

平成21年度介護従事者処遇状況等調査 (案)

(訪問介護事業所票)

平成21年10月調査

総務省承認 No.
承認期限 平成 年 月 日まで

厚生労働省 老健局

右のラベルの5つの項目は、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
事業所名	〇〇〇〇
所在地	東京都千代田区×××町2丁目1-1
経営主体	営利法人
地域区分	特別区

ID	1234567890
パスワード	M655Q7h6

お手数をおかけしますが、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) 貴施設の活動の状況 (平成21年9月末日時点) (下の1～3のどれか1つに○)

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

※2、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。

(提出期限 平成21年10月31日)

貴事業所における介護報酬改定への対応および収支等の状況についておうかがいします

問1. 平成21年4月1日～9月30日の間の貴事業所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）状況について、該当する番号に1つだけ○をつけてください。

- 1 給与等を引き上げた
- 2 給与等の引き上げを行わなかったが、1年以内に引き上げる予定
- 3 給与等の引き上げを行っておらず、今後も引き上げる予定なし
- 4 その他（具体的に： _____）

→（問3へお進みください）

【問1で「1」、「2」と答えた方におうかがいします】

問2. 給与等の引き上げ（手当の新設を含む）の内容

（1）貴施設の介護従事者の給与等の引き上げ（手当の新設を含む）について、該当する番号1つに○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、本間についてお答えください。

- 1 給与等（定期昇給は除く）を全員引き上げ（予定）
- 2 定期昇給のみを実施（予定）
- 3 何らかの要件のもとに引き上げ（予定）
- 4 引き上げる予定だが、引き上げの内容については未定

→（問2(3)へお進みください）

【問2（1）で「3」と答えた方におうかがいします】

（2）給与等の引き上げ（手当の新設を含む）の要件について、該当する番号全てに○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、本間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
- 2 経験年数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
- 4 サービス提供責任者を要件として引き上げ
- 5 勤務形態（常勤・非常勤）を要件として引き上げ
- 6 勤務形態（正規・非正規）を要件として引き上げ
- 7 登録訪問介護員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
- 9 その他（具体的に： _____）

（3）貴施設の介護従事者の各種手当について引き上げまたは新設を行ったもの全てに○をつけてください。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、本間についてお答えください。（複数回答可）
引き上げまたは新設を行っていない場合は、**9**に○をつけてください。

- | | |
|----------------------|-----------------|
| 1 時間外手当（早朝・深夜・休日手当等） | 6 資格手当 |
| 2 家族（扶養）手当 | 7 研修手当 |
| 3 通勤手当（通勤・交通費等） | 8 その他 |
| 4 移動手当 | （具体的な名称： _____） |
| 5 職務手当（役付手当等） | 9 引き上げまたは新設なし |

問3. 介護従事者に対する処遇に関して、平成21年4月の介護報酬改定を受けての貴事業所における対応状況についてお尋ねします。下表(次ページに続く)A～Oの項目ごとに、該当する1～5の記号に1つだけ○をつけてください。

(○はそれぞれ1つずつ)

(注)

従来…平成21年3月31日以前

今回…平成21年4月1日～平成21年9月30日

今後…1年間を目途

1 今回さらに充実(改善)した	2 従来より実施しており、今回内容等は変更していない	3 従来、実施していなかったが、今回新たに実施した	4 ないが、今後実施する予定	5 従来および今回、実施しておらず、今後も実施する予定なし
--------------------	-------------------------------	------------------------------	-------------------	----------------------------------

■ 処遇全般					
(A) 職員の増員(派遣を含む)による業務負担の軽減	1	2	3	4	5
(B) 労働時間、労働日数の適正化	1	2	3	4	5
(C) 能力や仕事ぶりの評価と配置・処遇への反映	1	2	3	4	5
(D) 昇給または昇進・昇格要件の明確化	1	2	3	4	5
(E) 非正規職員から正規職員への転換機会の確保	1	2	3	4	5
(F) 賃金体系等の人事制度の整備	1	2	3	4	5
その他(具体的に)	()				
■ 教育・研修					
(G) 資格取得や能力向上に向けた教育研修機会の充実や対象者の拡大	1	2	3	4	5
(H) 資格取得や外部の研修参加にかかる費用等の負担(一部を含む)	1	2	3	4	5
(I) 部下指導を管理職等の役割として明確化	1	2	3	4	5
(J) 新人職員の指導担当・アドバイザーの設置	1	2	3	4	5
その他(具体的に)	()				

(注)

従来…平成21年3月31日以前

今回…平成21年4月1日～平成21年9月30日

今後…1年間を目途

1 従来より実施しているが、 今回さらに充実（改善）した	2 従来より実施しており、 今回内容等に変更していない	3 従来、実施していなかったが、 今回新たに実施した	4 ないが、 今後実施する予定	5 従来および今回、実施しておらず、 今後も実施する予定なし
------------------------------------	-----------------------------------	----------------------------------	-----------------------	--------------------------------------

■ 職場環境

(K) 定期的なミーティング等による仕事上のコミュニケーションの充実	1	2	3	4	5
(L) 仕事内容や労働条件に関する個別面談機会の確保	1	2	3	4	5
(M) 腰痛対策、メンタルケア等を含めた健康管理の充実	1	2	3	4	5
(N) 出産・子育て支援の強化	1	2	3	4	5
(O) 事故やトラブルへの対応体制の整備	1	2	3	4	5
その他（具体的に）	()				

問4. 同一敷地内で実施している介護保険サービス

(1) 平成21年9月30日時点において、貴事業所と同一または隣接の敷地内で実施している貴事業所を含めた介護保険サービスについて、実施しているサービスの番号全てに○をつけてください。（複数回答可）

- | | | |
|-------------------|-----------------------|--------------------|
| 01 介護老人福祉施設 | 08 通所介護（※） | 15 小規模多機能型居宅介護（※） |
| 02 介護老人保健施設 | 09 通所リハビリテーション（※） | 16 夜間対応型訪問介護 |
| 03 介護療養型医療施設 | 10 短期入所生活介護（※） | 17 認知症対応型通所介護（※） |
| 04 訪問介護（※） | 11 短期入所療養介護（※） | 18 認知症対応型共同生活介護（※） |
| 05 訪問入浴介護（※） | 12 特定施設入居者生活介護（※） | 19 地域密着型特定施設 |
| 06 訪問看護（※） | 13 居宅介護支援 | 20 地域密着型介護老人福祉施設 |
| 07 訪問リハビリテーション（※） | 14 介護予防支援（地域包括支援センター） | |
- （※）は、介護予防を含む

(2) 上記の質問で○を付けたもののうち、平成21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。（右づめで数字を記入）

上記（1）の中で最も収入の多い番号

(3) 上記（2）の番号の介護収入は、貴事業所において実施している介護保険サービスにおける介護収入全体のうち約何割程度か、お答えください。

約 割程度

(4) 貴事業所において実施している介護保険サービスについて、平成20年9月（1か月間）および平成21年9月（1か月間）の事業の収支状況等をお答えください。（右づめでそれぞれ数字を記入）

収支項目	平成20年9月 （1か月間）	平成21年9月 （1か月間）
①事業活動収入(注1)	<input type="text"/> 円	<input type="text"/> 円
①のうち介護収入	<input type="text"/> 円	<input type="text"/> 円
②事業活動支出(注1)	<input type="text"/> 円	<input type="text"/> 円
②のうち給与総額(注2)	<input type="text"/> 円	<input type="text"/> 円
②のうち委託費	<input type="text"/> 円	<input type="text"/> 円
うち派遣職員費	<input type="text"/> 円	<input type="text"/> 円

(注1) 「国庫補助金等特別積立金取崩額」、「減価償却費」、「引当金繰入」を計上しているところは、これらの金額を事業活動収入・事業活動支出からそれぞれ控除した額を記入

(注2) 派遣職員にかかる費用は除く

貴法人についておうかがいします

問5. 法人が実施している事業

(1) 平成21年9月30日時点で、貴事業所の属する法人が、貴事業所以外で実施している介護保険サービスについて、該当する番号全てに○をつけてください。（複数回答可）

- 1 施設サービス（問4（1）01～03に該当）
- 2 居宅サービス・地域密着型サービス（問4（1）04～20に該当）
- 3 貴事業所以外には、介護保険サービスの事業を実施していない

(2) 平成21年9月30日時点で、貴事業所の属する法人が介護保険サービス以外の事業を実施している場合は、該当する番号全てに○をつけてください。（複数回答可）

- 1 第一種・第二種社会福祉事業
- 2 医療関係事業
- 3 その他（具体的に： _____）

(3) 平成21年9月30日時点で、介護保険サービス以外の事業に携わる職員数は、法人全体の職員数のうち約何割程度かお答えください。（数字を記入）

約 割程度

介護職員処遇改善交付金についておウかがいします

問6. 介護職員処遇改善交付金について

(1) 介護職員処遇改善交付金の申請状況についておウ教えてください。

- 1 申請する（申請予定、申請中を含む） 2 申請しない、検ウ中、交付金を知らない
- (問7へお進みください)

(2) 介護職員処遇改善交付金を申請するために行ッた、又は行う予定の処遇改善の状況についておウ教えてください。(複数回答可)

- 1 平成21年9月時点で、基本給や手当を引き上げている
- 2 平成21年9月時点で、一時金を支給している
- 3 今後(平成21年10月以降)、基本給や手当を引き上げる予定
- 4 今後(平成21年10月以降)、一時金を支給する予定

貴事業所における訪問介護サービスについておウかがいします

問7. 平成20年9月および平成21年9月サービスにおいて、以下の加算を算定している場合、該当する番号全々に○をつけてください。(複数回答可)

加算項目	平成20年9月	平成21年9月
1 特定事業所加算 (I)	1	1
2 特定事業所加算 (II)	2	2
3 特定事業所加算 (III)	3	3
4 中山間地域等における小規模事業所加算	—	4

問8. 平成20年9月および平成21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) をおウ教えてください。
(右づめでそれぞれ数字を記入)

平成20年9月 (1か月間) の延べ訪問回数

					回
--	--	--	--	--	---

平成21年9月 (1か月間) の延べ訪問回数

					回
--	--	--	--	--	---

問9. 平成20年9月30日および平成21年9月30日時点の職員数（派遣職員を除く）の状況をお答えください。

平成20年9月30日時点の職員数（派遣職員を除く）					
	常勤職員数			非常勤職員数	
	専従	兼務	換算数 (小数第1位まで)	実人員数	常勤換算数 (小数第1位まで)
①全職員数（事業所長、事務職員等を含む）	人	人	. 人	人	. 人
②訪問介護員数	人	人	. 人	人	. 人
②のうち介護福祉士数	人	人	. 人	人	. 人
②のうち登録訪問介護員数	—	—	—	人	. 人

平成21年9月30日時点の職員数（派遣職員を除く）					
	常勤職員数			非常勤職員数	
	専従	兼務	換算数 (小数第1位まで)	実人員数	常勤換算数 (小数第1位まで)
①全職員数（事業所長、事務職員等を含む）	人	人	. 人	人	. 人
②訪問介護員数	人	人	. 人	人	. 人
②のうち介護福祉士数	人	人	. 人	人	. 人
②のうち登録訪問介護員数	—	—	—	人	. 人

次のページからの従事者票についても、ご記入ください。

訪問介護事業所(案)

※ 訪問介護員(サービス提供責任者含む)の方のみご記入ください。(事業所長、事務職員等は除きます)

性別	年齢	勤続年数	→平成20年度と平成21年度の状況を記載してください。	勤務形態			職位	実労働時間	実労働日数	資格の取得状況										業務の状況						
				1 常勤	2 非常勤(登録訪問介護員以外)	3 登録訪問介護員				1 サービス提供責任者	2 非正規職員	3 正規職員	1 社会福祉士	2 介護福祉士	3 介護支援専門員	4 看護師	5 准看護師	6 ヘルパー1級	7 ヘルパー2級	8 ヘルパー3級	9 介護職員基礎研修修了者	10 その他	1 生活相談員	2 介護職員	3 看護職員	4 機能訓練指導員

記入例	男	女	40	歳	3	年	平成20年度	1	2	3	1	2	1	40	時間	12	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7
							平成21年度	1	2	3	1	2	1	160	時間	24	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7

(1)	男	女	歳	年	平成20年度	1	2	3	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7
					平成21年度	1	2	3	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7

(2)	男	女	歳	年	平成20年度	1	2	3	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7
					平成21年度	1	2	3	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7

(3)	男	女	歳	年	平成20年度	1	2	3	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7
					平成21年度	1	2	3	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7

(4)	男	女	歳	年	平成20年度	1	2	3	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7
					平成21年度	1	2	3	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7

(5)	男	女	歳	年	平成20年度	1	2	3	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7
					平成21年度	1	2	3	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7

(6)	男	女	歳	年	平成20年度	1	2	3	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7
					平成21年度	1	2	3	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7

(7)	男	女	歳	年	平成20年度	1	2	3	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7
					平成21年度	1	2	3	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7

(8)	男	女	歳	年	平成20年度	1	2	3	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7
					平成21年度	1	2	3	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7

(9)	男	女	歳	年	平成20年度	1	2	3	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7
					平成21年度	1	2	3	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7

(10)	男	女	歳	年	平成20年度	1	2	3	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7
					平成21年度	1	2	3	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7

決まって支給する給与				一時金 (賞与・その他の臨時支給分)								
基本給(「月額」、「日額」、「時給」のうち、 該当欄にその数値をお書きください。)			手当									
賃金の支払が 月給の者 (1か月あたり)	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月分として 支給された 手当を記入 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)								
9月 月 額 で 記 入 し て く だ さ い。	9月 日 額 で 記 入 し て く だ さ い。	9月 時 給 で 記 入 し て く だ さ い。		右(1~8)の 手当の合計額								
				1	2	3	4	5	6	7	8	
				1	2	3	4	5	6	7	8	

4月1日から9月30日までの1日あたり支給された臨時支給分(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。

記入例	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円
1900000			1000		100000	1	2	3	4	5	6	7	8
					400000	1	2	3	4	5	6	7	8
(1)						1	2	3	4	5	6	7	8
(2)						1	2	3	4	5	6	7	8
(3)						1	2	3	4	5	6	7	8
(4)						1	2	3	4	5	6	7	8
(5)						1	2	3	4	5	6	7	8
(6)						1	2	3	4	5	6	7	8
(7)						1	2	3	4	5	6	7	8
(8)						1	2	3	4	5	6	7	8
(9)						1	2	3	4	5	6	7	8
(10)						1	2	3	4	5	6	7	8

訪問介護事業所(案)

※ 訪問介護員(サービス提供責任者含む)の方のみご記入ください。(事業所長、事務職員等は除きます)

性別	年齢	勤続年数	一平成20年度と平成21年度の状況を記載してください。	勤務形態			職位 9月30日時点で、サービス提供責任者の場合、○をつけてください。	実労働時間 9月中における実労働時間を記入してください。	実労働日数 9月中の実労働日数を記入してください。	資格の取得状況										業務の状況						
				1 常勤	2 非常勤(登録訪問介護員以外)	3 登録訪問介護員				1 サービス提供責任者	2 非正規職員	3 正規職員	1 社会福祉士	2 介護福祉士	3 介護支援専門員	4 看護師	5 准看護師	6 ヘルパー1級	7 ヘルパー2級	8 ヘルパー3級	9 介護職員基礎研修修了者	10 その他	1 生活相談員	2 介護職員	3 看護職員	4 機能訓練指導員

記入例	男	女	40歳	3年	平成20年度	1	2	3	1	2	1	40時間	12日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7
					平成21年度	1	2	3	1	2	1	160時間	24日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7

(11)	男	女	歳	年	平成20年度	1	2	3	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7
					平成21年度	1	2	3	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7

(12)	男	女	歳	年	平成20年度	1	2	3	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7
					平成21年度	1	2	3	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7

(13)	男	女	歳	年	平成20年度	1	2	3	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7
					平成21年度	1	2	3	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7

(14)	男	女	歳	年	平成20年度	1	2	3	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7
					平成21年度	1	2	3	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7

(15)	男	女	歳	年	平成20年度	1	2	3	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7
					平成21年度	1	2	3	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7

(16)	男	女	歳	年	平成20年度	1	2	3	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7
					平成21年度	1	2	3	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7

(17)	男	女	歳	年	平成20年度	1	2	3	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7
					平成21年度	1	2	3	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7

(18)	男	女	歳	年	平成20年度	1	2	3	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7
					平成21年度	1	2	3	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7

(19)	男	女	歳	年	平成20年度	1	2	3	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7
					平成21年度	1	2	3	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7

(20)	男	女	歳	年	平成20年度	1	2	3	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7
					平成21年度	1	2	3	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7

決まって支給する給与				手当								一時金 (賞与・その他の臨時支給分)				
基本給(「月額」、「日額」、「時給」のうち、 該当欄にその数値をお書きください。)												4月1日から9月30日 まで1日あたり 支給される 金額を 記入し 支給 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、 〇(ゼロ)を記入 してください。				
賃金の支払が 月給の者 (1か月あたり)	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月分として 支給 された 手当を 記入 してください。	該当する番号に 〇をつけてください (複数回答) ↓ 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 4 移動手当(ガソリ ン代を含む) 5 職務手当(役付手 当等) 6 資格手当 7 研修手当 8 その他												
9月 時点の 基本給を 記入して ください。	9月 時点の 基本給を 記入して ください。	9月 時点の 基本給を 記入して ください。	右(1~8)の 手当の合計額 ↓													

記入例	円			円								円						
	1	2	3	1	2	3	4	5	6	7	8	1	2					
190000				1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0			
				4	0	0	0	0	1	2	3	4	5	6	7	8		
(11)									1	2	3	4	5	6	7	8		
(12)									1	2	3	4	5	6	7	8		
(13)									1	2	3	4	5	6	7	8		
(14)									1	2	3	4	5	6	7	8		
(15)									1	2	3	4	5	6	7	8		
(16)									1	2	3	4	5	6	7	8		
(17)									1	2	3	4	5	6	7	8		
(18)									1	2	3	4	5	6	7	8		
(19)									1	2	3	4	5	6	7	8		
(20)									1	2	3	4	5	6	7	8		