

第 2 回有床診療所火災対策検討部会 議事要旨

1 日時：平成26年1月16日（木）10：00～12：00

2 場所：主婦会館プラザエフ 8階 スイセン

3 出席者（敬称略）

【委員】荒井伸幸、安藤高朗、石崎和志、市川邦男、榎一郎、
梶尾雅宏、古賀信次、次郎丸誠男、辻本誠、野村歡、
葉梨之紀、室崎益輝（部会長）、山田常圭

【事務局】消防庁予防課

4 配布資料

資料 2 - 1 第 1 回検討部会議事要旨

資料 2 - 2 実態調査の結果報告（消防庁）

資料 2 - 3 実態調査の中間報告（厚生労働省）

資料 2 - 4 有床診療所における防火対策に係る主な論点

資料 2 - 5 定期報告制度について

資料 2 - 6 スプリンクラー設備の有効性

資料 2 - 7 火災通報のあり方

資料 2 - 8 「防火対策自主チェックシステム」について

資料 2 - 9 医療施設の防災対策の推進

資料 2 - 10 全国有床診療所連絡協議会 提供資料

資料 2 - 11 防火設備に関する緊急調査報告（全国自治体病院協議会）

参考資料2-1 「有床診療所火災対策検討部会」委員名簿

参考資料2-2 有床診療所等の防火対策に係る消防法・建築基準法の改正経緯

参考資料2-3 消防法施行令別表第 1（6）項に係るスプリンクラー設備の基準

参考資料2-4 スプリンクラー設備の概要

参考資料2-5 社会福祉施設及び病院における夜間の防火管理体制指導マニュアルについて
(H1. 3. 31消防予第36号)

参考資料2-6 建築基準法令における主な関係条文

5 議事

(1) 前回議事要旨の確認

特に意見なし。

(2) 実態調査の報告等

消防庁、厚生労働省が各々実施した実態調査について、資料2-2、2-3に基づき、事務局及び梶尾委員より説明があった。その後、有床診療所等における防火対策について、資料2-4～2-11に基づき、事務局、石崎委員、梶尾委員、葉梨委員及び市川委員より説明があった。

○ 資料2-5について、定期報告の対象の指定に関しては、それぞれの特定行政庁が決める。これに関して、定期報告制度の運用を改善していくように、現在、建築審議会で、建築基準法の様々な検討事項の中の一つとして議論しており、もうしばらくで案をまとめたいと考えている。

○ 資料2-9について、25年度の補正予算として、10月の博多の事案を踏まえ、防火対策を講じる有床診療所、小規模の病院、これまでの設置規制の対象外のものにスプリンクラー等を整備する際に助成するものである。26年度まで繰り越して執行していく。水道連結型の話やヘッド設置場所の話など多くの議論があるので、設置した後に基準に合わなくなるという事態が起きないように、検討会の状況を踏まえながら適切な補助ができるように進めていきたい。

(3) 主な意見交換 (○：委員、●：事務局)

○ 病院の中で、患者が入ってスプリンクラーを設置しなければならない部分と、それ以外の部分が接続している。最近改築したばかりで消防検査も通っている建物だが、そこに、今の基準では防火扉が要らないという状況である。もし医局側のほうで火災が発生した場合に、煙はおそらく患者が出入りする部分に行く。そこは、法令的に、防火扉を設置すべきではないか。少なくとも患者が入るところ、スプリンクラーがついているところとついていないところとの境は、あった方が良くはないか。

○ 必要な場所にはやるべきだと思うが、それぞれの規模によって、また、経営の形態によって何でもすぐできるものではない。公立病院の場合は、税金からの補助が入って経営している点で民間とは全く違う。有床診療所の場合は、長期になると1日当たりの入院料が約3,000円で、ほとんど人件費も出せない状態で、年間500～1,000カ所が閉鎖して

いる。安全なものをつくらなければならないということは実感としてあるが、それぞれができる範囲があるし、工夫が必要である。

- 既存のものと新築のもので、新築だけに新しい基準がかかることでそういう不具合ができていないのか。法令の適用上の問題が一つある。あるいは、スプリンクラーヘッドが免除されている部屋があることによって、一体の空間の中に設置されているところとされていないところが出てしまっているという問題なのか。実態としては、一方に可燃物があって、そこで火事が起きて、こっちへ行ったら大変だということは、やはり防火扉があればいい。そこに法律の抜け穴があったとしたら、改善しなければならないだろうというご指摘だと思う。実態は、こちらで火事が起きて、こっちにいくらスプリンクラーをつけても、病室のほうに煙が流れてきたら同じではないかという意味では、やはりそこに必要だというのはおっしゃるとおりだと思うが、法令の隙間がある問題なのか、運用上の問題なのか、行政のチェックのミスがあるのか。

- 病院、診療所、助産所で、年間約150件の火災がある。電子化されたデータが約2,000件弱ある中で、スプリンクラーがあるほうで火事が起こったのか、つけなくていいほうで火事が起こったのか、その結果どうなったかというデータを持って議論すべきではないか。つけなくてもいいほうから火事があって、つけているほうに影響があるかもしれないということは、2,000件のデータから何らかの傾向が見えるのではないか。

防火扉については、煙感知器連動にすれば信頼性は上がる。常時閉鎖式にしたほうがもっと信頼性は上がるが、そうすると、固定して開けっ放しで使用されてしまうというのが私の経験でもある。診療部分と入院患者のいる部分で切るのか、階段だけは絶対守って、階段だけで何とか処理しようとする。小規模ならば、階段だけで処理して、ワンフロアだけ何とかすれば、あとは何とかなるという話と、大きな病院でならば同フロア内でも区画するという話とが分かれると思うので、できれば本当に閉めることができるのか。私も現実に見ているので、小規模なところは開けっ放しであることは承知しているが、閉めることができるのか。煙感知式にすれば楽だからという理由で選択されるが、常時閉鎖式の選択も少しお考えいただきたい。

- 防火区画の現行の基準としては、一定面積、基本的には500㎡や1,000㎡ごとの面積区画と、階段、吹き抜けなどの堅穴区画がある。当然、区画を細かくするのは安全確保の上で良いのは事実だが、最低基準としてどこで切っていくのか、もしくは、この面積基準で切っている中で、さらに細かい区画が必要なのか、もしくは、逆にスプリンクラー

をつければ、ある程度そういうのは減っていいのかということで、総合的に検討していく話だろう。

現実問題として区画を細かくするのは非常に難しい面があるので、スプリンクラーで初期の火災の延焼を防ぐ方がより効率的ではないかということで現在の議論がなされていると捉えている。最低基準の中でやっていくとなると、全ての方にやっていただくを得なくなり、その区画をしなければ建物を建てさせないということになる。設計者の工夫でやるかどうかは、それも一つの選択ではないか。

- 区画の中でも、堅穴区画はしっかりやってもらいたい。利用する方も使い勝手が悪いかもしれないが、慣れる必要がある。煙の拡散によって、1階ならば外へ容易に避難できるかもしれないが、2階、3階となると簡単にはいかないため、とにかく上階に煙やガスを運ぶようなことは避けるべきである。

防火対策はハード面とソフト面と両方を兼ね合わせて対応するのが基本であるが、ソフト面はなかなか難しい。教育をされていても、いざというときに対応できないから、そのようなことがないように工夫したり訓練したりしている。それでもハード面で補わざるを得ないようなもの、例えば火災感知などというのは、人目につかないところで出火してもわかるように感知器をつけることで、ハード面で補っている。

- 1階建て、2階建てまで各部屋を防火区画するというような、過度なあり方は非常に疑問に思うし、避けていただきたい。2階建てではどこも防火扉の指導というのはない。過去に、入院患者が夜中に外出するケースがあったため、鍵をかけるようにしたときがあったが、万一のときに誰も逃げられなくなる。各部屋の窓や入り口は内側から必ず手で簡単に開けられるようにするというのを当直者に徹底した。やはり危険な時にどうするかの動きをシミュレーションして考えなければならないと思うが、今おっしゃったような防火扉については全く同感である。

- 資料2-6の9ページに、スプリンクラーヘッドの免除場所を例示しているが、現行は3,000㎡以上の建物にスプリンクラーの設置義務があるので、必ず防火区画がある前提になる。その前提で一定の人もいる状況では、診察室等にヘッドがなくてもよいとしているが、小規模で防火区画が法的には必要ない建物も検討対象となってくる中で、現行の免除規定をそのままいいのかどうかについて、検討いただきたい。

- 小規模なものでも堅穴だけは区画されていれば、ワンフロアの問題であり、小規模なので、ヘッドがあるところとないところがあってもいいのではないか、という議論が一

つある。もう一つは、3,000㎡以上でヘッドを免除されているところにも、水道連結型ならばそれほど水が大量に出て大変なことにはならないので、むしろ全体をスプリンクラー義務化してはどうかということである。

- 避難誘導の時間を稼ぐ意味も兼ねて、基本的にはスプリンクラーがあるべきだということは理解している。ただ、ほとんど入院患者も2、3日で退院していない期間が多いところについては免除できるかどうかを検討していただきたい。

また、1,000㎡以上の有床診療所もある程度の数存在していることがわかった。経営の問題があるため、そういうところでも簡易型が設置できるようにしていただきたい。補助金は、ある程度目処が立ったと感じているが、従来のスプリンクラーの設置には2,000万～3,000万かかるのに対して、水道連結型は500～600万との見積もりが出ている。

- 入院期間が仮に2、3日といっても、そのベッドは常時埋まっているので、入院期間の問題ではないのではないかと。それよりも、水道連結型スプリンクラーの機能は、大規模にしたときに十分耐え得る性能があるかを検討していただきたい。水道連結型は、非常に小規模の福祉施設を中心にして出てきたもので、それを対象にしてきた性能が中心である。水源の確保が1つ問題である。

資料2-6の9ページ「通常のスプリンクラーを設置する診療所等でスプリンクラーヘッドを要さない」ところに、医療機器を備えた診察室や理学療法室がある。福岡の例で言うとホットバックということで、治療室あるいは診察室にあったと考えられるが、それをどう考えるか。ホットバックの問題なのか、トラッキング現象なのか、そこもよくわからない。トラッキング現象はどこでも起こり得るものである。一方で、通常のスプリンクラーをもっと小規模施設に使えるような方策も考えて、水道直結型にとらわれない柔軟な考え方もあってしかるべきではないか。

- 大地震に伴った火災の場合に、スプリンクラーが作動するのか。タンク式であればそこから出るが、水道管直結型の場合、断水が起こった場合が非常に心配である。もう1点、例えば小規模の病院でも、有床診療所でもベッドが満床のときが多いが、患者がいながら工事ができるのか。できない場合は、どれぐらいの工事期間があるか。
- 水道連結型の性能について、資料2-6の7ページにあるように、住宅の居室、もしくは住宅以外の寝室、または事務室に相当する火災荷重であれば大丈夫だろうと考えているが、医療施設における診察用機器の火災荷重についてあまりわかっていないので、病院関係者の方々から教えていただき、確認していく必要があると考えている。

大規模地震時について、水道連結型は、公共水道が止まると水源が全く動かない。一般のスプリンクラー設備は非常電源があり一定の水量を水槽に確保しているのもので、物自体が壊れない限りはスプリンクラー設備の機能は維持できる。

工事の期間は、一般的に考えると、天井裏をいじるので、病室は移動していただく必要があるだろう。具体的な工事期間については今後確認していきたい。

- 小規模な医療機関で老朽化している建物が、例えば数年先に改修を計画していたのを今回の火災をきっかけとして前倒しすることもあるだろう。今回の補正予算は26年度までという話があったが、いつまで実際にお金を出してもらえるのか。現実には予算執行されるのは、工事が完成してからになるのか。
- この予算は26年度の執行分まで、ということで、ここでの基準の決まり具合も踏まえた形になるが、この101億は26年度までを念頭に置いた規模で考えているが、その先についても今後努力していきたい。予算は単年度で要求するものなので、27年度以降の予算については今申し上げられない。
- この検討会を踏まえて、基準、義務化の方向が出れば、しっかり厚労省はフォローするという流れだと思うので、26年度で終了ということは多分ないだろう。
- 有床診療所は、自力避難できない方が入院することが多いと考えられることや、夜間に火災が発生した場合は少人数での対応になりがちなので、スプリンクラーがあれば良いし、火災通報装置も自動火災報知設備と連動してあれば、非常に有効であり、設置を検討すべきではないか。スプリンクラーや火災通報装置は、認知症グループホームなどで既に厳しい基準がつけられている。自力避難ができない方がいる、少人数での対応をしなければならない点は同じなので、比較して考えていくべきではないか。

訓練マニュアルについて、火災時の初動活動のためには、避難経路の維持管理、及び訓練を日ごろから高い意識を持ってやっていただくことが大切である。リーフレットなどにして査察のときに配布して訓練に使っていただければ、かなり効果が出るだろう。

有床診療所の情報を関係部局が共有するシステムについて、複数の部局が情報を共有できるので、連携してスムーズに指導が行われるようになり、有効であると考えている。今まで消防職員が査察に行っても、防火戸、特に随時閉鎖型の防火戸の作動状況まで確認できなかったが、今後は、定期報告で確認できるようになるだろう。そういう意味で、防火設備の適切な保全のあり方については、徹底して行うべきではないか。

- 火災通報装置については、消防機関の了承があれば、誰も困らないし、費用面でも比

較的負担は小さい。少数の職員が、消防にも通報しなければならない、避難誘導もしなければならない、とてもそれはできないので、自動的に通報すればいいという意味では、誰も反対することではないだろう。

- その前提として、消防設備の点検をきっちりやらなければならない。設備が働いているか、あるいは問題点はないかどうかを常に点検した上で、火災が発生したときには、消防機関にも自動的に通報が行って、応援してもらう。従業員の方だけでなく、入所している方々を助け出すのはなかなか時間がかかる。結局、消防に応援を求めることになるので、確かな通報情報の確率を高めるために維持点検をしっかりとやっていただきたい。
- 今回、診察室から出火したということであるが、どこまでヘッドをつけるべきなのか。6,000㎡近くある建物でも、有床診療所の機能はほぼ1,000㎡以下でおさまる。現在、医療機関でも介護を行うということで日中施設に来て訓練するが、夜間は誰もいない。そういうところとの区画をするならまだしも、全ての部屋に設置するのは大変な負担になるので、どこを免除するかは現実的に重要である。
- 基本的には、入院患者を守ることがベースにあるので、「その他これらに類する室」の中で医療機器を備えた診察室といったときに、今回の火災のようなものは救えない。だから、そのような部屋と就寝施設との間に防火・防煙区画が形成されているかが大きな判断材料になるのではないかと。さらに、水道連結型は通常のスプリンクラーに比べて消火能力が十分にあるわけではないので、不燃性の区画で覆うなどの構造的な前提を立てないと、結局性能を発揮できなかったということになりかねない。
- 仕切りが不燃化されていたり細かく間仕切りが行われていたり、また縦穴区画がしっかりできているなど、プラス要因があればスプリンクラーがなくても良いと考えられる。設置すべき対象をどうするかを個々に審査をして判断することは非常に大変なので、例えば、小規模の1,000㎡以下ならば、水道連結型が有効であれば、あまり例外を求めずに全部つけるという考え方もありうる。大規模では水圧の問題などがあるが、小規模では完全には消せないにしても延焼を遅らせて避難時間を稼ぐことは間違いない。性能は落ちるが、小規模なものはそれでもいいのではないかと。どのように線を引けば、安全が確保できるかというところだろう。
- スプリンクラーや火災通報装置などの基準の改正が今後進むに当たって、その施行日や既存の建物に対する猶予期間は非常に重要なポイントである。入院患者がいる診療所や病院で、工事中の期間は別のところに行っていたらかなければならない。様々な事態

が出て来るかと思うので、相当長い期間をとるという要請があるだろう。また、5、6年も先の財政支援措置が保証できるかという問題もあるので、その兼ね合いを見ながら、現実的な猶予期間を設定しないと、既存の建物で消防法違反の診療所・病院が多数発生する事態になってはいけないので、次回以降の議論で重要ではないか。

- 資料2-6の中で、自動化の項目はそのような形でいくのが好ましいと思うが、自動化できない避難誘導もかなり重要な項目である。基本的には堅穴区画は3階建て以上であるが、これと自動化をバスターするのであれば、2階で堅穴区画ができていれば免除できるなどといった踏み込んだ話も必要ではないか。

避難器具について、実務の面では2階は避難はしごや緩降機などが設置可能だが、実態に合った避難器具の設置を検討する必要があるのではないか。

- パッケージ型自動消火設備の消火薬剤は、人体への影響ほどの程度か。これの利用も含めて検討するというところでよろしいか。

病床を休まなければならないことについて、工事の設備に対するものについては予算措置ができるようだが、そこに含めて、休床中、工事費用の中にそれは入らないのか。

- パッケージ型自動消火設備は通常のスプリンクラー設備と同等の性能を持っており、代替できるものとして位置づけている。
- この補助金は施設整備費なので、運営費は補助の対象にならないが、今後どういう基準になっていくかも踏まえて検討することになるだろう。
- 次回までに、スプリンクラー設備の設置対象施設、及び、水道連結型を念頭に置いたスプリンクラーヘッドの免除箇所についての整理をもう一度させていただきたい。工事期間との関係で、猶予期間についても整理させていただきたい。火災通報装置やマニュアル等については実施していくことを前提に、詳細を詰める形で整理させていただきたい。

以上