

第 3 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3月7日（金）10：00～12：00

2 場所：主婦会館プラザエフ 9階 スズラン

3 出席者（敬称略）

【委員】久保田起美恵（代理）、安藤高朗、石崎和志、市川邦男、朝香英之（代理）、梶尾雅宏、田中秀昭（代理）、辻本誠、野村歡、葉梨之紀、藤川謙二、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 3 - 1 第 2 回検討部会議事要旨（案）

資料 3 - 2 病院・診療所等の防火体制に係る実態調査（厚生労働省）

資料 3 - 3 病院及び診療所の防火設備に係る緊急点検結果（国土交通省）

資料 3 - 4 過去10年間の病院・診療所等の火災被害

資料 3 - 5 スプリンクラー設備の作動分析（辻本委員提供資料）

資料 3 - 6 有床診療所・病院へのスプリンクラー設備の設置義務付けに係る考え方（案）

資料 3 - 7 スプリンクラー設備の設置を要しない有床診療所・病院の考え方（案）

資料 3 - 8 スプリンクラー設備の設置が不要となる延焼抑制構造

資料 3 - 9 スプリンクラー設備・パッケージ型自動消火設備の概要

資料 3 - 10 スプリンクラーヘッドの設置場所

資料 3 - 11 スプリンクラー設備以外の消防用設備等の基準の見直し

資料 3 - 12 「小規模診療所等における火災時の対応指針（案）」について

参考資料 3 - 1 「有床診療所火災対策検討部会」委員名簿

参考資料 3 - 2 嬉野市病院火災概要

参考資料 3 - 3 火災通報装置に係る運用実態について

5 議事

（1）前回議事要旨の確認

特に意見なし。

(2) 実態調査結果等の報告

厚生労働省、国土交通省がそれぞれ実施した実態調査等について、資料3-2、3-3に基づき説明。続いて、事務局が過去の病院火災の被害について、資料3-4に基づき説明し、辻本委員からスプリンクラー設備の作動分析について、資料3-5に基づき説明があった。

(3) 有床診療所等における防火対策のあり方

事務局が資料3-6から3-12に基づき説明。

(4) 主な意見交換 (○：委員、●：事務局)

- 全体的にスプリンクラーの設置に比重、重きを置き過ぎているのではないか。先ほどのデータのとおり、スプリンクラーの初期作動で奏功した比率は、非常に低い。今回の福岡の火災も、通報の遅れや防火戸の不備が被害の拡大につながった。まずは火災通報装置の設置と自動火災報知設備との連動を義務づけて、迅速な通報体制を整備すべきではないか。有床診療所の場合は夜勤が1人の場合が多いので、避難誘導や初期消火に重点が置けるように、通報の自動化は是非必要ではないかという意見が多かった。

過去の福祉施設のスプリンクラーの設置基準についても、6,000㎡、1,000㎡、275㎡と、段階的に強化されており、有床診療所についていきなり義務化となると、閉院あるいは無床化するところが多数出てくる可能性があるというのは十分考慮いただきたい。その上で、スプリンクラーの義務化をするのであれば、合理的な範囲で基準を考えて、十分な経過措置期間と、財源を確保していただきたい。病院の基準を6,000㎡から3,000㎡に引き下げた時には、8年間の経過措置があったと聞いている。有床診療所は小規模であることから、少なくとも10年以上の経過措置をいただきたい。

また、スプリンクラーの種類について、有床診療所は1,000㎡～1,500㎡前後の施設が多く、水道連結型が福祉施設と同じように1,000㎡で区切られると、パッケージ型の選択しかできなくなる。パッケージ型は、重量の関係から1.5トン以上あるという情報もあるが、3階以上に設置できない場合もあり、水道連結型を1,500㎡まで拡大することはできないのか。今回、小規模で機能がすぐれているパッケージ型で、値段も安く、重量も少ないタイプが開発されつつあるという情報も入っているが、そういうものがいつ頃完成するのか、お聞きしたい。

- 資料3-5の第1スライドについて、スプリンクラーをつけても消してないと理解さ

れると、スプリンクラーつけなくてもいいという意見になってしまう。下のほうを見ると、初期に作動したものはほぼ100%奏功していると読めるので、スプリンクラーは全く意味がないというデータではない。むしろ、不作動の理由を分析して、そこからスプリンクラーの課題や限界点を明らかにして改善をすることだろう。

○ スプリンクラーはつければ、それなりの作用はするので、ある意味では、人間の信頼性を抜きにしてやれるということをまず申し上げたい。スプリンクラーが設置してあるところで、スプリンクラーが作動していないのは、作動する前に消火しているなどほとんどぼやで終わっていることがあるということをまずご理解いただきたい。

● スプリンクラーがあれば全て解決というふうに考えているわけではない。むしろ最後のとりでだろう。それ以前のソフト対策等で火災の被害を軽減することがまず第一だと考えている。そういった趣旨で、今説明したマニュアル等で、初期対応をしっかりとやっていただく。あるいは国交省で今ご検討いただいている防火戸の設置について、きちんと対応していただくというのがまずあるだろう。ただ、今回の火災の教訓として、それだけではどうしても避けられない場合がある。どうしても人間のやることに依存してしまうので、最後のとりでとして、特に夜間で動けない方が入院しているような診療所、病院については自動消火設備が必要ではないか。そういったものの設置を義務付けるとしたらどういう施設を対象とするべきかということを提示させていただいた。

○ 資料3-6について、3,000㎡以上の有床診療所への義務付けについては問題ないと思っている。有床診療所でも、3,000㎡以上は病院と変わらない大きな所帯なので、十分容認できるだろう。3,000㎡未満について、今回は、病院の問題はまずさておいて、有床診療所の夜間の1人しかいない場合、どうやって助けるかということが本検討会の最大のテーマなので、病院は今後の課題として残して議論したい。

有床診療所の中でも水道連結型でいけないかという意見が出ているので、福祉施設と有床診療所の違いは何かというと、有床診療所の場合は外来診療でリハビリを行うなど、入院施設とは違う面積のところがあるので、それを一律に福祉施設と同じ面積で区切ると非常に厳しい。1,000㎡と出ているが、1,500㎡ぐらいにすると何とか有床診療所にも当てはまるかなと考えているので、福祉施設の実態と有床診療所の機能の実態を踏まえて、判断していただきたい。

○ 資料3-7の「診療科名による分類」について、眼科、耳鼻科、皮膚科、歯科はある程度わかるが、産科は事情が違うのではないか。それを踏まえると、日本で今、標榜で

きる診療科目が三十幾つかあったと思うが、それぞれについてやはりどちらに入れるかということを経務局としてお考えいただきたい。

- 産科、お産するのは若い女性たちで、お産の次の日には歩けるし、1週間ぐらいで退院する。
- 現場で一つ一つ見ていかないと、入院患者の質とか、スタッフの能力とか、建物の能力とかわからない。それを全部一律に切るわけにはいかない。夜間のスタッフの人数は有床診療所と病院を比較すると、やはり10対1ぐらい違う。
- 消防規制の考え方としては、その施設にどのくらい火災危険性があるか。火災危険性が高いものについては、ソフトも含め、ハードも含め、いろんな規制をかけて安全性を守るという考え方である。その施設の火災危険性を評価するに当たって、やはり法的に、これはこういう施設であるからこういう危険性があるという評価をさせていただく。実態を考えれば、いろいろなご意見いただいたように、個別に消防本部と協議して、総合評価をする考え方はあり得ると思うが、夜間何人の職員が寝ずにちゃんといるかや、あるいは訓練を万全にやっているかなど、絶対、防火戸の前には物を置いていないかというのを、客観的に評価するのは難しい。

そういったものについては、消防の指導でいろいろ対応する部分はあるかと思うが、法令で義務をかける最低線として、法的にこういうことになっている施設についてはこういう義務をかけるという考え方で整理をしてきており、そういう観点で今回提出をさせていただいたのは、面積とか入院患者の実態、これも各種統計で客観的に測定をさせていただいて、年間何人ぐらい実際に寝ているか。それから、診療科目についても、標榜科目としてはいろいろあると思うが、実態としてどういう科目の方が入院しているかということ、客観的に把握をして、義務をかける、かけないということ判断したいという考え方で提示をさせていただいている。

- 屋内消火栓の話が突然出てきたが、いわゆる本格的なスプリンクラーを設置する場合、1,000㎡以上の施設にスプリンクラー免除を包含するように屋内消火栓を設置するということが、現実には夜間に看護師1人で消火栓は使えない。これは非現実的で、操作しているうちに消防車は到着するので、そのときはみんな退去してくれとなる。スプリンクラーをつけるだけでなく、屋内消火栓もつけろと言われたけど、結局、火災のときにも何も役に立たなかったのでは意味がない。現実的な対応を考えていただきたい。
- 消防法体系の全体の発想として、通常のスプリンクラーをつける場合には、消火を目

的とすることになるので、スプリンクラーヘッドがない部分について、屋内消火栓をつけるという考え方になっている。ご指摘いただいた1人では操作できないということについては、改善が進んでいて、1人で十分に操作できるタイプのものが開発されている。

- 今回の予算の範囲では、有床診療所と病院とを一緒に行うにはちょっと大変な、ハードルが高いということなので、有床診療所が最初に優先という認識でよろしいか。
- 今まで、今回の火災は診療所で起こった火災であるということではあるが、小規模な病院、診療所あわせて、安全性を高めようという考え方で議論をさせていただいたつもりである。進め方として、今日、スプリンクラー、ソフト対策も含めて一応の考え方を提示させていただいて、事務局としては診療所も病院も同様に扱うという考え方で提示をさせていただいたが、まだまだ、少なくとも病院については、病院と診療所の違いも含めて議論が足りないのではないかというご指摘であろうと思っている。昨年10月に10名の方が亡くなったことを踏まえての検討なので、政府に許される時間もあまりないと認識しているので、この検討部会の中で、病院についても十分ご議論いただいて、早急に結論を出していただきたいと考えている。できれば、今日いただいたご議論を踏まえて、病院と診療所の違い等々十分検討させていただくが、病院について十分ご議論いただいて結論出していきたいと思うし、次回で、まだまだということであれば、年度は超えてしまうが、4月に入ってでも引き続きこの検討部会の中で継続して議論をしていただいて、できるだけ早くあわせての結論を出していただきたいと考えている。
- 病院というと、すぐ300床、500床という印象があるかもしれないが、いわゆる中小病院、小病院。特に地方でほかに医療機関がないようなところの小病院がある。有床診療所ではなく、30床～50床程度のところはやはり今回の検討で考えていただかないと、すぐ対策をとるべきである。500床の病院と比べて、人員も非常に乏しい。
- 100床未満の病院でも7対1の2次救急病院もあれば、あるいは介護療養型医療施設のような慢性期に近い病院もあるし、そのほかに障害者病棟、特殊疾患病棟や一般病室などあるので、ものすごい種類の病院がある。それぞれ看護師の配置も7対1から25対1まであるので、機能的にもハード的にもマンパワー的にも全然違うので、それは急に議論してまとまるというわけにはいかないだろう。
- いただいた意見を踏まえて、まずは病院と診療所、どういう点に違いがあるのかをしっかりと勉強させていただいて、次回の検討部会に今後の進め方も含めて、ご提示をさせていただきたい。

なお、有床診療所の部分だけ切り出して結論を出すというのもなかなか難しい。これはもし義務化するのであれば、政令改正が必要であり、福祉施設の例だと、新規の建物に義務づけが始まる時期が1年ないし2年後であり、さらに既存のものに義務づけられるのが、そこからさらに3年後である。先ほど10年というご意見もいただいたが、世の中で義務化が始まるまではかなり長いスパンがあるということを前提に有床診療所、病院の取り扱いをどうするかということは、考えさせていただきたい。

- 防火戸に関して、縦割りでチェックが効かない状況があるが、医療機関側からすれば、消防が、消防訓練でチェックに来たときにはその防火ドアが開くかどうかとか、今度つくり直すときにはもっといいのにしてくださいといった指導をしていただければ、二重手間にならないので、ぜひよろしくお願ひしたい。
- 防火戸に関しては、新しい対策というよりも、既存の対策をしっかりとやっていく。きちんとできてなかった部分を今回埋め直すことが基本のところだと思うが、対策をとっている中に、どうしても負担が出てくるので、その際にはできるだけ消防の取り組みとか連携して、建物全体等の対策を見ると、それを全部消防の方に見ていただくというのは難しいので、どうしても、建築は建築側の人が見なきゃならない部分が出てくるが、両方の知識を持っているような人を増やしていくなどの形で、できる限り実態上の効率化を、ご協力させていただいてやっていきたい。
- 今回の補正予算では防火戸は補助の対象となっていないが、防火戸を煙感知式に換えるなどして、防火区画の性能を高めることは非常に有効であるので、ぜひ今後は補助の対象としていただきたい。
- 今日は、貴重なご意見を多数いただいたので、もう一度事務局で、中間段階のご意見も伺いながら、着地点を見出していただければと思う。特に、有床診療所の対策と小病院の対策をどう連関させながら区別していくかの整理をしていただきたい。

以上