【 送付先 】

長崎市介護保険課

ファックス　829-1250

新型コロナウイルスに係る現況届（居宅介護支援事業所用）

|  |  |
| --- | --- |
| 報告日時 | 　 年　 月　 日（　　）　時　　分（第　　　報） |
| 事業所名 |  |
| 報告者名 |  |
| 電話番号 |  | FAX番号 |  |

**本事業所における現時点の**

**状況は、次のとおりです。**

|  |  |
| --- | --- |
| 職員及び利用者等人員状況 | ●職員（　　 　　）人　　●届出利用者（　　 　　）人　　●給付対象者（　　　　）人●人員基準について（いずれか）　ア 満たしている　　イ 臨時的な取扱中である●職員の健康管理および従事稼働状況について、特記すべきことがあればご記入ください。　　 |
| サービス提供状況該当する項目全てに〇印・☑ | ●**運営について****１　制限(条件)は設けず通常どおり運営している****２　制限(条件)を設けて運営している**（複数回答）　 ア 「特定警戒都道府県」移動者と一定期間接触していないこと □ 職員 ・ □ 利用者 イ 「上記を含め他県」移動者と一定期間接触していないこと　 □ 職員 ・ □ 利用者ウ　同居家族等に発熱や呼吸器症状 等の症状がないこと 　　 □ 職員 ・ □ 利用者エ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）●**居宅介護支援について****３　臨時的な取扱い等によるサービス提供について**（複数回答）　 ア サービス担当者会議の省略(電話・文書等での実施) □ 一部 ・ □ 全利用者 イ モニタリング訪問の自粛(電話等による確認)　　　 □ 一部 ・ □ 全利用者ウ 郵送等による署名・捺印の受理　　　　　　　　　 □ 一部 ・ □ 全利用者エ 他の事業所へ利用者(一部)紹介　　　オ その他（　　　　　　　　　　　　　　）カ　特にない**４　休止している**（いずれか） ア 自主的に休業している　イ 要請を受けて休業している●**上記２～４の対応を行っている理由**（複数回答）　 ア 利用者(家族)の希望　　 イ 職員の不足　　 ウ 感染拡大防止　 エ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 事業所の運営状況該当する項目全てに〇印 | ●**現時点で、新たに利用者の受入相談があった場合**（いずれか。可の場合は人数、条件も記入）ア 受入可能（　　　　人 ）, 受入条件（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）イ 受入不可能　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| その他該当する項目全てに〇印 | ●**上記以外に発生している問題について**（複数回答）　 ア マスクの不足　 イ 消毒薬の不足　 ウ 本人・家族からの臨時的な取扱いに係る苦情 エ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

注）初回の本届の提出後に状況に変化があった場合は、お手数ですが随時提出をお願いします。