【介護人材実態調査票　事業所票】

* **令和４年12月１日現在の状況**について、ご回答ください。

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つを○で囲んでください）

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 | 〔　　　　　〕 人 | 非正規職員 | 〔　　　　　〕 人 |

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４年12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３年４月１日～令和４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 | 〔　　　　　〕 人 | 離職者数 | 〔　　　　　〕 人 |

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）

**⇒ 皆様、裏面もご回答ください**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 | 〔　　　　〕人 | 〔　　　　〕人 | 〔　　　　〕人 | 〔　　　　〕人 |
| 20～29歳 | 〔　　　　〕人 | 〔　　　　〕人 | 〔　　　　〕人 | 〔　　　　〕人 |
| 30～39歳 | 〔　　　　〕人 | 〔　　　　〕人 | 〔　　　　〕人 | 〔　　　　〕人 |
| 40～49歳 | 〔　　　　〕人 | 〔　　　　〕人 | 〔　　　　〕人 | 〔　　　　〕人 |
| 50～59歳 | 〔　　　　〕人 | 〔　　　　〕人 | 〔　　　　〕人 | 〔　　　　〕人 |
| 60～69歳 | 〔　　　　〕人 | 〔　　　　〕人 | 〔　　　　〕人 | 〔　　　　〕人 |
| 70～79歳 | 〔　　　　〕人 | 〔　　　　〕人 | 〔　　　　〕人 | 〔　　　　〕人 |
| 年齢不明 | 〔　　　　〕人 | 〔　　　　〕人 | 〔　　　　〕人 | 〔　　　　〕人 |

問３　本市の介護保険、高齢者福祉について、ご意見・ご要望がありましたらご自由にお書きください

問４　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務年数 | (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、定期巡回ｻｰﾋﾞｽ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** | **３** | **１** | **２** |
| 01 |  |  |  |  |  | 時間 |  |  |  |  |
| 02 |  |  |  |  |  | 時間 |  |  |  |  |
| 03 |  |  |  |  |  | 時間 |  |  |  |  |
| 04 |  |  |  |  |  | 時間 |  |  |  |  |
| 05 |  |  |  |  |  | 時間 |  |  |  |  |
| 06 |  |  |  |  |  | 時間 |  |  |  |  |
| 07 |  |  |  |  |  | 時間 |  |  |  |  |
| 08 |  |  |  |  |  | 時間 |  |  |  |  |
| 09 |  |  |  |  |  | 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 |  |  |  |  |
| 28 |  |  |  |  |  | 時間 |  |  |  |  |
| 29 |  |  |  |  |  | 時間 |  |  |  |  |
| 30 |  |  |  |  |  | 時間 |  |  |  |  |
| 31 |  |  |  |  |  | 時間 |  |  |  |  |
| 32 |  |  |  |  |  | 時間 |  |  |  |  |
| 33 |  |  |  |  |  | 時間 |  |  |  |  |
| 34 |  |  |  |  |  | 時間 |  |  |  |  |
| 35 |  |  |  |  |  | 時間 |  |  |  |  |
| 36 |  |  |  |  |  | 時間 |  |  |  |  |
| 37 |  |  |  |  |  | 時間 |  |  |  |  |
| 38 |  |  |  |  |  | 時間 |  |  |  |  |
| 39 |  |  |  |  |  | 時間 |  |  |  |  |
| 40 |  |  |  |  |  | 時間 |  |  |  |  |
| 41 |  |  |  |  |  | 時間 |  |  |  |  |
| 42 |  |  |  |  |  | 時間 |  |  |  |  |
| 43 |  |  |  |  |  | 時間 |  |  |  |  |
| 44 |  |  |  |  |  | 時間 |  |  |  |  |
| 45 |  |  |  |  |  | 時間 |  |  |  |  |
| 46 |  |  |  |  |  | 時間 |  |  |  |  |
| 47 |  |  |  |  |  | 時間 |  |  |  |  |
| 48 |  |  |  |  |  | 時間 |  |  |  |  |
| 49 |  |  |  |  |  | 時間 |  |  |  |  |
| 50 |  |  |  |  |  | 時間 |  |  |  |  |
| 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務年数 | (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、定期巡回ｻｰﾋﾞｽ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** | **３** | **１** | **２** |
| 51 |  |  |  |  |  | 時間 |  |  |  |  |
| 52 |  |  |  |  |  | 時間 |  |  |  |  |
| 53 |  |  |  |  |  | 時間 |  |  |  |  |
| 54 |  |  |  |  |  | 時間 |  |  |  |  |
| 55 |  |  |  |  |  | 時間 |  |  |  |  |
| 56 |  |  |  |  |  | 時間 |  |  |  |  |
| 57 |  |  |  |  |  | 時間 |  |  |  |  |
| 58 |  |  |  |  |  | 時間 |  |  |  |  |
| 59 |  |  |  |  |  | 時間 |  |  |  |  |
| 60 |  |  |  |  |  | 時間 |  |  |  |  |
| 61 |  |  |  |  |  | 時間 |  |  |  |  |
| 62 |  |  |  |  |  | 時間 |  |  |  |  |
| 63 |  |  |  |  |  | 時間 |  |  |  |  |
| 64 |  |  |  |  |  | 時間 |  |  |  |  |
| 65 |  |  |  |  |  | 時間 |  |  |  |  |
| 66 |  |  |  |  |  | 時間 |  |  |  |  |
| 67 |  |  |  |  |  | 時間 |  |  |  |  |
| 68 |  |  |  |  |  | 時間 |  |  |  |  |
| 69 |  |  |  |  |  | 時間 |  |  |  |  |
| 70 |  |  |  |  |  | 時間 |  |  |  |  |
| 71 |  |  |  |  |  | 時間 |  |  |  |  |
| 72 |  |  |  |  |  | 時間 |  |  |  |  |
| 73 |  |  |  |  |  | 時間 |  |  |  |  |
| 74 |  |  |  |  |  | 時間 |  |  |  |  |
| 75 |  |  |  |  |  | 時間 |  |  |  |  |
| 76 |  |  |  |  |  | 時間 |  |  |  |  |
| 77 |  |  |  |  |  | 時間 |  |  |  |  |
| 78 |  |  |  |  |  | 時間 |  |  |  |  |
| 79 |  |  |  |  |  | 時間 |  |  |  |  |
| 80 |  |  |  |  |  | 時間 |  |  |  |  |
| 81 |  |  |  |  |  | 時間 |  |  |  |  |
| 82 |  |  |  |  |  | 時間 |  |  |  |  |
| 83 |  |  |  |  |  | 時間 |  |  |  |  |
| 84 |  |  |  |  |  | 時間 |  |  |  |  |
| 85 |  |  |  |  |  | 時間 |  |  |  |  |
| 86 |  |  |  |  |  | 時間 |  |  |  |  |
| 87 |  |  |  |  |  | 時間 |  |  |  |  |
| 88 |  |  |  |  |  | 時間 |  |  |  |  |
| 89 |  |  |  |  |  | 時間 |  |  |  |  |
| 90 |  |  |  |  |  | 時間 |  |  |  |  |
| 91 |  |  |  |  |  | 時間 |  |  |  |  |
| 92 |  |  |  |  |  | 時間 |  |  |  |  |
| 93 |  |  |  |  |  | 時間 |  |  |  |  |
| 94 |  |  |  |  |  | 時間 |  |  |  |  |
| 95 |  |  |  |  |  | 時間 |  |  |  |  |
| 96 |  |  |  |  |  | 時間 |  |  |  |  |
| 97 |  |  |  |  |  | 時間 |  |  |  |  |
| 98 |  |  |  |  |  | 時間 |  |  |  |  |
| 99 |  |  |  |  |  | 時間 |  |  |  |  |
| 100 |  |  |  |  |  | 時間 |  |  |  |  |

**■■■アンケートは以上です。ご協力ありがとうございました。■■■**