



障障地発0304第1号  
平成25年3月4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  
関する訪問調査の実施について

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。

2月10日に発生した新潟県新潟市の障害者グループホームの火災を受け、厚生労働省では、2月22日付けで「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」（平成25年2月22日障障地発0222第1号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部障害福祉課地域移行・障害児支援室長通知（以下、「実態調査通知」という。))を発出し、貴職の協力のもと、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を行っているところです。

当該実態調査通知により、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、順次、訪問調査を実施していただくようお願いしているところですが、その実施に当たっては、当該実態調査通知によるほか、別紙の調査要領に定めるところにより行うようお願いいたします。

## 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訪問調査（別添）

（以下「訪問調査票」という。）

### 2 訪問調査の調査対象・調査内容

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（スプリンクラー設備の設置予定時期が明確なものを除く。以下「訪問調査対象グループホーム等」という。）について、①当該訪問調査対象グループホーム等から回答のあった実態調査票（実態調査通知の別添２の調査票をいう。）の２から５の記載内容を实地に確認するとともに、②１の訪問調査票の内容について調査いただきたいこと。

また、未設置理由の詳細な確認や設置に向けた今後の対処方針を、事業所の代表者も交えて個別具体的に検討し、専門的な見地からの助言を実施すること。

- （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①又は②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
  - ① 障害程度区分４以上の者
  - ② 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）スプリンクラー設備の設置に関して、専門的な見地からの助言を希望しているもの

#### （既に訪問調査を実施している場合の取扱）

２の訪問調査対象グループホーム等のうち、当室から発出した２月１１日付け事務連絡（「障害者グループホーム・ケアホームにおける防火安全体制の徹底及び点検について」）の受理後に、各自治体の判断により、当該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）職員と連携の上、实地に防火安全体制の点検等を行ったものについては、その際の点検結果や事業者から聞き取った内容等を基に、適宜、電話等により不足する情報を聴取した上で１の「訪問調査票」を作成することとして差し支えないこと。

ただし、障害保健福祉主管部（局）職員のみで实地に防火安全体制の点検等を行った場合等を含め、当該訪問調査対象グループホーム等の防火安全体制の点検結果やスプリンクラー設備の未設置理由等を勘案した上で、改めて、専門的な見地からの助言・指導が必要であると考えられる場合には、消防本部（消防署）職員にも同行を依頼した上で、再度訪問調査を実施すること。

### 3 調査方法

#### ① 訪問調査の実施



訪問調査を実施するグループホーム等から回答のあった実態調査票及び1の訪問調査票を持参の上、訪問調査を実施。

#### ② 訪問調査結果のとりまとめ

1の訪問調査票の内容を実態調査通知と併せて送付した「集計報告用」ファイルの所定欄（訪問調査を実施したグループホーム等（住居名）の行の列CL～列DF※）に記入し、管内訪問調査対象グループホーム等の結果をとりまとめた上で、平成25年4月19日（金）までに4の提出先へ送付すること。また、訪問調査の結果、実態調査票の2から5の内容を変更する必要がある場合には、適宜、変更するセルを黄色く塗りつぶした上で修正すること。

※ 列CL～列DFについては、お手数ですが、今回送付する「追加項目」ファイルの列A～列Uを「集計報告用」ファイルの列CKの後に挿入して作成してください。

### 4 提出先

[bouka-anzen@mhlw.go.jp](mailto:bouka-anzen@mhlw.go.jp)

### 5 提出期限

平成25年4月19日（金）12:00

### 6 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訪問調査

訪問調査実施時点の状況について、都道府県（市区町村）・指定都市・中核市の障害保健福祉部（局）職員が記入してください。

注：太枠への記入をお願いします。

住居名

1. 訪問調査の概要

(1) 訪問調査日	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/> (記入例)2013年3月18日→0318 ※ 訪問調査日が複数ある場合には、初回の訪問調査日を記入してください。
(2) 訪問調査の人数	(障害保健福祉主管部（局）職員) ※ 都道府県職員に市町村職員が同行して訪問する場合には、その合計人数を記入してください。 <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/> 人 (消防本部（消防署）職員) <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/> 人 ※ 訪問調査日が複数ある場合には、初回の訪問調査日の状況を記入してください。

2. スプリンクラー設備の未設置理由等

(1) 今後もスプリンクラー設備の設置予定が無い理由	訪問調査の結果、スプリンクラー設備が未設置で、今後の設置予定も未定である理由について、事業者の説明等を十分に勘案した上で、当てはまるものを以下の中から選んで記入してください。 <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; margin: 5px 0;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td> </tr> </table> (次の中から該当する番号をすべて選んで記入してください) <b>(経済的な理由)</b> 1. スプリンクラー設備の設置費用が高額で補助金等を活用しても負担できないため 2. スプリンクラー設備の設置に伴う建築工事等の費用が高額で補助金等を活用しても負担できないため 3. スプリンクラー設備を設置することにより、メーター口径を変更する必要があり、スプリンクラー設備の設置後の水道料金等が上昇し、その費用が負担できないため 4. スプリンクラー設備の設置後のメンテナンス費用の負担ができないため <b>(構造的な理由)</b> 5. 放水圧力や放水量の関係から貯水槽やポンプを設置しなければならないが、設置場所を確保できないため 6. メーター口径を変更しなければならないが、設置工事等が不可能なため 7. 配管を貫通させることができない壁、床等があるため 8. 天井裏等、スプリンクラー設備の配管を敷設するスペースがなく、居室内等に配管を敷設することとなり、家庭的な雰囲気を損なう恐れがあるため□ 9. 建物が老朽化しており、スプリンクラー設備の設置工事に耐えられないため□ <b>(その他の理由)</b> 10. 入居者の多くが自力で避難できると考えられるため 11. 設置工事中は、入居者が不穏になる等の理由により一時的に転居しなければならないが、転居先の確保が困難なため 12. 貸主の了承が得られないため 13. 建物の構造上、防火区画がしっかりしている（消防法令上に定められたスプリンクラー設備の設置を要しない防火区画と同様の構造を有している）ため 14. 床面積が275㎡以上であるが、消防長の判断による特例として、消防法上の設置義務が免除されているため 15. その他（以下の欄に具体的に記載する） <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>																				
	「1」又は「2」を選択した場合の設置費用の見積額について 1㎡あたり <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/> 円（見積額／延床面積）																				
(2) スプリンクラー設備の種類	スプリンクラー設備を設置する場合の種類 (設置予定の有無に関わらず、設置すると仮定した場合のスプリンクラー設備の種類について、事業所の意向も十分に勘案の上、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 style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/> 1. 以下の「2」、「3」以外のスプリンクラー設備 2. 特定施設水道連結型 3. パッケージ型自動消火 4. 不明																				

