

令和3年（行コ）第136号東海第二原子力発電所運転差止等請求控訴事件
一審原告 大石 光伸 外
一審被告 日本原子力発電株式会社

控訴審準備書面（2）

避難の困難性（2）
原子力災害による人格権侵害は弱者に集中する

2023（令和5）年5月17日

東京高等裁判所

第22民事部へに係 御中

一審原告ら訴訟代理人弁護士

弁護士 河 合 弘 之
外

目次

はじめに（本準備書面の範囲と目的）	1
第1 原発事故での弱者避難・屋内退避の現実	6
（1）福島第一原発事故における病院・高齢者施設の避難の概要	6
ア 医療機関	6
イ 高齢者施設	7
（2）病院・高齢者介護施設の避難の現実	7
ア 双葉病院, ドーヴィル双葉（介護施設）	7
イ J A 福島 双葉厚生病院	8
ウ 福島県立医大による報告	10
（3）福島第一原発事故での「障害者」の状況と教訓	11
ア 南相馬市の教訓・・・要支援者情報の公開と地域団体と一緒に安否確認と支援	11
イ 「消えた障害者」	13
ウ 「障害のある人への訪問調査報告書」から	13
エ わずか一晩で避難所体育館から退去	14
オ 福島県田村市の障害者施設理事長の訴え	15
カ 茨城での被害の状況	15
（4）日本弁護士連合会の「災害時における要援護者の個人情報・共有に関するガイドライン」	19
（5）新潟県での安全な避難方法の検証報告書	20
（6）茨城県「避難所検証委員会」での論議	21
（7）小 括	22
第2 「要配慮者」および「避難行動要支援者」とは	24
（1）災害対策基本法による「要配慮者」「避難行動要支援者」	24
（2）原子力災害における「要配慮者・避難行動要支援者」への対応の定め	25
ア 茨城県地域防災計画（原子力災害対策編）	25
イ 原子力災害に備えた茨城県広域避難計画	26
（3）原子力災害対策指針における「施設敷地緊急事態要避難者」	27
（4）小括	27
第3 病院・社会福祉施設の「入院・入所者」の避難計画の実体	28
3-1 病院入院患者の避難計画作成は未だ3割台	28
（1）茨城県による事前調査と避難計画策定の要請（2018年）	28
（2）病院・社会福祉施設の避難計画策定状況をようやく公開（2022年）	29
（3）NHKによる報道	31
（4）茨城県は障害者グループホームをどうして除外するのか？	32
3-2 医療機関・福祉施設が避難計画を作れない理由	34
（1）茨城県による「避難計画作れない理由」アンケート	34
（2）具体的記述	36
（3）社会福祉施設からの訴え	40
3-3 「策定済」避難計画の実体・・・移動手段の確保	42
（1）策定済避難計画の「避難手段」の記載	42
（2）病院・社会福祉施設の「避難手段・運転手・医療スタッフ」の試算	48
ア 茨城県による避難手段必要数の試算	48
イ 原告らによる検証	50
（3）県は病院で不足する車両・運転手・職員を調達できるか	52
（4）「避難手段が確保されていること」が緊急時対応の「要件」であること	53
（5）福祉車両を一審被告が用意するのか	54
（6）防災関係機関によるUPZ外への移送体制があるのか	54

3-4 病院・社会福祉施設等の放射線防護対策（陽圧化）	56
（1）施設の放射線防護対策（陽圧化）	56
（2）陽圧化はどの程度すすんでいるのか，今後とも推進されるのか	59
（3）施設を陽圧化すれば患者全員が避難しないで済むのか	60
（4）陽圧化施設で何日間立て籠れるのか	62
3-5 小 括	64
第4 「要配慮者」はどこにいるか	66
（1）医療・介護・介助の「地域包括ケアシステム」	66
ア（高齢者） 介護保険法と地域包括ケア	66
イ（障害者） 平等に生きる権利として	68
（2）「茨城型地域包括ケアシステム」	70
（3）国連障害者権利委員会からの「総括所見」	71
（4）要支援者は「入院・入所者」3万人だけではない	72
ア 茨城県の避難計画は，入院・入所者だけの避難計画	72
イ 「訪問看護」・・・住民の身近なところで地域の一次医療を担い，訪問看護を 行う一般診療所（クリニック・医院），訪問看護ステーションがある。	73
ウ 医療従事者は1万4千人を超える	74
エ 「高齢者在宅訪問介護」・・・14市町村では205の事業所が訪問介護を担う	74
オ 介護サービス従事者	75
カ 障害者の居宅介護・重度訪問介護など	75
（5）在宅で包括ケアを受ける要配慮者とそれを支えるスタッフ・事業所まで一体となっ た避難計画でなければならない	77
（6）原子力災害で在宅の高齢者，障害者は	79
（7）5万人の要配慮者と3万人の医療・介護・介助スタッフ	80
（8）原子力災害は人々を切り裂き，「地域包括ケア」も破壊する	81
（9）小 括	83
第5 在宅要支援者の緊急時対応は自然災害においてさえ不十分で整備がはじまったばかりで あること	84
（1）避難行動要支援者名簿と個別避難計画策定の義務化への経緯	84
（2）2021年法改正の意義	85
（3）「取組指針」のポイント	86
（4）東海第二地域での取組状況	87
ア 東海第二地域原子力防災協議会作業部会	87
イ 内閣府・茨城県による「避難行動要支援者取組指針」と原子力災害への適用	88
ウ 関係市町村における避難行動要支援者名簿・個別避難計画の整備状況	89
エ 市町村の「避難行動要支援者名簿」の状況	94
オ 内閣府による避難行動要支援者名簿策定の留意点	97
カ 東海村の要配慮者と避難行動要支援者名簿	99
（5）福祉避難所に直接避難の体制はあるか	102
（6）難病患者への体制	105
ア 透析患者は避難先指定病院が指定されているか	105
イ 人工呼吸器を装着したALS患者への支援体制	106
ウ 難病患者はどこに・・・東海村の「手挙げ方式」	106
（7）その他の要支援者	107
ア 妊産婦・乳幼児の予防的避難はPAZ内のみ	107
イ 「園児・児童・生徒＝警戒事態で保護者に引き渡し」で段階的避難は崩壊	108
（8）小 括	110
第6 総 括	112

はじめに（本準備書面の範囲と目的）

1 原告が前提とする判断枠組み

（1）第5の防護レベルが欠落し又は不十分である場合には人格権侵害の具体的危険が認められるべきであること

ア 現行の原子力関連法令等は、発電用原子炉運転行為に内在する危険が広範囲の人々の生命・身体に対して甚大且つ不可逆的な被害を与えるものであること、他方でいかなる事象が生じたとしても発電用原子炉施設から放射性物質が周辺環境に絶対に放出されることのない安全を確保すること（いわゆる絶対的安全を要求すること）は現在の科学技術水準をもってしても達成することは困難といわざるを得ないことを前提に、そのような現在の科学技術水準の限界を踏まえつつも社会として受忍せざるを得ないといえる程度にまで上記危険を低減（排除）することを目的として、確立された国際的な基準であるところの深層防護の徹底による万全の措置を求め、その総合力をもって「国民の生命・身体の安全」の確保を図ることとしている（原子力基本法2条2項、原子力規制委員会設置法1条、丙Bア25号証：69頁及び73頁）。

イ これは、科学の不定性や原発事故被害の特異性を踏まえ、単一の対策をいかに万全にしようとも、危険を十分に低減することができない（いわゆる「銀の弾丸」はない）ことを前提として、前段否定（前段の防護レベルに頼って対策を怠ってはならないこと）及び後段否定（後段の防護レベルに頼って対策を怠ってはならないこと）の考え方を徹底した複数の防護レベルを設定し、それらが総合的に機能することで、はじめて社会として受忍せざるを得ないといえる程度にまで危険を低減したと評価するものである。

ウ そうである以上、深層防護の第1から第5の防護レベルのいずれかが欠落し又は不十分である場合（前段否定及び後段否定が徹底されず、他の防護レベルに依拠した対策しか講じられていない場合を含む）には、原判決の述べる通り、発電用原子炉運転行為にあたって現行の原子力関連法令等が「国民の生命、健康」等の保護の観点から、低減すべきとした危険（リスク）が十分に低減されたとは評価できないという意味において、なお人格権侵害の具体的危険が存在すると評価すべきことになる。

このように解さなければ、深層防護が徹底されず、原発が備えるべき安全を備えていないにもかかわらず、危険な原発の稼働が許容される結果、

周辺住民がこれに怯えながら生活することを強いられることとなる。いかに第3の防護レベルまでの対策を徹底したとしても、科学の不定性に照らし、想定を超えてこれらの対策が奏功しない事態は起こり得るし、そうなった場合には、福島第一原発事故がまさにそうであったように、原発事故被害の特異性に照らし、極めて甚大な被害が広範囲に長期間及ぶことになる。だからこそ、国際的にも深層防護の徹底（前段否定及び後段否定を含む）が求められているのであり、深層防護の徹底されていない原発の稼働を「安全」と見て許容することは許されない。

このことは、福島第一原発事故から学ぶべき最大の教訓の一つであり、福島第一原発事故の教訓を踏まえて改正されたわが国の原子力関連法令等の下で、これに反する解釈は許されない。

- エ 以上から、深層防護の第5の防護レベルが欠落し又は不十分である場合にも、人格権侵害の具体的危険が存在すると評価すべきである。

（2）第5の防護レベルに係る措置は実効性あるものでなければならないこと

- ア 現行の原子力関連法令等は、第5の防護レベルに関し、法制度面においては災害対策基本法及び原子力災害対策特別措置法によって措置されることとされ、実態面においては災害対策基本法及び原子力災害対策特別措置法を始めとする関係法令等に基づき、国・地方公共団体・原子力事業者等が実効的な避難計画等の策定や訓練を通じた検証等を行うこととされた（前掲、丙Bア25：73頁参照）。そうである以上、災害対策基本法及び原子力災害対策特別措置法に基づき講じられている措置の有無及び内容は、深層防護の第5の防護レベルの欠落・不十分さを判断するうえで重要な指標となる。
- イ そして、ここでいう避難計画その他の措置は、原判決も指摘するとおり、単に形だけ用意するのでは不十分であって、実効性のあるものでなければならないことはいうまでもない。

前述のとおり、深層防護においては、前段の防護レベルに頼って当該防護レベルの対策を怠ってはならず（前段否定）、深層防護の第5の防護レベルが万全であると認められるためには、その前に存在する防護レベル（第1から第4の防護レベル）の対策が奏功しないことを前提とし、第5の防護レベルだけで独立して有効に機能する万全の措置が講じられなければならない。そこまでしてようやく、現行の原子力関連法令等が低

減すべきとした危険が、社会として受忍せざるを得ないといえる程度にまで低減された（人格権侵害の具体的危険が存在するとはいえない）と評価できるのである。

それにもかかわらず、深層防護の第1から第4の防護レベルの存在（それらが奏功すること）を理由として避難計画その他の深層防護の第5の防護レベルに係る措置の実効性を欠如させたままとしている場合には、なお深層防護の第5の防護レベルが不十分であるから、そのような本件原子炉の運転に内在する危険は、原判決の述べる通り、発電用原子炉運転行為にあたって現行の原子力関連法令等が低減すべきとした危険（リスク）が十分に低減されたとは評価できないという意味において、なお人格権侵害の具体的危険が存在すると評価すべきである。

- ウ 以上のとおりであるから、深層防護の第5の防護レベルに係る措置は、①必要な措置が講じられていること（避難計画が存在すること）、②講じられた措置が実効性を備えたものであることが必要であって、本件原発との関係で講じられている措置がこのいずれかを満たさない場合には、原判決の判断の通り、人格権侵害の具体的危険の存在を肯定するべきである。

2 本書面の目的

- (1) 本書面では、以上の判断枠組みを前提に、令和4年9月12日付「上申書」で述べた避難計画に関する主張計画のうちの「3. 避難弱者はもっとも避難困難で生命、身体への侵害が著しいこと」について具体的に主張するものである（なお、その他の項目については、引き続き順次主張していく。）。

- (2) 本書面の構成は、次のとおりである。

ア 第1では、福島第一原発事故で社会的弱者の避難がいかなる状況だったのかについて詳述し、その教訓を確認する。

イ 第2では、原子力災害における要配慮者および避難行動要支援者の被ばく回避措置に関する法律上の位置づけについて整理する。

ウ 第3では、上記アイを前提にしつつ、避難行動要支援者の筆頭として取り上げられる医療機関・社会福祉施設の「入院患者・入所者」の避難計画が欠落し又は不十分であることについて詳述する。

具体的には、

- ①医療機関の避難計画の策定率が30%台に留まっていること（避難計画の欠落。上記1(2)ウ①)
- ②策定済みとされる避難計画は、以下のとおり実効性が欠如していること（避難計画の実行性欠如。上記1(2)ウ②)
 - i) 避難先病院との調整もほとんどできていないこと
 - ii) 避難手段に至っては、不足する車両台数を記載しているだけで、その不足台数を確保できる見通しはたっていないこと
 - iii) 陽圧化についても、10km内施設で16%に過ぎないこと。一審被告が「放射線防護施設が今後とも推進される」と主張する陽圧化は困難であること。
 - iv) 地域の医療機関や福祉施設が丸ごと避難・移転するということはそもそも不可能であること

エ 第4では、「要避難者はどこにいるか」と題し、医療・介護・介助支援という地域包括ケアに支えられて在宅で暮らしている「在宅要配慮者」が存在していることについて説明する。その上で、原子力災害は広範囲で一様に被ばくリスクを地域住民にもたらして医療・介護・介助支援の地域システムを破壊することから高齢者や障害者は支援を断ち切られて孤立せざるを得ないこと、すなわち原子力災害に伴う人格権侵害は弱者に特に集中してしまうことについて、客観的事実から明らかにする。

オ 第5では、原子力災害の個別避難計画の策定が不可能であることを明らかにする。

すなわち、自然災害における在宅要支援者の対応は「個別避難計画の策定」が2021年に災害対策基本法改正で努力義務化されたが、自然災害の「要支援者名簿」で真に支援が必要な人を整備して「一人ひとりの個別避難計画」を策定するまでには相当な時間を要するところ、その上で「原子力災害に備えた個別避難計画」を策定するというのは相当な困難がある。ましてや、要支援者に係る原子力災害の個別避難計画においては、支援者の被ばくリスクがあることからその支援者自身の避難・退避が優先されるために行政に要支援者の避難支援を引き継ぐことになるが、それを引き受けられる行政職員の人的体制が

担保されない限りは、要支援者に係る原子力災害の個別避難計画など到底不可能である。同項ではこの点について明らかにするとともに、その他の要支援者である妊産婦や児童生徒の避難についても併せて論じる。

カ 第6では、以上の内容を総括する。

第1 原発事故での弱者避難・屋内退避の現実

(1) 福島第一原発事故における病院・高齢者施設の避難の概要

ア 医療機関

福島第一原発事故では30km圏内13病院、1,333名の患者が災害救助法にもとづく公的手段（自衛隊、チャーターバスなど）で他病院に搬送された。搬送先は福島県内医療機関32病院3施設に701名、8都県109病院に598名とされる（福島県報告）。

ちなみに東海第二原発30km圏内病院数は119病院、患者数は1万1,726人（定員）であり（茨城県）、福島の10倍近い。

福島県病院協会が事故後6週目に実施した避難した16病院の聞き取り調査によると転送患者合計は1,565名に上っており、公的手段によらず自主避難した病院患者も200名以上いたことが報告されている（甲G226号証, 前原和平「東日本大震災・原発事故による福島県下病院の被災状況」（日農医誌61巻6号2013））。

白河厚生総合病院長前原和平氏は、「大地震・津波の大移動から数日の間に再び原発事故により1,565人もの患者が大移動した」「搬送により重症化、死期の早まった患者など被害は深刻であった。さらに入院患者はもとより、搬送に付き添った職員は着の身着のままの状態での避難生活が始まった」「福島県救急病院協会では、大震災前に被曝医療に関する研修会を開催はしたが、現実には事故が起きると病院スタッフの職場離脱という想定外の大問題に直面した。放射線障害を恐れて職場を離脱した職員は決して少なくない。県全体（回答病院44）で788名、全職員数の5.2%に当たり、このうち医師が28名に上る。最終的な退職者は225名。・・・病院の自主退避、あるいは診療縮小の理由として第一に挙げられたのが『職員の自主退避によるマンパワーの減少』であった」と記している。

深谷・川崎（2018）によれば、2017年11月時点で、原子力災害被災12市町村での民間病院再開率は20%とされる。公的医療機関による再開が主で、医療人材不足から夜間救急ができない医療機関が8割を占め、重篤な救急患者を受け入れられる医療機関は1件もなく、相双医療圏¹では救急医

¹ 相双医療圏：相馬市・南相馬市・広野町・楡葉町・富岡町・川内村・大熊町・双葉町・浪江町・葛尾村・新地町・飯館村の2市7町3村の医療圏

療体制が整っていない状況と報告されている（甲G227号証，深谷・川崎「福島県の原子力被災12市町村における医療の現状と課題」日本都市計画学会論文集2018）。

イ 高齢者施設

他方，高齢者施設は，福島県の報告では「高齢者施設においては，県内177の施設が被災するとともに，東京電力福島第一原子力発電所の事故により，震災発生当時，発電所から30km圏内及びその近圏にある高齢者施設34施設が避難を余儀なくされ，当該施設に入所していた高齢者約1,800名が県内外の他の特別養護老人ホーム，介護老人保健施設，病院等に避難する状況となった。受入先となった一部の高齢者施設においては，定員を超過して受け入れを行っており，職員の疲弊，サービスの低下などが懸念されるほか，避難先の市町村における施設利用にも影響が生じている状況である。」と報告されている（甲G228号証）。

東海第二原発30km圏内の高齢者施設は439施設，入所者16,862人であり，こちらも10倍近くである。

(2) 病院・高齢者介護施設の避難の現実

ア 双葉病院, ドーヴィル双葉(介護施設)

福島第一原発から4.5kmの「双葉病院」の入院患者と介護施設「ドーヴィル双葉」の入所者は，3月12日，政府による10km圏内避難指示が出される中で取り残され，自衛隊らによるすべての患者と入所者の救助が終わったのは5日後の3月16日だった。

寝たきりの患者・入所者が多く，胃ろう処置²を受けている人も多数いて病院内・施設内で亡くなられた人がいた。さらに寝たきりの人をバスに乗せて避難させたことで，バスの座席に座らせた段階で血圧は低下し，座席から床にずり落ちて汚物の中で亡くなられた方，更に避難先が次々変更となり長時間の移動中に亡くなられた方もいた。最終的に避難後までに50人が命を落

² 口から十分に栄養が取れない患者さんに，内視鏡を用いて胃に栄養を送るための小さな穴を作り，その穴にカテーテルを入れる手術

とした。

双葉病院長や医師は事故後、「まだわからないことが多い。大熊町はなぜ双葉病院やドーヴィル双葉に重症や寝たきりの高齢者が残っているのを知りながら放置したのか。なぜ福島県災害対策本部救護班は誤報を流したのか。県は遺族に対して避難の遅れがあったことを説明すべきではないか。被災病院である双葉病院に責任を押しつけるのか」と語っている（甲G229号証、「“双葉病院事件”の真相，当事者医師語る」2011.11，医療専門サイト）。

中川七海氏は丁寧な取材と調査で，双葉病院および介護施設ドーヴィル双葉の避難の状況を明らかにしている（甲G230号証）。

原子力災害時の救助における情報の混乱，現場の困難，そして移動手段，移動先の事前の確保は極めて教訓となる。

双葉病院からの避難



国立病院機構災害医療センター 近藤久禎
「東京電力福島第一原発事故対応におけるDMATの活動」

自衛隊員の供述調書

「線量計の音が鳴る間隔がどんどん短くなってきて、まるで、放射線の塊が近づいてくるような感覚」「随行していた若い医官も『もうだめだ、逃げる』などと叫び始めました。」

刑事事件で取り調べられた証拠(双葉病院関係者、自衛隊員等の供述調書)、尋問調書を東電株主代表訴訟に取り寄せた証拠より。

図1 双葉病院 第2陣の避難の大きな経路と避難バス内の様子

イ JA福島 双葉厚生病院

福島第一原発から約3.9kmのJA福島双葉厚生病院の草野内科医は次のように報告している（甲G231号証，草野良郎（2013）「福島第一原子力発電所事故による双葉厚生病院の全員避難の経過と問題点」日本内科学会雑誌

第103巻5号, 2013.5.10)。

「3月12日朝, 防護服に身を包んだ警察官2名が自衛隊員を伴って突然来院し, 患者を含む病院内全員の避難を要請した。理由ははっきり言わなかった。私は病院には危篤状態の入院患者が数名おり, 筋萎縮性側索硬化症のため人工呼吸器を装着した患者もいたので避難には反対した。その後, ……内閣総理大臣が10km圏内の住民に避難指示を出したことが判明した。そのため院長が全員避難を決断した。院長が福島県の災害対策本部に救急車の派遣を要請したが, 困難であると拒否された。」

「3月12日午前中に自衛隊のトラック1台が到着し, 患者35名が乗り込んだが, なぜか原発から10kmの浪江町の老人ホームで全員降ろされた。12時頃に大型バス4台が到着したので患者53名と職員90名が乗り込んで川俣方面に避難した。軽症の入院患者6名は自主退院し, 自力で移動できない重症患者と職員60名が残ったが, 午後に自衛隊のトラックが到着し, 双葉高校グラウンドに患者を搬送後, ヘリコプターで避難することとなり, 待機中に経験したことのない爆発音が聞こえ, 水素爆発した。夕方18時頃ヘリコプターが到着したが, 燃料不足や夜間視界不良などの理由で宮城県仙台市の霞目駐屯地に搬送され, 翌日再度二本松に搬送された。結局双葉厚生病院の入院患者および職員は7カ所に分散した」「避難当日に3名, 翌日に1名が死亡。転院先調査で死亡者は避難1週間で5名, 1ヶ月後までに4名, 3ヶ月後までに8名, 2年4ヶ月後で計26名が死亡しており, 死亡率は19.1%であった」「前もって搬送先が決まっていれば, 今回の双葉厚生病院のように7カ所にも分かれて搬送されるという混乱はなかったと思う」

専門医部会
シリーズ：内科医と災害医療



図. 3月12日の患者136人の避難状況

図2(甲G231号証) JA 福島 双葉厚生病院の避難先

ウ 福島県立医大による報告

福島県立医科大学医学部坪倉正治医師は福島第一原発事故による5km圏および20～30km圏の病院での状況を下記のように報告している（甲G232号証/坪倉正治（2022）「福島原発事故の経験に基づく防護措置に伴う社会的弱者の健康影響と放射線リスクの比較検討に関する研究」）。

福島原発事故後の地域弱者の緊急避難状況を明らかにするための症例集積研究およびインタビュー調査			
結果の概略①	PAZ内の病院の避難時の状況比較および困難まとめ		
	双葉病院	双葉厚生病院	福島県立大野病院
最終的に避難を決定した要因	政府からの避難指示	災害対策本部からの助言	政府からの避難指示
緊急避難時の交通手段	バス、自衛隊車両	バス、自衛隊車両・ヘリ	バス、救急車、自家用車
インフラの供給（水・電気・ガス）	全壊	一時的な障害（水・ガス）	全壊
避難指示の時間	3月12日午前5時44分		
避難決定の時刻	3月12日午前8時00分	3月12日午前6時40分	3月12日午前6時00分
避難を開始した時刻	3月12日午後2:00	3月12日午前8時30分	3月12日午前7時40分
避難完了の時刻	3月16日午前0時35分	3月13日午前8時00分	3月12日午前8時10分
避難に要する時間	82.5時間	23.5時間	0.5時間
避難直後に死亡した人数	39 (11.5%)	4 (2.9%)	0 (0%)
避難中の医療ケア提供	途絶	持続	持続
事故後3か月時点での死亡者数	不明	17 (12.5%)	不明
放射能災害を想定した訓練	なし	年に1回実施	年に1回実施
放射線に関する専門家の確保	なし	なし	なし

- 避難中から直後の死亡とその後続く二峰性の死亡がありえる。
- 入院患者数（特に重症や寝たきり患者）が多いと移動手段を確保するのが難しく、避難にも時間がかかる
- 複合災害では、建物やインフラの損傷もあり、実際には避難しないという選択肢は取りづらい
- 放射線量が極めて高い場合を除き、病院避難のdecision makingには、放射線量以外の多くの変数が関与する
- 私立と公立など、病院のシステムが異なる場合、その後の対応に差が生じてしまっている。

10

結果の概略①	20～30km圏内の3病院の病院避難時の状況比較および困難まとめ		
	南相馬市立：新潟	渡辺病院：県内	大町病院：群馬
受入患者数	震災初期：33名程 小高病院：68名	震災初期：40名程 施設一時避難：160名程	震災初期：40名程 西病院透析患者：1名
最大在院数	211名	250名超	210名程度
病院避難患者数	104名	80名程度	124名
避難先詳細	新潟 92 (32病院)	竹田：約20名	外来透析約45名
	福島 68 (6病院)	西多賀：約10名	(2病院)
	他県 2、合計162人	白河医師会：約40名 その他重症者：8名	入院透析4名（県立医大） 群馬124名
各日の避難者数	18日5名	記録は存在しない	19日62名
	19日49名		20日13名
避難後病院機能	20日に38名		21日62名
	入院機能閉鎖。 4/4外来診療再開	完全閉鎖	一時閉鎖、4/4外来再開

- 原子力関連施設に近い(PAZおよびUPZ)医療機関では時として避難が避けられないのに、事故を想定した避難計画がない場合がある。
- 施設の決断をサポートする仕組みが手薄である。
- 現実的に屋内退避を続けるために物的・人的資源を支援する手段・方法の検討が不十分な場合がある。
- 特に入居者数が多い施設や体の不自由な方が多くいる施設では、避難に時間がかかるため、施設や避難を支援する機関が事前に具体的な避難の移動手段を準備が必要。
- 実際に避難を行うが行わないかという大方針が変わる可能性がある。という状況に対して職員士の士気の維持が非常に難しい。（他災害との差）

11

表1（甲G232号証）坪倉正治（2022）福島原発事故後の地域弱者の緊急避難状況を明らかにするための症例集積研究およびインタビュー調査より

(3) 福島第一原発事故での「障害者」の状況と教訓

福島第一原発事故では、避難所に避難できない多くの障害者が自宅および施設に留まらざるを得ず、その数は障害者全体の4割を超えていた。

福島県は、全国の中でも長く障害者の活動（運動）の歴史があり、福島県内だけでなく全国各地の団体とのつながりもあり、地域社会の理解も進んでいる地域のひとつだった。

震災および原発事故直後からNPO法人が素早く動き出し、ガソリン不足でヘルパー派遣ができなくなる中で、郡山の「障害者福祉センター」への避難を県内各団体・障害者に呼びかけながら、3月18日には「NPO法人あいえるの会」や、「きょうされん」関係者、田村市「福祉のまちづくりの会」、相談支援事業所「ふっとわーく」と、阪神淡路大震災を経験している大阪の被災障害者支援団体NPO「ゆめ風基金」との打合せが持たれて、福島県全域の被災状況を集めている。そして3月19日には関西から支援物資や資金が提供され障害者への配達が始まっている。3月23日には福島県内の5つの障害者団体が集まり「JDF被災地障がい者センターふくしま」を結成して、安否確認、物資の搬入、障がいのニーズ調査と対応、避難手段と避難先の確保・紹介がはじまった。

そのような歴史の蓄積とつながりがあった福島県で多くの団体が素早く動いてもなお障害者は困難な状況を強いられていた。

ア 南相馬市の教訓・・・要支援者情報の公開と地域団体と一緒に安否確認と支援

南相馬市は事故直後、上記障害者支援団体から障害者の支援のための個人情報開示請求を受け、市の個人情報保護条例の特例を適用して「障害者の生命、身体及び財産を守るため開示することが適当」と判断して情報を開示し、支援団体の協力で障害者の訪問安否確認と支援が行われた唯一の自治体である。

当初、入所、通所、ホームヘルプ等の障害福祉サービス利用者についてはそれぞれの事業所で安否確認を行って避難が行われたが、在宅障害者については安否確認できない状況だった。サービスを利用していない障害者のうち身体・知的障害者についても市が情報開示を行い、NPO法人さぽーとセンターぴあ、JDF（日本障害フォーラム）被災地障害者支援センターふくし

まの支援・協力で590人の安否確認が行われた。精神障害者については、精神通院医療受給者を対象に市や県の保健師が精神科治療の継続がなされているかどうかという点から安否確認が行われた（甲G233号証 内閣府「障害者白書」平成24年版 抜粋 障害者への災害時支援と個人情報保護）。

南相馬市の特定非営利活動法人「さぼーとピア」代表理事青田由幸氏は次のように報告している（甲G234号証 青田・八幡『原発震災，障害者は・・・消えた被災者』2014, 解放出版 抜粋）。

「南相馬市は7万人のうち1万人が残りました。自分で自分の命を守れる人はほとんど避難しました。残った人は要介護者，障害者，その家族です。・・・避難が困難な人が残るのです。これが屋内退避の実態です。屋内退避は一番最初に避難しなくてはいけない人が残るのです。あきらめるのです」（P11），「どうなるか。30kmのところ警察の検問ができます。そうなるそこからは入ってこられません。それは外から物資も入ってこないということです。当然，2日目くらいからお店も閉まります。3日目から避難が始まります。病院が全部閉まります。当然薬局も閉まります。福祉関係全部閉まります。その状況で要介護者が残るのです。具合が悪くなくても，医者はいません」（P12）。

「南相馬市ではちょうどその年の1月に災害時の要援護者リストを作成していましたが」（P14）。しかし「もう想定が全然違うということで多くの方が漏れるということになってしまいます」（P15）。「こんな例がありました。シングルマザーで発達障害を持った子どもをかかえている人。そんな家族が残っていました。身体障害でないので要援護者リストには載っていない。お母さんは一度逃げようとしたのですが，逃げようとした段階で子どもさんたちに自傷行為が出てきていたのです。これで避難所に行くのは無理だとあきらめます。あきらめて残るのですが，多動の子どもさんを連れて遠くまで買物に行けないのです。市役所で救援物資を配るのも市役所まで来て下さいとなります。救援物資ももらえません。・・・それまでは近所の人であったり，地域の福祉サービスだったりを使いながらなんとかぎりぎりの生活をしていた人たちです，でもすでに地域の人でも福祉サービスの人も避難していません。その人たちともつながらない。そういう人たちがいっぱい残ってくるのです。市からすると想定外ですから支援がいかない。残念ながらそういう人たちが漏れているということが分かりました。そこで私たちも参加して「被災地障

「被害者支援センターふくしま」を立ち上げて、南相馬市の中に残っている障害者たちのローラーをしないとどうしようもないからと市にお願いしました」(P15-16)。「障害者手帳台帳の開示をお願いしました。普通は出ません。全国でも出ませんでした。ただ南相馬市では結果出てきました」「個人の生命・財産に危険が伴ったときは本人の承諾を得ないで個人情報を出してもいいという特記条項が必ず皆さんの市町村にも個人情報保護法の中にあります」(P17)。

しかし、青田氏が震災後、関東の各市町村の個人情報担当の方200名ほどが参加した日弁連シンポジウムで「(要支援者名簿を)出す方法があるんです。南相馬市では出たんです。命につながったんです、みなさんのところを出しますか」とアンケートをしたところ、ほとんどの自治体はそれでも「出ない」との回答が多かった(同上P17-18)。

イ 「消えた障害者」

被災地に関西からいち早く駆けつけ、被災地障害者支援センターを立ち上げて障害者の支援を行った「ゆめ風基金」理事の八幡隆司は、前掲書甲G234号証で避難所を回って「障害者の方はいませんか!」「何か困ったことはありませんか」とあちこちを回っていたところ「障害者が消えた」ことに気づいたと記している。

「心身にハンディーを持つ人が避難すべき場所にいない。何十万人という被災者の中に障害者の姿がない。福島県では原発が過酷事故に。私たちは弱者をさらに悲惨な場へ追いやっていた」と報告している。多くの障害者とその家族は「避難所で迷惑をかけてしまう」という理由で、自宅に残っていた。一般市民と共に避難所にたどり着いても、障害者と共に「車中泊」を重ねていたとされる。

ウ「障害のある人への訪問調査報告書」から

上記「被災地障害者支援センターふくしま」(JDF)、NPO法人「さぼーとセンターぴあ」がまとめた『障害のある人への訪問調査報告書』(甲G235号証)の中で、「避難しなかった・できなかった人」の2/3が障害の重い人たちであったことの原因が記されているので引用する。

(移動手段)

- 下肢障害のある人や体をまったく曲げられない人など福祉車両やストレッチャーでの移動が必要で、それがなく断念した。体調管理上、車での長時間移動が難しい場合も。
- 住民が一斉に避難し、つきあいがあった近隣も混乱し、支援がなかったことによって断念した。移動時の介助者確保ができなかったため断念した。
- 透析をやっている人や心臓病がある人、感染に弱い人など劣悪な環境下に耐えられないことにより断念した。

(避難生活への不安)

- 糖尿病の人の栄養管理や咀嚼が難しい人などの食事管理への不安。
- 知らない人が苦手な発達障害児・者の避難所での集団生活の不安。大勢の人との生活からくるストレスに対応できない精神障害のある人。特異な声や行動、ふるまいから周りの人とのトラブルを心配して断念。
- 物理的環境面からの不安。
- 車いす使用や身体面での障害からトイレ・移動などの物理的障壁の難しさ。
- 見守り・介助への不安。重度の知的障害者や発達障害児への見守りが広い空間では、とても難しいことでの断念。

エ わずか一晩で避難所体育館から退去

酒造唯（新聞記者）は福島県田村市の知的障害者施設「あぶくま更生園」の避難の状況をレポートしている（甲G236号証）。

園の利用者200人、職員約50人で、3月12日午後6時半から川内小学校体育館へ避難をはじめますが、車椅子がないと動けない利用者や全面介助が必要な利用者もいて、全員の避難は午後11時。しかし大勢の住民避難者の体育館の中で利用者が大小便を失禁し、周囲を段ボールで囲んだり、落ち着かない利用者を外に連れ出して車の中に入れてつきっきりで介護をしたが、「これ以上、住民に迷惑をかけられない」と翌朝避難所からの退去を決める。

1号機の爆発で急いで避難したため薬の処方箋を置き忘れ、薬局や病院に薬を頼んでも処方箋がなければ出せない。職員と看護師が被ばくを覚悟で決死隊を組んで検問を越えて園に戻り、処方箋や常備薬、保護者の連絡先を回収する。その間に発作で亡くなる人も。

保護者は「うちの子どもはね、結局後回しなんですよ。迷惑がかかるか

ら」と。

避難の困難だけではない。東日本大震災・原発事故から10年後の2021年、NHKは福島県双葉郡からいわき市に避難している統合失調症の障害者のその後の日々、楡葉町の障害者が避難指示解除後に戻っても支援するサービスも人手もない状況をレポートしている（甲G237号証）。

オ 福島県田村市の障害者施設理事長の訴え

福島県田村市で、自らも障害者で障害者介護施設の理事長をされて、原発事故後も現地で障害者事業を維持・継続した鈴木絹江氏（2021年没）は、『放射能に追われたカナリアー災害と障害者の避難』（2015 甲G238号証）で次のように訴えている。

（障害を持つ人たちの屋内退避について）

「障害を持つ人にとって屋内退避とはどういうことか。それはヘルパーさんが来ないということです。ヘルパーさんも屋内退避ですから。一人暮らしの障害者のところには誰も来ないということになります。つまりそれは餓死することになります」（P123）

（避難場所について）

「避難所はいつも学校や体育館に集められる。障害者はそういう所へ行くと体を壊す」³（P116）。「一般避難所はバリアフリーになっていなかったりします。そうすると視覚障害者や車いす使用の方は『避難所に行くと他の人に迷惑がかかるから行かない』となるわけです。「いくらバリアフリーであっても、重度の障害者は大変です。そういう場所には避難できない。しかし、もし学校が統合教育になっていれば、先生も生徒も

³ 鈴木絹江氏は体育館などに避難すると障害者はどうなるかを次のように説明している。「一つに障害を持つ人たちの中には体温調整が非常に難しい人がいる。二つ目に食事はこれを食べなければならぬ人と、これを食べてはならない人がいて、みんなが大変な時に、障害者だけ味噌汁つきかよ、と怒られるかもしれませんが、避難食のおにぎりだけの生活をしていると、そのうち水分を取らなくなり、あっという間に動けなくなり、熱を出し、亡くなるという最悪のパターンになる。三つ目にある程度動ける広さが必要。障害者はトイレに行ったり着替えたり、いろいろな動作するのに他の人より大きく幅が必要。狭い避難所で動けなくなるとトイレにも行けず、水分を取らず食事も少なくなるとたちまち体調を悪くします。」（2012年6月 福島フォーラムにて 甲G239号証）

障害者支援に回れたと思うのですね。日常生活の中で障害者と接していれば分かることも助け合うことももっとあったかと思います」「福祉避難所の課題は、・・・ハード面だけで介助者はいないのです。だからあそこへ行っても介助が受けられません」(P117)

(介護者といっしょの避難場所について)

「重度の人たちはたいてい介護者か家族といますから、二倍から三倍の集団になります。3家族でも10人くらいになります」(P120)。「私は避難所がどうして学校や体育館なのか、ずっと疑問でした」「原発事故の際、福島県は教室を開放しなかったそうです・・・避難者がいると授業を再開できないという理由です」(P116)。「避難所へ行けない人々、避難所へさえ行けない人々、避難所へ行かない人たち。こういう人たちが逃げ遅れる人々になるのです」(P118)。

(要支援者名簿のつくり方について)

「要支援者の名簿づくりでは、災害時に助けに来なくていいという人たちだけを行政は把握してほしい。今の要支援者名は助けに来て欲しい人たちに手を挙げてもらうようにしていますが、それではどうしても抜け落ちてしまう人が出てきます。しかし役所は支援が必要な人たち、例えば一人暮らしの高齢者や知的障害者や精神障害者、引きこもりなど障害者手帳を持っていない人たちの名簿も持っています。だから今までとは違う逆手挙げ方式が必要だと思います。つまり、手を挙げなかった人はすべて助けに来て欲しいのだと役所は認識しておくことが必要だと思います。個人情報の開示も災害が起きてから渡していたのでは間に合いません。審査会を開いてから名簿を出しても間に合いません。審査委員も避難して地域にいません」(P122)。

(障害者を「カナリア」に例えることについて)

「障害を持つ人の自立生活運動の中で、差別が軽減されたような気分になっていた」。しかし、「今回の原発事故でこの世での私の宿題は何も終わっていないことを知ることとなった」。「障害を持つ人は社会の成熟度を測るカナリアのようなものだと、私は考えている。カナリアが生きられない社会は、一般の人たちにとっても生きられない社会であることを深く考えてほしいと思っている。原発事故が貧しい人や障害を持つ人たちをさらに追い詰め、生きにくい社会への幕開けにしてはならない」(P142-143)。

カ 茨城での障害者の状況

自身も重度障害者で茨城県地方自治研究センター研究員である有賀絵理氏は2014年に、茨城県内の県立水戸特別支援学校、障害者団体の協力を得て重度障害者本人および家族へのアンケートを行っている。(甲G240号証、有賀絵理「災害時要援護者の状況と今後の課題～重度障害者の実態調査から～」)。

質問3)-①『市町村の要援護者名簿または台帳に登録していますか』で、登録済はわずか12%である。“登録していない”が43%、わからないが45%である。

登録していない理由として

- 「登録しても、助けに、いつ来てくれるかわからないから」
- 「何も聞かれていないから、何もわからない」
- 「いつ誰が助けに来てくれるか、わからないのを待っているなら・・・」
- 「そういった登録がある事を知らない」
- 「登録書類が送られてきたが、その後誰からも連絡がなく」

が挙げられている。

自由意見欄に

- 実際、東日本大震災の時も、市の方々は忙しくて台帳に登録していても、しばらく連絡がなかったです。
- 要援護者名簿や登録、台帳などという物がある事を知りませんでした。もし、災害が起きた時、市が、どのような対応をしてくれるのかも分かりません。“自分達の身は自分達で守る” という思いしかありません。

との記述もある。

有賀氏は「東日本大震災から4年が経過しているにも関わらず、また茨城県内においては、早い市町村では平成17年から事前登録が実施されているにも関わらず」登録していない・わからないが多いのは「事前調査の登録方法が、障害者に対しては“手挙げ方式”が多いことが原因であると言える」と指摘している。

質問3-③『障害者ご本人は避難の際、支援者は必要ですか』に“必要”

が39%，“不要”が50%，“わからない”が10%。

“わからない”を選択した理由に

- 「本当に支援に来てくれるのか，わからないから」
- 「なぜ民生委員が支援者なのか意味がわからない」
- 「介助できないと思うから」
- 「介助慣れていない人が支援者になっても意味がないだろう」
- 「支援者とは，実際，何をしてくれるのかが不明だから」
- 「重度なので，介助困難であると思うから」

が挙げられているのは，災害時の支援者のあり方について考えさせられる。

質問4) -①『災害の中で，一番恐怖を感じる災害は何ですか』への回答では，「地震」の次に「原子力」が多いのは特徴的である。

質問4) -②『もし，災害が起きた時，一番してほしい支援は何ですか』に対する記述回答では，「家族と一緒に避難生活」，「ライフライン」，「物資」が上位である。その他の意見でも「車椅子貸出し」，「安否確認してほしい」，「死んでも見つけてほしい」，「ヘルパーに来て欲しい」，「子と一緒に死にたい」，「子だけ残せない」など。

最後の意見欄の＜原子力災害への思い＞＜行政に対する思い＞の回答を引用する。

＜原子力災害への思い＞

- 原発災害は避難生活を余儀なく強いられるから，障害者の家族には大変！
- 原発事故は一旦起きてしまったら長い年月，その土地そのものが汚染されてしまい生活ができなくなってしまうから困る。
- 原発災害は，家はひたちなか市でも東海村に近い方なので何かあれば住めなくなる可能性もあり，福島のことを考えると一番怖いです。どこに避難すればいいのかわからないし，自家用車でないと逃げられません。
- 放射能を自分の目で確認できないことが怖い。もし避難勧告が出たとしたら，どこへ避難すればよいかわからない。
- 障害児がいると，原発が20km圏内なので，家に帰れなくなる。
- 原発災害は目にみえないし，情報が確かか，不安。
- 原発は東海村に住んでいるので怖いですが仕方がないと思います。
- 5km圏内に東海原発があるから，すごく心配。

- 原発事故は一瞬で荷物も持ち出せず、遠距離へ逃げなければならない。心の準備もないまま二度と戻って生活することが出来なくなる。早く何とかしてほしい。

<行政に対する思い>

- M市の防災マニュアルでは、要援護者も、一度、一般の避難所に行ってから、特別支援学校などの要援護者避難所に移ることになっていますが、車イスでの一般避難所への移動は負担が大きいため、名簿を作るなどして、直接、要援護者避難所へ避難できるようにしてほしいです。その方が、一般避難所の混乱も減ると思います…。障害児はイレギュラーな事に対して柔軟な対応が難しいので家を離れて避難生活をするようになってしまう。災害は全て恐怖を感じます。

有賀氏は「今後の課題と提案」で、災害時の障害者に係る課題について次の点を提案している。

- 事前調査である台帳の見直しと周知徹底。災害対策基本法が一部改正され「避難行動要支援者」の名簿作成が義務化されたが、住民に伝わっていない。
- 台帳の調査方法の見直し。今後は障害者に対しても「手挙げ方式」ではない方がよい。民生委員等による調査での守秘義務の徹底化による信頼関係。
- 民生委員を含め住民への簡単な介助方法の研修が必要。介助は決して、専門家しかできないことではない。
- 民生委員も含め住民の障害の理解。
- 避難物資の配布方法の見直し。

(4) 日本弁護士連合会の「災害時における要援護者の個人情報・共有に関するガイドライン」

日本弁護士会は2012年10月、「災害時における要援護者の個人情報・共有に関するガイドライン」を発表し、災害時の要支援者の個人情報の提供・共有に関して次のような提言をしている（甲G241号証）。

「災害時における要援護者情報の要援護者支援機関への提供は、安否確

認ができていない状況においては本人の同意を要しない典型的なケースであって、地方公共団体において、①本人の同意の欠如、あるいは②一般的な個人情報保護を理由に提供をしないのは、要援護者の安全確保という地方公共団体に課せられた責務を懈怠しているといえる。

ゆえに、地方公共団体は、災害時要援護者の災害後における安否確認のため、要援護者支援機関に対し、安否確認に必要な個人情報を提供し、要援護者支援機関との間で情報を共有しなければならない（情報提供・共有は地方公共団体の義務である。）。

また、安否確認ができた後においても、災害時要援護者の避難後の支援を促進すべく、災害時要援護者の支援に関する情報が積極的に提供・共有されなければならない。」

（５） 新潟県での安全な避難方法の検証報告書

新潟県では2017年に「原子力災害時の避難方法に関する検証委員会」を立ち上げ、2022年に『検証報告書』を発表した（甲G242号証）。この中の6（68頁以降）で、高齢者・障害者など、元々健康面でのリスクを有する「要配慮者」の避難について論点整理し、次のような重要な問題提起を行っている。

- 「要配慮者の避難というのは原子力災害に限らず、自然災害でも解決されている問題ではない。そもそも自然災害においても要配慮者の避難確保計画などは十分ではない・・・喫緊の課題となっている」
- 「自然災害における対策も十分にできていないにも関わらず、それよりも屋内退避か広域避難かの判断、長期間の避難など複雑な対応が求められる原子力災害への対応を、計画ができただけで十分であるとは判断できない」
- 「放射線防護対策施設にとどまることが可能なのか、職員、食糧などの資源の確保は十分であるか」
- 「放射線防護対策施設からの避難の手順や方策が明確でない」
- 「教員、医療施設や福祉施設の医療職や職員も、それぞれが、子どもや介護をする親を抱えていても職場を離れられない。その問題をどうするか」
- 「対応する職員や支援者のケア。そもそも1mSv/年の基準などを超

える可能性があるからこそ放射線防護施設に避難を実施するものであって、民間人である対応する職員や支援者はどのような義務があり、どのような対応が必要なのか明確でない」

- 「医療関係者などのエッセンシャルワーカーの原子力災害時の対応について、職員や支援者はどのような義務があり、どのような対応が必要なのか、被ばくの許容限度などについて明確でない。バス事業者との協定では国は民間企業の運転手等は一般公衆の被ばく線量限度1 mSv/年を基本とするとしているなら、エッセンシャルワーカーも原則1 mSv/年を超えないということを確認しておくべき」

(6) 茨城県「避難所検証委員会」での論議

2022年12月26日、茨城県地域防災計画改定にあたって「茨城県避難所検証委員会」第1回会合が開催されたが、委員より避難所と障害者・高齢者について次のような問題提起がされている（甲G243号証）。

「要支援者情報が個人情報の下で共有されていない」（水戸市の民生委員），「障害者の娘がいるが、独り言で体育館で周りの人がイライラして、みなさんに迷惑かかってしまう」（日立太田市の委員），「高齢者の防災では7kgもある非常用持ち出し袋を持って避難は無理だ。また避難所において高齢者、障害者のトイレが最も難しい」（常総市の委員）。

これは10年前の話ではなく、昨年末の話である。なお、避難所検証委員会には原子力災害を担当する原子力災害対策課はここには出席していない。

他方、「東海第二地域防災協議会作業部会」をはじめ、茨城県主催「広域避難計画勉強会」や「広域避難に係る意見交換会」で会議を重ねているが、要介護高齢者や障害者当事者や家族の声を聞くヒアリングは一度も行われていない。

(7) 小括

2011年福島第一原発事故では、広域避難が想定されておらず、病院・社会福祉施設も避難先をあらかじめ決めていなかったことから避難は困難を極め、入院患者・入所者の避難途中及び避難後まで死亡者があった。

多くの教訓を残しており、再び原子力災害による被害を防止するためには下記のような問題を解消・解決される条件が整っているかが検証され判断されなければならない。

1. 医療機関、社会福祉施設は原子力災害に備えた広域の避難先が事前に確保されていなければならない。また避難手段が事前に確保されていなければならないこと。たとえ準備が整っていても情報の錯綜・混乱が生じること。
2. 多くの在宅障害者は避難ができず、屋内退避指示の地域では取り残されて孤立を迫られたこと。
3. 災害時の安否確認、救助、支援にあたって市町村から要支援者情報が提供されなかったことから自宅で孤立した高齢者・障害者が多くいた。唯一南相馬市のように要支援者情報が開示されたところもあったが、登録から漏れている要配慮者がいたこと。
4. 障害者からは「手挙げ方式」では支援が必要な人が抜け落ちてしまうことから、行政が持っている情報をもとに「逆手挙げ方式」にして、日常から関係者に名簿を提供しておくことが訴えられた。
5. 日弁連でも災害時の要援護者情報は本人同意を要しないケースであり、安否確認に必要な情報を関係者に提供・共有することを提言した。
6. 避難所に物資を取りに行けない屋内退避者への物資の配布がされるように、救援物資の配布方法の見直しが必要であること。
7. 家族と共に避難所に避難しても、介護や介助で周囲に迷惑をかけるという理由で家族で車中泊を続ける場合が多くみられたこと。
8. 要介護者・要介助者は家族やヘルパーと共に福祉避難所に直接避難できる体制が必要であること。
9. 要配慮者への対応は自然災害における対策も十分にできていない中で、複雑な対応が求められる原子力災害への対応は、計画だけでは

十分でなく，それが実行できることの検証と訓練が必要であること。

10. 要支援者に対応する職員や支援者の義務と被ばく許容限度などが確認されていないなければならないこと。
11. 放射線防護施設に留まることが可能かどうか，そこからの避難手順・方策を明確にしなければならないこと。

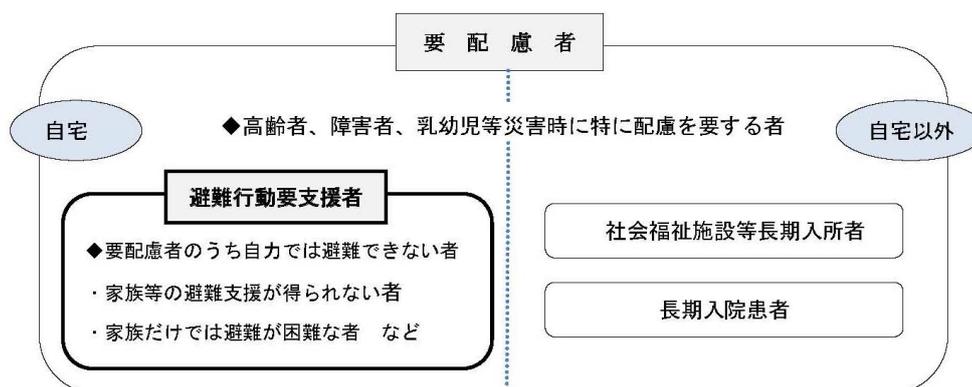
第2 「要配慮者」および「避難行動要支援者」とは

(1) 災害対策基本法による「要配慮者」「避難行動要支援者」

東日本大震災を教訓に2013年『災害対策基本法』が改正され、「要配慮者」「避難行動要支援者」が次のように定義された。

「**要配慮者**」：高齢者、障害者、乳幼児その他の特に配慮を要する人
「**避難行動要支援者**」：要配慮者のうち災害が発生した時に自ら避難することが困難な人

【要配慮者と避難行動要支援者の関係】



(図は「茨城県避難行動要支援者対策推進のための指針」より)

市町村長の責務として、在宅の「避難行動要支援者」の把握、必要な措置を実施するための名簿の作成、個別避難計画の作成、災害時の利用と提供が法に盛り込まれた。あわせて要支援者のための「福祉避難所」などの整備が義務付けられた。

しかし、「令和元年台風19号」災害、「令和2年7月豪雨」災害でも依然として多くの高齢者や障害者が犠牲となったことから、2021年に災害対策基本法が改正されて、従来「望ましい」とされていた市町村の在宅避難行動要支援者ごとの「個別避難計画」の作成が努力義務化されることとなった(第49条の14)。

内閣府は改正と同時に、個別避難計画の作成は「最終的には、名簿に係る避難行動要支援者全てについて作成が必要となる」が、「優先度の高い者について改正法施行後からおおむね5年程度で取り組んでもらいたい」旨を通知した(甲G244号証 内閣府 令和3年通知第一Ⅱ1(2)①イ)。

(2) 原子力災害における「要配慮者・避難行動要支援者」への対応の定め

原子力災害対策は災害対策基本法に組み入れられており、国レベルでは「防災基本計画」に「原子力災害対策編」が設けられ、その下に道府県では「地域防災計画（原子力災害対策編）」が定められ、「原子力災害に備えた広域避難計画」が策定されている。

要配慮者・避難行動要支援者に係る規定を以下整理しておく。

ア 茨城県地域防災計画(原子力災害対策編)

『茨城県地域防災計画（原子力災害対策編）』では、生命・身体への被ばく防護措置として避難・一時退避・屋内退避についての規定がなされ、一般住民の避難とは別に、重点対策地域での「**要配慮者への対応**」として第9節で次のように定められている。

1 要配慮者に対する防災体制の整備

- (1) **所在・関係周辺市町村は**、在宅サービスや民生委員活動等の実施により把握した避難行動要支援者名簿及び個別避難計画により、避難行動要支援者の所在や介護体制の有無等の把握に努めるものとする。
- (2) **県及び所在・関係周辺市町村は**、自主防災組織、地域ケアシステムの在宅ケアチーム、ボランティア組織等との連携により、高齢者、外国人、障害者等要配慮者の避難誘導、安全確保に係る協力体制の整備に努めるものとする。
- (3) **病院等医療機関の管理者は**、県、所在・関係周辺市町村と連携し、原子力災害時における避難経路、誘導責任者、誘導方法、患者の移送に必要な資機材の確保、避難時における医療の維持方法等についての避難計画を作成するものとする。また、**県は**、国の協力のもと病院等医療機関の避難に備え、医師会等の関係機関と連携し、入院患者の転院先の調整方法についてあらかじめ定めておくものとする。
- (4) **社会福祉施設の管理者は**、県、所在・関係周辺市町村と連携し、原子力災害時における避難場所、避難経路、誘導責任者、誘導方法、入所者等の移送に必要な資機材の確保、関係機関との連携方策等についての避難計画を作成するものとする。特に、入所者等の避難誘導體制に配慮した体制の整備

を図るものとする。また、**県は**、社会福祉施設に対し、あらかじめ、県内や近隣都道府県における同種の施設やホテル等の民間施設等と施設利用者の受入れに関する災害協定を締結するよう指導に努め、併せて、その内容を県に登録するよう要請するとともに、社会福祉施設に対して災害時に派遣可能な職員数の登録を要請することや、関係団体と災害時の職員派遣協力協定の締結等を行うことにより、介護職員等の派遣体制の整備に努めるものとする。

- (5) **病院や社会福祉施設の管理者は**、早期に避難することが困難な要配慮者が一時的に屋内退避できるよう、施設の放射線防護対策等に努めるものとし、県や国はその取組を支援するものとする。

イ 原子力災害に備えた茨城県広域避難計画

『原子力災害に備えた茨城県広域避難計画』では要配慮者について「社会福祉施設等入所者」「病院等入院患者」「在宅の避難行動要支援者」それぞれについて避難の方法及び避難手段が次のように示されている。

2 要配慮者の避難

(1) 避難の方法

社会福祉施設等入所者：社会福祉施設等の管理者は、県及び避難元市町村と連携しつつ、あらかじめ定めた社会福祉施設等に受入れを要請し、準備が整い次第、入所者は社会福祉施設等へ避難

病院等入院患者：病院等医療機関の管理者は、県及び避難元市町村と連携しつつ、あらかじめ定めた病院等に受入れを要請し、準備が整い次第、入院患者は病院等へ避難

在宅の避難行動要支援者：避難支援等関係者の協力を得て、あらかじめ定められた個別計画等に基づき一般の避難所へ避難し、必要に応じて福祉避難所へ避難

(2) 避難手段

ア. **社会福祉施設、病院等は**、あらかじめバスや福祉車両等の避難手段を確保しておくものとする。

イ. **県及び市町村は**、国や関係機関の協力を得て、社会福祉施設等の輸送手段の確保に協力するものとする。

ウ. **県は**、自主防災組織、ボランティア等の協力に加え、警察、自衛隊、海上保安庁、運輸事業者等とあらかじめ協議し、要配慮者の避難手段確保の手順、体制を整えるものとする。

エ. **市町村は**、あらかじめ登録されている在宅の避難行動要支援者の避難支援を、避難支援等関係者の協力を得て行うものとする。

(3) 原子力災害対策指針における「施設敷地緊急事態要避難者」

原子力規制委員会の『原子力災害対策指針』では、初期対応段階における施設の状況に応じた緊急事態区分に対応した防護措置としてP A Z内の「要配慮者等」を対象に「施設敷地緊急事態要避難者」が規定されている。

「施設敷地緊急事態要避難者」とは、「災害対策基本法に規定する要配慮者（高齢者、障害者、乳幼児その他の特に配慮を要する者をいい、妊婦、授乳婦及び乳幼児の保護者等を含む）のうち、避難の実施に通常以上の時間がかかり、かつ避難の実施により健康リスクが高まらないもの」及び、「安定ヨウ素剤を服用できないと医師が判断したもの並びに安定ヨウ素剤を事前配布されていないものに該当し、かつ早期の避難等の防護措置の実施が必要なもの」と定義されている。

原子力災害対策指針では、P A Z内の要配慮者等のうち「避難の実施に通常以上の時間がかかり、かつ避難の実施により健康リスクが高まらないもの」を対象に、施設敷地緊急事態の段階で予防的防護措置（避難）を実施しなければならないとされている。

予防的避難を実施しないU P Zにおいては、高齢者、障害者、乳幼児、妊婦、授乳婦及び乳幼児の保護者等の予防的防護措置の規定はなく、一般住民と同様の扱いである。

(4) 小括

この章では、原子力災害における要配慮者、要支援者の定義と、対応における役割について整理した。

第3 病院・社会福祉施設の「入院・入所者」の避難計画の実体

—避難先、避難手段・運転手・要員の確保が担保されない避難計画書は実現不能である—

第2で述べた通り、災害対策基本法、茨城県地域防災計画（原子力対策編）、茨城県広域避難計画では、要配慮者の避難について①病院等入院患者、②社会福祉施設等入所者、③在宅の避難行動要支援者の3つの対象者について定められている。

本項第3ではこのうち①②の現状の事実関係を述べ、③の在宅要支援者については第4および第5で述べる。

重点対策区域の病院・社会福祉施設の施設責任者は、原子力災害における「避難計画」を作成し、県はあらかじめ入院患者の転院先、社会福祉施設入所者の避難先を定めておくこととされている。また、病院・社会福祉施設はあらかじめバスや福祉車両等の避難手段を確保しておくこととされ、県及び市町村は輸送手段の確保に協力するものとされている。

3-1 病院入院患者の避難計画作成は未だ3割台

(1) 茨城県による事前調査と避難計画策定の要請（2018年）

2013年の茨城県地域防災計画（原子力災害対策編）の改定を受けて、県保健福祉部は翌2014年1月7日に30km圏内の医療機関・社会福祉施設に対して入所者数、全入所者を移動させるために必要な車両台数、必要な職員数、避難先の確保について「調査」を実施した（甲G245号証）。

この調査を踏まえて2018年（平成30年）3月5日、避難対象区域内の県内病院及び有床診療所の災害担当者を集めて「原子力災害時における入院患者避難体制説明会」を開催して「避難先の調整案」を発表した（甲G246号証）。（社会福祉施設の説明会の開催は不明）

そして翌4月12日に対象区域内医療機関管理者に対して「避難先調整案」および「避難計画モデル書式」を示して避難計画を策定するよう要請し、9月30日までに「策定した計画」を県に報告するよう求めた（甲G247号証）。

(2) 病院・社会福祉施設の避難計画策定状況をようやく公開(2022年)

それから3年を経過するも茨城県は医療機関・社会福祉施設の避難計画策定状況を明らかにしなかった。2021年10月の県議会で、議員から病院・社会福祉施設の避難計画策定状況、避難対象人数、避難手段の必要台数についての質問を受けて、県知事は「**福祉施設の避難計画策定率は57.6%**」と答弁したが、病院の策定率は明示しなかった。

茨城県知事は答弁で「実効性ある避難計画を策定する上では要配慮者の避難体制の構築が不可欠ですべての医療機関・社会福祉施設で避難計画が策定されることが必要」との認識を示した上で次のように答えている。

「医療機関・社会福祉施設の避難計画が一施設でもできていなければ、広域避難計画ができたことにはならないという理解かという点につきましては、「実効性ある避難計画」を策定する上では、要配慮者の避難体制の構築が不可欠でありますことから、万が一の事故があった場合に備えて、すべての医療機関・社会福祉施設において避難計画が策定されることが必要であると考えております。県といたしましては、引き続き、移動手手段の確保に向けた取り組みを進めてまいりますとともに、避難計画の未策定の医療機関等に対する説明会や個別協議の実施などにより、計画の策定を推進してまいります」(甲G248号証)

原告らが2022年に県保健福祉部厚生総務課に対して避難計画策定状況の開示を求めたところ、令和3年9月1日現在の「病院入院者・社会福祉施設入所者の避難計画に係る状況」をようやく開示した(甲G249号証/次頁表2)。

これによると、令和3年9月1日現在の**避難計画策定率は病院が32.8%、社会福祉施設は57.6%**となっている⁴。

⁴ 茨城県の集計表では、病院等の各施設の病床や診療科、入所者数、サービス等の具体的内容がわからない。また開示された文書(甲G245号証、甲G259号証など)はほぼ黒塗りで病院や福祉施設の入所者数などの状況はわからない。

そこで原告らは個別の施設を具体的に検討できるように、茨城県の統計資料から下記8つの基礎リストを作成した。本文中、適宜参照する。

30km圏内の医療機関一覧(甲G292号証)、高齢者施設一覧(甲G293号証)、障害者福祉施設一覧(甲G294号証)、一般診療所一覧(甲G295号証)、訪問看護事業者一覧(甲G296号証)、訪問介護事業所一覧(甲G297号証)、要配慮者に係る基礎統計(甲G298号証)、幼保育園・学校一覧(甲299号証)を提出しておく。

なお、施設一覧の中でセルが黄色背景の施設は「陽圧化工事」が実施された施設である。

病院入院者・社会福祉施設入所者の避難計画に係る状況

令和3年9月1日現在

施設 (担当課)	施設数等			避難計画作成済 施設数 (作成率)	
	地域	施設数	定員 (人)		
医療機関 (厚生総務課)	PAZ	9	1,331	39 (32.8%)	
	UPZ	110	10,395		
	計	119	11,726		
高 齢 者 福 祉 施 設 障 害 者 ・ 児 童	特別養護老人ホーム等 (長寿福祉推進課)	PAZ	8	657	97 (87.4%)
		UPZ	103	5,803	
		計	111	6,460	
	介護老人 保健施設 (長寿福祉推進課)	PAZ	2	160	38 (90.5%)
		UPZ	40	3,540	
		計	42	3,700	
	グループホーム (長寿福祉推進課)	PAZ	4	72	17 (14.5%)
		UPZ	113	1,989	
		計	117	2,061	
	有料老人ホーム等 (長寿福祉推進課)	PAZ	6	172	92 (54.4%)
		UPZ	163	4,469	
		計	169	4,641	
障害者施設 (障害福祉課)	PAZ	4	160	19 (65.5%)	
	UPZ	25	1,543		
	計	29	1,703		
児童養護 施設等 (青少年家庭課)	PAZ	0	0	16 (100.0%)	
	UPZ	16	587		
	計	16	587		
救護施設 (福祉指導課)	PAZ	0	0	1 (50.0%)	
	UPZ	2	170		
	計	2	170		
福祉施設計	PAZ	24	1,221	280 (57.6%)	
	UPZ	462	18,101		
	計	486	19,322		
合計	PAZ	33	2,552	319 (52.7%)	
	UPZ	572	28,496		
	計	605	31,048		

表2(甲G249号証)「病院入院者・社会福祉施設入所者の避難計画に係る状況 茨城県」に加筆

(3) NHKによる報道

2023年3月14日に、NHKが「原発周辺の医療機関などの避難計画茨城県内の作成率61%」という報道をした(甲G250号証)。

これは「2月から3月にかけてNHKが茨城県など19の都道府県にアンケート調査を行って、対象施設の避難計画の作成状況などを聞きました」というものである。

県内で避難計画の作成が終わっているのは、医療機関が114施設のうち43施設、社会福祉施設が481施設のうち324施設にとどまっているということです。

また、すでに施設が作成済みの避難計画が、どの程度実効性があると考えているかについて、茨城県は「判断できない」と回答していて、具体的な課題や不安に思う点について「避難先施設での受け入れ可能性」や「避難手段の確保」、「避難を支援する要員の確保」などを挙げています。

茨城県は「避難計画の作成について、これまでもそれぞれの施設に指導や助言を行ってきたが、引き続き説明会や個別の協議を行い、計画作成を支援していきたい」としています。

と報道された。

令和3年(2021年)9月1日現在の医療機関の避難計画策定が39に対して、2023年3月現在の策定が43と、4機関の避難計画が追加されたことになる。分母の医療機関の数が119だったのが114に、社会福祉施設の数も486から481に減ったのは内訳が明らかにされていないので不明であるが、医療機関の避難計画作成率は依然として37.7%に留まっている。

この中で、「作成済みの避難計画が、どの程度実効性があると考えているか」とのNHKの質問に対して茨城県は率直に「判断できない」と回答しており、その理由を県自ら

- ① 避難先施設での受入可能性
- ② 避難手段の確保
- ③ 避難を支援する要員の確保

を挙げている。

災害拠点病院である「水戸赤十字病院」はNHKの取材に対して、未作成の理由として「患者を移動させる際には症状によって求められる対応が異なるため、必要なスタッフの人数の算定や確保が難しい」「患者の身体的な安全だけでなく精神的な安全も達成した体制を作りたいが、とても大変なこと」と答えている。

患者を移動させるということが如何に困難なことかを示している。

(4) 茨城県は障害者グループホームをどうして除外するのか？

茨城県の表（表2）を見ると、障害者施設はわずか29である。

「高齢者グループホーム」は原子力災害時の避難計画策定対象となっているが、「障害者グループホーム」（共同生活援助）は避難計画策定対象施設から除外されている。前掲甲G246号証の茨城県の調査依頼文書も「**対象社会福祉施設の長**」宛となっており、障害者グループホームを運営する社会福祉団体には原子力災害の避難等に関する調査も避難計画策定の要請文書も届いていない。

甲G294号証（**障害者施設・事業者一覧**）に具体的に示すように、障害者グループホームに入居している障害者は30km圏内で90施設、1,669人いる。

「障害者グループホーム」（共同生活援助）は、18歳以上で介護が必要だが介護する家族がいなかったり、親から独立して生活しようという希望がある場合、食事や掃除・入浴など日常生活に必要なサポートを受けながら、共同住宅で可能な限り自立した生活を目指して地域社会の中で暮らす場である。

社会福祉法人やNPO法人、医療法人などがアパート、マンション、戸建てなど一般住宅を利用して介護・介助をサポートしている。

軽度の障害者から重度の障害者まで入居し、重度の場合は日中サービス支援（常時24時間）を利用し、軽度・中度の場合は夜間・休日の介護サービスや外部サービスを利用しながら、地域の中で社会生活を営む。軽度・中度の人は昼間は就労支援施設（福祉作業所）で働いたりしている。

ちなみに厚生労働省「障害者の居住支援について（共同生活援助について）」によると、入居者の構成は「重度」（障害者支援区分⁵4～6）が4割を超えている。障害者グループホームでの重度障害者の受け入れ体制や高齢化への対応が課題となっている。

地域社会で自立した生活をめざすが、日常生活で介護・介助は必要であり、「災害が発生した時に自力で避難すること」（災害対策基本法）がすべて可能という事ではなく、そのために社会福祉法人やNPO法人、医療法人などが介護者・介助者を配置してサポートしている。「高齢者グループホーム」と変わらない。

茨城県は障害者グループホームでの軽度から重度までの障害者が入居していることなどは十分承知しているはずであるが、どうして障害者グループホームを「社会福祉施設等入所者」から除外（差別）して原子力災害時の避難計画策定対象施設からはずしたのか合理的説明はない。原子力災害は人為災害であり、「自助・共助で避難しなさい」と言われる理由がない。

茨城県が在宅要支援者（高齢者・障害者）への訪問看護・訪問介護を行っている事業所の原子力災害時の事業継続計画や退避・避難計画の支援に手が回っていないのか、無関心なのかについては第4、第5で述べる。

なお、表2では、生活介護を含む「障害者就労」施設（旧「福祉作業所」／30km圏内で202施設）や、障害児通所施設（同132施設）も、原子力災害時の要配慮者、避難計画策定対象から除外されている。

⁵ 「移動や動作」「身の回りの世話や日常生活」「意思疎通」「行動障害」「特別な医療」の5つのカテゴリーで聞きとり調査と医師の意見書等をもとに市町村審査会で総合判定して市町村が認定する。

3-2 医療機関・福祉施設が避難計画を作れない理由

－避難手段確保困難。避難先施設と協議できている病院も119
病院中わずか6病院－

(1) 茨城県による「避難計画作れない理由」アンケート

茨城県は、医療機関の避難計画策定率が32%（119医療機関中、策定済が39）にとどまることから、2021年7月に「どうして避難計画が作れないのか」というアンケート調査を実施していた（甲G251号証/「原子力災害時における入院患者等の避難計画策定状況調査について（依頼）」）。

「医療機関における避難計画の策定率が著しく低い要因を明確にし、その分析を行い、計画策定の資料として活用する」ことを目的とした調査であるとしている。策定済の医療機関には策定時の課題、策定後の避難先病院との調整の有無について聞いている。

原告らの開示請求でその調査結果が開示されたので次頁にその集計結果を示す（甲G252号証/「原子力災害時における入院患者等の避難計画策定状況調査調査結果報告書」）。「個別回答」を甲G253号証で提出する。

119医療機関中、回答が91、返答なし（未回答）が28で、アンケート回答率は77%である。

避難計画策定済は、アンケート未回答の3施設を含めて39（病院26、診療所13）。避難計画が「未策定」は55医療機関。未策定の医療機関での計画策定の進捗状況は「作業していない・できない」が50、作業中が5。

「未策定の理由」の第一は「①避難手段の確保困難」である。55機関中、複数回答で「避難車両確保が困難」が36、「運転手確保が困難」が33、「スタッフの確保が困難」が29、「その他」が2（「特別な配慮が必要な患者がいるため」「移動時の分娩や新生児対応が出来る車両の確保が困難」）とされている。

3-3-(1)で見るとように県が「不足する避難手段は県が確保する。不足する避難手段、要員を記載すれば良い」と伝えているが、それでも「避難手段の確保が困難だから避難計画は作れない」としているのは、県が避難手段・要員を調達する実現性がないと判断していることを示している。

調査項目		病院	診療所	計	備考	
調査対象	回答	54	37	91	・調査時点で休止届が出ている医療機関(病院1、診療所2)は調査未実施⇒未回答に含む ・回答率:77%	
	未回答	14	14	28		
	計	68	51	119		
問1	今回、策定済と回答	24	12	36	・119医療機関中39策定済み 策定率32.8%	
	計画提出済みだが、今回未回答	2	1	3		
	策定済	26	13	39		
	今回、未策定と回答	30	25	55		
問2 策定済	(1)策定年月	～H30.9	14	5	19	・H30.4依頼時の不切
		H30.9～R2.3	5	6	11	
		R2.4～R3.3	3	1	4	
		R3.4～	2	0	2	
	(2)避難先との調整	①案に基づき個別調整有	1	3	4	個別調整方法:電話、手紙(通知)
		②独自に個別調整	1	1	2	
		③案に基づき個別調整無	18	8	26	
		④屋内退避のみ	2	0	2	
		⑤その他	2	0	2	・策定時担当者退職のため調整方法不明
	(3)策定後の避難先との調整	①計画策定時のまま	24	12	36	
		②定期的に個別調整	0	0	0	
	(4)①策定時の課題(主なもの)					<ul style="list-style-type: none"> ・原子力防災教育・避難訓練の実施 ・安全な避難方法が不明 ・食料、薬品、燃料の備蓄。非常電源の確保 ・避難先病院との連携方法 ・避難先での患者家族との連絡方法 ・移動手段の確保 ・患者に付き添った職員の避難先での宿泊先 ・災害時及び移動時の人員確保 ・物理的に避難が困難(無理)な患者への対応
(4)②課題の解決策(主なもの)					<ul style="list-style-type: none"> ・自院所有車、職員私用車、同法人所有車、送迎委託先との協定等による移動手段の確保 ・屋内退避に向けた非常食用料や井戸の確保 	
問3 未策定	(1)進捗状況	①作業してない、できない	26	24	50	
		②作業中	4	1	5	・1～8割程度作業終了
	(2)未策定理由 ①移動手段の確保困難 (複数回答可)	ア 避難車両確保	25	11	36	
		イ 運転手確保	24	9	33	
		ウ スタッフ確保	18	11	29	
	(2)未策定理由 ②避難先の確保困難 (複数回答可)	エ その他	1	1	2	・特別な配慮が必要な患者がいるため ・移動時の分娩や新生児対応が出来る車両の確保困難
		ア 調整案知らない	9	9	18	
		イ 個別調整できてない	13	5	18	
		ウ 協力してもらえない	0	0	0	
		エ 個別調整の暇がない	14	8	22	
オ その他	1	1	2	・患者(重篤含む)受入体制の明確化		
(2)未策定理由(主なもの) ③その他					<ul style="list-style-type: none"> ・具体的に想定できにくいので具体的な立案ができない ・日常業務に追われ計画作成業務の優先度が低い。 ・病棟が休止中/入院患者を受入れしていないため 	
主なご意見	<ul style="list-style-type: none"> ・計画策定に関する医療機関向け研修会の開催や避難の具体的な方法を提示してほしい。 ・避難する際の渋滞や通行止めを想定した避難ルートを検討する必要がある。 ・病院屋内退避となった場合の支援体制(ヨウ素剤、支援要員、安全な食材の提供等)を明確にしてほしい。 					

表3 (甲G252号証) 原子力災害時における入院患者等の避難計画策定状況調査結果集計表

未策定理由の第二は「②避難先の確保困難」である。「避難先病院との個別調整ができていないから」が18、「個別調整の暇がない」が22、「茨城県が平成30年3月に医療機関に示した避難先病院調整案を知らない」が18、「その他」が2となっている。

「計画策定済」の医療機関39でも実に26もの医療機関が「県の避難先調整案を避難先としているが、その医療機関とは個別調整をしていない」と答えている。多くは県が調整案で提示した避難先を記載しているだけで、避難先病院との調整はできていない。原子力災害時の対応について避難先病院と個別調整している病院は119病院中わずかに6にとどまる。

2018年3月5日開催の「原子力災害時における入院患者避難体制説明会」で、上記「県の避難先調整案」（前掲、甲G246号証）に対して水戸市の病院から「今回提示された避難する病院は了解済みと考えてよいのか」との質問に対して県は「これまで、県医師会、県精神科病院協会、県病院協会の関係団体には説明し合意を得てきたが、個々の病院に対しては今回が初めての説明となり、協力をお願いするということである」と回答していたことがのちの原告らの開示請求で明らかになった（甲G254号証）。

そうすると、茨城県は事前の受入了解のない「調整案」を示しただけで、あとは個別の病院に任されることを意味していた。県の調整案にもとづいて避難先病院と個別協議に入れたのが119病院中6病院しかないというのも、こうした背景がある。

（2） 具体的記述

アンケート個別回答では、避難計画策定時の主な課題として「原子力防災教育・避難訓練の実施、安全な避難が不明、食糧・薬品・燃料の備蓄、非常電源の確保、避難先病院との連携方法、避難先での患者家族との連絡方法、移動手手段の確保、患者に付き添った職員の避難先での宿泊先、災害時及び移動時の人員確保、物理的に避難が困難（無理）な患者への対応」などが挙げられている。

甲G253号証の「個別回答」から具体的な記述意見を示す。

（未策定の理由に係る記述）

- ・ 「個別調整をどのように進めればよいか、わからない。BCPは策定済です」
- ・ 「避難計画の細目について、特に病院スタッフ・車輛・運転手の確保ができるかどうか不明です。」
- ・ 「避難にあたっての手段やその際の具体的な行動について、今なお検討中です。申し訳ございません」
- ・ 「避難先の医療機関に移動の際、旧6号線の利用は混雑が予定され実施困難と思われます。夜間当直時は看護師1名のみで、救急搬送は自院の車だけでは不可。応援が必要。日中は何とか自院の送迎車を利用して可能であるが、当院の入院患者のみで他からの受入れは人数的に不能」
- ・ 「原子力災害による総入院患者等の移送については担当とはいえ困難を極めるもので具体的な対応策の見本が欲しい。インターネットで避難計画を探しても具体的なところまで記述されているものがないので避難計画が作成できなかった。原子力災害による避難方法を病院スタッフと閲覧できるDVDなどはありませんでしょうか」
- ・ 「茨城県のサイト内検索で「原子力災害広域避難計画調整案」で検索してもヒットしません。3.11東日本大震災時は、地震発生直後に各高速道路が通行不可能となっており、高速道路以外の避難ルートも想定しておくべきと考える。一般道も那珂川を渡る橋の多くが通行止めとなりました。那珂川を渡れない場合のルートも想定する必要があると考えます」
- ・ 「平成30年3月に示した「原子力災害広域避難計画調整案」を頂いたが、紛失したため、再度資料を頂けると早急に避難計画を策定したいと思います」
- ・ 「東海第二による被害は3.11より大きく関東地方より外へ移動の必要があると想定されるので、計画の立案は無理と考えられる」
- ・ 「原発再開を想定していないため」
- ・ 「放射性物質が放出している状況下での安全な避難方法が不明であること。防護区域から出る際に必要な準備や通常の車両による避難で問題ないのか等」
- ・ 「災害の程度、それに伴う連絡・指示系統、途中の責任態勢などなかなか具体的に想定できにくいので、具体的な立案ができないでいる。東海原発の停止中の廃炉が順調に進んでくれればありがたい。休止中の古くなった原子炉を再稼働する危険をおかさぬ様に切に希望する。勿論いざという時のため至急計画策定をすすめます。よろしく願います」
- ・ 「精神科病院のため避難先医療機関の策定が困難。避難先医療機関が決定していないまま解決していない」
- ・ 「①避難先決まっていない（精神科）、②避難する際の交通手段（バス会社）が決まっていない」

- ・ 「搬送車両の確保とあるが、重症患者数分の搬送車両の確保が難しく、公的機関（救急車）利用は困難と思われる。（県の）調整案の内に派遣車両を明記して頂きたい。搬送困難と確定し、病院内退避となった場合、支援体制を明確にして頂きたい（ヨウ素剤、支援要員、安全な食材の提供等）」
- ・ 「搬送困難と確定し、病院内退避となった場合、支援体制を明確にして頂きたい（ヨウ素剤、支援要員、安全な食材の提供等）」
- ・ 「県内に[]がないことや[]も少ないため、慎重に検討を進めております。[]が可能な車輛の確保について支援をお願いします。健康な子供の避難計画について資料をご提供願います」
- ・ 「避難先の指定が[]であること。避難先の移動手段。以前交流のあった病院に依頼。病院外の交通手段は期待できないのため自前で調達」
- ・ 「コロナ関係による業務負担増加」

（策定済、その他の意見）

- ・ 「・移動手段の確保 ・移動（避難時）の人員確保 特に医師が足りない ・避難先で患者の家族との連絡手段の確立 ・避難先も風向き次第で当院と同レベルの放射性物質の濃度になってしまう・・・未解決のまま策定した」
- ・ 「避難先までの配車の確保が困難である。策定時点では公用車（普通車）2台と職員の個人車輛の利用となり、当時説明のあった県による配車の検討結果を参考に修正していくこととしていた」
- ・ 「避難先の具体的決定および協定のあり方。食糧、薬品、燃料の備蓄、非常用電源の確保。避難先の決定については調整案、県の指示に従う。備蓄についてはrolling stockを行う。非常用電源の確保が困難」
- ・ 「計画書の内容は理解されたが、文章が即座の行動に結びつけることが難しいという意見が多かった」
- ・ 「（課題）放射線防護装置の作動後（[]が3日間待機）。放射性物質が放出している状況下での安全な避難方法が不明であること。（解決策）未解決。自治体や専門機関の指示を受けて避難することになる。防護区域から出る際に必要な準備や通常の車輛による避難で問題ないのか等」
- ・ 「避難時の患者輸送車両が問題。同グループの車輛を利用する。（課題）情報収集の方法・伝達・フィードバックの方法（解決策）事故の情報・行政の指示などを事務長がまとめ、理事長にフィードバックする」
- ・ 「（課題）どのように患者様を避難先の医療機関にお送りするか。（解決策）高速を利用し、社有車にてお送りするようにする」
- ・ 「東海第二原発から直線距離で[]に当法人の関連施設があるので（[]）こちらを活用することは可能でしょうか。患者の移送手段について（寝たきり状態の患者が多く、バスでの移送手段が困難な患

者が多い)。当院は発電所から■■■■にある事から、院内退避を基本として策定した。」

- ・ 「院内待機中の医薬品や食糧等が入荷するのが不安である」
- ・ 「■■■■ストレッチャー、車イス使用により、バス移動は難しく、酸素等必要備品の整った福祉車両に看護師、医師の付添が必要である。車輛を使用して避難先医療機関に患者を非難させることは当院の人員体制の中では困難であり、患者の長距離移動による容態急変のリスクを考慮した結果、屋内退避が最良との結論に至り、計画を策定した。病院の患者特性・人員体制（避難実施に必要な医師・看護師等の不足）により、やむなく「屋内退避」の避難計画を策定した医療機関に対して、屋内で安全に過ごすための建物設備整備に関する補助金交付金が今後も計画されるようでしたら通知頂ければ幸いです。医療機関向け説明会をオンライン等で今後開催いただけますと、現計画の見直しや新たな対応策（バス等配車オペレーションシステム）の追加の検討がより円滑に進むものと考えております」（陽圧化未整備の病院）
- ・ 「■■■■と一体で作成しているが、いざ災害が発生した時に入院患者及び施設利用者全員が協定を締結している施設へ一時避難できるのが課題である」
- ・ 「移動中の[黒塗り]を行える車輛とシステムを希望します（■■■■診療所のため同乗できないため）。当院は概ね入院患者■■■■であり、かつ、■■■■である可能性が高く、合併症を有しないことを原則としているので家族による移動を基本と考えています。2011年の地震の際には■■■■から当院（■■■■）までに家族の迎車が5時間を要しており、それから類推して、当院から30km圏外への移動に長時間を要すると考えられるため、■■■■の治療中（移動中に■■■■）の者の移動につき、策定が未となっています。■■■■の患者については■■■■翌日退院であるとの話もあり、翌日には歩行されており、家族による移動可能と考えています」
- ・ 「病院の性質上、認知症、精神科、合併症の重症患者が多く、避難は物理的に無理である。災害時職員の数が集まらない。屋内退避のため、井戸を掘ったり、米の備蓄量を増やすなど出来る事から始めている。病院は鉄筋コンクリート造のため、目張りをして自家発電で当面の間しのいでいくことにした」

医療機関の避難計画策定率が33%という背景には、東海第二原発再稼働の是非への意見もある。避難計画策定済の施設も多くは県から示されたモデル書式をもとに作成されたもので、実際の原子力災害についての対応には様々な課題を抱え、計画に実体があるものではない。

以上は医療機関（病院・診療所）であり、社会福祉施設（老人福祉施設や障害者施設）へのヒアリングやアンケートによる実体調査が行われたかは明らかにされていない。

(3) 社会福祉施設からの訴え

茨城県は、老人福祉施設や障害者施設へのヒアリングやアンケート調査は行っていない（あるいは明らかにしていない）。

社会福祉施設の状況については、一審水戸地裁において、東海村で老人介護施設、保育園、病院を運営されている社会福祉法人の伏屋淑子理事長が3.11の経験にもとづく「陳述書」が提出されている（甲F28号証）。

「入所者の避難について、再度、述べます。園に入所している90歳から104歳までの方については、特に、体力がありません。酸素を吸入している方もいるし、口から食事が取れず管で食べている方もおり、痴呆の方もいます。それらの方々と一緒に車で避難する場合、同乗の職員の数は限られます。避難の車に乗せるだけなら、何十時間かかっても私が1人で乗せますが、それでどこに避難すればいいのでしょうか。180人もの人数を受け入れてくれる施設を県は用意してくれるのでしょうか。現状では、困難だと思います。そのような苦しい思いをして、避難する必要はないと考えます。避難の途中で入所者が亡くなってしまう場合も予想されます。そういう方たちをお預かりしているのが、特別養護老人ホームです。病院についても同様です。避難の車の台数がどうのこうのという話ではありません。

避難計画作成のため、県が県内の介護施設に調査を行いました。その結果、具体的な事柄についてはまだ決まっていないと思いますが、30Km圏内と圏外の施設同士が協定書を組んで、圏内の入所者の受け入れを圏外の施設において行うようにとの通知がありました。しかし、当園の入所者の移動は困難ですから、それはできないことです。30Km圏外まで高齢者を連れて行くことはできません。その調査のために、県からFAXが来たり、介護関係の職員の方の訪問がありました。非常時に必要な車両についての質問には、相当数の台数を書いたと思います。私は、一切そのような調査の回答は出す必要がないと思っていました。また、今年の3月、県から、県が2億円を出資（ママ）するので、当園にフィルターをつけるようにとの申し出がありました。私は、そのことにも、腹が立ちました（フィルター設置については国が制度を作り、茨城県では9施設で18億円を予算化している）。この申し出に対し、私は、拒否しました。その理由は、つぎのとおりです。

フィルターをつけると言っても、私は、放射能がシャットアウトできるフィルターなど聞いたことがなかったので、それをやっている施設の見学をさせて欲しいと言いました。それで、そのフィルターがどのぐらい効力があるのかを確認した上でないと、2億円もの大金をいただくこ

とはできないと思ったからです。しかし、県では、見学する場所はないとの回答でした。2億円のフィルターをどこにつけるのかとの質問には、ホールにある窓で、しかも1か所だけだという話でした。さきの大震災の際、このホールに入所者全員を集めて大変苦勞しましたので、それを考えると非常に腹が立ちました。いくら、一部屋にフィルターを付けても、密室状態では、やはり、息苦しくなると思います。

また、私が経営している日立港病院にも同様の申出があったので、私は、同病院についても断りました。

私は、老人福祉施設の経営者として社会的に弱い立場の人々の生命を守るため、また、保育園の経営者として子どもたちの生命を守るため、さらには、将来生まれてくる子供たちのため、原発の再稼働には断じて反対いたします。」

3-3 「策定済」避難計画の実体・・・移動手段の確保

(1) 策定済避難計画の「避難手段」の記載

茨城県地域防災計画（原子力災害対策編）ならびに茨城県広域避難計画では、病院・社会福祉施設はあらかじめバスや福祉車両等の避難手段を確保しておくものとされ、県は輸送手段の確保に協力するものとされている。

原告らが、「策定済」とされる公的医療機関の避難計画を開示請求をしたところ、避難手段の項は「施設保有車両で不足する場合は、県に連絡する」と記載することで避難計画が「策定済」とされていた。

以下、PAZ内で避難計画策定済とされる東海村立「東海病院」（甲G255号証，東海第二原発から3.0km・陽圧化事済），独立行政法人国立病院機構「茨城東病院」（甲G256号証，同3.4km・陽圧化済），およびUPZ内の「茨城県立中央病院」（甲G257号証，同2.9km，災害拠点病院），障害者福祉施設「茨城県立こころの医療センター」（甲G258号証，同3.0km）の「避難手段」の項を抜粋して示す。

別表3

避難先病院、避難手段、避難経路

【村立東海病院】

避難先病院	公益社団法人地域医療振興協会 石岡第一病院
避難手段	(施設保有車両) ・乗用車 4台 施設保有車両で不足する場合は県に連絡する。 (県調達車両) ・救急車 10台 ・福祉車両 20台 ・バス 10台

表4（甲G255号証）「村立東海病院原子力災害避難計画」より抜粋

別表 4

避難先病院、避難手段、避難経路

【茨城東病院】

避難先病院	①筑波学園病院（茨城県つくば市上横場 2573-1） ②龍ヶ崎済生会病院（茨城県龍ヶ崎市中里 1-1） ③霞ヶ浦医療センター（茨城県土浦市下高津 2-7-14）
避難手段	※県が関係機関と連携して車両を確保するため、施設保有車両と調達する車両等について整理してください。 （施設保有車両） ・乗用車 3台（8人乗1台、5人乗1台、4人乗1台） ・リフトカー 1台 施設保有車両で不足する場合は県に連絡する。 （県調達車両） ・救急車 10台 ・福祉車両 10台 ・バス 5台 ・リフトカー 5台 入院患者の状態等により車両の種類、台数が変動する
避難経路	避難における主要な道路を記載してください。 ①国道 245 号（常陸那珂有料道路経由）→北関東自動車道（ひたち海浜公園 IC→茨城町 JCT）→常磐自動車道（友部 JCT→桜土浦 IC）→国道 354 号（施設）筑波学園病院 ②国道 245 号（常陸那珂有料道路経由）→北関東自動車道（ひたち海浜公園 IC→茨城町 JCT）→常磐自動車道（つくば JTC）→首都圏中央連絡自動車道（一宮 JCT）→国道 48 号→国道 408 号→国道 34 号 （施設）龍ヶ崎済生会病院 ③国道 245 号（常陸那珂有料道路経由）→北関東自動車道（ひたち海浜公園 IC→土浦北 IC）→国道 125 号→国道 123 号（施設）霞ヶ浦医療センター

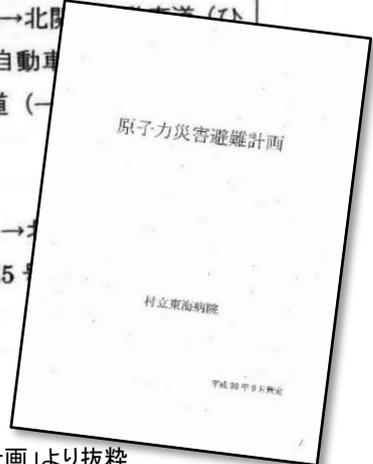


表5（甲 G256号証）「国立病院機構 茨城東病院 原子力災害避難計画」より抜粋

総括表

避難先病院	※各病棟ごとに同一の避難先となるよう受入患者数を考慮した。								
	避難患者数		同行者					計	
			医師	看護師	臨床工学技士	放射線技師	その他職種	事務	
	軽症者(独歩患者)	100名	13名	79名	0名	7名	28名	12名	239名
	中等症者(護送患者)	163名	40名	163名	0名	11名	45名	19名	441名
	重症者(担送患者)	140名	108名	280名	16名	10名	41名	15名	610名
	新生児・未熟児	2名	2名	4名	0名	1名	0名	1名	10名
	計	405名	163名	526名	16名	29名	114名	47名	1,300名
	※患者の症状は、29年度の最多入院日の症状者数から按分した。								
	※医師は、軽症8人に1人、中等症者4人に1人、重症者1.3人に1人程度とし、按分した。								
	※看護師は、軽症1.2人に1人、中等症者1人に1人、重症者1人に2人程度とし、按分した。								
※臨床工学技士は、呼吸器等の管理から、重症者数で按分した。									
※放射線技師・その他職種・事務は、患者数で按分した。									
※同行者数は4月1日現在の職員数とし、医師は正職員；寄附講座医、初期研修医、後期研修医を計上し、その他同行者は正職員を計上した。									
避難手段	必要車両台数		施設保有車両台数						
	福祉バス(車いす)	83台	福祉バス(車いす)						
	大型バス	11台	大型バス						
	乗用車	2台	乗用車	4台					
	救急車	141台	救急車	1台					
	トラック	5台	トラック						
	計	242台	計	5台					
	※重症者はストレッチャー搬送の救急車とし、患者1人、医師1人、看護師1人、技士1人の4人を最多乗車人数とした。								
	※中等症者は車いす搬送の福祉バスとし、患者2人、医師1人、看護師2人の5人を最多乗車人数とした。								
	※軽症者は独歩可能の大型バスとし、患者、医師、看護師、その他職種、事務の40人程度を乗車人数とした。								
※トラックは、資機材運搬用として各避難先病院に1台を用意した。									
施設保有車両で不足する場合は、県に連絡する。									
県調達車両台数		入院患者の避難に必要な資機材							
福祉バス(車いす)	83台	車いす	163台						
大型バス	11台	ストレッチャー	140台						
乗用車	0台								
救急車	140台								
トラック	5台								
計	239台								

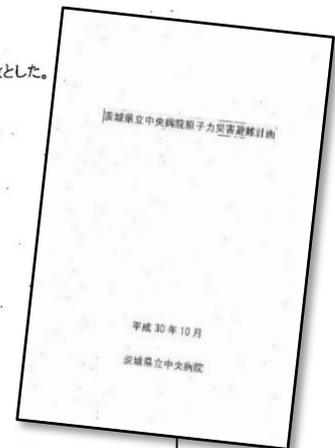


表6 (甲 G257号証) 茨城県立中央病院病院入院原子力災害避難計画より抜粋

総括表

避難先病院	※県保健医療部災害対策本部に調整を依頼する。ただし、1-5病棟の患者は、関東信越厚生局に調整を依頼する。 ※各病棟ごとに同一の避難先となるよう受入患者数を考慮した。							
避難手段	避難患者数		同行者					計
			医師	看護師	精神保健福祉士	その他職種	事務	
	1-1病棟(急性期)	36名	4名	27名	3名	5名	2名	77名
	1-2病棟(身体合併)	39名	1名	24名	1名	4名	2名	71名
	1-3病棟(児童)	30名	4名	22名	1名	5名	2名	64名
	1-5病棟(医療観察)	16名	2名	26名	1名	4名	2名	51名
	2-1病棟(亜急性期)	31名	4名	23名	2名	5名	2名	67名
	2-2病棟(急性期)	38名	5名	26名	3名	5名	2名	79名
	2-3病棟(慢性)	50名	4名	27名	1名	4名	2名	88名
	計	240名	24名	175名	12名	32名	14名	497名
	※患者は、病棟単位で避難する。 ※職員は、正職員数を計上した。 ※看護師は、在籍職員172名に再任用3名を加えている。							
	必要車両台数		施設保有車両台数					
	福祉バス(車いす)	13台	福祉バス(車いす)					
	大型バス	13台	大型バス					
	乗用車	7台	乗用車	9台				
	救急車		救急車					
	トラック	7台	トラック					
	計	40台	計	9台				
	※2-1病棟患者は全員車いす搬送の福祉バスとし、患者2人+スタッフ3人の5人を最多乗車人数とした。 ※その他の病棟は大型バスとし、患者+スタッフで1台あたり40人程度を乗車人数とした。 ※トラックは、資機材運搬用として各避難先病院に1台を用意した。							
	施設保有車両で不足する場合は、県に連絡する。							
	県調達車両台数		入院患者の避難に必要な資機材					
	福祉バス(車いす)	13台	車いす	39台				
	大型バス	13台	ストレッチャー					
	乗用車							
	救急車							
	トラック	7台						
	計	33台						
	別紙のとおり							

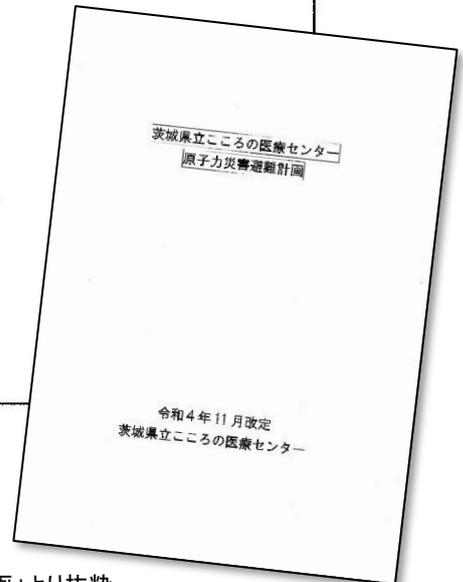


表7 (甲 G258号証) 「茨城県立こころの医療センター 原子力災害避難計画」より抜粋

P A Z内の「**村立東海病院**」は東海第二原発から3 k mに位置し8 0床の病院である。陽圧化工事を完了しているが、収容人数は医療スタッフを入れて7 0人であることから患者全員の収容は無理で、患者もスタッフも病院に残る者と避難および同行する者と分かれてしまうはずだが、その対応は計画には記されていない。備蓄も3日分なので長期残留は考えられていないと思われる。不足車輛（県調達車輛）は救急車1 0台、福祉車両2 0台、バス1 0台となっている。

国立病院機構「**茨城東病院**」（東海第二原発から3. 4 k m）は、3 2 0床の病院で、その避難計画書は、隣接する試験研究用原子炉（J R R-3）の事故を想定した避難計画となっているが、東海第二原発の計画としても転用されるようである。不足車輛（県調達車輛）は救急車1 0台、福祉車両1 0台、バス5台、リフトカー5台となっている。古くから結核病院として知られ結核病床1 0があるが、患者数および結核患者の搬送方法は避難計画からはわからない。ここも陽圧化工事をしているが、やはり収容人数は2 6 4なので1 8 0名近い患者は避難することとなる。

U P Zの「**茨城県立中央病院**」（同2 9 k m）は、原子力災害時の場合、避難患者を軽症者（独歩可能患者）、中等症者（護送患者）、重症者（担送患者）、新生児・未熟児に分類して人数を出し、それぞれの患者に対して同行者（医師・看護師・臨床工学技師、放射線技師、その他の職員、事務職員）を割り当てて、避難に必要な車両台数・必要資材（車椅子・ストレッチャー）を算出し、施設保有台数・資材を引いて、「不足する車両・資機材」は「県に連絡する」としている。すなわち、4 0 5名の患者に、医師・看護師・事務職ら8 9 5名（医師1 6 3名、看護師5 2 6名、その他1 9 0名）が同行して、計1, 3 0 0名で避難するのに2 4 2台の車両が必要とされるが、病院の保有車両台数は5台しかなく、不足する計2 3 9台の車両（救急車1 4 0台、福祉バス8 3台、大型バス1 1台、トラック5台）、車いす1 6 3台、ストレッチャー1 4 0台は、「県に連絡」して調達してもらうこととしている。救急車は重症者（担送患者）の搬送に使用するものと思われる。なお、県立中央病院には結核病床が2 5あり、新型コロナウイルス感染症で一時閉鎖となっているが、今後結核患者を受け入れた際にどのように搬送するのは避難計画からは不明である。避難先病院は不開示で、県が提供する車両・資機材・運転手で、全患者を非難させるのに、何時間・何日かかるか、ピストン輸送が可能なのかについては不明。

当病院は「災害拠点病院」となっており、自然災害と原子力災害の複合災害時には被災者の救急治療にもあたらないといけないかと思うが、原則医療

スタッフ1,300名全員が患者の避難に同行することになっており、災害時の事業継続計画（BCP）との整合性は避難計画からはわからない。

「茨城県立こころの医療センター」（同30km）は、茨城県における精神科医療の基幹病院として病床数は525だが、避難計画では避難患者数は240名、避難同行者は497名と計画、不足する車輛は33台（福祉バス13台、大型バス13台、トラック7台）、不足する機材は車椅子39台となっている。なお、当センターは大規模災害発生時は災害派遣精神医療チーム（DPAD）として48名が登録されていて、災害時にはチームを被災地に派遣したり、被災病院の支援、患者の受入れをする役割を担っている。

いずれも、不足する車両は「県調達車輛」とされているが、県が手配してくれる保障は記されていない。これで避難計画が「策定済」とされている。運転手は「県調達車輛」とワンセットで調達してくれるのか記載はない。

2018年3月に県が招集した「原子力災害時における入院患者避難体制説明会」で、水戸市の病院から「患者の搬送についてどのように考えているか」という質問に対して県は「現段階ではバス協会と各バス会社との調整に時間を要する見込み。福祉車両については一度に確保することは難しい状況。内閣府の交付金を使い10km圏内の病院・福祉施設は3日から1週間程度施設に留まれるように陽圧化の補助を行っている。現段階ではバスも福祉車両もどこまで確保できると言えないが、最終的には県が手配するので、病院においては、県が車両を確保するという前提で避難計画を作って頂きたい」と説明していたことがのちに判明した（前掲、甲G254号証）。

しかし、県のアンケート結果では、県の指示に従って不足する避難手段・要員を記載して形式的に避難計画策定とする医療機関は少ない。

他方、社会福祉施設（高齢者施設、障害者施設）の入所者の避難計画策定が486施設中280施設で策定率が52.7%（最近のNHKの調査では481施設中324施設で策定率67.4%）となっているが、避難手段については不足する避難手段、要員をそのまま記載して策定済としていると推察される。

(2) 病院・社会福祉施設の「避難手段・運転手・医療スタッフ」の試算

ア 茨城県による避難手段必要数の試算

病院で不足する「避難手段」（避難車両および運転手，医師・看護師）について茨城県知事は，2021年10月の県議会で次のように説明している。

「医療機関や社会福祉施設の避難に際して必要となるバスや福祉車両等でございますが，現在策定されている計画をみますと，入所者の状況によっても異なりますが，明確な台数を計画に記載していない施設が多いことから，今後，必要車両の想定についての考え方を示すなどして，計画策定の促進と併せ，計画への必要台数の明記を働きかけてまいります。

なお，平成30年9月に全施設を対象に行った調査によりますと，バスによる避難の対象人数は約1万1千人，福祉車両は約1万3千人であり，必要台数は推計で50人乗り大型バス約200台，福祉車両約8千台となっております。

一方，現時点で，県バス協会加盟会社の保有するバスは約2千900台，県ハイヤー・タクシー協会会員の保有する福祉車両は約30台，県内の社会福祉協議会が保有する福祉車両は約160台となっております。

こうした状況の中，避難時におけるバスや福祉車両等の移動手段の確保に向けては，交通事業者等の理解と協力が不可欠であることから，県では，これらの事業者と協議を進めるとともに，バス等の円滑な配車に向け，配車オペレーションシステムの開発を進めており，医療機関や社会福祉施設，交通事業者等が参加する訓練を行い，改善点の意見をいただきながら，システムの改良を図っていくこととしております。

（中略）

県といたしましては，引き続き，移動手段の確保に向けた取り組みを進めてまいりますとともに，避難計画の未策定の医療機関等に対する説明会や個別協議の実施などにより，計画の策定を推進してまいります。」

県知事は「必要台数を明記していない施設が多い」としているが，県は2016年には調査による試算をしており（甲G259号証「距離別病院・社会福祉施設の状況」），2018年までには「必要台数は推計で50人乗り大型バス約200台，福祉車両約8,000台」であることを把握している。調査結果にもとづく2018年9月1日時点の茨城県集計表（甲G260号証）を次頁に示す。

○原子力災害対策重点区域内施設の要配慮者に係る調査結果（病院、社会福祉施設計）

別紙

H30.9.1現在、ただし救護施設はH30.7.1現在、障害者施設はH31.1.1現在

	病院※1	社会福祉施設						小計	合計
		特養等※2	老健施設	グループホーム	障害者施設	児童養護施設等※3	救護施設		
○施設数	123	254	42	101	25	16	2	440	563
○病床数又は入所定員	12,111	10,690	3,700	1,782	1,545	585	180	18,482	30,593
○回答施設数	101	254	42	101	21	16	2	436	537
○病床数又は入所定員	11,224	10,690	3,700	1,782	1,380	585	180	18,317	29,541
○回答率	82.1%	100.0%	100.0%	100.0%	84.0%	100.0%	100.0%	99.1%	95.4%
1 入院患者・入所者数（人）	7,846	9,761	3,255	1,720	1,333	463	180	16,712	24,558
① 付添不要	1,786	2,145	453	299	311	407	73	3,688	5,474
ア バス等で移動可能	1,441	1,627	333	201	282	407	67	2,917	4,358
イ 認知症等の要配慮者（普通車で移動可能）	345	518	120	98	29	0	6	771	1,116
② 付添い（医療従事者以外）必要	1,929	6,700	2,127	1,381	974	54	104	11,340	13,269
ア バス等で移動可能	587	2,205	565	772	679	54	78	4,353	4,940
イ その他福祉車両で移動可能（車いす）	955	4,122	1,405	578	274	0	26	6,405	7,360
ウ その他福祉車両で移動可能（ストレッチャー）	387	373	157	31	21	0	0	582	969
③ 付添い（医療従事者）必要	3,835	910	675	39	48	2	3	1,677	5,512
ア バス等で移動可能	848	66	93	17	2	2	1	181	1,029
イ その他福祉車両で移動可能（車いす）	1,151	593	376	13	44	0	2	1,028	2,179
イのうち特別機器装置者	109	34	12	2	4	0	1	53	162
ウ その他福祉車両で移動可能（ストレッチャー）	1,836	251	206	9	2	0	0	468	2,304
ウのうち特別機器装置者	286	21	26	3	1	0	0	51	337
④ その他移動困難者	296	6	0	1	0	0	0	7	303
②+③+④計	6,060	7,616	2,802	1,421	1,022	56	107	13,024	19,084
2 施設で保有している車両数（台）									
① バス・普通車	328	522	142	128	91	60	18	961	1,289
② 福祉車両（車いす2脚乗車）	46	188	53	44	15	0	6	306	352
③ 福祉車両（車いす1脚乗車）	34	306	71	81	10	0	5	473	507
④ 福祉車両（ストレッチャー1台乗車）	9	14	6	12	0	0	0	32	41
⑤ 福祉車両（ストレッチャー・車いす兼用車）	13	65	57	15	13	0	0	150	163
⑥ 上記以外の福祉車両	3	50	8	13	2	0	0	73	76
⑦ 救急車	14	1	0	0	0	0	0	1	15
⑧ 職員車両等	889	824	254	262	199	95	4	1,638	2,527
3 全入所者を移動させるために必要な職員数（人）									
① 医療従事者	7,122	797	772	81	79	5	3	1,737	8,859
ア 医師	952	66	51	13	3	0	0	133	1,085
アのうち施設で手配可能	789	13	41	7	1	0	0	62	851
イ 看護師	4,272	632	320	57	67	5	3	1,084	5,356
イのうち施設で手配可能	3,540	461	272	53	48	5	2	841	4,381
ウ その他の医療従事者	1,898	99	401	11	9	0	0	520	2,418
ウのうち施設で手配可能	1,444	81	371	10	9	0	0	471	1,915
② 医療従事者以外	2,242	4,205	1,051	951	668	166	39	7,080	9,322
ア 施設で手配可能	1,591	3,119	812	847	382	158	19	5,337	6,928
4 避難先について									
① 避難先確保施設数	123	254	37	18	20	16	2	347	470
② 避難先確保施設割合	100.0%	100.0%	88.1%	17.8%	95.2%	100.0%	100.0%	79.6%	84.1%
③ 避難計画の作成	23	95	31	2	17	13	2	160	183
④ 避難計画の作成割合	22.8%	37.4%	73.8%	2.0%	81.0%	81.3%	100.0%	36.7%	34.1%
⑤ 避難先との個別協定	4	89	32	8	1	1	2	133	137
⑥ 避難先との個別協定の割合	4.0%	35.0%	76.2%	7.9%	4.8%	6.3%	100.0%	30.5%	25.5%

※1 病院・有床診療所

※2 特別養護老人ホーム・養護老人ホーム・軽費老人ホーム・有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅

※3 児童養護施設・乳児院・情緒障害児短期治療施設・児童自立支援施設

表8（甲G260号証）原子力災害対策重点区域内施設の要配慮者に係る調査結果 茨城県保健福祉部

この調査結果集計表では入院・入所者実数19,084人の移動が必要とされ、「施設で保有する車両台数」は示されているが「不足する車両台数＝県が手配しなければならない車両台数」は直接には示されていない。

県知事答弁では医療・社会福祉施設の避難手段の「必要台数は推計で50人乗り大型バス約200台、福祉車両約8千台」とされている。「必要な職員数」は、医療従事者8,858人、医療従事者外で9,322人とされ、職員の「不足数」は医師234人、看護師975人、その他の医療従事者503人、医療従事者以外2,394人とされている。

イ 原告らによる検証

原告らは、県から開示された表8をもとに「必要台数」の検証を行った。

(1) 要支援者実数（単位【人】）

医療機関:123, 社会福祉施設:440		バスで移動可	福祉車両(車いす)	福祉車両(ストレッチャー)	普通車で移動可	不明	合計
要支援者人数と移動手段振り分け	①付添不要	4,358			1,116		5,474
	②要付添(医療従事者以外)	4,940	7,360	969			13,269
	③要付添(医療従事者)	1,029	2,179	2,304			5,512
	その他移動困難者					303	303
	(計)	10,327	9,539	3,273		303	24,558

(2) 必要台数, 施設保有台数, 県が調達を要する台数（患者入所者数を除き単位【台】）

			患者入所者	必要台数	施設保有	県調達
車両内訳	バス	大型バス(付添不要, 患者入所者 max44人)	4,358人	99	不明	不明
		大型バス(要付添, 患者 max22人)	5,969人	271		
		バス合計	10,327人	370		
	福祉車両	車いす(2脚乗車)患者入所者2人	9,539人	3,180	352	2,828
		車いす(1脚乗車)患者入所者1人		3,180	507	2,673
		ストレッチャー(1台乗車)患者入所者1人	3,273人	3,273	41	3,232
		福祉車両合計	12,812人	9,633	900	8,733
	普通車	普通車(患者・入所者/認知症2.5人)	1,116人	446		
	救急車		303人	303	15	288

表9 原告らによる病院・社会福祉施設の「移動手段」試算表

茨城県厚生総務課へのヒアリングを行った上で、次の評価結果となった。

- ① バス移動可の患者/入所者9,298人（但し、病院の回答率は82%）を搬送する場合、大型バス（50人乗）だけの想定であっても付添を考慮すると50人単純割は無謀で、370台は必要となる。
- ② 県は、「大型バス200台ないし300台が必要」（県知事答弁）という試算をしているが、一般市民14万人の避難用大型バス3,000台の他に医療・福祉施設用大型バス200～300台の調達実現性はない。
- ③ 施設所有のバスが50人乗り大型バスなのか、中型なのか、小型なのか、内訳が示されておらず、輸送能力が算定できない。
- ④ 県の調査表では「職員車両等」2,527台まで使うことになっているが、職員（医師・看護師、介護士ら）は患者・入所者の同乗で手一杯であることから、職員が車を運転して患者・入所者を移動させることは考慮しない方がよい。
- ⑤ 施設所有バスの規模を上記仮定してフル稼働してもらってバス移動可（付添なし/付添要）の患者/入所者を避難させるとしても、県が調達しなければならない大型バスは100台を超える。
- ⑥ 精神病床の患者さんで、とりわけ幻聴・幻覚・不安のある統合失調症をはじめ、自閉症スペクトラム、強度行動障害、パニック障害の方を大型バスで一緒に移送するのは相当に困難と思われる。
- ⑦ 県は、「救急車」調達が困難で、その代替として「ストレッチャー福祉車両」を使う構想のようだが、救急車に代わる2,000台以上のストレッチャー福祉車両の調達が必要になる。
- ⑧ 病院のICU患者は移動困難で残留か救急車で避難先病院のICUへ搬送。人工呼吸器（エスピレーター）を装着している患者は救急車を使わない場合、装着したままストレッチャー福祉車両で搬送になる。
- ⑨ 「福祉車両」は、施設所有の福祉車両を使ってもなお計約8,700台不足する。この調達の実現性は困難を極める。
- ⑩ 以上は、病院・社会福祉施設合計の数字を単純計算しているので、各施設ごとに検討しなければ現実に沿った実現可能な数値は出てこ

ない。

- ⑪ P A Z (EAL：警戒事態段階) → U P Z (EAL：施設・敷地緊急事態段階) と段階的に移送し、ピストン輸送するとしても、早期放出時には間に合わない可能性もあり、また全面緊急事態となると、放出後の数日にかけての放射能下での被ばく防護を実施した搬送作業となることも想定せざるを得ない。
- ⑫ 「全入所者を移動させるために必要な職員数」すなわち、避難に必要な人員体制を見ると、全体で、医師の充足率は78.4% (不足21.6%, 234人)。特に特養施設では19.7%しか手配できない。看護師も81.8% (病院で732人不足, 福祉施設で243人不足)。医師・看護師以外の医療従事者は79.2%である。医療従事者以外も74.3%しか手配できない。

以上の通り、病院入院患者・社会福祉施設入所者の避難のためにあらかじめ備えておくべき事前準備において、不足するのは9,000台超の福祉車両とその運転手、避難に付き添う医療・介護スタッフ約1,000人である。

(3) 県は病院で不足する車両・運転手・職員を調達できるか

茨城県知事は県議会で「避難時におけるバスや福祉車両等の移動手段の確保に向けては、交通事業者等の理解と協力が不可欠であることから、県では、これらの事業者と協議を進める」と答弁している。

県は平成30年(2018年)7月25日、試験研究炉⁶のUPZ住民の緊急時輸送についてバス協会と「原子力災害時におけるバスによる避難住民等の緊急輸送等に関する協定」の締結を予定していたが(甲G261号証)、締結は突然中止となった。

この協定書(案)第3条には「県が運転手等業務従事者の業務の実施による被ばく線量の予測を行い、当該予測の結果が平時の一般公衆の被ばく線量限度である1ミリシーベルト/年を下回る場合に、・・・協力を要請するものとする」という条項が盛り込まれていた。

数時間以内に避難するエリアであるO I L1 (500 μ S v/h) のエリア

⁶ 試験研究炉：JRR3, 再処理施設, HTTR, 高速増殖炉常陽, JMTR

にバスが入る場合、運転手も2時間で被ばく線量1ミリシーベルト／年を超過する。

県知事は記者会見で、「協定の中味が、課題は全部取り残し、全て先送りという協定になっていましたので、これでは意味がないので、しっかりと課題を両者で検討して、中味がある形で実際にどれくらい派遣いただけるのか、そういうことなども含めて目途が立った上で、改めてちゃんと協定を結んだ方が良いでしょうと。・・・そういう意味で延期させて頂きました」（2018年8月3日知事定例記者会見）と説明している。

すでに5年が経過しているが、どのような課題を両者で検討しているのか、目途が立ったのか、何も明らかにされていない。

他方、最も調達が困難と思われる福祉車両8,000台について、県ハイヤー・タクシー協会（30台）や社会福祉協議会（160台）と協議した形跡は見当たらない。もっとも、県ハイヤー・タクシー協会や社会福祉協議会が保有する車両及び運転手の協力を得たとしても、到底足りない。

一審被告は準備書面（1）35頁で「茨城県は、万が一の原子力災害時の際に住民が円滑に避難できるよう、全国初の試みとして、住民等の待機場所に最適かつ迅速にバスや福祉車両の配車を行うため、配車元（車両の供給側）と配車先（車両の需要側）とをマッチングし、自動で配車計画を導出するシステムを令和元年度から開発している（同第82号証ないし同第83号証）」と主張するが、いくら配車マッチングアプリを開発しても、当の車輛および運転手が確保されていなければ使えない。

（４） 「避難手段が確保されていること」が緊急時対応の「要件」であること

一審被告は準備書面（1）35頁で、『原子力災害に備えた茨城県広域避難計画』で「避難手段についても、自家用車を基本として、要配慮者や自家用車を持たない住民等に対しては、公的機関が手配したバス、福祉車両、自衛隊車両を充てるほか、鉄道、フェリーなどあらゆる手段を検討することが定まっている」と述べているが、同じ準備書面の31頁で一審被告が示す丙G94号証「緊急時対応の確認項目」②③において、「輸送能力の確保」項目があり、「必要とされる輸送能力の見積」を踏まえ、現地において必要数

の車輛が確保できることが示されていること」を確認することが内閣府から示されている。「必要となる輸送能力の見積」だけではだめで、「必要数の車輛が確保されていること」が緊急時対応の要件である。

「検討することが定まっている」といくら主張しても空言で、「オブザーバーである一審被告の参加の下で」東海第二地域原子力防災協議会が開催されている以上、一審被告は「必要数の車輛が確保されていること」を証明しなければならない。

(5) 福祉車両を一審被告が用意するのか

一審被告は準備書面(1)40頁で、「原子力災害時における避難行動要支援者の避難等を円滑に実施するため、令和2年8月26日に一般社団法人日本福祉車両協会との間で、一審被告に福祉車両等を優先的に提供することを内容とする覚書を取り交わしている。(丙G第118号証20～23頁)」と述べている。この点、日本福祉車両協会から緊急時には何台の福祉車両を優先的に提供されることとなっているのか、一審被告に提供された福祉車両はどのように医療機関や社会福祉施設に提供されるのか、提供された福祉車両の運転手は一審被告が運転されるのか等について別途求釈明を行う予定である。

(6) 防災関係機関によるUPZ外への移送体制があるのか

なお、2018年10月26日に開催された茨城県主催の「平成30年度第3回広域避難計画勉強会」において茨城県は、バス配車手順に関連して「バス運転者の平時の一般公衆の被ばく線量限度である1ミリシーベルトを上回らないようにしているため、UPZの範囲では一時避難の判断基準であるOIL1(500 μ Sv/h)区域からの避難の場合には、その地域の避難者を30キロ境界付近の中継ポイントで乗車させるため、防災関係機関(自衛隊等「まだ、未調整」)による中継ポイントまでの輸送を行う」と説明していることが、出席した参加者のメモで明らかになっている(甲G262号証 勉強会に出席した「茨城町職員報告書」)。

そうすると、その後、UPZの一般住民のバス避難者だけでなく、UPZの病院・社会福祉施設のバス避難も、入院患者・入所者の車いす・ストレッチャーによる避難も自衛隊が受け持つことになっているのか、その自衛隊の

体制はどのようになっているのか、中継ポイントは事前に定めてあるのか等、具体的に明らかにされなければならないはずであるが、現時点では何も明らかにされていない。一審被告は茨城県主催の勉強会や東海第二地域防災協議会作業部会等に参加しているので避難手段の確保、要員配置についてどうなったのか疎明されなければならない。

3-4 病院・社会福祉施設等の放射線防護対策（陽圧化）

（1）施設の放射線防護対策（陽圧化）

第1で示したように、福島第一原発事故では避難途中で亡くられる方がいた。

これを教訓に原子力規制委員会は、『原子力災害対策指針』を2012年制定以後15回改正しているが、

「原子力緊急事態が発生した場合、原子力災害対策重点区域の住民等は、避難・一時移転等を行うが、

① 病院や社会福祉施設においては避難時の移動等により健康面のリスクが高まるため避難よりも屋内退避を優先することが必要になる場合があり、

② 高齢者、障害者、乳幼児等、配慮が必要な者（「要配慮者」）や避難が遅れた住民等が一時的に退避できるようにするために、

病院、社会福祉施設、学校、公民館等の避難所として活用可能な施設等

（一時退避施設）については、気密性の向上等の放射線防護対策を講じておくことも必要である」（原子力災害対策指針 P70）

ことを加えている。

原子力規制委員会は2015年3月には「原子力災害発生時の防護措置の考え方」（甲G263号証）を示し、「PAZのような施設の近くの住民は・・・放射性物質が放出する前から予防的に避難することを基本として考えるべきである。ただし、この場合であっても、避難行動に伴う健康影響を勘案して、特に高齢者や傷病者等の要配慮者については、近傍の遮蔽効果や気密性の高いコンクリート建屋の中で屋内退避を行うことが有効である」とした。

内閣府（原子力防災担当）はこれを受けて、平成25年度以降原子力災害対策に係る施設等の整備等に対する交付金で「PAZ及び原子力発電所の周囲おおむね10kmまでの区域内の病院、社会福祉施設、公民館等の一時退避施設」の放射線防護対策（陽圧化）をすすめてきた。

東海第二地域では平成25年から令和1年までの8年をかけ、約60億円の交付金を投入して26の病院・福祉施設、4つの公民館・センター（在宅要支援者の一時退避場所）、ならびに1役場の陽圧化が行われた。その一覧を次頁表10に示す。

●放射線防護対策工事 施設一覧

(1) 医療機関

区域 (出典)	市町村	大区分	中区分	施設名	所在地	距離	陽圧化施設		病床数	患者 収容数	収容できない患者数	その他	備考				
							予算措置 補助額(円)	収容人数									
1	PAZ 東海村	病院	一般病院	東海村 村立東海病院 (第11病棟)	東海村久慈町2081番地2	3.04	H26補	70	3	80	35	45	0	0	2		
2	PAZ 日立市	病院	一般病院	(医)群羊舎 久慈茅根病院	日立市久慈町4-16-10	3.12	H27補	150	3	71	75	0	0	0	0		土砂災害警戒区域
3	PAZ 東海村	病院	一般病院	(独)国立病院機構 茨城県病院 (第2病棟)	東海村大字照沼825	3.36	H25補	264	7	320	132	168	0	0	7		第12病棟 (H25)、第11病棟 (H29)
4	PAZ 日立市	病院	一般病院	(医)光風会 回春荘病院	日立市久みか町6-17-1	5.00	H25補	150	7	350	275	75	0	0	10		内科専門病院
5	UPZ 日立市	病院	精神科病院	(医)日立立会 大原神彦病院	日立市久みか町1-13-18	5.23	H26補	100	3	246	50	196	0	0	7		精神科専門病院
6	UPZ 日立市	病院	一般病院	(医)圭愛会 日立梅が丘病院	日立市久保町2409-3	9.53	R1/R2補	109	7	313	55	258	0	0	9		精神科専門病院
7	UPZ ひたちなか市	病院	一般病院	(医)愛友会 勝田病院	ひたちなか市中根5125-2	10.64	H28補	212	7	85	106	0	0	0	0		
8	UPZ ひたちなか市	診療所	有床診療所	(医)秀仁会 さくら水戸クリニック	ひたちなか市中根511581	10.00	H28補	19	7	19	19	0	0	0	0		介護施設さくら日立と同一補助金

(2) 福祉施設

区域	市町村	大区分	中区分	施設名	所在地	距離	予算措置 補助額(円)	収容人数	備置	入所定員	収容	措置費	58歳未満 (人)	80歳以上 (人)	透析 (分)	その他	備考
1	PAZ 日立市	5 老人福祉施設	02 特別高齢老人ホーム	(福)正和会 成輝園	日立市久慈町4-19-21	2.65	H25補	150	7	70	115	0	0	0	0		津波海水想定区域
2	PAZ 東海村	4 障害者福祉施設	02 障害者支援施設	第二章の集園	東海村石神内館2382-1	4.13	H25補	100	7	60	60	0	0	0	0		
3	PAZ 日立市	5 老人福祉施設	02 特別高齢老人ホーム	(福)群羊舎 MIA O(まお)	日立市下土内町545-1	4.17	H25補	120	7	70	85	0	0	0	0		津波海水想定区域
4	PAZ 東海村	2 介護老人保健施設	01 介護老人保健施設	(医)村松会 サンフラワー東海	東海村石川689-4	4.51	H25補	100	7	60	70	0	0	0	0		
5	PAZ 日立市	2 介護老人保健施設	01 介護老人保健施設	(医)光風会 日立南ヘルシーセンター	日立市久みか町6-17-1	5.05	H25補	100	7	100	50	50	0	0	2		
6	UPZ 東海村	5 老人福祉施設	02 特別高齢老人ホーム	(福)オースワエルフエア オークス東海	東海村海神町588-7	5.68	H25補	150	7	90	105	0	0	0	0		
7	UPZ ひたちなか市	5 老人福祉施設	02 特別高齢老人ホーム	(福)孝友会 サンフラワーひたちなか	ひたちなか市長砂学久保633-1	6.01	H28補	126	7	53	100	0	0	0	0		
8	UPZ ひたちなか市	2 介護老人保健施設	01 介護老人保健施設	(医)森田記念会 プロスペクトカーンひたちなか	ひたちなか市高野2455-1	6.63	H27補	150	3	100	100	0	0	0	0		
9	UPZ 常陸太田市	5 老人福祉施設	02 特別高齢老人ホーム	(福)月居会 世次の里	常陸太田市電町481-1	7.52	H27補	100	3	90	55	35	0	0	2		
10	UPZ 常陸太田市	4 障害者福祉施設	02 障害者支援施設	障害者支援施設 ヒュア聖川	常陸太田市内町字電田3168	7.89	H28補	103	7	40	40	0	0	0	0		津波海水想定区域
11	UPZ 日立市	5 老人福祉施設	02 特別高齢老人ホーム	(福)克信会 金沢分天園	日立市真金沢町4-16-10	8.40	H27補	178	5	100	128	0	0	0	0		
12	UPZ ひたちなか市	5 老人福祉施設	02 特別高齢老人ホーム	(福)桂進会 はまぎくの里	ひたちなか市中根952-1	9.69	H30/R1補	188	7	62	157	0	0	0	0		
13	UPZ 那珂市	5 老人福祉施設	02 特別高齢老人ホーム	(福)青森会 ひばりヶ丘	那珂市警舎528	9.92	H29補	160	7	50	135	0	0	0	0		
14	UPZ 日立市	2 介護老人保健施設	01 介護老人保健施設	(医)秀仁会 さくら日立	日立市城崎町1-1-11	13.84	H28補	200	7	100	100						
15	UPZ ひたちなか市	5 老人福祉施設	09 認知症高齢者グループホーム	(福)新世会 グループホームいくり苑	ひたちなか市磯崎町4555-1	10.10	H29補	100	7	27	87	0	0	0	0		陽圧化は合同
16	UPZ ひたちなか市	5 老人福祉施設	02 特別高齢老人ホーム	(福)新世会 いくり苑	ひたちなか市磯崎町4561-1	10.15	H29補	150	7	65	65						
17	UPZ 那珂市	5 老人福祉施設	02 特別高齢老人ホーム	(福)新世会 いくり苑那珂	那珂市警舎3799-6	10.15	H30補	80	7	50	55	0	0	0	0		
18	UPZ ひたちなか市	2 介護老人保健施設	01 介護老人保健施設	(医)愛友会 勝田	ひたちなか市中根5125-2	10.62	H28補	212	7	96	164	0	0	0	0		勝田病院と同一補助金

(3) 公民館(センター)

区域	市町村	大区分	中区分	施設名	所在地	距離	予算措置 補助額(円)	収容人数	備置	患者収容	その他	備考
1	PAZ 東海村	在宅支援推進施設		東海村総合福祉センター絆	東海村松2005	3.22	H26補	114	3			
2	PAZ 日立市	在宅支援推進施設		日立市役所南西部支部	日立市久慈町7丁目1-1	4.35	R2補	100	7			また設計のみの補助金額
3	UPZ 日立市	在宅支援推進施設		水木交流センター	日立市水木町2丁目2-2-0	6.00	H29補	150	7			
4	UPZ 日立市	在宅支援推進施設		大沼交流センター	日立市真金沢町5丁目7-1	8.18	R1補	163	7			

(4) 役場

区域	市町村	大区分	中区分	施設名	所在地	距離	予算措置 補助額(円)	収容人数	備置	患者収容	その他	備考
1	PAZ 東海村	地域災害対策拠点施設		東海村役場	東海村海3丁目7-1	3.65	H27補	130	7			

※1「施設名」：茨城県ホームページ 2023.4.25 閲覧 (甲G2664号証) より。 ※2「予算措置」補助額」：茨城県原子力安全対策課 (2021) 開示資料「放射線防護対策工事施設一覧 年度別実績」(甲G265号証) より。 ※3「収容人数」「備置」：内閣府 (2021)「全国放射線防護施設一覧」(甲G266号証) より。 ※4「所在地」「原発からの距離」「病床数」「透析・分岐」：原告団まとめ (2021) 医療機関一覧・高齢者施設一覧 (甲G292号証, 甲G293号証, 甲G294号証) より。

表10 放射線防護対策工事(陽圧化) 施設一覧(原告らまとめ)

表中の出典は表下に示した通り、「施設名」は茨城県ホームページ「放射線防護対策」令和5年4月1日現在（2023年4月25日閲覧）（甲G264号証）より（一審被告丙G79号証で令和2年10月1日現在のものが提出されているが、3年後の令和5年4月1日現在までに1施設増えていることを示すために提出する）。「予算措置」「補助額」は茨城県原子力安全対策課開示資料 放射線防護対策工事施設一覧 年度別実績（甲G265号証）より。「収容人数」「備蓄」は内閣府（2021）全国放射線防護施設一覧（甲G266号証）より。「所在地」「原発からの距離」「病床数」「透析・分娩」は原告団の医療機関・高齢者施設・障害者施設の一覧（甲G292号証，甲G293号証，甲G294号証）より採録し，以上を統合させて表を作成した。

陽圧化施設のイメージは下記（内閣府）である。

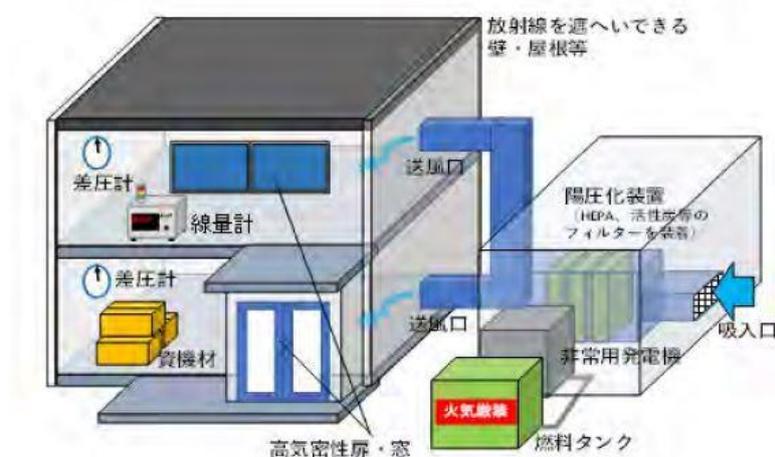


図3 放射線防護対策工事イメージ図（内閣府）

一審被告は、「無理ないし無用な避難はかえって深刻な影響を生じさせる」ことから、「陽圧化施設については，原子力防災対策の一層の充実・強化を図ることを目的とする原子力災害対策事業費の交付対象として今後とも推進される（丙G第69号証，同79号証）」としている（一審被告「控訴理由書」38頁）。

(2) 陽圧化はどの程度すすんでいるのか、今後とも推進されるのか

重点対策区域の病院・社会福祉施設のうち、入院・入所施設の陽圧化は605施設中26施設が行われた。陽圧化率は4.3%でしかない。

重点対策区域（30km 圏内）の病院・施設の陽圧化率

(30km 圏内)	陽圧化済	全施設数	陽圧化率
病院・診療所	8	119	6.7%
社会福祉施設	18	486	3.7%
計	26	605	4.3%

表11 放射線防護対策工事 施設一覧(表10より。全施設数は原告ら施設一覧より)

重点対策区域（30km圏内）は、「あらかじめ対策を準備しておくべき区域」として定められているのであり、UPZにおいても、病院・福祉施設がOIL1（数時間以内に即時避難）ないしOIL2（一週間以内に一時移転）区域とならないとすることはできない以上、内閣府の「おおむね10km」というのには根拠がない。

仮に10km圏内だとしても下記表の通り16%程度でしかない。

「10km 以内」（内閣府）とした場合の病院・施設の陽圧化率

(10km 圏内)	陽圧化済	全施設数	陽圧化率
病院・診療所	8	36	22.2%
社会福祉施設	17	118	14.4%
計	25	154	16.2%

表12 放射線防護対策工事 施設一覧(表10より。全施設数は原告ら施設一覧より)

原告らの調査による30km圏内の医療機関一覧（甲G292号証）、高齢者施設一覧（甲G293号証）、障害者施設一覧（甲G294号証）で、陽圧化工事を実施した施設名の背景を黄色で表示している。これを見れば、どの程度の陽圧化率が直感的にわかる。

陽圧化にはこれまで8年かけて60億円（病院・社会福祉施設に限ると52億円）もの補助金が使われたが、仮に内閣府が10km以内の病院・施設の陽圧化をすすめたとしても総額500億円もの補助金が必要となる。しかも何年かかるかわからない。

表 8 の備考に示した通り， 4 つの病院・施設は「土砂災害計画区域」「津波浸水想定区域」にあり， 会計検査院から「そこにとどまることは陽圧化しているからと言って屋内退避することは危険が伴う」として注意を受けている。

なお， 直近令和 5 年 1 月の茨城県議会防災環境産業委員会第 1 号議案「令和 4 年度茨城県一般会計補正予算（第 7 号）」の資料として茨城県防災危機管理部より資料が提出されており， 令和 4 年度の補正予算で「要配慮者の屋内退避施設の放射線防護対策事業」として 4 億 8 千万円余りが計上されている。新たに介護老人保健施設「藍」， 医療機関「小豆畑病院」の陽圧化工事， すでに平成 2 8 年に一部区画の対策工事を実施（約 2 億円）していた障害者支援施設「ピュア里川」の残り区画の陽圧化工事， 及び県立東海高校体育館の設計予算が計上された（甲 G 2 6 7 号証）ことが判明したので補充する。

概ね 1 0 k m 圏の病院・社会福祉施設を陽圧化して「無理ないし無用な避難」（一審被告）をさせないためには 1 施設 2 億円としても 3 0 0 億円を超える交付金を要する。さらに 3 0 k m 圏内の病院・社会福祉施設を陽圧化すると 1, 2 0 0 億円を超える。陽圧化にこのような多額の税金を使ってまで東海第二原発を再稼働させる事の方が「無理ないし無用」な事だと考えられる。

一審被告は「陽圧化施設は今後とも推進される」と主張しているが， 一審被告が参加している東海第二地域防災協議会作業部会や勉強会・意見交換会で運転開始までにどのように計画されているのか， 具体的根拠が説明がされなければならない。

（3） 施設を陽圧化すれば患者全員が避難しないで済むのか

患者を陽圧化施設に収容できれば済むという事ではなく， 医師・看護師・薬剤師， 事務職員， 給食員らスタッフも含めて陽圧化施設の中に入らなければ陽圧化施設は機能しない。

表 1 0 の右端の列に， 陽圧化設備の収容人数と患者病床数から， 陽圧化施設に入院患者が何人収容できるか， 「収容できずに避難しなければならない患者数」及び「避難に必要なバス台数」を原告団が試算している。

東海村の「村立東海病院」では病床数 8 0 に対して， 陽圧化施設の収容人

数は70人である。そうすると、この陽圧化施設に収容できる患者数は約半数⁷の約35人と考えられる。院内で重症度に応じてトリアージをおこなって、屋内退避者と避難者を振り分けて、残り45人の患者は避難することとなる。もし45人全員が独歩でき、車いすもストレッチャーも不要な患者だと仮定して、スタッフが同乗すると、少なくとも大型バス2台が必要である。

同じく東海村の国立病院機構「茨城東病院」は一般病床310床に対して陽圧化施設の収容人数は医療スタッフを含めて264人なので、仮に患者の半数(132人)が収容できて治療が継続できたとしても、残り178人の患者は避難することとなる。なお、この病院には結核病棟があり、結核患者は排菌していることが想定され、他の患者と一っしょの避難はできないことから、陽圧化施設に優先的に留まることになる。

日立市の「回春荘病院」は病床数350(療養85, 精神科265)で、陽圧化施設の収容人数は150人なので残り200人はバス避難となる。しかし幻聴や幻覚, 不安・興奮のある統合失調症の患者を少数のスタッフが同乗してバスで移動させるのは相当困難が伴うと考えられる。

以上のように陽圧化工事は病院の一部であり、病床使用率が100%ということではないとしても患者全員と医療スタッフが陽圧化施設に収容できて医療が継続できるものでないことから、それで「避難」がなくなる訳でもない。医療スタッフや事務職員も、屋内退避の患者への医療行為と、避難する患者への付添・避難先病院での医療に分断されてしまうこととなり、患者へ

⁷ 医療法の人員配置基準に基づく一般病床の場合、医師は患者16人に対して1人、看護師は患者3人に1人、薬剤師は患者70人に1人。陽圧化施設内ではさらに給食員・施設管理事務職員が必要。この基準で東海病院の場合、35人の患者に対して医師2人、看護師18人、薬剤師1人、給食員1人、事務職員1として病院スタッフは計23人で足りるとしても、スタッフが24時間勤務はできないので1.5倍しても34人。そうすると計69名で陽圧化施設内はほぼ満杯となる(医師・看護師が寝る場所も必要)。

陽圧化施設に残るのは重症者～中等症患者が主となる。県立中央病院の「避難時の同行例」(p41)(医師は軽症8人に1人/中等症者4人に1人/重症者1.3人に1人。看護師は軽症1.2人に1人/中等症者1人に1人/重症者1人に2人程度。臨床工学士(呼吸器管理)は重症者数)を採用し、かつ重症者割合を30%とすると、「東海病院」は重症者だけで24人となる。この重症患者に医師18人、看護師48人が配置されるだけで、患者・医師・看護師だけで総勢90人となってしまふ。但しこれは「避難行動時」の配置例。

避難行動時の同行配置でないとしても、重症患者が主に陽圧化施設に優先的に入ることを考慮し、かつ病院スタッフが交代・就寝・休養できる場所も考慮すると、陽圧化施設には収容人数の半分が患者、半分が病院スタッフという割合が最低ラインと考えられる。

の医療対応は低下することが免れない。

一審被告は「無理・無用な避難をせずに屋内退避が有効」と主張するが、30km圏内の病院・社会福祉施設の陽圧化率からすれば、一審被告が「無理・無用」とする避難がなくなる訳でもなく、避難手段としてのバスや福祉車両の確保は必要となる。

他方、PAZにおいては避難行動要支援者は施設敷地緊急事態の段階で予防的避難が実施されることとなっているが、東海村は村の「総合福祉センター絆」を陽圧化し、避難行動要支援者を収容することとしている。しかし、介助する家族や支援ボランティアや給食等のスタッフを入れれば、要支援者が入れるのは50人ほどである。東海村の避難行動要支援者名簿によれば在宅要支援者数は少なくとも141人である。

原告らが村およびセンターに確認したところ「総合福祉センター絆」での在宅要支援者の受入れマニュアルや職員体制、備蓄が尽きた段階での要支援者の避難計画は策定されていない。

日立市は2つの交流センターと市役所支部の陽圧化で在宅の避難行動要支援者を収容する計画であろうが、収容人数は約400人である。日立市のPAZエリアの在宅要支援者は300名を超えると考えられるが、介護・介助する家族や介護者を含めてどのように収容する計画かは不明である。

(4) 陽圧化施設で何日間立て籠れるのか

内閣府は「原子力災害発生時の防護措置—放射線防護対策が講じられた施設等への屋内退避」（令和4年10月改定版）の参考情報3（甲G268号証）で言うように、「避難せずに屋内退避する場合は、インフラ、物資、介護体制等について十分な準備が不可欠」としている（一審被告丙G68号証は令和3年2月改定版のため古く、追加参考情報欠落のものなので最新改定版を提出する）。

PAZは放出前の事前避難をしている状態でPAZ内の病院・社会福祉施設が屋内退避する場合、福島第一原発事故で浪江町が経験した通り、いつ放出されて高線量となるかわからない状態下では民間の外部からの物資輸送はまったくストップし、食糧を含めて途絶えることとなる。病院や社会福祉施設は陽圧化施設に立て籠って「取り残された」状態であり、いつ放出がはじ

まるかわからない状態ないしは放出されて高線量下の状態の中では、医師、看護師も外出は困難となる以上、勤務ローテーションを取ることができない状態で陽圧化施設の中で医療行為を継続せざるを得ない。患者およびスタッフの食糧や医薬品の備蓄も7日に過ぎない。

原子力規制委員会の更田委員長(当時)は2021年10月6日の定例記者会見で次のように述べている(甲G269号証 原子力規制委員会記者会見録)。

「私自身もJCOのときに、家に居てくださいというのを経験しましたので、そのときの経験に照らしても、まあ数日、3～4日とかがなかなか一般には限界ではなかろうか。あらかじめ準備をしておく、それから東電事故の後、随分意識であるとかそういったものが高まった部分もあるので、以前よりはまだ耐えられる期間というのは長くなっているかもしれないけれども、それでも1週間屋内退避というのは現実に難しいだろうと思います」「ちょっと難しいのは、重大事故が起きてから、環境に何らかの放射性物質を放出せざるを得ないような状況までが物凄く長い事故というのが、今後はあり得るんですね。というのは、それだけ備えを整備しただけに、例えばフィルタベント一つにしても、ずっとしないでいられるけど、いつかはしなきゃならない、それまでの期間が長いような、これはある種、今の段階ではまだ応用問題だけど、それであれば、それだけ危機感があるのであれば、屋内退避ではなくて順次あらかじめ移動してもらうというやり方のほうが、最終的に全体の被曝線量を下げるという可能性もある」

更田前規制委員長は、シビアアクシデント対策したが故に放出までの時間が延びて、屋内退避の日数も延びてしまう可能性があることを認め、「屋内退避は3～4日が限界」と言っている。

本書面では病院・社会福祉施設の屋内退避について限定してその実情を論じたが、UPZエリアにおける一般住宅における被ばく低減率と家屋の構造分布については別途論じる予定である。

一審被告は「陽圧化施設による屋内退避がなお有効だ」と一般的主張をしているが、病院・社会福祉施設の屋内退避と陽圧化に限っても、具体的に入院患者・施設入所者の何割が屋内退避できるから「有効」で、第5層の防護措置に欠けるところがないとするのか具体的積明が必要である。

3-5 小括

本章では、医療機関・社会福祉施設の「入院・入所者」の避難計画策定の実体について事実関係を中心に検証した。

1. (避難計画策定状況) 医療機関・社会福祉施設の入院患者・施設入所者の避難計画策定は、2014年茨城県調査から開始され、2018年の県の避難先調整案とモデル計画書式提示による計画策定要請を経て、2021年現在の策定率は医療機関で32.8%、社会福祉施設で57.6%であった。2023年3月時点でのNHK調査でも医療機関の避難計画策定率は依然として27.7%に留まっている。また障害者グループホームを恣意的に排除しており、県による医療機関・社会福祉施設の避難計画策定対象に不備・欠落がある。(3-1)
2. (避難計画が策定できない理由) 避難計画の策定がすすまない主要な理由は、避難先施設が決まらないこと、避難手段が確保できないこととされる。避難先病院と協議・調整がおこなわれたのは2021年時点で119医療機関中6病院のみである。病院アンケートによる意見では東海第二原発再稼働に懐疑的意見、放射線防護の困難さ等が目立ち、地域の病院が丸ごと移転することの非現実性についての意見がある。社会福祉施設も同様と推測されるが58%の避難計画策定率の実態は不明である。(3-2)
3. (策定済避難計画の実体) 入院患者・入所者の「避難手段」について「不足する車両台数・不足する職員数を県に連絡する」と記載すれば避難計画ができたこととされており、避難手段が担保されているわけではない。実行できない計画を作って「策定率〇〇%」と言っても意味がない。(3-3)
4. (不足する避難手段の数) 入院患者・入所者を避難・移転させるのに必要とされる避難手段は県の試算では大型バス200台、福祉車両8000台」とされるが、原告らの検証では9,000台の福祉車両とその運転手、及び医療スタッフ1,000人である。しかし、茨城県が不足する福祉車両および運転手を確保できる根拠がない。(3-3)
5. (緊急時対応の要件を欠く) 災害対策基本法、地域防災計画(原子力災害対策編)、原子力災害に備えた広域避難計画にもとづいて、「緊急時対応の要件」は「避難先、避難手段が確保されることが示されていること」とされているが、避難手段や運転手、要員の確保の見通しが

ない現状では「緊急時対応要件」を満たしていない（3-3）。

6. （陽圧化施設の状況）30km圏内の入院・入所施設の陽圧化は605施設中26施設の実施状況であり，4.3%でしかない。内閣府の言う「10km圏内の施設を陽圧化」の根拠は明らかでないが，そうだとでも16%でしかない。これだけでも60億円もの交付金を使っている。（3-4）
7. （運転開始までに全施設が陽圧化できる見通しはない）一審被告は「陽圧化施設については，原子力災害対策事業費の交付対象として今後とも推進される」と主張しているが，運転開始までに30km圏内の病院・社会福祉施設を陽圧化するのは相当困難である。「無理・無用な避難」がなくなるとは考えられない。（3-4）
8. （陽圧化施設に全員屋内退避できない）屋内退避しながら治療を継続する以上，医療スタッフ共々収容されなければならないが，陽圧化は病院・施設の一部であり，入院患者およびスタッフ全員が収容できるものでないこと。従って陽圧化施設でも避難患者・入所者が発生し，スタッフも割かれる。避難手段の確保，避難先施設の確保等の避難計画が必要であること。また，陽圧化による屋内退避は食糧・資材の備蓄は7日しかなく，備蓄が尽きたあとの避難計画が必要であること。原子力規制委員長（在任当時）は自らの経験から屋内退避は3～4日が限界としていること（3-4）。

以上は病院・社会福祉施設の「入院患者・入所者」の避難計画である。在宅訪問介護，障害者介助支援サービスを行っている事業所への避難行動協力要請や事業継続計画の要請はない。第4,第5でこの点を述べる。

第4 「要配慮者」はどこにいるか・・・

—病院や施設だけでなく地域で多くの人に支えられて共に暮らしている—

第3および第4で述べた「要支援者」の避難計画は病院に入院している入院患者，社会福祉施設（高齢者・障害者等）に入所している人に係る避難計画である。

そして，病院・高齢者介護施設・障害者福祉施設の「避難計画」が策定されているかが注目されがちである。しかし，要配慮者の多くは様々な支援を受けながら地域の人と共に暮らしている。

原子力災害は，自然災害での避難誘導や救助とちがって，地域の中での支援者にも被曝リスクが及び，地域がまるごと避難や屋内退避を迫られることから，近隣のみならず医療・介護・介助といった地域の中での包括的な支援体制を破壊する。

在宅の要支援者が介護・介助の支援を断ち切られて屋内退避で孤立することも福島第一原発事故の教訓である。原子力災害は広範囲に放射線被曝リスクをもたらし，かつ長期にわたる避難（生活）を余儀なくされる。「避難行動要支援者」を一時集合場所へ「避難誘導」すればそれで済む問題ではない。避難時の支援に留まらず，避難所での避難生活においても，その後の長期の仮設住宅においてもそれまで日常的に受けて来た介護・介助が途絶することとなる。

（1）医療・介護・介助の「地域包括ケアシステム」

ア（高齢者）介護保険法と地域包括ケア

我が国は高齢化社会に向かう中，2000年には介護保険制度が導入された。よく知られるように，介護保険制度は「地域保健」であり，地域の住民と自治体が主体となって自立と共助をおこなう地域自治のしくみである。

2012年には介護保険法が改正されて「地域包括ケア」がおしすすめられ，地域生活圏の中で住民・行政・民間が参加・連携して高齢者を支え合う制度に発展してきた。

高齢者にあっては「寝たきりゼロ」を目標としているように，高齢者が住み慣れた地域で自分らしい生活を続けられることが重要とされている。

こうした地域の自立と共助を包括的に支援し、サービス提供ができる体制として、地域包括支援センターをつくり、概ね30分以内で必要なサービスが提供できる日常生活圏域での「住まい・医療・介護・予防・生活支援」を包括した「地域包括ケアシステム」がすすめられている。そのイメージは下記のようなものである。

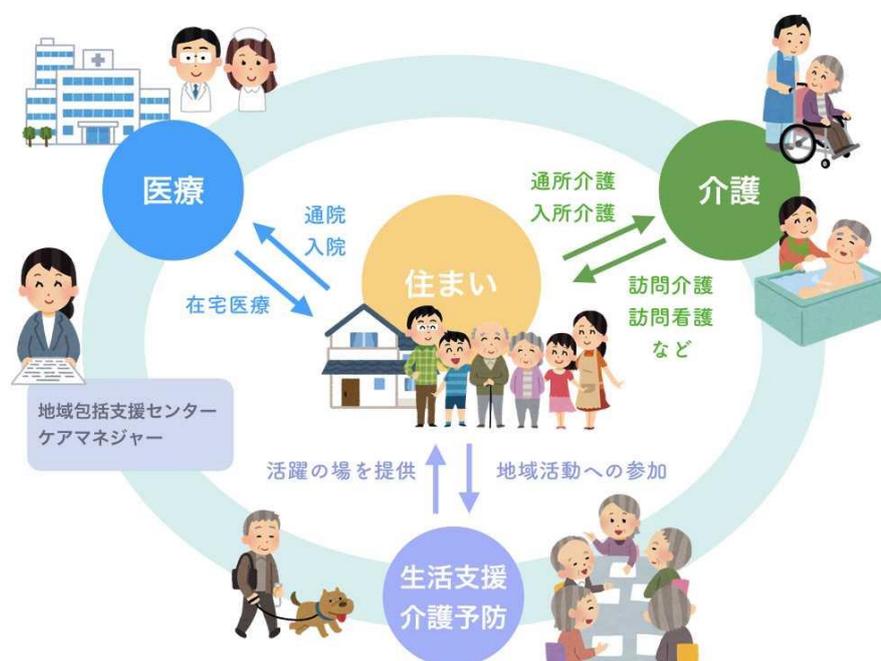


図4 地域包括ケアイメージ図（厚労省）

全国の要介護の階級別の施設・在宅サービス利用の割合は右図である。「赤」が施設入居者である。

要介護5でも施設に入所している人は約半数で、多くの高齢者は家族によるケアと在宅介護サービスを利用している状況である。

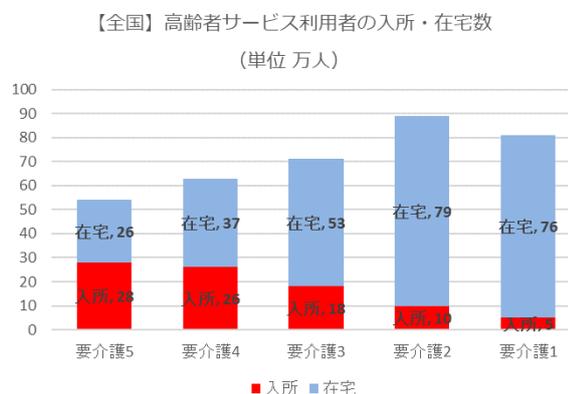


図5 施設・在宅介護サービス利用者の割合(全国)
厚生労働省「介護給付費実態調査月報」より

イ(障害者) 平等に生きる権利として

障害者についても、施設への「隔離」ではなく社会の中で共に生きてゆく「自立生活運動」の長い運動と実践の積み重ねがあり、また世界での認識の大きな転換を経て、社会の理解・意識も変わり、家族や支援団体や支援センターなどの支援を得ながら地域の中で共に暮らしている。

1975年、国連で「障害者の権利宣言」が採択された。障害者は、人間としての尊厳が尊重される生まれながらの権利を有していること。すなわち、市民と同等の基本的権利を有し、可能な限り通常のかつ十分に満たされた、相当の生活を送ることができる権利を有することが世界の共通認識となった。

これを受けてわが国も、2002年「障害者基本計画」で「21世紀の共生社会では、障害のある人もない人も、地域で共に暮らし、共に働く社会を目指す」ことを掲げることとなり、それまでの「措置(隔離)制度」から「支援費制度」(利用契約制度)へ転換することを示した。住まいの確保、生活支援、就労等の活動支援、社会参加、相談支援、権利擁護など広範な領域で、地域生活を軸にサービス体系全体を再構築することとなった。

2006年、国連で「障害者の権利に関する条約」が採択された。この権利条約は、これまでの障害を医学的に定義して障害をその個人に帰する「医学モデル」から、障害と差別を生み出す「社会モデル」という認識の転換を踏まえて、「障害とは外部に存在する種々の社会的障壁によって構築されたもの」として、この社会的障壁の除去や改変によって障害の解消をめざすとし、その社会的障壁の除去や改変の責任は、障害者個人でなく、社会の側に責任があるとした。

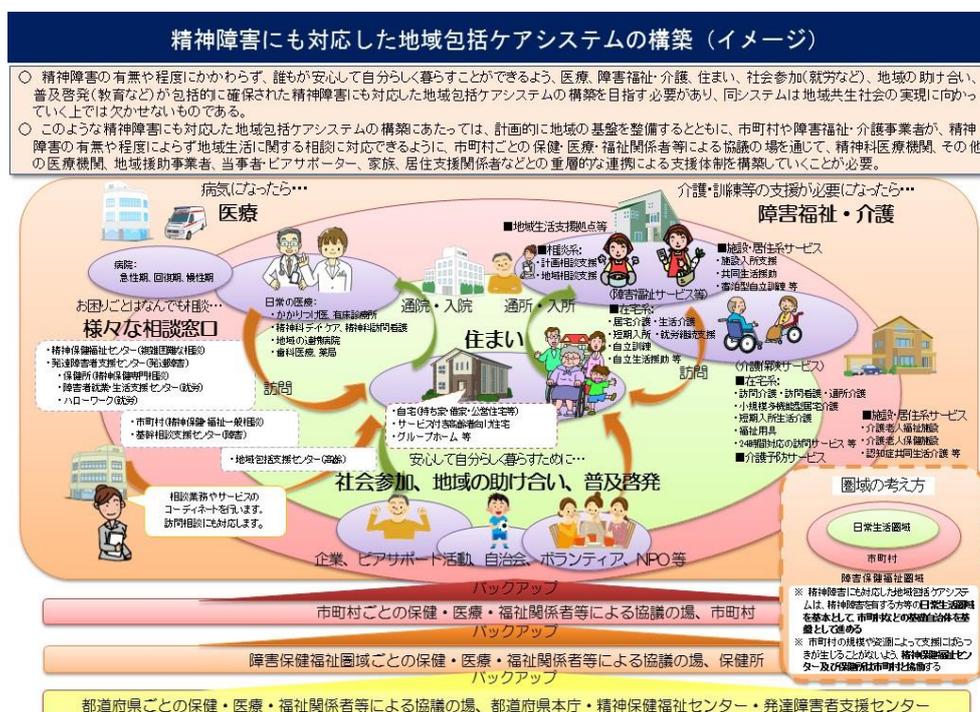
この認識の転換にもとづいて条約は「すべての障害者が他の者との平等の選択の機会をもって地域社会で生活する平等の権利を認める」として、障害者がどこに済むか、どこで誰と生活するかを選択する機会を有すること、入所施設などで生活する義務を負わないことを明示した。これまで「保護の対象」とされてきた障害者を「権利の主体」とし、変わるべきは社会の側であるとして、「インクルーシブな共生社会」(障害や性別、人種、性的志向などの違いを認めてお互いの人権と尊厳を大事にする社会)をめざすことを掲げて、各国にこの権利条約批准に向けて国内法の整備をすすめることを勧告した。

わが国が批准したのは2014年で、その間わが国の制度改革は二転三転してきた。特に国連障害者権利条約が採択される前年に成立した『障害者自

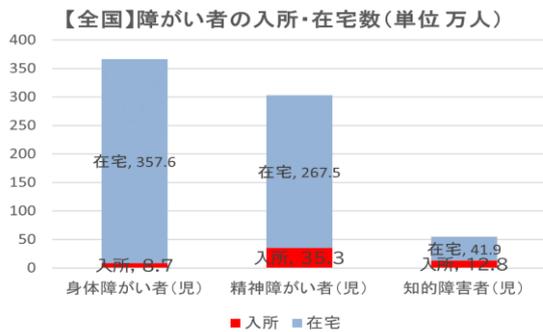
『障害者総合支援法』は、この世界的流れとは逆の多くの問題を抱えて2008年には違憲訴訟も起き、2010年に国と障害者の間で和解、基本合意がなされて、障害者制度改革推進会議の中の障害者総合福祉部会で当事者参加のもとで重要な提言がなされたものの、その解決がなされない形で2012年『障害者総合支援法』に改変された。

こうした制度問題を抱えながら現在に至っているが、それでも「障害や差別を社会の側の問題としてその解決をはかるという認識」はいつそう確かになっている。

精神障害者についても、2017年からは「入院（隔離）医療中心」から「地域生活中心」を軸に「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築推進・支援事業」が定められ、日常生活圏域を基本に市町村など基礎自治体が主体となる諸制度の見直し改善がすすめられてきた。



障害者の在宅と入所の数（全国平均）は次の図表の通り、入所は極めて少なく、支援制度を利用しながら家族と地域の中で生活している。



障がい者種別	入所 (%)	在宅 (%)
身体障がい者 (児)	2%	98%
精神障がい者 (児)	12%	88%
知的障がい者 (児)	23%	77%

(上)表13 障害者の在宅率

(左)図7 障害者の入所・在宅数の割合

(2) 「茨城型地域包括ケアシステム」

茨城県も2016年に「茨城型地域包括ケアシステム推進マニュアル」を
発表し、下記のように包括ケアを推進してきたはずである。

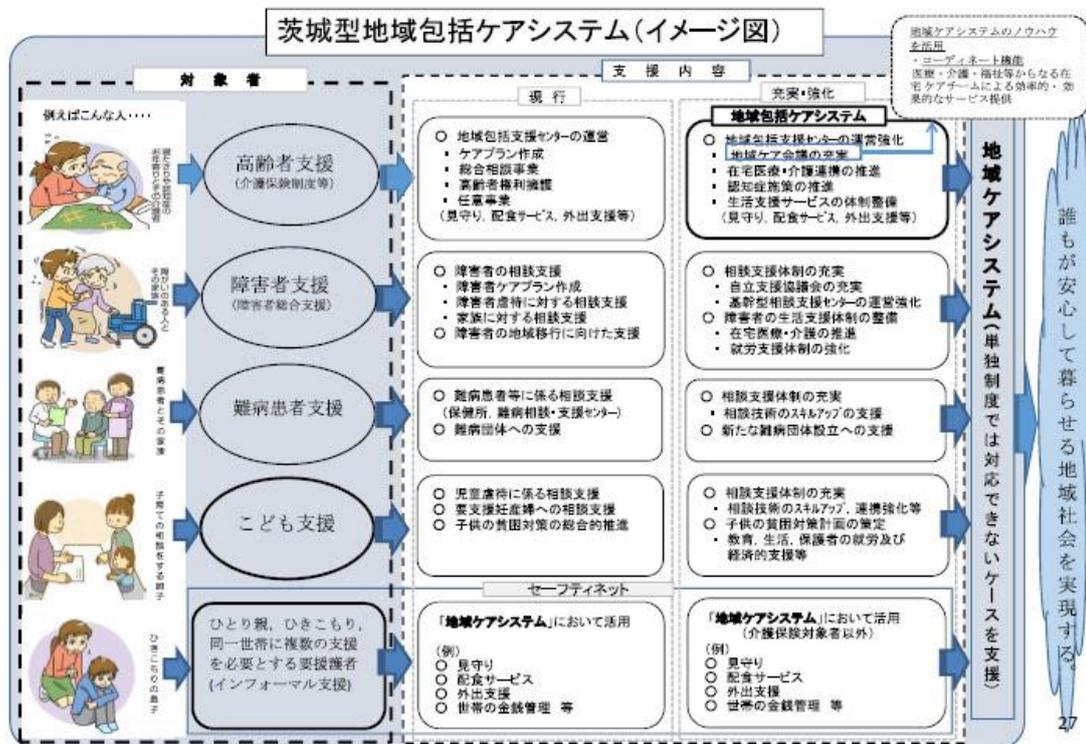


図8 茨城型地域包括ケアシステム(イメージ図) 茨城県

茨城県の「茨城型地域包括ケアシステム推進マニュアル」では、

「これまでの全市町村共通の統一的な取組から、今後は、市町村の実情に応じた取組が可能な仕組みの構築が重要になってくるものと考えております。そこで県では、これまで取組んできた『地域ケアシステム』のノウハウである『コーディネート機能』や『多職種協働による支援機能』

を有効に活用し、それらの機能を一層強化するとともに、市町村の実情に応じた主体的な取組を可能とした「茨城型地域包括ケアシステム」を構築することを目指しています。・・・本マニュアルを通じ、それぞれの市町村において、相談・支援体制のあり方などについて関係者間で活発な議論がなされ・・・」（甲G 270号証）

としている。

茨城県は2014年には「障害のある人もない人も共に歩み幸せに暮らすための茨城県づくり条例」を制定した（甲G 271号証）。茨城県はこのような政策からしても、在宅障害者の避難について積極的に関与しなければならないはずである。

しかし茨城県は、第3の1で述べたように、障がい者のグループホームや生活介護まで行う福祉作業所（就労支援）、障害児通所施設を避難計画を策定すべき「社会福祉施設入所者」から除外した。在宅要支援者名簿から漏れないように市町村に要請することも、介護・介助を実際に行っている事業所に協力をお願いすることもしていない。まして障害者当事者にも障害者団体との協議はおこなわれていない。

（3）国連障害者権利委員会からの「総括所見」

わが国は国連障害者権利条約批准後、2016年に国内法整備に関する最初の報告書を国連に提出した。この日本政府報告に対して昨年2022年国連障害者権利委員会より「総括所見」（甲G 272号証）が示された。その中で災害時の障害者について次のような「懸念」を表明している。

- (a) 災害対策基本法において、合理的配慮の否定を含む、障害者のプライバシー及び無差別の権利の保護が限定的であること。
- (b) 危険な状況や人道上の緊急事態における避難所や仮設住宅の利用の容易さ（アクセシビリティ）の欠如。
- (c) 地震や原子力発電所の災害に関するものを含む、防災や気候変動緩和に関する過程の計画、実施、監視、評価について障害者団体との不十分な協議。
- (d) 知的障害者に対する緊急警報制度の利用の容易さ（アクセシビリティ）の確保を含む、危険な状況、災害、人道上の緊急事態について、情報の利用の容易さが限定的であること。

(e) 熊本地震，九州北部豪雨，西日本豪雨，北海道胆振東部地震における「仙台防災枠組 2015-2030」⁸の実施の欠如。

その上で，緊急事態における合理的配慮を含めて障害者の権利を強化するための災害対策基本法の改正をはじめとする6点の「勧告」をしている。

また，全ての差別的な法規定・政策を廃止し，全ての障害者が，法律の前にひとしく認められる権利を保障するために民法を改正することも勧告している。

(4) 要支援者は「入院・入所者」3万人だけではない

ア 茨城県の避難計画は，入院・入所者だけの避難計画

しかし，「包括ケア」を推進してきたはずの茨城県の保健福祉部が中心となっていてすすめている「医療機関・社会福祉施設の避難計画」とは，「入院・入所者の避難計画」でしかない。マスコミも表面的にそれを取り上げている（前掲，甲G250号証）。

茨城県による表2（29頁）を要約すると表14の通りで，医療・福祉関係の要支援者は3万人程度であるかのような錯覚をしてしまう（後述77頁で述べるように約5万人にのぼる）。

分類		施設数	人数
入院・入所	医療機関	119	約12,000人
	高齢者福祉施設	439	約17,000人
	社会福祉施設	47	約2,500人
	(入院・入所計)	605	約3万人

表14 茨城県 病院入院者・社会福祉施設入所者の避難計画に係る状況(表2)の要約

⁸ 2015年仙台市で開催された「第3回国連防災世界会議」で成果文書として採択された4つの優先行動と7つのターゲットの合意文書。36. (a) iiiで「障害者及び障害者団体は，特に，ユニバーサルデザインの原則に沿った災害リスク評価や，具体的要件に適合する計画の立案及び実施において重要である」としている。

イ 「訪問看護」・・・住民の身近なところで地域の一次医療を担い、訪問看護を行う一般診療所(クリニック・医院)、訪問看護ステーションがある。

上記茨城県による表2の原子力災害重点対策区域で避難計画策定を求めらるるとして取り上げられている医療機関「119」の内訳は「病院が70、診療所は48」である。「診療所48」は入院ベッドのある「有床診療所」のみの数である。

「診療所」⁹は医療法の呼び名であるが、身近にある「クリニック」のことであり、原子力災害重点対策区域14市町村には、有床診療所と一般診療所あわせて「505の診療所」があり(甲G295号証 診療所一覧)、住民に身近で日常の病気や健康、療養に細やかに対応している。

地域の病院・診療所(クリニック)は入院患者、外来患者の診療だけでなく、自宅に医師や看護師を派遣して診察・治療を行う「訪問看護」(訪問診療)で、「地域の一次医療」を担っている。下記表15にまとめたとおり、診療所による訪問介護は428におよび、地域の住民の身近で訪問看護を担っているのは圧倒的に「診療所」(クリニック)である。さらに、訪問看護ステーションも96ある(以上、甲G296号証 訪問看護事業者一覧)。

以上をまとめたものが表15である。

医療機関(14市町村)	東海村	日立市	ひたちなか市	那珂市	水戸市	大洗町	茨城町	常陸太田市	城里町	高萩市	常陸大宮市	笠間市	鉾田市	大子町	(計)
医療機関数(合計)	18	92	83	28	226	8	14	18	7	17	19	35	13	4	582
1) 病院 施設数	8	14	6	4	26	2	2	4	1	4	2	3	0	1	77
一般病院	2	12	6	3	25	1	2	4	1	3	2	2	0	0	63
精神科病院	0	2	0	1	1	1	0	0	0	1	0	1	0	1	8
2) 診療所 施設数	10	78	77	24	200	6	12	14	6	13	17	32	13	3	505
有床診療所	1	5	10	5	15	0	1	6	0	1	2	2	0	2	50
一般診療所	9	73	67	19	185	6	11	8	6	12	15	30	13	1	455
3) 訪問看護 実施施設数	13	77	82	32	222	9	17	20	7	17	15	37	12	8	568
病院からの訪問看護	1	7	3	3	16	1	1	2	0	2	2	3	1	2	44
診療所からの訪問看護	9	59	63	24	169	7	13	15	7	10	12	26	10	4	428
訪問看護ステーションからの訪問看護	3	11	16	5	37	1	3	3	0	5	1	8	1	2	96

表15 在宅の「訪問看護」を担う診療所やステーション(原告調べ 甲G298号証より転記)

訪問看護ステーションは、自宅に医師や医療専門職、ケアマネージャーなどと連携して地域で暮らす赤ちゃんから高齢者までの在宅ケアサービスを提供している。

⁹ 医療法では「病院」は20人(病床)以上の患者が入院する施設。「診療所」は19人以下の患者が入院する施設または入院施設を持たない医療機関。

ウ 医療従事者は1万4千人を超える

この入院・外来・訪問看護を含めて、30km圏内14市町村には約1万4千人超の医療スタッフ（事務職を除く）が従事している（表16にまとめ）（医師1,823人、看護師9,312人、准看護師2,713人、保健師469人、助産師238人。日本医師会甲G300号証をもとに甲G298号証へまとめ）

医療従事者数	東海村	日上市	ひたちなか市	那珂市	水戸市	大洗町	茨城町	陸太田	城里町	高萩市	陸大宮	笠間市	鉾田市	大子町	(計)
医師数	41	307	195	53	687	14	121	37	8	40	45	235	22	18	1,823
病院医師数	30	213	103	25	439	6	108	16	2	21	26	203	8	13	1,213
診療所医師数	11	94	92	28	248	8	13	21	6	19	19	32	14	5	610
看護師・保健師数	431	2,337	1,264	494	4,336	133	775	372	110	401	407	1,265	224	183	12,732
看護師	383	1,705	914	309	3,303	64	663	178	46	236	288	1,050	96	77	9,312
准看護師	30	499	244	161	787	59	102	174	56	125	102	171	106	97	2,713
保健師	17	98	70	22	130	9	10	19	8	16	17	24	21	8	469
助産師	1	35	36	2	116	1	0	1	0	24	0	20	1	1	238
医療従事者計	472	2,644	1,459	547	5,023	147	896	409	118	441	452	1,500	246	201	14,555

表16 医療従事者数(医師, 看護師等) (原告調べ 甲G298号証より転記)

エ 「高齢者在宅訪問介護」…14市町村では205の事業所が訪問介護を担う

在宅の高齢者の要介護者には、ホームヘルパー（訪問介護員）が利用者の自宅を直接訪問して、排泄、入浴、食事の介助などの「身体介護」や、調理、洗濯、掃除等の家事を支援する「生活援助」サービスが行われている。

「訪問介護」サービスを提供する事業所は14市町村に205あり、在宅の高齢者、特に独居老人は訪問介護によって支えられている（甲G297号証）。サービス別では1,000を超えるサービスを提供している（表17）。

介護サービス事業所	東海村	日上市	ひたちなか市	那珂市	水戸市	大洗町	茨城町	陸太田	城里町	高萩市	陸大宮	笠間市	鉾田市	大子町	(計)
1) 訪問介護サービス事業所	5	34	26	11	76	2	3	9	3	6	9	14	5	2	205
2) サービス種別ごとの事業所数	35	170	124	62	326	18	41	67	20	39	50	69	35	15	1,071
訪問介護（生活援助・身体介護）	4	32	20	12	76	3	6	9	4	6	9	14	4	2	201
訪問看護（主治医指示看護師医療行為）	2	8	11	5	23	1	4	2	0	4	2	7	3	2	74
通所介護（機能訓練・自立支援）	10	49	33	15	73	5	6	18	5	8	13	20	6	2	263
通所リハビリ（主治医指示によるリハビ）	1	7	10	6	11	1	5	5	2	3	4	4	4	2	65
訪問入浴	1	6	3	1	3	1	0	0	1	0	2	1	0	1	20
短期入所（ショートステイ）	4	14	10	6	31	3	5	6	2	3	9	5	4	2	104
居宅介護支援（支援調整）	13	54	37	17	109	4	15	27	6	15	11	18	14	4	344

表17 介護サービス提供事業所およびサービス別事業所数(原告団調べ 甲G298号証より転記)

オ 介護サービス従事者

介護サービス従事者は、14市町村に1万6千人がいる（表18）。

介護従事者	東海村	日立市	ひたちなか市	那珂市	水戸市	大洗町	茨城町	陸田	城里町	高萩市	陸大宮	笠間市	鉾田市	大子町	(計)
介護サービス従事介護職員数	439	1,913	1,418	813	3,442	345	717	888	238	345	749	971	468	333	13,079
介護サービス従事看護師数	45	184	157	85	349	34	94	62	29	34	88	88	52	36	1,337
介護サービス従事療法士数	9	58	87	64	162	6	50	25	15	24	40	36	37	13	626
介護支援専門員数	50	178	119	73	339	15	56	76	20	37	69	73	38	21	1,164
介護従事者総計	543	2,333	1,781	1,035	4,292	400	917	1,051	302	440	946	1,168	595	403	16,206

表18 関係14市町村の介護従事者数(原告団調べ 甲G298号証より)

カ 障害者の居宅介護・重度訪問介護など

障害者にあっても、自宅で入浴・排泄・食事の介護を受ける「居宅介護」、重度の障害者は自宅での生活から外出移動支援まで総合的に支援を受ける「重度訪問介護」などによって支えられている。

障害者について茨城県は「47の入所施設」の避難計画しか取り上げていないが、原告らの調べでは障害者への福祉サービス事業所は482施設に及ぶ（甲G294号証）。表の右側に各事業所がどのようなサービスを提供し、またそれを利用されている人の数を記載した。マップに落とすと下図のようになる。



図9 障害者(児)福祉施設と障害者(児)サービス事業所の分布(原告ら)

在宅で重度訪問介護・居宅介護，同行援護，行動援護サービスを受けている障害者は14市町村で5,000人を越えると推定される。支えるスタッフも2,000人を越えると推定される。

障害者への福祉サービスの体系は下記表19であるが，災害時の避難行動・避難生活には，重度障害者への重度訪問介護・居宅介護，視覚障害・聴覚障害を持つ場合は同行援護・行動援護（青枠）が重要となる。

障害福祉サービス等の体系（介護給付・訓練等給付）		
サービス内容		
訪問系	介護給付	居宅介護 者 児 自宅で、入浴、排せつ、食事の介護等を行う
		重度訪問介護 者 重度の肢体不自由者又は重度の知的障害若しくは精神障害により行動上著しい困難を有する者であって常に介護を必要とする人に、自宅で、入浴、排せつ、食事の介護、外出時における移動支援、入院時の支援等を総合的に行う（日常生活に生じる様々な介護の事態に対応するための見守り等の支援を含む。）
		同行援護 者 児 視覚障害により、移動に著しい困難を有する人が外出する時、必要な情報提供や介護を行う
		行動援護 者 児 自己判断能力が制限されている人が行動するときに、危険を回避するために必要な支援、外出支援を行う
		重度障害者等包括支援 者 児 介護の必要性がとても高い人に、居宅介護等複数のサービスを包括的に行う
日中活動系	施設系	短期入所 者 児 自宅で介護する人が病気の場合などに、短期間、夜間も含めた施設で、入浴、排せつ、食事の介護等を行う
		療養介護 者 医療と常時介護を必要とする人に、医療機関で機能訓練、療養上の管理、看護、介護及び日常生活の世話をを行う
		生活介護 者 常に介護を必要とする人に、昼間、入浴、排せつ、食事の介護等を行うとともに、創作的活動又は生産活動の機会を提供する
居住支援系	施設系	施設入所支援 者 施設に入所する人に、夜間や休日、入浴、排せつ、食事の介護等を行う
		自立生活援助 者 一人暮らしに必要な理解力・生活力等を補うため、定期的な居宅訪問や随時の対応により日常生活における課題を把握し、必要な支援を行う
訓練系・就労系	訓練等給付	共同生活援助 者 夜間や休日、共同生活を行う住居で、相談、入浴、排せつ、食事の介護、日常生活上の援助を行う
		自立訓練（機能訓練） 者 自立した日常生活又は社会生活ができるよう、一定期間、身体機能の維持、向上のために必要な訓練を行う
		自立訓練（生活訓練） 者 自立した日常生活又は社会生活ができるよう、一定期間、生活能力の維持、向上のために必要な支援、訓練を行う
		就労移行支援 者 一般企業等への就労を希望する人に、一定期間、就労に必要な知識及び能力の向上のために必要な訓練を行う
		就労継続支援（A型） 者 一般企業等での就労が困難な人に、雇用して就労の機会を提供するとともに、能力等の向上のために必要な訓練を行う
		就労継続支援（B型） 者 一般企業等での就労が困難な人に、就労する機会を提供するとともに、能力等の向上のために必要な訓練を行う
就労定着支援 者 一般就労に移行した人に、就労に伴う生活面の課題に対応するための支援を行う		

表19 障害福祉サービス等の体系

(5) 在宅で包括ケアを受ける要配慮者とそれを支えるスタッフ・事業所まで一体となった避難計画でなければならない

要配慮者および従事者をまとめたものが下表である（原告団まとめ）。

医療機関		医療機関(30km 圏内)		事業所	病床数	従事者(14 市町村)
		入院	在宅			
医療機関	入院	病院	病院 病床数	70	11,088	医療従事者約 14,500 人 (除く事務職) (医師 1,823 人, 看護師 9,312 人, 准看護師 2,713 人, 保健師 469 人, 助産師 238 人)
		有床診療所	診療所 病床数	48	686	
		入院 計		118	11,774 床	
在宅	在宅	○訪問看護	○病院・診療所	472		
			○訪問看護ステーション	96		
		訪問看護 計		568		

高齢者		高齢者(30km 圏内)		事業所	定員・利用者	事業所・従事者(14 市町村)
		入所	在宅			
高齢者	入所	高齢者福祉	介護老人保健施設	42	3,715	高齢者(入居)施設 432施設 在宅介護サービス事業所 1,071サービス 介護サービス従事者 約16,000人
			無料低額介護老人保健福祉施設	8	745	
		老人福祉	養護老人ホーム	7	520	
			特別養護老人ホーム	85	5,550	
			軽費老人ホーム	14	575	
			認知症高齢者グループホーム	106	1,872	
			有料老人ホーム	170	4,697	
		高齢者福祉施設入所者 小計		432	17,674 人	
在宅	在宅	○訪問介護	205	約 13,000 人		
		在宅訪問介護・看護利用者 小計			約 13,000 人	

児童・障害者		障害者等(30km 圏内)		事業所	定員・利用者	備考	
		入所・通所混在	在宅				
児童・障害者	入所・通所混在	保護施設	救護施設	2	170	生活保護法／身体・精神障害	
			母子福祉	母子・父子福祉センター	1	20	母子家庭・寡婦
		児童福祉施設	児童	乳児院(孤児)	2	58	入所
				母子生活支援施設(DV等)	3	61	
				児童養護施設(保護者なし)	11	415	
				児童心理治療施設	1	50	
				児童自立支援施設	1	44	
				○障害児通所支援施設	133	1,943	
		障害児	障害児	障害児入所施設	5	385	入所
				障がい者入所施設	27	1,643	入所
		障害者	入所	○障害者グループホーム	299	1,669	入所／県避難計画から除外
				○就労・居宅介護サービス		?	24h 重度訪問介護含む
社会福祉施設 小計		492	約 10,000 人				

在宅要支援者		要支援者名簿・個別避難計画	
在宅要支援者	在宅要介護	要介護3以上 ※14 市町村で施設入所を含めて要介護 3 以上約 19,000 人	<div style="border: 2px solid red; border-radius: 15px; padding: 10px; display: inline-block;"> <p style="color: red; font-weight: bold; font-size: 1.2em;">在宅要支援者</p> <p style="color: black; font-weight: bold; font-size: 1.2em;">要支援者名簿 個別避難計画</p> </div>
	障害者	身体障がい手帳 1・2級	
		療育手帳(知的障害者)	
		精神障害者保険福祉手帳 難病患者	
その他	独居等 ※14 市町村で独居高齢者約 4 万人		
在宅要支援者 小計			市町村による「要支援者名簿」作成および「個別避難計画」策定の努力義務化(2021 年災害対策基本法改定による) 「真に支援が必要な人を名簿登録すること」「個別避難計画は 2026 年までの 5 年間で策定」(内閣府)

表20 要配慮者とそれを支えるサービス・支援体制の詳細(原告まとめ)

※表20の出典 「茨城県保健医療福祉施設等一覧」(令和3年・4年)をもとにした施設一覧(甲G292～甲G295), および日本医師会統計資料2019年版(甲G300号証), 訪問看護・訪問介護一覧(甲G296号証, 甲G297号証)から原告ら作成。

表20を包括的に見ると結局下記のようなになる。

分類		施設数	入院・入所／サービス利用者	従事者
入院・入所	医療機関	119	約12,000人	医療従事者 約14,500人
	高齢者福祉施設	432	約17,000人	
	社会福祉施設	47	約2,500人	介護サービス従事者 約16,000人
	(入院・入所計)	598	約3万人	
在宅	訪問看護サービス	661	約3,000人	障害者サービス従事者 約2,000人
	訪問介護サービス	206	約13,000人	
	障害者福祉サービス	299	約5,000人	
	(在宅看護看護介助計)	1166	約2万人	

表21 患者・高齢者・障害者とそれを支える地域の医療・サービス・支援体制(原告まとめ)

茨城県による避難計画対象(29頁「表2」)は、左上の赤枠のみの計画であり、「在宅の要配慮者」の約2万人, そしてそれを支える医療従事者, 介護サービス従事者, 障害者サービス従事者の計画がまったく欠落している。

医療, 介護, 介助が入院治療や入所介護だけでなく, 地域で包括的に支えられている以上, 在宅の要配慮者と従事者とを合わせた避難計画が必要である(在宅の避難行動要支援者の数は第6で詳述する)。

さらに災害対策基本法で要配慮者とされる妊産婦・乳幼児約5万人を加えると30km圏内の「要配慮者」は合計10万人となる(下表)。

妊婦 乳幼児	要配慮者	備考	人数	安定ヨウ素剤・避難計画
	妊婦	(2020出生数より推計)	約6,200	
	乳幼児	6歳以下(県常住人口調査より)	約44,000	
	妊産婦・乳幼児 小計		約50,000人	

表22 妊婦・乳幼児の数(詳細は107頁, 表32)

(6) 原子力災害で在宅の高齢者、障害者は

通院している住民にとっては原子力災害で病院が避難・移転してしまうということは診療や薬の処方が断ち切られることになる。陽圧化病院の場合、入院患者は病院内に屋内退避して医療を継続することができるが、病院は閉鎖されることから、通院者は外来医療を受けることができなくなる。福島第一原発事故の際は、透析患者、出産間近の妊婦が最も困難に直面したとされる。腎不全の患者が透析を中止すれば数日～2週間以内に死亡する。一般の避難所でも処方箋の情報がないことから避難所での常用薬の処方ができなかったとされている。

在宅訪問介護を受けている高齢者にとってみると、ヘルパーさんが避難や屋内退避で、自宅に介護に来てもらえなくなるということは生活の維持が直ちに困難になる。家族が介護してくれればよいが、30km圏内の独居高齢者は4万人に及ぶ。自力で立つことや、自分1人での歩行は難しく、排泄や入浴も1人では困難で、着替え・食事といった動作に誰かのサポートを必要とする「要介護3以上」の人は1万9千人に及ぶ。地域ケアの包括性がなくなることは孤立することを意味している。一審被告のように「無理で無用な避難より屋内退避が有効」など一言で片付けられるようなものではない。

子どもを抱えるヘルパーや看護師らは自らの家族の避難を考えざるを得ないし、屋内退避が指示されれば訪問介護・訪問看護もできなくなる。半数以上の要介護者は自宅で生活しており、訪問介護・訪問看護サービスが途絶すれば家族のケアのみに集中することとなる。

第1で見たように、障害者には、寝たきりで必ず介護が必要な在宅の「重度障害者」がおり、また「視覚障害者」は避難に際しても同行援護、「聴覚障害者」も行動援護等が必要だが、こうした介助・支援ヘルパーも避難・屋内退避し、サービス事業所が閉鎖されれば、家族のみに負担が集中し共々孤立する。

発達障害の場合専用の手帳はない。発達障害があり、且つ「長期にわたり精神疾患があり、生活に制限が出ている」場合のみ精神障害者保健福祉手帳の対象となる。グレーゾーンの場合もあり、手帳申請をしていない場合が見られる。そのような場合、市町村では捕捉できず「避難行動要支援者名簿」から漏れることになる（南相馬での発達障害の子をかかえたシングルマザーのケースなど）。注意欠陥多動性障害（ADHD）や広汎性発達障害（自閉症、アスペルガー症候群）を持つ子の家族の場合、避難所に入ると迷惑をかけるという理由で、車中泊を重ねる場合も見られる。

(7) 5万人の要配慮者と3万人の医療・介護・介助スタッフ

(4) で見たように30km圏内では、地域の高齢者・障害者5万人を医療・介護・介助の面から支える約3万人の従事者がいる。

地域の包括ケアを推進している内閣府や茨城県は、こうした要配慮者およびそれを支える地域をトータルに捉えた避難計画でなければならないところ、病院・社会福祉施設の入院・入所者の避難計画の「策定率」と避難手段の確保をどうするかだけを主要な対象としている。

原発を動かそうとするならば、「在宅要支援者」の個別避難計画が「途上であったとしても、国及び地方公共団体が責務に従った対応を現に行っているのであれば、深層防護の第5の防護レベルに欠ける点があるとはいえない」（一審被告準備書面（1）42頁）ということにはならない。

国・内閣府は自然災害においても「誰一人見逃さないという重要な目標を達成するために」として在宅要支援者名簿に真に支援を必要とする人を登録し、個別避難計画の策定の義務化を法制化した。

県は「課題をひとつひとつつぶしていかないと実効性のある計画が出来上がらないと思っている。ひとつひとつ潰していきたい。時間的にどれだけかかるかわからないが支援していく」（東海第二地域防災協議会2018年5月第6回作業部会での県の発言、参加茨城町の職員の報告行政文書）と答えている。

第4で見たように「入院・入所者」の避難計画でさえまとまっていない。実際、この作業部会で県は「個別課題の具体的解決は不可欠。在宅要支援者把握、支援者確保、安定ヨウ素剤緊急配布は市町村が主体となって取り組んで欲しい」と要請するだけで、市町村に押しつけて、責務を放棄している。

要支援者の多くは在宅で地域の中で暮らし、多くのソーシャルワーカーが支えている以上、在宅要支援者の避難は介護・介助のワーカーと一体のものとして計画されていなければ、要支援者を孤立させ、生命・身体の危険をもたらす人格権の侵害が集中することになる。

原子力災害においては医療・介護に関わる従事者も近隣の支援者も、避難行動を支援する際の被ばくリスクを負うことからその作業基準や防護措置を含めて事前に決められていなければならないし、自然災害と異なって局地的でなく広範なエリアで同時に対応しなければならない特性からして、人員体

制や車両・介助器具等の資機材の整備は極めて困難である。

病院や社会福祉施設の避難計画で医師や看護師、スタッフが付き添って避難し、避難先でも医療を継続するのと同様に、在宅の要支援者2万人強と医療・介護・介助支援従事者3万人強が一体となって避難ないし屋内退避できる体制があるかという事は、人格権侵害に係る司法判断においては重要な判断要素となる。

(8) 原子力災害は人々を切り裂き、「地域包括ケア」も破壊する

自然災害は津波であれば沿岸部、洪水であれば河川流域、土砂災害であれば地盤の不安定な地点、地震であれば倒壊の怖れのある家屋からの事前避難や救助体制というある程度局地的な対応で早期避難や救助へ向かうことが可能である。

しかし、原子力災害は放射能がどこに到達するかわからず、さしあたって30km圏内を重点対策区域としてその地域が丸ごと面的にハザードマップとなり、しかも救助や介護・介助する救援者までもが一樣に被ばくリスクに晒されることから、社会的機能は麻痺する。介護・介助スタッフは自分の家族のために避難せざるを得ない場合、多くは介護者・介助者への自責の念を持ち続けている。

複合災害となれば、一審で紹介した福島県の請戸の浜のように、津波や地震で生存者の助けを求めらうめき声があっても、放射線による立入禁止区域で助けに行くことができなかつた消防団の無念を再び繰り返すこととなる。逃げ遅れたおじいちゃん・おばあちゃんの遺体をカラスが突ついている様子を、遠くから双眼鏡で見ているしかないという証言もあった。

福島県田村市で養護学校教員などを経て里山で暮らしていた武藤類子氏は人々を引き裂いていく原子力災害の本質を端的に語っている。

「3・11原発事故を境に、その風景に、目には見えない放射能が降りそそぎ、私たちはヒバクシャとなりました。大混乱の中で、私たちには様々なことが起こりました。逃げる、逃げない。食べる、食べない。子どもにマスクをさせる、させない。洗濯物を外に干す、干さない。畑を耕す、耕さない。何かに物申す、だまる。毎日、毎日、否応無くせまられる決断。安全キャンペーンと不安のはざままで、引き裂かれていく人と人とのつなが

り。地域で、職場で、学校で、家庭の中で、どれだけの人々が悩み悲しんだことでしょう。」(2011年9月19日スピーチより)

原子力災害は地域で培ってきた医療・介護・介助・支援という包括的なセーフティネットを破壊する。在宅の要配慮者は取り残され、家族と市町村に押しつけられている。原子力災害は地域を破壊し、人々の共助を破壊する。人格権侵害はこうした弱者とその家族のところに集中する。

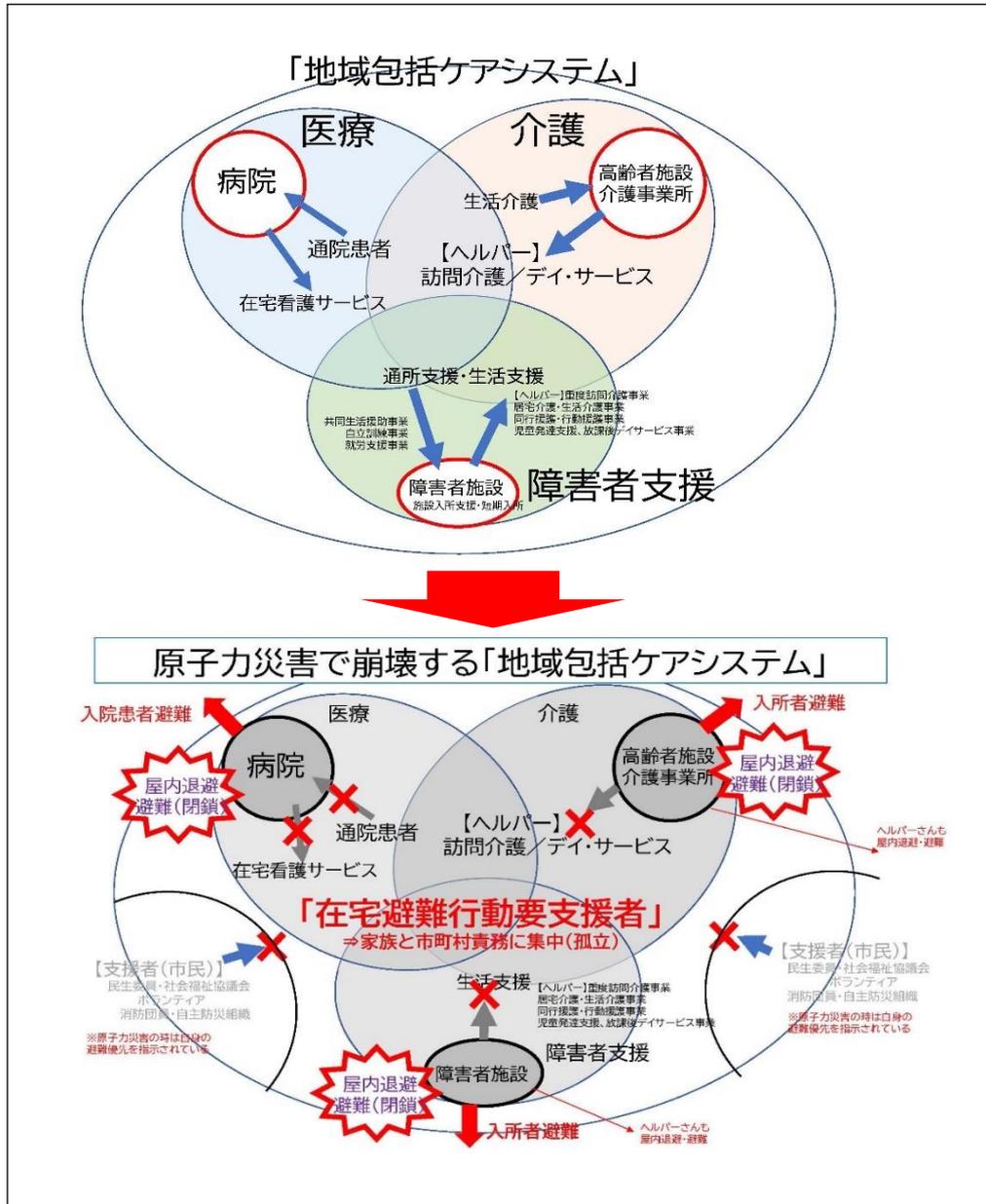


図10 原子力災害で崩壊する「地域包括ケアシステム」(原告ら)

(9) 小括

1. 高齢者・障害者の多くは、地域自治のしくみの中で、医療・介護・介助の包括的なケアの中で共に暮らしている。
2. 30km圏内の要配慮者は、県が避難計画策定を指示している入院・入所施設にいる3万人とは別に、在宅の高齢者・障害者が約2万人以上いる。そしてそれを支える看護・介護・介助のスタッフは3万人近い。
3. 在宅要配慮者は日常的に訪問介護や訪問看護、訪問介助サービスの支援を受けながら可能な限り自立的な生活をしている。その中には自力や家族だけでは避難が困難な要配慮者＝避難行動要支援者がいる。
4. 第3，第4で見たように、県の医療・介護・福祉の「避難計画」は入院患者，入所者の避難計画に留まっており，在宅の要配慮者，避難行動要支援者の避難体制の支援まで及んでいない。
5. 原子力災害は自然災害とちがって広範囲で被ばくリスクをもたらすことから，地域の中で包括ケアを支えている病院スタッフや介護ヘルパー等も屋内退避・避難を迫られ病院や介護・介助事業所も避難・閉鎖となり，この地域包括ケアの体制は崩壊する。近隣の支援者も被ばくリスクにより支援が制限される。
6. 入院・入所者であれば施設内にまとまっていてスタッフも付き添って避難が可能だが，地域で暮らす在宅の避難行動要支援者への対応は自然災害時でさえ難しい。これが市町村だけに押しつけられている。
7. 原子力災害は「地域包括ケア」を崩壊させ，その対応・支援は家族・市町村に集中する。行政が対応できなければ家族に負担が集中する。
8. かくして，原子力災害による人格権侵害は弱者にもっとも集中せざるを得ない。高齢者・障害者はこのような中で，避難しても，屋内退避しても孤立する。有害物質が住民に到達することを回避できる措置はそもそも無理である。

第5 在宅要支援者の緊急時対応は自然災害においてさえ不十分で整備がはじまったばかりであること

第4で見た通り、原子力災害は屋内退避であれ避難であれ、地域の包括的な医療や介護・介助の体制を崩壊させ、地域にいる弱者を孤立させる。地域社会の多くの人々によって担われてきたものを、「家族と市町村」に負担を集中させる。第5では市町村の「在宅要支援者への対応」について検討する。

(1) 避難行動要支援者名簿と個別避難計画策定の義務化への経緯

2011年の東日本大震災で、犠牲者のうち65歳以上の高齢者が約6割、障害者の死亡率は全体の死亡率の2倍に上った。また民生委員や消防職員・消防団員など支援者も犠牲になった。

この教訓を踏まえて2013年に災害対策基本法が改正され、市町村に避難行動要支援者名簿の作成が義務づけられた。

しかし、その後の災害でも高齢者・障害者が犠牲となった（高齢者の犠牲者の割合が令和元年台風19号災害で65%、令和2年7月豪雨で79%）。

この状況を受けて、中央防災会議のワーキンググループやサブワーキンググループで高齢者や障害者の避難のあり方が議論され、「令和元年台風19号等を踏まえた高齢者等の避難のあり方について（最終とりまとめ）」（甲G273号証）がとりまとめられ、避難行動要支援者名簿及び個別避難計画の制度面の改善が示された。

これを受けて、2021年5月、災害対策基本法が改正され、市町村に避難行動要支援者ごとに個別避難計画の作成が努力義務化されることとなった。

内閣府（防災担当）は同時に「令和3年通知」（前掲、甲G244号証）を発出し、「避難行動要支援者の避難行動支援に関する取組指針」（甲G274号証）を公表した。内閣府は指針で「市町村においては、災害時に、誰一人見逃さないという重要な目標を達成するため、この改訂した取組指針を活用し適切に対応いただきたい」と強い決意を示している。

そして内閣府は6月に「原子力災害に係る個別避難計画の作成等に当たっての留意点について」（甲G275号証）を発出して、「改正後の災害対策基本法においては、個別避難計画の作成の努力義務化等に係る規定が新設されたところであるが、当該規定は原子力災害についても適用され、法において

も必要な読替え規定が整備されたことから，原子力災害対策指針に定める原子力災害対策重点区域をその区域内に含む市町村は，避難行動要支援者名簿を作成している者につき，水害や津波・地震等に加え，原子力災害も想定した個別避難計画を作成するよう」，関係道府県防災主幹部長に通知した。

これを受けて茨城県も7月に関係市町村の原子力防災担当課長宛てに同名の通知（甲G276号証）を出して「(避難行動要支援者の個別避難計画)作成の推進に御配意願いますとともに，貴市町村の原子力防災担当課及び避難行動要支援者対策担当課において十分に連携し，御対応くださいますようお願い」する旨通知した。

茨城県は同年10月「茨城県避難行動要支援者対策推進のための指針」を改訂（甲G277号証）して各市町での個別避難計画策定の推進・支援を宣言している。

(2) 2021年法改正の意義

法改正は，第一に，本書面第1でも南相馬市や日弁連が提起していた，避難行動要支援者名簿情報提供の障害となっていた個人情報開示の壁についてようやく整理がなされ，避難行動要支援者の生命・身体を災害から保護するために必要な措置を実施するための名簿の位置づけが明確になり，本人の同意がなくても避難支援等関係者に名簿情報を提供できることが明記された（災対法第49条の10第2項）ことである。（「個別避難計画の作成」については本人の同意が必要）

第二に，これまで市町村内で縦割りとなっていた要支援者情報が市町村内で共有できるようになった。市町村長が県知事その他に要配慮者の情報提供を求めることができるようになったことで知事認可の難病患者等の情報も市町村が情報提供を求めることができるようになった。（同49条の10第3項，4項）これによって，本書面第1で障害者が求めていた「手挙げ方式」「同意方式」によらずに情報の集約がようやく可能となったことである。

第三に，要支援者の避難行動を支援する「支援者」「災害応急対策に従事する者」の安全の確保に十分配慮することが明記されたこと（同50条第2項）である。

(3) 「取組指針」のポイント

この法改正にもとづいて内閣府から発表された「取組指針」のポイントは以下の図がわかりやすい。

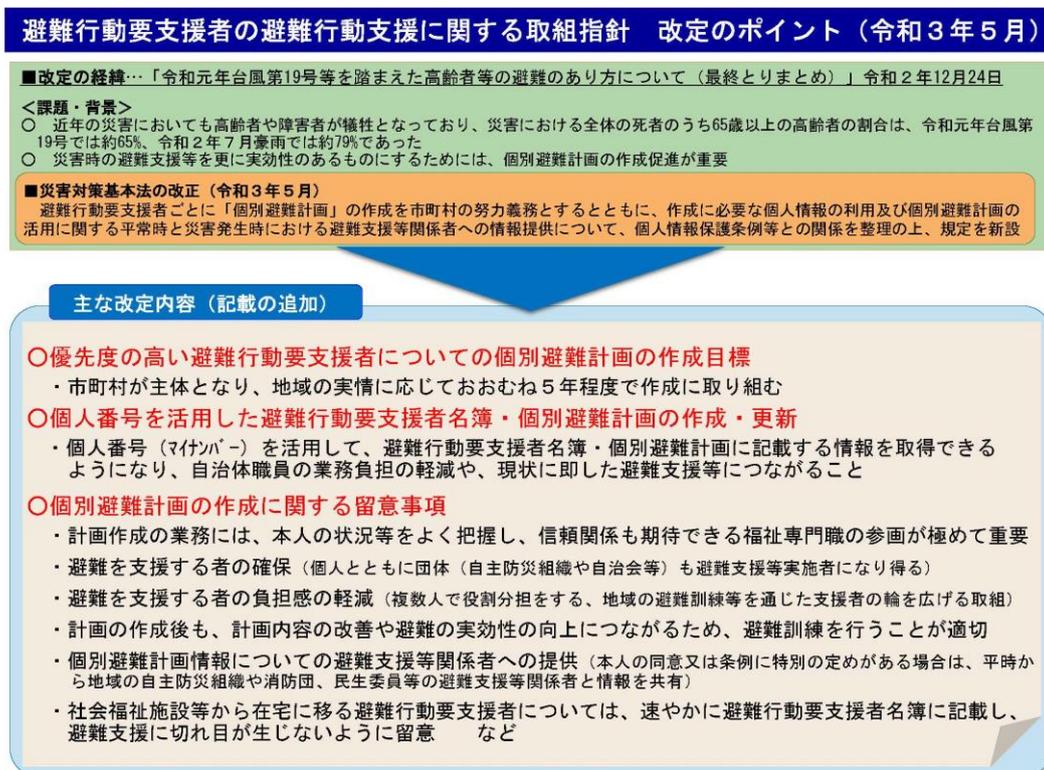


図11 避難行動要支援者の避難行動に関する取組指針改定のポイント(内閣府)

「取組指針」で特に重要なのは、

第一に、優先度の高い要支援者の「個別避難計画」を5年以内、すなわち2026年までに作成することと作成期限の目標を示している点である。

第二に、名簿情報の外部提供に係る特例措置や、個人情報の庁内連携、市町村内の情報授受に係る条例の改正を指示し、さらに地域防災計画に定める必須事項を明記していること。

第三に、共有できるようになった情報をもとに、要支援者名簿や個別避難計画「更新」をして実効性のあるものにすることを指示している点。

第四に、名簿作成にあたって、形式的に名簿に登録するのではなく、真に「自ら避難することが困難な者で、その円滑かつ迅速な避難の確保を図るために特に支援を要する者」を漏らさず拾い上げることを指示している点。

第五に、個別避難計画の作成は、市町村が主体となって実効性ある計画とするため、地域防災の担い手だけでなく、本人の心身の状況や生活実態を把握している福祉専門職や地域の医療・看護・介護・福祉などの職種団体、企業等、様々な関係者と連携して取り組むことが必要と強調され、さらに地域調整会議で関係者の間での情報共有と調整を行うことを求めていること。

第六に、避難支援者について、日常から避難行動要支援者と関わる者や、高齢者や障害者等の多様な主体の参画を促し、実効性ある避難支援を計画するために、地域に根差した幅広い団体の中から避難支援者を決めることを促していること。

第七に、個別避難計画の情報（要介護認定、障害者手帳、難病、医療機器装着、立つことや歩行が困難、音が聞こえない、目が見えない、言葉や文字の理解がむずかしい、危険を判断できない、認知症等）が、避難先の責任者に引き継がれることを明記していること。

第八に、福祉避難所への直接の避難を促進することが指示されていること。などである。

「原子力災害」への対応については、2021年6月の内閣府の通知があり、避難行動要支援者ごとの個別避難計画の中の特記事項に追記する事項の例、および個別避難計画策定にあたって一般防災部局と原子力防災部局との十分な連携が指示されている。しかし、原子力災害の特異性と対応の特性を踏まえた具体的な対応の指示はされていない。

たとえば、要支援者の避難行動を支援する支援者の防護措置や被ばく限度基準とその特定方法、支援者の要支援者の状態に応じた介護・介助の訓練、広域避難における長距離・長時間移動中の支援の在り方、屋内退避している要支援者への支援の介護・介助・食料等の支援についてなどが具体的に示されていない問題が残ったままである。

（４） 東海第二地域での取組状況

ア 東海第二地域原子力防災協議会作業部会

一審被告が自らも参加し、「緊急時対応が具体的かつ合理的なものとなるよう幅広く検討が行われている」（一審被告準備書面31および42頁）と

主張している「東海第二地域原子力防災協議会作業部会」は、2021年5月に災害対策基本法改訂で在宅要支援者の個別避難計画策定が努力義務となり、同年6月にその原子力災害への適応の通達を出しているにもかかわらず、2020年10月（第10回）開催以後、第11回が開催されたのは1年半ぶりの2022年3月だった。しかもわずか45分のテレビ会議で、内閣府から「緊急時対応の確認事項」が説明されて、「情報整理等を順次すすめていく」旨の説明があったとされるだけで、2021年災害対策基本法改正に伴う避難行動要支援者の個別避難計画策定についてなど議題にも話題にも上がっていない（甲G278号証）。

イ 内閣府および茨城県による「避難行動要支援者取組指針」と原子力災害への適用

茨城県は前述のように2021年災害対策基本法改正後に内閣府からの通知を関係市町村に通知した。また同年10月に「茨城県避難行動要支援者対策推進のための指針」を改訂して市町村に避難行動要支援者名簿の整備、個別避難計画策定の取組を推進するよう指示している。

他方、2022年5月に「茨城県地域防災計画」を改訂したが、新型コロナウイルス感染症対策を考慮した避難所運営マニュアル・指針の防災計画への盛り込みが中心で、災害対策基本法改正に係る改訂は、避難行動要支援者状況把握の条項に、「避難行動要支援者を適切に避難誘導し」（改訂前）を「避難行動要支援者名簿及び個別避難計画に基づき避難行動要支援者を適切に避難誘導し」（改訂後）に改訂したのと、在宅要配慮者に対する安全確保対策の条項に「避難行動要支援者名簿を効果的に利用し」（改訂前）を「避難行動要支援者名簿及び個別避難計画を効果的に利用し」（改訂後）に改訂しただけである。

内閣府「避難行動要支援者の避難行動支援に関する取組指針」で「地域防災計画において定める必須事項」と指示された、避難行動要支援者の範囲及び作成の進め方、避難支援等関係者、個別避難計画作成に必要な個人情報及び入手方法、個別避難計画の更新に関する事項、個人情報漏洩を防止する措置等については改訂されていない。

同じく、「茨城県地域防災計画（原子力災害対策編）」は2023年1月に改訂されたが、避難所面積を一人当たり「通路を含めて3㎡以上とする」（実質一人当たり2㎡）と改訂しただけで、避難行動要支援者に係る対応の

改訂はまったくなされていない。

ウ 関係市町村における避難行動要支援者名簿・個別避難計画の整備状況

災害対策基本法改正に伴う「個別避難計画」策定が市町村レベルで進んでいるのかという以前に、市町村の「避難行動要支援者名簿」のこれまでの状況について述べる。

災害対策基本法改正前（個別避難計画が努力義務となる以前）の2019年、茨城県は「原子力災害時における避難行動要支援者への対応について」という文書を市町村に示している（甲G279号証/次頁・次々頁に抜粋）。

この文書では14市町村すべてで「避難行動要支援者名簿」が作成されていることになっている。「個別避難計画」は全部作成・一部作成・未作成に分かれている。県が下線を引いているように、個別避難計画策定にあたって「原子力災害や広域避難は想定されていない（令和元年6月1日現在）」のが現状とし、

県は、

- (1) 先進事例の紹介や助言を行うなどして市町村の避難計画策定の取組を支援していく
- (2) バス協会、ハイヤー・タクシー協会、社会福祉協議会に災害時の福祉車両の協力を依頼する。福祉車両が手配できるまでの間、屋内退避できるように放射線防護対策をすすめていく

市町村は、

- (1) 現状の個別計画での対応には、原子力災害や広域避難を想定していないので、想定を検討する必要がある

とし、対応策として

個別計画の作成状況や避難支援等関係者との協力体制の状況等を鑑みながら、福祉担当部局と連携し、民生委員、自治会、その他避難支援等関係者に対して、協力をお願いしたい場面や限度を明示して理解を求めていく

「避難支援関係者の協力場面と限度」について「避難支援等関係者本人又はその家族の生命及び身体の安全確保が大前提」として、那珂市の対応をアレンジして次のような例を明示している。

（協力の内容）一時集合所までの誘導

（限度）困難な場合には、避難行動要支援者の情報を行政に引き継ぎ、自身の避難

資料2

令和元年12月24日
茨城県福祉指導課・原子力安全対策課

原子力災害時における避難行動要支援者への対応について

1 現状

避難行動要支援者名簿 (根拠：災対法)		個別計画 (根拠：取組指針(内閣府))		
作成済	作成中	全部作成済	一部作成済	未作成
水戸市		水戸市	日立市	鉾田市
日立市		ひたちなか市	常陸太田市	茨城町
常陸太田市			高萩市	城里町
高萩市			常陸大宮市	
笠間市			笠間市	
ひたちなか市			那珂市	
常陸大宮市			大洗町	
那珂市			東海村	
茨城町			大子町	
鉾田市				
大洗町				
城里町				
東海村				
大子町				

※全部作成済は、個別計画の作成が必要な要支援者全ての人について個別計画が作成済となっている市町村。
※一部作成済は、個別計画の作成が必要な要支援者のうち一部の人について個別計画が作成済となっている市町村。(段階的に作成中)
※原子力災害や広域避難は想定されていない。(令和元年6月1日現在)

2 県の対応

(1) 個別計画の策定支援

- ・「茨城県避難行動要支援者対策推進のための指針」を作成し、個別計画の策定を支援。
- ・会議等の機会を通じて先進事例の紹介や助言を行うなどして、市町村の取組を支援していく。

(2) 避難手段の確保

- ・バス協会、ハイヤー・タクシー協会、社会福祉協議会に災害時の協力を依頼。引き続き具体的な対応(要請の手順、資機材の受渡し等)を協議していく。
- ・また、福祉車両が手配できるまでの間、屋内退避できるよう放射線防護対策を進めていく。

3 市町村の対応

(1) 個別計画における原子力災害時の対応を明確化

- ・現状の個別計画での対応には、原子力災害や広域避難を想定されていないため、想定を検討する必要がある。



表23 (甲G279号証) 原子力災害時における避難行動要支援者への対応について(茨城県)より1頁目

○対応案：避難支援等関係者の役割の明確化及び理解醸成

個別計画の作成状況や避難支援等関係者との協力体制の状況等を鑑みながら、福祉担当部局と連携し、民生委員、自治会、その他避難支援等関係者に対して、協力をお願いしたい場面や限度を明示して理解を求めていく。

【例】※避難支援等関係者本人又はその家族の生命及び身体の安全確保が大前提
※那珂市の対応をアレンジしたもの

緊急事態区分等	協力の内容	
	PAZ	UPZ
警戒事態	安否確認	安否確認
施設敷地緊急事態	一時集合所までの誘導 困難な場合には、避難行動要支援者の情報を行政に引き継ぎ	屋内退避の支援
全面緊急事態	自身の避難	自身の屋内退避
OIL2 の場合	—	一時集合所までの誘導 困難な場合には、避難行動要支援者の情報を行政に引き継ぎ、自身の避難
避難後	避難所における容態確認	

表24（甲G279号証）原子力災害時における避難行動要支援者への対応について(茨城県)より 2 頁目

原子力災害では支援者の放射線防護上、「避難支援等関係者本人又はその家族の生命及び身体の安全確保が大前提」として、避難行動要支援者への「一時集合場所までの誘導」支援が困難な場合は「情報を行政に引き継」いで、支援者自身は「自身の避難・屋内退避」をしてもらうと例示している。

避難行動要支援者への支援と支援者の被ばく防護のトレードオフ関係がここにも発生する訳だが、「行政に引き継ぐ」といった場合、実際には市町村職員が本当に要支援者の避難行動を支援できる体制があるのか、消防・警察・自衛隊の実働部隊が一斉に避難行動要支援者の避難行動を支援できるのか、その体制が最も重要な問題である。しかも行政職員はじめ実働部隊の被ばく線量限度基準や防護装備が整っているのか。

体制の問題で言えば、まず避難行動要支援者名簿に登録された要支援者が何人いるのか、近隣住民の協力が困難な場合行政職員が災害発生時に何人ここに対応できるのか、消防・警察・自衛隊がここにさける人員数は何人かが重要になる。

「個別避難計画」カード（前掲、甲G277号証82－83頁）の「避難支援等実施者」の欄は複数人で対応することになっているが、原子力災害で

個別避難計画（様式例）

※地域の実情に応じて必要な場合は項目等を追加すること。

氏名 ※児童の場合は（）で保護者の氏名を記入			
生年月日		年齢	
住所又は居所			
性別	男・女	電話番号	
携帯番号		FAX番号	
メールアドレス			
同居家族等			
避難場所	名称		
	住所		
緊急時の連絡先①	フリガナ		
	氏名(団体名)		
	住所		
	連絡先	電話1: メールアドレス: その他:	電話2:
緊急時の連絡先②	フリガナ		
	氏名(団体名)		
	住所		
	連絡先	電話1: メールアドレス: その他:	電話2:
避難支援等実施者情報①	フリガナ		
	氏名 (団体名及び代表者)		
	住所		
	連絡先	電話1: メールアドレス: その他:	電話2:
避難支援等実施者情報②	フリガナ		
	氏名 (団体名及び代表者)		
	住所		
	連絡先	電話1: メールアドレス: その他:	電話2:

※これは例であり、地域において様式に記載すべき事項を検討した上で、各市町村において様式を作成し、利用すること。

※特に記載が必要な内容事項がない場合「なし」や「-」と記載等することです。

表25 「個別避難計画」カード様式例（茨城県）（甲G277号証より）

エ 市町村の「避難行動要支援者名簿」の状況

支援者および引き継がれる行政の体制がとれるかを検討する上では支援の対象が何人なのかの把握が前提である。そこで各市町村の「避難行動要支援者名簿」の状況を見る。

避難行動要支援者の数について、2019年に消防庁が発表した調査結果（甲G280号証/報道資料、及び甲G281号証/茨城県抜粋）と、共同通信社が2021年に調査した関係14市町村の表（茨城新聞 甲G282号証）から抜粋して下記に示す。

		—共同通信調査— (2/21茨城新聞)		——消防庁調査——					
	市町村	PAZ 〔人〕	UPZ 〔人〕	合計 a 〔人〕	避難者数 b 〔人〕	要支援者 の割合 a/b〔%〕	(全域の) 要支援者 C〔人〕	人口 d〔人〕 *	要支援者 の割合 c/d〔%〕
1	水戸市		3,634	3,634	270,000	1.3%	3,734	270,783	1.4%
2	日立市	1,085	8,372	9,457	176,000	5.4%	8,399	185,054	4.5%
3	常陸太田市		3,536	3,536	51,000	6.9%	3,669	52,294	7.0%
4	高萩市		1,277	1,277	28,000	4.6%	1,425	29,638	4.8%
5	笠間市		3,564	3,564	36,000	9.9%	8,161	76,739	10.6%
6	ひたちなか市	27	3,384	3,411	154,000	2.2%	3,596	155,689	2.3%
7	常陸大宮市		2,171	2,171	36,000	6.0%	4,899	42,587	11.5%
8	那珂市	37	1,406	1,443	54,000	2.7%	1,543	54,276	2.8%
9	鉾田市		282	282	14,000	2.0%	7,475	48,147	15.5%
10	茨城町		537	537	32,000	1.7%	5,435	32,921	16.5%
11	大洗町		225	225	17,000	1.3%	225	16,886	1.3%
12	城里町		963	963	19,000	5.1%	780	19,880	3.9%
13	東海村	146		146	38,000	0.4%	186	37,713	0.5%
14	大子町		4	4	200.0	2.0%	332	18,053	1.8%
	合計	1,295	29,355	30,650	925,200	3.3%	49,859	1,040,660	4.8%

表27（甲G280, 281, 282号証）東海第二地域要支援者数（共同通信2021調査, 消防庁2019年調査）

共同通信社による30km圏内14市町村の在宅の避難行動要支援者名簿に登録されている人数は約3万人である。

東海村の避難行動要支援者が146人、人口比が「0.4%」と他の市町村に比べて極端に少ない（低い）。

他の市町村を含めて、避難行動要支援者が適切に登録されているのかを次に検討する。

重点対策区域の主要な6市村の高齢者、障害者の基礎数値は下記の通りで（各市村の高齢者プラン、障害者プランより）、このうち「避難行動要支援者」の要件対象者を抽出した（黄色地①～⑥）。下段に2021年に共同通信社が調査した「避難行動要支援者数」を示す。

要配慮者／避難行動要支援者の基礎数値 (人口)		東海村	日立市	ひたちなか市	水戸市
	(人口)	38,357	175,884	158,225	269,343
高齢者	65歳以上人口 (高齢者率)	9,599 25%	57,031 32%	40,651 26%	71,542 27%
	高齢者独居世帯数 ①	1,028	8,900	4,997	11,734
	高齢者夫婦世帯数	1,690	-	7,786	14,104
	要支援・要介護認定者数	1,486	8,838	7,443	13,754
	うち要介護3以上 ②	615	3,124	2,563	4,890
障害者	身体障害者(手帳)	1,002	5,592	4,280	9,008
	うち1級・2級計 ③	512	2,945	2,225	4,563
	知的障害者(療育手帳)	303	1,614	1,149	1,926
	うち最重度マルA・重度A計 ④	134	717	527	940
	精神障害者(手帳)	262	1,246	936	1,565
	うち1級・2級計 ⑤	※	729	579	1,086
	精神障害通院医療 ⑤'	589	2,624	2,251	3,637
	指定難病者 ⑥	249	716	1,090	1,808
①～⑥(⑤'除)【合計】		2,698	17,131	11,981	25,021
(人口比)		7.0%	9.7%	7.6%	9.3%
⑤'版 160					
避難行動要支援者登録者数(共同通信2021)		146	9,457	3,411	3,634
(人口比)		0.4%	5.4%	2.2%	1.3%

表28 主要4市村の高齢者・障害者の数と避難行動要支援要件者数

各市村の「避難行動要支援者」登録要件は下記である。

(避難行動要支援者名簿に掲載する者の要件・範囲)

避難行動要支援者数	東海村	日立市	ひたちなか市	水戸市
高齢者	災害時に自力又は同居家族より基幹避難所へ避難することができない高齢者	65歳以上一人暮らしで自力避難困難者	65歳以上一人暮らし	75歳以上一人暮らし
要介護認定	—	要介護3以上	要介護3以上	要介護2以上
身体障害者	手帳1・2級	手帳1・2級	手帳1・2級	手帳1・2級
精神障害者	—	保健福祉手帳1・2級	保健福祉手帳1・2級	保健福祉手帳1・2級
知的障害者	—	最重度マルA・重度A	最重度マルA・重度A	最重度マルA・重度A
難病患者	×	×	○	市の支援を受けている難病患者
自治会等が支援の必要を認めた者	○	○	○	○
自ら掲載を希望した者	○	○	○	○
その他		緊急通報システム設置者	前号に準じる者	自力避難困難者

表29 主要4市村の避難行動要支援者 登録要件・範囲

なお、要件に挙げられている要介護や障害者等の介護レベル・障害レベルは下記である。

	区 分	状 態
要 介 護	要介護5	要介護4の状態よりさらに動作機能が低下していて、介護なしには日常生活を送ることができない状態
	要介護4	要介護3の状態に加え、さらに動作機能が低下し、介護なしには日常生活を送ることが困難な状態
	要介護3	日常生活でほぼ全面的な介護が必要となる状態。認知症では問題行動が起きる
身 体 障 害	身体障害1級	視覚障害では両眼視力の和 0.01 以下。肢体不自由では、両上肢機能全廃または手関節以上欠損、両下肢機能全廃または大腿 1/2 以上欠損、体幹機能障害で坐っていることができないもの。
	身体障害2級	視覚障害では両眼視力の和 0.02 以上 0.04 以下、両眼視野 10 度以内かつ視野損失率 95%以上。肢体不自由では両上肢著しい機能障害、両上肢のすべての指を欠くもの、一上肢上腕 1/2 欠損または機能全廃、両下肢著しい機能障害、両下肢下腿 1/2 以上欠損、体幹機能障害で坐位・起立保持困難、立ち上がり困難。
精 神 障 害	精神障害 1 級	精神障害の状態が、他人の援助を受けなければ、ほとんど自分の用を弁ずることができない程度のもの
	精神障害 2 級	精神障害の状態が、日常生活で著しい制限を受けるもの。必ずしも他人の助けを借りる必要はないが、日常生活は困難な程度。
知 的 障 害	知的障害最重度マルA	知能指数 20 以下。日常生活でのすべての作業または身の回りの作業以外に介護が必要なもの
	知的障害重度A	知能指数 21～50 以下。日常生活で介護が必要
指 定 難 病	指定難病患者	難病法によって指定された原因不明で治療が確立していない 57 の特定疾患の患者。潰瘍性大腸炎、パーキンソン病、全身性エリテマトーデス、クローン病ほか。腎臓病による透析患者もこの中に含まれる。小児慢性特定疾患は別途 11 の疾患が指定されている。

表30 介護・障害レベルの状況(厚労省)

東海村は2021年災害対策基本法改定後も依然として「手挙げ方式」である(甲G283号証)。身体障害者だけは「障害者手帳1級・2級」と要件を定めている様子である。また高齢者についても一律65歳以上を名簿登録するのではなく「災害時に自力又は同居家族により基幹避難所へ避難することができない高齢者」とし、要介護認定3以上対象要件もない。障害者についても他市とちがって登録要件はない。難病患者は除外されている。手挙げ方式なので自ら申し出た者、あるいは自治会が支援の必要を認めた者も入っている。

他市は、要件を明示しているが、やはり「手挙げ方式」であることから、本人が手を挙げない限り名簿には登録されない。したがって万単位の要配慮者が存在しても、避難行動要支援者は数千人に留まり、「災害時に誰一人見逃さない」(内閣府)ように「真に支援の必要な人」を名簿登録しているとは判断できない。

オ 内閣府による避難行動要支援者名簿策定の留意点

どのように「真に支援が必要な者」を拾い上げるか。

内閣府は「避難行動要支援者の避難行動支援に関する取組指針」（前掲，**甲G274号証**）で，災害時の避難支援等を実効性あるものとするには個別避難計画の作成が必要とする以前に，避難行動要支援者名簿に「掲載すべき者が掲載されないことを防ぐこと」と同時に「65歳以上であること」等避難能力に着目しない要件を用いて名簿を作成している場合には，避難能力や支援の要否について災対法で規定する避難行動要支援者の要件に該当しないものも名簿に記載又は記録（以下「記載等」という。）されていることが考えられるため，真に「自ら避難することが困難な者であって，その円滑かつ迅速な避難の確保を図るために特に支援を要するもの」を対象として避難行動要支援者の範囲を設定し，避難行動要支援名簿を精査し，個別避難計画の作成に取り組んでいくことが適当である」としている。

「避難行動要支援者名簿の作成」の項で，その範囲について

○高齢者や障害者等の要配慮者の避難能力の有無は，主として

- ①警戒や避難指示等の災害関係情報の取得能力，
- ②避難そのものの必要性や避難方法等についての判断能力，
- ③避難行動を取る上で必要な身体能力

に着目して判断することが想定されること（平成25年通知IV5（2）①ア）

また，要件の設定に当たっては，要介護状態区分，障害支援区分等の要件に加え，地域において真に重点的・優先的支援が必要と認める者が支援対象から漏れないようにするため，きめ細かく要件を設けること。

として例として

【自ら避難することが困難な者についてのA市の例】

生活の基盤が自宅にある方のうち，以下の要件に該当する方

- ① 要介護認定3～5を受けている者
- ② 身体障害者手帳1・2級（総合等級）の第1種を所持する身体障害者（心臓，じん臓機能障害のみで該当するものは除く）
- ③ 重度以上と判定された知的障害者
- ④ 精神障害者保健福祉手帳1・2級を所持する者で単身世帯の者
- ⑤ 市の生活支援を受けている難病患者
- ⑥ 上記以外で自治会が支援の必要を認めた者

を挙げている。

また高齢者・障害者等について人工呼吸器や酸素供給装置，胃ろう等を使用し，たんの吸引や経管栄養などの医療的ケアが日常的に必要な「医療的ケア児」等，保護者だけでは避難が困難で支援を必要とする障害児等も対象となりうる点に留意すること。

- 円滑かつ迅速な避難の確保を図るため特に支援を要するものかについては，同居家族の有無なども要件の一つになり得るものであること。ただし，同居家族がいる場合であっても，時間帯等によって一人となるケースや介護者が高齢者のみのケース，医療機器の装着等により同居家族だけでは避難が困難など，避難が困難な状況もあることから，同居家族がいることのみをもって避難行動要支援者から除外することは適切ではないこと。同様に，保護者と同居する障害児であっても，「保護者と同居していること」等の要件のみで避難行動要支援者名簿への掲載がされないことがないよう留意すること。

などを挙げている。

そのうえで，2026年までの5年間で優先度の高い避難行動要支援者の個別避難計画を策定することを目標としている。それにあたって「優先度を踏まえた個別避難計画の策定」（78頁）で，優先度を判断する際の基準を3つほど挙げている。

- ② ハザードマップ上，危険な場所に居住する者については，特に優先的に作成すべきである
- ③ 当事者本人の心身の状況，情報取得や判断への支援が必要な程度（人工呼吸器等の電源喪失が命にかかわる者については優先度を判断する際に事情に留意）
- ④ 独居等の居住実態，社会的孤立の状況。家族が高齢者や障害者等であったり，世帯に複数の避難行動要支援者がいたりする場合等，避難をともしにする家族の避難支援力が弱い場合，同居家族の一時的な不在や昼間独居など，避難行動要支援者本人が独り残されて被災する可能性がある場合は，優先度を判断する際に留意が必要。

カ 東海村の要配慮者と避難行動要支援者名簿

原告らが東海村の避難行動要支援者名簿策定に関わった職員にヒアリングしたところ、「個別に面談をして本人および家族の状況を確認した上で名簿を作成した」との回答を得た。

そこで、原告らは、東海村の「要配慮者」と「避難行動要支援者名簿」を比較した。

東海村の要配慮者			東海村要支援者名簿登録者	
高齢者	65歳以上人口	9,599		
	高齢者独居世帯数 ①	1,028	その他（独居等）	44
	要支援・要介護認定者数	1,486		
	うち要介護3以上 ②	615	要介護3以上+本人希望	80
	要介護5	124	要介護5	11
	要介護4	213	要介護4	9
	要介護3	278	要介護3	17
			その他本人希望	43
障害者	身体障害者（手帳）	1,002		
	うち1級・2級計 ③	512	身障者手帳1・2級+本人希望	18
	1級	352	うち1級	8
	2級	160	2級	7
			その他本人希望	3
	知的障害者（療育手帳）	303		
	うち最重度マルA・重度A計 ④	134	知的障害者	0
	最重度マルA	46		
	重度A	88		
	精神障害者（手帳）	262		
うち1級・2級計 ⑤	(160)	精神障害者	1	
1級	-			
2級	-			
精神障害通院医療 ⑤'	589			
指定難病者 ⑥	249	指定難病患者	0	
①～⑥（⑤'除）【合計】	2,698		143	
（人口比）	7.0%		0.4%	

表31 東海村の「要配慮者」と「避難行動要支援者名簿」登録者内訳

表31の左側は、「東海村高齢者福祉計画・介護保険事業計画（第8期）」（2021年3月）（甲G284号証）、及び「東海村障がい者プラン」（2021年3月）（甲G285号証）から東海村在住の高齢者、障害者の内訳を抽出した。

精神障害者の数は証拠に示されているが内訳がないため1級・2級の（160）という数字は推定である。

表31の右側は、2021年2月の試験研究炉に係る屋内退避・避難誘導計画の勉強会での「資料」として茨城県が提出した「東海・那珂地区の避難行動要支援者名簿内訳」（甲G286号証）の東海村の数字である。東海村は全域が対象区域なので、この数字が村としての「避難行動要支援者名簿」の実数となる。

表左側の要配慮者数の高齢者・障害者は施設入所者も含まれることに注意しつつ、しかし第4で見たように要介護者や障害者の多くは在宅で地域で暮らしていることを踏まえて比較する必要がある。

表右側で一人暮らしの高齢者は1,028名いるが、避難行動要支援者名簿では44名しか登録されていない。介護なしには日常生活を送ることができない寝たきりの要介護5の高齢者は124名いるが、避難行動要支援者名簿は11名。身体障害者手帳1級の方は352名いるが、避難行動要支援者名簿では8名。精神障害者は1名、知的障害者・指定難病患者はゼロである。

これらが、内閣府が留意すべき事項を踏まえながら個別面談をして「優先度の高い避難行動要支援者」を選定した結果なのか確認できなかったものの、本当に「真に重点的・優先的支援が必要と認める者が支援対象から漏れ」ていないか、同居家族がいることのみをもって避難行動要支援者から除外していないか、保護者だけでは避難が困難で支援を必要とする障害児等をきちんと対象としているのか等、多くの点で疑問が残る（迫って東海村への調査囑託申立を行う予定である）。

他方、日立市、ひたちなか市、水戸市は他市は内閣府が指摘するように、要件に基づいてリストアップした上で、「真に支援が必要な方かどうか」個別面談等で要支援者の状況の確認がしきれていない状況であることが伺われる。

第3回東海第二地域原子力防災協議会作業部会（2018年）において、内閣府が泊地域（北海道）の緊急時対応を説明し、要支援者は職員が個人ごとに聞き取りを行い避難車両に車いすが必要かストレッチャー対応の車が必要かを決定していった旨を説明した際に、東海第二の地元市町村からは「泊では

要支援者の人数が極めて少ないことから対応できたもので、東海第二地域では個人に聞き取りを行うことは相当困難である」との発言があったとされている。

ちなみに泊地域の在宅の避難行動要支援者数は8,938人。東海第二地域の在宅の避難行動要支援者名簿登録者は3万人である。

この時県は、第5（5）で紹介したように「課題をひとつひとつつぶしていけないと実効性ある計画が出来上がらない。一つ一つ潰していきたい。時間的にどれだけかかるかわからないが支援していく」と答えている。

2021年災害対策基本法改正によって個別避難計画が市町村の努力義務となっており、優先度の高い要支援者の個別計画を2026年までに作成することが目標となり、各市町村もその体制をとって整備をはじめているであろうが、相当の労力と時間がかかることが予想される。しかも、自然災害での個別避難計画を作成し、その上で、原子力災害時の支援対応の計画を追加しなければならない。

先にも触れたように自然災害時と違って原子力災害時には、民生委員、自治会、その他避難支援関係者は「避難支援等関係者本人またはその家族の生命及び身体の安全確保が大前提」として、要支援者の誘導が「困難な場合には、避難行動要支援者の情報を行政に引き継ぐ」ことが基本方針として示されている。そうすると「個別避難計画」には、原子力災害時には近隣支援者とは別に、支援すべき行政職員が配置されて記載されなければならない。相当の負担が市町村に発生する。市町村にここまで無理を強いてまで再稼働する権利が一企業にあるとは到底考えられない。

あらためて、新潟県の原子力災害時の避難方法に関する検証委員会検証報告書が「要配慮者の避難というのは原子力災害に限らず、自然災害でも解決されている問題ではない。そもそも自然災害における対策も十分にできていないにも関わらず、それよりも屋内退避か広域避難かの判断、長期間の避難など複雑な対応が求められる原子力災害への対応を、計画ができただけで十分であるとは判断できない」と指摘している点は重要である。

(5) 福祉避難所に直接避難の体制はあるか

第1および第4で見た通り、日常的に介護や介助してきたヘルパーも避難所に一緒に避難する体制はない。福島では、介護家族や障害者家族は、避難できない状況で在宅で孤立したり、避難所に到着しても「周囲に迷惑をかける」という理由で避難所に入れず、車中泊を続ける家族も多かった。

一審原告ら準備書面(1)でも述べたように、避難所の多くは学校の体育館であり、茨城県の避難所レイアウトには要支援者のための教室の確保は計画されていない。福島第一原発事故の際、福島県は授業再開を優先して高齢者や障害者など介護・介助の家族も含めて入れる教室の提供をしなかった。茨城県は原子力災害時の教室使用についてあらかじめ市町村教育委員会の了解をとることをしていないことから「要配慮者も体育館」というのが既定方針となっている。

従来、高齢者や障害者はいったん一般避難所に避難したあと、避難所責任者や、保健所から避難所に派遣された保健師や、災害派遣医療チーム(DMAT)や災害時健康危機管理支援チーム(DHEAT)が派遣されるが、要配慮者には民間の福祉専門チーム(DWAT)や精神障害者に対しては災害派遣精神医療チーム(DPAD)が派遣されて、彼らの判断で、「福祉避難所」への移転が検討されることになっている。東海第二地域の場合、避難先は広範で県内外の避難所は2千~3千か所以上に上ることから、すべての避難所に災害支援チームが入るのは非常に困難と考えられる。

2021年の災害対策基本法改正で、「福祉避難所への直接の避難について、・・・地域防災計画や個別避難計画等の作成プロセスを通じて、避難先である福祉避難所ごとに、事前に受入れ者の調整等を行い、避難が必要となった際に、災害の種別に応じて安全が確保されている福祉避難所等への直接の避難を促進していくことが適当である」ことがはじめて明示された。

内閣府はこれを受けて「福祉避難所の確保・運営ガイドライン」を改訂し、あらかじめ受入対象者を公示して「指定福祉避難所への直接の避難の促進」と「指定避難所の機能強化」を掲げた(甲G287号証)。

「福祉避難所の確保・運営ガイドライン」は、東日本大震災での高齢者・障害者の避難の困難を教訓に2015年に作られたものであるが、先に挙げた「令和元年台風第19号等を踏まえた高齢者等の避難に関するサブワーキンググループ(最終とりまとめ)」において福祉避難所の受入対象者をあら

はじめ特定して公示すること等について指摘を受けて、指定福祉避難所の受入対象者等の公示制度に係る災害対策基本法施行規則の改正（令和3年5月）を行って2021年に改訂されたものである。改定のポイントを下記図11に示す。

福祉避難所の確保・運営ガイドライン 主な改定のポイント（令和3年5月）

■改定の経緯
 「令和元年台風第19号等を踏まえた高齢者等の避難のあり方について（最終とりまとめ）」令和2年12月24日

<課題・背景>
 ○障害のある人等については、福祉避難所ではない避難所で過ごすことに困難を伴うことがあるため、一般避難所への避難が難しい場合があり、平素から利用している施設へ直接に避難したいとの声がある
 ○指定避難所として公表されると、受入れを想定していない被災者の避難により、福祉避難所としての対応に支障を生ずる懸念があるため、指定避難所としての福祉避難所の確保が進んでいない（令和2年現在9,072箇所）等

改定の趣旨 指定福祉避難所の指定を促進するとともに、事前に受入対象者を調整して、人的物的体制の整備を図ることで、災害時の直接の避難等を促進し、要配慮者の支援を強化する

主な改定内容（記載の追加）

- 指定福祉避難所の指定及びその受入対象者の公示（災害対策基本法施行規則の改正に伴う措置）
 - ・指定福祉避難所について、指定福祉避難所を指定一般避難所と分けて指定し、公示する
 - ・指定福祉避難所の受入対象者を特定し、特定された要配慮者やその家族のみが避難する施設であることを指定の際に公示できる制度を創設
 - ※「高齢者」、「障害者」、「妊産婦・乳幼児」、「在校生、卒業生及び事前に市が特定した者」など受入対象者を特定した公示の例を記載
 - 受入れを想定していない被災者が避難してくる懸念に対応し、指定福祉避難所の指定促進を図る
- 指定福祉避難所への直接の避難の促進
 - ・地区防災計画や個別避難計画等の作成プロセス等を通じて、要配慮者の意向や地域の実情を踏まえつつ、事前に指定福祉避難所ごとに受入対象者を調整等を行う
 - 要配慮者が日頃から利用している施設へ直接の避難を促進する
- 避難所の感染症・熱中症、衛生環境対策
 - ・感染症や熱中症対策について、保健・医療関係者の助言を得つつ、避難所の計画、検討を行う
 - ・マスク、消毒液、体温計、（段ボール）ベッド、パーティション等の衛生環境対策として必要な物資の備蓄を図る
 - ・一般避難所においても要配慮者スペースの確保等必要な支援を行う
- 緊急防災・減災事業債等を活用した指定福祉避難所の機能強化
 - ※社会福祉法人等の福祉施設等における自治体の補助金に対する緊急防災・減災事業債活用も可能に

図12 福祉避難所の確保・運営ガイドライン改正のポイント(内閣府)

「福祉避難所」は、高齢者、障害者、妊産婦、乳幼児その他特に配慮を要する方のための避難施設であるが、市町村長が国の基準にもとづいて指定する「指定福祉避難所」と、民間の社会福祉施設などと協定を結んで確保している「未指定の福祉避難所」がある。

国は未指定の避難所について、基準に適合する協定福祉避難所は指定避難所として指定して、個別避難計画で避難先とすることで必要な支援の準備を行えるように指導している。

しかし、この市町村長による福祉避難所の指定等は、局地的な災害に対応した福祉避難所の指定を想定しているもので、原子力災害は市町村及び県をも超えた広域の避難先となることから、避難先の市町村との協力・連携がなければ実現しない。ここにも大きな困難がある。一審原告ら準備書面（1）でも、避難先の自治体から福祉避難所について「現状では福祉避難所の想定は行っていない。避難行動要支援者の受入れはどこで行うのか？福祉避難所の開設は水戸市職員の配置をお願いしたい」との意見も出されている（一審

原告準備書面（1）109頁。

茨城県原子力安全対策課は、先行する2019年に「原子力災害時における福祉避難所（室）の確保の方策について（案）」（甲G288号証）で次のように関係市町村に提示していた。

- （1）「避難元市町村と避難先市町村が連携・協力して福祉避難所（室）を開設するために、必要な情報（使用する福祉避難所（室）の候補場所、仕様や設備等）について、避難元市町村と避難先市町村とで共通認識を図る」こと、
- （2）「段階的に、まずは県内避難先市町村から協議を進める。⇒具体的な進め方については、県・避難元市町村で個別打合せを行い、確保の方策や調整の時期等を協議します。」「県外避難先市町村の確保の方策については、内閣府とともに検討中」
- （3）さらに「UPZに居住する人工透析等により通院が必要な在宅患者で、屋内退避を継続することが困難な方」の対応方針は検討中とした。

2018年時点のハード面での「一般指定避難所」のバリアフリー状況は、避難先市町村全33のうち潮来市を除いてすべて「△」でバリアフリー化はほとんど対応できておらず、避難所での要配慮者への対応は、一部別室や特別教室を用意するというところもあるが、ほとんどは「個別対応」か「福祉避難所に移送」ということになっている。

参考資料に県内避難先市町村の福祉避難所の指定状況が示されているが、指定避難所は138カ所、未指定まで含めると全部で277カ所。具体的には高齢者施設（134）、障害者施設（37）、児童福祉施設（4）、その他の社会福祉施設（32）、特別支援学校（11）、小中学校・高校（23）、公民館（16）、公的宿泊施設（0）、その他（20）である。

茨城県においては、2019年以降、福祉避難所の確保策についての文書も協議も明らかにされておらず、2021年の災害対策基本法改正に伴う「福祉避難所の確保・運営ガイドライン」改正（内閣府）に対応した福祉避難所の整備や、要支援者の福祉避難所への直接避難の体制、指定福祉避難所と受入対象者の公示はなされていない。

受入対象者を特定して公示するということは、避難元の「避難行動要支援

者名簿」が確定してそのマッチングが行われて過不足等が明らかにされて調整されなければならない、県外避難先も多いことから相当の時間を要すると考えられる。この点でも県を超えた支援が必要なのは言うまでもないが、県外避難先に茨城県がその要請・調整を支援している様子は見られない。避難先自治体を割り振ったあとは避難元自治体まかせである。

一審被告が言う「国と、地方の実情に通ずる地方公共団体とが一体となって、避難計画の策定支援や広域調整」を行って「実効性を不断に向上させる上での法制や手続が整備されている」というにはほど遠い。

また、ハード面が整備されてもなお、第1で鈴木絹江氏が「たとえ福祉避難所でハード面が整っていても介助者はいないのです」と訴えていたように、福祉避難所には介護・介助する家族やヘルパーも一緒に避難できなければ意味がない。

(6) 難病患者への体制

ア 透析患者は避難先指定病院が指定されているか

腎不全の透析患者は週2～3回、1回につき4～5時間の人工透析を行う。透析を中止すれば数日～2週間以内に死亡する。

人口透析には透析装置（ダイアライザー：血液ろ過装置）の電源が必要で、かつ透析液とともに大量の水が必要で、地震などとの複合災害で停電や断水になれば透析治療はストップする。透析医療機関については、災害時には日本透析医会のネットワークで医薬品や機器、水不足などの情報収集がなされるが、原子力災害では区域の中への迅速な物資輸送は困難が予想される。

茨城県の資料によれば、30km圏内で身体障害者手帳1級を持つ透析患者は約3,000人とされる（甲G289号証）。県は東海村には約100人の透析在宅患者がいると推定している。東海村には人工透析を行う医療機関はなく、30km圏内では31の医療機関が行っている。外来透析専門病院は20となっている。

このうち2病院が内閣府からの補助金で陽圧化工事を実施して屋内退避で透析医療を継続することとしている（さくら水戸クリニック、勝田病院。いずれもひたちなか市）。しかし、通院している患者は生命に関わるので、いづれもひたちなか市が通過するかもわからない中、被ばくリスクを犯しても透析病院に行くことになる。

上記甲G289号証は令和元年（2019年）8月27日に茨城県が広域避難計画勉強会に提出したものであるが、そこには「在宅人工透析患者は、医療依存度の特に高い者であることから、医療機関が診療を継続しない等の場合、屋内退避を継続することにより、かえって健康リスクが高まってしまう」として、「屋内退避指示中、UPZ内で安全に屋内退避を継続することが困難な在宅人工透析患者（医療依存度の高い患者）は、安全に通院できるUPZ外に避難する」ことを提案している。

議事録も作らない単なる勉強会での県の（案）の説明にしか過ぎないが、UPZ内で屋内退避しているの透析患者約3,000人を優先的に、家族と同じ避難先に移転する移動手段の確保や、避難先避難所周辺の透析病院との調整は「今後の検討課題」にしかかっておらず、なんら具体的な見通しは示されていない。すでに4年が経っているがどのように具体的な確保や調整ができていいのかいまだに明らかにされていない（茨城県への調査囑託申立てを行う予定である）。

イ 人工呼吸器を装着したALS患者への支援体制

筋萎縮性側索硬化症（ALS）患者等、気管切開して人工呼吸器による呼吸管理を行っている方は、指定難病で「療養介護」を受けている。

「療養介護」は在宅での介護サービスなので、原子力災害でサービス事業所が閉鎖してしまえば、市町村の避難行動要支援しか残されておらず、ただ行政に引き継げばよいというだけでなく、特別な配慮や移動手段が確保されていなければならない。地震等で停電となった場合は人工呼吸器は予備の蓄電池に頼ることになることから相当の機器も用意された個別避難計画が策定されていなければならない。

東海村のALS患者で重度訪問介護を受けている方が昨年日立市の茨城キリスト教大学で講演されている（甲G290号証）。

ウ 難病患者はどこに・・・東海村の「手挙げ方式」

東海村には指定難病患者が249人いて、人工透析患者が100名近くいる。ALS患者で人工呼吸器を装着している方も指定難病者もいる。しかし

避難行動要支援者数は「ゼロ」である。

これはいったいどういうことか。皆、支援や避難先で透析機関を確保できなくても自力で解決できる状況だと要支援者が同意の上で、東海村が判断されているのか不明である（あらためて東海村への調査囑託申立てを行う予定である）。

国も「手挙げ方式」や「同意方式」によらず名簿作成ができるように災害対策基本法を改正した。しかし、東海村は依然として「手挙げ方式」で名簿を作成している。第 1 で紹介した障害者の鈴木絹江氏の訴えをあらためて引用する。

「要支援者の名簿づくりでは、災害時に助けに来なくていいという人たちだけを行政は把握してほしい。今の要支援者名は助けに来て欲しい人たちに手を挙げてもらうようにしていますが、それではどうしても抜け落ちてしまう人が出てきます。・・・だから今までとは違う逆手挙げ方式が必要だと思います。つまり、手を挙げなかった人はすべて助けに来て欲しいのだと役所は認識しておくことが必要だと思います。」

(7) その他の要支援者

ア 妊産婦・乳幼児の予防的避難はPAZ内のみ

第 2 で述べたように、原子力規制委員会は 2021 年に「原子力災害対策指針」を改正して、PAZ 内で全面緊急事態になる前の施設敷地緊急事態の段階で予防的に避難を実施する「施設敷地緊急事態要支援者」の対象に「妊婦等（妊婦、授乳婦、乳幼児及び乳幼児とともに避難する必要のある者）が追加された。

「乳幼児」とは 6 歳以下の子どもで、乳幼児がいる世帯は施設敷地緊急事態の段階で予防的避難をすることとなった。

PAZ 内（東海村全域、日立市・ひたちなか市・那珂市の一部）で、乳幼児数、およびその世帯数は情報が公開されていないことから、原告らが令和 3 年茨城県常住人口調査報告書から市町村別に集計すると下記のようなになる。

「東海村」に限ると妊婦約280人、乳幼児（6歳以下の子ども）は約2,100人、乳幼児とともに避難する必要のある者（家族）はおよそ4,400人となる（茨城県常住人口調査結果報告書2021年より）。

妊産婦・乳幼児（家族）	東海村	日立市	ひたちなか市	那珂市	水戸市	大洗町	茨城町	常陸太田市	城里町	高萩市	常陸大宮市	笠間市	鉾田市	大子町	（計）
妊婦の推定（2017-20平均）	283	935	1,096	329	2,073	75	162	226	74	147	175	425	227	49	6,274
乳幼児（6歳以下）	2,121	6,542	7,933	2,575	14,744	544	1,252	1,652	549	991	1,333	3,297	178	379	44,090
妊婦・乳幼児計	2,404	7,477	9,029	2,904	16,817	619	1,414	1,878	623	1,138	1,508	3,722	405	428	50,364
家族人数（夫婦+子1.43）	4,450	13,724	16,643	5,402	30,931	1,141	2,627	3,466	1,152	2,079	2,797	6,917	373	795	92,497

表32 14市町村の妊産婦・乳幼児数

日立市、ひたちなか市、那珂市のPAZエリアを加えると約5,000人強の妊婦・乳幼児家族の予防的避難が開始される。各家族単位で自家用車で避難すると仮定すると、車両台数はPAZ5km圏内から1,500台近い車が30km圏外脱出に動き出す。

イ 「園児・児童・生徒＝警戒事態で保護者に引き渡し」によって段階的避難は崩壊

30km圏内、PAZ・UPZの全幼稚園・保育園、小・中・高等学校は、「警戒事態」（震度6弱の地震発生など）で保護者に引き渡しが始まる。園、小中学校・高校の数および児童生徒数は下表のとおり約12万人である。詳細の表は原告団調べ甲G299号証に示す。

区分	幼保・学校	数	児童生徒数
保育	保育園、幼稚園 幼保連携、認可外保育、地域保育事業	331	30,204
小学校	国公立・私立	137	42,960
中学校	国公立・私立・中等教育学校	73	24,563
高校	国公立・私立	41	22,651
特別支援学校	国公立(知的・視覚・聴覚・肢体)	12	1,566
園児・小中高児童生徒 小計		594	121,944

表33 30km圏内、保育・14市町村の妊産婦・乳幼児数

警戒事態が発令された場合、親が勤めている場合は職場を離脱して園・学校に迎えに行くこととなる。少なくとも10万台の車が30km圏内に園・学校に向かって一斉に動き出すこととなる。

次頁図13は、原告らが保育園から高校までの園児・児童生徒数をマップ上に落とし、どの道路が渋滞するかを検討した図である

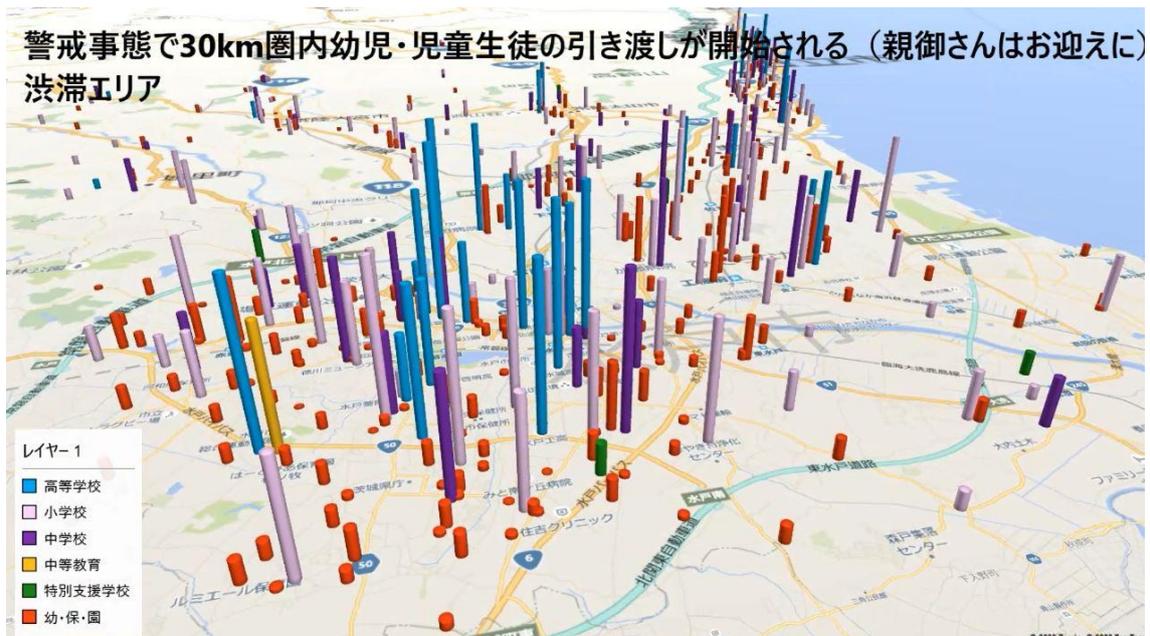


図13 園、小中高等学校の30km圏内分布(原告ら)

水戸の市街地はもとより、奥に見える日立市は地形の特性（沿岸の段丘から背後がすぐ山）から密度が高く、大渋滞となることが予想される。地震による発災の場合は道路や橋の損傷によっていっそうそれに拍車がかかることになる。

5 km圏PAZ内では、警戒事態で子どもの引き渡しを受けた家族は、指針に従えば避難の準備に入り、施設敷地警戒事態（10条通報）が発令された段階で予防的避難を開始することになっている。しかし、子どものいる家族は、引き渡しを受けたあと、施設敷地警戒事態が発令される前から避難に動き出すことが考えられる。

日立市やひたちなか市、那珂市はPAZとUPZが混在していることから、予防的避難開始の情報はUPZ内の保護者の間にまたたく間に伝わり、今度は、一斉に30 km圏外に向かって脱出が始まることとなる。

子どものいる家庭は、全面緊急事態発令後までじっと屋内退避を続けている家庭は少ないと思われる。住民の自主避難の初動はここから始まると考えられる。

アメリカでは、1979年のスリーマイル島原発事故や2001年9.11同時多発テロの経験から、子どもたちはほぼスクールバスで通学しており

(治安の問題もある), アメリカでの原発発災時の国民保護プログラムでは, 真っ先に児童・生徒をスクールバスに乗せて80km圏外に避難させるプログラムとなっているとされる。

米国インディアンポイント原発のあるニューヨーク近郊のウェストチェスター郡と共同調査を行った独立総合研究所によれば, (ウェストチェスター郡では)「まずは子どもたちを真っ先に, 何が何でも逃さないと社会的パニックが起き, どんな計画を持っていても親は自分の子どもだけを確認しに行ってしまう。だから, 子どもを先に出してしまう。そのためには普段から必ずスクールバスに乗せて通学させています。これは強制だそうです。郡内に600 くらいのスクールバスを運行しているそうなのですが, このスクールバスすべてに放射能検知器を付けていて, 運転手にもいざとなった時の特別訓練を施しています。・・・何かあった時でも普段通りにそのバスに乗せて, 一斉に80km圏の外に出るので親が探しにくる時間もなく, それまでにパニックが抑えられるということなんです」と説明されている(甲G291号証 国民保護法制と自治体・消防の危機管理(出典「近代消防」2004年3月号)『地方分権時代の自治体と防災・危機管理』2004再録, 抜粋)。

合理主義に対する考え方の違い, 文化の違いはあろうが, 園・学校が児童・生徒を真っ先に親に引き渡して終わり(親が迎えにこれずに残された児童・生徒だけをバスに乗せて教職員が付き添って同一の避難所まで避難させる)ということで, PAZは先行して予防的避難, UPZは屋内退避と分けて整然と「段階的避難」ができるかははなはだ疑問である。

(8) 小括

1. 東日本大震災の教訓後のたび重なる自然災害で高齢者・障害者の死亡者が多かったことから, 2021年災害対策基本法が改正されて, 避難行動要支援者ごとの「個別避難計画」策定が市町村の努力義務となった。
2. 避難行動要支援者名簿の登録も, 「誰一人として見逃さない」という重要な目標のために, 「真に支援が必要な人」を漏らさず拾い上げて個別避難計画策定を行うことで, 実効性ある避難を実現しようとしている。
3. 優先度の高い避難行動要支援者について個別避難計画を2021年施行から5年をめどに作成することが目標とされた。

4. しかし、茨城県は広域避難計画の避難先避難所の確保や避難所面積問題で頓挫し、要配慮者では医療機関・社会福祉施設の入院・入所者の避難計画策定を支援するも病院の避難先さえ決まらず、不足する避難手段や運転手、不足する職員の具体的確保に窮する事態に陥っている。そのため茨城県はこの最も困難のある在宅要支援者の対応は市町村に任せっぱなしで、「在宅避難行動要支援者」への県の支援はないもの同然の状態である。
5. 避難行動要支援者の避難先確保、避難手段の確保は「緊急時対応」の要件となっているにもかかわらず、東海第二地域原子力防災協議会作業部会では、災害対策基本法が改正されても議題にもなっていない。
6. このような作業部会であるにもかかわらず、一審被告は「原審の問題とする実現可能な計画およびこれを実行し得る体制に着目したとしても・・・東海第二地域原子力防災協議会作業部会において・・・幅広く検討を行っている」などととぼけている。
7. 実際に3万人とされる在宅の避難行動要支援者名簿に真に支援が必要な人を漏らさず登録するための精査や面談が行われているという客観的事実は見当たらない。自然災害での個別避難計画が作られたとしても、近隣支援者自らの避難や屋内退避が優先される原子力災害の支援が行政職員に引き継がれて対応できるとはとても考えられない。
8. 福祉避難所への直接の避難も数のマッチングさえできる状況にない。
9. このような状況では、支援が真に必要な在宅避難行動要支援者がリストアップされて、避難行動を支援して有害物質到達を回避できるとは到底考えられず、人格権侵害の具体的危険が弱者に集中することは明らかな事実である。
10. 妊産婦・乳幼児（6歳以下）も30km圏内には5万人が存在するものの、PAZの妊産婦・乳幼児だけ施設敷地緊急事態で予防的避難をさせる根拠があるとも考えられない。30kmUPZ圏内の園児・児童・生徒が警戒事態で親に引き渡しをはじめた時点から、子どものいる家族から予防的自主避難が始まるのは明らかで、これを起点に段階的避難は崩壊してゆく。

第6 総括

1 本書面第1～第5までの内容の総括

第1で福島第一原発事故での弱者避難や屋内退避の現実と教訓を示した。これらの教訓は本件発電所の避難計画を検証する上で重要な指標となる。

第2で「要配慮者」ならびに「避難行動要支援者」の法的規定を示した。

第3で、医療機関・社会福祉施設の（入院患者・入所者の）「避難計画」作成の実態を示した。医療機関では計画策定は3割に留まっている。避難先病院と原子力災害時の協議・調整をしている医療機関はわずか6しかない。県の計画対象から障害者グループホームは恣意的に除外されている。医療機関・社会福祉施設で「策定済」とされる避難計画も避難手段の確保は担保されていない。県が必要とされる福祉車両8,000台を確保することは困難であること。一審被告が「陽圧化による屋内退避が有効」という点について、仮に「おおむね10km」としても陽圧化率は16%に過ぎない。しかも陽圧化施設には入院患者・入所者全員は収容できる規模ではない。屋内退避も「3～4日が限度」と規制委員長（当時）が認めていること。以上のことから、医療機関・社会福祉施設の「入院患者・入所者」の原子力災害時の避難・屋内退避は計画も立たないし、実効性はないことを示した。

第4で、「要配慮者」である高齢者・障害者は、在宅で様々なケアサービスに支えられて地域の中で暮らしている。原子力災害は包括的な地域ケアの体制を分断し破壊する。原子力災害時の避難計画を立てるとするならば、こうした地域包括ケアを支える従事者を含む支援体制の維持を重点課題にしなければならぬところ、茨城県の計画は病院・施設の「入院患者・入所者」しか考えられておらず、「在宅要支援者」への関心がなく、茨城県広域避難計画は不備・欠落であることを示した。

第5で、原子力災害時の在宅要支援者の避難について検討した。在宅要支援者への対応は自然災害時の対応でさえ不十分で、2021年の災害対策基本法の改正によって義務づけられた「要支援者名簿」及び「個別避難計画」策定も整備がはじまったばかりであり、その上での原子力災害や複合災害時の実効性ある避難計画は相当に困難であることを示した。要配慮者として指定されている妊産婦・乳幼児への対応、障害者難病患者への対応は具体性を欠く。児童・生徒の警戒事態での保護者引き渡しによって段階的避難は崩壊する。以上から在宅要支援者の避難計画は相当な程度に無理である。

2 人格権侵害の具体的危険を基礎づけるものであること

(1) 本書面冒頭で詳述したように、深層防護の第5の防護レベルが欠落又は不十分である場合には、発電用原子炉運転行為に関して現行の原子力関連法令等が「国民の生命、健康」等の保護の観点から低減すべきとしている危険が十分に低減されていないという意味において、なお人格権侵害の具体的危険が存在すると評価すべきである。

そして、深層防護の第5の防護レベルが欠落し又は不十分であるかどうかについては災害対策基本法及び原子力災害対策特別措置法に基づき講じられている措置の有無及び内容がその判断の重要な指標となるが、①本件原発との関係で上記法令上必要な措置が講じられていない場合、あるいは②講じられた措置が実効性を備えていない場合には、深層防護の第5の防護レベルが欠落し又は不十分であるとして、原判決の判断のとおり、人格権侵害の具体的危険の存在を肯定すべきである。

(2) 本書面では、災害対策基本法及び原子力災害特別措置法において定められている「要配慮者」「避難行動要支援者」に係る避難計画及びこれを実行し得る体制の整備が未だ欠落し又は著しく不十分であること、すなわち第5の防護レベルに欠落・不十分な点があることについて、具体的事実に基づいて明らかにした。

原子力災害においては、その周辺住民は一律に被ばくによる生命・身体等に対して甚大且つ不可逆的な損害を被ることとなるが、避難にあたって他者の支援を要する社会的弱者は特にその危険が顕著であることは、福島第一原発事故時において社会的弱者が置かれることとなった過酷な状況を踏まえれば明らかである。したがって、原子力災害における避難計画及びこれを実行し得る体制を整備するにあたっては、福島第一原発事故の教訓を踏まえ、社会的弱者に係る避難計画及びこれを実行し得る体制も実効性ある形で整備されなければならないことは論を俟たない。

しかるに現状は、医療機関においてすら避難計画策定は3割に留まる（つまり7割はそもそも避難計画自体策定されていない）ばかりか、その内容も机上の空論ともいえるべきものであって、実効性があるものには到底なっていないというものである。社会福祉施設の入所者やその他の要配慮者に係る避難計画等にいたってはもっと状況は杜撰である。

そして、このような状況に至っているのは、本件原発がUPZ圏内に94万人もの人口があるにもかかわらず、本件原発の立地段階において、

重大事故や仮想事故の想定を極めて過小なものとするにより、本来なされるべき適切な立地評価（離隔要件の徹底）がなされなかったからであり、また、本来考慮されるべき社会的弱者に係る避難計画及びこれを実行し得る体制の整備の可否が検討されていなかったからにほかならないのであって、現状がそのような考慮遺脱の結果であることを踏まえるならば、今後もこのような状況が改善される見込みはない（見込みがあるとするのであれば、一審被告はその根拠を示して反証すべきである。）。

このような実情を踏まえれば、本書面を指摘した点だけを踏まえても、深層防護の第5の防護レベルが欠落し又は不十分であること、したがって人格権侵害の具体的危険が存在することが認定されなければならない。

- (3) 「要配慮者」「避難行動要支援者」であろうとそうでない者であろうと、被ばく回避は生命・身体安全のためのものであるから、両者において原子力災害発生時において被ばくを回避すべき必要性に変わりはない。後者の避難計画等においてすら欠落又は不十分な点であることはこれまで主張してきたとおりであるが、仮にその点を措くとしても、前者の避難計画等が欠落し又は不十分であることは客観的に明白であるのに、後者の避難計画が整備されていたら前者については整備されていなくても良いという解釈を仮に採用するのであれば、それは不合理な差別というほかない。現行の原子力関連法令等においては、福島第一原発事故以前とは異なって「国民の生命、健康」を第一とするものとされていて「要配慮者」「避難行動要支援者」もここでいう「国民」である以上は、「要配慮者」「避難行動要支援者」に係る避難計画等が整備されていない場合には、やはり人格権侵害の具体的危険を肯定すべきである。貴裁判所においては、憲法14条の理念に照らし、「要配慮者」「避難行動要支援者」に係る避難計画等の不整備の実態を軽視せずに、第5の防護レベルが欠落し又は不十分であるか否かについて審理判断していただきたく、強く求めるものである。

以 上