

社会保障審議会介護給付費分科会
調査実施委員会（第2回）議事次第

日時：平成21年5月18日（月）

午後3時半から午後5時半まで

於：厚生労働省17階専用第18会議室

議 題

1. 介護従事者処遇状況等調査における調査票等について
2. 関係団体ヒアリング
3. その他

第1回調査実施委員会における主な意見の反映状況について

調査対象サービス・職種の範囲

【第1回委員会におけるご意見】

- 居宅介護支援事業等、調査対象サービスの範囲を拡大することができるかどうか
- 看護・介護職員の他に、生活相談員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、機能訓練指導員、介護支援専門員等、調査対象職種の範囲を拡大することができるかどうか

【反映状況】

- 調査対象職種については、記入者の負担を考慮し、直接処遇職員及び介護支援専門員とする
- 介護支援専門員の処遇状況については、調査対象職種を拡大することにより把握できるため、居宅介護支援事業については調査対象サービスの対象外とする

(参考)調査対象職種

【調査対象職種(直接処遇職員+介護支援専門員)】

- 介護老人福祉施設
生活相談員、看護職員、介護職員、機能訓練指導員、介護支援専門員
- 介護老人保健施設
看護職員、介護職員、支援相談員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、介護支援専門員
- 介護療養型医療施設
看護職員、介護職員、理学療法士、作業療法士、介護支援専門員
- 訪問介護
訪問介護員(サービス提供責任者含む)
- 通所介護
生活相談員、看護職員、介護職員、機能訓練指導員
- 認知症対応型共同生活介護
看護職員、介護職員、介護支援専門員

介護職員処遇改善交付金(仮称)について

【第1回委員会におけるご意見】

- 報酬改定と介護職員処遇改善交付金(仮称)(以下、交付金)の影響をあわせて把握する必要があるのではないか。把握にあたっては、平成21年度後半に再度調査をするか、平成22年度の調査とするか検討が必要ではないか
- 交付金の認識について調査してもいいのではないか

【反映状況】

- 交付金については、来年度に同様の調査を実施し、交付金実施の前後の状況を比較することで、交付金の影響分を把握する
- 今年度の調査実施する調査においては、交付金の申請状況等についての調査項目を追加した
 - ・ 交付金を「申請する(予定・申請中を含む)」または、「申請をしない」について把握
 - ・ 「申請を行うために行った、又は行う予定」の処遇改善の状況について把握

介護従事者処遇状況等調査の客体設定について

【抽出率の設定】
 ○ サービス種別毎の従事者を職種別、地域区分別に集計した時の誤差率の目標精度を1%として、施設(事業所)及び従事者の抽出率を設定

【施設数及び従事者(実人員)数】

	施設数	従事者 総数	看護 職員	介護 職員	訪問 介護員	サービス 提供 責任者	生活 相談員・ 支援 専門員	PT・OT・ST 又は 機能訓練 指導員	介護 支援 専門員
介護老人福祉施設	5,892	314,068	26,278	191,087			9,200	8,112	9,531
介護老人保健施設	3,435	203,496	37,920	101,260			6,306	12,910	6,787
介護療養型医療施設	2,608	110,933	35,193	37,784				8,750	4,590
訪問介護事業所	21,069	395,874			333,312	46,318			
通所介護事業所	20,997	307,593	45,375	139,196			39,858	32,671	
認知症対応型共同生活介護事業所	8,818	134,964	6,445	85,021					10,237

※ 平成19年10月1日現在 介護サービス施設・事業所調査

介護従事者処遇状況等調査の客体設定について

【各施設等の抽出率】

	施設数	看護職員	介護職員	訪問介護員	サービス提供者	生活相談員・支援専門員	PT・OT・ST 又は機能訓練指導員	介護支援専門員
介護老人福祉施設	1/4	1/2	1/5			1/1	1/1	1/1
介護老人保健施設	1/4	1/4	1/5			1/1	1/2	1/1
介護療養型医療施設	1/4	1/4	1/2				1/2	1/1
訪問介護事業所	1/20			1/4	1/1			
通所介護事業所	1/20	1/1	1/2			1/1	1/1	
認知症対応型共同生活介護事業所	1/10	1/1	1/2					1/1

※ 職種別抽出率は施設の従事者に対する率

介護従事者処遇状況等調査の客体設定について

【調査対象施設数及び従事者数(見込数)】

	施設数	看護職員	介護職員	訪問介護員	サービス提供責任者	生活相談員・支援専門員	PT・OT・ST 又は機能訓練指導員	介護支援専門員
介護老人福祉施設	1,473 (25.0%)	3,285 (12.5%)	9,554 (5.0%)			2,300 (25.0%)	2,028 (25.0%)	2,383 (25.0%)
介護老人保健施設	859 (25.0%)	2,370 (6.3%)	5,063 (5.0%)			1,577 (25.0%)	1,614 (12.5%)	1,697 (25.0%)
介護療養型医療施設	652 (25.0%)	2,200 (6.3%)	4,723 (12.5%)				1,094 (12.5%)	1,148 (25.0%)
訪問介護事業所	1,053 (5.0%)			4,166 (1.3%)	2,316 (5.0%)			
通所介護事業所	1,050 (5.0%)	2,269 (5.0%)	3,480 (2.5%)			1,993 (5.0%)	1,634 (5.0%)	
認知症対応型共同生活介護事業所	882 (10.0%)	645 (10.0%)	4,251 (5.0%)					1,024 (10.0%)

※ ()は各施設種類別にみた客体見込数の占める割合

平成21年度介護従事者処遇状況等調査 (案)

(介護老人福祉施設票)

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
施設名	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	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0
パスワード	M 6 5 5 Q 7 h 6

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) 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)

貴施設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日の間の貴施設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、本問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
 - 2 定期昇給のみを実施
 - 3 何らかの要件のもとに引き上げ
 - 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
- 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（エグゼクティブを除く）
- 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、本問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施設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)

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、今回内容等に変更していない	従来、実施していなかったが、今回新たに実施した	従来および今回、実施していないが、今後実施する予定	従来および今回、実施しておらず、今後も実施する予定なし

(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

■ 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、貴施設と同一または隣接の敷地内で実施している貴施設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、貴施設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、貴施設の属する法人が、貴施設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 貴施設以外には、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、貴施設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（施設長、事務職員等を含む）	人	人	. 人	人	. 人
②生活相談員数	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看護職員数	人	人	. 人	人	. 人
⑤機能訓練指導員数	人	人	. 人	人	. 人
⑥介護支援専門員	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（施設長、事務職員等を含む）	人	人	. 人	人	. 人
②生活相談員数	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看護職員数	人	人	. 人	人	. 人
⑤機能訓練指導員数	人	人	. 人	人	. 人
⑥介護支援専門員	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。

兼務の状況	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			手当				4月1日から9月30日 まで支給された一時金 (賞与・その他の臨時支 給)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。
9月30日時点に兼務し ている職種がありまし て、該当する番号に○を つけてください。 (○はいくつでも)	9月分として支給 された基本給を記 入してください。時 給(日給)もその額を 記入してください。			9月分として支 付された手当を記 入してください。				
	1 生活相談員 2 介護職員 3 看護職員 4 機能訓練指導員 5 管理栄養士・栄養士 6 介護支援専門員 7 その他	月給: 1 日給: 2 時給: 3	必ず1,2,3のど れか1つを記入し てください	右(1~7)の 手当の合計額	1 時間外手当(早期・ 深夜・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 職務手当(役付手 当等) 6 資格手当 7 その他			

記入例	1	2	3	4	5	6	7	1	0	3	0	円	3	1	0	0	0	0	円	1	2	3	4	5	6	7	0	円					
	1	2	3	4	5	6	7	1	9	0	0	0	円	1	4	0	0	0	0	円	1	2	3	4	5	6	7	4	8	0	0	0	0
(1)	1	2	3	4	5	6	7					円						円	1	2	3	4	5	6	7							円	
	1	2	3	4	5	6	7					円						円	1	2	3	4	5	6	7							円	
(2)	1	2	3	4	5	6	7					円						円	1	2	3	4	5	6	7							円	
	1	2	3	4	5	6	7					円						円	1	2	3	4	5	6	7							円	
(3)	1	2	3	4	5	6	7					円						円	1	2	3	4	5	6	7							円	
	1	2	3	4	5	6	7					円						円	1	2	3	4	5	6	7							円	
(4)	1	2	3	4	5	6	7					円						円	1	2	3	4	5	6	7							円	
	1	2	3	4	5	6	7					円						円	1	2	3	4	5	6	7							円	
(5)	1	2	3	4	5	6	7					円						円	1	2	3	4	5	6	7							円	
	1	2	3	4	5	6	7					円						円	1	2	3	4	5	6	7							円	
(6)	1	2	3	4	5	6	7					円						円	1	2	3	4	5	6	7							円	
	1	2	3	4	5	6	7					円						円	1	2	3	4	5	6	7							円	
(7)	1	2	3	4	5	6	7					円						円	1	2	3	4	5	6	7							円	
	1	2	3	4	5	6	7					円						円	1	2	3	4	5	6	7							円	
(8)	1	2	3	4	5	6	7					円						円	1	2	3	4	5	6	7							円	
	1	2	3	4	5	6	7					円						円	1	2	3	4	5	6	7							円	
(9)	1	2	3	4	5	6	7					円						円	1	2	3	4	5	6	7							円	
	1	2	3	4	5	6	7					円						円	1	2	3	4	5	6	7							円	
(10)	1	2	3	4	5	6	7					円						円	1	2	3	4	5	6	7							円	
	1	2	3	4	5	6	7					円						円	1	2	3	4	5	6	7							円	

介護老人福祉施設(案)

生活相談員、看護職員、看護職員、機能訓練指導員、介護支援専門員の方のみご記入ください。(施設長、事務職員等は除きます)

性別	年齢	職種	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										
					1 常勤	2 非常勤				1 管理職(ユニットリーダーを除く)	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・栄養士	7 PT・OT・ST	8 介護支援専門員	9 ヘルパー1・2・3級
いずれかに○をつけてください。	平成21年9月30日における年齢を記入してください。	平成21年9月30日現在、当該職種について従事している場合は、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。	平成21年9月30日現在、当該事業所における勤続年数を記入してください。なお、当該事業所に同一法人の経営する事業所等に勤務していた場合は、その勤続年数も含めてください。	記入例	平成20年度	平成21年度	1 管理職(ユニットリーダーを除く)	80時間	12日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

記入例	男	女	32歳	1	2	3	4	5	5年	平成20年度	平成21年度	1	2	1	2	1	80時間	12日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
11)	男	女	歳	1	2	3	4	5	年	平成20年度	平成21年度	1	2	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
12)	男	女	歳	1	2	3	4	5	年	平成20年度	平成21年度	1	2	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
13)	男	女	歳	1	2	3	4	5	年	平成20年度	平成21年度	1	2	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
14)	男	女	歳	1	2	3	4	5	年	平成20年度	平成21年度	1	2	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
15)	男	女	歳	1	2	3	4	5	年	平成20年度	平成21年度	1	2	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
16)	男	女	歳	1	2	3	4	5	年	平成20年度	平成21年度	1	2	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
17)	男	女	歳	1	2	3	4	5	年	平成20年度	平成21年度	1	2	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
18)	男	女	歳	1	2	3	4	5	年	平成20年度	平成21年度	1	2	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
19)	男	女	歳	1	2	3	4	5	年	平成20年度	平成21年度	1	2	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
20)	男	女	歳	1	2	3	4	5	年	平成20年度	平成21年度	1	2	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

兼務の状況	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			手当				4月1日から9月30日 までに支給された 一時金(賞与・その他)の 合計額を記入し てください。
9月30日時点に兼務し ている職種が あり、かつ、 該当する番号に○を つけてください。 (○はいくつでも)	9月分として支給 された基本給を記 入してください。			9月分として支給 された手当を記入 してください。				
	1 生活相談員 2 介護職員 3 看護職員 4 機能訓練指導員 5 管理栄養士・栄養士 6 介護支援専門員 7 その他	月給: 1 日給: 2 時給: 3	必ず1,2,3のどれ か1つを記入して 下さい	右(1~7)の 手当の合計額	該当する番号に ○をつけてください (複数回答)	1 時間外手当(早期・ 深夜・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 職務手当(役付手当 等) 6 資格手当 7 その他		

記入例	1	2	3	4	5	6	7	1	0	3	0	3	1	0	0	0	0	1	2	3	4	5	6	7	0						
	1	2	3	4	5	6	7	1	9	0	0	0	1	4	0	0	0	0	1	2	3	4	5	6	7	4	8	0	0	0	0
(11)	1	2	3	4	5	6	7											1	2	3	4	5	6	7							
	1	2	3	4	5	6	7											1	2	3	4	5	6	7							
(12)	1	2	3	4	5	6	7											1	2	3	4	5	6	7							
	1	2	3	4	5	6	7											1	2	3	4	5	6	7							
(13)	1	2	3	4	5	6	7											1	2	3	4	5	6	7							
	1	2	3	4	5	6	7											1	2	3	4	5	6	7							
(14)	1	2	3	4	5	6	7											1	2	3	4	5	6	7							
	1	2	3	4	5	6	7											1	2	3	4	5	6	7							
(15)	1	2	3	4	5	6	7											1	2	3	4	5	6	7							
	1	2	3	4	5	6	7											1	2	3	4	5	6	7							
(16)	1	2	3	4	5	6	7											1	2	3	4	5	6	7							
	1	2	3	4	5	6	7											1	2	3	4	5	6	7							
(17)	1	2	3	4	5	6	7											1	2	3	4	5	6	7							
	1	2	3	4	5	6	7											1	2	3	4	5	6	7							
(18)	1	2	3	4	5	6	7											1	2	3	4	5	6	7							
	1	2	3	4	5	6	7											1	2	3	4	5	6	7							
(19)	1	2	3	4	5	6	7											1	2	3	4	5	6	7							
	1	2	3	4	5	6	7											1	2	3	4	5	6	7							
(20)	1	2	3	4	5	6	7											1	2	3	4	5	6	7							
	1	2	3	4	5	6	7											1	2	3	4	5	6	7							

平成21年度介護従事者処遇状況等調査 (案)

(介護老人保健施設票)

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
施設名	〇〇〇〇
所在地	東京都千代田区×××町2丁目1-1
経営主体	医療法人
地域区分	特別区

ID	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0
パスワード	M 6 5 5 Q 7 h 6

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)

貴施設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日の間の貴施設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、本問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
 - 2 定期昇給のみを実施
 - 3 何らかの要件のもとに引き上げ
 - 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
- 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（エントリーガーを除く）
- 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、本問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施設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)

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、今後も実施する予定なし

(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

■ 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、貴施設と同一または隣接の敷地内で実施している貴施設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、貴施設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、貴施設の属する法人が、貴施設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 貴施設以外には、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、貴施設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（施設長、 医師、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支援相談員数	人	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	. 人
⑥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（施設長、 医師、事務職員等を含	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支援相談員数	人	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	. 人
⑥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。

介護老人保健施設(案)

※ 看護職員、介護職員、支援相談員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、介護支援専門員の方のみご記入ください。(施設長、医師、事務職員等は除きます)

性別	年齢	職種	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										
					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)	1 社会福祉士	2 介護福祉士	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
いずれかに○をつけてください。	平成21年9月30日における年齢を記入してください。	平成21年9月30日について、該当する職種につき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。	平成21年9月30日における貴事業所における勤続年数を記入してください。なお、当該事業所以前に同一法人の経営する事業所等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。		9月中における勤務形態について、該当する勤務形態に○をつけてください。		9月30日時点で管理職である場合、○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たら、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	5	年	平成20年度	1	2	1	2	1	80	時間	12	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
												平成21年度	1	2	1	2	1	160	時間	24	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
(1)	男	女		歳	1	2	3	4	5		年	平成20年度	1	2	1	2	1		時間		日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
												平成21年度	1	2	1	2	1		時間		日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
(2)	男	女		歳	1	2	3	4	5		年	平成20年度	1	2	1	2	1		時間		日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
												平成21年度	1	2	1	2	1		時間		日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
(3)	男	女		歳	1	2	3	4	5		年	平成20年度	1	2	1	2	1		時間		日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
												平成21年度	1	2	1	2	1		時間		日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
(4)	男	女		歳	1	2	3	4	5		年	平成20年度	1	2	1	2	1		時間		日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
												平成21年度	1	2	1	2	1		時間		日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
(5)	男	女		歳	1	2	3	4	5		年	平成20年度	1	2	1	2	1		時間		日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
												平成21年度	1	2	1	2	1		時間		日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
(6)	男	女		歳	1	2	3	4	5		年	平成20年度	1	2	1	2	1		時間		日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
												平成21年度	1	2	1	2	1		時間		日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
(7)	男	女		歳	1	2	3	4	5		年	平成20年度	1	2	1	2	1		時間		日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
												平成21年度	1	2	1	2	1		時間		日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
(8)	男	女		歳	1	2	3	4	5		年	平成20年度	1	2	1	2	1		時間		日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
												平成21年度	1	2	1	2	1		時間		日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
(9)	男	女		歳	1	2	3	4	5		年	平成20年度	1	2	1	2	1		時間		日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
												平成21年度	1	2	1	2	1		時間		日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
(10)	男	女		歳	1	2	3	4	5		年	平成20年度	1	2	1	2	1		時間		日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
												平成21年度	1	2	1	2	1		時間		日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

兼務の状況							決まって支給する給与							一時金 (賞与・その他の臨時支給分)				
9月30日時点に兼務している職種がありまして、 つけてください番号に○を (○はいくつでも)							基本給			手当							4月1日から9月30日 まで支給された一時金 (賞与・その他の臨時支 給)の合計額を記入し てください。	
							9月分として支給された基本給を 入力してください。 (一日給もしくは時 給の方を記入して 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。								
1	2	3	4	5	6	7	月給: 1	日給: 2	時給: 3	1 時間外手当(早朝・ 深夜・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 職務手当(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	1	2	3	4	5	6	7	1	0	3	0	円	3	1	0	0	0	円	1	2	3	4	5	6	7	0	円		
	1	2	3	4	5	6	7	1	9	0	0	円	1	4	0	0	0	円	1	2	3	4	5	6	7	4	8	0	0
(1)	1	2	3	4	5	6	7					円					円	1	2	3	4	5	6	7		円			
	1	2	3	4	5	6	7					円					円	1	2	3	4	5	6	7		円			
(2)	1	2	3	4	5	6	7					円					円	1	2	3	4	5	6	7		円			
	1	2	3	4	5	6	7					円					円	1	2	3	4	5	6	7		円			
(3)	1	2	3	4	5	6	7					円					円	1	2	3	4	5	6	7		円			
	1	2	3	4	5	6	7					円					円	1	2	3	4	5	6	7		円			
(4)	1	2	3	4	5	6	7					円					円	1	2	3	4	5	6	7		円			
	1	2	3	4	5	6	7					円					円	1	2	3	4	5	6	7		円			
(5)	1	2	3	4	5	6	7					円					円	1	2	3	4	5	6	7		円			
	1	2	3	4	5	6	7					円					円	1	2	3	4	5	6	7		円			
(6)	1	2	3	4	5	6	7					円					円	1	2	3	4	5	6	7		円			
	1	2	3	4	5	6	7					円					円	1	2	3	4	5	6	7		円			
(7)	1	2	3	4	5	6	7					円					円	1	2	3	4	5	6	7		円			
	1	2	3	4	5	6	7					円					円	1	2	3	4	5	6	7		円			
(8)	1	2	3	4	5	6	7					円					円	1	2	3	4	5	6	7		円			
	1	2	3	4	5	6	7					円					円	1	2	3	4	5	6	7		円			
(9)	1	2	3	4	5	6	7					円					円	1	2	3	4	5	6	7		円			
	1	2	3	4	5	6	7					円					円	1	2	3	4	5	6	7		円			
(10)	1	2	3	4	5	6	7					円					円	1	2	3	4	5	6	7		円			
	1	2	3	4	5	6	7					円					円	1	2	3	4	5	6	7		円			

介護老人保健施設(案)

※ 看護職員、介護職員、支援相談員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、介護支援専門員の方のみご記入ください。(施設長、医師、事務職員等は除きます)

性別	年齢	職種	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													
					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)	1 社会福祉士	2 介護福祉士	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 その他
いずれかに○をつけてください。	平成21年9月30日における年齢を記入してください。	平成21年9月30日現在、当該職種に就いておられる方について、○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ついて○をつけてください。	平成21年9月30日現在、当該事業所における勤続年数を記入してください。なお、当該事業所以前に同一法人の経営する事業所等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	1 管理職(ユニットリーダーを除く)	9月30日時点で管理職である場合、○をつけてください。	9月30日時点での実労働時間を記入してください。	9月中における実労働日数を記入してください。	1 社会福祉士	2 介護福祉士	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 その他
記入例	男 32歳		5年		平成20年度 1 2 1 2 1	平成21年度 1 2 1 2 1	80時間	12日	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
(11)	男 女	歳	1 2 3 4 5	年	平成20年度 1 2 1 2 1	平成21年度 1 2 1 2 1	時間	日	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11														
(12)	男 女	歳	1 2 3 4 5	年	平成20年度 1 2 1 2 1	平成21年度 1 2 1 2 1	時間	日	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11														
(13)	男 女	歳	1 2 3 4 5	年	平成20年度 1 2 1 2 1	平成21年度 1 2 1 2 1	時間	日	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11														
(14)	男 女	歳	1 2 3 4 5	年	平成20年度 1 2 1 2 1	平成21年度 1 2 1 2 1	時間	日	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11														
(15)	男 女	歳	1 2 3 4 5	年	平成20年度 1 2 1 2 1	平成21年度 1 2 1 2 1	時間	日	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11														
(16)	男 女	歳	1 2 3 4 5	年	平成20年度 1 2 1 2 1	平成21年度 1 2 1 2 1	時間	日	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11														
(17)	男 女	歳	1 2 3 4 5	年	平成20年度 1 2 1 2 1	平成21年度 1 2 1 2 1	時間	日	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11														
(18)	男 女	歳	1 2 3 4 5	年	平成20年度 1 2 1 2 1	平成21年度 1 2 1 2 1	時間	日	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11														
(19)	男 女	歳	1 2 3 4 5	年	平成20年度 1 2 1 2 1	平成21年度 1 2 1 2 1	時間	日	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11														
(20)	男 女	歳	1 2 3 4 5	年	平成20年度 1 2 1 2 1	平成21年度 1 2 1 2 1	時間	日	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11														

兼務の状況		決まって支給する給与							一時金 (賞与・その他の臨時支給分)			
9月30日時点に兼務している職種がありま した。その番号に○を つけてください。 (○はいくつでも)		基本給			手当				4月1日から9月30日 までの支給された一時 金の合計額を記入し てください。			
		9月分として支給された基本給を記入してください。 (日給の方はその額は 月給を記入してください)			9月分として支給された手当を記入してください。						該当する番号に○をつけてください (複数回答)	
1 看護職員	2 介護職員	3 支援相談員	4 P T ・ O T ・ S T	5 管理栄養士・栄養士	6 介護支援専門員	7 その他	月給: 1 日給: 2 時給: 3				* 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	1	2	3	4	5	6	7	1	0	3	0	円	3	1	0	0	0	円	1	2	3	4	5	6	7	0	円				
	1	2	3	4	5	6	7	1	9	0	0	円	1	4	0	0	0	円	1	2	3	4	5	6	7	4	8	0	0	0	0
(11)	1	2	3	4	5	6	7					円					円	1	2	3	4	5	6	7							円
	1	2	3	4	5	6	7					円					円	1	2	3	4	5	6	7							円
(12)	1	2	3	4	5	6	7					円					円	1	2	3	4	5	6	7							円
	1	2	3	4	5	6	7					円					円	1	2	3	4	5	6	7							円
(13)	1	2	3	4	5	6	7					円					円	1	2	3	4	5	6	7							円
	1	2	3	4	5	6	7					円					円	1	2	3	4	5	6	7							円
(14)	1	2	3	4	5	6	7					円					円	1	2	3	4	5	6	7							円
	1	2	3	4	5	6	7					円					円	1	2	3	4	5	6	7							円
(15)	1	2	3	4	5	6	7					円					円	1	2	3	4	5	6	7							円
	1	2	3	4	5	6	7					円					円	1	2	3	4	5	6	7							円
(16)	1	2	3	4	5	6	7					円					円	1	2	3	4	5	6	7							円
	1	2	3	4	5	6	7					円					円	1	2	3	4	5	6	7							円
(17)	1	2	3	4	5	6	7					円					円	1	2	3	4	5	6	7							円
	1	2	3	4	5	6	7					円					円	1	2	3	4	5	6	7							円
(18)	1	2	3	4	5	6	7					円					円	1	2	3	4	5	6	7							円
	1	2	3	4	5	6	7					円					円	1	2	3	4	5	6	7							円
(19)	1	2	3	4	5	6	7					円					円	1	2	3	4	5	6	7							円
	1	2	3	4	5	6	7					円					円	1	2	3	4	5	6	7							円
(20)	1	2	3	4	5	6	7					円					円	1	2	3	4	5	6	7							円
	1	2	3	4	5	6	7					円					円	1	2	3	4	5	6	7							円

平成21年度介護従事者処遇状況等調査 (案)

(介護療養型医療施設票)

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
施設名	〇〇〇〇
所在地	東京都千代田区×××町2丁目1-1
経営主体	医療法人
地域区分	特別区

ID	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0
パスワード	M 6 5 5 Q 7 h 6

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)

貴施設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日の間の貴施設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
 - 2 定期昇給のみを実施
 - 3 何らかの要件のもとに引き上げ
 - 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（エントリーガーを除く）
- 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施設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)

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	今後実施する予定 ないが、 従来および今回、実施していないが、	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

(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

■ 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、 従来および今回、実施してい 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、貴施設と同一または隣接の敷地内で実施している貴施設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、貴施設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介護収益・医業収益(注1)	<input type="text"/> 円	<input type="text"/> 円
②うち介護収益	<input type="text"/> 円	<input type="text"/> 円
②介護費用・医業費用(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、貴施設の属する法人が、貴施設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 貴施設以外には、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、貴施設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、 医師、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理学療法士・ 作業療法士数	人	人	. 人	人	. 人
⑤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、 医師、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理学療法士・ 作業療法士数	人	人	. 人	人	. 人
⑤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。

介護療養型医療施設(案)

：看護職員、介護職員、理学療法士、作業療法士、介護支援専門員の方のみご記入ください。(管理者、医師、事務職員等は除きます)

性別	年齢	職種				勤続年数	勤務形態	職位	実労働時間	実労働日数	資格の取得状況										
		1 看護職員	2 介護職員	3 P.T・O.T	4 介護支援専門員						1 常勤	2 非常勤	1 正規職員	2 非正規職員	1 リーダー(ユニットを除く)	1 社会福祉士	2 介護福祉士	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

記入例	男	女	32 歳	1	2	3	4	5 年	平成20年度	1	2	1	2	1	80 時間	12 日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
									平成21年度	1	2	1	2	1	160 時間	24 日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1)	男	女	歳	1	2	3	4	年	平成20年度	1	2	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
									平成21年度	1	2	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
2)	男	女	歳	1	2	3	4	年	平成20年度	1	2	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
									平成21年度	1	2	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
3)	男	女	歳	1	2	3	4	年	平成20年度	1	2	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
									平成21年度	1	2	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
4)	男	女	歳	1	2	3	4	年	平成20年度	1	2	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
									平成21年度	1	2	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
5)	男	女	歳	1	2	3	4	年	平成20年度	1	2	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
									平成21年度	1	2	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
6)	男	女	歳	1	2	3	4	年	平成20年度	1	2	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
									平成21年度	1	2	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
7)	男	女	歳	1	2	3	4	年	平成20年度	1	2	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
									平成21年度	1	2	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
8)	男	女	歳	1	2	3	4	年	平成20年度	1	2	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
									平成21年度	1	2	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
9)	男	女	歳	1	2	3	4	年	平成20年度	1	2	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
									平成21年度	1	2	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
10)	男	女	歳	1	2	3	4	年	平成20年度	1	2	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
									平成21年度	1	2	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

兼務の状況		決まって支給する給与							一時金 (賞与・その他の臨時支給分)					
9月30日時点に兼務している職種の番号に○をつけてください。 (つらいてくても)	9月分として支給された基本給を記入してください。 (単給の方はその額を記入してください)	基本給					手当		4月1日から9月30日までの支給された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。					
		1 月給 2 日給 3 時給	必ず1,2,3のどれか1つを記入して下さい		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)							
1 看護職員	2 介護職員	3 P・T・O・T・S・T	4 管理栄養士・栄養士	5 介護支援専門員	6 その他	右(1~7)の手当の合計額		1 深夜・休日手当等	2 時間外手当(早朝・夜勤手当)	3 家族(扶養)手当	4 通勤手当(通勤・交)	5 職務手当(役付手当等)	6 資格手当	7 その他

記入例	1	2	3	4	5	6	1	0	3	0	円	3	1	0	0	0	0	円	1	2	3	4	5	6	7	0	円					
	1	2	3	4	5	6	1	9	0	0	0	円	1	4	0	0	0	0	円	1	2	3	4	5	6	7	4	8	0	0	0	0
(1)	1	2	3	4	5	6					円						円	1	2	3	4	5	6	7							円	
	1	2	3	4	5	6					円						円	1	2	3	4	5	6	7							円	
(2)	1	2	3	4	5	6					円						円	1	2	3	4	5	6	7							円	
	1	2	3	4	5	6					円						円	1	2	3	4	5	6	7							円	
(3)	1	2	3	4	5	6					円						円	1	2	3	4	5	6	7							円	
	1	2	3	4	5	6					円						円	1	2	3	4	5	6	7							円	
(4)	1	2	3	4	5	6					円						円	1	2	3	4	5	6	7							円	
	1	2	3	4	5	6					円						円	1	2	3	4	5	6	7							円	
(5)	1	2	3	4	5	6					円						円	1	2	3	4	5	6	7							円	
	1	2	3	4	5	6					円						円	1	2	3	4	5	6	7							円	
(6)	1	2	3	4	5	6					円						円	1	2	3	4	5	6	7							円	
	1	2	3	4	5	6					円						円	1	2	3	4	5	6	7							円	
(7)	1	2	3	4	5	6					円						円	1	2	3	4	5	6	7							円	
	1	2	3	4	5	6					円						円	1	2	3	4	5	6	7							円	
(8)	1	2	3	4	5	6					円						円	1	2	3	4	5	6	7							円	
	1	2	3	4	5	6					円						円	1	2	3	4	5	6	7							円	
(9)	1	2	3	4	5	6					円						円	1	2	3	4	5	6	7							円	
	1	2	3	4	5	6					円						円	1	2	3	4	5	6	7							円	
(10)	1	2	3	4	5	6					円						円	1	2	3	4	5	6	7							円	
	1	2	3	4	5	6					円						円	1	2	3	4	5	6	7							円	

介護療養型医療施設(案)

(看護職員、介護職員、理学療法士、作業療法士、介護支援専門員の方のみご記入ください。(管理者、医師、事務職員等は除きます))

性別	年齢	職種	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										
					1 常勤	2 非常勤				1 管理職(ユニットリーダーを除く)	2 非正規職員	1 社会福祉士	2 介護福祉士	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
いずれかに○をつけてください。	平成21年9月30日における年齢を記入してください。	平成21年9月30日現在、従事していた職種について、該当するものについで、○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ついで○をつけてください。	平成21年9月30日現在、勤続年数を記入してください。なお、当該事業所に勤務していた場合は、その勤続年数も含めてください。		1 常勤	2 非常勤	1 管理職(ユニットリーダーを除く)	2 非正規職員	1 社会福祉士	2 介護福祉士	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 介護職員基礎研修修了者	11 その他	
記入例	32歳	1 2 3 4	5年	平成20年度 平成21年度	1 2	1 2	1	80時間 160時間	12日 24日	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11	
11)	男女	歳	1 2 3 4	年	平成20年度 平成21年度	1 2	1 2	1	時間 時間	日 日	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11	
12)	男女	歳	1 2 3 4	年	平成20年度 平成21年度	1 2	1 2	1	時間 時間	日 日	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11	
13)	男女	歳	1 2 3 4	年	平成20年度 平成21年度	1 2	1 2	1	時間 時間	日 日	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11	
14)	男女	歳	1 2 3 4	年	平成20年度 平成21年度	1 2	1 2	1	時間 時間	日 日	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11	
15)	男女	歳	1 2 3 4	年	平成20年度 平成21年度	1 2	1 2	1	時間 時間	日 日	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11	
16)	男女	歳	1 2 3 4	年	平成20年度 平成21年度	1 2	1 2	1	時間 時間	日 日	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11	
17)	男女	歳	1 2 3 4	年	平成20年度 平成21年度	1 2	1 2	1	時間 時間	日 日	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11	
18)	男女	歳	1 2 3 4	年	平成20年度 平成21年度	1 2	1 2	1	時間 時間	日 日	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11	
19)	男女	歳	1 2 3 4	年	平成20年度 平成21年度	1 2	1 2	1	時間 時間	日 日	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11	
20)	男女	歳	1 2 3 4	年	平成20年度 平成21年度	1 2	1 2	1	時間 時間	日 日	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11	

兼務の状況		決まって支給する給与							一時金 (賞与・その他の臨時支給分)									
9月30日時点に兼務している職種の番号に○をつけてください。 (○はいくつでも)		基本給			手当				4月1日から9月30日までの支給された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。									
		9月分として支給された基本給を記入してください。 (月給・日給・時給)	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)												
1 看護職員	2 介護職員	3 P.T・O.T・S.T	4 管理栄養士・栄養士	5 介護支援専門員	6 その他	月給: 1 日給: 2 時給: 3		必ず1,2,3のどれか1つを記入して下さい		右(1~7)の手当の合計額		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 職務手当(役付手当)	6 資格手当	7 その他

記入例	1	2	3	4	5	6	1	0	3	0	円	3	1	0	0	0	0	円	1	2	3	4	5	6	7	0	円					
	1	2	3	4	5	6	1	9	0	0	0	円	1	4	0	0	0	0	円	1	2	3	4	5	6	7	4	8	0	0	0	0
(11)	1	2	3	4	5	6					円						円	1	2	3	4	5	6	7							円	
	1	2	3	4	5	6					円						円	1	2	3	4	5	6	7							円	
(12)	1	2	3	4	5	6					円						円	1	2	3	4	5	6	7							円	
	1	2	3	4	5	6					円						円	1	2	3	4	5	6	7							円	
(13)	1	2	3	4	5	6					円						円	1	2	3	4	5	6	7							円	
	1	2	3	4	5	6					円						円	1	2	3	4	5	6	7							円	
(14)	1	2	3	4	5	6					円						円	1	2	3	4	5	6	7							円	
	1	2	3	4	5	6					円						円	1	2	3	4	5	6	7							円	
(15)	1	2	3	4	5	6					円						円	1	2	3	4	5	6	7							円	
	1	2	3	4	5	6					円						円	1	2	3	4	5	6	7							円	
(16)	1	2	3	4	5	6					円						円	1	2	3	4	5	6	7							円	
	1	2	3	4	5	6					円						円	1	2	3	4	5	6	7							円	
(17)	1	2	3	4	5	6					円						円	1	2	3	4	5	6	7							円	
	1	2	3	4	5	6					円						円	1	2	3	4	5	6	7							円	
(18)	1	2	3	4	5	6					円						円	1	2	3	4	5	6	7							円	
	1	2	3	4	5	6					円						円	1	2	3	4	5	6	7							円	
(19)	1	2	3	4	5	6					円						円	1	2	3	4	5	6	7							円	
	1	2	3	4	5	6					円						円	1	2	3	4	5	6	7							円	
(20)	1	2	3	4	5	6					円						円	1	2	3	4	5	6	7							円	
	1	2	3	4	5	6					円						円	1	2	3	4	5	6	7							円	

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、本問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
- 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、本問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)

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	従来および今回、実施していないが、今後実施する予定	従来および今回、実施しておらず、今後も実施する予定なし

(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

■ 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)	()				

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

(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

■ 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

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。

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。)			<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; display: inline-block;"> 該当する番号に ○をつけてください (複数回答) </div> ↓								給(賞)と 分(給)の 合(支)計 額(給)を 記(給)入 し(給)て く(給)だ さ(給)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 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。	1 朝・深夜・休日手 2 家族(扶養)手 3 通勤手 4 移動手当(ガソリ 5 職務手当(役付手 6 資格手 7 研修手 8 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。	
右(1~8)の 手当の合計額												

記入例	円		円		円		円		円		円		円		円		円		円					
	1	2	3	4	5	6	7	8	1	2	3	4	5	6	7	8	1	2	3	4	5	6	7	8
1900000			1000					10000	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧								
40000									①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧								
									1	2	3	4	5	6	7	8								
									1	2	3	4	5	6	7	8								
									1	2	3	4	5	6	7	8								
									1	2	3	4	5	6	7	8								
									1	2	3	4	5	6	7	8								
									1	2	3	4	5	6	7	8								
									1	2	3	4	5	6	7	8								
									1	2	3	4	5	6	7	8								
									1	2	3	4	5	6	7	8								
									1	2	3	4	5	6	7	8								
									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	→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										兼務の状況						
				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	1 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			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)	<p>9月分として支給 された手当を記入 してください。</p> <p>該当する番号に ○をつけてください (複数回答)</p> <p>右(1~8)の 手当の合計額</p>								
9月 の 基本 給を 記入 する	9月 の 基本 給を 記入 する	9月 の 基本 給を 記入 する	1 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	<p>4月 1日 から 9月 3日 の 日 支 給 額 を 記 入 し て く だ さ い。</p> <p>* 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。</p>

記入例	1900000	円	10000	円	100000	円	1	2	3	4	5	6	7	8	2000000	円
(11)		円		円		円	1	2	3	4	5	6	7	8		円
(12)		円		円		円	1	2	3	4	5	6	7	8		円
(13)		円		円		円	1	2	3	4	5	6	7	8		円
(14)		円		円		円	1	2	3	4	5	6	7	8		円
(15)		円		円		円	1	2	3	4	5	6	7	8		円
(16)		円		円		円	1	2	3	4	5	6	7	8		円
(17)		円		円		円	1	2	3	4	5	6	7	8		円
(18)		円		円		円	1	2	3	4	5	6	7	8		円
(19)		円		円		円	1	2	3	4	5	6	7	8		円
(20)		円		円		円	1	2	3	4	5	6	7	8		円

平成21年度介護従事者処遇状況等調査 (案)

(通所介護事業所票)

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	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0
パスワード	M 6 5 5 Q 7 h 6

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、そ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、7に○をつけてください。

- 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（通勤・交通費等）
- 4 職務手当（役付手当等）
- 5 資格手当
- 6 その他（具体的な名称： _____）
- 7 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)

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、実施していないが、今後実施する予定なし

(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

■ 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、貴施設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（施設長、事務職員等を含む）	人	人	. 人	人	. 人
②生活相談員数	人	人	. 人	人	. 人
③看護職員数	人	人	. 人	人	. 人
④介護職員数	人	人	. 人	人	. 人
④のうち 介護福祉士数	人	人	. 人	人	. 人
⑤機能訓練指導員数	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（施設長、事務職員等を含む）	人	人	. 人	人	. 人
②生活相談員数	人	人	. 人	人	. 人
③看護職員数	人	人	. 人	人	. 人
④介護職員数	人	人	. 人	人	. 人
④のうち 介護福祉士数	人	人	. 人	人	. 人
⑤機能訓練指導員数	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。

通所介護事業所(案)

生活相談員、看護職員、介護職員及び機能訓練指導員の方のみご記入ください。(管理者、事務職員等は除きます)

性別	年齢	職種	勤続年数	勤務形態	職位	実労働時間	実労働日数	資格の取得状況											兼務の状況							
								1 生活相談員	2 看護職員	3 介護職員	4 機能訓練指導員	1 常勤	2 非常勤	1 正職員	2 非正規職員	1 管理職	1 社会福祉士	2 介護福祉士	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 PT・OT・ST	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

記入例	男	女	32	歳	1	2	3	4	5	年	平成20年度	1	2	1	2	1	80	時間	12	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	1	2	3	4	5	6	7
											平成21年度	1	2	1	2	1	160	時間	24	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	1	2	3	4	5	6	7
1)	男	女	歳	1	2	3	4	年	平成20年度	1	2	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	1	2	3	4	5	6	7				
									平成21年度	1	2	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	1	2	3	4	5	6	7				
2)	男	女	歳	1	2	3	4	年	平成20年度	1	2	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	1	2	3	4	5	6	7				
									平成21年度	1	2	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	1	2	3	4	5	6	7				
3)	男	女	歳	1	2	3	4	年	平成20年度	1	2	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	1	2	3	4	5	6	7				
									平成21年度	1	2	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	1	2	3	4	5	6	7				
4)	男	女	歳	1	2	3	4	年	平成20年度	1	2	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	1	2	3	4	5	6	7				
									平成21年度	1	2	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	1	2	3	4	5	6	7				
5)	男	女	歳	1	2	3	4	年	平成20年度	1	2	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	1	2	3	4	5	6	7				
									平成21年度	1	2	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	1	2	3	4	5	6	7				
6)	男	女	歳	1	2	3	4	年	平成20年度	1	2	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	1	2	3	4	5	6	7				
									平成21年度	1	2	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	1	2	3	4	5	6	7				
7)	男	女	歳	1	2	3	4	年	平成20年度	1	2	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	1	2	3	4	5	6	7				
									平成21年度	1	2	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	1	2	3	4	5	6	7				
8)	男	女	歳	1	2	3	4	年	平成20年度	1	2	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	1	2	3	4	5	6	7				
									平成21年度	1	2	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	1	2	3	4	5	6	7				
9)	男	女	歳	1	2	3	4	年	平成20年度	1	2	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	1	2	3	4	5	6	7				
									平成21年度	1	2	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	1	2	3	4	5	6	7				
10)	男	女	歳	1	2	3	4	年	平成20年度	1	2	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	1	2	3	4	5	6	7				
									平成21年度	1	2	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	1	2	3	4	5	6	7				

決めて支給する給与			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。						て給(賞与・その他 の臨時支給分)	
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)						て給(賞与・その他 の臨時支給分)	
さ 月 い 額 9 月 時 点 の 基 本 給 を 記 入 し て く だ さ い。	さ 日 い 額 9 月 時 点 の 基 本 給 を 記 入 し て く だ さ い。	さ 時 い 給 9 月 時 点 の 基 本 給 を 記 入 し て く だ さ い。	右(1~6)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 朝・深 夜・休 日手 当等	2 家 族(扶 養)手 当	3 交 通 手 当(通 勤・ 通 賃等)	4 職 務 手 当(役 付手 当等)	5 資 格 手 当	6 そ の 他		

記入例	190,000円		1,000円	10,000円	40,000円	1	2	3	4	5	6	0円	
(1)						1	2	3	4	5	6		
(2)						1	2	3	4	5	6		
(3)						1	2	3	4	5	6		
(4)						1	2	3	4	5	6		
(5)						1	2	3	4	5	6		
(6)						1	2	3	4	5	6		
(7)						1	2	3	4	5	6		
(8)						1	2	3	4	5	6		
(9)						1	2	3	4	5	6		
(10)						1	2	3	4	5	6		

通所介護事業所(案)

生活相談員、看護職員、介護職員及び機能訓練指導員の方のみご記入ください。(管理者、事務職員等は除きます)

性別	年齢	職種	勤続年数	勤務形態	職位	実労働時間	実労働日数	資格の取得状況											兼務の状況							
								1 生活相談員	2 看護職員	3 介護職員	4 機能訓練指導員	1 管理職	2 非正規職員	3 正職員	4 非常勤	1 常勤	1 社会福祉士	2 介護福祉士	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 PT・OT・ST	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

記入例	男	女	32	歳	1	2	3	4	5	年	平成20年度	1	2	1	2	1	80	時間	12	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	1	2	3	4	5	6	7
											平成21年度	1	2	1	2	1	160	時間	24	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	1	2	3	4	5	6	7
11)	男	女	歳	1	2	3	4	年	平成20年度	1	2	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	1	2	3	4	5	6	7				
									平成21年度	1	2	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	1	2	3	4	5	6	7				
12)	男	女	歳	1	2	3	4	年	平成20年度	1	2	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	1	2	3	4	5	6	7				
									平成21年度	1	2	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	1	2	3	4	5	6	7				
13)	男	女	歳	1	2	3	4	年	平成20年度	1	2	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	1	2	3	4	5	6	7				
									平成21年度	1	2	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	1	2	3	4	5	6	7				
14)	男	女	歳	1	2	3	4	年	平成20年度	1	2	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	1	2	3	4	5	6	7				
									平成21年度	1	2	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	1	2	3	4	5	6	7				
15)	男	女	歳	1	2	3	4	年	平成20年度	1	2	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	1	2	3	4	5	6	7				
									平成21年度	1	2	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	1	2	3	4	5	6	7				
16)	男	女	歳	1	2	3	4	年	平成20年度	1	2	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	1	2	3	4	5	6	7				
									平成21年度	1	2	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	1	2	3	4	5	6	7				
17)	男	女	歳	1	2	3	4	年	平成20年度	1	2	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	1	2	3	4	5	6	7				
									平成21年度	1	2	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	1	2	3	4	5	6	7				
18)	男	女	歳	1	2	3	4	年	平成20年度	1	2	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	1	2	3	4	5	6	7				
									平成21年度	1	2	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	1	2	3	4	5	6	7				
19)	男	女	歳	1	2	3	4	年	平成20年度	1	2	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	1	2	3	4	5	6	7				
									平成21年度	1	2	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	1	2	3	4	5	6	7				
20)	男	女	歳	1	2	3	4	年	平成20年度	1	2	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	1	2	3	4	5	6	7				
									平成21年度	1	2	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	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 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 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(1~6)の 手当の合計額	1 朝 外 手 当 (早 休 日 手 当)	2 家 族 (扶 養) 手 当	3 交 通 手 当 (通 勤・ 交 通 費 等)	4 職 務 手 当 (役 付 手 当)	5 資 格 手 当

4月
 1日
 から
 9月
 3日
 まで
 1日
 あたり
 支給
 される
 臨時
 支給
 金の
 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	1900000	円	1000	円	100000	円	1	2	3	4	5	6	0	円
		円		円	40000	円	1	2	3	4	5	6	480000	円
(11)		円		円		円	1	2	3	4	5	6		円
(12)		円		円		円	1	2	3	4	5	6		円
(13)		円		円		円	1	2	3	4	5	6		円
(14)		円		円		円	1	2	3	4	5	6		円
(15)		円		円		円	1	2	3	4	5	6		円
(16)		円		円		円	1	2	3	4	5	6		円
(17)		円		円		円	1	2	3	4	5	6		円
(18)		円		円		円	1	2	3	4	5	6		円
(19)		円		円		円	1	2	3	4	5	6		円
(20)		円		円		円	1	2	3	4	5	6		円

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、本問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
- 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、本問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)

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、実施していません、 今後も実施する予定なし

(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

■ 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		1	2	3	4	5
(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。

認知症対応型共同生活介護事業所(案)

看護職員、介護職員、介護支援専門員の方のみご記入ください。(管理者、事務職員等は除きます)

性別	年齢	職種 <small>平成21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つを○をつけてください。複数従事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。</small>	勤続年数 <small>平成21年9月30日における貴事業所における勤続年数を記入してください。なお、当該事業所以前に同一法人の経営する事業所等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。</small>	→ 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 <small>ある場合、○をつけてください。</small>	実労働時間 <small>9月中における実労働時間を記入してください。</small>	実労働日数 <small>9月中の実労働日数を記入してください。</small>	資格の取得状況											兼務の状況			
					1 常勤	2 非常勤				1 正規職員	2 非正規職員	1 管理職	1 社会福祉士	2 介護福祉士	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 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 その他	1 看護職員

記入例	男	女	32	歳	1	2	3	5	年	平成20年度	1	2	1	2	1	80	時間	12	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	1	2	3	4
										平成21年度	1	2	1	2	1	160	時間	24	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	1	2	3	4
1)	男	女	歳	1	2	3	年	平成20年度	1	2	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	1	2	3	4				
								平成21年度	1	2	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	1	2	3	4				
(2)	男	女	歳	1	2	3	年	平成20年度	1	2	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	1	2	3	4				
								平成21年度	1	2	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	1	2	3	4				
(3)	男	女	歳	1	2	3	年	平成20年度	1	2	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	1	2	3	4				
								平成21年度	1	2	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	1	2	3	4				
(4)	男	女	歳	1	2	3	年	平成20年度	1	2	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	1	2	3	4				
								平成21年度	1	2	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	1	2	3	4				
(5)	男	女	歳	1	2	3	年	平成20年度	1	2	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	1	2	3	4				
								平成21年度	1	2	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	1	2	3	4				
(6)	男	女	歳	1	2	3	年	平成20年度	1	2	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	1	2	3	4				
								平成21年度	1	2	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	1	2	3	4				
(7)	男	女	歳	1	2	3	年	平成20年度	1	2	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	1	2	3	4				
								平成21年度	1	2	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	1	2	3	4				
(8)	男	女	歳	1	2	3	年	平成20年度	1	2	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	1	2	3	4				
								平成21年度	1	2	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	1	2	3	4				
(9)	男	女	歳	1	2	3	年	平成20年度	1	2	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	1	2	3	4				
								平成21年度	1	2	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	1	2	3	4				
(10)	男	女	歳	1	2	3	年	平成20年度	1	2	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	1	2	3	4				
								平成21年度	1	2	1	2	1	時間	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	1	2	3	4				

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。	
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) ↓ 1 深夜・外 時間手当(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 職務手当(役付手当 等) 6 資格手当 7 その他 右(1~7)の 手当の合計額								
い で さ 9 月 1 か 月 分 の 支 給 額	い で さ 9 月 1 か 月 分 の 支 給 額	い で さ 9 月 1 か 月 分 の 支 給 額									

記入例	190,000	円	10,000	円	10,000	円	1	2	3	4	5	6	7	0	円
	190,000	円	40,000	円	40,000	円	1	2	3	4	5	6	7	480,000	円
(1)		円		円		円	1	2	3	4	5	6	7		円
		円		円		円	1	2	3	4	5	6	7		円
(2)		円		円		円	1	2	3	4	5	6	7		円
		円		円		円	1	2	3	4	5	6	7		円
(3)		円		円		円	1	2	3	4	5	6	7		円
		円		円		円	1	2	3	4	5	6	7		円
(4)		円		円		円	1	2	3	4	5	6	7		円
		円		円		円	1	2	3	4	5	6	7		円
(5)		円		円		円	1	2	3	4	5	6	7		円
		円		円		円	1	2	3	4	5	6	7		円
(6)		円		円		円	1	2	3	4	5	6	7		円
		円		円		円	1	2	3	4	5	6	7		円
(7)		円		円		円	1	2	3	4	5	6	7		円
		円		円		円	1	2	3	4	5	6	7		円
(8)		円		円		円	1	2	3	4	5	6	7		円
		円		円		円	1	2	3	4	5	6	7		円
(9)		円		円		円	1	2	3	4	5	6	7		円
		円		円		円	1	2	3	4	5	6	7		円
(10)		円		円		円	1	2	3	4	5	6	7		円
		円		円		円	1	2	3	4	5	6	7		円

認知症対応型共同生活介護事業所(案)

：看護職員、介護職員、介護支援専門員の方のみご記入ください。(管理者、事務職員等は除きます)

性別	年齢	職種	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				1 正規職員	2 非正規職員	1 管理職	1 社会福祉士	2 介護福祉士	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 その他	1 看護職員

記入例	男	女	32	1	2	3	5	年	平成20年度	1	2	1	2	1	80	時間	12	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	1	2	3	4
									平成21年度	1	2	1	2	1	160	時間	24	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	1	2	3	4

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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 してくださいます。							て給(賞与・その他 の合計額を臨時 支給分として 4月1日から9月 30日までの 1日あたり の支給額を 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。
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)	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; display: inline-block;"> 該当する番号に ○をつけてください (複数回答) </div> 1 深夜・外 2 時間外 3 夜勤手当 4 家族(扶養) 5 手当 6 通勤手当 7 その他 (通勤・交 通費等) (役付手当)							
い で さ れ た 9 月 1 か 月 分 の 支 給 額 を 月 給 として 記入 してく ださい。	い で さ れ た 9 月 1 日 当 り の 支 給 額 を 日 給 として 記入 してく ださい。	い で さ れ た 9 月 1 時 間 当 り の 支 給 額 を 時 給 として 記入 してく ださい。	右(1~7)の 手当の合計額							

記 入 例	1 9 0 0 0 0 円	1 0 0 0 0 円	1 0 0 0 0 円	1	2	3	4	5	6	7	0 円
(11)				1	2	3	4	5	6	7	
(12)				1	2	3	4	5	6	7	
(13)				1	2	3	4	5	6	7	
(14)				1	2	3	4	5	6	7	
(15)				1	2	3	4	5	6	7	
(16)				1	2	3	4	5	6	7	
(17)				1	2	3	4	5	6	7	
(18)				1	2	3	4	5	6	7	
(19)				1	2	3	4	5	6	7	
(20)				1	2	3	4	5	6	7	

— 調査票の全体構成 —

【施設・事業所票】

- 問1～問4 → 施設・事業所全体（調査対象サービス以外の介護保険サービスを含める）の状況
- 問5 → 施設・事業所が属する法人全体の状況
- 問6 → 施設・事業所全体（調査対象サービス以外の介護保険サービスを含める）の状況
- 問7～問10 → 調査対象サービスの状況

- 【従事者票】 → 施設・事業所全体（調査対象サービス以外の介護保険サービスを含める）の状況
（該当者は調査対象サービスの介護従事者から抽出）

<用語の定義>

介護従事者：○介護老人福祉施設：生活相談員、介護職員、看護職員、機能訓練指導員、介護支援専門員

○介護老人保健施設：看護職員、介護職員、支援相談員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、
介護支援専門員

○介護療養型医療施設：看護職員、介護職員、理学療法士、作業療法士、介護支援専門員

○訪問介護：訪問介護員（サービス提供責任者含む）

○通所介護：生活相談員、看護職員、介護職員、機能訓練指導員

○認知症対応型共同生活介護：看護職員、介護職員、介護支援専門員

常勤職員：原則として施設・事業所で定めた勤務時間（所定労働時間）の全てを勤務する者をいう。施設・事業所の勤務時間数のすべてを勤務しているパートタイマーは、ここに含む。ただし、1週間の所定労働時間が32時間未満の場合は、32時間以上勤務している者を「常勤職員」とし、その他は「非常勤職員」とする。

非常勤職員：常勤職員以外の従事者（他の施設・事業所にも勤務するなど収入および時間的拘束の伴う仕事を持っている者、短時間のパートタイマー等）をいう。

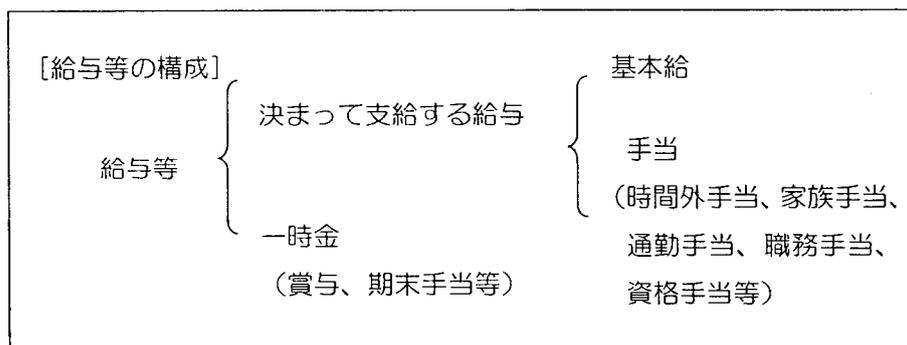
正規職員：雇用している労働者のうち、特に雇用期間を定めていない者（パートタイマー等は除く）をいう。

非正規職員：正規職員以外の者で、契約社員、臨時的雇用者、パートタイマー、派遣社員等をいう。

勤続年数：施設・事業所における勤続年数のみではなく、同一法人内における勤続年数も含む。なお、同一法人であれば、異なるサービスの事業所での勤続年数や異なる職種（直接処遇を行う職種に限る。）における勤続年数についても含む。

経験年数：施設・事業所における経験年数のみではなく、同一法人内及び別法人における経験年数も含む。なお、調査対象施設・事業所において、当該者の前職が、現職と違う職種の場合であっても、給与等を引き上げる際に前職の経験も勘案している場合（前歴換算）は、前職の年数も現職の経験年数に含む。

給与等 : 本調査における給与は、以下のイメージ図のとおり。



介護従事者処遇状況等調査の実施の概要（案）について

1. 調査の目的

平成21年度介護報酬改定が介護従事者の処遇改善に反映されているかの検証を行うための基礎資料を得ることを目的とする。

2. 調査時期

平成21年10月1日

3. 調査対象及び抽出率

(1) 抽出方法

層化無作為抽出法により抽出

(2) 調査対象施設（抽出率）

- 1) 介護老人福祉施設 (1 / 4)
- 2) 介護老人保健施設 (1 / 4)
- 3) 介護療養型医療施設 (1 / 4)
- 4) 訪問介護事業所 (1 / 20)
- 5) 通所介護事業所 (1 / 20)
- 6) 認知症対応型共同生活介護事業所 (1 / 10)

(3) 介護従事者の調査対象職種（抽出率）

1) 介護老人福祉施設

生活相談員 (1 / 1)、介護職員 (1 / 5)、看護職員 (1 / 2)
機能訓練指導員 (1 / 1) 介護支援専門員 (1 / 1)

2) 介護老人保健施設 (1 / 4)

看護職員 (1 / 4)、介護職員 (1 / 5)、支援相談員 (1 / 1)
理学療法士 (1 / 2)、作業療法士 (1 / 2)、言語聴覚士 (1 / 2)
介護支援専門員 (1 / 1)

3) 介護療養型医療施設 (1 / 4)

看護職員 (1 / 4)、介護職員 (1 / 2)、理学療法士 (1 / 2)
作業療法士 (1 / 2) 介護支援専門員 (1 / 1)

4) 訪問介護事業所 (1 / 20)

訪問介護員 (1 / 4)、サービス提供責任者 (1 / 1)

5) 通所介護事業所 (1 / 20)

生活相談員 (1 / 1)、看護職員 (1 / 1)、介護職員 (1 / 2)
機能訓練指導員 (1 / 1)

6) 認知症対応型共同生活介護事業所 (1 / 10)

看護職員 (1 / 1)、介護職員 (1 / 2)、介護支援専門員 (1 / 1)

4. 調査項目

(1) 施設・事業所票

給与等の引き上げ状況、介護従事者の処遇状況、収支の状況、加算の取得状況、利用者数、職員数 等

(2) 従事者票

性別、年齢、勤続年数、勤務形態、労働時間、資格の取得状況、兼務の状況、基本給額、一時金額 等

5. その他

介護報酬改定とは別に予定されている、介護従事者処遇改善交付金（仮称）の影響をふまえた分析を行う必要があるため、今回調査実施後に同交付金の交付開始後の処遇状況についても把握を予定している。

介護事業経営実態調査等について

【背景】

- 介護報酬は各々のサービスの平均費用の額を勘案して設定することとされていることから、介護報酬改定の前に介護事業経営概況・実態調査を実施している。
- 介護事業経営概況・実態調査については、介護給付費分科会の審議の中で集計・分析に用いるサンプル数が少ないこと等について議論が行われた。
- 介護給付費分科会の審議報告(平成20年12月12日)において、「介護事業経営実態調査等の調査手法の設計や調査結果の検証の場を設けること。」とされている。
- 介護給付費分科会(平成20年12月26日)に調査実施委員会が設置され、介護事業経営実態調査等については「介護報酬改定に必要な基礎資料を得るための調査設計及び集計、分析方法について検討を行う。」とされた。
- 次回の調査実施に向けて、調査手法等の見直しの方向性を定める必要がある。

介護事業経営実態調査等について

【調査の概要】

① 目的(全体)

- 介護報酬は各々のサービスの平均費用の額等を勘案して設定することとしていることから、各々の介護サービスについての費用等についての実態を明らかにし、介護報酬設定のための基礎資料を得ることを目的とする。

(個別の目的)

- ・ 介護事業経営概況調査(以下 経営概況調査)
介護報酬改定の骨格(案)作成に必要な基礎資料を得ることを目的とする。
- ・ 介護事業経営実態調査(以下 経営実態調査)
介護報酬設定に必要な基礎資料を得ることを目的とする。

② 実施時期(平成21年度介護報酬改定時)

- 平成19年10月:経営概況調査
- 平成20年 4月:経営実態調査

介護事業経営実態調査等について

【調査の概要】

③ 調査項目

- 経営概況調査
 - ・ 事業の実施状況、事業活動収入、事業活動支出、等

- 経営実態調査
 - ・ 事業の実施状況、事業活動収入、事業活動支出、損益計算書、貸借対照表 等

④ 調査対象

- 経営概況調査
 - ・ 全施設・事業所から層化無作為抽出法により約1／30を設定
 - ・ 約 4, 800施設・事業所

- 経営実態調査
 - ・ 全施設・事業所から層化無作為抽出法により約1／6を設定
 - ・ 約 24, 000施設・事業所

介護事業経営実態調査等について

【介護事業経営実態調査等の問題点】

- 集計・分析をするためのサンプル数が少ない(回収率が低い)
 - ・ 事業所は必ずしも毎月の収支状況を把握していない場合がある
 - ・ 項目の記載が難しい(記入項目が詳細にわたる)
 - ・ 調査票が厚い(約40頁)
 - a. 法人種別等により会計基準が異なるため、それぞれの基準にあわせた調査項目を重複作成しているため、調査票のページ数が増えている
 - b. 費用等の按分に使用する項目(職員数、利用者数等)が調査項目の半数を占める
 - ・ 各法人(複数サービスを実施している場合)における職員の勤務状況をサービス種類別に按分することが困難
 - ・ 同時期に複数調査が実施される(複数調査の調査対象になる事業所がある)
(平成22年10月実施予定の調査)
 - ・ 介護サービス施設・事業所調査(提供体制、提供内容等の基盤整備の状況等)
 - ・ 介護労働者実態調査(介護労働者の実態及び就業の実態等)
 - ・ 介護従事者処遇状況等調査(介護従事者の処遇改善状況等)

介護事業経営実態調査等について

【見直しの検討案】

《経営概況調査》

- 調査内容を9月中の収支状況から1年(度)分の決算額に変更
 - ・ 会計期間により、各法人が決算額を把握できる時期が異なる
 - a. 会計期間が年(1月1日から12月31日)、決算報告は4月頃
 - b. 会計期間が年度(4月1日から翌年3月31日)、決算報告は7月頃
 - ⇒ 調査実施時期を7月に変更することを検討

- 費用等の按分指標は、既存の情報を利用
(平成21年介護サービス施設・事業所調査の公表は平成22年10月頃)
⇒ 調査項目の半数を占めるため、大幅な調査項目の縮減が可能

- 決算書(写)等の提出を可能にする
 - ・ 民間法人は各法人で定めた会計基準で決算を行うため、勘定科目が異なる
 - ⇒ 調査票による調査を実施、一定基準(社会福祉法人会計基準等)に基づく決算書等については写しの提出を可能にすることについて検討

- 調査票で把握が必要な項目の整理・縮減方法については、引き続き検討

《経営実態調査》

- 直近の経営状況等を介護報酬改定に反映するため、引き続き調査の実施が必要
- 調査項目の縮減、費用按分の方法等について、さらに検討を行う

介護事業経営実態調査等について

経営実態調査等の見直しイメージ(案)

現行

経営概況調査(平成22年9月中の状況)
客体数 : 層化無作為抽出法により約1/30
目的 : 介護報酬改定の骨格(案)作成に必要な基礎資料
調査の時期:平成22年10月
調査事項 : 事業の実施状況(按分用項目)
事業活動収入
事業活動支出 等

経営実態調査(平成23年3月中の状況)
客体数 : 層化無作為抽出法により約1/6
目的 : 介護報酬設定に必要な基礎資料
調査の時期:平成23年4月
調査事項 : 事業の実施状況(按分用項目)
事業活動収入
事業活動支出
損益計算書
貸借対照表 等

見直し後(案)

経営概況調査(平成21年(度)の決算額等)
客体数 : 層化無作為抽出法により約1/30
目的 : 介護報酬改定の骨格(案)作成に必要な基礎資料
調査の時期:平成22年7月(前倒)
調査事項 : ~~事業の実施状況(按分用項目)~~
事業活動収入
事業活動支出 等

経営実態調査(平成23年3月中の状況)
客体数 : 層化無作為抽出法により約1/6
目的 : 介護報酬設定に必要な基礎資料
調査の時期:平成23年4月
調査事項 : 事業の実施状況(按分用項目)
事業活動収入
事業活動支出
損益計算書
貸借対照表 等

引
続
き
検
討

- ・決算額等を調査、調査項目の縮減することにより記入者負担を軽減
- ・調査票で把握する項目については、項目の縮減方法等を引き続き検討
- ・費用按分用の項目を既存情報から得ることにより記入者負担を軽減

○平成21年介護サービス施設・事業所調査(平成22年10月頃公表予定)

- ・最新の経営状況を介護報酬に反映するため、引き続き調査を実施
- ・調査項目については記入者負担を考慮し縮減方法について検討
- ・費用按分の項目については、記入者負担を縮減するために、代替方法について引き続き検討を行う

平成 21 年度介護従事者処遇状況等調査（案）（介護老人福祉施設票）について

公益社団法人 全国老人福祉施設協議会

本設問の大きな課題は…これだけでは給与的な処遇改善状況は把握できない

単月の比較において、収入の増加額は平均的に把握できるかもしれないが、支出面における人件費の増加及び収入対比についての把握には問題がある。

特に今回の介護報酬改定においては、加算体系で増収が図れることとなったために、収入増については不確定要素が強い。そのため、各事業所においては、収入の増加状況を見ながら一時金（賞与等）で、給与等の処遇改善を図ろうとの意識が働くことから、9月分のみと比較では、各事業所の給与等の改善実態が極端に少なくなる恐れがある。

したがって、賞与等の一時金の変化も調査し加味しなければ、金銭的な処遇改善の実態把握はできないものとする。

今回の介護報酬改定においても、給与等の引上げを行わなかった（今後も行わない）施設の状況についても、その理由は問うべきではないか。

例えば、収支が赤字で給与アップができない施設や平成19年度に給与等をすでに引上げた（今回の分程度は）施設も考えられる。引上げを行わない施設の理由もかなり重要である。（給与水準は、各法人ごとにかかなりのバラツキがあり、一律に低い訳ではない。）

個々の設問に対する課題・疑問点

問 2	(2) 給与等の引き上げ
	5 「勤務時間を要件として引き上げ」…説明が不十分 ・ 勤務時間を長くすることで、基本給等を引き上げるのか。 ・ 勤務時間を短縮し、基本給等は変えないが、実質の勤務時間単価の引き上げをもって給与等の引き上げと見なすのか。 6 「管理職について引き上げ（ユニットリーダーを除く）」 ・ 「管理職」とは、いわゆる主任クラス（超過勤務手当の対象者）も入れるのか。それとも施設長・次長クラスの現場責任者（超過勤務の支給対象外の者）に限定するのか。 その他 「勤務成績による引き上げ」は想定していないのか。
	(3) 各種手当で引き上げ、新設 各種手当での引き上げ・新設については、固定的な手当と変動的な手当を区分して考えるべきである。 (例) 固定的な手当 1. 資格手当 2. 職務手当（業務、役付手当等） 変動的な手当 1. 時間外手当（通常、早朝・深夜、休日） 2. 夜勤手当

	<p>3. 家族（扶養）手当 4. 通勤手当（通勤・交通費等） 5. 住居手当 6. その他（ ）</p> <p>3. 宿直手当 4. 賞与等一時金 5. その他（ ）</p>
問3	<p>設問の「対応状況」とは、“取り組み”か、“実績”か。 (例)「A 職員の増員（派遣を含む）による業務負担の軽減」のために求人をしているが、採用ができていない場合は、「実施している」と回答でよいか。</p> <p>処遇全般</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 「(B) 労働時間（夜勤を含む）、労働日の適正化」は、「適正化」ではなく「短縮」と表現すべきではないか。 <p>(例) 所定労働時間（労働日）の短縮や夜勤回数の減少（適正化）</p> <p>職場環境</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 「(N) 出産・子育て支援の強化」は、介護休業も「出産・子育て」と同様の趣旨であり、「家族等の介護」を加えてはどうか。
問4	<ul style="list-style-type: none"> ・ (1)～(3)は(4)から主たる事業の状況を推計するための設問と思われるが、収支差率、人件費割合は事業により異なり、この設問で事業の状況を把握するのは困難ではないか。 ・ 9月1か月の事業活動収支の比較では、「給与の引き上げ」ではなく「一時金の支給」で処遇改善に取り組んだ場合、前年比で事業収入はUPし、人件費は変わらずという結果も想定される。 <p>(2)「介護収入」の用語説明が必要。 「指導指針」では 「介護福祉施設介護料収入、居宅介護料収入」は、介護保険収入で当然入るであろうが、利用者等利用料収入（食費・居住費、その他の利用料等）について含めるのかが不明である。</p> <p>(4) 収支状況（H20.9とH21.9の比較…指導指針と会計基準の扱いは</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 同一敷地内の介護保険サービス全体を含める考え方となっているが、この設問の収支状況を把握するのであれば、会計単位ごとの状況で良いのではないか。 ・ 例えば、同一敷地内に、介護老人福祉施設と老人保健施設が設置されている場合でも、会計はそれぞれに属する付帯の介護保険事業を区別して別会計となっている。 ・ そのため、収入状況や支出状況を把握するには、会計単位でデータを出す方が、記載側としても把握しやすく、また間違いも起こりにくい。 ・ なお、会計的には介護老人福祉施設関連の場合には、「指導指針」および「会計基準」のいずれかで会計処理されている為、例えば「事業活動収入」であっても、寄付金収入、雑収入、借金入元金償還補助収入等の扱いが異なっており、それをどう扱うかの検討が必要である。

	<p>給与総額の記載について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 給与総額について、会計的に法定福利費を含む人件費支出を指すのか、それとも支給される給与・手当の総額を指すのか不明である。 ・ 事務処理上からいえば、法定福利費は当然人件費と見なすべきであることより、人件費支出をもって記載すべきと考えるが、「退職金」の扱いについては、総額から除くべきと考える。 <p>引当金繰入及び引当金戻入（会計基準）について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 賞与引当金の例を取ると、会計基準と指導指針では処理方法が異なり、賞与支給月において、職員諸手当（賞与）額が、異なることとなる。（指導指針では、引当金戻入を計上せず、賞与引当金分が、職員に直接賞与として、会計処理される。そのため、引当金の戻入及び引当を双方控除すると、会計基準では収入及び支出の控除となるが、指導指針では支出科目のみの控除となる。9月は通常の賞与支給月ではないが、処理方法としては、検討が必要である。 <p>収支状況の調査票の金額欄について、現状では8桁（千万単位）となっているが、複合的で基本となる施設定員が大ききところでは、9桁（億単位）が必要なところも想定される。</p>
問6	<p>現状、介護職員処遇改善交付金の詳細が示されておらず、特に以下の問に関しては、処遇改善交付金の使途に該当するかどうか不明である。</p> <p>(2) 交付金申請について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 「介護職員処遇改善交付金を申請するために行った」と「平成21年9月時点で」の関係が不明瞭。9月までの支給分も交付金で処理して良いか。
問7	<ul style="list-style-type: none"> ・ 人員配置の強化による加算算定の状況についての設問であると思われるが、看護師・看護職員の増員を図っている施設もあり「看護体制加算Ⅰ・Ⅱ」も入れるべきではないか。
問9	<p>H20.9とH21.9の延べ利用者について、</p> <p>利用者の定義（国保連請求額の基となっているが）において、外泊・入院者の扱いについて定義付けが必要である。（外泊時費用算入者と費用の算定ができないが、9月中において、外泊や入院中の者の日数について）</p>
問10	<p>職員数</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 派遣職員を除く比較となっているが、少なくとも介護職員と看護職員については、派遣職員の状況を把握すべきである。（特に、介護職員については、人材確保が依然として難しく、派遣職員に頼らざるを得ない地域もあり、介護職員が退職した場合に派遣職員で補充しているケースが多いと思われる。 ・ また、派遣職員を除くとされているのは、支出が給与費でないことが理由と思われるが、派遣職員の利用により職員の負担軽減を図っていることも考えられることから、各職の派遣職員数についても数の比較として問うべきではないか。 ・ 介護支援専門員及び機能訓練指導員の常勤換算数について、施設の介護支援専門員及び機能訓練指導員（加算を請求しない場合）については、兼務が認められており、例えば介護職員が施設の介護支援専門員を兼ねる場合には、介護職員においても常勤換算1名分、介護支援専門員でも常勤換算1人分のいわゆるダブルカウントが可能となっている。そのた

	めに、この状況調査においても、これらの記載方法について説明が必要である。
従事者票	<ul style="list-style-type: none"> 勤続年数の計算において、年単位であれば端数処理方法の明示が必要。(切り捨て?) 労働時間・労働日数について、各事業所における当該年月の所定労働時間の把握が必要ではないか。また、夜勤回数の差・時間外勤務・休暇の取得等の個別の事情により時間数・日数の増減が考えられ、前年度との単純比較は困難
	<ul style="list-style-type: none"> 決まって支給する給与 手当については、問2(3)と同様に、固定的な手当と変動的な手当については、分けて比較する必要があるのではないか。特に夜勤手当や時間外手当は、単価でアップしていても当該月の勤務状況(夜勤回数や時間外勤務時間数)によって、平成21年度に、処遇改善の為に単価アップ等を行っていても回数や時間で減少している場合には、個人的には給与総額では減少している場合も想定される。

平成21年度介護従事者処遇状況等調査(案)についての意見

社団法人全国老人保健施設協会

1. サンプルングについて(参考資料1)

20年度「介護事業経営実態調査」のサンプルングにおいても地域区分や開設年度等にバラツキ(偏り)がみられた。

今回の調査においては、どのようなサンプルングが想定されているのか。

また、今回の調査における従事者票の対象者のサンプルングの具体的手法が不明確である。

2. 地域区分について(参考資料2)

現行の地域区分は、人事院における国家公務員の調整給の取扱いに準じたものである。現在の地域特性を必ずしも反映していないものと思われ、昨年介護給付費分科会においても再検討の課題とされたものである。地域区分を見直すための調査や議論は担保されるのか。

3. 介護保険サービス事業における収支の実態の把握について(参考資料3・4・5)

「介護事業経営実態調査」においても課税法人と非課税法人との格差、有利子負債の有無、補助金の多寡等による格差が反映されているとはいえないデータであった。

介護給付費分科会の今後の課題としても「介護事業経営実態調査」の見直しを取り上げられたところである。

今回の「介護従事者処遇状況等調査」において、各事業所の経営実態については、事業活動収支のみの調査では不十分と推察されるが、経営体力に基づく処遇改善の格差についてはどう担保されるのか。

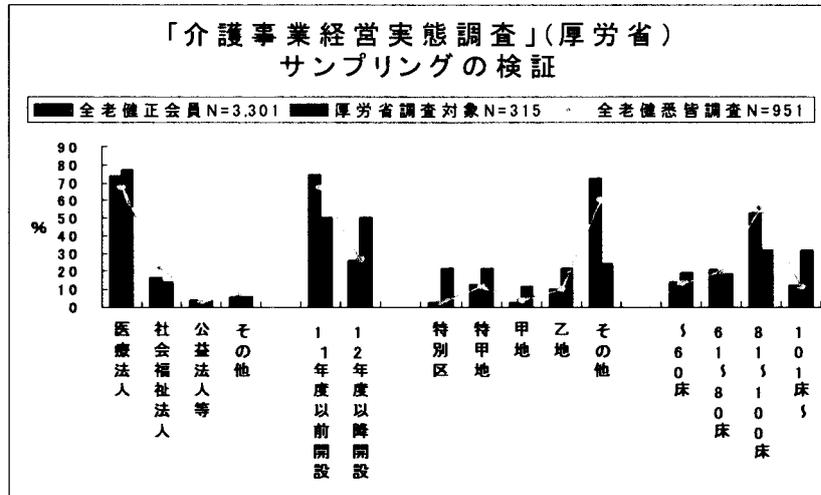
4. 介護職員処遇改善交付金について(参考資料6)

介護職員処遇改善交付金については、「月額1.5万円の引き上げ」と報道されているが、その根拠、及び、具体的運用についての留意点を示して欲しい。

「交付金」を介護職員の処遇改善を目的として賃金として上乘せする場合、労基法37条4項および施行規則21条の規定する時間外単価の算定基礎に含まれるとすれば、その増額に応じた対応が必要である。

介護保険サービス事業体の正確な経営実態の把握を行ったうえでの適正な「交付金」の運用を要望する。

参考資料1



厚労省の「介護事業経営実態調査」は全ての老健施設に対する1/10抽出、20年3月の月次決算に基づく調査。回答数は未発表、有効回答数は208 調査対象に対する有効回答率は66.0% 全ての老健施設数に対する有効回答率は5.9%

全老健の「平成20年介護老人保健施設の現状と地域特性等に関する調査」は全老健正会員施設3,301施設に対する19年度決算に基づく悉皆調査 回答数は1,064、有効回答数は951、回答数に対する有効回答率は89.4% 全老健正会員数に対する回答率は32.2%、有効回答率は28.8%であった

参考資料2

平成19年度 地域区分別にみる損益状況

【地域区分別】 厚労省による「介護事業経営実態調査」

	全体	特別区	特甲地	甲地	乙地	その他
回答数	208	36	34	26	47	65
平均定床数	92.4	101.8	100.1	95.3	96.1	90.1
経常損益	7.3%	1.7%	4.0%	5.8%	1.0%	9.2%
人件費	53.6%	58.7%	55.5%	53.1%	57.5%	52.5%
委託費	9.9%	11.4%	11.7%	10.9%	11.6%	9.2%
減価償却費	7.0%	4.8%	6.8%	6.1%	7.1%	7.2%
減価償却前利益率	14.3%	6.5%	10.8%	11.9%	8.1%	16.4%

全老健による19年度決算に基づく実態調査

	全体	特別区	特甲地	甲地	乙地	その他
回答数	951	24	106	38	98	685
平均定床数	91.8	108.6	91.8	84.2	96.9	91.8
経常損益	5.0%	1.9%	4.7%	2.4%	2.4%	5.7%
人件費	54.0%	54.7%	51.8%	56.4%	54.6%	53.9%
委託費	8.2%	11.7%	9.1%	7.0%	9.0%	6.5%
減価償却費	6.5%	5.9%	6.4%	7.0%	5.9%	6.5%
減価償却前利益率	11.5%	7.8%	11.1%	9.4%	8.3%	12.2%

参考資料3

全国老人保健施設協会の概要

全老健の正会員数の状況 (H21.3.31現在)

開設施設数	正会員施設数	協会加入率	正会員施設 入所定員数	正会員施設の 平均定床数
3,569	3,331	93.3%	304,876	91.5床

正会員施設の開設主体状況

開設主体	施設数	構成比
任意法人	2,410	73.3%
社会福祉法人	521	15.6%
都道府県・市町村	136	4.1%
その他(済生会・厚生連・共済組合・財団法人など)	234	7.0%
合計	3,331	100%

正会員施設の設置形態の状況

設置形態	施設数	構成比
独立型	1,619	48.6%
病院併設型	1,069	32.1%
診療所併設型	439	13.2%
老人福祉施設併設型	121	3.6%
その他	83	2.5%
合計	3,331	100.0%

入所定員規模別状況

49人以下	2.0%	50～99人	45.8%
100～149人	46.8%	150～199人	5.0%
200人～	0.4%	平均入所定員数91.5人	

参考資料4

17年、18年度介護報酬改定で根拠とされたデータ

平成17年3月「介護事業経営実態調査」(厚労省) N=586
 入所事業損益 12.3% 減価償却前利益率 19.3%

平成17年度決算に基づく全老健の「経営実態調査」 N=900
 入所事業損益 5.8% 減価償却前利益率 13.2%

今回21年度介護報酬改定で示されたデータ

平成20年3月「介護事業経営実態調査」(厚労省) N=208
 入所事業損益 7.3% 減価償却前利益率 14.3%

平成19年度決算に基づく全老健の「経営実態調査」 N=951
 入所事業損益 4.7% 減価償却前利益率 11.2%

参考資料5

■全老健が平成19年6月に実施した調査による借入金残高一覧

借入金と元金返済の状況について:

※決算月にかかわらず、各施設の会計年度に沿ってご記入されたデータ。

※各老健施設の入所サービスと、老健施設と一体的に行なう短期入所療養介護、通所リハビリ、訪問リハビリ各事業の合算。

		平成18年度		平成17年度		平成18年度	
		回答数	平均 (千円)	回答数	平均 (千円)	回答数	平均 (千円)
【全体】							
年度末	短期借入金	488	23,934	512	26,841	531	23,575
借入金残高	長期借入金	737	673,145	761	603,333	782	554,300
単年度の	短期借入金①				-2,907		3,266
元金返済額	長期借入金②				69,812		49,033
	①+②				66,905		52,299

		平成18年度		平成17年度		平成18年度	
		回答数	平均 (千円)	回答数	平均 (千円)	回答数	平均 (千円)
【医療法人】							
年度末	短期借入金	328	26,400	349	31,365	360	25,242
借入金残高	長期借入金	485	724,146	501	651,085	514	594,096
単年度の	短期借入金①				-4,965		6,123
元金返済額	長期借入金②				73,061		56,989
	①+②				68,096		63,112

■全老健が平成19年6月に実施した調査による借入金残高一覧（その2）

		平成16年度		平成17年度		平成18年度	
		回答数	平均 (千円)	回答数	平均 (千円)	回答数	平均 (千円)
【社会福祉法人】							
年度末	短期借入金	108	12,728	110	11,113	117	15,912
借入金残高	長期借入金	176	528,397	181	505,323	186	467,705
単年度の	短期借入金①				1,615		-4,799
元金返済額	長期借入金②				23,074		37,618
	①+②				24,689		32,819

		平成16年度		平成17年度		平成18年度	
		回答数	平均 (千円)	回答数	平均 (千円)	回答数	平均 (千円)
【公益法人等】							
年度末	短期借入金	21	48,380	21	43,842	21	44,859
借入金残高	長期借入金	22	318,828	22	294,943	22	291,246
単年度の	短期借入金①				4,538		-1,017
元金返済額	長期借入金②				23,685		3,697
	①+②				28,223		2,680

		平成16年度		平成17年度		平成18年度	
		回答数	平均 (千円)	回答数	平均 (千円)	回答数	平均 (千円)
【その他】							
年度末	短期借入金	29	19,098	30	18,446	31	17,016
借入金残高	長期借入金	51	852,702	54	624,826	57	588,501
単年度の	短期借入金①				-348		1,430
元金返済額	長期借入金②				227,876		36,325
	①+②				227,528		37,755

介護職員処遇改善交付金に対する考え方

介護老人保健施設は、多職種協働のサービス提供事業所であり、また、医療法人立が73.6%を占めている。他職種との給与のバランスの確保や法人内の移動に伴う整合性を図る必要がある。

限定的に介護職にのみ「交付金」を支給するという国の施策に対応するためには、「介護職手当」という介護職に限定した項目を設定することで、ある程度の整合性の確保が可能ではあるが、そのためには給与規定等の見直しを伴うこととなる。

一方で、時間外単価の算定に当たっては、労働基準法により「家族手当」「通勤手当」「別居手当」「子女教育手当」「住宅手当」「臨時に支払われる賃金」「1ヶ月を超える期間ごとに支払われる賃金」以外は割増賃金の算定基礎に含まれるとされている。「介護職手当」を設定しても、「介護職手当」は除外賃金に該当せず、時間外単価の算定基礎に算入する賃金となる。

「交付金」が賃金として増額されれば、時間外労働の1時間当たりの単価の上昇と、給与総額の増額に応じた社会保険料等の事業主負担の増大を招くものである。

「交付金」を基本給に上乗せするとしても、賞与、退職金に連動した賃金規定等が定められていれば、月額給与関連だけの増額にとどまらないものである。

第2回社会保障審議会介護給付費分科会調査実施委員会

ヒアリング資料

平成21年5月18日

特定非営利活動法人
全国認知症グループホーム協会

介護従業者処遇状況等調査についての意見

介護報酬改定は全体で3%アップの改定率とされたが、全てのサービス事業者にとって3%アップにはなっていない。

この度の介護従業者処遇改善等調査は、今回の介護報酬改定が、経営状況に与えた影響をサービス事業者ごとに検証しなければ、介護従事者の処遇改善の対応を検証することは難しいのではないかと考える。

単に介護従事者の処遇改善の対応状況を調査し、介護報酬改定が処遇改善に与えた影響を評価するのではなく、各事業所の経営状態に応じた処遇改善の対応にかかる理由を検証する為の調査が必要と考える。

以下、介護従業者処遇改善等調査について意見を述べる。

1. 介護報酬改定においては地域区分の影響も大きい。また、法人種別ごとに税制、会計区分等の違いがあり、調査はサービス種別、法人種別、地域区分を明確にし、介護従事者に対する処遇に関しての対応に、具体的な理由の記載が必要である。
2. 介護報酬改定に伴い、加算取得の為の新規採用、人事異動が行われる可能性があり、全体の人件費の増減状況変化を考慮する必要がある。
1 か月給与のみの比較では全体が見えなく、年収比較を行う必要がある。
3. 給与比較だけで行うのではなく、介護従事者処遇全体で調査する必要がある。
今回の介護報酬改定で導入した、有資格者比率・常勤率・勤続年数及び利用者一人に対する職員割合で比較すべき。また、介護報酬改定前後のみではなく、今までの職員の加配・資格取得・キャリアパス・定着化・給与水準等に努力してきたことと関連付けて、調査すべき。
4. 認知症グループホームに関しては、今回の介護報酬改定に伴う地域区分の見直し
のみに着眼すると、認知症グループホーム事業所全体の15%以上の事業所が減収となる。
減収を加算取得で補いきれない事業所や、消防法施行令等の施行に伴い、今年度より設備投資（スプリンクラー等の防火設備）が必要となっている事業所など、
処遇改善の対応にかかる要因をしっかりと調査する必要がある。

参考

特定非営利活動法人 全国認知症グループホーム協会 概要

1. 協会の沿革と概要

当協会は「住みなれた町にグループホームを～その人らしく最後まで～」を合言葉に、全国痴呆性高齢者グループホーム連絡協議会を平成10年5月に結成し、それ以来全国各地に1つでも多くのグループホームが設立されること、量的拡大と同時にサービスの質を保証し向上を図ること、そのための運営の安定を確保するために会員相互の力を結集しながら、様々な活動を積み重ねてまいりました。

平成12年4月に介護保険制度がスタートし、現在、全国各地のグループホームは、介護サービスの一翼を担うまでに成長を続けてきております。

全国GH協会はさらなる事業の拡大や強化、充実を図ると同時に組織としての信頼度を高めるため、平成12年10月にNPO法人格（特定非営利活動法人）を取得し、名称も全国痴呆性高齢者グループホーム協会と改め、平成16年12月に「痴呆」から「認知症」への用語の変更を受けて、平成17年10月、「全国認知症グループホーム協会」に改称いたしまして、現在に至っております。

2. 組織構成（平成21年3月末現在）

会員数： 正会員：1699法人
 準会員：195（団体・個人）
 一般会員：20（団体・個人）
役員： 理事：17名 監事：3名

3. 事業内容

- ・グループホームにおけるケアサービスを向上させるための調査と研究
- ・グループホーム設立および運営に関する支援
- ・グループホーム職員に対する各種研修
- ・グループホームの全国的ネットワークづくりと情報収集およびその提供
- ・グループホーム事業に対する理解を深め、協力を得る啓発・広報活動
- ・行政その他関係機関との連携、連絡、調整に関する事業
- ・機関誌および出版物の発行 他