

令和7年度介護支援専門員就労状況調査票

※ 事業所毎に回答してください。(令和7年10月1日現在)
 ※ この調査は、事業所内で介護支援専門員の資格を有する方全員を対象にしています。

基本情報	事業所番号:	事業所名: (所在市町村:)						
	TEL:	FAX:						
サービス種別	<input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所 (同法人での有料老人ホームの運営: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし) (管理者の職種 <input type="checkbox"/> 主任介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 主任介護支援専門員以外)							
	<input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護 <input type="checkbox"/> (地域密着型) 特定施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> (看護) 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 <input type="checkbox"/> その他()							
介護支援専門員	登録番号	氏名	年齢	*1 経験年数	*2 職務	*3 基礎資格	*4 主任資格	*5 更新の意思
	(記載例) 45123456	長寿 花子	68	21年10ヶ月	管理者 兼 介護支援専門員	介護福祉士	なし	なし ア、イ
				年 月				
				年 月				
				年 月				
				年 月				
				年 月				
				年 月				
*1 介護支援専門員としての経験年数を記載してください。 (資格取得後から令和7年10月1日までに介護支援専門員として業務に従事した年数を記載してください。) *2 現在の事業所での職務を記載してください。兼務の場合は「兼務」している職務を全て記載してください。 介護支援専門員の専任の方は「介護支援専門員」とご記入ください。 (例: 介護支援専門員の資格は保有しているが、看護師として勤務している場合は「看護師」と記載してください。) *3 介護支援専門員実務研修受講試験受験時の基礎資格について、以下よりお選びください。複数ある場合には、全て記載してください。(相談援助業務、介護業務の従事により受験した方は記載は不要です。) <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 助産師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 准看護師 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 視能訓練士 <input type="checkbox"/> 義肢装具士 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> あん摩マッサージ指圧師 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉士 *4 主任介護支援専門員の資格の「あり・なし」を記載してください。 *5 次期更新研修受講の意思の「あり・なし」を記載し、「なし」の場合の理由を以下よりお選びください。複数ある場合には全て記載してください。 ア: 年齢・体力・体調(身体面の理由) イ: 気持ちが向かない(精神面の理由) ウ: 費用負担が大きい エ: 時間的制約(研修受講時間が確保できない) オ: 異動・転職等の都合で更新する必要がない カ: その他								
<input type="checkbox"/> 介護支援専門員研修の受講費用額の負担について教えてください。該当するものに☑してください。(複数☑可能) 管理者もしくは代表者をご回答ください 受講費用額について ⇒ <input type="checkbox"/> 高いと感じる <input type="checkbox"/> 受講時間・内容相当と感じる <input type="checkbox"/> 安いと感じる 受講費用負担について ⇒ <input type="checkbox"/> 全額自己負担 <input type="checkbox"/> 法人・事業所から補助(一部・全額)がある <input type="checkbox"/> 市町村から補助がある								
<input type="checkbox"/> 自由記載(ご意見・ご要望、人材確保での課題、業務上の課題などお聞かせください)								

送信先 FAX0985-26-7344 令和7年10月31日(金) 〆切