

新型コロナウイルス感染症によるホームヘルパー業務への影響等に関する緊急アンケート

新型コロナウイルス感染症の対応に伴う影響等について、所属されている事業所に関して現在、把握されていること、お気づきの点等についてご回答ください。同一事業所に複数の会員がいる場合は、代表者の方が集約する等でご回答ください。

*必須

1. メールアドレス*

所属する道府県ヘルパー協について

2. ご回答者の道府県組織について、該当するものを選択ください。

1つだけマークしてください。

- 北海道ホームヘルプサービス協議会
- 青森県ホームヘルパー連絡協議会
- 岩手県ホームヘルパー協議会
- 秋田県ホームヘルパー協議会
- 群馬県ホームヘルパー協議会
- 静岡県ホームヘルパー連絡協議会
- 富山県ホームヘルパー協議会
- 石川県ホームヘルパー協議会
- 岐阜県ホームヘルパー連絡協議会
- 愛知県ホームヘルパー連絡協議会
- 滋賀県ホームヘルパー協議会
- 京都府ホームヘルパー連絡協議会
- 鳥取県老人福祉施設協議会
- 島根県老人福祉施設協議会ホームヘルパー部会
- 広島県訪問介護事業連絡協議会
- 山口県訪問介護事業所連絡協議会
- 徳島県ホームヘルパー協議会
- 愛媛県ホームヘルパー協議会
- 高知県ホームヘルパー連絡協議会
- 福岡県ホームヘルパー連絡会
- 熊本県ホームヘルパー協議会
- 大分県ホームヘルパー協議会
- 宮崎県老人福祉サービス協議会

事業所等について

3. ご回答者の事業所の経営主体について、該当するものを選択ください。

1つだけマークしてください。

- 社会福祉協議会
- 社会福祉法人（社会福祉協議会以外）
- 株式会社等
- その他:

4. ご回答者の事業所の経営主体の規模として、該当するものを選択ください。

1つだけマークしてください。

- 従業員が100人を超える大規模の組織
- 従業員が100人未満の中小規模の組織
- 従業員が5人以下の小規模の組織

5. ご回答者が所属する事業所の利用者数で該当するものを選択ください。

1つだけマークしてください。

- 10人未満
- 20人未満
- 30人未満
- 40人未満
- 50人未満
- 60人未満
- 70人未満
- 80人未満
- 80人以上

6. 以下の衛生用品等の現在の保有状況について、該当するものをそれぞれ選択ください。

1行につき1つだけマークしてください。

	すでに ない	1週間 以内で なくな る	2～3週 間程度 でなく なる	1ヵ月 程度は 対応で きる	2～3 ヵ月程 度は対 応でき る	半年以 上対応 できる
介護用 マスク	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
消毒用 アルコ ール液	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
グロー ブ(介 護用手 袋)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7. 上記設問の衛生用品等以外に足りなくなっている（もしくは足りなくな
る恐れがある）ものがあればご記入ください。

8. 今般の新型コロナウイルス感染症の発生前と発生後で、介護用マスクの
使い方は変わりましたか？ 該当するものを選択ください。

1つだけマークしてください。

- 変わった
 変わらない

9. 上記設問で「変わった」を選択された場合、どのように変わったかを具体的にご記入ください。例) 利用者ごとに廃棄していたものを、1枚のマスクをそのまま1日使用するようになっている。

10. 1日当たりの貴事業所全体の介護用マスクの使用量（枚数）についてご記入ください。

11. この間、自治体から衛生用品等の提供を受けましたか？ 該当するものを選択ください。

1つだけマークしてください。

受けた

受けていない

12. 上記設問で「受けた」を選択された場合、該当するものを選択ください。

1つだけマークしてください。

必要量、要望量は満たされた

必要量、要望量は満たされなかった

13. 上記設問で「受けた」を選択された場合、その衛生用品等は、どのような種類で、どのような方法により、どのくらい提供されましたか？

14. 当該市町村及び特別区内で通所介護等の利用者の利用停止や通所介護等の事業所休業に伴い、貴事業所から訪問介護サービスの提供を依頼されたケースはありますか？

*「社会福祉施設等（入所施設・居住系サービスを除く。）における感染拡大防止のための留意点について」（令和2年2月24日付け厚生労働省事務連絡）では、発熱により利用を断った利用者については、社会福祉施設等から当該利用者を担当する居宅介護支援事業所又は相談支援事業所等に情報提供を行い、当該居宅介護支援事業所等は、必要に応じ、訪問介護等の提供を検討することが示されています。

1つだけマークしてください。

- 依頼があり、自分の事業所でサービスを提供した
- 依頼があったが、対応しなかった（できなかった）
- 依頼はない

15. 上記設問で「依頼があり、自分の事業所でサービスを提供した」を選択された場合、通常よりも追加費用等の発生があればご記入ください。例）別途人件費が必要になり、人件費等が発生した。必要な物品等や移動手段の確保（車のリース等）が必要になった 等

16. 当該市町村及び特別区内で通所介護等の利用者の利用停止や通所介護等の事業所休業に伴い、他の事業所で訪問介護サービスを提供したケースはありますか？

1つだけマークしてください。

- ある
- ない
- わからない

17. 利用者の利用停止、事業所の休業状況等に関して、自治体からの情報提供はありましたか？

1つだけマークしてください。

- ある
- ない
- 該当がない

18. 通所介護等の利用者を訪問介護で対応する依頼を受けた場合（受けることになった場合という想定でも可）、国に求める支援策があればご記入ください。例）人員基準緩和、報酬算定基準緩和、補助金等

19. 貴事業所の利用者における新型コロナウイルス感染症の影響について、該当するものについて、選択ください。

1つだけマークしてください。

- 利用者が減った
- 利用者が増えた
- これまでと変わらない

20. 上記設問で「利用者が減った」「利用者が増えた」と回答された場合、その理由と、行った対応があればをご記入ください。

21. 貴事業所の利用者が発熱等で自主的に利用を断ったケースはありますか？

1つだけマークしてください。

- ある
- ない

22. 上記設問で「ある」を選択した場合、毎年のインフルエンザと比較した場合、印象について、該当するものを選択ください。

1つだけマークしてください。

- 多いと思う
- 変わらないと思う

23. 利用者から新型コロナウイルス感染防止の観点から利用者宅の訪問を控えてほしいとの要望等ありましたか？

1つだけマークしてください。

あった

なかった

24. 貴事業所の職員における新型コロナウイルス感染症の影響で、該当するものについて、選択ください。

1つだけマークしてください。

学校休校の影響など出勤できなくなる職員が出た

出勤はできたが、シフトを変える職員が出た

とくに影響はない

25. 上記設問で「学校休校の影響など出勤できなくなる職員が出た」「出勤はできたが、シフトを変える職員が出た」を選択された場合、その職員の数と割合はどのくらいですか？ 例) 10人、10%

26. 上記設問について、行った対応があれば具体的にご記入ください。

27. その他、新型コロナウイルス対策の関連で、人員基準、報酬算定、補助金等で国に要望したい事項等があればご記入ください。