

科学技術社会論学会 第18回年次研究大会 B-2-1 OS

福島「県民健康調査」検討委員会は科学的か

「県民健康調査」検討委員会をアグノトロジーで検討する

藤岡 毅

大阪経済法科大学21世紀社会総合研究センター

2019年11月10日 於：金沢工業大学

本報告の骨子

1. アグノロジーの視点とは何か？
2. 福島県・県民健康調査をめぐる経緯
3. 東電福島原発事故後の小児甲状腺がん多発は事故による放射線の影響とみなすのが科学的に最も妥当である
4. 科学に基づく議論が行われているとは思えない第35回「県民健康調査」検討委員会の議論とその後の「まとめ」
5. 考察と結論

1. アグノトロジーの視点とは何か？

- **アグノトロジー**(agnotology)とはスタンフォード大学の**ロバート・プロクター**(Robert Proctor)らが生み出した造語で、単なる欠落や空白ではなく**社会的に生み出されて来た「無知」についての学際的研究を表す用語**である。
- 2005年10月、スタンフォード大学で国際セッション「アグノトロジー ~無知の文化的生産 ~ (Agnotology: The Cultural Production of ignorance)」が開催され、2008年にプロクターとロンダ・シービンガー(Londa Schiebinger)編集による**論集Agnotology**が出版された。
Robert Proctor and Londa Schiebinger eds., Agnotology: The Making and Unmaking of Ignorance, Stanford, CA: Stanford University Press, 2008.
- この論集では、「知」が失われ、「無知」が生まれてくる、あるいは「無知」(疑念、不確実性)が**作り出される過程**が、喫煙の有害性 研究を否定する**タバコ産業の戦略**や**地球温暖に対する懐疑論、先住民文化喪失問題**等、様々なテーマの中で取り上げられ分析された。
- **今回の報告では、福島県民健康調査における「小児甲状腺がんの多発」が「放射線被ばくによるものではない」と見なす検討委員会の見解をアグノトロジーの視点から吟味する。**

2. 福島県・県民健康調査をめぐる経緯

検討委員会の設置とその隠蔽体質。「甲状腺検査に関する中間とりまとめ」まで

- **2011年5月** 「県民健康管理調査」検討委員会第1回会合（座長・山下俊一福島県立医大副学長）
「**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を目的として実施**」
（検討委員会設置要綱第1条）
- 2012年1月 山下座長、日本甲状腺学会など7学会に「A2」判定保護者の再検査要求を断ることを要望
★日野行介(毎日新聞)記者らの取材によって「検討委員会」前の**秘密会議**で「評価」の**口裏合わせ**や議事録の**改竄**が暴露
- **2013年5月** 「『県民健康管理調査』検討委員会のあり方等の検討について」で委員会設置要綱第1条の改定等(「**県民の健康状態を把握し、疾病の予防、早期発見、早期治療につなげ、もって、将来にわたる県民の健康の維持、増進を図ることを目的として実施**」)、座長互選、任期新設
- 2013年6月 第11回検討委員会から山下俊一氏に変わり星北斗座長（福島県医師会理事）
- 2013年9月 日野行介『福島原発事故 県民健康管理調査の闇』（岩波新書）出版
- **2013年11月** 「**甲状腺検査評価部会**」設置。第1回部会開催 →初期は「**スクリーニング効果**」を強調
- 2014年5月 第15回検討委員会より「県民健康管理調査」から「県民健康調査」名称変更
- 2015年3月 「甲状腺検査評価部会」の「**甲状腺検査に関する中間とりまとめ**」
- **2016年3月** 「検討委員会」の「**県民健康調査における中間とりまとめ**」

2. 福島県県民健康調査をめぐる経緯 基本調査（外部被曝線量の推定）

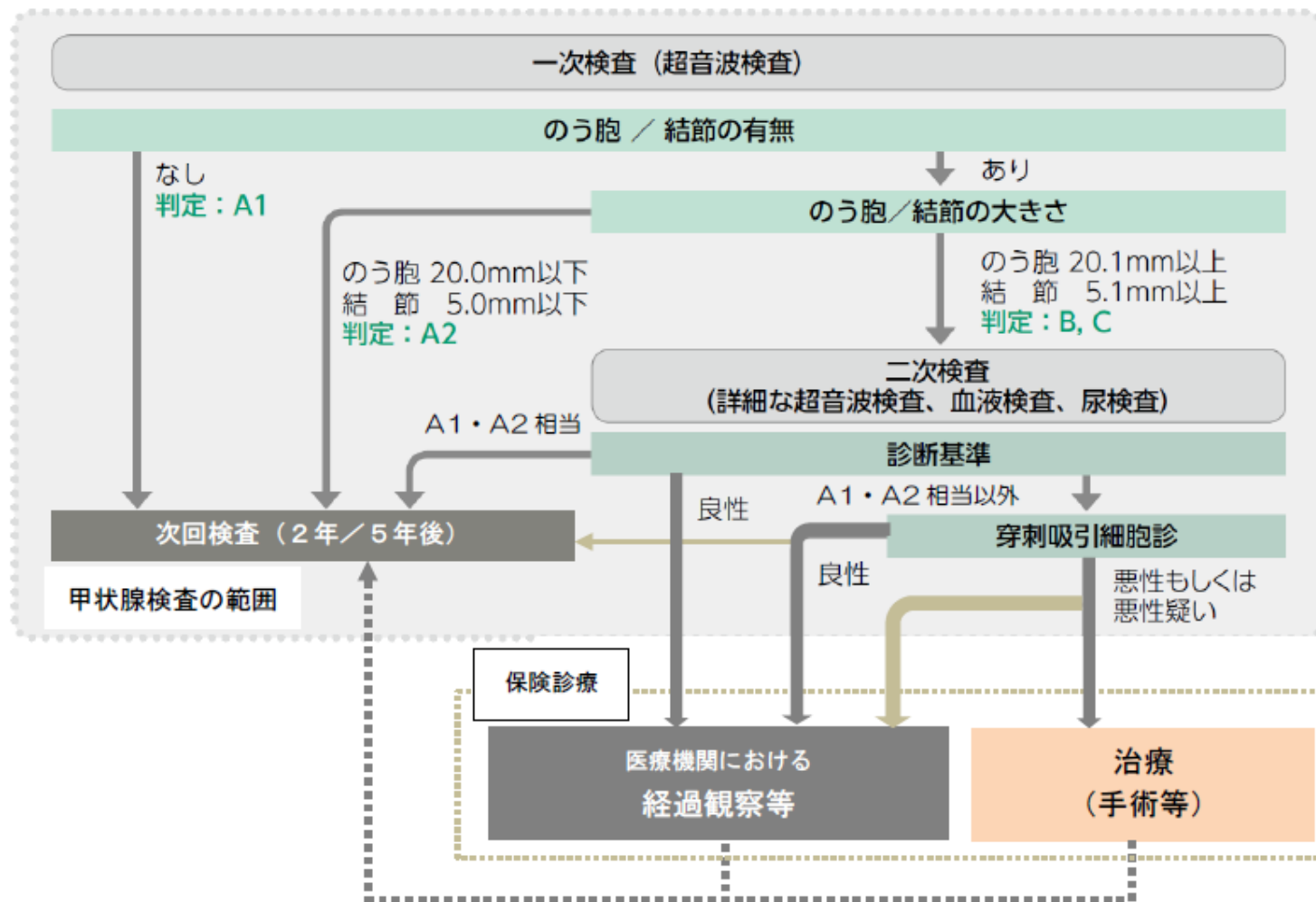
- 原発事故発生直後～7月11日までの4か月間の外部被ばく線量を推計
- 平成23年3月11日から7月1日に福島県内に住民票があった人が対象（平成31年3月31日現在、対象者2,055,248人）
- 自記式質問票で調査を実施し、平成31年3月21日現在で568,331人から回答があった（回答率約27.7%）

地域別・線量別推計

実効線量（mSv）	県北	県中	県南	会津	南会津	相双	いわき
最高値	11	10	2.6	6.0	1.9	25	5.9
平均値	1.4	1.0	0.6	0.2	0.1	0.8	0.3
中央値	1.4	0.9	0.5	0.2	0.1	0.5	0.3

2. 福島県・県民健康調査をめぐる経緯

甲状腺検査（事故時18歳以下の県民を対象にした超音波検査）とは？



検査1巡目（先行検査）

2011年10月－2014年3月実施
対象者数 約37万人（1次検査）
受診者数 約30万人
受診率 80.7%

検査2巡目（本格検査1回目）

2014年4月－2016年3月実施
対象者数 約38万人（1次検査）
受診者数 約27万人
受診率 71%

検査3巡目（本格検査2回目）

2016年5月－2018年3月実施
対象者数 約33.7万人
受診者数 約21.8万人
受診率 約64.7%

検査4巡目（本格検査3回目）

2018年4月－

2. 福島県・県民健康調査をめぐる経緯 甲状腺検査のこれまでの結果

山形県・福井県・長崎県の地域がん登録における0～19歳の1985～2010年までの26年に渡るデータからは甲状腺がん発症率は、**約3人／100万人・年**である。

- **1巡目**（先行検査・2011年度～2013年度の3年間）終了
30万人の受診者中、116人が悪性及び悪性疑いのがんと判定。そのうち102人に手術実施
→ **129人／100万人・年** の発症率
- **2巡目**（本格検査1回目・2014年度～2015年度の2年間）終了
27万人受診者中、71人が悪性及び悪性疑いのがんと判定。そのうち52人に手術実施
→ **131人／100万人・年** の発症率
- **3巡目**（本格検査2回目・2016年度～2017年度の2年間）2次検査進行中
21.8万人の受診者中、29人が悪性及び悪性疑いのがんと判定（2019年6月30日現在）
- **4巡目**（本格検査3回目・2018年度～2019年度の2年間）1次検査進行中
2019年6月30日時点で11.8万人受診し、13人の悪性及び悪性疑いが見つかった

2. 福島県・県民健康調査をめぐる経緯

1巡目(先行検査)終了時点で出された

「甲状腺評価部会」に基づく「検討委員会」の「中間とりまとめ」(2016年3月)

- 「こうした検査結果に関しては、わが国の地域がん登録で把握されている甲状腺がんの罹患統計などから推定される有病数に比べて**数十倍のオーダーで多い**。この解釈については、**被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、これまでの科学的知見からは、前者の可能性を完全に否定するものではないが、後者の可能性が高いとの意見があった。」(評価部会)
 - **「過剰診断」があったとしても、「被曝による過剰発生」を否定できるわけではない。**
- 「中間とりまとめ」は、以下の点を論拠に**「放射線の影響とは考えにくい」**という見解を示した。
 - 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こと** (評価部会・検討委員会)
 - ② **被ばくからがん発見までの期間が概ね1年から4年と短いこと** (検討委員会)
 - ③ **事故当時5歳以下からの発見はないこと** (評価部会・検討委員会)
 - ④ **地域別の発見率に大きな差がないこと** (検討委員会)

2. 福島県・県民健康調査をめぐる経緯

「中間とりまとめ」に対する各分野の専門家からだされた批判・反論

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こと

→チェルノブイリでは桁違いに被ばくしている人が平均値を押し上げているが、日本の推定被ばく線量は過小評価されている可能性がある。(本行忠志,『生物学史研究』No.99,2019)

②被ばくからがん発見までの期間が概ね1年から4年と短いこと

→「ロシア政府報告書」によれば、2年目から甲状腺がんが増えている(日野行介・尾松亮,『フクシマ6年後 消されゆく被害』2017)

③事故当時5歳以下からの発見はないこと

→チェルノブイリでは汚染されたミルクを多くの乳児が飲まれたため、5歳以下の子供に甲状腺がんが多数生じたが、福島では汚染ミルクは制限されたので、チェルノブイリと福島で5歳以下の子供の甲状腺がん発症頻度に差が出るのは当然である(本行,2019)また、「3・11甲状腺がん子ども基金」で発見された県民健康調査で未発表の甲状腺がん症例や2巡目以降の県民健康調査において5歳以下の症例が複数見つかっている。

④地域別の発見率に大きな差がないこと

→県民健康調査「甲状腺検査(先行検査)」結果概要【確定版】に基づく判断(次ページへ)

県民健康調査「甲状腺検査(先行検査)」結果概要【確定版】第20回検討委員会資料 2-10ページ 表9.地域別にみたB・C判定者、および悪性ないし悪性疑いの者の割合(一部省略:報告者)

表9.地域別にみたB・C判定者、および悪性ないし悪性疑いの者の割合 平成27年6月30日集計

		避難区域等 市町村 注14	中通り 注15	浜通り 注16	会津地方 注17	合計
対象者数		47,768	199,451	70,539	49,927	367,685
一次検査受診者数 ア 注10		41,810	169,158	55,788	33,720	300,476
女性(割合)	%	49.6	49.3	49.9	49.7	49.5
B・C判定数 イ		221	1,230	509	334	2,294
二次検査受診者数 ウ 注11		197	1,111	459	289	2,056
細胞診実施数 エ 注12		94	298	102	49	543
悪性ないし悪性疑い者数 オ 注13		14	63	24	11	112
悪性ないし悪性疑い者率:10万対人 オ/ア		33.5	37.2	43.0	32.6	37.3
	(%)	(0.033)	(0.037)	(0.043)	(0.033)	(0.037)

注14 田村市、南相馬市、伊達市、川俣町、広野町、楡葉町、富岡町、川内村、大熊町、双葉町、浪江町、葛尾村、飯館村

注15 福島市、郡山市、白河市、須賀川市、二本松市、本宮市、桑折町、国見町、大玉村、鏡石町、天栄村、西郷村、泉崎村、中島村、矢吹町、棚倉町、矢祭町、塙町、鮫川村、石川町、玉川村、平田村、浅川町、古殿町、三春町、小野町

注16 いわき市、相馬市、新地町

注17 会津若松市、喜多方市、下郷町、檜枝岐村、只見町、南会津町、北塩原村、西会津町、磐梯町、猪苗代町、会津坂下町、湯川村、柳津町、三島町、金山町、昭和村、会津美里町

根拠 **地域別発見率に差がない**
← **という主張の**

↓ **批判**

★ **地理的分類が不適切であること**
(20キロ圏内に入る市町村の一部または全部が中程度の占領地域に区分されている) / **甲状腺被ばく線量ではなく、外部線量での比較である** / **年齢補正がされていない、等** (平沼百合, 『科学』 2017年10月号)

★ **同じ地域区分で先行検査と本格検査1回目(2巡目)の両方に予備的に適用した結果、発見率に差がでる**

地域区分による悪性率(10万人あたり)	先行検査	本格検査
地域名		
避難区域など(13市町村)	33.5	49.2
中通り	37.5	25.7
浜通り	40.5	19.6
会津地方	30.6	25.5

(牧野淳一郎, 『科学』 2017年9月号)

3. 福島原発事故後の小児甲状腺がんの多発は事故による放射線の影響とみなすのが科学的に最も妥当である(その1: Tsuda論文)

- **国際疫学学術誌 *Epidemiology* に掲載されたTsuda論文** (2016年5月) は、主に1巡目の検査結果に対する外部比較 (日本の甲状腺がん有病率との比較) と内部比較 (福島県内参照地区との有病率オッズ比) によって事故後4年間で甲状腺がんの過剰発生を示した。

(Toshihide Tsuda et al., "Thyroid Cancer Detection by Ultrasound Among Residents Ages 18 Years and Younger in Fukushima, Japan: 2011 to 2014," *Epidemiology*, May 2016, Volume 27, Issue 3, 316–322.)

- **Tsuda論文に対する *Epidemiology*誌上での批判と反論**

Tsuda論文にだされた批判的レターによって、調査の計画と方法が不適切であることや個人の被ばく線量に基づいた議論になっていないことなどが指摘された。しかし、Tsuda論文は福島医大が行った調査結果を分析したもので、これらの批判は的外れである。Tsuda はすべての批判レターに応えるレターを出した。

- ***Epidemiology*誌上での論争を悪用するUNSCEAR**

UNSCEARは2016年白書で、批判的レターの見解のみを取り上げ、Tsudaの反論を無視して、「このような弱点 と不一致があるため、本委員会は、Tsuda et al. による調査が 2013 年報告書の知見に対する重大な異議であるとはみなしていない」とのべた。

- 「議論の枠組み自体が常軌を逸しており、これは専門性や科学性、真実性以前の問題である。学術誌 “*Epidemiology*” において行われた専門家による議論という科学的な営みを侮辱する行為である。」(山内知也, 『科学』2018年9月号)

★ たとえ一方的であっても「議論に難あり」の状態を演出することは、「科学知」を「無知化」するアグノロジーの常套手段である

3. 福島原発事故後の小児甲状腺がんの多発は事故による放射線の影響とみなすのが科学的に最も妥当である(その2:Kato批判レター)

- 先行検査のデータを元に甲状腺がんの「地域別発見率に大きな差はない」とした福島県立医大の研究論文に対する反論がEpidemiologyで公開された
- Ohira T, Takahashi H, Yasumura S, et al. for the Fukushima Health Management Survey Group. Associations between Childhood Thyroid Cancer and External Radiation Dose after the Fukushima Daiichi Nuclear Power Plant Accident. *Epidemiology*, 2018; 29: e32–e34
- **Kato, Toshiko, Re: Associations between Childhood Thyroid Cancer and External Radiation Dose after the Fukushima Daiichi Nuclear Power Plant Accident, *Epidemiology*. 30(2):e9-e11, March 2019.**
- **加藤は2巡目(2014–2015年度)のデータを加えた事故後6年間の発症率で地域差を検討した。その際公開データではB区域は小さすぎ統計的に不確かになるのでAとBを統合して、A+B,C,D,Eの4区分で分析した。線量に応じた発症率の違いが浮かび上がってきた。**
- 大平らは加藤の論考に応じたが、方法論上の疑問を提示しただけで、有効な反論はなされていない。

← 1巡目 → ← 2巡目 →

	被曝量	検査人数	がん発見数	発見率	検査人数	がん発見数	発見率
A+B	1.37	134790	51	37.8	120015	40	33.3
C	0.74	55290	22	39.8	47918	13	27.1
D	0.50	80513	31	38.5	73900	13	17.6
E	0.20	29880	11	36.8	28678	5	17.4
福島県	0.70	300473	115	38.3	270511	71	26.2

地域	がん発見数	発見率	がん発見率比
A+B	91	71.2	1.32(0.77-2.23)
C	35	66.9	1.23(0.68-2.23)
D	44	56.1	1.03(0.58-1.83)
E	16	54.2	1(Reference)
福島県全県	186	64.5	

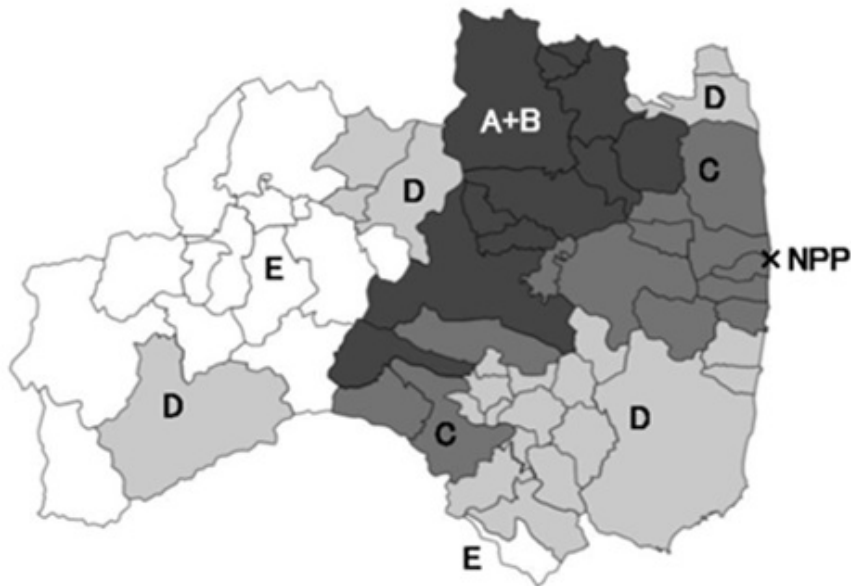
Katoが公開した表をもとに山田耕作氏が整理した表を利用させていただいた。

がん発見率は10万人当たりの発見患者人数。

被曝量は外部被曝線量 mSv 1巡+2巡目を合計した解析

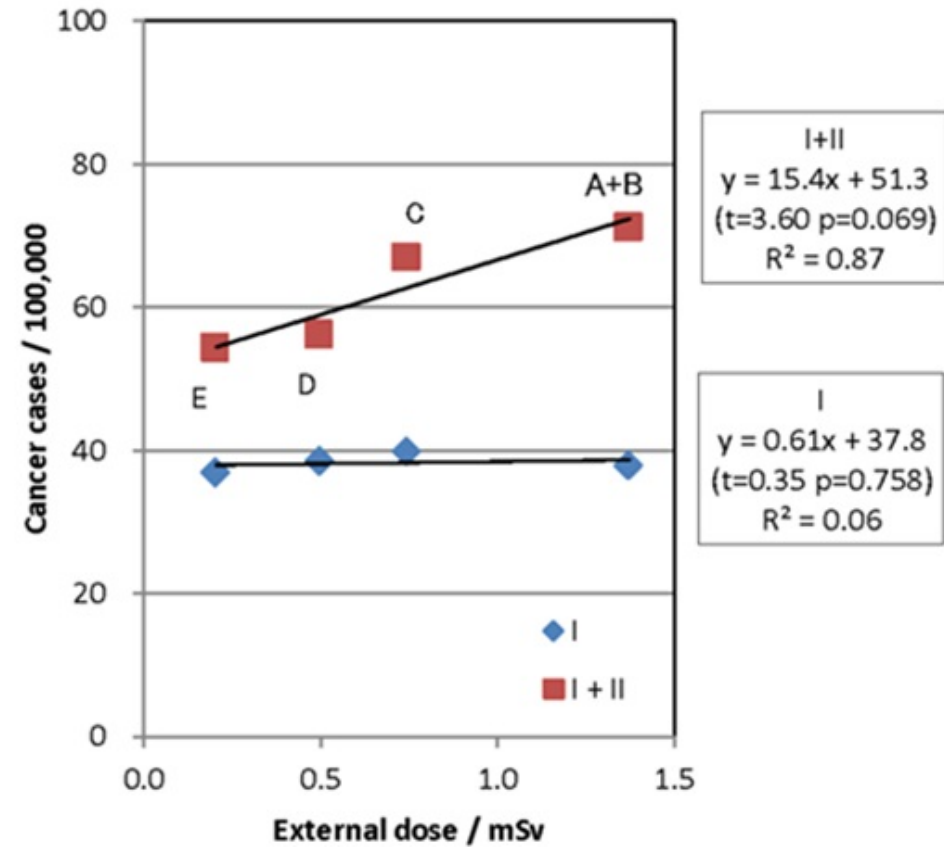
3. 福島原発事故後の小児甲状腺がんの多発は事故による放射線の影響とみなすのが科学的に最も妥当である(その2:Kato批判レター 図)

A Map of 4 groups in Fukushima prefecture



$P(A+B) \geq 55.4\% > P(C) \geq 5.7\%$
 $> P(D) \geq 0.80\% > P(E)$

B Thyroid cancer cases / 100,000 and external dose

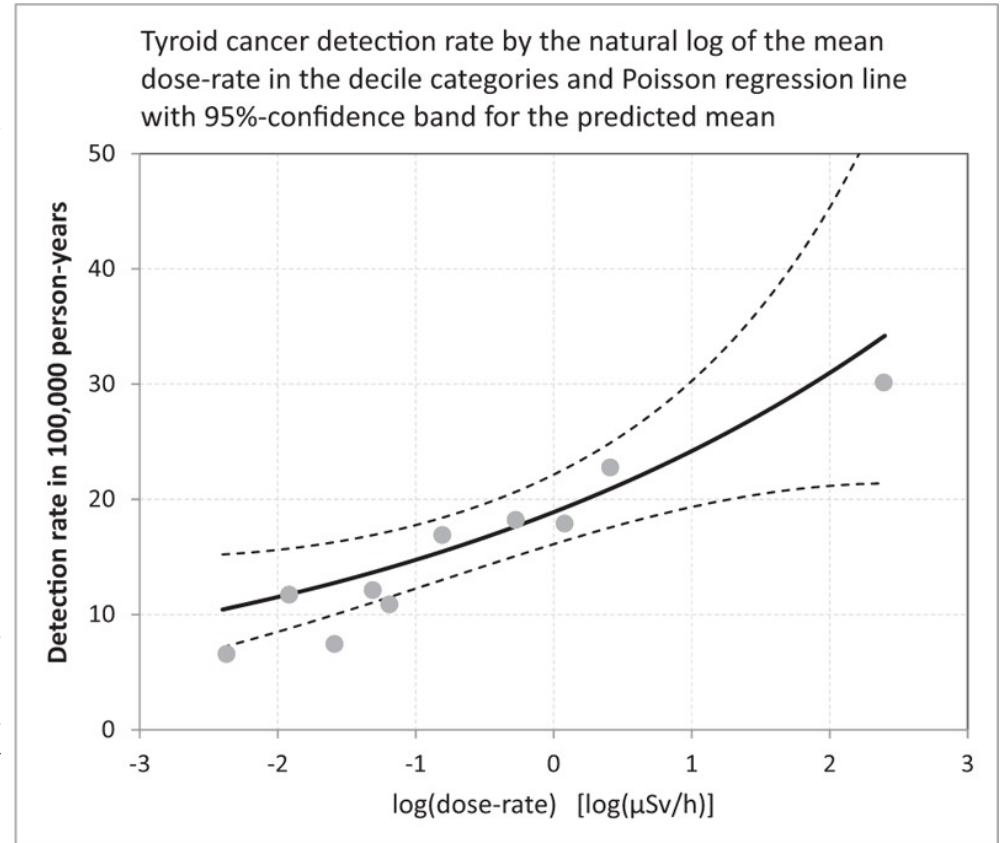


3. 福島原発事故後の小児甲状腺がんの多発は事故による放射線の影響とみなすのが科学的に最も妥当である(その3: Yamamoto論文, 2019)

新たな方法論での論証

- Yamamoto H, Hayashi K, Scherb H. Association between the detection rate of thyroid cancer and the external radiation dose-rate after the nuclear power plant accidents in Fukushima, Japan. *Medicine* 2019;98:37(e17165).
- 山本らは、公開されたデータを元に、福島県内の59市町村の2011年6月の平均放射線線量率($\mu\text{Sv/h}$)と2011年10月-2016年3月(1巡目、2巡目含む)の甲状腺がん検出率(10万人あたり)を計算し、統計的に有意な相関関係を見出した。
- 分析にあたり観察期間を同等化する「人年法」を用い、検査期間の差異に基づく交絡要因を除いている。

六年間の
十万人あたりの
発症数



線量率 (対数表記)

4. 科学に基づく議論とは思えない第35回「県民健康調査」検討委員会の議論 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 (2019年6月) その1

県民健康調査検討委員会甲状腺検査評価部会は2017年6月5日の第7回評価部会から2019年6月3日の第13回評価部会まで合計7回の評価部会で審議し「部会まとめ」を作成

- 「先行検査における甲状腺がん発見率は、わが国の地域がん登録で把握されている甲状腺がんの罹患統計などから推計される有病率に比べて、**数十倍高かった**。本格検査(検査 2 回目)における甲状腺がん発見率は、先行検査よりもやや低いものの、**依然として数十倍高かった**。」 → 「**被ばく**」か「**過剰診断**」かという問題設定は**いったいどうなったのか?**
- 「地域別の悪性ないし悪性疑いの発見率について、先行検査で地域の差はみられなかったが・・・**本格検査(検査 2 回目)においては、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**。」 → **じゃあ、「放射線の影響とは考えにくい」と主張した「中間とりまとめ」の根拠が1つ消えたということではないのか?**
- 「しかし、悪性ないし悪性疑いの発見率には**多くの要因が影響していることが想定される**ため、考えられる状況について検討を行い」「**これらの検討の結果より、性・検査時年齢の他、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悪性ないし悪性疑いの発見率に影響を及ぼしていることが考えられる**。従って、**甲状腺がん発見率と線量との関連を検討するためには、これらの要因を制御するための解析をする必要がある**。」 → **福島県立医大が先行検査での分析に用いていた地域区分の方式を放棄するこじつけの論理**
- 「線量としては、**暫定的に**原子放射線の影響に関する国連科学委員会(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みられなかった**。」 → **もはやこれは、1巡目、2巡目の統一した比較評価を妨げるかく乱に他ならない**

4. 科学に基づく議論とは思えない第35回「県民健康調査」検討委員会の議論 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 (2019年6月) その2

- 一次検査の結果での精密検査が必要となる B 判定の割合や悪性ないし悪性疑いの発見率は、事故当時の年齢、二次検査時点の年齢が高い年齢層ほど高かった。これは、チェルノブイリ事故後に低い年齢層により甲状腺がんが多く発見されたものと異なっている。年齢の上昇に伴いがんが見つかることは、一般的ながんの発症と同様である。→ **チェルノブイリでは汚染されたミルクを飲んだ乳児がたくさんいたので当然である**
- 男女比がほぼ 1 対 1 となっており、臨床的に発見される傾向(1 対 6 程度)と異なる。潜在癌で見つかる場合や、年齢が低いほど男女比が小さくなる傾向などの報告もあるが、男女比と被ばくとの関係についての評価は今後の課題として残されている。→ **チェルノブイリの場合も1:1。被ばく原因の特徴の可能性あり**
- 悪性ないし悪性疑いの発見率を単純に4地域で比較した場合においては、差があるようにみえるが、それには検査実施年度、先行検査からの検査間隔など多くの要因が影響しており、**それらの要因を考慮した解析を行う必要がある。** → **交絡要因があるのか、あるとしてもどの程度か具体的にわかっていないので線量・効果を否定できない**
- 発見率に影響を与える要因を可能な限り調整し、**暫定的に年齢別・市町村別UNSCEAR推計甲状腺吸収線量を用いて行った線量と甲状腺がん発見率との関連の解析においては、線量の増加に応じて発見率が上昇するといった一貫した関係(線量・効果関係)は認められない。** → **線量・効果関係が出ないデザインへの変更ではないのか？**
- よって、現時点において、甲状腺検査本格検査(検査 2 回目)に発見された甲状腺がん と放射線被ばくの間の関連は認められない。 → **甲状腺がん と被ばくの関連性の科学知を妨害するために絶えず論点を変えるかく乱戦法**

4. 科学に基づく議論とは思えない第35回「県民健康調査」検討委員会の議論 「評価部会のまとめ」をめぐる「検討委員会」(2019年7月)での議論の顛末(1)

- **鈴木元 甲状腺検査評価部会長**：ここで使っていますのが、**単純な地域の比較というやり方を変えまして**、UNSCEARの推定甲状腺吸収線量というものを使って、**線量反応関係があるかどうかというような検定を行っております。**・・・よって、現時点において、**甲状腺検査本格検査(検査2回目)に発見された甲状腺がんと放射線被ばく間の関連は認められない**というのが私たちの所見でございます。
- **津金昌一郎 委員**：数十倍高いということの議論というものをきちっとして、やはり特に次期部会のミッションにすべきではないかなということを考えます。**もし過剰診断というものが主な理由なら、このまま現状の検査継続ということはやはり許されないことだ**と思うし・・・
- もともと低線量であることがもしわかっているのだったら、それを検出するためのパワーですね、検出力ですね。そういうものはもはや得られなくて、これがもう疫学研究の方法論的には破綻していて、**どんなに優秀な疫学研究者がこのデータをいじっても放射線の健康影響などというものはちゃんと検出できない**と思うんですね。ですからもう本当にその部分をやはり、**放射線の健康影響を見るところで、これでこのまま継続して本当にそれができるのか**ということをややはり考える必要がある。
- **鈴木元 甲状腺検査評価部会長**：甲状腺検査評価部会はこの研究のデザインを検討する部会ではないということをまずお断りしておきます。・・・私たちも、**過剰診断なのかそれとも早期発見・早期治療だったのか**という、どこでそれを区別するかというのを、現在、私たちの部会の中で議論した中では**結論を出すことができませんでした。**

4. 科学に基づく議論とは思えない第35回「県民健康調査」検討委員会の議論 「評価部会のまとめ」をめぐる「検討委員会」(2019年7月)での議論の顛末(2)

- **成井香苗 委員**：過剰診断ではないと鈴木眞一先生は3月のシンポジウムでも発表されていますし、それから6月の日本内分泌外科学会の発表でもおっしゃっています。・・・**過剰診断かどうか、鈴木先生の論文を読ませていただく限りにおいてそうとは思えません**ので、しっかり甲状腺検査評価部会で議論していただきたいと思います。
- **親委員会の方でこれまで決めていた研究デザインを踏襲して、それに伴って研究されているということのはずだ**と思います。研究デザインを変える場合は、親委員会に諮っていただいて研究デザインを変えなければいけないはずなので、その辺でちょっと疑問があります。・・・**研究デザインを私がずっと理解しているのは、地区別のとにかく検討をしてみましよう**。そして、**最初の先行検査がベースラインです**よと。2回目からが本格検査で、その差を見ていくことによって**甲状腺に放射線の影響があるかな**いかを検討しましようというのが方針だったはずで。・・・その研究デザインから言ったらば、まずは地区の、4地区で出したものがありますよね。それと、その先行検査と本格検査の違いをしっかりと検討してもらうことが一番大事な甲状腺検査評価部会でやっていただくことだと私は思います。
- 鈴木先生にお願いしておいたのは、こういうふうに行先検査は差がなく出ているのにもかかわらず、本格検査1回目のデータは、非常に明確な差が、しかも大きな差が出て。・・・ちゃんと鈴木先生に次の回までになぜそういう結果になったかを調べてくださいとお願いして、やりますよとおっしゃっていましたが、今回それについて何も触れていないですよ、こういう形で。見ていただくと、**いや、ここは譲れない**ところです。だって、**ずっとお願いしていて、本格検査の地区別のデータがこんなに差があるのはなぜなのかを調べてくださいとずっと言い続けました。**

4. 科学に基づく議論とは思えない第35回「県民健康調査」検討委員会の議論 「評価部会のまとめ」をめぐる「検討委員会」(2019年7月)での議論の顛末(3)

- **成井香苗 委員**：会津が14.4人で避難区域の13市町村が53.1人ということは3.7倍もの差があるんですね。そう考えていくと、そして有意差があるともおっしゃっていましたので、この3.7倍もの差を、検査間隔やあるいは検査の年度、更に先程いろいろ言っていたいろんな交絡因子を絡めたときに、先行検査と同じような数値になるんですかね、こんなに差があって。私はすごく疑問です。ですから、この差がどうしてこんなになっているのかをちゃんと教えてください、そして、そういう交絡因子を絡めたものをちゃんと排除した数値に直してくださいということをお願いしてあったはずですので、それは是非やってください。それをなくして、放射線の影響は考えにくいという結論を出してしまうのは早過ぎるのではないのかなと思います。
- **富田哲 委員**：最初に先行検査のところで甲状腺がんが約数十倍高かった、そして第2回目するときでも依然として数十倍高いということを指摘し、それからその次のところで、本格検査(検査2回目)では13市町村、中通り、浜通り、会津の順に高かったと。
- ここまではよくわかるんですけども、そうするとこの記載からすればある程度原発との関係が出てきそうな感じがするんですけども、先程のこれを読んでも、それから先程の説明を聞いても、ポチポチポチポチと4つあるところで、確かに検査の期間が違うとか細胞診実施率が違うとか、そして幾つか、本文といいますか、上のことを修正せざるを得ない記載が出てきます。出てくるんだけれども、これをもって、どちらかわからないとか、少なくともまだ、原発の影響がないというのはここで認められないというのが結論ですから、そこまで断定できるのかと、この辺についてはやはり疑問を持ちます。

4. 科学に基づく議論とは思えない第35回「県民健康調査」検討委員会の議論 甲状腺検査本格検査(検査 2 回目)に関する「評価部会のまとめ」について検討委員 会がだした「まとめ」は議論を反映しておらず「結論ありき」の政治的文書である

第35回「県民健康調査」検討委員会以後、議論を踏まえたとして、検討委員会名で会議の
まとめが出された。その内容は以下のとおりであった。(抄録)

- 部会まとめは、「**甲状腺検査本格検査(検査 2 回目)に発見された甲状腺がん**と**放射線被ばくの間**の**関連は認められない**」とした。これは、報告中にあるように、「**現時点において**」「**検査 2 回目の結果に限定**」されたものであること、将来的な見通しに言及した
ものではない点に留意する必要がある。
- また、解析については、先行検査時点での比較で使用した 4 地域の単純な比較には多くの
要因が影響しているものであり、**放射線線量と甲状腺がんの関係を見るうえで、
UNSCEAR の市町村別甲状腺吸収線量を利用した解析を行うことは、妥当であったと考
える**。さらに、線量が低い値であることを補足として説明すべきとの意見もあった。こ
れらの内容について、県民へ分かりやすく伝える努力をする必要があると考える。

→ <委員からあった意見等> のなかで、「**今後の評価の視点としての意見**」として「**先行検査時
点で利用した 4 地域の比較についての検討**」と書かれただけで、**成井委員**がしたように**科学の
方法論、論理としての結論に対する批判が出されたことには一切触れなかった**。

考察(1)

「県民健康管理調査」が「**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を目的として実施」され、調査によって得られた「知」を科学的にではなく、政治的目的に応じたバイアスの下に置いた。その後、多くの批判を受け、「県民健康調査」に名称を改め、「**県民の健康状態を把握し、疾病の予防、早期発見、早期治療につなげ**、もって、将来にわたる県民の健康の維持、増進を図ることを目的として実施」としたが、その本質は変わっていない。

変わったのは、その方法であり、「隠す」「捏造する」「秘密会議」「口裏合わせ」などの手段から「**科学的考察**」の外観をとりながら、原発事故がもたらした**被ばく**によって小児甲状腺がんの**多発が生じたという事実を曖昧に**することで「隠し」続けているのである。

このようなやり方はアグノロジーというべきであり、次のとおりである。

考察(2)

被ばくと甲状腺がん多発との因果関連を曖昧にする「検討委員会」のアグノロジー

- ①チェルノブイリの経験から得られる文献知識との不一致点を探し出し、声高に叫ぶこと
- ②線量と発症率の関係が見えにくいデータを使って論文を書くこと
- ③全国の有病率と汚染地域の有病率の比較という通常の疫学手法による分析を無視すること。不十分で不確かな甲状腺線量予想値にもかかわらず線量主義にこだわること
- ④放射線による甲状腺がん過剰発生の可能性の吟味を排除し、スクリーニング効果、過剰診断論へ固執したが、分が悪くなるとそうした固執がなかったかのような態度をとること
- ⑤被ばくと甲状腺がん発症との関係を主張する学術文献にはとりあえず異議を唱えること(異議の内容より異議が出されているという事実を恣意的に利用し悪用する)
- ⑥議論が不利になったら、論点を変えてごまかし、絶えず争点拡大で論争状態におくこと
- ⑦「予備的」「暫定的」「現時点」等の留保をつけることによって批判からの逃げ道をつくっておいて、あくまで「放射線の影響ではない」という見解を強弁すること

結論—「被ばくによる小児甲状腺がんの多発」という事実を日本政府・福島県・専門家はアグノロジーによって葬りさろうとしている

- 県民健康管理調査の目的の筆頭に掲げられた「**県民の健康不安の解消**」は表向きには削除された。しかし、「客観性と専門性」の建前のもとで「健康不安の解消」への指向は被ばくによる健康被害の証明につながる**科学的知見を否定する方向への強いバイアス**となっている。
- このようなバイアスは2020年をメドに現在の福島県政が「**避難者ゼロ**」を掲げていることと無関係ではない。それは同時に日本政府が掲げる「**早期復興**」「**原発再稼働**」の政策と軌を一にしている。
- 空間線量の高い汚染地域の避難指示解除は強行されたが、さらに「避難困難地域」の指示解除まで展望する政治的圧力が**宮崎・早野論文問題**を利用した**放射線審議会**の基準緩和の動きと密接に関連しているだろう。
- それらは**ICRP勧告改訂草案策定**の動きとも連動していると思われる。被ばくによる小児甲状腺がんの多発をみとめるならば、それは福島原発事故後新たに築かれた「放射線安全神話」崩壊への「**蟻の一穴**」となるかもしれない。
- だからこそ、福島県政、日本政府の意向を第一に優先する「検討委員会」主流派は「被ばくによる小児甲状腺がん多発」を決して認めようとしないのである