

及された場合には、所属する病院に訴訟告知（民事訴訟法第 53 条）をすることによって、病院の訴訟への補助参加（民事訴訟法第 42 条）を促すことになるでしょう。

以上に対しては次のような意見がありました。

● トリアージにおいて緊急性の判断に過誤があった場合の緊急事務管理について

本来、緊急事務管理や良きサマリア人法が対象としているのは、緊急状態にある本人に対して、なんらかの損害が生じた場合であると思います。

一方、トリアージにおける過誤が問題となるのは、トリアージにより「緊急性がある」と判断されるべきであったのに「緊急性がない」と判断された A にその後、死亡等の結果が生じた場合があげられます。この場合のトリアージは、「A に対する危害を免れるための事務」にあたるか疑問です。また、通常、緊急性の錯誤が問題となるのは、緊急性がないのにあると誤信した場合であることを考えると、緊急性があるのにないと誤信したことも緊急事務管理の範疇に含まれるか疑問です。

むしろ、A ではない B に「緊急性がある」と判断されたことにより、「B に対する危害を免れるための事務」として、B の搬送・治療が優先され、A の搬送や治療が遅れたために死亡するという損害が生じたと考える方が自然と思われれます。その場合、B に対する事務により B に生じた損害は免責されることが当然としても、A に生じた損害も免責されるとの解釈はできるのでしょうか。

● 以上からすると、トリアージの過誤を理由として訴訟が提起された場合、請求原因は不法行為であれ、債務不履行であれ、その抗弁として緊急事務管理が成立する事件は少ないのではないかと思います。

その外の違法性阻却事由としては、緊急避難や正当行為になるのでしょうか、これらの理論によって注意義務が軽減されるわけではないことからすれば、トリアージを促進する役には立たないことになってしまいます。

トリアージを促進するためには、注意義務が軽減される必要があると思うのですが、現行法を前提とすると、その根拠をどこに見つければいいのか、難しい問題があるように思います。緊急時においても行為者の予見可能性を確保するためには、やはり、立法化の手当が必要なのかもしれません。

実際に、トリアージの過誤について訴訟が提起された場合、過失か重過失かはともかく、過失の有無の判断基準となる医療水準をどのように設定するのかは、非常に難しい問題になるように思います。現在の判例にしたがうと、病院の規模や医師の専門性等を客観化して基準を定めることとなります。これをそのまま用いることができるのかどうかです。

□ 参考法令

【民法】

第 415 条〔債務不履行〕

債務者カ其債務ノ本旨ニ従ヒタル履行ヲ為ササルトキハ債権者ハ其損害ノ賠償ヲ請求スルコトヲ得債務者ノ責ニ帰スヘキ事由ニ因リテ履行ヲ為スコト能ハサルニ至リタルトキ亦同シ

### 第 537 条〔第三者のためにする契約〕

契約ニ依リ当事者ノ一方カ第三者ニ対シテ或給付ヲ為スヘキコトヲ約シタルトキハ其第三者ハ債務者ニ対シテ直接ニ其給付ヲ請求スル権利ヲ有ス

(2) 前項ノ場合ニ於テ第三者ノ権利ハ其第三者カ債務者ニ対シテ契約ノ利益ヲ享受スル意思ヲ表示シタル時ニ発生ス

### 第 538 条〔第三者の権利の確定〕

前条ノ規定ニ依リテ第三者ノ権利カ発生シタル後ハ当事者ハ之ヲ変更シ又ハ之ヲ消滅セシムルコトヲ得ス

## 【民事訴訟法】

### 第 42 条（補助参加）

訴訟の結果について利害関係を有する第三者は、当事者の一方を補助するため、その訴訟に参加することができる。

### 第 53 条（訴訟告知）

当事者は、訴訟の継続中、参加することができる第三者にその訴訟の告知をすることができる。

(2) 訴訟告知を受けた者は、更に訴訟告知をすることができる。

(3) 訴訟告知は、その理由及び訴訟の程度を記載した書面を裁判所に提出してしなければならない。

(4) 訴訟告知を受けた者が参加しなかった場合においても、第 46 条の規定の適用については、参加することができた時に参加したものとみなす。

## 【国家賠償法】

### 第 1 条〔公務員の不法行為と賠償責任、求償権〕

国又は公共団体の公権力の行使に当る公務員が、その職務を行うについて、故意又は過失によつて違法に他人に損害を加えたときは、国又は公共団体が、これを賠償する責に任ずる。

(2) 前項の場合において、公務員に故意又は重大な過失があつたときは、国又は公共団体は、その公務員に対して求償権を有する。

### 第 2 条〔営造物の設置管理の瑕疵と賠償責任、求償権〕

道路、河川その他の公の営造物の設置又は管理に瑕疵があつたために他人に損害を生じたときは、国又は公共団体は、これを賠償する責に任ずる。

(2) 前項の場合において、他に損害の原因について責に任ずべき者があるときは、国又は公共団体は、これに対して求償権を有する。

### 第 3 条〔賠償責任者、求償権〕

前二条の規定によつて国又は公共団体が損害を賠償する責に任ずる場合において、公務員の選任若しくは監督又は公の営造物の設置若しくは管理に当る者と公務員の俸給、給与その他の費用又は公の営造物の設置若しくは管理の費用を負担する者とが異なるときは、費用を負担する者もまた、その損害を賠償する責に任ずる。

(2) 前項の場合において、損害を賠償した者は、内部関係でその損害を賠償する責任ある者に対して求償権を有する。

#### 第4条〔民法の適用〕

国又は公共団体の損害賠償の責任については、前三条の規定によるの外、民法の規定による。

#### 第5条〔他の法律の適用〕

国又は公共団体の損害賠償の責任について民法以外の他の法律に別段の定があるときは、その定めるところによる。

#### 第6条〔相互保証〕

この法律は、外国人が被害者である場合には、相互の保証があるときに限り、これを適用する。

### 【民法】

#### 第3章 事務管理

**第697条** 義務ナクシテ他人ノ為メニ事務ノ管理ヲ始メタル者ハ其事務ノ性質ニ従ヒ最モ本人ノ利益ニ適スヘキ方法ニ依リテ其管理ヲ為スコトヲ要ス

2 管理者カ本人ノ意思ヲ知リタルトキ又ハ之ヲ推知スルコトヲ得ヘキトキハ其意思ニ従ヒテ管理ヲ為スコトヲ要ス

**第698条** 管理者カ本人ノ身体、名誉又ハ財産ニ対スル急迫ノ危害ヲ免レシムル為メニ其事務ノ管理ヲ為シタルトキハ悪意又ハ重大ナル過失アルニ非サレハ之ニ因リテ生シタル損害ヲ賠償スル責ニ任セス

**第699条** 管理者ハ其管理ヲ始メタルコトヲ遅滞ナク本人ニ通知スルコトヲ要ス  
但本人カ既ニ之ヲ知レルトキハ此限ニ在ラス

**第700条** 管理者ハ本人、其相続人又ハ法定代理人カ管理ヲ為スコトヲ得ルニ至ルマテ其管理ヲ継続スルコトヲ要ス  
但其管理ノ継続カ本人ノ意思ニ反シ又ハ本人ノ為メニ不利ナルコト明カナルトキハ此限ニ在ラス

**第701条** 第645条乃至第647条ノ規定ハ事務管理ニ之ヲ準用ス

**第702条** 管理者カ本人ノ為メニ有益ナル費用ヲ出ダシタルトキハ本人ニ対シテ其償還ヲ請求スルコトヲ得

2 管理者カ本人ノ為メニ有益ナル債務ヲ負担シタルトキハ第650条第2項ノ規定ヲ準用ス

3 管理者カ本人ノ意思ニ反シテ管理ヲ為シタルトキハ本人カ現ニ利益ヲ受クル限度ニ於テノミ前2項ノ規定ヲ適用ス

#### (委任の準用規定)

**第645条** 受任者ハ委任者ノ請求アルトキハ何時ニテモ委任事務処理ノ状況ヲ報告シ又委任終了ノ後ハ遅滞ナク其顛末ヲ報告スルコトヲ要ス

**第646条** 受任者ハ委任事務ヲ処理スルニ当リテ受取リタル金銭其他ノ物ヲ委任者ニ引渡スコトヲ要ス

其収取シタル果実亦同シ

- 2 受任者カ委任者ノ為メニ自己ノ名ヲ以テ取得シタル権利ハ之ヲ委任者ニ移転スルコトヲ要ス

**第 647 条** 受任者カ委任者ニ引渡スヘキ金額又ハ其利益ノ為メニ用ユヘキ金額ヲ自己ノ為メニ消費シタルトキハ其消費シタル日以後ノ利息ヲ払フコトヲ要ス  
尚ホ損害アリタルトキハ其賠償ノ責ニ任ス

**第 650 条** 受任者カ委任事務ヲ処理スルニ必要ト認ムヘキ費用ヲ出タシタルトキハ委任者ニ対シテ其費用及ヒ支出ノ日以後ニ於ケル其利息ノ償還ヲ請求スルコトヲ得

- 2 受任者カ委任事務ヲ処理スルニ必要ト認ムヘキ債務ヲ負担シタルトキハ委任者ヲシテ自己ニ代ハリテ其弁済ヲ為サシメ又其債務カ弁済期ニ在ラサルトキハ相当ノ担保ヲ供セシムルコトヲ得
- 3 受任者カ委任事務ヲ処理スル為メ自己ニ過失ナクシテ損害ヲ受ケタルトキハ委任者ニ対シテ其賠償ヲ請求スルコトヲ得

**第 709 条** [不法行為の要件と効果]

故意又ハ過失ニ因リテ他人ノ権利ヲ侵害シタル者ハ之ニ因リテ生シタル損害ヲ賠償スル責ニ任ス

**第 715 条** [使用者の責任]

或事業ノ為メニ他人ヲ使用スル者ハ被用者カ其事業ノ執行ニ付キ第三者ニ加ヘタル損害ヲ賠償スル責ニ任ス但使用者カ被用者ノ選任及ヒ其事業ノ監督ニ付キ相当ノ注意ヲ為シタルトキ又ハ相当ノ注意ヲ為スモ損害カ生スヘカリシトキハ此限ニ在ラス

(2) 使用者ニ代ハリテ事業ヲ監督スル者モ亦前項ノ責ニ任ス

(3) 前二項ノ規定ハ使用者又ハ監督者ヨリ被用者ニ対スル求償権ノ行使ヲ妨ケス

#### 【参考関連判例】

応招義務について

【判例 I D】 27814261 (「第一法規判例体系 CD-Rom」の整理番号)


【著名事件名】 神戸市立病院救急患者受入れ拒否訴訟第一審判決

- 【要旨】
1. 医師法 19 条 1 項の医師の応招義務は、直接には公法上の義務であり、医師がこれに違反した場合にも、それが直ちに民事上の責任に結びつくものではないが、右応招義務は、患者保護の側面をも有すると解されるから、医師が診療を拒否して患者に損害を与えた場合には、当該医師に過失があるという一応の推定がなされ、同医師においてこれを正当ならしめる事由の存在を主張立証しないかぎり、同医師は患者の被った損害を賠償すべき責任を負う。
  2. 交通事故により瀕死の重症を負い救急車で搬送された患者が、市立病院への受入を拒否され、県立病院へ搬送された後に死亡した事故につき、診療拒否当時患者には多少の混乱はあつたものの意識があつたこと、診療拒否後県立病院へ収容されるまでの間心臓停止は 2 回あつたが意識喪失の状態ではなかつたこと、診療拒否により患者の診療を受

ける法的利益が侵害されたこと等の事実を総合すれば、本件診療拒否と患者の精神的苦痛の間には相当因果関係があるとされた事例。

3. 一 交通事故により瀕死の重症を負い救急車で搬送された患者が、救命救急センターとして特に重篤な患者の医療を担当する市立病院への受入を拒否され、県立病院へ搬送された後に死亡した事故につき、右病院の所属医師が診療を拒否して患者に損害を与えた場合には、病院に過失があるとの一応の推定がなされ、病院側で診療拒否を正当ならしめる具体的事由を主張立証しない限り、右病院は損害賠償責任を負うとされた事例。  
二 右事故につき、右病院には外科医が救急担当医として在院していた以上、脳外科および整形外科の専門医がいなくても医療を施すことが可能であつたと認定して、診療拒否を正当ならしめる事由の存在が否定された事例。
4. 交通事故により瀕死の重症を負い救急車で搬送された患者が、救命救急センターとして特に重篤な患者の医療を担当する市立病院への受入を拒否され、県立病院へ搬送された後に死亡した事故につき、右患者の受傷内容、診療拒否に至るまでの経緯、その他諸般の事情を総合勘案して、150万円の慰謝料が認められた事例。

(柴田 龍太郎)

**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—

## 災害現場での実際のトリアージ活動

### はじめに

災害現場で多数傷病者が発生する状況で、救急隊員・救急救命士（以下、救命士）あるいは医師や看護婦がトリアージを行い、治療を受ける傷病者の緊急度および重症度で負傷者を分類し、その優先順序に従い適切な医療機関に搬送することが、負傷者全体の利益に繋がることは周知の事柄である。一方、救急医療体制からみて、災害現場には救急隊員・救命士が医師を始めとする医療従事者より先着するのが普通である。そこで、災害現場で実際のトリアージがどのように行われているか、またトリアージに付随する問題点はないかを調査する目的で、平成13年6月8日に大阪府池田市で発生した大阪教育大学附属池田小学校（以下、池田小学校）多数刺傷者事件の調査と検証を行った。

### 1. 事件概要

平成13年6月8日午前10時10分頃、2時間目の授業が終わろうとしている時間帯の池田小に刃物を持った者が侵入、テラス側より先生が教室を離れていた2年南組の教室に侵入し、児童を次々と刺傷した。次に隣の2年西組に侵入し先生の目の前で、児童を刺傷、この先生が、その後事務室より警察・消防へ事件を通報した。次に犯人は、2年東組に侵入、次々と児童の刺傷に及んだ。2年東組の先生が犯人をテラスに追い込み、他の先生と取り押さえようとしたが、先生自身が刺傷を受けた。犯人は、その後、1年南組に侵入し、児童を刺傷しているところを、10時19分頃、教頭らに取り押さえられた。この間、犯人は、児童・先生ら23名を刺傷し、死者8名・重症者8名・軽症者7名を出す大惨事となった。刺された児童の一部は、廊下や2階階段付近、テラス、学校の外にあるコンビニエンスストアに逃げ込んだ。

### 2. 調査目的

事件覚知後の池田消防本部の対応、とくに他市消防本部への応援要請、現場指揮本部の対応が適切に行われたか。事件現場では、現場トリアージや搬送先医療機関の選別が適切に行われたか、また死者8名の中に preventable death がいなかったかを調査した。

### 3. 調査方法

平成13年6月20日から7月10日にかけて、本事件で患者の搬送に関わった4市消防本部に聞き取り調査を行った。事件当日に管制司令室に勤務していた管制司令官からは事件対応の状況および現場および他市消防との情報交換の内容を尋ねた。すべての重症者・死亡者の搬送に関わった救命士および救急隊員には現場状況・トリアージ行為の有無および搬送患者の搬送前および搬送中のバイタルサイン、病院選択の方法を尋ねた。現場指揮本部長からは、現場での指揮状況を尋ねた。また、各市消防本部の災害対応計画の有無および内容、訓練の状況を尋ねた。患者搬送医療機関からは、患者の搬送依頼内容・搬送患者の重症度、治療内容、最終診断について、さらに死者に関しては直接死因となった外傷形態を調査した。

#### 4. 結果：

##### 1) 池田消防本部の管制司令室の動き（表-1）

事件の第一報は、10時20分に負傷した児童が逃げ込んだ校外のコンビニエンスストアから入った。内容は、[子供が背中から血を流している]であった。ほぼ、同時刻に池田小の先生から、[多数の児童が負傷している]との第二報が入った。管制司令は、この時点で、二つの通報が同一事件とは思わなかったし、小学校では複数の児童が遊戯中に転倒して負傷した程度と考えていた。池田消防本部は、救急車を3台所有しているが、すべてが出場中であった。無線で事件内容がすべての救急車に伝えられ、引揚中の救急車が現場に向かった。同時に、箕面消防本部に救急車出動の応援要請が出された。

10時23分に警察から小学校で刺傷による多数負傷者が発生しており、多数の救急車の要請がなされた。この通報で事件規模・内容が把握され全救急車の出場と、他の隣接する豊中消防本部・川西消防本部、伊丹消防本部への応援要請がなされ、10時30分には、大阪府立千里救命救急センターにドクターカー（以下、DC）の出動要請がなされた。また、10時35分には、現地指揮本部の設営のため指揮車が出場した。

##### 2) 事件現場での各救急隊の救急医療活動

消防本部へ引揚中に小学校への出動要請のあった池田23号救急車は、小学校手前でコンビニエンスストアの店員により店に誘導され、背中から出血しておりショック状態の児童1名と放心状態の児童2名に10時30分に遭遇した。患者の観察・圧迫止血、酸素投与などの応急処置中に小学校に向かうDCを見つけ、ストアに誘導し応急処置を依頼し、2本の末梢ルートを確保し急速輸液を受け10時58分に千里救命救急センターへ搬送した。

放心状態の児童2名は、他の救急車に搬送を依頼、最終的に警察車にて2次救急医療施設に搬送された。隊長は、小学校へ出場依頼であったため処置の間に小学校へ同乗救急隊を偵察に派遣し、多数の負傷者が発生していることを知ったが、既に多くの救急車が結集しているので、重症負傷者を搬送した。この時点で、コンビニエンスストアと小学校内の事件は同一事件との認識はなかった。

10時30分に小学校に先着した救急隊は、応援依頼をうけた隣接の箕面消防救急隊であった。到着時、校舎の外の植込み付近に上半身の衣服が血だらけの児童2名が先生に抱きかかえられており、この2名のバイタルサインを観察。1名は、意識混濁、呼吸は弱く頻呼吸、頸動脈は触知するが橈骨動脈は非常に弱く、出血性ショックと判断。他1名は、意識清明、呼吸正常、頻脈ではあるが橈骨動脈触知。この間、学校の先生・警察官らによって校舎から負傷者が、運び出されている状況であった。

学校の先生から3名の軽症負傷者の搬送を依頼されたが、緊急性がないので2次救急医療施設に直接搬送するように指示。救急隊員の携帯電話で大阪大学救命救急センターへの搬送を依頼し、10時43分に搬送。この先着救急隊員は、重症負傷者を救急車内に収容し観察・応急処置をおこなったため、事件現場の全体像は把握出来なかった。また、次々と校舎より搬出されて来る負傷者を、植込み近くにあった体育館等の一箇所に集める指示を学校の先生や警察官に出せなかった。搬送中、10時50分頃、出血性ショックを呈していた児童の頸動脈が触知できなくなり、心肺蘇生を施行しながら10時58分に



救命センターに到着した。

事件所轄消防である池田消防の先着救急隊は、10時31分に校舎外の植込み付近に現着した。現場は騒然としていたが、停車周辺には負傷者は居らず、先生に1年南組教室に誘導された。教室には、児童が倒れており、胸部刺創部より肺脱出を認める心肺停止(以下、C P A)状態であった。心肺蘇生(以下、C P R)を実施しつつ救急車に収容。その後、先生らに校舎より搬出された児童の搬送を依頼された。この児童は、腹部刺創部より腸管脱出と出血を認めた為、C P Aの患者と共に、10時45分に時間がかかる3次救急医療施設よりも直近の2次救急医療施設が適切と判断し、車載電話で搬送依頼後、搬送した。池田消防先着救急隊員も、先生に誘導された教室しか見ず、事件現場の全体像や負傷者の概数など把握は出来なかった。また、負傷者を一箇所に集める等の指示や、先生・警察官から事件の概要を聴取しなかった。

10時32分現着の池田消防救急隊は、植込み付近で児童2名と成人男性1名を認め、児童2名が心呼吸停止であることを確認、成人のバイタルサインの観察は行っていない。教室に多数の負傷者がいるとの先生の情報で2年東組に入り、C P A状態の背中を刺創されている児童を認めた。救急車に搬入し、ラリングアルマスクにて気道を確保しC P Rを実施した。C P R実施中に、先生らに搬出された児童の搬送依頼があり、患者の観察を実施したところ、意識清明、呼吸困難あり、脈拍132、血圧96/61、右下腹部より腸管脱出あり、重症と判断した。収容しているC P Aの負傷者よりこの重症負傷者の搬送が優先されると判断し、携帯電話で大阪大学救命センターに搬送依頼を行い、10時54分に重症負傷者を搬送した。

応援要請を受けた川西消防救急隊は、10時36分現着し、駐車した付近を見ると2名の児童が机上に寝かされており、夫々救急隊員が観察を行っていた。1名の成人が机に寝かされていたが観察を行わず、先生に誘導され2年南組教室に入った。3名の児童が横たわっており、全員がC P A状態であった。心電図上2名が心静止を示し、他の1名は伝導収縮解離であった。この伝導収縮解離の児童のC P Rを行いながら池田市にある2次救急医療施設に搬送した。搬送先は、現場指揮者の指示に従った。現場指揮官に患者数など事件の全体像を質問したが、把握出来ておらず、他に重症負傷者の有無も分からないため上記の児童を10時48分に搬出した。他市の救急隊員との情報の交換は行わなかった。

応援要請を受けた豊中消防救急隊は、10時37分に現着した。現着時、植込みの付近に児童2名、成人1名の計3名の負傷者を確認した。成人に対しガーゼ圧迫による止血処置、酸素投与を行ったが、バイタルサインの測定は行わず、1名の児童はC P A状態であった。他の児童は、背中から出血しておりガーゼによる圧迫止血を行った。背中を痛がっていたが意識は清明、血圧は計っていない。3名の観察中に背部、肩口に多数の刺創を負った児童が搬出されてきた。顔面蒼白・血圧80・意識は清明であった。重症と判断したこの児童を救急車内に収容した。車内には警察官によりC P A状態の児童が収容されていたが、背部刺創の児童の方が搬送優先度は高いと判断し、代わりにこの児童を収容し10時55分千里救命救急センターに搬出した。搬送先医療機関は、携帯電話で大阪大学救命救急センターに依頼したが、既に多数来院とのことで千里救命救急センタ

一に連絡を取り、搬送した。現場は混乱しており現場指揮者は誰か認識出来なかった。また、同市救急隊員との情報交換は行ったが、他市の救急隊員とは情報交換を行わず、事件の全体像・患者概数なども把握出来なかった。

現着 10 時 48 分の豊中消防の救急隊は、植込み付近で成人 1 名、児童 2 名を確認した。成人は、顔面蒼白、意識レベルは 1-1、血圧は 100 以下であった。児童 1 名は、背部に 2 c m の切創である軽症者、他の児童は C P A で心電図上は、心静止であった。軽症者は、他市消防救急車に 2 次医療施設に搬送を依頼し、ショック状態であった成人を三島救命救急センターに搬出した。他市の救命士より、阪大救命・千里救命への患者搬送情報を入手し、この 2 箇所はすでに多くの負傷者が搬入されていると判断し、三島救命へ直接に搬送依頼を行い、11 時 00 分に搬送した。この救急車が到着時には、既に多くの救急車が集結しており、出血性ショックを呈している負傷者が救急車に収容されていないのを、不思議に感じたと言っていた。

千里救命救急センターの D C は、10 時 46 分に小学校前のコンビニエンスストア内にいた出血性ショックを呈していた負傷者の輸液路確保後、10 時 55 分頃に小学校内に到着した。植込み付近のロータリー前で机の上に寝かされた児童を診察、C P A を確認した。付近には他の負傷者は見当たらないため、救急隊員に負傷者を保健室に集めるように指示した。保健室に行くと、2 名の児童が救急隊員・学校保健職員らに C P R を受けていた。両児童とも C P A 状態であることが確認された。その後、一旦保健室よりロータリー付近に出て、救急車内に収容されていた 2 名の児童の C P A 状態を確認した。再度、保健室に戻り新たに搬入されていた児童の C P A を確認した。D C 搭乗の医師により C P A 状態が確認された 5 名の児童は、各市の救急隊により、2 次あるいは 3 次救急医療施設に搬送された。その後さらに全体像把握するために現場指揮本部に患者情報を収集、他の患者はいないことを確認後、12 時 30 分に現出した。表 2 に現場からの搬出時間などを示す。

### 3) 現地消防指揮本部

現場指揮本部の設営のため、池田市消防副署長以下 3 名は、10 時 38 分に指揮車にて現着 (10 分後、署長以下 2 名の増員)。現着時、小学校内は警察官や警察車両、4-5 台の救急車が活動しており、現場は騒然とした状況であった。植込み付近では 2 名の負傷者、南校舎 (犯行現場) の玄関ホール前では負傷した多数の児童や彼らを看護する教職員が多数見受けられた。最初に、救急車の増隊が必要と判断し、隣接市消防本部に対し出場可能な救急隊の増援要請を本部に指示した。負傷者数、その重症度等の情報収集活動を行うも、現場が混乱しており把握できなかった。多数傷病者が発生しているため、消防本部に負傷者の収容が可能な病院の把握状況を確認した。搬送病院の指示要請を求めた 2 隊の救急車に 2 次救急医療施設への搬送を指示した。応援要請で出場している他市の一部の救急隊員を除き、情報交換は出来ず、従って搬送先医療機関および搬送患者名の把握は現場指揮本部では出来なかった。患者搬送終了後、再度現場に戻った救急隊員に患者情報を現地指揮本部に報告するように指示を出し、合わせて応援要請を行った各市消防本部から患者搬送情報を収集し、これらにより午後 2 時ごろ全体像が把握できた。

#### 4) 現場トリアージの状況

負傷者を一個所に集めることをしなかったため、系統だったトリアージはなされなかった。複数の負傷者を観察した救急隊員は、その中で患者搬送優先順序をほぼ的確に判断していた。トリアージ・タグは使用していなかった。

#### 5) 負傷者の搬送先医療機関・診断名および転帰

救急車で搬出された負傷者の搬出時間、搬入医療機関、診断名、転帰を表-2に示す。

#### 6) 各市消防本部の集団災害マニュアルおよび集団災害計画

大部分の消防本部では、集団災害マニュアルおよび集団災害対応計画を作成していた。一部の消防本部あるいは複数の消防本部が共同して、高速道路上で発生する多数傷病者発生事案に対する災害訓練も経験していた。しかし、毎年実施する災害訓練は、地震などの大災害を想定したものであり、近隣の消防本部に応援要請が必要な20-30人規模の負傷者が発生する集団災害を想定した訓練は、毎年実施していなかった。また、応援要請で出動した救急隊が、所轄消防の指揮本部に対して、どのような情報交換を行わなければならないか等の具体的なマニュアルの作成はなされていなかった。

### 5. 考察

#### 1) 管制司令室の動きおよび応援要請

今回の事件に対し、所轄消防の管制司令室から他市への応援要請が早期に出されたことが、緊急対応を容易にした一因であると考えた。表-3に示すごとく、所轄消防の保有救急車数は3台であるため、日常の救急搬送に際しても日頃より隣接消防本部に対し応援要請を行っていた。そのため、集団災害事例に対しても日常業務の一環として応援要請が行われたと考える。その結果、表-4に示すように事件覚知より20分程度で救急車7台、消防指揮車1台が、15分後には更に救急車6台・DC1台・消防関係車2台の現場集結が可能となった。このような観点からみると、2001年7月に兵庫県明石市の夏祭り雑踏事故(79~86頁)の対応で見られたように、保有救急車数がある程度確保されている中核都市の方が、かえって隣接市消防本部に対する応援要請が遅れる懸念があると思われる。

#### 2) 救急隊員の現場対応・現場指揮本部

救急隊員や救命士の本来業務は患者搬送とそれに係わる応急処置等であるため、従来より災害現場の管理は、消火活動時に現場管理の経験が多い指揮隊の現場指揮者が行っている。しかし、集団災害の現場に最初に到着するのは救急隊員や救命士であり、現場指揮本部が設営されるまでは先着救急隊隊長の役割が重視される。表-5に先着救急隊隊長の役割を列挙した。

今回の対応で、所轄消防の先着救急隊が、コンビニエンスストアに現着したため、小学校への先着が応援要請を受けた他市の救急隊であった。このことも原因と思われるが、先着救急隊長は、日頃より教育を受けている先着救急隊隊長の役割を果せなかった。事件現場の全体像を把握する為の、積極的な学校関係者や警察官との情報交換および事情聴取も行われなかったし、現場全体を見渡すこともなかった。多くの救急隊員は、犯人が逮捕されているかどうか情報も知らず、現場の安全性を確認していなかった。応援

要請のあった一部の消防本部は、独自の判断で指揮隊経験者を出動させ、現場情報を入力し、災害時の資機材を送り込んだが、現場にいる多くの救急隊員からは各消防本部への状況報告はなされていなかった。

今回の対応で最も問題だと考えられたのは、患者集積場の設営や緊急車両の搬入搬出経路の確保などのゾーニングがなされなかったことである。多くの負傷者が教室より植込み付近あるいは玄関前の屋外にばらばらに搬出されたが、救急隊の誰一人、その横にある体育館に負傷者を集める指示を出さなかった。患者を一箇所に集めなかったために、系統だったトリアージもできなかった。同様の理由で、搬送者氏名の把握、搬送先医療機関の把握、搬送先医療機関の既受入者数の把握などが災害現場でできなかった。今回現場に集結した救急隊員・救命士は日頃は同じ2次医療圏の症例検討会・勉強会などで顔なじみが多く、先着救急隊隊長が指示を出せば統一的な対応がとれたものと推測している。しかし、結局のところ先着救急隊隊長が現場の指揮を取れなかったため、後に現着した現場指揮隊に対する情報提供を行えず、現場指揮本部も混乱したと思われる。

### 3) 現場トリアージ・病院選択

上述の理由で系統だったトリアージがなされなかった。また、トリアージ・タグも使用されなかった。その為、同じCPA患者をかかわるがわる何組もの救急隊員が観察を行った。一方、右肺・横隔膜・肝・右腎の刺創を負った重症負傷者を観察することが遅れ、3次医療機関への搬送が遅れた症例があった。適切な処置で救命されたが、病院搬入直前には出血性ショックのため徐脈になり意識低下も認め、心停止直前であった。トリアージ・タグが使用されていれば、既観察の負傷者は容易に見分けることができ、このようなことは起こらなかったと考える。

表-4の患者搬送順序および搬送先医療機関を見ると、重症負傷者は早期に救命救急センターに、また現場でCPA状態だった負傷者は重症負傷者を搬送した後に2次医療機関へ搬送されていて、一見系統だったトリアージと重症度に見合った病院選択が行われたように見える。しかし、搬送全体を指揮した指揮者は居らず、各救急隊がそれぞれ独自に医療機関の選択を行ったにもかかわらず、結果的に正しい搬送順序と医療機関の選択が行われたと考える。即ち、今回の救急活動は集団災害対応ではなく、日常の救急医療対応がなされたが、今回の事件で対応した負傷者数が23名と少なく、結果的に患者数そのものが救命救急センターを3箇所所有する北摂（大阪北部）地区では、十分に対応可能だったと考えられた。

重症負傷者が更に多く発生しておれば、搬送先医療機関を把握していなかった現場救急隊は搬送先医療機関の選択が困難になったと思われる。

### 4) 避けられた死亡症例（preventable death）はあったか

表-2に示したように、8名の死亡は、実質臓器や大血管の刺創による出血性ショックまたは肺や気管、気管支損傷による急性呼吸不全であった。外傷性の院外心停止患者の社会復帰率は零に近い。8名の内7名は、事件現場で既にCPA状態であり救命の可能性は無かったと考える。また、災害現場から最初に搬送されたにも関わらず搬送中に心停止となった1名も、右腎および肝刺創による失血死であり救命の可能性は無かったと考える。

## 5) 各市消防本部の集団災害マニュアルおよび集団災害対応計画

多くの各市消防本部は、集団災害マニュアルおよび集団災害対応計画を作成していたが、具体的にどのような情報を誰がどのような手段で入手するのかや、先着救急隊隊長は、指揮隊の指揮者が到着するまでに、具体的に何をどのように行うかのマニュアルが欠けているように思われた。また、各市消防本部が応援要請で他市の消防機関と共同で災害対応を行う場合の、協力内容・情報の共有化・報告すべき情報内容などの具体的な内容が定められていなかった。ある市消防本部では、具体的に何名程度の負傷者が発生すれば他市の応援要請を行うかの基準が設けられておらず、応援要請の遅れが懸念された。

## 6. 結語

- ①池田小多数刺傷者事件において、所轄消防本部は隣接市消防本部に早期に応援要請を行い、緊急対応を容易にした。
- ②災害現場の管理が重要な任務である先着救急隊隊長の役割が不十分であった。そのため、現場指揮本部の機能も十分には果せなかった。
- ③負傷者を一箇所に集める集積場を設営しなかったため、系統だったトリアージは実施されなかった。また、トリアージ・タッグは使用されなかった。
- ④死亡者のなかに避けられた死亡症例（preventable death）はなかった。
- ⑤患者を搬送した市消防本部の集団災害マニュアルおよび対応計画には不備が認められた。

## おわりに

池田小多数刺傷者事件を経験した北摂の各市消防職員・医療従事者で事件の検証会を行い、本事業の災害医療対応の問題点、並びにそこから引き出された教訓を共有した。各市消防本部も集団災害マニュアルおよび対応計画の見直しを行っている。

また、年1回北摂の消防機関・医療従事者などが合同で集団災害机上シミュレーションを開催することが決められ、今年度は、吹田市万博球技場でJリーグのサッカー試合中に将棋倒し事故が発生したことを想定して行われた。また、地域の災害対応を充実させる目的で、同メンバーに保健所所員・警察官・陸上自衛官などを交えて、生物化学テロに対応するための勉強会を立ち上げた。

謝辞：本研究にあたり、聞き取り調査のご協力をいただいた、池田市・箕面市・豊中市・川西市の各消防本部に深謝いたします。また、資料を提供頂いた大阪大学救命救急センター、大阪府三島救命救急センター、兵庫医科大学救命救急センターに感謝いたします。

(鶴飼 卓)

## 表-1:池田市消防管制司令室の動き

10:20: 緑ヶ丘トップセンターより一報 小学校の女性より二報
10:21: 池田 21 号小学校へ出場
10:22: 箕面消防へ応援要請
10:23: 警察より附属小学校で刺創による多数の傷病者が発生し、 多数の救急車要請依頼
10:25: 池田 23 号コンビニエンスストアへ出場
10:27: 池田 25 号出場・豊中消防へ応援要請
10:29: 川西消防へ応援要請
10:30: 千里救命救急センターへドクターカー要請
10:35: 池田 19 号出場: 現地指揮本部
10:38: 川西消防へ兵庫県下のドクターカーの要請依頼
10:48: 池田 22 号出場 (情報収集)
10:53: 伊丹消防へ応援要請
11:17: 池田 11 号出場: 病院へ情報収集

## 表-2:負傷者搬送先医療機関と診断名・転帰・重症度

現発時間 現着時間	搬送先 病院	救急隊	診断	転帰・ 重症度
10:43 10:30	A病院	箕面37	右腎および肝刺創(失血死) 左大1肋骨切断・ 肝刺創	死亡 重症
10:45 10:31	B病院	池田21	肝、胃刺創・胆嚢、総胆管切創、右肺刺創 気管部分断裂	重症 死亡
10:48 10:36	C病院	川西19	背部刺創、肺切創、血気胸	死亡
10:54 10:32	A病院	池田25	肝・胃刺創	重症
10:55 10:37	D病院	豊中86	背部刺創、血気胸、上腕切創 右胸部・背部刺創、血気胸、腹腔内出血	重症 重症
10:58 10:30	D病院	池田23	左背部刺創、右血気胸、出血性ショック	重症
11:00 10:48	E病院	豊中82	右肺・横隔膜・肝・腎刺創	重症
11:03 11:00	C病院	池田21	背部切創	軽症
11:04 10:59	F病院	川西19	左腹部刺創(失血死)	死亡
11:07 10:59	G病院	川西3	右肺刺創、右鎖骨下動静脈損傷	死亡
11:17 11:00	D病院	箕面17	背部刺創、下大静脈、右肺動脈、右主気管支損傷	死亡
11:20 10:43	B病院	豊中84	左背上部刺創、血気胸、前胸部切創 右頸部刺創、頸動静脈損傷、上腹部刺創	死亡 死亡

**表-3:各市の人口および市消防の年間救急搬送数と  
保有消防車数(平成10年度)**

市	人口	救急搬送数	救急車数
池田市	102,000	3,572	3台
豊中市	395,000	13,915	9台
箕面市	126,000	3,325	3台
川西市	156,000	4,868	3台

**表-4:負傷者搬出時間および集結救急車数の  
時間経過**

平成13年6月8日	
10:10頃	発生
10:18	警察へ第一報(小学校より)
10:20	池田消防へ第一報(緑丘トップセンターより)
10:30	池田23号トップセンター着 箕面37号池田小学校着
〔10:31-43 救急車7台、消防指揮車1台着〕	
10:43	A病院 2名搬送 (重症2・搬送途中1名心停止)
10:45	A 2次救急医療施設(池田市) 2名搬送 (重症1、死亡1)
〔10:46-59 救急車6台・ドクターカー1台・消防関係車2台着〕	
10:48	B 2次救急医療施設(池田市) 1名搬送 (死亡1)
10:54	A病院 1名搬送 (重症1)
10:55	D病院 2名搬送 (重症2)
10:58	D病院 1名搬送 (重症1)
〔11:00-20 救急車2台・ドクターカー1台着〕	
11:00	E病院 1名搬送 (重症1)
11:03	A 2次救急医療施設(池田市) 1名搬送 (軽症1)
11:04	C 2次救急医療施設(川西市) 1名搬送 (死亡1)
11:07	D 2次救急医療施設(川西市) 1名搬送 (死亡1)
11:17	D病院 1名搬送 (死亡1)
11:20	A 2次救急医療施設(池田市) 2名搬送 (死亡2)
〔A 2次救急医療施設へ軽症6名・重症1名が警察にて搬送〕	

## 表-5: 集団災害時の先着救急隊隊長の役割

1. 災害現場の状況把握・情報収集  
負傷者概数・原因・現場の安全確保（2次災害の可能性）
2. 災害現場からの情報発信  
状況・増援の必要性・救護所、現場指揮所の必要性
3. 災害現場のゾーニング  
負傷者集積場、トリアージポスト、救護所、現場指揮所  
緊急車両の搬入搬出経路の確保
4. 搬送先病院の統括・把握  
トリアージの管理
5. 現場指揮隊長への情報提供



## 第32回明石市民夏まつりの多数傷病者事故における トリアージ・タグの使用事例について

## 第 32 回明石市民夏まつりの多数傷病者事故における トリアージ・タッグ使用事例について

### 1. 事故概要と救急医療対応

平成 13 年 7 月 21 日（土）に開催された兵庫県明石市民夏まつりの花火大会の花火打ち上げ終了直後の午後 8 時 45 分ころから 50 分ころにかけて、JR 朝霧駅から花火会場に通ずる歩道橋（幅 6m、長さ 106m、階段幅 3m）上で、会場に向かう観客と帰路についた観客が押し合いになった群衆雑踏事故が起こり、死者 11 名、負傷者 247 名という多数の死傷者が生じた。

本事故の原因究明のために明石市が設置した事故調査委員会において、事故発生原因の調査が行われた。その調査報告書では、事故発生の予見可能性は十分にあったにもかかわらず、イベント開催の関係者の事前準備・計画の不備が第一の要因で、その結果当日の群衆規制も実施されず、事故回避の可能性は到底無理であったとした。さらに、集団災害事故発生の認知の遅れが生じる結果となったと報告された。

そこで、今回、本集団災害事故での救急医療対応とトリアージ・タッグの使用状況等について報告する。

#### （1）救急医療対応の事前協議と計画

救急医療対応の事前準備において、集団災害発生への危険性の評価や予測への認識が少なく、例年通りの対応であった。それは、①近隣病院への協力要請、②救護所の設置（看護婦のみ配置）③緊急時の救急要請に対しては、近隣消防署からの救急車を派遣する体制で、多数傷病者の発生時の対応についての事前協議は全く行われていなかった。

「救急救助活動がなぜ遅れたか？」という面からは、事故発生の危険性の事前認識不足のため、集団災害医療計画が検討されなかったこと、災害発生時に 110 番通報および 119 番通報が殺到し、輻輳現象が生じたこと、集団災害事故が発生した場所が超過密な群衆で埋め尽くされた歩道橋上であったことから、事故発生の確認が困難であったこと、発生後の関係機関への情報伝達や連携がなされなかったことなどが関係したと考えられた。

#### （2）救急通報、救急隊の出動と応援要請

20 時 31 分に花火の打ち上げが終了した。20 時 38 分に、神戸市消防局指令課を經由して明石市消防本部指令室に、「朝霧駅から大蔵海岸に通じている歩道橋で子供の具合が悪い。」との通報により 20 時 28 分に別件で出動していた第 5 救急隊が JR 朝霧駅北側に到着した。また、20 時 44 分に「3 ヶ月女児が脱水状態である」との通報により別件で出動していた第 1 救急隊が JR 朝霧駅北側に派遣要請され、21 時 04 分に現場到着した。

20 時 45 分頃から 50 分過ぎ頃にかけて、すでに歩道橋上において群衆なだれが生じていたにも拘わらず、現地本部の関係者らは多数傷病者の発生事故に気付いておらず、かつ、歩道橋北側の朝霧駅前に救急車が派遣されていたことの情報も現地本部には知らされなかった。

一方、20時40分ころ歩道橋上で喧嘩が起こっているとの110番通報情報を聞きつけた機動隊が歩道橋南側の階段から歩道橋上に駆け上がり、さらに、同時刻ころ現地警備本部に中年男性が「橋の上で子供が倒れている。どないかせんかい。」と怒鳴り込んできたのを聞きつけて、現地本部職員や消防職員らが歩道橋南側の階段へ向かい歩道橋上へ駆け上がろうとしたが、警察の機動隊員に規制され、上がることが出来なかったため、橋上に何が起こっているのかの確認が出来なかった。消防と警察との連携はここでもうまくいかなかった。

このような状況下で、歩道橋北側の朝霧駅前に出動していた救急隊員らは現場の異常な状況を判断して消防指令室へ応援要請および大規模災害出動要請の発令依頼を行ったが、消防本部の指令室は119番通報への対応に追われ、かつ現地消防本部員や救急隊員らとの無線交信も電波障害を受け、情報の混乱が生じて大規模災害出動要請の必要性の判断が出来ず、本花火大会事故での救急対応の遅延につながった。

結果的には、明石市消防本部の大規模災害出動要請は、事故発生の約30分後、21時07分に第1次大規模要請、21時23分に第2次大規模要請、次いで21時53分に第3次大規模要請が発令され、21時22分に近隣の神戸市消防局、21時46分に加古川消防本部への応援要請も行われた。

応援要請の遅れについても、群衆の雑踏した歩道橋上の南端で発生した事故であり、傷病者の発生数の正確な情報把握は困難で、明石市消防本部としての救急対応能力を越えているか否かの判断に時間を要した結果であった。

第1次大規模要請で朝霧歩道橋北側の朝霧駅前広場に出動した消防隊員、救急隊員らによって、21時17分に現地指揮所、応急救護所が設置され、救出されてきた多数の傷病者へのトリアージが開始された。

事故全容の把握困難、機動隊らによる歩道橋上からの来場者の排除と救出、子供を抱きかかえて降りてくる家族などが殺到し、トリアージの実施は大変困難な作業となった。

一方、朝霧歩道橋の南側においても簡易的な応急救護所が設置されたが、それより前に警察の機動隊員や家族らにより救出されてきた心停止状態であった4人の子供らは、21時17分に現場到着した第2救急隊の救急車に運び込まれ、心肺蘇生を実施されながら近隣の救急病院へと搬送された。次いで21時25分に到着した第3救急隊にも心停止状態の2人の子供を含めた4人が近隣の同一の救急病院に搬送される結果となった。

なお、明石市、神戸市および加古川市の救急隊、救助隊等の出動状況のまとめを表1に示す。総人員は181名、救急車17台、救助車6台、その他28台であった。

表1：救急隊等の出動状況

消防局（本部）	人員	救急車	救助工作車	その他	車両合計
明石市消防本部	82人	5台	2台	16台	23台
神戸市消防局	93人	10台	4台	12台	26台
加古川市消防本部	6人	2台			2台
合計	181人	17台	6台	28台	51台

### (3) 救急隊による傷病者の搬送病院と重症度 (表2)

次に救急隊による傷病者の搬送病院と重症度について述べる。前述したように、事故発生状況の把握の遅れと情報伝達の混乱も生じて、現場への救急隊派遣の遅れ、傷病者受入医療機関への情報伝達や病院選定の調整も困難となったが、近隣の消防局・消防本部の救援を受け、心肺停止 (以下、CPA) 10名、重篤1、重症7、中等症19、軽症47の計84名が、明石市内の7救急病院 (45名) と神戸市内の7救急病院 (37名) と加古川市内の1病院 (1名) へ搬送された。最終搬送は午後10時50分で、約2時間を要した。当初に、CPA6名が近隣の1救急病院へ集中的に搬送されたことが大きな問題点として指摘される。

表2. 救急隊による傷病者の搬送病院と重症度 (事故当日)

搬送病院	死亡	重症	中等症	軽症	計
A病院	1	4	2	7	14
B病院	6		3	1	10
C病院			5	6	11
D病院	1	1		2	4
E病院			2	2	4
F病院	1				1
G病院			1		1
H病院		1	1	11	13
I病院			1	6	7
J病院			2	4	6
K病院	1	1	1		3
L病院			1	2	3
M病院				2	2
N病院				2	2
O病院				1	1
P病院		1		1	2
総計	10	8	19	47	84

### (4) 総傷病者の予後

本花火大会事故で、事故当日に救急車等にて病院へ搬送された傷病者数は84名であったが、傷病者自らもしくは家族、知人、友人らにより病院を受診した傷病者が37名あり、事故当日の受診者は121名で、翌日以降に医療機関を受診した患者を含めると、総傷病者数は258名となった。

性別では男性72名 (28%)、女性186名 (72%) で女性が2.6倍、年代別では10歳以下が119名 (46%)、60歳以上が44名 (17%) でいわゆる災害弱者といわれる子供と高齢者が半数以上を占めた。また外傷と疾病別では、外傷患者が219名、疾病患者が16名、外傷と疾病の合併患者が21名、その他2名で、直接損傷受けなかったが、過換気症候群、