

## 第7期介護保険事業計画策定に係るアンケート調査

介護サービスの提供状況と今後の計画についてお伺いします。

■貴法人・団体の職員の概要についてお教えてください。

事業所名			
担当者名		部署	
電話		FAX	

項目	回答欄			
		常勤（平均）	非常勤（平均）	6期との比較
職員・ スタッフ数	医師	人	人	増員・縮小
	看護師・准看護師	人	人	増員・縮小
	理学療法士・作業療法士	人	人	増員・縮小
	介護支援専門員	人	人	増員・縮小
	介護福祉士	人	人	増員・縮小
	社会福祉士	人	人	増員・縮小
	管理栄養士・栄養士	人	人	増員・縮小
	ヘルパー1級（実務者研修）	人	人	増員・縮小
	ヘルパー2級（初任者研修）	人	人	増員・縮小
	その他 （                    ）	人	人	増員・縮小
	その他 （                    ）	人	人	増員・縮小
	管理職・事務職員	人	人	増員・縮小

複数の資格者はそれぞれ計上してください。

■貴法人・団体が提供している介護サービスについて

(対象：要介護1～要介護5)

平成29年4月1日現在、安来市内で実施しているサービスに「レ」印をしてください。	【A】現在のサービスの状況		【B】第7期の計画を記入してください。			
	事業所名	定員 月間延件数	H30 年度	H31 年度	H32 年度	備考
例 訪問介護		200	300	350	400	ヘルパーを増員
例 介護老人福祉施設		50	50	60	60	短期入所を減らす
① 訪問介護						
② 訪問入浴介護						
③ 訪問看護						
④ 訪問リハビリ						
⑤ 居宅療養管理指導						
⑥ 通所介護						
⑦ 通所リハビリ						
⑧ 短期入所生活介護						
⑨ 短期入所療養介護 (老健)						
⑩ 短期入所療養介護 (医療施設)						
⑪ 特定施設入所者生活 介護						
⑫ 介護老人福祉施設						
⑬ 介護老人保健施設						
⑭ 介護療養型医療施設						
⑮ ケアプランの作成						





- その他、検討されていることがあれば記載してください。  
(例：中長期的な介護サービスについての方向性)

◎ アンケートにご協力いただき、ありがとうございました。  
\* アンケート締め切り… 9月11日(月)  
FAX 0854-32-9009 までお願いいたします。