

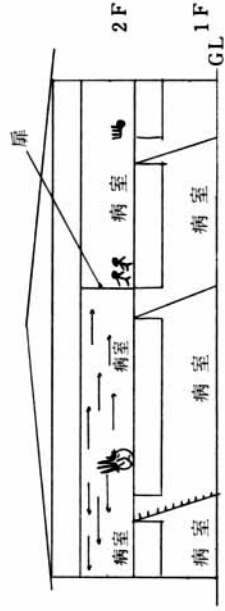
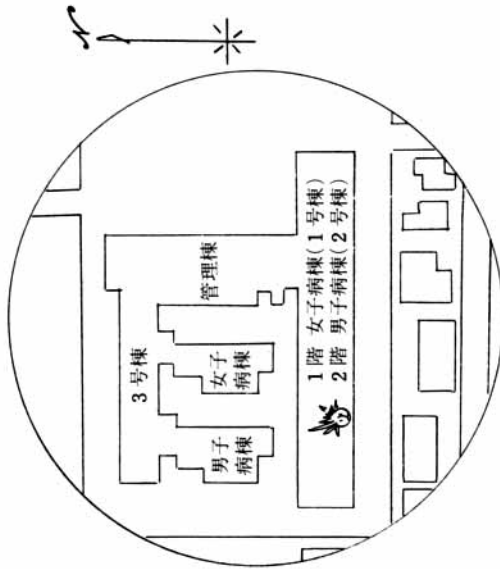
名称 所在	用途 (令別表)	発生日時等	構造・階層 面積	焼損程度 (焼損面積) 延面積	死傷者
青森市民病院 小浜分院 (精神病院)	病院	昭和48年4月20日	防火%	全・㊦・部・小	死者
		出火14時20分ころ 覚知14時32分 覚知別 報知電話 鎮火15時25分	建 m ²	530m ²	3名
青森市大字沖館 字小浜155	(6)イ		延 2,409m ²	(22%)	傷者 0名

I 火災概要								
① 概要	この火災は、精神病院の病室押入から出火したものであり、火災の発見が遅れ、また患者に対する避難誘導體制及び避難者の掌握に適切性を欠いたため、途中まで避難した患者3名が再び病室に戻り死亡したものである。							
② 階 別 状 況	階	床面積 m ²	焼損床面積 m ²	用途(売場)	在館者	死者	避難設備等	消防用設備等
					医師及び 職員等 53		屋内階段 3ヶ所	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳
	②	774	530	病室	30	3		
	1	1,635		病室, 診療室等	134			
	合計	2,409	530		217	3		
③ 出 火 場 所	(階, 室, 部位, 可燃物状況, 居室・非居室, 在・不在) 第二病棟(2階)の西側5号室押入付近から出火。出火当時は患者は不在であった。					④ 出 火 原 因	不 明 入院患者の放火によるものと推定されている。	

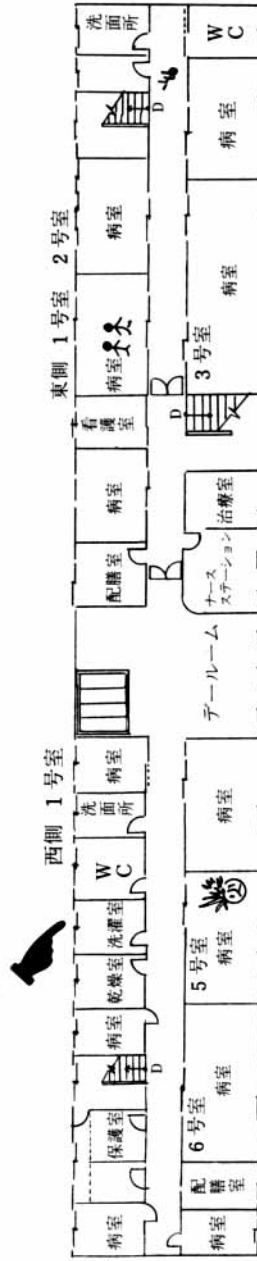
⑤ 火 災 の 延 焼 経 路 等	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">(出火部位) 2階病室の 押入付近</div> <div style="text-align: center;">(出火室の拡大) 押入の壁及び天 井に着火拡大</div> <div style="text-align: center;">(他室への拡大) 天井裏及び小屋裏を通じ延 焼し間仕切壁部分にて阻止</div> </div>	
	<p>第2病棟（2階）西側5号室の押入付近からの火炎は、合板の壁及び天井へと燃え移り、天井裏・小屋裏へと延焼していき、さらに西側部分に設けられていた防火区画の天井裏と壁体との隙間から延焼していったが、東側部分の間仕切壁により、火勢を阻止させることができた。</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 延焼拡大した主な理由 第2病棟の廊下及び天井裏部分は、自動火災報知設備の感知器が未設置であったため、火災の覚知が遅れ、ベルが鳴動していた時は、すでに火勢が拡大していた。 防火区画の天井部分が完全でなかったため、ここより延焼した。 ○ 煙の伝播経路 押入れ部分から発生した火煙は、延焼拡大に伴って主に天井裏・小屋裏から第2病棟の各室に充満していった。 	
II 火災建物概要		
① 建 築	着工・竣工又は主たる改築等 (竣工) 昭和32年 月 日 (増築) 昭和36・37年 月 日	
管 理 状 況	② 豎 穴 の 状 況	③ 防 火 管 理 状 況
	階 段 <input type="checkbox"/> ダクトスペース <input type="checkbox"/> エレベーター <input type="checkbox"/> パイプシャフト <input type="checkbox"/> エスカレータ <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> なし	昭和36年7月に分院長が選任された後、選解任届がなされていないが、実質的には、有資格者である、事務長が防火管理業務を行っていた。 昭和40年12月消防計画に変わるべき「災害対策規定」が提出されている。 自衛消防訓練等は積極的に実施されていた（本年も2月25日、4月9日にそれぞれ患者を含めた避難訓練を実施している。又4月25日も実施する予定である）。
管 理 状 況	④ 防 火 区 画 等	⑤ 消 防 用 設 備 等
	第2病棟の西側に500㎡の防火区画が、東側に間仕切壁が各1箇所設けられていたが防火区画の防火戸が開放された状態であり、かつ、天井裏と壁体との間に隙間があったため延焼してしまった。	第1、第2病棟の煙感知器及び漏電火災警報器、誘導灯（一部）・避難器具（第2病棟）が未設置であった。（昭和48年度に設置予定であった）

III 火災後の行動	
① 発 見 状 況	<ul style="list-style-type: none"> ○ 発見者 (ナースステーションにいた主任看護婦) ○ 発見の動機 (自動火災報知設備のベルが鳴動) ○ 発見後の行動 (火災を知らせる)
	<ul style="list-style-type: none"> ○ 第2病棟のナースステーションには、看護婦2名、看護師1名が勤務していたが、自動火災報知設備のベルが鳴動したため、主任看護婦がいつもの誤発報と思いながら廊下に出たところ、5号室から煙が出ているのを確認し、ナースステーションの者に知らせた。 ○ ナースステーションから事務室に通報。事務員はベル鳴動により異常を感じていたが、ナースステーションから火災を知らされ、正面入口から中庭に出てみると煙を確認した。
② 通 報 状 況	通 報 した <input checked="" type="checkbox"/> (病院関係者が通報) 出火後約(12)分 しない <input type="checkbox"/>
	14時32分、男の声で「青森市民病院小浜分院が火事です」と通報があり、約1分後に第2報として燃えている場所、患者数等比較的詳細にわたって通報されている。
③ 初 期 消 火 状 況	消 火 した 成功 <input type="checkbox"/> 失敗 <input type="checkbox"/> ○ 消火時期 <input type="checkbox"/> ○ 消火困難性 <input type="checkbox"/> ○ 消火方法 <input type="checkbox"/>
	消 火 しない ○ 消火時期 <input type="checkbox"/> ○ 消火困難性 <input type="checkbox"/> ○ 消火方法 <input type="checkbox"/> ○ その他 <input checked="" type="checkbox"/>
④ 消 火 活 動 概 要	(消防上の支障・困難性等) ○ 建物の各開口部がすべて金網・鉄格子・ガラス戸と三重になっており、容易に開放できなかった。また、各非常口が施錠されていたため屋内進入が困難であった。 ○ 消防隊到着時、建物関係者から「全員避難完了」の報告がなされたため、逆に救助行動に間隙を生ずることとなった。

⑤ 避 難 状 況	避 難 方 法		避 難 上 支 障 事 項
	○階段を利用 <input checked="" type="checkbox"/> (27 人) ○エレベーター、エスカレータ利用 <input type="checkbox"/> (人) ○避難器具を利用 <input type="checkbox"/> (人) ○窓、開口部から直接地上へ <input type="checkbox"/> (人) ○救助 <input type="checkbox"/> (人) ○その他() <input type="checkbox"/> (人)		○無 窓 <input type="checkbox"/> ○開口部の格子等 <input checked="" type="checkbox"/> ○非常口(出入口)等の施錠 <input checked="" type="checkbox"/> ○警報設備 <input type="checkbox"/> (管理不良, 機能不良, 未設置) ○停 電 <input type="checkbox"/> ○その他 <input checked="" type="checkbox"/> (患者の異常行動)
⑥ 死 者 の 状 況	健康人 名 (泥酔者 名) 要保護者 名 乳幼児 名 高齢者 名 身体不 自由者 名 病人 名		避 難 上 支 障 と な っ た 事 項
			○無 窓 <input type="checkbox"/> ○開口部の格子等 <input checked="" type="checkbox"/> ○非常口(出入口)等の施錠 <input checked="" type="checkbox"/> ○警報設備 <input type="checkbox"/> (管理不良, 機能不良, 未設置) ○停 電 <input type="checkbox"/> ○その他 <input checked="" type="checkbox"/> (患者の異常行動)
○第3病棟では、113名の患者が映画を観覧中であつたが、病室に残っていた患者8名とともに看護婦等の適切な誘導により無事病院前の広場に避難した。 ○第1病棟には患者13名がいたが、看護婦の適切な誘導及び搬出により全員南口非常口より避難した。 ○第2病棟には患者30名がおり、看護婦の適切な誘導により中央階段から屋外の広場に避難した。(3名が室に戻つたため死亡)			
死亡した3名の患者は、東側1号室の2名及び3号室の1名で、主任看護婦に中央階段踊場まで誘導され屋外広場に出るように指示された3名であるが、主任看護婦が2号室の重症患者を救出するため時間を費している間に、精神病患者特有の異常行動か、あるいは物への執着心のためか再び各自の室に戻つたため、東側1号室の2名は室内の窓際で、3号室の1名は廊下で毛布を被つた状態で倒れていた。			
IV 問題点・教訓等			
1. 映画会の会場に多数の患者が集まっていたため、病院側の避難誘導の主力がこれに注がれ、他の病棟の誘導体制が手薄となつていた。 2. 避難訓練がたびたび行われていたにもかかわらず、最も基本である人員の掌握が遅れ、要救助者のあることが確認できず、全員避難完了として消防隊に報告したため、救助活動に支障をきたした。 3. 精神病院のため、患者の性質上各開口部は全て金網・鉄格子が設けられており、非常口等は全て施錠されていた。 4. 自動火災報知設備は設置されていたが、天井裏・廊下部分に感知器が未設置であつたため、火災の感知が遅れた。 5. 第2病棟には、西側部分に防火区画が東側部分には、間仕切壁が各1箇所設けられており、それぞれ、天井裏部分での火面拡大防止に大きな効果があつたが、西側の防火区画は不完全であつたため突破されてしまった。			



配置図

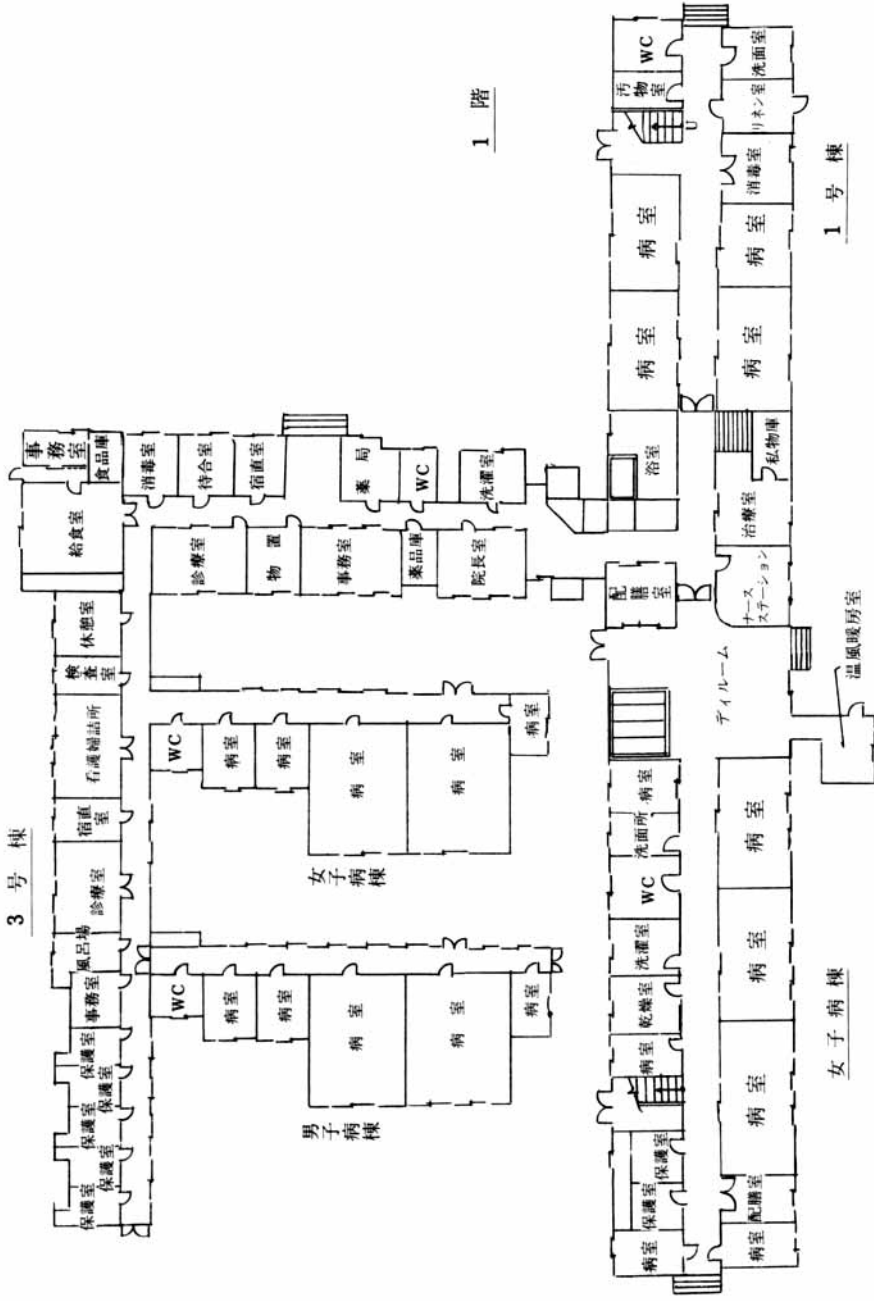


男子病棟

2号棟

2階

3号棟



1階

1号棟

女子病棟