

平成21年度介護従事者処遇状況等調査 (案)

(認知症対応型共同生活介護事業所票)

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	社会福祉法人
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: 氏名 _____ (役職: _____)

(5) 貴事業所の活動の状況 (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 勤務形態（常勤・非常勤）を要件として引き上げ
- 5 勤務形態（正規・非正規）を要件として引き上げ
- 6 勤務時間を要件として引き上げ
- 7 管理職について引き上げ
- 8 管理職以外の者について引き上げ
- 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、**8**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 夜勤手当 | 7 その他 |
| 3 家族（扶養）手当 | （具体的な名称： _____） |
| 4 通勤手当（通勤・交通費等） | 8 引き上げまたは新設なし |
| 5 職務手当（役付手当等） | |

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

■ 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(夜勤を含む)、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年間を目標

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

■ 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) 貴施設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

問10. 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(管理者、事務職員等を含む)	人	人	. 人	人	. 人
②看護職員数	人	人	. 人	人	. 人
③介護職員数	人	人	. 人	人	. 人
③のうち 介護福祉士数	人	人	. 人	人	. 人
④介護支援専門 員数	人	人	. 人	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(管理者、事務職員等を含む)	人	人	. 人	人	. 人
②看護職員数	人	人	. 人	人	. 人
③介護職員数	人	人	. 人	人	. 人
③のうち 介護福祉士数	人	人	. 人	人	. 人
④介護支援専門 員数	人	人	. 人	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。

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。)			9月分として支給 された手当を記入 してください。							4月1日から9月30日 まで1日あたり 支給された額を 合計し、その臨時 支給分を記入し 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)	該当する番号に ○をつけてください (複数回答)							
いでさ9 記れた1 入し基本 てく本給 ださ分の を月支 給額	いでさ9 記れた1 入し基本 てく本給 ださ分の を日支 給額	いでさ9 記れた1 入し基本 てく本給 ださ分の を時支 給額	1 深 夜・外 手 当 (早 期・ 休 日 手 当 等) 2 夜 勤 手 当 3 家 族 (扶 養) 手 当 4 通 勤 手 当 (通 勤・ 交 通 費 等) 5 離 職 手 当 (役 付 手 当 等) 6 資 格 手 当 7 その他							* 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		
	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3
190,000							100,000			1	2	3	4	5	6	7			
40,000							100,000			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。)			9月分として支給 された手当を記入 してください。							4月1日から9月30日 まで1日あたり 支給された 給与の合計額を 記入し、臨時 支給分を 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)	該当する番号に ○をつけてください (複数回答)							
いでさ9 でされ1 記れたか 入基本月 して給分 くださ月 ださ給額	いでさ9 でされ1 記れたか 入基本月 して給分 くださ日 ださ給額	いでさ9 でされ1 記れたか 入基本月 して給分 くださ時 ださ給額	右(1~7)の 手当の合計額							* 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。
			1 深夜・休日手当(早朝・ 夜間・外手当)	2 夜勤手当	3 家族(扶養)手当	4 通勤手当(通勤・交 通費等)	5 職務手当(役付手当 等)	6 資格手当	7 その他	

記入例	1900000	円	10000	円	100000	円	1	2	3	4	5	6	7	0	円
(11)		円		円		円	1	2	3	4	5	6	7		円
(12)		円		円		円	1	2	3	4	5	6	7		円
(13)		円		円		円	1	2	3	4	5	6	7		円
(14)		円		円		円	1	2	3	4	5	6	7		円
(15)		円		円		円	1	2	3	4	5	6	7		円
(16)		円		円		円	1	2	3	4	5	6	7		円
(17)		円		円		円	1	2	3	4	5	6	7		円
(18)		円		円		円	1	2	3	4	5	6	7		円
(19)		円		円		円	1	2	3	4	5	6	7		円
(20)		円		円		円	1	2	3	4	5	6	7		円