

平成 27 年 8 月吉日

関係各位

東京都地域密着型協議会  
代表 和田 行男  
東京都グループホーム協議会  
代表 林田 俊弘

## 認知症対応型共同生活介護実態調査のお願い

残暑の候、ますます御健勝のこととお慶び申し上げます。平素は格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

今年 4 月の介護報酬の改定が行われましたが、このところ本当に納得のいかない内容の改定が続いており、経営状況も更に厳しくなっております。

厚生労働省の方々と話すと、実態を正確につかみたいという話が多々聞かれる中、東京都グループホーム協議会として、東京の実情を伝えるべく、実態調査を実施したいと考えた次第です。

東京の実情が必ずしも、全国の状況と一致しているわけではありません。その違いなども含め、この実態調査の結果を厚生労働省や東京都、自治体と話し合うための資料として活用したいと考えています。

運営も厳しさを増し、働き手も不足した状態が続きます。ここで正確な情報が無ければ次の改定もおぼつかないです。

つきましては、ご多用のところ大変恐縮ではございますが、**平成 27 年 9 月 18 日までにアンケート返信していただければ幸いです。**

このアンケート調査には多くの回答をいただきたいと思っておりますので、ご協力の程、宜しくお願い申し上げます。

問い合わせ先  
東京都グループホーム協議会 事務局  
担当 村松・大岩  
東京都小金井市東町 2-31-2  
(グループホームのがわ 内)  
TEL : 0422-32-9277  
FAX : 0422-30-0168

平成27年度東京都地域密着型協議会・東京都グループホーム協議会調査  
 東京都内認知症グループホーム経営実態調査

記入者職名 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_  
 ※職名・氏名は差し支えなければご記入ください

☆基本項目

1. 貴法人の種類はどれですか（一つに○）  
 ア 社会福祉法人                      イ 株式会社  
 イ 医療法人                              オ NPO法人  
 キ その他                              (                              )

- ウ 有限会社  
 カ 合資会社

2. 法人名（差し支えなければご記入ください）

\_\_\_\_\_

法人全体の従業員数	
おおよそ	人
(内 常勤)	人
(内 非常勤)	人

3. 貴法人の都内のグループホーム開設状況  
 グループホーム数 \_\_\_\_\_ ケ所      ユニット数 \_\_\_\_\_ ユニット

定員 \_\_\_\_\_ 名

4. 法人内で実施しているサービスにいくつでも○を付けてください

- ア 小規模多機能居宅介護                      イ 居宅介護支援事業所                      ウ 特別養護老人ホーム  
 イ 通所介護事業（大型・小規模・認知症対応型）  
 オ 訪問介護事業                                  カ 短期入所介護  
 キ 訪問入浴サービス                              ク 訪問看護事業                                  ケ 老人保健施設  
 コ 有料老人ホーム                                  サ 病院等医療施設                                  シ 複合型サービス  
 ク 地域密着型介護老人福祉施設              セ 介護療養型医療施設                              リ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護  
 タ その他（    ）

5. 調査に回答するグループホーム（以下事業所）について

名称 \_\_\_\_\_

ユニット数 \_\_\_\_\_ ユニット  
 定員 \_\_\_\_\_ 名

開設年月      平成                      年                      月

施設の形態      ア 単独型                      イ 併設型  
 （どちらかに○）                                  併設している施設（                                  ）

実施事業（ア イ それぞれの質問のはい、いいえのどちらかに○）

ア グループホーム内のデイサービス利用を実施している                      はい                      いいえ  
 イ グループホーム内のショートステイ利用を実施している                      はい                      いいえ

地域区分（いずれか一つに○）

ア 1級地                      イ 2級地                      ウ 3級地                      イ 4級地                      オ 5級地                      カ 6級地  
 キ 7級地                      ク その他

看護職員の配置（いずれか一つに○）

ア 常勤で配置      イ 非常勤で配置      ウ 配置していない

## ☆グループホーム経営実態調査（以下、匿名で集計します）

1. 調査に回答している事業所の平成26年11月～平成27年1月請求分と平成27年5月～7月請求分の介護報酬総額及び、平均額をご記入ください

平成26年11月介護報酬額	円	稼働率	%
平成26年12月介護報酬額	円	稼働率	%
平成27年1月介護報酬総額	円	稼働率	%
平均	円	稼働率	%
平成27年5月介護報酬額	円	稼働率	%
平成27年6月介護報酬額	円	稼働率	%
平成27年7月介護報酬額	円	稼働率	%
平均	円	稼働率	%
平均の差額	円		

2. 平成27年6月の事業所の総人件費

6月の総人件費 円

※1人件費＝給与＋賞与（処遇改善加算等の一時金を含む）＋派遣費用＋法定福利費＋福利厚生費＋研修費＋交通費

※2賞与（処遇改善加算等の一時金を含む）はH27年度に想定される金額を12で割って計算してください

※3人件費には事務職員（事業所勤務、本部勤務は問いません）を含めてください

※4管理者など、他事業所との兼務をしている場合は利用者人数で案分してください

3. 事業所の介護報酬に占める人件費の割合

平成26年度（平成26年4月～平成27年3月）の全体の割合（人件費÷総介護報酬×100） %

4. 事業所の平均稼働率（平成27年4月～6月の3ヶ月平均）

稼働率 %

5. 事業所の人員配置

常勤	名	派遣社員	名	非常勤	名
その他	名				
常勤換算数	名		うち、介護福祉士の常勤換算数		名

※常勤換算について（例）

一週間40時間（1日8時間）勤務すべき事業所に、常勤4人、非常勤が6人いる場合

○常勤従業者4人の勤務時間数合計＝40時間/週×4＝160時間/週

○非常勤従業者6人の1週間の合計勤務時間数＝144時間/週

この事業所における、1週間の従業者勤務述べ時間数は、160＋144＝304時間です。

従って、常勤換算は、304時間÷40時間＝7.6人となります

6. 夜勤手当

常勤夜勤手当	1回	円	（備考	）	※時給換算や準夜勤などを採用している場合は備考欄に記入ください
非常勤夜勤手当	1回	円	（備考	）	
その他	1回	円	→項目をご記入ください（例 宿直手当）		
			（	）	

7. 加算の算定状況（ア～カの設問に対してそれぞれ○をしてください）

ア	夜間支援体制加算	I	II		
イ	若年性認知症受入加算	有	無		
ウ	医療連携体制加算	有	無		
エ	認知症専門ケア加算	I	II		
オ	処遇改善加算	I	II	III	IV
カ	サービス提供体制強化加算	I（イ）	1（ロ）	II	III

8. 非常用設備 等について（ア～カの設問に対してそれぞれ○をしてください）

ア	スプリンクラー			
イ	火災感知器（煙探知機・熱探知機）	有	無	
ウ	非常用通報装置	有	無	
エ	消火設備（消火器・散水栓・消火栓・等）	有	無	
オ	消防署への消防計画の提出	有	無	
カ	防火管理者	有	無	
キ	防災訓練	有	無	
ク	非常時用の食料品の備蓄	有	無	
ケ	災害時対策（ガラス飛散防止・ライトなどの備品）	有	無	

※ご協力誠にありがとうございました。

お手数ですが、**9月18日まで**にFAXをお願いします。

東京都グループホーム協議会 事務局

**FAX : 0422-30-0168**