

補論1 救急車と正義

【課題】

- 1 医療倫理の原則でいうジャスティスとは何か。
- 2 119番トリアージとは何か。そのメリットとデメリットは。

I はじめに

【モンスターと医療倫理の課題】

浦沢直樹といえば当代の人気漫画家であり、「YAWARA！」や「MASTER キートン」、連載中の「PLUTO」など多数の作品がある。「MONSTER」も18巻に及ぶ大作だが、主人公が医師であり、冒頭から2つの医療倫理上の課題と突きつけられて、一挙に読者を引き込む。ちょうど Dr. コトーやブラック・ジャックのような天才的外科医が主人公で、デュッセルドルフの大病院の院長に気に入られ、院長の娘と婚約し、すべてが順風満帆の中で事件が起きる。殺人事件の被害者の少年が重体で運び込まれ、その直後に市の有力者がやはり事故にあって救急搬送される。院長は後の有力者の手術をするように命ずる。そして医師はそれを拒んで少年を救うが、有力者は死亡する。そこから彼の運命は暗転する。

医師が直面する重い課題の1つは、たとえ患者が社会の敵であっても命を救うべきか否かという問題である。たとえば、前科10犯、何度も脱獄しては人を殺めて逃げおおせてきた犯罪者が、瀕死の重傷で医師のもとに来る。彼はいわば筋金入りの犯罪者で、助ければまた人を殺す。それがわかっていてこの患者を助けるべきか否か。

もう1つは、2つの命があって、時間的に見てどちらかしか助けられない場合、いずれの命を救うべきかという課題である。今回はこの問題を取り上げる。

もしも、医師が勤務医という名前の単なるロボットであり、使用者の業務命令に従うべき存在だということであれば、そこに悩みはない。だが、医師が倫理的な存在であれば、自ら解決すべき課題としてこれらの問題が立ちふさがることになる。「MONSTER」の外科医は、この事件の際に、院長の命令を無視し、自ら正しいと考える倫理的判断を下した。

今回は、フィクションの世界ではなく、わが国の現実の医療の場面で問題となっている事象を素材にしてこの困難な課題について考えてみる。

【救急医療の危機】

最近、報道でも救急車の出動について全国の自治体でピンチだとするものが目立つ。たとえば、次のように。

1) 「救急出動最多、緊急性に問題 補完のダイヤル検討 札幌市、6割「軽症」 /北海道」

札幌市の救急車出動件数が過去最多を更新し続けている。緊急性が疑問で、軽傷や単なる健康相談での通報が目立つため「119番」を補完する新ダイヤルの設定を検討している。出動要請の急増への対応は多くの自治体にとっても大きな課題。悪質な利用者を戸別訪問したり、搬送者の選別を検討したりする動きもある。

札幌市中央区の市消防局指令室は、1日300～400件の緊急通報を受信する。

同市の救急出動件数は05年、7万5936件で過去最多を更新した。10年前の4万5703件の1.7倍だ。ただ、救急出動のうち、ほぼ6割が入院の必要のない「軽症」だという¹⁾。・・・

那覇市消防局は、救急車の利用が多い家庭を戸別訪問している。救急現場の実態を説明した上で、「帰りはどうやって帰ったか」「今後も救急車を呼び続けるか」などと話す。その結果、年間7回以上出動要請する利用者が04年から05年にかけて70%以上減った。

福岡市消防局では転院搬送要請の多い医療機関に、民間救急車を利用するよう協力を呼

*1 朝日新聞 2007年1月14日 朝刊 北海道総合面。

びかけた。04年には転院搬送は前年比11・5%減った。

横浜市は、症状を実際より重く偽るなどした場合、119番通報した人から過料を取る条例を制定する方針だ。同市消防局が05年4月に行った調査では、救急搬送のうち、「救急」に該当しない搬送が全体の28%を占めていたという。

2) 「救急車、有料化も視野 利用増対策へ提言 さいたま市懇話会 / 埼玉県」

増え続ける救急車の利用に対応しようと、さいたま市の懇話会が提言書をまとめた。必要がないのに頻繁に救急車を利用する人たちを戸別訪問して啓発するほか、将来的には有料化も視野に入れる。06年度中にさらに検討する^{*2}。

3) 「119番?迷った時の相談電話は#7119 東京消防庁、来年5月から開始」

「おなか痛い。でも救急車を呼ぶほどでもないかも」「自力で病院に行けるけど、夜中だからどこが開いているかわからない」――。東京消防庁は「119番」を補完する新ナンバー「#7119番」で、こうした相談に応じるサービスを来年5月に始める。東京都内の救急車の出動件数は29年連続で増えて年間約70万件だが、6割は軽症だった。新ナンバーの活用で、本当に搬送が必要な重症患者に手厚い対応ができるようにする狙いがある^{*3}。

4) 「救急車、年々延着 不急の119番、福岡も出動増【西部】」

その救急車、本当に必要ですか――。緊急性がないのに119番通報する人が後を絶たない。このため、救急車の出動件数が増加し、現場への到着時間が年々遅くなっている。現場からは「救急車がすべて出払ってしまうこともある。救える命も救えなくなる」との声も。適正な利用を呼びかけるチラシを配布したり、有料化を模索したりする動きも出ている^{*4}。

5) 「悪質な救急119番に罰金 横浜市、条例化へ」

横浜市は、「あまりに非常識な理由」で119番通報した人から過料を取る条例を、来年度中に制定する方針を固めた。総務省によると、罰則規定を設けた条例はこれまで例がない。救急車の到着時間の遅延が問題化する中、要因の一つである悪質な通報の抑制策として注目されそう^{*5}。

6) 「不急119番、抑制へ模索 有料化探る動きも コスト公開・民間業者を紹介【名古屋】」

名古屋市でも救急出動は増え続けている。市消防局によると、05年は過去最多の10万1310件で、95年の約1・7倍だ。現場到着時間は01年の6・3分が05年は6・5分に延びた。

市救急対策室は「件数増は、人口増や高齢化、核家族化といった社会の変化に加え、軽い気持ちでの通報ということもある」と話す。・・・

名古屋市もトリアージや有料化の検討はしている。担当者は「必要な場合には通報してもらわないといけない。全体のモラルの話だから、即効性のある対策はなく、市民への啓発活動などを地道にやるしかない」と話している^{*6}。

7) 「(自治体なんでもランキング) 救急車出動1位・東京 「適正利用」呼びかけ / 東京都」

「本当に必要としている声に応えたい」。救急車の出動件数(人口1万人当たり)が全国一の東京都を受け持つ東京消防庁は、こんなポスターで「適正利用」を呼びかけている。救急ではないのに呼ぶ人がいて、一刻を争うときに近くから救急車を回せず、「救える命も救えなくなるおそれがある」(同庁)からだ。00年から05年までの間に年間出動件数は12万件余り増えており、平均到着時間もこの間に1分延びて6分30秒になった^{*7}。

*2 朝日新聞 2007年1月10日 朝刊 埼玉全県・2地方面。

*3 朝日新聞 2006年12月13日 夕刊 2社会面。

*4 朝日新聞 2006年11月9日 夕刊 1社会面。

*5 朝日新聞 2006年10月28日 朝刊 1総合面。

*6 朝日新聞 2006年10月25日 夕刊 2社会面。

*7 朝日新聞 2006年10月16日 朝刊 地域マリオン面。

8) 「救急車出動、20万件突破 到着10分超1万件以上 大阪市 /大阪府」

大阪市内の救急車の出動件数が昨年初めて20万件を超え、うち到着に10分以上かかったケースが1万件以上あったことが26日、分かった。市は新規採用などで救急隊を現在の50隊から60隊に増やし、時間短縮を目指す。・・・

昨年の出動例のうち約2万6千件は搬送の必要がなく、軽症事例も約11万3千件に及んだ。119番通報の殺到で到着まで20分かかった例もあったが、「人命がかかっており、出動するかどうかの選別は難しい」（同局広報担当）のが現実だ。

同局によると、救命処置が遅れると、心臓停止後約3分で死亡率は50%に達し、同5分でほぼ100%になるという*8。

以上の記事から、次のことがわかる。

第1に、大都市を中心として全国で救急車の出動件数が増加し、到着時間が従来より多くかかるようになってきている。原因として、ごく一部だがタクシー代わりに利用する悪質な利用者があり、そうでなくとも救急車を呼ぶ必要の薄い軽症者が相当の割合を占めることがある。

第2に、各自治体では対策を検討しているが、それらはおおむね次のようなものである。

- ①悪質な利用者に罰金を科す。
- ②悪質な利用者などについては有料化する。
- ③軽症者のためにはむしろ相談サービスを充実させて、不急の救急車出動を抑制する。
- ④救急車出動がピンチにあるという情報を広く公開し、市民の自覚と協力を求める。
- ⑤トリアージという手法を採用して、本当に必要なところへ救急車を出動させる。

第3に、これらの対策のうちすでに実施されているのは④であろう。おそらく、これだけ救急車出動に関する記事が現れたのは、まさに広報活動、情報提供の努力の表れである。そして、これらのうち①と②は、いわば制裁という手段で、不急の出動件数を抑制しようとするものだが、実際に適用対象を特定することの困難と、それぞれのケースでは、不急の出動が行われてしまった後での事後的な対応であるという問題点がある。これに対し、③と⑤は、救急車出動の必要性を事前に判断しようとする努力である。特に、トリアージという手法は、言葉としても一般にまだなじみが薄く、国民の理解を得ることが今後の課題となる。だが、それは「治療優先順位の選別」と訳されることがあるように、まさに「MONSTER」の外科医が直面したのと同じ課題を抱えるものである。

一般に、医療も限られた資源を用いる技術であるから、当然、配分的正義がさまざまな場面で問題となる。今回は、救急車出動に関する場面での119番トリアージの是非という課題を例にとる。

II トリアージの意義と現在の検討状況

【トリアージとは】

トリアージまたはトリアージュとは、元来、フランス語で選別や分類を意味する triage のことである。この言葉自体、ラテン語の3に由来するので、3つに分類することを意味する。19世紀のヨーロッパで、戦場において、負傷者の手当につき、階級にかかわらず1) 治療を施しても死亡すると思われる者、2) 治療を今すぐにしなくとも生存する者、そして3) 今治療をしないと死亡する者、の3種類に選別し、最後のカテゴリーの傷病者を優先させたことに始まるとされる。今では、戦場に限らず、大地震などの災害時における救急医療での原則となっている。

わが国でこのような考え方を取り入れた先駆者の1人は、日本医科大学の山本保博教授だとされる。1980年にカンボジア難民救援事業に参加し、限られた人的物的資源の中でできる限り多くの人を救うための原則として、トリアージという考え方を学んだという

*8 朝日新聞 2006年9月27日 朝刊 大阪市内・1地方面。

”。そしてそれは阪神大震災の際に大きな力となった。

日本では、4色のトリアージ・タグを右手首に取り付けて傷病者を分類する。

○カテゴリー0 黒 (Black Tag)、死亡、もしくは現状では救命不可能とされるもの。

○カテゴリーI 赤 (Red Tag)、生命に関わる重篤な状態で、救命の可能性があるもの。

○カテゴリーII 黄 (Yellow Tag)、生命に関わる重篤な状態ではないが、搬送が必要なもの。

○カテゴリーIII 緑 (Green Tag)、救急での搬送の必要がない軽症なもの。

そして、搬送や救命処置の優先順位はI→II→III→0の順となる。

要するに、トリアージの考え方は、限られた医療資源をより効率的に利用しようということである。無尽蔵の資源が一度に利用できるなら選別や分類は不要であるが、現実はそのようなものではない。それが最も典型的に現れるのが戦時や大災害における救命の場面であり、助けられる命をまず助けることが公正であり正義にかなうとされているのである。

【119番トリアージ救急車出動への適用】

119番トリアージは、救急車の出動判断に際し、トリアージの考え方を取り入れようというものである。消防庁はこれに関し2つの動きを示した。

第1に、2006年7月、「救急業務におけるトリアージに関する検討会」を立ち上げて、この問題の検討を行っている^{*10}。しかも、この検討会は突然に設置されたわけではない。すでに数年前から、救急車の利用のあり方に問題のあることは救急関係者で知られており、たとえば、消防庁も2005年には「救急需要対策に関する検討会」を設置して2006年3月、次のような報告書を出していた^{*11}。

①救急車の出動件数は年々増加し、10年で1.6倍、件数では年間500万件を超えた。需給ギャップが顕在化し拡大しつつある。

②その結果、現場到着所要時間も次第に遅延する傾向にあり、10年間で6.8分から6.4分へ、政令指定都市では5.9分から6.6分になった（なお、これは平均であって、たとえば先に紹介した新聞記事の7）では、大阪では10分を超えた事例が1万件以上とされている）。

③増加の内容の点では、軽症者（入院の必要なし）の割合は、1988年の49%から2004年には51.6%となった。10年間の増加人数は98万人で、そのうちのやはり51%が軽症者である。

④海外調査の結果では、アメリカやイギリス、フランスやドイツでも、何らかの意味で緊急度や重症度に応じて救急車の出動態様を変えるトリアージが行われている。

⑤ただし、実際に119番トリアージを開始するためには、119番受信時と救急現場の2つの時点における「緊急度・重症度判断基準」と、具体的な事例を基準に当てはめるための「運用要領」が必要であり、実用化に耐える基準と要領を確立する必要がある。

そこで、2006年7月設置の検討会と歩調を合わせる形で、第2に、2006年11月から、札幌、仙台、横浜、京都の4つの都市で運用実験を始めた^{*12}。

誤解してはならないのは、実験だからといって、すぐさま救急車を送らないような対応を試験的にしているわけではないことである。これらの4都市でも、従来通り、すべての119番通報に対し救急車を通報順で差し向けている。一方で差し向けながら、電話をかけてきた人に、いくつかの定められた質問をして質問と回答のデータを記録し、救急搬送後のデータと比較して、本当に救急車を直ちに差し向けるべき場合だったか否かを、客観

*9 参照、朝日新聞2007年1月15日 夕刊 1総合面「(ニッポン人脈記) 震度7からの伝言：7 助かりそうな人を先に」。

*10 <http://www.fdma.go.jp/neuter/topics/houdou/180726-1/180726-1houdou.pdf>

http://www.fdma.go.jp/neuter/topics/houdou/180726-1/180726-1besshi_1.pdf

*11 総務省消防庁「救急需要対策に関する検討会報告書」(平成18年3月)。

*12 参照、朝日新聞2006年11月11日 夕刊 2社会面。

的に検証しようとしているのである。一定のマニュアル通りの質問で相手方の症状の判断が
つくなら、救急出動の対応をそれによって変えることが可能になる。そのためのデータ収
集と、正確な判断のための質問項目を作り上げるための実験が行われているのである。

Ⅲ 119番トリアージ—理論的検討

【119番トリアージへの危惧】

しかしながら、119番トリアージの実施にはいくつかの懸念が予想される。

1) 最大の心配は、従来なら、119番の電話をすれば必ず来てくれた救急車が、場合
によっては来てくれなくなるという不安である。警察や消防、救急車などの救急医療体制
は、社会の最も基本的なセーフガードであり、その一部が確実にない体制に変化するとい
う印象を受ける。そのことは、昨今の政府の施策の少なくとも一部は、弱者切り捨てで
あり、格差社会を強化しているのではないかという懸念があるとすれば、これもまたその方
向につながるのではないかと、漠然とした不安を増加させる。トリアージを選別と訳せば、
その訳語自体が悪印象を倍加させかねない。

2) より現実的なものは、119番トリアージの結果、救急車が来なかったために治療
が遅れて実際に助かるはずの人が死亡するリスクである。それはトリアージが誤った場合
であるが、どんな制度にも誤りはあるし、電話だけの状況把握で選別が行われ、電話
をかけてきた人も相当にあわてているはずであり、しかもこのような状況判断を迫られる
のは医師の資格を持たない救急隊員である。したがって、どんなにマニュアルを整備して
も誤りが生ずる。そうすると、過誤によって犠牲になった人はもちろんだが、救急体制そ
のものへの信頼が失墜する。119番トリアージは、そのようなリスクをおかすに値する
ものだろうか。

3) 仮に救急体制がパンクしつつあるのが正しいとしても、他の方法を考えることはい
くらでもできるのではないか。たとえば、悪質な利用者には罰金という方がわかりやすい。
悪質な人のせいで、不急の救急車出動が増えているのに、トリアージによって救急車が来
なくなるのは必ずしも悪質な人ではない。それはおかしい。

4) 全国の消防や救急体制は、それぞれ異なる環境におかれている。人的資源や地域的
条件もさまざまであり、このような難題に応えることのできるどころばかりだとは思えな
い。

5) 仮にトリアージを実施した場合、ずるい人は、症状を重く報告するという行動に出
ることが予想される。やはりずるい人には救急車、正直で遠慮がちな人には救急車が来な
いという事態を招く可能性がある。

これらは、いずれももっともな懸念であるが、2つの方向から反駁することができる。
1つは、トリアージも方法はさまざまであり、いろいろな工夫ができるものであって、こ
れらの批判の中には、救急車を出動させるものと出動させないものとの選別が電話で行わ
れると即断しているものがある。そうではない。したがって、現在考えられている119
番トリアージの実施方法について、より丁寧に説明すれば誤解が解ける側面がある。

今1つは、これらの批判が、新たな手法の導入に対する懸念を述べるだけで、現在のあ
り方に少なくともそれと同程度の批判がありうることを全く考慮していないところであ
る。これは、トリアージという考え方の理論的あるいは倫理的な正当性という問題につな
がる。次項では、まず119番トリアージの基礎となる理論的裏付けを考究し、その後で、
それを実際に実現するうえでの工夫のあり方の例を説くことにする。

【医療倫理の4原則—ジャスティス】

アメリカにおいて生まれた生命倫理学でいわばバイブルのように扱われているのが、ジ
ョージタウン大学のピーチャムとバージニア大学のチルドレスの2人の共著による

Principles of Biomedical Ethics (生命倫理の諸原則) である^{*13}。そこでは、生命倫理や医療倫理に関する課題に立ち向かう場合、4つの基本原則を考慮する必要があると説く^{*14}。4原則とは、nonmaleficence (無危害原則)、beneficence (善行原則)、autonomy (自己決定原則)、そして justice (配分的正義原則) である。

医師患者関係を考えると、医師は、患者の身体に直接ふれてさまざまな治療をする。患者に麻酔をかけている場合が典型だが、その際、患者はまさに身体を委ねている。危害を加えようと思えばきわめて用意である。したがって、まず do no harm (汝、傷つけるなかれ) という無危害原則が必要である。だが、医師は、危害を加えないだけでは職責を全うできない。それが可能なら治癒することが求められる。積極的に患者のためになることを行うこと、善行原則が必要となる。かつての医療倫理であれば、あるいは昔の医師患者関係であればこれだけで済んだかもしれない。しかし、20世紀後半以降、何が自分にとってよいかは患者が判断するほかないとして、患者の自己決定を尊重するという原則が重視されるようになった。以上の動きは、医師患者関係の間の問題として理解できるのに対し、最後のジャスティス (正義原則) は、医師も患者も社会の中で生きていることを忘れてはならないという内容の原則である。医療も限られた社会手資源を用いる以上、正義にかかった公正な資源の配分を考慮しなければならない。

そして、トリアージの考え方は、この最後の正義を実現するための原則を表現したものである。たとえば、戦場で負傷した兵士の治療にあたっては、階級が上だからという理由で優先順位を決めるのはこの意味での正義に反する。階級を問わず、治療を今すぐにすれば助かる重傷者を優先し、軽症者を後に回さなければならない。同様に、救急車の出動についても、緊急度と重傷度を勘案した判断をしないのは、この意味での正義に悖ることになる。

【考慮してよい要素と考慮してはならない要素】

配分的正義を問題にする場合、いかなる要素を考慮しても正義に反しないか、公正といえるかが重要になる^{*15}。アメリカ医師会は、医師の倫理規定の中で、少し長いが次のような注目すべき規定をおく (以下の訳文で、アンダーラインは筆者による)。

2. 03 限られた医療資源の配分

医師には個々の患者の利益のために最大限の努力をする義務がある。ところが、限られた医療資源の配分に関するさまざまな方針が、患者への義務を果たす医師の能力を制限する可能性がある。医師は、患者の利益を守るために、社会全体の医療資源の配分を決定する過程に参加し、専門家として貢献をする義務を負う。

限られた医療資源を患者の間でどのように配分するかは、治療の必要性に関する倫理的に適切な基準によってのみ下すべきである。倫理的に適切とされる基準には、治療が患者の利益になる可能性、治療の緊急性、クオリティ・オブ・ライフの変化、患者の利益の持続期間、さらに、時には治療が成功するために必要とされる資源の量などが含まれる。一般的にいえば、患者間の相違が相当に実質的である場合だけ、その相違が倫理的に

*13 Tom L. Beauchamp, James F. Childress, Principles of Biomedical Ethics (Oxford University Press, USA; 5 ed., 2001) 初版は1979年である。なお日本では、第3版の翻訳が、トム・L. ビーチャム=ジェームズ・F. チルドレス (永安 幸正・立木 教夫訳) 『生命医学倫理』(成文堂、1997年) として刊行されている。

*14 その内容はすでにわが国でも広く紹介されている。たとえば、赤林朗編著『入門・医療倫理I』53頁以下(勁草書房・2005年) 参照。

*15 なお、英語ではマクロ・レベルでの配分を allocation、ミクロ・レベルでの配分を rationing と表現する場合がある。前者の例は、国家レベルで医療費への予算配分をどうするかであり、後者の例は、より直接的に個々の患者に影響を与える配分問題であるので、2人の患者に対し1人の外科医しかいない場合にどちらを優先するかというような課題を指す。

意味を有する。患者間である点の差異が大きければ大きいほど、その決定基準の利用が正当化されることとなる。クオリティ・オブ・ライフの判断をする際にいえば、まず、死またはきわめて芳しくない結果を避けることになる患者を優先しなければならない。その次に、クオリティ・オブ・ライフの変化が大きな順で優先順位をつけるべきである。ただし、この場合の順位付けも、患者間で相当の実質的な相違がある場合に限る。医学とは無縁の基準、たとえば、支払能力や年齢、社会的価値や、治療について認識されている障害、病気に対する患者の寄与度や過去にどれだけ医療資源をすでに利用しているかなどの事情は考慮に入れてはならない。

医療資源の配分に関する決定は、可能な限り各患者の特性や各事例の詳細を考慮したものでなければならない。これら適切とされる基準に基づいて治療を受けることができる可能性がある」とされた患者の間に相当実質的な差異がない場合に、はじめて「早い者順」など機会の平等の仕組みを用いることができる。これら適切な基準を満たすための倫理的に許容しうる方針は複数存在し、どれか1つの方針を採用すべきだということにはならない。3段階決定方式や最低要件を決めるアプローチ、あるいはどれかの要素を加重して考慮する方式などがありうる。意思決定の方法は、客観的かつ柔軟でなければならない、すべての患者が平等に扱われることを保証するものでなければならない。

担当医は患者の代弁者・権利擁護者であり続ける義務があるから、医療資源の配分に関する決定をしてはならない。医療資源の利用を認められなかった患者は、その決定の背後にある理由の説明を求める権利を有している。限られた医療資源配分に関する決定権限のある組織は、その配分決定手続き一般に公表し、定期的に医療専門家による同僚審査（ピア・レビュー）を受けなければならない¹⁶。

仮に、アメリカ医師会の倫理規定が普遍的な要素をもつものであり、わが国にもあてはまるとすれば、そこでは、明確に医療を提供する際に考慮に入れるべき要素と考慮に入れるべきでない要素が掲げられている¹⁷。

考慮に入れてならないのは次のような事情である。

- ①患者の経済能力。
- ②患者の社会的地位など社会的価値。患者の職業や年齢、扶養家族の有無。
- ③治療の成功に影響を与える特別な個人的要素。他の病気の有無、患者が外国人で説明に通訳が必要なことなど。
- ④病状に対する患者の寄与度。アルコール中毒や過食をやめられなかったことなど。
- ⑤すでに与えられた治療の量。すでにどれだけの医療を受けてきたか。

逆に、考慮に入れてよいのは、医療的見地から見た必要性 (medical need) に関する要素だけである。その内容は、①治療による利益、②必要性の緊急度、③治療によってえられる生活の質の変化、④利益の継続期間、さらに⑤治療を成功させるに必要な資源の量である。

そのうえで、治療の必要性が同等の場合に、はじめて治療を申し込んだ順番などが考慮されるに過ぎない。

わが国の救急車出動については、考慮してはいけないとされる要素も考慮しない代わりに、考慮すべき要素も考慮せず、もっぱら119番を申し込んだ順で出動がなされてきた。これは、医療倫理に反する。言い換えれば、トリアージを行わないことは医療倫理に反する行為である。

*16 American Medical Association, Code of Medical Ethics: Current Opinions § 2.03 (2006-2007 edition). この条項が発表されたのは1981年であり、1993年6月に採択された「患者間における臓器およびその他限られた医療資源の配分に関する倫理的考察」という報告書に基づいて1994年6月改訂されたと注記されている。

*17 この点につき、樋口範雄編著『ケース・スタディ生命倫理と法』209頁以下（有斐閣・2004年）でふれたことがある。そこで掲げられている問題も参照していただければ幸いである。

【他の事例—臓器移植】

実は、このようなトリアージの考え方を取り入れた場面はすでに存在する。たとえば、日本移植学会は、臓器移植のためのガイドラインを公表しているが、その基本原則は、「オープン」、「フェア」、「ベスト」の3原則だとする^{*18}。つまり、臓器提供の仕組みの透明性を確保し（オープン）、被提供者間の公正（フェア）を保障するとともに、最善（ベスト）の結果を出すことを移植医療の使命としているのである。

その結果、日本臓器移植ネットワークでは、心臓の提供を待つ人との間の順番を次のように定めると説明する^{*19}。

★ まず、心臓の摘出から移植（血流再開）までに許される時間（4時間）を考慮し、確実に搬送できる範囲にすることが第一条件となります。その中で、移植を待つ患者さんの病状をその重症度で3段階に分け、最も早期に移植が必要な重症の患者さんが優先されます。さらに、ドナーの血液型と一致する方が選ばれますが、いない場合には適合する方が選ばれます。これらの条件が全て同一の患者さんが複数存在する場合は、待機期間の長い方が優先です。また、体重(体重差-20%～30%が望ましい)や規定の抗体検査などに問題がないことも考慮されます。

まさに、治療による利益がありそうな範囲の患者を対象に、重症度による選別がなされ、その後で、同程度の人が多い場合に、時間的要素が考慮されている。そうでなく、他の条件はすべて無視してはじめに登録した人から心臓移植を受けることにするのが、フェアでもベストでもないことが明らかだからである。

119番トリアージを実施せず、現状を放置することは、同様にフェアでもベストでもない原則で、貴重な救急体制を実施していることになる。それは正義（ジャスティス）に反する。

IV 119番トリアージに対する懸念への実際的対応

【実際的な工夫と提案】

しかし、正義と倫理を標榜するだけで、119番トリアージを即日実施してよいことにはならない。先に述べた懸念は、いずれももっともな面があるからである。その中で最大のものは、119番トリアージが実施された場合、自分が急病で119番通報をしたときに救急車が来てくれないかもしれないという不安だった。弱者切り捨てで、弱者たる自分が切り捨ての対象になるという不安である。

だが、そのような人は想像力が十分でない。実は、自分は重症者ですぐにも救急車出動が必要な状態なのに、軽症者でそれほどの必要のない人の家へ救急車が向かっているため、自分が後回しになっているという現実に気づかないのである。実は、重症者としての自分、弱者としての自分はもう切り捨てられているのである。

しかも、消防庁が、現在、実施を検討しているのは、単に、軽症の人々のところへは救急車を出動させないというような乱暴で単純なものではない。119番トリアージには、さまざまな形、さまざまな工夫がありうる^{*20}。

*18 日本移植学会のホームページから「日本移植学会臓器移植ネットワークシステム・ガイドライン（97.3.10.案）」の内容を見ることができる。

<http://www.medi-net.or.jp/tcnet/JST/guideline.html>

*19 日本臓器移植ネットワークのホームページ（<http://www.jotnw.or.jp/>）から、「学びましょう・項目別解説集」の「レシピエント選択基準・心臓」を参照されたい。

*20 以下、海外の部分の記述について、前掲注11)に付された参考資料1「海外の救急」参照。また、自治体国際化協会「緊急要請時における緊急度・重症度の選別方法について—調査国：ドイツ、スイス、イギリス」（平成17年度専門家海外派遣調査報告書）もある。

1) ロンドンでは、救急車出動の要請があった場合、その症状を救急司令室で判断し緊急度が高い場合には、特別な救急隊を派遣し、到着時間目標値を8分以内としている。しかし、軽症であると判断される場合には、14分以内を目標値とする救急車を派遣する。さらに、救急車の派遣までの必要性が薄いと判断される場合には、電話での専門家による助言に切り替えるなどの対応をするという。要するに、救急車を出動させるかさせないかというような単純な○×的対応はしていない。必要性和緊急度に応じた対応をするという、ある意味で当然のことをしている。

2) ニュー・ヨークでも、同様に、緊急走行が必要な救急車派遣か否か、そして救急車の中にも高度な医療処置が可能なタイプとそうでないものがある、どちらを派遣するかを決めている。

3) ドクター・カー制度のあるフランスでは、ドクター・カーを派遣するか、級友対にするかの判断をしている²¹。

4) 東京消防庁では、2007年から、救急現場トリアージの施行を計画している。これはいったん救急車が現場に到着した後、救急隊員がじかに見て判断して緊急性が認められないケースでは、救急車を利用するのではなく、自己通院を促すという。もちろん、その際に医療機関の紹介などのサービスを行う。

5) 幸いにして、日本の消防と救急体制は、自治体主導になっている。そうだとすれば、どこかの自治体が手を挙げて、その地の住民の支持を受けて先行して試行することも十分に考えられる。消防庁ではすでにさまざまな実験や調査を試みており、それは重要だが、結局のところ、実地でうまくいくこと、そしてうまくいかない部分を改善していくことが大事である。どこかの自治体が率先して、よりフェアで安全な救急体制を作ろうとする。そのデータを見ながら他の自治体も工夫して徐々にそれを広げていくのが、民主制のありかたとしても望ましいと考えられる。

これらは、要するに、外国でもすでにトリアージの工夫をさまざまにしていることと、119番トリアージも国や地域に応じた手法の開発がありうることを示している。だが、トリアージという考え方を拒絶すれば、そのような工夫や改善の道は閉ざされることになる。救急の進歩もなくなる。そして、繰り返しになるが、119番トリアージは、通報をしてきた人の一部を切り捨てようというような策では決してないのである。

【結びに代えて】

想像してみよう。今、あなたが突然倒れて死にそうになる。誰かがあなたのために救急車を頼む電話を入れる。ところが、あなたよりほぼ30秒前に、3本の電話がすでに入っていた。第1番目は、美しい国を唱える安倍氏である。第2番目の通報は、生活維新を唱え格差社会の是正を求める小沢氏である。3番目は消防庁長官だった。だが、幸いなことに、これら3人はいずれも比較的症状が軽く、緊急度は低かった。おそらく、この3人がこの状況を知れば、3人ともあなたに順番を譲ってくれるだろう。だが、問題は、そのような交渉をしている時間的余裕がないことである。

だからこそ、それを実現するためのシステムが必要である。それは何よりも困った人を優先させようとする譲り合いと助け合いの精神を具体化したものだからである。本来なら、安倍氏は、美しい国を作るための最初の具体的施策として、119番トリアージを推進すべきではないかとすら思う。小沢氏も反対はするまい。もちろん消防庁長官も。

*21 なお、消防審議会議事要旨（平成18年6月29日）参照。
<http://www.fdma.go.jp/html/singi/180401giji.html> にも、「ドクターカー中心のフランスやドイツでは、ドクターカーを出すか救急隊を出すかというような違いで効果を異ならせたり、イギリスやアメリカでは、緊急度が低いような時は、少し様子を見て、少し遠い救急ステーションから行かせるなど、現場到着時間に目標差を設けるなどしている」という記述がある。