



3 1 1 子ども甲状腺がん 損害賠償請求訴訟

第1回口頭弁論期日
福島県民健康調査について

2022年5月26日

原告ら訴訟代理人弁護士 田辺 保雄

福島県県民健康調査の法的根拠

- 法的根拠(1) 福島復興再生特別措置法49条「福島県は・・・平成23年3月11日において福島に住所を有していた者その他これに準ずる者に対し、健康管理調査を行うことができる。」
- 法的根拠(2) 原発事故子ども被災者支援法15条2項「国は被災者の定期的な健康診断の実施その他東京電力原子力事故に係る放射線による健康への影響に関する調査について必要な施策を講ずるものとする。この場合において、少なくとも、子どもである間に一定の基準以上の放射線量が計測される地域に居住したことがある者・・・に係る健康診断については、それらの者の生涯にわたって実施されることとなるよう必要な措置が講ぜられるものとする。」

福島県県民健康調査の概要

- 目的 「本件事故による放射能汚染を踏まえ、県民の健康不安の解消や将来にわたる健康管理の推進等を図ること
- 枠組み
 - (1) 基本調査(対象県民200万人 放射線量の推定評価)
 - (2) 詳細調査
 - 1 甲状腺検査(対象 当時18歳以下だった38万人)
 - 2 詳細調査(対象 避難区域の住民)
 - 3 妊産婦調査(対象 同上)
 - 4 こころの健康度・生活習慣に関する調査(対象 同上)

甲状腺検査の目的

- 福島県HP

福島県では、チェルノブイリに比べて放射性ヨウ素の被ばく線量が低く、放射線の影響は考えにくいとされていますが、子どもたちの甲状腺の状態を把握し、健康を長期に見守ることを目的に甲状腺検査を実施しています。

甲状腺検査の概要

		期 間	対 象
1 巡目 ○ 終了	先行検査 (甲状腺の状態を把握)	平成 23 年 10 月～ 平成 26 年 3 月 (～27 年 4 月※)	震災時福島県にお住まいの概ね 18 歳以下 (平成 4 年 4 月 2 日～ 平成 23 年 4 月 1 日生まれの方) 【約 37 万人】
2 巡目 ○ 終了	本格検査 (検査 2 回目) (先行検査と比較)	平成 26 年 4 月～ 平成 28 年 3 月	上記の方に加え、 平成 23 年 4 月 2 日～平成 24 年 4 月 1 日生まれの方【約 38.2 万人】
3 巡目 以降	本格検査 (検査 3 回目) 以降	20 歳を超えるまでは 2 年ごと、それ以降は 25 歳、30 歳等の 5 年ごとに検査を実施する。(25 歳時の検査ま では 5 年以上空けない)	

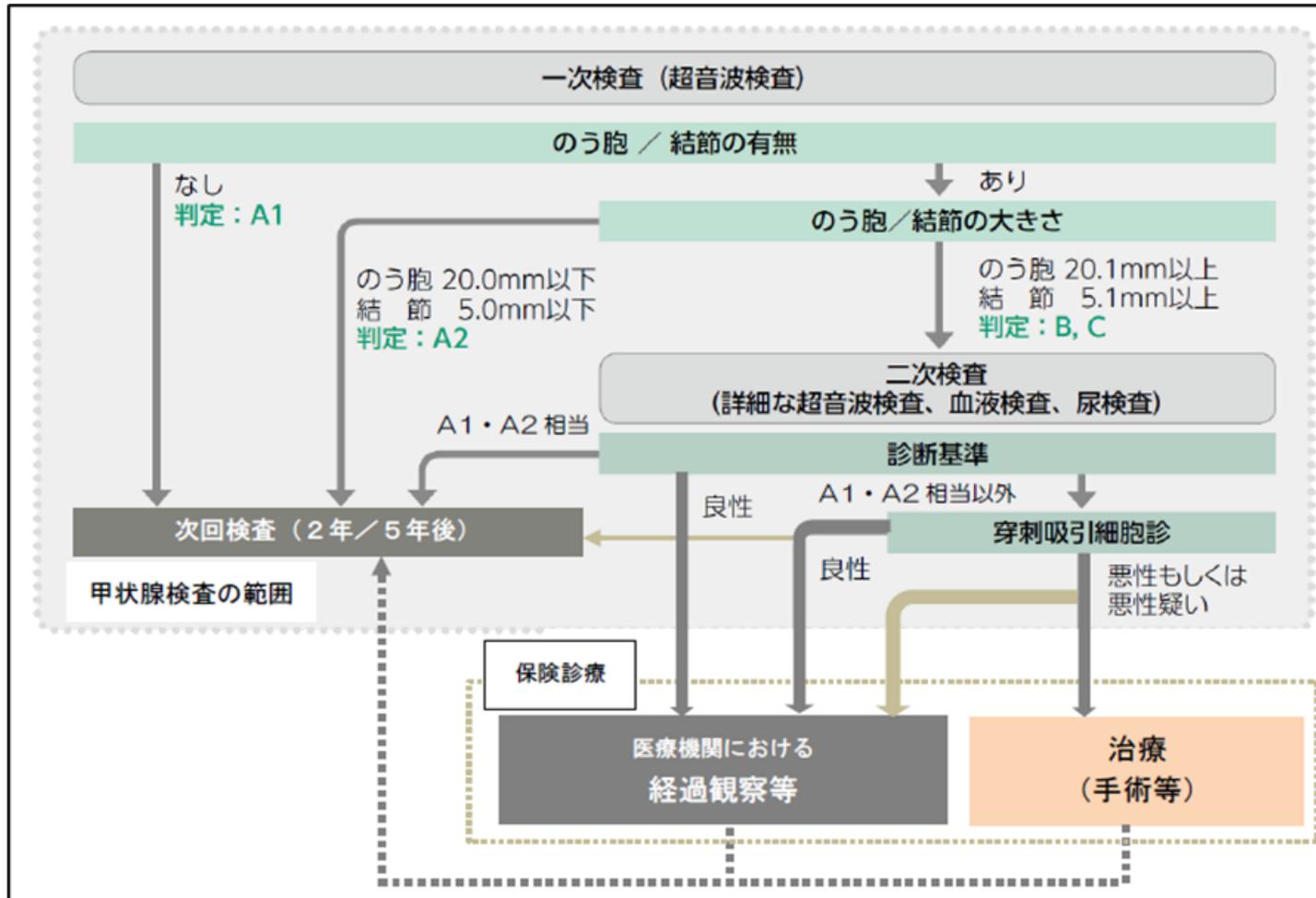
先行検査の実施順序

甲状腺検査実施対象市町村順序

-  平成23年度検査実施市町村(13市町村)
-  平成24年度検査実施市町村(12市町村)
-  平成25年度検査実施市町村(34市町村)



検査の内容



公表された甲状腺がんの人数 (2021年6月30日現在)

訴状75頁

検討委員会で公表された甲状腺がんの人数

	対象者数	受診者数	B・C 判定	2次検査 受診者	診断確定	A判定相当以外				手術 済み
						穿刺細胞診			がん	
						受診 者数	経過 観察	悪性 疑い		
1巡目	367,672	300,476	2,294	2,130	2,091	1,380	547	431	116	102
		81.7%	0.62%	92.8%	98.1%	65.9%	39.6%	78.7%	21.2%	*101
2巡目	381,237	270,552	2,230	1,877	1,834	1,404	207	136	71	55
		71.0%	0.8%	84.2%	97.4%	76.6%	14.7%	65.7%	34.3%	55
3巡目	336,667	217,922	1,502	1,104	1,068	959	79	48	31	29
		64.7%	0.7%	73.5%	96.7%	89.8%	8.2%	60.8%	39.2%	29
4巡目	294,237	183,352	1,391	1,021	1,014	898	87	51	36	29
		62.3%	0.8%	73.4%	73.3%	90.6%	9.7%	58.6%	41.3%	29
5巡目	252,850	32,404	291	175	144	129	7	4	3	1
		12.8%	1.2%	82.3%	82.3%	89.6%	5.4%	57.1%	42.8%	1
節目	87,694	7,621	359	239	227	210	17	8	9	6
		8.7%	4.9%	66.6%	95.0%	92.5%	8.1%	47.1%	52.9%	6
合計						4,980	944	678	266	222

1巡目は2018年3月末、2、3巡目、節目は2021年3月31日、4、5巡目は6月30日現在

先行調査結果についての津金論文

(甲全64号証)

- 従前の罹患率に基づくと、推計数の61倍となる。
- 将来診断される甲状腺がんを検出したと仮定すると、35歳までに臨床診断される甲状腺がんをすべて検出したことになる。スクリーニング効果だけで解釈することは困難。
- 何らかの要因に基づく過剰発生か、将来的に臨床診断されたり、市に結び付いたりすることがないがんを多数診断している(いわゆる過剰診断)のいずれかと思われる。

「甲状腺検査に関する中間とりまとめ」

評価部会 2015年3月（甲全65号証）

- 甲状腺がんの罹患統計などから推定される有病者数に比べて数十倍のオーダーが多い。
- 解釈については、ひばくによる過剰発生か、過剰診断（生命予後を脅かしたり症状をもたらしたりしないようながんの診断）のいずれかが考えられる。
- 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、事故当時5歳以下からの発見はないことなどから、放射線の影響とは考えにくいと評価する。

「県民健康調査における中間とりまとめ」

検討委員会 2016年3月（甲全23号証）

- 甲状腺がんの罹患統計などから推定される有病者数に比べて数十倍のオーダーが多い。
- 総合的に考えて放射線の影響とは考えにくい。
 - (1) 被ばく線量がチェルノブイリ事故と比べて総じて小さい。
 - (2) 被ばくからがん発見までの期間が概ね1年から4年と短い。
 - (3) 事故当時5歳以下からの発見はない。
 - (4) 地域別の発見率に大きな差がない。

2巡目検査 10万人あたりの地域別の患者の発見割合



10万人あたりの地域別の患者の発見割合

評価部会「甲状腺検査本格検査(検査2回目)結果に対する部会まとめ」⇒検討委了承 2019.6.3(甲全69)

- 甲状腺がん発見率は依然数十倍高い。
- 単純に比較した場合、避難区域等13市町村、中通り、浜通り、会津地方の順に高かった。
- 性、検査時年齢、検査実施年度、細胞診実施率、先行検査からの検査間隔、先行検査での細胞診実施の有無など、多くの要因が発見率に影響を及ぼしている。これらの要因を制御するための解析をする必要がある。
- そこで、UNSCEARの推計甲状腺吸収線量を用いたところ、線量と甲状腺がん発見率に明らかな関連は見られなかった。
- ↓
- 年齢が高いほど多いのはチェルノブイリとは異なる。
- 男女比1対1は、今後の課題
- UNSCEARの推計線量を用いたら、線量・効果関係は見られなかった。
- 現時点において、検査2回目に発見された甲状腺がんと被ばくとの関連は認められない。

検討委、評価部会の見解に対する批判

- (1) 被ばく量がチェルノブイリ原発事故に比較して少ないのか ➡ 既述

(2) 被ばくからがん発見までの期間

- チェルノブイリで1991年(事故後5年)から小児甲状腺がんが激増したのは、チェルノブイリ笹川プロジェクトでエコー検査が始まったから。現実には、それ以前から小児甲状腺がんは確実に増加していた。
- アメリカCDC(疾病対策予防センター)
小児がんは成人がんと比べて一般に潜伏期間が短く、最小潜伏期間は1年である。

表2 ベラルーシ共和国ゴメリ州における小児甲状腺がん登録（年次別、時故当時年齢別推移）(Bel CMT国家がん登録による)

年	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	年次毎総数
1985	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1
1986	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1
1987	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	1	-	1	-	4
1988	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1	3
1989	-	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	1	-	5
1990	2	2	-	1	4	1	2	-	2	-	-	-	-	1	-	-	-	-	15
1991	2	3	10	6	1	3	3	4	1	3	3	2	-	1	2	3	-	-	47
1992	-	5	3	2	3	4	3	4	4	3	1	-	-	-	-	1	-	2	35
1993	1	4	2	11	3	7	2	2	4	2	3	1	-	1	2	-	-	-	45
1994	2	9	5	1	4	7	9	3	2	5	-	2	-	-	2	2	2	1	56
1995	4	8	10	8	4	6	7	2	3	1	1	-	-	1	-	1	2	3	63
1996	3	6	9	10	9	5	3	1	3	1	-	1	-	1	1	1	2	1	57
1997	1	9	10	13	6	7	3	-	1	3	-	3	-	3	2	-	2	3	66
1998	1	8	6	4	5	3	4	2	2	-	4	2	1	3	1	4	2	-	52
総数	16	55	55	56	39	44	36	19	23	18	12	12	2	12	12	13	13	11	448

(3) 事故時5歳以下からの発見の有無

- 人類は、原発事故による子供の大量被ばくについては、チェルノブイリと福島の実験しかない。
- どのような世代にどのような時期に甲状腺がんが発症するかは、放射性物質の放出量、放出核種、避難の有無、その地域の食生活、生活習慣、文化等様々な要因によって決まる。必ず、チェルノブイリと同一の特徴がみられるとは限らない。
- チェルノブイリで若い世代に小児甲状腺がんが多数発生したのは、乳幼児が放射性ヨウ素に汚染されたミルクを飲用したことが原因。
- 日本では、そのような飲食習慣はない。

(4) 地域差の有無

- 評価部会・検討委員会は、2巡目で地域差が現れると、交絡因子の調整をせず、従来の区割りを放棄し、UNSCEARの評価に基づく分析に切り替えた。
- 地域差を肯定する論文はいくつもある。今後論証する。

甲状腺検査本格検査(検査2回目)結果 に対する部会まとめ(令和元年6月)

福島県県民健康調査検討委員会甲状腺検査評価部会)

- 暫定的にUNSCEARで公表された年齢別・市町村別の内部被ばくを考慮した推計甲状腺吸収線量を用いた。その結果、線量と甲状腺がん発見率に明らかな関連は見られなかった。
- 他方で地域性を主張する様々な研究結果あり
津田敏秀先生、加藤聡子先生 山本英彦先生等

(県民健康調査を巡るその他の問題) 過剰診断論について

- 過剰診断論⇒「福島県県民健康調査で発見されている甲状腺がんは、進行せず、治療を必要としないがんである。」
- 原告らのうち再発した4名は少なくとも過剰診断ではない。
- その他の切除術を受けたがんも過剰診断ではない。

【理由】

県民健康調査では、過剰診断にならないよう細心の配慮をしている。結節が5mm以下では二次検査にすらならない。5.1mmを超えても、穿刺細胞診に至るのはわずか。悪性疑いとなっても、手術するか否かは、日本内分泌外科学会のガイドラインに基づいて慎重に決められている。

ほとんどの事例で執刀した鈴木眞一教授は、過剰診断、過剰治療を明確に否定している。