。厚く御礼を申し上げます。

県民健康調査も開始から間もなく14年を迎えますが、その間、県民の皆様の生活環境の変化に伴い、放射線による健康影響などの捉え方も多様化しております。このような中、県民一人一人の健康に対する不安に寄り添い、心身の健康の向上に寄与するため、県民健康調査が果たす役割は大変大きなものがあると考えております。

県といたしましては、そうした観点に立って今後の県民健康調査を実施していくため、委員の皆様の専門的見地からの御意見、御助言が必要不可欠であると考えております。

委員の皆様方には、ぜひとも率直な御意見をいただきますようお願い申し上げます。冒頭の御挨拶とさせていただきます。

本日はどうぞよろしくお願いいたします。

菅野誠 県民健康調査課主幹兼副課長

次に、県民健康調査課長の植田浩一です。

植田浩一 県民健康調査課長

皆さん、こんにちは。

4月より福島県県民健康調査課長に就任いたしました植田と申します。本日は、どうぞよろしくお願いいたします。

菅野誠 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、本検討委員会設置要綱により、座長が務めることとなっております。

重富座長、議事の進行をよろしくお願いいたします。

重富秀一 座長

時間になりましたので、ただいまから第55回「県民健康調査」検討委員会を始めます。

いつもお話ししておりますが、活発な議論と忌憚のない御意見をいただきたいと思います。今日は議事が3題用意されております。ということで、時間の限りもありますが、よろしくお願いいたします。

初めに、議事録署名人を指名させていただきます。五十音順にお願いしておりましたので、今回は須藤委員と新妻委員にお願いしたいと思いますが、よろしいでしょうか。では、よろしくお願いいたします。

それでは、議事に入ります。

今日は甲状腺関係の議事が2つあります。まず初めは、第24回甲状腺検査評価部会開催報告についてということで、鈴木部会長から御説明をお願いします。資料が大変膨大で、なかなか大変だと思いますが、分かりやすくお願いします。

鈴木元 甲状腺検査評価部会長

それでは、資料1に基づいて、第24回甲状腺検査評価部会の開催報告をさせていただきます。

議事内容のほう、(1)の本格検査(検査5回目)の結果概要について、医大のほうから5回目の結果概要、これは確定版、前回の報告では暫定版で9月までのデータでしたが、12月31日現在のデータに基づく確定版の報告を受けました。

これに関しては、この後、福島県立医大の先生から報告がありますので、ここでは省略させていただきます。

(2)本格検査(検査5回目)までの結果等について、そのまま読みます。

福島医大より検査5回目(令和6年9月30日現在)までの結果について、部会員意見に基づき福島医大が作成した資料をもとに議論を行った。

①全国と福島の罹患率を比較するため、資料3で公開されているがん登録情報を用いて年齢調整罹患率の年次推移を確認した。甲状腺検査開始後、男女と

も全国を上回る傾向が確認された。また、2016年度から全国統一の集計（全国がん登録）が始まり、2016年以降、2020年に至るまで、男女ともに全国と同様の推移を示している。

これは、①－5 ページを見てください。

この中で、黒三角、黒丸、これが福島県のデータです。全国がん統計に移った後、その差が小さくなっているように見えます。これに関しましては、部会員の先生から「これは全年代の集計なので、甲状腺検査の対象年齢層に限定した解析もお願いする」というコメントが出されました。

それについて、まだデータが部会では公開されていませんが、ウェブ会議の席上でそのデータを見せていただきまして、事故当時19歳以下の対象者に限定すると、やはり全国統計よりも高い罹患率の推移になっているということを追加でコメントさせていただきます。

その次、これまでと同様、甲状腺検査とがん登録の両方に登録された症例とがん登録のみに登録された症例における進展度や発見経緯等の特性を確認したということでもあります。

次の②スクリーニング効果の経時的変遷を検証するにあたり、資料4で発見時年齢別の累積発見率を震災時年齢階級別でグラフ化して確認した。先行検査の症例及びがん登録にのみの症例有無に関わらず、年齢が高い群ほど発見率が高い結果であった。

これは①－7 ページ、9 ページ、10 ページというところで見ていただくと分かるかと思います。

年齢階級別でいいますと、震災時15歳以上が一番高い発見率になっています。ただ、①－7 ページで、上段と下段の違いは、先行検査で発見された症例を除いた場合に15歳以下の集団の発見率はかなり大幅に下がってくるということがありまして、恐らく先行検査のときの発見率の高さというのは、その当時の住民の参加率、検診への参加率、それからB判定を受けた後の細胞診の実施率が非常に高かったということを反映しているのかということかと私たちどもは解釈しております。

これでもう一つ注目していただきたいのは、黒三角の震災時年齢5から9歳、あるいは黒丸の震災時4歳以下のグラフです。一番下のところにその推移が出ていますが、一番こういう放射線感受性の高い、そしてまた実際に内部被ばくを起こした場合に甲状腺線量が高くなる集団で、がんの多発というのは見られていないと。ほかの年齢集団に比べて高くないということが確認されたということです。

このことを受けて、部会員の主な意見等を紹介します。

「チヨルノービリ原発事故においては、放射線に感受性の高い低年齢（特に

5歳以下)で甲状腺がんが多発し、20歳とかの世代では大きなリスクは見られなかった。そういう経緯を踏まえると、福島県については、放射線の感受性の高い低年齢で甲状腺がんの多発が見られていないことが確認できた。」

間接的に放射線の影響はそれほど大きくないということをこのデータは物語っているかと思います。

次の「本格検査で発見された症例に限定した図4-1-2 (①-7)の震災時15歳以上の群で、25歳と30歳のタイミングで顕著に増加しており、節目検査の実施が影響している。また、がん登録のみに登録された症例に限定した図4-2-3 (①-10)で、20代後半からフラットになるのは、加齢とともに罹患率が上昇する通常の傾向とは異なり、検査実施によるスクリーニング効果を示唆する結果である。」ということでした、これも①-9を見ていただきますと、段階的に少しずつ発見率が上がるというような特性があります。特に、①-10のほうを見ていただきますと、それが、そのピークがちょっと表れるような感じになっています。また、発見時年齢26歳以降は、ほぼ横ばいになってくるといことでありまして、こういうところからスクリーニング効果がかなり効いて発見されているということを示唆する結果というふうに結論づけました。

③個人の推計被ばく線量と悪性ないし悪性疑い発見との関連を検討するため、資料5でコホート内症例対照研究を行った。

検査4回目と同様、線量分布を考慮し、10mSv以上が分布している避難地域及び浜通りにそれぞれ限定した解析も、これは追加で行っています。その結果、避難地域限定においては有意な関連は見られなかったが、浜通り限定において10mSv以上で有意な関連が見られた。なお、検査4回目までの結果から10mSv以上で症例数が増加しているわけではなく、対照の選ばれ方によって生じた事象の可能性があるという議論をしております。

これは、まず、この症例対照研究で、どういう線量効果関係になったかというのを、まずマッチングモデル1というものの、①-16ページ、線量の高い群にずれて少しずつ上昇カーブがあるというようなカーブです。①-20、これはマッチングモデル2、これはその関係がよりフラットになっているというような、マッチングモデル3が①-24ページ、これは、やややっぱりに上るトレンドが見えているというような感じです。

浜通り限定で、マッチングモデル2のものが①の、これ避難地区及び浜通り、両方合わせたものが①-28、そして避難地区限定が①-32、これはほぼフラットです。その次の①-35が、36ページが浜通り限定で、これはかなり著明にオッズ比が上がっているようなデータになっています。

同じことを今度はがん登録の症例も含めたもので見てみます。それが①-60

ページ、これは浜通り限定でがん登録症例を含めたものですが、この上昇カーブがかなり下がってきている。特に、10mSv以上で有意だったものがサジェスティブに下がってきているというような結果でした。

この結果に関して、部会員のほうからの議論を示しますと、「オッズ比のみに着目するのではなく、対照の選ばれ方（対照群母集団や症例群との比）や母集団の特性等に留意しないと誤解が生ずる」というようなことが議論されています。

これは実際に症例、第4回までの浜通り限定のオッズは、ここまで高くなかったんです。実際にじゃ4回目と5回目で、どういう症例が増えたかといいますと、3 mSv以下が1名増え、3 から10mSvが7名増えて、合計8名は増えています。10mSv以上は増えていないと、そういうふうな形になっていました。ですから、浜通りというのはちょっと特殊でして、全体の集団の中で、3 mSv未満の集団が35%ぐらいで、少ないんです。3 から10にピークがあるような線量分布になっていました。ですから、そういうような条件の中で、症例が少数増えていったときのオッズの計算で、不安定さが出たのではないかというような解釈をしています。これについては、後のカプランマイヤーのところでもう一度触れたいと思います。

それから、ちょっと細かいですが、その後のいいです。

主な意見のところで、「地域を限定して解析する意図として、二次検査の受診率や細胞診実施率、検査を複数年で実施していることによる受診時期等のバイアスを減らすことである。避難地域は住民の不安度により、二次検査の受診率や細胞診実施率が高いことから最も注目する必要がある」と。ここで避難地域に関しては、あまり線量効果関係がなかったと。

もう一つの浜通りというのは、実は自主避難が非常に高かった地域でして、同じようなことが少しあるんだろうと思います。「症例対照研究は、こうした母集団の特性や数に影響を受けることから、カプランマイヤー法などの症例コホート研究と並行して傾向を確認する必要がある」というような意見でした。

次のポツ、「被ばく線量の影響を検証するにあたり、検査によるスクリーニング効果を減弱するためにも、臨床的に発見されるがん登録のみに登録された症例を加えた解析を主流にすべきである」。これは、今後どんどん受診率が減って、がん登録で発見される方が増えてくるということも踏まえた上での意見でした。

次の④悪性ないし悪性疑いの累積発見率を人年法を用いて経時的に観察する観点から、資料6でカプランマイヤー法という主に生存時間解析等に用いる手法で解析を行った。

資料の6-1、①-69ページ、性別、資料6-2は震災時年齢階級別、資料

6－3は浜通り・避難地域における甲状腺等価線量3区分別、資料6－4は震災時居住地及び甲状腺等価線量3区分別、資料6－5は浜通りにおける甲状腺等価線量3区分別でグラフ化した。資料の6－3から6－5において有意な差は認められなかった。これについては、①－69ページと①－70ページを見てください。

これは、浜通りにおける Kaplan-Meier 法のグラフになります。上段が先行検査及び本格検査で発見された症例。

そして次のページ、①－70が同じく先行調査、本格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を示しています。このがん登録のほうで、8名症例数が増えているというのが先ほど申しました。

そして、この Kaplan-Meier 法を見ていると、図の6－5－1と図の6－5－3を見比べると、その8名増えたというのがどこに一番影響を与えていたかということ、3 mSv以下のところのラインです。一番、6－5－1で、黒実線の3 mSv未満の線ががん登録情報を加えると上に上がって行って、ほかの線量集団とほぼ同じになってくる。震災時からの観察年数約7.5年ぐらいまではほとんど同じようなカーブになるということが示されているかと思います。

元に戻ります。部会員の主な意見として、「症例対照研究では浜通り限定の10 mSv以上で有意な関連があったが、Kaplan-Meier 法での解析ではそのような関連は見られず、対照の選ばれ方等による偶然だったという解釈ができると思う」という、以上が開催報告になります。

重富 秀一 座長

ありがとうございました。

膨大なデータをまとめて御説明をいただきました。まず前半では、発見率の比較、後半では放射線量を3段階に分けて、それぞれのグループでどういうふうな分析結果だったかというような御報告だと思います。資料を事前に御覧になっていただいたとは思いますが、委員の皆様から御意見はございますか。

どうぞ、中山委員。

中山 富雄 委員

御説明いただきました①－9のこういうグラフの解釈なんですけれども、やっぱりプラトーになる。累積なんだけれども、ある年齢でぴたっと横ばいになるところだとすると、そのプラトーになる最初の点というところで、ほぼ診断が止まってしまっている。そこまでは恐らく検査を受けているんだろうと思うんですけれども、例えば先行検査と本格検査で、そのプラトーになる点が、年齢がちょっとずれているところがあるんですけれども、それはその当時

先行検査で検査を受けられた大体年齢とその受診率、だから例えば先行検査と22歳ぐらいでプラトーになっているんですけども、その後はもうあまり変わらないので、23歳、24歳だと、検査を受ける受診率がすごく低いですとか、その辺の数字は出せるんですか。

鈴木元 甲状腺検査評価部会長

受診率のデータは、今までも報告されているかと思います。受診率は、それぞれの年齢で下がってくるんですが、節目検診の受診率というのは非常に低いんです。ですから、ある程度、こういう年齢が上がってから見つかった人は、それまでに何らかの形で病院でフォローを受けている人とか、あるいはその節目検診のときにぱっと発見されている人というのが主になってくるのかなと思っています。

前々回ぐらいでしたか、実際のがん登録、要するに一般の病院で発見された人たちの甲状腺のサイズとか、それから年齢とか、そういう情報を一度報告したかと思いますが、決して大きくなった人を見つけているわけじゃないんで、やっぱりそういう、ある程度の年齢になっても何らかの形で病院でフォローを受けているとか、あるいはその節目検診を受けたという人にかかなり限られた発見になっているのかなというふうに推測はしています。ただ、実際それを証明するだけの、例えば震災時15歳以上の人全体で、今どうなっているかというような横断的な調査というのは、やられていないです。

中山富雄 委員

丁寧に示すのは多分無理だと思うんですけどもね。過去に出たというのが、いっぱいもう14年間の間にあって、ばらばらにデータが出てくると、やっぱり周りから見てすごく分かりにくいので、そこを表現として、できれば下に、何か年齢の受診率みたいなものが表で、アバウトでもいいからあると分かりやすいと思うんです。

鈴木元 甲状腺検査評価部会長

データはあるので、多分この中、どこか探せば出てくるんですが、この次からどこのページにそういう情報があるというような附帯情報をつけるように努力したいと思います。

重富秀一 座長

いつも中山委員がおっしゃっているように、分かりやすく、見やすいように御工夫いただければと思いますが、ほかにはどなたか。どうぞ、澁澤委員。

澁澤栄 委員

典型的なのは①－69。浜通りについては何かスクリーニング効果が出ているとかおっしゃったんですが、ここの6の、図の6－5－1と5－2で気になったのが、3から10mSvというのが階段状にずっと右肩上がりで、フラットになっていないんですね。それ以外、10mSv以上も3mSv以下もあるところでフラットになっている。まだ伸び盛りの値になるんですかね。こういうデータの傾向がちょっと気になったので、何か説明いただければありがたいです。

鈴木元 甲状腺検査評価部会長

先ほどもちょっと言いました浜通りというのは、かなり大きな集団が3から10mSvのところにおります。そして、3mSv以下が多分35%から、10mSv以上が20%とかそんなパーセントですかね、ですから、普通に症例が出てくると、一番確実には3から10mSvのところに出るんで、そこは比較的ステップが小さく見えてくる。それに対して低いところ、高いところは、症例が1個出るたびにぼつんぼつんと動くんで、スムーズじゃないカーブになるという、そういうふうに私は見えています。

澁澤栄 委員

ありがとうございます。

そうすると、何か母集団全体というわけじゃないですが、全体の様子が分かるように、事前に説明していただくと、その中から（偏った）標本を取っているんだということがわかればよいです。このままだと、なかなか正確な理解、あるいは誤解をしたまま次に進んでしまうような気がします。浜通りの母集団全体の特徴は、特徴というんですかね、特性はこうではないかと、確定はなくても、それはどこか出ていませんか。

鈴木元 甲状腺検査評価部会長

ページで言いますと、①－34、これの図の1、これで対照群母集団という、2万5,491人の線量分布が見て取れます。これで見て、5から10のところが一番大きな集団がいる。ほかのページを、例えば県全体のものを見ようと思うと、例えば①－14ページを見ていただくと分かりますが、大多数が3mSv以下のところにいると。地域によってそういう特性があります。

澁澤栄 委員

ありがとうございます。

今の説明で私はかなり理解できました。ありがとうございます。

重富秀一 座長

ありがとうございました。今後の検討にも関係することなので、お気づきの点があれば、どうぞ遠慮なく御発言いただきたいと思います。何でも結構ですけれども。室月委員、どうぞ。

室月淳 委員

鈴木部会長の分かりやすい説明で、非常にありがとうございました。

質問が2つあります。1つ目は先ほどの中山委員がお聞きになったこととちよっとかぶりますが、資料4-1、①-7のところの一連の累積の悪性の発見率についてですね。確かに20歳以降がプラトーになっていて、これがスクリーニング効果を証明しているのだというような御説明だったのですが、実際にその20歳以降の発見率に関して、この分母と分子の実数がどのぐらいになりますか？実際にはこれはあまり多くはないわけですね。ですから、このプラトーが本当に実質的な意味があるかどうかという問題があると思います。

2つ目の質問は、①-63の、カプランマイヤーの表についてです。この質問は前回も指摘したのですが、この検定によると、やっぱり12.5年で計算して、この発見率が10万人当たり1,000人を明らかに超えて、1,100人ぐらいになっています。しかし甲状腺の生涯発症率というのは、1,000人は超えないわけですね。この人数に関しては、スクリーニング効果だけでは明らかに説明できないわけですが、これに関して、前回、今回何か見解を示していただけるかと思って期待していました。しかしどうも触れられていなかったようですから、そのことに関するお答えをよろしく願いいたします。

重富秀一 座長

2つの点ですね。お願いします。

鈴木元 甲状腺検査評価部会長

最初のポイントですね。これは、ここでフラットになっているのは、スクリーニングが止まったからではないかと。ですから、そのほかの症例は見えていないんで、本当にフラットなのかどうかは怪しいのではないかという御意見かと理解しました。ただ、それはがん登録のほうの、①-10ページ見ていただくと、それ以外の臨床で発見された方たちというのはここに見えているわけですが、同じように、やはり25歳の節目検診を受けたと思われる、あとはフラットになっているというようなことが見えていますんで、恐らくこれは単に母集

団、スクリーニングを受けた人の数が減っているから、それによる影響で見えていないというだけじゃなくて、全国的に見たときにやはり臨床がんは増えていないと、フラットになっているということかと思います。逆に言うと、がん登録に報告されている症例のかなりが検診で発見された症例であるというのは、前回も御報告していたかと思います。

それから、2番目の点、全国のがん罹患の統計との比較で、これは今回データがまだ出てきていないんですが、それぞれの集団、年齢階層別、5年階層別で、累積でどのように全国統計と比較して症例が増えていくかというようなデータはあります。全国がん罹患統計と福島の19歳以下の集団で、同じように5歳刻みの見ていったときにどういうふうに罹患率が変わっているかというのは、福島県立医大のほうに準備していただいております。今回の報告では、それがまだ外に出ていませんが、それは準備してはもらっていますんで、この次にでもしっかり部会報告の中で出させていただければと思います。

いまだに、多分がん登録の基礎情報のこの①-5、この年齢階層バージョンだというふうにちょっと思ってください。それによると、先ほども言いましたが、やはりまだ、スクリーニング効果によるかどうかということは別にして、全国統計よりは高い推移が続いています。

重富秀一 座長

そういうことだそうです。累積発見率の比較については、多分これからも継続してずっとやっていかなければならないものだとは思いますが、よろしいでしょうか。事務局から御発言ありますか。よろしいですか。

委員の方々から何か。熊谷委員、どうぞ。

熊谷敦史 委員

前回の54回の会議のときもお伺いしまして、全国がん登録での罹患率及びその年齢階層別の罹患率と比べたとき、現在、県民健康調査の累積がどれぐらい上回っているのかというのを検討するというふうに御議論の中でおっしゃっていただきましたので、今鈴木先生がおっしゃった、その比較という点については大変重要なものですから、期待して待ちたいというふうに思います。いずれにしても、非常に多くの症例がこの検診、県民健康調査で累積しているということは、全国よりも大きいということも伺いましたけれども、重要な点ですので、ぜひどうぞよろしくお願いいたします。

重富秀一 座長

よろしいでしょうか。

ほかにございますか。どうぞ、高村委員。

高村昇 委員

説明ありがとうございました。

これ前言ったのかもしれませんが、確かにこのいわゆる対照群のサンプリングの取り方は、偶然性とかにかなり左右されるんじゃないかなという考察は私も賛成なんですけれども、例えば、今1対3で全てやられていらっしゃるかと思うんですけれども、その1対3の比率を少し変えてみるというような議論とかはなかったんでしょうか。

鈴木元 甲状腺検査評価部会長

それもトライしてあります。有意ではなくなりますが、トレンドは、例えば浜通りでいうと変わりません。それは、さっきのがん登録を加えるとそれが変わってしまうというところもあるんで、やっぱり、がん登録症例で発見しているような方と、それから検診で発見されているような方の、検診受診行動のようなパターンが違っているのかなというふうに少し思っています。これは、浜通りで線量の低い人たちというのは、避難者なんですね。自主避難した人たちがそのカテゴリーに入るんです。ですから、そういう、避難地区と同様に、非避難地区だったけれども自主避難した人たちの意識、受診行動というのが、県全体から見たときは違っている可能性があるかなというふうに、これは個人的な見解ですが、そのように思っています。

重富秀一 座長

ありがとうございました。

ほかにございますか。

座長が質問しても良いのかどうか分かりませんけれどもお聞きいたします。累積発見率のお話がありましたが、累積発見率の比較で違いが出ているということと、後半にお話しいただいた放射線量の比較というのは別物と考えるのでしょうか。素人なのでよく分からないのですが。

鈴木元 甲状腺検査評価部会長

放射線量は、まず放射線量で3群に分けているというのは、放射線の影響が出るのであれば、線量が増えている群のほうがより高く出るだろう。しかも、低年齢層のほうが高く出るだろうというふうな仮説をもって解析しています。今のところ、その仮説はあまり証明されていないという状況。特に、がん登録症例も含めて、一番 Kaplan-Meier なんかに見ていった場合は出てこないと

いうことになっているかと思います。

累積発見率の変化というのは、これは大体今福島で発見された全症例、多分全国統計でいうと、この集団がそのまま35年ぐらい経ったときの総数に近いのかなというふうに、昔の解析では何かそういうふうな解析結果があったように少し覚えています。そうすると、今後、累積発見率をずっと追っかけていった場合に、今上がってフラットに、累積発見率が横ばいになってきていますね。これがどこかで全国の年齢別のカーブとクロスするようなところが出てくるんだろうと思っています。そういうクロスするところで初めてそれまでの症例が過剰診断が主だったのか、それとも先行で発見した症例が主だったのかとか、その割合はどうだったかとかいうような議論がやっとできるのかなと思っています。

重富秀一 座長

結論が出るのは時間がかかるということですか。

鈴木元 甲状腺検査評価部会長

その、どのくらいが、前回のまとめのときも、過剰診断とそれから本人にとってベネフィットのあった早期発見、治療の割合がどのくらいかというのは、現在的には全然判定できないんで、恐らく後方視的に追っかけていったときにそれが分かるだろうといったことは、今言ったような全国年齢階層別の集計と、今見ているものがどういう形で将来クロスしていくかというようなところまで追っかける必要があるのかなとは思っています。

重富秀一 座長

ありがとうございました。

それでは、委員からの御発言をいただきたいと思います。ほかに御発言のある方いらっしゃいませんか。よろしいでしょうか。赤田先生、何か御意見はありますか。よろしいですか。

それでは、最初の議題はここで終了させていただきます。

次は議事2に移ります。

議事2は甲状腺検査についてということで、事務局から御説明をお願いします。

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に御説明のほうをお願いします。

古屋文彦 甲状腺検査推進室長

本格検査、検査５回目の結果概要と検査６回目の実施状況について報告させていただきます。

資料２－１の１ページを御覧ください。

本格検査（検査５回目）の結果確定版として、令和６年１２月末時点の概要を報告いたします。

調査概要の１．目的、２．対象者、３．実施期間につきましては、前回の報告と変更ございません。

４の実施機関につきましては、前回令和６年９月末時点の報告から一次検査実施機関の数に変動はございません。二次検査の実施機関は、県内は変動はございませんで、７か所、県外は１か所増えて４２か所となっております。

続きまして、３ページを御覧ください。

一次検査の進捗状況です。

表の１を御覧ください。

対象者は２５万２,９３６人のうち、１１万３,９５９人が受診しており、受診率は４５.１％となります。

また、１１万３,９５９人の一次検査の検査結果が確定しておりまして、そのうちＡ１判定の方が３万２,８４６人の２８.８％、Ａ２判定の方が７万９,７６７人の７０.０％、Ｂ判定の方が１,３４６人の１.２％となります。前回報告から変動はございません。

５ページを御覧ください。

こちらは検査５回目の二次検査の進捗状況となります。

表５を御覧ください。

対象者１,３４６人のうち、１,１１６人が受診しており、受診率は８２.９％となります。そのうち１,１０１人の二次検査の結果が確定しており、内訳は、Ａ１相当の方が７人の０.６％、Ａ２相当の方が９７人の８.８％、Ａ１・Ａ２相当以外の方が９９７人の９０.６％となります。細胞診の受診者は、前回報告から２人増えておりまして１０１人となっております。

中段の（２）細胞診等結果は、悪性ないし悪性疑いの方が、前回報告から１人増えて合計５０人です。この５０人の前回の検査に当たる検査４回目の結果ですが、Ａ１相当の方が１１人、Ａ２相当、Ａ２判定の方が２７人、Ｂ判定の方が６人、未受診の方が６人という結果でございました。

なお、Ａ２判定２７人の内訳は、結節の方が１人、のう胞の方が２３人、結節と
のう胞両方の方が３人でした。

また、関連して手術症例は、２１ページの別表６を御覧ください。

合計４６人が手術を受けられており、これは前回報告からは変動はございません。

次に、本格検査、検査6回目の令和6年12月末時点での実施状況について報告させていただきます。

資料2-2の24ページを御覧ください。

表1の一次検査の進捗状況ですが、対象者数21万1,912人のうち、6万3,705人が受診しており、受診率は30.1%となります。

また、5万9,381人の一次検査の結果が確定し、そのうちA1判定の方が1万5,963人の26.9%、A2判定の方が4万2,534人の71.6%、B判定の方が884人の1.5%となっております。

次に、31ページをお開きください。

別表1、こちらは市町村別の一次検査の実施状況になります。

前回の54回の検討委員会におきまして、この資料をお示しした際に、注3の検査回の記載に誤りがございました。正しくは、こちらの資料と同じように、「本格検査（検査6回目）」とすべきところ、「検査5回目」と記載してありました。なお、当該箇所を修正した資料は、本日、県のホームページに掲載しております。

戻りまして、26ページを御覧ください。

検査6回目の二次検査の進捗状況について御説明させていただきます。

表5を御覧ください。

対象者884人のうち、555人が受診しており、受診率は62.8%です。

そのうち、493人の二次検査の結果が確定しており、内訳は、A1相当の方が1人の0.2%、A2相当の方が37人の7.5%、A1・A2相当以外の方が455人の92.3%です。なお、細胞診の受診者は30人です。

中段の（2）の細胞診等結果は、悪性ないし悪性疑いの方が前回報告から2人増えて合計14人です。この14人の前回の検査に当たる検査5回目の結果ですが、A1判定の方が2人、A2判定の方が5人、B判定の方が3人、未受診の方が4人という結果でした。

なお、A2判定5人の内訳は、のう胞の方が4人、結節とのもう胞両方の方が1人でした。

また、関連しました手術症例は、39ページの別表5を御覧ください。

合計10人の方が手術を受けられており、診断は全てが乳頭癌でした。

戻りまして、30ページを御覧ください。

3のこころのケア・サポートの取組状況についてです。

（1）の一次検査のサポートにつきまして、公共施設等の一般会場の全会場に検査結果説明ブースを設置しておりますが、受診者1,273人全員が利用されております。

（2）の出張説明会・出前授業について、令和5年4月以降、令和6年12月

末までの間、小学校 5 校、中学校 6 校、高等学校 2 校の 13 の学校、1,257 人に
出前授業を行っております。

(3) の二次検査のサポートにつきましては、230 人のサポートをしており、
この方々からの相談に延べ 353 回対応しております。

説明は以上となります。

重富 秀一 座長

ありがとうございました。

事務局から御説明いただきました。前半は、資料 2-1 にあります本格検査
の 5 回目の確定版ということです。それから、もう一つは 6 回目の中間報告、
今年の 3 月 31 日で終了した分の中間報告ということで、現在は本格検査 7 回目
に入っているということです。よろしくお願いします。

御質問ある委員の方はどうぞ、お願いします。どうぞ。

前田 光哉 委員

先ほど御説明いただいた内容に補足となりますが、②-1 ページ目と②-22
ページ目、両方とも、4 ポツとしまして、令和 6 年 12 月 31 日現在の実施機関の
数ということが掲載されてございます。そこで、一次検査の県外の検査実施機
関数、こちらが 150 か所という形で掲載をされているところでございます。

環境省におきましては、任意性を担保した上で、検査を希望される方が検査
を受けられる体制の整備をすることが大切だというふうに考えておりまして、
今般環境省の働きかけによりまして、この 150 は昨年末でございますが、今年
の 2 月からでございますけれども、県外の検査機関として、労働者健康安全機
構の 2 病院、そして今年の 3 月から国立病院機構の 2 病院が新たに共同利用方
式の検査実施機関として甲状腺検査の一次検査を実施することとなったところ
でございます。

その共同利用方式の検査実施機関と申しますと、例えば就職とか進学で、福
島県から神奈川県横浜市とか、神奈川県川崎市にいられている方が、オン
ラインでまず福島県立医大で問診していただくと。そして、その後日、検査を
自分の住んでいらっしゃる横浜市とか川崎市の近くの病院で検査を受ける。そ
ういった共同利用方式の検査の実施ということを今年の 2 月から 2 病院、3 月
から 2 病院、合計 4 病院がスタートしているところでございます。

そして、その甲状腺検査の一次検査を実施いただいているということでござ
いまして、環境省が実施いたします県民健康調査の甲状腺検査の充実に係る支
援事業を通じまして、こうした形で県外の検査実施機関の支援を引き続き行っ
てまいりたいと考えているところでございます。

御説明は以上でございます。

重富 秀一 座長

ありがとうございました。

ただいま前田委員から県外の検査施設は4医療機関増えたということですが、アナウンスメントはもう既にされているのですか。ホームページとかに載っていますか。どうぞ、事務局からお願いします。

志村 浩己 甲状腺検査部門長

ホームページにも掲載してあります。また、対象者にお送りする検査案内にも掲載して、新しい方式の検査が始まったことをお伝えしております。

重富 秀一 座長

ありがとうございました。

県外の医療機関が増えることは大変結構なことですが、この件について何か御発言ある方いらっしゃいますでしょうか。よろしいでしょうか。

前田委員から追加発言をいただきましたが、ほかに何か質問はございますか。まだ時間もありませんけれども、よろしいでしょうか。

それでは、議事2はここで終了いたします。

次、議事3、調査情報の学術研究目的のための第三者提供についてということで、事務局から御説明をお願いします。

植田 浩一 県民健康調査課長

私のほうから説明させていただきます。

資料の3及び、その次にあります参考資料1というところで御説明させていただきます。

まず初めに、イントロダクションとしまして、福島県県民健康調査データの学術研究目的のための第三者提供につきましては、令和5年3月に開催しました第47回「県民健康調査」検討委員会におきまして、第三者への提供に向けた制度検証の実施を御報告したところであります。その後、進捗状況等については適宜検討委員会に報告していくということになりました。そのため本日は、制度検証の現在の実施状況や今後の対応予定につきまして御報告させていただきます。

初めに、改めて今回の制度検証を実施するに至った背景等につきまして、御説明させていただきます。

初めての委員の方もおられますので、まず初めに、順番逆になりますが、参

考資料１のほうを御覧いただきたいというふうに思います。

こちらの資料は、令和５年３月の第４７回検討委員会における資料でございます。

まず、１、（１）の目的を御覧いただきたいと思います。

県民健康調査データの学術研究目的のための第三者提供につきましては、県民健康調査に関する国内外の幅広い研究の促進などを目的に、公益性のある研究に対してデータの提供を行うというものでございます。

次に、（２）背景（経緯）のところを御覧いただきたいというふうに思います。

時系列に取組を説明させていただきます。

まず、アにありますとおり、平成２８年３月の検討委員会における中間取りまとめにおいて、「調査結果が国内外の専門家にも広く活用されるよう、データの管理や提供のルールを定める必要がある。」というふうにされました。

これを受けまして、イのとおり、学術研究目的のためのデータ提供に関する検討部会で御議論いただきまして、令和元年６月に第三者提供の在り方に関する報告書が取りまとめられました。

この報告書を踏まえ、ウのとおり、令和元年以降、県では、第三者提供に関するガイドラインや関係規程等の整備を行いまして、令和５年３月の第４７回検討委員会において、制度検証等のための一連の手続について御報告したところでございます。

続きまして、その後の進捗状況について御報告させていただきます。

資料３のほうにお戻りいただきたいと思います。

まず、１経過のところを御覧いただきたいと思います。

（１）のとおり、第４７回検討委員会の後、この制度検証に御協力いただく研究者において研究計画の検討及び策定が行われました。令和６年度に入りまして、研究計画とともにデータ提供に係る申請書が県に提出され、書類上での不備がないかなどの事前確認を行いました。

審査の準備が整ったことから、（２）のとおり、令和７年２月及び３月に福島県県民健康調査の調査情報提供に関する審査会を開催しまして審査結果が県に報告されました。

その後（３）のとおり、県は審査会の結果を踏まえ、提出された研究計画へのデータ提供がガイドライン等の規定上問題がないかどうか判断しまして、４月に提供の承認をしたところでございます。

なお、データ提供に当たっては、個人情報の保護の観点から慎重な対応が必要となります。

そこで、（４）のとおり、調査対象者の方々への配慮のため、自身の情報が

研究に提供されることを拒否できる機会を設けること、これをオプトアウトというふうに言いますが、このオプトアウトを実施した上で実際の提供を行うこととし、近々開始する予定でございます。

次に、2 今後の予定のところを御覧いただきたいと思います。

(1) のとおり、研究へのデータ提供の拒否申出をされた方の情報を除外した上、個人が特定されることがないように匿名化を行い、データを提供することになります。

また、データを提供した後になりますが、(2) のとおり、研究結果の公表を行う際には県の確認・承認を要する制度内容となっております。適宜公表に係る確認を行っていくことといたします。

なお、ここでいう公表とは、最終的な論文発表時だけでなく、研究者が所属する大学内や班会議での報告など、承認されたデータ利用者以外に研究の途中経過を示す場合も公表として扱う規定となっておりますので、複数回の公表時確認を予定しているところでございます。

そのほか(3) のとおり、実地監査等、ガイドラインに定める事項についても必要に応じ確認していく予定でありまして、引き続き制度検証を進めてまいります。

なお、下段には参考といたしまして、今回実施している制度検証に御協力いただいております研究者の方の名前等の情報を記載しております。

福島県県民健康調査データの学術研究目的のための第三者提供に関する制度検証の進捗状況等についての報告は以上でございます。

重富秀一 座長

ありがとうございました。事務局から御説明いただきました。

このデータ提供の問題については以前からお話があって、データ提供も重要だけれども、個人情報の保護とか、提供したデータをどういうふうにするのかという問題もあります。個人情報の情報漏えいがありますと大変なことになりますので慎重に取り扱うということですが、提供する事例が出たということですね。

植田浩一 県民健康調査課長

モデルケースということであります。

重富秀一 座長

何か御質問ありますか。澁澤委員。

澁澤栄 委員

ここで、例えばオプトアウトの実施というようにあるんですが、これを正しくされたかどうかを検証するような仕組みというのはあるんでしょうか。もし県がやるとしたら利益相反になるので、後々問題になるかと思いますが。

重富秀一 座長

その辺はいかがでしょうか。

植田浩一 県民健康調査課長

オプトアウトにつきましては、県のほうで行うというふうになっております。オプトアウトにつきましては、近々行う予定でございますので、その際にはホームページ等に公表させていただきたいと思います。

澁澤栄 委員

違う違う。県が正しく実行したかどうかを県と利害関係のない組織が判断すると。

重富秀一 座長

質問はそういうことですね。

澁澤栄 委員

日本はすごく弱いんだよね。

重富秀一 座長

県が除外するのではなくて、県と利益が一致しない第三者が判断するということですね。県の判断が正しいかどうか、それでいいのかどうかを検証するということでしょうか。

澁澤栄 委員

そうそう。そうすると、対外的に何か言われても、これはちゃんとしっかりとしたシステムで動いていましたと言えるけれども、自分で自分のことを評価してしまったら、（公平な評価がないので）後で言い訳が大変です（できません）。

重富秀一 座長

よろしいですか。要するに除外申請が出たからといって、県の判断で決める

のではなく、中立的な立場の第三者の検証の下に行く。そういうことですね。

澁澤栄 委員

いや、手続が正当に行われたかというのを見て、大丈夫ですということで、監査委員会じゃないけれども、ちゃんと判子押せばいいんですけれども。その辺、仕組みや仕掛けは、結構県の組織って弱いんですね。

重富秀一 座長

十分慎重にやっていただきたいということですね。

澁澤栄 委員

だから、今回は慎重にやっていただきたいと思います。全国のモデルになるんじゃないですかね。

植田浩一 県民健康調査課長

大学の中の倫理審査委員会を通した上でオプトアウトという形になっておりますので、それは研究計画を審査した際にも、その前提条件になっております。

澁澤栄 委員

分かりました。ありがとうございます。

重富秀一 座長

そうすると、今回の事例は、きちんとした手続の下に行ったということですよらしいですね。

植田浩一 県民健康調査課長

はい、そうです。

重富秀一 座長

分かりました。なかなか難しい時代になりましたので、そのことを明記されておくとうろしいかもしれません。

ほかにございませんか。よろしいでしょうか。

そういう形で慎重に取り扱いながら提供するということですか。提供したデータというのは、その研究が終わると消去するのですか。

植田浩一 県民健康調査課長

はい、そういうふうになっております。

重富 秀一 座長

提供したデータは抹消してもらうということなのですね。

植田 浩一 県民健康調査課長

データそのものを抹消してもらうという形になっています。

重富 秀一 座長

それ約束で提供しているわけですね。

植田 浩一 県民健康調査課長

はい、そのとおりです。

重富 秀一 座長

ほかにありますか。よろしいでしょうか。

委員の皆様の協力で大分スムーズに議事が進行しました。ありがとうございます。そのほかに何かございますか。今日御発言されない委員の先生もいらっしやいますが、よろしいでしょうか。

それでは、予定された議事がすべて終了いたしましたので、事務局にお返しいたします。ありがとうございました。

菅野 誠 県民健康調査課主幹兼副課長

重富座長、議事の進行をありがとうございました。

以上をもちまして、第55回「県民健康調査」検討委員会を閉会いたします。