

消防予第 4 5 4 号
平成 2 5 年 2 月 2 2 日

各都道府県消防防災主管部長 } 殿
東京消防庁・各指定都市消防長 }

消防庁予防課長
(公 印 省 略)

小規模社会福祉施設等に係る実態調査の実施について (依頼)

2月8日夜に発生した長崎県長崎市の認知症高齢者グループホームの火災を受け、消防庁では「認知症高齢者グループホーム等に係る防火対策の更なる徹底について」(平成25年2月12日付け消防予第56号)を発出し、認知症高齢者グループホーム等に対し、防火安全対策の更なる徹底を図っていただいているところですが、小規模社会福祉施設等について下記により関係部局と連携し調査を行うようお願いします。

各都道府県消防防災主管部長におかれましては、貴都道府県内の市町村に対してその旨周知するようお願いします。

記

1 調査対象

防火対象物の全部又は一部を消防法施行令(以下「令」という。)別表第1(6)項ロ又は(6)項ハに掲げる用途に供するもののうち、平成25年2月22日時点において、以下に該当するもの。

- (1) 令別表第1(6)項ロに掲げる防火対象物で延べ面積1000㎡未満のもの
- (2) 令別表第1(16)項イに掲げる防火対象物のうち、同表(6)項ロに掲げる用途に供する部分の床面積の合計が1000㎡未満のもの
- (3) 令別表第1(6)項ハに掲げる防火対象物のうち、軽費老人ホーム、老人福祉法(昭和38年法律第133号)第5条の2第5項に規定する小規模多機能型居宅介護事業を行う施設、障害者自立支援法(平成17年法律第123号)第5条第8項に規定する短期入所を行う施設、同条第10項に規定する共同生活介護を行う施設及び同条第16項に規定する共同生活援助を行う施設
- (4) 令別表第1(16)項イに掲げる防火対象物のうち、上記(3)に掲げる用途に供する部分が存するもの

2 調査内容

別紙1、別紙2の調査様式により、別紙3の要領に従って、調査願います。

3 回答要領

- (1) 消防本部（東京消防庁、各指定都市消防本部を含む。）
調査様式（※別途メールで電子ファイルを送付します。）に必要事項を入力の上、都道府県消防防災主管部まで回答願います。
- (2) 都道府県
ア 都道府県内における各消防本部からの回答を調査様式上ひとつのシートに取りまとめ、電子データにより消防庁予防課担当へ回答願います。
イ その際は、ファイル名は「〇〇県」とし、送付願います。

4 備考

集計の関係上、数字データについては半角で入力し、また、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。

5 回答期限

平成25年4月19日（金）

6 その他関係省庁における調査への協力等について

本火災の発生を踏まえ、厚生労働省から別途、福祉部局に対し調査の依頼がなされているところであり、福祉部局と連携を図りながら、以下の点に留意し、調査を実施していただきますようお願いします。

なお、本件については、厚生労働省と協議済みであることを念のため申し添えます。

- (1) 福祉部局との情報共有等
福祉部局と、調査対象及び調査結果について情報の共有を図るとともに、必要に応じて調整等を行うこと。
- (2) 認知症高齢者グループホームの訪問調査への協力
認知症高齢者グループホーム（認知症対応型共同生活介護事業所。平成25年2月22日時点で指定されているもの。）のうち、スプリンクラー設備が未設置の事業所（認知症高齢者グループホームの用途に利用する部分の床面積が275㎡未満のものに限る。以下同じ。）に対して、厚生労働省老健局高齢者支援課認知症・虐待防止対策推進室長より訪問調査を実施する旨が通知（別添1）されている。この通知において、福祉部局が作成する認知症高齢者グループホームの事業所一覧を消防本部へ送付した後、当該一覧に基づき、消防本部において確認されたスプリンクラー設備が未設置の事業所の情報が消防本部から提供され次第、随時、福祉部局が当該事業所を訪問することを予定していることから、福祉部局からの依頼等に応じて、可能な限り速やかに（遅くとも3月8日（金）までには）必要な情報の提供等に協力していただきたいこと。

また、今後、福祉部局から当該事業所に対する未設置理由の確認等のための訪問調査に関して同行等の相談があった場合には、同時期に防火指導を行う等、福祉部局の調査に実情に応じた協力をしていただきたいこと。なお、具体的な調査内容等については、別途厚生労働省から福祉部局に対して連絡することを予定し

ていること。

(3) 障害者グループホーム、ケアホームの実態調査及び訪問調査への協力

障害者のグループホーム（共同生活援助を行う共同生活住居）、ケアホーム（共同生活介護を行う共同生活住居）については、厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部障害福祉課地域移行・障害児支援室長より、各都道府県、指定都市、中核市障害保健福祉主管部（局）長に対して、防火安全体制等に関する実態調査を依頼しているところである（別添2）。また、併せて、当該実態調査の結果、スプリンクラー設備が未設置のもののうち、主として重度の者が利用するもの等に対しては、追って、未設置理由の確認等のための訪問調査の実施を依頼する旨が通知されている。

このため、上記（2）と併せて、各都道府県、指定都市、中核市の福祉部局に対する必要な情報の提供等に協力いただくとともに、訪問調査に関して同行等の相談があった場合には、同時期に防火指導を行う等、福祉部局の調査に実情に応じた協力をしていただきたいこと。

なお、具体的な調査内容等については、別途厚生労働省から福祉部局に対して連絡することを予定していること。

総務省消防庁予防課設備係

担当：守谷、竹本、河口

TEL：03-5253-7523

FAX：03-5253-7533

E-mail：y2.kawaguchi@soumu.go.jp

| 消防本部名 | 整理番号 | 防火対象物 | (6)項口の福祉施設の区分 該当項目に「1」を入力 | | | | | | | | | | | | | | | | | (6)項ハの福祉施設の区分 該当項目に「1」を入力 | | | | | | | | | | 福祉施設の事業所の法人種別 | | | | | | | | | | | | | 防火対象物階層 | | 収容人員 | 建築物の種別 該当項目に「1」を入力 | | 消防法令適用等の状況 | | | | | 違反指摘等 | | |
|-------|------|-------|------------------------------|---------------------|--------------|----------|---------|-----------|---------|----------|------|------|---------|---------|---------------|-----------------------|---------------------|-----------------------|------|------------------------------|--------------------|---------------------|-----------------------|-----------------------|--------|--------|------|------|------|---------------|-----------|------|------|------|-----------------|-----------------|---------------|---------------|------|-------|------|------|---------|------------------------|-----------|-----------------------|------|------------|------|--------------|--------------------------------|-----------------|--|--------------|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 消防用設備等 該当項目に「1」を入力 | | | | | 防火管理 有:「1」 | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | スプリンクラー設備設置有 | | | | | スプリンクラー設備設置無 (設置義務がある場合に限る) | | | 防火管理者選任届出の有無 | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 設置根拠 | | | | | スプリンクラーの種別 | | | | |
| | | | (6) 項口の延べ面積又は床面積の合計 | (6) 項ハの延べ面積又は床面積の合計 | (16) 項イの延べ面積 | 老人短期入所施設 | 養護老人ホーム | 特別養護老人ホーム | 有料老人ホーム | 介護老人保健施設 | 救護施設 | 乳児院 | 障害児入所施設 | 障害者支援施設 | 老人短期入所事業を行う施設 | 認知症対応型老人共同生活援助事業を行う施設 | 短期入所を行う施設(障害者自立支援法) | 共同生活介護を行う施設(障害者自立支援法) | その他 | 軽費老人ホーム | 小規模多機能型居宅介護事業を行う施設 | 短期入所を行う施設(障害者自立支援法) | 共同生活介護を行う施設(障害者自立支援法) | 共同生活援助を行う施設(障害者自立支援法) | 地方公共団体 | 社会福祉法人 | 医療法人 | 株式会社 | 有限会社 | 社団・財団法人 | 特定非営利活動法人 | その他 | 地上階 | 地下階 | (6) 項ハ部分の最上階の階数 | (6) 項ハ部分の最上階の階数 | (6) 項ハ部分の収容人員 | (6) 項ハ部分の収容人員 | 耐火構造 | 準耐火構造 | その他 | 義務設置 | 自主設置 | スプリンクラー設備 (右のものを除く) | 特定施設水道連結型 | パッケージ型自動消火 | 令32条 | 代替区画 | その他 | 防火管理者選任届出の有無 | 消防計画届出の有無 | 直近1年間の消防訓練の実施有無 | 避難上必要な施設等の管理について (直近3年以内に指摘を行い未是正のもの) | | |
| (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) | (31) | (32) | (33) | (34) | (35) | (36) | (37) | (38) | (39) | (40) | (41) | (42) | (43) | (44) | (45) | (46) | (47) | (48) | (49) | (50) | (51) | (52) | (53) | (54) | | |

| 消防本部名 | 〇〇消防本部 |
|------------------------|--------|
| (6)項口関係において指導に苦慮している事例 | |
| 1 | |
| 2 | |
| 3 | |
| 4 | |
| 5 | |
| 6 | |
| 7 | |
| 8 | |
| 9 | |
| 10 | |
| 11 | |
| 12 | |
| 13 | |
| 14 | |

小規模社会福祉施設等に係る実態調査における調査様式の記入要領

別紙 1 調査様式について

1 調査様式の入力に当たっては、棟単位で記入するとともに、調査時点（平成25年2月22日時点）において把握している状況について記入して下さい。この場合において、必要に応じて福祉部局や建築部局が保有する情報を確認する等、可能な範囲で記入するようお願いします。

2 (1) 欄「整理番号欄」中の(2) 欄「棟の個別番号」については、一の事業所が複数の棟に分かれている場合には、同一整理番号とするとともに各棟について個別番号を記入してください。

3 「防火対象物」の記入欄について

消防法施行令（以下「令」という。）別表第1（6）項ロ又は（6）項ハに掲げる用途に該当する単独の建築物の場合にあつては、（3）欄又は（4）欄に延べ面積を記入してください。

令別表第1（16）項イの防火対象物にあつては、（3）欄に（6）項ロに掲げる用途に供される部分の床面積の合計を、（4）欄に（6）項ハに掲げる用途に供される部分の床面積の合計を、（5）欄に（16）項イの建築物の延べ面積を棟単位で記入してください。この場合において、（6）項ロ又はハに掲げる用途に供される部分の床面積の合計については、防火対象物の共用部分を按分した面積を含めた数値が記録されていない場合等にあつては、当該用途に供される部分の専有面積の合計を記入してください。

4 「福祉施設の区分」の記入欄について

(1) 令別表第1（6）項ロに掲げる用途又は（16）項イの防火対象物の一部に（6）項ロに掲げる用途が存する場合、次の区分に応じて該当する施設区分の欄に「1」を記入してください。同一の棟で複数の福祉事業が行われている場合は、把握している範囲で該当するものに「1」を記入してください。なお、（19）欄「その他」については、（6）欄から（18）欄までに掲げる施設区分に該当しないものがある場合又は施設区分に関して不明な場合に記入してください。

(6) 欄 老人短期入所施設

(7) 欄 養護老人ホーム

(8) 欄 特別養護老人ホーム

(9) 欄 有料老人ホーム（主として要介護状態にある者を入居させるものに限る。）

(10) 欄 介護老人保健施設

(11) 欄 救護施設

(12) 欄 乳児院

(13) 欄 障害児入所施設

- (14) 欄 障害者支援施設（主として障害の程度が重い者を入所させるものに限る。）
- (15) 欄 老人福祉法（昭和38年法律第133号）第5条の2第4項に規定する老人短期入所事業を行う施設
- (16) 欄 老人福祉法（昭和38年法律第133号）第5条の2第6項に規定する認知症対応型老人共同生活援助事業を行う施設
- (17) 欄 障害者自立支援法（平成17年法律第123号）第5条第8項に規定する短期入所を行う施設（主として障害の程度が重い者を入所させるものに限る。）
- (18) 欄 障害者自立支援法（平成17年法律第133号）第5条第10項に規定する共同生活介護を行う施設（主として障害の程度が重い者を入所させるものに限る。）
- (19) 欄 その他
- (2) 令別表第1（6）項ハに掲げる用途又は（16）項イの防火対象物の一部に（6）項ハに掲げる用途が存する場合、次の区分に応じて該当する施設区分の欄に「1」を記入してください。同一の棟で複数の福祉事業を行っている場合は、把握している範囲で該当するものに「1」を記入してください。
 - (20) 欄 軽費老人ホーム
 - (21) 欄 小規模多機能型居宅介護事業を行う施設
 - (22) 欄 障害者自立支援法（平成17年法律第123号）第5条第8項に規定する短期入所を行う施設（（6）項ロに該当するものを除く。）
 - (23) 欄 障害者自立支援法（平成17年法律第123号）第5条第10項に規定する共同生活介護を行う施設（（6）項ロに該当するものを除く。）
 - (24) 欄 障害者自立支援法（平成17年法律第123号）第5条第16項に規定する共同生活援助を行う施設

5 「事業所」の「法人種別」の記入欄は、（6）項ロ又は（6）項ハに該当する部分の事業所について以下の要領で記入してください。複数の事業所がある場合は、該当する複数の欄に「1」を記入してください。

- (25) 欄 地方公共団体
- (26) 欄 社会福祉法人
- (27) 欄 医療法人
- (28) 欄 株式会社
- (29) 欄 有限会社
- (30) 欄 社団・財団法人
- (31) 欄 特定非営利活動法人
- (32) 欄 その他

- 6 「防火対象物階層」の記入欄は、以下の要領で記入してください。
- (33) 欄 棟の地上階の階数
 - (34) 欄 棟の地下階の階数
 - (35) 欄 (6) 項ロが存する階の最上階の階数
 - (36) 欄 (6) 項ハが存する階の最上階の階数
- 7 「収容人員」の記入欄は、次により記入してください。
- (37) 欄 (6) 項ロに掲げる用途に供される部分の消防法施行規則（以下「規則」という。）第1条の3に規定する収容人員の数値
 - (38) 欄 (6) 項ハに掲げる用途に供される部分の規則第1条の3に規定する収容人員の数値
- 8 「建築物の種別」の記入欄は、以下の要領で記入してください。
- (39) 欄 建築基準法第2条第7号に定める構造である場合に「1」を記入してください。
 - (40) 欄 建築基準法第2条第7号の2に定める構造である場合に「1」を記入してください。
 - (41) 欄 (39)、(40)に該当しない場合に「1」を記入してください。
- 9 「消防法令の適用等の状況」の「消防用設備等」の「スプリンクラー設備設置有」の記入欄は、以下の要領でそれぞれ記入してください。
- (1) 「設置根拠」の記入欄について
- (42) 欄 スプリンクラー設備が設置されている防火対象物であって、令第12条又は消防法第17条第2項の規定による条例の規定でスプリンクラー設備の設置が義務づけられているものである場合に「1」を記入してください。
 - (43) 欄 消防法令上、スプリンクラー設置が義務づけられていないが、自主的に設置されているものを把握している場合に「1」を記入してください。
- (2) 「スプリンクラー設備の種別」の記入欄について
- 棟に複数の種別のスプリンクラー設備が設置されている場合には、該当する欄のすべてに以下の要領で記入してください。
- (44) 欄 特定施設水道連結型スプリンクラー設備又はパッケージ型自動消火設備以外の通常のスプリンクラー設備が設置されている場合に「1」を記入してください。
 - (45) 欄 特定施設水道連結型スプリンクラー設備が設置されている場合に「1」を記入してください。
 - (46) 欄 パッケージ型自動消火設備が設置されている場合に「1」を記入してください。
- 10 「消防法令の適用等の状況」の「消防用設備等」の「スプリンクラー設備設置無」の記入欄は、以下の要領でそれぞれ記入してください。

- (47) 欄 スプリンクラー設備の設置義務があり、令第32条を適用して設置が免除されている場合に「1」を記入してください。
- (48) 欄 スプリンクラー設備の設置義務があり、規則第12条の2又は第13条に掲げる規定により設置が免除されている場合に「1」を記入してください。
- (49) 欄 スプリンクラー設備の設置義務があるものの、設置されていない、又は当該設備は設置されているが、一部に消防法令等に定める技術基準に適合していない等の消防法令上の違反がある場合等に「1」を記入してください。

1.1 「消防法令適用等の状況」の「防火管理」の記入欄は、以下の要領でそれぞれ記入してください。

- (50) 欄 防火管理者の選任届が提出されている場合に「1」を記入してください。
- (51) 欄 消防計画が提出されている場合に「1」を記入してください。

1.2 「直近1年における消防訓練の実施有無」の記入欄は、直近1年で消防訓練を2回以上行ったことを確認できた場合は(52)欄に「1」を記入してください。

1.3 「避難上必要な施設等の管理についての状況(直近3年以内に指摘を行い未是正のもの)」の記入欄は、以下の要領で記入してください。

- (53) 欄 消防法(以下「法」という。)第8条の2の4の規定(火災予防条例(例)(昭和38年消防甲予発第73号)(以下、「条例(例)」という。)第41条の規定に準ずる火災予防条例の規定を含む)に基づき、物品が存置されていることによる違反を指摘し、是正を確認していないものがある場合に「1」を記入してください。
- (54) 欄 法第8条の2の4の規定(条例(例)第40条の規定に準ずる火災予防条例の規定を含む)に基づき、防火戸の管理等の違反を指摘し、是正を確認していないものがある場合に「1」を記入してください。

別紙2 調査様式について

調査対象に関わらず、管内の令別表第1(6)項口の福祉施設に対する指導に苦慮している事例がありましたら、自由に記入してください。この際、可能な範囲で概要の分かる図面等を添付するとともに、施設の実態に関する詳細を記入してください。

- (例1) (5)項口と(6)項口の複合用途防火対象物で、(5)項口部分においても入浴、排泄、食事等の介護サービスが行われていることがあるため、当該部分を(6)項口として取り扱うかどうか、対応に苦慮している。
- (例2) 要介護状態にある者や障害の程度が重い者の数が多いにもかかわらず、夜間における従業員数が少ない施設があるため、火災時における利用者の安全な避難の方法等の指導に苦慮している。

老推発 0222 第 1 号

平成 25 年 2 月 22 日

各 都道府県介護保険主管部（局）長 殿

厚生労働省 老健局 高齢者支援課

認知症・虐待防止対策推進室長

認知症高齢者グループホームにおけるスプリンクラー設置等実態調査について

平素より、認知症高齢者グループホームの円滑な運営にご尽力をいただき、厚く御礼申し上げます。

去る 2 月 8 日夜、長崎県長崎市の認知症高齢者グループホームにおける火災の発生により、入居者等が死傷するという痛ましい事故が発生しました。

これを受けて、総務省消防庁では、本日付けで「小規模社会福祉施設等に係る実態調査の実施について（依頼）」（消防予第 454 号 各都道府県消防防災主管部長等宛て消防庁予防課長通知。別添 1 参照。以下「消防庁調査通知」という。）を発出し、小規模社会福祉施設等の消防用設備等の実態について調査を行うこととなりました。

ついては、下記の要領により、各市町村の介護保険主管部局も各消防本部と連携の上、本調査に協力するとともに、スプリンクラー設備が未設置の認知症高齢者グループホームに対しては、市町村の介護保険主管部局職員が、未設置理由の確認や夜間体制等を確認し、併せて当該事業所のスプリンクラー設置に関する今後の対処方針を確認するようお願いいたします。また、この確認の際には、各消防本部（消防署）へ同行を依頼するようお願いいたします。

なお、貴職におかれましては、併せて管内市町村に対しその旨の周知と、管内市町村の訪問調査時の調査結果の取りまとめをお願いいたします。

おって、消防庁調査通知の結果等も踏まえ、貴職所管のスプリンクラー設備が未設置の認知症高齢者グループホーム以外の小規模社会福祉施設等の調査についても、通知する予定があることを申し添えます。

記

1. 調査対象

平成 25 年 2 月 22 日時点で、介護保険法（平成 9 年法律第 123 号）に基づき指定している管内の認知症対応型共同生活介護事業所（老人福祉法（昭和 38 年法律第 133 号）第 5 条の 2 第 6 項に規定する認知症対応型老人共同生活援助事業を行う事業所をいう。以下同じ。）のうち、スプリンクラー設備が未設置の事業所（認知症対応型共同生活介護事業所の用途に利用する部分の床面積が 275 m²未満のものに限る。以下同じ。）。

2. 消防庁調査通知への協力について

市町村の介護保険主管部局におかれては、管内の全ての認知症対応型共同生活介護事業所の一覧（別紙様式参照）を速やかに作成の上、管轄する消防本部に送付願いたいこと。なお、消防本部に対しては、福祉部局からの依頼に応じて可能な限り速やかに（遅くとも 3 月 8 日（金）までには）スプリンクラー設備が未設置の事業所の情報提供を行うよう、消防庁調査通知により依頼しているところである。

3. スプリンクラー設備が未設置の認知症対応型共同生活介護事業所への訪問調査の実施

スプリンクラー設備が未設置の認知症対応型共同生活介護事業所に対しては、消防本部からスプリンクラー設備が未設置の事業所の情報が提供され次第、随時、当該事業所を訪問し、現況について確認を行っていただきたいこと。その際に、未設置理由の確認や夜間体制の確認等の調査、また、これらに対する専門的な見地からの助言を実施していただきたいこと。併せて、当該事業所のスプリンクラー設置に関する今後の対処方針を確認していただきたいこと。

また、この訪問調査については、消防本部（消防署）職員と市町村の介護保険主管部局職員とが同行して実施することが望ましいこと。その旨の協力依頼は、消防庁調査通知により、各消防本部へ依頼していること。

4. 訪問調査時の具体的な調査内容等の詳細について

3. の訪問調査時の具体的な調査内容等の詳細（調査票の様式等）については、おって通知する予定（2 月中目途）であること。

また、管内市町村の訪問調査時の調査結果については、貴職において取りまとめ（取りまとめの様式も別途通知）の上、平成 25 年 4 月 19 日（金）を当省への報告期限として、報告を求める予定であること。

総務省消防庁及び厚生労働省老健局による スプリンクラー設置等実態調査等のスケジュールについて

別添 2
(参考資料)

2/22

3/8

4/19

消防庁通知に基づく調査

【小規模社会福祉施設等に係る実態調査】

- ・主体：各消防本部
- ・対象：6項口（1,000㎡未満のもの（建物の一部に存するものを含む。）、
軽費老人ホーム、小規模多機能型居宅介護事業所、
障害者短期入所施設・ケアホーム・グループホーム

並行実施

【福祉部局への資料提供】

- ・主体：各消防本部
- ・内容：管内の275㎡未満で
スプリンクラー未設置事業所
一覧を介護保険主
管部局に送付

資料の提供

厚生労働省通知に基づく調査

【消防本部への資料提供】

- ・主体：各市町村介護保険
主管部局
- ・内容：市町村管内の事業所
一覧を管轄する消防
本部に送付

275㎡未満でスプリンクラー未設置の事業所
への合同の訪問調査（約2,000件）

消防庁通知に基づく調査

【防火指導等】

- ・主体：各消防本部
- ・内容：介護保険主管部局より訪問調査の同行等の相談が
あった場合、福祉部局の調査に実情に応じて協力

資料の共有

厚生労働省通知に基づく調査

【スプリンクラー未設置理由の確認等】

- ・主体：各市町村介護保険主管部局
- ・内容：スプリンクラー未設置理由の確認や夜間体制の確認等の調査、
専門的見地からの助言、今後の対処方針の確認を行う

認知症高齢者グループホーム

障障地発0222第1号
平成25年2月22日

都道府県
各 指定都市 障害保健福祉主管部（局）長 殿
中核市

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部
障害福祉課地域移行・障害児支援室長

障害者のグループホーム・ケアホームにおける防火安全体制等に関する実態調査について

障害保健福祉行政の推進につきましては、平素より格段のご配慮を賜り、厚く御礼申し上げます。

去る2月10日、新潟県新潟市の障害者グループホームにおいて人的被害を伴う火災が発生しました。また、2月8日には、長崎県長崎市の認知症高齢者グループホームでも多数の入居者等が死傷する火災が発生したところです。

これを受けて、今般、障害者のグループホーム・ケアホームの防火安全体制等に関して、実態把握のための調査を行いますので、別紙の調査要領に基づき、本調査へご協力いただきますようお願いいたします。

また、本調査により把握したスプリンクラー設備が未設置のグループホーム・ケアホームのうち、主として重度の者が利用するケアホーム等に対しては、下記により、当該ケアホーム等の所在地を管轄する消防本部とも緊密に連携の上、スプリンクラー設備の未設置理由や設置に関する今後の対処方針等を実地により確認するとともに、グループホーム・ケアホームにおける防火安全体制に関して、専門的な見地から助言を行うようお願いいたします。

なお、本調査の実施及び調査内容等については、消防庁と協議済みであることを念のため申し添えます。

記

1. 消防防災主管部等との情報共有等

認知症高齢者グループホームの火災の発生を踏まえ、総務省消防庁から、別添1（「小規模社会福祉施設等に係る実態調査の実施について」（平成25年2月22日消防予第454号各都道府県消防防災主管部長等宛て消防庁予防課長通知。以下「消防庁調査通知」という。）のとおり、各都道府県消防防災主管部長等に対して、障害者グループホーム・ケアホームも含めた小規模社会福祉施設等の消防用設備等の実態について調査を行っているので、消防防災主管部等からの依頼に応じて、当該調査に協力するとともに、調査結果など必要な情報の共有を図ること。

2. 訪問調査の実施

本調査の結果、スプリンクラー設備が未設置のグループホーム・ケアホームのうち、以下の①から③のいずれかの要件に該当するもの（以下、「訪問調査対象グループホーム等」という。）に対しては、順次、訪問し、現況について確認を行っていただきたいこと。その際に、スプリンクラー設備の未設置理由、設置に関する今後の対処方針、当該訪問調査対象グループホーム等の夜間の支援体制等を確認するとともに、これらに対する専門的な見地からの助言を実施していただきたいこと。

なお、この訪問調査については、当該訪問調査対象グループホーム等の所在地を管轄する市町村の消防本部（消防署）職員と障害保健福祉主管部（局）職員とが同行して実施することが望ましいこと。その旨の協力依頼は、消防庁調査通知により、各消防本部へ依頼していること。

また、この訪問調査については、当該訪問調査対象グループホーム等の所在する市区町村の協力が得られた場合には、当該市区町村の障害保健福祉主管部（局）職員に依頼して実施することとして差し支えないこと。

（訪問調査対象グループホーム等の要件）

- ① 入居者のうち、障害程度区分4以上の者の割合が概ね8割を超えるケアホーム（消防法施行令別表第1の(6)項ロに該当するケアホーム（同(16)項イの防火対象物の一部である場合を含む）
- ② 入居者のうち、次のア又はイに該当する者の割合が5割を超えるケアホーム（①に該当するものを除く）又はグループホーム
 - ア 障害程度区分4以上の者
 - イ 障害程度区分認定を受けていない者であって、身体障害者手帳（1級）、療育手帳（重度）又は精神障害者保健福祉手帳（1級）を所持している者
- ③ スプリンクラーの設置に関して、専門的な見地からの助言を希望しているもの

3. 訪問調査時の具体的な調査内容等の詳細について

2. の訪問調査時の具体的な調査内容等の詳細（調査票の様式等）については、追って、通知する予定であること。

また、訪問調査時の調査結果については、貴職においてとりまとめ（とりまとめの様式も別途通知）していただき、平成25年4月19日（金）までに、当職あて報告を求める予定であること。

調 査 要 領

1. 調査票

障害者のグループホーム・ケアホームにおける防火安全体制等に関する実態調査（別添2）

2. 調査対象

平成25年2月22日時点で指定されている指定共同生活介護事業所・指定共同生活援助事業所

3. 調査基準日

平成25年2月22日

なお、質問項目により、別途基準日の指示がある場合には、当該指示によること。

4. 調査方法

① 調査票の送付・回収

都道府県・指定都市・中核市の担当課から、管内のグループホーム・ケアホームに「事業者記入用」のファイルを送付し、平成25年3月8日（金）までに回収すること。

② 訪問調査対象一覧の作成

回収した「事業者記入用」ファイルを基に、訪問調査対象グループホーム等を選別し、「訪問調査対象一覧」ファイルにとりまとめた上で、平成25年3月15日（金）までに5. の提出先へ送付すること。

③ 調査結果のとりまとめ

回収したデータを「集計報告用」ファイルに取りまとめた上で*、「事業所数等確認表」ファイルと併せて、「平成25年3月22日（金）までに5. の提出先へ送付すること。

※ 「事業者記入用」ファイルの「集計シート」のデータが入力されている行をコピーし、「集計報告用」ファイルに、順次、貼り付けて下さい。

5. 提出先

bouka-anzen@mhlw.go.jp

6. 提出期限

(1) 訪問調査対象一覧（4. ②） 平成25年3月15日（金）17:00

(2) 集計報告用ファイル・事業所数等確認表（4. ③） 平成25年3月22日（金）12:00

※ 提出された資料は、公開対象資料として使用することがあります。

7. 照会先

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部障害福祉課地域移行・障害児支援室地域移行支援係

TEL：03-5253-1111（内線3045）

障害者のグループホーム・ケアホームにおける防火安全体制等に関する実態調査

〔平成25年2月22日時点の状況について記載してください。
 〔なお、質問項目により別途基準日の指示がある場合には、当該指示に基づき記入してください。〕

1. 事業所の概要

注：太枠への入力をお願いします。

| | | | | | | | | | |
|--------------|--|----------|--------|----------|-----------|--------|-------------|--------|-------|
| (1) 法人名・事業所名 | (法人名) | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | (事業所名) | | | | | | | | |
| (2) 事業所の所在地 | 都道府県名 <input type="text"/> 市区町村名 <input type="text"/> ※「市区町村名」欄には、指定都市の場合には区名まで記入してください。 町村の場合には、「郡名及び町村名」を記入してください。 (記入例) 足柄上郡松田町→「足柄上郡松田町」 横浜市中区→「横浜市中区」 | | | | | | | | |
| (3) 開設年月 | <input type="text"/> (記入例)平成24年1月 | | | | | | | | |
| (4) 法人種別 | (以下の中から該当する番号を選んで記入してください) 法人種別 <input type="text"/> <table style="display: inline-table; vertical-align: top; margin-left: 20px;"> <tr> <td>1 地方公共団体</td> <td>5 有限会社</td> </tr> <tr> <td>2 社会福祉法人</td> <td>6 社団・財団法人</td> </tr> <tr> <td>3 医療法人</td> <td>7 特定非営利活動法人</td> </tr> <tr> <td>4 株式会社</td> <td>8 その他</td> </tr> </table> | 1 地方公共団体 | 5 有限会社 | 2 社会福祉法人 | 6 社団・財団法人 | 3 医療法人 | 7 特定非営利活動法人 | 4 株式会社 | 8 その他 |
| 1 地方公共団体 | 5 有限会社 | | | | | | | | |
| 2 社会福祉法人 | 6 社団・財団法人 | | | | | | | | |
| 3 医療法人 | 7 特定非営利活動法人 | | | | | | | | |
| 4 株式会社 | 8 その他 | | | | | | | | |
| (5) 定員及び住居数 | 利用定員 <input type="text"/> 人 共同生活住居数 <input type="text"/> 住居 | | | | | | | | |
| (6) 従業者の状況 | ①世話人及び生活支援員の配置 (夜間の時間帯を除く) 常勤 <input type="text"/> 人 非常勤 <input type="text"/> 人 常勤換算数 <input type="text"/> 人 ※常勤換算の計算式 従業者の1週間の勤務延時間/施設・事業所が定めている1週間の勤務時間 | | | | | | | | |
| | ②夜間の時間帯における職員の配置 ア 夜間における職員数 (夜勤・宿直業務に従事している者に限る) 午前2時時点において勤務する職員数 (実数) <input type="text"/> 人 ※ 直近1か月間における平均的な人数を記入してください。 | | | | | | | | |
| | イ アの職員が夜間において支援対象としている共同生活住居数及び 当該住居に入居している者の合計数 <input type="text"/> 住居 <input type="text"/> 人 | | | | | | | | |

(以下の設問については、共同生活住居ごとに記載をお願いします。)

住居名

2. 設備の状況

(1) 建物形態等

| | |
|-------------------|--|
| ①状況 | (以下の中から該当する番号を選んで記入してください) <input type="text"/> 1. グループホーム 2. ケアホーム 3. 一体型 |
| ②形態 | (以下の中から該当する番号を選んで記入してください) <input type="text"/> 1. 戸建住宅 2. 集合住宅 3. その他 |
| ③利用部分 (集合住宅のみ) | <input type="text"/> 階建ての <input type="text"/> 階部分 |
| ④利用建物 | (以下の中から該当する番号を選んで記入してください) <input type="text"/> 1. 新築 2. 既存建物 (民家転用型) 3. 既存建物 (その他) |
| ⑤建物の所有 | (以下の中から該当する番号を選んで記入してください) <input type="text"/> 1. 自己所有 2. 賃貸 (無償を含む) |
| ⑥構造 | (以下の中から該当する番号を選んで記入してください) <input type="text"/> 1. RC造・鉄骨造 2. 木造 3. その他 |
| ⑦面積 | 延床面積 <input type="text"/> m ² |
| ⑧同一敷地内に併設する施設等の有無 | (以下の中から該当する番号を選んで記入してください) <input type="text"/> 0. 無し 1. 有り |

(2) 消防法区分

| |
|---|
| (以下の中から該当する番号を選んで記入してください) <input type="text"/> 1. 消防法施行令別表第一(6)項ロ 2. 同(6)項ハ 3. 同(16)項イ (ケアホームに供する部分が(6)項ハに該当するもの) 4. 同(16)項イ (3以外のもの) 5. その他 (<input type="text"/>) |
|---|

(3) 消火設備の設置状況等 (下表の各欄は全て記入してください)

| 項目 | 設置義務 (0. 無し・1. 有り) | 設置の有無 (0. 無し・1. 有り) | 設置予定時期 (※1) | 設置に要した 費用(※2) | 公費による 補助金の有無 (0. 無し・1. 有り) |
|--|-----------------------|------------------------|----------------|------------------|----------------------------------|
| ①消火器 | | | | 万円 | |
| ②自動火災報知設備 (住宅用を除く) | | | | 万円 | |
| ③火災通報装置 | | | | 万円 | |
| ④スプリンクラー設備 (下記のもの以外) (※3) (特定施設水道連結型) (パッケージ型自動消火) | | | | 万円 | |
| | | | | 万円 | |
| | | | | 万円 | |
| ⑤防火管理者の選任及び届出 | | | | | |

- ※1 「設置予定時期」は、2月22日時点で設置していない場合に限り記入すること。
 ※2 「設置に要した費用」は、既に設置している場合に限り記入すること。
 ※2 「設置に要した費用」は、実績額 (国庫補助等の額を含めた総額)を記入すること。
 ※3 設置予定又は設置したスプリンクラーの種類に応じて、特定施設水道連結型は中段、パッケージ型自動消火は下段、それ以外は上段に記入すること。

(4) (3)④において、スプリンクラー設備の有無が「0. 無し」の場合 (設置予定時期が明確なものを除く) に回答してください。

| |
|--|
| ①スプリンクラー設備の未設置理由として、最も当てはまるもの1つを以下の中から選んで記入してください。(2、5を選んだ場合には、()内に具体的な理由を記入してください。) |
| <input type="text"/> 1. 入居者の多くが自力で避難できると考えられるため 2. 必要水圧が確保できないなど立地や建物構造上の問題 (<input type="text"/>) 3. 貸主の理解が得られない 4. 設置費用の問題 5. その他 (<input type="text"/>) |
| ②これまでにスプリンクラー設備の設置を具体的に検討したことがありますか。以下の中から該当するものを選んで記入してください。「0. 有り」の場合は、検討した年度を記入してください。 <input type="text"/> 0. 有り 1. 無し 検討年度 <input type="text"/> |
| ③スプリンクラーの設置に関して、福祉部局職員や消防本部職員等による専門的な見地からの助言を希望しますか。 <input type="text"/> 1. 希望する 2. 希望しない |

3. 非常災害対策の実施状況

| | |
|--|---|
| (1) 非常災害対策の状況(指定基準第70条(第154条及び第213条で準用)の遵守状況) | |
| ①非常災害に関する具体的計画の策定 | <input type="checkbox"/> 0. 無し 1. 有り |
| ②非常災害時の関係機関への通報・連携体制の構築 | <input type="checkbox"/> 0. 無し 1. 有り |
| ③①及び②についての定期的な従業員に対する周知 | <input type="checkbox"/> 0. 無し 1. 有り |
| (2) 避難訓練の状況(平成24年1月1日～平成24年12月31日の状況について記入してください。) | |
| ①実施の有無 | 定期的な避難訓練の実施 <input type="checkbox"/> 0. 無し 1. 有り (うち夜間の避難に関する訓練の実施) <input type="checkbox"/> 0. 無し 1. 有り |
| ②年間実施回数 | <input type="text"/> 回 |
| ③地域住民の参加 | 地域住民の参加 <input type="checkbox"/> 0. 無し 1. 有り |
| ④消防機関の関与 | 避難訓練の実施にあたり、消防機関の参加又は消防機関からの助言を 求める等、消防機関の一定の関与の有無 <input type="checkbox"/> 0. 無し 1. 有り |
| (3)協力者の有無 | 地域住民に、非常時における避難誘導等の協力をお願いしている 者がいる <input type="checkbox"/> 0. 無し 1. 有り |

4. 入居者の状況

| 入居者の障害程度区分等 | ① 平成25年2月22日の入居者について記入してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|-----|----|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|-----|----------------------------|--|--|--|--|--|--|-------|
| | <table border="1"> <thead> <tr> <th>区分なし</th> <th>区分1</th> <th>区分2</th> <th>区分3</th> <th>区分4</th> <th>区分5</th> <th>区分6</th> <th>合計</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="text"/> 人</td> <td>0 人</td> </tr> <tr> <td colspan="7">※ 入居者のうち、障害程度区分4以上の者の割合(%)</td> <td>#####</td> </tr> </tbody> </table> | 区分なし | 区分1 | 区分2 | 区分3 | 区分4 | 区分5 | 区分6 | 合計 | <input type="text"/> 人 | 0 人 | ※ 入居者のうち、障害程度区分4以上の者の割合(%) | | | | | | | ##### |
| | 区分なし | 区分1 | 区分2 | 区分3 | 区分4 | 区分5 | 区分6 | 合計 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="text"/> 人 | <input type="text"/> 人 | <input type="text"/> 人 | <input type="text"/> 人 | <input type="text"/> 人 | <input type="text"/> 人 | <input type="text"/> 人 | 0 人 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ※ 入居者のうち、障害程度区分4以上の者の割合(%) | | | | | | | ##### | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ② 「区分なし」のうち、身体障害者手帳(1級)、療育手帳(重度)又は精神障害者保健福祉手帳(1級)を所持している入居者数 <input type="text"/> 人 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ※ 入居者のうち、障害程度区分4以上の者と②に該当する入居者数の合計の割合(%) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

5. 夜間の支援形態

| | | |
|--------------|------------------------------------|--|
| 当該住居の夜間の支援形態 | (以下の中から該当する番号を選んでください(複数回答可)) | |
| | <input type="checkbox"/> 1. 夜勤 | <input type="checkbox"/> 5. 連絡体制の確保 |
| | <input type="checkbox"/> 2. 宿直 | <input type="checkbox"/> 6. 警備会社等による対応 |
| | <input type="checkbox"/> 3. 住み込み職員 | <input type="checkbox"/> 7. 対応なし |
| | <input type="checkbox"/> 4. 見回り対応 | |

障害者グループホーム・ケアホームにおける防火安全対策に関する実態調査のフロー図

(訪問調査を市区町村に依頼する場合)

