

「異状死（医療関連死）に対応できる第三者機関」と Autopsy imaging

江澤英史¹、

¹放射線医学総合研究所重粒子医科学センター病院診断課

昨夏、四学会（内科、外科、病理、法医）合同ワーキンググループ提案された「医療中の死因解明のため第三者検証組織設置」に対し、厚生労働省が公費対応するという記事が注目を集めた。記事には「東京や大阪など法医学や病理学の医師の体制が整っている5カ所程度の地域でモデル事業を行い、軌道に乗れば全国に広げる」とある（朝日新聞 2004年8月22日朝刊記事）。もしも厚生労働省が本気で全国展開するつもりがあるのなら、（そして、本来そうしなくてはならないのであるが）、東京や大阪はモデル地域として不適切である。どちらも監察医制度の恩恵を受けている特別地域だからである。たとえば東京都監察医務院は常勤医8名、非常勤医46名、補助人員53名、2003年の検案総数約1万、剖検数2627体、年間予算10億だという。（福永龍繁「死亡診断・死体検案システムの現状と問題点」科学、Vol74, No11）。ところが荒川を渡り千葉県に入ると、行政解剖予算は年間20体分程度しかない。（正確な額は知らないが、年間予算1000万円程度だろう）。これは千葉県が低いのでなく、東京都だけ突出して良好な対応をしているのである。厚生労働省は、この上さらに東京に公費投入してモデル構築する。だが、年間10億で運営される施設のモデルが、年間予算1000万円の地方組織で使えるはずはない。ほとぼりがさめたころ、使えないモデルを押しつけられる「地方」はたまったものではない。医療行政が経済的理由から縮小方向へ舵をきっている監察医制度をベースにした「監察医務院モデル」という存在自体が、厚生労働省のスタンスを雄弁に物語っている。もっとも行政としては、国民の権利平等を謳った日本国憲法に反している可能性すらある、監察医制度を規定した政令「監察医を置くべき地域を定める政令（昭和二十四年十二月九日政令第三百八十五号）」に関しては、できるだけ話題にしたいくないという気持ちが根底にあるのかもしれないが。

この問題に対する医療行政の本気度は2～3のポイントでチェックできる。モデルとして選択する地域、モデル展開の次の青写真呈示の有無、そしてAiをシステムに組み込むかどうかである。（あるシンポジウムの公開討議で筆者の質問に対する厚生労働省局長代理の回答で明らかになったが、2004年11月の時点では、厚労省はこのシステムに死亡時画像診断を組み込むことは全く念頭においていなかった。）

行政の問題点ばかり追求しても建設的でない。そこでここでは、対案として中立的第三者機関に対しオートプシー・イメージング(Ai)を導入するという提案を行う。Ai情報は高度な中立性を持つため、透明性と客観性が高まる。遺体全体を見渡せる

画像を基に、ポイントを絞った剖検を行える。得られた剖検情報は Ai 画像に添付できる。さらに剖検非承諾例でも、Ai は承諾される可能性が高い。そして、Ai で異常所見を認めたら剖検を行い確定すればよい。システム上の利点としては、全国展開モデルとして普遍性の高いものが構築できる点があげられる。なにしろ CT は全国に 1 万台以上設置されているのだから。

こうした提案をすると Ai さえ行えばよい、という主張だと誤解されてしまうかも知れないが、可能な限り剖検と Ai を併用することが望ましいことはいうまでもない。剖検に限界があるように、Ai にも限界が存在する。Ai と剖検は相補的二重らせん構造をとる時に、死亡時医学検索における信頼性の高い検査として完成する。互いのクオリティ・コントロールと相互医療監査が同時に達成されるからである。このことを別の角度から表現すると「21 世紀の死亡時医学検索を新たに構築する」ということになる。ここにこそ、PMI (postmortem imaging = 死後画像) と Ai の質的概念の違いがある。

医療関連死に関する中立的第三者機関を作る際には、まず死亡時医学検索の必要性和重要性について確定する作業から始めたほうがよい。グランドデザインがないままその上に新たなシステムを構築することは行政の得意技ではあるが、学問に資する者にとっては忌避すべき姿勢だろう。高度先進医療が行われる現代でも、こうした基本的な医学概念が確立されていないことが多いというのは現状ではあるが。

厚生労働省はこれまで、剖検に対する費用拠出に対し具体的な対応を怠ってきた。今回、中立的第三者機関のモデル構築に際し、「この件に関しては」剖検の費用を拠出することが検討されはじめた。これは行政が医療に負債返済をはじめたにすぎない。それはそれできちんと遂行してもらえばよいことであるが、同時に未来への新たな投資も開始すれば、日本の医療はわずかながらよい方向へシフトする。その先行投資こそが、Ai の社会システムへの導入であると考えている。

巨象のように慣性の大きい行政システムを動かすことができるのは、現場の医療従事者や、市民ひとりひとりの切実な声だと思われる。こうしたムーブメントを達成する時に Ai 学会が果たす役割は、これから大きなものになっていくことだろう。

Aiの社会導入は死因究明制度構築に必須である 第7回死因究明に関する検討会 内閣府
 21世紀の死因究明制度は、Ai（オートプシー・イメージング）が主体になる。
 江澤 英史（放射線医学総合研究所重粒子医科学センター病院）

現状の死因究明制度がうまく稼働しない理由は、解剖を主体にした制度設計がされているからである。現状の死因究明制度を改革するため、解剖主体の制度設計から、死亡時画像（オートプシーイメージング=Ai）を主体とした死因究明制度に変更する必要がある。以下、根拠、現状での問題点、提言の順に述べていく。

① Aiを死因究明制度の主体に置くべき前提と根拠

1) 死因確定率はAiでは60%、解剖では80%である。

Aiは死体の画像診断なので、CTやMRIを含む。CTの死因確定率は30%、MRIでは60%だと言われる。一方、解剖による死因確定率は70～80%である。つまり、解剖は死因究明制度において、必ずしも絶対視されるべき検査ではない。解剖とAiは、その適用を相対的に判断されるべき、併存し、かつ独立した検査である。

2) 解剖は遺族感情を害するため拒否例も多いが、Aiは検査拒否例ゼロである。

解剖は遺体を損壊する破壊検査で、非人道的検査であるため、現在の社会情勢下では推進困難な検査となっている。一方Aiは非破壊性検査で人道的検査であり、市民感情に受け容れられやすい。

3) 解剖は結果報告まで時間がかかりすぎる。

病理解剖で約半年、司法解剖の鑑定書の公開には二年以上かかるといわれる。一方、Aiは一時間以内に報告できる。たとえば遺族の願いは、迅速に真実を知りたいという点に集約される。解剖を主体とした死因究明制度ではこうした要請に対応できない。

4) 解剖の生情報は一般人に直接呈示できないが、Ai画像は一般人に呈示しても心証を害さない。

解剖の生々しい情報は、遺族や一般人である裁判員に直接呈示はできないが、Ai画像は、たとえ家族を亡くした直後の遺族にも呈示しても受容される。これは、今後一般人が参加する裁判員制度における情報呈示などに、Aiが重要な役割を果たす可能性を示している。

5) 解剖施行のマンパワーは少なく、Ai施行のマンパワーは多い。

解剖の担当者は法医学者120人、病理医2000人。Aiを行うマンパワーは、放射線科医4000人であるが、一般臨床医28万人ほとんど全員が対応可能である。この他、放射線技師の積極的な協力（四万人）も得られるという感触を得ている。

6) 解剖費用は高く、Aiの費用は安い

解剖は一体25万円、追加費用を考えると50万円かかる場合もある。Aiは一体CT3万円、MRI5万円と、解剖の一割～二割のコストで済む。

② A i 導入における現状の問題点

1) A i に費用拠出がされていないこと。

費用拠出がされなければ、このシステム導入は医療現場を疲弊させる。したがって A i の費用拠出の設定は必須である。この際、医療費から拠出すると、必ずどこかで「生きている人への費用拠出を優先させるべき」という意見と衝突する。その場合、A i に優先権はなくなるので、A i に対する費用は医療費外から拠出するべきである。そのシステムが完成した暁には、日本の死因究明制度は新時代に突入する。

3) A i の診断評価やシステムアップの主導権が解剖医の手に委ねられていること。

A i は画像診断なので、システム設計は画像診断の専門家が対応すべきである。解剖関連医（病理医、法医学者）は、画像診断に関しては素人に等しく、A i のシステムアップの主導者にはなりえない。A i 診断は画像診断医が行うべきである。

4) 省庁間で、A i に対する姿勢が一定していないこと。

警察庁は A i の一種である検死 CT に予算を計上している。一方、厚労省の医療事故に関する死因究明制度を策定するための検討会では、A i をいまだ基礎研究段階とし、有用性を検討する公募研究を行うレベルで、こうした行政の姿勢は一貫性に欠ける。こうした事象は、A i が画像診断だという基本事項を理解しないままに検討を実施し続けたが故の混乱である。

③ A i 導入に関する提言

1) 行政として、A i を社会制度に導入することで市民感情への対応を図ること。

親族の死因を確定したいのは、市民感情としては普遍的かつ根源的な情である。この要請に、現在の死因究明制度はまったく対応していない。なぜなら、現在の死因究明は解剖を土台にされており、実施率 2.8% ときわめて低率だからである。現状に対し、いたずらに解剖制度のみに費用拠出増大させても、問題解決には至らない。

2) A i と解剖を序列化した社会制度として確定させること。

従来の死亡時医学検案は

体表検案（非破壊検査） → 解剖（破壊検査）

とされてきた。21世紀の死亡時医学検案は

体表検案 → A i（非破壊検査） → 解剖（破壊検査）

と序列立てられる。

新たな A i 制度の構築と導入は、従来の解剖制度の否定ではなく改善につながる。なぜなら A i 施行後に、解剖を行うことが可能だからだ。従来の解剖制度をそのままに、新しく A i 制度を導入すれば、多くの問題は解決する。その際、放射線科医を主体とした新しい死因究明制度の構築を行う必要がある。

3) 死亡診断書記載は検案と A i を主体に行う。

もともと、死亡診断書は非破壊検査である検案のみで提出可能である。これを必要に応じ、A iまで行うことを基本とする。ただしその際、A iに対する費用拠出を確定しなくてはならない。そこを怠ると医療破壊につながるだろう。

3) A iに対し、国家としてのコンセンサスを呈示すること。

費用拠出を含め、A iに対するコンセンサスを周知させる必要がある。たとえば死体の画像診断を医療現場で行うことに対し、実質的にはすでに暗黙されている。A i施行を行政が支持し、費用拠出を実施する姿勢を公式表明すれば、A iは現場で自律的に推進される。現に、司法関係者からは要請が個々の医療施設に対して行われ、多くの医療施設でA iでの捜査協力が行われている。この事実を、医療を扱う厚生労働省が追認すれば、医療従事者の協力を得るための最低条件が充たされる。

4) 死因究明制度の再構築の際、省庁横断的検討会が構築されることは、妥当である。

解剖費用に関し、司法解剖五千体（警察庁）、行政解剖八千体、承諾解剖五百体（地方自治体）は費用拠出されるが、一番多い病理解剖二万體（厚生労働省）には費用拠出がされず、今後も費用を支払う予定はないと仄聞している。このような土台の上では死因究明制度の再構築は困難である。（数字は概数）

A i導入のためには、予算措置を確定しなければ医療関係者や市民は納得しない。医療費から拠出すれば、生者と死者の間における優先競争が起こる。そうなれば医療費は生者優先は当然である。このため、医療費外からの拠出が必要となる。

こうした費用は国家が支払うのは、市民に対する当然の責務である。なぜなら死亡時医学検案ほど平等に万民に必要とされる検査は他にないからである。人は誰でも一度だけ死ぬ。したがって、死亡時医学検案とは誰もが一度は必ず受ける検査であり、かつ、誰も二度は受けない検査でもある。こうした検査に対し、税金をベースに拠出を決定しても、反対を唱える市民はおそらく皆無だろう。もしもそうした制度が構築できないとしたら、それは行政の構造に問題があり、問題点を放置することにより何らかの惨事が発生した場合は、行政の不作為が問われる可能性がある。

ちなみに、大相撲時津風部屋リンチ死事件では、死亡時医学検案が二度行われている。これは現行制度の不備とその限界を露呈した、顕著な例であると思われる。

4) 地域行政単位におけるA iセンターの構築。

地方医療現場から自律的にエーアイセンター（A iセンター）が確立されている。つまり医療現場や社会要請により、A iは普遍化されるべきだという自主判断がなされているわけだ。中央官僚はこうした地方発の自律活動をモデル事業として支援、推進すべきだろう。東京モデルを策定しても、優遇された地域に作られたモデルが、ヒトも物も欠ける地方でうまく回るはずがない。つまり解剖制度を土台とした制度設計は地域格差を拡大する。よって全国規模では普遍的制度として機能しない。A iセンターは、制度設計を適切に行えば、日本全国で普遍的に運用可能になる。

④まとめ

A iは非破壊性検査であるため、時間もかからず、コストも安く、遺族感情にも優しい。また画像診断の進歩により、きわめて多くの情報が取得できるようになった。したがってこれからの死因究明制度の土台にはA iを据えるべきであり、A iを基本検査とし、解剖はA iの補助検査とする、というパラダイムシフトが必要とされる。

これは市民の強い要請でもある。人は誰でも一度は死ぬ。その時にきちんと死因を調べる制度を構築するということは、国民ひとりひとりが平等に享受すべき権利であり、そうした制度が構築されていない国家とは、未成熟な国家だと断ぜざるをえない。このため、死亡時医学検索制度を国民ひとりひとりが平等に享受できる行政制度を構築することは、国家として当然の責務だと思われる。その際、まず非破壊検査で人道的なA iを行い、広く問題を把握した後に破壊検査で非人道的である解剖を適用する、という序列立ては、一般市民に広く適用される社会制度設計者としては、当然導入すべき基本骨格であると思われる。

このように考えると、A iを実施できる制度を国家として構築するということは、実は社会制度や医療がその本質である初心に戻る、ということでもある。国家建国の精神、ならびに医療の精神の基本に、死者を尊重し、屍に学ぶのは、行政担当官や医療従事者ならば誰もが熟知する黄金律のはずだ。

解剖はこれまでこうした制度の基礎を支えてきた重要な検査であり、その重要性は今後も減じることはない。しかし技術の進歩と共にその地位は相対化する。通信業務との比喩で言えば「解剖は固定電話、A iは携帯電話」のようなものである。どちらにも一長一短がある。そうしたことを考慮すれば、これからの死亡時医学検索、あるいは死因究明制度の基本にはA iを据えるべきだということは、専門家よりもむしろ一般市民の方が直感的に理解してしまう、普遍的な真実だと思われる。


なお参考資料から推察するに、これまで本検討会では法医学者に片寄った意見聴取が行われているように思われる。同時に、A iに関し行政部署の実態の認知度は低いようにも見受けられる。このため、次回からの検討会にA i専門家を含め、画像診断の権威の方を数名推薦したい。

- 1) 千葉大学医学部放射線科 山本正二講師 (A iセンター責任者)
- 2) 筑波メディカルセンター病院放射線科 塩谷清司部長 (日本におけるA i研究の第一人者)
- 3) 東京大学医学部放射線科学教室 大友邦教授 (日本放射線学会理事長)


以上

社会はAIをどう扱えばいいのか
 ——解剖医にAIを『主導』させてはならない理由——

「死因究明制度に資するAI活用検討委員会」
 厚生労働省省議室
 2010.08.05



独立行政法人放射線医学総合研究所重粒子
 医科学センター・AI情報研究推進室
 江澤英史



死因究明は誰のため？
何のため？
その目標は？

↓

= 【市民と社会の納得】

- ・解剖をしても死因が解明できない場合がある
- ・家族の死因を知りたいと思うのは当然の願い
- ・犯罪を見逃したら、社会は納得できない

ボタンの掛け違いは一部の解剖医がAIと解剖
 を比較・検討したことにある。

↓

医学体系内にも、社会的にもセンスが悪い。
 AIは非破壊検査、解剖は破壊検査で次元が違う。

↓

AIは同じ非破壊検査である「検疫」と比較し、
 導入システムを検討すべきである。

AIの概念提唱者として危惧していること

↓

解剖医が主体でAIを扱ると

- ・医療現場が閉鎖するシステムになる
- ・レポートのない無責任AIが横行する
- ・AIの信頼が社会に還元されなくなる

↓

死因不明社会が一層、増長されてしまう。
 (注：解剖医＝病理医+法医学者)

日本医師会 医療・医学における死亡時画像診断
 (AI=Autopsy imaging) 活用に関する検討委員会
 (平成22年3月 答申) より

司法解剖 (2009) 6695体 (4.1%)

行政解剖 (2009) 9185体
 (東京都区・横浜市・名古屋市・大阪市・神戸市)

行政解剖 (2008) 480体 (世田谷区市民会館)

検死解剖 (2007) 16797体 (死亡届の55%)

解剖総数 (2007) 7体 (死亡届の0.02%)

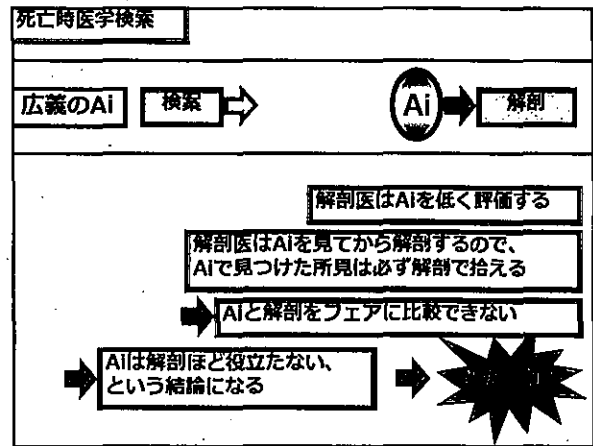
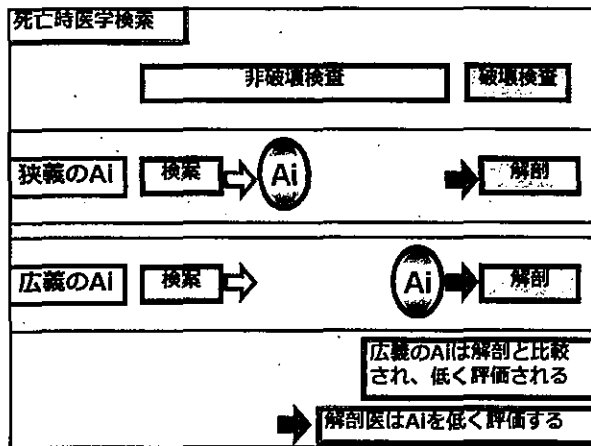
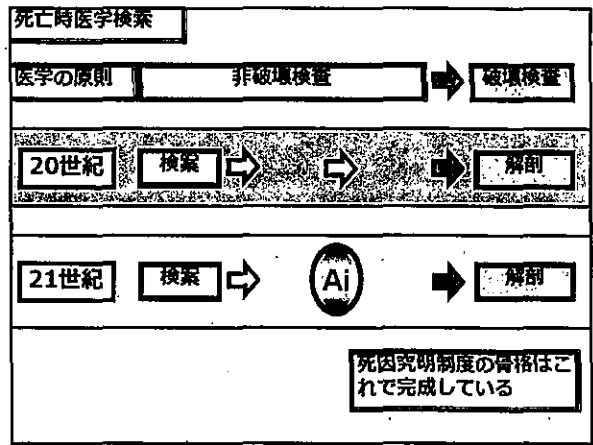
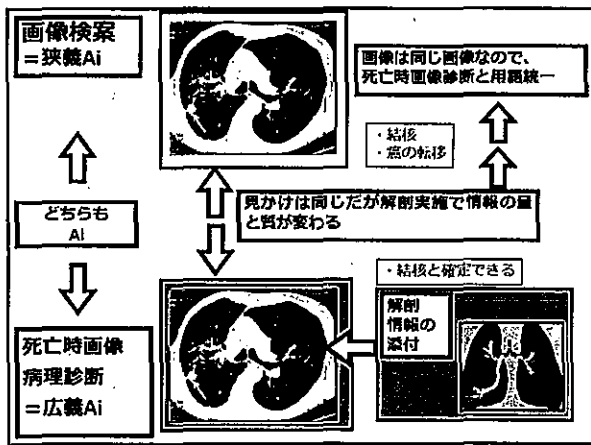
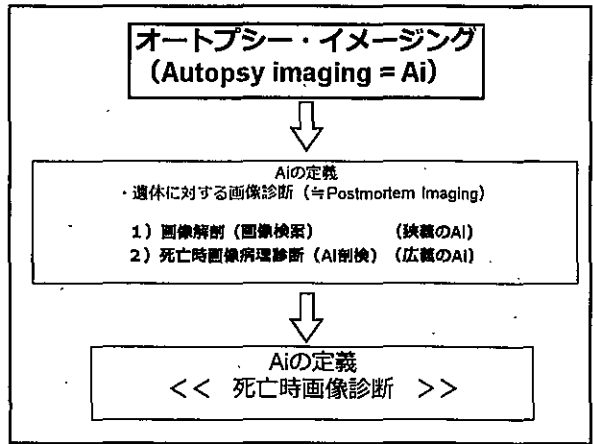
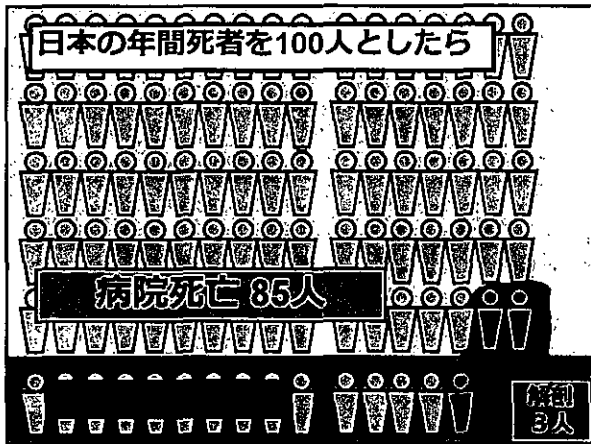
司法解剖 (2009) 6695体 (4.1%)

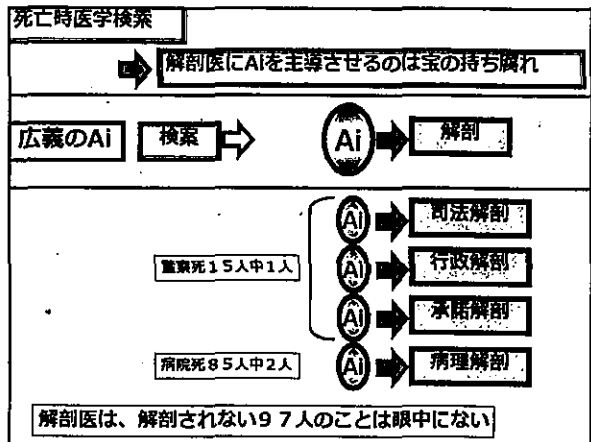
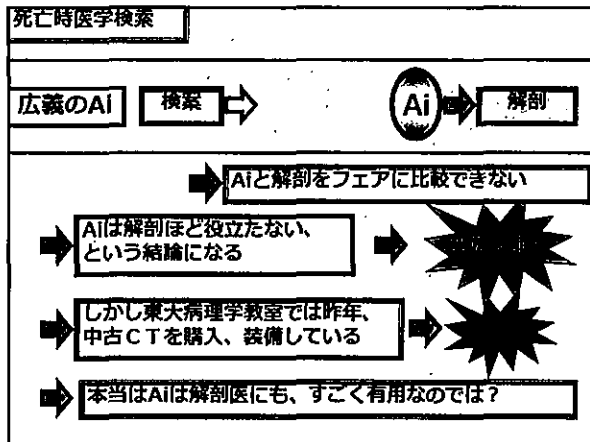
行政解剖 (2009) 9185体
 (東京都区・横浜市・名古屋市・大阪市・神戸市)

行政解剖 (2009) 480体 (世田谷区市民会館)


**法医学者が主体とする検死・検死システムAIは
 医療現場のAIとは、別れている**

**司法解剖だけでなく行政解剖、検死解剖
 法医学者が、行政以外のAIを主導するの
 かも、行政AIを主導するのかも?**





Aiが解剖より有用だった例 (当院第一例目)



Aiで右腸骨転移を発見したため、同部位を検索、低分化腺癌転移を確定した。

従来の剖検検索領域ではないため、従来型剖検では骨転移は陰性となっていただろう。

解剖医は、解剖されない97人のことは眼中にない

解剖システムが唯一の役割なのに、検査項目が足りない

解剖医は画像診断の経験がなく、画像診断が弱い

解剖医は画像診断レポートを作成しない

解剖医が画像診断を担い、誰もチェックできない

解剖医の主導

Aiを行ったら、必ず解剖を行わなければならない

これではAi実施数は解剖実施数を超えられない
→ 死因究明率は解剖と同じで、改善されない

現実にあった出来事 (1) 法医学者編

解剖医が、画像診断で骨折を見落としていた

法医学者は画像診断レポートを作成していない

法医学分野のAiの先駆けである千葉大学法医学教室では当初、千葉大学付属病院に設置されたAiセンターに診断協力を要請していたが、ここ数年ほとんど読影依頼されていない

以上は、日本医師会でのAi活用検討委員会で実際にあったできごと

ある法医学者はCTでは出血がわからないと公言している

→ 法医学者による質の低い、レポートもない画像撮影がまかり通っている
あるいは、法医学者はAiを診断していない

法医学者はAiという言葉を使わず、死後画像という言葉を使う

法医学者 = 死後画像
Ai = 死後画像診断
→ 「法医の死後画像には、診断がない」

現実にあった出来事 (2) 病理医編

国立大学医学部病理学研究所 (法医学部法医学研究センター) 病理学研究室

1. 研究目的: 法医学的画像診断の精度向上、死因究明の効率化


2. 研究対象: 法医学的画像診断 (CT, MRI) の活用

3. 研究期間: 2023年10月～2024年3月

4. 研究結果: 法医学的画像診断の精度向上、死因究明の効率化

5. 結論: 法医学的画像診断は、死因究明に有効である

P21~P22



画像所見
・脳浮腫
・未呼吸肺

研究員の評価
研究者アンケートの多数決の結果、5. AIのみでは死因究明は困難 (最低の評価) になっている。

本当の評価
AIは解剖と同等に有効

画像と解剖の有効性を比較するのであれば、

科学的に正当な評価項目

1. AIは解剖より優れる
2. AIは解剖と同等である (病理解剖と主病変が一致)
3. AIでは死因究明できず、解剖が必要。
4. AI・解剖どちらも死因究明は困難 (除外症例)

正当な評価項目

1. AI > 解剖
2. AI = 解剖
3. AI < 解剖
4. AIも解剖も ×

あるいは 1. AI > 解剖理由 解剖という偏見を加えずに 解剖と同等の結果を得られた

研究目的の評価は研究者アンケートの 議論なき多数決で決めている。 研究目的ならば議論し有用性を決めるべき

この研究結果が、厚生省研究班の結果ということで撒布される

「死後画像で十分」はわずか3% 厚生省研究班の調査で (2010/06/12 共同通信)
 診療に関連して死亡した患者152例の死因を死亡時画像診断 (AI) と解剖の両方で調べた結果、所見がほぼ一致したのは20%で、「AIだけで死因が究明できた」と医師が判断したのはわずか3% だったことが12日、厚生労働省研究班の調査で分かった。

↓

先日の発表でも、AIと解剖の比較検討研究の結果であるにも関わらず、AIの方が解剖よりも優位にある所見は提示されなかった

↓

誤った評価法で、AIに関する社会認識が歪められている

診療関連死における死因究明制度のモデル事業
 主体は 内科学会・外科学会・病理学会・法医学会

年間200例の解剖をめざしたが・・・
 5年で7億円、105例 達成率10% →失敗と評価される

失敗理由—解剖主体の制約—
 放射線学会・放射線技師学会は含まれず

AIに対する軽視・無理解

今さAI導入を固めている??
 モデル事業に関する公衆研究である深山班の結果は 「AIは解剖ほど役に立たない」というものだったはず。

モデル事業がAIを有効に使ってこねせない。もしくは、深山班の結果はモデル事業本体からも信用されていない、のいずれか。

ちなみに診療関連死とは (厚生労働省・医療安全推進室)

何をもちて診療関連死というのか、さまざまな議論があるが、ひとつの目安として、【日本医療機能評価機構の医療事故報告】より推計。
 平成20年「医療事故情報収集等事業」における死亡事故の報告件数がベース

- ▼ 死亡事故の報告件数 115件
- ▼ 当該報告の対象医療機関の総病床数 144,158 床
- ▼ 日本全国の総病床数 1,756,115 床

当該事業の対象医療機関病床数を全国に伸ばす 約1,400件 (平成20年)

- ▼ 報告を日本医療機能評価機構における基準 (医療法施行規則第9条の23に規定)

「誤った医療又は管理を行ったことが明らかであり、その行った医療又は管理に起因して、患者が死亡した事例」(誤った医療又は管理に起因することが明らかでないが、行った医療又は管理に起因していると思定されるものも含む。) の中で進められている事業。

素朴な疑問 なぜ、診療関連死の組織を「日本医療機能評価機構」内部に作らないのか?

ちなみに診療関連死とは (厚生労働省・医療安全室)

「医療事故情報収集等事業」における死亡事故の報告件数

- ▼ 死亡事故の報告件数 115件
- ▼ 当該報告の対象医療機関の総病床数 144,158 床
- ▼ 日本全国の総病床数 1,756,115 床

当該事業の対象医療機関病床数を全国に伸ばす 約1,400件 (平成20年)

モデル事業5年の実績 診療関連死の推計数

- 希望するも対応不可 196例 ▼ 5年で7000例
- 解剖拒否による受付不可 60例 ▼ 5年で2100例
- 解剖実施 5年で100例 ▼ 5年で3500例

→ ベーシックに、これだけの症例に対応できないのが、解剖主体のモデル事業の最大の欠点である。

ちなみに、年間1,400件というのは、全死亡例の0.12%
 また、診療関連死は、周辺医学情報がきわめて濃密な症例でもある。
 一死因究明全体のモデルとして考えるのは不適切な特殊な母集団

その一方で
 犯罪死究明の体制強化 警察庁研究会発足

犯罪の
 見逃しを防ぐため、警察庁は遺体の死因を究明する制度のあり方を議論する有識者の研究会を1月29日に発足させた。不審死が相次ぐなか貧弱さが指摘される遺体の解剖や検視の体制強化など、死因を確実に解明するための制度改革案を検討する。研究会は今年夏をめどに方向性を固め、年末にも最終提言をまとめる方針。中井治国家公安委員長はすでに、死因究明制度を抜本的に見直す法案を2011年の通常国会に提出したいとの考えを明らかにしている。警察庁によると、研究会の委員は刑法や法医学などの専門家ら10人。警察庁の金高雅仁刑事局長のほか、法務省から落合義和刑事課長も参加する。座長には佐藤行雄・前国家公安委員が就く。

↓
 法医学者と法律家だけ。医療従事者はいない。

「犯罪死の見逃し防止に資する死因究明制度の在り方について」
 中間答申 <法医学者と法律家だけ。医療従事者はいない>
 ↓
 (3) 整備済器材の一層の活用④CT検査の積極的実施
 外表所見、病歴等から死因が特定できない**死体のCT検査を積極的に実施する**。CT検査については、外表に明確な痕跡が認められず、死因が判然としな
 い死体については、脳出血、くも膜下出血、大動脈解離、大動脈破裂などの出
 血性病変や骨折等が明らかになり、**解剖を行うことなく死因が解明される事例
 が一定程度存在する上、解剖の要否判断においても外表検査以上の役割を果た
 することが認められる。**
 ↓
 解剖とAIの分離運用に向けた第一歩
 ↓
 医療関係の厚生労働省より、警察庁が一歩リードか？
 しかし、実際の運用に関してはまったく検討していない様子
 (AIに詳しい医療従事者が参加していないので)
 ↓
 本検討会でAIに関する診断システムを構築すれば、警察庁も同意するはず
 ↓
 捜査主導ではなく、医療主導のAIシステムの構築を！

「Ai活用に関する検討委員会」の有無
 (その学会のAIに対する姿勢の指標)

Ai学会	○
放射線学会	○
放射線技師会	○
救命救急学会	○
日本医師会	○
病理学会	×
法医学会	×
内科学会	×
外科学会	×
小児学会	×
日本医学会	×

「解剖医は法医学者であり、解剖医はAIを正当に利用できず」

「AIは解剖医に主導させると診断の質は劣化し、放射線科医や放射線技師は労働力を搾取される」

「解剖至上主義」から「AI優先主義」へ

「解剖至上主義」から「AI優先主義」へ

「AIを行ったら、必ず解剖をしなくてはならない」
 「AIは解剖の補助検査である」

「AI優先主義」
 「AIを行い、死因がわかれば解剖を省略してよい。
 わからなければ次に解剖を始める」
 「AIと解剖は次元の違う、別の検査である」
 (AIは非破壊検査、解剖は破壊検査だから)

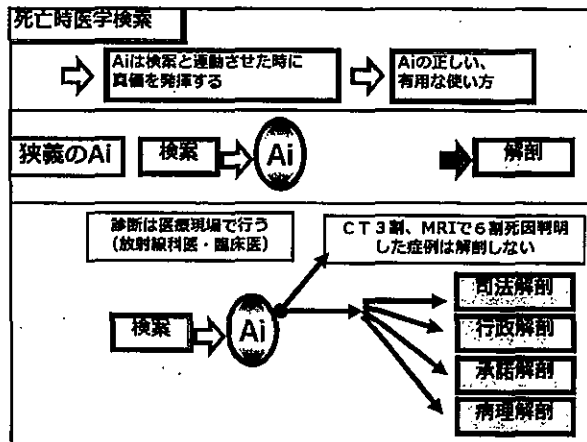
警察庁は「AI優先主義」にシフトしつつある

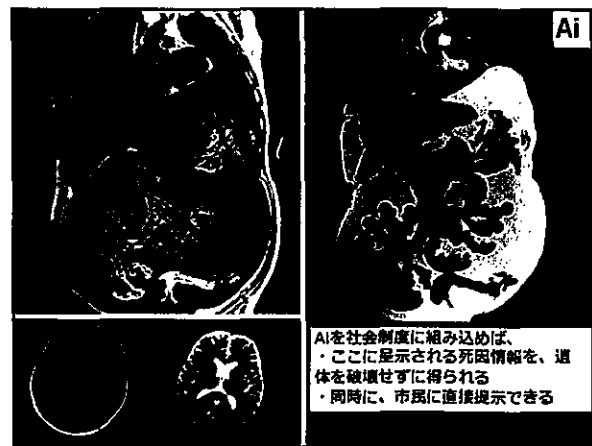
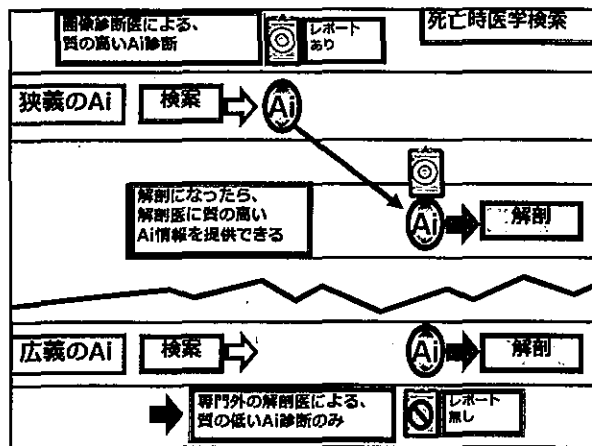
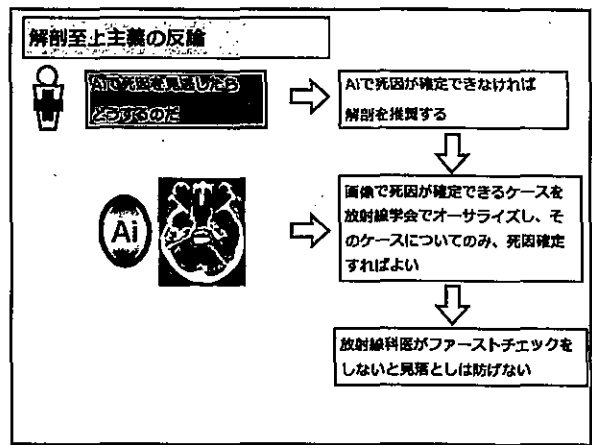
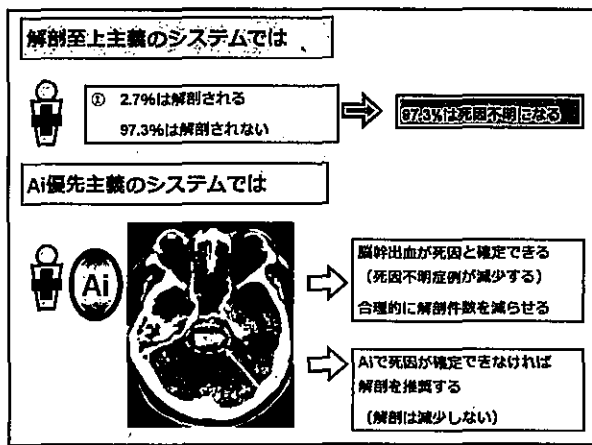
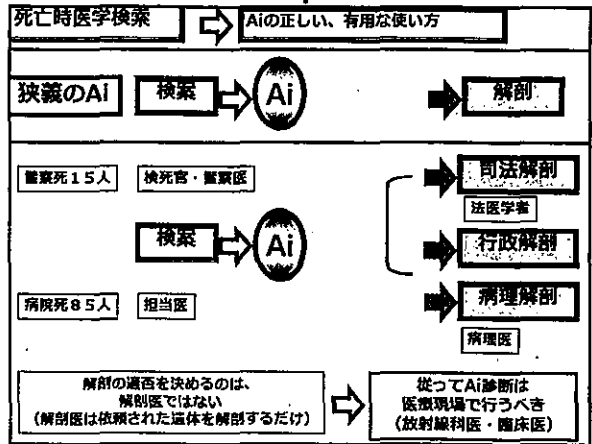
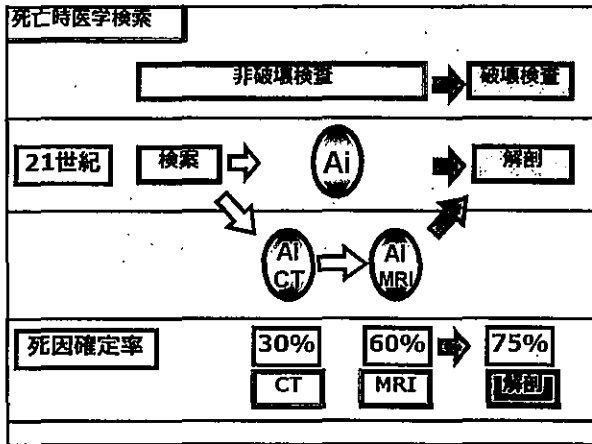
「解剖医(病理医・法医学)にAIを主導させると、医療、及び犯罪死のミステリーは出現する。」

「解剖医がAIを利用すると解剖医の存在価値が低下し、AIの活用が広がる」として、

- 1) 放射線科医がAI診断を忌避する。
- 2) 画像診断の非専門家の病理医や法医学者が見よう見まねでAIを行う。
- 3) 彼らはAI後に解剖をするので、AIをきちんと読影しない。
- 4) 法医学者は読影をせずに、AI読影の実績だけ積み上げていく。
- 5) AIは読影だけでなく、費用は解剖関連部門に入る社会制度ができる。
- 6) 地方警察がAIを医療現場に依頼するようになる。
- 7) 医療現場では、結局放射線科医や放射線技師がタダ働きさせられる。
- 8) AI読影の経済保証がされず、放射線科医は読影しなくなり、AIの画像診断の質が低下する。
- 9) 死因究明に関し無責任社会が出現する。

こうした破滅から社会を救えるのは、放射線科医・放射線技師の尽力しかない。





この写真は、一般の人が見ても、ショックにならない
1) 死亡直後の遺族への説明 → 遺族と医療現場のコミュニケーション・ツール → ADRには必須の情報
2) 死因の迅速チェック → 医師にとっての必須のツール (真実の把握は必要最低限)
3) 死亡時医学情報の中立的・客観的な情報提供 → 裁判員制度への応用

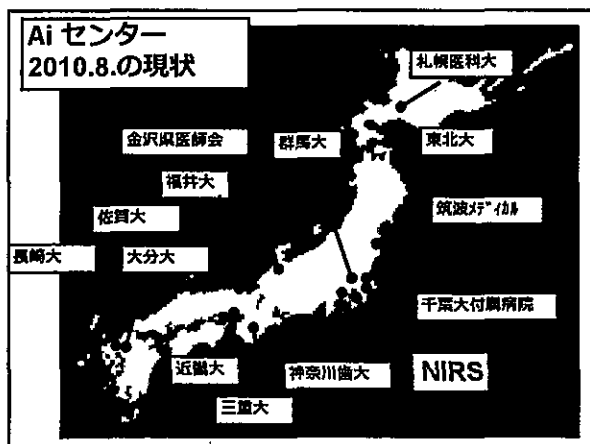
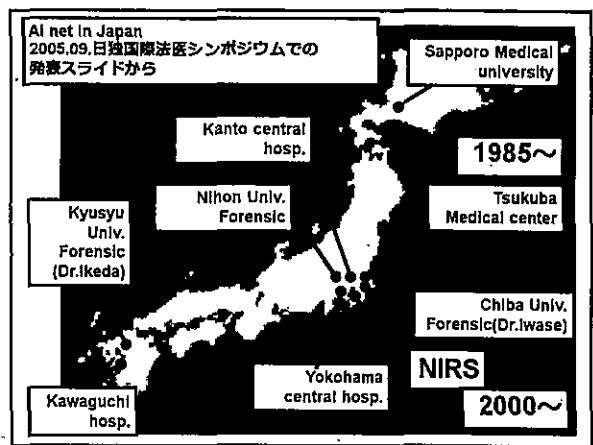
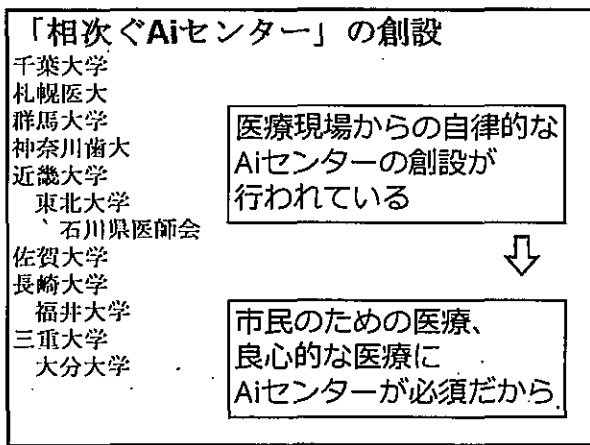
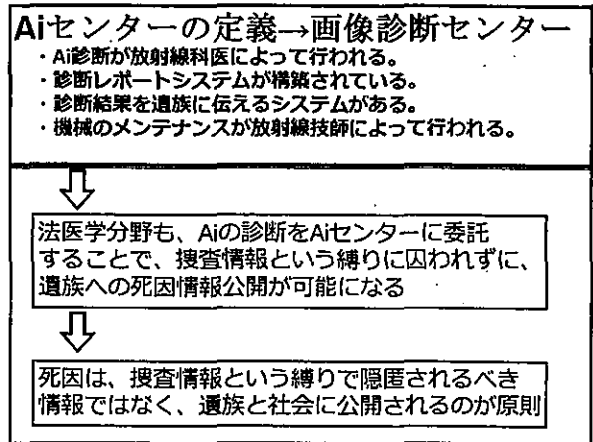
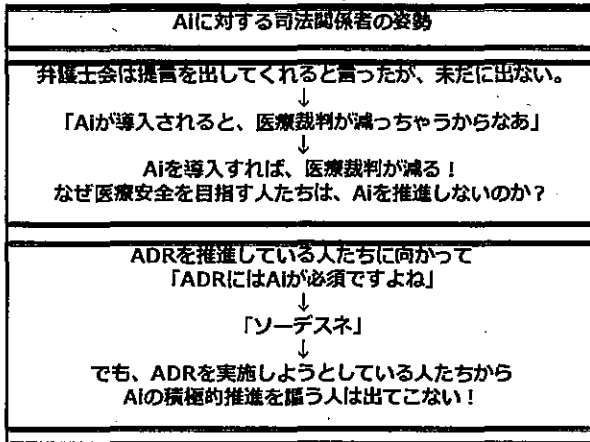
医療事故における遺族の3つの願い	
・ 真実を知りたい ・ ミスをしたら迅速な謝罪 ・ 現状復帰	
司法解剖	結果を遺族・医療現場に伝えるのに、二年以上かかる例が6割
⇒ 死因を知りたいために医療裁判を起こすケースも	
病理解剖	解剖結果は直接確認できない。不信任を持つ施設で解剖が行われることへの不安 裁判では証拠として認定されない
解剖主体の不明瞭・真実が分からない	⇒ AIならば即時解剖

解剖主体システムでは、遺族と医療の断絶は深まり遺族の願いも叶わない	医療事故における遺族の3つの願い ・ 真実を知りたい ・ ミスなら迅速な謝罪 ・ 現状復帰 (亡くなった場合は無罪)	
	① 病院で突然、家族が亡くなる 病院にミスがあったのでは、という疑惑	
	② 死因究明のため解剖を促める	
	③ 家族が解剖を嫌がる。 病院で解剖したら、ミスを隠すという不信任	
97%のケース 解剖なし 死因確定できず、 医用現場への不信任を 払拭できず	2%のケース 病理解剖 裁判では、自施設の解剖 は証拠として認められな いという判断	1%のケース 鑑察介入→司法解剖 死因は遺族に伝えられない。 →死因を知りたいがために 遺族が医療裁判を起こす

一枚の写真 (Ai) の存在が すべてを変える	医療事故における遺族の3つの願い ・ 真実を知りたい ・ ミスなら迅速な謝罪 ・ 現状復帰 (亡くなった場合は無罪)	
	① 病院で突然、家族が亡くなる 病院にミスがあったのでは、という疑惑	
	② 死因究明のためAiを勧める	
	③ Aiは身体を傷つけないから承諾 面談を一緒に見て、即座に説明を聞く	
	④ 医師と遺族のコミュニケーションの成立 → 真実を知りたいという願いが叶う	
医療事故でなかった場合 双方納得し退院。 医療の信頼は守られる	医療事故の場合、 即座に謝罪→迅速な謝罪 という願いが叶う	Aiを介して 真実を知りたい。 真実も受け止める。

アンケート	Ai実施は国民の願い
横浜市大講演会 (医学生・一般) 172名	
Aiを知っている	35% 60/172
Ai導入すべき	96% 165/172
女子医大講演会 (医学生・一般) 147名	
Aiを知っている	29% 43/147
Ai導入すべき	95% 141/147

アンケート	Ai実施は国民の願い
栃木県警察医会 (警官24・医師22) 46名	
Aiを知っている	52% 24/46
Ai導入すべき	95% 44/46
東京弁護士会 (専門家) 112名	
Aiを知っている	50% 57/112
Ai導入すべき	97% 109/112



AI原則

- 1) AIは医療現場の終点に置き、医療従事者が診断し、費用は医療費外から医療現場に支払われる。
- 2) AIによる死因診断には限界があるということを社会認知させた上、AIで死因断定できなかった場合、解剖適用を推奨する。
- 3) 「体表検査→AI→解剖」という時系列で検査を行う。
- 4) AIは、解剖ではなく、検案と比較検討すべきである。

「AI原則」を堅持できなければ、AIの導入は医療現場に疲弊をもたらす

AIは透明性・中立性・迅速性の高い、市民社会にとって有益な検査である。したがって、市民社会からの支持も高い。

↓

AIの導入を危ぶんでいる人々は、市民のための医療、もしくは死因究明制度の構築ではなく、自分たちの領域に都合のいいシステム作りを暗黙のうちに目指しているように、市民の目には映っている。

↓

いずれ、AIを行わない医療施設や捜査現場は淘汰されていくだろう
「AIをやらぬのは、あるいは結果を公表できないのは隠しごとがあるから」

提言その1 死因不明社会を解消するため、政治主導で、解剖を行わないケースに対するAIの診断料を医療費外から医療現場に30億円手当てせよ
内訳・警察庁10億、厚生労働省15億、文部科学省5億

単に「撮影すること」ではなく、「診断すること」が大切なので
診断費用として、CT撮影料 1体3万円として
・小児5000人分の診断費用を確保 CT = 1.5億 MRI = 0.5億
・救急4万人分の診断費用を確保 CT = 12億
・死因死4万人分の診断費用を確保 CT = 12億
30億円の診断費用を準備すれば、AIは医療現場で飛躍的に推進される。

- 1) 忙しすぎてやれない、という施設に無理にやらしてもらう必要はなく、進んでやろうという意思表示をする施設に優先的に検査費用をつける。すると準備費用が全額使われることもないし、意欲的な施設に適正に費用が配分される。これによりAIの導入する風気が明らかになるだろう。
- 2) 解剖医の主張を素直に受け容れれば、AIは解剖にとっついてい及ばないので、解剖をするケースではAIを行う必要はないのでは？。
(解剖の問題は、解剖領域で解決してください)

提言その2 全国AIセンター連絡会議を設置せよ

医療現場から自発的にAIセンター、もしくは類似施設が続々と立ち上がっている。AI問題は、実際に積極的にAIを行っている人たちに聞くのが、基本である。AIをやらない人たちの「杞憂」をいくら聞いても現実的には意味がない。やろうと思えばすぐ実現可能。

日本の年間死者百万人超

解剖医は言う。「AIは解剖の代替にはならない」

このエリア内では正しい
解剖 3人

日本の年間死者百万人超

臨床医・検視官は言う。「解剖はAIの代替にならない」

死因不明社会を解消するには解剖に拘泥しすぎではならない

このエリア内では正しい
解剖 3人

ニッポンの死角

再び問う 日本を「死因不明大国」にするな

いまだ年間百万人が死因不明のまま。今こそ「AI」の導入を

海堂尊 (作家・医師)



「AI」導入を阻む
白い巨塔にメスを入れる

中央合同印刷

印刷部

印刷部

印刷部

印刷部

印刷部

印刷部

印刷部

印刷部

印刷部

印刷部

印刷部

印刷部

印刷部

BUNGEISHUNJU 2010.8

日本は「死因不明社会」である。私が本誌(〇八年七月号)にそう書いてから二年が経った。

前回の論文では、私は作家、そして病理医の立場から、解決策としてAi(オートプシー・イメージング)死後画像診断。遺体をCTやMRIで検査し死因を精査する)の社会的な導入を訴えた。その後、Aiを取り巻く環境も変化し、腰の重かった霞が関もようやくAi導入に舵を切ったようだ。

だが残念なことに、現状としては依

然日本は「死因不明社会」のままである。そこであらためて問題を提起しよう。もう一度筆を執った。

前回の論文と重なるが、初めて読む読者のために、まず、「死因不明社会」とは何かについて述べたい。

我々は様々な形で最期を迎える。たとえばがんなどによる病院での死、交通事故などによる不慮の事故死、さらには犯罪の被害者としての死もある。

病院で迎える死の場合、「死因」は「死亡診断書」に書かれてある通りで

ス、診療ミスによる本当の死因が看過され、そのまま闇に葬られているというケースもある。

病院で亡くなった際、必ず解剖をすれば、かなりの死因は特定されるだろう。しかし、後にくわしく述べるところに、解剖医のマンパワー不足や、遺体を損壊することを望まない遺族感情などがあるため、それは不可能だ。

一方、事故・事件による「死因」は、基本的には捜査当局の指示によって、法医学教室が司法解剖をし、死因が解明される。ある解剖医によると、七五%程度は司法解剖によって死因は特定されるといふ。

だが、たとえ解剖で死因が解明されても、遺族にその結果が伝えられないケースが多く存在している。遺族に死因が伝わらない限り、社会的には「死因不明」であることに変わりはない。

押尾学事件の教訓

その典型的な例が、昨年八月に起き

た。俳優の押尾学氏が合成麻薬を使用した際に、一緒にいた女性が死亡、押尾氏が保護責任者遺棄致死で逮捕起訴された事件である。被害女性の遺族が死因を知りたいと当局に訴え続けたが、容疑者が再逮捕された今も死因が遺族に伝えられたという報道はない(二〇一〇年六月一日現在)。

情報が開示されず、捜査関係者だけが死因を知っている、もしくは死因の開示が捜査現場の恣意的な判断だけで行われている。このような「捜査」関連の死因は、全例オープンにするという転換が必要だが、現状の司法解剖制度下で、それを推し進めようとする動きはない。

現状の司法解剖制度では、解剖にあたる法医学者は警察から個人委託されて司法解剖を行うので、情報開示は依頼主である警察の判断に委ねられている。そして捜査関係者は、死因は犯人しか知り得ない情報だから捜査情報であり、それゆえ開示の判断は捜査関係者だけが行い得ると主張する。

だが、昨年十一月に起きた島根女子大生バラバラ殺人事件の犯人は捕まっていないが、遺体の殺害状況はセンサーショナルに報道されたではないか。また、〇七年三月に発生した、英国人講師殺人事件でも、早い段階から死因は絞殺だと報道されていた。このような情報は捜査関係者からしか出ないものだ。

このように、司法解剖制度下でも「死因」は、保秘が徹底されているわけでもないし、情報公開に関しても一定の原則が存在しない、いわば「無法地帯」なのだ。

無法地帯であるがゆえ、捜査現場ではモラルハザードが起きています。遺族が神奈川県や監察医を訴えた保土ヶ谷事件では、監察医が解剖結果を報告しているのに対して、遺族は解剖などできていないと主張した。そして遺族が起こした民事裁判で、監察医側が証拠として提出した臓器はDNA鑑定で別人のものと判明した。にもかかわらず、民事裁判で遺族側の訴えは棄却さ

れた。これは法医学者の解剖が第三者により監査され得ないことを明らかにした、法医学史上誠に恥すべき事件である。

こうした状況に鑑み、私は、とある法医学者を取材した際、「法医学者が自発的に死因を遺族に伝える仕組みを作るつもりはないか」と問い質したが、その意欲は薄かった。誰のための司法解剖かと問えば、法医学者の答えは決まっている。

「われわれは法律に従い、警察から委託された死因を依頼元に鑑定結果として返すだけです」

司法解剖された遺族が死因を知りたいればどうすればいいのかと問うと、「裁判を起せば確実です」

と答える。私は呆れ果ててしまった。こうなるもはや司法解剖は紛争促進システムですらある。しかし、莫大な費用をかけて訴訟を起す遺族がどれほどいるというのか。

つまり司法解剖において確定された死因は、市民社会に直接還元されな

③ 検査費用が安い（解剖の十分の一、一体二万円程度）。

④ マンパワーがある（放射線科医四千、プラス臨床医三十万人が対応）。

また、Aiを導入すれば、医療事故に対し有用な解決策にもなる。

医療事故に遭遇した遺族が病院側に望むものは「死の真相」「迅速な謝罪」「原状回復」である。死亡事例の場合、死者を蘇生させる「原状回復」は不可能だが、「死の真相」を説明する点に関しては、CTで診断し、すぐ

い。市民社会の観点から見ると、司法解剖例は死因不明社会の大きな要因のひとつなのだ。司法解剖制度は、市民の切ない希望に対し、冷たいシステムと言っよい。家族の死因を知ることが、市民にとって基本的な人権に匹敵する権利だが、それが、捜査当局が司法解剖を支配するという社会システムによって阻害されているのだ。

Ai制度を導入すると――

では、「死因不明社会」の現状を解決する方法はないのだろうか。すべての死亡例を解剖し、情報の公開を義務付ければ、死因不明社会は解決される。しかし、それは現実的なのではない。

まず、解剖ができる医師の数に限界がある。現在、司法解剖に対応できる法医学者は百二十人、病理解剖をする病理医は二千人弱しかない。しかも、病理医の半数は五十歳台後半で、五年後には半減する。日本法医学会は

という紛争は減少するだろう。

私はかつて東京弁護士会の勉強会に招かれAiの講演を行なったが、懇親会の席上、医療訴訟に詳しいある弁護士が「Aiは素晴らしいけど、導入されると医療裁判が減っちゃうな」と呟くのを耳にした。Aiを医療現場に導入し、死因究明の第一歩にすれば、医療訴訟は確実に減少するのだ。

医学界の権益争い

しかし現状では、Ai導入はなかなか進んでいない。導入を阻むものがそこにあるからだ。その元凶が医学界の権益争いだ。

今、Aiに関する権益を仕切ろうとしているのが解剖関連の日本病理学会や日本法医学会である。彼らはAiを「解剖の補助検査」と位置づけ、解剖と同時、に行うべきだと主張している。この、同時、という言葉が意味するところは、解剖をする法医学者がAi撮影も自分の手で行う、ということだ。

法医学者を増やそうとロビー活動に励んでいるが、医師そのものが増加せず、十五年後には新人外科医がゼロになるといふ驚愕の予測がある中、法医学者だけが増える道理があるはずもない。

このような現状では、年間百十四万人という死者すべてに対応することなどできない。さらに、解剖が可能な状況でも、前述した遺体を損壊することに対する遺族の反対感情の問題もある。

では、どうすればいいのが。その解決策が、以前より主張しているAi制度の導入である。

「検死」→「解剖」

という従来の「死因究明」を、

「検死」→「Ai」→「死因が不明ならば」「解剖」

という手順に転換すればよい。

解剖と比較して、Aiによる死因究明の利点は多い。

① 遺体を損壊せず、遺族感情に優しい。

本来はAiの専門家である放射線科の医師があたるべきであるが、そうなる死因究明の主権を放射線科医に握られるとも思っているのだろうか。

この枠組みでは明らかに問題が二点生じる。一点目は、専門外の人間による質の低いAiが行われてしまうこと。

二点目は、検視では気がつかなくても、Aiさえやっていたらわかった死因が、またもや見逃されるという問題だ。

一点目については、実際、画像分析の門外漢である法医学者がAiを扱うことでミスが起り、さらにその隠蔽ま

で起きている状態もある。日本医師会におけるAI導入検討委員会の席上ではこんなこともあった。ある法医学者がAIの画像の一例を呈示し、

「この死後画像ではわからなかったが、解剖で骨折がわかった」と解剖の優位性をプレゼンした。すると、同席した放射線科医が即座に、「画像診断の専門医が見ていればその画像で骨折はわかったはずだ」と切り返したのである。

また、この委員会でも明らかになったのだが、法医学分野で画像診断導入の先駆施設・千葉大学医学部法医学教室では死後画像の診断レポートを作成していないという。担当編集者にそう話したところ、「これはどういうことなのでしょう？」画像診断の素人である法医学者は画像診断のことをはじめから信用せず、解剖の補助程度の認識で画像を見ているため、AIに対しては無視に近い事をやっている、ということなのではなかろうか？」とのコメントが

継続を訴え、症例受付を停止させながら、一方で今年度一億七千万円の予算の受け皿にするために、わざわざ今年三月、新たに『日本医事安全調査機構』なる一般社団法人を設立した。代表理事には日本医学学会の高久史磨会長が就任、理事は関連学会の理事長もしくは前理事長が着任した。

だが肝心のモデル事業の実績は外部評価がされておらず、そもそもこの事業の継続が誰の委託によるものかさえも明瞭でない。もしこれが学会団体の上層部からの委託だとしたら、彼らは今後も年間二十例程度の医療事故関連死に対し、年一億七千万円の予算を使

あった。実は正直言って、私も法医学会で蔓延している「死後画像」の診断に対する警視姿勢が理解できずに途方に暮れているのが現状なのだ。それが私のような専門家どころか、一般人である一編集者でさえ感じる疑問であることは、法医学会に猛省を促す必要があるだろう。

診断しておきながら診断書を出さないうという医療現場の原則からすると非常識な、この千葉大法医学教室方式を、今や全国の法医学教室が見習っている。大阪と京都では三大学ですでに法医学教室にCTが導入されているが、そこでの診断システムも千葉大と同様で、画像診断の知識に乏しい法医学者が第一読影を行い、しかも診断レポートは作成しないという無責任体制となっている。つまりファーストチェックで見落としても誰も責任を取らないし、そもそも見落とされたとどうかという事実も闇に葬り去られてしまう仕組みなのだ。

い続けるつもりなのだろうか。解剖ではなく、AI主体の死因究明制度に移行すれば、一億七千万あれば八千五百人分の検査ができ、解剖拒否例にも対応できる。解剖に比べて費用対効果は五百倍だ。

ここまで効率の悪いシステムを継続させるために社団法人を作り、仕分けもせずに残す。これは民主党政権下で行われている行政改革と逆行する姿勢ではないか。

法医学者にも理解者が

AI制度は今後どうなっていくのだから

法医学会は、一日も早く、公開可能な、責任ある画像診断システムを構築するべきだ。

一方、医療現場でもAIの運用は混乱している。その一例に、診療関連死問題が挙げられる。

二〇〇五年から厚生労働省がバックアップし、日本内科学会が関与する「診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業」が行われている。医療過誤などによる診療関連死で、司法の手が入る前に問題を医療人の手で解決しようという発想で年間予算一億円以上、五年間で七億以上の費用が投入された国家プロジェクトだ。だが、残念ながらこの試みは失敗に終わった。

と言うのも、五年間で扱った症例はたった百五例、しかも希望症例の半数にしか対応できていないのだ。対応できなかった理由で最多なのが、遺族の「解剖拒否」だった。これは死因究明を解剖主体のシステム設計にしたせいだ。にもかかわらず学会はモデル事業

うか。

行政側では、警察庁では二〇一〇年一月から「死因究明制度」を構築しようとして、「死因究明制度のあり方に関する研究会」で議論を重ねているが、これを小田原評定にしてはならない。論理的には、どう考えてもAIを導入するという結論しかないからだ。

また、法務省は二年前AIの裁判員制度への導入を諮問し、私も内閣府の「異状死問題を検討する委員会」で講演した。AIは死因に関し、市民社会と現場のコミュニケーションを促進する。裁判員制度で解剖画像を見せられた裁判員が体調不良で仕事を辞めざる

を得なくなつたという報道があつたが、これもAI導入で解消する。AIなら生々しい映像ではなく、抽象化された画像であるためストレスなく閲覧できるからだ。

しかし現場担当の警察庁や厚生労働省の役人たちの動きは、まだ鈍い。

医学の側では、日本放射線技師会はAIの積極導入支持を一年前に宣言し、日本医学放射線学会も専門医会の提言を受け、杉村和朗新理事長が就任所信メールでAIの社会導入を重点項目に上げた。画像診断の専門家集団の間では、AI診断に対し責任を持つ動きが顕在化している。

現在、AIセンターを名乗る施設は全国に六カ所存在し、これからも増えていくだろう。しかし、残念ながらその半数は法医学者主導で、放射線科医の読影システムが確立されておらず、読影報告書も作成されていない。放射線科医がすべての画像を読影するという、合理的な診断システムが確立され

ているのは千葉大AIセンター（ただし千葉大法医学教室は別システム）、札幌医大、そして佐賀大である。神奈川歯大、群馬大、近畿大は法医主導だ。

しかし法医学者の中にも診断システム構築の重要性に理解を示す人たちが増えつつある。長崎大学法医学教室の中園一郎教授は日本法医学会理事長でもあるが、長崎大のCT導入の予算を放射線科学教室に一括して委任、機種選定から人員、診断システムの構築まですべて委託したという。これは日本法医学会理事長の英断であろう。他の法医学関連施設も、見習ってもらいたいものだ。

また、各地のAIセンターを結び、診断サポートをする一般財団法人「AI情報センター」が昨年十二月に創設された。ここには世界トップクラスのAI画像読影医が参集し、高度な診断を、遠隔読影システムにより供給できる仕組みを構築しつつある。AI情報センターの存在により、AIはいっそう中立性と

透明性を高めた検査になっていくだろう。このAI情報センターは、日本放射線学会専門医会に設置された「AI活用検討委員会」によって学術的にサポートされている。

今こそ制度の転換を

こうした社会潮流を敏感に察知した厚生労働省政務官の足立信也議員は、厚生労働省の担当部署に政務三役から指示し、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設置した。六月十五日の第一回検討会では、AI情報センター代表理事（元千葉大AIセンター副センター長）の山本正二氏と筑波メディカルセンター病院の塩谷清司氏が講演を行った。同検討会には、AI学会、外科学会、内科学会、病理学会、法医学会からの代表者の他、日本医師会で三年に渡り、先進的にAIの検討会を画策した今村聡常任理事や、佐賀大学医学部でAIセンターを創設した宮崎耕治同大病院長、日本放射線技師会でAI推進に全力を傾注している北村善明会長など、実際にAIに深く関与してきた面々が名を運ね、従来型の検討会と一線を画したものとなっている。

これに対し多くの医療関係メディアは、この新しい検討会をあたかも、失敗した既存の「診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業」から派生したかのような報道をしたが、これは明らかに誤報である。なぜならこの検討

会はモデル事業と明確に一線を画したものととして構築されているからだ。そもそも、このモデル事業は旧自民党政権下で画策された医療安全調査委員会設置法案大綱案をサポートするもので、現民党政権下では当初より、白紙に戻して検討する、という意思が再三確認されていた。にもかかわらず、厚生労働省医療安全推進室と関連学会上層部はひたすら延命に奔走している。

つまりは、曰くつきの企画なのである。こうした誤解を招きかねない報道がされているということは、厚生労働省担当官がきちんと公表しなかったか、あるいは報道メディアの取材力が低いかのいずれかであろう。政権が代わり、方針変更を指示されても、延命を図る。これでは官僚主導の目論見だと思われても仕方がない。

死亡時画像診断の活用検討会は、従来のモデル事業とは相容れない。従来のモデル事業は解剖を主体としている

が、実際に運用されるAIシステムは、画像診断が基本で解剖がサポートになる。この点で大きくパラダイムシフトを行うことになるが、それは旧来のモデル事業では難しいからだ。解剖主体の発想では、現在の死因不明社会問題を解決することは、もはや不可能である。

そのことを、多くの一般市民は理解し始めている。そしてついに厚生労働省も、具眼の士である政務官の英断により、ようやく市民社会の望みを果たすべく、記念すべき第一歩を踏み始めたのかもしれない。

今後この検討会の行方を注視していきたいと思う。

AI制度が死因究明制度の土台として確立すれば、死因不明社会は今よりも必ず改善される。そのためにはいたずらな権益誘導のために私たちの「死因」が弄ばれている現状を見直さなければならぬ。今こそ、真のAI制度を整備すべきなのである。