

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 |
| 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 | | | | |

以上で調査は終わりです。ご協力いただきまして、ありがとうございました。