

福祉サービス提供時におけるコロナウイ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 2020 年 4 月 24 日

事業所名	スマイルケア	事業種別	訪問介護
------	--------	------	------

① コロナウイルス感染予防対策で取り組んでいることと、課題

群馬県介護高齢課のマニュアル（手引き）を参考にしています。

② コロナウイ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。

今のところ利用者様よりキャンセルがあるので、制限は自動的にできています。

③ コロナウイルス感染者が出た場合の事業所として対応計画と課題

④ コロナウイ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？>

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？>

特例保育の関係で 週 2 出勤制限しています（1人）。

他今のところ、事務所に来る時間を少なくしています。

⑥ そのほか、コロナウイ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	1000 枚	300 枚
手指消毒液	(1000) ml を (4) 本	(700) ml を (3) 本
防護服・ガウン	0 着	0 着
ゴーグル	0 個	0 個
ハンドソープ	(280) ml を (10) 本	(2000) ml を (2) 本