

令和元年 11 月 吉日

一般社団法人
日本介護支援専門員協会
会員各位

一般社団法人
日本介護支援専門員協会
会 長 柴 口 里 則
[公 印 省 略]

介護支援専門員処遇状況等の調査のお願い

拝啓 時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

平素より当協会の活動に対し、格別のご理解ご協力を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、社会保障審議会介護給費分科会では人材の確保、資質の向上について議論されております。また、都道府県及び市町村が策定する介護保険事業支援計画等においては、地域包括ケアシステムを支える人材の確保・資質の向上に資する事業に関する事項について定めることとされ、これらを推進しています。

しかしながら、介護人材の確保には介護支援専門員は想定されておらず、平成 30 年度介護従事者処遇状況等調査結果によると、介護支援専門員の平均基本給額（平均勤続年数 10.6 年）は、217,690 円また、平均給与額は約 350,320 円となっています。

厚生労働省の調査結果と昨年度当協会の居宅介護支援事業所部会で実施した調査結果では、数字に差異があるため、更に実情を詳細に把握するため、実態調査を実施し、調査結果を踏まえた要望をしていく所存です。

ご多忙のこととは存じますが、調査の趣旨（別紙）をご理解いただき、本調査に協力いただきますようお願い申し上げます。

以上

介護支援専門員処遇状況等調査	
1. 目的	社会保障審議会介護給付費分科会における介護支援専門員の処遇改善（給与等）の議論における、介護支援専門員の処遇の実態把握を行い、データ分析の結果を基に今後の介護支援専門員の処遇改善に関する提案・要望を行っていきます。
2. 背景	当協会では厚生労働省に対して介護支援専門員の処遇改善を求めてきており、今期の介護保険部会で介護支援専門員の処遇が提案されています。 昨年実施した処遇に関する調査結果からも給与統計のあり方の課題があることから、より明確に数値化を行うために実施いたします。
3. 方法	専用の調査用紙を会員が所属する居宅介護支援事業所宛てに送付 所属の介護支援専門員（会員）及び管理者が回答 同封物 ①居宅介護支援事業所事業者票（管理者用） 1 枚 ②居宅介護支援専門員従事者票（介護支援専門員用） 2 枚 ③返信用封筒 2 枚 ④依頼状 発送数 居宅介護支援事業所に所属する会員 2,000 人（無作為抽出） 一事業所につき 2 名からの回答を想定（計 4,000 人）
4. 返送方法	I. 会員が管理者の場合（2 種記入） 「①居宅介護支援事業所事業者票（管理者用）」 「②居宅介護支援専門員従事者票（介護支援専門員用）」
	II. 会員が管理者ではない場合（1 種記入） 会員は「①居宅介護支援専門員従事者票（介護支援専門員用）」を記入。 所属の管理者に「①居宅介護支援事業所事業者票（管理者用）」と「②居宅介護支援専門員従事者票（介護支援専門員用）」を渡していただき、管理者から直接、2 種を返送。
	I. II. いずれの場合も返送用封筒にて直接、協会宛てに返送
5. 返送期限	令和元年 12 月 20 日（金）必着
6. 公表	調査は統計的に集計を行います（個人を特定する項目等はありません）。 集計結果等は当協会ホームページで公開予定です（時期未定）。

一般社団法人日本介護支援専門員協会
事務局 木村能子 担当：口野沙和・大室悠
東京都千代田区神田小川町 1 丁目 11 番地 金子ビル 2 階
TEL:03-3518-0777 FAX:03-3518-0778
E-mail jigyouka@jcma.or.jp

居宅介護支援事業所事業者票（管理者用）

問① 貴事業所の所在地及び所在地の地区区分をご記入ください。			
都道府県		市区町村（ 級地）	
問② 貴事業所の開設主体を1つ選んでください。			
☐ 都道府県、市区町村、広域連合、一部事務組合		☐ 社会福祉協議会	
☐ 社会福祉法人（社協以外）		☐ 医療法人	
☐ 社団・財団法人		☐ 協同組合及び連合会	
☐ 営利法人（株式・合名・合資・合同・有限会社）		☐ 特定非営利活動法人（NPO）	
☐ その他の法人		*****	
問③ 併設施設の有無についてご記入ください。			
☐ 単独：法人が運営する併設施設なし（施設・事業所は貴事業所のみ）			
☐ 併設：法人が運営する併設施設あり（同一法人（同系列含む）が運営する施設・事業所が複数） → 以下、該当するものすべて（ ☒ ）を選んでください。			
☐ 地域包括支援センター	☐ 介護老人福祉施設（地域密着型含む）	☐ 介護老人保健施設	☐ 介護療養型医療施設
☐ 介護医療院	☐ 特定施設入居者生活介護	☐ 病院・診療所	☐ 訪問介護
☐ 訪問入浴介護	☐ 訪問看護	☐ 訪問リハビリテーション	☐ 通所介護
☐ 通所リハビリテーション	☐ 短期入所生活介護	☐ 短期入所療養介護	☐ 福祉用具貸与
☐ 夜間対応型訪問介護	☐ 定期巡回・随時対応型訪問介護	☐ 小規模多機能型居宅介護	☐ 看護小規模多機能型居宅介護
☐ 認知症対応型通所介護	☐ 認知症対応型共同生活介護	その他（ ）	
問④ 貴事業所の特定加算の算定状況を1つ（ ☒ ）を選んでください。			
☐ 特定事業所加算（Ⅰ）	☐ 特定事業所加算（Ⅱ）	☐ 特定事業所加算（Ⅲ）	☐ 特定事業所加算（Ⅳ）
☐ なし	*****	*****	*****
問⑤ 貴事業所に従事する介護支援専門員で数該当する箇所すべて（ ）にご記入ください			
常勤専従（ ）人	常勤兼務（ ）人	非常勤（ ）人	
問⑥ 介護支援専門員の求人で確保に要する期間のおおよその目安を1つ（ ☒ ）を選んでください。			
☐ すぐ確保できる	☐ 2週間以上1ヶ月未満	☐ 1ヶ月以上3ヶ月未満	
☐ 3ヶ月以上6ヶ月未満	☐ 6ヶ月以上1年未満	☐ 全く応募がない	
問⑦ 介護支援専門員の確保する上で、改善すべき課題として最も重要性が高いと考えるものを1つ（ ☒ ）を選んでください。			
☐ 給与のアップ	☐ 時間外労働の削減	☐ 残業など業務量の軽減	☐ 事務作業の効率化
☐ 精神的負担の軽減	☐ わからない	☐ その他（ ）	
問⑧ 介護支援専門員の確保について貴事業所で取り組んでいることがあればご記入ください。			

ご協力ありがとうございました。

居宅介護支援専門員従事者票（介護支援専門員用）

以下、回答者様（ご自分）について（☒）ご記入ください。

問① あなたの年代で該当するものを（ ☒ ）選んでください				
☐ 20代	☐ 30代	☐ 40代	☐ 50代	☐ 60代～
問② 役職で該当するものを（ ☒ ）選んでください				
☐ 事業所の管理者		☐ 管理者以外		
問③ 勤務形態を1つ（ ☒ ）選んでください				
☐ 常勤・専従	☐ 常勤・兼務	☐ 非常勤・専従	☐ 非常勤・兼務	
問④ 2018年度の労働時間及び日数をご記入ください。 ※週・月の両方とも（ ）に小数点第一位を四捨五入ください。				
週平均労働時間 （ ）時間		月平均労働日数 （ ）		
問⑤ 2018年度における1ヶ月の概ね時間外労働の平均時間はどのくらいかかりましたか。				
☐ なし	☐ 5時間未満	☐ 5時間以上 10時間未満	☐ 10時間以上 20時間未満	☐ 20時間以上
問⑥ 2018年度における時間外手当の支給状況を1つ（ ☒ ）選んでください				
☐ 時間外労働分全て	☐ 上限設定額又は 上限設定時間まで	☐ 上司の承認次第	☐ 支給なし	
問⑦ 資格の有無を1つ（ ☒ ）選んでください				
☐ 主任介護支援専門員		☐ 主任介護支援専門員以外の介護支援専門員		
問⑧ 2019年9月末時点でのあなたの担当している利用者数を記入してください。				
居宅介護支援 （ ）件		介護予防支援 （ ）件		
問⑨ 貴事業所での介護支援専門員としての勤続年数で該当するものを（ ☒ ）選んでください ※2019年9月現在				
☐ 1年未満	☐ 1～3年未満	☐ 3～5年未満	☐ 5年以上	
問⑩ 2019年9月の給与等の状況（ ）に100円未満は四捨五入（1,000円単位で記入）で ご記入ください（社会保険料等控除前の額をご記入ください）。				
基本給の月額 （ ）円		手当の総額 （ ）円		
時間外手当等の一時金の額 （ ）円		総支給額 （ ）円		
問⑪ 賞与の状況（2018年度実績） 回数・月分で記入もしくは、金額でご記入ください。				
回数・月分： 年（ ）回、計（ ）月分（手当等：含む・含まず）			金額： 円	

ご協力ありがとうございました。