

社保審一介護給付費分科会
第123回 (H27.6.25) 資料2

介護給付費分科会一介護事業経営調査委員会
第12回 (H27.6.22) 資料2改

統計法に基づく一般統計調査

## 平成27年度介護事業実態調査 (介護従事者処遇状況等調査)

調査対象サービス【〇〇〇】

平成27年10月調査



政府統計

統計法に基づく国の統計調査です。調査票情報の秘密の保護に万全を期します。

右に印字した項目は、必ず確認していただき、誤りや訂正がございましたら、恐れ入りますが**朱書きで修正**をお願い申し上げます。

事業所番号	1234567890
施設名	〇〇〇〇〇
所在地	東京都千代田区××1-1
経営主体	社会福祉法人
地域区分	1級地

ID	1234567890
パスワード	◎◎◎◎◎

※ この調査は、上記のID、パスワードにて、調査専用ホームページ (<https://27kaigo.net/shogu>) からダウンロードしたエクセルファイルにデータを入力し、ファイルをアップロードする方法でもご回答いただけます。

お手順をおかけしますが、下の(1)～(5)に必ずご記入をお願いいたします。

(1) 電話番号 : \_\_\_\_\_ ( )

(2) FAX番号 : \_\_\_\_\_ ( )

(3) Eメールアドレス : \_\_\_\_\_ @

(4) 回答担当者 : ご氏名 \_\_\_\_\_ (役職 : \_\_\_\_\_)

(5) 調査対象サービスの活動状況 (平成27年10月1日時点)

(下の1～3のいずれか1つに○)

1. 活動中	2. 休止	3. 廃止
--------	-------	-------

※2又は3の場合、今回の調査に記入していただく必要はありませんので、このまま調査票を返送してください。

(平成27年10月31日までに投函をお願いします)



厚生労働省老健局

調査対象サービスにおける給与等の状況についておうかがいします。

問1. 給与等の状況について

- (1) 平成27年4月1日～平成27年9月30日の間の調査対象サービスにおける介護従事者の給与等(手当、一時金を含む)の状況について、該当する番号に○をつけてください。

1 給与等を引き上げた	} 「3」または「4」を選択した場合は、 問1(7)へお進みください
2 平成26年度の給与水準を維持しているが、1年以内に引き上げる予定	
3 平成26年度の給与水準を維持しており、1年以内に引き上げる予定はなし	
4 給与等を引き下げた	
5 その他(具体的に： )	→ 「5」を選択した場合は、 問2へお進みください

【問1(1)で「1」または「2」と答えた方におうかがいします】

- (2) 平成27年4月1日～平成27年9月30日の間の調査対象サービスにおける介護従事者の給与等の引き上げ(手当の新設を含む)の状況について、該当する番号に○をつけてください。なお、1年以内に給与等を引き上げる(手当の新設を含む)予定の場合も、本問についてお答えください。(複数回答可)

1 給与表(賃金表等)を改定して賃金水準を引き上げた(予定)
2 定期昇給(毎年一定の時期に施設の昇給制度に従って行われる昇給)を実施(予定)
3 各種手当の引き上げまたは新設(予定)
4 賞与等の支給金額の引き上げまたは新設(予定)
5 その他(具体的に： )

【問1(2)で「3」と答えた方におうかがいします】

- (3) 平成27年4月1日～平成27年9月30日の間に各種手当の引き上げまたは新設を行ったものについて、該当する番号に○をつけてください。1年以内に各種手当の引き上げまたは新設を行う予定の場合も、本問についてお答えください。(複数回答可)

1 夜勤手当	6 職務手当(役付手当等)
2 時間外手当(早朝・深夜・休日手当等)	7 資格手当
3 家族(扶養)手当	8 研修手当
4 通勤手当・交通費	9 処遇改善手当
5 移動手当	10 その他(具体的な名称： )

【問1(1)で「1」または「2」と答えた方におうかがいします】

- (4) 平成27年4月1日～平成27年9月30日の間の調査対象サービスにおける介護従事者の給与等の引き上げ(手当の新設を含む)の理由について、該当する番号に○をつけてください。なお、1年以内に給与等を引き上げる(手当の新設を含む)予定の場合も、本問についてお答えください。(複数回答可)

1 平成27年度介護報酬改定(介護職員処遇改善加算を除く)を踏まえて給与等を引き上げた(予定)
2 介護職員処遇改善加算を踏まえて給与等を引き上げた(予定)
3 平成27年度介護報酬改定や介護職員処遇改善加算に関わらず給与等を引き上げた(予定)
4 その他(具体的に： )

【問1(1)で「1」または「2」と答えた方におうかがいします】

- (5) 平成27年4月1日～平成27年9月30日の間の給与等の引き上げ(手当の新設を含む)の対象者について、該当する番号に○をつけてください。なお、1年以内に給与等を引き上げる(手当の新設を含む)予定の場合も、本問についてお答えください。(複数回答可)

1 施設・事業所の職員全員について、給与等を引き上げ(予定)
2 調査対象サービスにおける介護従事者全員について、給与等を引き上げ(予定)
3 調査対象サービスにおける介護職員全員について、給与等を引き上げ(予定)
4 何らかの要件に該当した調査対象サービスにおける介護従事者のみ、給与等を引き上げ(予定)
5 給与等を引き上げる予定だが、対象者については未定

【問1(5)で「4」と答えた方におうかがいします】

(6) 平成27年4月1日～平成27年9月30日の間の給与等の引き上げ(手当の新設を含む)の要件について、該当する番号に○をつけてください。なお、1年以内に給与等を引き上げる(手当の新設を含む)予定の場合も、本問についてお答えください。(複数回答可)

- |                          |                            |
|--------------------------|----------------------------|
| 1 勤続年数を要件として引き上げ         | 7 雇用形態(正規・非正規)を要件として引き上げ   |
| 2 経験年数を要件として引き上げ         | 8 勤務時間を要件として引き上げ           |
| 3 資格の保有を要件として引き上げ        | 9 管理職について引き上げ(ユニットリーダーを除く) |
| 4 サービス提供責任者を要件として引き上げ    | 10 管理職以外の者について引き上げ         |
| 5 主任介護支援専門員を要件として引き上げ    | 11 人事評価に基づいて引き上げ           |
| 6 勤務形態(常勤・非常勤)を要件として引き上げ | 12 その他(具体的に: )             |

【問1(1)で「3」または「4」と答えた方におうかがいします】

(7) 平成27年4月1日～平成27年9月30日の間に給与等の引き上げ(手当の新設を含む)を行わなかった理由について、該当する番号に○をつけてください。(複数回答可)

- |                                  |
|----------------------------------|
| 1 平成27年3月末までに給与等を引き上げているため       |
| 2 人員配置を厚くして職員の業務負担軽減を図ることを優先したため |
| 3 現在の給与水準が他の施設・事業所と比べ高いため        |
| 4 経営が安定しないため                     |
| 5 増収分を借入金の返済にあてたため               |
| 6 介護報酬の収入が減少したため                 |
| 7 支出が収入を上回ったため                   |
| 8 その他(具体的に: )                    |

調査対象サービスにおける介護職員処遇改善加算についておうかがいします。  
 ※調査対象サービスが 居宅介護支援 の方はご記入は不要ですので問3にお進みください。

問2. 介護職員処遇改善加算について

(1) 調査対象サービスにおける介護職員処遇改善加算の届出状況について、該当する番号に○をつけてください。

	平成26年度	平成27年度
1 届出をしている（届出予定を含む）	1	1
2 届出をしていない	2	2

【問2(1)で「1」と答えた方におうかがいします】

(2) 介護職員処遇改善加算について、賃金改善をいずれの項目で行っているか、該当する番号に○をつけてください。  
 (複数回答可)

	平成26年度	平成27年度
1 給与表（賃金表等）を改定して賃金水準を引き上げることで対応（予定）	1	1
2 定期昇給を実施することで対応（予定）	2	2
3 毎月支給される手当として対応（予定）	3	3
4 一時金（賞与・その他の臨時支給分）として対応（予定）	4	4
↳ 一時金として対応している場合、一時金の支給時期を記載してください。 （1年に3回以上支給している場合は、欄外を利用して時期を追記してください）	月	月
	月	月

【問2(1)で「1」と答えた方におうかがいします】

(3) 介護職員処遇改善加算について、いずれの加算を届出しているか、該当する番号に○をつけてください。

	平成26年度	平成27年度
1 介護職員処遇改善加算（Ⅰ）	1	1
2 介護職員処遇改善加算（Ⅱ）	2	2
3 介護職員処遇改善加算（Ⅲ）	3	3
4 介護職員処遇改善加算（Ⅳ）	3	4

【問2(1)で「1」と答えた方におうかがいします】

(4) 特別事情届出書の提出状況について、該当する番号に○をつけてください。

	平成27年度
1 現在までに提出していない	1
2 現在までにすでに提出をした	2

  

給与表を改定して賃金水準を引き下げた	1
各種手当の引き下げまたは廃止	2
賞与等の支給金額の引き下げまたは廃止	3
その他 （具体的に： _____）	4

↑あつはまるものすてこに○を

【問2(3)で、平成26年度の「1」または「2」、平成27年度の「2」または「3」と答えた方におうかがいします】

(5) 介護職員処遇改善加算のキャリアパス要件等について、いずれの要件に適合しているか、該当する番号に○をつけてください。(複数回答可)

	平成26年度
1 キャリアパス要件 (I)	1
2 キャリアパス要件 (II)	2
3 定量的要件	3

	平成27年度
1 キャリアパス要件 (I)	1
2 キャリアパス要件 (II)	2
3 職場環境等要件 (旧定量的要件)	3

【問2(3)で、平成27年度の「2」、「3」または「4」と答えた方におうかがいします】

(6) 介護職員処遇改善加算 (I) の取得が困難な理由について、該当する番号に○をつけてください。(複数回答可)

	平成27年度
1 キャリアパス要件 (I) を満たすことが困難	1
2 キャリアパス要件 (II) を満たすことが困難	2

	平成27年度
3 平成27年4月以降、職場環境等要件を満たす見込みがない	3
4 その他 (具体的に： )	4

【問2(1)で「2」と答えた方におうかがいします】

(7) 介護職員処遇改善加算の届出を行わない理由について、該当する番号に○をつけてください。(複数回答可)

	平成26年度	平成27年度
1 対象の制約のため困難	1	1
2 事務作業が煩雑	2	2
3 平成30年度以降の取扱が不明	3	3
4 追加費用負担の発生	4	4
5 利用者負担の発生	5	5

	平成26年度	平成27年度
6 非常勤職員等の処遇上の問題	6	6
7 賃金改善の必要性がない	7	7
8 算定要件を達成できない	8	8
9 その他	9	9
(具体的に： )	(平成26年度)	
(具体的に： )	(平成27年度)	

**調査対象サービスにおける給与等の引き上げ以外の処遇改善状況についておうかがいします。**

問3. 調査対象サービスの介護従事者に対する給与等の引き上げ以外の処遇改善に関して、平成27年4月～平成27年9月までに実施した対応状況についておうかがいします。下表(A)～(U)の項目ごとに、該当する1～5の欄に1つだけ○をつけてください。

※ 処遇改善加算(Ⅰ)の届出を行った事業所は、平成27年4月以降、新たに実施した取組、内容を充実した取組について、該当する1または3の欄に○をつけてください。

<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p>(注)</p> <p>従来・・・平成27年3月31日以前</p> <p>今回・・・平成27年4月1日～平成27年9月30日</p> <p>今後・・・1年間を目途</p> </div>	<p><b>1</b></p> <p>(今回更に充実した予定を含む)</p>	<p><b>2</b></p> <p>(従来より実施してあり、今回内容等を変更していない。)</p>	<p><b>3</b></p> <p>(従来、実施してはなかったが、今回新たに実施した。)</p>	<p><b>4</b></p> <p>(従来及び今回、実施してはなかったが、今後実施する予定)</p>	<p><b>5</b></p> <p>(従来及び今回、実施してはならず、今後実施する予定なし)</p>
--	--	--	---	---	---

**■ 資質の向上**

(A) 働きながら介護福祉士取得を目指す者に対する実務者研修受講支援や、より専門性の高い介護技術を取得しようとする者に対する喀痰吸引、認知症ケア、サービス提供責任者研修、中堅職員に対するマネジメント研修の受講支援(研修受講時の他の介護職員の負担を軽減するための代替職員確保を含む)	1	2	3	4	5
(B) 研修の受講やキャリア段位制度と人事考課との連動	1	2	3	4	5
(C) 小規模事業者の共同による採用・人事ローテーション・研修のための制度構築	1	2	3	4	5
(D) キャリアパス要件に該当する事項(キャリアパス要件を満たしていない介護事業者に限る)	1	2	3	4	5
(E) その他	1	2	3	4	5
その他資質の向上について(具体的に記載してください)					

**■ 労働環境・処遇の改善**

(F) 新人介護職員の早期離職防止のためのエルダー・メンター(新人指導担当者)制度導入	1	2	3	4	5
(G) 雇用管理改善のための管理者の労働・安全衛生法規、休暇・休職制度に係る研修受講等による雇用管理改善対策の充実	1	2	3	4	5
(H) ICT活用(ケア内容や申し送り事項の共有(事業所内に加えタブレット端末を活用し訪問先でアクセスを可能にすること等を含む)による介護職員の事務負担軽減、個々の利用者へのサービス履歴・訪問介護員の出勤情報管理によるサービス提供責任者のシフト管理に係る事務負担軽減、利用者情報蓄積による利用者個々の特性に応じたサービス提供等)による業務省力化	1	2	3	4	5
(I) 介護職員の腰痛対策を含む負担軽減のための介護ロボットやリフト等の介護機器等導入	1	2	3	4	5
(J) 子育てとの両立を目指す者のための育児休業制度等の充実、事業所内保育施設の整備	1	2	3	4	5
(K) ミーティング等による職場内コミュニケーションの円滑化による個々の介護職員の気づきを踏まえた勤務環境やケア内容の改善	1	2	3	4	5
(L) 事故・トラブルへの対応マニュアル等の作成による責任の所在の明確化	1	2	3	4	5
(M) 健康診断・こころの健康等の健康管理面の強化、職員休憩室・分煙スペース等の整備	1	2	3	4	5
(N) その他	1	2	3	4	5
その他労働環境・処遇の改善について(具体的に記載してください)					

■ その他					
(O) 介護サービス情報公表制度の活用による経営・人材育成理念の見える化	1	2	3	4	5
(P) 中途採用者（他産業からの転職者、主婦層、中高年齢者等）に特化した人事制度の確立（勤務シフトの配慮、短時間正規職員制度の導入等）	1	2	3	4	5
(Q) 障害を有する者でも働きやすい職場環境構築や勤務シフト配慮	1	2	3	4	5
(R) 地域の児童・生徒や住民との交流による地域包括ケアの一員としてのモチベーション向上	1	2	3	4	5
(S) 非正規職員から正規職員への転換	1	2	3	4	5
(T) 職員の増員による業務負担の軽減	1	2	3	4	5
(U) その他	1	2	3	4	5
その他(具体的に記載してください)					

**併設しているサービスについておうかがいします。**

**問4. 併設サービス等の状況について**

(1) 平成27年9月30日時点において、同一又は隣接の敷地内で運営しているサービスについて、該当する番号に○をつけてください。(複数回答可)

1 介護老人福祉施設	9 通所リハビリテーション (※)	17 認知症対応型通所介護 (※)
2 介護老人保健施設	10 短期入所生活介護 (※)	18 認知症対応型共同生活介護 (※)
3 介護療養型医療施設	11 短期入所療養介護 (※)	19 地域密着型特定施設
4 訪問介護 (※)	12 特定施設入居者生活介護 (※)	20 地域密着型介護老人福祉施設
5 訪問入浴介護 (※)	13 居宅介護支援	21 定期巡回・随時対応型訪問介護看護
6 訪問看護 (※)	14 介護予防支援 (地域包括支援センター)	22 看護小規模多機能型居宅介護
7 訪問リハビリテーション (※)	15 小規模多機能型居宅介護 (※)	
8 通所介護 (※)	16 夜間対応型訪問介護	(※) は、介護予防を含む

(2) 調査対象サービスおよび上記の質問で○をつけたサービスのうち、平成27年9月サービス分において、最も介護収入が多いサービスを番号でお答えください。

上記(1)の「01」～「22」の中で最も収入の多い番号

(3) 調査対象サービスの介護収入は、上記(1)で○をつけたもののうち約何割程度か、お答えください。

平成27年9月の介護収入割合 約  割程度

**調査対象サービスにおける収支の状況についておうかがいします。**

**問5. 調査対象サービスにおける平成27年9月の収支状況が、平成26年9月と比べてどの様に変化したか、該当する番号に○をつけてください。**

- |   |
|---|
| 1 平成26年9月と比較して事業活動収支差額(売上総利益)等が、10%程度増加した |
| 2 平成26年9月と比較して事業活動収支差額(売上総利益)等が、5%程度増加した  |
| 3 平成26年9月と事業活動収支差額(売上総利益)等は、ほぼ変わらない       |
| 4 平成26年9月と比較して事業活動収支差額(売上総利益)等が、5%程度減少した  |
| 5 平成26年9月と比較して事業活動収支差額(売上総利益)等が、10%程度減少した |
| 6 その他(具体的に: _____)                        |

**※次ページの間6、問7については、該当する調査対象サービスのページについてのみご記入ください。**

調査対象サービス (調査票表紙参照)	該当するページ
介護老人福祉施設	P.8
介護老人保健施設	P.9
介護療養型医療施設	P.10
訪問介護	P.11
通所介護	P.12
認知症対応型共同生活介護	P.13
居宅介護支援	P.14

該当するページのみにご回答のうえ、P.15にお進みください。

**調査対象サービスが 介護老人福祉施設 の方のみご記入ください。**

**介護老人福祉施設における利用者の状況についておうかがいします。**

**問6.**

(1) 介護老人福祉施設における平成26年9月30日および平成27年9月30日時点の入所定員(短期入所生活介護(ショートステイ)分は含みません)をお答えください。

平成26年9月30日時点の入所定員

--	--	--	--	--	--

人

平成27年9月30日時点の入所定員

--	--	--	--	--	--

人

(2) 介護老人福祉施設における平成26年9月および平成27年9月の延べ在所者数(国保連請求額の基となっている人数。短期入所生活介護(ショートステイ)の空床利用型の延べ利用者数を含む)をお答えください。

平成26年9月(1ヵ月)の延べ在所者数

--	--	--	--	--	--

人

平成27年9月(1ヵ月)の延べ在所者数

--	--	--	--	--	--

人

**介護老人福祉施設における職員数の状況についておうかがいします。**

**問7.** 介護老人福祉施設における平成26年9月30日および平成27年9月30日時点の職員数(派遣職員を含む)をお答えください。(それぞれ数字を記入)

	平成26年9月30日時点の職員数		平成27年9月30日時点の職員数	
	常勤職員数	非常勤職員数	常勤職員数	非常勤職員数
	換算数 (小数第1位まで)	常勤換算数 (小数第1位まで)	換算数 (小数第1位まで)	常勤換算数 (小数第1位まで)
①全職員数(※)	人	人	人	人
うち1年未満			人	人
②生活相談員数	人	人	人	人
うち1年未満			人	人
③介護職員数	人	人	人	人
うち1年未満			人	人
③のうち介護福祉士数	人	人	人	人
うち1年未満			人	人
④看護職員数	人	人	人	人
うち1年未満			人	人
⑤機能訓練指導員数	人	人	人	人
うち1年未満			人	人
⑥介護支援専門員数	人	人	人	人
うち1年未満			人	人
⑦事務職員数	人	人	人	人
うち1年未満			人	人
⑧調理員数	人	人	人	人
うち1年未満			人	人
⑨栄養士数	人	人	人	人
うち1年未満			人	人

※ 全職員数は、②～⑨の合計ではなく、調査対象の施設・事業所に配属されている全ての職員数を記載して下さい。

**引き続き従事者票(P.15～)にお進み下さい。**

**調査対象サービスが 介護老人保健施設 の方のみご記入ください。**

介護老人保健施設における利用者の状況についておうかがいします。

**問6.**

(1) 介護老人保健施設における平成26年9月30日および平成27年9月30日時点の入所定員をお答えください。

平成26年9月30日時点の入所定員

--	--	--	--	--

人

平成27年9月30日時点の入所定員

--	--	--	--	--

人

(2) 介護老人保健施設における平成26年9月および平成27年9月の延べ在所要者数(国保連請求額の基になっている人数。短期入所療養介護(ショートステイ)の延べ利用者数を含む)をお答えください。

平成26年9月(1ヵ月)の延べ在所要者数

--	--	--	--	--	--

人

平成27年9月(1ヵ月)の延べ在所要者数

--	--	--	--	--

人

介護老人保健施設における職員数の状況についておうかがいします。

**問7.** 介護老人保健施設における平成26年9月30日および平成27年9月30日時点の職員数(派遣職員を含む)をお答えください。(それぞれ数字を記入)

	平成26年9月30日時点の職員数		平成27年9月30日時点の職員数	
	常勤職員数	非常勤職員数	常勤職員数	非常勤職員数
	換算数 (小数第1位まで)	常勤換算数 (小数第1位まで)	換算数 (小数第1位まで)	常勤換算数 (小数第1位まで)
①全職員数(※)	人	人	人	人
うち1年未満			人	人
②看護職員数	人	人	人	人
うち1年未満			人	人
③介護職員数	人	人	人	人
うち1年未満			人	人
③のうち介護福祉士数	人	人	人	人
うち1年未満			人	人
④支援相談員数	人	人	人	人
うち1年未満			人	人
⑤理学療法士・作業療法士・言語聴覚士数	人	人	人	人
うち1年未満			人	人
⑥介護支援専門員数	人	人	人	人
うち1年未満			人	人
⑦事務職員数	人	人	人	人
うち1年未満			人	人
⑧調理員数	人	人	人	人
うち1年未満			人	人
⑨栄養士数	人	人	人	人
うち1年未満			人	人

※ 全職員数は、②～⑨の合計ではなく、調査対象の施設・事業所に配属されている全ての職員数を記載して下さい。

**引き続き従事者票(P.15～)にお進み下さい。**

**調査対象サービスが 介護療養型医療施設 の方のみご記入ください。**

**介護療養型医療施設における利用者の状況についておうかがいします。**

**問6.**

- (1) 介護療養型医療施設における平成26年9月30日および平成27年9月30日時点の病床数(療養病床および老人性認知症疾患療養病棟のうち介護保険適用の病床数)をお答えください。

平成26年9月30日時点の病床数

--	--	--	--	--	--

床

平成27年9月30日時点の病床数

--	--	--	--	--	--

床

- (2) 介護療養型医療施設における平成26年9月および平成27年9月の延べ在院者数(国保連請求額の基になっている人数。短期入所療養介護(ショートステイ)の延べ利用者数を含む)をお答えください。

平成26年9月(1ヵ月)の延べ在院者数

--	--	--	--	--	--

人

平成27年9月(1ヵ月)の延べ在院者数

--	--	--	--	--	--

人

**介護療養型医療施設における職員数の状況についておうかがいします。**

- 問7.** 介護療養型医療施設における平成26年9月30日および平成27年9月30日時点の職員数(派遣職員を含む)をお答えください。(それぞれ数字を記入)

	平成26年9月30日時点の職員数		平成27年9月30日時点の職員数	
	常勤職員数	非常勤職員数	常勤職員数	非常勤職員数
	換算数 (小数第1位まで)	常勤換算数 (小数第1位まで)	換算数 (小数第1位まで)	常勤換算数 (小数第1位まで)
①全職員数(※)	人	人	人	人
うち1年未満			人	人
②看護職員数	人	人	人	人
うち1年未満			人	人
③介護職員数	人	人	人	人
うち1年未満			人	人
③のうち介護福祉士数	人	人	人	人
うち1年未満			人	人
④理学療法士・作業療法士・言語聴覚士数	人	人	人	人
うち1年未満			人	人
⑤介護支援専門員数	人	人	人	人
うち1年未満			人	人
⑥事務職員数	人	人	人	人
うち1年未満			人	人
⑦調理員数	人	人	人	人
うち1年未満			人	人
⑧栄養士数	人	人	人	人
うち1年未満			人	人

※ 全職員数は、②～⑧の合計ではなく、調査対象の施設・事業所に配属されている全ての職員数を記載して下さい。

**引き続き従事者票(P.15～)にお進み下さい。**

**調査対象サービスが 訪問介護 の方のみご記入ください。**

訪問介護における利用者の状況についておうかがいします。

問6. 訪問介護における平成26年9月および平成27年9月の延べ訪問回数(国保連請求額の基になっている回数)をお答えください。

平成26年9月(1ヵ月)の延べ訪問回数

--	--	--	--	--	--	--	--

回

平成27年9月(1ヵ月)の延べ訪問回数

--	--	--	--	--	--	--	--

回

訪問介護における職員数の状況についておうかがいします。

問7. 訪問介護における平成26年9月30日および平成27年9月30日時点の職員数(派遣職員を含む)をお答えください。(それぞれ数字を記入)

	平成26年9月30日時点の職員数		平成27年9月30日時点の職員数	
	常勤職員数	非常勤職員数	常勤職員数	非常勤職員数
	換算数 (小数第1位まで)	常勤換算数 (小数第1位まで)	換算数 (小数第1位まで)	常勤換算数 (小数第1位まで)
①全職員数(※)	人	人	人	人
うち1年未満	/	/	人	人
②訪問介護員数	人	人	人	人
うち1年未満	/	/	人	人
②のうち介護福祉士数	人	人	人	人
うち1年未満	/	/	人	人
③事務職員数	人	人	人	人
うち1年未満	/	/	人	人

※ 全職員数は、②～③の合計ではなく、調査対象の施設・事業所に配属されている全ての職員数を記載して下さい。

**引き続き従事者票(P.15～)にお進み下さい。**



調査対象サービスが 認知症対応型共同生活介護 の方のみご記入ください。

認知症対応型共同生活介護における利用者の状況についておうかがいします。

問6.

(1) 認知症対応型共同生活介護における平成26年9月30日および平成27年9月30日時点の入居定員をお答えください。

平成26年9月30日時点の定員

								人
								ユニット

平成27年9月30日時点の定員

								人
								ユニット

(2) 認知症対応型共同生活介護における平成26年9月および平成27年9月の延べ利用者数(国保連請求額の基になっている人数。短期利用共同生活介護の延べ利用者数を含む)をお答えください。

平成26年9月(1ヵ月)の延べ利用者数

								人
--	--	--	--	--	--	--	--	---

平成27年9月(1ヵ月)の延べ利用者数

								人
--	--	--	--	--	--	--	--	---

認知症対応型共同生活介護における職員数の状況についておうかがいします。

問7. 認知症対応型共同生活介護における平成26年9月30日および平成27年9月30日時点の職員数(派遣職員を含む)をお答えください。(それぞれ数字を記入)

	平成26年9月30日時点の職員数		平成27年9月30日時点の職員数	
	常勤職員数	非常勤職員数	常勤職員数	非常勤職員数
	換算数 (小数第1位まで)	常勤換算数 (小数第1位まで)	換算数 (小数第1位まで)	常勤換算数 (小数第1位まで)
①全職員数(※)	人	人	人	人
うち1年未満			人	人
②介護職員数	人	人	人	人
うち1年未満			人	人
②のうち看護職員数	人	人	人	人
うち1年未満			人	人
②のうち介護福祉士数	人	人	人	人
うち1年未満			人	人
③介護支援専門員数	人	人	人	人
うち1年未満			人	人
④事務職員数	人	人	人	人
うち1年未満			人	人

※ 全職員数は、②～④の合計ではなく、調査対象の施設・事業所に配属されている全ての職員数を記載して下さい。

引き続き従事者票(P.15～)にお進み下さい。

**調査対象サービスが 居宅介護支援 の方のみご記入ください。**

居宅介護支援における利用者の状況についておうかがいします。

問6.

(1) 居宅介護支援における平成26年9月および平成27年9月の実利用者数(国保連請求の基になっている人数)をお答えください。

平成26年9月(1ヵ月)の実利用者数

--	--	--	--	--	--

人

平成27年9月(1ヵ月)の実利用者数

--	--	--	--	--	--

人

(2) 居宅介護支援における指定介護予防支援事業者(地域包括支援センター)からの受託状況について、平成26年9月および平成27年9月の受託者数をお答えください。

平成26年9月(1ヵ月)の受託者数

--	--	--	--

人

平成27年9月(1ヵ月)の受託者数

--	--	--	--

人

居宅介護支援における職員数の状況についておうかがいします。

問7. 居宅介護支援における平成26年9月30日および平成27年9月30日時点の職員数(派遣職員を含む)をお答えください。(それぞれ数字を記入)

	平成26年9月30日時点の職員数		平成27年9月30日時点の職員数	
	常勤職員数	非常勤職員数	常勤職員数	非常勤職員数
	換算数 (小数第1位まで)	常勤換算数 (小数第1位まで)	換算数 (小数第1位まで)	常勤換算数 (小数第1位まで)
①全職員数(※)	人	人	人	人
うち1年未満	/	/	人	人
②介護支援専門員数	人	人	人	人
うち1年未満	/	/	人	人
②のうち主任介護支援専門員数	人	人	人	人
うち1年未満	/	/	人	人
③事務職員数	人	人	人	人
うち1年未満	/	/	人	人

※ 全職員数は、②～③の合計ではなく、調査対象の施設・事業所に配属されている全ての職員数を記載して下さい。

**引き続き従事者票(P.15～)にお進み下さい。**

調査対象サービスの職員(勤務年数が1年以上の方)の給与等の状況についておうかがいします。

※調査対象となる職員の職種及び人数については別添の記入要領に記載してありますので、ご確認の上で選定をしてください。

(1)性別	(2)年齢	(3)職種	(4)勤続年数	→平成26年度と平成27年度の状況を記載してください。	(5)勤務形態		(6)職位	(7)実労働時間	(8)実労働日数	(9)資格の取得状況																									
					1 常勤	2 非常勤				1 正規職員	2 非正規職員	9月30日時点に有している資格がありましたら該当する番号に○をつけてください。(○はいくつでも)																							
平成27年9月30日に従事していた職種について、該当するものいずれか1つに○をつけてください。 *兼務している場合は主に従事しているものに○をつけてください。 *「8調理員」「9栄養士」については、貴施設・事業所で直接雇用している職員についてのみ、記載して下さい。														9月30日時点に有している資格がありましたら該当する番号に○をつけてください。(○はいくつでも)																					
1 生活相談員・支援相談員 2 介護職員 3 看護職員 4 機能訓練指導員 5 外PT・OT・ST(4以外) 6 介護支援専門員(計画作成担当者を含む) 7 事務職 8 調理員 9 管理栄養士・栄養士														1 介護福祉士 2 社会福祉士 3 精神保健福祉士 4 看護師 5 准看護師 6 管理栄養士 7 栄養士 8 P.T・O.T・S.T 9 介護支援専門員 10 ヘルパー1級・介護職員基礎研修・実務者研修修了者 11 ヘルパー2級・介護職員初任者研修修了者 12 認知症関係の研修修了者(認知症介護指導者養成研修等) 13 認定特定行為業務従事者(たんの吸引等) 14 その他																					
記入時点														9月中		9月30日時点		9月中		9月30日時点															
平成27年度														上段:平成26年度		下段:平成27年度																			
記入例	男	32	2	5	平成26年度	1	2	1	2	1	80	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14									
	女				平成27年度	1	2	1	2	1	160	24	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14									
(1)	男	歳	1	2	3	4	5	6	7	8	9	年	平成26年度	1	2	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	→
	女												平成27年度	1	2	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	→
(2)	男	歳	1	2	3	4	5	6	7	8	9	年	平成26年度	1	2	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	→
	女												平成27年度	1	2	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	→
(3)	男	歳	1	2	3	4	5	6	7	8	9	年	平成26年度	1	2	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	→
	女												平成27年度	1	2	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	→
(4)	男	歳	1	2	3	4	5	6	7	8	9	年	平成26年度	1	2	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	→
	女												平成27年度	1	2	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	→
(5)	男	歳	1	2	3	4	5	6	7	8	9	年	平成26年度	1	2	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	→
	女												平成27年度	1	2	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	→
(6)	男	歳	1	2	3	4	5	6	7	8	9	年	平成26年度	1	2	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	→
	女												平成27年度	1	2	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	→
(7)	男	歳	1	2	3	4	5	6	7	8	9	年	平成26年度	1	2	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	→
	女												平成27年度	1	2	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	→
(8)	男	歳	1	2	3	4	5	6	7	8	9	年	平成26年度	1	2	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	→
	女												平成27年度	1	2	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	→
(9)	男	歳	1	2	3	4	5	6	7	8	9	年	平成26年度	1	2	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	→
	女												平成27年度	1	2	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	→
(10)	男	歳	1	2	3	4	5	6	7	8	9	年	平成26年度	1	2	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	→
	女												平成27年度	1	2	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	→



調査対象サービスの職員(勤務年数が1年未満の方)の給与等の状況についておうかがいします。

※調査対象となる職員の職種及び人数については別添の記入要領に記載してありますので、ご確認の上で選定をしてください。

(1)性別	(2)年齢	(3)職種	(4)勤務開始日	→平成27年度の状況を記載してください。	(5)勤務形態		(6)職位	(7)実労働時間	(8)実労働日数	(9)資格の取得状況																																	
					1 常勤	2 非常勤				1 正規職員	2 非正規職員	1 介護福祉士	2 社会福祉士	3 精神保健福祉士	4 看護師	5 准看護師	6 管理栄養士	7 栄養士	8 P.T・O.T・S.T	9 介護支援専門員	10 修・実務者研修修了者	11 ヘルパー2級・介護職員初任者研修修了者	12 ヘルパー1級・介護職員基礎研修修了者	13 認定特定行為業務従事者(たんの吸引等)	14 その他																		
いずれかに○をつけてください。	平成27年9月30日における年齢を記入	平成27年9月30日に従事していた職種について、該当するものいずれか1つに○をつけてください。 *兼務している場合は主に従事しているものに○をつけてください。 *「8調理員」「9栄養士」については、貴施設・事業所で直接雇用している職員についてのみ、記載して下さい。	貴事業所にて勤務を開始した日付を記入してください。	4月1日	平成27年度	9月中		9月30日時点	9月中		9月30日時点																																
						1	2	1	2	1	80時間	12日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14																	
						(1)	男	女	歳	1	2	3	4	5	6	7	8	9	月	日	平成27年度	1	2	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	→
						(2)	男	女	歳	1	2	3	4	5	6	7	8	9	月	日	平成27年度	1	2	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	→
						(3)	男	女	歳	1	2	3	4	5	6	7	8	9	月	日	平成27年度	1	2	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	→
						(4)	男	女	歳	1	2	3	4	5	6	7	8	9	月	日	平成27年度	1	2	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	→
						(5)	男	女	歳	1	2	3	4	5	6	7	8	9	月	日	平成27年度	1	2	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	→
						(6)	男	女	歳	1	2	3	4	5	6	7	8	9	月	日	平成27年度	1	2	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	→
						(7)	男	女	歳	1	2	3	4	5	6	7	8	9	月	日	平成27年度	1	2	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	→
						(8)	男	女	歳	1	2	3	4	5	6	7	8	9	月	日	平成27年度	1	2	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	→
(9)	男	女	歳	1	2	3	4	5	6	7	8	9	月	日	平成27年度	1	2	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	→						
(10)	男	女	歳	1	2	3	4	5	6	7	8	9	月	日	平成27年度	1	2	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	→						

**従事者票②**  
**(勤務年数が1年未満の職員)**

(10)兼務の状況	(11)決まって支給する給与				(12)一時金(賞与・その他の臨時支給分)						
9月30日時点で兼務している職種がありましたら、該当する番号に○をつけてください。 (○はいくつでも)	基本給(「月給(年俸)」、「日給」、「時給」のうち、該当欄にその数値を記入してください)			手 当							
	賃金の支払が月給の者 (1か月あたり)(年俸の方は、勤務した月数で割った額を記入してください)	賃金の支払が日給の者 (1日あたり)	賃金の支払が時給の者 (1時間あたり)	9月時点の基本給を月給で記入してください。	9月時点の基本給を日給で記入してください。	9月時点の基本給を時給で記入してください。	該当する番号に○をつけてください(複数回答可)				
1 生活相談員・支援相談員 2 介護職員 3 看護職員 4 機能訓練指導員 5 P.T・O.T・S.T(4以外) 6 管理栄養士・栄養士 7 介護支援専門員 8 管理者 9 その他				9月時点で支給された手当として記入してください。 右(1~10)の手当の合計額							
				1 時間外手当(早朝・深夜・休日手当等) 2 家族(扶養)手当 3 通勤手当・交通費 4 職務手当(役付手当等) 5 資格手当 6 処遇改善手当 7 夜勤手当 8 研修手当 9 移動手当 10 その他							
				勤務開始日から9月30日までに支給された一時金(賞与・その他の臨時支給分)の合計額を記入してください。 * 一時金(賞与・その他の臨時支給分)がない場合は、0(ゼロ)を記入してください。							

記入時点	9月30日時点									9月時点									9月分										勤務開始日~9月30																					
記入額	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9	円	1	2	3	4	5	6	7	8	9	円	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	円
	1					6				1										4	0	0	0	0						1			3							4	8	0	0	0						円
(1)	1																													1																				円
(2)	1																													1																				円
(3)	1																													1																				円
(4)	1																													1																				円
(5)	1																													1																				円
(6)	1																													1																				円
(7)	1																													1																				円
(8)	1																													1																				円
(9)	1																													1																				円
(10)	1																													1																				円