

各都道府県介護保険担当課（室）

各保険者介護保険担当課（室）

各介護保険関係団体 御中

←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

## 介護保険最新情報

### 今回の内容

スプリンクラー設備が未設置の認知症  
グループホームへの訪問調査の実施について  
計6枚（本紙を除く）

Vol.317

平成25年3月1日

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

【 貴関係諸団体に速やかに送信いただきます  
ようよろしくお願いいたします。 】

連絡先 TEL：03-5253-1111(内線 3869、3871)  
FAX：03-3595-3670



老推発 0301 第 1 号  
平成 25 年 3 月 1 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

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への訪問調査の実施について

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。

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、「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」（平成 25 年 2 月 22 日老推発 0222 第 1 号本職通知。以下「2 月 22 日室長通知」という。）により、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、別紙のとおり、訪問調査時の具体的な調査内容等の詳細について定めましたので、これに基づき調査を実施していただきますようお願いいたします。

また、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。

## 調 査 要 領

### 1. 調査票

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おける訪問調査(別添)

### 2. 調査対象

2月22日室長通知の「1. 調査対象」のとおり。

### 3. 調査基準日

平成25年2月22日。

なお、質問項目により別に基準日等の記載がある場合には、その記載内容によること。

### 4. 調査方法

- (1) 2月22日室長通知の「2. 消防庁調査への協力について」に基づき、市町村の介護保険主管部局と消防本部とが連携の上、調査対象の事業所を特定すること。
- (2) 調査の実施に当たっては、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から、市町村の介護保険主管部局から、消防本部(消防署)に対して、調査時の同行について、相談、依頼を行うこと。
- (3) 訪問調査時は、別添1の調査票の内容について、市町村の介護保険主管部局職員が聞き取りで調査を行うこと。また、特にスプリンクラーの設置予定が無い事業所に対しては、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。

### 5. 調査結果の報告

- (1) 調査結果については、市町村においては、別添2の様式に必要事項を入力の上、都道府県介護保険主管部局まで送付すること。
- (2) 都道府県においては、管内市町村(指定都市、中核市を含む。)からの回答(別添2)を一つのシートに取りまとめの上、電子データ(Excel ファイル)により、当省の以下のメールアドレス宛てに、平成25年4月19日(金)までに送付すること。

### 6. 提出先

[ninchisyo@mhlw.go.jp](mailto:ninchisyo@mhlw.go.jp)

(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宛て)

### 7. 備考

- (1) 別添1及び2の様式(Excel ファイル)は、別途、都道府県担当者宛に電子メールで送付する予定であること。
- (2) 集計の都合上、数字データについては半角で入力すること。
- (3) 様式のセルの結合等の様式変更は行わないこと。
- (4) 電子データで提出する際のファイル名は「〇〇県」とすること。

## 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おける訪問調査

〔平成25年2月22日時点の状況について記載して下さい  
 なお、質問項目により別に基準日等の記載がある場合には、その記載内容に基づき記入して下さい。〕

## 1. 訪問調査の概要

注：太枠への記載をお願いします。

(1) 訪問調査日	<input type="text"/> (記入例)2013年3月18日→20130318 ※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下さい。
(2) 訪問調査の人数	(市町村介護保険主管部局職員) <input type="text"/> 人 (消防本部(消防署)職員) <input 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下さい。

## 2. 事業所の概要

(1) 法人名・施設名	(法人名) <input type="text"/>  (事業所名) <input type="text"/>
(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下さい。 町村の場合には、「郡名及び町村名」を記入して下さい。 (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) 開設年月日	<input type="text"/> (記入例)2010年3月18日→20100318
(4) 法人種別	(右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"/> 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) 定員及びユニット数	利用定員 <input type="text"/> 人 ユニット数 <input type="text"/> ユニット
(6) 建物の構造	(右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) 建物の所有形態	(右から該当する番号を選んで記入してください) <input type="text"/> 1. 自己所有物件 2. 賃貸物件
(8) 広さ	敷地面積 <input type="text"/> m <sup>2</sup> 延床面積 <input type="text"/> m <sup>2</sup>

## 3. スプリンクラー設備の未設置の理由等

(1) これまで未設置であった理由	これまでスプリンクラー設備が未設置であった理由 <input type="text"/> (次の中から該当する番号をすべて選んで、数字の小さいものから順に記入してください) 1. 費用負担の問題(経済的な理由) 2. 設置工事等が不可能なため(構造的な理由) 3. 設置工事中は、入居者が不穩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 4. 貸し主の了承が得られないため 5. 消防法令上の設置義務がないため 6. 1年以内(平成25年度中)に移転を予定しているため
(2) 設置予定の有無	(訪問調査時に専門的な見地からの助言を行った上での回答を記載) 今後のスプリンクラー設備の設置予定 <input type="text"/> 0. 無し 1. 有り 「1. 有り」の場合の設置予定時期について <input type="text"/> (次の中から該当する番号を選んで記入してください) 1. 平成25年3月まで(24年度中) 2. 平成25年4月から26年3月まで(25年度中) 3. 平成26年4月以降(26年度以降) 4. 具体的な時期は未定

<p>(3) スプリンクラーの種類</p>	<p>(訪問調査時に専門的な見地からの助言を行った上での回答を記載)          スプリンクラーを設置する場合の種類          (2)の回答内容に関わらず、設置すると仮定した場合の種類を回答)  <input type="text"/> (次の中から該当する番号を選んで記入してください)          1. 特定施設水道連結型スプリンクラー設備 (水道直結式)          2. パッケージ型自動消火設備          3. 一般型スプリンクラー</p>																								
<p>(4) 今後もスプリンクラー設備の設置予定が無い理由</p>	<p>(訪問調査時に専門的な見地からの助言を行った上での回答を記載)          今後もスプリンクラー設備の設置予定が無い理由          (2)の回答が「0.無し」の場合)</p> <table border="1" data-bbox="555 477 1329 544"> <tr> <td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td> </tr> </table> <p>(次の中から該当する番号をすべて選んで、数字の小さいものから順に上段から記入してください)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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 (経済的な理由)</li> <li>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 (経済的な理由)</li> <li>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 (経済的な理由)</li> <li>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 (経済的な理由)</li> <li>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 (構造的な理由)</li> <li>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 (構造的な理由)</li> <li>7. 配管を貫通させることができない壁、床等があるため (構造的な理由)</li> <li>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いため、居室内等に配管を敷設することとなり、家庭的な雰囲気ではなくなり、日常の認知症ケアに支障が生じるため (構造的な理由)</li> <li>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 (構造的な理由)</li> <li>10. 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</li> <li>11. 貸し主の了承が得られないため</li> <li>12. 床面積が275㎡未満であり、そもそも消防法令上の設置義務がないため</li> <li>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置を要しない防火区画と同様の構造を有している) ため</li> <li>14. 1年以内 (平成25年度中) に移転を予定しているため</li> <li>15. その他 (以下の欄に具体的に記載する)</li> </ol> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <p>「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 type="text"/>円 (見積額/延床面積)</p>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		

4. 非常災害対策等の実施状況

(1) 非常災害対策の状況(指定基準第82条の2第1項(第108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についての従業者に対する定期的な周知	<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下さい。)	
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) 運営推進会議の状況(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下さい。)	
①開催回数	開催回数 <input type="text"/> 回
②消防機関の参加	昨年開催した運営推進会議への消防関係者の関与について <input type="checkbox"/> (次の中から該当する番号を選んで記入してください) 1. 運営推進会議に毎回出席した 2. 運営推進会議の議題により随時出席した 3. 運営推進会議への出席はないが、会議の議題により随時協議した 4. 出席又は協議をしたことはない
③会議における議題	当該施設の非常災害体制についての意見交換の有無 <input type="checkbox"/> 0. 無し 1. 有り
(4) 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

5. 入所者の状況

(1) 入所者数及び性別	(平成25年2月22日の利用者について記入して下さい) 入所者数 <input type="text"/> 人 (うち男性 <input type="text"/> 人、女性 <input type="text"/> 人) ※ うち自力避難が困難と思われる者 <input type="text"/> 人										
(2) 要介護度	(平成25年2月22日の利用者について記入して下さい) 要支援2   要介護1   要介護2   要介護3   要介護4   要介護5 <input type="text"/> 人   <input type="text"/> 人   <input type="text"/> 人   <input type="text"/> 人   <input type="text"/> 人   <input type="text"/> 人										
(3) 年齢構成	(平成25年2月22日の利用者について記入して下さい) <table border="1"> <thead> <tr> <th>区 分</th> <th>人数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>65歳未満</td> <td><input type="text"/>人</td> </tr> <tr> <td>65歳以上75歳未満</td> <td><input type="text"/>人</td> </tr> <tr> <td>75歳以上85歳未満</td> <td><input type="text"/>人</td> </tr> <tr> <td>85歳以上</td> <td><input type="text"/>人</td> </tr> </tbody> </table>	区 分	人数	65歳未満	<input type="text"/> 人	65歳以上75歳未満	<input type="text"/> 人	75歳以上85歳未満	<input type="text"/> 人	85歳以上	<input type="text"/> 人
区 分	人数										
65歳未満	<input type="text"/> 人										
65歳以上75歳未満	<input type="text"/> 人										
75歳以上85歳未満	<input type="text"/> 人										
85歳以上	<input type="text"/> 人										

6. 職員の状況

(1) 夜間の勤務体制	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下さい。
(2) 介護従業者数	日中時間帯における介護従業者の常勤換算数 <input type="text"/> 人 ※常勤換算の計算式 介護従業者の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

