

補論2 トリアージ・プロトコルの策定方針について

補論 2

トリアージ・プロトコルの策定方針について

東北大学大学院法学研究科 米村滋人

1 はじめに

コール・トリアージを実際に導入するにあたっては、具体的にいかなるプロトコルを採用すべきかが問題となるが、その際にはトリアージにあたっての基本理念とも言うべき考え方がきわめて重要なものとなり、これが明確になって初めて、プロトコルの具体的な内容の検討が可能になる。そこで以下、このような基本理念に関する諸問題の中でも特に慎重な検討を行うべき論点としてアンダートリアージに対する考え方とプロトコルの柔軟性（特に、地域差の許容性）を取り上げ、今後の検討課題となりうる点を整理しておく。

2 アンダートリアージに対する考え方について

本検討会では、第1章で述べたとおり「救命率の向上」の観点から重症度・緊急度に応じた迅速・的確な対応を目指すべくコール・トリアージの導入を検討し、その中では緊急度の高い症例につきアンダートリアージを避けるべくプロトコルのさらなる改善を行うべきことが確認された（42 ページ参照）。もっとも、ここでアンダートリアージの可能性を極小化すべきであるとされているのは「赤」と「赤以外」の選別場面に限られるのであり、「黄」と「緑」の選別においても同様の考え方を妥当させるべきかはなお検討を要するところである。

もとより、「黄」に分類される傷病者も病院搬送をはじめとする迅速な救急対応を必要とする場合が多数であり、救急対応の遅れ等により生命の危険が生ずる可能性も皆無とは言えないことからすれば、「黄」と「緑」においてもアンダートリアージの可能性は極小化すべきであり、判断の微妙な事例はすべて「黄」に分類する運用が目指されるべきであるとも考えられる。

他方で、現実に「黄」と「緑」の選別においてもアンダートリアージを極小化すべく対応した場合には、圧倒的多数の傷病者が「黄」に分類されることとなり、結果的にトリアージ導入の根本的契機であった重症度・緊急度に応じた救急対応と救命率の向上が実施できない事態となるおそれもある。このような点を重視する場合には、コール・トリアージにおける「黄」と「緑」の選別においてはある程度アンダートリアージが発生しうることを承認した上で「黄」の選別基準を厳しくし、「緑」に分類された傷病者については現場トリアージによる矯正の機会を確保することで生命にかかわる実質的危険性が增大しない措置を検討することとなる。

実際に「黄」と「緑」の選別においていずれの考え方を採用すべきかは、「緑」に分類された傷病者の取り扱いの差異（到着時間が数分遅れるのみであるか、救急隊編成の差異があるか、さらには救急事案不該当とされる場合があるか、など）によって異なり、また現実にどの程度の傷病者が「黄」に分類されるかにも依存することになる（アンダートリアージを極小化する運用でも「黄」事

例がさほど多数に上らなければ、その場合の不都合はないとも言える) ため、この点を判断するにはさらなる検証を重ねてデータを収集し、多様な観点からの論議を深めることが重要である。言うまでもなく、「黄」と「緑」の迅速かつ正確な選別が可能であればそれが最も望ましいのであり、プロトコルの策定にあたって第 1 に目指されるべきは「黄」と「緑」の正確な選別基準の確立であることは疑いない。しかしながら、いかに正確な選別を目指したとしても、通報者から短時間に聴取できる情報量やプロトコルによる事前予測の可能性には後述の通り一定の限界も存在し、それを踏まえて上でアンダートリアージの可能性をどのように取り扱うべきかを検討することの重要性は否定されない。この点につき、今後も引き続き検討がなされることを期待したい。

3 プロトコルの柔軟性について

プロトコル策定に向けた基本的考え方が明らかにされたとしても、さらに検討すべき課題が存在する。特に、プロトコルそれ自体をどの程度厳格なものとして考えるべきかは困難な問題である。というのも、プロトコルの策定は本検討会が行ったように過去の 119 番通報における通報内容のカテゴリー化などを通じてなされるどころ、短時間の電話聴取によって得られる情報量には本質的に限界があることに加え、状況によっては言語的なカテゴリー化が不適当な情報(うめき声、背景の物音など)の重要性を承認すべき場合もあり、また重症度選別のためのプロトコルの正当性は、重症疾患の発生頻度や疾病構造によっても異なりうるため、プロトコルによる判断には一定の限界が存することも承認せざるを得ないからである。このような観点からは、プロトコルが慎重かつ多様な検討の末に完成されたものであってそれが現段階において重症者を迅速かつ正確に判断する最善の判断基準であるとしても、なお例外的にプロトコルの一部改変や運用の柔軟性を認めるべき場合が存在することは否定できないと考えられる。

そのような柔軟な運用の一環として当座検討すべき課題に、プロトコル自体の地域差を許容すべきか否かという問題がある。以下、この問題につき若干敷衍する。

元来、医療は全国民に平等な形で提供されるのが理想であり、救急要請に対する対応も例外ではない。仮に、同一の症状を呈する傷病者がわが国の複数の地域で発生したとして、それら傷病者がどこから 119 番通報を行うかにより救急対応の内容が異なることは、このような医療の平等性の理念に整合しないのではないかとの疑問が生ずるのも無理からぬことである。

しかしながら、以下の諸点を踏まえると、各地域間でプロトコル自体に差異を設けることを完全に否定すべきかは、なお検討の余地が残ると言わなければならない。第一に、上述の通りプロトコルそれ自体が一定の疾病(ないし症状)の発生頻度や重症化傾向を前提としているが、この点が地域により異なる可能性がある。大都市と農村地域で年齢構成や食習慣等の差異により疾病構造に差異が存することは改めて言及するまでもなく、さらにプロトコル策定にあたっての言語的表現のカテゴリー化においては、各地域の言語習慣・方言等による微妙な差異も考慮されなければならない。第二に、各地域の医療供給態勢の差

異も考慮される必要がある。たとえば、発症後 3 時間以内の血栓溶解療法が有用とされる脳梗塞を例にとると、脳血管障害の専門的治療が可能な医療機関の多い地域では、多少なりとも脳梗塞が疑われる傷病者はたとえ症状自体が軽微であっても緊急搬送の必要ありと判断することが正当化されようが、逆に専門的医療機関が少なく、脳梗塞発症者全員の専門施設への収容が困難な地域においては、そのような医療事情の反映として一定程度以上の重症脳梗塞を疑わせる症状がある場合のみを緊急性が高いものと判断することもやむを得ないと考える余地があろう。第三に、救急要請それ自体の頻度や各消防本部の人的・物的資源の全体量も考慮すべきである。本報告書冒頭で提示されているとおり、トリアージの導入が要請される最大の根拠として、救急車出動件数の増加と救急要請への対応の遅れという現実的問題が存在したのであるから、この点の実情が仮に地域によって異なるのであれば、その点を十分に考慮した上で妥当なプロトコル策定の方向性を模索すべきこととなろう。第四に、地域における住民参加の実効化に対しても、地域差をある程度許容することが有用である。特に、上記 3 点を含む地域的差異につきメディカルコントロール協議会等の役割を十全に活用するためには、一定の範囲内ではあれプロトコルの内容自体をも改変させる余地を作ることが有用かつ必要と考えられる。

もっとも、このような諸点を考慮に入れたとしても、なお救急医療の平等性確保の観点から全国的にプロトコルを統一することの利点も無視しがたく、少なくともプロトコル策定にあたっての基本理念にあたる部分は地域によらず統一的に把握されるべきであろう。ただし、具体的にどの部分につき統一的規律がなされるべきであり、どの部分につき地域的差異を許容しうるかは、微妙な判断を含む困難な問題であるため、さらなる多方面からの検討にまつほかはない。

なお、以上で詳述した問題以外に、プロトコル運用にあたっての指令員の裁量的判断などを含む柔軟な運用の可能性についても、さらなる検討課題として残されており、これらの点を含めた今後の活発な論議が期待されるところである。これらの諸点を踏まえた上で、全体として救命率の向上に寄与しつつ個別的にも適切妥当な救急医療が提供できるトリアージの制度設計が目指されるべきであろう。