

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	