NO　42

統計調査名	医療給付実態調査
主管部局名	保険局 調査課

調査開始年（西暦）	2008年	調査の実施周期	毎四半期	平成24年度予算（単位：千円）	519

調査の目的	医療保険制度加入者の受診状況を年齢別、疾病分類別等様々な切り口から観察し、医療保険制度の健全な発展のための基礎資料を得る。
PDCAサイクルの活用	・高齢者医療制度改革会議資料、社会保障審議会医療保険部会資料、社会保障改革に関する集中検討会議資料、制度改正、制度運営等
調査の流れ	本省－保険者（被用者保険の保険者）　本省－都道府県－保険者（被用者保険以外の保険者）

母集団名簿の種類等	医療保険制度の全ての保険者	抽出方法	悉皆
調査客体数	約1,800保険者		
調査方法	郵送／オンライン	オンライン調査方法	Ⅱ．e-Gov（電子政府の総合窓口）を使用する方法
備　考			

	第1報までの公表期間	報告書公表までの期間
直近	1年	1年
直近1つ前		
直近2つ前		
直近3つ前		
直近4つ前		
備　考	平成23年6月より一般統計調査	

	回収率
直近	87.0%
直近1つ前	
直近2つ前	
直近3つ前	
直近4つ前	
備　考	平成23年6月より一般統計調査

NO　42

統計調査名	医療給付実態調査
主管部局名	保険局 調査課

外部委託業務の内容　（委託業務に「○」、委託していない場合は（空欄）、業務そのものがない場合は「－」）

調査の企画	調査用品の印刷	調査用品の配布・回収・督促	受付・個票審査・疑義照会	データ入力	データチェック・疑義照会・データ修正	集　計	その他（分類不能、留意事項など）

備　考

e-Stat　アクセス数		厚労省等ホームページ　アクセス数	
H23年分	8,207	H23年分	22,020
H22年分		H22年分	23,695
H21年分		H21年分	

備　考

	二次利用件数	32条	33条
H23年度	2	0	2
H22年度	0	0	0
H21年度	0	0	0

医療給付実態調査　要綱

１．調査の目的

高齢者医療確保法第１６条第１項では、医療費適正化計画の作成、実施及び評価に資するため、厚生労働大臣は医療に要する費用に関する地域別、年齢別または疾病別の状況等に関する調査及び分析を行うこととしており、この調査は、医療費適正化計画の作成、実施及び評価に資するための基礎資料を得ることを目的とする。

２．調査の対象

①　保険者、広域連合

医療保険全保険者および後期高齢者医療広域連合を対象とする。

②　毎月審査決定された診療報酬明細書（以下、「レセプト」という。ただし、医科入院、医科入院外、歯科、調剤、ＤＰＣとする。）を対象とする。

３．調査主体

厚生労働省保険局調査課

４．調査の時期及び期限

報告期限については、毎年度、４月診療分から６月診療分までは９月末、７月診療分から９月診療分までは１２月末、１０月診療分から１２月診療分までは翌年３月末、１月診療分から３月診療分までは６月末とする。

５．調査の種類及び調査事項

各診療報酬明細書及び調剤報酬明細書について、以下の項目を調査する。

・医療機関のコード
・診療科
・保険者番号
・整理番号（被保険者記号・番号等を別途配布した変換ツールを用いて匿名化したもの）
・受診者の性別及び生年月日
・被保険者本人又は家族等の属性
・診療年月及び入院年月日
・診療種類
・診療実日数
・決定点数
・食事療養又は生活療養の回数及び決定基準額（入院の場合）
・疾病コード（※２）

※１　医療保険に係る分を調査

※２　社会保険表章用疾病分類（平成17年12月26日保発第1226001号）による121分類

６．調査の方法

（１）健康保険、船員保険及び共済組合について

保険者が報告要領に基づきデータを作成し、厚生労働省保険局調査課（以下「調査課」という。）に磁気媒体により提出する。

なお、健保組合については厚生労働省ホームページより「電子政府の総合窓口（e-Gov）」の電子申請システムによる方法で提出することも可能。

（２）国民健康保険について

保険者が報告要領に基づきデータを作成し、都道府県がとりまとめて調査課に磁気媒体により提出する。

なお、レセプト電算処理を国民健康保険団体連合会（以下「連合会」という。）に委託している保険者にあっては、連合会が報告要領に基づきデータを作成し、都道府県がとりまとめて調査課に磁気媒体により提出することも可とする。

（３）後期高齢者医療について

後期高齢者医療広域連合が報告要領に基づきデータを作成し、都道府県がとりまとめて調査課に磁気媒体により提出する。

なお、レセプト電算処理を連合会に委託している後期高齢者医療広域連合にあっては、連合会が報告要領に基づきデータを作成し、都道府県がとりまとめて調査課に磁気媒体により提出することも可とする。

７．結果の公表

この調査の集計結果は、厚生労働省ホームページにて、速やかに公表する。

NO　43

統計調査名	医療経済実態調査（医療機関等調査）
主管部局名	保険局 医療課

調査開始年（西暦）	1970年	調査の実施周期	2年	平成24年度予算（単位：千円）	156,847（H23年度）

調査の目的	病院、一般診療所及び歯科診療所並びに保険薬局における医業経営等の実態を明らかにし、社会保険診療報酬に関する基礎資料を整備することを目的とし、中央社会保険医療協議会が実施している。
PDCAサイクルの活用	・中央社会保険医療協議会において、診療報酬改定に直接使用・行政刷新会議及び財務省においても診療報酬改定の検討資料
調査の流れ	本省ー民間事業者ー対象

母集団名簿の種類等	社会保険による診療を行っている全国の病院、一般診療所及び歯科診療所並びに1ヶ月間の調剤報酬明細書の取扱件数が300件以上の保険薬局	抽出方法	DPC対象の有無、病床規模別、地域別等に層化し、一定の抽出率で無作為に抽出する。
調査客体数	約8,600医療機関		
調査方法	郵送／オンライン	オンライン調査方法	Ⅴ．WEBサイトから調査票ファイルをダウンロード及びアップロードして回答する方法
備　考			

	第1報までの公表期間	報告書公表までの期間
直近	6ヶ月	6ヶ月
直近1つ前	5ヶ月	5ヶ月
直近2つ前	5ヶ月	1年2ヶ月
直近3つ前	6ヶ月	1年1ヶ月
直近4つ前	6ヶ月	1年8ヶ月
備　考		

	回収率
直近	病院58.4%、一般診療所49.1%、歯科診療所59.4%、保険薬局65.8%、全体56.9%（平成23年度調査）
直近1つ前	病院60.1%、一般診療所49.1%、歯科診療所67.9%、保険薬局72.1%、全体60.7%（平成21年度調査）
直近2つ前	病院59.5%、一般診療所48.4%、歯科診療所68.4%、保険薬局75.5%、全体60.8%（平成19年度調査）
直近3つ前	病院63.5%、一般診療所47.1%、歯科診療所64.7%、保険薬局73.4%、全体59.8%（平成17年度調査）
直近4つ前	病院61.1%、一般診療所50.0%、歯科診療所64.3%、保険薬局71.8%、全体60.0%（平成15年度調査）
備　考	

NO　43

統計調査名	医療経済実態調査（医療機関等調査）
主管部局名	保険局 医療課

外部委託業務の内容　（委託業務に「○」、委託していない場合は（空欄）、業務そのものがない場合は「－」）

調査の企画	調査用品の印刷	調査用品の配布・回収・督促	受付・個票審査・疑義照会	データ入力	データチェック・疑義照会・データ修正	集　計	その他（分類不能、留意事項など）
	○	○	○	○	○	○	

備　考

e-Stat　アクセス数		厚労省等ホームページ　アクセス数	
H23年分	38,057	H23年分	24,320
H22年分	33,678	H22年分	24,493
H21年分	14,501	H21年分	8,951

備　考

	二次利用件数	32条	33条
H23年度	0	0	0
H22年度	0	0	0
H21年度	0	0	0

第１８回医療経済実態調査（医療機関等調査）要綱

１．調査の目的

病院、一般診療所及び歯科診療所並びに保険薬局における医業経営等の実態を明らかにし、社会保険診療報酬に関する基礎資料を整備することを目的とする。

２．調査の内容

病院、一般診療所及び歯科診療所並びに保険薬局について、施設の概要、損益の状況、従事者の人員及び給与の状況等の調査を行う。

３．調査の対象

社会保険による診療・調剤を行っている全国の病院、一般診療所、歯科診療所及び１か月間の調剤報酬明細書の取扱件数が３００件以上の保険薬局を対象とする。

ただし、開設者が医育機関（特定機能病院及び歯科大学病院は除く）であるもの、特定人のために開設されている閉鎖的なもの、感染症病床のみを有する病院、結核療養所、原爆病院、自衛隊病院等の特殊な病院並びに刑務所、船内等に設置される一般診療所及び歯科診療所は除外する。

また、歯科併設の一般診療所、臨床検査センター、夜間診療所、巡回診療所及び１か月間の診療時間が１００時間未満であると推定された医療機関は調査対象から除外する。

４．調査の客体及び抽出方法

調査対象となる医療機関等から、それぞれ次の方法によって抽出した施設を調査客体とする。

(1) 病　　院

ア　層化無作為抽出法による。

イ　第１の層化は、ＤＰＣ対象病院の指定を受けている病院と指定を受けていない病院に分類し、この区分によって行う。

ウ　第２の層化は、介護療養施設サービス事業を行っている病院と行っていない病院に分類し、この区分によって行う。

エ　第３の層化は、病床数が２００床以上、２００床未満に分類し、この区分によって行う。

オ　第４の層化は、院外処方の有無別に分類し、この区分によって行う。

カ　第５の層化は、全国の都道府県を次の９の地域に分類し、この区分によって行う。

地　域	都　道　府　県
北　海　道	北海道
東　　北	青森、岩手、宮城、秋田、山形、福島
関　　東	茨城、栃木、群馬、埼玉、千葉、東京、神奈川、新潟、山梨、長野
東　　海	岐阜、静岡、愛知、三重
北　　陸	富山、石川、福井
近　　畿	滋賀、京都、奈良、大阪、兵庫、和歌山
中　　国	鳥取、島根、岡山、広島、山口
四　　国	徳島、香川、愛媛、高知
九　　州	福岡、佐賀、長崎、大分、熊本、宮崎、鹿児島、沖縄

キ　第６の層化は、全国を国家公務員の地域手当における級地区分の６区分とその他の地域に分類し、この区分によって行う。（級地区分については別紙参照）

ク　第７の層化は、一般病院（特定機能病院、歯科大学病院及び子ども病院を除く）、精神科病院（許可病床のすべてが精神病床であるもの）別に開設者（国立、公立、公的、医療法人、社会保険関係法人、その他法人、個人）ごとに分類し、この区分によって行う。

ケ　抽出率は、特定機能病院、歯科大学病院及び子ども病院については１／１、その他については１／３とする。

(2) 一般診療所

ア　層化無作為抽出法による。

イ　第１の層化は、入院患者の有無別に分類し、この区分によって行う。

ウ　第２の層化は、主たる診療科別に分類し、この区分によって行う。

エ　第３の層化は、介護療養施設サービス事業を行っている一般診療所と行っていない一般診療所に分類し、この区分によって行う。

オ　第４の層化は、院外処方の有無別に分類し、この区分によって行う。

カ　第５、第６の層化は、病院と同じ地域分類（第５、第６層化）によって行う。

キ　抽出率は１／２０とする。

(3) 歯科診療所

ア　層化無作為抽出法による。

イ　第１の層化は、院外処方の有無別に分類し、この区分によって行う。

ウ　第２、第３の層化は、病院と同じ地域分類（第５、第６層化）によって行う。

エ　第４の層化は、常勤の歯科医師数を、１人、２人以上の区分に分類し、この区分によって行う。

オ　抽出率は１／５０とする。

(4) 保険薬局

ア　層化無作為抽出法による。

イ　第１、第２の層化は、病院と同じ地域分類（第５、第６層化）によって行う。

ウ　第３の層化は、開設者（個人、法人）の別に分類し、この区分によって行う。

エ　抽出率は１／２５とする。

５．調査主体

中央社会保険医療協議会

６．調査の時期

平成２３年６月の１月間と平成２１年３月末までに終了する直近の２事業年（度）について実施する。

７．調査の事項

調査票に掲げる事項とする。

８．調査の方法

(1) 調査は、郵送方式及びホームページを利用した電子調査方式により行う。

(2) 調査票の記入は、医療機関等管理者の自計申告の方法による。

９．結果の公表

調査の結果については、中央社会保険医療協議会の議を経て、速やかに公表する。

統計法に基づく
一般統計調査

H医

平成２３年６月

医 療 経 済 実 態 調 査

（病院調査票）

（提出期限　平成２３年７月３１日）

（宛名ラベル貼付位置）

⇩ 必ずご記入ください。

貴院名		
都道府県番号・医療機関コード		―
記入者氏名		部署
連絡先	電話番号	市外局番　―　―　（内線　）
	ＦＡＸ番号	―　―
	e-mail	@

⇩ ご記入にあたり、公認会計士又は税理士に外部委託している場合に限りご記入ください。

公認会計士又は税理士　氏名		
連絡先	電話番号	市外局番　―　―　（内線　）
	e-mail	@

厚 生 労 働 省
中央社会保険医療協議会

第1　基本データ

1　貴院の開設者	（平成23年6月30日現在、該当する番号を記入してください。）
1　国立（独立行政法人含む）　2　公立　3　公的　4　社会保険関係　5　医療法人 6　個人　7　その他の法人	①

2　病床の状況						（平成23年6月30日現在）
	一般病床	療養病床	精神科病床	結核病床	感染症病床	合　計
許可病床数	②　床	③　床	④　床	⑤　床	⑥　床	⑦　床
（うち）介護療養型医療施設分		⑧　床	⑨　床			⑩　床

3　処方の状況	（平成23年6月1か月間）
処方せん料の算定（院外処方）の回数	⑪　回
処方料の算定（院内処方）の回数	⑫　回

4　入院基本料等の状況		（平成23年6月30日現在、該当する番号を記入してください。）
1　一般病棟入院基本料		1　7対1　・　2　10対1　・　3　13対1　・　4　15対1 5　特別入院基本料　・　6　該当していない
2　療養病棟入院基本料		1　療養病棟入院基本料1　・　2　療養病棟入院基本料2 3　移行　・　4　特別入院基本料　・　5　該当していない
3　結核病棟入院基本料		1　7対1　・　2　10対1　・　3　13対1　・　4　15対1　・　5　18対1 6　20対1　・　7　特別入院基本料　・　8　該当していない
4　精神病棟入院基本料		1　10対1　・　2　13対1　・　3　15対1　・　4　18対1　・　5　20対1 6　特別入院基本料　・　7　該当していない
5　特定機能病院入院基本料	（一般病棟）	1　7対1　・　2　10対1　・　3　該当していない
	（結核病棟）	1　7対1　・　2　10対1　・　3　13対1　・　4　15対1　・　5　該当していない
	（精神病棟）	1　7対1　・　2　10対1　・　3　13対1　・　4　15対1　・　5　該当していない
6　専門病院入院基本料		1　7対1　・　2　10対1　・　3　13対1　・　4　該当していない
7　障害者施設等入院基本料		1　7対1　・　2　10対1　・　3　13対1　・　4　15対1 5　該当していない
8　特殊疾患病棟入院料		1　特殊疾患病棟入院料1　・　2　特殊疾患病棟入院料2　・　3　該当していない

5　直近の2事業年（度）	（個人立の場合は記入の必要はありません。）
平成23年3月末までに終了した事業年（度）	平成　年　月　～　平成　年　月
平成22年3月末までに終了した事業年（度）	平成　年　月　～　平成　年　月

第2 損　益

Ⅰ 医業収益

科　目		金額（平成23年6月分）	金額（平成23年3月末までの事業年(度)）	金額（平成22年3月末までの事業年(度)）
1 入院診療収益(患者負担含む)	①		⑥	⑪
2 特別の療養環境収益	②		⑦	⑫
3 外来診療収益(患者負担含む)	③		⑧	⑬
4 その他の医業収益	④		⑨	⑭
医業収益合計	⑤		⑩	⑮

Ⅱ 介護収益

科　目		金額（平成23年6月分）	金額（平成23年3月末までの事業年(度)）	金額（平成22年3月末までの事業年(度)）
1 施設サービス収益	⑯		㉑	㉖
2 居宅サービス収益	⑰		㉒	㉗
(うち)短期入所療養介護分	⑱		㉓	㉘
3 その他の介護収益	⑲		㉔	㉙
介護収益合計	⑳		㉕	㉚

※ 病院として介護保険事業を実施していない場合は、記入の必要はありません。

Ⅲ その他の収益

科　目		金額（平成23年6月分）	金額（平成23年3月末までの事業年(度)）	金額（平成22年3月末までの事業年(度)）
1 受取利息及び配当金		記入不要	㉜	㉟
2 その他の収益	㉛		㉝	㊱
その他の収益合計		記入不要	㉞	㊲

Ⅳ 医業・介護費用

科　目			金額（平成23年6月分）	金額（平成23年3月末までの事業年(度)）	金額（平成22年3月末までの事業年(度)）
1 材料費	(1)医薬品費	㊳		㊼	㊶
	(2)診療材料費・医療消耗器具備品費	㊴		㊽	㊷
	(3)歯科材料費	㊵		㊾	㊸
	(4)給食用材料費	㊶		㊿	㊹
2 給与費	(「第3 給与」の(11)欄及び(12)欄の金額を記入してください。)		記入不要	51	65
3 委託費		㊷		52	66
4 設備関係費		㊸		53	67
(うち)減価償却費			記入不要	54	68
(うち)建物減価償却費				55	69
(うち)医療機器減価償却費				56	70
(うち)土地賃借料		㊹		57	71
5 経　費		㊺		58	72
6 その他の医業・介護費用		㊻		59	73
医業・介護費用合計			記入不要	60	74

Ⅴ その他の費用

科　　目	金額（平成23年6月分）	金額（平成23年3月末までの事業年(度)）	金額（平成22年3月末までの事業年(度)）
1 支払利息	記入不要	76 億 百万 千 円	78 億 百万 千 円
2 その他の費用	75 億 百万 千 円	77	79

Ⅵ 特別損益

科　　目	金額（平成23年6月分）	金額（平成23年3月末までの事業年(度)）	金額（平成22年3月末までの事業年(度)）
1 特別利益	記入不要	80 億 百万 千 円	82 億 百万 千 円
2 特別損失		81	83

Ⅶ 補助金・負担金等

科　　目	金額（平成23年6月分）	金額（平成23年3月末までの事業年(度)）	金額（平成22年3月末までの事業年(度)）
1 人件費補助	記入不要	84 億 百万 千 円	87 億 百万 千 円
2 運営費補助		85	88
3 設備費補助		86	89

第3 給　与

Ⅰ 給料

	常勤職員（平成23年6月分）			常勤職員（平成23年3月末までの事業年(度)）			常勤職員（平成22年3月末までの事業年(度)）		
職　種	人員	給料		人員	給料		人員	給料	
病院長	① 人	⑫ 億 百万 千 円		㉓ 人	㉞ 億 百万 千 円		㊺ 人	㊻ 億 百万 千 円	
医　師	② 人	⑬		㉔ 人	㉟		㊻ 人	㊼	
歯科医師	③ 人	⑭		㉕ 人	㊱		㊼ 人	㊽	
薬剤師	④ 人	⑮		㉖ 人	㊲		㊽ 人	㊾	
看護職員	⑤ 人	⑯		㉗ 人	㊳		㊾ 人	㊿	
看護補助職員	⑥ 人	⑰		㉘ 人	㊴		㊿ 人	61	
医療技術員	⑦ 人	⑱		㉙ 人	㊵		51 人	62	
事務職員	⑧ 人	⑲		㉚ 人	㊶		52 人	63	
技能労務員・労務員	⑨ 人	⑳		㉛ 人	㊷		53 人	64	
役員（上記の職種に従事している者を除く）	⑩ 人	㉑		㉜ 人	㊸		54 人	65	
合　計	⑪ 人	㉒		㉝ 人	㊹		55 人	66	

Ⅱ 賞与

	常勤職員（平成23年6月分）		常勤職員（平成23年3月末までの事業年(度)）		常勤職員（平成22年3月末までの事業年(度)）	
職　種	人員	賞与	人員	賞与	人員	賞与
病院長	記入不要	記入不要	67 人	77 億 百万 千 円	87 人	97 億 百万 千 円
医　師			68 人	78	88 人	98
歯科医師			69 人	79	89 人	99
薬剤師			70 人	80	90 人	100
看護職員			71 人	81	91 人	101
看護補助職員			72 人	82	92 人	102
医療技術員			73 人	83	93 人	103
事務職員			74 人	84	94 人	104
技能労務員・労務員			75 人	85	95 人	105
役員（上記の職種に従事している者を除く）			76 人	86	96 人	106

Ⅲ 給与費等の内訳

給与費内訳			平成23年6月分	平成23年3月末までの事業年(度)	平成22年3月末までの事業年(度)
非常勤職員給料			107 億 百万 千 円	110 億 百万 千 円	113 億 百万 千 円
賞与支給額			記入不要	111	114
退職給付引当金制度の有無108（該当する項目に○を記入してください。）	あり →	退職給付引当金繰入額		112	115
	なし →	退職金支払額		113	116
法定福利費			109	117	120
給与費等の合計			記入不要	118	121

※ 118 欄 ＝ 44 欄 ＋ 110 欄＋111 欄＋（112 欄 又は 113 欄）＋114 欄

※ 121 欄 ＝ 66 欄 ＋ 116 欄＋117 欄＋（118 欄 又は 119 欄）＋120 欄

第4 資 産・負 債

○ 個人立病院は平成22年12月31日及び平成21年12月31日現在、個人立以外の病院は平成23年3月末までに終了した直近の2事業年(度)の末日における資産及び負債の額を記入してください。

資 産 の 部				
科　　目	金額（平成23年3月末までの事業年(度)）		金額（平成22年3月末までの事業年(度)）	
Ⅰ 流動資産	①	億 百万 千 円	⑤	億 百万 千 円
Ⅱ 固定資産	②		⑥	
Ⅲ 繰延資産	③		⑦	
資 産 合 計	④		⑧	

負 債 の 部				
科　　目	金額（平成23年3月末までの事業年(度)）		金額（平成22年3月末までの事業年(度)）	
Ⅳ 流動負債	⑨	億 百万 千 円	⑫	億 百万 千 円
Ⅴ 固定負債	⑩		⑬	
負 債 合 計	⑪		⑭	

第5 租税公課等

租税公課等				
科　　目	金額（平成23年3月末までの事業年(度)）		金額（平成22年3月末までの事業年(度)）	
租税公課(※)	①	億 百万 千 円	④	億 百万 千 円
損害保険料	②		⑤	
寄付金	③		⑥	

※「租税公課」は、原則として税法上損金に算入される租税(固定資産税、事業税、消費税、自動車税、印紙税、登録免許税など)、公共的な性格をもつ会費や賦課金(医師会費や町内会費など)です。

税金				
科　　目	金額（平成23年3月末までの事業年(度)）		金額（平成22年3月末までの事業年(度)）	
法人税	⑦	億 百万 千 円	⑩	億 百万 千 円
住民税	⑧		⑪	
事業税	⑨		⑫	

※ 個人立病院については記入の必要はありません。

通勤手当				
科　　目	金額（平成23年3月末までの事業年(度)）		金額（平成22年3月末までの事業年(度)）	
通勤手当	⑬	億 百万 千 円	⑭	億 百万 千 円

自由記載欄

医療経済実態調査（医療機関等調査）に対する意見募集

このたびは、「平成２３年度医療経済実態調査（医療機関等調査）」にご協力いただきありがとうございます。本調査の改善に役立てるため、以下の様式により、ご意見を提出いただくことができます。（任意提出）

◆内　容（１．調査の改善提案　２．調査の意義　３．その他（　　））について

※（該当する項目に○を記してください。複数選択可）

上記項目に対するご意見

平成２３年６月

医 療 経 済 実 態 調 査

（一般診療所調査票）

（提出期限　平成２３年７月３１日）

（宛名ラベル貼付位置）

⇩必ずご記入ください。

貴院名		
都道府県番号・医療機関コード		―
記入者氏名		部署
連絡先	電話番号	市外局番　―　―　（内線　）
	ＦＡＸ番号	―　―
	e-mail	@

⇩ご記入にあたり、公認会計士又は税理士に外部委託している場合に限りご記入ください。

公認会計士又は税理士　氏名		
連絡先	電話番号	市外局番　―　―　（内線　）
	e-mail	@

厚 生 労 働 省
中央社会保険医療協議会

第1　基本データ

1　貴院の開設者	（平成23年6月30日現在、該当する番号を記入してください。）			
	1　個人	2　医療法人	3　その他	①

2　主たる診療科目	
（平成23年6月30日現在、広告する診療科目のうち、主たる診療科目の番号　（別添「記入要領」3頁参照）を記入してください。）	②

3　病床の状況（有床診療所のみ記入してください）	（平成23年6月30日現在）	
許可病床数	③	床

4　処方の状況	（平成23年6月1か月間）	
処方せん料の算定（院外処方）の回数	④	回
処方料の算定（院内処方）の回数	⑤	回

5　直近の2事業年（度）	（個人立の場合は記入の必要はありません。）						
平成23年3月末までに終了した事業年（度）	平成	年	月	～	平成	年	月
平成22年3月末までに終了した事業年（度）	平成	年	月	～	平成	年	月

第2 損　益

Ⅰ 医業収益

科　目		金額（平成23年6月分）	金額（平成23年3月末までの事業年（度））	金額（平成22年3月末までの事業年（度））
1 入院診療収益	(1)保険診療収益(患者負担含む)	①	⑨	⑰
	(2)公害等診療収益	②	⑩	⑱
	(3)その他の診療収益	③	⑪	⑲
2 外来診療収益	(1)保険診療収益(患者負担含む)	④	⑫	⑳
	(2)公害等診療収益	⑤	⑬	㉑
	(3)その他の診療収益	⑥	⑭	㉒
3 その他の医業収益		⑦	⑮	㉓
医業収益合計		⑧	⑯	㉔

Ⅱ 介護収益

科　目	金額（平成23年6月分）	金額（平成23年3月末までの事業年（度））	金額（平成22年3月末までの事業年（度））
1 施設サービス収益	㉕	㉚	㉟
2 居宅サービス収益	㉖	㉛	㊱
(うち)短期入所療養介護分	㉗	㉜	㊲
3 その他の介護収益	㉘	㉝	㊳
介護収益合計	㉙	㉞	㊴

※ 診療所として介護保険事業を実施していない場合は、記入の必要はありません。

Ⅲ 医業・介護費用

科　目	金額（平成23年6月分）	金額（平成23年3月末までの事業年（度））	金額（平成22年3月末までの事業年（度））
1 給与費 (「第3 給与」の(11)欄及び(12)欄の金額を記入してください。)	記入不要	㊻	㊽
2 医薬品費	㊵	㊼	㊾
3 材料費	㊶	㊽	㊿
(うち)給食用材料費	㊷	㊾	(61)
4 委託費	㊸	(50)	(62)
5 減価償却費	記入不要	(51)	(63)
(うち)建物減価償却費		(52)	(64)
(うち)医療機器減価償却費		(53)	(65)
6 その他の医業・介護費用	㊹	(54)	(66)
(うち)土地賃借料	㊺	(55)	(67)
(うち)支払利息	記入不要	(56)	(68)
医業・介護費用合計		(57)	(69)

第3 給　与

Ⅰ 給料

	常勤職員（平成23年6月分）			常勤職員（平成23年3月末までの事業年(度)）			常勤職員（平成22年3月末までの事業年(度)）		
職　種	人　員	給　料		人　員	給　料		人　員	給　料	
院　長（個人立の開設者本人を除く）	① 人	⑫ 億 百万 千 円		㉓ 人	㉞ 億 百万 千 円		㊺ 人	㊻ 億 百万 千 円	
医　師	② 人	⑬		㉔ 人	㉟		㊼ 人	㊽	
歯科医師	③ 人	⑭		㉕ 人	㊱		㊾ 人	㊿	
薬剤師	④ 人	⑮		㉖ 人	㊲		(48) 人	(49)	
看護職員	⑤ 人	⑯		㉗ 人	㊳		(50) 人	(51)	
看護補助職員	⑥ 人	⑰		㉘ 人	㊴		(52) 人	(53)	
医療技術員	⑦ 人	⑱		㉙ 人	㊵		(54) 人	(55)	
事務職員（上記の職種に従事している者を除く）	⑧ 人	⑲		㉚ 人	㊶		(56) 人	(57)	
技能労務員・労務員	⑨ 人	⑳		㉛ 人	㊷		(58) 人	(59)	
役　員（上記の職種に従事している者を除く）	⑩ 人	㉑		㉜ 人	㊸		(60) 人	(61)	
合　計	⑪ 人	㉒		㉝ 人	㊹		(62) 人	(63)	

Ⅱ 賞与

	常勤職員（平成23年6月分）		常勤職員（平成23年3月末までの事業年(度)）		常勤職員（平成22年3月末までの事業年(度)）	
職　種	人　員	賞　与	人　員	賞　与	人　員	賞　与
院　長（個人立の開設者本人を除く）	記入不要	記入不要	(64) 人	(77) 億 百万 千 円	(87) 人	(97) 億 百万 千 円
医　師			(65) 人	(78)	(88) 人	(98)
歯科医師			(66) 人	(79)	(89) 人	(99)
薬剤師			(67) 人	(80)	(90) 人	(100)
看護職員			(68) 人	(81)	(91) 人	(101)
看護補助職員			(69) 人	(82)	(92) 人	(102)
医療技術員			(70) 人	(83)	(93) 人	(103)
事務職員（上記の職種に従事している者を除く）			(71) 人	(84)	(94) 人	(104)
技能労務員・労務員			(72) 人	(85)	(95) 人	(105)
役　員（上記の職種に従事している者を除く）			(73) 人	(86)	(96) 人	(106)

Ⅲ 給与費等の内訳

給与費内訳	平成23年6月分	平成23年3月末までの事業年(度)	平成22年3月末までの事業年(度)
非常勤職員給料	(107) 億 百万 千 円	(110) 億 百万 千 円	(113) 億 百万 千 円
賞与支給額	記入不要	(111)	(114)
退職給付引当金制度の有無(108)（該当する項目に○を記入してください。）　あり → 退職給付引当金繰入額		(112)	(115)
退職給付引当金制度の有無(108)（該当する項目に○を記入してください。）　なし → 退職金支払額		(113)	(116)
法定福利費	(109)	(114)	(117)
給与費等の合計	記入不要	(115)	(118)

※ (115) 欄 ＝ (44) 欄 ＋ (110) 欄 ＋ (111) 欄 ＋ （ (112) 欄 又は (113) 欄 ） ＋ (114) 欄

※ (118) 欄 ＝ (66) 欄 ＋ (113) 欄 ＋ (117) 欄 ＋ （ (116) 欄 又は (115) 欄 ） ＋ (118) 欄

第4 資 産・負 債

○ この「第4　資産・負債」は、青色申告で「貸借対照表（資産負債調）」を税務署に提出した個人立診療所及び個人立以外の診療所（医療法人立診療所など）のみ記入してください。
○ 個人立診療所は平成22年12月31日及び平成21年12月31日現在、個人立以外の診療所は平成23年3月末までに終了する直近の2事業年（度）の末日における資産及び負債の額を記入してください。

資 産 の 部				
科　　目		金額（平成23年3月末までの事業年（度））		金額（平成22年3月末までの事業年（度））
Ⅰ　流動資産	①	億　百万　千　円	⑤	億　百万　千　円
Ⅱ　固定資産	②		⑥	
Ⅲ　繰延資産	③		⑦	
資 産 合 計	④		⑧	

負 債 の 部				
科　　目		金額（平成23年3月末までの事業年（度））		金額（平成22年3月末までの事業年（度））
Ⅳ　流動負債	⑨	億　百万　千　円	⑫	億　百万　千　円
Ⅴ　固定負債	⑩		⑬	
負 債 合 計	⑪		⑭	

第5 租税公課等

租税公課等				
科　　目	金額（平成23年3月末までの事業年(度)）		金額（平成22年3月末までの事業年(度)）	
租税公課(※)	①	億 百万 千 円	④	億 百万 千 円
損害保険料	②		⑤	
寄付金	③		⑥	

※「租税公課」は、原則として税法上損金に算入される租税(固定資産税、事業税、消費税、自動車税、印紙税、登録免許税など)、公共的な性格をもつ会費や賦課金(医師会費や町内会費など)です。

税金				
科　　目	金額（平成23年3月末までの事業年(度)）		金額（平成22年3月末までの事業年(度)）	
法人税	⑦	億 百万 千 円	⑩	億 百万 千 円
住民税	⑧		⑪	
事業税	⑨		⑫	

※ 個人立診療所については記入の必要はありません。

通勤手当				
科　　目	金額（平成23年3月末までの事業年(度)）		金額（平成22年3月末までの事業年(度)）	
通勤手当	⑬	億 百万 千 円	⑭	億 百万 千 円

自由記載欄

医療経済実態調査（医療機関等調査）に対する意見募集

このたびは、「平成２３年度医療経済実態調査（医療機関等調査）」にご協力いただきありがとうございます。本調査の改善に役立てるため、以下の様式により、ご意見を提出いただくことができます。（任意提出）

◆内　容（１．調査の改善提案　２．調査の意義　３．その他（　　））について

※（該当する項目に○を記してください。複数選択可）

上記項目に対するご意見

平成２３年６月

医 療 経 済 実 態 調 査

（歯科診療所調査票）

（提出期限　平成２３年７月３１日）

（宛名ラベル貼付位置）

⇩必ずご記入ください。

貴院名		
都道府県番号・医療機関コード		―
記入者氏名		部署
連絡先	電話番号	市外局番　―　―　（内線　）
	ＦＡＸ番号	―　―
	e-mail	@

⇩ ご記入にあたり、公認会計士又は税理士に外部委託している場合に限りご記入ください。

公認会計士又は税理士　氏名		
連絡先	電話番号	市外局番　―　―　（内線　）
	e-mail	@

厚 生 労 働 省
中央社会保険医療協議会

第1　基本データ

1　貴院の開設者	（平成23年6月30日現在、該当する番号を記入してください。）			
	1　個人	2　医療法人	3　その他	①

2　ユニット数	（平成23年6月30日現在）	②	ユニット

3　処方の状況	（平成23年6月1か月間）	
処方せん料の算定（院外処方）の回数	③	回
処方料の算定（院内処方）の回数	④	回

4　直近の2事業年（度）	（個人立の場合は記入の必要はありません。）						
平成23年3月末までに終了した事業年（度）	平成	年	月	～	平成	年	月
平成22年3月末までに終了した事業年（度）	平成	年	月	～	平成	年	月

第2 損　益

Ⅰ 医業収益

科　目		金額（平成23年6月分）		金額（平成23年3月末までの事業年（度））		金額（平成22年3月末までの事業年（度））
1 保険診療収益（患者負担含む）	①	億 百万 千 円	⑥	億 百万 千 円	⑪	億 百万 千 円
2 労災等診療収益	②		⑦		⑫	
3 その他の診療収益	③		⑧		⑬	
4 その他の医業収益	④		⑨		⑭	
医業収益合計	⑤		⑩		⑮	

Ⅱ 介護収益

科　目		金額（平成23年6月分）		金額（平成23年3月末までの事業年（度））		金額（平成22年3月末までの事業年（度））
1 居宅サービス収益	⑯	億 百万 千 円	⑲	億 百万 千 円	㉒	億 百万 千 円
2 その他の介護収益	⑰		⑳		㉓	
介護収益合計	⑱		㉑		㉔	

※ 歯科診療所として介護保険事業を実施していない場合は、記入の必要はありません。

Ⅲ 医業・介護費用

科　目		金額（平成23年6月分）		金額（平成23年3月末までの事業年（度））		金額（平成22年3月末までの事業年（度））
1 給与費 （「第3 給与」の95欄及び101欄の金額を記入してください。）		記入不要	㉚	億 百万 千 円	㊶	億 百万 千 円
2 医薬品費	㉕	億 百万 千 円	㉛		㊷	
3 歯科材料費	㉖		㉜		㊸	
4 委託費	㉗		㉝		㊹	
5 減価償却費		記入不要	㉞		㊺	
（うち）建物減価償却費			㉟		㊻	
（うち）医療機器減価償却費			㊱		㊼	
6 その他の医業・介護費用	㉘		㊲		㊽	
（うち）土地賃借料	㉙		㊳		㊾	
（うち）支払利息		記入不要	㊴		㊿	
医業・介護費用合計			㊵		(51)	

第3 給　与

Ⅰ 給料

	常勤職員（平成23年6月分）			常勤職員（平成23年3月末までの事業年(度)）			常勤職員（平成22年3月末までの事業年(度)）		
職　種	人　員	給　料		人　員	給　料		人　員	給　料	
院　長（個人立の開設者本人を除く）	① 人	⑩ 億 百万 千 円		⑲ 人	㉘ 億 百万 千 円		㊲ 人	㊻ 億 百万 千 円	
歯科医師	③ 人	⑪		⑳ 人	㉙		㊳ 人	㊼	
歯科衛生士	③ 人	⑫		㉑ 人	㉚		㊴ 人	㊽	
歯科技工士	④ 人	⑬		㉒ 人	㉛		㊵ 人	㊾	
薬剤師	⑤ 人	⑭		㉓ 人	㉜		㊶ 人	㊿	
事務職員（上記の職種に従事している者を除く）	⑥ 人	⑮		㉔ 人	㉝		㊷ 人	51	
その他の職員	⑦ 人	⑯		㉕ 人	㉞		㊸ 人	52	
役　員（上記の職種に従事している者を除く）	⑧ 人	⑰		㉖ 人	㉟		㊹ 人	53	
合　計	⑨ 人	⑱		㉗ 人	㊱		㊺ 人	54	

Ⅱ 賞与

	常勤職員（平成23年6月分）		常勤職員（平成23年3月末までの事業年(度)）		常勤職員（平成22年3月末までの事業年(度)）	
職　種	人　員	賞　与	人　員	賞　与	人　員	賞　与
院　長（個人立の開設者本人を除く）	記入不要	記入不要	55 人	63 億 百万 千 円	71 人	79 億 百万 千 円
歯科医師			56 人	64	72 人	80
歯科衛生士			57 人	65	73 人	81
歯科技工士			58 人	66	74 人	82
薬剤師			59 人	67	75 人	83
事務職員（上記の職種に従事している者を除く）			60 人	68	76 人	84
その他の職員			61 人	69	77 人	85
役　員（上記の職種に従事している者を除く）			62 人	70	78 人	86

Ⅲ 給与費等の内訳

給与費内訳			平成23年6月分	平成23年3月末までの事業年(度)	平成22年3月末までの事業年(度)
非常勤職員給料			87 億 百万 千 円	90 億 百万 千 円	96 億 百万 千 円
賞与支給額			記入不要	91	97
退職給付引当金制度の有無 88（該当する項目に○を記入してください。）	あり →	退職給付引当金繰入額		92	98
	なし →	退職金支払額		93	99
法定福利費			89	94	100
給与費等の合計			記入不要	95	101

※ 95 欄 ＝ 36 欄 ＋ 90 欄 ＋ 91 欄 ＋ （ 92 欄 又は 93 欄） ＋ 94 欄

※ 101 欄 ＝ 54 欄 ＋ 96 欄 ＋ 97 欄 ＋ （ 98 欄 又は 99 欄） ＋ 100 欄

第4 資 産・負 債

○ この「第4　資産・負債」は、青色申告で「貸借対照表（資産負債調）」を税務署に提出した個人立歯科診療所及び個人立以外の歯科診療所（医療法人立歯科診療所など）のみ記入してください。
○ 個人立歯科診療所は平成22年12月31日及び平成21年12月31日現在、個人立以外の歯科診療所は平成23年3月末までに終了する直近の2事業年（度）の末日における資産及び負債の額を記入してください。

資 産 の 部				
科　　目	金額（平成23年3月末までの事業年（度））		金額（平成22年3月末までの事業年（度））	
Ⅰ　流動資産	①	億　百万　千　円	⑤	億　百万　千　円
Ⅱ　固定資産	②		⑥	
Ⅲ　繰延資産	③		⑦	
資 産 合 計	④		⑧	

負 債 の 部				
科　　目	金額（平成23年3月末までの事業年（度））		金額（平成22年3月末までの事業年（度））	
Ⅳ　流動負債	⑨	億　百万　千　円	⑫	億　百万　千　円
Ⅴ　固定負債	⑩		⑬	
負 債 合 計	⑪		⑭	

第5 租税公課等

租税公課等				
科　　目	金額（平成23年3月末までの事業年(度)）		金額（平成22年3月末までの事業年(度)）	
租税公課(※)	①	億 百万 千 円	④	億 百万 千 円
損害保険料	②		⑤	
寄付金	③		⑥	

※「租税公課」は、原則として税法上損金に算入される租税(固定資産税、事業税、消費税、自動車税、印紙税、登録免許税など)、公共的な性格をもつ会費や賦課金(歯科医師会費や町内会費など)です。

税金				
科　　目	金額（平成23年3月末までの事業年(度)）		金額（平成22年3月末までの事業年(度)）	
法人税	⑦	億 百万 千 円	⑩	億 百万 千 円
住民税	⑧		⑪	
事業税	⑨		⑫	

※ 個人立歯科診療所については記入の必要はありません。

通勤手当				
科　　目	金額（平成23年3月末までの事業年(度)）		金額（平成22年3月末までの事業年(度)）	
通勤手当	⑬	億 百万 千 円	⑭	億 百万 千 円

自由記載欄

医療経済実態調査（医療機関等調査）に対する意見募集

このたびは、「平成２３年度医療経済実態調査（医療機関等調査）」にご協力いただきありがとうございます。本調査の改善に役立てるため、以下の様式により、ご意見を提出いただくことができます。（任意提出）

◆内　容（１．調査の改善提案　２．調査の意義　３．その他（　　））について

※（該当する項目に○を記してください。複数選択可）

上記項目に対するご意見

平成２３年６月

医 療 経 済 実 態 調 査

（保険薬局調査票）

（提出期限　平成２３年７月３１日）

（宛名ラベル貼付位置）

⇩必ずご記入ください。

貴薬局名				
記入者氏名			部署	
連絡先	電話番号	市外局番　　－　　－　　（内線　　）		
	ＦＡＸ番号	－　　－		
	e-mail	＠		

⇩ご記入にあたり、公認会計士又は税理士に外部委託している場合に限りご記入ください。

公認会計士又は税理士　氏名		
連絡先	電話番号	市外局番　　－　　－　　（内線　　）
	e-mail	＠

厚 生 労 働 省
中央社会保険医療協議会

第1　基本データ

1　貴薬局の開設主体	（平成23年6月30日現在、該当する番号を記入してください。）		
	1　法人　　2　個人	①	

2　保険調剤の状況			
処方せん枚数	（平成23年6月1か月間）	②	枚
（うち）後発医薬品を調剤した処方せん枚数	（平成23年6月1か月間）	③	枚
調剤した全ての医薬品の数量（薬価基準の規格単位ベース）のうち後発医薬品の割合（平成23年6月1か月間）		④	%

3　調剤用備蓄医薬品品目数		内用薬		外用薬		注射薬	
（薬価基準収載品目）	（平成23年6月30日現在）	⑤	品目	⑥	品目	⑦	品目
	（うち）後発医薬品品目数	⑧	品目	⑨	品目	⑩	品目

4　薬学管理等の状況			
在宅患者訪問薬剤管理指導料の算定回数	（平成23年6月1か月間）	⑪	回
居宅療養管理指導費（介護保険）の算定回数	（平成23年6月1か月間）	⑫	回

5　従事者の状況							（平成23年6月30日現在）
職種	薬剤師（個人立の開設者本人を除く）		事務職員		その他の職員		合　計
従事者数	⑬	人	⑭	人	⑮	人	⑯　人

6　直近の2事業年（度）	（個人立の場合は記入の必要はありません。）						
平成23年3月末までに終了した事業年（度）	平成	年	月	～	平成	年	月
平成22年3月末までに終了した事業年（度）	平成	年	月	～	平成	年	月

第2 損　益

Ⅰ 収益

科　目	金額（平成23年6月分）	金額（平成23年3月末までの事業年（度））	金額（平成22年3月末までの事業年（度））
1 保険調剤収益（患者負担含む）	① 億 百万 千 円	⑤ 億 百万 千 円	⑨ 億 百万 千 円
2 公害等調剤収益	②	⑥	⑩
3 その他の薬局事業収益	③	⑦	⑪
収益合計	④	⑧	⑫

Ⅱ 介護収益

科　目	金額（平成23年6月分）	金額（平成23年3月末までの事業年（度））	金額（平成22年3月末までの事業年（度））
1 居宅サービス収益	⑬ 億 百万 千 円	⑯ 億 百万 千 円	⑲ 億 百万 千 円
2 その他の介護収益	⑭	⑰	⑳
介護収益合計	⑮	⑱	㉑

※ 保険薬局として介護保険事業を実施していない場合は、記入の必要はありません。

Ⅲ 費用

科　目	金額（平成23年6月分）	金額（平成23年3月末までの事業年（度））	金額（平成22年3月末までの事業年（度））
1 給与費	㉒ 億 百万 千 円	㉙ 億 百万 千 円	㊵ 億 百万 千 円
2 医薬品等費	㉓	㉚	㊶
（うち）調剤用医薬品費	㉔	㉛	㊷
3 委託費	㉕	㉜	㊸
4 減価償却費	記入不要	㉝	㊹
（うち）建物減価償却費	記入不要	㉞	㊺
（うち）調剤用機器減価償却費	記入不要	㉟	㊻
5 その他の経費	㉖	㊱	㊼
（うち）土地賃借料	㉗	㊲	㊽
（うち）利子割引料	㉘	㊳	㊾
費用合計	記入不要	㊴	㊿

第3 資 産・負 債

○ この「第3　資産・負債」は、青色申告で「貸借対照表（資産負債調）」を税務署に提出した個人薬局及び個人薬局以外の薬局のみ記入してください。

○ 個人薬局は平成22年12月31日及び平成21年12月31日現在、個人薬局以外の薬局は平成23年3月末までに終了する直近の事業年（度）の末日における資産及び負債の額を記入してください。

資 産 の 部				
科　　目	金額（平成23年3月末までの事業年（度））		金額（平成22年3月末までの事業年（度））	
Ⅰ　流動資産	①	億　百万　千　円	⑤	億　百万　千　円
Ⅱ　固定資産	②		⑥	
Ⅲ　繰延資産	③		⑦	
資 産 合 計	④		⑧	

負 債 の 部				
科　　目	金額（平成23年3月末までの事業年（度））		金額（平成22年3月末までの事業年（度））	
Ⅳ　流動負債	⑨	億　百万　千　円	⑫	億　百万　千　円
Ⅴ　固定負債	⑩		⑬	
負 債 合 計	⑪		⑭	

第4 租税公課等

租税公課等				
科　　目	金額（平成23年3月末までの事業年(度)）		金額（平成22年3月末までの事業年(度)）	
租税公課(※)	①	億 百万 千 円	④	億 百万 千 円
損害保険料	②		⑤	
寄付金	③		⑥	

※「租税公課」は、原則として税法上損金に算入される租税(固定資産税、事業税、消費税、自動車税、印紙税、登録免許税など)、公共的な性格をもつ会費や賦課金(薬剤師会費や町内会費など)です。

税金				
科　　目	金額（平成23年3月末までの事業年(度)）		金額（平成22年3月末までの事業年(度)）	
法人税	⑦	億 百万 千 円	⑩	億 百万 千 円
住民税	⑧		⑪	
事業税	⑨		⑫	

※ 個人薬局については記入の必要はありません。

通勤手当				
科　　目	金額（平成23年3月末までの事業年(度)）		金額（平成22年3月末までの事業年(度)）	
通勤手当	⑬	億 百万 千 円	⑭	億 百万 千 円

自由記載欄

医療経済実態調査（医療機関等調査）に対する意見募集

このたびは、「平成２３年度医療経済実態調査（医療機関等調査）」にご協力いただきありがとうございます。本調査の改善に役立てるため、以下の様式により、ご意見を提出いただくことができます。（任意提出）

◆内　容（１．調査の改善提案　２．調査の意義　３．その他（　　））について

※（該当する項目に○を記してください。複数選択可）

上記項目に対するご意見

NO　44

統計調査名	医療経済実態調査（保険者調査）
主管部局名	保険局 調査課

調査開始年（西暦）	1970年	調査の実施周期	2年	平成24年度予算（単位：千円）	1,210（H23年度）

調査の目的	医療保険制度の保険者の財政状況の実態を把握し、社会保険診療報酬に関する基礎資料を整備する。
PDCAサイクルの活用	・中央社会保険医療協議会
調査の流れ	本省ー保険者

母集団名簿の種類等	保険者	抽出方法	悉皆
調査客体数	約1,500保険者		
調査方法	郵送／オンライン	オンライン調査方法	Ⅱ．e-Gov（電子政府の総合窓口）を使用する方法
備　考			

	第1報までの公表期間	報告書公表までの期間
直近	5ヶ月	
直近1つ前	5ヶ月	
直近2つ前	5ヶ月	1年2ヶ月
直近3つ前	6ヶ月	1年1ヶ月
直近4つ前	6ヶ月	1年8ヶ月
備　考	第17回調査より速報のみの公表となった。	

	回収率
直近	100%
直近1つ前	100%
直近2つ前	100%
直近3つ前	100%
直近4つ前	100%
備　考	

NO　44

統計調査名	医療経済実態調査（保険者調査）
主管部局名	保険局 調査課

外部委託業務の内容　（委託業務に「○」、委託していない場合は（空欄）、業務そのものがない場合は「－」）

調査の企画	調査用品の印刷	調査用品の配布・回収・督促	受付・個票審査・疑義照会	データ入力	データチェック・疑義照会・データ修正	集　計	その他（分類不能、留意事項など）
	○	○（発送のみ）					

備　考

e-Stat　アクセス数		厚労省等ホームページ　アクセス数	
H23年分	3,485	H23年分	6,329
H22年分	3,357	H22年分	8,191
H21年分	1,421	H21年分	2,963

備　考

	二次利用件数	32条	33条
H23年度	0	0	0
H22年度	0	0	0
H21年度	0	0	0

第１８回　医療経済実態調査（保険者調査）要綱

１．調査の目的

医療保険の保険者の財政状況の実態を把握し、社会保険診療報酬に関する基礎資料を整備することを目的とする。

２．調査の対象

平成２２年度末における全国健康保険協会管掌健康保険、組合管掌健康保険、船員保険、共済組合、国民健康保険及び後期高齢者医療制度の各保険者等を調査対象とする。

３．調査主体

中央社会保険医療協議会

４．調査の時期

平成２３年６月

５．調査の種類及び調査事項

調査の種類及び調査事項は次のとおりとする。

（１）決算事業状況に関する調査

被保険者数、保険給付等に関する状況、決算収支状況及び財産の状況等について調査する。（別紙１参照）

（２）土地及び直営保養所・保健会館に関する調査

土地に関する施設の種類、面積、帳簿価格等及び直営保養所・保健会館に関する施設の種類、建物の状況、利用状況等について調査する。（別紙２参照）

６．調査の方法

（１）上記５の（１）については、平成２１，２２年度分の全保険者等の事業報告、決算報告及び財務諸表等から調査する。

（２）上記５の（２）については、組合管掌健康保険及び共済組合の各保険者が平成２２年度末現在で調査票を作成し、提出する。

７．提出期限

平成２３年８月３１日

８．結果の公表

この調査の集計結果は、中央社会保険医療協議会の議を経て、速やかに公表する。

別紙1

保険者調査（決算事業状況に関する調査）の調査事項

	全国健康保険協会	健康保険組合	船員保険	共済組合	国民健康保険	後期高齢者医療
調査事項	1．適用状況 （平成21、22年度末） （1）被保険者数、被扶養者数及び被保険者の平均年齢 （2）平均標準報酬月額及び標準賞与額 2．保険給付状況 （平成21、22年度） （1）診療種別の状況 3．収入支出決算額 （平成21、22年度）	1．適用状況 （平成21、22年度末） （1）被保険者数、被扶養者数及び被保険者の平均年齢 （2）平均標準報酬月額及び標準賞与額 2．保険給付状況 （平成21、22年度） （1）診療種別の状況 3．収入支出決算額 （平成21、22年度） 4．保険料率及びその負担割合（平成21、22年度） 5．財産保有状況 （平成21、22年度）	1．適用状況 （平成21、22年度末） （1）被保険者数、被扶養者数及び被保険者の平均年齢 （2）平均標準報酬月額及び標準賞与額 2．保険給付状況 （平成21、22年度） （1）診療種別の状況 3．収入支出決算額 （平成21、22年度）	1．適用状況 （平成21、22年度末） （1）組合員数、被扶養者数 （2）平均標準報酬月額及び標準賞与額 2．短期給付状況 （平成21、22年度） （1）診療種別の状況 3．収入支出決算額 （平成21、22年度） 4．保険料率及びその負担割合（平成21、22年度）	1．適用状況 （平成21、22年度末） （1）世帯数及び被保険者数 2．保険給付状況 （平成21、22年度） （1）診療種別の状況 3．収入支出決算額 （平成21、22年度） 4．保険料収入状況 （平成21、22年度）	1．適用状況 （平成21、22年度末） （1）被保険者数 2．保険給付状況 （平成21、22年度） （1）診療種別の状況 3．収入支出決算額 （平成21、22年度） 4．保険料収入状況 （平成21、22年度）

注：調査事項には経常収支以外の積立金等の異動に係るものを含む。

統計法に基づく
一般統計調査

医療経済実態調査　保険者調査票
（平成22年度末現在）

中央社会保険医療協議会

保険者名	

1 土地に関する事項

施設の種類	名称	所在地	地目	面積	取得年月日	取得価格	帳簿価格	固定資産税評価額	時価評価額	評価方法	評価年月	備考
1 病院・診療所 2 老人保健施設 3 直営保養所 4 体育館・体育施設 5 保健会館 6 施設なし		都市 道区 府町 県村		㎡	1 昭和 2 平成 年 月 日	千円	千円	千円	千円	1・2・3	1 昭和 2 平成 年 月	
1 病院・診療所 2 老人保健施設 3 直営保養所 4 体育館・体育施設 5 保健会館 6 施設なし		都市 道区 府町 県村		㎡	1 昭和 2 平成 年 月 日					1・2・3	1 昭和 2 平成 年 月	
1 病院・診療所 2 老人保健施設 3 直営保養所 4 体育館・体育施設 5 保健会館 6 施設なし		都市 道区 府町 県村		㎡	1 昭和 2 平成 年 月 日					1・2・3	1 昭和 2 平成 年 月	
1 病院・診療所 2 老人保健施設 3 直営保養所 4 体育館・体育施設 5 保健会館 6 施設なし		都市 道区 府町 県村		㎡	1 昭和 2 平成 年 月 日					1・2・3	1 昭和 2 平成 年 月	
1 病院・診療所 2 老人保健施設 3 直営保養所 4 体育館・体育施設 5 保健会館 6 施設なし		都市 道区 府町 県村		㎡	1 昭和 2 平成 年 月 日					1・2・3	1 昭和 2 平成 年 月	
1 病院・診療所 2 老人保健施設 3 直営保養所 4 体育館・体育施設 5 保健会館 6 施設なし		都市 道区 府町 県村		㎡	1 昭和 2 平成 年 月 日					1・2・3	1 昭和 2 平成 年 月	
1 病院・診療所 2 老人保健施設 3 直営保養所 4 体育館・体育施設 5 保健会館 6 施設なし		都市 道区 府町 県村		㎡	1 昭和 2 平成 年 月 日					1・2・3	1 昭和 2 平成 年 月	

医療経済実態調査　保険者調査票

中央社会保険医療協議会

保険者名	

2　直営保養所・保健会館に関する事項

施設の種類	名称	所在地	建物の状況			平成22年度の状況			備考
			建築面積	延べ面積	帳簿価格	利用者数	総収入	総支出	
1 直営保養所 2 保健会館		都道府県 市区町村	㎡	㎡	千円	延人	千円	千円	
1 直営保養所 2 保健会館		都道府県 市区町村	㎡	㎡	千円	延人	千円	千円	
1 直営保養所 2 保健会館		都道府県 市区町村	㎡	㎡	千円	延人	千円	千円	
1 直営保養所 2 保健会館		都道府県 市区町村	㎡	㎡	千円	延人	千円	千円	
1 直営保養所 2 保健会館		都道府県 市区町村	㎡	㎡	千円	延人	千円	千円	
1 直営保養所 2 保健会館		都道府県 市区町村	㎡	㎡	千円	延人	千円	千円	

NO　45

統計調査名	「医療費の動向」調査
主管部局名	保険局 調査課

調査開始年（西暦）	2001年	調査の実施周期	毎月	平成24年度予算（単位：千円）	9,732

調査の目的	審査支払機関で処理された診療報酬等の計数を集計し、医療費の動向を把握する。
PDCAサイクルの活用	・制度改正、制度運営等
調査の流れ	本省－社会保険診療報酬支払基金　本省－国民健康保険中央会－国民健康保険団体連合会

母集団名簿の種類等	保険者及び保険医療機関等	抽出方法	悉皆
調査客体数	約3,500保険者、約210,000保険医療機関		
調査方法	その他（社会保険診療報酬支払基金及び国民健康保険中央会より必要データを購入）	オンライン調査方法	
備　考			

	第1報までの公表期間	報告書公表までの期間
直近	2ヶ月	2ヶ月
直近1つ前	3ヶ月	3ヶ月
直近2つ前	2ヶ月	2ヶ月
直近3つ前	2ヶ月	2ヶ月
直近4つ前	2ヶ月	2ヶ月
備　考		

	回収率
直近	100%
直近1つ前	100%
直近2つ前	100%
直近3つ前	100%
直近4つ前	100%
備　考	

NO　45

統計調査名	「医療費の動向」調査
主管部局名	保険局 調査課

外部委託業務の内容　（委託業務に「○」、委託していない場合は（空欄）、業務そのものがない場合は「－」）

調査の企画	調査用品の印刷	調査用品の配布・回収・督促	受付・個票審査・疑義照会	データ入力	データチェック・疑義照会・データ修正	集　計	その他（分類不能、留意事項など）

備　考

e-Stat　アクセス数	
H23年分	6,298
H22年分	559
H21年分	366

厚労省等ホームページ　アクセス数	
H23年分	64,586
H22年分	76,348
H21年分	35,453

備　考

	二次利用件数	32条	33条
H23年度	2	2	0
H22年度	1	1	0
H21年度	0	0	0

（別添１）

調査要綱

１　調査の目的

審査支払機関（社会保険診療報酬支払基金及び国民健康保険中央会（国民健康保険団体連合会））から、診療報酬に関する審査支払業務において集まる医療費情報の提供を受け、これらを集約することで、医療費の動向を迅速に把握し、「最近の医療費の動向」として公表するとともに、分析結果については、政策決定の際の基礎資料を得ることを目的とする。

２　調査の種類

調査の種類は次のとおりとする。

ア　最近の医療費の動向（制度別）

イ　最近の医療費の動向（医療機関別）

３　調査の事項

調査の事項は別添２のとおりとする。

４　調査の方法及び系統

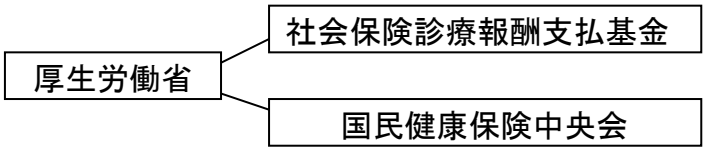
(1) 調査の方法

最近の医療費の動向（制度別）及び最近の医療費の動向（医療機関別）

社会保険診療報酬支払基金及び国民健康保険中央会（国民健康保険団体連合会）において、診療報酬支払状況データにより報告書を作成している。

報告書データを別添２により作成し、厚生労働省保険局に提出する方法により行う。（社会保険診療報酬支払基金はCD-R、国民健康保険中央会はMOにデータを格納し、担当者が持ち込む。）

(2) 調査の系統



５　調査票の提出期日

社会保険診療報酬支払基金及び国民健康保険中央会から厚生労働省保険局への提出期限は診療（調剤）月の翌々月（審査月の翌月）末日とする。

６　集計及び解析

集計及び解析は、厚生労働省保険局において行う。

７　結果の公表
集計結果は、集計後、毎月、厚生労働省ホームページに掲載する。

８　調査票の保存期間
調査票の提供を受けた日から３年間

９　調査票の保存責任者
厚生労働省保険局調査課長　　村山　令二　代表 03-5253-1111(内線 3291)

（別添２）

調査の事項

以下の分類に従い、添付資料の様式で審査支払機関から報告を受けている。

１．最近の医療費の動向（MEDIAS）

２．医療機関医療費の最近の動向（医療機関メディアス）

1．最近の医療費の動向（MEDIAS）

（1）社会保険診療報酬支払基金報告分

① 制度別診療報酬支払状況（医療保険）のレコードフォーマット

総バイト数：1062バイト

項目名				開始位置	属性
ヘッダー部	診療年月	年（西暦）		1	9(04)
		月		5	9(02)
	管掌			7	9(02)
	基金			9	9(02)
	区分			11	9(02)
明細部（医療費情報欄）	確定件数	医科	入院	13	9(15)
			入院外	28	9(15)
			計	43	9(15)
		歯科	入院	58	9(15)
			入院外	73	9(15)
			計	88	9(15)
		医科歯科計		103	9(15)
		調剤		118	9(15)
		医科歯科調剤計		133	9(15)
		食事・生活療養	医科	148	9(15)
			歯科	163	9(15)
			計	178	9(15)
		訪問看護療養		193	9(15)
		総計		208	9(15)
	確定日数（確定回数）	医科	入院	223	9(15)
			入院外	238	9(15)
			計	253	9(15)
		歯科	入院	268	9(15)
			入院外	283	9(15)
			計	298	9(15)
		医科歯科計		313	9(15)
		調剤		328	9(15)
		医科歯科調剤計		343	9(15)
		食事・生活療養	医科	358	9(15)
			歯科	373	9(15)
			計	388	9(15)
		訪問看護療養		403	9(15)
		総計		418	9(15)
	確定点数（確定費用額）	医科	入院	433	9(15)
			入院外	448	9(15)
			計	463	9(15)
		歯科	入院	478	9(15)
			入院外	493	9(15)
			計	508	9(15)
		医科歯科計		523	9(15)
		調剤		538	9(15)
		医科歯科調剤計		553	9(15)
		食事・生活療養	医科	568	9(15)
			歯科	583	9(15)
			計	598	9(15)
		訪問看護療養		613	9(15)
		総計		628	9(15)
	確定金額	医科	入院	643	9(15)
			入院外	658	9(15)
			計	673	9(15)
		歯科	入院	688	9(15)
			入院外	703	9(15)
			計	718	9(15)
		医科歯科計		733	9(15)
		調剤		748	9(15)
		医科歯科調剤計		763	9(15)
		食事・生活療養	医科	778	9(15)
			歯科	793	9(15)
			計	808	9(15)
		訪問看護療養		823	9(15)
		総計		838	9(15)

項　目　名				開始位置	属性
明細部 （医療費情報欄）	請求点数 （請求費用額）	医科	入院	853	9(15)
			入院外	868	9(15)
			計	883	9(15)
		歯科	入院	898	9(15)
			入院外	913	9(15)
			計	928	9(15)
		医科歯科計		943	9(15)
		調剤		958	9(15)
		医科歯科調剤計		973	9(15)
		食事・生活療養	医科	988	9(15)
			歯科	1003	9(15)
			計	1018	9(15)
		訪問看護療養		1033	9(15)
		総計		1048	9(15)

注1．記録する内容は全て数値であり、シフトJISコードの'0'～'9'を使用すること。
注2．記録する数値の桁数が項目の桁数に満たない場合は、指定桁数分左スペース埋め。

② 制度別診療報酬支払状況（医療保険）のコード表

基　金

コード	内容
01	北海道
02	青森
03	岩手
04	宮城
05	秋田
06	山形
07	福島
08	茨城
09	栃木
10	群馬
11	埼玉
12	千葉
13	東京
14	神奈川
15	新潟
16	富山
17	石川
18	福井
19	山梨
20	長野
21	岐阜
22	静岡
23	愛知
24	三重
25	滋賀
26	京都
27	大阪
28	兵庫
29	奈良
30	和歌山
31	鳥取
32	島根
33	岡山
34	広島
35	山口
36	徳島
37	香川
38	愛媛
39	高知
40	福岡
41	佐賀
42	長崎
43	熊本
44	大分
45	宮崎
46	鹿児島
47	沖縄
48	全国計

管　掌

コード	内　　容
71	政管一般（再掲）
72	日雇特例（再掲）
73	日雇特例特別（再掲）
74	日雇合計
75	政府管掌
76	船員保険（職務上）
77	船員保険（職務外）
78	船員保険合計
85	共済組合
86	健保組合
87	医療保険計

区　分

コード	内　　容
02	本人（70歳未満）
04	家族（未就学者）
06	家族（未就学者を除く70歳未満）
08	高齢者（70歳以上：一般）
10	高齢者（70歳以上：現役並み所得者）
12	【再掲】本人（65歳以上70歳未満）
16	【再掲】家族（65歳以上70歳未満）
20	合計

③ 制度別診療報酬支払状況（各法）のレコードフォーマット

総バイト数：1287バイト

項目名				開始位置	属性
ヘッダー部	診療年月	年（西暦）		1	9(04)
		月		5	9(02)
	管掌			7	9(02)
	基金			9	9(02)
	区分			11	9(02)
明細部（医療費情報欄）	確定件数	医科	入院	13	9(15)
			入院外	28	9(15)
			計	43	9(15)
		歯科	入院	58	9(15)
			入院外	73	9(15)
			計	88	9(15)
		医科歯科計		103	9(15)
		調剤		118	9(15)
		医科歯科調剤計		133	9(15)
		食事・生活療養	医科	148	9(15)
			歯科	163	9(15)
			計	178	9(15)
		老人保健施設療養	入所	193	9(15)
			通所	208	9(15)
			計	223	9(15)
		訪問看護療養		238	9(15)
		総計		253	9(15)
	確定日数（確定回数）	医科	入院	268	9(15)
			入院外	283	9(15)
			計	298	9(15)
		歯科	入院	313	9(15)
			入院外	328	9(15)
			計	343	9(15)
		医科歯科計		358	9(15)
		調剤		373	9(15)
		医科歯科調剤計		388	9(15)
		食事・生活療養	医科	403	9(15)
			歯科	418	9(15)
			計	433	9(15)
		老人保健施設療養	入所	448	9(15)
			通所	463	9(15)
			計	478	9(15)
		訪問看護療養		493	9(15)
		総計		508	9(15)
	確定点数（確定費用額）	医科	入院	523	9(15)
			入院外	538	9(15)
			計	553	9(15)
		歯科	入院	568	9(15)
			入院外	583	9(15)
			計	598	9(15)
		医科歯科計		613	9(15)
		調剤		628	9(15)
		医科歯科調剤計		643	9(15)
		食事・生活療養	医科	658	9(15)
			歯科	673	9(15)
			計	688	9(15)
		老人保健施設療養	入所	703	9(15)
			通所	718	9(15)
			計	733	9(15)
		訪問看護療養		748	9(15)
		総計		763	9(15)

項　目　名				開始位置	属性
明細部 （医療費情報欄）	確定金額	医科	入院	778	9(15)
			入院外	793	9(15)
			計	808	9(15)
		歯科	入院	823	9(15)
			入院外	838	9(15)
			計	853	9(15)
		医科歯科計		868	9(15)
		調剤		883	9(15)
		医科歯科調剤計		898	9(15)
		食事・生活療養	医科	913	9(15)
			歯科	928	9(15)
			計	943	9(15)
		老人保健施設療養	入所	958	9(15)
			通所	973	9(15)
			計	988	9(15)
		訪問看護療養		1003	9(15)
		総計		1018	9(15)
	請求点数 （請求費用額）	医科	入院	1033	9(15)
			入院外	1048	9(15)
			計	1063	9(15)
		歯科	入院	1078	9(15)
			入院外	1093	9(15)
			計	1108	9(15)
		医科歯科計		1123	9(15)
		調剤		1138	9(15)
		医科歯科調剤計		1153	9(15)
		食事・生活療養	医科	1168	9(15)
			歯科	1183	9(15)
			計	1198	9(15)
		老人保健施設療養	入所	1213	9(15)
			通所	1228	9(15)
			計	1243	9(15)
		訪問看護療養		1258	9(15)
		総計		1273	9(15)

注1．記録する内容は全て数値であり、シフトJISコードの'0'～'9'を使用すること。
注2．記録する数値の桁数が項目の桁数に満たない場合は、指定桁数分左スペース埋め。

④ 制度別診療報酬支払状況（各法）のコード表

基 金

コード	内容
01	北海道
02	青森
03	岩手
04	宮城
05	秋田
06	山形
07	福島
08	茨城
09	栃木
10	群馬
11	埼玉
12	千葉
13	東京
14	神奈川
15	新潟
16	富山
17	石川
18	福井
19	山梨
20	長野
21	岐阜
22	静岡
23	愛知
24	三重
25	滋賀
26	京都
27	大阪
28	兵庫
29	奈良
30	和歌山
31	鳥取
32	島根
33	岡山
34	広島
35	山口
36	徳島
37	香川
38	愛媛
39	高知
40	福岡
41	佐賀
42	長崎
43	熊本
44	大分
45	宮崎
46	鹿児島
47	沖縄
48	全国計

管 掌

コード	内　容	備　考
00	感染症結核医療	
09	感染症結核入院医療	
10	感染症結核合計	「10」＝「00」＋「09」
11	生活保護	
12	戦傷病者（療養）	
13	戦傷病者（更生）	
14	戦傷病者合計	「14」＝「12」＋「13」
15	自立支援（更生）	
16	自立支援（育成）	
17	児童福祉（療育）	
18	児童福祉合計	「18」＝「16」＋「17」
19	自衛官等	
20	原爆（認定）	
21	原爆（一般）	
22	原爆合計	「22」＝「20」＋「21」
23	精神保健（措置）	
24	自立支援（通院）	
25	精神保健合計	「25」＝「23」＋「24」
26	麻薬取締	
27	母子保健	
28	特定疾患	
29	小児慢性	
30	老人医療	
31	措置医療	
32	老人保健	
33	老人被爆者	
34	1類感染症等	
35	新感染症	
36	感染症計	「36」＝「34」＋「35」
37	老人薬剤給付金	
38	医療観察	
39	石綿救済	
40	各法合計（管掌コード42のみを除く）	
41	各法合計（管掌コード42,10,11を除く）	
42	審査のみ	
45	審査のみ合計	
46	自立支援（介護）	
47	児童福祉（障害）	
48	肝炎治療	
49	中国残留邦人等	
69	自治体医療	

区 分

コード	内　容
08	高齢者（70歳以上：一般）
10	高齢者（70歳以上：現役並み所得者）
30	その他及び合計

(2) 国民健康保険中央会報告分

① 制度別診療報酬審査決定状況のレコードフォーマット

総バイト数:482バイト

項目名				開始位置	属性
ヘッダー部	診療年月	年（西暦）		1	9(04)
		月		5	9(02)
	都道府県			7	9(02)
	老若別			9	9(01)
	保険者			10	9(01)
	本人家族			11	9(02)
	被保険者数			13	9(15)
明細部（医療費情報欄）	診療費	入院	確定件数	28	9(10)
			日数	38	9(10)
			確定点数	48	9(15)
		入院外	確定件数	63	9(10)
			日数	73	9(10)
			確定点数	83	9(15)
		歯科	確定件数	98	9(10)
			日数	108	9(10)
			確定点数	118	9(15)
		診療費小計	確定件数	133	9(10)
			日数	143	9(10)
			確定点数	153	9(15)
	薬剤の支給		確定件数	168	9(10)
			日数	178	9(10)
			確定点数	188	9(15)
	合計		確定件数	203	9(10)
			日数	213	9(10)
			確定点数	223	9(15)
	食事・生活療養	医科	確定件数	238	9(10)
			回数	248	9(10)
			確定費用額	258	9(15)
		歯科	確定件数	273	9(10)
			回数	283	9(10)
			確定費用額	293	9(15)
		小計	確定件数	308	9(10)
			回数	318	9(10)
			確定費用額	328	9(15)
	老人保健施設療養	入所	確定件数	343	9(10)
			日数	353	9(10)
			確定費用額	363	9(15)
		通所	確定件数	378	9(10)
			日数	388	9(10)
			確定費用額	398	9(15)
		小計	確定件数	413	9(10)
			日数	423	9(10)
			確定費用額	433	9(15)
	訪問看護療養		確定件数	448	9(10)
			日数	458	9(10)
			確定費用額	468	9(15)

注1. 記録する内容は全て数値であり、シフトJISコードの'0'～'9'を使用すること。
注2. 記録する数値の桁数が項目の桁数に満たない場合は、指定桁数分左'0'埋め。

② 制度別診療報酬審査決定状況のコード表

都道府県

コード	内容
01	北海道
02	青森
03	岩手
04	宮城
05	秋田
06	山形
07	福島
08	茨城
09	栃木
10	群馬
11	埼玉
12	千葉
13	東京
14	神奈川
15	新潟
16	富山
17	石川
18	福井
19	山梨
20	長野
21	岐阜
22	静岡
23	愛知
24	三重
25	滋賀
26	京都
27	大阪
28	兵庫
29	奈良
30	和歌山
31	鳥取
32	島根
33	岡山
34	広島
35	山口
36	徳島
37	香川
38	愛媛
39	高知
40	福岡
41	佐賀
42	長崎
43	熊本
44	大分
45	宮崎
46	鹿児島
47	沖縄
99	全国計

老若別

コード	内　容
1	一般
2	退職者医療
3	一般及び退職者医療
4	後期高齢者

保険者

コード	内　容
1	市町村及び国保組合計又は広域連合
2	市町村
3	国保組合

区　分

コード	内　容
02	退職者医療の被保険者（65歳未満）
04	未就学者
06	未就学者を除く70歳未満
08	高齢者（70歳以上：一般）
10	高齢者（70歳以上：現役並み所得者）
12	【再掲】前期高齢者（65歳以上70歳未満）
20	合計

2. 医療機関医療費の最近の動向（医療機関メディアス）

（1）社会保険診療報酬支払基金報告分

① 医療機関別診療報酬支払状況のレコードフォーマット

総バイト数：671バイト

項目名				開始位置	属性
ヘッダー部	診療年月	年（西暦）		1	9(04)
		月		5	9(02)
	医療機関のコード	都道府県番号		7	9(02)
		点数表番号（診療区分）		9	9(01)
		医療機関コード	都市区番号	10	9(02)
			医療機関番号	12	9(04)
			検証番号	16	9(01)
	諸コード情報	経営主体		17	9(02)
		診療科目		19	9(02)
	入力データ区分			21	9(03)
明細部（医療費情報欄）	被用者保険本人分（70歳未満）医療費状況	入院	件数	24	9(08)
			日数	32	9(08)
			点数又は費用額	40	9(11)
		入院外	件数	51	9(08)
			日数	59	9(08)
			点数又は費用額	67	9(11)
		食事・生活療養	件数	78	9(08)
			回数	86	9(08)
			費用額	94	9(11)
	被用者保険家族分（未就学者を除く70歳未満）医療費状況	入院	件数	105	9(08)
			日数	113	9(08)
			点数又は費用額	121	9(11)
		入院外	件数	132	9(08)
			日数	140	9(08)
			点数又は費用額	148	9(11)
		食事・生活療養	件数	159	9(08)
			回数	167	9(08)
			費用額	175	9(11)
	被用者保険家族分（未就学者）医療費状況	入院	件数	186	9(08)
			日数	194	9(08)
			点数又は費用額	202	9(11)
		入院外	件数	213	9(08)
			日数	221	9(08)
			点数又は費用額	229	9(11)
		食事・生活療養	件数	240	9(08)
			回数	248	9(08)
			費用額	256	9(11)
	被用者保険70歳以上（一般）医療費状況	入院	件数	267	9(08)
			日数	275	9(08)
			点数又は費用額	283	9(11)
		入院外	件数	294	9(08)
			日数	302	9(08)
			点数又は費用額	310	9(11)
		食事・生活療養	件数	321	9(08)
			回数	329	9(08)
			費用額	337	9(11)
	被用者保険70歳以上（現役並み所得者）医療費状況	入院	件数	348	9(08)
			日数	356	9(08)
			点数又は費用額	364	9(11)
		入院外	件数	375	9(08)
			日数	383	9(08)
			点数又は費用額	391	9(11)
		食事・生活療養	件数	402	9(08)
			回数	410	9(08)
			費用額	418	9(11)

項　目　名				開始位置	属性
明細部 （医療費情報欄）	老人保健分 （一般） 医療費状況	入院	件数	429	9(08)
			日数	437	9(08)
			点数又は費用額	445	9(11)
		入院外	件数	456	9(08)
			日数	464	9(08)
			点数又は費用額	472	9(11)
		食事・生活療養	件数	483	9(08)
			回数	491	9(08)
			費用額	499	9(11)
	老人保健分 （現役並み所得者） 医療費状況	入院	件数	510	9(08)
			日数	518	9(08)
			点数又は費用額	526	9(11)
		入院外	件数	537	9(08)
			日数	545	9(08)
			点数又は費用額	553	9(11)
		食事・生活療養	件数	564	9(08)
			回数	572	9(08)
			費用額	580	9(11)
	各法分医療費状況	入院	件数	591	9(08)
			日数	599	9(08)
			点数又は費用額	607	9(11)
		入院外	件数	618	9(08)
			日数	626	9(08)
			点数又は費用額	634	9(11)
		食事・生活療養	件数	645	9(08)
			回数	653	9(08)
			費用額	661	9(11)

注1．記録する内容は全て数値であり、シフトJISコードの'0'～'9'を使用すること。
注2．記録する数値の桁数が項目の桁数に満たない場合は、指定桁数分左スペース埋め。
注3．平成20年3月までの診療に係る老人保健分のレセプトデータについて、平成20年5月（審査年月）以降に月遅れで報告があった場合は、老人保健分の欄に記録すること。

② 医療機関別診療報酬支払状況のコード表

都道府県番号

コード	内容
01	北海道
02	青森
03	岩手
04	宮城
05	秋田
06	山形
07	福島
08	茨城
09	栃木
10	群馬
11	埼玉
12	千葉
13	東京
14	神奈川
15	新潟
16	富山
17	石川
18	福井
19	山梨
20	長野
21	岐阜
22	静岡
23	愛知
24	三重
25	滋賀
26	京都
27	大阪
28	兵庫
29	奈良
30	和歌山
31	鳥取
32	島根
33	岡山
34	広島
35	山口
36	徳島
37	香川
38	愛媛
39	高知
40	福岡
41	佐賀
42	長崎
43	熊本
44	大分
45	宮崎
46	鹿児島
47	沖縄

点数表番号（診療区分）

コード	内　容
1	医科診療
3	歯科診療
4	保険薬局（調剤薬局）
5	老人保健施設
6	訪問看護ステーション

経営主体（医科診療・歯科診療の場合）

コード		内　容
01	病院	国立病院等
11		独立行政法人国立病院機構
02		官公立病院
03		その他の公的病院
04		大学病院（国立大学法人）
05		大学病院（公立）
06		大学病院（私立）
07		医療法人病院
08		社会福祉法人病院
09		その他の法人病院
10		個人病院
12	診療所	官公立診療所
13		その他の公的診療所
17		医療法人診療所
18		社会福祉法人診療所
19		その他の法人診療所
20		個人診療所

経営主体（保険薬局の場合）

コード	内　容
12	官公立薬局
13	その他の公的薬局
17	医療法人薬局
18	社会福祉法人薬局
19	その他の法人薬局
20	個人薬局

経営主体（老人保健施設・訪問看護ｽﾃｰｼｮﾝの場合）

コード	内　容
01	国立施設
02	官公立施設
03	その他の公的施設
07	医療法人施設
08	社会福祉法人施設
09	その他の法人施設
10	個人施設
11	国療施設

診療科目

コード	内　容
01	内科
02	精神科
03	神経科
04	神経内科
05	呼吸器科
06	消化器科
07	胃腸科
08	循環器科
09	小児科
10	外科
11	整形外科
12	形成外科
13	美容外科
14	脳神経外科
15	呼吸器外科
16	心臓血管外科
17	小児外科
18	皮膚泌尿器科
19	皮膚科
20	泌尿器科
21	性病科
22	こう門科
23	産婦人科
24	産科
25	婦人科
26	眼科
27	耳鼻いんこう科
28	気管食道科
30	放射線科
31	麻酔科
33	心療内科
34	アレルギー科
35	リウマチ科
36	リハビリテーション科
(40)	（全科）
60	歯科
61	矯正歯科
62	小児歯科
63	歯科口腔外科

③　医療機関マスター（開設情報）のレコードフォーマット

総バイト数：558バイト

項　目　名			開始位置	属性
処理年月	年　（西暦）		1	9(04)
	月		5	9(02)
訂正区分			7	9(01)
医療機関のコード	都道府県番号		8	9(02)
	点数表番号（診療区分）		10	9(01)
	医療機関コード	都市区番号	11	9(02)
		医療機関番号	13	9(04)
		検証番号	17	9(01)
変更先 医療機関のコード	都道府県番号		18	9(02)
	点数表番号		20	9(01)
	医療機関コード	都市区番号	21	9(02)
		医療機関番号	23	9(04)
		検証番号	27	9(01)
新設年月日	年　（和暦）	元号	28	9(01)
		年	29	9(02)
	月		31	9(02)
	日		33	9(02)
廃止年月日	年　（和暦）	元号	35	9(01)
		年	36	9(02)
	月		38	9(02)
	日		40	9(02)
変更年月日	年　（和暦）	元号	42	9(01)
		年	43	9(02)
	月		45	9(02)
	日		47	9(02)
医療機関名　（カナ）			49	X(80)
医療機関名　（漢字）			129	X(80)
諸コード情報	公私区分		209	9(01)
	病院区分		210	9(01)
	経営主体		211	9(02)
	診療科目		213	9(02)
	処方せん		215	9(01)
予備			216	X(13)
郵便番号			229	X(10)
電話番号			239	X(16)
予備			255	X(10)
所在地　（カナ）			265	X(54)
所在地　（漢字）			319	X(120)
開設者　（カナ）			439	X(60)
開設者　（漢字）			499	X(60)

注1．コードは全てシフトJISコードを使用すること。
注2．「9」は数値(0～9)、「X」は文字。
注3．該当データがない場合
　　「9」タイプは 0埋め
　　「X」タイプは スペース埋め

④ 医療機関マスター（開設情報）のコード表

都道府県番号

コード	内容
01	北海道
02	青森
03	岩手
04	宮城
05	秋田
06	山形
07	福島
08	茨城
09	栃木
10	群馬
11	埼玉
12	千葉
13	東京
14	神奈川
15	新潟
16	富山
17	石川
18	福井
19	山梨
20	長野
21	岐阜
22	静岡
23	愛知
24	三重
25	滋賀
26	京都
27	大阪
28	兵庫
29	奈良
30	和歌山
31	鳥取
32	島根
33	岡山
34	広島
35	山口
36	徳島
37	香川
38	愛媛
39	高知
40	福岡
41	佐賀
42	長崎
43	熊本
44	大分
45	宮崎
46	鹿児島
47	沖縄

訂正区分

コード	内　容
1	新設
2	変更
3	廃止

点数表番号（診療区分）

コード	内　容
1	医科診療
3	歯科診療
4	保険薬局（調剤薬局）
5	老人保健施設
6	訪問看護ステーション

公私区分

コード	内　容
0	公的以外の医療機関
1	公的な医療機関

病院区分

コード	内　容
1	総合病院以外の病院
2	総合病院
3	老人病院
4	診療所
8	総合病院かつ老人病院
9	非該当

経営主体（医科診療・歯科診療の場合）

コード		内　容
01	病院	国立病院等
11	病院	独立行政法人国立病院機構
02	病院	官公立病院
03	病院	その他の公的病院
04	病院	大学病院（国立大学法人）
05	病院	大学病院（公立）
06	病院	大学病院（私立）
07	病院	医療法人病院
08	病院	社会福祉法人病院
09	病院	その他の法人病院
10	病院	個人病院
12	診療所	官公立診療所
13	診療所	その他の公的診療所
17	診療所	医療法人診療所
18	診療所	社会福祉法人診療所
19	診療所	その他の法人診療所
20	診療所	個人診療所

経営主体（保険薬局の場合）

コード	内　容
12	官公立薬局
13	その他の公的薬局
17	医療法人薬局
18	社会福祉法人薬局
19	その他の法人薬局
20	個人薬局

経営主体

（老人保健施設・訪問看護ｽﾃｰｼｮﾝの場合）

コード	内　容
01	国立施設
02	官公立施設
03	その他の公的施設
07	医療法人施設
08	社会福祉法人施設
09	その他の法人施設
10	個人施設
11	国療施設

診療科目

コード	内　容
01	内科
02	精神科
03	神経科
04	神経内科
05	呼吸器科
06	消化器科
07	胃腸科
08	循環器科
09	小児科
10	外科
11	整形外科
12	形成外科
13	美容外科
14	脳神経外科
15	呼吸器外科
16	心臓血管外科
17	小児外科
18	皮膚泌尿器科
19	皮膚科
20	泌尿器科
21	性病科
22	こう門科
23	産婦人科
24	産科
25	婦人科
26	眼科
27	耳鼻いんこう科
28	気管食道科
30	放射線科
31	麻酔科
33	心療内科
34	アレルギー科
35	リウマチ科
36	リハビリテーション科
(40)	（全科）
60	歯科
61	矯正歯科
62	小児歯科
63	歯科口腔外科

処方せん

コード	内　容
1	処方せんを発行していない医療機関
2	処方せんを発行している医療機関

（2）国民健康保険中央会報告分

① 医療機関別診療報酬審査決定状況のレコードフォーマット

総バイト数：914バイト

項目名					開始位置	属性
ヘッダー部	診療年月		年（西暦）		1	9(04)
			月		5	9(02)
	医療機関のコード		都道府県番号		7	9(02)
			点数表番号（診療区分）		9	9(01)
			医療機関コード	都市区番号	10	9(02)
				医療機関番号	12	9(04)
				検証番号	16	9(01)
	諸コード情報		経営主体		17	9(02)
			診療科目		19	9(02)
	入力データ区分				21	9(03)
明細部（医療費情報欄）	一般分医療費状況		入院	件数	24	9(08)
				日数	32	9(08)
				点数又は費用額	40	9(11)
			入院外	件数	51	9(08)
				日数	59	9(08)
				点数又は費用額	67	9(11)
			食事・生活療養	件数	78	9(08)
				回数	86	9(08)
				費用額	94	9(11)
		一般分（未就学者）医療費状況（再掲）	入院	件数	105	9(08)
				日数	113	9(08)
				点数又は費用額	121	9(11)
			入院外	件数	132	9(08)
				日数	140	9(08)
				点数又は費用額	148	9(11)
			食事・生活療養	件数	159	9(08)
				回数	167	9(08)
				費用額	175	9(11)
		一般分（前期高齢者70歳以上75歳未満：一般）医療費状況（再掲）	入院	件数	186	9(08)
				日数	194	9(08)
				点数又は費用額	202	9(11)
			入院外	件数	213	9(08)
				日数	221	9(08)
				点数又は費用額	229	9(11)
			食事・生活療養	件数	240	9(08)
				回数	248	9(08)
				費用額	256	9(11)
		一般分（前期高齢者70歳以上75歳未満：現役並み所得者）医療費状況（再掲）	入院	件数	267	9(08)
				日数	275	9(08)
				点数又は費用額	283	9(11)
			入院外	件数	294	9(08)
				日数	302	9(08)
				点数又は費用額	310	9(11)
			食事・生活療養	件数	321	9(08)
				回数	329	9(08)
				費用額	337	9(11)
	後期高齢者分医療費状況		入院	件数	348	9(08)
				日数	356	9(08)
				点数又は費用額	364	9(11)
			入院外	件数	375	9(08)
				日数	383	9(08)
				点数又は費用額	391	9(11)
			食事・生活療養	件数	402	9(08)
				回数	410	9(08)
				費用額	418	9(11)
		後期高齢者分（一般）医療費状況（再掲）	入院	件数	429	9(08)
				日数	437	9(08)
				点数又は費用額	445	9(11)
			入院外	件数	456	9(08)
				日数	464	9(08)
				点数又は費用額	472	9(11)
			食事・生活療養	件数	483	9(08)
				回数	491	9(08)
				費用額	499	9(11)
		後期高齢者分（現役並み所得者）医療費状況（再掲）	入院	件数	510	9(08)
				日数	518	9(08)
				点数又は費用額	526	9(11)
			入院外	件数	537	9(08)
				日数	545	9(08)
				点数又は費用額	553	9(11)
			食事・生活療養	件数	564	9(08)
				回数	572	9(08)
				費用額	580	9(11)

項　目　名					開始位置	属性
明細部 （医療費情報欄）	退職者医療分 医療費状況		入院	件数	591	9(08)
				日数	599	9(08)
				点数又は費用額	607	9(11)
			入院外	件数	618	9(08)
				日数	626	9(08)
				点数又は費用額	634	9(11)
			食事・生活療養	件数	645	9(08)
				回数	653	9(08)
				費用額	661	9(11)
		退職者医療分 （未就学者） 医療費状況 （再掲）	入院	件数	672	9(08)
				日数	680	9(08)
				点数又は費用額	688	9(11)
			入院外	件数	699	9(08)
				日数	707	9(08)
				点数又は費用額	715	9(11)
			食事・生活療養	件数	726	9(08)
				回数	734	9(08)
				費用額	742	9(11)
		退職者医療分 （高齢者：一般） 医療費状況 （再掲）	入院	件数	753	9(08)
				日数	761	9(08)
				点数又は費用額	769	9(11)
			入院外	件数	780	9(08)
				日数	788	9(08)
				点数又は費用額	796	9(11)
			食事・生活療養	件数	807	9(08)
				回数	815	9(08)
				費用額	823	9(11)
		退職者医療分 （高齢者：現役並み所得者） 医療費状況 （再掲）	入院	件数	834	9(08)
				日数	842	9(08)
				点数又は費用額	850	9(11)
			入院外	件数	861	9(08)
				日数	869	9(08)
				点数又は費用額	877	9(11)
			食事・生活療養	件数	888	9(08)
				回数	896	9(08)
				費用額	904	9(11)

注1．記録する内容は全て数値であり、シフトJISコードの'0'～'9'を使用すること。
注2．記録する数値の桁数が項目の桁数に満たない場合は、指定桁数分左'0'埋め。
注3．平成20年3月までの診療に係る退職者医療の高齢者分のレセプトデータについて、平成20年5月（審査年月）以降に月遅れで報告があった場合は、退職者医療の高齢者分の欄に記録すること。

② 医療機関別診療報酬審査決定状況のコード表

都道府県番号

コード	内容
01	北海道
02	青森
03	岩手
04	宮城
05	秋田
06	山形
07	福島
08	茨城
09	栃木
10	群馬
11	埼玉
12	千葉
13	東京
14	神奈川
15	新潟
16	富山
17	石川
18	福井
19	山梨
20	長野
21	岐阜
22	静岡
23	愛知
24	三重
25	滋賀
26	京都
27	大阪
28	兵庫
29	奈良
30	和歌山
31	鳥取
32	島根
33	岡山
34	広島
35	山口
36	徳島
37	香川
38	愛媛
39	高知
40	福岡
41	佐賀
42	長崎
43	熊本
44	大分
45	宮崎
46	鹿児島
47	沖縄

点数表番号（診療区分）

コード	内　容
1	医科診療
3	歯科診療
4	保険薬局（調剤薬局）
5	老人保健施設
6	訪問看護ステーション

経営主体（医科診療・歯科診療の場合）

コード		内　容
01	病院	国立病院等
11		独立行政法人国立病院機構
02		官公立病院
03		その他の公的病院
04		大学病院（国立大学法人）
05		大学病院（公立）
06		大学病院（私立）
07		医療法人病院
08		社会福祉法人病院
09		その他の法人病院
10		個人病院
12	診療所	官公立診療所
13		その他の公的診療所
17		医療法人診療所
18		社会福祉法人診療所
19		その他の法人診療所
20		個人診療所

経営主体（保険薬局の場合）

コード	内　容
12	官公立薬局
13	その他の公的薬局
17	医療法人薬局
18	社会福祉法人薬局
19	その他の法人薬局
20	個人薬局

経営主体（老人保健施設・訪問看護ｽﾃｰｼｮﾝの場合）

コード	内　容
01	国立施設
02	官公立施設
03	その他の公的施設
07	医療法人施設
08	社会福祉法人施設
09	その他の法人施設
10	個人施設
11	国療施設

診療科目

コード	内　容
01	内科
02	精神科
03	神経科
04	神経内科
05	呼吸器科
06	消化器科
07	胃腸科
08	循環器科
09	小児科
10	外科
11	整形外科
12	形成外科
13	美容外科
14	脳神経外科
15	呼吸器外科
16	心臓血管外科
17	小児外科
18	皮膚泌尿器科
19	皮膚科
20	泌尿器科
21	性病科
22	こう門科
23	産婦人科
24	産科
25	婦人科
26	眼科
27	耳鼻いんこう科
28	気管食道科
30	放射線科
31	麻酔科
33	心療内科
34	アレルギー科
35	リウマチ科
36	リハビリテーション科
60	歯科
61	矯正歯科
62	小児歯科
63	歯科口腔外科

③ 医療機関マスターのレコードフォーマット

総バイト数：535バイト

項　目　名			開始位置	属性
処理年月	年 （西暦）		1	9(04)
	月		5	9(02)
訂正区分			7	9(01)
医療機関のコード	都道府県番号		8	9(02)
	点数表番号（診療区分）		10	9(01)
	医療機関コード	都市区番号	11	9(02)
		医療機関番号	13	9(04)
		検証番号	17	9(01)
新設年月日	年 （西暦）		18	9(04)
	月		22	9(02)
	日		24	9(02)
廃止年月日	年 （西暦）		26	9(04)
	月		30	9(02)
	日		32	9(02)
最終変更年月日	年 （西暦）		34	9(04)
	月		38	9(02)
	日		40	9(02)
医療機関名 （カナ）			42	X(80)
医療機関名 （漢字）			122	X(80)
諸コード情報	病院区分		202	9(01)
	経営主体		203	9(02)
	診療科目		205	9(02)
郵便番号			207	X(07)
電話番号			214	X(11)
予備			225	X(01)
所在地 （カナ）			226	X(60)
所在地 （漢字）			286	X(120)
開設者 （カナ）			406	X(60)
開設者 （漢字）			466	X(60)
変更前 医療機関のコード	都道府県番号		526	9(02)
	点数表番号		528	9(01)
	医療機関コード	都市区番号	529	9(02)
		医療機関番号	531	9(04)
		検証番号	535	9(01)

注1. コードは全てシフトJISコードを使用すること。
注2. 「9」は数値(0～9)、「X」は文字。
注3. 該当データがない場合
　　「9」タイプは 0埋め
　　「X」タイプは スペース埋め

④ 医療機関マスターのコード表

都道府県番号

コード	内容
01	北海道
02	青森
03	岩手
04	宮城
05	秋田
06	山形
07	福島
08	茨城
09	栃木
10	群馬
11	埼玉
12	千葉
13	東京
14	神奈川
15	新潟
16	富山
17	石川
18	福井
19	山梨
20	長野
21	岐阜
22	静岡
23	愛知
24	三重
25	滋賀
26	京都
27	大阪
28	兵庫
29	奈良
30	和歌山
31	鳥取
32	島根
33	岡山
34	広島
35	山口
36	徳島
37	香川
38	愛媛
39	高知
40	福岡
41	佐賀
42	長崎
43	熊本
44	大分
45	宮崎
46	鹿児島
47	沖縄

訂正区分

コード	内　容
1	新規
2	休止
3	廃止
4	再開

点数表番号（診療区分）

コード	内　容
1	医科診療
3	歯科診療
4	保険薬局（調剤薬局）
5	老人保健施設
6	訪問看護ステーション

病院区分

コード	内　容
1	総合病院以外の病院
2	総合病院
3	老人病院
4	診療所
8	総合病院かつ老人病院
9	非該当

経営主体（医科診療・歯科診療の場合）

コード		内　容
01	病院	国立病院等
11	病院	独立行政法人国立病院機構
02	病院	官公立病院
03	病院	その他の公的病院
04	病院	大学病院（国立大学法人）
05	病院	大学病院（公立）
06	病院	大学病院（私立）
07	病院	医療法人病院
08	病院	社会福祉法人病院
09	病院	その他の法人病院
10	病院	個人病院
12	診療所	官公立診療所
13	診療所	その他の公的診療所
17	診療所	医療法人診療所
18	診療所	社会福祉法人診療所
19	診療所	その他の法人診療所
20	診療所	個人診療所

経営主体（保険薬局の場合）

コード	内　容
12	官公立薬局
13	その他の公的薬局
17	医療法人薬局
18	社会福祉法人薬局
19	その他の法人薬局
20	個人薬局

経営主体

（老人保健施設・訪問看護ｽﾃｰｼｮﾝの場合）

コード	内　容
01	国立施設
02	官公立施設
03	その他の公的施設
07	医療法人施設
08	社会福祉法人施設
09	その他の法人施設
10	個人施設
11	国療施設

診療科目

コード	内　容
01	内科
02	精神科
03	神経科
04	神経内科
05	呼吸器科
06	消化器科
07	胃腸科
08	循環器科
09	小児科
10	外科
11	整形外科
12	形成外科
13	美容外科
14	脳神経外科
15	呼吸器外科
16	心臓血管外科
17	小児外科
18	皮膚泌尿器科
19	皮膚科
20	泌尿器科
21	性病科
22	こう門科
23	産婦人科
24	産科
25	婦人科
26	眼科
27	耳鼻いんこう科
28	気管食道科
30	放射線科
31	麻酔科
33	心療内科
34	アレルギー科
35	リウマチ科
36	リハビリテーション科
60	歯科
61	矯正歯科
62	小児歯科
63	歯科口腔外科

NO　46

統計調査名	介護給付費実態調査
主管部局名	大臣官房統計情報部 人口動態・保健社会統計課社会統計室

調査開始年（西暦）	2001年	調査の実施周期	毎月	平成24年度予算（単位：千円）	14,011

調査の目的	介護サービスに係る給付費の状況を把握し、介護報酬の改定など、介護保険制度の円滑な運営及び政策の立案に必要な基礎資料を得る。
PDCAサイクルの活用	・介護報酬改定における利用・介護保険事業計画の策定における利用
調査の流れ	本省ー都道府県国民健康保険団体連合会

母集団名簿の種類等	都道府県国民健康保険団体連合会	抽出方法	悉皆

調査客体数	介護予防サービス・介護サービス利用者約410万人の介護給付費明細書及び給付管理票

調査方法	郵送	オンライン調査方法	
備　考			

	第1報までの公表期間	報告書公表までの期間
直近	3ヶ月（年報）、5ヶ月（月報）	
直近1つ前	4ヶ月（年報）、2ヶ月（月報）	9ヶ月（年報）、3ヶ月（月報）
直近2つ前	3ヶ月（年報）、2ヶ月（月報）	9ヶ月（年報）、3ヶ月（月報）
直近3つ前	4ヶ月（年報）、2ヶ月（月報）	9ヶ月（年報）、3ヶ月（月報）
直近4つ前	4ヶ月（年報）、2ヶ月（月報）	10ヶ月（年報）、3ヶ月（月報）
備　考	年報：平成23年報告書は作成中、月報：5月分報告書は作成中	

	回収率
直近	100%
直近1つ前	100%
直近2つ前	100%
直近3つ前	100%
直近4つ前	100%
備　考	

NO　46

統計調査名	介護給付費実態調査
主管部局名	大臣官房統計情報部 人口動態・保健社会統計課社会統計室

外部委託業務の内容　（委託業務に「○」、委託していない場合は（空欄）、業務そのものがない場合は「－」）

調査の企画	調査用品の印刷	調査用品の配布・回収・督促	受付・個票審査・疑義照会	データ入力	データチェック・疑義照会・データ修正	集　計	その他（分類不能、留意事項など）
	○	○		－			

備　考

e-Stat　アクセス数		厚労省等ホームページ　アクセス数	
H23年分	209,438	H23年分	13,159
H22年分	199,516	H22年分	37,678
H21年分	28,534	H21年分	12,495

備　考

	二次利用件数	32条	33条
H23年度	43	42	1
H22年度	25	24	1
H21年度	16	16	0

介護給付費実態調査の概要

1　調査の目的

この調査は、介護サービスの受給に係る給付費の状況を把握し、介護報酬の改定を始めとした介護保険制度の円滑な運営に必要な基礎資料を得ることを目的とする。

2　調査の対象及び客体

各都道府県国民健康保険団体連合会において審査したすべての介護給付費明細書、給付管理票及び各種台帳を対象及び客体とする。

3　調査の期日

毎月

4　調査の事項

(1)介護給付費明細書

証記載保険者番号、被保険者番号、生年月日、性別コード、要介護状態区分コード、サービス種類コード、サービス単位数、日数・回数、保険請求額、利用者負担額、公費請求額等

(2)給付管理票

保険者番号、被保険者番号、生年月日、性別コード、要介護状態区分コード、サービス種類コード、居宅サービス計画作成区分コード、給付計画単位数等

(3)保険者台帳

保険者番号、保険者名等

(4)市町村固有情報

保険者番号、居宅介護サービス費区分支給限度基準額等

(5)広域連合情報(行政区情報)

保険者番号、市町村番号(行政区番号)等

(6)事業所台帳(基本情報、サービス情報)

事業所番号、法人等種別コード、指定/基準該当等事業所区分コード、サービス種類コード、施設等の区分コード、人員配置区分コード、特別地域加算の有無、地域区分等

(7)受給者台帳

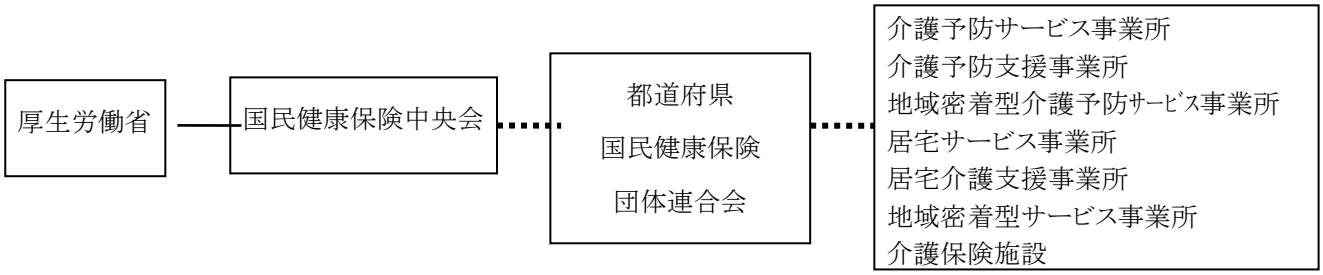
証記載保険者番号、被保険者番号、生年月日、性別コード、要介護状態区分コード、認定有効期間等

5 調査の方法及び系統

（1） 調査の方法

各都道府県国民健康保険団体連合会において審査した介護給付費明細書等のデータの写しを、厚生労働省大臣官房統計情報部に提出する方法により行う。

（2） 調査の系統



6 集計及び結果の公表

集計は、厚生労働省大臣官房統計情報部が行い、調査結果は介護給付費実態調査（月報・年度報）として速やかに公表するとともに、厚生労働省ホームページ及び政府統計の総合窓口（e-stat）に掲載する。

様式第二（附則第二条関係）

居宅サービス・地域密着型サービス介護給付費明細書

（訪問介護・訪問入浴介護・訪問看護・訪問リハ・居宅療養管理指導・通所介護・通所リハ・福祉用具貸与・
定期巡回・随時対応型訪問介護看護・夜間対応型訪問介護・認知症対応型通所介護・小規模多機能型居宅介護・複合型サービス）

公費負担者番号	
公費受給者番号	

平成		年		月分
保険者番号				

被保険者					
被保険者番号					
(ﾌﾘｶﾞﾅ) 氏名					
生年月日	1.明治　2.大正　3.昭和 年　月　日	性別	1．男　2．女		
要介護状態区分	要介護１・２・３・４・５				
認定有効期間	平成　年　月　日　から 平成　年　月　日　まで				

請求事業者	
事業所番号	
事業所名称	
所在地	〒　－
連絡先	電話番号

居宅サービス計画			
	１．居宅介護支援事業者作成　　２．被保険者自己作成		
	事業所番号	事業所名称	

開始年月日	平成			年			月			日	中止年月日	平成			年			月			日
中止理由	1.非該当　3.医療機関入院　4.死亡　5.その他　6.介護老人福祉施設入所　7.介護老人保健施設入所																			

給付費明細欄

サービス内容	サービスコード	単位数	回数	サービス単位数	公費分回数	公費対象単位数	摘要

請求額集計欄

①サービス種類コード／②名称					
③サービス実日数	日	日	日	日	
④計画単位数					
⑤限度額管理対象単位数					
⑥限度額管理対象外単位数					給付率（/100）
⑦給付単位数（④⑤のうち少ない数）＋⑥					保険
⑧公費分単位数					公費
⑨単位数単価	▲　円／単位	▲　円／単位	▲　円／単位	▲　円／単位	合計
⑩保険請求額					
⑪利用者負担額					
⑫公費請求額					
⑬公費分本人負担					

社会福祉法人等による軽減欄

軽減率 ▲ %		受領すべき利用者負担の総額（円）	軽減額（円）	軽減後利用者負担額（円）	備考
11	訪問介護				
15	通所介護				
76	定期巡回・随時対応型訪問介護看護				
71	夜間対応型訪問介護				
72	認知症対応型通所介護				
73	小規模多機能型居宅介護				
77	複合型サービス				

	枚中		枚目

SAMPLE

様式第二の二（附則第二条関係）

介護予防サービス・地域密着型介護予防サービス介護給付費明細書

（介護予防訪問介護・介護予防訪問入浴介護・介護予防訪問看護・介護予防訪問リハ・介護予防居宅療養管理指導・介護予防通所介護・介護予防通所リハ・介護予防福祉用具貸与・介護予防認知症対応型通所介護・介護予防小規模多機能型居宅介護）

公費負担者番号	
公費受給者番号	

平成		年		月分

保険者番号	

被保険者				
被保険者番号				
(ﾌﾘｶﾞﾅ) 氏名				
生年月日	1.明治　2.大正　3.昭和 年　月　日	性別	1．男　2．女	
要支援状態区分	要支援１・要支援２			
認定有効期間	平成　年　月　日　から 平成　年　月　日　まで			

請求事業者		
事業所番号		
事業所名称		
所在地	〒　－	
連絡先	電話番号	

介護予防サービス計画			
	２．被保険者自己作成　　３．介護予防支援事業者作成		
	事業所番号	事業所名称	

開始年月日	平成　年　月　日	中止年月日	平成　年　月　日
中止理由	1.非該当　3.医療機関入院　4.死亡　5.その他　6.介護老人福祉施設入所　7.介護老人保健施設入所　8.介護療養型医療施設入院		

給付費明細欄

サービス内容	サービスコード	単位数	回数	サービス単位数	公費分回数	公費対象単位数	摘要

請求額集計欄

①サービス種類コード／②名称				
③サービス実日数	日	日	日	日
④計画単位数				
⑤限度額管理対象単位数				
⑥限度額管理対象外単位数				給付率（/100）
⑦給付単位数（④⑤のうち少ない数）＋⑥				保険
⑧公費分単位数				公費
⑨単位数単価	▲　円／単位	▲　円／単位	▲　円／単位	▲　円／単位　合計
⑩保険請求額				
⑪利用者負担額				
⑫公費請求額				
⑬公費分本人負担				

社会福祉法人等による軽減欄

軽減率	▲ %	受領すべき利用者負担の総額（円）	軽減額（円）	軽減後利用者負担額（円）	備考
61	介護予防訪問介護				
65	介護予防通所介護				
74	介護予防認知症対応型通所介護				
75	介護予防小規模多機能型居宅介護				

	枚中		枚目

SAMPLE

様式第三（附則第二条関係）

居宅サービス介護給付費明細書

（短期入所生活介護）

公費負担者番号	
公費受給者番号	

平成		年		月分

保険者番号	

被保険者		
	被保険者番号	
	(ﾌﾘｶﾞﾅ) 氏名	
	生年月日	1.明治　2.大正　3.昭和　年　月　日
	性別	1. 男　2. 女
	要介護状態区分	要介護１・２・３・４・５
	認定有効期間	平成　年　月　日　から
		平成　年　月　日　まで

請求事業者		
	事業所番号	
	事業所名称	
	所在地	〒　－
	連絡先	電話番号

居宅サービス計画		
	1.居宅介護支援事業者作成　2.被保険者自己作成	
	事業所番号	
	事業所名称	

入所年月日	平成	年	月	日
退所年月日	平成	年	月	日
短期入所　実日数				

給付費明細欄	サービス内容	サービスコード	単位数	回数日数	サービス単位数	公費分回数等	公費対象単位数	摘要
	合計							

請求額集計欄	区分	保険分	公費分
	①計画単位数		
	②限度額管理対象単位数		
	③限度額管理対象外単位数		
	④給付単位数		
	⑤単位数単価	円／単位	
	⑥給付率	／100	／100
	⑦請求額（円）		
	⑧利用者負担額（円）		

特定入所者介護サービス費	サービス内容	サービスコード	費用単価(円)	負担限度額	日数	費用額(円)	保険分	公費日数	公費分	利用者負担額
	合計									
						保険分請求額(円)		公費分請求額		公費分本人負担月額

社会福祉法人等による軽減欄	軽減率	%	受領すべき利用者負担の総額（円）	軽減額（円）	軽減後利用者負担額（円）	備考
	21	短期入所生活介護				

	枚中		枚目

SAMPLE

様式第三の二（附則第二条関係）

介護予防サービス介護給付費明細書
（介護予防短期入所生活介護）

公費負担者番号	
公費受給者番号	

平成			年		月分

保険者番号	

被保険者					
被保険者番号					
(ﾌﾘｶﾞﾅ) 氏名					
生年月日	1.明治　2.大正　3.昭和　　年　　月　　日	性別	1. 男　2. 女		
要支援状態区分	要支援１・要支援２				
認定有効期間	平成　　年　　月　　日から 平成　　年　　月　　日まで				

請求事業者		
事業所番号		
事業所名称		
所在地	〒　　－	
連絡先	電話番号	

介護予防サービス計画		
	2.被保険者自己作成　3. 介護予防支援事業者作成	
事業所番号		
事業所名称		

入所年月日	平成	年	月	日			
退所年月日	平成	年	月	日			
短期入所　実日数							

給付費明細欄	サービス内容	サービスコード	単位数	回数日数	サービス単位数	公費分回数等	公費対象単位数	摘要
	合計							

請求額集計欄	区分	保険分	公費分
	①計画単位数		
	②限度額管理対象単位数		
	③限度額管理対象外単位数		
	④給付単位数		
	⑤単位数単価	円／単位	
	⑥給付率	／100	／100
	⑦請求額（円）		
	⑧利用者負担額（円）		

特定入所者介護予防サービス費	サービス内容	サービスコード	費用単価(円)	負担限度額	日数	費用額(円)	保険分	公費日数	公費分	利用者負担額
	合計									
						保険分請求額(円)		公費分請求額		公費分本人負担月額

社会福祉法人等による軽減欄	軽減率	%	受領すべき利用者負担の総額（円）	軽減額（円）	軽減後利用者負担額（円）	備考
	24	介護予防短期入所生活介護				

	枚中		枚目

SAMPLE

様式第四（附則第二条関係）

居宅サービス介護給付費明細書

（介護老人保健施設における短期入所療養介護）

公費負担者番号	
公費受給者番号	

平成		年		月分

保険者番号	

被保険者					
被保険者番号					
(ﾌﾘｶﾞﾅ)					
氏名					
生年月日	1.明治　2.大正　3.昭和　年　月　日	性別	1. 男　2. 女		
要介護状態区分	要介護１・２・３・４・５				
認定有効期間	平成　年　月　日　から				
	平成　年　月　日　まで				

請求事業者	
事業所番号	
事業所名称	
所在地	〒　－
連絡先	電話番号

居宅サービス計画	
	1.居宅介護支援事業者作成　2.被保険者自己作成
事業所番号	
事業所名称	

入所年月日	平成	年	月	日			
退所年月日	平成	年	月	日			
短期入所　実日数							

給付費明細欄

サービス内容	サービスコード	単位数	回数日数	サービス単位数	公費分回数等	公費対象単位数	摘要
合計							

緊急時施設療養費

緊急時傷病名	① ② ③	緊急時治療開始年月日	①平成 ②平成 ③平成	年 年 年	月 月 月	日 日 日		
緊急時治療管理（再掲）		単位		単位×		日		
特定治療	ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ		点	摘要				
	処置		点					
	手術		点					
	麻酔		点					
	放射線治療		点					
	合計		点					

往診日数		医療機関名		通院日数		医療機関名	

特別療養費

傷病名							
識別番号	内容	単位数	回数	保険分単位数	公費回数	公費分単位数	摘要
合計							

請求額集計欄

区分	保険分	公費分	保険分特定治療・特別療養費	公費分特定治療・特別療養費
①計画単位数				
②限度額管理対象単位数				
③限度額管理対象外単位数				
④給付点数・単位数				
⑤点数・単位数単価	円／単位		10 円／点・単位	10 円／点・単位
⑥給付率	／100	／100	／100	／100
⑦請求額（円）				
⑧利用者負担額（円）				

介護サービス費　特定入所者

サービス内容	サービスコード	費用単価(円)	負担限度額	日数	費用額(円)	保険分	公費日数	公費分	利用者負担額
合計									
					保険分請求額(円)		公費分請求額		公費分本人負担月額

	枚中		枚目

SAMPLE

様式第四の二（附則第二条関係）

介護予防サービス介護給付費明細書

（介護老人保健施設における介護予防短期入所療養介護）

公費負担者番号	
公費受給者番号	

平成		年		月分

保険者番号	

被保険者

被保険者番号	
(ﾌﾘｶﾞﾅ)	
氏名	
生年月日	1.明治　2.大正　3.昭和　年　月　日
性別	1. 男　2. 女
要支援状態区分	要支援１・要支援２
認定有効期間	平成　年　月　日　から
	平成　年　月　日　まで

請求事業者

事業所番号	
事業所名称	
所在地	〒　－
連絡先	電話番号

介護予防サービス計画	２.被保険者自己作成　３. 介護予防支援事業者作成
事業所番号	
事業所名称	

入所年月日	平成	年	月	日		
退所年月日	平成	年	月	日		
短期入所　実日数						

給付費明細欄

サービス内容	サービスコード	単位数	回数日数	サービス単位数	公費分回数等	公費対象単位数	摘要
合計							

緊急時施設療養費

緊急時傷病名	① ② ③	緊急時治療開始年月日	①平成　年　月　日 ②平成　年　月　日 ③平成　年　月　日
緊急時治療管理（再掲）	単位	単位×	日

特定治療		単位	摘要
	ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ	点	
	処置	点	
	手術	点	
	麻酔	点	
	放射線治療	点	
	合計	点	

往診日数	医療機関名	通院日数	医療機関名

特別療養費

傷病名							
識別番号	内容	単位数	回数	保険分単位数	公費回数	公費分単位数	摘要
合計							

請求額集計欄

区分	保険分	公費分	保険分特定治療・特別療養費	公費分特定治療・特別療養費
①計画単位数				
②限度額管理対象単位数				
③限度額管理対象外単位数				
④給付点数・単位数				
⑤点数・単位数単価	円／単位		10 円／点・単位	10 円／点・単位
⑥給付率	／100	／100	／100	／100
⑦請求額（円）				
⑧利用者負担額（円）				

特定入所者介護予防サービス費

サービス内容	サービスコード	費用単価(円)	負担限度額	日数	費用額(円)	保険分	公費日数	公費分	利用者負担額
合計									
					保険分請求額(円)		公費分請求額		公費分本人負担月額

	枚中		枚目

SAMPLE

様式第五（附則第二条関係）

居宅サービス介護給付費明細書

（病院・診療所における短期入所療養介護）

公費負担者番号	
公費受給者番号	

平成		年		月分
保険者番号				

被保険者	被保険者番号				
	(ﾌﾘｶﾞﾅ)				
	氏名				
	生年月日	1.明治　2.大正　3.昭和　年　月　日	性別	1．男　2．女	
	要介護状態区分	要介護１・２・３・４・５			
	認定有効期間	平成　年　月　日から			
		平成　年　月　日まで			

請求事業者	事業所番号	
	事業所名称	
	所在地	〒　－
	連絡先	電話番号

居宅サービス計画	１.居宅介護支援事業者作成　２.被保険者自己作成	
	事業所番号	
	事業所名称	

入所年月日	平成	年	月	日			
退所年月日	平成	年	月	日			
短期入所　実日数							

給付費明細欄

サービス内容	サービスコード	単位数	回数日数	サービス単位数	公費分回数等	公費対象単位数	摘要
合計							

特定診療費

傷病名							
識別番号	内容	単位数	回数	保険分単位数	公費回数	公費分単位数	摘要
合計							

請求額集計欄

区分	保険分	公費分	保険分特定診療費	公費分特定診療費
①計画単位数				
②限度額管理対象単位数				
③限度額管理対象外単位数				
④給付単位数				
⑤単位数単価	円／単位		10 円／単位	10 円／単位
⑥給付率	／100	／100	／100	／100
⑦請求額（円）				
⑧利用者負担額（円）				

特定入所者介護サービス費

サービス内容	サービスコード	費用単価(円)	負担限度額	日数	費用額(円)	保険分	公費日数	公費分	利用者負担額
合計									
					保険分請求額(円)		公費分請求額		公費分本人負担月額

	枚中		枚目

SAMPLE

様式第五の二（附則第二条関係）

介護予防サービス介護給付費明細書

（病院・診療所における介護予防短期入所療養介護）

公費負担者番号	
公費受給者番号	

平成		年		月分

保険者番号	

被保険者					
被保険者番号					
(ﾌﾘｶﾞﾅ)					
氏名					
生年月日	1.明治　2.大正　3.昭和　　年　　月　　日	性別	1．男　2．女		
要支援状態区分	要支援１・要支援２				
認定有効期間	平成　　年　　月　　日から				
	平成　　年　　月　　日まで				

請求事業者	
事業所番号	
事業所名称	
所在地	〒　　－
連絡先	電話番号

介護予防サービス計画	
	2.被保険者自己作成　3．介護予防支援事業者作成
事業所番号	
事業所名称	

入所年月日	平成	年	月	日		
退所年月日	平成	年	月	日		
短期入所　実日数						

給付費明細欄

サービス内容	サービスコード	単位数	回数日数	サービス単位数	公費分回数等	公費対象単位数	摘要
合計							

特定診療費

傷病名							
識別番号	内容	単位数	回数	保険分単位数	公費回数	公費分単位数	摘要
合計							

請求額集計欄

区分	保険分	公費分	保険分特定診療費	公費分特定診療費
①計画単位数				
②限度額管理対象単位数				
③限度額管理対象外単位数				
④給付単位数				
⑤単位数単価	円／単位		10 円／単位	10 円／単位
⑥給付率	／100	／100	／100	／100
⑦請求額（円）				
⑧利用者負担額（円）				

特定入所者介護予防サービス費

サービス内容	サービスコード	費用単価(円)	負担限度額	日数	費用額(円)	保険分	公費日数	公費分	利用者負担額
合計									
					保険分請求額(円)		公費分請求額		公費分本人負担月額

	枚中		枚目

SAMPLE

様式第六（附則第二条関係）

地域密着型サービス介護給付費明細書

（認知症対応型共同生活介護（短期利用以外））

公費負担者番号	
公費受給者番号	

平成		年		月分

保険者番号	

被保険者		
	被保険者番号	
	(ﾌﾘｶﾞﾅ)	
	氏名	
	生年月日	1.明治　2.大正　3.昭和　年　月　日
	性別	1. 男　2. 女
	要介護状態区分	要介護１・２・３・４・５
	認定有効期間	平成　年　月　日　から
		平成　年　月　日　まで

請求事業者		
	事業所番号	
	事業所名称	
	所在地	〒　－
	連絡先	電話番号

入居年月日	平成		年		月		日	退居年月日	平成		年		月		日	入居実日数		外泊日数			

入居前の状況	1.居宅　2.医療機関　3.介護老人福祉施設　4.介護老人保健施設　5.介護療養型医療施設　6.認知症対応型共同生活介護 7.特定施設入居者生活介護　8.その他
退居後の状況	1.居宅　3.医療機関入院　4.死亡　5.その他　6.介護老人福祉施設入所　7.介護老人保健施設入所　8.介護療養型医療施設入院

給付費明細欄

サービス内容	サービスコード	単位数	回数日数	サービス単位数	公費分回数等	公費対象単位数	摘要
合計							

請求額集計欄	区分	保険分	公費分
	①単位数合計		
	②単位数単価	円／単位	
	③給付率	／100	／100
	④請求額（円）		
	⑤利用者負担額（円）		

	枚中		枚目

SAMPLE

様式第六の二（附則第二条関係）

地域密着型介護予防サービス介護給付費明細書

（介護予防認知症対応型共同生活介護（短期利用以外））

公費負担者番号	
公費受給者番号	

平成		年		月分

保険者番号	

被保険者					
被保険者番号					
(ﾌﾘｶﾞﾅ)					
氏名					
生年月日	1.明治　2.大正　3.昭和　年　月　日	性別	1. 男　2. 女		
要支援状態区分	要支援２				
認定有効期間	平成　年　月　日から	平成　年　月　日まで			

請求事業者		
事業所番号		
事業所名称		
所在地	〒　－	
連絡先	電話番号	

入居年月日	平成	年	月	日	退居年月日	平成	年	月	日	入居実日数	外泊日数									
入居前の状況	1.居宅　2.医療機関　3.介護老人福祉施設　4.介護老人保健施設　5.介護療養型医療施設　6.認知症対応型共同生活介護　7.特定施設入居者生活介護　8.その他																			
退居後の状況	1.居宅　3.医療機関入院　4.死亡　5.その他　6.介護老人福祉施設入所　7.介護老人保健施設入所　8.介護療養型医療施設入院																			

給付費明細欄

サービス内容	サービスコード	単位数	回数日数	サービス単位数	公費分回数等	公費対象単位数	摘要
合計							

請求額集計欄

区分	保険分	公費分
①単位数合計		
②単位数単価	円／単位	
③給付率	／100	／100
④請求額（円）		
⑤利用者負担額（円）		

	枚中		枚目

SAMPLE

様式第六の三（附則第二条関係）

居宅サービス・地域密着型サービス介護給付費明細書

（特定施設入居者生活介護（短期利用以外）・地域密着型特定施設入居者生活介護（短期利用以外））

公費負担者番号	
公費受給者番号	

平成		年		月分

保険者番号	

被保険者		
	被保険者番号	
	(ﾌﾘｶﾞﾅ)	
	氏名	
	生年月日	1.明治　2.大正　3.昭和　年　月　日
	性別	1. 男　2. 女
	要介護状態区分	要介護１・２・３・４・５
	認定有効期間	平成　年　月　日　から
		平成　年　月　日　まで

請求事業者		
	事業所番号	
	事業所名称	
	所在地	〒　－
	連絡先	電話番号

入居年月日	平成		年		月		日	退居年月日	平成		年		月		日	入居実日数		外泊日数			
入居前の状況	1.居宅　2.医療機関　3.介護老人福祉施設　4.介護老人保健施設　5.介護療養型医療施設　6.認知症対応型共同生活介護 7.特定施設入居者生活介護　8.その他																				
退居後の状況	1.居宅　3.医療機関入院　4.死亡　5.その他　6.介護老人福祉施設入所　7.介護老人保健施設入所　8.介護療養型医療施設入院																				

給付費明細欄

サービス内容	サービスコード	単位数	回数日数	サービス単位数	公費分回数等	公費対象単位数	摘要
合計							

請求額集計欄

区分	保険分	公費分
①外部利用型給付上限単位数		
②外部利用型上限管理対象単位数		
③外部利用型外給付単位数		
④給付単位数		
⑤単位数単価	円／単位	
⑥給付率	／100	／100
⑦請求額（円）		
⑧利用者負担額（円）		

	枚中		枚目

SAMPLE

様式第六の四（附則第二条関係）

介護予防サービス介護給付費明細書
（介護予防特定施設入居者生活介護）

公費負担者番号	
公費受給者番号	

平成		年		月分

保険者番号	

被保険者		
	被保険者番号	
	(ﾌﾘｶﾞﾅ)	
	氏名	
	生年月日	1.明治　2.大正　3.昭和　年　月　日
	性別	1. 男　2. 女
	要支援状態区分	要支援１・要支援２
	認定有効期間	平成　年　月　日　から
		平成　年　月　日　まで

請求事業者		
	事業所番号	
	事業所名称	
	所在地	〒　－
	連絡先	電話番号

入居年月日	平成		年		月		日	退居年月日	平成		年		月		日	入居実日数		外泊日数		

入居前の状況	1.居宅　2.医療機関　3.介護老人福祉施設　4.介護老人保健施設　5.介護療養型医療施設　6.認知症対応型共同生活介護 7.特定施設入居者生活介護　8.その他
退居後の状況	1.居宅　3.医療機関入院　4.死亡　5.その他　6.介護老人福祉施設入所　7.介護老人保健施設入所　8.介護療養型医療施設入院

給付費明細欄

サービス内容	サービスコード	単位数	回数日数	サービス単位数	公費分回数等	公費対象単位数	摘要
合計							

請求額集計欄

区分	保険分	公費分
①外部利用型給付上限単位数		
②外部利用型上限管理対象単位数		
③外部利用型外給付単位数		
④給付単位数		
⑤単位数単価	円／単位	
⑥給付率	／100	／100
⑦請求額（円）		
⑧利用者負担額（円）		

	枚中		枚目

SAMPLE

様式第六の五（附則第二条関係）

地域密着型サービス介護給付費明細書

（認知症対応型共同生活介護（短期利用））

公費負担者番号	
公費受給者番号	

平成			年		月分

保険者番号	

被保険者					
被保険者番号					
(ﾌﾘｶﾞﾅ)					
氏名					
生年月日	1.明治　2.大正　3.昭和　年　月　日	性別	1. 男　2. 女		
要介護状態区分	要介護１・２・３・４・５				
認定有効期間	平成　年　月　日　から				
	平成　年　月　日　まで				

請求事業者		
事業所番号		
事業所名称		
所在地	〒　－	
連絡先	電話番号	

居宅サービス計画			
	１.居宅介護支援事業者作成　２.被保険者自己作成		
	事業所番号		
	事業所名称		

入居年月日	平成	年	月	日			
退居年月日	平成	年	月	日			
短期利用　実日数							

給付費明細欄

サービス内容	サービスコード	単位数	回数日数	サービス単位数	公費分回数等	公費対象単位数	摘要
合計							

請求額集計欄

区分	保険分	公費分
①計画単位数		
②限度額管理対象単位数		
③限度額管理対象外単位数		
④給付単位数		
⑤単位数単価	円／単位	
⑥給付率	／100	／100
⑦請求額（円）		
⑧利用者負担額（円）		

	枚中		枚目

SAMPLE

様式第六の六（附則第二条関係）

地域密着型介護予防サービス介護給付費明細書

（介護予防認知症対応型共同生活介護（短期利用））

公費負担者番号	
公費受給者番号	

平成			年		月分

保険者番号	

被保険者		
	被保険者番号	
	(ﾌﾘｶﾞﾅ) 氏名	
	生年月日	1.明治　2.大正　3.昭和　年　月　日
	性別	1．男　2．女
	要支援状態区分	要支援２
	認定有効期間	平成　年　月　日から 平成　年　月　日まで

請求事業者		
	事業所番号	
	事業所名称	
	所在地	〒　－
	連絡先	電話番号

介護予防サービス計画		
	２.被保険者自己作成　３．介護予防支援事業者作成	
	事業所番号	
	事業所名称	

入居年月日	平成	年	月	日			
退居年月日	平成	年	月	日			
短期利用　実日数							

給付費明細欄	サービス内容	サービスコード	単位数	回数日数	サービス単位数	公費分回数等	公費対象単位数	摘要
	合計							

請求額集計欄	区分	保険分	公費分
	①計画単位数		
	②限度額管理対象単位数		
	③限度額管理対象外単位数		
	④給付単位数		
	⑤単位数単価	円／単位	
	⑥給付率	／100	／100
	⑦請求額（円）		
	⑧利用者負担額（円）		

	枚中		枚目

SAMPLE

様式第六の七（附則第二条関係）

居宅サービス・地域密着型サービス介護給付費明細書

（特定施設入居者生活介護（短期利用）・地域密着型特定施設入居者生活介護（短期利用））

公費負担者番号	
公費受給者番号	

平成			年		月分

保険者番号	

被保険者					
被保険者番号					
(ﾌﾘｶﾞﾅ) 氏名					
生年月日	1.明治　2.大正　3.昭和 年　月　日	性別	1. 男　2. 女		
要介護状態区分	要介護１・２・３・４・５				
認定有効期間	平成　年　月　日　から				
	平成　年　月　日　まで				

請求事業者		
事業所番号		
事業所名称		
所在地	〒　－	
連絡先	電話番号	

居宅サービス計画		
	１.居宅介護支援事業者作成　２.被保険者自己作成	
事業所番号		
事業所名称		

入居年月日	平成	年	月	日			
退居年月日	平成	年	月	日			
短期利用　実日数							

給付費明細欄	サービス内容	サービスコード	単位数	回数 日数	サービス単位数	公費分 回数等	公費対象単位数	摘要
	合計							

請求額集計欄	区分	保険分		公費分	
	①計画単位数				
	②限度額管理対象単位数				
	③限度額管理対象外単位数				
	④給付単位数				
	⑤単位数単価		円／単位		
	⑥給付率		／100		／100
	⑦請求額（円）				
	⑧利用者負担額（円）				

	枚中		枚目

SAMPLE

様式第七（附則第二条関係）

居宅介護支援介護給付費明細書

平成			年			月分

公費負担者番号								

保険者番号						

居宅介護支援事業者	事業所番号		所在地	〒　－	
	事業所名称		連絡先	電話番号	
			単位数単価		（円／単位）

項番																				
	被保険者	被保険者番号		(フリガナ) 氏名			性別	1．男　2．女												
		公費受給者番号																		
		生年月日	1．明治　2．大正　3．昭和 年　月　日	要介護状態区分	要介護 1・2・3・4・5	認定有効期間	平成	年	月	日	から									
							平成	年	月	日	まで									
		担当介護支援専門員番号		サービス計画作成依頼届出年月日	平成　年　月　日															
	給付費明細欄	サービス内容	サービスコード	単位数	回数	サービス単位数	摘要	サービス単位数合計												
								請求額合計												

項番																				
	被保険者	被保険者番号		(フリガナ) 氏名			性別	1．男　2．女												
		公費受給者番号																		
		生年月日	1．明治　2．大正　3．昭和 年　月　日	要介護状態区分	要介護 1・2・3・4・5	認定有効期間	平成	年	月	日	から									
							平成	年	月	日	まで									
		担当介護支援専門員番号		サービス計画作成依頼届出年月日	平成　年　月　日															
	給付費明細欄	サービス内容	サービスコード	単位数	回数	サービス単位数	摘要	サービス単位数合計												
								請求額合計												

SAMPLE

様式第七の二（附則第二条関係）

介護予防支援介護給付費明細書

平成			年			月分

公費負担者番号								

保険者番号						

介護予防支援事業者	事業所番号		所在地	〒　－	
	事業所名称		連絡先	電話番号	
			単位数単価		（円／単位）

項番	被保険者	被保険者番号		（フリガナ）氏名				性別	1．男　2．女								
		公費受給者番号															
		生年月日	1．明治　2．大正　3．昭和　年　月　日	要介護状態区分	要支援１・要支援２	認定有効期間	平成　年　月　日から	平成　年　月　日まで									
		担当介護支援専門員番号		サービス計画作成依頼届出年月日	平成　年　月　日												
	給付費明細欄	サービス内容	サービスコード	単位数	回数	サービス単位数	摘要	サービス単位数合計									
								請求額合計									

項番	被保険者	被保険者番号		（フリガナ）氏名				性別	1．男　2．女								
		公費受給者番号															
		生年月日	1．明治　2．大正　3．昭和　年　月　日	要介護状態区分	要支援１・要支援２	認定有効期間	平成　年　月　日から	平成　年　月　日まで									
		担当介護支援専門員番号		サービス計画作成依頼届出年月日	平成　年　月　日												
	給付費明細欄	サービス内容	サービスコード	単位数	回数	サービス単位数	摘要	サービス単位数合計									
								請求額合計									

SAMPLE

様式第八（附則第二条関係）

施設サービス等・地域密着型サービス介護給付費明細書

（介護福祉施設サービス・地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護）

公費負担者番号	
公費受給者番号	

平成		年		月分

保険者番号	

被保険者					
被保険者番号					
(ﾌﾘｶﾞﾅ) 氏名					
生年月日	1.明治　2.大正　3.昭和 年　月　日	性別	1. 男　2. 女		
要介護状態区分	要介護 1・2・3・4・5	旧措置入所者特例	1. 無 2. 有		
認定有効期間	平成　年　月　日 から 平成　年　月　日 まで				

請求事業者	
事業所番号	
事業所名称	
所在地	〒　－
連絡先	電話番号

入所年月日	平成	年	月	日	退所年月日	平成	年	月	日	入所実日数		外泊日数									

入所前の状況	1.居宅　2.医療機関　3.介護老人福祉施設　4.介護老人保健施設　5.介護療養型医療施設　6.認知症対応型共同生活介護 7.特定施設入居者生活介護　8.その他
退所後の状況	1.居宅　3.医療機関入院　4.死亡　5.その他　6.介護老人福祉施設入所　7.介護老人保健施設入所　8.介護療養型医療施設入院

給付費明細欄

サービス内容	サービスコード	単位数	回数日数	サービス単位数	公費分回数等	公費対象単位数	摘要
合計							

請求額集計欄

区分	保険分	公費分
①単位数合計		
②単位数単価	円／単位	
③給付率	／100	／100
④請求額（円）		
⑤利用者負担額（円）		

特定入所者介護サービス費

サービス内容	サービスコード	費用単価(円)	負担限度額	日数	費用額(円)	保険分	公費日数	公費分	利用者負担額
合計									
					保険分請求額(円)		公費分請求額		公費分本人負担月額

社会福祉法人等による軽減欄	軽減率		%	受領すべき利用者負担の総額（円）	軽減額（円）	軽減後利用者負担額（円）	備考
	51	介護福祉施設サービス					
	54	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護					

	枚中		枚目

SAMPLE

様式第九（附則第二条関係）

施設サービス等介護給付費明細書

（介護保健施設サービス）

公費負担者番号	
公費受給者番号	

平成			年		月分

保険者番号	

被保険者	被保険者番号	
	(ﾌﾘｶﾞﾅ)	
	氏名	
	生年月日	1.明治　2.大正　3.昭和　年　月　日
	性別	1. 男　2. 女
	要介護状態区分	要介護 1・2・3・4・5
	認定有効期間	平成　年　月　日　から
		平成　年　月　日　まで

請求事業者	事業所番号	
	事業所名称	
	所在地	〒　－
	連絡先	電話番号

入所年月日	平成	年	月	日	退所年月日	平成	年	月	日	入所実日数		外泊日数							

主傷病		入所前の状況	1.居宅　2.医療機関　3.介護老人福祉施設　4.介護老人保健施設 5.介護療養型医療施設　6.認知症対応型共同生活介護　7.特定施設入居者生活介護　8.その他
退所後の状況	1.居宅　3.医療機関入院　4.死亡　5.その他　6.介護老人福祉施設入所　7.介護老人保健施設入所　8.介護療養型医療施設入院		

給付費明細欄	サービス内容	サービスコード	単位数	回数日数	サービス単位数	公費分回数等	公費対象単位数	摘要
	合計							

所定疾患施設療養費等	所定疾患施設療養費	傷病名	① ② ③	所定疾患施設療養開始年月日	①平成 ②平成 ③平成	年 年 年	月 月 月	日 日 日					
		単位（再掲）	単位	単位×	日								
	緊急時治療管理	傷病名	① ② ③	緊急時治療開始年月日	①平成 ②平成 ③平成	年 年 年	月 月 月	日 日 日					
		単位（再掲）	単位	単位×	日								
	特定治療	ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ	点	摘要									
		処置	点										
		手術	点										
		麻酔	点										
		放射線治療	点										
		合計	点										
	往診日数		医療機関名		通院日数		医療機関名						

特別療養費	傷病名							
	識別番号	内容	単位数	回数	保険分単位数	公費回数	公費分単位数	摘要
	合計							

請求額集計欄	区分	保険分	公費分	保険分特定治療・特別療養費	公費分特定治療・特別療養費
	①点数・単位数合計				
	②点数・単位数単価	円／単位		10 円／点・単位	10 円／点・単位
	③給付率	／100	／100	／100	／100
	④請求額（円）				
	⑤利用者負担額（円）				

特定入所者介護サービス費	サービス内容	サービスコード	費用単価(円)	負担限度額	日数	費用額(円)	保険分	公費日数	公費分	利用者負担額
	合計									
						保険分請求額(円)		公費分請求額		公費分本人負担月額

	枚中		枚目

SAMPLE

様式第十（附則第二条関係）

施設サービス等介護給付費明細書

（介護療養施設サービス）

公費負担者番号	
公費受給者番号	

平成		年		月分

保険者番号	

被保険者		
	被保険者番号	
	(ﾌﾘｶﾞﾅ) 氏名	
	生年月日	1.明治　2.大正　3.昭和　年　月　日
	性別	1. 男　2. 女
	要介護状態区分	要介護１・２・３・４・５
	認定有効期間	平成　年　月　日　から
		平成　年　月　日　まで

請求事業者		
	事業所番号	
	事業所名称	
	所在地	〒　－
	連絡先	電話番号

入院年月日	平成		年		月		日	退院年月日	平成		年		月		日	入院実日数		外泊日数			

主傷病		入院前の状況	1.居宅　2.医療機関　3.介護老人福祉施設　4.介護老人保健施設 5.介護療養型医療施設　6.認知症対応型共同生活介護　7.特定施設入居者生活介護　8.その他
退院後の状況	1.居宅　3.医療機関入院　4.死亡　5.その他　6.介護老人福祉施設入所　7.介護老人保健施設入所　8.介護療養型医療施設入院		

給付費明細欄

サービス内容	サービスコード	単位数	回数日数	サービス単位数	公費分回数等	公費対象単位数	摘要
合計							

特定診療費

傷病名							
識別番号	内容	単位数	回数	保険分単位数	公費回数	公費分単位数	摘要
合計							

請求額集計欄

区分	保険分	公費分	保険分特定診療費	公費分特定診療費
①単位数合計				
②単位数単価	円／単位		10 円／単位	10 円／単位
③給付率	／100	／100	／100	／100
④請求額（円）				
⑤利用者負担額（円）				

特定入所者介護サービス費

サービス内容	サービスコード	費用単価(円)	負担限度額	日数	費用額(円)	保険分	公費日数	公費分	利用者負担額
合計									
					保険分請求額(円)		公費分請求額		公費分本人負担月額

	枚中		枚目

SAMPLE

様式第十一（附則第二条関係）

給付管理票（平成　　年　　月分）

保険者番号	保険者名
被保険者番号	被保険者氏名
	フリガナ

生年月日	性別	要支援・要介護状態区分
明・大・昭　年　月　日	男・女	要支援１・２ 要介護１・２・３・４・５

居宅サービス・介護予防サービス支給限度基準額	限度額適用期間		
単位／月	平成　年　月	～	平成　年　月

作成区分		
1.　居宅介護支援事業者作成 2.　被保険者自己作成 3.　介護予防支援事業者作成		
居宅介護／介護予防支援事業所番号		
担当介護支援専門員番号		
居宅介護／介護予防支援事業者の事業所名		
支援事業者の事業所所在地及び連絡先		
委託した場合	委託先の支援事業所番号	
	介護支援専門員番号	

居宅サービス・介護予防サービス

サービス事業者の事業所名	事業所番号（県番号－事業所番号）	指定／基準該当／地域密着型サービス識別	サービス種類名	サービス種類コード	給付計画単位数
		指定・基準該当・地域密着			
		指定・基準該当・地域密着			
		指定・基準該当・地域密着			
		指定・基準該当・地域密着			
		指定・基準該当・地域密着			
		指定・基準該当・地域密着			
		指定・基準該当・地域密着			
		指定・基準該当・地域密着			
		指定・基準該当・地域密着			
		指定・基準該当・地域密着			
		指定・基準該当・地域密着			
		指定・基準該当・地域密着			
		指定・基準該当・地域密着			
		指定・基準該当・地域密着			
		指定・基準該当・地域密着			
		指定・基準該当・地域密着			
		指定・基準該当・地域密着			
		指定・基準該当・地域密着			
		指定・基準該当・地域密着			
			合計		

SAMPLE

NO　47

統計調査名	介護サービス施設・事業所調査
主管部局名	大臣官房統計情報部 人口動態・保健社会統計課社会統計室

調査開始年（西暦）	2000年	調査の実施周期	毎年	平成24年度予算（単位：千円）	100,136

調査の目的	全国の介護サービスの提供体制、提供内容等を把握することにより、介護サービスの提供面に着目した基盤整備に関する基礎資料を得る。
PDCAサイクルの活用	・介護報酬改定における利用・介護保険事業計画の策定における利用
調査の流れ	本省－民間事業者－施設・事業所　本省－都道府県

母集団名簿の種類等	都道府県からの介護保険施設等の情報	抽出方法	悉皆
調査客体数	約127,700事業所		
調査方法	郵送／オンライン	オンライン調査方法	Ⅲ. LGWAN（総合行政ネットワーク）等メールを使用する方法
備　考			

	第1報までの公表期間	報告書公表までの期間
直近	1年5ヶ月	1年6ヶ月
直近1つ前	1年5ヶ月	1年9ヶ月
直近2つ前	1年5ヶ月	1年6ヶ月
直近3つ前	1年4ヶ月	1年6ヶ月
直近4つ前	1年2ヶ月	1年6ヶ月

備　考

	回収率
直近	※裏面に掲載
直近1つ前	※裏面に掲載
直近2つ前	回収率は出していない。(H20)
直近3つ前	回収率は出していない。(H19)
直近4つ前	回収率は出していない。(H18)

備　考　（予）＝介護予防　の略　（地）＝地域密着型　の略

NO　47

統計調査名	介護サービス施設・事業所調査
主管部局名	大臣官房統計情報部 人口動態・保健社会統計課社会統計室

外部委託業務の内容　（委託業務に「○」、委託していない場合は（空欄）、業務そのものがない場合は「－」）

調査の企画	調査用品の印刷	調査用品の配布・回収・督促	受付・個票審査・疑義照会	データ入力	データチェック・疑義照会・データ修正	集　計	その他（分類不能、留意事項など）
	○	○（詳細票のみ）	○（詳細票のみ）	○			※備考参照

備　考

※20年度より公共サービス改革法に則り実施、調査対象名簿作成

e-Stat　アクセス数	
H23年分	410,550
H22年分	296,725
H21年分	44,154

厚労省等ホームページ　アクセス数	
H23年分	17,074
H22年分	49,454
H21年分	48,376

備　考

	二次利用件数	32条	33条
H23年度	47	23	24
H22年度	18	15	3
H21年度	12	10	2

回収率

直近	（予）訪問介護：79.6%、（予）訪問入浴介護：86.2%、（予）訪問看護：90.2%、（予）通所介護：88.3%、（予）通所ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ：90.6%、（予）短期入所生活介護：91.1%、（予）短期入所療養介護：90.1%、（予）特定施設入居者生活介護：91.0%、（予）福祉用具貸与：76.6%、特定（予）福祉用具販売：77.0%、（予）認知症対応型通所介護：88.8%、（予）小規模多機能型居宅介護：89.3%、（予）認知症対応型共同生活介護：89.0%、 介護予防支援事業所：91.6%、訪問介護：79.1%、訪問入浴介護：86.3%、訪問看護：89.9%、通所介護：87.9%、通所ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ：90.6%、短期入所生活介護：91.1%、短期入所療養介護：90.1%、特定施設入居者生活介護：91.0%、福祉用具貸与：75.5%、特定福祉用具販売：76.9%、 夜間対応型訪問介護：92.1%、認知症対応型通所介護：88.7%、小規模多機能型居宅介護：88.7%、認知症対応型共同生活介護：89.0%、（地）特定施設入居者生活介護：95.0%、（地）介護老人福祉施設：93.8%、居宅介護支援事業所：86.1%、介護老人福祉施設：91.4%、介護老人保健施設：91.5%、介護療養型医療施設：88.9%
直近1つ前	（予）訪問介護：86.2%、（予）訪問入浴介護：89.0%、（予）訪問看護：94.6%、（予）通所介護：93.3%、（予）通所ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ：95.2%、（予）短期入所生活介護：95.5%、（予）短期入所療養介護：94.7%、（予）特定施設入居者生活介護：96.7%、 （予）福祉用具貸与：83.5%、特定（予）福祉用具販売：83.7%、（予）認知症対応型通所介護：93.6%、（予）小規模多機能型居宅介護：93.1%、（予）認知症対応型共同生活介護：94.8%、介護予防支援事業所：96.8%、 訪問介護：85.8%、訪問入浴介護：89.3%、訪問看護：94.5%、通所介護：93.1%、通所ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ：95.1%、短期入所生活介護：95.7%、短期入所療養介護：94.6%、特定施設入居者生活介護：96.6%、福祉用具貸与：82.5%、 特定福祉用具販売：83.7%、夜間対応型訪問介護：81.7%、認知症対応型通所介護：93.5%、小規模多機能型居宅介護：93.0%、認知症対応型共同生活介護：94.9%、（地）特定施設入居者生活介護：94.1%、（地）介護老人福祉施設：97.3%、 居宅介護支援事業所：91.2%、介護老人福祉施設：95.9%、介護老人保健施設：95.9%、介護療養型医療施設：93.0%

平成２４年介護サービス施設・事業所調査の概要

１　調査の目的

この調査は、全国の介護サービスの提供体制、提供内容等を把握することにより、介護サービスの提供面に着目した基盤整備に関する基礎資料を得ることを目的とする。

２　調査の対象及び客体

以下に掲げる介護保険施設及び事業所（詳細は「別記」）を対象とし、その全数を客体とする。

ア　介護保険施設

イ　居宅サービス事業所
ウ　居宅介護支援事業所
エ　介護予防サービス事業所
オ　介護予防支援事業所
カ　地域密着型サービス事業所
キ　地域密着型介護予防サービス事業所

以下、「居宅サービス事業所等」という。

３　調査の期日

平成２４年１０月１日

４　調査の事項

基本票

法人名、施設・事業所名、所在地、活動状況、介護保険施設の定員

詳細票

（１）介護保険施設

開設主体、在所者数、居室の状況、従事者数等

（２）居宅サービス事業所等

開設（経営）主体、利用者数、従事者数等

５　調査の方法及び系統

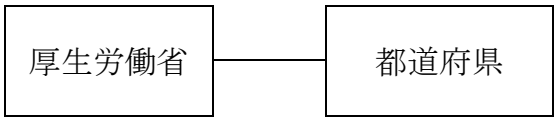
（１）調査の方法

基本票：厚生労働省から都道府県へ配付し、各担当者が調査票に記入する。

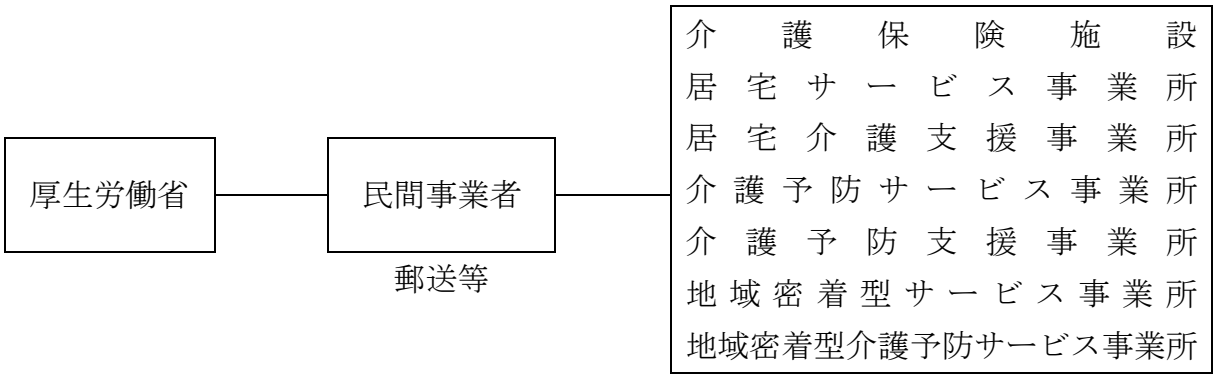
詳細票：民間事業者から全施設・事業所へ配付し、各管理者が調査票に記入する。

（２）調査の系統

〈基本票〉



〈詳細票〉



６　集計及び結果の公表

集計及び結果の公表は、厚生労働省大臣官房統計情報部が行う。調査結果は、「平成２４年介護サービス施設・事業所調査結果の概況」及び「平成２４年介護サービス施設・事業所調査報告」として集計完了後速やかに公表するとともに、厚生労働省ホームページ（http://www.mhlw.go.jp/）及び政府統計の総合窓口（e-Stat）に掲載する。

別記

【 調査対象施設・事業所 】

【介護保険施設】

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

【居宅サービス事業所】

訪問介護事業所、訪問入浴介護事業所、訪問看護ステーション、通所介護事業所、通所リハビリテーション事業所、短期入所生活介護事業所、短期入所療養介護事業所、特定施設入居者生活介護事業所、福祉用具貸与事業所、特定福祉用具販売事業所

【居宅介護支援事業所】

居宅介護支援事業所

【介護予防サービス事業所】

介護予防訪問介護事業所、介護予防訪問入浴介護事業所、介護予防訪問看護ステーション、介護予防通所介護事業所、介護予防通所リハビリテーション事業所、介護予防短期入所生活介護事業所、介護予防短期入所療養介護事業所、介護予防特定施設入居者生活介護事業所、介護予防福祉用具貸与事業所、特定介護予防福祉用具販売事業所

【介護予防支援事業所】

介護予防支援事業所

【地域密着型サービス事業所】

地域密着型介護老人福祉施設、夜間対応型訪問介護事業所、認知症対応型通所介護事業所、小規模多機能型居宅介護事業所、認知症対応型共同生活介護事業所、地域密着型特定施設入居者生活介護事業所、定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所、複合型サービス事業所

【地域密着型介護予防サービス事業所】

介護予防認知症対応型通所介護事業所、介護予防小規模多機能型居宅介護事業所、介護予防認知症対応型共同生活介護事業所

(秘) 政府統計

都道府県:

平成24年介護サービス施設・事業所調査　施設基本票

（平成24年10月1日現在）

厚生労働省

調査番号	サービス種別	事業所番号	法人名	施設名	所在地					定員								活動状況	変更	備考
					郵便番号		住所	電話番号			介護老人福祉施設	地域密着型介護老人福祉施設	介護老人保健施設		介護療養型医療施設					
															療養病床		老人性認知症疾患療養病棟			
								市外	市内	番号			一般棟入所定員	認知症専門棟入所定員	介護指定病床を有する病棟の病床数	うち介護指定病床数	介護指定病床を有する病棟の病床数	うち介護指定病床数		

㊙ 政府統計

平成24年介護サービス施設・事業所調査　事業所基本票
（平成24年10月1日現在）

都道府県：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　厚生労働省

調査番号	サービス種別	事業所番号	法人名	事業所名	所在地						活動状況	変更	備考
					郵便番号		住所	電話番号					
								市外	市内	番号			

秘

政府統計

介護サービス施設・事業所調査

介護老人福祉施設・地域密着型介護老人福祉施設票

（平成24年10月１日調査）

1

厚生労働省

＊一連番号	
＊調査番号	
法人名	
施設名	
施設の所在地	〒　　TEL（　　）－（　　）－（　　）

［注］１　あらかじめ調査票に印字されている項目に変更または誤りがあった場合は、赤字で訂正をしてください。
　　２　＊印の箇所は施設では記入しないでください。

事業所番号		(1)活動状況	1　活動中　2　休止中　3　廃止
(2)開設年月	1　昭和　2　平成　　年　　月		
(3)開設主体及び経営主体	開設主体	それぞれ該当する番号を選択し、左の各欄に記入してください。 01　都道府県　05　社会福祉協議会 02　市区町村　06　社会福祉法人（社会福祉協議会以外） 03　広域連合・一部事務組合　07　社団・財団法人（公益・一般） 04　日本赤十字社　08　01～07以外	
	経営主体		

(4)介護報酬上の届出

該当する施設の種類に○をつけてください。「＊」が付いた施設への変更がある場合は、事務局までご連絡ください。

介護老人福祉施設（複数回答）	地域密着型介護老人福祉施設（複数回答）
1　介護福祉施設	1　地域密着型介護福祉施設
2　小規模介護福祉施設	2　サテライト型介護福祉施設
3　ユニット型介護福祉施設	3　ユニット型地域密着型介護福祉施設
4　ユニット型小規模介護福祉施設	4　ユニット型サテライト型地域密着型介護福祉施設

入所定員（短期入所生活介護（ショートステイ）床の定員は含みません）	人

(5)居室の状況

短期入所生活介護（ショートステイ）のみに使用している居室は除いて記入してください。

多床室				従来型個室	ユニット型	
5人以上室	4人室	3人室	2人室		夫婦等の2人室	個室（準個室を含む）
室	室	室	室	室	室	室

上記居室の一部に短期入所生活介護（ショートステイ）床を　1　含む　2　含まない

(6)ユニットの状況

「(4)介護報酬上の届出」の種別が「3」または「4」に該当する場合のみ記入してください。
なお、ユニット型として届け出た居室について記入してください。

ユニットの規模（定員）	人	人	人	人	人	人
ユニット数	ユニット	ユニット	ユニット	ユニット	ユニット	ユニット

(7)居住費の状況

各居室の種類ごとに施設が設定している料金の高い順に記入してください。
居住費の室数と(5)居室の室数は一致させてください。

多床室	居住費（日額）	円	円	円	円	円
	室定員	人室	人室	人室	人室	人室
	室数	室	室	室	室	室
従来型個室	居住費（日額）	円	円	円	円	円
	室数	室	室	室	室	室
ユニット型準個室（夫婦等の2人室を含む）	居住費（日額）	円	円	円	円	円
	室定員	人室	人室	人室	人室	人室
	室数	室	室	室	室	室
ユニット型個室（夫婦等の2人室を含む）	居住費（日額）	円	円	円	円	円
	室定員	人室	人室	人室	人室	人室
	室数	室	室	室	室	室

(8)食費の状況

施設が設定している料金を日額で記入してください。
なお、料金が複数ある場合は、利用者の最も多い額を記入してください。

1日あたりの食費　円

裏面につづきます

見本

(9) 施設サービスの状況

9月末日の在所者数(人)

9月末日時点で在所者はいましたか。 1 いた　2 いない

短期入所生活介護(ショートステイ)床の利用者は含めないでください。

要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他

短期入所生活介護(ショートステイ)床が空床利用型の場合の短期入所生活介護(ショートステイ)利用者数	人
(再掲) 9月末日の在所者のうち、やむを得ない事由により介護保険法による施設への入所が困難であり、市町村の措置により入所している者	人

(10) 社会福祉法人等による軽減の状況

1 実施している
2 実施していない

9月中の軽減者数	人
うち生活保護受給者数	人

(11) 苦情解決のための取組状況(複数回答)

該当する番号すべてを○で囲んでください。

1 苦情受付窓口を設置
2 苦情解決責任者を設置
3 共同で第三者委員を設置
4 単独で第三者委員を設置
5 1～4以外の取組を実施している

(12) 夜勤時間帯における勤務体制

平成24年9月30日から10月1日にかけて、施設が定める夜勤時間に夜勤を行った職員の勤務体制を記入してください。
例えば、夕方から午前0時までが4名、午前0時から8時までが4名と交代で勤務を行っている場合の勤務体制は8名ではなく、4名となります。

夜勤を行った**看護職員**がいましたか。
1 いた
2 いない
夜勤を行った看護職員　人

夜勤を行った**介護職員**がいましたか。
1 いた
2 いない
夜勤を行った介護職員　人

(13) 夜勤職員の実人員数及び夜勤回数

9月中(平成24年9月1日～30日)に、施設が定める夜勤時間に夜勤を行った職員の実人員数(延人数ではありません)及び延べ夜勤回数を記入してください。

看護職員	実人員数	人	**介護職員**	実人員数	人
	延べ夜勤回数	回		延べ夜勤回数	回

(14) 介護福祉士養成校からの実習生受け入れ状況(過去1年間)

平成23年10月1日～平成24年9月30日の間に、**介護福祉士養成校からの実習生**を受け入れたことがありますか。
1 受け入れあり
2 受け入れなし

(15) 社会福祉士養成校からの実習生受け入れ状況(過去1年間)

平成23年10月1日～平成24年9月30日の間に、**社会福祉士養成校からの実習生**を受け入れたことがありますか。
1 受け入れあり
2 受け入れなし

(16) 従事者数

	常勤専従	常勤兼務	換算数	非常勤	換算数
1 施設長					
2 医師					
3 歯科医師					
4 生活相談員					
4のうち社会福祉士					
5 看護師					
6 准看護師					
7 介護職員					
7のうち介護福祉士					
8 管理栄養士					
9 栄養士					
10 歯科衛生士					
11 機能訓練指導員					
11のうち理学療法士					
11のうち作業療法士					
11のうち言語聴覚士					
11のうち看護師					
11のうち准看護師					
11のうち柔道整復師					
11のうちあん摩マッサージ指圧師					
12 障害者生活支援員					
13 介護支援専門員					
14 調理員					
15 その他の職員					

(補問) 認定特定行為業務従事者
(介護職員等であって、喀痰吸引等の業務の登録認定を受けた従事者)　人

注:1) **「常勤専従」については換算数の記入は不要です。**
従事者数の常勤兼務、非常勤については、以下の計算式により換算数を計算し、小数点以下第2位を四捨五入して小数点以下第1位まで計上してください。
得られた結果が0.1に満たない場合は「0.1」と計上してください。

2) 雇用形態にかかわらず、施設が定める1週間の勤務時間(所定労働時間)の全てを勤務している場合は「常勤」、勤務していない場合は「非常勤」としてください。

$$\text{換算数} = \frac{\text{従事者の1週間の勤務延時間数(残業は除く)}}{\text{当該施設において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数(所定労働時間)}}$$

(1週間の時間数が32時間を下回る場合は分母を32時間としてください。)　(換算数の詳細は手引を参照してください)

※調査票の記入内容について質問する際の問い合わせ先として使用する場合があります。施設の代表者の氏名ではなく、実際に調査票を記入した施設の担当者の氏名と連絡先を記入してください。なお、FAXの記入は任意です。

調査票記入者名・担当部署と連絡先(※必須)	(担当部署名) (調査票記入者名) ふりがな 電話(　－　－　)
上記以外連絡先(携帯、FAX等)	

ご協力ありがとうございました

見本

秘

政府統計

介護サービス施設・事業所調査

介護老人保健施設票

（平成24年10月１日調査）

2

厚生労働省

＊一連番号	
＊調査番号	
法人名	
施設名	
施設の所在地	〒　　TEL（　　）－（　　）－（　　）

［注］1　あらかじめ調査票に印字されている項目に変更または誤りがあった場合は、赤字で訂正をしてください。
　　2　＊印の箇所は施設では記入しないでください。

事業所番号	
(1)活動状況	1　活動中　2　休止中　3　廃止
(2)開設年月	1　昭和　2　平成　□□　年　□□　月
(3)開設主体	開設主体： 該当する番号を選択し、左の回答欄に記入してください。 01 都道府県 02 市区町村 03 広域連合・一部事務組合 04 日本赤十字社・社会保険関係団体 05 医療法人 06 社会福祉協議会 07 社会福祉法人（社会福祉協議会以外） 08 社団・財団法人（公益・一般） 09 その他の法人 10 個人 11 01～10以外
(4)介護報酬上の届出（複数回答）	介護保健施設（1　Ⅰ型　2　Ⅱ型　3　Ⅲ型）　ユニット型介護保健施設（4　Ⅰ型　5　Ⅱ型　6　Ⅲ型）
(5)療養体制維持特別加算の状況	「(4)介護報酬上の届出」の種別で、2、3、5、6（Ⅱ型、Ⅲ型）に該当する施設は記入してください。 1　加算している　2　加算していない
(6)小規模介護老人保健施設等の設置状況	1から3の施設を設置している場合、該当する番号に○をしてください。 1　サテライト型小規模介護老人保健施設　2　医療機関併設型小規模介護老人保健施設　3　分館型介護老人保健施設

入所定員	一般棟入所定員	認知症専門棟入所定員
	人	人

(7)療養室の状況

	多床室			従来型個室	ユニット型	
	4人室	3人室	2人室		夫婦等の2人室	個室（準個室を含む）
一般棟室数（室）						
認知症専門棟室数（室）						

(8)ユニットの状況

「(4)介護報酬上の届出」の種別でユニット型介護保健施設（Ⅰ型、Ⅱ型、Ⅲ型）に該当する場合は記入してください。
なお、ユニット型として届け出た療養室について記入してください。

一般棟	ユニットの規模（定員）	人	人	人	人	人	人
	ユニット数	ユニット	ユニット	ユニット	ユニット	ユニット	ユニット
認知症専門棟	ユニットの規模（定員）	人	人	人	人	人	人
	ユニット数	ユニット	ユニット	ユニット	ユニット	ユニット	ユニット

(9)居住費の状況

各居室の種類ごとに施設が設定している料金の高い順に記入してください。
居住費の室数と(7)療養室の室数は一致させてください。

多床室	居住費（日額）	円	円	円	円	円
	室定員	人室	人室	人室	人室	人室
	室数	室	室	室	室	室
従来型個室	居住費（日額）	円	円	円	円	円
	室数	室	室	室	室	室
ユニット型準個室（夫婦等の2人室を含む）	居住費（日額）	円	円	円	円	円
	室定員	人室	人室	人室	人室	人室
	室数	室	室	室	室	室
ユニット型個室（夫婦等の2人室を含む）	居住費（日額）	円	円	円	円	円
	室定員	人室	人室	人室	人室	人室
	室数	室	室	室	室	室

(10)食費の状況

施設が設定している料金を日額で記入してください。
なお、料金が複数ある場合は、利用者の最も多い額を記入してください。

1日あたりの食費　円

見本

裏面につづきます

⑾ 施設サービスの状況

9月末日の在所者数（人）

9月末日時点で在所者はいましたか。　1 いた　2 いない

短期入所療養介護の利用者は含めないでください。

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他
一般棟						
認知症専門棟						

⑿ 夜勤時間帯における勤務体制

平成24年9月30日から10月1日にかけて、施設が定める夜勤時間に夜勤を行った職員の勤務体制を記入してください。
例えば、夕方から午前0時までが4名、午前0時から8時までが4名と交代で勤務を行っている場合の勤務体制は8名ではなく、4名となります。

夜勤を行った**看護職員**がいましたか。
1 いた → 夜勤を行った看護職員 ［　　］人
2 いない

夜勤を行った**介護職員**がいましたか。
1 いた → 夜勤を行った介護職員 ［　　］人
2 いない

⒀ 夜勤職員の実人員数及び夜勤回数

9月中（平成24年9月1日～30日）に、施設が定める夜勤時間に夜勤を行った職員の実人員数（延人数ではありません）、及び延べ夜勤回数を記入してください。

看護職員　実人員数 ［　　］人
延べ夜勤回数 ［　　］回

介護職員　実人員数 ［　　］人
延べ夜勤回数 ［　　］回

⒁ 介護福祉士養成校からの実習生受け入れ状況（過去1年間）

平成23年10月1日～平成24年9月30日の間に、**介護福祉士養成校からの実習生**を受け入れたことがありますか。

1 受け入れあり
2 受け入れなし

⒂ 社会福祉士養成校からの実習生受け入れ状況（過去1年間）

平成23年10月1日～平成24年9月30日の間に、**社会福祉士養成校からの実習生**を受け入れたことがありますか。

1 受け入れあり
2 受け入れなし

⒃ 従事者数

	常勤専従	常勤兼務	換算数	非常勤	換算数
1 医師					
2 歯科医師					
3 薬剤師					
4 看護師					
5 准看護師					
6 介護職員					
6のうち介護福祉士					
7 支援相談員					
7のうち社会福祉士					

	常勤専従	常勤兼務	換算数	非常勤	換算数
8 理学療法士					
9 作業療法士					
10 言語聴覚士					
11 管理栄養士					
12 栄養士					
13 歯科衛生士					
14 介護支援専門員					
15 調理員					
16 その他の職員					

（補問）認定特定行為業務従事者
（介護職員等であって、喀痰吸引等の業務の登録認定を受けた従事者）　［　　］人

注:1）**「常勤専従」の換算数は記入不要です。**
従事者数の常勤兼務、非常勤については、以下の計算式により換算数を計算し、小数点以下第2位を四捨五入して小数点以下第1位まで計上してください。
得られた結果が0.1に満たない場合は「0.1」と計上してください。

2）雇用形態にかかわらず、施設が定める1週間の勤務時間（所定労働時間）の全てを勤務している場合は「常勤」、勤務していない場合は「非常勤」としてください。

$$\text{換算数} = \frac{\text{従事者の1週間の勤務延時間数（残業は除く）}}{\text{当該施設において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数（所定労働時間）}}$$

（1週間の時間数が32時間を下回る場合は分母を32時間としてください。）　（換算数の詳細は手引を参照してください）

※調査票の記入内容について質問する際の問い合わせ先として使用する場合があります。施設の代表者の氏名ではなく、実際に調査票を記入した施設の担当者の氏名と連絡先を記入してください。なお、FAXの記入は任意です。

調査票記入者名・担当部署と連絡先（※必須）	（担当部署名）
	（調査票記入者名）ふりがな
	電話（　　－　　－　　）
上記以外連絡先（携帯、FAX等）	

見本

ご協力ありがとうございました

秘

政府統計

介護サービス施設・事業所調査

介護療養型医療施設票

（平成24年10月１日調査）

3

厚生労働省

＊一連番号	
＊調査番号	
法人名	
施設名	
施設の所在地	〒　　TEL（　　）－（　　）－（　　）

［注］1　あらかじめ調査票に印字されている項目に変更または誤りがあった場合は、赤字で訂正をしてください。
　　2　＊印の箇所は施設では記入しないでください。

事業所番号		(1)活動状況	1　活動中　2　休止中　3　廃止

(2)開設主体

開設主体：

該当する番号を選択し、左の回答欄に記入してください。

- 01 都道府県
- 02 市区町村
- 03 広域連合・一部事務組合
- 04 日本赤十字社・社会保険関係団体
- 05 医療法人
- 06 社会福祉協議会
- 07 社会福祉法人（社会福祉協議会以外）
- 08 社団・財団法人（公益・一般）
- 09 営利法人（会社）
- 10 その他の法人
- 11 個人

(3)介護報酬上の届出（複数回答）

病院療養型	（1　Ⅰ型　2　Ⅱ型　3　Ⅲ型）
ユニット型病院療養型	（1　Ⅰ型　2　Ⅱ型）
病院経過型	（1　Ⅰ型　2　Ⅱ型）
ユニット型病院経過型	（1　Ⅰ型　2　Ⅱ型）
診療所型	（1　Ⅰ型　2　Ⅱ型）
ユニット型診療所型	（1　Ⅰ型　2　Ⅱ型）
認知症疾患型	（1　Ⅰ型　2　Ⅱ型　3　Ⅲ型　4　Ⅳ型　5　Ⅴ型）
ユニット型認知症疾患型	（1　Ⅰ型　2　Ⅱ型）
認知症経過型	（1　Ⅰ型　2　Ⅱ型）

病床数

療養病床		老人性認知症疾患療養病棟	
介護指定病床を有する病棟の病床数	うち介護指定病床数	介護指定病床を有する病棟の病床数	うち介護指定病床数
床	床	床	床

以下の(4)～(8)の項目は、「介護指定病床」についての状況を記入してください。

(4)病室の状況

多床室				従来型個室	ユニット型	
5人以上室	4人室	3人室	2人室		夫婦等の2人室	個室（準個室を含む）
室	室	室	室	室	室	室

(5)ユニットの状況

「(3)介護報酬上の届出」の種別でユニット型として届け出た病室について記入してください。

療養病床	ユニットの規模（定員）	人	人	人	人	人	人
	ユニット数	ユニット	ユニット	ユニット	ユニット	ユニット	ユニット
老人性認知症疾患療養病棟	ユニットの規模（定員）	人	人	人	人	人	人
	ユニット数	ユニット	ユニット	ユニット	ユニット	ユニット	ユニット

(6)居住費の状況

各居室の種類ごとに施設が設定している料金の高い順に記入してください。
居住費の室数と(4)病室の室数は一致させてください。

多床室	居住費（日額）	円	円	円	円	円
	室定員	人室	人室	人室	人室	人室
	室数	室	室	室	室	室
従来型個室	居住費（日額）	円	円	円	円	円
	室数	室	室	室	室	室
ユニット型準個室（夫婦等の2人室を含む）	居住費（日額）	円	円	円	円	円
	室定員	人室	人室	人室	人室	人室
	室数	室	室	室	室	室
ユニット型個室（夫婦等の2人室を含む）	居住費（日額）	円	円	円	円	円
	室定員	人室	人室	人室	人室	人室
	室数	室	室	室	室	室

(7)食費の状況

施設が設定している料金を日額で記入してください。
なお、料金が複数ある場合は、利用者の最も多い額を記入してください。

1日あたりの食費　　円

見本

裏面につづきます

(8) 施設サービスの状況

「介護指定病床」における９月末日の在院者数（人）

９月末日時点で在院者はいましたか。　1　いた　　2　いない

短期入所療養介護の利用者は含めないでください。

	要介護１	要介護２	要介護３	要介護４	要介護５	その他
療養病床						
老人性認知症疾患療養病棟						

(9) 夜勤時間帯における勤務体制

平成24年９月30日から10月１日にかけて、施設が定める夜勤時間に夜勤を行った職員の勤務体制を記入してください。
例えば、夕方から午前０時までが４名、午前０時から８時までが４名と交代で勤務を行っている場合の勤務体制は８名ではなく、４名となります。

夜勤を行った**看護職員**がいましたか。

1　いた　→　夜勤を行った看護職員　　人
2　いない

夜勤を行った**介護職員**がいましたか。

1　いた　→　夜勤を行った介護職員　　人
2　いない

(10) 夜勤職員の実人員数及び夜勤回数

９月中（平成24年９月１日～30日）に、施設が定める夜勤時間に夜勤を行った職員の実人員数（延人数ではありません）、及び延べ夜勤回数を記入してください。

看護職員　実人員数　　人
延べ夜勤回数　　回

介護職員　実人員数　　人
延べ夜勤回数　　回

(11) 介護福祉士養成校からの実習生受け入れ状況（過去１年間）

平成23年10月１日～平成24年９月30日の間に、**介護福祉士養成校からの実習生を**受け入れたことがありますか。

1　受け入れあり
2　受け入れなし

(12) 社会福祉士養成校からの実習生受け入れ状況（過去１年間）

平成23年10月１日～平成24年９月30日の間に、**社会福祉士養成校からの実習生を**受け入れたことがありますか。

1　受け入れあり
2　受け入れなし

(13) 従事者数

施設に在籍する職員のうち、介護療養型医療施設サービスを行う病棟（診療所においては病室）の業務に携わる従事者について、職種別に記入してください。

	常勤専従	常勤兼務	換算数	非常勤	換算数
1 医師			.		.
2 歯科医師			.		.
3 薬剤師			.		.
4 看護師			.		.
5 准看護師			.		.
6 介護職員			.		.
6 のうち介護福祉士			.		.
7 介護支援専門員			.		.

	常勤専従	常勤兼務	換算数	非常勤	換算数
8 管理栄養士			.		.
9 栄養士			.		.
10 理学療法士			.		.
11 作業療法士			.		.
12 言語聴覚士			.		.
13 精神保健福祉士等			.		.
14 歯科衛生士			.		.

注:1）「常勤専従」の換算数は記入不要です。
従事者数の常勤兼務、非常勤については、以下の計算式により換算数を計算し、小数点以下第２位を四捨五入して小数点以下第１位まで計上してください。
得られた結果が0.1に満たない場合は「0.1」と計上してください。

2）雇用形態にかかわらず、施設が定める１週間の勤務時間（所定労働時間）の全てを勤務している場合は「常勤」、勤務していない場合は「非常勤」としてください。

$$\text{換算数} = \frac{\text{従事者の１週間の勤務延時間数（残業は除く）}}{\text{当該施設において常勤の従事者が勤務すべき１週間の時間数（所定労働時間）}}$$

（１週間の時間数が32時間を下回る場合は分母を32時間としてください。）　（換算数の詳細は手引を参照してください）

※調査票の記入内容について質問する際の問い合わせ先として使用する場合があります。施設の代表者の氏名ではなく、実際に調査票を記入した施設の担当者の氏名と連絡先を記入してください。なお、FAXの記入は任意です。

調査票記入者名・担当部署と連絡先（※必須）	（担当部署名） （調査票記入者名） ふりがな 電話（　　－　　－　　）
上記以外連絡先（携帯、ＦＡＸ等）	

ご協力ありがとうございました

見本

秘 政府統計

介護サービス施設・事業所調査

訪問看護ステーション票

（平成24年10月１日調査）

4

厚生労働省

＊一連番号	
＊調査番号	

［注］１　あらかじめ調査票に印字されている項目に変更または誤りがあった場合は、赤字で訂正をしてください。
　　２　＊印の箇所は事業所では記入しないでください。

法人名	
ステーション名	
ステーションの所在地	〒　　TEL（　　）－（　　）－（　　）

(1) サービスの種類・事業所番号

・９月30日現在、貴事業所において指定を受けている下記の事業について、印字内容を確認し、活動状況の該当する番号を○で囲んでください。
・事業所番号、ステーション名が**印字されていない事業については、調査票は記入不要です。**
・休止届や廃止届を提出している場合は「休止中」「廃止」に○をつけてください。以降の設問には記入不要です。

サービスの種類	事業所番号	ステーション名	活動状況
041 介護予防訪問看護			1 活動中　2 休止中　3 廃止
042 訪問看護			1 活動中　2 休止中　3 廃止

(2) 開設主体

※該当する番号を選択し、左の欄に記入してください。

開設主体

01　都道府県
02　市区町村
03　広域連合・一部事務組合
04　日本赤十字社・社会保険関係団体
05　医療法人
06　医師会
07　看護協会
08　社団・財団法人（06、07以外の公益・一般）
09　社会福祉協議会
10　社会福祉法人（社会福祉協議会以外）
11　農業協同組合及び連合会
12　消費生活協同組合及び連合会
13　営利法人（会社）
14　特定非営利活動法人（NPO）
15　01～14以外

(3) 加算等の届出の状況

介護保険法　※該当する番号を**それぞれにつき１つ**○で囲んでください。

緊急時訪問看護加算の届出	1　あり	2　なし
特別管理体制の届出	1　あり	2　なし
ターミナルケア体制の届出	1　あり	2　なし
サービス提供体制強化加算の届出	1　あり	2　なし

健康保険法等　※該当する番号を**それぞれにつき１つ**○で囲んでください。

1　24時間対応体制加算の届出あり　　2　24時間連絡体制加算の届出あり　　3　1，2いずれもなし

１または２の場合

1　特別管理加算の届出あり　　2　特別管理加算の届出なし

(4) 出張所等（サテライト事業所）の状況

サテライト事業所数　　事業所

９月中のサテライト事業所の利用実人員数　　人

９月中のサテライト事業所からの訪問回数の合計　　回

次ページにつづきます

見本

(5) 9月中のサービスの提供状況

介護保険法

営業日数とは、利用者がいなくても事業所を営業していた(利用者がいれば実施できる状態であった)日のことをいいます。
介護と介護予防を一体的に行っている場合は、同一の営業日数を記入してください。
※**利用実人員数欄**には、介護保険法による(介護予防)訪問看護を1回でも利用した者について計上してください。
※**訪問回数の合計欄**には、支給限度額を超えた訪問回数及び健康保険法等併給による訪問回数も含めて計上してください。
※**訪問回数の合計の(再掲)**については、看護職員を伴わずにPT(理学療法士)、OT(作業療法士)、ST(言語聴覚士)の何れかのみで訪問した回数を内数として再計上してください。(但し、PT2人や、PTとOTなど1回に複数で訪問した場合も1回とします。)

介護予防訪問看護

9月中の営業日数 [ ] 日

9月中の利用者 [1 あり　2 なし]

	要支援1	要支援2	要支援認定申請中
利用実人員数(人)	人	人	人
訪問回数の合計(回)	回	回	回
うちPT、OT、STのみによる訪問回数の合計(回)(再掲)	回	回	回

訪問看護(介護給付)

9月中の営業日数 [ ] 日

9月中の利用者 [1 あり　2 なし]

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	要介護認定申請中
利用実人員数(人)	人	人	人	人	人	人
訪問回数の合計(回)	回	回	回	回	回	回
うちPT、OT、STのみによる訪問回数の合計(回)(再掲)	回	回	回	回	回	回

健康保険法等との併給者

	併給者
利用実人員数(人)	人
うち新たな疾病等の診断による(再掲)	人
うち特別訪問看護指示書による(再掲)	人
訪問回数の合計(回)	回

※　上記の介護保険法利用者のうち、月の途中で健康保険法等による給付が行われた者を、該当する理由別に計上してください。

※　「新たな疾病等の診断による」とは、厚生労働大臣が定める疾病等(末期の悪性腫瘍、神経難病等)として新たに診断を受けた場合をいいます。

健康保険法等及びその他

	健康保険法等	その他
利用実人員数(人)	人	人
訪問回数の合計(回)	回	回
うちPT、OT、STのみによる訪問回数の合計(回)(再掲)	回	

※「健康保険法等」欄には、介護保険法による(介護予防)訪問看護を1回も利用せず健康保険法等のみによる訪問看護を利用した者について計上してください。
(**健康保険法等**とは、後期高齢者医療制度、健康保険、国民健康保険、生活保護、労災保険等の医療保険及び公費負担医療をいいます。)

※「その他」欄には、介護保険法及び健康保険法等いずれの保険制度も利用していない者で、9月中のすべての訪問看護を全額自費により受けた者及び市町村事業による者について計上してください。

(6) 9月中の利用者

緊急時等の利用状況

介護保険法の利用者		介護予防訪問看護	訪問看護(介護給付)
緊急時訪問看護加算に同意をしている実人員数		人	人
緊急時訪問看護	利用実人員数(人)	人	人
	訪問回数の合計(回)	回	回

健康保険法等の利用者		
24時間対応体制加算に同意をしている実人員数		人
緊急時訪問看護	利用実人員数(人)	人
	訪問回数の合計(回)	回
24時間連絡体制加算に同意をしている実人員数		人

死亡によるサービスの終了者

	介護保険法		健康保険法等	
	ターミナルケア加算		訪問看護ターミナルケア療養費	
	加算ありの利用者数	加算なしの利用者数	療養費ありの利用者数	療養費なしの利用者数
9月中に死亡した利用者数	人	人	人	人
在宅で死亡した利用者数	人	人	人	人
在宅以外で死亡した利用者数	人	人	人	人

見本

次ページにつづきます

(7) 従事者数

※常勤兼務と非常勤に記入した場合は、換算数を記入してください。

	常勤専従	常勤兼務	換算数	非常勤	換算数		常勤専従	常勤兼務	換算数	非常勤	換算数
1 保健師			.		.	5 理学療法士			.		.
2 助産師			.		.	6 作業療法士			.		.
3 看護師			.		.	7 言語聴覚士			.		.
4 准看護師			.		.	8 その他の職員			.		.
						1～7のうちサテライト事業所の従事者			.		.

（注）従事者数の常勤兼務、非常勤については、以下の計算式により換算数を計算し、小数点以下第２位を四捨五入して小数点以下第１位まで計上してください。得られた結果が0.1に満たない場合は「0.1」と計上してください。

※常勤兼務≧換算数、非常勤≧換算数となります。**常勤専従については、換算数の記入は不要です。**

※「介護予防訪問看護」と「訪問看護」を一体的に行っている場合は、兼務ではありません。

※雇用形態にかかわらず、事業所が定める１週間の勤務時間（所定労働時間）の全てを勤務している場合は「常勤」、勤務していない場合は「非常勤」としてください。

$$\text{換算数} = \frac{\text{従事者の１週間の勤務延時間数（残業は除く）}}{\text{当該事業所において常勤の従事者が勤務すべき１週間の時間数（所定労働時間）}}$$

（換算数の詳細は手引き参照）

（１週間の時間数が32時間を下回る場合は分母を32時間としてください。）

(8)「居宅介護支援事業所」の併設の状況と従事者による介護支援専門員（ケアマネージャー）の兼務状況

「居宅介護支援事業所」と併設している場合は、「1　併設している」の番号を○で囲み、介護支援専門員と兼務の有無を回答してください。

1　併設している　　2　併設していない

介護支援専門員と兼務している場合は、「1　兼務あり」の番号を○で囲み、その人数を記入してください。

1　兼務あり　＿＿＿＿人　　2　兼務なし

(9) 居宅療養管理指導の指定事業者の届出の状況と利用者数

居宅療養管理指導（介護予防を含む）のサービス事業者としての指定を受けている場合は「1　指定あり」の番号を○で囲み、利用実人員数を記入してください。

1　指定あり　　2　指定なし

平成24年９月中の利用実人員数　　人

(10) 定期巡回・随時対応型訪問介護看護との連携の有無

定期巡回・随時対応型訪問介護看護の法２号型（連携型）事業所との連携がありますか。

1　連携あり　　2　連携なし

(11) 複合型サービス事業所の併設の有無

複合型サービス事業所を併設していますか。

1　併設している　　2　併設していない

※調査票記入者名は、調査票の審査の際の問い合わせ先として使用する場合がありますので、事業所の代表者の氏名ではなく、実際に調査票を記入した事業所の担当者の氏名（担当部署等）と連絡先（電話番号）を記入してください。

調査票記入者名・担当部署と連絡先（※必須）	（担当部署名） （調査票記入者名） ふりがな 電話（　　－　　－　　）
上記以外連絡先（携帯、ＦＡＸ等）	

ご協力ありがとうございました

見本

秘 政府統計

介護サービス施設・事業所調査
居宅サービス事業所（福祉関係）票
（平成24年10月１日調査）

5

厚生労働省

＊一連番号	
＊調査番号	

［注］＊印の箇所は事業所では記入しないでください。

法人名	
事業所名	
事業所の所在地	〒　　TEL（　　）－（　　）－（　　）

(1) サービスの種類・事業所番号

・９月30日現在で、貴事業所において指定を受けている下記の各事業について、該当する「活動状況」の１つに○をつけ、印字されている事業所番号、事業所名を確認してください。**変更・誤りがある場合は、赤字で余白に修正をしてください。**
確認後は、サービスの種類ごとに右側に示したページへ進み、調査票を記入してください。**なお、印字されていない事業については記入不要です。**
・下記サービスの「活動状況」欄は、休止届や廃止届を出している場合は、「休止中」、「廃止」に○をつけてください。その場合、以降のページは記入不要です。
上記以外で利用者がいない場合でも「活動中」に○をつけ、回答ページに進んでください。
・サービスにより記入者が異なる場合は、お手数ですが、**この調査票を事業所内で回覧の上**、記入してください（同一法人・同一住所のサービス事業所の場合、以下の全サービスについて、この調査票に記入してください）。
・調査票は住所ごとに送付していますので（同一法人・同一住所の事業所には、まとめて送付）、別住所におけるサービスの記入は不要です。

サービスの種類	事業所番号	事業所名	活動状況（１つに○）	回答ページ
071 介護予防通所介護			1 活動中　2 休止中　3 廃止	2ページに記入してください
072 通所介護			1 活動中　2 休止中　3 廃止	
081 介護予防短期入所生活介護			1 活動中　2 休止中　3 廃止	3ページに記入してください
082 短期入所生活介護			1 活動中　2 休止中　3 廃止	
091 介護予防特定施設入居者生活介護			1 活動中　2 休止中　3 廃止	4ページに記入してください
092 特定施設入居者生活介護			1 活動中　2 休止中　3 廃止	
111 介護予防訪問入浴介護			1 活動中　2 休止中　3 廃止	5ページに記入してください
112 訪問入浴介護			1 活動中　2 休止中　3 廃止	
121 介護予防福祉用具貸与			1 活動中　2 休止中　3 廃止	6ページに記入してください
122 福祉用具貸与			1 活動中　2 休止中　3 廃止	
131 特定介護予防福祉用具販売			1 活動中　2 休止中　3 廃止	
132 特定福祉用具販売			1 活動中　2 休止中　3 廃止	
191 介護予防支援			1 活動中　2 休止中　3 廃止	7ページに記入してください
201 居宅介護支援			1 活動中　2 休止中　3 廃止	8ページに記入してください
101 介護予防訪問介護			1 活動中　2 休止中　3 廃止	9ページに記入してください
102 訪問介護			1 活動中　2 休止中　3 廃止	

(2) 経営主体

※右のリストから、該当する番号を１つ選択し、左の欄に記入してください。

経営主体 [　]

01 都道府県
02 市区町村
03 広域連合・一部事務組合
04 社会福祉協議会
05 社会福祉法人（社会福祉協議会以外）
06 医療法人
07 社団・財団法人（公益・一般）
08 農業協同組合及び連合会
09 消費生活協同組合及び連合会
10 営利法人（会社）
11 特定非営利活動法人（NPO）
12 その他の法人
13 01～12以外（個人を含む。）

(3) 苦情解決のための取組状況（複数回答）

該当する番号をすべて○で囲んでください。

1 苦情受付窓口を設置
2 苦情解決責任者を設置
3 共同で第三者委員を設置
4 単独で第三者委員を設置
5 １～４以外の取組を実施している

※調査票の記入内容について質問する際の問い合わせ先として使用する場合があります。事業所の代表者の氏名ではなく、実際に調査票を記入した事業所の担当者の氏名と連絡先を記入してください。なお、FAXの記入は任意です。

調査票記入者名・担当部署と連絡先（※必須）	（担当部署名） （調査票記入者名） ふりがな 電話（　　－　　－　　）
上記以外連絡先（携帯、ＦＡＸ等）	

（記入ページのみを剥がしたりせず、冊子のままご返送下さい。）

見本

【０７１介護予防通所介護・０７２通所介護】

記入者名（　　）　電話番号（　　－　　－　　）

(4)事業所の形態

事業所の形態について、該当する番号をすべて○で囲んでください。

1　小規模型事業所　　3　大規模型事業所（Ⅰ）　　5　療養通所介護事業所
2　通常規模型事業所　　4　大規模型事業所（Ⅱ）　　6　介護予防事業所

(5)サービスの提供状況

現在、指定を受けて活動中のサービスについて、利用者の有無に関わらず、提供体制（定員・開催日数）を記入してください。
「９月中」の利用者がいない場合には、「２　なし」を○で囲んでください。
なお、(4)において５に○をした事業所のみ、療養通所介護欄に記入してください。

介護予防通所介護

※右表「単位ごとの定員数」は、１週間のサービス提供実施単位ごとの定員を記入してください。
※介護と介護予防を一体的に行っている場合は、同一の定員、開催日数を記入してください。
※定員の記入方法の詳細は、手引きを参照してください。

定員	人
９月中の開催日数	日

単位１の定員		単位４の定員	
単位２の定員		単位５の定員	
単位３の定員		単位６の定員	

９月中の利用者
1　あり →
2　なし

	要支援１	要支援２	その他
利用実人員数（人）			
利用延人員数（人）			

通所介護

※右表「単位ごとの定員数」は、１週間のサービス提供実施単位ごとの定員を記入してください。
※介護と介護予防を一体的に行っている場合は、同一の定員、開催日数、単位数を記入してください。
※定員の記入方法の詳細は、手引きを参照してください。

定員	人
９月中の開催日数	日

単位１の定員		単位４の定員	
単位２の定員		単位５の定員	
単位３の定員		単位６の定員	

９月中の利用者
1　あり →
2　なし

	要介護１	要介護２	要介護３	要介護４	要介護５	その他
利用実人員数（人）						
利用延人員数（人）						

療養通所介護

※印字されている療養通所介護サービスの事業所番号を確認し、変更・誤りのある場合は修正をしてください。

事業所番号

定員　　人　　９月中の開催日数　　日

９月中の利用者
1　あり →
2　なし

	要介護１	要介護２	要介護３	要介護４	要介護５	その他
利用実人員数（人）						
利用延人員数（人）						

(6)社会福祉法人等による軽減の状況

1　実施している →　９月中の軽減者数　　人（生活保護受給者等は含みません）
2　実施していない

(7)介護福祉士養成校及び社会福祉士養成校からの実習生受け入れ状況（過去１年間）

平成23年10月１日～平成24年９月30日の間に
介護福祉士養成校からの実習生を受け入れたことがありますか。
1　受け入れあり
2　受け入れなし

平成23年10月１日～平成24年９月30日の間に
社会福祉士養成校からの実習生を受け入れたことがありますか。
1　受け入れあり
2　受け入れなし

(8)従事者数

	常勤専従	常勤兼務	換算数	非常勤	換算数
1 医師					
2 看護師					
3 准看護師					
4 機能訓練指導員					
4 のうち 理学療法士					
4 のうち 作業療法士					
4 のうち 言語聴覚士					
4 のうち 看護師					
4 のうち 准看護師					
4 のうち 柔道整復師					
4 のうち あん摩マッサージ指圧師					

	常勤専従	常勤兼務	換算数	非常勤	換算数
5 調理員					
6 管理栄養士					
7 栄養士					
8 歯科衛生士					
9 生活相談員					
9 のうち 社会福祉士					
10 介護職員					
10 のうち 介護福祉士					
11 その他の職員					

（補問）認定特定行為業務従事者
（介護職員等であって、喀痰吸引等の業務の登録認定を受けた従事者）
人

（注）**「常勤専従」については、換算数の記入は不要です。**
「常勤兼務」「非常勤」については、右記の計算式により換算数を計算し、それぞれの「換算数」欄に記入してください。
小数点以下第２位を四捨五入して小数点以下第１位まで計上してください。
得られた結果が0.1に満たない場合は「0.1」と計上してください。
※　「介護予防通所介護」と「通所介護」を一体的に行っている場合は、兼務ではありません。
※　雇用形態にかかわらず、事業所が定める１週間の勤務時間（所定労働時間）の全てを勤務している場合は「常勤」、勤務していない場合は「非常勤」としてください。

$$\text{換算数} = \frac{\text{従事者の１週間の勤務延時間数（残業は除く）}}{\text{当該事業所において常勤の従事者が勤務すべき１週間の時間数（所定労働時間）}}$$

（１週間の時間数が32時間を下回る場合は分母を32時間としてください。）

（換算数の詳細は手引きを参照してください。）

【071介護予防通所介護・072通所介護】については以上です。他のサービスを提供している場合は、１ページに戻り、該当ページにご記入ください。

見本

【０８１介護予防短期入所生活介護・０８２短期入所生活介護】

記入者名（　　）　電話番号（　　－　　－　　）

(9) 介護報酬上の届出種別（複数回答）

介護報酬上の届出について、該当する番号をすべて○で囲んでください。

1　単独型　　3　空床型　　5　併設型ユニット型
2　併設型　　4　単独型ユニット型　　6　空床型ユニット型

※(9)において「1　単独型」、「2　併設型」、「4　単独型ユニット型」、「5　併設型ユニット型」に○をした方は、以下(10)～(14)に回答してください（「3　空床型」、「6　空床型ユニット型」のみに○をした事業所で他のサービスを提供している場合は、1ページに戻り、該当ページにご記入ください）。「2」と「5」に○をつけた事業所は、併設型分についてのみ記入してください。

(10) サービスの提供状況

現在、指定を受けて活動中のサービスについて、提供体制（定員）を記入してください。
「9月中」の利用者がいない場合には、「2　なし」を○で囲んでください。
空床利用している利用者は含めず、指定を受けている事業でサービスの利用者を記入してください。

	定員（※介護と介護予防を一体的に行っている場合は、同一の定員を記入してください。）	9月中の利用者		要支援1	要支援2	その他
介護予防短期入所生活介護	人	1 あり 2 なし	利用実人員数（人）			
			利用日数合計（日）			

	定員（※介護と介護予防を一体的に行っている場合は、同一の定員を記入してください。）	9月中の利用者		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他
短期入所生活介護	人	1 あり 2 なし	利用実人員数（人）						
			利用日数合計（日）						

(11) 居室の状況

空床利用している居室は含めず、指定を受けている居室を記入してください。

多床室				従来型個室	ユニット型	
5人以上室	4人室	3人室	2人室		夫婦等の2人室	個室（準個室を含む）
室	室	室	室	室	室	室

(12) 社会福祉法人等による軽減の状況

1　実施している
2　実施していない

9月中の軽減者数　　人
うち生活保護受給者数　　人

(13) 介護福祉士養成校及び社会福祉士養成校からの実習生受け入れ状況（過去1年間）

平成23年10月1日～平成24年9月30日の間に
介護福祉士養成校からの実習生を受け入れたことがありますか。

1　受け入れあり
2　受け入れなし

平成23年10月1日～平成24年9月30日の間に
社会福祉士養成校からの実習生を受け入れたことがありますか。

1　受け入れあり
2　受け入れなし

(14) 従事者数

	常勤専従	常勤兼務	換算数	非常勤	換算数
1 医師					
2 看護師					
3 准看護師					
4 機能訓練指導員					
4 のうち 理学療法士					
4 のうち 作業療法士					
4 のうち 言語聴覚士					
4 のうち 看護師					
4 のうち 准看護師					
4 のうち 柔道整復師					
4 のうち あん摩マッサージ指圧師					

	常勤専従	常勤兼務	換算数	非常勤	換算数
5 調理員					
6 管理栄養士					
7 栄養士					
8 介護支援専門員					
9 生活相談員					
9 のうち 社会福祉士					
10 介護職員					
10 のうち 介護福祉士					
11 その他の職員					

（補問）認定特定行為業務従事者
（介護職員等であって、喀痰吸引等の業務の登録認定を受けた従事者）
人

（注）**「常勤専従」については、換算数の記入は不要です。**
「常勤兼務」「非常勤」については、右記の計算式により換算数を計算し、それぞれの「換算数」欄に記入してください。
小数点以下第2位を四捨五入して小数点以下第1位まで計上してください。
得られた結果が0.1に満たない場合は「0.1」と計上してください。
※「介護予防短期入所生活介護」と「短期入所生活介護」を一体的に行っている場合は、兼務ではありません。
※ 雇用形態にかかわらず、事業所が定める1週間の勤務時間（所定労働時間）の全てを勤務している場合は「常勤」、勤務していない場合は「非常勤」としてください。

換算数 ＝ 従事者の1週間の勤務延時間数（残業は除く） ／ 当該事業所において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数（所定労働時間）

（1週間の時間数が32時間を下回る場合は分母を32時間としてください。）

（換算数の詳細は手引きを参照してください。）

【081介護予防短期入所生活介護・082短期入所生活介護】については以上です。他のサービスを提供している場合は、1ページに戻り、該当ページにご記入ください。

見本

記入者名（　　）　電話番号（　　－　　－　　）

⑮事業所の形態

該当する番号を1つ○で囲んでください。

1　有料老人ホーム　　2　軽費老人ホーム　　3　養護老人ホーム　　4　サービス付き高齢者向け住宅

（4に該当するものを除く）

⑯サービスの提供状況

現在、指定を受けて活動中のサービスについて、利用者の有無に関わらず、提供体制（定員）を記入してください。
「9月中」の利用者がいない場合には、「2　なし」を○で囲んでください。

	定員 ※介護と介護予防を一体的に行っている場合は、同一の定員を記入してください。	9月中の利用者	9月末日の利用者数（人）	要支援1	要支援2	要支援認定申請中
介護予防特定施設入居者生活介護	人	1　あり 2　なし				

	定員 ※介護と介護予防を一体的に行っている場合は、同一の定員を記入してください。	9月中の利用者	9月末日の利用者数（人）	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	要介護認定申請中
特定施設入居者生活介護	人	1　あり 2　なし							

⑰人員配置区分の状況

1　一般型　　2　外部サービス利用型

「2　外部サービス利用型」を選択された場合には、利用しているサービスについてあてはまる番号をすべて○で囲んでください。

1　（介護予防）訪問介護
2　（介護予防）訪問看護
3　（介護予防）通所介護
4　（介護予防）福祉用具貸与
5　（介護予防）その他

⑱介護専用型・混合型の区分

1　専用型　　2　混合型

「専用型」とは、特定施設のうち入居者が要介護者とその配偶者などに限られるものをいいます。
「混合型」とは、それ以外の特定施設をいいます。

⑲介護福祉士養成校及び社会福祉士養成校からの実習生受け入れ状況（過去1年間）

平成23年10月1日～平成24年9月30日の間に**介護福祉士養成校からの実習生**を受け入れたことがありますか。

1　受け入れあり
2　受け入れなし

平成23年10月1日～平成24年9月30日の間に**社会福祉士養成校からの実習生**を受け入れたことがありますか。

1　受け入れあり
2　受け入れなし

⑳従事者数

	常勤専従	常勤兼務	換算数	非常勤	換算数
1 介護職員					
1 のうち 介護福祉士					
2 生活相談員					
2 のうち 社会福祉士					
3 看護師					
4 准看護師					
5 計画作成担当者					
6 機能訓練指導員					
6 のうち 理学療法士					
6 のうち 作業療法士					
6 のうち 言語聴覚士					
6 のうち 看護師					
6 のうち 准看護師					
6 のうち 柔道整復師					
6 のうち あん摩マッサージ指圧師					
7 その他の職員					

（補問）認定特定行為業務従事者
（介護職員等であって、喀痰吸引等の業務の登録認定を受けた従事者）
人

（注）**「常勤専従」については、換算数の記入は不要です。**
「常勤兼務」「非常勤」については、下記の計算式により換算数を計算し、それぞれの「換算数」欄に記入してください。
小数点以下第2位を四捨五入して小数点以下第1位まで計上してください。
得られた結果が0.1に満たない場合は「0.1」と計上してください。

※　「介護予防特定施設入居者生活介護」と「特定施設入居者生活介護」を一体的に行っている場合は、兼務ではありません。

※　雇用形態にかかわらず、事業所が定める1週間の勤務時間（所定労働時間）の全てを勤務している場合は「常勤」、勤務していない場合は「非常勤」としてください。

$$\text{換算数} = \frac{\text{従事者の1週間の勤務延時間数（残業は除く）}}{\text{当該事業所において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数（所定労働時間）}}$$

（1週間の時間数が32時間を下回る場合は分母を32時間としてください。）

（換算数の詳細は手引きを参照してください。）

見本

【091介護予防特定施設入居者生活介護・092特定施設入居者生活介護】については以上です。他のサービスを提供している場合は、1ページに戻り、該当ページにご記入ください。

【１１１介護予防訪問入浴介護・１１２訪問入浴介護】

記入者名（　　）　電話番号（　　－　　－　　）

(21) サービスの提供状況

現在、指定を受けて活動中のサービスについて、利用者の有無に関わらず、提供体制（営業日数）を記入してください。
「９月中」の利用者がいない場合には、「２　なし」を○で囲んでください。

	9月中の営業日数 ※介護と介護予防を一体的に行っている場合は、同一の営業日数を記入してください。	9月中の利用者		要支援１	要支援２	その他
介護予防訪問入浴介護	日	１ あり →	利用実人員数（人）			
		２ なし	訪問回数合計（回）			

	9月中の営業日数 ※介護と介護予防を一体的に行っている場合は、同一の営業日数を記入してください。	9月中の利用者		要介護１	要介護２	要介護３	要介護４	要介護５	その他
訪問入浴介護	日	１ あり →	利用実人員数（人）						
		２ なし	訪問回数合計（回）						

(22) 介護福祉士養成校からの実習生受け入れ状況（過去１年間）

平成23年10月１日～平成24年９月30日の間に、**介護福祉士養成校からの実習生**を受け入れたことがありますか。

１　受け入れあり
２　受け入れなし

(23) 従事者数

＊　資格(1)～(4)の中で複数の資格を有している者については、最も若い番号の資格について記入してください。

	常勤専従	常勤兼務	換算数	非常勤	換算数
１介護職員					
＊ (1) １のうち介護福祉士					
＊ (2) １のうち介護職員基礎研修課程修了者					
＊ (3) １のうち ホームヘルパー１級研修課程修了者					
＊ (4) １のうち ホームヘルパー２級研修課程修了者					
２看護師					
３准看護師					
４その他の職員					

（注）**「常勤専従」については、換算数の記入は不要です。**
「常勤兼務」「非常勤」については、下記の計算式により換算数を計算し、それぞれの「換算数」欄に記入してください。
小数点以下第２位を四捨五入して小数点以下第１位まで計上してください。
得られた結果が0.1に満たない場合は「0.1」と計上してください。

$$\text{換算数} = \frac{\text{従事者の１週間の勤務延時間数（残業は除く）}}{\text{当該事業所において常勤の従事者が勤務すべき１週間の時間数（所定労働時間）}}$$

（１週間の時間数が32時間を下回る場合は分母を32時間としてください。）

※　「介護予防訪問入浴介護」と「訪問入浴介護」を一体的に行っている場合は、兼務ではありません。

※　雇用形態にかかわらず、事業所が定める１週間の勤務時間（所定労働時間）の全てを勤務している場合は「常勤」、勤務していない場合は「非常勤」としてください。

（換算数の詳細は手引きを参照してください。）

見本

【111介護予防訪問入浴介護・112訪問入浴介護】については以上です。他のサービスを提供している場合は、１ページに戻り、該当ページにご記入ください。

【１２１介護予防福祉用具貸与・１２２福祉用具貸与・１３１特定介護予防福祉用具販売・１３２特定福祉用具販売】

記入者名（　　）　電話番号（　　－　　－　　）

現在、指定を受けて活動中のサービスについて、利用者の有無に関わらず、提供体制（営業日数）を記入してください。
「９月中」の利用者がいない場合には、「２　なし」を○で囲んでください。

介護予防福祉用具貸与・福祉用具貸与

㉔サービスの提供状況

介護予防福祉用具貸与

９月中の営業日数　　日

※営業日数とは、利用者がいなくても事業所を営業していた（利用者がいれば実施できる状態であった）日のことをいいます。
※介護と介護予防を一体的に行っている場合は、同一の営業日数を記入してください。

９月中の介護保険の利用者（９月以前からの継続利用者を含む）

１　あり → 利用実人員　　人
２　なし

福祉用具貸与

９月中の営業日数　　日

※営業日数とは、利用者がいなくても事業所を営業していた（利用者がいれば実施できる状態であった）日のことをいいます。
※介護と介護予防を一体的に行っている場合は、同一の営業日数を記入してください。

９月中の介護保険の利用者（９月以前からの継続利用者を含む）

１　あり → 利用実人員　　人
２　なし

特定介護予防福祉用具販売・特定福祉用具販売

㉕サービスの提供状況

特定介護予防福祉用具販売

９月中の営業日数　　日

※営業日数とは、利用者がいなくても事業所を営業していた（利用者がいれば実施できる状態であった）日のことをいいます。
※介護と介護予防を一体的に行っている場合は、同一の営業日数を記入してください。

特定福祉用具販売

９月中の営業日数　　日

※営業日数とは、利用者がいなくても事業所を営業していた（利用者がいれば実施できる状態であった）日のことをいいます。
※介護と介護予防を一体的に行っている場合は、同一の営業日数を記入してください。

「９月中の福祉用具販売数（介護保険のみ）」を記入してください。

１　あり →
２　なし

腰掛便座	自動排泄処理装置の交換可能部品	入浴補助用具	簡易浴槽	移動用リフトのつり具の部分

【共通】介護予防福祉用具貸与・福祉用具貸与・特定介護予防福祉用具販売・特定福祉用具販売

㉖福祉用具専門相談員の資格の状況

福祉用具専門相談員の資格についておたずねします。保有している資格に人数を記入してください。
１人の者が１～８の複数の資格を保有している場合は、該当する資格全てに記入してください。

１ 介護福祉士　　人	３ 保　健　師　　人	５ 准看護師　　人	７ 作業療法士　　人
２ 義肢装具士　　人	４ 看　護　師　　人	６ 理学療法士　　人	８ 社会福祉士　　人

上記１～８に該当しない者で
- ９ 福祉用具専門相談員指定講習会修了者　　人
- 10 １～９以外の有資格者　　人

㉗従事者数

	常勤専従	常勤兼務	換算数	非常勤	換算数		常勤専従	常勤兼務	換算数	非常勤	換算数
１ 福祉用具専門相談員			.		.	２ その他の職員			.		.

（注）**「常勤専従」については、換算数の記入は不要です。**
「常勤兼務」「非常勤」については、右記の計算式により換算数を計算し、それぞれの「換算数」欄に記入してください。
小数点以下第２位を四捨五入して小数点以下第１位まで計上してください。
得られた結果が0.1に満たない場合は「0.1」と計上してください。

換算数 ＝ 従事者の１週間の勤務延時間数（残業は除く） ／ 当該事業所において常勤の従事者が勤務すべき１週間の時間数（所定労働時間）

（１週間の時間数が32時間を下回る場合は分母を32時間としてください。）

※ 「介護予防福祉用具貸与」「福祉用具貸与」「特定介護予防福祉用具販売」「特定福祉用具販売」を一体的に行っている場合は、兼務ではありません。

※ 雇用形態にかかわらず、事業所が定める１週間の勤務時間（所定労働時間）の全てを勤務している場合は「常勤」、勤務していない場合は「非常勤」としてください。

（換算数の詳細は手引きを参照してください。）

【121介護予防福祉用具貸与・122福祉用具貸与・131特定介護予防福祉用具販売・132特定福祉用具販売】については以上です。
他のサービスを提供している場合は、１ページに戻り、該当ページにご記入ください。

見本

【１９１介護予防支援（地域包括支援センター）】

記入者名（　　）　電話番号（　　－　　－　　）

(28) 独立・併設の状況（複数回答）

同一法人（法人が異なっても実質的同一経営の場合を含む。）が同一又は隣接の敷地内で運営している異なる施設・事業所について、該当する番号をすべて○で囲んでください。

1　介護保険施設と併設している
2　居宅サービス事業所、介護予防サービス事業所、地域密着型サービス事業所又は地域密着型介護予防サービス事業所と併設している
3　居宅介護支援事業所と併設している
4　介護療養型医療施設以外の病院・診療所と併設している
5　上記以外と併設している
6　１～５との併設はない（独立事業所）

(29) サービスの提供状況

９月中の委託の状況についておたずねします。**介護予防支援業務の一部（要支援者のケアプラン作成）を居宅介護支援事業所に委託しましたか。**
委託した場合、委託した人数、委託した事業所数をご記入ください。

９月中の委託
1　委託あり
2　委託なし

	要支援１	要支援２	その他
利用実人員数（人）			
うち９月中の新規の利用実人員数（人）			

委託した事業所数は　　事業所

９月中の利用者を記入してください。**上記で回答した委託した人数は除きます。**

９月中の利用者
1　あり
2　なし

	要支援１	要支援２	その他
利用実人員数（人）			
うち９月中の新規の利用実人員数（人）			

(30) 社会福祉士養成校からの実習生受け入れ状況（過去１年間）

平成23年10月１日～平成24年９月30日の間に、**社会福祉士養成校からの実習生**を受け入れたことがありますか。

1　受け入れあり
2　受け入れなし

(31) 従事者数

＊　従事者数の再掲欄において、当該専門職員が複数の資格を有している場合は、通常標榜している資格を１つ決めた上で、当該資格欄に記載してください。

	常勤専従	常勤兼務	換算数	非常勤	換算数
１専門職員					
＊ (1) １のうち保健師					
＊ (2) １のうち看護師					
＊ (3) １のうち社会福祉士					
＊ (4) １のうち介護支援専門員					
＊ (5) １のうち高齢者保健福祉に関する相談援助業務等に３年以上従事した社会福祉主事					
２その他の職員					

（注）**「常勤専従」については、換算数の記入は不要です。**
「常勤兼務」「非常勤」については、下記の計算式により換算数を計算し、それぞれの「換算数」欄に記入してください。
小数点以下第２位を四捨五入して小数点以下第１位まで計上してください。
得られた結果が0.1に満たない場合は「0.1」と計上してください。

※　雇用形態にかかわらず、事業所が定める１週間の勤務時間（所定労働時間）の全てを勤務している場合は「常勤」、勤務していない場合は「非常勤」としてください。

$$\text{換算数} = \frac{\text{従事者の１週間の勤務延時間数（残業は除く）}}{\text{当該事業所において常勤の従事者が勤務すべき１週間の時間数（所定労働時間）}}$$

（１週間の時間数が32時間を下回る場合は分母を32時間としてください。）

（換算数の詳細は手引きを参照してください。）

【191介護予防支援（地域包括支援センター）】については以上です。他のサービスを提供している場合は、１ページに戻り、該当ページにご記入ください。

見本

【２０１居宅介護支援】

記入者名（　　）　電話番号（　　－　　－　　）

㉜独立・併設の状況（複数回答）	同一法人（法人が異なっても実質的同一経営の場合を含む。）が同一又は隣接の敷地内で運営している異なる施設・事業所について、該当する番号を<u>すべて</u>○で囲んでください。 1　介護保険施設と併設している 2　居宅サービス事業所、介護予防サービス事業所、地域密着型サービス事業所又は地域密着型介護予防サービス事業所と併設している 3　介護予防支援事業所（地域包括支援センター）と併設している 4　介護療養型医療施設以外の病院・診療所と併設している 5　上記以外と併設している 6　１～５との併設はない（独立事業所）

㉝サービスの提供状況

９月中の利用者を記入してください。介護予防支援事業所から委託を受けた人数は除きます。

９月中の利用者

1　あり →
2　なし

	要介護１	要介護２	要介護３	要介護４	要介護５	その他
利用実人員数（人）						
うち９月中の新規の利用実人員数（人）						

㉞社会福祉士養成校からの実習生受け入れ状況（過去１年間）

平成23年10月１日～平成24年９月30日の間に、**社会福祉士養成校からの実習生**を受け入れたことがありますか。

1　受け入れあり
2　受け入れなし

㉟従事者数

	常勤専従	常勤兼務	換算数	非常勤	換算数
１介護支援専門員					
１のうち主任介護支援専門員					
２その他の職員					

（注）**「常勤専従」については、換算数の記入は不要です。**
「常勤兼務」「非常勤」については、下記の計算式により換算数を計算し、それぞれの「換算数」欄に記入してください。
小数点以下第２位を四捨五入して小数点以下第１位まで計上してください。
得られた結果が0.1に満たない場合は「0.1」と計上してください。

※　雇用形態にかかわらず、事業所が定める１週間の勤務時間（所定労働時間）の全てを勤務している場合は「常勤」、勤務していない場合は「非常勤」としてください。

$$\text{換算数} = \frac{\text{従事者の１週間の勤務延時間数（残業は除く）}}{\text{当該事業所において常勤の従事者が勤務すべき１週間の時間数（所定労働時間）}}$$

（１週間の時間数が32時間を下回る場合は分母を32時間としてください。）

（換算数の詳細は手引きを参照してください。）

見本

【201居宅介護支援】については以上です。他のサービスを提供している場合は、１ページに戻り、該当ページにご記入ください。

【101介護予防訪問介護・102訪問介護】

記入者名（　　）　電話番号（　　－　　－　　）

(36) 特定事業所加算の状況

加算の届出状況について該当する番号を1つ○で囲んでください。

1　なし　　2　加算Ⅰ　　3　加算Ⅱ　　4　加算Ⅲ

(37) サービスの提供体制

次の提供体制について、利用者の有無に関わらずどちらかを○で囲んでください。

24時間訪問介護の提供体制	1　提供体制あり	2　提供体制なし
休日の提供体制	1　提供体制あり	2　提供体制なし
夜間の提供体制	1　提供体制あり	2　提供体制なし

(38) サービスの提供状況

	9月中の営業日数 ※介護と介護予防を一体的に行っている場合は、同一の営業日数を記入してください。	9月中の利用者		要支援1	要支援2	その他
介護予防訪問介護	日	1　あり 2　なし	利用実人員数(人)			
			訪問回数合計(回)			

	9月中の営業日数 ※介護と介護予防を一体的に行っている場合は、同一の営業日数を記入してください。	9月中の利用者		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他
訪問介護	日	1　あり 2　なし	利用実人員数(人)						
			訪問回数合計(回)						

(39) 社会福祉法人等による軽減の状況

1　実施している
2　実施していない

→ 9月中の軽減者数　　人（生活保護受給者等は含みません）

(40) 介護福祉士養成校からの実習生受け入れ状況（過去1年間）

平成23年10月1日～平成24年9月30日の間に**介護福祉士養成校からの実習生**を受け入れたことがありますか。

1　受け入れあり
2　受け入れなし

(41) 研修の機会の確保

研修の機会を確保していますか。各研修の確保の有無、事業所負担の有無について該当する番号を1つ○で囲んでください。

事業所内研修	1　確保している　　2　確保していない
事業所外研修	1　確保している　　2　確保していない

→ 1　事業所負担あり　　2　事業所負担なし

(42) 従事者数

＊　資格(1)～(4)の中で複数の資格を有している者については、最も若い番号の資格について記入してください。

	常勤専従	常勤兼務	換算数	非常勤	換算数
1 訪問介護員					
＊ (1) 1のうち介護福祉士					
＊ (2) 1のうち介護職員基礎研修課程修了者					
＊ (3) 1のうちホームヘルパー1級研修課程修了者					
＊ (4) 1のうちホームヘルパー2級研修課程修了者					
1のうちサテライト事業所の従事者					
2 その他の職員					

サービス提供責任者について
左記従事者のうち、サービス提供責任者について記入してください。

	常勤専従	常勤兼務	換算数	非常勤	換算数
3 サービス提供責任者					
＊ (1) 3のうち介護福祉士					
＊ (2) 3のうち介護職員基礎研修課程修了者					
＊ (3) 3のうちホームヘルパー1級研修課程修了者					
＊ (4) 3のうちホームヘルパー2級研修課程修了者					

＊資格(1)～(4)の中で複数の資格を有している者については、最も若い番号の資格について記入してください。

(補問2) サービス提供責任者の兼務の状況

管理者と兼務しているサービス提供責任者はいますか。
該当する番号ひとつを○で囲んでください。

1　兼務しているサービス提供責任者がいる
2　兼務していない

(補問1) 認定特定行為業務従事者
（介護職員等であって、喀痰吸引等の業務の登録認定を受けた従事者）

　　人

（注）「常勤専従」については、換算数の記入は不要です。
「常勤兼務」「非常勤」については、右記の計算式により換算数を計算し、それぞれの「換算数」欄に記入してください。
小数点以下第2位を四捨五入して小数点以下第1位まで計上してください。
得られた結果が0.1に満たない場合は「0.1」と計上してください。
※　「介護予防訪問介護」と「訪問介護」を一体的に行っている場合は、兼務ではありません。
※　雇用形態にかかわらず、事業所が定める1週間の勤務時間（所定労働時間）の全てを勤務している場合は「常勤」、勤務していない場合は「非常勤」としてください。

換算数 ＝ 従事者の1週間の勤務延時間数（残業は除く） ／ 当該事業所において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数（所定労働時間）

（1週間の時間数が32時間を下回る場合は分母を32時間としてください。）

（換算数の詳細は手引きを参照してください。）

【101介護予防訪問介護・102訪問介護】については**次ページも記入**し、他のサービスを提供している場合は、1ページに戻り、該当ページにご記入ください。

見本

訪問介護の提供内容

9月30日（0時～24時）に訪問介護サービスを利用した人の状況を記入してください。

なお、利用者1人に対して、1日に2回以上訪問した場合は、1人とカウントし、**最後に訪問したときの状況を記入してください。**

この票には、**出生月が「1月」「5月」「9月」の者のみ**記入してください。

足りない場合は、コピーをとり記入し、調査票にホチキスで留めてください。

＊一連番号

利用者1

性別・出生年

1 男
2 女

1 明治
2 大正
3 昭和　年

要介護度

1 要支援1　3 要介護1　5 要介護3　7 要介護5
2 要支援2　4 要介護2　6 要介護4　8 他(自費等)

訪問滞在時間

分

介護報酬請求区分

01 身体中心 20分未満
02 身体中心 20分以上30分未満
03 身体中心 30分以上1時間未満
04 身体中心 1時間以上1時間30分未満
05 身体中心 1時間30分以上2時間未満
06 身体中心 2時間以上
07 生活援助 45分未満
08 生活援助 45分以上
09 通院等乗降介助
10 介護予防

訪問介護の提供内容（複数回答）

01 排泄介助　08 更衣介助　15 掃除
02 食事介助　09 体位変換　16 洗濯
03 清拭　10 移乗・移動介助　17 一般的な調理・配膳
04 部分浴　11 通院・外出介助　18 買い物・薬の受け取り
05 全身浴　12 起床・就寝介助　19 その他の生活援助
06 洗面等　13 自立支援のため見守り的援助　20 通院等乗降介助
07 身体整容　14 その他の身体介護

利用者2

性別・出生年

1 男
2 女

1 明治
2 大正
3 昭和　年

要介護度

1 要支援1　3 要介護1　5 要介護3　7 要介護5
2 要支援2　4 要介護2　6 要介護4　8 他(自費等)

訪問滞在時間

分

介護報酬請求区分

01 身体中心 20分未満
02 身体中心 20分以上30分未満
03 身体中心 30分以上1時間未満
04 身体中心 1時間以上1時間30分未満
05 身体中心 1時間30分以上2時間未満
06 身体中心 2時間以上
07 生活援助 45分未満
08 生活援助 45分以上
09 通院等乗降介助
10 介護予防

訪問介護の提供内容（複数回答）

01 排泄介助　08 更衣介助　15 掃除
02 食事介助　09 体位変換　16 洗濯
03 清拭　10 移乗・移動介助　17 一般的な調理・配膳
04 部分浴　11 通院・外出介助　18 買い物・薬の受け取り
05 全身浴　12 起床・就寝介助　19 その他の生活援助
06 洗面等　13 自立支援のため見守り的援助　20 通院等乗降介助
07 身体整容　14 その他の身体介護

利用者3

性別・出生年

1 男
2 女

1 明治
2 大正
3 昭和　年

要介護度

1 要支援1　3 要介護1　5 要介護3　7 要介護5
2 要支援2　4 要介護2　6 要介護4　8 他(自費等)

訪問滞在時間

分

介護報酬請求区分

01 身体中心 20分未満
02 身体中心 20分以上30分未満
03 身体中心 30分以上1時間未満
04 身体中心 1時間以上1時間30分未満
05 身体中心 1時間30分以上2時間未満
06 身体中心 2時間以上
07 生活援助 45分未満
08 生活援助 45分以上
09 通院等乗降介助
10 介護予防

訪問介護の提供内容（複数回答）

01 排泄介助　08 更衣介助　15 掃除
02 食事介助　09 体位変換　16 洗濯
03 清拭　10 移乗・移動介助　17 一般的な調理・配膳
04 部分浴　11 通院・外出介助　18 買い物・薬の受け取り
05 全身浴　12 起床・就寝介助　19 その他の生活援助
06 洗面等　13 自立支援のため見守り的援助　20 通院等乗降介助
07 身体整容　14 その他の身体介護

利用者4

性別・出生年

1 男
2 女

1 明治
2 大正
3 昭和　年

要介護度

1 要支援1　3 要介護1　5 要介護3　7 要介護5
2 要支援2　4 要介護2　6 要介護4　8 他(自費等)

訪問滞在時間

分

介護報酬請求区分

01 身体中心 20分未満
02 身体中心 20分以上30分未満
03 身体中心 30分以上1時間未満
04 身体中心 1時間以上1時間30分未満
05 身体中心 1時間30分以上2時間未満
06 身体中心 2時間以上
07 生活援助 45分未満
08 生活援助 45分以上
09 通院等乗降介助
10 介護予防

訪問介護の提供内容（複数回答）

01 排泄介助　08 更衣介助　15 掃除
02 食事介助　09 体位変換　16 洗濯
03 清拭　10 移乗・移動介助　17 一般的な調理・配膳
04 部分浴　11 通院・外出介助　18 買い物・薬の受け取り
05 全身浴　12 起床・就寝介助　19 その他の生活援助
06 洗面等　13 自立支援のため見守り的援助　20 通院等乗降介助
07 身体整容　14 その他の身体介護

利用者5

性別・出生年

1 男
2 女

1 明治
2 大正
3 昭和　年

要介護度

1 要支援1　3 要介護1　5 要介護3　7 要介護5
2 要支援2　4 要介護2　6 要介護4　8 他(自費等)

訪問滞在時間

分

介護報酬請求区分

01 身体中心 20分未満
02 身体中心 20分以上30分未満
03 身体中心 30分以上1時間未満
04 身体中心 1時間以上1時間30分未満
05 身体中心 1時間30分以上2時間未満
06 身体中心 2時間以上
07 生活援助 45分未満
08 生活援助 45分以上
09 通院等乗降介助
10 介護予防

訪問介護の提供内容（複数回答）

01 排泄介助　08 更衣介助　15 掃除
02 食事介助　09 体位変換　16 洗濯
03 清拭　10 移乗・移動介助　17 一般的な調理・配膳
04 部分浴　11 通院・外出介助　18 買い物・薬の受け取り
05 全身浴　12 起床・就寝介助　19 その他の生活援助
06 洗面等　13 自立支援のため見守り的援助　20 通院等乗降介助
07 身体整容　14 その他の身体介護

〔注〕＊印の箇所は事業所では記入しないでください。

見本

訪問介護の提供内容

９月30日（０時～24時）に訪問介護サービスを利用した人の状況を記入してください。

なお、利用者１人に対して、１日に２回以上訪問した場合は、１人とカウントし、**最後に訪問したときの状況を記入してください。**

この票には、**出生月が「１月」「５月」「９月」の者のみ**記入してください。

足りない場合は、コピーをとり記入し、調査票にホチキスで留めてください。

＊一連番号

利用者６

性別・出生年

1 男　2 女

1 明治　2 大正　3 昭和　年

要介護度

1 要支援１　2 要支援２　3 要介護１　4 要介護２　5 要介護３　6 要介護４　7 要介護５　8 他（自費等）

訪問滞在時間

分

介護報酬請求区分

01 身体中心 20分未満
02 身体中心 20分以上30分未満
03 身体中心 30分以上１時間未満
04 身体中心 １時間以上１時間30分未満
05 身体中心 １時間30分以上２時間未満
06 身体中心 ２時間以上
07 生活援助 45分未満
08 生活援助 45分以上
09 通院等乗降介助
10 介護予防

訪問介護の提供内容（複数回答）

01 排泄介助　02 食事介助　03 清拭　04 部分浴　05 全身浴　06 洗面等　07 身体整容　08 更衣介助　09 体位変換　10 移乗・移動介助　11 通院・外出介助　12 起床・就寝介助　13 自立支援のため見守り的援助　14 その他の身体介護　15 掃除　16 洗濯　17 一般的な調理・配膳　18 買い物・薬の受け取り　19 その他の生活援助　20 通院等乗降介助

利用者７

性別・出生年

1 男　2 女

1 明治　2 大正　3 昭和　年

要介護度

1 要支援１　2 要支援２　3 要介護１　4 要介護２　5 要介護３　6 要介護４　7 要介護５　8 他（自費等）

訪問滞在時間

分

介護報酬請求区分

01 身体中心 20分未満
02 身体中心 20分以上30分未満
03 身体中心 30分以上１時間未満
04 身体中心 １時間以上１時間30分未満
05 身体中心 １時間30分以上２時間未満
06 身体中心 ２時間以上
07 生活援助 45分未満
08 生活援助 45分以上
09 通院等乗降介助
10 介護予防

訪問介護の提供内容（複数回答）

01 排泄介助　02 食事介助　03 清拭　04 部分浴　05 全身浴　06 洗面等　07 身体整容　08 更衣介助　09 体位変換　10 移乗・移動介助　11 通院・外出介助　12 起床・就寝介助　13 自立支援のため見守り的援助　14 その他の身体介護　15 掃除　16 洗濯　17 一般的な調理・配膳　18 買い物・薬の受け取り　19 その他の生活援助　20 通院等乗降介助

利用者８

性別・出生年

1 男　2 女

1 明治　2 大正　3 昭和　年

要介護度

1 要支援１　2 要支援２　3 要介護１　4 要介護２　5 要介護３　6 要介護４　7 要介護５　8 他（自費等）

訪問滞在時間

分

介護報酬請求区分

01 身体中心 20分未満
02 身体中心 20分以上30分未満
03 身体中心 30分以上１時間未満
04 身体中心 １時間以上１時間30分未満
05 身体中心 １時間30分以上２時間未満
06 身体中心 ２時間以上
07 生活援助 45分未満
08 生活援助 45分以上
09 通院等乗降介助
10 介護予防

訪問介護の提供内容（複数回答）

01 排泄介助　02 食事介助　03 清拭　04 部分浴　05 全身浴　06 洗面等　07 身体整容　08 更衣介助　09 体位変換　10 移乗・移動介助　11 通院・外出介助　12 起床・就寝介助　13 自立支援のため見守り的援助　14 その他の身体介護　15 掃除　16 洗濯　17 一般的な調理・配膳　18 買い物・薬の受け取り　19 その他の生活援助　20 通院等乗降介助

利用者９

性別・出生年

1 男　2 女

1 明治　2 大正　3 昭和　年

要介護度

1 要支援１　2 要支援２　3 要介護１　4 要介護２　5 要介護３　6 要介護４　7 要介護５　8 他（自費等）

訪問滞在時間

分

介護報酬請求区分

01 身体中心 20分未満
02 身体中心 20分以上30分未満
03 身体中心 30分以上１時間未満
04 身体中心 １時間以上１時間30分未満
05 身体中心 １時間30分以上２時間未満
06 身体中心 ２時間以上
07 生活援助 45分未満
08 生活援助 45分以上
09 通院等乗降介助
10 介護予防

訪問介護の提供内容（複数回答）

01 排泄介助　02 食事介助　03 清拭　04 部分浴　05 全身浴　06 洗面等　07 身体整容　08 更衣介助　09 体位変換　10 移乗・移動介助　11 通院・外出介助　12 起床・就寝介助　13 自立支援のため見守り的援助　14 その他の身体介護　15 掃除　16 洗濯　17 一般的な調理・配膳　18 買い物・薬の受け取り　19 その他の生活援助　20 通院等乗降介助

利用者10

性別・出生年

1 男　2 女

1 明治　2 大正　3 昭和　年

要介護度

1 要支援１　2 要支援２　3 要介護１　4 要介護２　5 要介護３　6 要介護４　7 要介護５　8 他（自費等）

訪問滞在時間

分

介護報酬請求区分

01 身体中心 20分未満
02 身体中心 20分以上30分未満
03 身体中心 30分以上１時間未満
04 身体中心 １時間以上１時間30分未満
05 身体中心 １時間30分以上２時間未満
06 身体中心 ２時間以上
07 生活援助 45分未満
08 生活援助 45分以上
09 通院等乗降介助
10 介護予防

訪問介護の提供内容（複数回答）

01 排泄介助　02 食事介助　03 清拭　04 部分浴　05 全身浴　06 洗面等　07 身体整容　08 更衣介助　09 体位変換　10 移乗・移動介助　11 通院・外出介助　12 起床・就寝介助　13 自立支援のため見守り的援助　14 その他の身体介護　15 掃除　16 洗濯　17 一般的な調理・配膳　18 買い物・薬の受け取り　19 その他の生活援助　20 通院等乗降介助

〔注〕＊印の箇所は事業所では記入しないでください。

見本

訪問介護の提供内容

９月30日（０時～24時）に訪問介護サービスを利用した人の状況を記入してください。

なお、利用者１人に対して、１日に２回以上訪問した場合は、１人とカウントし、**最後に訪問したときの状況を記入してください。**

この票には、**出生月が「１月」「５月」「９月」の者のみ**記入してください。

足りない場合は、コピーをとり記入し、調査票にホチキスで留めてください。

＊一連番号

利用者11

性別・出生年

1 男　2 女

1 明治　2 大正　3 昭和　年

要介護度

1 要支援１　2 要支援２　3 要介護１　4 要介護２　5 要介護３　6 要介護４　7 要介護５　8 他（自費等）

訪問滞在時間

分

介護報酬請求区分

01 身体中心 20分未満
02 身体中心 20分以上30分未満
03 身体中心 30分以上１時間未満
04 身体中心 １時間以上１時間30分未満
05 身体中心 １時間30分以上２時間未満
06 身体中心 ２時間以上
07 生活援助 45分未満
08 生活援助 45分以上
09 通院等乗降介助
10 介護予防

訪問介護の提供内容（複数回答）

01 排泄介助　02 食事介助　03 清拭　04 部分浴　05 全身浴　06 洗面等　07 身体整容
08 更衣介助　09 体位変換　10 移乗・移動介助　11 通院・外出介助　12 起床・就寝介助　13 自立支援のため見守り的援助　14 その他の身体介護
15 掃除　16 洗濯　17 一般的な調理・配膳　18 買い物・薬の受け取り　19 その他の生活援助　20 通院等乗降介助

利用者12

性別・出生年

1 男　2 女

1 明治　2 大正　3 昭和　年

要介護度

1 要支援１　2 要支援２　3 要介護１　4 要介護２　5 要介護３　6 要介護４　7 要介護５　8 他（自費等）

訪問滞在時間

分

介護報酬請求区分

01 身体中心 20分未満
02 身体中心 20分以上30分未満
03 身体中心 30分以上１時間未満
04 身体中心 １時間以上１時間30分未満
05 身体中心 １時間30分以上２時間未満
06 身体中心 ２時間以上
07 生活援助 45分未満
08 生活援助 45分以上
09 通院等乗降介助
10 介護予防

訪問介護の提供内容（複数回答）

01 排泄介助　02 食事介助　03 清拭　04 部分浴　05 全身浴　06 洗面等　07 身体整容
08 更衣介助　09 体位変換　10 移乗・移動介助　11 通院・外出介助　12 起床・就寝介助　13 自立支援のため見守り的援助　14 その他の身体介護
15 掃除　16 洗濯　17 一般的な調理・配膳　18 買い物・薬の受け取り　19 その他の生活援助　20 通院等乗降介助

利用者13

性別・出生年

1 男　2 女

1 明治　2 大正　3 昭和　年

要介護度

1 要支援１　2 要支援２　3 要介護１　4 要介護２　5 要介護３　6 要介護４　7 要介護５　8 他（自費等）

訪問滞在時間

分

介護報酬請求区分

01 身体中心 20分未満
02 身体中心 20分以上30分未満
03 身体中心 30分以上１時間未満
04 身体中心 １時間以上１時間30分未満
05 身体中心 １時間30分以上２時間未満
06 身体中心 ２時間以上
07 生活援助 45分未満
08 生活援助 45分以上
09 通院等乗降介助
10 介護予防

訪問介護の提供内容（複数回答）

01 排泄介助　02 食事介助　03 清拭　04 部分浴　05 全身浴　06 洗面等　07 身体整容
08 更衣介助　09 体位変換　10 移乗・移動介助　11 通院・外出介助　12 起床・就寝介助　13 自立支援のため見守り的援助　14 その他の身体介護
15 掃除　16 洗濯　17 一般的な調理・配膳　18 買い物・薬の受け取り　19 その他の生活援助　20 通院等乗降介助

見本

利用者14

性別・出生年

1 男　2 女

1 明治　2 大正　3 昭和　年

要介護度

1 要支援１　2 要支援２　3 要介護１　4 要介護２　5 要介護３　6 要介護４　7 要介護５　8 他（自費等）

訪問滞在時間

分

介護報酬請求区分

01 身体中心 20分未満
02 身体中心 20分以上30分未満
03 身体中心 30分以上１時間未満
04 身体中心 １時間以上１時間30分未満
05 身体中心 １時間30分以上２時間未満
06 身体中心 ２時間以上
07 生活援助 45分未満
08 生活援助 45分以上
09 通院等乗降介助
10 介護予防

訪問介護の提供内容（複数回答）

01 排泄介助　02 食事介助　03 清拭　04 部分浴　05 全身浴　06 洗面等　07 身体整容
08 更衣介助　09 体位変換　10 移乗・移動介助　11 通院・外出介助　12 起床・就寝介助　13 自立支援のため見守り的援助　14 その他の身体介護
15 掃除　16 洗濯　17 一般的な調理・配膳　18 買い物・薬の受け取り　19 その他の生活援助　20 通院等乗降介助

利用者15

性別・出生年

1 男　2 女

1 明治　2 大正　3 昭和　年

要介護度

1 要支援１　2 要支援２　3 要介護１　4 要介護２　5 要介護３　6 要介護４　7 要介護５　8 他（自費等）

訪問滞在時間

分

介護報酬請求区分

01 身体中心 20分未満
02 身体中心 20分以上30分未満
03 身体中心 30分以上１時間未満
04 身体中心 １時間以上１時間30分未満
05 身体中心 １時間30分以上２時間未満
06 身体中心 ２時間以上
07 生活援助 45分未満
08 生活援助 45分以上
09 通院等乗降介助
10 介護予防

訪問介護の提供内容（複数回答）

01 排泄介助　02 食事介助　03 清拭　04 部分浴　05 全身浴　06 洗面等　07 身体整容
08 更衣介助　09 体位変換　10 移乗・移動介助　11 通院・外出介助　12 起床・就寝介助　13 自立支援のため見守り的援助　14 その他の身体介護
15 掃除　16 洗濯　17 一般的な調理・配膳　18 買い物・薬の受け取り　19 その他の生活援助　20 通院等乗降介助

〔注〕＊印の箇所は事業所では記入しないでください。

秘

政府統計

介護サービス施設・事業所調査

地域密着型サービス事業所票

（平成24年10月１日調査）

6

厚生労働省

＊一連番号	
＊調査番号	

〔注〕＊印の箇所は事業所では記入しないでください。

運営法人名（運営法人名を記入してください。）	
事業所名	
事業所の所在地	〒　　TEL（　　）－（　　）－（　　）

(1) サービスの種類・事業所番号

・９月30日現在で、貴事業所において指定を受けている下記の各事業について、該当する「活動状況」の１つに○をつけ、印字されている事業所番号、事業所名を確認してください。**変更・誤りがある場合は、赤字で余白に修正をしてください。**
確認後は、サービスの種類ごとに右側に示した回答ページへ進み、調査票を記入してください。**なお、印字されていない事業については記入不要です。**

・下記サービスの「活動状況」欄は、休止届や廃止届を出している場合は、「休止中」、「廃止」に○をつけてください。その場合、以降のページは記入不要です。
上記以外で利用者がいない場合でも「活動中」に○をつけ、回答ページに進んでください。

・サービスにより記入者が異なる場合は、お手数ですが、**この調査票を事業所内で回覧の上**、記入してください（同一法人・同一住所のサービス事業所の場合、以下の全サービスについて、この調査票に記入してください）。

・調査票は住所ごとに送付していますので（同一法人・同一住所の事業所には、まとめて送付）、別住所におけるサービスの記入は不要です。

サービスの種類	事業所番号	事業所名	活動状況（１つに○）	回答ページ
141 介護予防認知症対応型通所介護			1 活動中　2 休止中　3 廃止	2ページに記入してください
142 認知症対応型通所介護			1 活動中　2 休止中　3 廃止	
151 介護予防認知症対応型共同生活介護			1 活動中　2 休止中　3 廃止	3ページに記入してください
152 認知症対応型共同生活介護			1 活動中　2 休止中　3 廃止	
161 地域密着型特定施設入居者生活介護			1 活動中　2 休止中　3 廃止	4ページに記入してください
171 夜間対応型訪問介護			1 活動中　2 休止中　3 廃止	5ページに記入してください
181 介護予防小規模多機能型居宅介護			1 活動中　2 休止中　3 廃止	6ページに記入してください
182 小規模多機能型居宅介護			1 活動中　2 休止中　3 廃止	
211 定期巡回・随時対応型訪問介護看護			1 活動中　2 休止中　3 廃止	7ページに記入してください
221 複合型サービス			1 活動中　2 休止中　3 廃止	8ページに記入してください

見本

(2) 経営主体

※右のリストから、該当する番号を１つ選択し、左の欄に記入してください。

経営主体 [　]

01 都道府県
02 市区町村
03 広域連合・一部事務組合
04 社会福祉協議会
05 社会福祉法人（社会福祉協議会以外）
06 医療法人
07 社団・財団法人（公益・一般）
08 農業協同組合及び連合会
09 消費生活協同組合及び連合会
10 営利法人（会社）
11 特定非営利活動法人（NPO）
12 その他の法人
13 01～12以外（個人を含む。）

(3) 苦情解決のための取組状況（複数回答）

該当する番号をすべて○で囲んでください。

1 苦情受付窓口を設置
2 苦情解決責任者を設置
3 共同で第三者委員を設置
4 単独で第三者委員を設置
5 １～４以外の取組を実施している

※調査票の記入内容について質問する際の問い合わせ先として使用する場合があります。事業所の代表者の氏名ではなく、実際に調査票を記入した事業所の担当者の氏名と連絡先を記入してください。なお、FAXの記入は任意です。

調査票記入者名・担当部署と連絡先（※必須）	（担当部署名）
	（調査票記入者名）ふりがな
	電話（　　－　　－　　）
上記以外連絡先（携帯、ＦＡＸ等）	

（記入ページのみを剥がしたりせず、冊子のままご返送下さい。）

【１４１介護予防認知症対応型通所介護・１４２認知症対応型通所介護】

記入者名（　　）　電話番号（　　－　　－　　）

(4)サービスの提供状況

現在、指定を受けて活動中のサービスについて、利用者の有無に関わらず、提供体制（定員）、開催日数を記入してください。
「９月中」の利用者がいない場合には、「２　なし」を○で囲んでください。

介護予防認知症対応型通所介護

定員	人
９月中の開催日数	日

※介護と介護予防を一体的に行っている場合は、同一の定員、開催日数を記入してください。
※開催日数とは、利用者がいなくても事業所を開催していた日のことをいいます。

９月中の利用者
１　あり →
２　なし

	要支援１	要支援２	その他
利用実人員数（人）			
利用延人員数（人）			

認知症対応型通所介護

定員	人
９月中の開催日数	日

※介護と介護予防を一体的に行っている場合は、同一の定員、開催日数を記入してください。
※開催日数とは、利用者がいなくても事業所を開催していた日のことをいいます。

９月中の利用者
１　あり →
２　なし

	要介護１	要介護２	要介護３	要介護４	要介護５	その他
利用実人員数（人）						
利用延人員数（人）						

(5)事業所の形態

事業所の形態について、該当する番号を１つ○で囲んでください。

１　単独型　　２　併設型　　３　共用型

(6)社会福祉法人等による軽減の状況

１　実施している →
２　実施していない

９月中の軽減者数　　人（生活保護受給者等は含みません）

(7)介護福祉士養成校及び社会福祉士養成校からの実習生受け入れ状況（過去１年間）

平成23年10月１日～平成24年９月30日の間に
介護福祉士養成校からの実習生を受け入れたことがありますか。

１　受け入れあり
２　受け入れなし

平成23年10月１日～平成24年９月30日の間に
社会福祉士養成校からの実習生を受け入れたことがありますか。

１　受け入れあり
２　受け入れなし

(8)従事者数

	常勤専従	常勤兼務	換算数	非常勤	換算数
１医師					
２看護師					
３准看護師					
４機能訓練指導員					
４のうち理学療法士					
４のうち作業療法士					
４のうち言語聴覚士					
４のうち看護師					
４のうち准看護師					
４のうち柔道整復師					
４のうちあん摩マッサージ指圧師					

	常勤専従	常勤兼務	換算数	非常勤	換算数
５調理員					
６管理栄養士					
７栄養士					
８歯科衛生士					
９生活相談員					
９のうち社会福祉士					
10介護職員					
10のうち介護福祉士					
11その他の職員					

（補問）認定特定行為業務従事者
（介護職員等であって、喀痰吸引等の業務の登録認定を受けた従事者）
人

（注）**「常勤専従」については、換算数の記入は不要です。**
「常勤兼務」「非常勤」については、右記の計算式により換算数を計算し、それぞれの「換算数」欄に記入してください。
小数点以下第２位を四捨五入して小数点以下第１位まで計上してください。
得られた結果が0.1に満たない場合は「0.1」と計上してください。

$$\text{換算数} = \frac{\text{従事者の１週間の勤務延時間数（残業は除く）}}{\text{当該事業所において常勤の従事者が勤務すべき１週間の時間数（所定労働時間）}}$$

（１週間の時間数が32時間を下回る場合は分母を32時間としてください。）

※「介護予防認知症対応型通所介護」と「認知症対応型通所介護」を一体的に行っている場合は、兼務ではありません。

※ 雇用形態にかかわらず、事業所が定める１週間の勤務時間（所定労働時間）の全てを勤務している場合は「常勤」、勤務していない場合は「非常勤」としてください。

（換算数の詳細は手引きを参照してください。）

【141介護予防認知症対応型通所介護・142認知症対応型通所介護】については以上です。他のサービスを提供している場合は、１ページに戻り、該当ページにご記入ください。

見本

【１５１介護予防認知症対応型共同生活介護・１５２認知症対応型共同生活介護】

記入者名（　　）　電話番号（　　－　　－　　）

(9) サービスの提供状況

現在、指定を受けて活動中のサービスについて、利用者の有無に関わらず、提供体制（定員）を記入してください。
「９月中」の利用者がいない場合には、「２　なし」を○で囲んでください。

介護予防認知症対応型共同生活介護

定員　　人

※介護と介護予防を一体的に行っている場合は、同一の定員を記入してください。

９月中の利用者
1 あり
2 なし

	要支援２	その他
９月末日の利用者数（人）		

認知症対応型共同生活介護

定員　　人

※介護と介護予防を一体的に行っている場合は、同一の定員を記入してください。

９月中の利用者
1 あり
2 なし

	要介護１	要介護２	要介護３	要介護４	要介護５	その他
９月末日の利用者数（人）						
うち「短期利用」の利用者数（人）						

(10) ユニット及び居室の状況

※平均家賃は、整数で記入してください。

ユニット数	２人室		個室	
	室数	１部屋当たりの平均家賃（１か月）	室数	１部屋当たりの平均家賃（１か月）
ユニット	室	円	室	円

(11) 介護福祉士養成校及び社会福祉士養成校からの実習生受け入れ状況（過去１年間）

平成23年10月１日～平成24年９月30日の間に
介護福祉士養成校からの実習生を受け入れたことがありますか。

1　受け入れあり
2　受け入れなし

平成23年10月１日～平成24年９月30日の間に
社会福祉士養成校からの実習生を受け入れたことがありますか。

1　受け入れあり
2　受け入れなし

(12) 従事者数

＊複数の資格を有している者については、(1)～(3)のうち最も若い番号の資格について記入してください。

	常勤専従	常勤兼務	換算数	非常勤	換算数
１ 介護職員					
＊ (1) １のうち 看護師					
＊ (2) １のうち 准看護師					
＊ (3) １のうち 介護福祉士					
２ 計画作成担当者					
２のうち 介護支援専門員					
３ その他の職員					

（補問）認定特定行為業務従事者
（介護職員等であって、喀痰吸引等の業務の登録認定を受けた従事者）
　　人

（注）**「常勤専従」については換算数の記入は不要です。**
「常勤兼務」「非常勤」については、下記の計算式により換算数を計算し、それぞれの「換算数」欄に記入してください。
小数点以下第２位を四捨五入して小数点以下第１位まで計上してください。
得られた結果が0.1に満たない場合は「0.1」と計上してください。

※ 雇用形態にかかわらず、事業所が定める１週間の勤務時間（所定労働時間）の全てを勤務している場合は「常勤」、勤務していない場合は「非常勤」としてください。

※ 「介護予防認知症対応型共同生活介護」と「認知症対応型共同生活介護」を一体的に行っている場合は、兼務ではありません。

$$換算数 = \frac{従事者の１週間の勤務延時間数（残業は除く）}{当該事業所において常勤の従事者が勤務すべき１週間の時間数（所定労働時間）}$$

（１週間の時間数が32時間を下回る場合は分母を32時間としてください。）

（換算数の詳細は手引きを参照してください。）

【151介護予防認知症対応型共同生活介護・152認知症対応型共同生活介護】については以上です。他のサービスを提供している場合は、１ページに戻り、該当ページにご記入ください。

見本

【１６１地域密着型特定施設入居者生活介護】

記入者名（　　）　電話番号（　　－　　－　　）

⑬サービスの提供状況

現在、指定を受けて活動中のサービスについて、利用者の有無に関わらず、提供体制（定員）を記入してください。
「９月中」の利用者がいない場合には、「２　なし」を○で囲んでください。

地域密着型特定施設入居者生活介護

定員	人

※介護と介護予防を一体的に行っている場合は、同一の定員を記入してください。

９月中の利用者
1 あり
2 なし

	要介護１	要介護２	要介護３	要介護４	要介護５	要介護認定申請中
９月末日の利用者数（人）						

⑭事業所の形態

該当する番号を１つ○で囲んでください。

ア　有料老人ホーム（エに該当するものを除く）　（ 1 サテライト型以外　2 サテライト型 ）
イ　軽費老人ホーム　（ 3 サテライト型以外　4 サテライト型 ）
ウ　養護老人ホーム　（ 5 サテライト型以外　6 サテライト型 ）
エ　サービス付き高齢者向け住宅　（ 7 サテライト型以外　8 サテライト型 ）

⑮居室の状況

	個室（夫婦部屋含む）	２人室	３人室	４人室
室数（室）				

⑯介護福祉士養成校及び社会福祉士養成校からの実習生受け入れ状況（過去１年間）

平成23年10月１日～平成24年９月30日の間に
介護福祉士養成校からの実習生を受け入れたことがありますか。

1　受け入れあり
2　受け入れなし

平成23年10月１日～平成24年９月30日の間に
社会福祉士養成校からの実習生を受け入れたことがありますか。

1　受け入れあり
2　受け入れなし

⑰従事者数

	常勤専従	常勤兼務	換算数	非常勤	換算数
１介護職員					
１のうち介護福祉士					
２生活相談員					
２のうち社会福祉士					
３看護師					
４准看護師					
５計画作成担当者					

	常勤専従	常勤兼務	換算数	非常勤	換算数
６機能訓練指導員					
６のうち理学療法士					
６のうち作業療法士					
６のうち言語聴覚士					
６のうち看護師					
６のうち准看護師					
６のうち柔道整復師					
６のうち あん摩マッサージ指圧師					
７その他の職員					

（補問）認定特定行為業務従事者
（介護職員等であって、喀痰吸引等の業務の登録認定を受けた従事者）
人

（注）**「常勤専従」については、換算数の記入は不要です。**
「常勤兼務」「非常勤」については、右記の計算式により換算数を計算し、それぞれの「換算数」欄に記入してください。
小数点以下第２位を四捨五入して小数点以下第１位まで計上してください。
得られた結果が0.1に満たない場合は「0.1」と計上してください。

$$\text{換算数} = \frac{\text{従事者の１週間の勤務延時間数（残業は除く）}}{\text{当該事業所において常勤の従事者が勤務すべき１週間の時間数（所定労働時間）}}$$

（１週間の時間数が32時間を下回る場合は分母を32時間としてください。）

※ 雇用形態にかかわらず、事業所が定める１週間の勤務時間（所定労働時間）の全てを勤務している場合は「常勤」、勤務していない場合は「非常勤」としてください。

（換算数の詳細は手引きを参照してください。）

見本

【161地域密着型特定施設入居者生活介護】については以上です。他のサービスを提供している場合は、１ページに戻り、該当ページにご記入ください。

【１７１夜間対応型訪問介護】

記入者名（　　）　電話番号（　　－　　－　　）

(18) サービスの提供状況

現在、指定を受けて活動中のサービスについて、利用者の有無に関わらず、提供体制（９月中の営業日数）を記入してください。
「９月中」の利用者がいない場合には、「２　なし」を○で囲んでください。

夜間対応型訪問介護

９月中の営業日数　　日

※営業日数とは、利用者がいなくても事業所を営業していた日のことをいいます。

９月中の通報件数　　件

９月中の利用者

1　あり
2　なし

	要介護１	要介護２	要介護３	要介護４	要介護５	その他
利用実人員数（人）						
定期巡回訪問回数（回）						
随時訪問回数（回）						

(19) 事業所の区分

1　Ⅰ型（オペレーションセンターの設置あり）
2　Ⅱ型（オペレーションセンターの設置なし）

か所

(20) 社会福祉法人等による軽減の状況

1　実施している
2　実施していない

９月中の軽減者数　　人（生活保護受給者等は含みません）

(21) 介護福祉士養成校からの実習生の受け入れ状況（過去１年間）

平成23年10月１日～平成24年９月30日の間に、**介護福祉士養成校からの実習生**を受け入れたことがありますか。

1　受け入れあり
2　受け入れなし

(22) 従事者数

＊複数の資格を有している者については、それぞれのうち最も若い番号の資格について記入してください。

	常勤専従	常勤兼務	換算数	非常勤	換算数
１訪問介護員					
＊(1) １のうち介護福祉士					
＊(2) １のうち介護職員基礎研修課程修了者					
＊(3) １のうちホームヘルパー1級研修課程修了者					
＊(4) １のうちホームヘルパー2級研修課程修了者					
２オペレーター					
＊(1) ２のうち医師					
＊(2) ２のうち保健師					
＊(3) ２のうち看護師					
＊(4) ２のうち准看護師					
＊(5) ２のうち社会福祉士					
＊(6) ２のうち介護福祉士					
＊(7) ２のうち介護支援専門員					

	常勤専従	常勤兼務	換算数	非常勤	換算数
３面接相談員					
＊(1) ３のうち医師					
＊(2) ３のうち保健師					
＊(3) ３のうち看護師					
＊(4) ３のうち准看護師					
＊(5) ３のうち社会福祉士					
＊(6) ３のうち介護福祉士					
＊(7) ３のうち介護支援専門員					
４その他の職員					

（補問）認定特定行為業務従事者
（介護職員等であって、喀痰吸引等の業務の登録認定を受けた従事者）

人

（注）**「常勤専従」については、換算数の記入は不要です。**
「常勤兼務」「非常勤」については、右記の計算式により換算数を計算し、それぞれの「換算数」欄に記入してください。
小数点以下第２位を四捨五入して小数点以下第１位まで計上してください。
得られた結果が0.1に満たない場合は「0.1」と計上してください。

$$\text{換算数} = \frac{\text{従事者の１週間の勤務延時間数（残業は除く）}}{\text{当該事業所において常勤の従事者が勤務すべき１週間の時間数（所定労働時間）}}$$

（１週間の時間数が32時間を下回る場合は分母を32時間としてください。）

※ 雇用形態にかかわらず、事業所が定める１週間の勤務時間（所定労働時間）の全てを勤務している場合は「常勤」、勤務していない場合は「非常勤」としてください。

（換算数の詳細は手引きを参照してください。）

【171夜間対応型訪問介護】については以上です。他のサービスを提供している場合は、１ページに戻り、該当ページにご記入ください。

見本

【１８１介護予防小規模多機能型居宅介護・１８２小規模多機能型居宅介護】

記入者名（　　）　電話番号（　　－　　－　　）

㉓サービスの提供状況

現在、指定を受けて活動中のサービスについて、利用者の有無に関わらず、提供体制（定員）を記入してください。
「９月中」の利用者がいない場合には、「２　なし」を○で囲んでください。

介護予防小規模多機能型居宅介護

登録定員	人	宿泊サービスの利用定員	人	通いサービスの利用定員	人

			要支援１	要支援２	その他
９月中の利用者	１ あり ２ なし				
事業所を利用した利用実人員数（人）					
事業所を利用した利用延人員数（人）					
※重複する場合は、それぞれに計上してください。	宿泊	利用実人員数（人）			
		利用延人員数（人）			
	通い	利用実人員数（人）			
		利用延人員数（人）			
	訪問	利用実人員数（人）			
		利用延人員数（人）			

小規模多機能型居宅介護

登録定員	人	宿泊サービスの利用定員	人	通いサービスの利用定員	人

			要介護１	要介護２	要介護３	要介護４	要介護５	その他
９月中の利用者	１ あり ２ なし							
事業所を利用した利用実人員数（人）								
事業所を利用した利用延人員数（人）								
※重複する場合は、それぞれに計上してください。	宿泊	利用実人員数（人）						
		利用延人員数（人）						
	通い	利用実人員数（人）						
		利用延人員数（人）						
	訪問	利用実人員数（人）						
		利用延人員数（人）						

㉔宿泊室の状況

個室の数　　室　　個室以外の宿泊室の数　　室

㉕宿泊費の状況

各居室の種類ごとに、事業所が設定している料金の高い順に記入してください。

宿泊費（日額）	円	円	円	円	円	円
室定員	人室	人室	人室	人室	人室	人室
室数	室	室	室	室	室	室

㉖社会福祉法人等による軽減の状況

１ 実施している
２ 実施していない

→ ９月中の軽減者数　　人（生活保護受給者等は含みません）

㉗介護福祉士養成校及び社会福祉士養成校からの実習生受け入れ状況（過去１年間）

平成23年10月１日～平成24年９月30日の間に
介護福祉士養成校からの実習生を受け入れたことがありますか。

１　受け入れあり
２　受け入れなし

平成23年10月１日～平成24年９月30日の間に
社会福祉士養成校からの実習生を受け入れたことがありますか。

１　受け入れあり
２　受け入れなし

㉘従事者数

	常勤専従	常勤兼務	換算数	非常勤	換算数
１ 介護職員					
１のうち介護福祉士					
２ 看護師					
３ 准看護師					

	常勤専従	常勤兼務	換算数	非常勤	換算数
４ 介護支援専門員					
５ その他の職員					

（補問）認定特定行為業務従事者
（介護職員等であって、喀痰吸引等の業務の登録認定を受けた従事者）
　　人

（注）**「常勤専従」については、換算数の記入は不要です。**
「常勤兼務」「非常勤」については、右記の計算式により換算数を計算し、それぞれの「換算数」欄に記入してください。
小数点以下第２位を四捨五入して小数点以下第１位まで計上してください。
得られた結果が0.1に満たない場合は「0.1」と計上してください。

$$換算数 = \frac{従事者の１週間の勤務延時間数（残業は除く）}{当該事業所において常勤の従事者が勤務すべき１週間の時間数（所定労働時間）}$$

（１週間の時間数が32時間を下回る場合は分母を32時間としてください。）

※「介護予防小規模多機能型居宅介護」と「小規模多機能型居宅介護」を一体的に行っている場合は、兼務ではありません。

※ 雇用形態にかかわらず、事業所が定める１週間の勤務時間（所定労働時間）の全てを勤務している場合は「常勤」、勤務していない場合は「非常勤」としてください。

（換算数の詳細は手引きを参照してください。）

【181介護予防小規模多機能型居宅介護・182小規模多機能型居宅介護】については以上です。他のサービスを提供している場合は、１ページに戻り、該当ページにご記入ください。

見本

【２１１定期巡回・随時対応型訪問介護看護】

記入者名（　　）　電話番号（　　－　　－　　）

(29) 事業所の種別

1 一体型　　2 連携型

(30) サービスの提供状況

「９月中」の利用者がいない場合には、「２　なし」を○で囲んでください。

※利用実人員数欄には、定期巡回・随時対応型訪問介護看護を１回でも利用した者について計上してください。
※訪問回数の欄には、支給限度額を超えた訪問回数及び健康保険法等併給による訪問回数も含めて計上してください。
※訪問回数については、看護職員を伴わずにPT（理学療法士）、OT（作業療法士）、ST（言語聴覚士）の何れかのみで訪問した回数を内数として再計上してください。（但し、PT２人や、PTとOTなど１回に複数で訪問した場合も１回とします。）

定期巡回・随時対応型訪問介護看護

９月中の利用者　1 あり　2 なし　　９月中の通報件数　　件

介護保険法

		要介護１	要介護２	要介護３	要介護４	要介護５	要介護認定申請中
利用実人員数（人）							
訪問介護	利用実人員数（人）						
	定期巡回訪問回数（回）						
	随時訪問回数（回）						
訪問看護	利用実人員数（人）						
	定期巡回訪問回数（回）						
	随時訪問回数（回）						

健康保険法等との併給者

上記の訪問看護利用者のうち月の途中で健康保険法等による給付が行われた者を計上してください。

利用実人員数	人
うち新たな疾病等の診断による	人
うち特別訪問看護指示書による	人

訪問回数の合計　　回

健康保険法等

健康保険法等でサービスを受けた者を計上して下さい。

利用実人員数	人
訪問回数の合計	回
うちPT、OT、STのみによる訪問回数	回

その他

介護保険法及び健康保険法等いずれも利用していない者で全額自費によりサービスを受けた者を計上して下さい。

利用実人員数	人
訪問回数の合計	回
うちPT、OT、STのみによる訪問回数	回

(31) 夜勤職員の実人員数及び夜勤回数

９月中に、事業所が定める夜勤時間に夜勤を行った職員の実人員数、延べ夜勤回数を記入してください。

	実人員数	延べ夜勤回数
看護職員	人	回
介護職員	人	回

(32) ９月中の利用者

定期的なアセスメント・モニタリングのための訪問回数

	要介護１	要介護２	要介護３	要介護４	要介護５
医師の指示書がない利用者に対する看護職員の訪問回数（9月の状況についてお答えください。）	回	回	回	回	回
医師の指示書がある利用者に対する医師の指示書に基づかない看護職員の訪問回数（9月の状況についてお答えください。）	回	回	回	回	回

死亡によるサービスの終了者

	介護保険法		介護保険と健康保険等との併給者		健康保険等のみ利用者	
	ターミナルケア加算		訪問看護ターミナルケア療養費		訪問看護ターミナルケア療養費	
	加算ありの利用者数	加算なしの利用者数	療養費ありの利用者数	療養費なしの利用者数	療養費ありの利用者数	療養費なしの利用者数
9月中に死亡した利用者数	人	人	人	人	人	人
在宅で死亡した利用者数	人	人	人	人	人	人
在宅以外で死亡した利用者数	人	人	人	人	人	人

(33) 社会福祉法人等による軽減の状況

1 実施している　→　９月中の軽減者数　　人（生活保護受給者等は含みません）
2 実施していない

(34) 従事者数

＊複数の資格を有している者については、(1)～(7)のうち最も若い番号の資格について記入してください。

	常勤専従	常勤兼務	換算数	非常勤	換算数
1 訪問介護員等					
1 のうち介護福祉士					
2 看護師					
3 准看護師					
4 理学療法士					
5 作業療法士					
6 言語聴覚士					
7 オペレーター					
＊(1) 7のうち医師					
＊(2) 7のうち保健師					
＊(3) 7のうち看護師					
＊(4) 7のうち准看護師					
＊(5) 7のうち社会福祉士					
＊(6) 7のうち介護福祉士					
＊(7) 7のうち介護支援専門員					
8 その他の職員					

換算数 ＝ 従事者の１週間の勤務延時間数（残業は除く） ／ 当該事業所において常勤の従事者が勤務すべき１週間の時間数（所定労働時間）

（１週間の時間数が32時間を下回る場合は分母を32時間としてください。）

（換算数の詳細は手引きを参照してください。）

（補問１）認定特定行為業務従事者
（介護職員等であって、喀痰吸引等の業務の登録認定を受けた従事者）　　人

（補問２）計画作成責任者　　人

【211定期巡回･随時対応型訪問介護看護】については以上です。他のサービスを提供している場合は、１ページに戻り、該当ページにご記入ください。

見本

【２２１複合型サービス】

記入者名（　　）　電話番号（　　－　　－　　）

㉟サービスの提供状況

現在、指定を受けて活動中のサービスについて、利用者の有無に関わらず、提供体制（定員）を記入してください。
「９月中」の利用者がいない場合には、「２　なし」を○で囲んでください。

複合型サービス

登録定員	人	宿泊サービスの利用定員	人	通いサービスの利用定員	人

９月中の利用者　1 あり　2 なし

			要介護１	要介護２	要介護３	要介護４	要介護５	その他
事業所を利用した利用実人員数（人）								
事業所を利用した利用延人員数（人）								
※重複する場合は、それぞれに計上してください。	宿泊	利用実人員数（人）						
		利用延人員数（人）						
	通い	利用実人員数（人）						
		利用延人員数（人）						
	訪問介護	利用実人員数（人）						
		利用延人員数（人）						
	訪問看護	利用実人員数（人）						
		利用延人員数（人）						

㊱併設の状況（複数回答）

同一法人（法人が異なっても実質的同一経営の場合を含む。）が同一又は隣接の敷地内で運営している異なる施設・事務所について、該当する番号を**すべて**○で囲んでください。

1　訪問看護事業所と併設している
2　認知症対応型共同生活介護事業所と併設している
3　居宅介護支援事業所と併設している
4　地域密着型特定施設と併設している
5　地域密着型介護老人福祉施設と併設している
6　介護療養型医療施設（有床診療所に限る）と併設している
7　1～6との併設はない

㊲宿泊室の状況

個室の数　　室　　個室以外の宿泊室の数　　室

㊳宿泊費の状況

各居室の種類ごとに、事業所が設定している料金の高い順に記入してください。

宿泊費（日額）	円	円	円	円	円	円
室定員	人室	人室	人室	人室	人室	人室
室数	室	室	室	室	室	室

㊴夜勤職員の実人員数及び夜勤回数

９月中に、事業所が定める夜勤時間に夜勤を行った職員の実人員数、延べ夜勤回数を記入してください。

看護職員	実人員数	人	介護職員	実人員数	人
	延べ夜勤回数	回		延べ夜勤回数	回

㊵社会福祉法人等による軽減の状況

1　実施している　→　９月中の軽減者数　　人（生活保護受給者等は含みません）
2　実施していない

㊶従事者数

	常勤専従	常勤兼務	換算数	非常勤	換算数
１介護職員					
１のうち介護福祉士					
２看護師					
３准看護師					

	常勤専従	常勤兼務	換算数	非常勤	換算数
４介護支援専門員					
５その他の職員					

（補問）認定特定行為業務従事者
（介護職員等であって、喀痰吸引等の業務の登録認定を受けた従事者）
　　人

（注）**「常勤専従」については、換算数の記入は不要です。**
「常勤兼務」「非常勤」については、右記の計算式により換算数を計算し、それぞれの「換算数」欄に記入してください。
小数点以下第２位を四捨五入して小数点以下第１位まで計上してください。
得られた結果が0.1に満たない場合は「0.1」と計上してください。

$$\text{換算数} = \frac{\text{従事者の１週間の勤務延時間数（残業は除く）}}{\text{当該事業所において常勤の従事者が勤務すべき１週間の時間数（所定労働時間）}}$$

（１週間の時間数が32時間を下回る場合は分母を32時間としてください。）

※　雇用形態にかかわらず、事業所が定める１週間の勤務時間（所定労働時間）の全てを勤務している場合は「常勤」、勤務していない場合は「非常勤」としてください。

（換算数の詳細は手引きを参照してください。）

【221複合型サービス】については以上です。他のサービスを提供している場合は、１ページに戻り、該当ページにご記入ください。

見本

秘

政府統計

介護サービス施設・事業所調査

居宅サービス事業所（医療関係）票

（平成24年10月１日調査）

7

厚生労働省

＊一連番号	
＊調査番号	

［注］１　あらかじめ調査票に印字されている項目に変更または誤りがあった場合は、赤字で訂正をしてください。
　　２　＊印の箇所は事業所では記入しないでください。

法人名	
施設名	
施設の所在地	〒　　TEL（　　）－（　　）－（　　）
(1)開設主体	※該当する番号を選択し、左の欄に記入してください。 開設主体 [ ] 01 国・都道府県 02 市区町村 03 広域連合・一部事務組合 04 日本赤十字社・社会保険関係団体 05 医療法人 06 社会福祉協議会 07 社会福祉法人（社会福祉協議会以外） 08 社団・財団法人（公益・一般） 09 営利法人（会社） 10 その他の法人 11 個人
(2)サービスの状況・施設の種類	・９月30日現在、貴事業所において指定を受けている下記の事業について、印字内容を確認し、活動状況の該当する番号を○で囲んでください。 ・事業所番号、事業所名が**印字されていない事業については、調査票は記入不要です。** ・休止届や廃止届を提出している場合は「休止中」「廃止」に○をつけてください。以降の設問には記入不要です。 ・サービスにより記入者が異なる場合は、お手数ですが、この調査票を事業所内で回覧の上、記入してください。 （同一法人、同一住所の場合、以下の全サービスについて、この調査票に記入してください。）

短期入所療養介護

	事業所番号	事業所名	活動状況
051 介護予防短期入所療養介護			1 活動中　2 休止中　3 廃止
052 短期入所療養介護			1 活動中　2 休止中　3 廃止

施設の種類	1 介護老人保健施設　2 介護療養型医療施設　3 その他の病院・診療所
事業所の種別（複数回答可）	介護老人保健施設　（01 Ⅰ型　02 Ⅱ型　03 Ⅲ型） ユニット型介護老人保健施設　（04 Ⅰ型　05 Ⅱ型　06 Ⅲ型） 07 病院療養型 08 ユニット型病院療養型 09 病院経過型 10 ユニット型病院経過型 11 診療所型 12 ユニット型診療所型 13 認知症疾患型 14 ユニット型認知症疾患型 15 認知症経過型

通所リハビリテーション

	事業所番号	事業所名	活動状況
061 介護予防通所リハビリテーション			1 活動中　2 休止中　3 廃止
062 通所リハビリテーション			1 活動中　2 休止中　3 廃止

施設の種類	1 介護老人保健施設　2 介護療養型医療施設　3 その他の病院・診療所
事業所の種別	事業所の種別 [ ] ※該当する番号を１つ、左の欄に記入してください。 通常規模の事業所　（01 介護老人保健施設　02 病院　03 診療所） 大規模の事業所（Ⅰ）　（04 介護老人保健施設　05 病院　06 診療所） 大規模の事業所（Ⅱ）　（07 介護老人保健施設　08 病院　09 診療所）

見本

次ページにつづきます

【０５１介護予防短期入所療養介護・０５２短期入所療養介護】の状況

現在指定を受けて活動中のサービスについて記入してください。
介護と介護予防を一体的に行っている場合は、同一の指定病床数を記入してください。

(3)サービスの提供状況

介護予防短期入所療養介護

空床利用型ですか　1　はい　　2　いいえ

※利用者の有無に関わらず、**空床利用型以外は、**介護予防短期入所療養介護としての指定病床数を記入してください。

指定病床数　　床

９月中の利用者　1　あり　　2　なし

※空床利用型の場合でも、利用者ありの場合は、「利用実人員数」「利用日数合計」にご記入ください。

	要支援１	要支援２	その他
利用実人員数(人)			
利用日数合計(日)			

短期入所療養介護

空床利用型ですか　1　はい　　2　いいえ

※利用者の有無に関わらず、**空床利用型以外は、**短期入所療養介護としての指定病床数を記入してください。

指定病床数　　床

９月中の利用者　1　あり　　2　なし

※空床利用型の場合でも、利用者ありの場合は、「利用実人員数」「利用日数合計」にご記入ください。

	要介護１	要介護２	要介護３	要介護４	要介護５	その他
利用実人員数(人)						
利用日数合計(日)						

(4)介護福祉士養成校からの実習生受け入れ状況(過去一年間)

平成23年10月１日～平成24年９月30日の間に、**介護福祉士養成校からの実習生**を受け入れたことがありますか。

1　受け入れあり　　2　受け入れなし

(5)社会福祉士養成校からの実習生受け入れ状況(過去一年間)

平成23年10月１日～平成24年９月30日の間に、**社会福祉士養成校からの実習生**を受け入れたことがありますか。

1　受け入れあり　　2　受け入れなし

見本

※調査票記入者名は、調査票の審査の際の問い合わせ先として使用する場合がありますので、事業所の代表者の氏名ではなく、実際に調査票を記入した事業所の担当者の氏名(担当部署等)と連絡先(電話番号)を記入してください。

調査票記入者名・担当部署と連絡先(※必須)	(担当部署名)
	(調査票記入者名) ふりがな
	電話(　　－　　－　　)
上記以外連絡先(携帯、ＦＡＸ等)	

次ページにつづきます

【０６１介護予防通所リハビリテーション・０６２通所リハビリテーション】の状況

(6)サービスの提供状況

現在指定を受けて活動中のサービスについて記入してください。
開催日数とは、利用者がいなくても事業所を開催していた(利用者がいれば実施できる状態であった)日のことをいいます。
介護と介護予防を一体的に行っている場合は、同一の定員、開催日数を記入してください。
利用実人員数は利用回数に関係なく、１日利用した者も２日以上利用した者も「1」とカウントしてください。

介護予防通所リハビリテーション

定員 ［　　］人　　９月中の開催日数 ［　　］日

９月中の利用者　1　あり　　2　なし

	要支援１	要支援２	その他
利用実人員数(人)			
利用延人員数(人)			

通所リハビリテーション

定員 ［　　］人　　９月中の開催日数 ［　　］日

９月中の利用者　1　あり　　2　なし

	要介護１	要介護２	要介護３	要介護４	要介護５	その他
利用実人員数(人)						
利用延人員数(人)						

(7)介護福祉士養成校からの実習生受け入れ状況(過去一年間)

平成23年10月１日～平成24年９月30日の間に、**介護福祉士養成校からの実習生**を受け入れたことがありますか。

1　受け入れあり　　2　受け入れなし

(8)社会福祉士養成校からの実習生受け入れ状況(過去一年間)

平成23年10月１日～平成24年９月30日の間に、**社会福祉士養成校からの実習生**を受け入れたことがありますか。

1　受け入れあり　　2　受け入れなし

(9)通所リハビリテーションの従事者数

施設に在籍する職員のうち、通所リハビリテーションの業務に携わっている者を記入してください。
※常勤兼務と非常勤に記入した場合は、換算数を記入してください。

	常勤専従	常勤兼務	換算数	非常勤	換算数
1 医師					
2 看護師					
3 准看護師					
4 介護職員					
4のうち介護福祉士					

	常勤専従	常勤兼務	換算数	非常勤	換算数
5 理学療法士					
6 作業療法士					
7 言語聴覚士					
8 歯科衛生士					
9 管理栄養士					
10 栄養士					

(注) 従事者数の常勤兼務、非常勤については、以下の計算式により換算数を計算し、小数点以下第２位を四捨五入して小数点以下第１位まで計上してください。得られた結果が0.1に満たない場合は「0.1」と計上してください。

※常勤兼務≧換算数、非常勤≧換算数となります。**常勤専従については、換算数の記入は不要です。**
※「介護予防通所リハビリテーション」と「通所リハビリテーション」を一体的に行っている場合は、兼務ではありません。
※雇用形態にかかわらず、事業所が定める１週間の勤務時間（所定労働時間）の全てを勤務している場合は「常勤」、勤務していない場合は「非常勤」としてください。

$$\text{換算数} = \frac{\text{従事者の１週間の勤務延時間数(残業は除く)}}{\text{当該事業所において常勤の従事者が勤務すべき１週間の時間数(所定労働時間)}}$$

（換算数の詳細は手引参照）

（１週間の時間数が32時間を下回る場合は分母を32時間としてください。）

※調査票記入者名は、調査票の審査の際の問い合わせ先として使用する場合がありますので、事業所の代表者の氏名ではなく、実際に調査票を記入した事業所の担当者の氏名(担当部署等)と連絡先(電話番号)を記入してください。

調査票記入者名・担当部署と連絡先(※必須)	(担当部署名) (調査票記入者名) ふりがな 電話（　　－　　－　　）
上記以外連絡先(携帯、ＦＡＸ等)	

ご協力ありがとうございました

見本

NO 48

統計調査名	介護事業実態調査（①介護事業経営概況調査②介護事業経営実態調査③介護従事者処遇状況等調査）
主管部局名	老健局 老人保健課

調査開始年（西暦）	2010年	調査の実施周期	毎年(3年間のローテーション)	平成24年度予算（単位：千円）	100,439

調査の目的	次期介護報酬改定に必要な基礎資料を得ることを目的として、介護報酬改定の影響の検証及び介護サービスの収支状況の把握のための調査を実施する。
PDCAサイクルの活用	・介護報酬改定
調査の流れ	本省ー介護保険施設及び事業所

母集団名簿の種類等	介護サービス施設・事業所調査の名簿	抽出方法	層化無作為抽出

調査客体数	①約8,000施設及び事業所②約18,000施設及び事業所③約25,000施設及び事業所

調査方法	郵送／オンライン	オンライン調査方法	Ⅴ．WEBサイトから調査票ファイルをダウンロード及びアップロードして回答する方法

備　考	平成22年度より3事業を統合して実施※毎年テーマ変更あり

	第1報までの公表期間	報告書公表までの期間
直近	6ヶ月	1年7ヶ月
直近1つ前	6ヶ月	1年1ヶ月
直近2つ前	4ヶ月	9ヶ月
直近3つ前	7ヶ月	1年8ヶ月
直近4つ前	9ヶ月	2年2ヶ月

備　考	直近、直近3つ前：介護事業経営実態調査、直近1つ前：介護事業経営概況調査及び介護従事者処遇状況等調査、直近2つ前：介護従事者処遇状況等調査、直近4つ前：介護事業経営概況調査

	回収率
直近	36.1%(H23)
直近1つ前	41.4%、77.1%(H22)
直近2つ前	
直近3つ前	
直近4つ前	

備　考	直近：介護事業経営実態調査、直近1つ前：介護事業経営概況調査（41.4%）及び介護従事者処遇状況等調査（77.1%）

NO　48

統計調査名	介護事業実態調査（①介護事業経営概況調査②介護事業経営実態調査③介護従事者処遇状況等調査）
主管部局名	老健局 老人保健課

外部委託業務の内容　（委託業務に「○」、委託していない場合は（空欄）、業務そのものがない場合は「－」）

調査の企画	調査用品の印刷	調査用品の配布・回収・督促	受付・個票審査・疑義照会	データ入力	データチェック・疑義照会・データ修正	集　計	その他（分類不能、留意事項など）
○	○	○	○	○	○	○	

備　考

e-Stat　アクセス数		厚労省等ホームページ　アクセス数	
H23年分	39,352	H23年分	
H22年分	10,396	H22年分	
H21年分	292	H21年分	

備　考

	二次利用件数	32条	33条
H23年度	0	0	0
H22年度	0	0	0
H21年度	0	0	0

平成２３年度介護事業実態調査（介護事業経営実態調査）要綱

１．　調査の目的

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

２．調査票の対象

○介護保険施設
- 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

○居宅サービス事業者（介護予防含む）
- 訪問介護事業所
- 訪問入浴介護事業所
- 訪問看護事業所
- 訪問リハビリテーション事業所
- 通所介護事業所
- 通所リハビリテーション事業所
- 福祉用具貸与事業所
- 短期入所生活介護事業所
- 短期入所療養介護事業所
- 特定施設入居者生活介護事業所
- 居宅介護支援事業所
- 介護予防支援事業所

○地域密着型サービス事業所（介護予防含む）
- 夜間対応型訪問介護事業所
- 認知症対応型共同生活介護事業所
- 認知症対応型通所介護事業所
- 小規模多機能型居宅介護事業所
- 地域密着型特定施設事業所
- 地域密着型介護老人福祉施設

３．　調査の客体

介護保険法により厚生労働大臣の定める地域区分、開設主体によりサービス毎に層化を行い、１／６程度を無作為抽出。

４．　調査時期

平成２３年４月

５．　調査事項

収入の状況、支出の状況、職員の人件費の状況、その他施設・事業所における経営状況を分析するために必要な事項

６．　調査の方法

調査票の記入は、施設・事業所の管理者等が調査票に記入する自計方式により行う。

７．　調査の系統

厚生労働省―介護サービス施設・事業所

８．　結果の公表

平成２３年９月（予定）

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

右に印字してある項目は必ず
ご確認下さい。

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。

お手数をおかけしますが、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　お名前　（役職　　）

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

☐ 活動中 ―― 内側へお進み下さい

☐ 休止

☐ 廃止

今回の調査にご回答いただく必要はございません。
お手数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。

厚生労働省 老健局

【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-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

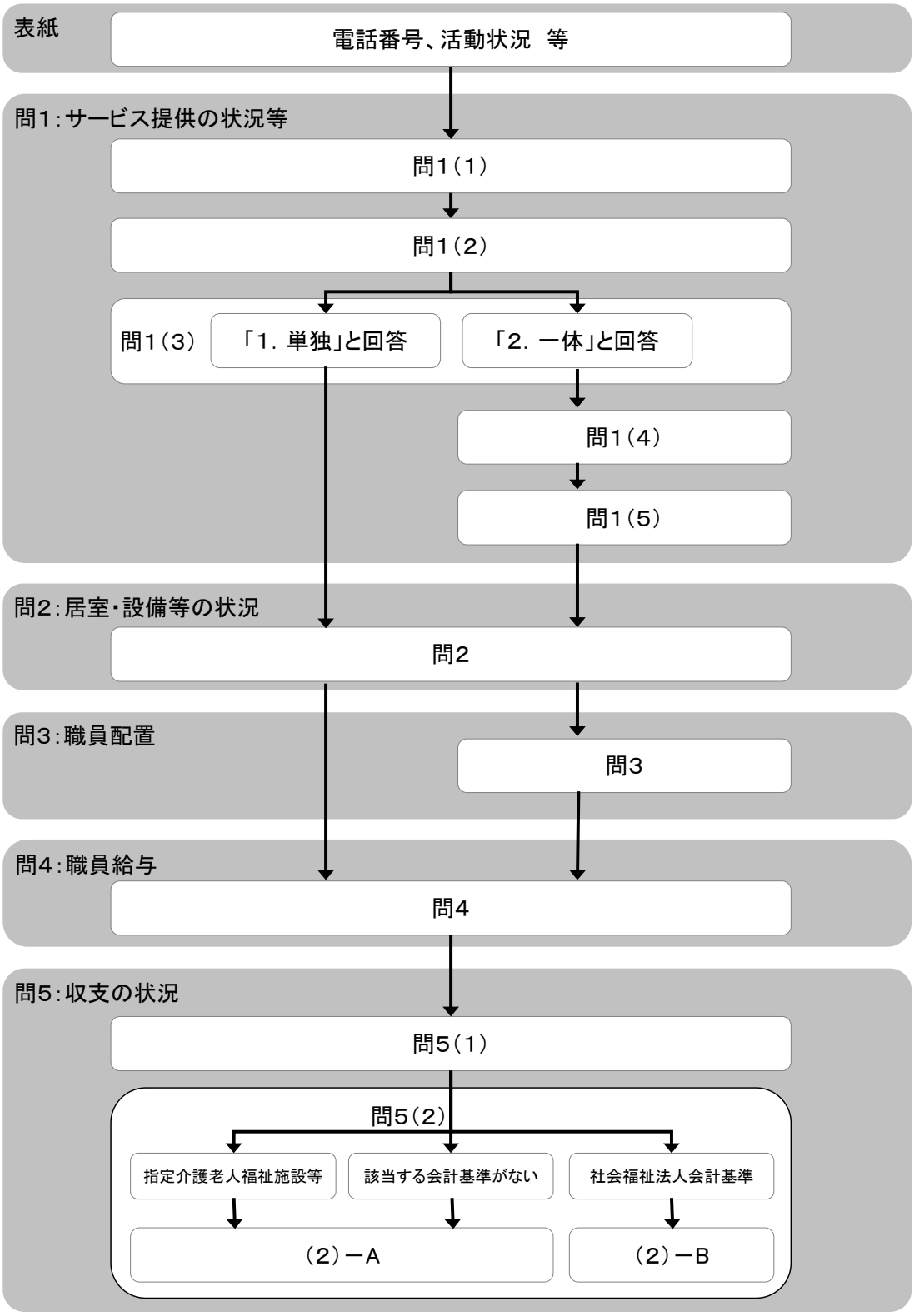
⇒ 問５（１）事業収入
問５（２）－Ａ事業支出等：指定介護老人福祉施設等会計処理等取扱指導指針
へのご記入をお願いします

■「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


表紙
電話番号、活動状況　等
問1：サービス提供の状況等
問1（1）
問1（2）
問1（3）
「1．単独」と回答
「2．一体」と回答
問1（4）
問1（5）
問2：居室・設備等の状況
問2
問3：職員配置
問3
問4：職員給与
問4
問5：収支の状況
問5（1）
問5（2）
指定介護老人福祉施設等
該当する会計基準がない
社会福祉法人会計基準
（2）－A
（2）－B

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．単独会計：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
2．一体会計：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□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											
エ　訪問入浴介護											
オ　介護予防訪問看護											
カ　訪問看護											
キ　介護予防訪問リハビリテーション											
ク　訪問リハビリテーション											
ケ　介護予防通所介護											⇒(5)③も記入
コ　通所介護											
サ　介護予防通所リハビリテーション											
シ　通所リハビリテーション											
ス　介護予防福祉用具貸与											
セ　福祉用具貸与											
ソ　介護予防短期入所生活介護											⇒(5)④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											
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)⑤も記入
ト　特定施設入居者生活介護											
ナ　介護予防支援											⇒(5)⑥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）											
ヌ　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□にチェック（☑）し、指示に従って下さい。

□	単独会計　⇒　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□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	食
	うち療養食延べ提供数	食

（5）のつづき

②【ア　介護予防訪問介護】／【イ　訪問介護】

□【ア　介護予防訪問介護】

サービス提供延べ時間数（3月中）	時間

□【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	回	回	回	回	回
類型別延べ訪問時間数	時間	時間	時間	時間	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	回
訪問時間合計	時間

③【ケ　介護予防通所介護】／【コ　通所介護】

□【ケ　介護予防通所介護／コ　通所介護】を***あわせた***サービスの提供状況

食事延べ提供数（3月中）		食	
送迎の状況（3月中）	送迎延べ実施回数	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。
	うち通常の事業実施地域以外の送迎延べ実施回数	回	（一人の人を迎えに行き、送った場合は2回になります。）

④【ソ　介護予防短期入所生活介護】／【タ　短期入所生活介護】

□【ソ　介護予防短期入所生活介護／タ　短期入所生活介護】を***あわせた***サービスの提供状況

食事延べ提供数（3月中）		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	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。
	うち通常の事業実施地域以外の送迎延べ実施回数	回	（一人の人を迎えに行き、送った場合は2回になります。）

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】

□【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）	人	人	人

□【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）	人	人	人	人	人	人

□【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）	人	人	人	人	人	人

（次頁へ続く）

（5）のつづき

⑥【ナ　介護予防支援】／【二　居宅介護支援】

【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）	人		

【二　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）	人					

※1：その他には、申請中および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。

【ナ　介護予防支援／二　居宅介護支援】を***あわせた***サービスの提供状況

要介護認定調査の受託件数（3月中）	件
住宅改修理由書の作成件数（3月中）	件

⑦【ヌ　夜間対応型訪問介護】

【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（3月中）		回	回	回	回	回	回
	うち定期巡回	回	回	回	回	回	回
	うち随時訪問	回	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】

【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】をあわせたサービスの提供状況

食事延べ提供数（3月中）		食	
送迎の状況（3月中）	送迎延べ実施回数	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。
	うち通常の事業実施地域以外の送迎延べ実施回数	回	（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　　㎡

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（㎡）					
					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）	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	㎡	㎡	㎡			
	②4人室	室	室	室	㎡	㎡	㎡			
	③3人室	室	室	室	㎡	㎡	㎡			
	④2人室	室	室	室	㎡	㎡	㎡			
	⑤個室	室	室	室	㎡	㎡	㎡			
	⑥静養室				㎡			㎡	㎡	㎡
	⑦浴室				㎡			㎡	㎡	㎡
	⑧医務室				㎡			㎡	㎡	㎡
	⑨食堂	当てはまる番号を□にご記入下さい。□ 1:専用室 2:他の目的室と兼用			㎡ ※3			㎡	㎡	㎡
	⑩機能訓練室	当てはまる番号を□にご記入下さい。□ 1:専用室 2:他の目的室と兼用			㎡ ※3			㎡	㎡	㎡
ユニットケア※2	⑪2人室	室	室	室	㎡	㎡	㎡			
	⑫個室	室	室	室	㎡	㎡	㎡			
	⑬共同生活室				㎡					

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）以外の居宅介護サービスに係る専用延べ床面積（㎡）

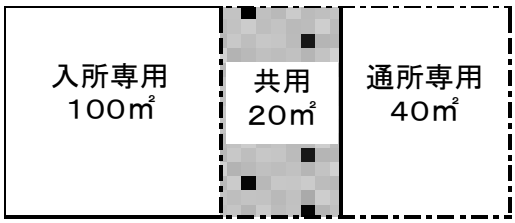
㎡

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



○入所部分　→　120㎡
＝入所専用（100）＋共用（20）

○通所部分　→　60㎡
＝通所専用（40）＋共用（20）

○共用部分　→　20㎡

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）のみ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、1～21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、1～21の数字の若い順で優先して記入して下さい。
※ 派遣社員で対応している職種がある場合は、その数は職員数には含めないで下さい。

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（上記1、2以外）	．　人	．　人
4　医師	．　人	．　人
5　薬剤師	．　人	．　人
6　看護師	．　人	．　人
7　准看護師	．　人	．　人
8　介護職員	．　人	．　人
9　うち介護福祉士	．　人	．　人
10　理学療法士	．　人	．　人
11　作業療法士	．　人	．　人
12　言語聴覚士	．　人	．　人
13　柔道整復師・あん摩マッサージ指圧師	．　人	．　人
14　生活相談員・支援相談員	．　人	．　人
15　うち社会福祉士	．　人	．　人
16　福祉用具専門相談員	．　人	．　人
17　栄養士	．　人	．　人
18　うち管理栄養士	．　人	．　人
19　調理員	．　人	．　人
20　事務職員	．　人	．　人
21　その他	．　人	．　人
22　上記1～21のうち介護支援専門員（再掲）	．　人	．　人
23　上記1～21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。

□	単独会計　⇒　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がたい場合は、1～21の数字の若い順で優先して記入して下さい。
※ 派遣社員で対応している職種がある場合は、その職員数及び給料は含めないで下さい。

平成23年3月分

職種	常勤 換算人員 人	常勤 給料 百万 千 円	非常勤 実人員 人	非常勤 換算人員 人	非常勤 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（上記1、2以外）	.			.	
4　医師	.			.	
5　薬剤師	.			.	
6　看護師	.			.	
7　准看護師	.			.	
8　介護職員	.			.	
９　うち介護福祉士	.			.	
#　理学療法士	.			.	
#　作業療法士	.			.	
#　言語聴覚士	.			.	
#　柔道整復師・あん摩マッサージ指圧師	.			.	
#　生活相談員・支援相談員	.			.	
#　うち社会福祉士	.			.	
#　福祉用具専門相談員	.			.	
#　栄養士	.			.	
#　うち管理栄養士	.			.	
#　調理員	.			.	
#　事務職員	.			.	
#　その他	.			.	
#　介護支援専門員（再掲）	.			.	
#　訪問介護のサービス提供責任者（再掲）	.			.	

24 通勤手当（再掲）	百万 千 円
25 看護・介護職員に係る夜勤手当（再掲）	百万 千 円
26 賞与（年間支給額の1/12の額）	換算人員 ．人　賞与 百万 千 円

27 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）	

28 法定福利費（事業主負担・平成22年度実績の1/12）	百万 千 円

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

平成23年3月分

科目		金額 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
事業活動収入	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（消費税等を含む）									
	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（消費税等を含む）									
	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（消費税等を含む）									
	（4）介護職員処遇改善交付金受入額									
	（5）その他（消費税等を含む）									
	6 その他の収入 計									
	（1）入居金収入（消費税等を含む）									
	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（消費税等を含む）									
	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										

（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□にチェック（☑）し、それぞれ指定の用紙に記入して下さい。

□	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
□	該当する会計基準がない	
□	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

	科目	金額 百万			千					円
Ⅱ事業活動支出	1　人件費									
	うち介護職員処遇改善交付金による支出									
	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　車輌費									
	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派遣委託費	
			②給食委託費	
			③送迎委託費	
			④清掃委託費	
			⑤その他の委託費（①～④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	
	うち介護職員処遇改善交付金による支出	
	2　事務費支出　（ア～チの合計）　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　小計	
	①派遣委託費	
	②給食委託費	
	③送迎委託費	
	④清掃委託費	
	⑤その他の委託費（①～④に該当しないもの）	
	ス　損害保険料　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）	
	セ　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）	
	ソ　租税公課	
	タ　雑費	
	チ　その他経費（ア～タに該当しないもの）	

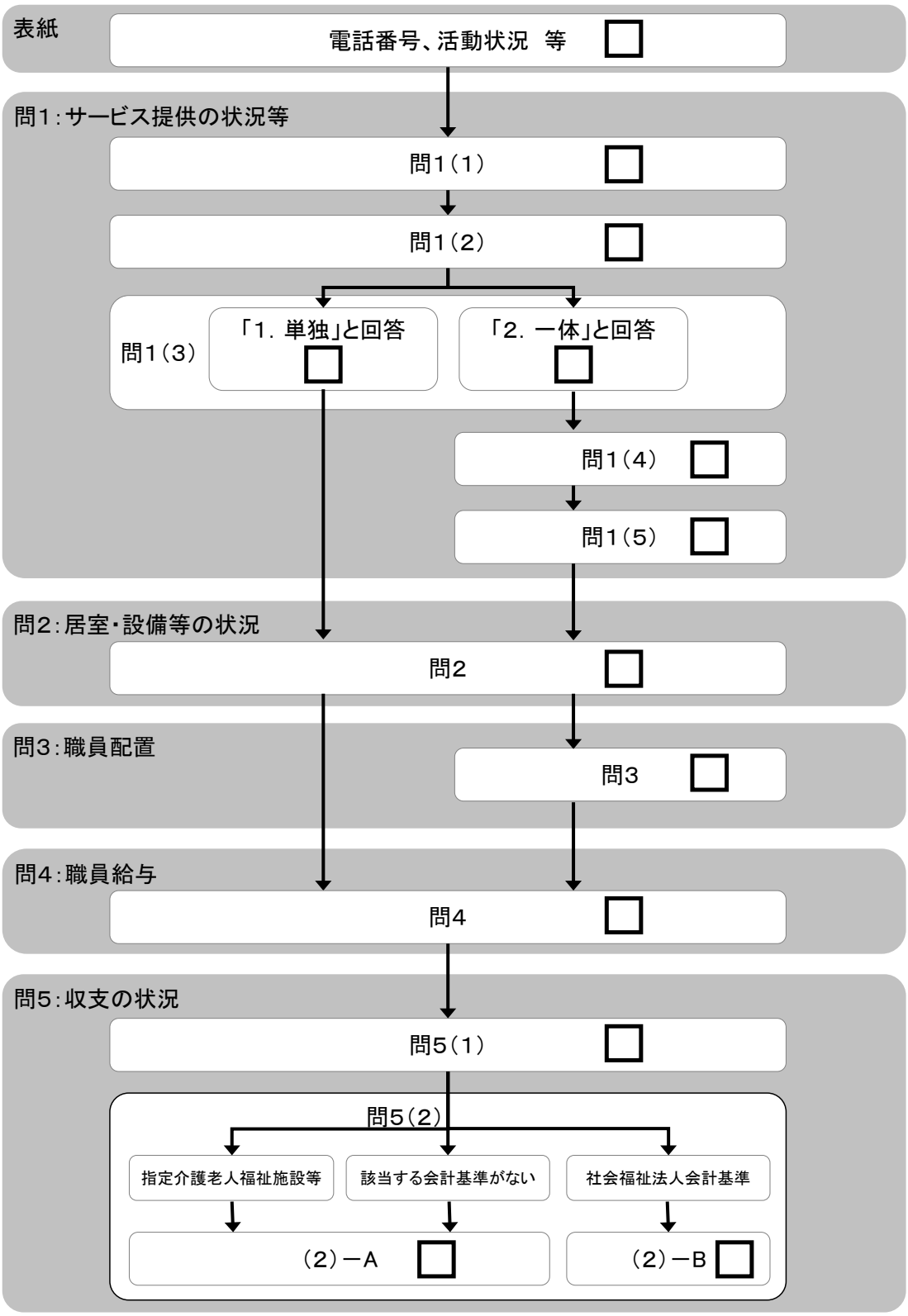
（前頁からの続き）

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車輌分		
	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　車輌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）。

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）

＜介護老人保健施設調査票＞

平成23年4月調査

右に印字してある項目は必ず
ご確認下さい。

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。

お手数をおかけしますが、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　お名前　（役職　　）

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

☐ 活動中 ―― 内側へお進み下さい

☐ 休止

☐ 廃止

今回の調査にご回答いただく必要はございません。
お手数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。

厚生労働省 老健局

【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-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）費用等」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。

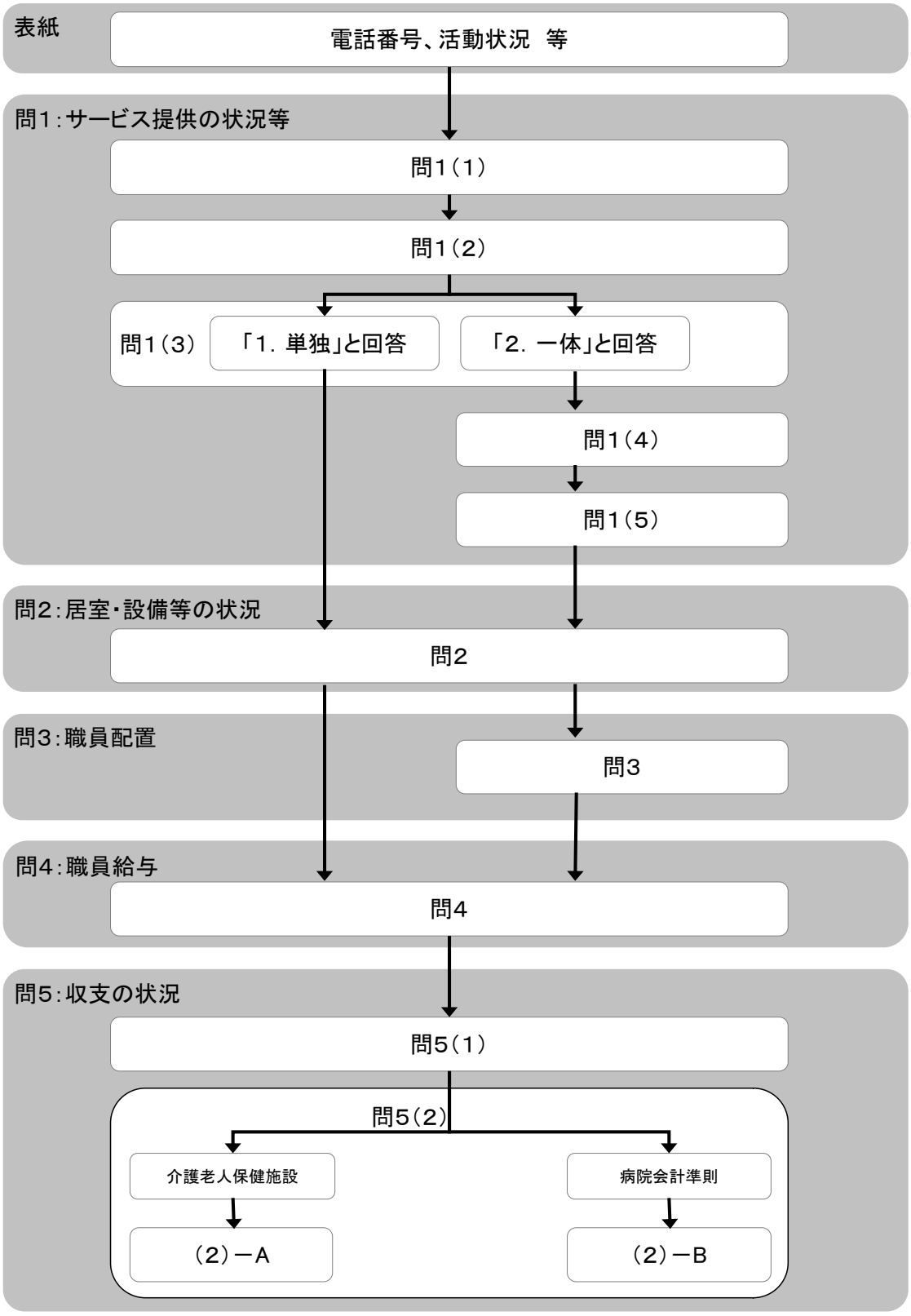
■「介護老人保健施設会計・経理準則」に基づいた会計を行っている場合

⇒ 問５（１）収益
問５（２）－Ａ費用等：介護老人保健施設会計・経理準則
へのご記入をお願いします

■「病院会計準則」に基づいた会計を行っている場合

⇒ 問５（１）収益
問５（２）－Ｂ費用等：病院会計準則
へのご記入をお願いします

記入の流れ


表紙
電話番号、活動状況　等
問1：サービス提供の状況等
問1（1）
問1（2）
問1（3）
「1．単独」と回答
「2．一体」と回答
問1（4）
問1（5）
問2：居室・設備等の状況
問2
問3：職員配置
問3
問4：職員給与
問4
問5：収支の状況
問5（1）
問5（2）
介護老人保健施設
病院会計準則
（2）－A
（2）－B

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	5．医療法人	8．社団・財団法人
2．市区町村	6．社会福祉協議会	9．その他の法人
3．広域連合・一部事務組合	7．社会福祉法人(社会福祉協議会以外)	10．　1～9以外
4．日本赤十字社・社会保険関係団体		

（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．単独会計：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
2．一体会計：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□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（8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											
エ　訪問入浴介護											
オ　介護予防訪問看護											⇒(5)③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)④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)⑤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)⑥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											
セ　福祉用具貸与											
ソ　介護予防短期入所生活介護											
タ　短期入所生活介護											
チ　介護予防短期入所療養介護											⇒(5)⑦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											
ト　特定施設入居者生活介護											
ナ　介護予防支援											⇒(5)⑧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）											
ヌ　夜間対応型訪問介護											⇒(5)⑨も記入
ネ　介護予防認知症対応型通所介護											⇒(5)⑩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											
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□にチェック（☑）し、指示に従ってください。

□	単独会計　⇒　問２（8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□にチェック（☑）し、それぞれの太枠内に記入して下さい。

①【ム　介護老人保健施設】

□【ム　介護老人保健施設】

		要介護１	要介護２	要介護３	要介護４	要介護５	その他※1	特定利用※2
一般棟	延べ在所者数（3月中）	人	人	人	人	人	人	人
	延べ外泊者数（3月中）	人	人	人	人	人	人	人
	延べ試行的退所者数（3月中）	人	人	人	人	人	人	人
		要介護１	要介護２	要介護３	要介護４	要介護５	その他※1	特定利用※2
認知症専門棟	延べ在所者数（3月中）	人	人	人	人	人	人	人
	延べ外泊者数（3月中）	人	人	人	人	人	人	人
	延べ試行的退所者数（3月中）	人	人	人	人	人	人	人

食事（3月中）	食事延べ提供数	食
	うち療養食延べ提供数	食

※1　要介護認定を受けて非該当・要支援と判定された人、要介護認定申請中の人を計上して下さい。
※2　特定老人保健施設入所者（平成12年3月以前から入所している要介護者でない入所者）を計上して下さい。

②【ア　介護予防訪問介護】／【イ　訪問介護】

□【ア　介護予防訪問介護】

サービス提供延べ時間数（3月中）	時間

□【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	回	回	回	回	回
類型別延べ訪問時間数	時間	時間	時間	時間	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	回
訪問時間合計	時間

③【オ　介護予防訪問看護】／【カ　訪問看護】

【オ　介護予防訪問看護】

実利用者数（3月中）	要支援１	要支援２	その他(認定申請中)
	人	人	人

（再掲）健康保険法等による併給者数※1			人 → うち高齢者の医療の確保に関する法律		人
請求別訪問回数（3月中） 介護保険法による請求		延べ訪問回数			
	看護師、保健師	回			
	准看護師	回			
	PT、OT、ST	回			
	夜間又は早朝（再掲）	回	深夜（再掲）	回	
健康保険法等による請求※1	看護師、保健師		回 → うち高齢者の医療の確保に関する法律		回
	准看護師		回 → うち高齢者の医療の確保に関する法律		回
	PT、OT、ST		回 → うち高齢者の医療の確保に関する法律		回

【カ　訪問看護】

※介護保険法の訪問看護のサービスを3月中に1度以上利用した者の状況について記入して下さい。

実利用者数（3月中）	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）
	人	人	人	人	人	人

（再掲）健康保険法等による併給者数※1			人 → うち高齢者の医療の確保に関する法律		人
請求別訪問回数（3月中） 介護保険法による請求		延べ訪問回数			
	看護師、保健師	回			
	准看護師	回			
	PT、OT、ST	回			
	夜間又は早朝（再掲）	回	深夜（再掲）	回	
健康保険法等による請求※1	看護師、保健師		回 → うち高齢者の医療の確保に関する法律		回
	准看護師		回 → うち高齢者の医療の確保に関する法律		回
	PT、OT、ST		回 → うち高齢者の医療の確保に関する法律		回

【その他の訪問看護のサービスの提供状況】

※介護保険法による訪問看護（介護予防含む）を一度も利用せず、健康保険法等のみによる訪問看護を利用する者の状況について記入して下さい。

		健康保険法等	うち高齢者の医療の確保に関する法律	その他（自由契約等）
実利用者数（3月中）		人	人	人
健康保険法等による請求別訪問回数（3月中）	看護師、保健師	回	→ うち高齢者の医療の確保に関する法律	回
	准看護師	回	→ うち高齢者の医療の確保に関する法律	回
	PT、OT、ST	回	→ うち高齢者の医療の確保に関する法律	回

※1：介護保険法の利用者のうち、3月中に急性憎悪等の理由で健康保険法等による訪問看護を利用する者について計上して下さい。

④【キ　介護予防訪問リハビリテーション】／【ク　訪問リハビリテーション】

【キ　介護予防訪問リハビリテーション】

※介護保険法の介護予防訪問リハビリテーションのサービスを3月中に1度以上利用した者の状況について記入して下さい。

	要支援１	要支援２	その他（認定申請中）
延べ訪問回数（3月中）	回	回	回

【ク　訪問リハビリテーション】

※介護保険法の訪問リハビリテーションのサービスを3月中に1度以上利用した者の状況について記入して下さい。

	要介護１	要介護２	要介護３	要介護４	要介護５	その他（認定申請中）
延べ訪問回数（3月中）	回	回	回	回	回	回

【その他の訪問リハビリテーション】

※介護保険法による訪問リハビリテーションサービス（介護予防含む）を一度も利用せず、健康保険法等のみによる訪問リハビリテーションサービスを利用する者の状況について記入して下さい。

	健康保険法等	
		うち高齢者の医療の確保に関する法律
実利用者数（3月中）	人	人
延べ訪問回数（3月中）	回	回

⑤【ケ　介護予防通所介護】／【コ　通所介護】

【ケ　介護予防通所介護／コ　通所介護】を***あわせた***サービスの提供状況

食事延べ提供数（3月中）		食	
送迎の状況（3月中）	送迎延べ実施回数	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。
	うち通常の事業実施地域以外の送迎延べ実施回数	回	（一人の人を迎えに行き、送った場合は2回になります。）

⑥【サ　介護予防通所リハビリテーション】／【シ　通所リハビリテーション】

【サ　介護予防通所リハビリテーション／シ　通所リハビリテーション】を***あわせた***サービスの提供状況

食事延べ提供数（3月中）		食	
送迎の状況（3月中）	送迎延べ実施回数	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。
	うち通常の事業実施地域以外の送迎延べ実施回数	回	（一人の人を迎えに行き、送った場合は2回になります。）

⑦【チ　介護予防短期入所療養介護】／【ツ　短期入所療養介護】

【チ　介護予防短期入所療養介護】

		要支援１	要支援２	その他※1
実利用者数（3月中）	療養病床等を有する病院	人	人	人
	老人性認知症疾患療養病棟	人	人	人
	療養病床等を有する診療所	人	人	人
	基準適合診療所	人	人	人
延べ利用者数（3月中）	療養病床等を有する病院	人	人	人
	老人性認知症疾患療養病棟	人	人	人
	療養病床等を有する診療所	人	人	人
	基準適合診療所	人	人	人

※1：要介護認定を受けて非該当・要支援と判定された人、要介護申請中の人を計上して下さい。

【ツ　短期入所療養介護】

		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）	療養病床等を有する病院	人	人	人	人	人	人
	老人性認知症疾患療養病棟	人	人	人	人	人	人
	療養病床等を有する診療所	人	人	人	人	人	人
	基準適合診療所	人	人	人	人	人	人
延べ利用者数（3月中）	療養病床等を有する病院	人	人	人	人	人	人
	老人性認知症疾患療養病棟	人	人	人	人	人	人
	療養病床等を有する診療所	人	人	人	人	人	人
	基準適合診療所	人	人	人	人	人	人

※1：要介護認定を受けて非該当・要支援と判定された人、要介護申請中の人を計上して下さい。

【チ　介護予防短期入所療養介護／ツ　短期入所療養介護】を***あわせた***サービスの提供状況

食事延べ提供数（3月中）		食	
送迎の状況（3月中）	送迎延べ実施回数	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。
	うち通常の事業実施地域以外の送迎延べ実施回数	回	（一人の人を迎えに行き、送った場合は2回になります。）

※1：要介護認定を受けて非該当・要支援と判定された人、要介護申請中の人を計上して下さい。

⑧【ナ　介護予防支援】／【二　居宅介護支援】

【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）	人		

【二　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）	人					

※1：その他には、申請中および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。

【ナ　介護予防支援／二　居宅介護支援】を***あわせた***サービスの提供状況

要介護認定調査の受託件数（3月中）	件
住宅改修理由書の作成件数（3月中）	件

⑨【ヌ　夜間対応型訪問介護】

【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（3月中）		回	回	回	回	回	回
	うち定期巡回	回	回	回	回	回	回
	うち随時訪問	回	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。

⑩【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】

【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***あわせた***サービスの提供状況

食事延べ提供数（3月中）		食	
送迎の状況（3月中）	送迎延べ実施回数	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。
	うち通常の事業実施地域以外の送迎延べ実施回数	回	（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　療養室・設備等の状況

１　建築延べ面積	㎡

２　介護老人保健施設(短期入所療養介護(介護予防含む）を含む）及び通所リハビリテーション(介護予防含む）、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

		一般棟		認知症専門棟		通所リハビリテーション（介護予防含む）	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）	入所・通所共用部分※1（再掲）
		室数	延べ床面積	室数	延べ床面積	延べ床面積	延べ床面積	延べ床面積	延べ床面積
① ４人室		室	m²	室	m²				
② ３人室		室	m²	室	m²				
③ ２人室	ユニット※2	室	m²	室	m²				
	上記以外	室	m²	室	m²				
④ 個室	ユニット※2	室	m²	室	m²				
	上記以外	室	m²	室	m²				
⑤ 診察室			m²		m²	m²	m²	m²	m²
⑥ 機能訓練室			m²		m²	m²	m²	m²	m²
⑦ 食堂			m²		m²	m²	m²	m²	m²
⑧ 談話室			m²		m²	m²	m²	m²	m²
⑨ デイ・ルーム			m²		m²	m²	m²	m²	m²
⑩ レクリエーションルーム			m²		m²	m²	m²	m²	m²
⑪ 浴室			m²		m²	m²	m²	m²	m²
⑫ 家族介護教室			m²		m²	m²	m²	m²	m²
⑬その他ユニットケア用部分※2			m²		m²				

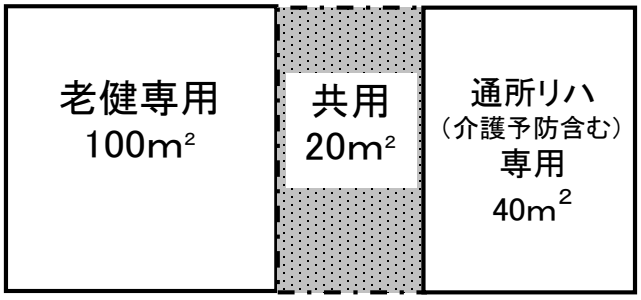
３　通所リハビリテーション(介護予防含む）・通所介護(介護予防含む）・認知症対応型通所介護(介護予防含む）以外の居宅介護サービスに係る専用延べ床面積

㎡

※１：一般棟、認知症専門棟、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、療養室をいくつかのグループに分け、少数の療養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療養室環境（ユニット）によるケアをいいます。

食堂記入例：160m²の食堂のうち、100m²は老健（一般棟）専用、40m²は通所リハ（介護予防含む）専用、20m²は老健（一般棟）



○一般棟　→ 120m²
=老健専用(100)+共用(20)

○通所部分　→ 60m²
=通所リハ（介護予防含む）専用(40)+共用(20

○入所・通所共用部分　→ 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）は回答不要です。　問４（10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）のみ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。
※ 派遣社員で対応している職種がある場合は、その数は職員数には含めないで下さい。

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　介護老人保健施設の管理者	．　人	．　人
2　その他介護保険事業の管理者	．　人	．　人
3　医師	．　人	．　人
4　薬剤師	．　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・支援相談員	．　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。

□	単独会計　⇒　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。
※ 派遣社員で対応している職種がある場合は、その職員数及び給料は含めないで下さい。

平成23年3月分

職種	常勤 換算人員	常勤 給料	非常勤 実人員	非常勤 換算人員	非常勤 給料
	人	百万 千 円	人	人	百万 千 円
1 介護老人保健施設の管理者	.			.	
2 その他介護保険事業の管理者	.			.	
3 医師	.			.	
4 薬剤師	.			.	
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・支援相談員	.			.	
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 訪問介護のサービス提供責任者（再掲）	.			.	

23 通勤手当（再掲）	百万 千 円
24 看護・介護職員に係る夜勤手当（再掲）	百万 千 円
25 賞与（年間支給額の1/12の額）	換算人員 ．人 / 賞与 百万 千 円

26 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）	

27 法定福利費（事業主負担・平成22年度実績の1/12）	百万 千 円

問５　収支の状況

□	単独会計　⇒　調査対象サービスに関する、（１）収益（本頁）および（２）費用等（13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も含めた施設全体の、（１）収益（本頁）および（２）費用等（13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）施設運営事業収益

平成23年3月分

科目			金額 百万	千	円
Ⅰ 施設運営事業収益	医業収益 計				
	介護報酬収益 計				
		1　施設介護料収入 小計			
		（１）介護老人保健施設			
		（２）介護療養型医療施設			
		2 居宅介護料収益 小計			
		（１）訪問介護（介護予防含む）			
		（２）訪問入浴介護（介護予防含む）			
		（３）訪問看護（介護予防含む）（併設訪問看護ステーションを含まない）			
		（４）訪問リハビリテーション（介護予防含む）			
		（５）通所介護（介護予防含む）			
		（６）通所リハビリテーション（介護予防含む）			
		（７）福祉用具貸与（介護予防含む）			
		（８）短期入所療養介護（介護予防含む）			
		（９）居宅療養管理指導（介護予防含む）			
		（10）夜間対応型訪問介護			
		（11）認知症対応型通所介護（介護予防含む）			
		（12）小規模多機能型居宅介護（介護予防含む）			
		（13）認知症対応型共同生活介護（介護予防含む）			
		（14）その他収入（（１）～（13）に該当しないもの）			
		3 居宅介護支援介護料収益 小計			
		（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益			

（前頁からの続き）

科目			金額 百万	千	円
Ⅰ 施設運営事業収益	4 保険外の利用料による収益 小計				
		（1）施設介護料収入 小計			
		ア 介護老人保健施設			
		イ 介護療養型医療施設			
		（2）居宅介護サービス利用料収益 小計			
		ア 訪問介護（介護予防含む）			
		イ 訪問入浴介護（介護予防含む）			
		ウ 訪問看護（介護予防含む）（併設訪問看護ステーションを含まない）			
		エ 訪問リハビリテーション（介護予防含む）			
		オ 通所介護（介護予防含む）			
		カ 通所リハビリテーション（介護予防含む）			
		キ 福祉用具貸与（介護予防含む）			
		ク 短期入所療養介護（介護予防含む）			
		ケ 居宅療養管理指導（介護予防含む）			
		コ 夜間対応型訪問介護			
		サ 認知症対応型通所介護（介護予防含む）			
		シ 小規模多機能型居宅介護（介護予防含む）			
		ス 認知症対応型共同生活介護（介護予防含む）			
		セ その他の利用料収入（ア～スに該当しないもの）			
	5 その他の事業収益 小計				
		（1）ホームヘルプサービス収益（障害者等）			
		（2）介護予防事業者からの委託に係る収入			
		（3）特定老人保健施設療養費			
		（4）介護報酬査定減	▲		
		（5）介護職員処遇改善交付金受入額			
		（6）その他（消費税等を含む）			
	施設運営事業収益計（医業収益＋介護報酬収益）				

※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。

（2）費用等

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□にチェック（☑）し、それぞれ指定の用紙に記入して下さい。

□	介護老人保健施設会計・経理準則	⇒（2）－A（13頁）に記入
□	病院会計準則	⇒（2）－B（15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

	科目	金額（百万 千 円）
Ⅱ 施設運営事業等費用	1 給与費	
	うち介護職員処遇改善交付金による支出	
	2 医薬品費	
	3 給食用材料費	
	4 施設療養材料費 ・ 施設療養消耗器具備品費	
	5 その他の材料費	
	6 経費 計	
	ア 福利厚生費	
	イ 消耗品費	
	ウ 消耗器具備品費	
	エ 車両費	
	オ 光熱水費	
	カ 修繕費	
	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その他の賃借料（①～③に該当しないもの）	
	ク 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	
	ケ 租税公課	
	コ 徴収不能損失	
	サ その他の経費（ア～コに該当しないもの）	

（前頁からの続き）

科目			金額 百万	千	円
Ⅱ 施設運営事業等費用	7 委託費	計			
		ア 派遣委託費			
		イ 患者用給食委託費			
		ウ 送迎委託費			
		エ 寝具類洗濯・賃貸委託費（病衣除く）			
		オ 清掃委託費			
		カ 各種器械保守委託費			
		キ その他の委託費（ア～カに該当しないもの）			
	8 研修費				
	9 減価償却費	計			
		ア 建物及び建物付属設備減価償却費			
		イ 医療用器械設備減価償却費			
		ウ 車両船舶設備減価償却費			
		エ 特殊浴槽減価償却費			
		オ その他の減価償却費（ア～エに該当しないもの）			
	10 本部費				
	11 その他（1～10に該当しないもの）				
	施設運営事業等費用計（1～11の合計）				
Ⅲ 施設運営事業外収益		計			
	1 受取利息・配当金				
	2 その他の施設運営事業外収益（1に該当しないもの）				
Ⅳ 施設運営事業外費用		計			
	うち支払利息				
Ⅴ 特別損益		計			
	1 特別利益				
	2 特別損失				
		うち法人税等			

※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。

※2 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。

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 医業・介護費用	1 給与費									
	うち介護職員処遇改善交付金による支出									
	2 医薬品費									
	3 給食用材料費									
	4 診療材料費 ・ 医療消耗器具備品費									
	5 経費 計									
	ア 福利厚生費									
	イ 通信費									
	ウ 消耗品費									
	エ 消耗器具備品費									
	オ 車両費									
	カ 光熱水費									
	キ 修繕費									
	ク 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）									
	ケ 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）									
	コ 租税公課									
	サ 徴収不能損失									
	シ その他の経費（ア～サに該当しないもの）									

（前頁からの続き）

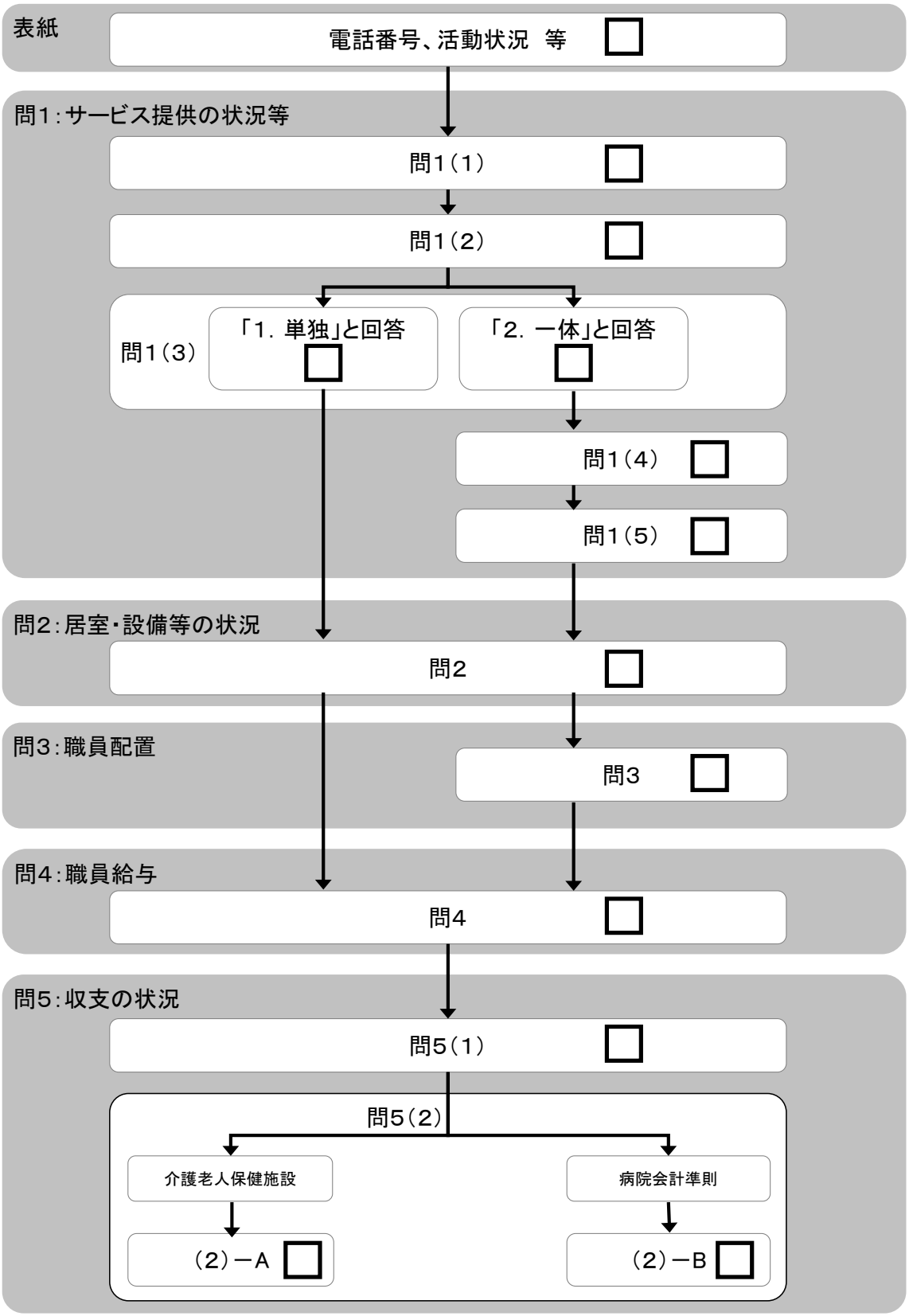
科目			金額 百万			千			円
Ⅱ 医業・介護費用	6 委託費	計							
		ア 派遣委託費							
		イ 患者用給食委託費							
		ウ 送迎委託費							
		エ 寝具類洗濯・賃貸委託費（病衣除く）							
		オ 清掃委託費							
		カ 各種器械保守委託費							
		キ その他の委託費（ア～カに該当しないもの）							
	7 減価償却費	計							
		ア 建物及び建物付属設備減価償却費							
		イ 医療用器械設備減価償却費							
		ウ 車両船舶設備減価償却費							
		エ 特殊浴槽減価償却費							
		オ その他の減価償却費（ア～エに該当しないもの）							
	8 本部費								
	9 その他（1～8に該当しないもの）								
	医業・介護費用計（1～9の合計）								
Ⅲ 医業・介護外収益		計							
	1 受取利息・配当金								
	2 その他の医業･介護外収益（1に該当しないもの）								
Ⅳ 医業・介護外費用		計							
	うち支払利息								
Ⅴ 特別損益		計							
	1 特別利益								
	2 特別損失								
Ⅵ 税金（年額）									

※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。

※2 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。

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）。

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）

＜介護療養型医療施設（病院・診療所）調査票＞

平成23年4月調査

右に印字してある項目は必ず
ご確認下さい。

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。

お手数をおかけしますが、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　お名前　（役職　　）

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

☐ 活動中 ―― 内側へお進み下さい

☐ 休止

☐ 廃止

今回の調査にご回答いただく必要はございません。
お手数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。

厚生労働省 老健局

【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）（６）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）（６）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-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。

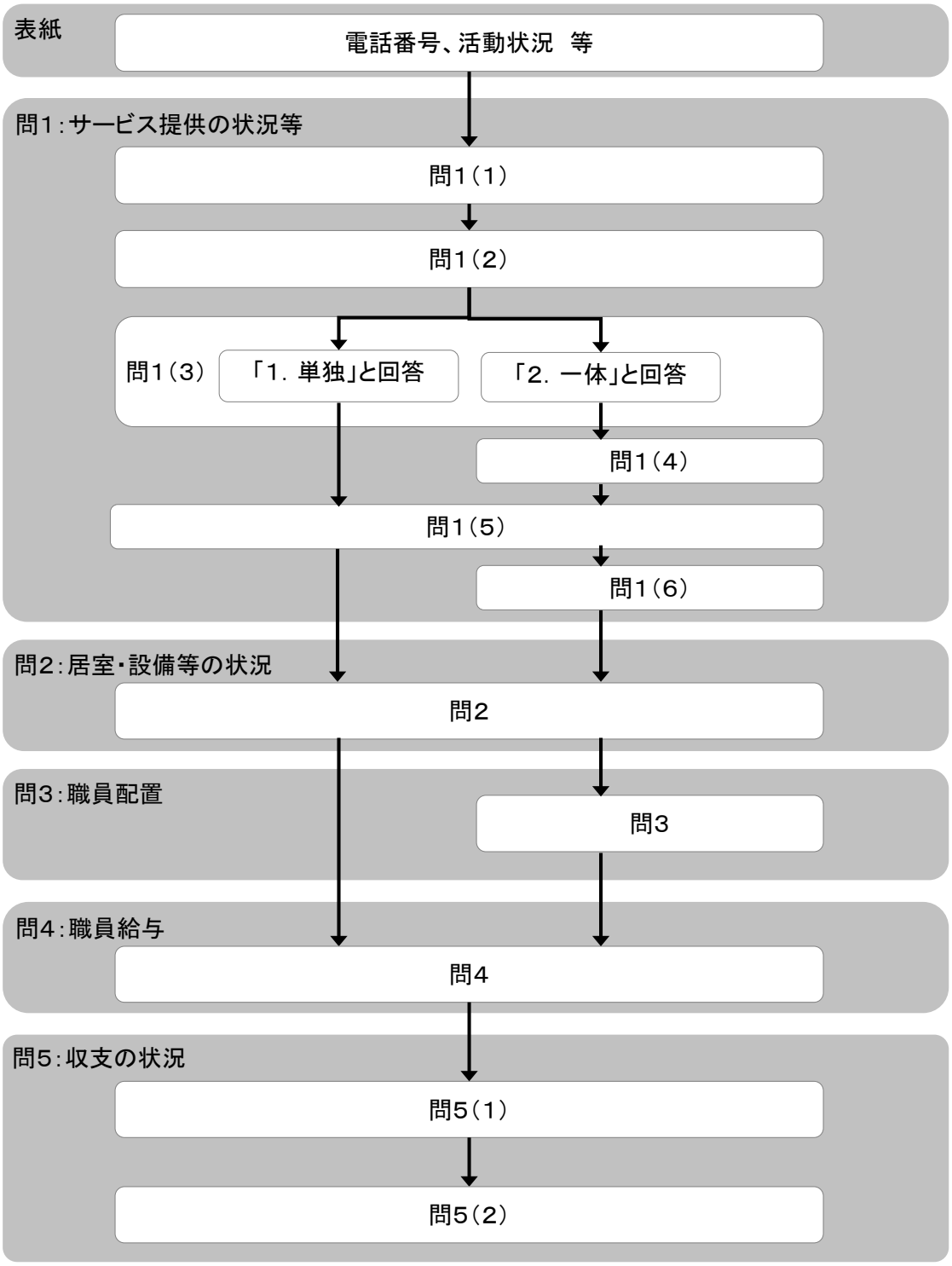
問３について

○ 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。

記入の流れ


表紙
電話番号、活動状況　等
問1：サービス提供の状況等
問1（1）
問1（2）
問1（3）
「1．単独」と回答
「2．一体」と回答
問1（4）
問1（5）
問1（6）
問2：居室・設備等の状況
問2
問3：職員配置
問3
問4：職員給与
問4
問5：収支の状況
問5（1）
問5（2）

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	5．医療法人	8．社団・財団法人
2．市区町村	6．社会福祉協議会	9．その他の法人
3．広域連合・一部事務組合	7．社会福祉法人(社会福祉協議会以外)	10．　1～9以外
4．日本赤十字社・社会保険関係団体		

（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．単独会計：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
2．一体会計：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□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）は記入不要です。（５）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											⇒(6)②も記入
イ　訪問介護											
ウ　介護予防訪問入浴介護											
エ　訪問入浴介護											
オ　介護予防訪問看護											⇒(6)③も記入
カ　訪問看護											
キ　介護予防訪問リハビリテーション											⇒(6)④も記入
ク　訪問リハビリテーション											
ケ　介護予防通所介護											⇒(6)⑤も記入
コ　通所介護											
サ　介護予防通所リハビリテーション											⇒(6)⑥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											
セ　福祉用具貸与											
ソ　介護予防短期入所生活介護											
タ　短期入所生活介護											
チ　介護予防短期入所療養介護											⇒(6)⑦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											
ト　特定施設入居者生活介護											
ナ　介護予防支援											⇒(6)⑨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）											
ヌ　夜間対応型訪問介護											⇒(6)⑩も記入
ネ　介護予防認知症対応型通所介護											⇒(6)⑪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											
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）病院・診療所の状況

入院

		病室数	病床数	在院者数（3月末日）	延べ在院者数（3月中）	食事延べ提供数（3月中）	うち療養食・特別食
病院・診療所全体		室	床	人	人	食	
うち療養病床	介護保険適用	室	床			食	食
	医療保険適用	室	床	人	人	食	食

外来（3月中）

初診患者数		人
再診患者延べ数		人
休診日数		日
食事延べ提供数（3月中）		食

（6）下記の該当する項目の□にチェック（☑）し、指示に従って下さい。

□	単独会計　⇒　問２（8頁）に進んで下さい。（6）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□にチェック（☑）し、それぞれの太枠内に記入して下さい。

①【メ　介護療養型医療施設】

□【メ　介護療養型医療施設】

	要介護１	要介護２	要介護３	要介護４	要介護５	その他※1
延べ在院者数（3月中）	人	人	人	人	人	人
延べ外泊者数（3月中）	人	人	人	人	人	人

※1：要介護認定を受けて非該当・要支援と判定された人、要介護認定申請中の人を計上して下さい。

②【ア　介護予防訪問介護】／【イ　訪問介護】

□【ア　介護予防訪問介護】

サービス提供延べ時間数（3月中）	時間

□【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	回	回	回	回	回
類型別延べ訪問時間数	時間	時間	時間	時間	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	回
訪問時間合計	時間

③【オ　介護予防訪問看護】／【カ　訪問看護】

□【オ　介護予防訪問看護】

実利用者数（3月中）	要支援１	要支援２	その他(認定申請中)
	人	人	人

（再掲）健康保険法等による併給者数※1　□ 人 → うち高齢者の医療の確保に関する法律 □ 人

請求別訪問回数（３月中）

		延べ訪問回数		
介護保険法による請求	看護師、保健師	回		
	准看護師	回		
	PT、OT、ST	回		
	夜間又は早朝（再掲）	回	深夜（再掲）	回
健康保険法等による請求※1	看護師、保健師	□ 回 → うち高齢者の医療の確保に関する法律	□ 回	
	准看護師	□ 回 → うち高齢者の医療の確保に関する法律	□ 回	
	PT、OT、ST	□ 回 → うち高齢者の医療の確保に関する法律	□ 回	

【カ　訪問看護】

※介護保険法の訪問看護のサービスを3月中に1度以上利用した者の状況について記入して下さい。

		要介護１	要介護２	要介護３	要介護４	要介護５	その他（認定申請中）
実利用者数（3月中）		人	人	人	人	人	人
（再掲）健康保険法等による併給者数※1		人 → うち高齢者の医療の確保に関する法律				人	
請求別訪問回数（3月中）	介護保険法による請求	延べ訪問回数					
	看護師、保健師	回					
	准看護師	回					
	PT、OT、ST	回					
	夜間又は早朝（再掲）	回		深夜（再掲）	回		
	健康保険法等による請求※1 看護師、保健師	回 → うち高齢者の医療の確保に関する法律				回	
	准看護師	回 → うち高齢者の医療の確保に関する法律				回	
	PT、OT、ST	回 → うち高齢者の医療の確保に関する法律				回	

【その他の訪問看護のサービスの提供状況】

※介護保険法による訪問看護（介護予防含む）を一度も利用せず、健康保険法等のみによる訪問看護を利用する者の状況について記入して下さい。

		健康保険法等	うち高齢者の医療の確保に関する法律	その他（自由契約等）
実利用者数（3月中）		人	人	人
健康保険法等による請求別訪問回数（3月中）	看護師、保健師	回 → うち高齢者の医療の確保に関する法律		回
	准看護師	回 → うち高齢者の医療の確保に関する法律		回
	PT、OT、ST	回 → うち高齢者の医療の確保に関する法律		回

※1：介護保険法の利用者のうち、3月中に急性憎悪等の理由で健康保険法等による訪問看護を利用する者について計上して下さい。

④【キ　介護予防訪問リハビリテーション】／【ク　訪問リハビリテーション】

【キ　介護予防訪問リハビリテーション】

※介護保険法の介護予防訪問リハビリテーションのサービスを3月中に1度以上利用した者の状況について記入して下さい。

	要支援１	要支援２	その他（認定申請中）
延べ訪問回数（3月中）	回	回	回

【ク　訪問リハビリテーション】

※介護保険法の訪問リハビリテーションのサービスを3月中に1度以上利用した者の状況について記入して下さい。

	要介護１	要介護２	要介護３	要介護４	要介護５	その他（認定申請中）
延べ訪問回数（3月中）	回	回	回	回	回	回

【その他の訪問リハビリテーション】

※介護保険法による訪問リハビリテーションサービス（介護予防含む）を一度も利用せず、健康保険法等のみによる訪問リハビリテーションサービスを利用する者の状況について記入して下さい。

	健康保険法等	うち高齢者の医療の確保に関する法律
実利用者数（3月中）	人	人
延べ訪問回数（3月中）	回	回

⑤【ケ　介護予防通所介護】／【コ　通所介護】

□ 【ケ　介護予防通所介護／コ　通所介護】を***あわせた***サービスの提供状況			
食事延べ提供数（3月中）		□ 食	
送迎の状況（3月中）	送迎延べ実施回数	□ 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	□ 回	

⑥【サ　介護予防通所リハビリテーション／シ　通所リハビリテーション】

□ 【サ　介護予防通所リハビリテーション／シ　通所リハビリテーション】を***あわせた***サービスの提供状況			
食事延べ提供数（3月中）		□ 食	
送迎の状況（3月中）	送迎延べ実施回数	□ 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	□ 回	

⑦【チ　介護予防短期入所療養介護】／【ツ　短期入所療養介護】

□ 【チ　介護予防短期入所療養介護】

		要支援１	要支援２	その他※1
（3月中）実利用者数	療養病床等を有する病院	人	人	人
	老人性認知症疾患療養病棟	人	人	人
	療養病床等を有する診療所	人	人	人
	基準適合診療所	人	人	人
（3月中）延べ利用者数	療養病床等を有する病院	人	人	人
	老人性認知症疾患療養病棟	人	人	人
	療養病床等を有する診療所	人	人	人
	基準適合診療所	人	人	人

※1：要介護認定を受けて非該当・要支援と判定された人、要介護申請中の人を計上して下さい。

【ツ　短期入所療養介護】

		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）	療養病床等を有する病院	人	人	人	人	人	人
	老人性認知症疾患療養病棟	人	人	人	人	人	人
	療養病床等を有する診療所	人	人	人	人	人	人
	基準適合診療所	人	人	人	人	人	人
延べ利用者数（3月中）	療養病床等を有する病院	人	人	人	人	人	人
	老人性認知症疾患療養病棟	人	人	人	人	人	人
	療養病床等を有する診療所	人	人	人	人	人	人
	基準適合診療所	人	人	人	人	人	人

※1：要介護認定を受けて非該当・要支援と判定された人、要介護申請中の人を計上して下さい。

【チ　介護予防短期入所療養介護／ツ　短期入所療養介護】を***あわせた***サービスの提供状況

食事延べ提供数（3月中）		食	
送迎の状況（3月中）	送迎延べ実施回数	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。
	うち通常の事業実施地域以外の送迎延べ実施回数	回	（一人の人を迎えに行き、送った場合は2回になります。）

※1：要介護認定を受けて非該当・要支援と判定された人、要介護申請中の人を計上して下さい。

⑧【介護予防居宅療養管理指導】／【居宅療養管理指導】

【介護予防居宅療養管理指導】

延べ利用者数（3月中）	医師・歯科医師	人
	薬剤師	人
	看護職員	人
	歯科衛生士	人
	管理栄養士	人

【居宅療養管理指導】

延べ利用者数（3月中）	医師・歯科医師	人
	薬剤師	人
	看護職員	人
	歯科衛生士	人
	管理栄養士	人

⑨【ナ　介護予防支援】／【二　居宅介護支援】

【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）	人		

【二　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）	人					

※1：その他には、申請中および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。

【ナ　介護予防支援／二　居宅介護支援】を***あわせた***サービスの提供状況

要介護認定調査の受託件数（3月中）	件
住宅改修理由書の作成件数（3月中）	件

⑩【ヌ　夜間対応型訪問介護】

【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（3月中）		回	回	回	回	回	回
	うち定期巡回	回	回	回	回	回	回
	うち随時訪問	回	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。

⑪【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】

【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***あわせた***サービスの提供状況

食事延べ提供数（3月中）		食	
送迎の状況（3月中）	送迎延べ実施回数	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。
	うち通常の事業実施地域以外の送迎延べ実施回数	回	（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　病室・設備等の状況

１　建築延べ面積	m²

２　介護療養型医療施設に係る延べ床面積等　　※該当する設備がない場合には、「0」を記入して下さい。

	介護保険適用		医療保険適用	
	室数	延べ床面積	室数	延べ床面積
Ａ　病棟部門（入院患者と通所・外来患者で共用している諸室等を含めて記入して下さい）				
① ５人室以上	室	m²	室	m²
② ４人室	室	m²	室	m²
③ ３人室	室	m²	室	m²
④ ２人室	室	m²	室	m²
⑤ 個室	室	m²	室	m²
⑥ 機能訓練室	m²			
⑦ 談話室	m²			
⑧ 食堂	m²			
⑨ 浴室	m²			
⑩ シャワールーム	m²			
⑪ その他	m²			
病棟部門合計	m²			

Ｂ　通所・外来部門（通所・外来患者だけで利用している諸室等を記入して下さい）

	介護保険適用		医療保険適用
① 通所専用面積※1	通所リハビリテーション（介護予防含む）	m²	m²
	通所介護（介護予防含む）	m²	
	認知症対応型通所介護（介護予防含む）	m²	
② 一般外来部・待合いホール			m²
③ その他	m²		
外来・通所部門合計	m²		

Ｃ　管理部門等

① 給食部	m²
② その他	m²
管理部門等合計	m²

３　居宅サービスに係る専用延べ床面積※2

m²

※１：介護保険適用面積については、通所リハビリ（介護予防含む）、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）の専用面積について記入し、医療保険適用面積については、重度認知症疾患デイ・ケア、リハビリテーション、精神科作業療法、精神科デイ・ケア（ナイト・ケア、デイ・ナイト・ケアを含む）の専用面積について記入して下さい。
介護と医療で共用している諸室については、両者に重複して記入して下さい。
※２：「1建築延べ面積」のうち、通所以外の介護保険の居宅サービスについて、再掲で記入して下さい。

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）は回答不要です。　問４（10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）のみ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。
※ 派遣社員で対応している職種がある場合は、その数は職員数には含めないで下さい。

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　病院・診療所の管理者	．　人	．　人
2　その他介護保険事業の管理者	．　人	．　人
3　医師	．　人	．　人
4　薬剤師	．　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・支援相談員	．　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。

□	単独会計　⇒　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。
※ 派遣社員で対応している職種がある場合は、その数は職員数には含めないで下さい。

平成23年3月分

職種	常勤 換算人員	常勤 給料	非常勤 実人員	非常勤 換算人員	非常勤 給料
	人	百万 千 円	人	人	百万 千 円
1 病院・診療所の管理者	.			.	
2 その他介護保険事業の管理者	.			.	
3 医師	.			.	
4 薬剤師	.			.	
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・支援相談員	.			.	
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 訪問介護のサービス提供責任者（再掲）	.			.	

23 通勤手当（再掲）	百万 千 円
24 看護・介護職員に係る夜勤手当（再掲）	百万 千 円

	換算人員	賞与
25 賞与（年間支給額の1/12の額）	. 人	百万 千 円

26 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）	

27 法定福利費（事業主負担・平成22年度実績の1/12）	百万 千 円

問５　収支の状況

□	単独会計　⇒　調査対象サービスに関する、（１）医業・介護収益（本頁）および（２）医業・介護費用等（13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も含めた施設全体の、（１）医業・介護収益（本頁）および（２）医業・介護費用等（13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）医業・介護収益

平成23年3月分

科目			金額（百万　千　円）
Ⅰ 医業・介護収益	医業収益		
	介護報酬収益	計	
	1　施設介護料収入	小計	
		（１）介護老人保健施設	
		（２）介護療養型医療施設	
	2 居宅介護料収益	小計	
		（１）訪問介護（介護予防含む）	
		（２）訪問入浴介護（介護予防含む）	
		（３）訪問看護（介護予防含む）（併設訪問看護ステーションを含まない）	
		（４）訪問リハビリテーション（介護予防含む）	
		（５）通所介護（介護予防含む）	
		（６）通所リハビリテーション（介護予防含む）	
		（７）福祉用具貸与（介護予防含む）	
		（８）短期入所療養介護（介護予防含む）	
		（９）居宅療養管理指導（介護予防含む）	
		（10）夜間対応型訪問介護	
		（11）認知症対応型通所介護（介護予防含む）	
		（12）小規模多機能型居宅介護（介護予防含む）	
		（13）認知症対応型共同生活介護（介護予防含む）	
		（14）その他の収益（（１）～（13）に該当しないもの）	
	3 居宅介護支援介護料収益	小計	
		（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益	

（前頁からの続き）

科目		金額（百万 千 円）
Ⅰ 医業・介護収益	４ 保険外の利用料による収益 小計	
	（１）施設介護料収入 小計	
	ア 介護老人保健施設	
	イ 介護療養型医療施設	
	（２）居宅介護サービス利用料収益 小計	
	ア 訪問介護（介護予防含む）	
	イ 訪問入浴介護（介護予防含む）	
	ウ 訪問看護（介護予防含む）（併設訪問看護ステーションを含まない）	
	エ 訪問リハビリテーション（介護予防含む）	
	オ 通所介護（介護予防含む）	
	カ 通所リハビリテーション（介護予防含む）	
	キ 福祉用具貸与（介護予防含む）	
	ク 短期入所療養介護（介護予防含む）	
	ケ 居宅療養管理指導（介護予防含む）	
	コ 夜間対応型訪問介護	
	サ 認知症対応型通所介護（介護予防含む）	
	シ 小規模多機能型居宅介護（介護予防含む）	
	ス 認知症対応型共同生活介護（介護予防含む）	
	セ その他の利用料収益（ア～スに該当しないもの）	
	５ その他の事業収益 小計	
	（１）ホームヘルプサービス収益（障害者等）	
	（２）介護予防事業者からの委託に係る収入	
	（３）特定老人保健施設療養費	
	（４）介護報酬査定減	▲
	（５）介護職員処遇改善交付金受入額	
	（６）その他（消費税等を含む）	
収益計（医業収益＋介護報酬収益）		

※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。

※ 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）医業・介護費用

平成23年3月分

科目			金額 百万			千			円
Ⅱ 医業・介護費用	1 給与費								
		うち介護職員処遇改善交付金による支出							
	2 医薬品費								
	3 給食用材料費								
	4 診療材料費 ・ 医療消耗器具備品費								
	5 経費 計								
		ア 福利厚生費							
		イ 通信費							
		ウ 消耗品費							
		エ 消耗器具備品費							
		オ 車両費							
		カ 光熱水費							
		キ 修繕費							
		ク 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）							
		ケ 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）							
		コ 租税公課							
		サ 徴収不能損失							
		シ その他の経費（ア～サに該当しないもの）							

（前頁からの続き）

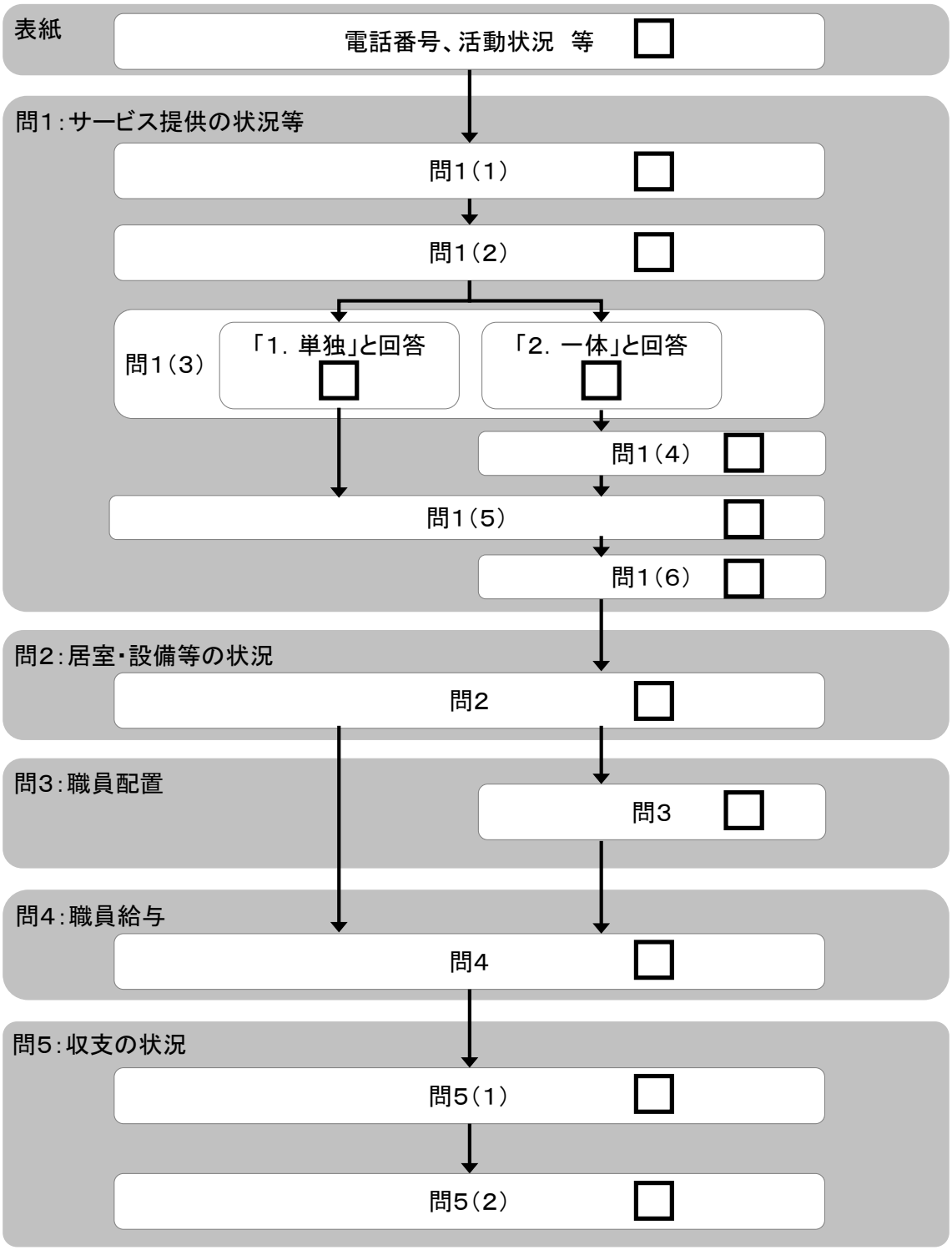
科目			金額 百万			千				円
Ⅱ 医業・介護費用	6 委託費	計								
		ア 派遣委託費								
		イ 患者用給食委託費								
		ウ 送迎委託費								
		エ 寝具類洗濯・賃貸委託費（病衣除く）								
		オ 清掃委託費								
		カ 各種器械保守委託費								
		キ その他の委託費（ア～カに該当しないもの）								
	7 減価償却費	計								
		ア 建物及び建物付属設備減価償却費								
		イ 医療用器械設備減価償却費								
		ウ 車両船舶設備減価償却費								
		エ 特殊浴槽減価償却費								
		オ その他の減価償却費（ア～エに該当しないもの）								
	8 本部費									
	9 その他（1～8に該当しないもの）									
	医業・介護費用計（1～9の合計）									
Ⅲ 医業・介護外収益		計								
	1 受取利息・配当金									
	2 その他の医業･介護外収益（1に該当しないもの）									
Ⅳ 医業・介護外費用		計								
	うち支払利息									
Ⅴ 特別損益		計								
	1 特別利益									
	2 特別損失									
Ⅵ 税金（年額）										

※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。

※2 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。

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）。

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）

＜居宅サービス・地域密着型サービス事業所調査票＞
（介護予防含む）（医療関係）

平成23年4月調査

右に印字してある項目は必ず
ご確認下さい。

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。

お手数をおかけしますが、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　お名前　（役職　　）

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

☐ 活動中 ―― 内側へお進み下さい

☐ 休止

☐ 廃止

今回の調査にご回答いただく必要はございません。
お手数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。

厚生労働省 老健局

【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）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）（６）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-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。

○ 貴施設・事業所が保険医療機関である場合は（５）についてご記入をお願いします。該当しない場合は、（５）ご記入いただく必要はありません。

問２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、お手数ですが、ご記入をお願いします。

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。

５．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）費用等」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。

■「病院会計準則」に基づいた会計を行っている場合

⇒ 問５（１）収益
問５（２）－Ａ費用等：病院会計準則
へのご記入をお願いします

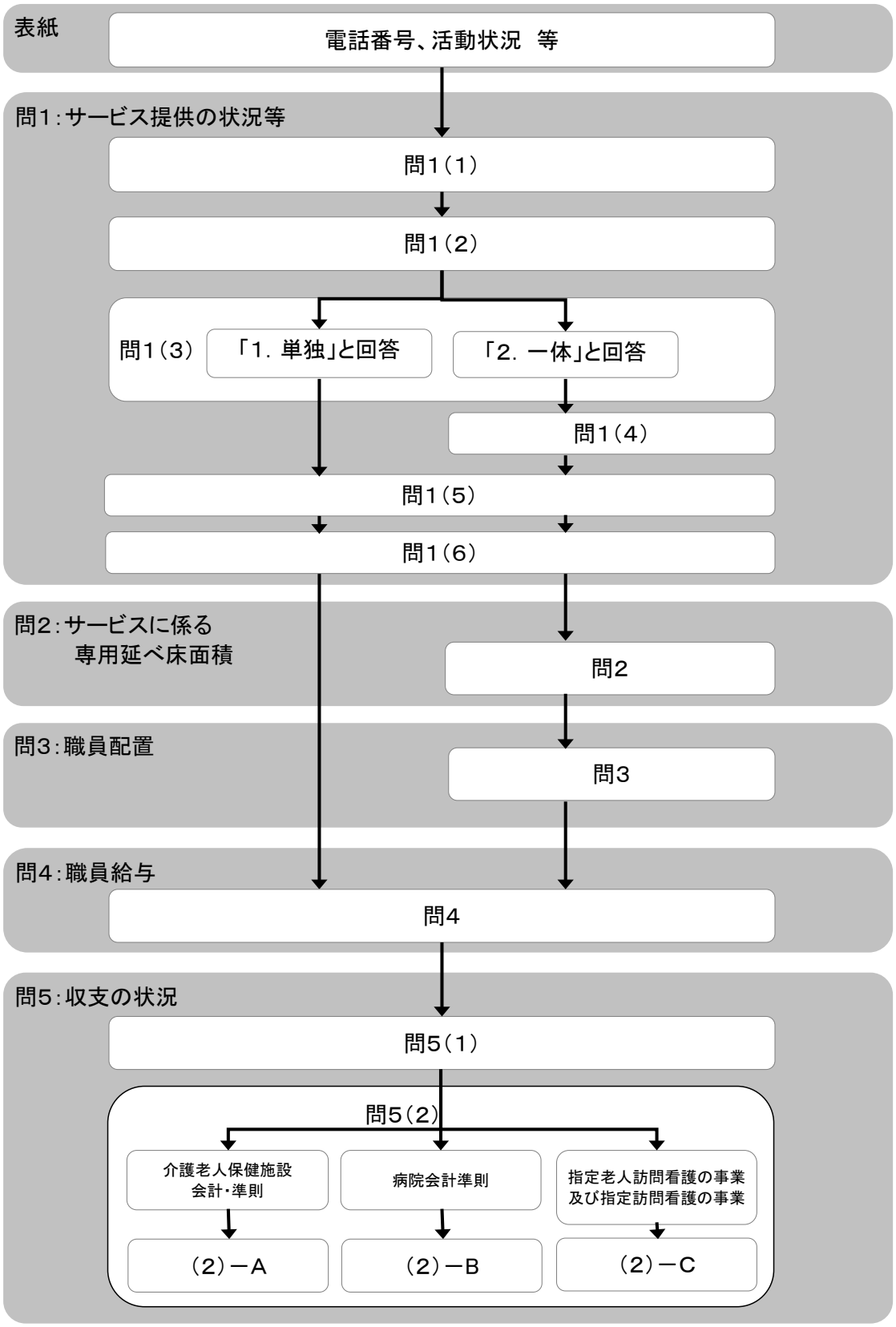
■「介護老人保健施設会計・経理準則」に基づいた会計を行っている場合

⇒ 問５（１）収益
問５（２）－Ｂ費用等：介護老人保健施設会計・経理準則
へのご記入をお願いします

■「指定老人訪問看護の事業及び指定訪問看護の事業の会計経理準則」に基づいた会計を行っている場合

⇒ 問５（１）収益
問５（２）－Ｃ費用等：指定老人訪問看護の事業及び指定訪問看護の事業の会計経理準則
へのご記入をお願いします

記入の流れ


表紙
電話番号、活動状況　等
問1：サービス提供の状況等
問1（1）
問1（2）
問1（3）
「1．単独」と回答
「2．一体」と回答
問1（4）
問1（5）
問1（6）
問2：サービスに係る
専用延べ床面積
問2
問3：職員配置
問3
問4：職員給与
問4
問5：収支の状況
問5（1）
問5（2）
介護老人保健施設
会計・準則
病院会計準則
指定老人訪問看護の事業
及び指定訪問看護の事業
（2）－A
（2）－B
（2）－C

問１　サービス提供の状況等（事業所全体の概要）

（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．国・都道府県	6．社会福祉協議会	9．営利法人
2．市区町村	7．社会福祉法人（社会福祉協議会以外）	10．その他の法人
3．広域連合・一部事務組合	8．社団・財団法人	11．個人
4．日本赤十字社・社会保険関係団体		
5．医療法人		

（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．単独会計：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
2．一体会計：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□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）は記入不要です。問１（５）に記入後、問１（６）のうち調査対象サービスの欄に記入し、問４（10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											⇒(6)①も記入
イ　訪問介護											
ウ　介護予防訪問入浴介護											
エ　訪問入浴介護											
オ　介護予防訪問看護											⇒(6)②も記入
カ　訪問看護											
キ　介護予防訪問リハビリテーション											⇒(6)③も記入
ク　訪問リハビリテーション											
ケ　介護予防通所介護											⇒(6)④も記入
コ　通所介護											
サ　介護予防通所リハビリテーション											⇒(6)⑤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											
セ　福祉用具貸与											
ソ　介護予防短期入所生活介護											
タ　短期入所生活介護											
チ　介護予防短期入所療養介護											⇒(6)⑥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											
ト　特定施設入居者生活介護											
ナ　介護予防支援											⇒(6)⑧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）											
ヌ　夜間対応型訪問介護											⇒(6)⑪も記入
ネ　介護予防認知症対応型通所介護											⇒(6)⑫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											
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											⇒(6)⑨も記入
メ　介護療養型医療施設											⇒(6)⑩も記入

（5）保険医療機関の状況

		病棟・病室数	病床数	在院者数（3月末日）	延べ在院者数（3月中）	食事延べ提供数（3月中）	外来者数（3月末）
保険医療機関全体		病棟・室	床	人	人	食	人
うち療養病床	介護保険適用	病棟・室	床	人	人		
	医療保険適用	病棟・室	床	人	人		
うち老人性認知症疾患療養病棟		病棟・室	床	人	人		

（6）下記の該当する項目の□にチェック（☑）し、指示に従って下さい。

□	単独会計　⇒　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、問４（10頁）に進んで下さい。

□	一体会計　⇒　まず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。 さらに問１（４）（１～２頁）で事業所番号を記入したサービスの□にチェック（☑）し、それぞれの太枠内に記入して下さい。

①【ア　介護予防訪問介護】／【イ　訪問介護】

□	【ア　介護予防訪問介護】
サービス提供延べ時間数（3月中）	時間

□【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	回	回	回	回	回
類型別延べ訪問時間数	時間	時間	時間	時間	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	回
訪問時間合計	時間

②【オ　介護予防訪問看護】／【カ　訪問看護】

□【オ　介護予防訪問看護】

実利用者数（3月中）	要支援１	要支援２	その他(認定申請中)
	人	人	人

（再掲）健康保険法等による併給者数※1　　人 → うち高齢者の医療の確保に関する法律　　人

請求別訪問回数（３月中）

		延べ訪問回数		
介護保険法による請求	看護師、保健師	回		
	准看護師	回		
	PT、OT、ST	回		
	夜間又は早朝（再掲）	回	深夜（再掲）	回
健康保険法等による請求※1	看護師、保健師	回 → うち高齢者の医療の確保に関する法律		回
	准看護師	回 → うち高齢者の医療の確保に関する法律		回
	PT、OT、ST	回 → うち高齢者の医療の確保に関する法律		回

【カ　訪問看護】

※介護保険法の訪問看護のサービスを3月中に1度以上利用した者の状況について記入して下さい。

	要介護１	要介護２	要介護３	要介護４	要介護５	その他（認定申請中）
実利用者数（3月中）	人	人	人	人	人	人

（再掲）健康保険法等による併給者数※1　人 → うち高齢者の医療の確保に関する法律　人

請求別訪問回数（３月中）		延べ訪問回数
介護保険法による請求	看護師、保健師	回
	准看護師	回
	PT、OT、ST	回
	夜間又は早朝（再掲）	回
	深夜（再掲）	回
健康保険法等による請求※1	看護師、保健師	回 → うち高齢者の医療の確保に関する法律　回
	准看護師	回 → うち高齢者の医療の確保に関する法律　回
	PT、OT、ST	回 → うち高齢者の医療の確保に関する法律　回

【その他の訪問看護のサービスの提供状況】

※介護保険法による訪問看護（介護予防含む）を一度も利用せず、健康保険法等のみによる訪問看護を利用する者の状況について記入して下さい。

	健康保険法等	うち高齢者の医療の確保に関する法律	その他（自由契約等）
実利用者数（3月中）	人	人	人

健康保険法等による請求別訪問回数（3月中）			
看護師、保健師	回 → うち高齢者の医療の確保に関する法律		回
准看護師	回 → うち高齢者の医療の確保に関する法律		回
PT、OT、ST	回 → うち高齢者の医療の確保に関する法律		回

※1：介護保険法の利用者のうち、3月中に急性憎悪等の理由で健康保険法等による訪問看護を利用する者について計上して下さい。

③【キ　介護予防訪問リハビリテーション】／【ク　訪問リハビリテーション】

【キ　介護予防訪問リハビリテーション】

※介護保険法の介護予防訪問リハビリテーションのサービスを3月中に1度以上利用した者の状況について記入して下さい。

	要支援１	要支援２	その他（認定申請中）
延べ訪問回数（3月中）	回	回	回

【ク　訪問リハビリテーション】

※介護保険法の訪問リハビリテーションのサービスを3月中に1度以上利用した者の状況について記入して下さい。

	要介護１	要介護２	要介護３	要介護４	要介護５	その他（認定申請中）
延べ訪問回数（3月中）	回	回	回	回	回	回

【その他の訪問リハビリテーション】

※介護保険法による訪問リハビリテーションサービス（介護予防含む）を一度も利用せず、健康保険法等のみによる訪問リハビリテーションサービスを利用する者の状況について記入して下さい。

	健康保険法等	うち高齢者の医療の確保に関する法律
実利用者数（3月中）	人	人
延べ訪問回数（3月中）	回	回

④【ケ　介護予防通所介護】／【コ　通所介護】

□	【ケ　介護予防通所介護／コ　通所介護】を***あわせた***サービスの提供状況		
食事延べ提供数（3月中）		□ 食	
送迎の状況（3月中）	送迎延べ実施回数	□ 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。
	うち通常の事業実施地域以外の送迎延べ実施回数	□ 回	（一人の人を迎えに行き、送った場合は2回になります。）

⑤【サ　介護予防通所リハビリテーション／シ　通所リハビリテーション】

□	【サ　介護予防通所リハビリテーション／シ　通所リハビリテーション】を***あわせた***サービスの提供状況		
食事延べ提供数（3月中）		□ 食	
送迎の状況（3月中）	送迎延べ実施回数	□ 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。
	うち通常の事業実施地域以外の送迎延べ実施回数	□ 回	（一人の人を迎えに行き、送った場合は2回になります。）

⑥【チ　介護予防短期入所療養介護】／【ツ　短期入所療養介護】

□ 【チ　介護予防短期入所療養介護】

		要支援１	要支援２	その他※1
実利用者数（3月中）	療養病床等を有する病院	人	人	人
	老人性認知症疾患療養病棟	人	人	人
	療養病床等を有する診療所	人	人	人
	基準適合診療所	人	人	人
延べ利用者数（3月中）	療養病床等を有する病院	人	人	人
	老人性認知症疾患療養病棟	人	人	人
	療養病床等を有する診療所	人	人	人
	基準適合診療所	人	人	人

※1：要介護認定を受けて非該当・要支援と判定された人、要介護申請中の人を計上して下さい。

【ツ　短期入所療養介護】

		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）	療養病床等を有する病院	人	人	人	人	人	人
	老人性認知症疾患療養病棟	人	人	人	人	人	人
	療養病床等を有する診療所	人	人	人	人	人	人
	基準適合診療所	人	人	人	人	人	人
延べ利用者数（3月中）	療養病床等を有する病院	人	人	人	人	人	人
	老人性認知症疾患療養病棟	人	人	人	人	人	人
	療養病床等を有する診療所	人	人	人	人	人	人
	基準適合診療所	人	人	人	人	人	人

※1：要介護認定を受けて非該当・要支援と判定された人、要介護申請中の人を計上して下さい。

【チ　介護予防短期入所療養介護／ツ　短期入所療養介護】を***あわせた***サービスの提供状況

食事延べ提供数（3月中）		食	
送迎の状況（3月中）	送迎延べ実施回数	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。
	うち通常の事業実施地域以外の送迎延べ実施回数	回	（一人の人を迎えに行き、送った場合は2回になります。）

※1：要介護認定を受けて非該当・要支援と判定された人、要介護申請中の人を計上して下さい。

⑦【介護予防居宅療養管理指導】／【居宅療養管理指導】

【介護予防居宅療養管理指導】

延べ利用者数（3月中）	医師・歯科医師	人
	薬剤師	人
	看護職員	人
	歯科衛生士	人
	管理栄養士	人

【居宅療養管理指導】

延べ利用者数（3月中）	医師・歯科医師	人
	薬剤師	人
	看護職員	人
	歯科衛生士	人
	管理栄養士	人

⑧【ナ　介護予防支援】／【二　居宅介護支援】

【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）	人		

【二　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）	人					

※1：その他には、申請中および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。

【ナ　介護予防支援／二　居宅介護支援】を***あわせた***サービスの提供状況

要介護認定調査の受託件数（3月中）	件
住宅改修理由書の作成件数（3月中）	件

⑨【ム　介護老人保健施設】

【ム　介護老人保健施設】

		要介護１	要介護２	要介護３	要介護４	要介護５	その他※1	特定利用※2
一般棟	延べ在所者数（3月中）	人	人	人	人	人	人	人
	延べ外泊者数（3月中）	人	人	人	人	人	人	人
	延べ試行的退所者数（3月中）	人	人	人	人	人	人	人
		要介護１	要介護２	要介護３	要介護４	要介護５	その他※1	特定利用※2
認知症専門棟	延べ在所者数（3月中）	人	人	人	人	人	人	人
	延べ外泊者数（3月中）	人	人	人	人	人	人	人
	延べ試行的退所者数（3月中）	人	人	人	人	人	人	人

食事（3月中）	食事延べ提供数	食
	うち療養食延べ提供数	食

※1　要介護認定を受けて非該当・要支援と判定された人、要介護認定申請中の人を計上して下さい。
※2　特定老人保健施設入所者（平成12年3月以前から入所している要介護者でない入所者）を計上して下さい。

⑩【メ　介護療養型医療施設】

□ 【メ　介護療養型医療施設】						
	要介護１	要介護２	要介護３	要介護４	要介護５	その他※1
延べ在院者数（3月中）	人	人	人	人	人	人
延べ外泊者数（3月中）	人	人	人	人	人	人

※1：要介護認定を受けて非該当・要支援と判定された人、要介護認定申請中の人を計上して下さい。

⑪【ヌ　夜間対応型訪問介護】

□ 【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	回
	うち随時訪問	回	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。

⑫【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】

□ 【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*あわせた*サービスの提供状況			
食事延べ提供数（3月中）		食	
送迎の状況（3月中）	送迎延べ実施回数	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。
	うち通常の事業実施地域以外の送迎延べ実施回数	回	（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　サービスに係る専用延べ床面積

諸室面積		合計	医療等の介護保険以外の事業	介護保険事業	
				合計	うち、調査対象サービス
建物床面積	専用	㎡	㎡	㎡	㎡
	共用	㎡	㎡	㎡	㎡

※ 複数のサービスで使用する面接室等については、使用するサービスが全て介護保険事業である場合には「介護保険事業ー合計」の「共有」欄に、そうでない場合には「共有」の「医療等の介護保険以外の事業」の「共有」欄にご記入下さい。

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（10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）のみ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。
※ 派遣社員で対応している職種がある場合は、その数は職員数には含めないで下さい。

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　病院・診療所の管理者	．　人	．　人
2　その他介護保険事業の管理者	．　人	．　人
3　医師	．　人	．　人
4　薬剤師	．　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・支援相談員	．　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。

□	単独会計　⇒　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。
※ 派遣社員で対応している職種がある場合は、その職員数及び給料は含めないで下さい。

平成23年3月分

職種	常勤 換算人員	常勤 給料	非常勤 実人員	非常勤 換算人員	非常勤 給料
	人	百万 千 円	人	人	百万 千 円
1 病院・診療所の管理者	.			.	
2 その他介護保険事業の管理者	.			.	
3 医師	.			.	
4 薬剤師	.			.	
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・支援相談員	.			.	
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 訪問介護のサービス提供責任者（再掲）	.			.	

23 通勤手当（再掲）	百万 千 円
24 看護・介護職員に係る夜勤手当（再掲）	百万 千 円
25 賞与（年間支給額の1/12の額）	換算人員 ．人　賞与 百万 千 円

26 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） 百万 千 円
	（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）	

27 法定福利費（事業主負担・平成22年度実績の1/12）	百万 千 円

問５　収支の状況

□	単独会計　⇒　調査対象サービスに関する、（１）収益（本頁）および（２）費用等（13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も含めた事業所全体の、（１）収益（本頁）および（２）費用等（13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）施設運営事業収益

平成23年3月分

科目			金額（百万　千　円）
Ⅰ 施設運営事業収益	医業収益	計	
	介護報酬収益	計	
	1　施設介護料収入	小計	
		（１）介護老人保健施設	
		（２）介護療養型医療施設	
	2 居宅介護料収益	小計	
		（１）訪問介護（介護予防含む）	
		（２）訪問入浴介護（介護予防含む）	
		（３）訪問看護（介護予防含む）（併設訪問看護ステーションを含まない）	
		（４）訪問リハビリテーション（介護予防含む）	
		（５）通所介護（介護予防含む）	
		（６）通所リハビリテーション（介護予防含む）	
		（７）福祉用具貸与（介護予防含む）	
		（８）短期入所療養介護（介護予防含む）	
		（９）居宅療養管理指導（介護予防含む）	
		（10）夜間対応型訪問介護	
		（11）認知症対応型通所介護（介護予防含む）	
		（12）小規模多機能型居宅介護（介護予防含む）	
		（13）認知症対応型共同生活介護（介護予防含む）	
		（14）その他収入（（１）～（13）に該当しないもの）	
	3 居宅介護支援介護料収益	小計	
		（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益	

（前頁からの続き）

科目			金額 百万	千	円
Ⅰ 施設運営事業収益	4 保険外の利用料による収益 小計				
		（1）施設介護料収入 小計			
		ア 介護老人保健施設			
		イ 介護療養型医療施設			
		（2）居宅介護サービス利用料収益 小計			
		ア 訪問介護（介護予防含む）			
		イ 訪問入浴介護（介護予防含む）			
		ウ 訪問看護（介護予防含む）（併設訪問看護ステーションを含まない）			
		エ 訪問リハビリテーション（介護予防含む）			
		オ 通所介護（介護予防含む）			
		カ 通所リハビリテーション（介護予防含む）			
		キ 福祉用具貸与（介護予防含む）			
		ク 短期入所療養介護（介護予防含む）			
		ケ 居宅療養管理指導（介護予防含む）			
		コ 夜間対応型訪問介護			
		サ 認知症対応型通所介護（介護予防含む）			
		シ 小規模多機能型居宅介護（介護予防含む）			
		ス 認知症対応型共同生活介護（介護予防含む）			
		セ その他の利用料収入（ア～スに該当しないもの）			
	5 その他の事業収益 小計				
		（1）ホームヘルプサービス収益（障害者等）			
		（2）介護予防事業者からの委託に係る収入			
		（3）特定老人保健施設療養費			
		（4）介護報酬査定減	▲		
		（5）介護職員処遇改善交付金受入額			
		（6）その他（消費税等を含む）			
	施設運営事業収益計（医業収益＋介護報酬収益）				

※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。

（2）費用等

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□にチェック（☑）し、それぞれ指定の用紙に記入して下さい。

□	介護老人保健施設会計・経理準則	⇒（2）－A（13頁）に記入
□	病院会計準則	⇒（2）－B（15頁）に記入
□	指定老人訪問看護の事業及び指定訪問看護の事業の会計経理準則	⇒（2）－C（17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

科目			金額（百万 千 円）
Ⅱ 施設運営事業等費用	1 給与費		
		うち介護職員処遇改善交付金による支出	
	2 医薬品費		
	3 給食用材料費		
	4 施設療養材料費 ・ 施設療養消耗器具備品費		
	5 その他の材料費		
	6 経費	計	
		ア 福利厚生費	
		イ 消耗品費	
		ウ 消耗器具備品費	
		エ 車両費	
		オ 光熱水費	
		カ 修繕費	
		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その他の賃借料（①～③に該当しないもの）	
		ク 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	
		ケ 租税公課	
		コ 徴収不能損失	
		サ その他の経費（ア～コに該当しないもの）	

（前頁からの続き）

科目			金額（百万 千 円）
Ⅱ 施設運営事業等費用	7 委託費	計	
		ア 派遣委託費	
		イ 患者用給食委託費	
		ウ 送迎委託費	
		エ 寝具類洗濯・賃貸委託費（病衣除く）	
		オ 清掃委託費	
		カ 各種器械保守委託費	
		キ その他の委託費（ア～カに該当しないもの）	
	8 研修費		
	9 減価償却費	計	
		ア 建物及び建物付属設備減価償却費	
		イ 医療用器械設備減価償却費	
		ウ 車両船舶設備減価償却費	
		エ 特殊浴槽減価償却費	
		オ その他の減価償却費（ア～エに該当しないもの）	
	10 本部費		
	11 その他（1～10に該当しないもの）		
	施設運営事業等費用計（1～11の合計）		
Ⅲ 施設運営事業外収益		計	
	1 受取利息・配当金		
	2 その他の施設運営事業外収益（1に該当しないもの）		
Ⅳ 施設運営事業外費用		計	
	うち支払利息		
Ⅴ 特別損益		計	
	1 特別利益		
	2 特別損失		
		うち法人税等	

※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。

※2 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。

ご記入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 医業・介護費用	1 給与費									
	うち介護職員処遇改善交付金による支出									
	2 医薬品費									
	3 給食用材料費									
	4 診療材料費 ・ 医療消耗器具備品費									
	5 経費 計									
	ア 福利厚生費									
	イ 通信費									
	ウ 消耗品費									
	エ 消耗器具備品費									
	オ 車両費									
	カ 光熱水費									
	キ 修繕費									
	ク 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）									
	ケ 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）									
	コ 租税公課									
	サ 徴収不能損失									
	シ その他の経費（ア～サに該当しないもの）									

（前頁からの続き）

科目			金額 百万			千			円
Ⅱ 医業・介護費用	6 委託費	計							
		ア 派遣委託費							
		イ 患者用給食委託費							
		ウ 送迎委託費							
		エ 寝具類洗濯・賃貸委託費（病衣除く）							
		オ 清掃委託費							
		カ 各種器械保守委託費							
		キ その他の委託費（ア～カに該当しないもの）							
	7 減価償却費	計							
		ア 建物及び建物付属設備減価償却費							
		イ 医療用器械設備減価償却費							
		ウ 車両船舶設備減価償却費							
		エ 特殊浴槽減価償却費							
		オ その他の減価償却費（ア～エに該当しないもの）							
	8 本部費								
	9 その他（1～8に該当しないもの）								
	医業・介護費用計（1～9の合計）								
Ⅲ 医業・介護外収益		計							
	1 受取利息・配当金								
	2 その他の医業･介護外収益（1に該当しないもの）								
Ⅳ 医業・介護外費用		計							
	うち支払利息								
Ⅴ 特別損益		計							
	1 特別利益								
	2 特別損失								
Ⅵ 税金（年額）									

※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。

※2 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。

ご記入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）－C

平成23年3月分

科目			金額 百万			千					円
Ⅱ 事業費用	1 人件費										
		うち介護職員処遇改善交付金による支出									
	2 材料費										
	3 経費 計										
		ア 福利厚生費									
		イ 旅費交通費									
		ウ 通信費									
		エ 消耗品費									
		オ 消耗器具備品費									
		カ 車両費									
		キ 光熱水費									
		ク 修繕費									
		ケ 賃借料 小計									
		①建物及び建物付属設備									
		②設備器械									
		③その他の賃借料（①～②に該当しないもの）									
		コ 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）									
		サ 租税公課									
		シ 徴収不能損失									
		ス その他の経費（ア～シに該当しないもの）									

（前頁からの続き）

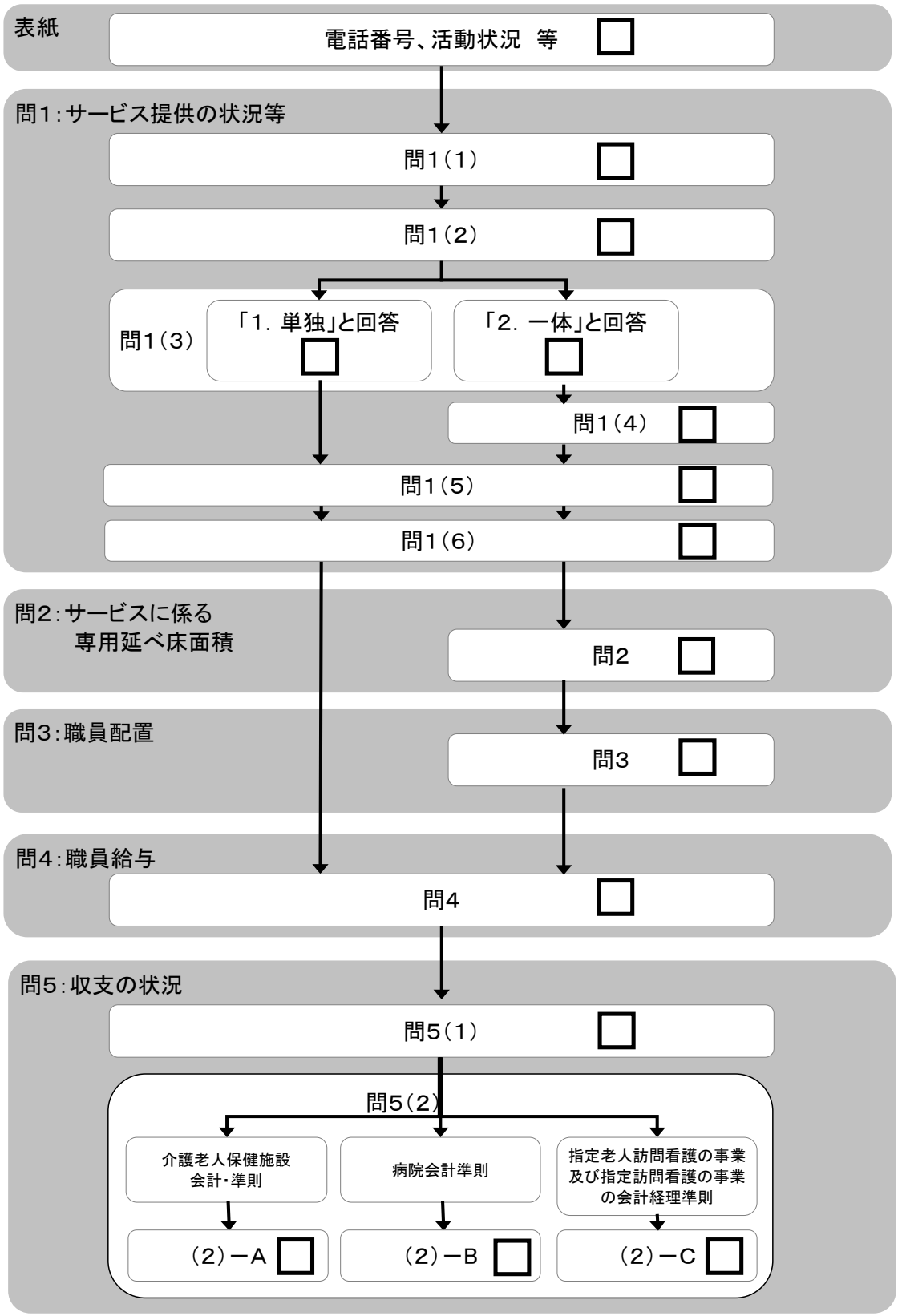
科目			金額 百万			千			円
Ⅱ 事業費用	4 委託費 計								
		ア 派遣委託費							
		イ 清掃委託費							
		ウ その他の委託費（ア～イに該当しないもの）							
	5 減価償却費 計								
		ア 車両船舶設備減価償却費							
		イ その他の減価償却費（アに該当しないもの）							
	6 本部費								
	7 その他（1～6に該当しないもの）								
	事業費用計（1～7の合計）								
Ⅲ 事業外収益 計									
	1 受取利息・配当金								
	2 その他の事業外収益（1に該当しないもの）								
Ⅳ 事業外費用 計									
	うち支払利息								
Ⅴ 特別損益 計									
	1 特別利益								
	2 特別損失 小計								
		うち法人税等							

※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。

※2 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。

ご記入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）。

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）

＜居宅サービス・地域密着型サービス事業所調査票＞
（介護予防含む）（福祉関係）

平成23年4月調査

右に印字してある項目は必ず
ご確認下さい。

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。

お手数をおかけしますが、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　お名前　（役職　　）

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

☐ 活動中 ―― 内側へお進み下さい

☐ 休止

☐ 廃止

今回の調査にご回答いただく必要はございません。
お手数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。

厚生労働省 老健局

【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）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-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２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、お手数ですが、ご記入をお願いします。

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

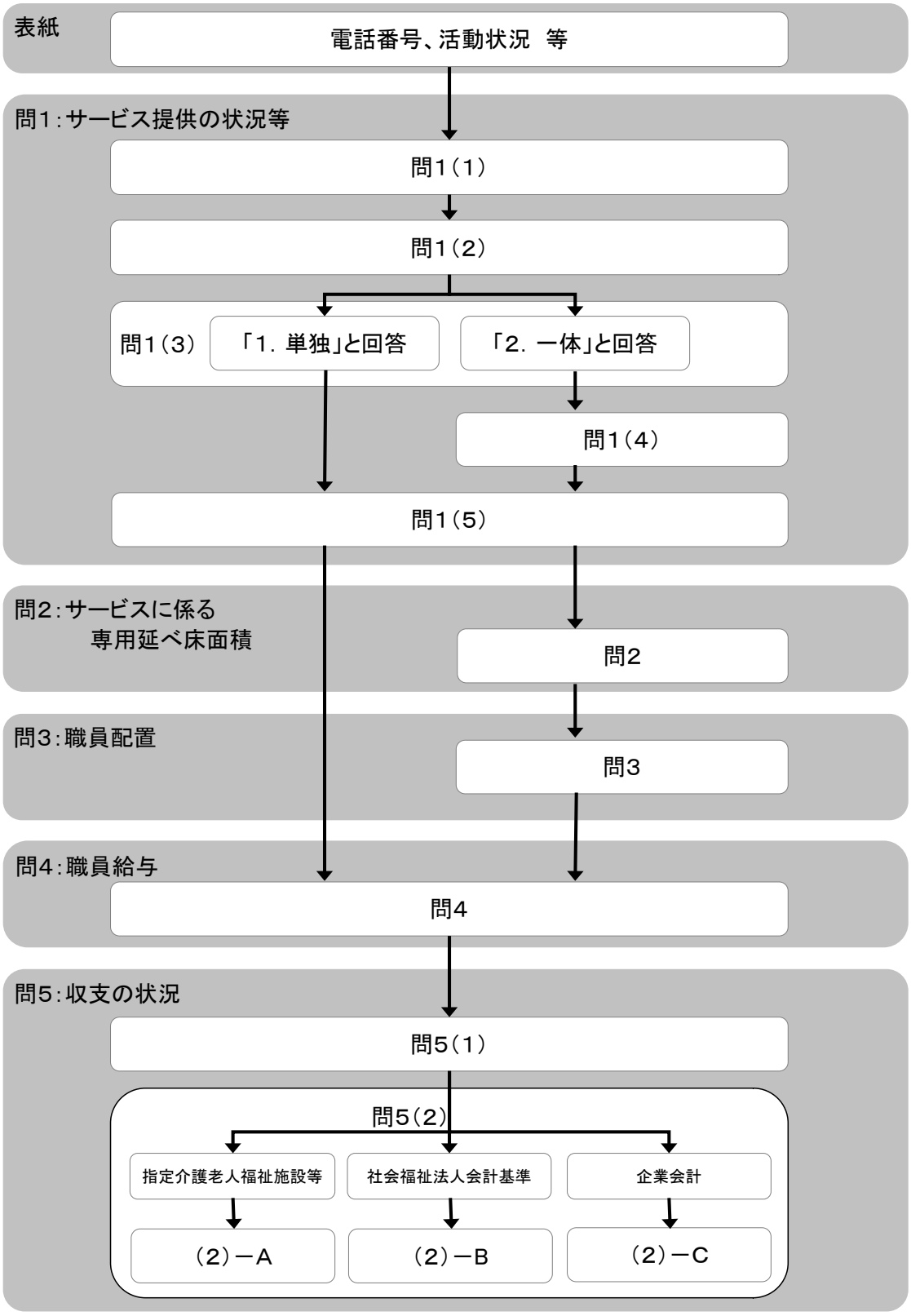
■「社会福祉法人会計基準」に基づいた会計を行っている場合

⇒ 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

■「企業会計」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）－Ｃ事業支出等：企業会計
へのご記入をお願いします

記入の流れ


表紙
電話番号、活動状況　等
問1：サービス提供の状況等
問1（1）
問1（2）
問1（3）
「1．単独」と回答
「2．一体」と回答
問1（4）
問1（5）
問2：サービスに係る
専用延べ床面積
問2
問3：職員配置
問3
問4：職員給与
問4
問5：収支の状況
問5（1）
問5（2）
指定介護老人福祉施設等
社会福祉法人会計基準
企業会計
（2）－A
（2）－B
（2）－C

問１　サービス提供の状況等（事業所全体の概要）

（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	6．医療法人	10．営利法人
2．市区町村	7．社団・財団法人	11．特定非営利活動法人(NPO)
3．広域連合・一部事務組合	8．農業協同組合及び連合会	12．その他の法人
4．社会福祉協議会	9．消費生活協同組合及び連合会	13．1～12以外
5．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．単独会計：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
2．一体会計：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□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）は記入不要です。問１（５）のうち調査対象サービスの欄に記入後、問４（８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)①も記入
イ　訪問介護											
ウ　介護予防訪問入浴介護											
エ　訪問入浴介護											
オ　介護予防訪問看護											
カ　訪問看護											
キ　介護予防訪問リハビリテーション											
ク　訪問リハビリテーション											
ケ　介護予防通所介護											⇒(5)②も記入
コ　通所介護											
サ　介護予防通所リハビリテーション											
シ　通所リハビリテーション											
ス　介護予防福祉用具貸与											
セ　福祉用具貸与											
ソ　介護予防短期入所生活介護											⇒(5)③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											
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)④も記入
ト　特定施設入居者生活介護											
ナ　介護予防支援											⇒(5)⑤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）											
ヌ　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)④も記入
マ　地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護											⇒(5)⑥も記入

（施設サービス）											
ミ　介護老人福祉施設											⇒(5)⑥も記入
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□にチェック（☑）し、指示に従って下さい。

□	単独会計　⇒　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、問４（８頁）に進んで下さい。

□	一体会計　⇒　まず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。 さらに問１（４）（１～２頁）で事業所番号を記入したサービスの□にチェック（☑）し、それぞれの太枠内に記入して下さい。

①【ア　介護予防訪問介護】／【イ　訪問介護】

□	【ア　介護予防訪問介護】
サービス提供延べ時間数（3月中）	□ 時間

□	【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	回	回	回	回	回
類型別延べ訪問時間数	時間	時間	時間	時間	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	□ 回
訪問時間合計	□ 時間

②【ケ　介護予防通所介護】／【コ　通所介護】

□	【ケ　介護予防通所介護／コ　通所介護】を***あわせた***サービスの提供状況

食事延べ提供数（3月中）		□ 食	
送迎の状況（3月中）	送迎延べ実施回数	□ 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	□ 回	

③【ソ　介護予防短期入所生活介護】／【タ　短期入所生活介護】

□	【ソ　介護予防短期入所生活介護／タ　短期入所生活介護】を***あわせた***サービスの提供状況

食事延べ提供数（3月中）		□ 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	□ 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	□ 回	

④【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】

【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）	人	人	人

【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）	人	人	人	人	人	人

【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）	人	人	人	人	人	人

⑤【ナ　介護予防支援】／【二　居宅介護支援】

【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）	人		

【二　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）	人					

※1：その他には、申請中および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。

【ナ　介護予防支援／二　居宅介護支援】を*あわせた*サービスの提供状況

要介護認定調査の受託件数（3月中）	件
住宅改修理由書の作成件数（3月中）	件

⑥【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「③【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「③【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「③【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	食
	うち療養食延べ提供数	食

⑦【ヌ　夜間対応型訪問介護】

【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（3月中）		回	回	回	回	回	回
	うち定期巡回	回	回	回	回	回	回
	うち随時訪問	回	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】

□	【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】をあわせたサービスの提供状況		
食事延べ提供数（3月中）		□ 食	
送迎の状況（3月中）	送迎延べ実施回数	□ 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	□ 回	

問２　サービスに係る専用延べ床面積

諸室面積		合計	医療等の介護保険以外の事業	介護保険事業	
				合計	うち、調査対象サービス
建物床面積	専用	㎡	㎡	㎡	㎡
	共用	㎡	㎡	㎡	㎡

※ 複数のサービスで使用する面接室等については、使用するサービスが全て介護保険事業である場合には「介護保険事業ー合計」の「共有」欄に、そうでない場合には「共有」の「医療等の介護保険以外の事業」の「共有」欄にご記入下さい。

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）のみ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、1～21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、1～21の数字の若い順で優先して記入して下さい。
※ 派遣社員で対応している職種がある場合は、その数は職員数には含めないで下さい。

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　特定施設入居者生活介護（介護予防含む）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（上記1、2以外）	．　人	．　人
4　医師	．　人	．　人
5　薬剤師	．　人	．　人
6　看護師	．　人	．　人
7　准看護師	．　人	．　人
8　介護職員	．　人	．　人
9　うち介護福祉士	．　人	．　人
10　理学療法士	．　人	．　人
11　作業療法士	．　人	．　人
12　言語聴覚士	．　人	．　人
13　柔道整復師・あん摩マッサージ指圧師	．　人	．　人
14　生活相談員・支援相談員	．　人	．　人
15　うち社会福祉士	．　人	．　人
16　福祉用具専門相談員	．　人	．　人
17　栄養士	．　人	．　人
18　うち管理栄養士	．　人	．　人
19　調理員	．　人	．　人
20　事務職員	．　人	．　人
21　その他	．　人	．　人
22　上記1～21のうち介護支援専門員（再掲）	．　人	．　人
23　上記1～21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。

□	単独会計　⇒　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がたい場合は、1～21の数字の若い順で優先して記入して下さい。
※ 派遣社員で対応している職種がある場合は、その職員数及び給料は含めないで下さい。

平成23年3月分

職種	常勤 換算人員	常勤 給料	非常勤 実人員	非常勤 換算人員	非常勤 給料
	人	百万 千 円	人	人	百万 千 円
1 特定施設入居者生活介護（介護予防含む）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（上記1、2以外）	.			.	
4 医師	.			.	
5 薬剤師	.			.	
6 看護師	.			.	
7 准看護師	.			.	
8 介護職員	.			.	
9 うち介護福祉士	.			.	
10 理学療法士	.			.	
11 作業療法士	.			.	
12 言語聴覚士	.			.	
13 柔道整復師・あん摩マッサージ指圧師	.			.	
14 生活相談員・支援相談員	.			.	
15 うち社会福祉士	.			.	
16 福祉用具専門相談員	.			.	
17 栄養士	.			.	
18 うち管理栄養士	.			.	
19 調理員	.			.	
20 事務職員	.			.	
21 その他	.			.	
22 介護支援専門員（再掲）	.			.	
23 訪問介護のサービス提供責任者（再掲）	.			.	

24 通勤手当（再掲）	百万 千 円
25 看護・介護職員に係る夜勤手当（再掲）	百万 千 円
26 賞与（年間支給額の1/12の額）	換算人員 ．人　賞与 百万 千 円

27 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）	

28 法定福利費（事業主負担・平成22年度実績の1/12）	百万 千 円

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も含めた事業所全体の、（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

平成23年3月分

科目		金額（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
事業活動収入	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（消費税等を含む）	
	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（消費税等を含む）	
	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（消費税等を含む）	
	（4）介護職員処遇改善交付金受入額	
	（5）その他（消費税等を含む）	
	6 その他の収入 計	
	（1）入居金収入（消費税等を含む）	
	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（消費税等を含む）	
	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		

（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□にチェック（☑）し、それぞれ指定の用紙に記入して下さい。

□	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
□	社会福祉法人会計基準	⇒（2）－B（13頁） に記入
□	企業会計	⇒（2）－C（15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

科目				金額 百万			千			円
Ⅱ事業活動支出	1 人件費									
	うち介護職員処遇改善交付金による支出									
	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 車輌費								
		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派遣委託費									
	②給食委託費									
	③送迎委託費									
	④清掃委託費									
	⑤その他の委託費（①～④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									

ご記入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	
	うち介護職員処遇改善交付金による支出	
	2　事務費支出　（ア～チの合計）　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　小計	
	①派遣委託費	
	②給食委託費	
	③送迎委託費	
	④清掃委託費	
	⑤その他の委託費（①～④に該当しないもの）	
	ス　損害保険料　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）	
	セ　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）	
	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車輌分		
	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　車輌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。

ご記入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）－C

平成23年3月分

	科目	金額 百万			千					円
Ⅱ売上原価	1　人件費									
	うち介護職員処遇改善交付金による支出									
	2　経費 計									
	ア　給食材料費									
	イ　車輌費									
	ウ　光熱水費									
	エ　福利厚生費									
	オ　旅費交通費									
	カ　研修費									
	キ　通信運搬費									
	ク　修繕費									
	ケ　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）									
	コ　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）									
	サ　租税公課									
	シ　委託費 小計									
	①派遣委託費									
	②給食委託費									
	③送迎委託費									
	④清掃委託費									
	⑤その他の委託費（①～④に該当しないもの）									
	ス　その他の経費（ア～シに該当しないもの）									

（前頁からの続き）

科　　目	金　額 百万			千					円
3　減価償却費　小計									
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　消毒設備減価償却費									
オ　福祉用具減価償却費									
カ　その他の減価償却費（ア～オに該当しないもの）									
4　その他の売上原価（1～3に該当しないもの）									
売上原価計（1～4の合計）									
Ⅲ　本部経費配賦額（事業所において負担している本部経費）									
Ⅳ　営業外収益　計									
1　受取利息									
2　受取配当金									
3　補助金収入									
4　その他の営業外収益（1～3に該当しないもの）									
Ⅴ　営業外費用　計									
1　支払利息									
2　徴収不能額									
3　その他の営業外費用（1、2に該当しないもの）									
Ⅵ　特別利益									
Ⅶ　特別損失									
Ⅷ　法人税、住民税及び事業税									

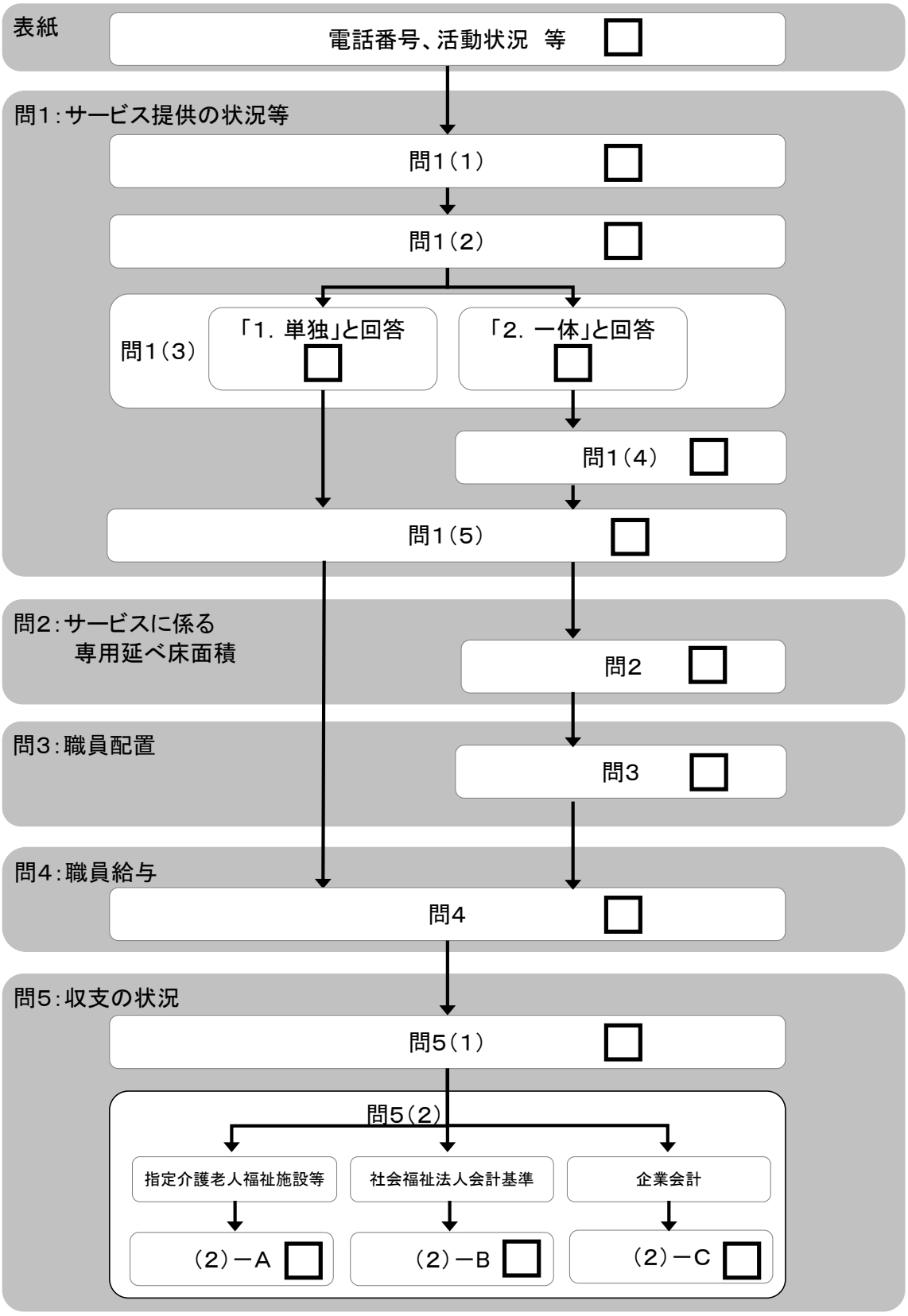
※1　事業開始から1年に満たない場合には、事業開始からの経過月数に応じて1ヶ月分を算出して下さい。

※2　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。

ご記入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）。

NO　49

統計調査名	健康保険・船員保険被保険者実態調査
主管部局名	保険局 調査課

調査開始年（西暦）	1966年	調査の実施周期	毎年	平成24年度予算（単位：千円）	1,669

調査の目的	健康保険・船員保険の被保険者の年齢、標準報酬月額、標準賞与額、所属する事業所の業態、規模及び被扶養者の年齢、続柄等を把握し、制度運営のための基礎資料を得る。
PDCAサイクルの活用	・高齢者医療制度改革会議資料、制度改正、制度運営等
調査の流れ	本省ー地方厚生局ー保険者（健康保険組合）本省ー保険者（全国健康保険協会）

母集団名簿の種類等	組合管掌健康保険被保険者及び協会管掌健康保険・船員保険の被保険者	抽出方法	組合管掌：無作為、協会管掌健康保険・船員保険：悉皆
調査客体数	組合：約3万人、協会：約2,000万人、船保：約6万人		
調査方法	郵送／オンライン	オンライン調査方法	Ⅱ．e-Gov（電子政府の総合窓口）を使用する方法
備　考			

	第1報までの公表期間	報告書公表までの期間
直近	1年	1年1ヶ月
直近1つ前	8ヶ月	1年6ヶ月
直近2つ前		1年3ヶ月
直近3つ前		1年3ヶ月
直近4つ前		1年3ヶ月
備　考		

	回収率
直近	100%
直近1つ前	100%
直近2つ前	100%
直近3つ前	100%
直近4つ前	100%
備　考	

NO　49

統計調査名	健康保険・船員保険被保険者実態調査
主管部局名	保険局 調査課

外部委託業務の内容　（委託業務に「○」、委託していない場合は（空欄）、業務そのものがない場合は「－」）

調査の企画	調査用品の印刷	調査用品の配布・回収・督促	受付・個票審査・疑義照会	データ入力	データチェック・疑義照会・データ修正	集　計	その他（分類不能、留意事項など）
	○	○（発送のみ）		○			

備　考

e-Stat　アクセス数		厚労省等ホームページ　アクセス数	
H23年分	44,454	H23年分	15,600
H22年分	32,490	H22年分	17,314
H21年分	7,929	H21年分	

備　考

	二次利用件数	32条	33条
H23年度	0	0	0
H22年度	0	0	0
H21年度	0	0	0

平成２４年度健康保険被保険者実態調査 調査要綱

１．調査の目的

この調査は、健康保険の被保険者の年齢、標準報酬月額、標準賞与額、その所属している事業所の業態、規模及び被扶養者の年齢、続柄、異動の状況等を調査し、制度運営のための基礎資料を得ることを目的とする。

２．調査の対象及び客体

（１）調査対象は、組合管掌健康保険における平成24年10月１日現在の被保険者（以下「被保険者」という。）並びに平成24年10月中に被保険者資格取得届及び被保険者資格喪失届により異動した者（以下「異動した者」という。）とする（ただし、任意継続及び特例退職の加入者を除く。）。

（２）調査客体は、健康保険組合（支部を有する健康保険組合にあっては支部）ごとに被保険者については500分の１、異動した者については50分の１で系統抽出した者とする。

３．調査の事項及び調査票

調査の事項は、「平成24年度健康保険被保険者実態調査調査票」（別添。以下「調査票」という。）に掲げる事項とする。

４．調査の方法

（１）健康保険組合に対し調査票を配布のうえ、健康保険組合で調査票の記入を行う。

（２）地方厚生(支)局は、管下の健康保険組合に対し調査が円滑に実施されるよう指導する。

５．調査票の提出期限及び提出先

（１）健康保険組合は、調査票、「平成24年度健康保険被保険者実態調査添付書」及び「平成24年度健康保険被保険者実態調査選定表」を、平成24年11月30日までに管轄の地方厚生(支)局あて提出する。

（２）地方厚生(支)局は、（１）について管下の健康保険組合分を取りまとめのうえ、平成24年12月14日までに厚生労働省保険局調査課に提出する。

６．調査の集計及び解析

調査の集計及び解析は、厚生労働省保険局調査課で行う。

７．結果の公表

集計後、平成25年９月を目途に「健康保険・船員保険被保険者実態調査報告」にて公表する。

政府統計

統計法に基づく国の統計調査です。調査票情報の秘密の保護に万全を期します。

平成２４年度
健康保険被保険者実態調査調査票

健康保険組合名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

適用区分	1. 強　制　　2. 任　意　　3. 任意継続　　4. 特例退職																	
事業所	都道府県番号			業態番号			事業所の被保険者数						人					
被保険者	性別	1. 男 2. 女	生年月	1. 明治 2. 大正 3. 昭和 4. 平成			年			月	被保険者等の区分	1．被保険者 2．加入者 3．脱退者						
	資格取得時期	1. 23年９月以前　2. 23年10月以降					標準報酬月額			千円	標準賞与額				千円			
	介護保険	1．該当　2．適用除外（　　）					基準収入額適用申請	1．該当　2．不該当										
	加入者	1. 協会　2. 組合　3. 共済　4. 国保　5. その他　6. 不詳																
	脱退者	1. 協会　2. 組合　3. 共済　4. 国保　5. その他　6. 不詳　7. 死亡　8. 後期高齢者																

被扶養者	性別	生年月							続柄		扶養開始時期	介護保険
1	1. 男 2. 女	1. 明　3. 昭 2. 大　4. 平			年			月	1. 配偶者　2. 直系尊属 3. 子　4. その他		1. 23年９月以前 2. 23年10月以降	1. 該当 2. 適用除外 （　　）
2	1. 男 2. 女	1. 明　3. 昭 2. 大　4. 平			年			月	1. 配偶者　2. 直系尊属 3. 子　4. その他		1. 23年９月以前 2. 23年10月以降	1. 該当 2. 適用除外 （　　）
3	1. 男 2. 女	1. 明　3. 昭 2. 大　4. 平			年			月	1. 配偶者　2. 直系尊属 3. 子　4. その他		1. 23年９月以前 2. 23年10月以降	1. 該当 2. 適用除外 （　　）
4	1. 男 2. 女	1. 明　3. 昭 2. 大　4. 平			年			月	1. 配偶者　2. 直系尊属 3. 子　4. その他		1. 23年９月以前 2. 23年10月以降	1. 該当 2. 適用除外 （　　）
5	1. 男 2. 女	1. 明　3. 昭 2. 大　4. 平			年			月	1. 配偶者　2. 直系尊属 3. 子　4. その他		1. 23年９月以前 2. 23年10月以降	1. 該当 2. 適用除外 （　　）
6	1. 男 2. 女	1. 明　3. 昭 2. 大　4. 平			年			月	1. 配偶者　2. 直系尊属 3. 子　4. その他		1. 23年９月以前 2. 23年10月以降	1. 該当 2. 適用除外 （　　）
7	1. 男 2. 女	1. 明　3. 昭 2. 大　4. 平			年			月	1. 配偶者　2. 直系尊属 3. 子　4. その他		1. 23年９月以前 2. 23年10月以降	1. 該当 2. 適用除外 （　　）
8	1. 男 2. 女	1. 明　3. 昭 2. 大　4. 平			年			月	1. 配偶者　2. 直系尊属 3. 子　4. その他		1. 23年９月以前 2. 23年10月以降	1. 該当 2. 適用除外 （　　）

被保険者証	記号		番号	

注）１．数字を選択する箇所については、該当数字及び文字を○で囲むこと。
　　２．数字を記入する箇所については、算用数字で右詰めに記入すること。

別紙１

平成２４年度健康保険被保険者実態調査 調査要綱

１．調査の目的

この調査は、全国健康保険協会管掌健康保険（以下「協会一般」という。）の被保険者の年齢、標準報酬月額、標準賞与額、その所属している事業所の業態、規模及び被扶養者の年齢、続柄、異動の状況等並びに健康保険法第３条第２項の被保険者（以下「法第３条第２項被保険者」という。）の年齢及び被扶養者の年齢、続柄について調査を行い、制度運営のための基礎資料を得ることを目的とする。

２．調査の対象及び客体

調査対象については、以下のとおりとし、また、調査客体については全数とする。

（１）協会一般

平成 24 年 9 月 30 日現在の被保険者及び被扶養者並びに平成 23 年 10 月から平成 24 年９月までの間に被保険者資格取得届及び被保険者資格喪失届により異動した者（ただし、任意継続の資格取得者を除く。）及び被扶養者。

（２）法第３条第２項被保険者

平成 24 年 9 月 30 日現在の被保険者及び被扶養者。

３．調査の事項及び統計表

調査の事項は、別添１「健康保険被保険者実態調査調査項目」（以下「調査項目」という。）に掲げる事項とする。

４．調査の方法

（１）全国健康保険協会（以下「協会」という。）は、協会が保有するデータベースから、調査項目のデータを抽出し、厚生労働省保険局調査課（以下「調査課」という。）の指定するファイルレイアウトに基づき、CSV ファイルを作成する。また、異動したものについては調査課の指定する統計表（別添２）を作成する。

５．統計表の提出期限及び提出先

全国健康保険協会は、作成した CSV ファイルおよび統計表を磁気媒体に記録し、平成 24 年 11 月 30 日までに厚生労働省保険局調査課に提出する。

６．統計表の解析

統計表の解析は、厚生労働省保険局調査課で行う。

７．結果の公表

集計後、平成 25 年 9 月を目途に「健康保険・船員保険被保険者実態調査報告」にて公表する。

別添１

健康保険被保険者実態調査　調査項目

以下の項目について、調査課の指定するレイアウトの CSV ファイルを作成する。

【協会一般】

（被保険者の状況）

①適用区分　②事業所の都道府県番号　③事業所の業態番号
④事業所の被保険者数　⑤性別　⑥生年月
⑦被保険者等の区分　⑧資格取得時期　⑨標準報酬月額
⑩標準賞与額　⑪介護保険の該当有無　⑫基準収入額適用申請有無

（被扶養者の状況）

①性別　②生年月　③続柄
④扶養開始時期　⑤介護保険の該当有無

【法第 3 条第 2 項被保険者】

（被保険者の状況）

①適用区分　②事業所の都道府県番号　③事業所の業態番号
④事業所の被保険者数　⑤性別　⑥生年月
⑦被保険者等の区分　⑧資格取得時期　⑨介護保険の該当有無

（被扶養者の状況）

①性別　②生年月　③続柄
④扶養開始時期　⑤介護保険の該当有無

第１７表　被保険者－被扶養者別・年齢階級別、加入者数

協会（一般）

年齢階級	加入者数	被保険者数			被扶養者数		
		総数	男性	女性	総数	男性	女性
	（人）	（人）	（人）	（人）	（人）	（人）	（人）
総　　数							
0～ 4歳							
5～ 9							
10～14							
15～19							
20～24							
25～29							
30～34							
35～39							
40～44							
45～49							
50～54							
55～59							
60～64							
65～69							
70～74							
75歳以上							
（再掲）							
未就学児							
前期高齢者							
70歳以上							
70歳以上							
現役並み所得者							
介護（1号）							
介護（2号）							
介護（計）							

第１８表　被保険者－被扶養者別・年齢階級別、脱退者数

協会（一般）

年齢階級	脱退者数	被保険者数			被扶養者数		
		総数	男性	女性	総数	男性	女性
	（人）	（人）	（人）	（人）	（人）	（人）	（人）
総　　数							
0～ 4歳							
5～ 9							
10～14							
15～19							
20～24							
25～29							
30～34							
35～39							
40～44							
45～49							
50～54							
55～59							
60～64							
65～69							
70～74							
75歳以上							
（再掲）							
未就学児							
前期高齢者							
70歳以上							
70歳以上							
現役並み所得者							
介護（1号）							
介護（2号）							
介護（計）							

政府統計

統計法に基づく国の統計調査です。調査票情報の秘密の保護に万全を期します。

平成２４年度
健康保険被保険者実態調査調査票

健康保険組合名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

適用区分	1. 強　制	2. 任　意	3. 任意継続	4. 特例退職

事業所	都道府県番号		業態番号		事業所の被保険者数	人

被保険者											
性別	1. 男 2. 女	生年月	1. 明治 2. 大正 3. 昭和 4. 平成	年	月	被保険者等の区分	1．被保険者 2．加入者 3．脱退者				
資格取得時期	1. 23年９月以前　2. 23年10月以降		標準報酬月額	千円	標準賞与額	千円					
介護保険	1．該当　2．適用除外（　　）		基準収入額適用申請	1．該当　2．不該当							
加入者	1. 協会　2. 組合　3. 共済　4. 国保　5. その他　6. 不詳										
脱退者	1. 協会　2. 組合　3. 共済　4. 国保　5. その他　6. 不詳　7. 死亡　8. 後期高齢者										

被扶養者		性別	生年月						続柄	扶養開始時期	介護保険
	1	1. 男 2. 女	1. 明　3. 昭 2. 大　4. 平		年		月		1. 配偶者　2. 直系尊属 3. 子　4. その他	1. 23年９月以前 2. 23年10月以降	1. 該当 2. 適用除外 （　　）
	2	1. 男 2. 女	1. 明　3. 昭 2. 大　4. 平		年		月		1. 配偶者　2. 直系尊属 3. 子　4. その他	1. 23年９月以前 2. 23年10月以降	1. 該当 2. 適用除外 （　　）
	3	1. 男 2. 女	1. 明　3. 昭 2. 大　4. 平		年		月		1. 配偶者　2. 直系尊属 3. 子　4. その他	1. 23年９月以前 2. 23年10月以降	1. 該当 2. 適用除外 （　　）
	4	1. 男 2. 女	1. 明　3. 昭 2. 大　4. 平		年		月		1. 配偶者　2. 直系尊属 3. 子　4. その他	1. 23年９月以前 2. 23年10月以降	1. 該当 2. 適用除外 （　　）
	5	1. 男 2. 女	1. 明　3. 昭 2. 大　4. 平		年		月		1. 配偶者　2. 直系尊属 3. 子　4. その他	1. 23年９月以前 2. 23年10月以降	1. 該当 2. 適用除外 （　　）
	6	1. 男 2. 女	1. 明　3. 昭 2. 大　4. 平		年		月		1. 配偶者　2. 直系尊属 3. 子　4. その他	1. 23年９月以前 2. 23年10月以降	1. 該当 2. 適用除外 （　　）
	7	1. 男 2. 女	1. 明　3. 昭 2. 大　4. 平		年		月		1. 配偶者　2. 直系尊属 3. 子　4. その他	1. 23年９月以前 2. 23年10月以降	1. 該当 2. 適用除外 （　　）
	8	1. 男 2. 女	1. 明　3. 昭 2. 大　4. 平		年		月		1. 配偶者　2. 直系尊属 3. 子　4. その他	1. 23年９月以前 2. 23年10月以降	1. 該当 2. 適用除外 （　　）

被保険者証	記号		番号	

注）１．数字を選択する箇所については、該当数字及び文字を○で囲むこと。
　　２．数字を記入する箇所については、算用数字で右詰めに記入すること。

別紙２

平成２４年度船員保険被保険者実態調査 調査要綱

１．調査の目的

この調査は、船員保険の被保険者の年齢、標準報酬月額、標準賞与額、その所属している船舶所有者の規模及び被扶養者の年齢、続柄、異動の状況等を調査し、制度運営のための基礎資料を得ることを目的とする。

２．調査の対象及び客体

（１）調査対象は、平成24年10月１日現在の船員保険の被保険者（以下「被保険者」という。）並びに平成23年10月から平成24年９月までの間に被保険者資格取得届及び被保険者資格喪失届により異動した者（ただし、疾病任意継続の資格取得者を除く）。

（２）調査客体は、全数とする。

３．調査の事項及び統計表

調査の事項は、別添「船員保険被保険者実態調査調査項目」（以下「調査項目」という。）に掲げる事項とする。

４．調査の方法

全国健康保険協会（以下「協会」という。）は、協会が保有するデータベースから、調査項目のデータを抽出し、厚生労働省保険局調査課（以下「調査課」という。）の指定するファイルレイアウトに基づきCSVファイルを作成する。

５．調査票等の提出期限及び提出先

協会は、作成したCSVファイルを磁気媒体に記録し、平成24年11月30日までに調査課に提出する。

６．調査の集計及び解析

調査の集計及び解析は、調査課で行う。

７．結果の公表

集計後、平成25年９月を目処に「健康保険・船員保険被保険者実態調査報告書」にて公表する。

別添

船員保険被保険者実態調査　調査事項

以下の項目について、調査課の指定するレイアウトのCSVファイルを作成する。

① 適用区分
② 船舶所有者の都道府県番号
③ 船舶所有者の使用する船員の数
④ 被保険者等の性別
⑤ 被保険者等の生年月
⑥ 被保険者等の区分
⑦ 被保険者等の資格取得時期
⑧ 被保険者等の標準報酬月額
⑨ 被保険者等の標準賞与額
⑩ 被保険者等の介護保険の該当有無
⑪ 被保険者等の基準収入額適用申請有無
⑫ 加入者が加入前に適用されていた医療保険制度
⑬ 脱退者が脱退後に適用される医療保険制度
⑭ 被扶養者の性別
⑮ 被扶養者の生年月
⑯ 続柄
⑰ 被扶養者の扶養開始時期
⑱ 被扶養者の介護保険該当の有無

NO　50

統計調査名	公的年金加入状況等調査
主管部局名	年金局 事業企画課調査室

調査開始年（西暦）	1983年	調査の実施周期	3年	平成24年度予算（単位：千円）	87,578(H22)

調査の目的	世帯員個々の公的年金加入状況、世帯の状況、就業状況、公的年金に関する周知度等を把握することにより、年金の事業運営のための基礎資料を得るとともに、新年金制度の検討のための基礎資料を得る。
PDCAサイクルの活用	年金制度の現状把握や年金の未加入者対策等公的年金事業の運営に必要な資料であり、国会対応や審議会等の資料
調査の流れ	本省－日本年金機構－調査員－対象

母集団名簿の種類等	国民生活基礎調査における調査区	抽出方法	無作為抽出
調査客体数	国民生活基礎調査の調査区のうち、1,800地区内の全世帯の15歳以上の世帯員		
調査方法	調査員	オンライン調査方法	
備　考	H19年未実施		

	第1報までの公表期間	報告書公表までの期間
直近	1年5ヶ月	1年8ヶ月
直近1つ前	1年3ヶ月	2年4ヶ月
直近2つ前		
直近3つ前		
直近4つ前		

備　考　直近2つ前～直近4つ前の公表日等については把握していない。

	回収率
直近	70.8%(平成22年調査)
直近1つ前	66.9%(平成16年調査)
直近2つ前	79.2%(平成13年調査)
直近3つ前	82.2%(平成10年調査)
直近4つ前	75.2%(平成7年調査)

備　考

NO　50

統計調査名	公的年金加入状況等調査
主管部局名	年金局 事業企画課調査室

外部委託業務の内容　（委託業務に「○」、委託していない場合は（空欄）、業務そのものがない場合は「－」）

調査の企画	調査用品の印刷	調査用品の配布・回収・督促	受付・個票審査・疑義照会	データ入力	データチェック・疑義照会・データ修正	集　計	その他（分類不能、留意事項など）
	○	○	○	○		○	

備　考

e-Stat　アクセス数		厚労省等ホームページ　アクセス数	
H23年分	5,140	H23年分	8,271
H22年分	4,287	H22年分	3,356
H21年分		H21年分	4,170

備　考

	二次利用件数	32条	33条
H23年度	1	1	0
H22年度	0	0	0
H21年度	0	0	0

公的年金加入状況等調査　調査要綱

１　調査の目的

世帯員個々の公的年金加入状況と世帯の状況、就業状況、公的年金に関する周知度等を把握することにより、年金の事業運営のための基礎資料を得るとともに、新年金制度の検討のための基礎資料を得ることを目的とする。

２　調査対象及び調査客体の抽出方法

(1) 調査対象

平成 22 年 11 月 30 日現在の全世帯の 15 歳以上の世帯員を対象とする。

(2) 調査客体の抽出

平成 17 年国勢調査区から層化無作為抽出法により 5,510 調査区を抽出して調査を行う「国民生活基礎調査」（平成 22 年６月実施、厚生労働省大臣官房統計情報部）の調査区から、全国 1,800 地区を本調査の調査区として抽出し、当該地区内の全世帯の 15 歳以上の世帯員を調査客体とする。

３　調査事項

公的年金加入状況等調査調査票に掲げる内容とする。

４　調査の方法及び調査系統

(1) 調査の方法

調査員が調査対象世帯を訪問することにより行う。

(2) 調査系統

厚生労働省←→日本年金機構←→調査員←→調査世帯

５　調査時期

平成 22 年 11 月 30 日から 12 月 15 日までとする。

６　集計及び結果の公表

集計は厚生労働省で行い、ホームページや調査結果報告書によって公表した。

統計法に基づく一般統計調査

厚生労働省

地区番号		単位区番号		世帯番号		世帯員番号		確認欄	

秘　公的年金加入状況等調査調査票

●●　調査のご協力のお願い　●●

○　この調査は、国民年金･厚生年金･共済年金(まとめて「公的年金」といいます)の加入状況等について、全国から無作為抽出により選ばれた世帯(約９万世帯)を対象として実施するものです。

○　お答えいただいた内容は、統計資料の作成以外に使用することは法律で禁じられており、例えば保険料や税金の徴収などに使用されることはありませんので、ご安心してありのままをお答えください。

○　この調査は、より詳しい統計資料を作成するため、厚生労働省が既に実施した「国民生活基礎調査」の調査地区から対象世帯を選ぶ方法をとっております。したがって、繰り返しの調査のお願いとなってしまいますが、**今後の年金事業の運営や年金制度の議論に必要不可欠な資料となりますので、ご協力をお願いいたします。**

○　なお、この調査の精度を高めるため、あなたの納付記録などと組み合わせて統計分析することがありますが、個人の情報は統計資料の作成以外に使用することは絶対にありませんので、ご安心ください。

●●　ご回答の方法　●●

○　平成２２年１１月３０日時点で１５歳以上の方のみお答えください。

○　世帯員一人ごとにそれぞれ調査票を記入してください。

○　問１から問６までは現在（平成22年11月30日時点）の状況を、問７から問13までは昨年（平成21年11月30日時点）の状況を、問14から問16-1まではおととし（平成20年11月30日時点）の状況についてお答えください。

○　当てはまる番号・記号に○（問１７については最も主要なものには◎）をつけてください。その他所要の箇所に文字・数字を記入してください。

《 問１から問６までは現在（平成２２年１１月３０日時点）の状況をお答えください。 》

現在のあなたの在学状況と就業状況（アルバイト等を含みます）についてお伺いします。

（問１）あなたは現在、学生※ですか。当てはまる番号に○をつけてください。

はい	1	いいえ	2

※　学生には専修学校及び各種学校の学生も含みます。

（問２）あなたの就業形態について、当てはまるものを１つ選んで、番号に○をつけてください。「３」と答えた方は、さらにその形態について、記号に○をつけてください。（学生の方もご回答ください）

自営業主（個人経営の商店主や農業主など）	1			
家族従業者（自営業主の手伝い）	2			
会社員※1（会社役員を含みます）、公務員	3	「３」を選択された方 →	フルタイム※2	a
			フルタイムでない	b
臨時・不定期のパート・アルバイトや内職など	4			
特に働いていない	5	「５」を選択された方 → 問５へ		

※１　会社員には、パート・アルバイトなどの正社員以外の方のうち、臨時・不定期でない働き方をしている方を含みます。

※２　フルタイムとは、１日の所定労働時間と１か月の所定労働日数が、一般社員と同程度であることを言います。

【問２で「３」と答えた方のみお答えください】

（問２－１）１月あたりの労働日数、１週間あたりの労働時間はおよそどれくらいですか。それぞれおおむねの日数、時間について当てはまる番号に○をつけてください。

(1)月あたり

１～５日	1	６～10日	2	11～15日	3	16～20日	4	21日以上	5

(2)週あたり

10時間未満	1	10～15時間未満	2	15～20時間未満	3	20～25時間未満	4
25～30時間未満	5	30～35時間未満	6	35～40時間未満	7	40時間以上	8

（問３）あなたの勤務先や経営する店・事業などについて、当てはまるものを１つ選んで、番号に○をつけてください。

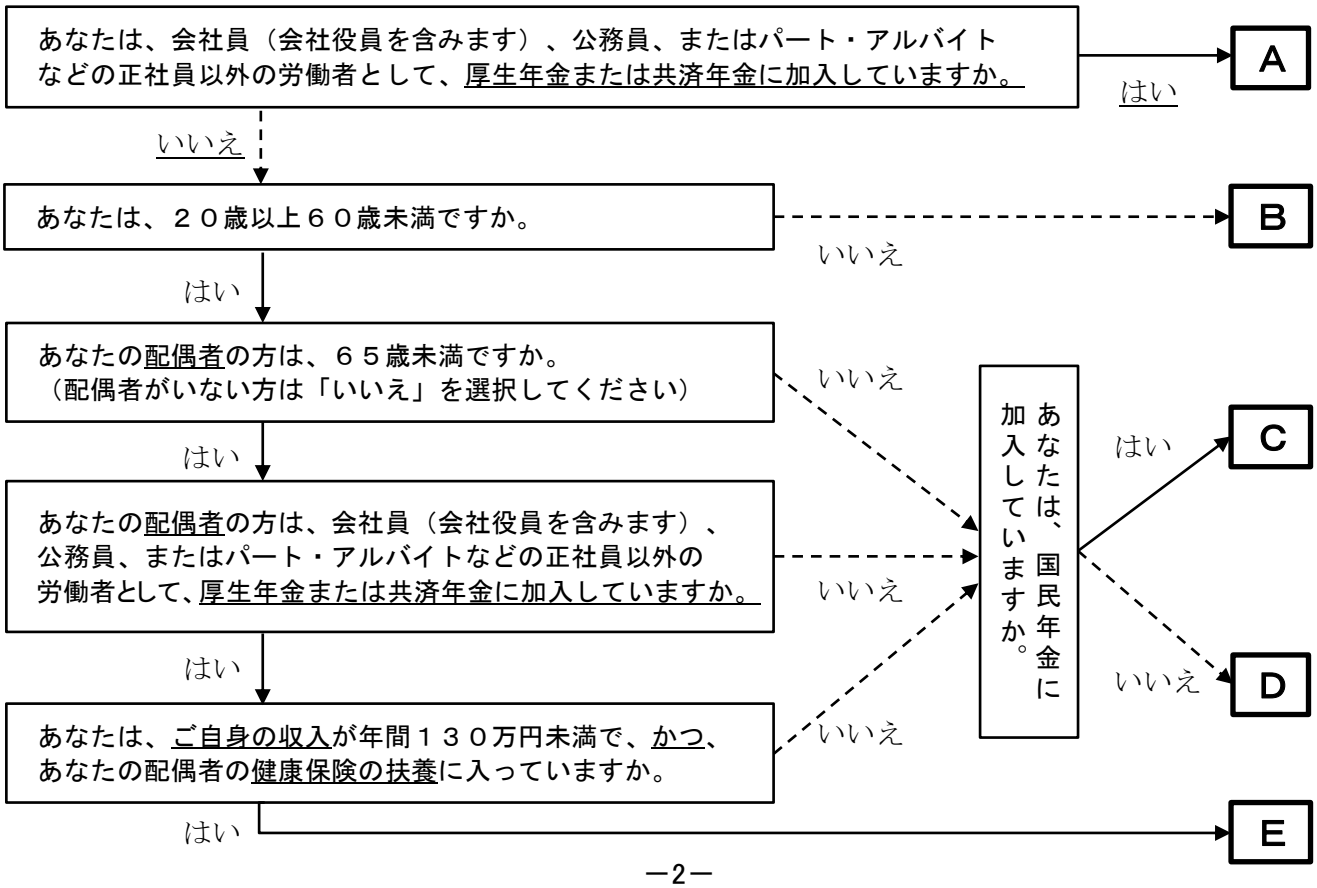
農林水産業	1	鉱業、採石業、砂利採取業	2	建設業	3
製造業	4	電気･ガス･熱供給･水道業	5	情報通信業	6
運輸業、郵便業	7	卸売･小売業	8	金融･保険業	9
不動産業、物品賃貸業	10	学術研究、専門･技術ｻｰﾋﾞｽ業	11	飲食店・宿泊業	12
生活関連ｻｰﾋﾞｽ業、娯楽業	13	教育･学習支援業	14	医療･福祉	15
複合ｻｰﾋﾞｽ事業	16	職業紹介・労働者派遣業	17	その他の対事業所ｻｰﾋﾞｽ業	18
修理業	19	廃棄物処理業	20	政治･経済･文化団体	21
その他のｻｰﾋﾞｽ業	22	公務	23		

（問４）あなたの勤務先の事業所（派遣社員の場合は派遣元の事業所）や経営する店・事業などについて、当てはまるものを１つ選んで、番号に○をつけてください。

法人	1
法人でない（正社員５人未満）	2
法人でない（正社員５人以上）	3
国・地方公共団体	4

現在のあなたの公的年金（国民年金・厚生年金・共済年金）の加入状況をお伺いします。

（問５）現在７０歳未満である方に、年金の加入状況についてお伺いいたします。
次のフローチャートをたどっていただき、当てはまるアルファベットに○をつけてください。
（それぞれ、現在（平成２２年１１月３０日時点）の状況について選んでください）



現在の公的給付などの受給状況についてお伺いします。

（問６）現在、公的給付を受けていますか。当てはまるものすべての番号に○をつけてください。「１」を受けている場合は、さらにその種類についても、記号に○をつけてください。

公的年金（国民年金・厚生年金・共済年金）	1
失業保険（基本手当）	2
生活保護	3
労働災害補償法に基づく障害補償給付（年金）・遺族補償給付（年金）	4
児童扶養手当　（注）子ども手当ではありません。	5
その他	6
なにも受けていない	7

「１」を選択された方 →

老齢年金	a
障害年金	b
遺族年金	c

《 問７から問13までは昨年（平成２１年１１月３０日時点）の状況をお答えください。 》

（問７）昨年（平成２１年１１月３０日時点）の状況は、現在の状況（問１から問６までのお答え）と同じ状況でしたか。当てはまる番号に○をつけてください。

全て同じ状況だった	1	→ 問14へ
同じでない状況もあった	2	→ 次の問８へ

昨年の在学状況と就業状況（アルバイト等を含みます）についてお伺いします。

（問８）あなたは昨年、学生※でしたか。当てはまる番号に○をつけてください。

はい	1	いいえ	2

※　学生には専修学校及び各種学校の学生も含みます。

（問９）あなたの昨年の就業形態について、当てはまるものを１つ選んで、番号に○をつけてください。「３」と答えた方は、さらにその形態について、記号に○をつけてください。（学生だった方もご回答ください）

自営業主（個人経営の商店主や農業主など）	1
家族従業者（自営業主の手伝い）	2
会社員※1（会社役員を含みます）、公務員	3
臨時・不定期のパート・アルバイトや内職など	4
特に働いていなかった	5

「３」を選択された方 →

フルタイム※2	a
フルタイムでない	b

「５」を選択された方 → 問12へ

※１ 会社員には、パート・アルバイトなどの正社員以外の方のうち、臨時・不定期でない働き方をしていた方を含みます。
※２ フルタイムとは、１日の所定労働時間と１か月の所定労働日数が、一般社員と同程度であることを言います。

【問９で「３」と答えた方のみお答えください】

（問９－１）１月あたりの労働日数、１週間あたりの労働時間はおよそどれくらいでしたか。それぞれおおむねの日数、時間について当てはまる番号に○をつけてください。

(1)月あたり	1～5日	1	6～10日	2	11～15日	3	16～20日	4	21日以上	5

(2)週あたり	10時間未満	1	10～15時間未満	2	15～20時間未満	3	20～25時間未満	4
	25～30時間未満	5	30～35時間未満	6	35～40時間未満	7	40時間以上	8

（問10）あなたの昨年の勤務先や経営していた店・事業などについて、当てはまるものを１つ選んで、番号に○をつけてください。

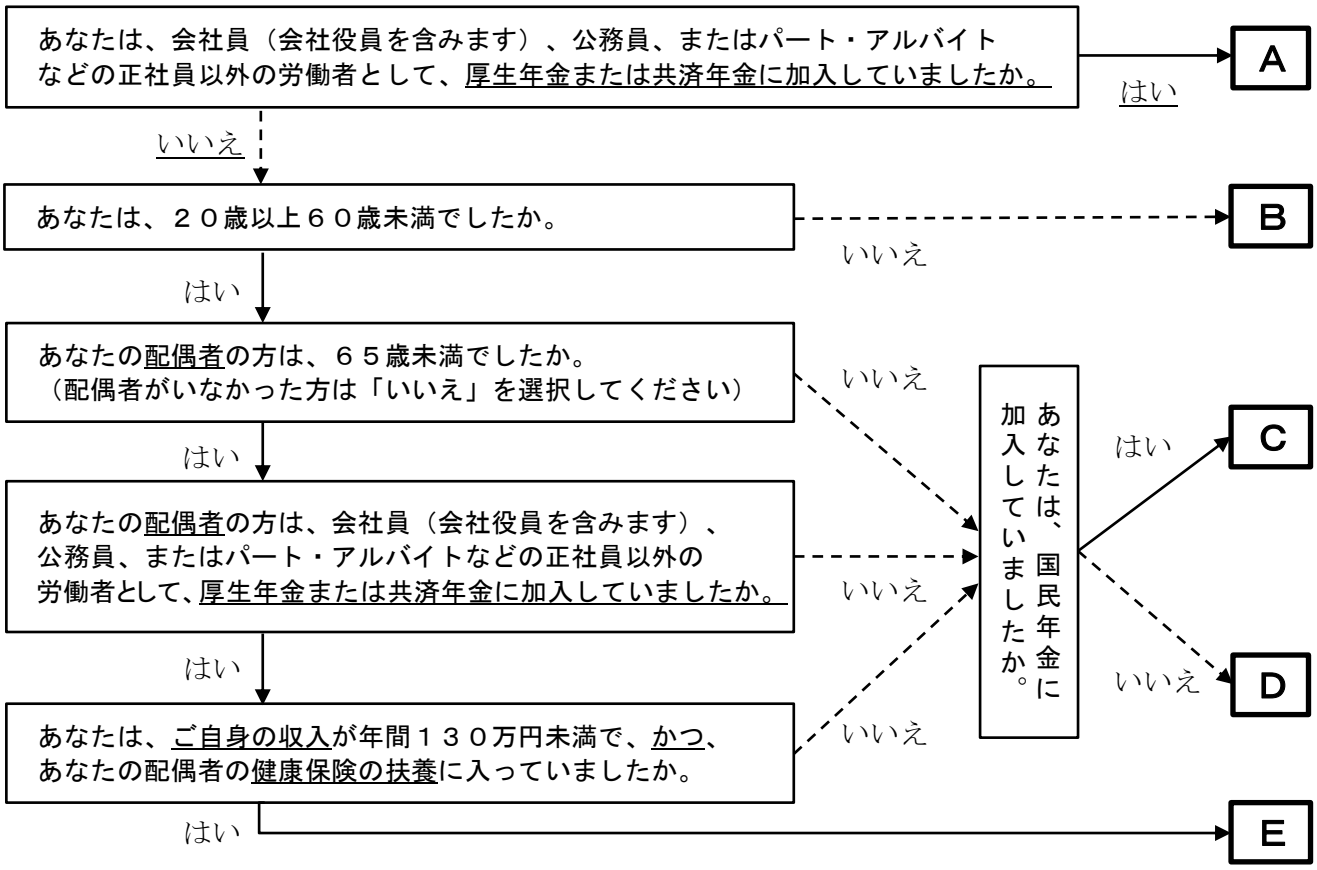
農林水産業	1	鉱業、採石業、砂利採取業	2	建設業	3
製造業	4	電気･ガス･熱供給･水道業	5	情報通信業	6
運輸業、郵便業	7	卸売･小売業	8	金融･保険業	9
不動産業、物品賃貸業	10	学術研究、専門･技術ｻｰﾋﾞｽ業	11	飲食店・宿泊業	12
生活関連ｻｰﾋﾞｽ業、娯楽業	13	教育･学習支援業	14	医療･福祉	15
複合ｻｰﾋﾞｽ事業	16	職業紹介・労働者派遣業	17	その他の対事業所ｻｰﾋﾞｽ業	18
修理業	19	廃棄物処理業	20	政治･経済･文化団体	21
その他のｻｰﾋﾞｽ業	22	公務	23		

（問11）あなたの昨年の勤務先の事業所（派遣社員の場合は派遣元の事業所）や経営していた店・事業などについて、当てはまるものを１つ選んで、番号に○をつけてください。

法人	1
法人でない（正社員５人未満）	2
法人でない（正社員５人以上）	3
国・地方公共団体	4

昨年のあなたの公的年金（国民年金・厚生年金・共済年金）の加入状況をお伺いします。

（問12）昨年の１１月３０日時点で７０歳未満であった方に、年金の加入状況についてお伺いいたします。次のフローチャートをたどっていただき、当てはまるアルファベットに○をつけてください。（それぞれ、昨年（平成２１年１１月３０日時点）の状況について選んでください）



昨年の公的給付などの受給状況についてお伺いします。

（問13）昨年の１１月３０日時点で公的給付を受けていましたか。当てはまるものすべての番号に○をつけてください。「１」を受けていた場合は、さらにその種類についても、記号に○をつけてください。

公的年金（国民年金・厚生年金・共済年金）	1
失業保険（基本手当）	2
生活保護	3
労働災害補償法に基づく障害補償給付（年金）・遺族補償給付（年金）	4
児童扶養手当　（注）子ども手当ではありません。	5
その他	6
なにも受けていなかった	7

「１」を選択された方

老齢年金	a
障害年金	b
遺族年金	c

《 問14から問16－１までは<u>おととし（平成２０年１１月３０日時点）</u>の状況をお答えください。 》

（問14）<u>おととし（平成２０年１１月３０日時点）の状況</u>は、現在の状況（問１から問２－１までのお答え）または昨年の状況（問８から問９－１までのお答え）と同じ状況でしたか。当てはまる番号に○をつけてください。

現在の状況と全く同じ状況だった	1	→ 問17へ
現在の状況とは違うが、昨年の状況と全く同じ状況だった	2	→ 問17へ
どちらの状況とも違った	3	→ 次の問15へ

※ おととしから現在まで全く同じ状況である場合も「１」に○を付けてください。

おととしの在学状況と就業状況（アルバイト等を含みます）についてお伺いします。

（問15）あなたは<u>おととし</u>、学生※でしたか。当てはまる番号に○をつけてください。

はい	1	いいえ	2

※　学生には専修学校及び各種学校の学生も含みます。

（問16）あなたの<u>おととし</u>の就業形態について、当てはまるものを１つ選んで、番号に○をつけてください。「３」と答えた方は、さらに形態について記号に○をつけてください。
（<u>学生だった方もご回答ください</u>）

自営業主（個人経営の商店主や農業主など）	1			
家族従業者（自営業主の手伝い）	2			
会社員※1（会社役員を含みます）、公務員	3	「３」を選択された方 →	フルタイム※2	a
			フルタイムでない	b
臨時・不定期のパート・アルバイトや内職など	4			
特に働いていなかった	5			

※１ 会社員には、パート・アルバイトなどの正社員以外の方のうち、臨時・不定期でない働き方をしていた方を含みます。
※２ フルタイムとは、１日の所定労働時間と１か月の所定労働日数が、一般社員と同程度であることを言います。

【問16で「３」と答えた方のみお答えください】
（問16－１）１月あたりの労働日数、１週間あたりの労働時間はおよそどれくらいでしたか。それぞれおおむねの日数、時間について当てはまる番号に○をつけてください。

(1)月あたり	１～５日	1	６～10日	2	11～15日	3	16～20日	4	21日以上	5

(2)週あたり	10時間未満	1	10～15時間未満	2	15～20時間未満	3	20～25時間未満	4
	25～30時間未満	5	30～35時間未満	6	35～40時間未満	7	40時間以上	8

《 問17以降では、再び<u>現在（平成２２年１１月３０日時点）</u>の状況についてお答えください。 》

老後の生活設計及び公的年金についてお伺いします。

（問17）老後（おおむね６５歳以後の生活）を過ごすためにどのような収入を考えていますか。特に見込んでいるものを<u>最大３つ</u>まで選び、最も主要なものには◎、その他には○をつけてください。

公的年金（国民年金・厚生年金・共済年金）	1	貯蓄・退職金の取り崩し	2
資産の運用（株式投資・アパート経営等）	3	個人年金（民間保険会社・郵便局等）	4
企業年金（厚生年金基金等）	5	国民年金基金・個人型の確定拠出年金	6
自分で働く	7	配偶者や子供に期待	8
生活保護	9	考えていない	10

（問18）まだ年金を受給していない方にお伺いいたします。将来、あなたが受け取れる老後の年金の見込み額についてご存じですか。

知っている	1	知らない	2

（問19）過去３年程度の間にご自身の年金記録をご確認されたことがありますか。

ある	1	ない	2

【問19で「１」と答えた方のみお答えください】
（問19－１）年金記録を確認されたきっかけは何でしたか。次の中から最も近いものを１つ選んで、番号に○をつけてください。

記録問題の報道を見聞きして	1
ねんきん特別便やねんきん定期便等の通知を見て	2
周囲から記録を確認するように勧めがあった	3
受給年齢に達したなど、年金手続きのため年金事務所を訪問して	4

（問20）年金記録問題の対応としてこれまで行われてきた取組みについて、ご存じのものを選んで、番号に○をつけてください。（いくつでも可）

ねんきん特別便（平成19年12月から20年10月まで送付）	1
ねんきん定期便（平成21年４月から毎年誕生月に送付）	2
名寄せ特別便の確認調査への市区町村の協力 （「名寄せ特別便」とは、ご本人様の記録である可能性の高い記録をお持ちの皆様にお送りしたもので、未回答の方の調査に多くの市区町村のご協力をいただいております。）	3
年金事務所で速やかに年金記録を回復するための回復基準の設定 （年金記録が見つからず回復を希望される方を年金事務所で速やかに救済できるようにするための要件づくりを進めています。（平成21年12月、平成22年４月に設定））	4
年金を受給できる可能性がある未受給の方へのお知らせの送付 （オンライン上で確認できる年金記録では受給資格期間を満たさない方に対して、カラ期間の有無についての注意喚起や任意加入制度の周知を図っています。（平成21年12月に送付））	5
受給者等への標準報酬等のお知らせ （厚生年金受給者の方等に対して、標準報酬月額及び資格期間に漏れや誤りがないかをご本人に確認していただくために現役の時の標準報酬月額等をお知らせをしている通知です。（平成21年12月から送付））	6
再裁定の申請から年金をお支払いするまでの期間を短縮 〔「再裁定」とは、年金記録が見つかった方からの申請に基づき、年金を再計算する処理のことを言います。〕	7
紙台帳とコンピュータ記録の突合わせ（平成22年10月実施）	8
年金記録の回復により５年以上遅れて支払われる年金への物価上昇分の上乗せ（平成22年４月実施）	9
インターネットによる年金記録の照会	10

（問21）現在、平成２５年に向けて新しい年金制度改革の検討が行われていることについてご存じですか。

知っている	1	知らない	2

最後に、ご回答を統計的に分析するために、あなたご自身とあなたの世帯のことについてお伺いします。

（Ｆ１）あなたの性別

男	1	女	2

（Ｆ２）あなたの生年月

明治	1	大正	2	昭和	3	平成	4

年　月　生まれ

（Ｆ３）あなたの国籍

日本	1	中国	2	韓国又は北朝鮮	3	ブラジル	4
フィリピン	5	ペルー	6	米国	7	その他（　　）	8

（Ｆ４）世帯主からみたあなたの続柄

本人	1	配偶者	2	父母	3	配偶者の父母	4
祖父母	5	配偶者の祖父母	6	子	7	孫	8
兄弟姉妹	9	配偶者の兄弟姉妹	10	その他	11		

（Ｆ５）あなたの配偶の関係

配偶者あり	1	この世帯にいる	a	配偶者の世帯員番号
配偶者なし	2	この世帯にはいない	b	

※該当する世帯員の方が回答された調査票の１ページ目左上に記載されている「世帯員番号」をご記入ください。

（Ｆ６）あなたのお子様について（お孫さん、甥、姪は含みません）
あなたまたはあなたの配偶者が扶養しているお子様はいらっしゃいますか。

いる	1	いない	2

【Ｆ６で「１」と答えた方のみお答えください。】

（Ｆ６－１）
あなたまたはあなたの配偶者が扶養しているお子様について、以下の表の上欄に記載された年齢に該当するお子様の人数を表の下欄にご記入ください。
（表の年齢は平成２２年１１月３０日時点の満年齢です）

お子様の年齢	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24以上
人数																									

（Ｆ７）あなたのお住まいについて

持ち家（ご家族の持ち家を含みます）	1
民間賃貸住宅	2
社宅・公務員住宅等の給与住宅（寮）	3
都市再生機構・公社等の賃貸住宅	4
地方公共団体の公営住宅	5
借間・その他	6

（Ｆ８）あなたのご氏名

※　この氏名は、ご回答内容に不明な点がある場合などに確認させていただくため、念のためご記入いただくものであり、他の目的に使用されることは絶対にありません。この調査票が厚生労働省や日本年金機構本部へ返送される際は、氏名の部分は切り離されます。

（調査員が確認後、切り離します）

フリガナ	
氏　名	

ご協力ありがとうございました。

NO　51

統計調査名	国民年金被保険者実態調査
主管部局名	年金局 事業企画課調査室

調査開始年（西暦）	1987年	調査の実施周期	3年	平成24年度予算（単位：千円）	2,214

調査の目的	国民年金第1号被保険者について、保険料の納付状況ごとに、その実態を明らかにし、被保険者の収入、被保険者の国民年金制度に対する意識、保険料未納の理由など今後の年金制度の検討及び国民年金の事業運営に必要な資料を得る。
PDCAサイクルの活用	第1号被保険者における年金制度の現状把握、国民年金保険料の未納対策のための検討資料及び国会対応の資料として活用している。
調査の流れ	個人調査：本省－対象、市区町村調査：本省－市区町村

母集団名簿の種類等	日本年金機構が保有する被保険者データ	抽出方法	無作為抽出
調査客体数	個人調査：約6万人、市区町村調査：約12万人		
調査方法	郵送	オンライン調査方法	
備　考			

	第1報までの公表期間	報告書公表までの期間
直近	1年1ヶ月	1年2ヶ月
直近1つ前	2年2ヶ月	3年3ヶ月
直近2つ前		
直近3つ前		
直近4つ前		

備　考	直近2つ前～直近4つ前の公表日等については把握していない。

	回収率
直近	個人調査37.8%、市区町村調査96.8%（平成20年調査）
直近1つ前	個人調査39.4%、市区町村調査94.9%（平成17年調査）
直近2つ前	個人調査46.4%（平成14年調査）
直近3つ前	個人調査51.2%（平成11年調査）
直近4つ前	個人調査53.1%（平成8年調査）
備　考	

NO　51

統計調査名	国民年金被保険者実態調査
主管部局名	年金局 事業企画課調査室

外部委託業務の内容　（委託業務に「○」、委託していない場合は（空欄）、業務そのものがない場合は「－」）

調査の企画	調査用品の印刷	調査用品の配布・回収・督促	受付・個票審査・疑義照会	データ入力	データチェック・疑義照会・データ修正	集　計	その他（分類不能、留意事項など）
	○	○		○		○	

備　考

e-Stat　アクセス数		厚労省等ホームページ　アクセス数	
H23年分	16,454	H23年分	6,898
H22年分	14,674	H22年分	1,345
H21年分		H21年分	8,542

備　考

	二次利用件数	32条	33条
H23年度	0	0	0
H22年度	0	0	0
H21年度	0	0	0

平成23年国民年金被保険者実態調査要綱

1　調査の目的

国民年金第１号被保険者について、保険料の納付状況ごとに、その実態を明らかにし、被保険者の収入、被保険者の国民年金制度に対する意識、保険料未納の理由など今後の年金制度の検討及び国民年金の事業運営に必要な資料を得ることを目的とする。

なお、調査は、国民年金第１号被保険者に対して直接調査する「郵送調査」と、国民年金第１号被保険者の行政記録について、市区町村国民年金担当職員が記入する「所得等調査」により構成する。

2　調査の対象及び選定の方法

(1) 調査対象

平成23年３月末現在の全国の国民年金第１号被保険者及びその属する世帯とする。

(2) 調査客体

ア　郵送調査

無作為抽出した国民年金第１号被保険者約６万人とする。

イ　所得等調査

無作為抽出した国民年金第１号被保険者約12万人とする。

(3) 選定方法

層化無作為抽出による。層は次のとおり。

ア　市区町村人口規模階級区分

①　東京都区部及び政令指定都市

②　20万以上市及び県庁所在市（①を除く。）

③　20万未満市及び町村（②を除く。）

イ　被保険者保険料納付区分

①　完納者（平成21年度及び22年度の有資格期間に保険料をすべて納付した者）

②　一部納付者（平成21年度及び22年度の有資格期間の一部について、保険料を納付していない者）

③　１号期間滞納者（平成21年度及び22年度の有資格期間に保険料を全く納付していない者）

④　申請全額免除者（平成22年度末に保険料の申請全額免除を受けている者）

⑤　学生納付特例者（平成22年度末に保険料の学生納付特例を受けている者）

⑥　若年者納付猶予者（平成22年度末に保険料の若年者納付猶予を受けている者）

ウ　被保険者年齢区分

20歳から59歳までの５歳階級（８区分）

3　調査事項及び調査の方法・実施時期

(1) 調査方法

ア　郵送調査

調査客体に対し、「国民年金被保険者実態調査票」を郵送し、調査客体から郵送にて返送する。

イ　所得等調査

調査客体（約 12 万人）について、住民基本台帳、市区町村民税課税台帳、固定資産課税台帳及び国民健康保険料（税）賦課（課税）台帳から、市区町村職員（国民年金担当部署）が、「国民年金被保険者実態調査　所得等調査調査票（１）」及び「国民年金被保険者実態調査　所得等調査調査票（２）（所得等特別調査票）」に必要事項を転記することにより実施する。

なお、「国民年金被保険者実態調査　所得等調査調査票（２）（所得等特別調査票）」については、調査客体（約 12 万人）のうち、層別に 10 分の１を無作為抽出した約１万人を、調査対象とする。

(2) 調査事項

ア　郵送調査

①　就業及び就学の状況

②　世帯の状況（消費支出額、生命保険支出額等）

③　国民年金に関する納付状況

④　国民年金に関する意識

イ　所得等調査

①　所得等調査調査票（１）

（ア）世帯の人数及び第１号被保険者数

（イ）被保険者並びに世帯全体の所得金額及び市区町村民税課税・非課税の別

（ウ）世帯全体の固定資産評価額

（エ）国民健康保険料（税）の賦課（課税）及び納付状況

②　所得等調査調査票（２）（所得等特別調査票）

（ア）被保険者、配偶者並びに世帯主に係る総所得金額・各種控除額

（イ）被保険者、配偶者並びに世帯主に係る控除対象者の人数

(3)　調査の実施時期

ア　郵送調査

平成 23 年 11 月～平成 24 年２月

イ　所得等調査

平成 23 年 10 月～平成 24 年３月

4　公表

記者発表、報告書の刊行はいずれも平成 24 年度以降を予定している。

統計法に基づく一般統計調査
整理番号

厚生労働省

秘 平成 23 年国民年金被保険者実態調査

お答えいただいた調査票の内容を統計以外の目的に使用することは、法律で禁じられています。また、年金保険料納付の督促や徴税の資料などに使用されることは絶対にありませんので、安心してありのままをお答えください。

＜記入上の注意＞
○　封筒のあて名の方が記入してください。記入できない方については、ご家族の方、又は介護をしている方が記入を手伝ってください。
○　**質問１～質問 27** の各質問について、当てはまる番号に○（**質問 18－１**については、◎と○）をしてください。
○　できるだけ黒のボールペンで記入してください。

質問１　老後に年金を受けるためには、通常、保険料を納めた期間（手続きをして全額免除となった期間などを含みます）が 25 年以上必要となります。このことをご存じでしたか？

1 知っていた	**2** 知らなかった

質問２　国民年金は、民間の個人年金とは異なり、物価や国民生活水準の変動に応じて年金額が改定され､受けられる年金の実質的な価値がなるべく変わらないような仕組みが取られています。このことをご存じでしたか？

1 知っていた	**2** 知らなかった

質問３　国民年金は、老後の生活を保障する老齢年金だけでなく、病気や事故で障害の状態になったときに受けられる障害年金があります。このことをご存じでしたか？

1 知っていた	**2** 知らなかった

質問４　国民年金は、老齢年金や障害年金のほか、ご本人の死亡時に遺族の方が受けられる遺族年金があります。このことをご存じでしたか？

1 知っていた	**2** 知らなかった

質問５　国民年金は、民間の個人年金とは異なり、年金額の１／２は国が負担しています。このことをご存じでしたか？

1 知っていた	**2** 知らなかった

質問６　国民年金は、通常 60 歳になるまでの加入ですが、年金を受けられる 25 年の要件に足りない場合などは、70 歳になるまで加入できる仕組み（任意加入制度といいます）があります。このことをご存じでしたか？

1 知っていた	**2** 知らなかった

質問７　国民年金の保険料を納めると、納めた保険料は税金の計算のときに所得から差し引かれるので、納めなければならない税金は少なくなります。このことをご存じでしたか？

1 知っていた	**2** 知らなかった

質問８　国民年金は、保険料を納めた期間が短ければ、その分、年金の受け取り額が少なくなる仕組みとなっています。このことをご存じでしたか？

1 知っていた	**2** 知らなかった

質問９　国民年金は、現在の現役世代が納める保険料によって、現在の高齢者の年金給付をまかなう仕組み（世代間扶養といいます）となっています。このことをご存じでしたか？

1 知っていた	**2** 知らなかった

質問10　国民年金では、保険料を納め忘れた場合でも、過去２年分までさかのぼって納めることができる仕組みになっています。このことをご存じでしたか？

1 知っていた	**2** 知らなかった

質問11　国民年金では、若者や所得の少ない人などのために市区町村の窓口に申請することにより、保険料の全部又は一部が免除される制度があります。次のような免除制度はご存じでしたか？

（１）　経済的にどうしても保険料を納めることができない方のため、世帯の所得に応じて保険料の全部又は一部が免除される制度

1 知っていた	**2** 知らなかった

（２）　所得の少ない学生のために保険料の全部が免除される制度（学生納付特例制度といいます）

1 知っていた	**2** 知らなかった

（３）　所得の少ない 20 歳台の方のために保険料の全部が免除される制度（若年者納付猶予制度といいます）

1 知っていた	**2** 知らなかった

質問12　保険料を免除された期間のうち、過去10年間分については、さかのぼって保険料を納める仕組み（追納といいます）があります。このことをご存じでしたか？

1　知っていた	**2**　知らなかった

質問13　国民年金の保険料を一括して前払いすると、保険料が割引される仕組み（前納といいます）があります。このことをご存じでしたか？

1　知っていた	**2**　知らなかった

質問14　月々の保険料は翌月末が納付期限ですが、口座振替によって当月末の引き落としにすると、割引となる仕組み（早割といいます）があります。このことをご存じでしたか？

1　知っていた	**2**　知らなかった

質問15　平成22年４月から平成23年３月までの１年間に国民年金の保険料をひと月でも納めましたか？

1　はい	**2**　いいえ → 質問 16 へ

質問15－１　平成22年４月から平成23年３月までの１年間で最も利用回数の多かった納め方を、次の中から１つ選んでください。

1	銀行・農協・郵便局などの口座からの自動引き落とし
2	銀行・農協・郵便局などの窓口で直接納めた
3	コンビニエンスストアで納めた
4	インターネット、金融機関のＡＴＭ、携帯電話（モバイルバンキング）、電話（音声案内）などで納めた
5	クレジットカードで納めた
6	年金事務所で納めた
7	その他

質問16　国民年金の保険料は、銀行・農協・郵便局などの窓口で納付する以外に、銀行・農協・郵便局などの口座からの自動引き落とし（口座振替）で納めることができます。
　この仕組みを利用したことがありますか？

質問 17 へ ← **1** 利用したことがある　　**2** 利用したことはない

質問16－１　利用したことがない理由について、主なものを１つだけ選んでください。

1	知らなかったから
2	いまの方法で特に不都合はないから
3	手数料がかかると思っていたから
4	手続きが面倒だから
5	毎月定期的に引き落とされるよりも、自分の都合に合わせて納めたいから
6	免除されているので納める必要がないから
7	その他

質問17　国民年金の保険料は、夜間や休日も利用できるコンビニエンスストア、ご自宅のパソコンや携帯電話から利用できるインターネットなど（インターネットバンキング、モバイルバンキング、テレフォンバンキング（電話の音声案内））や、クレジットカードでも納めることができます。
　この仕組みをどれか１つでも利用したことがありますか？

質問 18 へ ← **1** 利用したことがある　　**2** 利用したことはない

質問17－１　利用したことがない理由について、主なものを１つだけ選んでください。

1	知らなかったから
2	いまの方法で特に不都合はないから
3	手数料がかかると思っていたから
4	手続きが面倒だから
5	普段、コンビニエンスストア、インターネット、クレジットカードなどをあまり利用しないから
6	免除されているので納める必要がないから
7	その他

質問18　あなたは、20歳以降、免除された場合を除き、国民年金の保険料を納めなかった期間がありますか？

1	ない（すべて納めてきた、または、すべて免除された） → 質問 20 へ
2	ある（納めなかった期間がある）

質問18－１　国民年金の保険料を納めなかった理由について、次の中から当てはまるものすべてに○、そのうち最も主要な理由には◎をつけてください。

1	うっかりして忘れた、あるいは、後でまとめて払おうと思ったから
2	保険料が高く、経済的に支払うのが困難だったから
3	受け取れる年金額が分からない、あるいは、納める保険料に比べて少ないと思うから
4	老後のことや年金のことに関心がない、あるいは、年金を受けなくても、他の収入や貯蓄で暮らしていけると思うから
5	これから保険料を納めても加入期間が少なく、年金がもらえないから
6	すでに、年金を受ける要件を満たしていたから
7	年金制度の将来が不安、あるいは、信用できないから
8	納めた保険料が無駄遣いされているのではないかなど、厚生労働省・日本年金機構が信用できないから
9	自分以外にも保険料を納めていない人がいたから
10	特に理由はない

（質問18－１で、２を選択した方のみお答えください）

質問18－２　質問18－１で、２を選択した理由を次の中から１つ選んでください。

1	元々収入が少ない、あるいは不安定だったから
2	失業、倒産、天災、事故、病気などにより所得が低下したから
3	保険料より優先度の高い支出が多かったから
4	その他

質問19　納めていない保険料は、過去２年分までさかのぼって納められます。この仕組みについて、あなたの考えに最もあてはまるものを１つ選んでください。

1	もう少し生活にゆとりができれば、納めていない保険料を納めたい
2	年金制度の意義や有利な点が理解できれば、納めるつもりである
3	保険料を納めなければ年金は受けられないが、年金制度や厚生労働省・日本年金機構は信用できないので納めるつもりはない
4	国民年金はあてにしていないので、納めるつもりはない
5	その他

質問20　あなたは、20歳以降、国民年金の保険料を免除された期間がありますか？

※　ここでの免除は、法定免除・申請全額免除のほか、学生納付特例や若年者納付猶予の方も含みます。

1	ない（免除されたことがない）
2	ある（免除されたことがある）

質問 21 へ

質問20－１　免除された期間のうち、過去10年間分については、さかのぼって保険料を納める仕組み（追納といいます）があります。追納の仕組みを利用しますか？１つ選んでください。

1	全部追納したい 又は 全部追納する予定である
2	一部だけでも追納したい 又は 一部だけでも追納する予定である
3	追納するつもりはない
4	すでに全部追納した
5	一部追納したが、さらに残りも追納したい
6	一部追納したが、残りは追納するつもりはない
7	その他・特にない

質問21　あなたは、平成23年３月末時点で学生でしたか？　※　平成 23 年３月に卒業した方も１（学生だった）に〇をつけてください。

1　学生だった	**2**　学生でなかった → 質問 22 へ

質問21－１　平成23年３月末時点で、学生納付特例制度を利用していましたか。制度をご存じでなかった学生の方も、ご両親等が手続きをされている場合がありますので、なるべくご確認の上お答えください。

質問 22 へ ← **1**　利用していた	**2**　利用していなかった

質問21－２　学生納付特例制度を利用していなかった理由は何ですか。次の中から１つ選んでください。

1	制度を知らなかったから
2	所得が多く制度を利用できなかった、または、申請したが認められなかったから
3	手続きが面倒だったから
4	国民年金をあてにしていなかったから
5	保険料を納めていたから
6	その他・特にない

質問22　あなたは、平成23年３月末時点で、所得を伴う仕事をしていましたか？当てはまる番号に〇をつけてください。

1　していた	**2**　していなかった → 質問 23 へ

質問22－１　次のうち、平成23年３月末時点の状況に当てはまるものを１つ選び、記号に〇をつけてください。

1	自営業主（個人経営の商店主や農業主など）
2	家族従業者（自営業主の手伝い）
3	常用雇用（正社員等）
4	臨時・パート・アルバイト

質問23　あなたの世帯全体の毎月の消費支出額は平均してどれくらいですか（毎月経常的にかかる生活費のうち、住宅等のローン、各種保険料、貯金などを除いた部分を答えてください）。

1	５万円未満	2	５万円以上 10 万円未満
3	10 万円以上 15 万円未満	4	15 万円以上 20 万円未満
5	20 万円以上 25 万円未満	6	25 万円以上 30 万円未満
7	30 万円以上 40 万円未満	8	40 万円以上 50 万円未満
9	50 万円以上 60 万円未満	10	60 万円以上

質問24　あなたは、平成23年３月末時点で、生命保険に加入していましたか。当てはまる番号に〇をつけ、加入していた場合は、毎月支払っていた保険料の額も記入してください。

1 加入していた	→ 保険料は月々＿＿＿＿＿＿円
2 加入していなかった	

質問25　あなたは、平成23年３月末時点で、民間保険会社や郵便局などの個人年金に加入していましたか。当てはまる番号に〇をつけ、加入していた場合は、毎月支払っていた保険料の額も記入してください。

1 加入していた	→ 保険料は月々＿＿＿＿＿＿円
2 加入していなかった	

質問26　あなたの世帯では、平成23年３月末時点で、あなた以外で生命保険に加入していた人はいましたか。当てはまる番号に〇をつけ、あなた以外で加入していた人がいた場合には、あなたを含めて世帯全体で支払っていた生命保険の保険料の合計額を記入してください。

1 自分以外で加入していた人がいた	→ 保険料は月々＿＿＿＿＿＿円
2 自分以外で加入していた人はいなかった	（単身世帯の場合は、２を選んでください。）

質問27　あなたの世帯では、平成23年３月末時点で、あなた以外で個人年金に加入していた人はいましたか。当てはまる番号に〇をつけ、あなた以外で加入していた人がいた場合には、あなたを含めて世帯全体で支払っていた個人年金の保険料の合計額を記入してください。

1 自分以外で加入していた人がいた	→ 保険料は月々＿＿＿＿＿＿円
2 自分以外で加入していた人はいなかった	（単身世帯の場合は、２を選んでください。）

質問は以上です。ご協力ありがとうございました。

・調査票のご記入が終わりましたら、記入誤りや記入もれがないか、もう一度ご確認ください。
・同封の返信用封筒に入れて締切日までに郵便ポストに投函してください。切手は不要です。

㊙ 平成23年国民年金被保険者実態調査 所得等調査調査票（1）

キリトリ線

都道府県		住所コード		市区町村名	

調査対象者リスト

	住所	氏名	生年月日	整理番号	特別調査の有無	現在の世帯員数			平成22年の所得金額					固定資産評価額	平成22年度の国民健康保険料（税）	
									本人の所得金額		世帯の所得金額	調査状況				
						世帯員数	うち18歳未満	うち国民年金第1号	(1)総所得金額（万円）	(2)市区町村民税課税状況 1. 課税 2. 非課税	(3)総所得金額（万円）	(4)市区町村民税課税状況 1. 課税 2. 非課税	1.全世帯員調査済 2.本人を除く一部世帯員調査不能 3.本人を含む一部世帯員調査不能 4.世帯員全員調査不能	世帯の固定資産評価額の合計（万円）	(1)賦課（課税）状況 1. 賦課（課税）＜軽減なし＞ 2. 賦課（課税）＜軽減あり＞ 3. その他（他制度加入・未加入を含む。）	(2)保険料(税)の納付状況 1. 全部納付 2. 一部納付 3. 全部未納
1									（万円）	1・2	（万円）	1・2	1・2・3・4	（万円）	1・2・3	1・2・3
2									（万円）	1・2	（万円）	1・2	1・2・3・4	（万円）	1・2・3	1・2・3
3									（万円）	1・2	（万円）	1・2	1・2・3・4	（万円）	1・2・3	1・2・3
4									（万円）	1・2	（万円）	1・2	1・2・3・4	（万円）	1・2・3	1・2・3
5									（万円）	1・2	（万円）	1・2	1・2・3・4	（万円）	1・2・3	1・2・3
6									（万円）	1・2	（万円）	1・2	1・2・3・4	（万円）	1・2・3	1・2・3
7									（万円）	1・2	（万円）	1・2	1・2・3・4	（万円）	1・2・3	1・2・3
8									（万円）	1・2	（万円）	1・2	1・2・3・4	（万円）	1・2・3	1・2・3
9									（万円）	1・2	（万円）	1・2	1・2・3・4	（万円）	1・2・3	1・2・3
10									（万円）	1・2	（万円）	1・2	1・2・3・4	（万円）	1・2・3	1・2・3
11									（万円）	1・2	（万円）	1・2	1・2・3・4	（万円）	1・2・3	1・2・3
12									（万円）	1・2	（万円）	1・2	1・2・3・4	（万円）	1・2・3	1・2・3
13									（万円）	1・2	（万円）	1・2	1・2・3・4	（万円）	1・2・3	1・2・3
14									（万円）	1・2	（万円）	1・2	1・2・3・4	（万円）	1・2・3	1・2・3
15									（万円）	1・2	（万円）	1・2	1・2・3・4	（万円）	1・2・3	1・2・3
16									（万円）	1・2	（万円）	1・2	1・2・3・4	（万円）	1・2・3	1・2・3
17									（万円）	1・2	（万円）	1・2	1・2・3・4	（万円）	1・2・3	1・2・3
18									（万円）	1・2	（万円）	1・2	1・2・3・4	（万円）	1・2・3	1・2・3
19									（万円）	1・2	（万円）	1・2	1・2・3・4	（万円）	1・2・3	1・2・3
20									（万円）	1・2	（万円）	1・2	1・2・3・4	（万円）	1・2・3	1・2・3

（注）この調査対象者リストは、提出する必要はありません。

（注）厚生労働省に提出する際は、左のキリトリ線から切り取って、この調査票のみを提出してください。

平成23年国民年金被保険者実態調査 所得等調査調査票(2)(所得等特別調査票)

(注1)下の調査対象者の状況をご記入ください。
(注2)厚生労働省に提出する際は、下のキリトリ線から切り取って、
この調査票のみを提出してください。

整理番号　　市区町村名

本人の状況

1. 本人の総所得金額　　円

2. 各種控除額
① 雑損控除　　円
② 医療費控除　　円
③ 社会保険料控除　　円
④ 小規模企業共済等掛金　　円
⑤ 配偶者特別控除　　円

3. 控除対象者の人数
① 老人控除対象配偶者・老人扶養親族　　人
② 特定扶養親族　　人
③ 控除配偶者(障害者)及び扶養親族(障害者)　　人
④ 控除配偶者(特別障害者)及び扶養親族(特別障害者)　　人
⑤ 控除配偶者及び扶養親族(①～④以外)　　人
⑥ 本人の状況(該当するもの全てに○をつける)
1. 障害者
2. 特別障害者
3. 寡婦(寡夫)
4. 寡婦の特例
5. 勤労学生

4. 地方税法附則第6条第4項の免除に係る所得額　　円

配偶者の状況

1. 配偶者の有無
1. 配偶者なし(以下項目の記入不要)
2. 配偶者あり(以下項目に記入)

2. 配偶者の総所得金額　　円

3. 各種控除額
① 雑損控除　　円
② 医療費控除　　円
③ 社会保険料控除　　円
④ 小規模企業共済等掛金　　円
⑤ 配偶者特別控除　　円

4. 控除対象者の人数
① 老人控除対象配偶者・老人扶養親族　　人
② 特定扶養親族　　人
③ 控除配偶者(障害者)及び扶養親族(障害者)　　人
④ 控除配偶者(特別障害者)及び扶養親族(特別障害者)　　人
⑤ 控除配偶者及び扶養親族(①～④以外)　　人
⑥ 本人の状況(該当するもの全てに○をつける)
1. 障害者
2. 特別障害者
3. 寡婦(寡夫)
4. 寡婦の特例
5. 勤労学生

5. 地方税法附則第6条第4項の免除に係る所得額　　円

世帯主の状況

1. 本人との関係
1. 本人が世帯主(以下項目の記入不要)
2. 配偶者が世帯主(以下項目に記入不要)
3. それ以外(以下項目に記入)

2. 世帯主の総所得金額　　円

3. 各種控除額
① 雑損控除　　円
② 医療費控除　　円
③ 社会保険料控除　　円
④ 小規模企業共済等掛金　　円
⑤ 配偶者特別控除　　円

4. 控除対象者の人数
① 老人控除対象配偶者・老人扶養親族　　人
② 特定扶養親族　　人
③ 控除配偶者(障害者)及び扶養親族(障害者)　　人
④ 控除配偶者(特別障害者)及び扶養親族(特別障害者)　　人
⑤ 控除配偶者及び扶養親族(①～④以外)　　人
⑥ 本人の状況(該当するもの全てに○をつける)
1. 障害者
2. 特別障害者
3. 寡婦(寡夫)
4. 寡婦の特例
5. 勤労学生

5. 地方税法附則第6条第4項の免除に係る所得額　　円

キリトリ線

住所　　氏名　　生年月日

NO　52

統計調査名	歯科技工料調査
主管部局名	保険局 医療課

調査開始年（西暦）	1979年	調査の実施周期	2年	平成24年度予算（単位：千円）	6,103（H23年度）

調査の目的	歯冠修復及び欠損補綴に際して用いられる各種歯科技工物の歯科技工料を調査し、歯科保険医療について検討するための基礎資料を得る。
PDCAサイクルの活用	・診療報酬改定の基礎資料
調査の流れ	本省ー対象

母集団名簿の種類等	歯科医療機関及び歯科技工所	抽出方法	歯科医療機関については100分の1、歯科技工所については10分の1の抽出率によって無作為に抽出。
調査客体数	約660歯科医療機関及び約550歯科技工所		
調査方法	郵送	オンライン調査方法	
備　考	調査客体数等については、結果の出ているH23年度の調査のもの		

	第1報までの公表期間	報告書公表までの期間
直近		
直近1つ前		
直近2つ前		
直近3つ前		
直近4つ前		
備　考	非公表	

	回収率
直近	歯科医療機関68.1%　歯科技工所50.0%（平成23年度調査）
直近1つ前	歯科医療機関57.0%　歯科技工所44.6%（平成21年度調査）
直近2つ前	歯科医療機関44.3%　歯科技工所27.5%（平成19年度調査）
直近3つ前	歯科医療機関54.9%　歯科技工所39.4%（平成17年度調査）
直近4つ前	歯科医療機関74.4%　歯科技工所54.1%（平成15年度調査）
備　考	

NO　52

統計調査名	歯科技工料調査
主管部局名	保険局 医療課

外部委託業務の内容　（委託業務に「○」、委託していない場合は（空欄）、業務そのものがない場合は「－」）

調査の企画	調査用品の印刷	調査用品の配布・回収・督促	受付・個票審査・疑義照会	データ入力	データチェック・疑義照会・データ修正	集　計	その他（分類不能、留意事項など）
	○	○	○（受付・個票診査のみ）	○	○（データチェックのみ）	○	

備　考

e-Stat　アクセス数		厚労省等ホームページ　アクセス数	
H23年分	71	H23年分	1,326
H22年分	66	H22年分	
H21年分	31	H21年分	

備　考

	二次利用件数	32条	33条
H23年度	0	0	0
H22年度	0	0	0
H21年度	0	0	0

平成23年度歯科技工料調査業務要綱

1　調査の目的

歯冠修復及び欠損補綴に際して用いられる各種歯科技工物の歯科技工料を調査し、歯科保険医療について検討するための基礎資料を得ることを目的とする。

2　調査の対象

（1）歯科医療機関

全国の歯科医療機関のうち、100分の１

（2）歯科技工所

全国の歯科技工所のうち、10分の１

3　調査票の提出期日

（1）調査対象期間　平成23年７月１日～31日までの１ヶ月間

（2）提出期日　　平成23年８月31日までに委託先に提出する。

4　調査の内容

歯科医療機関及び歯科技工所における外注歯科技工料に係る歯科技工物別の金額及び総取扱い件数

5　調査の方法

調査票を調査客体である歯科医療機関及び歯科技工所に送付し、当該歯科医療機関及び歯科技工所の管理者による自計後、紙媒体等により返送する。

6　調査の系統

厚生労働省保険局医療課－歯科医療機関及び歯科技工所

7　集計・分析

調査票をもとに集計・分析を行う。

8　結果の公表

調査結果は、行政資料として使用し、公表しない。

㊙ 統計法に基づく一般統計調査

厚生労働省保険局

歯科技工料調査 ㊟

（歯科医療機関用調査票）

平成23年6月　調査

施設名	
所在地	〒 都道府県　郡　市　区　町　村　番地　号

本調査に該当しない場合は、下記の「該当しない理由」を記入の上、ご返送ください。

該当しない理由

1. 医療機関を廃止・休止している。
2. 歯科技工物を外注していない。
3. 保険医療機関ではない。
4. その他　（　　）

注）本調査に該当しない場合は、**本調査票の表紙のみを記入**しご返送下さい。

管理者各位

この調査は、歯科技工所から納入された歯科技工物の歯科技工料を調査するものであり、次項以降の「記入上の注意事項」に従って、本調査票に記入していただくようお願いいたします。

なお、本調査票は**統計資料として用いる以外に利用することはありません**。

ご多忙中恐れ入りますが、ご協力下さるようお願い申し上げます。

平成23年6月

厚生労働省

記入上の注意事項

＊次のページに記入例がありますので参考にしてください。

1. この調査は、**平成23年7月1日から31日まで**の1か月間に、歯科保険医療機関に歯科技工所から実際に納入した歯科技工物の歯科技工料を調査するものです。**（単に歯科技工所の歯科技工料金表を転記羅列するものではありませんのでご注意下さい。）**
2. 調査項目の品名は、ほぼ同一グループ毎に並べてありますが、分離できないものについては、一括して記入してください。
3. **「材料料を含まない場合」**欄には、使用金属材料料（金属材料料、人工歯料等）が明確に区分されている場合に、使用金属材料料を除いた金額を記入して下さい。また**「材料料を含む場合」**欄には、使用材料が区分されていない場合に、使用材料料を含む金額を記入して下さい。
4. **「総個数」**欄には、平成23年7月中に納入された歯科技工物のおのおのの個数を正しく記入してください。
5. **「総金額」**欄には、上記の納入個数に対する消費税を含めた歯科技工料の合計を記入してください。外税方式の場合には、消費税相当分を加算した金額を記入してください。
6. 調査票に記入の際、必要に応じて「歯科技工料調査補助票」をご活用ください。なお、「歯科技工料調査補助票」は返送の必要はありません。
7. 調査票は、**平成23年8月31日（水）までに**ご返送ください。なお、調査に該当しない場合も1頁の「該当しない理由」を記入の上ご返送ください。
8. その他、ご不明な点がありましたら下記あてにご連絡下さい。

【照会先】
本調査についてのご質問等は、以下までお問い合わせください。
厚生労働省保険局医療課　　担当者：和田、青木
TEL：03-5253-1111（内3275）
（受付時間：9:30～18:15　12:00～13:00の時間帯・土日祝日を除く）

【返送先】
〒105-0003
東京都港区西新橋3-6-10 マストライフ西新橋ビル
株式会社　工業市場研究所

歯科医療機関用調査票記入例

調査票の記入に際し、誤って記入しやすい「外税方式で取引している場合の記入例」と、「ポンティック（ダミー）の記入例」を示しましたので参考にしてください。

1．外税方式で取引している場合の記入例

調査票の「総金額」欄には、消費税を加算した金額を記入してください。

例えば、総義歯（人工歯料（材料料）を含まない場合）の取引個数が△個、総金額が○○,○○○円の場合、調査票の「総個数」及び「総金額」欄には、取引個数の△個と○○,○○○円×1.05＝●●,●●●円を記入することになります。

（内税方式の場合には、取引の総金額をそのまま調査票の「総金額」欄に記入してください。）

No	項　　目	材料料を含まない場合		材料料を含む場合		記入上の注意事項
		総個数	総金額	総個数	総金額	
115	総　義　歯	△	●●,●●●			

2．ポンティック（ダミー）の記入例

ポンティック（ダミー）の記入は、ブリッジ１装置当たりの欠損歯数に関わりなくポンティック（ダミー）の個数と金額を記入してください。

また、「前歯」、「臼歯」に分かれていますので、それぞれ別に記入してください。

例えば、次のような取引があった場合、以下の記載となります。

① 1｜12　欠損のポンティック（ダミー）を１装置（メタルボンド　貴金属）

② 43｜欠損のポンティック（ダミー）を１装置（硬質レジン前装　ニッケルクロム合金）

③ 6｜欠損のポンティック（ダミー）を１装置（金パラ）

（すべて「材料料を含まない場合」）

No	項　　目			材料料を含まない場合		材料料を含む場合		記入上の注意事項	
				総個数	総金額	総個数	総金額		
381	ポンティック（ダミー）（前歯）	メタルボンド	貴金属	3	▲▲,▲▲▲				①
382			金銀パラジウム合金						
383			その他の合金						
384	ポンティック（ダミー）（前歯）	硬質レジン前装	金銀パラジウム合金						
385			ニッケルクロム合金	1	○,○○○				②
386			銀合金						
393	ポンティック（ダミー）（臼歯）	硬質レジン前装	金銀パラジウム合金						
394			ニッケルクロム合金	1	●,●●●				②
395			銀合金						
399		鋳造	貴金属						
400			金銀パラジウム合金	1	△,△△△				③
401			ニッケルクロム合金						

歯 科 医 療 機 関 用 調 査 票

No	項目		材料料を含まない場合		材料料を含む場合		記入上の注意事項
			総個数	総金額	総個数	総金額	
101	局部義歯(ﾚｼﾞﾝ床)	1床1歯		円		円	1．歯数は、欠損歯数でなく、人工歯数により算定して下さい。
102		1床2歯					
103		1床3歯					
104		1床4歯					2．ﾚｼﾞﾝ床のﾚｼﾞﾝ材料料は、製作料に含まれるものとします。人工歯料については、別に請求された場合は「材料料を含まない」欄に記入し、別に請求のない場合は「材料料を含む」欄に記入して下さい。
105		1床5歯					
106		1床6歯					
107		1床7歯					
108		1床8歯					
109		1床9歯					
110		1床10歯					
111		1床11歯					
112		1床12歯					3．鉤、バー、補強線等は、別に該当欄が設けてあります。
113		1床13歯					
114		1床14歯					(No. 251～297)
115	総義歯(ﾚｼﾞﾝ床)	総義歯					4．隙、金属歯は、別に該当欄が設けてあります。
121	排列料(ﾚｼﾞﾝ床)	1床1歯					(No. 441～452)
122		1床2歯					
123		1床3歯					
124		1床4歯					5．鉤、バー等に金合金又は白金加金を使用している場合であっても、床がﾚｼﾞﾝ床の場合は、本欄に記入して下さい。
125		1床5歯					
126		1床6歯					
127		1床7歯					
128		1床8歯					6．排列料は、人工歯料を加算しないで下さい。
129		1床9歯					
130		1床10歯					
131		1床11歯					
132		1床12歯					
133		1床13歯					
134		1床14歯					
135		総義歯					
139	咬合床料(ﾚｼﾞﾝ床)						

No	項目			材料料を含まない場合		材料料を含む場合		記入上の注意事項
				総個数	総金額	総個数	総金額	
141	局部義歯(熱可塑性樹脂床)		1床1～4歯		円		円	1．歯数は、欠損歯数でなく、人工歯数により算定して下さい。 2．ﾚｼﾞﾝ材料料については、製作料に含まれるものとします。 3．排列料は、人工歯料を加算しないで下さい。
142			1床5～8歯					
143			1床9～11歯					
144			1床12～14歯					
145	総義歯(熱可塑性樹脂床)		総義歯					
161	排列料(熱可塑性樹脂床)		1床1～4歯					
162			1床5～8歯					
163			1床9～11歯					
164			1床12～14歯					
165			総義歯					
179	咬合床料（熱可塑性樹脂床）							
181	義歯完成料(金属床)	貴金属	1床1～4歯					1．排列料は、金属の種類を区分せず本欄に記入して下さい。
182			1床5～8歯					
183			1床9～11歯					
184			1床12～14歯					
185			総義歯					
201		その他の合金	1床1～4歯					
202			1床5～8歯					
203			1床9～11歯					
204			1床12～14歯					
205			総義歯					
221	排列料(金属床)		1床1～4歯					
222			1床5～8歯					
223			1床9～11歯					
224			1床12～14歯					
225			総義歯					
241	咬合床料（金属床）							
242	模型作製料（金属床）							

No	項目			材料料を含まない場合		材料料を含む場合		記入上の注意事項
				総個数	総金額	総個数	総金額	
251	線鉤	双歯鉤	貴金属		円		円	1．金属材料料については、別に請求された場合は「材料料を含まない」欄に記入し、別に請求のない場合は「材料料を含む」欄に記入して下さい。 2．ﾊﾞｯｸｱｸｼｮﾝ鉤、ﾘｱｱｸｼｮﾝ鉤、ｼﾞｬｸｿﾝ鉤等、特殊な形態の鉤は双歯鉤の欄に記入して下さい。 3．不銹鋼の場合は、特殊鋼に含めて記入して下さい。 4．金属床の鉤、ﾌｯｸ･ｽﾊﾟｰ等は別に該当欄が設けてあります。 (No. 521 ～535) ※ 貴金属とは、金合金、白金加金をいう。 ※ ﾆｯｹﾙｸﾛﾑ合金とは、ﾆｯｹﾙｸﾛﾑ合金、ｺﾊﾞﾙﾄｸﾛﾑ合金をいう。
252			14K金合金					
253			特殊鋼					
254		両翼鉤(ﾚｽﾄ付)	貴金属					
255			14K金合金					
256			特殊鋼					
257		両翼鉤(ﾚｽﾄなし)	貴金属					
258			14K金合金					
259			特殊鋼					
261	鋳造鉤	双歯鉤	貴金属					
262			14K金合金					
263			金銀ﾊﾟﾗｼﾞｳﾑ合金					
264			ﾆｯｹﾙｸﾛﾑ合金					
265		両翼鉤(ﾚｽﾄ付)	貴金属					
266			14K金合金					
267			金銀ﾊﾟﾗｼﾞｳﾑ合金					
268			ﾆｯｹﾙｸﾛﾑ合金					
269		両翼鉤(ﾚｽﾄなし)	貴金属					
270			14K金合金					
271			金銀ﾊﾟﾗｼﾞｳﾑ合金					
272			ﾆｯｹﾙｸﾛﾑ合金					
281	ﾌｯｸｽﾊﾟｰ	線	貴金属					
282			特殊鋼					
283		鋳造	貴金属					
291	バー	屈曲	貴金属					
292			金銀ﾊﾟﾗｼﾞｳﾑ合金					
293			特殊鋼					
294		鋳造	貴金属					
295			金銀ﾊﾟﾗｼﾞｳﾑ合金					
296			ﾆｯｹﾙｸﾛﾑ合金					
297	補強線		特殊鋼					

No	項目			材料料を含まない場合		材料料を含む場合		記入上の注意事項
				総個数	総金額	総個数	総金額	
311	鋳造冠	全部鋳造冠	貴金属		円		円	1．ブリッジの支台装置も含めて記入して下さい。 2．金属材料料及び人工歯料・歯冠色前装材料料については、別に請求された場合は「材料料を含まない」欄に記入し、別に請求のない場合は「材料料を含む」欄に記入して下さい。 ※ 単純なものとは、隣接面を含まないものをいう。 ※ 複雑なものとは、隣接面を含むものをいう。 ※ 貴金属とは、金合金、白金加金をいう。 ※ ﾆｯｹﾙｸﾛﾑ合金とは、ﾆｯｹﾙｸﾛﾑ合金、ｺﾊﾞﾙﾄｸﾛﾑ合金をいう。
312			金銀ﾊﾟﾗｼﾞｳﾑ合金					
313			ﾆｯｹﾙｸﾛﾑ合金					
314			銀合金					
315		部分鋳造冠(3/4冠 4/5冠)	貴金属					
316			14K金合金					
317			金銀ﾊﾟﾗｼﾞｳﾑ合金					
318			ﾆｯｹﾙｸﾛﾑ合金					
319			銀合金					
331	ｲﾝﾚｰ	単純なもの	貴金属					
332			14K金合金					
333			金銀ﾊﾟﾗｼﾞｳﾑ合金					
334			ﾆｯｹﾙｸﾛﾑ合金					
335			銀合金					
336		複雑なもの	貴金属					
337			14K金合金					
338			金銀ﾊﾟﾗｼﾞｳﾑ合金					
339			ﾆｯｹﾙｸﾛﾑ合金					
340			銀合金					
357	金属焼付ﾎﾟｰｾﾚﾝ冠		貴金属					
358			ﾆｯｹﾙｸﾛﾑ合金					
359			その他の合金					
361	硬質ﾚｼﾞﾝ前装鋳造冠		貴金属					
362			金銀ﾊﾟﾗｼﾞｳﾑ合金					
363			ﾆｯｹﾙｸﾛﾑ合金					
364			銀合金					
365	ﾎﾟｰｾﾚﾝ冠、ｱﾙﾐﾅｽﾎﾟｰｾﾚﾝ冠							
366	ｷｬｽﾀﾌﾞﾙｾﾗﾐｯｸ冠							
367	硬質ﾚｼﾞﾝｼﾞｬｹｯﾄ冠		光重合型					
368			加熱重合型					
369	ﾚｼﾞﾝｼﾞｬｹｯﾄ冠							
371	複合ﾚｼﾞﾝ(CR)ｲﾝﾚｰ		単純なもの					
372			複雑なもの					

No	項目			材料料を含まない場合		材料料を含む場合		記入上の注意事項
				総個数	総金額	総個数	総金額	
375	リテイナー		5歯以下のもの		円		円	1. 金属材料料及び人工歯料については、別に請求された場合は「材料料を含まない」欄に記入し、別に請求のない場合は「材料料を含む」欄に記入して下さい。 2. 3歯欠損のポンティック（ダミー）は、3個と数えて下さい。 例）前歯1歯欠損、臼歯2歯欠損の場合は、前歯ポンティック（ダミー）1個、臼歯ポンティック（ダミー）2個と数えて下さい。 3. 3ページに記入例がありますので参考にして下さい。 ※ 貴金属とは、金合金、白金加金をいう。 ※ ニッケルクロム合金とは、ニッケルクロム合金、コバルトクロム合金をいう。
376			6歯以上のもの					
380	歯冠修復物作製のための模型							
381	ポンティック（ダミー）（前歯）	メタルボンド	貴金属					
382			金銀パラジウム合金					
383			その他の合金					
384		硬質レジン前装	金銀パラジウム合金					
385			ニッケルクロム合金					
386			銀合金					
387		金属裏装	貴金属					
388			金銀パラジウム合金					
389			ニッケルクロム合金					
390	ポンティック（ダミー）（臼歯）	メタルボンド	貴金属					
391			金銀パラジウム合金					
392			その他の合金					
393		硬質レジン前装	金銀パラジウム合金					
394			ニッケルクロム合金					
395			銀合金					
396		金属裏装	貴金属					
397			金銀パラジウム合金					
398			ニッケルクロム合金					
399		鋳造	貴金属					
400			金銀パラジウム合金					
401			ニッケルクロム合金					
402			銀合金					
421	ろう着		貴金属ろう					
422			金銀パラジウムろう					
423			ニッケルクロムろう					
424			銀ろう					
429	連結							
431	メタルコア		貴金属					
432			金銀パラジウム合金					
433			銀合金					
441	隙	金属	貴金属					
442			金銀パラジウム合金					
443			ニッケルクロム合金					
444			銀合金					
445		レジン						

No.	項目		材料料を含まない場合		材料料を含む場合		記入上の注意事項
			総個数	総金額	総個数	総金額	
451	金属歯	貴金属		円		円	1．人工歯料については、別に請求された場合は「材料料を含まない」欄に記入し、別に請求のない場合は、「材料料を含む」欄に記入して下さい。 2．熱可塑性樹脂床については、10ページの「その他」欄に記載して下さい。
452		銀合金					
461	有床義歯修理						
462	リライン（床裏装法）	1 ～ 4歯					
463		5 ～ 8歯					
464		9 ～ 11歯					
465		12 ～ 14歯					
466		総義歯					
467	リベース（換床法）	1 ～ 4歯					
468		5 ～ 8歯					
469		9 ～ 11歯					
470		12 ～ 14歯					
471		総義歯					
501	鋳造床（貴金属）	床の範囲が前歯部又は臼歯部に限局するもの					1．床の範囲等により区分して、それぞれの該当欄に記入して下さい。 なお、圧印床については、10ページの「その他」の項目に記載して下さい。 2．床、鉤、ｱﾀｯﾁﾒﾝﾄ及び義歯完成料等が分離されている場合は、それぞれの該当欄に記入して下さい。 ※ 貴金属とは、金合金、白金加金をいう。
502		床の範囲が前歯部及び片側の臼歯部に及ぶもの					
503		床の範囲が前歯部及び両側の臼歯部に及ぶもの					
504		総義歯					
505		ﾊﾟﾗﾀﾙﾊﾞｰ部分床					
511	鋳造床（その他の合金）	床の範囲が前歯部又は臼歯部に限局するもの					
512		床の範囲が前歯部及び片側の臼歯部に及ぶもの					
513		床の範囲が前歯部及び両側の臼歯部に及ぶもの					
514		総義歯					
515		ﾊﾟﾗﾀﾙﾊﾞｰ部分床					
521	金属床用鉤（貴金属）	ﾌｯｸ・ｽﾊﾟｰ・ﾚｽﾄ					
522		両翼鉤					
523		ローチ鉤					
524		ﾘﾝｸﾞ鉤・ﾊﾞｯｸｱｸｼｮﾝ鉤					
525		双歯鉤					
531	金属床用鉤（その他の合金）	ﾌｯｸ・ｽﾊﾟｰ・ﾚｽﾄ					
532		両翼鉤					
533		ローチ鉤					
534		ﾘﾝｸﾞ鉤・ﾊﾞｯｸｱｸｼｮﾝ鉤					
535		双歯鉤					

No.	項　　目		材料料を含まない場合		材料料を含む場合		記入上の注意事項
			総個数	総金額	総個数	総金額	
691	その他			円		円	上記事項に掲げられていない歯冠修復及び欠損補綴がありましたら、本欄に記入して下さい。

㊙ 統計法に基づく一般統計調査

厚生労働省保険局

歯科技工料調査 ㊖

（歯科技工所用調査票）

平成23年6月　調査

施設名	
所在地	〒 都道府県　郡市区　町村　番地号
従事者数	歯科技工士　　名
受注方法等	1. 歯科医療機関から全て又は一部を直接受注している。 2. 歯科医療機関からの直接の受注はない。 3. 歯科技工所を廃止・休止している。 4. その他　（　　） 注）2～4を選択した場合は、本調査の対象には該当しません。 4頁以降の記入は不要となりますので本調査票の表紙のみを記入しご返送下さい。

管理者各位

この調査は、歯科技工所から納入された歯科技工物の歯科技工料を調査するものであり、次項以降の「記入上の注意事項」に従って、本調査票に記入していただくようお願いいたします。

なお、本調査票は統計資料として用いる以外に利用することはありません。

ご多忙中恐れ入りますが、ご協力下さるようお願い申し上げます。

平成23年6月

厚生労働省

記入上の注意事項

＊次のページに記入例がありますので参考にしてください。

1. この調査は、平成23年7月1日から31日までの1か月間に、歯科保険医療機関に歯科技工所から実際に納入した歯科技工物の歯科技工料を調査するものです。（単に歯科技工所の歯科技工料金表を転記羅列するものではありません。また、**歯科医療機関から直接受注があり納品している歯科技工物のみの個数及び歯科技工料をご記入ください。**）
2. 調査項目の品名は、ほぼ同一グループ毎に並べてありますが、分離できないものについては、一括して記入してください。
3. **「材料料を含まない場合」**欄には、使用金属材料料（金属材料料、人工歯料等）が明確に区分されている場合に、使用金属材料料を除いた金額を記入して下さい。また**「材料料を含む場合」**欄には、使用材料が区分されていない場合に、使用材料料を含む金額を記入して下さい。
4. **「総個数」**欄には、平成23年7月中に納入した歯科技工物のおのおのの個数を正しく記入してください。
5. **「総金額」**欄には、上記の納入個数に対する消費税を含めた歯科技工料の合計を記入してください。外税方式の場合には、消費税相当分を加算した金額を記入してください。
6. 調査票に記入の際、必要に応じて「歯科技工料調査補助票」をご活用ください。なお、「歯科技工料調査補助票」は返送の必要はありません。
7. 調査票は、**平成23年8月31日（水）までに**ご返送ください。なお、調査に該当しない場合も1頁の「該当しない理由」を記入の上ご返送ください。
8. その他、ご不明な点がありましたら下記あてにご連絡下さい。

【照会先】
本調査についてのご質問等は、以下までお問い合わせください。
厚生労働省保険局医療課　　担当者：和田、青木
TEL：03-5253-1111（内3275）
（受付時間：9:30～18:15　12:00～13:00の時間帯・土日祝日を除く）

【返送先】
〒105-0003
東京都港区西新橋3-6-10 マストライフ西新橋ビル
株式会社　工業市場研究所

歯科技工所用調査票記入例

調査票の記入に際し、誤って記入しやすい「外税方式で取引している場合の記入例」と、「ポンティック（ダミー）の記入例」を示しましたので参考にしてください。

1．外税方式で取引している場合の記入例

調査票の「総金額」欄には、消費税を加算した金額を記入してください。

例えば、総義歯（人工歯料（材料料）を含まない場合）の取引個数が△個、総金額が○○,○○○円の場合、調査票の「総個数」及び「総金額」欄には、取引個数の△個と○○,○○○円×1.05＝●●,●●●円を記入することになります。

（内税方式の場合には、取引の総金額をそのまま調査票の「総金額」欄に記入してください。）

No	項　　目	材料料を含まない場合		材料料を含む場合		記入上の注意事項
		総個数	総金額	総個数	総金額	
115	総　義　歯	△	●●,●●●			

2．ポンティック（ダミー）の記入例

ポンティック（ダミー）の記入は、ブリッジ１装置当たりの欠損歯数に関わりなくポンティック（ダミー）の個数と金額を記入してください。

また、「前歯」、「臼歯」に分かれていますので、それぞれ別に記入してください。

例えば、次のような取引があった場合、以下の記載となります。

① 1 | 1 2　欠損のポンティック（ダミー）を１装置（メタルボンド　貴金属）

② 4 3 | 欠損のポンティック（ダミー）を１装置（硬質レジン前装　ニッケルクロム合金）

③ 6 | 欠損のポンティック（ダミー）を１装置（金パラ）

（すべて「材料料を含まない場合」）

No	項　　目			材料料を含まない場合		材料料を含む場合		記入上の注意事項	
				総個数	総金額	総個数	総金額		
381	ポンティック（ダミー）（前歯）	メタルボンド	貴金属	3	▲▲,▲▲▲				①
382			金銀パラジウム合金						
383			その他の合金						
384	ポンティック（ダミー）（前歯）	硬質レジン前装	金銀パラジウム合金						
385			ニッケルクロム合金	1	○,○○○				②
386			銀合金						
393	ポンティック（ダミー）（臼歯）	硬質レジン前装	金銀パラジウム合金						
394			ニッケルクロム合金	1	●,●●●				②
395			銀合金						
399		鋳造	貴金属						
400			金銀パラジウム合金	1	△,△△△				③
401			ニッケルクロム合金						

歯科技工所用調査票

No	項目		材料料を含まない場合		材料料を含む場合		記入上の注意事項
			総個数	総金額	総個数	総金額	
101	局部義歯（ﾚｼﾞﾝ床）	1床1歯		円		円	1．歯数は、欠損歯数でなく、人工歯数により算定して下さい。 2．ﾚｼﾞﾝ床のﾚｼﾞﾝ材料料は、製作料に含まれるものとします。人工歯料については、別に請求された場合は「材料料を含まない」欄に記入し、別に請求のない場合は「材料料を含む」欄に記入して下さい。 3．鉤、バー、補強線等は、別に該当欄が設けてあります。 (No. 251～297) 4．陳、金属歯は、別に該当欄が設けてあります。 (No. 441～452) 5．鉤、バー等に金合金又は白金加金を使用している場合であっても、床がﾚｼﾞﾝ床の場合は、本欄に記入して下さい。 6．排列料は、人工歯料を加算しないで下さい。
102		1床2歯					
103		1床3歯					
104		1床4歯					
105		1床5歯					
106		1床6歯					
107		1床7歯					
108		1床8歯					
109		1床9歯					
110		1床10歯					
111		1床11歯					
112		1床12歯					
113		1床13歯					
114		1床14歯					
115	総義歯（ﾚｼﾞﾝ床）	総義歯					
121	排列料（ﾚｼﾞﾝ床）	1床1歯					
122		1床2歯					
123		1床3歯					
124		1床4歯					
125		1床5歯					
126		1床6歯					
127		1床7歯					
128		1床8歯					
129		1床9歯					
130		1床10歯					
131		1床11歯					
132		1床12歯					
133		1床13歯					
134		1床14歯					
135		総義歯					
139	咬合床料（ﾚｼﾞﾝ床）						

No	項目			材料料を含まない場合		材料料を含む場合		記入上の注意事項
				総個数	総金額	総個数	総金額	
141	局部義歯(熱可塑性樹脂床)		1床1～4歯		円		円	1．歯数は、欠損歯数でなく、人工歯数により算定して下さい。 2．ﾚｼﾞﾝ材料料については、製作料に含まれるものとします。 3．排列料は、人工歯料を加算しないで下さい。
142			1床5～8歯					
143			1床9～11歯					
144			1床12～14歯					
145	総義歯(熱可塑性樹脂床)		総義歯					
161	排列料(熱可塑性樹脂床)		1床1～4歯					
162			1床5～8歯					
163			1床9～11歯					
164			1床12～14歯					
165			総義歯					
179	咬合床料（熱可塑性樹脂床）							
181	義歯完成料(金属床)	貴金属	1床1～4歯					1．排列料は、金属の種類を区分せず本欄に記入して下さい。
182			1床5～8歯					
183			1床9～11歯					
184			1床12～14歯					
185			総義歯					
201		その他の合金	1床1～4歯					
202			1床5～8歯					
203			1床9～11歯					
204			1床12～14歯					
205			総義歯					
221	排列料(金属床)		1床1～4歯					
222			1床5～8歯					
223			1床9～11歯					
224			1床12～14歯					
225			総義歯					
241	咬合床料（金属床）							
242	模型作製料（金属床）							

No	項目			材料料を含まない場合		材料料を含む場合		記入上の注意事項
				総個数	総金額	総個数	総金額	
251	線鉤	双歯鉤	貴金属		円		円	1．金属材料料については、別に請求された場合は「材料料を含まない」欄に記入し、別に請求のない場合は「材料料を含む」欄に記入して下さい。 2．バックアクション鉤、リアアクション鉤、ジャクソン鉤等、特殊な形態の鉤は双歯鉤の欄に記入して下さい。 3．不銹鋼の場合は、特殊鋼に含めて記入して下さい。 4．金属床の鉤、フック・スパー等は別に該当欄が設けてあります。 (No. 521 ～535) ※ 貴金属とは、金合金、白金加金をいう。 ※ ニッケルクロム合金とは、ニッケルクロム合金、コバルトクロム合金をいう。
252			14K金合金					
253			特殊鋼					
254		両翼鉤(レスト付)	貴金属					
255			14K金合金					
256			特殊鋼					
257		両翼鉤(レストなし)	貴金属					
258			14K金合金					
259			特殊鋼					
261	鋳造鉤	双歯鉤	貴金属					
262			14K金合金					
263			金銀パラジウム合金					
264			ニッケルクロム合金					
265		両翼鉤(レスト付)	貴金属					
266			14K金合金					
267			金銀パラジウム合金					
268			ニッケルクロム合金					
269		両翼鉤(レストなし)	貴金属					
270			14K金合金					
271			金銀パラジウム合金					
272			ニッケルクロム合金					
281	フックスパー	線	貴金属					
282			特殊鋼					
283		鋳造	貴金属					
291	バー	屈曲	貴金属					
292			金銀パラジウム合金					
293			特殊鋼					
294		鋳造	貴金属					
295			金銀パラジウム合金					
296			ニッケルクロム合金					
297	補強線		特殊鋼					

No	項目			材料料を含まない場合		材料料を含む場合		記入上の注意事項
				総個数	総金額	総個数	総金額	
311	鋳造冠	全部鋳造冠	貴金属		円		円	1．ブリッジの支台装置も含めて記入して下さい。 2．金属材料料及び人工歯料・歯冠色前装材料料については、別に請求された場合は「材料料を含まない」欄に記入し、別に請求のない場合は「材料料を含む」欄に記入して下さい。 ※ 単純なものとは、隣接面を含まないものをいう。 ※ 複雑なものとは、隣接面を含むものをいう。 ※ 貴金属とは、金合金、白金加金をいう。 ※ ﾆｯｹﾙｸﾛﾑ合金とは、ﾆｯｹﾙｸﾛﾑ合金、ｺﾊﾞﾙﾄｸﾛﾑ合金をいう。
312			金銀ﾊﾟﾗｼﾞｳﾑ合金					
313			ﾆｯｹﾙｸﾛﾑ合金					
314			銀合金					
315		部分鋳造冠 (3/4冠 4/5冠)	貴金属					
316			14K金合金					
317			金銀ﾊﾟﾗｼﾞｳﾑ合金					
318			ﾆｯｹﾙｸﾛﾑ合金					
319			銀合金					
331	ｲﾝﾚｰ	単純なもの	貴金属					
332			14K金合金					
333			金銀ﾊﾟﾗｼﾞｳﾑ合金					
334			ﾆｯｹﾙｸﾛﾑ合金					
335			銀合金					
336		複雑なもの	貴金属					
337			14K金合金					
338			金銀ﾊﾟﾗｼﾞｳﾑ合金					
339			ﾆｯｹﾙｸﾛﾑ合金					
340			銀合金					
357	金属焼付ﾎﾟｰｾﾚﾝ冠		貴金属					
358			ﾆｯｹﾙｸﾛﾑ合金					
359			その他の合金					
361	硬質ﾚｼﾞﾝ前装鋳造冠		貴金属					
362			金銀ﾊﾟﾗｼﾞｳﾑ合金					
363			ﾆｯｹﾙｸﾛﾑ合金					
364			銀合金					
365	ﾎﾟｰｾﾚﾝ冠、ｱﾙﾐﾅｽﾎﾟｰｾﾚﾝ冠							
366	ｷｬｽﾀﾌﾞﾙｾﾗﾐｯｸ冠							
367	硬質ﾚｼﾞﾝｼﾞｬｹｯﾄ冠		光重合型					
368			加熱重合型					
369	ﾚｼﾞﾝｼﾞｬｹｯﾄ冠							
371	複合ﾚｼﾞﾝ(CR)ｲﾝﾚｰ		単純なもの					
372			複雑なもの					

No	項目			材料料を含まない場合		材料料を含む場合		記入上の注意事項
				総個数	総金額	総個数	総金額	
375	リテイナー		5歯以下のもの		円		円	1. 金属材料料及び人工歯料については、別に請求された場合は「材料料を含まない」欄に記入し、別に請求のない場合は「材料料を含む」欄に記入して下さい。 2. 3歯欠損のポンティック（ダミー）は、3個と数えて下さい。 例）前歯1歯欠損、臼歯2歯欠損の場合は、前歯ポンティック（ダミー）1個、臼歯ポンティック（ダミー）2個と数えて下さい。 3. 3ページに記入例がありますので参考にして下さい。 ※ 貴金属とは、金合金、白金加金をいう。 ※ ﾆｯｹﾙｸﾛﾑ合金とは、ﾆｯｹﾙｸﾛﾑ合金、ｺﾊﾞﾙﾄｸﾛﾑ合金をいう。
376			6歯以上のもの					
380	歯冠修復物作製のための模型							
381	ポンティック（ダミー）（前歯）	メタルボンド	貴金属					
382			金銀ﾊﾟﾗｼﾞｳﾑ合金					
383			その他の合金					
384		硬質レジン前装	金銀ﾊﾟﾗｼﾞｳﾑ合金					
385			ﾆｯｹﾙｸﾛﾑ合金					
386			銀合金					
387		金属裏装	貴金属					
388			金銀ﾊﾟﾗｼﾞｳﾑ合金					
389			ﾆｯｹﾙｸﾛﾑ合金					
390	ポンティック（ダミー）（臼歯）	メタルボンド	貴金属					
391			金銀ﾊﾟﾗｼﾞｳﾑ合金					
392			その他の合金					
393		硬質レジン前装	金銀ﾊﾟﾗｼﾞｳﾑ合金					
394			ﾆｯｹﾙｸﾛﾑ合金					
395			銀合金					
396		金属裏装	貴金属					
397			金銀ﾊﾟﾗｼﾞｳﾑ合金					
398			ﾆｯｹﾙｸﾛﾑ合金					
399		鋳造	貴金属					
400			金銀ﾊﾟﾗｼﾞｳﾑ合金					
401			ﾆｯｹﾙｸﾛﾑ合金					
402			銀合金					
421	ろう着		貴金属ろう					
422			金銀ﾊﾟﾗｼﾞｳﾑろう					
423			ﾆｯｹﾙｸﾛﾑろう					
424			銀ろう					
429	連結							
431	メタルコア		貴金属					
432			金銀ﾊﾟﾗｼﾞｳﾑ合金					
433			銀合金					
441	隙	金属	貴金属					
442			金銀ﾊﾟﾗｼﾞｳﾑ合金					
443			ﾆｯｹﾙｸﾛﾑ合金					
444			銀合金					
445		レジン						

No.	項目		材料料を含まない場合		材料料を含む場合		記入上の注意事項
			総個数	総金額	総個数	総金額	
451	金属歯	貴金属		円		円	1．人工歯料については、別に請求された場合は「材料料を含まない」欄に記入し、別に請求のない場合は、「材料料を含む」欄に記入して下さい。 2．熱可塑性樹脂床については、10ページの「その他」欄に記載して下さい。
452		銀合金					
461	有床義歯修理						
462	リライン（床裏装法）	1 ～ 4歯					
463		5 ～ 8歯					
464		9 ～ 11歯					
465		12 ～ 14歯					
466		総義歯					
467	リベース（換床法）	1 ～ 4歯					
468		5 ～ 8歯					
469		9 ～ 11歯					
470		12 ～ 14歯					
471		総義歯					
501	鋳造床（貴金属）	床の範囲が前歯部又は臼歯部に限局するもの					1．床の範囲等により区分して、それぞれの該当欄に記入して下さい。 なお、圧印床については、10ページの「その他」の項目に記載して下さい。 2．床、鉤、ｱﾀｯﾁﾒﾝﾄ及び義歯完成料等が分離されている場合は、それぞれの該当欄に記入して下さい。 ※ 貴金属とは、金合金、白金加金をいう。
502		床の範囲が前歯部及び片側の臼歯部に及ぶもの					
503		床の範囲が前歯部及び両側の臼歯部に及ぶもの					
504		総義歯					
505		ﾊﾟﾗﾀﾙﾊﾞｰ部分床					
511	鋳造床（その他の合金）	床の範囲が前歯部又は臼歯部に限局するもの					
512		床の範囲が前歯部及び片側の臼歯部に及ぶもの					
513		床の範囲が前歯部及び両側の臼歯部に及ぶもの					
514		総義歯					
515		ﾊﾟﾗﾀﾙﾊﾞｰ部分床					
521	金属床用鉤（貴金属）	ﾌｯｸ・ｽﾊﾟｰ・ﾚｽﾄ					
522		両翼鉤					
523		ローチ鉤					
524		ﾘﾝｸﾞ鉤・ﾊﾞｯｸｱｸｼｮﾝ鉤					
525		双歯鉤					
531	金属床用鉤（その他の合金）	ﾌｯｸ・ｽﾊﾟｰ・ﾚｽﾄ					
532		両翼鉤					
533		ローチ鉤					
534		ﾘﾝｸﾞ鉤・ﾊﾞｯｸｱｸｼｮﾝ鉤					
535		双歯鉤					

No.	項　　目		材料料を含まない場合		材料料を含む場合		記入上の注意事項
			総個数	総金額	総個数	総金額	
691	その他			円		円	上記事項に掲げられていない歯冠修復及び欠損補綴がありましたら、本欄に記入して下さい。

NO 53

統計調査名	社会医療診療行為別調査
主管部局名	大臣官房統計情報部 人口動態・保健社会統計課社会統計室

調査開始年（西暦）	1955年	調査の実施周期	毎年	平成24年度予算（単位：千円）	69,310

調査の目的	医療保険制度における医療の給付の受給者にかかる診療行為の内容、傷病の状況、薬剤の使用状況等を明らかにし、医療保険行政に必要な基礎資料を得る。
PDCAサイクルの活用	・中央社会保険医療協議会等における診療報酬改定の検討資料
調査の流れ	本省ー社会保険診療報酬支払基金都道府県支部・都道府県国民健康保険団体連合会

母集団名簿の種類等	社会保険診療報酬支払基金、国民健康保険中央会	抽出方法	層化無作為二段抽出法
調査客体数	診療報酬明細書：約2,282万枚		
調査方法	郵送	オンライン調査方法	
備　考	一部行政記録情報を活用して結果表を作成		

	第1報までの公表期間	報告書公表までの期間
直近	1年2ヶ月	
直近1つ前	1年	1年6ヶ月
直近2つ前	1年1ヶ月	1年6ヶ月
直近3つ前	1年	1年6ヶ月
直近4つ前	1年	1年6ヶ月
備　考	平成23年報告書は作成中	

	回収率
直近	100%（H23）
直近1つ前	100%（H22）
直近2つ前	100%（H21）
直近3つ前	100%（H20）
直近4つ前	100%（H19）
備　考	

NO　53

統計調査名	社会医療診療行為別調査
主管部局名	大臣官房統計情報部 人口動態・保健社会統計課社会統計室

外部委託業務の内容　（委託業務に「○」、委託していない場合は（空欄）、業務そのものがない場合は「－」）

調査の企画	調査用品の印刷	調査用品の配布・回収・督促	受付・個票審査・疑義照会	データ入力	データチェック・疑義照会・データ修正	集　計	その他（分類不能、留意事項など）
	○		○（受付・個票審査のみ）	○		○	データ符号化

備　考

e-Stat　アクセス数	
H23年分	183,548
H22年分	240,562
H21年分	64,987

厚労省等ホームページ　アクセス数	
H23年分	19,638
H22年分	29,229
H21年分	15,647

備　考

	二次利用件数	32条	33条
H23年度	30	25	5
H22年度	16	13	3
H21年度	57	56	1

平成２４年社会医療診療行為別調査の概要

１　調査の目的

この調査は、医療保険制度における医療の給付の受給者にかかる診療行為の内容、傷病の状況、薬剤の使用状況等を明らかにし、医療保険行政に必要な基礎資料を得ることを目的とする。

２　調査の対象

全国の保険医療機関のうち歯科病院、一般診療所及び歯科診療所（以下「調査対象保険医療機関」という。）から社会保険診療報酬支払基金支部（以下「支払基金支部」という。）及び国民健康保険団体連合会（以下「国保連合会」という。）に提出され、審査決定された医療保険制度の診療報酬明細書（以下「明細書」という。）のうち、平成２４年６月審査分を調査の対象とする。

３　調査の客体

調査の客体は、第一次抽出単位を全国保険医療機関のうち調査対象保険医療機関、第二次抽出単位を明細書とする層化無作為二段抽出法によって抽出された明細書とする。

（１）第一次抽出単位の調査対象保険医療機関は「医療施設基本ファイル」から抽出を行う。

（２）第二次抽出単位の明細書は、別に定める抽出率により抽出する。

４　調査の事項

出生年月日、傷病名、診療実日数、診療行為別点数・回数、薬剤の使用状況（薬品名、使用量等）等

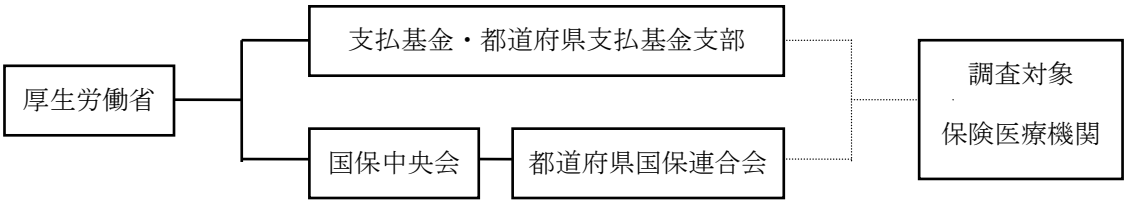
５　調査の方法及び系統

（１）調査の方法

支払基金支部及び国保連合会が、調査対象保険医療機関の明細書から別に定め

る抽出率により抽出を行い、その写しを厚生労働省に提出する方法により行う。

（２）調査の系統



６　集計及び結果の公表

集計は、厚生労働省大臣官房統計情報部において行い、調査結果はレセプト情報・特定健診等情報データベース（以下「ＮＤＢ」という。）より得られた結果とあわせて「平成２４年社会医療診療行為別調査結果の概況」及び「平成２４年社会医療診療行為別調査」（報告書）として集計完了後速やかに公表するとともに、厚生労働省ホームページ、または、政府統計の総合窓口(e-Stat)に掲載する。

様式第二（一）

○診療報酬明細書
（医科入院）

平成　年　月分

都道府県番号　医療機関コード

1 医科	1 社・国 2 公費	3 後期 4 退職	1 単独 2 2 併 3 3 併	1 本入 3 六入 5 家入	7高入一 9高入7

―	―	保険者番号	給付割合 10 9 8 7（　）
公費負担者番号 ①	公費負担医療の受給者番号①		
公費負担者番号 ②	公費負担医療の受給者番号②	被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号	

区分	精神　結核　療養	特記事項
氏名	1男 2女　1明 2大 3昭 4平　.　.　生	保険医療機関の所在地及び名称
職務上の事由	1 職務上 2 下船後3月以内 3 通勤災害	

傷病名	診療開始日	転帰	診療実日数
(1)	(1)　年　月　日	治ゆ　死亡　中止	保険　日
(2)	(2)　年　月　日		公費① 日
(3)	(3)　年　月　日		公費② 日

		公費分点数
11 初診	時間外・休日・深夜　回　点	
13 医学管理		
14 在宅		
20 投薬	21 内服　単位 22 屯服　単位 23 外用　単位 24 調剤　日 26 麻毒　日 27 調基	
30 注射	31 皮下筋肉内　回 32 静脈内　回 33 その他　回	
40 処置	回 薬　剤	
50 手術 麻酔	回 薬　剤	
60 検査 病理	回 薬　剤	
70 画像 診断	回 薬　剤	
80 その他	薬　剤	
90 入院	入院年月日　年　月　日 病　診 90 入院基本料・加算　点 ×　日間 ×　日間 ×　日間 ×　日間 ×　日間 92 特定入院料・その他	

※高額療養費　円		※公費負担点数　点	
97 食事・生活	基準　円×　回	※公費負担点数　点	
	特別　円×　回	基準(生)　円×　回	
	食堂　円×　日	特別(生)　円×　回	
	環境　円×　日	減・免・猶・Ⅰ・Ⅱ・3月超	

療養の給付		請求　点	※決定　点	負担金額　円	食事・生活療養		回	請求　円	※決定　円	(標準負担額)　円
	保険			減額 割(円)免除・支払猶予		保険				
	公費①	点	※　点	円		公費①	回	円	※　円	円
	公費②	点	※　点	円		公費②	回	円	※　円	円

備考 1. この用紙は、日本工業規格A列4番とすること。
2. ※印の欄は、記入しないこと。

様式第二（二）

○診療報酬明細書
（医科入院外）

平成　年　月分

都道府県番号　医療機関コード

1 医科	1社・国 2公費	3後期 4退職	1単独 22併 33併	2本外 4六外 6家外	8高外一 0高外7

－	－	公費負担者番号①	公費負担医療の受給者番号①	公費負担者番号②	公費負担医療の受給者番号②

保険者番号	給付割合	10 9 8 7（ ）

被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号	

氏名	特記事項	保険医療機関の所在地及び名称
1男 2女　1明 2大 3昭 4平　.　.　生		
職務上の事由	1職務上 2下船後3月以内 3通勤災害	

（　　床）

傷病名	診療開始日	転帰	診療実日数
(1)	(1) 年 月 日	治ゆ 死亡 中止	保険 日
(2)	(2) 年 月 日		公費① 日
(3)	(3) 年 月 日		公費② 日

				公費分点数
11 初診	時間外・休日・深夜	回	点	
12 再診	再診	×	回	
	外来管理加算	×	回	
	時間外	×	回	
	休日	×	回	
	深夜	×	回	
13 医学管理				
14 在宅	往診		回	
	夜間		回	
	深夜・緊急		回	
	在宅患者訪問診療		回	
	その他			
	薬剤			
20 投薬	21 内服 薬剤		単位	
	調剤	×	回	
	22 屯服 薬剤		単位	
	23 外用 薬剤		単位	
	調剤	×	回	
	25 処方	×	回	
	26 麻毒		回	
	27 調基			
30 注射	31 皮下筋肉内		回	
	32 静脈内		回	
	33 その他		回	
40 処置			回	
	薬剤			
50 手術 麻酔			回	
	薬剤			
60 検査 病理			回	
	薬剤			
70 画像診断			回	
	薬剤			
80 その他	処方せん		回	
	薬剤			

療養の給付	請求	※決定	一部負担金額			
保険	点	点	円 減額 割(円)免除・支払猶予			
公費①	点	※ 点	円			
公費②	点	※ 点	円	※ 高額療養費 円	※公費負担点数 点	※公費負担点数 点

備考 1. この用紙は、日本工業規格A列4番とすること。
2. ※印の欄は、記入しないこと。

様式第三

○ **診療報酬明細書**
（歯科）

平成　年　月分

都道府県番号　医療機関コード

3 歯科	1 社・国 2 公費	3 後期 4 退職	1 単独 2 2併 3 3併	2 本外 4 六外 6 家外	8 高外一 0 高外7

公費負担者番号		
公費負担医療の受給者番号		

保険者番号		給付割合 10 9 8 7（ ）
被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号		

氏名	1男 2女 1明 2大 3昭 4平　・　・　生	特記事項
職務上の事由	1 職務上 2 下船後3月以内 3 通勤災害	

届出：補管・歯援診・外来環・GTR・医管・在歯管・う蝕無痛・障連・手術歯根・歯技工・明細

保険医療機関の所在地及び名称

傷病名部位		診療開始日	年　月　日
		診療実日数	日（　日）
		転帰	治ゆ　死亡　中止

		点
初診	時間外（ ） 休日（ ） 深夜（ ） 乳（ ） 乳・時間外（ ） 乳・休日（ ） 乳・深夜（ ） 障（ ） 障導（ ） 障連（ ） 外来環（ ）	
再診	× 時間外 × 休日 × 深夜 × 乳 × 乳・時間外 × 乳・休日 × 乳・深夜 × 障 ×	
管理	歯管　義管 ＋ × ×　歯清　実地指　F局　F洗　医管　その他	
投薬・注射	内屯外注　調 × ×　処方 ×　情 × ＋ ×　処 ×　注 × ×	
X線検査	全顎　枚　写 ×　P混検 ×　平 ×　基本検査 × × / × × / × ×　精密検査 × × / × × / × ×　その他 標 × ×　S培 ×　顎運動 ×　測 × パ × ×　EMR × × × ×	
処置・手術	う蝕 ×　保護処置 × × ×　填塞 ×　除去 × × ×　知覚過敏 × ×　咬調 × × 抜髄 × × ×　感染根処 × × ×　根管貼薬 × × ×　根充 × × ×　抜髄即充 × × ×　感根即充 × × ×　加圧根充 × × ×　生切 × ×　失切 × S C × ＋ × × ＋ ×　S R P 前 × 小 × 大 × 前 × 小 × 大 × PCur 前 × 小 × 大 × 前 × 小 × 大 ×　SPT　P処 ×　P基処 抜歯 乳 × 前 × 臼 × 難 × 埋 × ＋ ×　切開 × × その他　特定薬剤	
麻酔	伝麻 ×　浸麻 ×　その他	
歯冠修復及び欠損補綴	補診　維持管理 × × ×　印象 × × × × × × × × × 歯冠形成（生活）前 × 鋳ジ × 乳 ×　（失活）前 × ＋ × 鋳ジ × ＋ × 乳 ×　（窩洞）× × ＋ ×　充形 × ＋ ×　修形 ×　咬合 × × × × × ×　試適 × × × ×　支台築造 メタル 前小 × 大 × その他 前小 × 大 × 鋳造歯冠修復：乳前小銀 × × × × × ×　前小パ × × × × × ×　前小ニ × × × × × ×　大パ × × × ×　大銀 × × × ×　大ニ × × × ×　14K × × TEK ×　硬ジ × ×　ジ × 乳 ×　修理 ×　装着 × ×　装着材料 × × 充填 × ×　充填材料 充Ⅰ × × 充Ⅱ × × 充Ⅲ × その他 × ×　リテイナー × ×　仮着 × × ポンティック 鋳造 パ大 × パ小 × ニ × 銀 ×　裏装 パ前 × パ小 × 14K × 他 ×　前装 パ × ニ × 銀 × Br装着 × × ×　バー 鋳 パ × ニ ×　屈曲 パ上 × 下 × 不特 × 保 × 有床義歯 1〜4歯 × 5〜8歯 × 9〜11歯 × 12〜14歯 × 総義歯 ×　床適合 × × × × × 鋳造鉤 14K 双大 × 双小 × 両大 × 両犬小 × 両前 ×　パ 双大 × 双小 × 両大 × 両犬小 × 両前 × 線鉤 14K 双 × レストアリ ×　不・特 双 × レストアリ ×　レストナシ ×　フックスパー ×　ニ 双 × 両 × 床修理 × ＋ × / × ＋ × / × ＋ ×　人工歯 × × / × × / × × / × × / × × その他	
その他		

摘要	公費分点数	請求	点	合計	点
		決定	※　点		
	患者負担額（公費）		円	決定	※　点
	高額療養費		※　円	一部負担金額	減額　割(円)　免除・支払猶予　円

NO 54

統計調査名	社会保障・人口問題基本調査（生活と支え合いに関する調査）
主管部局名	国立社会保障・人口問題研究所

調査開始年（西暦）	2007年	調査の実施周期	5年	平成24年度予算（単位：千円）	39,035

調査の目的	社会保障制度の社会全体の負担と給付の在り方に関する制度横断的な議論に必要な世帯状況とそこに同居する構成員の生活実態などの基礎資料を得る。具体的には、日本の世帯構成と家計の実態、家族の中で行われる助け合いのしくみ、個人の社会・経済的な活動の実態、現在利用している社会保障制度などについて調べる。
PDCAサイクルの活用	・公的年金、公的医療保険、公的扶助などの社会保障制度の諸政策の立案・改正、特に生活困難を抱える世帯に対する諸制度の検討の際の資料
調査の流れ	国立社会保障・人口問題研究所－都道府県・指定都市・中核市－保健所－調査員－対象

母集団名簿の種類等	国民生活基礎調査	抽出方法	層化無作為抽出
調査客体数	約16,000世帯		
調査方法	調査員	オンライン調査方法	
備　考			

	第1報までの公表期間	報告書公表までの期間
直近	2年6ヶ月	2年9ヶ月
直近1つ前		
直近2つ前		
直近3つ前		
直近4つ前		
備　考		

	回収率
直近	68.2%
直近1つ前	68.2%
直近2つ前	
直近3つ前	
直近4つ前	
備　考	

NO　54

統計調査名	社会保障・人口問題基本調査（生活と支え合いに関する調査）
主管部局名	国立社会保障・人口問題研究所

外部委託業務の内容　（委託業務に「○」、委託していない場合は（空欄）、業務そのものがない場合は「－」）

調査の企画	調査用品の印刷	調査用品の配布・回収・督促	受付・個票審査・疑義照会	データ入力	データチェック・疑義照会・データ修正	集　計	その他（分類不能、留意事項など）
	○	○		○			

備　考

e-Stat　アクセス数		厚労省等ホームページ　アクセス数	
H23年分	927	H23年分	6,964
H22年分	234	H22年分	5,578
H21年分	153	H21年分	

備　考

※社人研HPアクセス数。社会保障・人口問題基本調査は一つの調査名の下で、複数の調査票のいずれかにより毎年行う調査として整理されており、基本的には公表する統計も毎年一本ずつのため、アクセス数もそれにより大きな差が出る。

	二次利用件数	32条	33条
H23年度	9	6	3
H22年度	1	1	0
H21年度	0	0	0

調査計画（変更後）その２

１　調査の名称

社会保障・人口問題基本調査（生活と支え合いに関する調査）

２　調査の目的

社会保障・人口問題基本調査は、わが国の社会保障及び人口問題に関する事項について調査し、社会保障及び人口問題に関する研究のための分析を行うとともに、厚生労働行政等における各種の施策に資する基礎資料を提供することを目的としている。

調査は、「社会保障実態調査」、「全国家庭動向調査」、「世帯動態調査」、「出生動向基本調査」及び「人口移動調査」の５つの調査で構成され、５年のローテーションで実施されている。

このうち、「社会保障実態調査」は「生活と支え合いに関する調査」に名称を変更し、人々の生活、家族関係と社会経済状態の実態、社会保障給付などの公的な給付と、社会ネットワークなどの私的な支援が果たしている機能を精査し、「全世代対応型」社会保障制度の在り方を検討するための基礎的資料を得ることを目的として実施する。

３　調査対象の範囲

（１）地域的範囲　　全国

ただし、東日本大震災の影響により、福島県の全域を除く。

（２）属性的範囲　　世帯（及び世帯員）

４　報告を求める者

（１）数　　１５，０００世帯（母集団の数　　４，９００万世帯）

（２）選定の方法（□全数　■無作為抽出　□有意抽出）

「平成２４年国民生活基礎調査世帯名簿」を用いて、平成２４年度国民生活基礎調査の調査地区から無作為に抽出した３００調査地区内のすべての世帯の世帯主および２０歳以上の世帯員を調査の客体とする。

なお、標本設計に関しては別添１「社会保障・人口問題基本調査（生活と支え合いに関する調査）の標本設計について」のとおりである。

５　報告を求める事項及びその基準となる期日又は期間

（１）報告を求める事項（詳細は調査票を参照）

（ア）世帯の属性

（イ）世帯主および世帯員の社会保障制度とのかかわり

（ウ）世帯主および世帯員の家族・コミュニティ等の相互扶助に関する意識と実態の事項

（エ）世帯主および世帯員の職歴等の事項

（オ）世帯主および世帯員の生活状況に関するする事項、等

（２）基準となる期日又は期間

平成２４年７月１日

6　報告を求めるために用いる方法

（１）調査組織

厚生労働省（国立社会保障・人口問題研究所）－都道府県－（保健所を設置する市・特別区）－保健所－調査員－報告者

（２）調査方法（■調査員調査　□郵送調査　□オンライン調査　□その他（　　））

調査票の配布・回収は調査員が行い、調査票の記入は世帯主および世帯員の自計方式、回収は密封回収方式によって調査員が行う。

7　報告を求める期間

（１）調査の周期　　５年

（２）調査の実施期間又は調査票の提出期限

平成２４年６月中旬～７月上旬

8　集計事項

別添「社会保障・人口問題基本調査（生活と支え合いに関する調査）：単純集計項目表、集計項目表」による

9　調査結果の公表の方法及び期日

（１）公表の方法

概要及び報告書（統計表等）をインターネット（e-Stat）及び印刷物により公表する。

（２）公表の期日

概要：平成２５年７月頃を予定

報告書：平成２６年３月頃を予定

10　使用する統計基準

本調査では集計結果の表章等において、日本標準職業分類の大分類を使用する。

11　調査票情報の保存期間及び保存責任者

（1）調査票情報の保存期間

（ア）記入済調査票：５年

（イ）調査票の内容を記録した電磁的記録媒体：常用

（2）保存責任者

社会保障応用分析研究部長

世帯票

調査員記入欄

都道府県名	保健所名	
地区番号	単位区番号	世帯番号
	調査票枚数	
	（　　）枚目	

政府統計

統計法に基づく国の統計調査です。調査票情報の秘密の保護に万全を期します。

㊙

2012年社会保障・人口問題基本調査

生活と支え合いに関する調査

【 世 帯 票 】

2012（平成24）年7月1日

この調査票は統計目的以外には使用しませんので、ありのままをご記入ください。

厚生労働省　国立社会保障・人口問題研究所
〒100-0011　東京都千代田区内幸町2-2-3
日比谷国際ビル6階
電話(03)3595-2984　内線4450, 4451
http://www.ipss.go.jp

記入上のお願い

○ ふだん住んでいる人について、もれなく記入してください。

出張や旅行、病気などで、一時的に不在の場合、不在の期間が3か月未満なら、ふだん住んでいる人に含めます。

○ 世帯ごとに記入してください。

二世帯居住用の住宅に、親夫婦・子夫婦がいっしょに住んでいる場合などは、①住居がはっきり分かれている、または、②生計が別々なら、別の世帯となります。各世帯1つずつ世帯票を記入してください。

○ 原則として世帯主の方が記入してください。

世帯主が同居していない場合は、世帯の代表者を世帯主の欄に記入し、
世帯の代表者が世帯主としてお答えください。

- 世帯の人数が9人以上の場合は、調査票をもう１部お渡ししますので、9人目以降の方は、２つめの調査票の2人目の欄から記入してください。
- 回答のしかたは、あてはまる番号を選んで○をつけるものと、（　　）に必要な事がらを書きこむものがあります。
- 回答のしかたがわからないときは、調査員におたずねください。

世帯票

問１　先月（６月）の世帯全員の生活にかかった費用（支出）について、
（１）から（８）の項目に金額を記入してください。各項目への支出がない場合には、
「０」千円と記入してください。金額が千円未満の場合は、切り捨ててください。
また、（９）先月、家計簿をつけていたかどうかについて、「１　はい」か「２　いいえ」のどちらかに
○をつけてください。

（１）支出の総額	（２）食　　費	（３）電気代	（４）ガス代
（　　）万（　　）千円	（　　）万（　　）千円	（　　）万（　　）千円	（　　）万（　　）千円

（５）他の光熱費	（６）上下水道料	（７）家賃	（８）住宅ローン
（　　）万（　　）千円	（　　）万（　　）千円	（　　）万（　　）千円	（　　）万（　　）千円

（９）先月、家計簿をつけていましたか	
１　はい	２　いいえ

問２　あなたの世帯では、過去１年の間に、お金が足りなくて、家族が必要とする食料が買えないことがありましたか。
ただし、嗜好品は含みません。あてはまるものに1つ○をつけてください。

食料が買えなかった経験			
１　よくあった	２　ときどきあった	３　まれにあった	４　まったくなかった

問３　あなたの世帯では、過去１年の間に、お金が足りなくて、家族が必要とする衣料が買えないことがありましたか。
ただし、高価な衣服や貴金属・宝飾品は含みません。あてはまるものに1つ○をつけてください。

衣料が買えなかった経験			
１　よくあった	２　ときどきあった	３　まれにあった	４　まったくなかった

問４　あなたの世帯では、過去１年の間に、経済的な理由で料金の未払い、家賃・住宅ローンの滞納、債務の返済
ができないことがありましたか。（１）から（６）のサービスについて「１　あった」、「２　なかった」、
「３　該当しない」のどれかあてはまるものに1つに○をつけてください。

（１）電気料金の未払い	（２）ガス料金の未払い	（３）電話代の未払い
１　あった	１　あった	１　あった
２　なかった	２　なかった	２　なかった
３　該当しない	３　該当しない	３　該当しない

（４）家賃の滞納	（５）住宅ローンの滞納	（６）その他の債務不履行
１　あった	１　あった	１　あった
２　なかった	２　なかった	２　なかった
３　該当しない	３　該当しない	３　該当しない

世帯票

問５　あなたの世帯の20歳未満の方（ここでは　本人　とよびます）の病院や診療所の受診の状況についておたずねします。過去１年間に病気やけがの治療のために病院や診療所を受診させた方がよいと思ったのに、実際には受診できなかったことがありますか。

「３　ある」場合には、その理由についてあてはまるものすべてに○をつけてください。

世帯に20歳未満の方がいらっしゃらない場合は、「１　世帯に20歳未満の者はいない」に○をつけ問７に進んでください。

病院や診療所を受診できなかった経験

１　世帯に20歳未満の者はいない　→　問７へ

２　ない（病院や診療所を受診させた方がよいと思った場合は、必ず受診させた）　→　問６へ

３　ある　→

病院や診療所を受診できなかった理由（あてはまるものすべてに○）

１　公的医療保険に加入しておらず、医療費の支払いができなかったため

２　公的医療保険に加入はしていたが、病院や診療所の窓口で医療費を支払うことができなかったため

３　病院や診療所までの距離が遠く、本人が通院することが困難であったため

４　病院や診療所に連れて行く時間がなかったため

５　その他の理由（具体的に　　）

問６　あなたの世帯の3歳以下の方（ここでは　お子さん　とよびます）の乳幼児健康診断の受診状況についておたずねします。過去１年間にお子さんが乳幼児健康診断を受診できなかったことがありますか。「３　受診できなかったことがある」場合には、その理由についてあてはまるものに1つ○をつけてください。

乳幼児健康診断を受診できなかった経験

１　世帯に3歳以下のお子さんはいない

２　全ての健康診断を受診できた

→　問７へ

３　受診できなかったことがある

乳幼児健康診断を受診できなかった理由（あてはまるものに1つ○）

１　健康診断の場所に連れて行く時間がなかったため

２　健康診断の場所までが遠く、受診させることが難しかったため

３　どこに申し込めばよいか、どこで受診すればよいか、わからなかったため

４　その他の理由（具体的に　　）

問７　生活保護についておたずねします。現在、あなたの世帯では生活保護を受けていますか。

生活保護の受給状況

１　受けていない

２　受けている　→　昭和・平成　（　　）年（　　）月から

世帯票

問8　あなたとあなたの世帯の方が現在加入している公的医療保険についておたずねします。
あてはまるものに1つ〇をつけてください。「３　１と２には該当しない」場合には、
その理由について、あてはまるものすべてに〇をつけてください。

世帯員の公的医療保険などの加入状況	
１　市町村の国民健康保険に加入している世帯員がいる。	→ 問９へ
２　世帯員の全員が市町村が実施する国民健康保険以外の公的医療保険（後期高齢者医療制度を含みます）に加入している。または、あなたの世帯が生活保護を受給している。	→ 問１０へ
３　１と２には該当しない。	↓

その理由（あてはまるものすべてに〇）	
１　どの公的医療保険に加入しているか分からない世帯員がいるため。	→ 問１０へ
２　どの公的医療保険に対しても加入の手続きをしていない世帯員がいるため。	
３　その他の理由（具体的に　　）	

問9　問8で1と回答した方に、あなたの世帯の国民健康保険に加入している方の保険料についておたずねします。
あてはまるものに1つ〇をつけてください。

市町村国民健康保険料の状況	
１　現在、保険料を払っている（全額免除を受けている場合も含みます）。	→ 問１０へ
２　自分の世帯の保険料の納付状況がわからない。	→ 問１０へ
３　現在、保険料を払っていないが、その期間は1年未満である。	↓
４　現在、1年～2年未満保険料を払っていない。	↓
５　現在、2年以上保険料を払っていない。	↓

どのような理由で保険料を払えていませんか
１　結婚や転・退職、転居に伴って手続きを忘れていたため。
２　自分は健康であるため公的医療保険の保険料を支払う利点がないため。
３　経済的な要因で保険料を支払えないため。
４　民間の医療保険に加入しているため。
５　その他（具体的に　　）

問10　以下の児童にかかわる手当についておたずねします。
１～３のいずれかの給付を受けている場合には、あてはまる給付すべてに〇をつけてください。
いずれの給付も受けていない場合は、４に〇をつけてください。

児童にかかわる手当の状況		
１　児童手当（子ども手当）	２　児童扶養手当	３　特別児童扶養手当
４　いずれも該当しない		

次のページにお移りください

世帯票

問11　現在の世帯で同居している方全員（20歳未満のお子さんも含む）について、お答えください。

世帯員番号	01	02	03	04
（1） 性別	1　男性　2　女性	1　男性　2　女性	1　男性　2　女性	1　男性　2　女性
（2） 出生年月	明治 大正 昭和 平成 （　　）年 （　　）月	明治 大正 昭和 平成 （　　）年 （　　）月	明治 大正 昭和 平成 （　　）年 （　　）月	明治 大正 昭和 平成 （　　）年 （　　）月
（3） 世帯主（あなた）との関係	0　世帯主本人	1　配偶者 2　きょうだい 3　親 4　配偶者の親 5　子 6　子の配偶者 7　孫 8　孫の配偶者 9　祖父母 10　その他の親戚 11　その他 （具体的に　　）	1　配偶者 2　きょうだい 3　親 4　配偶者の親 5　子 6　子の配偶者 7　孫 8　孫の配偶者 9　祖父母 10　その他の親戚 11　その他 （具体的に　　）	1　配偶者 2　きょうだい 3　親 4　配偶者の親 5　子 6　子の配偶者 7　孫 8　孫の配偶者 9　祖父母 10　その他の親戚 11　その他 （具体的に　　）
（4） 世帯内に母親がいる場合、その世帯員番号	□□	□□	□□	□□
（5） 世帯内に父親がいる場合、その世帯員番号	□□	□□	□□	□□
（6） 世帯内に配偶者がいる場合、その世帯員番号	□□	□□	□□	□□
（7） 主な活動	1　幼稚園に通う 2　保育所/園に通う 3　小学校在学 4　中学校在学 5　高校在学 6　進学準備中 7　短大・高専在学 8　大学/大学院在学 9　就業 10 卒業後就職活動中 11 無職 12 家事手伝い 13 主婦・主夫 14 その他	1　幼稚園に通う 2　保育所/園に通う 3　小学校在学 4　中学校在学 5　高校在学 6　進学準備中 7　短大・高専在学 8　大学/大学院在学 9　就業 10 卒業後就職活動中 11 無職 12 家事手伝い 13 主婦・主夫 14 その他	1　幼稚園に通う 2　保育所/園に通う 3　小学校在学 4　中学校在学 5　高校在学 6　進学準備中 7　短大・高専在学 8　大学/大学院在学 9　就業 10 卒業後就職活動中 11 無職 12 家事手伝い 13 主婦・主夫 14 その他	1　幼稚園に通う 2　保育所/園に通う 3　小学校在学 4　中学校在学 5　高校在学 6　進学準備中 7　短大・高専在学 8　大学/大学院在学 9　就業 10 卒業後就職活動中 11 無職 12 家事手伝い 13 主婦・主夫 14 その他
（8） 健康状態	1　よい 2　まあよい 3　ふつう 4　あまりよくない 5　よくない	1　よい 2　まあよい 3　ふつう 4　あまりよくない 5　よくない	1　よい 2　まあよい 3　ふつう 4　あまりよくない 5　よくない	1　よい 2　まあよい 3　ふつう 4　あまりよくない 5　よくない

世帯票

世帯員番号	05	06	07	08
（1） 性別	1　男性　2　女性	1　男性　2　女性	1　男性　2　女性	1　男性　2　女性
（2） 出生年月	明治 大正 昭和 平成 （　　）年 （　　）月	明治 大正 昭和 平成 （　　）年 （　　）月	明治 大正 昭和 平成 （　　）年 （　　）月	明治 大正 昭和 平成 （　　）年 （　　）月
（3） 世帯主（あなた）との関係	1　配偶者 2　きょうだい 3　親 4　配偶者の親 5　子 6　子の配偶者 7　孫 8　孫の配偶者 9　祖父母 10　その他の親戚 11　その他 （具体的に　　）	1　配偶者 2　きょうだい 3　親 4　配偶者の親 5　子 6　子の配偶者 7　孫 8　孫の配偶者 9　祖父母 10　その他の親戚 11　その他 （具体的に　　）	1　配偶者 2　きょうだい 3　親 4　配偶者の親 5　子 6　子の配偶者 7　孫 8　孫の配偶者 9　祖父母 10　その他の親戚 11　その他 （具体的に　　）	1　配偶者 2　きょうだい 3　親 4　配偶者の親 5　子 6　子の配偶者 7　孫 8　孫の配偶者 9　祖父母 10　その他の親戚 11　その他 （具体的に　　）
（4） 世帯内に母親がいる場合、その世帯員番号	□□	□□	□□	□□
（5） 世帯内に父親がいる場合、その世帯員番号	□□	□□	□□	□□
（6） 世帯内に配偶者がいる場合、その世帯員番号	□□	□□	□□	□□
（7） 主な活動	1　幼稚園に通う 2　保育所/園に通う 3　小学校在学 4　中学校在学 5　高校在学 6　進学準備中 7　短大・高専在学 8　大学/大学院在学 9　就業 10 卒業後就職活動中 11 無職 12 家事手伝い 13 主婦・主夫 14 その他	1　幼稚園に通う 2　保育所/園に通う 3　小学校在学 4　中学校在学 5　高校在学 6　進学準備中 7　短大・高専在学 8　大学/大学院在学 9　就業 10 卒業後就職活動中 11 無職 12 家事手伝い 13 主婦・主夫 14 その他	1　幼稚園に通う 2　保育所/園に通う 3　小学校在学 4　中学校在学 5　高校在学 6　進学準備中 7　短大・高専在学 8　大学/大学院在学 9　就業 10 卒業後就職活動中 11 無職 12 家事手伝い 13 主婦・主夫 14 その他	1　幼稚園に通う 2　保育所/園に通う 3　小学校在学 4　中学校在学 5　高校在学 6　進学準備中 7　短大・高専在学 8　大学/大学院在学 9　就業 10 卒業後就職活動中 11 無職 12 家事手伝い 13 主婦・主夫 14 その他
（8） 健康状態	1　よい 2　まあよい 3　ふつう 4　あまりよくない 5　よくない	1　よい 2　まあよい 3　ふつう 4　あまりよくない 5　よくない	1　よい 2　まあよい 3　ふつう 4　あまりよくない 5　よくない	1　よい 2　まあよい 3　ふつう 4　あまりよくない 5　よくない

これで世帯票は終わりです。もう一度、記入漏れがないかどうかご確認ください。
世帯主の方で20歳以上の方は、このあとに個人票にも記入してください。
ご回答いただいた調査票は<u>世帯票と個人票をあわせて１つの回収用封筒に入れ</u>、
ノリづけしたうえで調査員にお渡しください。
ご協力ありがとうございました。

個人票

調査員記入欄								
都道府県名					保健所名			
地区番号					単位区番号		世帯番号	

政府統計

統計法に基づく国の統計調査です。調査票情報の秘密の保護に万全を期します。

秘

2012年社会保障・人口問題基本調査

生活と支え合いに関する調査

【 個 人 票 】

2012（平成24）年7月1日

この調査票は統計目的以外には使用しませんので、ありのままをご記入ください。

厚生労働省　国立社会保障・人口問題研究所
〒100-0011　東京都千代田区内幸町2-2-3
日比谷国際ビル6階
電話(03)3595-2984　内線4450, 4451
http://www.ipss.go.jp

記入上のお願い

○ **ふだん住んでいる同じ世帯の人で20歳以上の全員の方**は、もれなく記入してください。

・ 出張や旅行、病気などで、一時的に不在の場合、**不在の期間が3か月未満なら、ふだん住んでいる人に含めます。**

・ 二世帯居住用の住宅に、親夫婦・子夫婦がいっしょに住んでいる場合などは、**①住居がはっきり分かれている、または、②生計が別々なら、別の世帯**となります。別世帯の人は、それぞれの世帯で回答してください。

○ 原則として **ご本人が記入**してください（平成24年7月１日現在で記入してください）。

・ 世帯の20歳以上の方の**人数**を、調査員にお申し付け下さい。

・ 病気、介護を必要としているなどの理由でご本人が記入できない場合は右のボックスにチェックをいれ、そのまま回収用の封筒にいれてください。 → □

・ 回答のしかたは、あてはまる番号を選んで**○をつけるもの**と、（　　）**に必要な事がらを書きこむもの**があります。

・ 回答のしかたがわからないときは、調査員におたずねください。

あなたの健康や医療・介護・年金のことについておたずねします。

問1　あなたの、**現在の**健康状態についておたずねします。あてはまるものに1つ○をつけてください。

主観的健康感				
1　よい	2　まあよい	3　ふつう	4　あまりよくない	5　よくない

問2　次の（1）～（6）の質問について、過去1か月の間はどのようでしたか、あてはまるものに1つ○をつけてください。

こころの状況	1 いつも	2 たいてい	3 ときどき	4 少しだけ	5 まったくない
(1)　神経過敏に感じましたか。	1	2	3	4	5
(2)　絶望的だと感じましたか。	1	2	3	4	5
(3)　そわそわ落ち着かなく感じましたか。	1	2	3	4	5
(4)　気分が沈み込んで、何が起こっても気が晴れないように感じましたか。	1	2	3	4	5
(5)　何をするのも骨折りだと感じましたか。	1	2	3	4	5
(6)　自分は価値のない人間だと感じましたか。	1	2	3	4	5

個人票

問3　あなたは、過去１年間に病気やけがの治療のために病院や診療所を受診した方がよいと思ったのに、実際には受診しなかったことがありますか。「２　ある」場合には、その理由についてあてはまるものすべてに○をつけてください。

（１）病院や診療所を受診できなかった経験

１　ない（病院や診療所を受診した方がよいと思った場合は、必ず受診した）　→　問４へ

２　ある

（２）その理由（あてはまるものすべてに○）

１　公的医療保険に加入しておらず、医療費の支払いができなかったため

２　公的医療保険に加入はしていたが、病院や診療所で医療費を支払うことができなかったため

３　身体上の理由で、病院や診療所まで行くことが困難であったため

４　病院や診療所までの距離が遠く、通院することが困難であったため

５　病院や診療所に行く時間がなかったため

６　その他の理由（具体的に　　）

問4　<u>現在、公的年金を受給していない方（受給資格があり受給待ちの方は除きます）におたずねします。</u>

あなたの公的年金（国民年金や厚生年金など）の加入について、あてはまるものに1つ○をつけてください。

（１）で１を選択した場合は（２）に進んでください。２を選択した場合は（５）、（６）をお答えください。

（１）公的年金の加入状況

１　公的年金に加入している　　２　公的年金に加入していない　　３　自分の公的年金に関する状況がよくわからない

（２）20歳から現在までに保険料を払わなかった期間がありますか。
あてはまるものすべてに○をつけてください。
４に○をつけた方は、（３）と（４）についてお答えください。

１　ない
２　第３号被保険者の期間がある
３　保険料免除・猶予期間がある
→　問５へ

４　保険料免除や猶予を受けずに保険料を払わなかったことがある

（３）どのくらい保険料を払っていませんか

約（　　）年（　　）か月

（４）あてはまる理由に1つ○をつけてください。

１　結婚や転・退職、転居に伴って手続きを忘れていたため

２　自分は長生きしないと思っているため

３　保険料を支払う余裕がない（なかった）ため

４　将来のことはあまり考えたことがないため

５　公的年金よりも利回りの良い貯蓄や投資先があるため

６　その他（　　）

（５）どのくらいその状況が続いていますか

約（　　）年（　　）か月

（６）あてはまる理由に1つ○をつけてください。

１　結婚や転・退職、転居に伴って手続きを忘れていたため

２　自分は長生きしないと思っているため

３　保険料を支払う余裕がない（なかった）ため

４　将来のことはあまり考えたことがないため

５　どこで手続きしたらよいかわからないため

６　手続きが面倒なため

７　公的年金よりも利回りの良い貯蓄や投資先があるため

８　その他（　　）

個人票

問５　あなたがした介護の経験についておたずねします。

（１）あなたはこれまでに家族の介護をした経験がありますか。 または現在介護していますか。１、２を選んだ方は、
（２）だれの介護をしましたか。あてはまるものすべてに○をつけてください。

（１）介護経験
１　現在、介護をしている
２　介護をしたことがある
３　介護の経験はない

（２）だれの介護をしたか（あてはまるものすべてに○）		
１　自分の親	２　配偶者の親	３　配偶者
４　子ども	５　祖父母	６　きょうだい・親戚
７　その他（具体的に　　）		

問６　あなたが受けることを希望する介護についておたずねします。
あなたが寝たきりになった場合、（１）ご自分の介護をどこで受けたいですか。
あてまはるものに1つ○をつけてください。「４　自宅」「５　その他」を選んだ方は、
だれにご自分の介護をしてもらえそうですか。あてはまるものすべてに○をつけてください。

（１）希望する介護場所
１　介護保険の施設
２　有料老人ホームなどの高齢者専用住宅
３　病院などの医療機関
４　自宅（子どもの自宅も含みます）
５　その他
（具体的に

→ 問７へ

（２）だれに介護をしてもらえそうですか（あてはまるものすべてに○）	
１　配偶者	２　子ども
３　子どもの配偶者	４　介護ヘルパー
５　親・きょうだい・親戚	６　分からない
７　その他（具体的に　　）	

問７　あなたの健康診断の受診状況についておたずねします。

（１）　あなたは過去１年間に、学校での健診、職場での健診（人間ドックを含む）、
自治体の健診（ガン検診や40歳以上の方の基本健康診査）のいずれかを受診しましたか。
「２　受診しなかった」場合はその理由について、あてはまるものすべてに○をつけてください。

（１）健康診断受診状況
１　受診した
２　受診しなかった

→ 問８へ

（２）その理由（あてはまるものすべてに○）
１　受診する必要があるとは思わなかったため
２　多忙で、健康診断の場所に行く時間がなかったため
３　健康診断の場所までが遠く、受診することが難しかったため
４　どこに申し込めばよいか、どこで受診すればよいか、わからなかったため
５　健診の費用の支払いができないと思ったため
６　その他の理由（具体的に　　）

あなたの働き方についておたずねします。

問8　あなたの仕事についておたずねします。現在、収入のともなう仕事をしていますか。
あてはまるものに1つ○をつけてください。

（1）現在の就業状況	
1　仕事をしている（休業、休職中を含みます。学生のアルバイトは除きます）	→ 問１３へ
2　仕事をしていない（仕事を探している）	
3　仕事をしていない（仕事を探していない、または、学生である）	

（2）仕事の経験	
1　これまでに一度も収入をともなう仕事をしたことがない	→ 問１２へ
2　これまでに収入をともなう仕事をしたことがある（学生のアルバイトは除きます）	

問9　あなたが最後にしていた仕事についておたずねします。
（１）あなたはいつまで仕事をしていましたか、仕事をやめた時期（年と月）をかっこに記入してください。
また、（２）どうして仕事をやめたのか、最もあてはまるものに1つ○をつけてください。

（1）仕事をやめた時期	昭和・平成（　　）年　（　　）月	
（2）仕事をやめた理由		
1　倒産、解雇	2　労働条件の悪化や不満	3　定年、契約期間の満了
4　結婚、出産、育児	5　病気	6　家族の介護、看護
6　その他（具体的に		）

問10　あなたが最後にしていた仕事についておたずねします。
(1)から(4)について、あてはまるものに1つ○をつけてください。
「(1)仕事の内容」とは、あなたが職場で具体的にしていた主な業務や作業のことです。
2つ以上の仕事をしていた方は、主な仕事についてお答えください（学生のアルバイトは除きます）。

(1)仕事の内容		
1　管理的職業	5　サービスの職業	9　輸送・機械運転の職業
2　専門的・技術的職業	6　保安の職業	10　建設・採掘の職業
3　事務的職業	7　農林漁業の職業	11　運搬・清掃・包装等の職業
4　販売の職業	8　生産工程の職業	12　その他（　　の　　をする）

(2)勤めか自営かの別	
1　自営業（雇人あり）	→ 問12へ
2　自営業（雇人なし）	
3　家族従業者（自家営業の手伝い）	
4　会社・団体の役員	→ (3)勤め先での呼称
5　一般常雇者（契約期間が１年以上または雇用期間に定めがない者）	→ (3)勤め先での呼称
6　１月以上１年未満の契約の雇用者	→ (3)勤め先での呼称
7　日々又は１月未満の契約の雇用者	→ (3)勤め先での呼称
8　内職	→ 問12へ
9　その他	→ 問12へ

(3)勤め先での呼称
1　正規の職員・従業員
2　パート
3　アルバイト
4　労働者派遣事業所の派遣社員
5　契約社員・嘱託
6　その他

(4)勤め先の規模・官公庁の別
1　１～４人
2　５～２９人
3　３０～９９人
4　１００～２９９人
5　３００～４９９人
6　５００～９９９人
7　１０００～４９９９人
8　５０００人以上
9　官公庁

→ 問11へ

個人票

問11　あなたの雇用保険の給付（基本手当）の受給状況についておたずねします。
(1)最後の仕事の雇用保険の適用状況について、あてはまるものに1つ〇をつけてください。
(1)で１を選択した場合は(2)を、(2)で４を選択した場合は、(3)についてもあてはまるものに1つ〇をつけてください。

(1)最後の仕事の雇用保険の適用状況
- １　雇用保険の被保険者だった。 → （２）へ
- ２　短時間労働者だったので雇用保険の被保険者ではなかった。
- ３　自営業者や公務員だったので、雇用保険の適用はなかった。
- ４　２と３には該当しないが、雇用保険に加入していなかった。
- ５　自分の雇用保険の適用状況がわからない。

→ 問１２へ

(2)雇用保険の給付（基本手当）の受給状況
- １　現在、受給している。
- ２　受給予定であるが、自己都合による離職の場合などにあたるため、給付制限期間中である。
- ３　離職後、受給していたが、既にその期間が終了した。
- ４　離職後、受給しなかった。

→ 問１２へ

↓

(3)その理由
- １　雇用保険の加入期間が短かったため、受給要件を満たさなかった。
- ２　公共職業安定所（ハローワーク）に雇用保険の給付申請をしなかった。
- ３　公共職業安定所に雇用保険の給付申請をしたが、受給が認められなかった。
- ４　理由はわからない。

問12　現在、仕事をしていない方におたずねします。現在、仕事をしていない理由はどのようなものですか。
最もあてはまるものに1つ〇をつけてください。

仕事をしていない理由
- １　仕事をする必要がなかった
- ２　仕事をする必要はあったが、したくなかった
- ３　仕事をしたかったけれども、職がなかった
- ４　仕事をしたかったけれども、できなかった（家族の介護等）
- ５　学生だった（準備中だった）

→
- これまでに一度も収入をともなう仕事をしたことがない方 → 問１４へ
- これまでに収入をともなう仕事をしたことがある方 ↓

問13　あなたが学校を出た後に、初めてした収入のともなう仕事についておたずねします。
(1)から(4)について、あてはまるものに1つ〇をつけてください。
「(1)仕事の内容」とは、あなたが職場で具体的にしていた主な業務や作業のことです。
学校を出てすぐに、２つ以上のお仕事をしていた方は、主な仕事についてお答えください。

(1)仕事の内容

１　管理的職業	５　サービスの職業	９　輸送・機械運転の職業
２　専門的・技術的職業	６　保安の職業	10　建設・採掘の職業
３　事務的職業	７　農林漁業の職業	11　運搬・清掃・包装等の職業
４　販売の職業	８　生産工程の職業	12　その他（　　の　　をする）

(2)勤めか自営かの別
- １　自営業（雇人あり）
- ２　自営業（雇人なし）
- ３　家族従業者（自家営業の手伝い）
- ４　会社・団体の役員
- ５　一般常雇者（契約期間が１年以上または雇用期間に定めがない者）
- ６　１月以上１年未満の契約の雇用者
- ７　日々又は１月未満の契約の雇用者
- ８　内職
- ９　その他

→ 問１４へ

→ (3)勤め先での呼称
- １　正規の職員・従業員
- ２　パート
- ３　アルバイト
- ４　労働者派遣事業所の派遣社員
- ５　契約社員・嘱託
- ６　その他

→ (4)勤め先の規模・官公庁の別
- １　１～４人
- ２　５～２９人
- ３　３０～９９人
- ４　１００～２９９人
- ５　３００～４９９人
- ６　５００～９９９人
- ７　１０００～４９９９人
- ８　５０００人以上
- ９　官公庁

→ 問１４へ

あなた自身のことについておたずねします。

問14　**あなた**のことについておたずねします。あてはまるものに○をつけ、かっこ内を記入してください。

(1)あなたの性別	(2)あなたの出生年月	(3)世帯主とあなたとの関係
1　男性 2　女性	明治・大正・昭和・平成 （　　）年 （　　）月	1　世帯主本人　5　配偶者の親　9　孫の配偶者 2　配偶者　6　子　10　祖父母 3　きょうだい　7　子の配偶者　11　その他の親戚 4　親　8　孫　12　その他（　　）

問15　**あなたのきょうだい**についておたずねします。(1)きょうだいの有無についてあてはまるものに○をつけ、(1)で「1　いる」を選んだ場合は、(2)と(3)のかっこ内を記入してください。
なお、きょうだいには、すでにお亡くなりになった方も含めてください。

(1)きょうだいの有無	(2)きょうだいの数（あなた以外）	(3)きょうだい順位
あなたには きょうだいが 1　いる（いた） 2　いない	きょうだいの数（あなた以外）は （　　）人 そのうちあなたと同性のきょうだいは （　　）人	あなたは上から数えて （　　）番目 あなたと同性のきょうだいの中では、あなたは上から数えて （　　）番目

問16　あなた自身のご両親についておたずねします。ご存命の場合は、（1）～（3）すべてについてお答えください。
また、すでにお亡くなりになっている、あるいは、わからない場合は、（1）で「2」または「3」を選択し、（2）～（3）については記入の必要はありません。

	(1)状況	(2)生年、年齢	(3)同別居の状況
父親	1　ご存命である 2　すでにお亡くなりである 3　わからない	明治・大正・昭和 （　　）年生まれ （　　）歳	1　同居している 2　別居している
母親	1　ご存命である 2　すでにお亡くなりである 3　わからない	明治・大正・昭和 （　　）年生まれ （　　）歳	1　同居している 2　別居している

問17　あなたが最後に通った（あるいは通っている）学校はつぎのどれにあたりますか。あてはまるものに1つ○をつけてください。また、(2)その学校の卒業の有無について、あてはまるものに1つ○をつけ、(3)その時期について記入してください。

(1)最後に通った（通っている）学校	(2)その学校の卒業の有無	(3)その学校を卒業・退学した年
1　小・中学校（尋常小学校、高等小学校、新制中学校） 2　高　校（旧制中学校、旧制実業学校、新制高校） 3　短大・高専（旧制高校、新制短大・高専） 4　大学・大学院（旧制・新制） 5　その他（専修学校、専門学校）	1　卒業した 2　退学した 3　在学中	明治・大正・昭和・平成 年

問１８へ

個人票

問18　あなたの生活の変化についておたずねします。５年前に比べて、現在の生活はどのようになっていますか。
⑴から⑹について、あてはまるものに1つ〇をつけてください。

	⑴生活水準					⑵健康状態					⑶仕事の状況					⑷収入			⑸支出			⑹貯蓄の総額		
5年前の状況と比べた現在の状況	1 かなり良くなった	2 良くなった	3 ほとんど変わらない	4 悪くなった	5 かなり悪くなった	1 かなり良くなった	2 良くなった	3 ほとんど変わらない	4 悪くなった	5 かなり悪くなった	1 厳しくなった	2 変わらない	3 楽になった	4 5年前は働いていなかった	5 現在、働いていない	1 増えた	2 あまり変わらない	3 減った	1 増えた	2 あまり変わらない	3 減った	1 増えた	2 あまり変わらない	3 減った

問19　あなたご自身は、平成23年３月の東日本大震災によってなんらかの影響を受けたり、行動が変わったりしましたか。
あてはまるものすべてに〇をつけてください。

東日本大震災の影響	
1　影響も変化もなかった	5　医療機関受診を必要とするほどに心理的不安が高まった
2　転職や失職した	6　家族や友人・知人との絆が強まった
3　収入が減少した	7　ボランティア活動を始めた
4　屋外活動の自粛など、生活面が変化した	8　その他（具体的に　　）

問20　あなたの暮らし向きと、あなたの生活費用の担い手についておたずねします。
（１）あなたは１～７を経験しましたか。経験した場合は、（２）その当時の暮らし向きについて、
あてはまるものに1つ、（３）あなたの生活費用の担い手について、あてはまるものすべてに〇をつけてください。
あなたが経験していないことについては、（１）経験の有無で「１」に〇をつけ、次に進んでください。

時期	⑴そのことを経験したかどうか		⑵当時のあなたの暮らし向き					⑶当時のあなたの生活費用の担い手								
	1 経験していない	2 経験した	1 大変苦しい	2 やや苦しい	3 普通	4 ややゆとりがある	5 大変ゆとりがある	1 父親	2 母親	3 祖父母	4 きょうだい	5 自分	6 配偶者	7 子ども	8 その他の親戚	9 公的な支援
1　15歳			1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	8	9
2　最後の学校を卒業したあと（初めて仕事に就く前）	1	2	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	8	9
3　最初の仕事に就いたあと	1	2	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	8	9
4　結婚したあと（※）	1	2	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	8	9
5　最初の子どもが生まれたあと	1	2	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	8	9
6　離婚したあと（※）	1	2	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	8	9
7　公的年金を受給し始めたあと	1	2	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	8	9

※　結婚の経験が複数ある方は**最初の結婚**について、離婚の経験が複数ある方は**最後の離婚**についてお答え下さい。

問21　15歳のころまでの生活についておたずねします。
あなたが15歳になるまでの間に、あなたの世帯は生活保護を受けていたことがありましたか。

過去の生活保護受給経験		
1　受けていたことがあった	2　受けていなかった	3　わからない

あなたの現在の生活の手段についておたずねします。

問22　現在のあなたの暮らし向きについておたずねします。もっともあてはまるものに1つ○をつけてください。

現在の暮らし向き				
1　大変ゆとりがある	2　ややゆとりがある	3　普通	4　やや苦しい	5　大変苦しい

問23　あなたの昨年１年間の、仕事からの収入、利子、配当、家賃・地代の収入、年金その他の社会保障制度からの手当、仕送りを含む収入についておたずねします。⑴収入の有無についてどちらか1つに○をつけてください。収入がある場合には⑵にその合計額を記入してください。
また、⑶仕送りの有無についてそれぞれ1つ○をつけてください。

⑴昨年の収入の有無

1　収入なし　　2　収入あり

⑵昨年の収入の合計額

(税込)　　万円程度

サラリーマン、パート、アルバイトによる収入（給与所得）のみの方

→ 昨年1年間の収入の総額
（ボーナスは含みますが、退職一時金は含みません）

それ（給与所得）以外の収入がある方

→ 昨年1年間の収入の総額から事業などの必要経費を引いた額

⑶仕送りの有無（それぞれに○をしてください）

親からの仕送り	1あり	2なし
子からの仕送り	1あり	2なし

問24　あなたご自身の貯蓄についておたずねします。あなたご自身の⑴貯蓄（※）の有無について○をつけてください。
⑵貯蓄がある場合にはその総額を記入し、⑶過去５年間の貯蓄の仕方であてはまるもの1つに○をつけてください。

⑴貯蓄の有無

1　貯蓄なし　　2　貯蓄あり

⑵貯蓄の総額

万円程度

※　貯蓄とは、①金融機関への預貯金、②これまで払い込んだ保険金（掛け捨て保険は除く）、③株式・信託・債券等、④財形貯蓄、社内預金等のことをいいます。自営業者世帯の場合は、事業用の貯蓄も含めてください。

⑶過去5年間の貯蓄の仕方

1　ほぼ毎月貯蓄している
2　ときどき貯蓄している
3　ほとんど貯蓄してない
4　まったく貯蓄してない
5　貯蓄を生活費に回している

問25　現在のあなたの生活費用の担い手についておたずねします。あてはまるものすべてに○をつけてください。

生活費用の担い手（あてはまるものすべてに○）				
1　自分（本人）	2　父親	3　母親	4　祖父母	5　きょうだい
6　配偶者	7　子ども	8　その他の親戚	9　公的な支援	
10　その他（　　）				

あなたの、家族や他の方、社会との関係についておたずねします。

問26　あなたはふだんどの程度、人（家族を含みます）とあいさつ程度の会話や世間話をしますか（電話での会話も含みます）。あてはまるものに1つ○をつけてください。

会話頻度			
1　毎日	2　2～3日に1回	3　4～7日（1週間）に1回	4　2週間に1回
5　1か月に1回	6　ほとんど話をしない		

問27　あなたがここ1か月間に直接話をした（電話での会話も含みます）人（家族を含みます）は何人いましたか。あてはまるものに1つ○をつけてください。

（1）会話人数

1　0人　　2　1～4人　　3　5～9人　　4　10～20人　　5　21～49人　　6　50人以上

（2）それはどんな関係の人ですか。あてはまるものすべてに○をつけてください。

1　同居の家族・親族
2　別居の家族・親族
3　友人・知人
4　近所の人
5　職場の同僚や元同僚
6　商店などの店員
7　医療・福祉・教育関係の専門家（医師、保健師、ケースワーカー、ヘルパー、保育士、学校教員など）
8　電話相談の相談員
9　その他（具体的に　　）

問28　先月（6月）のあなたの他人との交際にかかった費用（支出）について、それぞれの項目に金額を記入してください。各項目への支出がない場合には、「0」千円と記入してください。千円未満の金額は、切り捨ててください。

（1）通信費（電話・インターネット等）※	（2）交際費（老人クラブ費・町内会費・自治会費を含む）
（　　）万（　　）千円	（　　）万（　　）千円

※　固定電話やインターネットを家族で共有している場合は、世帯主の方はかかった費用の総額を記入し、世帯主でない方は0を記入してください。

問29　あなたは次に挙げる（1）から（9）の会やグループに参加していますか。それぞれについて、あてはまるものに1つ○をつけてください。

	1 参加している1年以上前から	2 新たに参加するようになった この1年以内に	3 参加したいができない	4 参加する予定はない		1 参加している1年以上前から	2 新たに参加するようになった この1年以内に	3 参加したいができない	4 参加する予定はない
(1)　自治会や町内会	1	2	3	4	(6)　PTAや保護者会	1	2	3	4
(2)　ボランティア・NPO	1	2	3	4	(7)　趣味の会やスポーツクラブ	1	2	3	4
(3)　宗教団体（檀家や氏子を含む）	1	2	3	4	(8)　職場内の会やグループ	1	2	3	4
(4)　労働組合	1	2	3	4	(9)　同じ学校出身者の会やグループ	1	2	3	4
(5)　業界団体・同業者団体・職能団体	1	2	3	4					

個人票

問30　あなたは次に挙げる（１）～（１０）の事柄で頼れる人はいますか。
それぞれについて、あてはまるものすべてに○をつけてください。

	１ 家族・親族	２ 友人・知人	３ 近所の人	４ 職場の人	５ 医療・福祉・教育関係の専門家	６ その他の人	７ 頼れる人はいない	８ そのことでは人に頼らない
⑴　看病や介護、子どもの世話	1	2	3	4	5	6	7	8
⑵　健康、介護、育児に関する相談	1	2	3	4	5	6	7	8
⑶　家庭内でのトラブルに関する相談	1	2	3	4	5	6	7	8
⑷　就職・転職など仕事に関する相談	1	2	3	4	5	6	7	8
⑸　愚痴を聞いてくれること	1	2	3	4	5	6	7	8
⑹　喜びや悲しみを分かち合うこと	1	2	3	4	5	6	7	8
⑺　いざという時の少額のお金の援助	1	2	3	4	5	6	7	8
⑻　いざという時の高額のお金の援助	1	2	3	4	5	6	7	8
⑼　家具の移動・庭の手入れ・雪かきなどの手伝い	1	2	3	4	5	6	7	8
⑽　災害時の手助け	1	2	3	4	5	6	7	8

問31　あなたは、⑴から⑷の人が1から9について助けを必要としているときに、次に挙げる事柄をしますか。
それぞれについて、あてはまるものすべてに○をつけてください。

	１ 看病や介護、子どもの世話	２ 健康、介護、育児に関する相談	３ 家庭内でのトラブルに関する相談	４ 就職・転職など仕事に関する相談	５ 愚痴を聞くこと	６ 喜びや悲しみを分かち合うこと	７ お金の援助	８ 家具の移動・庭の手入れ・雪かきなどの手伝い	９ 災害時の手助け	１０ 1から9のことはしない
⑴家族・親族	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
⑵友人・知人	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
⑶近所の人	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
⑷職場の人	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

問32　生活上の困難（失業や低所得、病気、要介護の状態など）への対応や社会保障制度についてのあなたのお考えをおたずねします。以下の⑴～⑶の問いについて、あなたのお考えに近いものにそれぞれ1つ○をつけてください。

（１）生活上の困難を解決するために、地域の人々はお互いに協力すべきである。

１　そう思う　　２　ややそう思う　　３　どちらともいえない　　４　あまりそう思わない　　５　そう思わない

（２）生活上の困難は、自分自身や家族による自助努力で克服するべきである。

１　そう思う　　２　ややそう思う　　３　どちらともいえない　　４　あまりそう思わない　　５　そう思わない

（３）社会保障は、所得や支払っている保険料の額によらず、だれもが必要に応じて利用できるべきである。

１　そう思う　　２　ややそう思う　　３　どちらともいえない　　４　あまりそう思わない　　５　そう思わない

あなたとあなたのお子さんとの関係についておたずねします。

問33　あなたにはお子さんがいらっしゃいますか。(1)子どもの有無について、あてはまるものに1つ○をつけてください。
「1　いる」場合には、お子さんの(2)人数を記入し、年齢順に(3)きょうだいの性別と年齢を記入してください。

(1)子どもの有無
1　いる
2　いない

→ 問３５へ

(2)人数
(　　)人

(3)お子さんの性別と年齢			
1番め	1　男	2　女	(　　)歳
2番め	1　男	2　女	(　　)歳
3番め	1　男	2　女	(　　)歳
4番め	1　男	2　女	(　　)歳
5番め	1　男	2　女	(　　)歳

例：長男25歳、長女17歳、次女9歳の場合
1番目　1の男に○、かっこに（25）歳と記入
2番目　2の女に○、かっこに（17）歳と記入
3番目　2の女に○、かっこに（9）歳と記入

問34　**お子さんのいらっしゃる方におたずねします**（子どもには成人した子、別居している子を含みます）。
あなたが子どものために使う支出は**この1年間**でどのくらいでしたか。使った場合には、(2)あてはまる金額に1つ○をつけてください。使っていない場合には、(3)その理由について最もあてはまるものに1つ○をつけてください。

（子どもへの支出には、保育費・教育費（習い事含む）・医療費・看護費や、別居している場合の、寮・下宿代・生活費・お小遣いなどの仕送り、およびお子さん個人用の電化製品・車などの購入の援助などを含みます。）

18歳未満のお子さんについてお答えください。

（18歳未満のお子さんがいらっしゃらない場合は、下の設問に進んでください）

(1)18歳未満の子どもへの支出の有無	
1　使っている	2　使っていない

(2)支出の総額（当てはまるものに一つ○をしてください）	
1　5千円未満	7　20万～30万円未満
2　5千～1万円未満	8　30万～40万円未満
3　1万～2万円未満	9　40万～50万円未満
4　2万～5万円未満	１０　50万～100万円未満
5　5万～10万円未満	１１　100万円以上
6　10万～20万円未満	（具体的な金額＿＿＿＿万円）

(3)子どもへの支出をしていない理由（最もあてはまるものに1つ○）
1　子どもが必要としていない
2　あなたの経済的理由でお金を使えない
3　子どもと連絡を取り合っていない
4　親への仕送りを優先するため
5　その他
（　　）

18歳以上のお子さんについてお答えください。

（18歳以上のお子さんがいらっしゃらない場合は、次の質問に進んでください）

(1)18歳未満の子どもへの支出の有無	
1　使っている	2　使っていない

(2)支出の総額（当てはまるものに一つ○をしてください）	
1　5千円未満	7　20万～30万円未満
2　5千～1万円未満	8　30万～40万円未満
3　1万～2万円未満	9　40万～50万円未満
4　2万～5万円未満	１０　50万～100万円未満
5　5万～10万円未満	１１　100万円以上
6　10万～20万円未満	（具体的な金額＿＿＿＿万円）

(3)子どもへの支出をしていない理由（最もあてはまるものに1つ○）
1　子どもが必要としていない
2　あなたの経済的理由でお金を使えない
3　子どもと連絡を取り合っていない
4　親への仕送りを優先するため
5　その他
（　　）

あなたやあなたの配偶者のご両親との経済的な関係についておたずねします。

問35　あなたから、ご存命のあなたのご両親およびあなたの配偶者のご両親への経済的な援助についておたずねします。
(1)昨年1年間であなたからご両親への経済的な援助の有無についてあてはまるものに1つ○をつけてください。
援助をしている場合には、(2)その主たる内容について最もあてはまるもの1つに○をつけ、(3)あてはまる金額に1つ○をつけてください。していない場合には、(4)その理由について最もあてはまるものに1つ○をつけてください。
（ご両親への援助には、医療費・看護費・介護費や、別居している場合の、生活費・お小遣いなどの仕送り、およびご両親の生活用品・電化製品・車などの購入の援助などを含みます。）

あなた自身のご両親についてお答えください。

(1)あなた自身のご両親への経済的な援助

1　している
2　していない
3　両親ともお亡くなりになった

(2)経済的援助の主たる内容
（もっともあてはまるものに1つ○）

1　別居の親への仕送り
2　同居の親の生活費
3　医療・介護費
4　贈与（お小遣いなど）
5　その他（　　）

(3)支出の総額
（もっともあてはまるものに1つ○）

1　5千円未満
2　5千～1万円未満
3　1万～2万円未満
4　2万～5万円未満
5　5万～10万円未満
6　10万～20万円未満
7　20万～30万円未満
8　30万～40万円未満
9　40万～50万円未満
10　50万～100万円未満
11　100万円以上
（具体的な金額＿＿＿＿万円）

(4)経済的援助をしていない理由
（もっともあてはまるものに1つ○）

1　現在、あなたが援助を受けている
2　父も母も援助を必要としない
3　あなたの経済的理由
4　親と連絡を取り合っていない
5　すでにきょうだいが援助している
6　親が生活保護を受けている
7　その他（　　）

配偶者のご両親についてお答えください。

（配偶者のいらっしゃらない方は、回答終了です）

(1)配偶者のご両親への経済的な援助

1　している
2　していない
3　両親ともお亡くなりになった

(2)経済的援助の主たる内容
（もっともあてはまるものに1つ○）

1　別居の親への仕送り
2　同居の親の生活費
3　医療・介護費
4　贈与（お小遣いなど）
5　その他（　　）

(3)支出の総額
（もっともあてはまるものに1つ○）

1　5千円未満
2　5千～1万円未満
3　1万～2万円未満
4　2万～5万円未満
5　5万～10万円未満
6　10万～20万円未満
7　20万～30万円未満
8　30万～40万円未満
9　40万～50万円未満
10　50万～100万円未満
11　100万円以上
（具体的な金額＿＿＿＿万円）

(4)経済的援助をしていない理由
（もっともあてはまるものに1つ○）

1　現在、あなたが援助を受けている
2　父も母も援助を必要としない
3　あなたの経済的理由
4　親と連絡を取り合っていない
5　すでにきょうだいが援助している
6　親が生活保護を受けている
7　その他（　　）

これで終わりです。もう一度、記入漏れがないかどうかご確認ください。
ご回答いただいた調査票は世帯票および世帯員全員の個人票とあわせて１つの回収用の封筒に入れ、ノリづけしたうえで調査員にお渡しください。

ご協力ありがとうございました。

NO　55

統計調査名	所得再分配調査
主管部局名	政策統括官 政策評価官室

調査開始年（西暦）	1962年	調査の実施周期	3年	平成24年度予算（単位：千円）	26,993（H23年度）

調査の目的	社会保障制度における給付と負担、租税制度における負担が所得の分配にどのような影響を与えているかを明らかにし、社会保障施策の浸透状況、影響度を調査し、今後における有効な施策立案の基礎資料を得る。
PDCAサイクルの活用	・経済財政諮問会議、社会保障国民会議、税制調査会等の資料・厚生労働白書や、目的外申請による他機関での研究材料
調査の流れ	本省－都道府県・指定都市・中核市－福祉事務所－調査員－対象

母集団名簿の種類等	国勢調査区	抽出方法	層化無作為抽出
調査客体数	約12,500世帯		
調査方法	調査員	オンライン調査方法	
備　考			

	第1報までの公表期間	報告書公表までの期間
直近	2年2ヶ月	2年2ヶ月
直近1つ前	2年2ヶ月	2年2ヶ月
直近2つ前	2年	2年
直近3つ前	3年2ヶ月	3年2ヶ月
直近4つ前	3年2ヶ月	3年2ヶ月
備　考		

	回収率
直近	52.4%（平成20年度調査）
直近1つ前	60.6%（平成17年度調査）
直近2つ前	75.3%（平成14年度調査）
直近3つ前	78.4%（平成11年度調査）
直近4つ前	76.8%（平成8年度調査）
備　考	

NO　55

統計調査名	所得再分配調査
主管部局名	政策統括官 政策評価官室

外部委託業務の内容　（委託業務に「○」、委託していない場合は（空欄）、業務そのものがない場合は「－」）

調査の企画	調査用品の印刷	調査用品の配布・回収・督促	受付・個票審査・疑義照会	データ入力	データチェック・疑義照会・データ修正	集　計	その他（分類不能、留意事項など）
	○	○	○（個票審査のみ）	○	○	○	

備　考

e-Stat　アクセス数	
H23年分	9,928
H22年分	12,577
H21年分	4,617

厚労省等ホームページ　アクセス数	
H23年分	12,843
H22年分	13,353
H21年分	4,378

備　考

	二次利用件数	32条	33条
H23年度	0	0	0
H22年度	0	0	0
H21年度	4	1	3

平成２３年所得再分配調査の概要

１　調査の目的

所得再分配調査は、社会保障制度における給付と負担、租税制度における負担が所得の分配にどのような影響を与えているかを明らかにし、社会保障施策の浸透状況、影響度を調査し、今後における施策立案の基礎資料を得ることを目的としている。

この調査は、昭和３７年に社会保障水準基礎調査の名称で実施したのが最初で、昭和４２年と４７年に所得再分配調査として調査を行った後、昭和５０年からは３年周期で行っている。

２　調査の対象

平成２３年国民生活基礎調査の準備調査により設定された単位区から無作為に抽出した５００単位区内のすべての世帯及び世帯員を客体とする。

３　調査の実施日

平成２３年７月１４日（木）から８月１３日（土）の１ヶ月間。

４　調査事項

性、出生年月、拠出金（生命保険・損害保険の掛金、税金等）、受給金（生命保険・損害保険の保険金）、医療の受療状況、介護の給付状況、保育所の利用状況

５　調査の方法

あらかじめ調査員が配布した調査票に世帯員が自ら記入し、後日、調査員が回収する。

６　調査の系統

厚生労働省 ──都道府県 ────────── 福祉事務所 ──調査員 ──世帯員

└ 市 ・ 特別区及び福祉事務所を設置する町村 ┘

７　集計及び結果の公表

厚生労働省政策統括官付政策評価官室により集計を行い、その結果は、「平成２３年所得再分配調査報告書」として公表する。

統計法に基づく一般統計調査

厚　生　労　働　省

平成２３年所得再分配調査調査票

【お願い】

我が国は税制や社会保障制度を通じて所得の移転（所得再分配）が行われております。この調査は、税の負担、社会保障による負担や給付の状況を把握し、所得再分配がどのように機能しているのかを明らかにするために、３年に１度行っています。

この調査で、おたずねすることは、生命保険などの昨年１年間に支払った金額や受け取った金額の状況、医療機関への通院又は入院の状況及びお子さんの保育所の利用状況などのほか、７月１４日から８月１３日までの１ヶ月の介護サービスの利用の状況などについてです。お答えいただいた内容については、必ず秘密を守りますので、どうかありのままをお答えいただくようお願いいたします。

なお、税の負担、社会保障による負担や給付の状況を把握するためには、上記の項目の他に雇用者所得や年金給付などの所得状況と所得税などの課税状況を把握する必要がありますが、これらにつきましては、皆様方にとって、できるだけ記入に負担がかからないように、今回、本調査と同時に実施する「国民生活基礎調査（所得票）」のデータを活用させていただくこととしております。

このため、国民生活基礎調査（所得票）についても同様にご回答いただくようお願いいたします。

記入が済んだ調査票は、８月１４日以降、調査員が回収に伺った際にお渡しくださるようお願いいたします。

【記入上の注意】

・調査票は、世帯でひとつですので、世帯を代表する方がまとめてお答えください。
・質問は、世帯員ごとですが、質問ごとに対象となる方が異なります。記入に当たっては、各質問ごとの記入要領をよくご覧になったうえでお答えください。
・質問の内容や、その他わからないことがありましたら、調査員がお伺いしたときにおたずねください。

【この欄は、あらかじめ調査員の方が記入してください】

地　区 番　号						単位区 番　号			世　帯 番　号	

福祉事務所名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

調査員氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

１　拠出金及び受給金の状況（この質問は、該当する世帯員の状況のみ記入してください）

次の項目について、世帯員の方が、昨年１年間（平成２２年中）に以下の(2)～(4)に該当する金銭を支払ったり、(5)に該当する金銭を受け取ったりした場合は、それぞれの世帯員ごとに、下記の記入要領を参考に**１年間の合計額**をお答えください。

※昨年１年間に、金銭を支払ったり、受け取ったりしていない方は記入の必要はありません。

	(1) 出　生　年　月	1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成　年　月	1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成　年　月	1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成　年　月	1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成　年　月
拠出金	(2) 生命保険・損害保険の掛金	万円	万円	万円	万円
拠出金	(3) 自動車税・軽自動車税（事業関係分を除く）	万円	万円	万円	万円
拠出金	(4) 仕送り（継続的に送っていたもの）	万円	万円	万円	万円
受給金	(5) 生命保険・損害保険の保険金	万円	万円	万円	万円

【記入要領】

(1) 出　生　年　月	該当する年号の番号を〇で囲み、年月を記入してください。 （国民生活基礎調査（所得票）のデータとリンクさせるために必要となります。）
(5) 生命保険・損害保険の保険金	生命保険（郵便局（かんぽ生命）の簡易保険を含む。）から受取金、満期支払金、災害給付金、傷害給付金、入院給付金、配当金など及び火災保険や損害保険からの受取金、自動車損害賠償責任保険の補償金などの合計額を記入してください。
※　金額の記入方法	金額の記入に当たっては、**千円単位を四捨五入**して**万円単位で記入**してください。

２　医療の受療状況（この質問は、世帯員の方、全員分の状況を記入してください）

世帯員の方が病気やけがなどのため、昨年１年間（平成２２年中）に、医療機関（医師または歯科医師）に通院又は入院しましたか。通院または入院の有無等について、それぞれの世帯員ごとに、下記の記入要領を参考に(6)～(10)についてお答えください。

※正確な日数の確認ができない場合は、おおよその日数でかまいません。

(6)	性	１　男　　２　女	１　男　　２　女	１　男　　２　女	１　男　　２　女
(7)	出生年月	1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成 年　月	1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成 年　月	1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成 年　月	1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成 年　月
(8)	医療機関に通院又は入院の有無	1 ある　→　(9)及び(10)にお答えください。 2 ない	1 ある　→　(9)及び(10)にお答えください。 2 ない	1 ある　→　(9)及び(10)にお答えください。 2 ない	1 ある　→　(9)及び(10)にお答えください。 2 ない
(9) 治療費支払方法	医療保険負担	被用者保険 1　本人（被保険者） 2　家族（被扶養者）	被用者保険 1　本人（被保険者） 2　家族（被扶養者）	被用者保険 1　本人（被保険者） 2　家族（被扶養者）	被用者保険 1　本人（被保険者） 2　家族（被扶養者）
		3　国民健康保険	3　国民健康保険	3　国民健康保険	3　国民健康保険
		4　後期高齢者医療制度	4　後期高齢者医療制度	4　後期高齢者医療制度	4　後期高齢者医療制度
	公費負担	5　医療扶助(生活保護法) 6　その他(結核予防法等)	5　医療扶助(生活保護法) 6　その他(結核予防法等)	5　医療扶助(生活保護法) 6　その他(結核予防法等)	5　医療扶助(生活保護法) 6　その他(結核予防法等)
(10) 昨年1年間の日数	通院した日（歯科以外）	(　　)　日間	(　　)　日間	(　　)　日間	(　　)　日間
	通院した日（歯科）	(　　)　日間	(　　)　日間	(　　)　日間	(　　)　日間
	入院した日	(　　)　日間	(　　)　日間	(　　)　日間	(　　)　日間

【記入要領】

(6)　性	該当する項目の番号を○で囲んでください。（全員について記入します） （国民生活基礎調査（所得票）のデータとリンクさせるために必要となります。）
(7)　出生年月	該当する年号の番号を○で囲み、年月を記入してください。（全員について記入します） （国民生活基礎調査（所得票）のデータとリンクさせるために必要となります。）
(8)　医療機関に通院又は入院の有無	該当する項目の番号を○で囲んでください。（全員について記入します）

(6)	性	1　男　　2　女	1　男　　2　女	1　男　　2　女	1　男　　2　女
(7)	出生年月	1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成 年　月	1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成 年　月	1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成 年　月	1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成 年　月
(8)	医療機関に通院又は入院の有無	1 ある　→　(9)及び(10)にお答えください。 2 ない	1 ある　→　(9)及び(10)にお答えください。 2 ない	1 ある　→　(9)及び(10)にお答えください。 2 ない	1 ある　→　(9)及び(10)にお答えください。 2 ない
(9) 治療費支払方法	医療保険負担	被用者保険 1　本人（被保険者） 2　家族（被扶養者）	被用者保険 1　本人（被保険者） 2　家族（被扶養者）	被用者保険 1　本人（被保険者） 2　家族（被扶養者）	被用者保険 1　本人（被保険者） 2　家族（被扶養者）
		3　国民健康保険	3　国民健康保険	3　国民健康保険	3　国民健康保険
		4　後期高齢者医療制度	4　後期高齢者医療制度	4　後期高齢者医療制度	4　後期高齢者医療制度
	公費負担	5　医療扶助(生活保護法) 6　その他(結核予防法等)	5　医療扶助(生活保護法) 6　その他(結核予防法等)	5　医療扶助(生活保護法) 6　その他(結核予防法等)	5　医療扶助(生活保護法) 6　その他(結核予防法等)
(10) 昨年1年間の日数	通院した日（歯科以外）	(　　)　日間	(　　)　日間	(　　)　日間	(　　)　日間
	通院した日（歯科）	(　　)　日間	(　　)　日間	(　　)　日間	(　　)　日間
	入院した日	(　　)　日間	(　　)　日間	(　　)　日間	(　　)　日間

	(8)で「1　ある」と答えた人について、(9) 及び(10)に記入します。
(9) 治療費支払方法	該当する項目の番号を○で囲んでください。 医療保険負担の「被用者保険」は、全国健康保険協会管掌健康保険、組合管掌健康保険、 共済組合、船員保険が含まれます。 被用者保険の場合は本人と家族を区分してください。 公費負担の「医療扶助」は生活保護法によるもの、「その他」には、結核予防法、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律、児童福祉法、身体障害者福祉法、戦傷病者特別援護法等による公費医療が含まれます。 医療保険、後期高齢者医療制度と公費医療が重複している場合は、それぞれの番号を○で囲んでください。
(10) 昨年1年間の日数	昨年1年間に医療機関にかかった日数を、「通院した日（歯科以外）」、「通院した日（歯科）」、「入院した日」別に記入してください。

３　介護の給付状況（この質問は、該当する世帯員の状況のみ記入してください）

要支援もしくは要介護認定を受けている世帯員の方が、平成２３年７月１４日から８月１３日までの１ヶ月間に、介護保険制度による介護の給付を受けられた場合は、受けられた方ごとに、下記の記入要領を参考に(11)～(13)についてお答えください。

(11)　出生年月		1 明治 2 大正 3 昭和	年	月	1 明治 2 大正 3 昭和	年	月	1 明治 2 大正 3 昭和	年	月	1 明治 2 大正 3 昭和	年	月
(12) 介護の給付状況		Ⅰ Ⅱ Ⅲ Ⅳ Ⅴ Ⅵ Ⅶ	要支援１ 要支援２ 要介護１ 要介護２ 要介護３ 要介護４ 要介護５		Ⅰ Ⅱ Ⅲ Ⅳ Ⅴ Ⅵ Ⅶ	要支援１ 要支援２ 要介護１ 要介護２ 要介護３ 要介護４ 要介護５		Ⅰ Ⅱ Ⅲ Ⅳ Ⅴ Ⅵ Ⅶ	要支援１ 要支援２ 要介護１ 要介護２ 要介護３ 要介護４ 要介護５		Ⅰ Ⅱ Ⅲ Ⅳ Ⅴ Ⅵ Ⅶ	要支援１ 要支援２ 要介護１ 要介護２ 要介護３ 要介護４ 要介護５	
(13) 介護利用日	平成２３年 ７月～８月	居宅サービス利用日	施設サービス利用日	地域密着型サービス利用日	居宅サービス利用日	施設サービス利用日	地域密着型サービス利用日	居宅サービス利用日	施設サービス利用日	地域密着型サービス利用日	居宅サービス利用日	施設サービス利用日	地域密着型サービス利用日
	７月１４日（木）												
	１５日（金）												
	１６日（土）												
	１７日（日）												
	１８日（月）												
	１９日（火）												
	２０日（水）												
	２１日（木）												
	２２日（金）												
	２３日（土）												
	２４日（日）												
	２５日（月）												
	２６日（火）												
	２７日（水）												
	２８日（木）												
	２９日（金）												
	３０日（土）												
	３１日（日）												
	８月　１日（月）												
	２日（火）												
	３日（水）												
	４日（木）												
	５日（金）												
	６日（土）												
	７日（日）												
	８日（月）												
	９日（火）												
	１０日（水）												
	１１日（木）												
	１２日（金）												
	１３日（土）												

【記入要領】

(11) 出　生　年　月	該当する年号の番号を○で囲み、年月を記入してください。 （国民生活基礎調査（所得票）のデータとリンクさせるために必要となります。）
(12) 介護の給付状況	介護の給付を受けた場合には、介護保険被保険者証の「要介護状態区分等」に記載されている要支援・要介護状態区分に該当する項目の番号を○で囲んでください。
(13) 介　護　利　用　日	居宅サービス、施設サービス及び地域密着型サービスを利用したときは、利用した日のところに○を記入してください。 ・居宅サービスとは、通所介護(ﾃﾞｲｻｰﾋﾞｽ)、通所ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ(ﾃﾞｲｹｱ)、短期入所生活介護(ｼｮｰﾄｽﾃｲ)、訪問介護(ﾎｰﾑﾍﾙﾌﾟｻｰﾋﾞｽ)、訪問看護等をいいます。 ・施設サービスとは、介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）、介護老人保健施設、介護療養型医療施設の利用をいいます。 ・地域密着型サービスとは、小規模多機能型居宅介護、夜間対応型訪問介護、認知型対応型共同生活介護(ｸﾞﾙｰﾌﾟﾎｰﾑ)等の利用をいいます。

４　保育所の利用状況（この質問は、該当する世帯員の状況のみ記入してください）

昨年１年間（平成２２年中）に、児童福祉法による保育所（認可保育所）を利用されたお子さんが世帯にいる場合には、それぞれのお子さんごとに、下記の記入要領を参考に(14)～(15)にお答えください。

(14)　出　生　年　月	平成　年　月	平成　年　月	平成　年　月	平成　年　月
(15)　保育所の利用状況	利用期間　ヶ月 保育料（年額）　万円	利用期間　ヶ月 保育料（年額）　万円	利用期間　ヶ月 保育料（年額）　万円	利用期間　ヶ月 保育料（年額）　万円

【記入要領】

(14) 出　生　年　月	年月を記入してください。 （国民生活基礎調査（所得票）のデータとリンクさせるために必要となります。）
(15) 保育所の利用状況	利用があった場合には、利用期間及び保育料の年額をそれぞれ記入してください。
※　金額の記入方法	金額の記入に当たっては、**千円単位を四捨五入**して**万円単位で記入**してください。

ご協力ありがとうございました。

NO　56

統計調査名	年金制度基礎調査
主管部局名	年金局 数理課

調査開始年（西暦）	1983年	調査の実施周期	毎年	平成24年度予算（単位：千円）	5,382

調査の目的	年金受給者の日常生活、就業状況、世帯の状況等の実態を総合的に把握し、年金が受給者の生活の中でどのような役割を果たしているかをとらえ、年金制度運営のための基礎資料を得る。
PDCAサイクルの活用	・年金制度運営上の基礎資料・社会保障国民会議の資料・法案の財政影響検討資料
調査の流れ	本省一対象

母集団名簿の種類等	日本年金機構が保有する年金受給者データ	抽出方法	無作為抽出
調査客体数	27,000人		
調査方法	郵送	オンライン調査方法	
備　考	財政検証を行う年は実施しない（基本的には5年に4回の調査）		

	第1報までの公表期間	報告書公表までの期間
直近	1年	
直近1つ前	8ヶ月	9ヶ月
直近2つ前	10ヶ月	10ヶ月
直近3つ前	1年1ヶ月	1年2ヶ月
直近4つ前	11ヶ月	
備　考	直近4つ前については、報告書公表までの期間が不明。	

	回収率
直近	68.9%（平成23年度）
直近1つ前	60.6%（平成22年度）
直近2つ前	66.2%（平成21年度）
直近3つ前	49.7%（平成19年度）
直近4つ前	52.9%（平成18年度）
備　考	

NO　56

統計調査名	年金制度基礎調査
主管部局名	年金局 数理課

外部委託業務の内容　（委託業務に「○」、委託していない場合は（空欄）、業務そのものがない場合は「－」）

調査の企画	調査用品の印刷	調査用品の配布・回収・督促	受付・個票審査・疑義照会	データ入力	データチェック・疑義照会・データ修正	集　計	その他（分類不能、留意事項など）
	○	○（配布・督促のみ）		○			

備　考

e-Stat　アクセス数	
H23年分	46,983
H22年分	43,187
H21年分	5,447

厚労省等ホームページ　アクセス数	
H23年分	9,705
H22年分	9,603
H21年分	4,643

備　考

	二次利用件数	32条	33条
H23年度	0	0	0
H22年度	0	0	0
H21年度	0	0	0

老齢年金受給者実態調査要綱

１．調査の目的

老齢年金受給者について、収入、支出、就業状況等の実態等を総合的に把握し、年金が受給者の生活の中で果たしている役割をとらえ、年金制度運営のための基礎資料を得ることを目的とする。

２．調査対象及び調査客体

平成２３年１１月１日現在における老齢年金の受給者を調査の対象とし、調査対象から無作為に抽出した２万７千人を調査の客体とする。

３．調査時点及び調査期間

調査時点は平成２３年１１月１日とし、調査期間は平成２３年１１月１日から３０日までの１カ月間とする。

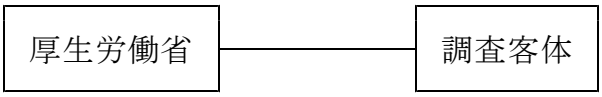
４．調査事項

「老齢年金受給者実態調査票」に記載されている事項について調査する。

５．調査方法

調査客体として選ばれた老齢年金受給者に調査票を直接郵送し、これに所要の事項を記入の上、返送を求める方法により行う。

６．調査の系統



７．集計及び結果の公表

集計は民間委託により行い、集計結果の分析及び公表は厚生労働省年金局が行う。なお、集計結果の審査及び確認等のため、集計に際して日本年金機構本部が保有するデータ（受給権発生年月、加入制度別期間、年金額等）を活用している。

結果については、まとまり次第速やかに公表する。

統計法に基づく一般統計調査

老齢年金受給者実態調査票

（平成23年11月1日）

秘

整理番号					

厚生労働省年金局

お答えは、□の中には数字を記入し、その他はあてはまるものの番号を〇印で囲んでください。

老齢年金を受給されている方（ご本人）のことについてお伺いします。

問1 あなたの性別に〇印をつけてください。

1．男　　2．女

問2 あなたの生年月日を書いてください。

1．明治
2．大正　□□ 年 □□ 月 □□ 日生
3．昭和

あなたとあなたの配偶者（妻または夫）についてお伺いします。
（配偶者がいない場合は、あなたの分だけを書いてください。）

問3 あなたに配偶者がいる場合は、その方の生年月日を書いてください。

1．明治
2．大正　□□ 年 □□ 月 □□ 日生
3．昭和
4．平成

あなたの**配偶者**の基礎年金番号を書いてください。

□□□□ ― □□□□□□

（参考）
配偶者の基礎年金番号は、年金証書、年金振込通知書、ねんきん定期便、基礎年金番号通知書または年金手帳等でご確認ください。

問4 あなたとあなたの配偶者は現在収入のある仕事をしていますか。
該当箇所に〇印をつけてください。

		あなた	あなたの配偶者
0 収入のある仕事はしていない		0	0
1 常時雇われている者	正規の職員・従業員	1	1
2	パート、契約社員・嘱託等	2	2
3 臨時に雇われている者、日々雇われている者		3	3
4 自営業主（農家を含む。）またはその家族従事者		4	4

問5 あなた、または、あなたの配偶者が収入のある仕事をしている理由は次のどれにあてはまりますか。
該当箇所に〇印をつけてください。

	あなた	あなたの配偶者
1 生活にどうしても必要だから	1	1
2 生活の足しになるから	2	2
3 生きがい、社会参加、健康保持のため	3	3
4 その他	4	4

問6 あなたとあなたの配偶者の20歳から60歳までの間での主な仕事は何でしたか。
1～5の中で中心となる仕事（おおむね20年間を超えて従事していたもの）に〇印をつけてください。
1～5のどれにも該当しない場合は、6に〇印をつけてください。

		あなた	あなたの配偶者（＊）
1 常時雇われていた	正規の職員・従業員	1	1
2	パート、契約社員・嘱託等	2	2
3 臨時に雇われていた、日々雇われていた		3	3
4 自営業主（農家を含む。）またはその家族従事者		4	4
5 収入のある仕事はしていなかった（専業主婦等）		5	5
6 １～５のどれにも２０年間以上は該当しない		6	6

（＊）配偶者については、60歳以上の場合のみ該当箇所に〇印をつけてください。

問7 次にあげる項目について、現時点から過去1年間の収入は、いくらぐらいでしたか。（おおよそで結構です）
あなたとあなたの配偶者について、それぞれ書いてください。
（注：「収入」とは必要経費を除く事業収入、勤務先からの税込み収入などを指します。ただし、退職金などの臨時的な高額収入については除いてください。）

1 働いて得た収入

あなた □□□□ 万円　　あなたの配偶者 □□□□ 万円

2 国民年金、厚生年金

あなた 記入の必要はありません 万円　　あなたの配偶者 □□□□ 万円

3 国家公務員共済組合、地方公務員共済組合、日本私立学校振興・共済事業団の年金、恩給（国民年金や厚生年金は除きます。）

あなた □□□□ 万円　　あなたの配偶者 □□□□ 万円

4 その他（企業年金、個人年金、家賃収入、利子・配当、仕送り等を含む。）

あなた □□□□ 万円　　あなたの配偶者 □□□□ 万円

裏面に続きます

引き続き、あなたとあなたの配偶者に関してお伺いします。
（配偶者がいない場合は、あなたの分だけを書いてください。）

問8

（1）あなたとあなたの配偶者の現在の貯蓄額は、あわせていくらぐらいですか。
（注：「貯蓄」とは、預貯金、株式、掛け捨てでない生命保険などをいいます。）

	なし	100万円未満	100～300万円未満	300～500万円未満	500～700万円未満	700～1000万円未満	1000～1500万円未満	1500～2000万円未満	2000～3000万円未満	3000万円以上
貯蓄額	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

（2）あなたまたはあなたの配偶者名義の不動産を持っていますか。

１．持っている　　２．持っていない

問9 あなたとあなたの配偶者の支出は、平均して1か月あたりいくらぐらいですか。（おおよそで結構です）
（注：乗用車・住宅を購入したなどの臨時的な高額支出ついては除いてください。）

１か月の支出　　万円

下記の支出は1か月あたりいくらぐらいですか。
（おおよそで結構です）

	なし	5万円未満	5～10万円未満	10～15万円未満	15～20万円未満	20～25万円未満	25～30万円未満	30～35万円未満	35万円以上
衣食住	0	1	2	3	4	5	6	7	8

	なし	1万円未満	1～2万円未満	2～3万円未満	3～4万円未満	4～5万円未満	5～6万円未満	6～7万円未満	7～8万円未満	8～9万円未満	9～10万円未満	10万円以上
光熱費	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
通信費	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
趣味・娯楽・交際費	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
ローン等支払い	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
医療・介護の自己負担	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
税・社会保険料	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

問10 あなたとあなたの配偶者は、年金を繰上げ受給しましたか。
次の該当箇所に〇印をつけてください。
（注：「繰上げ受給」とは、本来65歳から支給される老齢基礎年金を、本人の請求に基づき、65歳より早く支給し始める制度です。繰上げ受給すると、繰上げ受給を請求しなかった場合に比べて、年金額が減額されることとなります。）

		あなた	あなたの配偶者（＊）
0 繰上げ受給はしていない		0	0
1 繰上げ受給をした	年金を繰上げないと生活出来なかったため	1	1
2 繰上げ受給をした	生活の足しにしたかったため	2	2
3 繰上げ受給をした	減額されても、早く受給する方が得だと思ったため	3	3
4 繰上げ受給をした	その他	4	4

（＊）配偶者については、年金受給者の場合のみ該当箇所に〇印をつけてください。

あなたの世帯についてお伺いします。
（生計が別でも同居していれば含めてください。）

問11 あなたの世帯は、あなたを含めて何人ですか。

１．１人
２．２人
３．３人
４．４人
５．５人
６．６人
７．７人以上

→あなたの世帯であなた以外の方全員に〇印をつけてください。

１．配偶者
２．子または子の配偶者
３．親
４．その他

問12 あなたの世帯には、あなたを含めて収入のある仕事をしている方は何人ですか。

０．０人
１．１人
２．２人
３．３人
４．４人以上

→収入のある仕事をしている方全員に〇印をつけてください。

１．あなた自身
２．配偶者
３．子または子の配偶者
４．親
５．その他

問13 あなたのお住まいは次のどれにあてはまりますか。

１．持ち家（ご家族の持ち家を含みます）
２．民間賃貸住宅
３．社宅・公務員住宅等の給与住宅（寮）
４．都市再生機構・公社等の賃貸住宅
５．地方公共団体の公営住宅
６．その他

→持ち家以外の方にお伺いします。
1か月あたりの家賃はいくらぐらいですか。

１．　０万円　～　１万円未満
２．　１万円　～　２万円未満
３．　２万円　～　３万円未満
４．　３万円　～　４万円未満
５．　４万円　～　５万円未満
６．　５万円　～　６万円未満
７．　６万円　～　７万円未満
８．　７万円　～　８万円未満
９．　８万円　～　１０万円未満
10．１０万円　～　１５万円未満
11．１５万円　～　２０万円未満
12．２０万円以上

問14 あなたの世帯は生活保護を受けていますか。

１．受けている　　２．受けていない

調査票の記入が終わりましたら、同封の封筒に入れ、
11月28日までに投函してください。
（切手を貼る必要はありません。）

ご協力ありがとうございました。

NO　57

統計調査名	訪問看護療養費実態調査
主管部局名	保険局 医療課

調査開始年（西暦）	1988年	調査の実施周期	2年	平成24年度予算（単位：千円）	4,439（H23年度）

調査の目的	訪問看護療養費の実態を把握し、翌年度の診療報酬改定における当該療養費改定の基礎資料とする。
PDCAサイクルの活用	診療報酬改定における基礎資料とすることを予定。
調査の流れ	本省ー審査支払機関

母集団名簿の種類等	審査支払機関	抽出方法	無作為抽出
調査客体数	約41,000人		
調査方法	郵送	オンライン調査方法	
備　考			

	第1報までの公表期間	報告書公表までの期間
直近	6ヶ月	1年4ヶ月
直近1つ前	6ヶ月	
直近2つ前	不明	
直近3つ前	2年6ヶ月	
直近4つ前		
備　考		

	回収率
直近	100%
直近1つ前	100%
直近2つ前	100%
直近3つ前	100%
直近4つ前	100%
備　考	

NO　57

統計調査名	訪問看護療養費実態調査
主管部局名	保険局 医療課

外部委託業務の内容　（委託業務に「○」、委託していない場合は（空欄）、業務そのものがない場合は「－」）

調査の企画	調査用品の印刷	調査用品の配布・回収・督促	受付・個票審査・疑義照会	データ入力	データチェック・疑義照会・データ修正	集　計	その他（分類不能、留意事項など）
	○			○		○	

備　考

e-Stat　アクセス数		厚労省等ホームページ　アクセス数	
H23年分	104	H23年分	2,457
H22年分	85	H22年分	
H21年分	43	H21年分	

備　考

	二次利用件数	32条	33条
H23年度	1	1	0
H22年度	0	0	0
H21年度	0	0	0

訪問看護療養費実態調査要綱

1　目的

この調査は、在宅医療の推進等に伴い、訪問看護のニーズは増加しており、訪問看護療養費における基本療養費の請求実態、基本療養費及び管理療養費とそれらに係る加算の請求実態の把握・分析等を行うことにより、訪問看護療養費の支給額等を適正に評価し、次回診療報酬改定時における訪問看護療養費の改定を行うための基礎資料を得ることを目的とする。

2　調査の対象

社会保険診療報酬支払基金、国民健康保険中央会

3　調査の客体及び件数

訪問看護療養費明細書のうち、無作為抽出した１／２とする。

（前回実績）

平成２１年６月審査件数	約８２，４００件
調査件数（抽出率１／２）	約４１，２００件

4　調査スケジュール

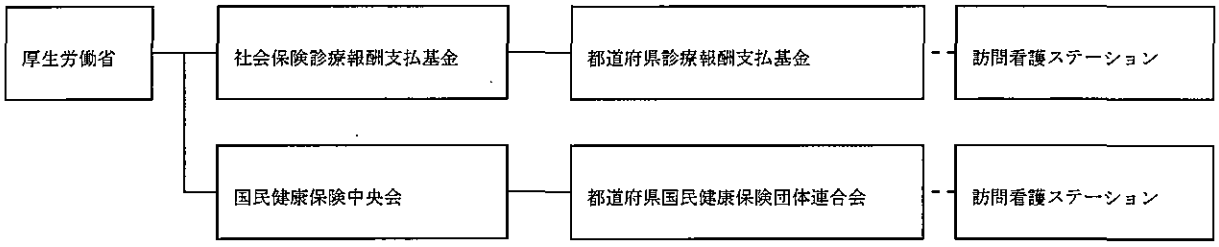
平成２３年７月末	データ抽出
８月初旬～	集計
９月末	納品
平成２４年１月末	公表

5　調査の方法及び系統

(1) 抽出の方法

各都道府県の社会保険診療報酬支払基金及び国民健康保険団体連合会において審査が終了した訪問看護療養費明細書（写）について、社会保険診療報酬支払基金及び国民健康保険中央会においてとりまとめ、厚生労働省保険局医療課に提出する方法により行う。

(2) 抽出の系統



6　集計

集計は、業者への委託により行う。

様式第四

○訪問看護療養費明細書

平成　年　月分

都道府県番号　　訪問看護ステーションコード

6 訪問	1社・国 2公　費	3後　期 4退　職	1単　独 2 2 併 3 3 併	2本　人 4六歳 6家　族	8高齢一 0高齢7

－							－								
公費負担者番号①							公費負担医療の受給者番号①								
公費負担者番号②							公費負担医療の受給者番号②								

保険者番号														給付	10 9 8 7 ( )

被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号	

氏名	1男　2女　1明　2大　3昭　4平　・　・　生	特記
職務上の事由	1職務上　2下船後3月以内　3通勤災害	

訪問看護ステーションの住所地及び名称

心身の状態	
主たる傷病名	1. 2. 3.
基準告示第2の1に規定する疾病等の有無	1有　2無
	1人工呼吸器使用の状態　2気管カニューレ使用の状態　3真皮を越える褥瘡の状態
指示期間	指示期間 年　月　日 ～ 年　月　日 (特別指示期間) 年　月　日 ～ 年　月　日 年　月　日 ～ 年　月　日

訪問開始年月日	年　月　日			実日数	保険	日
訪問終了年月日時刻	年　月　日　午前/午後　時　分				公費①	日
					公費②	日
訪問終了の状況	1軽快　2施設　3医療機関 4死亡　5その他(　　)					
死亡の状況	時刻	年　月　日　午前/午後　時　分				
	場所	1自宅　2施設　3病院　4診療所　5その他(　　)				
主治医の属する医療機関の名称						
主治医の氏名						

⑩ 基本療養費(Ⅰ)及び(Ⅲ)					(公費分金額)
基本療養費	⑪ 看護師等	円 ×	日	円	円
		円 ×	日	円	円
	⑫ 准看護師	円 ×	日	円	円
		円 ×	日	円	円
	⑬ 看護師等	円 ×	日	円	円
		円 ×	日	円	円
	⑭ 准看護師	円 ×	日	円	円
		円 ×	日	円	円
	⑮ 難病等複数回訪問加算	円 ×	日	円	円
		円 ×	日	円	円
	⑯ 緊急訪問看護加算	円 ×	日	円	円
	⑰ 長時間訪問看護加算	円 ×	日	円	円
	⑱ 乳幼児加算	円 ×	日	円	円
	⑲ 幼児加算	円 ×	日	円	円
	⑳ 複数名訪問看護加算				
	看護師等	円 ×	日	円	円
	准看護師	円 ×	日	円	円
基本療養費(Ⅱ)					
	㉑ 保健師、看護師、作業療法士	円 ×	日	円	円
	㉒ 延長時間加算	円 ×	時間	円	円
㊵ 情報提供療養費				円	円
㊿ 訪問看護ターミナルケア療養費				円	円

㉚ 管理療養費	㉛ 管理療養費	円 +	円 ×	日 円	円
	㉜ 24時間対応体制加算・24時間連絡体制加算			円	円
	㉝ 重症者管理加算			円	円
	㉞ 退院時共同指導加算		円 ×	回 円	円
	㉟ 退院支援指導加算			円	円
	㊱ 在宅患者連携指導加算			円	円
	㊲ 在宅患者緊急時等カンファレンス加算		円 ×	回 円	円

訪問日

1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

主治医への直近報告年月日

年　月　日

提供した情報の概要

情報提供先の市(区)町村等の名称

特記事項

1 他①
2 他②
3 従
4 特地
5 介
6 支援

合計	保険	請求　円	※決定　円	負担金額　円 減額　割(円)免除・支払猶予	※高額療養費　円
	公費①	円	※　円	円 ※公費負担金額　円	備考
	公費②	円	※　円	円 ※公費負担金額　円	

備考　1. この用紙は、日本工業規格A列4番とすること。
　　2. ※印の欄は、記入しないこと。

NO 58

統計調査名	保険医療材料等使用状況調査
主管部局名	保険局 医療課

調査開始年（西暦）	1978年	調査の実施周期	不定期（約2年）	平成24年度予算（単位：千円）	18,997（H23年度）

調査の目的	医療材料の使用状況及び実勢価格を把握し、診療報酬改定の基礎資料を得る。
PDCAサイクルの活用	・診療報酬改定の基礎資料
調査の流れ	本省ー対象

母集団名簿の種類等	保険医療機関	抽出方法	備考を参照
調査客体数	約2,000医療機関		
調査方法	郵送	オンライン調査方法	
備　考	調査客体数等については、結果の出ているH23年度の調査のもの、抽出方法：在宅時医学管理又は在宅患者訪問診療を1ヶ月に20件以上行っておりかつ、内科又は呼吸器科を標榜している一般診療所、放射線治療施設を有し、かつ一般病床が200床以上の一般病院		

	第1報までの公表期間	報告書公表までの期間
直近		
直近1つ前		
直近2つ前		
直近3つ前		
直近4つ前		
備　考	非公表	

	回収率
直近	60.2%
直近1つ前	62.9%
直近2つ前	62.0%
直近3つ前	53.0%
直近4つ前	66.7%
備　考	

NO　58

統計調査名	保険医療材料等使用状況調査
主管部局名	保険局 医療課

外部委託業務の内容　（委託業務に「○」、委託していない場合は（空欄）、業務そのものがない場合は「－」）

調査の企画	調査用品の印刷	調査用品の配布・回収・督促	受付・個票審査・疑義照会	データ入力	データチェック・疑義照会・データ修正	集　計	その他（分類不能、留意事項など）
	○	○	○	○	○	○	

備　考

e-Stat　アクセス数		厚労省等ホームページ　アクセス数	
H23年分	60	H23年分	1,050
H22年分	62	H22年分	
H21年分	31	H21年分	

備　考

	二次利用件数	32条	33条
H23年度	0	0	0
H22年度	0	0	0
H21年度	0	0	0

平成23年度保険医療材料等使用状況調査業務要綱

1　調査の目的

医療材料の使用状況及び実勢価格を把握し、診療報酬改定の基礎資料を得ることを目的とする。

2　調査の対象

調査票１及び調査票２

全国の医療機関のうち、在宅患者訪問診療を１ヶ月に 20 件以上行っており、かつ、内科又は呼吸器科を標榜している一般診療所

調査票３及び調査票４

全国の医療機関のうち、放射線治療施設を有し、一般病床が 200 床以上の一般病院

3　調査票の提出期日

（１）調査対象期間　平成 23 年７月１日～31 日までの１ヶ月間

（２）提出期日　　平成 23 年９月下旬までに委託先に提出する。

4　調査の内容

調査票１　医療材料等購入価格調査票（在宅分）

在宅医療に関わる医療材料毎に種類、単価、個数を調査

調査票２　医療機器等購入価格調査票（在宅分）

在宅医療に関わる医療機器毎に種類、単価、個数等を調査

調査票３　医療材料等購入価格調査票（在宅以外分）

医療材料毎に種類、単価、個数等を調査

調査票４　医療機器等購入価格調査票（在宅以外分）

医療機器毎に種類、単価、個数等を調査

5　調査の方法

調査票を調査客体である医療機関に送付し、当該保険医療機関の管理者による自計後、紙媒体又は E-mail 等により委託先に返送する。

6　調査の系統

厚生労働省保険局医療課－委託先－保険医療機関

7　集計・分析

調査票をもとに集計・分析を行う。

8　結果の公表

調査結果は、行政資料として使用し、公表しない。

統計法に基づく一般統計調査

保険医療材料等使用状況調査

【調査票１】

医療材料等購入価格調査票（在宅分）

保険医療機関名	
施設の所在地	
電話番号	
記入者名	

※「保険医療機関名」「施設の所在地」欄については、誤りがあれば修正してください。
※電話番号、記入者名を記入してください。
※ご記入頂いた記入者名は、本調査の照会で使用するためのものであり、それ以外の目的に使用することはございません。また、ご記入頂いた内容は、集計作業などのために預託することがあります。その際には十分な個人情報保護の水準を備える者を選定し、契約などによって保護水準を定め、適切に取扱います。

１．注入器（在宅自己注射に用いるもの）

医療材料等購入価格調査票

	JANコード	製品名及びモデル名	単価（円/個）	使用個数（個）
1			,　　,　　円	
2			,　　,　　円	
3			,　　,　　円	
4			,　　,　　円	
5			,　　,　　円	
6			,　　,　　円	
7			,　　,　　円	
8			,　　,　　円	
9			,　　,　　円	
10			,　　,　　円	

（注１）平成２３年７月１日から７月３１日に使用した材料について記入して下さい。
（注２）「単価」欄には、消費税を加えた価格を記入して下さい。
（注３）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。
（注４）１個当たりの価格を記載してください。

２．自己血糖測定システム（血糖自己測定に用いるもの）

医療材料等購入価格調査票

	JANコード	製品名及びモデル名	単価（円/個）	使用個数（個）
1			,　　,　　円	
2			,　　,　　円	
3			,　　,　　円	
4			,　　,　　円	
5			,　　,　　円	
6			,　　,　　円	
7			,　　,　　円	
8			,　　,　　円	
9			,　　,　　円	
10			,　　,　　円	

（注１）平成２３年７月１日から７月３１日に使用した材料について記入して下さい。
（注２）「単価」欄には、消費税を加えた価格を記入して下さい。
（注３）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。
（注４）１個当たりの価格を記載してください。

３．在宅自己注射用注入器用注射針

医療材料等購入価格調査票

	JANコード	製品名及びモデル名	単価（円/個）	使用個数（個）
1			,　　,　　円	
2			,　　,　　円	
3			,　　,　　円	
4			,　　,　　円	
5			,　　,　　円	

（注１）平成２３年７月１日から７月３１日に使用した材料について記入して下さい。
（注２）「単価」欄には、消費税を加えた価格を記入して下さい。
（注３）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。
（注４）１個当たりの価格を記載してください。

４．在宅成分栄養経管栄養法用・栄養管セット

医療材料等購入価格調査票

	JANコード	製品名及びモデル名	単価（円/個）	使用個数（個）
1			,　　,　　円	
2			,　　,　　円	
3			,　　,　　円	
4			,　　,　　円	
5			,　　,　　円	

（注１）平成２３年７月１日から７月３１日に使用した材料について記入して下さい。
（注２）「単価」欄には、消費税を加えた価格を記入して下さい。
（注３）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。
（注４）１個当たりの価格を記載してください。

５．間歇導尿用ディスポーザブルカテーテル

医療材料等購入価格調査票

	JANコード	製品名及びモデル名	単価（円/個）	使用個数（個）
1			,　　,　　円	
2			,　　,　　円	
3			,　　,　　円	
4			,　　,　　円	
5			,　　,　　円	

（注１）平成２３年７月１日から７月３１日に使用した材料について記入して下さい。
（注２）「単価」欄には、消費税を加えた価格を記入して下さい。
（注３）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。
（注４）１個当たりの価格を記載してください。

６．携帯用ディスポーザブル注入ポンプ（在宅悪性腫瘍患者に用いるもの）

医療材料等購入価格調査票

	JANコード	製品名及びモデル名	単価（円/個）	使用個数（個）
1			,　　,　　円	
2			,　　,　　円	
3			,　　,　　円	
4			,　　,　　円	
5			,　　,　　円	

（注１）平成２３年７月１日から７月３１日に使用した材料について記入して下さい。
（注２）「単価」欄には、消費税を加えた価格を記入して下さい。
（注３）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。
（注４）１個当たりの価格を記載してください。

７．在宅気管切開患者用人工鼻

医療材料等購入価格調査票

	JANコード	製品名及びモデル名	単価（円/個）	使用個数（個）
1			,　　,　　円	
2			,　　,　　円	
3			,　　,　　円	
4			,　　,　　円	
5			,　　,　　円	

（注１）平成２３年７月１日から７月３１日に使用した材料について記入して下さい。
（注２）「単価」欄には、消費税を加えた価格を記入して下さい。
（注３）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。
（注４）１個当たりの価格を記載してください。

統計法に基づく一般統計調査

保険医療材料等使用状況調査

【調査票２】

医療機器等購入価格調査票（在宅分）

保険医療機関名	
施設の所在地	
電話番号	
記入者名	

※「保険医療機関名」「施設の所在地」欄については、誤りがあれば修正してください。
※電話番号、記入者名を記入してください。
※ご記入頂いた記入者名は、本調査の照会で使用するためのものであり、それ以外の目的に使用することはございません。また、ご記入頂いた内容は、集計作業などのために預託することがあります。その際には十分な個人情報保護の水準を備える者を選定し、契約などによって保護水準を定め、適切に取扱います。

１．間歇注入シリンジポンプ（在宅自己注射に用いるもの）

この医療機器をセット品で購入している	はい　・　いいえ

※他の医療機器とセットで購入しており個別の値段が不明の場合はこれより以下は記入しないでください。

医療機器等購入価格調査票（現在お使いの機器が購入したものである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	購入単価（円/個）	購入個数	使用個数	契約内容（契約に含まれている番号に○をしてください。）		
1			,　,　円	個	個	1．患者宅への設置	2．定期保守点検	3．消耗品の交換
2			,　,　円	個	個	1．患者宅への設置	2．定期保守点検	3．消耗品の交換

（注１）平成２３年７月１日から７月３１日に購入した材料及び使用した材料について記入して下さい。
（注２）現在お使いの機器の購入金額(消費税等込み）を記載してください。機器を３機種以上お持ちの場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。
（注３）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

医療機器等リース代金調査票（現在お使いの機器がリースである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	月当たりリース単価（円/個）	契約個数	使用個数	契約内容（契約に含まれている番号に○をしてください。）		
1			,　,　円	個	個	1．患者宅への設置	2．定期保守点検	3．消耗品の交換
2			,　,　円	個	個	1．患者宅への設置	2．定期保守点検	3．消耗品の交換

（注１）平成２３年７月１日から７月３１日に使用した材料について記入して下さい。
（注２）現在お使いの機器の直近のリース代（消費税等込み）を記載してください。機器が３機種以上の場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。
（注３）リース代は１か月当たりの金額を記載してください。（年間契約の場合は契約額を１２で割って月当たりの額を記載してください。）
（注４）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

医療機器等レンタル代金調査票（現在お使いの機器がレンタルである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	月当たりレンタル単価（円/個）	契約個数	使用個数	契約内容（契約に含まれている番号に○をしてください。）		
1			,　,　円	個	個	1．患者宅への設置	2．定期保守点検	3．消耗品の交換
2			,　,　円	個	個	1．患者宅への設置	2．定期保守点検	3．消耗品の交換

（注１）平成２３年７月１日から７月３１日に使用した材料について記入して下さい。
（注２）現在お使いの機器の直近のレンタル代（消費税等込み）を記載してください。機器が３機種以上の場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。
（注３）レンタル料金は１か月当たりの金額を記載してください。（年間契約の場合は契約額を１２で割って月当たりの額を記載してください。）
（注４）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

２．腹膜灌流用紫外線照射器（在宅腹膜灌流療法に用いるもの）

この医療機器をセット品で購入している	はい　・　いいえ

※他の医療機器とセットで購入しており個別の値段が不明の場合はこれより以下は記入しないでください。

医療機器等購入価格調査票（現在お使いの機器が購入したものである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	購入単価（円/個）	購入個数	使用個数	契約内容（契約に含まれている番号に○をしてください。）		
1			円	個	個	1．患者宅への設置	2．定期保守点検	3．消耗品の交換
2			円	個	個	1．患者宅への設置	2．定期保守点検	3．消耗品の交換

（注１）平成２３年７月１日から７月３１日に購入した材料及び使用した材料について記入して下さい。
（注２）現在お使いの機器の購入金額(消費税等込み）を記載してください。機器を３機種以上お持ちの場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。
（注３）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

医療機器等リース代金調査票（現在お使いの機器がリースである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	月当たりリース単価（円/個）	契約個数	使用個数	契約内容（契約に含まれている番号に○をしてください。）		
1			円	個	個	1．患者宅への設置	2．定期保守点検	3．消耗品の交換
2			円	個	個	1．患者宅への設置	2．定期保守点検	3．消耗品の交換

（注１）平成２３年７月１日から７月３１日に使用した材料について記入して下さい。
（注２）現在お使いの機器の直近のリース代（消費税等込み）を記載してください。機器が３機種以上の場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。
（注３）リース代は１か月当たりの金額を記載してください。（年間契約の場合は契約額を１２で割って月当たりの額を記載してください。）
（注４）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

医療機器等レンタル代金調査票（現在お使いの機器がレンタルである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	月当たりレンタル単価（円/個）	契約個数	使用個数	契約内容（契約に含まれている番号に○をしてください。）		
1			円	個	個	1．患者宅への設置	2．定期保守点検	3．消耗品の交換
2			円	個	個	1．患者宅への設置	2．定期保守点検	3．消耗品の交換

（注１）平成２３年７月１日から７月３１日に使用した材料について記入して下さい。
（注２）現在お使いの機器の直近のレンタル代（消費税等込み）を記載してください。機器が３機種以上の場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。
（注３）レンタル料金は１か月当たりの金額を記載してください。（年間契約の場合は契約額を１２で割って月当たりの額を記載してください。）
（注４）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

３．自動腹膜灌流装置（在宅腹膜灌流療法に用いるもの）

この医療機器をセット品で購入している	はい　・　いいえ

※他の医療機器とセットで購入しており個別の値段が不明の場合はこれより以下は記入しないでください。

医療機器等購入価格調査票（現在お使いの機器が購入したものである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	購入単価（円/個）	購入個数	使用個数	契約内容（契約に含まれている番号に○をしてください。）		
1			,　,　円	個	個	1．患者宅への設置	2．定期保守点検	3．消耗品の交換
2			,　,　円	個	個	1．患者宅への設置	2．定期保守点検	3．消耗品の交換

（注１）平成２３年７月１日から７月３１日に購入した材料及び使用した材料について記入して下さい。
（注２）現在お使いの機器の購入金額(消費税等込み）を記載してください。機器を３機種以上お持ちの場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。
（注３）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

医療機器等リース代金調査票（現在お使いの機器がリースである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	月当たりリース単価（円/個）	契約個数	使用個数	契約内容（契約に含まれている番号に○をしてください。）		
1			,　,　円	個	個	1．患者宅への設置	2．定期保守点検	3．消耗品の交換
2			,　,　円	個	個	1．患者宅への設置	2．定期保守点検	3．消耗品の交換

（注１）平成２３年７月１日から７月３１日に使用した材料について記入して下さい。
（注２）現在お使いの機器の直近のリース代（消費税等込み）を記載してください。機器が３機種以上の場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。
（注３）リース代は１か月当たりの金額を記載してください。（年間契約の場合は契約額を１２で割って月当たりの額を記載してください。）
（注４）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

医療機器等レンタル代金調査票（現在お使いの機器がレンタルである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	月当たりレンタル単価（円/個）	契約個数	使用個数	契約内容（契約に含まれている番号に○をしてください。）		
1			,　,　円	個	個	1．患者宅への設置	2．定期保守点検	3．消耗品の交換
2			,　,　円	個	個	1．患者宅への設置	2．定期保守点検	3．消耗品の交換

（注１）平成２３年７月１日から７月３１日に使用した材料について記入して下さい。
（注２）現在お使いの機器の直近のレンタル代（消費税等込み）を記載してください。機器が３機種以上の場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。
（注３）レンタル代は１か月当たりの金額を記載してください。（年間契約の場合は契約額を１２で割って月当たりの額を記載してください。）
（注４）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

４．透析液供給装置（在宅血液透析療法に用いるもの）

この医療機器をセット品で購入している	はい　・　いいえ

※他の医療機器とセットで購入しており個別の値段が不明の場合はこれより以下は記入しないでください。

医療機器等購入価格調査票（現在お使いの機器が購入したものである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	購入単価（円/個）	購入個数	使用個数	契約内容（契約に含まれている番号に○をしてください。）		
1			円	個	個	1．患者宅への設置	2．定期保守点検	3．消耗品の交換
2			円	個	個	1．患者宅への設置	2．定期保守点検	3．消耗品の交換

（注１）平成２３年７月１日から７月３１日に購入した材料及び使用した材料について記入して下さい。
（注２）現在お使いの機器の購入金額(消費税等込み）を記載してください。機器を３機種以上お持ちの場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。
（注３）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

医療機器等リース代金調査票（現在お使いの機器がリースである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	月当たりリース単価（円/個）	契約個数	使用個数	契約内容（契約に含まれている番号に○をしてください。）		
1			円	個	個	1．患者宅への設置	2．定期保守点検	3．消耗品の交換
2			円	個	個	1．患者宅への設置	2．定期保守点検	3．消耗品の交換

（注１）平成２３年７月１日から７月３１日に使用した材料について記入して下さい。
（注２）現在お使いの機器の直近のリース代（消費税等込み）を記載してください。機器が３機種以上の場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。
（注３）リース代は１か月当たりの金額を記載してください。（年間契約の場合は契約額を１２で割って月当たりの額を記載してください。）
（注４）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

医療機器等レンタル代金調査票（現在お使いの機器がレンタルである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	月当たりレンタル単価（円/個）	契約個数	使用個数	契約内容（契約に含まれている番号に○をしてください。）		
1			円	個	個	1．患者宅への設置	2．定期保守点検	3．消耗品の交換
2			円	個	個	1．患者宅への設置	2．定期保守点検	3．消耗品の交換

（注１）平成２３年７月１日から７月３１日に使用した材料について記入して下さい。
（注２）現在お使いの機器の直近のレンタル代（消費税等込み）を記載してください。機器が３機種以上の場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。
（注３）レンタル代は１か月当たりの金額を記載してください。（年間契約の場合は契約額を１２で割って月当たりの額を記載してください。）
（注４）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

５．酸素ボンベ（在宅酸素療法に用いるもの）

この医療機器をセット品で購入している	はい　・　いいえ

※他の医療機器とセットで購入しており個別の値段が不明の場合はこれより以下は記入しないでください。

医療機器等購入価格調査票（現在お使いの機器が購入したものである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	購入単価（円/個）	購入個数	使用個数	契約内容（契約に含まれている番号に○をしてください。）		
1			,　,　円	個	個	1．患者宅への設置	2．定期保守点検	3．消耗品の交換
2			,　,　円	個	個	1．患者宅への設置	2．定期保守点検	3．消耗品の交換

（注１）平成２３年７月１日から７月３１日に購入した材料及び使用した材料について記入して下さい。
（注２）現在お使いの機器の購入金額(消費税等込み）を記載してください。機器を３機種以上お持ちの場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。
（注３）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

医療機器等リース代金調査票（現在お使いの機器がリースである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	月当たりリース単価（円/個）	契約個数	使用個数	契約内容（契約に含まれている番号に○をしてください。）		
1			,　,　円	個	個	1．患者宅への設置	2．定期保守点検	3．消耗品の交換
2			,　,　円	個	個	1．患者宅への設置	2．定期保守点検	3．消耗品の交換

（注１）平成２３年７月１日から７月３１日に使用した材料について記入して下さい。
（注２）現在お使いの機器の直近のリース代（消費税等込み）を記載してください。機器が３機種以上の場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。
（注３）リース代は１か月当たりの金額を記載してください。（年間契約の場合は契約額を１２で割って月当たりの額を記載してください。）
（注４）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

医療機器等レンタル代金調査票（現在お使いの機器がレンタルである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	月当たりレンタル単価（円/個）	契約個数	使用個数	契約内容（契約に含まれている番号に○をしてください。）		
1			,　,　円	個	個	1．患者宅への設置	2．定期保守点検	3．消耗品の交換
2			,　,　円	個	個	1．患者宅への設置	2．定期保守点検	3．消耗品の交換

（注１）平成２３年７月１日から７月３１日に使用した材料について記入して下さい。
（注２）現在お使いの機器の直近のレンタル代（消費税等込み）を記載してください。機器が３機種以上の場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。
（注３）レンタル代は１か月当たりの金額を記載してください。（年間契約の場合は契約額を１２で割って月当たりの額を記載してください。）
（注４）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

６．携帯用酸素ボンベ（在宅酸素療法に用いるもの）

この医療機器をセット品で購入している	はい　・　いいえ

※他の医療機器とセットで購入しており個別の値段が不明の場合はこれより以下は記入しないでください。

使用本数の上限	有　・　無
呼吸同調調節器（デマンドバルブ）	有　・　無

医療機器等購入価格調査票（現在お使いの機器が購入したものである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	購入単価（円/個）	購入個数	使用個数	契約内容（契約に含まれている番号に○をしてください。）		
1			,　,　円	個	個	1．患者宅への設置	2．定期保守点検	3．消耗品の交換
2			,　,　円	個	個	1．患者宅への設置	2．定期保守点検	3．消耗品の交換

（注１）平成２３年７月１日から７月３１日に購入した材料及び使用した材料について記入して下さい。
（注２）現在お使いの機器の購入金額(消費税等込み）を記載してください。機器を３機種以上お持ちの場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。
（注３）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

医療機器等リース代金調査票（現在お使いの機器がリースである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	月当たりリース単価（円/個）	契約個数	使用個数	契約内容（契約に含まれている番号に○をしてください。）		
1			,　,　円	個	個	1．患者宅への設置	2．定期保守点検	3．消耗品の交換
2			,　,　円	個	個	1．患者宅への設置	2．定期保守点検	3．消耗品の交換

（注１）平成２３年７月１日から７月３１日に使用した材料について記入して下さい。
（注２）現在お使いの機器の直近のリース代（消費税等込み）を記載してください。機器が３機種以上の場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。
（注３）リース代は１か月当たりの金額を記載してください。（年間契約の場合は契約額を１２で割って月当たりの額を記載してください。）
（注４）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

医療機器等レンタル代金調査票（現在お使いの機器がレンタルである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	月当たりレンタル単価（円/個）	契約個数	使用個数	契約内容（契約に含まれている番号に○をしてください。）		
1			,　,　円	個	個	1．患者宅への設置	2．定期保守点検	3．消耗品の交換
2			,　,　円	個	個	1．患者宅への設置	2．定期保守点検	3．消耗品の交換

（注１）平成２３年７月１日から７月３１日に使用した材料について記入して下さい。
（注２）現在お使いの機器の直近のレンタル代（消費税等込み）を記載してください。機器が３機種以上の場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。
（注３）レンタル代は１か月当たりの金額を記載してください。（年間契約の場合は契約額を１２で割って月当たりの額を記載してください。）
（注４）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

７．酸素濃縮装置（在宅酸素療法に用いるもの）

この医療機器をセット品で購入している	はい　・　いいえ

※他の医療機器とセットで購入しており個別の値段が不明の場合はこれより以下は記入しないでください。

医療機器等購入価格調査票（現在お使いの機器が購入したものである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	購入単価（円/個）	購入個数	使用個数	契約内容（契約に含まれている番号に○をしてください。）		
1			,　,　円	個	個	1．患者宅への設置	2．定期保守点検	3．消耗品の交換
2			,　,　円	個	個	1．患者宅への設置	2．定期保守点検	3．消耗品の交換

（注１）平成２３年７月１日から７月３１日に購入した材料及び使用した材料について記入して下さい。
（注２）現在お使いの機器の購入金額(消費税等込み）を記載してください。機器を３機種以上お持ちの場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。
（注３）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

医療機器等リース代金調査票（現在お使いの機器がリースである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	月当たりリース単価（円/個）	契約個数	使用個数	契約内容（契約に含まれている番号に○をしてください。）		
1			,　,　円	個	個	1．患者宅への設置	2．定期保守点検	3．消耗品の交換
2			,　,　円	個	個	1．患者宅への設置	2．定期保守点検	3．消耗品の交換

（注１）平成２３年７月１日から７月３１日に使用した材料について記入して下さい。
（注２）現在お使いの機器の直近のリース代（消費税等込み）を記載してください。機器が３機種以上の場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。
（注３）リース代は１か月当たりの金額を記載してください。（年間契約の場合は契約額を１２で割って月当たりの額を記載してください。）
（注４）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

医療機器等レンタル代金調査票（現在お使いの機器がレンタルである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	月当たりレンタル単価（円/個）	契約個数	使用個数	契約内容（契約に含まれている番号に○をしてください。）		
1			,　,　円	個	個	1．患者宅への設置	2．定期保守点検	3．消耗品の交換
2			,　,　円	個	個	1．患者宅への設置	2．定期保守点検	3．消耗品の交換

（注１）平成２３年７月１日から７月３１日に使用した材料について記入して下さい。
（注２）現在お使いの機器の直近のレンタル代（消費税等込み）を記載してください。機器が３機種以上の場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。
（注３）レンタル代は１か月当たりの金額を記載してください。（年間契約の場合は契約額を１２で割って月当たりの額を記載してください。）
（注４）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

８．液化酸素装置（設置型：在宅酸素療法に用いるもの）

この医療機器をセット品で購入している	はい　・　いいえ

※他の医療機器とセットで購入しており個別の値段が不明の場合はこれより以下は記入しないでください。

医療機器等購入価格調査票（現在お使いの機器が購入したものである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	購入単価（円/個）	購入個数	使用個数	契約内容（契約に含まれている番号に○をしてください。）		
1			円	個	個	1．患者宅への設置	2．定期保守点検	3．消耗品の交換
2			円	個	個	1．患者宅への設置	2．定期保守点検	3．消耗品の交換

（注１）平成２３年７月１日から７月３１日に購入した材料及び使用した材料について記入して下さい。
（注２）現在お使いの機器の購入金額(消費税等込み）を記載してください。機器を３機種以上お持ちの場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。
（注３）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

医療機器等リース代金調査票（現在お使いの機器がリースである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	月当たりリース単価（円/個）	契約個数	使用個数	契約内容（契約に含まれている番号に○をしてください。）		
1			円	個	個	1．患者宅への設置	2．定期保守点検	3．消耗品の交換
2			円	個	個	1．患者宅への設置	2．定期保守点検	3．消耗品の交換

（注１）平成２３年７月１日から７月３１日に使用した材料について記入して下さい。
（注２）現在お使いの機器の直近のリース代（消費税等込み）を記載してください。機器が３機種以上の場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。
（注３）リース代は１か月当たりの金額を記載してください。（年間契約の場合は契約額を１２で割って月当たりの額を記載してください。）
（注４）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

医療機器等レンタル代金調査票（現在お使いの機器がレンタルである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	月当たりレンタル単価（円/個）	契約個数	使用個数	契約内容（契約に含まれている番号に○をしてください。）		
1			円	個	個	1．患者宅への設置	2．定期保守点検	3．消耗品の交換
2			円	個	個	1．患者宅への設置	2．定期保守点検	3．消耗品の交換

（注１）平成２３年７月１日から７月３１日に使用した材料について記入して下さい。
（注２）現在お使いの機器の直近のレンタル代（消費税等込み）を記載してください。機器が３機種以上の場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。
（注３）レンタル代は１か月当たりの金額を記載してください。（年間契約の場合は契約額を１２で割って月当たりの額を記載してください。）
（注４）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

９．液化酸素装置（携帯型：在宅酸素療法に用いるもの）

この医療機器をセット品で購入している	はい　・　いいえ

※他の医療機器とセットで購入しており個別の値段が不明の場合はこれより以下は記入しないでください。

医療機器等購入価格調査票（現在お使いの機器が購入したものである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	購入単価（円/個）	購入個数	使用個数	契約内容（契約に含まれている番号に○をしてください。）		
1			円	個	個	1．患者宅への設置	2．定期保守点検	3．消耗品の交換
2			円	個	個	1．患者宅への設置	2．定期保守点検	3．消耗品の交換

（注１）平成２３年７月１日から７月３１日に購入した材料及び使用した材料について記入して下さい。
（注２）現在お使いの機器の購入金額(消費税等込み）を記載してください。機器を３機種以上お持ちの場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。
（注３）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

医療機器等リース代金調査票（現在お使いの機器がリースである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	月当たりリース単価（円/個）	契約個数	使用個数	契約内容（契約に含まれている番号に○をしてください。）		
1			円	個	個	1．患者宅への設置	2．定期保守点検	3．消耗品の交換
2			円	個	個	1．患者宅への設置	2．定期保守点検	3．消耗品の交換

（注１）平成２３年７月１日から７月３１日に使用した材料について記入して下さい。
（注２）現在お使いの機器の直近のリース代（消費税等込み）を記載してください。機器が３機種以上の場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。
（注３）リース代は１か月当たりの金額を記載してください。（年間契約の場合は契約額を１２で割って月当たりの額を記載してください。）
（注４）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

医療機器等レンタル代金調査票（現在お使いの機器がレンタルである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	月当たりレンタル単価（円/個）	契約個数	使用個数	契約内容（契約に含まれている番号に○をしてください。）		
1			円	個	個	1．患者宅への設置	2．定期保守点検	3．消耗品の交換
2			円	個	個	1．患者宅への設置	2．定期保守点検	3．消耗品の交換

（注１）平成２３年７月１日から７月３１日に使用した材料について記入して下さい。
（注２）現在お使いの機器の直近のレンタル代（消費税等込み）を記載してください。機器が３機種以上の場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。
（注３）レンタル代は１か月当たりの金額を記載してください。（年間契約の場合は契約額を１２で割って月当たりの額を記載してください。）
（注４）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

10. 陽圧式人工呼吸器（在宅人工呼吸に用いるもの）

（注）外部バッテリーに係る費用については、記載要領に従って記入してください。

問１　この医療機器をセット品で購入している	はい　・　いいえ

※他の医療機器とセットで購入しており個別の値段が不明の場合はこれより以下は記入しないでください。

問２　外部バッテリーに係る費用の負担について	１　本体の費用に、外部バッテリーの費用も含まれている ２　本体とは別に、外部バッテリーの費用が発生している ３　外部バッテリーの購入、リース又はレンタルの契約を行っていない （理由；　　）

医療機器等購入価格調査票（現在お使いの機器が購入したものである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	購入単価（円/個）	購入個数	使用個数	契約内容（契約に含まれている番号に○をしてください。）		
1			円	個	個	１．患者宅への設置	２．定期保守点検	３．消耗品の交換
2			円	個	個	１．患者宅への設置	２．定期保守点検	３．消耗品の交換

（注１）平成２３年７月１日から７月３１日に購入した材料及び使用した材料について記入して下さい。
（注２）現在お使いの機器の購入金額(消費税等込み）を記載してください。機器を３機種以上お持ちの場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。
（注３）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

医療機器等リース代金調査票（現在お使いの機器がリースである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	月当たりリース単価（円/個）	契約個数	使用個数	契約内容（契約に含まれている番号に○をしてください。）		
1			円	個	個	１．患者宅への設置	２．定期保守点検	３．消耗品の交換
2			円	個	個	１．患者宅への設置	２．定期保守点検	３．消耗品の交換

（注１）平成２３年７月１日から７月３１日に使用した材料について記入して下さい。
（注２）現在お使いの機器の直近のリース代（消費税等込み）を記載してください。機器が３機種以上の場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。
（注３）リース代は１か月当たりの金額を記載してください。（年間契約の場合は契約額を１２で割って月当たりの額を記載してください。）
（注４）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

医療機器等レンタル代金調査票（現在お使いの機器がレンタルである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	月当たりレンタル単価（円/個）	契約個数	使用個数	契約内容（契約に含まれている番号に○をしてください。）		
1			円	個	個	１．患者宅への設置	２．定期保守点検	３．消耗品の交換
2			円	個	個	１．患者宅への設置	２．定期保守点検	３．消耗品の交換

（注１）平成２３年７月１日から７月３１日に使用した材料について記入して下さい。
（注２）現在お使いの機器の直近のレンタル代（消費税等込み）を記載してください。機器が３機種以上の場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。
（注３）レンタル代は１か月当たりの金額を記載してください。（年間契約の場合は契約額を１２で割って月当たりの額を記載してください。）
（注４）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

11. 鼻マスク、顔マスク人工呼吸器（在宅人工呼吸に用いるもの）

この医療機器をセット品で購入している	はい　・　いいえ

※他の医療機器とセットで購入しており個別の値段が不明の場合はこれより以下は記入しないでください。

医療機器等購入価格調査票（現在お使いの機器が購入したものである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	購入単価（円/個）	購入個数	使用個数	契約内容（契約に含まれている番号に○をしてください。）		
1			円	個	個	1．患者宅への設置	2．定期保守点検	3．消耗品の交換
2			円	個	個	1．患者宅への設置	2．定期保守点検	3．消耗品の交換

（注１）平成２３年７月１日から７月３１日に購入した材料及び使用した材料について記入して下さい。
（注２）現在お使いの機器の購入金額(消費税等込み）を記載してください。機器を３機種以上お持ちの場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。
（注３）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

医療機器等リース代金調査票（現在お使いの機器がリースである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	月当たりリース単価（円/個）	契約個数	使用個数	契約内容（契約に含まれている番号に○をしてください。）		
1			円	個	個	1．患者宅への設置	2．定期保守点検	3．消耗品の交換
2			円	個	個	1．患者宅への設置	2．定期保守点検	3．消耗品の交換

（注１）平成２３年７月１日から７月３１日に使用した材料について記入して下さい。
（注２）現在お使いの機器の直近のリース代（消費税等込み）を記載してください。機器が３機種以上の場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。
（注３）リース代は１か月当たりの金額を記載してください。（年間契約の場合は契約額を１２で割って月当たりの額を記載してください。）
（注４）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

医療機器等レンタル代金調査票（現在お使いの機器がレンタルである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	月当たりレンタル単価（円/個）	契約個数	使用個数	契約内容（契約に含まれている番号に○をしてください。）		
1			円	個	個	1．患者宅への設置	2．定期保守点検	3．消耗品の交換
2			円	個	個	1．患者宅への設置	2．定期保守点検	3．消耗品の交換

（注１）平成２３年７月１日から７月３１日に使用した材料について記入して下さい。
（注２）現在お使いの機器の直近のレンタル代（消費税等込み）を記載してください。機器が３機種以上の場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。
（注３）レンタル代は１か月当たりの金額を記載してください。（年間契約の場合は契約額を１２で割って月当たりの額を記載してください。）
（注４）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

12. 鼻ＣＰＡＰ（在宅人工呼吸に用いるもの）

この医療機器をセット品で購入している	はい　・　いいえ

※他の医療機器とセットで購入しており個別の値段が不明の場合はこれより以下は記入しないでください。

医療機器等購入価格調査票（現在お使いの機器が購入したものである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	購入単価（円/個）	購入個数	使用個数	契約内容（契約に含まれている番号に○をしてください。）		
1			円	個	個	1．患者宅への設置	2．定期保守点検	3．消耗品の交換
2			円	個	個	1．患者宅への設置	2．定期保守点検	3．消耗品の交換

（注１）平成２３年７月１日から７月３１日に購入した材料及び使用した材料について記入して下さい。
（注２）現在お使いの機器の購入金額(消費税等込み）を記載してください。機器を３機種以上お持ちの場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。
（注３）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

医療機器等リース代金調査票（現在お使いの機器がリースである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	月当たりリース単価（円/個）	契約個数	使用個数	契約内容（契約に含まれている番号に○をしてください。）		
1			円	個	個	1．患者宅への設置	2．定期保守点検	3．消耗品の交換
2			円	個	個	1．患者宅への設置	2．定期保守点検	3．消耗品の交換

（注１）平成２３年７月１日から７月３１日に使用した材料について記入して下さい。
（注２）現在お使いの機器の直近のリース代（消費税等込み）を記載してください。機器が３機種以上の場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。
（注３）リース代は１か月当たりの金額を記載してください。（年間契約の場合は契約額を１２で割って月当たりの額を記載してください。）
（注４）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

医療機器等レンタル代金調査票（現在お使いの機器がレンタルである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	月当たりレンタル単価（円/個）	契約個数	使用個数	契約内容（契約に含まれている番号に○をしてください。）		
1			円	個	個	1．患者宅への設置	2．定期保守点検	3．消耗品の交換
2			円	個	個	1．患者宅への設置	2．定期保守点検	3．消耗品の交換

（注１）平成２３年７月１日から７月３１日に使用した材料について記入して下さい。
（注２）現在お使いの機器の直近のレンタル代（消費税等込み）を記載してください。機器が３機種以上の場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。
（注３）レンタル代は１か月当たりの金額を記載してください。（年間契約の場合は契約額を１２で割って月当たりの額を記載してください。）
（注４）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

13. 陰圧式人工呼吸器（在宅人工呼吸に用いるもの）

この医療機器をセット品で購入している	はい　・　いいえ

※他の医療機器とセットで購入しており個別の値段が不明の場合はこれより以下は記入しないでください。

医療機器等購入価格調査票（現在お使いの機器が購入したものである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	購入単価（円/個）	購入個数	使用個数	契約内容（契約に含まれている番号に○をしてください。）		
1			円	個	個	1．患者宅への設置	2．定期保守点検	3．消耗品の交換
2			円	個	個	1．患者宅への設置	2．定期保守点検	3．消耗品の交換

（注１）平成２３年７月１日から７月３１日に購入した材料及び使用した材料について記入して下さい。
（注２）現在お使いの機器の購入金額(消費税等込み）を記載してください。機器を３機種以上お持ちの場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。
（注３）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

医療機器等リース代金調査票（現在お使いの機器がリースである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	月当たりリース単価（円/個）	契約個数	使用個数	契約内容（契約に含まれている番号に○をしてください。）		
1			円	個	個	1．患者宅への設置	2．定期保守点検	3．消耗品の交換
2			円	個	個	1．患者宅への設置	2．定期保守点検	3．消耗品の交換

（注１）平成２３年７月１日から７月３１日に使用した材料について記入して下さい。
（注２）現在お使いの機器の直近のリース代（消費税等込み）を記載してください。機器が３機種以上の場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。
（注３）リース代は１か月当たりの金額を記載してください。（年間契約の場合は契約額を１２で割って月当たりの額を記載してください。）
（注４）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

医療機器等レンタル代金調査票（現在お使いの機器がレンタルである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	月当たりレンタル単価（円/個）	契約個数	使用個数	契約内容（契約に含まれている番号に○をしてください。）		
1			円	個	個	1．患者宅への設置	2．定期保守点検	3．消耗品の交換
2			円	個	個	1．患者宅への設置	2．定期保守点検	3．消耗品の交換

（注１）平成２３年７月１日から７月３１日に使用した材料について記入して下さい。
（注２）現在お使いの機器の直近のレンタル代（消費税等込み）を記載してください。機器が３機種以上の場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。
（注３）レンタル代は１か月当たりの金額を記載してください。（年間契約の場合は契約額を１２で割って月当たりの額を記載してください。）
（注４）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

14. 注入ポンプ （在宅成分栄養経管栄養法用・在宅中心静脈栄養法用・在宅悪性腫瘍患者用）

この医療機器をセット品で購入している	はい ・ いいえ

※他の医療機器とセットで購入しており個別の値段が不明の場合はこれより以下は記入しないでください。

医療機器等購入価格調査票（現在お使いの機器が購入したものである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	購入単価（円/個）	購入個数	使用個数	契約内容（契約に含まれている番号に○をしてください。）		
1			,,,円	個	個	1．患者宅への設置	2．定期保守点検	3．消耗品の交換
2			,,,円	個	個	1．患者宅への設置	2．定期保守点検	3．消耗品の交換

（注１）平成２３年７月１日から７月３１日に購入した材料及び使用した材料について記入して下さい。
（注２）現在お使いの機器の購入金額(消費税等込み）を記載してください。機器を３機種以上お持ちの場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。
（注３）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

医療機器等リース代金調査票（現在お使いの機器がリースである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	月当たりリース単価（円/個）	契約個数	使用個数	契約内容（契約に含まれている番号に○をしてください。）		
1			,,,円	個	個	1．患者宅への設置	2．定期保守点検	3．消耗品の交換
2			,,,円	個	個	1．患者宅への設置	2．定期保守点検	3．消耗品の交換

（注１）平成２３年７月１日から７月３１日に使用した材料について記入して下さい。
（注２）現在お使いの機器の直近のリース代（消費税等込み）を記載してください。機器が３機種以上の場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。
（注３）リース代は１か月当たりの金額を記載してください。（年間契約の場合は契約額を１２で割って月当たりの額を記載してください。）
（注４）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

医療機器等レンタル代金調査票（現在お使いの機器がレンタルである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	月当たりレンタル単価（円/個）	契約個数	使用個数	契約内容（契約に含まれている番号に○をしてください。）		
1			,,,円	個	個	1．患者宅への設置	2．定期保守点検	3．消耗品の交換
2			,,,円	個	個	1．患者宅への設置	2．定期保守点検	3．消耗品の交換

（注１）平成２３年７月１日から７月３１日に使用した材料について記入して下さい。
（注２）現在お使いの機器の直近のレンタル代（消費税等込み）を記載してください。機器が３機種以上の場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。
（注３）レンタル代は１か月当たりの金額を記載してください。（年間契約の場合は契約額を１２で割って月当たりの額を記載してください。）
（注４）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

15. 気道粘液除去装置

この医療機器をセット品で購入している	はい　・　いいえ

※他の医療機器とセットで購入しており個別の値段が不明の場合はこれより以下は記入しないでください。

医療機器等購入価格調査票（現在お使いの機器が購入したものである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	購入単価（円/個）	購入個数	使用個数	契約内容（契約に含まれている番号に○をしてください。）		
1			円	個	個	1．患者宅への設置	2．定期保守点検	3．消耗品の交換
2			円	個	個	1．患者宅への設置	2．定期保守点検	3．消耗品の交換

（注１）平成２３年７月１日から７月３１日に購入した材料及び使用した材料について記入して下さい。
（注２）現在お使いの機器の購入金額(消費税等込み）を記載してください。機器を３機種以上お持ちの場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。
（注３）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

医療機器等リース代金調査票（現在お使いの機器がリースである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	月当たりリース単価（円/個）	契約個数	使用個数	契約内容（契約に含まれている番号に○をしてください。）		
1			円	個	個	1．患者宅への設置	2．定期保守点検	3．消耗品の交換
2			円	個	個	1．患者宅への設置	2．定期保守点検	3．消耗品の交換

（注１）平成２３年７月１日から７月３１日に使用した材料について記入して下さい。
（注２）現在お使いの機器の直近のリース代（消費税等込み）を記載してください。機器が３機種以上の場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。
（注３）リース代は１か月当たりの金額を記載してください。（年間契約の場合は契約額を１２で割って月当たりの額を記載してください。）
（注４）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

医療機器等レンタル代金調査票（現在お使いの機器がレンタルである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	月当たりレンタル単価（円/個）	契約個数	使用個数	契約内容（契約に含まれている番号に○をしてください。）		
1			円	個	個	1．患者宅への設置	2．定期保守点検	3．消耗品の交換
2			円	個	個	1．患者宅への設置	2．定期保守点検	3．消耗品の交換

（注１）平成２３年７月１日から７月３１日に使用した材料について記入して下さい。
（注２）現在お使いの機器の直近のレンタル代（消費税等込み）を記載してください。機器が３機種以上の場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。
（注３）レンタル代は１か月当たりの金額を記載してください。（年間契約の場合は契約額を１２で割って月当たりの額を記載してください。）
（注４）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

統計法に基づく一般統計調査

保険医療材料等使用状況調査

【調査票３】

医療材料等購入価格調査票（在宅以外分）

保険医療機関名	
施設の所在地	
電話番号	
記入者名	

※「保険医療機関名」「施設の所在地」欄については、誤りがあれば修正してください。
※電話番号、記入者名を記入してください。
※ご記入頂いた記入者名は、本調査の照会で使用するためのものであり、それ以外の目的に使用することはございません。また、ご記入頂いた内容は、集計作業などのために預託することがあります。その際には十分な個人情報保護の水準を備える者を選定し、契約などによって保護水準を定め、適切に取扱います。

１．弾性ストッキング、間歇的空気圧迫装置

医療材料等購入価格調査票

	JANコード	製品名及びモデル名	単価（円/個）	機器、材料の個数（個）
1			,　,　円	
2			,　,　円	
3			,　,　円	
4			,　,　円	
5			,　,　円	

算定した回数

（注１）平成２３年７月１日から７月３１日に使用した材料について記入して下さい。
（注２）「単価」欄には、消費税を加えた価格を記入して下さい。
（注３）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。
（注４）１個当たりの価格を記載してください。
（注５）「算定した回数」欄にはB001-6　肺血栓塞栓症予防管理料を算定した回数を記載してください。

２．酸素カテーテルチューブ（経鼻）

医療材料等購入価格調査票

	JANコード	製品名及びモデル名	単価（円/個）	使用個数（個）
1			,　　,　　円	
2			,　　,　　円	
3			,　　,　　円	
4			,　　,　　円	
5			,　　,　　円	

（注１）平成２３年７月１日から７月３１日に使用した材料について記入して下さい。
（注２）「単価」欄には、消費税を加えた価格を記入して下さい。
（注３）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。
（注４）１個当たりの価格を記載してください。

３．腰部固定帯・胸部固定帯

医療材料等購入価格調査票

	JANコード	製品名及びモデル名	単価（円/個）	のべ使用個数（個）
1			,　　,　　円	
2			,　　,　　円	
3			,　　,　　円	
4			,　　,　　円	
5			,　　,　　円	

（注１）平成２３年７月１日から７月３１日に使用した材料について記入して下さい。
（注２）「単価」欄には、消費税を加えた価格を記入して下さい。
（注３）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。
（注４）１個当たりの価格を記載してください。

４．眼内レンズ

医療材料等購入価格調査票

	JANコード	製品名及びモデル名	単価（円/個）	使用個数（個）
1			,　　,　　円	
2			,　　,　　円	
3			,　　,　　円	
4			,　　,　　円	
5			,　　,　　円	
6			,　　,　　円	
7			,　　,　　円	
8			,　　,　　円	
9			,　　,　　円	
10			,　　,　　円	

（注１）平成２３年７月１日から７月３１日に使用した材料について記入して下さい。
（注２）「単価」欄には、消費税を加えた価格を記入して下さい。
（注３）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

５．胃瘻造設キット

医療材料等購入価格調査票

	JANコード	製品名及びモデル名	単価（円/個）	使用個数（個）
1			,　　,　　円	
2			,　　,　　円	
3			,　　,　　円	
4			,　　,　　円	
5			,　　,　　円	

（注１）平成２３年７月１日から７月３１日に使用した材料について記入して下さい。
（注２）「単価」欄には、消費税を加えた価格を記入して下さい。
（注３）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

６．創外固定器

医療材料等購入価格調査票

	JANコード	製品名及びモデル名	単価（円/個）	のべ使用個数（個）
1			,　　,　　円	
2			,　　,　　円	
3			,　　,　　円	
4			,　　,　　円	
5			,　　,　　円	
6			,　　,　　円	
7			,　　,　　円	
8			,　　,　　円	
9			,　　,　　円	
10			,　　,　　円	

（注１）平成２３年７月１日から７月３１日に使用した材料について記入して下さい。
（注２）「単価」欄には、消費税を加えた価格を記入して下さい。
（注３）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

７．自動縫合器

医療材料等購入価格調査票

	JANコード	製品名及びモデル名	単価（円/個）	使用個数（個）
1			,　　,　　円	
2			,　　,　　円	
3			,　　,　　円	
4			,　　,　　円	
5			,　　,　　円	
6			,　　,　　円	
7			,　　,　　円	
8			,　　,　　円	
9			,　　,　　円	
10			,　　,　　円	

（注１）平成２３年７月１日から７月３１日に使用した材料について記入して下さい。
（注２）「単価」欄には、消費税を加えた価格を記入して下さい。
（注３）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

８．自動吻合器

医療材料等購入価格調査票

	JANコード	製品名及びモデル名	単価（円/個）	使用個数（個）
1			,　　,　　円	
2			,　　,　　円	
3			,　　,　　円	
4			,　　,　　円	
5			,　　,　　円	
6			,　　,　　円	
7			,　　,　　円	
8			,　　,　　円	
9			,　　,　　円	
10			,　　,　　円	

（注１）平成２３年７月１日から７月３１日に使用した材料について記入して下さい。
（注２）「単価」欄には、消費税を加えた価格を記入して下さい。
（注３）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

９．微小血管自動縫合器

医療材料等購入価格調査票

	JANコード	製品名及びモデル名	単価（円/個）	使用個数（個）
1			,　　,　　円	
2			,　　,　　円	
3			,　　,　　円	
4			,　　,　　円	
5			,　　,　　円	
6			,　　,　　円	
7			,　　,　　円	
8			,　　,　　円	
9			,　　,　　円	
10			,　　,　　円	

（注１）平成２３年７月１日から７月３１日に使用した材料について記入して下さい。
（注２）「単価」欄には、消費税を加えた価格を記入して下さい。
（注３）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

10. 心拍動下冠動脈、大動脈バイパス移植術用機器（ＣＡＢＧ）

医療材料等購入価格調査票

	JANコード	製品名及びモデル名	単価（円/個）	使用個数（個）
1			,　　,　　円	
2			,　　,　　円	
3			,　　,　　円	
4			,　　,　　円	
5			,　　,　　円	
6			,　　,　　円	
7			,　　,　　円	
8			,　　,　　円	
9			,　　,　　円	
10			,　　,　　円	

（注１）平成２３年７月１日から７月３１日に使用した材料について記入して下さい。
（注２）「単価」欄には、消費税を加えた価格を記入して下さい。
（注３）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

11. 体外衝撃波消耗性電極（ＥＳＷＬ用電極）

医療材料等購入価格調査票

	JANコード	製品名及びモデル名	単価（円/個）	使用個数（個）
1			,　　,　　円	
2			,　　,　　円	
3			,　　,　　円	
4			,　　,　　円	
5			,　　,　　円	

（注１）平成２３年７月１日から７月３１日に使用した材料について記入して下さい。
（注２）「単価」欄には、消費税を加えた価格を記入して下さい。
（注３）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

12. 体外照射用固定器具

医療材料等購入価格調査票

	JANコード	製品名及びモデル名	単価（円/個）	使用個数（個）
1			,　　,　　円	
2			,　　,　　円	
3			,　　,　　円	
4			,　　,　　円	
5			,　　,　　円	

（注１）平成２３年７月１日から７月３１日に使用した材料について記入して下さい。
（注２）「単価」欄には、消費税を加えた価格を記入して下さい。
（注３）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

13. 前立腺永久小線源

医療材料等購入価格調査票

	JANコード	製品名及びモデル名	単価（円/個）	使用個数（個）
1			,　　,　　円	
2			,　　,　　円	
3			,　　,　　円	
4			,　　,　　円	
5			,　　,　　円	

（注１）平成２３年７月１日から７月３１日に使用した材料について記入して下さい。
（注２）「単価」欄には、消費税を加えた価格を記入して下さい。
（注３）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

14. ネラトンカテーテル

医療材料等購入価格調査票

	JANコード	製品名及びモデル名	単価（円/個）	使用個数（個）
1			,　　,　　円	
2			,　　,　　円	
3			,　　,　　円	
4			,　　,　　円	
5			,　　,　　円	

（注１）平成２３年７月１日から７月３１日に使用した材料について記入して下さい。
（注２）「単価」欄には、消費税を加えた価格を記入して下さい。
（注３）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

15. ホルター心電図検査機器

医療材料等購入価格調査票

	JANコード	製品名及びモデル名	単価（円/個）	機器の個数（個）
1			,, 円	
2			,, 円	
3			,, 円	
4			,, 円	
5			,, 円	
6			,, 円	
7			,, 円	
8			,, 円	
9			,, 円	
10			,, 円	

算定した回数

（注１）平成２３年７月１日から７月３１日に使用した材料について記入して下さい。
（注２）「単価」欄には、消費税を加えた価格を記入して下さい。
（注３）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。
（注４）「算定した回数」欄にはD210　ホルター型心電図検査を算定した回数を記載してください。

16. トレッドミルによる負荷心肺機能検査に使用する機器

医療材料等購入価格調査票

	JANコード	製品名及びモデル名	単価（円/個）	機器の個数（個）
1			,　　,　　円	
2			,　　,　　円	
3			,　　,　　円	
4			,　　,　　円	
5			,　　,　　円	
6			,　　,　　円	
7			,　　,　　円	
8			,　　,　　円	
9			,　　,　　円	
10			,　　,　　円	

算定した回数

（注１）平成２３年７月１日から７月３１日に使用した材料について記入して下さい。
（注２）「単価」欄には、消費税を加えた価格を記入して下さい。
（注３）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。
（注４）「算定した回数」欄にはD211　トレッドミルによる負荷心肺機能検査を算定した回数を記載してください。

17. 特殊縫合糸

医療材料等購入価格調査票

	JANコード	製品名及びモデル名	単価（円/個）	材料の個数（個）
1			,　　,　　円	
2			,　　,　　円	
3			,　　,　　円	
4			,　　,　　円	
5			,　　,　　円	
6			,　　,　　円	
7			,　　,　　円	
8			,　　,　　円	
9			,　　,　　円	
10			,　　,　　円	

（注１）平成２３年７月１日から７月３１日に使用した材料について記入して下さい。
（注２）「単価」欄には、消費税を加えた価格を記入して下さい。
（注３）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。
（注４）吸収性縫合糸等を記載してください。また、7-0以下の細いものについても記載してください。

18. 経皮的動脈血酸素飽和度測定に使用する機器

医療材料等購入価格調査票

	JANコード	製品名及びモデル名	単価（円/個）	機器の個数（個）
1			,　　,　　円	
2			,　　,　　円	
3			,　　,　　円	
4			,　　,　　円	
5			,　　,　　円	
6			,　　,　　円	
7			,　　,　　円	
8			,　　,　　円	
9			,　　,　　円	
10			,　　,　　円	

算定した回数

（注１）平成２３年７月１日から７月３１日に使用した材料について記入して下さい。
（注２）「単価」欄には、消費税を加えた価格を記入して下さい。
（注３）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。
（注４）「算定した回数」欄にはD223　経皮的動脈血酸素飽和度測定を算定した回数を記載してください。

19. 超音波手術器・電気手術器

医療材料等購入価格調査票

	JANコード	製品名及びモデル名	単価（円/個）	機器の個数（個）
1			,　　,　　円	
2			,　　,　　円	
3			,　　,　　円	
4			,　　,　　円	
5			,　　,　　円	
6			,　　,　　円	
7			,　　,　　円	
8			,　　,　　円	
9			,　　,　　円	
10			,　　,　　円	

算定した回数

（注１）平成２３年７月１日から７月３１日に使用した材料について記入して下さい。
（注２）「単価」欄には、消費税を加えた価格を記入して下さい。
（注３）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。
（注４）「算定した回数」欄にはK931　超音波凝固切開装置等加算を算定した回数を記載してください。

統計法に基づく一般統計調査

保険医療材料等使用状況調査

【調査票４】

医療機器等購入価格調査票（在宅以外分）

保険医療機関名	
施設の所在地	
電話番号	
記入者名	

※「保険医療機関名」「施設の所在地」欄については、誤りがあれば修正してください。
※電話番号、記入者名を記入してください。
※ご記入頂いた記入者名は、本調査の照会で使用するためのものであり、それ以外の目的に使用することはございません。また、ご記入頂いた内容は、集計作業などのために預託することがあります。その際には十分な個人情報保護の水準を備える者を選定し、契約などによって保護水準を定め、適切に取扱います。

1. 眼底カメラ

この医療機器をセット品で購入している	はい　・　いいえ

※他の医療機器とセットで購入しており個別の値段が不明の場合はこれより以下は記入しないでください。

医療機器等購入価格調査票（現在お使いの機器が購入したものである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	購入単価（円/個）	購入個数	使用したのべ患者数
1			,　,　,　円	個	人/月
2			,　,　,　円	個	人/月

（注１）平成２３年７月１日から７月３１日に購入した材料について記入して下さい。
（注２）現在お使いの機器の購入金額(消費税等込み）を記載してください。機器を３機種以上お持ちの場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。
（注３）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

医療機器等リース代金調査票（現在お使いの機器がリースである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	月当たりリース単価（円/個）	契約個数	使用したのべ患者数
1			,　,　,　円	個	人/月
2			,　,　,　円	個	人/月

（注１）平成２３年７月１日から７月３１日に使用した材料について記入して下さい。
（注２）現在お使いの機器の直近のリース代（消費税等込み）を記載してください。機器が３機種以上の場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。
（注３）リース代は１か月当たりの金額を記載してください。（年間契約の場合は契約額を１２で割って月当たりの額を記載してください。）
（注４）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

医療機器等レンタル代金調査票（現在お使いの機器がレンタルである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	月当たりレンタル単価（円/個）	契約個数	使用したのべ患者数
1			,　,　,　円	個	人/月
2			,　,　,　円	個	人/月

（注１）平成２３年７月１日から７月３１日に使用した材料について記入して下さい。
（注２）現在お使いの機器の直近のレンタル代（消費税等込み）を記載してください。機器が３機種以上の場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。
（注３）レンタル代は１か月当たりの金額を記載してください。（年間契約の場合は契約額を１２で割って月当たりの額を記載してください。）
（注４）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

２．眼底三次元画像解析装置

この医療機器をセット品で購入している	はい　・　いいえ

※他の医療機器とセットで購入しており個別の値段が不明の場合はこれより以下は記入しないでください。

医療機器等購入価格調査票（現在お使いの機器が購入したものである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	購入単価（円/個）	購入個数	使用したのべ患者数
1			円	個	人/月
2			円	個	人/月

（注１）平成２３年７月１日から７月３１日に購入した材料について記入して下さい。
（注２）現在お使いの機器の購入金額(消費税等込み）を記載してください。機器を３機種以上お持ちの場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。
（注３）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

医療機器等リース代金調査票（現在お使いの機器がリースである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	月当たりリース単価（円/個）	契約個数	使用したのべ患者数
1			円	個	人/月
2			円	個	人/月

（注１）平成２３年７月１日から７月３１日に使用した材料について記入して下さい。
（注２）現在お使いの機器の直近のリース代（消費税等込み）を記載してください。機器が３機種以上の場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。
（注３）リース代は１か月当たりの金額を記載してください。（年間契約の場合は契約額を１２で割って月当たりの額を記載してください。）
（注４）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

医療機器等レンタル代金調査票（現在お使いの機器がレンタルである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	月当たりレンタル単価（円/個）	契約個数	使用したのべ患者数
1			円	個	人/月
2			円	個	人/月

（注１）平成２３年７月１日から７月３１日に使用した材料について記入して下さい。
（注２）現在お使いの機器の直近のレンタル代（消費税等込み）を記載してください。機器が３機種以上の場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。
（注３）レンタル代は１か月当たりの金額を記載してください。（年間契約の場合は契約額を１２で割って月当たりの額を記載してください。）
（注４）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

３．視野検査装置

この医療機器をセット品で購入している	はい　・　いいえ

※他の医療機器とセットで購入しており個別の値段が不明の場合はこれより以下は記入しないでください。

医療機器等購入価格調査票（現在お使いの機器が購入したものである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	購入単価（円/個）	購入個数	使用したのべ患者数
1			,　,　,　円	個	人/月
2			,　,　,　円	個	人/月

（注１）平成２３年７月１日から７月３１日に購入した材料について記入して下さい。
（注２）現在お使いの機器の購入金額(消費税等込み）を記載してください。機器を３機種以上お持ちの場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。
（注３）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

医療機器等リース代金調査票（現在お使いの機器がリースである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	月当たりリース単価（円/個）	契約個数	使用したのべ患者数
1			,　,　,　円	個	人/月
2			,　,　,　円	個	人/月

（注１）平成２３年７月１日から７月３１日に使用した材料について記入して下さい。
（注２）現在お使いの機器の直近のリース代（消費税等込み）を記載してください。機器が３機種以上の場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。
（注３）リース代は１か月当たりの金額を記載してください。（年間契約の場合は契約額を１２で割って月当たりの額を記載してください。）
（注４）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

医療機器等レンタル代金調査票（現在お使いの機器がレンタルである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	月当たりレンタル単価（円/個）	契約個数	使用したのべ患者数
1			,　,　,　円	個	人/月
2			,　,　,　円	個	人/月

（注１）平成２３年７月１日から７月３１日に使用した材料について記入して下さい。
（注２）現在お使いの機器の直近のレンタル代（消費税等込み）を記載してください。機器が３機種以上の場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。
（注３）レンタル代は１か月当たりの金額を記載してください。（年間契約の場合は契約額を１２で割って月当たりの額を記載してください。）
（注４）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

４．屈折検査装置

この医療機器をセット品で購入している	はい　・　いいえ

※セットで購入しており個別の値段が不明の場合はこれより以下は記入しないでください。

医療機器等購入価格調査票（現在お使いの機器が購入したものである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	購入単価（円/個）	購入個数	使用したのべ患者数
1			,,,円	個	人/月
2			,,,円	個	人/月

（注１）平成２３年７月１日から７月３１日に購入した材料について記入して下さい。
（注２）現在お使いの機器の購入金額(消費税等込み）を記載してください。機器を３機種以上お持ちの場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。
（注３）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

医療機器等リース代金調査票（現在お使いの機器がリースである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	月当たりリース単価（円/個）	契約個数	使用したのべ患者数
1			,,,円	個	人/月
2			,,,円	個	人/月

（注１）平成２３年７月１日から７月３１日に使用した材料について記入して下さい。
（注２）現在お使いの機器の直近のリース代（消費税等込み）を記載してください。機器が３機種以上の場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。
（注３）リース代は１か月当たりの金額を記載してください。（年間契約の場合は契約額を１２で割って月当たりの額を記載してください。）
（注４）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

医療機器等レンタル代金調査票（現在お使いの機器がレンタルである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	月当たりレンタル単価（円/個）	契約個数	使用したのべ患者数
1			,,,円	個	人/月
2			,,,円	個	人/月

（注１）平成２３年７月１日から７月３１日に使用した材料について記入して下さい。
（注２）現在お使いの機器の直近のレンタル代（消費税等込み）を記載してください。機器が３機種以上の場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。
（注３）レンタル代は１か月当たりの金額を記載してください。（年間契約の場合は契約額を１２で割って月当たりの額を記載してください。）
（注４）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

５．調節検査装置

この医療機器をセット品で購入している	はい　・　いいえ

※セットで購入しており個別の値段が不明の場合はこれより以下は記入しないでください。

医療機器等購入価格調査票（現在お使いの機器が購入したものである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	購入単価（円/個）	購入個数	使用したのべ患者数
1			円	個	人/月
2			円	個	人/月

（注１）平成２３年７月１日から７月３１日に購入した材料について記入して下さい。
（注２）現在お使いの機器の購入金額(消費税等込み）を記載してください。機器を３機種以上お持ちの場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。
（注３）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

医療機器等リース代金調査票（現在お使いの機器がリースである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	月当たりリース単価（円/個）	契約個数	使用したのべ患者数
1			円	個	人/月
2			円	個	人/月

（注１）平成２３年７月１日から７月３１日に使用した材料について記入して下さい。
（注２）現在お使いの機器の直近のリース代（消費税等込み）を記載してください。機器が３機種以上の場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。
（注３）リース代は１か月当たりの金額を記載してください。（年間契約の場合は契約額を１２で割って月当たりの額を記載してください。）
（注４）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

医療機器等レンタル代金調査票（現在お使いの機器がレンタルである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	月当たりレンタル単価（円/個）	契約個数	使用したのべ患者数
1			円	個	人/月
2			円	個	人/月

（注１）平成２３年７月１日から７月３１日に使用した材料について記入して下さい。
（注２）現在お使いの機器の直近のレンタル代（消費税等込み）を記載してください。機器が３機種以上の場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。
（注３）レンタル代は１か月当たりの金額を記載してください。（年間契約の場合は契約額を１２で割って月当たりの額を記載してください。）
（注４）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

６．精密眼圧測定装置

この医療機器をセット品で購入している	はい　・　いいえ

※セットで購入しており個別の値段が不明の場合はこれより以下は記入しないでください。

医療機器等購入価格調査票（現在お使いの機器が購入したものである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	購入単価（円/個）	購入個数	使用したのべ患者数
1			,　,　,　円	個	人/月
2			,　,　,　円	個	人/月

（注１）平成２３年７月１日から７月３１日に購入した材料について記入して下さい。
（注２）現在お使いの機器の購入金額(消費税等込み）を記載してください。機器を３機種以上お持ちの場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。
（注３）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

医療機器等リース代金調査票（現在お使いの機器がリースである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	月当たりリース単価（円/個）	契約個数	使用したのべ患者数
1			,　,　,　円	個	人/月
2			,　,　,　円	個	人/月

（注１）平成２３年７月１日から７月３１日に使用した材料について記入して下さい。
（注２）現在お使いの機器の直近のリース代（消費税等込み）を記載してください。機器が３機種以上の場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。
（注３）リース代は１か月当たりの金額を記載してください。（年間契約の場合は契約額を１２で割って月当たりの額を記載してください。）
（注４）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

医療機器等レンタル代金調査票（現在お使いの機器がレンタルである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	月当たりレンタル単価（円/個）	契約個数	使用したのべ患者数
1			,　,　,　円	個	人/月
2			,　,　,　円	個	人/月

（注１）平成２３年７月１日から７月３１日に使用した材料について記入して下さい。
（注２）現在お使いの機器の直近のレンタル代（消費税等込み）を記載してください。機器が３機種以上の場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。
（注３）レンタル代は１か月当たりの金額を記載してください。（年間契約の場合は契約額を１２で割って月当たりの額を記載してください。）
（注４）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

７．角膜曲率半径計測装置

この医療機器をセット品で購入している	はい　・　いいえ

※セットで購入しており個別の値段が不明の場合はこれより以下は記入しないでください。

医療機器等購入価格調査票（現在お使いの機器が購入したものである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	購入単価（円/個）	購入個数	使用したのべ患者数
1			,　,　,　円	個	人/月
2			,　,　,　円	個	人/月

（注１）平成２３年７月１日から７月３１日に購入した材料について記入して下さい。
（注２）現在お使いの機器の購入金額(消費税等込み）を記載してください。機器を３機種以上お持ちの場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。
（注３）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

医療機器等リース代金調査票（現在お使いの機器がリースである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	月当たりリース単価（円/個）	契約個数	使用したのべ患者数
1			,　,　,　円	個	人/月
2			,　,　,　円	個	人/月

（注１）平成２３年７月１日から７月３１日に使用した材料について記入して下さい。
（注２）現在お使いの機器の直近のリース代（消費税等込み）を記載してください。機器が３機種以上の場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。
（注３）リース代は１か月当たりの金額を記載してください。（年間契約の場合は契約額を１２で割って月当たりの額を記載してください。）
（注４）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

医療機器等レンタル代金調査票（現在お使いの機器がレンタルである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	月当たりレンタル単価（円/個）	契約個数	使用したのべ患者数
1			,　,　,　円	個	人/月
2			,　,　,　円	個	人/月

（注１）平成２３年７月１日から７月３１日に使用した材料について記入して下さい。
（注２）現在お使いの機器の直近のレンタル代（消費税等込み）を記載してください。機器が３機種以上の場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。
（注３）レンタル代は１か月当たりの金額を記載してください。（年間契約の場合は契約額を１２で割って月当たりの額を記載してください。）
（注４）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

８．角膜形状解析装置

この医療機器をセット品で購入している	はい　・　いいえ

※セットで購入しており個別の値段が不明の場合はこれより以下は記入しないでください。

医療機器等購入価格調査票（現在お使いの機器が購入したものである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	購入単価（円/個）	購入個数	使用したのべ患者数
1			,　,　,　円	個	人/月
2			,　,　,　円	個	人/月

（注１）平成２３年７月１日から７月３１日に購入した材料について記入して下さい。
（注２）現在お使いの機器の購入金額(消費税等込み）を記載してください。機器を３機種以上お持ちの場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。
（注３）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

医療機器等リース代金調査票（現在お使いの機器がリースである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	月当たりリース単価（円/個）	契約個数	使用したのべ患者数
1			,　,　,　円	個	人/月
2			,　,　,　円	個	人/月

（注１）平成２３年７月１日から７月３１日に使用した材料について記入して下さい。
（注２）現在お使いの機器の直近のリース代（消費税等込み）を記載してください。機器が３機種以上の場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。
（注３）リース代は１か月当たりの金額を記載してください。（年間契約の場合は契約額を１２で割って月当たりの額を記載してください。）
（注４）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

医療機器等レンタル代金調査票（現在お使いの機器がレンタルである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	月当たりレンタル単価（円/個）	契約個数	使用したのべ患者数
1			,　,　,　円	個	人/月
2			,　,　,　円	個	人/月

（注１）平成２３年７月１日から７月３１日に使用した材料について記入して下さい。
（注２）現在お使いの機器の直近のレンタル代（消費税等込み）を記載してください。機器が３機種以上の場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。
（注３）レンタル代は１か月当たりの金額を記載してください。（年間契約の場合は契約額を１２で割って月当たりの額を記載してください。）
（注４）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

９．インピーダンスオージオメータ

この医療機器をセット品で購入している	はい　・　いいえ

※セットで購入しており個別の値段が不明の場合はこれより以下は記入しないでください。

医療機器等購入価格調査票（現在お使いの機器が購入したものである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	購入単価（円/個）	購入個数	使用したのべ患者数
1			,　,　,　円	個	人/月
2			,　,　,　円	個	人/月

（注１）平成２３年７月１日から７月３１日に購入した材料について記入して下さい。
（注２）現在お使いの機器の購入金額(消費税等込み）を記載してください。機器を３機種以上お持ちの場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。
（注３）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

医療機器等リース代金調査票（現在お使いの機器がリースである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	月当たりリース単価（円/個）	契約個数	使用したのべ患者数
1			,　,　,　円	個	人/月
2			,　,　,　円	個	人/月

（注１）平成２３年７月１日から７月３１日に使用した材料について記入して下さい。
（注２）現在お使いの機器の直近のリース代（消費税等込み）を記載してください。機器が３機種以上の場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。
（注３）リース代は１か月当たりの金額を記載してください。（年間契約の場合は契約額を１２で割って月当たりの額を記載してください。）
（注４）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

医療機器等レンタル代金調査票（現在お使いの機器がレンタルである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	月当たりレンタル単価（円/個）	契約個数	使用したのべ患者数
1			,　,　,　円	個	人/月
2			,　,　,　円	個	人/月

（注１）平成２３年７月１日から７月３１日に使用した材料について記入して下さい。
（注２）現在お使いの機器の直近のレンタル代（消費税等込み）を記載してください。機器が３機種以上の場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。
（注３）レンタル代は１か月当たりの金額を記載してください。（年間契約の場合は契約額を１２で割って月当たりの額を記載してください。）
（注４）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

10. 超音波画像診断装置

この医療機器をセット品で購入している	はい　・　いいえ

※セットで購入しており個別の値段が不明の場合はこれより以下は記入しないでください。

医療機器等購入価格調査票（現在お使いの機器が購入したものである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	購入単価（円/個）	購入個数	使用したのべ患者数
1			,　,　,　円	個	人/月
2			,　,　,　円	個	人/月

（注１）平成２３年７月１日から７月３１日に購入した材料について記入して下さい。
（注２）現在お使いの機器の購入金額(消費税等込み）を記載してください。機器を３機種以上お持ちの場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。
（注３）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

医療機器等リース代金調査票（現在お使いの機器がリースである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	月当たりリース単価（円/個）	契約個数	使用したのべ患者数
1			,　,　,　円	個	人/月
2			,　,　,　円	個	人/月

（注１）平成２３年７月１日から７月３１日に使用した材料について記入して下さい。
（注２）現在お使いの機器の直近のリース代（消費税等込み）を記載してください。機器が３機種以上の場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。
（注３）リース代は１か月当たりの金額を記載してください。（年間契約の場合は契約額を１２で割って月当たりの額を記載してください。）
（注４）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

医療機器等レンタル代金調査票（現在お使いの機器がレンタルである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	月当たりレンタル単価（円/個）	契約個数	使用したのべ患者数
1			,　,　,　円	個	人/月
2			,　,　,　円	個	人/月

（注１）平成２３年７月１日から７月３１日に使用した材料について記入して下さい。
（注２）現在お使いの機器の直近のレンタル代（消費税等込み）を記載してください。機器が３機種以上の場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。
（注３）レンタル代は１か月当たりの金額を記載してください。（年間契約の場合は契約額を１２で割って月当たりの額を記載してください。）
（注４）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

11. 超音波骨密度測定装置

この医療機器をセット品で購入している	はい　・　いいえ

※セットで購入しており個別の値段が不明の場合はこれより以下は記入しないでください。

医療機器等購入価格調査票（現在お使いの機器が購入したものである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	購入単価（円/個）	購入個数	使用したのべ患者数
1			,,,円	個	人/月
2			,,,円	個	人/月

（注１）平成２３年７月１日から７月３１日に購入した材料について記入して下さい。
（注２）現在お使いの機器の購入金額(消費税等込み）を記載してください。機器を３機種以上お持ちの場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。
（注３）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

医療機器等リース代金調査票（現在お使いの機器がリースである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	月当たりリース単価（円/個）	契約個数	使用したのべ患者数
1			,,,円	個	人/月
2			,,,円	個	人/月

（注１）平成２３年７月１日から７月３１日に使用した材料について記入して下さい。
（注２）現在お使いの機器の直近のリース代（消費税等込み）を記載してください。機器が３機種以上の場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。
（注３）リース代は１か月当たりの金額を記載してください。（年間契約の場合は契約額を１２で割って月当たりの額を記載してください。）
（注４）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

医療機器等レンタル代金調査票（現在お使いの機器がレンタルである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	月当たりレンタル単価（円/個）	契約個数	使用したのべ患者数
1			,,,円	個	人/月
2			,,,円	個	人/月

（注１）平成２３年７月１日から７月３１日に使用した材料について記入して下さい。
（注２）現在お使いの機器の直近のレンタル代（消費税等込み）を記載してください。機器が３機種以上の場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。
（注３）レンタル代は１か月当たりの金額を記載してください。（年間契約の場合は契約額を１２で割って月当たりの額を記載してください。）
（注４）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

12. 脳波計

この医療機器をセット品で購入している	はい　・　いいえ

※セットで購入しており個別の値段が不明の場合はこれより以下は記入しないでください。

医療機器等購入価格調査票（現在お使いの機器が購入したものである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	購入単価（円/個）	購入個数	使用したのべ患者数
1			,　,　,　円	個	人/月
2			,　,　,　円	個	人/月

（注１）平成２３年７月１日から７月３１日に購入した材料について記入して下さい。
（注２）現在お使いの機器の購入金額(消費税等込み）を記載してください。機器を３機種以上お持ちの場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。
（注３）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

医療機器等リース代金調査票（現在お使いの機器がリースである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	月当たりリース単価（円/個）	契約個数	使用したのべ患者数
1			,　,　,　円	個	人/月
2			,　,　,　円	個	人/月

（注１）平成２３年７月１日から７月３１日に使用した材料について記入して下さい。
（注２）現在お使いの機器の直近のリース代（消費税等込み）を記載してください。機器が３機種以上の場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。
（注３）リース代は１か月当たりの金額を記載してください。（年間契約の場合は契約額を１２で割って月当たりの額を記載してください。）
（注４）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

医療機器等レンタル代金調査票（現在お使いの機器がレンタルである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	月当たりレンタル単価（円/個）	契約個数	使用したのべ患者数
1			,　,　,　円	個	人/月
2			,　,　,　円	個	人/月

（注１）平成２３年７月１日から７月３１日に使用した材料について記入して下さい。
（注２）現在お使いの機器の直近のレンタル代（消費税等込み）を記載してください。機器が３機種以上の場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。
（注３）レンタル代は１か月当たりの金額を記載してください。（年間契約の場合は契約額を１２で割って月当たりの額を記載してください。）
（注４）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

13. 誘導発電位検査装置

この医療機器をセット品で購入している	はい　・　いいえ

※セットで購入しており個別の値段が不明の場合はこれより以下は記入しないでください。

医療機器等購入価格調査票（現在お使いの機器が購入したものである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	購入単価（円/個）	購入個数	使用したのべ患者数
1			,　,　,　円	個	人/月
2			,　,　,　円	個	人/月

（注１）平成２３年７月１日から７月３１日に購入した材料について記入して下さい。
（注２）現在お使いの機器の購入金額(消費税等込み）を記載してください。機器を３機種以上お持ちの場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。
（注３）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

医療機器等リース代金調査票（現在お使いの機器がリースである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	月当たりリース単価（円/個）	契約個数	使用したのべ患者数
1			,　,　,　円	個	人/月
2			,　,　,　円	個	人/月

（注１）平成２３年７月１日から７月３１日に使用した材料について記入して下さい。
（注２）現在お使いの機器の直近のリース代（消費税等込み）を記載してください。機器が３機種以上の場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。
（注３）リース代は１か月当たりの金額を記載してください。（年間契約の場合は契約額を１２で割って月当たりの額を記載してください。）
（注４）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

医療機器等レンタル代金調査票（現在お使いの機器がレンタルである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	月当たりレンタル単価（円/個）	契約個数	使用したのべ患者数
1			,　,　,　円	個	人/月
2			,　,　,　円	個	人/月

（注１）平成２３年７月１日から７月３１日に使用した材料について記入して下さい。
（注２）現在お使いの機器の直近のレンタル代（消費税等込み）を記載してください。機器が３機種以上の場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。
（注３）レンタル代は１か月当たりの金額を記載してください。（年間契約の場合は契約額を１２で割って月当たりの額を記載してください。）
（注４）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

14. 終夜睡眠診断装置

この医療機器をセット品で購入している	はい　・　いいえ

※セットで購入しており個別の値段が不明の場合はこれより以下は記入しないでください。

医療機器等購入価格調査票（現在お使いの機器が購入したものである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	購入単価（円/個）	購入個数	使用したのべ患者数
1			,　,　,　円	個	人/月
2			,　,　,　円	個	人/月

（注１）平成２３年７月１日から７月３１日に購入した材料について記入して下さい。
（注２）現在お使いの機器の購入金額(消費税等込み）を記載してください。機器を３機種以上お持ちの場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。
（注３）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

医療機器等リース代金調査票（現在お使いの機器がリースである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	月当たりリース単価（円/個）	契約個数	使用したのべ患者数
1			,　,　,　円	個	人/月
2			,　,　,　円	個	人/月

（注１）平成２３年７月１日から７月３１日に使用した材料について記入して下さい。
（注２）現在お使いの機器の直近のリース代（消費税等込み）を記載してください。機器が３機種以上の場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。
（注３）リース代は１か月当たりの金額を記載してください。（年間契約の場合は契約額を１２で割って月当たりの額を記載してください。）
（注４）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

医療機器等レンタル代金調査票（現在お使いの機器がレンタルである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	月当たりレンタル単価（円/個）	契約個数	使用したのべ患者数
1			,　,　,　円	個	人/月
2			,　,　,　円	個	人/月

（注１）平成２３年７月１日から７月３１日に使用した材料について記入して下さい。
（注２）現在お使いの機器の直近のレンタル代（消費税等込み）を記載してください。機器が３機種以上の場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。
（注３）レンタル代は１か月当たりの金額を記載してください。（年間契約の場合は契約額を１２で割って月当たりの額を記載してください。）
（注４）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

15. 上部消化管ファイバースコープ

この医療機器をセット品で購入している	はい　・　いいえ

※セットで購入しており個別の値段が不明の場合はこれより以下は記入しないでください。

医療機器等購入価格調査票（現在お使いの機器が購入したものである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	購入単価（円/個）	購入個数	使用したのべ患者数
1			,　,　,　円	個	人/月
2			,　,　,　円	個	人/月

（注１）平成２３年７月１日から７月３１日に購入した材料について記入して下さい。
（注２）現在お使いの機器の購入金額(消費税等込み）を記載してください。機器を３機種以上お持ちの場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。
（注３）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

医療機器等リース代金調査票（現在お使いの機器がリースである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	月当たりリース単価（円/個）	契約個数	使用したのべ患者数
1			,　,　,　円	個	人/月
2			,　,　,　円	個	人/月

（注１）平成２３年７月１日から７月３１日に使用した材料について記入して下さい。
（注２）現在お使いの機器の直近のリース代（消費税等込み）を記載してください。機器が３機種以上の場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。
（注３）リース代は１か月当たりの金額を記載してください。（年間契約の場合は契約額を１２で割って月当たりの額を記載してください。）
（注４）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

医療機器等レンタル代金調査票（現在お使いの機器がレンタルである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	月当たりレンタル単価（円/個）	契約個数	使用したのべ患者数
1			,　,　,　円	個	人/月
2			,　,　,　円	個	人/月

（注１）平成２３年７月１日から７月３１日に使用した材料について記入して下さい。
（注２）現在お使いの機器の直近のレンタル代（消費税等込み）を記載してください。機器が３機種以上の場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。
（注３）レンタル代は１か月当たりの金額を記載してください。（年間契約の場合は契約額を１２で割って月当たりの額を記載してください。）
（注４）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

16. 大腸ファイバースコープ

この医療機器をセット品で購入している	はい　・　いいえ

※セットで購入しており個別の値段が不明の場合はこれより以下は記入しないでください。

医療機器等購入価格調査票（現在お使いの機器が購入したものである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	購入単価（円/個）	購入個数	使用したのべ患者数
1			,　,　,　円	個	人/月
2			,　,　,　円	個	人/月

（注１）平成２３年７月１日から７月３１日に購入した材料について記入して下さい。
（注２）現在お使いの機器の購入金額(消費税等込み）を記載してください。機器を３機種以上お持ちの場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。
（注３）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

医療機器等リース代金調査票（現在お使いの機器がリースである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	月当たりリース単価（円/個）	契約個数	使用したのべ患者数
1			,　,　,　円	個	人/月
2			,　,　,　円	個	人/月

（注１）平成２３年７月１日から７月３１日に使用した材料について記入して下さい。
（注２）現在お使いの機器の直近のリース代（消費税等込み）を記載してください。機器が３機種以上の場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。
（注３）リース代は１か月当たりの金額を記載してください。（年間契約の場合は契約額を１２で割って月当たりの額を記載してください。）
（注４）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

医療機器等レンタル代金調査票（現在お使いの機器がレンタルである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	月当たりレンタル単価（円/個）	契約個数	使用したのべ患者数
1			,　,　,　円	個	人/月
2			,　,　,　円	個	人/月

（注１）平成２３年７月１日から７月３１日に使用した材料について記入して下さい。
（注２）現在お使いの機器の直近のレンタル代（消費税等込み）を記載してください。機器が３機種以上の場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。
（注３）レンタル代は１か月当たりの金額を記載してください。（年間契約の場合は契約額を１２で割って月当たりの額を記載してください。）
（注４）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

17. 気管支ファイバースコープ

この医療機器をセット品で購入している	はい　・　いいえ

※セットで購入しており個別の値段が不明の場合はこれより以下は記入しないでください。

医療機器等購入価格調査票（現在お使いの機器が購入したものである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	購入単価（円/個）	購入個数	使用したのべ患者数
1			,　,　,　円	個	人/月
2			,　,　,　円	個	人/月

（注１）平成２３年７月１日から７月３１日に購入した材料について記入して下さい。
（注２）現在お使いの機器の購入金額(消費税等込み）を記載してください。機器を３機種以上お持ちの場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。
（注３）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

医療機器等リース代金調査票（現在お使いの機器がリースである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	月当たりリース単価（円/個）	契約個数	使用したのべ患者数
1			,　,　,　円	個	人/月
2			,　,　,　円	個	人/月

（注１）平成２３年７月１日から７月３１日に使用した材料について記入して下さい。
（注２）現在お使いの機器の直近のリース代（消費税等込み）を記載してください。機器が３機種以上の場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。
（注３）リース代は１か月当たりの金額を記載してください。（年間契約の場合は契約額を１２で割って月当たりの額を記載してください。）
（注４）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

医療機器等レンタル代金調査票（現在お使いの機器がレンタルである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	月当たりレンタル単価（円/個）	契約個数	使用したのべ患者数
1			,　,　,　円	個	人/月
2			,　,　,　円	個	人/月

（注１）平成２３年７月１日から７月３１日に使用した材料について記入して下さい。
（注２）現在お使いの機器の直近のレンタル代（消費税等込み）を記載してください。機器が３機種以上の場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。
（注３）レンタル代は１か月当たりの金額を記載してください。（年間契約の場合は契約額を１２で割って月当たりの額を記載してください。）
（注４）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

18. 全身用Ｘ線ＣＴ装置

医療機器等購入価格調査票（現在お使いの機器が購入したものである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	検出器の数	購入単価（円/個）	使用したのべ患者数
1				,,,円	人/月
2				,,,円	人/月

（注１）平成２３年７月１日から７月３１日に購入した材料について記入して下さい。
（注２）現在お使いの機器の購入金額(消費税等込み）を記載してください。機器を３機種以上お持ちの場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。
（注３）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

医療機器等リース代金調査票（現在お使いの機器がリースである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	検出器の数	月当たりリース単価（円/個）	使用したのべ患者数
1				,,,円	人/月
2				,,,円	人/月

（注１）平成２３年７月１日から７月３１日に使用した材料について記入して下さい。
（注２）現在お使いの機器の直近のリース代（消費税等込み）を記載してください。機器が３機種以上の場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。
（注３）リース代は１か月当たりの金額を記載してください。（年間契約の場合は契約額を１２で割って月当たりの額を記載してください。）
（注４）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

医療機器等レンタル代金調査票（現在お使いの機器がレンタルである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	検出器の数	月当たりレンタル単価（円/個）	使用したのべ患者数
1				,,,円	人/月
2				,,,円	人/月

（注１）平成２３年７月１日から７月３１日に使用した材料について記入して下さい。
（注２）現在お使いの機器の直近のレンタル代（消費税等込み）を記載してください。機器が３機種以上の場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。
（注３）レンタル代は１か月当たりの金額を記載してください。（年間契約の場合は契約額を１２で割って月当たりの額を記載してください。）
（注４）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

19. 頭部用Ｘ線ＣＴ装置

医療機器等購入価格調査票（現在お使いの機器が購入したものである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	検出器の数	購入単価（円/個）	使用したのべ患者数
1				,,,円	人/月
2				,,,円	人/月

（注１）平成２３年７月１日から７月３１日に購入した材料について記入して下さい。
（注２）現在お使いの機器の購入金額(消費税等込み）を記載してください。機器を３機種以上お持ちの場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。
（注３）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

医療機器等リース代金調査票（現在お使いの機器がリースである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	検出器の数	月当たりリース単価（円/個）	使用したのべ患者数
1				,,,円	人/月
2				,,,円	人/月

（注１）平成２３年７月１日から７月３１日に使用した材料について記入して下さい。
（注２）現在お使いの機器の直近のリース代（消費税等込み）を記載してください。機器が３機種以上の場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。
（注３）リース代は１か月当たりの金額を記載してください。（年間契約の場合は契約額を１２で割って月当たりの額を記載してください。）
（注４）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

医療機器等レンタル代金調査票（現在お使いの機器がレンタルである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	検出器の数	月当たりレンタル単価（円/個）	使用したのべ患者数
1				,,,円	人/月
2				,,,円	人/月

（注１）平成２３年７月１日から７月３１日に使用した材料について記入して下さい。
（注２）現在お使いの機器の直近のレンタル代（消費税等込み）を記載してください。機器が３機種以上の場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。
（注３）レンタル代は１か月当たりの金額を記載してください。（年間契約の場合は契約額を１２で割って月当たりの額を記載してください。）
（注４）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

20. 核磁気共鳴画像診断装置

医療機器等購入価格調査票（現在お使いの機器が購入したものである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	磁場の強さ（例１．５テスラ）	購入単価（円/個）	使用したのべ患者数
1				,,,円	人/月
2				,,,円	人/月

（注１）平成２３年７月１日から７月３１日に購入した材料について記入して下さい。
（注２）現在お使いの機器の購入金額(消費税等込み）を記載してください。機器を３機種以上お持ちの場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。
（注３）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

医療機器等リース代金調査票（現在お使いの機器がリースである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	磁場の強さ（例１．５テスラ）	月当たりリース単価（円/個）	使用したのべ患者数
1				,,,円	人/月
2				,,,円	人/月

（注１）平成２３年７月１日から７月３１日に使用した材料について記入して下さい。
（注２）現在お使いの機器の直近のリース代（消費税等込み）を記載してください。機器が３機種以上の場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。
（注３）リース代は１か月当たりの金額を記載してください。（年間契約の場合は契約額を１２で割って月当たりの額を記載してください。）
（注４）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

医療機器等レンタル代金調査票（現在お使いの機器がレンタルである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	磁場の強さ（例１．５テスラ）	月当たりレンタル単価（円/個）	使用したのべ患者数
1				,,,円	人/月
2				,,,円	人/月

（注１）平成２３年７月１日から７月３１日に使用した材料について記入して下さい。
（注２）現在お使いの機器の直近のレンタル代（消費税等込み）を記載してください。機器が３機種以上の場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。
（注３）レンタル代は１か月当たりの金額を記載してください。（年間契約の場合は契約額を１２で割って月当たりの額を記載してください。）
（注４）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

21. ポジトロン断層撮影装置（※ＰＥＴ－ＣＴを含む）

医療機器等購入価格調査票（現在お使いの機器が購入したものである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	磁場の強さ（例１．５テスラ）	購入単価（円/個）	使用したのべ患者数
1				,,,円	人/月
2				,,,円	人/月

（注１）平成２３年７月１日から７月３１日に購入した材料について記入して下さい。
（注２）現在お使いの機器の購入金額(消費税等込み）を記載してください。機器を３機種以上お持ちの場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。
（注３）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

医療機器等リース代金調査票（現在お使いの機器がリースである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	磁場の強さ（例１．５テスラ）	月当たりリース単価（円/個）	使用したのべ患者数
1				,,,円	人/月
2				,,,円	人/月

（注１）平成２３年７月１日から７月３１日に使用した材料について記入して下さい。
（注２）現在お使いの機器の直近のリース代（消費税等込み）を記載してください。機器が３機種以上の場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。
（注３）リース代は１か月当たりの金額を記載してください。（年間契約の場合は契約額を１２で割って月当たりの額を記載してください。）
（注４）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

医療機器等レンタル代金調査票（現在お使いの機器がレンタルである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	磁場の強さ（例１．５テスラ）	月当たりレンタル単価（円/個）	使用したのべ患者数
1				,,,円	人/月
2				,,,円	人/月

（注１）平成２３年７月１日から７月３１日に使用した材料について記入して下さい。
（注２）現在お使いの機器の直近のレンタル代（消費税等込み）を記載してください。機器が３機種以上の場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。
（注３）レンタル代は１か月当たりの金額を記載してください。（年間契約の場合は契約額を１２で割って月当たりの額を記載してください。）
（注４）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

22. 喉頭ファイバー

この医療機器をセット品で購入している	はい　・　いいえ

※セットで購入しており個別の値段が不明の場合はこれより以下は記入しないでください。

医療機器等購入価格調査票（現在お使いの機器が購入したものである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	購入単価（円/個）	購入個数	使用したのべ患者数
1			,　,　,　円	個	人/月
2			,　,　,　円	個	人/月

（注１）平成２３年７月１日から７月３１日に購入した材料について記入して下さい。
（注２）現在お使いの機器の購入金額(消費税等込み）を記載してください。機器を３機種以上お持ちの場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。
（注３）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

医療機器等リース代金調査票（現在お使いの機器がリースである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	月当たりリース単価（円/個）	契約個数	使用したのべ患者数
1			,　,　,　円	個	人/月
2			,　,　,　円	個	人/月

（注１）平成２３年７月１日から７月３１日に使用した材料について記入して下さい。
（注２）現在お使いの機器の直近のリース代（消費税等込み）を記載してください。機器が３機種以上の場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。
（注３）リース代は１か月当たりの金額を記載してください。（年間契約の場合は契約額を１２で割って月当たりの額を記載してください。）
（注４）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

医療機器等レンタル代金調査票（現在お使いの機器がレンタルである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	月当たりレンタル単価（円/個）	契約個数	使用したのべ患者数
1			,　,　,　円	個	人/月
2			,　,　,　円	個	人/月

（注１）平成２３年７月１日から７月３１日に使用した材料について記入して下さい。
（注２）現在お使いの機器の直近のレンタル代（消費税等込み）を記載してください。機器が３機種以上の場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。
（注３）レンタル代は１か月当たりの金額を記載してください。（年間契約の場合は契約額を１２で割って月当たりの額を記載してください。）
（注４）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

23. 誘発反応測定装置

この医療機器をセット品で購入している	はい　・　いいえ

※セットで購入しており個別の値段が不明の場合はこれより以下は記入しないでください。

医療機器等購入価格調査票（現在お使いの機器が購入したものである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	購入単価（円/個）	購入個数	使用したのべ患者数
1			,　,　,　円	個	人/月
2			,　,　,　円	個	人/月

（注１）平成２３年７月１日から７月３１日に購入した材料について記入して下さい。
（注２）現在お使いの機器の購入金額(消費税等込み）を記載してください。機器を３機種以上お持ちの場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。
（注３）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

医療機器等リース代金調査票（現在お使いの機器がリースである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	月当たりリース単価（円/個）	契約個数	使用したのべ患者数
1			,　,　,　円	個	人/月
2			,　,　,　円	個	人/月

（注１）平成２３年７月１日から７月３１日に使用した材料について記入して下さい。
（注２）現在お使いの機器の直近のリース代（消費税等込み）を記載してください。機器が３機種以上の場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。
（注３）リース代は１か月当たりの金額を記載してください。（年間契約の場合は契約額を１２で割って月当たりの額を記載してください。）
（注４）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

医療機器等レンタル代金調査票（現在お使いの機器がレンタルである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	月当たりレンタル単価（円/個）	契約個数	使用したのべ患者数
1			,　,　,　円	個	人/月
2			,　,　,　円	個	人/月

（注１）平成２３年７月１日から７月３１日に使用した材料について記入して下さい。
（注２）現在お使いの機器の直近のレンタル代（消費税等込み）を記載してください。機器が３機種以上の場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。
（注３）レンタル代は１か月当たりの金額を記載してください。（年間契約の場合は契約額を１２で割って月当たりの額を記載してください。）
（注４）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。