

アンケートを始める前に、ご確認ください

1. 提出方法と提出期限

【提出方法】

管理者の方は回答済みの全ての調査票を以下メールアドレスに返信ください

返信先: kaigo@city.ishigaki.okinawa.jp (石垣市 健康福祉部 介護長寿課宛てにメールで返信)

【提出期限】

令和5年5月26日(金)まで

2. アンケート調査 回答一覧早見表

事業所		在宅生活改善調査		居所変更実態調査	介護人材実態調査(訪問系)		介護人材実態調査 (施設系・通所系)
		事業所票	利用者票		事業所票	職員票	
訪問系サービス	訪問介護、訪問入浴、夜間対応型訪問介護、総合事業の訪問型サービス				○	○	
	定期巡回・随時対応型訪問介護看護				-	-	
	小規模多機能型居宅介護事業所	○	○		○	○	
	看護小規模多機能型居宅介護事業所	-	-		-	-	
	居宅介護支援事業所	○	○				
	地域包括支援センター	○	○				
施設・居住系サービス	住宅型有料老人ホーム			○			○
	軽費老人ホーム			○			○
	サービス付き高齢者向け住宅			○			○
	グループホーム			○			○
	特定施設入居者生活介護(地域密着型含む)			○			○
	介護老人保健施設			○			○
	介護療養型医療施設、介護医療院			-			-
	特別養護老人ホーム(地域密着型含む)			○			○
通所系サービス	通所介護(地域密着型含む)						○
	通所リハビリテーション						○
	認知症対応型通所介護						○
	通所型サービス(総合事業)						○

3. 問合せ先

〒907-8501 石垣市字真栄里672番地

石垣市役所 福祉部 介護長寿課 介護保険係

電話:0980-82-7158

4. 紙のアンケート調査票をご希望の場合

紙のアンケート調査票を希望される方は、上記3の問い合わせ先へ連絡ください

在宅生活改善調査 事業所票

※ 令和5年4月1日現在の状況について、ご回答ください。

問1 貴事業所に所属するケアマネジャーの人数、および利用者数について、ご記入ください。

1) 所属するケアマネジャーの人数	
2) 「自宅等(3)を除く)」にお住まいの利用者数	
3) 「サ高住」・「住宅型有料」・「軽費老人ホーム」にお住まいの利用者数	

ここからは、貴事業所において、過去1年の間(令和4年4月1日～令和5年3月31日)に
「自宅等(サ高住・住宅型有料・軽費老人ホームを除く)から、居場所を変更した利用者」についてお尋ねします

問2 貴事業所において、過去1年の間に「自宅等(サ高住・住宅型有料・軽費老人ホームを除く)から、居場所を変更した利用者数」を要介護度別にご記入ください。

※ 一時的に入院して自宅に戻った方、現在入院中の方は含めないでください。

要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
							〔0〕人

問3 貴事業所において、過去1年の間に「自宅等(サ高住・住宅型有料・軽費老人ホームを除く)から居場所を変更した利用者数」を行き先別に記入ください。

※ 一時的に入院して自宅等以外の居場所に移った場合は退院後の居場所をご記入ください。

※ 1)～13)の合計と、問2の合計人数(★欄)が一致することをご確認ください。

	市(区町村)内	市(区町村)外
1) 兄弟・子ども・親戚等の家		
2) 住宅型有料老人ホーム		
3) 軽費老人ホーム(特定施設除く)		
4) サービス付き高齢者向け住宅(特定施設除く)		
5) グループホーム		
6) 特定施設		
7) 地域密着型特定施設		
8) 介護老人保健施設		
9) 療養型・介護医療院		
10) 特別養護老人ホーム		
11) 地域密着型特別養護老人ホーム		
12) その他		
13) 行先を把握していない		
14) 死亡(※ 搬送先での死亡を含む)		

合計人数が一致することを、「ご確認ください」

調 査 要 領

1 ご回答にあたって

- ・本調査票は、石垣市内の全ての居宅介護支援事業所、小規模多機能型居宅介護事業所、看護小規模多機能型居宅介護事業所、地域包括支援センターを対象に送付しております。
- ・ご回答いただいた内容を、貴事業所の許可なしに、貴事業所が特定される形で公表することはございません。

2 本調査の回答者

- 「事業者票」については、管理者の方にご回答をお願いしております。
- 「利用者票」については、貴事業所に所属する全てのケアマネジャーの方にご回答をお願いしております（非常勤の方も含みます）。

3 調査票のご回答方法

【在宅生活改善調査 事業者票】

- 各事業所の、管理者の方を対象とした調査票です。管理者の方はご回答をお願いします。

【在宅生活改善調査 利用者票】

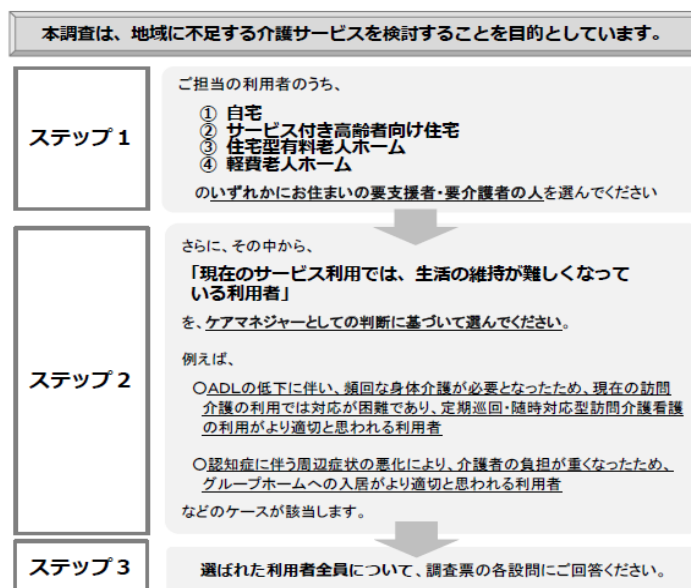
- 各ケアマネジャーのご担当の利用者のうち、「（自宅等にお住まいの方で）現在のサービス利用では、生活の維持が難しくなっている利用者」についての調査票です。
- 次ページのフローにしたがって対象者を抽出し、対象となる利用者の方について「利用者票」にご回答をお願いします。本調査票は、ケアマネジャーの方がご回答ください。

4 「利用者票」の対象者の抽出方法

「利用者票」は、ケアマネジャーの視点からみた「（自宅等にお住まいの方で）現在のサービス利用では、生活の維持が難しくなっている利用者」の実態を把握し、地域に不足する介護サービスを検討することを目的としています。

各ケアマネジャーの方は、ご担当の利用者のうち、調査への回答の対象となる利用者を以下のフローにしたがって抽出し、「利用者票」の各設問にご回答ください。

＜回答の対象となる要支援者・要介護者の抽出方法＞



在宅生活改善調査 利用者票

例えば「頻回な身体介護が必要となったため、現在の訪問介護の利用では対応が困難であり、定期巡回サービスの利用がより適切と思う利用者」、認知症に伴う周辺症状の悪化により、介護者の負担が重くなったため、グループホームへの入居がより適切と思う方」が対象です。

[illegible]

居所変更実態調査

※ 令和5年4月1日現在の状況について、ご回答ください。

↓以下の「○」をお使いください

問1 該当するサービス種別を、ご回答ください。(1つに○)

※ 本調査では、以下のサービス種別をまとめて「施設等」と表記します。

1. 住宅型有料老人ホーム

3. サービス付き高齢者向け住宅(特定施設除く)

5. 特定施設

7. 介護老人保健施設

9. 特別養護老人ホーム
2. 軽費老人ホーム(特定施設除く)

4. グループホーム

6. 地域密着型特定施設

8. 介護療養型医療施設・介護医療院

10. 地域密着型特別養護老人ホーム

問2 貴施設等の概要について、以下にご記入ください。

1) 施設等の名称	
2) 定員数など	[人・戸・室] ※該当する単位に○
3) 入所・入居者数	
4) (貴施設等の)待機者数	
5) 特別養護老人ホームの 待機者数(申込者数)	※特養・地域密着型特養は回答不要

※「2)定員数など」は、サービス付き高齢者向け住宅の場合は「住宅戸数」、住宅型有料老人ホーム・軽費老人ホームの場合は「居室数」、その他の施設等の場合は「定員数」をご回答ください。

※4)と5)は、該当者がいない場合は「0」を、不明の場合は「-」を記載してください。

問3 現在の入所・入居者の要支援・要介護度について、ご記入ください。(数値を記入)

※ここでご記入いただいた合計人数と、問2でご記入いただいた「3)入所・入居者数」が一致することをご確認ください。

自立	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2
要介護3	要介護4	要介護5	申請中・不明	

問4 以下の医療処置を受けている人数について、ご記入ください。(数値を記入)

1) 点滴の管理		2) 中心静脈栄養	
3) 透析		4) ストーマの処置	
5) 酸素療法		6) レスビレーター	
7) 気管切開の処置		8) 疼痛の看護	
9) 経管栄養		10) モニター測定	
11) 褥瘡の処置		12) カテーテル	
13) 喀痰吸引		14) インスリン注射	

ここからは、過去1年間の新規の入所・入居者についてお伺いします。

問5 過去1年間(令和4年4月1日～令和5年3月31日)に、貴施設等に新規で入所・入居した人の人数をご記入ください。

※ 貴施設等に入所・入居している方で、一時的な入院等で貴施設等に戻った方は含めないでください。

新規の入所・入居者数(合計)	
----------------	--

問6 問5でご記入いただいた過去1年間の新規の入所・入居者について、入所・入居する前の居場所別の人数をご記入ください。

※「14)合計」と、問5「新規の入所・入居者数(合計)」(★欄)が一致することをご確認ください。

※ 一旦入院し、退院後に貴施設等に入所・入居した場合は入院前の居場所をご記入ください。

	市(区町村)内	市(区町村)外
1) 自宅(※ 兄弟・子ども・親戚等の家含む)		
2) 住宅型有料老人ホーム		
3) 軽費老人ホーム(特定施設除く)		
4) サービス付き高齢者向け住宅(特定施設除く)		
5) グループホーム		
6) 特定施設		
7) 地域密着型特定施設		
8) 介護老人保健施設		
9) 療養型・介護医療院		
10) 特別養護老人ホーム		
11) 地域密着型特別養護老人ホーム		
12) その他		
13) 入居・入所する前の居場所を把握していない		

合計人数が一致することをご確認ください

14) 合計



ここからは、過去1年間の退去者についてお伺いします。

問7 過去1年間(令和4年4月1日～令和5年3月31日)に、貴施設等を退去した人の人数をご記入ください。

※ なお、一時的な入院等で貴施設等に戻った方、現在一時的に入院中の方(貴施設等との契約が継続している方)は含めないでください。

退去者数(合計)(※死亡・搬送先での死亡を含む) ☆

問8 問7でご記入いただいた過去1年間の退去者について、要介護度別の人数をご記入ください。

※ 死亡(搬送先での死亡を含む)した人については、「死亡」欄にその人数をご記入ください。

※ 合計人数と、問7の「退去者数(合計)」(☆欄)が一致することをご確認ください。

退去者					
自立	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3
退去者			死亡	合計	
要介護4	要介護5	新規申請中		〔0〕人	

問9 問7でご記入いただいた過去1年間の退居者について、退去先別の人数をご記入ください。

※ 「16」合計と、問7の「退去者数(合計)」(☆欄)が一致することをご確認ください。

※ 一時的に入院して貴施設等以外の居場所に移った場合は、退院後の居場所をご記入ください。

	市(区町村)内	市(区町村)外
1) 自宅(※ 兄弟・子ども・親戚等の家含む)		
2) 住宅型有料老人ホーム		
3) 軽費老人ホーム(特定施設除く)		
4) サービス付き高齢者向け住宅(特定施設除く)		
5) グループホーム		
6) 特定施設		
7) 地域密着型特定施設		
8) 介護老人保健施設		
9) 療養型・介護医療院		
10) 「9」を除く病院・診療所(一時的な入院を除く)		
11) 特別養護老人ホーム		
12) 地域密着型特別養護老人ホーム		
13) その他		
14) 行先を把握していない		
15) 死亡(※ 搬送先での死亡を含む)		
16) 合計		☆

問10 貴施設等の入居・入所者が、退去する理由は何ですか。退去理由として多いものを上位3つまで選んで、該当する口に✓を付けてください。

	退居理由「上位3つ」に✓		
	第1位	第2位	第3位
1) 必要な生活支援が発生・増大したから	☐	☐	☐
2) 必要な身体介護が発生・増大したから	☐	☐	☐
3) 認知症の症状が悪化したから	☐	☐	☐
4) 医療的ケア・医療処置の必要性が高まったから	☐	☐	☐
5) 「1」～「4」以外の状態像が悪化したから	☐	☐	☐
6) 入所・入居者の状態等が改善したから	☐	☐	☐
7) 入所・入居者が、必要な居宅サービスの利用を望まなかったから	☐	☐	☐
8) 費用負担が重くなったから	☐	☐	☐
9) その他	☐	☐	☐

合計人数が一致することを、「確認」ください

調 査 要 領

1 ご回答にあたって

・本調査票は、石垣市内の以下の全ての施設・居住系サービスおよび住まいを対象に送付しております。

- ・住宅型有料老人ホーム
- ・軽費老人ホーム
- ・サービス付き高齢者向け住宅
- ・グループホーム
- ・特定施設入居者生活介護（地域密着型含む）
- ・介護老人保健施設
- ・介護療養型医療施設、介護医療院
- ・特別養護老人ホーム（地域密着型含む）

・ご回答いただいた内容を、貴事業所の許可なしに、貴事業所が特定される形で公表することはありません。

2 本調査の回答者

管理者の方にご回答をお願いしております。

【介護人材実態調査票 事業所票】※訪問系

※ 令和5年4月1日現在の状況について、ご回答ください。

↓以下の「○」をお使いください



問1 該当するサービス種別(介護予防を含む)を、ご回答ください。

※ 本調査票の送付先(郵便の宛名となっている事業所)で行うサービスについて、ご回答ください。(1つに○)

1. 訪問系サービス(訪問介護、訪問入浴、夜間対応型訪問介護、訪問型サービス(総合事業))
2. 小規模多機能型居宅介護
3. 看護小規模多機能型居宅介護
4. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護

問2 貴事業所(問1で○をつけたサービス種別の事業所)に所属する介護職員について、お伺いします。

※ ここでの「介護職員」は、賃金の支払いを受けている方に限ります。(ボランティアの方は含みません。)

※ また、「正規職員」とは、期限の定めのない雇用契約による職員、「非正規職員」とは期限の定めのある有期雇用契約による職員を指します。

問2-1 介護職員の総数を、ご記入ください。(数値を記入)

正規職員		非正規職員	
------	--	-------	--

問2-2 貴事業所の開設時期について、ご記入ください。(数値を記入)

開設時期	西暦	年	月
------	----	---	---

問2-3 令和5年4月1日時点で、開設から1年以上を経過している事業所にお伺いします。

過去1年間(令和4年4月1日～令和5年3月31日)の介護職員の採用者数と離職者数を、ご記入ください。

採用者数		離職者数	
------	--	------	--

問2-4 問2-3の採用者・離職者について、正規・非正規の別・年齢別をご記入ください。(数値を記入)

年齢 (採用、離職当時)	採用者数		離職者数	
	正規職員	非正規職員	正規職員	非正規職員
20歳未満				
20～29歳				
30～39歳				
40～49歳				
50～59歳				
60～69歳				
70～79歳				
年齢不明				

調 査 要 領

1 ご回答にあたって

- ・本調査票は、石垣市内の以下の全ての訪問系サービス事業所を対象に送付しております。

○訪問系サービス（訪問介護、訪問入浴、夜間対応型訪問介護、訪問型サービス（総合事業））

○小規模多機能型居宅介護

○看護小規模多機能型居宅介護

○定期巡回・随時対応型訪問介護看護

- ・ご回答いただいた内容を、貴事業所の許可なしに、貴事業所が特定される形で公表することはありません。

2 本調査の回答者

「事業者票」については、管理者の方にご回答をお願いしております。

「利用者票」については、貴事業所に所属する全ての介護職員の方にご回答をお願いしております
(非常勤の方も含みます)。

3 調査票のご回答方法

【介護人材実態調査 事業所票】

- 各事業所の、管理者の方を対象とした調査票です。管理者の方はご回答をお願いします。

【介護人材実態調査 職員票】

- 各事業所の、介護職員の方を対象とした調査票です。管理者の方は介護職員の方へ配付をお願いします。

1.【介護人材実態調査票 職員票】※訪問系

↓以下の「○」をお使いください



※ この調査票は、訪問サービス・訪問介護を行う介護職員の方(非常勤含む。ボランティア除く)が対象です。

※ 令和5年4月1日現在の状況について、ご回答ください。

問1 あなたが、本調査票を受け取った事業所で提供するサービス種別(介護予防を含む)について、ご回答ください。(1つに○)

1. 訪問系サービス(訪問介護、訪問入浴、夜間対応型訪問介護、訪問型サービス(総合事業))
2. 小規模多機能型居宅介護
3. 看護小規模多機能型居宅介護
4. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護

問2 あなたの資格の取得、研修の修了の状況について、ご回答ください(1つに○)。

1. 介護福祉士(認定介護福祉士含む)
2. 介護職員実務者研修修了、または(旧)介護職員基礎研修修了、または(旧)ヘルパー1級
3. 介護職員初任者研修修了、または(旧)ヘルパー2級
4. 「1.」～「3.」のいずれにも該当しない

問3 あなたの雇用形態、性別、年齢、過去1週間の勤務時間等について、ご回答ください。

1) 雇用形態(1つに○)	1. 正規職員 (※ 期限の定めのない契約) 2. 非正規職員(※ 期限の定めのある契約)
2) 性別(1つに○)	1. 男性 2. 女性
3) 年齢(数値を記入)	歳
4) 過去1週間の勤務時間(数値を記入)	時間 ★
※ 問1で回答した勤務先における時間	※ 残業時間を含む。休憩時間は除く。
5) 現在の事業所での勤務年数 (数値を記入)	1. 1年以上 ⇒ 右面に回答 2. 1年未満 ⇒ 問4と右面に回答

詳細を右面に記入ください



問4 問3の5)で「2.」と回答された方に、お伺いします。現在の事業所に勤務する直前の職場について、以下にご回答ください(1つに○)。

1. 現在の職場が初めての勤務先⇒【右面に回答】
 2. 介護以外の職場 ⇒【右面に回答】
 3. 特養、老健、療養型・介護医療院、ショートステイ、グループホーム、特定施設
 4. 訪問介護・入浴、夜間対応型
 5. 小多機、看多機、定期巡回サービス
 6. 通所介護、通所リハ、認知症デイ
 7. 住宅型有料、サ高住(特定施設以外)
 8. その他の介護サービス
- ⇒【「3.」～「8.」の場合は問5へ】

問5 問4で「3.」～「8.」と回答された方に、お伺いします。ご回答いただいた直前の職場について、以下にご回答ください。

1) 場所(1つに○)	1. 現在の事業所と、同一の市区町村内 2. 現在の事業所と、別の市区町村内
2) 法人(1つに○)	1. 現在の事業所と、同一の法人・グループ 2. 現在の事業所と、別の法人・グループ

⇒ 皆様、右面もご回答ください

2.【職員票(訪問介護員向け)】介護人材実態調査票 職員票】※訪問系

この調査は、「訪問介護員」を対象とした調査です。「訪問看護」、訪問入浴、「夜間対応型訪問介護」、「訪問型サービス(総合事業)」、「定期巡回サービス」、「小規模多機能型居宅介護」、「看護小規模多機能型居宅会簿」に従事されている方にお聞きます。

※左記の間3「4」過去1年間の勤務時間(★欄)で回答した7日間の勤務時間について、
身体介護、生活援助を提供した時間(分)を記入してください。
(例:水曜日を開始日とする場合、水曜日(開始日)から翌週の火曜日までの7日間の情報を記入してください)
※移動時間、待機時間は含みません。「買い物」は、店舗での買い物に要する標準的な時間及び
利用者の居宅における訪問介護に要する標準的な時間の合算となります(移動時間を含まない)。
※障害サービスの提供は除いてください。
※介護給付による提供、介護予防給付・総合事業による提供は分けて記入してください。
※記入する時間は「5分単位」とします。(例)32分→30分と記入。

■介護給付による訪問について右詰めで記入

曜日	身体介護※		生活援助					
			買い物 (移動時間を含まない)		調理・配膳		その他の 生活援助	
記入例	30	分	20	分	45	分	20	分
月		分		分		分		分
火		分		分		分		分
水		分		分		分		分
木		分		分		分		分
金		分		分		分		分
土		分		分		分		分
日		分		分		分		分
週の合計	0	分	0	分	0	分	0	分

■介護予防給付・総合事業による訪問について右詰めで記入

曜日	身体介護※		生活援助					
			買い物 (移動時間を含まない)		調理・配膳		その他の 生活援助	
記入例	30	分	20	分	45	分	20	分
月		分		分		分		分
火		分		分		分		分
水		分		分		分		分
木		分		分		分		分
金		分		分		分		分
土		分		分		分		分
日		分		分		分		分
週の合計	0	分	0	分	0	分	0	分

「週の合計」を足し合わせた時間が、左記の★欄の時間よりもちいさくなるようにしてください

※自立生活支援・重度化防止のための見守りの援助(自立支援、ADL・IADL・QOL向上の観点から安全を確保しつつ常時介助できる状態で行う見守り等)は身体介護に含む

調 査 要 領

1 ご回答にあたって

- ・本調査票は、石垣市内の以下の全ての訪問系サービス事業所を対象に送付しております。

- 訪問系サービス（訪問介護、訪問入浴、夜間対応型訪問介護、訪問型サービス（総合事業））
- 小規模多機能型居宅介護
- 看護小規模多機能型居宅介護
- 定期巡回・随時対応型訪問介護看護

- ・ご回答いただいた内容を、貴事業所の許可なしに、貴事業所が特定される形で公表することはございません。

2 本調査の回答者

「事業者票」については、管理者の方にご回答をお願いしております。

「利用者票」については、貴事業所に所属する全ての介護職員の方にご回答をお願いしております（非常勤の方も含みます）。

3 調査票のご回答方法

【介護人材実態調査 事業所票】

- 各事業所の、管理者の方を対象とした調査票です。管理者の方はご回答をお願いします。

【介護人材実態調査 職員票】

- 各事業所の、介護職員の方を対象とした調査票です。管理者の方は介護職員の方へ配付をお願いします。

【介護人材実態調査票 事業所票】※施設系・通所系

※ 令和5年4月1日現在の状況について、ご回答ください。

↓以下の「○」をお使いください



問1 該当するサービス種別(介護予防を含む)を、ご回答ください。

※ 本調査票の送付先(郵便の宛名となっている施設等)で行うサービスについて、ご回答ください。(1つに○)

1. 施設・居住系サービス

(特別養護老人ホーム(地域密着型含む)、介護老人保健施設、療養型・介護医療院、ショートステイ、グループホーム、
特定施設(地域密着型含む)、住宅型有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、軽費老人ホーム)

2. 通所系サービス

(通所介護(地域密着型含む)、通所リハビリテーション、認知症対応型通所介護、通所型サービス(総合事業))

問2 貴施設等(問1で○をつけたサービス種別の施設等)に所属する介護職員について、お伺いします。

※ ここでの「介護職員」は、賃金の支払いを受けている方に限ります。(ボランティアの方は含みません。)

※ また、「正規職員」とは、期限の定めのない雇用契約による職員、「非正規職員」とは期限の定めのある有期雇用契約による職員を指します。

問2-1 介護職員の総数を、ご記入ください。(数値を記入)

正規職員		非正規職員	
------	--	-------	--

問2-2 貴施設等の開設時期について、ご記入ください。(数値を記入)

開設時期	西暦	年	月
------	----	---	---

問2-3 令和5年4月1日時点で、開設から1年以上を経過している施設等にお伺いします。

過去1年間(令和年4年4月1日～令和5年3月31日)の介護職員の採用者数と離職者数をご記入ください。

採用者数		離職者数	
------	--	------	--

問2-4 問2－3の採用者・離職者について、正規・非正規の別・年齢別をご記入ください。(数値を記入)

年齢 (採用、離職当時)	採用者数		離職者数	
	正規職員	非正規職員	正規職員	非正規職員
20歳未満				
20～29歳				
30～39歳				
40～49歳				
50～59歳				
60～69歳				
70～79歳				
年齢不明				

調 査 要 領

1 ご回答にあたって

・本調査票は、石垣市内の以下の全ての介護事業所を対象に送付しております。

○施設・居住系サービス

(特別養護老人ホーム(地域密着型含む)、介護老人保健施設、療養型・介護医療院、ショートステイ、グループホーム、
特定施設(地域密着型含む)、住宅型有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、軽費老人ホーム)

○通所系サービス

(通所介護(地域密着型含む)、通所リハビリテーション、認知症対応型通所介護、通所型サービス(総合事業))

・ご回答いただいた内容を、貴事業所の許可なしに、貴事業所が特定される形で公表することはございませ
ん。

2 本調査の回答者

管理者の方にご回答をお願いしております。

問3 貴施設等に所属している介護職員全員(非常勤含む。ボランティアの方を除く)について、お答えください。

回答方法	※ 番号1つ記載				※ 数値を記入		※ 番号1つ記載			
設問	(1)資格の取得、研修の修了の状況	(2)雇用形態	(3)性別	(4)年齢	(5)過去1週間の勤務時間		(6)現在の施設等での勤続年数	(7)現在の施設等に勤務する直前の職場 ※地域密着型を含む	(8)直前の職場について	
選択肢	1.介護福祉士 (認定介護福祉士含む) 2.介護職員実務者研修修了 または (旧)介護職員基礎研修修了 または (旧)ヘルパー1級 3.介護職員初任者研修修了、 または (旧)ヘルパー2級 4.上記のいずれも該当しない	1.正規職員 (※期限の定め のない契約) 2.非正規職員 (※期限の定め のある契約)	1.男性 2.女性	1.20歳未満 2.20代 3.30代 4.40代 5.50代 6.60代 7.70代以上 8.不明	※ 残業時間を含む。休憩時間は除く。		1.1年以上 ⇒【回答終了】 2.1年未満 ⇒【(7)へ】	1.現在の職場が初めての勤務先 ⇒【回答終了】 2.介護以外の職場 ⇒【回答終了】 3.特養、老健、療養型・介護医療院、 ショートステイ、グループホーム、特定施設 4.訪問介護・入浴、夜間対応型 5.小多機、看多機、定期巡回サービス 6.通所介護、通所リハ、認知症デイ 7.住宅型有料、サ高住(特定施設以外) 8.その他の介護サービス ⇒【「3.」～「8.」の場合は(8)へ】	1.現在の施設等と、 同一の市区町村内 2.現在の施設等と、 別の市区町村内	1.現在の施設等と、 同一の法人・グループ 2.現在の施設等と、 別の法人・グループ
記入例	1	1	1	3	40	時間	2	2	1	2
1						時間				
2						時間				
3						時間				
4						時間				
5						時間				
6						時間				
7						時間				
8						時間				
9						時間				
10						時間				
11						時間				
12						時間				
13						時間				
14						時間				
15						時間				
16						時間				
17						時間				
18						時間				
19						時間				
20						時間				
21						時間				
22						時間				
23						時間				
24						時間				
25						時間				
26						時間				
27						時間				