

記入日 年 月 日

事業所 番号	
-------------------	--

法人名	
------------	--

施設名	
------------	--

施設種別	<input type="radio"/> 養護老人ホーム <input type="radio"/> 特別養護老人ホーム <input type="radio"/> 介護老人保健施設 <input type="radio"/> 介護療養型医療施設 <input type="radio"/> 介護付有料老人ホーム <input type="radio"/> 住宅型有料老人ホーム <input type="radio"/> ケア付高専賃 <input type="radio"/> 高優賃 <input type="radio"/> 高齢者住宅 <input type="radio"/> 軽費老人ホーム(ケアハウス) <input type="radio"/> デイサービスセンター <input type="radio"/> 認知症デイサービスセンター <input type="radio"/> 認知症高齢者グループホーム <input type="radio"/> 地域密着型介護老人福祉施設 <input type="radio"/> 小規模多機能型居宅介護
	<input type="radio"/> 障害者支援施設 <input type="radio"/> 療養介護事業所 <input type="radio"/> 生活介護事業所 <input type="radio"/> 自立訓練(機能訓練)事業所 <input type="radio"/> 自立訓練(生活訓練)事業所 <input type="radio"/> 就労移行支援事業所 <input type="radio"/> 就労継続支援A型事業所 <input type="radio"/> 就労継続支援B型事業所 <input type="radio"/> グループホーム <input type="radio"/> ケアホーム <input type="radio"/> 福祉ホーム <input type="radio"/> 短期入所施設 <input type="radio"/> 地域活動支援センター(Ⅰ型・Ⅱ型・Ⅲ型・基礎事業) <input type="radio"/> 相談支援事業所 <input type="radio"/> 法定外施設
	<input type="radio"/> 児童発達支援 <input type="radio"/> 医療型児童発達支援 <input type="radio"/> 放課後等デイサービス <input type="radio"/> 保育所等訪問支援 <input type="radio"/> 障害児相談支援事業所 <input type="radio"/> 福祉型障害児入所施設 <input type="radio"/> 医療型障害児入所施設
	<input type="radio"/> 乳児院 <input type="radio"/> 児童養護施設 <input type="radio"/> 児童自立支援施設 <input type="radio"/> 情緒障害児短期治療施設
	<input type="radio"/> その他

住 所		<input type="radio"/> 市 <input type="radio"/> 郡			<input type="radio"/> 町 <input type="radio"/> 村
		(字)		(丁目)	(番)

記入者 氏名		(役職)	
連絡先 (TEL)		連絡先 (FAX)	
連絡先 (Email)			

	No	内容	回答シート
目次	1 基本情報		シート「1」 (P.1～P.5)
	1-1.	施設の立地	
	1-2.	地震・津波の被害想定	
	1-3.	液状化の危険性	
	1-4.	土砂災害の危険性	
	1-5.	洪水の危険性	
	1-6.	孤立の危険性	
	1-7.	周辺環境	
	1-8.	施設の情報	
	1-9.	施設利用者・職員の状況	
	1-10.	被災履歴	
	2 揺れに対する施設内の安全に関する事項		シート「2」 (P.6～P.14)
	2-1.	建物の耐震性	
	2-2.	室内の安全性	
	2-3.	屋外への退避	
	2-4.	物的体制(救助用資機材、救急用品、避難器具等)	
	2-5.	人的体制	
	2-6.	訓練の状況	
	3 避難行動に関する事項 《津波の危険性が「ある」場合》		シート「3」 (P.15～P.22)
	3-1.	避難場所	
	3-2.	避難場所への移動経路	
	3-3.	避難に要する時間	
	3-4.	物的体制(通信機器、避難用具等)	
	3-5.	人的体制	
	3-6.	訓練の状況	
	4 避難行動に関する事項 《津波の危険性が「ない」場合》		シート「4」 (P.23～P.30)
	4-1.	避難場所	
	4-2.	避難場所への移動経路	
	4-3.	避難に要する時間	
	4-4.	物的体制(通信機器、避難用具等)	
	4-5.	人的体制	
4-6.	訓練の状況		
5 被災後の施設運営や避難生活に関する事項		シート「5」 (P.31～P.42)	
5-1.	二次災害に対する備え		
5-2.	設備の状況(ライフライン)		
5-3.	物的体制(食糧、水、衛生用品等)		
5-4.	情報連絡体制		
5-5.	職員の確保		
5-6.	利用者の生活場所の確保・移送		
5-7.	地域連携		
5-8.	事業継続		

属性		確認事項		回答			
必須	推奨						
		1 基本情報					
		1-1.	施設の立地				
★		1-1-1.	所在地の標高を入力してください	1階	<input type="text"/> m		
				最上階	<input type="text"/> m		
★		1-1-2.	所在地の海岸からの距離を入力してください	約	<input type="text"/> km		
★		1-1-3.	災害が発生した時に支援を受けられそうな、最寄りの住宅や施設までの距離を入力してください	約	<input type="text"/> km		
★		1-1-4.	立地状況について、該当するものがあれば選択してください <input type="checkbox"/> 窪地 <input type="checkbox"/> 傾斜地 <input type="checkbox"/> 切土地域 <input type="checkbox"/> 盛土地域 <input type="checkbox"/> 背後に崖 <input type="checkbox"/> 埋立地 <input type="checkbox"/> 古い河川の跡地 <input type="checkbox"/> その他			<input type="text"/>	
		1-2.	地震・津波の被害想定（県が公表する南海地震の被害想定を参照してください）				
★		1-2-1.	施設周辺の最大震度を記入してください	震度	<input type="text"/>		
				<input type="checkbox"/> 強 <input type="checkbox"/> 弱			
★		1-2-2.	津波の危険性がありますか	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ		
☆		「はい」を選択した場合	地震発生から津波が到達するまでの時間(分)と最大浸水深を記入してください	時間	<input type="text"/> 分		
				浸水深	<input type="text"/> m		
		1-3.	液状化の危険性				
★		1-3-1.	地盤液状化の危険性がありますか	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ		
☆		1-3-2.	盛土地域の場合、擁壁の点検を行っていますか	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ		
		1-4.	土砂災害の危険性（県土木部防災砂防課のHPを参照してください）				
★		1-4-1.	施設は土砂災害警戒区域内にありますか	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ		
★		1-4-2.	施設は土砂災害特別警戒区域内にありますか	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ		
★		1-4-3.	施設は土砂災害危険箇所内にありますか	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ		
☆		1-4-4.	土砂災害の前兆現象を知っていますか	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ		
		1-5.	洪水の危険性（自治体が公表する洪水ハザードマップを参照してください）				
★		1-5-1.	想定される浸水深は何メートルですか	<input type="text"/>			

属性		確認事項	回答	
必須	推奨			
		1-6.	孤立の危険性	
★		1-6-1.	施設周辺地域の水没や土砂等により、隣接地区への移動経路が閉ざされる危険性がありますか	○はい ○いいえ
	☆	「はい」を選択した場合	孤立の要因となる地名や橋梁の名前等を記入してください <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>	
		1-7.	周辺環境	
	☆	1-7-1.	周辺環境について、該当するものがあれば選択してください <input type="checkbox"/> 住宅地 <input type="checkbox"/> 商工地域 <input type="checkbox"/> 村落 <input type="checkbox"/> 水田 <input type="checkbox"/> 畑 <input type="checkbox"/> 人工草地 <input type="checkbox"/> 未利用草地 <input type="checkbox"/> 人工林・針葉樹林 <input type="checkbox"/> 天然林・広葉樹林 <input type="checkbox"/> その他	
★		1-7-2.	付近に、河川はありますか	○はい ○いいえ
	☆	「はい」を選択した場合	河川名称を入力してください <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 20px;"></div> 川	
			河川までの距離を入力してください 約 <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 50px; height: 20px;"></div> km	
★		1-7-3.	付近に、農業用ため池はありますか	○はい ○いいえ
★		1-7-4.	付近に、地盤が沈下しているところはありますか	○はい ○いいえ
★		1-7-5.	付近に、湧き水が出る箇所はありますか	○はい ○いいえ
	☆	1-7-6.	付近に、災害発生時に影響が気になる施設はありますか	○はい ○いいえ
		「はい」を選択した場合	その施設を選択してください <input type="checkbox"/> ガスプラント <input type="checkbox"/> 化学プラント <input type="checkbox"/> 石油プラント <input type="checkbox"/> ガソリンスタンド <input type="checkbox"/> 廃棄物処理施設 <input type="checkbox"/> 貯木場 <input type="checkbox"/> 船溜まり <input type="checkbox"/> その他	

属性		確認事項	回答
必須	推奨		
		1-8. 施設の情報	
★		1-8-1. 建物の竣工年を記入してください	西暦 <input type="text"/> 年
★		1-8-2. 建物の構造を選択してください <input type="checkbox"/> 木造 <input type="checkbox"/> 鉄骨造(S) <input type="checkbox"/> 鉄筋コンクリート造(RC) <input type="checkbox"/> 鉄骨鉄筋コンクリート造(SRC) <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他	<input type="text"/>
★		1-8-3. 施設の規模を入力してください	地上 <input type="text"/> 階 地下 <input type="text"/> 階 延床面積 <input type="text"/> m ² 建築面積 <input type="text"/> m ² 敷地面積 <input type="text"/> m ²
	☆	1-8-4. 想定される津波から避難することが可能な屋上はありますか	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ
★		1-8-5. 施設で使用している諸設備(ライフライン・ユーティリティ等)を全て選択してください <input type="checkbox"/> 電気 <input type="checkbox"/> 受電設備 <input type="checkbox"/> ガス(導管) <input type="checkbox"/> ガス(ポンペ) <input type="checkbox"/> 上水道 <input type="checkbox"/> 上水道(井戸) <input type="checkbox"/> 下水道 <input type="checkbox"/> 下水タンク <input type="checkbox"/> 貯水槽 <input type="checkbox"/> 電話(固定) <input type="checkbox"/> 電話(携帯) <input type="checkbox"/> 電話(衛星携帯) <input type="checkbox"/> インターネット専用線 <input type="checkbox"/> 無線設備 <input type="checkbox"/> 消火設備 <input type="checkbox"/> ボイラー設備 <input type="checkbox"/> 空調設備 <input type="checkbox"/> エレベーター <input type="checkbox"/> 発電設備(太陽光・ガス等) <input type="checkbox"/> その他	<input type="text"/>

属性		確認事項	回答
必須	推奨		
		1-9. 施設利用者・職員の状況	
★		1-9-1. 施設利用者の数は何名ですか	(日中) 定員 <input type="text"/> 人 (日中) 最大 <input type="text"/> 人 (日中) 通常 <input type="text"/> 人 (夜間) 定員 <input type="text"/> 人 (夜間) 通常 <input type="text"/> 人
★		1-9-2. 自力で身を守ることのできない利用者は何人いますか	日中 <input type="text"/> 人 夜間 <input type="text"/> 人
★		1-9-3. 自力で歩行・避難することのできない利用者は何人いますか	日中 <input type="text"/> 人 夜間 <input type="text"/> 人
★		1-9-4. 寝たきりの利用者は何人いますか	日中 <input type="text"/> 人 夜間 <input type="text"/> 人
★		1-9-5. 継続的に医療(治療・医薬品)を必要とする利用者は何人いますか	日中 <input type="text"/> 人 夜間 <input type="text"/> 人
★		1-9-6. 生命維持に係る医療機器を使用している利用者は何人いますか	日中 <input type="text"/> 人 夜間 <input type="text"/> 人
★		1-9-7. 職員は何人いますか	(日中) 介護 <input type="text"/> 人 (日中) その他 <input type="text"/> 人 (夜間) 介護 <input type="text"/> 人 (夜間) その他 <input type="text"/> 人
★		1-9-8. 常勤の医師は何人いますか	日中 <input type="text"/> 人 夜間 <input type="text"/> 人
★		1-9-9. 常勤の看護師は何人いますか	日中 <input type="text"/> 人 夜間 <input type="text"/> 人

属性		確認事項	回答		
必須	推奨				
		1-10.	被災履歴(記録や伝聞など、知る範囲で記入してください)		
	☆	1-10-1.	これまでに、敷地周辺が津波により浸水したことはありますか	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
	☆	1-10-2.	これまでに、土砂災害による被害を受けたことはありますか	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
	☆	1-10-3.	これまでに、河川の氾濫による浸水被害を受けたことはありますか(外水氾濫)	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
	☆	1-10-4.	これまでに、水はけの悪化等による浸水被害を受けたことはありますか(内水氾濫)	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
	☆	1-10-5.	これまでに、火災を経験したことはありますか	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
	☆	1-10-6.	これまでに、車の突入事故を経験したことはありますか	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ

属性		確認事項	回答	
必須	推奨			
2 揺れに対する施設内の安全に関する事項				
		2-1. 建物の耐震性		
★		2-1-1. 建物の耐震診断を行ったことはありますか	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
		「はい」を選択した場合	構造耐震指標(Is値)を記入してください <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 5px;"></div>	
☆		2-1-2. 今後、耐震診断を実施する予定はありますか	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
		「はい」を選択した場合	いつまでに実施する予定ですか <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 20px; display: inline-block;"></div> 年 <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div> 月	
		「いいえ」を選択した場合	耐震診断を実施しない理由を選択してください <input type="checkbox"/> 新耐震基準(1981年6月以降に建築確認を実施済み) <input type="checkbox"/> 地震による被害は少ないと考えている <input type="checkbox"/> 依頼要領が分からない <input type="checkbox"/> その他 <div style="border: 1px solid black; width: 300px; height: 40px; margin: 5px;"></div>	
★		2-1-3. 建物の耐震性能は十分ですか	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
☆		2-1-4. 今後、耐震補強を実施する予定はありますか	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
		「はい」を選択した場合	いつまでに実施する予定ですか <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 20px; display: inline-block;"></div> 年 <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div> 月	
		「いいえ」を選択した場合	耐震補強を実施しない理由を選択してください <input type="checkbox"/> 補強の必要な箇所はない <input type="checkbox"/> 地震による被害は少ないと考えている <input type="checkbox"/> その他 <div style="border: 1px solid black; width: 300px; height: 40px; margin: 5px;"></div>	
★		2-1-5. 天井の落下防止対策をしていますか	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
★		2-1-6. 建物の主要な柱や梁、壁に大きなひび割れや錆びた鉄筋の露出が目立つ等、補修が必要だと思われる箇所はありますか	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
☆		2-1-7. 今後、建物の補修を実施する予定はありますか	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
		「はい」を選択した場合	いつまでに実施する予定ですか <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 20px; display: inline-block;"></div> 年 <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div> 月	
		「いいえ」を選択した場合	補修を実施しない理由を選択してください <input type="checkbox"/> 補修の必要な箇所はない <input type="checkbox"/> 地震による被害は少ないと考えている <input type="checkbox"/> その他 <div style="border: 1px solid black; width: 300px; height: 40px; margin: 5px;"></div>	

属性		確認事項	回答		
必須	推奨				
		2-2.	室内の安全性		
★		2-2-1.	大型の什器(棚など)に転倒・移動・落下防対策をしていますか	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
★		2-2-2.	天井や壁、棚などから物が落下してこない場所に寝床(ベッド等)を配置していますか	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
★		2-2-3.	窓には割れても破片が飛び散りにくいガラスを使用したり、フィルムを貼付いたりしていますか	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
★		2-2-4.	重たい物や落ちると危険な物は、高いところに置かないようにしていますか	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
	☆	2-2-5.	今後、室内の安全対策を実施する予定はありますか	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
		「はい」を選択した場合	いつまでに実施する予定ですか	<input type="text"/>	年 <input type="text"/> 月
		「いいえ」を選択した場合	安全対策を実施しない理由を選択してください <input type="checkbox"/> 十分に対策しているため不要 <input type="checkbox"/> 地震による被害は少ないと考えている <input type="checkbox"/> その他 <input type="text"/>		
★		2-2-6.	建物内に、利用者・職員の全員が一時的に集まることのできる安全なスペースはありますか	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
		「はい」を選択した場合	面積を記入してください	約 <input type="text"/>	m ²
		「いいえ」を選択した場合	今後、建物内に一時避難場所と成り得るスペースを設けることは可能ですか	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ

属性		確認事項	回答	
必須	推奨			
		2-3.	屋外への退避	
★		2-3-1.	物が散乱して通路を塞いでしまわないように、廊下や階段を整理整頓していますか	○はい ○いいえ
★		2-3-2.	屋外への退避を妨げてしまわないように、建物の出入り口周辺を整理整頓していますか	○はい ○いいえ
★		2-3-3.	敷地外への退避を妨げてしまいそうな要因(ブロック塀や自動販売機の倒壊、それらによる門扉の開閉不能など)はありますか	○はい ○いいえ
		「はい」を選択した場合	何箇所ありますか	<input type="text"/> 箇所
★		2-3-4.	屋外にある看板や空調室外機、外部照明・屋根瓦等の落下防止対策をしていますか	○はい ○いいえ
☆		2-3-5.	今後、屋外の安全対策を実施する予定はありますか	○はい ○いいえ
		「はい」を選択した場合	いつまでに実施する予定ですか	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月
		「いいえ」を選択した場合	安全対策を実施しない理由を選択してください <input type="checkbox"/> 十分に対策しているため不要 <input type="checkbox"/> 地震による被害は少ないと考えている <input type="checkbox"/> その他	
☆		2-3-6.	敷地内に、利用者・職員の全員が一時的に集まることのできる安全なスペースはありますか	○はい ○いいえ
		「はい」を選択した場合	面積を記入してください	約 <input type="text"/> m ²
		「いいえ」を選択した場合	今後、敷地内に一時避難場所と成り得るスペースを設けることは可能ですか	○はい ○いいえ

属性		確認事項	回答	
必須	推奨			
		2-4.	物的体制(救助用資機材、救急用品、避難器具等)	
★		2-4-1.	建物・設備等の下敷きになった人や、室内に閉じ込められた人を救助するための資機材を備えていますか	○はい ○いいえ
		「はい」を選択した場合	備蓄している救助用資機材を全て選択してください <input type="checkbox"/> ジャッキ <input type="checkbox"/> パール <input type="checkbox"/> ロープ <input type="checkbox"/> 梯子 <input type="checkbox"/> チェンソー <input type="checkbox"/> つるはし <input type="checkbox"/> ハンマー <input type="checkbox"/> 防護用品 <input type="checkbox"/> その他	
			施設の何階に保管していますか	○地上○地下
	☆	2-4-2.	今後、新規または追加で救助用資機材を購入する予定はありますか	○はい ○いいえ
		「はい」を選択した場合	いつまでに実施する予定ですか	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月
★		2-4-3.	救急用品を備蓄していますか	○はい ○いいえ
		「はい」を選択した場合	備蓄している救急用品を全て選択してください <input type="checkbox"/> 包帯 <input type="checkbox"/> ネット包帯 <input type="checkbox"/> 包帯止め <input type="checkbox"/> 滅菌ガーゼ <input type="checkbox"/> 清浄綿 <input type="checkbox"/> 絆創膏 <input type="checkbox"/> 眼帯 <input type="checkbox"/> 三角巾 <input type="checkbox"/> 消毒薬 <input type="checkbox"/> 綿棒 <input type="checkbox"/> 副木 <input type="checkbox"/> 止血棒 <input type="checkbox"/> 救急用はさみ <input type="checkbox"/> ピンセット <input type="checkbox"/> 衛生手袋 <input type="checkbox"/> ビニール袋 <input type="checkbox"/> テーピングテープ <input type="checkbox"/> 体温計 <input type="checkbox"/> 応急救護用マスク <input type="checkbox"/> その他	
			施設の何階に保管していますか	○地上○地下

属性		確認事項		回答	
必須	推奨				
	☆	2-4-4.	AED(自動体外式除細動器)を設置していますか	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
	☆	2-4-5.	今後、新規または追加で救急・救命用品を購入・設置する予定はありますか	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
		「はい」を選択した場合	いつまでに実施する予定ですか	<input type="text" value=""/>	年 <input type="text" value=""/> 月
★		2-4-6.	救急・救命用品の使用法を職員全員が把握していますか	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
	☆	2-4-7.	今後、応急処置について職員が学習・習得する機会を設ける予定はありますか	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
		「はい」を選択した場合	いつまでに実施する予定ですか	<input type="text" value=""/>	年 <input type="text" value=""/> 月
	☆	2-4-8.	避難用滑り台を設置していますか	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
	☆	2-4-9.	レスキューベランダを設置していますか	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
		「はい」を選択した場合	仕様について選択してください	<input type="radio"/> 電動	<input type="radio"/> 手動
				<input type="checkbox"/> ストレッチャーに対応	
	☆	2-4-10.	今後、新規または追加で避難器具を購入する予定はありますか	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
		「はい」を選択した場合	いつまでに実施する予定ですか	<input type="text" value=""/>	年 <input type="text" value=""/> 月
		2-4-11.	施設には緊急地震速報を導入していますか	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
		2-4-12.	今後、導入する予定はありますか	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
		「はい」を選択した場合	いつまでに実施する予定ですか	<input type="text" value=""/>	年 <input type="text" value=""/> 月
		「いいえ」を選択した場合	導入しない理由を選択してください		
			<input type="checkbox"/> 既に導入しているため不要 <input type="checkbox"/> 操作可能な人員の不足 <input type="checkbox"/> 地震による被害は少ないと考えている <input type="checkbox"/> 精度に疑問を感じている <input type="checkbox"/> その他		
			<input type="text" value=""/>		

属性		確認事項		回答	
必須	推奨				
		2-5.	人的体制		
★		2-5-1.	平時より、防災を担当する組織・職員を定めていますか	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
	☆	2-5-2.	今後、防災担当を定める予定はありますか	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
		「はい」を選択した場合	いつまでに実施する予定ですか	<input type="text"/>	年 <input type="text"/> 月
		「いいえ」を選択した場合	実施しない理由を選択してください <input type="checkbox"/> 既に実施している <input type="checkbox"/> 人員不足 <input type="checkbox"/> 必要性を感じない <input type="checkbox"/> その他	<input type="text"/>	
★		2-5-3.	災害発生時の対応体制(職員の役割分担)を整備していますか	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
	☆	「はい」を選択した場合	施設内に掲示していますか	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
			職員全員が把握していますか	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
	☆	2-5-4.	今後、対応体制を整備する予定はありますか	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
		「はい」を選択した場合	いつまでに実施する予定ですか	<input type="text"/>	年 <input type="text"/> 月
		「いいえ」を選択した場合	実施しない理由を選択してください <input type="checkbox"/> 既に実施している <input type="checkbox"/> 人員不足 <input type="checkbox"/> 必要性を感じない <input type="checkbox"/> 何をしたらいいかわからない <input type="checkbox"/> その他	<input type="text"/>	
★		2-5-5.	災害発生時に施設長が不在の場合の権限委譲について定めていますか	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
	☆	2-5-6.	今後、代行ルールを定める予定はありますか	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
		「はい」を選択した場合	いつまでに実施する予定ですか	<input type="text"/>	年 <input type="text"/> 月
		「いいえ」を選択した場合	実施しない理由を選択してください <input type="checkbox"/> 既に実施している <input type="checkbox"/> 人員不足 <input type="checkbox"/> 必要性を感じない <input type="checkbox"/> 何をしたらいいかわからない <input type="checkbox"/> その他	<input type="text"/>	

属性		確認事項		回答	
必須	推奨				
★		2-5-7.	夜間や早朝に災害が発生した場合の職員参集ルールを定めていますか	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
	☆	2-5-8.	今後、参集ルールを定める予定はありますか	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
		「はい」を選択した場合	いつまでに実施する予定ですか	<input type="text"/>	年 <input type="text"/> 月
		「いいえ」を選択した場合	実施しない理由を選択してください <input type="checkbox"/> 既に実施している <input type="checkbox"/> 人員不足 <input type="checkbox"/> 必要性を感じない <input type="checkbox"/> 何をしたらいいかわからない <input type="checkbox"/> その他 <input type="text"/>		
★		2-5-9.	施設内に職員が少ない時間帯に災害が発生した場合の、対応すべき業務や優先順位を定めていますか	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
	☆	2-5-10.	今後、災害時の業務の優先順位を定める予定はありますか	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
		「はい」を選択した場合	いつまでに実施する予定ですか	<input type="text"/>	年 <input type="text"/> 月
		「いいえ」を選択した場合	実施しない理由を選択してください <input type="checkbox"/> 既に実施している <input type="checkbox"/> 人員不足 <input type="checkbox"/> 必要性を感じない <input type="checkbox"/> 何をしたらいいかわからない <input type="checkbox"/> その他 <input type="text"/>		

属性		確認事項	回答	
必須	推奨			
★	2-5-11.	定期的に地震防災教育を実施し、必要な知識を持つ要員を確保していますか	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
	「はい」を選択した場合	実施する頻度を記入してください	<input type="radio"/> 年	<input type="radio"/> 月
		実施する回数を記入してください <input type="text" value=""/> 回		
		どのようなテーマで防災教育を実施していますか <input type="checkbox"/> 南海地震に関する基礎知識 <input type="checkbox"/> 施設で行っている地震対策の概要 <input type="checkbox"/> 地震時にとるべき行動(とっさの対処方法、救命救急の方法等) <input type="checkbox"/> 阪神・淡路大震災や東日本大震災等の過去の大地震による教訓 <input type="checkbox"/> 防災看護 <input type="checkbox"/> サバイバル術 <input type="checkbox"/> その他		
		今後も、継続して防災教育を実施したいと考えていますか <input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ		
	「いいえ」を選択した場合	今後、どのようなテーマで防災教育を実施したいと考えていますか <input type="checkbox"/> 南海地震に関する基礎知識 <input type="checkbox"/> 施設で行っている地震対策の概要 <input type="checkbox"/> 地震時にとるべき行動(とっさの対処方法、救命救急の方法等) <input type="checkbox"/> 阪神・淡路大震災や東日本大震災等の過去の大地震による教訓 <input type="checkbox"/> 防災看護 <input type="checkbox"/> サバイバル術 <input type="checkbox"/> その他		
		防災教育を実施しない理由を選択してください <input type="checkbox"/> 人員不足 <input type="checkbox"/> 時間的に余裕がない <input type="checkbox"/> 手順が分からない <input type="checkbox"/> 必要性を感じない <input type="checkbox"/> 実際には効果がないと考えている <input type="checkbox"/> その他		
★	2-5-12.	エレベーターを設置している場合、地震時にエレベーターがどのように動作するか把握していますか	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
	2-5-13.	エレベーターに人が閉じ込められた場合の対処方法(保守会社の連絡先等)を把握していますか	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
			<input type="radio"/> エレベーターを設置していない	<input type="radio"/> エレベーターを設置していない

属性		確認事項	回答		
必須	推奨				
		2-6.	訓練の状況		
★		2-6-1.	地震発生から揺れが収まるまでの間を想定した、施設内での利用者の安全確保を目的とした防災訓練を行っていますか	○ はい ○ いいえ	
☆	☆	「はい」を選択した場合	実施する頻度を記入してください	○ 年 ○ 月 <input type="text"/> 回	
			訓練で実施している項目を選択してください		
			<input type="checkbox"/> 地震発生時のとっさの対処方法 <input type="checkbox"/> 初期消火活動 <input type="checkbox"/> 出口の確保 <input type="checkbox"/> 避難経路の安全確認 <input type="checkbox"/> 施設内の避難場所への避難・誘導 <input type="checkbox"/> 利用者・職員の安否確認 <input type="checkbox"/> 応急手当 <input type="checkbox"/> 施設の安全点検 <input type="checkbox"/> 情報の収集・集約・伝達等 <input type="checkbox"/> その他		
			<input type="text"/>		
			移動に要する時間を測定する等、目的意識を持って取り組んでいますか	○ はい ○ いいえ	
			地図を用いて防災対策を検討する災害図上訓練を実施していますか	○ はい ○ いいえ	
		☆	2-6-2.	今後、施設内での地震防災訓練を実施する予定はありますか	○ はい ○ いいえ
			「はい」を選択した場合	いつまでに実施する予定ですか	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月
			「いいえ」を選択した場合	施設内での地震防災訓練を実施しない理由を選択してください	<input type="checkbox"/> 人員不足 <input type="checkbox"/> 時間的に余裕がない <input type="checkbox"/> 手順が分からない <input type="checkbox"/> 必要性を感じない <input type="checkbox"/> 実際には効果がないと考えている <input type="checkbox"/> その他
				<input type="text"/>	

属性		確認事項	回答	
必須	推奨			
		3 避難行動に関する事項《津波の危険性が「ある」場合》		
		3-1. 避難場所		
★		3-1-1. 津波が発生した際の基本的な避難場所を決めていますか	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
★	「はい」を選択した場合	避難場所を記入してください <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>		
		避難場所の標高を記入してください	標高	<input type="text"/> m
		施設からの距離を記入してください	約	<input type="text"/> km
		避難場所に洪水や土砂災害の危険性がないか把握していますか	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
		3-1-2. 今後、避難場所を決める予定はありますか	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
	「はい」を選択した場合	いつまでに実施する予定ですか	<input type="text"/> 年	<input type="text"/> 月
	「いいえ」を選択した場合	基本的な避難場所を決めない理由を選択してください		
		<input type="checkbox"/> 既に決めている <input type="checkbox"/> 必要性を感じない <input type="checkbox"/> 適当な場所が分からない <input type="checkbox"/> その他	<div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>	

属性		確認事項		回答	
必須	推奨				
★		3-1-3.	基本的な避難場所が危険な場合や移動が難しい場合のため、二次的な避難場所を何箇所決めてありますか	<input type="radio"/> 決めていない <input type="radio"/> 1箇所 <input type="radio"/> 2箇所以上(推奨)	
★		二次的な避難場所を決めている場合	避難場所(1)	避難場所を記入してください	
				<input style="width: 100%;" type="text"/>	
				避難場所の標高を記入してください	標高 <input style="width: 50px;" type="text"/> m
				施設からの距離を記入してください	約 <input style="width: 50px;" type="text"/> km
				<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	
★		二次的な避難場所を決めている場合	避難場所(2)	避難場所を記入してください	
				<input style="width: 100%;" type="text"/>	
				避難場所の標高を記入してください	標高 <input style="width: 50px;" type="text"/> m
				施設からの距離を記入してください	約 <input style="width: 50px;" type="text"/> km
				<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	
		3-1-4.	今後、新規または追加で二次的な避難場所を決める予定はありますか	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	
		「はい」を選択した場合	いつまでに実施する予定ですか	<input style="width: 50px;" type="text"/> 年 <input style="width: 50px;" type="text"/> 月	
		「いいえ」を選択した場合	二次的な避難場所を決めない理由を選択してください <input type="checkbox"/> 既に決めている <input type="checkbox"/> 必要性を感じない <input type="checkbox"/> 適当な場所が分らない <input type="checkbox"/> その他		
				<input style="width: 100%;" type="text"/>	

属性		確認事項	回答		
必須	推奨				
		3-2.	避難場所への移動経路		
★		3-2-1.	基本的な避難場所への移動経路を決めていますか	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
★		3-2-2.	二つ以上の移動経路を確保していますか	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
★		3-2-3.	移動経路図を作成し、建物内に掲示していますか	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
★		3-2-4.	移動経路を職員全員が把握していますか	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
	☆	3-2-5.	移動手段・移動経路(概略)を記入してください 移動手段(1) <input type="text"/> 移動経路(1) <input type="text"/> 移動手段(2) <input type="text"/> 移動経路(2) <input type="text"/>		
★		3-2-6.	経路上に、橋梁や土砂災害危険箇所等、避難の障害となるような箇所はありますか	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
	☆		該当の危険箇所を記入してください <input type="text"/> 対応方法を選択してください <input type="checkbox"/> 二次的な避難場所へ向かう <input type="checkbox"/> 他の避難経路を検討する <input type="checkbox"/> 対応方法はまだ決めていない <input type="checkbox"/> その他 <input type="text"/>		

属性		確認事項	回答	
必須	推奨			
★		3-2-7. 二次的な避難場所への移動経路を決めていますか	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
	☆	3-2-8. 移動手段を記入してください 避難場所(1)への移動手段 避難場所(2)への移動手段	<div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>	
★		3-2-9. 経路上に、橋梁や土砂災害危険箇所等、避難の障害となるような箇所はありますか	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
	☆	「はい」を選択した場合	該当の危険箇所を記入してください <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div> 対応方法を選択してください <input type="checkbox"/> 他の避難経路を検討する <input type="checkbox"/> 対応方法はまだ決めていない <input type="checkbox"/> その他	
			<div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>	

属性		確認事項		回答			
必須	推奨						
		3-3.	避難に要する時間				
★		3-3-1.	避難場所への移動に片道で何分かかりますか				
			基本的な避難場所へ	約	<input type="text"/>	分	
			二次的な避難場所(1)へ	約	<input type="text"/>	分	
			二次的な避難場所(2)へ	約	<input type="text"/>	分	
★		3-3-2.	避難場所への移動を完了させるまでに、どれだけの時間が必要だと思われますか				
			基本的な避難場所(1)へ	全員の移動にかかる時間	約	<input type="text"/>	分
				半数の移動にかかる時間	約	<input type="text"/>	分
			二次的な避難場所(1)へ	全員の移動にかかる時間	約	<input type="text"/>	分
				半数の移動にかかる時間	約	<input type="text"/>	分
			二次的な避難場所(2)へ	全員の移動にかかる時間	約	<input type="text"/>	分
				半数の移動にかかる時間	約	<input type="text"/>	分
			★		3-3-3.	想定される津波到達時間内に、全員の避難を完了させることはできますか	<input type="radio"/> はい
☆		「いいえ」を選択した場合	何か対策を考えていますか	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ		
			対策を考えている場合は、その内容を記入してください				

属性		確認事項		回答	
必須	推奨				
		3-4.	物的体制(通信機器、避難用具等)		
★		3-4-1.	情報収集・発信のための資機材を備えていますか	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
★	「はい」を選択した場合	所有する通信機器等と台数を記入してください <input type="checkbox"/> ラジオ (<input type="text"/> 台) <input type="checkbox"/> テレビ (<input type="text"/> 台) <input type="checkbox"/> パソコン (<input type="text"/> 台) <input type="checkbox"/> FAX (<input type="text"/> 台) <input type="checkbox"/> 携帯電話 (<input type="text"/> 台) <input type="checkbox"/> 衛星携帯電話 (<input type="text"/> 台) <input type="checkbox"/> トランシーバー (<input type="text"/> 台) <input type="checkbox"/> 無線機器 (<input type="text"/> 台) <input type="checkbox"/> メガホン (<input type="text"/> 個) <input type="checkbox"/> 発煙筒 (<input type="text"/> 個) <input type="checkbox"/> 蛍光塗料 (<input type="text"/> 個) <input type="checkbox"/> サーチライト (<input type="text"/> 個) <input type="checkbox"/> 反射材 (<input type="text"/> 個) <input type="checkbox"/> その他 <input type="text"/>			
		施設の何階に設置・保管していますか		<input type="radio"/> 地上 <input type="radio"/> 地下 <input type="text"/> 階	
		衛星携帯電話を所有している場合、代表の電話番号を記入してください			
		<input type="text"/>			
		3-4-2.	今後、新規または追加で通信機器類を購入する予定はありますか	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
		「はい」を選択した場合 いつまでに購入する予定ですか		<input type="text"/> 年	<input type="text"/> 月
★		3-4-3.	避難場所への移動に必要な避難用具を備えていますか	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
★	「はい」を選択した場合	所有する避難用具と台数を記入してください <input type="checkbox"/> 車椅子 (<input type="text"/> 台) <input type="checkbox"/> ストレッチャー (<input type="text"/> 台) <input type="checkbox"/> 担架 (<input type="text"/> 台) <input type="checkbox"/> 布担架 (<input type="text"/> 台) <input type="checkbox"/> 背負い搬送具 (<input type="text"/> 個) <input type="checkbox"/> 非常用階段避難車 (<input type="text"/> 台) <input type="checkbox"/> リヤカー (<input type="text"/> 台) <input type="checkbox"/> ロープ (<input type="text"/> 本) <input type="checkbox"/> ヘルメット (<input type="text"/> 個) <input type="checkbox"/> 防災頭巾 (<input type="text"/> 個) <input type="checkbox"/> 救命胴衣 (<input type="text"/> 個) <input type="checkbox"/> その他 <input type="text"/>			
		施設の何階に保管していますか		<input type="radio"/> 地上 <input type="radio"/> 地下 <input type="text"/> 階	

属性		確認事項		回答	
必須	推奨				
		3-4-4.	今後、新規または追加で避難用具を購入する予定はありますか	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
		「はい」を選択した場合	いつまでに購入する予定ですか	<input type="text" value=""/>	年 <input type="text" value=""/> 月
★		3-4-5.	利用者の名簿やケース表等、必要な資料はすぐに持ち出せる状態ですか	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
		3-4-6.	利用者の名簿やケース表等は、電子化するなどの方法でバックアップを取っていますか	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
		3-5.	人的体制		
★		3-5-1.	職員の自宅が地震や津波の影響を受けるか把握していますか	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
		「はい」を選択した場合	該当の職員は何人いますか	<input type="text" value=""/>	人
★		3-5-2.	職員の通勤経路が地震や津波の影響を受けるか把握していますか	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
		「はい」を選択した場合	該当の職員は何人いますか	<input type="text" value=""/>	人
★		3-5-3.	職員の通勤手段を把握していますか	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
★		3-5-4.	施設利用者の避難を支援できる職員の数は何名以上確保できますか	[日中] <input type="text" value=""/>	人
				[夜間] <input type="text" value=""/>	人

属性		確認事項		回答	
必須	推奨				
		3-6.	訓練の状況		
★		3-6-1.	揺れが収まった後の屋外への避難訓練を行っていますか	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
	☆		実施する頻度を記入してください	<input type="radio"/> 年	<input type="radio"/> 月 <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> 回
			訓練で実施している項目を選択してください		
			<input type="checkbox"/> 建物から屋外(施設敷地内)への避難	<input type="checkbox"/> 建物から避難場所への避難	
			<input type="checkbox"/> その他	<input style="width: 400px; height: 40px;" type="text"/>	
	☆		「はい」を選択した場合		
			移動に要する時間を測定する等、目的意識を持って取り組んでいますか	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
			地図を用いて防災対策を検討する災害図上訓練を実施していますか	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
			夜間訓練を実施していますか	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
★		3-6-2.	今後、屋外への避難訓練を実施する予定はありますか	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
	☆		いつまでに実施する予定ですか	<input style="width: 60px; height: 20px;" type="text"/> 年	<input style="width: 60px; height: 20px;" type="text"/> 月
			どんな訓練が必要だと考えていますか	<input style="width: 500px; height: 40px;" type="text"/>	
			訓練を実施しない理由を選択してください		
			<input type="checkbox"/> 人員不足	<input type="checkbox"/> 時間的に余裕がない	
			<input type="checkbox"/> 必要性を感じない	<input type="checkbox"/> 実際には効果がないと考えている	
			<input type="checkbox"/> その他	<input style="width: 400px; height: 40px;" type="text"/>	
★		3-6-3.	地域で行われる津波防災訓練に参加していますか	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
	☆		「はい」を選択した場合		
			参加する頻度を記入してください	<input type="radio"/> 年	<input type="radio"/> 月 <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> 回
			参加しない理由を選択してください		
			<input type="checkbox"/> 地域で訓練が実施されない	<input type="checkbox"/> 人員不足	
			<input type="checkbox"/> 必要性を感じない	<input type="checkbox"/> 実際には効果がないと考えている	
			<input type="checkbox"/> その他	<input style="width: 400px; height: 40px;" type="text"/>	

属性		確認事項	回答	
必須	推奨			
		4 避難行動に関する事項《津波の危険性が「ない」場合》		
		4-1.	避難場所	
★		4-1-1.	地震が発生した際の基本的な避難場所を決めていますか	○はい ○いいえ
★	「はい」を選択した場合	避難場所を記入してください		
		<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>		
		施設からの距離を記入してください	約 <input style="width: 50px;" type="text"/> km	
		4-1-1.	避難場所に洪水や土砂災害の危険性がないか把握していますか	○はい ○いいえ
		4-1-2.	今後、避難場所を決める予定はありますか	○はい ○いいえ
		「はい」を選択した場合	いつまでに実施する予定ですか	<input style="width: 50px;" type="text"/> 年 <input style="width: 50px;" type="text"/> 月
		「いいえ」を選択した場合	基本的な避難場所を決めない理由を選択してください	
			<input type="checkbox"/> 既に決めている <input type="checkbox"/> 必要性を感じない <input type="checkbox"/> 適当な場所が分からない <input type="checkbox"/> その他	
		<input style="width: 100%; height: 40px;" type="text"/>		

属性		確認事項		回答	
必須	推奨				
★		4-1-3.	基本的な避難場所が危険な場合や移動が難しい場合のため、二次的な避難場所を何箇所決めてありますか	<input type="radio"/> 決めていない <input type="radio"/> 1箇所 <input type="radio"/> 2箇所以上(推奨)	
★		二次的な避難場所を決めている場合	避難場所(1)	避難場所を記入してください	
				<input style="width: 100%;" type="text"/>	
				避難場所の標高を記入してください	標高 <input style="width: 50px;" type="text"/> m
				施設からの距離を記入してください	約 <input style="width: 50px;" type="text"/> km
避難場所に洪水や土砂災害の危険性がないか把握していますか				<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
★		二次的な避難場所を決めている場合	避難場所(2)	避難場所を記入してください	
				<input style="width: 100%;" type="text"/>	
				避難場所の標高を記入してください	標高 <input style="width: 50px;" type="text"/> m
				施設からの距離を記入してください	約 <input style="width: 50px;" type="text"/> km
避難場所に洪水や土砂災害の危険性がないか把握していますか				<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
		4-1-4.	今後、新規または追加で二次的な避難場所を決める予定はありますか	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
		「はい」を選択した場合	いつまでに実施する予定ですか	<input style="width: 50px;" type="text"/> 年	<input style="width: 50px;" type="text"/> 月
		「いいえ」を選択した場合	二次的な避難場所を決めない理由を選択してください <input type="checkbox"/> 既に決めている <input type="checkbox"/> 必要性を感じない <input type="checkbox"/> 適当な場所が分からない <input type="checkbox"/> その他		
				<input style="width: 100%; height: 40px;" type="text"/>	

属性		確認事項	回答		
必須	推奨				
		4-2.	避難場所への移動経路		
★		4-2-1.	基本的な避難場所への移動経路を決めていますか	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
★		4-2-2.	二つ以上の移動経路を確保していますか	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
★		4-2-3.	移動経路図を作成し、建物内に掲示していますか	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
★		4-2-4.	移動経路を職員全員が把握していますか	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
	☆	4-2-5.	移動手段・移動経路(概略)を記入してください 移動手段(1) <input type="text"/> 移動経路(1) <input type="text"/> 移動手段(2) <input type="text"/> 移動経路(2) <input type="text"/>		
★		4-2-6.	経路上に、橋梁や土砂災害危険箇所等、避難の障害となるような箇所はありますか	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
	☆		該当の危険箇所を記入してください <input type="text"/> 「はい」を選択した場合 対応方法を選択してください <input type="checkbox"/> 二次的な避難場所へ向かう <input type="checkbox"/> 他の避難経路を検討する <input type="checkbox"/> 対応方法はまだ決めていない <input type="checkbox"/> その他 <input type="text"/>		

属性		確認事項	回答	
必須	推奨			
★		4-2-7. 二次的な避難場所への移動経路を決めていますか	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
	☆	4-2-8. 移動手段を記入してください 避難場所(1)への移動手段 避難場所(2)への移動手段	<div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>	
★		4-2-9. 経路上に、橋梁や土砂災害危険箇所等、避難の障害となるような箇所はありますか	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
	☆	「はい」を選択した場合	該当の危険箇所を記入してください <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div> 対応方法を選択してください <input type="checkbox"/> 他の避難経路を検討する <input type="checkbox"/> 対応方法はまだ決めていない <input type="checkbox"/> その他	
			<div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>	

属性		確認事項	回答	
必須	推奨			
		4-3. 避難に要する時間		
★		避難場所への移動に片道で何分かかりますか		
		基本的な避難場所へ	約 <input type="text"/> 分	
		二次的な避難場所(1)へ	約 <input type="text"/> 分	
		二次的な避難場所(2)へ	約 <input type="text"/> 分	
★		避難場所への移動を完了させるまでに、どれだけの時間が必要だと思われますか		
		基本的な避難場所(1)へ	全員の移動にかかる時間	約 <input type="text"/> 分
			半数の移動にかかる時間	約 <input type="text"/> 分
		二次的な避難場所(1)へ	全員の移動にかかる時間	約 <input type="text"/> 分
			半数の移動にかかる時間	約 <input type="text"/> 分
		二次的な避難場所(2)へ	全員の移動にかかる時間	約 <input type="text"/> 分
			半数の移動にかかる時間	約 <input type="text"/> 分

属性		確認事項	回答	
必須	推奨			
		4-4.	物的体制(通信機器、避難用具等)	
★		4-4-1.	情報収集・発信のための資機材を備えていますか	○はい ○いいえ
★		「はい」を選択した場合	所有する通信機器等と台数を記入してください <input type="checkbox"/> ラジオ (<input type="text"/> 台) <input type="checkbox"/> テレビ (<input type="text"/> 台) <input type="checkbox"/> パソコン (<input type="text"/> 台) <input type="checkbox"/> FAX (<input type="text"/> 台) <input type="checkbox"/> 携帯電話 (<input type="text"/> 台) <input type="checkbox"/> 衛星携帯電話 (<input type="text"/> 台) <input type="checkbox"/> トランシーバー (<input type="text"/> 台) <input type="checkbox"/> 無線機器 (<input type="text"/> 台) <input type="checkbox"/> メガホン (<input type="text"/> 個) <input type="checkbox"/> 発煙筒 (<input type="text"/> 個) <input type="checkbox"/> 蛍光塗料 (<input type="text"/> 個) <input type="checkbox"/> サーチライト (<input type="text"/> 個) <input type="checkbox"/> 反射材 (<input type="text"/> 個) <input type="checkbox"/> その他 <input type="text"/>	
			施設の何階に設置・保管していますか ○地上○地下 <input type="text"/> 階	
			衛星携帯電話を所有している場合、代表の電話番号を記入してください <input type="text"/>	
		4-4-2.	今後、新規または追加で通信機器類を購入する予定はありますか	○はい ○いいえ
		「はい」を選択した場合	いつまでに購入する予定ですか	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月
★		4-4-3.	避難場所への移動に必要な避難用具を備えていますか	○はい ○いいえ
★		「はい」を選択した場合	所有する避難用具と台数を記入してください <input type="checkbox"/> 車椅子 (<input type="text"/> 台) <input type="checkbox"/> ストレッチャー (<input type="text"/> 台) <input type="checkbox"/> 担架 (<input type="text"/> 台) <input type="checkbox"/> 布担架 (<input type="text"/> 台) <input type="checkbox"/> 背負い搬送具 (<input type="text"/> 個) <input type="checkbox"/> 非常用階段避難車 (<input type="text"/> 台) <input type="checkbox"/> リヤカー (<input type="text"/> 台) <input type="checkbox"/> ロープ (<input type="text"/> 本) <input type="checkbox"/> ヘルメット (<input type="text"/> 個) <input type="checkbox"/> 防災頭巾 (<input type="text"/> 個) <input type="checkbox"/> 救命胴衣 (<input type="text"/> 個) <input type="checkbox"/> その他 <input type="text"/>	
			施設の何階に保管していますか ○地上○地下 <input type="text"/> 階	

属性		確認事項		回答	
必須	推奨				
		4-4-4.	今後、新規または追加で避難用具を購入する予定はありますか	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
		「はい」を選択した場合	いつまでに購入する予定ですか	<input type="text" value=""/>	年 <input type="text" value=""/> 月
★		4-4-5.	利用者の名簿やケース表等、必要な資料はすぐに持ち出せる状態ですか	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
		4-4-6.	利用者の名簿やケース表等は、電子化するなどの方法でバックアップを取っていますか	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
		4-5. 人的体制			
★		4-5-1.	職員の自宅が地震により大きな被害を受けるか把握していますか	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
		「はい」を選択した場合	該当の職員は何人いますか	<input type="text" value=""/>	人
★		4-5-2.	職員の通勤経路が地震の影響を受けるか把握していますか	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
		「はい」を選択した場合	該当の職員は何人いますか	<input type="text" value=""/>	人
★		4-5-3.	職員の通勤手段を把握していますか	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
★		4-5-4.	施設利用者の避難を支援できる職員の数は何名以上確保できますか	[日中] <input type="text" value=""/>	人
				[夜間] <input type="text" value=""/>	人

属性		確認事項		回答	
必須	推奨				
		4-6.	訓練の状況		
★		4-6-1.	揺れが収まった後の屋外への避難訓練を行っていますか	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
	☆		実施する頻度を記入してください	<input type="radio"/> 年	<input type="radio"/> 月 <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> 回
			訓練で実施している項目を選択してください		
			<input type="checkbox"/> 建物から屋外(施設敷地内)への避難	<input type="checkbox"/> 建物から避難場所への避難	
			<input type="checkbox"/> その他	<input style="width: 400px; height: 40px;" type="text"/>	
	☆		「はい」を選択した場合		
			移動に要する時間を測定する等、目的意識を持って取り組んでいますか	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
			地図を用いて防災対策を検討する災害図上訓練を実施していますか	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
			夜間訓練を実施していますか	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
★		4-6-2.	今後、屋外への避難訓練を実施する予定はありますか	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
	☆		いつまでに実施する予定ですか	<input style="width: 60px; height: 20px;" type="text"/> 年	<input style="width: 60px; height: 20px;" type="text"/> 月
			どんな訓練が必要だと考えていますか	<input style="width: 500px; height: 40px;" type="text"/>	
			訓練を実施しない理由を選択してください		
			<input type="checkbox"/> 人員不足	<input type="checkbox"/> 時間的に余裕がない	
			<input type="checkbox"/> 必要性を感じない	<input type="checkbox"/> 実際には効果がないと考えている	
			<input type="checkbox"/> その他	<input style="width: 400px; height: 40px;" type="text"/>	
★		4-6-3.	地域で行われる地震防災訓練に参加していますか	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
	☆		「はい」を選択した場合		
			参加する頻度を記入してください	<input type="radio"/> 年	<input type="radio"/> 月 <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> 回
			参加しない理由を選択してください		
			<input type="checkbox"/> 地域で訓練が実施されない	<input type="checkbox"/> 人員不足	
			<input type="checkbox"/> 必要性を感じない	<input type="checkbox"/> 実際には効果がないと考えている	
			<input type="checkbox"/> その他	<input style="width: 400px; height: 40px;" type="text"/>	

属性		確認事項	回答	
必須	推奨			
5 被災後の施設運営や避難生活に関する事項				
		5-1. 二次災害に対する備え		
		5-1-1. 余震		
★		a. 市町村が実施する応急危険度判定について知っていますか	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
★		b. 応急危険度判定の結果に基づいて、施設所有者が実施を依頼する被災度区分判定について知っていますか	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
★		c. 被災度区分判定の依頼先を知っていますか	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
		5-1-2. 火災		
★		a. 建物の耐火診断を行っていますか	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
★		b. 必要に応じて不燃化対策を行っていますか	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
★		c. 地震が発生した際の延焼の危険性を把握していますか	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
★		d. 消火器等の消火用資機材の位置や使用方法を、職員全員が把握していますか	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
		5-1-3. 風水害(避難勧告等は発令されていないが警戒が必要な状況を想定)		
★		a. 風水害が発生した際の基本的な避難場所を決めていますか	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
		「はい」を選択した場合	避難場所を記入してください	
			<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div>	
			施設からの距離を記入してください	
			約 <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div> km	
★		b. 基本的な避難場所が危険な場合や移動が難しい場合のための、二次的な避難場所をあらかじめ考えていますか	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
☆		「はい」を選択した場合	二次的な避難場所を記入してください	
			<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div>	
			施設からの距離を記入してください	
			約 <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div> km	
☆		c. 地震や津波を想定した避難場所から、風水害を想定した避難場所へ移動する必要がある場合、移動経路を決めていますか	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ

属性		確認事項	回答	
必須	推奨			
★		d. 経路上に、橋梁や土砂災害危険箇所等、避難の障害となるような箇所はありますか	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
☆		「はい」を選択した場合	該当の危険箇所を記入してください <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div> 対応方法を選択してください <input type="checkbox"/> 他の避難経路を検討する <input type="checkbox"/> 対応方法はまだ決めていない <input type="checkbox"/> その他 <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; display: inline-block;"></div>	
☆		e. 地震や津波を想定した避難場所から、風水害を想定した避難場所へ移動する必要がある場合、移動を完了するまでにどれだけの時間(分)が必要だと思われますか	約	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div> 分
☆		f. 施設付近に河川がある場合、重要水防箇所(堤防の危険箇所)を把握していますか	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ <input type="radio"/> 付近に河川はない	
☆		g. 施設付近に農業用ため池がある場合、堤防が決壊した際の浸水の影響を把握していますか	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ <input type="radio"/> 付近に農業用ため池はない	

属性		確認事項	回答																																				
必須	推奨																																						
		5-2.	設備の状況(ライフライン)																																				
★		5-2-1.	各種設備の安全点検・耐震補強を行っていますか	○はい ○いいえ																																			
★		5-2-2.	今後、設備の安全点検や耐震補強を行う予定はありますか	○はい ○いいえ																																			
		「はい」を選択した場合	いつまでに実施する予定ですか	□年 □月																																			
		「いいえ」を選択した場合	安全点検等を実施しない理由を選択してください <input type="checkbox"/> 十分に対策しているため不要 <input type="checkbox"/> 地震による被害は少ないと考えている <input type="checkbox"/> その他																																				
★		5-2-3.	生命維持に係る医療機器を使用していますか	○はい ○いいえ																																			
		「はい」を選択した場合	使用している医療機器と台数を記入してください <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:30%; height: 20px;"></td> <td style="width:10%;">(使用)</td> <td style="width:10%; text-align: center;">□</td> <td style="width:10%;">台</td> <td style="width:10%;">(予備)</td> <td style="width:10%; text-align: center;">□</td> <td style="width:10%;">台</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td>(使用)</td> <td style="text-align: center;">□</td> <td>台</td> <td>(予備)</td> <td style="text-align: center;">□</td> <td>台</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td>(使用)</td> <td style="text-align: center;">□</td> <td>台</td> <td>(予備)</td> <td style="text-align: center;">□</td> <td>台</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td>(使用)</td> <td style="text-align: center;">□</td> <td>台</td> <td>(予備)</td> <td style="text-align: center;">□</td> <td>台</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td>(使用)</td> <td style="text-align: center;">□</td> <td>台</td> <td>(予備)</td> <td style="text-align: center;">□</td> <td>台</td> </tr> </table>			(使用)	□	台	(予備)	□	台		(使用)	□	台	(予備)	□	台		(使用)	□	台	(予備)	□	台		(使用)	□	台	(予備)	□	台		(使用)	□	台	(予備)	□	台
	(使用)	□	台	(予備)	□	台																																	
	(使用)	□	台	(予備)	□	台																																	
	(使用)	□	台	(予備)	□	台																																	
	(使用)	□	台	(予備)	□	台																																	
	(使用)	□	台	(予備)	□	台																																	
			停電時は最大で何時間、使用を継続できますか	約 □ 時間																																			
★		5-2-4.	発電機や燃料を備蓄していますか	○はい ○いいえ																																			
		「はい」を選択した場合	停電時は最大で何時間、電力を供給できますか	約 □ 時間																																			
★		5-2-5.	今後、発電機や燃料を備蓄する予定はありますか	○はい ○いいえ																																			
		「はい」を選択した場合	いつまでに実施する予定ですか	□年 □月																																			
★		5-2-6.	断水時の生活用水を確保していますか	○はい ○いいえ																																			
★		5-2-7.	今後、生活用水を備蓄する予定はありますか	○はい ○いいえ																																			
		「はい」を選択した場合	いつまでに実施する予定ですか	□年 □月																																			
★		5-2-8.	プロパン調理器や簡易コンロ等の代替熱源を備蓄していますか	○はい ○いいえ																																			
★		5-2-9.	今後、代替熱源を備蓄する予定はありますか	○はい ○いいえ																																			
		「はい」を選択した場合	いつまでに実施する予定ですか	□年 □月																																			

属性		確認事項		回答	
必須	推奨				
		5-3.	物的体制(食糧、水、衛生用品等)		
★		5-3-1.	災害時に必要となる食糧や資機材のチェックリストを作成していますか	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
★			「はい」を選択した場合 定期的に備蓄数量の確認を行っていますか	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
★		5-3-2.	食糧や飲料水を備蓄していますか	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
			「はい」を選択した場合 備蓄している食糧と飲料水の数量を記入してください <input type="checkbox"/> 食糧 (<input type="text"/> 人分 × <input type="text"/> 日分) <input type="checkbox"/> 飲料水(1人1日3L) (<input type="text"/> 人分 × <input type="text"/> 日分) 施設の何階に保管していますか <input type="radio"/> 地上 <input type="radio"/> 地下 <input type="text"/> 階		
★		5-3-3.	今後、食糧・飲料水を備蓄する予定はありますか	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
			「はい」を選択した場合 いつまでに実施する予定ですか	<input type="text"/> 年	<input type="text"/> 月
★		5-3-4.	利用者の特性を考慮した食糧や経管栄養食を備蓄していますか	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
★		5-3-5.	今後、経管栄養食等を備蓄する予定はありますか	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
			「はい」を選択した場合 いつまでに実施する予定ですか	<input type="text"/> 年	<input type="text"/> 月
★		5-3-6.	簡易トイレ等の衛生用品を備蓄していますか	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
★			「はい」を選択した場合 備蓄している衛生用品と数量を記入してください <input type="checkbox"/> 紙おむつ (<input type="text"/> 枚) <input type="checkbox"/> 生理用品 (<input type="text"/> 個) <input type="checkbox"/> 下着 (<input type="text"/> 人分) <input type="checkbox"/> 簡易トイレ (<input type="text"/> 回分) <input type="checkbox"/> マスク (<input type="text"/> 枚) <input type="checkbox"/> ウェットタオル (<input type="text"/> 枚) <input type="checkbox"/> ドライシャンプー (<input type="text"/> 個) <input type="checkbox"/> 除菌剤 (<input type="text"/> 本) <input type="checkbox"/> その他 <input type="text"/> 施設の何階に保管していますか <input type="radio"/> 地上 <input type="radio"/> 地下 <input type="text"/> 階		
★		5-3-7.	今後、衛生用品を備蓄する予定はありますか	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
			「はい」を選択した場合 いつまでに実施する予定ですか	<input type="text"/> 年	<input type="text"/> 月
★		5-3-8.	利用者の常備薬等の医薬品は何日分確保していますか	<input type="text"/> 日分	

属性		確認事項	回答																											
必須	推奨																													
★		5-3-9. 暖房用品を備蓄していますか	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ																										
★		「はい」を選択した場合 備蓄している暖房用品と数量を記入してください																												
		<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 毛布</td> <td>(<input type="text"/> 枚)</td> <td><input type="checkbox"/> アルミシート</td> <td>(<input type="text"/> 枚)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 湯たんぽ</td> <td>(<input type="text"/> 個)</td> <td><input type="checkbox"/> 寝袋</td> <td>(<input type="text"/> 個)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 石油ストーブ</td> <td>(<input type="text"/> 台)</td> <td><input type="checkbox"/> 灯油</td> <td>(<input type="text"/> リットル)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> カセットガスストーブ</td> <td>(<input type="text"/> 個)</td> <td><input type="checkbox"/> カセットガスボンベ</td> <td>(<input type="text"/> 本)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 薪ストーブ</td> <td>(<input type="text"/> 台)</td> <td><input type="checkbox"/> 薪</td> <td>(<input type="text"/> kg)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> コークス煮炊ストーブ</td> <td>(<input type="text"/> 台)</td> <td><input type="checkbox"/> コークス</td> <td>(<input type="text"/> kg)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> その他</td> <td colspan="3"><input type="text"/></td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> 毛布	(<input type="text"/> 枚)	<input type="checkbox"/> アルミシート	(<input type="text"/> 枚)	<input type="checkbox"/> 湯たんぽ	(<input type="text"/> 個)	<input type="checkbox"/> 寝袋	(<input type="text"/> 個)	<input type="checkbox"/> 石油ストーブ	(<input type="text"/> 台)	<input type="checkbox"/> 灯油	(<input type="text"/> リットル)	<input type="checkbox"/> カセットガスストーブ	(<input type="text"/> 個)	<input type="checkbox"/> カセットガスボンベ	(<input type="text"/> 本)	<input type="checkbox"/> 薪ストーブ	(<input type="text"/> 台)	<input type="checkbox"/> 薪	(<input type="text"/> kg)	<input type="checkbox"/> コークス煮炊ストーブ	(<input type="text"/> 台)	<input type="checkbox"/> コークス	(<input type="text"/> kg)	<input type="checkbox"/> その他	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> 毛布	(<input type="text"/> 枚)	<input type="checkbox"/> アルミシート	(<input type="text"/> 枚)																											
<input type="checkbox"/> 湯たんぽ	(<input type="text"/> 個)	<input type="checkbox"/> 寝袋	(<input type="text"/> 個)																											
<input type="checkbox"/> 石油ストーブ	(<input type="text"/> 台)	<input type="checkbox"/> 灯油	(<input type="text"/> リットル)																											
<input type="checkbox"/> カセットガスストーブ	(<input type="text"/> 個)	<input type="checkbox"/> カセットガスボンベ	(<input type="text"/> 本)																											
<input type="checkbox"/> 薪ストーブ	(<input type="text"/> 台)	<input type="checkbox"/> 薪	(<input type="text"/> kg)																											
<input type="checkbox"/> コークス煮炊ストーブ	(<input type="text"/> 台)	<input type="checkbox"/> コークス	(<input type="text"/> kg)																											
<input type="checkbox"/> その他	<input type="text"/>																													
		施設の何階に保管していますか	<input type="radio"/> 地上 <input type="radio"/> 地下	<input type="text"/> 階																										
★	5-3-10.	所有している交通用具と台数を記入してください																												
		<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 自転車</td> <td>(<input type="text"/> 台)</td> <td><input type="checkbox"/> 電動アシスト自転車</td> <td>(<input type="text"/> 台)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> バイク(スクーター)</td> <td>(<input type="text"/> 台)</td> <td><input type="checkbox"/> 電動バイク(スクーター)</td> <td>(<input type="text"/> 台)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 自動車</td> <td>(<input type="text"/> 台)</td> <td><input type="checkbox"/> 電気自動車</td> <td>(<input type="text"/> 台)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ディーゼル車</td> <td>(<input type="text"/> 台)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> その他</td> <td colspan="3"><input type="text"/></td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> 自転車	(<input type="text"/> 台)	<input type="checkbox"/> 電動アシスト自転車	(<input type="text"/> 台)	<input type="checkbox"/> バイク(スクーター)	(<input type="text"/> 台)	<input type="checkbox"/> 電動バイク(スクーター)	(<input type="text"/> 台)	<input type="checkbox"/> 自動車	(<input type="text"/> 台)	<input type="checkbox"/> 電気自動車	(<input type="text"/> 台)	<input type="checkbox"/> ディーゼル車	(<input type="text"/> 台)			<input type="checkbox"/> その他	<input type="text"/>								
<input type="checkbox"/> 自転車	(<input type="text"/> 台)	<input type="checkbox"/> 電動アシスト自転車	(<input type="text"/> 台)																											
<input type="checkbox"/> バイク(スクーター)	(<input type="text"/> 台)	<input type="checkbox"/> 電動バイク(スクーター)	(<input type="text"/> 台)																											
<input type="checkbox"/> 自動車	(<input type="text"/> 台)	<input type="checkbox"/> 電気自動車	(<input type="text"/> 台)																											
<input type="checkbox"/> ディーゼル車	(<input type="text"/> 台)																													
<input type="checkbox"/> その他	<input type="text"/>																													

属性		確認事項	回答	
必須	推奨			
		5-4.	情報連絡体制	
★		5-4-1.	付近の防災無線が配備されている施設を把握していますか	○はい ○いいえ
★		5-4-2.	職員間の非常時の連絡方法を決めていますか	○はい ○いいえ
			「はい」を選択した場合	連絡方法を記入してください <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
☆		5-4-3.	今後、職員間の連絡方法を定める予定はありますか	○はい ○いいえ
			「はい」を選択した場合	いつまでに実施する予定ですか <div style="border: 1px solid black; width: 40px; display: inline-block;"></div> 年 <div style="border: 1px solid black; width: 40px; display: inline-block;"></div> 月
			「いいえ」を選択した場合	実施しない理由を選択してください <input type="checkbox"/> 既に決めているため不要 <input type="checkbox"/> 必要ないと考えている <input type="checkbox"/> 何をしたらいいかわからない <input type="checkbox"/> その他 <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
★		5-4-4.	利用者家族との非常時の連絡方法を決めていますか	○はい ○いいえ
			「はい」を選択した場合	連絡方法を記入してください <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
☆		5-4-5.	今後、利用者家族との連絡方法を定める予定はありますか	○はい ○いいえ
			「はい」を選択した場合	いつまでに実施する予定ですか <div style="border: 1px solid black; width: 40px; display: inline-block;"></div> 年 <div style="border: 1px solid black; width: 40px; display: inline-block;"></div> 月
			「いいえ」を選択した場合	実施しない理由を選択してください <input type="checkbox"/> 既に決めているため不要 <input type="checkbox"/> 必要ないと考えている <input type="checkbox"/> 何をしたらいいかわからない <input type="checkbox"/> その他 <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>

属性		確認事項		回答	
必須	推奨				
★		5-4-6.	利用者が日中に外出する施設の場合、外出中の利用者との非常時の連絡方法を決めていますか	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
		「はい」を選択した場合		連絡方法を記入してください <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>	
☆		5-4-7.	今後、利用者との連絡方法を定める予定はありますか	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
		「はい」を選択した場合		いつまでに実施する予定ですか <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 20px; display: inline-block;"></div> 年 <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 20px; display: inline-block;"></div> 月	
		「いいえ」を選択した場合		実施しない理由を選択してください <input type="checkbox"/> 既に決めているため不要 <input type="checkbox"/> 必要ないと考えている <input type="checkbox"/> 何をしたらいいかわからない <input type="checkbox"/> その他 <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>	
★		5-4-8.	同一法人で複数の施設を運営している場合、法人内の他の施設との非常時の連絡方法を決めていますか	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
		「はい」を選択した場合		連絡方法を記入してください <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>	
☆		5-4-9.	今後、他の施設との連絡方法を定める予定はありますか	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
		「はい」を選択した場合		いつまでに実施する予定ですか <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 20px; display: inline-block;"></div> 年 <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 20px; display: inline-block;"></div> 月	
		「いいえ」を選択した場合		実施しない理由を選択してください <input type="checkbox"/> 既に決めているため不要 <input type="checkbox"/> 必要ないと考えている <input type="checkbox"/> 何をしたらいいかわからない <input type="checkbox"/> その他 <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>	

属性		確認事項		回答	
必須	推奨				
★		5-4-10.	非常時の連絡方法について訓練を実施していますか	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
	☆	「はい」を選択した場合	実施する頻度を記入してください	<input type="radio"/> 年 <input type="radio"/> 月	<input type="text" value=""/> 回
★		5-4-11.	今後、非常時の連絡方法について訓練を実施する予定はありますか	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
	☆	「はい」を選択した場合	いつまでに実施する予定ですか	<input type="text" value=""/> 年	<input type="text" value=""/> 月
		「いいえ」を選択した場合	実施しない理由を選択してください <input type="checkbox"/> 人員不足 <input type="checkbox"/> 時間的に余裕がない <input type="checkbox"/> 手順が分からない <input type="checkbox"/> 必要性を感じない <input type="checkbox"/> 実際には効果がないと考えている <input type="checkbox"/> その他		
★		5-4-12.	災害時優先電話の指定を受けていますか	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
★		5-4-13.	県や市町村、防災関係機関、ライフライン関係機関、医療機関との非常時の連絡方法を決めていますか	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
		「はい」を選択した場合	連絡方法を記入してください <input type="text" value=""/>		
	☆	5-4-14.	今後、関係機関との連絡方法を定める予定はありますか	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
		「はい」を選択した場合	いつまでに実施する予定ですか	<input type="text" value=""/> 年	<input type="text" value=""/> 月
		「いいえ」を選択した場合	実施しない理由を選択してください <input type="checkbox"/> 既に決めているため不要 <input type="checkbox"/> 必要ないと考えている <input type="checkbox"/> 何をしたらいいかわからない <input type="checkbox"/> その他		

属性		確認事項	回答	
必須	推奨			
		5-5. 職員の確保		
★		5-5-1. 職員の自宅が被災した場合、居住スペースを手配できますか	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
★		5-5-2. 職員の自宅が被災した場合、通勤手段を手配できますか	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
★		5-5-3. 職員が、各自で家庭での地震防災対策(避難場所・連絡方法・備蓄等)を行うよう指導していますか	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
★		5-5-4. 災害が発生した際、職員は何人確保できると見込んでいますか	約 <input type="text"/> 人	
★		5-5-5. 職員が不足した場合の補充について検討していますか	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
		「はい」を選択した場合	検討している内容を記入してください <input type="text"/>	
		5-6. 利用者の生活場所の確保・移送		
★		5-6-1. 災害発生時の他施設への移送について、利用者家族と協議していますか	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
☆		5-6-2. 今後、移送について協議する予定はありますか	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
		「はい」を選択した場合	いつまでに実施する予定ですか	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月
		「いいえ」を選択した場合	実施しない理由を選択してください <input type="checkbox"/> 既に協議しているため不要 <input type="checkbox"/> 必要ないと考えている <input type="checkbox"/> 何をしたらいいかわからない <input type="checkbox"/> その他 <input type="text"/>	
★		5-6-3. 日頃から交流のある他施設と、災害時の連携について協議していますか	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
☆		5-6-4. 今後、災害時の連携について協議する予定はありますか	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
		「はい」を選択した場合	いつまでに実施する予定ですか	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月
		「いいえ」を選択した場合	実施しない理由を選択してください <input type="checkbox"/> 既に協議しているため不要 <input type="checkbox"/> 必要ないと考えている <input type="checkbox"/> 何をしたらいいかわからない <input type="checkbox"/> その他 <input type="text"/>	

属性		確認事項		回答	
必須	推奨				
★		5-6-5.	他県や他の法人の施設と、災害時の連携について協議していますか	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
	☆	5-6-6.	今後、災害時の連携について協議する予定はありますか	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
		「はい」を選択した場合	いつまでに実施する予定ですか	<input type="text"/>	年 <input type="text"/> 月
		「いいえ」を選択した場合	実施しない理由を選択してください <input type="checkbox"/> 既に協議しているため不要 <input type="checkbox"/> 必要ないと考えている <input type="checkbox"/> 何をしたらいいかわからない <input type="checkbox"/> その他	<input type="text"/>	
		5-6-7.	利用者の移送について、課題に感じるものがあれば記入してください <input type="text"/>		
		5-7.	地域連携		
★		5-7-1.	災害発生時に、地域住民や在宅の高齢者・障害者が一時的に避難してくる可能性を、施設として考慮していますか	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
		「はい」を選択した場合	何人位の避難者を想定していますか	約 <input type="text"/>	人
	☆	5-7-2.	一時的に避難者を受け入れる場合、現在の食糧や飲料水の備蓄量で十分に対応できますか	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
		「はい」を選択した場合	受け入れ可能な範囲を記入してください	約 <input type="text"/>	人 × 約 <input type="text"/> 日
	☆	5-7-3.	今後、一時的な避難者を考慮して、食糧等の備蓄数量を増やす予定はありますか	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
		「はい」を選択した場合	いつまでに実施する予定ですか	<input type="text"/>	年 <input type="text"/> 月
	☆	5-7-4.	防災倉庫を施設内の安全な場所に設置することは可能ですか	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ <input type="radio"/> 既に設置している	
★		5-7-5.	日頃から地域社会と交流を図り、施設に対する理解を深めるよう取り組んでいますか	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ

属性		確認事項	回答															
必須	推奨																	
★		5-7-6. いざという時に支援・協力を得られるようなネットワーク作りに取り組んでいますか	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ														
★		5-7-7. 災害発生時に、福祉避難所として災害時要援護者を受け入れるためのスペースや受け入れ可能な人数を記入してください	スペース 約	<input type="text"/> m ² <input type="text"/> 人														
		5-7-8. 地域の災害時要援護者の受け入れについて、課題に感じることがあれば記入してください																
		5-8. 事業継続																
★		5-8-1. 施設経営等に関わるデータ類のバックアップを行っていますか	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ														
		「はい」を選択した場合	バックアップ方法を選択してください <input type="checkbox"/> データを外部媒体に保存している <input type="checkbox"/> データを紙に印刷し保管している <input type="checkbox"/> その他															
★		5-8-2. 事業を継続する上で連携することが必要な企業や機関の連絡先等を名簿にまとめ管理していますか	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ														
	☆	5-8-3. 関連する企業が大規模災害に備えたBCP(事業継続計画)を策定しているか把握していますか	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ														
★		5-8-4. 予算化せずに、すぐに取り組むべき課題を、優先順位順に記入してください	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; text-align: center;">1</td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">2</td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">3</td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">4</td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">5</td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">6</td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">7</td><td></td></tr> </table>		1		2		3		4		5		6		7	
1																		
2																		
3																		
4																		
5																		
6																		
7																		

属性		確認事項	回答
必須	推奨		
★	5-8-5.	予算化して取り組むべき課題を、優先順位順に記入してください	
		1	
		2	
		3	
		4	
		5	
		6	
		7	
★	5-8-6.	中長期的(5~10年程度)に取り組むべき課題を、優先順位順に記入してください	
		1	
		2	
		3	
		4	
		5	
		6	
		7	