

統計法に基づく一般統計調査

平成23年度 介護事業実態調査 (介護事業経営実態調査)

<介護老人福祉施設・地域密着型介護老人福祉施設調査票>

平成23年4月調査

右に印字してある3つの項目は必ずご確認ください。

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いたします。

お手順をおかけしますが、下の①～⑤に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
- ⑤ 4月1日時点の調査対象サービスの活動状況

右のいずれかに チェック☑を お願いします	<input type="checkbox"/> 活動中
	<input type="checkbox"/> 休止
	<input type="checkbox"/> 廃止

内側へお進み下さい
今回の調査にご回答いただく必要はございません。
お手順ですがこのまま調査票をご返送下さい。

4月30日までにご投函をお願いします

返信いただく際には、調査票の裏表紙にあるチェックリストで記載内容をご確認の上、ご返送下さい。

【調査票にご記入いただく前に】

本調査票のご記入に当たっては、表紙に記載されている調査対象サービスについてご記入下さい。なお、表紙に記載されている調査対象サービス以外のサービスも行っている場合は、それらの会計を「単独」で行っているか「一体」で行っているかによって、ご記入いただく項目が異なりますので、以下にお示しする内容をお読みいただいた上で、ご記入下さいますよう、お願い申し上げます。

表紙について

- 表紙に記載されているご住所、事業所名等に誤りや訂正がございましたら、**朱書き**で修正をお願いいたします。

問1について

- 表紙に記載されている調査対象サービスについて、会計を「単独」で行っている場合（他の介護保険サービスを実施していない場合を含む）は、（４）（５）についてご記入いただく必要はありません。ただし、複数の介護保険サービスの会計を「一体」で行っている場合は、（４）（５）についてご記入をお願いします。
- 「会計を単独で行っている」とは、複数の介護保険サービスを行っている場合に、それぞれの介護保険サービスの会計を区分していることをいいます。

問3について

- 表紙に記載されている調査対象サービスについて、会計を「単独」で行っている場合（他の介護保険サービスを実施していない場合を含む）は、ご記入いただく必要はありません。ただし、複数の介護保険サービスの会計を「一体」で行っている場合は、ご記入をお願いします。

問5について

- 表紙に記載されている調査対象サービスについてご記入下さい。なお、調査対象サービスと会計を「一体」で行っているサービスがある場合は、それらについてもご記入をお願いします。
- なお、「（２）事業支出等」につきましては、貴施設で使用している会計基準、指針に該当する箇所についてご記入下さい。なお、該当する会計基準等が無い場合は、「（２）－A 事業支出等：指定介護老人福祉施設等会計処理等取扱指導指針」に沿ってご記入をお願いします。

■ 「指定介護老人福祉施設等会計処理等取扱指導指針」に基づいた会計を行っている場合

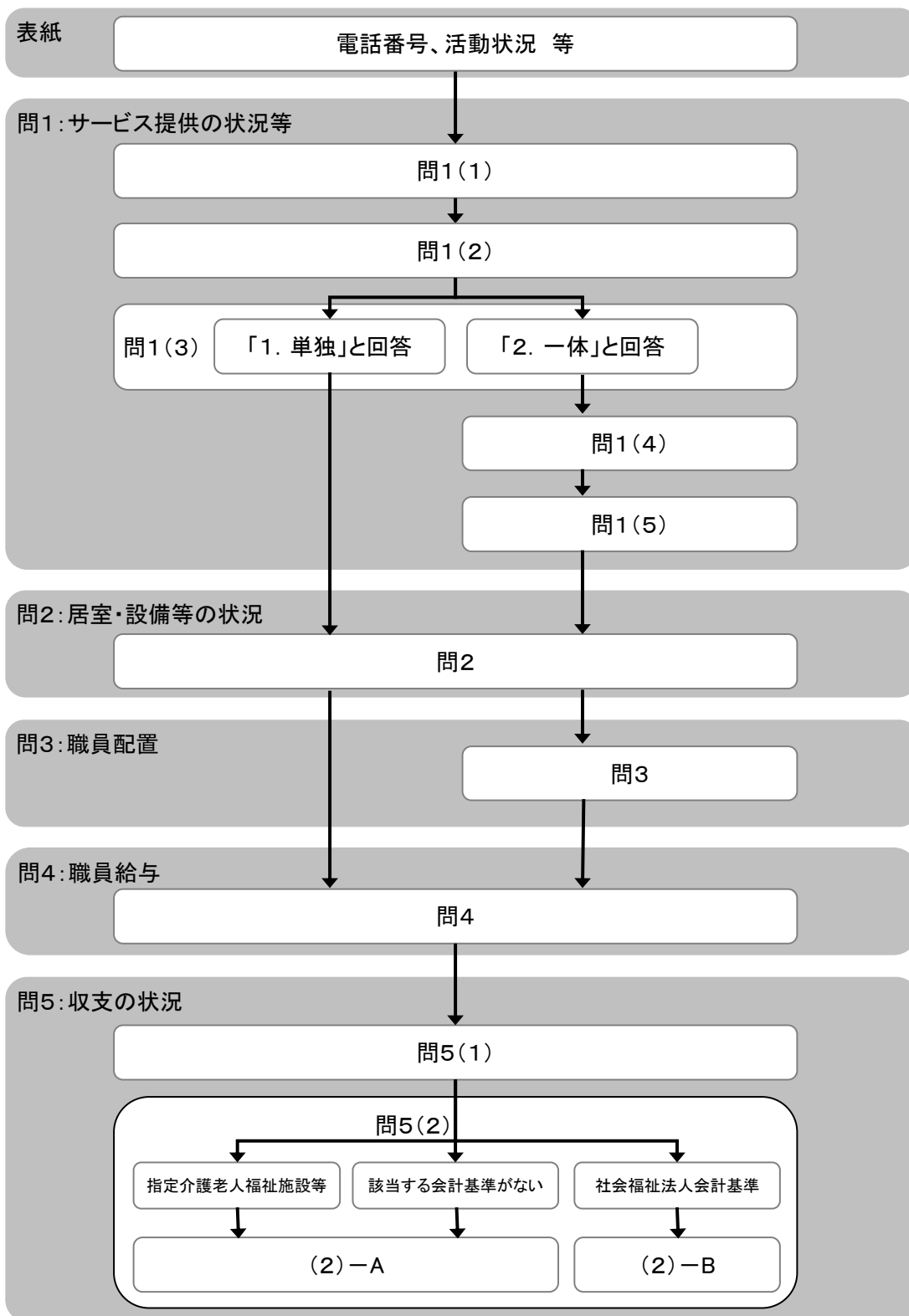
- | | | |
|---|--|--------------|
| ⇒ | 問5（１）事業収入
問5（２）－A事業支出等：指定介護老人福祉施設等会計処理等取扱指導指針 | へのご記入をお願いします |
|---|--|--------------|

■ 「社会福祉法人会計基準」に基づいた会計を行っている場合

- | | | |
|---|--------------------------------------|--------------|
| ⇒ | 問5（１）事業収入
問5（２）－B事業支出等：社会福祉法人会計基準 | へのご記入をお願いします |
|---|--------------------------------------|--------------|

全体の構成は次のページに掲載してありますので、参考にして下さい。

記入の流れ



問1 サービス提供の状況等（施設全体の概要）

(1) 事業所の開設年月を西暦で記入して下さい。

西暦 年 月

(2) 経営主体として該当するものを、下記より一つ選んで番号を記入して下さい。

- | | | |
|----------------|----------------------|------------|
| 1. 都道府県 | 4. 日本赤十字社 | 7. 社団・財団法人 |
| 2. 市区町村 | 5. 社会福祉協議会 | 8. 1～7以外 |
| 3. 広域連合・一部事務組合 | 6. 社会福祉法人（社会福祉協議会以外） | |

(3) 表紙に記入されている調査対象サービスにおける会計の区分状況について下記より選び、番号を記入して下さい。

- | |
|---|
| 1. 調査対象サービス単独（調査対象サービスの収入・支出を把握）で会計を行っている |
| 2. 調査対象サービス以外のサービス等と一体的に会計を行っている |

(4) 下記の該当する項目の口にチェック（）し、それぞれ指示に従って下さい。

単独会計 ⇒ 問1（4）（5）は記入不要です。問2（6頁）へ進んで下さい。

一体会計 ⇒ 下記表に、調査対象サービスと一体的に会計を行っているサービスの事業所番号を記入して下さい。

サービスの種類	事業所番号								
（居宅サービス）									
ア 介護予防訪問介護									⇒(5)②も記入
イ 訪問介護									
ウ 介護予防訪問入浴介護									⇒(5)③も記入
エ 訪問入浴介護									
オ 介護予防訪問看護									⇒(5)④も記入
カ 訪問看護									
キ 介護予防訪問リハビリテーション									⇒(5)⑤も記入
ク 訪問リハビリテーション									
ケ 介護予防通所介護									⇒(5)⑥も記入
コ 通所介護									
サ 介護予防通所リハビリテーション									⇒(5)⑦も記入
シ 通所リハビリテーション									
ス 介護予防福祉用具貸与									⇒(5)⑧も記入
セ 福祉用具貸与									
ソ 介護予防短期入所生活介護									⇒(5)⑨も記入
タ 短期入所生活介護									
チ 介護予防短期入所療養介護									⇒(5)⑩も記入
ツ 短期入所療養介護									
テ 介護予防特定施設入居者生活介護									⇒(5)⑪も記入
ト 特定施設入居者生活介護									
ナ 介護予防支援									⇒(5)⑫も記入
ニ 居宅介護支援									

（次頁へ続く）

(4) の続き

(地域密着型サービス)											
又	夜間対応型訪問介護										⇒(5)⑦も記入
ネ	介護予防認知症対応型通所介護										⇒(5)⑧も記入
ノ	認知症対応型通所介護										
ハ	介護予防小規模多機能型居宅介護										
ヒ	小規模多機能型居宅介護										
フ	介護予防認知症対応型共同生活介護										
ヘ	認知症対応型共同生活介護										
ホ	地域密着型特定施設入居者生活介護										⇒(5)⑤も記入
マ	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護										

(施設サービス)										
ミ	介護老人福祉施設									
ム	介護老人保健施設									
メ	介護療養型医療施設									

(5) 下記の該当する項目の口にチェック (☑) し、指示に従って下さい。

単体会計 ⇒ 問2 (6頁) に進んで下さい。(5) は記入不要です。

一体会計 ⇒ まず①の調査対象サービスにチェック (☑) し、それぞれの太枠内に記入して下さい。
 ②以降については、問1 (4) (1~2頁) で事業所番号を記入したサービスの口にチェック (☑) し、それぞれの太枠内に記入して下さい。

①【ミ 介護老人福祉施設】 / 【マ 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護】

【ミ 介護老人福祉施設】

施設サービス利用者数 ※短期入所生活介護 (空床型) の利用者については、ここに含めずに、次ページ「④【ソ. 介護予防短期入所生活介護/タ. 短期入所生活介護】」に含めて記入して下さい。

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他※1
延べ在所者数 (3月中)	人	人	人	人	人	人
延べ入院、外泊者数 (3月中)	人	人	人	人	人	人

※1：非該当の人であって自費でサービスを利用している人や要介護認定申請中の人を計上して下さい。

【マ 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護】

施設サービス利用者数 ※短期入所生活介護 (空床型) の利用者については、ここに含めずに、次ページ「④【ソ. 介護予防短期入所生活介護/タ. 短期入所生活介護】」に含めて記入して下さい。

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他※1
延べ在所者数 (3月中)	人	人	人	人	人	人
延べ入院、外泊者数 (3月中)	人	人	人	人	人	人

※1：非該当の人であって自費でサービスを利用している人や要介護認定申請中の人を計上して下さい。

【ミ 介護老人福祉施設/マ 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護】を **あわせた** サービスの提供状況

施設サービス提供数 ※短期入所生活介護 (空床型) の利用者については、ここに含めずに、次ページ「④【ソ. 介護予防短期入所生活介護/タ. 短期入所生活介護】」に含めて記入して下さい。

食事 (3月中)	食事延べ提供数	<input type="text"/> 食
	うち療養食延べ提供数	<input type="text"/> 食

(5) のつづき

②【ア 介護予防訪問介護】／【イ 訪問介護】

<input type="checkbox"/> 【ア 介護予防訪問介護】					
サービス提供延べ時間数（3月中）	<input type="text"/> 時間				
<input type="checkbox"/> 【イ 訪問介護】					
介護保険利用者へのサービス（3月中）					
	身体介護	身体生活	生活援助	通院等 乗降介助	合計
類型別延べ訪問回数	<input type="text"/> 回	<input type="text"/> 回	<input type="text"/> 回	<input type="text"/> 回	<input type="text"/> 回
類型別延べ訪問時間数	<input type="text"/> 時間	<input type="text"/> 時間	<input type="text"/> 時間	<input type="text"/> 時間	<input type="text"/> 時間
その他の利用者（障害者等）へのサービス（3月中）					
延べ訪問回数	<input type="text"/> 回				
訪問時間合計	<input type="text"/> 時間				

③【ケ 介護予防通所介護】／【コ 通所介護】

<input type="checkbox"/> 【ケ 介護予防通所介護／コ 通所介護】を <i>あわせて</i> サービスの提供状況			
食事延べ提供数（3月中）	<input type="text"/> 食		
送迎の状況 （3月中）	送迎延べ実施回数	<input type="text"/> 回	※一人に対して片道の送迎を行った 場合を1回と数えて下さい。 〔一人の人を迎えに行き、 送った場合は2回になります。〕
	うち通常の事業実施地域 以外の送迎延べ実施回数	<input type="text"/> 回	

④【ソ 介護予防短期入所生活介護】／【タ 短期入所生活介護】

<input type="checkbox"/> 【ソ 介護予防短期入所生活介護／タ 短期入所生活介護】を <i>あわせて</i> サービスの提供状況			
食事延べ提供数（3月中）	<input type="text"/> 食		※空床型のサービスも含めて記入 して下さい。
送迎の状況 （3月中）	送迎延べ実施回数	<input type="text"/> 回	※一人に対して片道の送迎を行った 場合を1回と数えて下さい。 〔一人の人を迎えに行き、 送った場合は2回になります。〕
	うち通常の事業実施地域 以外の送迎延べ実施回数	<input type="text"/> 回	

⑤【テ 介護予防特定施設入居者生活介護】／【ト 特定施設入居者生活介護】／
【ホ 地域密着型特定施設入居者生活介護】

<input type="checkbox"/> 【テ 介護予防特定施設入居者生活介護】						
	要支援1	要支援2	その他（認定申請中）			
延べ利用者数 （3月中）	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人			
<input type="checkbox"/> 【ト 特定施設入居者生活介護】						
	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他 （認定申請中）
延べ利用者数 （3月中）	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人
<input type="checkbox"/> 【ホ 地域密着型特定施設入居者生活介護】						
	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他 （認定申請中）
延べ利用者数 （3月中）	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人

（次頁へ続く）

(5) のつづき

⑥【ナ 介護予防支援】／【ニ 居宅介護支援】

<input type="checkbox"/> 【ナ 介護予防支援】			
	要支援 1	要支援 2	その他（認定申請中）
実利用者数（3月中）	人	人	人
うち新規の実利用者数（3月中）	人	人	人
うち居宅介護支援事業所に委託している実利用者数（3月中）	<input type="text"/> 人		

<input type="checkbox"/> 【ニ 居宅介護支援】						
	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5	その他※ 1
実利用者数（3月中）	人	人	人	人	人	人
うち新規の実利用者数（3月中）	人	人	人	人	人	人
介護予防支援事業所から受託している実利用者数（3月中）	<input type="text"/> 人					

※1：その他にはケアプランの依頼を受けたが給付管理に至らなかった利用者の人数を記入して下さい。

<input type="checkbox"/> 【ナ 介護予防支援／ニ 居宅介護支援】を <u>あわせて</u> サービスの提供状況	
要介護認定調査の受託件数（3月中）	<input type="text"/> 件
住宅改修理由書の作成件数（3月中）	<input type="text"/> 件

⑦【ヌ 夜間対応型訪問介護】

<input type="checkbox"/> 【ヌ 夜間対応型訪問介護】						
	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5	その他※ 1
実利用者数（3月中）	人	人	人	人	人	人
類型別延べ訪問回数	回	回	回	回	回	回
(3月中)	うち定期巡回	回	回	回	回	回
	うち随時訪問	回	回	回	回	回

※1：非該当の人であって自費でサービスを利用している人や要介護認定申請中の人を計上して下さい。

⑧【ネ 介護予防認知症対応型通所介護】／【ノ 認知症対応型通所介護】

<input type="checkbox"/> 【ネ 介護予防認知症対応型通所介護／ノ 認知症対応型通所介護】を <u>あわせて</u> サービスの提供状況		
食事延べ提供数（3月中）	<input type="text"/> 食	
送迎の状況（3月中）	送迎延べ実施回数	<input type="text"/> 回
	うち通常の事業実施地域以外の送迎延べ実施回数	<input type="text"/> 回
		※ 一人に対して片道の送迎を行った場合を1回と数えて下さい。 〔 一人の人を迎えに行き、送った場合は2回になります。 〕

問2 居室・設備等の状況

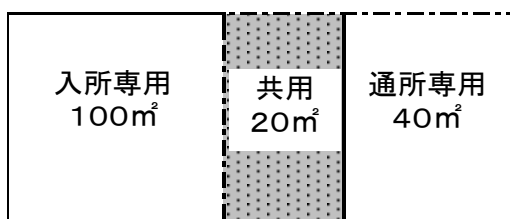
1	建築延べ面積	<input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/> m ²									
2	介護老人福祉施設・地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護（空床利用の短期入所生活介護(介護予防含む)を含む）、通所介護(介護予防含む)、認知症対応型通所介護(介護予防含む)の各施設・設備に係る延べ床面積										
		室数			延べ床面積 (m ²)						
		介護老人福祉施設	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	短期入所生活介護(介護予防含む)(併設型)	入所部分			通所部分		入所・通所共用部分 ^{※1} (再掲)	
					介護老人福祉施設	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	短期入所生活介護(介護予防含む)(併設型)	通所介護(介護予防含む)	認知症対応型通所介護(介護予防含む)		
ユニットケア ^{※2} 以外	①5人以上室	室	室	室	m ²	m ²	m ²				
	②4人室	室	室	室	m ²	m ²	m ²				
	③3人室	室	室	室	m ²	m ²	m ²				
	④2人室	室	室	室	m ²	m ²	m ²				
	⑤個室	室	室	室	m ²	m ²	m ²				
	⑥静養室						m ²	m ²	m ²	m ²	
	⑦浴室						m ²	m ²	m ²	m ²	
	⑧医務室						m ²	m ²	m ²	m ²	
	⑨食堂	当てはまる番号を口にご記入下さい。 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 1:専用室 2:他の目的室と兼用						m ² ^{※3}	m ²	m ²	m ²
	⑩機能訓練室	当てはまる番号を口にご記入下さい。 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 1:専用室 2:他の目的室と兼用						m ² ^{※3}	m ²	m ²	m ²
ユニットケア ^{※2}	⑪2人室	室	室	室	m ²	m ²	m ²				
	⑫個室	室	室	室	m ²	m ²	m ²				
	⑬共同生活室						m ²				
3	通所介護(介護予防含む)・認知症対応型通所介護(介護予防含む)以外の居室介護サービスに係る専用延べ床面積 (m ²)										
		<input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/> m ²									

※1：入所部分、通所部分の利用者が共用している諸室の延べ床面積を再掲して下さい。(詳細は記入要領を参照して下さい。)

※2：ユニットケアとは、居室をいくつかのグループに分け、少数の居室と食堂や談話スペース(居宅での居間に相当する)等によって一体的に構成された居室環境(ユニット)によるケアをいいます。

※3：⑨食堂と⑩機能訓練室が共用の場合、⑨食堂に記入し⑩機能訓練室の面積は記入しないで下さい。

食堂記入例：160m²の食堂のうち、100m²は入所専用、40m²は通所専用、20m²は入所と通所で共用している。



○入所部分 → 120m²
=入所専用(100) + 共用(20)

○通所部分 → 60m²
=通所専用(40) + 共用(20)

○共用部分 → 20m²

問3 職員配置

下記に該当する場合は、□にチェック（☑）し、指示に従って下さい。

単独会計 ⇒ 本問（問3）は記入不要です。 問4（8頁）へ進んで下さい。

一体会計 ⇒ 下記の計算式に従い、調査対象サービスに従事する職員数（平成23年3月末日時点）を常勤換算人数で記入して下さい。

※ 複数の職種に従事している場合は、主として従事している職種のいずれか1つに分類して記入して下さい。
 ※ 介護支援専門員として従事している者は、1～20のいずれかに分類して記入して下さい。主として従事している職種を決めがたい場合は、1～20の数字の若い順で優先して記入して下さい。

職員配置（平成23年3月末日現在）	常勤 (小数点1位まで)	非常勤 (小数点1位まで)
1 介護老人福祉施設の管理者	. 人	. 人
2 地域密着型特定施設入居者生活介護の管理者	. 人	. 人
3 その他介護保険事業の管理者	. 人	. 人
4 医師	. 人	. 人
5 看護師	. 人	. 人
6 准看護師	. 人	. 人
7 介護職員	. 人	. 人
8 うち介護福祉士	. 人	. 人
9 理学療法士	. 人	. 人
10 作業療法士	. 人	. 人
11 言語聴覚士	. 人	. 人
12 柔道整復師・あん摩マッサージ指圧師	. 人	. 人
13 生活相談員	. 人	. 人
14 うち社会福祉士	. 人	. 人
15 福祉用具専門相談員	. 人	. 人
16 栄養士	. 人	. 人
17 うち管理栄養士	. 人	. 人
18 調理員	. 人	. 人
19 事務職員	. 人	. 人
20 その他	. 人	. 人
21 上記1～20のうち介護支援専門員（再掲）	. 人	. 人
22 上記1～20のうち訪問介護のサービス提供責任者（再掲）	. 人	. 人

【換算数の計算式】

$$\frac{\text{職員の1週間の勤務時間}}{\text{施設が定めている1週間の勤務時間}}$$

〈※1ヶ月に数回の勤務である場合〉

$$\frac{\text{職員の1ヶ月の勤務時間}}{\text{施設が定めている1週間の勤務時間} \times 4 \text{ (週)}}$$

※ 職員の勤務時間は実態に応じて、算出して下さい。管理者等の職種で、事業別に従事した時間を把握することが困難である場合には、おおよその時間によって算出して下さい。

上記計算式によって得られた数値を、小数点以下第2位を四捨五入して、小数点第1位まで計上して下さい。得られた結果が0.1に満たない場合は、「0.1」と計上して下さい。

問4 職員給与

下記に該当する場合は、□にチェック（☑）し、指示に従って下さい。

単体会計 ⇒ 調査対象サービスに従事する職員の換算人員（平成23年3月末日時点）と平成23年3月の1ヶ月分の給与額等について、それぞれ記入して下さい。

一体会計 ⇒ 会計を一体的に行っている介護保険サービス等も含めた全体の、職員の換算人員（平成23年3月末日時点）と平成23年3月の1ヶ月分の給与額等について、それぞれ記入して下さい。

※ 複数の職種に従事している場合は、主として従事している職種のいずれか1つに分類して記入して下さい。

※ 主として従事している職種を決めたい場合は、1～21の数字の若い順で優先して記入して下さい。

平成23年3月分

職 種	常 勤				非 常 勤				
	換算人員 人	給 料 百 万 千 円			実人員 人	換算人員 人	給 料 百 万 千 円		
1 介護老人福祉施設の管理者	.					.			
2 地域密着型特定施設入居者生活介護の管理者	.					.			
3 その他介護保険事業の管理者	.					.			
4 医師	.					.			
5 看護師	.					.			
6 准看護師	.					.			
7 介護職員	.					.			
8 うち介護福祉士	.					.			
9 理学療法士	.					.			
10 作業療法士	.					.			
11 言語聴覚士	.					.			
12 柔道整復師・あん摩マッサージ指圧師	.					.			
13 生活相談員	.					.			
14 うち社会福祉士	.					.			
15 福祉用具専門相談員	.					.			
16 栄養士	.					.			
17 うち管理栄養士	.					.			
18 調理員	.					.			
19 事務職員	.					.			
20 その他	.					.			
21 介護支援専門員（再掲）	.					.			
22 通勤手当（再掲）									
23 看護・介護職員に係る夜勤手当（再掲）									
24 賞与（年間支給額の1/12の額）					換算人員 人				
25 退職給与引当金の実施、退職金に関わる共済等への加入（複数回答可）	(1) 社会福祉施設退職手当等職員共済に加入	→ 掛け金額（平成22年度実績の1/12）							
	(2) 全国社会福祉団体職員退職手当積立基金に加入	→ 掛け金額（平成22年度実績の1/12）							
	(3) 中小企業退職金共済制度に加入	→ 掛け金額（平成22年度実績の1/12）							
	(4) その他共済制度に加入	→ 掛け金額（平成22年度実績の1/12）							
	(5) 退職給与引当金繰入の実施（上記(1)～(4)以外）	→ 退職給与引当金（平成22年度実績の1/12）							
	(6) 退職金として支出（平成22年度実績の1/12）								
26 法定福利費（事業主負担・平成22年度実績の1/12）									

問5 収支の状況

- 単独会計 ⇒ 調査対象サービスに関する、(1) 事業収入(本頁)および(2) 事業支出等(11頁)について、それぞれ平成23年3月の1か月分の額を記入して下さい。
- 一体会計 ⇒ 会計を一体的に行っている介護保険サービス等を含めた施設全体の、(1) 事業収入(本頁)および(2) 事業支出等(11頁)について、それぞれ平成23年3月の1か月分の額を記入して下さい。

※1 事業開始から1年に満たない場合には、事業開始からの経過月数に応じて1ヶ月分を算出して下さい。

(1) 事業収入

科 目		平成23年3月分			
		百万	千	円	
I 事業 活動 収入	1 介護老人福祉施設介護サービス収入 計				
	(1) 介護老人福祉施設				
	うち空床利用の短期入所生活介護(介護予防を含む)の介護料収入及び利用者等利用料収入				
	(2) 地域密着型介護老人福祉施設				
	うち空床利用の短期入所生活介護(介護予防を含む)の介護料収入及び利用者等利用料収入				
	2 居宅介護サービス収入 計				
	(1) 訪問介護(介護予防を含む)				
	(2) 訪問入浴介護(介護予防を含む)				
	(3) 通所介護(介護予防を含む)				
	(4) 福祉用具貸与(介護予防を含む)				
	(5) 短期入所生活介護(介護予防を含む)				
	(6) 特定施設入居者生活介護(介護予防を含む)				
(7) 夜間対応型訪問介護					
(8) 認知症対応型通所介護(介護予防を含む)					
(9) 小規模多機能型居宅介護(介護予防含む)					
(10) 認知症対応型共同生活介護(介護予防を含む)					
(11) 地域密着型特定施設入居者生活介護					
(12) その他の居宅介護サービス収入					
3 居宅介護支援介護料収入 計					
(1) 介護予防支援介護料収入 (介護予防支援事業者からの委託料は含まない)					
(2) 居宅介護支援介護料収入					

(前頁からの続き)

科 目	金 額			
	百万	千	円	
4 保険外の利用料による収入				計
(1) 介護老人福祉施設介護サービス収入				小計
ア 介護老人福祉施設				
イ 地域密着型介護老人福祉施設				
(2) 居宅介護サービス利用料収入				小計
ア 訪問介護（介護予防を含む）				
イ 訪問入浴介護（介護予防を含む）				
ウ 通所介護（介護予防を含む）				
エ 福祉用具貸与（介護予防を含む）				
オ 短期入所生活介護（介護予防を含む）				
カ 特定施設入居者生活介護（介護予防を含む）				
キ 夜間対応型訪問介護				
ク 認知症対応型通所介護（介護予防を含む）				
ケ 小規模多機能型居宅介護（介護予防を含む）				
コ 認知症対応型共同生活介護（介護予防を含む）				
サ 地域密着型特定施設入居者生活介護				
シ その他の居宅介護サービス利用料収入				
(3) 管理費収入				
うち特定施設入居者生活介護（介護予防を含む）の保険外の利用料に係る収入				
(4) その他の利用料収入				
5 その他の事業収入				計
(1) 補助金収入				
(2) 市町村特別事業収入				
(3) 受託収入				
(4) 介護職員処遇改善交付金受入額				
(5) その他				
6 その他の収入				計
(1) 入居金収入				
うち特定施設入居者生活介護（介護予防を含む）の保険外の利用料に係る収入				
(2) 介護予防支援事業者からの委託に係る収入				
(3) 障害者等のホームヘルプサービス収入				
(4) その他				
7 国庫補助金等特別積立金取崩額				
8 介護報酬査定減	▲			
事業活動収入計				

事業活動収入

(2) 事業支出等

表紙宛名ラベルの調査対象サービス及びそれと一体的に経営・会計を行っているサービスについて、使用している会計基準、指針に該当する口にチェック（☑）し、それぞれ指定の用紙に記入して下さい。

<input type="checkbox"/>	指定介護老人福祉施設等会計処理等取扱指導指針	⇒ (2) -A (11頁) に記入
<input type="checkbox"/>	該当する会計基準がない	
<input type="checkbox"/>	社会福祉法人会計基準	⇒ (2) -B (13頁) に記入

※ 記入にあたっては、平成23年3月分の値をご記入下さい。なお、年額又はそれに準ずる（半期・四半期など）支払い額の場合には、月額（1/12にする等）に改めてご記入下さい。

※ 事業開始から1年に満たない場合には、事業開始からの経過月数に応じて1ヶ月分を算出して下さい。

※ 各支出費目において消費税等が別途計上されている場合でも、税込み方式（各支出費目に消費税額を算入した値）で記入して下さい。

(2) -A		平成23年3月分						
		金額		円				
科 目		百万	千	百	十	百	十	百
Ⅱ 事業 活動 支出	1 人件費							
	2 経費							
		計						
		(1) 直接介護支出						
		小計						
		ア 給食材料費						
		イ 介護用品費						
		ウ 消耗器具備品費						
		エ 車両費						
		オ 光熱水費						
		カ 燃料費						
		キ その他の直接介護支出（ア～カに該当しないもの）						
		(2) 一般管理支出						
		小計						
		ア 福利厚生費						
		イ 旅費交通費						
		ウ 研修費						
	エ 通信運搬費							
	オ 事務消耗品費							
	カ 印刷製本費							
	キ 広報費							
	ク 修繕費							
	ケ 保守料							

(前頁からの続き)

科 目		金 額			
		百万	千	円	
Ⅱ 事業活動支出	コ 賃借料				
	小計				
	①土地				
	②建物及び建物付属設備				
	③設備器械				
	④その他の賃借料(①～③に該当しないもの)				
	サ 保険料				
	小計				
	①自動車保険料(自動車損害賠償責任保険料含む)				
	②その他の保険料(①に該当しないもの)				
	シ 租税公課				
	ス 委託費				
	小計				
	①給食委託費				
	②送迎委託費				
③清掃委託費					
④その他の委託費(①～③に該当しないもの)					
セ 雑費					
ソ その他の一般管理支出(ア～セに該当しないもの)					
3 減価償却費					
計					
ア 建物及び建物付属設備減価償却費					
イ 車両船舶設備減価償却費					
ウ 特殊浴槽減価償却費					
エ その他の減価償却費(ア～ウに該当しないもの)					
4 徴収不能額					
5 その他(1～4に該当しないもの)					
事業活動支出計(1～5の合計)					
Ⅲ 事業活動外収入					
計					
うち借入金利息補助金収入					
Ⅳ 事業活動外支出					
計					
うち借入金利息					
Ⅴ 特別収入					
Ⅵ 特別支出					
計					
うち会計区分外繰入金支出					
うち法人本部に帰属する経費:役員報酬等					
うち法人税等					

ご回答ありがとうございました。

調査票の裏表紙にあるチェックリストで記載内容をご確認の上、ご返送下さい。

- ※ 記入にあたっては、平成23年3月分の値をご記入下さい。なお、年額又はそれに準ずる（半期・四半期など）支払い額の場合には、月額（1/12にする等）に改めてご記入下さい。
- ※ 事業開始から1年に満たない場合には、事業開始からの経過月数に応じて1ヶ月分を算出して下さい。
- ※ 各支出費目において消費税等が別途計上されている場合でも、税込み方式（各支出費目に消費税額を算入した値）で記入して下さい。

(2) -B		平成23年3月分						
		科 目		金 額				
		百万	千	円				
Ⅱ 事業 活動 支出	1	人件費支出						
	2	事務費支出（ア～チの合計）						
		ア	福利厚生費					
		イ	旅費交通費					
		ウ	研修費					
		エ	消耗品費					
		オ	器具什器費					
		カ	印刷製本費					
		キ	水道光熱費					
		ク	燃料費					
		ケ	修繕費					
		コ	通信運搬費					
		サ	広報費					
		シ	業務委託費					
			①給食委託費					
			②送迎委託費					
			③清掃委託費					
			④その他の委託費（①～③に該当しないもの）					
		ス	損害保険料					
			①自動車保険料（自動車損害賠償責任保険料含む）					
			②その他の保険料（①に該当しないもの）					
		セ	賃借料					
			①土地					
		②建物及び建物付属設備						
		③設備器械						
		④その他（①～③に該当しないもの）						
	ソ	租税公課						
	タ	雑費						
	チ	その他経費（ア～タに該当しないもの）						

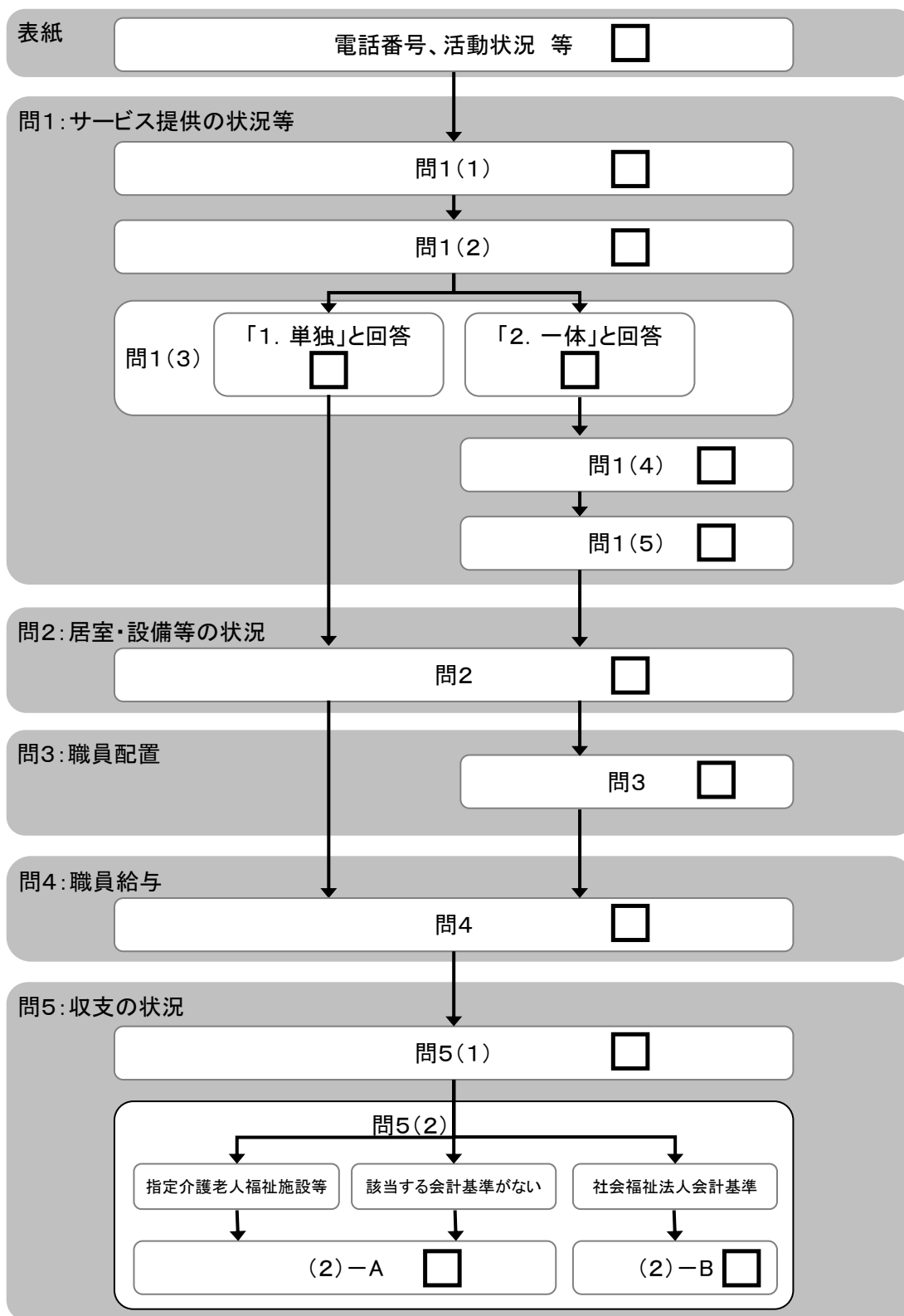
(前頁からの続き)

科 目		金 額			
		百万	千	円	
Ⅱ 事業活動支出 (続き)	3 事業費支出 計				
	ア 給食費				
	イ 保健衛生費				
	ウ 水道光熱費				
	エ 燃料費 小計				
	① 車輛分				
	② その他				
	オ 消耗品費				
	カ 器具什器費				
	キ 賃借料 小計				
	① 土地				
	② 建物及び建物付属設備				
	③ 設備器械				
	④ その他 (①～③に該当しないもの)				
	ク 教育指導費				
	ケ 就職支度費				
	コ 雑費				
	サ その他経費 (ア～コに該当しないもの)				
	4 減価償却費 計				
	ア 建物及び建物付属設備減価償却費				
イ 車輛船舶設備減価償却費					
ウ 特殊浴槽減価償却費					
エ その他の減価償却費 (ア～ウに該当しないもの)					
5 徴収不能額					
6 引当金繰入 (退職給与引当金は除く) ※1 計					
ア 徴収不能引当金繰入					
イ 修繕引当金繰入					
ウ その他引当金繰入 (ア、イに該当しないもの)					
事業活動支出計 (1～6の合計)					
Ⅲ 事業活動外収入 計					
うち借入金利息補助金収入					
Ⅳ 事業活動外支出 計					
うち借入金利息					
Ⅴ 特別収入					
Ⅵ 特別支出 計					
うち会計区分外繰入金支出					
うち法人本部に帰属する経費：役員報酬等					

※1 退職給与引当金は「6 引当金繰入」には含めないで下さい。

ご回答ありがとうございました。
調査票の裏表紙にあるチェックリストで記載内容をご確認の上、ご返送下さい。

下記図の流れに従い、記入した質問にチェックし、記入漏れがないか確認して下さい。



質問は以上です。後日、調査事務局より、記入内容について確認させていただく場合もありますので、お手数ですが記入の終わった調査票はコピーをとり、控えとして9月までお持ち下さい。

記入の終わった調査票は、同封の返信用封筒に入れ、4月30日までにポストに投函して下さい(切手は不要です)。