

福祉サービス提供時におけるコロナウィルス感染対策に関するアンケート

みなさんの事業所の様子をお聞かせください。書いていただいた意見はそのまま加工することなく、自立支援協議会のHPでパスワードをかけた状態でアップして事業者のみなさんが閲覧できるようにします。

(加工はしませんので、個人情報を書かないでください)

記入日 2年 4月24日

事業所名	ハイタッチ	事業種別	放課後等デイ
------	-------	------	--------

① コロナウィルス感染予防対策で取り組んでいることと、課題

手洗い・マスク・換気、課題：利用者様との距離はどうしても近くなる。使い捨てマスクが足りない

② コロナウィルス感染対策で利用制限やその期間を設定している場合、教えてください。

ご家庭で過ごせるご利用者様は極力利用を控えて頂いています。

③ コロナウィルス感染者が出た場合の事業所として対応計画と課題

2週間の全面休所を行います。

④ コロナウィルス感染における経営への影響等がありますか？（ で囲ってください。）

1、ある 2、すこしある 3、あまりない 4、ない

<どのような影響ですか？>

人件費・家賃等の固定費の支払いが厳しくなる。

⑤ 職員の勤務体制を変更していますか？（出勤制限、通勤方法の変更、在宅勤務、休業等）
（ で囲ってください。）

1、している 2、していない

<どのような変更ですか？>

⑥ そのほか、コロナウィルス感染対策に関する困りごとはありますか？

⑦ 以下の物品がこの先1か月でどれくらい必要か、在庫状況は？（現段階の予測で構いません）

	必要量（月あたり）	現在の在庫
マスク	120枚	30枚
手指消毒液	(250) ml を (1) 本	(250) ml を (0.4) 本
防護服・ガウン	1着	1着
ゴーグル	0個	0個
ハンドソープ	(300) ml を (1) 本	(300) ml を (2) 本