

## 令和2年度 管理者要件に関する調査（FAX用調査票）

以下の調査項目（1～5ページ）に回答を記入し、次のFAX宛に、お送りください。

**FAX: 03-6826-5060（24時間受付）**

※回答に際しては、保険者から送付した説明資料（「管理者要件に関する調査」へのご協力のお願いの7ページの「2. 調査項目への回答②」）のご説明をお読みください。

市区町村コード(5桁)		←市区町村コード(標準地域コード)です。わからない場合は、e-statの「市町村をさがす」を参照してください。 <a href="https://www.e-stat.go.jp/municipalities/cities/areacode">https://www.e-stat.go.jp/municipalities/cities/areacode</a>
事業所番号		←介護保険請求をする際に記載する事業所番号を記入してください。
事業所名		←正式名称を記入してください。
事業所の電話番号		←市街局番から記入してください。後日、事務局から回答いただいた内容に関してお尋ねする場合があります。
郵便番号		←事業所の所在地の郵便番号を記入してください。
事業所の所在地		←都道府県から番地、建物名まで記載してください。

(次のページにつづく P5まで)

1. 貴事業所について										
(1) 開設主体	該当するものに○をつけてください。									
	<table border="0"> <tr> <td>1. 都道府県、市区町村、広域連合・一部事務組合</td> <td>6. 協同組合及び連合会</td> </tr> <tr> <td>2. 社会福祉協議会</td> <td>7. 営利法人(株式会社等)</td> </tr> <tr> <td>3. 社会福祉法人(社協以外)</td> <td>8. 特定非営利活動法人(NPO)</td> </tr> <tr> <td>4. 医療法人</td> <td>9. その他の法人</td> </tr> <tr> <td>5. 社団・財団法人</td> <td>10. その他</td> </tr> </table>	1. 都道府県、市区町村、広域連合・一部事務組合	6. 協同組合及び連合会	2. 社会福祉協議会	7. 営利法人(株式会社等)	3. 社会福祉法人(社協以外)	8. 特定非営利活動法人(NPO)	4. 医療法人	9. その他の法人	5. 社団・財団法人
1. 都道府県、市区町村、広域連合・一部事務組合	6. 協同組合及び連合会									
2. 社会福祉協議会	7. 営利法人(株式会社等)									
3. 社会福祉法人(社協以外)	8. 特定非営利活動法人(NPO)									
4. 医療法人	9. その他の法人									
5. 社団・財団法人	10. その他									
(2) 特別地域加算または中山間地域等における小規模事業所加算の算定要件の該当有無	該当するものに○をつけてください。									
	<table border="0"> <tr> <td>1. 当該加算の算定要件には該当しない</td> </tr> <tr> <td>2. 特別地域居宅介護支援加算の算定要件を満たしている</td> </tr> <tr> <td>3. 中山間地域等における小規模事業所加算の算定要件を満たしている</td> </tr> </table>	1. 当該加算の算定要件には該当しない	2. 特別地域居宅介護支援加算の算定要件を満たしている	3. 中山間地域等における小規模事業所加算の算定要件を満たしている						
1. 当該加算の算定要件には該当しない										
2. 特別地域居宅介護支援加算の算定要件を満たしている										
3. 中山間地域等における小規模事業所加算の算定要件を満たしている										
(3) 昨年度の調査回答時(2019年8月～10月)から、管理者を変更しましたか。	昨年度の調査:『管理要件に関する調査』※ ※:株式会社三菱総合研究所が、令和元年度 老人保健健康増進等事業「居宅介護支援及び介護予防支援における平成30年度介護報酬改定の影響に関する調査研究事業」にて実施									
	該当するものに○をつけてください。									
	<table border="0"> <tr> <td>1. 昨年度の調査回答時から、管理者を変更していない</td> </tr> <tr> <td>2. 昨年度の調査回答時から、管理者を変更した</td> </tr> <tr> <td>3. 昨年度の調査には回答していない</td> </tr> <tr> <td>4. 昨年度の調査に回答したか覚えていない、回答したかどうかわからない</td> </tr> </table>	1. 昨年度の調査回答時から、管理者を変更していない	2. 昨年度の調査回答時から、管理者を変更した	3. 昨年度の調査には回答していない	4. 昨年度の調査に回答したか覚えていない、回答したかどうかわからない					
1. 昨年度の調査回答時から、管理者を変更していない										
2. 昨年度の調査回答時から、管理者を変更した										
3. 昨年度の調査には回答していない										
4. 昨年度の調査に回答したか覚えていない、回答したかどうかわからない										

## 2.職員について

(1)介護支援専門員の 実人数 ※整数 (令和2年8月1日時点)	常勤	専従		人	←数値を記入してください(単位:人) 整数
		兼務		人	
	非常勤	専従		人	
		兼務		人	
(2)介護支援専門員の 換算人数 ※換算人数の計算方法 は「説明資料」P7を ご覧ください。	常勤	兼務		人	←数値を記入してください(単位:人) 小数点以下第1位 ・実人数1名に対する常勤換算人数は1名を上限としてください。(例えば実人数2名であれば換算人数の上限は2名です)。 ・令和2年8月1日～7日の勤務時間をもとに計算ください。
	非常勤	専従		人	
		兼務		人	

## 3.利用者について

(1)介護予防支援の利用者数(委託を受けて令和2年7月にケアマネジメントを実施した実利用者数)	要支援1		人	←数値を記入してください(単位:人) <b>総合事業の利用者は含みません。</b>
	要支援2		人	
(2)居宅介護支援の利用者数(令和2年7月に給付管理を行った実利用者数)	要介護1		人	←数値を記入してください(単位:人)
	要介護2		人	
	要介護3		人	
	要介護4		人	
	要介護5		人	

4.管理者について

(1)介護支援専門員としての業務経験年数(管理者になる前の経験と他法人での経験も含めてください)

該当するものに○をつけてください。

- |             |               |
|-------------|---------------|
| 1. 1年未満     | 7. 6年以上7年未満   |
| 2. 1年以上2年未満 | 8. 7年以上8年未満   |
| 3. 2年以上3年未満 | 9. 8年以上9年未満   |
| 4. 3年以上4年未満 | 10. 9年以上10年未満 |
| 5. 4年以上5年未満 | 11. 10年以上     |
| 6. 5年以上6年未満 |               |

(2)保有資格  
(複数回答可)

該当するものに○をつけてください。

- |           |                  |                                      |
|-----------|------------------|--------------------------------------|
| 1. 医師     | 11. 介護福祉士        | 21. 精神保健福祉士                          |
| 2. 歯科医師   | 12. 視能訓練士        | 22. 介護福祉士養成のための<br>実務者研修(旧ホームヘルパー1級) |
| 3. 薬剤師    | 13. 義肢装具士        | 23. 介護職員初任者研修<br>(旧ホームヘルパー2級)        |
| 4. 保健師    | 14. 歯科衛生士        | 24. 旧ホームヘルパー3級                       |
| 5. 助産師    | 15. 言語聴覚士        | 25. なし                               |
| 6. 看護師    | 16. あん摩マッサージ指圧師  | 26. その他                              |
| 7. 准看護師   | 17. はり師          |                                      |
| 8. 理学療法士  | 18. きゅう師         |                                      |
| 9. 作業療法士  | 19. 柔道整復師        |                                      |
| 10. 社会福祉士 | 20. 栄養士(管理栄養士含む) |                                      |

(3)主任介護支援専門員研修修了の有無

該当するものに○をつけてください。

1. あり
2. なし(経過措置に該当)

<p>(4)経過措置期間中(令和9年3月31日まで)の主任介護支援専門員研修修了の見込み時期について</p>	<p>該当するものに○をつけてください。 ※4(3)が「2.なし(経過措置に該当)」の場合のみ回答</p> <table border="0"> <tr> <td>1. 令和3年3月末日までに修了見込み</td> <td>5. 令和7年3月末日までに修了見込み</td> </tr> <tr> <td>2. 令和4年3月末日までに修了見込み</td> <td>6. 令和8年3月末日までに修了見込み</td> </tr> <tr> <td>3. 令和5年3月末日までに修了見込み</td> <td>7. 令和9年3月末日までに修了見込み</td> </tr> <tr> <td>4. 令和6年3月末日までに修了見込み</td> <td>8. 経過措置期間中に修了できる見込みだが、時期は不明</td> </tr> <tr> <td colspan="2">9. 経過措置期間中に修了することが困難である、または見込みが立てられない。</td> </tr> </table>	1. 令和3年3月末日までに修了見込み	5. 令和7年3月末日までに修了見込み	2. 令和4年3月末日までに修了見込み	6. 令和8年3月末日までに修了見込み	3. 令和5年3月末日までに修了見込み	7. 令和9年3月末日までに修了見込み	4. 令和6年3月末日までに修了見込み	8. 経過措置期間中に修了できる見込みだが、時期は不明	9. 経過措置期間中に修了することが困難である、または見込みが立てられない。	
1. 令和3年3月末日までに修了見込み	5. 令和7年3月末日までに修了見込み										
2. 令和4年3月末日までに修了見込み	6. 令和8年3月末日までに修了見込み										
3. 令和5年3月末日までに修了見込み	7. 令和9年3月末日までに修了見込み										
4. 令和6年3月末日までに修了見込み	8. 経過措置期間中に修了できる見込みだが、時期は不明										
9. 経過措置期間中に修了することが困難である、または見込みが立てられない。											
<p>(5)経過措置期間中に主任介護支援専門員研修を修了することが困難である、または見込みが立てられない理由(複数回答可)(複数回答可) ※4(4)が「9.経過措置期間中に修了することが困難である、または見込みが立てられない」場合のみ回答</p>	<p>該当するものに○をつけてください。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>主任介護支援専門員研修を受講するための経済的負担が重いため。</li> <li>担当事例の資料提出をすることが難しいため。</li> <li>事業所の方針として主任介護支援専門員を配置しないため。</li> <li>経過措置期間が終わるまでに、管理者を主任介護支援専門員の資格保有者に交代する予定のため。</li> <li>事業所内に管理者以外で主任介護支援専門員が配置されているため。</li> <li>他事業所・施設との兼務の関係により、専任の介護支援専門員としての実務経験5年以上の要件が満たせないため。</li> <li>離島・中山間地域等のため、研修受講が困難であるため。</li> <li>主任介護支援専門員研修を修了する前に、事業所を閉鎖する予定のため。</li> <li>その他</li> </ol>										
<p>(6)修了することが困難である、または見込みが立てられない場合の理由について、その他の内容(自由記述) ※4(5)が「9.その他」の場合に回答</p>											
<p>5. ご意見・要望等</p>											
<p>管理者要件のうち、主任介護支援専門員の資格に関する意見や要望等(自由記述)</p>											

ご協力いただきありがとうございました。