

令和2年5月吉日

居宅介護支援事業所 介護支援専門員 各位

八王子介護支援専門員連絡協議会

主任介護支援専門員連絡会

**新型コロナウイルスの影響による事業所の対応や介護支援専門員の個別の対応に関するアンケート調査について(お願い)**

平素より八王子介護支援専門員連絡協議会の事業に、ご理解ご協力いただきまして誠にありがとうございます。

今回の新型コロナウイルスの影響により、事業所の対応や個別の対応などさまざまな取り組みをされたことと思います。(本当にお疲れ様です！)

本調査は、この度、私たちが体験したことや対応などで悩んだことなどの情報を共有し、今後も同様な事態が継続した場合や再燃した場合などに備え、居宅介護支援の現場が混乱することなく、対応ができる方法を考えることを目的とします。

お忙しいところ申し訳ありませんが、アンケートのご協力をお願いします。

アンケートのご記入後はお手数ですが、ファックス、メール、郵送で八王子介護支援連絡協議会に5月25日までに返送いただくようお願い申し上げます。

アンケートは八介連ホームページ※からダウンロードすることができます。ご利用ください。

※ <http://www.hachikairen.com>

回答データは統計的に処理し、介護支援事業所および介護支援専門員個人が特定される形で結果を公表することはありませんが、会員向けまたは外部研修、八王子市への要望で使用させていただくことがありますのでご了承いただきますようお願いいたします。

アンケート調査の結果は、ご希望の方に送らせていただきます。質問票の3枚目に希望の送付先をご記入ください。本調査の趣旨をご理解の上、ご協力いただきますようお願い申し上げます。

**問い合わせ先およびアンケートの送付先**

八王子介護支援専門員連絡協議会 主任介護支援専門員連絡会 担当 島内・森川

FAX：042-686-1088

郵送：〒192-0051 八王子市元本郷町3-16-9 誠光ビル302

メール：keamane.hachiouji@gmail.com

新型コロナウイルスの影響による事業所の対応や介護支援専門員の個別の対応に関するアンケート調査

アンケートは3枚あります。介護支援専門員お一人ずつのご記入をお願いします。  
4/1～4/30の状況でお答えください。

1. ご利用者について \*担当人数  人（要支援者・事業対象者は除く）

\*コロナの影響がなければサービスを利用されていたご利用者です。

(1) 体調が悪くなったご利用者の有無。あてはまる方の口にチェック。有の場合、人数を記入してください。

無（みなさんほほ元気！）

有

症状	把握数	計	受診	入院	自宅療養
発熱		人	人	人	人
骨折		人	人	人	人
BPSDの進行		人	人	人	人
脱水		人	人	人	人
その他（ ）		人	人	人	人

自由記載：

重複対応ある場合、合計は一致しなくてよい。

(2) ご家族について あてはまるものの口にチェックし、把握している人数を記入してください。

特に問題のあった方はない

家族が体調を悪くした。

家族から不安など何らかの連絡があった。

	人
	人

自由記載：

2. モニタリングについて（月1回以上の訪問について） あてはまるもの全ての口にチェックし、人数を記入。

通常通り実施した

電話対応

玄関前での対応

その他

	人
	人
	人
	人

自由記載：

3. サービス担当者会議について 4月開催予定件数

あてはまるもの全ての口にチェックし、件数を記入。

通常通り開催した

書面での開催にした

人数を減らして開催した

ZOOMなどを利用して開催した

開催できなかった

	件
--	---

	件
	件
	件
	件
	件

自由記載：

4. どんな方法でマスク配布をしましたか？

訪問して（対面で）

郵送

ポストに入れた

未配布

その他

	人
	人
	人
	人
	人

自由記載：（ご利用者の反応はいかがでしたか？）

5. 新型コロナウイルスに関する情報はどこから収集されましたか？あなた自身のことで教えてください。  
 あてはまるもの全ての口にチェックし、頻度の高い順（ ）に番号を記入してください。

- ( ) TV
- ( ) ラジオ
- ( ) 八王子市役所のメール
- ( ) 八王子市役所のホームページ
- ( ) 厚生労働省のホームページ
- ( ) SNS ( )
- ( ) その他 ( )

自由記載：情報の収集と活用に関して困難と思われたことがありましたらお書きください。

6. サービスの利用について 変更が必要になったサービスはありますか。  
 あてはまるもの全ての口にチェックし、件数を記入してください。

<input type="checkbox"/> 訪問介護	<input type="checkbox"/> 中止	件	自由記載
	<input type="checkbox"/> 短縮	件	
	<input type="checkbox"/> その他	件	
<input type="checkbox"/> 通所介護	<input type="checkbox"/> 中止	件	
	<input type="checkbox"/> 短縮	件	
	<input type="checkbox"/> 自宅訪問	件	
	<input type="checkbox"/> その他	件	
<input type="checkbox"/> 通所リハビリ	<input type="checkbox"/> 中止	件	
	<input type="checkbox"/> 短縮	件	
	<input type="checkbox"/> 自宅訪問	件	
	<input type="checkbox"/> その他	件	
<input type="checkbox"/> 訪問看護 (看護師)	<input type="checkbox"/> 中止	件	
	<input type="checkbox"/> 短縮	件	
	<input type="checkbox"/> 電話対応	件	
	<input type="checkbox"/> その他	件	
<input type="checkbox"/> 訪問看護 (リハビリ)	<input type="checkbox"/> 中止	件	
	<input type="checkbox"/> 短縮	件	
	<input type="checkbox"/> 電話対応	件	
	<input type="checkbox"/> その他	件	
<input type="checkbox"/> 訪問リハビリ	<input type="checkbox"/> 中止	件	
	<input type="checkbox"/> 短縮	件	
	<input type="checkbox"/> 電話対応	件	
	<input type="checkbox"/> その他	件	
<input type="checkbox"/> 短期入所 療養介護	<input type="checkbox"/> 中止	件	
	<input type="checkbox"/> 短縮	件	
	<input type="checkbox"/> その他	件	
<input type="checkbox"/> 短期入所 生活介護	<input type="checkbox"/> 中止	件	
	<input type="checkbox"/> 変更	件	
	<input type="checkbox"/> その他	件	
<input type="checkbox"/> ** 居宅療養 管理指導	<input type="checkbox"/> 中止	件	
	<input type="checkbox"/> 変更	件	
	<input type="checkbox"/> その他	件	
<input type="checkbox"/> 福祉用具	<input type="checkbox"/> 中止	件	
	<input type="checkbox"/> 変更	件	
	<input type="checkbox"/> その他	件	
<input type="checkbox"/> その他 (他にあれば)	<input type="checkbox"/> 中止	件	
	<input type="checkbox"/> 変更	件	
	<input type="checkbox"/> その他	件	

\*\*訪問診療・歯科診療・薬局など

7. 自由記載

業務について八介連に取り組んで欲しいこと、ご自身が悩んでいることなどなんでもご記入ください。

<アンケートの送付先>

FAX：042-686-1088 八王子介護支援専門員連絡協議会

郵送：〒192-0051 八王子市元本郷町3-16-9 誠光ビル302 八王子介護支援専門員連絡協議会

メール：keamane.hachiouji@gmail.com

ご記入をいただいた方（かける範囲で大丈夫です）

事業所名

.....

ご氏名

.....

アンケート結果の送付先希望について

集計結果は個人にほしい

郵送

郵送先：

メール

メールアドレス：

集計結果は事業所にほしい

郵送

FAX

メール

◎集計結果につきましてはできるだけ速やかな処理を考えていますが、時間を要する場合がございます。  
ご理解の程よろしく申し上げます。

ありがとうございました。

新型コロナウイルスの影響による事業所の対応や介護支援専門員の個別の対応に関するアンケート調査  
【管理者用】

1. 管理者の方にお伺いします。

事業所の体制について

主任CM \_\_\_\_\_ 名                      事務職 \_\_\_\_\_ 名  
CM \_\_\_\_\_ 名

営業について

- 変更することなく営業をした
- 在宅ワーク体制をとった
- 出勤者を調整した
- その他

自由記載：

2. 在宅ワークを実施された事業所についてソフトやPCなど工夫された点などございましたらご教えてください。

3. 4月のケアプラン収益（給付管理）について

- 変わらない
- 少し減った
- かなり減った
- その他

4. 職員の給与や賞与に影響がありますか

- ある
- あるかもしれない
- わからない
- 長引けば影響があると思う
- 影響はない

今後、八介連や包括支援センターが貴事業所に協力できること、行政に伝えたいことなどありましたらお書きください。