

口頭弁論要旨

京都民医連あすかい病院

中川 裕美子

1 はじめに

私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57キロ）をしております。私たち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、訓練を行っています。

しかしひとたび原発事故が起こった場合、入院患者さんはじめ多くの患者さんを避難させることは不可能であるということをいまだにコロナウイルス感染症とたたかっている医療現場からお伝えしたいと思います。

2 自院紹介（病棟・外来・往診・透析）

当院は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す。外来には1日あたり200～300人が受診されます。透析は14ベッドを稼働しています。往診では左京区を主に400人以上を管理しています。

3 避難の困難性（平常時）

病棟患者さんを避難させる場合にその方の歩行能力、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ります。

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おります。現在当院の入院患者さんのうち「独歩」の方は全体の約5%「護送」の方は約70%「担送」の方は約25%です。この数字は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かたは（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ります。残りの157人は避難の際に介助を要するのです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人必要となります。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す。

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す。たとえ「独歩」区分の方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方も出てきます。「護送」「担送」の方も

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大変か想像できます。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ません。私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ます。

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すし、同数の患者の受け入れ先は体育館のようなところではだめ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ってきます。

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ません。これは、現実には不可能だから記載できないのです。

4 避難の困難性（COVID-19 クラスタ時）

まず COVID-19 流行時の私たちの病院の中や地域での事例をお話したいと思います。

2022年4月当院では初めての院内クラスターを経験しました。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ました。京都市は各行政区 11カ所あった保健所を 2010年には 1カ所に減らしています。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ました。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だったのですが、電話がつながりにくい状況が続いていました。マンパワー不足があったと考えられます。後に保健師さん達スタッフが深夜 12 時を過ぎても帰っていない状況が報道でわかりました。私達も同じ状況でした。入院先が見つからず命の危険を感じた患者さん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、「〇〇さんは先生の病院の患者さんですか？入院先が見つかりません。もう 2 時間も探しています。一旦お家にお返ししてもいいですか？」という電話が救急隊からかかってきました。このようなことを私は医師になって 30 年ですが経験した

ことはありません。深夜に防護服を着て往診、点滴、酸素を開始しました。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りました。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、当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ました。同時期に院内ではクラスターが起これば患者治療を、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のです。入院を受け入れてもらいにくい患者さんは認知症の患者さん、高齢でも延命処置を望む患者さんでした。「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」とご家族から強い訴えがある患者さんもおられました。

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ます。当院では今年 1 月に第 6 回目の COVID-19 クラスター発生しました。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ますが、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方はおられます。その数日の間に接触した他の患者さんに感染が拡がるという状況が現実にあります。コロナ感染のことはほとんど報道されなくなりましたが、医療機関や施設ではクラスター発生はまだ起こっています。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のです。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さんもおられます。これは当院だけの状況報告ではなく、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のです。

5 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在院内におられる中での、避難では「感染者を非感染者と接触させない」方法が必要になりますが、このこと自体非常に困難です。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ます。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りますが、先ほど述べたように通常の転院依頼でも困難を極めました。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ませんが、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のです。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ました。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経る可能性もあります。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す。令和6年の京都府の地域防災計画を確認しましたが総論のみで各論はまだのようです。施設毎の避難計画は各施設に任されているのだと受け取りましたが、毎日患者のメンバーが入れ替わっていく、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す。

6 原発を廃炉にするしか解決方法はない。

仮に大飯原発において事故が起きた場合、犠牲になるのは病状の厳しい方になることは予想されます。医療・介護従事者の立場から原発事故が起こってからは患者さんを安全に避難させるのはほぼ不可能であるという意見をもっています。年齢や重症度等で命の選別が行われないうちに！「全ての患者さんを原発事故では死なせたくない」という声を響かせたいです。

以上