※管理者またはその代理の方がご記入ください　　　　　　　　　　　　※1事業所につき1枚

|  |  |
| --- | --- |
| 事　業　所　名 |  |
| 回 答 者 氏 名 |  |

**Ⅰ　貴事業所について伺います。該当するものを選択してください。**

（1）事業所に所属する介護支援専門員の人数を教えてください。（管理者も含む）　　　　　人

（2）特定事業所加算の算定状況について教えてください。該当する記号に○をつけてください。

ア 加算（Ⅰ）　　イ 加算（Ⅱ）　　ウ 加算（Ⅲ）　　エ 加算（A）　　オ 加算なし

**Ⅱ　事業所に所属する介護支援専門員（管理者を含む）について伺います。**

**下記の表に該当する番号をご記入ください。※所属する介護支援専門員全員分をご記入ください**。

（1）性　　別　　①男　　②女　　③その他

（2）年　　齢　　①20代　②30代　③40代　④50代　⑤60代以上

（3）介護支援専門員としての経験年数

　　①1年未満　②1年以上3年未満　③3年以上5年未満　④5年以上10年未満　⑤10年以上

（4）主任ケアマネジャーの有無　　①あり　　②なし

（5）勤務形態　　①常勤専従　②常勤兼務　③非常勤専従　④非常勤兼務　⑤その他

（6）基礎資格**（主たるものを1つ）**

　①医師　②歯科医師　③薬剤師　④保健師　⑤助産師　⑥看護師　⑦准看護師　⑧理学療法士

⑨作業療法士　⑩社会福祉士　⑪介護福祉士　⑫視能訓練士　⑬義肢装具士　⑭歯科衛生士

⑮言語聴覚士　⑯あん摩マッサージ指圧師　⑰はり師　⑱きゅう師　⑲柔道整復師　⑳栄養士

㉑管理栄養士　㉒精神保健福祉士　㉓社会福祉主事　㉔ホームヘルパー（介護職員初任者研修

・実務者研修）　㉕その他

（7）そ の 他　※英会話や手話などマネジメントに役立つスキルがあればご記入ください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | （1）性別 | （2）年齢 | （3）経験 | （4）主任CM | （5）勤務 | （6)基礎資格 | （7）その他 |
| 管理者 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |

※記入欄が足りない場合はお問い合わせ先までご連絡ください