

令和4年度 老人保健健康増進等事業（老人保健事業推進費補助金）
 （居宅介護支援および介護予防支援における
 令和3年度介護報酬改定の影響に関する調査研究事業）
令和4年度 管理者要件に関する調査

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
 ご協力をお願い）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。 https://www.e-stat.go.jp/municipalities/cities/areacode
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入力してください。
事業所名		←正式名称を入力してください。
郵便番号		←事業所の所在地の郵便番号を入力してください。
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。
1. 貴事業所について		
(1)開設主体		←選択してください
	1. 都道府県、市区町村、広域連合・一部事務組合 2. 社会福祉協議会 3. 社会福祉法人(社協以外) 4. 医療法人 5. 社団・財団法人 6. 協同組合及び連合会 7. 営利法人(株式会社等) 8. 特定非営利活動法人(NPO) 9. その他の法人 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		←選択してください
	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)現在の管理者の着任時期		←選択してください
	1. 令和元年8月1日以前 2. 令和元年8月2日～令和2年8月1日 3. 令和2年8月2日以降	

2.職員について				
	常勤		非常勤	
	専従	兼務	専従	兼務
(1)介護支援専門員の実人数(整数) (令和4年8月1日時点)	<input type="text"/>	人 <input type="text"/>	人 <input type="text"/>	人 <input type="text"/>
(2)介護支援専門員の換算人数(小数点以下第1位) ※換算人数の計算方法は「説明資料」をご覧ください。 常勤専従は自動計算していますが、直接入力も可能です。	<input type="text"/>	人 <input type="text"/>	人 <input type="text"/>	人 <input type="text"/>
	(注意事項) 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4年8月1日～7日の勤務時間をもとに計算ください。			
(確認用):自動計算 常勤の換算人数、非常勤の換算人数に相違ないかご確認をお願いします。	常勤		非常勤	
	換算人数に空欄があります。0人の場合は0を記入してください	人 <input type="text"/>	換算人数に空欄があります。0人の場合は0を記入してください	人 <input type="text"/>
(確認用):自動計算 貴事業所の介護支援専門員の実人数合計に相違ないかご確認をお願いします。	実人数(合計)			
	実人数に空欄があります。0人の場合は0を記入してください	人 <input type="text"/>		
(確認用):自動計算 貴事業所の介護支援専門員の常勤換算人数の合計に相違ないかご確認をお願いします。	常勤換算人数(合計)			
	換算人数に空欄があります。0人の場合は0を記入してください	人 <input type="text"/>		
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4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	<input type="text"/>	人	←数値を記入してください(単位:人) 総合事業の利用者は含みません。
	要支援2	<input type="text"/>	人	
(2)居宅介護支援の利用者数(令和4年7月に給付管理を行った実利用者数)	要介護1	<input type="text"/>	人	←数値を記入してください(単位:人)
	要介護2	<input type="text"/>	人	
	要介護3	<input type="text"/>	人	
	要介護4	<input type="text"/>	人	
	要介護5	<input type="text"/>	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)	<input type="text"/>	←選択してください
	1. 1年未満 2. 1年以上2年未満 3. 2年以上3年未満 4. 3年以上4年未満 5. 4年以上5年未満 6. 5年以上6年未満 7. 6年以上7年未満 8. 7年以上8年未満 9. 8年以上9年未満 10. 9年以上10年未満 11. 10年以上	
(2)保有資格 (複数回答可)	<input type="checkbox"/>	1. 医師
	<input type="checkbox"/>	2. 歯科医師
	<input type="checkbox"/>	3. 薬剤師
	<input type="checkbox"/>	4. 保健師
	<input type="checkbox"/>	5. 助産師
	<input type="checkbox"/>	6. 看護師
	<input type="checkbox"/>	7. 准看護師
	<input type="checkbox"/>	8. 理学療法士
	<input type="checkbox"/>	9. 作業療法士
	<input type="checkbox"/>	10. 社会福祉士
	<input type="checkbox"/>	11. 介護福祉士
	<input type="checkbox"/>	12. 視能訓練士
	<input type="checkbox"/>	13. 義肢装具士
	<input type="checkbox"/>	14. 歯科衛生士
	<input type="checkbox"/>	15. 言語聴覚士
	<input type="checkbox"/>	16. あん摩マッサージ指圧師
	<input type="checkbox"/>	17. はり師
	<input type="checkbox"/>	18. きゅう師
	<input type="checkbox"/>	19. 柔道整復師
	<input type="checkbox"/>	20. 栄養士(管理栄養士含む)
	<input type="checkbox"/>	21. 精神保健福祉士
	<input type="checkbox"/>	22. 介護福祉士養成のための実務者研修(旧ホームヘルパー1級)
	<input type="checkbox"/>	23. 介護職員初任者研修(旧ホームヘルパー2級)
	<input type="checkbox"/>	24. 旧ホームヘルパー3級
	<input type="checkbox"/>	25. なし
	<input type="checkbox"/>	26. その他
(3)主任介護支援専門員研修了の有無	<input type="text"/>	←選択してください
	1. あり →5へ進む 2. なし(経過措置に該当) →(4)へ進む	

