

平成 27 年 11 月 30 日

都道府県医師会

担 当 理 事 殿

日本医師会常任理事

鈴 木 邦 彦

パッケージ型自動消火設備（1 ユニット型）の告示改正基準（案）について（お願い）

時下ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

さて、医療機関における防火対策に関しましては、これまで種々ご連絡申上げてきたところです。

医療機関に設置できるスプリンクラー設備等は、通常のスプリンクラー設備、パッケージ型自動消火設備、特定施設水道連結型スプリンクラー設備（基準面積 1000 m²未満の施設対象）の 3 種類があります。

そのうち、パッケージ型自動消火設備につきましては、これまでの設置基準では、消火薬剤ボンベ等のユニット 3 台を設置することが一般的でしたが、今回、基準面積 1000 m²未満の施設に限り、一定の条件を満たせば 1 ユニット型のものが設置できる見込みとなり、現在消防庁においてその内容を「パッケージ型自動消火設備の設置及び維持に関する技術上の基準を定める告示」（以下「告示」という。）に反映するためのパブリックコメントが行われているところです。

本来は、パブリックコメント終了後の告示改正を経て正式に告示基準が公布されてから設置が可能となるものですが、告示の公布前に本年度に補助金の内示を受けている施設が 1 ユニット型の設置を希望する場合には、厚生労働省及び消防庁で個別に相談を受けるとのことですので、当該医療機関において、①まず地元の消防署に、「基準面積 1000 m²未満となっているか」を必ずご確認くださいようお願いいたします（これまでも、医療機関・業者側の認識と消防の判断が異なる事例が散見されています）。

その上で、②別紙に必要事項をご記入の上、厚生労働省医政局地域医療計画課宛に F A X またはメールでお送りください。その後、消防庁より管轄消防署に、本件についての情報提供が行われる予定となっていますので（現状では告示改正前のた

め、地元消防署では本件についての情報は持っていない）、地元消防署との具体的な相談・確認については、それ以降に実施していただくようお願いいたします。

なお、補助金については、内示金額の範囲内であれば、特段の手続きは不要であることを厚生労働省に確認しております。（ただし、平成 28 年 3 月 31 日までに工事が完了することが補助金交付の条件であることに変わりはありませんので、その点ご注意ください）。

今回案内した手続きは、告示改正前に限定したものであるため、告示改正後（来年 3 月末までには行われる見込み）は、このような手続きは不要です。（告示改正後においても、業者との契約前に管轄の消防署との事前相談は必ず行っていただくようお願いいたします。）

また、本会として特別にパッケージ型自動消火設備を推奨するものではありませんので、その点ご注意ください。

つきましては、貴会におかれましても、本件についてご了知いただきますとともに、大変お手数をおかけいたしますが、本年度に補助金の内示を受けている病院・有床診療所に対して周知をお願いする次第です。

別添のリストは、本年度の補助金内示施設のうち、スプリンクラーの整備面積が 1000 m²未満の施設です（ただし、これが基準面積 1000 m²未満の施設とは限りません）。既に別のスプリンクラーを設置済みの場合も考えられますが、情報提供をしていただければ幸いです。

大変お手数をおかけいたしますが、何卒よろしくお願い申し上げます。

なお、本件に関するお問い合わせは本会地域医療第 1 課までお願いいたします。

< 添付 >

- ・消防庁 パブリックコメント案
- ・パワーポイント資料（1000 m²未満の施設に対応したパッケージ型自動消火設備）
- ・相談様式
- ・平成 26 年度補正予算（平成 27 年度繰越）有床診療所等スプリンクラー等施設整備事業内示先リスト（厚生労働省提供）

< 問い合わせ >

日本医師会地域医療第 1 課（担当：西田、青木）

TEL 03-3942-6137 FAX 03-3946-2140

e-mail chiiki_1@po.med.or.jp

平成 27 年 11 月 25 日
消 防 庁

パッケージ型自動消火設備の設置及び維持に関する技術上の基準 の一部を改正する件（案）に対する意見募集

消防庁は、パッケージ型自動消火設備の設置及び維持に関する技術上の基準の一部を改正する件（案）の内容について、平成 27 年 11 月 26 日から平成 27 年 12 月 25 日までの間、意見を募集します。

1 主な改正内容

パッケージ型自動消火設備の設置及び維持に関する技術上の基準の一部を改正する件（案）は、パッケージ型自動消火設備を基準面積（消防法施行令第 12 条第 2 項第 3 号の 2 に規定する床面積の合計）が 1,000 平方メートル未満の施設に設置する場合の技術上の基準（告示）について、所要の整備を行うものです。

2 意見募集対象及び意見募集要領

- 意見募集対象
パッケージ型自動消火設備の設置及び維持に関する技術上の基準の一部を改正する件（案）
- 意見募集要領の詳細については、別紙を御覧ください。

3 意見募集の期限

平成 27 年 12 月 25 日（金）（必着）（郵送についても、募集期間内の必着とします。）

4 今後の予定

皆様からお寄せ頂いた御意見を検討した上で、当該告示を公布する予定です。



（事務連絡先）
消防庁予防課 五月女補佐、境
TEL 03-5253-7523（直通）
FAX 03-5253-7533

パッケージ型自動消火設備の設置及び維持に関する技術上の基準の一部を改正する件（案）について

平成 27 年 11 月
消 防 庁 予 防 課

【改正理由】

消防法施行令の一部を改正する政令（平成 25 年政令第 368 号）及び消防法施行令の一部を改正する政令（平成 26 年政令第 333 号）による改正後の消防法施行令（昭和 36 年政令第 37 号。以下「令」という。）第 12 条第 1 項第 1 号及び第 9 号の規定により、自力で避難することが困難な者が入所する高齢者・障害者施設や避難のために患者の介護が必要な有床診療所・病院については、原則として面積にかかわらずスプリンクラー設備の設置が義務付けられたところ。

これに伴い、小規模な施設においてもスプリンクラー設備の設置が必要となるが、設置場所や建物構造等によっては当該設備の設置が困難な施設も想定されるところ、有識者等による議論を踏まえ、スプリンクラー設備に代えて、小規模な施設にも対応可能なパッケージ型自動消火設備を整備することが適当とされたもの。

このことについて、当該設備の消火性能に係る技術開発の動向等を踏まえ検討を進めてきたところであるが、今般、「パッケージ型自動消火設備の設置及び維持に関する技術上の基準」（平成 16 年消防庁告示第 13 号）の一部を改正し、パッケージ型自動消火設備を基準面積（令第 12 条第 2 項第 3 号の 2 に規定する床面積の合計をいう。以下同じ。）が 1,000 平方メートル未満の施設に設置する場合の技術上の基準について、所要の整備を行うもの。

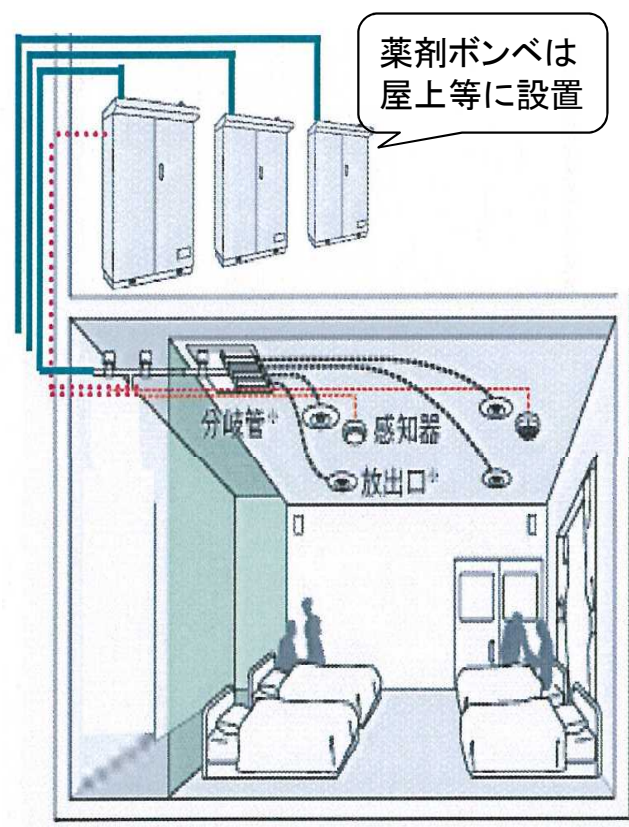
【改正内容】

- ① パッケージ型自動消火設備の消火薬剤、消火薬剤貯蔵容器等、受信装置、中継装置、作動装置等を 2 以上の隣接する同時放射区域において共有することができる場合として、以下の場合を追加すること。
 - ・ 既に隣接する同時放射区域間の設備の共有が認められている場合のほか、基準面積が 1,000 平方メートル未満の防火対象物又はその部分に設置する場合であって、火災が発生した同時放射区域以外の同時放射区域に対応する防護区域に設ける放出口から消火薬剤が放射されないように設置する場合
 - ※ この場合においても、従前から求められている以下の要件を満たすこと。
 - イ) 共用する 2 以上の同時放射区域にそれぞれ対応する警戒区域において発生した火災を有効に感知することができ、かつ、火災が発生した同時放射区域に有効に消火薬剤を放射できるパッケージ型自動消火設備を用いること。
 - ロ) 作動装置が作動してから共用するいずれの同時放射区域内においても 30 秒以内に消火薬剤を放射することができるパッケージ型自動消火設備を用いること。
 - ② ①の場合においては、受信装置について、1 の警戒区域から 2 以上の異なる火災信号を受信し、作動装置等に起動信号を発信した後において、異なる警戒区域から 2 以上の異なる火災信号を受信した場合には、起動信号を発信しなくてもよいこと。
- ※ なお、基準面積が 1,000 平方メートル未満の防火対象物又はその部分にパッケージ型自動消火設備を設置する場合においても、従来の当該設備に係る技術上の基準を満たす必要があること。

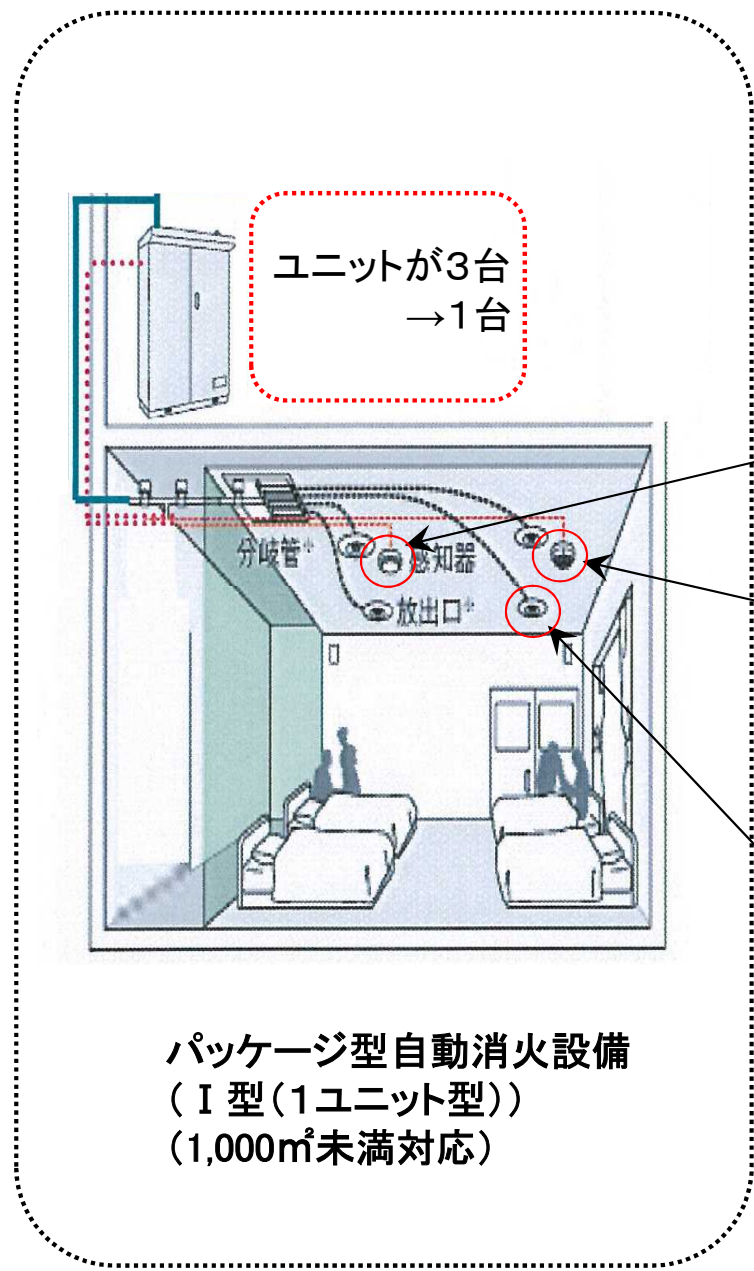
【施行期日】

公布の日

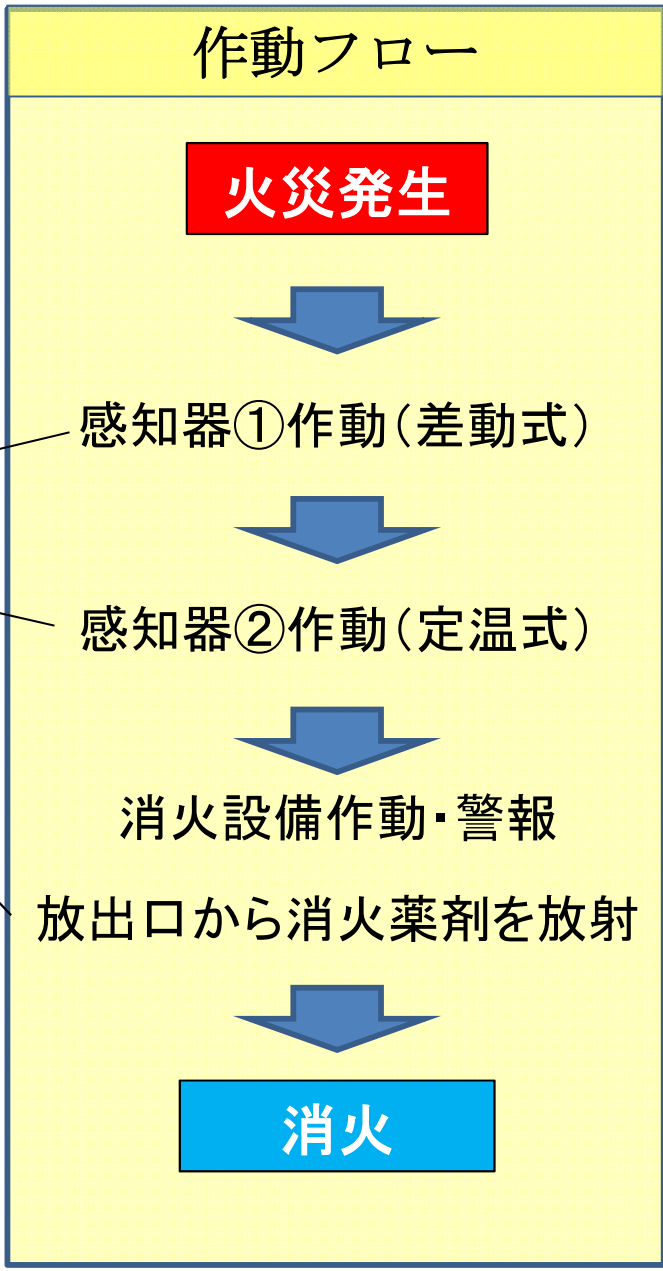
1000㎡未満の施設に対応したパッケージ型自動消火設備



パッケージ型自動消火設備 (I 型)
(10,000㎡以下対応)



パッケージ型自動消火設備
(I 型 (1ユニット型))
(1,000㎡未満対応)



パッケージ型自動消火設備（１ユニット型）設置相談用紙

（本用紙は、今年度の補助金を活用し、告示改正前に設置を希望する施設にご記入いただくものです。告示改正後は、今回の手続きは不要です。その場合も、業者との契約前に管轄の消防署と必ずご相談いただくようお願いいたします。）

医療機関名	病院 ・ 有床診療所（どちらかに○をつけてください）		
住所			
電話番号		F A X	
階数		延べ面積 （※わかれば基準 面積も記入）	
建物内における一般 住宅部分の有無		当初設置予定（補 助金申請時）の自 動消火設備の種類	
担当者	氏 名 _____ （部署または役職： _____） e-mail _____		
管轄消防署	_____ 市区町村 _____ 消防署 基準面積が 1000 ㎡未満の施設に該当していることを管轄消防署に確認していますか。 ①はい ⇒ 相談日時 _____ 消防署の担当者名 _____ ②いいえ → 下記注意事項をご確認ください。 ↓ ※基準面積が 1000 ㎡未満の施設に該当することを管轄消防署に確認していただくことが前提となっています。消防庁から管轄消防署への情報提供がスムーズに行われるよう、担当者をご記入下さい。		
備考			

＜送付先＞ 厚生労働省医政局地域医療計画課（担当：十鳥、財津）
 TEL 03-5253-1111（内 2551） FAX 03-3503-8562
 e-mail tottori-shinichi@mhlw.go.jp
 zaitsu-emiri@mhlw.go.jp