

医政指発 1101 第 1 号
平成 25 年 11 月 1 日

各都道府県衛生主管部（局）長 殿

厚生労働省医政局指導課長
（ 公 印 省 略 ）

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）

10月11日に発生した福岡県福岡市の診療所の火災を受け、厚生労働省では「医療施設における防火・防災安全体制の徹底及び点検について」（平成25年10月11日付け事務連絡）及び「病院等における防火・防災対策要綱について」（平成25年10月18日付け医政発1018第17号）を発出し、医療施設における防火・防災安全対策に関して、再点検の実施及び注意喚起を行ったところですが、今後の施策の参考とするため、有床診療所等について下記により調査を実施することとしました。

つきましては、別添様式により調査を実施の上、下記期限までに提出願います。

記

1. 提出期限

様式 1・・・平成 25 年 12 月 6 日（金）

様式 2・・・平成 26 年 1 月 31 日（金）

※全ての回答がない場合であっても、提出期限時点までに集まっている分について、期限までに一度ご登録ください。

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 25 年 11 月 1 日

4. 調査内容

総括表：調査対象数、回収数

様式1：防火設備の設置状況

様式2：防火対策の体制整備状況

5. 提出方法

都道府県内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様式（様式1、様式2）にそれぞれ取りまとめ、総括表と共に電子データ（Excelファイル）により提出してください。※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：医政局指導課 : spchousa@mhlw.go.jp

厚生労働省医政局指導課

担当：へき地医療係 泊、高野

医療監視専門官 加藤、都竹

TEL：03-3595-2194

FAX：03-3503-8562

以上

総括表

都道府県名 ○○○

	調査対象数	回収数	回収率
病院			
有床診療所			
有床歯科診療所			
助産所			
合計			

※都道府県の計について、記載願います。

(様式1)記載要領

※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。

記載事項		区分					
1	医療機関毎に記載し、必要に応じ行を追加してください。						
(1)	医療機関の種類について、次の区分にしたがって記載。【様式1、2で共通】	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。【様式1、2で共通】						
(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。【様式1、2で共通】 ※「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。	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
(4)	建築基準法第12条第2項に基づく定期点検の有無(当該施設が国・独立行政法人・地方公共団体のものである場合のみ回答)	1: 有	2: 無	-			
2	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。						
(1)	当該棟の建設年を記載。年号は次の区分により付すこと。	S: 昭和	H: 平成				
(2)	当該棟について、増改築がある場合は、その年を記載。年号は次の区分により付すこと。	S: 昭和	H: 平成				
(3)	当該棟について、病床又は入所施設があるかの有無を記載すること。	1: 有	2: 無				
(4)	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。)						
(5)	地階のみの階数を記載すること						
(6)	当該棟の延べ床面積について、100㎡単位で記載(100㎡未満は切り上げ)						
(7)	スプリンクラーの設置の有無について記載	1: 有	2: 無				
(8)	防火戸の種類について、次の区分に枚数を付すこと。						
	1 温度ヒューズ式・・・高温によってヒューズが溶断することにより閉鎖される防火扉						
	2 煙感知式(システム連動型)・・・火災報知器と連動して閉鎖する防火扉						
	3 煙感知式(システム非連動型)・・・火災報知器と連動しない、又は独自の煙感知器により感知し閉鎖する防火扉						
	4 炎感知式・・・炎の赤外線、紫外線を検知して閉鎖する防火扉						
	5 複合式感知器・・・熱感知器及び煙感知器と連動して閉鎖する防火扉						
	6 その他・・・上記選択肢にないもの						
	7 不明・・・専門業者に調べてもらわないとわからないなど、手持ちの資料では不明なもの						
	8 合計						
(9)	(8)のうち堅穴区画※において遮煙性能を有せず防火機能のみ有する防火扉の枚数を記載 ※「堅穴区画」とは、「主要構造部が準耐火構造」でかつ「地階または3階以上の階に居室がある建物」で、階段室又はエレベータシャフト(昇降路)がある場合を指します。						
(10)	防火戸の改修がある場合は、その改修年を記載。年号は次の区分により付すこと。	S: 昭和	H: 平成				
(11)	常時閉鎖式防火戸の枚数を記載						
(12)	防火シャッターの数について記載						
(13)	エレベーターが設置されている場合、エレベーターの数を記載。無い場合は「0」を記載。						
(14)	エレベーターが設置されている場合、停止する階の数を記載。無い場合は「0」を記載。 ※地下1階、地上5階建ての場合は、「6」を記載。						
(15)	エレベーターが設置されている場合、エレベータの扉が遮煙構造(遮煙スクリーン等)である場合はその数を記載。遮煙構造の扉でない場合は「0」を記載。						
3以降	2棟目以降について、「2」と同様に記載。4棟以上ある場合は、必要に応じて棟(D棟、E棟など)を追加して記載。 ※同一施設については、様式1、2それぞれにおいて、同一の都道府県通番を付してください。						

(様式2)記載要領

記載事項		区分					
1 施設名等							
(1)	医療機関の種類について、次の区分にしたがって記載。【様式1、2で共通】	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。【様式1、2で共通】						
(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。【様式1、2で共通】 ※「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。	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
2 当該施設の基礎データ							
(1)	医療法上の許可病床数およびそのうち休止中の病床数(調査基準日現在で過去1年間、患者の収容を行っていない病床数)を記載。						
(2)	それぞれの職種毎に職員の実人員数を記載。						
(3)	平成24年度における一日平均入院患者数・平均在院日数・一日平均外来患者数を記載。						
(4)	標榜診療科について該当の項目全てに○を入力。						
3 避難訓練							
(1)	消防計画に基づく避難訓練の年間実施回数を記載。						
(2)	夜間訓練又は夜間を想定した訓練実施があったかどうかを回答。						
4 防火・消火用設備の配置状況							
(1)	消火器の有無について記載。	1:有	2:無				
(2)	屋内消火栓の有無について記載。	1:有	2:無				
(3)	屋外消火栓の有無について記載。	1:有	2:無				
(4)	自動火災報知設備の有無について記載。	1:有	2:無				
(5)	消防機関へ通報する火災報知設備の有無について記載。	1:有	2:無				
(6)	非常ベルの有無について記載。	1:有	2:無				
(7)	自動式サイレン又は放送設備の有無について記載。	1:有	2:無				
(8)	誘導灯・誘導標識の有無について記載。	1:有	2:無				
(9)	滑り台の有無について記載。(2階以上の階に病室(助産所においては入所施設)を有する場合のみ)	1:有	2:無				
(10)	避難橋の有無について記載。(2階以上の階に病室(助産所においては入所施設)を有する場合のみ)	1:有	2:無				
(11)	救助袋の有無について記載。(2階以上の階に病室(助産所においては入所施設)を有する場合のみ)	1:有	2:無				
(12)	その他の避難器具の有無について記載。	1:有	2:無				
5 日常的な入院患者の実態把握							
(1)	患者の容態による「担送」、「護送」、「その他」の区分分けの実施の有無を記載。	1:有	2:無				
(2)	重傷等の移動困難な患者を低層階、ナースステーション付近に収容する配慮の有無について記載。	1:有	2:無				
6 夜間(22時～翌朝5時)における防火・避難体制等							
(1)	消防計画上の夜間の届出人数を記載。						
(2)	午前2時時点において勤務する実職員数(直近1ヶ月間における平均的な人数)を記載。						
(3)	夜間の具体的な応援体制を記載。(住み込みスタッフによる応援体制があるなど)						
(4)	夜間の避難・誘導・搬送に関するマニュアルの作成の有無。	1:有	2:無				
(5)	夜間防火管理責任者(防火管理者不在時の代理)を配置しているかどうか有無で回答。	1:有	2:無				
(6)	夜間における平均的な巡視回数を記載。						
7 医療機器の点検管理等							
(1)	電気を使用する医療機器の定期的な(概ね一年に一回程度)電源プラグの点検・手入れの実施の有無。	1:有	2:無				

※同一施設については、様式1、2それぞれにおいて、同一の都道府県通番を付してください。

