

平成24年度介護事業実態調査 (案)

(介護従事者処遇状況等調査)

調査対象サービス【000】

平成24年10月調査

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	00000
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	000000

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 : 氏名 _____ (役職 : _____)

(5) 調査対象サービスの活動状況 (平成24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24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24年4月1日～平成24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
 - 2 平成23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23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：)
- (「3」または「4」を選択した場合は、問1(7)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24年4月1日～平成24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(1)で「1」または「2」と答えた方におうかがいします】

(3) 平成24年4月1日～平成24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24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24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】

(4) 平成24年4月1日～平成24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。また、居宅介護支援については介護支援専門員を対象としてお答えください。(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(4)で「4」と答えた方におうかがいします】

(5) 平成24年4月1日～平成24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(2)で「3」と答えた方におうかがいします】

(6) 平成24年4月1日～平成24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「3」または「4」と答えた方におうかがいします】

(7) 平成24年4月1日～平成24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)

- 平成24年3月末までに給与等を引き上げているため
- 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
- 現在の給与水準が他の施設・事業所と比べ高いため
- 経営が安定しないため
- 増収分を借入金の返済にあてたため
- 介護報酬の収入が減少したため
- 支出が収入を上回ったため
- 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交付金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4にお進みください。

問2. 介護職員処遇改善交付金について

(1) 調査対象サービスにおける介護職員処遇改善交付金の申請状況について、該当する番号に○をつけてください。

	平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度
1 申請した	1	1	1	1
2 申請しなかった	2	2	2	2

【問2(1)で「1」と答えた方におうかがいします】

(2) 介護職員処遇改善交付金については、基本給、手当、一時金のいずれを引き上げることで対応したか、該当する番号に○をつけてください。(複数回答可)

	平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24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	1	1	1	1
2 定期昇給を実施することで対応	2	2	2	2
3 毎月支給される手当として対応	3	3	3	3
4 一時金 (賞与・その他の臨時支給分) として対応	4	4	4	4
↳ 一時金として対応した場合、一時金の支給時期を記載してください。	月	月	月	月

【問2(1)で「2」と答えた方におうかがいします】

(3) 介護職員処遇改善交付金の申請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 対象の制約のため困難	平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度	8 支給要件を達成できない	平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度
2 事務作業が煩雑	1	1	1	1	9 その他	8	8	8	8
3 平成24年度以降の取扱が不明	2	2	2	2	(具体的に : _____)	9	9	9	9
4 追加費用負担の発生	3	3	3	3	(具体的に : _____)				
5 キャリアパス要件が不明	4	4	4	4	(具体的に : _____)				
6 非常勤職員等の処遇上の問題	5	5	5	5	(具体的に : _____)				
7 賃金改善の必要性がない	6	6	6	6	(具体的に : _____)				
	7	7	7	7					

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4にお進みください。

問3. 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。

1 届出をしている（届出予定を含む）	1
2 届出をしていない	2

【問3(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)

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
2 定期昇給を実施することで対応（予定）	2
3 毎月支給される手当として対応（予定）	3
4 一時金（賞与・その他の臨時支給分）として対応（予定）	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。	月

【問3(1)で「1」と答えた方におうかがいします】

(3) 調査対象サービスにおける介護報酬総額(平成24年9月分)および介護職員処遇改善加算の算定対象となる介護職員数(常勤換算数)(平成24年9月)をお答えください。

	平成24年9月										
調査対象サービスにおける介護報酬総額											円
介護職員数（常勤換算数）											人 *小数第1位まで

【問3(1)で「1」と答えた方におうかがいします】

(4) 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。

1 介護職員処遇改善加算（Ⅰ）	1
2 介護職員処遇改善加算（Ⅱ）	2
3 介護職員処遇改善加算（Ⅲ）	3

【問3(4)で「1」または「2」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。(複数回答あり)

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

【問3(1)で「2」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)

1 対象の制約のため困難	1	6 非常勤職員等の処遇上の問題	6
2 事務作業が煩雑	2	7 賃金改善の必要性がない	7
3 平成27年度以降の取扱が不明	3	8 算定要件を達成できない	8
4 追加費用負担の発生	4	9 その他	9
5 利用者負担の発生	5	(具体的に：)	

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4. 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24年4月～平成24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)～(O)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。

	1 従来より実施しており、 (今回更に充実した予定を含む)	2 従来より実施しており、 (今回内容等を変更していない)	3 従来、実施してはなかったが、 (今回新たに実施した。予定を含む)	4 従来及び今回、実施してはなかったが 今後実施する予定	5 従来及び今回、実施してはならず、 今後も実施する予定なし
--	--	--	---	---	---

(注)

従来・・・平成24年3月31日以前

今回・・・平成24年4月1日～平成24年9月30日

今後・・・1年間を目途

■ 処遇全般					
(A) 職員（事務職員等を含む）の増員（派遣を含む）による業務負担の軽減	1	2	3	4	5
(B) 夜勤の見直しや有給休暇の取得促進等の労働条件の改善	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
その他処遇全般について(具体的に記載してください)					
■ 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
その他教育・研修について(具体的に記載してください)					
■ 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・家族等の介護を行う職員への支援の強化	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
その他職場環境について(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5. 併設サービス等の状況について

(1) 平成24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 複合型サービス |
| 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24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24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6. 調査対象サービスにおける平成24年9月の収支状況が、平成23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23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23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23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23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23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:)

※次ページの問7～問9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。

調査対象サービスが 介護福祉施設サービス の方のみご記入ください。

介護福祉施設サービスにおける加算の算定状況および利用者の状況についておうかがいします。

問7. 介護福祉施設サービスにおいて、以下の加算を算定している場合、該当する番号に○をつけてください。(複数回答可)

加算項目	平成23年9月	平成24年9月
1 日常生活継続支援加算	1	1
2 看護体制加算 (I)	2	2
3 看護体制加算 (II)	3	3
4 夜勤職員配置加算	4	4

加算項目	平成23年9月	平成24年9月
5 サービス提供体制強化加算 (I)	5	5
6 サービス提供体制強化加算 (II)	6	6
7 サービス提供体制強化加算 (III)	7	7

問8.

(1) 介護福祉施設サービスにおける平成23年9月30日および平成24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23年9月30日時点の入所定員

人

平成24年9月30日時点の入所定員

人

(2) 介護福祉施設サービスにおける平成23年9月および平成24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23年9月 (1ヵ月) の延べ在所者数

人

平成24年9月 (1ヵ月) の延べ在所者数

人

介護福祉施設サービスにおける職員数の状況についておうかがいします。

問9. 介護福祉施設サービスにおける平成23年9月30日および平成24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23年9月30日時点の職員数		平成24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(施設長、事務職員等を含む)	人	人	人	人
②生活相談員数	人	人	人	人
③介護職員数	人	人	人	人
③のうち 介護福祉士数	人	人	人	人
④看護職員数	人	人	人	人
⑤機能訓練指導員数	人	人	人	人
⑥介護支援専門員数	人	人	人	人

引き続き従事者票(P.13~)にお進み下さい。

調査対象サービスが 介護保健施設サービス の方のみご記入ください。

介護保健施設サービスにおける加算の算定状況および利用者の状況についておうかがいします。

問7. 介護保健施設サービスにおいて、以下の加算を算定している場合、該当する番号に○をつけてください。(複数回答可)

加算項目	平成23年9月	平成24年9月
1 夜勤職員配置加算	1	1
2 サービス提供体制強化加算 (I)	2	2

加算項目	平成23年9月	平成24年9月
3 サービス提供体制強化加算 (II)	3	3
4 サービス提供体制強化加算 (III)	4	4

問8.

(1) 介護保健施設サービスにおける平成23年9月30日および平成24年9月30日時点の入所定員をお答えください。

平成23年9月30日時点の入所定員

人

平成24年9月30日時点の入所定員

人

(2) 介護保健施設サービスにおける平成23年9月および平成24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23年9月 (1ヵ月) の延べ在所要者数

人

平成24年9月 (1ヵ月) の延べ在所要者数

人

介護保健施設サービスにおける職員数の状況についておうかがいします。

問9. 介護保健施設サービスにおける平成23年9月30日および平成24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23年9月30日時点の職員数		平成24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(施設長、 医師、事務職員等を含む)	人	人	人	人
②看護職員数	人	人	人	人
③介護職員数	人	人	人	人
③のうち 介護福祉士数	人	人	人	人
④支援相談員数	人	人	人	人
⑤理学療法士・作業療法 士・言語聴覚士数	人	人	人	人
⑥介護支援専門員数	人	人	人	人

引き続き従事者票(P.13~)にお進み下さい。

調査対象サービスが 介護療養施設サービス の方のみご記入ください。

介護療養施設サービスにおける加算の算定状況および利用者の状況についておうかがいします。

問7. 介護療養施設サービスにおいて、以下の加算を算定している場合、該当する番号に○をつけてください。(複数回答可)

加算項目	平成23年9月	平成24年9月
1 夜間勤務等看護	1	1
2 サービス提供体制強化加算 (I)	2	2

加算項目	平成23年9月	平成24年9月
3 サービス提供体制強化加算 (II)	3	3
4 サービス提供体制強化加算 (III)	4	4

問8.

(1) 介護療養施設サービスにおける平成23年9月30日および平成24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23年9月30日時点の病床数

床

平成24年9月30日時点の病床数

床

(2) 介護療養施設サービスにおける平成23年9月および平成24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23年9月 (1ヵ月) の延べ在院者数

人

平成24年9月 (1ヵ月) の延べ在院者数

人

介護療養施設サービスにおける職員数の状況についておうかがいします。

問9. 介護療養施設サービスにおける平成23年9月30日および平成24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23年9月30日時点の職員数		平成24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(施設長、事務職員等を含む)	人	人	人	人
②看護職員数	人	人	人	人
③介護職員数	人	人	人	人
③のうち 介護福祉士数	人	人	人	人
④理学療法士・作業療法士数	人	人	人	人
⑤介護支援専門員数	人	人	人	人

引き続き従事者票(P.13～)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。

訪問介護における加算の算定状況および利用者の状況についておうかがいします。

問7. 訪問介護において、以下の加算を算定している場合、該当する番号に○をつけてください。(複数回答可)

加算項目	平成23年9月	平成24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	4

問8. 訪問介護における平成23年9月および平成24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23年9月 (1ヵ月) の延べ訪問回数

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

回

平成24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9. 訪問介護における平成23年9月30日および平成24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23年9月30日時点の職員数		平成24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(事務所長、事務職員等を含む)	人	人	人	人
②訪問介護員数	人	人	人	人
②のうち 介護福祉士数	人	人	人	人

引き続き従事者票(P.13～)にお進み下さい。

調査対象サービスが 通所介護 の方のみご記入ください。

通所介護における加算の算定状況および利用者の状況についておうかがいします。

問7. 通所介護において、以下の加算を算定している場合、該当する番号に○をつけてください。

加算項目	平成23年9月	平成24年9月
1 サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	1	1
2 サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	2	2

問8.

(1) 通所介護における平成23年9月および平成24年9月の開催日数(稼働日)をお答えください。

平成23年9月（1ヵ月）の開催日数

日

平成24年9月（1ヵ月）の開催日数

日

(2) 通所介護における平成23年9月および平成24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)をお答えください。

平成23年9月（1ヵ月）の延べ利用者数

人

平成24年9月（1ヵ月）の延べ利用者数

人

通所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9. 通所介護における平成23年9月30日および平成24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23年9月30日時点の職員数		平成24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(事務所長、事務職員等を含む)	人	人	人	人
②生活相談員数	人	人	人	人
③看護職員数	人	人	人	人
④介護職員数	人	人	人	人
④のうち 介護福祉士数	人	人	人	人
⑤機能訓練指導員数	人	人	人	人

引き続き従事者票(P.13～)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加算の算定状況および利用者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いて、以下の加算を算定している場合、該当する番号に○をつけてください。(複数回答可)

加算項目	平成23年9月	平成24年9月
1 夜間ケア加算 (I)	1	1
2 夜間ケア加算 (II)	2	2
3 サービス提供体制強化加算 (I)	3	3

加算項目	平成23年9月	平成24年9月
4 サービス提供体制強化加算 (II)	4	4
5 サービス提供体制強化加算 (III)	5	5

問8.

(1) 認知症対応型共同生活介護における平成23年9月30日および平成24年9月30日時点の入居定員をお答えください。

平成23年9月30日時点の定員

人
ユニット

平成24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23年9月および平成24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23年9月 (1ヵ月) の延べ利用者数

人

平成24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9. 認知症対応型共同生活介護における平成23年9月30日および平成24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23年9月30日時点の職員数		平成24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(管理者、事務職員等を含む)	人	人	人	人
②介護職員数	人	人	人	人
②のうち 看護職員数	人	人	人	人
②のうち 介護福祉士数	人	人	人	人
③介護支援専門員数	人	人	人	人

引き続き従事者票(P.13～)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加算の算定状況および利用者の状況についておうかがいします。

問7. 居宅介護支援において、以下の加算を算定している場合、該当する番号に○をつけてください。

加算項目	平成23年9月	平成24年9月
1 中山間地域等における小規模事業所加算	1	1
2 特定事業所加算（Ⅰ）	2	2
3 特定事業所加算（Ⅱ）	3	3

問8.

(1) 居宅介護支援における平成23年9月および平成24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23年9月（1ヵ月）の実利用者数

人

平成24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23年9月および平成24年9月の受託者数をお答えください。

平成23年9月（1ヵ月）の受託者数

人

平成24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9. 居宅介護支援における平成23年9月30日および平成24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23年9月30日時点の職員数		平成24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(管理者、事務職員等を含む)	人	人	人	人
②介護支援専門員数	人	人	人	人
②のうち 主任介護支援専門員数	人	人	人	人

引き続き従事者票(P.13～)にお進み下さい。

調査対象サービスの職員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。

性別	年齢	職種	勤続年数	→平成23年度と平成24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													
					1 常勤	2 非常勤				1 正規職員	2 非正規職員	1 介護職(ユニットリーダーを除く)・サービス提供責任者・主任介護支援専門員	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・栄養士	7 P.T・O.T・S.T	8 介護支援専門員	9 ヘルパー1・2・3級	10 介護職員基礎研修課程修了者	11 認知症関係の研修修了者(認知症介護指導者養成研修等)	12 認定特定行為業務従事者(たんの吸引等)
いずれかに○をつけてください。	平成24年9月30日における年齢を記入してください。	平成24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。	平成24年9月30日における貴事業所における勤続年数の記入してください。なお、当該事業所に以前に同一法人の経営する事業所に勤務していた場合は、そこでの勤続年数も含めてください。		1 常勤	2 非常勤	1 正規職員 2 非正規職員	9月30日時点で管理職(訪問介護においてはサービス提供責任者・居宅介護支援においては主任介護支援専門員)である場合、○をつけてください。	9月中における実労働時間を記入してください。	9月中の実労働日数を記入してください。	9月30日時点で有している資格が番号に○をつけてください。 (○はいくつでも)												

記入例	男	女	32	歳	1	2	3	4	5	6	5	年	平成23年度	1	2	1	2	1	時間	80	日	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
													平成24年度	1	2	1	2	1	時間	160	日	24	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13

(1)	男	女	歳	1	2	3	4	5	6	年	平成23年度	1	2	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	→
											平成24年度	1	2	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	→
(2)	男	女	歳	1	2	3	4	5	6	年	平成23年度	1	2	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	→
											平成24年度	1	2	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	→
(3)	男	女	歳	1	2	3	4	5	6	年	平成23年度	1	2	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	→
											平成24年度	1	2	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	→
(4)	男	女	歳	1	2	3	4	5	6	年	平成23年度	1	2	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	→
											平成24年度	1	2	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	→
(5)	男	女	歳	1	2	3	4	5	6	年	平成23年度	1	2	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	→
											平成24年度	1	2	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	→
(6)	男	女	歳	1	2	3	4	5	6	年	平成23年度	1	2	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	→
											平成24年度	1	2	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	→
(7)	男	女	歳	1	2	3	4	5	6	年	平成23年度	1	2	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	→
											平成24年度	1	2	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	→
(8)	男	女	歳	1	2	3	4	5	6	年	平成23年度	1	2	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	→
											平成24年度	1	2	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	→
(9)	男	女	歳	1	2	3	4	5	6	年	平成23年度	1	2	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	→
											平成24年度	1	2	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	→
(10)	男	女	歳	1	2	3	4	5	6	年	平成23年度	1	2	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	→
											平成24年度	1	2	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	→

調査対象サービスの職員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。

性別	年齢	職種	勤続年数	→平成23年度と平成24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													
					1 常勤	2 非常勤				1 正規職員	2 非正規職員	1 管理職(ユニットリーダーを除く)・サービス提供責任者・主任介護支援専門員	2 介護職員(ヘルパー1・2・3級)	3 社会福祉士	4 看護師	5 准看護師	6 管理栄養士・栄養士	7 P.T・O.T・S.T	8 介護支援専門員	9 ヘルパー1・2・3級	10 介護職員基礎研修課程修了者	11 認知症関係の研修修了者(認知症介護指導者養成研修等)	12 認定特定行為業務従事者(たんの吸引等)
いずれかに○をつけてください。	平成24年9月30日における年齢を記入してください。	平成24年9月30日について、該当するものいずれかに○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。	平成24年9月30日における貴事業所における勤続年数の記入してください。なお、当該事業所以前に同一法人の経営する事業所に勤務していた場合は、そこでの勤続年数も含めてください。		1 常勤	2 非常勤	1 正規職員 2 非正規職員	9月30日時点で管理職(訪問介護においてはサービス提供責任者、居宅介護支援においては主任介護支援専門員)である場合、○をつけてください。	9月中における実労働時間を記入してください。	9月中の実労働日数を記入してください。	9月30日時点で有している資格がありまして該当する番号に○をつけてください。 (○はいくつでも)												

記入例	男	女	32	歳	1	2	3	4	5	6	5	年	平成23年度	1	2	1	2	1	時間	80	日	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	→
													平成24年度	1	2	1	2	1	時間	160	日	24	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	→

(11)	男	女	歳	1	2	3	4	5	6	年	平成23年度	1	2	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	→
											平成24年度	1	2	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	→

(12)	男	女	歳	1	2	3	4	5	6	年	平成23年度	1	2	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	→
											平成24年度	1	2	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	→

(13)	男	女	歳	1	2	3	4	5	6	年	平成23年度	1	2	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	→
											平成24年度	1	2	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	→

(14)	男	女	歳	1	2	3	4	5	6	年	平成23年度	1	2	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	→
											平成24年度	1	2	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	→

(15)	男	女	歳	1	2	3	4	5	6	年	平成23年度	1	2	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	→
											平成24年度	1	2	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	→

(16)	男	女	歳	1	2	3	4	5	6	年	平成23年度	1	2	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	→
											平成24年度	1	2	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	→

(17)	男	女	歳	1	2	3	4	5	6	年	平成23年度	1	2	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	→
											平成24年度	1	2	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	→

(18)	男	女	歳	1	2	3	4	5	6	年	平成23年度	1	2	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	→
											平成24年度	1	2	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	→

(19)	男	女	歳	1	2	3	4	5	6	年	平成23年度	1	2	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	→
											平成24年度	1	2	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	→

(20)	男	女	歳	1	2	3	4	5	6	年	平成23年度	1	2	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	→
											平成24年度	1	2	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	→

