

第 21 回「県民健康調査」検討委員会議事録

日 時：平成 27 年 11 月 30 日（月）13:30

場 所：杉妻会館 4 階「牡丹」

出席者：＜委員 50 音順、敬称略＞

明石真言、稲葉俊哉、春日文字、北島智子、清水一雄、津金昌一郎、床次眞司、
成井香苗、星北斗、堀川章仁、前原和平、室月淳

事務局等関係者：＜福島県立医科大学＞

大戸斉 副理事長、阿部正文 放射線医学県民健康管理センター長、
神谷研二 同副センター長、大津留晶 教授、石川徹夫 教授、
橋本重厚 教授、前田正治 教授

＜福島県＞

鈴木淳一 保健福祉部長、安達豪希 同次長、和田正孝 健康増進課長、
小林弘幸 県民健康調査課長

角田祐喜男 県民健康調査課主幹兼副課長

ただ今から、第 21 回「県民健康調査」検討委員会を開催いたします。最初に委員の出欠についてご報告いたします。本日、児玉和紀委員、清水修二委員、高村昇委員が欠席となっております。それから所用によりまして明石委員、前原委員が途中退席の予定となっております。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まして座長が務めることとなっております。星座長よろしく願いいたします。

星北斗 座長

はい、皆さんだんだん寒くなってまいりました。お忙しい中集まっていただきましてありがとうございます。それでは検討委員会を始めさせていただきます。中間取りまとめにつきましては皆様方から色々ご意見いただきました。そのことにも委員の皆様には感謝を申し上げたいと思います。それではまず議事録署名人ですが運営要綱に基づいて座長からの指名ということですが、清水一雄先生、津金昌一郎先生お二方をお願いしたいと思いますが、よろしゅうございますか。では、そのようにさせていただきます。それでは簡単をお願いしてあります議事の（1）基本調査について事務局からの説明をお願いいたします。

石川徹夫 教授

はい、それでは資料 1 に基づきまして基本調査の実施状況についてご報告いたします。

最初に項目1の(1)問診票の回答状況につきましては表1に示すとおりとなっております。9月30日現在の回答率は27.3%となっております。甲状腺検査会場や市町村健診・検診会場における書き方支援などによって、引き続き回答が寄せられております。続きまして(2)の線量推計作業結果通知です。これは表2、3に示すような状況となっております。結果通知は54万通を超えております。続きまして①-2ページ目、実効線量推計結果の状況です。表2に示した線量推計済の対象者から推計期間が4ヶ月未満の方を除いて線量別の人数分布を集計した結果を表4に示しております。表4の上に線量別の人数分布の集計方法に関して注釈をつけております。今回、個人へ結果通知した値を用いて人数分布を集計する方法に統一いたしました。その方法を用いて表4を作成いたしました。ただ、これによりまして地域別の線量分布に大きな変化はありません。続きまして①-3ページ目、実効線量の推計結果に関しましてはこれまでと同様の傾向にあると考えております。そのため、その下の文章についても変更はしておりません。続きまして4番目、回答率の向上活動です。最近の取り組みとしましては甲状腺検査会場及び市町村健診・検診会場での書き方支援事業を中心に事業を展開しております。詳細は次のページの一覧表のとおりとなっております。続きまして①-5ページ目、基本調査で得られている線量分布の代表性に関する調査です。(1)の調査の進捗状況ですが、①にあります無作為に抽出した未回答者に対する戸別訪問及び③にあります今まで未回答だった理由に関するアンケート調査につきましては9月末をもって終了しております。その結果が(2)の結果の概要にお示ししてあります。①の戸別訪問結果についてですけれども、対象者全県で2,645人であり、そのうち990人から回答いただきました。その方部別の割合、方部別の内訳を示しております。現在は線量推計を順次実施中で、その後、線量分布の比較へとつなげていく予定です。続きまして②の未回答だった理由に関するアンケートについてです。戸別訪問により問診票に回答いただいた方を中心に今まで未回答だった理由を聴取できました。これは選択式のアンケートとなっております。一番多く選択された理由は「時間がかかりそうで後回しにしていたから」でした。続きまして「記憶が定かでなく記入できなかったから」、「書き方支援の人がいないと書けないと感じていたから」でした。次のページに戸別訪問結果及びアンケート結果の詳細をお示ししました。戸別訪問結果ですけれども回答率は約37%となっております。そのほか接触できなかった方の割合等、表グラフにお示ししたとおりとなっております。続きまして今まで未回答だった理由に関するアンケートですが、合計で1,094通の回答いただきました。問診票に回答いただいた990の方につきましてはアンケートにもほぼお答えいただきまして、また問診票に回答いただけなかった方でもアンケートにはお答えいただいた方が100名程度おりまして、合計で1,094通の回答いただいております。結果は表とグラフに示すとおりとなっております。次のページからは別添資料ですので説明は省略させていただきます。ご報告は以上です。よろしく願いいたします。

星北斗 座長

はい、ありがとうございます。ただ今の件、何か委員の皆様からご質問あればお伺いしたいと思うんですけども。はい、どうぞ。

津金昌一郎 委員

代表性の調査に関しまして私が発言したことを、端を発してやっていただいて、大変ご苦勞かけてどうもありがとうございました。こういう訪問調査する割にはいわゆる低いというか、それが以外と低いんじゃないかなと。37%の回答率というのは非常に低いんじゃないかなというふうにちょっと思ったんですね。真ん中くらいの下のところ「線量分布の比較には十分な数の回答が得られたと考えている」といわれてますけども、「数」というのはどういう根拠でその数というものを十分だと考えられたのかということと、それから今回 37%で代表性という意味ではどうなのかというようなこともある程度評価していかなくてはいけないのではないかなというふうに思います。もちろん、今まで未回答だった人達のある程度実態を知ることができたという意味においては非常に意義があった調査だと考えてはいます。

石川徹夫 教授

はい、ありがとうございます。一点目の回答の数に関してですけれども、これに関しましては(1)の②に少し書いてありますけれども、線量の分布の仕方によりまして戸別訪問の対象者の数というのを決めています。具体的に申し上げますと、地区毎に標準偏差を計算いたしまして、その標準偏差に応じた対象者の数を決めております。その対象者の数に応じまして回答数もこのような形になっているというような状況でございます。それと二点目の回答率が 37%ということに関しましてですけれども、この回答状況にお示ししましたけれども、「訪問不可」すなわち転居等で訪問できなかった方が 8%、また、どうしても留守等で接触できなかった方が 25%ということで、この方々を合わせると 33%ですので、この接触できず訪問不可という方を除いては 66%、67%ですか 77%ですか。その方達の半分ぐらいから回答が得られたと。37%ですので。それで接触できなかった方等がランダムに存在しているというふうに考えますと、半分程度から回答を得られたんじゃないかというふうに考えております。

津金昌一郎 委員

接触できない方がランダムだったらいいですけども、必ずしもそうでないと思いますし、この地域の特殊性でやはり回答に対してすごくネガティブな状況があるんだなということはこのデータから思ったんですけども、実際、我々普通に 1 時間ぐらいかかるようなアンケートをお願いするというのを住民票ベースでやっても 5 割以上は基本的には超すんです、大体。だからそういう意味で少し低いかなと。実際国勢調査や世論調査とか色々なものでもやはり、大体サンプリングした人の 60%ぐらいは大体必要だろうというふうに考えること。接触できた人の 60%というんじゃないく、やはりサンプルされた人の 60%以上ぐらいは本当は欲しかったんですけど、色々な諸事情で難しかったんだなということが良く分かりましたけども。これ以上はなかなか難しいところですけども。

星北斗 座長

はい、どうぞ。

清水一雄 委員

①-5 ページの下から 4 行目ぐらいのところですけど、選択式アンケートの結果で一番多く選択された理由とありますけれども、「記憶が定かでなく記入できなかったから」、これはしょうがないかなとある程度思いますけども、一番多い理由が「時間がかかりそうで後回しにしていたから」というのはちょっと残念ですね。これが一番多いというのは。やはりもう少し簡略化、もちろんやってらっしゃいますけれども、もう少しこの辺のところの改良するともうちょっとアンケートの提出率が良くなるのではないかというふうに思います。それから「書き方の支援の人がいないと書けないと感じていたから」これも人的なパワーを使って少しやると増えるんじゃないかという印象を受けたんですけども。

星北斗 座長

はい、ありがとうございます。他に何かコメント・質問ございますか。はい、どうぞ。

春日文子 委員

先程、そのサンプル数、対象者数の絞り込み方についてご説明いただいたところですけども、その対象者数と、それから期待される回答率とを合わせた結果として十分な解析ができる人数を最初から想定できたのか。それともちょっと予想から外れてしまったのかということの一つお聞きしたいのと、「拒否」というカテゴリーがありますけども、この拒否は「接触したが回答に至らず」というカテゴリーとは違うわけですね。どのように違って、拒否された理由が少しでもお分かりになるようでしたら教えていただければでしょうか。

石川徹夫 教授

はい、ありがとうございます。最初の方のご質問ですけども、戸別訪問を始める前に、目標の数、各方部、各地区からこれぐらいの数を得られれば、十分な比較ができるだろうということを統計的に計算をいたしまして、この回答数は全て方部毎に申しますと目標数は上回っているというような状況です。それと、後半のご質問ですけども、「拒否」と「接触したが回答に至らず」との違いですけども、「接触したが回答に至らず」というのは何らかの形で接触できて回答をお願いしたものの、問診票をお預かりいただくという形にとどまった、ということ。こちらの調査員からはいついつに再訪問して問診票お受け取りに来ますよという提案をなるべく差し上げるようにしたんですけども、それでもお断りになられて時間があるときに書いてポストに投函しますというようなお答えをなさった方が「接触したが回答に至らず」という分類になっています。「拒否」というのは接触した際に拒否なさったということで、理由としては「高齢であるから」とか「お忙しいから」とそういった理由が目立ったように記憶しております。

星北斗 座長

はい、よろしいでしょうか。はい、どうぞ。

床次眞司 委員

問診票の回答状況について確認したいんですけども。詳細版と簡易版、それぞれ回答率が示されていますが、この推移というのはどんな感じになっているのでしょうか。

石川徹夫 教授

はい、前回の検討委員会の資料で回答率の時間的な変化のグラフというのを確かお出ししたと思うんですけども、そちらに詳しく書いてありますけれども、最近は比較的横ばい状態というような状況になっております。それほど大きな変化はないという状況になっております。

床次眞司 委員

詳細版というのはほとんど伸びてなくて、簡易版がなんとか数を稼いでいるという状況なんではないでしょうか。

石川徹夫 教授

そこはお住まいの地区によりまして、詳細版でも回答いただいております。特に今回代表性の調査をやりましたので、代表性地区で相双地区にお住まいだった方からは詳細版で多くの回答をいただいております。詳細版・簡易版はお住まいの地区、具体的には避難の回数によって使い分けておりますので、どちらも回答をいただいております。

星北斗 座長

はい、よろしいでしょうか。この詳細な検討の後、またご報告いただくということで、いつ頃を目途なんではないでしょうか。

石川徹夫 教授

はい、次回の検討委員会でこの代表性の調査に関する線量分布の比較というのを結果をお出しできるというふうな予定でおります。

星北斗 座長

はい、ありがとうございます。他に特にご意見がなければ次にまいりたいと思います。

次ですが、詳細調査について①甲状腺検査について事務局から説明をお願いします。

大津留晶 教授

はい、甲状腺検査部門長の大津留からご報告いたします。本格検査の実施状況ですけれども、調査概要で、まず対象者については先行検査における対象者に加え本格検査では平成23年4月2日から平成24年4月1日までに生まれた福島県民まで拡大して検査を実施しております。4番目の実施機関ですけれども、一次検査に関しては県内の各地の医療機関で現在では30検査実施機関において検査が可能となっております。県外に関しては9月30日現在99の検査実施機関と協定を結んで検査を実施しております。次に、二次検査については県内4機関、県外では28機関で検査が実施可能となっております。その後、大体今までと同じなので検査の結果概要の方に移りたいと思います。②-3ページです。一次検査結果ですが、9月30日現在で199,772人検査を実施しております。そのうち結果が判明した方のA判定は99.2%、B判定の方が0.8%というふうになっております。のう胞とか結節の詳細に関しては以下の表をご覧ください。その次のページですけれども、受診者の年齢階級別受診率を示したものですけれども、これは平成26年度の対象実施市町村に関してですが、平成25年4月1日時点では年齢階級別では表の示すとおりですけれども、18歳以上の年齢階級で24.1%と他の階級と比べて低くなっておりませんが、県内拠点とか公共施設の案内をして徐々にこちらの方も前回より増えてきているという状況です。次に先行検査結果との比較ですけれども、下の表にも示すとおり先行検査でA判定と判断された169,029人のうち、本格検査でA判定は99.4%、B判定は964人0.6%でした。また先行検査でB判定とされた817人のうち、本格検査でA判定だった方は44.9%、B判定が55.1%ということになっております。先行検査の判定基準から本格検査はどうなったかということで、これは表が縦横逆で見にくいというご指摘を受けておりましたので、今回こういうふうな表の形に変えさせていただきました。次に二次検査の結果ですけれども、二次検査を終了された879人のうち、27.5%は詳細な検査の結果A1もしくはA2判定相当としてダウンステージになっております。残り72.5%、637人は通常診療の方になっておりますが、次のページの表のように、そのうち細胞診された方が124人になっております。細胞診の結果ですけれども、穿刺吸引細胞診を行った方39名が悪性ないし悪性疑いの判定となりました。男性16名、女性23名です。平均年齢は17.1歳、平均腫瘍径は9.6mmということになっております。なお39人の先行検査の結果はA判定が37人、B判定が2人という結果です。以下、年齢階級別のグラフとかは次に示しております。次のページ②-6ページですけれども細胞診等による悪性ないし悪性疑い39人の基本調査の結果を次の表とグラフで示しております。それから詳細なところをとばして②-10ページをご覧ください。対象者に対するこころのケア・サポートですけれども、二次検査の対象者のサポートは、延べ1,058回の相談等を本格検査で行っております。次に一次検査におけるサポートですが、主として検査会場での説明ブース等によって医師が超音波画像を示しながら結果を受診者やご家族に説明してましますけれども、9月30日の3ヶ月で3,213人の受診者のご家族が聞いていただいたということになっております。それから本格検査2回目、検査3回目ですね。これからの来年度4月以降の実施計画ですが20歳を超えた方の5年おきの節目健診に関しては前回お示ししてご了承いただきました。前回から指摘されているように、まず、この検査の目的とか意義をよく理解していただいて様々な所見がたくさん見つかるような検査なので、逆にデメ

リットあるいはマイナスもあるということをご理解していただくということを、それで、この検査に同意・不同意ということを書いていただくというようなそういう同意書に次年度から変更させていただきたいというような見直しを現在行っております。また、検査結果の通知の見直しですけれども、これも多い方 3 回受診されているということになりますから、それぞれの結果が分かるような形の結果を示しをするというような形に変えることで進めております。そして、②-21 ページですけれども、悪性ないし悪性疑いの方で手術された方は 15 例ということになっています。術後の病理診断は全て乳頭がんです。以上ですけれども、あと先行検査につきましては前回の検討委員会でご報告しましたとおり本年の 4 月 30 日で一次検査エントリーが終了し、前回確定版の報告資料を出していました。ただし、確定版が出た後も一部で先行検査二次検査の結果が出る方がいらっしゃいますので、こうした結果の追加分等をまとめた追補版を、今年度末を目標に作成し、来年度初めの検討委員会で報告する予定にしております。確定版が出た後に先行検査で悪性ないし悪性疑いというふうな二次検査の結果が出た方は 1 人増えて合計では前回確定版で 113 人だったんですが 114 人になっております。また、手術の実施件数も 2 人増えて、合計で 101 人の方が手術を受けたということでした。増えた 2 人に関しては術後の病理診断は乳頭がんということでした。今回人数が少ないためプライバシー保護等の配慮を求められることから口頭での通知報告とさせていただきたいと思っております。その辺ご了承をお願いします。以上です。

星北斗 座長

はい、ありがとうございます。最後のところは 2 例増えたとおっしゃいました。

大津留晶 教授

細胞診の結果は 1 例増えて、手術された方が 2 例増えたということでした。

星北斗 座長

はい、ご説明ありました。何かご質問、ご意見があればどうぞ。はい。

清水一雄 委員

以前にお聞きしたんですけども、非常に大事なところで被災前からあった腫瘍なのか、それとも被災後に出た腫瘍なのかというところが比較するあるいは判別するデータってなかなか難しいと思うんですけど、これ唯一のデータかもしれないので②-5 ページの (2) の細胞診の結果のところでは 39 人の先行検査の結果で A 判定の 37 人のうち A1 が 19 人、A2 が 18 人。A1 の 19 人は何もなかったんですね。それで A2 はのう胞か 5mm 以下の結節がある。これはあの今度見つかったのはこれらの病変から発生したのか、それとも別のところから今まで見つからなかったところから小さいエコーでも見つからなかったところから新しく出たのか、それとも元々あったのを見逃したのか。これはどういうふうに判断されますか。

大津留晶 教授

判定委員会を含め、あるいは施設の方でも前回の超音波と比較して見ておりますけれども、B 判定の 2 人はおそらく。

清水一雄 委員

B というのはその今僕が言わなかった B ですね。つまり、5mm 以上のソリッドとあるいは 20mm 以上ののう胞のところですね。

大津留晶 教授

これは、2 人に関してはソリッドな結節があつて。

清水一雄 委員

そこから出たわけ。そこから今回がんが。

大津留晶 教授

そうだろうというふうに推測される。

清水一雄 委員

別のところからではなくて、B の所見からのところががんが発生したということですか。

大津留晶 教授

そうですね。もちろん間に時間があるので 100% そうということは難しいとは思いますが、おそらく。

清水一雄 委員

位置的にはそうである。

大津留晶 教授

ということですね。

清水一雄 委員

A と B は。

大津留晶 教授

A の方の、A2 の方の。

清水一雄 委員

失礼、A1 と A2 の方。

大津留晶 教授

A1 はもちろん所見はない方なので、結節の所見はないということです。

清水一雄 委員

それは、そこからじゃないということですね。

大津留晶 教授

もちろん所見がないのでなかなかどこからというのは前回の画像を見ても分からないということ。

清水一雄 委員

ということは、新しく出たというふうに判断してよろしいですか。

大津留晶 教授

そうです。画像では捕まえられないレベルという。

清水一雄 委員

1mm、2mm の小さい見つからなかったものがあつたかもしれない。

大津留晶 教授

陽性・悪性含めて、のう胞は 1mm ぐらいから結構はっきり分かるんですけども結節というのは 5mm 前後なんで、結節の中には本当に 10mm じゃないと分からないものがある。インターバルでやった場合があるのでそれはやっぱり腫瘍のでき方がたぶん違うと思うので、前回、今のエコーで見えなかったからゼロだという、後から出たということはなかなか言いにくいと思いますが。

清水一雄 委員

分かりました。ということは A1 はもう明らかに本当に見えないところから発生した場合には、ものはあつたのかあるいは発生したのかどちらかということですよ。

大津留晶 教授

A1 に関しては、おそらく前回は通常のエコーの検査では見えにくいという状況だったというふうに思います。B はのう胞が多いんですけど結節が 5 名ぐらい。この中で 5 名が結節ですけ

れども、その場所が後から考えて似たような場所にという方が 2 名という状況です。結節はや
っぱりよくこの年齢はたくさんあるのでそういう状況です。可能性があるという状況です。

清水一雄 委員

はい、ありがとうございました。

明石真言 委員

放医研の明石でございます。前回 2 回欠席したのと前もお聞きしたかもしれないんですが、
この 39 名の方の中で腫瘍径の腫瘍の大きさが 5.3mm から 30.1mm と書いてあります。30.1mm
というのは大きいので分かると思うんですが、この中で症状があったとか明らかに外から見て分
かったというのと、そうでない方の比率とかそういう調査というのはされているんでしょうか。

大津留晶 教授

調査はしてませんが、全員症状ない方です。一番大きい方です。

星北斗 座長

よろしいですか。他に、はい、どうぞ。

津金昌一郎 委員

先行検査で B 判定だった人達の半分ぐらいは基本的もう一回やったら今度は A 判定に変わっ
ているということですよ。それから明らかになってますが次のときにはなくなっているとい
うか小さくなっているというふうに考えていいわけですよ。もし二回とも検査を受けなかったら
この人達ずっと二次検査というかそういう医療には引かかからなかっただろうという形になり
ますよね。そこら辺はね。それともう一つ B 判定の 2 名の方が前回は細胞診とかまで行ったん
ですか。行かないでそこまで必要ないと判断されていたのが、今回はもうちょっと大きくなっ
ているとかより腫瘍が怪しくなったという判断で細胞診やって、がんと診断されたというふう
に考えてよろしいですね。

大津留晶 教授

そうです。ちょっと個別のことで詳細はお話できないんですけど、原則として当然 5mm から
20mm の間はよく考えて細胞診をするというガイドラインになっておりますので、細胞診に前
回では取らなかったけど通常診療の中では考えてきて今回細胞診というふうになったとい
う、そういう。

星北斗 座長

はい、よろしゅうございますか。何かご質問があればあれですけど。それでは一度これを閉め

まして、次に進めさせていただきます。健康診査についてやります。これの説明をお願いします。

橋本重厚 教授

資料 3-1 を基に実施状況についてご説明いたします。③-1 ページに 26 年度の実績を上段に 16 歳以上、下段に 15 歳以下を示しています。県内に居住している対象者 16 歳以上の方については、既存の健診と県民健康調査の健康診査を一度で受診できるよう市町村の実施する特定健康診査などで追加項目を上乗せして同時に実施するようにしました。受診できなかった方を対象に県内 24 会場、延べ 52 回集団健診方式で健康診査を実施しております。また集団健診と同時期に県内協力医療機関においても健康診査を実施できる体制を整えまして 504 施設にご協力いただきました。15 歳以下の小児については小児の特性に対応できるように小児科医に協力をいただきまして県内 101 の医療機関で健康診査を実施しました。県外に避難している方については避難状況を踏まえまして合計で 837 の医療機関にご協力を賜りまして、健康診査を実施しております。内訳として 16 歳以上については 432 の医療機関、15 歳以下の小児については県内と同様に小児科を標榜する 124 の医療機関、16 歳以上と 15 歳以下いずれも対応可能な 281 の医療機関にご協力をいただいて実施しました。受診率を下に示します。平成 26 年度の 16 歳以上の受診率は 22.2%で、平成 25 年度の 23%と比較して 0.8 ポイント、15 歳以下の受診率は 35.6%で平成 25 年度の 38.7%と比較すると 3.1 ポイント減少しております。以前に比べると減少率は少なくなっております。平成 27 年度の実施状況をその下に示しております。対象者は 215,315 名、15 歳以下が 25,296 名、16 歳以上が 190,019 名でございます。県内に居住している方 16 歳以上に関しては引き続き伊達市を除く 12 市町村において市町村が実施する健診に上乗せを同時に行っております。集団健診・医療機関での個別健診の実施を予定しております。受診者数は途中経過でございますけれども、16 歳以上が 18,066 人です。15 歳以下の小児に関しては昨年と同様 7 月から 12 月までの 6 ヶ月間実施します。協力機関は 99 施設で途中経過ですが 3,469 人受診なさっています。県外に避難している対象者の方々ですけれども、早期に実施できるように 7 月中旬より順次案内を発送しまして 8 月から実施してございます。多数の対象者が避難している地域に近接している医療機関にご協力いただけるように努めてまいります。昨年度の取り組みに加えまして今年度からは健診の結果を説明する会を開催しました。同時に食と健康セミナーを開始しております。実施状況は以下のとおりでありまして 5 月から 7 月まで、これらの田村市、川俣町、会津若松市、郡山市、南相馬市、それからいわき市でございます。それから福島市アオウゼで開催しております。この対象は 27 年の 1 月から 3 月に行われた 26 年度の個別健診のうち血圧、腎臓、糖代謝、血中脂質、尿酸の 5 項目でどれか一つでも要指導、要医療の判定を受けた方 4,810 名を対象にしております。具体的な内容としましては健診結果をこれからの健康づくりに活かすことができるように福島医大の医師による講話、小グループに分かれての相談会、管理栄養士による食と健康のセミナー、血圧・血糖測定、栄養指導、口腔ケアなどのそれぞれ専門の医療従事者の方々にご協力を賜りまして行ってます。今後は 12 月 20 日に広野町の保健センターで予定しております。続きまして資料 3-2 に移ります。健診項目別受診

実績基礎統計表を示しております。健診の対象及び項目については前年度と変わりません。③ー65 ページをご覧ください。ここにまとめを示しております。平成 23 年と平成 24 年度から 26 年度までのまとめを記載しております。健診対象者に大きな変わりはありません。ただ、健診の受診者を整えまして健診を受けた時期あるいは医療機関も異なっているということであります。多くの修飾因子がございますために、厳密な意味での統計学的な比較ではございません。参考までに小児の健診実施時期を 0 歳から 15 歳までですけれども 23 年度から 26 年度まで以下のようになっております。まず福島県肥満が多ございますのでこれについてお話しします。全体、体重の全体の平均値ですが 65 歳未満では 23 年度に比べて漸減してきております。65 歳以上では微増でございます。特に体重これは男性の方が女性よりも体重は多い傾向にあります。事実ボディマスインデックスが 25 以上でございますが平成 23 年度から平成 25 年度は変化がございませんでしたけれども、26 年度になりまして低下しております。特に 65 歳以上では 3%減少し、65 歳未満で 1%減少しております。それから腹囲でございますけれども、男性において 85 cm 以上の方はですね、平成 26 年度は 23 年度に比べて低下しております。一方女性で 95 cm 以上の腹囲が多い方ですけれども、23 年度に比べて 65 歳以上あるいは 16 歳から 39 歳ではやや減っておりますが、40 歳から 64 歳では軽度増加しております。高血圧は 23 年度に比べて 26 年度は減少、一方でクレアチニンあるいは糸球体濾過率、計算上のものでありますけれども、これはクレアチニンが増加 eGFR が低下でありまして慢性腎臓病の増加が推測されます。空腹時血糖、HbA1c については平成 23 年度に比べて 65 歳未満では横ばい、65 歳以上では空腹時血糖が減少傾向、HbA1c は 6%以上の割合が 23 年度に比べて 26 年度では増加傾向にありますが、逆に 7%以上の血糖コントロールの悪い方々は減少傾向にございます。脂質異常症については 65 歳以上について平成 24 年度に減少いたしまして、一方で中性脂肪は 7 歳から 15 歳の年齢区分では 26 年度まで増加傾向が続いております。尿酸については男性の方が女性より常に多い状態でありまして、それも増加傾向が続いております。肝機能の異常については平成 24 年度いったん増えましたが 25 年度に 23 年度と同様に同レベルに低下して、26 年度更に肝機能異常者は減っています。次に白血球と血小板ですがこれについては変化はございませんでした。小児の白血球分画、それから赤血球これも著変がないということであります。以上でございます。

星北斗 座長

はい、ありがとうございました。何かご質問あればお願いします。はい、どうぞ。

春日文子 委員

ご説明ありがとうございました。健診結果の説明の機会を設けていただいたということですが、対象者 4,810 人のうちどのくらいの方が参加されたのでしょうか。もう一点最後のまとめのところでは経年的な変化のことをご説明いただきましたが、全国平均と特に異なる項目についてもう一度ご指摘いただけますでしょうか。以上、二点にてお願いいたします。

橋本重厚 教授

説明会の出席される方、これは開催する地域によって少しばらつきがあります。なので非常に少ないところとある程度多いところおしなべて 5%から 10%の間と考えておりましたので、それで広野町の場合にはちょっとやり方を変えまして、対象者だけではなくて住民一般の方々に聞いていただくような取り組みを試しにやることを考えてます。それから健診で全国とどのくらい違うかとこれ正確な統計を取りたいのは最初にお話ししたとおりでそれについては、しにくいところがありますが、やはり肥満者の割合がどうしても多い傾向にあるふうに考えられます。

星北斗 座長

よろしいでしょうか。

橋本重厚 教授

ただ福島県全体が肥満の方でありまして、地域の違いというよりはむしろ福島県全体で肥満が多くございますので、今後注意して経過を追っていく必要があるかと考えております。

星北斗 座長

はい、前原先生どうぞ。

前原和平 委員

私も同じく健康セミナーのことなんですけど、大変大切な事だと思いますので是非継続してですね、今 1 月から 3 月までの間に受診された方ですけども、継続して拡大していただければと思います。

橋本重厚 教授

ありがとうございます。来年度も続けてやっていきたいというふうに考えております。やるからには出席者ももう少し多くするような取り組みを考えてみたいと思います。以上でございます。

星北斗 座長

他にご意見ありますか。大丈夫でしょうか。これ平均値の比較ですよ基本的には、ですから個別の人の変化ということではないですね。これ個別の人の変化ということで紐付けができるような仕組みなんでしょうか。

橋本重厚 教授

データベースを基にですね、今後はそれが成果を出していけると思っています。今少しずつ論文が出ていますけれども震災の変化です。震災後の変化についてもご報告をしていきたいと思っています。

星北斗 座長

はい、ありがとうございます。後ほどそのデータの活用というところでも議論になるかと思いますが、またその時にお話しをさせていただきます。他になければ次にまいります。次はここですかね、お願いいたします。

前田正治 教授

それでは室長の前田の方からご説明させていただきます。今年度調査ですね来年の 2 月に行います今年度調査の概略ができましたのでそれを説明をしたいと思います。資料 4 をご覧ください。昨年度ですね質問紙がものすごく多いと昨年度ですね多いと、それからそういうこともありまして返信率を上げたいということもございまして、質問紙の内容をかなり減らしまして半分くらい減らしております。それからまた市町村のニーズに基づいた質問を今後加えるなどしてかなり昨年度大幅な変更をしましたので、今年度はあまり大きな変更を考えておりません。ただですね、④-29 ページですけども、一般用ですね成人の方はかなり質問項目それでもまだ多ございまして、とりわけ食事に関する項目が 20 項目くらいあったんですね。しかし、あまりその質問項目の内容が電話支援に活かしづらいという内容でございましたので、ここを大幅に減らしております。具体的には④-33 ページをご覧ください。問 9 のところなんですけども大幅に減らして 5 項目特に食行動について焦点を絞って質問をするという形に変えております。その他に大きな変更はございません。あとは昨年度、今年の 2 月に行った平成 26 年度調査なんですけども、今回初めて返信者全員に個人フィードバックしております。大体 5 万人の方に一人ひとり今回こういう結果でしたということをごすね、できるだけ丁寧な形で発送し終えたところでございます。今のところつつがなく誤発送等もなくつつがなく発送を終えています。これをどんなふうにも評価されるかというのはまた県民の皆様からいろいろご意見頂戴して、来年度以降の調査にもまた活かしていこうと思っております。以上です。

星北斗 座長

はい、ありがとうございました。何かご意見ご質問あればお伺いします。どうぞ。

成井香苗 委員

5 万人に発送したということで回答率も今度は上がるんじゃないかと期待して、ご苦労様です。ありがとうございます。もう一つ見せていただきましたところの確か小学生以上は自分で回答させる。

前田正治 教授

中学生です。

成井香苗 委員

中学生。

前田正治 教授

はいはい。

成井香苗 委員

中学生のところに自分で回答するんじゃなくて、お子様のというような記述があったような気がしたんですけれども。

前田正治 教授

中学生はですね、ご家族が加筆記載してもよろしいですし、義務者ですけども扶養者ですね、記載してもよろしいですし、本人さんが記載してもいいと、一応どちらも記載してもいいという形にしていますけれども。

成井香苗 委員

はい、そのところが聞いて問いのお尋ね方がお子様の方に確かになってたので、中学生版を見ていただくと。

前田正治 教授

④-24 ページ以降がですね、ご家族が書くところ一応分けておりますね。質問項目問1から問7、問8までですかね、問8までが、ごめんなさい違いましたね。問5までですね、問5までが子どもさんが書けるようになっておりまして問6以降は保護者の方が書いていただくというふうに分けております。

成井香苗 委員

問8も保護者さんが書くんですか。

前田正治 教授

これは元々SDQなので。元々保護者記載用にして作られたチェックリストですから、そうになっているんです。

成井香苗 委員

中学生だと今までもそうでしたっけ。

前田正治 教授

SDQ の尺度自体は元々この調査のために作られたものじゃなくて、その前から標準化がされているやつでして、これは元々保護者が記載するとなっておりますのでそのとおりになってます。

成井香苗 委員

去年の教育委員会で使っているのは本人に記載させていますけど。

前田正治 教授

浜松医大。その調査のこと詳細は知らないんですけども。私が聞いている範囲では SDQ を参考にして作ったと聞いておりますので、SDQ の原版はあくまでもご本人記載じゃなくて、保護者記載です。

成井香苗 委員

そうですね、そういうふうに忠実に使っているということ。

前田正治 教授

そうですね、教育庁が使っているものと違まして、これは全国平均と比べたいということもございまして、その標準化のデータがあるのは原版しかございませんので、原版をそのまま用いているという。

成井香苗 委員

はい、分かりました。するとちょっと中学生くらいになると、もしかすると子供が自覚しているものと親が見ているものが違っているかなと思いますね。

前田正治 教授

そうですね。たぶん中学生以下小学生もあると思うんですけども、質問して聞けばこの辺かなということで考えています。

星北斗 座長

はい、どうぞ。

清水一雄 委員

専門外なんですけど中学生っていうのは小学生から上がったばかりの中学 1 年生なんですね、高校前の 3 年生とは判断力とかあるいは理解力が随分違うじゃないかと思うんですけども、その辺の評価の discrepancy (不一致) はないんですか。

前田正治 教授

例えば0歳から最初は初年度2年目の調査は0歳から5歳までそういったことがございました。それ二つに分けたんですね、途中からですね。それがそれ以降になりますとちょっとこれ更に細分化してやることに関してはかなり方法論的な難しさがあります。ただ、私個人的に考えているのはですね、むしろ一般成人の方が18歳から80歳90歳まで全部一つなので、ここは正直なところ分割するということは十分考えられるかなと思います。低年代の人達に関しては今後更に検討してみて必要があれば分割というものを考えていかなければいけないかもしれません。

星北斗 座長

はい、ありがとうございます。それでは引き続きお願いすることにしまして次に移らせていただきます。次は議事の(3)中間取りまとめということなのですが、中間取りまとめ色々ご意見いただきまして先程追補版といたしますか追補版の横長のやつがありました。後でこれをベースに色々話をさせていただきたいのですが、その前に私からデータ提供にかかる課題等というものを出させていただいております。この議論を今日は先にさせていただくといいますが、この中間取りまとめ案の取りまとめが今日この残された時間で全部終わるとは思えないんですね。行けるところまで行きまして、そこで修正するところは修正するし、追加すべきところは追加することとはみんなのそれなりのコンセンサスが得られれば訂正といいますが修正をして皆さんにお配りをして更に確認をします。ここ終わったところまで前半としますと、前半の部分はそれで進めると。終わらなかったところを後半というふうに仮に言わせていただきます後半の部分については次回もう一度議論をするということになりますが、今回の前半の議論を踏まえて色々思うことがあれば、更に追加の意見をいただいて次回議論する時にはもう少し整理をして、お話をさせていただけるような形で進めていきたいというふうに思っております。ということで、清水修二先生今日お休みのところで補足の意見いただきましたし、直前に児玉委員からも私の方に手元にご意見来ておりますので、適宜にその辺もご報告をしながら進めてまいりたいつもりです。ということでまずですね、私がほんとにバーッと書いたメモなので読みにくい分りにくいところもあるかもしれませんが、県民健康調査におけるデータ提供にかかる課題等ということで、こういうことを少し皆さんで議論をさせていただきまして、前々からこのデータ提供あるいはデータの活用というようなことをご意見いただいておりますけれども、少し今日は集中的にこの議論をさせていただきまして、その結果を踏まえて必要に応じてどんなふうに進めていくかということを確認させていただきたいという趣旨でありまして、まず私から簡単に説明をします。

1番のところは、中間取りまとめの中でも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ことで今議論されている。これは既に皆さんご承知のところですが、データ活用のための環境はどうなっているのかということになりますが、データベースが構築されて構築され始め、先程の個別のデータが紐付けできるかという話が一環であります。各調査の結果がその蓄積が進んできて、データがそういう意味では有益に提供できる体制環境を整えつつあるというふうに聞いてございます。データ提供の方向性ということで今も既に行われている部分がございます。個人への還元、先程の健康診査の結果を活用するというようなことも既に行われていますが、研

究者等に対してデータを提供すべきという意見も多くございます。また、提供する場合にはどのように考えるかということで4に課題を一応5項目示させていただきましたし、そうするとしたらルールをどういうふうに具体的につくっていくのかというようなことについても議論する必要があるということです。課題ということで、データを提供してそれを活用された結果として県民の利益につながるということが前提だ。県民のためにどのように生かすかという観点からもデータの活用が進むことは必要つまりデータは活用されてこそ県民のためになるのではないかという意見といたしますか課題といたしますか、ありますと。ただ一方で県民が研究の対象にされてしまっているのではないかという不安感や不信感そういうものも当然予想されますし、これまでも様々な意見いただいているところですから、丁寧な説明が必要だし理解を得る努力というのは不可欠であろうと。当然のことではありますが個人情報取扱いには細心の注意が払われるべきであって、それから何でもかんでもデータベースを公開するというのではないだろうと思いますので、個人情報の取扱いその他を含めてですね、一定のルールが提供先と提供の形式については一定のルールがあつて然るべきかと。一方でデータベースを完全に公開しろという議論もあるのかもしれませんが、私はそのように提案させていただきまして、今日これ皆さんの中からですね、少なくとも一人一回はご発言いただきまして方向性を少し見つけていって、その上でデータ提供にかかるなんらかの具体的な検討方針というのを考えさせていただきたいと思いますが、どなたか口火をきってご意見をいただけませんでしょうか。北島さんいかがですか。

北島智子 委員

県民の皆さんのために広く活用していただくというのは重要なことだと思っておりますが、座長からも案を出していただいたようにやっぱり整理しなければいけない課題が随分あるのかなというふうに思っておりますので、そこはきちんとインフォームド・コンセントの問い方も踏まえて、どこまでできるのかということ整理していただく必要があるんじゃないかと思っております。そんなことで今回の取りまとめ案につきましても意見出しをさせていただいたんですけども、調査結果が世界に広く活用されるようであるんですけども、インフォームド・コンセントというふうにとったのかということも含めてどこまでの活用を考えるのか、検討するべきじゃないかと思っております。

星北斗 座長

はい、ありがとうございます。あの私も書き忘れてるんですね。そういうそもそもデータを集める時の同意の問題と提供というところの関連性をどうするかという話ですね。他に何かありましたら皆さんどんどんやれというのか、やるなというのか色々あるんでしょうけれども、津金先生どうでしょう。

津金昌一郎 委員

どんどん活用していただくというのもいい様ではあるんですけども、データというのは恐ろし

くてですね、解析の仕方とか解釈とかによっていくらでも誤った情報が発信されるというリスクもやっぱりあるので、やはりそれなりのルールを定めて、どういう仮説を検証するために使うのかと、必ずやはりそれを公表する場合はちゃんと全部管理するのは当然難しいにしても、いわゆるピア・レビューというきちんとした科学ジャーナルにきちんと投稿して採択される形で発表してもらおうとかですね、ある程度なんらかの一定の条件を付けなければいけないのではないかなというふうに思います。我々も例えば、自分達のデータをなるべく活用してもらうために色々な人達に提供してるんですけども、その時は内部の人はいいいんですけども、外部のデータを使いたいという人には我々のところに運営委員会とかに来てもらって、実際こういうことでこういう形でこういうところに発表しますという形のプレゼンテーションをしてもらったりとか、あるいは一定の書式で書いてもらって、それを我々で審査して、許可してそれからデータトランスファーアグリーメント (Data Transfer Agreement) というかデータ提供のための契約書みたいなものを結びながらデータを提供するとか、そういうこと我々の小さな研究チームでもそういうことをやっているんで、こういうデータですのでそれなりにきちんとした取り決めをルールを定める必要は絶対にあるだろうと考えます。

星北斗 座長

はい。

前原和平 委員

よろしいですか。

星北斗 座長

どうぞ。

前原和平 委員

私基本的にはですね、データをどんどん活用していただいて論文をたくさん書いていただくのは全体の質を高めていく上で重要なんじゃないかというふうに思っております。当面は委託している県立医大へ、提供先としては県立医大ですよというふうに、のはいいいんじゃないかなと。先ず公開するのではなくてですね。

星北斗 座長

今、提供の範囲についてはどのようになっているのかという現状ですね。提供といいますか活用ですか。ちょっと説明してもらった方がよさそうですか。これ誰に聞いたらいいですかね、(県民健康調査)課長ちょっとどんなふうに活用されているのかというのを簡単に説明してもらえますか。

小林弘幸 県民健康調査課長

事務局でございます。実は本日の一番最後のワンペーパーですが、これは今回医大さんの方で、この 5 年間で論文として掲載したものを一覧表でまとめていただきました。こういった形で今ですね県の方でデータを活用して、あくまで県からの委託の一環として医大さんが論文を書いているということでございます。こういったデータを活用して、具体的に例えば、避難地域の 13 市町村のデータを分析したデータを提供して、各自治体さんで様々な保健指導とか健康教室とか色々な形で活用しているということでございます。

星北斗 座長

はい、ということで今もう研究の一環として医大での論文作成等にデータが活用されているということですが、これを広く多くの研究者達がこれは今度はそういう範囲を超えてということになりますので、まさにデータを提供するということになるんだと思うんですけども、その辺のルールを決めていこうということだと思います。春日先生何かご意見があればどうぞ。

春日文子 委員

北島委員がおっしゃったことと共通するんですけども、既に医大の方でこれだけの学術的な論文を作成された、このこと自体は大変素晴らしいことなんですけども、それにあたっては個々の県民のデータをこういう形で使いますというような許可はとってないままにこういう研究活動が進められたということが現状ですよ。そこは違うんでしょうか。そこをちょっともう一回確認させてください。

小林弘幸 県民健康調査課長

先程北島委員の方からインフォームド・コンセントということで同意の件だと思うんですが、今現在同意につきましては各調査各検査で同意を取っております。その書きぶりは違うんですが、その同意の中で例えば甲状腺検査につきましては学術研究目的の利用という形で記載されております。ただこれは利用なので、具体的にデータの提供とは書いてありません。ただ今回ですね、データの提供ということは我々としてはあくまでも公益目的のための学術的な提供というところで必ずしも同意は必要じゃないのかなというふうには考えております。参考までに県の個人情報保護条例なのですが、その中でも公益目的で学術研究目的であればその個人情報を含めて提供していいというふうな記載がされているということでございます。

星北斗 座長

実際のそのデータの活用のプロセスをちょっと聞いた方がいいと思うんですよ。医大が勝手に使っているみたいな誤解がもしあるとすれば。どなたか説明はできますか。どうぞ。

明石真言 委員

放医研の明石です。私のところには医大がこういうデータを使ってこういう論文を書きますっ

ていうようなデータが県から医大に提出されて、それが何か県の方からこういう申請が出ていますと回ってくるのがそれが今話題になっている部分に相当するんじゃないかと思うんですが、違うんでしょうか。

安村誠司 教授

県立医大の安村です。ちょっと補足させてもらいますけれども。データの利用に関しましては もちろんインフォームド・コンセントを取っておりますし、医大の倫理委員会に各調査の実施又はその分析、公表に関しての倫理申請をいたしまして、その倫理委員会を通して。あとは調査に関してのそれぞれのインフォームド・コンセントの取り方はそれぞれちょっと面接、同意という双方の場合で違いますけれども適切な方法でやっているというふうに私達は考えています。それに基づいて分析を今行っております、分析評価に関してはいわゆる研究というよりもデータの適切な結果の評価という視点で元々私達としては、いわゆる研究のためにやるというよりは、行った調査を県民の支援にきちんと結び付けていくというための評価、それを結果的にピア・レビューという形で論文という形で提出しているというふうにご理解いただきたいなど。それに関しては、私達県立医大のみならず今明石先生おっしゃられたように検討委員会の先生方にはこういう形の論文が今分析、評価の最中であると、これに関してご意見をということで皆様方にはたぶんメールで回っていることと思います。とりあえず以上です。

星北斗 座長

よろしいでしょうか。どうぞ。

春日文子 委員

ちょっと断片的にご説明いただいたことがだんだん結び付いてきたような状態なんですけれども、これまでの検討委員会でも県民の皆様様に誤解を受けないような形でご説明いただきたいという趣旨で何度かご質問してたんですね。ですので一度ですね、これまでの審査ですとか基準ですとかその概略が分かるようなフローを資料として整理していただけたらいかがでしょうか。難しいでしょうか。

安村誠司 教授

いえいえ、送ってあるものです。

春日文子 委員

それを私達が理解するだけではなくてきちんと検討委員会として評価できるように、県民の皆様にも見ていただけるような形でこの検討委員会の資料としていただけないでしょうかという、そういう意味です。

星北斗 座長

はい、今の話はですねどなたかお答えになりますか。なんか場当たりのにやっているように思われると、非常にやっている人達の尊厳にも関わりますのであれですけど、現行どういうふうに医大の中で県の委託の範囲の中で活用されているのかという話と、今後どんなふうに提供していくのかという話と、ちょっと整理をどこかで一回ちゃんとしてですね、それをどこかで議論すべきだというふうに私は意見として受け止めました。そういう受け止めでよろしいですかね。

春日文子 委員

はい。このデータの提供だけではなくて収集からその分析、それから提供した後の公表の仕方までを検討するのであれば、現状を一度きちんと県民の皆さんに説明する必要があるのではないかなというのが私の意見です。

星北斗 座長

なるほど。それぞれそれなりに説明を受けていたというふうに私は思っていますが、系統的ですね今先生がおっしゃったように断片的なものがやっとながってきたと検討委員会の先生がおっしゃるのであれば、それは県民の皆さんに率直に伝わってないというふうに私は理解しなければいけないだろうと非常に痛切に反省しますが、簡単に申し上げてですね、どんなふうにデータをとる時のインフォームド・コンセント取られているかみたいな話を含めて、データの流れがどうなっていたかという現状の話と今度データベースができて活用できるという状況になったということはどういうことを意味するのかというようなことも含めてですね、皆さんに理解してもらうチャンスが必要だろうというふうに思います。従いまして、これをこの場でやるかですねここでやるのかですね、あるいはそのデータ活用やデータのデータベース等についての専門の人達の意見を聞く必要があるのであれば、そういう人達も含めて議論するということもあるのかもしれません。いずれにしてもデータの活用の仕方について何らかの整理と議論が必要だというふうにご指摘を受けたというふうに理解してよろしいでしょうかね。はい、他に。稲葉先生何かあればどうぞ。

稲葉俊哉 委員

特段にはありませんが、私は理解していたつもりでおりまして、たぶん問題点は福島医大の場合にはもういかないわけですし、非常にしっかりとしたベースのもとで現在原稿を要求されるようなものはきちんと輩出されていると思うんです。実際にそのように私も理解しています。クリアされてきたと思うんです。ところがですね、最初に調査結果が世界に広く活用となりますと悪くいうと有象無象といえますか、色々な方がいらっしやいまして学問的ベースであるとか倫理的ベースが必ずしも担保されない。そういう意味では同じ調子でやったらこれはえらいことでありまして、その一番最後に一定のルールを定めるべきではないかというのは、そのとおりであろうと思います。ですから、この際もう一度論点を見直してということであれば反対する理由は全然

ありません。

星北斗 座長

分かりました。どうぞ。

阿部正文 放射線医学県民健康管理センター長

医科大学のセンター側からなんですけれども、先程議論されている内容等についてですね、一つはセンターといたしましては先程県及び大学側から答えがあったと思いますけれども、この県民健康調査の内容等についてですね、調査で得られた知見等も含めてですねフローを国内外に情報を発信して県民健康調査の理解を深めていただくという目的がありますし、またそういう内容等が事業の中に含まれているというふうに考えております。その際にこの調査等につきましては、先程説明ありましたとおり一応その調査の内容等は学術的な公表も行う場合があるということで同意書を取っているというふうに考えております。これ医大内部でこのデータ等を国内外に情報発信するために医大等がデータ利用につきましては、このセンター内に諸規定を用いましてですね、それを厳格に審査をして論文等の学術発表等に限っては対応しておりますし、それからその課題等につきましては審査委員会の手続きを経て許可を取っているとそういう現状であるということです。

星北斗 座長

はい、私もそのように理解していたつもりなのでありますが。どうぞ、はい。

清水一雄 委員

ちょっと規模は違うんですけども、こういうデータベースをどういうふうに扱うかというサンプルといいますか。日本外科学会は NCD というナショナルクリニカルデータベース (National Clinical Database) というトップですね、そこに日本中の手術が全部そこに集まるわけです。それでただ色々な手術を集めるんじゃなくて、そこには subspeciality (細分化専門科) があって、心臓血管、呼吸器科、内分泌、乳腺その他諸々の小児外科全てが subspeciality がそこにトップがいて、そこでデータベースをきちんと管理すると、それがいくつもいくつも何層にもなっていて、それぞれにセキュリティがしっかりしている。色々な科で論文を発表する、あるいはこれは発表する時はそこで十分に内容を練ってですね、リリースすることを許可するとかですね。あるいはこれは何故こういうことをやったかといいますと、こんな大規模で面倒くさいことをやったかという、やっぱり最終的には国民に還元すると。この手術はどんなに難しい手術でどんな成功率がどうか全て分かるようにしておきたいということが最初のスタートなんですね。非常によく似ていると思うので、県民に還元するためにどんなピラミッドの構築をきちんとしたのをつくっていくか、その subspeciality 色々な今日のあの分野のですね subspeciality をきちんと構築をしっかりと、論文なりそれから一般社会のリリースに還元していけるよう

なシステムをつくれればいいかなと思います。

星北斗 座長

はい、他にございますでしょうか。室月先生何かコメントありますか。

室月淳 委員

二つばかりなんです。「データ提供は、結果として県民の利益につながることを前提とすべきではないか」という星座長の案なんですけど、これ県民の利益というのは前提というよりは結果として得られるものなので、これを文言として入れてくると、じゃあデータは提供しないとかこういった研究には提供しないということにつながるわけではないのですか。

星北斗 座長

そういうつもりではないです。

室月淳 委員

それが気になったというのが一つです。それからもう一つはデータベースの一次データに関しては、やっぱりできる限り広く研究者に公開していただければなと思います。個人的には。というのは、私個人としてやっぱり妊産婦、出生児に対する影響、あるいはもう少し広げて遺伝学的影響に関しては非常に大きな問題と考えていますので、何か結果が出るのかなと思ってやろうとすることがあります。しかし、とりあえず今のところは福島医大さんの方でやっている、それから検討委員会そういうふうなことをやっていいのかどうかもよく分からなかったのも今まではしてこなかったのですけども。こういうものはやっぱり個人的というよりは、広くそういったことをみんなで解析して議論していくことが今後大事になってくるんじゃないかなと思っております。

星北斗 座長

はい、他に何かなければ大体意見が出たところで。私、別に恣意的に何か隠せとか、嫌なやつは出すなという意味で出しているわけじゃないので、いずれにしても先程からのいくつかご議論がありました点、データ取得時のこと、それから現在の活用法、そして今後どんなふうを活用していくのか、そして現状としてどういう活用ができるような体制、つまりデータベースがどのように構築されているのかを含めて、少し検討してできるだけ多くの研究者に活用される。そして、それが結果として県民の利益につながるという図式といいますか考え方で前に進めていくという大筋で皆さんのもし合意が得られるのであればよろしいですかね、大丈夫ですよ。ということで右半球と左半球の反応がちょっと違うかもしれませんが、私の気のせいかもしれませんが、そんな形で進めて行くということで、私が今提案をさせていただいている皆さんから議論いただきまして、データの活用というのもこの県民健康調査検討委員会の一つの大きな役割であろうと

思いますので、前に進めさせていただきたいと思います。

それではお待たせしました中間取りまとめ(案)への意見ということで始めさせていただきます。できましたら後で言い忘れたと言わずに、この現場で皆さんに言っていただきたいと思いますので、意見があれば皆さんに話をさせていただきますし、どなたからどんな意見が出たかというのたぶん皆さんのメモに回っておりますので、最初の方からいかせていただきます。漢字の間違いか表現のところは少し置きまして、まずこの3段目ですね。はじめのところの13行のところですね、「合わせて今後の論点を明らかにする」ということでこういうふうに変えたらどうか、というのが取りまとめをさせていただいている私の修正案といえば修正案であります。このことに関して何かご意見あればご本人、春日先生こんなふうな形でよろしいですか。

春日文字 委員

この三つ目の私の発言というところですか、意見というところですけども、これは1ページ目の議論する論点だけではないんです。今回非常に時間がなくて、私はいただいたこのバージョンに手書きで汚い字で書き込んで、そのままお送りしてしまったので趣旨がちょっと伝わらなかったところがあるかもしれないんですが、2ページ目以降も各項目について「評価・今後の方向性」というものと「議論すべき論点」が併記されています。どれも共通で疑問を申し上げたつもりだったんです。といいますのは議論すべき論点にこうしたらどうか、こういう点を評価していいかどうかという疑問が書いてあるのに対して、評価・今後の方向性の中に既に評価が入っているものがあるので、そこの整合性をどうするんでしょうかという意味で。

星北斗 座長

はい、分かりました。議論する論点というのはなくなります。なくなりますというのはこの議論をしていって、ちゃんと埋め込んでいこうと思っているので、これは中間取りまとめをしているプロセスで私が示させていただいたものなんです。ですから、それでいいですよ、そういうことですみません。誤解をしていただいたようです。それでは次です。基本調査の件、「評価・今後の方向性」ということで2ページ目の11行ということですね。これは稲葉先生の方からこういうことがありました。稲葉先生この辺について何か追加・補足することがあればどうぞ。

稲葉俊哉 委員

直していただけたんでしたっけ。ちょっと日本語の問題のような気がしたんですが、要するに、前段が「統計的に確認できるほどの健康影響が認められるレベルの被ばく線量ではない」という文章がありまして、後段が「するが」の「が」が、順接の「が」なのか逆接の「が」なのかちょっとその辺日本語としてのあれなんで、いったんちゃんと切った方がいいんじゃないかぐらいのことです。

星北斗 座長

このように1、2、3、4ということで整理をしていくことで、他の先生方も何件か意見が出ているのですが、ちょっと私が一つ聞きたいのはですね、ここに「内部被ばく線量推計のデータベース化などを進め、総被ばく線量の推計に近づける努力が必要である」と書いてあって、この件はですね甲状腺検査のところでまた出てくるんですね。甲状腺検査の時に、特にヨウ素による内部被ばくの問題との合計でどうなのかという話が出てきますが、ここはあくまで基本調査についての取りまとめということなので、ここに内部被ばくの話が出てきちゃうと混乱するんじゃないかなというように私が感じたところでございます。先生のご提案のところの一部、この③のところをちょっと別項に回すということを私は想定したんですが、それでもよろしゅうございませうか稲葉先生。やっぱり内部被ばくの問題をここで何といたしますか、基本調査の一環としてしっかりと把握すべきだというふうなことを書いておくべきだという、そういう意図なんでしょうか。

稲葉俊哉 委員

基本調査はあくまで外部被ばくをとということ、その最初、私が委員になったのが2年後からなので、最初のところの議論が今一つよく分かってないです。ですから、こういうことを書いてしまったんですが、その後、内部被ばくが、例えばWBCのデータなんかも合わせて一本化するみたいな議論も現在もまだ生きているように理解しているんで、そういう頭でこういうことを書いたんですけども、最初から基本調査に関しては、内部被ばくを外して外部被ばくのみで議論するんだという議論で始められたのであれば、座長のおっしゃるとおりだと思います。

星北斗 座長

はい、私はそのように、ですからこの項目落とせという意味じゃなくて、扱うべきところが別なところでもいいのかなというふうに感じているんですけど、皆さんいかがですか。この表現で特に時々問題に時々といいますか、いつも話をすると本調査で得られた線量推計結果がこれまで得られている科学的知見に照らして特段の健康影響が懸念されるレベルではないと評価するというをここで言いきってしまうということですが、その件については、我々議論があるのかもしれない。あの、春日先生何か。ご意見がもしあるのであればこれ多くの先生達ももっと丁寧に説明するべきだということを含めてここに何件かのご意見いただいています、稲葉先生の意見を中心にここに書かせていただいていますけれども。この辺についてどうでしょうか。北島先生からも次のページですね「基本調査は4か月の外部被ばく線量の評価であるが、事故後1年間の」とありますが、この件については何かご説明をいただけるのであれば、そこもちょっとお願いしたいのですが、どうぞ。

北島智子 委員

はい、環境省の方で専門家会議で議論していただいた際には、この基本調査のみでなくてUNSCEARの推計値ですとか、色々なものを重ね合わせて評価を行っていたので、この4ヶ月間の行動調査のみをここに記載するのか、それとも、もう少し内部被ばくまたは国際機関の評価

等も重ね合わせて評価をしていくのか議論した方がいいのかなという意味でございます。

星北斗 座長

はい、そこは今のは内部被ばくの話と同列ですね。つまり基本調査は4ヶ月と切って始まったけれども、それ以降の様々なデータや後になって分かってきている内部被ばくのデータについてはこの基本調査という調査とどういうふうに関連付けるのか、というふうに整理ができるんでしょうか、いかがですか。たぶんこれが一点目の論点だと思うんですね。先程稲葉先生から出していただいた話と北島委員の方から出していただいた話はそうだと思うんですけど。この辺については皆さんどうですかね。何か、津金先生何か。大丈夫ですか。どういう関連付けをしていくべきなのかという論点で一度整理をするということではよろしいですか。後に書くか前に書くかは別としてですね。それから、次にここにまた先程の話がまた100mSv云々という話が清水（修二）先生から書かれていますし、意見が春日先生、北島先生から出されています。この辺のところもですね、さらっとその清水（修二）先生の意見等が非常に分かりやすい気がするんですけども「これまでに得られているから100mSvだと影響がないのだ」という紋切り型の説明ではやはり説明になってないんじゃないかという指摘だと思うんですね。この辺、春日先生どうでしょう。

春日文子 委員

はい、私がここを書かせていただいたのは集団に対しては確かに統計学的に北島委員のご修正を踏まえますと、有意差をもって確認できるほどのレベルの被ばくになっていない方が多い、ということは言えると思うんですけども。この基本調査に回答しなかった方、あるいはその行動が十分に基本調査に反映できなかったかもしれない方、その方個々に対して、個人個人に対して影響がないとはまだまだ断言できない。そういう調査の精度ではないかというふうに思うので、ここは注意深く少し言葉を補足した方がいいというふうに思った次第です。

星北斗 座長

それはあれですか。提出をしていない人に極めて高い線量を浴びた人がいるという可能性を指摘しているわけではないですね。そういうことではないですね。今おっしゃったのを聞くと、出してない人にはとても高い線量で影響が出るほどの線量を受けた人がいるかもしれないということですが、そうなると、この調査そのものも基本的な考え方が揺らぐことになるんですね。ただ我々はそうではなくて、色々なシナリオで一番被ばくをしたであろうと思われる人達を中心にしっかりと把握する努力をしてきました。ただし全員ではありませんが。ですから、代表性の調査もすれば、様々なことをして個人の線量の一人ひとりが何mSvかということを確認はできないまでも、大多数といいますか、ほぼ全ての関係の方が浴びたであろう線量については推計ができるということを前提に進めてきた調査なので、もし春日先生がそういうふうにおっしゃるとすると、この調査そのものの考え方が揺らぐこととなるような気がするんですが、そうではない

ですよね。

春日文子 委員

確かに全体への妥当性の評価もしてますけれども、それは回答できる方の回答を基にできるだけ全体の分布について推計しようというその努力の現れであって、その精度を少しでも高める努力であって、ですけれども全員から必ず全部の情報を得ているわけではないので、それは非常に外れたほどの高い被ばくをする方がいたということを決して否定することにはならないんじゃないでしょうか。ちょっと今の座長のお言葉の意味が分からないんですが、決してこの基本調査の枠組みを否定するわけではなくて、その点、別に見解の違いがあるとは思ってはいなかったんですけれども。

星北斗 座長

他の委員の方どうでしょうか。明石先生どのように。

明石真言 委員

確かに、例えばこの調査で線量についていえば、どここの地域にどの程度あったかとかいう、いわゆるそういう調査はここではやっていないことは、これは個人にお答えをさせていただいた調査なのでそうなんだとは思いますが、ちょっとそこまで言えるのかどうかというのは別の調査をしないと、どちらにしても分からない部分もあるような気がするんですよね。といいますのは線量についてはその1年または4ヶ月というのは今回の調査ですけども、それ以降の調査についてはたぶん現在のこの調査ではカバーできない、色々な個別のことをやらないといけないので、この調査ではということで私共も進めたいという言い方でたぶん「この調査から得られた結果では」と書くか書かないかということにたぶんなってくるかと思うんですが。そこまで広げたことをここで言えるかということとちょっとどっちとも言えないんじゃないかなと私共の考えです。ちょっと答えが良く分からなかったかもしれませんが、要するに言いたいのは、この調査でやったことはこうでしたということは言えるけども、それ以外のことについては、その高い人がいたのかいないのかということもそこまで触れられる調査ではないので、そこまで言い切れないのではないかと、そういう意味です。ですから、今星先生言われたように、いかにもいたかというようなことを否定できないというような、そういうことでもならないんじゃないかと私は思います。

星北斗 座長

分かったような分からなかったような話ですけどね。要はですね、二つあるんですよ。今、春日先生がご指摘されたのはもっと高いものを浴びた人がいるかもしれないんじゃないかといえ、もっと高い被ばく線量浴びた人がいる可能性については、この行動調査という範囲を超える可能性がある。可能性があるという話ですね、分かりません。原発の中に入り込んで何かしてる人がいるかもしれませんが、分かりませんが。ただ一般的に行動、避難をしてきた人達、一般的な

行動パターンをすれば最大値このくらいだろうなということは共通の理解として私は認識しているものと信じています。従ってその外れ値はよっぽど何か特別なことをした人でなければ出てこないし、それについてその人を見つけ出してですね、その人にどうのこうのという話ではきつとないので、我々はその限界があることを前提に我々が調査している範囲はほぼ全てをカバーしていると認識し、そのほぼ全てをカバーしている調査で明らかになっている最大値はこのぐらいだと、その最大値についてはそれなりに細かな行動調査を検証しているだけでありますので、その辺についてはかなり精緻に評価しているんじゃないかと思います。ただ、内部被ばくを合わせてということになりますと分からない部分出てきますよね。それは当然、やり方としては外部被ばく線量の推計ということでやっているわけですから当然ですよ、ということです。先程言った内部被ばくという話とかは別の項目で扱うようにしたらどうですかという話をしたわけですし、4ヶ月でいいのかということについていえば、確かにそういう側面もあるとすれば4ヶ月以降のことについては何らかの補足をということを考える必要があるかもしれませんねということについては分かるんですが、外れ値として凄く大きい人がいたかもしれませんねということについては、私はそんなふうには思わないんですけども。

春日文子 委員

今日は非常に否定的に受け取られているような気がして驚いているんですけども、積極的に外れ値があったんじゃないかということを示唆しているわけではなくて、完全に否定することはできないのではないかという意味で言葉を補足した方がいいんじゃないですかという意味で申し上げているんですけども、それでも趣旨と違いますでしょうか。

星北斗 座長

あのですね、後段の話です。つまり集団として統計的に影響を検出できないレベルのことである、従って何の変化もなかったというのは論理的におかしいのかもしれませんが。ですから、一方で、個人個人をいけばもしかしたら分かりません。把握の仕方や検出の仕方もないので、つまりこれが今回の放射線の影響になるものであったかどうか分かりませんので何とも言いようがありませんが、少なくとも現時点で知られているもので、あるいは統計学的に影響が出るという範囲の被ばくはなかったとこれまでの知見に照らし合わせてみれば、ただ個別に言えばそういう影響が何人たりにも起きえなかったという言い方ではないよね、というその後段の話は分かるのですが、いっぱい浴びた人がいるんじゃないですかということについて言うと、私は少しその。

春日文子 委員

そういうふうには言ってません。

星北斗 座長

ですよ、分かりました。じゃあ、この辺のところ、「科学的知見に照らして、統計的に確認

できるほどの影響はなかった」という表現は、それ自体はもう少し清水（修二）先生おっしゃるようによく精緻に書き込むにしてもですね。これについては委員として、びっちりこう議論するのはある種初めてといえれば初めてなので、皆さんに意見を聞きたいんですけども、どうでしょう。そういうふうに理解をして、津金先生よろしいでしょうか。どうぞ。

津金昌一郎 委員

うまく表現できるかどうか分からないんですけども、この基本調査によって外部被ばくのこの調査によって線量を推計したということですね。だったら全員に対して 100%正しいものではないので、あくまでももちろん推計した、その調査における評価、ある程度代表性とかそういう、実際サンプリングを見るならば何%とかそういうことはやっぱり当然含めながらその調査の得られた外部被ばくの分布とかいうものに関してそういう考察は一つ必要でございますね。実際、あと本当に被ばく量がこの調査で得られた外部被ばく線量が正しいのかどうかを推計するために他の色々なもので得られたばく露に関する調査とか内部被ばくの情報とかも、ある程度それは他の情報として入れといた方がいいですね。それで最終的に健康影響という話になっちゃうとそういうものを全部トータルに合わせながら、あくまでもないであろうとか、あったとしても小さいだろうとか、あるいはあるかもしれないとか、そういうような最終的な結論に結び付くんじゃないかなと思いますけど。

星北斗 座長

はい、たぶん言っていることはみんなあまり変わっていないんじゃないかと思うんですけどね、ただ今まで 100mSv 以下では何々起きないから安全なんだという、そういう考えにくいということを含めてそういう議論をしてきたけども、これだけのデータが現れ、これだけの評価をしていく中で基本調査というのがこれだけ分かってきた。その結果として、今までの科学的な知見と照らして現時点ではというのかどうか分かりませんが、統計的に色々な影響が出るレベルではないというふうに考えるというようなことをしっかりと書き込むと。ですから、100mSv 以下だから安全だ何でもないというのではなくて、その今まで分かっていることをきちんと並べて書くべきだという清水（修二）先生の意見が私は読んでみると、3回くらい読むとなるほどと思うんですが、そんなことではないかと思うんですが、そうではないんだということでは春日先生ないですよ、そこは違いますよね。

春日文子 委員

聞かないで下さい。

星北斗 座長

いいですね、他の先生方はどうですか、どうぞ。

前原和平 委員

今の文言で十分いいと思います。

星北斗 座長

ということで、何か非常に例の紋切り型のが評判が悪かったので、丁寧に説明をしていきたいと思えます。

それでは次です。評価・今後の方向性ということで12行目以下、このあれですね「見守っていく」とか「貴重な」とかいうのはここ私に任せてもらっていいですかね。なんか特別な意味合いを持っておっしゃっているというようには思えないので、よろしいでしょうか。北島委員の方からですね、「評価・今後の方向性②」というところで「偏りのない縮図～シフトすべきである。」の部分というところで指摘があります。この辺についてはちょっと、北島さん。もし追加で説明することがあったら先に教えて下さい。

北島智子 委員

基本調査の結果については回答者に個別に返しているんですよね。ですから、そうだとすると改めて窓口が必要なかどうか、このためのですね。それから、もし窓口をつくとすれば基本調査結果だけではなくて、もう少し被ばくに関するものなのかなと思うんですけども、そこはどこまで検討委員会と言うのかというところをディスカッションした方がいいのではないかと、という意味です。

星北斗 座長

分かりました。誤解があるようなので誤解を解かしていただきますが、前にもお話をしました窓口を開けとくべきだよねという話はどういうことかということ、やっぱり今になって知りたいよと言った時に自分の線量の評価が受けられるということは、最初は「もう嫌だこんなもの知りたくない」という人が「やっぱり知りたい」といった時にそれができるようにしておくべきだ、というのをこの窓口が開いたと私は表現したつもりなんです。ですから、ちょっと言葉が足りなかったのが県民が新たにですね、回答してこなかった県民が新たに回答して自分の被ばく線量を正確に知りたいと望む時にそういうことができるような体制と窓口はキープしておくべきだ、ということで。あと、相談云々という話は別な話になりますのでこの基本調査についてはそういう窓口を開いておくことで、今後は代表性なんかを確認されれば、将来的にはまだまだ縮小というのは言葉はあれなのかもしれませんが、その方向でもあるんじゃないかと。それで北島さんよろしいですよね、そういう意味なら、はい。

北島智子 委員

そういう意味であればいいと思うんですけど。そうだとすると、偏りのない縮図となることが確認されてもされなくても、あってもいいような気がします。

星北斗 座長

偏りのない縮図であったとすれば、積極的にもっともっと出して下さいというエネルギーを使ったデータの収集という方向よりも、むしろ望む時にそういう調査が受けられるという環境を整えて行く方にシフトしていくべきだというふうに文言としてはつなげているつもりなんです、大体、私の書きぶりが悪かったなと申し訳ないですが。そういうふうに皆さんご理解をいただいたと思うんですがよろしいですかね、いいですよそれだね、はい。

それでは次にいきます。これまで得られたデータの有効活用法ということで次ですが、何か、はい。

床次眞司 委員

回収率かなり横ばいで、今後同じような手法で調査続けるのどうかなという印象がありました。今後の方向性ということで提案といいますか、したのが個別に個人の線量というのは、これ以上なかなか求めづらいであろうと、座長がおっしゃるようにですね希望者がいればそこに丁寧に答えるということが必要だと思うんですけども、福島県民全体としてどういう被ばく状況にあったかということは、あくまで推計せざるを得ないような気がしています。その中の一つの方法がここに書いてある被ばくの避難者の避難経路のパターンをですね、いくつかに分けて、それで線量を推計していくと、ある程度幅を持たせて線量を示すというところでできないか、ということで提案させていただきました。

星北斗 座長

ありがとうございます。これはですね実は既にパターンを示されておりまして。割合直後にしました僕のイメージというか覚えている記憶では 16 パターンとか 18 パターンとかですね、18 パターンでここからここに避難して、ここからここに避難した人は大体この範囲というのを出ていたと思います。それ以外にですね、ずっと会津にいたらこのくらいとかですね、ずっとその郡山にいたらこれくらいというのはそんなに出してなかったという気がするんですけど。そういうものを補完すると大体県民の何割かがそこに属するように、つまり最初はその非常にそのなんといいですかね、避難をした人達をパターン化することを一生懸命当初やりましたがここまでデータが揃ってくると県民全体をカバーするようなパターン化を示してみたらどうだと加えるという意味でいえば可能性はないわけではないんだろうと思いますし、むしろそうしてしまうことによってですね、そうしてしまえばといいますか、俺はこれぐらいなんだということを調査票を出さなくとも大体分かるというようなことは、もしかしたら有用かもしれません。それはちょっと私の興味で聞いちゃいけないんですけど、あのパターンを出したことによってそのパターンに属する人達の提出率が下がるみたいなことは、安村先生なかったんでしょうか。その辺はどのようにお考えでしょう。

安村誠司 教授

ご質問は私なので、私がお答えさせていただきますけれども、パターンを出したことで避難区域から色々な避難経路で比較的高い所を通った人達がこのぐらいになるということはかなり大きな情報だったと思います。地域毎の線量評価がだんだん出てきたので、今回の代表性の調査でも皆さん自分達の所だと大体どのくらいだっというのはご存知です。わざわざ書いてもほとんど低いんだというのが分かっている方はお願いしてもですね、私が直接お願いしても結局低いのがもう分かっているからいいとそれを強く言われる方が拒否であり、やんわり断られる方がお話を聞くけど後で出しますという答えられる方というふうに理解しております。

星北斗 座長

はい、分かりました。ということでそのように書きぶりもあれしまして、もしそういう今自分達がずっとここにいたという人達も含めてですね、このぐらいですということをもうあと何パターンか示すということで価値があるのであれば、その辺も一緒に検討しておくことにさせていただきますが、よろしゅうございますね、はい。それでは次です。言葉の問題があります。清水（修二）先生から何か所かあります。

その次ですね、甲状腺のところですが、先行検査を一巡目を終えてこれまでに発見された甲状腺がんについては、被ばくからがん発見までの期間が短いこと、被ばく線量云々ということがあります。稲葉先生、ずっとこう書いてありますが、これ少し整理をしてみないといけないのかなとも思います。何かこう書く度にたぶん、清水（一雄）部会長もご苦労されたと思うんですけども、書く度に何かこう分からなくなっちゃった部分がある、ちょっとまず部会長から何かコメントがあれば聞きたいと思います。

清水一雄 委員

私あの中間報告を作るまでに大変な苦労しまして、皆さんのご意見を十分取り入れて何回も言いますが、前々日まで委員の練りに練って提出してですね、本委員会に提出いたしましたので、その文章に関しては私は何も付け加えること、あるいは削除することはありませんし、それをこの委員会に託したので、星先生にお願いしたいというふうに思います。

星北斗 座長

その上で稲葉先生、この3の件は削除という提案であります、この辺どうでしょう。

稲葉俊哉 委員

中間取りまとめとして、ということではなくて、これむしろ座長にお聞きしたいんですけども、中間取りまとめは中間取りまとめだと思うんですが、検査部会のそれを、ここに貼って、この検討委員会の中間取りまとめをするというお考えなのか。

星北斗 座長

いや、あくまでこれ部会長のおっしゃったとおり、部会としては取りまとめました。部会から本委員会に上がってきました。今そのまま貼ってあります。これはそのまま部会の意見をそのままスルーするということではありません。議論してもいいし、部会長もそれをこのように今おっしゃっていただいたので議論をすればいいと思うんですけども、3番が分かりにくいというふうには、これ私が再三言っていることなんですけど、きっとすごく表現としても分かりにくくなっちゃってるのかもしれない。ですから、これはどんなふうに表示すればいいのかということも。はい、どうぞ。

稲葉俊哉 委員

部会の中間取りまとめの相手は県民ですかね。その辺やや微妙なところがあるように思うんですが、これ専門家が読めば何をしたいのかは分かるんですが、もし検討委員会の想定する相手が県民であるというなら、これを理解できる人はちょっといないというか、誤解されるというか。そもそもこういうことは可能なんだろうかとか、色々疑問が湧いてきて、検討委員会としての文章に入れるのはちょっとしんどいのかなというふうな印象を持ったということですね。

清水一雄 委員

ちょっとよろしいでしょうか。

星北斗 座長

はい。

清水一雄 委員

評価部会としては県民を対象とした、念頭に置きながら作った中間取りまとめは、指示を受けたのは「県民健康調査」検討委員会からですので、そちらに対する報告です。ですから、この委員会に対する文章です。

稲葉俊哉 委員

分かりました。でしたら少し相手が変われば少し内容が変わってもいいかなと思いますけれど。

星北斗 座長

津金先生いかがでしょう。3番について。

津金昌一郎 委員

確かに、もしかしたら慣れてない人分かりにくいかもしれませんが。要するに、例えば2ページでいえば5mSv超している人が0.2%いるわけですね。0.2%いる場合に1mSv未満と

かあるリファレンスに比べて、例えば 5 倍とか 10 倍とかそういう相対リスクがあればこれで十分検出できますよという話で、だけど 1.5 倍、1.05 倍とかそういうものだったらなかなか検出できませんねとか、そういう評価をやっぱりしておく必要があるんじゃないかという意味合いですね。

星北斗 座長

ということなので、という意味で書かれているということなんです、これ自体は。これが確かにこれから県民に向けてというか、これは我々のまとめとして公表することになりますし、私達自身の行動規範にもなるわけです。今後どうしていくかも含めますので、ですから、その辺のところも誤解があるままではいけないのであればもうちょっとですね、私と部会長とでもう少し文言を一般向けにといいますか、皆さんに理解できるような話に書き変えるというような作業がもしかしたら必要なのかもしれないので、そこは部会長からお話があったようにそんなふうに進めていくということで、ここは今の話はあともう一点、清水（修二）先生からも出でるんですかね『一巡目で判明した甲状腺がんが被ばくの影響とは考えにくい理由として被ばく線量と年齢構成が挙げられていますが、一部専門家の中で「地理的な分布」が主要な論点として取り上げられています。調査において重点が置かれている内容の一つですので、検討委員会としてもこの点に触れることが望ましい』と書いてありますが、この地理的な分布というのは賛否あるところだと思うんですね。地理的な分布が云々ということについて、これ何かまずは部会長ご意見がこの件についてあればお願いします。委員意見 5 ページの 2 段目の清水（修二）先生のご意見のところ。最初の健康調査云々というところについて、5 歳以下が少ないと、線量が少ないから放射線の影響が考えにくいと評価しますが地理的な分布がもう一つの補正要件ではないのかという指摘です。

清水一雄 委員

それは検討委員会についても言われていることで、もちろん乳幼児は数値的に高いわけですし、それにプラス内部被ばくあるいは外部被ばくの線量の違いによっては、ある程度かなり考慮しなくてははいけないかなと、これは大きな問題だろうと思います。

星北斗 座長

それに加えてその地理的な分布というのは、ここでいう地理的な分布というのは高いことが予想される地域とそうでないこと、あるいはその他の地域との比較という意味だと思うんですけども、その辺はどうでしょう。

清水一雄 委員

一応それは福島県内ということですよ。県内の中でも線量の高い所と低い所ありますけど、大きな変化はないです。ですから、ある程度考慮するけれども全体的に公平に見なくてははいけな

いのかなと思います。

津金昌一郎 委員

おそらく今後、やっぱり線量がある程度出た段階において、色々な地理的な地域によって線量の大きさとそこで出ている甲状腺がんの有病率とか、あるいは、今後の罹患率との関連を検証しなくてはいけないんですけれども、それは今回の甲状腺検査評価部会での matter（問題）では基本的にはなかったわけですね、ということで、ただ今この辺がある地域が非常に高いんじゃないかとかいうようなことが言われている現状に対して、甲状腺検査評価部会としてどこまで言及するかということですね。

星北斗 座長

どうぞ。

稲葉俊哉 委員

ちょっと混乱しているような気もするんですけれども、私がおの前のこと7番のところ少しこれ中間取りまとめとしてこの文章を云々しているわけではありません。あくまでも検討委員会として含める場合にどうするかということなんです、要するに今出てきた地域差の問題であるとか、そういう議論を深めていくとやはりこれあの前回は色々申し上げたんですけれども、疫学という話にどうしても踏み込んでいくことになってくると思うんです。この7番の中にも「事故の影響による甲状腺がんの増加の有無を疫学的に検証し」という言葉が出てくるんですけれども。例えば、福島県内の地域差ということになってくれば、当然会津は被ばく線量も低かったわけなんですけれども、一方で浜通りと会津というのは山の民と海の民ですから、あるいは都市化の問題だって全然違ってまいります。そうすると、疫学ということが前面に出るとこれはどうしても限界で、より疫学的に比較しやすいとことの検討というところに入ってきますし、過去にそういうこともベースは少ないんですけれども、行われたこともあったわけなんですけれども。私自身の理解は、この県民健康調査というのはあくまでも県民に寄り添って見守るという立場であるということ、もちろんその過程で出てくる色々なデータはきちんと処理をしてきちんと学術的に検討して統計を取ってでき得る範囲で被ばくの影響であるかどうかを検討しないといけませんけれども、それが第一義的に前面に出るわけではないということを今回申し上げさせていただいたところなんです。細かいこと私少し書きましたけれども、甲状腺がんは元々治癒率 9 割というようながんですので、強制的なスクリーニングの対象にはならないがんですので、そういうがんをスクリーニングで検診するというのは、やはり福島原発事故という非常に異常なことがあったからであるというところ、なおざりにしてはいけないと思っております。そういう意味で、そもそもその地域差とか何とかという言葉が出てくるようなのはちょっとなんか違和感がありまして、少なくとも検討委員会としての中間取りまとめには入ってこないんじゃないかと思っております。

星北斗 座長

はい、そういうふうの説明を受けます。その後ちょっともう一つですね中間取りまとめにおいて冒頭部分で云々という話、それから7行目ずっとこの3ページのことがしばらく続くわけですが、次のページの上のですね、順番にあのご説明を。

床次眞司 委員

中間取りまとめの最初のところで今回の福島事故において「被ばく線量がチェルノブイリ事故と比べてはるかに少ないこと」というふうに書いてあるんですけども、結局、この検討委員会で内部被ばくの線量を議論をしたのかということなんです。結局その1番とか2番の部分で線量評価の重要性が書かれていますけれども、最初の冒頭で被ばく線量が少ないと、はるかに少ないと書いて、そこに違和感を感じたのでこういった書き方になりました。やはり県民が知りたいと思っているところは放射線の被ばくとがんの因果関係だということに思いますので、例えば、今回その甲状腺がんになった方の被ばく線量を調べてその関係を見出すのか調べるということが重要だというふうに思います。

星北斗 座長

これは清水（一雄）部会長、この辺はそのはるかに少ないという表現を我々も使ってきたわけですが、その辺のデータその他を示す必要があるんじゃないかというのが一点とそれ一つですね。それとやっぱり今後のことを考えれば前々から議論してますよね。内部被ばくは、まあ非常に細かい蔓ではあるけれども、なるべく分かるものは色付けをして本当に影響があったかどうかについては考えていくべきだねと、二点の意味を含んでいると思うんですが、この辺はどのように解釈をすればいいでしょうか。

清水一雄 委員

今まで報告されてきた、あるいは言われていることが少ないということであって、例えば何mSv、0.いくつから、それから200mSvから300mSvですよ。大きな差ですよ。けども、今回は中間取りまとめの報告の中にもありますけれども、初期被ばくですね、初期の内部被ばくをもう一回きちんと色々な関連性を辿りながら行動パターンとかですね、そういうことを辿りながら再評価して、できる限りの情報を集めて今後の資料にしていくことは非常に大事なことでありと申し上げているはずなので、断言するというこれは少ないことというのは今までの記述としてという意味であって、中間取りまとめのところに初期被ばくの初期の内部被ばくの重要性が大事なんだよ、もう一回調べ直したらどうかということをつけ加えてですね。

星北斗 座長

この議論は分けて考えなければいけないですね、きっと。今まで報告されているもので言うと、

それは実際にそれこそ患者さんについてと言いますか甲状腺に異常が見つかった患者さんの内部被ばくが全部分かっているわけではないわけで、ある特定の集団しか分かってないですね。ある程度特定の集団とチェルノブイリで知られている集団を比べると、どうやらチェルノブイリよりは随分少ないらしいということであって。だからといって、すなわちだから全く心配はないということ、先程の話と似たようなことですが、言えないよねという話で、そこは注意深く線量については分かる範囲を広げていくなりそういう糸口を辿って推計していくような努力が必要だと、これ前から議論していた話なのでそこはきちんと整理をして付け加えるべきだと思いますが、大津留先生、何かチェルノブイリとの比較においてコメントがあればお聞かせいただけますか。

大津留晶 教授

はい、チェルノブイリとの比較は、もちろんこれは国際機関とか床次先生のデータにもあるように、ある集団検査で、シミュレーションできる集団においては相当されたと思うんですけども、この県民健康調査のその検証を受けられる方のその結果との比較というのは、もちろん今の段階ではできていないということです。ただ、その先程も稲葉先生とかもおっしゃったように、その比較をするレベルのその問題かどうかというのは確かにあると思います。というのはどうということかと言うと地域差も同じなんですけども、様々なファクターがある、動いている中で他の要素が大きい中でそれをどこまで見ることが科学的に意味があるかというところはちょっとそこら辺の議論はまだ委員会とかでご指摘を受けていないということだと思います。

星北斗 座長

一般論というか、今その話があったように、チェルノブイリで調べた数とどのぐらいの被ばく線量かという話と、日本で局地的と言いますか、極めて限られているデータだけでも出て来るレベルを比べると違うというのは報告にあったと思うのですが、それを整理してですね、ここでどのぐらい違いがあったのかとか、そのデータを示す限界はどこかをみたい議論をたぶんしてなかったんだと思います。もし可能ならばですね、(床次)先生もしそのデータを比較してここできちんと説明をしていただけるように準備を、もししていただけるのであれば、次回そういうことを僕らにもしっかりと、この記述をするのであればね。その記述が正確性を持つためにも少なくともここで一回議論をして、それがそういうデータはこういう限界があるんだということを知りつつ記述するというのが私は重要だと思うんですが、僕のその理解で間違いはないでしょうか。(床次)先生それお願いしてもよろしいですか。

床次眞司 委員

宿題が、まあ言い出しつべということもありますけれども。一般論と各論との違いということではそこは理解しましたけれども、やはりその丁寧な説明というかそういった観点においては個人の被ばく線量というものをある程度出せるものはきちんと出していくという姿勢は出していくべきだというふうに思います。

星北斗 座長

そうそう。これも別にこれまでの姿勢と変わったわけじゃないので、かえって見ちゃうとなんかスポッとこれは低いんだからと、さっきのね 100mSv 以下なんだから大丈夫だというのと良く似ていて、低いんだから大丈夫だという話は、いかにも乱暴だよという話はそのとおりだと思いますので、その辺は限界というかその確認が一つと。それから、これから先に向けてはきちんとしたレベル、評価をしていくことをやっぱり目指すべきだという記述はどちらにしても必要なものなんだろうと思いました。それではその他前後しますが、北島さんから二点、過剰診断の話が出ておりますが、この辺の過剰診断の話をもう一個ここ取り上げなきゃいけないんですけども、北島先生から何かコメントあればどうぞ。

北島智子 委員

この中では過剰診断という言葉がもう使われていないので、こういう表現であればよろしいのかもしれないんですけども、過剰診断に関してはこの検討委員会の中でそれぞれ先生方で随分捉え方が違ったものですから、稲葉先生のご意見と同様にですね、なかなか表現が難しいなという意味でございます。ここを言及するべきなのか、しないのかというところの先生方のご意見はどうなのかなという意味で書かせていただきました。

星北斗 座長

はい、過剰診断の話は随分行ったり来たりしたと思うんですけど、お互いに誤解をするような日本語は使うまいというのが一つあったのだと思います。ただ、先程稲葉先生がおっしゃったように純粹疫学的な観点から類似の地点で被ばく線量が少ないところのかなり大がかりな対照検査をしないと出てこないというようなことを肯定するようなことではないよね、という意味ではたぶん一致しているんだと思うんですよね。つまり他の線量の低い地域でかつ海辺に暮らしていてその海藻の摂取が同じくらいのところで年齢も同じくらいの人達もみんな同じように調査して同じくらいの人数比べてどうだというようなことをするようなことではないよね、という意味では部会での意見も一致してますし、ここでの意見も一致しているということなので、そのことが分かればここは問題はないのかなと私は思いますので、この過剰診断という表現を避けて、あえてこういうふうにとまとめたというのがいいんだろうと思います。

それでは次ですが、だんだん時間がなくなってきました。甲状腺のところでカウンセリングということで、成井先生ご説明があればどうぞ。

成井香苗 委員

このことは前回にちょっと言及させていただいたことですが、この甲状腺の問題を甲状腺検査評価部会の中取りまとめだけをポッと抜いているだけですよねこれはね、私達が話し合ってきたことはそれだけではなくて、甲状腺の問題について色々話してきたわけですが、

その中でやはりちょっと私の立場としても取り上げていただきたいのを甲状腺がんになった子供達の心理的な側面のケアということは絶対欠かさないでいただきたいというふうに思っていて、その点を入れていただけたらいいなというふうに思っています。

星北斗 座長

はい、カウンセリングについては既に甲状腺検査のサポートチームや心のケアセンターあるいは様々な所で行われている相談会、医大がやっているよろず相談会その他色々なことがあると思うんですね。ですから、そういうことを丁寧に書くことが一点だろうと思います。その上で成井先生がおっしゃるように、こういうことも加えてやったらどうかというのは、どの程度のことか、キャパシティとしてできるのかとか、公費でと書いてありますけれどもなかなか公費でというのも難しいと思うんですけど、どの程度のことを想定してそしてどれだけのそのキャパシティがあって、それが既存の今やられている様々な相談事業とはどんなふうに違ってですね、どんな効果が期待できるのかというようなことがもう少し具体的に示していただきたくて、ここで議論をしないと。今やっていることは書き込めます。足りないというのも調査の結果から一定程度分かるのかもしれませんが、その上で相談を受ける側のキャパシティやあるいはアプローチの仕方ですね。そういったことについての何か具体的なアイデアがあるとか、既に例えば会の方でこんなことをやっていますみたいなことがもしあるのであれば、ちょっと系統的に教えていただけると議論できて、議論できればここに何らかの形で表現できると思うんですけど、いかがでしょうか。

成井香苗 委員

はい、これ中間取りまとめなので議論の途中の問題ですということでもありますし、今やっていることで十分とはおそらく言えないということ、その方向性として今後そういったことも考えていく必要はあるんじゃないかというふうに思うので、ただそれが議論まだされてないといえればされてないというふうには思います。

星北斗 座長

あの例えば甲状腺の検査のサポートチームあるいは実際に手術を受けるようになった人達へのサポートということであると、大津留先生そのそれなりにというよりはかなり厚手に行われていると僕は認識しているのですが、その辺の先生の認識を少なくともちょっと教えていただけるとありがたいです。

大津留晶 教授

ありがとうございます。心のケアが極めて重要というのは先生がおっしゃるとおりで、まずそれで一部立ち上げているんですけども、もちろん手術の方に回ると診療なんで通常のがんのケアということになっていきますけれども、もちろんつないでちゃんと連携してやらなくてはならないということも重要ですし、もちろんがん以外の結節があって二次検査に来られる方はもの

すごくご心配、結節がある程度だけでもご心配されているそこはご本人もご家族もということで、そこをちゃんとやらないといけないということでチームを立ち上げさせていただきましたけれども、確かに今の体制で十分かと言われるばまだまだ不十分なところはたくさんあると思います。担当者の方も一生懸命やってくれてますけれども、その時に考えないといけないのは当然色々な所で検査やられるので、それはその甲状腺の検査ができるということが大前提ですけど、それと同じかそれ以上に先程からお話になっている個別対応というのが非常に重要ということですから、線量のこと心のことも分かって対応できないといけないということが重要なので、そこまでどれだけ完璧に全てのことができるかというのはまだまだ大変だということが一つあると思うんです。もう一つは今議論あった過剰診断の問題もありますけれども、もし逆に検査がそういうことを引き起こしているということであればですね、そのスクリーニングの在り方自体もよく単純に甲状腺の結節の自然史ということだけじゃなくて、心の問題も考えていくスクリーニングの在り方を考えないといけないと、問題があるというふうに、この二つがあるかと思います。

星北斗 座長

はい、ここに成井先生に書いていただいたとおり二つの問題があるんですね。一つは診断されて治療していくという一連の流れに医療にのって行く人達のケアという問題があると。もう一つは検査を受けることそのものによる様々な悩みとか苦しみとか心の葛藤とかそういう問題があると。ですから、それはカウンセリングというようなことで対応するとか窓口をつくるというのは、他に今大津留先生がおっしゃったように検査そのものの有り様が本当にそのストレスを引き起こすようなことでないような、そういうことでないとは言いませんが、もっと工夫すべきことがあるんじゃないかというようなことも。例えば、成井先生、そういうふうにご提言をいただくのであれば、これから集団でやるやり方についても色々あるんだろうと思うんですね。子供達同士ですから、お前AだったのかBだったのかみたいなことをですね、こうつつき合って、なんかお互いこう、そういうことになっちゃうみたいなことだってもしかしたらあるのかもしれない。ですから、その辺の実態も、実際やられている先生方の感触なども聞きながら当検討委員会として検診の実施、これからどんどん個別検診に移っていくということで、一方では受診率の低下等も考えられるし、またその不安を抱えたまま検査に来ないという人達が不安に苛まれるという三つ目のトラブルといいますかね、そういう心の問題というのも発生するかもしれませんから、その辺は今後の検討課題として心の問題とても重要だという意味では書くことはできると思うんですけども。成井先生、何か具体的にこう、特に2番目以降の話は何かありますか。

成井香苗 委員

私がここで提案したのは、一般的なスクリーニングによってということではなくて、実際に甲状腺がんというふうに診断された人に対してです。二次検査において、一次検査の時でもう実は見せていただいたんですけど、どのように診断されているかという現場を。その時にとても丁寧に一次検査の段階でみた結果すぐその場で担当医が説明してくれて心理的な負担が起きない

ように説明はしてくれているんです。ですけれども、実際がんといいものがみつかった時に二次検査になって、まだ二次検査でもそこでも色々なスタッフが今頑張って下さっていて心理的な対応もフォローしてくれるような体制もつくって下さりつつあるんですけれども、実際に今度は診療行為に移っていくっていうふうになっていくわけですよ。そうした時に、この委員会この調査という段階ではまだがんであるということが見つかるまでの間についてはフォローできるけれど、それ以降の実際がんといい治療をし、その後生きていくという段階についてまでの体制というふうにはなっていない。だからこそ、今後医療上の金銭的な措置はしていけるように体制はつくるとおっしゃってたわけですけれども、その B というふうな段階から今度 C でがんですよというふうになっていく、診断されるころの段階からもう少し個別に具体的にワンセットでカウンセリングが入っていくような形をして、その後の治療へとつないでいくっていうことも必要なかなんていうふうに思っていて、それはここで言っていないのであれですが、心理的なカウンセリングの体制というのが今つくりつつあるけれども、こういった長期に見通してカウンセリング体制というのをつくっていく必要があるということを入れていただけるといいなというふうに思っています。

星北斗 座長

なるほど。たぶんですね、今医大で多くが治療を受けているということからいうと医大にかなり depend (当てに) しているという感じですがけれども、どうぞ。

堀川章仁 委員

この「がん」についてのカウンセリングというのは、それはその手術をなさる先生方達が考えということで放射線があったからがんになったというのは、私は一般的に病気というのはですね、非常に何が怖いかと言うと本人にとってみると再発なんですね、そういうことを考えた時に、今その被ばくによってがんができたとか、できないとか、そこももう関係なさそうだという時に、そのカウンセリングというのはもし被ばくによってがんができたのだったならば、またその被ばくによってまた別な所にがんができる可能性があるということも言えないことでもないと思いますし、ただ今のところは関係ないというのでしたら、そのカウンセリングというのはさほど将来のことに関しては今までのがんの治療と同じ考え方でいいんじゃないかと思うんですけれども。というのは私が小学校 4 年生の時に骨髄炎になりまして、その骨髄炎というのは再発するというのでかなりトラウマになりました。ということをお考えますと、その子供さん達のその将来というのはそのがんに対する将来、結婚とかなんかと書いてありますが、一番はご本人の再発ということの心の悩みになるんじゃないかと思うんですけれども、勝手な意見かもしれませんが。

星北斗 座長

はい、ありがとうございます。これ一般診療でがんに対してのカウンセリングというのは今もその全部十分かというところかなりそうじゃないのかもしれませんが。一般的に言ってですね。ただ、

この甲状腺についていうと若年者であること、それから検査によって見つかったがんであるということなど勘案すると、一般的ながん以上に丁寧な説明とそして心理的なサポートが必要だと。これはたぶん共通の理解かと思うんですよね。ただ、それが今体制として不十分だからなんとかしろという話だとすれば、体制として不十分だということを示さなければいけないですから、今現状としてどうなのかというような話は大津留先生から話があって、それなりにやっていると、ただ十分かといわれれば必ずしも十分ではないかもしれませんという意見がありましたので、その辺のところは今後医大を中心に行われているがんの治療が、甲状腺がんですね、これで見つかった甲状腺がんの治療がもっと複数の所で行われているというようなことも想定し、年齢層が上がっていくということも想定しながら、サポート体制がどうあるべきかということは長期的に考えて行くんだというようなことを、一般的な記述は可能だろうとは思いますが、具体的に今何ができる、何をしなくちゃいけない、公費を持ってということにはなかなかつながらないだろうというふうには思います。時間がないんですが。

成井香苗 委員

すみません、ちょっと。だから、そういうふうに言って書いていただけるならいいというふうに思います。その辺でもう一つ一般的ながんと違うということはこれまでもあるように放射線によってがんができたわけじゃなくても、例えばですね、長崎や広島の人達がやっぱり偏見によって苦しんできた精神的なケアを必要としてきたってことは事実なので、この甲状腺がんを患ったということはこのリスクを相当負うということなので、やはりそれはちゃんと考えていかなきゃいけないというふうに思います。

星北斗 座長

はい、ありがとうございます。もう一ついきたかったんですが、いく時間がなさそうなのでこの先に進むので、健康診査のところていくつかあって、北島委員から7ページ目の5つ目6つ目ですね「疾病予防・健康づくりに活用されている～取り組んでいる」というところで先程も話がありました。どんなふうにデータが提供されどんなふうに市町村で活用されているのかということちょっと具体的に次回示してもらおうと思います。北島さんそれでよろしいですかね。それともう一つ、「循環器云々」というのは何か、これ循環器危険因子は何かという北島さんからの質問に答えていただけるでしょうか、はい。

橋本重厚 教授

これ一般的に脳心血管危険因子で肥満、高血圧、それから高血糖、糖代謝異常それから脂質異常と高尿酸血症、腎機能障害いずれも循環器リスク因子でご存知のとおりでございますので必要とあればこれを全てこの後に書き加えたいと思います。

星北斗 座長

はい、よろしいですね。これで一応 7 ページまで終わったことになりました。7 ページまで終わったということは、この紙で 7 ページまで終わったことになるんですけど、安村先生何かご発言ございますか。大丈夫ですか。ということで、どうぞ。

津金昌一郎 委員

甲状腺の取りまとめのところでちょっと。もう一回見直してみて気がついたんですけども、6 番のところで「集団として捉えた場合、二次検査を受ける患者の多くは、今回の甲状腺がんがなければ」と書いてあります。文脈的には「甲状腺検査」になるんじゃないかなと思うんですが、3 ページ目の、これ二次検査以降の医療費のことにつながっているので甲状腺検査というふうにしないといけないんじゃないかと思います。おそらくここは、実はまとめの前の段階で色々先程の過剰診断に関係するものの記述とちょっと混ざっていたので、そこがちょっと混ざって少しこういう文章になって不自然な文章になっちゃったのかなというふうには思っていますけど。

星北斗 座長

はい、ありがとうございます。ということであまり座長のできがよくないので時間切れになります。続きはですね、次回ということにさせていただきます。なお、今ご発言があったように読み返したらこうだったということについての追加意見もいただきます。それからその追加意見も加えまして、次回は後半部分もですね多少書き換えるところも書き換える努力をした上でもう一回皆さんにラウンドしたいと思います。次回で議論が終結するかどうかは分かりませんが、できれば次回に話を進めたいので、事前の意見については、より積極的に先生方をお願いをしたいと思います。よろしいですかね。それでは中間取りまとめ（案）への委員意見で最終的にもう 1 枚、最終ページのところが差し替えになっておりまして、そこについては議論及びませんでしたけれども、やはりまとめというところには将来に向けてきちんとしたことを書き込むべきだというご意見もいただいたことも私はなるほどと思いましたので、追加でペーパーを差し替えさせていただきます。それでは、一応ここでの議論はここまでにして事務局にお返しします。

角田祐喜男 県民健康調査課主幹兼副課長

それでは以上をもちまして第 21 回「県民健康調査」検討委員会を閉会いたします。皆様ありがとうございました。