

事 務 連 絡

平成26年8月12日

一般社団法人 日本病院会 御中

厚生労働省医政局地域医療計画課

病院・診療所等におけるスプリンクラー設備の
設置等に係る実態調査について（情報提供）

医療政策全般の推進につきましては、平素より格段のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、平成25年10月11日に発生した福岡県福岡市の有床診療所の火災を受け、医療機関の防火体制の整備を目的として、平成25年度補正予算において101億円（有床診療所等スプリンクラー等施設整備事業）措置したところです。

また、平成26年7月4日に総務省消防庁が「有床診療所・病院火災対策報告書」を公表し、今後、必要な政省令の改正が行われることとなっております。

そこで、厚生労働省では今後の予算の積算等の参考に資するため、病院・診療所等におけるスプリンクラー設備の設置等の実態把握を行うこととし、別添のとおり各都道府県に対して調査依頼をいたしましたので、情報提供いたします。

連絡先

厚生労働省医政局地域医療計画課

へき地医療係 泊、財津

TEL：03-3595-2194

FAX：03-3503-8562

医政地発0812第1号
平成26年8月12日

各都道府県衛生主管部（局）長 殿

厚生労働省医政局地域医療計画課長
（ 公 印 省 略 ）

病院・診療所等におけるスプリンクラー設備の
設置等に係る実態調査の実施について（依頼）

平成25年10月11日に発生した福岡県福岡市の有床診療所の火災を受け、平成25年度補正予算において101億円（有床診療所等スプリンクラー等施設整備事業）措置し、676医療機関に対し内示を行ったところです。

また、平成26年7月4日に総務省消防庁が「有床診療所・病院火災対策報告書」を公表し、今後、必要な政省令の改正が行われることとなっております。

よって、今後の予算の積算等の参考に資するため、病院・診療所等におけるスプリンクラー設備の設置等に係る調査を実施いたします。

つきましては、別添様式により調査を実施の上、下記期限までにご提出願います。

記

1. 提出期限
調査表・・・平成26年9月30日（火）
2. 調査対象
病院、診療所及び助産所
（※診療所は有床診療所（歯科を含む）に限る、また、助産所は入所施設を有する助産所に限る）
3. 調査基準日 平成26年8月1日
4. 調査内容
総括表：調査対象数、回収数
調査票：名称等、基本情報、建物の構造・設備、職員の体制

※調査票（個票）については、病院、診療所及び助産所に対し郵送で調査を実施する際にご活用ください。

5. 提出方法

都道府県等において医療機関等へ依頼後、医療機関等からの回答を調査票に取りまとめ、電子データ（Excel ファイル）を都道府県から下記提出先まで提出してください。

提出にあたって、ファイル名に「〇〇県」と都道府県名を入れてください。

また、集計の関係上、数字データについては半角で入力し、また、医療機関の追加による行の追加、棟の追加による列の追加以外の調査様式のセルの結合等様式の変更は行わないようお願いします。

6. 提出先

送付先：医政局地域医療計画課：spchousa@mhlw.go.jp

※必ず都道府県において取りまとめた上で提出をお願いします。

以上

厚生労働省医政局地域医療計画課
担当：へき地医療係 泊、財津
医療監視専門官 加藤、都竹
TEL：03-3595-2194

総括表

都道府県名

〇〇〇

	調査対象数	回収数	回収率
病院			#DIV/0!
有床診療所			#DIV/0!
有床歯科診療所			#DIV/0!
助産所			#DIV/0!
合計	0	0	#DIV/0!

※都道府県の計について、記載願います。

調査票

都道府県

1 施設名など				2																																					
(1)	(2)	(3)	(4)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)	(19)	(20)	(21)	(22)	(23)	(24)	(25)	(26)	(27)	(28)	(29)	(30)								
				基本情報										建物の構造・設備														職員の体制													
医療機関の種類	医療機関名	開設者種別	所在地(〒記号)	病床区分	病床数	入院患者数	前年又は前年度の一日平均入院患者数	病床数又は入所可能数(助産所)	種別	建物の階数(地階の階数を含む)	地階の階数	1F	2F	3F	4F	5F	6F	7F	8F	9F	10F	11F以上	延床面積(㎡)	1. 1階	2. 2階	3. 不明	1. 1階	2. 2階	3. 不明	1. 1階	2. 2階	3. 不明	1. 1階	2. 2階	3. 不明						
1:病院 2:有床診療所 3:有床歯科診療所 4:助産所	1: 国 2: 独立行政法人 3: 都道府県・市町村等 4: 公的団体 5: 個人 6: その他(医療法人含む)	1: 一般病床 2: 療養病床 3: 精神病床 4: 結核病床 5: 感染症病床	1: 有 2: 無	(床) 又は (数)	(人)	1:産科 2:婦人科 3:産婦人科 4:眼科 5:耳鼻いんこう科 6:皮膚科 7:歯科 8:肛門外科 9:泌尿器科 10:小児科 11:乳癌外科 12:形成外科 13:美容外科 14:「1」～「13」までの組合せ 15:その他	(階)	(階)	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	(㎡)	1. 1階 2. 2階 3. 不明	1. 1階 2. 2階 3. 不明	1. 1階 2. 2階 3. 不明	1. 1階 2. 2階 3. 不明	1. 1階 2. 2階 3. 不明	1. 1階 2. 2階 3. 不明	1. 1階 2. 2階 3. 不明	1. 1階 2. 2階 3. 不明	1. 1階 2. 2階 3. 不明	1. 1階 2. 2階 3. 不明	1. 1階 2. 2階 3. 不明	1. 1階 2. 2階 3. 不明	(人)	(人)					
(例) 2	〇〇診療所	5	〇		1	135	130	1	5		〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	1200	1	1	1	1	8	2	1	1	1	1	1	2	2	2	11.1	4.5	12.1		
(例) 2	△△診療所	5	〇	〇	1	3	1	1	7													800	1	1	1	1	3	2	1	2	2	1	2	1	2	1	1.0		3.0		
1																																									
2																																									
3																																									
4																																									
5																																									
6																																									
7																																									
8																																									
9																																									
10																																									
11																																									
12																																									
13																																									
14																																									
15																																									
16																																									
17																																									
18																																									
19																																									
20																																									

医療機関ごとに記入して下さい。

調査票(個票)

※1棟につき1枚の記載となります。

都道府県	
都道府県通番 【前回調査の番号】	

記載事項		回答						
1 ※該当する区分に○を付してください。								
(1)	医療機関の種類	1:病院	2:有床診療所	3:有床歯科診療所	4:助産所			
(2)	医療機関名	名称						
(3)	医療機関の開設者の種別	1:国	2:独立行政法人	3:都道府県・市町村等	4:公的4団体	5:個人	6:その他(医療法人含む)	
(4)	棟番号(複数の棟がある場合番号をそれぞれ付して記載)							
2 ※該当する区分に○を付してください。								
(1)~(5)	基本情報	病床区分	一般病床	療養病床	精神病床	結核病床	感染症病床	
		病床・入居施設の有無	1:有	2:無				
		病床数又は入所可能数(助産所) ※許可病床数を記載してください。	床又は数					
		前年又は前年度の一日平均入院患者数	人					
		標榜科	1:産科	2:婦人科	3:産婦人科	4:眼科	5:耳鼻いんこう科	6:皮膚科
		7:歯科	8:肛門外科	9:泌尿器科	10:小児科	11:乳腺外科		
		12:形成外科	13:美容外科	14:「1~13」までの組み合わせ		15:その他		
(6)	建物の階数(地階の階数含む)	階						
(7)	地階の階数	階						
(8)	病床又は入所施設がある階数	1F	2F	3F	4F	5F	6F	
		7F	8F	9F	10F	11F以上		
(9)	延床面積(棟) ※住居部分等、医療機関以外の部分は除く	㎡						
(10)	1000㎡以上のうち区画を有する棟(病室など床面積200㎡以内毎に耐火構造の壁・床で区画)	1:該当	2:非該当	3:不明				
(11)	1000㎡未満のうち区画を有する棟(病室など床面積100㎡以内毎・3室以内に準耐火構造の壁・床で区画)	1:該当	2:非該当	3:不明				
(12)	スプリンクラーの設置義務の有無	1:有	2:無					
(13)	建物の構造・設備	スプリンクラーの設置対象外の事由						
		1:(1)病床区分が精神、感染、結核のみである。	1:(1)					
		2:(2)病床又は入所施設を有していない。	2:(2)					
		3:有床診療所において、(3)病床数が3床以下である。	3:(3) ※有床診療所のみ記載					
		4:有床診療所において、(4)前年又は前年度における一日平均入院患者数が1人未満である。	4:(4) ※有床診療所のみ記載					
		5:(5)標榜科目が1~14のいずれかに示すもののみである。	5:(5)					
		6:(10)に該当	6:(10)					
		7:(11)に該当	7:(11)					
		8:病院において、(30)夜間における患者の見守り体制が13床当たり従業員1以上かつ(29)が2人以上の体制である。	8:(29)(30) ※病院のみ記載					
		(14)	スプリンクラーの設置(現時点)の有無	1:有	2:無			
		(15)	消防機関へ通報する火災報知設備(火災通報装置)の有無(H26年度に設置予定も含む)	1:有	2:無			
		(16)	自動火災報知設備の有無(H26年度に設置予定も含む)	1:有	2:無			
		(17)	消防機関へ通報する火災報知設備(火災通報装置)と自動火災報知設備との連動起動化の有無	1:有	2:無			
(18)	消火器の設置の有無	1:有	2:無					
(19)	屋内消火栓設備の設置の有無	1:有	2:無					
(20)	スプリンクラー等の設置に係る補助金の交付申請による内示(26年7月)の有無	1:スプリンクラー	2:自動火災報知設備	3:火災通報装置	4:1スプリンクラーと2自動火災報知設備			
		5:1スプリンクラーと3火災通報装置	6:2自動火災報知設備と3火災通報装置	7:全て(1スプリンクラーと2自動火災報知設備と3火災通報装置)				
		8:無	9:申請していない					
(21)	スプリンクラーの設置計画の有無(建物の建て替えに伴うものを除く)(既存の施設については、(12)で「1:有」かつ(14)で「2:無」と回答した場合には平成37年6月末までに設置が必要となる予定です。)(設置義務のあるなしに関わらず記載)	1:平成26年度	2:平成27年度	3:平成28年度~平成29年度	4:平成30年度~平成31年度			
		5:平成32年度~平成33年度	6:平成34年度~平成35年度	7:平成36年度~平成37年度	8:未定	9:計画無		
(22)	建物の建て替えに伴うスプリンクラーの設置予定の有無 ※移転新築を含む	1:平成26年度	2:平成27年度	3:平成28年度~平成29年度	4:平成30年度~平成31年度			
		5:平成32年度~平成33年度	6:平成34年度~平成35年度	7:平成36年度~平成37年度	8:未定	9:計画無		
(23)	(21)、(22)で計画しているスプリンクラーの種類について、通常のスプリンクラーは「1」、水道連結型は「2」、パッケージ型は「3」を記載。	1:通常のスプリンクラー		2:水道連結型	3:パッケージ型			
(24)	スプリンクラー等について補助金又は補助金+自己資金での設置予定の有無	1:有	2:無					
(25)	(24)が有の場合(補助金又は補助金+自己資金での設置)について設置予定の設備	1:スプリンクラー	2:自動火災報知設備	3:火災通報装置	4:1スプリンクラーと2自動火災報知設備			
		5:1スプリンクラーと3火災通報装置	6:2自動火災報知設備と3火災通報装置	7:全て(1スプリンクラーと2自動火災報知設備と3火災通報装置)				
(26)	スプリンクラー等について補助金を活用せず自己資金での設置予定の有無	1:有	2:無					
(27)	(26)が有の場合(自己資金での設置)について設置予定の設備	1:スプリンクラー	2:自動火災報知設備	3:火災通報装置	4:1スプリンクラーと2自動火災報知設備			
		5:1スプリンクラーと3火災通報装置	6:2自動火災報知設備と3火災通報装置	7:全て(1スプリンクラーと2自動火災報知設備と3火災通報装置)				
(28)	夜間に勤務する従業員の数(直近1ヶ月における午前2時時点の平均従業員数) ※医師、看護職員、技師、事務職員等詳しくは記載要領を参照してください	人(少数点第1位まで記載)						
(29)	病院において、(28)のうち、就寝を伴わず勤務する従業員の最小人数(直近1ヶ月の平均)	人(少数点第1位まで記載) ※病院のみ記載						
(30)	夜間における患者の見守り体制(13床当たり職員1名) ※(3)病床又は入所可能数÷(28)夜間に勤務する従業員の数	床/1人当たり(少数点第1位まで記載) ※病院のみ記載						

調査票 記載要領

○調査票の記載にあたって

1. 本調査においては、費用負担の発生する業者調査などは求めませんので、手持ちの資料などでわかる範囲で御回答ください。
2. 「都道府県」欄には、都道府県名を記載してください。
3. 「都道府県通番」は、「病院・診療所等の防火体制に係る実態調査の実施について(依頼)」(平成25年11月1日付け医政指発1101第1号)(「前回調査」という。)の調査票に記載した番号と同じ番号を記載してください。
4. 病院、有床診療所、有床歯科診療所、助産所の棟毎に記載してください。なお、渡り廊下等で接続されている場合は、別棟として記載してください。
5. 複数の棟がある場合、「調査票」においては、下に行を追加し記載してください。その際、1(1)医療機関の種類から1(3)開設者種別についてもれなく記載してください。また、「調査票(個票)」においては、1棟につき個表1枚を記載してください。
6. 記載にあたって、選択事項については「ドロップダウンリスト(リストからの選択方式)」を設定しておりますので、該当する区分を選択してください。
7. 行を追加する場合、「計算式」や「ドロップダウンリスト」の設定があるため、行の挿入ではなく、行をコピーした後、「コピーしたセルの挿入」の利用を推奨します。
8. 数値の入力は、半角でお願いします。また、書式の変更は行わないようお願いいたします。

記載事項		区分					
1							
(1)	医療機関の種類について、次の区分にしたがって記載。	1:病院	2:有床診療所	3:有床歯科診療所	4:助産所		
(2)	医療機関名について記載。						
(3)	医療機関の開設者の種別について、次の区分にしたがって記載。 ※「2:独立行政法人」には国立大学法人を含む。 「3:都道府県・市町村等」には地方独立行政法人及び一部事務組合を含む。 「4:公的4団体」は、日本赤十字社、社会福祉法人恩賜財団済生会、全国厚生農業協同組合連合会及び社会福祉法人北海道社会事業協会である。 「6:その他」は、医療法人など	1:国	2:独立行政法人等	3:都道府県・市町村等	4:公的4団体	5:個人	6:その他(医療法人含む)
(4)	棟番号(複数の棟がある場合、番号をそれぞれ付して記載。2棟目以降は、下に行を追加して順に記載してください。)						
2							
(1)	当該棟について「病床区分」について、該当する区分に○を付してください。	一般病床	療養病床	精神病床	結核病床	感染症病床	
(2)	当該棟について、病床又は入所施設(助産所)がある場合は「1」、ない場合は「2」を記載。	1:有	2:無				
(3)	当該医療機関における合計の「病床数」又は「入所可能数(助産所)」を記載。※医療法上の許可病床数を記載してください。	(床)又は(数)					
(4)	当該医療機関における前年又は前年度における一日平均入院患者数を記載。	(人)					
(5)	当該病院における標榜科について、次の区分により記載。 1:産科 2:婦人科 3:産婦人科 4:眼科 5:耳鼻いんこう科 6:皮膚科 7:歯科 8:肛門外科 9:泌尿器科 10:小児科 11:乳腺外科 12:形成外科 13:美容外科 14:「1~13」までの診療科のみの組み合わせの場合 (例:産科・小児科や婦人科・乳腺外科など) 15:その他(1~13までの標榜科以外を含む複数の標榜科の場合はその他)	1:産科	2:婦人科	3:産婦人科	4:眼科	5:耳鼻いんこう科	
		6:皮膚科	7:歯科	8:肛門外科		9:泌尿器科	
		10:小児科		11:乳腺外科		12:形成外科	
		13:美容外科		14:「1~13」までの組み合わせ		15:その他	
(6)	当該棟における建物の階数を記載。(地階がある場合には、地階を含んだ階数を記載すること。)	(階)					
(7)	当該棟における地階のみの階数について記載。	(階)					
(8)	当該医療機関の病床又は入所室(助産所)がある階について、該当する区分に○を付してください。	1F	2F	3F	4F	5F	6F
		7F	8F	9F	10F	11F以上	
(9)	当該棟の延べ床面積について、100㎡単位で記載(住居部分等、医療機関以外の部分は除く。また、100㎡未満は切り上げ)	(㎡)					

調査票 記載要領

(10)	1000㎡以上の施設であって、以下の条件を満たしていること。①病室など床面積200㎡以内ごとに、隣接した部分との間が耐火構造の壁・床で区画されていること。②廊下部分の壁及び天井が準不燃材料以上の材料で仕上げているとともに、病室などの壁及び天井を難燃材料以上の材料で仕上げていること。③区画する壁及び床の開口部の面積の合計が8㎡（一の開口部の面積は4㎡）以下であり、防火戸が設置されていること。（消防法施行規則第12条の2第1項第2号に該当）	1: 該当	2: 非該当	3: 不明	
(11)	1000㎡未満の施設であって、以下の条件を満たしていること。①病室など床面積100㎡以内ごとに、かつ、3室以内ごとに、隣接した部分との間が準耐火構造の壁・床で区画されていること。②廊下部分の壁及び天井が準不燃材料以上の材料で仕上げているとともに、病室などの壁及び天井床を難燃材料以上の材料で仕上げていること。③区画する壁及び床の開口部の面積の合計が8㎡（一の開口部の面積は4㎡）以下であり、防火戸が設置されていること。（消防法施行規則第12条の2第1項第1号に該当）	1: 該当	2: 非該当	3: 不明	
(12)	当該棟におけるスプリンクラーの設置義務がある場合は「1」、次の(13)のいずれかに該当する場合は「2」を記載。	1: 有	2: 無		
(13)	当該棟におけるスプリンクラーの設置対象外として該当する事由について記載。				
	1: (1) 病床区分が精神、感染、結核のみである。	1: (1)			
	2: (2) 病床又は入所施設を有していない。	2: (2)			
	3: 有床診療所において、(3) 病床数が3床以下である。【有床診療所のみ】	3: (3)			
	4: 有床診療所において、(4) 前年又は前年度における一日平均入院患者数が1人未満である。【有床診療所のみ】	4: (4)			
	5: (5) 標榜科目が1～14のいずれかに示すもののみである。	5: (5)			
	6: (10) に該当	6: (10)			
	7: (11) に該当	7: (11)			
(14)	スプリンクラーの設置について、調査時点において設置がある場合は「1」、ない場合は「2」を記載。	1: 有	2: 無		
(15)	消防機関へ通報する火災報知設備（火災通報装置）がある場合（H26年度に設置予定も含む）は「1」、ない場合は「2」を記載。	1: 有	2: 無		
(16)	自動火災報知設備がある場合（H26年度に設置予定も含む）は「1」、ない場合は「2」を記載。	1: 有	2: 無		
(17)	消防機関へ通報する火災報知設備（火災通報装置）と自動火災報知設備との連動起動化の場合は「1」、連動起動化していない場合は「2」を記載。	1: 有	2: 無		
(18)	消火器の設置がある場合は「1」、ない場合は「2」を記載。	1: 有	2: 無		
(19)	屋内消火栓設備の設置がある場合は「1」、ない場合は「2」を記載。	1: 有	2: 無		
(20)	スプリンクラー等の設置に係る補助金の交付申請による内示（26年7月）について、内示があった場合、その内示が通常のスプリンクラーは「1」、自動火災報知設備は「2」、消防機関へ通報する火災報知設備（火災通報装置）は「3」を記載し、複数ある場合は、次の区分「4」から「7」を記載し、内示がない場合は「8」、補助金の交付申請を行っていない場合は「9」を記載。	1: スプリンクラー	2: 自動火災報知設備	3: 火災通報装置	
		4: 1スプリンクラーと2自動火災報知設備		5: 1スプリンクラーと3火災通報装置	
		6: 2自動火災報知設備と3火災通報装置		7: 全て(1スプリンクラーと2自動火災報知設備と3火災通報装置)	
		8: 無	9: 申請していない		
(21)	スプリンクラーを設置していない場合、その設置を計画している年度について、次の区分により記載。 スプリンクラーの設置義務に関わらず記載し、建物の建て替えに伴うものは除く。 既存の施設については、(12)で「1:有」かつ(14)で「2:無」と回答した場合には平成37年6月末までに設置が必要となる予定です。	1: 平成26年度		2: 平成27年度	
		3: 平成28年度～平成29年度		4: 平成30年度～平成31年度	
		5: 平成32年度～平成33年度		6: 平成34年度～平成35年度	
		7: 平成36年度～平成37年度		8: 未定	9: 計画無

調査票 記載要領

		1:平成26年度	2:平成27年度			
(22)	建物の建て替えに伴うスプリンクラーの設置を予定している場合、その設置を計画している年度について、次の区分により記載。 ※移転新築を含む	3:平成28年度～平成29年度		4:平成30年度～平成31年度		
		5:平成32年度～平成33年度		6:平成34年度～平成35年度		
		7:平成36年度～平成37年度		8:未定	9:計画無	
(23)	(21)、(22)で計画しているスプリンクラーの種類について、通常のスプリンクラーは「1」、水道連結型は「2」、パッケージ型は「3」を記載。	1:通常のスプリンクラー	2:水道連結型	3:パッケージ型		
(24)	スプリンクラー等について補助金又は補助金+自己資金での設置予定の場合は「1」、そうでない場合は「2」を記載。	1:有	2:無			
(25)	(24)が有の場合(補助金又は補助金+自己資金での設置)について、その設置予定の設備を次の区分から記載。 ※「消防機関へ通報する火災報知設備(火災通報装置)」は、「火災通報装置」として記載。	1:スプリンクラー		2:自動火災報知設備	3:火災通報装置	
		4:1スプリンクラーと2自動火災報知設備		5:1スプリンクラーと3火災通報装置		
		6:2自動火災報知設備と3火災通報装置		7:全て(1スプリンクラーと2自動火災報知設備と3火災通報装置)		
(26)	スプリンクラー等について補助金を活用せず自己資金での設置予定の場合は「1」、そうでない場合は「2」を記載。	1:有	2:無			
(27)	(26)が「1:有」の場合(自己資金での設置)について、その設置予定の設備を次の区分から記載。 ※「消防機関へ通報する火災報知設備(火災通報装置)」は、「火災通報装置」として記載。	1:スプリンクラー		2:自動火災報知設備	3:火災通報装置	
		4:1スプリンクラーと2自動火災報知設備		5:1スプリンクラーと3火災通報装置		
		6:2自動火災報知設備と3火災通報装置		7:全て(1スプリンクラーと2自動火災報知設備と3火災通報装置)		
(28)	夜間に勤務する従業員の数(直近1ヶ月における午前2時時点の平均従業員数)を記載。 「職員」は、医師、歯科医師、薬剤師、看護師、准看護師、看護補助者、栄養士、診療放射線技師、理学療法士・作業療法士、臨床検査技士、事務職員、その他(ボイラー技士、警備員など)など病院に勤務している従業員、役務契約先の会社等の職員で当該病院において夜間に勤務をしている者についても対象 ※病棟勤務職員だけでなく、病院全体に勤務する従業員数を計上してください。 (少数点第2位を四捨五入して少数点第1位までを記載) ※「役務契約先の会社等の職員」については、単に防犯のみではなく、建物・構造設備を把握し、災害時に適切に対応する者であること。(火災時において、初期消火、消防機関への通報、患者の避難誘導等を行うなど)	(人)				
(29)	病院において、(28)のうち、就寝を伴わず勤務する従業員の最小人員数(直近1ヶ月の平均) ※少数点第2位を四捨五入して少数点第1位までを記載 【病院のみ】	(人)				
(30)	夜間における患者の見守り体制 (13床当たり職員1名) ・Excelシートにより記載する場合は入力不要 ・個表(紙)により記載する場合は(3)病床又は入所可能数÷(28)夜間に勤務する従業員の数(少数点第2位を切り捨てして少数点第1位までを記載) ・本項目において、夜間における患者の見守り体制が13床当たり職員1以上とならない場合、ただちにスプリンクラーの設置義務が生じるものではなく、あくまで本調査においては目安の数値として取り扱うものです。	(床/1人当たり)				

依頼用例文（サンプル）

発〇〇〇第〇号
平成26年〇月〇日

〇〇県（市区）内の医療機関 管理者 様

都道府県衛生主管部（局）

病院・診療所等におけるスプリンクラー設備の 設置等に係る実態調査の実施について（依頼）

平成25年10月11日に発生した福岡県福岡市の有床診療所の火災を受け、平成25年度補正予算において101億円（有床診療所等スプリンクラー等施設整備事業）が措置され、厚生労働省から内示が行われたところです。

また、平成26年7月4日に総務省消防庁が「有床診療所・病院火災対策報告書」を公表し、今後、必要な政省令の改正が行われることとなっております。

今般、厚生労働省より今後の予算の積算等の参考に資するための病院・診療所等におけるスプリンクラー設備の設置等に係る調査の実施依頼がありました。

つきましては、別添様式により調査を実施の上、下記期限までにご提出願います。

記

1. 提出期限

調査表・・・平成26年9月〇〇日（〇）

2. 調査対象

病院、診療所及び助産所

（※診療所は有床診療所（歯科を含む）に限る、また、助産所は入所施設を有する助産所に限る）

3. 調査基準日 平成26年8月1日

4. 調査内容

調査票：名称等、基本情報、建物の構造・設備、職員の体制

依頼用例文（サンプル）

※調査票（個票）は、郵送での調査を希望する際にご利用ください。

5. 提出方法

別添の「調査票」（電子データ（Excel ファイル）又は（調査票（個表））に必要事項を記載の上、下記提出先まで提出してください。

提出にあたっては、集計の関係上、数字データについては半角で入力し、また、棟の追加による列の追加以外の調査様式のセルの結合等様式の変更は行わないようお願いします。

6. 提出先

送付先：〇〇県△△部（局）□□課：メールアドレス

※都道府県において取りまとめた上で厚生労働省宛提出をいたします。

直接、厚生労働省へのご提出はご遠慮願います。

以上

（参考）

「有床診療所・病院火災対策報告書」（総務省消防庁 平成26年7月4日）

（URL：http://www.fdma.go.jp/neuter/about/shingi_kento/h26/yuushou_kasaitaiaku/07/houkokusyo.pdf）

〇〇県△△部（局）□□課
担当：

病院・診療所等におけるスプリンクラー設備の設置等に係る実態調査Q&A

NO.	質疑	回答	備考
1	平成26年8月1日現在で休止している病院・診療所は、本調査の対象となるか。	今後、再開の可能性があるため、調査・回答の対象としてください。	
2	平成26年8月1日時点で廃止されている病院・診療所は対象外となるか。	貴見のとおりです。	
3	刑務所内の有床診療所も本調査の対象に含まれるのか。	開設者の別に関わりなく、すべての有床診療所を対象としてください。	
4	調査項目中に、該当なしのものがあつた場合、調査表にはどのように記載したらよいか。	該当がない場合には「－(バー)」、不明の場合には「不明」と記載してください。	
5	本調査は、最終的に100%の回収を目標としているのか。	現実的に100%の回収は難しいと思いますが、出来る限り多くの調査表の回収にご協力をお願い致します。	
6	入力方法について、数値の入力は半角で入力するのか。	数値の入力は半角でお願いします。	
7	本調査は、職員が入居している居住区は調査の対象となるか。	本調査は、医療機関として許可を受けている部分が対象となりますので、居住区は対象外となります。	
8	調査票において、1棟分の回答欄しかないが、建物が5棟ある場合はどのように記載すればよいか。	記載要領にあるとおり、5棟ある場合は、必要に応じて棟の数分の行を追加して記載をお願いします。 調査票(個表)については、1枚1棟の記載となっておりますので、5棟ある場合は調査票(個表)を5枚記載していただきをお願いします。	
9	「○調査票の記載にあたって」の4において、「棟毎に記載。なお、渡り廊下等で接続されている場合は、別棟として記載。」とあるが、敷地内にあるすべての棟が調査、記載の対象となるのか。例えば、院内保育所や大学の研究棟といった建物も対象に含まれるのか。	前回の調査同様、記載の対象となるのは、各施設が消防に対して「防火管理者・防災管理者選任(解任)届出書」及び「消防用設備等・特殊消防用設備等設置届出書」により「病院」や「診療所」として届出をしているものであり、当該届出を行っている部分について、それぞれの棟毎に記載をしてもらうこととなります(当該届出がされていない棟は対象外)。院内保育所や研究棟といった名称だけでは対象か否かの区別ができないため、上記趣旨を各施設に伝えていただいた上で、提出があつた内容をそのまま集計するようにしてください。	
10	1(3)の開設者の種別について、医療法人は「その他」の区分に入れてよいか。	貴見のとおりです。	

病院・診療所等におけるスプリンクラー設備の設置等に係る実態調査Q&A

NO.	質疑	回答	備考
11	2(3)の病床数について、一般病床、療養病床の両方がある場合、どのように記載するのか。	当該医療機関における病床の合計数を記載してください。	
12	2(4)の一日平均の入院患者数についてはどの位まで記載すべきか。	患者数については、小数点第2位以下を切り捨て小数点第1位までの記載(立入検査要綱と同じ取扱い)。	
13	2(6)の建物の階数について、有床診療所がビルの一部フロアに入居している場合、記載はどのようになるのか。 例①:15階建てのビルの10階に入居している場合。 例②:15階建てのビルの8階から10階に入居している場合。	次の例により記載をお願いします。 例①の場合:2(6)建物の階数欄は、「15」と記載し、2(8)欄の「10F」に○をお願いします。 例②の場合:2(6)建物の階数欄は、「15」と記載し、2(8)欄の「8F」「9F」「10F」に○をお願いします。	
14	有床診療所がビルの一部フロアに入居している場合、2(10)、2(11)について、不明の場合、消防本部に確認して記載した方が良いか。	確認ができない場合は、「不明」と記載をお願いします。	
15	2(19)の屋内消火栓設備について、補助散水栓は含めないということでよいか。	貴見のとおりです。	
16	2(28)の夜間に勤務する従業員の数について、病院の警備を委託している警備会社の警備員も含めるといふことでよいか。	病院の警備を委託している警備会社の警備員については、病院に常駐しており、単に防犯のみではなく、建物・構造設備を把握し、災害時に適切に対応が可能な者、例えば、火災時において、初期消火、消防機関への通報、患者の避難誘導等を行う者について記載をお願いします。	