

平成24年(ワ)第49号等 玄海原発差止等請求事件

原告 長谷川 照 外

被告 国 外

## 準備書面99

(福島第一原発事故による子どもの甲状腺がんの増加-後編)

令和5年4月20日

佐賀地方裁判所 民事部合議2係 御中

原告ら訴訟代理人

弁護士 花 島 敏 雅

弁護士 東 島 浩 幸

外

## 第1 概論

### 1 本書面の目的

準備書面95においては、福島県における小児甲状腺がんの発生状況につき、福島県民健康調査の先行検査（検査1回目）から本格検査（検査5回目）までの統計的情報をもとに、簡易的な条件設定をしたうえで、大局的な状況を示した。

本書面では、甲A580の意見書に基づき、より福島原発事故の影響が強く出ていると考えられる先行検査（検査1回目）及び本格検査（検査2回目）の結果の比較等に焦点を絞り、より実態に即した条件設定をしたうえで、福島原発事故前後の小児甲状腺がん患者数の変化に着目する（本書面では、以下、各検査についてそれぞれ1巡目から5巡目として表記する。）。

### 2 本書面の概要

(1) 福島県民健康調査の1巡目から5巡目の検査結果（25歳未満を対象とする）及び国立がん研究センターの全国的ながん統計結果（30歳未満を対象とする）をもとに、各々、甲状腺がん患者（事故時－1～18歳）の事故発生後の累積数（約38万人中）を算出した。

すると、福島県民健康調査の中で最も累積数の少ない1巡目時点でさえ、全国における累積数の最大値とほぼ同値を示した。

これは、全国において今後数十年にわたって発生する患者が、福島県内においては極めて短期間の間に発生していたことを示している。

これは小児甲状腺がん患者の累積数の比較に基づく結果であるから、スクリーニング検査による患者の早期発見効果の表れとして説明することはできない。

(2) 1巡目及び2巡目の統計的情報をもとに、小児甲状腺がん患者の発生率（10万人当人数）を算出したところ、ほぼすべての市町村グループにおいて、1巡目から2巡目にかけて発生率が有意に増加しており、福島県内において被ばくの影響がないとの仮説が成り立たないことが示された。

そして、事故前後の患者をいずれも含んでいる1巡目の結果につき、事

故後の発生率にのみ着目したとき、1巡目の事故後の発生率が2巡目の発生率に比して顕著に高くなっていた。

以上の事実は、全て福島県内におけるスクリーニング検査に基づく調査結果を相互に比較検討したものであり、かつ、早期診断効果を一定程度見込んだ結果であるから、スクリーニング効果に起因する異常値とは説明することはできない。

- (3) したがって、福島原発事故後、福島県内において小児甲状腺がん患者が顕著に増加していることは明らかである。

## 第2 累積数比較

### 1 全国と福島県における小児甲状腺がん患者の累積数比較

- (1) 福島県民健康調査の検査結果につき、1巡目から5巡目までの小児甲状腺がん患者数の実数を累積する。

加えて、前記調査においては、検査対象者のうち一部のみが受診していることから、受診率で補正した患者数についても推定したうえで累積する。

- (2) 次に、国立がん研究センターのがん統計に基づく甲状腺がんの発生率（2006～2010年平均）データを、福島県の甲状腺検査の全対象者38万人と同じ年齢分布を持つ仮想集団に対して適用し、そこで求められた甲状腺がん患者数を累積する。

なお、その際、福島県民健康調査につきスクリーニング検査による早期発見効果があると仮定すると、がん統計データについてもがん発症までの潜伏期間を加味することで、両データを比較検討するのが適切である。そこで、潜伏期間を5年と仮定して、比較対象とする仮想集団については、福島県民健康調査（25歳未満の甲状腺がん発生者を対象としたもの）より対象期間を5年長く設定し、30歳未満までの発生分を累積することとする。

- (3) すると、以下のグラフのとおりの結果が得られる（甲A580のP7）。

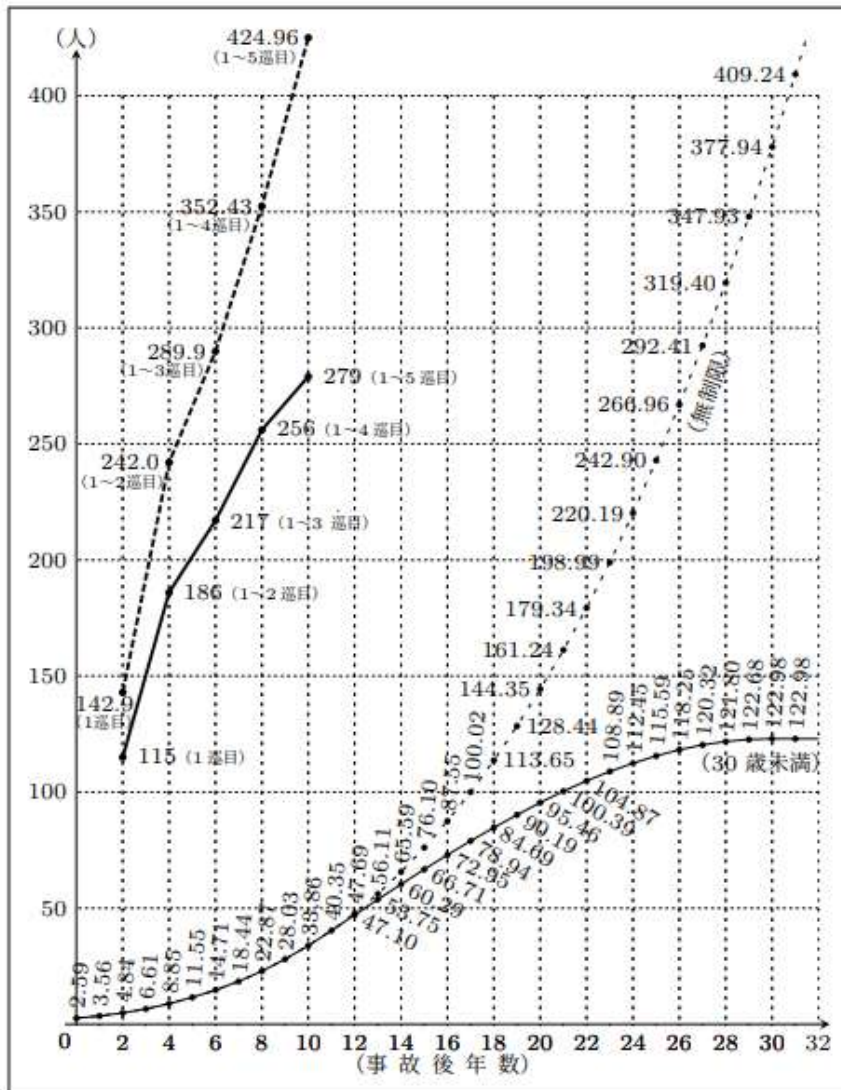


図7 全国がん統計に基づく全検査対象者（事故時(-1)～18歳）約38万人中の事故後の甲状腺がん推定数（細い破線）とその内の30歳未満での発見数，および実際の福島県の甲状腺検査（節目検査を除く）結果（2022年6月31日公表）の累積発見数（太線）と受診率で補正した発見数の累積数（太い破線）

## 2 分析

- (1) 比較集団（前記グラフの細い実線）の事故時-1歳児が30歳になる事故後31年目からは、新たに甲状腺がんが発生する対象者がいなくなるため、その累積数は最大値に到達することになる。
- (2) このとき、福島県民健康調査の1巡目で発見された数（前記グラフの太

い実線の「115」)が、全国における今後の推測最大値(早期発見効果を考慮済の数値)(前記グラフの細い実線の「122.98」)にほぼ到達し、2巡目(前記グラフの太い実線の「186」)では同値をはるかに超え、その後も甲状腺がん患者が続々と発見されていることが明らかである。この結果は、検査対象者が検査を重ねるごとに減少し、かつ、その受診率も低下している中で表れたものであることを考慮すれば、より異常な増加と言わざるを得ない。

また、受診率で補正した数(前記グラフの太い破線)では、1巡目から既に今後の推測最大値を大きく上回っている。

- (3) 以上から、全国及び福島県の小児甲状腺がん患者の累積数を相互比較することによって、事故後、福島県における小児甲状腺がん患者数が爆発的に増加していることが明らかである。

### 第3 推定値比較

#### 1 福島県における小児甲状腺がん患者の発生率

##### (1) 1巡目及び2巡目における小児甲状腺がん患者の発見率等

ア 1巡目では、福島県内の各市町村を、下記図(甲 A580のP1)のとおり、①原発事故現場に最も近い避難区域に該当する13市町村(田村市、南相馬市、伊達市、川俣市、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)、②福島県の中央に位置する12市町村(福島市、郡山市、白河市、二本松市、本宮市、桑折町、国見町、大玉村、天栄村、西郷村、泉崎村、三春町)、③福島県の東西に位置する34市町村(須賀川市、鏡石町、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、小野町、いわき市、相馬市、新地町、会津若松市、喜多方市、下郷町、楡枝岐村、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)の3グルー

プに分けたうえで、検査が実施されている。

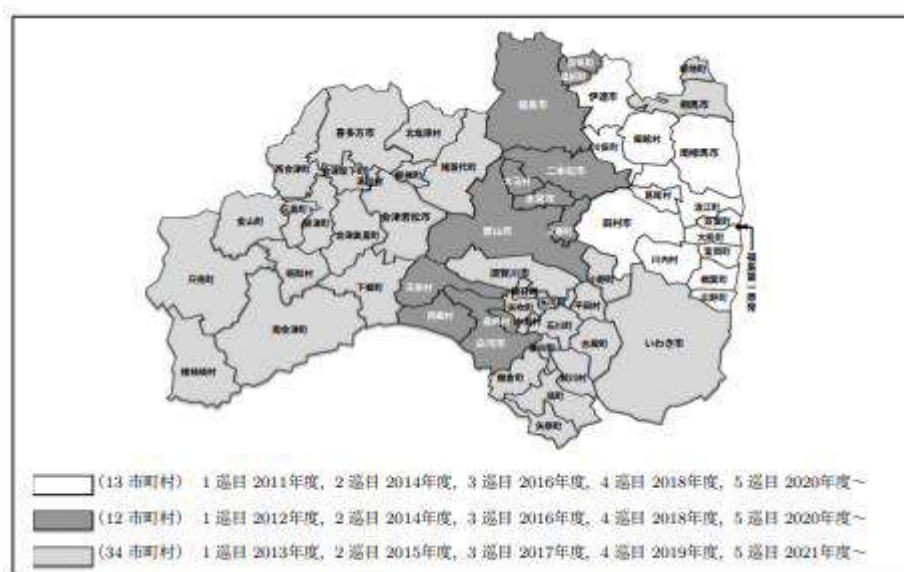


図1 福島県全59市町村のグループ分けと各検査年度

イ 本書面においては、さらに詳細な分析を行うために、「1 2 市町村」は、その最北に位置する福島市、桑折町（こおりまち）、国見町（くにみまち）の1市2町からなる「福島市・2 町」と残りの「9 市町村」のグループに分け、「3 4 市町村」は、原発の南に位置する「いわき市」とそれ以外の「3 3 市町村」に分けたうえで、比較検討をする。

これらのグループ分けは、「1 市 2 町」が「1 2 市町村」の中では相対的に原発から遠い位置にあり、「いわき市」が「3 4 市町村」の中では相対的に原発近い位置にあることに着目したものである。

ウ 1 巡目及び2 巡目における患者数の実数、発見率、及びその95%信頼区間の値（統計学上の一般的処理）等を取りまとめると、以下のとおりとなる（甲 A 5 8 0 の P 1 9）。

表 14 1 巡目検査と 2 巡目検査の公表データと「悪性」および「悪性」発見率の推定値

1 巡目検査	対象者	受診者	受診率	「悪性」	95% CI	「悪性」発見率	95% CI
13 市町村	47,769	41,810	87.5%	14	(7.65, 23.5)	33.48	(18.31, 56.18)
12 市町村	161,123	139,337	86.5%	56	(42.30, 72.72)	40.19	(30.36, 52.19)
福島市・2 町	57,210	50,617	88.5%	12	(6.20, 20.96)	23.71	(12.25, 41.41)
9 市町村	103,913	88,720	85.4%	44	(31.97, 59.07)	49.59	(36.04, 66.58)
34 市町村	158,757	119,326	75.2%	45	(32.82, 60.21)	37.71	(27.51, 50.46)
いわき市	62,293	49,430	79.4%	24	(15.38, 35.71)	48.55	(31.11, 72.24)
33 市町村	96,464	69,896	72.5%	21	(13.00, 32.10)	30.04	(18.60, 45.93)
全市町村	367,649	300,473	81.7%	115	(94.94, 138.04)	38.27	(31.60, 45.94)
2 巡目検査	対象者	受診者	受診率	「悪性」	95% CI	「悪性」発見率	95% CI
13 市町村	49,454	34,557	69.9%	17	(9.90, 27.22)	49.19	(28.66, 78.76)
12 市町村	167,415	124,606	74.4%	35	(24.38, 48.68)	28.09	(19.56, 39.06)
福島市・2 町	59,497	45,580	76.6%	11	(5.49, 19.68)	24.13	(12.05, 43.18)
9 市町村	107,918	79,029	73.2%	24	(15.38, 35.71)	30.37	(19.46, 45.19)
34 市町村	164,387	111,348	67.6%	19	(11.44, 29.67)	17.06	(10.27, 26.65)
いわき市	64,309	45,265	70.4%	9	(4.12, 17.09)	19.88	(9.09, 37.74)
33 市町村	100,078	66,084	66.0%	10	(4.80, 18.39)	15.13	(7.26, 27.83)
全市町村	381,256	270,511	71.0%	71	(55.45, 89.56)	26.25	(20.50, 33.11)

\*「悪性」は「悪性ないし悪性疑い」の診断を意味する。また、CI は信頼区間を意味する。発見率は 10 万人当り人数

## (2) 被ばくの影響がないという前提での発生率推定

### ア 平均観察年数

#### (ア) 平均観察年数の考え方

あ 平均観察年数とは、福島県民健康調査における各検査間の期間を意味する。なお、1 巡目に関しては、それに先行する検査がないため、生まれてから 1 巡目実施までの期間を意味する。

そして、福島原発事故が小児甲状腺がんに影響を与えないとの前提に立ったとき、原則として事故前後の患者数の推移は一定となるはずである。

そのため、各検査段階における小児甲状腺がん患者の 10 万人当り人数を平均観察年数で除することによって、年間の 10 万人当り人数を算出することが可能になる。

い 但し、1 巡目及び 2 巡目検査が実施された当時 4 歳以下であった者については、がんが発見されることは極めて稀とされている。そのため、小児甲状腺がんの発生率を適正に評価するため

には、その計算に際して用いる観察年数から、該当期間を除く必要がある。

(イ) 1巡目の平均観察年数

1巡目における平均観察年数は、以下のとおりに求められる

(甲 A580のP12)。

表7 事故時年齢階級別の受診者数，観察人年，平均観察年数

事故時年齢(歳)	0~5	6~10	11~15	16~18	計	観察人年	平均観察年数
13市町村	11,206	11,678	12,354	6,573	41,811	253,799.8	6.0702
12市町村	40,529	40,847	40,413	17,548	139,337	874,302.5	6.2747
福島市・2町	14,212	14,518	14,704	7,183	50,617	346,298	6.4662
9市町村	26,317	26,329	25,709	10,365	88,720	547,004	6.1655
34市町村	36,059	39,480	33,354	10,433	119,326	796,328.0	6.6735
いわき市	14,400	15,513	14,294	5,223	49,430	343,057	6.9403
33市町村	21,659	23,967	19,060	5,210	69,896	453,271	6.4849
全市町村	87,794	92,005	86,120	34,554	300,473	1,924,420.3	6.4046

(ウ) 2巡目の平均観察年数

あ 2巡目における平均観察年数につき、1巡目から2巡目までの期間を算出すると、以下のとおりになる(甲 A580のP15)。

表10 検査時の年齢階級別受診者数および観察人年と平均観察年数

2巡目検査時年齢(歳)	2~7	8~12	13~17	18~23	計	2巡目検査観察人年	2巡目検査平均観察年数
13市町村	8,685	10,821	10,928	4,124	34,558	78,059	2.2588
12市町村	31,026	38,757	39,846	14,980	124,609	209,730	1.6831
福島市・2町	11,652	13,654	14,349	5,925	45,580	76,330	1.6746
9市町村	19,374	25,193	25,497	9,055	79,029	133,400	1.6880
34市町村	22,125	35,804	38,769	14,651	111,349	198,115	1.7792
いわき市	8,299	14,274	15,528	7,164	45,265	81,309	1.7963
33市町村	13,826	21,530	23,241	7,487	66,084	116,806	1.7675
全市町村	61,836	85,382	89,543	33,755	270,516	485,904	1.7962

い もっとも、2巡目については、1巡目未受診かつ2巡目受診者が含まれているため、その者らについての平均観察年数分を考慮して補正をする必要があり、その結果は以下のとおりである



(甲 A580 の P18)。

表13 2巡目検査受診者中の1巡目検査未受診者数および補正後の2巡目平均観察年

2巡目検査	全受診者	1巡目検査未受診者推定数	同平均観察年	同観察人年	2巡目人年	同補正值	補正後の2巡目平均観察年
13市町村	34,557	1,660	7.724	12,821.4	78,059.3	90,880.7	2.63
12市町村	124,609	5,984	9.044	54,118.2	209,730.4	263,848.5	2.12
福島市・2町	45,580	2,189	8.565	18,747.8	76,330.2	95,008.0	2.09
9市町村	79,029	3,795	9.252	35,110.6	133,400.2	168,510.7	2.13
34市町村	111,349	5,348	10.799	57,750.8	198,114.7	255,865.5	2.30
いわき市	45,265	2,174	10.371	22,546.9	81,398.9	103,855.8	2.29
33市町村	66,084	3,174	11.006	34,931.6	116,805.8	151,737.3	2.30
全市町村	270,518	12,992	9.957	129,357.8	485,904.3	615,262.1	2.27

イ 年間の10万人当人数(発生率)

(ア) 1巡目の数値

以上の平均観察年数をもとに、1巡目における小児甲状腺がん患者の年間の10万人当人数(及びその95%信頼区間)を算出すると、以下のとおりとなる(甲 A580 の P20)。

表15 1巡目検査受診者中がん患者数の95%信頼区間

1巡目検査	受診者	「悪性」発見率	95% CI	平均観察年	発生率	95% CI
13市町村	41,810	33.48	(18.31, 56.18)	6.0701	5.516	(3.016, 9.256)
12市町村	139,337	40.19	(30.36, 52.19)	6.2746	6.405	(4.838, 8.318)
福島市・2町	50,617	23.71	(12.25, 41.41)	6.4662	3.666	(1.894, 6.404)
9市町村	88,720	49.59	(36.04, 66.58)	6.1655	8.044	(5.845, 10.798)
34市町村	119,326	37.71	(27.51, 50.46)	6.6735	5.651	(4.122, 7.561)
いわき市	49,430	48.55	(31.11, 72.24)	6.9403	6.996	(4.482, 10.409)
33市町村	69,896	30.04	(18.60, 45.93)	6.4849	4.633	(2.868, 7.082)
全市町村	300,473	38.27	(31.60, 45.94)	6.4046	5.976	(4.934, 7.173)

(イ) 2巡目の数値

同様に、2巡目における補正後の年間10万人当人数(及びその95%信頼区間)を算出すると、以下のとおりとなる(甲 A580 の P20)。

表16 2巡目検査受診者中がん患者数の95%信頼区間

2巡目検査	受診者	「悪性」発見率	95% CI	補正後 平均観察年	発生率	95% CI
13市町村	34,557	49.19	(28.66, 78.76)	2.63	18.71	(10.90, 29.95)
12市町村	124,606	28.09	(19.56, 39.09)	2.12	13.27	(9.24, 18.45)
福島市・2町	45,580	24.13	(12.05, 43.18)	2.09	11.57	(5.78, 20.70)
9市町村	79,029	30.37	(19.46, 45.19)	2.13	14.24	(9.13, 21.19)
34市町村	111,348	17.06	(10.27, 26.65)	2.30	7.43	(4.47, 11.60)
いわき市	45,265	19.88	(9.09, 37.74)	2.29	8.67	(3.96, 16.45)
33市町村	66,084	15.13	(7.26, 27.83)	2.30	6.59	(3.16, 12.12)
全市町村	270,511	26.25	(20.50, 33.11)	2.27	11.64	(9.09, 14.68)

ウ 分析

(ア) 1巡目及び2巡目における発生率を相互比較すると、以下のとおり結果が得られる（甲 A 5 8 0 の P 2 1）。

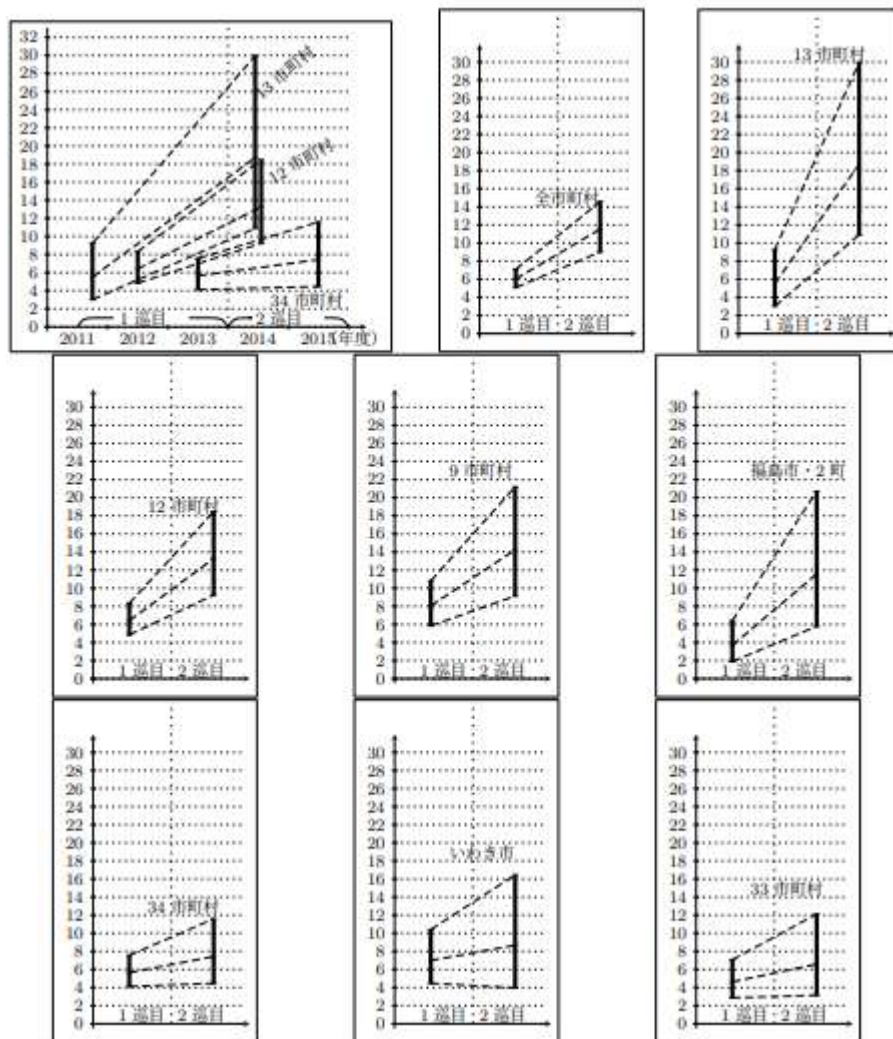


図 19 被ばくの影響がないという大前提の下での1巡目と2巡目の発生率の推定結果比較

(イ) 以上の結果から、全市町村グループにおいて、1巡目から2巡目にかけて増加傾向にあることが明らかとなった。中でも、最も早期に1巡目検査が終了した13市町村においては、特に著しい発生率の増加が認められる。

ここでは被ばくの影響がないと仮定して、事故前後を区別することなく、発生率の推定を行っているところ、1巡目から2巡目への発生率の異常な増加は、この仮定に明らかに矛盾している。

よって、原発事故による被ばくの影響がないという仮説は否定され、その影響を認めざるを得ない結果が示された。

### (3) 被ばくの影響があるという前提での発生率推定

#### ア 1巡目の特徴

前記表15の1巡目における発生率は、先のとおり、事故時点を挟むそれ以前の長い期間と事故後の約1～3年を通算した期間で一定の発生率であることを前提に計算している。

以下では、1巡目段階で原発事故の影響により発生率が増加したと仮定して、1巡目が対象とする観察期間を2011年4月1日以前と以後に分けて、その発生率を検討する。

#### イ 1巡目における事故後の観察年数

1巡目の事故後の平均観察年数は、以下のとおりである（甲A580のP23）。

表19 1巡目検査における事故時年齢階級別の受診者数と事故後の観察年数、平均観察年数

事故時年齢(歳)	0～5	6～10	11～15	16～18	人数計	観察人年	平均観察年
13市町村事故後	11,206	11,678	12,353	6,573	41,810	24,821	0.5937
12市町村事故後	40,529	40,847	40,413	17,548	139,337	165,099	1.1849
9市町村	26,317	26,329	25,709	10,365	88,720	104,569	1.1787
福島市・2町	14,212	14,518	14,704	7,183	50,617	60,529	1.1958
34市町村事故後	36,059	39,480	33,354	10,433	119,326	241,222	2.0215
いわき市	14,400	15,513	14,293	5,223	49,429	100,773	2.0387
33市町村	21,659	23,967	19,060	5,210	69,890	140,447	2.0094
全市町村事故後	87,794	92,005	86,120	34,554	300,473	431,141	1.4349

#### ウ 1巡目における事故後発生率

- (ア) 事故後発生率を求めるに当たっては、事故直前に仮に全市町村で甲状腺検査のスクリーニングを実施したと仮定した場合に観察されるであろう発見率を適当に設定したうえで、1巡目の発見率として求められている結果からその分を差し引いたデータを1巡目の事故後発見率とみなして、それを先に求めた事故後の平均観察年数で割る。
- (イ) 事故前発見率については、先のがん統計結果に基づく累積数を10万人当人数に引き直して用いることとする。その結果が、以下のとおりである（甲 A 5 8 0 の P 2 3）。

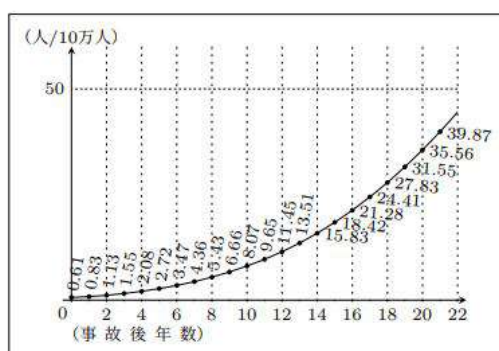


図 20 全国がん統計（2006～2010 年の平均）に基づく 10 万人当の甲状腺がん推定有病率の事故後の推移

これによれば、事故直前の累積数は 0.6 人程度となっているが、スクリーニングにより 5 年程度の早期発見効果があると仮定して、事故直前の発見率として 10 万人当たり 3 人を設定する。

確認的に、10 年程度の早期発見効果があると仮定して、事故直前の発見率として 10 万人当たり 5 人を設定する。

- (ウ) 事故前発見率を 10 万人当たり 3 人とした場合

事故前発見率を 10 万人当たり 3 人とした場合の 1 巡目における事故後発生率、および同値と 2 巡目の発生率の比較結果は、以下のとおりである(甲 A 5 8 0 の P 2 4, 2 5)。

表20 1 巡目検査事故後発生率（事故直前有病率を10万人当たり3人の場合）

1 巡目検査	受診者	事故後「悪性」発見率	95% CI	事故後平均観察年	事故後発生率	95% CI
13 市町村	41,810	30.48	(15.31, 53.18)	0.5937	51.347	(25.781, 89.577)
12 市町村	139,337	37.19	(27.36, 49.19)	1.1849	31.387	(23.090, 41.514)
福島市・2 町	50,617	20.71	(9.25, 38.41)	1.1958	17.317	(7.735, 32.123)
9 市町村	88,720	46.59	(33.04, 63.58)	1.1787	39.530	(28.027, 53.939)
34 市町村	119,326	34.71	(24.51, 47.46)	2.0215	17.171	(12.123, 23.478)
いわき市	49,430	45.55	(28.11, 69.24)	2.9387	22.344	(13.788, 33.965)
33 市町村	69,896	27.04	(15.60, 42.93)	2.0094	13.459	(7.763, 21.363)
全市町村	300,473	35.27	(28.60, 42.94)	1.4349	24.582	(19.931, 29.926)

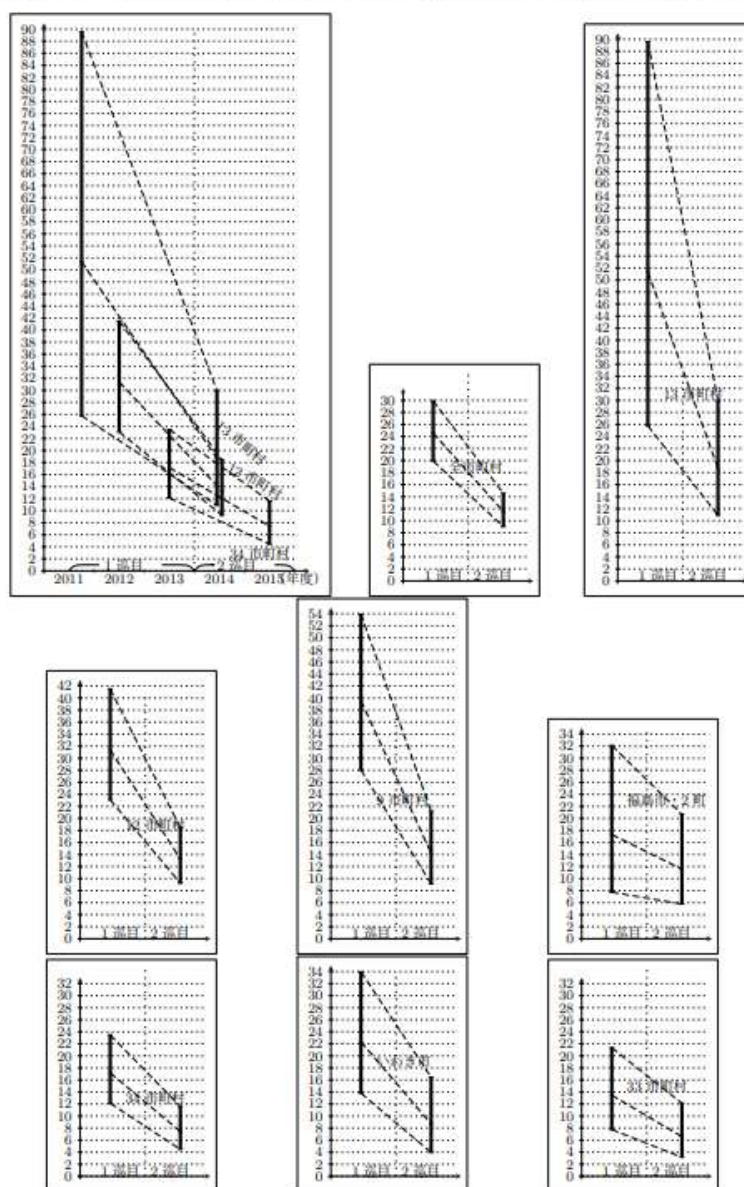


図 21 事故前後を区別した1 巡目と2 巡目の発生率の推定結果（事故直前に想定されるスクリーニング検査での有病率を10万人当たり3名と仮定した場合）

(I) 発見率を10万人当たり5人とした場合

事故前発見率を10万人当たり5人とした場合の1 巡目にお

ける事故後発生率、及び同値と2巡目の発生率の比較結果は、以下のとおりである(甲 A 5 8 0 の P 2 4, 2 6)。

表21 1巡目検査事故後発生率(事故直前有病率を10万人当たり5人の場合)

1巡目検査	受診者	事故後「悪性」発見率	95% CI	事故後平均観察年	事故後発生率	95% CI
13市町村	41,810	28.48	(13.31, 51.18)	0.5937	47.978	(22.413, 86.208)
12市町村	139,337	35.19	(25.36, 47.19)	1.1849	29.699	(21.402, 39.827)
福島市・2町	50,617	18.71	(7.25, 36.41)	1.1958	15.644	(6.063, 30.450)
9市町村	88,720	44.59	(31.04, 61.58)	1.1787	37.833	(26.330, 52.242)
34市町村	119,326	32.71	(22.51, 45.46)	2.0215	16.182	(11.134, 22.489)
いわき市	49,430	43.55	(26.11, 67.24)	2.9387	21.363	(12.807, 32.984)
33市町村	69,896	25.04	(13.60, 40.93)	2.0094	12.464	(6.767, 20.367)
全市町村	300,473	33.27	(26.60, 40.94)	1.4349	23.188	(18.537, 28.532)

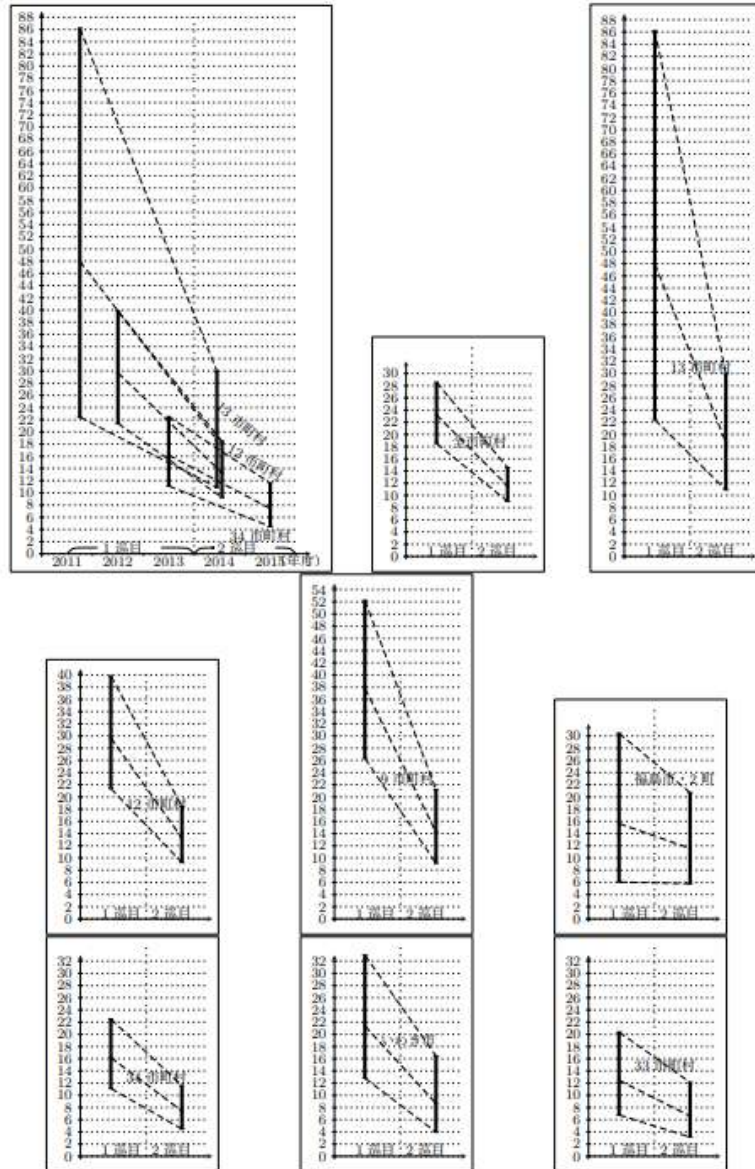


図 22 事故前後を区別した1巡目と2巡目の発生率の推定結果(事故直前に想定されるスクリーニング検査での有病率を10万人当たり5名と仮定した場合)

## エ 小括

以上から、1巡目の事故前発生率を10万人当たり3人又は5人のいずれと設定した場合であっても、その事故後発生率は2巡目の発生率に比して顕著に高くなっていることが明らかとなった。

1巡目検査は13市町村において最も早期に実施されており、事故の半年後からの実施とされているから、非常に短時間で急激な変化が生じたことが分かる。なお、小児がんの潜伏期間の最小値が1年ということは米国疾病予防管理センター（CDC）等でも公表されており、スクリーニングによりさらに早期段階で発見されても何ら不思議ではない。

加えて、相対的に原発に近い13市町村、9市町村及びいわき市において、1巡目段階で他地域に比して発生率が顕著に高くなっていることも明らかである。

### (4) スクリーニング効果論への批判

#### ア スクリーニング効果について

(ア) 福島県内において小児甲状腺がん患者が多発していることに対して、甲状腺がんには生涯にわたり健康に影響しない潜在がんがあることが認められ、その潜在がんが本件事故後の福島県民健康調査によるスクリーニング効果によって発見されたに過ぎず、かかる増加につき放射線の影響であると評価することはできないとの反論が考えられる。

(イ) ここに言うスクリーニング効果とは、見かけ上健康な人を、ある疾病の可能性がない人とその疾病の可能性のある人にふるい分ける検査（スクリーニング検査）を実施することにより、それを実施しない時と比べて、その対象集団における疾病を有している割合（有病率）が高くなる効果と、一般的に説明される。

#### イ 福島県内の事象がスクリーニング効果では説明できないこと

(ア) あくまでスクリーニング効果として説明しうるのは、スクリーニング検査が行われていない全国及び同検査が行われた福島県内における小

児甲状腺がん患者の実数を相互比較する場合に過ぎない。

- (イ) ところが、前記(2)の結果に関しては、いずれも福島県内における各検査結果を相互に比較検討したものであり、各検査において同様のスクリーニング検査が行われている以上、その比較結果をもってスクリーニング効果と結論付けることはできない。
- (ウ) また、前記(3)の結果に関しても、原則として福島県内におけるスクリーニング検査の結果同士の比較検討を行ったものである。なお、その一部に全国がん統計に依拠した数値を用いている部分があるものの、その場合にもスクリーニング効果を考慮して数値の設定を行っていることから、スクリーニング検査による早期診断効果であるとの反論は妥当しない。

#### ウ 小括

以上から、福島における各事象はいずれもスクリーニング効果では説明することが不可能である。

## 第4 結論

以上から、累積数及び推定値いずれの比較においても、福島原発事故直後、福島県内において被ばくによる影響が生じ、小児甲状腺がん患者が顕著に増加しており、それはスクリーニング効果などでは説明がつかないことが明らかとなった。これは、時期的場所的に考えて、福島原発事故の影響により小児甲状腺がん患者が爆発的に増加したと考えるのが適切である。

今後、玄海原子力発電所において原発事故が起こった場合に、福島原発事故と同様の影響が生じることは当然に予測されるのであるから、玄海原子力発電所周辺の子どもらにつき、その生命身体に重大な権利侵害が生じるおそれが高すぎる。

よって、玄海原子力発電所の稼働は直ちに停止されるべきである。