

富医発第679号

平成26年8月29日

病院・有床診療所管理者 殿

公益社団法人富山県医師会

会長 馬 瀬 大 助

「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

時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

標記については富山県厚生部より、病院・有床診療所管理者あてに直接調査票が送付されていることと思いますが、提出期限が9月19日(金)必着となっております。今後のスプリンクラー等の補助金の確保に向けて重要な調査でありますので、ご回答についてご協力いただきますようお願いいたします。



医 第 80427 号
平成 26 年 8 月 25 日

各 病 院 管 理 者 } 殿
各有床診療所管理者 }

富 山 県 厚 生 部 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について（依頼）

日頃から本県の医療行政に格別のご協力を賜り、厚くお礼申し上げます。

病院・診療所等におけるスプリンクラー設備については、総務省消防庁が平成 26 年 7 月 4 日に「有床診療所・病院火災対策報告書」（末尾参照）を公表し、現在、設置基準の見直しなどが検討されております。

・これを受け、厚生労働省より、今後の国庫補助事業予算の積算等の参考とするためとして、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依頼がありました。

つきましては、お忙しいところ恐縮ではありますが、下記により別添の調査票に必要事項をご記入いただき、ご提出くださいますようお願い申し上げます。

記

1. 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。

2. 調査内容

名称等、基本情報、建物の構造・設備、職員の体制
（詳細は調査票のとおり）

3. 調査基準日

平成 26 年 8 月 1 日（この日時点の状況をご回答ください）

4. 回答方法

①別添の調査票を、貴医療機関の棟の数だけコピーする。

↓

②調査票を1棟につき1枚ずつ、必要事項を記載して作成する。

※調査票の記載方法は、別紙「調査票 記載要領」で詳しく説明しておりますので、そちらをご参照ください。

↓

③同封の返信用封筒に調査票を入れ、ポストに投函する。

5. 提出先（返信用封筒のラベルにあらかじめ印刷してあります）

〒930-8501 富山市新総曲輪1-7 富山県厚生部医務課医務係

※都道府県において取りまとめた上で厚生労働省に提出いたします。
直接、厚生労働省へのご提出はご遠慮ください。

6. 提出期限

平成26年9月19日（金）必着

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）は、総務省消防庁の下記ホームページで公表されています。

↓

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

（事務担当）医務課医務係 岩井

TEL:076-444-3219, FAX:076-444-3495

E-mail:katsuyuki.iwai@pref.toyama.lg.jp

調査票

回答者ご所属	
お名前	

※別紙記載要領をお読みにになり、1棟につき1枚ずつ作成してご提出ください。

記載事項		回答									
1											
(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										
(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											
(1)	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	
(2)		病床・入居施設の有無	1:有		2:無						
(3)		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						
(4)		前年又は前年度の一日平均入院患者数			人						
(5)	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)	建物の構造・設備	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						
		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	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(小数点第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員数(直近1ヶ月の平均)			人(小数点第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※(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(小数点第1位まで記載) ※病院のみ記載							

調査票 記載要領(1/3ページ) 富山県医務課

○調査票の記載にあたって

- 平成26年8月1日時点の状況をご回答ください。
- 平成26年8月1日時点で休止している医療機関であっても、ご回答ください。
(廃止されていない以上、今後再開の可能性があるので。)
- 複数の棟がある場合、棟の数だけ「調査票」をコピーし、それぞれの棟につき1枚ずつ作成してご提出ください。
- 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。
- この調査の対象になるのは、貴医療機関が消防に対して「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部分です。
(例えば、院長の自宅部分などは対象外です。)
- 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ご回答ください。不明の項目については、欄外に「不明」と記載してください。

記載事項

1

- | | |
|-----|---|
| (1) | 貴医療機関の種類について、該当する区分に○を付けてください。 |
| (2) | 貴医療機関の名称を記載してください。 |
| (3) | 貴医療機関の開設者の種別について、該当する区分に○を付けてください。
※「2:独立行政法人」には国立大学法人を含みます。
「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みます。
「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す。
「6:その他」には、医療法人を含みます。 |
| (4) | 複数の棟がある場合のみ、区別のため棟の番号を「1」「2」…と記載してください。 |

2

- | | |
|----------|---|
| (1) | 当該棟に存在する病床について、該当するすべての区分に○を付けてください。 |
| (2) | 当該棟に病床又は入所施設(助産所)がある場合は「1」、ない場合は「2」に○を付けてください。 |
| (3) | 貴医療機関全体(←当該棟ではありません)の「病床数」又は「入所可能数(助産所)」を記載してください。
※医療法上の許可病床数を記載してください。 |
| (4) | 貴医療機関全体における前年又は前年度の一日平均入院患者数を記載してください。
※小数点第2位以下を切り捨て、小数点第1位までとしてください。 |
| (5) | 貴医療機関の標榜科について、該当する区分1つに○を付けてください。
※「1:産科」～「13:美容外科」以外の標榜科を1つでも標榜する場合は、「15:その他」に○
※「1:産科」～「13:美容外科」までの標榜科のみの組み合わせの場合は、「14:「1～13」までの組み合わせ」に○
※「1:産科」～「13:美容外科」までの標榜科のうちどれか1つのみを標榜する場合は、該当する区分に○ |
| (6) | 当該棟における建物の階数を記載してください。
※地階がある場合には、地階を含んだ階数を記載してください。(例:地上3階地下1階の場合→「4」)
※貴医療機関がビルの一部フロアに入居している場合、ビル全体の階数を記載してください。 |
| (7) | 当該棟における地階のみの階数を記載してください。 |
| (8) | 貴医療機関(←当該棟ではありません)の病床又は入所室(助産所)がある階について、該当する区分すべてに○を付けてください。 |
| (9) | 当該棟の延べ床面積について、100㎡単位で記載してください(100㎡未満は切り上げ)。
※医療機関以外の部分(住居など)は除きます。 |
| (10) | 【当該棟が1,000㎡以上である場合に回答してください。】
以下の条件をすべて満たしている場合は「1:該当」、満たしていない場合は「2:非該当」、不明の場合は「3:不明」に○を付けてください。(消防法施行規則第12条の2第1項第2号に該当)
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。 |
| (11) | 【当該棟が1,000㎡未満である場合に回答してください。】
以下の条件をすべて満たしている場合は「1:該当」、満たしていない場合は「2:非該当」、不明の場合は「3:不明」に○を付けてください。(消防法施行規則第12条の2第1項第1号に該当)
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。 |
| (12) | 【この質問と次の(13)は、現行の設置義務に加え、今般の設置基準改正案を踏まえた質問になっています。】
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」、ない場合(＝下記(13)のいずれかに該当する場合は「2」)に○を付けてください。ただし、延べ面積3,000㎡以上の病院及び有床診療所はすべて設置義務がありますので、「1」に○を付け、(13)は回答する必要がありません。 |
| | 【上記(12)が「2:無」の場合に回答してください。】
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○を付けてください。 |
| 建物の構造・設備 | 1:上記(1)の病床区分が精神、感染症、結核のみである。 |
| | 2:上記(2)の病床又は入所施設を有していない。 |

調査票 記載要領 (2/3ページ) 富山県医務課

(13)	構造・設備	3: [有床診療所のみ] 上記(3)の病床数が3床以下である。
		4: [有床診療所のみ] 上記(4)の前年又は前年度の一日平均入院患者数が1人未満である。
		5: 上記(5)の標榜科が「1」～「14」のいずれかである。
		6: 上記(10)に該当。
		7: 上記(11)に該当。
		8: [病院のみ] 下記(30)の夜間における患者の見守り体制が13床当たり従業員1人以上で、かつ、下記(29)が2人以上の体制である。 ※下記(30)では、従業員1人当たりの病床数で表現しており、これに従って言い換えると、「従業員1人当たり13床以下」となります。
		(14)
(15)	当該棟に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」に○を付けてください。	
(16)	当該棟に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」に○を付けてください。	
(17)	当該棟の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が連動起動化している場合は「1」、連動起動化していない場合は「2」に○を付けてください。	
(18)	当該棟に消火器の設置がある場合は「1」、ない場合は「2」に○を付けてください。	
(19)	当該棟に屋内消火栓設備の設置がある場合は「1」、ない場合は「2」に○を付けてください。 ※補助散水栓は含めません。	
(20)	当該棟について、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)に関し、該当する区分に○を付けてください。 ※内示があった場合は、その施設の種類の「1」～「7」から選んで○ ※交付申請をしたが内示がなかった場合は、「8」に○ ※交付申請をしていない場合は、「9」に○	
(21)	当該棟に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、該当する区分に○を付けてください。 ※上記(20)の「スプリンクラー等」(←先の補助金の対象になった、スプリンクラー・自動火災報知設備・火災通報装置の3つの総称)と異なり、スプリンクラーのみについてお尋ねしています。 ※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きます。 【ご参考】既存の施設については、上記(12)で「1:有」かつ(14)で「2:無」である場合は、平成37年6月末までに設置が必要となる予定です。(この調査でそのように回答したら義務になるという意味ではありません。)	
(22)	当該棟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、該当する区分に○を付けてください。 ※移転新築を含みます。	
(23)	上記(21)又は(22)で計画しているスプリンクラーの種類について、該当する区分に○を付けてください。	
(24)	当該棟の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」に○を付けてください。	
(25)	上記(24)が「1: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に○を付けてください。 ※「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。	
(26)	当該棟の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」に○を付けてください。	
(27)	上記(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に○を付けてください。 ※「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。	
(28)	職員の体制	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)を記載してください。 「従業員」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、臨床検査技師、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のほか、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も含みます。 ※病院に勤務する従業員だけでなく、貴医療機関全体に勤務する従業員数を計上してください。 ※小数点第2位を四捨五入して、小数点第1位までとしてください。 ※「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が必要です。(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)
(29)		【病院のみ回答してください。】 上記(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)を記載してください。 ※小数点第2位を四捨五入して、小数点第1位までとしてください。
(30)		【病院のみ回答してください。】 夜間における患者の見守り体制(=(3)病床又は入所可能数÷(28)夜間に勤務する従業員の数)を記載してください。 ※小数点第2位を切り捨て、小数点第1位までとしてください。 ※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人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、あくまでこの調査においては目安の数値として取り扱うものです。