

社会保障審議会介護給付費分科会(第64回)議事次第

日時：平成21年6月24日(水)

午前10時から12時まで

於：ホテル・リゾート・モント「万里」

議 題

1. 介護従事者処遇状況等調査について
2. 介護分野における経済危機対策(平成21年度補正予算)について
3. その他
 - ① 要介護認定方法等の見直しについて
 - ② 未届有料老人ホームの届出促進等について
 - ③ 平成19年度介護保険事業状況報告(年報)について
 - ④ その他

介護報酬改定影響検証事業(介護従事者処遇状況等調査)について

① 調査実施委員会のこれまでの議論について

○第1回調査実施委員会(4月20日)

【議論内容】

調査の基本方針、調査対象サービス及び職種、調査票の作成方針、調査票の主な項目等

○第2回調査実施委員会(5月18日)

【議論内容】

調査票の具体的内容、団体ヒアリング

② 調査のスケジュールについて

本調査のスケジュールは以下のとおり

平成21年10月:調査実施

平成22年2～3月:第3回調査実施委員会(調査結果の分析)

4月以降:介護給付費分科会(調査結果の報告)

③ 調査の基本方針について

- ① 介護従事者の報酬改定前と改定後の給与等の実態把握
 - ・ 介護従事者の賃金水準が改定前と比べて改善しているかどうか
 - ・ 基本給の他に一時金や手当等に対応しているかどうか
- ② 給与等以外における介護従事者の処遇改善策の実態把握
 - ・ 福利厚生、研修等といった給与等以外にどのような方法で処遇改善を図っているか
- ③ 施設・事業所の加算の取得状況の把握
- ④ 介護従事者の処遇改善状況について継続的な調査の実施
 - ・ 次回調査では介護職員処遇改善交付金(仮称)の影響を含めて把握

④ 調査の構成について

- 施設・事業所における処遇改善の状況等を把握する、施設・事業所に関する調査
- 給与等の実態把握をする、従事者に関する調査

⑤ 調査対象サービスについて

○調査対象サービスは、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、訪問介護、通所介護、認知症対応型共同生活介護
(全体の約73%)

全職員(事務職員等を除く)における常勤換算職員数について

	常勤換算職員数	割合
介護老人福祉施設	230,272	18.4%
通所介護	176,854	14.1%
介護老人保健施設	164,073	13.1%
訪問介護	163,742	13.1%
認知症対応型共同生活介護	101,776	8.1%
短期入所生活介護	97,361	7.8%
介護療養型医療施設	81,779	6.5%
居宅介護支援事業所	64,529	5.1%
通所リハビリテーション	59,081	4.7%
特定施設入居者生活介護	52,240	4.2%
訪問看護ステーション	25,898	2.1%
認知症対応型通所介護	17,515	1.4%
訪問入浴介護	8,786	0.7%
小規模多機能型居宅介護	8,083	0.6%
地域密着型介護老人福祉施設	1,508	0.1%
地域密着型特定施設入居者生活介護	669	0.1%
夜間対応型訪問介護	424	0.0%
合計	1,254,590	100.0%

73.2%

※予防含む

(出典)平成19年介護サービス施設・事業諸調査(統計情報部)

⑥ 調査対象職種について

○調査対象職種は、生活相談員(支援相談員)、介護職員(訪問介護員を含む)、看護職員、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(全職員(事務職員を除く)の約94%)

職員(事務職員等を除く)に占める常勤換算職員数について

	生活相談員 支援相談員	介護職員 (訪問介護員を含む)	看護職員	PT・OT・ST 機能訓練指導員	介護支援専門員	その他 (事務職員を除く)
介護老人福祉施設	3.3%	71.3%	9.0%	1.9%	2.9%	11.6%
通所介護	15.8%	57.0%	13.6%	6.4%	-	7.3%
介護老人保健施設	3.5%	58.3%	20.8%	5.1%	3.0%	9.3%
訪問介護	-	100.0%	-	-	-	0.0%
認知症対応型共同生活介護	-	89.4%	4.3%	-	6.3%	0.0%
短期入所生活介護	4.6%	71.3%	9.6%	2.3%	2.4%	9.8%
介護療養型医療施設	-	41.7%	35.9%	5.9%	3.3%	13.1%
居宅介護支援事業所	-	-	-	-	100.0%	0.0%
通所リハビリテーション	-	66.3%	13.9%	13.1%	-	6.6%
特定施設入居者生活介護	5.3%	76.5%	12.0%	2.3%	3.9%	0.0%
訪問看護ステーション	-	-	86.6%	11.2%	-	2.3%
認知症対応型通所介護	19.9%	57.2%	11.8%	5.7%	-	5.4%
訪問入浴介護	-	64.2%	35.8%	-	-	0.0%
小規模多機能型居宅介護	-	64.4%	27.8%	-	7.7%	0.0%
地域密着型介護老人福祉施設	5.0%	65.4%	9.1%	2.8%	4.1%	13.7%
地域密着型特定施設入居者生活介護	6.6%	72.1%	12.4%	3.6%	5.2%	0.1%
夜間対応型訪問介護	-	59.0%	-	-	-	41.0%
合計	4.2%	65.4%	13.3%	3.5%	7.2%	6.5%

※予防含む

(出典)平成19年介護サービス施設・事業諸調査(統計情報部)

⑦ 調査実施委員会における主な議論

【調査実施委員会における主なご意見】

- 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
→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
- 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
→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
- 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と。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
- 交付金の認識について調査してもいいのではないかと
→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
 - ・ 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、検討中、知らない」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

⑧ 団体ヒアリングにおける主な議論

【調査実施委員会における主なご意見】

○ 給与等を上げない理由は事業所によって様々である。介護報酬以前より給与等の引き上げをしている、赤字補填をすることで雇用の安定化をしている、賃金以外の面（加配、資格取得等）で処遇改善をしている等が考えられる。

→給与等の引き上げ状況以外に考えられる処遇改善の方策及び収支の状況について調査。

○ 地域、開設年次、法人種別等の各施設・事業所におけるバックグラウンドに留意して分析する必要がある。

→分析する際には、地域、開設年次等の施設・事業所の実情に留意。

○ 結果のバラツキが出ないように、適切にサンプリングするべきである。

→標本設計をすることで、結果のバラツキをおさえる（目標精度1%）。

○ 会計はサービス毎に区分できるので、サービス単位で調査するべきである。

→サービス単位で収支の状況を調査。記入が困難な場合は、会計を行っている単位で調査。

介護従事者処遇状況等調査の実施の概要について

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

看護職員 (1 / 2)、介護職員 (1 / 5)、生活相談員 (1 / 1)
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)

看護職員 (1 / 1)、介護職員 (1 / 2)、生活相談員 (1 / 1)
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。

N1

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

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	5 4 3 2 1

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）介護福祉施設サービスの活動の状況（平成21年9月末日時点）

（下の1～3のいずれか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）

介護福祉施設サービス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日の間の介護福祉施設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）状況について、該当する番号全てに○をつけてください。（複数回答可）

- 1 平成21年度介護報酬改定を踏まえて給与等を引き上げた
 - 2 平成21年度介護報酬改定に関わらず給与等を引き上げた
 - 3 定期昇給を実施した
 - 4 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
 - 5 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
 - 6 その他（具体的に： _____）
- 3, 5, 6のみに○をつけた場合は、問3へお進みください

【問1で「1」、「2」または「4」を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）の対象者

(1) 介護福祉施設サービス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 介護従事者全員について、給与等を引き上げ（予定）
 - 2 何らかの要件に該当した介護従事者のみ、給与等を引き上げ（予定）
 - 3 給与等を引き上げる予定だが、対象者については未定
- 1, 3のみに○をつけた場合は、問2(3)へお進みください

【問2（1）で「2」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 雇用形態（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) 介護福祉施設サービス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。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。（複数回答可）

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

問3. 介護福祉施設サービスの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対応状況についてお尋ねします。下表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
今回さらに充実(改善)した	従来より実施しているが、今回新たに実施した	従来より実施してはいるが、今回新たに実施した	従来より実施してはいるが、今回新たに実施した	従来より実施してはいるが、今回新たに実施した

(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(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(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)					
■ 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(具体的に)					

問4 併設サービス等の状況について

(1) 平成21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) 介護老人福祉施設および上記の質問で○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「01」～「20」の中で最も収入の多い番号

問5. 収支の状況について

(1) 介護福祉施設サービスにおける会計の区分状況について、該当する番号に○をつけてください。

- 1 介護福祉施設サービス単独で会計を行っている
- 2 他の介護保険サービス等と一体的に会計を行っている

(2) 介護福祉施設サービスにおける、平成20年9月(1か月間)および平成21年9月(1か月間)の収入・支出の状況についてお答えください。

なお、上記(1)において「2」と回答した場合は、介護福祉施設サービスと一体的に会計を行っている介護保険サービス等を含めてお答えください。(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)	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> 円	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> 円
①のうち介護収入	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> 円	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> 円
②事業活動支出(注)	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> 円	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> 円
②のうち給与総額	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> 円	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> 円
②のうち委託費	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> 円	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> 円
うち派遣料金	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> 円	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> 円

(注) 事業活動収支の部において「国庫補助金等特別積立金取崩額」、「減価償却費」、「引当金繰入」、「引当金戻入」、「寄付金収入」、「雑収入」、「借入金元金償還補助金収入」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

【問5(1)で「2」と答えた方におうかがいします】

(3) 介護福祉施設サービスの介護収入は、上記設問(2)「①のうち介護収入」のうち約何割程度か、平成20年9月(1か月間)および平成21年9月(1か月間)それぞれについて、お答えください。(数字を記入)

平成20年9月の介護収入割合

約 割程度

平成21年9月の介護収入割合

約 割程度

貴施設の属する法人についておうかがいします

問6 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、貴施設以外に介護保険サービスを実施している場合、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)

(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、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：)

【問6 (2) でいずれかに○をつけた方におうかがいします】

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

約 割程度

介護福祉施設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

問7. 介護職員処遇改善交付金について

(1) 介護福祉施設サービスにおける、介護職員処遇改善交付金の申請状況についてお答えください。

- 1 申請する (申請予定、申請中を含む)
- 2 申請しない、検討中、交付金を知らない → (問8へお進みください)

(2) 介護職員処遇改善交付金を申請するために行った、又は行う予定の介護福祉施設サービスにおける従事者の処遇改善の状況についてお答えください。

(複数回答可)

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

介護福祉施設サービスにおける加算や職員等の状況についておうかがいします

問8. 介護福祉施設サービスにおける、平成21年9月サービスにおいて、以下の加算を算定している場合、該当する番号全てに○をつけてください。

(複数回答可)

- | | |
|---------------|----------------------|
| 1 日常生活継続支援加算 | 5 サービス提供体制強化加算 (I) |
| 2 看護体制加算 (I) | 6 サービス提供体制強化加算 (II) |
| 3 看護体制加算 (II) | 7 サービス提供体制強化加算 (III) |
| 4 夜勤職員配置加算 | |

問9. 介護福祉施設サービスにおける、平成20年9月30日および平成21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。(右づめでそれぞれ数字を記入)

平成20年9月30日時点の入所定員

--	--	--	--	--

 人

平成21年9月30日時点の入所定員

--	--	--	--	--

 人

問10. 介護福祉施設サービスにおける、平成20年9月および平成21年9月の延べ在所者数 (国保連請求額の基になっている人数。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。

(右づめでそれぞれ数字を記入)

平成20年9月 (1か月間) の延べ在所者数

--	--	--	--	--

 人

平成21年9月 (1か月間) の延べ在所者数

--	--	--	--	--

 人

問11. 職員数

(1) 介護福祉施設サービスにおける、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（派遣職員を含む）をお答えください。

平成20年9月30日時点の職員数（派遣職員を含む）					
	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（派遣職員を含む）					
	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介護支援専門員数	人	人	. 人	人	. 人

(2) 介護福祉施設サービスにおける、平成20年9月30日および平成21年9月30日時点の派遣職員数をお答えください。

	平成20年9月30日（実人数）	平成21年9月30日（実人数）
派遣職員数	人	人

介護老人福祉施設(案)

※ 看護職員、介護職員、生活相談員、機能訓練指導員及び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)
 ※ 派遣職員の方は除きます。

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 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	
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日に従事していた職種について、該当するものいずれか1つに○をつけてください。 *兼務している場合は主に従事しているものに○をつけてください。	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、当該事業所に以前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	2	1	2	1	80 時間	12 日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
記入例	32 歳	1 2 3 4 5	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	160 時間	24 日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
(1)	男 女	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	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	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	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	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	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	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	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	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	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)
	基本給				手当			
9月30日時点で兼務している職種がありましたら、該当する番号に○をつけてください。 (○はいくつでも)	9月分として支給された基本給を記入してください。 (日給もしくは時給の方はその額(単価)を2年俸の方は2で割った額を記入してください)							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 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 年俸:4	必ず1,2,3,4のいずれか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	1 夜勤手当 2 時間外手当(深夜・休日手当等) 3 家族(扶養)手当 4 通勤手当 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	

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

介護老人福祉施設(案)

※ 看護職員、介護職員、生活相談員、機能訓練指導員及び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)
 ※ 派遣職員の方は除きます。

性別	年齢	職種	勤続年数	一 平成20年度と平成21年度の状況を記載してください。	勤務形態		職位	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 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日に従事していた職種について、該当するものいずれかを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日における勤続年数を記入してください。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。	平成20年度 平成21年度	1 2 1 2 1	1 2 1 2 1	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	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	
記入例	32 歳	1 2 3 4 5	5 年	平成20年度 平成21年度	1 2 1 2 1	1 2 1 2 1	1	160 時間	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	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 5	年	平成20年度 平成21年度	1 2 1 2 1	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 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	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 5	年	平成20年度 平成21年度	1 2 1 2 1	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 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	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 5	年	平成20年度 平成21年度	1 2 1 2 1	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 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	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 5	年	平成20年度 平成21年度	1 2 1 2 1	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 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	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 5	年	平成20年度 平成21年度	1 2 1 2 1	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 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	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 5	年	平成20年度 平成21年度	1 2 1 2 1	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 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	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 5	年	平成20年度 平成21年度	1 2 1 2 1	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 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	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 5	年	平成20年度 平成21年度	1 2 1 2 1	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 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	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 5	年	平成20年度 平成21年度	1 2 1 2 1	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 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	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 5	年	平成20年度 平成21年度	1 2 1 2 1	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 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	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)
	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30日時点で兼務し ている職種がありましたら、 該当する番号に○を つけてください。 (○はいくつでも)	9月分として支給 された基本給を記 入してください。 (日給もしくは 時給の方はその 額(単価)を、 年俸の方は1/2 で割った額を 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 年俸:4 必ず1,2,3,4のい ずれか1つを記入し てください			右(1~7)の 手当の合計額			

記入例	1	2	3	4	5	6	7	1030	円	3	10000	円	1	2	3	4	5	6	7	0	円
	1	2	3	4	5	6	7	190000	円	1	40000	円	1	2	3	4	5	6	7	480000	円
(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

F2

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

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	5 4 3 2 1

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) 介護保健施設サービスの活動の状況 (平成21年9月末日時点)

(下の1～3のいずれか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)

介護保健施設サービス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日の間の介護保健施設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）状況について、該当する番号全てに○をつけてください。（複数回答可）

- 1 平成21年度介護報酬改定を踏まえて給与等を引き上げた
- 2 平成21年度介護報酬改定に関わらず給与等を引き上げた
- 3 定期昇給を実施した
- 4 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
- 5 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
- 6 その他（具体的に： _____）

3, 5, 6のみに○をつけた場合は、問3へお進みください

【問1で「1」、「2」または「4」を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）の対象者

(1) 介護保健施設サービス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、該当する番号全てに○をつけてください。（複数回答可）

なお、1年以内に給与等を引き上げる予定の場合も、本間についてお答えください。

- 1 介護従事者全員について、給与等を引き上げ（予定）
- 2 何らかの要件に該当した介護従事者のみ、給与等を引き上げ（予定）
- 3 給与等を引き上げる予定だが、対象者については未定

1, 3のみに○をつけた場合は、問2(3)へお進みください

【問2（1）で「2」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 雇用形態（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) 介護保健施設サービス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。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。（複数回答可）

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

問3. 介護保健施設サービスの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対応状況についてお尋ねします。下表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
今回さらに充実(改善)した	従来より実施しているが、(今後実施する予定を含む)	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、実施してはいたが、今回新たに実施した	従来および今回、実施してはいるが、今後実施する予定
従来より実施しているが、	従来より実施しており、	従来、実施してはなかったが、	従来および今回、実施していないが、	従来および今回、実施してはいるが、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(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(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)	[]				
■ 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(具体的に)	[]				

問4 併設サービス等の状況について

(1) 平成21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) 介護老人保健施設および上記の質問で○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「01」～「20」の中で最も収入の多い番号

--	--

問5. 収支の状況について

(1) 介護保健施設サービスにおける会計の区分状況について、該当する番号に○をつけてください。

- 1 介護保健施設サービス単独で会計を行っている
- 2 他の介護保険サービス等と一体的に会計を行っている

(2) 介護保健施設サービスにおける、平成20年9月(1か月間)および平成21年9月(1か月間)の収入・支出の状況についてお答えください。なお、上記(1)において「2」と回答した場合は、介護保健施設サービスと一体的に会計を行っている介護保険サービス等を含めてお答えください。(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施設運営事業収益(注)	<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施設運営事業費用(注)	<input type="text"/> 円	<input type="text"/> 円
②のうち給与総額	<input type="text"/> 円	<input type="text"/> 円
②のうち委託費	<input type="text"/> 円	<input type="text"/> 円
うち派遣料金	<input type="text"/> 円	<input type="text"/> 円

(注)「減価償却費」、「引当金繰入」を計上しているところは、これらの金額を施設運営事業収益・施設運営事業費用からそれぞれ控除した額を記入

【問5(1)で「2」と答えた方におうかがいします】

(3) 介護保健施設サービスの介護収入は、上記設問(2)「①のうち介護収入」のうち約何割程度か、平成20年9月(1か月間)および平成21年9月(1か月間)それぞれについて、お答えください。(数字を記入)

平成20年9月の介護収入割合

平成21年9月の介護収入割合

約 割程度

約 割程度

貴施設の属する法人についておうかがいします

問6. 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、貴施設以外に介護保険サービスを実施している場合、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)

(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、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: _____)

【問6 (2) でいずれかに○をつけた方におうかがいします】

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

約 割程度

介護保健施設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

問7. 介護職員処遇改善交付金について

(1) 介護保健施設サービスにおける、介護職員処遇改善交付金の申請状況についてお答えください。

- 1 申請する (申請予定、申請中を含む)
- 2 申請しない、検討中、交付金を知らない → (問8へお進みください)

(2) 介護職員処遇改善交付金を申請するために行った、又は行う予定の介護保健施設サービスにおける従事者の処遇改善の状況についてお答えください。

(複数回答可)

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

問11. 職員数

(1) 介護保健施設サービスにおける、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（派遣職員を含む）をお答えください。

平成20年9月30日時点の職員数（派遣職員を含む）					
	常勤職員数			非常勤職員数	
	専従	兼務	換算数（小数第1位）	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（派遣職員を含む）					
	常勤職員数			非常勤職員数	
	専従	兼務	換算数（小数第1位）	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

(2) 介護保健施設サービスにおける、平成20年9月30日および平成21年9月30日時点の派遣職員数をお答えください。

	平成20年9月30日（実人数）	平成21年9月30日（実人数）
派遣職員数	人	人

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)
 ※ 派遣職員の方は除きます。

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 正規模職員	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

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				

業務の状況	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30日時点で業務し ている職種がありましたら、 該当する番号に○をつけ てください。 (○はいくつでも)	9月分として支給 された基本給を記 入してください。 (日給もしくは 時給の方はその 額(単価)を、 年俸の方は1/2 で割った額を 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					
	1 看護職員 2 介護職員 3 支援相談員 4 P T ・ O T ・ S 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 年俸:4	必ず1,2,3,4のい ずれか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 5 職務手当(役付手当 等) 6 資格手当 7 その他	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7	

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 0 円 1	4 0 0 0 0 円	1 (2) (3) (4) 5 (6) 7	4 8 0 0 0 0 円
(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)
 ※派遣職員の方は除きます。

性別	年齢	職種	勤続年数	一 平成 20年度 と平成 21年度 の状況 を記載し て ください。	勤務形態	職位	実労働 時間	実労働 日数	資格の取得状況										
									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30日時点 に有して いる資格が ありましたら 該当する番 号に○をつ けてくださ い。 (○はいくつ でも)	1 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

記入例	男	女	32	歳	1	2	3	4	5	5	年	平成20年度	1	2	1	2	1	時間	80	日	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
												平成21年度	1	2	1	2	1	時間	160	日	24	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	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
(12)	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
(13)	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
(14)	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
(15)	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
(16)	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
(17)	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
(18)	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
(19)	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
(20)	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)
	基本給			手当				
9月30日時点で兼務している職種がありましたら、該当する番号に○をつけてください。 (○はいくつでも)	9月分として支給された基本給を記入してください。 (日給もしくは時給の方はその額(単価)を、年俸の方は1/2で割った額を記入してください)							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 看護職員 2 介護職員 3 支援相談員 4 P.T.・O.T.・S 5 管理栄養士・栄養士 6 介護支援専門員 7 その他	1 月給 2 日給 3 時給 4 年俸	必ず1,2,3,4のいずれか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。	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	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 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	1	2	3	4	5	6	7	0	円				
	1	2	3	4	5	6	7	1	9	0	0	0	1	4	0	0	0	1	2	3	4	5	6	7	4	8	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						

H3

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

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	5 4 3 2 1

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) 介護療養施設サービスの活動の状況 (平成21年9月末日時点)

(下の1～3のいずれか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)

介護療養施設サービス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伺いします

問1. 平成21年4月1日～9月30日の間の介護療養施設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）状況について、該当する番号全てに○をつけてください。（複数回答可）

<ul style="list-style-type: none"> 1 平成21年度介護報酬改定を踏まえて給与等を引き上げた 2 平成21年度介護報酬改定に関わらず給与等を引き上げた 3 定期昇給を実施した 4 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 5 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 6 その他（具体的に： _____） 	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 40px; margin: 0 auto;"></div>	<p>3, 5, 6のみに○をつけた場合は、問3へお進みください</p>
--	--	--------------------------------------

【問1で「1」、「2」または「4」を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）の対象者

(1) 介護療養施設サービス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予定の場合も、本問についてお答えください。（複数回答可）

<ul style="list-style-type: none"> 1 介護従事者全員について、給与等を引き上げ（予定） 2 何らかの要件に該当した介護従事者のみ、給与等を引き上げ（予定） 3 給与等を引き上げる予定だが、対象者については未定 	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 40px; margin: 0 auto;"></div>	<p>1, 3のみに○をつけた場合は、問2(3)へお進みください</p>
---	--	--------------------------------------

【問2（1）で「2」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 雇用形態（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) 介護療養施設サービス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。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。（複数回答可）

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> 1 夜勤手当 2 時間外手当（早朝・深夜・休日手当等） 3 家族（扶養）手当 4 通勤手当 5 職務手当（役付手当等） | <ul style="list-style-type: none"> 6 資格手当 7 その他
（具体的な名称： _____） 8 引き上げまたは新設なし |
|---|--|

問3. 介護療養施設サービスの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対応状況についてお尋ねします。下表A～Oの項目ごとに、該当する1～5の記号に1つだけ○をつけてください。(○はそれぞれ1つずつ)

(注)

従来…平成21年3月31日以前

今回…平成21年4月1日～平成21年9月30日

今後…1年間を目途

1	2	3	4	5
今回さらに充実(改善)した	従来より実施しているが、 (今後実施する予定を含む)	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、実施していませんが、 今後実施する予定
			従来および今回、実施しているが、 今後実施する予定なし	従来および今回、実施していませんが、 今後実施する予定なし

■ 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(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)	()				
■ 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(具体的に)	()				

問4 併設サービス等の状況について

(1) 平成21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) 介護療養型医療施設および上記の質問で○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「01」～「20」の中で最も収入の多い番号

--	--

問5 収支の状況について

(1) 介護療養施設サービスにおける会計の区分状況について、該当する番号に○をつけてください。

- 1 介護療養施設サービス単独で会計を行っている
- 2 他の介護保険サービス等と一体的に会計を行っている

(2) 介護療養施設サービスにおける、平成20年9月(1か月間)および平成21年9月(1か月間)の収入・支出の状況についてお答えください。なお、上記(1)において「2」と回答した場合は、介護療養施設サービスと一体的に会計を行っている介護保険サービス等を含めてお答えください。(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)	<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介護費用・医業費用(注)	<input type="text"/> 円	<input type="text"/> 円
②のうち給与総額	<input type="text"/> 円	<input type="text"/> 円
②のうち委託費	<input type="text"/> 円	<input type="text"/> 円
うち派遣料金	<input type="text"/> 円	<input type="text"/> 円

(注)「減価償却費」、「引当金繰入」、「引当金戻入」を計上しているところは、これらの金額を介護収益・医業収益、介護費用・医業費用からそれぞれ控除した額を記入

【問5(1)で「2」と答えた方におうかがいします】

(3) 介護療養施設サービスの介護収入は、上記設問(2)「①のうち介護収入」のうち約何割程度か、平成20年9月(1か月間)および平成21年9月(1か月間)それぞれについて、お答えください。(数字を記入)

平成20年9月の介護収入割合

平成21年9月の介護収入割合

約 割程度

約 割程度

貴施設の属する法人についておうかがいします

問6. 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、貴施設以外に介護保険サービスを実施している場合、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)

(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、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: _____)

【問6 (2) でいずれかに○をつけた方におうかがいします】

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

約 割程度

介護療養施設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

問7. 介護職員処遇改善交付金について

(1) 介護療養施設サービスにおける、介護職員処遇改善交付金の申請状況についてお答えください。

- 1 申請する (申請予定、申請中を含む)
- 2 申請しない、検討中、交付金を知らない → (問8へお進みください)

(2) 介護職員処遇改善交付金を申請するために行った、又は行う予定の介護療養施設サービスにおける従事者の処遇改善の状況についてお答えください。

(複数回答可)

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

介護療養施設サービスにおける加算や職員等の状況についてについておうかがいします

問8. 介護療養施設サービスにおける、平成21年9月サービスにおいて、以下の加算を算定している場合、該当する番号全てに○をつけてください。

夜勤職員配置加算については、平成20年9月と平成21年9月の状況を別々にお答えください。(複数回答可)

- | | |
|----------------------|--------------------|
| 1 夜勤職員配置加算 (平成20年9月) | 4 サービス提供体制強化加算 (Ⅱ) |
| 2 夜勤職員配置加算 (平成21年9月) | 5 サービス提供体制強化加算 (Ⅲ) |
| 3 サービス提供体制強化加算 (Ⅰ) | |

問9. 介護療養施設サービスにおける、平成20年9月30日および平成21年9月30日時点の病床数(療養病床及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。(右づめでそれぞれ数字を記入)

平成20年9月30日時点の病床数

--	--	--	--	--

 人

平成21年9月30日時点の病床数

--	--	--	--	--

 人

問10. 介護療養施設サービスにおける、平成20年9月および平成21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。(右づめでそれぞれ数字を記入)

平成20年9月(1か月間)の延べ在院者数

--	--	--	--	--

 人

平成21年9月(1か月間)の延べ在院者数

--	--	--	--	--

 人

問11. 職員数

(1) 介護療養施設サービスにおける、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（派遣職員を含む）をお答えください。

平成20年9月30日時点の職員数（派遣職員を含む）					
	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（派遣職員を含む）					
	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

(2) 介護療養施設サービスにおける、平成20年9月30日および平成21年9月30日時点の派遣職員数をお答えください。

	平成20年9月30日（実人数）	平成21年9月30日（実人数）
派遣職員数	人	人

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)
 ※ 派遣職員の方は除きます。

性別	年齢	職種	勤続年数	一平成20年度と平成21年度の状況を記載してください。	勤務形態		職位	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)	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 T・PT・OT・S	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

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	

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)
 ※ 派遣職員の方は除きます。

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	8 介護支援専門員

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
(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
									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	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
(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
									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	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
(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
									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	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
(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
									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	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
(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
									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	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)
	基本給			手当			
9月30日時点で兼務している職種がありましたら、該当する番号に○をつけてください。 (○はいくつでも)	9月分として支給された基本給を記入してください。 (日給もしくは時給の方はその額(単価)を、年俸の方は12で割った額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。			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 看護職員 2 介護職員 3 T.P.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 年俸:4	必ず1,2,3,4のいずれか1つを記入して下さい	該当する番号に○をつけてください	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 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	

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	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	

V4

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

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	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0
パスワード	5 4 3 2 1

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) 訪問介護の活動の状況 (平成21年9月末日時点)

(下の1～3のいずれか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)

訪問介護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日の間の訪問介護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、該当する番号全てに○をつけてください。（複数回答可）

- 1 平成21年度介護報酬改定を踏まえて給与等を引き上げた
 - 2 平成21年度介護報酬改定に関わらず給与等を引き上げた
 - 3 定期昇給を実施した
 - 4 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
 - 5 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
 - 6 その他（具体的に： _____）
- 3, 5, 6のみに○をつけた場合は、問3へお進みください。

【問1で「1」、「2」または「4」を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）の対象者

(1) 訪問介護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、該当する番号全てに○をつけてください。（複数回答可）

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 介護従事者全員について、給与等を引き上げ（予定）
 - 2 何らかの要件に該当した介護従事者のみ、給与等を引き上げ（予定）
 - 3 給与等を引き上げる予定だが、対象者については未定
- 1, 3のみに○をつけた場合は、問2(3)へお進みください

【問2（1）で「2」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 雇用形態（正規・非正規）を要件として引き上げ
- 7 勤務時間を要件として引き上げ
- 8 その他（具体的に： _____）

(3) 訪問介護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。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。（複数回答可）

- | | |
|----------------------|-----------------|
| 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・交通費 | 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. 訪問介護の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対応状況についてお尋ねします。下表A～Oの項目ごとに、該当する1～5の記号に1つだけ○をつけてください。
(○はそれぞれ1つずつ)

(注)

従来…平成21年3月31日以前

今回…平成21年4月1日～平成21年9月30日

今後…1年間を目途

1	2	3	4	5
今回さらに充実(改善)した	従来より実施しているが、 (今後実施する予定を含む)	従来より実施してはいたが、 今回新たに実施した	従来、実施してはいたが、 今後実施する予定	従来および今回、実施してはいたが、 今後も実施する予定なし

■ 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(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)	[]				
■ 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(具体的に)	[]				

問4 併設サービス等の状況について

(1) 平成21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) 訪問介護および上記の質問で○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「01」～「20」の中で最も収入の多い番号

問5. 収支の状況について

(1) 訪問介護における会計の区分状況について、該当する番号に○をつけてください。

- 1 訪問介護単独で会計を行っている
- 2 他の介護保険サービス等と一体的に会計を行っている

(2) 訪問介護における、平成20年9月(1か月間)および平成21年9月(1か月間)の収入・支出の状況についてお答えください。なお、上記(1)において「2」と回答した場合は、訪問介護と一体的に会計を行っている介護保険サービス等を含めてお答えください。(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、売上高(注)	<input style="width: 80%; height: 20px;" type="text"/> 円	<input style="width: 80%; height: 20px;" type="text"/> 円
①のうち介護収入	<input style="width: 80%; height: 20px;" type="text"/> 円	<input style="width: 80%; height: 20px;" type="text"/> 円
②事業活動外支出、売上原価、販売費及び一般管理費(注)	<input style="width: 80%; height: 20px;" type="text"/> 円	<input style="width: 80%; height: 20px;" type="text"/> 円
②のうち給与総額	<input style="width: 80%; height: 20px;" type="text"/> 円	<input style="width: 80%; height: 20px;" type="text"/> 円
②のうち委託費	<input style="width: 80%; height: 20px;" type="text"/> 円	<input style="width: 80%; height: 20px;" type="text"/> 円
うち派遣料金	<input style="width: 80%; height: 20px;" type="text"/> 円	<input style="width: 80%; height: 20px;" type="text"/> 円

(注)事業活動収支の部において「国庫補助金等特別積立金取崩額」、「減価償却費」、「引当金繰入」、「引当金戻入」、「寄付金収入」、「雑収入」、「借入金元金償還補助金収入」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

【問5(1)で「2」と答えた方におうかがいします】

(3) 訪問介護の介護収入は、上記設問(2)「①のうち介護収入」のうち約何割程度か、平成20年9月(1か月間)および平成21年9月(1か月間)それぞれについて、お答えください。(数字を記入)

平成20年9月の介護収入割合

平成21年9月の介護収入割合

約 割程度

約 割程度

貴事業所が属する法人についておうかがいします

問6. 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、貴事業所以外に介護保険サービスを実施している場合、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)

(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、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：)

【問6 (2) でいずれかに○をつけた方におうかがいします】

(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

訪問介護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

問7. 介護職員処遇改善交付金について

(1) 訪問介護における、介護職員処遇改善交付金の申請状況についてお答えください。

- 1 申請する (申請予定、申請中を含む)
- 2 申請しない、検討中、交付金を知らない → (問8へお進みください)

(2) 介護職員処遇改善交付金を申請するために行った、又は行う予定の訪問介護における従事者の処遇改善の状況についてお答えください。(複数回答可)

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

問10. 職員数

(1) 訪問介護における、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(派遣職員を含む)をお答えください。

平成20年9月30日時点の職員数(派遣職員を含む)					
	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

平成21年9月30日時点の職員数(派遣職員を含む)					
	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) 訪問介護における、平成20年9月30日および平成21年9月30日時点の派遣職員数をお答えください。

	平成20年9月30日(実人数)	平成21年9月30日(実人数)
派遣職員数	人	人

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。(事務職員等は除きます)
 ※ 派遣職員の方は除きます。

性別	年齢	勤続年数	一平成20年度と平成21年度の状況を記載してください。	勤務形態		職位	実労働時間	実労働日数	資格の取得状況										業務の状況											
				1 非常勤	2 非常勤				1 正規職員	2 非正規職員	1 サービス提供責任者	9月30日時点で、サービス提供責任者の場合、○をつけてください。	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)	9月30日時点で業務している職種がありましたら、該当する番号に○をつけてください。(○はいくつでも)														
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記入してください。		1 非常勤	2 非常勤	1 正規職員	2 非正規職員	1 サービス提供責任者	9月30日時点で、サービス提供責任者の場合、○をつけてください。	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)	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 ヘルパー3級 研修了者	10 その他	1 生活相談員・支援相談員	2 介護職員	3 看護職員	4 機能訓練指導員	5 管理栄養士・栄養士	6 介護支援専門員	7 管理者	8 その他
記入例	男(女) 40歳	3年	平成20年度 平成21年度	1(2)	1(2)	1(2)	1(2)	40時間 160時間	12日 24日	1	2	3	4	5	6	7(7)	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	7	8	
(1)	男 女	歳	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	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		
(2)	男 女	歳	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	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
(3)	男 女	歳	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	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
(4)	男 女	歳	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	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
(5)	男 女	歳	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	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
(6)	男 女	歳	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	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
(7)	男 女	歳	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	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
(8)	男 女	歳	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	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
(9)	男 女	歳	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	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
(10)	男 女	歳	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	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	

担当サービス	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(「年俸」、「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					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。	
訪問介護における担当サー ビス に○をつけてください。	賃金の支払が 年俸・月給の者 (1か月あたり) (年俸の方は1/12をした 額を記入してください)	賃金の支払が 日給の者 (1日あたり)	賃金の支払 が 時給の者 (1時間あたり)	9月分として支 給された手当を記 入してください。 右(1~8)の 手当の合計額						

記入例	①	2	3	円	円	1000	円	10000	円	①	②	③	4	5	6	7	8	円
	1	2	③	1900000	円	円	円	40000	円	①	②	③	④	5	⑥	⑦	8	2000000
(1)	1	2	3	円	円	円	円	円	円	1	2	3	4	5	6	7	8	円
	1	2	3	円	円	円	円	円	円	1	2	3	4	5	6	7	8	円
(2)	1	2	3	円	円	円	円	円	円	1	2	3	4	5	6	7	8	円
	1	2	3	円	円	円	円	円	円	1	2	3	4	5	6	7	8	円
(3)	1	2	3	円	円	円	円	円	円	1	2	3	4	5	6	7	8	円
	1	2	3	円	円	円	円	円	円	1	2	3	4	5	6	7	8	円
(4)	1	2	3	円	円	円	円	円	円	1	2	3	4	5	6	7	8	円
	1	2	3	円	円	円	円	円	円	1	2	3	4	5	6	7	8	円
(5)	1	2	3	円	円	円	円	円	円	1	2	3	4	5	6	7	8	円
	1	2	3	円	円	円	円	円	円	1	2	3	4	5	6	7	8	円
(6)	1	2	3	円	円	円	円	円	円	1	2	3	4	5	6	7	8	円
	1	2	3	円	円	円	円	円	円	1	2	3	4	5	6	7	8	円
(7)	1	2	3	円	円	円	円	円	円	1	2	3	4	5	6	7	8	円
	1	2	3	円	円	円	円	円	円	1	2	3	4	5	6	7	8	円
(8)	1	2	3	円	円	円	円	円	円	1	2	3	4	5	6	7	8	円
	1	2	3	円	円	円	円	円	円	1	2	3	4	5	6	7	8	円
(9)	1	2	3	円	円	円	円	円	円	1	2	3	4	5	6	7	8	円
	1	2	3	円	円	円	円	円	円	1	2	3	4	5	6	7	8	円
(10)	1	2	3	円	円	円	円	円	円	1	2	3	4	5	6	7	8	円
	1	2	3	円	円	円	円	円	円	1	2	3	4	5	6	7	8	円

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。(事務職員等は除きます)
 ※ 派遣職員の方は除きます。

性別	年齢	勤続年数	一平成20年度と平成21年度の状況を記載してください。	勤務形態		職位	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 サービス提供責任者	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・支援相談員	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

記入例	男(女)	40	歳	3	年	平成20年度 1 2 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 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8	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	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8
(11)	男 女	歳	年			平成20年度 1 2 1 2 1	時間	日	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8	平成21年度 1 2 1 2 1	時間	日	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8						
(12)	男 女	歳	年			平成20年度 1 2 1 2 1	時間	日	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8	平成21年度 1 2 1 2 1	時間	日	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8						
(13)	男 女	歳	年			平成20年度 1 2 1 2 1	時間	日	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8	平成21年度 1 2 1 2 1	時間	日	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8						
(14)	男 女	歳	年			平成20年度 1 2 1 2 1	時間	日	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8	平成21年度 1 2 1 2 1	時間	日	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8						
(15)	男 女	歳	年			平成20年度 1 2 1 2 1	時間	日	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8	平成21年度 1 2 1 2 1	時間	日	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8						
(16)	男 女	歳	年			平成20年度 1 2 1 2 1	時間	日	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8	平成21年度 1 2 1 2 1	時間	日	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8						
(17)	男 女	歳	年			平成20年度 1 2 1 2 1	時間	日	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8	平成21年度 1 2 1 2 1	時間	日	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8						
(18)	男 女	歳	年			平成20年度 1 2 1 2 1	時間	日	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8	平成21年度 1 2 1 2 1	時間	日	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8						
(19)	男 女	歳	年			平成20年度 1 2 1 2 1	時間	日	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8	平成21年度 1 2 1 2 1	時間	日	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8						
(20)	男 女	歳	年			平成20年度 1 2 1 2 1	時間	日	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8	平成21年度 1 2 1 2 1	時間	日	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8						

担当サービス	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(「年俸」、「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	
に訪問介護をつけてくださる担当サービス	賃金の支払が 年俸・月給の者 (1か月あたり) (年俸の方は1/12をした 額を記入してください)	賃金の支払が 日給の者 (1日あたり)	賃金の支払 が 時給の者 (1時間あたり)	9月分として支給 された手当を記入 してください。 右(1~8)の 手当の合計額	<p>該当する番号に ○をつけてください</p> <p>1 夜間外手当(早朝・深夜 休日手当等)</p> <p>2 家族(扶養)手当</p> <p>3 通勤手当・交通費</p> <p>4 移動手当</p> <p>5 等(職務)手当(役付手当)</p> <p>6 資格手当</p> <p>7 研修手当</p> <p>8 その他</p>
	1 身体介護	2 生活援助	3 身体介護及び生活援助	<p>9月時点の基本給を さい。</p> <p>9月時点の基本給を さい。</p> <p>9月時点の基本給を さい。</p>	

4月1日から9月30日
までに支給された一時金
(賞与・その他の臨時支
給分)の合計額を記入し
てください。

* 一時金(賞与・
その他の臨時支給
分)がない場合は、
0(ゼロ)を記入して
ください。

記入例	① 2 3	円	円	円	10,000	円	10,000	円	① ② ③ 4 5 6 7 8	0	円
	1 2 ③	190,000	円	円	円	40,000	円	円	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ 8	200,000	円
(11)	1 2 3	円	円	円	円	円	円	円	1 2 3 4 5 6 7 8		円
	1 2 3	円	円	円	円	円	円	円	1 2 3 4 5 6 7 8		円
(12)	1 2 3	円	円	円	円	円	円	円	1 2 3 4 5 6 7 8		円
	1 2 3	円	円	円	円	円	円	円	1 2 3 4 5 6 7 8		円
(13)	1 2 3	円	円	円	円	円	円	円	1 2 3 4 5 6 7 8		円
	1 2 3	円	円	円	円	円	円	円	1 2 3 4 5 6 7 8		円
(14)	1 2 3	円	円	円	円	円	円	円	1 2 3 4 5 6 7 8		円
	1 2 3	円	円	円	円	円	円	円	1 2 3 4 5 6 7 8		円
(15)	1 2 3	円	円	円	円	円	円	円	1 2 3 4 5 6 7 8		円
	1 2 3	円	円	円	円	円	円	円	1 2 3 4 5 6 7 8		円
(16)	1 2 3	円	円	円	円	円	円	円	1 2 3 4 5 6 7 8		円
	1 2 3	円	円	円	円	円	円	円	1 2 3 4 5 6 7 8		円
(17)	1 2 3	円	円	円	円	円	円	円	1 2 3 4 5 6 7 8		円
	1 2 3	円	円	円	円	円	円	円	1 2 3 4 5 6 7 8		円
(18)	1 2 3	円	円	円	円	円	円	円	1 2 3 4 5 6 7 8		円
	1 2 3	円	円	円	円	円	円	円	1 2 3 4 5 6 7 8		円
(19)	1 2 3	円	円	円	円	円	円	円	1 2 3 4 5 6 7 8		円
	1 2 3	円	円	円	円	円	円	円	1 2 3 4 5 6 7 8		円
(20)	1 2 3	円	円	円	円	円	円	円	1 2 3 4 5 6 7 8		円
	1 2 3	円	円	円	円	円	円	円	1 2 3 4 5 6 7 8		円

D5

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

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	5 4 3 2 1

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) 通所介護の活動の状況 (平成21年9月末日時点)

(下の1～3のいずれか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)

通所介護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日の間の通所介護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、該当する番号に全てに○をつけてください。（複数回答可）

- 1 平成21年度介護報酬改定を踏まえて給与等を引き上げた
- 2 平成21年度介護報酬改定に関わらず給与等を引き上げた
- 3 定期昇給を実施した
- 4 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
- 5 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
- 6 その他（具体的に：

3、5、6のみに○をつけた場合は、問3へお進みください。

【問1で「1」、「2」または「4」を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）の対象者

(1) 通所介護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 介護従事者全員について、給与等を引き上げ（予定）
- 2 何らかの要件に該当した介護従事者のみ、給与等を引き上げ（予定）
- 3 給与等を引き上げる予定だが、対象者については未定

1、3のみに○をつけた場合は、問2(3)へお進みください

【問2（1）で「2」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 雇用形態（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) 通所介護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。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。（複数回答可）

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

問3. 通所介護の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対応状況についてお尋ねします。下表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
今回さらに充実(改善)した	従来より実施しているが、 今回内容等は変更していない (今後実施する予定を含む)	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(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) 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(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)	()				
■ 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(具体的に)	()				

問4 併設サービス等の状況について

(1) 平成21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 | <input checked="" type="radio"/> 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) 通所介護および上記の質問で○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「01」～「20」の中で最も収入の多い番号

問5 収支の状況について

(1) 通所介護における会計の区分状況について、該当する番号に○をつけてください。

- 1 通所介護単独で会計を行っている
- 2 他の介護保険サービス等と一体的に会計を行っている

(2) 通所介護における、平成20年9月(1か月間)および平成21年9月(1か月間)の収入・支出の状況についてお答えください。なお、上記(1)において「2」と回答した場合は、通所介護と一体的に会計を行っている介護保険サービス等を含めてお答えください。(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、売上高(注)	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> 円	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> 円
①のうち介護収入	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> 円	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> 円
②事業活動外支出、売上原価、販売費及び一般管理費(注)	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> 円	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> 円
②のうち給与総額	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> 円	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> 円
②のうち委託費	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> 円	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> 円
うち派遣料金	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> 円	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> 円

(注) 事業活動収支の部において「国庫補助金等特別積立金取崩額」、「減価償却費」、「引当金繰入」、「引当金戻入」、「寄付金収入」、「雑収入」、「借入金元金償還補助金収入」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

【問5(1)で「2」と答えた方におうかがいします】

(3) 通所介護の介護収入は、上記設問(2)「①のうち介護収入」のうち約何割程度か、平成20年9月(1か月間)および平成21年9月(1か月間)それぞれについて、お答えください。(数字を記入)

平成20年9月の介護収入割合 平成21年9月の介護収入割合
約 割程度 約 割程度

貴事業所の属する法人についておうかがいします

問6. 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、貴事業所以外に介護保険サービスを実施している場合、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)

(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、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:)

【問6 (2) でいずれかに○をつけた方におうかがいします】

(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

通所介護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

問7. 介護職員処遇改善交付金について

(1) 通所介護における、介護職員処遇改善交付金の申請状況についてお答えください。

- 1 申請する (申請予定、申請中を含む)
- 2 申請しない、検討中、交付金を知らない → (問8へお進みください)

(2) 介護職員処遇改善交付金を申請するために行った、又は行う予定の通所介護における従事者の処遇改善の状況についてお答えください。

(複数回答可)

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

通所介護における加算や職員等の状況についておうかがいします

問8. 通所介護における、平成21年9月サービスにおいて、以下の加算を算定している場合、該当する番号全てに○をつけてください。

(複数回答可)

1 サービス提供体制強化加算 (I)

2 サービス提供体制強化加算 (II)

問9. 通所介護における、平成20年9月および平成21年9月の通所介護の開催日数をお答えください。(右づめでそれぞれ数字を記入)

平成20年9月の開催日数

--	--

 日

平成21年9月の開催日数

--	--

 日

問10. 通所介護における、平成20年9月および平成21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。(右づめでそれぞれ数字を記入)

平成20年9月(1か月間)の延べ利用者数

--	--	--	--	--

 人

平成21年9月(1か月間)の延べ利用者数

--	--	--	--	--

 人

問11. 職員数

(1) 通所介護における、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(派遣職員を含む)をお答えください。

平成20年9月30日時点の職員数(派遣職員を含む)					
	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(派遣職員を含む)					
	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

(2) 通所介護における、平成20年9月30日および平成21年9月30日時点の派遣職員数をお答えください。

	平成20年9月30日(実人数)	平成21年9月30日(実人数)
派遣職員数	人	人

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。(事務職員等は除きます)
 ※ 派遣職員の方は除きます。

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 非常勤	2 非常勤				1 管理職	1 9月30日時点で管理職である場合、○をつけてください。	1 生活相談員	2 介護職員	3 介護職員	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 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	11 その他	1 管理者	2 介護支援専門員	3 管理栄養士・栄養士	4 機能訓練指導員	5 介護職員	6 看護職員

記入例	男	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	8
										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	8
(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	8			
									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			
(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	8			
									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			
(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	8			
									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			
(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	8			
									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			
(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	8			
									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			
(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	8			
									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			
(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	8			
									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			
(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	8			
									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			
(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	8			
									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			
(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	8			
									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			

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(「年俸」、「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 まで支給された一時金 (賞与・その他の臨時支給分) の合計額を記入し てください。
賃金の支払が 年俸・月給の 者 (1か月あたり) (年俸の方は1/12をし た額を記入してくだ さい)	賃金の支払 が 日給の者 (1日あたり)	賃金の支 払が 時給の者 (1時間あた り)	該当する番号に ○をつけてください						
9月 の 時 給 額 を 記 入 し て く だ さ い	9月 の 日 給 額 を 記 入 し て く だ さ い	9月 の 時 給 額 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 深 夜・ 休 日 手 当 等	2 家 族 (扶 養) 手 当	3 通 勤 手 当	4 職 務 手 当 (役 付 手 当 等)	5 資 格 手 当	6 そ の 他				

記 入 例	基本給			手当						一時金 (賞与・その他の 臨時支給分)	
	円	円	円	円	1	2	3	4	5		6
	1,900,000		1,000	10,000			○3				0
				40,000	1	○2	○3	○4	5	○6	480,000
(1)	円	円	円	円	1	2	3	4	5	6	円
(2)	円	円	円	円	1	2	3	4	5	6	円
(3)	円	円	円	円	1	2	3	4	5	6	円
(4)	円	円	円	円	1	2	3	4	5	6	円
(5)	円	円	円	円	1	2	3	4	5	6	円
(6)	円	円	円	円	1	2	3	4	5	6	円
(7)	円	円	円	円	1	2	3	4	5	6	円
(8)	円	円	円	円	1	2	3	4	5	6	円
(9)	円	円	円	円	1	2	3	4	5	6	円
(10)	円	円	円	円	1	2	3	4	5	6	円

G6

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

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	5 4 3 2 1

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) 認知症対応型共同生活介護の活動の状況 (平成21年9月末日時点)

(下の1～3のいずれか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)

認知症対応型共同生活介護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伺いします

問1. 平成21年4月1日～9月30日の間の認知症対応型共同生活介護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、該当する番号全てに○をつけてください。（複数回答可）

- 1 平成21年度介護報酬改定を踏まえて給与等を引き上げた
- 2 平成21年度介護報酬改定に関わらず給与等を引き上げた
- 3 定期昇給を実施した
- 4 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
- 5 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
- 6 その他（具体的に： _____）

3, 5, 6のみに○をつけた場合は、問3へお進みください

【問1で「1」、「2」または「4」を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）の対象者

(1) 認知症対応型共同生活介護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、該当する番号全てに○をつけてください。（複数回答可）

なお、1年以内に給与等を引き上げる予定の場合も、本問についてお答えください。

- 1 介護従事者全員について、給与等を引き上げ（予定）
- 2 何らかの要件に該当した介護従事者のみ、給与等を引き上げ（予定）
- 3 給与等を引き上げる予定だが、対象者については未定

1, 3のみに○をつけた場合は、問2(3)へお進みください

【問2（1）で「2」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 雇用形態（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) 認知症対応型共同生活介護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 夜勤手当
- 2 時間外手当（早朝・深夜・休日手当等）
- 3 家族（扶養）手当
- 4 通勤手当
- 5 職務手当（役付手当等）
- 6 資格手当
- 7 その他（具体的な名称： _____）
- 8 引き上げまたは新設なし

問3. 認知症対応型共同生活介護の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対応状況についてお尋ねします。下表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(今後実施する予定を含む)	今回新たに実施した	従来、実施していなかったが、今後実施する予定	従来および今回、実施していませんが、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(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(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)	[]				
■ 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(具体的に)	[]				

問4 併設サービス等の状況について

(1) 平成21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) 認知症対応型共同生活介護および上記の質問で○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「01」～「20」の中で最も収入の多い番号

問5. 収支の状況について

(1) 認知症対応型共同生活介護における会計の区分状況について、該当する番号に○をつけてください。

- 1 認知症対応型共同生活介護単独で会計を行っている
- 2 他の介護保険サービス等と一体的に会計を行っている

(2) 認知症対応型共同生活介護における、平成20年9月(1か月間)および平成21年9月(1か月間)の収入・支出の状況についてお答えください。なお、上記(1)において「2」と回答した場合は、認知症対応型共同生活介護と一体的に会計を行っている介護保険サービス等を含めてお答えください。(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、売上高(注)	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> 円	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> 円
①のうち介護収入	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> 円	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> 円
②事業活動外支出、売上原価、販売費及び一般管理費(注)	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> 円	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> 円
②のうち給与総額	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> 円	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> 円
②のうち委託費	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> 円	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> 円
うち派遣料金	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> 円	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> 円

(注) 事業活動収支の部において「国庫補助金等特別積立金取崩額」、「減価償却費」、「引当金繰入」、「引当金戻入」、「寄付金収入」、「雑収入」、「借入金元金償還補助金収入」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

【問5(1)で「2」と答えた方におうかがいします】

(3) 認知症対応型共同生活介護の介護収入は、上記設問(2)「①のうち介護収入」のうち約何割程度か、平成20年9月(1か月間)および平成21年9月(1か月間)それぞれについて、お答えください。(数字を記入)

平成20年9月の介護収入割合

約 割程度

平成21年9月の介護収入割合

約 割程度

貴事業所の属する法人についておうかがいします

問6. 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、貴事業所以外に介護保険サービスを実施している場合、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)

(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、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：)

【問6 (2) でいずれかに○をつけた方におうかがいします】

(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

認知症対応型共同生活介護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

問7. 介護職員処遇改善交付金について

(1) 認知症対応型共同生活介護における、介護職員処遇改善交付金の申請状況についてお答えください。

- 1 申請する (申請予定、申請中を含む)
- 2 申請しない、検討中、交付金を知らない → (問8へお進みください)

(2) 介護職員処遇改善交付金を申請するために行った、又は行う予定の認知症対応型共同生活介護の従事者の処遇改善の状況についてお答えください。

(複数回答可)

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

認知症対応型共同生活介護における加算や職員等の状況についておうかがいします

問8. 認知症対応型共同生活介護における、平成21年9月サービスにおいて、以下の加算を算定している場合、該当する番号全てに○をつけてください。

(複数回答可)

- | | |
|-------------------|-------------------|
| 1 夜間ケア加算 | 3 サービス提供体制強化加算(Ⅱ) |
| 2 サービス提供体制強化加算(Ⅰ) | 4 サービス提供体制強化加算(Ⅲ) |

問9. 認知症対応型共同生活介護における、平成20年9月30日および平成21年9月30日時点の定員をお答えください。(右づめでそれぞれ数字を記入)

平成20年9月30日時点の定員

<input type="text"/>	人
<input type="text"/>	ユニット

平成21年9月30日時点の定員

<input type="text"/>	人
<input type="text"/>	ユニット

問10. 認知症対応型共同生活介護における、平成20年9月および平成21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。(短期利用分を含む))をお答えください。(右づめでそれぞれ数字を記入)

平成20年9月の延べ利用者数

<input type="text"/>	人
----------------------	---

平成21年9月の延べ利用者数

<input type="text"/>	人
----------------------	---

問11. 職員数

(1) 認知症対応型共同生活介護における、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（派遣職員を含む）をお答えください。

平成20年9月30日時点の職員数（派遣職員を含む）					
	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介護職員数	人	人	. 人	人	. 人
②のうち 看護職員数	人	人	. 人	人	. 人
②のうち 介護福祉士数	人	人	. 人	人	. 人
③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（派遣職員を含む）					
	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介護職員数	人	人	. 人	人	. 人
②のうち 看護職員数	人	人	. 人	人	. 人
②のうち 介護福祉士数	人	人	. 人	人	. 人
③介護支援専門員数	人	人	. 人	人	. 人

(2) 認知症対応型共同生活介護における、平成20年9月30日および平成21年9月30日時点の派遣職員数をお答えください。

	平成20年9月30日（実人数）	平成21年9月30日（実人数）
派遣職員数	人	人

認知症対応型共同生活介護事業所(案)

※ 介護職員(介護職員のうち看護職員を含む)、介護支援専門員の方のみご記入ください。(事務職員等は除きます)
 ※ 派遣職員の方は除きます。

性別	年齢	職種	勤続年数	一平成20年度と平成21年度の状況を記載してください。	勤務形態		職位	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 管理職	2 非正規職員	1 介護福祉士	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	1 介護職員	2 看護職員	3 介護支援専門員

記入例	男	32歳	1	2	3	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 160時間	12日 24日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	1	2	3	4	5
(1)	男	歳	1	2	3	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	1	2	3	4	5
(2)	男	歳	1	2	3	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	1	2	3	4	5
(3)	男	歳	1	2	3	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	1	2	3	4	5
(4)	男	歳	1	2	3	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	1	2	3	4	5
(5)	男	歳	1	2	3	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	1	2	3	4	5
(6)	男	歳	1	2	3	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	1	2	3	4	5
(7)	男	歳	1	2	3	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	1	2	3	4	5
(8)	男	歳	1	2	3	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	1	2	3	4	5
(9)	男	歳	1	2	3	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	1	2	3	4	5
(10)	男	歳	1	2	3	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	1	2	3	4	5

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(「年俸」、「月額」、「日額」、「時給」のうち、 該当欄にその数値をお書きください。)											4月1日から9月30日 まで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。	
賃金の支払が 年俸・月給の 者 (1か月あたり) (年俸の方は1/12をし た額を記入してくださ い)	賃金の支払が 日給の者 (1日あたり)	賃金の 支払が 時給の者 (1時間あた り)	さ し 9 月 分 と し て 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 1 夜勤手当 2 深 夜 ・ 休 日 手 当 (早 朝 ・ 休 日 手 当 等) 3 家 族 ・ 扶 養 手 当 4 通 勤 手 当 5 職 務 手 当 (役 付 手 当 等) 6 資 格 手 当 7 その他								
い で さ 9 月 入 入 し て く だ さ い	い で さ 9 月 入 入 し て く だ さ い	い で さ 9 月 入 入 し て く だ さ い	右(1~7)の 手 当 の 合 計 額									0円
例 190000円		1000円	10000円	1	2	3	4	5	6	7	480000円	

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

※ 介護職員(介護職員のうち看護職員を含む)、介護支援専門員の方のみご記入ください。(事務職員等は除きます)
 ※ 派遣職員の方は除きます。

性別	年齢	職種	勤続年数	一平成20年度と平成21年度の状況を記載してください。	勤務形態		職位	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 管理職	2 非正規職員	1 介護福祉士	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 介護職員	2 看護職員	3 介護支援専門員

記入例	男	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	5
	女							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
(11)	男	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	5
	女							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
(12)	男	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	5
	女							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
(13)	男	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	5
	女							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
(14)	男	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	5
	女							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
(15)	男	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	5
	女							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
(16)	男	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	5
	女							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
(17)	男	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	5
	女							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
(18)	男	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	5
	女							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
(19)	男	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	5
	女							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
(20)	男	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	5
	女							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

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(「年俸」、「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 年俸・月給の 者 (1か月あたり) (年俸の方は1/12をし た額を記入してください)	賃金の支払が 日給の者 (1日あたり)	賃金の 支払が 時給の者 (1時間あた り)	9 月 分 と し て 支 給 し て く だ さ い。	該当する番号に ○をつけてください						
い で さ 9 月 分 の 支 給 額	い で さ 9 月 分 の 支 給 額	い で さ 9 月 分 の 支 給 額		1 夜 勤 手 当	2 深 夜 時 間 外 手 当 (早 朝 ・ 休 日 手 当 等)	3 家 族 (扶 養) 手 当	4 通 勤 手 当	5 職 務 手 当 (役 付 手 当 等)	6 資 格 手 当	7 そ の 他

4月1日から9月30日までに支給された一時金(賞与・その他の臨時支給分)の合計額を記入してください。

* 一時金(賞与・その他の臨時支給分)がない場合は、0(ゼロ)を記入してください。

記入例	円		円		円		円		円							円	
	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	
			1000		10000				1	2	3	4	5	6	7		0
	190000				40000				1	2	3	4	5	6	7	480000	
(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		