

る気になれば、すぐできるということだと思いますが、お忙しいということはしっかりおっしゃったのですが、実際に現場ではどうなのでしょう。忙しくても、その必要性のほうを強く求めていくということですか。

○鈴木先生 先生がおっしゃるように、死亡原因が何であるのかを調べたいというのは医師なら誰もが持っている欲求の1つではないかと思います。しかもその画像で即座に知ることができるのが内因性疾患であれば出血性疾患なので、これは多くの救急医が一旦経験しますと、そういう意味でのAiをやらずに書類を書くのはなかなか難しいのではないかと。CTが撮影できない現場であればやむを得ず推測で書くかもしれませんが、できることならそこまでやって、少しでも真相に迫る診断書を書きたい、あるいは検案書を書きたいと考えるのが一般的だと思います。

○門田座長 その場合の診断はどなたがやられるのですか。

○鈴木先生 大体担当医あるいは、その担当医が救急医であれば救急医がやります。撮って直後に読影をする人で最も多かったのが担当医あるいは救急医でした。3番目が放射線科医ですが、誰に読んでもらいたいという質問では、各科の専門医に読んでもらいたいというのは極めて少なく、放射線科医に読んでいただきたいというのが非常に多かったです。

○門田座長 希望はそうだけれども、現実はどうではない。

○鈴木先生 まだできていません。

○宮崎先生 救急の現場の全体像がわかって非常に良かったです。私の所は数はそう多くないのですが、CPAの患者さんが月に5例ぐらい来ます。ですから、5カ月間で25例ぐらい来ています。その中でAiをやったのは、今まで全体で7例と少ないのですが、そのうちの6例はCPAです。

それをどういう形でやったかということ、遺族が少しでも死因がわかるならばということでした。不審死というか、警察が来て一緒に検視するのですが、そういう場合でも警察はAiを撮ってくれとはなかなか言わないのです。それが現状です。その結果がどうなったかということ、読影して明らかに脳出血、内因性の場合の出血はすぐ説明できます。CTを撮って、その場で救急医がわかる範囲で説明をして、お返しするという形をとっています。

それから、後日放射線科医にそれを読んでもらいます。ところが先ほども責任問題が出ましたが、放射線科医は所見をずっと羅列するのです。そうすると、そういう方でも、死因に関係しない異常所見が結構見つかります。それをずっと羅列します。それを報告書としてご遺族に渡す。それを読むと、自分が遺族だったらこんなものもらったら怒るだろうと思うぐらい何のことかわかりません。その報告書のあり方にもすごく工夫が要るなとつくづく感じます。

例えば、内因性の中の出血性疾患はわかります。例えば脳出血がないとか、大動脈破裂などの胸腔出血の所見はありませんとか、ネガティブには書けるのではないかと。放射線科の読影の先生にはポジティブには言わなくてもいいから、こういうのはないとか、それを報告書に書いてくれと頼んでいます。それだけでもご遺族は、脳出血ではなかったのだなという点で、安心されるだろうとい

うことです。ですから、レポートのあり方は、この検討の中でいずれははっきりしていかなければいけない課題だろうと思っています。

○今井副座長 いま先生がおっしゃったのは本当に大事なことで、放射線科医は異常所見をたぶん羅列するのだと思いますが、その解釈が最も大事だと思います。ただ、先生の所でも放射線科の先生が、救急の場合だとそのようにしか書かないかということ、1つは臨床情報は逆に少ないのです。依頼書の中の検査目的などというのはなくて、あまり症状も書いてなくて、ほとんど白紙で、その場で出しますので、その中で画像だけが出てきて読んでいるのでそうなるのだと思います。ですから、救急医と放射線科医との間のその辺の診療情報の共有化ができれば、報告書はもう少し変わってくると思います。

○門田座長 1つだけ疑問に思ったのですが、所見がダイレクトに遺族の所に行くようなシステムになっているのですか。

○宮崎先生 一応Ai委員会を通した上で行くのですが、そこで放射線科医のコメントに対して修正はかかってないのです。一応フィルターは通すということになった。放射線科のほうは、放射線科医の意見を聞くと、これが死因かどうかというのは自分たちは特定はできない。自分たちはあくまで所見は読みますということなのです。ですから、診療情報とか、そういうのを与えて技能アップというか、スキルアップしていく必要はあると思いますが、いまそこを放射線科医に求めるのはちょっと無理かなと思っています。

○和田先生 いま伺っていて思ったのですが、Aiの成果というのはそういうもので、所見という形で書かれます。そうすると、それがご遺族にフィードバックされる時に、そのフィードバックの仕方が非常に重要だと思います。ただ、単にポンと渡すとすれば、妙な誤解が生じることもあるだろうし、わからないということもあると思います。当然説明はされるのだと思います。

いままで撮影と読影というところで、いろいろ財政的手当の必要性について議論がありますが、それを遺族にフィードバックする説明のプロセスの辺りもかなり時間や人材などを取られると思います。それは全体のシステムの中の1つの必須のプロセスとして考えていく必要があるのではないかと思います。

○門田座長 確におっしゃるとおりですね。宮崎先生がおっしゃるように、プロが所見として書いたものを素人が見たら、なかなか分かりにくかろうと思いましたが、確かに相手が誰かによってどう対応するかということは考えておかなければいけませんね。

○宮崎先生 いまのやり方はおっしゃるように確かにちょっと問題がありますが、一応現場で撮ったあとに、主治医、ほとんどは救急医になりますが、救急医の口からその所見は一応説明をします。その上で、専門医の所見として報告が行く。本当はその時点でもう一回やったほうがいいのですが、救急の患者さんですので、再来がなくその場しかないということと、先ほどから出ている救急がその時間をどのように取って確保して説明するかとかいろいろ問題があって、現状は少し不備はありますが、そういう形になっています。

○門田座長 そのほかにいかがでしょうか。

○池田先生 先ほどの先生のお話で、救急の先生方に死亡診断書、死体検案書に対するかなりの負担があるということでしたが、監察医制度のある地域においては、例えば東京 23 区内では、三次救急の先生も一般的に DOA で来ているような場合には、死亡診断書、死体検案書は書かないでということになっています。その場合でも、当然死亡の原因は知りたいということで CT を撮るのは大変いいことだと思います。これはちょっとこの議論とは外れると思いますが、救急医学会としては、監察医制度を全国的に広めるということで負担が軽減するというお考えでしょうか。

○鈴木先生 死亡診断書、死体検案書の作成が負担だという話ではありません。私たちが今回発表したのは、私の個人的な見解では、CPAOA の蘇生行為も、それに関連した診断の一連の事項は CT 撮影も含めて、診療としてやらないとなかなか広まらないのではないかと思います。このこととは別に犯罪者を見逃さない警察庁の取組については、次元が全く別の話だと思います。

○池田先生 ですから、Ai を普及させていくに当たっては、先生方が死亡の種類まで判断しなければいけないという現状で、実際に死体検案書を書かざるを得ないという状況の下だと、先ほど先生からもお話がありました、所見がなく、明らかな病死なのだと。

実は私が最近、救急病院の死亡診断書を見ても、詳細不明の病死という死体検案書がかなり多いのです。

○鈴木先生 そうでしょうね、私もそうだと思います。

○池田先生 それは要するに CT を撮って、出血もない、心臓死などが疑われるが、それ以上はわからない、明らかに病死なのだけれどもというのは、それはそれでいいと思うのですが、救急の先生方に死亡診断書、死体検案書の負担を強いているような状況、第一線に立つ先生方のいまのような状況で現状のまま放置しておいたのでは、Ai の普及を妨げるのではないかと思います。先生方は負担軽減の方向を望んでおられるのか、あるいは死体検案書、死亡診断書は、自分たちが責任を持って書くのが生きがいなのだと思います。

○鈴木先生 救急医が負担を軽減してほしいとかということではなくて、日本の国民が死についてどこまで究明する仕組みを持つのかという話ですよ。

○池田先生 そうです。

○鈴木先生 それは救急医が負担を軽減してもらいたいがために、こういうものを作ってくれということではなくて、国として、あるいはいま警察庁は犯罪死を見逃さないがためのことを一生懸命やられていますが、CPA や犯罪死を含めて、死をどう扱っていくのかという見方も 1 つはあるのではないかと思います。

○池田先生 そのお言葉で十分です。

○門田座長 ほかにいかがでしょうか。どうもありがとうございました。次は資料 4 に基づいて隈本先生からお話していただきたいと思います。隈本先生からは、国民目線という、医療関係ではなく、メディアの目というか、ちょっと違っ

た角度からのお話ではないかと思いますが、よろしく願います。

○隈本先生 皆さんこんにちは。私は、組織の代表でもありませんし、特定の診療科があるわけではありませんので、どういう立場かということをお話するために、簡単に自己紹介をさせていただきたいと思います。

1980 年に NHK に入りまして、記者という職種ですが、放送記者をやっておりました。主に医療とか災害の分野の取材を 25 年ほどやっておりました。2005 年からは北海道大学で科学コミュニケーションの教育に携わっておりまして、2008 年からは千葉県にあります江戸川大学という小さい大学で科学ジャーナリズムなどを教えています。

NHK にいたころはどんな仕事をしていたかと言いますと、主に医療関係の取材をしていたのですが、例えば、患者の権利をテーマにした「NHK スペシャル」を作ったり、「クローズアップ現代」を作ったりしておりました。例えば、カルテ開示とか、いま問題になっている院内感染といった「NHK スペシャル」を作っておりました。

関東に拠点を移してからは、産科医療補償制度の原因分析委員会の委員をしております。今年から新たに始まった再発防止委員会の委員もしています。ご存じの方も多いと思いますが、2009 年に始まった産科医療補償制度の原因分析は、何しろ脳性麻痺の事例については、全例の原因分析をして、再発防止に役立ter という試みです。医師自身が、第三者的な立場から医学的評価をするということで、医療事故に対する全国で初めての無過失補償制度であり、同時に全例分析もする制度です。医師たちが、プロの職能集団として一生懸命原因分析をして、それを再発防止に役立てようというご努力には、同じ委員会のメンバーとして、大変頭の下がる思いがしているところです。

今日は、長いこと医療取材してきた医療ウォッチャーといいますが、あるいは一般市民の立場から拙い私見ですが、述べさせていただきたいと思います。

まず、Ai に対する期待として、一市民の立場としては、そこは皆さん合意されていると思いますが、一般論として、日本における死因究明をしっかりしてほしいということですね。最近新聞報道された警察庁のデータによれば、年間 16 万人の異状死体に対して、刑事調査官が現場に出向いた割合は 20% で、解剖にまで至ったのは 10% です。

その中で、皆さんよくご存じの新弟子の死亡事件がありました。こういう顕著な分かりやすい事例だけではなくても、同じ警察庁のデータによると、2000 年～2009 年の 10 年間に、少なくとも 19 件が、その後犯罪に関連した死であったことがわかったということです。しかもこれはおそらく多くの方が感じられているとおり、氷山の一角だろうし、ちゃんと死因を解明していれば、こうした犯罪死の見逃しはなくなったのではないかと思います。お金をどこから使うのかとか、どういう体制でやるのかということ抜きにして、一般論として死因をもっとはっきりさせてほしいという期待があります。

もう 1 つの市民側からの期待として、死因究明の手段が増える。増えるという言い方は変ですが、いまは体表面か

らやっているところにAiを導入することによって、少しは向上するであろうということで、死因究明の手段が増えることによって「医療の質の向上」に期待をしております。それは例えば、誤診をあとで修正するということも含めて、これもまさにプロの職能集団として医療の質を高めていく努力の中の1つとして、期待があります。

そして、少なくともいわゆる診療関連死に関しては、真実の解明に役立つことを期待しています。もし、各地にAiセンターができて、専門の医師が第三者的立場で読影するシステムになれば、もちろん主治医を信用しないというわけではないのですが、例えば紛争になりそうになったときに、第三者的立場の意見というのは、患者さんにとっては非常に重い意味があります。「説得意図のない情報」はみんなが信用します。科学コミュニケーションにおいてもそうですが、何を言うかよりも誰が言うかという問題があります。そういう意味では第三者的立場で「これはこうですよ」という説明は、家族にとっては受け入れやすいことでもあります。

この委員会の中で、山本委員が提供された腎生検の3日後に死亡という例がありました。これはやった立場からすると、もしかしたら死亡に関係したかもしれないからあまり迂闊なことは言えないと思ってしまい、一方、患者さんには何か疑問が残ってしまう、といった状況になるところを、Aiをやることによってくも膜下出血であることがわかる。これによって無用な紛争というか、無用な争いは防がれるということでは、医療者側にとってもプラスになるんですね。こういったことが積み重なっていけば、医療者と患者家族の信頼関係の強化につながるのだと思います。この2つのポイントが市民側からの期待です。

費用を負担するのは国民です。国民の立場からしますと、既にCTとかMRI等のハードはかなり普及しています。これまでの医療が推進・普及する中で広がってきました。あとは撮影や読影にかかる費用ということになりますが、いまは5万2,500円が定価だという話でしたが、これを死亡した100万人とか110万人全員にやれば525億円かかる話です。基本的に死因を知りたいというのはありますが、どこまでお金を出すかについては、どれほど効果的かを国民が判断することになると思います。そのための情報を提供するのが専門家の皆さんだったり、メディアの仕事だと思います。異状死だけに限ってAiをやるなら84億円です。

皆さんの資料にはDOAとなっていますが、これは20年前に川崎医科大学を取材したころの知識で書いたのですが、最近ではCPAOAと言うらしいのですが、それだけに実施した場合には10万人とすると53億円です。

先ほど政務官が、診療関連死の話だけではありませんよということを行いました。私もそれはよく理解しています。ここは一般的に死因究明を検討する委員会です。が、診療関連死のことはどうしても無視できません。無視できないというか、それがどのぐらいのボリュームがあるのかということも考えておかなければいけません。ところが、いま日本では診療関連死の数はわかっていません。はっきりした数字がない。私も自分の著作を書くために調べてみましたが、やはりしっかりしたデータがありません。例えば、いま医療事故がどれだけ起きているかということでは、

2004年から医療事故の義務的報告制度が始まっています。これは全国の約270病院で、病院数でいうと3%ぐらいになります。これは大きな病院が中心ですから、病床数ではパーセンテージはもっと多いのです。

しかし、これは自発的報告制度です。例えばこれがそれぞれの報告件数です。これは重大事故とか死亡事故に限らず、あらゆる医療事故を報告してくださいというシステムの中で報告された数で、1病院当たり年間5件です。1,000ベッドもあるような病院もある中で年間平均5件というのはあまりに少ないというのが私の印象です。これを報告件数別の病院数で見ますと、何と0件というのが61病院で、全体の3分の1ぐらいを占めています。つまり、1年間1件も医療事故が起らなかった病院が、実は61病院あります。

一方、同じ基準で101件以上報告している病院があります。これをどう見るかです。我々はよく冗談で、0件の病院を表彰したほうがいいのではないかと、無事故病院だと実名で公表したらどうかと言っているのですが、明らかに自発的医療事故報告には、恣意的な要素というか、それぞれの病院がどのような体制で医療事故を収集し、それを報告しているかということが関わってきています。

このように同じ基準でありながら報告0件の病院が61病院もあるという状況の中で、自発的報告制度だけでは、もちろん皆さんご存じのとおり、報告してもメリットがなく、報告しなくても罰せられない、これはまさに正直者がばかをみるシステムです。しかも、自発的医療事故報告のもうひとつの問題点は、比較的わかりやすい事故ばかり、つまり、薬を間違えたり、患者を間違えたという非常にわかりやすい事故ばかりが報告されるが、ある医療行為が国際的にはどう考えても、もう10年以上古い医療行為であったということがあとで分かるとか、そういった高度なミスについては、この自発的報告制度の中では出てきません。なぜならば、その病院全体でその医療行為でいいという判断基準を持っているからです。誤診とか診断治療の遅れ等は見えにくい。そうすると、いま産科医療補償制度でやっているような全例報告に比べると、医療の向上・改善には役立てにくいということになります。

では、全体像をつかむ努力はどのように行われているかということで、海外では皆さんよくご存じのHarvard Medical Practice Studyなど、カルテ採取りによる医療事故頻度の研究が行われております。ほとんどの先進国で行われていると言っても過言ではありません。日本でも実は厚生労働科学研究によって「医療事故の全国的発生頻度に関する研究」が一度だけ行われています。その報告書の中身がしっかりメディア等で伝えられていないのが、ちょっと残念ですが、非常に苦労された3年間の研究結果です。

全国30病院を無作為抽出して、協力を得られた18病院の4,389冊のカルテを分析し、医療事故の頻度を推定しています。有害事象は、避けられない合併症なども含めると、入院前が4%、入院後が6%で、いま数字としては441となっていますが、4,300分の441、10%が何らか医療に起因した有害事象です。このうち、明らかなミスのケースとか、明らかなミスではないが、医療行為やケアが原因と考えられるケースが251例です。さらにこのうち正しい医療行為

やケアが行われていれば予防できた可能性が 50%以上あると判定チームが判定したものは 108 例で、2.5%です。

今回の診療関連死に関わる数字として、「死亡した」という言葉は報告書の中にはありません。医療側のミスによって「死亡した」ということはないのですが、「死亡が早まった」という非常に婉曲な言い方をしています。その死亡が早まった例は 4,400 例の中で 7 例あり、頻度で言いますと 627 分の 1 です。前医が乳がんを見落としのために症状が進行して死亡が早まったというケース。心不全、肺炎に対する不適切な外来治療により急性腎不全を発症して死亡が早まったというケース。以上が前医で起きたもの。残りの 5 例が入院中に起きた死亡例です。

これを見ますと、Ai によって死因が特定されたときに、その医療事故の原因がわかるかということになりますと、若干微妙ですね。先ほどの議論の中にもありましたが、死因を特定するというのは、医療事故の原因を特定し再発防止に役立つ第一歩であって、スタートラインです。現実には死因がわかったからといって、どのような経過で死亡に至ったかというのが分からないと再発防止には役立たないわけです。

例えば下から 3 番目の「胃管が壊死し、臍胸に」ということであれば、死因がわかれば、その原因もわかりますが、例えば、上から 3 番目の「不適切な経口摂取指示により誤嚥性肺炎を発症」したというの、死因が肺炎であったということしか分からないので、これはすなわち医療事故の再発防止に役立つ情報とは言えない。ただし、こうやって肺炎で亡くなったということ特定しない限りは、その原因には到達できない、再発防止には役立てないということになりますので、死因の特定は、あくまでスタートラインですが、そこが前提となるのです。正しく死因が特定されていないことには、この 7 例は見つけられないし、再発防止に役立たないことになります。

では、627 分の 1 という発生率を考えてみますと、全国の年間の推定の退院患者数、平成 20 年度の患者調査の月間退院患者数を 12 倍にすると、一般病院と診療所の退院患者は 1,400 万人ぐらいです。これに単純に 627 分の 1 を掛け算すると、全国で 2 万 2,000 人が医療側に予防可能性が 50%以上ある状況で死亡しているということになります。これはおそろしい数で 400 人乗りのジャンボ機が毎週墜落しているのと同じぐらいのインパクトがあります。

医療側に予防可能性がある、もう少し医療が向上していれば防げた可能性のあるものは、決して数が少なくないと言いたいです。標本誤差を考慮しても 5,800 人から 3 万 9,000 人ぐらいが、予防可能性が 50%以上ある医療事故について死亡しているということです。これは年間の交通事故の死亡者（24 時間以内の死亡者に限る）が 5,500 人ぐらいというのと比較すると、同じかそれ以上死亡しています。

私は決して日本の医療が危険だと言っているわけではありません。この医療事故の発生頻度は、欧米の先行研究とほぼ同じレベルです。有害事象の率で言っても、カナダで同じ基準で行われた有害事象のカルテ調査などと比べてほとんど同じレベルです。欧米の医療水準と日本の医療の水準は、オーダーが違わず、ほとんど同じようなレベルで

す。そのなかで、年間の交通事故死者と同じか、それ以上が死亡していることを考えると、診療関連死というのはボリュームがけっして小さいものではないということです。

私は医療者の責任を追及したいのではなくて、むしろ逆です。医療の現場は孤立無援です。これはイギリスのラドクリフ病院のセーフティマネジャーのティム・グスタフソンさんからいただいたもので、とある国の射撃訓練の様子です。つまり、非常によく練られたプロは、このように下で人が持っていても、ちゃんと上の的を撃ち抜くことができる。これほど訓練された精鋭部隊であることを PR するための訓練です。

彼がこれを出してきた理由は、医療というのはプロであるから失敗をしてはいけないとあって、お互いに注意し合い、最善の努力をして、いい結果を出そうとしているが、例えば、プロのどんなに上手な射撃手であっても、ものすごく疲れていたり、撃つ直前にポンと肩を叩かれて「ねえ」と声をかけられたりしたら、もしかしたら的を外すかもしれない。外してしまうと、下で的を持っている彼は死んでしまう、そんな状況が、いまの医療の状況である。つまり、プロとしての最高のレベルを発揮し続けられない限りは事故が起き、それが患者の死亡につながってしまうという現状なのだということを、彼はこの図を使いながら説明しました。

まさにそのとおりです。事故を減らせということで、医療者の努力を要求するばかりではだめです。交通事故と比較してみましょう。国や社会は、交通事故を防ぐために警察官とドライバーに頑張れとだけ言うのではなく、当然のように道路を立体交差にしたり、信号を作ったりと安全のための多額の投資をします。それが近代国家として当然なのだ。たくさんの方が診療関連死で亡くなっているとすれば、医療界だけに頑張れと言ったり、少ないお金と、ものすごい過重な労働環境の中で、医療事故防止に頑張れと言いつけるのは正しくないだろうと思います。

そういう意味で、医療事故防止対策は、国を挙げて取り組むべき対策であり、ヒト・モノ・カネを注ぎ込むべき対象であり、先ほど言った Ai 普及への数億円とか数十億円というお金は、決して惜しくない。つまり、死因を究明して、それが医療事故の再発防止に役立つのであれば、国民としてはそこに出すという選択をしても、全然惜しくないお金だと思います。医療者に安全の努力を求めるだけでは駄目なのだということ言えば、この Ai の検討会は非常に意義深いものがあると思います。

医療事故の発生数について、ただ一度しか研究がされていないといういまの日本の現状から考えると、この問題をもっと公の議論にして、医療事故防止のために医療現場だけではなく、側面の応援が必要だということ、予算の必要性を国民に訴えていく必要があります。

結論としては、最初に戻りますが、国民の希望は「死因をしっかりと知りたい」。そのために、ある程度の負担はあり得ると私は考えます。医療者のプロの職能集団として、そうやって自分たちのレベルを高めていこうという努力に対する敬意も持っています。ですから、Ai センターを各地に整備し、同時に、人材養成を進めて効果的な Ai の普及、つまり、Ai は普及したのだが、死因の特定率が上がらないの

では意味がないので、そういう意味では読影の専門医を増やすことも含めて、普及を推進して欲しいというのが、私の意見です。以上です。

○門田座長 ありがとうございます。最後のまとめは、医療者サイドとしてもホッとするような感じでもありましたが、また、耳の痛いお話でもあったのではないかと思います。しかし、これが国民視線だというメディアを長く経験された先生のお話として伺いました。ご質問、ご意見はありますか。

○木ノ元先生 先生の発表を非常に興味を持って聞かせていただきました。質問させていただく前提として、まず1つは、足立政務官も先ほどおっしゃっていましたが、診療行為関連死亡に限らないということで、死因究明であるということ。それと先ほどの議論の中にも出てきましたが、Aiについては所見を見るのだということです。それを中心に考えていこうということについては、全員のコンセンサスみたいなものが形成されていると思いますが、先生のご発表を伺うと、医療事故ということで診療行為関連死亡にかなり特化されたご意見であるとともに、事故の再発防止ということを盛んにおっしゃっているように感じました。

前の検討会で、深山先生の発表のあとに申し上げたのですが、Aiによってわかるのは何かということをしっかり捉えておかなければいけない。直接何で死亡したかという最終的なところで何が起きたかは非常によく分かる。ただ、診療行為との関連で医療行為がこうだったから、こういう結果に至ったということまで分かると言えるかということについては、必ずしもそうではないので、それが国民視線であまり期待が大きくなると、誤ったメッセージを送ることになるのではないかとということ指摘させていただきました。

先生のお考えがやや事故再発防止に比重が置かれ、Aiをやることによって医療の中で何が足りなかったのか、医療として何を反省すべきなのかということが分かるのだというように聞こえるので、少々心配になってしまったのですが、その点はどのようなのでしょうか。

○隈本先生 この検討会が単に診療関連死だけをテーマにしたものではないことについては、よく分かっております。そして自分のプレゼンの時にもそう申し上げたつもりです。2つの国民からの期待のうち、2つ目のことを詳しく申し上げたのみで、まず診療関連死に限定した話ではないということは十分分かっております。先生のおっしゃるとおりです。

もう1つ、先ほど申し上げましたように、体表面でわからなかったことについて、Aiでわかることが追加されるという認識であることについては間違いありません。だから、それはあくまで病態についての診断が行われるだけです。ですから、それが医療事故の再発防止にストレートに役立つものとは思っていません。当然それは第三者機関であろうが、いま議論されている院内調査委員会であろうが、何らかの医療事故原因分析と同時並行で行われて、初めて再発防止に役立つものになるのでしょうか。

ただ、院内事故調査にしても、いまは完全に議論が止まっている第三者事故調査にしても、まず死因の特定がすべ

てのスタートラインであろうと思います。要するに死因が病死にあるのか、そうではない死であるのかということが、院内事故調査ないしは第三者事故調査がスタートするスタートラインである以上、原因分析の最初の段階であろうと思います。これがない限り原因分析はできないわけですから。再発防止にも役立たない。

間違ったメッセージを国民に伝えることになっては困るというご懸念については私も同じです。Aiをしたら、いきなりいろいろな事故原因が次々にわかって、再発防止になるのだとは、私自身も決して思っていません。もし、そういうメッセージが伝わるようであれば、そういうことではないということを変更して申し上げたいです。

ただ、何のためにAiを推進するのか。国民のお金を使ってやるのですから、その目標はやはり医療の向上しかないと思います。もちろん犯罪罪の見逃し防止ということで、社会全体の安全の向上というのがあります。でも、それ以上に国民が期待しているのは医療の向上です。それゆえに、死因の特定がそのスタートラインであるということでも申し上げたのであって、何度も言うようですが、Aiですべてが分かり、医療事故の原因が分かったり、それが起こった背景まで分かるなどということはありません。それはかなりシステムの的に調査をする委員会の仕事と「同時並行」で、「車の両輪」みたいな形で進めるべきだと思っています。

○木ノ元先生 あと1つ、先生の発表の中で気になったのは、報告制度の話が出てまいりまして、実際に報告するのも自発的な報告に任されているので問題ではないか、という話があったのですが、報告が自発的であって、なかなか出てこないことをもって、死因究明、事故再発防止に役に立たないから、自発的報告はやめてAiがそれに取って代わるべきだということではないのですか。

というのは、報告がないという話は、全く別の議論をしないといけないと思うからです。つまり、報告したときに個人の責任追及との関係がどうなるかというような、報告制度全体のシステムがまだ不完全な状態の中で、報告したくても自分の責任がどうなるか分からないから、報告を控えたいという動機づけも、当然あるわけですね。航空事故調査と同じハーグ条約的な考え方が、医療事故の調査に適用できるかどうか。これは事故調査委員会の話と関連するのですが、そういう議論を横に置いておいて、現実問題として報告が少ないからという話が最初に来て、医療現場がなかなか報告しないという不誠実なものがあるので、Aiで死因究明を積極的にやりましょうというように聞こえてしまうのです。私はそれは違うのではないかと思いますので、先生がそうではないとおっしゃるのだったら、そう言っていただきたいのですがいかがでしょうか。

○隈本先生 それは深読みだと思います。つまり、医療事故報告制度の例を挙げたのは、これでは全体像がわからない。少なくとも調査結果に全ベッド数を掛け算して、医療事故の全体像が分かるようなものではないということをお願いして、制度の問題点を申し上げたのです。

これが医療側の不誠実なのか、あるいはシステム上の問題なのか、それはわかりませんが、これは義務制度ですから病院には報告義務があるわけです。もし報告したらどう

なるのだろうかということで、報告をしたりしなかったりすることが裁量的に許されている制度ではありません。これを報告しなかったからどうだという罰則はありませんが、報告制度自体は、「報告したらあとで刑事責任を追及されるのではないかとって報告しない」ということが許されている制度ではない。

そのことはまた別途議論することにしますが、私がこれを申し上げた意図は、いま診療関連死の全体像を明らかにして、それに対してどれだけお金を使うべきかという、政策論的な議論をしなければいけないのに、診療関連死の全体像については国民が知らないということです。もししたら、医師の賠償保険を扱っている人たちは知っているのかもしれませんが。少なくとも国民的に、どのぐらいの頻度で診療関連死が起きているかということは知らされていないので、いくらお金を使うべきかという議論になかなか行かれないということを、この例を挙げて申し上げたのです。

○木ノ元先生 私がいちばん懸念するのは、事故調査の話が、なぜあれだけ検討会を重ねて頓挫してしまったかということをよく考えていただきたいのです。私は、いろいろな目的があそこに盛り込まれることによって、集約された1つの目標に向かってという議論ができなくなってしまったからだと考えています。再発防止なのか、純粋な死因究明なのか、責任追及まで行くのかという議論が未整理のまま混乱し、まとまらなかったわけです。

私がこのAiの検討会に参加して思うのは、所見を見ると、死因究明であるということに特化してまず始めましょうということであれば、非常に納得がいくわけですが、そこで医療事故の再発防止ということまで考えるということになると、いろいろな議論が出てきて、Aiを直ちに導入していいのかどうかについて、多くの疑問が提示される危険性があるのではないかとことです。できれば医療事故の再発防止ということ、あまり言わないほうがいいのではないかと思うのですが。

○隈本先生 もう一度説明しておきますが、責任追及と再発防止は別です。個人の責任追及とか何らかの法的な責任の追及という問題と、再発防止とは別で、私が申し上げたのはあくまで再発防止です。Aiの推進によって、是非進めていただきたいのが再発防止であるということは、「そんなこと言ったら、多くの関係者が反対するようになるから言わないほうがいい」と言われても、私はぜひ言いたい。

つまり、Aiの目標は、あくまで医療のレベルを上げていき、国民の犯罪に対する不安を取り除くという目的であり、それが無い限りは、お金を注ぎ込んで、システムをやって、放射線科医にさらにエネルギーを使っていたり、放射線技師にエネルギーを使っていたりわけにはいかない。目的は何と言っても、医療のレベルの向上と、国民の犯罪の見逃しに対する不安を払拭するという2つであることについては、それを言わないほうがいいと言われても、私としては言いたいのです。

○門田座長 両方の方がおっしゃっているのは、これはこれで正しいのだと思いますが、私の考えでは手順の問題だと思えます。政務官もおっしゃっていたように、Aiそのものが死因究明にどのようなところまで行けて、どういう限界が

あるかということからひとまずスタートする。そして、それが出来上がって、医療関連死も含めて、死因究明がどういう形で、そのほかのところにも関連性があるか。当然そこまで視野に入っているのですが、手順とすればそれを一緒にやり出すとここでの議論がまとまりにくいので、まず最初に死因究明ということで、Aiをどう活用できるのか、どういう限界があるのかということだと、私も理解させていただいておりますし、そういう前提でここの座長を引き受けたのだと申し上げたいと思います。おっしゃっておられることは皆さん分かっておられると思いますので、順次そういうことで詰めていきたいと思います。

1つだけ隈本先生にお尋ねしたいのは、ここにおられる皆さんは、基本的にヒト・モノ・カネが相当かかるということは考えているわけです。お立場として、国民サイドの目として、当然そこまでやって、医療のクオリティを高めようという先生のご意見はわかるのですが、これが国民レベルで理解されるためには、あるいはいま理解されるだろうか、どのような理解を得る方策があるのだろうかという辺りはいかがですか。

○隈本先生 まず前提条件としては、国民の多くが現状を正しく認識することですね。そうすれば、これは何とかしなければいけないということで、多少の金がかかっても仕方がないということになるでしょう。その前提条件、つまり現状がどうで、医療現場の人たちも警察関係の方々も、どのように問題があるかということをおある意味で赤裸々に国民に示すことによって、ある程度の費用負担は認められると私は思っています。

いま全体で35兆円の医療費を使っていますが、その35兆円の医療費について、「これをいくら使っていていいでしょうか」といちいち国民には聞いていないわけです。先生方の専門性に期待し、専門性を信じて支出されている面があると思います。Aiについては、あくまで医療費外から支出すべきだという原則論をそのまま進めるべきだと思いますが、ある程度の金額が何億円なのかと言われると私もわかりませんが、かなりの金額がかかっても、こんなに効果がある、いまこんなに困っているということが、正しく国民にPRできれば理解が得られるものだと思います。

○門田座長 時間がどんどん遅れてきますが、ただいまの隈本先生のご発表で何かありますか。

○池田先生 ここの先生方の共通の認識としてあそこにもたまたま書いてあるのですが、例えば、肉親・親族が死んだら、死因究明をしっかりとしてほしいというコンセンサスが得られているという立場で我々は議論してよしいということですか。

その話をすると、死因は知りたいことは知りたいが、例えば解剖まではしてほしくないとか、さらなる検査は長く入院したので、手術もした、何もしたでこれ以上傷つけないとか、採血も駄目、場合によってはレントゲン等も含めて駄目ということで、死因究明に資する委員会なのですが、死因究明は誰のためにということになって、一般国民は、本当に死因を知りたいと思っているというコンセンサスの下で議論していいのかということなのですが。

○隈本先生 私の意見ですが、まず知ることができるシステム

づくりがあったあと、それを任意に放棄するという事はあり得ると思います。つまり、死因を知る手立てはありますが、「先生もういいです、もう帰りたいです」と言って、家族が任意に放棄することはできません。

選挙権を持っているが、その日はどうしても投票に行きたくなければ行かないという選択があり得るのと同じで、そういう選択肢があった場合に、それを任意に放棄することはあってもいいし、そのことをよく説明して、「私はいいです」という人がいるのが健全な社会だと思います。いまは、死因を知りたいと思っても知ることができないという現状ですから、それを改善し、知りたいと思う人がいれば知ることができる方法にすべきではないかという議論なのです。中には死因を知りたくないという人もいます。それはあくまで自分の知る権利を任意で放棄しているの、いいのではないのでしょうか。あっていいと思います。

○池田先生 死因究明をしっかりとしてほしいというのは、一般論としての国民の意見であるということですか。

○隈本先生 もちろん例外はあります。児童虐待とか高齢者の虐待だというケースについては、また別途議論すべき議論があると思います。でも死因を知りたいか知りたくないか、その選択肢があれば、国民のうち、何人かが知る方を選択し、何人かは「私はいいです」と言うのは健全な選択だと思います。

○池田先生 この委員会でそのようなコンセンサスの下に議論をしていくということではよろしいのですか。

○隈本先生 私は賛成です。

○木ノ元先生 前回、遺族の納得と、それに加え、社会の納得が必要であるという話が江澤先生からありましたが、先生もおっしゃった児童虐待などの側面を考えると、虐待している親が積極的に賛成するわけがないという観点も見逃してはいけないのではないかといいことですね。この遺族の納得と社会の納得をどのように捉えるか。それがどういう場面で問題になるのかという点は整理しておく必要があると思います。

○門田座長 そうですね。先ほどの鈴木先生のお話でも、医療従事者とすれば、医療そのものの質を高める意味においても必要だという意見もあるわけです。ですから、立場によっても違うと思います。

今回まではずっとお話を聞かせていただいているので、これからあと数回の間にまとめていく、その過程で、個々にそういう問題についてもディスカッションしていったらどうかと思いますが、よろしいですか。

それでは、時間もすぎましたので、本日の3人の先生によるご発表をこれで終わりたいと思います。どうもありがとうございました。

最後に1枚ものの資料5が残っておりますので、これについて事務局からご説明をお願いしたいと思います。

○医政局総務課医療安全推進室長 資料5についてご説明いたします。表面は厚生労働省の概算要求を出しているもので「死因究明体制の充実に向けた支援の概算要求状況」です。1はモデル事業の関係、2は異状死死因究明支援事業の関係、

3は死亡時画像診断システム整備事業の関係で、この1、2、3については、第1回目の検討会のときに資料として出しましたが、その継続で、この中にAi活用に関する予算が入っているということでご理解いただければと思います。4は全くの新規で、これまでの先生方の議論を踏まえて、死亡時画像読影技術等向上研修を新規で要求する段階までできており、その費用が400万円です。詳細はそこに書いてあるとおりです。

あと、これは私のほうから積極的にということではないのですが、裏面に警察庁からも資料をいただいておりますので提示してあります。「警察における死因究明に関する取り組みの推進」の平成23年度概算要求額を、現時点で21億円ほど要求しております。概算要求の状況について、こうなっていますということをご紹介いたしました。以上です。

○門田座長 8月の段階までに概算を出すので、何とかまとめてということで、前回のときに方向性だけについては、皆さん一致しているということをお願いしたものを概算要求に向けても是非ご努力をという形になりました。こういう形のもので財務省に行っています。これは行っているというだけで、これ以上ディスカッションしても仕方ありませんので、4に太いボールドで出ていますが、もう少し欲しいというのが正直な気持ちです。そんなことを言っても仕方がないと思いますので、こういうのが少なくとも新規に付けられるということであれば、前に向いているということだと思いますので、これはこういうご報告ということにしたいと思います。そのようにさせていただきたいと思えます。

○医政局総務課医療安全推進室長 追加資料について若干ご説明します。足立政務官が冒頭の挨拶で言われたとおり、Aiについて、関係省庁への働きかけについてはどうかということ。最後の頁のいちばん下に、Aiの推進についても、IT戦略本部に政務官にお話をさせていただいて、工程表にも入れ込まれ、今後こういう動きになっているということです。先ほど政務官が言われたことの補足的な資料です。

○門田座長 そういうことで引き続きAiの活動が進んでいく形が全体像として作られているということですので、それは期待したいと思えます。

ということで、本日準備いたしました議題は以上ですが、最後に何かご発言はありますか。

○医政局総務課医療安全推進室長 次回の第5回は、10月22日金曜日の14時~16時の開催を予定しておりますので、ご協力方をお願いしたいと思います。本日はありがとうございました。

○門田座長 これで終わりたいと思います。どうもありがとうございました。

以上