

小児甲状腺がん・4人の悪性ないし悪性疑い  
甲状腺検査の回数と内容の拡充・拡大が必要である。  
血液検査を含む本格的な健康診断と治療が必要である。

### 1. 4人もの悪性ないし悪性疑いが見つかった

福島県の県民健康調査では「甲状腺検査（先行検査）」につづいて「甲状腺検査（本格検査）」が平成26年4月から開始されている。同年10月31日現在、60,505人の検査結果が確定し、うち4人が「悪性ないし悪性疑い」と判定された。針を突き刺して取り出した組織を調べる細胞診の一種である穿刺（せんし）吸引細胞診の結果であり、事実上の確定的診断と言える。本格的な健康診断・治療システムの速やかな確立が求められる。

### 2. 高い発症率

診断確定者数を母数にすれば100万人あたり66人の発症率ということになる。先行検査が平成23年度に実施された、伊達市と田村町、大熊町から1人ずつ（2から3年経過）、平成24年度に実施された福島市から1人（1から2年経過）見つかったので、経過年数を考慮しても、年間100万人あたり6から9.4人という高い発症率である。

### 3. 男性での多発は放射線影響を示唆する

4人のうち3人は男性であり1人が女性である。成人では甲状腺がんは女性に3倍程度見つかりやすいが、完全に逆転している。これは見つかった甲状腺がんが放射線被曝の結果であることを示唆する（発症した子どもたちは外で遊んでいなかったか？）。

### 4. 低年齢化の進行は放射線影響を示唆する

被ばく時の年齢は男性が6歳と10歳、17歳、女性が15歳である（二次検査時点での年齢は男性が10歳と13歳、20歳、女性が19歳である）。平均すると12歳（15.5歳）であり、先行検査のそれと比較すると、より低い年齢で甲状腺がんが見ついている。平成23年度対象：15.7歳（17.3歳）、平成24年度対象：14.9歳（17.2歳）、平成26年度対象：14.4歳（17.2歳）。診断基準は同じなので、年齢とともに増加する甲状腺がんではなく、より低い年齢で甲状腺がんを発症しやすくなった集団における診断が進んでいると考えられる。放射線被曝以外にそのような原因は考えられない。

### 5. 追いつかない検診・がん組織の非常に速い発生と成長

腫瘍の大きさに着目すると7.0mmから17.3mmであり、平均腫瘍径が $12.0 \pm 4.4$ mmであった。報告されている平均や偏差が通常の統計処理によって導きだされているとすれば、腫瘍径は小さい順に7.0mm、8.4mm（8.364mm）、15.3mm（15.336mm）、17.3mmであったと推察できる。先行調査は4人がともにA判定であった（うち2人がA1判定、残り2人がA2判定）。A1は「結節やのう胞を認めなかった場合」であり、A2は「5.0mm以下の結節や20.0mm以下ののう胞を認めた場合」である。したがって、数年前には何も見つけられず異常なしとされた組織から7.0mmから17.3mmのがんが見つかったか、あるいは、5mm以下だった結節が少なくとも2.0mmから12.3mm成長してがんだと認められたと考えられる。いずれにしても非常に短い間隔で6万人から4人の小児甲状腺がんが見つかる

ような条件が福島県下を実現されているということである。これの直接的な結論として、被ばく影響を認めるあるいは認めないに関わらず、受診の間隔を1年に2回以上に増やすことが求められる。

なお、専門家の議論において乳頭がんに対する適切なリスク分類が活用されておらず、「検討委員会」での議路にも活かされていない。腫瘍のサイズやリンパ節転移及び遠隔転移の状態を表現する TNM 分類を活用し、個々の症例に基づいた議論を行うべきである（時間とコストのかかる DNA 検査よりもまず症状を見てほしい）。

## 6. 線量ではなく患者とその人数を見ること

4 人に見つかった小児甲状腺がんが被ばくの結果ではないとする理由としてあげられているのは、提出された「基本調査問診票」から導かれた「実効線量推計」の値である。3 人の男性がこれを提出しており、それぞれ、1.0 mSv 未満、1.5 mSv 未満、2.5 mSv 未満であったとされている（最大値は 2.1 mSv であったという）。これを議論のベースにするべきではない。その理由は以下のとおり：

- ・これは推定値であり計測値・測定値ではない。
  - ・放出された放射能のある気象条件をベースにしたシミュレーションを行うほど信頼できるソースタム（放射能放出率の核種別サイト別時間経過）は確立されていない。
  - ・放出された放射能の化学形態に未説明のもの有り。不溶性のホットパーティクル有り。
  - ・摂取量・吸引量から実効線量（あるいは甲状腺等価線量）を計算する換算係数（Sv/Bq）には個体差が考慮されていない。
  - ・呼吸の量に限っても個体差が考慮されていない。
  - ・チェルノブイリ事故でも、国際的な共同研究の結果をみても、実測値とシミュレーションが与える被ばく線量の値との間には必ずしも一致した関係が見られていない。
  - ・たとえ年齢や性別が同じでも被ばくをした個人ごとに放射線感受性が異なる。
- チェルノブイリ事故後に国連組織を含む国際社会は間違えた。強く汚染されたベラルーシやウクライナの声を聞くことなく放射線影響を長期にわたって否定しつづけ、小児甲状腺がんの発生を早期に認めなかった。同じ過ちを繰り返してはならない。

## 7. まとめ

福島県下で見つかっている小児甲状腺がんが、スクリーニングや過剰診断の結果であるならば、先行検査によってそれは見つかったはずであり、わずか数年後に新たながんは見つからないと期待されていただろう。現実はそのような予断を許さなかった。

福島県下においては、現行の県民健康調査を充実させる必要がある。甲状腺検査は回数を増やし少なくとも年2回の体制を確立するべきである。年齢を事故時の18歳以下から拡大し、成人に対する検査を開始するべきである。がんだけでなく、他の甲状腺疾患についても検査が必要である。また甲状腺だけに限らない検診が必要である。血液検査を含む本格的な健康調査を開始する必要がある。

地図上の県境は放射能防護壁ではないので、福島県外での健康調査を開始する必要がある。宮城県や茨城県、栃木県、千葉県等でも、本格的な健康診断と治療が必要である。

参考) 県民健康調査「甲状腺検査（本格検査）」実施状況

<https://www.pref.fukushima.lg.jp/uploaded/attachment/96851.pdf>

甲状腺腫瘍診療ガイドライン 2010 日本相分泌外科学会 日本甲状腺外科学会