

有床診療所の災害脆弱性に関する考察

—福岡市整形外科医院火災を受けて—

辻角 光志朗

1 はじめに

わが国では75歳以上の後期高齢者が急速に増加しており、住民の身近でかかりつけ医として日常的な医療から軽度の専門医療までを担う診療所の役割は大きい。有床診療所は地域事情に応じて、在宅医療の後方支援、急性期を過ぎた退院患者の受け入れ先、さらには、地域包括ケアシステムを支える施設体系の一つとして、かかりつけ医による小規模施設ならではの役割を果たし得る。

しかしながら、有床診療所の病床は都市部、地方部を含めた全ての地域で減少傾向にある。そんな中で、2013年10月11日に福岡市博多区の整形外科医院で火災が発生し、入院患者8人を含む10人の方が犠牲になった。火災が発生した診療所は、整形外科とリハビリテーション科を併設しており、高齢なうえ避難に介助を要する入院患者が多かった。また、当該診療所の防火管理体制の不備が指摘されており、これらの要因が重なって被害が拡大したと考えられている。今回の火災事故を受け、総務省消防庁並びに国土交通省は各都道府県の消防担当者に対して、病院・診療所等の防火対策を徹底するよう通達を出した。総務省消防庁においては「有床診療所火災対策検討部会」が発足し、今後、有床診療所における防火対策の在り方等を検討することとなっている²⁾。

本論文では、今回の火災事故で被害が拡大した要因も踏まえ、診療所等における防火管理体制・法規制を把握した上で、有床診療所の経営難をもたらす根本的な原因を明らかにし、有床診療所において防災面と経営面での安全性を確保するための課題を導き出すことを目的とする。

2 有床診療所の実態

2-1 有床診療所の概要

有床診療所とは、19床以下の病床を持ち、医師1人・看護師1人以上で運営する小規模入院医療施設である。近年では、高齢化に伴って、必然的に介護・療養もおこなわざるを得ない状況となっている。

2-2 有床診療所数の推移

平成2年には23,589施設(27.2万床)あった有

床診療所が、平成25年6月には9,320施設(12.2万床)と、4割にまで減少した(図1)。特に地方では影響が大きく、既に入院施設が皆無となった地域もある³⁾。また日医総研が、全国有床診療所連絡協議会会員を対象に実施した調査⁴⁾によれば、無床化した理由として、看護職員の雇用が困難41.2%、医師の勤務負担と高齢化38.8%、看護職員の人件費が負担33.5%などが挙げられている。

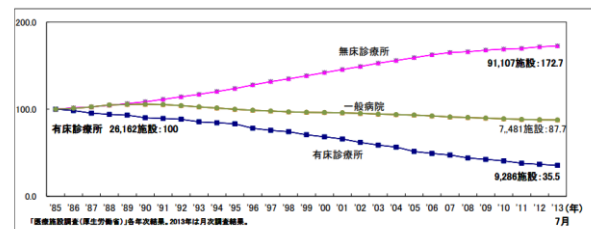


図1. 医療施設数の推移(1985年~2013年)⁴⁾

3 2013年10月福岡医院の火災事故の概要と被害拡大の要因

3-1 事故の概要

2013年10月11日2時20分ごろ、福岡市博多区の整形外科医院で、火災が発生した。福岡県警察本部博多警察署の発表によると、出火当時、院内には18人がいたが、この火災で、いずれも70~80歳代の入院患者の8人と、同医院3階に住んでいた前院長夫妻2人の計10人が死亡した。遺体の状況などから、死因は一酸化炭素中毒の可能性が高く、2階の入院患者はほとんどが自身の病室のベッドの上で心肺停止状態で見つかった。その他、入院患者3人、医院関係者の女性2人の計5人が負傷。残り3人は自力で脱出した。

3-2 福岡市整形外科医院における防用設備等の設置状況及び防火管理の実施状況

被害が拡大した要因について、各紙社説・主張⁵⁾⁶⁾⁷⁾⁸⁾⁹⁾を整理すると、下記の事項が指摘されている。

- ① 初期消火を行った形跡がない
- ② スプリンクラーが設置されていなかった(今回の診療所に設置義務はなかった)
- ③ 防火扉の多くが作動せず、上階に煙が拡散した。
(旧式の防火扉が更新されずに使用されており、点検も不十分であった)

④ エレベーターがなかった

⑤ 当直体制が未整備であり、マニュアルが未策定であった（消防署に事故当夜は入院患者 12 人に対して当直の看護師は 1 人だけであり、初期消火や避難誘導等が困難であった）

今回火災が発生した整形外科は 19 病床で 665 平方メートルと、スプリンクラー設備設置義務の対象となる 6 千平方メートル以上より延床面積が遥かに少なく、スプリンクラーは設置されなかった。その他の消防設備は基準通り設置されていた⁵⁾。

しかしながら、火元となった 1 階の階段近くにあり出火時に開いたままだった防火扉が、1974 年の建築基準法改正後には設置を認められない旧式で、約 3 年前の建物増築に伴い新式に替える義務があったが、放置していた⁶⁾。また、4 階の防火扉については、開けても自然に閉まる「常閉」のものだったが、取手と階段手すりが長さ数十センチのロープで結ばれ、閉じない状態にされていた⁷⁾。

さらに、消防法上は、収容人数が 30 人以上の病院等については、防火管理者の選任・消防計画の作成を行う必要があり、今回の整形外科も対象であり、防火管理者を選任して消防計画を作成していたものの、診療所が選定した防火管理者が実務担当者でない可能性があるなどとして、消防署から変更の指導が出されていた。また、消防計画上は、夜間対応の職員を 3 人と規定していたが、実際の勤務者は 1 人だったなど、防火管理体制の不備が指摘されている（表 1）。

表 1. 消防用設備等の設置状況及び防火管理の実施状況⁷⁾

	診療所の設置基準	安部整形外科における設置義務の有無	安部整形外科における状況
消火器具	150㎡以上	あり	設置
屋内消火栓設備	1,400㎡以上	なし	任意設置
自動火災報知設備	300㎡以上	あり	設置
火災通報装置	500㎡以上	あり	免除（適用除外、固定電話代替）
誘導灯	全て	あり	設置
避難器具	20人以上の階（避難階以外）	あり（2階のみ）	設置
消防用設備点検報告	全て（半年に1回実施1年ごとに報告）	あり	実施 ※平成24年12月提出済み
防火管理	30人以上	あり	防火管理者選任・届出済み 消防計画届出済み 避難訓練 避難訓練 平成25年5月9日実施 消火訓練 平成25年5月15日実施

3-3 火災を受けての政府及び自治体の対応

今回の事態を重く見た総務省消防庁は、医療機関に火災対策のさらなる徹底を求め、全国の都道府県や政令指定都市などに通知した⁹⁾。

また埼玉県では本火災の後、県内全自治体の病院・医療施設について緊急点検を実施して 14 施設で建築基準法違反が発覚した為、埼玉県はこれらの施設には

正指導を行った⁸⁾。

国土交通省では火災を起こした医療施設が防火扉の点検を行っていなかったことを重視し、これまで建築施設の防火扉の定期点検が各自治体の裁量任せだった点を改め、建築基準法を改正して防火扉の定期点検義務化を法令で規定する方針を打ち出すこととなった⁵⁾。

4 診療報酬改定を巡る混乱

4-1 入院基本料等診療報酬上の評価について

4-1-1 有床診療所の入院基本料³⁾

表 2 に、現在の有床診療所の入院基本料を示す。31 日以上の入院の場合、入院基本料 1 で 511 点、入院基本料 3 になると 351 点である。病院とは施設基準等も異なるため、単純に有床診療所と病院を比較することはできないが、表 3 に示すように有床診療所の入院基本料は非常に低く設定されており、在宅患者訪問診療料と比べても差がある（表 5）。表 4 に示す介護施設サービス費と比べても格段に低い水準である。

表 2. 有床診療所 一般病床入院基本料

	～14日	15～30日	31日～	初期加算 ～7日
入院基本料1(看護職員7人以上)	771点	601点	511点	100点 ※要件あり
入院基本料2(看護職員4～6人)	691点	521点	471点	
入院基本料3(看護職員1～3人)	511点	381点	351点	

表 3. 病院 一般病床入院基本料

※入院期間に応じて加算される「初期加算」を含む（14 日以内 450 点、15～30 日 192 点）

	～14日	15～30日	31日～	
7対1入院基本料	2,016点	1,758点	1,566点	平均在院日数19日以内 看護師比率7割以上 看護必要度の基準を満たす患者1割以上 等
10対1入院基本料	1,761点	1,503点	1,311点	平均在院日数21日以内 看護師比率7割以上 等
13対1入院基本料	1,553点	1,295点	1,103点	平均在院日数24日以内 看護師比率7割以上 等
15対1入院基本料	1,395点	1,137点	945点	平均在院日数60日以内 看護師比率4割以上 等
特別入院基本料	875点	730点	575点	

表 4. 介護施設サービス費（多床室）

	看護	介護	単位	
			(要介護3)	(要介護5)
診療所型介護療養施設サービス費Ⅰ(ⅱ)	6:1	6:1	862単位	963単位
療養型介護療養施設サービス費Ⅰ(ⅱ) (病院)	6:1	4:1	1,120単位	1,309単位
療養型経過型介護療養施設サービス費(ⅱ)	8:1	4:1	993単位	1,171単位
介護保健施設サービス費Ⅱ(ⅲ) (介護療養型老人保健施設)		3:1 ※夜間看護配置あり	1,012単位	1,164単位
介護保健施設サービス費Ⅰ(ⅲ)		3:1	897単位	1,003単位
介護福祉施設サービス費Ⅲ		3:1	770単位	907単位

表 5. 在宅患者訪問診療料（1 日につき）

1 同一建物居住者以外の場合	830点
2 同一建物居住者の場合	
イ 特定施設等に入居する者の場合	400点
ロ イ以外の場合	200点

4-1-2 平成 22 年度の診療報酬改定における短期入院の入院基本料

平成 22 年度改定以前の有床診療所入院基本料は、入院期間に応じて 4 段階に区分されていた（①7 日以内、②8 日以上 14 日以内、③15 日以上 30 日以内、④31 日以上）。平成 22 年度改定で 7 日以内の期間は 14 日以内の期間に統合され、7 日以内の期間の入院

基本料は実質的に減額された。医療機関はこれまで治療技術の向上により入院期間の短縮に努めてきた。それは患者のためでもあり、また医療の効率化という時代の要請でもあった。7 日以内という短期入院を評価しない 22 年度改定は時代の要請に逆行するものである。

4-1-3 看護職員配置（基準看護）の問題

病院は医療法上、一般病床ではが 3 対 1（患者に対する看護師数）の人員配置基準が設けられ、診療報酬上では 7 対 1 から 15 対 1 までの入院基本料設定がある。一方、有床診療所の一般病床について医療法上の配置基準はなく、診療報酬上は看護職員の数（療養病床に係る看護師を除く）に応じて 3 段階の設定がある。ただし、この看護職員の数、病床数による違いはなく、一律に適用されるものである。有床診療所が基準看護を導入できない原因は、最大でも 19 床しかない有床診療所において、看護職員を外来・一般病床・療養病床と区切ることは非効率であるためであると考えられる。現在でも療養病床は別枠の基準で看護職員を配置しており、療養病床を有する診療所にとっては負担となっており、有床診療所側は療養病床と一般病床の看護職員を合算できるよう求めてきた¹⁰⁾。

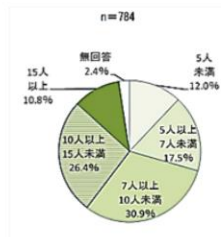


図2 有床診療所における看護職員数（常勤換算）

日医総研の「平成 23 年有床診療所の現状調査」³⁾によれば、看護職員数（常勤換算）は図2の通りである。

4-1-4 入院基本料等の矛盾

一般に、多くの有床診療所では、医業費用の計算を外来と入院に分けた費用計算は行っていないが、日医総研が試行的に算出した結果¹¹⁾、一般病床と療養病床を持つ 77 施設の年間平均で、1 施設あたり入院収入が 9,591.1 万円であるのに対し、入院費用が 1 億 309.0 万円で、入院費用が入院収入を約 700 万円上回っていた。入院患者 1 日一人当たりの平均を算出すると、入院収入が 1 万 9,623 円であるのに対し入院費用は 2 万 1,092 円となり、費用が収入を 1,469 円上回っていた。施設あたりの平均外来収入は 1 億 9,568.3 万円、外来費用は 1 億 8,185.6 万円で、外来は収入が費用を上回っていた。入院基本料が低いため、有床診療所の入院部門は赤字である。つまり、仮に無床化した場合、経営面では収益が上がり、運営面ではむしろ健全経営となると考えられる。

4-2 管理栄養士配置問題

4-2-1 平成 24 年度診療報酬改定における管理栄養士の配置規定

平成 24 年度診療報酬改定により、管理栄養士の配置が、医療法上は義務規定がないにもかかわらず、入院基本料の算定要件とされた。医療法上は、100 床以上の病院で栄養士 1 名の配置とされ、管理栄養士の規定があるのは特定機能病院だけである。今回の管理栄養士の配置は、ほとんどの病院（97.2%）が栄養管理実施加算を取っていることから、「入院基本料等加算の簡素化」を図るため、栄養管理実施加算（栄養管理体制）及び褥瘡患者管理加算（褥瘡対策の基準）を入院基本料の要件に加えたということである¹²⁾。しかし、有床診療所についてはデータが示されないまま実施されたのである。入院基本料の算定要件という有床診療所の存続をも左右する重大な問題を、データも示すことなく適用したことに無理があるのは明らかであり、そもそも有床診療所がこれだけ苦しい状況にあって、新たに管理栄養士の配置規定を設けることは、そういった状況を全く考慮していないと言わざるを得ない。

4-2-2 管理栄養士の配置状況の実態分析

この問題について様々な実態調査が行われた。日本医師会が平成 24 年 8 月に公表した「2012 年度 診療報酬改定についての調査」¹³⁾によれば、回答した有床

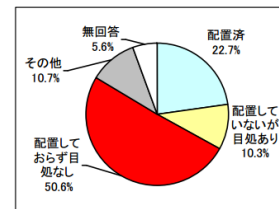


図3 管理栄養士の配置状況

診療所の 5 割で管理栄養士の目処が立っておらず、特に小児科や眼科の有床診療所でその割合が高い結果であった(図3)。

5 有床診療所における災害脆弱性

5-1 診療所の建築時期と増改築状況

表 6. 診療所の建築時期 診療所の建築時期については、全

建築年代	施設数
1950年代	11施設
1960年代	58施設
1971年	11施設
1972年	15施設
1973年	12施設
1974年	10施設
1975年	13施設
1976年	15施設
1977年	20施設
1978年	19施設
1979年	25施設
1980年代	242施設
1990年代	200施設
2000年代	88施設
2010年代	14施設
無記入	61施設

国¹⁴⁾の有床診療所連絡協議会が部会で発表した「防火安全体制に関する緊急アンケート」の中間報告¹⁴⁾によると、回答 803 施設の内 1980 年代に建てられた施設が 242 施設(30%)と多く、なかでも 107 施設(13%)は建築基準法において防火扉の設置基準が熱感知式から煙感知式に変更になる 1974 年以前の建物であることがわかった。さらに 1974 年以前に建てられ、増改築を行ったと答えた施設は 90 施設、増改築を行っていないと答えた施設は 26 施設であった(表 6.7)。

表7. 診療所の増改築状況

1974年以前に建築し、増改築		1回	2回	3回	4回	5回	6回	無回答	
増改築 有り	90施設	改築回数	51施設	23施設	8施設	2施設	0施設	0施設	6施設
増改築 無し	26施設								
1974年以後に建築し、増改築		1回	2回	3回	4回	5回	6回	無回答	
増改築 有り	324施設	改築回数	200施設	82施設	23施設	4施設	2施設	1施設	12施設
増改築 無し	289施設								

5-2 施設側の法令違反認識不足

福岡医院火災発生後に、横浜市消防局が市内の病院・有床診療所に行った特別査察では、247施設の内7割を超える178施設で消防法令の違反を確認した。内容は、防災カーテンなど「防災物品の未使用」といった違反が62施設と最多。次に、火元責任者や夜間の防火管理などを市に示す消防計画の「未作成・未変更」57施設などが続く。「今回の査察では、施設側が日常的に注意を払うことで改善できる点も多く見られた。」と市担当者は話している¹⁴⁾。

5-3 スプリンクラーの設置義務化に関する考察

表8. 医療福祉関係施設のスプリンクラー設備の設置基準⁵⁾

	現行基準	経緯	補助の有無 (改正当時)
認知症グループホーム等	275㎡	昭和47年 設定 (6,000㎡) 昭和62年 改正 (1,000㎡) (昭和62年東京都老年痴呆火災を契機) 平成19年 改正 (275㎡) (平成18年大村南グループホーム火災を契機) 平成25年 検討中 (0㎡) (平成25年度長崎市グループホーム火災を契機し改正を検討中)	- あり なし あり
病院	3,000㎡	昭和47年 設定 (6,000㎡) 昭和62年 改正 (3,000㎡) (昭和62年東京都老年痴呆火災での福祉施設基準見直しと併せて改正)	- なし
診療所	6,000㎡	昭和47年 設定 (6,000㎡) ※ 昭和62年当時、①病床数が少なく、②入退院時間が短いという実態を踏まえ、改正せず。	-
デイサービスセンター等	6,000㎡	昭和47年 設定 (6,000㎡)	-

スプリンクラーに関する規制は重大事故を受けて見直しがされるケースが多く、近年重大事故が多く発生している社会福祉施設・グループホーム等のスプリンクラーの設置義務対象は、延床面積275㎡以上の施設にまで拡大されている。

一方、近年重大事故が少なかった病院・診療所の設置義務対象は、病院が3,000㎡以上、診療所が6,000㎡以上であり、比較的緩やかな規制となっている。(表8)スプリンクラーの設置費用は高額で、社会福祉施設等の高齢者施設に対しては、介護基盤緊急整備等臨時特例基金の助成制度等が設けられているが、病院・診療所等は補助の対象外となっている。

消防庁は今回の火災事故の調査結果を受けて「スプリンクラーの設置義務を履行したい」姿勢を見せている。それに対して、5-1で述べたアンケート¹⁵⁾によると、94%の診療所がスプリンクラー未設置で、スプリンクラーの設置が義務化された場合57%が「補助金等支援があれば設置する」、25%が「病床の廃止を検討する」と回答しており(表9)、診療所の経営状況を踏ま

えると補助金なしでのスプリンクラーの設置義務化は診療所数の減少に拍車をかけるものになるのは明らかである。

表9. 有床診療所におけるスプリンクラーの設置の有無及び義務化された場合の対応

スプリンクラーの設置状況			義務化された場合		
有り	45施設	6%	設置する	101施設	13%
無し	757施設	94%	補助金等支援があれば設置	435施設	57%
無回答	1施設	0%	病床の廃止を検討	188施設	25%
			無回答	34施設	4%

n: 803施設

n: 758施設

6 総括

福岡医院の火災により「有床診療所の防火体制の不備」が浮き彫りになった。福岡医院同様、施設の老朽化が進んでいる診療所は多い。医院という形態上、患者の自力避難は難しく、災害に対して極めて脆弱であり防災需要は一般と比較して高いものでなければならぬ。今回の火災を受けて政府は防災基準を厳格化しようとする姿勢を見せている。

しかしながら、ほとんどの有床診療所は、病棟部門の赤字を外来・介護部門で補い、なんとか経営を支えている状況である。これ以上基準を厳しくすると、無床化へと向かう診療所が増えることは明らかである。防火上安全であっても、施設が経営面で立ち行かなくなるようなことはあってはならない。

有床診療所が経営難で、病床を維持できない最大の原因は、著しく低い入院基本料にある。有床診療所は外来を行いながら、入院医療の提供も行い、生活・介護まで包括されており、尚且つ地域住民の医療ニーズに細かく対応できる医療施設であるにも関わらず、介護施設よりも大幅に報酬が低いのは不合理である。

参考文献

- 1) 総務省消防庁「病院・診療所等に係る防火対策の更なる徹底について」2013年10月
- 2) 総務省報道資料「有床診療所火災対策検討部会」の発足2013年10月
- 3) 日医総研ワーキングペーパーNo.242「平成23年有床診療所の現状調査」2011年10月
- 4) 江口 成美「我が国の有床診療所の現状」2013年5月
- 5) 有床診療所火災対策検討部会「福岡県福岡市診療所火災の概要」平成25年11月
- 6) MNI産経新聞ニュース「階の旧式防火扉 取り替え義務急る 福岡・整形外科の10人死亡火災」2013年10月13日
- 7) 毎日新聞「博多・医院火災:4階防火扉 ロープで固定、開いた状態」2013年10月14日
- 8) 産経新聞「防火扉、鎖で固定ケースも 埼玉県が52市町村で医療施設緊急点検」2013年12月20日
- 9) 西日本新聞「火災の医院、捜索 福岡県警、業務上過失致死疑い」2013年10月18日
- 10) 日本医師会「平成25年度有床診療所に関する検査委員会答申」2013年11月
- 11) 日医総研ワーキングペーパーNo.301「平成25年有床診療所の現状調査」2013年10月
- 12) 厚生労働省「入院基本料等加算の簡素化等に関する影響調査」平成25年5月
- 13) 日本医師会「2012年度 診療報酬改定についての調査」平成24年8月
- 14) タウンニュース・神奈川版「医療機関7割で法令違反」2013年11月14日
- 15) 総務省消防庁「防火安全体制に関する緊急アンケート実施に係る中間報告」