

施運第 809 号

平成31年3月5日

災害時における社会福祉施設等の相互支援協定に係る

関係団体の代表者様

北海道保健福祉部福祉局施設運営指導課長

災害時における社会福祉施設等の相互支援協定に係る情報の報告について

道の社会福祉施策の推進につきましては、日頃から格別のご協力をいただき、厚くお礼申し上げます。

さて、高齢者や障がい者が入所する施設などでは、大規模災害発生時に、個別の施設のみの取組だけでは限界があることから、入所者の避難先確保や被災施設への人的・物的支援が実施できるよう、平成26年度に、道と関係団体とで協定を締結しているものであり、それらの支援を効果的に実施するため、必要な情報の取りまとめを行っているところです。

つきましては、例年どおり、貴団体の対象施設等に対し、別添のとおり、協定に基づく情報の報告を依頼しておりますので、御承知おきくださいますようお願いいたします。

担当 法人運営グループ主査（総括）

連絡先 011-204-5274（直通）

報 告 書

平成 年 月 日

北海道知事 様

(施 設 名 等)
(施 設 名 等 代 表 者 職 氏 名)

災害時における社会福祉施設等の相互支援協定書第9条第1項の規定により、次のとおり報告します。

記

1 施設等の情報

施設等の種別			
主たる対象者	身体障がい者	知的障がい者	精神障がい者
事業所番号			
利用定員	人	短期入所	人
所管庁			
郵便番号			
所在地の住所 (市区町村名)			
所在地の住所 (市区町村名以下)			
施設等名			
管理職 氏名			
法人(設置者)名			
加入団体名			

×トロンブダウンから選択してください

×障害者支援施設のみお答えください。

×介護保険法 障害者総合支援法 児童福祉法の
指定を受けている施設等は記載してください。

←自動で表示されます。

記載例) 012-3456 半角で

記載例) 札幌市中央区 岩見沢市

記載例) 北〇条西〇丁目 〇条東〇丁目

記載例) 施設長 北海 太郎

記載例) 社会福祉法人 北海会

×施設等関係団体に加入している場合は
記載してください。

記入者職 氏名	
連絡先	

2 緊急連絡先等

(1) 施設等e-mailを記載してください

--

(2) 施設等の電話番号及びファックス番号を記載してください。

電話番号	
FAX番号	

記載例) 001-001-0002

記載例) 001-001-0003

(3) 災害時に通じる衛星電話 無線電話がある場合は番号を記載してください。

電話番号	
------	--

記載例) 001-001-0002

(4) 緊急時の連絡者の職 氏名及び連絡先を記載してください。

連絡者名 氏名	
電話番号(携帯等)	
e-mail	

記載例) 施設長 北海 太郎

記載例) 090-0001-0001

(5) (4)の緊急時の連絡者に関する情報について、関係団体と共有することに同意するか選択してください

	トロンブダウンから選択してください
--	-------------------

施設等の種別が、認知症GH、共同生活援助の事業所は、以上で終わりです。
それ以外の種別の施設等は、以下の項目についても回答をお願いします。

3 支援の内容

(1) 受入れ可能な人数を選択してください。 人

(2) 派遣可能な人数を選択してください。 人

(3) 提供可能な物資等がある場合には、該当する物資に○を入れてください
(その他の欄には具体的な物資の名称を記載してください。)

医薬品

衛生用品

※ 紙おむつ、使い切り手袋など、提供できる物資の具体的な名称を、下段に記載してください。

食料

留意事項) 非常食等の調理の手間がかからない食料を提供可能な場合、「○」をつけてください。

飲料

その他

4 車両の保有状況

(1) 一般車両の保有台数と合計乗車可能人数を選択してください。

(合計乗車可能人数は運転席分も含んだ人数を選択してください。)

一般車両保有台数		台
合計乗車可能人数		人

(2) 福祉車両の保有台数を選択してください。なお、当該車両においてストレッチャーや車椅子が搭載可能な場合はそれらの台数も併せて選択してください

また、ストレッチャー・車椅子利用者を除く乗車可能人数を選択してください。

(合計乗車可能人数は運転席分も含んだ人数を選択してください。)

福祉車両保有台数		台
ストレッチャー搭載可能な車両台数		台
車椅子搭載可能な車両台数		台
乗車可能人数		人

車両レイアウト変更により、ストレッチャーか車椅子を選択できる場合は、ストレッチャーを優先して搭載するものとして、入力してください。

5 施設間避難協定の締結状況

(1) 施設間避難協定締結の有無を選択してください。 ドロップダウンから選択してください

(2) (1) で「有」を選択した場合は、協定を締結している施設名を記載してください。

施設名 1	
施設名 2	
施設名 3	
施設名 4	
施設名 5	
施設名 6	

6 福祉避難所の指定状況

福祉避難所の指定の有無を選択してください。 ドロップダウンから選択してください

災害時における社会福祉施設等の相互支援協定書細目記載要領

- 災害時における社会福祉施設等の相互支援協定書細目第6条の規定に基づく様式4の記載については、次のとおりお願いします。

なお、認知症高齢者グループホームと共同生活援助の事業所については、「1 施設等の情報」と「2 緊急連絡先等」のみ記載願います。「3 支援の内容等」以降は、記載の必要はありません。

1 施設等の情報【共通】

施設等の種別、主たる対象者（該当施設のみ）、事業所番号（指定施設等のみ）、利用定員、短期入所（該当施設のみ）、郵便番号、所在地の住所、施設等名、管理者職・氏名、法人（設置者）名、加入団体名を、それぞれ記載してください。

- (1) 施設等の種別欄は、次の中から該当する施設種別を選択してください。

救護施設、老人保健施設、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、
認知症高齢者グループホーム、障害者支援施設、障害児入所施設、共同生活援助、
乳児院、母子生活支援施設、児童養護施設、児童自立支援施設、情報障害児短期治療施設

- (2) 代表者職・氏名欄は、施設等の長（施設長、所長等）の職名と氏名を記載してください。
(3) 法人（設置者）名欄は、法人名や会社名等を記載してください。
(4) 本書を記入された方の職・氏名、連絡先（職場の電話番号）を記載してください。

2 緊急連絡先等【共通】

- (1) 災害時の連絡先としての施設等 e-mail を記載してください。
(2) 災害時の連絡先としての施設等の電話番号、FAX 番号を記載してください。
(3) 災害時に通じる衛生電話・無線電話がある場合はその番号を記載してください。
(4) 災害時に連絡者となる方の職・氏名及び連絡先を記載してください。

災害時は、施設の固定電話が不通になる場合が想定されるため、可能な限り連絡者の携帯電話の番号を記載してください。

- (5) (4) の緊急時の連絡者の情報（氏名や携帯等）について、データベース（集計表）として、関係団体の事務局と情報共有することに同意するか否かについて記載してください。

なお、道の施設等所管課など関係部署においては、同意の有無に関わらず全ての情報を共有することとなります。

3 支援の内容

災害時に、被災施設から支援要請があった際、被災施設の入所者を貴施設で受け入れることが可能な人数、被災施設に貴施設職員を派遣できるか否か、被災施設に物資を提供できるか否かについて記載してください。

- (1) 受入れ可能な人数欄には、同種の施設入所者を一定期間（被災した施設が復旧し、入所者が元

の施設へ戻ることができるまでの期間) 受け入れることができる人数を記載してください。

実際に、受入要請を行う必要が生じた場合は、その時点で改めて確認を行いますので、記載する時点で受入可能と考えられる人数を記載してください。

- (2) 派遣可能な職員の人数欄には、貴施設職員の現状を踏まえた上で、派遣することが可能と考えられる人数を記載してください。

実際に、派遣要請を行う必要が生じた場合は、その時点で改めて確認を行いますので、現時点で派遣可能と考えられる人数を記載してください。

4 車の保有状況

貴施設の保有している車両について、記載してください。

- (1) 一般車両を保有している場合は、その台数を記載してください。また、合計乗車可能人数欄には、運転する方を含めた乗車可能人数を記載してください。

- (2) 福祉車両を保有している場合は、その台数を記載してください。

当該車両に、車椅子やストレッチャーを搭載できる場合は、その台数をそれぞれ記載し、運転する方を含めた乗車可能人数を記載してください。車椅子やストレッチャーに乗っている方の人数は、乗車可能人数に含めません。

なお、車椅子やストレッチャーを搭載でき、車内レイアウトの変更が可能な車両については、ストレッチャーを使用した際の台数を優先して記載してください。

5 施設間避難協定の締結状況

災害時に、利用者の避難が迅速かつ安全に行えるよう、あらかじめ同種又は類似の施設と相互の避難と受入れに関する協定を締結しておく「施設間避難協定」について、貴施設の協定締結の有無を記載してください。

なお、協定を締結している場合は、締結先の施設名を記載してください。

また、様式の欄が不足する場合は、別紙に記載の上、提出願います。

6 福祉避難所の指定状況

一般の避難所での生活が困難と考えられる方を支援するため、市区町村が区域内の介護施設等をあらかじめ指定することとしている「福祉避難所」について、貴施設の指定の有無を記載してください。