

介護事業所のサービス提供に係る調査票（FAX回答の場合送付状不要）

回答先：福祉保健部介護福祉課介護保険係
 回答締切：令和2年6月10日（水）
 回答先：s050301@koganei-shi.jp（メール） 042-384-2524（FAX）

法人名	
事業所名	
介護サービス種別 (例：訪問介護)	
連絡先	
回答者氏名	

- ※1 法人で複数の事業を運営している場合は、各事業別でのご回答をお願いします。
 ※2 総合事業の指定を受けている場合は、（地域密着型）通所介護および訪問介護の事業所として回答してください。

1 事業所の状況について該当する状況に○をつけてください。（複数選択可）
 () 内には、数値の記入をお願いします。

選択	事業所の状況
	平常時と変わらず運営している
	事業所の判断で、平常時より回数や時間を減らして運営している。
	利用者に自粛をお願いし、() 割程度、利用者を減らしている。
	利用者の自主的な自粛で、() 割程度、利用が減っている。
	職員の勤務日数を減らすよう求めている。
	介護サービスの提供を（一部休止・休業している）
	事業所の収益が() %減少している。
	その他()

- ※1 令和2年5月のサービス提供状況について記載してください。
 ※2 比較対象は前年同月と比較してください。

2 介護事業所における職員数について回答してください。（令和2年6月1日現在）

常勤		名
非常勤		名
計		名

- ※1 職員は介護保険上の人員基準上の必要な職員の他、人員基準外の職員も含めて記載してください。（事務員、ドライバー）
 ※2 ボランティアは含めないでください。
 ※3 派遣職員は除く

3 衛生資材について該当する状況に○をしてください。（令和2年6月1日現在）

選択	事業所の状況
	マスクは充足している。
	マスクは不足している。
	消毒液は充足している。
	消毒液は不足している。

ご協力ありがとうございました。