

第 7 回死因究明に資する死亡時画像診断の活用に関する検討会

日時 平成 22 年 12 月 3 日 (金)

14:00~16:20

場所 厚生労働省議室 9 階

○医政局総務課医療安全推進室長 定刻になりましたので、ただいまから第 7 回「死因究明に資する死亡時画像診断の活用に関する検討会」を開催させていただきます。本日もお集まりの皆様方におかれましては、ご多用の折ご出席いただきまして誠にありがとうございます。本日は今井先生、木ノ元先生、菅野先生、長谷川先生、和田先生から欠席とのご連絡をいただいております。また、厚生労働大臣政務官の岡本は、12 月 1 日から 8 日まで海外出張に出ていますので欠席させていただきます。以降の議事進行は門田座長をお願いいたします。

○門田座長 師走に入って、こちらのほうはなんとか年内に報告書を作成しなければならないということでお集まりいただいておりますが、是非ご協力をよろしくお願いいたします。本日の資料の確認を事務局からお願いいたします。

○医政局総務課医療安全推進室長 資料 1 は、第 6 回検討会の議事録です。資料 2 は「死因究明に資する死亡時画像診断の活用に関する検討会報告書論点整理(案)」です。参考資料は前回お出ししているものと同じですが、「検討会報告書の事項立て項目に関する関連の意見等」です。以上です。

○門田座長 議事に入ります。ご存じのように前回の検討会では、三宅先生から日本医師会のご意見についてお聞きしました。その後、先ほども言いましたけれども、この報告書をまとめていくということで、まず「死亡時画像診断の意義」について全般的にご意見をいただきました。その次の事項 4 の「実施体制の整備について」の中で、「施設・設備の要件」という辺りまで皆様のご意見をいただきました。本日は、それ以降についてのご意見を最後まで一回いただいて、大体皆様のご意見をいただいたところで、最終的な報告に向かって準備を進めることを考えております。前回までのものも、一応事務局的にまとめていただきましたものが、本日資料として出ております。後半で時間がありませんでしたらそちらに返るということで、今回は「実施体制の

整備について」から最後までのご意見をいただくことにしていきたいと思っておりますので、よろしくお願いいたします。カメラ撮りはここまでとさせていただきます。本日の資料について事務局から説明をお願いいたします。

○医政局総務課医療安全推進室長 資料 1 は、前回第 6 回議事録です。既に皆様方には内容をご確認いただき、厚労省のホームページに掲載しているものですが、何かございましたら会議終了後事務局までお申し出いただければと思います。

資料 2 は、前回ご議論いただきました報告書事項立て事項 3「死亡時画像診断の意義」と、事項 4 の 1「施設整備の要件」について取りまとめのポイントを記載しております。事項 4「実施体制の整備について」以降を本日も議論いただければというもので、座長とご相談の上「論点整理(案)」として記載しているものです。

参考資料は、本日も議論いただくに当たり、前回検討会でお出したものですが、これまでの当検討会のご意見を報告書の事項立て項目ごとに整理したものです。以上です。

○門田座長 資料 1 の議事録については、皆さん既に一度お目通しいただいておりますが、改めて何かございましたら、事務局までご連絡をお願いいたします。

前回は資料 2 の 3「死亡時画像診断の意義」ということで項目分けをして、ほぼ整理していただきました。前回ご意見をいただいた内容を参考に、一応こういう形にまとめております。先ほども申しましたように、残ったところを先にやって、時間がありましたらこちらに返って、さらにもう一度ご意見を頂戴したいと思っております。本日は「実施体制の整備について」ということで、ここに事務局としての論点整理の方向性を挙げていただいております。これは 1 つの方向性ということですので、以前にディスカッションした内容を踏まえて、再度ご意見を述べていただけたらと思います。

前回、この項目の最初のほうを少しディスカッションしていただいておりますが、それを含めてこの実施体制全体のことについて結構ですので、ご意見を頂戴したい

と思います。順番として(1)(2)(3)と挙げておりますので、できましたらこの順番どおり、あるいは関係してきて飛んでいく場合もあろうかと思っておりますので、それはそれなりに結構ですので、ご意見を頂戴したいと思います。これだけです、記憶をリフレッシュする意味でも、事務局から読み上げていただけますか。

○医政局総務課医療安全推進室長 資料2の2頁目からになりますが、ちょっとなぞるような感じでさせていただきます。(1)「施設整備の要件」ということで、機器の性能を十分に理解・把握することが必要である。(2)から(6)までですが、人的要件はどうあるべきか、病理医や法医が読影を行うことについてはいかがか、院内の連携体制はどうあるべきか、医療機関外との連携はどうあるべきか、全国的な体制整備についてはどうしていくべきか、普及させるための方向性はどんな感じで考えていくべきか、死亡時画像診断を担う専門家の育成はどのように進めていくべきかという問いかけ形式にしております。

それについて事務局で考えている、あるいはこれまでに先生方からいただいたご意見を集約し、軸としてこういうことが立つのかと思っているものです。論点整理の方向性ということで挙げております。

(2)死亡時画像診断は、基本的には画像診断であることから、検査・撮影は主に放射線技師として、読影は放射線科専門医又は臨床医が行うのは妥当であろう。一定の品質を担保し得る死亡時画像を提供するためには、専門教育を受けた診療放射線技師が撮影を担当することが最も時間的・経済的に有効だろうというところで整理をさせていただいております。この辺りについて、いろいろご意見をいただければと思っております。

○門田座長 短い文章ですので、本日はこういうことについてのご意見を頂戴していきたいと思っております。まず、撮影や読影を行う者の人的要件ということで、1つ目に挙がっているのが、診断放射線技師、読影は放射線専門医又は臨床医が行うのが妥当である。これは、前回も臨床医と放射線の専門医という辺りの考え方については少しご意見をいただきましたが、この辺りではあまり大きなずれはなかったのではないかと思います。

次の、一定の品質を担保し得る死亡時画像を提供するためには、専門教育を受けた技師の問題、それから死亡時画像の撮影を担当することが最も時間的何とかであるということ。これは、専門教育を受けた診療放射線技師が画像をといる、この専門教育を受けたというのは、この文章では死亡時画像にはかからないのですか。これは、普通の技師のことですね。

○医政局総務課医療安全推進室長 これは、撮影をするための技師の、言葉は失礼なのですがクオリティみたいなところに焦点を当てて書いている話です。

○北村先生 診療放射線技師の中で、ある程度全体的な教育は受けているのですが、CTを撮るという意味では、そのクオリティを維持するというところで、CT検査関係の経験と専門的な知識がないと撮れないということであって、そういう意味でさらに死亡時画像診断のある程度の知識が必要だろうということだと思っています。

○門田座長 一般に広めていく場合に、ただ放射線技師が「はい、できますよ」というものでは決してないということで、それに関しては専門教育を受けたというところで、この文章の意図は死亡時画像診断の専門教育ということですか。北村先生はそうに理解されているわけですよね、そういうことでよろしいのですか。

○医政局総務課医療安全推進室長 死亡時画像診断に関する専門教育というような認識で書いております。

○門田座長 そのところの、「専門教育を受けた」云々のところが、もう少し具体的な何かを添えておかないと、これではもの足りないことになります。

○北村先生 この専門教育の中には、CTの経験と、さらにCTの知識がないと駄目だということだと思っております。

○門田座長 それだけでいいのですか。

○北村先生 いま、放射線技師会の中ではCTの研修を全国的にやっております。今年も1,000人以上、去年も1,000人以上ということでCTの知識を植え付けるということの上で立ったAiの知識だということ。これは、普通の技師のことですね。

○門田座長 そのAiの知識とはどういうものか、ちょっとだ

け何か要りませんか。

○北村先生 Ai の死亡というか、そういう患者さんではないので、そういう方の撮影をするときの知識と、それから画像を作らなければならないので、その画像診断するための知識を有していないと、診断に価値のある画像は提供できないという意味では、死亡時の知識がないと駄目だと思っています。

○今村先生 いまのご議論なのですが、(6)のところで「専門家の育成」というのは後で出てくると思うのです。前回私は欠席させていただいて、代理の三宅先生からお話をさせていただいたのですが、それぞれ撮影する技師、あるいは読影する医師の質は一定に保たれなければいけない。そうすると、そういう方たちに対する研修は必ず必要になってきます。

いま座長がおっしゃったように、「専門教育」という言葉が非常にファジーな言葉で、何を言っているのかちょっとわかりにくいので、きちんとした一定の研修を修了した人が望ましいというようなもので、今後はどの程度のニーズが発生してきて、現状のいまの技師では対応できないとすれば、いきなり研修を修了した人でなければいけないということまでは言いにくいにしても、将来的には、きちんとある一定の質を担保するために、そういう研修会を学会がきちんと設けて、その中で研修を修了した者という形の位置づけにしていただければありがたいと思います。

○門田座長 そうですね、私が気になっていたのもそこだったのです。いま今村先生におっしゃっていただきましたけれども、内容は別の問題にしても、最初からそれが完璧にできるということを言い出すと前に進まないことになります。このところは、もう少しわかるような表現に切り換えていただきます。そのほかに、この「人的要件等」のところで追加すべきことはありますか、これだけでOKですか。

○山本先生 同様のことが、読影する側にも言えると思うのです。放射線科の専門医が全員読影できるわけではないので、「診断はAiに関する研修を修了した」というのを付けていただくと、ある程度の知識を持った臨床の先生、あるいは救急の先生も、このAiの読影には必ず携わることになると思います。そういう知識を持った病理の先生、法医の先

生も入ってくるができると思います。まずは、この研修を終わった方々が読影に関与する。それでわからなかった場合には、放射線科の死亡画像の専門家にコンサルトできるような仕組みを作るのがよいと思います。

もう一つ、読影というのは単に写真を見ましたで終わるわけではないので、必ず報告書を作成して、それでAiの検査が終了することを必ず入れていただくこと。その結果を遺族、あるいは医療機関にも必ず報告できる状態にしていただかないと、Aiの検査の意味がなくなってしまうので、そういうことを是非とも入れていただきたいと思いません。

○門田座長 ごもつともなご意見と思います。読影ということだけで終わるのではなくて内容、それから報告書には最後までどこが記載されておく必要があるということ。先ほどのお話は、放射線専門医よりも、Aiの研修を受けていれば、放射線科の専門医でなくても、普通の臨床医でも、場合によっては病理でもいいですということをおっしゃいましたが、そちらのほうが幅広くある程度の研修を受けた人が、幅広い診断をして、わかりにくい場合には放射線科の専門医という段階的なことを提案していただいたと思いますが、そういうことでよろしいですか。

○医政局総務課医療安全推進室長 いま山本先生が言われました、病理医の先生、あるいは法医の先生が読影をしていくみたいなことについては、どの程度踏み込んだ形で書いていったらいいのかというのはちょっと試案するのですけれども、いかがでしょうか。

○相田先生 病理の先生や、法医の先生が画像を読んでいただくこと自体は構わないと思うのですが、その先生が同時に解剖をする場合には、どうしても自分が解剖した所見が画像のほうに入ってくるのであれば、独立性というか公平性が保てないような気がいたしますので、基本的に画像診断は独立して行われればいいのではないかと考えます。

○門田座長 相田先生のお考えでは、解剖を担当する人は別と考えたほうがいいのではないかとということで、いわゆる放射線科医ではない、この文章では「臨床医」という表現になっていますが、そういう人たちは含まれてもいいと考えていいのですか。

○相田先生 Ai の研修を受けたとしても、基本的に放射線専門医は当然機械とかいろいろなことに詳しいですから、そのほうがよりベターだとは思いますが、現実にはマンパワーの問題とか、現場で対応できるかを考えると、臨床の先生が読影レポートを書くことには結構抵抗があるのではないかと思うのです。して下さるのであれば、当初は仕方がないというか、広める意味でもいいのではないかと思います。

○門田座長 Ai の研修の内容がここで問題になってくるのでしょうか。いまはシンプルに研修が終わっている、研修ができているということで我々は理解しているから、その辺りはどのぐらい難しいものか、本当にその入口のことだけで終わるのかそれとも関係してくると思いますが、できれば幅広いところでAi というものを少し勉強していただいて、みんなでするだけそういうものを参考に物事を考える方向性、そういう社会全体のエデュケーションを含めても、幅広くということをはとまづは入れておくほうがいいたろうという解釈でよろしいですか。そのほかに、(2)で追加しておくことはありませんか。

○警察庁（オブザーバー） 警察庁の者ですけれども、先ほど山本先生がおっしゃられました、前からご発言ではありましたが、読影をした結果報告書を書くということをはっきり明確にすべきだということをおっしゃいました。私どもは、あくまでも犯罪死見逃し防止が目的です。ただ、誰が読影するか、どのように判断するかは別にして、その結果解剖をすることがあるかと思っています。時には解剖所見と、読影の所見が当然異なることがあるかと思っています。読影の報告書というのは、法的にどのような性格を持つものになるのでしょうか。

○門田座長 難しいですね。

○池田先生 法医学者の立場からすると、山本先生のおっしゃる読影報告書に限らず、解剖前に臨床のカルテとかいろいろな物が出てきて、それによって解剖をして、結果が違うことはいくらでもあります。最終的には、少なくとも司法解剖の場合には解剖した者の責任なので、読影報告書が違ったら、それはそれで不十分な報告書だったというだけの話だと思っています。ですから、最終的にそれをどう判断

するかは執刀医の責任ということになると思います。

ただ、病理解剖の場合の扱いについては、私自身はどのようになるのかなど。臨床の現場において、病理の報告書と臨床所見が全然違った場合、あるいは悪性度が違ったような場合の扱いと、おそらく同じような扱いになるのではないかと考えているのですが、それ以上でもなく、それ以下でもないと思うものだと思うのです。前にもお話があったと思いますが、本来解剖する場合は特に問題はないと思うのです。問題は、解剖しなくて、その読影報告書だけで死体検案書を書いて、それが違っていった場合に、読影報告書の法的な位置づけがどうなるか、そちらのほうが大事なのです。

いまのご質問のように、解剖があった場合には特に問題はないと思っています。解剖しなかった場合の位置づけについては、私も質問したいと思っています。

○門田座長 これは、どこを調べたらよろしいのですか。前から、この診断ということと所見を述べるということディスカッションしたことがありますけれども、その診断に。

○隈本先生 普通の検査伝票とか、病理診断の診断書と何ら変わりないと思います。特に、特別な法的な意味合いがあるものではないと思います。何か特殊な資格を持った人が、その職責において何かを書いたということであれば別ですが、医療が行われている中で、いろいろな伝票とか、いろいろな報告書とか、カルテとかもありますし、看護記録もあるわけですので、それと同じ法的な意味でいいのではないのでしょうか。私はそう思います。

○門田座長 これが警察庁のほうに持っていかれた場合に、医療現場には、いまおっしゃられたようにたくさんそういうものがあります。警察庁のほうへ行って、これが何がしの犯罪絡み云々ということの責任になったときには。

○隈本先生 仮に犯罪においても、特に検視の報告書とか、司法解剖の報告書という、法的な意味づけのあるもの以外は、すべて医療の中で出てくる書類の1つであります。いわば証拠の1つにすぎないのではないですか。特別に、法的な制度をいまから作って、その制度の免許を持っている人がやるというようなものではなく、臨床の中で出てくるもの

だと理解していいのではないかと感じます。

○池田先生 私も、いまのと全く同じ考え方です。先ほど私は言いすぎたところがありましたが、例えば死亡診断書を間違えたらどうするかということですが、最終的にはその死亡診断書を書いた人の責任になります。先ほど言いましたように、司法解剖鑑定書とか、死亡診断書のような書類の場合には責任が発生しますが、報告書のようなものは一般的に臨床の先生方、放射線科の先生方が書いている報告書と全く同じものなので、極端な間違いがあった場合には、場合によって民事的ということはあるかもしれませんが、一般には刑事的に、あるいは司法の場に出ても、それが間違っていたからどうこうという刑事的な責任とか、法的責任を伴うものではないと思います。一般的に先生方が日々の臨床で書いている報告書、読影の報告書、病理診断の報告書、あるいは臨床のカルテと同等のものだと考えればというか、それ以上法律が整備されていないので、そのように考えればさほど問題はないのではないかと思います。

○相田先生 全く賛成なのですが、警察の方がもしそれを法的に利用したいのであれば、画像データは客観的に残っておりますので、それなりに専門家に持って行って、鑑定書という形で、その画像診断に基づいた鑑定書を書いてもらえば何の問題も起こらないのではと思いますが、いかがでしょうか。

○門田座長 いまの意見はいかがですか。

○警察庁（オブザーバー） 基本的には、先ほど池田先生もおっしゃられましたけれども、通常いま私どもは犯罪死見逃し防止の観点からの死因究明では検視を行っております。その際に、通常は医師のご理解をいただいて、検案医の問題もこちらでも提起されておられましたけれども、検案医の方に医学的な診断をしていただいて、当然検案書の作成も含め、警察の医学的知識の足りない部分をご判断いただいているところがありますが、性格的にはそれと同じように、一貫として位置づけることができるということですね。

○門田座長 位置づけは大体そのようなことになって、この辺りのディスカッションはここに挙げてありますように、臨床医にAiの研修をしてもらって、読んでくださいと持って

いったときに、そんなうるさいことに巻き込まれるのはいやだという方向になる危険性が出てきます。いまおっしゃっていただいたように、さほど法的云々というものではなくて、一報告書、普段やられている報告書と同じような感じの所見を書いてもらうのだということで、それ以上のことについては余分な仕事をお願いしているようなところもあるので、してもらえない可能性がありますから、そういう位置づけはそれでよろしいですか。本日の皆さんのご意見では、そのような扱いにするとということで、(2)のことについては、ひとまず今回は読影のほうと、撮影のほうの2つということで、その内容はいまいただいた内容を少し整理してもらうことにいたします。次に(3)について事務局からお願いいたします。

○医政局総務課医療安全推進室長 1点言い忘れてしまいましたが、前回この報告書の中で、CTなのかMRIなのかという議論がありましたが、基本的な方向性としては、CTを中心に議論してきたので、CTのところをイメージしていただいた感じで書いていただくご議論をいただくということです。

○門田座長 前回の話では、全国的に展開することを考えて、CTということでやる。そしてMRIというのは付加的にできる所はやっていくということについてとやかく言うものではないけれども、今回全体としてはCTをとというふうに皆さんからご意見をいただいたと私は思っています。

○医政局総務課医療安全推進室長 本日、ここではその記載はないのですけれども、そのことを前提でご議論いただければと思っております。

○門田座長 それで異議はないですね。

(異議なし)

○門田座長 それでいってください。

○医政局総務課医療安全推進室長 (3)「連携体制はどうあるべきか」です。ここでは、医療機関内での連携体制を想定して書いております。医療機関職員の死亡時画像診断への理解が必要である。特に、診療放射線技師、放射線科専門医、臨床医等の協力体制、連携体制が必要である。2つ目は、診察・治療に訪れた患者への周知と理解を図るための医療機関の連携体制の構築が必要である。

1 点目は、医療機関の医療従事者同士の理解を高めていくとか連携ということイメージして、2 点目は患者さんに対しての周知の観点から連携体制の構築はやはり必要だろうという観点でとりあえず置かせていただいているものです。

○門田座長 この点はいかがでしょう。

○今村先生 書き方の問題なのだと思うのですけれども、最初の「医療機関職員での死亡画像診断への理解」というのは、おそらく開始するとき、自医療機関がこういうことに取り組むときの理解であって、一度開始されてしまえば、あまりその部分は問題ないのかと思っているので、あくまで開始時のという限定なのかなということです。

その後の「技師、放射線科の専門医、臨床医の連携体制」というのは、Ai に限らず通常の日常診療でも基本中の基本なのです。要するに、日常診療に影響しない形で、円滑に Ai を実施するための体制整備が必要であるというような意味なのかと思っています。この「連携」という言葉はなかなかファジーな言葉なので、もう少し明確にしたほうがいいかと思います。

同じようにこれは大変大事な問題で、「患者さんへの周知・理解を図るため」というのは、医療機関の連携ではなくて、医療内の体制の整備ということだと思うのです。いろいろな掲示をすとか、逆に患者さんにわからないような形で実施するのかなどは別として、中の連携というよりも、体制の問題なのかと思います。言葉の問題ですけれども、そのようにしたらいかがかと思います。

○門田座長 確かに、いまは Ai のことを頭に入れて文章をまとめているところということになりますが、医療を考えたら、ほとんどの場合にそれが完全な基本であることは言うまでもないことですので、表現の方法はまた少し考え直していただきます。いまはごもつものことなのですが、そのほかにはいかがですか。

○宮崎先生 ただ、Ai は診療ではないのです。診療であれば、当然この前半の文章は当たり前なのですが、診療外でやってもらうということで、やはり院内の関係職員の理解というのは非常に大きいキーワードになります。だから、いま

のことだけでは済まないということです。

○門田座長 これは、最後にもう一回お話ししたいと思っていたのですが、いまおっしゃっていただいたとおり、いろいろなことを考えていく上に、死亡時画像診断という位置づけが診療ではないことを病院でしています。先ほど宮崎先生が言われたように、それに対しての協力云々ということも、そこをどう考えるかというのは、一度いろいろな角度でディスカッションしていただけたらと思っていました。まさにその点をご指摘いただきました。後々で問題になるのだったら、そのことについて先にご意見をいただきますでしょうか。

○今村先生 私が申し上げたのは、最初の部分の「理解が必要である」というのが要らないということではなくて、あくまでもその医療機関がこういうことを開始するに当たっては当然院内の関係職員の理解が大変重要であると。その後は、たぶんそういうことは院内で日常に行われるようになれば、あまりそういう連携という話ではなくなるので、当初の開始時の話だろうということで、あえて申し上げたということです。

○門田座長 今村先生におっしゃっていただいたことはそのとおりだと思うのですが、その後の全体の話でゼネラライズして、病院の中におけるいろいろな職種の人たちの連携プレーということは当たり前だということは、まさにそのとおりだと思います。そして、先ほど言いましたけれども、死亡時画像診断というものが、診療ではないというものをどう考えるかということが、どういう形で皆さんに理解され、そしてその施設が理解し、それに対応するかということは、いままであまりやられていなかったことを、改めて今回この検討会で、Ai ということは積極的に取り組むべきであろうと。

そして、その中であっては現在診療している病院も、場合によってはそれに協力するというのか、そういう検査をやりましょうという話になったときに、Ai という1つのことを行うことをどのように考えて、どのようにしておくか。そここのところの考え方が必要なのかなと。

○北村先生 ヒアリングの中でもお話をさせていただきましたけれども、Ai というのはデータの取扱いも含めて感染症の問

題とか、遺体の状態とか、搬送方法とかいろいろなことがあると思います。そういう意味では、各医療施設の中でそういうガイドラインをある程度作成しておかないと周知徹底ができない。職員同士の共有化は必要だと思います。さらに、ここで言うなら全体的なガイドラインを作って、それをモデルケースとして提供できないかなど。そこまでしていただければ、かなりありがたいと思っています。

○門田座長 そのガイドラインというのは、具体的な行い方のガイドラインということになりますか。

○北村先生 そうです、技師会としてはCT作成のためのガイドラインという形で、前準備から終わりの撮像の後のガイドラインを作成させていただいたのですが、そういう意味でも各施設で必要不可欠なことをまとめるということだと思います。

○門田座長 これは施設にお願いするにしても、こういうことをここで検討を始めたわけですから、できれば全体的な、大きな枠でのガイドラインがあればそれに越したことはないとは言えるのだと思います。

○塩谷先生 先ほど、Aiは診療の一貫ではないとおっしゃったのですけれども、当院のような救命救急病院ですと、日本全国このような病院が多いと思いますけれども、来院時に心肺停止状態の患者さんのほとんどは亡くなってしまいます。このような方の死亡診断書を書くために、死後CTを行っています。ですから、いままでは診療の一貫と捉えてはいました。「診療」という言葉の定義は、生きた人に対してやる医療であるということによろしいのでしょうか。

○門田座長 私は、それは責任を持ってお答えしないのですが、前にもそういうことで診療の中で、診療の費用としてやることはだんだんと減ってきているという話がありました。ですから、そこには何がしの問題点はあるわけですから、その整理をする必要があるのではなからうかということで、診療とはなんぞやというのは、ギリギリのところで作られたものはどうかというのは私は言えません。

明らかに、いま言っている中でも、院外で発生した死体が異状死体も含めて検査をすることになれば、これは全然違います。ですから非常に微妙な、来院時の心肺停止でも、

まだリサステーションすればなんとかなるか、ならないかというような段階でやっているケースは間違いなく診療だと思うのです。でも、そのまま返ってこなくなったときに、結果的には死亡してからというか、完全に心肺停止の段階で引き取ったものをどう考えるか。その辺りの整理をどこかでしておく必要があるのかなと思ったので、いまお話をいたしました。

○隈本先生 診療とはなんぞや、ということについて、突き詰めて考える必要がこの検討会としてあるかどうかということころは、いろいろ人によって考え方も違うので、むしろここで議論すべきは、Aiをやるに当たって、どういう費用負担だとか、どういう体制をとるかということです。それが決まれば自ずからやるべきことが決まるのであって、それでいいのではないかと思います。

例えば、今回の検討の目的は、明らかに、社会として犯罪死の見逃しをなくし、同時に医療の質も向上させるということがあるわけです。その目的さえしっかりしていれば、これは診療であるのか、ないのかということはあまり関係ないのではないかと思います。病院の中でも院内学級というのがあります。その院内学級を、診療かと言えばそうではないけれども、病院の立派な機能として、長いこと入院している子どものために教育が行われていたりするわけです。これは診療ではないのだから、病院でやるべきではないのではないかという話にはならないわけです。何か目的がしっかりしていれば、これはこういう社会的な目的があってやるのだから、病院内でやってもいいではないかという合意さえできれば全然問題ないと思います。

問題は、お金をどこから出すのかという話だけだと思いますので、そこはちゃんと議論して、それで病院としての機能、医療としての機能としてこういうものもあるということをはっきりさせる。犯罪死の見逃しだったり、医療の質の向上のために付随する、いろいろなものの中の1つであるというふうな位置づけたらいいのではないのでしょうか、どうでしょうか。

○宮崎先生 Aiをスタートするときに院内で、まさにいまおっしゃったような合意が別個に要するのですと私は言ったのです。だから、Aiを本来の意味の診療行為から外れるかとい

うわけではないのですが、一般的に医療従事者は、生命ある人のために働いているという意識があります。それを、放射線技師さんにしろ、看護師さんにしろ、うちはAiをスタートするというので、既にお亡くなりになった人のために余分なことをしていただくわけですが、それに当たってはそういう合意が必要だということです。これは、病院としてそういう機能を必要としているのだという合意が個別に要るでしょうということをお願いしたかったのです。

○隈本先生 私も賛成です。

○今村先生 いまご指摘のとおり、当然病院の中での合意は必要だと思うのです。ただ国を挙げてこういう制度として実施していこうという話になると、病理の先生は病院の中にいて、先生のおっしゃる診療ではない、もう亡くなった方に対しての仕事をしているわけです。当然それと同様に、亡くなった方の死因を究明するためのシステムとして、Aiというものを国が考えるのだという大きな枠組みをしっかりと国が出した上で、実際に実施する医療科の中での合意をまたきちんと取っていただくという話なのかなと思っていました。亡くなっている方だから、全く別の仕事だということの概念そのものを変えていくことが大事なのではないかと思えます。

○池田先生 いまのお話のとおりで、ここで診療なのか医療なのか、あるいは極端な話が医学なのかということ議論すると、せつかくある程度のところでコンセンサスが得られたのに、議論がまた最初に戻ってしまうような気がするのです。

最終的には1県に1台死体専用機があって、そこにそれを専門にする放射線技師さんがいて、専門にする読影の先生がいて、そういう所で読影ができれば別に病院へ持っていかななくてもいいというシステムになるような、そういうのを求めるために提言するのか、とりあえずCTはどこの病院にもあるので、そういう中でやろうかということで、その間を取ってこのような表現になっていると理解しているのです。これはこれで、それ以上診療行為なのかどうかという議論をしなくて、将来的には皆さんいろいろ考えはあるのだろうけれども、いまの段階では病院内で実際にやらなければいけないので、いろいろな所との連携も必

要だし、協力も必要なのだという表現でよろしいのではないかと思います。

○門田座長 わかりました。座長のほうからややっこしいことを言ったがために、前に進まなくなっていました。本日は、最後のほうの「死亡時画像診断にかかる費用負担のあり方」のところでどうしても触れざるを得ないところがあります。それを考えていたので話題になったので前に持ってきましたが、これはお金のところで話をするということでひとまず置かせていただきます。

(3)のところでは、スタートの段階における皆さんの理解ということで、確かに病理診断、その他について見ますと大昔からあって、ごく当たり前だと思っているところが、新たにAiということが行われるとなった、新しいことが起きているときに、それにどう対応するかということで、そこには十分な配慮が必要であるということをおっしゃっていただいていると思います。

ここまでよろしければ、次に「医療機関外の連携体制」に進ませていただきます。

○医政局総務課医療安全推進室長 頁がまたがってしまって恐縮ですけれども、「医療機関外の連携体制」ということです。3頁で撮影や読影に関して後方支援機能を有する機関との連携体制を確保していくことが必要であるとの論点を挙げております。

○門田座長 これは、前から主に読影のほうで話がありましたが、撮影についても後方支援ということがありますか。

○北村先生 撮影について、いまはセンター化はできないような形になっていますので、たぶん後方支援という意味では、Aiセンターのほうで読影の支援をしてもらうとか、これについてはそういう関係だと思うのです。この、後方支援機能というのは、そういう意味で書いたのかと思っています。

○医政局総務課医療安全推進室長 ここでは、主に撮った後の読影をどうするかを中心に書いております。撮影のほうは、いま先生がおっしゃいましたように、後方支援というイメージは馴染まないということであれば、読影のほうを中心にみたいなニュアンスに方向転換するのかと思っております。

○門田座長 前のディスカッションでも、ある程度特殊な腐乱死体を除けば、院内での問題点はいろいろあるにしても、この撮影そのものをいま技師さんがやっている技術でもってとやかくということはないとおっしゃっていただきましたので、後方支援は特に診断のほうだと、読影のほうだということで、この文章はまとめていただきます。「医療機関外の連携」というのは、これが警察絡みになったときの話はここには入らないのですね。

○医政局総務課医療安全推進室長 基本的に医療機関で撮影し、それをどう読んでいくかという場面をここでは想定しています。

○門田座長 そうですね、(4)は実施体制ということですからね。この点についてはよろしいでしょうか、また何かありましたらそのときにディスカッションすることにして次に進みます。(5)「全国的な体制に向けての考え方」をお願いいたします。

○医政局総務課医療安全推進室長 ここは、項目として5つほど挙げております。全国で均質的な死因究明を行うためには、先行事例、既設置施設等の状況を把握する。死亡時画像診断に対するニーズを把握し、その結果を基に死亡時画像診断が実施できる施設を、各都道府県に1カ所ずつ設置するなど、全国的な展開を検討することが必要である。医療機関で死亡した遺体と、医療機関外で死亡した遺体では、死亡時画像診断を実施する施設（機関）は異なるほうが望ましい。医療機関内で死亡した遺体は、原則として当該医療機関において死亡時画像診断を行い、医療機関外で死亡した遺体については、原則としていわゆるAiセンター等において、死亡時画像診断を行うべきである。既に死亡時画像診断を実施している施設を活用すべきか、新たに実施施設を設立すべきか引き続き検討が必要。死亡時画像診断の普及には、厚生労働省の補助事業である、診療行為に関連した、死亡の調査・分析モデル事業において、死亡時画像診断を実施し、知見や経験を積み上げていくなどが望ましい。取り急ぎ、先生方の意見を基に5点ほど掲げております。

○門田座長 これは、いろいろな考え方があっていいと思うのですが、いかがでしょうか。1番目は「全国で均質的な死因

究明を行うためには、先行事例、既設置施設等の状況を把握する。」ということですが、全国的な体制に向けての考え方で、まず全国的な均質のそういうことをする必要あるとか何か、そういうところからスタートするのでしょうか。いままでの話でも、全国的に均質なことでできるということがある程度前提のような感じで話をしていたような気がするのですが、それは、ここでは「ためには」になっているのですが、「まずする必要ある」とか、「する方向が望ましい」とか、そういう方向の文章がここに来るのではないですか。

○医政局総務課医療安全推進室長 とりあえず置いている意図は、全国的な体制をしっかりとっていく方向だというのは、この検討会として既存の方向性だということを当然のこととして置いてあります。そのためには先行事例がいくつかあるでしょうから、その辺りの状況をまずは把握することが必要なのではないかというニュアンスで置いているところです。

○門田座長 ここには「はじめに」がないのだけれども、前回は「はじめに」のところにながしものを加えましょうという話がありましたが、ここに来るのですね。だから、それは言わずもがなでいいのだと。

○隈本先生 意見を言わせていただきます。この報告書は現状の先行事例を把握した上で書かれるべき報告書だと思うのです。だから、ここに「把握する」と書いてあるのではなくて、把握した結果がここに書かれておくべきだと思います。全国的な今後の体制整備のためには、先行事例で既に業績や実績を上げている所をちゃんと調べて、それが報告書に盛り込まれていて、これを何らかの形で広げていくべきだという提言を書くほうがいいのではないのでしょうか。

○門田座長 確かに前回も出てきましたけれども、全国の10何大学で始まってきているし、徐々に伸びてきているとか、あるいは班研究でのデータもあるということで、少なくとも我々はある程度そういうことを参考に方向性を決めていこうとしているので、ここで改めてもう一回その状況を調査して何とかというと、また振り出しに戻るような感じにも取れます。

○隈本先生 検討会のメンバーにも先行事例の方がいらっしゃ

るので、事務局のほうで取りまとめていただいて、現状はこうであるから、今後はそれをもっと全国的に広げるようにするという書き方が正しいのではないのでしょうか。

○門田座長 私もそうかなと思いますが、皆さんはいかがですか。1番のところは、全体の2番目に「現状」というところがあります。この辺りに、少なくとも現在行われている、わかっている範囲内のことは現状として入ってくるということから、ここではその次のステップで目指すのだという方向にする、ということで記載をちょっと変えていただきます。

その次はそうなっているのでしょうか。「都道府県に1カ所ずつ設置するなど、全国的に展開を検討することが必要である」となっています。「全国的な展開を検討することが必要である」、あるいはもう一步突っ込むのですか。検討が必要なのではなくて、それをあれするためには「展開する必要がある」、「検討をする」ではなくて、その次の検討を通りすぎたような表現ではどうですか。

3番目は前回ディスカッションしたことだと思います。ここは、前回大体こういうご意見だったと思うのですが、よろしいのでしょうか。いま改めてご意見はありますか。

○今村先生 確認なのですが、「診断までもその施設で」というふうに取り取れるのですが、これはあくまでも「撮影」という意味ですよね。ですから、診断についてはいろいろな方法があるということが、たぶん前提になっているので、あくまで撮影はこの原則で行うというほうがいいかなと思いました。

○門田座長 確かに先ほどのあれでも、読影・診断については後方支援、そこだけでは完結しないという表現にもなっていますから、診断のところまでこういう形で書く必要はない。いろいろご意見をいただいて、次までにそれを修正したものでディスカッションしていただくということでよろしいでしょうか。

○池田先生 私も、いまの今村先生のご意見に賛成です。蒸し返すようですが、先ほど警察庁からも話がありました、診断ということは先ほどの話で、報告書までを作るということで、そのまま当該病院で死亡診断書、あるいは死体検

案書までを発行するとなると、同一病院で行っているということで、先ほどもありましたように結局逆のことで、我々法医学者が読影して、それをそのまま解剖するというのは望ましくないということと全く同じです。

逆に言うと、当該病院でそのまま診断までして、報告書に基づいて死亡診断書をもしそのまま書いてしまったような場合には、先ほどの責任も含めて問題が生じる可能性があるので、読影は別、あるいは診断は別で、撮影までは当該病院で行うというのならよろしいと思います。そこから先はうやむやにしておくというか、診断についてはいろいろな基準がありますので、そちらのほうに任せる。ここで「当該医療機関において死亡時画像診断を行う」というふうにすると、すべて行ってしまうというように取られがちだと思うのです。もし明記するのなら「撮影までを行う」でよろしいのではないかと思います。

○医政局総務課医療安全推進室長 ここは、まさに前回ご議論いただいて共通認識ができたのではないかと思います。いま今村先生に言っていたように、撮影までの手順のことなので、読影のことはこの先の話だよというニュアンスが入っていると私は理解していますので、今村先生におっしゃっていただいたようなことを中心に、修正等をしていきたいと思っております。

○門田座長 そのようにお願いいたします。その下の「施設を活用すべきか、新たな実施施設を設立すべきかは引き続き検討が必要」というのは、とにかく全国的に展開したいという基本的な方針があるのですよね。いま実施している所は、それでは十分ではないということも皆さん認識しているので、ここの表現というのか、少しニュアンスが変わったのではないかと。新たな実施施設ということも施設も含めて理解してもらい、できるものがあればその専門の所を作っても広めていくという基本的な方針、その辺りの表現でいいのではないですかね。皆さんどうでしょうか。

○医政局総務課医療安全推進室長 事務局においてと言うのもおかしいかもしれませんが、4番目については流れがちょっと違和感があるようにも思いますので、いまの流れで行くのであれば、4番目はなくてもいいのかなとは思っています。

○門田座長 何か書くのであればもう少し別の書き方で、でも、

上のほうに広げていくことも方向性を示しているの、なくともあまり問題はないと。

最後にモデル事業との関係を特別に拾い上げていただいているのですが、モデル事業の中においてもするということがあってもいいけど、モデル事業において診断を実施し、試……を積み重ねていくことが望ましいという、非常に限局した話を。あるいはモデル事業ならモデル事業も、こういうことを加えてやってみるというのだったら分かるのですが、実施するために、こちらを利用して経験を積むという表現は、非常にあれになってきますよね。

○医政局総務課医療安全推進室長 ここだけではないというニュアンスが出ればよろしいのです。

○門田座長 こちらからすれば、モデル事業にも是非使ってほしいと。Aiの検討委員会とすれば、解剖だけで非常に限られたものになっているが、それを上手に利用してもらって、Aiを進めるためのモデル事業ではなくて、モデル事業にもそのような観点から、大いに広めていってほしいということで、ちょっと向きが違うのかと思います。

○池田先生 先生のおっしゃるとおりで、その前段階で「死後画像診断の普及には」とありますが、ここは要らないと思います。

もう1つは、私自身もいまモデル事業に関わっていますが、モデル事業のほうの考えでは、折角大金を払っているのに、今は承諾をして解剖した症例しかできないので、ものすごく症例が限られている。場合によっては死後画像診断を利用して、要するに死後画像診断で済ませて解剖しない症例についても、モデル事業で検討を始めたいという意向が明らかに見えています。それがいいのか悪いのかはモデル事業なので私が言う立場ではないのですが、普及のために望ましいと限ってしまうと、結局逆に普及を妨げるようになり兼ねないので、少なくとも前段階の「普及のために」という所は消していただきたいと思います。これを書く必要があるのかどうかというのは、よその事業に対して書く必要があるのかという気はします。

○門田座長 そうですね。関連性がなきにしも非ずということは話題にもなっていたわけで、この文章も拾い上げてこら

れたのだと思いますが、いま池田先生が言われたように、少なくとも「普及のためには」という表現だと方向性が狭くなってしまうので検討しましょう。

「全国的な体制に向けての考え方」で、そのほかに追加すること、落ちていることはありませんか。いま一つひとつ見えていますので、全体はまた見直していただいて、全体を通してご意見をいただくというステップが必要かと思いますが、いま何か思いつくことがあったらおっしゃっていただきたいと思います。

○山本先生 ここに入るかどうか分からないのですが、Aiを誰がオーダーをするかということです。検査の依頼があって初めて診療放射線技師は検査をする。その結果を受けて私たちは読影をするという受け手側なのです。

ただ、実際にAiをやろうというのは、たぶん全国各地のCTがある病院の先生方で、その先生方の中でも、特にご遺族と相談して「これはやったほうがいいのではないか」という話をすべき主治医の臨床の先生方です。それから、もしかすると医療に対してちょっと不信感があるかもしれない遺族、もう1つは医療機関以外からだと警察です。その場合は警察医などの死体検案書を書く先生方がオーダーをしたほうがいいのではないかと。まずエントリーのところ、誰がオーダーをするか。その先生方あるいは遺族の方々にAiというものがあるということを知ってもらい、それがどこでできるのだということを知っていただく必要があるので、そういった形の啓蒙活動みたいなことをやらないといけなと思います。Ai自体のオーダーが発生しない限りは、いくら私たちがこういういい制度を作ったとしても、実際に使われないということになってしまいますので、そういった形の国民レベルでの啓蒙活動を行うべきだという意見をいただければと思います。以上です。

○門田座長 全国的には医師なのか、あるいは国民全体に対する啓蒙活動なのかを含めて、どこか要るのではないですかということですか。

○山本先生 乳がんのときのピンクリボンみたいな形で、Aiに対しても、みんなに知ってもらうという動きがあればいいかなと思います。

○門田座長 これはほぼ全国的な体制に向けての考え方で、前のほうでは施設の中での考え方だったので、施設の中で職員が理解をするということをおっしゃっていただきましたが、全国的に展開のために国民の理解が必要というのは、なくてはならないのです。全国的体制に向けての考え方は、前のほうに国民全体の啓蒙活動云々というのを、何か追加しますかね。

○医政局総務課医療安全推進室長 その点については、これまでの議論を通じて、もしかしたらちょっと不十分だったかもしれません。そもそも広めていくためには医療機関全体への知識の普及、国民全体の施設組織の普及等々が、個別の事項に書くよりも、全体的に関わるような気もするのですが、その辺りのお考えというか、感じをご議論いただければと思っています。

○門田座長 少なくとも今回集まっている人たちの間で、またその人たちの母体となっている所では進めている人たちがほとんどで、それをするためには自分たちが働いている施設の中での問題だし、また警察を含めて、そういう方法があつて云々だということですが、これはどこかに入れ込みましょうよ。

○隈本先生 (6)の次にすぐ「その他」に行かずに、(7)で全国的な国民的理解というのを作ったらいかがでしょうか。専門家の育成の次でも、前でもいいのですが、もう1項目立てて、実施体制の整備についてなのかが分かりませんが、いづれにしても理解増進というのは絶対必要だと思います。

○門田座長 そうですよ。「その他」で項目立てしますか。

○医政局総務課医療安全推進室長 先ほど私が申し上げたのは、まさにそういうことで、1つの所にかかる話ではなさそうだとところで、ご提案というかご議論いただければという趣旨です。

○門田座長 そうですか。いまの隈本先生のご意見で。

○隈本先生 話はもっと戻って、全国的改正に向けての考え方の論点整理の方向性の中の2番目で「各都道府県に1カ所ずつ設置する」などと、まだ設置するかどうか分からないようなことを書いておきながら、次の△では「いわゆるAiセンター等において」というように、もうそれが存在して

いるかのように書いてあるのは矛盾していると思います。

まずその上のほうで、各1カ所は専用機など死後だいが経ったものについても対応できるような設備をまず設置し、その名前をAiセンターと名付けるかどうかは別として、その次の、「医療機関外で死亡した遺体については、その専用機ないしは新設する何らかの設備でやるのが望ましい」と書いてないと、順番的におかしいような気がします。

○門田座長 確かにそのとおりですよ。事務局案は、比較的控え目に書かれているのを、もう少し積極的にその辺りを筋道を通して。

○今村先生 ちょっと話が違う所で恐縮ですが、全国的な体制の読影の(4)で、高支援機能を要する機関という読影をする場所と、撮影した所が連携する体制ということですが、その地域における連携と、そうではない全国的な読影をするような施設もたぶん必要になるのかなと。ですから、どういう整理をするかは別として、全国的な体制ということに地域での読影が不可能な例についてのバックアップ体制という、読影についての全国的なバックアップ体制もあってもいいのかなと思うのですが、いかがでしょうか。

○門田座長 そうすると、上の(4)では、地域内の支援という感じですか。

○今村先生 というような整理にしたほうが分かりやすいかなということで、地域で関係できない場合もあるかと思えます。そういう場合は全国の話かなと思ったのです。山本先生の所などでは全国から受けるというお話もあるようなので、その辺はいかがですか。

○門田座長 いまご提案いただいたような形で、少し全国と地方を分けた感じで、(4)には施設から上がって、また施設の周辺の所ぐらいということで、その次のステップになると全国的規模での話を類似するが、個別に挙げて書いておくということでよろしいですか。そのほかに何かありますか。

○北村先生 全国的な体制ということで、画像保管の関係かと思えます。これを一元化して、そういう意味では専門家を育てる上でも、一元化していくことが、かなり重要な課題だと思います。

○門田座長 画像の保存の問題ですか。

○北村先生 画像の保存です。どこかにセンター化して、その施設だけで保管するのではなく、一元化していったほうが、今後の画像の読影も含めた形の体制ができるのではないかと考えています。

○門田座長 「その他」の1に画像診断の資料の保存と情報開示ということで、ちょっと意味合いが違うのですかね。

○北村先生 そうですね。これは「その他」にありますね。

○門田座長 全体的な保存のところ。

○北村先生 そういう意味では「その他」がありますが、これの全国展開をどうするかというのがかかってくると思います。

○門田座長 ひとまず体制では、保存のところは置いておいて、データベース化のほうは、こちらで触れるようにしますかね。そのほか、いかがでしょうか。次に(6)の専門家の育成に移りたいと思います。

○医政局総務課医療安全推進室長 (6)に移ります。3点挙げてあり、専門家の育成の部分ですが、1点目として「誤診を防ぐためには、放射線技師の撮影能力や、放射線科専門医の読影能力の向上が必要である。特に小児の画像診断の専門家が圧倒的に不足しており、その養成は急務である。読影技術の向上を目指すという観点から、診療行為に関連した死亡の調査分析、モデル事業の活用も必要である。関係学会等による撮影や読影に関するガイドラインなどの作成が必要であり、また関係学会等による専門医などの認定制度も整備する必要がある」ということで、小児のことについては、相田先生からコメントをいただいたことも記載しながら書いてあります。以上です。

○相田先生 小児の画像診断の専門家の不足を書いていたのは、全国展開で、例えば山本先生の所に小児の症例も送れば、専門的な読影はしていただけると、私も信用しています。

いちばん問題なのは、脳死移植に絡んで、各施設で、もし小児の脳死判定が行われた場合に、虐待をルールアウトしなければならないことになっており、それは脳死移植判

定が起こってから時間の制約があるので、それぞれの施設オン・サイトで、これは虐待ではないという診断がある程度その場でできないと。まだ18歳未満の脳死移植は行われていませんが、現実にはお願いしても30分で読影が戻ってくることはあり得ないわけで、やはりそういう施設ではオン・サイトで診断できなければいけないのだろうということで、いまの専門家の人数では対応できないのではないかと考えて、特に挙げていただきたいとお願いいたしました。

○門田座長 小児の重要性というか、難しさは、何度もここで話題になっておりますので、これについては皆さんは問題ないと思います。ただ時間的な問題です。この子どもたちがもし連れ込まれたりしたら、脳死になるというか、入院機関中、あれこれやって脳死に陥って云々ということになって、いわゆる医療として画像診断をやりますよね。そういう意味では、いわゆる画像診断というか、小児放射線診断医という人たちでできるはずですよ。

○相田先生 虐待をルールアウトするためには、それこそ全身のAiが必要で、脳死判定に至るまでの原病の場合は、基本的にはその病気に関する部分だけを撮影しているのが通常だと思います。そうなりますと、施設による考え方で、脳死になりそうだから、先に全身を撮って念のために備えようというのは、もしその子がリカバリされる可能性を考えたら、小児の被曝に関しては非常に厳しいので、無駄な被曝と言ったら失礼ですが、病気以外のところを撮ることはできないと思います。

そうすると、脳死判定の後に全身のCTを撮ることになれば、それはAiであって、脳死判定がされたということは、移植までにそんなに時間はないわけです。その時間のことを考えて、適切に移植医療のほうも運用していくのであれば、その脳死判定を行った施設で、ほぼ虐待ではないでしょうと診断できる画像診断医がいないと、折角脳死判定をして、ご家族が臓器を提供してくださると申し出てくださいでも、臓器がうまく提供できないこともあり得ますので、いまの人数ではかなりきついのではないかと思います。

放射線診断医の中でも「この子は絶対虐待ではないですよ、大丈夫ですよ」と、その場で言うてくださる先生は、

いまのところはまだそんなに多くないと思います。そういうことも含めて、一言入れていただきたいというのが小児側からの意見です。

○門田座長 文章はこういう形で「養成は急務である」でいいのですよね。現場のことについてここでディスカッションしても、専門の方がいらっしやらないとあれなので、ここは「特に」という書き方で入っているということで、ひとまずそれは入れさせていただくと。この文章で「誤診を防ぐために画像をやるというのは引っかけますね。

○相田先生 そこは消してしまえばいいのです。

○門田座長 表現があれですね。2番目にまたモデル事業が出てきて。

○塩谷先生 診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業という言葉が出てきた理由というのは、カッチリ解剖がされて、画像も撮られていれば、1対1で対比できるという意味で、ここに名前が挙げられているのだと思います。だから、読影技術の向上を目指すという観点から「さらなる画像と解剖病理との対比検討が必要である」ということでいいかなと思ったのです。その1つの例として、モデル事業というのがあると思います。

○門田座長 そういうことですよ。確かに今回はMRIは除いていますが、まだまだ検討段階という形からすれば、そういうデータの集積というのは、いろいろな所で何度も出ておりますので、そういう表現に切り換えますか。

○医政局総務課医療安全推進室長 追加して申し上げたいと思います。対比という観点もそうなのですが、今日は放射線の先生はいらっしやらないのですが、モデル事業の中で、これを活用していくという大きな方向性は進められているところで、実際に費用の額をどうしようかという相談も今井先生等とさせていただいているところです。そのようなことも通じて、Aiに関しての全体のレベルが上がっていくことも想定してありますので、対比のことも若干イメージをしながら書かせていただきたいとは思っていますが、いかがでしょうか。

○門田座長 何以外ですか。

○医政局総務課医療安全推進室長 塩谷先生が言われたのは、たぶん対比をしていくことによりということだと思います。対比以外の部分も、そのモデル事業で頑張っってやっっていくという狙いになっているところですので、その辺りの対比以外のニュアンスも、少し出させていただければ思っています、いかがでしょうか。

○池田先生 よく厚生労働省がそこまでおっしゃったと思います。対比以外と塩谷先生がおっしゃったように、私も先ほど言いましたが、解剖しない事例も死後画像診断だけでモデル事業の対象にしようと。モデル事業それ自身は別の組織ですからいいと。いいか悪いかはモデル事業ですので、そこで判断するものです。ですから、死後画像診断を進めていこうという立場の、ここの部門からモデル事業を活用しようという言い方をすると、塩谷先生や私が考えるように、解剖を前提にした検査ですので、モデル事業の委員会でも、私自身は死後画像診断はものすごく有用だと主張しました。なぜかという、必ず入院している人なので、生前の画像もあるから比較ができるのもものすごく有用だ、と私自身は主張したのですが、モデル事業に関しては、解剖をして比較するという前提の下での事業なのです。

いま厚生労働省の人は、それだけではないといみじくも言いましたが、要するに、解剖しないで、場合によっては死後画像診断だけの例もモデル事業に載せようと。あるいは将来、医療事故が疑われた例についても使おうということなので、それ自身が死後画像診断の普及・発展につながるかどうかには、若干疑問がありますので、できたら、こういう文言はこちらから発信しないほうがいいのではないかと私は思います。

○門田座長 その辺り、ほかの委員はいかがですか。確かにこの検討会のスタートの段階から、診療関連死をどのようにするかというのは、ずっとくっついて離れてということが進んできているので、皆さん意識されていると思います。建て前上は一応医療関連死云々ということには直接は関係ないということで、ひとまず今回の報告書をまとめるということで、皆さんに理解していただいていると思います。

先ほど塩谷先生がおっしゃっていましたが、例えば、こうこうという表現であればともかくとして、それを諸

に真正面からということは、あまりしないほうが、いまの流れからすれば正しいのかと思います。ここだけではなく、対比ということも、できるものについてはしても何も悪いことはないし、チャンスがあればそういうことをしていくということで、専門家の育成よりも内容のクオリティーを高めるといふ表現になるかもしれませんが、専門育成のところにこの表現。

○隈本先生 画像診断してもわからなかった場合には解剖という流れもありうる。という話がこの検討会でも出ましたよね。その場合、そのほうが遺族のご理解を得られやすいだろうと。そういう意味では、現在の低い病理解剖率を上げていくという目標にも、この検討会は寄与するのだということが、最初のほうで言われています。もしここに専門家の育成ということで書くのであれば「画像診断後、解剖したケース等との比較において、診断の精度を向上させたり、診断の限界を研究することが必要だ」とここに書いておき、どうしてもモデル事業という言葉を入れたい場合は、その例として「モデル事業などのデータも活用すべきである」と書くぐらいにしておいたらどうでしょうか。

要するに、ここで問題にすべきは、専門家の育成という面では、死後画像を撮った後、これが最終的にほかの手段でその死因が特定されることがあるとすれば、そこと照らし合わせて、常に診断技術をアップしていこうということ言えばいいのであって、それを一般論で書いておいて、そこに「例えば、こういう例のデータも活用すべきである」と。

モデル事業の症例数などは限られているわけで、実際には、Ai がずっと普及していくと、Ai を撮った後、解剖したという人が結構増えてくるはずですよ。そうしたらモデル事業などより、ずっと数が多くなる可能性だってあるわけで、そのほうが信頼性のいいデータが出てくるわけです。ですから、どうしても書くのだったら、例として書くということでどうですか。

○門田座長 そういう方向で文章を考えていただいて、次回までに出していただけますか。

○医政局総務課医療安全推進室長 了解しました。

○門田座長 最後に「学会等による作成・読影に関するガイドライン」です。先ほどガイドライン全体を言うのではないかという話をしていましたが、ここは専門家育成ということでガイドラインと。

それから学会等による専門医などの認定制度も整備する必要があるということですが、先ほど最低、臨床医、そのほかの、まず最初は入口としてのあれを、このようにざっくり大きく専門医というようにポンと投げてしまう。何かそのステップは要りませんか。それを専門医と言うのかどうかは別として、Ai の某の研修を終わった者とか研修の内容とか、どういうことができる者をどうするとか、専門的な話に行く前に、ほとんどいない人にAi の考え方あるいは診断、読影の仕方の何かの教育、研修が必要であるとか、そういう文章を1つ。今日は副座長がいないので、いま放射線学会のほうで検討してくれているのですよね。

○山本先生 現在の研修会について、私が知っている限りでは、2つ大きく流れがあって、1つは放射線科の専門医の中で死後画像の読影のエキスパートを育てるべく、放射線専門医会が主催するミッドウインターセミナーの中でAi の専門のセミナーを、来年1月に2日間開催する予定です。これはどうしても放射線科の専門医に限られてしまうので、私としては、最初のオーダーをするエントリーな先生方にも、きちんとAi を理解した上で、検査を申し込んでもらいたいということもあって、Ai 学会が来年2月の5日に開催されるのですが、それに合わせてAi の講習会を千葉県で開催する予定です。そちらのほうはAi 学会が主催で、日本医師会、日本放射線技師会が共同開催を行うものです。この案に関しては、今村先生、北村先生と相談して、すでに各団体の許可を得ています。このような形で、Ai に関係する医療従事者に対して講習会を開催する予定です。以上です。

○門田座長 放射線医学会のほうは、いま言っておられるAi 学会と共催というのか、あれはないのですか。

○山本先生 承認はしてもらっていますが、手続をまだしていないのです。というのは、放射線学会のほうが理事の皆様方が集まって決議をとるのが、来年の4月の放射線学会総会時に開催される理事会の承認を経ないと正式な決定ができないのです。

○門田座長 でも、その方向性のディスカッションは進んでいるわけですね。

○山本先生 はい、大丈夫です。

○門田座長 そうすると、そのステップと放射線の専門医が、さらに高める何かということ、やはり 2 段階の考え方になりますよね。

○今村先生 私もいま座長ならびに山本先生がおっしゃったことに賛成です。前は地域の医師などがどうしても Ai を実施し独英しなければいけない機会というのはあるので、これから普及して拡大していく、広げていく中で、いきなり専門医でないと Ai が実施できないとしてしまうと逆に制限するようなことになってしまうと、普及にかえて良くないのかなと思う部分もあります。しかし、将来的なそういう課題ということではよろしいかと思いますが、その前のステップがまずあるべきだというのは全く賛成です。

○門田座長 ありがとうございます。それは別な項目として。

○医政局総務課医療安全推進室長 確認ですが、一言でいいますと、裾野を広げずという方向性と、頂点を高くするという方向性と 2 つの要素が入ったような書き方にすることで理解してよろしいでしょうか。

○門田座長 そのとおりだと思います。ここまでよろしいですか。

○相田先生 報告書には申し上げなくて、直接関係ないかもしれませんが、Ai に関する専門家も必要になるとおり、小児の専門家のことをここでばかり言って、小児のほうの学会が何も書かないのではいけないわけです。私が理事をしている小児放射線学会の理事会がちょうど来週行われますので、今回の Ai 検討会のディスカッションの内容などを報告したいと思います。小児放射線学会の場合は、小児の放射線科医だけではなく、小児科医、小児外科医などが入っておりますので、小児の領域に理解を広めるよう、努力したいと思っております。

○門田座長 ありがとうございます。とにかく今は国民的啓蒙と言いましょか。まず国民よりも医者仲間に幅広く認識していただかなければ前に進みませんので、是非そういう

方向で行くことを記載していただいて、それぞれの所では、その方向で活動していただきたいと思います。

○北村先生 そういう意味だと (6) が、専門家の育成というのはおかしいと思います。そういう意味では、質の確保と向上というか、そういう意味になるのではないかと思います。

○門田座長 質の向上と。

○池村先生 言葉についてはお任せしますが、質の確保と向上ですかね。

○門田座長 専門家から、もう少し広げる方向で。ということで 4 の実施体制の整備はよろしいですか。全体を通してまとめ直したもので、またディスカッションをお願いしたいと思います。今日は時間内に終わるまでに行きたいと思いますので、次に進ませてください。「その他」ということで、死亡時画像診断の資料の保存と情報開示について、これも添付資料もありますので、事務局からお願いします。

○医政局総務課医療安全推進室長 「その他」の (1) 死亡時画像診断の資料の保存と情報開示という部分です。死亡時画像診断の資料の保存及び情報開示については、既存の法令・ガイドライン、具体的には医療法施行規則、医師法、医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン、診療情報の提供等に関する指針等に準じて適切に行うというものです。別添資料を付けてありますので、お示しさせていただきたく思います。

別添 1 は「医療を介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」で、「なお」以下に線を引いてありますが、「当該患者・利用者が死亡した後においても云々」と、遺族への診療情報の提供の取扱いでは、前々回にお話あったかと思いますが「診療情報の提供等に関する指針の作成について」というのを医政局で平成 15 年に出しており、そこで遺族に対しての文言があります。そのことも参考にすべし、準ずるべしということになっています。

別添 2 は、医師法についての診療録の保存期限について書いてあり、別添 3 は医療法についての保存規定等々について書いてあります。別添 4 の 9 の下から 4 行目に「遺族に対する診療情報の提供」に規定がありますので、基本的にはこれらを遵守すべきではないかと考えております。以

上です。

○門田座長 この点についてはいかがでしょうか。そのほかのものと同じようにするというので、いまお示しいただきましたが、いろいろな資料がありますので、いま全部に目を通すわけにはいかないと思いますが。この点について、先ほど全国的なデータベース化というお話でしたが、いますぐというのは大変なことだろうと思いますので、どこかにまとめおくという方向性を追加するかどうかになります。そのほか、この点について何かありますか。基本的には死亡時画像診断にしる、そのほかのものにしる、同じ扱いとしてこういうものを参考に、この範囲内で保存する、あるいは情報開示のことも決められた法律の中であるということだということでしょうか。

○医政局総務課医療安全推進室長 事務局としてはそのように考えて提示をさせていただいております。

○門田座長 これは特別扱いというのはなかなか難しいわけでしょう。それはどうなのですか。特別に内容的に合わないものがあれば、それに対しての意見を述べるというぐらいになるのですかね。解剖の問題にしる診断要旨にしる多くのものは、あまり大きく変わらないですよ。ですから、それを参考にしていくという方向性はそれしかないのかなと思うのですが。

○医政局総務課医療安全推進室長 ネガティブチェックになるかと思いますが、この規定に準ずる以外のケースが特にあるのかなのか等々ということに関して、ご議論いただければと思います。

○門田座長 宮崎先生、いまやっていることで何かありますか。

○宮崎先生 いまのと違うかもしれませんが、以前提案した報告書のあり方で、これは司法関係の手法をクローズアップされて、少し論点が動いています。大多数はAiで死因究明を向上させたいという目的ですが、その場合の報告書は死因まで報告書で言及するのかどうかという問題があります。うちでやっている方式は放射線科医はあくまで所見の読影で、多くは救急医の主治医ですが、主治医がそれを総合的に判断して、この脳出血部分が死因だろうと言うわけです。そのあり方というのは決めておく必要があるだろ

うということです。

この前も言ったのですが、Aiは果たして死因情報に寄与しているのかどうかです。これは他施設に診断を頼むとか、いろいろなことがあり得るのですが、実際は死亡診断書にはこの情報は時間的にも反映されないわけです。その問題が、どういう形で死因情報に寄与するのかとか、本来の目的にどのように合致させていくかを考えていただきたいという部分があります。

○門田座長 時間的な問題で前にもおっしゃっていただいたのですが、解決策はありますか。

○宮崎先生 実際には焼却するのに死亡診断書が要るわけですが、家族はそれを少なくとも翌日までには欲しがりますが、報告書を他施設に持っていった場合には、とても間に合わないわけです。そうすると、正確ではない、主治医が書いた何とか疑いとか、不詳とかといったものが結局は残ってしまうということで、本当の死因情報に寄与していないのではないかという懸念があって、これをどのように解決していくかは大きな問題かなと思います。

○門田座長 最終的な死因という形で、死亡診断書の表現名が挙げられて、それが集計に残っていると全然わからないままで行っているわけで、不詳と一緒にですね。ところが、これをやり出すと、後からではあるが、比較的当たっているものが出てくる可能性がある。死因統計の中に、そういうものを反映させるようになってきたら、やっている意味はさらに増えてくることになる。そうすると、死亡診断書で、その場で火葬するのに云々というには、どうにもならないものがあって、そこをどうするかによって、今やっていることが、将来にいろいろと応用されるかどうかということに変わってくる。データとしてのあれは対応の方法はありますよね。

○宮崎先生 別の方式を採ればですね。

○門田座長 厚労省のデータに残っている死因は、全部死亡診断書だけですか。

○池田先生 先生のお話をもっともですが、本来死亡診断書というのは診療中の患者が亡くなった場合に書くもので、画像データだけではなくて、診療経過、最終的には画像等を

見て書くものです。

死体検案書はご遺体を見て書くものですが、画像の検査だけから見るのではなく、実際に検案をしてから書くもので、死体所見を見る。死体検案というのは、死体を見るだけではなく、死体の置かれた状況を見るのです。例えば、遺書があったから自殺にするとか、そういうのも含めて死体検案ですから、本来は書いた人が責任を持つもので、それがいまのシステムとして不正確である。それが死後画像診断をすることによって、少しでも正確性が増す可能性があるという意味では推進しようというのが我々の立場だと理解するので、一向に構わないのではないかと思います。

例えば、監察医制度のある所でしたら、後で正確な死因が出たら、死体検案書は後で出して、死因統計も変更になります。後で出すことになりますから、本来は別問題で、例えばこれが普及して、もし後になっても正確な死因がもっと分かるのだったら、新たに死亡診断書を書き換えることがもっと簡単にできるようにシステムとして要求するような筋道が正しいのではないかと思います。そうしないと、この死亡時画像診断が、少しでも正確な死体検案書、死亡診断書の記載に役に立つという、基本合意がうやむやになってしまいますので、あまり心配しなくてもいいのではないかと私は思います。

○門田座長 要するに集計したデータが、そういう形で残るような方策はあるのですね。

○池田先生 少なくとも監察医制度がある所でしたら、出したものと後で違えば、訂正しますし、解剖の結果で訂正があれば、もちろん出せと。ですから、制度としてはできることになっているので、それを全国的に普及するかどうかは、まさにこれがうまく行くようだったら、それはそれで別途請求することができるのではないかと思います。そのためにも普及させようという論法でもいいと思います。

○警察庁（オブザーバー） 私どもは先ほどから繰り返しておりますが、犯罪死の見逃し防止という観点で申しております。いまのお話は、死亡時画像診断の結果が、いつの時点で最終判断に組み入れられるかという問題かと思えます。

私どもとしては、基本的に死亡時画像診断はもちろん限

界があることはいまの時点で弁えております。ただ、死亡時画像診断によって明らかになるものもあるとするならば、私どもの視点としては、本来警察から申し上げる話ではないかもしれませんが、一応犯罪死見逃し防止も盛り込んでいただいているということで申し上げたいと思います。

死亡時画像診断の結果から外因性の死の疑いがあることが判明した場合には、解剖に付する場合は当然出てくるだろうと思われま。そうしますと、折角やるものならば、死亡時画像診断の結果を待たずして死体検案書を発行して火葬に付されてしまいますと、画像診断はあるにしても、警察としては証拠がなくなってしまいます。

画像診断について申し上げれば、冒頭でも各先生方が発表されておられましたが、例えば、内因性に見えるものでも、解剖した結果、実は線状骨折等に起因するもの、側頭部を打撲されたとか、そういうものに起因するケースはあるという発表がありました。私どものほうでもそういう事案は当然認知をしているところです。死体検案の場合には死亡時画像診断を折角おやりいただくのであれば、死体検案書を発行して、それで火葬になれば、私どもの捜査はそれ以上できなくなるということです。若干外野からの発言ですが、ご考慮いただいたほうがいいのではないかと思います。

○門田座長 だんだん難しくなってきました。これは今日いらっしゃる中で、どなたか整理してくださる方は。

○池田先生 いまの話はもっともな話で、犯罪死のところまで広げてやるようになれば、全くそのとおりです。逆に警察庁は警察庁、警察官は警察官で死後画像を利用しようとしているわけで、それで犯罪性がなければ解剖しないで済ませよう。どちらがいいかという問題ではなく、正確な読影をして、必要があれば解剖する、もし必要がない内因死だったり犯罪性がなかったら、そのまま死体検案書を書けるというように、最終的になればよろしいわけで、そのためにここで提言しようという会議ですので、当然大事なのですが、今までの議論の筋からいけば、死亡診断書、死体検案書にあまりこだわらなくてもよろしいのではないかと思います。

当然書いた人が責任を負うことになりま。先ほ来申

し上げているように、死体検案というのは遺体を見る、画像を見るというだけではなく、死体の置かれた状況を総合的に勘案して犯罪死かどうかを見極めるということです。いま警察庁のほうも人員を増やしていますから、警察と読影医、あるいは検案医とが協力するような体制を将来作るという方向に行けば解決するのではないかと思いますので、そんなに深く考えなくてもいいのではないかと思います。

○門田座長 そうですか。そうすると、いま我々は検案する立場ではなくて、画像診断の診断をする人、読影する人の話をしているのですね。

○池田先生 そうだと思います。

○門田座長 ですから、そのところを一緒にして考える必要は毛頭ないと。

○池田先生 ですから、臨床医が読む、それがいいか悪いかは私が言うことではありませんが、本来は臨床医でも、ちゃんとした読影者が大勢いて、すぐに読影する。犯罪死かどうかというのは一刻を争う話ですので、そういう場合にそれだけの人員がいて、それだけの制度があって、責任を持って読影していただけるのなら、それはそれでいいことで、何も我々がやる必要は全くないということになります。ですから、将来的にそのようになればいいなという希望もありますし、そのためにこの会で何らかの提言をしていただきたいということです。

○隈本先生 Ai の診断の報告書は、あくまで診断の報告書であって、死因は「この死因の可能性が高い」という書き方があったにせよ、それが死因を特定するものではなく、死亡診断書に死因を書いた人が責任があるということではないのでしょうか。

つまり、Ai の診断書には脳出血などというのがあれば、脳出血が死因である可能性が高いと書いてあるかもしれませんが、それが死因判定にはならないわけです。実際には脳出血があった直後に別の外傷で死んだかもしれないということもあり得るわけで、そういうことを言えば、画像を見ただけで死因が書けるはずがないわけです。とすれば、死亡診断書を書く人が死因を判断するのであって、あくまでAi の報告書は死因を判定するに資する情報を提供すると

いうことで整理すればいいと思います。

そして、この検討会の成果が上がって、もしAi が全国に普及したら、とりあえず火葬は2、3日待とうよという話が、世の中に広がるはずですよ。つまり、体表面から診るよりも、Ai で診たほうがずっといいのだということが、国民的共通理解になれば、明日はお日柄が悪いから早く火葬したいみたいな話はなくなるはずでしょう。だから、そこを目標にすべきで、将来こういう問題は、いずれAi に対する理解が広まるにつれて「急いで火葬」という話はなくなり、問題がありそうな人については、しばらく待ってくれということがあり得るということになっていくべきだと思います。

○門田座長 大体うまく整理していただき、私も理解できてきたのですが。

○池田先生 先ほど来、議論しているところで、いちばん問題なのは死因という考え方です。従来、放射線科の先生方の報告書は読影をして、放射線科の先生が診断する状況が、例えばくも膜下出血だ脳出血だと書いてあるはずですよ。いまの日本の死亡診断書の形式が良くないのは、原死因である脳出血と書き、もう1つは死因の種類を書かなければいけないことになっていますので、それが自殺なのか他殺なのか病死関係かまで判断するというところで、それは死亡診断書を書く人の責任だということです。報告書は精度が上がれば、自信を持って放射線科医の判断は書いてもらうのは構わない。それをどう見るかは臨床医が最終的な責任を持つわけだし、死体検案書、死亡診断書を書く人が責任を持つというスタンスでいいのではないかと思います。

○宮崎先生 実際には司法が関与するような犯罪が疑われるとか、そういったものは非常に少ないのです。実際は救急病院でお亡くなりになる場合が多くて、先ほどから自施設ではない所で診断するという話がありましたが、そうなると間に合わないということになります。大部分は自施設で、ある程度診断しても特定できるものであれば、その所見は自施設で迅速に呼んだほうが、よほど遺族の理解は得られると思います。そのあり方としては、放射線科医はあくまで所見を述べるだけで、その死因の推測と説明と死亡診断書は最後に診た主治医です。それは臨床所見、いままでの経過を総合して、これが死因であろうという説明をする。

だから、分けて考えなければ、一律には誰が、どこで、どうすればいいかという議論はできないと思います。

○門田座長 前回の話で異常死と診療関連死と分けて考えるという案も考えてもらって、まとめてもらっていますので、この辺りは次回にということで、いまのディスカッションは置いて前へ進みたいと思います。

時間がだんだん迫っていますが、「その他」の2の「ご遺族への説明」に移りたいと思います。

○医政局総務課医療安全推進室長 3項目ほど書いてある、ご遺族への説明に関してです。診断を実施するに当たっては遺族に対し、十分に説明を行い、同意を得た上、実施する。遺族に説明する際に、死亡時画像と病理解剖の結果の両方を説明することによって、より遺族の納得を得られる。読撮影報告書を作成し、遺族・医療機関に開示できるようにすべきである。以上です。

○門田座長 この点はいかがでしょうか。

○医政局総務課医療安全推進室長 基本的にこれはすべて参考資料にあるとおり、これまで先生方からいただいたものをまとめて、並べたものです。

○池田先生 蒸し返すようですが、遺族の同意の件で、例えば小児の場合とか犯罪性がある場合に、必ずしも遺族が同意するということはないので、「遺族の同意を得た上、実施するのが望ましい」とか、そのような表現にしていればと思います。これは同意がないとできないということだと、場合によっては、同意がなかったのが犯罪性を見落としていたということがあった場合に妨げになるのではないかと私は考えます。

○隈本先生 原則、同意が必要であるとした上で、「犯罪の可能性がある場合には例外である」という書き方が正しいのではないのでしょうか。小児に限らず、お年寄りの虐待死もあり得るわけで、原則は同意である、同意が得られない場合でも、犯罪の可能性のある場合はあり得るという書き方が、バランスがいいのではないのでしょうか。

それとの関連ですが、(1)において、厚労省の診療情報提供に関する指針の考え方をを使うのであるということであ

れば、添付資料の12頁から13頁にかけて書いてありますが、「死亡した場合は遅滞なく遺族に対して、死亡に至るまでの経過を説明し、さらに情報提供に当たっては、生きている場合の37の1、3及び4、ならびに8の定めを準用する」という考え方で行くということであれば、情報提供に関しては1で行けるはずですね。

問題は、画像診断は「遺族の同意が必要」と書くかどうかということで、これは結構重要ですが、私としては、これは原則遺族の同意が必要で、ただし犯罪が疑われる場合には例外であるというのではいかがかと思います。

○相田先生 非常に難しいと思います。「犯罪が疑われる場合に」と書かれたら、現場の小児科医は、まず犯罪を疑いますのでAiをしますとは絶対に言えないので、オーダーではほぼうやむやのままで終わってしまうのではないかと危惧します。その文言自体は確かにそのとおりですが、現実問題です。

○門田座長 そういう内容で、ほかの単語はないですか。

○相田先生 最初のところで、前回ディスカッションして、今回はディスカッションしなかった「小児の不慮の死亡例では」が1頁に出ていると思います。(4)の異常死の死因究明の2つ目のポツで「小児の死亡事例においては、虐待による死亡を見逃さないために、虐待を疑うだけでなく、不慮の小児全例を対象にすることが望ましい」と前のほうで書いてあるので、これと矛盾しないような書き方をしていたければ「同意は原則」というのを書くことは構わないのですが、付け加えていただければと思います。犯罪というと、小児科医は引いてしまうと思います。

○門田座長 ご意見はよく理解できるのですが、何かいい表現はありませんか。隈本先生、何か考えていただいて。その前に表現とすれば、原則として承諾を得るという方向で行って、例外規定で、そのほかのものを表現する、という流れはこれでよろしいですね。文言を隈本先生に考えていただく。

○隈本先生 整合性ということ言えば、まさに小児の死亡事例においては、虐待による死亡を見逃さないために「虐待疑似例で全例を対象とすることが望ましい」という文章を

注意喚起の意味で、そのままここにもう一度書いてもいいとは思いますが。ただ小児だけではないので、小児の事例はそう書いておいて、その他の犯罪が疑われる事例については、やったほうが望ましいと書いたほうが良いと思います。

○門田座長 その流れで考えましょう。それから説明の問題、報告書を作成し、開示。前は難しい報告書を渡すだけで理解できるのかということが話題になったことがありますが、開示、この表現はどうか。

○隈本先生 これは先ほどの診療情報の提供に関するガイドラインの準用ということで「さまざまな医療データとともに開示すべきである」でいいと思います。死後であっても、病理解剖の結果も医療情報の全体として開示すべき対象になっていくので、そこに入ると考えていいと思います。

○門田座長 皆さん、よろしいですか。ありがとうございました。それでは、いちばん難しい問題ですが、費用の問題はどうですか。

○医政局総務課医療安全推進室長 文章だけなぞらせていただきますが、費用負担については、異場死の場合、診療行為に関連した死亡であった場合、または医療機関が希望する場合、虐待などが疑われる場合等においた費用負担のあり方を検討する必要があるということで、1つのケースではまともめられないということだと思っていますので、とりあえずこのような書き方にさせていただいています。

○門田座長 文章とすれば、このぐらいで逃げてしまうという感じになるのですが、実際問題、これを最終的な報告書として政務官に渡して何とかというのであれば、この表現よりももう一歩突っ込みたいような気がしますが。これ以上細かく書けば、どのような書き方ができるのかというのは、結構難しい話になるかと思いますが、この扱いをどうしますかね。

○今村先生 本当にこれは難しいと思います。先ほどの論点にもありましたように、例えば小児には全例実施すべきであるということであれば、当然家族の負担というわけにはたぶんいきませんし、医療機関の持出しになるということも困るわけで「ある程度国が義務としてやるべきである」と書いたものについては、国庫でちゃんと拠出してもらうぐ

らいのことは言ってもいいのではないかと思います。

○門田座長 今日は小児の虐待の問題をずっとやってきて、最初からこの件についてはずっと言われていますが、そのぐらいはすべきであるという表現でどんどん突っ込んでいきますか。

○医政局総務課医療安全推進室長 ちょっと言葉がすぎるかもしれないのですが、国として出すに当たっても、それなりというか、仕分けにも耐え得るような理由が必要ですので、その議論を踏まなければいけないのかということは、局内では話合っているところです。

○今村先生 今までこの会の中でも議論されてきていますし、日本医師会も主張しているように、小児の虐待の問題をきちんと国が減らしていくという大きなものは、ちゃんと主張すべきではないかと私は思いますし、それが仕分けにかかって削られてしまうという話なのかなと思います。よほど大きな金額であれば別ですが、そこはしっかりと主張して、逆にいただいたほうがいいのではないかと考えています。

○山本先生 同じことが犯罪見逃しに関しても言えると思いますので、そのところは法務省かどうか分かりませんが、是非、この費用拠出をという形で、オブザーバーのほうもよろしく願いいたします。

○宮崎先生 いまの意見と似たようなものですが、事例で80歳前のおばあさんがCPAOAで担ぎ込まれてきて、その方の顔面に打撲創があったのです。そして結局蘇生に反応せず、お亡くなりになったわけです。

これはどう考えるか。救急車で来られて、警察は関与していないのです。それは転んで硬膜下血腫も考えられるし、内因性の何かも考えられる。Aiを一応救急医が勧めたわけです。うちのルールだと、遺族が希望されなかったら、そのまま連れて帰られるわけです。ところが息子さんが「そういうのあるならやってくれ」と言われたのです。放射線のレポートは硬膜下血腫とくも膜下出血があったのです。レポートはそれを放射線医は書いたわけです。

救急の医者は、これは動脈瘤破裂によってくも膜下血腫を起こして、そのおばあさんが転倒して打撲して、軽度の

硬膜下血腫があるのだということで、死因としては動脈瘤破裂によるくも膜下血腫ですよという説明で納得して帰されたわけです。それは遺族が支払っわけです。こういう事例をどうするか。同意が得られない場合に、そのまま帰していいのかわかっています。こういうことが実際の救急現場で起こっているわけです。だから、こういうことも含めて考えていただきたいと思います。

○門田座長 その辺りは文書化をどのようにやっていくのか。たぶん最後の費用の問題にまで行くと、できるだけおして、ほとんど死因が究明されていない我が国の今までのやり方を変えざるを得ないのだということを言えば、当然費用が発生する。その辺りをどうするかということで、少なくとも前に出ていた死亡の100何万というものを、とやかく言うよりも、ある所に限定したものについては、少なくともこういうことを目標として、こうすべきである。それには某かの費用を国からという話、そういう書き方になるのかどうか。これは次回までに、今日いただいたことで1回原案を書いていただいて、その辺まで行きますと、政務官とのやり取りも必要になってくるかもわかりませんので、そういうことを準備次回にもう一回文章化したものを基にディスカッションしていただくと。今日も10分ほどオーバーしていますので、そろそろ締めたいと思いますが、よろしいですか。ここまでで特にご意見がないようでしたら、いま申し上げたような形でまとめさせていただいて、できれば1回で終わりたいと思いますが、場合によってはもう二回ぐらいしなければならぬかもしれません。

○医政局総務課医療安全推進室長 次回は12月17日金曜日の14時から16時までの開催です。それから、前段のほうは今日は議論ができませんでしたので、資料2の1頁、2頁の辺りですが、もしご意見等々がございましたら、事務局までいただければと思います。

○門田座長 次回で終わるのはちょっと難しいかなという気がするのですが、ファイナルの報告書を次回1回でというのは、なかなか難しいでしょうね。そうすると、その次にもう1回やるのですか。

○医政局総務課医療安全推進室長 状況に応じて、日程調整をして次ということも考えております。その辺はまとまり次

第にもよりますので、何とも言い難いところです。

○門田座長 今年は無理だという意見が出ていますが、年が変わってもいいのですか。

○医政局総務課医療安全推進室長 特にリミットが決められているものはそんなにないと思いますので確定はできませんが、1回、2回、1カ月ぐらいはオーバーしても構わないのかと思います。

○門田座長 できるだけ年内に終われば終わりたいというのが正直なところで、もし今日ディスカッションしていただいたもので、事務局案が前回のようなものがまとまるのであれば、次回の会より前に委員の皆さんにお送りして、それぞれ意見を出してもらって、場合によれば1回で終われるかもしれません。いずれにしても前倒し前倒しでできたものをお届けして考えてきていただく。あるいは前もって意見を頂戴してからすることになれば、前に進みやすくなるのではないかと思います。事務局は大変かもしれませんが、できる範囲内で結構ですが、是非進めていただきたいと思います。

ということで本日は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。

死因究明に資する死亡時画像診断の活用に関する検討会報告書骨子(案)

1. はじめに

(死因究明の意義)

- ① 死因を究明することは、医学の発展や公衆衛生の向上に資するだけでなく、犯罪死見逃し防止等の観点からも、重要である。
- ② また、大切な家族を亡くした遺族が、亡くなった家族の死因を明らかにしたいと願う場合も多いことから、死因究明は、その希望にも応えうるものである。

(死亡時画像診断に関する期待)

- ③ 死因究明に期待を寄せる遺族の理解を得やすい死因究明の手法の一つとして、死亡時画像診断とその活用に対する関心が高まっている。
- ④ また、体表(外表)からの情報だけでは死因が判然としない死体の死因究明の手法の一つとして、犯罪死の見逃し防止に対する活用への関心も高まっている。
- ⑤ 死亡時画像診断により、死後の画像という追加的情報が提供され、解剖における死因究明の精度の向上に寄与するものと考えられる。

(本報告書における撮影機器の想定)

- ⑥ 死亡時画像の撮影に利用する機器としては、現在、全国の医療機関等に設置され、一般化している CT を想定し、本検討会報告書で主に記載するものは CT を利用した場合とする。ただし、MRI 等の有用性を否定するものではない。

2. 現状

(解剖の現状)

- ① 我が国では解剖による死因究明が一般的であるが、年間約 110 万人の死亡者数に対し解剖率は 3% に満たないとの報告がある。

(死亡時画像診断の現状)

- ② 死亡時画像診断については、死体検案の一つの手法として、現在、全国約 20 か所の大学に設置されている専門の実施機関や警察からの依頼を受けた医療機関等において行われている。

(CT による撮影の現状)

- ③ 我が国における死亡時画像の撮影には CT を用いることが一般的であるが、CT を用いる場合には、臓器・組織や疾患等の違いから撮影・読影の精度に差が生じ

得る。これらの撮影・読影の精度を上げていくためには、CTの性能の向上だけでなく、撮影・読影技術の向上を図るための教育、死後変化等に関するデータの集積等が必要である。

- ④ 死因究明へのCTの活用については、画像の質を含めたCTの性能の問題やCT画像を専門に読影できる医師の不足の問題等が指摘されているところである。

(死亡時画像診断に関連するモデル事業の現状)

- ⑤ 厚生労働省補助金事業である「診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業」(以下、「モデル事業」という。)においては、最終的な受付に至らなかった理由の多くは、解剖に関して遺族の同意が得られなかったというものである。このため、モデル事業においても「これまでの総括と今後に向けての提言」において、死後の画像の活用等に関する検討の必要性が提言されているところである。

3. 死亡時画像診断の意義

(1) 有用性と限界

(有用性について)

- ① 体表(外表)からの情報だけでは死因が判然としない死体について、死亡時画像を撮影し活用することは有用である。
- ② 死後の画像の活用については、厚生労働省科学研究費補助金研究事業(地域医療基盤開発推進研究事業)「診療行為に関連した死亡の調査分析」における解剖を補助する死因究明手法(死後画像)の検証に関する研究(研究代表者 深山正久氏 東京大学大学院医学系研究科人体病理学・病理診断学分野教授)において、「死後CT画像は解剖調査の補助手段として一定の有用性を持っており、診療関連死の死因究明調査前の遺族への説明にも用いることができる。」ことが報告されている。

(小児の死亡事例に対する有用性)

- ③ とりわけ、小児の死因究明において、身体的虐待による死亡例では、CTにより頭蓋内出血や特徴的な骨折像の検出が可能と考えられる。
- ④ また、加害者がその外傷を負った経緯について医療者に申告することはないと考えられるため、虐待疑義事例だけでなく不慮の死亡全例に対し、警察と連携の上、死亡時画像診断を実施することは、社会的観点からも有用性が高い。

(限界について)

- ④ ただし、疾患又は使用する機器の性能等の違いにより、撮影・読影の精度に差が生じ得ることが指摘されており、死亡時画像診断は、死因究明の精度を高めるためのツールの一つあり、死亡時画像診断を行うことによりすべての死因が究明できるといった過度の期待を持つべきではない。
- ⑤ このため、死亡時画像診断は解剖の代替ではなく、体液検査（薬毒物検査、生化学分析等）と同様、死因究明に向けた検査手法の一つとして、体液分析や解剖等と組み合わせることにより、総合的な死因究明の精度を高めていくことが重要である。

（２）死亡時画像診断を活用すべき遺体の範囲

死因究明に死亡時画像診断の活用が期待できる遺体の範囲は以下のとおりである。

- ① 診療行為に関連して死亡した遺体
- ② 自宅等で死亡した死因不明の遺体
- ③ 病死及び自然死以外の死因不明の遺体

（３）活用（応用）

- ① 遺族が死因について納得していない場合又は医療機関が遺族に死因について説明する場合に、死亡時画像診断を実施することで、より正確な死因究明に寄与することができる。
- ② 犯罪死の見逃し防止における死亡時画像の活用については、引き続き、警察庁において検討を行う必要がある。

4. 実施体制等の整備について

（１）施設・設備の要件等

- ① 遺体搬送経路の確保、実施時間、専用機器の有無、データの保存法、感染予防のための設備等の基準を関係学会において、策定することが必要である。
- ② 特に、医療機関外の遺体に対して死亡時画像診断を実施する場合には、感染防止や入院患者等への配慮から死亡時画像の撮影専用の施設や設備を用いることが望ましい。

（２）撮影や読影を行う者の人的要件等

- ① 画像の撮影は診療放射線技師が行い、その読影は、読影報告書(仮称)を記載する放射線科専門医又は臨床医等が行うことが妥当である。
- ② 死亡時画像の撮影は、一定の品質を担保するため、死亡時画像診断に関する一定の研修を終了した診療放射線技師が担当することが最も効果的である。

- ③ 読影は、死亡時画像診断に関する一定の研修を終えた医師(病理医、法医を含む。)が行うこととする。
- ④ 死亡時画像診断に関わる者は、機器の性能を十分に理解・把握する。

(3) 実施機関の運用体制

(開始に当たっての各施設における体制)

- ① 医療機関において新たに死亡時画像診断を開始するに当たっては、死亡時画像診断には、有効性と限界があること、一定の業務増が伴うこと等について、管理職員や事務職も含めた医療機関職員の十分な理解を得た上で開始することが重要である。
- ② 死亡時画像診断を円滑に行うためには、診療放射線技師、放射線科専門医、臨床医等の協力体制(連携体制)が必要である。
- ③ 実施に当たり、死亡時画像の撮影に関する各種様式の整備、撮影方法や撮影装置の条件の標準化、専門医の立会の必要性、撮影に伴う汚染・感染防止の準備、目的に応じた画像処理と読影、画像の適切な管理方法等について取りまとめたガイドライン等を作成し、実施に携わる者は、それを熟知すべきである。

(中立性を担保するための運用体制)

- ④ 死亡画像診断の後、解剖を行う際には、先入観を持つことを避け、中立性を保つ観点から、死亡時画像の診断を行った医師が、解剖を行うことを避けることが望ましい。
- ⑤ より正確な死因究明を行うためには、解剖を担当する医師と死亡時画像の読影を行う医師とが連携して判断することが必要である。

(撮影場所に関する体制)

- ⑥ 原則として、入院患者が亡くなった場合など医療機関内で死亡した遺体は、当該医療機関において死亡時画像の撮影を行い、在宅で亡くなった場合など医療機関外で死亡した遺体は、画像の撮影を専門に行う施設において死亡時画像の撮影を行うべきである。

(その他、実施に当たり整備、検討しておくべき体制)

- ⑦ その他、
 - ア 医療機関において、死亡時画像診断に通常の検査と同様の機器を使用することについて、診察・治療に訪れた患者やその家族への周知と理解を図る体制の整備が必要である。

イ 医療機関で死亡時画像診断を実施する場合は、読影に関して、専門的知見に基づき後方支援を行う機関との連携体制を確保しておくことが必要である。

ウ 実施機関においては、地域の実情を踏まえ、専門受付窓口の設置及び土日祝日も含めた24時間体制の整備について、検討していくことが必要である。

(4) 全国的な体制整備に向けての考え方

- ① 死亡時画像診断の意義(有用性と限界、対象者、位置付け、活用)について、医療関係者及び患者・家族を含む国民に広く周知し、国民的理解を促進することが必要である。
- ② 死亡時画像診断は、広く、医師、死因に納得しない遺族及び警察から依頼されることが想定されるため、それぞれの地域において、死亡時画像診断が実施できる体制を検討していくことが必要である。

(5) 専門家の育成等

- ① 診療放射線技師の撮影能力や放射線科専門医の読影能力の向上が必要である。(特に、小児の画像診断の専門家は圧倒的に不足しており、その養成は急務である。)
- ② 関係学会等による撮影や読影に関するガイドライン等の作成や講習会の開催が必要であり、将来的には関係学会等による専門医等の養成研修や認定制度の創設を目指すべきである。
- ③ 読影技術全般の向上を目指すという観点から、引き続き、死亡時画像診断と解剖との結果の比較検証が必要である。(例えば、モデル事業を活用することが考えられる。)

(医療関係者への啓発)

- ④ 専門家の育成に加え、医療関係者全般が、死亡時画像診断に関して十分に理解することが、死亡時画像診断の普及に重要である。

5. その他

(1) 死亡時画像診断の資料の保存と情報開示

- ① 死亡時画像診断の資料の保存及び情報開示については、既存の法令・ガイドライン(医療法第21条第1項、医療法施行規則第20条第10項、医師法第24条、医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン、診療情報の提供等に関する指針等)に準じて、適切に行う。

(2) 遺族への説明

- ① 遺族に対する死因の説明に際し、死亡時画像の結果を踏まえることは、遺族の納得に資するものと考えられる。
- ② 医療機関内で死亡した患者に対し、死亡時画像診断を実施するに当たっては、原則として、遺族に対して十分な説明を行い、理解を求めた上で実施する。
なお、異状死への実施に当たっては、所轄警察署の判断が優先する。

(3) 死亡時画像診断にかかる費用負担のあり方

- ① 異状死の場合、診療行為に関連した死亡であって遺族が希望する場合、医療機関が死因究明のために必要とする場合又は虐待等が疑われる場合等の状況に応じた、費用負担の在り方を検討する必要がある。

6. おわりに

- ① 本検討会では、死亡時画像診断の有用性や実施体制等の整備等について鋭意検討を行い、現時点における見解について一定の整理を行ったところである。

(死亡時画像診断に関する留意点)

- ② 死亡時画像診断の活用にあたっては、その有用性と限界を十分に踏まえつつ、適時・適切に活用することが重要である。
- ③ なお、現状の死亡時画像診断では、死因の確定診断は出来ないことから、死因究明時に行われる他の検査と同様に「死後画像検査」と考えるべきとの意見がある。

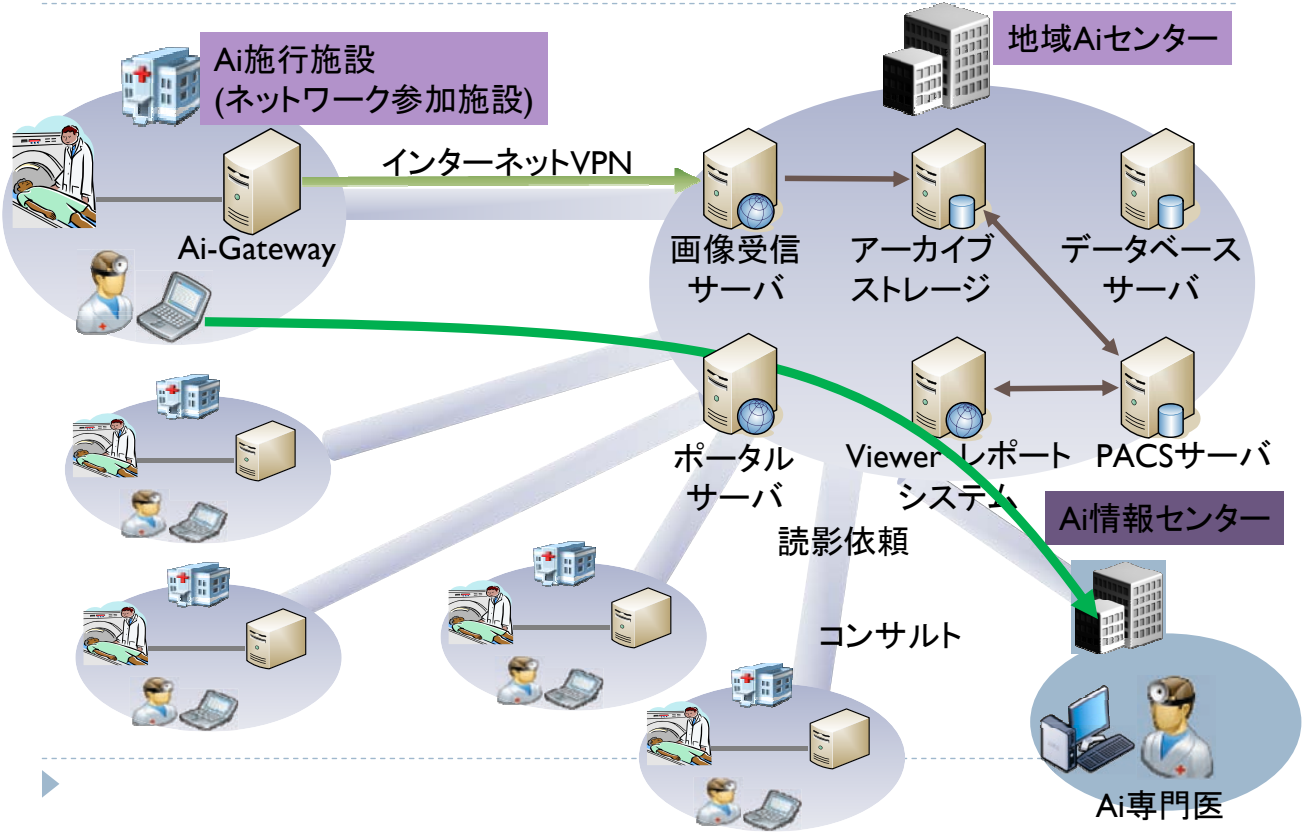
(今後について)

- ④ 我が国の死因究明体制の向上の観点からは、今後、MRIも含めた死亡時画像診断の活用について、より一層の議論を期待する。
- ⑤ 本検討会報告書が、今後、出来るだけ多くの死因究明に資する死亡時画像診断を実施する機関において活用されることを望むものである。

地域Aiセンター設立及びその費用

死因究明に資する死亡時画像診断活用に関する検討会
委員 今村聡

システム構成



Ai遠隔読影システム

▶ Ai遠隔読影システム

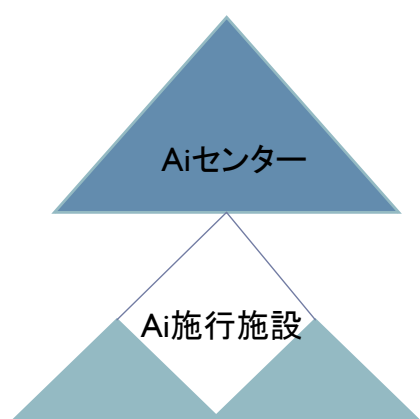
- ▶ 各都道府県に中核となるAiセンターを設立し、各施設で施行されるAiデータを集積・読影するシステム

▶ 必要な機能

- ▶ データ収集システム
- ▶ 遠隔読影システム
- ▶ Ai読影依頼管理システム
- ▶ オンラインカンファレンスシステム
 - ▶ 在席確認、IM、IP電話、Web会議など



概算費用（初期費用 Aiセンター+ 10施設）



初期費用・・・	¥90,000,000
人件費・・・	¥ 3,000,000
年間維持費・・・	¥ 3,000,000
	<hr/>
	¥96,000,000

初期費用・・・	¥ 2,000,000
年間維持費・・・	¥ 500,000
	<hr/>
	¥ 2,500,000

1施設追加毎に加算

例)Aiセンター1施設、Ai施行施設10施設を接続する場合
 $96,000,000 + (2,500,000 \times 10) = \text{¥}121,000,000$



Ai遠隔読影システム 費用内訳

▶ 初期費用

- ▶ 地域Aiセンター側設備費用 …… **¥90,000,000**
 - ハードウェア・ソフトウェア費用 : ¥50,000,000
 - システム開発及びインフラ構築費用 : ¥40,000,000
- ▶ ネットワーク参加施設側設備費用 (1施設当たり) …… **¥2,000,000**
 - ハードウェア・ソフトウェア費用 : ¥1,500,000
 - 導入作業費用 : ¥500,000

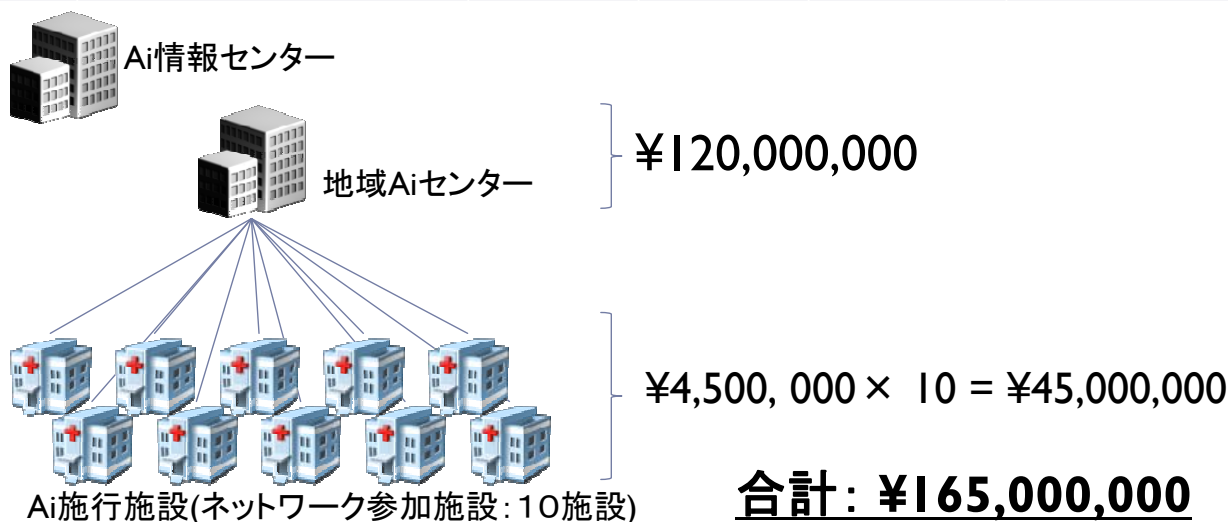
▶ 年間経費

- ▶ 地域Aiセンター …… **¥6,000,000**
 - 回線費用、光熱費等 : ¥1,000,000
 - 人件費(事務員1名) : ¥3,000,000
 - システム保守費用 : ¥2,000,000
- ▶ ネットワーク参加施設 …… **¥500,000**
 - 回線費用、光熱費等 : ¥500,000

ただし検査費用、読影費用は除く

5年概算費用

	科目	初期費用 (円)	年間経費 (円)	5年累計 経費(円)	5年累計 総費用(円)
1	Aiセンター設備費	90,000,000	6,000,000	年間経費×5	120,000,000
2	ネットワーク参加施設設備費	2,000,000	500,000	年間経費×5	4,500,000



政策会議

[▲トップページへ](#)

(参考)

[トップ](#) > [会議等一覧](#) > [高度情報通信ネットワーク社会推進戦略本部\(IT戦略本部\)](#) > [専門調査会等](#)高度情報通信ネットワーク社会推進戦略本部
第4回 医療情報化に関するタスクフォース 議事次第

平成22年12月1日(水)

16:00~18:30

於 中央合同庁舎4号館12階全省庁共用1208特別会議室

1. 開 会
2. 「シームレスな地域連携医療の実現」の基本的考え方および議論の進め方について
3. 「在宅医療・介護における情報連携の推進」に関する議論について
4. 「二次医療圏を基本とした地域連携ネットワークの構築」に関する議論について

〔資料〕

- 資料1: [「シームレスな地域連携医療の実現」の基本的考え方について](#)
- 資料2: [「シームレスな地域連携医療の実現」議論の進め方](#)
- 資料3-1: [「シームレスな地域連携医療の実現」在宅医療・介護における情報連携の推進](#)
- 資料3-2: [シームレスな医療・介護連携の実現
ー医療・介護連携ネットワークの現状と、共有すべき情報のあり方ー
\(高橋肇 特定医療法人社団高橋病院理事長提出資料\)](#)
- 資料3-3: [医療と介護の共有すべき情報とは
\(尾林和子 社会福祉法人東京聖新会理事 特別養護老人ホーム
フローラ田無施設長提出資料\)](#)
- 資料3-4: [医療と介護の連携 ～ケアマネジャーの立場から～
\(板垣恭子 株式会社日本生科学研究所日生薬局介護支援事業部管理者
提出資料\)](#)
- 資料3-5: [「シームレスな医療連携の実現」在宅医療・介護における情報連携の
推進について
\(武藤構成員提出資料\)](#)
- 資料4-1: [「シームレスな地域連携医療の実現」二次医療圏を基本とした地域連携
ネットワークの構築について](#)
- 資料4-2: [埼玉利根医療圏における地域医療再生へ向けた取り組み
\(中野構成員提出資料\)](#)

- 参考資料1: [第3回医療情報化に関するタスクフォース議事要旨](#)
- 参考資料2: [「シームレスな地域連携医療」と「どこでもMY病院」](#)
- 参考資料3: [地域医療再生基金におけるIT活用による地域医療連携について](#)
- 参考資料3
添付資料: [地域医療における情報連携のモデル的プランについて](#)
- 参考資料4: [千葉県共用地域医療連携パス\(例示モデル\)](#)

「シームレスな地域連携医療の実現」 の基本的考え方について ※

※ 「高齢者等に対する在宅医療介護、見守り支援等の推進」の取組内容を一部含む

1. 「シームレスな地域連携医療の実現」 （「新たな情報通信技術戦略」本文抜粋）

【具体的取組】

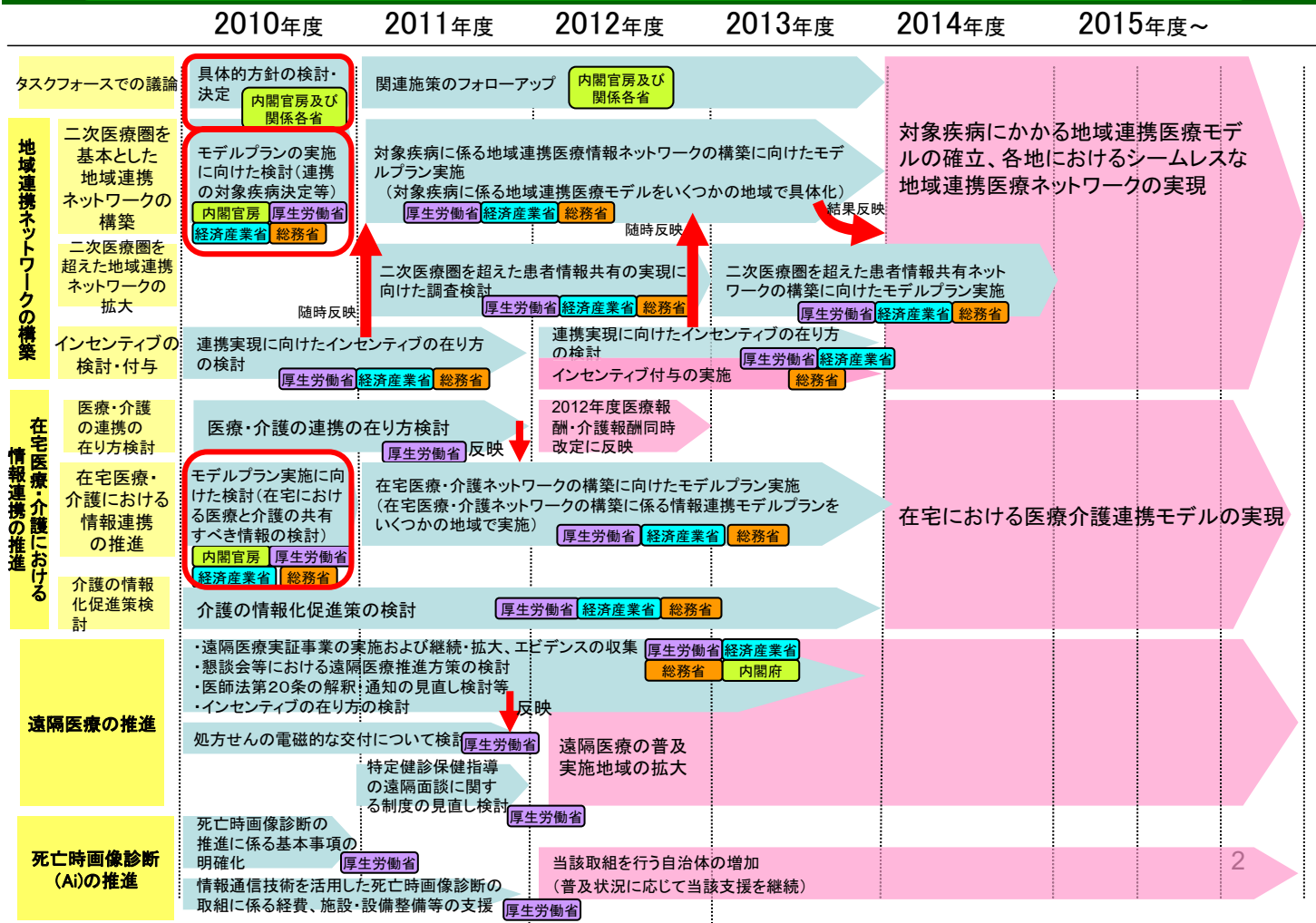
企画委員会の下にタスクフォースを設置した上で、関係省庁が連携して以下の施策に取り組む。

ii) シームレスな地域連携医療の実現

遅くとも2015年までに地域医療支援病院を中心とし、生活習慣病などを対象として、情報通信技術を活用した地域連携クリティカルパスや医療から介護まで健康に関わる施設間でのシームレスなデータ共有を可能にする体制を各地に構築するため、2010年度中に、具体的な方針を固める。また、医療情報システム等の普及と標準化の推進を行うとともに、死因究明に精通した医師が少ない中で、地域連携により死亡時画像診断(Ai)による死因究明を推進する。

さらに、医師不足地域等における患者の利便性を向上させるため、処方せんの電送交付をはじめ、遠隔医療の実施可能範囲の明確化及び遠隔医療に対する診療報酬等の適切な活用など、遠隔医療の普及方策を検討する。

2. シームレスな地域連携医療の実現 工程表



3. 医療情報化に関するタスクフォースの設置について

医療情報化に関するタスクフォースの設置について（抜粋）

平成22年8月9日
企画委員会決定

2 タスクフォースは、「新たな情報通信技術戦略 工程表」（平成22年6月22日高度情報通信ネットワーク社会推進戦略本部決定）及び企画委員会が示す方針に沿って医療情報化に関する調査を行い、その結果及び活動状況について企画委員会に随時報告する。

医療情報化に関するタスクフォースにおける調査の方針（抜粋）

平成22年8月9日
企画委員会決定

「医療情報化に関するタスクフォースの設置について」（平成22年8月9日企画委員会決定）第2項の規定に基づき、医療情報化に関するタスクフォースにおける調査の方針を以下のとおり定める。

2 シームレスな地域連携医療の実現（注）

以下の事項につき、調査・検討を実施する。

- ① 二次医療圏を基本とした地域連携ネットワークで取り組む対象疾病について
- ② 在宅に於ける医療と介護の共有すべき情報について
- ③ 二次医療圏を超えた地域連携ネットワークについて
- ④ 遠隔医療の推進に関する進捗状況について
- ⑤ 死亡時画像診断(Ai)の推進に関する進捗状況について

（注）「高齢者等に対する在宅医療介護、見守り支援等の推進」の取組内容を一部含む

上記①～③についてはタスクフォースにおいて議論を行い、④、⑤については関係府省より進捗状況の説明を受けて議論を行う。