

**平成 13 年度厚生科学研究費補助金
(厚生科学特別研究事業)
総括研究報告書**

災害時の適切な Triage 実施に関する研究

目 次

総括研究報告書概要	1
総括研究報告 災害時の適切な Triage 実施に関する研究	3
トリアージの法的問題 Q&A	11
災害現場での実際のトリアージ活動	
－大阪教育大学附属池田小学校多数刺傷者事件から－	67
第 32 回明石市民夏まっりの多数傷病者事故における トリアージ・タグ使用事例について	79
看護・救急業務でのトリアージ	87
救急隊によるトリアージについて	99

平成 13 年度 総括研究報告書概要

研究費の名称＝厚生科学研究費補助金

研究事業名＝厚生科学特別研究

研究課題名＝災害時の適切な Triage 実施に関する研究

国庫補助金精算所要額（円）＝5,000,000

研究期間（西暦）＝2001－2002

研究年度（西暦）＝2001

主任研究者名（所属機関）＝有賀 徹（昭和大学医学部救急医学）

分担研究者名（所属機関）＝浅井康文（札幌医科大学救急・集中治療部）、石井 昇（神戸大学医学部災害・救急医学）、井田 良（慶応義塾大学法学部）、鶴飼 卓（兵庫県立西宮病院）、甲斐達朗（大阪府千里救命救急センター）、柴田龍太郎（深沢綜合法律事務所）、杉本勝彦（昭和大学医学部救急医学）、山崎達枝（都立広尾病院救命救急センター）、山本保博（日本医科大学救急医学）、和藤幸弘（金沢大学医学部救急医学）（以上 50 音順）

研究目的＝災害医療における triage（以下、トリアージ）はその後の災害救援医療の成否を左右する大きな鍵となる。本邦にても災害時トリアージ・タグの共通様式が決定・作成され、救急災害医療の現場で使用されるべく準備されてきた。しかし、トリアージ・タグの共通様式が作成されてきていても、実際の運用面での諸問題についてトリアージは初期段階での必須の過程であるが、その実施面での諸問題（法規、施行者の資質・資格など）については十分に検討されてきてはいない。本研究は、災害時などに行われるトリアージ実施に関連する諸問題を明らかにし、その諸問題に対する対処方法を検討し、より実際のトリアージ方法の具体的運用方法を検討することを目的として行われた。災害が絶えず起こりうる可能性を考慮すると、災害医療を円滑に行う上でこれらトリアージ実施に関連する諸問題については早急に明らかにする必要がある。この研究による成果が得られることによって、現在その解釈に混乱が生じようとしているトリアージ実施が速やかに行われ、最終的にはより有効な災害医療が将来的に行えることが期待される。

研究方法＝トリアージ実施関連の諸問題については、1) 法的問題の解析、2) 過去に行われた災害救援医療でのトリアージの実施上の諸問題を収集解析、3) 看護面からのトリアージの問題などが挙げられる。それらの問題点を個別に解析する。個別の収集方法は各災害地域での診療録や救急隊搬送記録からの抽出を現地調査あるいは聞き取り調査などの手法を用いて行う。前述した3点の問題点につき、医療・医学上、法規上、看護上などに分け、夫々の分野について各専門家からの分担研究者・研究協力者などから構成される研究班において検討した。

結果＝トリアージ実施上の法的問題では以下のようにまとめることができる。すなわち、トリアージを施行する者の資質・資格として、医師法の観点からすべての医師がトリアージの主体になり得ることに問題はない。しかし医師以外の職種がトリアージを行うに際して、その根拠として「①搬送順位選択説、②拠点病院体制確立説、③形式説など」が挙げられた。これらをどのように解釈して実際の災害時のトリアージの運用に当てはめていくべきかが今後の課題と考えられた。

（有賀 徹）

総括研究報告



災害時の適切な Triage 実施に関する研究

主任研究者 有賀 徹 昭和大学医学部救急医学

研究要旨

Triage (以下、トリアージ) は初期段階での必須の過程であるが、その実施面での諸問題 (法規、施行者の資質・資格など) については十分に検討されてきてはいない。本研究は、災害時などに行われるトリアージ実施に関連する諸問題を明らかにし、その諸問題に対する対処方法を検討し、より実地的なトリアージ方法の具体的運用方法を検討することを目的として 1) 法的问题の解析、2) 災害救援医療でのトリアージの実際、3) 看護・救急隊面からのトリアージの 3 点についての研究が行われた。トリアージ実施上の法的问题では、トリアージを施行する者の資質・資格として、医師法の観点からはすべての医師がトリアージの主体になり得ることに問題はない。しかし、医師以外の職種がトリアージを行うに際して、その根拠として①搬送順位選択説、②拠点病院体制確立説、③形式説などが挙げられた。これらをどのように解釈して実際の災害時のトリアージの運用に当てはめていくべきかが今後の課題と考えられた。

分担研究者名 (所属機関)

浅井康文
(札幌医科大学救急・集中治療部)
石井 昇
(神戸大学医学部災害・救急医学)
井田 良
(慶応義塾大学法学部)
鵜飼 卓
(兵庫県立西宮病院)
甲斐達朗
(大阪府千里救命救急センター)
柴田龍太郎
(深沢綜合法律事務所)
杉本勝彦
(昭和大学医学部救急医学)
山崎達枝
(都立広尾病院救命救急センター)
山本保博
(日本医科大学救急医学)
和藤幸弘
(金沢大学医学部救急医学)

研究協力者

小井土雄一
(日本医科大学救急医学)
山田憲彦
(防衛庁防衛研究所)
江原浩仁
(消防庁救急救助課)
豊田 泉
(昭和大学医学部救急医学)

研究目的

災害医療におけるトリアージはその後の災害救援医療の成否を左右する大きな鍵となる。本邦にても災害時 トリアージ・タグの共通様式が決定・作成され、救急災害医療の現場で使用されるべく準備されてきた。しかし、トリアージ・タグの共通様式が作成されていても、実際の運用面での諸問題についてトリアージは初期段階での必須の過程であるが、その実施面での諸問題（法規、施行者の資質・資格など）については十分に検討されてきてはいない。本研究は、災害時などに行われるトリアージ実施に関連する諸問題を明らかにし、その諸問題に対する対処方法を検討し、より実際的なトリアージ方法の具体的な運用方法を検討することを目的として行われた。災害が絶えず起こりうる可能性を考慮すると災害医療を円滑に行う上でこれらトリアージ実施に関連する諸問題については早急に明らかにする必要がある。この研究による成果が得られることによって、現在その解釈に混乱が生じようとしているトリアージ実施が速やかに行われ、最終的により有効な災害医療の実践に結びつくことが期待される。

研究方法

トリアージ実施関連の諸問題については、1) 法的問題の解析、2) 過去に行われた災害救援医療でのトリアージの実施上の諸問題の収集解析、3) 看護面からのトリアージの問題について、各々その問題点を個別に解析する。個別の収集方法は各災害地域での診療録や救急隊搬送記録からの抽出を現地調査あるいは聞き取り調査などの手法を用いて行う。前述した 3 点の問題点につき、医療・医学上、法規上、看護上などに分け、夫々の分野について各専門家からの分担研究者・研究協力者などから構成される研究班において検討した。

結果

法的問題の解析

1. トリアージ実施主体について

I. 医師法の観点からは、すべての医師がトリアージの主体になり得ることに問題はない。
II. 医師以外のトリアージ主体の法的問題について議論したところ、下記の 3 説があることが判明した。災害時の医療資源活用の見地からは将来的には②の拠点病院確立説が主張する方向を目指すべきだが、現時点では①の搬送順位選択説が現在の実務運用を踏まえている上、現実の要請にも合致するものであると思われる。

①搬送順位選択説：災害現場においてはごく早期から医師がトリアージを行う可能性は様々な理由から多くはなく、また、災害時には医師を含む多くの医療職の不足が考えられることから、医師はその専門技能を生かす部門で働くことが医療資源の合理的活用の観点において重要であり、トリアージは医師にだけ許されるというのは現実的でないとする見解。この見解は現在の実務に合致し、それぞれの主体について一応の条文上の根拠も見出し得る。この見解によれば、救急救命士、救急隊、看護婦もなし得る災害医療を効率的に展開する最初の搬送順位選択の過程であり、行為でないと定義することになる。なお、この説を別の角度から補強するものとして、救急救命士法等は搬送現場においてある程度の医療行為を例外的に相対的医療行為としては認めているのではないかとの見解があった。この関係で最近厚労省が十分な訓練を条件に救急救命士に気管内挿管を容認する方針を決めたことはこの見解の後押しになるものと思われる。ちなみに、医師以外のトリアージ主体の場合、本来死の判定を意味する黒タグを付け得るのか、付け得る場合でもその意味するところは、死の判定でなく最終搬送順位を選択ということにならないかとの議論もな

された。

②拠点病院体制確立説：トリアージは、原則的に医師が実施することを前提としながらも、現実の災害現場での実践体制を拠点病院を中心に確立すべきとの立論。すなわち、拠点病院にあらかじめトリアージ責任者を置き、そのトリアージ責任者を中心として、日頃から適正なトリアージの実施に向けて救急救命士、看護婦を実践補助者として教育し、現実のトリアージにあたっては確立された指示連絡システムのもとにトリアージを実施する。また、その実施及び法的責任を、トリアージ責任者にでき得る限り集中させることで医師法第17条の問題を回避しながら、現実に対応した体制を創設すべきとする見解。この点は、救急隊に対するメディカルコントロール体制の構築においてなされる議論と符合する内容がある。なお、トリアージ責任者については一定の認定制度が必要か検討を要する。

③形式説：トリアージは、個々の傷病者や疾患の重症度を診断する行為であるので診療行為であり、医師のみが行わなければならないとする説。医師法第17条の文言に忠実だが、この考え方を徹底すると、仮に緊急時に医師以外の者がやむを得ずトリアージをせざるをえなかった場合には緊急避難行為として医師法違反が違法性阻却されると立論されることになる。

2. トリアージの補償について

国立大学、国立病院、自治体立病院の医師の場合は、「国家公務員災害補償法による補償」あるいは「地方公務員災害補償法による補償」、日赤の場合は「労災」による補償になる。その他の民間病院のボランティア医師の場合は、災害救助法による救護命令に基づく場合は災害救助法29条の扶助金、所属病院長の命令に基づく場合は労災が支給されるが、そうでない場合は補償制度はない。ボランテ

ィア医師が災害現場に赴く場合の多くは、災害救助法の救護命令発令前なので労災以外の補償制度がない状態で活動することになる(特に、個人の資格で自発的に赴く個人病・医院の医師(院長)やボランティア医師の場合は労災の適用もない)。最近新大久保駅の転落死事故などを機にボランティアによる多くの救命行為に関し災害給付金の支給や基金の開設がなされているが、救護命令が発令される前こそ最も危険な状態であり、疾病、死亡の可能性も高いので、立法的解決あるいは何らかの恒久的基金等の創設が検討される必要がある。

なお、救急救命士、救急隊員の場合は、それぞれの費用支給、補償制度がある。

3. 知事の従事命令はなく、都道府県からの協力依頼に基づいて行われた場合

この場合の法的整備は不十分であり、法的関係も整理できていない。

以下の

- ①都道府県が病院に支払う報酬の内容、
- ②病院に損害があった場合の補償の内容、
- ③損害賠償請求を受けた病院が都道府県に損害分を求償できるか否か、
- ④都道府県から報酬を取得する場合、患者から別に診療報酬を取得してよいか否か、
- ⑤病院が協力義務を怠った場合に都道府県に損害賠償責任を負うか否か、

等の具体的内容は、都道府県と病院との間の事前の協議、契約内容によることになる。

上記の点は都道府県、病院、医師ともに互いに重大な関心事であり、事前に十分な協議が必要である。

4. トリアージの過誤と訴訟

トリアージの結果、被害を受けたとする患者側(原告)は、訴訟になれば自己に有利な法的構成を選択的、あるいは併存的に主張できるから、主張し得る可能性のある契約違反

(債務不履行)の主張、不法行為の主張が全て、あるいはその一部が訴訟の場で展開されることになる。そして、そのいずれの場合でも結局、主な争点として争われるのは、「医師の注意義務の内容・程度」、「医師が行った行為と患者の死・傷害との間の因果関係」等と思われる。

今後議論の中心となるのは注意義務の問題である。現行の民法においては(国家賠償法においても同様)、医師に故意又は過失が要件とされており、この過失を具体化したものが注意義務である。現実には当該事案において医師としてはいかなる行為をすべきだったのか、いかなる行為をすべきではなかったのかが争点となる。この注意義務は個々の事案においてそれぞれ認定されるが、一般的な医療水準を基準に判断されることになる。被告となる病院、医師側は、債務不履行、不法行為的構成のいずれの場合でも、原告が主張する過失責任の積極否認として、「トリアージの判断に絶対的なものはなく、同じ災害であってもその判断にはトリアージを行う人員の素養や災害の状況あるいは時間的な変化によって、種々の異なった結果が導かれる可能性があり、どのトリアージの判断が正しいのかについては明確なものがあるわけではない。したがって、『トリアージの判断の妥当性』を判断する一つの根拠としては、トリアージ時の状況の下で収集可能な情報に基づいて合理的な行動が行われるのであれば、たとえ事後的に別の選択がよりベターであったとしても直ちに法的責任が生じるものではない」と主張するか、そうでなくても緊急事務管理の条文(民法第698条)を援用して軽過失部分の免責を主張することになるとと思われる(もしこの被告側の病院、医師の主張が認められれば、トリアージの際に医師に要求される注意義務の程度は、一般的な医療水準よりも相当低いもので足りるということになり、よほどのことがない限り被告側の医師個人らが責任を問われることはない

と考えられる)。しかし、実務の運用が確定していない現時点において訴訟を提起された場合、過失責任が必ず否定されるとの保証はないこと、また、事務管理についても契約関係発生を広く認めるなどして事務管理成立の余地を狭く解する立場もある上、緊急事務管理の適用を否定する見解も有力であるので、軽過失が免責されるとは限らず損害賠償責任を負われされる可能性もある。したがって、トリアージを積極的に普及させるためには、サマリア人の法理を含めた法的な整備を検討する必要である。但し、サマリア人の法理そのものは緊急の治療行為、救助行為の軽過失を免責するためのものであり、患者選別に関するトリアージにおける軽過失(たとえば過失ある選別によって救護すべき者を救護しないケースもある)の免責を直接的に目的としたものでないことは注意を要する。

なお、通常の医療過誤訴訟と異なり、医師が事故当時にどのような行為をしたのかについてカルテ等の客観的な資料として残っていないことが考えられることから、訴訟を提起された場合の証拠となるものとして、患者ごとにどのような対応・診察等をしたのかが分かるもの(タグにチェック式の欄を作る等)を残しておくことが必要である。

さらに、実際の訴訟においては、注意義務の内容を特定するため、トリアージにおいて医師が通常どの程度の対応・診察をするのが重要となるので、目安となるような一般的な基準・マニュアルを早急に作成しておくことが望ましい。

以上のことの詳細はトリアージの法的問題Q&A(11~66頁)を参照されたい。またこの面での理解を深めるために、実際に生じた事例の検証的報告(67~78頁及び79~86頁)も大変示唆に富んでいる。看護並びに救急隊側からの提言(87~97頁、99~104頁)でも、この法的な側面への言及がある。

救急看護の視点から

1. 各施設内で独自のプロトコールの作成

教育・訓練を受けた看護婦(士)が実際に現場でトリアージナースとしてトリアージを行うとき、他の職種から、また一般市民からの理解され協力が得られるのだろうか問題となる。看護婦(士)がトリアージを行うときは「重症・緊急度の判断をすることではなく、患者の状態の評価を行い病院施設での治療が必要かどうかの優先順位をつける」のであるなら法的な問題は回避されるが、ここで問題となるのは医師と看護婦(士)のライセンスの違いからくる一般的な信頼度である。そこで、各施設にトリアージ責任者(メディカルコントロール体制にいう、いわゆるメディカルディレクター)を指名し、責任者を中心として看護婦(士)は災害現場でトリアージを実践する。そのためには①専門家を養成すること、②その施設でトリアージプロトコールを作成する、つまり疾患ないし病態のタイプ別の指示内容を含むプロトコールを作成し、確立されたシステムの下でトリアージを実施させる。つまり、救急外来(ER)でのトリアージが可能となれば、その延長線上に災害におけるトリアージの実践へと進めることが可能となると考えられる。

2. 資格制度の採用

トリアージナースの選抜および訓練の基準としてカロライナ医療センター救急部におけるトリアージナースの選抜および訓練の基準について一部紹介する。

内容として

- 1) 資格：アシスタントナースマネージャ・病棟主任看護婦(士)の推薦を受けた登録看護婦
カロライナ医療センター救急部に登録看護婦(士)として6ヶ月間雇用されていること

- 2) 訓練プログラム：救急部が承認した訓練講習を及第点で終了すること
認定までの間、経験を積んだトリアージナースによる指導制度
- 3) 継続的教育：定期的なトリアージ会合への出席
- 4) 指導制度：講習終了後、一定期間にわたり受講生を指導看護婦(士)(トリアージナース)の下に置く計画が組まれる。指導看護婦(士)は受講生を評価し、追加のトリアージ講習が必要かどうかを判断する。

指導看護婦(士)は受講生とともに、そのトリアージ能力について協議する。

要件として

- 1) ER 経験が1年以上である
- 2) 登録看護婦(士)(RN)であること
- 3) 施設内の試験をパスしていること
- 4) 試験は口頭・記述試験である
- 5) 14時間の講義を受講していること

トリアージの要件を病院内で定めておくことも重要であり、疾患別に詳細にトリアージプロトコールが確立されている。

わが国も専門育成コース終了者には認定証を公布するなど資格制度を取り入れ、災害現場での看護婦(士)の役割を明確にしその枠を広げて行くべきである。

3. 柔軟な役割分担

災害とは、その災害の規模や負傷者数から通常の救急体制では対応できない状況を言う。つまり、集団災害であれ、広域災害であれ負傷者数に関係なく、関係者の対応の能力により「災害」と表現するか「事故」と表現するかになると思う。つまり対応の力が低ければ災害となりその能力が高ければ事故としておわる。重要なことはいかにこの対応能力を高められるかである。地震等の広域災害では医療施設や医療従事

者も被害を受けることから、平時の救急医療を超えた対応能力の確保に努めなければならない。災害現場は救急隊員によって救出・救助が行われ、医師を中心にトリアージが行われる。しかし、限られた人員で現場にすぐ医師が駆けつけることが可能かどうか、そして、その現場でトリアージを続けることが適切なのだろうか。医師は本来の業務、負傷者の処置に専念すべきである。重症負傷者のための *stabilization* を行い安定した状態で適切な病院に搬送する。その結果、*preventable death* を減少させ、被害を最小限にとどめることに繋がると思われる。

これらについては 87～97 頁に詳述されている。なお、本報告書を読まれる時点において、看護婦などの呼称が看護師などへと変更されていれば、本報告書の看護婦などは看護師などに置き換えて読まれますようお願いしたい。

救急隊によるトリアージ

救急隊員である以上、集団救急事故に遭遇する可能性は常態として存在する。その際、全ての救急隊員がトリアージに関する知識、技術を有していることが求められる。一定の資格を付与された者にだけトリアージが可能となるような体制は実態には即していないと考える。したがって救急隊員の養成課程の段階においてトリアージに関する十分な教育と訓練がなされていることが望ましい。現在も最低限必要な教育は行われているものと考えられるが、将来的には養成課程において実動・図上訓練を含めた教育体制の充実を図っていくことが必要である。更に、救急救命士の養成課程におけるトリアージ教育も一層充実させることが必要であり、救急救命士資格者のトリアージ能力の更なる向上を図る必要がある。現在、全ての救急隊に常時 1 名の救急救命士が搭乗できるよう、救急救命士の養成を促進しているところである。今後は、より高度な教育を受けている救急救命士の資格を有

する救急隊員がトリアージを行うことが望ましい。

現在、病院前における救急救命士を含む救急隊員の行う応急処置等の質を医学的観点から保障するため、メディカルコントロール体制の構築を推進している。具体的には、

- 1 救急隊が迅速に医師の指示、指導、助言を得られる体制
- 2 救急活動の医学的観点からの事後検証体制
- 3 救急救命士の資格取得後の再教育体制

を各地域に設置されたメディカルコントロール協議会を中心として構築していくことである。

このメディカルコントロール体制の下、消防機関と医療機関の一層の連携強化が図られ、救急救命士を含む救急隊員の能力の向上が期待されている。また、メディカルコントロール協議会の場において、救急隊、医療機関の配置状況及び想定される災害の種類、規模等の地域特性に応じたトリアージの判断基準等を策定していくことが可能となり、集団救急事故発生時において効果的なトリアージが実施されることが期待される。救急業務計画に基づく訓練に関してもメディカルコントロール協議会の単位を活用し、より広域的に、隣接消防機関、医療機関をはじめとする関係機関との連携体制を含めた実戦的なものとするのが可能と考える。また、救急隊がトリアージで黒タグを選択することの可否及び条件整備、NBC 災害等の災害の種類に応じたトリアージの判断基準、トリアージタグの特記事項欄への記載事項等については、今後更なる検討が必要である。

このテーマについての詳細は 99～104 頁に述べられている。また、救急隊活動の問題点が検証内容に含まれている報告 (67～78 頁、79～86 頁) も実際の事例がいかにかに難しいものかを知ることができるので、そのような観点で参照されたい。

トリアージの法的問題Q&A

はじめに	13
トリアージの実施基準と トリアージ・タグ	16
トリアージの法的問題Q&A 総論 (Q 1～Q 3)	19
各論 (Q 4～Q25)	22
参考法令及び参考関連判例	62

はじめに

当研究班では、トリアージの法的問題を討議するにあたって、まず、医師法や従来の判例上の医師の法的責任を整理し、その後、トリアージに関する個々の問題の討議過程をQ&A方式でまとめることとした。

なお、当研究班が討議した主要な問題点の骨子は以下のとおりである。

1. トリアージ実施主体について（Q17 参照）

- I. 医師法の観点からは、すべての医師がトリアージの主体になり得ることに問題はない。
- II. 医師以外のトリアージ主体の法的問題について議論したところ、下記の3説があることが判明した。災害時の医療資源活用の見地からは将来的には②の拠点病院確立説が主唱する方向を目指すべきだが、現時点では①の搬送順位選択説が現在の実務運用を踏まえている上、現実の要請にも合致するものであると思われる。

記

①搬送順位選択説 これは災害現場においてはごく早期から医師がトリアージを行う可能性は様々な理由から多くはなく、また、災害時では医師を含む多くの医療職の不足が考えられることから、医師はその専門技能を生かす部門で働くことが医療資源の合理的活用の観点において重要であり、トリアージは医師にだけ許されるというのは現実的でないとする見解である。この見解は現在の実務に合致し、Q&Aで述べたようにそれぞれの主体について一応の条文上の根拠も見出し得る。この見解によれば、救急救命士、救急隊、看護婦もなし得る災害医療を効率的に展開する最初の搬送順位選択の過程であり、行為でないと定義することになる。なお、この説を別の角度から補強するものとして、救急救命士法等は搬送現場においてある程度の医療行為を例外的に相対的医療行為として是認しているのではないかとの見解があった。この関係で最近厚労省が十分な訓練を条件に救急救命士に気管内挿管を容認する方針を決めたことはこの見解の後押しになるものと思われる。ちなみに、医師以外のトリアージ主体の場合、本来死の判定を意味する黒タグを付け得るのか、付け得る場合でもその意味するところは、死の判定でなく最終搬送順位の選択ということにならないかとの議論もなされた。

②拠点病院体制確立説 トリアージは、原則として医師が実施することを前提としながらも、現実の災害現場での実践体制を拠点病院を中心に確立すべきとの立論である。すなわち、拠点病院にあらかじめトリアージ責任者を置き、そのトリアージ責任者を中心として、日頃から適正なトリアージの実施に向けて救急救命士、看護婦を実践補助者として教育し、現実のトリアージにあたっては確立された指示連絡システムのもとにトリアージを実施する。また、その実施及び法的責任を、トリアージ責任者にでき得る限り集中させることで医師法第17条の問題を回避しながら、現実に即応した体制を創設すべきとする見解である。このことは地域毎にメディカルコントロール協議会を設置し、メディカルコントロール体制を確立すべきであるという議論と符合する。なお、トリアージ責任者については一定の認定制度が必要かどうかを検討す

る必要がある。

③形式説 トリアージは、個々の傷病者や疾患の重傷度を診断する行為であるので診療行為であり、医師のみが行わなければならないとする説。医師法第17条の文言に忠実だが、この考え方を徹底すると、仮に緊急時に医師以外の者がやむを得ずトリアージをせざるをえなかった場合には緊急避難行為として結局のところ医師法違反が「違法性阻却」とされると立論されることにこの説の主旨がある。

2. トリアージの補償について（Q22 参照）

国立大学、国立病院、自治体立病院の医師の場合は、「国家公務員災害補償法による補償」あるいは「地方公務員災害補償法による補償」、日赤の場合は「労災」による補償になる。

その他の民間病院のボランティア医師の場合は、災害救助法による救護命令に基づく場合は災害救助法29条の扶助金、所属病院長の命令に基づく場合は労災が支給されるが、そうでない場合は補償制度はない。ボランティア医師が災害現場に赴く場合の多くは、災害救助法の救護命令発令前なので労災以外の補償制度がない状態で活動することになる(特に、個人の資格で自発的に赴く個人病院の医師やボランティア医師の場合は労災の適用もない)。最近新大久保駅の転落死事故などを機にボランティアによる多くの救命行為に関し災害給付金の支給や基金の開設がなされているが、救護命令が発令される前こそ最も危険な状態であり、疾病、死亡の可能性も高いので、立法的解決あるいは何らかの恒久的基金等の創設が検討される必要がある。

なお、救急救命士、救急隊員の場合は、それぞれの費用支給、補償制度がある。

3. 知事の従事命令はなく、都道府県からの協力依頼に基づいて行われた場合（Q25 参照）

この場合の法的整備は不十分であり、法的関係も整理できていない。

以下の

- ①都道府県が病院に支払う報酬の内容、
- ②病院に損害があった場合の補償の内容、
- ③損害賠償請求を受けた病院が都道府県に損害分を求償できるか否か、
- ④都道府県から報酬を取得する場合、患者から別に診療報酬を取得してよいか否か
- ⑤病院が協力義務を怠った場合に都道府県に損害賠償責任を負うか否か

等の具体的内容は、都道府県と病院との間の事前の協議、契約内容によることになる。

上記の点は都道府県、病院、医師ともに互いに重大な関心事であり、事前に十分な協議が必要である。

4. トリアージの過誤と訴訟（Q25 参照）

トリアージの結果被害を受けたとする患者側（原告）は、訴訟になれば自己に有利な法的構成を選択的、あるいは併存的に主張できるから、主張し得る可能性のある契約違反（債務不履行）の主張、不法行為の主張が全て、あるいはその一部が訴訟の場で展開されることになる。そして、そのいずれの場合でも結局、主な争点として争われるのは、「医師の注意義務の内容・程度」、「医師が行った行為と患者の死・傷害との間の因果関係」等と思われる。

今後議論の中心となるのは注意義務の問題である。現行の民法においては（国家賠償法にお

いても同様)、医師に故意又は過失が要件とされており、この過失を具体化したものが注意義務である。現実には当該事案において医師としてはいかなる行為をすべきだったのか、いかなる行為をすべきではなかったのかが争点となる。この注意義務は個々の事案においてそれぞれ認定されるが、一般的な医療水準を基準に判断されることになる。被告となる病院、医師側は、債務不履行、不法行為的構成のいずれの場合でも、原告が主張する過失責任の積極否認として、「トリアージの判断に絶対的なものではなく、同じ災害であってもその判断にはトリアージを行う人員の素養や災害の状況あるいは時間的な変化によって、種々の異なった結果が導かれる可能性があり、どのトリアージの判断が正しいのかについては明確なものがあるわけではない。したがって、『トリアージの判断の妥当性』を判断する一つの根拠としては、トリアージ時の状況の下で収集可能な情報に基づいて合理的な行動が行われるのであれば、たとえ事後的に別の選択がよりベターであったとしても直ちに法的責任が生じるものではない」と主張するか、そうでなくても緊急事務管理の条文（民法第 698 条）を援用して軽過失部分の免責を主張することになると思われる（もしこの被告側の病院、医師の主張が認められれば、トリアージの際に医師に要求される注意義務の程度は、一般的な医療水準よりも相当低いもので足りるということになり、よほどのことがない限り被告側の医師個人らが責任を問われることはないと考えられる）。しかし、実務の運用が確定していない現時点において訴訟を提起された場合、過失責任が必ず否定されるとの保証はないこと、また、事務管理についても契約関係発生を広く認めるなどして事務管理成立の余地を狭く解する立場もある上、緊急事務管理の適用を否定する見解も有力であるので、軽過失が免責されるとは限らず損害賠償責任を負われされる可能性もある。したがって、トリアージを積極的に普及させるためには、サマリア人の法理を含めた法的な整備を検討する必要がある。但し、サマリア人の法理そのものは緊急の治療行為、救助行為の軽過失を免責するためのものであり、患者選別に関するトリアージにおける軽過失（たとえば過失ある選別によって救護すべき者を救護しないケースもある）の免責を直接的に目的としたものでないことは注意を要する。

なお、通常の医療過誤訴訟と異なり、医師が事故当時にどのような行為をしたのかについてカルテ等の客観的な資料として残っていないことが考えられることから、訴訟を提起された場合の証拠となるものとして、患者ごとにどのような対応・診察等をしたのかが分かるもの（タグにチェック式の欄を作る等）を残しておくことが必要である。

さらに、実際の訴訟においては、注意義務の内容を特定するため、トリアージにおいて医師が通常どの程度の対応・診察をするのかが重要となるので、目安となるような一般的な基準・マニュアルを早急に作成しておくことが望ましい。

以 上

東京都衛生局「災害時医療救護活動マニュアル(平成8年3月発行)」による

トリアージとは、災害発生時などに多数の傷病者が発生した場合に、傷病の緊急度や程度に応じ、適切な搬送・治療を行うことです。

災害時の医療救護にあたっては、現存する限られた医療スタッフや医薬品等の医療機能を最大限に活用して、可能なかぎり多数の傷病者の治療にあたる必要があります。

【トリアージの実施基準】

第1 最優先治療群（重症群） 赤

生命を救うため、直ちに処置を必要とするもの。窒息、多量の出血、ショックの危険のあるもの。

第2 待機的治療群（中等症群） 黄

ア 多少治療の時間が遅れても、生命に危険がないもの。

イ 基本的には、バイタルサインが安定しているもの。

第3 保留群（軽症群） 緑

上記以外の軽易な傷病で、ほとんど専門医の治療を必要としないもの。

第4 死亡群 黒

既に死亡しているもの、又は明らかに即死状態であり、心肺蘇生を施しても蘇生可能性のないもの。

(トリアージ・タグの説明)

[トリアージ・タグ見本]

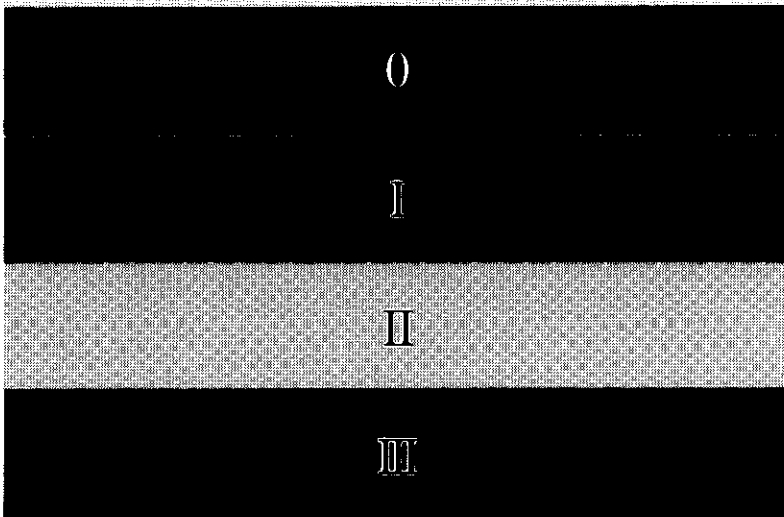
(原寸)

トリアージ・タグ

(災害現場用)

◆ 東京都

No.	氏名 (Name)	年齢 (Age)	性別 (Sex) 男 (M) 女 (F)
住所 (Address)		電話 (Phone)	
トリアージ実施月日・時刻 月 日 AM 時 分 PM		トリアージ実施者氏名	
搬送機関名		収容医療機関名	
トリアージ実施場所			
トリアージ実施機関		医 師 救急救命士 そ の 他	
傷 病 名			
トリアージ区分 0 I II III			



(原寸)

トリアージ・タグ

◆ 東京都

特記事項 (搬送・治療上特に留意すべき事項)

Blank area for special notes with horizontal dashed lines.

その他の応急措置の状況等



前



後

0

I

II

III

トリアージの法的問題 Q & A

【総論】

Q 1 医師の義務についてまとめて下さい。

A 1 医師は、患者に対して、以下の義務を負います。

【説明義務】

患者は治療法を選ぶ権利があります。医師は患者に治療法の選択肢を提示する義務があり、一方で、医師は専門家として十分な説明をする義務もあります (informed consent)。患者が希望したとしても、不適切な治療法をすすめてはならないことは当然です。専門外の病気なら、専門医の受診をすすめるという選択も考えるべきです。この説明義務は世界共通の概念です。

【注意義務】

患者の利益のために行われる治療であっても、結果として患者に損害を与えてしまう場合があります。医師は治療にあたって、患者に必要な指示をし、事故防止のため細心の注意を払う必要があります。一定水準の注意義務(各種の状況を考慮した上で認定)を怠った場合、医師は医療事故の結果責任を問われます。これも世界共通の概念です。ただし、医師に対する罰則の考え方が、日本と欧米で大きく異なります。

【守秘義務】

患者の病状を把握し十分な説明を行うために行う問診は、その性格上、患者の秘密を聞き出すこととなります。わが国では、刑法第 134 条に「医師はその業務上取り扱った秘密を漏洩してはならない」とあります。条文化されているか否かは別として、この概念も世界で通用します。

【届出義務】

医師法第 21 条には、「異常死体等を検案した場合には届け出る義務がある」とあります。感染症予防法には、「医師は指定された感染症の患者を診断したときは届け出る義務がある」とあります。海外でも、こういった届け出の義務は行政関係の法律で規定されています。

【応招義務】

わが国の医師法第 19 条には「診療に従事する医師は、診察治療の求があった場合には、正当な事由がなければ、これを拒んではならない」とあります。この応招義務の性格については Q5 を参照して下さい。この考え方は海外にはないと言われています。海外では、さまざまな理由から診察を拒否される事態が発生しているとのことです。

【無診察治療の禁止】

わが国の医師法第 20 条には「医師は、自ら診察しないで治療をしてはならない」とあります。海外で広く行われている予防投薬などを禁止するものです。海外では一般的なものではありません。

【その他、医師法に記載された義務】

処方箋の交付義務(第 22 条)、保健指導を行う義務(第 23 条)、診療録の記載および保有(第 24 条)の他、厚生労働大臣は医師に対して指示をすることができる(第 24 条の 2)といった記載があります。

さらに保険医療機関及び保険医療養担当規則にも保険医の義務と思われる規定があります。これは保険組合と医療機関に対する義務です。

- ①診療の一般的指針
- ②療養及び指導の基本準則
- ③指導
- ④転医及び対診
- ⑤施術の同意
- ⑥特殊療法等の禁止
- ⑦使用医薬品
- ⑧診療の具体的指針
- ⑨診療録の記載
- ⑩処方箋の交付

海外の医療は患者と医師の合意を基本とし、政府は医療内容に関与しないのが原則です。

Q 2 医師法の罰則について説明して下さい。

A 2

1. 医師法第 31 条 次の各号のいずれかに該当する者は、3 年以下の懲役若しくは 100 万円以下の罰金に処し、又はこれを併科する（医師法第 31 条第 1 項）。
 - ①医師でなければ医業をしてはならないという規定（医師法第 17 条）に違反した者
 - ②虚偽又は不正の事実に基づいて医師免許を受けた者《改正》平 13 法 087
2. 「医師でなければ医業をしてはならないという規定（医師法第 17 条）に違反した者」が、医師又はこれに類似した名称を用いたものであるときは、3 年以下の懲役若しくは 200 万円以下の罰金に処し、又はこれを併科する（医師法第 31 条第 2 項）。
3. 第 7 条第 2 項の規定により医業の停止を命ぜられた者で、当該停止を命ぜられた期間中に、医業を行ったものは、1 年以下の懲役若しくは 50 万円以下の罰金に処し、又はこれを併科する（医師法第 32 条）。

4. 次の①から⑥までの規定に違反した者は、50万円以下の罰金に処する（医師法第33条の2）。

①医師法第6条第3項「医師は、厚生労働省令で定める2年ごとの年の12月31日現在における氏名、住所（医業に従事する者については、更にその場所）その他厚生労働省令で定める事項を、当該年の翌年1月15日までに、その住所地の都道府県知事を経由して厚生労働大臣に届け出なければならない」

②第18条「医師でなければ、医師又はこれに紛らわしい名称を用いてはならない」

③第20条「医師は、自ら診察しないで治療をし、若しくは診断書若しくは処方せんを交付し、自ら出産に立ち会わないで出生証明書若しくは死産証書を交付し、又は自ら検案をしないで検案書を交付してはならない。但し、診療中の患者が受診後24時間以内に死亡した場合に交付する死亡診断書については、この限りでない。」

④第21条「医師は、死体又は妊娠4月以上の死産児を検案して異状があると認めるときは、24時間以内に所轄警察署に届け出なければならない。」

⑤第22条「医師は、患者に対し治療上薬剤を調剤して投与する必要があると認めただけの場合には、患者又は現にその看護に当たっている者に対して処方せんを交付しなければならない。ただし、患者又は現にその看護に当たっている者が処方せんの交付を必要としない旨を申し出た場合及び次の各号の一に該当する場合においては、この限りでない。

I. 暗示的效果を期待する場合において、処方せんを交付することがその目的の達成を妨げるおそれがある場合

II. 処方せんを交付することが診療又は疾病の予後について患者に不安を与え、その疾病の治療を困難にするおそれがある場合

III. 病状の短時間ごとの変化に即応して薬剤を投与する場合

IV. 診断又は治療方法の決定していない場合

V. 治療上必要な応急の措置として薬剤を投与する場合

VI. 安静を要する患者以外に薬剤の交付を受けることができる者がいない場合

VII. 覚せい剤を投与する場合

VIII. 薬剤師が乗り組んでいない船舶内において薬剤を投与する場合」

⑥第24条「医師は、診療をしたときは、遅滞なく診療に関する事項を診療録に記載しなければならない。

2 前項の診療録であつて、病院又は診療所に勤務する医師のした診療に関するものは、その病院又は診療所の管理者において、その他の診療に関するものは、その医師において、5年間これを保存しなければならない。」

Q 3 医師が患者に対する義務を怠り、患者に損害をもたらした場合、医師はその責任を問われますか。

A 3 次のような責任を問われます。

●民事責任

医療事故では、医師が説明義務や注意義務を怠った結果、患者が損害を受けた可能性が疑われます。患者は損害賠償を求めることができ、裁判で医師の義務違反と被害の因果関係を