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。