

多程

本日は御号に中本運了

②再発? 丙B7 P7 147  
C9の個人病主要因から発生  
再発  
↑  
C9の意味?

3/11(金)小児用は  
服薬の  
冒頭: 言葉の確認

	尋問	(想定) 証言	備考
冒頭: 言葉の確認	福島県立医科大学→医大。県民健康調査の中の甲状腺検査→単に「甲状腺検査」 「イエスカノーを聞く質問にははい、いいえで端的に教えてください」		

1、過剰診断論			
証明事実	「甲状腺検査で手術した症例に過剰診断がないとまでは言い切れないが、極めて限定的である」		
	過剰診断論についてお尋ねします。 丙B7号証を示す。この12頁の(16)、アで、「甲状腺検査」で実施された甲状腺がんの手術に対して「治療の必要のない無害ながん」の手術を行ったというという批判（過剰診断論）に対し、どう考えるか」という質問に対し、12頁冒頭で詳細に回答している。この回答に間違いはないか。	はい。	
	鈴木は今年2日の国際シンポジウムで「甲状腺検査で手術した症例に過剰診断がないとまでは言い切れないが、極めて限定的である」と講演したが、これに間違いはないか。	はい。	
	この講演で述べた「過剰診断は極めて限定的である」と考える理由も、丙B7号証12頁冒頭の回答に書かれたとおりか。	はい。	

2、経過観察中に発症した症例数			
証明事実	「経過観察中に発症した例も含め、医大以外の医療機関で甲状腺がん手術を行なった症例数を鈴木は知っている」		
	次に、経過観察中に発症した症例数についてお尋ねします。 甲C73の2を示す。証人が研究責任者である研究計画書ですが、この5頁に、「研究の背景・目的」で、「我々が福島県内で発生した小児甲状腺癌のDATA集積を行い、その分子生物学的特性の解明を明らかにすることは、低線量被ばく健康影響の有無を知る上で、きわめて重要な知見となる」と書かれ、そのために、「手術サンプルから得られる…DNA…等を一元的に保管・管理するシステムを構築し、情報発信することは我々の社会的使命と考えている」と書かれていますね。	はい。	
	この研究の目的に基づいて、次の、8 対象者の選定で、当施設及び協力施設に受診・入院した手術適応となる18歳以下の甲状腺癌患者のうち、同意が得られたもの。…協力病院については、対象者が発生した際に、計画変更申請にて、別個に追加する」と書かれていますね。	はい。	
	つまり、この研究計画は、我々は福島県内で発生した小児甲状腺癌のDATA集積を行い、一元的な保管・管理するシステムを構築するんだ、しかし、そのような一元的なシステムを構築することは医大だけでできることではないから、小児甲状腺癌患者が受診・入院する医療施設からの情報提供・協力を前提にする、というものです。	ノーというかな。	
	すると、この研究で構築される手術症例データベースは福島県内で発生したすべての小児甲状腺癌患者のDATA集積を目標としていることとなりますね。		
	従って、この手術症例データベースの中に、甲状腺検査で経過観察とされ、医大であれそれ以外の医療機関であれ一般診療中がんと診断・手術する患者の症例データも含まれることとなりますね。		
	計画書の研究目的で、福島県内で発生した全ての小児甲状腺癌の一元的なデータベースを作ると言っているのだ		

☆  
土申書  
3/11(金)小児用は  
服薬の  
3/11(金)小児用は  
服薬の  
3/11(金)小児用は  
服薬の

☆ ZB 46号証を添付

	から、入力するデータとして経過観察中に発症した症例数をわざわざ除くようなことはしませんよね。		
☆	(もし症例データベースを作っていないと否定したら) 甲C75を示す。これは今の研究計画の実施結果を報告した成果報告書です。4枚目の左の4、研究成果の①に、症例データベースを構築したと書いてありますが、これに間違いはないか。	これは医大で手術した症例のDBだ。	
	(再質問) 医大以外の協力施設、協力病院で手術した症例も手術標本の協力が得られれば、その症例データも当然症例データベースに入力することになるのではないですか。		
	→計画書の研究目的で、福島県内で発生した全ての小児甲状腺癌の一元的なデータベースを作ると言っているのだから、医大以外の医療機関でやった手術症例のデータを集めるのは当然ではないか。		
Z A 昌頭	(再質問) 乙B46を示す。これは証人の論文だが、73頁右の4で、手術症例126例の特徴を74頁にわたって詳しく紹介していますね。手術	はい。	
情報	この特徴は症例データベースを使って引き出したのではないですか。 (再々質問) ならば、何を使って作ったのか。まさかカルテを1つずつ見て作った?!	いいえ	
2-2、経過観察中に発症した症例数(2): 別枠報告を言っていた鈴木			
証明事実	「鈴木は「経過観察中に発症した症例があれば」別枠で報告になると明快に回答」		
☆	甲C108を示す。2015年2月2日、検討委員会の第5回「甲状腺検査評価部会」の議事録9頁。 経過観察中に悪性の結果が出た場合、どのように扱われるのか、という委員からの質問に対し、証人はこう答えている。 《そういう症例があれば別枠で報告になると思います。経過観察中に発見された悪性腫瘍ということになると思います。》この記載に間違いはないか。		
	この時、「経過観察中に発症した症例があれば」別枠で報告になると回答した理由はなにか。		
	この報告のためには検査DBの項目の追加、経過観察を行なう医療機関への協力が必要ですが、これらの作業はクリアできると考えて、このような回答をしたのではないか。		
	で、そのあと、この考えをどのように実行しようとしたか。		
	その後、なぜ、この報告が実行されないのだと思いますか。	「医療機関への協力の要請が困難だ」から	
☆	(再質問) 甲C76の書面を示す。全国の甲状腺学会の会員宛に、セカンドオピニオンについての協力の要請文を送っていますね。		
☆	甲C73の2を示す。先ほどの研究計画書5頁に、全国の提携した協力施設、新たに対象者が受診・手術した医療機関宛に、福島県内で発生した小児甲状腺癌のDATA集積への協力の要請をすることが書かれている。		
	だったら、この時も、「経過観察中に発症した症例数」の情報提供もできるんじゃないですか。		

	ましてや、症例数だけなら個人を特定する情報に該当しないから、個人情報保護とも抵触しない。症例数だけの情報提供の協力要請なら全く問題がないんじゃないですか。		
3、小児甲状腺がんの正確な症例数が分からないことの意味			
証明事実	「小児甲状腺がん発症の正確な評価が出来ない」		
	世界を賑わせている新型肺炎でも感染者の正確な数字が分からないと被害の深刻さも判断できない。これと同じで、小児甲状腺がんの正確な症例数が分からないと、小児甲状腺がん発症の正確な評価も出来ない。そうではありませんか。		
	二次検査で「経過観察」とされた子どもが経過観察中に甲状腺がんを発症しても、検討委員会が小児甲状腺がんとしてカウントしない事実を知っていませんね。		
019?	昨年10月7日の検討委員会の第36回目の配布資料によると、二次検査で「経過観察」とされた子どもは2019年6月末時点では単純合計すると <del>3399</del> 人にのぼる。 <del>3399</del> <b>4000人以上</b>		
4000	<del>3399</del> 人が「経過観察中に甲状腺がんを発症しても、その数がカウントされていない訳ですから、小児甲状腺がんの正確な症例数は分からないと言わざるを得ない。そうではありませんか。		
	小児甲状腺がんの正確な症例数やその特徴が分からないままでは、発見率や男女比や年齢分布など小児甲状腺がん発症の正確な評価も出来ない。そうではありませんか。		
	この問題はあとで改めてお尋ねします。		
4、スクリーニング効果論(1) → <b>2XVに</b>			
証明事実	「スクリーニング効果論を全国レベルに拡大して考え抜いたら破綻する」		
井戸案	証人の見解だと、福島県でこの約8年間で約200名以上の手術を必要とする甲状腺がん患者が発見された理由は、精度が上がった装置で検査したからですか。		
	これは、①福島県に特有の現象だとお考えですか、②他の都道府県でも同じようにスクリーニングをすれば同様の割合で手術を必要とする甲状腺がん患者が発見されるとお考えですか		
	①と答えれば⇒それは「多発」ということではないのですか		
	②と答えれば⇒「福島県の子どもの数は全国の子どもの数の1.4%です。単純に計算すれば、全国で1万人をはるかに超える子どもたちが甲状腺の摘出手術を待っていることになりませんが、あなたは、甲状腺がんの専門医として、それらの子どもを救う試みはされているのでしょうか」		
	次に、精度が上がった装置で検査すればそれまで見過ごしていたガンの発見に成功するというスクリーニング効果論についてお尋ねします。 丙B7号証を示す。11頁の一番下の質問と回答で、福島で6年間の累計で272人の小児甲状腺がんが見つかった理由について、ハーベスト効果とスクリーニングバイアスを書いています。これに間違いはないか。		
	スクリーニング効果論によると、もし全国規模で精度が上がった装置で検査すれば、福島と同様の割合で、全国でもそれまで見過ごしていたガンの発見に成功する。そういうことになりませんか。	ならない。	
	(再質問) ならないと考える根拠は何か。		
	具体的な数値で言うと、2014年の統計データによると、15歳未満の福島県と全国の人口割合は約1.4%。		

	なので、昨年6月末時点の福島県で見つかった230人に対応する全国規模の数は1万6400人程度。		
	この230人のうち2018年12月末までに180人が「手術の必要がある(手術適応)」とされ医大で手術した。スクリーニング効果論によれば、全国でもこれと同様の割合で、手術適応の子どもがいることになる。具体的には福島の180人に対応する全国規模の数は1万2800人程度。		
	証人は、これまで、福島の手術適応の小児甲状腺ガン患者を手遅れにならないように手術を実施した。スクリーニング効果論によれば、全国の1万2800人の手術適応の小児甲状腺ガン患者も手遅れにならないうちに手術を実施すべきではないですか。		
5、スクリーニング効果論(2) ←時間がなければ中止 (ア) (イ)			
証明事実	「2巡目に71名も、3巡目に29名も見つかったという問題」		
	証人が丙B7号証11頁に書いているハーベスト効果、これによると「生涯にわたり臨床症状を示さない例も含めて、精度が高い検査により一時に発見してしまうこと」、そうだとしたら、2巡目の検査をやっても既に収穫済みだから本来なら何も見つからないはずですね。		
	しかし、甲状腺検査の2巡目に71名、3巡目に29名見つかった。これはハーベスト効果からは説明がつかないのではないか。証人はどういう理由だと考えるか。	検査漏れによる	
	(再質問)それは、結局、検査の精度が低いから、2巡目も3巡目も見つかった、ということではないか。だとしたら、それは「精度が上がった装置で検査すれば」という前提を自ら否定するにひとしいのではないか。		
6、小児甲状腺がん発症と被ばくとの関連性(1)線量			
★	乙B46を示す。75頁の5で、福島の小児甲状腺癌は放射線の影響なのかを論じている。最初の1)で、「福島の線量はチェルノブイリに比べ圧倒的に低い」と書いていますね。		
	ここでの問題にする「福島の線量」とは、線量一般のことではなく、小児の甲状腺について線量のことではないか。		
	小児の甲状腺線量について、「チェルノブイリに比べ圧倒的に低い」とするエビデンスは何か。		
	2011年3月26~30日に、いわき市等で測定した甲状腺線量のデータのことはないか。	はい。	
★	(もしイエスなら)甲C111を示す。原子力安全委員会の所見として、2頁(2)に、「……適切でないと考える」と記載されており、その注3にその理由が書かれている。		
	原子力安全委員会のこの所見によれば、「小児の甲状腺線量はチェルノブイリに比べ圧倒的に低い」とは断定できないのではないか。		
7、小児甲状腺がん発症と被ばくとの関連性(2)地域差			
	次は地域差。 75頁の5の2)で、甲状腺がん発症と福島県内の地域との相関関係について「地域差が認められない」と記述。これはどんな疫学的な検討に基づくものか。		
	そもそも、小児甲状腺がん発症と放射線との関連性(相関関係)について疫学的な検討は、正確な統計データ(症例数)に基づくことが大前提です。統計データが不正確ならいくら正しい統計解析をしても信頼できない。しか		

	し、福島では正確な統計データ（症例数）が分からない。第1に、経過観察中に発症した症例数、第2に、検査外で自主診療の中でがんが判明した場合の症例数は分からないから。 従って、その疫学的な検討も信頼できないのではないか。		
	地域の区切り方によっては地域差が認められるという研究成果があることを知っているか。		
	以上、不正確な統計データの点、地域区分の問題から、「地域差が認められない」かどうかは判断できないのではないか。		
8、小児甲状腺がん発症と被ばくとの関連性（3）年齢分布			
	次は年齢分布。 75頁の5の3）の前半で、「甲状腺癌被曝時年齢の分布は放射線非被曝郡における年齢分布に近い」と記述。		
	そもそも、甲状腺癌被曝時年齢の分布は正確な統計データ（症例数）に基づくことが大前提。しかし、先ほども言った通り、しかし、福島では正確な統計データ（症例数）が分からない。従って、甲状腺癌被曝時年齢の分布も信頼できないのではないか。		
	以上から、この年齢の分布が「放射線非被曝郡における年齢分布に近い」とは判断できないのではないか。		
9、小児甲状腺がん発症と被ばくとの関連性（4）若年者（事故当時：0～5歳）の患者			
	次は事故当時：0～5歳の患者。 75頁の5の3）の後半で、「若年者（事故当時：0～5歳）には認められていない」と記述。		
	しかし、事故当時4歳の男児で医大で経過観察中に2015年に悪性と診断、2016年前半に医大で手術したという症例があった。証人がこの男の子を執刀したことを覚えているか		
	乙B46の論文は2017年10月の日本甲状腺外科学会の学会の証人の講演をまとめたもの。2017年10月の時点で、事故当時4歳児の患者がいたことは証人には分かっていた。にもかかわらず、「5歳児以下には認められない」と記述したのはなぜか。	「検診発見甲状腺癌」と記載	★光前さんと重複？
	（ビックリ仰天）えっ、論文には「検診発見甲状腺ガンは放射線の影響なのか？」と書いてあるだけで、「311当時福島に住む18歳以下の子どもたちが発症した甲状腺がんは放射線の影響なのか？」とは書いてない、だから、事故当時4歳の男児が甲状腺ガンで手術したケースは検査とは別の経過観察中に発見されたケースだから、「検診発見甲状腺ガン」には該当しない。だから、私はウソは言っていない、というのですか。		
	そうすると、証人の理屈によると、放射線の影響を検討するためには、「検診で発見された甲状腺ガン」と「検診以外で発見された甲状腺ガン」とを分けて別々に検討するのですか。		
	わざわざ2つに分けてサンプルのサイズを小さくして検討する理由はなんですか。		
	甲状腺ガンのデータを2つに分断して不都合な情報を片方に押し込んで隠蔽するという統計不正ではないのか。		
	その後も、事故当時5歳児以下の甲状腺がん患者が2名判明。さらに、経過観察中に発症した症例と検査外で自主診療中でがんが判明した症例をすべて調べないと、5歳児以下の患者の全貌は分からない。 従って、「若年者（事故当時：0～5歳）には認められていない」の記述は撤回すべきではないか。		
10、小児甲状腺がん発症と被ばくとの関連性（5）発見率の急激な増加			
	次は発見率の急激な増加。		

		75頁の5の4)の前半「福島の甲状腺癌は、震災後で発見率の急激な増加もない」と記述。		
		そもそも、甲状腺癌の発見率は正確な統計データ(症例数)に基づくことが大前提。しかし、先ほども言った通り、しかし、福島では正確な統計データ(症例数)が分からない。従って、甲状腺癌の発見率も信頼できないのではないか。		
		以上から、「震災後で発見率の急激な増加もない」かどうか判断できないのではないか。		
		11、小児甲状腺がん発症と被ばくとの関連性(6)発見率について地域差がない		
		次は発見率と地域差。 75頁の5の4)の後半発見率とについて福島県内の地域との相関関係について「地域にも差がない」と記述。		
		先ほどと同様、甲状腺癌の発見率は信頼できない。従って、発見率の疫学的な検討も信頼できないのではないか。		
		以上から、「発見率について、地域にも差がない」かどうか判断できないのではないか。		
		12、小児甲状腺がん発症と被ばくとの関連性(7)遺伝子変異		
		次は遺伝子変異。 75頁の5の6)「遺伝子変異について、チェルノブイリの放射線誘発甲状腺癌症例と大きく異なっている」と記述。		
		証人は、2014年12月、第17回検討委員会の議事録によると、遺伝子変異について、チェルノブイリと福島での小児甲状腺がんの遺伝子変異のパターンの違いを述べたあとに、以下の補足説明をしています。 「ただし、この差異のみをもって、放射線影響の有無を判断するのは早計である。」 これに間違いありませんか。		
		この時、証人は、どのような理由から、チェルノブイリと福島での小児甲状腺がんの遺伝子変異のパターンの違いから、放射線影響の有無を判断するのは「早計」だと考えたのですか。		
☆	示可	その理由は、丙B7の上申書13頁ウに書いてあるように、チェルノブイリの小児甲状腺がんの遺伝子変異は「放射線に関係のない人にも見つかっている」からではないのですか。		
入国課 2番目		昨年9月に、山下俊一氏も共著者として、「チェルノブイリの小児甲状腺がんの遺伝子変異は、自然発生の甲状腺がんで見つかるものとあまり変わらないことになる」ことを明らかにした論文が発表されました。知っていましたか。		
		であれば、なぜ、最新の論文でもまだ未解明の遺伝子変異を、乙B46の論文で「放射線影響を否定する理由」として挙げたのですか。		
		13、肺転移の症例数の公表拒否 医師としての守秘義務		
☆	示可	丙B7の上申書8頁(10)アで、「手術後に肺転移した症例はどれだけあるか」という質問に対し、「医師の守秘義務があるからお答えしない」という回答でした。これに間違いはないか。		
心!		しかし、医師の守秘義務は職務上知りえた患者等の個人情報を守るためのものであるのに対し、ここで聞いている症例数は、特定の個人を識別できる個人情報には該当しないから、守秘義務が及ばないもの。だから、この質問に対し法廷では証言拒否できない、答えて下さい。 示可		
		また、証人は既に、手術時肺転移例を3例、公表している。手術後に肺転移した症例はどうして公表できないの		

(2B46. p.74 右(17目) 6

M1症例3例と肺転移

