

平成24年（ワ）第3671号外 大飯原子力発電所運転差止等請求事件

原告 竹本 修三 外

被告 国 外1名

原告第105準備書面

－避難困難性の敷衍（障がい者の避難困難性について）－

2024年（令和6年）3月1日

京都地方裁判所 第6民事部合議はB係 御中

原告ら訴訟代理人

弁護士 出口 治 男

同 渡 辺 輝 人

外

原告第6準備書面において、避難困難性について述べたが、本準備書面では、病院における避難困難性について述べる。

第1. 原告中川裕美子について

原告中川は京都市左京区にある京都民医連あすかい病院で院長（大飯原発との距離が約5.7キロ）である。原告中川の病院では大規模災害発生時にそなえてBCP（事業継続計画）を策定し、訓練を行っている。

しかしひとたび原発事故が起こった場合、入院患者をはじめ多くの患者を避難させることは不可能であり、医療現場では、いまだにコロナウイルス感染症とたたかっている。

原告中川の所属するあすかい病院は165床（そのうち急性期病棟43床 地域包括ケア病棟50床 回復期リハビリ病棟51床 緩和ケア病棟21床）を有する地域の中規模病院である。外来には1日あたり200～300人が受診する。透析で稼働しているベッドは、14ある。往診では左京区を主に400人以上を管理している。

第2. 避難の困難性（平常時）

病棟患者を避難させる場合にその患者の歩行能力、認知機能、装着しておられる医療デバイス（人工呼吸器、透析 酸素ライン 栄養チューブ、点滴、尿道カテーテル等）を考慮する必要がある。

患者状態の区分で「担送」は2人以上の介助者が必要、「護送」は1人の介助者が必要、「独歩」は介助者不要となっている。現在あすかい病院の入院患者のうち「独歩」の患者は全体の約5%、「護送」の患者は約70%「担送」の患者は約25%である。したがって、原発事故が起こった際に職員の指示に従って歩いて避難できる患者は（満床であれば）165人中およそ8人のみであるということになる。残りの157人は避難の際に介助を要するが一度に全員を避難させようとした場合、上記の区分に沿った単純計算でも介助者は約288人必要となる。勤務シフトを無視して全員出勤したとしてもギリギリの状態である。

これは、患者状態の区分で「担送」は2人以上の介助者が必要、「護送」は1人の介助者が必要、「独歩」は介助者不要という基準を前提とした話である。た

とえ「独歩」区分の患者でも認知機能の問題があり精神的な動揺が生じ、職員の避難指示に従わない場合も想定される。「護送」「担送」の患者も手荷物だけでなく点滴や尿道カテーテル等があれば一緒に体につけてもっていくことを考えると、いかに避難が困難であることは容易に想像できる。実際には人工呼吸器装着状態の方をポータブル人工呼吸器につけかえたとしても2名の職員で避難させることはできない。原告中川が所属するあすかい病院と同じ規模の病院でも、当然同様のことが想定される。

以上より感染症蔓延時でなくても入院患者の避難には多くのマンパワーが必要であり、同数の患者の受け入れ先は体育館のようなところでは不適切であることは明白で、酸素や点滴、人工呼吸器、透析をなどが使用できる施設が必要になる。しかし、京都市防災会議が、2022年12月14日に修正した「原子力災害対策編に係る関係細部計画」に記載された原子力災害避難計画（同5-21頁以下参照）では、「要配慮者の状況を把握し必要な措置をとる」とだけ記載されており、具体的にどうやって、酸素や点滴、人工呼吸器、透析をなどを使用できる施設を避難先で準備するのか全く記載されていない。これは、現実には不可能だから記載できないのである。

第3. 避難の困難性（COVID-19 クラスタ時）

COVID-19 流行時のあすかい病院や地域での実例は、下記のとおりである。

2022年4月、あすかい病院では、初めての院内クラスターを経験した。その時点では当院はコロナ患者受け入れ病院ではなく、発生時には専門病院への転院をお願いしていた。京都市は各行政区11カ所あった保健所を2010年には1カ所に減らしている。コロナ蔓延後、京都府のコロナ患者の入院についてはまず医療衛生企画課・入院コントロールセンターによる指示を受けるというしくみになっていた。自宅や一般病院でコロナ患者が発生した場合、医療衛生企画課に連絡して、受け入れ専門病院を入院コントロールセンターが探すということであったが、電話がつながりにくい状況が続いていた。マンパワー不足があったと考えられる。後に保健師らスタッフが深夜12時を過ぎても帰っていない状況が報道で判明した。原告中川も含めてあすかい病院のスタッフも同じ状況であった。入院先が見つからず命の危険を感じた患者やご家族が救急車を呼

んでも受け入れ先の病院を見つけることができず、受入先を見つけることができなため、一旦家にお返ししてもいいか確認の電話が、救急隊からかかってきたこともあった。このようなことは、中川は医師になって30年で経験したことが無い。中川は、深夜に防護服を着て往診、点滴、酸素を開始した。祈るような気持ちで翌朝を迎え受け入れ先の病院が見つかった。またコロナ患者受け入れ病院ではない当院にも救急搬送されたあとに感染が判明し、あすかい病院で入院となり転院先が決まらないまま気管内挿管となる患者もいた。同時期に院内ではクラスターが起り患者治療を、また在宅では入院できない患者を往診するという状況があった。入院を受け入れてもらいにくい患者は、認知症の患者、高齢でも延命処置を望む患者であった。「おやじは長寿だし自然に逝かせたいと思っていた。でもコロナでは死なせたくない」と家族から強い訴えがある患者もいた。

COVID-19 感染は5類になった現在も発生・拡大・収束を繰り返している。あすかい病院では今年1月に第6回目のCOVID-19 クラスター発生した。COVID-19の5類引き下げ以降でも入院時、転院時に感染の有無のチェック検査を行っているが、その検査結果が陰性でも数日後に発熱しCOVID-19 感染症であったという患者もいる。その数日の間に接触した他の患者に感染が広がるという状況が現実にある。コロナ感染のことはほとんど報道されなくなったが、医療機関や施設ではクラスター発生はまだ起こっている。市中では経済のためコロナと共存するしかなくても高齢者や基礎疾患をもつ方々を収容する病院・施設の中では共存できない。治療薬（重症化予防薬）が整ってきた現在でもCOVID-19は高齢者・基礎疾患のある入院患者には命を危険に晒すこともあり、治癒したあとでも食欲不振やADL低下を引き起こし、なかなか退院できない患者もいる。これはあすかい病院だけの状況ではなく、コロナ感染症との私たち医療・介護従事者とのたたかいはまだ続いている。

第4. 感染症と避難困難性について

さてこのような状況で原発事故が起こった場合どうなるか。COVID-19のような感染力の強い感染症患者が院内にいる中での、避難では「感染者を非感染者と接触させない」方法が必要になるが、このこと自体非常に困難である。院内

ではレッドゾーンの部屋をつくり感染者を集めている。避難の際に車の手配や転院先をお願いすることが必要になるが、先ほど述べたように通常の転院依頼でも困難を極めた。京都全体のコロナ患者受け入れ可能ベッド数は当時より増えているかもしれないが、原発事故発生時に他院のコロナ患者を何人受け入れられるかというシュミレーションをしたとして、ベッド数は単純計算で確保できたとしてもマンパワーは各病院増えるわけではないので厳しいと言える。今までも見かけ上の受け入れベッドはあっても、職員がコロナ感染で人員不足になり受け入れられないことが起こっていた。原発事故の際、職員の被災も当然あり、出勤できる職員は平時より減る可能性もある。原発事故発生時の患者を誰（スタッフ）がどのように（搬送手段）どこへ（受け入れ先病院）搬送するかを細かくシュミレーションした手順書を作成している地域もあるようであるが、毎日患者のメンバーが入れ替わり、患者の重症度も変化していく病院では避難計画を作成しても実行するのは困難である。

第5. まとめ

以上のおりであり、根本的な解決のためには、原発自体を廃炉にするしかない。

以上