

「県民健康調査」検討委員会第3回「甲状腺検査評価部会」
議 事 録

日 時 平成26年6月10日（火）13:30～15:30

場 所 杉妻会館3階「百合」

出席者 <部会員 50音順、敬称略>

春日文子、加藤良平、櫻田尚樹、渋谷健司、清水一雄、清水修二、西美和

<環境省>

桐生康生 参事官

<福島県立医科大学>

鈴木眞一 教授、鈴木悟 教授

<福島県>

鈴木淳一 保健福祉部長、馬場義文 同次長、小林弘幸 県民健康調査課長

角田祐喜男 同主幹、小谷尚克 同主幹

角田祐喜男主幹

ただ今より、「県民健康調査」検討委員会第3回「甲状腺検査評価部会」を開催いたします。なお、既にお知らせしているところですが、本年4月より本調査の名称を「県民健康管理調査」から「県民健康調査」に変更しております。次に、部会員の出欠について報告をいたします。本日、津金部会員、星部会員が欠席となっております。

ここで、部会開催にあたり保健福祉部長よりご挨拶申し上げます。

鈴木淳一部長

皆さん、こんにちは。4月から福島県保健福祉部長に就任しました鈴木と申します。本日は遠方より、またお忙しい中、ご出席を賜りましてありがとうございます。甲状腺検査評価部会につきましては、委員の皆様のご議論の中からですね、専門的に議論を深めよう、あるいは県民の皆様へ更なる適切な情報を提供していこうということで、昨年秋に設けられまして、本日で3回目というふうに伺っております。前回のご議論の中では、調査そのもののデザイン、在り方、甲状腺がんの発見率、あるいは機器の進歩や検査機会の増加に伴いまして、診断数の増加、更には場合によっては過剰な診断ということもあるのではないか、といったような幅広にご議論をいただいたというふうに聞いております。ご承知のとおり甲状腺検査は3月までで一巡目を一応完了しまして、現在二巡目に着手しておりまして、新たなステップに入ってきているところでございます。県民の皆様からは、甲状腺がんについて関心が非常に高く、この部会からの情報の発信というのは、これまで以上に重要性も高まっているものと考えております。皆様方には引き続き、忌憚のないご意見を交わしていただきまして、県に対するご助言などもいただければと思っ

ておりますので、どうぞ、よろしく願いをいたします。今日の挨拶とさせていただきます。

角田祐喜男主幹

次に、今年度新任の課長を紹介いたします。県民健康調査を担当しております小林弘幸県民健康調査課長でございます。

小林弘幸課長

小林でございます。どうぞ、よろしく願いいたします。

角田祐喜男主幹

それでは、議事に移りたいと思います。議長につきましては、設置要綱によりまして部会長が務めることとなっておりますので、清水一雄部会長よろしく願いいたします。

清水一雄部会長

はい。それでは、第3回甲状腺検査評価部会を開催したいと思います。本当にお忙しい中ありがとうございました。まず、議事録署名人ですが、今回は渋谷先生と西先生よろしく願いいたします。

それでは、議事に入りたいと思います。今まで2回行われましたけれども、非常に建設的な意見が多くてですね、実りある会だと私は思っております。専門家の先生方に集まっていただいて、貴重な意見をいただいてですね、前向きにこの会が進んでいると思っております。今日は、まず最初に検査の進捗状況を県の方からご説明いただきます。その後、加藤副部会長から細胞診検査のベセスダ分類につきましてご説明をいただきたいと思います。その後ですね、私自分でピックアップしてきたのですが、これからも検討して行かなくてはならない問題がたくさんあります。時間の許す限り、1つずつピックアップしながら会議を進めていきたいと思っておりますので、ご協力のほどよろしく願いいたします。

では、まず最初に甲状腺検査の進捗状況について事務局の方からご説明をお願いいたします。

小林弘幸課長

はい。県民健康調査課の小林と申します。よろしく願いいたします。それでは、私の方から甲状腺検査の実施状況につきまして資料1によりご報告いたします。なお、この資料につきましては、先月19日に開催いたしました第15回（県民健康調査）検討委員会における資料でございますが、改めてご説明申し上げます。

まず、①-1ページ目をご覧ください。「進捗状況及び結果概要」でございますが、平成25年度の検査は34市町村、対象者約158,000人について実施しまして、1回目の甲状腺検査であります先行検査が今年の3月末に終了したところでございます。その結果ですが、上の表ですが、検査案内を送付しました368,651人中、受診者数が295,511人になりまして、一次検査の受診

率が 80.2%となっております。そのうち、97.1%にあたります 287,056 人の方が（平成 26 年）2 月 21 日までの検査分として判定されております。判定区分別内訳の割合でございますが、A 判定が、A1 の 51.6%、A2 の 47.7%、合わせまして 99.3%となっております。B 判定が 0.7%にあたります 2,069 人、C 判定が 1 人となっており、二次検査の対象者が合わせて 2,070 人になったところでございます。

下の表でございますが、「結節・のう胞の人数・割合」です。結節やのう胞の大きさによりまして、二次検査の対象と判定されました方の内訳としまして、5.1mm 以上の結節が認められた方が 2,051 人、20.1mm 以上ののう胞が認められた方が 12 人となっております。のう胞に関しましては、ほとんどの方が 20mm 以下ということが分かると思います。なお、大きさから A2 と判定された方であっても甲状腺の状況により、B 判定となった方もおります。

次に①-2 ページをお開き願います。二次検査の進捗状況でございますが、一次検査の結果、B 判定または C 判定とされました 2,070 人のうち 84.7%にあたります 1,754 人の方がこれまで二次検査を受診し、うち 1,598 人の方について結果が得られたところでございます。この中で、次回検査の A1、A2 については一次検査で B、C と判定されたものの、時間を置いて再検査したところ A1、A2 に再評価された方が合わせて 33.5%ということでございます。残りの 66.5%の 1,063 人の方につきましては、精査した結果、うち 41.1%であります 437 人の方が穿刺吸引細胞診を受診されたということでございます。

続きまして、①-3 ページをご覧ください。当初、二次検査の進捗が遅れていたことがありまして、それまで週 2 回 1 ブースを 25 年 1 月から週 2 回 2 ブースに、また 25 年 6 月以降につきましては週 2 回 3 ブースといたしました。25 年 7 月からは県内の 2 か所（医療機関）の検査実施機関で二次検査を実施し、更に 11 月からは県外実施機関において二次検査を開始したところでございます。大体、今のところ検査通知後、2 週間で二次検査の案内を送付していますので、同じようなペースで進んでいるということを示しております。

続きまして、①-4 ページをご覧ください。穿刺吸引細胞診の結果でございます。細胞診検査を実施された方 437 人のうち 90 人について、悪性ないし悪性疑いとされたところでございます。年度別の内訳としましては、23 年度が 15 人、24 年度が 54 人、25 年度が 21 人となっております。合計で 90 人のうち 51 人の方が手術を受けられ、その結果 1 人が良性の結節だったことが確認され、その他の 50 人につきましては悪性との診断がされております。また、50 人のうち 49 人につきましては乳頭がんとされ、1 人につきましては低分化がん疑いという状況でございます。手術の結果、良性と確認された 1 名を含んで悪性ないし悪性疑いとされた 90 人の性別の内訳としましては、男性が 32 人、女性が 58 人。また、平均年齢が二次検査時点で 16.9 歳±2.7 歳、震災当時だと 14.7 歳±2.7 歳。また、平均腫瘍径は 14.2±7.4mm、最大腫瘍径としましては 40.5mm となっております。震災当時の性別年齢分布は真ん中のグラフの（2）の A のとおりとなっております。これまでの検査では、放射線の感受性が高いとされます若年層に悪性ないし悪性疑いの確認例が少ないという状況であります。特に事故後 5 歳以下では確認されていない状況でございます。

次に①-5 ページをご覧ください。県民健康調査の基本調査で外部被ばく線量の推計を行っていますが、悪性ないし悪性疑いとされた 90 人について基本調査にご回答され、外部被ばく線量の推計値が得られた方が 34 人おります。この性別の内訳としましては、男性が 11 人女性が 23 人で全員の方が 2.5mSv 未満となっております。(4) の血液検査及び尿中ヨウ素に関しましては、サイログロブリンの抗体だけが悪性ないし悪性疑いの方がやや高いものの、それ以外については差がございません。また、尿中ヨウ素も特段の差がございませんでした。

続きまして、①-6 ページから①-7 ページをご覧ください。二次検査の市町村別の結果でございます。一次検査受診者に対する悪性ないし悪性疑いの方の割合がこの表の右下なんです、23 年度は 0.03%、24 年度が 0.04%、①-7 ページにいきまして 25 年度が 0.02%、全体で 0.03% となっております。なお、新たに悪性ないし悪性疑いで見つかった市町村につきましては、①-7 ページ表の上から 8 番目の石川町、更に 2 つとんで平田村、棚倉町、中ほどの下郷町でございます。

続きまして、①-8 ページをご覧ください。①-8 ページから①-11 ページにつきましては、市町村別一次検査の受診状況の資料でございます。ここでわかりますことは、年齢階層別受診者数と受診率が出ていることから、例えば①-11 ページの 1 番下の合計欄の年齢階層ごとの受診率を見ますと、例えば 6 歳から 10 歳の階層では受診率が 95.5%となっているものの、16 歳から 18 歳の階層では 50.5%となっていることがわかります。

次に①-12 ページですが、「都道府県別一次検査受診状況」ということで、県外に避難された方や転居された方も検査できるように現在 84 施設と協定を締結しておりまして、(平成 26 年) 3 月 31 日現在で 8,845 人の方が実際に受診されたということでございます。

次に①-13 ページから①-16 ページにつきましては、「市町村別一次検査結果」を載せております。これにつきましては、後ほどご覧いただければと存じます。

続きまして、①-17 ページをご覧ください。検査結果確定者の年齢及び性別の数値と分布でございます。A1 は震災当時 0 歳から 5 歳に多く、A2 は 6 歳から 15 歳、その後若干下がります。A2 と B 判定に関しましては共に思春期以降、女性に多いことがわかります。

次に①-18 ページ。18 ページにつきましては結節の大きさの分布が出ております。下の棒グラフを見ると、5 mm に一番のピークがあり、それ以降は順次下がっているのが分かると思います。

次に①-19 ページののう胞につきましては、同じように下のグラフを見れば、3 mm 以下が極めて多いことが分かると思います。

次に①-20 ページから①-21 ページ。これは二次検査の市町村別の判定結果をお示したものであります。後ほどご覧いただければと存じます。

最後に、もう一度①-7 ページをご覧ください。7 ページの下の 3 の「本格検査の実施について」でございます。冒頭に申し上げましたが、3 月末で 1 回目の甲状腺検査である先行検査が終了いたしました。4 月から本格検査といたしまして、2 回目の検査を開始し、今年度は避難区域等の 13 市町村を始めとしまして、25 市町村の約 220,000 人の方を対象に順次検査実施のお知らせを送付しているところでございます。また、2 回目の検査から平成 24 年 4 月 1 日までに生

まれた方、つまり、震災時に胎児であった方まで拡大して検査を実施することになっております。更に、受診者の利便性を考慮しまして、身近な医療機関で受診ができるよう、検査拠点の整備しているところがございます。現在、県内で既に 59 の医療機関を指定しております、うち 4 医療機関が県立医大との協定を締結し、順次検査を実施する予定になっております。最後に先行検査を終了しまして、3 月現在の受診率が 80.2%という数値を公表したところがございますが、今後、この検査を長期にわたり継続的に実施していくためには、県民の皆様のご理解のもと確実に受診していただくことが大変重要となっております。従いまして、まだ受診されていない方に対しては、受診勧奨や検査拠点の拡充などを通して、受診率の向上に努めてまいりたいと考えております。以上で甲状腺検査の概要（結果）と実施状況についてのご説明とさせていただきます。よろしくお願いいたします。

清水一雄部会長

はい。ありがとうございました。

小林弘幸課長

続きまして、資料 2 ですが、先月に、環境省の方で報告がありました「甲状腺結節性疾患有所見率等調査事業（いわゆる「3 県調査）」の追跡調査事業の結果について改めてご説明いたします。この事業は、環境省において平成 24 年度に 3 県（青森県、山梨県、長崎県）において、3 歳から 18 歳、約 4,300 人の子供を対象に甲状腺の超音波検査を実施したところがございます。その結果として、A1 判定、A2 判定、B 判定がほぼ福島県同等、同様の頻度で見られたというのが 1 年前の発表でございます。今回は B 判定になった 44 名について、その後の追跡調査を行い、その結果を速報という形で、去る 3 月 28 日に発表されたものでございます。

②-2 ページをご覧ください。ただ今ご説明した経緯が書かれているところでございます。

次の②-3 ページをご覧ください。その結果が出ておまして、上から見ますと 4,365 人のうち B 判定もしくは C 判定、C 判定は 0 人ではありますが、44 人のうちフォローアップができ、確定結果が分かった方が 31 人おります。そのうち甲状腺がんと診断された方が 1 名ということでございます。以上、簡単ではございますが、報告ということでご説明しました。よろしくお願いいたします。

清水一雄部会長

はい。ありがとうございました。それでは、質疑に写りたいと思います。何かご意見あるいはご質問ございますか。はい、西先生よろしくお願いいたします。

西美和部会員

広島以西と申します。資料 1 の、平成 23 年度と平成 24 年度の受診者数は、14.5%は受診していないんですが、その人達の受診しない理由と、この人達も 2 回目に入っていますから、この

人達が今度受診して、甲状腺がんあるいは疑いが発見された場合、4、5年経っているということになりますので、必ずそういうときは初回はそういう検査を受けなかったということを明記しておかないと4、5年経ったからがんになったんじゃないかという不安感を持たれることになります。

それと、①-2ページの「通常診療等」というこの言葉もちょっと、一般の人はここに細胞診が入っているのも、なんか普通の人には通常診療と細胞診受診とは違うと思われがちですけれども、それで437人が細胞診を受診されていますが、カの1,063人のうち本当は細胞診をやるべきだった人は何人だったかということですね。これは、3県調査の方でも、20人中本当は何人にした方が良かったのか、そこがちょっと不明確なような気がします。

それから①-12ページの沖縄県に110人もいらっしゃいますけれども、結構遠い所にですね、なぜ沖縄に行かれた方が多いのかですね、何か理由が分かっていたら教えていただきたいと思っています。以上でございます。

小林弘幸課長

まず、受診率3月末で80.2%と数字を出したんですが、これにつきましては、我々としては、県全体で80.2%。ただ、80.2%といいながら、未受診者が約70,000人強おります。当然、我々としては、この調査をやる以上は、必ず受けていただく方針のもとでやっているということなんですが、若干、地域別と年齢別ですね数字が違いまして、例えば資料の①-8ページをちょっと見ていただきますと、市町村別に一番下が例えば23年度、これは線量の高かった地域をやりました。その、小計の受診率87.9%になっています。次に1-⑨ページ。これが24年度。24年度が86.3%。更に25年度にやった時の受診率が(1-⑩ページ)、下から2行目の71.4%。全体で80.2%となっております。年度ごとに受診率が下がっています。1つの要因としては、やり方として最初は線量の高かった地域から始め、最後に一番線量が低い会津地域で終わったということから、どうしても、県民の方に検査を受けることに対して意識の問題があったということがございます。これが地域の問題です。もう1つは、年齢の問題なんですが、例えば1-⑩ページの年齢階層別受診者数(年齢階層別内訳)のところで際立って、例えば一番高いところは6歳から10歳が95.5%になっていますが、16歳から18歳を見ると約半分しか受けていないということがございます。この理由としては、まず当時16歳から18歳だった方が現在社会人になっているということで、たぶん、少なからず高校を卒業して進学で県外に行った方、又は就職で県外に行った方が含まれます。もう1つの理由は、高校の校舎を使ってできなかったということもございます。その辺ですが、これからどういった対策を取るかというところで、私どもとしては、1つは身近な医療機関でなるべく受けていただくということで、その関係で拠点機関を増やしました。もう1つは、なかなか高校の校舎で受けられなかったということで、平成26年度から全県的に高校でやりましょうということになっております。県外にいる方のフォローについては、県外で受けられる医療機関を増やす方向でやっていきたいということと、今後、転居とかで住所が変わる方のフォローアップが非常に重要ですのでしっかりしてやっていきたい

と思っております。

清水一雄部会長

よろしいですか。はい、お願いします。

鈴木淳一部長

手元に資料が無くて恐縮ですが、沖縄県にはそれなりの数の県民が避難しておりまして、様々なことを我々も聞いておりますが、1つには原発が立地していない。原発に対する不安感、あるいは放射線に対する不安感が強い方が遠くの沖縄に避難されているということが1つ。もう1つは、受け入れ側として、沖縄県はかなり手厚い受け入れをしていただいております。そんなこともありまして、なかなか沖縄に避難している方の数は減少しない。むしろ、微増しているくらいの状況でございます。ご参考になれば。

清水一雄部会長

鈴木先生お願いします。

鈴木眞一教授

3番目のご質問の細胞診、二次検査での細胞診をどのくらいの方が実際やっていた人もどうだったのかということですが、まずはこの細胞診に対してはこの検査の場合、超音波検査をしてどういう人が細胞診をすべきかという基準を決めてあります。その基準に従うというのは当然なんですけど、もちろん1対1の対応ですので、どうしても検査をしてほしい人をしない訳にもいかない。あと同意をとらないといけないので、同意を拒否すればやらないということがあります。前者の場合は、特に震災直後の初年度は非常に多い印象がある。統計は取っていませんけど。ただ、その後に関してはガイドラインを遵守しながらやっている中で、同意を得られなかったという人は、我々の記憶からは極めてほとんどないということで、同意していないという人はいないと思います。すべて受けに来なかった人がいるかどうかは正確な数字は持っていませんけど、ほとんどいないはずですよ。受診勧奨は間違いなくしています。基本的には超音波でややどちらだか安全かどうか確実に言えないものは二次検査に回しています。二次検査に回したところで、超音波検査でこれは超音波検査のみで十分だ。で、超音波検査での半年ないし1年後の経過観察で十分だという方が細胞診を受けない方になるわけですが、その中の基準に入る人はいないと思います。

清水一雄部会長

ちょうど、1-⑫ページの今話が出たので、ちょっと私が気になっていることがありまして、それは沖縄県の110人もそうですが、受診率が年々低下している。意識の問題とか、あるいは就職したり、そういう受診する機会がなくなるだろう、持たなくなるだろうということもあると思

うんですね。そうすると、県外あるいは日本全国の施設に、近いところに行かざるを得ないということもあると思うんですけども、この表を見ますと例えば新潟県。560人も受診して実施機関数が1つと大変な対応だと思います。ですから、200人以上の受診者がいて1機関というところが結構ありまして、秋田県、埼玉県。そんなような所は、これは84施設というのは希望を申し出てきたところでしょうか。それとも、関連施設ですか。

鈴木眞一教授

福島医大から回答します。これは県外施設に関しては一定の基準がありますので、一定の資格基準を満たしたところと契約をするという形になります。専門医がいないといけません。後は機器の基準とかいろんなものがありますので、それを全部クリアして契約した。ですから、最初各都道府県にもっと133くらい専門委員会の方で推薦したのですが、実際に締結できているのが、今このくらいの84施設ということで、実際には運用できるところまで至っていないのが現状です。

清水一雄部会長

それは外科系だけじゃなくて放射線、小児科、超音波、内科全部含まれているのですか。

鈴木眞一教授

放射線科は入っておりませんが、基本的には小児科の小児内分泌、あと内科の甲状腺、外科の甲状腺、そして病理関係も入っていますけど細胞診ができる医師は入っています。超音波関係ですね。

清水一雄部会長

それで、新潟県は1施設になるということですか。

鈴木眞一教授

そういう事情ですので、ここの(1-⑫)下を見ていただくとおり、2回福島医大で出張検査をしています。今後も、新潟は人数が多いので今日以降、出張検査に行く予定になっております。

清水一雄部会長

受入体制をしっかりしていかないと、全国に散らばってしまう人たちのフォローアップがなかなか難しくなるのではないのでしょうか。

鈴木眞一教授

そのとおりだと思います。後はこの人数ですが、例えば、埼玉が多い場合、神奈川が多い場合、東京と非常にアクセスが近いので、どういう範囲で見るか。近畿地方もそうですが、各県に細切

れにした方がよいところと生活圏が非常に近いところの場合はそのアクセスで行ってもらうこともありますので、なかなか地図だけでは読めないところもある。後は、新幹線沿いと、地元に戻ってきて受ける人も容易にできるところと、しにくいところがある。そういうことも経験していますので、その辺は中々この数値だけでは対応が決められないということが現実です。

清水一雄部会長

埼玉の県外施設が1つだが。

鈴木眞一教授

人口は多いのですが、医療圏は東京なんですよ、実際は。通常の医療もほとんどが東京で、学校も東京に行っている、仕事も東京に行っている人が多いので、そこは全体で見ないと読めないところがございます。

清水一雄部会長

はい、ありがとうございます。ほかにどうぞ。榊田先生。

榊田尚樹部会員

先程の西先生の質問に関して、回答がなかった点でもう1回ちょっと確認をお願いしたいんですけれども、今までも先行調査において受けていない人が今後は、今年からの本格調査においても受ける人が出てくるはずですけどということに対して、その結果の表示に関しては先程、西先生からの指摘がありましたけれども、過去に受けた人と受けてない人は別にして結果をまとめて出していくということをしないと、誤解を生むことになっていく。前回議論があったことに鑑みますけども、誤解を生むことになっていくんだと思いますので、そこのところはちょっと御注意いただければと思います。

渋谷健司部会員

東京大学 渋谷でございます。いろいろいつも福島医科大学詳細にまとめていただいてありがとうございます。環境省の資料2の(速報)について、ちょっと確認なんですけれども、PLOS ONE という雑誌に関わった方が2013年12月に報告されているんですが、トータルの4,300名くらいですか、各県たぶん1,300~1,600で、確か幼稚園と小学校と大学1校ずつ指定やったはずなんで、たぶんおそらく、福島県のその性年齢階級別の分布とおそらくそのサンプルと多少違ってくる可能性があるんで、ラフに性年齢調整せずに比較するというのは、ちょっとどうかなという気もする。あんまり変わらないかもしれないんですが、ただサンプルがかなり偏っている可能性があるんで、解釈は少し気をつけた方がいいという気もしました。とりあえず、今のところはそれだけです。

清水一雄部会長

はい、春日先生お願いします。

春日文字部会員

質問させていただきなのですが、資料1の1-⑦ページ、本格検査の際に2回目から、平成24年4月1日まで生まれたお子さんまで拡大するという、この意味について教えていただけるでしょうか。

2回目の検査からは胎内、また胎児というか、まだ胎児にもなっていなかったお子さんも含めてですね、平成24年4月までに生まれたお子さんについても、検査対象拡大することですが、その意味について福島県あるいは福島県立医大の先生方はどのようにお考えなされたのか、教えていただければと思います。

清水一雄部会長

鈴木先生お願いします。

鈴木眞一教授

福島医大の方から説明させていただきます。春日会員が仰ったように、胎内、いわゆる前回はこの子達を含めてなかったですけども、お母さんの胎内にいた人ということで、この学年にしているわけですね。全部が正確に言うと胎内にいたわけではありませんけど、まだ胎内にいなかった人も含まれているんですが、これはやっぱりこれから検診をする時に、ここまでの子どもという同じ学年でいかないと、これが対象とされている学年ということで、ですから4月1日までというのはその学年になるということです。対象の学年ということです。その学年でないとこれから学校単位でこれから検診を続けて行きますので、そういうことも考えて少し幅を増やしたということです。厳密に胎内だけにこだわったわけではございません。ですからやや緩い範囲。

清水一雄部会長

同じ学年の中、同じジェネレーションの中で受ける人と受けない人がいるということになりますね。

鈴木眞一教授

ですから、学校で同じクラスで受けない、受ける子がいるというのはなるべく避けたいということがあります。ついでに渋谷先生の返事に、私も共著者になっているので、先ほどの件ですけど、当然それは対象年齢分布が違いますので、年齢を補正したデータも確か会議中には解析していますけれども、それでは福島県よりはやや高めで、決してそれは逆転することはないということでございます。

清水一雄部会長

他に委員（部会員）の先生ございますか。加藤先生お願いします。

加藤良平副部会長

病理の方からですね、ちょっとお聞きしたいんですが、データで出されているのは悪性ないし悪性疑いですよ。これはベセスダ分類、後でお話ししますけど、ベセスダ分類に則って細胞診もやられていて、悪性ないし悪性疑いということで出されていると思うんですが、良性の例えば、濾胞腺腫あるいは濾胞腺腫の疑い、濾胞性腫瘍の疑い、濾胞性腫瘍・濾胞性腫瘍疑いといったところの部分に関して、要するにその乳頭がんしか頭になくて、出されている様な感じがするんですけど、腫瘍濾胞がんというものと濾胞腺腫の部分ですね。その部分に関してのデータというのは当然あると思うんですが、その辺はいかがでしょうか。

清水一雄部会長

鈴木先生、お願いいたします。

鈴木眞一教授

はい。ベセスダ分類に則って分類していることは確かですけど、ここを出している悪性ないし悪性疑いというのは、通常の今の現行の甲状腺がん取扱規約に出てる悪性ないし悪性疑いということでございます。先生が仰ったように、悪性ないし悪性疑いというのは、濾胞性腫瘍に関しては必ずしもここで捉えきれない、入ってくるものもございますけれども、捉えきれないものが多いということで、そこに関してはデータを出せということでしょうか。

加藤良平副部会長

要するに腫瘍ですから、乳頭がんだけじゃなくて、良性の腫瘍も含めた濾胞性腫瘍というのがどうなっているのかということが知りたかったんです。

鈴木眞一教授

はい。そこに関してはやはり、濾胞性腫瘍として母集団が非常に多いわけですけど、その中で数名治療されている人はいます。

清水一雄部会長

他にございませんか。はい、どうぞ西先生。

西美和部会員

11 ページですね、年齢の 16 歳から 18 歳の受診率が 50% ちょっとですから、約半数の人が今から 2 回目で検査を受けるわけですから、一番がんの発生率が高い年齢層ですから、ここは先

程言いましたように、よくよく、今回のがんは初回の検査を受けていなくて見つかったものだと報告すべきです。4、5年目になりますから、ほら見なさい、原発事故と関係していると言われ兼ねませんので、きちんとそこは注意して記載願いたいと思いますし、①-18 ページの結節の大きさと書いてありますよね。この中でがんががん疑いがどこにあるか分かるようにですね、がん、がん疑いの人が大体どれくらいの大きさだったのかですね、だいたい 3cm や 4cm というのはですね、原発事故後直ぐに 1 年目 2 年目で発生することはないと思いますので、ですからここにも、もし分かる範囲内ですね、追記でいいですから①-18 ページにですね結節の大きさのところに、がん疑いが何人か書いてあれば分かると思います。

清水一雄部会長

他にございますか。前回から話題になっていたことなんですが、①-7 ページのですね先行検査、本格検査を開始されている 4 月以降ですね。そこで、部会として今まで行ってきた検査の妥当性あるいは必要な検査かどうか、あるいは他に追加した方がいいんじゃないかという検査があるかどうかを検討しようじゃないかという話あったと思うんですが、その辺のところ委員（部会員）の先生方がいかがでしょうか。何か進捗状況お聞きになってですね、検査の項目の中で更に加えた方がいいもの、あるいはあまり意味が無いのではないかということ、もしお気づきの点がありましたら、ちょっとご意見をいただきたいと思います。いかがでしょうか。西先生、お願いします。

西美和部会員

家族性ですね。家系内にかんとかですね、それはやっぱりプライバシーに関わりますので、家族的なものもありますね。家族性もね。そしたら、バツと出ますから。あるいは甲状腺がん、甲状腺がん疑いで兄弟例とか姉妹例とか、一世代、二世代であるかと思うんですね。それちょっとなかなかプライバシーの問題で難しいかもしれませんが、先生方のほうでそれだけ公表されなくていいですから、持っておられたらいいと思います。

清水一雄部会長

実際問題として、放射線に関係なくて遺伝する甲状腺疾患ありますので、それはもちろん専門施設でしっかりと家系を捉えていると思いますけども、乳頭がんに関しても最近言われてますけど、その辺のところはなかなかマスキングの中で、家族歴を捉えるのは難しいと思いますがいかがでしょうか。

鈴木眞一教授

私の方から答えさせてもらいます。まずは、遺伝性という言葉で、甲状腺の一番多い乳頭がんに関して、家族内集積性があるとは言われているものの、明確な遺伝形式も伝わってませんし、研究対象でありますので分かりません。ただ母集団が多いので、家族内に 2 人、3 人見られるも

のがあって、例えば一般的な研究例では、家系内に 3 名以上認められた場合はそういうものを濃厚として研究しようということもありますけれども、今明らかに遺伝子変異が分かって、ということで乳頭がんが遺伝するというものはないので、それはひとつ通常の我々の臨床の中では、そういうことも考えることがあるということで。ただ、甲状腺には遺伝する髄様がんがあるのと、後は甲状腺乳頭がんの中にも他の疾患で起こる遺伝性の腫瘍で、甲状腺にもがんが起こる遺伝性の病気がありますので、そういうものは偶然に見つからないとも限らないということがございます。そういうものも知られていることも事実です。ですから、すべての人にそういうことではないですけど、我々医学的にはそういうことも必要ですので、問診票の中で家族歴というのは十分に捉えるようにして、答えていただける範囲で答えていただくということで、今後の検討にするということもございますけど、今ここで即答できることはございません。

清水一雄部会長

他にいかがでしょうか。渋谷先生お願いします。

渋谷健司部会員

前回でも議論になったんですけども、参考資料で **Lancet letter** を添付させていただきましたけれども、2つだけ、前回の最後はですね、議事録を見ていただくと分かるんですが、最初の数年ベースラインがあってということで、だんだんいろいろ状況が分かってくることもありますし、まだ分からないこともあると思うんですが、1つはですね、前回、津金先生も仰ってましたけど、福島県と他の地域ですね、比較は妥当ではなくて、福島県内の線量の比較的高いところと低いところをやっていったらどうかという意見がありましたが、それに関してはそうしていくという方向性が多分医大の方からも示されていたと思うんですが、そうであるならば、おそらく最初のプロトコルをですね、プロトコルをもう一回検討して書き換える必要があるんじゃないかというのが1つです。それからもう1つは、津金先生の一般論として、現在がんの過剰診断、過剰治療というものが世界的に問題になっているという話がありましたし、西先生のプレゼンにもありましたように、大学生の方で非常に有病率が高いというのも出てきております。もちろん子どもの方は今まで知見がなかったものですから、ここまで大規模なものが無かったので、過剰診断というのはあまり言われなかったかもしれないですが、やはり今の状況をみるとですね、過剰診断の可能性というのも否定はできないという気がするんですが。そうしたのに対する県あるいは医大の立場というか、そうしたものをもう少し県民に知らせるのか、あるいはがんはがんとして治療をしていくのか、あるいはもしどういつ時点で過剰診断ということを含めて、今後もし必要があれば検査体制並びに治療方針というものを変えていくのか。もしそういう方針があるならば是非知らせていただけると有り難いと思います。

清水一雄部会長

私も渋谷先生の読ませていただきましたけれども、非常に大事なところでですね、前、何回も話

題になったと思うんですが、一度しっかりそれは時間を取って話したいと思うんですが、今日もし時間があればお話ししようかなと思っています。鈴木先生何かご意見ありますか。

鈴木眞一教授

プロトコルの件についてもごもっともなことで、その都度検討したいと思います。あと、先ほどからの過剰診療の件ですけど、我々この検診を始める前から、通常の住民や皆さんへの説明の言葉の中で多く出るとは既に分かっているということを言いながら、説明はしております。その中で、過剰診療という言葉が使われると非常に、非常に心痛むんですけど、我々、この甲状腺の治療診断する中でも、既に前回も申しましたけど、日本では1990年代に超音波ですることは過剰診療に繋がるので慎重にしよう、今回、検診はどうしてもこういう福島の状態でせざるを得なくなった時に、どうしようかということで、診断基準を作ったんです。過剰に取り上げることをしてしないで5mmまでにして、5mmから10mmも先ほど申したように、超音波だけけど本当に必要な人だけ細胞診をする。実際に細胞診をして、悪性ないし悪性の疑いが出ても、それが例えば通常の今までの臨床のレベルでは、過剰診療と言われるものに関して、それをあえて治療しているということはありません。通常のレベルで必要なものは治療し、通常の今の診療レベルで経過観察しているものは、同じ様に観察を進めています。その基準に関しては同じです。ただ、発見動機が検診という超音波検査をするのでそういうふうになっている。ですから、結果は全然発見率が違うということがあるので、それに対して今後どういうふうにするのかということはまだ違う、対象になっている福島県民の状況が違いますので、そこは今後検討の余地が必要かと思えます。あとは、渋谷先生が仰られたことに繋がるんですけど、県の我々みんなが心配してる、子どもを長きにわたって見守る検診をやるということが目的ですので、完璧に科学的に対照例をつくるのか、そういうことするのではなくて、子ども達の健康を長きにわたって見守るという中での検診ですので、決してその中でこういう貴重な意見をいただいたことを無視するわけではなくて、ここから盛り込めるものは盛り込みながら考えていきたいとは思いますが、それは個人の意見ですけれども。ありがたいことで、具体的にいろいろ教えていただいこうかと思えます。

清水一雄部会長

鈴木先生がいつも仰っていることで、いろんな検査をするけども、基本は子どもの健康、将来の不安の解消ということで、治療を優先するために過剰診断するために検査をしているのではないということだと思います。

春日文子部会員

今の鈴木先生の御説明大変納得できることで、私もここがその原発事故のあった福島県であるということを現実を踏まえてですね、やはりその子ども達に対して長期間予断を交えずにきちんとその健康状態を調査して、把握してその内容を公開していく、記録していくということが、

そのこと自体が大変、絶対に必要な事だというふうに理解しています。ただ、今までの議論の中で、私が自分として分からなくなっているのはですね、ある段階から通常診療に移行しますね。ただ、そもそもの診断は今鈴木先生が仰ったように、この県の事業としての健康調査なわけです。そこである基準を超したお子さん達が通常診療に移行する。そうするとそこです、もちろんプライバシーも出てきますし、医療上のそれに伴う秘密守秘事項も出てきますし、それからもちろんその費用負担をどうするかという大変重い問題が出てきます。さらにその患者さん達から得られた検体ですね、手術で取られた検体又はそれを解析した情報、これが誰のものなのか。どこまで誰に還元するべきものなのか、ここをですねこの機会に十分県民の皆様と一緒に議論すべきだと思います。一部につきましては親委員会（「県民健康調査」検討委員会）の方でも、以前から御説明がありましたように、新たな研究プロジェクトを開始されたということで、遺伝子解析の研究もこれから進められると思いますけれども、そうしますとその研究の対象となるデータはやはり誰のものなのか、その公表はどうか、その調査を超えた研究という次元に関しても、やはりその誰のものなのかということは常につきまとはずですね、皆で考えていくべきものだと思います。それを避けて正面から議論する時期に来ているのではないかというふうに感じます。

清水一雄部会長

誰のものかということ、検査する研究、研究と言っておかしいですね、情報収集してそれ整理していく施設、場所はそれぞれ違っていると思いますけれども、誰のものかと言われると、最終的には県民のためになると思うんですけども、そこに至るまで結構。何か、はい。

渋谷健司部会員

鈴木先生ありがとうございます。2つあって1つはですね、もちろん先生方が県民の健康のためと思っていらっしゃるのを皆重々承知しておりますし、やはり福島という状況を理解しているつもりです。ただ、今の段階でかなり数多くてですね、厳密な5mmあるいはA2、A1とか基準をつかってやってらっしゃると仰っていますが、ただそれでもやはり過剰診断の可能性というのは否定できない気もするんですが、ただ5mmのカットオフでそれに細胞診をしているから、過剰診断はない、過剰治療はないというのはどういうエビデンスなのかということをお教えいただきたいなと思います。それから、慢然とですね今の状況が続けるのか、あるいは今分かった知見でやはり春日先生が前回仰っていましたが、少しずつ軌道修正をしていくこと自体、私は全く間違っていないと思いますし、むしろその方が現実的でありますし、県民ためにもなるのではないかという気がするんですが、その辺いかがでしょうか。

鈴木眞一教授

今の技術的なことなので、私が答えさせていただきます。渋谷先生仰ることもっともなんですが、5mmという基準は、二次検査に回す基準が5mmであるんですけども、細胞診をするかし

ないかは、5～10mmの間というのは、今度は超音波の診断基準と別にあるんですけど、それで悪性の項目は6ないし7項目あるんですけど、それが全部揃った非常に厳しい条件の人、全てが強く悪性を疑うという人は細胞診を勧める。基本的には、5～10mmは極めて細胞診をしないというのが母集団だと思います。

渋谷健司部会員

悪性かどうかの話をしているのではなくて、それは擬陽性の話だと思うのですね。過剰診断というのはがんであっても、ほっておいてもおそらく生涯悪さをしない可能性があるということに対して、過剰診断と申し上げているわけであって、がんかどうかという擬陽性に関してではないです。

鈴木眞一教授

そこはその次になりますけど、将来までそれを言い切れるサイズというのは今のところ多くコンセンサスが得られているのは5mmまでで、5～10mmはケースバイケース。要するに5～10mmでも転移してる人もいれば、それは臨床的に今世界中どこでも取らなくちゃいけないし、取らなくてもいい、ですから今言ったような基準があってその中でより悪性度が高いと思われる人だけ5～10mmである。そうすると実際ほとんどが、リンパ節転移がもう既に見つかっているとか、そういう他の条件が上がることで、決して過剰にはならないと、通常の診療でも、当然大人でも通常治療を勧める範囲だということでございます。ですから、取らなくてもいいものを、子どもだから心配させて取っているということではございません。通常の診療で、それは誰でも見つければ取るだろうということです。

渋谷健司部会員

通常の診療でもやはり過剰診断ということは言われているわけでありまして、今は使えないですね。ですから堂々巡りなんですよ。

鈴木眞一教授

そうじゃなくて、臨床的に明らかに転移をしている。明らかに声が擦れるという人は治療しなくちゃいけないんです。

渋谷健司部会員

小児もほとんどそういうケースなんですか。

鈴木眞一教授

そういうケースを5～10mmの間で手術、特に小さいほうでなった人というのは、そういう条件がある方。10（mm）に近ければ近いほどもうそういうのは無くなってくる。

清水一雄部会長

この辺の話は後で、これからじっくりやっていきたいと思いますので、ちょっと深くまで入り過ぎてしまったので、ここで1回ですね、最初の県民健康調査進捗状況の報告の議論に引き続き戻したいと思いますけれども、実はですね次のベセスダの発表いただく時間が参っております、他に何かございますか。

1つだけ最後にお聞きしたかったことは、①-19 ページの、確か前にですね、この会で一般向けに説明して分かりにくいところがあるんじゃないかということで、それはなるべく分かり易い表現にしてあげるといいんじゃないかという意見もあったと思うんですけども、①-19 ページの下の棒グラフの3mm以下のう胞が圧倒的に多いですね。3mm以下というのはエコーで見ると、う胞なのかあるいはコロイド変性なのか分からないのが結構あるんじゃないかと思うんですね。それをまとめてう胞と言ってらっしゃるのか、あるいはそのいわゆるしこりじゃなくて変性ですかね。それは無視して、それは無しとしてやってらっしゃるのか、その辺をちょっと。

鈴木眞一教授

これは技術的に明らかにう胞だと思われているものしか入れてません。疑わしくて区別できないものは結節の方に分類しています。ですから、はっきりしてだんだんう胞と分かるものは結節の中から見つかります。

清水一雄部会長

よろしいでしょうか。じゃあ、最後に清水先生お願いいたします。

清水修二部会員

全く違う話ですけども、前回のこの回で示された韓国のデータは、今回の調査を検討する上でいわゆるそのコントロールグループ、対照群になり得えないのでしょうか。非常に膨大な規模で検査を行われたわけですね。その結果が過剰だというような議論ではありますけれども、とにかくデータとしては出てるというのは、参考にできないものなのでしょうか。

渋谷健司部会員

年齢が違って、基本的に女性の4人に1人が超音波を受けて、100人中2人が甲状腺がんが見つかるという。

清水修二部会員

年齢は不明なんですか。

渋谷健司部会員

違います。だいたい妊婦とかですね、若い女性の検診が多いので。

清水一雄部会長

多分、子供はやっていないですよ。

渋谷健司部会員

乳腺がんの時に同時にやるんですよ。超音波の甲状腺検査をやるんですよ。それで、4人に1人が受けていて、100人に2人くらい高頻度でがんが見つかるという話だったと思いますけれども。

清水一雄部会長

よろしいでしょうか。

西美和部会員

3県調査の2人細胞診をされてますけれども、細胞診するべき20人のうち何人がした方がよかったですでしょうか。2人だけ受けて1人にがんが見つかったのか、あと10何人かした方がよかたったのか。そのところが非常に曖昧で、よく分かりません。

鈴木眞一教授

それについては、僕らもわかりません。

清水一雄部会長

事務方の方で分かりますか。

桐生康生参事官（環境省）

環境省のものですけれども、私の方から補足させていただきます。正直なところ、私達もですね、そこについてはデータとしてはございません。ただ一次検査を行ってから、この追跡調査まで追跡期間が1年近く空いていますので、通常の医療の中で必要な検査はされているのではないかというふうには推測はしているところです。

西美和部会員

まだ、そうしますとまだ増える可能性はあり得るということですね。これは男女は書いてないですね、年齢とかね。女性ですよねだいたい。だから一番重要な、男女とかですね、年齢も非常に重要なんです。これ福島県のと比較するのにですね、この3県調査は。だから年齢別と男女はですね、きちっとないと比較にならないですね。はい、以上です。

清水一雄部会長

その点はよろしくお願ひいたします。他によろしいでしょうか。それでは、次の議題に移りたいと思います。次は、加藤先生の方からベセスダ分類に関しまして、ご講演いただければと思います。よろしくお願ひいたします。

加藤良平副部会長

本日はベセスダシステムについてお話してほしいというふうなことで、少し用意してきました。

まずはじめに、皆さん甲状腺あるいは甲状腺がんについて、あまりご存知のない方がかなりいらっしゃると思います。一体どういうものなのかということについて、まずはじめに少し触れさせていただいて、その後でベセスダについて簡単に説明していきたいと思います。

甲状腺というのは頸部にある皆さんよくご存知の組織なんですけど、こういうふうな濾胞の集まりです。この濾胞というのは、濾胞上皮細胞と C 細胞という2つの上皮細胞からなっているわけですね。

ヨード（ヨウ素）のことが問題になっていますが、甲状腺ホルモンをつくる時にですね、かなり複雑な過程を経て甲状腺ホルモンを作るわけなんですけど、この甲状腺ホルモンを作るには、サイログロブリンという大きなタンパクをヨード化しなくちゃいけないわけです。そのヨードをですね、甲状腺に取り込みまして、これはヨードの輸送体というのがありますね、甲状腺内にヨードを取り込んでいって、そしてサイログロブリンをヨード化して、それがもう一度取り込まれて、加水分解にして、血中の中に出ていくと。ですから、ヨードというのは必ず必要なものなんです。

これは、ワールドプレスフォトコンテストの写真ですけど、ご覧になってわかるように頸部が腫れています。1993年ですから、もう20年前になるわけなんですけど、世界中でのヨードの状況を見ますと20年前ではですね、16億人の人がヨード欠乏症の危険があるというふうなことがUNICEFとかWHOの合同調査で出されております。現在でもかなりの人が、まあ今はですね、だいぶ改善していると思いますが、今でもこういう人たちがかなりいる可能性は高いと思いますね。というのはですね、日本ではあまり身近じゃないんですね。日本というのは他の国と違いまして。ちなみにですね、チェルノブイリというのはこの辺なんですけど、チェルノブイリもヨード欠乏地帯に入っています。日本はどうかといいますとですね、日本人の食生活は非常にヨードが多いものを好んで食べるわけです。ですから、世界で最もヨード摂取量が多いと思いますね。一説によると、欧米人より10倍多いというふうにいわれております。日本でもですね、こういうふうには甲状腺が腫れたことがあるわけなんですけど、これは北海道から出てまいりまして、これはヨードの取り過ぎで、あまり取り過ぎますとですね、Wolff-Chaikoff effect（ウォルフ・チャイコフ効果）と申しましてですね、かえって甲状腺ホルモンの産生ができなくなってしまって、やはり甲状腺が腫れてしまうといったような報告があります。日本という国は、ヨードの摂取量が

ら考えますと、非常に極めて特殊な国であるということがいえるかもしれません。

甲状腺腫瘍性疾患というのは、今現在がんしか頭にないようなのですが、いろんなものがございます。たくさんのもものがございます。腫瘍でもですね、やはり良性の腫瘍と悪性の腫瘍、悪性のなかにはがんと肉腫というのがあります。

甲状腺腫瘍の簡単な分類を示しますとですね、余計なところを省いたものですね。先ほどの濾胞上皮から出てくる腫瘍には、このようなものがありまして、良性の腫瘍と悪性の腫瘍がありまして、これは腫瘍ではない過形成なんですけど、結節の中に入ります。

悪性のものには、濾胞がん、乳頭がん、低分化がん、未分化がんというこの4つがあります。そのうちですね、濾胞がんと乳頭がんというのは、高分化がんというような名前でも呼ばれております。「分化」というのは、正常にどれだけ近いか、要するに正常からどれだけ離れているかによって、低分化とか未分化という言葉を使っています。

先ほどちょっと話題に出ました C 細胞から出てくる腫瘍は、良性の概念がありませんので、すべて髄様がんということになります。その他いろんなものがあるわけです。

今問題になっています、検診で見つかっています甲状腺の乳頭がんですね。これは全体の甲状腺がん、これは大人の統計ですけど、乳頭がんの占める頻度というのは、現在では9割あるいは95%ぐらいまで上がるかも知れません。そのくらいですね。大部分の甲状腺がんというのは乳頭がんといっても悪くないわけですね。残りの10%の中に、濾胞がん、低分化がん、未分化がん、髄様がん、そんなものが入っているわけです。

特徴ですが、先ほど性や年齢をちゃんと書いてほしいというご指摘がありましたけど、その通りでございまして、乳頭がんというのは女性に多い。それから年齢ですが、やはり比較的若い人からも出てくることがあります。それから予後がいいと。ただし、リンパ節転移は高率におこしてまいります。ですから、がんであることは間違いない。

現在は、治療としては手術、それから外国では放射性ヨードをやるところもあると思いますが、基本的には手術ですね。それ以外には、広島、長崎の原爆投下後に増加したり、チェルノブイリの原発事故後に増加したというふうなことが、皆様もよくご存じのように知られているわけです。

術前診断がですね、これはあとでお話しますけれども、乳頭がんの診断というのは核の所見でありますので、極めて穿刺吸引細胞診というのが有用なんです。ですから、ゴールドスタンダードとして、術前診断は超音波検査と穿刺吸引細胞診、この2つが普及しております。

我々がですね、病理診断をやるときのアルゴリズムなんですけど、乳頭がんというのは先ほどお話ししたように核の所見で診断するものですから、まず甲状腺の検体を受け取ったときには、核に乳頭がんの所見があるかないか、あれば乳頭がんの方を考えます。なければ、いろんなものを考えますね。

そして、問題はここなんですけど、濾胞がんの診断というのは、乳頭がん、濾胞がんという高分化がんなんですけど、濾胞がんの診断は細胞診ではなかなか困難だというふうに考えられておまして、腫瘍が入り込んでいく像を診て、悪性か良性かを判定するというようになっております。

現在、日本で我々病理医が組織細胞診断を行う場合の分類というのは、取扱い規約分類とWHO分類というのがあります。この2つを参考にして診断を行っています。組織分類というのは、我々のなかでは憲法のようなものです。

細胞診に関しましては、少し事情が違っていて、これは甲状腺がんの取扱い規約分類もあれば、昨年出された甲状腺学会の診療ガイドラインの分類もあれば、パパニコロウソサエティというアメリカの団体がありましてその分類、それから昔から婦人科を中心に行われてきたパパニコロウのクラス分類というのがあります。それから、施設によっては独自の分類を使っていることもあります。基本的には取扱い規約なんですが、なかなか統一性が弱いというところがあります。

そこで、ベセスダシステムはということになるわけでありまして。なぜ、細胞診の共通分類が必要かといいますと、これは分類によって少しずつ良悪性の診断基準が違うんですね。ですから、やはり診断基準は統一して共有しなくちゃいけない。それから、同じような用語でも、例えば鑑別困難という用語でも、意味合いが少し違う場合があります。要するに、共通言語で我々は喋らなくてはならない。それから、同じデータを出してもですね、施設間のデータの比較が難しい場合があります。それが違っていけばですね、使用している分類が違えば、施設間のデータの比較が不可能であります。ですから、可能にする必要があります。ということで、共通の分類を使わなくちゃいけないということになります。学際的な妥当性、臨床的な有用性それから客観性、国際的コンセンサス、こんな様な事を踏まえて細胞組織分類を捉えなくてはならないわけですね。

組織の方は、WHOという分類がありまして、これは国際的コンセンサスを有しております。WHO分類なんですが、こんな様な資料が並列に並んでいるというような分類ですね。これは日本の取扱い規約分類なんですが、先ほどお話しした乳頭がん、濾胞がん、低分化がん、未分化がん、髄様がん、悪性リンパ腫、こんな様なところを一般的な悪性腫瘍として扱って、その他は分けて扱っております。ただし、WHO分類を基本にしていますので、使っている用語、診断基準は一緒です。

乳頭がんというのはどうして細胞診が有用かといいますと、乳頭がんというのは核所見で規定されている腫瘍だからですね。逆に言えばですね、核所見のみで規定されている腫瘍なわけです。乳頭がんの核所見というのは、核の溝とか核内細胞質、まあこの辺は難しい言葉になりますが、乳頭がんの核の所見があれば乳頭がんという診断をするようになりますね。ですから、組織ではなくても細胞というのを取ってきただけで診断が非常に有用である。他の臓器のがん、すべてのがんですね。こういうふうに核所見だけを重要視して診断をするというがんは乳頭がん以外にはない。ですから、**fine needle aspiration biopsy** というんですが、吸引細胞診というのが極めて有用な腫瘍ですね。

これはベセスダシステム、後でお話ししますが、それから甲状腺がん取扱い規約、パパニコロウソサエティの分類、パパニコロウクラス分類、いろいろな分類があつて細胞診の方はいろいろな人がいろいろな分類を使っているわけなんです。まだベセスダに関しては、日本では一般的ではありません。これが1対1対応するようになるべく考えていかなくちゃいけない

わけなんです、現在のところではこちら側の分類を主に使っております。また、一般的な病院では、クラス分類を使っているところが多いかも知れません。

取扱い規約なんです、現在、発刊後 10 年目を迎えておましてですね、そろそろこれは変えなくちゃいけないかな、古くなってきたということで、これは日本甲状腺外科学会というのがありまして、そこに病理委員会もあります。私が委員長なんです、現在、その取扱い規約の改定を目指して検討しております。その中で、今度の取扱い規約には甲状腺ベセスダシステムを入れて、全国的な共通的な分類を作ろうということです。

ベセスダシステムというのは、これは子宮頸部、婦人科領域で一般的な細胞診の分類なんです。婦人科では日本国中でこのベセスダシステムを使って診断をしております。ただし、日本でもですね、日本の病理診断医あるいは検査師、そのほかの先生方はコンサバティブで、なかなか新しい分類にとりつかない。婦人科の場合は、これは検診に使ったことでベセスダシステムが全国で採用になったということなんです。このベセスダシステムは、次は子宮体部とか乳腺とか行くかと思ったら、今度は甲状腺に入っちゃったんですね。突然甲状腺が出てきたということなんです。

これはベセスダシステムを使った論文の Pub Med をちょっと引いてみると、やはりかなりどんどんと普及をしているようですね。年齢とともに数が増えています。それから、アメリカではベセスダ分類を使った論文、細胞診の論文が約 80%、もっと増えると思いますね。日本以外で見ますとですね、アジアで先ほどお話された韓国なんかでは、もう既に 100%ベセスダシステムです。

日本ではどうかといいますと、日本からはまだベセスダシステムでの英語の論文は出ておりません。ですから、世界的なベセスダの流れからすれば、日本というのはその採用には慎重になっているということなんです、ただ現在、先ほどお話しした様な取扱い規約にする作業をすることが決まっているわけでございます。

それでももう少し詳しくベセスダシステム 2007 についてお話ししますと、このベセスダシステムというのはアメリカのメリーランド州にあるベセスダという土地にある米国の国立がん研究所、NCI というんですが、そこで開かれた甲状腺の細胞診の診断学術カンファレンスの成果をまとめたものが、いわゆる今言っているベセスダシステムというものです。その成果をまとめてバロックという人がいくつかの論文を書きまして、それをベセスダシステムというような名前と呼んでるわけです。システムを作った人の中には、欧米の方、当然アメリカの方々が多いんですが、日本の中の人が入っておりません。

問題の診断のカテゴリーなんです、これは不適正、良性、今検診でやられているのは、ベセスダシステムに則ってやられているということでございますので、そのカテゴリーというものを理解していただければいいと思います。そのカテゴリーというのは、これは診断には不適正な検体でありますよということ、それから良性のもので、それから、異形があるんだけど、意義が不明なもの、それから、先ほど私が質問した濾胞性の腫瘍あるいは濾胞性腫瘍の疑い、そして悪性の疑い、悪性。今検診で悪性の疑い、悪性というのは、この部分のことを話しているわ

けですね。

これはベセスダシステム 2007 ではですね、悪性のリスク、それぞれのカテゴリーに含まれる悪性のリスクを出しています。だいたい、悪性の疑いであれば 7 割ぐらいですね。悪性という診断がつけば 99%、100%近くもう悪性という診断で手術しても悪性になってしまう。悪性の疑いでも 7 割ぐらいは悪性になります。このくらいの悪性の割合なんです。だから、悪性の疑い悪性といった場合は、もう 7 割以上 8 割近くはもう悪性とみなすだろうというふうなものです。

それぞれ見ていきますと、適切性の基準を満たさないものが不適正。これはいいでしょう。細かいことは略します。それから、良性のものはちゃんと良性和書きなさいと。悪性所見なしとか書かない。非腫瘍性とか書かない。良性和書きなさいということ。それから、これはかなり問題になってくると思いますが、従来、鑑別困難といわれているのは、意義不明な異型とか、異型とはですね、ちょっと正常のものとは違って、怪しいよということをしているわけなんです。こういったものが、そういう AUS、FLUS という名前と呼ばれております。

問題はですね、ここなんです、濾胞性腫瘍、濾胞性腫瘍の疑い。ここにはですね、従来濾胞がんでの悪性の疑いといったものは、これは濾胞性腫瘍ですね。乳頭がんの核所見を持たない腫瘍は、ここに入ります。ですから、ここは濾胞がんがかなり入ってきます。それから当然、濾胞腺腫といいまして良性の腫瘍が入ってきます。ですから、腫瘍というふうなことを考えますと、乳頭がんもあれば濾胞がんもあるわけです。あるいは濾胞腺腫がある。良性腫瘍もあります。実は多いかも知れません。だけど、特別ですけどね。甲状腺がんは。ですけど、ここに濾胞がんつていうのが含まれております。

ベセスダシステムの特徴は、悪性の疑いってというのはほとんどすべてが乳頭がんの疑いを指しているわけです。乳頭がんです。ですから、ここの検診で言われている悪性の疑い、悪性というのはほとんどすべてが悪性の疑いという項目ですね、ここがほとんどすべてが乳頭がんを指すわけです。他のがんを疑うこともありますが、濾胞がんはここには入らない。

悪性なんです、ここには乳頭がん、低分化がん、髄様がん、未分化がん、いろいろなものが悪性腫瘍としてあります。ただし、ベセスダシステムでは、細胞診で診断できる腫瘍のなかに濾胞がんは含まれておりません。今までの分類と大きく違うのは、この辺の考え方なんです。濾胞がんの扱いをどうするかという考え方です。いろいろな施設でですね、ベセスダシステムを検証しています。そしてこのカテゴリーで、それぞれのカテゴリーの頻度とか悪性の割合とか、そういったものを出しております。日本でも、最近では甲状腺の関心をもっている施設で、ベセスダシステムに則った悪性の割合とかそれぞれのカテゴリーの割合を出してきております。だいたいそうすると、ベセスダシステム、これは大人のものですけれどね、大人のものでどのくらいの割合であるかといいますと、良性はこのくらいの大きさで、AUS/FLUS の鑑別困難がこのくらい。それから、濾胞性腫瘍の疑いがこのくらいで、悪性がこのくらい。このくらいになるというふうなことが、ベセスダシステムでは、現在調べられております。ですから、大部分は良性ということになりますね。

これが悪性のリスクなんです、先ほどもお話しましたが、これは SFM という Suspicious

for malignancy、悪性の疑いと悪性が大体 7 割と 9 割以上。両方合わせますと、8 割ぐらい、8 割以上になるかも知れないですけど、悪性、悪性の疑いという形で検診ではそれを一緒にして出しています。

そうすると、例えば悪性の疑い、悪性にしても、100%が悪性になるわけではありません。先ほどちょっと悪性でないものが含まれていましたけど、悪性の疑いといった場合は、先ほどお話ししたように 7 割ぐらいが悪性になっているというようなことを考えていただければいいと思いますね。SFN っていうのは悪性の疑いなんですけど、施設によっては 100%すべて、悪性の疑いでも 100%のところもあります。これを 87%、悪性の疑いは 87%が悪性だったと。こちらは少しひどくてですね、53%、70%、97%、80%。ですから、悪性の疑いといいますが、施設によっては少しバラツキがあります。

これは細胞検査師さんとか病理医ですね。今、細胞診っていうのは細胞検査師さんがまず見て、それを病理医が鑑定をする訳なんですけど、経験の違いとか資格を持った者で、それでベセスダシステムをやった場合、違いが出てくるかどうかというのを見たものなんですけど、あまり差がないという結果が出ています。

ベセスダシステムというのは、特別な分類ではないんですが、少し扱い方に違いがありまして、そしてそれぞれのカテゴリーで悪性の割合というのが違うというふうになっている。それから、施設によっても malignancy rate、悪性の頻度というのが少し違ってきます。

福島の検診では、このベセスダを使っているというのは非常に賢明でして、日本の今度は取扱い規約、今年度中に改訂になる。来年度早々に改訂になると思うんですけど、そこではベセスダシステムを導入して基準を作ります。ですから、今やっている福島の検診のベセスダシステムの方向は非常にいいと思いますし、これから国際的にも、それを使った発表ができるシステムを使っているということで、学際的にはリーズナブルなものだというふうには私は思います。以上です。

清水一雄部会長

加藤先生、ありがとうございました。非常に分かり易くですねご説明いただいたと思いますが、御質問いただいてもよろしいですか。何か質問ございますか。渋谷先生お願いいたします。

渋谷健司部会員

非常に分かり易い解説ありがとうございました。あの病理学的にはさまざまな分類というのがよく分かったのですが、悪性のなかでもやはり予後はあんまり関係ないというか。予後も含めてその分類に関してひとつコメントいただければと思います。

加藤良平副部会長

あの、ここでは、話しませんでしたけど、あの乳頭がんの中でも今、十幾つかだけ亜型サブタイプがあるんですね。そのサブタイプの中には悪いものも、一般的な乳頭がんに比べると悪いものもあります。それからあと子どもに出てくる乳頭がんというものもありまして、幾つか知られて

おりまして、それはかなり広範囲に広まるタイプの様です。ですから、ひとことで乳頭がんと言いましてもサブタイプというものがかなりあって、それがクリニカルなビヘイビエアー、臨床的な予後が少し影響してくるみたいで。

清水一雄部会長

他にございますか。よろしいですか。大変ありがとうございました。とても分かりやすく説明していただきました。あの AUS、これは鑑別困難のところですよ。

たまたま今朝、ネットを見ていたら、**Malignancy Rate in Thyroid Nodules Classified as Bethesda Category III**とありまして、まさにこのことかと思うんですけど、あのこれを見ますとですね、うちの先生からと添付されていたコメントで、ある AUS が 15~16%が再検というふうに、これ悪性のリスクですね。これと比べてこの論文を見ると、AUS/FLUS の悪性の頻度が今までの、鑑別困難で手術した患者さんのがんであったというパーセント率はかなり高いと思いますけれども、それはどういうことか。

加藤良平副部会長

先生が仰っているのは、一つの論文でお話されているわけで、一つの施設なんですよ。ですから、先程お見せしたようにあんな色んな施設がそれを出してございまして、低いところもあれば高いところもある。ですからその AUS の割合もですね。かなり施設によってばらつきます。ただし、それをどういうふうに、こうなるべくそのそこをウエイストバスケット、そのゴミ捨て場みたいなにしないで、やっていくのかというのが、我々が今、課せられた課題なんですよ。

清水一雄部会長

分かりました。一番鑑別困難のところは、手術迷うところで、鈴木先生いかがですか？

鈴木眞一教授

今日はありがとうございました。冒頭、がん取扱い規約の悪性ないし悪性疑いにつきましては、どちらも悪性ないし悪性疑いで、そこに関してと、あと、うちらもほとんど、ベセスダを中心に使って、通常どこにでも出せる要所を併記している形で。AUS に関しては、基本的にはですね、今言ったように浸度が違う、当然、1 回だけだったらそういうことがあるんですけど、AUS に関して繰り返しやることで、我々は悪性ないし悪性疑いに出るか、それは明らかに下に落ちるか、AUS のままにしないでどちらにするか、AUS というのをいわゆるこのままではいけないよというのを我々のサイン。この後、明確にしないと悪性も含まれていますので、必ず、繰り返し検査を受けてはつきりさせましょうねということを説明している。

加藤良平副部会長

先生の仰るとおりだと思いますね。で、AUS ということ、AUS っていうのは、日本語で意義

不明な異型になりますけど、これはですね、先生が仰るように、やはり再検を何回かして本当に悪性じゃないかというのを確かめないといけない部分なんですよ。で、ベセスダからの報告でも5~15%ですね、今までの論文を見ますと、5~15%の割合で悪性が含まれているということで、そういうふうなアプローチになろうかと思います。

清水一雄部会長

AUSが出た場合には、何回ぐらいまでやるべきでしょう？

加藤良平副部会長

ベセスダではガイドライン的でマネージメントまで含まれておりますが、私はこれをマネージメントに関しては、個々の施設、個々の立場で判断すべきだと思います。ですから何回やるというふうなことをある程度書いてありますけれど、それを別に守らなくても、例えば2回で済んでも、10回やっても、ケースバイケースで先生方が考えられていけば私はいいと思います。

清水一雄部会長

ありがとうございます。他にございませんか。よろしいですか。はい、春日先生どうぞ。

春日文子部会員

申し訳ありません。私は、飲み込みが悪くてですね。実はよく分からなかったんです。あの、それで、他にもわからないという方がいらっしゃるかもしれないので、代表してちょっと質問させていただきたいのですが。

悪性という言葉の意味が、あの定義がよく分からなかったんですね。色々ところで悪性という言葉が使われていまして、例えば、悪性腫瘍の中に乳頭がんも濾胞がんも含まれるというご説明があった一方で、悪性という診断カテゴリーの中に濾胞がんが入っていないというご説明もありました。それから、悪性あるいは悪性疑い等のその診断カテゴリーと悪性リスクとの比較の表がありましたけれども、その場合、何を持って比較するのか、つまり、悪性リスク100%というのはどういう診断法で確定するのか、それが分からないとその診断カテゴリーとの対比も分からないのです。

加藤良平副部会長

ありがとうございます。今の悪性のリスクというのは、細胞診でその診断が出た時、それから手術された時、その時に悪性だったというふうな割合なんですよ。

春日文子部会員

つまり、病理学的な診断。病理診断と細胞診断との比較ということですね。

加藤良平副部長

そうです。そうなんです。

春日文子部会員

予後とかそういうことではなくて、渋谷先生の。

加藤良平副部長

予後は違いますね。

春日文子部会員

わかりました。そこがわかれば少しは何とかできました。

加藤良平副部長

そうなんです。

清水一雄部会長

はい、渋谷先生。

渋谷健司部会員

その辺の議論を踏まえて、もう一回話を戻したいんですけども、先程の鈴木先生ね、あのその、なんて言うんですか、厳密な基準を用いてやってらっしゃる。このベセスダ基準を用いてやってらっしゃるとは、それはもう重々承知しているのですが、前回と一緒になんですけれども、今先程、鈴木先生がおっしゃった厳密な基準というのは、たぶん過剰診断と疑陽性とたぶん混同されている印象があります。なぜならば、先生が仰っていたその過剰診断というのは、たぶん疑陽性、がんかそうでないか、悪性かどうかという話だと思うのですね。まさに病理学的な話だと思うのですが。僕の言っている過剰診断の定義というのは、病理組織学的にはがんですけれども、検診がなければ、症状も出ずに診断されなかっただろうと、そういうがんのことを指しているんですね。

前回、津金先生も仰っていましたが、世界的には、甲状腺がんというのは過剰診断傾向にあるというのは、証明されておるわけですけども、そういうのも踏まえて、僕が前回も申し上げたのは、やはりあの、住民の方々の健康を守るというのは、本当にそれは最優先の課題だと思いますが、やはりあの現在の検診がやはり過剰診断、そして過剰治療に繋がっている場合には、子ども達に傷も残しますし、心の傷も残しますし、まあホルモン治療も必要ですし、コストもかかると。そうしたものも検討して、先程、あの先生が仰っていたように病理学的にやはりがんだといっても、予後がいい可能性もあるがんもある。ですから、甲状腺がんがイコール死に直結するイメージというのですね、そういうものをなるべく検診とかいう場では避けてなるべ

くあの、まあ、なんていうか怖いイメージというか、そうしたものも配慮していかないと。今、検診と治療というのが完全に乖離していますから、本当に治療自体もまあ親御さんの気持ちを考えるとですね、がんと診断されますと即治療ということになって、もしかしたら必要のない治療が多々あると思いますので。やはり、その過剰診断の可能性に関しては、事前から口頭では先生が仰っていたかとのことですが、今サーチしたのですが、みつからなかったんですね。もし、可能であればですね、そうした疑陽性ではなくて過剰診断、治療という可能性ですね。そうしたものを少し本体（「県民健康調査」検討委員会）のほうでも検討していただけると、部会の前回の議論も踏まえて、意味があるんじゃないかというふうに考えております。

清水一雄部会長

あの、ベセスダの先生のご説明が終わって、これから自由討論といいますか、その他の討論に移ると思っていたところなので、あの、今、渋谷先生が仰っていた、先程もちょっと取り上げていただいたことですが、その話題にちょっと移っていきたくこのまま思います。検査の在り方ですね、過剰診断、それからそれに対する治療のことも含めて、今の渋谷先生のご意見に対して、鈴木先生ちょっとお願いします。

鈴木眞一教授

渋谷先生に僕はこれからもう少し、何度も理解を求める話をしなければいけないと思うんですけども、この過剰という言葉が容易に使われているのですけれども、我々あの診療している中、あと子どもを診ている中で、これが本当に過剰であるということが、あれば非常に問題なことで、我々その言葉を先程から言っているように胸が痛む想いで、過剰という言葉も百も承知で、こういうことが存在するというのを承知で、我々、90年代から甲状腺の専門家が特に生きてきて、今回こういう事象があった時にどういう基準で検診をするかという中で、こういう基準を日本の専門家を通して、コンセンサスを得た中でやっておりますが、その中で、取らなくてもいいものっていうのが過剰というものを簡単に説明できるといえば、生存率だけで取らなくてもいいということであれば、たぶん死なない人もあとで見つかったら今まで死んでいません。ただ、我々、清水先生もご存知のように、声を失うほどになってから見つかる。

または、見つかったら生存率のデータでは、10年20年では、結果は出ないけど最終的に死に至る人がどうしても進んでくると出てくるのがこの甲状腺がんであって、このレベルで取れた人は、決して、QOL、傷も小さいし、色んな意味で悪いことではないということで、しかも、それを何度も言いますが、通常の診療でこういうがんが見つかりましたとって、これは、直ぐ取らないけど、心配だから取りましようねというようなレベルにものを取っているわけではないということをお伝えしたいんですけど、その中で、疑陽性ではなくて極めて5~10mmでも極めて限定した人だけを、治療が必要だと思われる人を細胞診しているんです。その中で、本当に陽性が出た人の中で、またその臨床症状とか色んなものを併せて判断した中で、ご両親等と同意を得た人が治療をしている。しかもそれに対して、我々、日本中でこ

の症例に対してはコンセンサスを専門家では得られていると思いますけれども、そういう中でやっていますので、決して不安を煽って見つけたものは取る、そういうことは逆にならないように、基準を設けて、たぶんそれこそ、臨床的には分からないくらい小さいものでも細胞診すれば、もっとがんが出る可能性は理論的にはあるんですけど、本当に治療が必要かどうかというのは疑問を持たれるので、そういうものに関してはあえて経過観察をしている。そういうものは自ずと必要なものは、ちゃんと進行してきて通常の診療、検査で分かる。見守るっていう体制をしているというのはそういうことでございます。

ですから決して、取らなくていいものを取っているわけではないということを、もう少し専門の先生方にも少しコメントいただきたいんですけど。我々はそういうことでやっております。

渋谷健司部会員

その治療しなければいけないという基準というものを具体的にもう一回挙げてもらえませんか。

清水一雄部会長

すいません、私、ちょっと、部会長の立場ではなく、一外科医として話したいんですけども、確かねあの2つの理由、今、申し上げたいことが2つあって、一つは、小さくてもその場所ですね。例えば5mmのがんを見つけたとしても、神経に近いところであれば、声を出す反回神経の近くであれば手術するんです。それは、生命に関係ないですね。でも、声を失うこともあるし、あるいは気管に近ければ気管浸潤して、結局、気管を切除しなければならない。あるいは環状切除してタンタルという危険な手術をしなければいけないということもありうるわけです。

渋谷健司部会員

いや、僕が言っている過剰診断というのはそういうことはない可能性のあるがんも取ることを過剰診断と申し上げている。

清水一雄部会長

もう一つ言いたいのは、将来ですね、今も予後が良いと言われているがんが、どういう微変異を生物学的に育っていくかということが誰も予想できない。それから生物化学的にも裏付けがまだない時代で、いわゆる未分化がん、低分化がんに移行していくのが、どうして移行していくのだろうか。非常に頻度としては少ないんですけど、頻度としては少ない、例えば、1%、0.1%としても、その患者さんにとっては100%であるということを考えると、やっぱり、ほとんどは生命予後には影響はない。そのまま放っておいていいものかもしれません。それを果たして本当に放っておいていいものであるかどうかを検査、手術をしなくてですね、検

査を定期的に調べていかないと、リンパ節転移が一つ、二つ、三つと出てくるか、あるいは増加していくかどうかということですね。

鈴木眞一教授

あと1つ渋谷先生にお伝えしたいことは、将来、生命予後ではなくて寿命が全うできるような、要するに治療をしなくてもいいがんとおっしゃいましたけど、いわゆる剖検例での放射性乳頭がんのほとんどが5mm以下なんですね。5mm以下でも我々もガイドラインに但し書きを付けておりますが、明らかに肺、遠隔転移があるとか、リンパ節転移があるとか、遺伝性の家族で濃厚だとか、色んなことがある但し書き以外の人は5mm以下は避けようというのが一般的だと思います。ただ、5~10mmに関しては、臨床症状的に取らなくてはいけないものと、取らなくてもいいものがあるかもしれないけど、そういうものを、一例一例、明確に分かるわけではない。そこはグレーゾーンです。じゃ、それを全部根こそぎ取っているわけではなくて、先程も言ったように、そこに敷居を高くしてその中で明らかに悪性度が高いものや、場所の悪いもの、そういうものだけを選んで細胞診をして、場合によっては手術になってということでございます。

渋谷健司部会員

ですから、臨床の現場で僕もよく分かりますよ。僕も臨床やっていたから。一人一人に対してもちろんそれは見つけたらという気持ちもありますし、まあ場所が嗚声とかあればもちろんやると思うんですけど、ただ明らかに世界的なデータを見ると、その検診をすることによって増えたということを申し上げているので、今回の検診と一般的な子どもの甲状腺がんの治療の話ではなくて、今回、検診をすることによってかなり多くのお子さんにがんが見つかって、じゃ、それを解釈するときの一つの可能性として過剰診断があるんじゃないかということをお願いしているわけであって、その先はね、どうすればいいかっていうのは、また別の話だと思っただけです。

もちろん、治療するのか、しないのかは、もちろん親御さんの判断も大事でしょうし、専門家の判断も大事だと思うし。ただ現実として数が増えるという可能性としては、過剰診断の特に超音波によるスクリーニングによる過剰診断が多いんじゃないですかということをおっしゃっている。それが善いか悪いかを言っているのではなく、僕はそのファクトをどう解釈するかの話をしていて。さらに、もし、過剰診断があるならばですよ、その過剰治療ということ、過剰という言い方は先生にはちょっと耳障りだと思いますよ、本当に。僕もオーバートリートメント、オーバーダイアグノーシスという言葉を使った方がいいのかもしれないのですが。その必要も無い治療をして、子どもに傷が残って。もしかしたら将来、がんになるかもしれない。今はそうじゃない、検診をしなければ見つからなかったというケースもあると思うんですね、逆の事を言えば。じゃ、どちらにするかというのは、なかなか難しい判断だと思いますし、特に福島の状態を見るとやはり心配ですから、検診をしようということになったのはよく分かりま

す。

鈴木眞一教授

あの、すみません。臨床症状というか、臨床データを我々が公表していないのに、なぜ取らなくてもいいがんだと断定できるのでしょうか。中には、申せませんが、決して取らなくてもいいがんだというものを我々が手術したということはありません。

渋谷健司部会員

じゃ、それは、どういう臨床的には本当にこれは取らなくてもよかったかというのは、判断基準というのは、やはり少し、先生がさっきおっしゃった、声が云々というのは、それはやらなくてはいけないと。

鈴木眞一教授

ちょっと、先生、それだけでは（説明が）足りなかったもので、一般的に、あのリンパ節転移とか、腫瘍の浸潤とかそういうものを含めて、今回一番小さい人が 5mm 台ですので、そこをみんな捉えていますけど、多くの方は 10mm 以上でしかもリンパ節転移がどのくらいあるかということも含めて。

渋谷健司部会員

結構、リンパ節転移が多いのですか。

鈴木眞一教授

そういうことの数は、個人のデータをお話できませんけど。

渋谷健司部会員

声が出ないとか、声に影響あるので、リンパ節転移がどのくらいの割合があるのですか。

鈴木眞一教授

リンパ節転移の数はここでは公表しない。

渋谷健司部会員

それじゃ、分からないですね。

加藤良平副部長

鈴木先生、日本の甲状腺外科学会でガイドラインを出していますよね。そのガイドラインと先生がおやりになっている治療はどうなんでしょうか。

鈴木眞一教授

全く、ガイドラインに準拠したもので、でもそこにはグレーゾーンがありますので、グレーゾーンに対しては、あの十分なコンセンサスを得てやっているということでございます。日本のガイドラインに準拠しております。

清水一雄部会長

はい。西先生お願いします。

西美和部会員

今、渋谷先生がおっしゃいましたように、韓国なんかはですね、30歳代とか50歳代のスクリーニングをやっていますから、鈴木先生方がされているのは小児なんですよ。で、最近の2014年の *Journal of Pediatrics* とか2013年の *JCEM* という、アメリカの雑誌には書いてあるんですね。early detection のほうがいいと。小児でもですね、親が見つけた時はもう大きくなって、かなり転移しているとかですね、そういうのがあるんです。

ですから、人間ドックなんかのスクリーニングの結果をそのまま小児に当てはめるのはどうかと思いますし、現場の鈴木先生方はおそらく、非常に丁寧に家族とか本人とかに全部説明して同意をとっていらっしゃると思いますので、ここで過剰診断とか過剰治療とかって言ったら大問題になりますよね。そういうことはないだろうと、私は信じてます。

加藤良平副部会長

ベセスダではですね、先ほどのカテゴリーのマネージメントってあるんですが、これは欧米のマネージメントをそれぞれのカテゴリーに適した治療っていうので出しているんですけど、かなり激しいんですよ。私自身はこのマネージメントまでベセスダにするのは反対でありまして、やはり日本の実情にあった、先ほどの先生、ガイドラインって話しをしていましたけど、コンセンサスを得た治療法っていうふうなことを重視していただきたいと、ですから、ベセスダそのままマネージメントまでやらないでいただきたいと、いうふうに思います。

清水一雄部会長

はい。渋谷先生。

渋谷健司部会員

僕もあの、先生方が過剰診断っていうたくさん治療してやろうなんて思ってやってると思っ
てません。先生のその *Journal of Pediatrics* のデータっていうのは、スクリーニングをした子どもですか。それとも一般にがん検診で見つかった子どものものですか？

西美和部会員

この前の第2回検討部会のあと添付で、2014年のThe Journal of Pediatricsを事務のほうから送っていただいたと思うんですけども、それはスクリーニングやってないんですよ。スクリーニングは今、福島で初めてですから。

渋谷健司部会員

ですよ。だから、それで、そのデータをそのままスクリーニングのデータに当てはめて過剰診断なかったっていうのはどうなのかと。

西美和部会員

2014年のThe Journal of Pediatricsには、early detectionのほうがいいんじゃないかと。

渋谷健司部会員

というのは、パッシブにがん登録みたいに見つかったケースですよ。ですから、今回はスクリーニングですから、がん登録と福島のデータを前回、津金先生が仰ってましたけども、比較するのは妥当ではないということと一緒にではないでしょうか。

西美和部会員

100万分の1~2人とかと比較して。

渋谷健司部会員

そうですね。ですから、まずは有病率自体が違いますし、今回僕が申し上げているのは、そうした面でスクリーニングによる過剰診断の可能性は否定できないんじゃないかっていうことだったんです。

西美和部会員

スクリーニングされて、それが厳密に5.1mm以上とか、非常に疑わしいとか丁寧に説明しながら同意をとってされているから、私はそれでOKだろうと思っています。

渋谷健司部会員

実際それがどのくらいで、たとえばリンパ節転移があれば僕もそう思いますけども。

西美和部会員

リンパ節転移が云々というのは個人情報であり話ができないと思うんです。

清水一雄部会長

何パーセントかは知らないですけども、一般的に小児の甲状腺乳頭がんのリンパ節転移は圧倒的に多いです。大人より多いです。たとえば 50%近く、40%前後じゃないかと思います。肉眼的に見ても。

鈴木眞一教授

病理組織学的に取ったものから見ると、少なくとも 50%。多い施設だと 70%以上は見つかります。ですから、その辺は一般的なこととしてはそういうことになります。

清水一雄部会長

はい。春日先生お願いします。

春日文子部会員

先ほど発言した点にまた戻るんですけども、その、医療診療のフェーズに移ったお子さんからの情報ですね。どこまで県民のものとして共有すべきか、あるいは国民の自身のものとして共有すべきかなんですね。お一人お一人の情報はもちろん個人情報ですけども、でも、何人かの患者さんのデータが集まった段階ですね、なぜリンパ節転移の割合が公表できないのか、というのはちょっと疑問に感じますし、他の情報に関してもそうです。

たとえば、その匿名化したうえで画像データですとか、病理のデータをですね、なぜそのデータベース化したあとで公表できないのか、というところはまだちょっと納得できない点があります。そのあたりが集団のデータとして公表されればですね、これは鈴木先生が今まで説明に苦労されているような過剰診断でないという、そのご説明にもなりますし、実際に子どもたちを受診させようとしているご家族にとっても、やはり納得できることになるのではないのでしょうか。そこはどうお考えになりますか。

鈴木眞一教授

私がこれを公表するしないの権限を持っているわけではございませんし、今日は医学的な事象を答える役目として来ております。この検診の運営をしている者として来ておりますが、公表に関してはまた別の問題があると思います。ただ、先生のおっしゃったことは分かりますが、その前に先生のおっしゃった問題は気にすると思います。まずこれが先生のおっしゃったように二次検査のあと、通常診療にすることが馴染まない。データは誰のものかということもおっしゃいましたが、今のところ、この県民健康調査の最初からのシステムとして、二次検査で細胞診が先ほど出たような形で、ある程度、診断が確定した場合、そこから良性的ないし悪性とする程度診断が確定した場合、その診断をもって二次検査としての県民健康調査の検査は長年見守るものですけど、また検診は繰り返すわけですけど、そこで医療行為を必要とする、または医療行為を継続して検査をする必要のあるっていう人は、通常の疾病として、通常診療として最寄りの施設等に紹介をして、そこでフォローしていただくというかたちになってますので、そこに関しては

ある程度、今までそういうことで公表をはばかってたところはありますけど、それでもやはり、悪くないし悪性疑いの人はどのくらい、最終的に悪性だったのかっていうことで、現在、手術をして診断が確定したってということと、あと、年齢分布等だけはお出ししてはありますが、ここのことを聞かれる度に出すってことに私どももまだ対応と取り扱いを丁寧にするってということから、決してあの、渋谷先生がおっしゃったこと、春日先生がおっしゃったこと、ここで答えれば個人的には済むことなんですが、今そういうことで、もう少し1つの取り決めがないと、我々としては公表できないってことはありますけど、逆に言うところや先生方が仰っていただくことがいろいろな形で次の方針に影響するんだと思うんですが、真摯に受け止めたいと思いますけど、そういう今はシステムだということです。

清水一雄部会長

私個人に言わせていただければ、学会なんかでも今、甲状腺の専門学会、外科の学会でも、果たしてどういう手術でどのくらいの転移だったのか詳細はまだ何も知らない。いろんな事情があるんでしょうけど、知られてないのが現状でありまして、一般の方に、あるいはご家族の方、あるいはどこまでの人に伝えるかって言うのはなかなか、今回のことだけじゃなくて、普通のがんの手術をしたときも公表するのが難しい部分、難しい問題もあるので、ただ、今回の報告は全国が注目していることなので、ある程度、先生は難しいと思うんですよね、今おっしゃったようにね。もっともっと中枢の人って言いますか、なんて言うんですか、先生が中心になってやられていると思うんですけど、県の方にお問い合わせするか、知っておきたい、伝えておきたいデータは1回伝えていただきたい。今回のこういう会議で話題になったことの中でですね、検討していただいて公表していただければと思います。そのほうが安心できるようなデータも絶対あるはずなので、そういうところをこれからもこちらで検討してピックアップしてお願いしていきたいと思います。

西美和部会員

この検討部会としての希望ということで出せばいいと思いますし、それから取られた組織は保存されてますか。将来的に放射線による遺伝子のものが分かればですね。

清水一雄部会長

もちろんそうですね。

西美和部会員

だから取っておかないと。それは絶対重要なところですから、家族の了承を取らなくてもいい、保存しなくていいと言われたから捨てられるのか。そこは非常に重要なところだと思います。

清水一雄部会長

それはちゃんと取ってますかね。どうですか？

鈴木眞一教授

まず誰が手術したかも公表してない話なので。たとえば、仮定として福島医大でやった場合は、我々はそういう責任感を持って使命がありますので、やるべきだと思って、対応ができるような倫理委員会を通してってことはありますけど、ただこれは他の施設でやった場合はどうなのかってということまでは把握しておりませんので、是非そういう一般的にやっていただきたい。

清水一雄部会長

渋谷先生。

渋谷健司部会員

鈴木先生をはじめ福島医大の皆さん、ご尽力にはほんとに敬意を表して、大変だと思うんですが、データに関してですね、たとえば本体の県民健康調査を含めて、各疾患との突合とかですね、個人の線量とか、データベースがどういう状態になっているのかちょっと可能な限り知らせていただきたいのと、先ほどのその、できるだけ情報を出すっていうことには私は非常に賛成で、やはり疑念がある場合にはですね、バックにあるデータっていうのはですね、可能な限り、たとえばリンパ節転移は何%だったのかっていうくらいは私は別になんの問題もないと思いますので、そうしたものをを出していくっていうのが、やはりその疑念を払拭する最たる道だと思います。

鈴木眞一教授

ありがとうございます。助け船を出していただいてですね。データベースも含めてですね、今後、科学的な論文で公表するという形をしながら社会的使命を果たしたいとは思っております。

清水一雄部会長

おそらく、リンパ節転移の頻度がどのくらいかっていうのは、もちろん我々外科医の世界のみならず、一般的な人も世界中が注目していることだと思います。ですから、ぜひそれはなんかの形で発表していただければと思います。

加藤良平副部会長

リンパ転移だけでなく、T3とか、そういうものはもう入っているわけですか？

鈴木眞一教授

そうです。EXファクターが、甲状腺被膜外浸潤のファクターが当然把握しています。

加藤良平副部会長

ですから、リンパ節転移だけを出すのではなくて UICC（国際対がん連合）に則ってでしょうか。

鈴木眞一教授

そうです。当然公表するときは、TNM 分類になると思います。

清水一雄部会長

春日先生。

春日文字部会員

西先生、渋谷先生がおっしゃったことと同じことを私も先ほどから申し上げようと思いましたが、これはあの鈴木先生や医大にだけお願いすることではなくて、県全体あるいは県の調査にアドバイスをしている環境省にもお願いしたいことですが、とにかく一次データから、データをきちんと保管するということが、これはあの、絶対に可能な限りお願いしたいと思います。

西美和部会員

県民調査はスクリーニングですから、早期発見していますから、リンパ節転移などは思ったより少ない可能性があると思います。普通は何か訴えてきてからエコー検査しますから、何の訴えもない人はもしかしたらリンパ節転移がなくても発見される可能性もありうると。

清水一雄部会長

そういう可能性もあるかもしれませんが、それも含めて、近々に準備ができましたらお願いいたします。

榎田尚樹部会員

あの検診実施してからのことに関しては今熱く議論いただいているところですが、ちょっと別の点で、実務面のほうから一言、情報提供を兼ねてお話しさせていただきたいんですけども、私たちのところでずっと、何年か前から県のほうとも協力していただいて、保健医療福祉職の人たちに研修会をずっとやっているんです。その中で県立医大の方にもご協力いただいて、こういった情報も提供して、保育士さんの人たちに情報提供しているんですが、そこで返ってきたお話をフィードバックとしてお話しさせていただきますけれども、県のほう、あるいは県立医大としても“県民を見守り”という姿勢でやっていきますということを何回も繰り返してきてるところですが、資料 1-⑧～⑪ページにもありましたように、年齢階層別に見た場合に、義務教育年齢のところは受診率が非常に高いですけれども、高校生になると落ちてしまう。あるいは入学前未就学児に関しても若干やっばし低いという感じになるところがあるわけですね。さっき提供しているような研修会とかをやって保育士さんたちにそういう話しをすると、非常に積

極的に自分たちはそういったものに対して貢献したいという専門職として意見を述べてくれます。ただ、その中で貢献しようと思ったときに、自分たちはご両親の許可もいただいたうえで1歳6ヶ月検診であったり3歳児検診の受診状況を把握したりっていうことに努めているんですが、そこにこういったものを入れていくっていうこともできるんですよと、そういう意味でも積極的に貢献したいって言われるんですが、それをしようと思ったときにフィードバックの仕方がさっぱり分らないと、初回の時にご指摘したんですけれども、情報が全部、自分たちのところを素通りしてしまうものですから返しようがないと。当然、個人に情報を返すっていうことは原則なんですけど、保育士さんが自分がそういう対象年齢の子を持てば、自分の子どもの結果として見ることはできますと。ただ、そういう機会がなければ全然見れないと、保育園全体としてもそういう事態に陥ることがあると。そうすると、お母さん方とコミュニケーションをしましよって言っても何をやっているかさっぱり分かんないですよと。そういうところがあって、キーパーソンになる人たちがなかなか情報を持ってないという環境になってるといところがあるように伺いました。

もう一つは、先ほどにも出てましたけども、二次検査で陽性になった人たちは通常医療のほうにいきますよと、いうふうなことですが、これに関しましても、そういう関わっている人たちにそんなシステムの中でやってますよと、だからみんなで上手に動かしていけるようにサポートしましよねとお話ししているなかで見つかった人たちが手術をする、あるいは今後精密検査をしていくっていうものが医療に移るっていうことを知っている人は皆無です。保育士さんの中で。ということはやっぱりそういった情報についてももうちょっと開示して行って、このシステムがどんなものであるのかっていうことをキーパーソンになる人が共有していかないと、未就学児であれば保育士さんであったり、学校、義務教育年齢であれば養護教員であったり、そういった人たちの関わりがもうちょっと積極的にできる環境を県のほうでも情報提供していただかないと、今後継続して見守りという姿勢でやっていく中で難しい点もあるんじゃないかと思いましたので、情報提供フィードバックとしてお話しさせていただきました。

清水一雄部会長

はい、櫻田先生ありがとうございます。もっとたくさん議論したかったんですが、あっという間に2時間経ってしまいました。終わりの時間になってしまいました。他にですね、今日はUNSCEARからの報告でチェルノブイリの事故のように甲状腺がんが大幅に増加するようなことは予想されないと、福島では。そういうような報告が出たりしたことを踏まえてですね、清水修二先生からもご指摘いただいたこともあるんですけども、本当にチェルノブイリは4年後からなのか、1年あとからすぐ、3年の間はどうなったんだらうかっていうこと、あるいは既成概念としてそういう概念を持って今回のことにあたったら冷静な判断ができなくなる可能性があるんじゃないかとかですね。

それから、ヨウ素のことですね。配布して汚染地区で服用したところ・地域があるのか、比較も今後非常に大事だと思います。そういうこととか、以前にも話題になった初期の被曝線量、内

部被曝線量です。推計のことも話し合わなければいけないですし、それからですね、今日我々の分野の中の先生、加藤先生にいろいろご報告、ご発表いただいたわけですが、疫学も含めて様々な分野の先生に講演していただいて、みんなで考えようとか、いろんなことを準備してきたんですが、またこれを次回のことに回さなくてはいけないんですが、今日はここで予定の 3 時半までっていうことになったんですが、何かございますか、よろしいですか。

馬場義文次長

いろいろご提言いただいてありがとうございました。先ほどから出ておりますデータベース化。これにつきましても今、医大にお願いをしまして、全体的なデータを総合的にリンクして対応できるように取り組みを進めているところでございます。あと市町村とかいわゆる保健師さん、保育士さんとの連携、これにつきましても、プライバシーの問題がございしますが、一応その中で、どこまで共有できるか、というところを改めて勉強させていただきたいと思っております。ありがとうございました。

清水一雄部会長

それでは今日の第 3 回評価部会はこれで終わりにしたいと思います。次回はまだ決まっていないですね。

角田祐喜男主幹

次回の日程につきましては、部会長と相談の上、部会員の皆様に後ほど調整したいと思いますので、よろしく申し上げます。

清水一雄部会長

それでは、これでおしまいにしたいと思います。ありがとうございました。