| 統計調查名 | 医療給付実態調査 | £ 20.0 |
|-----------------|--|--|
| 主管部局名 | 保険局調査課 | |
| 調査開始年(西暦) | 2008年 調査の ^{毎四半期} 実施周期 | 平成24年度予算 519 (単位:千円) |
| 調査の目的 | 医療保険制度加入者の受診状況を年齢別、疾病分類別全な発展のための基礎資料を得る。 | 等様々な切り口から観察し、医療保険制度の健 |
| 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会議資料、制度改正、制度運営等 | 保険部会資料、社会保障改革に関する集中検討 |
| 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 | 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 |
| 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 | 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 | |

| 統計調査名 | 医療給付 | 実態調査 | | | * | 8 1 | |
|-----------|---|-----------------------|----------------------|----------|------------------------|---------|--------------------|
| 主管部局名 | 保険局 調査課 | | * 2 | | 1 q | - 3 | 8-1 8-1 |
| | | | | | | | |
| 外部委託 | モ業務の内容 | (委託業務に「(| つ」、委託しては | ハない場合は(3 | 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 | *************************************** | | | | | | ļ. |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| e-Stat アク | クセス数 | | | 厚労省等 | 宇ホームページ | 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 | | | | | | | |
| | *************************************** | ₩ | | | | | N. |
| | | | | 7 1 | | | |
| | 二次利用件 | ₩₩ | | | | ¥ | |
| | | 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。

| 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 2年 実施周期 | 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診療報酬に関する基礎資料を整備することを目的とし | |
| | | |
| 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 診療報酬改定の検討資料 | こ直接使用・行政刷新会議及び財務省においても |
| 調査の流れ | 本省一民間事業者一対象 | |
| 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 | |
| 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 WEBサイトから調査票ファイル 調査方法 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 | | |

| 統計調查名 | 医療経済 | 実態調査(| 医療機関 | 等調査) | 4 | | di a |
|----------|---------------------|-----------------------------------|----------------------|----------|------------------------|---|----------------------|
| 主管部局名 | 保険局 医療課 | 1 - 4 - 4 | | | | [] ¹ 2 [[w]] | |
| 外部季 | 託業務の内容 | (委託業務に「 | ○1. 委託して | いない場合は(2 | 2欄)、業務その | ものがない場合 | 今(ま「- ₁) |
| | | | | | | | |
| 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 審查·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) |
| | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | | | ¥ | | | | |
| 備考 | | | | | | *************************************** | |
| | Vannecetennesoopenn | | | | | | |
| | ļ | | | | | | |
| e-Stat 7 | アクセス数 | | | 厚労省等 | テホームページ | 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 | | | | | | | |
| | | | | | | | William Control |
| | | | | | | | |
| | 二次利用件 | | 2 | 228 | | | |
| | | erajicojas) kojasatoliotokastajas | 2条 | 33条 | | | |
| H23年度 | 0 | | 0 | 0 | | | |
| H22年度 | 0 | | 0 | 0 | | | |
| H21年度 | 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。

| 坩 | 也填 | 苋 | | | 都 | 道 | 府 | 県 | |
|---|----|---|-----|-----|-----|-----|-----|---------|--|
| 北 | 海 | 道 | 北海道 | 1 | | | | | |
| 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)

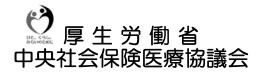
(宛名ラベル貼付位置)

↓ 必ずご記入ください。

| 貴阳 | 記名 | | | | | | |
|---------|---------|------|---|----|----|---|---|
| 都道府県番号・ | 医療機関コード | | - | | | | - |
| 記入電 | 长名 | | | 部署 | | | |
| | 電話番号 | 市外局番 | _ | _ | (内 | 線 |) |
| 連絡先 | 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 | は税理士 氏名 | | | | | |
|---------|---------|------|---|---|-----|---|
| 連絡先 | 電話番号 | 市外局番 | _ | _ | (内線 |) |
| 建和几 | e-mail | | | @ | | |



第1 基本データ

| 1 貴院の開設者 | | | (平成 | 23年6月3 | 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 | 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3 | 0日現在) |
| 一般病床 | 療養病床 | | 精神 | 科病床 | 結核病床 | 感染症病 | 京床 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 | | |
| | | | | | | | | |
| 4 入院基本料等の状況 | | | (平成 | 23年6月3 | 30日現在、該 | 当する番号 | かままして | 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 該当してに | 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 | 基本料2 | |
| | | 3 | 移行 • | 4 特別入 | 、院基本料・ | 5 該当してに <u></u> | ハない | |
| 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 1 | 8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 | · 2 135 | 対1 ・ 3 15 | | 8対1 · 5 | 20対1 |
| | | 6 | 特別入 | 院基本料 ' | ・ 7 該当してし | 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 | () | | |
| | (結核病棟) | | | | 3 13対1 ・ 4 | | | |
| | (精神病棟) | | | | 3 13対1 ・ 4 | | | |
| 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 | | |
| | | 5 | 該当して | ていない | | | | |
| 8 特殊疾患病棟入院料 | | 1 4 | —— 特殊疾患症 | 病棟入院料1 | ・ 2 特殊疾患病 | —— 棟入院料2 · | 3 該当していな | :(1) |
| | | | | | | | | |
| 5 直近の2事業年(度) | | | | | (個人立の場 | 合は記入の | の必要はあり | J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 | 湏(| 平瓦 | 戈2 3 | 3年 | 6月 | 分) | | 金 | 額(| 平月 | 戊23年 | €3月 | 末ま | での | 事業 | 年(度 | ((| 金額 | 頁 (平 | ₽成2: | 2年3 | 3月末 | まて | の事 | 業年 | (度)) |
|------------------|-----|----|----|----|-------------|----|----|----|---|----|----|----|------|-----|----|----|----|-----|----|-----|-------------|------|-----|-----|----|----|----|------|
| 1 入院診療収益(患者負担含む) | 1 | | 億 | 百万 | | | Ŧ | | 円 | 6 | | | 億 | 百万 | | | Ŧ | | 円 | (1) | | 億 | | 百万 | | Ŧ | | 円 |
| 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 | | 3 | 金額 | Į (: | 平成 | t23 | 3年 | 6 F | 引分 | ٠) | | 金額 | 頁 (3 | 平成 | 23年 | F3月 | 末ま | での | り事 | 業年 | (度) |) 🕏 | 含額 | Į (<u>s</u> | 平成 | 22호 | ₹3月 | 末ま | での | 事業 | 年(| 度)) |
|---------------|----|----|----|------|----|-----|----|-----|----|----|----------|----|-------------|----|-----|-----|----|----|----|----|-----|--------|----------|--------------|----|-----|-----|----|----|----|----|-----|
| 1 施設サービス収益 | (I | 6) | 1 | 意 | 百万 | | | Ŧ | | | 円 | 2 | | | 億 | 百万 | | | Ŧ | | | # 2 | B | | 1 | 意 | 百万 | | | Ŧ | | 円 |
| 2 居宅サービス収益 | (į | 7) | | | | | | | | | (| 2) | | | | | | | | | | 2 |) | | | | | | | | | |
| (うち)短期入所療養介護分 | (i | 8) | | | | | | | | | k | 23 | | | | | | | | | | 2 | 9 | | | | | | | | Ī | |
| 3 その他の介護収益 | (į | 9 | | | | | | | | | (| 2 | | | | | | | | | | Q | 9 | | | | | | | | | |
| 介護収益合計 | 2 | 0 | | | | | | | | | | 2) | | | | | | | | | | (3 | D | | | | | | | | | |

[※] 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 | |
| 2 その他の収益 | ③〕 億 百万 千 円 | (a) (a) (b) (a) (b) (b) (c) (c) (c) (c) (c) (c) (c) (c) (c) (c |
| その他の収益合計 | 記入不要 | (a) (b) (c) (c) (c) (c) (c) (c) (c) (c) (c) (c |

Ⅳ 医業·介護費用

| | | _ | | | | | | | | _ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------|---------------------------------------|-----|----|-----|----|-----|------|----|----|-----------------|---|-----|--------------|-----|----|----|-----|-------|-----------------|---|----|------|-----|----|------------|-----|-----------|-----|------------|
| | 科 目 | | 金客 | 頁(z | 平成 | 23 | 年6 | 月分 | (行 | 슢 | 額 | (平) | 或23 : | 年3月 | 末ま | での |)事: | 業年(度) | 金 | 額 | (平 | -成22 | 2年3 | 月末 | たまて | での事 | 革業 | 年(度 | <u>(</u> (|
| 1 材料費 | (1)医薬品費 | 33 | | 億 | 百万 | | 千 | | | [™] (4 | 9 | | 億 | 百万 | 5 | | Ŧ | | [™] 6] | | Τ | 億 | | 百万 | | Ŧ | | | F. |
| | (2)診療材料費・医療消耗器具備品費 | 39 | | Ī | | | | | | 4 |) | Ī | | | | | | | 62 |) | Ī | | | | Ī | | | | |
| | (3)歯科材料費 | 40 | | | | | | | | 4 |) | | | | | | | | 63 |) | | | | | | | | | |
| | (4)給食用材料費 | 41) | | | | | | | | (5) |) | | | | | | | | 64 | | | | | | | | | | |
| 2 給与費 | (「第3 給与」の113欄及び12)欄の金額を記入してください。) | | | | 記入 | 入不. | 要 | | | (5 | D | | | | | | | | 65 | | Π | П | | | | | | | |
| 3 委託費 | | 42 | | | | | | | | (5) |) | | | | | | | | 66 | | Ī | П | | | | | | | |
| 4 設備関係 | · · · · · · · · · · · · · · · · · · · | 43 | | | | | | | | (5 |) | | | | | | | | 67 |) | | | | | | | | | |
| (うち)減(| 価償却費 | | | | | | | | | (5 |) | | | | | | | | 68 | | | | | | | | | | |
| (うち) | 建物減価償却費 | | | | 記入 | 入不. | 要 | | | (5 |) | | | | | | | | 69 | | | | | | | | | | |
| (うち) | 医療機器減価償却費 | | | | | | | | | (5) | 9 | | | | | | | | 70 | 7 | | | | | | | | | |
| (うち)土: | 地賃借料 | 4 | | | | | | | | (5 | 9 | | | | | | | | 71 | 1 | | | | | | | | | |
| 5 経 費 | | 45 | | | | | | | | (5) | € | | | | | | | | 72 | | T | П | | | | | | | |
| 6 その他の |)医業•介護費用 | 46 | | | | | | | | (5) | 9 | | | | | | | | 73 |) | | | | | | | | | |
| | 医業·介護費用合計 | | | | 記え | 入不 | 要3 - | - | | 6 |) | | | | | | | | 74 | | Ī | П | | | Ī | | | Π | |

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 | |
| 2 その他の費用 | (75) 億 百万 千 円 | |

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 | (S) (# 1877) F F F F F F F F F |
| 2 特別損失 | | |

Ⅷ 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 | | |
| 2 運営費補助 | 記入不要 | |
| 3 設備費補助 | | ◎ |

第3 給 与

I 給料

| | | 常勤 | 職 | 員(平原 | 戊23 | 年6月分 | 子) | - | 常勤職 | 員(| 平成23年3月末ま | での事業 | 年(度) |) | ţ | 常勤職 | 員(| 平成22年3月末 | までの | 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 | Ŧ | FI | 2 | 人 | 3 | 億百万 | ٦ | | Ħ | 45 | 人 | <u> </u> | 億 | 五万 | Ŧ | | 円 |
| 医 師 | 2 | 人 | 13 | | | | | 2 | 人 | 3 | | | П | | 46 | 人 | ⑤ | | | | | |
| 歯科医師 | 3 | 人 | 14) | | | | | 2 | 人 | 39 | | | П | | <u>47</u> | 人 | <u> </u> | | | | | |
| 薬剤師 | 4 | 人 | 15) | | | | | 29 | 人 | 3 | | | П | | 48 | 人 | <u> </u> | | | | | |
| 看護職員 | (5) | 人 | 16) | | | | | 2 | 人 | 3 | | | П | | 49 | 人 | 60 | | | | | |
| 看護補助職員 | 6 | 人 | 17) | | | | | 23 | 人 | 3 | | | | | <u>50</u> | 人 | 61) | | | | | |
| 医療技術員 | 7 | 人 | 18) | | | | | 29 | 人 | 40 | | | | | 51) | 人 | 62 | | | | | |
| 事務職員 | 8 | 人 | 19 | | | | | 3 | 人 | 41) | | | | | <u>52</u> | 人 | 63 | | | | | |
| 技能労務員・労務員 | 9 | 人 | 20 | | | | | 3 | 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 | 2 | | | | | 3 | 人 | 4 | | | | | 54 | 人 | 65 | | | | | |
| 合 計 | (11) | 人 | 2 | | | | | 3 | 人 | 4 | | | | | 5 5 | 人 | 6 | | | | | |

Ⅱ 賞与

| | 常勤 | 職 員(平成23年6月分) | 7 | 常勤職! | 員 (| 平成23年3月末まで | での事業年(度 | Ę)) | Ė | 常勤職 | 員(| 平成22年3月末まで | での事業 | 年(度)) |
|--------------------------|------|---------------|----|------|-----|------------|---------|-----|-----|-----|-----|------------|----------|-------|
| 職種 | 人員 | 賞 与 | _ | 人員 | | 賞 | 与 | | | 人員 | _ | 賞 | 与 | |
| 病院長 | | | 6 | 人 | 7 | 億百万 | Ŧ | Ħ | 87 | 人 | @ | 億 百万 | 7 | F |
| 医 師 | | | 69 | 人 | 73 | | | | 88 | 人 | @ | | | |
| 歯科医師 | | | 69 | 人 | 79 | | | | 89 | 人 | 9 | | | |
| 薬剤師 | | | 7 | 人 | 8 | | | | 90 | 人 | 100 | | | |
| 看護職員 | 記入不要 | 記入不要 | 7 | 人 | 81 | | | | 91) | 人 | 101 | | | |
| 看護補助職員 | | | 7 | 人 | 82 | | | | 92 | 人 | 102 | | | |
| 医療技術員 | | | 7) | 人 | 83 | | | | 93 | 人 | 103 | | | |
| 事務職員 | | | 7 | 人 | 84 | | | | 94) | 人 | 104 | | | |
| 技能労務員·労務員 | | | 7 | 人 | 83 | | | | 95 | 人 | 103 | | | |
| 役員 (上記の職種に従事している者を除く) | | | 79 | 人 | 86 | | | | 99 | 人 | 100 | | | |

Ⅲ 給与費等の内訳

| 血 和丁貝サンドが | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|----|---------------|------------|-----|---|----|-----|-----|---|---|-----|-----|-----|-----|----|----|---|-----|----|------|-----|-----|-----|-----|----|---------|-----|----|
| 給与費内訳 | | | | | 4 | 成2 | 23年 | F6月 | 分 | | 2 | F成2 | 23年 | 3月末 | まで | の事 | 業 | 年(度 | ₹) | 4 | ₹成2 | 22年 | 3月末 | ままて | での | 事業 | 年(度 | () |
| 非常勤職員給料 | | | | (07 | 億 | 百万 | ਸ | | Ŧ | 円 | 110 | | 億 | 百 | 万 | | Ŧ | | 円 | (11) | | Ø | ğ | 百万 | | Ŧ | T | 円 |
| 賞与支給額 | | | | | | | | | | | 11) | | | | | | | | | (1) | | T | П | | | | | |
| 退職給付引当金制度の有無(03) (該当する項目に〇を記入してください。) | あり | \rightarrow | 退職給付引当金繰入額 | | | 12 | !入? | 下要 | | | 112 | | | | | | | | | (1) | | T | П | | | \prod | T | |
| (該当する項目に〇を記入してください。) | なし | \rightarrow | 退職金支払額 | | | | | | | | 113 | | | | | | | | | (1) | | | | | | | | |
| 法定福利費 | | | | 109 | | | | | | | 113 | | | | | | | | | (12) | | | | | | | | |
| 給与費等の合計 | | | | | | 12 | !入? | 下要 | | | | | | | | | | | | (12) | | T | П | | | | | |

- ※ 🕠 欄 = ④ 欄 + 🕠 欄 + 🕠 欄 + (🕦 欄 🕮 🗓 欄) + 🕦 欄
- ※②欄=⑥欄+⑪欄+⑪欄+(⑩欄 ೱは ⑪欄)+②欄

第4 資産・負債

〇 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。

| 拘 | Ē | ŧ | o · | 部 | | | | | | | | | | | | | | |
|---------|---|---|-----|-----|------|-----|-----|-----|-------|---|---|----|-----|-------|----|-----|----|------|
| 科 目 | | 金 | 額(| 平成2 | 3年3月 | 末まっ | での事 | 工業年 | F(度)) | | 3 | 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 | | | Ŧ | | Ħ | 5 | | 億 | 百刀 | ī | | Ŧ | 円 |
| Ⅱ 固定資産 | 2 | | | | | | | | | | 6 | | | | | | | |
| Ⅲ 繰延資産 | 3 | | | | | | | | | | 7 | | | | | | | |
| 資 産 合 計 | 4 | | | | | | | | | | 8 | | | | | | | |

| İ | 1 | ŧ | ၈ | 部 | | | | | | | | | | | | | | |
|---------|------|---|---|------|-------|----|-----|-----|-------|---|-----|----|-----|-------|-----|------|------|-----|
| 科目 | | 金 | 額 | (平成2 | 23年3. | 月末 | までの | 事業年 | 丰(度)) | | | 金額 | (平成 | 22年3月 | 末まで | での事業 | (年() | 变)) |
| Ⅳ 流動負債 | 9 | | | 億 | 百 | 万 | | Ŧ | | 円 | 12 | | 億 | 百万 | Ī | Ŧ | | 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(※) | |
| 損害保険料 | ② |
| 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) (8) (B) (T) (T) (D) (B) (B) (B) (T) (T) (T) |
| 住民税 | 8 0 |
| 事業税 | 9 |

[※] 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 | (3) (6 E7) F P (4) (6 E7) F P |

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 について 3. その他() とする 頂見 に 〇 太 記し てください を 物() と |
|----------------------------|---|
| ※(談) | <u>当する項目に〇を記してください。複数選択可)</u> |
| 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)

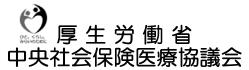
| (宛名ラベル貼付位置) |
|-------------|
| |

√必ずご記入ください。

| 貴隊 | 完名 | | | | | | | |
|---------|---------|------|---|---|----|----|---|---|
| 都道府県番号・ | 医療機関コード | | | - | | | | |
| 記入者 | | | | | 部署 | | | |
| | 電話番号 | 市外局番 | | _ | _ | (内 | 線 |) |
| 連絡先 | 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 | は税理士 氏名 | | | | | |
|---------|---------|------|---|---|-----|---|
| 連終先 | 電話番号 | 市外局番 | _ | _ | (内線 |) |
| 建裕尤 | e-mail | | | @ | | |



第1 基本データ

| 1 | 貴院の開設者 | | (平成23年 | 6月30日現在 | 主、該当する | 番号を記 | 記入して | (ださい。) |
|----|----------------------|--------------|--------|-----------|---------|--------------------|--------|--------|
| | | 1 個人 | 2 | 医療法人 | | 3 <i>その</i> |)他 | 1 |
| | | | | | | | | |
| 2 | 主たる診療科目 | | | | | | | |
| (平 | 成23年6月30日現在、広告する語 | 診療科目のうち、主たる診 | 療科目の番号 | 一(別添「記入要行 | 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 | 8年6月3 | 0日現在) |
| | 許可病床数 | | | | | 3 | | 床 |
| | | | | | - | | | |
| 4 | 処方の状況 | | | | | (平成2 | 23年6月 | 1か月間) |
| | 処方せん料の算定(院外処 | 方)の回数 | | | | 4 | | 口 |
| | 処方料の算定(院内処方)の | D回数 | | | | ⑤ | | □ |
| | | | | | _ | | | |
| 5 | 直近の2事業年(度) | | | (個人立 | の場合は記 | 己入の必 | 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

平成22年3月末までに終了した事業年(度)

年

月 ~

平成:

月

年

第2 損 益

I 医業収益

| | 科目 | 슄 | 含額 | (平月 | 或2 | 3年6 | 3月分 | (1 | 金額 | 頁(平成 | 23年3月 | 末まて | の事業 | (度) | 金 | 額(平成 | 22年3 | 月末ま | での事 | 業年(月 | 隻)) |
|-----------|-------------------|-----|----|-----|----|-----|-----|----|------|------|-------|-----|-----|-----|-----|------|------|-----|-----|------|-----|
| 1 入院診療収益 | (1)保険診療収益(患者負担含む) | 1 | 億 | 百万 | | Ŧ | | Ħ | 9 | 億 | 百万 | | 千 | P | 17) | 億 | 百万 | | 千 | | 円 |
| | (2)公害等診療収益 | 2 | | | | | | | 10 | | | | | | 18 | | | | | | П |
| | (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 | その他の医業収益 | | | | | | | | 15) | | | | | | 23) | | | | | | |
| | の他の医業収益 医業収益合計 | | | | | | | | 16) | | | | | | 24) | | | | | | |

Ⅱ 介護収益

| 科目 | 4 | 沒額 | (2 | 平成 | 23: | 年6 | 月分 | •) | 金額 | 類(平 | ² 成23 | 年3月: | 末まで | での事 | 業年(| 度)) | 金額 | 頂(平月 | 戊224 | ∓3月۶ | 末まて | の事 | 業年(| 度)) |
|---------------|-----|----|-----|----|-----|----|----|----|-----|-----|------------------|------|-----|-----|-----|-----|-----|------|------|------|-----|----|-----|-----|
| 1 施設サービス収益 | 25) | 億 | 1 | 百万 | | 千 | | 円 | 30 | | 億 | 百万 | | 千 | | 円 | 35) | (I | | 百万 | | Ŧ | | Ħ |
| 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 | | | | Ī | | | | 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(1)欄及て(2)欄の金額を記入してください。) | 記入不要 | 46 億 百万 千 円 | ⑤ 億 酉万 千 円 |
| 2 医薬品費 | (集) | 47 | <u> </u> |
| 3 材料費 | 41) | 48 | © |
| (うち)給食用材料費 | 42 | 49 | (i) |
| 4 委託費 | 43 | 50 | © |
| 5 減価償却費 | | 60 | © |
| (うち)建物減価償却費 | 記入不要 | ⊚ | 69 |
| (うち)医療機器減価償却費 | | 63 | 69 |
| 6 その他の医業・介護費用 | 4 | 69 | 66 |
| (うち)土地賃借料 | 45 | 69 | (i) |
| (うち)支払利息 | 記入不要 | 69 | ⊚ |
| 医業·介護費用合計 | RUJY!!'SC | <u> </u> | <u> </u> |

第3 給 与

I 給料

| | | 常勤 | 職 | 員(平成 | 23年 | 6月分 |) | 常 | 常勤 職 員 | (平 | 7成2 | 3年3月 | 末ま | での | 事業年 | F(度) |) | 常 | 勤耳 | 哉 員 | (平) | 或22 : | 年3月 | 末 | きでの | の事: | 業年 | (度) |) |
|---------------------------|-----|----|------|------|-----|-----|---|-----|--------|----|-----|------|----|----|-----|------|---|----------|----|-----|------|--------------|-----|----|-----|-----|----|---------|---|
| 職種 | | 人員 | | | 給 | 料 | | | 人員 | | | i | 給 | 料 | | | | | 人 | 員 | | | | 給 | | 料 | | | |
| 院 長 (個人立の開設者本人を除く) | 1 | 人 | (12) | | 万 | Ŧ | | 23 | 人 | 34 |) | 億 i | 百万 | | 千 | | 円 | 45) | | 人 | 66 | | 億 | 百万 | | | Ŧ | П | 円 |
| 医 師 | 2 | 人 | (13) | | | | | 24) | J | 35 | | | | | | | | 46) | | 人 | . 1 | | | | | | | П | |
| 歯科医師 | 3 | 人 | (14) | | | | | 25 | 人 | 36 |) | | | | | | | 47) | | 人 | . 63 | | | | | | | | |
| 薬剤師 | 4 | 人 | (15) | | | | | 26 | 人 | 37 |) | | | | | | | 48) | | 人 | . 69 | | | | | | | | |
| 看護職員 | (5) | 人 | 16 | | | | | 27) | J | 38 |) | | | | | | | 49 | | 人 | 60 | | | | | | | П | |
| 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 |) | | | | | | | 5 | | 人 | 62 | | | | | | | | |
| 事務職員 (上記の職種に従事している者を除く) | 8 | 人 | 19 | | | | | 30 | J | 41 |) | | | | | | | 6 | | 人 | 63 | | | | | | | | |
| 技能労務員·労務員 | 9 | 人 | 20 | | | | | 31) | J | 42 |) | | | | | | | 63 | | 人 | 64 | | | | | T | | П | |
| 役 員 (上記の職種に従事している者を除く) | 10 | 人 | 21) | | | | | 32 | J | 43 |) | | | | | | | ⑤ | | 人 | 6 | | | | | | | Ш | |
| 合 計 | (1) | 人 | 22 | | | | | 33 | 人 | 44 |) | | | | | | | <u></u> | | 人 | 66 | | | | | | | \prod | |

Ⅱ 賞与

| <u> </u> | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------|------|---------------|----|------|-----|---------|-----|--------|----|-----|-------------|-------|------|------------|-----|-------|
| | 常勤 | 職 員(平成23年6月分) | 常 | 勤職員(| 平月 | 23年3月末ま | での事 | 業年(度)) | 常 | 勤職員 | (平 | 成22年3 | 3月末ま | ミでの | 事業年 | E(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) | | | 6) | 人 | 77) | 億 百万 | | 千一円 | 87 | 人 | 97) | 億 | 百万 | | Ŧ | 円 |
| 医 師 | | | 69 | 人 | 78) | | | | 88 | 人 | 98) | | | | П | |
| 歯科医師 | | | 69 | 人 | 79 | | | | 89 | 人 | 99 | | | | | |
| 薬剤師 | | | 70 | 人 | | | | | 9 | 人 | @ | | | | | |
| 看護職員 | 記入不要 | 記入不要 | 7 | 人 | 81) | | | | 91 | 人 | (1) | | | | | |
| 看護補助職員 | | | 7 | 人 | 82 | | | | 92 | 人 | (| | | | | |
| 医療技術員 | | | 7 | 人 | 83 | | | | 93 | 人 | (3) | | | | | |
| 事務職員 (上記の職種に従事している者を除く) | | | 7 | 人 | 84 | | | | 94 | 人 | () | | | | | |
| 技能労務員·労務員 | | | 73 | 人 | 85) | | | | 95 | 人 | 103 | | | | | |
| 役 員 (上記の職種に従事している者を除く) | | | 79 | 人 | 86 | | | | 96 | 人 | 106 | | | | IT | TT |

Ⅲ 給与費等の内訳

| 給与費内訳 | | | | | | 平月 | 成23 | 年6月 | 引分 | | | 平成23年 | 3月末 | までの | 事業 | 年(度 |) | 3 | 平成22 | 年3月 | 末まで | の事業 | 年(度 | ξ) |
|--|----|---------------|------------|-----|---|----|-----|-----|----|---|------------|-------|-----|-----|----|-----|---|------|------|-----|-----|-----|-----|----|
| 非常勤職員給料 | | | | 10) | 億 | 百 | 万 | | Ŧ | 円 | <u>(1)</u> | 億 | 百万 | | Ŧ | | Ħ | (1) | 億 | 百 | 5 | Ŧ | | 円 |
| 賞与支給額 | | | | | | | | | | | (1) | | | | | | | (1) | | | | | | |
| 退職給付引当金制度の有無(10) (該当する項目に〇を記入してください。) | あり | \rightarrow | 退職給付引当金繰入額 | | | | 記入 | 不要 | | | (1) | | | | Π | | | (13) | | | | | П | |
| (該当する項目に〇を記入してください。) | なし | \rightarrow | 退職金支払額 | | | | | | | | 1 | | | | | | | (19 | | | | | П | |
| 法定福利費 | | | | 109 | | | | | | | (1) | | | | | | | (12) | | | | | | |
| 給与費等の合計 | | | | | | | 記入 | 不要 | | | 11 | | | | | | | (12) | | | | | | |

[※] ① 欄 = ④ 欄 + ① 欄 + ① 欄 + (① 欄 又は ① 欄) + ① 欄

[※]②欄 = ⑥ 欄 + ① 欄 + ① 欄 + (① 欄 又は ① 欄) + ② 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 P |
| Ⅱ 固定資産 | 2 6 |
| Ⅲ 繰延資産 | 3 |
| 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) (8) (A) (A) (A) (A) (A) (A) (A) (A) (A) (A |
| V 固定負債 | |
| 負 債 合 計 | 0 0 |

第5 租税公課等

| 租税公課等 | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------|----|-------------|-----|------|-----|-----|----|------|-----|-----|------|-----|-----|-----|------|
| 科目 | 金客 | 頁 (3 | 平成2 | 3年3月 | 末まで | での事 | 業年 | (度)) | 金額 | 類(3 | 平成22 | 年3月 | 末まで | の事業 | (度)) |
| 租税公課(※) | 1 | | 億 | 百万 | | Ŧ | | 円 | 4 | | 億 | 百万 | | Ŧ | 円 |
| 損害保険料 | 2 | | | | | | | | (5) | | | | | | П |
| 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) (8) (17) (17) (18) (18) (18) (18) (18) (18) (18) (18 |
| 住民税 | 8 0 |
| 事業税 | 9 0 |

[※] 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 | [3] (億) 百万 千 円 (4) (億) 百万 千 | 円 |

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 ※(該 | 1. 調査の改善提案 3. その他(当する項目に〇を記し |) |) について R 可) |
|-------------|-------------------------------------|---|------------------------|
| | 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)

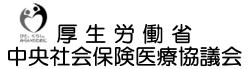
| (宛名ラベル貼付位置) | |
|-------------|--|
| | |

↓必ずご記入ください。

| 貴隆 | 完名 | | | | | | |
|---------|---------|------|---|----|----|---|---|
| 都道府県番号・ | 医療機関コード | | | | | | |
| 記入者 | | | | 部署 | | | |
| | 電話番号 | 市外局番 | _ | _ | (内 | 線 |) |
| 連絡先 | 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 | 対理士 氏名 | | | | | |
|---------|---------------|------|---|---|-----|---|
| 連絡先 | 電話番号 | 市外局番 | _ | _ | (内線 |) |
| 连响儿 | e-mail | | | @ | | |



第1 基本データ

(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 貴院の開設者

| | | 1 個人 | | 2 医療法 | 长人 | | 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 | | 口 |
| | 処方料の算定(院内処方)の | の回数 | | | | | 4 | | □ |
| | | | | | | | | | |
| 4 | 直近の2事業年(度) | | | (| 個人立の場 | 易合は | 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 | | | | | | | | 頁(平成 | 23年3月 | 末まで | での事業 | (度) | | | | | | | | |
|------------------|-----|---|----|--|---|--|---|------|-------|-----|------|-----|---|-----|---|----|--|---|--|---|
| 1 保険診療収益(患者負担含む) | 1 | 億 | 百万 | | Ŧ | | H | 6 | 億 | 百万 | | Ŧ | ſ | 11 | 億 | 百万 | | Ŧ | | 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 | 1.0 | 金額 | (平 | 成23 | 年6 | 月分 | •) | 金額 | 額(平成2 | 3年3月 | 末まて | での事業 | 業年(| 度)) | 金額 | 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 | | Ŧ | | Ħ | 19 | 億 | 百万 | | Ŧ | | 円 | 22 | 億 | 百万 | 5 | Ŧ | | 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(5) 開及び(0) 欄の金額を記入してください。) | 記入不要 | ③ | (d) (億 百万 千 円 |
| 2 医薬品費 | ②5 億 百万 千 円 | 3) | 42 |
| 3 歯科材料費 | 26 | 32 | 43 |
| 4 委託費 | Ø | 33 | 4 |
| 5 減価償却費 | | 34 | 45 |
| (うち)建物減価償却費 | 記入不要 | 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 | 此八小女 | 40 | 6 |

第3 給 与

I 給料

| | | 常勤職 | t j | (平 | 成2 | 3年(| 6月分 | }) | 常 | 勤 | 職員 | Į (| 平成 | 23年 | 3月末 | まで | の事 | 業年(| 度)) | 常 | 勤 職 員 | Į (1 | 严成22年 | 3月末 | まて | での事 | 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 | F | 19 | | 人 | 28 |) | 億 | 百万 | | , | F | F | 37) | 人 | 46) | 億 | 百万 | | | Ŧ | | 円 |
| 歯科医師 | 3 | 人 | (11) | | | | | | 20 | | 人 | 29 |) | | | | | | | 38 | 人 | 4 7) | | | | | | | |
| 歯科衛生士 | 3 | 人 | 12 | | | | | | 21) | | 人 | 30 |) | | | | | | | 39 | 人 | 48) | | | | | | | П |
| 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 | | | | | | | П |
| 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 | 5 1 | | | | | | | |
| その他の職員 | 7 | 人 | 16 | | | | | | 25) | | 人 | 34 |) | | | | | | | 43 | 人 | ⑤ | | | | | | | |
| 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 | 63 | | | | | | | |
| 合 計 | 9 | 人 | (18) | | | | | | 27) | | 人 | 36 |) | | | | I | | | 45 | 人 | 5 | | | | | | | |

Ⅱ 賞与

| | 常勤職 | 員(平成23年6月分) | 常 | 勤職員 | Į (Ŧ | 成23年3月末ま | での事業年 | (度)) | 常 | 勤職員 | Į (<u>s</u> | 平成22年3月末 | までの事 | 業年(度)) |
|---------------------------|------|-------------|------------|-----|----------|--------------|-------|------|----|-----|--------------|----------|------|------------|
| 職 種 | 人員 | 賞与 | ١. | 人員 | | 賞 | 与 | | | 人員 | | 賞 | 与 | |
| 院 長 (個人立の開設者本人を除く) | | | 59 | 人 | 63 | 億百万 | Ŧ | 円 | 7) | 人 | 79 | 億 百 | 5 4 | ŕ B |
| 歯科医師 | | | <u></u> | 人 | 64 | | | | 7) | 人 | 80 | | | |
| 歯科衛生士 | | | <u>(5)</u> | 人 | 65 | | | | 7) | 人 | 81 | | | |
| 歯科技工士 | 記入不要 | 記入不要 | 53 | 人 | 66 | | | | 7 | 人 | 82 | | | |
| 薬剤師 | | | [5] | 人 | <u>@</u> | | | | 7) | 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 | | | | 79 | 人 | 84 | | | |
| その他の職員 | | | 6) | 人 | 69 | | | | 7) | 人 | 83 | | | |
| 役 員 (上記の職種に従事している者を除く) | | | 69 | 人 | 60 | | | | 79 | 人 | 89 | | | |

Ⅲ 給与費等の内訳

| 給与費内訳 | | | 平成23年6月分 | | 成23年3月末 | 平成22年3月末までの事業年(度) | | | | | | | | |
|---|-------|---------------|---|-----|---------|-------------------|---|-----|-----|----|---|---|--|--|
| 非常勤職員給料 (| | 87 |) ⁽⁶⁾ ⁽⁶⁾ ⁽⁷⁾ ⁽⁷⁾ | 99 | 億百万 | Ŧ | 円 | 96 | 億百万 | 5 | Ŧ | 円 | | |
| 賞与支給額 | | | | | | 91) | | | | 97 | | | | |
| 退職給付引当金制度の有無 (88) (該当する項目に〇を記入してください。) | あり | \rightarrow | 退職給付引当金繰入額 | | 記入不要 | 92 | | | | 98 | | | | |
| (該当する項目に〇を記入してくだざい。) | なし | \rightarrow | 退職金支払額 | | | 93 | | | | 99 | | | | |
| 法定福利費 | 法定福利費 | | 89 | | 94) | | | | 100 | | | | | |
| 給与費等の合計 | | | 記入不要 | 95) | | | | 101 | | | | | | |

※ ③ 欄 = ③ 欄 + ⑨ 欄 + ⑨ 欄 + (⑨ 欄 又は ③ 欄) + ⑨ 欄

※ ⑩ 欄 = ⑤ 欄 + ⑨ 欄 + ⑨ 欄 + (⑨ 欄 又は ⑨ 欄) + ⑩ 欄

第4 資産・負債

- 〇 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。
- 〇 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 (B) (B) (C) (C) (C) (C) (D) /b> |
| Ⅱ 固定資産 | 2 6 |
| Ⅲ 繰延資産 | 3 |
| 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 ① 億 百万 千 | | | | | | | | | | |
| V 固定負債 | | | | | | | | | | | |
| 負 債 合 計 | (I) | | | | | | | | | | |

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 (a) (a) (b) (c) (c) (d) (d) (d) (d) (d) (d) (d) (d) (d) (d | | | | | | | | | | |
| 損害保険料 | 2 5 5 | | | | | | | | | | |
| 寄付金 | 3 6 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(月)) | | | | | | | | | | | |
| 法人税 | でででででででででででででででででででででででででででででででででででででででででででででででででででででででででででででででででででででででででででででででででででででででででででででででででででででででででででででででででででででででででででででででででででででででででででででででででででででででででででででででででででででででででででででででででででででででででででででででででででででででででででで | | | | | | | | | | | |
| 住民税 | 8 0 | | | | | | | | | | | |
| 事業税 | 9 0 | | | | | | | | | | | |

[※] 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 | (3) (8) (B) (7) (7) (7) (9) (9) (17) (17) (17) (17) (17) (17) (17) (17 | | | | | | | | | | | |

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 ※(該 | 1. 調査の改善提案 3. その他(当する項目に〇を記し |) |) について R 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)

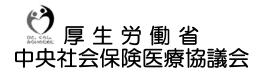
| (宛名ラベル貼付位置) |
|-------------|
| |

↓必ずご記入ください。

| 貴薬 | 局名 | | | | | |
|-----|--------|------|---|----|-----|---|
| 記入電 | 5氏名 | | | 部署 | | |
| | 電話番号 | 市外局番 | _ | _ | (内線 |) |
| 連絡先 | 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 | は税理士 氏名 | | | | | |
|---------|---------|------|---|---|-----|---|
| 連絡先 | 電話番号 | 市外局番 | _ | _ | (内線 |) |
| | e-mail | | | @ | | |



第1 基本データ

| 1 貴薬局の開設主体 (当 | | | (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 | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| 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 | 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 割合(平成23年6月1か月 | | 8単位べ | (一ス) のうち | | 品の | 4 | | | | % | |
| | | | | | | | | | | | |
| 3 調剤用備蓄医薬品品目数 | 3 調剤用備蓄医薬品品目数 | | 内用薬 | 9 | 卜用薬 | | 注: | | | 射薬 | |
| (薬価基準収載品目)(平成2 | 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 | | ı | 品目 | |
| | | | | | | | | | | | |
| 4 薬学管理等の状況 | | | | | | | | | | | |
| 在宅患者訪問薬剤管理指導 | 算料の算定回数 かんかい かいかい かいかい かいかい かいかい かいかい かいかい かいか | (平成23年6月1か月間) | | | | (1) |) <u>[</u> | | | | |
| 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) | | | | |) <u>1</u> 2 | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| 5 従事者の状況 | | | | | | (平成2 | 23年6 | 月3 | 0日琲 | 見在) | |
| 職種 | 薬剤師 (個人立の開設者本人を除く) | 특 | 下務職員 | その | 他の耶 | 敞員 | | 合 | 計 | | |
| 従事者数 | ① 人 | <u>(14)</u> | 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 | はあり | ません | 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 | (1) |
| 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 首方 千 円 | 19 億 百万 千 円 |
| 2 その他の介護収益 | 4 | 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 | ② 億 百万 千 円 | ② | 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) | (2) |
| 3 委託費 | 25 | 32 | 43 |
| 4 減価償却費 | | 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 | | 35 | 46 |
| 5 その他の経費 | 26 | 36 | 40 |
| (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 | 90 |

第3 資産・負債

- 〇 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。
- 〇 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 (6 <u>a</u> |
| 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 (準) 百万千 円 (②) (準) 百万千 円 (②) |
| V 固定負債 | |
| 負 債 合 計 | (I) |

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(※) | (I) (E) (E) (E) (E) (E) (E) (E) (E) (E) (E | |
| 損害保険料 | 2 5 5 | |
| 寄付金 | 3 6 | |

^{| 「}相税公課」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 | (T) (B) (B) (B) (B) (B) (B) (B) (B) (B) (B | |
| 住民税 | 8 0 | |
| 事業税 | 9 @ | |

[※] 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 | (3) (# P) (4) (# P) (1) (1) (1) (1) (1) (1) (1) (1) (1) (1 | |

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 1. 3. その他() (こついて | |
|---|--|
| <u>※(該当する項目にOを記してください。複数選択可)</u> | |
| 上記項目に対するご意見 | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

| 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 2年 平成24年度予算 1,210(H23年度) 実施周期 (単位:千円) |
| 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 | 本省一保険者 |
| 母集団名簿 の種類等 | 保険者 抽出 悉皆 方法 |
| 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. e-Gov(電子政府の総合窓口) 調査方法 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 | [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 | |
| | |

| 統計調査名 | 医療経済 | 実態調査(| 保険者調査 | 奎) | s | | |
|-----------------|--|-----------------------|----------------------|----------|---|--------|--------------------|
| 主管部局名 | 保険局 調査課 | | | 31 | | | |
| 外部委請 | 托業務の内容 | (委託業務に「 | 〇」、委託してい | いない場合は(空 | 空欄)、業務そのも | のがない場合 | 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 審查·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) |
| 1, | 0 | 〇(発送のみ) | | <u> </u> | Katasankan and and an | | |
| | | | | | | | |
| 備考 | *************************************** | | | | | | |
| 1)#I 7 5 | reconstruction | | | | | | |
| | | | | | | | |
| e-Stat ア | クセス数 | | | 厚労省等 | テホームページ | 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 | *************************************** | | | | | | |
| | and the same of th | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | 二次利用件 | 数 32 | 条 | 33条 | | | |
| H23年度 | 0 | | | 0 | | | |
| H22年度 | 0 | |) | 0 | | | |
| H21年度 | 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。

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 | 1. 適用状況 (平成21、22 年度末) (1) 被保険者数、被扶養 者数及ひ被保険者の 平均年齢 (2) 平均標準報酬月額及 び標準賞与額 | 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 | 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 | 適用状況 (平成21、22 年度末) (1)組合員数、被扶養者数 (2) 平均標準開州月額及び標準賞与額 | 1. 適用状況 (平成21、22 年度末) (1) 世帯数及び被保険者 数 | 1. 適用状況 (平成21、22 年度末) (1)被保険者数 |
| 查 | 2. 保険給付状況 (平成21、22 年度) (1) 診療種別の状況 | 2. 保険給付状況 (平成21、22年度) (1) 診療種別の状況 | 2. 保険給付状況 (平成21、22 年度) (1) 診療種別の状況 | 2. 短期給付状況 (平成21、22 年度) (1) 診療種別の状況 | 2. 保険給付状況 (平成21、22 年度) (1) 診療種別の状況 | 2. 保険給付状況 (平成21、22 年度) (1) 診療種別の状況 |
| 事 | 3. 収入支出決算額 (平成21、22 年度) | 3. 収入支出決算額 (平成21、22 年度) | 3. 収入支出決算額 (平成21、22 年度) | 3. 収入支出決算額 (平成21、22 年度) | 3. 収入支出決算額 (平成21、22 年度) | 3. 収入支出決算額 (平成21、22 年度) |
| 項 | | 4. 保険料率及びその負担割合(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) | 4. 保険料収入状況 (平成21、22 年度) | 4. 保険料収入状況 (平成21、22 年度) |
| | | 5. 財産保有状況 (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 |
|--------|---|-------------|---|
| \sim | P | $^{\prime}$ | 4 |

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 | 時 価 評 価 額 | 評価 | 評 価 備考 |
| //E X | -H 44, | // 14 元 | 7E H | да 19. | 4×10 T/1 H | 4 N III III | 12 mil 44 %: | 評 価 額 | Im II m 150 | 方法 | 年月 |
| 1病院・診療所 | | 都市 | | n | 1 昭和 | 手円 | 手 円 | 手円 | 千円 | 1 | 1 昭 和 |
| 2 老 人 保 健 施 設 3 直 営 保 養 所 | | 道区 | | | 2 平成 | | | | | 2 | 2 平 成 |
| 4 体育館·体育施設 5 保 健 会 館 | | 府町 | | | | | | | | • | |
| 6施設なし | | 県村 | | | 年月日 | | | | | 3 | 年 月 |
| 1 病 院 ・ 診 療 所 2 老 人 保 健 施 設 | | 都市 | | n | 1 昭和 | | | | | 1 | 1 昭 和 |
| 3 直 営 保 養 所 | | 道区 | | | 2 平成 | | | | | 2 | 2 平 成 |
| 4 体育館·体育施設 5 保 健 会 館 | | 府町 | | | | | | | | • | 2 平 成 |
| 6 施 設 な し | | 県村 | | | 年月日 | | | | | 3 | 年 月 |
| 1 病 院 ・ 診 療 所 2 老 人 保 健 施 設 | | 都市 | | n | 1 昭和 | | | | | 1 | 1 昭 和 |
| 3 直 営 保 養 所 | | 道区 | | | 2 平成 | | | | | 2 | 2 平 成 |
| 4 体育館·体育施設 5 保 健 会 館 | | 府町 | | | | | | | | | |
| 6 施 設 な し | | 県 村 | | | 年月日 | | | | | 3 | 年 月 |
| 1 病 院・診 療 所 2 老 人 保 健 施 設 | | 都市 | | n | 1 昭和 | | | | | 1 | 1 昭 和 |
| 3 直 営 保 養 所 | | 道 区 | | | 2 平成 | | | | | 2 | 2 平 成 |
| 4 体育館·体育施設 5 保 健 会 館 | | 府町 | | | | | | | | | |
| 6 施 設 な し | | 県村 | | | 年月日 | | | | | 3 | 年 月 |
| 1 病 院・診 療 所 2 老 人 保 健 施 設 | | 都市 | | n | 1 昭和 | | | | | 1 | 1 昭 和 |
| 3 直 営 保 養 所 | | 道区 | | | 2 平成 | | | | | 2 | 2 平 成 |
| 4 体育館·体育施設 5 保 健 会 館 | | 府町 | | | | | | | | • | |
| 6 施 設 な し | | 県村 | | | 年月日 | | | | | 3 | 年 月 |
| 1 病 院・診 療 所 2 老 人 保 健 施 設 | | 都市 | | n | 1 昭和 | | | | | 1 | 1 昭 和 |
| 3 直 営 保 養 所 | | 道区 | | | 2 平成 | | | | | 2 | 2 平 成 |
| 4 体育館·体育施設 5 保 健 会 館 | | 府町 | | | | | | | | • | |
| 6 施 設 な し | | 県村 | | | 年月日 | | | | | 3 | 年 月 |
| 1 病 院・診 療 所 2 老 人 保 健 施 設 | | 都市 | | n | 1 昭和 | | | | | 1 | 1 昭 和 |
| 3 直 営 保 養 所 | | 道区 | | | 2 平成 | | | | | 2 | 2 平 成 |
| 4 体育館·体育施設 5 保 健 会 館 | | 府町 | | | | | | | | • | |
| 6 施 設 な し | | 県村 | | | 年 月 日 | | | | | 3 | 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 | 利用者数総具 | 収入 総支出 | |
| 1 直 営 保 養 所 2 保 健 会 館 | | 都道府県 | 市 区 町 村 | ni | r m² | 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 | mí | i mi | 千円 | 延人 | ŤH ŤH | |
| 1 直 営 保 養 所 2 保 健 会 館 | | 都 道 府 県 | 市 区 町 村 | m | m ² | 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 | щ | m | 千円 | 延人 | 千円 | |
| 1 直 営 保 養 所 2 保 健 会 館 | | 都道 府県 | 市区町村 | щ | m | ŦĦ | 延人 | 千円 | |
| 1 直 営 保 養 所 2 保 健 会 館 | | 都道府県 | 市 区 町 村 | m | m | 千円 | 延人 | 千円 千円 | |

| 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 毎月 平成24年度予算 9,732 実施周期 (単位:千円) |
| 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 | 本省一社会保険診療報酬支払基金 本省一国民健康保険中央会一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 悉皆 方法 |
| 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) |
| 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 |
| 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 | |

| 統計調查名 | 「医療費の | D動向」調査 | Ē | | | | ě, |
|----------------|---------------|-----------------------|----------------------|----------------|--------------------|---------|--------------------|
| 主管部局名 | 保険局 調査課 | | | | | | |
| 外部委託 | 光業務の内容 | (委託業務に「 | O1、委託してI | いない場合は(な | 空欄)、業務その | ものがない場合 | さは「-1) |
| 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 | デホームページ | アクセス数 | |
| H23年分 | 6,298 | | | H23年分 | 64,586 | | |
| H22年分 H21年分 | 366 | | | H22年分 H21年分 | 76,348 35,453 | | |
| 備考 | | | | 1121千万 | [00,400 | | |
| 佣 石 | | | | | | | |
| | 二次利用件 | 数 32 | .条 | 33条 | | | |
| H23年度 | 2 | | 2 | 0 - | | | |
| H22年度 | 1 | | | 0 | | | |
| H21年度 | 0 | |) | 0 | | | |

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)

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

| 総ハイト数:1062 | - | 目 名 | | 開始位置 | 属性 |
|------------|-----------|---------------|-------------------------|---------------------------------|---|
| | 診療年月 | 年(西暦) | | 1 | 9(04) |
| ヘッダー部 | | 月 | | 5 | 9(02) |
| - | 管掌 | ### (四暦) | 9(02) | | |
| | 基金 | | | 9 | 9(02) |
| | 区分 | | | 11 | 9(02) |
| | 確定件数 | 医科 | 入院 | 13 | 9(15) |
| | | | 入院外 | 28 | 9(15) |
| | | | | 43 | 9(15) |
| | | 歯科 | 入院 | | 9(15) |
| | | | 入院外 | | 9(15) |
| | | | 計 | | 9(15) |
| | | | | | 9(15) |
| | | | | | 9(15) |
| | | | | | 9(15) |
| | | 食事・生沽療養 | <u> </u> | | 9(15) |
| | | | <u> </u> | | 9(15) |
| | | | 計 | | 9(15) |
| | | | | | 9(15) |
| | T左 中 口 米· | | 1 7 7 🗁 | | 9(15) |
| | 確定日数 | | | | 9(15) |
| | (確定回数) | | | | 9(15) |
| | | 监狱 | | | 9(15) 9(15) |
| | | 本 代 | 入院人 | | 9(15) |
| | | | 八元71 | | 9(15) |
| | | 医利 歩 利 計 | ĮĀI | | 9(15) |
| | | | | 9(15) | |
| | | | | | |
| | | | | | 9(15) 9(15) |
| | | 及于 工石冰及 | 歯科 | | 9(15) |
| | | | 計 | | 9(15) |
| | | 訪問看護療養 | 15. | | 9(15) |
| 明細部 | | 総計 | | | 9(15) |
| (医療費情報欄) | 確定点数 | | 入院 | 433 | 9(15) |
| | (確定費用額) | | 入院外 | 448 | 9(15) |
| | | | 計 | 463 | 9(15) |
| | | 歯科 | 入院 | 478 | 9(15) |
| | | | 入院外 | | 9(15) |
| | | | 計 | | 9(15) |
| | | | | | 9(15) 9(15) |
| | | | | | |
| | | | | | 9(15) |
| | | 艮爭・生沽療養 | | | 9(15) |
| | | | 出 | | 9(15) |
| | | <u> </u> | ŢĒŢ | | 9(15) 9(15) |
| | | | | | |
| | 確定金額 | | 一 入 陸 | | 9(15) 9(15) |
| | 1年化立创 | | | | 9(15) |
| | | | <u> </u> | | 9(15) |
| | | <u></u> | | | 9(15) |
| | | <u> </u> | 入院外 | | 9(15) |
| | | | =1 | | |
| | | | | | |
| | | 医科蕨科针 | <u> </u> | | 9(15) 9(15) |
| | | | 話 | 733 | 9(15) |
| | | 調剤 | | 733 748 | 9(15) 9(15) |
| | | 調剤 医科歯科調剤計 | <u> </u> | 733 748 763 | 9(15) 9(15) 9(15) |
| | | 調剤 | | 733 748 763 778 | 9(15) 9(15) 9(15) 9(15) |
| | | 調剤 医科歯科調剤計 | <u>医科</u> 歯科 | 733 748 763 778 793 | 9(15) 9(15) 9(15) 9(15) 9(15) |
| | | 調剤 医科歯科調剤計 | | 733 748 763 778 | 9(15) 9(15) 9(15) 9(15) |

| | 項目 | 1 名 | | 開始位置 | 属性 |
|----------|---------|---------|-----------|------|-------|
| | 請求点数 | 医科 | 入院 | 853 | 9(15) |
| | (請求費用額) | | 入院外 | 868 | 9(15) |
| | | | 計 | 883 | 9(15) |
| | | 歯科 | 入院 | 898 | 9(15) |
| | | | 入院外 | 913 | 9(15) |
| 明細部 | | | 計 | 928 | 9(15) |
| (医療費情報欄) | | 医科歯科計 | | 943 | 9(15) |
| | | 調剤 | | 958 | 9(15) |
| | | 医科歯科調剤 | | 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 |
| 80 | 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

| | ロープ | 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) |
| L | 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

| 総ハイト数: 1287 | | 目 名 | | 開始位置 | 属性 |
|-------------|------------------|-------------|---------|------------|-------|
| | 診療年月 | 年 (西暦) | | 1 | 9(04) |
| ヘッダー部 | | 月 | | 5 | 9(02) |
| | 管掌 | | | 7 | 9(02) |
| | 基金 | | | 9 | 9(02) |
| | 区分 | | | 11 | 9(02) |
| | 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) |
| | | 医科歯科調剤語 | + | 133 | 9(15) |
| | | 食事•生活療養 | | 148 | 9(15) |
| | | | 歯科 | 163 | 9(15) |
| | | | 計 | 178 | 9(15) |
| | | 老人保健施設 | 入所 | 193 | 9(15) |
| | | 療養 | 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 | 医科 | 入院 | 268 | 9(15) |
| | (確定回数) | -·· | 入院外 | 283 | 9(15) |
| | (FEZELSA) | | 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 | IHI | 358 | 9(15) |
| 明細部 | | 調剤 | | 373 | 9(15) |
| (医療費情報欄) | | 医科歯科調剤: | + | 388 | 9(15) |
| | | 食事・生活療養 | | 403 | 9(15) |
| | | 人 工作派及 | 歯科 | 418 | 9(15) |
| | | | 計 | 433 | 9(15) |
| | | 老人保健施設 | 入所 | 448 | 9(15) |
| | | 療養 | 通所 | 463 | 9(15) |
| | | <i>M</i> 22 | 計 | 478 | 9(15) |
| | | 訪問看護療養 | 訪問看護療養 | | 9(15) |
| | | 総計 | | 493 508 | 9(15) |
| | 確定点数 | 医科 | 入院 | 523 | 9(15) |
| | (確定費用額) | | 入院外 | 538 | 9(15) |
| | (PE/C 97/11 HZ/ | | 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 | IHI | 613 | 9(15) |
| | | 調剤 | | | 9(15) |
| | | | 医科歯科調剤計 | | 9(15) |
| | | 食事・生活療養 | | 643 658 | 9(15) |
| | | 人子 工作亦及 | 歯科 | 673 | 9(15) |
| | | | 計 計 | 688 | 9(15) |
| | | 老人保健施設 | 入所 | 703 | 9(15) |
| | | 療養 | 通所 | 718 | 9(15) |
| | | 冰 及 | <u></u> | 733 | 9(15) |
| | | 訪問看護療養 | IB1 | | 9(15) |
| l. | | 訪問若離婚表 | | 748 | 9(15) |

| | 項 目 名 | | | 開始位置 | 属性 |
|----------|-----------------|-------------------|-----|------|-------|
| | 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 | 入所 | 958 | 9(15) |
| | | 療養 | 通所 | 973 | 9(15) |
| | | | 計 | 988 | 9(15) |
| | | 訪問看護療養 | | 1003 | 9(15) |
| 明細部 | | 総計 | | 1018 | 9(15) |
| (医療費情報欄) | 請求点数 (請求費用額) | 医科 | 入院 | 1033 | 9(15) |
| | | | 入院外 | 1048 | 9(15) |
| | | 歯科 | 計 | 1063 | 9(15) |
| | | | 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) |
| | | + 1 /0 /** +- = 0 | 計 | 1198 | 9(15) |
| | | 老人保健施設 | 入所 | 1213 | 9(15) |
| | | 療養 | 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。

| コーの1の3の4の5の6の7の8の9の111213141561718の2の12223245の1333333333333333333333333333333333333 | 基金 | |
|---|-----|-----------------|
| 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 21 31 41 51 61 71 81 92 21 22 32 42 56 27 82 93 31 32 33 43 53 63 73 83 94 64 64 74 | コード | 内容 |
| 03 04 05 06 07 08 09 10 11 21 31 41 51 61 71 81 91 20 21 22 32 42 52 62 72 82 93 31 32 33 34 35 36 73 83 94 41 42 34 44 45 46 47 日本 12 12 12 12 12 12 12 12 12 12 12 12 12 | | 北海道 |
| 04 05 06 07 08 09 10 11 2 13 14 15 16 17 18 19 20 12 22 32 42 52 62 72 82 93 13 33 34 35 36 73 83 94 14 24 34 44 54 64 74 14 15 16 17 18 19 20 12 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 22 33 34 35 36 37 38 39 40 41 24 34 44 45 46 47 14 14 14 14 14 14 14 14 14 14 15 16 17 18 19 20 12 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 22 33 34 35 36 37 38 39 40 41 24 34 44 45 46 47 14 14 14 14 14 14 14 14 14 14 14 14 14 | 02 | 青森 |
| 05 06 07 08 09 10 11 2 13 14 15 16 17 18 19 20 1 22 23 24 25 6 27 28 29 30 1 22 33 43 53 63 73 83 94 14 24 34 44 15 16 17 18 19 20 12 22 23 24 25 26 27 28 29 30 13 22 33 34 35 36 37 38 39 40 14 24 34 45 16 17 18 19 20 12 22 23 24 25 26 27 28 29 30 13 22 33 34 35 36 37 38 39 40 14 24 34 45 16 17 18 19 20 12 22 23 24 25 26 27 28 29 30 13 22 33 34 35 36 37 38 39 40 14 24 34 45 16 17 18 19 20 12 22 23 24 25 26 27 28 29 30 13 22 33 34 35 36 37 38 39 40 14 24 34 45 16 17 18 19 20 12 22 23 24 25 26 27 28 29 30 13 22 33 34 35 36 37 38 39 40 14 24 34 45 16 17 18 19 20 12 22 23 24 25 26 27 28 29 30 13 22 33 34 35 36 37 38 39 40 14 24 34 45 16 17 18 19 20 12 22 23 24 25 16 17 18 19 20 12 22 23 24 25 16 17 18 19 20 12 22 23 24 25 16 17 18 19 20 12 22 23 24 25 16 17 18 19 20 12 23 24 25 16 17 18 19 18 18 18 18 18 18 18 18 18 18 18 18 18 | 03 | 岩手 |
| 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 | 04 | 宮城 |
| 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 | 05 | 秋田 |
| 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 | 06 | 山形 |
| 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 | 07 | 福島 |
| 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 | 80 | 茨城 |
| 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 6 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 L 玉葉京奈潟山川井梨野阜岡知重賀都阪庫良歌取根山島口島川媛知岡賀崎本分崎児縄玉葉京奈潟山川井梨野阜岡知重賀都阪庫良歌取根山島口島川媛知岡賀崎本分崎児縄の五葉京奈潟山川井梨野阜岡知重賀都阪庫良歌取根山島口島川媛知岡賀崎本分崎児縄の1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 | 09 | 栃木 |
| 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 | 10 | |
| 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 | | |
| 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 | | |
| 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 | | |
| 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 | | |
| 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 | | |
| 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 | | |
| 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 | | |
| 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 | | |
| 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 | | - |
| 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 | | - · · |
| 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 | | · · · |
| 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 46 < | | |
| 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 | | |
| 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 | | |
| 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 | | |
| 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 | | |
| 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 | | |
| 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 | | |
| 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 | | |
| 32 | | |
| 33 | | |
| 34 | | |
| 35 山口島 36 海河 38 河 39 高福 5 河 6 河 6 河 6 河 6 河 6 河 6 河 6 河 6 河 6 河 | | |
| 36 徳島 37 徳島 38 徳川 38 愛高川 40 福子 41 佐 42 長 43 大宮崎本 44 大宮鹿児 45 佐 46 神 47 | | · - |
| 37 38 39 40 41 41 42 43 44 45 45 46 46 47 | | |
| 38 愛媛 39 高知 40 福岡 41 佐賀 42 長崎 43 熊本 44 大分 45 宮鹿児 46 鹿児 47 沖縄 | | |
| 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 | | |
| 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 | | |
| 41 佐賀 42 長崎 43 熊本 44 大分 45 宮崎 46 鹿児島 47 沖縄 | | |
| 42 長崎 43 熊本 44 大分 45 宮崎 46 鹿児島 47 沖縄 | | |
| 43 熊本 44 大分 45 宮崎 46 鹿児島 47 沖縄 | | |
| 44大分45宮崎46鹿児島47沖縄 | | |
| 45 宮崎 46 鹿児島 47 沖縄 | | |
| 46 鹿児島 47 沖縄 | | |
| 47 沖縄 | | |
| | | · · · · · · · · |
| | 47 | 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 | $\lceil 10 \rfloor = \lceil 00 \rfloor + \lceil 09 \rfloor$ |
| 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 | $\lceil 14 \rfloor = \lceil 12 \rfloor + \lceil 13 \rfloor$ |
| 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 | $\lceil 18 \rfloor = \lceil 16 \rfloor + \lceil 17 \rfloor$ |
| 19 | 自衛官等 | |
| 20 | 原爆(認定) | |
| 21 | 原爆(一般) | |
| 22 | 原爆合計 | $\lceil 22 \rfloor = \lceil 20 \rfloor + \lceil 21 \rfloor$ |
| 23 | 精神保健(措置) | |
| 24 | 自立支援(通院) | |
| 25 | 精神保健合計 | $\lceil 25 \rfloor = \lceil 23 \rfloor + \lceil 24 \rfloor$ |
| 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 | $\lceil 36 \rfloor = \lceil 34 \rfloor + \lceil 35 \rfloor$ |
| 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

| 総バイト数:482バイ | <u>.</u> 項 目 | 名 | | 開始位置 | 属性 |
|-------------|-----------------|---------------|-------------|-------|-------|
| | 診療年月 | 年(西暦) | | 1 | 9(04) |
| ヘッダー部 | <u> </u> | | 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) |
| | 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 確定点数 | 73 | 9(10) |
| | | | 確定点数 | 83 | 9(15) |
| | | 歯科 | 確定件数 | 98 | 9(10) |
| | | | 日数 確定点数 | 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日数確定点数 | | 確定件数 | 168 | 9(10) |
| | | | 日数 | 178 | 9(10) |
| | | | 188 | 9(15) | |
| | | | 確定件数 | 203 | 9(10) |
| 明細部 | | | 日数 | 213 | 9(10) |
| (医療費情報欄) | | | 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) |
| | | 7 | 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 確定費用額 | 353 | 9(10) |
| | | \ 3 =r | | 363 | 9(15) |
| | | 通所 | 確定件数 | 378 | 9(10) |
| | | | 日数 | 388 | 9(10) |
| | | ıls ≣L | 確定費用額 | 398 | 9(15) |
| | | 小計 | 確定件数 | 413 | 9(10) |
| | | | 日数 | 423 | 9(10) |
| | 计明系进序等 | | 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 |
| 80 | 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 30 | 奈良 |
| 30 31 | 和歌山 鳥取 |
| 32 | □ 馬収 ■ 島根 |
| 32 33 | 一岛低 岡山 |
| 33 34 | 広島 |
| 3 4 35 | 山口 |
| 36 | · 曲 · · · · · · · · · · · · · · · · · · |
| 30 37 | 香川 |
| 38 | 愛媛 |
| 39 | 多級 高知 |
| 40 | 福岡 |
| 41 | 佐賀 |
| 42 | 長崎 |
| 43 | 能本 |
| 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

| | <u>仆</u> 項 目 | 名 | | 開始位置 | 属性 |
|----------|-----------------------------|----------------|----------------------|-----------|-------|
| | 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 | 秦区分) | 9 | 9(01) |
| ヘッダー部 | | 医療機関コード | 都市区番号 | 10 | 9(02) |
|) A | | | 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) |
| | HH 1 16 TK | 診療科目 | | 19 | 9(02) |
| | 入力データ区分 | | | 21 | 9(03) |
| | 被用者保険本人分 | 入院 | 件数 | 24 | 9(08) |
| | (70歳未満) | 7 (196 | 日数 | 32 | 9(08) |
| | 医療費状況 | | 点数又は費用額 | 40 | 9(11) |
| | 区凉貝1八儿 | 入院外 | 件数 | 51 | 9(08) |
| | | JANE JA | 日数 | 59 | 9(08) |
| | | | 点数又は費用額 | 67 | 9(11) |
| | | 食事·生活療養 | <u> </u> | 78 | 9(08) |
| | | | 回数 | 86 | 9(08) |
| | | | 費用額 | 94 | 9(08) |
| | 被用者保険家族分 | | | 94 105 | 9(11) |
| | | 八班 | 日数 | 113 | 9(08) |
| | | | <u>ロ剱</u> 点数又は費用額 | 1 | |
| | 未満)医療費状況 | 7 7中 H | | 121 | 9(11) |
| | | 入院外 | 件数 | 132 | 9(08) |
| | | | 日数 | 140 | 9(08) |
| | | <u> </u> | 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) |
| 明細部 | | 入院 | 費用額 | 175 | 9(11) |
| (医療費情報欄) | 被用者保険家族分 | | 件数 | 186 | 9(08) |
| | (未就学者) | | 日数 | 194 | 9(08) |
| | 医療費状況 | 그 마스 니 | 点数又は費用額 | 202 | 9(11) |
| | | 入院外 | 件数 | 213 | 9(08) |
| | | | 日数 | 221 | 9(08) |
| | | ^= +\(\tau \) | 点数又は費用額 | 229 | 9(11) |
| | 被用者保険70歳以上 (一般) 医療費状況 | 食事·生活療養 | 件数 | 240 | 9(08) |
| | | | 回数 弗巴努 | 248 | 9(08) |
| | | 7 114 | 費用額 | 256 | 9(11) |
| | | 入院 | 件数 | 267 | 9(08) |
| | | | 日数 | 275 | 9(08) |
| | | 入院外 | 点数又は費用額 | 283 | 9(11) |
| | | | 件数 | 294 | 9(08) |
| | | | 日数 | 302 | 9(08) |
| | | A | 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 | 入院 | 件数 | 348 | 9(08) |
| | (現役並み所得者) | | 日数 | 356 | 9(08) |
| | 医療費状況 | | 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 | | | | | 属性 |
|--------------|-----------|---------|---------|-----|-------|
| | 老人保健分 | 入院 | 件数 | 429 | 9(08) |
| | (一般) | | 日数 | 437 | 9(08) |
| | 医療費状況 | | 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 | 入院 | 件数 | 510 | 9(08) |
| | (現役並み所得者) | | 日数 | 518 | 9(08) |
| | 医療費状況 | | 点数又は費用額 | 526 | 9(11) |
| 明細部 | | 入院外 | 件数 | 537 | 9(08) |
| (医療費情報欄) | | | 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。

都道府県番号

| 都迫肘県 | |
|------|----------|
| 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 |
| | 7 1 11.0 |

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)

| <u> </u> | <u> </u> | |
|----------|----------|--------------|
| コード | | 内容 |
| 01 | | 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 | 病 | 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 | 院 | 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 | | 官公立診療所 |
| 13 | 診 | その他の公的診療所 |
| 17 | 療 | 医療法人診療所 |
| 18 | 所 | 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)

| <u> </u> | |
|----------|----------|
| 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)

| T | <u> </u> | 3人不姓他以 可问有成么 | ノコノリンクの口 |
|---|----------|--------------|----------|
| | 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

| <u> 診漿科日</u> | |
|--------------|------------|
| 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 |
| 80 | 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 | 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 <u>分)</u> | 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 | 都道府県番号 | | 18 | 9(02) |
| 医療機関のコード | 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 | | | 229 239 | X(10) |
| 電話番号 | | | | 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) | 439 499 | X(60) | | |
| 開設者(漢字) | | | | 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 訂正区分

| 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 京都 | | | |
| 26 | | | | |
| 27 | 大阪 | | | |
| 28 29 | 兵庫 奈良 | | | |
| 30 | 示及 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 | | | |
| | | | | |

| | • | | | |
|---------|----|---|---|--|
| ⊔ 1. | | 内 | 容 | |
| 1 | 新設 | | | |
| 2 | 変更 | | | |
| 3 | 廃止 | | | |

点数表番号(診療区分)

| _从数衣笛写(砂炼色刀/ | | |
|--------------|------------|--|
| т П | 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

| П - | 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) 診療科目

| デ | | 内 容 |
|-----------------|---|--------------|
| 01 | | 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 | 病 | 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 | 院 | 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 | | 官公立診療所 |
| 13 | 診 | その他の公的診療所 |
| 17 | 療 | 医療法人診療所 |
| 18 | 所 | 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)

| 在日工作《休风采泡》。 | | |
|------------------------|----------|--|
| 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)

| (七八休佐池改 前间省设入) 73707367 | | |
|-------------------------|----------|--|
| <u>т</u> П | 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 | |

| <u> 診獄性</u> | <u> </u> |
|-------------|------------|
| ドコー | 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

| 総ハイト数:914ハ | 11 | 項目名 | | | 開始位置 | 属性 |
|------------|------------------|--|--------------------|------------------------|------------|----------------|
| | 診療年月 | | 年 (西暦) 月 | | 1 | 9(04) |
| | 医療機能の一 | | <u> </u> 月 | | 5 7 | 9(02) |
| | 医療機関のコー | - r | 都道府県番号 点数表番号(診療 | (本区分) | 9 | 9(02) 9(01) |
| ヘッダー部 | | | 医療機関コード | 都市区番号 | 10 | 9(02) |
| | | | | 医療機関番号 検証番号 | 12 | 9(04) |
| | -1 | | | 検証番号 | 16 | 9(01) |
| | 諸コード情報 | | 経営主体 | | 17 | 9(02) |
| | 入力データ区グ | 2 | 診療科目 | | 19 21 | 9(02) 9(03) |
| | | , <u>, </u> | 入院 | 件数 | 24 | 9(08) |
| | 一般分 | | 17.17.5 | 日数 | 32 | 9(08) |
| | 医療費状況 | | - m I | 点数又は費用額 | 40 | 9(11) |
| | | | 入院外 | 件数 日数 | 51 59 | 9(08) 9(08) |
| | | | | <u>ロ数</u> 点数又は費用額 | 67 | 9(11) |
| | | | 食事・生活療養 | 」が数へは負用限 一件数 | 78 | 9(08) |
| | | | | 件数 回数 費用額 | 86 | 9(08) |
| | | [6n /\ | 7.00 | <u> </u> | 94 | 9(11) |
| | | 一般分 (未就学者) | 入院 | 件数 日数 | 105 113 | 9(08) 9(08) |
| | | (本級子名) 医療費状況 | | ロ数 点数又は費用額 | 121 | 9(11) |
| | | | 入院外 | 件数 | 132 | 9(08) |
| | | (再掲) | | 日数 | 140 | 9(08) |
| | | | 会审 生活病学 | 点数又は費用額 | 148 | 9(11) |
| | | | 食事・生活療養 | 件数 | 159 167 | 9(08) 9(08) |
| 明細部 | | | | 回数 費用額 件数 | 175 | 9(11) |
| (医療費情報欄) | | 一般分 | 入院 | 件数 | 186 | 9(08) |
| | | (前期高齢者70歳以上 | | 日数 | 194 | 9(08) |
| | | 75歳未満:一般) 医療費状況 | 入院外 | 点数又は費用額 | 202 213 | 9(11) 9(08) |
| | | 达尔复认沈 | 八灰外 | 件数 日数 | 213 | 9(08) |
| | | (再掲) | | <u>に数</u> 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 件数 | 256 267 | 9(11) 9(08) |
| | | | No. | 日数 | 275 | 9(08) |
| | | 75歳未満:現役並み | | 点数又は費用額 | 283 | 9(11) |
| | | 所得者) | 入院外 | 件数 | 294 | 9(08) |
| | | 医療費状況 | | 日数 点数又は費用額 | 302 310 | 9(08) 9(11) |
| | | (再掲) | 食事・生活療養 | | 321 | 9(08) |
| | | (1119) | 及子 工冶冰及 | 件数 回数 | 329 | 9(08) |
| | | | | 費用額 | 337 | 9(11) |
| | | | 入院 | 件数 | 348 | 9(08) |
| | 後期高齢者分 医療費状況 | | | 日数 点数又は費用額 | 356 364 | 9(08) 9(11) |
| | 产亦具心心 | | 入院外 | 件数 | 375 | 9(08) |
| | | | | 日数 | 383 | 9(08) |
| | | | <u> </u> | 点数又は費用額 | 391 | 9(11) |
| | | | 食事・生活療養 | 件数 回数 | 402 410 | 9(08) 9(08) |
| | | | | <u>回数</u> 費用額 | 418 | 9(11) |
| | | 後期高齢者分 | 入院 | 件数 | 429 | 9(08) |
| | | (一般) | | 日数 | 437 | 9(08) |
| | | 医療費状況 | | 点数又は費用額 | 445 456 | 9(11) |
| | | (再掲) | 八げてクト | 件数 日数 | 456 464 | 9(08) 9(08) |
| | | (1339) | | 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) |
| | | 後期高齢者分 | | 費用額 件数 | 499 510 | 9(11) 9(08) |
| | | 仮朔同断日刀 (現役並み所得者) |) / IDL | 日数 | 518 | 9(08) |
| | | 医療費状況 | | 点数又は費用額 | 526 | 9(11) |
| | | | 入院外 | 件数 | 537 | 9(08) |
| | | (再掲) | | 日数 | 545 | 9(08) |
| • | | | <u> </u> | 点数又は費用額 | 553 | 9(11) 9(08) |
| | | | | | | |
| | | | 食事・生活療養 | 件数 回数 | 564 572 | 9(08) |

| | 項 目 名 | | | 開始位置 | 属性 |
|----------|---------------|---------|-----------------|------|-------|
| | | 入院 | 件数 | 591 | 9(08) |
| | 退職者医療分 | | 日数 | 599 | 9(08) |
| | 医療費状況 | | 点数又は費用額 | 607 | 9(11) |
| 明細部 | | 入院外 | 件数 日数 | 618 | 9(08) |
| (医療費情報欄) | | | 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 | 入院 | 件数 | 672 | 9(08) |
| | (未就学者) | | 日数 | 680 | 9(08) |
| | 医療費状況 | | 点数又は費用額 | 688 | 9(11) |
| | | 入院外 | 件数 | 699 | 9(08) |
| | (再掲) | | 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 | 入院 | 件数 | 753 | 9(08) |
| | (高齢者:一般) | | 日数 | 761 | 9(08) |
| | 医療費状況 | | 点数又は費用額 | 769 | 9(11) |
| | | 入院外 | 件数 | 780 | 9(08) |
| | (再掲) | | 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 | 入院 | 件数 | 834 | 9(08) |
| | (高齢者:現役並み所得者) | | 日数 | 842 | 9(08) |
| | 医療費状況 | | 点数又は費用額 | 850 | 9(11) |
| | | 入院外 | 件数 | 861 | 9(08) |
| | (再掲) | | 日数 | 869 | 9(08) |
| | | | 点数又は費用額 | 877 | 9(11) |
| | | 食事·生活療養 | ^一 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。

都道府県番号

| <u> </u> | 15 |
|----------|------------|
| 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 |
| 42 43 | · 技呵 熊本 |
| | 版本 大分 |
| 44 45 | - 102 |
| 45 46 | 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)

| 性百工件(区110次 图110次の分句) | | | |
|----------------------|----|--------------|--|
| コード | 内容 | | |
| 01 | | 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 | 病 | 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 | 院 | 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 | | 官公立診療所 | |
| 13 | 診 | その他の公的診療所 | |
| 17 | 療 | 医療法人診療所 | |
| 18 | 所 | 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)

| TED IN TOP SET | | |
|----------------|----------|--|
| 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)

| 1 <u> </u> | | ノコンマン・約日 |
|------------|----------|----------|
| 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

| <u> 診漿科日</u> | |
|--------------|------------|
| 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 | 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 | 都道府県番号 | | 526 | 9(02) |
| 医療機関のコード | 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 「Х」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

| 都道府 | <u>具番号</u> |
|-----|------------|
| 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

| <u>,, </u> | , , | | | |
|--|-----|---|---|--|
| ⊔ - | | 内 | 容 | |
| 1 | 新規 | | | |
| 2 | 休止 | | | |
| 3 | 廃止 | | | |
| 4 | 再開 | | | |

点数表番号(診療区分)

| _从数数由与(砂炼色力) | | |
|--------------|------------|--|
| т П | 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

| 77 77 77 77 | | |
|-------------|------------|--|
| 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) 診療科目

| デ | | 内 容 |
|-----------------|---|--------------|
| 01 | | 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 | 病 | 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 | 院 | 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 | | 官公立診療所 |
| 13 | 診 | その他の公的診療所 |
| 17 | 療 | 医療法人診療所 |
| 18 | 所 | 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)

| _ | 性百工件(体质采用以为日) | | |
|---|---------------|----------|--|
| I | コード | 内容 | |
| I | 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 | |
| L | 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)

| _ \ | R.C |
|-----|----------|
| 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 |
| 80 | 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 | <u> </u> |
|-----|------------|
| 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 |
| 80 | 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 |

| 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 毎月 平成24年度予算 14,011 実施周期 (単位:千円) |
| 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 | 本省一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 悉皆 方法 |
| 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 | |
| | 32 |
| | 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 | |
| pun | |

| 統計調查名 | 介護給付 | 費実態調査 | Ē | | | | |
|-----------|---|--|----------------------|----------|------------------------|---------|--------------------------|
| 主管部局名 | | 計情報部 保健社会統計部 | 製 社会統計室 | | | | |
| | 7 1 - AU IV | 1-14-14-14-14-14-14-14-14-14-14-14-14-14 | | | | | |
| 外部委割 | 迁業務の内容 | (委託業務に「 | 〇」、委託してい | いない場合は(3 | 空欄)、業務そのも | らのがない場合 | 今は「-」) |
| 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) |
| | 0 | 0 | | <u> </u> | | | |
| | | | | | | | |
| 備考 | | | | | | | |
| | OO CONTRACTOR OF THE PROPERTY | | | | | | |
| | | | | | | | |
| e-Stat ア・ | クセス数 | | | 厚労省等 | まホームページ | アクセス数 | |
| H23年分 | 209,438 | <u> </u> | | 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 | 粉 | | | | | |
| | —————————————————————————————————————— | 32 | 条 | 33条 | | | |
| H23年度 | 43 | 4 | 2 | 1 | | | |
| H22年度 | 25 | 2 | 4 | 1 | | | |
| H21年度 | 16 | 1 | 6 | 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

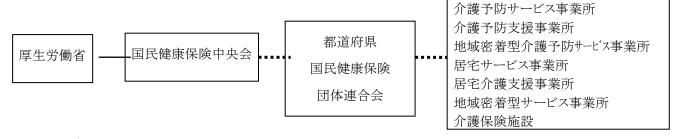
証記載保険者番号、被保険者番号、生年月日、性別コード、要介護状態 区分コード、認定有効期間等

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。

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 | 貴担者 | 番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 平成 | | | | 4 | 年 | | | 月 | 分 | |
|-------|-------------------------|---------------------|--|--------|-------------------|-------------------|--------|--------------|----------|---------------|----------|---------|----|----------|-----------|------|--------------------|-----|--------------------|-----------|--------|----------|---------|----|----------------|----------|-------|----------|----|--|
| 公費 | 費受給者 | 番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 保険 | (者番 | 号 | | | | | | | | |
| | 被保険番号 | 者 | | | | | | | | | | | | | | 事番 | 業所 号 | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者 | (フリカ゛ナ) | | | | | | | | | | | | | 業所 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | 請 | 名 | 称 | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 1.明治 | 台 2.5 | 大正 | 3.昭 | 和 | <i>\h</i> #- | t: | | | | | 求 | | - | | | | | | | | | | | | | | |
|) 者 | 生年月 | 日 | 4 | 丰 | 月 | 月 日 日 別 1. 男 2. 女 | | | | | | | | | 事業者 | 所在地 | | | | | | | | | | | | | | |
| | 要介護状態区 | 分 | | | 要介 | 護 1 | • 2 | • 3 • | 4 · 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 認定有效期間 | | 平成 | | 年 | | | | | | | | | | 連絡先電 | | | 電 | 電話番号 | | | | | | | | | | | |
| | 1700 | | | | | | | | | | L | | | | | | | | | | | _ | | | | | | | | |
| 居宅サー | E -ビス | | 居宅分 | 護支 | 爰事業 一 | ¥者作 ■ | F成 | _ | | 2 | . 被 I | 保険 | 者自 | | | =rc | | | | | | | | | | | | | | |
| 計画 | Ī | 番 | 業所 号 ——————————————————————————————————— | | | | | | | | | | | | 事業) 占称 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 開始 年月日 平成 年 月 | | | | | | | | | 月 | | 中 年月 | | 平历 | 戈 | | | 年 | | | | | 月 | | | 日 | | | | |
| | 中止 理由 | 1 | .非該当 | i 3.∄ | €療機 | 関入 | 院 | 4.死1 | 亡 5 | .その | 他 | 6.介 | 護者 | 老人补 | 畐祉 | 施設 | 大所 | 7.5 | 介護 | 老人保 | 健施詞 | 設入店 | 听 | | | | | | | |
| | | サー۱ | ごス内容 | ř | $\overline{\top}$ | サー | - Ľ) | スコー | - ド | | 単位 | 立数 | | 回数 | 文 | サー | ービス | 単位 | 数 | 公費分 回数 | 公到 | 費対象 | 象単 | 位数 | | | 摘 | 要 | | |
| | | | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | \blacksquare | | | | | |
| 給 | | | | | | | | | | | | | 7 | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | |
| 給付費明細 | | + | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | + | | | | | | | | |
| 細欄 | | | | | # | | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | İ | | | | | |
| 11/19 | | | | | | + | | | | | | | 7 | \dashv | | | | | | | | | | | + | | | | | |
| | | | | | 1 | | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ①サー1 | ブフ羽 | ~~ | L°. | 廾 | | | | | $\frac{1}{1}$ | | | | | | _ | <u> </u> | | | | | | | | <u> </u> | | | | | |
| | | | 類コー | r | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 3+-t | ごス実 | 日数 | | | | B . | | | | | 日 | 日 | | | | | | | 1 | B | _ | ! | ĺ | | | | | | |
| | ④計画 ¹ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ⑤限度8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | <u> </u> | | | | |
| 請求 | ⑥限度8 ⑦給付草 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 付率 | (/100 | 1) | |
| 類集計欄 | 少ない数 | 女) + | 6 | 0)) 6 | | | | | | | | | | _ | | | | | | | | | | | | 保険 | | | | |
| 欄 | ⑧公費5 | う単位 | .数 | | _ | | _ | \perp | | | | | _ | | | _ | _ | | _ | | | | | | | 公費 | | | | |
| | ⑨単位数 | | | | | | | H | /単位 | | | | | 円/単 | 単位 | | _ | | 円。 | /単位 | | <u> </u> | | 円/ | 単位 | | - 台 | 計 | | |
| | ① 利用者 | 青水額 4 自 相 類 | | | | | - | | | | _ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ②公費計 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ③公費5 | 分本人 | 負担 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | - | | | |
| | | 市区 | 減率 | | | | % | | 受 | 領す | べき | 利用 | 者 | | | 献油 | 域額(| ш | | | 軽減 | 後利 | 用者 | ŕ | | | 備 | 去 | | |
| | | 11 | 減率 訪問介 | *誰 | | | 70 | + | <u>負</u> | 担の 【 | 総額 | i (円) | 1 | + | | 1年6月 | x _t ty(| 17) | 1 | +, | 負担 | 1額(| 円) 「 | П | + | | 7/用 - | つ | | |
| | 会福祉 | 上 15 通所介護 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | \pm | | | | | |
| | 人等に る軽減 | 70 足别心固 随时对心主的问力设备设 | | | | | | | | | | | | _ | | | | | | | | | | | \bot | | | | | |
| 欄 | | 71 72 | 夜間対認知症 | | | | | + | - | + | + | | 1 | + | - | | | - | - | | - | + | _ | _ | + | | | | | |
| | } | 73 | 小規模 | 多機能 | 1型居 | | 護 | | | | | | | | | | | | | | | | | | \perp | | | | | |
| | ļ | 77 | 複合型 | リサート | ジス | | | \Box T | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 枚中 | 1 | 枚 | 女目 | |

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 | 負担者看 | 香号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 平月 | 戊 | | | | | 年 | Π | | \top | 月 | 分 |
|-------|---|------------|------|-------|-------------|---------|------|-----|----------|-----|----|------------|-------------------|----|------------|-----|----------|----------|-----|------|------|----------|--------------|----------|----|----|-----|-----|-----|-----|---------|-------|---|
| 公費 | 受給者 | 番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 保 | 険者 | 香香 | 클 | | | | | | | | |
| | 被保険 | 者 | | | | | | | | | | | | | | | | 事業所 | 折 | | | | | | | | | | | | | | |
| | (フリカ [*] ナ) | | | | | • | | | | | | | | | | | | 事業, | 折 | | | | | | 1 | | | | | | | | |
| | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | 3称 | | | | | ı | | | | 1 | 1 | | | | | |
| 被保険者 | | | 1.明治 | 台 2.フ | 大正 | 3. | 召和 | Τ. | . | | | | | | | 請求事 | | | | | ₹ | | | | | | | | | | | | |
| 者 | 生年月 | ∃ | 4 | 丰 | 月 | 1 | | 日月 | 王川 | 1. | 男 | 2. | 女 | | | 業者 | 月 | 斤在均 | 地 | | | | | | | | | | | | | | |
| | 要支援状態区 | 分 | | I I | 要 | 支援 | ž 1 | ・要支 | え援 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | ^ <u> </u> | | | 1 | + | | _ | _ | | | | | _ | | | ì | 車絡分 | 先 | | 電 | 話番 | 号 | | | | | | | | | | |
| | | | i | \ | | ı | | | | | | | | | -let 11 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | 全者自己 | ∃作 / | 成 | | | 3. | 介記 | 隻予 | 防支 | :援事 | 業 | 者作 | | 業所 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 計画 | 事業所 画 事業所 番号 開始 年月日 中ルト | | | | | | | | | | | | | | | 名和 | 陈 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 左 | 護予防 2. 被保険者自己作成 3. 介護予防支援事業を ービス 事業所 画 番号 開始 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 | | | | | | | | | | | | | | 1 | | 中. 年月 | | | 平成 | | | | 4 | 丰 | | | | 月 | | | | 日 |
| | | 1.∌ | 丰該当 | 3.医病 | 療機 | 関入 | 院 | 4.死 | 亡 | 5.そ | の他 | <u>t</u> (| 3.介 | 護老 | 人名 | 畐祉; | 施設 | :入所 | f 7 | 7.介言 | 護老 | 人保 | 健力 | 施設。 | 入所 | 8. | .介語 | 隻療 | 養型医 | ₹療施 | 設力 | 、院 | |
| | 一ビス 事業所 画 事業所 番号 月 開始 年月日 中止 1.非該当 3.医療機関入院 4.死亡 5.その他 6.介護老人福理由 | | | | | | | | | | | | | | 数 | サ | ービ | ス単 | 色位刻 | 数 | 公費生 | | 公費 | 対 | 象単 | 位数 | ζ | | 折 | 商要 | | | |
| | 護予防 2. 被保険者自己作成 3. 介護予防支援事業者 事業所 画 番号 月 日 開始 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 4 | | _ | _ | _ | | | | | | |
| | 期間 平成 年 月 日まで 護予防 ービス 事業所 番号 事業所 番号 日まで 開始 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 サービス内容 サービスコード 単位数 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | İ | | | | | | | |
| 給付 | 記定有効 平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで 接予防 一ビス 事業所 番号 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 サービス内容 サービスコード 単位数 サービスカ容 サービスコード 単位数 単位数 単位数 日 日 日 日 日 日 日 日 日 | | | | | | | | | | | | | | A | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 給付費明細 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 細欄 | | | | | | \perp | + | | | | | | | | | | | | | | | \dashv | _ | _ | _ | | | + | | | | | |
| | サービス内容 サービスコード 単位数 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | T | T | T | Ť | | | | | | |
| | | | | | | | | | > | | Ý | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ①サー | ごス種 | 類コー | ド | 1 | | | | <u> </u> | | | _ | | | Ii | | | ! | | | | | <u>_</u> | | | | | | T | | | | |
| | | | 日数 | | | | 日 | | | | | | 日 | | | | | | 日 | | | | | | 日 | | | | - | | | | |
| | ④計画単 | 色位数 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ⑤限度额 | 管理 | 対象単位 | 立数 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 請 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 給付 | 率 (/ | (100) | |
| 求額 | ⑦給付単 少ない数 | | | のうち | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 保隆 | 矣 | | | |
| 求額集計欄 | ⑧公費分 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | İ | | 公 | 貴 | | T | |
| 懶 | ⑨単位数 | 対単価 | | | | | | | 円/ | /単位 | | | | | 円/ | /単位 | | | | | 円/ | /単位 | | | | | 円 | /単位 | Ĭ. | | 合計 | ŀ | |
| | ⑨単位数単価 円/単位 ⑩保険請求額 円/単位 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ⑪利用者 | 負担 | 額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ⑫公費請求額 ⑬公費分本人負担 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | + | | | |
| | (13)公費5 | 个人? | 負担 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | \perp | | |
| | 会福 | 軽減 | 率 | | | | | % | | | | | 利用 〔 (P | | | | 軽 | 減額 | (円 |]) | | | | 軽減 負担 | | | í | | | 1 | 備考 | | |
| | 祉法人 61 介護予防訪問介護 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | - | | | | | | _ | | | | | | | |
| る車 | 5 軽減 74 企業子時初知完計內理 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | - | | | | | | | | | — | | |
| 欄 | 75 | _ | 護予防 | | | | | | 1 | | | Ī | Ť | | | | | | | | | + | Ī | | | | | | | | | | |

枚中

居宅サービス介護給付費明細書

| | | | | | | | | | | | | () | 立分1/ | 八州2 | 土(白) | 기효 | 受丿 | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------|-------------------------------------|------|-------------|-------|----------|--------------|----------|---------------|--------|----------|-----|------|------|----------|----------|-----------|----------|--------|----------|----------------|----------|-------|------------|----|-----------|----|----|---|-----|-------|---|
| 公費 | 費負担者番 | :号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 平 | 成 | | | | | 年 | | | | 月分 | |
| 公事 | 費受給者番 | :号 | | | | | | | | | _ | | | | | | | | | 係 | 以 | 者番 | :号 | | | | | | | | |
| | 被保険者 番号 | Í | | | | | | | | | | | | | | | 事業 番号 | | | | | | | | | | | | | | |
| | (フリカ゛ナ) | | | | | | | | | | | | | | | | 事業 名称 | | | | | | | | | | | | | | |
| 4th | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | 請 | - | 4D 47 | | = | | | | | | | 1 | | | | | _ |
| 被保険者 | 生年月日 | | 1.明治 | | 大正月 | | 四和 | 性別 | 1 | . 男 | · 2 | . ± | ر | | | Š. | 所在 | 地 | | 1 1 | _ _ | ı | 1 1 | | | | | | | | _ |
| | 要介護状態区分 | | | | | | | • 3 • | | <u> </u> | | | | | 18 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 認定有效期間 | - | _ | | 年年 | | | 月月 | | | F | 1 /. | からまで | | | - | 連絡 | 先 | 信 | 「話番 | \$号 | | | | | | | | | | |
| | <u> </u> | .居宅介 | | 事業者 | <u> </u> | ٠ | 好保險 | | 作成 | | | | , (| | | | | 入所年 | E.目 | H | 平月 | t | | | 年 | | | 月 | | | = |
| | - ビス 事 | 業所都 | | 7 * 1 | IF/A | 1 | X IV IIV | | 117/4% | | | | | | | | | 退所年 | | | 平月 | _ | | | 年 | | | 月 | | | = |
| 計画 | <u> </u> | ¥所名 | S称 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 4 | 豆期 | 入所 | 実 | 三日 | 汝 | | | | | |
| | ţ | ービフ | く 内容 | | | サ | ービ | スコー | - ド | | 単 | 位数 | 文 | |]数]数 | ţ | t | ズ単位 | 数 | 公費回数 | 分 (等 | 公 | 費対 | 象単 | 位数 | 汝 | | 扌 | 商要 | | |
| | | | | | | _ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | _ |
| | | | | | | + | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | _ |
| 給 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 給付費明細 | | | | | | | | | | | | | | | | Ę | | | | | | | | | | | | | | | |
| 細欄 | | | | | | + | | | | | | | ╁ | | | | | | | | | | | 1 | 1 | | | | | | _ |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | Λ ∌1. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | _ |
| | | F | /\ | | | | 合計 | | /II PA | ~ | | | | <u> </u> | | | <u> </u> | , # // | <u> </u> | | | 1 | | | | | | | | | |
| | ①計画単 | 区位数 | 分 | | | | | | 保険 | 分 | | | | | | | 2 | 公費分 | | | _ | - | | | | | | | | | |
| | ②限度都 | | 才象 単 | 位数 | | | Ť | Ť | | | Ī | 1 | | | | _ | | | _ | | _ | 1 | | | | | | | | | |
| 請求額集計欄 | ③限度額 | 管理文 | 才象外 | 単位数 | 数 | | | | | | | | | | | _ | _ | | _ | | | | | | | | | | | | |
| 領集計 | ④給付单 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 欄 | ⑤単位数⑥給付率 | | | | | _ | | $\overline{}$ | | /1 | | /単 | 区 | _ | | | | /1 | 00 | | | 1 | | | | | | | | | |
| | ⑦請求额 | | | | | | Ť | Ī | | / 1 | T | | | | Ť | | İ | / - | T | | | | | | | | | | | | |
| | ⑧利用者 | 負担額 | 頁(円 |) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 特 | サービス | 内容 | サ | ービス: | コード | | 費用車 | 单価(円) | 負 | 負担限 | 度額 | ı | 日数 | | 費月 | 用額 | (円) | | ſ | 呆険分 | | 4 | 公費日装 | 数 | | 公主 | 費分 | | 利用 | 者負担額 | |
| 特定入所者介護サー | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Λ | | | / | / | | | |
| 所者 | | | | | | | | | | | - | - | | | | Ť | | | | | | | | | | | | _ | | | _ |
| 介護 | | | | | | | | | | | - | | | | - | | | | 1 | | | | | | / | | | _ | | | _ |
| サービ | | | | | | 合計 | 1 | | | | | | | | | | | | | <u> </u> | | | / | | / | | | | | | |
| こス費 | | | | | | | | | | | | _= | | | | よ険: お額 | 分 (円) | | | | | | 公費分 請求額 | | | _ | | | 費分本 | :人負担月 | 額 |
| | /교체가 | | | 1 | _ | _ | 1 | | 1 | 75T. A | 頂する | マキ | 利甲 | | 印目名 | 八帜 | | | | <u> </u> | | | 減後和 | | <u>*</u> | | 1 | | | | ᆜ |
| 人等 | 会福祉法 学による | 軽減 | | | | | | % | | | 担の紅 | | | | | 1 | 軽減 | 額(円) |) | | - | | 担額 | | | | | , | 備考 | | _ |
| 軽洞 | V欄 | 21 | 短期ノ | \所生 | 活介記 | 隻 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | |

枚中

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 | 費負担者番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | 平 | 龙 | | | | 年 | | | | 月分 | 7 |
|--|---------------------------------------|--------------|------|------|-------|-------|--------|------------|-----|--------|----------|-----|----------|----------|------------|----------|------------|---------------|----|-----------|----------|----|----|----|----------|-----------|-----------|-------|
| 公費 | 費受給者番号 | - | | | | | | | | | | | | | | | | 保 | 険者 | 番号 | | | | | | | | |
| | 被保険者 番号 | | | | | | | | | | | | | | 事業番号 | | | | | | | | | | | | | |
| | (フリガナ) 氏名 | | | | | | | | | | | | | | 事業 名称 | | | | | | | | | | | | | |
| 被 | 八石 | | | | | | 1 | 1 | | | | | 部才事 | 青杉 | | | ₹ | | | _ | | | | | | | | |
| 被保険者 | 生年月日 | 1.月 | 年 年 | 2.大正 | 月 | 召和 | 性別 | 1. | 男 | 2. | 女 | | 7 事 考 者 | 事業者 | 所在 | 地 | | | | | | | | | | | | |
| | 要支援 状態区分 | | | 罗 | 要支援 | ŧ1 · | 要支持 | 爰 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 認定有効 期間 | 平成平成 | | 年 | - | | 月月 | | | 日日 | から まで | | | | 連絡 | ·先 | 信用 | 話番 | 号 | | | | | | | | | |
| | 麦丁炒 | 安保険者 | | 3.5 | 介護予 | ·防支援 | 多事業者 | 首作成 | | | | | | | | 入所生 | | | 平成 | | | 年 | + | | 月 | | | 日 |
| サー計画 | | 送所番号 送所名称 | | | | | | | | | | | | | - | 退所年 | F 月 | B | 平成 | 加入 | 所 | 実日 | | | 月 | | | 日 |
| <u> </u> | | | | | .,, | | | 20 | 1 | 227 | . \\/ | | 回数 | 1 | | 9 W// | . \\\\ | 公費 | | | | | | | | र्क सर्वे | | |
| | サー | -ビス内 | 可容 | | サ | — E : | スコー | - F | | 単位 | Z数 | | 日数 | | サート | ゴス単位 | 数 | 回数 | 等 | 公質 | 对家 | 単位 | 奴 | | - 1 | 商要 | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 給付 | | | | | | | | | | | | | | Y | | | | | | | | | | | | | | |
| 給付費明細欄 | | | | - | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 細欄 | | | | | | | | | | | | | \vdash | | | | | | + | | | | + | | | | | _ |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | • | | V | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | 合計 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 区分 | | | | | | 保険 | 分 | | | | | | 2 | 公費分 | | | | | | | | | | | | |
| | ①計画単位②限度額管 | | 5 出 | K/r | | | | | | | | | | _ | | | | | | | | | | | | | | |
| 請 | ③限度額管 | | | | | | | | | | | - | | _ | | | | | | | | | | | | | | |
| 請求額集計欄 | ④給付単位 | | | | | 1 | \neg | T | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 計欄 | ⑤単位数単 | 鱼価 | | | | | | | | 円/ | 単位 | | _ | _ | | | | | | | | | | | | | | |
| | ⑥給付率 | /FT) | | | | | | | /10 | 0 | 1 | | | | | /1 | .00 | - | | | | | | | | | | |
| | ⑦請求額 ⑧利用者負 | | (四) | | | | | | | | | | | | | | _ | | | | | | | | | | | |
| 4-1- | サービス内 | | | ブスコー | 18 | 弗田片 | 重価(円) | | 担限度 | c desi | 日数 | | <u>.</u> | . H# | 頁(円) | <u> </u> | | 呆険分 | | /\ db | 日数 | | ΛĀ | 費分 | | 41 H | 者負担 | 松石 |
| 特定入所者介護予防サ | y-EAM. | 谷 | II | | Γ | 貨用月 | 1個(円) | 1 | 担限店 | 領 | 口奴 | | Ţ | 円利 | R(H) | | 1 | 本灰万 | | 公與 | 口数 | | 23 | TT | | 利用 | 有貝担 | 朗 |
| /所者 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | / | | | |
| 介護 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |] , | / | | / | | | | | |
| 防サ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 4/ | | / | | | | | | |
| 一 ビ | | | | | 合計 | | | | | | | + | Ц, | (ロ n/\ | | | | | | /\ /\ # | もハ | | | | // | 曹分オ | | 月貊 |
| ス費 | | | | | | | | | | | | | | 保険 求客 | ジ分 頁(円) | | | | | | 費分 求額 | | | | | ·× 114 | // PIE | ./1 限 |
| | 会福祉法 | 軽減 | / 本 | | | | С | % | | | べき和 | | - | | 取沙 | 域額 (円 |) | | | 軽減 | | | | | | 備考 | | |
| | 等による <u> </u> 載欄 | | 介護予 | 防領地 | 11人所 | 上 汪 任 | | | 負 | 担の | 総額 | (円) | | | +±1/5 | AHM (II | | | | 負担 | 額(| 円) | 1 | | | C, tur | | |

枚中

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) 年 公費負担者番号 平成 月分 公費受給者番号 保険者番号 被保険者 事業所 番号 (フリカ゛ナ) 事業所 名称 氏名 請求事業者 保険 1.明治 2.大正 3.昭和 生年月日 1. 男 2. 女 別 所在地 月 日 年 要介護 要介護 1・2・3・4・5 状態区分 平成 年 月 日 から 認定有効 連絡先 電話番号 期間 平成 年 月 日 まで 1.居宅介護支援事業者作成 2.被保険者自己作成 入所年月日 平成 年 月 日 居宅 月 日 サービス 事業所番号 退所年月日 平成 年 計画 事業所名称 実日数 短期入所 公費分 回数等 回数 サービス内容 サービスコード 単位数 サービス単位数 公費対象単位数 摘要 費 朗 細 欄 合計 日 1 年 月 緊急時 緊急時治療 ②平成 年 月 日 傷病名 開始年月日 ③平成 年 Н 緊急時 単位 緊急時治療管理 (再掲) 単位× 日 リハヒ゛リテーション 摘要 点 施 処置 点 設療養費 点 治 麻酔 点 療 放射線治療 点 合計 点 医療 医療 往診日数 通院日数 機関名 機関名 傷病名 特 別療 識別番号 回数 内容 単位数 保険分単位数 公費回数 公費分単位数 摘要 養費 合計 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 額 ④給付点数·単位数 集 計欄 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) 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 特定入所 - ビス費 合計 公費分本人負担月額

保険分 請求額(円) 公費分

請求額

枚中

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 | 貴負担 | 者番号 | <u>1.</u> | | | | | | | | | | | | | | | | 平 | 成 | | | | 年 | 1 | | | 月分 |
|----------------|----------------------|-------------------------|----------------------------------|-------|----------|----------|------|----------|-------|----------|--------------|----------|-----|-----------|------------|----------|--|----------|----------|-------------|----------|----------|-----|--|------|---------------|----------|-------|
| 公塾 | 費受給 | 者番号 | <u>1.</u> 7 | | | | | | | | | | | | | | | | 保 | :険者 | 番号 | | | | | | | |
| | 被保番号 | 以 以 以 以 | | | | | • | | | | | | | | 事業番号 | | | | | | | | | • | | | | |
| | 省 クリカ | | | | | | | | | | | | | ŀ | 事業 | 業所 | | | | | | 1 | | | | | | |
| | 氏名 | , | | | | | | | | | | | | | 名和 | | | | | | | | | | | | | |
| 被保 | | | 1. | 明治 2 | .大正 | 3.昭 | 和 | | | | | - | | 請求 | | | | ₹ | | | | | | | | | | |
| 被保険者 | | 月日 | | 年 | 月 | | | 性 別 | 1. | 男 2 | 2. 女 | | | 求事業者 | 所在 | 生地 | | | | | | | | | | | | |
| | 要支状態 | 泛援 《区分 | | | 要 | 支援 | 1・要 | 支援 : | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 認定期間 | 三有効 | 平成平成 | | 年年 | | - | 月月 | | | 目 から 日 まて | _ | | | 連絡 | 各先 | | 電記 | 活番 | :号 | | | | | | | | |
| ∧ = | | | | 自己作成 | <u> </u> | 演子 [| | | | | 1 5 | <u> </u> | | | | <u>ک</u> | ,所年 | 月日 | | 平成 | | | 白 | Ē. | | 月 | | 日 |
| サー | 雙予防 - ビス - | | 業所番 | 号 | | | | | | | | | | | | - | 所年 | | | 平成 | + | | 年 | | | 月 | | 日 |
| 計画 | <u> </u> | 事 | 業所名 | 称 | - | | | | | | | | | | | | | 1 | | | 期力 | 所 | 実日 | 数 | 1 | | | |
| 公 | | サー | ービス | 内容 | | サー | -ビスコ | 1-F | * | 単 | 位数 | | 日数 | | サー | ビス | 単位 | | 公費:回数: | | 公星 | 貴対多 | 東単位 | 数 | | 打 | 萬要 | |
| 給付費 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | - | | | | | | | | | |
| 費明細 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 欄 | | | | | | | | | | | | | 4 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 緊急 | 中 | | 1 | | | [| | | | • | | | 巨又 | 与 古 | 治療 | <u> </u> | ①平 | 成 | <u> </u> | | | 年 | <u> </u> | | 月 | | 日 |
| #17 | 傷病 | | | 2 | | | | | | | | | | | | 月日 | | ②平 ③平 | 成 | | | | 年年 | | | 月月 | | 日日 |
| 緊急時施設療養費 | 緊急 | | | (再掲) | | | 単位 | | r and | 4 | 単位〉 | < | 1 | | | | • | | | | | | | | | | | |
| 施設 | at to | リハビ 処置 | リテーション | | | | 点点 | 一 | 簡要 | | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 療養 | 特定治療 | 手術 | | | | | 点 |] ` | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 費 | 疳療 | 麻酔放射 | 線治療 | | | | 点点 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | ,,,,,,,,, | 合計 | | | | 点 | | | | | | | | | | 1 1 | | | | | | | | | | | |
| 往記 | 多日数 | 1 | | 医療機関 | 名 | | | | | | | | | 通院 | 任日娄 | | | | 医療 幾関 | | | | | | | | | |
| 特 | 傷疹 | | | | | | | | | | . 1 | | | | | | [| | | | | | | | | | | |
| 特別療養費 | 識別 | 番号 | | 内容 | | | 単 | 位数 | | 回数 | Ĭ. | 保険 | 分単 | 位数 | | 公費 | 回数 | 公 | 費分 | 単位 | 数 | | | | - | 商要 | | |
| 養費 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | <u>合</u> | <u>†</u> | | | | | | | | , | | / | | | | | | L | | _ | | | | |
| | ∩#i | 画単位 | 区分 数 | | | | 保 |) | | | | | 公費 | 計分 | | | 伢 | 除分 | 特定 | Z治療 | ・ 生 | 別療 | 養費 | 1/2 | 公費分集 | F定治療 | (・特) | 別療養費 |
| 主 | | | | 単位数 | | | | | | | | | | | | | _ | | _ | | | | | _ | | | | |
| 請求額集計欄 | | | | 外単位数 | 数 | | | | | | | | | | | | | | _ | _ | | | | | | | | |
| 集計 | | | 単位位数単 | | | | | | | <u> </u> | | | | | | | _ | | 10.0 | п / л | = H | 4 / | | | 1/ | | = 114 | f-t-r |
| 欄 | ⑥給 | | 匹奴干 | - Іші | | | 1 | /1 | 四/3 | 里似. | | | | /1 | .00 | | | | 10 F | 9/点 | / 1 | | | | 10 |) 円/点 | <u> </u> | |
| | | 求額(| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ⑧利月 | 甲者負 | 担額(| 円) | | | | <u> </u> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介特字 | サ | ービス内 | 容 | サービス | スコード | | 費用単価 | (円) | 負担 | 限度額 | 日娄 | 女 | 3 | 費用額 | [(円) | - | | 保隆 | 分 | - | 公 | 費日数 | _ | 公 | 費分 | \rightarrow | 利用 | 者負担額 |
| 介護予防サービス費特定入所者 | | | | | | | | | | | | + | | | | | | | | | \dashv | | | _ | | / | | |
| サービ | | | | | 1 | 合計 | | : 1 | - | | | | | | | | | | | | 1/ | | | _ | | | | |
| レス費 | | | | | | | | | | | | | | 保険 青求額 | | | | | | | | 費分 求額 | | _ | | | 費分本 | 人負担月額 |
| Ĺ | | | | | | | | | | | | | P.F | 1-1-10 | Z(1) | | | | | | βĦ | ~1×10× | | | | <u></u> 枚中 | | 枚目 |

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)

| 公輩 | 貴負担者番- | 号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 中 | 成 | | | | | 年 | | | | 月: | 分 |
|----------|--|---|-----|------|-----|----------|----------|-----|--------|------|-------------|--------|-----------|-----|----------|-----------|-----------|--------|------|----|------|----------|-----|----------|----------|----|---|----|----------|-----|------------|-----|
| 公輩 | 費受給者番- | 号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 1 | 呆険 | 者番 | 号 | | | | | | | | |
| | 被保険者 番号 (フリガナ) | | | | | | | | | | | | | | | | 番 事 | 業号業称 | 所 | | | | | | | | | | | | | |
| 被促 | 氏名 | 1 | 明治 | 9 + | 定正 | 2 H77 | ŧπ | T | | | | | | | | 請求 | | 1.1.1. | | Ŧ | | | - | | | | | | | | | |
| 被保険者 | 生年月日 | 1. | 年 | 2.) | 月 | J.µ□ | TH E | 世別 | j | 1. ; | 男 | 2. | 女 | | | 『求事業者 | 所 | 在 | 地 | | | | | | | | | | | | | |
| | 要介護 状態区分 | | | | 要介 | 護 1 | • 2 | | _ | 5 | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 認定有効 期間 | 平成平成 | | | 年年 | | | 月月 | _ | | | -+ | から まで | | | | 連 | [絡 | 先 | 官 | 記話者 | 番号 | | | | | | | | | | |
| 居宅 | 1. | .居宅介護 | 支援事 | 事業者 | 作成 | 2.被 | 保険 | 者自己 | 己作成 | | | | | | | | 1 | Ī | 入所年 | 月月 | 3 | 平月 | 戊 | | | 年 | | | 月 | | | 日 |
| サー | -ビス 事 | 業所番 | 号 | | | | | | | | | | | | | | | | 退所年 | 月日 | 3 | 平月 | 戓 | | | 年 | | | 月 | | | 日 |
| 計画 | 事 | 業所名 | 称 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 9 | 豆期 | 入於 | î ş | 美日 | 数 | | | | | |
| | サービス内容 | | | | | | -ビ | スコ、 | ード | | È | 単位 | 数 | | 回数 日数 | | サー | - Ł | ごス単位 | 数 | 公勢回数 | 費分 数等 | 公 | 費求 | 象 | 单位 | 数 | | | 摘要 | į | |
| | 傷病名 識別番号 内容 | | | | | | | | | | | | | | İ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 給付 | 傷病名。 識別番号 内容 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 費明 | 傷病名 識別番号 内容 | | | | | | | | | | | | | | + | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 細欄 | 傷病名 識別番号 内容 | | | | | | | | | | | | | | ŧ | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11/19 | 傷病名 識別番号 内容 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 識別番号 内容 | | | | | | | | | | 4 | | | I | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 傷病名識別番号内容 | | | | | | 計 | | | | | | | | | | | | | | | _ | | | | | | | | | | |
| | 傷病名 識別番号 内容 特定診療費 | | | | | | | | • | | | | | | | • | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 肚 | 識別番号 | | | 単位 | Z.数 | | D | 数 | | 呆険么 | 分单 | 位数 | į. | Ü | 費回数 | | 公費 | 分単 | 位数 | | | | | į | 商要 | | | | | | | |
| 定念 | 識別番号 内容 | | | | | | | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 療 | | | | | | | | | | | > | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 頁 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 合計 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 区分 ①計画単位数 | | | | | | 1 | 保険 | :分 | | | | | - 1 | 公星 | 量分 | _ | _ | | , | 保険 | 分朱 | 宇定 | 診療 | 費 —— | | | 公弘 | 量分集 | 宇定記 | 診療費 | |
| | ①計画単位 ②限度額管 | | 単位 | 数 | | | - | | | | | - | | | | _ | _ | | _ | | _ | | _ | _ | | _ | | | | _ | | |
| 請求額集計欄 | | | | | | | | 1 | | | | | | _ | | | | | | _ | _ | | _ | | _ | | | | | | | |
| 額集 | ④給付単位 | 限度額管理対象外単位数給付単位数 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 計欄 | ⑤単位数単価 | | | | | | <u> </u> | | | 円/1 | 単位 | | | | _ | | _ | _ | | | 1 | 10 円 | / 単 | 位 | | | | | 10円 | | | |
| | ⑥給付率 ⑦請求額(円) | | | | | | | | /100 |) | | | | | | / | 100 |) | | | | | / | 100 | | | | | | / | 100 | - |
| | (7)請水額(8)利用者負 | | (田) | | | - | ╬ | | | | | | + | | | | + | | | + | _ | | | - | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | <u> </u> | | | |
| 特定 | サービスド | 内容 | サー | -ビスコ | コード | j | 費用單 | | 1) | 負担降 | 限度額 | Ą | 日数 | - | 1 | 費用智 | 額(円 |]) | | f) | R険分 | | | 公費日 | 数/ | | 公 | 費分 | | 利 | 用者負担 | 担額 |
| 特定入所者介護サ | | | | | | + | | | + | | | + | _ | - | | | | | | | | | | | / | | | / | / | | | |
| 者介 | | | | | | \vdash | | | | | | \top | \dagger | + | | | | | | | | | | / | ' | | , | | ł | | | |
| 護サ | (注) (注) (注) (注) (注) (注) (注) (注) (注) (注) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | / | | | Ì | | | |
| 1 | | | | | 合 | 計 | | | | | | | | | | | | | | | | _ | | / | | / | | | | | | |
| ・ビス費 | | | | | | | | | | | | | | | #: | 保隆 青求智 | 食分 酒/ロ | Π) | | | | | | 公費 請求 | 分類 | | _ | / | | 公費を | 本人負 | 担月額 |
| | | | | | | | | | | | | | | | μĮ | 月水谷 | 识(片 | 1) | 1 1 | | - 1 | | | 門水 | 识 | _ | | | | _ | | - |

枚中 枚目

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)

| | | | | | | | | | | (// - | 11/2 | H2 // | 11/21 | , - | ., . | יייע | | 124 | / == / 9. | 12 (121721) | ~// | 1007 | | | | | | | | | | | |
|-------------|----------------------------------|-----------|------|-------------|----------|-------|--------|-----|------|-------------|---------------|-------|-------|----------|------|--------|---------|--------------|--------------|-------------|-----------------------|------|----------|------------|------------|----------|----|----------|----|----------------|------------|--------|----------|
| 公칼 | 貴負担者 | 省号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 平 | 成 | | | | | 年 | | | | F | 分 |
| 公칼 | 費受給者 | 番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | (| 呆険 | 者番 | :号 | | | | | | | | |
| | 被保险番号 | 食者 | | • | | | | | | | | | | | | | | | 事業番号 | | | | | | | | | | - | | | | |
| | (フリカ゛; | †) | | | | | | | | | | | | | | | | | 事業名称 | ≶所 | | - | | | · | | | | • | | | | |
| ±d2 | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | 請 | - | - н т | | ₹ | | | - | - | | | | | | | | |
| 被保険者 | 生年月 | 月日 | 1.5 | 明治 | 2.大 | | 3.昭 | 和 | | 生 | 1. | 男 | 2. | 女 | | | 求事業者 | | 所右 | : +sh | | 1 | | | 1 | <u> </u> | | <u> </u> | | | | | |
| 伯 | 要支持 | 爰 | | 年 | | 男 要支 | - 1424 | | | | 0 | | | | | | 者 | - | 17111 | - P 🖺 | | | | | | | | | | | | | |
| | 状態▷ | | 平成 | | | | (1)反 | 1 . | - | | <u>-</u> - | | 日 | から | _ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 認定有期間 | | 平成平成 | | | 年年 | | | + | 目 | | | 日 | まで | - | | | | 連絡 | 先 | 電 | 話 | 番号 | | | | | | | | | | |
| 介部 | 雙予防 | 2.被任 | 呆険者 | 自己作 | | 3. 介護 | 隻予隊 | 方支援 | 妥事等 | 業者 作 | F成 | | | | | | | |] | 入所年 | 5月1 | 3 | 平历 | 犮 | | | 年 | | | 月 | | | 日 |
| | ・ビス | 事業 | 所番兒 | | | | | | | | | | | | | | | | | 退所年 | 月日 | 3 | 平月 | 犮 | | | 年 | | | 月 | | | 日 |
| 計画 | 亘 | 事業 | 所名和 | 尓 | | | 1 | | | | | - | | - i - | - | | - | | | | | | 矢 | 豆期, | 入所 | ᢖ | €日 | 数 | | | | \top | |
| | | サー | ビスト | 勺容 | <u>.</u> | | サー | - Ľ | スコ | - 1 | i. | | 単位 | 立数 | | 回日 | 数 数 | + | - | ビス単位 | 数 | 公費回数 | 費分 数等 | 公 | 費対 | 象单 | 单位 | 数 | | | 摘罗 | Į. | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 給 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 給付費明細 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 明 細 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 欄 | | | | | | | - | | | | | | | | 7 | | | | | | | | | | | | _ | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | · | 計 | | | | | | | | 1 | | 7 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 傷病名 | 5 | | | | | | | | | A | | | 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 識別番 | :号 | | P | 内容 | | | | 単作 | 位数 | 7 | E | 到数 | | 保 | 険分 | 単位 | 数 | : | 公費回数 | | 公費 | 分単位 | 位数 | | | | | 1 | 商要 | | | |
| 特定 | | | | | | | | | | , | | V | | | | | | | | | | | | | | | | | | _ | | | |
| 定診 | | | | | | | | | | | | | | | _ | | | - | | | | | | | | | | | | — | | | |
| 診療費 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | _ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | 合計 | | | | | | | | | | t | | Ť | | | | | | | | | | | | | | _ | |
| | | [| 区分 | | | | | | 保険 | 分 | | | | - | - | · 公 | · 費か | ; | با | | 1 | 保険 | 分特 | · i定記 | 診療 ፟ | 費 | | | 公辈 | 上 分特 | 寺定 | 診療 | 貴 |
| | ①計画 | | | | | | | | | | | | | | _ | | | _ | _ | | | | | _ | _ | _ | | | | _ | | _ | |
| 請 | ②限度 | | | | | | | | | | | | | | | | | _ | | | | | | | _ | | | | | | _ | | |
| 請求額集計欄 | ③限度 ④給付 | | | 外里 | 位数 | | | | | | | | | _ | | | _ | | | _ | _ | _ | | | | - | | | _ | = | | | |
| 集計 | 事品的事位 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 10円 | / | /÷ | | | | | 10 円 |] 7 / H | 4 /->- | |
| 欄 | © 千世 ⑥給付: | | ч | | | | - | 1 | | /1 | | /単位 | + | | | | Τ, | /10 | 00 | | | | .0 [7] | | 100 | | | | | 10 5 | | 100 | |
| | ⑦請求 | |]) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ⑧利用 | 者負担 | 額(| 円) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 特 | サー | ビス内容 | : | サー | -ビスコ | ード | 3 | 費用頃 | 単価() | 円) | 負担 | 旦限度 | 額 | 日装 | 汝 | | 費月 | 用額 | (円) | | 仔 | 保険分 | | 2 | 公費日 | 数 | | 公 | 費分 | | 禾 | 刊用者負 | 負担額 |
| 特定入所者介護予防サー | | | | | | | \top | | | | | | | | | | | | | | | | | - | | T | | | | $\overline{/}$ | | | |
| 所者^ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | / | / | | | | • | | | |
| 消護 | | | | | | | | | | | | | | \sqcup | | | | | | | | - | | | | | | / | | | | | |
| 方防止 | | | | | | | =1 | | | | | | | | _ | | | | | | | | | = | / | | / | | | | | | |
| リー | | | | | | 台 | 計 | | | | | | _ | | _ | | /- | 1 17/ | | | $\overline{\uparrow}$ | | | | · · · · | | _ | | | _ | か 弗 | 分末人 | 負担月額 |
| ビス費 | | | | | | | | | | | | | | | | | 保 請求 | と ド額 | | | | | | | 公費分 請求物 | ヷ 領 | | _ | | | 二.具. | -J-T/ | 八二八個 |

枚中

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 | 費負担者番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | 직 | 区成 | | | | | 年 | | | | 月 | 分 |
|-------------|-------------------------|----------|----------|------|----------------|-------|-------|-------|-------------|-------|----------|---------|----------|-------------------|-------------|----------|-----|----|--------|-----|----------|----|-----|------|-------------|-------|---------|-------|-----------|
| 公輩 | 費受給者番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | 1 | 保険 | 者番 | :号 | | | | | | | | |
| | 被保険者 番号 | | | | | | | | | | | | | | 事業別 番号 | Ť | | | | | | | | | | | | | |
| | (フリカ゛ナ) | | | | | | | | | | | | | | 事業別 | f | | | | | | | | | | | | | |
| | 氏名 | | | | | | | | | | | | == | \vdash | 名称 | | ₹ | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者 | 生年月日 | 1.明治 | | | 3.昭 | | 性 | 1 | 男 | 2 | # | | 請求事業者 | | | | | | | | | | | 1 | | | | | |
| 者 | | 白 | Ē I | 月 | | 日 | 別 | 1. | | | | | 者 | | 听在 地 | <u>t</u> | | | | | | | | | | | | | |
| | 要介護 状態区分 | | | 要介 | 護 1 | • 2 • | 3 • 4 | • 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | F-0 / C- 11 /// | 平成 平成 | | 年年 | | | 月月 | | | 日日 | から まで | | | | 車絡先 | Ė | 電 | 話 | 番号 | | | | | | | | | | |
| | 人居 平成 | 年 | | 月 | $\frac{-1}{1}$ | 日 | | 退居年月日 | 2 | 平成 | | 年 | | | 月 | | 1 , | 入居 | 実日 | 数 | | 外 | 泊日 | 数 | | | | | |
| | 7 | | 宇 2 | | | | 介護す | 老人福 | 国社 旅 | 施設 | 4.介 | 護老 | <u> </u> | :健カ | 記 | 5.介記 | 隻療主 | &型 | 医病 | で施設 | ž 6. | 認知 | 症 | 対応型 | 世共同 | 引生 | 活介 | 護 | |
| | | | 定施記 | | | | | | | | | A =## . | | | (L4=n. | | | | -lar 1 | / | . L.L.=n | | | | * > | a mil | | L6→=H | • 17-4- |
| | 退居後の状況 | 1.尼 | 宇 3 | 3.医療 | 機関 | 人院 | 4.5 | rl E | 5.~ | - 07性 | <u> </u> | | | | | | | | | .保傾 | 施設 | 八丹 | r t | 3.介語 | 斐 療養 | 空 | 医療. | 施設。 | 人院 |
| | サー | ビス内容 | : | | サー | ・ビス | コー | ド | | 単位 | 数 | | 数数 | サ | ービ | ス単位 | 数 | | 費分 数等 | 公 | 費対 | 象単 | 位数 | 女 | | | 摘要 | į | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | $\left\{ \right.$ | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 給 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 給付費明細 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 細欄 | | | | | | | Ī | | | | | | | | | | Ī | | | | | Ť | Ť | | | | | | |
| 11/19 | | | | | | | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | İ | | | 7 | | Ť | | | | | İ | | | | | | T | İ | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | • | 合 | 計 | - | | | | • | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 区分 | | | | | ſ | 呆険気 | } | | | | | | 公 | 費分 | | | | | | | | • | | | | | |
| ⇒ +: | ①単位数合 | 計 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 請求 | ②単位数単位 | | | | | | | | | 円/ | 単位 | | - | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 請求額集計欄 | ③給付率 | | | | | İ | 1 | | /100 | | | | T | | | /1 | .00 | | | | | | | | | | | | |
| 欄 | ④請求額 (F | 円) | | | | | | | | | | | | | ı | | | | | | | | | | | | | | |
| | ⑤利用者負担 | 担額(円 |) | | | | | Ī | | | ĺ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

枚中

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 | 資担者番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | 平 | 成 | | | | | 年 | | | | 月分 |
|--------|-------------------------|----------|------|------|-----|-----|----|-------------|-----|------|----------|-----|-------------|-------------|--------------|-----|-------------|------------------|-----------|----|--|-----|----|----|-----|----|----|-----|
| 公費 | 受給者番号 | | | | | | | - | | | | | | | | | | 佳 | R険 | 者番 | 号 | | | | | | | |
| | 被保険者番号 | | | | | | | | | | | | | 番 | | | | | | | | | • | | | | | |
| | (フリカ゛ナ) | | | | | | | | | | | | | 事名 | 業所 称 | | | | | | | | | | | | | |
| 1.1. | 氏名 | | | | | | | | | | | | 詰 | 10 | 47 1 | | ₹ | | | T_ | _ | | | | | | | |
| 被保険者 | 生年月日 | 1. | 明治 年 | 月 月 | 3.昭 | 和日 | 性別 | 1. | 男 : | 2. ‡ | Ţ | | 請求事業者 | 所 | 在地 | | | <u> </u> | | | <u> </u> | | | | | | | |
| | 要支援 状態区分 | | | | 要 | 支援 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | HE / C 11 // | 平成 平成 | | 年年 | | | 月月 | | | _ | から まで | | | 連 | 絡先 | | 貫 | 直話者 | 番号 | | | | | | | | | |
| | \居 月日 | | 年 | 月 | | 日 | | 退居 年月日 | 平 | 戏 | | 年 | | 月 | | 日 | | 入居: | 実日刻 | 数 | | 外 | 泊日 | 数 | | | _ | |
| , | 入居前の状況 | | | 2.医療 | | | | 老人福 8.その | | 끛 , | 4.介 | 護老 | 人保修 | 建施調 | 没 5 . | 介護 | 療 | €型[| 医療 | 施設 | ξ 6 | .認知 | 症対 | 応型 | 世共同 | 生活 | 介護 | |
| ì | 退居後の状況 | | | | | | | | |)他 | 6.5 | 介護者 | 老人 福 | 富祉 方 | 施設入 | 所 ′ | 7 .5 |)護る | 医人1 | 保健 | 施設 | 入所 | 8. | 介護 | 療養 | 型医 | 療施 | 設入院 |
| | サー | ビス | 内容 | | サー | -ビス | コー | ド | 単 | 鱼位数 | 汝 | 回日 | | サー | -ビス | 単位数 | 数 | 公事回数 | 分 | 公 | 費対 | 象単 | 立数 | | | 揺 | 要 | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | ~ | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 給付票 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 費明細! | | | | | _ | | | | | | | | | \perp | | Щ | | | | _ | _ | | ┸ | | | | | |
| 欄 | | | | | | | | | | 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | • | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | 合 | 計 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 区分 | | | | | 1: | 呆険分 | | | | | | | 公費 | 分 | | | | 1 | | | | | | | | |
| 丰 | ①単位数合 | 計 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 明 求 婚 | ②単位数単 | 価 | | | | | | | F | /単 | 位 | | - | | | | _ | _ | | 1 | | | | | | | | |
| 請求額集計欄 | ③給付率 | | | | | | | / | 100 | | | | | | | /10 | 00 | | | | | | | | | | | |
| 欄 | ④請求額(| 円) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ⑤利用者負 | 担額 | (円) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| 枚中 | | 枚目 |
|----|--|----|
|----|--|----|

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))

| 公雪 | 骨担者番号 | | | | | | | | | | | | | | | 7 | 区成 | | | | 年 | | | | 月分 |) |
|----------|--|------------------|-----------|-----|-------|----------|-----------|----------|------|-------------|-----------------|----------|-----|---------------|------------|---|----------|----------|-----|-----|-----|-----|-----|----|----|----------|
| 公事 | 費受給者番号 | | | | | | | | | | | | | | | , | 保険者 | 香番 | 号 | | | | | | | |
| | 被保険者 番号 (フリガナ) | | | | | | | | | | | | 番 | 業所 号 業所 | | | | | | | | | | | | |
| | 氏名 | | | | | | | | | | | ≑± | 名 | | | - | | 1_ | П | | | | | | | |
| 被保険者 | 生年月日 | 1.明治 2.5 | 大正 月 | 3.昭 | - | 性別 | 1. | 男 | 2. | 女 | | 請求事業者 | 所 | 在地 | | <u>' </u> | | <u> </u> | | 1 1 | | | | | | |
| | 要介護 状態区分 | | 要介 | 護 1 | • 2 • | 3 · 4 | 1 • 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 認定有効 期間 平 | | | 月月 | | | 日日 | から まで | | | 連 | 絡先 | | 電話 | 番号 | | | | | | | | | | | |
| | 居 平成 | 年 | 月 | | 日 | 2 | 退居 年月日 | - | 平成 | | 年 | | 月 | | 日 | 入居 | ·実日数 | 女 | | 外淮 | 日数 | | | | | |
| , | 入居前の状況 | 1.居宅 2 7.特定施記 | | | | | | | 施設 | 4.介 | 護老 | 人保 | 健施請 | · 殳 5.イ | 产護援 | 寮養型 | 医療力 | 施設 | 6. | 認知症 | 巨対応 | 型共同 | 司生活 | 行言 | 隻 | |
| j | 退居後の状況 | 1.居宅 : | 3.医療 | 機関 | 入院 | 4.3 | 死亡 | 5.そ | - の他 | <u>t</u> 6. | 介護 | 老人 | 福祉旅 | 超設入房 | f 7 | '.介護 | 老人仍 | 呆健: | 施設。 | 入所 | 8.介 | 護療養 | 型医 | 療旅 | 超入 | 院 |
| | サーヒ | `ス内容 | | サー | -ビス | コー | ド | | 単位 | 数 | | □数 ∃数 | サー | -ビス隼 | 位数 | 女』 | 費分 数等 | 公宝 | 貴対象 | 東単位 | 数 | | 打 | 商要 | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 給付 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 給付費明細 | | | | | | | 1 | | | | / | | | | | | | | | | | | | | | |
| 細欄 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | Ť | | | | | T | | | | | | | | | | | |
| | | | ı | 合 | 計 | | - | | | | | • | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 区分 | | | | | 1: | 呆険: | 分 | | | | | <u> </u> | 公費 | 分 | | - | 7 | • | | | | | | |
| | ①外部利用型 | 給付上限単位 | 立数 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ②外部利用型 | !上限管理対象 | 象単位 | 数 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 請 | ③外部利用型 | | <u></u> 数 | | | | | | | | | - | | | | | | | - | | | | | | | |
| 羽額 | ④給付単位数 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 請求額集計欄 | | | | | | İ | Ť | Ť | | 円/ | <u>:</u> 単位: | | Ī | | | | | | - | | | | | | | |
| 作喇 | (a) (a) (b) (b) (d) (d) (d) (d) (d) (d) (d) (d) (d) (d | | | | | | 1 | 1 | /10 | <u> </u> | , , | | | | | /100 |) | | | | | | | | | |
| | ⑦請求額(円 | | | | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | |
| | ⑧利用者負担 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | | | |
| <u> </u> | | | | | l | <u> </u> | | L_ | | <u> </u> | | | | | | | | | | | | | | | | |

枚中

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)

| 公辈 | 貴負担者番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | 平 | 成 | | | | 年 | | | | | 月分 | |
|--------|----------------------|-----------|------|-----|--------|-----|-----|----|------|-----|------------|-----|-------|--|-------------|---------|-------------|-----|-------------|-----|--------------|----|-----|-----|----|----------|---|----|-------------|
| 公費 | 費受給者番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | 伢 | 以 除者 | 番号 | - | | | | | | | | |
| | 被保険者 番号 (フリガナ) | | | | | | | | | | |] | | | 事業番号 | | | | | | | | | | | | | | |
| Lub | 氏名 | | | | | | | | | | | | 言書 | E . | 事業 | | Ŧ | | | 1_ | | | | | | | | | |
| 被保険者 | 生年月日 | 1.明治 | 2.大 | 正 : | 3.昭 | - | 性別 | 1. | 男 | 2. | 女 | | 請求事業者 | \\ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ | 所在 | 地 | | 1 1 | | 11 | | _ | | | | | | | |
| | 要支援 状態区分 | | | | [援] | 1・要 | 夏支援 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 認定有効 期間 | 平成 平成 | | 年年 | | | 月月 | | | 日日 | から まで | | | | 連絡 | 先 | 霍 | 話番 | 子 一 | | | | | | | | | | |
| | 八居 平成 | LIV BB | B | 左 | 退居 月月日 | | 平成 | | 年 | | 1 6-1 | 月 | | | | 実日数 | | | | 日数 | Til II | | | | _ | <u> </u> | | | |
| , | 入居前の状況 | 1.居宅 7.特定 | | | | | | 色設 | 4.5ì | `護老 | 一人保 | - 健 | 施設 | 5.介護 | 便寮 才 | | 医療が | 色設 | 6. | 認知症 | 対応 | 型共 | 同 | 生活ク | 广護 | | | | |
| j | 退居後の状況 | 1.居宅 | È 3. | 医療 | 機関 | 入院 | 4.歹 | E亡 | 5.7 | 一の化 | 也 6. | 介護 | 老人 | .福 | 扯施 認 | 设入所 | 7 .介 | 護者 | 芒人保 | ?健加 | 施設/ | 入所 | 8.介 | 護療 | 養型 | 包医療 | 施 | 没入 | 院 |
| | サー | ビス内容 | サー | -ビス | コー | ド | | 単位 | 数 | | 回数 日数 | 7. | ナーヒ | ス単位 | 数 | 公費回数 | | 公費 | 対象 | 東単位 | 数 | | | 摘 | 要 | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 給付 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 給付費明細 | | | | | | | Ť | 1 | | | | | | | П | | | | | Ť | 1 | | | | | | | | |
| 細欄 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | *** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | 合 | 計 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 区分 | | | | | | 1 | 呆険: | 分 | | | | | | 公室 | 貴分 | | | | | | | | | | | | |
| | ①外部利用型給付上限単位数 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ②外部利用 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 請求 | ③外部利用型外給付単位数 | | | | | | | | | | | | | | | | _ | _ | | | | | | | | | | | |
| 請求額集計欄 | ④給付単位 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 計欄 | ⑤単位数単 | | | | | | | 円/ | 単位 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ⑥給付率 | | | | | | /10 | 00 | | | | | | / | 100 | | | | | | | | | | | | | | |
| | ⑦請求額(| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ⑧利用者負 | 担額(円) | | | | | | _ | | | | _ | | | | | | _ | | | | | | | | | | | |

枚中

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 | 青担者番号 | | | | | -/\J/\u0'-1-/\ | | | | | | | 平成 | | | $\overline{\mathbf{I}}$ | 年 | | | 月分 |
|------------|-------------------------|-------------------------|---------|---------|--------------|----------------|----|--------|----|-----------------|--------------|------------|------------|------|-----|-------------------------|---|---|---|----|
| 公費 | 費受給者番号 | | | | | | | | | | | | 保険 | 者番号 | | | | | | |
| | 被保険者 番号 | | | | | | | | | 事業所 季号 | | | | | | | | | | |
| | (フリカ゛ナ) | | | | | | _ | | | 事業所 3 称 | | | | | | | | | | |
| 被 | 氏名 | | | | | | | 請 | -, | | : | = | | | | | | | | |
| 被保険者 | 生年月日 | 1.明治 2.大正 年 月 | 3.昭和 | 性別 | 1. 男 | 2. 女 | | 請求事業者 | 戸 | f在地 | | | | | | | | | | |
| | 要介護 状態区分 | 要分 | 介護 1・2・ | 3 • 4 • | 5 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | WE / C 11/// | 平成 年 平成 年 | - | 月月 | | 日 から 日 まで | 4 | | į | 車絡先 | | 電話 | 香号 | | | | | | | |
| 居宅 | 1.居 | 宅介護支援事業者作成 | 2.被保険者 | 自己作成 | ţ | | | | | 入局 | 3年月 | 日 | 平成 | Ž | | 年 | | 月 | | 日 |
| サー 計画 | | 所番号 | | | | | | | | 退局 | 号年 月 | 日 | 平成 | | | 年 | | 月 | | 日 |
| ηΙЩ | 事業 | 所名称 | | | | | | | | | | | | 豆期利。 | 用 美 | 日数 | | | | |
| | サー | ビス内容 | サービス | 、コード | , | 単位数 | 日 | 数 数 | サ | ービス単 | 並位数 | ζ <u>[</u> | 公費分 回数等 | 公費 | 対象単 | 位数 | : | 指 | 夢 | |
| | | | | | | | | | _ | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 Λ | | | | | | | -{ | | _ | | | | | | | | | | | |
| 給付費明細欄 | | + | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 賀明 | | | | | | | | | 1 | | | - | | | | | | | | |
| 細欄 | | | 1 1 1 | | | | | | | - - | Ť | | | 1 | 11 | Ť | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | T | | | | 11 | 1 | | | | |
| • | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 合計 | + | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 区分 | | 保 | 険分 | | | | | 公費分 | 分 | | | 1 | | | | | | |
| | ①計画単位 | 数 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 理対象単位数 | | | | | | | _ | | | | | | | | | | | |
| 請求 | ③限度額管: | 理対象外単位数 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 額集 | ④給付単位: | 数 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 請求額集計欄 | ⑤単位数単 | 価 | | | | 円/単位 | | | | | _ | _ | | | | | | | | |
| INA | ⑥給付率 | | | | /10 | 0 | | | | | /100 |) | | | | | | | | |
| | ⑦請求額(| 円) | | | $oxed{oxed}$ | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ⑧利用者負 | 担額(円) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

枚中

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))

| 公套 | 貴負担者番号 | *************************************** | | | | | | | | | | 平成 | Ì | | | 年 | | | 月分 | |
|---------|--------------------------------------|---|------|----------|-------------|--------|-----------|----------|---|-------|----------|------------|----------|--|------|---|---|---|----|---|
| 公事 | 費受給者番号 | | | | | _ | | | | | | 保隆 | 食者看 | 番号 | | | | | | |
| | 被保険者 番号 | | | | | | | | | 業所 号 | | | | | | | | | | |
| | (フリカ゛ナ) | | | | | | | | | 業所 | | | | | | | | | | |
| -test-e | 氏名 | | | | | | | 請 | 2 | .称 | = | | . | | | | | | | _ |
| 被保険者 | | 1.明治 2.大正 | 3.昭和 | П | | | | 求事 | | | | | | | | | | | | - |
| 険 者 | 生年月日 | 年 | 月 | 日 別 | 1. 身 | 月 2. 步 | ζ | 請求事業者 | 彦 | f在地 | | | | | | | | | | |
| | 要支援 状態区分 | | 要习 | 支援 2 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 平成 4 平成 4 | _ | 月月 | | | ivら まで | | 連 | [絡先 | 電 | 話番 | | | | | | | | |
| | ļ | | | | | Н | | | | | | | | | | 1 | | 1 | | _ |
| | ₹ 1.191 | 保険者自己作成 3. | 介護予防 | 支援事業者 | 作成 | | | | | 入居生 | | | 成 | | 年 | | 月 | | | |
| サー計画 | = | 所番号 | | | | | | 退居生 | | 1 4 | 成 | 14/100 | 年 | k/. | 月 | | | | | |
| | 争美 | 所名称 | | | | | | | | | | | | 利用 | 実日 | 蚁 | | | | _ |
| | 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 | Z数 | 公費分 回数等 | <u>'</u> | 費対象 | 東単位数 | 数 | 摘 | 要 | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | <u> </u> | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 給付 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 給付費明細 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | _ |
| 細欄 | | | | | | | | | | | - | | | | 1 1 | | | | | _ |
| 惻 | | | - | | | | | | | | | - | | | | | | | | _ |
| | | | | | | | | 1 | | | H | | | | | | | | | - |
| | | | | | | | | | | | | | - | | | | | | | - |
| | | | 合言 | <u> </u> | | | | | | | | | + | | | | | | | - |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | _ | 区分 | | 仔 | R 険分 | | | | | 公費分 | | | | | | | | | | |
| | ①計画単位 | | | | | | _ | | | | | | _ | | | | | | | |
| 請 | | 理対象単位数 | | | | | | | | | | | _ | | | | | | | |
| 請求額集計欄 | | 理対象外単位数 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 集計 | ④給付単位 | | | | | | | | | | | | _ | | | | | | | |
| 欄 | ⑤単位数単 | Ш | | _ | /1 | 円/単 | У. | | - | | 00 | | | | | | | | | |
| | ⑥給付率⑦請求額(| ш) | | | / 1 | 100 | | | | / | .00 | | \dashv | | | | | | | |
| | ⑧利用者負 | | + - | | | + + | | + | _ | | + | | | | | | | | | |
| | の小川田日月: | 1二1月 (11) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| 枚中 | 枚目 |
|----|----|

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))

| 公辈 | 净 負担者番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 平月 | 戈 | | | | 年 | 1 | | | 月分 | ì |
|--------|----------------------------|----|-----|------|----|-----|-----|------------|-------|-------|----|----|-----------------|--------|----|-------|---|------------|------------|----------|----------|----------|----|----------------|-----|----------|---|---|---|----|---|
| 公뤃 | 受給者 | 番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 保 | 険者 | 番号 | <u>1.</u> 7 | | | | | | | |
| | 被保険 番号 | 者 | | | | | | | | | | | | | | | | 事業 番号 | | | | | | | | | | | | | |
| | (フリカ゛ナ) | | | | | | | | | | | | | | | | | 事業 | | | | | | | | | | | | | |
| 414 | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | 諳 | - | 名称 | | ₹ | | | | | | | | | | | |
| 被保険者 | | | 1.明 | 治 2. | 大正 | E 3 | .昭 | 印 | Lt. | | | | | | | 請求事業者 | | | | | | | | | | | | | | | |
|) 者 | 生年月 | 日 | | 年 | | 月 | | 日 | 性別 | 1. | 男 | 2. | 女 | | | 業者 | j | 听在 | 地 | | | | | | | | | | | | |
| | 要介護状態区 | | | | 要 | 介護 | 隻 1 | . 2 . | 3 • 4 | 1 • 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 認定有 | 効 | 平成 | | 左 | Ę. | | | 月 | | | 日 | から | ò | | | | 連絡 | 生 | 重 | 話番 | 무 | | | | | | | | | |
| | 期間 | | 平成 | | 左 | E | | | 月 | | | 日 | まっ | C. | | | | 坐 和 | <i></i> | 电 | LHD 'HE' | 7 | | | | | | | | | |
| 居宅 | -ビス 事業所番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 入居年 | 月日 | 1 | 平成 | | | 年 | Ē | | 月 | | | 日 |
| サー | ービス 事業所番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 退居年 | 月日 | | 平成 | | | 年 | 1 | | 月 | | | 日 |
| 計画 | 事業所名称 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 短 | 期利 | 用 | 実日 | 数 | | | | | |
| | サービス内容 サービスコード 単位数 | | | | | | | | | | | | | | 日日 | | サ | <u>-</u> Ł | ズ単位 | 数 | 公費分回数等 | | 公費 | '対象 | 以単位 | 数 | | 摘 | 要 | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Ì | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 給付 | | | | | | | | | | | | | | | | | 4 | | | | | | | | | | | | | | |
| 給付費明細欄 | | | | | | | | | | | | | | // | | | Ź | | | | | | | | | | | | | | |
| 細 | | | | | | | | _ | | | | | | | | | | | | | | | | + | | | | | | | |
| 们則 | | | | | | | | _ | | | | | | | | | | | | | | | | | | <u> </u> | | | | | |
| | | | | | | | | - | | | | | | | | | | | | | | | - | + | - | 1 | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | - | | | | | | | | | | _ | | | | | | | |
| | | | | | | | 合 | ≟ L | | - 17 | | | | | | | | | | | | + | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | pΙ | | | K | | | | ı | | | | | | | <u> </u> | | | | | | | | | |
| | @31 T | | 区分 | | | | | | | 保険 | ने | | | | | | | 1 | 公費分 | | | | | | | | | | | | |
| | ①計画単位数 | | | | | | | | | | | | + | | | | | _ | | | | _ | | | | | | | | | |
| 請 | ②限度額管理対象単位数 ③限度額管理対象外単位数 | | | | | | | | | | | | | | | _ | | | | | | | | | | | | | | | |
| 請求額集計欄 | ③限度額管理対象外単位数 ④給付単位数 | | | | | | | | | | | | | | | | _ | | | | | | | | | | | | | | |
| 集計 | | | | | | | | | | | | П | /単位 | | | | | | | | | _ | | | | | | | | | |
| 欄 | ⑥給付率 /100 | | | | | | | | | | | | → (<u>1</u> 1. | | | | _ | | /10 | 00 | | \dashv | | | | | | | | | |
| | ⑦請求額 (円) | | | | | | | | | | | Т | | | Ť | | İ | / 10 | | | \dashv | | | | | | | | | | |
| | ⑧利用者負担額(円) | | | | | | | | | | + | | | $^{+}$ | | | | | + | \dashv | | | | | | | | | | | |
| | ⑧利用者負担額(円) | | | | | | | | | | | | l | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| 枚中 | | 枚目 |
|----|--|----|
|----|--|----|

居宅介護支援介護給付費明細書

| | | | | | | | | | | | | | | | | | 平 | 成 | | | 年 | | | 月分 |
|----|------------|----------------|-----|--|------|---------|---------|----------|-----|---|-------------------------|---|----------|-----|-----|------|-------|-------|------|-----|----|------------|--------|--------------|
| 公費 | 貴負担 | 且者番号 | | | | | | | | | | | | | | | 保 | :険者 | 番号 | | | | | |
| 民名 | 2分護 | 事業番号 | | | | | | | | 111111111111111111111111111111111111111 | | 所在 | 生地 | | ₹ | | | _ | | | | | | |
| | 受事業 | | | | | | | | | | | 連維 | 各先 | | 電 | 話番 | 号 | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | 単位 | 立数単 | i価 | | | | | (円) | /単位 | () | | | |
| 項番 | | 被保険者 | 番号 | | | | | | | | (フリガナ) | | | | | | | | | | | | | |
| | | 公費受給 | 者番号 | <u> </u> | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | 性 | 上別 | 1. 男 | 2. 女 |
| | 被保険者 | 生年 | 1. | 明治 | 2. 大 | · :正 | 3. | 昭和 | | 1 | 要介護 | 要介 | | | | | 認定 | La HH | 平成 | | 年 | | 月 | 日から |
| | 者 | 月日 | | 年 | | | 月 | | | 日 | 状態区分サービス計画 | | 2 • | 3 • | 4 • | 5 | 有効類 | 朝間 | 平成 | | 年 | | 月 | 目まで |
| | | 担当介護支 専門員番号 | | | | | | | | | 作成依頼 届出年月日 | 平 | 成 | | | 年 | | | 月 | | 日 | | / | |
| | | 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 | | 7 | ナービ | ス単位 | 数合計 |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 請 | 求額合 | <u></u> |
| | 給付 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ·費明細 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 欄 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | + | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | |) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 項番 | | 被保険者 | 番号 | | | | | | | | (フリガナ) 氏名 | | | | | | | | | | | E 另 J | 1. 男 | 2. 女 |
| | 址 | 公費受給 | 者番号 | - | | | | | | | 20-11 | | | | | | ı | | | 1 1 | | | 1 1 | |
| | 被保険者 | 生年 月日 | 1. | 明治年 | 1 | Œ | 3. 月 | 1 | | 日 | 要介護 状態区分 | 要介 1・ | ·護 2・ | 3 · | 4 • | 5 | 認定有効類 | 期間 | 平成平成 | 4 | 年年 | | 月 月 | 日 から 日 まで |
| | | 担当介護支専門員番号 | | | | | | | | | サービス計画 作成依頼 届出年月日 | 平 | 成 | | | 年 | | , | FI I | | 日 | | | |
| | | サ | ービス | 内容 | | | サー | -ビス: | ュード | | 単位数 | | 回数 | | サー | -ビス! | 単位数 | | 摘要 | i | 4 | ナービ | ス単位 | 数合計 |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | = ± | 北姫人 | <u> </u> |
| | % △ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 胡 | 求額合 | PT III |
| | 給付費明細 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 細欄 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | / | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | / | | |
| | | | | | | | | | | | | | | - | | | | + | | | | | | |

介護予防支援介護給付費明細書

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 平成 | | | | 年 | | | 月分 |
|-----|-------|----------------|-------|----------------|------|---------|----|------------------|-----|---|--------------------|------------|----|------|-------|------|-----|-----|---------|----|-----|-----|----------------|-----|------|---------------------------------------|
| 公 | 貴負担 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 保険 | 者番 | :号 | | | | | |
| 介書 | 隻予防 | 事業番号 | | | | | | | | | | | 所 | 在地 | | = | Ŧ | | | _ | | | | , | • | · · · · · · · · · · · · · · · · · · · |
| | 受事業 | | | | | | | | | | | | 連 | 絡先 | | é | 電話番 | :号 | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | 単 | 位数 | 単価 | fi . | | | | | (円, | /単位 | () | | | |
| 項番 | | 被保険者 | 番号 | | | | | | | | (フリ | ガナ) | | | | | | | | | | | | | | |
| Е | | 公費受給 | | <u> </u> | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | 性 | 上別 | 1. 男 | 2. 女 |
| | 被保険者 | 生年 | 1. | 明治 | 2. 大 | Œ | 3. | 昭和 | | 1 | 要介 | | 要习 | 支援] | 1 • } | 要支 | 援 2 | 認定 | | | 平成 | | 年 | | 月 | 日から |
| | 者 | 月日 | | 年 | | | 月 | | | 日 | | 区分 ごス計画 | | | | | | 有3 | う期 | | 成成 | | 年 | | 月 | 目まで |
| | | 担当介護支 専門員番号 | | | | | | | | | 作成的届出年 | | | 成 | | | 年 | | | 月 | | | 日 | | | |
| | | サ | ービス | 内容 | | | サー | ・ -ビス: | コード | | | 単位数 | | 回数 | 数 | サ | ービス | 単位数 | 女 | | 摘要 | | T | サービ | `ス単位 | 数合計 |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 請 | 求額合 | # |
| | 給付 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 費明細! | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 欄 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | / | | / | |
| 項 | | ht /0 p/ +/ | जर ।। | | | | | | | | (フリ | ガナ) | | | | | | | | | | | $\overline{+}$ | | | |
| 項 番 | | 被保険者 | | <u> </u> | - | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | 性 | 上別 | 1. 男 | 2. 女 |
| | 被保険者 | 生年 | | 明治 | 2. 大 |] :正 | 3. | 昭和 | | | 要介 | ·=# | | | | | | 認知 | ÷ | | 平成 | | 年 | | 月 | 日から |
| | 険者 | 月日 | | 年 | | | 月 | | | 月 | | 区分 | 要习 | 支援 1 | 1 • } | 要支 | 援 2 | | E 効期 | 間 | 平成 | | 年 | | 月 | 日まで |
| | | 担当介護支 専門員番号 | | | | | | | | | サー t 作成係 届出年 | | | 成 | | | 年 | | | 月 | | | 日 | | | |
| | | サ | ービス | 内容 | 1 | | サー | <u>!</u> -ビス: | コード | | | 単位数 | | 回数 | 数 | サ | ービス | 単位数 | 女 | | 摘要 | | 4 | サービ | `ス単位 | 数合計 |
| | | | | | | | | | | | | | | - | | | | | | | | | | 書書 | | <u> </u> |
| | 給 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | HI. | | HI |
| | 給付費明細 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | - | - | |
| | 細欄 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | / | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | / | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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)

| 公辈 | 骨担者 | 番号 | | | | | | | | | | | | | | | | 成 | | | | | | 年 | Ξ | | | | | J. | 分 | | | | | | | | |
|----------|------------|--------|-----|--------------|-----------|--------------------|-----|--------|-------|----------|------|----------|-----------------|-----------|---------|------------|----------|----------|-------------|-------------------|---------------|--------------|----|-------------|----|----|----|----------|--------------|---------|----|----|---------|----------|-----|---------|----------------|-----|---|
| 公뤃 | 骨受給者 | 番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 1 | よ険 | 者番 | 昏号 | • | | | | | | | | | | | |
| | 被保険番号 | き者 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 事業 番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | (フリカ゛ナ | ·) | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | | 事業 3 称 | | | | | | 1 | | | - | | = | | | | | | | = | |
| 址 | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | 請 | | ⊐ 17J | ` | | Ŧ | | | - | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者 | 生年月 | 目 | 1. | | 2.7 | | | 诏和 | | 性別 | 1 | | 1 2. | <i>‡</i> | ζ | | | 求事業者 | | ヒナ | - 14h | | | I | | I | | <u> </u> | | | | | | | | | | | |
| 19 | 要介護 | Yan't | | 年 | | 月 | | | | 旧指 | 計置 | | 1. | 無 | | | | 者 | | 斤在 | : NE | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 状態区 | 分 | 平成 | | 隻 1・2 | 年 | • 4 | • 5 | ' | 入戸 | | 持例 | | 桂 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 認定有期間 | | 平成 | 4 | | 年 | | | | 月 | | | 日 | + | まで | | | | į | 車絡 | 先 | | 電 | 話者 | 昏号 | - | | | | | | | | | | | | | |
| 入所 年月 | 所 日 平成 | | 年 | | 月 | | | 日 | | ₿所 月日 | 平成 | | 年 | Ξ | | | 月 | | | 日 | 入 | 所実日 | 日数 | (| | | 5 | 卜泊 | 日娄 | 文 | | | | | | _ | | | |
| | 入所前の |)状況 | | | 号宅 寺定施 | | | | | | | | 祉施設 他 | ζ | 4.Ĵ | ↑護 | 老 | 人保 | 尺健 力 | 施設 | ž 5. | 介護 | 療 | 養型 | 医 | 寮施 | i設 | 6 | .認 | 知症 | 巨対 | 応 | 型共 | ;同/ | 生活 | 介 | 護 | | |
| | 退所後の | .死亡 | - { | 5 .その | 他 | 6 | | | | 福祉 | 止施 | 設入 | 所 | 7.5 | | | 人保 | 健力 | 施設 | 入 | 所 | 8. | 介記 | 隻療 | 養型 | 型医 | 療力 | 施設 | 入 | 院 | | | | | | | | | |
| | | サー | ビス | コー | ド | - | 単位 | 立娄 | 文 | | 日数日数 | | サ | — t | ごスリ | 並位数 | 攵 | 公勤回数 | 費分 女等 | 公 | ·費 | 対象 | 東軍 | <u>(位</u>) | 数 | _ | | | 揺 | 要 | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | K | | | | | | | | | | | | | | | | L | | | | | | | |
| 給付費明 | | | | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 明細欄 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 檷 | | | | | | - | | 7 | | | | | - | | | | | H | | 1 | | | L | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 1 | | | | | | 1 | | | | | _ | | | | | <u> </u> | | 1 | | | - | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | 1 | | | | Ĭ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | 合計 | + | | | | | | | | | | | | | | | / | _ | | | | | | | L | | | | | | | |
| | @ W // | W. A - | 区分 | } | | | | | | 1 | 保険 | 分 | | | | | | | | 2 | 公費分 | } | | - | | | | | | | | | | | | | | | |
| 請求 | ①単位 ②単位 | | | | | | | | | | | | 円/ | /単/ | [☆ | - | | | | | | | _ | | _ | - | | | | | | | | | | | | | |
| 求額集計 | 3 給付 | | Iμμ | | | | | | | + | | /1 | | | -224 | ŀ | | | | | | /100 | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 欄 | ④請求 | 額 | 円) | | | | | | | | | | | | | | | Ī | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ⑤利用 | 者負 | 担額 | (円) |) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 焅 | サート | ごス内容 | Ę | サ | ービス: | コード | | 費月 | 甲単位 | 西(円) | 負 | 負担限 | 度額 | ı | 日数 | | | 費月 | 月額(F | 9) | | | 保 |)険分 | | | 公費 | 日数 | | | 公 | 費分 | | | T | 利月 | 月者負 | 負担額 | 預 |
| 特定入所者介護サ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | L | | | | |
| 所者 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | _ | | | _ | | | | | | |
| 介護 | | | | | | | | _ | | | | | | - | Ī | Ī | | l | | | Ī | 1 | l | | | | + | Ī | Ī | ╬ | + | 1 | + | \vdash | ÷ | | <u> </u> | | |
|] | | | | | | | | | | | | <u> </u> | | | + | | <u> </u> | | | _ | | _ | | | | + | | + | + | _ | | + | | _ | | | | | |
| ビス | | | | | | | | | | | | _ | | 1 | į | 保 | !険分 | <u> </u> | 1 | $\overline{\top}$ | | | | | 公司 | 貴分 | | Ť | Ť | Ť | Ť | Ť | 公: | 費分差 | 本人: | : 負担 | <u>:</u> 月額 | | |
| 費 | | | | | | | | | | | | | į | 請求 | ₹額(| 円) | | İ | | | | | | 求額 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ≹福祉 (等に | | % | | | 領す <i>′</i> 担の約 | | | | | | Ē | 坚海 | 対額 | (円) | | | | | | 後 額 | | | | | | | ď | 前考 | | | | | | | | | | |
| よる | を軽減 | 51 | 美福社 | | | -n. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | \downarrow | | | | | | | | | | |
| 欄 | | 54 | | なお 着 | 惟仙 | L/他訂 | 又 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | \perp | | | | | | | | | |

枚中

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)

| 公辈 | 費負担者番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 平 | 成 | | | | 年 | | | | 月分 |
|--------------|---------------------------------------|----------|-----------|------|-------------|------|---------|--------|-----|------|-------------|----------|----------------|-------------------|-----------|-------------|----------|----------------|-------------------|-------------|----------|-------------|--|---------|----------|------|--------------|---------------|
| 公費 | 費受給者番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 伢 | R 険者 | 番号 | | | | T | | | |
| | 被保険者 番号 | | | | | | | | | | | | | | | 事業所 番号 | Ť | | | | | | | | | | | |
| | (フリカ゛ナ) | | | | | | | | | | | | | | | 事業別 | ŕ | | | | | | | | | | | |
| | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | 2 | 各称 | | _ | 1 1 | | | | 1 1 | | | | | |
| 被保険者 | | 1. | 明治 | 2.ナ | 7正 : | 3.昭和 | fΠ | ht- | | | | | | 請求事 | | | | Ŧ | | | | | | | | | | |
| 険者 | 生年月日 | | 年 | | 月 | | 日 | 性別 | 1. | 男 | 2. | 女 | | 事業者 | Ē | 听在地 | <u>þ</u> | | | | | | | | | | | |
| | 要介護 状態区分 | | | | 要介言 | 隻 1 | • 2 • | 3 · 4 | • 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | #E/C 11/// | 平成 平成 | | | 年年 | | | 月月 | | | 日日 | から まで | | | ì | 車絡先 | i | 電 | 話番 | 番号 | | | | | | | | |
| 入店 年月 | 听 _{亚战} | 年 | | 月 | T | | | 티큐드 | 平成 | | 年 | | 月 | | | 日 | 入所領 | 毛日娄 | | | g g | 卜 泊日 | 日数 | | T | | | |
| 平月 | 主傷病 | | | | | | 4- | Л D | | | | | 肝前の 代況 | | | | 医療機関 | | | | | | | 護老人 | | | L ∧ 3# | 8.その他 |
| | 退所後の状況 | | 1.居 | 宅 | 3.医療 | 機関 | | 4. | 死亡 | 5.7 | <u>-</u> の作 | 1 | | - | | | | | | | | | | | | | | 8.その他 画設入院 |
| | サー | ビス | 内容 | | | サー | ビス | コー | ド | | 単位 | 数 | | 数 数 | サ | ービ | ス単位 | 数 | 公費回数 | 分(等) | 公費 | 対象 | 単位 | 数 | | 1 | 簡要 | |
| 給付 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 給付費明細 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 欄 | | | | | | | . Î | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | 1) | 合 | 計 | | | | | 1 | | 前 | 定业 | 大 患施 | i設 | | D平 _万 | | | | 年 | I | T | 月 | | 日 |
| | 所定疾患 施設療養費 | | 病名 立(再 | -掲) | ② ③ | ì | 単位 | | | | R | 単位 | × | | | 見 日 日 | | | ②平点 ③平点 | | | | 年年 | | | 月月 | | 日日 |
| 所定 | 緊急時 治療管理 | 傷 | 病名 | | ① ② ③ | | | | | | | | | | | 寺治療 F月日 | | (2 | ①平月 ②平月 ③平月 | 兌 | | | 年年年 | | | 月月月 | | 日日日 |
| 所定疾患施設療養費等 | リハと、リテーショ | | 立(再 | 掲) | | Ì | 単位 点 | 摘 | 西 | | | 単位 | X | | | 日 | | | 2 1 79 | | | | | | | | | |
| 設療養 養 | An Ext | | | | | | 点点 | 111111 | 女 | K | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 費等 | 特 定 手術 麻酔 放射線治療 | 索 | | | | | 点点 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 合 | 計 | 医療 | | | | 点 | | | | | | | l | | | | | 医猪 | ř | | | | | | | | |
| 往該 | | | 機関ク | 各 | | | | | | | | | | 通 | 院 | 当数 | | | 機関 | | | | | | | | | |
| 特 | 傷病名 識別番号 | | | 勺容 | | | ř | 単位数 | 'n | П | 数 | | 呆険分 | 畄位 | *\r | 小 | 費回数 | | 小弗/ | 分単位 | *6 | 1 | | | -1 | 摘要 | | |
| 別療養費 | 000万1年75 | | r | 147 | | | | 中仏参 | | Е | 奴 | | 本灰刀 | 中区 | 奴 | 'A' | 貝凹数 | | △貝 / | 7年位 | 奴 | | | | | 削女 | | |
| 費 | | | | | 合計 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | [| 区分 | | | | | 保 | :険分 | | | | | 11 | 費分 | } | | | 保険 | 分特別 | 定治療 | • 特別 | 別療 | 養費 | 公组 | 貴分朱 | 宇定治療 | 寮・特. | 別療養費 |
| 請 | ①点数・単位 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 求額集計欄 | ②点数・単位 | 立数 | 単価 | | | | _ | | | /単位 | _ | | $\overline{1}$ | $\overline{\top}$ | /10 | 0 | | | 10 | 円/点 | | | | | 10 | 0円/ | | |
| 計欄 | ③給付率④請求額() | 円) | | | | | | | 100 | | | | | | / 10 | | | | | | /10 | 0 | | | | | /10 | 1 |
| | ⑤利用者負担 | | (円) | | + | | | | + | | + | | | | | | | Ť | 1 | 1 | | | | | | + | | |
| | サービス内容 | <u> </u> | | ービスコ | コード | 費 | 門単価 | [円) | 負担 | 旦限度智 | 須 | 日数 | Ī | 費用 | 額(| 円) | | 伢 | 除分 | | 公費 | 日数 | 4 | 公費 | 分 | | 利用 | 者負担額 |
| 介護サービス費特定入所者 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| サービ | | | | | | | | | | | | | Ц | | | \prod | \prod | | | | <u> </u> | L | | \prod | 丄 | ot | Щ | |
| コス費 | | | | | 合 | 計 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 、 曲 ハ - ' | 1.440.0** |
| | | | | | | | | | | | | | | 保 請求 | :険ź 額(| | | | | | 公辈 請求 | | | | | | x 實分本 | 人負担月額 |
| | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | | | <u> </u> | 1 | | <u> </u> | | \equiv | 枚中 | | 枚目 |

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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 平 | 成 | | | | | 年 | | | | | 月 | 分 | |
|------------|--|----|------|-----|-----|-----|-------|-----|---------|----------|----------|---------|-----|------|----------|-------|--------------|----------|------|-----|-----------|-----------|-------|----------------|-------------|-----|-----|---------|------------|-------------|---------------------------------------|-------|-------------|-----|----------|
| 公費 | 受給者番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Ī | 保 | 験 | 者番 | 号 | | | | | | | \pm | | | |
| | 被保険者 番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | 事業 | | | | | | | | | | | • | | | | | | |
| | <u> (フリカ゛ナ)</u> | | | | | | | | | | | | | | | | | 事業 | | | | | | | | | | | | | | | | | - |
| | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | 名 | 3称 | | | | | | | 1 | 1 1 | 1 | - | | | | | | | |
| 被保険者 | | 1. | 明治 | 2.ナ | 元 | 3.1 | 召和 | 44. | L | | | | | | | 請求事業者 | | | | | ₸ | | | | | | | | | | | | | | - |
| 険者 | 生年月日 | | 年 | | 月 | | ŀ | 日月 | E IJ | 1. | 男 | 2. | 女 | | | 事業 者 | 戸 | 斤在 | 地 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 要介護 状態区分 | | | | 要介 | 護 | 1 • 2 | • 3 | • 4 • | 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | HE / C 11/// | 平成 | | | 年 | | | 月 | | | | 日 | から | | | | ì | 直絡 | - 生 | | 雷 | 話番 | :号 | | | | | | | | | | | | |
| 入隊 | ż | 平成 | | | 年 | | | 退院 | : | <u> </u> | <u> </u> | 日 | まで | ; | l | | 1 | 1 | | | | | | | <u> </u> | | | | | | | | = | | |
| 年月 | 日平成 | 年 | | 月 | | | 日 | 年月 | 日平月 | 戊 | | 年 | 7 | .院育 | 月 fiの | | 1 🗜 | | 2.医病 | 院集 | | | 生士 | 人妇 | | 泊日 | | 猫少 | . J. /F | 7.健協 | : : : : : : : : : : : : : : : : : : : | | _ | | |
| | 主傷病 | | | | | | | | | | | | | 状涉 | 7 | ŧ | 5.介護 | 療養 | 型医療 | 寮施設 | 6. | 認知 | 定対ル | さ型 ‡ | に同生 | 活介 | 護 ′ | 7.特定 | 2施設 | 2入居 | 者生活 | 5介護 | 8.4 | その化 | <u>h</u> |
| | 退院後の状況 | | | 宅 3 | .医療 | | | | | | | | | 老人 | 福祉回 | | | | | | | 建施 | | | | | | | 逐施記 | 呈入 防 | | | = | | |
| | サー | ード | | | 単位 | 数 | - | 日 | | サ | — t | デス単 | 单位数 | 汝 | 回数 | 等 | 公 | 費対 | 像」 | 単位 | 数 | | | Ħ | 商要 | | | _ | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | • | | | | | | | | | | | | |
| 給付 | | | | | | | - | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | _ |
| 給付費明細欄 | | | | | | | | | | | | | | A | | 7 | | | | | _ | | | | | | | | | | | | | | _ |
| 欄 | | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | \ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | 合計 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | _ |
| | 傷病名 | | | | | - | J PI | | | + | | | | | | | | | | | L | _ | | | | | | | | | | | | | = |
| | 識別番号 | | F | | | 単位 | 拉数 | | [i |]数 | | 保隆 | 6分〕 | 単位 | 数 | 1 | >費回 | 数 | 1 | 公費タ | 子単位 | 位数 | | | | | | 摘 | 要 | | | | _ | | |
| 特定 | | | | | | | | | | | 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | = |
| 特定診療費 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 費 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | _ |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | 合計 | + | | | | | | 1 | | | | | | | / | | | | | | | | | | | _ | | = | _ | | ᆜ |
| ⇒ ± | ①単位数合 | 区分 | | | | | | 保険 | :分 | | | | | | 公 | 費分 | 了 | | | | 付 | 未険 | 分特 | 定記 | 診療 | 費 | | | 1/2 | >費/ | 分特 | 定診 | 源費 | ť | |
| 請求婚 | ②単位数単 | | | | | | 1 | | | ш / | | | | | | | | | | | | 1 | η | <u>!</u> /単 | 位 | | | | | | . 田 . | | <u>!</u> | - | |
| 求額集計欄 | (五) (2) 単位数単価 (3) (3) (4) (4) (4) (4) (4) (4) (4) (4) (4) (4 | | | | | | | | /10 | | +15 | | | | | / | /100 |) | | | | | 0 1 1 | | 100 | | | | | | 3 17 | /1 | | | |
| 欄 | ④請求額(| 円) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ⑤利用者負 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 胜 | サービス内容 | 費用 | 単価(円 | 3) | 負担 | 限度 | 額 | 日数 | | | 費月 | 月額(円 |]) | | | 保 | 険分 | | | 公費日 | 数 | | 公 | 費分 | | | 利用 | 君負 | 担額 | į | | | | | |
| 定入 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | _ | | | | | | | | Ш | | _ | | | |
| 所者 | | - | | | | - | | | + | | | 1 | | | | - | | | | | + | | - | | | H | - | \perp | Н | | _ | | | | |
| 特定入所者介護サ | | + | | | | | | | + | | | | | | | _ | | l | Ц | | + | - | | | | | + | | Н | | \dashv | | | | |
| サービ | | | | | | | 1 | | + | | | | | | | | | ٢ | 7 | _ | \forall | | | | | 1 | | | | \exists | | | | | |
| ス費 | | | | | | | | | | | | | | | | 保 | :険分 | | | | | | | | 公費 | | | | | | 公 | 費分率 | 本人 貨 | 担月 | 」額 |
| | | | | | | | | | | | | | 請求 | ₹額(F | 刊) | | | | | | | 請求 | 額 | | | | | | | | | | | | |

枚中

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 |

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

| 居宅サービス・介護予防サ | ナーヒ | ゛ス | | | | | | | | | | | | ļ | | |
|------------------|------|----|----|--|-----|--|---|----|--|---|-----------------------------|-------------|---------------|----|------|----|
| サービス事業者の 事業所名 | | | (県 | | 事業所 | | | 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 | 拉数 |
| | | | | | | | | | | | 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 | | | | | |
| | | | | | | | | | | 1 | 指定・基準該当・ 地域密着 | | | | | |
| | | | | | | | | 1 | | | 指定·基準該当· 地域密着 | | | | | |
| | | | | | | | | , | | | 指定・基準該当・ | | | | | |
| | | | | | | | | | | 7 | 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 | | | | |

| 統計調查名 | 介護サービス施設・事業所調査 | λ. |
|-----------------|---|--|
| 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 | 平成24年度予算 100,136 (単位:千円) |
| 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 基盤整備に関する基礎資料を得る。 | することにより、介護サービスの提供面に着目した |
| 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 | 受定における利用 |
| 調査の流れ | 本省一民間事業者一施設・事業所 本省一都道府県 | |
| 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 | 抽出悉皆方法 |
| 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 | |
| | | |

統計調查名

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

(委託業務に「〇」、委託していない場合は(空欄)、業務そのものがない場合は「-」) 外部委託業務の内容

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 審查·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)

0

〇(詳細票の

〇(詳細票の 4)

0

※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 / | / で人 数 |
|----------|---------|
| | |
| | |
| | 440 550 |

H23年分 410,550

H22年分 H21年分

44.154

296,725

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)通所リハビリテーション: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%、通所リハビリテーション: 90.6%、短期入所生活介護: 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)通所リハビリテーション: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
- 才 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

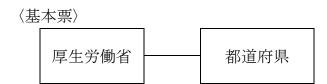
5 調査の方法及び系統

(1)調査の方法

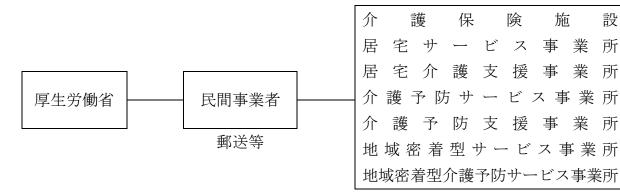
基本票:厚生労働省から都道府県へ配付し、各担当者が調査票に記入する。

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



〈詳細票〉



施

設

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、介護予防福祉用具質与事業所、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

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

| | | | | I | | | 所在地 | | | | | | | · · · · · · · · · · · · · · · · · · · | | | |
|------|-----|-------|----------|----------|-----|--|---------|---------|------|--------------|--|------|------|---|--------|----------|----------|
| | | | | | | | IN TEAC | 電話 | 番号 | | | 介護老人 | 保健施設 | 定員 | | | |
| | サービ | | | | | | | | | | 地域密 | | | 療養病床 老人性認知症 | 疾患療養病棟 | 江新 | |
| 調査番号 | ス種 | 事業所番号 | 法人名 | 施設名 | 垂风作 | 更番号 | 住所 | | | 介護老 人福祉 | 看型介 護老人 | | 認知症 | ↑ 推抬定 | | 活動 変更 状況 | 備考 |
| | 別 | | | | 되기 | X H 7 | 市外 | 一市 | 内 番号 | 施設 | 福祉施 | 一般棟 | 専門棟 | 方成日定 うち介護 万成日定例 病床を有 ちつ度 床を有する | うち介護指 | 17,00 | |
| | | | | | | | | | | | 設 | 人別足員 | 入所定 | する病棟 増上柄体 病棟の病床 | 定病床数 | | |
| | | | | | | Ī | | | | | | | 貝 | の病床数 数 | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | + | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | - | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | _ | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | + | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | - | | + | | + | + | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | - | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | , |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | - | | + | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | +- | _ | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | _ | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | + | | | + | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | + | - | | 1 | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | + | | _ | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | - | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | 士 | | | | | | | | | |
| | | | | | _ | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | + | | | - | | | | | | |
| | | | | <u> </u> | | | | | | | | | | | | | <u> </u> |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | - | | + | | | 1 | | | | | | |
| | | | <u> </u> | | | | | + | - | | 1 | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | + | | | 1 | | | | | | |
| | | | 1 | | | | | + | + | _ | 1 | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | - | | + | - | - | 1 | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | \perp | | | | | | | | | |
| | | | | | | - | | +- | | + | + | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | <u> </u> |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | 1 | | | | | | |



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 | # - F | | | | | | 所在地 | | | | | | | | | | | | |
|------|--------------|-------|-----|------|------|--|------|----|------|----|----------|----|----|--|--|--|--|--|--|
| 調査番号 | ス種 | 事業所番号 | 法人名 | 事業所名 | 郵便番号 | | 住所 | | 電話番号 | + | 活動 状況 | 変更 | 備考 | | | | | | |
| | 別 | | | | 野民田与 | | 1年7月 | 市外 | 市内 | 番号 | 7(70 | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | , | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | + | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | , | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 1 | | | | | | | | | - | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | - | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |





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

| 双对形面 | | (平成24年10月1日調査) | |
|---------------|--------------------------|------------------------|-------|
| *一連番号 | | | 厚生労働省 |
| *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 | 監票に印字されている項目に変更または誤り | りがあった場合は、赤字で訂正をしてください。 | |

| [注] 1 あらかじめ調査 2 *印の箇所は旅 | 햩票に印字されている項 値設では記入しないでく | | があった場合は、テ | 示字で訂正 | をしてください。 | 0 | | |
|--|-------------------------------|---------------------------|-------------------|-----------|----------------------------|------------------------|------------|-------------|
| 事業所番号 | | | (1)活動 | 状 況 | 1 活動中 | 2 休止中 | ュ 3 | € 1Ł |
| (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 | 01 都道府! 02 市区町 | • | 05 06 | 社会福祉協議会 | 会福祉協議会以外 | k) | |
| | 経営主体 | 04 日本赤 | 十字社 | 08 (| 01~07以外 | | | |
| | | ○をつけてください。「 老人福祉施設(複数回 | | の変更がある | | までご連絡ください ト護老人福祉施設(| | |
| (4)介護報酬上の届出 | 1 介護福祉施 2 小規模介護 3 ユニット型 | 设备社施設 | | 2 | 地域密着型介 サテライト型 ユニット型地 | 護福祉施設 | 让施設 | 富祉施設 |
| 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) | | | | • | | | | |
| | 短期入所生活介護(氵 | /ョート ステイ) のみ(| に使用している居室 | は除いて言 | 記入してください | | | |
| | 5 人以上室 | 多床室 4 人室 3 | 3 人室 2 | 人室 | 従来型個室 | 夫婦等の2人 | ニット型 | 空 む 合 む。\ |
| (5)居室の状況 | 5人以上宝 | 4八宝 宏 | 安 安 | 八王 安 | | 大畑寺の2人 | 宝 旧宝(年旧 | 室 音句 |
| | 上記居室の一部 | 『に短期入所生活介護 | (ショートステイ) [| 上 Fを | 1 含む | 2 含ま | ない | |
| | | 出」の種別が「3」また して届け出た居室につ | | | 己入してください | ١, | | |
| (6)ユニットの状況 | ユニットの規模 | | <u></u> | $\sqrt{}$ | , | | <u></u> | |
| | ユニット数 | 女 | 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 | | 施設が設定している* 活室の室数は一致させ | 斗金の高い順に記入 | してくださ | | ~ 1 | | 71 |
| | 居住費(日額) | H | | P | 円 | 円 | | 円 |
| 多 床 室 | 室 定 員 | 人室 | 人 | 室 | 人室 | 人室 | | 人室 |
| | 室数 | 室 | | 室 | 室 | 室 | | 室 |
| 公 古 刑 炤 孛 | 居住費(日額) | 円 | | 円 | 円 | 円 | | 円 |
| 従来型個室 | 室数 | 室 | | 室 | 室 | 室 | | 室 |
| | 居住費(日額) | H | | P | 円 | H | | 円 |
| ユニット型準個室 (夫婦等の2人室を含む) | 室 定 員 | 人室 | ر ر | 室 | 人室 | 人室 | | 人室 |
| | 室数 | 室 | | 室 | 室 | 室 | | 室 |
| | 居住費(日額) | 円 | | H | 円 | 円 | | 円 |
| ユニット型個室 (夫婦等の2人室を含む) | 室 定 員 | 人室 | | 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。 なお、料金が複数あ | 料金を日額で記入して る場合は、利用者の最 | ください。 も多い額を記入し | てください | 1日あたり 。 食 | の費 | · 円 | |

| | | | | | 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 1 | 2 | 2 V13 | ない | | | | | | |
| | 短期入所 | 生活介護() | ンョートスティ | イ) 床の利用 | ▼ 月者は含めない | いでくだ | :さい。 | | | | | | | |
| (0) 按訊井 1/2 の保知 | 要分 | 个護 1 | 要介 | 護 2 | 要介記 | 蒦 3 | 罗 | 長介護 4 | | 要介護 5 | | 7 | -の他 | |
| (9) 施設サービスの状況 | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | ンョートステ <i>ィ</i> ショートスティ | | ₹利用型の場合 女 | r O | | | | | | | | 人 |
| | (尹 | 再掲) | | | ち、やむを得 であり、市町村 | | | | 3 | | | | | 人 |
| (10) 社会福祉法人等による軽減の状況 | | 色している 色していな! | V3 | | の軽減者数) ち生活保護受 | 於給者数 | : | | <u>Д</u> | | | | | |
| (11) 苦情解決のための 取 組 状 況 (複数回答) | 1 苦情 | る番号すべ、 青受付窓口 青解決責任 | | 3 | い。 共同で第3 単独で第3 | | | 5 | 1 ~ | 4 以外の取 | 組を領 | 実施してい | 3 | |
| | | | | | が定める夜勤時 持から8時まで? | | | | | | | :く、4名と | なります。 | |
| (12) 夜勤時間帯における | - | | 賃職員 がいまし | したか。 | | | | った 介護職員 | | ましたか。 | | | <u> </u> | |
| 勤務 体制 | | 1 いた 2 いない | , | 夜勤を行っ | た看護職員人 | | 1 2 | いた いない | | 夜勤を行っ | った介語 | 度職員 人 | | |
| | | | ─ 1 日~30日) に !入してください | | める夜勤時間に | で勤を | 行った職員の | 実人員数(延) | 数では | (ありません) | | | | |
| (13) 夜勤職員の実人員数 及 び 夜 勤 回 数 | 看護職 | 战員 実力 | 人員数 | | | | 介護職員 | 実人員数 | 汝 | | 7 | | | |
| | | 延~ | でを勤回数 | | | | | 延べ夜勤 | 协回数 | | | | | |
| (4) 介護福祉士養成校 | 平成23年 | 10月1日~平 | | 日の間に、 | ごがありますか。 | (1E) Żł. / | △ 行 払 上 美 武 お | 平成23年1 | | | | | がなります | - A |
| からの実習生 | 月 改田仁. | | け入れあり |]] | - <i>N-0</i> 0 7 | か | らの実習生 | Ξ. | . 食风仪 | 受け入れあ | | X16/2 C 2 / | <i>Γα</i>) 1) | 10.0 |
| (過去1年間) | | | 入れなし | | | | け入れ状況 過去1年間 | | 2 | 受け入れな | | | | |
| (16) 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, | 乗務 ──換算 | 数 | 非常勤 | 換算数 | |
| 1 施 設 長 | | | 30,130 | | 3,0,1,2,0 | 11 機能 | 能訓練指導員 | | | 3.51 | | | 7,012 | _ |
| 2 医 師 | | | • | | • | 1 | 11 の う ち 理学療法士 | | | | | | • | |
| 3 歯 科 医 師 | | | • | | • | + | 11 のうち | | | | | | • | |
| 4 生活相談員 | | | • | | • | - | 作業療法士 | | | - | 7 | | • | |
| 4035 | | | | | | - | 言語聴覚士 | | | • | | | | |
| 社会福祉士 | | | | | | - | 看 護 師 11 のうち | ĵ | | | | | | |
| 5 看 護 師 | | | • | | | 4 | 准看護師 | Í | | | | | | |
| 6准看護師 | | | | | | | 11 のうち柔道整復師 | ĵ | | | | | | |
| 7 介護職員 | | | • | | | | 11 の う ち あん摩マッサーシ 指 圧 師 | ĵ | | | | | | |
| 7 の う ち 介護福祉士 | | | | | | 12 障害 | 亭者生活支援員 | | | | | | | |
| 8管理栄養士 | | | | | | 13 介言 | 護支援専門員 | | | | | | | |
| 9 栄養士 | | | | | | 14 調 | 理員 | | | | | | | |
| 10歯科衛生士 | | | | | | 15 そ | の他の職員 | | | | | | | |
| (補問) 認定特定行 (介護職員等 | | |)業務の登録認 | 定を受けた | · · · · · · · · · · · · · · · · · · · | | | | | | | | | |
| 注:1) 「 常勤専従」につ 従事者数の常勤兼 | いては換算数 | 数の記入は不 | 要です <u>。</u> | | <u> </u> | 数占四二 | F 筆 9 位 を 四 ま | ☑ 全五ストで小約 | 数占[] | 下筆 1 位 まで計 | ++15 | てください。 | | |
| 得られた結果が0. 2) 雇用形態にかかわ | 1に満たない | ⅓合は「0.1 | 」と計上してく | ださい。 | | | | | | | | | ださい | |
| | ・ジタ、 心収、 | · - | 週間の動務延時 週間の動務延時 | | | | | H1 E0] \ E0 45 | | なく 3m 日 (4) : | グト 巾 到 |] [[((() | C C V '0 | |
| | | | | | 時間数(所定労 間としてくださ | | | | エコーナ | 診照してくださ | (1.1) | | | |
| | | | | | | | | 昇奴の計権は- | ナケ を 個 | シ思してくた。 (担当部署名) | • (•) | | | |
| | カ | があります。 | 施設の代表者の |)氏名ではな |)問い合わせ先と と、実際に調査 ごさい。なお、 | 上票を記 | 入した施設 | 調査票記入者 | 4夕. | (調査票記入者 | (名) | | | |
| | 7 | です。 | | | CC . 0 . 442, | 1 111XV) | 声 いくいみ 正 尽 | 調宜宗記入る 担当部署と退 (※必須 | 連絡先 | ふりがな | | | , | |
| | | | | | | | | | | 電話(| | | _ | |
| | | | | | | | | 上記以外連 (携帯、FA | | PERL (| | | | |
| | | | | | | | | THE ATT HE A | 4 | | | | | |



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)



| 以外可加高了 | | | | | | |
|----------------------------|---------------------------------|---|--------------------------------------|----------------------------------|----------------------|--------------------------|
| *一連番号 | | | | | | 厚生労働省 |
| *調 査 番 号 | | | | | | |
| 法 人 名 | | | | | | |
| 施設名 | | | | | | |
| 施設の所在地 | Ŧ | TEL()- | -()-(|) | | |
| [注] 1 あらかじめ調査 2 *印の箇所は旅 | - 室票に印字されている項 歯設では記入しないでく | | があった場合は、赤写 | ₽で訂正をしてくださ | () ° | |
| 事業所番号 | | | (1)活動 * | 大 况 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 | で の1 都道府県 の2 市区町村 の3 広域連合・一部 の4 日本赤十字社・名 の5 医療法人 の6 社会福祉協議会 | 事務組合 | 07 社会福祉法 | | <i>t</i>) |
| (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 | ノト型介護保健施設 | :(4 I型 5 II型 | [6 Ⅲ型) |
| (5)療養体制維持特別 加 算 の 状 況 | | a出」の種別で、2、3、 ている 2 | <mark>、5、6(Ⅱ型、Ⅲ型)(</mark> 加算していない | ご該当する施設 は記 <i>う</i> | してください。 | |
| (6)小規模介護老人保健 施設等の設置状況 | | 置している場合、該当 、規模 <mark>介護</mark> 老人保健施語 | | ください。 設型小 <mark>規模介護老人</mark> | 果健施設 3 分館型 | 业介護老人保健施設 |
| 入 所 定 員 | 一般棟入所定員 | 園 認知症専 人 | 門棟入所定員人 | | | |
| | | 4 人室 | 多床室 3 人室 | 2人室 従来 | | ユニット型 人室 個室(準個室を含む) |
| (7)療養室の状況 | 一般棟室数 | | 3八至 | 乙八里 | 入州寺》 | 八里 間至(年間至を占む) |
| | 認知症専門棟室数 | (室) | | | | |
| | 「(4)介護報酬上の届 なお、ユニット型と | a出」の種別でユニット して届け出た療養室に | ト型介護保健施設(I を こついて記入してくだ | 型、Ⅱ型、Ⅲ型)に該 さい。 | : 当する場合 は記入して | ください。 |
| | 一般棟 | ニットの規模 (定員) | Λ | A A | Λ. | Д Д |
| (8)ユニットの状況 | | ユニット数 ニットの規模 | 22% 22 | 가 크드카 | ユニット | ユニット ユニット |
| | 認知症専門棟 | (定員) ユニット数 | | Λ Λ | Λ | Λ Λ |
| (9)居住費の状況 | | 施設が設定している* 療養室の室数は一致さ | エポーニング 斗金の高い順に記入し せてください。 | | ユニット | ユニ外 ユニッ外 |
| | 居住費(日額) | Н | 円 円 | F | l 円 | H |
| 多床室 | 室 定 員 | 人室 | 人室 | 人室 | | 人室 |
| | 室数 | 室 | 室 | <u></u> | | 室 |
| 従来型個室 | 居住費(日額) | 円 | 円 | | | 円 |
| (化 木 型 個 至 | 室数 | 室 | 室 | 室 | 室 | 室 |
| | 居住費(日額) | 円 | 円 | Į. | 円 円 | 円 |
| ユニット型準個室 (夫婦等の2人室を含む) | 室 定 員 | 人室 | 人室 | 人室 | 人室 | 人室 |
| | 室数 | 室 | 室 | 室 | 室 | 室 |
| | 居住費(日額) | 円 | 円 | Į. | 円 | 円 |
| ユニット型個室 (夫婦等の2人室を含む) | 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が複数な | 料金を日額で記入して る場合は、利用者の最 | ください。 | 1日あた | こりの | Ш |

| | | | | | 9 | 月末日 | の在所者数 | (人) | | | | | | |
|--|-------------------|--------------------------------------|-------------|------------------|-----------------|-------|---------------------------|-----------------------|--------------|--------------------|-------------|------------|------------------|----|
| | | | 9月3 | 末日時点で在 | E所者はいま | したか | 0 | 1 V | た | 2 | いない | | | |
| | | | 短期. | 入所療養介護 | 護の利用者は | 含めな | いでください | | | | | | | |
| (11) 施設サービスの状況 | | | 罗 | 要介護 1 | 要介護 | 2 | 要介護 | 3 | 要介護 4 | | 要介護 | 5 | その作 | 他 |
| | _ | 般 棟 | | | | | | | | | | | | |
| | 認知症 | | | | | | | | | | | | | |
| | | 月30日から10 人 方から午前 () 四 | | | | | | | | | | :く、4名 | らとなりま | す。 |
| (12) 夜勤時間帯における | | テった 看護職 | | ったか。 夜勤を行った | 看護職員 | | 夜勤 | を行った 介 | 護職員力 | | | た介護職 | | |
| 勤務体制 | 1 | いた 一 | | 1/230 0 17 1 10 | A A | | | 1 いた | | → | ,, <u> </u> | 971 BC IV. | | |
| | 2 | いない | | | | | | 2 いな | <i>V</i> , | | | | | |
| | | 战24年9月1 勤回数を記 <i>刀</i> | | | 定める夜勤時 | 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 | たん)、 | | |
| (13) 夜勤職員の実人員数 及 び 夜 勤 回 数 | | 実人員 | 数 | | 人 | | 介護 | 職員 実 | 人員数 | | | | | |
| | | 延べ夜草 | 動回数 | | П | | | 延 | べ夜勤回 | 回数 | | | П | |
| | 介護福祉士 | 0月1日〜平 養成校から <i>0</i> | | | | | | 社会福祉 | | 日~平成: 交からの実 | | | | ŝ |
| (4) 介護福祉士養成校 からの実習生 受け入れ状況 | ありますか | | 10 + 10 | 1 | | か | 会福祉士養成校 らの実習生 け入れ状況 | あります | か。 | | | | | |
| (過去1年間) | | 受け入 受け入 | | | | (ì | 過去1年間 | | | 受け入れ 受け入れ | | | | |
| (10) 公公 古 | 选料 市 (学 | 는 #1 ** 조6 | | 北兴共 | | | | 農料市 公 | 25 #H 35 | · Zhr | | 11-74-# | 4. | |
| (16) 従 事 者 数 | 常勤専従 | 吊到栽伤 | 換算数 | 非常勤 | 換算数 | | | 常勤専従 | 吊劉末 | 換 | 算数 | 非常茧 | 換 | 算数 |
| 1 医 師 | | | | | | 8 理 | 学療法士 | | 4 | | | | | |
| 2歯科医師 | | | • | | | 9 作 | 業療法士 | | | | | | | |
| 3薬剤師 | | | | | • | 10 言 | 語聴覚士 | | | | | | | |
| 4 看 護 師 | | | | | | 11 管 | 理栄養士 | | | | | | | |
| 5准看護師 | | | | | | 12 栄 | 養士 | | | | | | | |
| 6 介護職員 | | | | | | 13 歯 | 科衛生士 | | | | | | | • |
| 6のうち介護福祉士 | | | • | | | 14 介 | 護支援専門員 | | | | | | | |
| 7支援相談員 | | | | | • | 15 調 | 理員 | | | | | | | • |
| 7 の う ち 社会福祉士 | | | | | | 16 そ | の他の職員 | | | | | | | |
| (補問)認定特定行 | 為業務従事者 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 人 | | | | | | |
| 注:1) 「常勤専従」の換 従事者数の常勤第 得られた結果が0 | そ務、非常勤に~ | ついては、以 ⁻ | | | を計算し、小 | 数点以 | 下第2位を四打 | 舎五入して小 | 数点以下 | 第1位まで | 計上して | てください | (₇ ° | |
| 2) 雇用形態にかかれ | | _ | | | 間)の全てを | 勤務し | ている場合は | 「常勤」、勤 | 務してい | ない場合に | 、「非常勤 | 力」として | てください | ,0 |
| | 該施設において | | が勤務すへ | (き <u>1週間の</u> 時 | 計間数 (所定労 | | | 今米4 小三半 9Ⅲ 1-1 | 壬引た条 | 11271 マノナ | : × 1 ′ / | | | |
| | 1週間の時間数※調査 | = の記入内容 | について質 | f問する際の問 | 引い合わせ先と | · して伸 | 用する場合 | 算数の詳細は | | 照してくれ 担当部署名 | | | | |
| | があ の担 | ります。施設 ∃当者の氏名と | の代表者の |)氏名ではなく | 、実際に調査 | 悪を記 | 入した施設 | 調査票記入 | 者名・(| 調査票記入 | (者名) | | | |
| | です | 0 | | | | | | 担当部署と (※必須 | 坐桁尤 !? [) | | | | | |
| | | | | | | | | 上記以外連 | | 話(| _ | | _ |) |



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

| 以附机計 | | | |
|----------|----------|----------|-------|
| *一連番号 | | | 厚生労働省 |
| *調 査 番 号 | | | |
| 法 人 名 | | | |
| 施 設 名 | | | |
| 施設の所在地 | , IBB() | -()-() | |

[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) | 舌 重 | h t | 犬 況 | | l 🏋 | 舌動中 | 2 | 休止中 | | 3 | 廃 | 止 |
| (2) | 開 | 設 | 主 | 体 | 開設 | 主体 | 該当 | 01 者 02 市 03 应 04 日 05 例 | 那道区域 持 区域本療 法本療法 | 県 村 合・一 十字社 | 部事を ・社会 | の 回答欄 務組合 会保険関 | | | 07 08 09 | い。 会団 社団列の の人 | 福祉注 ・財[去人 也の | 法人(社会 団法人(会社) (会社) 法人 | 会福祉は公益・一 | 劦議会以夕 一般) | / I) | | | |
| (3) | | 〔報酬〕 夏数 | | | 病院経 ユニッ 診療 ユニッ <mark>認知症</mark> | ト型病 料型 ト型 大型 大型 大型 大型 大型 大型 大型 大型 大型 大 | 完経過 | 型型。 | (1 (1 (1 (1 (1 (1 | I I I I I I I I I I I I I I I I I I I | 2 | Ⅱ型 Ⅱ型) Ⅱ型) Ⅱ型) Ⅱ型) Ⅱ型) Ⅱ型 Ⅱ型) | 3 | Ⅲ型 | | IV型 | | 5 V型 | () | | | | | |
| | | | | | | | | | 寮養病 | | | | | | | | | <u> </u> | _ | 患療養病 | 棟 | | | |
| 病 | | 床 | | 数 | 介護指定 | 官病床を | 有する | る病棟 | の病原 | | ち介語 | 進指定病 | 床数 | - | 介護指 | 定病床 | を有 | する病核 | 東の病原 | | 介護指 | 完病 | 床数 | |
| 777 | | <i>//</i> C | | 9X | | | | | 床 | | 2711 | Z10 /C/11 | // K 9X | 床 | | | 7 | | 床 | , , | 71 122.11 | <i>X</i> _/rs | // N &A | 床 |
| 以 | 下の | (4)~ | (8) | の項目 | は、「介 | 護指定 | 病床」 | につい | | 伏況を | 記入し | してくだ | さい。 | 7/14 | | | | | 2/14 | |) | | | <i>7</i> /14 |
| | | | | | 5 1 | 以上室 | | 4 人 | | 多床室 | 2 | 人室 | | 2人 | ·宗 | | 主来型 | 個室 | 土旭 | ユ 等の2人 | ニット | | 田安太 | と会ま。) |
| (4) | 病 | 室の |)状 | 況 | 3 /() | | | 4 / | 、主 | | 3) | | | 乙 八 | .至 | | | | 大师 | 寺の2八 | | 至(华) | 四全で | |
| | | | | | 「(3) が | | _室 上の | 冨出」0 | り種別 | 室 でユニ | ット型 | 聖として | 届け出 | た病 | 室につ | <u>8</u> いて記 | 入し | てくださ | ۰ر ۸ _۲ | | 室 | | | 室 |
| | | | | | | | | <u></u> ニット (定員 | の規模 | _ | | | | | , | | Ţ | | , | | , | | | , |
| /_\ | | . , | - I | D. NET | 療養 | 病 床 | | ユニッ | | | | | | / | | | $^{\uparrow}$ | | | | 人 | | | 人 |
| (5) | <i>I</i> = | ニット | · 0) { | 大 次 | | | | ニット | | į. | | ユニット | | 크그 | y h | 3 | ユニット | | ユニット | | ユニット | | | ユニット |
| | | | | | | 認知症養病棟 | | (定員 | <u> </u> | _ | | | | | Λ. | | <u> </u> | | 人 | | 人 | | | 人 |
| | | | | | | | | ユニッ | | | | ユニット | | J.S. | | | 1.二% | | ユニット | | ユニット | | | ユニット |
| (6) | 居(| 主費 | の別 | : 況 | 各居室 居住費 | の種類の | ごとに と(4): | 施設カ 病室の | 診定室数(| してい は一致 : | る料金 させて | 金の高い ごください | 順に記 ハ 。 | 込し | てくだ | さい。 | | | | | | | | |
| | | | | | 居住 | 費(日名 | 須) | | | | 円 | | | 円 | | | | 円 | | 円 | | | | 円 |
| | 多 | E | 未 | 室 | 室 | 定 | 員 | | | | 人室 | | | 人室 | | |) | 室 | | 人室 | | | | 人室 |
| | | | | | 室 | | 数 | | | | 室 | | | 室 | | | | 室 | | 室 | | | | 室 |
| | 從 | 来 | 刊石田 | 一会 | 居住 | 費(日名 | 預) | | | | 円 | | | 円 | | | | 円 | | 円 | | | | 円 |
| | I/L | <i>></i> < ≤ | * III | === | 室 | | 数 | | | | 室 | | | 室 | | | | 室 | | 室 | | | | 室 |
| | | | | | 居住 | 費(日名 | 額) | | | | 円 | | | 円 | | | | 円 | | 円 | | | | 円 |
| | | ニット 帚等の2 | | | 室 | 定 | 員 | | | , | 人室 | | | 人室 | | | j | 室 | | 人室 | | | | 人室 |
| | | | | | 室 | | 数 | | | | 室 | | | 室 | | | | 室 | | 室 | | | | 室 |
| | | | | | 居住 | 費(日名 | 須) | | | | 円 | | | 円 | | | | 円 | | 円 | | | | 円 |
| | | ニッ] 帰等の2 | | | 室 | 定 | 員 | | | , | 人室 | | | 人室 | | | , | (室 | | 人室 | | | | 人室 |
| | | | | | 室 | | 数 | | | | 室 | | | 室 | | | | 室 | | 室 | | | | 室 |
| (7) | 食 | 費の |) 状 | 況 | | | | | | | して。 | ください ム多い額 | | | くださ | V3 | 1 E 食 | ー あたりの | | | • | | н | |

| | | <u>[</u> | 介護指定病床 」にま | 3ける9月末日 | の在院者数(| 人) | | | |
|--|--|---|--|--|---------------------------------------|------------------------|--|--|-----------------|
| | | 9月末日時点でで | 生院者はいましたか | , 0 | 1 いた | : | 2 いない | | |
| | | 短期入所療養介語 | 葉の利用者は含めな | こいでください | \ ° | | | | |
| (8) 施設サービスの状況 | | 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 | | | | | | | | |
| | 平成24年9月30日から10月1 例えば、夕方から午前0時ま | | | | | | | :く、4名と | なります。 |
| (9) 夜勤時間帯における | 夜勤を行った 看護職員 が | | 毛 灌聯目 | 夜勤 | を行った 介語 | 職員がい | ましたか。 | た人猫聯目 | |
| 勤務体制 | 1 いた — | を勤を行った を勤を行った | 1 在改帐员 | | 1 いた | | | C 升 設 概 貝 | |
| | 2 いない | | | | 2 いない | , | | | |
| | 9月中(平成24年9月1日 及び延べ夜勤回数を記入し | | ジェルスを動時間に | 夜勤を行った | 職員の実人員 | 数(延人数 | てはありませ | たん)、 | |
| | 看護職員 実人員数 | | | 介護 | 職員 実人 | .員数 | | $\overline{}$ | |
| (10) 夜勤職員の実人員数 及び夜勤回数 | | | | | | | | | |
| | 延べ夜勤回 | 可数 | | | 延べ | 夜勤回数 | | | |
| | 平成23年10月1日~平成2 介護福祉士養成校からの実 | | ことが | | 사수福사- | 0月1日〜 -養成校か | ·平成24年 9 』 らの実習生を | 月30日の間 受け入れた | に、 :ことが |
| (11) 介護福祉士養成校からの実習生 | ありますか。 | | (12) 社 か | 会福祉士養成校らの実習生 | ありますか | ,0 | | ,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,, | - " |
| 受け入れ状況 (過去1年間) | 1 受け入れ 2 受け入れ | | | け入れ状況過去1年間) | | | 「入れあり 「入れなし | | |
| | 施設に在籍する職員のうち | | 施設サービスを行う | う 病植 (診療す | Fにおいては | | | 生事者につい | ハア |
| (13) 従 事 者 数 | 職種別 <mark>に記</mark> 入してください | , | VERY CXET | 7 / TITA (197.5.7. | | | (17) (0) 175 (17) 80 (18) | | |
| | 常勤専従常勤兼務 | 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 医 師 | | | 8 管 | 理栄養士 | | | | | |
| 2歯科医師 | | | 9 栄 | 養士 | | | | | |
| 3薬剤師 | | | 10 理 | 学療法士 | | | | | |
| 4看護師 | | | 11 作 | 業療法士 | | | | | |
| 5准看護師 | | | 12 言 | 語聴覚士 | | | | | |
| 6 介 護 職 員 | | | 13 精 | 神保健福祉士等 | | | • | | |
| 6 の う ち 介護福祉士 | | | 14 歯 | 科衛生士 | | | • | | • |
| 7 介護支援専門員 | | | • | | | | •: | | •: |
| →·1/ 「帶點車從」の接 | | .: | .: | | | | | | |
| | | ·. " | | | | | | | |
| | ↓ 算数は記入不要です。 () () () () () () () () () () () () () (| | を計算し、小数点以 | 下第2位を四揺 | 音五入して小数 | 点以下第1 | 位まで計上し [~] | てください。 | |
| 得られた結果がひ | | こしてください。 | | | | | | | |
| 得られた結果が0 2) 雇用形態にかかれ 物質数 = 一 | 乗務、非常勤については、以下の.1に満たない場合は「0.1」と計♪ いらず、施設が定める1週間の勤 | してください。 」務時間(所定労働時 | 間)の全てを勤務し | ている場合は「 | | | | | |
| 得られた結果が0 2) 雇用形態にかかれ 換算数 = <u></u>当 | (検索) 乗務 、非常勤については、以下の () 1.1に満たない場合は「0.1」と計上の () 2.1 が定める 1 週間の勤 () 2.1 が (| :してください。 務時間(所定労働時)務延時間数(残業は 勤務すべき<u>1週間の</u>町 | 間)の全てを勤務し 除く) 時間数 (所定労働時間 | ている場合は「 <u>-</u> | | していない。 引を参照し | 易合は「非常勤 てください) | | |
| 得られた結果が0 2) 雇用形態にかかれ 換算数 = <u></u>当 | 乗務、非常勤については、以下の.1に満たない場合は「0.1」と計上 のらず、施設が定める1週間の勤 従事者の1週間の勤 該施設において常勤の従事者が 1週間の時間数が32時間を下回 ※調査票の記入内容に があります。施設の | してください。 の務時間(所定労働時 助務延時間数(残業は) 動務すべき 1 週間の町 る場合は分母を32時間 ついて質問する際の間 代表者の氏名ではなく | 間)の全てを勤務し 除く) 時間数(所定労働時間 引 としてください。) 引い合わせ先として係 、、実際に調査票を記 | ている場合は「 <u>)</u> (換集 度用する場合 ご入した施設 | 常勤」、勤務 | していないが 引を参照し (担当 | 易合は「非常勤 てください) 部署名) | | |
| 得られた結果が0 2) 雇用形態にかかれ 換算数 = <u></u>当 | (検務、非常勤については、以下の は、 は下の は、 は下の は に 満たない場合は「0.1」と計上の らず、施設が定める 1 週間の勤 | してください。 の務時間(所定労働時 助務延時間数(残業は) 動務すべき 1 週間の町 る場合は分母を32時間 ついて質問する際の間 代表者の氏名ではなく | 間)の全てを勤務し 除く) 時間数(所定労働時間 引 としてください。) 引い合わせ先として係 、、実際に調査票を記 | ている場合は「 (換集 上用する場合と した施設 記入は任意 | 常勤」、勤務 | 引を参照し (担当 名・(調査 | 易合は「非常勤 てください) 部署名) 票記入者名) | | |
| 得られた結果が0 2) 雇用形態にかかれ 換算数 = <u></u>当 | (乗務、非常勤については、以下の、1に満たない場合は「0.1」と計当のらず、施設が定める1週間の勤業を設める1週間の動業を設める1週間の動きを設める1週間の時間数が32時間を下回、※調査票の記入内容にがあります。施設の何の担当者の氏名と連の11に対していては、以下の11に対していていては、以下の11に対していては、以下の11に対していていていては、以下の11に対していていていていていていていていていていていていていていていていていていてい | してください。 の務時間(所定労働時 助務延時間数(残業は) 動務すべき 1 週間の町 る場合は分母を32時間 ついて質問する際の間 代表者の氏名ではなく | 間)の全てを勤務し 除く) 時間数(所定労働時間 引 としてください。) 引い合わせ先として係 、、実際に調査票を記 | ている場合は「 (換集 上用する場合と した施設 記入は任意 | 常勤」、勤務 算数の詳細は手 調査票記入者 担当部署と連 | 引を参照し (担当 名・(調査 | 易合は「非常勤 てください) 部署名) 票記入者名) な | | |

介護サービス施設・事業所調査 **訪問看護ステーション票**



生労働省

| 政府統計 | | | | (平成24年10月1日調査) | | 回る形 | |
|-------------|---------|----------|----------|----------------|---------|-----|----|
| *一連番号 | | | | | | | 厚: |
| *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 | 変更または誤りた | があった場合は、赤字で訂正を | してください。 | | |

| | 2 | * | コハン国 | ョルル | - 事 | 業所では記入しないでください。 | | | | | | | | | | |
|------------------------|-------------|------|------------------|-----|--------------|---|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 法 | | 人 | | 2 | 名 | | | | | | | | | | | |
| ステ | _ | ・シ | 3 | ンコ | 名 | | | | | | | | | | | |
| ステー | - シ | 3 2 | ⁄ の京 | f在± | 也 | ₹ TEL(|)-()-() | | | | | | | | | |
| (1) 事 | — 一 業 | ごス | の の 新 者 | 類 | · 寻 | 事業所番号、ステーション名が印字されてい | ている下記の事業について、印字内容を確認し、 ない事業については、調査票は記入不要です。 申」「廃止」に○をつけてください。以降の設問に | | | | | | | | | |
| | Ħ | +— Ł | こスの | 種類 | Į | 事業所番号 | 活動状況 | | | | | | | | | |
| | 04 介 | | 防訪問 | 問看詞 | 生 | | | 1 2 3 活動中 休止中 廃止 | | | | | | | | |
| | 04 訪 | | 月 君 | Î | 隻 | | | 1 2 3 活動中 休止中 廃止 | | | | | | | | |
| (2) 開 | | 設 | 主 | 1 | 本 | 05 医療法人 06 医師会 07 看護協会 | 09 社会福祉 10 社会福祉 部事務組合 11 農業協同 ・社会保険関係団体 12 消費生活 13 営利法人 | 法人(社会福祉協議会以外) 組合及び連合会 協同組合及び連合会 (会社) 利活動法人(NPO) | | | | | | | | |
| | | | | | | 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 | | | | | | | | | |
| (3) 加拿 | 算等 | 手の肩 | 量出の | つ状だ | 兄 | サービス提供体制強化加算の届出 | 2 なし | | | | | | | | | |
| | | | | | | 健康保険法等 ※該当する番号を <u>それぞれにつき1つ</u> ○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 | | | | | | | | | | |
| | | | | | Ì | 1 特別 | 管理加算の届出あり 2 特別管 | 管理加算の届出なし | | | | | | | | |
| 山田島高度祭 | | · 华· | ゚゙゙゙゚゚゚ゖ゙゚゙゙゙ | ライ | <u>۱</u> | サテライト事業所数 | 事業所 | | | | | | | | | |
| (4) 出張所等(サテライト 事業所)の状況 | | | | | 兄 | 9月中のサテライト事業所の 利用実人員数 | 9月中のサテライト事業 からの訪問回数の合計 | 漢所 回 | | | | | | | | |
| | | | | | | | | 次ページにつづきます | | | | | | | | |

| | | 介 | 業日数とは、利用者がいなくても事 護と介護予防を一体的に行っている ※利用実人員数欄には、介護保険法 ※訪問回数の合計欄には、支給限度 ※訪問回数の合計の(再掲)について 訪問した回数を内数として再計上 | 場合は額は、 | は、同一の営業日数 6(介護予防)訪問看 日本に訪問回数及び 日護職員を伴わずい | を記入し 音護を 1 D ド健康保険 CPT (理学 | してくた 回でも和 険法等値 学療法 | ださい。 利用した者に 并給による訪 士)、OT(作 | ついて計上してく 問回数も含めて計 業療法士)、ST(i | ださい。 上してください 言語聴覚士)の何 | れかのみで | | |
|--------|----------------|-----------|---|---|---|-------------------------------------|---|--|------------------------------------|-----------------------------|---------------|--|--|
| | | | 9月中の営業日数 | | Ħ | | | | | | | | |
| | | 介護 | 9月中の利用者 1 | あり | 2 なし | 7 | | | | | | | |
| | | 予 | | * | 要支援 1 | | Ę | 要支援 2 | 要支援認知 | 宇申請中 | | | |
| | | 防訪 | 利用実人員数(人 | () | 212 | , | | | | | | | |
| (5) | | 問看 | 訪問回数の合計(回 | 1) | | | | | <u> </u> | | | | |
| 9 | | 護 | うちPT、OT、STのみに 訪問回数の合計(回)(再掲 | | | | | | | | | | |
| 月中 | | | 9月中の営業日数 | / <u>L</u> |] [| | | | | | | | |
| T の | 介護保険法 | 訪問 | 9月中の利用者 1 | あり | 2 なし | ٦ | | | | | | | |
| サ | | 看護 | | * | 要介護 1 | 要介護2 | 2 | 要介護3 | 要介護 4 | 要介護 5 | 要介護認定申請中 | | |
| 1 | | 介護 | 利用実人員数(/ | () | Λ. | | 人 | 人 | 人 | ر ر | , , | | |
| ビ | | 総給付 | 訪問回数の合計(回 | 1) | | | | | | | | | |
| ス | | 10 | うちPT、OT、STのみに 訪問回数の合計(回)(再掲 | | | | | | | | | | |
| 提 | | | 即同国处》目前(国)(円)等 | <u>′ </u> | 併給者 | ※ 上訴 | 日 | 回 修保険法利用: | 当 回 と | 中で健康保険法 | 等による給付 | | |
| 供 | | 健康保険法等との供 | 利用実人員数(人 | () | | が行 | うわれた | 者を、該当 | する <mark>理由別に計上</mark> | してください。 | | | |
| 狀 | | | うち新たな疾病等診断による (再ま | | | 期の | 「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。 | | | | | | |
| 況 | | | うち特別訪問看 | 護 | Λ. | | | | | | | | |
| | | 併給者 | 指示書による(再書 | | | | | | | | | | |
| | | | m n n x | 37 | 回 | | | | _ | | | | |
| | | | 利用実人員数(人 | 健康保険法等 | | その他 | | │ ※ 「健康保険法等」欄には、介護 予防)訪問看護を1回も利用せ による訪問看護を利用した者に | | ・利用せず健康(| 保険法等のみ | | |
| | 健康保険法等 | | | | | | <u></u> | さい。 (健康 (|]度、健康保 | | | | |
| | 及びその他 | | 訪問回数の合計(E うちPT、OT、STのみによ | | П | | 回 | 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。) | | | | | |
| | | | 訪問回数の合計(回)(再掲) | | 日本の対象いずれる | /II PA-EII E | £ 4 £11 E | 到田」でいたいなど、0日中の大いでの計明子禁ナ人然白典 | | | | | |
| | | | ※「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。 | | | | | | | | | | |
| | | | 介護保険法の利用者 | | 介護予防 訪問看護 | 訪問看(介護給 | 清護 計付) | 健康保険法等の利用者 | | | | | |
| (6) | Est by the box | 影光 | 祭急時訪問看護加算に同意をしている実人 | 員数 | Д | | | 24時間対応作 | ている実人員数 | 人 | | | |
| 9 | 緊急時等の利用状況 | | 利 用 実 人 員 数 緊 急 時 計開系統 | (人) | Д | 人 緊急時 利用実人員 | | | | 、 員 数 (人) | 人 | | |
| 月 | | | 訪問看護 訪 問 回 数 の 合 計 | (回) | П | 訪問看護訪問回数の合計(回 | | | | | П | | |
| 中 | | | 24時間連絡体制加算に同意をしている実人員数 | | | | | | | | | | |
| の | | | | | 介 護 | 保 | 険 : | 法 | 健 康 | 保 険 | 法 等 | | |
| 利 | | | | | | ーミナルケア加算 訪問看護ターミナルク | | | | | | | |
| 用 | 死亡による サービスの | | H the last of the | 加算ありの利用者数 加算 | | | 口算なしの利用者数 | | 療養費ありの利用 | | なしの利用者数 | | |
| 者 | 終了者 | 9) | 月中に死亡した利用者数 | | 人 | | | | | Д. | 人 | | |
| | | | 在宅で死亡した利用者数 | | <u>۸</u> | | | 人 | | Д. | 人 | | |
| | | | 在宅以外で死亡した利用者数 | | Д | | | , | | , | Λ. | | |

| (=) \(\delta \) \ | ※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。 | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|-----------------------|----|---|--|------------------------------|--------|--------|---------------|---------|--------------------------|-------|--------|-------|------|--|
| (7)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 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 | の職員 | | | • | | • | |
| | | | | 1~7のうちサ テラ 仆 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」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。 後算数 = 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) (換算数の詳細は手引き参照) | | | | | | | | | | | | は「非常 | | | |
| | | | | | <u>(1</u> | 週間の時間数 | が32時間を | 下回る場合は | は分母を32時間 | として〈 | (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 | | | ک | 「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。 2 併設していない | | | | | | | | | | | | |
| 援 ^I | 専門員(ャー)の | ケアマネ の兼務状 | 況 | 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 | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | 尊(介護予防 実人員数を記 | | | 事業者とし、 | ての指ּ | 定を受け [~] | ている場合 | 合は「1 指 | 定あり」の |)番号を | |
| 指 | (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 | | | | 1 指定あり 2 指定なし | | | | | | | | | | | |
| 100 | <i>γ</i> ι | 19 / 19 - 19 . | 22 | 平成2 | 4年9月日 | ▼中の利用実力 | .員数 | , | Λ. | | | | | | | |
| (10) 定其 | 期巡回 | 随時対 | 応 | 定期巡 | 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 | | | | | | | | | | | |
| 型詞 | 方問介 | 護看護との 有 | の | | | | | | | | | | | | | |
| (1.1) 均 | 〜 乗11年 | 1,ジュ 車 | ₩. | 複合型 | 複合型サービス事業所を併設していますか。 | | | | | | | | | | | |
| (1) 複合型サービス事業 所 の 併 設 の 有 無 1 併設している 2 併設していない | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | 場合があ を記入し | らりますので | 調査票の審査 で、事業所の代 の担当者の氏名 | 表者の氏名 | Aではなく、 | 実際に調査票 | 担当部 | 記入者名・ 署と連絡先 ・必須) | | | | | |
| | | | | | | | | | | 上記以(携帯、 | 外連絡先 F A X 等) | 電話(| | _ |) | |





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)



厚生労働省

| *一連番号 | | | |
|----------|--|--|--|
| ☀調 査 番 号 | | | |

| [注] | *印の箇所は事業所 | では記入しぇ | ないでく | ゙ださい。 |
|-----|-----------|--------|------|-------|
|-----|-----------|--------|------|-------|

| | 法 | | 人 | | 名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------|-------|-----------|-------------|------------|------------|----------|-----------------------|------------|------------|-----------|-------------|-----------|------------|---------|-------------------------------------|--------------|------------|---------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|------------------|---------|-----------------------|
| | 事 |) | | 所 | 名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | ٦ | Ē | | | | | | | | ТЕ | EL(| |)-(|)-() | | | | |
| | 事 | 業乃 | 斤の | 所者 | E地 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | · 9 F | 30日 | | 、貴哥 | 事業) | 所に: | おいて | | | | | | | | | | | ○をつけ、印字されてい | いる事業所 | 番号、事業) | 所名を | |
| | | 確認 | 忍後は | 、サー | ビスの |)種 | 類ご | とにる | 告側 に | こ示し | たペ | ージ | へ進 | み、 | | 入して | ください。 | なお、印字さ: | れていない事業につ ださい。その場合、以 | | | | |
| | | 上言 ・サー | 己以外 - ビス | で利用 により | 者がい 記入者 | いな 音が | い場 [。] 異な | 合でで る場合 | も「i 含は、 | 5動中 お手 | ·」に -数で | ○を すが、 | つけ、こ | , [|]答ページに | 進んでく | ください。 | | い(同一法人・同一住所 | | | |) |
| 記 | _ | | | スにつ 住所ご | | | | | | | | | | 主所 | の事業所には | は、まと | めて送付 |)、別住所におけ | るサービスの記入は不勢 | 要です。 | | | |
| 入ペ | | | . ~ | の種類 | | | 1 1 | : | 事業 | 美所 社 | F号 : | : : | : | _ | | | | 事業所名 | | 活動 | 犬況 (1つ) 2 | 3 | 回答ページ |
| 1 | 07 | | | 介 | | L | | | 4 | - | | | | \perp | | | | | | 活動中 | 休止中 | 廃止 | 2ページ に記入して |
| ジの | 07 | 2 ј | 重 戸 | 介 | 護 | L | | | | | | | | | | | | | | 1 活動中 | 2 休止中 | 3 廃止 | ください |
| みを | 08 | | | 予防急生活。 | | | | | | | | | | | | | | | | 1 活動中 | 2 休止中 | 3 廃止 | 3 ページ ・ に記入して |
| 剥が | 08 | | | 月 入 | | | | | | | | | | | | | | | | 1 活動中 | 2 休止中 | 3 廃止 | ください |
| した | 09 | | | 防特定 台生活 | | | | | | | | | | | | | | | | 1 活動中 | 2 休止中 | 3 廃止 | 4 ページ ・に記入して |
| りせ | 09 | | | 题入 5 介 | | | | | | | | | | | | | | | | 1 活動中 | 2 休止中 | 3 廃止 | ください |
| ず、 | 11 | | | 隻 予 入浴: | | | | | | | | | | | | | | | | 1 活動中 | 2 休止中 | 3 廃止 | 5ページ |
| 冊子 | 11 | 2 | 訪問 | 入浴: | 介護 | | | | | | | | | | | | | | | 1 活動中 | 2 休止中 | 3 廃止 | ・に記入して ください |
| のま | 12 | | | 更 予 用 具 1 | | | | | | | | | | | 7 | | | | | 1 活動中 | 2 休止中 | 3 廃止 | |
| まごに | 12 | 2 1 | 福祉, | 用具1 | 貸与 | | | | | | | | | | | | | | | 1 活動中 | 2 休止中 | 3 廃止 | 6ページ |
| 返送下 | 13 | | | 介護用具具 | | | | | | Ť | | | | | | | | | | 1 活動中 | 2 休止中 | 3 廃止 | ・に記入して ください |
| ない | 13 | | | 三 福 | | | | | İ | Ť | | | | | | | | | | 1 活動中 | 2 休止中 | 3 廃止 | |
| <u>°</u> | 19 | 1 : | 介護 | 予防 | 支援 | Г | | | | | | | | | | | | | | 1 活動中 | 2 休止中 | 3 廃止 | 7ページ に記入して ください |
| | 20 | 1 / | 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 |
| | 10 | 1 2 | 介 護 | 手 介 | 防護 | Г | | | | | | | | | | | | | | 1 活動中 | 2 休止中 | 3 廃止 | 9ページ |
| | 10 | 2 | 访 昆 | 1 介 | 護 | Г | | | | | | | | | | | | | | 1 活動中 | 2 休止中 | 3 廃止 | ・に記入して ください |
| ŀ | | | | | | 1 | | | | | | | | 号を | · <u>1つ</u> 選択し | | | 入してください。 | | | *\! | | |
| | (2) 弁 | 圣 | 営 | 主 | 体 | | 栓'呂 | 主体 | 7 | 02 03 | 都市広社会 | 町村連合 | † • • - | | 事務組合 | 06 07 | 医療法 社団・ | 祉法人(社会福祉 人 財団法人(公益・ 同組合及び連合? | 1 一般) 1 | 19 消費生 0 営利法 1 特定非 2 その他 | ₹人(会社) ■営利活動注 | | |
| - | (3) = | 上 / 信 | 毎辺 <u>計</u> | のた | めの | 該 | 当す | ーるす | | | | | | | でください | | | | 1 | 3 01~1 | 2以外(個) | 人を含む。 | .) |
| | I | 又 | 組 | 状回 | 況 | | 1 2 | 苦怕 | 青受 | 付窓 | 口を 任者 | :設置 | f | | 3 共 | 共同で第 | | 員を設置 員を設置 | 5 1~4以夕 | 卜 の取組を | 実施して | いる | |
| | | | | | | | | | * | 調査 | 悪の l t z | 記入場合 | 内容が | 容にあり | ついて質問 | 引する際 性所の代 | の問いる | 合わせ先として 氏名ではなく、 | | (担当部等 | 署名) | | |
| | | | | | | | | | | 実際 | に調 | 査票 | を | 记入 | より。 サネ した 事業所 お、 FAX | fの担当 | 者の氏律 | 呂と連絡先を記 | 調査票記入者名・ 担当部署と連絡先 | (調査票 ふりがな | 记入者名) | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | (※必須) | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | 4 | | 上記以外連絡先 | 電話(| _ | | <u> </u> |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | 1 | | (携帯、FAX等) | | | | |

| 【071介護予防通所: | 介護 | ・072通所介記 | 濩】 | | 記入者 | 名(| | |)電話 | 話番号(| | | - |) |
|--------------------------------|----------|--|------------------------------------|---------------------------------|-----------------------------|--|-----------------------------------|-----------------------------|-------------------|-----------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------|
| (4)事業所の形態 | | 事業所の形態に 1 小規模 2 通常規 | 型事業所 | ì | 香号を <u>すべ</u> | 3 大規 | んでくださ 模型事業所 模型事業所 | 斤(I) | | | 所介護事業所 防事業所 | | | |
| | | 現在、指定を受 「9月中」の利用 なお、(4)におい | けて活動 | 中のサーヒない場合に | ごスについ は、「2 学所のみ | て、利用なし」を | 者の有無に ○で囲んで | に関わらず、 さください。 :記入してくか | 是供体制(気 | き員・開催日 | 数)を記入し | てくださ | د ۲۰° | |
| | | ※右表「単位 | 位ごとの? 護予防を- | 三 定員数」は、 一体的に行っ | 1週間の+ っている場合 | ナービス指 hよし、同一 | 是供実施単位 の定員、開 | ごとの定員を 催日数を記入 | <u></u> 記入してくナ | ごさい。 ごさい。 | | | | |
| | 介 | 定 | <u> </u> | 中州は、丁ツ | 10 2 SHH (| | Γ | 単位1の定員 | | 単位4の | 定員 | 7 | | |
| | 護子: | <u>E</u> | | | 1 | 人 | | 単位2の定員 | i | 単位5の | 定員 | | | |
| | 介護予防通所介護 | 9月中の開 | 開催日数 | | | B | | 単位3の定員 | | 単位6の | 定員 | | | |
| | 介護 | 9月中の利 | | | | | 要 | 更支援 1 | | 要支援2 | | その | の他 | |
| | | 1 b | | → ∓ | 刊用実人員数 | 效(人) | | | | | | | | |
| | | 2 c | | | 1月延人員数 | | 1 (II - 17 . \\ 7 / 1 | | = | | | | | |
| | | ※介護と介 | 護予防を- | 正貝数」は、 一体的に行っ 詳細は、手引 | っている場合 | 合は、同一 | 一の定員、開 | ごとの定員を 催日数、単位 | 数を記入して | てください。 | | _ | | |
| (5)サ ー ビ ス の 提 供 状 況 | | 定 | 員 | | | 人 | - | 単位1の定員 | | 単位4の | | | | |
| | 通所介 | 9月中の開 | 開催日数 | | | | - | 単位2の定員単位3の定員 | | 単位5の単位6の | , | - | | |
| | 護 | 9月中の利 | 利用者 | | | 要介 | ·誰 1 | 要介護 2 | 要介護3 | 要介護 | | 護 5 | その他 | J. |
| | | 1 b | b - | →利用 | | | 10. 1 | 271122 | Х/ТКО | 27110 | 271 | ix o | V 710 | |
| | | 2 c | L | 利用 | 延人員数(人 |) | | | | | | | | |
| | | ※印字され | ている療 | 養通所介護サ | トービスの事 | 事業所番号 | +を確認し、 | 変更・誤りの | ある場合は値 | 多正をしてく7 | ださい。 | | | |
| | 442 | 事業所 | 番号 | | | | | | <u></u> | | | | | |
| | 療養通所介 | 定 | 員 | | | 人 | 9月中の開 | 催日数 | | 日 | | | | |
| | 所介護 | 9月中の利 | 刊用者 | | | 要介 | 護 1 | 要介護 2 | 要介護3 | 要介護 | 要介 | 護 5 | その他 | 1 |
| | HX. | | b - | 利用的 | 実人員数(人 |) | | | | | | | | |
| | | 2 c | | 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 2 実施して | いない | | | , , , | の軽減者数 | 女 | ٨ | (生活保護受給 | 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 | | 平成23年10月 1 介護福祉士養成 | 日〜 <mark>平</mark> 屋 校からの | 文24年 9 月(実 習生 を受 | 30日の間に | こ ことがあ | りますか。 | | | | 9月30日の間 生を受け入れた | | あります | か。 |
| 養成校からの実習生 受け入れ状況 (過去1年間) | | 1 受け入れ 2 受け入れ | | | | | | | 受け入れる 受け入れる | | | | | |
| | _ | Î | 常勤専従 | 常勤兼務 | 換算数 | 非常勤 | 換算数 | | 常勤專 | 厚従 常勤兼務 | 換算数 | 非常勤 | 換算数 | 数 |
| | 1 🛭 | · 師 | | | | | | 5 調 理 | 員 | | | | | |
| | 2 ء | f 護 師 | | | | | | 6管理栄 | 養士 | | | | | |
| | 3 1 | 生 看 護 師 | | | | | | 7 栄 養 | 士 | | | | | |
| | 4 核 | 幾能訓練指導員 | | | | | | 8歯科衛 | 生士 | | | | | |
| | | 4 の う ち 理 学 療 法 士 | | | | | | 9 生活相 | 談員 | | | | | |
| | | 4 の う ち 作 業 療 法 士 | | | | | | 9 の社会福 | う 社 士 | | | | | |
| (8)従 事 者 数 | | 4 の う ち 言 語 聴 覚 士 | | | | | | 10介護 耳 | | | | | | |
| , , , , | | 4 の う ち 看 護 師 | | | | | • | 10 の介護福 | うち | | • | | | |
| | | 4 の う ち 准 看 護 師 | | | | | • | 11 その他の | | | • | | | |
| | | 4 の う ち 柔 道 整 復 師 | | | | | • | | | 為業務従事者 | | 11 | | |
| | - | 4 の う ち あん摩マッサージ | | | • | | • | | | | 引等の業務の登 | 登録認定を 人 | 受けた従事 | ≨者) |
| | - |) 「常勤専従」につ | いては、担意動した。 | 奥算数の記入(| ・: は不要です。 記の計算者: | こより換答 | 数を計算1 | 10 M- 11 | 1 | 送事者の1週間の | の勤務延時間数(死 | 生業は除く) | | |
| | * | 「常勤兼務」「非 それぞれの「換算 小数点以下第2位 得られた結果が0. 「介護予防通所介護」 雇用形態にかかわら | 【 を四捨五) 1に満たな と「通所介護 | くして小数点∫ い場合は「0.1 鬉」を一体的に行 | 以下第1位ま 亅と計上して テっている場合 | 「で計上し [*] 」 「ください。 は、兼務でに | てください。 | | 核事業所におい | て常勤の従事者 数が32時間を下[| が勤務すべき<u>1週</u> 回る場合は分母を | 週間の時間数 ・32時間とし | 数(所定労働 してください。 | 。) |
| | * | 雇用形態にかかわら 勤務している場合は | | | | | | | | (換算数 | の詳細は手引き | を参照して | こください, | <u>。)</u> |

| 【081介護予防短期】 | 入所生活介護・08 | 2 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 | | | <u>~べて</u> ○で囲 3 4 | 空床型 | らい。 ユニットヨ | 型 | | 併設型ユニュ 空床型ユニュ | | | |
| (「3 空床型」 | 1 単独型」、「2 / 」、「6 空床型ユニッ こ○をつけた事業所は、 | ット型」のみに○をし | た事業所で | 他のサービス | | | | | | | | |
| | 現在、指定を受け 「9月中」の利用者 空床利用している | 者がいない場合には | は、 | ょし」を○で | 囲んでくれ | ごさい。 | - | てください | , 1 ° | | | |
| | 定員 入介 ※介護と介護予防を が行っている場合は 定員を記入してく 生予 | と一体的に は、同一の ださい。 | IJ用者 | | | 要支援 | 1 | Ī | 要支援 2 | | その他 | |
| (10) 11 15 7 0 | 活介護期 | 1 あ 人 2 な | | 刊用実人員数刊用日数合計 | | | | | | | | |
| | 定 員 ※介護と介護予防を がつている場合は 定員を記入してく 活期 | と一体的に は、同一の ださい。 | 川用者 | | 要介護 1 | 要介護 | 2 要2 | 介護3 | 要介護4 | 要介護 | 5 そ | の他 |
| | 護所 | 1 あ 人 2 な | 7 | 実人員数 (人) 日数合計 (日) | | | | | | | _ | |
| | 空床利用している月 | 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 | 個字 | | ユニット | 、型 | |
| 印居室の状況 | 5 人以上室 | 4 人室 | 3 | 人室 | 2人 | 室 | (化米型 | /但全 | 夫婦等の2 | 人室 | 国室 (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 2 実施して | | | 9月中の軽減 | 域者数 活保護受給者 | 香数 | | 人 人 | | | | |
| (13) 介護福祉士養成校 及び社会福祉士 | | 1日~平成 <mark>24年9</mark> 发校からの実習生 を | | |)ますか。 | 平成23 | 3年10月1 祉士養成 | 日~平成校からの | 24年9月30日 実習生 を受け | 目の間に 入れたこ | とがあり | ますか。 |
| 養成校からの実習生 受け入れ状況 (過去1年間) | 1 受け入: 2 受け入: | | | | | 1 2 | 受け入れ受け入れ | | | | | |
| | | 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 | 非 | 常勤 | |
| | 1 医 師 | | 揆异奴 | | 揆异 数 | 5 調 理 | 且員 | | 揆昇 | 数 | 17 | • 异奴 |
| | 2看 護 師 | | | | • | 6 管 理 第 | 纟養 士 | | • | | | |
| | 3准看護師 | | | | | 7 栄 | 走士 | | | | | |
| | 4 機能訓練指導員 | | | | | 8 介護支持 | 長専門員 | | | | | |
| | 4 の う ち 理 学 療 法 士 | | | | | 9 生活相 | | | | | | • |
| | 4 の う ち 作 業 療 法 士 | | | | | | うち温祉士 | | | | \perp | |
| (14) 従 事 者 数 | 4 の う ち 言語 聴 覚 士 | | | | | 10介護 | | | | | | |
| | 4 の う ち 4 の う ち | | | | • | 介護 | うち温祉士 | | • | | - | • |
| | 推 看 護 師 4 の う ち | | | | • | 11 その他 | の職員 | | | | | |
| | 業 道 整 復 師4 の う ち あん摩マッサージ 指 圧 師 | | • | | • | |) 認定特定 護職員等で | | 従事者 序痰吸引等の業績 | | 定を受けた | :従事者) |
| | (注) 「常勤専従」につ 「常勤兼務」「非 それぞれの「換算 小数点以下第2位 得られた結果が0. ※「介護予防規則入所生 ではありません。 ※ 雇用形態にかかわら 勤務している場合は | 非常勤」については、ラ 算数」欄に記入してくす なを四捨五入して小数点 .1に満たない場合は「0 .1に満たない場合は「0 ま活介護」と「短期入所生活 っず、事業所が定める1 逃 は「常勤」、勤務していない | 右記の計算式 ごさい。 原以下第1位: .1」と計上し、 介護」を一体的 間の勤務時間 い場合は「非常! | により換算数; まで計上してく てください。 に行っている場合 (所定労働時間) 勤」としてくださ | ださい。 合は、兼務 の全てを さい。 | | (1週間の時 | いて 常勤の 4 間数が32時間 <u>(</u> 扌 | りを下回る場合はから 大学なの詳細は である。 | き <u>1週間の</u> 印 分母を32時間 手引きを参原 | 時間数(所定党 引としてくだる 照してくださ | さい。) |
| | 【081介護予防短期入所生 | 生活介護・082短期入 | 所生活介護】 に | こついては以上 | です。他の+ | ナービスを提 | 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。 |

| | | | | 記入 | 者名(| | | 電話番号 | 17 (- | | -) |
|--------------------------------|--|-----------------------------|-----------------------------|--------------|-----------------|------------------|-------------------------------|----------------------------|--|-----------------------|-----------------------|
| (15)事業所の形態 | 該当する番号 1 有料老人 (4に該当す | 、ホーム | 2 | | 、 | 3 | 養護老人ホー | -4 | 4 サービス1 | 付き高齢者向 | 前け住宅 |
| | 現在、指定を 5 | 受けて活動 | か中のサービ ない場合には | スについ | ヽて、利用 なし を | 者の有無に ○で囲んで | 関わらず、提供 ください。 | 共体制(定員) | を記入してくた | ごさい 。 | |
| | 入介 定 厚 定 厚 ※介護と介護と外 で で で い る 場合 定 員 を 記 入 し て | | 9月中の利用 | | | | 要支援 1 | | 要支援 2 | | 支援認定 請 中 |
| (16)サ - ビ ス の 提 供 状 況 | 護設 | Д | 1 あり- 2 なし | 9月3 | 末日の利用 |]者数(人) | | | | | |
| | 生特 定 厚 ** 介護と介護予防 行っている場合 定員を記入して ** た具を記入して | を一体的に は、同一の ください。 | 9月中の利用: | , — | | 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 |
| | 介入 居 護者 | Д | 1 あり- 2 なし | 利用 | 末日の 者数(人) | | | | | | |
| | 1 一般 | 型 | 2 外 | • | ごス利用 | | , '記4ロメ ね わ わ 111 | ヘルコナー 利田 | しているサート | ブフにへいて | <i></i> ナ ケ ハ ナ フ |
| (17)人員配置区分 | | | | 番号を | | ス利用型」を で囲んでく力 | 送さい。 | コには、作用 | C C V-20 7 - 6 | | <i>a</i>) (() |
| の状況 | | | | | 1 2 3 | (介護予防 | i) 訪問介護 i) 訪問看護 i) 通所介護 | | 予防)福祉用具 予防)その他 | .貸与 | |
| (18) 介護専用型・ 混合型の区分 | 1 専用型 | | 混合型 | 「混合型 | 型]とは、 | | 特定施設をいい | ます。 | の配偶者などに | |)をいいます。 |
| (19) 介護福祉士養成校 及び社会福祉士 | 平成23年10月 介護福祉士養 / | 1日〜平原 <mark>ਹ校からの</mark> | 艾24年 9 月30 実習生 を受 |)日の間 け入れた | に :ことがあ | りますか。 | 平成23年1 社会福祉士 | 0月1日〜平 : 養成校から 0 | 成24年9月30日 万実習生 を受け | 日の間に ·入れたことか | ぶありますか。 |
| 養成校からの実習生 受け入れ状況 (過去1年間) | | 、れあり 、れなし | | | | | | ナ入れあり ナ入れなし | | | |
| | | 常勤専従 | 常勤兼務 | 與算数 | 非常勤 | 換算数 | | | | | |
| | 1 介 護 職 員 | | | | | | | | | | |
| | 1 のうち | | | • | | | (補問)認力 | 特定行為業 | 務従事者 | | |
| | 介護福祉士 | | | | | | (11.01 07 1.011 | | 痰吸引等の業務の | の登録認定を受 | けた従事者) |
| | 2 生活相談員 | | | 1. | | | | | | 人 | |
| | 2 の う ち 社 会 福 祉 士 | | | | | | _ | | | | |
| | 3 看 護 師 | | | | | | | | | | |
| | 4准看護師 | | | | | | 「常勤兼務 | 」「非常勤」に | 換算数の記入は不 こついては、下記の に記入してください | の計算式により打 | 奥算数を計算し、 |
| | 5 計画作成担当者 | | | | | | 小数点以下 | 第2位を四捨五 | - 記入してへたさv E 入して小数点以下 ない場合は「0.1」と | 第1位まで計上 | |
| (20) 従 事 者 数 | 6 機能訓練指導員 | | | | | | | | 者生活介護」と「特 乗務ではありません | | 活介護」を一体 |
| | 6 のうち理学療法士 | | | | | | 間)の全で | てを勤務してい | 、事業所が定める る場合は「常勤」、 | | |
| | 6 の う ち 作業療法士 | | | | | | - 劉」としく | こください。 | | | |
| | 6 の う ち言語聴覚士 | | | | | | 換算数 = | 従事者 業所において常証 | の1週間の勤務延時 助の従事者が勤務する | 持間数(残業は除く べき1週間の時間 | <u>)</u> 数(所定労働時間) |
| | 6 の う ち 看 護 師 | | | • | | | | | 2時間を下回る場合に | | |
| | 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 | | | | | | | | (換算数の記 | 羊細は手引きを参! | 照してください。) |

記入者名(

| 【111介護予防訪問』 | 入浴介護・112割 | 訪問入浴介 | 護】 | 記入者 | 省名 (| | |) | 電話 | 番号 | (- | | -) |
|--|---|----------------------------------|---------------|------|---------------------------|--------------|-----|----------------|----------------|------------|------------------------------|--|----------------|
| | 現在、指定を 「9月中」の利 | | | | | | | | 体制(営 | 業日勢 | 数)を記入して | てください。 | |
| | 3月中の営業 訪介 ※介護と介護予防を 行っている場合に 営業日数を記入し | だ日数 た一体的に は、同一の てください。 | 9月中の利用者 | ă S | | | | 要支援 1 | | | 要支援 2 | Ä | その他 |
| (21) サ ー ビ ス の | 浴予 介 | | 1 あり- | 利 | 用実人員 | 数(人) | | | | | | | |
| 提供状況 | | H | 2 なし | 訪 | i問回数合 | 計(回) | | | | | | | |
| | 3月中の営業 ※介護と介護予防さ 行っている場合に 営業日数を記入して | を日 数 を一体的に は、同一の てください。 | 9月中の利用者 | | # 1 E #/ | 要介護 1 | . 罗 | 要介護 2 | 要介語 | 差3 | 要介護 4 | 要介護 5 | その他 |
| | 治介護 | 日 | 1 あり- 2 なし | 訪問回 | 度人員数 (人) 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 受け入れ 2 受け入れ | nあり | 或24年 9 月30 | 日の間に | こ、介護者 | 冨祉士養成 | 校から | の実習生 | を受け入 | れた。 | ことがありま | すか。 | |
| | | 常勤専従 | 常勤兼務 | | 非常勤 | 換算数 | - | | | | | | |
| | 1介護職員 | | | ٠ | | | (注) | | | | 換算数の記入は | | 2 Mr 21 1 Mr 1 |
| | (1) 1 の う ち 介 護 福 祉 士 | | | • | | | | それぞれの 小数点以下 |)「換算数 ・第2位を | 」欄に 四捨五 | 記入してください 入して小数点以 っ | の計算式により打 い。 下第1位まで 計上 と計上してくださ | してください。 |
| (23) 従 事 者 数 | (2)1のうち 介護職員基礎研修 課程修了者 | | | • | | | | | | | | | |
| * 資格(1)~(4)の中で 複数の資格を有してい | (3) 1 の う ち ホームヘルパー 1 級 研修課程修了者 | | | | | | 換算 | | 業所におい | て常勤 | の従事者が勤務す | 時間数(残業は除く べき 1 週間の時間 は分母を32時間とし | 数(所定労働時間) |
| 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。 | (4) 1 の う ち ホームヘルパー 2 級 研修課程修了者 | | | • | | • | | | | 介護」 | と「訪問入浴介護 | 」を一体的に行っ | ている場合は、 |
| | 2 看 護 師 | | | • | | • | * | | にかかわり 務している | | | 週間の勤務時間 らしていない場合 | |
| | 3准看護師 | | | • | | | | | | | | | |
| | 4 その他の職員 | | | | | | | | | | (換算数の | 詳細は手引きを参 | 照してください。) |

【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。

(換算数の詳細は手引きを参照してください。)

| | 1)(0)4 // 1 / 3 | マン 友 女人 マノ | 其情也体. | H C C C C C C C C C C C C C C C C C C C | 辿口は、 1 | 以 コ リ る 具 化 | 主くに記入して | 115000 | • | | | |
|---------------------------------------|------------------|-------------------|----------------|---|---------------|----------------------------|-------------|--------|---------|------|---------|-----|
| | 1 介護福祉士 | 人 | 3 1 | 呆 健 師 | , | 5 7 | 性看護師 | 人 | 7作 | 業療法士 | 人 | |
| 6 福祉用具専門 相談員の資格 の 状 況 | 2 義肢装具士 | Д | 4 Ā | 香 護 師 | | 6 | 理学療法士 | Д | 8 社 | 会福祉士 | \ | |
| , , , , , , , , , , , , , , , , , , , | | | Ŀ = □ 1 | ~8に該当 | しない字で | | 福祉用具専門相談貞 | 員指定講習 | 会修了者 | | Д | |
| | | | 1.76.1 | . * 6 15 成当 | しない有く | | 1~9以外の有資材 | 各者 | | | ر ر | |
| | | 告 加 市分 | 常勤兼務「 | | 非常勤 | | | 常勤専従 | 告 恭 兼 教 | | 非常勤「 | |
| | | 吊勤导促 | 吊動飛術 | 換算数 | が形動 | 換算数 | | 吊勤导促 | 吊鱽和伤 | 換算数 | が 予 勤 「 | 換算数 |
| | 1 福祉用具専門相談員 | | | | | | 2 その他の職員 | | | | | • |
| | (注)「豊勤事祭」に | ついては | 偽質粉の記る | リル不亜ブオ | | | | | | | W | |

数

(27) 従

事

「常動専従」については、換算数の配入は小要です。 「常動兼務」「非常動」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。 (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。

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。

| 【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 | 号(一 | —) |
|---|--|--|-------------------|--|---|-------------------------------|
| (28)独立・併設の状況 (複数回答) | 該当する番号を <u>すべ</u> 1 介護保険施設と | <u>て</u> ○で囲んでください。 併設している 業所、介護予防サービス | | -又は隣接の敷地内で運営 サービス事業所又は地域密 | | |
| | 4 介護療養型医療 5 上記以外と併設 6 1~5との併設 | 施設以外の病院・診療所 している はない(独立事業所) | | の一部(要支援者のケアブ | ⁸ ニヽ.作中) も 日 ウ ク | 、 苯 士恢 亩 类元 / - |
| | 委託しましたか。 | した人数、委託した事業 | | | フンIF成)を店七川 | 暖又饭事未別に |
| | 9月中の委託 | | 要支援 | 1 要支 | 援 2 | その他 |
| | 1 委託あり 2 委託なし | 利用実人員数(人 うち9月中の新井 利用実人員数(人 | 見の | | | |
| (29) サ ー ビ ス の 提 供 状 況 | 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 | で回答した委託した人 | 数は除きます。 | | |
| | 9月中の利用者 | | 要支援 | 1 要支 | 援 2 | その他 |
| | 1 あり | 利用実人員数(人) うち9月中の新担 | | | | |
| | 2 4 0 | 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~ 1 受け入れあり 2 受け入れなし | | 乙、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。 | |
| | 常勤具 | 享従 常勤兼務 換算数 | 非常勤 換算数 | | | |
| | 1専門職員 | | | (注) 「常勤専従」については | - 協質数の記】は不悪で | - - |
| | (1) 1 の う ち 保 健 師 | | | 「常勤兼務」「 <mark>非常</mark> 勤」 それぞれの「換算数」欄 小数点以下第2位を四捨 | については、下記の計算 同に記入してください。 | 重式により換算数を計算し、 位まで計上してください。 |
| (31) 従 事 者 数 | (2) 1 の う ち 看 護 師 | | | 間)の全てを勤務してい | | 間の勤務時間(所定労働時 ましていない場合は「非常 |
| * 従事者数の再掲欄に おいて、当該専門職員 が複数の資格通常常して いる場合は、後年1で決 | *{ (3) 1 の う ち 社 会 福 祉 士 | | | 勤」としてください。 | | |
| めた上で、当該資格欄 に記載してください。 | (4) 1 の う ち 介護支援専門員 | | | | 者の1週間の勤務延時間数(対事の従事者が勤務すべき <u>1</u> 32時間を下回る場合は分母 | 週間の時間数(所定労働時間) |
| | (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 | | | | (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。

| 【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) | 該当する番号を <u>すべて</u> 1 介護保険施設と併 2 居宅サービス事業 併設している 3 介護予防支援事業 | - :設している :所、介護予防サービス :所(地域包括支援センタ :設以外の病院・診療所と でいる | 事業所、地域密系 ー)と併設してい | 野型サービス事 | | | | |
| | 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。 | > | | |
| (33) サ ー ビ ス の | 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 |
| 提供状況 | 1 あり → | 利用実人員数(人) | | | | | | |
| | 2 なし | 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~平月 1 受け入れあり 2 受け入れなし | 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 | こことがありま | すか。 | |
| | 常勤專行 | 注 常勤兼務 換算数 | 非常勤換算 | (注) 「常 | 動専従」について(| は、換算数の記入し | は不要です。 | ·在 於 举L 必 二] 於) |
| | 1 介護支援専門員 | | | それ・ 小数, | ぞれの「換算数」 点以下第2位を四 | 欄に記入してくだ。 捨五入して小数点J | 記の計算式により打さい。 さい。 以下第1位まで計」 」と計上してくださ | こしてください。 |
| (35) 従 事 者 数 | 1 の う ち 主任介護支援専門員 | | | 間) | | | る1週間の勤務時 力、勤務していな | |
| | 2 その他の職員 | | | | 従身 | 基者の1週間の勤務を | 延時間数 (残業は除く |) |
| | | | | · · · · · · · · · · · · · · · · · · · | | | すべき 1 週間の時間 合は分母を32時間と | |
| | | | | | (工人公司) */ PU [II] 数人 | | の詳細は手引きを参 | |
| | | | | | | | | |

【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。

| | 八吋 | ・102訪問介護 | 1 | | | 記人者名(| | |) 电部 | i番号(| | | _ |
|--|---|--|---|---|---------------------------------------|---|---|---|---|--|---|--|---|
| 36 特 定 事 業 所 加 算 の 状 況 | | 加算の届出状況 | につい 1 な | | る番 | 号を <u>1つ</u> ○て 2 加算 I | | ごさい。 3 加算 | П | 4 | 加算Ⅲ | | |
| | 次 | の提供体制につい | て、オ | 利用者の有 | 無に | 関わらずどちら | かを○で囲 | んでください | ٠, | | | | |
| | | 24時間訪問介記 | 要の提 | 供体制 | | | 1 提供体 | ぶ制あり | | 2 | 提供化 | 本制なし | |
| (37) サービスの | | | | | | | | | | | | | |
| 提供体制 | | 休日の提 | 供 | 体制 | | | 1 提供体 | ぶ制あり | | 2 | 提供作 | 本制なし | |
| | | 夜間の提 | 供 | 体 制 | | | 1 提供体 | ぶ制あり | | 2 | 提供作 | 本制なし | |
| | | 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、 | 9, | 月中の利用者 | <u></u> | | | 要支援1 | | 要支援 | 2 | 7 | の他 |
| | 訪介問護 | 同一の営業日数を記入 してください。 | _ | | | | | | | | | | |
| | 訪問介護 介護 予防 | | | 1 あり - | → | 利用実人員数 | 数(人) | | | | | | |
| | | | | 2 なし | | 訪問回数合言 | 計(同) | | | | | | |
| (38) サ ー ビ ス の 提 供 状 況 | Ш | | | 2 % 0 | | 初刊回奴口印 | n (E) | | | | | | |
| | | 9月中の営業日数 ※介護と介護予防を一体 | | | ., | | THE A S# 4 | == A ≥# o | THE A 24 | - 0 == 0 | a# 4 | ==== A >#* = | 2 00 1014 |
| | 訪問 | 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 | ī | | 要介護 1 | 要介護2 | 要介護 | ₹3 要介 | :渡4 | 要介護 5 | その他 |
| | 向介護 | | ΙГ | 1 あり | _ | 利用実人員数 | | | | | | | |
| | 護 | | | | | (人) 訪問回数合計 | | | | | | | |
| | | B | | 2 なし | | (回) | | | | | | | |
| (39) 社会福祉法人等に よる軽減の状況 | | 1 実施してい 2 実施してい | | | | ▶ 9月中の軽減 | 域者数 | <u>,</u> | (生活保 | 護受給者等は | 含みません | ん) | |
| \$ 10 FL 10% 17 17(17) | | | | | | | | | | | | | |
| (40) 介護福祉士養成校 | ١., | 平成23年10月1 | $\overline{}$ | 成24年9月 | 30 ⊟ | の間に介護福 | 祉士養成校 / | からの実習生 | を受け入れ | したことがあ | りますか | ,0 | |
| からの実習生 受け入れ状況 | | 1 受け入れる | | | | | | | | | | | |
| (過去1年間) | | 2 受け入れる | à L | | | | | | | | | | |
| | 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 | で該当 す | る番号を <u>1</u> つ | 2○で囲 | んでください | ١, |
| | | 事業 | 所 「 | 内 研 化 | 修 | 1 確保し | ている | 2 確保して | こいない | | | | |
| (41) 研修の機会の確保 | | " | | | | | | | | | | | |
| | | 事業 | か ク | 外 | 修 | 1 催保し | ている | 2 確保して | いない | | | | |
| | | | | | | | → 1 事業 | 美所負担あり | 2 = | 事業所負担な | なし | | |
| | \sim | | | | | | | | | | | | |
| | ` | 常勤専 | 従常勤 | 助兼務 | | 非常勤 | | サービス提供を記従事者の | | | 作ついて | - 記入してくださ | ιν _ο |
| | | 常勤専 | 従常勤 | | 算数 | | 換算数 | | うち、サー | | | | |
| | 1 # | | 従常勤 | | 算数 | | 換算数 | | つうち、サー 常勤県 | ビス提供責任者 | | | |
| | 1 記 | 常勤專 | 従常望 | | 算数 | | 換算数 | 左記従事者の 3 サービス提供 | 常勤兵 | ビス提供責任者 | | | |
| | | 方問介護員)1のうち | 従常勤 | | 算数 | | 換算数 | 左記従事者の | でである。サークラグを表示しています。 常勤 集 任者 きゅう ちゅうちゅう ちゅうちゅう ちゅうちゅう ちゅうちゅう ちゅうちゅう かんしゅう しゅう | ビス提供責任者 | | | |
| | (1)介 | 5問介護員)1のうち 護福祉士 | 従常望 | | 算数 | | 換算数 | 左記従事者の 3 サービス提供 (1) 3 の | うち、サー 常勤 『 情任者 | ビス提供責任者 | | | |
| | (1 介 | が | 従常望 | | <u>算数</u> | | 換算数 | 左記従事者の 3 サービス提供 (1) 3 の 介護 福 福 (2) 3 の 分護職員 基礎 | である。 サー 常勤 『 情任者 から ちっと から から から から から から から から から から から から から | ビス提供責任者 | | | |
| | (1 介 (2 介課 | 方間介護員)1のうせ 土 ()1のうび 2 を 2 を 2 を 2 を 2 を 2 を 2 を 2 を 2 を 2 | 従 常輩 | | 算数 | | 換算数 | 左記従事者の 3 サービス提供 (1) 3 の 介 護 福 (2) 3 の 介 課程 修 (3) 3 の ホームヘルバ・ | 京動 | ビス提供責任者 | | | |
| | *{ (1) 介 (2) 介課 (3) ポ | 方間介護員) 1 の 着 | 従常望 | | 算数 | | 換算数 | 本記従事者の 3 サービス提供 (1) 3 の 介 護 福 (2) 3 のの 介護職程 (3) 3 の ボームへルルを (4) 3 の | 京動 | ビス提供責任者 | | | |
| (42)従 事 者 数 | *{ (1 介 (2 介課 (3 小研 | | 従常望 | | 算数 | | 換算数 | 本 3 サービス提供 (1) 3 の 介 護 福 福 (2) 3 更報 (3) 3 の 赤ームへルバ・ (4) 3 の 赤・ロース・ルバ・ (4) 3 の 赤・ロース・ルバ・ (4) 3 の 赤・ロース・ルバ・ (5) 課程修 | 京動 | びス提供責任者 | 換算数 | 非常勤 | 換算数 |
| (42) 従 事 者 数 | *{ (1 介 (2 介課 (3 小研 (4 小 | | 従常当 | | 算数 | | 換算数 · · | 本 3 サービス提供 (1) 3 の 介 護 福 福 (2) 3 更報 (3) 3 の 赤ームへルバ・ (4) 3 の 赤・ロース・ルバ・ (4) 3 の 赤・ロース・ルバ・ (4) 3 の 赤・ロース・ルバ・ (5) 課程修 | 京 | びス提供責任者 | 換算数 | | 換算数 |
| (42) 従 事 者 数 * 資格(1)~(4)の中で 複数の資格を有してい | *{ (1) (2) 介課 (3) 小研 (4) 小研 | | (注 常) | | 算数 | | <u>換算数</u> | 本 3 サービス提供 (1) 3 の 介 護 福 (2) 3 男最 (2) 3 男最 (3) 3 の 赤ームへ和 研修課程(4) 3 の ボームへルバ修 (4) 3 の ボームへルバ修 (4) 3 の ボームへルバ修 (5) (3) (4) (4) (4) (5) (6) (6) (6) (6) (6) (6) (6) (6) (6) (6 | 京 | ビス提供責任者 学院 常勤兼務 数の資格を有して 責任者の兼務 | 換算数 | 非常勤 | 換算数 |
| * 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 | *{ (1) 介課 (3) 小研 (4) 小研 1 サ | 方問介 護 員) 1 の う 社 士 ち 修 者 ち 数 程 で う・1 の が・2 方 も 数 者 と 数 者 と 数 者 と 数 者 と 数 者 と 数 者 と 数 者 と 数 者 と 数 者 と か に 2 者 と か に 2 者 と か に 2 者 と か に 2 者 で の が・2 者 で の が・2 者 で の チ ラ ガ ト 事業所の | 常 | | 算数 | | <u>換算数</u> | 左記従事者の 3 サービス提供 (1) 3 の 福 介護 (2) 3 の長課 程 (3) 点談 報 (4) 3 の ののは (4) 3 の ののは (ボームヘルバ・ (ボームヘルバ・ (本) なのルバ・ (本) なのルバ・ (本) なのルバ・ (本) なのルバ・ (本) なのルバ・ (本) なのルバ・ (本) なのルバ・ (本) なのルバ・ (本) なのルバ・ (本) は、 (本) ないでは、 (本) ないでは、 (本) ないでは、 (本) ないでは、 (本) ないでは、 (本) ないでは、 (本) ないでは、 (本) ないが、 (本) ないが、 (本) ないが、 (本) ないかが、 (本) ないが、 (ないが、 (ないが、 (ないが | うち、サー 常勤 責任者 うせ、ち 修 が う う っ て く て く て く て く て く て く て く て く て く て | ビス提供責任者 学位 常勤兼務 めの資格を有して | 換算数 | 非常勤 | 換算数 |
| * 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 | *{ (1介 (2介課 (3 小研 (4小研 1 | 方問介 護 員) 1 の う 社 士 ち 修 者 ち 数 程 で う・1 の が・2 方 も 数 者 と 数 者 と 数 者 と 数 者 と 数 者 と 数 者 と 数 者 と 数 者 と 数 者 と か に 2 者 と か に 2 者 と か に 2 者 と か に 2 者 で の が・2 者 で の が・2 者 で の チ ラ ガ ト 事業所の | 常 常 | | | | 換算数 · · | 本記従事者の 3 サービス提供 (1) 3 の 介 護 (2) 3 の長 (2) 3 の長 系課程 (3) 3 の 小様 (4) 3 の 小が修 (4) 3 の 小が修 (4) 3 の 小が修 (4) 3 の 小が修 (4) 13 の 小が修 (4) 3 の 小が修 (4) 13 の は (| 京 | ビス提供責任者 学校 常勤兼務 対の資格を有して 責任者の兼務 サービス提供員 ○で囲んでくり | 換算数 換算数 がいる者についる者についる者に対している者についる者についる者についる者についる者についる者についる者に対している者に対している者に対している者に対している。 | ま常勤 非常勤 おいては、最も若にますか。 | 換算数 |
| * 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 | *\{\begin{align*} \left(1) \\ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ | 方問介 護 員) 1 の う 社 士 ち 修 者 ち 数 程 で う・1 の が・2 方 も 数 者 と 数 者 と 数 者 と 数 者 と 数 者 と 数 者 と 数 者 と 数 者 と 数 者 と か に 2 者 と か に 2 者 と か に 2 者 と か に 2 者 で の が・2 者 で の が・2 者 で の チ ラ ガ ト 事業所の | (花) 常事 | | 算数 | | <u>換算数</u> | 本記従事者の 3 サービス提供 (1) 3 の 有 液酸 (2) 3 の 介護 機程 (3) 3 の 小球 (4) 3 の 小水 (4) 3 の 大田 (4) 4 の 大田 (4) | 京 | ビス提供責任者 学校 常勤兼務 対の資格を有して 責任者の兼務 サービス提供員 ○で囲んでくり | 換算数 換算数 がいる者についる者についる者に対している者についる者についる者についる者についる者についる者についる者に対している者に対している者に対している者に対している。 | 非常勤 | 換算数 |
| * 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 | *{ (1) 介課 (3) 小研 (4) 小研 (4) 小研 (2) 2) そ | 方問介 護 員) 1 の う 社 士 ち | | 換 | 算数 | | 換算数 | 本記従事者の 3 サービス提供 (1) 3 の 有 液酸 (2) 3 の 介護 機程 (3) 3 の 小球 (4) 3 の 小水 (4) 3 の 大田 (4) 4 の 大田 (4) | 京 | びス提供責任者 常勤兼務 常勤兼務 は、常勤兼務 は、では、では、では、では、では、では、では、では、では、では、では、では、では | 換算数 換算数 がいる者についる者についる者に対している者についる者についる者についる者についる者についる者についる者に対している者に対している者に対している者に対している。 | ま常勤 非常勤 おいては、最も若にますか。 | 換算数 |
| * 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 | *{ (1) (2) 介課 (3) 示研 (4) 所 (4) 行 (4) (4) (4) (4) (4) (4) (4) (4) (4) (4) | | · 一 | 務従事者 | | | | 本記従事者の 3 サービス提供 (1) 3 の 有 液酸 (2) 3 の 介護 機程 (3) 3 の 小球 (4) 3 の 小水 (4) 3 の 大田 (4) 4 の 大田 (4) | 京 | びス提供責任者 常勤兼務 常勤兼務 は、常勤兼務 は、では、では、では、では、では、では、では、では、では、では、では、では、では | 換算数 換算数 がいる者についる者についる者に対している者についる者についる者についる者についる者についる者についる者に対している者に対している者に対している者に対している。 | ま常勤 非常勤 おいては、最も若にますか。 | 換算数 |
| * 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 | *{ (1) (2) 介課 (3) 示研 (4) 所 (4) 行 (4) (4) (4) (4) (4) (4) (4) (4) (4) (4) | 方間 | · 一 | 務従事者 | | | | 本記従事者の 3 サービス提供 (1) 3 の 介 護 (2) 3 の 分 護 (3) 3 の 小課 後 (4) 3 の 小小修 (4) 3 の 小小修 (4) 3 の 小小修 (4) 3 の 小小修 (4) 1 の 一ついい が 整 (1) し (相間 2) サ 管理者る者 1 | 京 | びス提供責任者 常勤兼務 常勤兼務 は、常勤兼務 は、では、では、では、では、では、では、では、では、では、では、では、では、では | 換算数 換算数 がいる者についる者についる者に対している者についる者についる者についる者についる者についる者についる者に対している者に対している者に対している者に対している者に対している。 | ま常勤 非常勤 おいては、最も若にますか。 | 換算数 |
| * 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 | *{ (1) (1) (2) (2) (3) (4) (4) (4) (7) (2) (2) (2) (3) (4) (4) (4) (4) (4) (4) (4) (4) (4) (4 | | 一 一 一 一 一 一 一 一 一 一 一 一 一 一 一 一 一 一 一 | 務従事者 吸引等の 業績 | · · · · · · · · · · · · · · · · · · · | 録認定を受けた行人 | (従事者) | 本記従事者の 3 サービス提供 (1) 3 の 福 介 護 (2) 3 最基化 (2) 3 最基化 (3) 3 の水の (3) 3 の水の (4) 3 の水の (4) 3 の水の (4) 3 の水の (4) 3 の水の (4) 3 の水の (4) 3 の水の (5) では (6) では (7) では (7) では (8) では (8) では (9) では (1) では (1) では (1) では (1) では (1) では (2) では (3) よームへルル・修 (4) 3 の水の (4) では (4) では (4) では (4) では (4) では (5) では (4) では (4) では (5) では (5) では (6) では (6) では (7) | うち、サー 常 情任者 うたは 士 うた うして うして も を 行うして も を でい、 を いっ して と た いっ して と た り して と り して と り して と り と り と り と り と り と り と り と り と り と | ビス提供責任者 単位 常勤兼務 対の資格を有して ・ 責任者の兼務サーで囲んですっていいない | 換算数 物質数 いる者につ あの状況 をして と で ス 提信 と で ス た し た り も り も り も り も り も り も り も り も り も り | ッパでは、最も若ますか。 共責任者がい | 換算数 |
| * 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 | *{ (1) (1) (2) (2) (3) (4) (4) (4) (7) (2) (2) (2) (3) (4) (4) (4) (4) (4) (4) (4) (4) (4) (4 | | 一 | 務従事者業 換算数の記入している記入している点 | ・ | 録認定を受けた行人 人 単辞式により換算 61位まで計上し | 従事者) 数 を計算し、 てください。 | 本記従事者の 3 サービス提供 (1) 3 の 福 (2) 3 の基準 (3) 3 の の | うち、サー 常動 音 音 音 音 音 音 音 音 音 音 音 音 音 音 音 音 音 音 | ビス提供責任者 学校 常勤兼務 関係を有して で関係を有して で関係を有して で関係を有して でのでは、 でのでのでは、 でのでは、 でのでのでは、 でのでのでのでのでは、 でのでは、 でのでのでのでのでのでのでのでのでのでのでのででのでのでででででででのででででで | 換算数 換算数 物質を を を を を と と と と と と と と と と と と と り が り が り が り | 数 非常勤 非常勤 ますか。 は 責任者がい ますが。 は 責任者がい ます からき 1 週間の時間 | 換算数 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ |
| * 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 | *{ ((1) (介) ((1) (1) ((1) (1) (1) (1) (1) (1) (1) | 方間 介 護 員 5 ま ま 5 版 者 5 版 者 5 版 者 5 版 者 5 版 者 5 版 者 5 版 者 5 版 者 5 版 者 5 版 者 5 版 者 5 版 者 5 版 者 6 版 章 7 方 1 表 6 版 章 8 成 8 成 8 成 8 成 8 成 8 成 8 成 8 成 8 成 8 | テ、 な は 」 に ない は 」 に に ない に ない に ない に ない に の に の に の に の に の に の に の に の に の に | 務従事者業別 換算数の記えたた。 を発いこして小台はして小台はして、 を発いている。 | ・ | 録認定を受けた行人 とです。 計算式により換算 引位まで計上してください。 | (従事者) 数を計算し、 で ください。 | 本記従事者の 3 サービス提供 (1) 3 の 福 (2) 3 の基準 (3) 3 の の | うち、サー 常動 音 音 音 音 音 音 音 音 音 音 音 音 音 音 音 音 音 音 | ビス提供責任者 学校 常勤兼務 関係を有して で関係を有して で関係を有して で関係を有して でのでは、 でのでのでは、 でのでは、 でのでのでは、 でのでのでのでのでは、 でのでは、 でのでのでのでのでのでのでのでのでのでのでのででのでのでででででででのででででで | 換算数 換算数 物質を を を を を と と と と と と と と と と と と と り が り が り が り | ッパでは、最も若ますか。 共責任者がい | 換算数 |
| * 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 | *{ ((1) (介) ((1) (1) ((1) (1) (1) (1) (1) (1) (1) | | 一 | 務従事者業 機算数の記えておよう。 機算数の記えてかまう。 は、だない場合とである。 は、い場合とである。 は、は、は、は、は、は、は、は、は、は、は、は、は、は、は、は、は、は、は、 | ・ | 録認定を受けた行 人 学等式により換算 61位まで計といっ 行上している場合に 間の勤務時間(所 | では、 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ | 本記従事者の 3 サービス提供 (1) 3 の 福 (2) 3 の基準 (3) 3 の の | うち、サー 常動 音 音 音 音 音 音 音 音 音 音 音 音 音 音 音 音 音 音 | ビス提供責任者 単位 常勤兼務 一位 常勤兼務 一位 では、 一位 では、 一位 では、 一位 では、 でで、 でで、 でで、 でで、 でで、 でで、 でで、 | 換算数 換算数 いる者についる者についる者にいいる。 をして、これではいい。 というの数 をはいい。 というの数 をはいい。 というの数 をはいい。 というの数 をはいい。 というの数 をはいい。 というの数 をはいい。 というの数 をはいい。 というのもはいい。 といらのもはいい。 というのもはい。 というのもはい。 といるもはい。 といるもはい。 といるもはい。 といるもはい。 といる。 といる。 といる。 といる。 といる。 といる。 といる。 とい | 数 非常勤 非常勤 ますか。 は 責任者がい ますが。 は 責任者がい ます からき 1 週間の時間 | 換算数 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ |

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。 号 連 番 性別・出生年 要介護度 1 2 3 男 明治 要支援1 3 要介護 1 5 要介護3 要介護5 大正 4 要介護 2 2 要支援 2 6 要介護 4 8 他(自費等) 昭和 介護報酬請求区分 訪問介護の提供内容(複数回答) 身体中心 20分未満 01 排泄介助 08 更衣介助 15 掃除 利用者1 身体中心 20分以上30分未満 身体中心 30分以上1時間未満 身体中心 1時間以上1時間30分未満 02 訪問滞在時間 02 食事介助 09 体位変換 16 洗濯 03 03 清拭 10 移乗·移動介助 17 一般的な調理・配膳 11 通院·外出介助 18 買い物・薬の受け取り 04 部分浴 1時間30分以上2時間未満 身体中心 身体中心 2時間以 生活援助 45分未満 生活援助 45分以上 2時間以上 05 全身浴 12 起床·就寝介助 19 その他の生活援助 06 07 06 洗面等 13 自立支援のため 20 通院等乗降介助 08 07 身体整容 見守り的援助 通院等乗降介助 14 その他の身体介護 10 介護予防 性別・出生年 要介護度 明治 男 1 要支援 1 3 要介護 1 7 要介護 5 5 要介護 3 2 大正 2 要支援 2 4 要介護 2 6 要介護 4 8 他(自費等) 昭和 介護報酬請求区分 訪問介護の提供内容(複数回答) 01 身体中心 20分未満 01 排泄介助 08 更衣介助 15 掃除 利用者2 02 身体中心 20分以上30分未満 身体中心 30分以上1時間未満 訪問滞在時間 02 食事介助 09 体位変換 16 洗濯 0.3 03 清拭 10 移乗·移動介助 17 一般的な調理・配膳 身体中心 1時間以上1時間30分未満 11 通院·外出介助 18 買い物・薬の受け取り 04 部分浴 05 身体中心 1時間30分以上2時間未満 身体中心 2時間以上 05 全身浴 12 起床·就寝介助 19 その他の生活援助 06 生活援助 45分未満 07 06 洗面等 13 自立支援のため 20 通院等乗降介助 生活援助 45分以上 08 07 身体整容 見守り的援助 09 通院等乗降介助 14 その他の身体介護 10 介護予防 性別・出生年 要介護度 男 明治 要支援1 3 要介護 1 5 要介護 3 7 要介護 5 2 大正昭和 2 要支援 2 4 要介護 2 6 要介護4 8 他(自費等) 訪問介護の提供内容(複<mark>数回答</mark>) 介護報酬請求区分 01 排泄介助 08 更衣介助 15 掃除 身体中心 20分未満 身体中心 20分以上30分未満身体中心 30分以上1時間未満 利用者3 訪問滞在時間 02 食事介助 09 体位变换 16 洗濯 03 清拭 10 移乗·移動介助 17 一般的な調理・配膳 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 04 部分浴 11 通院·外出介助 18 買い物・薬の受け取り 2時間以上 身体中心 19 その他の生活援助 06 05 全身浴 12 起床·就寝介助 07 生活援助 45分未満 08 生活援助 45分以上 13 自立支援のため 20 通院等乗降介助 06 洗面等 07 身体整容 見守り的援助 09 乘降介助 14 その他の身体介護 10 介護予防 性別・出生年 要介護度 男 明治 1 要支援1 3 要介護 1 5 要介護3 7 要介護 5 2 2 要支援 2 4 要介護 2 8 他(白費等) 昭和 6 要介護 4 年 介護報酬請求区分 訪問介護の提供内容(複数回答) 身体中心 20分未満 01 排泄介助 08 更衣介助 15 掃除 身体中心 20分以上30分未満 身体中心 30分以上1時間未満 身体中心 1時間以上1時間30分未満 利用者4 訪問滞在時間 02 食事介助 09 体位変換 16 洗濯 03 03 清拭 10 移乗·移動介助 17 一般的な調理・配膳 身体中心 04 18 買い物・薬の受け取り 04 部分浴 11 诵院·外出介助 身体中心 1時間30分以上2時間未満 2時間以上 身体中心 05 全身浴 12 起床·就寝介助 19 その他の生活援助 06 生活援助 45分未満 生活援助 45分以上 07 06 洗面等 13 自立支援のため 20 通院等乗降介助 08 07 身体整容 見守り的援助 通院等乗降介助 14 その他の身体介護 10 介護予防 性別・出生年 要介護度 明治 男 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) 昭和 年 介護報酬請求区分 訪問介護の提供内容(複数回答) 身体中心 20分未満 01 排泄介助 08 更衣介助 15 掃除 身体中心 20分以上30分未満 身体中心 30分以上1時間未満 身体中心 1時間以上1時間30分未満 利用者5 訪問滞在時間 02 食事介助 09 体位変換 16 洗濯 03 03 清拭 10 移乗·移動介助 17 一般的な調理・配膳 18 買い物・薬の受け取り 04 部分浴 11 通院・外出介助 身体中心 1時間30分以上2時間未満 12 起床·就寝介助 19 その他の生活援助 2時間以上 06 身体中心 05 全身浴 生活援助 45分未満 06 洗面等 13 自立支援のため 20 通院等乗降介助 生活援助 45分以上 07 身体整容 見守り的援助 09 通院等乗降介助 14 その他の身体介護 10 介護予防

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。 連番 号 性別・出生年 要介護度 男 明治 1 要支援 1 3 要介護 1 5 要介護3 7 要介護 5 2 4 要介護 2 2 要支援 2 6 要介護 4 8 他(自費等) 昭和 介護報酬請求区分 訪問介護の提供内容(複数回答) 身体中心 20分未満 01 排泄介助 08 更衣介助 15 掃除 利用者6 身体中心 20分以上30分未満 02 訪問滞在時間 02 食事介助 09 体位变换 16 洗濯 身体中心 30分以上1時間未満 身体中心 1時間以上1時間30分未満 03 03 清拭 10 移乗·移動介助 17 一般的な調理・配膳 04 11 通院·外出介助 18 買い物・薬の受け取り 04 部分浴 身体中心 1時間30分以上2時間未満 身体中心 2時間以上 生活援助 45分未満 06 05 全身浴 12 起床·就寝介助 19 その他の生活援助 07 06 洗面等 13 自立支援のため 20 通院等乗降介助 08 生活援助 45分以上 07 身体整容 見守り的援助 通院等乗降介助 09 14 その他の身体介護 10 介護予防 性別・出生年 要介護度 明治 1 男 1 要支援 1 3 要介護 1 5 要介護3 7 要介護 5 大正 2 要支援 2 4 要介護 2 6 要介護 4 8 他(自費等) 3 昭和 介護報酬請求区分 訪問介護の提供内容(複数回答) 身体中心 20分未満 身体中心 20分以上30分未満 身体中心 30分以上1時間未満 01 排泄介助 08 更衣介助 15 掃除 利用者7 02 訪問滞在時間 02 食事介助 09 体位変換 16 洗濯 0.3 03 清拭 10 移乗·移動介助 17 一般的な調理・配膳 身体中心 1時間以上1時間30分未満 11 通院·外出介助 18 買い物・薬の受け取り 04 部分浴 05 身体中心 1時間30分以上2時間未満 身体中心 2時間以上 05 全身浴 12 起床,就寝介助 19 その他の生活援助 06 07 生活援助 45分未満 06 洗面等 13 自立支援のため 20 通院等乗降介助 08 生活援助 45分以上 07 身体整容 見守り的援助 09 通院等乗降介助 14 その他の身体介護 介護予防 10 性別・出生年 要介護度 男 1 要支援 1 3 要介護 1 5 要介護 3 7 要介護 5 大正 昭和 2 要支援 2 4 要介護 2 6 要介護 4 8 他(自費等) 3 年 2 1 訪問介護の提供内容(複数回答) 介護報酬請求区分 01 排泄介助 08 更衣介助 15 掃除 身体中心 20分未満 身体中心 20分以上30分未満身体中心 30分以上1時間未満 利用者8 訪問滞在時間 02 食事介助 09 体位变换 16 洗濯 03 清拭 10 移乗·移動介助 17 一般的な調理・配膳 身体中心 1時間以上1時間30分未満身体中心 1時間30分以上2時間未満 04 04 部分浴 11 通院·外出介助 18 買い物・薬の受け取り 19 その他の生活援助 06 身体中心 2時間以上 05 全身浴 12 起床·就寝介助 07 生活援助 45分未満 13 自立支援のため 20 通院等乗降介助 06 洗面等 08 生活援助 45分以上 07 身体整容 見守り的援助 09 等乗降介助 14 その他の身体介護 介護予防 性別・出生年 要介護度 男 明治 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(白費等) 3 昭和 2 4 年 介護報酬請求区分 訪問介護の提供内容(複数回答) 身体中心 20分未満 01 排泄介助 08 更衣介助 15 掃除 身体中心 20分以上30分未満 身体中心 30分以上1時間未満 身体中心 1時間以上1時間30分未満 利用者9 訪問滞在時間 09 体位変換 02 食事介助 16 洗濯 03 03 清拭 10 移乗·移動介助 17 一般的な調理・配膳 04 18 買い物・薬の受け取り 04 部分浴 11 诵院·外出介助 身体中心 1時間30分以上2時間未満 2時間以上 06 身体中心 05 全身浴 12 起床·就寝介助 19 その他の生活援助 生活援助 45分未満 生活援助 45分以上 07 06 洗面等 13 自立支援のため 20 通院等乗降介助 08 07 身体整容 見守り的援助 通院等乗降介助 09 14 その他の身体介護 10 介護予防 性別・出生年 要介護度 明治 男 要支援1 3 要介護 1 5 要介護3 7 要介護 5 1 2 要支援 2 4 要介護 2 6 要介護 4 8 他(自費等) 4 昭和 年 介護報酬請求区分 訪問介護の提供内容(複数回答) 身体中心 20分未満 身体中心 20分以上30分未満 身体中心 30分以上1時間未満 01 排泄介助 08 更衣介助 15 掃除 利用者10 訪問滞在時間 02 食事介助 09 体位変換 16 洗濯 03 03 清拭 10 移乗·移動介助 17 一般的な調理・配膳 身体中心 1時間以上1時間30分未満 18 買い物・薬の受け取り 04 部分浴 11 通院·外出介助 05 身体中心 1時間30分以上2時間未満 12 起床·就寝介助 19 その他の生活援助 身体中心 2時間以上 06 05 全身浴 生活援助 45分未満 07 06 洗面等 13 自立支援のため 20 通院等乗降介助 08 生活援助 45分以上 07 身体整容 見守り的援助 09 通院等乗降介助 14 その他の身体介護 10 介護予防

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。 号 連 番 性別・出生年 要介護度 1 2 3 男 明治 要支援1 3 要介護 1 5 要介護3 要介護5 大正 4 要介護 2 2 要支援 2 6 要介護 4 8 他(自費等) 昭和 介護報酬請求区分 訪問介護の提供内容(複数回答) 身体中心 20分未満 01 排泄介助 08 更衣介助 15 掃除 身体中心 20分以上30分未満 身体中心 30分以上1時間未満 身体中心 1時間以上1時間30分未満 利用者11 02 訪問滞在時間 02 食事介助 09 体位変換 16 洗濯 03 03 清拭 10 移乗·移動介助 17 一般的な調理・配膳 04 11 通院·外出介助 18 買い物・薬の受け取り 04 部分浴 1時間30分以上2時間未満 身体中心 身体中心 2時間以 生活援助 45分未満 生活援助 45分以上 2時間以上 05 全身浴 12 起床·就寝介助 19 その他の生活援助 06 07 06 洗面等 13 自立支援のため 20 通院等乗降介助 08 07 身体整容 見守り的援助 通院等乗降介助 14 その他の身体介護 10 介護予防 性別・出生年 要介護度 明治 男 1 要支援 1 3 要介護 1 7 要介護 5 5 要介護 3 2 大正 2 要支援 2 4 要介護 2 6 要介護 4 8 他(自費等) 昭和 介護報酬請求区分 訪問介護の提供内容(複数回答) 身体中心 20分未満 身体中心 20分以上30分未満 身体中心 30分以上1時間未満 01 01 排泄介助 08 更衣介助 15 掃除 利用者12 02 訪問滞在時間 02 食事介助 09 体位変換 16 洗濯 0.3 03 清拭 10 移乗·移動介助 17 一般的な調理・配膳 身体中心 1時間以上1時間30分未満 11 通院·外出介助 18 買い物・薬の受け取り 04 部分浴 05 身体中心 1時間30分以上2時間未満 身体中心 2時間以上 05 全身浴 12 起床·就寝介助 19 その他の生活援助 06 生活援助 45分未満 07 06 洗面等 13 自立支援のため 20 通院等乗降介助 生活援助 45分以上 08 07 身体整容 見守り的援助 09 通院等乗降介助 14 その他の身体介護 10 介護予防 性別・出生年 要介護度 男 明治 要支援1 3 要介護 1 5 要介護 3 7 要介護 5 2 大正昭和 2 要支援 2 4 要介護 2 6 要介護4 8 他(自費等) 訪問介護の提供内容(複<mark>数回答</mark>) 介護報酬請求区分 01 排泄介助 08 更衣介助 15 掃除 身体中心 20分未満 身体中心 20分以上30分未満身体中心 30分以上1時間未満 利用者13 訪問滞在時間 02 食事介助 09 体位变换 16 洗濯 03 清拭 10 移乗·移動介助 17 一般的な調理・配膳 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 04 部分浴 11 通院·外出介助 18 買い物・薬の受け取り 2時間以上 身体中心 19 その他の生活援助 06 05 全身浴 12 起床·就寝介助 07 生活援助 45分未満 08 生活援助 45分以上 13 自立支援のため 20 通院等乗降介助 06 洗面等 07 身体整容 見守り的援助 09 乘降介助 14 その他の身体介護 10 介護予防 性別・出生年 要介護度 男 明治 1 要支援1 3 要介護 1 5 要介護3 7 要介護 5 2 2 要支援 2 4 要介護 2 8 他(白費等) 昭和 6 要介護 4 年 介護報酬請求区分 訪問介護の提供内容(複数回答) 身体中心 20分未満 01 排泄介助 08 更衣介助 15 掃除 身体中心 20分以上30分未満 身体中心 30分以上1時間未満 身体中心 1時間以上1時間30分未満 利用者14 訪問滞在時間 02 食事介助 09 体位変換 16 洗濯 03 03 清拭 10 移乗·移動介助 17 一般的な調理・配膳 身体中心 04 18 買い物・薬の受け取り 04 部分浴 11 诵院·外出介助 身体中心 1時間30分以上2時間未満 06 2時間以上 身体中心 05 全身浴 12 起床·就寝介助 19 その他の生活援助 生活援助 45分未満 生活援助 45分以上 07 06 洗面等 13 自立支援のため 20 通院等乗降介助 08 07 身体整容 見守り的援助 通院等乗降介助 14 その他の身体介護 10 介護予防 性別・出生年 要介護度 明治 男 要支援1 3 要介護 1 5 要介護 3 7 要介護 5 1 2 2 要支援 2 4 要介護 2 6 要介護 4 8 他(自費等) 昭和 年 介護報酬請求区分 訪問介護の提供内容(複数回答) 身体中心 20分未満 01 排泄介助 08 更衣介助 15 掃除 身体中心 20分以上30分未満 身体中心 30分以上1時間未満 身体中心 1時間以上1時間30分未満 利用者15 訪問滞在時間 02 食事介助 09 体位変換 16 洗濯 03 03 清拭 10 移乗·移動介助 17 一般的な調理・配膳 18 買い物・薬の受け取り 04 部分浴 11 通院・外出介助 身体中心 1時間30分以上2時間未満 12 起床·就寝介助 19 その他の生活援助 2時間以上 06 身体中心 05 全身浴 生活援助 45分未満 06 洗面等 13 自立支援のため 20 通院等乗降介助 生活援助 45分以上 07 身体整容 見守り的援助 09 通院等乗降介助 14 その他の身体介護 10 介護予防

訪問介護の提供内容



冊子のままご返送下さい。)



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)

| * | _ | 連 | 番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 厚: | 生労働省 |
|----|-----------------|----------|-----------------------|-----------|---|----------|------------------|-----------------------------------|---|-------------------|---------------------------------------|---------------------------------|-----------------------|--|-----------|---|---|--|-------------------|---------------------------|-------------------------------|--------------------------|-----------------------------|---|--------------------------------|---------------------|---|
| * | 調 | 査 | 番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| É | ; (: | * 印 | の箇列 | f は事 | 業所 | では | 記入 | しな | いで | くた | さい | 0 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 延災 | <u>[</u> [営法 | 営 人名を | 法記入し | 人 てくだ: | 名さい。) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 再 | ĺ | 業 | Ī | —— 近 | 名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| _ | | | | | | ₹ | | | | | | | | | TEI | .(| |)-(| |)— | (|) | | | | | |
| 哥 | 1 業 | 혽 所 | · の j | 近 在 | 土地 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (1 | | 9 確確下上サ全 | し後サリンド | 現く ビでこス | でいるというでいるというでいるというでは、いいので、おいので、おいので、おいのでは、これでは、これでは、これでは、これでは、これでは、これでは、これでは、これ | 貴事変種状ながこ | 美更類況い異の計 はなま | こ 誤 とは、 湯とは、 る場 動 |)が だ 右側 (た) (た) (合) (さ) (さ) (さ) (さ) (さ) (さ) (さ) (さ) (さ) (さ | あるに居話まれる | 場合 に や 戻 』 は 中 」 に 手 数 て | は、 回居を こっすだ だった | 赤字 ページ、出って、い)。 | で余 で進み ている 、回答 の調査 | 白に調場合の票を | 修正 査票を は、「d ジに進 事業所 | をして 記入し 休止中 んでく 内で回 | てくださ してくださ してくださ 」、「廃止」 ださい。 | い。: 」に〇 已入し | なお、)をつけ てくだ | 印字さ ; てくださ さい(同一 | れてい い。そ 法人・ | 、ない事 の場合、 同一住所 | 業に 以降の かサー は不要 [~] | つい)ペー -ビス です。 | ては記入 ジは記入 | 事業所名を .不要です。 不要です。 場合、以下の |
| | + | サー | ビスの | 種類 | Į | | | | Į | 事業 | 所番号 | 7 | | | | | | 事業 | 美所名 | í | | | | 活動 (1つ | | | 回答ページ |
| | 141 | 認 | · 護 ! 知症 ! 所 | 対坑 | 5型 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 1 1 活動 ^に | ; 中 休』 | 2 上中 | 3 廃止 | 2ページ |
| | 142 | | 知症 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 1 活動 5 | ; 中 休」 | 2 上中 | 3 廃止 | に記入して ください |
| | 151 | 認 | · 護 ! 知 症 : 同 生 | 対坑 | 5 型 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 1 活動口 | ; 中 休』 | 2 上中 | 3 廃止 | 3ページ ・に記入して |
| | 152 | | 知症 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 1 活動 ^に | ; 中 休」 | 2 上中 | 3 廃止 | ください |
| | 161 | 特 | . 域 : 定施 : 活 | 没入店 | 居者 | | | 7 | | | | | | | | | | | | | | | 1 活動 ⁻ | ; 中 休」 | 2 上中 | 3 廃止 | 4ページ に記入して ください |
| | 171 | | 間に問 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 1 活動 5 | ; 中 休』 | 2 上中 | 3 廃止 | 5ページ に記入して ください |
| | 181 | 小 | · 護 規模 · 宅 | 多機能 | 能型 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 1 活動 5 | ; 中 休』 | 2 上中 | 3 廃止 | 6ページ に記入して |
| | 182 | | 規模 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 1 活動 5 | ; 中 休」 | 2 上中 | 3 廃止 | ください |
| | 211 | 随 | 期 同時 同介 | 讨 応 | 型 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 1 活動ロ | ; 中 休』 | 2 上中 | 3 廃止 | 7ページ に記入して ください |
| | 221 | 複 | [合型 | サーロ | ビス | | | | | | | | | | | | | | | | | | 1 活動ロ | ; 中 休」 | 2 上中 | 3 廃止 | 8ページ に記入して ください |
| (2 |) 経 | | 営 | 主 | 体 | | iの! 営主 | | 0 0: 0: | 1 ½ 2 ī 3) | 都道/ 市区 | 存県 订村 連合 | · — | 『事務』 | | 05 06 07 | 社会医療社会社会 | 記入してく。 会福祉法 <i>)</i> 療法人 団・財団活 業協同組名 | 人(社 去人(| :会福祉 (公益・ | - 一般) | 以外) | 10 11 12 | 営利法 特定非 その他 | と人(€ 上営利 也の法 | 会社) J活動法/ | 及び連合会 ((NPO) : 含む。) |
| (3 | 取 | | 解決 <i>©</i> 組 数 | 状 | 況 | ' | 1 | 苦怕 | 青受 | 付窓 | <u>て</u> ○て 引口を f任者 | ·設置 | <u>.</u> | ださい。 | 3 4 | | | 三者委員 三者委員 | | | 5 | 1 | ~ 4 以 | - 外の取 | 又組を | :実施し | ている |
| | | | | | | | | 使実 | 用す際に | る場 調査 | 合が。票を | ありる 記入し | ます。 した事 | 事業所 | fの代 担当 | 表者の日 | の氏名 [*] 氏名とi | せ先として ではなく、 車絡先を記 | | 旦当部署 | 己入者名・ 客と連絡先 必須) | (調 | 当部署名 査票記入 がな | 者名) | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 電影 | . | _ | | | .) |

上記以外連絡先 (携帯、FAX等)

| 【141介護予防認知犯 | 定対応 | 型通序 | 听介護・ | 1 4 2 🖥 | 8知症対 | 応型通所介 | 護】 | 己入者名(| | | |) | 電話番号 | (– | | _ |) |
|---|----------------|-------------------------------------|--|--|---------------------------------------|--|--|----------------|-----------------|-------------------|---------------------|--------------------------|-------------------|---|-------------|-------|-----------|
| | | | | | | ビスについて こは、「2 | | | | | 制(定員) |)、開催日 | 数を記入し | てください |) | | |
| | 対応型 | - | 定 9月中の | 開催日数 | | | | | | | | | | 催日数を記入し ことをいいまっ | | ۷³۰ | |
| | 通防 所認 介知 | | 9月中の | 利用者 | | | | | 要 | 支援 1 | | 罗 | 長支援 2 | | ₹(| の他 | |
| //\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ | 護症 | | 1 đ | 50 | | 利用実人 | .員数(人) | | | | | | | | | | |
| (4)サービスの 提供状況 | | | 2 % | àl | | 利用延人 | .員数(人) | | | | | | | | | | |
| | 認知症対点 | - | 定 9月中⊄ |)開催日数 | | | 人 ※ 目 | 介護と介護 開催日数と | 予防を- は、利用 | ー体的に行っ 用者がいなく | っている場 ても事業 | 合は、同- 所を開催し | ーの定員、開作 していた日の | 催日数を記入し ことをいいまっ | ってくださ ナ。 | V³o | |
| | 症対応型通所 | | 9月中の | 利用者 | | | | 要介護 1 | 要 | 長介護 2 | 要介 | ·護 3 | 要介護 4 | 要介 | 護 5 | その作 | 他 |
| | 所介護 | | 1 d | 5 1) | | 利用実人員数 | (人) | | | | | | | | | | |
| | | | 2 % | | | 利用延人員数 | | | | | | | | | | | |
| (5)事業所の形態 | 事 | | の形態 単独 | | て、該当 | 省する番号 | を <u>1つ</u> 〇 2 併 | | ごくだ | さい。 | | 3 共用 | 型 | | | | |
| (6)社会福祉法人等に よる軽減の状況 | | | | いる - いない | | | — | 9月中の軸 | 圣減者 | 数 | | , | (生活保 | 護受給者等 | は含みる | 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) | | た護福 ^を 1 | | 校から(れあり | | 9月30日の『 『を受け入れ | | があります | ⁻ か。 | 社会福 | 祉士養 / 受け入 | | | 月30日の間 を受け入れた | | あります | トか。 |
| | | | | 常勤専従 | 常勤兼務 | 換算数 | 非常重 | 換算 | 数 | | | 常勤専従 | 常勤兼務「 | 換算数 | 非常勤 | 換貨 | 拿数 |
| | 1 医 | Ē | 師 | | | | | | | 5 調 玛 | 里員 | | | | | | |
| | 2 看 | · 護 | 師 | | | | | | | 6 管 理 5 | 栄養 士 | | | | | | |
| | 3 准 | 看 | 護師 | | | | | | | 7 栄 | 姜 士 | | | | | | |
| | 4 機 | 能訓練 | 指導員 | | | | | | | 8歯科律 | 新生士 | | | | | | |
| | | | う ち 法士 | | | | | | | 9 生活木 | 目談員 | | | | | | |
| | 作 | の 業療 | う ち 法士 | | | • | | | | 9 の 社 会 和 | う ち 晶 社 士 | | | | | | |
| (8) 従 事 者 数 | 1 '4 | | う 覚士 | | | | | | | 10介 護 | 職員 | | | | | | |
| | | の 護 | う ち 師 | | | | | | | 10 の 介護 福 | | | | | | | |
| | | | う ち 護 師 | | | | | | | 11 その他 | の職員 | | | | | | |
| | | の 道 整 | う 復師 | | | | | | | | | 行為業務行 | | 等の業務の登 | 録訒完をな | 受けた従事 | (去) |
| | あ | | う ち ッサージ 師 | | | | | | | | 71 BX 1949 C | | . () [] [] [] | 4 12 MAIN 12 ax. | <u>Д</u> | | H / |
| | | 「常勤業 それぞ: 小数点 . 得られ | 乗務」「非常 れの「換算 以下第2位 た結果が○ | 勤」につい 数」欄に記 なを四捨五 .1に満たな | ては、右 入してく7 入して小数 い場合は | 対点以下第1位 「0.1」と計上し [、] | <u></u> り換算数を まで計上し てください | てください。 | | 当該4 (<u>1</u> | 週間の時間 | : いて常勤の 間数が32時 |)従事者が勤剤 | 5延時間数 (残業 多すべき <u>1 週間</u> 分 合は分母を32 | の時間数(| | |
| | * | 雇用形 | 態にかかれ | っらず、事刻 | 業所が定め | 認知症対応型通 かる1週間の勤績 てください。 | | | | | | | (換算数 | (の詳細は手引 | きを参照 | してくださ | ₹ ^ , °) |

| | | | | | 記人 | 【者名(| | , | 電話番号(| _ | _) |
|-------------------------------------|----------------|---------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|------------|---------------|-----------------------|-----------------------|--|----------|-------------------|
| | | 、指定を受けて活動 目中」の利用者がいな | | | | | | 制(定員)を記入 | してください。 | | |
| | 対応型共 | 定 | | | 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。 | |
| | 共同生活介: | 9月中の利用者 | | | | | 要支援 2 | | その他 | | |
| (9)サービスの 提供状況 | 護症 | 1 あり 2 なし | → | 9月末日利用者数 | | | | | | | |
| | 共認 | 定 | | | 人 ※介 | 護と介護予 | 防を一体的に行って | ている場合は、同 |]一の定員を記入し | てください。 | |
| | 同知 生症 活対 | 9月中の利用者 | | | 要注 | 介護 1 | 要介護 2 | 要介護3 | 要介護 4 | 要介護 5 | その他 |
| | 介応護型 | 1 あり | - | 9月末日の利用者数(人) | | | | | | | |
| | | 2 なし | | うち「短期利用」 利用者数(人 | | | | | | | |
| (10)ユニット及び | | ユニット数 | | | 2人 | | | | 個 | 室 | . It is a second |
| 居室の状況 ※平均家賃は、整数で 記入してください。 | | | | 室数 | | | 屋当たりの 家賃(1か月) | : | 室 数 | | 当たりの 賃(1か月) |
| HIXUCY/28V-0 | | ユニット | | | 室 | | | 円 | <u> </u> | 室 | 円 |
| (11) 介護福祉士養成校 及び社会福祉士 | 介護 | 23年10月1日〜平 福祉士養成校から の | 成24年 ク実習 : 1 | E 9 月30日の間 生 を受け入れた | に :ことがは | ありますフ | 平成23 か。 社会福 | | 平成24年9月3 らの実習生 を受 | | がありますか。 |
| 養成校からの実習生受け入れ状況 | 1 | 受け入れあり | | | | | | 受け入れあり | | | |
| (過去1年間) | 2 | 受け入れなし | | | | | 2 | 受け入れ <mark>な</mark> し | | | |
| | | 常勤専従 | 常勤兼 | 務 換算数 | 非常勤 | 換算数 | | に 記定特定行為業務 であっ | 券従事者 て、喀痰吸引等の | 業務の登録認定を | ・受けた従事者) |
| | 1 介 護 | 職員 | | | | | | | | , | Λ. |
| | | 1 のうち 護 師 | | | | • | | | | | _ |
| (12)従 事 者 数 | (2) | 1のうち | | | | • | _ | | | | |
| *複数の資格を有 している者につい ては、(1)~(3)の | | 手護師 | | | | | | 乗務」「非常勤」につ | は換算数の記入は ついては、下記の計 | 算式により換算数 | を計算し、 |
| うち最も若い番号 の資格について記 入してください。 | (3) | 1 のうち 福 祉 士 | | | | | 小数点 | 以下第2位を四捨 | :記入してください。 : 五入して小数点以T ::ない場合は「0.1」 と | 第1位まで計上し | |
| 700000 | 2 計画作 | 成担当者 | | | | • | | 勤務している場合 | 事業所が定める 1 ネは「常勤」、勤務し | | |
| | | り う ち を援専門員 | | | | | | | 共同生活介護」と「認 務ではありません。 | | 活介護」を一体的 |
| | 3 その作 | 也の職員 | | | | | | | | | |
| | 換算数 = | 従事者 当該事業所において常輩 | | 引の勤務延時間数(残 者が勤務すべき1週間 | | 正完坐掛 中 | <u></u> | | | | |
| | | (1週間の時間数が32 | | | | | | | (換算数の詳 | 細は手引きを参 | 翼してください。 <u>)</u> |

【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。

| 【161地域密着型特別 | 定施設 | 设入居者生活 | 介護】 | | | | Ī | 入者名(| | | | |) | 電話番号 | (| _ | - | _ |) |
|------------------------|-----------------------|---|--|--|---|---|----------------------------------|--------|----------|----------|--------------|-----------|--------------------------------|-----------------------|------------------|------------|-----------------|---------|--|
| | | 見在、指定をう 9月中」の利 | | | | | | | | | 是供体制 | (定員) | を記入し | てください | , 1 ₀ | | | | |
| 13)サ ー ビ ス の | 入居者: | 定 | ļ | į | | | 人 ※ | 介護と介護 | 予防を | 一体的 | に行ってい | いる場合 | 合は、同一 | の定員を記 | 入して | ください | 'o | | |
| 提供状況 | 者差型特点 | 9月中 | の利用者 | | | _ | 罗 | 長介護 1 | <u>1</u> | 医介護 | 2 | 要介 | 護 3 | 要介護 4 | ļ. | 要介記 | 雙 5 | 要介護語申 請 | |
| | 元 介 護 設 | | あり | - | 9 月 ラ 利用者 | 末日の 数(人) | | | | | | | | | | | | | |
| | | 当する番号を | | | | | | | | | | ment to t | | | | | a month | , | |
| 14)事業所の形態 | ア イ | | | (工に責 | 炙当する | 5 6 0) 8 | に除く、 | (| 1 3 | | ァライト テライト | | | 4 | | テライ テライ | |) | |
| | ウ エ | 養護老人 サービス | | 治者向! | け住宅 | | | (| 5 7 | | ァライト テライト | | | 6 8 | | テライ テライ | - |) | |
| | | | | 個室 | 医(夫婦部 | 『屋含む | (۲ | | 2人 | 室 | | | 3 , | 人室 | | | 4 人 | 室 | |
| 15)居 室 の 状 況 | | 室数(室) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16) 介護福祉士養成校 | | □ □成23年10月 ↑護福祉士養 | | | | | | あります | か。 | | | | | 成24年 9 の実習生 | | | | あります | か。 |
| 及び社会福祉士養成校からの実習生受け入れ状況 | | 1 受け入 | 入れあり | | | | | | | | 1 受 | け入 | れあり | | | | | | |
| (過去1年間) | L | 2 受けみ | しれなし | | | | | | | L | 2 受 | け入 | れなし | | | | | | |
| | | | 常勤専従 | 常勤兼 | 務換 | 算数 | 非常茧 | 換算 | 数 | | \ | | 常勤専従 | 常勤兼務 | 換 | 算数 | 非常勤 | 換算 | 数 |
| | 1 介 | · 護 職 員 | | | | | | | | 6 機 | 能訓練指 | 導員 | 7 | | | | | | |
| | | のうち護福祉士 | | | | | | | | | の う 学療 is | | | | | | | | |
| | 2 生 | 活相談員 | | | 7 |). | | | | | のう業療法 | | | | | | | | |
| | | のうち会福祉士 | | | | | | | | | の う 語 聴 覚 | | | | | | | | |
| | 3 看 | · 護 師 | | | | • | | | | | の う 護 | ち 師 | | | | | | | |
| 17)従事者数 | 4 准 | : 看 護 師 | | | | | | | | | の う 看 護 | | | | | | | | |
| | 5 計 | 画作成担当者 | | | | • | | | | | の う 道 整 犯 | | | | | | | | |
| | / 4. ** FI | 日 \ === c++ c+- c c | 가 고막 강 도 강소 글 | r +v. | | | | | _ | あん | の う ん摩マッサ | ージ | | | | | | | |
| | (相臣 | 引)認定特定行 (介護職員等 | | | 等の業務の | の登録認 | 定を受り | けた従事者) | | | 圧 の他の! | | | | | | | | |
| | (33-1 | 「常勤専従」に | ついては | 協作光 | Λ=3 1 1 ±: | 太西 ズー | | | | | | | 公車老の | 週間の勤務 | 大江 D 土目 | 洲/珠坐 | (+R 4 /) | | <u>: </u> |
| | * | 「常勤等促」に 「常勤兼務」「非 それぞれの「換ら 小数点以下第2 得られた結果が 雇用形態にかか 勤務していない | 常勤」につい 算数」欄に記 位を四捨五 の.1に満たな わらず、事 | いては、右 入してく 入して小 い場合は 業所が定 | i記の計算: ださい。 数点以下第 は[0.1]と言 める 1 週間 | 式により 第1位ま 7 †上して、 引の勤務時 | 換算数を ご計上し ください。 | てください。 | | | (1週間 | 月の時間 | ハて常勤の <u> 数</u> が32時 | 従事者が勤 で下回る場 | 努すべる | き 1 週間の | の時間数(戸 | | |
| | | | -// L 1호 [커] ii | , zn j C C | - C (/ C C V | Ü | | | | | | | | (換算数 | 女の詳組 | は手引 | きを参照し | てくださ | <u>^^^)</u> |
| | | I 17 | 21 抽技家主 | 刑性会长 | ポープ 日本 | 小 . 江 . 小 滋 | Leon | THN LT | s-1- 44 | 100 Hb - | 15 フナ. 井田 | 144.1 ~ | 1、7 相人 | + 1 00. | 3212 E | い またいと | 0° - 3512 | デラコス ノラ | 12 21 10 |

| 【171夜間対応型訪問 | 問介 | 護】 | | | | 記入 | 者名(| | |) | 電話番号 | (– | _ | -) |
|--|------|--|--|---|---|--|-------|--------------------|--|---------------------------|--------------------------|--|-------------------------|--------|
| | | 現在、指定を受 「9月中」の利 | | | | | | | | 9月中の営業 | 美日数)を記. | 入してくださ | ر۱ _° | |
| (18)サービスの | 夜間対 | | の営業日初の選択の通報件 | | | 出 ※営業 | 美日数とは | 、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 | -0 | |
| 提供状况 | 間対応型 | 9月中の | の利用者 | [| | 要介 | 護 1 | 要分 | 个護 2 | 要介護3 | 要介護 4 | 要介 | 護 5 | その他 |
| | 訪問介護 | | あり | | 利用実人員数(定 期 巡 訪問回数(區 随 訪問回数(區 | 回 回 可) 時 | | | | | | | | |
| (19)事業所の区分 | | 1 | | | マンターの訳 マンターの訳 | | | | • | かり | 斤 | | | |
| ② 社会福祉法人等による軽減の状況 | | 1 実施して 2 実施して | | | | (| 月中の! | 軽減者 | 一 数 | | (生活保語 | 獲受給者等に | は含みませ | た) |
| (21) 介護福祉士養成校 からの実習生の 受け入れ状況 | | 平成23年10月 1 受け | 1日~平 入れあり | – | 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 | ıたことが <i>る</i> | ありますか。 | | |
| (過去1年間) | | 2 受け | 入れなし | | | | | | | | | | | |
| | | | 常勤専従 | 常勤兼務 | 換算数 | 非常勤「 | 換算数 | t | | 常勤専行 | 常勤兼務 | 換算数 | 非常勤 | 換算数 |
| (22) 従 事 者 数 *複数の資格を有 しているもだわれ | * | 訪問介護員 (1)1のうち 介護祖 (2)1のきの社 (3)1のうけ (4)1のきの (4)1のきの (5)日本のの (6)日本の (7)日本の (8)日本の (9)日本の (1)日本の (2)日本の (3)日本の (4)日本の (4)日本の (5)日本の (6)日本の (7)日本の (8)日本の (9)日本の (1)日本の (2)日本の (2)日本の (3)日本の (4)日本の (5)日本の (6)日本の (7)日本の (8)日本の (9)日本の (1)日本の (2)日本の (2)日本の (2)日本の (2)日本の (2)日本の (2)日本の (2)日本の (2)日本の (2)日本の (3)日本の (4)日本の (5)日本の (6)日本の (7)日本の (7)日本の (7)日本の (8)日本の (9)日本の (1)日本の (1)日本の (2)日本の (3)日本の (4)日本の (5)日本の (6)日本の (7)日本の (7)日本の (7)日本の (7)日本の (7)日本の (7)日本の (7)日本の (7)日本の (7)日本の (7)日本の (7)日本の (7)日本の (7)日本の (7)日本の (7)日本の (7)日本の (7)日本の (7)日本の (7)日本の (7)日本の (7)日本の (7)日本の (7)日本の (7)日本の (7)日本の (7)日本の (7)日本の (7)日本の (7)日本の (7)日本の (7)日本の (7)日本の (7)日本の (7)日本の (7)日本の (7)日本の (7)日本の (7)日本の (7)日本の (7)日本の (7)日本の (7)日本の (7)日本の (7)日本の< | | | | | | * | (3)3のう 看 護 (4)3のう 准 看 護 (5)3のう 社会福祉 (6)3のう 介護福祉 (7)3のう | ち師 ち師 ち師 ち士 ち士 ち | | | | |
| 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。 | | 保健師 (3) 2 のうち | | | | | | | 介護支援専門 | 門員 | | • | | |
| XUCVEEV. | - | 看 護 師 | | | | | | 4 | . その他の職 | | | | | |
| | * | (4)2のうち 准 看 護 師 | | | | | | 4 | | | | | | |
| | | (5)2のうち社会福祉士 | | | • | | | | | 寺定行為業務職員等であっ | | 等の業務の登録 | 录認定を受り | ナた従事者) |
| | | (6)2のうち 介護福祉士 | | | | | | | | | | | Д | |
| | | (7)2のうち 介護支援専門員 | | | | | | | | | | | | |
| | | □ 「常勤専従」に □ 常勤兼務」「非 それぞれの「換多 小数点以下第2 得られた結果が 延雇用形態にかか 勤務していない | 常勤」につい 算数」欄に記 位を四捨五 0.1に満たな わらず、事 | いては、右記 入してくだ 入して小数 い場合は「 業所が定め | dの計算式により さい。 点以下第1位ま 0.1」と計上して る1週間の勤務 | - <u>+</u> - 換算数を計算 で計上してく ください。 | ださい。 | 換算数 全てを勤 | 当該事業的 (<u>1 週間</u> | において常勤 の時間数が32時 | の従事者が勤 特間を下回る場 | 孫延時間数 (残業 客すべき <u>1 週間</u> 場合は分母を32 の詳細は手引 | の時間数(所 時間として・ | ください。) |

| | | | | | | 記 | 人者名(| | |) | 電話番号 | (| _ | _ |) |
|--------------------------------|-----------------|------------------------|---------------------------|-------------------------|--------------------------|--------------------|------------------------|----------|-----------------------------|--------------|--------|-------------------------|-------------------|-------|--------------|
| | ; | 現在、指定 「9月中」の | を受けて活動 の利用者がいな | 中のサード | ごスについて、 は、「2 な | 、利用者の し」を○で | の有無に関わら で囲んでくださ | ず、 い。 | 提供体制(定員 |)を記入し | てください | , \ ₀ | | | |
| | | 登 | 録定員 | | Д | 宿泊サ | ービスの利用定 | 員 | | 人 | いサービ | スの利用定 | E員 | | 人 |
| | 介護 | 9月 | 中の利用者 | 1 あ 2 な | | , [| 要支 | 援 1 | | 要支 | 援 2 | | その | の他 | |
| | 予防 | 事 | 耳業所を利用! | た利用集 | (人員数(人) | | | | | | | | | | |
| | 小規模 | 事 | 耳業所を利用 | た利用延 | 人員数(人) | | | | | | | | | | |
| | 介護予防小規模多機能型居宅介護 | 計 ※ | 宿泊 | | 刊用実人員数(一一 刊用延人員数(| | | | | | | | | | |
| | 型居宅 | 上して | 弾い | | 利用実人員数(| | | | | | | | | | |
| | 介護 | 計上してください。 ※重複する場合は、 | | | 刊用延人員数(| | | | | | | | | | |
| (23) サ ー ビ ス の 提 供 状 況 | | 10, 14 | 訪問 | | 刊用実人員数(| | | | | | | | | | |
| | | 登 | 録定員 | | J | 宿泊サ | ービスの利用定 | 員 | | 人 | いサービ | スの利用定 | 員 | | 人 |
| | | 9月 | 中の利用者 | 1 あ 2 な | | , [| 要介護1 | 罗 | 要介護2 要 | 更介護 3 | 要介護 | £4 | 要介護 5 | その |)他 |
| | 小規 | 事 | 耳業所を利用! | た利用実 | (人員数(人) | | | | | | | | | | |
| | 楔 巻 | 事 | 業所を利用 | ンた利用 <u>延</u> | 人員数(人) | | | | | | | | | | |
| | 小規模多機能型居宅介護 | 計 ※ | 宿泊 | | 刊用実人員数(刊用延人員数(| | | | | | | | | | |
| | 宅介 | 計上してください。 | | | 刊用连八貝数(| | | | | | | | | | |
| | 護 | それは | 通い | 7 | 川用延人員数(| (人) | | | | | | | | | |
| | | さい合は、 | 訪問 | 矛 | 用実人員数(| (人) | | | | | | | | | |
| | | | 訓问 | 利 | 用延人員数(| (人) | | | | | | | | | |
| ②4宿泊室の状況 | | 個室の | | | 室 | | | | 宿泊室の数 | | | 室 | | | |
| | 各居 | | | が設定して | いる料金の高 | い順に記 | 入してください | 0 | | | | | | | |
| (25)宿泊費の状況 | | | (日額) | | Į. | | 円 | | 円 | | H | | 円 | | 円 |
| | | 室 | 走 員 数 | | 人室 | | 人室 | | 人室 | | 人室 | | 人室 | | 人室 |
| (26) 社会福祉法人等に | 1 | | している - | | 室 | | <u>室</u> 月中の軽減者 | ご 米行 | 室 | | 宝 生活促灌 | 马 处 | <u>室</u> は含みまも | F 2.) | 室 |
| よる軽減の状況 | | 2 実施 | していない | | | | / 1 · 1 · ∨ / 平主 //《 1 | | | | | | | .70) | |
| ② 介護福祉士養成校 及び社会福祉士 | | | | | 月30日の間 を受け入れた | | ありますか。 | | 平成23年10月 社会福祉士養 / | | | | | ありまっ | すか。 |
| 養成校からの 実習生受け入れ状況 (過去1年間) | | | け入れあり け入れなし | | | | | | | 、れあり 、れなし | | | | | |
| | _ | | 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 3 | 〉 護 職 | 員 | | | | | 4 : | 介護支援専門員 | | | | | | |
| | | 1 6 1 | . | | • | | | | | | | | | | |
| | | 1 の う 介護福祉 | | | | | | 5 - | その他の職員 | | | | | | |
| | 2 君 | 善護 | 師 | | | | | | | | | | · | | |
| | 3 准 | 生 看 護 | 師 | | • | | • | | | | | | | | |
| [28]従 事 者 数 | /JLKF | 10 \ 30 de de de | 77 34 3B 34 77 4 | * -144 | | | | | | | | | | | |
| | (補情 | | 行為業務従事 等であって、「 | | の業務の登録認 | 忍定を受け: | た従事者) | | | | | | | | |
| | | | | | | 人 | | | | | | | | | |
| | (注) | | | | 記入は不要でで | | | 数 = | : 一 当該事業所にお | 従事者の1 | | | | 所定労働 | 時間) |
| | | それぞれの「 小数点以下算 | 換算数」欄に記 第2位を四捨五 | 入してくだ 入して小数 , | さい。 点以下第1位ま | で計上して | | | (1週間の時間 | | | | | | |
| | | 「介護予防小 | 規模多機能型居 | 宅介護」と「 | | [居宅介護] | | | 場合は、兼務では | | | | | | |
| | * | | かかわらず、事 ない場合は「非常 | | | 時間(所定学 | 労働時間)の全てを | 上勤務 | らしている場合は「 | 常勤」、 | (換算数 | の詳細は手 | 5引きを参照 | してくだ | <u> キャ・)</u> |

| 【211定期巡回・随 | 诗対 | 応西 | 型訪問? | 个護看詞 | 濩】 | | | 記 | 入者名(| | | |) | 電話番号 | (- | _ | |) |
|---------------------------|----------|----------------|---|---------------|------------------------|---------------------------------|-----------------|----------------|---|-------------|----------------------------|---------------|-----------------|-----------------|------------------|----------|-----------|------------|
| ②事業所の種別 | | 1 | 一体 | :型 | : | 2 連携型 | | | | | | | | | | | | |
| | * * | 訪問 訪問 | 回数の | 欄には、 ついてに | 、支給限 は、看護 | 度額を超 職員を伴 | えた訪問叵 わずにPT(| 数及び健康 理学療法士 | を1回でも利保険法等併紹 保険法等併紹)、OT(作業) なで訪問した ¹ | 計によ 療法: | くる訪問回 士)、ST(| l数も含む 言語聴す | めて計上し 覚士) の何 | 、てくださ | い。 ご訪問した回 | 回数を内 | 数として | 再計上 |
| | | | 9 | 月中の | 利用者 | | 1 あり | 2 | 2 なし | 1 | ć | 月中の |)通報件数 | | | 件 | | |
| | | | | | | | ▼罗 | 平介護 1 | 要介護: | 2 | 要介 | ↑護 3 | 要 | 介護 4 | 要介護 | ž 5 | 要介護認知 | 定申請中 |
| | | | | 利用領 | 実人員数 | (人) 実人員数(| A > | | | | | | | | | | | |
| | | | 訪問 | 引介護 | 定 | 期巡回 | | | | | | | | | | | | |
| | 定期巡 | 介 | ,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,, | *** | 随 | 問回数(回 時 問回数(回 | | | | | | | | | | | | |
| (30) サ ー ビ ス の 提 供 状 況 | 巡回・ | 介護保険法 | | | | 実人員数(| | | | | | | | | | | | |
| 「9月中」の利用者 がいない場合には、 | 随時 | 法 | 訪問 | 看護 | 訪問 | 期巡回 |) | | | | | | | | | | | |
| 「2 なし」を○で 囲んでください。 | 対応型 | | | | | 問回数(回 |) | | | | | | | | | | | |
| | 型訪問介 | | 健康保 | | 問看護利 実人員数 | | 5月の途中 | で健康保険活 | 法等による給 位 | すが行 | | を計上し 問回数の | г | ν, _ο | | | | |
| | 介護看護 | | の併給者保険法等 | | | 疾病等の診 | | | | | | | _ | | | 回 | | |
| | 喪 | | 者等 | うち | 特別訪問 | 問看護指示 | き書による | | | 人 | | | | | | | | |
| | | 健 | 侹 | 康保険 | 法等でサ | ービスを引 | 受けた者を | 計上して下さ | ۲۸٫۰° | | 介護より | 隻保険法) サービ | 及び健康仍 スを受けた | R険法等い⁻ ご者を計上 | ずれも利用し して下さい。 | ていない | ・者で全額 | 負自費に |
| | | 健康保険法等 | | 利用 | 実人員数 | 汝 | | | | 人 | その | 利用実 | 人員数 | | | | | |
| | | 法等 | | | 回数の台 | | | | | 回 | 他 | | 数の合計 | | | | | 回 |
| | 9, | <u> </u> 月中 | に、事業 | | | | る訪問回数 動を行った | | 員数、延べ夜 | 回 勤回数 | 数を記入し | | | りみによる訪 | 問回数 | | | 回 |
| (31) 夜勤職員の実人員 | | | 看護職 | 战員 | 実人員 | 数 | | 人 | | 介訂 | 隻職員 | 実人員 | 数 | | j | | | |
| 数及び夜勤回数 | | | | | 延べ夜 | 勤回数 | | 回 | | | | 延べ夜 | 勤回数 | | | | | |
| | | 廿日 64 | カなアセ | 医 者 | 師の指示に対する | 書がない和 看護職員の が況につ | 利用の訪 | 要介護1 | 要 | 介護 | 2 | 要 | 介護3 | | 要介護 4 | | 要介護 | 5 |
| | メ | ント | ルイモン ・・モニ ・のため | タて | お答えく | ださい。) | | 要介護1 | 口 | 介護 | 1 | | 介護3 | | 要介護 4 | П | 要介護 | <u> </u> |
| | 訪 | 間 | | 数者に訪い | に対する 基づかな(9 おとさる | 書がある者法 医師の護職に 別別の でさい。 | 下書のこつ | 安川 設 1 | 回 | 刀 喪 | 2 | 女 | 介設 3 | | 安介 護 4 | | 女儿 丧 | <u>Б</u> |
| ③2)9月中の利用者 | | | | 7 | | . , , , , , , | | | 保険法 ルケア加算 | | | | 長保険等と ミナルケ | の併給者 | | 保険等の | のみ利用 | 者 |
| | 亚 | r-1- | よるサ | - 05 | 140 - 70 - | L) a sum d | | | 加算なしの利力 | 月者 数 | | | | | | | | |
| | | | の終了 | 者 | | とした利用者 した利用者 | | 人 | |) | | | Λ | 人 | | 人 | | 人 |
| | | | | | | 死亡した利用 | | <u></u> | | | | | <u> </u> | | | | | 人 |
| ③ 社会福祉法人等に | | 1 | 実施 | iしてv | `る — | 1 | | | 月中の軽減 | 者数 | ά l | | , (| 生活保護 | 受給者等に | は含みま | せん) | <u></u> |
| よる軽減の状況 | | _2 | ! 実施 | | | W-#1 W-76 F | | -11- 345-#1 | | _ | \subseteq | | | | | | | |
| | 1 : | 計問 | 引介護員 | \rightarrow | 1 割界促 | 常勤兼務 | 換算数 | 非常勤 | 換算数 | 7 | オペレー | \rightarrow | 常勤専従 | 吊鱽兼務 | 換算数 | 非常 | - 数 | 美算数 |
| | | 1 | のう | ち | | | • | | • | ┨ ′ | (1) 70 | | | | | | | - |
| | 2 | | 護福祉 | | \dashv | | • | | | + | 医 (2) 7 0 | 師 りうち | | | | - | _ | + |
| | 2 : | | | 師 | | | | | | + | 保 健 (3)70 | | | | | | _ | |
| (34) 従 事 者 数 | | | 看 護 | | | | | | | 4 | 看 護 | 師 | | | | | _ | - |
| *複数の資格を有 している者につい | | | 学療法 | _ | | | | | | * | 准 看 (5) 7 0 | 護師 | | | - | | | - |
| ては、(1)~(7)のう ち最も若い番号の | 5 ′ | 作美 | 業療法 | 士 | | | | | | 4 | 社会福 | 1社士 | | | | | \perp | - |
| 資格について記入 してください。 | 6 | 言言 | 吾 聴 覚 | 士 | | | | | | | (6)70 介護福 | 祉士 | | | | | | - |
| | 換算 | 算数 | = 1/2+ | 由₩==::- | | | | (残業は除く) | | | [(7) 7 <i>0</i> 介護支援 | ファち 専門員 | | | | | | |
| | | | 当該 | | | | _ | | (所定労働時間) てください。) | 8 | その他の | つ職員 | | LTT. John St. | . n =36.6m . 1 = | 31 2 2 2 | D77) / ' | |
| | (補 | 問] | | | 為業務従 | | 64 - NY - | o Art Street | | (* | 輔問2)計 | 画作成員 | 責任者 | | 女の詳細は手 | カ さを参 | 思してくた | 19(v°) |
| | | | (介護) | 職員等で | であって、 | 喀痰吸引等 | 学の業務の登 | 登録認定を受 | けた従事者) | | | | | | | | 7 | |

| 【221複合型サービス | ス】 | | | | | 記入 | 者名(| |) | 電話番号 | (- | | - |) |
|---------------------------|---------------------------------|---------------------------------|--|---|--|----------|----------|------------------|----------------|----------------------|-----------------|--------|-------|-----|
| | | | を受けて活動 の利用者がいな | | | | | | 制(定員)を訂 | 己入してくださ | ر،° | | | |
| | | 登 | 録定員 | | Д | 宿泊サー | ービスの利用 | 定員 | | 通いサービ | この利用定員 | | | |
| | | 9月 | 中の利用者 | 1 あ 2 な | | , [| 要介護1 | 要介護2 | 要介護 | 3 要介 | 護 4 要 | 介護 5 | その他 | |
| | | Ī | 事業所を利用 | した利用実 | 人員数(人) | | | | | | | | | |
| | J.E. | Ī | 事業所を利用 | した利用延 | 人員数(人) | | | | | | | | | |
| (35) サ ー ビ ス の 提 供 状 況 | 複合型サ | | 宿泊 | | 川用実人員数(川用延人員数(| | | | | | | | | |
| | リービ | 計 ※ | | | 川用実人員数(| | | | | | | | | _ |
| | ス | 上してそれぞ | 通い | | 用延人員数(| | | | | | | | | |
| | | 宝上してください。 それぞれに な重複する場合は、 | 訪問介護 | | 刊用実人員数(| | | | | | | | | _ |
| | | い。は、 | | | 刊用延人員数(| | | | | | | | | |
| | | | 訪問看護 | | 川用延人員数(| | | | | | | | | |
| | | | よ人が異なっ を すべて ○つ | | | の場合を | 含む。) が同・ | 一又は隣接の | 敷地内で造 | 運営している: | 異なる施設・ | 事務所にて | ついて、詩 | 亥 |
| (36)併設の状況 (複数回答) | 1 2 3 4 5 6 7 | 訪問看 認知症 居宅介 地域密 介護療 | 護事業所と例 対応型共同与 護支援事業所 着型特定施設 着型介護を を が で が で で で で で で で で で で で で で で で | 弁設してv 生活介護事 所と併設し ひと併設し 人福祉施設 ひ(有床診) | いる 事業所と併設 している している なと併設して | いる | | | | | | | | |
| ③7)宿泊室の状況 | | 個室 | の数 | | 室 | | 個室以 | 外の宿泊室の | 数 | | 室 | | | |
| | 各居 | 岩室の種類ご | ごとに、事業所 | が設定して | | い順に記え | 入してください | 00 | | | | | | |
| | | 宿泊費 | 費(日額) | | F | 3 | 円 | | H | H | | 円 | _ | Ε. |
| ③8 宿泊費の状況 | | 室 | 定 員 | | 人室 | Š. | 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 | 9月 | 中に、事業 看護職 | | | で勤を行った職 | 員の実人」 | 員数、延べ夜草 | 動回数を記入し 介護職員 | てください。 実人員数 | | | 1 | | |
| 数及び夜勤回数 | | 相权和 | | | | <u>人</u> | | 71 02 19454 | | */• | Д |] 1 | | |
| | | | 延八夜 | 勤回数 | | 回 | | | 延べ夜勤回 | 数 | П | | | |
| (40) 社会福祉法人等に よる軽減の状況 | | | している - 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) | |
| | <u>'</u> | | 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 介 |) 護 職 | 員 | | | | | 4 介護支援 | 専門員 | | | | | |
| | | 1 のう | 5 | | • | | • | 5 その他の | かい | | | | | |
| | | 介護福祉 | 士 | | | | | 3 () [] | 7 似 只 | | | | | |
| | 2 看 | 護 | 師 | | | | | | | | | | | |
| (41) 従 事 者 数 | 3 准 | 生 看 護 | 師 | | • | | | | | | | | | |
| | (補問 | | | | の業務の登録割 | Q 完を受けた。 | *- 従事者) | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | (注) | 「常勤専従 | :」については、 | 換算数の | 記入は不要です | <u>ー</u> | - | 算数 = | | 者の1週間の勤 | | | | |
| | | それぞれの 小数点以下 | 「非常勤」につい 「換算数」欄に記 第2位を四捨五 | 入してくだ 入して小数 点 | さい。 点以下第1位ま | で計上して | 算し、 | 当該事: | | 常勤の従事者が勤 32時間を下回る | | | | |
| | * | 雇用形態に | 果が0.1に満たな かかわらず、事 ない場合は「非常 | 業所が定める | る1週間の勤務 | | 労働時間)の全て | を勤務している | 場合は「常勤」 | | 数の詳細は手弓 | きを参昭 | てください | ,) |
| | | | | | | | | | | (474.71) | | | | _ |





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)

齈

| *- | 連 | 番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | _ | 20 | 412 | | 厚生 | 労働 | 省 |
|-------------|-------|-------------------|---------------------|-------------------|--------------------------|---------------------------------|----------------------|------------------------|---------------------|--------------------------------------|--|------------------------|-------------------|----------------------------|--------------------------|-------------------|-------------------------|----------------------------|------------------------------|-----------------|--------------------------------------|----------------|-------------------|----------|-----------------|---------------|---|
| *調 | 查 | 番号 | | | | | | | İ | | | |] | | | | | | | | | | | | | | |
| <u>[</u> 注] | 1 2 | あらか *印の | 」 ♪じめ調査 ②箇所はヨ | : ご票に日 工業所で | : 印字さ では記 | れて 引入し | : ている しなし | <u>:</u> 5項目 いでく | 上 に変見 ださし | <u>:</u> 更ま <i>た</i> い。 | 」 こは誤 | <u>:</u> 引が | 」 あった | 場合は | は、赤 | 字で訂 | 正を | してく | ださい | ۰, | | | | | | | |
| 法 | _ | 人 | 名 | | | | | | | . 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 施 | | 設 | 名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 施 | 設 | の所 | 在 地 | ₹ | | | | | | | | TE | L(| |)- | (| |)-(| | |) | | | | | | |
| (1) 関 | ij | 訍 | 主 体 | | | | 主体 | | (| D1 国 D2 市 D3 应 D4 日 D5 医 | ・都 万区域連 「本療法 | 道府 「村 「合・ 「十字 | 県 一部事 社・社 | ださい 事務組行 社会保障 | 合 | 、団体 | | | :団・貝 :利法 <i>/</i> :の他の | オ団法 人(会 | | | | 以外) |) | | |
| | | | 7状況・ 種 類 | ・事 ・材 ・サ | で囲 | んで番号やア | でくれる。 | (さ業所属を記) | 。 名が 出し 者が | 印字 てい 異なる | され ⁻ る場っ る場合 | ていた 合は「 | ない事 休止中 お手数 | 業につ Þ」「廃 汝です; | いて(止」に が、こ | は、調 ○をつ この調 | 査票 つけて 査票を | は記入 てくだる を事業所 | 、不要で さい。 所内で | です。 以降 回覧 | :確認し の設問! の上、言 ださい。 | には言記入し | 記入不見 | 要でで | す。 | 番号を | |
| | | | | | | | 事 | 業所 | 番号 | | | | | | | 2 | 事業 | 所名 | | | | | | 活! | 動状況 | | |
| | | | 予防短期 療養介護 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ž | 1 舌動中 | Ħ | 2 木止中 | 3 廃 | 止 |
| | 短期入所 | 052 短 期 療 養 | 入所 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 7 | 1 舌動中 | 相 | 2 木止中 | 3 廃 | 止 |
| | 療養 | 施設 | の種類 | 1 | 3 |)護 | 老人 | 保健 | 施設 | | | 2 | 介護療 | 療養型 | 医療 | 施設 | | 3 | その | の他の | 方病院 | · 診 | 療所 | | | | |
| | 介護 | | 所の種別 (回答可) | 0 0 | ユニッ 7 病 8 ユ 9 病 | ト 院 が に に に に | 型介 療養 スト 圣過 | 型病院 | 人保 | 養型 | | (04 | 02 I∄ | | | 3 Ⅲ 型 | | 06 I | Ⅱ型) | | 11 診 12 ユ 13 認 14 ユ 15 認 | ニッ 知症 ニッ | ト型診 疾患型 ト型認 | U 忍知犯 | | 型 | |
| | | | | | | | 事 | 業所 | 番号 | | | | | | | 2 | 事業 | 所名 | | | | | | 活! | 動状況 | | |
| | | | 予防通所 Jテーション | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 1 活動中 | 1 付 | 2 木止中 | 3 廃 | 止 |
| | 通所リハビ | 062 通 リハビリ | 所 Jテーション | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 1 活動中 | ョ 付 | 2 木止中 | 3 廃 | 止 |
| | リテー | 施設 | の種類 | 1 | · う | 卜護 | 老人 | 保健 | 施設 | | | 2 | 介護療 | 療養型 | 医療 | 施設 | | 3 | その | の他の | D病院 | ・診 | 療所 | | | | |
| | ション | 事業所 | 所の種別 | | 事業 | | の種 | 別 | 通大 | 常規規模 | 模の事 | 事業所(| 斤 I) | (01 (04 | 介語 | 養老人 ^を | 保健加保健加 | | 05 | 病院病院病院 | 06 | 6 彰 | 診療所 診療所 診療所 |) | | | |

【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

| | | 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。 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。 |
|---------------------|-------------------|--|
| | | 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 | ★ 指定病床数 床 |
| | 短期入所 ₅ | 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。 |
| | 澄養介. | 要支援 1 要支援 2 その他 |
| (3)サービスの提供状況 | 護 | 利用実人員数(人) |
| | | 利用日数合計(日) |
| | | 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。 |
| | 短期 | 指定病床数 床 |
| | 短期入所療養介護 | 9月中の利用者 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。 |
| | 渡 | 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 | 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。 |
| からの実習生受け入れ状況(過去一年間) | | 1 受け入れあり 2 受け入れなし |
| (5)社会福祉士養成校 | 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。 |
| からの実習生受け入れ状況(過去一年間) | | 受け入れあり 受け入れなし |

※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。

| | (担当部署名) |
|-------------------------------|-------------------|
| 調査票記入者名・ 担当部署と連絡先 (※必須) | (調査票記入者名) ふりがな |
| (※公須) | |
| | 電話(一 一 一) |
| 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・06 | 2 通所リノ | ヽ ビリテーシ | /ョン】の状況 | | | | | |
|-----------------------------|---------------------|----------------|-------------------|-----------------|-------------------------|---|---------------------|---------------------|------------------|--------------|------------|
| | 開催日 介護と | 数とは、利 介護予防を | 一体的に行- | くても事業 っている場 | 所を開催して 合は、同一⊄ | てください。 ていた(利用者がい)定員、開催日数を 者も2日以上利用し | :記入してく | ださい。 | | | います。 |
| | 介護予防 | 定員 | 人 | 9月中 | の開催日数 | 日 | | | | | |
| | 予防通所リ | 9月中の利 | 川用者 | 1 あり | 2 7 | à L | | | | | |
| | M リ ひ | | | | 要支援 | 1 要支援 2 | 70 | り他 | | | |
| | ハビリテー | 利 | 用実人員数(| 人) | | | | | | | |
| (6)サ ー ビ ス の 提 供 状 況 | ション | 利 | 用延人員数(| 人) | | | | | | | |
| | 通 | 定員 | 人 | 9月中 | の開催日数 | Н | | | | | |
| | 所リハ | 9月中の利 | 川用者 | 1 あり 上 | 2 7 | ž L | | | | | |
| | ビリテ | | | | 要介護 1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介 | 護 4 要 | 介護 5 | その他 |
| | ーショ | 利 | 用実人員数(| 人) | | | | | | | |
| | ン | 利 | 用延人員数(| 人) | | | | | | | |
| (7)介護福祉士養成校 | 平成23 | 3年10月1日 | ∃~平成24年 | €9月30日4 | 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。 | |
| からの実習生 受け入れ状況 (過去一年間) | L | 1 受け入 | れあり | 2 受け | 入れなし |] | | | | | |
| (8)社会福祉士養成校 | 平成23 | 3年10月1日 | ∃~平成24年 | 三9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。 | |
| からの実習生 受け入れ状況 (過去一年間) | | 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 | 施設に※常 | 在籍する職 勤兼務と非 | 員のうち、追 営勤に記入し | <u> </u> | リテーション 換算数を記 | | いる者を記 | 込してく | ださい。 | | |
| の従事者数 | | 注 常勤兼務 | | 非常勤 | 換算数 | | 常勤専従 | 常勤兼務 | 換算数 | 非常勤 | 換算数 |
| 1 医 師 | | | | | | 5 理学療法士 | | | | | |
| 2 看 護 師 | | | | 7 | | 6作業療法士 | | | | | |
| 3准看護師 | | | • | | • | 7 言語聴覚士 | | | • | | • |
| 4 介 護 職 員 | | | | | | 8 歯 科 衛 生 十 | | | | | |
| 4 の う ち | | | | | | 0 困 籽 稱 生 上 | | | | - | |
| 介護福祉士 | | | | | | 9管理栄養士 | | | | | |
| | | | | | | 10 栄 養 士 | | | | | |
| (注)従事者数の合計上してく | 常勤兼務 | 、非常勤に 得られた結 | ついては、J 果が0.1に満 | 以下の計算: たない場合 | 式により換算 な「0.1」と言 | 草数を計算し、小数 十上してください。 | 点以下第 2 | 位を四捨 | 五入して小 | ——— 数点以下第 | 51位まで |
| ※常勤兼 ※「介護予 | 务≧換算・防通所! | 数、非常勤リハビリテー | ≥換算数となっ -ション」と | なります。」 | 常勤専従につ ごリテーショ | かいては、換算数の ン」を一体的に行っ 所定労働時間)の | 記入は不要 っている場合 | です。 合は、兼務 | らではありま 1人は「血性 | せん。 | ブいたい |
| ※雇用形! 場合は | 「非常勤」 | わらず、事 」としてく | ださい。 | | | | | している場 | プロ は 「吊動 | 」、勤務し | (N. 12 N. |
| | Lety, Andrews | | 従 | 手者の1兆 | 見间の勤務処 | 時間数(残業は除く けべき <u>1 週間の時間</u> | .) | | (換算数の | =14.4m | 1.45 1771 |

※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。

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

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 統計調查名 ③介護従事者処遇状況等調查) 主管部局名 老健局 老人保健課 調査開始年 2010年 毎年(3年間の 100,439 平成24年度予算 調査の ローテーション) 実施周期 (単位:千円) (西暦) 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。 調査の目的 ·介護報酬改定 **PDCAサイ** クルの活用 本省一介護保険施設及び事業所 調査の流れ 介護サービス施設・事業所調査の名簿 層化無作為抽出 母集団名簿 抽出 の種類等 方法 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 調査客体数 V. WEBサイトから調査票ファイル 郵送/オンライン オンライン 調査方法 をダウンロード及びアップロードし て回答する方法 調査方法 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 6ヶ月 1年7ヶ月 直近 1年1ヶ月 6ヶ月 直近1つ前 4ヶ月 9ヶ月 直近2つ前 7ヶ月 1年8ヶ月 直近3つ前 9ヶ月 2年2ヶ月 直近4つ前 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 備考 回収率 36.1%(H23) 直近 41.4%、77.1%(H22) 直近1つ前 直近2つ前 直近3つ前 直近4つ前 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 備考 (77.1%)

統計調查名 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

| | | | | | | | 700 |
|----------|--|-----------------------|----------------------|----------|------------------------|--------|---|
| 外部委 | 託業務の内容 | (委託業務に「 | つ」、委託してい | 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 審查·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) |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | | | | | | | |
| | 0 | | | | | | |
| 備考 | and an analysis of the second analysis of the second analysis of the second and an analysis of the second and an analysis of the second and an analysis of t | | | | | | *************************************** |
| | | | | | | | *************************************** |
| | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | |
| | | | | | | | and the second |
| | | | | | | | - |
| | | | | | | | |
| | 二次利用件 | 数 32 | 条 | 33条 | | | |
| H23年度 | 0 | | | 0 | | | |
| H22年度 | 0 | C | | 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)

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。

| | 05 3 XX C 05 15 | | | 200.00 |
|----------|------------------------------|------------------------------|--|--------|
| 1) 1 | 電話番号 | (|) | |
| 2 I | FAX番号 | (|) | |
| 3 I | 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 心を お願いします | □ 活動中 — □ 休止 ····. □ 廃止 ···· | 内側へお進み下さい 今回の調査にご回答いただく。 お手数ですがこのまま調査票を | |

4月30日までにご投函をお願いします

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

【調査票にご記入いただく前に】

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

表紙について

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

問1について

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

問3について

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

問5について

- 表紙に記載されている調査対象サービスについてご記入下さい。なお、調査対象サービスと会計を「一体」で行っているサービスがある場合は、それらについてもご記入をお願いします。
- 〇 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

へのご記入を お願いします

, |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

■「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

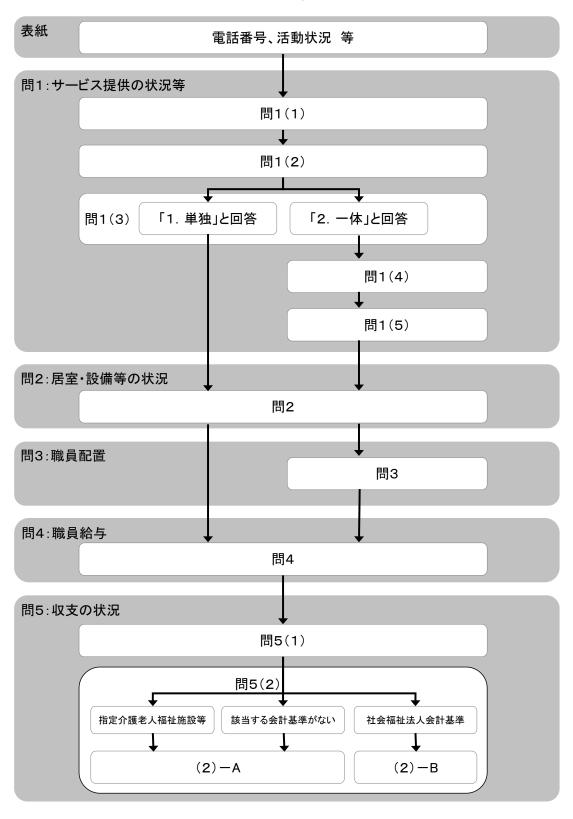
」問5(1)事業収入

へのご記入をお願いします

問5 (2) -B事業支出等:社会福祉法人会計基準

全体の構成は次のページに掲載してありますので、参考にして下さい。

記入の流れ



| 問1 サービス提供の状況等(施設全 | 体の概 | 要) | | | | |
|--|-----------------|--------|-------------------|----------------|-------------------|----------------|
| | 下さい。 | | | | | |
| 西暦 年 月 | | | | | | |
| | 3 F IO : | | | コ ュ ィ マ | - + 11 | |
| (2)経営主体として該当するものを、下記 | じみりー | ノ迭ん (1 | 留ちどi | | LG11° | |
| | | | | | | |
| | 本赤十字 | | | | | 財団法人 |
| 2. 市区町村 5. 社: 3. 広域連合・一部事務組合 6. 社: | 会福祉協 今短祉法 | | 短かね | - | _1~7⅃ ՝ | <u>አ</u> ሃኑ |
| 44 | | | | | | |
| (3)表紙に記入されている調査対象サート 下記より選び、番号を記入して下さ | | ける会計の | の区分り | 状況につい | 17 | |
| Thuched the second of the seco | ′ '0 | | | | | |
| | | | | | | |
| 1. 単独会計:調査対象サービス単独 | (調査対 | 象サービ | スの収ん | 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 | のサービ | ス等と一 | 体的に | 会計を行 | っている | 3 |
| (4)下記の該当する項目の口にチェック | (☑) し、 | 、それぞ | れ指示に | こ従って | 下さい。 | |
| ₩₩₩₩₩₩₩₩₩₩₩₩₩₩₩₩₩₩₩₩₩₩₩₩₩₩₩₩₩₩₩₩₩₩₩₩₩ | = \ /+== | ユズ西グ | 강 88 / |) (6至) | Λ ¥ | ブトナハ |
| 単独会計 ⇒ 問1(4)(8 | 0) は値. | 人个安(| 9。回2 | 2 (0貝) | 八進ん | C P & V 10 |
| 一 一体会計 ⇒ 下記表に、調査 | サ象位を | ービスと | | 会計を | 行ってい |)るサービスの事業所 |
| 番号を記入して | | | 1,001 | -2016 | J | ・ログーとハッチネバ |
| 11 1 1 P 0 TENT | | = | = *** = C *** | | | |
| サービスの種類 | +. レフ | | 業所番 | 5 | | _ |
| アー介護予防訪問介護 | ナービス | | | | | |
| イ・訪問介護 | | | | | | |
| ウ 介護予防訪問入浴介護 | | | | | | |
| 工訪問入浴介護 | | | | | | |
| 才 介護予防訪問看護 | | | | | | |
| 力訪問看護 | | | | | | |
| 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 | | | | | | |
| ケー介護予防通所介護 | | | | | | |
| コ 通所介護 | | | | | | _ →(5)③も記入 |
| サー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 3 所廃業介護 | | | | | | <u></u> |
| チ 介護予防短期入所療養介護 W 短期 配療養企業 | | | | | | |
| ツ 短期入所療養介護 ニ 介護る院性党施設 民老生活介護 | | | | | | |
| テ 介護予防特定施設入居者生活介護 - 株字施設 - 民老生活会議 | | | | | | →(5)⑤も記入 |
| ト 特定施設入居者生活介護 | | | | | | |
| ナー介護予防支援 | | | | | | }_>⇒(5)⑥も記入 |
| 二 居宅介護支援 | | | | | | <u></u> |

(次頁へ続く)

(4) の続き

| | (地域密着 | 型サ | .–Ł | (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 | | | | | | | |
| <i>ا</i> / | 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 | | | | | | | |
| ^ | 認知症対応型共同生活介護 | | | | | | | |
| 木 | 地域密着型特定施設入居者生活介護 | | | | | | | ⇒(5)⑤も記入 |
| $\overline{\forall}$ | 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 |) | | | | |
|----------|-----------|----|----|---|--|--|--|--|
| 111 | 介護老人福祉施設 | | | | | | | |
| Δ | 介護老人保健施設 | | | | | | | |
| X | 介護療養型医療施設 | | | | | | | |

~X~

| (5 |)下記の該当する項目 | の口にチェッ | ク (図) し、 | 指示に従って | 下さい。 | | |
|----|---|--|---|---|--|---|--|
| | 単独会計 ⇒ | → 問2(6頁 |)に進んで | べきい。(5) | は記入不要で | です。 | |
| | 一体会計⇒ | 記入して下 ②以降につ | さい。 いては、問 ^っ | ごスにチェック (4) (1^ 7 (☑) し、そ | ~2頁) で事業 | 業所番号を記 | 入した |
| (| 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 | E活介護】 | |
| ٢ | 【ミ 介護者 | 人福祉施設】 | | | | | |
| l | 施設サービス利用者数 | 次ペー | ージ「④【ソ | (空床型)の / 介護予防短 記入して下さ | 期入所生活介 | | |
| | 7.エヘッナーラに一大半り | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 | その他※1 |
| 1 | 延べ在所者数 (3月中) | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| | 延べ入院、外泊者数 | 人 | 人 | 1 | 1 | 1 | 人 |
| | (3月中) | , , | | 人 | 人 | 人 | |
| | (3月中) ※1:非該当の人であっ | , , | | , , | , , | , , | |
| L | ※1: 非該当の人である | , , | ビスを利用し | ている人や要介 | , , | , , | |
| L | ※1: 非該当の人である | を を を を を を を を を を を を を を | ビスを利用し 電祉施設入所 入所生活介護 ージ「④【ン | ている人や要介 |) 注調定申請中 が利用者につい が期入所生活介 | の人を計上し | て下さい。 こ含めずに、 |
| L | ※1: 非該当の人である | を を を を を を を を を を を を を を | ビスを利用し 電祉施設入所 入所生活介護 ージ「④【ン | ている人や要介 者生活介護】 (空床型)の 介護予防短 |) 注調定申請中 が利用者につい が期入所生活介 | の人を計上し | て下さい。 こ含めずに、 |
| L | ※1: 非該当の人であった。 【マ 地域密施設サービス利用者数 延べ在所者数 (3月中) | を で自費でサー 着型介護老人 数 ※短期 次ペ・ 介護 要介護 1 | ビスを利用し 福祉施設入所 入所生活介護 ージ「④【ソ 】」に含めて | ている人や要介 者生活介護】 (空床型)の が護予防短 記入して下さ | 利用者につい期入所生活介い。 | の人を計上し の人を計上し)) では、ここに) :護/タ 短其 | て下さい。 二含めずに、 月入所生活 |
| | ※1:非該当の人である 地域密 施設サービス利用者 延べ在所者数 | を で自費でサー 着型介護老人 数 ※短期 次ペ・ 介護 要介護 1 | ビスを利用し 福祉施設入所 入所生活介護 - ジ「④【ソ 】」に含めて 要介護2 | でいる人や要介 者生活介護】 (空床型)の 介護予防短 記入して下さ 要介護3 | が ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ | の人を計上し いては、ここに 注護/タ 短期 要介護5 | て下さい。 二含めずに、 別入所生活 その他※1 |
| L | ※1: 非該当の人であった。 【マ 地域密施設サービス利用者数 延べ在所者数 (3月中) 延べ入院、外泊者数 | を で自費でサー 着型介護老人 数 ※短期 次ペー 介護 要介護 1 | ビスを利用し 福祉施設入所 入所生活介護 ージ「②【ン 】」に含めて 要介護 2 人 人 | でいる人や要介 者生活介護】 (空床型)の 介護予防短 記入して下さ 要介護3 人 | 利用者につい期入所生活介い。 要介護4 人 | の人を計上し ハでは、ここに で護/タ 短期 要介護5 人 | て下さい。 二含めずに、 別入所生活 その他※1 人 |
| | ※1: 非該当の人であった。 【マ 地域密施設サービス利用者数 (3月中) 延べ入院、外泊者数 (3月中) ※1: 非該当の人であった。 | を で自費でサー 着型介護老人 数 ※短期 次ペー 介護 要介護 1 | デスを利用して 福祉施設入所 入所生活() プリに含めて 要介護2 人 ビスを利用して マ 地域密 | でいる人や要介 者生活介護】 (空床型)の 介護予防短 記入して下さ 要介護3 人 人 | が ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ | の人を計上し の人を計上し では、ここに 護/タ 短期 要介護5 人 人 | て下さい。 二含めずに、 別入所生活 その他※1 人 |
| | ※1: 非該当の人であった。 【マ 地域密施設サービス利用者数 (3月中) 延べ入院、外泊者数 (3月中) ※1: 非該当の人であった。 | 世界 では では では では では では では では では では | デスを利用し 福祉施設入所 和所生活(の) では、 では、 では、 では、 では、 では、 では、 では、 | でいる人や要介 者生活介護】 (空床型)の 介護予防短 記入して下さ 要介護3 人 人 | が で で で で で で で が が の 利用者につい に の の の の の で に い。 要 介 護 4 人 人 人 で に で で に で の で に の で に の で に の で に の に に に の に の に の に の に に の に の に の に 。 に に 。 に 。 に 。 に 。 に 。 に 。 に 。 に 。 。 | の人を計上し の人を計上し では、ここに 護/タ 短期 要介護5 人 の人を計上し 者生活介護】 | て下さい。 |
| | ※1: 非該当の人であった。 【マ 地域密施設サービス利用者数(3月中) 延べ入院、外泊者数(3月中) ※1: 非該当の人であった。 をあわせた。 | 世界 では では では では では では では では では では | だった。 でスを利用し 福祉施設入所 では、 では、 では、 では、 では、 では、 では、 では、 | ている人や要介 者生活介護】 (空床型)の短 で介護子下さ 要介護3 人 ている人や要介 音型介護老人 空床型)の利 のででである。 | が で で で で で が の 利用者につい 期入所生活介 でい。 要介護4 人 人 人 人 人 人 に に に に で に に で に に に に に に に に に に に に に | の人を計上し の人を計上し では、ここに 護/タ 短期 要介護5 人 の人を計上し 者生活介護】 | て下さい。 |

(5) のつづき

| ②【ア 介護予防訪問が | 介護】/ | 【イ 訪問介記 | 蒦 】 | | | |
|--------------------|----------------|---|----------------|---------------------|--|---|
| 【ア 介護予防 | 方訪問介護 | [] | | | | |
| サービス提供延べ時間 | 間数 (3月日 | +) | 時間 | | | |
| 【イ 訪問介記 | 蒦】 | | | | | |
| 介護保険利用者へのち | ナービス(| 3月中) | | | \\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\ | |
| | | 本介護 | 体生活 | 生活援助 | 通院等 乗降介即 | 合計 |
| 類型別延べ訪問回数類型別延べ訪問時間 | | | | | ' | |
| その他の利用者(障害 | | 時間 のサービス (| 時間(3月中) | 時間 | ם נו | 時間 時間 |
| 延べ訪問回数 | | | | | | |
| 訪問時間合計 | | | 時 | 間 | | |
| | | | | | | |
| ③【ケー介護予防通所が | | | | | - | \ |
| | | ション 通所が | ↑護】を <u>あれ</u> | | スの提供状 | 況 ———————————————————————————————————— |
| 食事延べ提供数(3月 | 中) | | | 食 | | 711 1 7 A W 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 |
| 送迎の状況 | 迎延べ実施 | 6回数 ———————————————————————————————————— | L | <u> </u> | 一人に対して 場合を1回と | て片道の送迎を行った :数えて下さい。 |
| (3月中) | | 事業実施地域 延べ実施回数 | | | (一人の人を ・ 送った場合 | を迎えに行き、 合は2回になります。 |
| | X7100ZE | | ^ | <u> </u> | (2) (2) () | |
| ④【ソ 介護予防短期』 | 入所生活介 | 護] /【タ | 短期入所生 | 上活介護】 | | |
| 【ソ 介護予防 | 方短期入所 | i生活介護/ダ | タ 短期入剤 | f生活介護】 [;] | を <i>あわせた</i> | サービスの提供状況 |
| 食事延べ提供数(3月 | 中) | | | | 空床型のサート して下さい。 | ビスも含めて記入 |
| | 迎延べ実施 | 回数 | | <u> </u> | 一人に対して 場合を1回と | て片道の送迎を行った :数えて下さい。 |
| | | 事業実施地域 | | | ○ 一人の人を | を迎えに行き、 |
| | 以外の达型 | 延べ実施回数 | X | | (达つに場合 | 合は2回になります。 _, |
| ⑤【テー介護予防特定的 | 施設入居者 | 新生活介護】 / | /【ト 特に | E施設入居者 | 生活介護】 | / |
| 【木 地域密着型特別 | | | | | | |
| 【テ 介護予防 | 方特定施設 | 入居者生活の | 下護 】 | 西土 ゼ 0 | 7 | |
| 延べ利用者数 | | 要支援1 | 人 | 要支援2 | その 人 | D他(認定申請中) 人 |
| (3月中) | | | <i>/</i> | | Λ <u></u> | |
| 【ト 特定施記 | 设入居者生 | 活介護】 | T | | | |
| | 更介護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 |
| 【木 地域密稿 | | 設入居者生活 | 5介護】 | | | |
| | 5 △ # 4 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | ・・・要介護 | 5 その他 |
| \ | 更介護1 | 女川퍊と | 女川吸り | タハ吸っ | 2/102 | (認定申請中) |

(次頁へ続く)

(5) のつづき

| 忍定申請中) |
|---|
| 人 |
| 人 |
| |
| |
| |
| その他※1 |
| 人 |
| 人 |
| |
| 入して下さい。 |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| その他※1 |
| その他※1 人 |
| |
| 人 |
| 人 □ □ |
| |
| 人 □ □ |
| 人 □ □ |
| 人 □ □ |
| 人 □ □ □ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ |
| 人 □ □ |
| |

問2 居室・設備等の状況

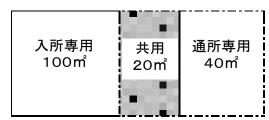
| 1 | 3 | 建築延べ面積 | | | | m² | | | | | |
|----------|----------------|------------|-----------------------|------------------------|-------------------|---------------------------------|---------------------|--|------------------|------------------|-----------------------------|
| 2 | | | 施設・地域密 護予防含む)、 | | | | | | | 予防含む)を | 含む)、 |
| | | | | 室数 | | | | 延べ床面 | ī積(㎡) | | |
| | | | 介護老人 | 地域密着型 介護老人福祉施設 | 短期入所 生活介護 | △#≠↓ | 入所部分 地域密着型 | 短期入所生活介護 | | 部分認知症対応型 | 入所・通所 共用部分 ^{※1} |
| | | | 福祉施設 | 入所者生活介護 | (介護予防含む) (併設型) | 介護老人 福祉施設 | 介護老人福祉施設 入所者生活介護 | (介護予防含む) (併設型) | 通所介護 (介護予防含む) | 通所介護 (介護予防含む) | 共用部分 (再掲) |
| | | ①5人 以上室 | 室 | 室 | 室 | m | m² | m² | | | |
| | | ②4人室 | 室 | 室 | 室 | m² | m [*] | m [*] | | | |
| | | ③3人室 | 室 | 室 | 室 | m² | m² | m [*] | | | |
| | | ④2人室 | 室 | 室 | 室 | m² | m² | m² | | | |
| - | _ | ⑤個室 | 室 | 室 | 室 | m [*] | m [*] | m [*] | | | |
| 上 | _ | ⑥静養室 | | | | | | m [*] | m [*] | m [*] | m [*] |
| <u> </u> | ア | ⑦浴室 | | | | | | m [*] | m [*] | m [*] | m |
| 2 پا | 以 | 8医務室 | | | | | | m [*] | m [*] | m [*] | m [*] |
| 5 | <u>ሉ</u> | ⑨食堂 | 入下さい。 一 1: | る番号を口 専用室 他の目的室の | | | | m² ^{**3} | m | m | m |
| | | ⑩機能 訓練室 | 入下さい。 「 1 : | る番号を口 専用室 他の目的室の | | | | m ^{² *3} | m | m | m [*] |
| - | ユニュ | ⑪2人室 | 室 | 室 | 室 | m | m | m | | | |
| j | - | 12個室 | 室 | 室 | 室 | m | m | m | | | |
| 2 | * | ⑪共同 生活室 | | | | | | m | | | |
| 3 | 3 通所介護(介護予防含む) | | | ・認知症対応 | 型通所介護の | 介護予防含む m ⁱ |)以外の居宅 | : : : : : : : : : : | | 延べ床面積 | (m²) |

※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:160mの食堂のうち、100mは入所専用、40mは通所専用、20m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 → 60m² =通所専用(40)+共用(20)

O共用部分 → 20m²

職員配置 問3

下記に該当する場合は、□にチェック(2)し、指示に従って下さい。

| 単独会計 | \Rightarrow | 本問(問3)は記入不要です。 | 問4(8頁)へ進んで下さい。 |
|------|---------------|----------------|----------------|
| | | | |
| | | | |

下記の計算式に従い、<u>調査対象サービスに従事する職員数(平成23年3月</u> 末日時点)のみを常勤換算人数で記入して下さい。

※ 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。

| | IIII | 常勤 | 非常勤 |
|----|-----------------------------|------------|------------|
| | 職員配置 (平成23年3月末日現在) | (小数点1位まで) | (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) | . A | . 人 |
| 4 | 医師 | . A | . 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 | . A | . 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 | . A | . 人 |
| 20 | 事務職員 | . 人 | . 人 |
| 21 | その他 | . A | <u>.</u> 人 |
| 22 | 上記1~21のうち介護支援専門員(再掲) | . A | |
| 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】

職員の1週間の勤務時間 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〉 職員の1ヶ月の勤務時間

施設が定めている1週間の勤務時間×4(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O.1に満たない場合は、「O.1」と計上して下さい。

[※] 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。

問4 職員給与

下記に該当する場合は、□にチェック(図)し、指示に従って下さい。

| 単独会計 | \Rightarrow | 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 | \Rightarrow | 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。

| | 派遣社員で対応している職種がある! | , C | | | X O III | | <u> </u> | /d.V.T.C | 1.00% | -1 F | | عىد | <u> Т</u> | | 3年3 | 月分 |
|--|---|------------------|------------------|--------|---------------|-----------|----------|----------|------------|----------|---|-----|-----------|---|-----|----------|
| | ΠΦ!\ 1 ∓ | 協等 | , F | 常 | | 勤 | | | | 非 | 1 | 常 | | 勤 | | |
| | 職種 | 換算 人員 | | | 給 | 料 | | _ | 実人員 | 換算 人員 | | | 給 | 米 | | |
| 1 | | | | 百万 | | 千 | | B | | λ. | | 百万 | | Ŧ | | 円 |
| 2 | 地域密着型特定施設入居者生活介護の管理 | · | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 二二二二二二二二二二二二二二二二二二二二二二二二二二二二二二二二二二二二 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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的 | i . | | | | | | | | | | | | | | |
| # | 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) | | | | | | | | | <u>.</u> | | | | | | |
| # | 訪問介護のサービス提供責任者(再掲) | | | | | | | | | | | | | | | |
| 24 | 多数主义 (五相) | <u> </u> | | | | | | | | • | | 白万 | | 7 | | 円 |
| | · 通勤手当(再掲) | | | | | | | | | | | | | | | |
| 25 | 看護・介護職員に係る夜勤手 | 当(再掲) |) | | | | | | | | | 白万 | | Ŧ | | 円 |
| 26 | ・労与(午明士公館の4/40の別 | 5) | | | | | | | 換算 | 人員 | | 賞 | | | 5 | |
| 26 | 5 賞与(年間支給額の1/12の割 | 見 ノ | | | | | | | | . 人 | | 白万 | | 7 | | 円 |
| | | 止施設退職 | 3手当 | 等 | \rightarrow | 掛け | | | | | | 白万 | | Ŧ | | 円 |
| 27 | | 斉に加入 会福祉団体 | 開 | 9 | (Ψ → | 成22 掛け | | | 1/12) | | | | | | | + |
| | 退職金に関わ 退職手 | 当積立基金 | シにか |]入 | | | | | 1/12) | | | | | | | |
| | る共済等への (3) 中小企動 加入 に加入 | 業退職金井 | 其 済制 | 度 | \rightarrow | 掛け | | | 1/12) | | | | | | | |
| | (海粉同答司) | 共済制度に | | | \rightarrow | 掛け | 金額 | Į | | | | | | | | |
| (平成22年度実績の1/12) (5) 退職給与引当金繰入の実施 → 退職給与引当金 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | |)〜(4)以外 こして支出 | - | はなっ | 1 | | | | 1/12)) | | | | | | | + |
| | (0) 巡り立 | |) (1 | -125/2 | ∠+/ <u>;</u> | 又天䴓 | ₹∪ノ | 1/12 | , | | | | | | | <u> </u> |
| 28 | 法定福利費(事業主負担・平原 | 以22年度 | 実績 | の1 | /12 | 2) | | | | | | 百万 | | Ŧ | | 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 | | | Ī | 百万 | 金 | 額千 | | 円 |
|-----|---|--|---|---|---|----|---|----|---|---|
| | 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) 介護料収入及び利用者等利用料収入 | の | | | | | | | |
| | | (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) 介護料収入及び利用者等利用料収入 | の | | | | | | | |
| | 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) | | | | | | | | |
| I | | (3) 通所介護(介護予防を含む) | | | | | | | | |
| 事業活 | | (4)福祉用具貸与(介護予防を含む) | | | | | | | | |
| 活動 | | (5)短期入所生活介護(介護予防を含む) | | | | | | | | |
| 収入 | | (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 | | | | | | | | |

| | | | 科 | | · | 5万 | 金 | 額 千 | | 円 |
|-----|---|----|---|----------|---|-------|---|--------|--|-----|
| | 4 | 保障 | 外の利用料による収入計 | | | _,,5_ | | | | ,,, |
| | | (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 | | | | | | | |
| | | - | / 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 | | | | | | | |
| | | - | 7 訪問介護(介護予防を含む) | | | | | | | |
| | | - | 「 訪問入浴介護(介護予防を含む) | | | | | | | |
| | | г | ウ 通所介護(介護予防を含む) | | | | | | | |
| | | - | C 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) | | | | | | | |
| | | , | つ 特定施設入居者生活介護(介護予防を含む) | | | | | | | |
| | | = | F 夜間対応型訪問介護 | | | | | | | |
| | | 2 | 7 認知症対応型通所介護(介護予防を含む) | | | | | | | |
| | | 1 | ア 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) | | | | | | | |
| J. | | + | ナ 地域密着型特定施設入居者生活介護 | | | | | | | |
| 事業活 | | | ノ その他の居宅介護サービス利用料収入 | | | | | | | |
| 活 | | (3 |)管理費収入(消費税等を含む) | | | | | | | |
| 動収入 | | | うち特定施設入居者生活介護(介護予防を含む)の保険 トの利用料に係る収入 | | | | | | | |
| | | (2 |) 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) | | | | | | | |
| | | (2 |)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 ト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 | | | | | | | |
| | | (2 |)その他(消費税等を含む) | | | | | | | |
| | 7 | 国国 | 補助金等特別積立金取崩額 | | | | | | | |
| | 8 | 介語 | 報酬査定減 | A | | | | | | |
| 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、指針に該当する口にチェック(☑)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 | - (Z) A (TIÐ) ICILA |
| 社会福祉法人会計基準 | ⇒ <u>(2) −B(13頁)に記入</u> |

- ※ 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、年額又はそれに準する(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 | | | | | | | | | | t23 | 年3月 | 月分 |
|---------|---|-----|-------------------------|--|---|---|---|--|---|-----|-----|----|
| | | | 科目 | | | | 金 | | 額 | | | |
| | | | | | Ē | 万 | | | 千 | | | 円 |
| | 1 | 人件 | | | | | | | | | | |
| | | 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 | | | | | | | | | |
| | | 1 | 介護用品費 | | | | | | | | | |
| | | ウ | 消耗器具備品費 | | | | | | | | | |
| | | エ | 車輌費 | | | | | | | | | |
| П | | 才 | 光熱水費 | | | | | | | | | |
| 事業 | | カ | 燃料費 | | | | | | | | | |
| 活動 | | + | その他の直接介護支出(ア〜カに該当しないもの) | | | | | | | | | |
| Ⅱ事業活動支出 | | (2) | 一般管理支出 小計 | | | | | | | | | |
| 出 | | ア | 福利厚生費 | | | | | | | | | |
| | | 1 | 旅費交通費 | | | | | | | | | |
| | | ウ | 研修費 | | | | | | | | | |
| | | エ | 通信運搬費 | | | | | | | | | |
| | | 才 | 事務消耗品費 | | | | | | | | | |
| | | カ | 印刷製本費 | | | | | | | | | |
| | | + | 広報費 | | | | | | | | | |
| | | ク | 修繕費 | | | | | | | | | |
| | | ケ | 保守料 | | | | | | | | | |

| | | | 科目 | F | 三万 | 金 | 額千 | | 円 |
|-------|-----|-----|-------------------------|---|-----|---|----|--|-----|
| | | | 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 | | | | | | |
| П | | | ①派遣委託費 | | | | | | |
| 事業 | | | ②給食委託費 | | | | | | |
| Ⅱ事業活動 | | | ③送迎委託費 | | | | | | |
| 支 | | | ④清掃委託費 | | | | | | |
| 出 | | | 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 | 減低 | 前償却費計 | | | | | | |
| | | ア | 建物及び建物付属設備減価償却費 | | | | | | |
| | | 1 | 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 | 又不能額 | | | | | | |
| | 5 | その | O他(1~4に該当しないもの) | | | | | | |
| | 事業 | 活重 | 前支出計(1~5の合計) | | | | | | |
| Ш | 事業活 | 舌動: | 外収入計 | | | | | | |
| | うち | 借り | 金利息補助金収入 | | | | | | |
| IV | 事業活 | 舌動: | 外支出計 | | | | | | |
| | うち | 借り | 金利息 | | | | | | |
| V | 特別以 | 又入 | | | | | | | |
| VI | 特別才 | | āt | | | | | | |
| | うち | 会計 | t区分外繰入金支出 | | | | | | |
| | | うち | 去人本部に帰属する経費:役員報酬等 | | | | | | |
| | うち | 法人 | 税等 | | | | | | |

<u>ご回答ありがとうございました。</u> 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。

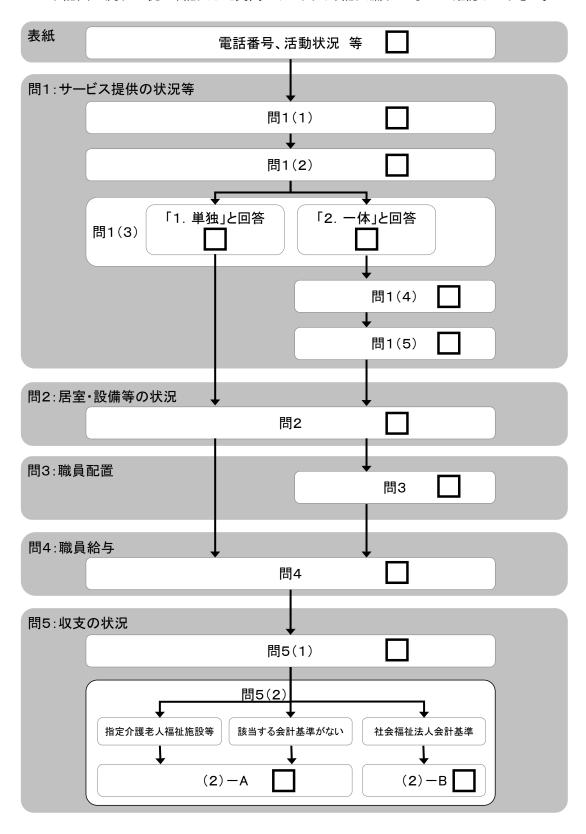
- ※ 記入にあたっては、平成23年3月分の値をご記入下さい。なお、年額又はそれに準ずる(半期・四半期など)支払い額の場合には、月額(1/12にする等)に改めてご記入下さい。 ※ 事業開始から1年に満たない場合には、事業開始からの経過月数に応じて1ヶ月分を算出して下さ
- ※ 各支出費目において消費税等が別途計上されている場合でも、税込み方式(各支出費目に消費税額 を算入した値)で記入して下さい。

| (2 | 2) -B | | | | | 平成 | t23: | 年3月 | 月分 |
|-------|-------------------------|---|---|---|---|----|------|-----|----|
| | 科 目 | | | 金 | : | 額 | | | |
| | | | É | 万 | | 千 | | | 円 |
| | 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) | - | | | | | | | |
| | ア 福利厚生費 | | | | | | | | |
| | イが費交通費 | | | | | | | | |
| | ウ 研修費 | | | | | | | | |
| | 工 消耗品費 | | | | | | | | |
| | 才 器具什器費 | | | | | | | | |
| | 力 印刷製本費 | | | | | | | | |
| | 丰 水道光熱費 | | | | | | | | |
| | ク燃料費 | | | | | | | | |
| | ケー修繕費 | | | | | | | | |
| | コ 通信運搬費 | | | | | | | | |
| I | サー広報費 | | | | | | | | |
| Ⅱ事業活動 | シ業務委託費・小部 | | | | | | | | |
| 活 | ①派遣委託費 | | | | | | | | |
| 動 | ②給食委託費 | | | | | | | | |
| 支出 | 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・小部 | | | | | | | | |
| | 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 小部 | | | | | | | | |
| | 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 | | | | | | | | |
| | ター雑費 | | | | | | | | |
| | チ その他経費(ア〜タに該当しないもの) | | | | | | | | |

| | | | | | 1 | | | | (1) | 3/ \/ | グがでく | |
|-------|----|----|--|--------|---|---|----|---|-----|-------|----------|---|
| | | | 科目 | | | | | 金 | | 額 | | |
| | _ | | -W | | | Ē | 5万 | | | 千 | | 円 |
| | 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 | | | | | | | | | |
| | | 力 | 器具什器費 | | | | | | | | | |
| | | + | 賃借料 | 小計 | | | | | | | | |
| П | | | ①土地 | | | | | | | | | |
| 事 | | | ②建物及び建物付属設備 | | | | | | | | | |
| 事業活 | | | ③設備器械 | | | | | | | | | |
| 古動 | | | ④その他(①~③に該当しないもの) | | | | | | | | | |
| 支 | | ク | 教育指導費 | | | | | | | | | |
| 出 | | ケ | 就職支度費 | | | | | | | | | |
| 続 | | ⊐ | 雑費 | | | | | | | | | |
| き | | サ | その他経費(ア〜コに該当しないもの) | | | | | | | | | |
| | 4 | 派 | 域価償却費 | 計 | | | | | | | | |
| | | ア | 建物及び建物付属設備減価償却費 | | | | | | | | | |
| | | 1 | 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 | 徎 | 数収不能額 | | | | | | | | | |
| | 6 | 3 | 当金繰入(退職給与引当金は除く)※1 | 計 | | | | | | | | |
| | | ア | 徵収不能引当金繰入 | | | | | | | | | |
| | | 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 | 5動支出計(1~6の合計) | | | | | | | | | |
| III - | 事業 | 活 | 動外収入 | 計 | | | | | | | | |
| | う | ち借 | · · · · · · · · · · · · · · | | | | | | | | | |
| IV : | 事業 | き活 | 動外支出 | 計 | | | | | | | | |
| | う | ち借 | · · · · · · · · · · · · · · · · · · · | 01 | | | | | | | | |
| V | | 川収 | | | | | | | | | | |
| - | | り支 | | 計 | | | | | | | | |
| | | | 品 会計区分外繰入金支出 | 01 | | | | | | | | |
| | | _ | ち法人本部に帰属する経費:役員報酬等 | | | | | | | | | |
| L | Ι | | 351当全は「6 引当全繰入」には含めないで下。 | \- 1 \ | | | | | | | | |

^{※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。

<u>ご回答ありがとうございました。</u> 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、<u>4月30日まで</u>にポストに投**函**して下さい (切手は不要です)。

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) 1 | 電話番号 | (|) | |
|------------|--------------------|---------|----------------------------------|---|
| 2 I | FAX番号 | (|) | |
| 3 I | 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 | スの活動状況 | |
| | 右のいずれかに チェック ひを | □ 活動中 – | 内側へお進み下さい - | |
| | お願いします | □ 休止 … | 今回の調査にご回答いただく必 お手数ですがこのまま調査票を | |

4月30日までにご投函をお願いします

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

【調査票にご記入いただく前に】

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

表紙について

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

問1について

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

問3について

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

|問5について

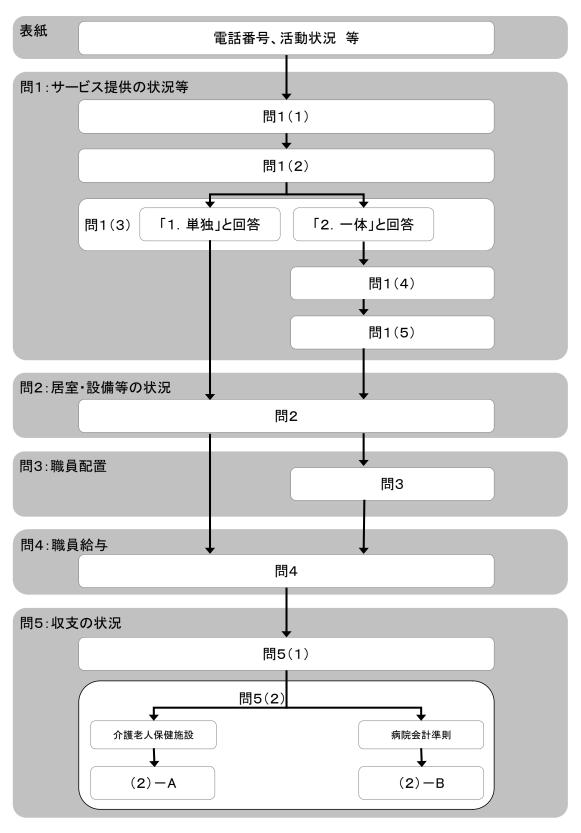
- 表紙に記載されている調査対象サービスについてご記入下さい。なお、調査対象サービスと会計を「一体」で行っているサービスがある場合は、それらについてもご記入をお願いします。
- なお、「(2)費用等」につきましては、貴施設で使用している会計基準、指針に該当する箇所 についてご記入下さい。
 - ■「介護老人保健施設会計・経理準則」に基づいた会計を行っている場合

⇒ 問5 (1) 収益 問5 (2) -A費用等:介護者人保健施設会計・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



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 | ١. | | | | | | | | | |
|----------|---|-----|-----|-----|----------------|-----|-----|-----|-----|-----|------|---------------------------|
| 西暦 | 年 月 | | | | | | | | | | | |
| (2) # | 経営主体として該当するものを、下記 | より |)—5 | 選ん | で番 | 号 | 注記. | 入し | て下 | さい。 | • | |
| 2 | . 都道府県 5. 0 . 市区町村 6. え . 広域連合・一部事務組合 7. え . 日本赤十字社・社会保険関係団体 | t会福 | 富祉協 | | | 福祉 | 協調 | 銭会し | 以外) | 9 |). そ | 団・財団法人 その他の法人 1~9以外 |
| | 表紙に記入されている調査対象サービ 下記より選び、番号を記入して下さい | | おけ | ·る会 | ≷ ≣ †σ. | DES | 分状 | 兄に | つい | て | | |
| | . 単独会計:調査対象サービス単独 . 一体会計:調査対象サービス以外の | | | | | | | - | | | | 会計を行っている |
| (4) | 下記の該当する項目の口にチェック(単独会計 ⇒ 問1(4)(5 | | | | | | | | | | | 下さい。 |
| | 一体会計 ⇒ 下記表に、調査 番号を記入して | | | -ビフ | スと- | 一体 | 的に | 会計 | ·を行 | って | いる | サービスの事業所 |
| | サービスの種類 | | | | = | 事業 | 所番 | 号 | | | |] |
| | (居宅 | ナー | ビス |) | | | | | | | | 1 |
| ア | 介護予防訪問介護 | | | | | | | | | | | -}⇒(5)②も記入 |
| 1 | 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 | | | | | | | | | | | J (() () () |
| + | 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 | | | | | | | | | | | J |
| ケ | 介護予防通所介護 | | | | | | | | | | | |
| | 通所介護 | | | | | | | | | | | J - |
| 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 | | | | | | | | | | | ٦ |
| 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 | | | | | | | | | | | - |
| タエ | 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 |
| <u>ツ</u> | 短期入所療養介護 | | | | | | | | | | | |
| フ ト | 介護予防特定施設入居者生活介護 | | | | | | | | | | | |
| ト ナ | <mark>特定施設入居者生活介護</mark> 介護予防支援 | | | | | | | | | | | <u> </u> |
| J | | | | | | | | | | | | -}⇒(5)⑧も記入 |
| _ | | | | | | | | | | | | |

(4) の続き

メ 介護療養型医療施設

| | | | | | | | | - |
|----------|----------------------|----|-----|-----|--|--|--|-----------|
| | (地域密着 | 型サ | ナーヒ | (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)⑪も記入 |
| ノ | 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 | | | | | | | |
| 匕 | 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 | | | | | | | |
| ^ | 認知症対応型共同生活介護 | | | | | | | |
| 木 | 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) |) | | | | |
| 111 | 介護老人福祉施設 | | | | | | | |
| Δ | 介護老人保健施設 | | | | | | | |

| | 単独会計 ⇒ 問2 | (8頁) に | 進んで下る | さい。(5 |)は記入る | 不要です。 | | | | |
|------------|--|------------|-------|-------------------|-------|-------|-------------------|--|--|--|
| | -体会計 ⇒ まず①の調査対象サービスにチェック(図)し、それぞれの太枠内に記入して下さい。 ②以降については、問1(4)(1~2頁)で事業所番号を記入したサービスの口にチェック(図)し、それぞれの太枠内に記入して下さい。 | | | | | | | | | |
| 1 [4 | 介護老人保健施設】 | | | | | | | | | |
| | 【ム 介護老人保健が | も設】 | | | | | | | | |
| | | 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} | | |
| | 延べ在所者数 (3月中) | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | \ | | |
| 般棟 | 延べ外泊者数 (3月中) 人 人 人 人 人 人 人 | | | | | | | | | |
| 尔 | びろ中が 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} | | |
| 市家 | 延べ在所者数 (3月中) | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | | |
| 専認門知 | 延べ外泊者数 (3月中) | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | $\ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ $ | | |
| 棟症 | 延べ試行的退所者数 (3月中) | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | \ \ | | |
| **1 **2 | 食事(3月中) 要介護認定を受けてまさい。 特定者人保健施設入所 | 該当・要 | 養食延べ扱 | L 記された人 | | 忍定申請中 | | | | |
| | ※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 | | | | | | | | | |
| 介護保 | (イ 訪問介護) 介護保険利用者へのサービス(3月中) | | | | | | | | | |
| 類型がその他 | 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 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 | | | | | | | | | |
| 訪問 | 時間合計 | | | 時間 | | | | | | |

(5) 下記の該当する項目の口にチェック(☑)し、指示に従ってください。

| 3 【才 | 介語 | 養予防訪問看護 |] / [力 | 訪問看護】 | | | | |
|----------|-------------------|---------------------------------|------------------|----------------------------|-------------------|----------------------------------|------------------|-----------------|
| | 【ス | ↑ 介護予防訪問 | 問看護】 | | | | | |
| 実利 | 川用者 | 数(3月中) | 要 | 支援1 | 支要 | ī援2 | その他(認 | 定申請中) |
| | | | | 人 | | 人 | | 人 |
| | | 副)健康保険法等 る併給者数 ^{※1} | | 人 → うち高幅 | 給者の医療の配 | 確保に関する法 | 律 | 人 |
| | 介護 | | 延べ訪 | 問回数 | | | | |
| 請求 | 保 | 看護師、保健師 | | | | | | |
| 別訪 | 請険 求法 | 准看護師 | | | | | | |
| 問回 | によ | PT、OT、ST 夜間又は早朝 | | | | | | |
| 数 | る | (再掲) | | | 深夜 | (再掲) | | |
| 3 月 | は康る保 | 看護師、保健師 | | □ → うち高値 | 給者の医療の配 | 確保に関する法? | 津 | |
| <u>+</u> | よる請求※1健康保険法等に | 准看護師 | | □ → うち高値 | 給者の医療の配 | 確保に関する法 | 津 | |
| | **等 1 に | PT, OT, ST | | □ → うち高幅 | 給者の医療の配 | 確保に関する法: | 津 | |
| | 【オ |) 訪問看護】 | | | | 保険法の訪問看 た者の状況につ | | 3月中に1度以上 さい。 |
| 実利 | 川用者 | 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 |
| | | | , | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| | | 引)健康保険法等 る併給者数 ^{※1} | | 人 → うち高崎 | 給者の医療の配 | 催保に関する法: | 津 | 人 |
| | 介護 | | 延べ訪 | 問回数 | | | | |
| 請求 | 保請険 | 看護師、保健師 | | | | | | |
| 別訪 | 求法 | 准看護師 | | | | | | |
| 問回 | によっ | PT、OT、ST 夜間又は早朝 | | | ΣΩ 7/a | (再掲) | | |
| 数() | る . 健 | (再掲) | | | | | : - h | |
| 3月中 | よる請求※1健康保険法等に | 看護師、保健師 | | □ → つり高圏 | ゆるの医療のか | 確保に関する法 | # | |
| <u>+</u> | 頭炭法※ | 准看護師 | | □ → うち高値 | 給者の医療の配 | 確保に関する法 | 津 | |
| | 1 ₹ | PT、OT、ST | | □ → うち高幅 | 給者の医療の配 | 確保に関する法 | 津 | |
| | (7 | その他の訪問看 | 護のサーヒ | ごスの提供状況 | 兄】 度も | 護保険法による。 利用せず、健康は する者の状況にご | 保険法等のみに | よる訪問看護を |
| | | | | 健康保 | 除法等 | | マの州 (5 | 自由契約等) |
| | | | | | | 医療の確保に関 る法律 | TONE (E | 日田突彻守人 |
| 実利 | 川用者 | 数(3月中) | | 人 | | 人 | - | 人 |
| | 東保険 学によ | 看護師、保健師 | | □ → うち高幅 | 給者の医療の配 | 確保に関する法 | 津 | |
| る誰 | またよ 青求別 引回数 | 准看護師 | | □ → うち高幅 | 命者の医療の配 | 確保に関する法 | 津 | |
| | 月中) | PT, OT, ST | | □ → うち高幅 | 給者の医療の研 | 確保に関する法 | 津 | |
| | | 保険法の利用者 ついて計上して | | 3月中に急性 | 憎悪等の理E | 由で健康保険 | 法等によるi | が問看護を利 |
| | | | - , _ , . | | | | | |

| 4 (十 介護予防訪 | 問リハビリテーシ | ′ョン】/【ク | フ 訪問リハ | ごリテーシ: | 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 サービスを3月中に1度以上利用した者で記入して下さい。 要支援 1 要支援 2 その他 (認) | | | | | | | |
| | 要支 | 援1 | 要支持 | 爰2 | その他(認 | 定申請中) | |
| 延べ訪問回数 (3月 |]中) | | | | | | |
| □ 【ク 訪問 | リハビリテーショ | ン】 | | 中に1度以上利 | Jハビリテーショ 用した者の状況 | | |
| | 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 | | | | | | |
| 【その他の | 訪問リハビリテー | ション】 | ス(介 等のみ | 護予防含む)を による訪問リル | が問リハビリテーを一度も利用せず Nビリテーション Nで記入して下さ | で、健康保険法 ノサービスを利 | |
| | | 健康保 | 険法等 うち高齢者の医 する流 | | | | |
| 実利用者数(3月 | · · | 人 | | 人 | | | |
| 延べ訪問回数(3月 |]中) | | | | | | |
| | <mark>所介護】/【コ</mark> 予防通所介護/コ | | を <u>あわせた</u> | サービスの打 | 是供状況 | | |
| 食事延べ提供数(3 | 3月中) | | 食 | | | | |
| 送迎の状況 | 送迎延べ実施回数 | | | ※ 一人に 場合を | 対して片道の 1回と数えて | 送迎を行った 下さい。 | |
| (3月中) | うち通常の事業以外の送迎延べ | 実施地域 実施回数 💄 | | (一人 | 、の人を迎えに た場合は2回に | 行き 、 こなります。) | |
| ⑥【サ 介護予防通 | 所リハビリテーシ | ′ョン】/【3 | シー通所リハし | ご 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 <i>あわせた</i> サービスの提供状況 | | | | | | | |
| 食事延べ提供数(3 | 3月中) | | 食 | | | | |
| 送迎の状況 | 送迎延べ実施回数 | | | ※ 一人に 場合を | 対して片道の 1回と数えて | 送迎を行った 下さい。 | |
| (3月中) | うち通常の事業 以外の送迎延べ | | | (一人 | 、の人を迎えに た場合は2回1 | 行き 、 こなります。〕 | |

| | プ【チ | 介護予防短期入所療養介護】/【ツ 短期入所療養介護】 | | | | | | | | | | |
|---|---|---|--|-----------------------------|---|--------------------------------------|--|--|---|--|--|--|
| Г | _ | 【チ 介護予防短期入所療養介護】 | | | | | | | | | | |
| | | | / | 要支持 | 爰1 | 要支持 | 爰2 | その他 ^{※1} | | | | |
| | | 療養病床等を る病院 | 有す | | 人 | | 人 | ٨ | | | | |
| | へ ま 3 利 | 老人性認知症 療養病棟 | | | 人 | | 人 | | | | | |
| | 月用中)数 | 療養病床等 有する診療 | を | | 人 | | 人 | | | | | |
| 1 | 奴 | 基準適合診療 | | | 人 | | 人 | | | | | |
| - | 7:17 | 療養病床等を る病院 | 有す | | 人 | | 人 | | | | | |
| | 〔 〔 べ 3 利 | 老人性認知症療養病棟 | | | 人 | | 人 | | | | | |
| | 3利用中) | 療養病床等 | を | | 人 | | 人 | | ————————————————————————————————————— | | | |
| | 一者 一者 一者 一者 一者 一者 一者 | | | | 人 | | 人 | | ————————————————————————————————————— | | | |
| | % 1: | 要介護認定を | ·受けて | 非該当・要式 | を援と判定さ | れた人、要が | ↑護申請中 <i>の</i> | 人を計上して | て下さい。 | | | |
| L | | 【ツ 短期に | 入 所療 | | | | | | | | | |
| | | | | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 | その他※ | | | |
| | | 療養病床等を | 有す | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 1 人 | | | |
| | へ実 3利 | る病院 老人性認知症 療養病様 | | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | ———— 人 | | | |
| | 月用中者 | 型型 原食的物 療養病床等 有する診療 | を | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | | | |
| | 数 | 190砂須 | ₹ <i>P</i>) | | | | | | | | | |
| | | 基準適合診療 | | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | | | |
| | | 療養病床等を | 寮所 | 人 人 | 人 人 | 人 人 | 人 人 | 人 人 | 人 人 | | | |
| | 。 (3 も | 療養病床等を る病院 老人性認知症 | 寮所 有す 疾患 | | | | | | | | | |
| | (3月月 | 療養病床等を る病院 老人性認知症 療養病棟 療養病床等 | 療所 有す 疾患 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | | | |
| | \sim \sim | 療養病床等を る病院 老人性認知症 療養病棋 | 療所 有す 疾患を所 | 人人 | Д Д | 人 人 | Д Д | 人 人 | 人 人 | | | |
| | (3月中) | 療養病床等を る病院 老人性認知症 療養病棟 療養病床等 有する診療 | 療所 有す 疾患 を所 療所 | 人 人 人 | 人 人 人 | 人 人 人 | 人 人 人 | 人 人 人 | Д Д Д | | | |
| | (3月中) | 療養病床等を る病院 老人性認知症 療養病床等 有する診察 基準適合診 要介護認定を | 療所 有す 疾患 を 所 療所 受けて | 人 人 人 | 人 人 人 人 支援と判定さ | 人 人 人 人 れた人、要が | 人 人 人 人 八 (注申請中 <i>の</i> | 人 人 人 人)人を計上して | 人 人 人 人 て下さい。 | | | |
| | (3月中) ※1: | 療養病床等を る病院 老人性認知病 療養病床等 有する診察 基準適合診察 要介護認定を 【チ 介護記 | 療有す疾患を所療している。 | 人 人 人 人 工非該当·要3 | 人 人 人 人 支援と判定さ | 人 人 人 人 れた人、要が 朝入所療養介 | 人 人 人 人 八 (注申請中 <i>の</i> | 人 人 人 人)人を計上して | 人 人 人 人 て下さい。 | | | |
| | (3月中) ※1: | 療養病床等を る病院 老人性競養病尿病 療養する 事養する 事業する 事業が 事業が 事業が 事業が 事業が 事業が 事業が 事業が 事業が 事業が | 療有すというでは、一般では、一般では、一般では、一般では、一般では、一般では、一般では、一般 | 人人人人人工非該当・要予期入所療養介 | 人 人 人 人 支援と判定さ | 人 人 人 人 れた人、要が | 人 人 人 八 (護申請中の 護】を あわ | 人 人 人)人を計上して せた サービス | 人 人 人 人 て下さい。 | | | |
| | (3月中) ※ 事 後 | 療養病床等を る病院 老人性競養病尿病 療養する 事養する 事業する 事業が 事業が 事業が 事業が 事業が 事業が 事業が 事業が 事業が 事業が | 療有疾を所療受防用の | 人 人 人 人 工非該当·要3 | 人 人 人 人 人 人 人 し 類 と 判定さ 護 /ツ 短 ! 施 地域 m m m | 人 人 人 人 れた人、要が 朝入所療養介 | 人 人 人 人 人 護 護 】を あわ ※ 一人に対 、一人に対 | 人 人 人 人)人を計上して | 人 人 人 人 人 で さい。 の提供状 迎を行った さい。 | | | |

| | 3 【ナ | 介護予防支 | | | 介護支援】 | | | | | | | | | | | | |
|----------|-------------------------------------|--|--|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Γ | | 【ナ 介護 | 予防支援 |] | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | 要支 | 援1 | 要支 | 5援2 | その他(記 | 忍定申請中) | | | | | | | | |
| | 実利 | 用者数(3月 |]中) | | 人 | | 人 | | 人 | | | | | | | | |
| 1 | うち | 新規の実利所 (3月中) | 用者数 | | 人 | | 人 | | 人 | | | | | | | | |
| | | 居宅介護支援事 Eしている実利 | | | 人 | | | | | | | | | | | | |
| | | (3月中) | | | | | | | | | | | | | | | |
| _ | | 【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 | | | | | | | | |
| | | 划用者数(3月 | | 人 | . 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | | | | | | | | |
| | うた | ち新規の実利 (3月中) | 用者数 | 人 | . 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | | | | | | | | |
| | | らいまでである。 の実利用者数 | | | 人 | | | | | | | | | | | | |
| | | その他には、申記 | | ナアプランの | 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 介詞 | 在 子 欣 去 技 | 淫/ 一 | 空介誰支採 | 】を あわ せ | た サービスの |)提供状况 | | | | | | | | | |
| | 亜 | 介護認定調査 | | <i>χ</i> / — /Δ | | 1 C <u>10777 C</u> 7 | | , DE 1/1//// | | | | | | | | | |
| | | 托件数(3月中 | | | 件 | | | | | | | | | | | | |
| | | 宅改修理由書 成件数(3月9 | | | 件 | | | | | | | | | | | | |
| Į | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (| 9 [ヌ | 夜間対応型 | 訪問介護 | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 【ヌ 夜間 | 対応型訪 | :B目 介:# 【 | | | | | ⑨【ヌ 夜間対応型訪問介護】 | | | | | | | | |
| | | | ,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,, | 问儿碳』 | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | 更介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 | その他※1 | | | | | | | | |
| | 9 | 実利用者数 (3月中) | | | 受介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 | その他※1 人 | | | | | | | | |
| | | | 要介 | 1護1 星 | | | | | | | | | | | | | |
| | | (3月中) | 要介数 |)護1 g | 人 | 人 | 人 | 人 | | | | | | | | | |
| | 類型S (3月 中) | (3月中) リ延べ訪問回望 うち定期巡 うち随時訪 | 数回問 | ·護1 見 人 口 口 | 人 □ | 人 □ | 人 | 人 | 人 □ | | | | | | | | |
| | 類型S (3月 中) | (3月中) リ延べ訪問回録 うち定期巡 | 数回問 | ·護1 見 人 口 口 | 人 □ | 人 □ | 人 | 人 | 人 □ | | | | | | | | |
| (1 | 類型別(3月中)※1: | (3月中) リ延べ訪問回対 うち定期巡 うち随時訪 非該当の人で | 数回問って自然 | ·護1 見 人 回 回 動でサービ | 人 回 回 ロ スを利用して | 人 回 回 回 こ に いる人や要が | 人 回 回 1護認定申請中 | 人 | 人 □ | | | | | | | | |
| (1) | 類型S (3月 中) | (3月中) リ延べ訪問回記 うち定期巡 うち随時訪 非該当の人で 介護予防認 【ネ 介護 | 数回問って自動を対応認知 | 護1費でサービ型通所介記症対応型 | 人 回 回 スを利用して 養/ 認知 養/ 認知 | 人 回 回 に の に の に の の の の の の の の の の の の の | 人 回 回 1護認定申請中 | 人 回 回 回 回 の の の の の の の の の の の の の | 人 □ | | | | | | | | |
| | 類型別 (3月中) ※1: | (3月中) リ延べ訪問回記 うち定期巡 うち随時訪 非該当の人で 介護予防認 【ネ 介護 | 要介数 回問 って自: 知症対応 | i 護 1 見 人 | 人 回 回 スを利用して 養/ 認知 養/ 認知 | 人 回 回 にいる人や要が にいる人や要が にいる人や要が にいる人や要が にいる人で要が にいる人で要が にいる人で要が にいる人で要が にいる人で要が にいる人である。 | 人 □ □ □ ↑護認定申請中 | 人 回 回 回 回 の の の の の の の の の の の の の | 人 □ | | | | | | | | |
| (1 | 類型別 (3月中) ※1: | (3月中) リ延べ訪問回 うち定期巡 うち随時訪 非該当の人で <u>介護予防認</u> 【ネ 介護 をあわせ | 要介数 回問 って自動 かん で かん で かん で かん で かん で かん で かん で かん | 護1 型 人 回 重 でサービ 型 通 虚 対 が スの提供 | 人 回 回 スを利用して 養/ 認知 養/ 認知 | 人 回 回 にいる人や要が に対応型通 が 認知症対 食 | 人 回 回 下護認定申請中 所介護】 亦型通所介護 | 人 回 回 の の の の の の の の の の の の の | 人 □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ | | | | | | | | |
| (1 | 類型S (3月 中) ※1: 食事延 送 | (3月中) リ延べ訪問回 うち定期巡 うち随時訪 非該当の人で <u>介護予防認</u> 【ネ 介護 をあわせ | 要介数 回問って自然のでは、 | 護1費でサービ型通所介記症対応型 | 人 回 回 スを利用して 養/ノ 認知 系所介護/ン 状況 | 人 回 回 にいる人や要が にいる人や要が にいる人や要が にいる人や要が にいる人で要が にいる人で要が にいる人で要が にいる人で要が にいる人で要が にいる人である。 | 人 回 回 回 所介護】 応型通所介護 ※ 一人に 場合を | 人 回 回 の の の の の の の の の の の の の | 人 回 回 の の で下さい。 | | | | | | | | |

問2 療養室・設備等の状況

| 1 建築延べ面積 | | | | | m² | | | | | |
|----------|---------|-----------------------|-----------------|--------------------|-----------------|-------------------|-----------------------------|------------------|----------------------------|-------------------------------------|
| 2 | | 健施設(短期入所) 賃予防含む)、認 | 療養介護(ク 知症対応型 |)護予防含む) 通所介護(介詞 | を含む)) 養予防含む) | 及び通所リハ) の各施設・ | ビリテーショ 設備に係る延 | ョン(介護予防 近べ床面積 | 含む)、 | |
| , | | | _ | 般棟 | 認知症 | | 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 | m ² | 室 | m ² | | | | |
| | ② 3人室 | | 室 | m ² | 室 | m ² | | | | |
| | ③ 2人室 | ユニット**2 | 室 | m ² | 室 | m ² | | | | |
| | | 上記以外 | 室 | m ² | 室 | m ² | | | | |
| | ④ 個室 | ユニット ^{※2} | 室 | m ² | 室 | m ² | | | | |
| | | 上記以外 | 室 | m ² | 室 | m ² | | | | |
| | ⑤ 診察室 | | | m ² | | m ² | m ² | m ² | m ² | m ² |
| | ⑥ 機能訓練室 | 2 | | m ² | | m ² | m ² | m ² | m ² | m ² |
| | ⑦ 食堂 | | | m ² | | m ² | m ² | m ² | m ² | m ² |
| | ⑧ 談話室 | | | m ² | | m ² | m ² | m ² | m ² | m ² |
| | 9 デイ・ルー | ·A | | m ² | | m ² | m ² | m ² | m ² | m ² |
| | ⑩ レクリエー | ションルーム | | m ² | | m ² | m ² | m ² | m ² | m ² |
| | ⑪ 浴室 | | | m ² | | m ² | m ² | m ² | m ² | m ² |
| | ⑫ 家族介護教 | 室 | | m ² | | m ² | m ² | m^2 | m ² | m ² |
| | ⑬その他ユニッ | ットケア用部分 ^{※2} | | m^2 | | m^2 | | | | |
| 3 | | リテーション(介 スに係る専用延^ | |)・通所介護 | (介護予防 | 含む)・認知 | 症対応型通列 | 介護(介護予 | 防含む)以外 | |
| | | | | | m² | | | | | |

※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: 160m^2 の食堂のうち、 100m^2 は老健(一般棟)専用、 40m^2 は通所リハ(介護予防含む)専用、 20m^2 は老健(一般棟)

| 老健専用 100m² | 共用 20m² | 通所リハ ^(介護予防含む) 専用 40m ² |
|---------------|------------|---|
|---------------|------------|---|

○一般棟 → <u>120m²</u> =老健専用(100)+共用(20)

○通所部分 \rightarrow <u>60m</u>² =通所リハ(介護予防含む)専用(40)+共用(20

○入所・ → <u>20m</u>² 通所共用 部分

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

| | 弾と町架 | 常勤 | 非常勤 |
|----|---|-----------|-----------|
| | 職員配置 (平成23年3月末日現在) | (小数点1位まで) | (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】

職員の1週間の勤務時間 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〉 職員の1ヶ月の勤務時間

施設が定めている1週間の勤務時間×4(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O.1に満たない場合は、「O.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 | \Rightarrow | 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 | \Rightarrow | 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

| | | Ę | 常 | | 勤 | | | | 非 | 岸 | <u> </u> | | <u>- /3/.</u> | | -+ 0 | 月分 |
|---------------------------|--|----|-------|----------|---------------------|-----|-----|--------|----------|---|----------|---|---------------|---|-----------------|----|
| 職種 | 換算 人員 | | | 給 | 料 | | | 実人員 | 換算 人員 | | | 給 | | 料 | | |
| | 人。人 | | 百万 | | 千 | | 円 | 人 | 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 | | | Ŧ | | 円 |
| 24 看護・介護職員に係る夜勤手当 | (再掲) | | | | | | | | | | 百万 | | | 干 | | 円 |
| | | | | | | | | 換算 | 人員 | | 賞 | | | | 与 | |
| 25 賞与(年間支給額の1/12の額) |) | | | | | | | | . 人 | | 百万 | | | 干 | | 円 |
| (1) 社会福祉 | | 手当 | 等 | → (11 | 掛け | | | 4 (40) | | | 百万 | | | Ŧ | | 円 |
| 26 退職給与引当 職員共済 | | 職員 |) | (4) | <u>1</u> 成222 掛け | | | 1/12) | | | | | | | | |
| 退職金に関わ 退職手当 | 積立基金 | に加 |]入 | (日 | 7成22 | 年度: | 実績の | 1/12) | | | | | | | | |
| る共済等への (3) 中小企業 加入 に加入 | 後退職金共済制度 → 掛け金額 (平成22年度実績の1/12) | | | | | | | | | | | | | | | |
| (複数同答司) | 済制度に加入 → 掛け金額 (平成22年度実績の1/12) | | | | | | | | | | | | | | | |
| | (平成22年度美績の1/12) (与引当金繰入の実施 → 退職給与引当金 ((1)~(4)以外) (平成22年度実績の1/12) | | | | | | | | | | | | | | | |
| (6) 退職金と | | - | 成2 | | | - | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | - | | | 百万 | | | 干 | _ | |
| 27 法定福利費(事業主負担・平成 | 22年度 | 実績 | の1 | /12 | 2) | | | | | | _,, | | | ' | | 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 (2) 費用等(13頁) について、それ・ 1か月分の額を記入して下さい。 | |
| ー体会計 ⇒ 会計を一体的に行っている介護保険サ (1)収益(本頁)および(2)費用等 それぞれ平成23年3月の1か月分の8 | 等(13頁)について、 |
| ※1 事業開始から1年に満たない場合には、事業開始からの約 算出して下さい。 | 経過月数に応じて1ヶ月分を |
| (1)施設運営事業収益 | |
| | 平成23年3月分 |
| | |

| | | | 科目 | | | 金 | 額 | | |
|---------|---|----|--|---|----|---|---|--|---|
| | | | | Ē | 5万 | | 千 | | 円 |
| | 医 | 業山 | 計 | | | | | | |
| | 介 | 護報 | 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) | | | | | | |
| I | | | (4)訪問リハビリテーション(介護予防含む) | | | | | | |
| 施設 | | | (5) 通所介護(介護予防含む) | | | | | | |
| 運営 | | | (6)通所リハビリテーション(介護予防含む) | | | | | | |
| 施設運営事業収 | | | (7)福祉用具貸与(介護予防含む) | | | | | | |
| 収益 | | | (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 | 居宅介護支援介護魁収益 | | | | | | |
| | | | 小計 (1)介護予防支援介護料収入 (介護予防支援東業者がらの季託料は含まない) | | | | | | |
| | | | (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 | | | | | | |

| | | | 科目 | | | | 金 | | 額 | | |
|--------|---|----|---------------------------------------|----------------|---------|------------|---|------|-------------------|-----|---|
| | | | | | Ī | <u> </u> | ı | | 千 | ı | 円 |
| | | 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 | | | | | | | | |
| | | | アの介護者人保健施設 | | | | | | | | |
| | | | 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) | | | | | | | | |
| I | | | キ 福祉用具貸与(介護予防含む) | | | | | | | | |
| 施設 | | | ク 短期入所療養介護(介護予防含む) | | | | | | | | |
| 運営 | | | ケ 居宅療養管理指導(介護予防含む) | | | | | | | | |
| 設運営事業収 | | | | | | | | | | | |
| 収益 | | | サ 認知症対応型通所介護(介護予防含む) | | | | | | | | |
| ш | | | 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 | | | | | | | | |
| | | | (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 | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | (4)介護報酬查定減 | A | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | (6) その他(消費税等を含む) | | | | | | | | |
| | 施 | 设证 | 型営事業収益計(医業収益+介護報酬収益) | | | | | | | | |
| | | | 別治から1年に満たたい場合には、事業関治からの終過 | 7 # <i>F I</i> | ر بیے ۔ | " - | 4 | 7/\- | - ~~ 1 | 111 | \ |

^{※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、指針に該当する口にチェック(☑)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 | ⇒ <u>(2) −A (13頁) に記入</u> |
|-----------------|---------------------------|
| 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
- 61°
- ※ 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 | 2) | <u> </u> | A | | | | 平成 | :23 | 年3月 | 目分 |
|-----------|----|----------|-------------------------|-------|---|---|--------|-----|-----|----|
| | | | 科目 | Ĕ | 迈 | 金 | 額 千 | | | 円 |
| | 1 | 給与 | 費 | | | | | | | |
| | | うち | ら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 | | | | | | | |
| П | | 1 | 消耗品費 | | | | | | | |
| | | ウ | 消耗器具備品費 | | | | | | | |
| 施設 | | エ | 車両費 | | | | | | | |
| 運 | | オ | 光熱水費 | | | | | | | |
| 施設運営事業等費用 | | カ | 修繕費 | | | | | | | |
| 等 | | + | 賃借料 小計 | | | | | | | |
| 費用 | | (| 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 | | | | | | | |
| | | | 徵収不能損失 | | | | | | | |
| | | サ | その他の経費(ア〜コに該当しないもの) | | | | | | | |

| | | 科目 | Ī | 百万 | 金 | 額 千 | | 円 |
|-----------|-----|---------------------------------------|---|----|---|--------|--|---|
| | 7 | 菱 託費 | | | | | | |
| | | 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) | | | | | | |
| _ | | 才 清掃委託費 | | | | | | |
| | | 力 各種器械保守委託費 | | | | | | |
| 施設 | | キ その他の委託費(ア〜カに該当しないもの) | | | | | | |
| 施設運営事業等費用 | 8 8 | 开修費 | | | | | | |
| 事 | 9 } | 或価償却費 計 | | | | | | |
| 業等 | | ア 建物及び建物付属設備減価償却費 | | | | | | |
| 費田田 | | イ 医療用器械設備減価償却費 | | | | | | |
| /13 | | ウ 車両船舶設備減価償却費 | | | | | | |
| | | 工 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 | 重営事業等費用計(1~11の合計) | | | | | | |
| III f | 施設運 | 営事業外収益 計 | | | | | | |
| | 1 5 | 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 t | 施設運 | 営事業外費用 計 | | | | | | |
| | うち | 支払利息 | | | | | | |
| V # | 寺別損 | — 益 計 | | | | | | |
| | 1 4 | 寺別利益 | | | | | | |
| | 2 4 | · · · · · · · · · · · · · · · · · · · | | | | | | |
| | | 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。

<u>ご回答ありがとうございました。</u> 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。

^{※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。

- ※ 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
- ※ 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 | 2) | - | В | | | | 平原 | t23 | 年3月 | 月分 |
|------|----|-------|---|---|---|---|----|-----|-----|----|
| | | | 科目 | | 3 | 金 | 額 | | | |
| | | //A I | *** | 百 | 万 | | 干 | | | 円 |
| | 1 | 給与 | | | | | | | | |
| | | | 5介護職員処遇改善交付金による支出 | | | | | | | |
| | | | 品費 - 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 | | | | | | | |
| | | | 用材料費 | | | | | | | |
| | | | 材料費・医療消耗器具備品費 | | | | | | | |
| | 5 | 経費 | ا ا | | | | | | | |
| | | ア | 福利厚生費 | | | | | | | |
| | | 1 | 通信費 | | | | | | | |
| | | ウ | 消耗品費 | | | | | | | |
| П | | エ | 消耗器具備品費 | | | | | | | |
| 医業 | | オ | 車両費 | | | | | | | |
| 業・ | | カ | 光熱水費 | | | | | | | |
| 介鑵 | | + | 修繕費 | | | | | | | |
| 介護費用 | | ク | 賃借料 小計 | | | | | | | |
| 用 | | (| 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) | | | | | | | |
| | | | 租税公課 | | | | | | | |
| | | サ | 徵収不能損失 | | | | | | | |
| | | シ | その他の経費(ア〜サに該当しないもの) | | | | | | | |

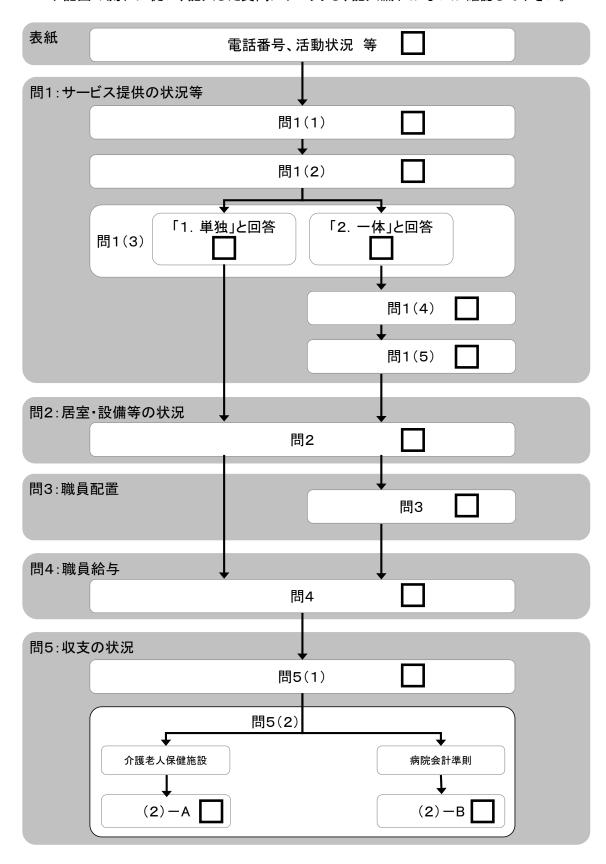
| | | | | 1 | | | | \ I= | 3, 4, | ソルりじて | |
|----------------|-------|----------|--|---|---|----------|---|------|-------|-----------|---|
| | | | 科目 | | | | 金 | | 額 | | |
| | | | - | | Ē | <u> </u> | | | 千 | | 円 |
| | 6 | 委託費 | اه | | | | | | | | |
| | | ア | 派遣委託費 | | | | | | | | |
| | | 1 | 患者用給食委託費 | | | | | | | | |
| | | 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 | | | | | | | | |
| 医業 | | + | その他の委託費(ア〜カに該当しないもの) | | | | | | | | |
| • | 7 | 減価償 | 劉却費 計 | | | | | | | | |
| 介護費用 | | ア | 建物及び建物付属設備減価償却費 | | | | | | | | |
| 費田田 | | 1 | 医療用器械設備減価償却費 | | | | | | | | |
| / / / | | ウ: | 車両船舶設備減価償却費 | | | | | | | | |
| | | 工 | 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 | Lim V | | | | | | | | |
| | 9 | その他 | 9(1~8に該当しないもの) | | | | | | | | |
| | 医業 | ・介護 | 護費用計(1~9の合計) | | | | | | | | |
| \blacksquare | 医業 | ・介護 | 外収益計 | | | | | | | | |
| | 1 | 受取利 | | | | | | | | | |
| | 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 ==================================== | | | | | | | | |
| | うち | 支払利 | バタの 計 山息 | | | | | | | | |
| V | 特別接 | | | | | | | | | | |
| | | 特別利 | <u>計</u> 山益 | | | | | | | | |
| | | 特別損 | | | | | | | | | |
| VI | | (年額) | | | | | | | | | |
| ٧.1 | 17044 | (T-1)() | | | | | | | | | |

※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。

<u>ご回答ありがとうございました。</u> 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。

^{※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。

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、<u>4月30日まで</u>にポストに投**函**して下さい (切手は不要です)。

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で確認下さい。

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日時点の記 | 直査対象サービス | くの活動状況 | | | | | | |
| 右のいずれかに | □ 活動中 — | 内側へお進み下さい・ | | | | | | |
| チェック Dを お願いします | 口休止 | : | | | | | | |
| | □ 廃止 | 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。

【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、*集書き*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、複数の介護保険サービスを行っている場合に、それぞれの介護保険サービスの会計を区分していることをいいます。

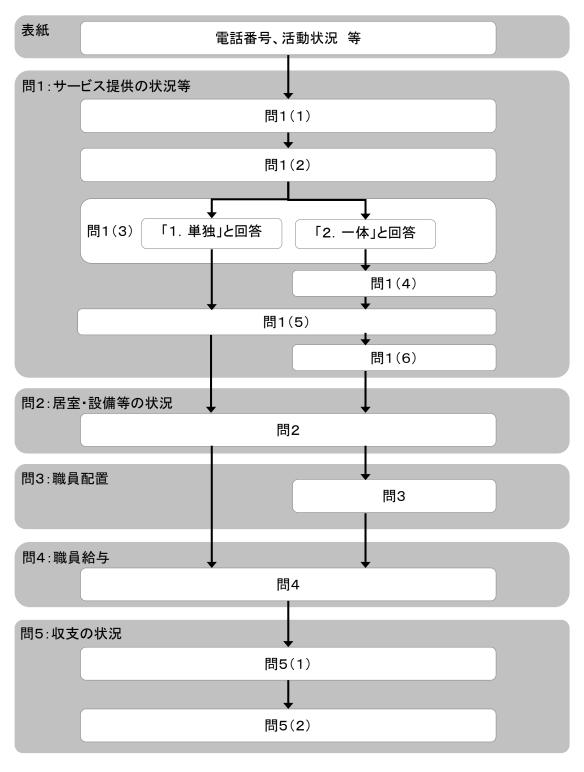
問3について

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

|問5について

○ 表紙に記載されている調査対象サービスについてご記入下さい。なお、調査対象サービスと会計 を「一体」で行っているサービスがある場合は、それらについてもご記入をお願いします。

記入の流れ



問1 サービス提供の状況等(施設全体の概要)

| (1)事業所の開設年月を西暦で記入して下さい。 | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|--|-------|--|--|--|--|--|--|------------------|--|--|--|
| 西暦 年 月 | | | | | | | | | | | | | |
| (2)経営主体として該当するものを、下記より一つ選んで番号を記入して下さい。 | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| - | 1. 都道府県 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。 | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| 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口にチェック(☑) し、それぞれ指示に従って下さい。 | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| 単独会計 ⇒ 問1(4)は記入不要です。(5)へ進んで下さい。 | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| 番号を記入して下さい。 | | | | | | | | | | | | | |
| + 1/7 off# | | | | | | | | | | | | | |
| | サービスの種類 事業所番号 (居宅サービス) | | | | | | | | | | | | |
| | 7 介護予防訪問介護 | | . ^ / | | | | | | | | | | |
| Ĺ | ・ がほかのからがら | | | | | | | | | - }⇒(6)②も記入 | | | |
| г | | | | | | | | | | | | | |
| = | C 訪問入浴介護 | | | | | | | | | | | | |
| 7 | 才 介護予防訪問看護 | | | | | | | | | -}⇒(6)③も記入 | | | |
| J. | う 訪問看護 | | | | | | | | | | | | |
| = | F 介護予防訪問リハビリテーション | | | | | | | | | }⇒(6)④も記入 | | | |
| 1 | 7 訪問リハビリテーション | | | | | | | | | | | | |
| ٢ | 7 介護予防通所介護 | | | | | | | | | }⇒(6)⑤も記入 | | | |
| = | 〕 通所介護 | | | | | | | | | | | | |
| + | ナ 介護予防通所リハビリテーション | | | | | | | | | }⇒(6)⑥も記入 | | | |
| * | ノ 通所リハビリテーション | | | | | | | | | J - 10/ @ 0 ll X | | | |
| 7 | ス 介護予防福祉用具貸与 | | | | | | | | | | | | |
| t | 2 福祉用具貸与 | | | | | | | | | }→(6)⑦も記入 | | | |
| | ノ 介護予防短期入所生活介護 | | | | | | | | | | | | |
| | 短期入所生活介護 短期入所生活介護 | | | | | | | | | | | | |
| | f 介護予防短期入所療養介護 | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | |
| | 介護予防特定施設入居者生活介護 | | | | | | | | | | | | |
| | ► 特定施設入居者生活介護 | | | | | | | | | | | | |
| 7 | · 介護予防支援 | | | | | | | | | →(6)⑨も記入 | | | |
| | 一居宅介護支援 | | | | | | | | | J | | | |

(4) の続き

| | (地域密着 | 型サ | ナーヒ | (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)⑪も記入 |
| ノ | 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 | | | | | | | |
| 匕 | 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 | | | | | | | |
| \wedge | 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 | | | | | | | |
| $\overline{\forall}$ | 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | (施設・ | ナート | ビス) |) | | | | |
| 111 | 介護老人福祉施設 | | | | | | | |
| Δ | 介護老人保健施設 | | | | | | | |
| X | 介護療養型医療施設 | | | | | | | |

(5)病院・診療所の状況

| 入院 | <u>.</u> | | | | | | | | | | |
|----|----------------|----------------|-----|-------------|------------|------------|--------|---------------|--|--|--|
| | | | | | 在院者数 | 延べ在院者 | 食事延べ提供 | 数(3月中) | | | |
| | | | 病室数 | 病床数 | (3月末 日) | 数(3月 中) | | うち療養食・ 特別食 | | | |
| | | ・診療所全体 | 室 | 床 | 人 | 人 | 食 | | | | |
| | うち 介護保険適用 室 療養 | | 床 | | | 食 | 食 | | | | |
| | 病床 | 医療保険適用 | 室 | 床 | 人 | 人 | 食 | 食 | | | |
| 外来 | :(3月1 | 中) | | | | | | | | | |
| | 初 |]診患者数 | | | Ι. | | | | | | |
| | 再診 | 患者延べ数 | | | 人 | | | | | | |
| | 1 | 木診日数 | | E | 3 | | | | | | |
| | | 延べ提供数 (3月中) | | Í | Đ | | | | | | |

| 単独会計 ⇒ 問2(8頁)に進んで下さい。(6)は記入不要です。 |
|--|
| -体会計 ⇒ まず①の調査対象サービスにチェック(図)し、それぞれの太枠内に記入して下さい。 ②以降については、問1(4)(1~2頁)で事業所番号を記入したサービスの口にチェック(図)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 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ん |
| |
| ②【ア 介護予防訪問介護】/【イ 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) |
| |
| ■ 類型別延べ訪問回数 ■ |
| |
| 類型別延べ訪問時間数 時間 時間 時間 時間 時間 時間 時間 |
| 類型別延べ訪問時間数 時間 時間 時間 時間 |
| 類型別延べ訪問時間数 時間 時間 時間 時間 時間 時間 時間 時間 時間 では ではいい ではいい はいい はいい はい はい はい はい はい はい はい はい はい は |
| 類型別延べ訪問時間数 時間 時間 時間 時間 時間 時間 時間 時間 時間 日間 日間 日間 日間 日間 日間 日間 日間 日間 日間 日間 日間 日間 |
| 類型別延べ訪問時間数 時間 時間 時間 時間 時間 時間 時間 時間 時間 では ではいい ではいい はいい はいい はい はい はい はい はい はい はい はい はい は |
| 類型別延べ訪問時間数 時間 時間 時間 時間 時間 時間 時間 時間 時間 時間 時間 時間 時間 |
| 類型別延べ訪問時間数 時間 時間 時間 時間 時間 時間 時間 時間 時間 日間 日間 日間 日間 日間 日間 日間 日間 日間 日間 日間 日間 日間 |
| 類型別延べ訪問時間数 時間 時間 時間 時間 時間 時間 時間 時間 時間 でいます ではらいます ではいます ではいます ではらいます ではいます ではいます ではいます ではいます ではらいます ではいます ではらいます ではいます ではいます ではいます ではいます ではらいます ではいます ではいます ではらいます ではらいます ではらいます ではらいます ではらいます ではらいます ではらいます ではらいます ではらい ではらい ではらいます ではらい ではらい ではらいます ではらい ではらいます ではらいます ではらい ではらいます ではらいます ではらい ではらい ではらいます ではらい ではらいます ではらい ではらいます ではらい ではらいます ではらい ではらい |
| 類型別延べ訪問時間数 時間 時間 時間 時間 時間 時間 時間 時間 時間 日間 日間 日間 日間 日間 日間 日間 日間 日間 日間 日間 日間 日間 |
| 類型別延べ訪問時間数 時間 時間 時間 時間 時間 時間 時間 日間 日間 日間 日間 日間 日間 日間 日間 日間 日間 日間 日間 日間 |
| 類型別延べ訪問時間数 時間 時間 時間 時間 時間 時間 時間 時間 日間 日間 日間 日間 日間 日間 日間 日間 日間 日間 日間 日間 日間 |
| 類型別延べ訪問時間数 時間 時間 時間 時間 時間 時間 時間 時間 時間 時間 時間 時間 時間 |
| 類型別延べ訪問時間数 時間 時間 時間 時間 時間 時間 時間 時間 時間 時間 時間 時間 時間 |
| 類型別延べ訪問時間数 時間 時間 時間 時間 時間 時間 時間 時間 時間 をの他の利用者(障害者等)へのサービス(3月中) |
| 類型別延べ訪問時間数 時間 時間 時間 時間 時間 時間 時間 時間 時間 をの他の利用者(障害者等)へのサービス(3月中) |
| 類型別延べ訪問時間数 時間 時間 時間 時間 時間 時間 時間 |

(6) 下記の該当する項目の口にチェック(☑) し、指示に従って下さい。

| | 【た |) 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 | — 山用者勢 | 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 | | | | | | | | |
| | | | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | | | | | | | | |
| | | 引)健康保険法等 る併給者数 ^{※1} | | | 含者の医療の確 | 保に関する法律 | 律 | 人 | | | | | | | | |
| | 介護 | | 延べ訪問 | 回数 | | | | | | | | | | | | |
| 請求 | 保 | 看護師、保健師 | | | | | | | | | | | | | | |
| 別 | 請険 求法 | 准看護師 | | | | | | | | | | | | | | |
| 訪問 | によ | PT、OT、ST | | | | | | | | | | | | | | |
| 回 数 | る | 夜間又は早朝 (再掲) | | | 深夜(| 再掲) | | | | | | | | | | |
| 3月 | よる請求※1健康保険法等に | 看護師、保健師 | | □ → うち高齢者の医療の確保に関する法律□ → うち高齢者の医療の確保に関する法律□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ | | | | | | | | | | | | |
| (中) | 請求※ | 准看護師 | | | | | | | | | | | | | | |
| | 二等 1 に | PT, OT, ST | | □ → うち高歯 | 合者の医療の確 | 保に関する法律 | 津 | | | | | | | | | |
| | 【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 | | 医療の確保に関 法律 | その他(自 | 由契約等) | | | | | | | | |
| 実利 | 川用者 | 数(3月中) | | 人 | , | 人 | | 人 | | | | | | | | |
| | 東保険 | 看護師、保健師 | | □ → うち高齢者の医療の確保に関する法律 □ | | | | | | | | | | | | |
| る調 | 等によ 青求別 3回数 | 准看護師 | □ → うち高齢者の医療の確保に関する法律 □ □ | | | | | | | | | | | | | |
| (3) | 月中) | PT, OT, ST | | □ → うち高歯 | 命者の医療の確 | 保に関する法律 | 津 | | | | | | | | | |
| | | 保険法の利用でいて計上し | | 月中に急性的 | 曽悪等の理由 | で健康保険 | 法等による訪 | 問看護を利 | | | | | | | | |
| 4 (+ | 介譜 | 養予防訪問リハ | ビリテーシ | ョン】/【イ | フ 訪問リハ | ビリテーシ: | ョン】 | | | | | | | | | |
| | [# | | 問リハビリ | | ※介語 サーヒ | 養保険法の介護者 | 予防訪問リハビリ 度以上利用した | | | | | | | | | |
| | | | 要支持 | 爰1 | 要支 | | その他(認 | 定申請中) | | | | | | | | |
| 延べ | 訪問回 |]数(3月中) | | | | | | | | | | | | | | |
| | [[5 | 7 訪問リハビ | リテーション | ン】 | | 中に1度以上利 | Jハビリテーショ 用した者の状況 | | | | | | | | | |
| | | | 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^ | ヾ訪問[| 回数(3月中) | | | | | | | | | | | | | | |
| | [3 | その他の訪問リ | ハビリテー | ション】 | ス(か 等のみ | ト護予防含む)を メによる訪問リノ | が問リハビリテーを一度も利用せな ハビリテーション ハビ記入して下さ | が、健康保険法 ノサービスを利 | | | | | | | | |
| | | | | 健康保 | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | うち高齢者のB する | 医療の確保に関 法律 | | | | | | | | | | |
| | | 数(3月中) | | 人 | | | | | | | | | | | | |
| 延べ | 訪問回 |]数(3月中) | | | | 0 | | | | | | | | | | |

| ⑤【ケ 介護予防通所介記 | 護】/【コ 通所介護】 | | | | | | | |
|---|--|-------------------------|--|--|--|--|--|--|
| 【ケ 介護予防災 | 通所介護/コ 通所介護】 | を <i>あわせたサ</i> - | ービスの提供 | 状 況 | | | | |
| 食事延べ提供数(3月中 | | 食 | | | | | | |
| 送迎の状況 | 近べ実施回数 | | ※ 一人に対し 場合を1回 | 、に対して片道の送迎を行った 含を1回と数えて下さい。 | | | | |
| (3月中) うち | 5通常の事業実施地域 トの送迎延べ実施回数 | | ○ 一人の人 送った場 | 、を迎えに行き、 合は2回になります。 | | | | |
| ⑥【サー介護予防通所リ/ | \ ビリテーション/シ 通 | 所リハビリテ- | ーション】 | | | | | |
| 【サ 介護予防運 | 通所リハビリテーション/ ビスの提供状況 | | | ン】を | | | | |
| 食事延べ提供数(3月中 | | 食 | | | | | | |
| | 近べ実施回数 | | ※ 一人に対し 場合を1回 | して片道の送迎を行った 回と数えて下さい。 | | | | |
| 送迎の状況 | | | (- | ナ 畑 ラ レ 仁 キ | | | | |
| | 5通常の事業実施地域 人の送迎延べ実施回数 | | 一人の人 送った場 | 、を迎えに行き、 合は2回になります。 | | | | |
| ⑦【チ 介護予防短期入所 | トの送迎延べ実施回数 | 入所療養介護】 | (一人の人) 送った場 | を避えに付き、 合は2回になります。 | | | | |
| ⑦【チ 介護予防短期入所 | トの送迎延べ実施回数 L 「「療養介護」/【ツ 短期 | - | し 送った場 | を避えに行き、 合は2回になります。 その他 ^{※1} | | | | |
| プ【チ 介護予防短期入所 【チ 介護予防知 療養病床等を有す | トの送迎延べ実施回数 所療養介護】/【ツ 短期 豆期入所療養介護】 要支援1 | 入所療養介護】 | し 送った場 | 合は2回になります。 | | | | |
| プ【チ 介護予防短期入所 【チ 介護予防知 原養病床等を有する病院 (実) 老人性認知症疾患 療養病棟 | トの送迎延べ実施回数 所療養介護】/【ツ 短期 短期入所療養介護】 要支援1 | 入所療養介護】 | 2 | 合は2回になります。 | | | | |
| プ【チ 介護予防短期入所 【チ 介護予防知 原養病床等を有する病院 (実) 老人性認知症疾患 | トの送迎延べ実施回数 所療養介護】/【ツ 短期 豆期入所療養介護】 要支援1 | 入所療養介護】 | 送った場2人 | 合は2回になります。 | | | | |
| マ【チ 介護予防短期入所 【チ 介護予防短期入所 「チ 介護予防知 「チ 介護予防知 「原養病床等を有する病院」 「老人性認知症疾患」 「多種病体」 「多種病療療所」 「多種病療療所」 「多種のでは、」」。「「多種のでは、「多種のでは、「多種のでは、「多種のでは、「多種のでは、「多種のでは、「多種のでは、「多種のでは、」」。「「多種のでは、「多質のでは、「、「、」」、「、「、」」、「、「、」」、「、「、」」、「、「、」」」、「、「、」」、「、「、」」、「、「、」」、「、「、」」、「、「、」」、「、「、」」、「、」」、「、「、」」、「、」」、「、「、」」、「、「、」」、「、「、」」、「、「、」」、「、「、」」、「、「、」」、「、「、」」、「、「、」」、「、」、「、」、「、」」、「、」、「、」、「、」、「、」、「、」」、「、」、「、」、「、」、「、」、」、「、」、「、」、「、」、「、」、「、」、「、」、「、」、「、」、「、」、「、」、「、」、「、」、 | 所療養介護】/【ツ 短期 短期入所療養介護】 要支援1 人 人 | 入所療養介護】 | 送った場2人人 | 合は2回になります。 | | | | |
| マ 介護予防短期入所 (チ 介護予防短期入所 (チ 介護予防短期入所 (チ 介護予防短期入所 療養病床等を有する (多 の | 所療養介護】/【ツ 短期 短期入所療養介護】 要支援1 人 人 | 入所療養介護】 | 2 人 人 人 | 合は2回になります。 | | | | |
| プ【チ 介護予防短期入所 【チ 介護予防短期入所 【チ 介護予防短期入所 「チ 介護予防知 「乗る」 「大 のでである。 「大 のでは、「大 で で で で で で で で で で で で で で で で で で で | 所療養介護】/【ツ 短期 団期入所療養介護】 要支援1 人 人 人 | 入所療養介護】 | 2 人 人 人 | 合は2回になります。 | | | | |
| プ【チ 介護予防短期入所 【チ 介護予防短期入所 【チ 介護予防短期入所 「ま」 「ま」 「ま」 「ま」 「ま」 「ま」 「ま」 「ま」 「ま」 「な」 「な」 「な」 「な」 「な」 「な」 「な」 「な」 「な」 「な | 所療養介護】/【ツ 短期 団期入所療養介護】 要支援1 人 人 人 | 入所療養介護】 | 2 人 人 人 | 合は2回になります。 | | | | |

| ╚ | 【ツ 短期 | 明入所療 | 養介護】 | | | | | マの小ツ | | | |
|--|-----------------------|-------------------|--|------------------------|---------|----------------|---------------------------|-----------|--|--|--|
| | | | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 | その他※ 1 | | | |
| | 療養病床等 る病[| 院 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | | | |
| (実 3利 月用 | 老人性認知 療養療 | | 人 | 人 | 人 | 人 | 人人 | | | | |
| 中)数 | 療養病床 有する診 | 等を 療所 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | | | |
| ~. | 基準適合 | 診療所 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | | | | |
| 延 | 療養病床等 | | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | | | |
| 3 7 | 老人性認知 療養療 | | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | | | |
| 中十十十十十十十十十十十十十十十十十十十十十十十十十十十十十十十十十十十十十十 | 療養病床 有する診 | 等を | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | | | |
| 数 | 基準適合 | | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | | | |
| ※ 1: | 要介護認定 | を受けて | 非該当・要え | 支援と判定さ | された人、要が | ↑護申請中 <i>の</i> |)人を計上して | 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 <i>あわせた</i> サービスの提供状 況 | | | | | | | | | | | |
| 食事發 | 近べ提供数 | (3月中) | | | 食 | | | | | | |
| | | 送迎延 | べ実施回数 | | | ※ 一人に対場合を1 | すして片道の送迎を行った 回と数えて下さい。 | | | | |
| | 迎の状況 (3月中) | | | 常の事業実施地域 - 一人の人を迎えに行き、 | | | | | | | |
| \•/ 4 . | 五 | | | 送迎延べ実施回数 | | | | | | | |
| ж Т. | 安川護認定 | を受けて | .非談ヨ・安文 | 之 接 乙 刊 疋 〇 | された人、安) | 「護中請中の | 人を訂正し | C POVI. | | | |
| 介 | 護予防居宅 | 療養管理: | 指導】/【居 | 宅療養管理 | 指導】 | | | | | | |
| ш | 【介護予隆 | 方居宅療養 | 養管理指導】 ———————————————————————————————————— | | | | | | | | |
| | | 医師・歯 | 科医師 | 人 | | | | | | | |
| 2T / | VYU□ Z ¥h | 薬剤 | 1)師 | 人 | | | | | | | |
| | ド利用者数 (3月中) | 看護 | 職員 | 人 | | | | | | | |
| | | 歯科衛 | <u> </u> | 人 | | | | | | | |
| Ļ | | 管理第 | | 人 | | | | | | | |
| Ш | 【居宅療養 | 養管理指 ^達 | 夢 】 | | | | | | | | |
| | | 医師・歯 | 科医師 | 人 | | | | | | | |
| 2T / | ╵┼U┲ ╶ ┹┺┢ | 薬剤 | 1)師 | 人 | | | | | | | |
| | ド利用者数 (3月中) | 看護 | 職員 | 人 | | | | | | | |
| | | 歯科衛 | 前生士 | 人 | | | | | | | |
| | | 管理第 | 養士 | 人 | | | | | | | |

| | 9【ナ | 7102317324 | 援】/ | 【一 居石 | 介護支援】 | | | | | | | | | | |
|----|---|--|---|---|--|--|--|---|--|--|--|--|--|--|--|
| | | 【ナ 介護 | 予防支援 | €] | | | | | | | | | | | |
| | | | | 支要 | ₹ 1 | 要支 | 5援2 | その他(記 | 忍定申請中) | | | | | | |
| | 実利 | 用者数(3月 |]中) | | 人 | | 人 | | 人 | | | | | | |
| 1 | うち | 5新規の実利所 (3月中) | 用者数 | | 人 | | 人 | 人 | | | | | | | |
| | | 居宅介護支援事 むしている実利 | | | 人 | | | | | | | | | | |
| | | (3月中) | | | | | | | | | | | | | |
| L | | 【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 | | | | | | |
| | | 引用者数(3月 | | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | | | | | | |
| | うた | ち新規の実利 (3月中) | 用者数 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | | | | | | |
| | | らいまでである。 おりまだ。 おりまでである実利用者数 | | | 人 | | | | | | | | | | |
| | | | | 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 <i>기</i> | して下さい。 | | | | | | |
| Ļ | ※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。 【十、 | | | | | | | | | | | | | | |
| | ▼ 【ナ 介護予防支援/二 居宅介護支援】を <i>あわせた</i> サービスの提供状況 要介護認定調査の | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 托件数(3月1 | | | 件 | | | | | | | | | | |
| | | 宅改修理由書 成件数(3月9 | | | 件 | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| (| 0【ヌ | ⑩【ヌ 夜間対応型訪問介護】 | | | | | | | | | | | | | |
| | 【又 夜間対応型訪問介護】 | | | | | | | | | | | | | | |
| | igspace | | | | | | | | | | | | | | |
| | Y | 【又 夜間 | 対応型訪 | 問介護】 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 | その他※1 | | | | | | |
| | | | 対応型訪 | 問介護】 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 | その他※1 人 | | | | | | |
| | | 【又 夜間 | 対応型説 要介 | 清明介護】 | | | | | | | | | | | |
| | | 【ヌ 夜間 | 対応型説 要介 | 7護1 · 5 | 人 | 人 | 人 | 人 | | | | | | | |
| | 類型S (3月 中) | 【ヌ 夜間 実利用者数 (3月中) 引延べ訪問回 うち定期巡 うち随時訪 | 対応型説 要介数 回間 | i問介護】 1護1 3 人 □ □ □ | 人 | 人 0 0 | 人 () () | 人 □ | 人 □ □ | | | | | | |
| | 類型S (3月 中) | 【ヌ 夜間 利用者数 (3月中) 到延べ訪問回 うち定期巡 | 対応型説 要介数 回間 | i問介護】 1護1 3 人 □ □ □ | 人 | 人 0 0 | 人 () () | 人 □ | 人 □ □ | | | | | | |
| (- | 類型別(3月中) | 【ヌ 夜間 利用者数 (3月中) 対応 では (3月中) がいます では できます かっこう おいます かっこう がいます できます かっこう ない できます かっこう はいます できます かっこう ない できます かっこう はいます かっこう はいます できます かっこう はいます できます できます かっこう はいます できます かっこう はいます できます かっこう できます できます できます かっこう はいます できます かっこう はいます できます かっこう はいます できます かっこう はいます かっこう はいます かっこう はいます かっこう はいます かっこう はいます かっこう はいます かっこう はいまます はいます いっこう はいます はいます はいます はいます はいます はいます はいます はいます | 対応型説要介数回問って自 | i問介護】 (護1 | 人 回 回 同 スを利用して | 人 回 回 回 にいる人や要が | 人 回 回 1護認定申請中 | 人 □ | 人 □ □ | | | | | | |
| (| 類型S (3月 中) | 【ヌ 夜間 実利用者数 (3月中) 引延べ訪問回 うち定期巡 うち随時訪 非該当の人で 介護予防器 【ネ 介護 | 対応型説の関連を対応である。対応では、対応では、対応では、対応では、対応では、対応では、対応では、対応では、 | i問介護】 (護1 3 4 5 6 6 6 6 6 6 6 6 6 6 6 6 6 6 6 6 6 6 | 人 回 回 スを利用して 護】/【ノ 通所介護/ノ | 人 回 回 回 でいる人や要が 認知症対応 | 人 () () | 人 回 回 回 の の の の の の の の の の の の の | 人 □ □ | | | | | | |
| (| 類型別(3月中) ※1: (3月中) | 【ヌ 夜間 実利用者数 (3月中) 引延べ訪問回 うち定期巡 うち随時訪 非該当の人で 介護予防器 【ネ 介護 | 対応型説を受ける。 要が、 数の回りでは、 のでは、 のでは、 のでは、 のでは、 のでは、 のでは、 のでは、 の | i問介護】 (i護 1 | 人 回 回 スを利用して 護】/【ノ 通所介護/ノ | 人 回 回 回 でいる人や要が 認知症対応 | 人 □ □ □ ↑護認定申請中型通所介護】 | 人 回 回 回 の の の の の の の の の の の の の | 人 □ □ | | | | | | |
| (| 類型別(3月中) ※1: (3月中) | 【ヌ 夜間 製利用者数 (3月中) 別延べ訪問回 うち定期巡 うち随時訪 非該当の人で 介護予防認 【ネ あわせ | 対応型説を変える。 要がのである。 対応では、 対応では、 対応では、 対応では、 対応では、 対応では、 対応では、 対応には、 対応には、 対応には、 対応には、 対応には、 対応には、 対応には、 対応には、 対応には、 対応には、 対応には、 対応は、 対応は、 対応は、 対応は、 対応は、 対応は、 対応は、 対応 | i問介護】 (護1 3 4 5 6 6 6 6 6 6 6 6 6 6 6 6 6 6 6 6 6 6 | 人 回 回 スを利用して 護】/【ノ 通所介護/ノ | 人 回 回 にいる人や要が 認知症対応 が認知症対 | 人 回 回 回 回 回 回 回 回 可 回 可 回 可 回 可 可 可 可 可 | 人 回 回 の の の の の の の の の の の の の | 人 回 回 の つ こ こ で下さい。 | | | | | | |
| (| 類型S (3月 中) ※1: 食事延 送 | 【ヌ 夜間 製利用者数 (3月中) 別延べ訪問回 うち定期巡 うち随時訪 非該当の人で 介護予防認 【ネ あわせ | 対応型説を変える。 対応型説を表する。 対応では、 対応では、 対応では、 対応では、 対応では、 対応では、 対応では、 対応では、 対応では、 対応では、 対応では、 対応では、 が、 が、 が、 が、 が、 が、 が、 が、 が、 が、 が、 が、 が、 | i問介護】 (護1 | 人 回 回 スを利用して 護 】/【ノ 通所介護/ン 状況 | 人 回 回 回 にいる人や要が 認知症対応 が認知症対 食 | 人 回 回 回 型通所介護】 応型通所介護 ※ 一人合を | 人 回 回 の の の の の の の の の の の の の | 人 回 回 の つ で下さい。 | | | | | | |

問名 病室・設備等の状況

| 1 建築延べ面積 | | | m ² | | | | |
|---------------------------|-------------------------|------|----------------|----------------|-----------|----------------|----------------|
| 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 | |
| A 時球が明 (3 原史老と落所 | 室数 | 1 71 | 延べ床面積 | ·=¬¬ı — | 室数 | 延べ床面積 | |
| A 病棟部門(入院患者と通所 ① 5人室以上 | ・外米忠石で共用 | | る時世中なるので | m ² | 室 | | m ² |
| ② 4人室 | | | | m ² | 室 | | m ² |
| ③ 3人室 | 至 | | | m ² | 室 | | m ² |
| ④ 2人室 | 室 | | | m ² | 室 | | m ² |
| ⑤ 個室 | 室 | | | m ² | 室 | | m ² |
| ⑥ 機能訓練室 | | | m^2 | | | | |
| ⑦ 談話室 | | | m ² | | | | |
| 8 食堂 | | | m ² | | | | |
| 9 浴室 | | | m ² | | | | |
| ⑩ シャワールーム | | | m^2 | | | | |
| ① その他 | | | m^2 | | | | |
| 病棟部門合計 | | | m^2 | | | | |
| B 通所・外来部門(通所・外 | 来患者だけで利用 | | | て下さい |) | | |
| ○ ×-c+m-r+*1 | 通所リハビリテーション | 介護 | 保険適用 | 2 | | 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) | | | m ² | | m ² | |
| | 通所介護 (介護予防含む) | | 1 | m ² | | | |
| | 認知症対応型通所介 護(介護予防含む) | | | m ² | | | |
| ② 一般外来部・待合いホール | | | | | | m^2 | |
| ③ その他 | | | m ² | | | | |
| 外来・通所部門合計 | | | m^2 | | | | |
| C 管理部門等 | | | | | | | |
| ① 給食部 | | | m ² | | | | |
| ② その他 | | | m ² | | | | |
| 管理部門等合計 | | | m ² | | | | |
| 3 居宅サービスに係る専用延り | 、 床面積 ^{※2} | | | | | | |
| | | | m ² | | | | |
| | | | | | | | |

※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、ディ・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(図)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。

| | 弾と町架 | 常勤 | 非常勤 | | | | |
|----|---|------------|-----------|--|--|--|--|
| | 職員配置 (平成23年3月末日現在) | (小数点1位まで) | (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) | <u>.</u> 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】

職員の1週間の勤務時間

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〉 職員の1ヶ月の勤務時間

施設が定めている1週間の勤務時間×4(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O.1に満たない場合は、「O.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 | \Rightarrow | 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 | \Rightarrow | 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 日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。

| ※ 派遣社員で対応している職種がある場 | T | | w SS SS | | .ري | <u></u> | | | 24 | | | 23 [±] | ₹3 <u>F</u> |]分 |
|----------------------------|--------|---------|------------------|------------------------|------|---------|--------------------------|---------------|----|--------|---|-----------------|-------------|----|
| | 換算 | 常 | / ₁ A | 勤 | | | | 非 換算 | 常 | | 勤 | list | | |
| 職 種 | 人員 | 百万 | 給 ī | 料 于 | | 円 | 実人員 人 | 大員 人員 人 | 百万 | 給 ī | | 料 干 | | 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) | | | | | | | | | 白) | J | | Ŧ | | 円 |
| 24 看護・介護職員に係る夜勤手当 | (再掲) | | | | | | | | 百万 | J | | 千 | | 円 |
| 25 賞与 (年間支給額の1/12の額) |) | | | | | | 換算 | | 首 | | | 5 | | 円 |
| (1) 社会福祉 | 佐≒瓜भ田座 | 14 业学 | | +±\ <i>1→</i> | - Да | ·B | | . 人 | 百万 | 51 | | Ŧ | | 円 |
| 26 退職給与引当 職員共済 | | 十二寺 | | 掛け ² 成22 | | | ກ1/12) | | | | | | | 15 |
| | 福祉団体 | | \rightarrow | 掛け | | | D1/10) | | | | | | | |
| 退職金に関わ 退職手当る共済等への (3) 中小企業 | 退職金共 | 済制度 | \rightarrow | 掛け | 金 | 湏 | | | | | | | | |
| 加入 (複数回答可) (4) その他共 | | . לי חע | \rightarrow | 掛け | 金 | 頂 | | | | | | | | |
| (5) 退職給与3 | | | → (¾ | ² 成22 退職 | | | の1/12) ド 全 | | | | | | | |
| | ~(4)以外 | | | | | | ョ <u>亚</u> の1/12) | | | | | | | |
| (6) 退職金と | して支出 | 【平成 | 22年 | 度実 | 績σ |)1/1 | 12) | | | | | | | |
| 27 法定福利費(事業主負担・平成 | 22年度 | 実績の | 1/1 | 2) | | | | | 百万 | 5 | | Ŧ | | 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(2)医業・介護費用等(13頁)についてかける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 (1)医業・介護収益(本頁)および(ついて、それぞれ平成23年3月の1カ | (2) 医業・介護費用等(13頁) に |
| ※1 事業開始から1年に満たない場合には、事業開始からの終 算出して下さい。 | 圣過月数に応じて1ヶ月分を |
| (1)医業・介護収益 | 平成23年3月分 |
| 科目 | 金 額 |
| | |

| | | I | | | | | 平成 | ì23: | 年3月 | <u>分</u> |
|----|--|------|---|------|------|------|------|------|------|----------|
| | 科目 | | | | 金 | | 額 | | | |
| | | | Ē | 5万 | | | 干 | ı | | 円 |
| 医第 | 美収益 | | | | | | | | | |
| 介語 | 雙報酬収益 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 | | | | | | | | | |
| | (1)介護予防支援介護料収入 | | | | | | | | | |
| | (2)居宅介護支援介護料収益 | | | | | | | | | |
| | 介譜 | 医業収益 | | 医業収益 | 医業収益 | 医業収益 | 医業収益 | 展業収益 | 展業収益 | 医業収益 |

| 日万 干 | | 科目 | | | | 金 | 額 | |
|--|----|------------------------|-------|----------|----|---|---|---|
| (1) 施設介護料収入 | | | | Ī | 百万 | | 千 | 円 |
| 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 ア 訪問介護(介護予防含む) イ 訪問入治介護(介護予防含む) ウ 訪問看護(介護予防含む) ・ | 4 | 4 保険外の利用料による収益 | 小計 | | | | | |
| て 介護療養型医療施設 (2) 居宅介護サービス利用料収益 | | (1)施設介護料収入 | 小計 | | | | | |
| (2) 居宅介護サービス利用料収益 | | アの護老人保健施設 | | | | | | |
| 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) ウ 訪問看護 (介護予防含む) 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) つ 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 (1) ホームヘルプサービス収益 (障害者等) | | イの護療養型医療施設 | | | | | | |
| 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) 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) ク 居宅療養管理指導 (介護予防含む) フ を間対応型訪問介護 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 (1)ホームヘルプサービス収益 (障害者等) | | (2) 居宅介護サービス利用料収益 | 小計 | | | | | |
| □ 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 (1)ホームヘルプサービス収益 (障害者等) | | ア 訪問介護(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) 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) フ 複問対応型訪問介護 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 (1)ホームヘルプサービス収益(障害者等) | | イ 訪問入浴介護(介護予防含む) | | | | | | |
| 正 訪問リハビリテーション (介護予防含む) | | | | | | | | |
| プ 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) プ 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 (1) ホームヘルプサービス収益 (障害者等) | | | | | | | | |
| 日 | | オ 通所介護(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 (1)ホームヘルプサービス収益(障害者等) | | カ 通所リハビリテーション(介護予防含む) | | | | | | |
| ・ 介護収益 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 (1)ホームヘルプサービス収益(障害者等) | I | キ 福祉用具貸与(介護予防含む) | | | | | | |
| ・ 介護収益 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 (1)ホームヘルプサービス収益(障害者等) | 医 | ク 短期入所療養介護(介護予防含む) | | | | | | |
| 護収益 プ 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) | • | ケー居宅療養管理指導(介護予防含む) | | | | | | |
| 益 | 護 | つ 夜間対応型訪問介護 | | | | | | |
| 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 (1)ホームヘルプサービス収益(障害者等) | 益 | サ 認知症対応型通所介護(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 (1)ホームヘルプサービス収益(障害者等) | | シ 小規模多機能型居宅介護(介護予防含む) | | | | | | |
| の) 5 その他の事業収益 (1)ホームヘルプサービス収益(障害者等) | | ス 認知症対応型共同生活介護(介護予防含む) |) | | | | | |
| 5 その他の事業収益 (1)ホームヘルプサービス収益(障害者等) | | | も | | | | | |
| (1)ホームヘルプサービス収益(障害者等) | 5 | 5 その他の事業収益 | 小計 | | | | | |
| (2)介護予防事業者からの委託に係る収入 | | (1)ホームヘルプサービス収益(障害者等) | 7 2.1 | | | | | |
| | | (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 | | (3)特定老人保健施設療養費 | | | | | | |
| (4)介護報酬査定減 ▲ | | (4)介護報酬査定減 | 4 | A | | | | |
| (5)介護職員処遇改善交付金受入額 | | (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) | | (6) その他(消費税等を含む) | | | | | | |
| 収益計(医業収益+介護報酬収益) | 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
- ※ 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

コ 租税公課

徴収不能損失

シ その他の経費(ア~サに該当しないもの)

サ

平成23年3月分 科 目 余 쬠 千 円 百万 給与費 うち介護職員処遇改善交付金による支出 医薬品費 3 給食用材料費 診療材料費 · 医療消耗器具備品費 4 5 経費 計 ア 福利厚生費 1 通信費 ウ 消耗品費 工 消耗器具備品費 \blacksquare オ 車両費 医 業 力 光熱水費 キ 修繕費 介 護 ク 賃借料 費 小計 用 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)

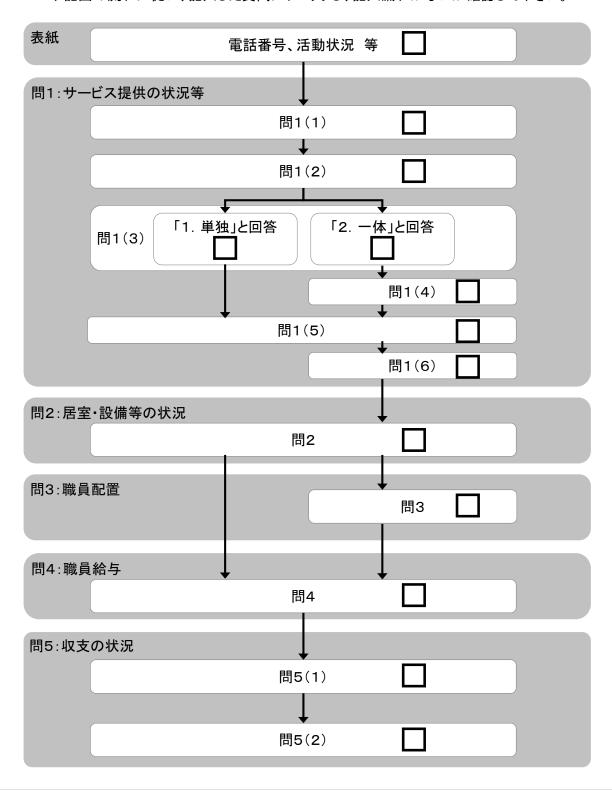
| | | | 科 目 | | _ | | 金 | 額 | | | |
|------|-----|--------------|--------------------------------|------------------|-------|-------------|---|------|---|---------|---|
| | | = =-: | | | | <u> </u> | | 千 | | | 円 |
| | 6 | 委託 | اه | | | | | | | | |
| | | ア | 派遣委託費 | | | | | | | | |
| | | 1 | 患者用給食委託費 | | | | | | | | |
| | | 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 | | | | | | | | |
| I | | カ | 各種器械保守委託費 | | | | | | | | |
| 医業 | | + | その他の委託費(ア〜カに該当しないもの) | | | | | | | | |
| • | 7 | 減価 | 賞却費計 | | | | | | | | |
| 介護 | | ア | 建物及び建物付属設備減価償却費 | | | | | | | | |
| 護費用 | | 1 | 医療用器械設備減価償却費 | | | | | | | | |
| 73 | | 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) | | | | | | | | |
| | 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 E | 医業・ | 介護 | 外費用計 | | | | | | | | |
| | うち | 支払 | | | | | | | | | |
| V ‡ | 持別損 | | | | | | | | | | |
| | | ·一 特別 | <u>計</u> 利益 | | | | | | | | |
| | | 特別 | | | | | | | | | |
| VI # | 党金 | | | | | | | | | | |
| V1 1 | | | マノ から1年に満たたい提会には、東業開始からの終過E | 7 # <i>F I</i> - | ر ہے۔ | , – | | | 1 | <u></u> | |

^{※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。

<u>ご回答ありがとうございました。</u> 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。

^{※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。

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、<u>4月30日まで</u>にポストに投**函**して下さい (切手は不要です)。

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 F | FAX番号 | | (|) | |
| 3 E | Eメールアドレス | | | @ | |
| 4 | 回答担当者 | お名前 | | (役職 |) |
| (5) 4 | 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 !Pを | □ 活動中 | ı — | 内側へお進み下さい - | |
| | お願いします | □ 休止 - | | ・・・ 今回の調査にご回答いただく。 お手数ですがこのまま調査票 | |

4月30日までにご投函をお願いします

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

【調査票にご記入いただく前に】

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

表紙について

○ 表紙に記載されているご住所、事業所名等に誤りや訂正がございましたら、*集書き*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、複数の介護保険サービスを行っている場合に、それぞれの介護保険サービスの会計を区分していることをいいます。
- 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

1 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

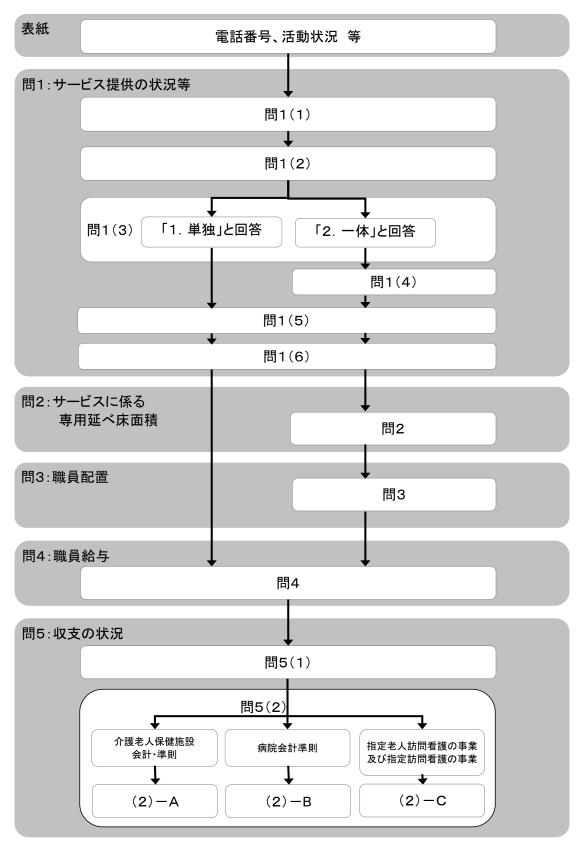
■「指定老人訪問看護の事業及び指定訪問看護の事業の会計経理準則」に基づいた会計を行っている場合

」問5(1)収益

へのご記入をお願いします

|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|お願いします

記入の流れ



問1 サービス提供の状況等(事業所全体の概要)

| (1 |) | 業所の開設年月を西暦で記入して下 | さい | ١. | | | | | | | | | |
|-----|-----------|------------------------------------|-------------|----------|-------------|----------------------|---|-------------|--------------|-----------------|-------|------|------------------|
| | ~ す 5暦 | 年 月 | CV | •0 | | | | | | | | | |
| Ľ | صالك | + | | | | | | | | | | | |
| (2 | 2) 紅 | 経営主体として該当するものを、下詞 | はり |)-5 | 選ん | って習 | 号を | 記り | \U | て下る | さい。 | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | 1. | 国・都道府県 6. 7 | +会 ネ | 富祉協 | な議会 | | | | | | 9 |). 営 | |
| | - | | | | | | 会福; | 計協 | 議会 | 以外 | | | その他の法人 |
| | 3. | 広域連合・一部事務組合 8. を | | | | | _,,_ | 111 1/3/3 (| | -2.71 | | | 個人 |
| | 4. | 日本赤十字社・社会保険関係団体 | | | | | | | | | | | |
| | 5. | 医療法人 | | | | | | | | | | | |
| (3 | ≀) ∌ | 長紙に記入されている調査対象サーヒ | ゛マに | おけ | トスチ | ≥≣ + <i>0</i> |) <u> </u> | 小十八 | ⊋ <i>l</i> ; | ついて | _ | | |
| (C | | 下記より選び、番号を記入して下さ | | -0017 | 02 | X 11 0 |) <u>(</u> | J 1/ (// | . ڪان | - 0 · | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | 1. | 単独会計:調査対象サービス単独 | (調査 | 查対象 | 東サ・ | 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 | カサー | ービス | ス等の | <u>ヒー</u> (| 本的 | こ会 | 計を | 行っ | てい | る | |
| (1 |) T | | (N) | 1. | マャ |) <i>Z</i> */ | 1 指示 | まに名 | ۲¬- | て下 2 | さい | | |
| (¬ | -/ 1 | | | | | | | | | | | | |
| | |] 単独会計 ⇒ 問1(4)は記 調査対象サービ | 2入7 | 下要で | です。 -≡⊐- | 間: | 1 (! | 5) [| こ記. | 入後, | 、問、後人 | 1 (| (6) のうち (5さい) |
| | | 過量別象り一 | _人() | ノ州刺に | _60/ | (U, | | + (| IUF | 4) / | 、進れ | , (| LGA1º |
| | | 一体会計 ⇒ 下記表に、調査 | 致 | マナ- | -ビン | スと- | 一体的 | 的に記 | 会計 | を行 | ってに | ハる | サービスの |
| | L | 事業所番号を記 | 1人5 | ノてT | 「さい |)° | | | | | | | |
| | | サービスの種類 | | | | 3 | 1 学 1 | 听番· | = | | | | 7 |
| | | (居宅 | サー | ビス |) | - | <i>P K I</i> | ЛШ | | | | | |
| | ア | 介護予防訪問介護 | Ĺ | <u> </u> | | | | | | | | | 7 ./0\@+ |
| | 1 | 訪問介護 | | | | | | | | | | | }⇒(6)①も記入 |
| | 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 |
| | 力 | 訪問看護 | | | | | | | | | | |) /(0/ @ Olla)(|
| | + | 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 | | | | | | | | | | | J |
| | ケ | 介護予防通所介護 通所介護 | | | | | | | | | | | }⇒(6)④も記入 |
| | サ | <u> </u> | | | | | | | | | | | _ |
| | シシ | 通所リハビリテーション | | | | | | | | | | | }⇒(6)⑤も記入 |
| | ス | <u> </u> | | | | | | | | | | | ر ا |
| | 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 | | | | | | | | | | | |
| | 7 | 特定施設入居者生活介護 | | | | | | | | | | | |
| | ナー | 介護予防支援 | | | | | | | | | | | →(6)⑧も記入 |
| | | 居宅介護支援 | | | | | | | | | | | |

(次頁へ続く)

(4) の続き

| | (地域密着 | 型サ | トーヒ | (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 | | | | | | | |
| /\ | 介護予防小規模多機能型居宅介護 | | | | | | | |
| L | 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 | | | | | | | |
| ^ | 認知症対応型共同生活介護 | | | | | | | |
| 木 | 地域密着型特定施設入居者生活介護 | | | | | | | |
| abla | 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | (施設: | ナート | ビス] |) | | | | |
| 111 | 介護老人福祉施設 | | | | | | | |
| Δ | 介護老人保健施設 | | | | | | | ⇒(6)⑨も記入 |
| X | 介護療養型医療施設 | | | | | | | ⇒(6)⑪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 | 介護保険適用 | 病棟・室 | 床 | 人 | 人 | | |
| 療養病床 | 医療保険適用 | 病棟・室 | 床 | 人 | 人 | | |
| | 老人性認知症 患療養病棟 | 病棟・室 | 床 | 人 | 人 | | |

| | 対象サービスにチェック(、し、問4(10頁)に進ん ⁻ | | の太枠内に | |
|-------------------------------------|--|------------|-------------|-------|
| 記入さら | "調査対象サービスにチェッ、して下さい。 らに問1(4)(1~2頁) :ック(☑)し、それぞれの | で事業所番号を記 | 込したサービ | |
| 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 | 3月中) 時間 | | | |
| J CALLACE SSIEGA (C | | | | |
| 【イ 訪問介護】 | | | | |
| 介護保険利用者へのサービス | 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 |
| 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) | | | | |
| 延べ訪問回数 | | | | |
| 訪問時間合計 | | · | | |
| ②【才 介護予防訪問看護】 | /【力 訪問看護】 | | | |
| 【才 介護予防訪問· | | | | |
| 実利用者数(3月中) | 要支援1 | | その他(認 | 定申請中) |
|)(13/15 Ll xx (0/3 1 / | 人 |) | | 人 |
| (再掲)健康保険法等 による併給者数 ^{※1} | 人 → うち高齢者の図 | 医療の確保に関する法 | · 律 | 人 |
| 介 | 延べ訪問回数 | | | |
| 護 看護師、保健師 | | | | |
| 求 請険 准看護師 | | | | |
| 問 じ PT、OT、ST | | | | |
| | | | | |
| 回 よ 夜間又は早朝 (再掲) | | 深夜(再掲) | | |
| 数る(再掲) | □ □ → うち高齢者の8 | | (律) | |
| 数る(再掲) | | 医療の確保に関する法 | | |

(6) 下記の該当する項目の口にチェック(☑) し、指示に従って下さい。

| | | 【た | 訪問看護】 | | | | | 隻のサービスを3)て記入して下さ | |
|-----|-------------|----------------------|---------------------------------|--------|----------|----------------|---------------------|----------------------|---------------------------------|
| 美 | €利 | 用者数 | 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 |
| | | | 3)健康保険法等 る併給者数 ^{※1} | | 人 → うち高齢 | 計者の医療の確 | 保に関する法律 | # | 人 |
| | | 介護 | | 延べ訪問 | 回数 | | | | |
| | 清水 | 保 | 看護師、保健師 | i | | | | | |
| F | Dil | 請険 求法 | 准看護師 | | | | | | |
| l l | 問 | によ | PT、OT、ST | | | | | | |
| 娄 | 回 数 | る | 夜間又は早朝 (再掲) | | | 深夜(| (再掲) | | |
| 3 | ^ 3 ■ | 健まる | 看護師、保健師 | | □ → うち高歯 | 命者の医療の確 | 保に関する法律 | # | |
| | 申) | よる請求※1健康保険法等に | 准看護師 | | □ → うち高歯 | 命者の医療の確 | 保に関する法律 | ₽ | |
| | | [※] 等 1に | PT、OT、ST | | □ → うち高歯 | 命者の医療の確 | 保に関する法律 | ₽ | |
| | 7 | 【そ | の他の訪問看 | 護のサービ | スの提供状況 | 7.】 も利用 | 月せず、健康保険 | | 防含む)を一度 訪問看護を利用 |
| | | | _ | | 健康仍 | 除法等 | | マの仏 (亡 | 山地 |
| | | | | | | | 医療の確保に関 法律 | その他(自 | 田类的专人 |
| 美 | €利 | 用者数 | 数(3月中) | | 人 | | 人 | | 人 |
| | | 保険によ | 看護師、保健師 | | □ → うち高歯 | 命者の医療の確 | 保に関する法律 | # | |
| - | る請 | によ 求別 回数 | 准看護師 | | □ → うち高歯 | 命者の医療の確 | 保に関する法律 | ₽ | |
| | (3F |]中) | PT, OT, ST | | □ → うち高歯 | 令者の医療の確 | 保に関する法律 | ₽ | |
| | | | 呆険法の利用を いて計上して | | 月中に急性性 | 曽悪等の理由 | で健康保険法 | 法等による訪! | 問看護を利用 |
| | | | | | | | | | |
| 3 [| ' ± | 介譜 | 養予防訪問リハ | ビリテーシ | ョン】/『ク | 7 訪問リハ | ビリテーショ | a `/] | |
| | $\dot{}$ | | | | | ※介語 | 護保険法の介護予 | 5防訪問リハビリ | |
| | | [+ | - 介護予約訪 | 問リハビリ | テージョン】 | | こ人を3月中に17 して下さい。 | 度以上利用した。 | 当の状況につい |
| | | | | 要支 | | 要支 | 援2 | その他(認 | |
| 辿 | Ŀ^`; | 訪問0 |]数(3月中) | | | | | | |
| | ⊐ | 【ク | う 訪問リハビ | リテーショ: | ン】 | | に1度以上利用 | Jハビリテーショ した者の状況に: | ンのサービスを ついて記入して |
| | | | | 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 | Ĕベ | 訪問回 | 回数(3月中) | | | | | | |
| C | | 【そ | その他の訪問リ | ハビリテー: | ション】 | (介語 みに。 | 護予防含む)を- | -度も利用せず、 Jテーションサー | ・ションサービス 健康保険法等の ・ビスを利用する |
| | | | | | 健康保 | 険法等 | | | |
| | | | | | | | 医療の確保に関 法律 | | |
| _ | | | 敛(3月中) | | 人 | | 人 | | |
| 迎 | Ĕベ | 訪問回 |]数(3月中) | | | | | | |

| ④【ケ 介護予防通所介 | 「護】/【コ 通所介護】 | | |
|---|---|-------------------------------|--|
| 【ケ 介護予防 | 5通所介護/コー通所介護】 | を <i>あわせた</i> サービスの提供 | 共 状況 |
| 食事延べ提供数(3月 | 中) | 食 | |
| 送迎の状況 | 型延べ実施回数 | 回 ※ 一人に対 場合を1 | プレて片道の送迎を行った 回と数えて下さい。 |
| (3月中) | 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 送った |)人を迎えに行き、 E場合は2回になります。) |
| | | | |
| 【サ 介護予防 | <mark>Jハビリテーション/シ 通</mark> 5通所リハビリテーション/3 -ビスの提供状況 | | ョン】を |
| 食事延べ提供数(3月 | | 食 | |
| 送迎 | 型延べ実施回数 | 回 ※ 一人に文 担合を4 | プレて片道の送迎を行った 回と数えて下さい。 |
| | 55通常の事業実施地域 1 000000000000000000000000000000000000 | | 回と数えて下さい。)人を迎えに行き、 :場合は2回になります。 |
| | スパの区距延べ关旭回数 | | |
| | | <u> </u> | |
| ⑥【チ 介護予防短期入 | 、所療養介護】/【ツ 短期 | 入所療養介護】 | |
| | 、、所療養介護】/【ツ 短期」 。 短期入所療養介護】 | 入所療養介護】 | |
| | | 入所療養介護 】 要支援2 | その他 ^{※1} |
| (チ 介護予防 療養病床等を有 る病院 | 短期入所療養介護】 要支援1 | | その他 ^{※1} 人 |
| 原養病床等を有 る病院 (実 3利 の関係である。 の関係である。 の関係である。 の関係である。 の関係である。 のでも。 のでも。 のでも。 のでも。 のでも。 のでも。 のでも。 のでも | が短期入所療養介護】 要支援1 す 人 患 人 | 要支援2 | その他 ^{※1} 人 人 |
| 原養病床等を有る病院 (実3利 月用 療養病床等を の療養病床等を の療養病床等を | 短期入所療養介護】 要支援 1 す 人 患 人 | 要支援2 | ٨ |
| (チ 介護予防 療養病床等を有 る病院 実 老人性認知症疾 療養病棟 内用 療養病床等を | が短期入所療養介護】 要支援1 す 人 患 人 | 要支援2 人 | Д Д |
| (チ 介護予防を有る病院を有る病院・ 実 3利月用中者 クラック を 1 を 1 を 1 を 1 を 1 を 1 を 1 を 1 を 1 を | が短期入所療養介護】 要支援 1 す 人 患 人 人 | 要支援2 人 人 人 | Д Д |
| 「チ 介護予防を有る。 療養病床病院。症標等病の病療療療療療療療療療療療療療療療療療療療療療療療療療療療療療療療療療療療 | が短期入所療養介護】 要支援 1 す 人 患 人 析 人 す 人 | 要支援2 人 人 人 人 | Д Д |
| (3月中) (3月中) (31月中) (31月中) (31月中) (31月中) (31月中) (31月中) (31月中) (31月中) (31月中) (31月中) (31月中) | 短期入所療養介護】 要支援 1 す 人 ホ 人 ボ す 人 ボ す 人 | 要支援2 人 人 人 人 人 | Д Д |
| (3月中) (3月中) (3月中) (3月中) (3月中) (3月中) (3月中) (3月中) (3月中) (3月中) (3月中) (3月中) | 短期入所療養介護】 | 要支援2 人 人 人 人 人 | Д Д |

| | | | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 | その他※ 1 |
|------------------------|-----------------|---------------|------------------------------|--------|---------|----------------|--------------------------|-----------|
| | 療養病床等る病 | | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | · , |
| へ実 3利 | 老人性認知療養病 |]症疾患 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | , |
| 月用 中) 数 | 療養病床 有する診 | 等を | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | , |
| <i>x</i> x | 基準適合 | | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |) |
| ZT | 療養病床等る病院 | | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | , |
| (3 る る る 利 | 老人性認知療養病 |]症疾患 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |) |
| 3月中) | 療養病床 有する診 | 等を | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |) |
| 数 | 基準適合 | | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |) |
| <u>: 1</u> | 要介護認定 | を受けて | 非該当・要支 | 援と判定さ | れた人、要介 | 1護申請中の | 人を計上して | 下さい。 |
| • | 【チ 介語 | 雙予防短期 | 期入所療養介 | 護/ツ 短期 | 明入所療養介護 | 護】を <i>あわせ</i> | <u>#た</u> サービス | の提供状況 |
| 食事3 | ■ | (3月中) | | | 食 | | | |
| | | 送迎延 | べ実施回数 | | | ※ 一人に対場合を1 | | 迎を行った |
| | 迎の状況 (3月中) | | 通常の事業実 の送迎延べ実 | | | (一人の |))人を迎えに行 :場合は2回に7 | き、 |
| | | | | | | | | - |
| | | | | | れた人、要介 | で 護申請中の | 人を計上して | 下さい。 |
| | 護予防居宅療 「介護予院 | | 百等】/ 【店 養管理指導】 | 宅療養管理技 | | | | |
| ш | L) TIES J' P | 医師・強 | | | | | | |
| | | 型。 三 薬剤 | | | | | | |
| | で利用者数 | 看護 | | | | | | |
| | (3月中) | 歯科衛 | 新生士 三 | | | | | |
| | | 管理第 | 養士 | 人 | | | | |
| | 【居宅療養 | 養管理指導 | 事 】 | | | | | |
| | | 医師・歯 | 科医師 | 人 | | | | |
| | | 薬剤 | 型節 | 人 | | | | |
| | ド利用者数 (3月中) | 看護 | 職員 | 人 | | | | |
| | | 歯科衛 | 5年十 | 人 | | | | |
| | | | ·—— | | | | | |

| | 8 【ナ | 介護予防支援】/ | 【二 居宅介 | 護支援】 | | | | | | | | | | | |
|----|--------------------------------|-----------------------------------|------------------------|--------------|-----------------------|-----------------|--------|--------------------------|-----------------------|--|--|--|--|--|--|
| Γ | | 【ナー介護予防支援 | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 要支持 | 爰1 | 3 | 要支援2 | そ | の他(認定 | 注申請中) | | | | | | |
| | 実利用 | 用者数(3月中) | | 人 | | | 人 | | 人 | | | | | | |
| ď | うち | 新規の実利用者数 (3月中) | | 人 | | | 人 | | 人 | | | | | | |
| | | 宅介護支援事業所に している実利用者数 | | \ \ | | | | | | | | | | | |
| ll | (3月中) | | | | | | | | | | | | | | |
| ╏ | 【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 3実利用者数(3月中) | | 人 | | | | | | | | | | | |
| | | の他には、申請中および | ケアプランの(| 衣頼を受けた | が給付管理に | こ至らなかっ | た利用者の | 人数を記入し | て下さい。 | | | | | | |
| Ļ | | 【ナ 介護予防支 | 援/二 居9 | 之介誰古垤` | トをあわれ | サキサービ | つの埋供! | | | | | | | | |
| | 亜ィ | 1護認定調査の | | | 1 C <u>0017 C</u> | <u>=/L</u> | | ////u | | | | | | | |
| | | 件数(3月中) | 1/2 | ‡ | | | | | | | | | | | |
| | | 言改修理由書の 法件数(3月中) | 12 | # | | | | | | | | | | | |
| | | ^=## /C/P##==0.1 | | | | | | | | | | | | | |
| () | | <u>介護老人保健施設</u> 【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 | | | | | | |
| | | 延べ在所者数 | 女// 设 / | 女月葭乙 | 女 月設3 人 | 女川設4 | 女川殴り 人 | | 利用*2 | | | | | | |
| | 一 般 | (3月中) 延べ外泊者数 | \ \ \ \ \ | 人 | | 人 | | | \ \ \ | | | | | | |
| | 棟 | (3月中) 延べ試行的退所者数 | \ \ \ \ \ | 人 | | | | | | | | | | | |
| | | (3月中) | 要介護1 | | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 | . 人 その他 ^{※1} | 特定 | | | | | | |
| | | 延べ在所者数 | 人 | 女 川設之 | 人 | 女 // 设 4 | 人 | 人 | 利用 ^{※2} 人 | | | | | | |
| | 専認 門知 | (3月中) 延べ外泊者数 | | 人 | | | ^ 人 | · | \ \ \ \ \ \ \ \ | | | | | | |
| | 棟症 | (3月中) 延べ試行的退所者数 | \ \ \ \ \ \ | 人 | | 人 人 | | | | | | | | | |
| | | (3月中) | | | | | | · | | | | | | | |
| | 1 | 食事(3月中) | 食事延べ | 正洪数 | L | 食 | | | | | | | | | |
| | うち療養食延べ提供数 | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 要介護認定を受けてい。 | | | | | | | | | | | | | |
| | | 特定老人保健施設 <i>入</i> 上して下さい。 | 、所首(半成 | 12年3月以 | 刈削から入 | かしている | る要介護者 | でない人見 | ガ省)を計 | | | | | | |

| (| 0【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 | がけて非該当・ | 要支援と判定 | 言された人、要 | 要介護認定申記 | 青中の人を計. | 上して下さい <mark>。</mark> | | | | | | | |

①【又 夜間対応型訪問介護】 【又 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 人 人 人 人 人 (3月中) 類型別延べ訪問回数 (3月 うち定期巡回 中) うち随時訪問 ※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。

| ②【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 <u>あわせた</u> 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 | 送迎延べ実施回数 | | ※ 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。 | | | | | | | |
| | (3月中) | うち通常の事業実施地域 以外の送迎延べ実施回数 | | (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

| =#: | r = | △= 1 | 医療等の介護保険 | 介護保 | 険事業 |
|-------|------------|-------------|----------------|----------------|-----------------|
| 諸室面積 | | 合計 | 以外の事業 | 合計 | うち、調査対象 サービス |
| 建物床面積 | 専用 | m | m [*] | m [*] | m [*] |
| 连彻外围惧 | 共用 | m² | m [*] | m [°] | m² |

[※] 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。
- 下記の計算式に従い、<u>調査対象サービスに従事する職員数(平成23年3月</u> 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 | 非常勤 |
|----|-----------------------------|-----------|-----------|
| | 明只 <u>的</u> 直 (平成20年3月本口玩任) | (小数点1位まで) | (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】

職員の1週間の勤務時間

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〉 職員の1ヶ月の勤務時間

施設が定めている1週間の勤務時間×4(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O.1に満たない場合は、「O.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 | \Rightarrow | 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 | \Rightarrow | 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。

亚成23年3月分

| | V/ HI | | | | | | | | | | 平成23年3月分 | | | | | | | |
|-----------------------------|--|------|---|------------|-------------|-----|-----|-------|----------|---|----------|----------|---|---------|---|-----------|--|--|
| | | 常 | 1 | 曹 | 벬 | | | | 非 | | 常 | | 葟 | | | | | |
| 職 種 | 換算 人員 | | i | 給 | 料 | | | 実人員 | 換算 人員 | | | 給 | | 料 | | | | |
| | 人 | Ĕ | 万 | | 于 | | 円 | 人 | 人 | | 百万 | <u> </u> | | 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 | 治圧師 | | | | | | | | • | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | • | | | | | | | | | |
| 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 | (| | | | | | | | • | | | | | | | | | |
| 23 通勤手当(再掲) | | | | | | | | | | | E | 万 | | + | | 円 | | |
| 24 看護・介護職員に係る夜 | 勤手当(再掲) |) | | | | | | | | | Ĕ | 万 | | 千 | | 円 | | |
| | | | | | | | | 換算 | 人員 | | | 5 | | | 5 | | | |
| 25 賞与(年間支給額の1/1 | 2の額) | | | | | | | | . 人 | | Ē | 万 | | 干 | | 円 | | |
| | 会福祉施設退職 | (手当 | 等 | → ; | 掛け | 金割 | Į. | | | | Ĕ | 万 | | Ŧ | | 円 | | |
| | 員共済に加入 国社会福祉団体 | - 開号 | | | | | | 1/12) | | | \perp | - | | | | + | | |
| 退職金に関わり | 職手当積立基金 | 記し加え | λ | → j (平成 | | | | 1/12) | | | | | | | | | | |
| る共済等への (3) 中 | 等への (3) 中小企業退職金共済制度 → 掛け金額 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (複数同答司) | に加入 (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20年度実績の1/40) | | | | | | | | | + | | | | | + | | | |
| | (平成22年度実績の1/12) (5) 退職給与引当金繰入の実施 → 退職給与引当金 | | | | | | | | | + | - | | | | + | | | |
| (. | 上記(1)~(4)以外 | k) | | (平成 | 文 2 2 | 年度: | 実績の | 1/12) | | | | | | | | \coprod | | |
| (6) 退職金として支出(平成22年度実績の1/12) | | | | | | | | | | | | | | | | Ш | | |
| 27 法定福利費(事業主負担 | | | | | | | | | | | | 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 | | |
|----------|---|----|--|---|---|----|---|---|--|---|
| | | | | | Ī | 百万 | ı | 千 | | 円 |
| | 医 | 業県 | X <mark>益</mark> 計 | | | | | | | |
| | 介 | 護幸 | 限酬収益 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) | | | | | | | |
| Ι | | | (4)訪問リハビリテーション(介護予防含む) | | | | | | | |
| 施設 | | | (5) 通所介護(介護予防含む) | | | | | | | |
| 運営 | | • | (6)通所リハビリテーション(介護予防含む) | | | | | | | |
| 施設運営事業収益 | | | (7)福祉用具貸与(介護予防含む) | | | | | | | |
| 収益 | | | (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 | | | | | | | |

| 円 |
|---|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

^{※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、指針に該当する口にチェック(☑)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 | ⇒ <u>(2) −A (13頁) に記入</u> |
|-----------------------------------|---------------------------|
| 病院会計準則 | ⇒ <u>(2) −B(15頁)に記入</u> |
| 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 | ⇒ <u>(2) −C(17頁)に記入</u> |

- ※ 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 | 2) | -A | | | | | 平成 | t23: | 年3月 | 月分 |
|---------|----|----------|------------------------|------|----|---|-------|------|-----|----|
| | | | 科目 | | | 金 | 額 | | | |
| | | | | Ē | 万百 | | 千 | | | 円 |
| | 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 | 給食用村 | 才料費 | | | | | | | |
| | 4 | 施設療養 | 隻材料費 ・ 施設療養消耗器具備品費 | | | | | | | |
| | 5 | その他の | D材料費 | | | | | | | |
| | 6 | 経費 | 計 | | | | | | | |
| | | ア福 | 利厚生費 | | | | | | | |
| I | | イ消 | 耗品費 | | | | | | | |
| | | ウ消 | 耗器具備品費 | | | | | | | |
| 施設 | | 工車 | 両費 | | | | | | | |
| 運 | | 才 光 | 熱水費 | | | | | | | |
| 運営事業等費用 | | 力修 | 繕費 | | | | | | | |
| 業等 | | 丰 賃 | 借料 小計 | | | | | | | |
| 費 | | 11 | | | | | | | | |
| 用用 | | ② 3 | 単物及び建物付属設備 | | | | | | | |
| | | 3影 | 2備器械 | | | | | | | |
| | | 43 | その他の賃借料(①~③に該当しないもの) | | | | | | | |
| | | ク保 |) | | | | | | | |
| | | 1 | B動車保険料(自動車損害賠償責任保険料含む) | | | | | | | |
| | | 27 | 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) | | | | | | | |
| | | | | | | | • | | | |

| | | | 科目 | Ī | 5万 | 金 | 額千 | | 円 |
|-----------|-----|----|------------------------|---|-----|---|----|--|----|
| | 7 | 委託 | 費 | | _/3 | | | | 13 |
| | | ア | 派遣委託費 | | | | | | |
| | | 1 | 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) | | | | | | |
| П | | 才 | 清掃委託費 | | | | | | |
| | | カ | 各種器械保守委託費 | | | | | | |
| 施設運営事業等費用 | | + | その他の委託費(ア〜カに該当しないもの) | | | | | | |
| 運営 | 8 | 研修 | 費 | | | | | | |
| 事業 | 9 | 減価 | 償却費 計 | | | | | | |
| 等 | | ア | 建物及び建物付属設備減価償却費 | | | | | | |
| 費用用 | | 1 | 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 | 本音 | 『費 | | | | | | |
| | 11 | その | O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) | | | | | | |
| | | | 事業外収益 計 | | | | | | |
| | | | 利息・配当金 | | | | | | |
| | | | 他の施設運営事業外収益(1に該当しないもの) | | | | | | |
| IV : | | | 事業外費用 計 | | | | | | |
| | うち | | 利息 | | | | | | |
| V | 特別損 | | <u>=</u> | | | | | | |
| | | | 利益 #8.#. | | | | | | |
| | 2 | | 損失 | | | | | | |
| | | つと | 5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

<u>ご記入ありがとうございました。</u> 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。

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。

- ※ 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
- ※ 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 | 2) | - | В | | | 平成 | ₹23 | 年3月 | 月分 |
|------|----|--------------|-------------------------|----|---|----|-----|-----|----|
| | | | 科目 | | 金 | 額 | | | |
| | _ | //^ — | ** | 百) | 5 | 干 | | | 円 |
| | 1 | 給与 | | | | | | | |
| | _ | | 5介護職員処遇改善交付金による支出 | | | | | | |
| | | | 品費 | | | | | | |
| | | | 用材料費 | | | | | | |
| | | | 材料費・医療消耗器具備品費 | | | | | | |
| | 5 | 経費 | اة | | | | | | |
| | | ア | 福利厚生費 | | | | | | |
| | | 1 | 通信費 | | | | | | |
| | | ウ | 消耗品費 | | | | | | |
| Π | | エ | 消耗器具備品費 | | | | | | |
| 医業 | | オ | 車両費 | | | | | | |
| 業・ | | カ | 光熱水費 | | | | | | |
| 介羅 | | + | 修繕費 | | | | | | |
| 介護費用 | | ク | 賃借料 小計 | | | | | | |
| 用 | | (| 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) | | | | | | |
| | | | 租税公課 | | | | | | |
| | | サ | 徵収不能損失 | | | | | | |
| | | シ | その他の経費(ア〜サに該当しないもの) | | | | | | |

| | | | | | | | | · · · | | | - 1170 | |
|------|------------------|------------------|--|------------------|---|----------------|---|-------|---|---|---------|----------|
| | | | 科 | | _ | _ - | 金 | | 額 | | | <u> </u> |
| | 6 | ∓ =1: | # | | | <u> </u> | | | 干 | | | 円 |
| | 6 | 委託 | اة | | | | | | | | | |
| | | ア | 派遣委託費 | | | | | | | | | |
| | | 1 | 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 | | | | | | | | | |
| Ι | | カ | 各種器械保守委託費 | | | | | | | | | |
| 医業 | | + | その他の委託費(ア〜カに該当しないもの) | | | | | | | | | |
| • | 7 | 減価 | 賞却費 計 | | | | | | | | | |
| 介護 | | ア | 建物及び建物付属設備減価償却費 | | | | | | | | | |
| 護費用 | | 1 | 医療用器械設備減価償却費 | | | | | | | | | |
| 713 | | 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) | | | | | | | | | | | |
| II 6 | 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 E | 医業・ | 介護 | 外費用 計 | | | | | | | | | |
| | うち | 支払 | | | | | | | | | | |
| V 4 | i 特別損 | 益 | ====================================== | | | | | | | | | |
| | | 特別 | | | | | | | | | | |
| | | 特別 | | | | | | | | | | |
| VI # | レ 発金 | | | | | | | | | | | |
| × 1 | | | ♡ から1年に満たたい場合には、事業関始からの終過E | 7 # <i>h l</i> : | | » - | | 7/\- | | 1 | <u></u> | |

^{※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。

<u>ご記入ありがとうございました。</u> 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。

^{※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。

- ※ 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
- ※ 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 | 2) | —(| | | | | 平成 | t 23 | 年3月 | 月分 |
|-----|-----|-----------|-------------------------|---|---|---|----|---------|-----|----|
| | | | 科目 | | | 金 | 額 | | | |
| | | | | 3 | 万 | | 千 | | | 円 |
| | 1 . | 人件 | 費 | | | | | | | |
| | | うち | 5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 | | | | | | | |
| I | | カ | 車両費 | | | | | | | |
| 事 | | + | 光熱水費 | | | | | | | |
| 事業費 | | ク | 修繕費 | | | | | | | |
| 用 | | 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) | | | | | | | |
| | | \supset | 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) | | | | | | | |

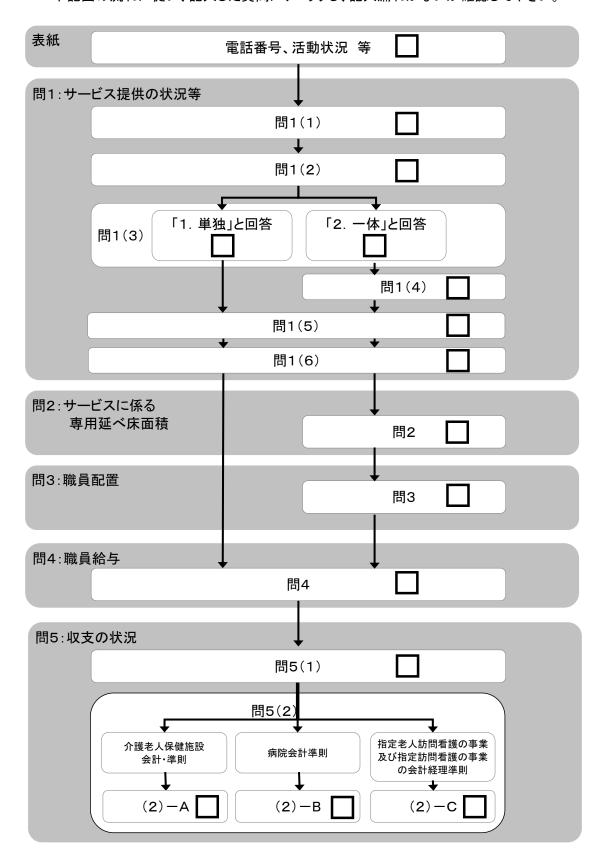
| | | | _ | | | | | | |
|-------|----------------------|------------------------|----------|---|----|---|---|--|---|
| | | 科目 | | | | 金 | 額 | | |
| | | | | Ī | 百万 | | 千 | | 円 |
| | 4 | 委託費 | H | | | | | | |
| | | ア派遣委託費 | | | | | | | |
| | | イ 清掃委託費 | | | | | | | |
| П | | ウ その他の委託費(ア〜イに該当しないもの) | | | | | | | |
| 事 | 5 | 減価償却費 | - | | | | | | |
| 事業費用 | | ア 車両船舶設備減価償却費 | | | | | | | |
| 用用 | | 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 言 | H | | | | | | |
| | 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 | H | | | | | | |
| | うち支払利息 | | | | | | | | |
| V 4 | 诗別損益 _言 | | | | | | | | |
| | 1 | 特別利益 | | | | | | | |
| | 2 | 特別損失 | H | | | | | | |
| | | 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。

<u>ご記入ありがとうございました。</u> 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。

^{※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。

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、<u>4月30日までにポストに投函</u>して下さい (切手は不要です)。

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) 1 | 電話番号 | (|) | |
|----------|---------------------|---------|----------------------------------|---|
| 2 I | FAX番号 | (|) | |
| 3 I | 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 DPを | □ 活動中 — | 内側へお進み下さい | |
| | お願いします | □ 休止 | 今回の調査にご回答いただく必 お手数ですがこのまま調査票を | |

4月30日までにご投函をお願いします

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

【調査票にご記入いただく前に】

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

表紙について

○ 表紙に記載されているご住所、事業所名等に誤りや訂正がございましたら、*集書き*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、複数の介護保険サービスを行っている場合に、それぞれの介護保険サービスの会計を区分していることをいいます。

問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

へのご記入をお願いします

⁷|問5(2)-B事業支出等:社会福祉法人会計基準

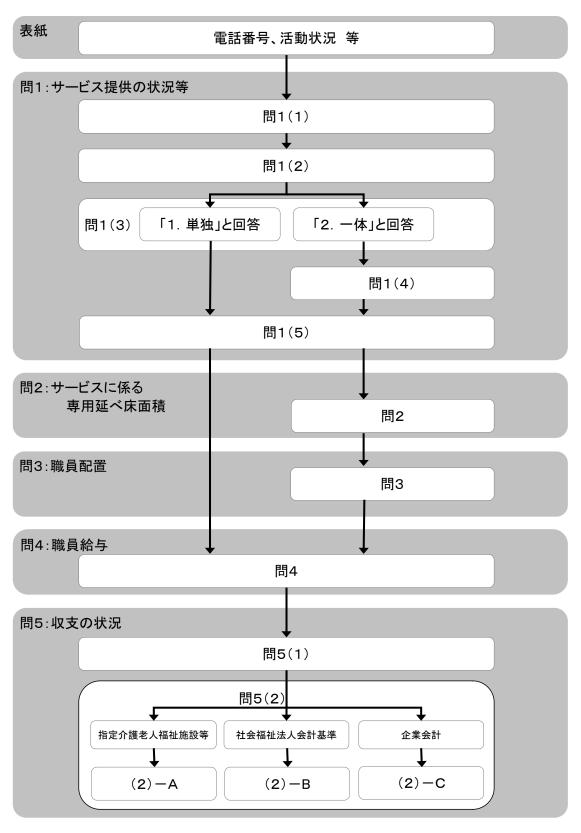
■「企業会計」に基づいた会計を行っている場合

問5(1)事業収入

へのご記入を お願いします

問5(2)-C事業支出等:企業会計

記入の流れ



| 問1 | サービス提供の状況等(事業所 | 全体の | 既要. |) | | | | | | | | | |
|--|------------------------------------|-----------------------|---------|------|--------------|------------|-------------|--------|----------|----------|-------------------|--|--|
| (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) 約 | | より—- | つ選ん | で来 | 무호 | :≣2.入 | 1,7 | 下六 | ۲۱,۱ | | | | |
| (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。 | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | 療法人 10. 営利 | | | | | | | | | • | | |
| | | 団は・匠 | | | | | | | | | 的利活動法人(NPO) | | |
| | . 広域連合·一部事務組合 8. 農 | | | | | | | - | | | | | |
| | | 費生活協 . > | 间組 | 合及(| び連び | 合会 | 13 | 3. | 1~ | 121 | XYN | | |
| 5, | . 社会福祉法人(社会福祉協議会以外 | () | | | | | | | | | | | |
| | 長紙に記入されている調査対象サービ | | する会 | 計の | 区分 | 状沉 | につ | いて | - | | | | |
| | 下記より選び、番号を記入して下さり | ١, | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | . 単独会計:調査対象サービス単独 | (調査対 | 象サ- | -ビフ | ス <i>の</i> 収 | ∇ λ | · 专出 | を | 円握` |) (| 会計を行っている | | |
| | 一体会計:調査対象サービス以外の | | _ | | | | | | | | 201 213 2 2 4 . 0 | | |
| | | | | | | | | | | <u> </u> | | | |
| (4) 7 | 下記の該当する項目の口にチェック(| 2) b , | それ | ぞれ | 指示 | に従 | って | 下さ | ٤८١° | | | | |
| | 7 単独会計 ⇒ 問1(4)は記 | | | | | | つうち | 調配 | | 柔サ・ | ービスの欄に | | |
| | 記入後、問4 | (8頁) / | へ進ん | νで下 | さい | ١, | | | | | | | |
| | - 一体会計 ⇒ 下記表に、調査 | | ービフ | 7 とー | -体的 | al: € | ミ計を | 行- | ってし | ハる: | サービスの事業所 | | |
| | 番号を記入して | | | `` | 17.0. | 5102 | 401 C | 15 - | <i>-</i> | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | サービスの種類 | | | ₹ | 業別 | 番も | | | | | | | |
| | · | ナービス | .) | | | ı | | ı | 1 | 1 | | | |
| ア | 介護予防訪問介護 | | | | | | | | | | }⇒(5)①も記入 | | |
| 7 | 訪問介護 | | | | | | | | | | J | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | |
| 力 · | 訪問看護 | | | | | | | | | | | | |
| + | 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 | | |
| | 通所介護 | | | | | | | | | | J | | |
| 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 ー | 短期入所生活介護 | | | | | | | | | | J | | |
| チ | 介護予防短期入所療養介護 | | | | | | | | | | | | |
| 17 | 短期入所療養介護 | | | | | | | | | | | | |

→(5)④も記入

-⇒(5)⑤も記入

(次頁へ続く)

テー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

居宅介護支援

(4) の続き

| | (地域密着 | 型サ | .–Ł | (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 | | | | | | | J 4(0)@ 0 mX |
| /\ | 介護予防小規模多機能型居宅介護 | | | | | | | |
| 匕 | 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 | | | | | | | |
| \wedge | 認知症対応型共同生活介護 | | | | | | | |
| 木 | 地域密着型特定施設入居者生活介護 | | | | | | | ⇒(5)④も記入 |
| $\overline{\forall}$ | 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: | ナーヒ | ゴス) |) | | | | |
| 111 | 介護老人福祉施設 | | | | | | | ⇒(5)⑥も記入 |
| Δ | 介護老人保健施設 | | | | | | | |
| X | 介護療養型医療施設 | | | | | | | |

| 単独会計 | | | にチェック (頁) に進んて | | れぞれの太枠内に | - | | | | | |
|---|--|--------------------------------------|-----------------------|--|---|---|--|--|--|--|--|
| 一体会計 | 記入し [*] さらに「 | て下さい。 問1 (4) | (1~2頁) | で事業所番 | 、それぞれの太格 号を記入したサー 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 | 養】 | | | | | | | | | |
| 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 再際介的 合計 | | | | | | | | | | | |
| | | 体介護 | 身体生活 | 生活援助 | 乗降介助 | 合計 | | | | | |
| 類型別延べ訪問回 | | 時間 | 回 問部 | | | | | | | | |
| 類型別延べ訪問時である。 | | 時 | 間時間 | 時間 | | | | | | | |
| 延べ訪問回数 | 早百百守人へ | (0) y - C. | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| お問時間合計 日間 日間 日間 日間 日間 日間 日間 日 | | | | | | | | | | | |
| 訪問時間合計 | | | В | 寺間 | | | | | | | |
| | 派介誰】 / | | | 寺間 | | | | | | | |
| ②【ケ 介護予防通 | <mark>所介護】/</mark> 予防通所介護 | | 介護】 | | ビスの提供状況 | | | | | | |
| ②【ケ 介護予防通 | 予防通所介護 | | 介護】 | | ビスの提供状況 | | | | | | |
| ②【ケ 介護予防通 【ケ 介護 食事延べ提供数(3 | 予防通所介護 | 隻/コ 通 | 介護】 | <i>わせた</i> サー | ビスの提供状況 ※ 一人に対して片道 場合を1回と数え | 道の送迎を行った で下さい。 | | | | | |
| ②【ケ 介護予防通 【ケ 介護 食事延べ提供数(3 | 予防通所介護 | 隻/コ 通 他回数 の事業実施: | 介護】 所介護】を あ | <i>わせた</i> サー | 一人に対して片道場合を1回と数え「一人の人を迎え | て下さい。 | | | | | |
| ②【ケ 介護予防通 【ケ 介護 食事延べ提供数(3 送迎の状況(3月中) | 予防通所介語 3月中) 送迎延べ実施 うち通常の 以外の送迎 | 護/コ 通 他回数)事業実施:]延べ実施 | 介護】 所介護】をある | <i>わせた</i> サー] 食] ロ] ロ | 一人に対して片道場合を1回と数え「一人の人を迎え | て下さい。 | | | | | |
| ②【ケ 介護予防通 【ケ 介護 食事延べ提供数(3 送迎の状況(3月中) | 予防通所介語 3月中) 送迎延べ実施 うち通常の | を回数 事業実施 で実施し で選】/【 | 介護】 所介護】をある 地域 回数 | わせた サー 食] 回 ** ** ** ** ** ** ** ** ** * | 一人に対して片道場合を1回と数え「一人の人を迎え | で下さい。 をに行き、 空回になります。) | | | | | |
| ②【ケ 介護予防通 【ケ 介護 食事延べ提供数(3 送迎の状況(3月中) | 予防通所介語 3月中) 送迎延べ実施 うち通常の 以外の送迎 期入所生活が 予防短期入所 | を回数 事業実施 で実施し で選】/【 | 介護】 所介護】をある 地域 回数 | わせた サー 食] ロ ** ** ** ** ** ** ** ** ** * | 一人に対して片道 場合を1回と数え 一人の人を迎え 送った場合は2 | で下さい。 だに行き、 | | | | | |
| ②【ケ 介護予防通 【ケ 介護 食事延べ提供数(3 送迎の状況 (3月中) 3【ソ 介護予防短 【ソ 介護 | 予防通所介語 3月中) 送迎延べ実施 うち通常の 以外の送迎 期入所生活が 予防短期入所 | を回数 事業実施 で実施 で選】/【 「生活介護 | 介護】 所介護】をある 地域 回数 | かせた サー 食 | ※ 一人に対して片道 場合を1回と数え (一人の人を迎え (送った場合は2 をあわせたサー | で下さい。 にて下さい。 に行き、 自回になります。 と になります。 と になります。 と に ない に ない に ない に ない に ない に ない に ない に | | | | | |

(5) 下記の該当する項目の口にチェック(☑)し、指示に従って下さい。

| | 定施設入居電視 | | | (| 特定的 | を設え | \居者生 》 | 舌介 | 護】/ | | | | |
|--------------------------------|---------|--------|----------|----------|-------------------|-----|---------------|-----|------------|----------------|--|--|--|
| 「テー介護予防特定施設入居者生活介護」 | | | | | | | | | | | | | |
| | | 要支 | 支援 1 | | | 要支 | 5援2 | | その他(| (認定申請中) | | | |
| 延べ利用者 (3月中) | 数 | | | 人 | | | | 人 | | 人 | | | |
| □ 【ト 特定 | 施設入居者生 | E活介護 | | | | | | | | | | | |
| | 要介護1 | 要介護2 要 | | | ↑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 | | | |
| 一 【 | 密着型特定的 | 超設入居 | 者生活 | 介護】 | | | | | | | | | |
| | 要介護1 | 要介記 | 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 | | | |
| | 援】/【二 | 居宅介 | 護支援 | 受】 | | | | | | | | | |
| | | 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 | | | | | |
| うち新規の実利が (3月中) | 用者数 | | | 人 | | | | | 人 | | | | |
| うち居宅介護支援事 委託している実利 (3月中) | | | ι, | | | | | | | | | | |
| 二 二 居宅 | 介護支援】 | | | | | | | | | | | | |
| | 要注 | 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 (3月中) | 用者数 | 人 | | 人 | | 人 | | 人 | 人 | 人 | | | |
| 介護予防支援事業所: している実利用者数 | | | 人 | | | | | | | | | | |
| ※1:その他には、申記 | 請中およびケア | プランの(| 依頼を受 | をけたか | [「] 給付管理 | 配至 | らなかった | 利用 | 者の人数を記 | 記入して下さい。 | | | |
| → 【ナ 介語 | 雙予防支援/ | 二居 | | 支援】 | を <u>あれ</u> | せた | サービス | スのž | 是供状況 | | | | |
| 要介護認定調査の数(3月中) | 受託件 | 14 | # | | | | | | | | | | |
| 住宅改修理由書の 数(3月中) | 作成件 | 作 | ‡ | | | | | | | | | | |

| 6 (≥ | 汀護石人倫仙 | 他設」/【マ | 地與密看空 | 介護老人福祉 | [施設人所有3 | 上活介護】 | | | | | | | | |
|---|---|--------------|----------------|----------------------------|---------|--------|-------|--|--|--|--|--|--|--|
| | 【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、 | | | | | | | | | | | | | |
| 施設サ | 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 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | | | | | | | |
| 延べる | (3月中) 、院、外泊者数 | 人 | 人 | | 人 | 人 | 人 | | | | | | | |
| | (3月中) 非該当の人であっ | ^ ^ | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| ш | 【マ 地域密 | | 福祉施設人所 | 者生沽介護】 | | | | | | | | | | |
| 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。 | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | |
| 受力度1 安力度2 安力度3 安力度3 を力度3 との延べ在所者数 (3月中) 人 人 人 人 人 人 | | | | | | | | | | | | | | |
| 延べる | (3月中) (3月中) | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | | | | | | | |
| | 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 | 1護認定申請中 | の人を計上し | て下さい。 | | | | | | | |
| — | | | | 善 型介護老人 | 福祉施設入所 | 者生活介護】 | | | | | | | | |
| 施設サ | ナービス提供数 | 次ペー | ジ「③【ソ : | 空床型)の利 介護予防短期 入して下さい | 入所生活介護 | | | | | | | | | |
| | | 食事延べ提供 | · 数 | É | | | | | | | | | | |
| 食事 | 1 (3月中) | うち唇巻色 | | <u> </u> | | | | | | | | | | |
| | | J J/KIRI | | | | | | | | | | | | |
| ⑦ (ヌ | 夜間対応型訪問 | 問介護】 | | | | | | | | | | | | |
| | 【ヌ 夜間対応 | 心型訪問介護 |] | | | | | | | | | | | |
| | | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 | その他※1 | | | | | | | |
| | 入 三利用者数 (3月中) | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | | | | | | | |
| | 延べ訪問回数 | | | | | | | | | | | | | |
| (3月中) | うち定期巡回 | | | | | | | | | | | | | |
| . / | うち随時訪問 | | | | | | | | | | | | | |
| <u>*1</u> : | 非該当の人であ | L って自書でサー | -ビスを利用し | ている人や要? | 个護認定申請¢ | の人を計上し | て下さい。 | | | | | | | |

| (8) | 「マープーズ 小護 | <mark>知症対応型通所介護】/【ノ 認知症対応型通所介護】</mark> 予防認知症対応型通所介護/ノ 認知症対応型通所介護】 たサービスの提供状況 |
|-----|----------------|--|
| | 食事延べ提供数(| 3月中) 食 |
| | | 送迎延べ実施回数 |
| | 送迎の状況 (3月中) | うち通常の事業実施地域 以外の送迎延べ実施回数 ー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 | 佳 | 合計 | 医療等の介護保険 | 介護保 | 険事業 | | |
|--------|-------------|----------------|----------|----------------|-----------------|--|--|
| · 电主通行 | · · · | □ ē l | 以外の事業 | 合計 | うち、調査対象 サービス | | |
| 建物床面積 | 専用 | m | m | m | m [*] | | |
| 建物水凹傾 | 共用 | m [*] | m³ | m [*] | m [*] | | |

[※] 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、<u>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</u>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。

| | | 常勤 | 非常勤 |
|----|-----------------------------|-----------|-----------|
| | 職員配置 (平成23年3月末日現在) | (小数点1位まで) | (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】

職員の1週間の勤務時間 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〉 職員の1ヶ月の勤務時間

施設が定めている1週間の勤務時間×4(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O.1に満たない場合は、「O.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 | \Rightarrow | 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 | \Rightarrow | 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。

| | アクトの1991至20 69 の300 | | | | | | | | | | | | <u>1</u> | | | [3月 | 分 |
|---|--|----------|----------|---------------|----------|-----------|----|----|-------|----------|---|-----|----------|---|----------|-----|---|
| | | | 常 | ו | İ | 勤 | | | | 非 | 1 | 常 | | 勤 |] | | |
| 職 | 種 | 換算 人員 | | Į Į | 给 | 料 | | | 実人員 | 換算 人員 | | | 給 | | 料 | | |
| | | 人 | Ĕ | 万 | | 千 | | 円 | 人 | 人 | | 百万 | | | <u> </u> | | 円 |
| • | 護(介護予防含む)の管理者 | | | | | | | | | • | | | | | | | |
| _ | 入居者生活介護の管理者 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| O |)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 | v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 | | • | | | | | | | | • | | | | | | | |
| | | • | | | | | | | | • | | 百万 | ī l | | 千 | | 円 |
| 24 通勤手当(再 | 悔 <i>)</i> ———————————————————————————————————— | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 25 看護・介護職 | 員に係る夜勤手当 | (再掲) | | | | | | | | | | 百万 | 0 | | Ŧ | | 円 |
| | /Λρτ. σ.4. /4. Ο σ.βτ.` | <u> </u> | | | | | | | 換算 | 人員 | | 賞 | | | <u>.</u> | ₹ | |
| 26 賞与(年間支持 | 和6月0ノ1/120ノ6月/ |) | | | | | | | | . 人 | | 8/3 |) | | + | | H |
| 27 退職給与引当 | (1) 社会福祉 職員共済 | | 手当 | 等 | → ; | | | | 1/12) | | | 百万 | 7 | | Ŧ | | 円 |
| 金の実施、 | (2) 全国社会 | | 職員 | | | 外とと | | | 1/12) | | | | | | | | |
| 退職金に関わる共済等への | 退職手当 | | | | | | | | 1/12) | | | | | | | | |
| 加入 | (3) 中小企業 に加入 | 退職金只 | () () () | 妥 | | 掛け は22 | | | 1/12) | | | | | | | | |
| (複数回答可) | (4) その他共 | 済制度に | 加入 | | | 掛け は22 | | | 1/12) | | | | | | | | |
| | (5) 退職給与3 (上記(1) | | | 包 | → | 退職 | 給与 | 引当 | 金 | | | | | | | | |
| (上記(1)~(4)以外)(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(| <u>└</u> 車業主負扣 • 亚戌 | つつ任度 | 宝繕/ | か 1 / | ′10` |) | | | | | | 百万 | 7 | | Ŧ | | 円 |
| | 子木工只记 干风 | ムム十次 | 人心 | リノ I / | رک۱ | <i>'</i> | | | | | | | | | | | |

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

| | | | 1 | | | | | ٧٧ | 40) | 1/1 |
|-----|---|---|---|---|----|---|---|----|-----|-----|
| | | 科 目 | | | | 金 | 額 | | | |
| | | | | Ē | 与万 | | 千 | | | 円 |
| | 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) | | | | | | | | |
| I | | (3) 通所介護(介護予防を含む) | | | | | | | | |
| 事業活 | | (4)福祉用具貸与(介護予防を含む) | | | | | | | | |
| 活動 | | (5)短期入所生活介護(介護予防を含む) | | | | | | | | |
| 収 | | (6)特定施設入居者生活介護(介護予防を含む) | | | | | | | | |
| 入 | | (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) | | | | | | | | |
| | | (1O) 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 | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |

| | | | | 科目 | | Ī | <u> </u> | 金 | 額千 | | 円 |
|------|---|-----|-----------|---------------------------------------|----------|---|----------|---|------|--|---|
| | 4 | 保 |) | の利用料による収入計 | | | | | | | |
| | | (- | 1) | 介護者人福祉施設介護サービス収入 小計 | | | | | | | |
| | | | ア | 介護老人福祉施設 | | | | | | | |
| | | | 1 | 地域密着型介護老人福祉施設 | | | | | | | |
| | | (2 | 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) | | | | | | | |
| | | | 1 | 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) | | | | | | | |
| | | | + | 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) | | | | | | | |
| | | | \supset | 認知症対応型共同生活介護(介護予防を含む) | | | | | | | |
| J | | | サ | 地域密着型特定施設入居者生活介護 | | | | | | | |
| 上事業活 | | | シ | その他の居宅介護サービス利用料収入 | | | | | | | |
| 未活: | | (3 | 3) | 管理費収入(消費税等を含む) | | | | | | | |
| 動収入 | | | | 5特定施設入居者生活介護(介護予防を含む)の保険 0利用料に係る収入 | | | | | | | |
| | | (2 | 4) | その他の利用料収入(消費税等を含む) | | | | | | | |
| | 5 | その | の他 | の事業収入 計 | | | | | | | |
| | | (- | 1) | 補助金収入 | | | | | | | |
| | | (2 | 2) | 市町村特別事業収入 | | | | | | | |
| | | (3 | 3) | 受託収入(消費税等を含む) | | | | | | | |
| | | (2 | 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 | の他 | の収入 計 | | | | | | | |
| | | (- | 1) | 入居金収入(消費税等を含む) | | | | | | | |
| | | | | 5特定施設入居者生活介護(介護予防を含む)の保険 0利用料に係る収入 | | | | | | | |
| | | (2 | 2) | 介護予防支援事業者からの委託に係る収入 | | | | | | | |
| | | (3 | 3) | 障害者等のホームヘルプサービス収入 | | | | | | | |
| | | (2 | 4) | その他(消費税等を含む) | | | | | | | |
| | 7 | 玉原 | 車補 | 助金等特別積立金取崩額 | | | | | | | |
| | 8 | 介訓 | 蒦郣 | 酬查定減 | A | | | | | | |
| 事業 | 活 | 動収 | 又入 | <u></u> | | | | | | | |
| | | | | | | | L | | | | |

(2) 事業支出等

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

| 指定介護老人福祉施設等会計処理等取扱指導指針 | ⇒ <u>(2) −A (11頁) に記入</u> |
|------------------------|---------------------------|
| 社会福祉法人会計基準 | ⇒ <u>(2) −B(13頁) に記入</u> |
| 企業会計 | ⇒ <u>(2) −C(15頁) に記入</u> |

- ※ 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 | 2) |) — | Д | | | | 平成 | ž23: | 年3月 | 月分 |
|---------|----|-----|---------------------------------|---|----|---|----|------|-----|----|
| | | | 科目 | | | 金 | 額 | | | |
| | I | | | E | 万百 | | 千 | | | 円 |
| | 1 | 人件 | 费 | | | | | | | |
| | | うち介 | 護職員処遇改善交付金による支出 | | | | | | | |
| | 2 | 経費 | == | | | | | | | |
| | | (1) | 直接介護支出 小計 | | | | | | | |
| | | ア | 給食材料費 | | | | | | | |
| | | 1 | 介護用品費 | | | | | | | |
| | | ウ | 消耗器具備品費 | | | | | | | |
| | | エ | 車輌費 | | | | | | | |
| П | | 才 | 光熱水費 | | | | | | | |
| 事業 | | カ | 燃料費 | | | | | | | |
| Ⅱ事業活動支出 | | + | その他の直接介護支出(ア〜カに該当しないもの) | | | | | | | |
| 型 支 | | (2) | 一般管理支出 小計 | | | | | | | |
| 出 | | ア | 福利厚生費 | | | | | | | |
| | | 1 | 旅費交通費 | | | | | | | |
| | | ウ | 研修費 | | | | | | | |
| | | エ | 通信運搬費 | | | | | | | |
| | | 才 | 事務消耗品費 | | | | | | | |
| | | カ | 印刷製本費 | | | | | | | |
| | | + | 広報費 | | | | | | | |
| | | ク | 修繕費 | | | | | | | |
| | | ケ | 保守料 | | | | | | | |

| | | 科目 | | 百万 | 金 | 額千 | | 円 |
|--------|-----|---------------------------|---|----|---|----|--|---|
| | | コ 賃借料 小道 | + | | | | | |
| | | 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) | | | | | | |
| | | サー保険料 小道 | + | | | | | |
| | | 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 小道 | t | | | | | |
| I | | ①派遣委託費 | | | | | | |
| 事業 | | ②給食委託費 | | | | | | |
| 事業活動支出 | | ③送迎委託費 | | | | | | |
| 支 | | 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 | † | | | | | |
| | | 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 | | | | | | |
| | | 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) | | | | | | |
| Ш | | | + | | | | | |
| | | 借入金利息補助金収入 | | | | | | |
| IV | | | + | | | | | |
| | | 借入金利息 | | | | | | |
| | 特別収 | | | | | | | |
| VI | 特別支 | Ī | + | | | | | |
| | | 会計区分外繰入金支出 | | | | | | |
| | | ち法人本部に帰属する経費:役員報酬等 | | | | | | |
| | うち | 法人税等 | | | | | | |

<u>ご記入ありがとうございました。</u> 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
- ※ 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 | | | Ψ | 成23 | 3年3月分 |
|----------|------|-------------------------|----|---|--------|-----|-------|
| | | 科 目 | | 金 | 客 | 頁 | |
| | | | 百万 | | Ξ | F | Ę |
| | 1 人 | 件費支出 | | | | | |
| | うち | 5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 | | | | | |
| | 1 | 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 | | | | | |
| | + | 水道光熱費 | | | | | |
| | ク | 燃料費 | | | | | |
| | ケ | 修繕費 | | | | | |
| | | 通信運搬費 | | | | | |
| I | サ | 広報費 | | | | | |
| 事 業 | シ | 業務委託費 小計 | | | | | |
| Ⅱ事業活動 | (| ①派遣委託費 | | | | | |
| 動 | C | 2給食委託費 | | | | | |
| 支出 | | 3送迎委託費 | | | | | |
| | (2 | ④清掃委託費 | | | | | |
| | (| うその他の委託費(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) | | | | | |
| | C | 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 | | | | | |
| | C | 3設備器械 | | | | | |
| | (4 | 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) | | | | | |

| | | | | | | | | (13 | 3/ 1/ | グが元く | |
|---------------------------------------|----|--------|---|-----|---|----|---|-----|-------|----------|---|
| | | | 科目 | | | | 金 | | 額 | | |
| | | | | | Ē | 5万 | | | 千 | | 円 |
| | 3 | | 三業費支出 | 計 | | | | | | | |
| | | ア | 給食費 | | | | | | | | |
| | | 1 | 保健衛生費 | | | | | | | | |
| | | ウ | 水道光熱費 | | | | | | | | |
| | | I | 燃料費 | 小計 | | | | | | | |
| | | | ①車輌分 | | | | | | | | |
| | | | ②その他 | | | | | | | | |
| | | オ | 消耗品費 | | | | | | | | |
| | | 力 | 器具什器費 | | | | | | | | |
| | | + | 賃借料 | 小計 | | | | | | | |
| п | | | ①土地 | | | | | | | | |
| 事 | | | ②建物及び建物付属設備 | | | | | | | | |
| 事業活 | | | ③設備器械 | | | | | | | | |
| 一直動 | | | ④その他(①~③に該当しないもの) | | | | | | | | |
| 支 | | ク | 教育指導費 | | | | | | | | |
| 出 | | ケ | 就職支度費 | | | | | | | | |
| 続 | | \Box | 雑費 | | | | | | | | |
| き | | サ | その他経費(ア〜コに該当しないもの) | | | | | | | | |
| | 4 | 派 | 越価償却費 | 計 | | | | | | | |
| | | ア | 建物及び建物付属設備減価償却費 | | | | | | | | |
| | | 1 | 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 | 徎 | 收収不能額 | | | | | | | | |
| | 6 | 5 | 当金繰入(退職給与引当金は除く)※1 | 計 | | | | | | | |
| | | ア | 徵収不能引当金繰入 | | | | | | | | |
| | | 1 | 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 | | 5動支出計(1~6の合計) | | | | | | | | |
| <u> </u> | 事業 | 活 | 動外収入 | 計 | | | | | | | |
| | う | ち借 | 表 計入金利息補助金収入 | - 1 | | | | | | | |
| IV § | | | 動外支出 | 計 | | | | | | | |
| | | | 表 | āl | | | | | | | |
| V | | 川収 | | | | | | | | | |
| | | J文 | | ≡⊥ | | | | | | | |
| \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ | | | 出 試計区分外繰入金支出 | 計 | | | | | | | |
| | | | 5法人本部に帰属する経費:役員報酬等 | | | | | | | | |
| L | Ĺ | | 25334年は「6 334年)、15年代の1975年) 35334年によるは、16年代の1975年) | \\ | | | | | | | |

^{※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。

<u>ご記入ありがとうございました。</u> 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
- ※ 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 | 2) |) . | -C | | | 平成 | 23: | 年3月 | 月分 |
|----|----|--------|---|----|---|--------|-----|-----|----|
| | | | 科 目 | 百万 | 金 | 額 千 | | | 円 |
| | 1 | J | (件費 | | | | | | |
| | | うれ | 5介護職員処遇改善交付金による支出 | | | | | | |
| | 2 | 糸 | 對 計 | | | | | | |
| | | ア | 給食材料費 | | | | | | |
| | | 1 | 車輌費 | | | | | | |
| | | ウ | 光熱水費 | | | | | | |
| | | エ | 福利厚生費 | | | | | | |
| | | オ | 旅費交通費 | | | | | | |
| | | カ | 研修費 | | | | | | |
| | | + | 通信運搬費 | | | | | | |
| | | ク | 修繕費 | | | | | | |
| П | | ケ | 賃借料 小計 | | | | | | |
| 一 | | | ①土地 | | | | | | |
| 上原 | | | ②建物及び建物付属設備 | | | | | | |
| 価 | | | ③設備器械 | | | | | | |
| | | | ④その他の賃借料(①~③に該当しないもの) | | | | | | |
| | | \Box | 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 | | | | | | |
| | | | ①派遣委託費 | | | | | | |
| | | | ②給食委託費 | | | | | | |
| | | | ③送迎委託費④清掃委託費 | | | | | | |
| | | | ④/清押安計貸⑤その他の委託費(①~④に該当しないもの) | | | | | | |
| | | | その他の経費(ア〜シに該当しないもの) | | | | | | |
| | | ^ | こうに クログランド クログログラング | | | | | | |

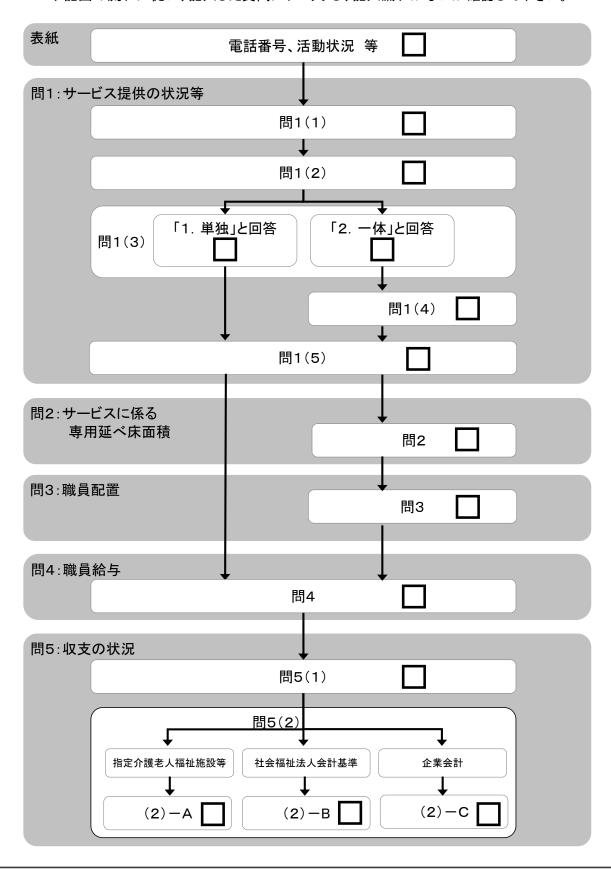
| | | 科 目 | | | 金 | 額 | | |
|------|----|---------------------------|---|----|---|---|--|---|
| | ı | | Ī | 百万 | | 千 | | 円 |
| | 3 | 減価償却費 小計 | | | | | | |
| | | ア建物及び建物付属設備減価償却費 | | | | | | |
| | | イ 車両船舶設備減価償却費 | | | | | | |
| | | ウ特殊浴槽減価償却費 | | | | | | |
| | | 工 消毒設備減価償却費 | | | | | | |
| | | 才 福祉用具減価償却費 | | | | | | |
| | | 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) | | | | | | |
| Ш | 本音 | 『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 | 美外収益 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 | 美外費用 計 | | | | | | |
| | 1 | 支払利息 | | | | | | |
| | 2 | 徵収不能額 | | | | | | |
| | 3 | その他の営業外費用(1、2に該当しないもの) | | | | | | |
| VI | 特別 | l利益 | | | | | | |
| VII | 特別 | J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

<u>ご記入ありがとうございました。</u> 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。

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。

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、<u>4月30日まで</u>にポストに投**函**して下さい (切手は不要です)。

| 統計調查名 | 健康保険・船員保険被保険者実態調査 | Ē | H .93. | | |
|-----------------|--|------------------|-------------------|-----------------|---|
| 主管部局名 | 保険局調査課 | | 34 | | |
| 調査開始年(西暦) | 1966年 調査の ^{毎年} 実施周期 | 平成24 | 4年度予算 :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 び被扶養者の年齢、続柄等を把握し、制度運営のため | 、標準賞与額 の基礎資料を | (東、所属する で得る。 | 事業所の業態、規模 | 及 |
| | | | | | 74 <u>.</u> |
| 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 | 本省一地方厚生局一保険者(健康保険組合)本省一保 | 民険者(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 | 抽出組織 | 合管掌:無作 員保険:悉皆 | 為、協会管掌健康仍 | 保険• |
| 調査客体数 | 組合:約3万人、協会:約2,000万人、船保:約6万人 | | 7 | | |
| 調査方法 | 郵送/オンライン | オンライン調査方法 | II.e-Gov を使用する | (電子政府の総合窓 方法 | (口) |
| 備考 | | | 3 | | |
| | 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 | | | |
| 直近1つ前 | | 1年6ヶ月 1年3ヶ月 | | | |
| 直近2つ前直近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% | | | 3. | |
| 備考 | | | | | |

| 統計調查名 | 健康保険 | ∙船員保険 | 被保険者 | 実態調査 | | 4 | 2 de 1 |
|-----------|--|-----------------------|--|-------------------|------------------------|----------|---|
| 主管部局名 | 保険局調査課 | | 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 | | | 8 | - k |
| 从如禾章 | モ業務の内容 | (禾红娄孜)[| 〇」 季缸 で | 、たい場合!+/ の | 2欄)、業務その | とのがたい但々 | ≥(+F_1) |
| アロル女司 | 1.未伤の内谷 | (女礼未彷)。 | (人)、安託して | いない 一切 ローム (三 | 上個八、未初てのパ | ロのかいよいがら | 1181-1) |
| 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 審查·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) |
| | 0 | 〇(発送のみ) | Le contraction de la contracti | 0 | L | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| 備考 | number of the state of the stat | | | | | | anatorina anti- |
| | | | | | | | |
| | | λ | | | | | 2 |
| e-Stat ア・ | クセス数 | | | 厚労省等 | テホームページ | 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 | | | | | | | |
| | | | | | | | acerocomo |
| | | | | | | | *************************************** |
| | | ster. | | | | | |
| | 二次利用件 | 一 32 | !条 | 33条 | | | |
| H23年度 | 0 | | | 0 | | | |
| H22年度 | 0 | |) | 0 | | | |
| H21年度 | 0 | |) | 0 | | | |

平成24年度健康保険被保険者実熊調査 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。



平成24年度 健康保険被保険者実態調査調査票

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。

健康保険組合名 _____

| 適用 | 区分 | 1. ! | 強 制 | | 2. 作 | £ 意 | Í | | 3. 任 | 意継 | 続 | 4 | 1. 特化 | 列退耶 | 钱 | | | | | |
|----|----------|--------------|--------------|--------------|------|-----|--------------|----------------------|-----------|----------|---------------------|----------|-------|----------------------------|-----|-------|-------------------------|-----|------|-------------------------|
| 事 | 業所 | 都 道県番 号 | , | 業態 | 番号 | | | | 所の 険者数 | | | | | | 人 | | | | | |
| | 波 | 性 別 | 1. 男 2. 女 | 生 | 年 | 月 | 2. 7 3. H | 月治 大正 召和 正成 | | | 年 | | į. | 月、 | 被 | 保険 | 者等の区 | 分 | 2. | 被保険者 加入者 脱退者 |
| 1 | 呆 | 資格 得時 | | 1. 23年 9 | 月以前 | j | 2. 23 | 3年10 | 月以降 | £ | | 售報 目額 | | | | 千円 | 標準 | 1 | | 千円 |
| | 倹 | 介記 | 獲保険 | 1. | 該当 | | 2. | 適用 | 除外 | (|) | 基 | 準収え | 人額通 | 通用申 | 請 | 1. 該当 | | 2 | . 不該当 |
| | 者 | 加入者 | 1. 協 | 3会 2 | .組合 | 3 | 3. 共剂 | 斉 | 4. 国 | 保 | 5. そ | の他 | 6 | . 不許 | É | | | | | |
| | | 脱退者 | 1. 協 | 3会 2 | .組合 | } 3 | 3. 共初 | 斉 | 4. 国 | 保 | 5. そ | の他 | 6 | . 不許 | É 7 | 7. 死τ | 2 8. 後 | 期高的 | 冷者 | |
| | | 性 別 | | | 生 | 年 | 月 |] | | . | | 続 | | 柄 | | | 扶養開始 | 時期 | | 介護保険 |
| | 1 | 1. 男 2. 女 | 1. 明 2. 大 | 3. 昭 4. 平 | | | 年 | | | 月 | 1. 香 3. | 2偶者 子 | | 直系 | | | 1. 23年 9 月 2. 23年10月 | | | 1. 該当 2. 適用除外 () |
| 被 | 2 | 1. 男 2. 女 | 1. 明 2. 大 | 3. 昭 4. 平 | | | 年 | | | 月 | | 2偶者 | | 直系 その | | | 1. 23年 9 月 | | | 1. 該当 2. 適用除外 () |
| 扶 | 3 | 1. 男 2. 女 | 1. 明 2. 大 | 3. 昭 4. 平 | | | 年 | | | 月 | | 2偶者 子 | | . 直系: . その [.] | | | 1. 23年 9 月 2. 23年10月 | , | | 1. 該当 2. 適用除外 () |
| | 4 | 1. 男 2. 女 | 1. 明 2. 大 | 3. 昭 4. 平 | | | 年 | | | 月 | | 出偶者 子 | | 直系 その | | | 1. 23年 9 月 2. 23年10月 | | | 1. 該当 2. 適用除外 () |
| 養 | 5 | 1. 男 2. 女 | 1. 明 2. 大 | 3. 昭 4. 平 | | | 年 | | | 月 | 1. 香 3. | 出偶者 子 | | . 直系 . その | | | 1. 23年 9 月 2. 23年10月 | | | 1. 該当 2. 適用除外 () |
| 者 | 6 | 1. 男 2. 女 | 1. 明 | 3. 昭 | | | 年 | | | 月 | 1. 西 i 3. | | | . 直系 . その | | | 1. 23年 9 月 2. 23年10月 | | | 1. 該当 2. 適用除外 () |
| | 7 | 1. 男 2. 女 | 1. 明 2. 大 | 3. 昭 4. 平 | | | 年 | | | 月 | | 2偶者 子 | | . 直系 . その | | | 1. 23年 9 月 2. 23年10月 | | | 1. 該当 2. 適用除外 () |
| | 8 | 1. 男 2. 女 | 1. 明 | 3. 昭 4. 平 | | | 年 | | | 月 | 1. 香 | 2偶者 子 | | . 直系 . その | | | 1. 23年 9 月 2. 23年10月 | | | 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。

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。

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

①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)

| | | · · · · · · · · · · · · · · · · · · · | | | | | 86会(一般) |
|--|-------------|---------------------------------------|-------|-----|-----|-------|---------|
| 年齢階級 | 加入者数 | 被 | 保 険 者 | 数 | 被 | 扶 養 者 | 数 |
| 一一一一一一 | 加八石 欽 | 総数 | 男性 | 女性 | 総数 | 男性 | 女性 |
| 総数 | (人) | (人) | (人) | (人) | (人) | (人) | (人) |
| $0\sim 4歳$ $5\sim 9$ $10\sim 14$ $15\sim 19$ $20\sim 24$ | | | | | | | |
| $25\sim29$ $30\sim34$ $35\sim39$ $40\sim44$ $45\sim49$ | | | | | | | |
| $50 \sim 54$ $55 \sim 59$ $60 \sim 64$ $65 \sim 69$ $70 \sim 74$ | | | | | | | |
| 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)

| | | | | | | | 场云 (一板) | | | |
|--|------|-----|-------|-----|-------|-----|---------|--|--|--|
| 年齢階級 | 脱退者数 | 被 | 保 険 者 | 数 | 被扶養者数 | | | | | |
| 一口に日は日本 | ルと古外 | 総数 | 男性 | 女性 | 総数 | 男性 | 女性 | | | |
| 総数 | (人) | (人) | (人) | (人) | (人) | (人) | (人) | | | |
| 0~ 4歳 5~ 9 10~14 15~19 20~24 | | , | | | | | | | | |
| $25 \sim 29$ $30 \sim 34$ $35 \sim 39$ $40 \sim 44$ $45 \sim 49$ | | | | | | | | | | |
| $50\sim54$ $55\sim59$ $60\sim64$ $65\sim69$ $70\sim74$ | | · | | | | | | | | |
| 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) | · | | | | | | | | | |



平成24年度 健康保険被保険者実態調査調査票

計調査です。調査票情 報の秘密の保護に万全 を期します。 健康保険組合名 ______

| | | | | | | | | | | | | | | | | | _ | | | | | | | |
|------------------|---------------|--------------|--------------|-------|----------------------|------|----|------------------------------|----------|-----------|----|------------|----------|------|--------|------|-----|--|-------|--------------|------|------------------|---------------|---|
| 適用 | 区分 | 1. 5 | 鱼 制 | IJ | | 2. 任 | 意 | | 3. | 任意 | 継続 | | 4. 特 | 萨例退 | 職 | | | | | | | | | |
| 事為 | 業所 | 都道府 県番号 | | | 業態 | 番号 | | | | 所の 食者数 | | | | | | 人 | | | | | | | | |
| 4 | | 性 別 | 1. ± | | 生 | 年 | 月 | 1. 則 2. ナ 3. 昭 4. 円 | て正 召和 | | | 年 | | | 月 | 初 | 女保険 | 者等の | 区分 | } | | 被保険 加入者 脱退者 | 者 | |
| 被 保 | | 資格 得時 | | 1. 23 | 年9月 | 月以前 | | | | | | | 售報 目額 | | | | 千円 | 標準賞与額 | | i I I | | | 千円 | 7 |
| | 倹 皆 | 介記 | 護保険 | è | 1. | 該当 | | 2. | 適用隊 | 余外(| |) | 基 | 準収え | 人額通 | 歯用申 | 請 | 1. 該 | 亥当 | • | 2. | 不該当 | í | |
| · | | 加入者 | | 協会 | | 組合 | | 共済 | | 国保 | | その | | 6. 不 | | | | o 1/4 11b | .n 11 | -1 -1- | | | | _ |
| | | 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. 後其 | 引高的 | 静者 | | | | _ |
| | | 性 別 | | | - | 生 | 年 | 月 | | | | | 続 | ; | 柄 | | | 扶養開 | 見始印 | | | 介護 | | |
| | 1 | 1. 男 | 1. 明 | | 3. 昭 | | | 年 | | | 月 | | 己偶者 | | 直系ュ | | | 1. 23年 | | | | 1. 該 2. 適戶 | 当 用除外 | |
| - | | 2. 女 1. 男 | 2. 大 1. 明 | | 4. 平 3. 昭 | | | | | | | 3. | 子 2偶者 | | その位置系列 | | | 2.23年 1.23年 | | | | ((1. 該 à | <u>)</u> 以 | _ |
| 被 | 2 | 2. 女 | 2. 大 | | 1. 平 | | | 年 | | | 月 | 3. | 子 | | 色がす | | | 2. 23年 | | | | | ョ 用除外) | |
| | 3 | 1. 男 | 1. 明 | 3 | 3. 昭 | | | 年 | | | 月 | 1. 酉 | 2偶者 | 2. | 直系」 | 尊属 | | 1.23年 | 9月 | 以前 | | 1. 該 2. 適月 | 当 目除外 | |
| 扶 | | 2. 女 | 2. 大 | | 1. 平 | | | | | | | 3. | 子 | | その何 | | | 2.23年 | | | | (|) | _ |
| | 4 | 1. 男 2. 女 | 1. 明 2. 大 | | 3. 昭 | | | 年 | | | 月 | 1. 酉 3. | 2偶者 子 | | 直系す | | | 23年 23年 | | | | 1. 該 2. 適月 | 当 用除外) | |
| 養 | | 1. 男 | 1. 明 | | B. 昭 | | | | | | | | B偶者 | | 直系 | | | 1.23年 | | | | 1. 該 i | <u>/</u> 当 | _ |
| | 5 | 2. 女 | 2. 大 | | 4. 平 | | | 年 | | | 月 | 3. | 子 | | その作 | | | 2.23年 | 10月 | 以降 | | 2. 適戶 (| 用除外) | |
| -1 √. | C | 1. 男 | 1. 明 | 3 | 3. 昭 | | | 7 | | | 1 | 1. 酉 | 2偶者 | 2. | 直系」 | 尊属 | | 1.23年 | 9月 | 以前 | | 1. 該 | | |
| 者 | 6 | 2. 女 | 2. 大 | | 1. 平 | | | 年 | | | 月 | 3. | 子 | 4. | その作 | 也 | | 2.23年 | 10月 | 以降 | | (| 用除外) | |
| | 7 | 1. 男 | 1. 明 | 3 | 3. 昭 | | | 年 | | | 月 | 1. 酉 | 己偶者 | 2. | 直系」 | 尊属 | | 1.23年 | 9月 | 以前 | | 1. 該自 | | |
| | ' | 2. 女 | 2. 大 | : 4 | 4. 平 | | | T | | | 71 | 3. | 子 | 4. | その何 | 也 | | 2.23年 | 10月 | 以降 | | 2. 週) | 用除外) | |
| | 0 | 1. 男 | 1. 明 | 3 | 3. 昭 | | | / <u>-</u> | | | | 1. 酉 | 2偶者 | 2. | 直系」 | 尊属 | | 1.23年 | 9月 | 以前 | | 1. 該 | | |
| | 8 | 2. 女 | 2. 大 | : 4 | 1. 平 | | | 年 | | | 月 | 3. | 子 | 4. | その何 | 也 | | 2.23年 | 10月 | 以降 | | 2. 適戶 (| 月除外) | |

| | 被保険者証記 | 1 등 | 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〇で囲むこと。
 - 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。

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。

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
- ① 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
- ③ 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
- ⑤ 被扶養者の生年月
- 16 続柄
- ① 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

| 統計調查名 | 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 | - | 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、就業により、年金の事業運営のための基礎資料を得るととる。 | 状況、 :もに、? | 公的年金に関する周 新年金制度の検討の | 知度等を把握することための基礎資料を得 |
| 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審議会等の資料 | 年金事 | 業の運営に必要な資 | 料であり、国会対応や |
| 調査の流れ | 本省一日本年金機構一調査員一対象 | 4 | | |
| 母集団名簿 の種類等 | 国民生活基礎調査における調査区 | 抽方 | 出 無作為抽出 法 | |
| 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σ | 015歳以上の世帯員 | |
| 調査方法 | 調査員 | オン調査 | ライン 全方法 | |
| 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84 | 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 | | | | |
| | | | | |

| 統計調査名 | 調查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 | | | | | | | | | |
| 从如禾章 | 託業務の内容 | (圣红举歌)-[| ○』 季年 7 | \た!\提合!t(2 | 空欄)、業務そのも | このがたい場合 | <u></u> | | | | |
| | | r | | | | | 1 | | | | |
| 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 審查·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) | | | | |
| | 0 | 0 | 0 | 0 | | 0 | | | | | |
| | | · · · · · · · · · · · · · · · · · · · | | | | | | | | | |
| 備考 | | | | | | | | | | | |
| | 000000000000000000000000000000000000000 | | | | | | *************************************** | | | | |
| | *************************************** | | | | | | | | | | |
| e-Stat ア | クセス数 | | | 厚労省等 | 手ホームページ | 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 | L | | | H21年分 | 4,170 | | | | | | |
| 備考 | *************************************** | | | | | | | | | | |
| | * | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| -3 | 二次利用件 | 数 32 | !条 | 33条 | | | | | | | |
| H23年度 | 1 | | | 0 | | | | | | | |
| H22年度 | 0 | |) | 0 | | | | | | | |
| H21年度 | 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。

厚生労働省

| 地区番号 | 1 1 1 | 単位区番 号 | 世帯番号 | I I I | 世帯員番 号 | | 確認欄 | |
|------|-------|--------|------|-------------|--------|------|-----|--|
|------|-------|--------|------|-------------|--------|------|-----|--|

秘

公的年金加入状況等調查調查票

●● 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。
- <u>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、</u> <u>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</u> 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<u>現在(平成22年11月30日時点)の状況</u>を、問7から問13までは<u>昨年</u> <u>(平成21年11月30日時点)の状況</u>を、問14から問16-1までは<u>おととし(平成20年11月</u> <u>30日時点)の状況</u>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。当てはまる番号に〇をつけてください。

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、番号に〇をつけてください。 「3」と答えた方は、さらにその形態について、記号に〇をつけてください。 (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 | 「 o 」 ナン記+ロ | |
|-----------------------------------|---|--------------------------------------|-----|
| 家族従業者(自営業主の手伝い) | 2 | 「3」を選択 フルタイム ^{※2} | a |
| 会社員 ^{※1} (会社役員を含みます)、公務員 | 3 | 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 | 「5」を選択された方 | |
| 特に働いていない | 5 | ———————————————————————————————————— | 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〇をつけてください。

| (1)月あたり | 1~5目 | 1 | 6 ~10 目 | 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 1 | 0~15時間 | 未満 | 2 | 15 | ~20時間未済 | 茜 | 3 | 20~25 | 時間未満 | Ħ | 4 |
| | 25~30時間未 | き満 | 5 3 | 0~35時間 | 未満 | 6 | 35~ | ~40時間未活 | 茜 | 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、番号に〇をつけてください。

| 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·技術サービス業 | 11 | 飲食店・宿泊業 | 12 |
| 生活関連サービス業、娯楽業 | 13 | 教育·学習支援業 | 14 | 医療·福祉 | 15 |
| 複合サービス事業 | 16 | 職業紹介・労働者派遣業 | 17 | その他の対事業所サービス業 | 18 |
| 修理業 | 19 | 廃棄物処理業 | 20 | 政治·経済·文化団体 | 21 |
| その他のサービス業 | 22 | 公務 | 23 | | |

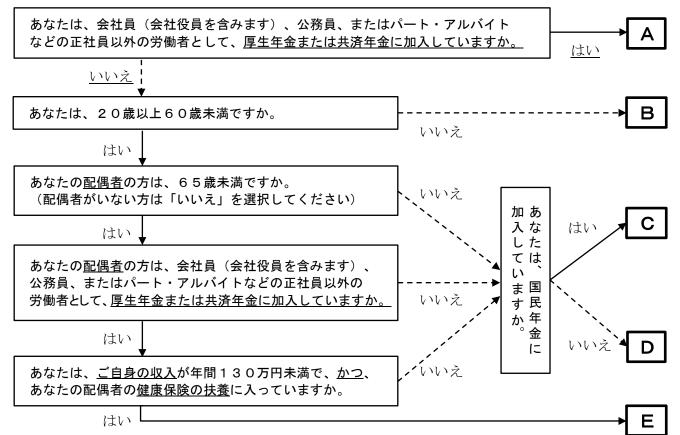
(問4) あなたの勤務先の事業所(派遣社員の場合は派遣元の事業所)や経営する店・事業などについて、当てはまるものを1つ選んで、番号に〇をつけてください。

| 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。

(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)

(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<u>アルファベット</u>に〇をつけてください。



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〇をつけてください。 「1」を受けている場合は、さらにその種類についても、記号に〇をつけてください。

| 公的年金(国民年金・厚生年金・共済年金) | 1 | 「1」を選択 |
|----------------------------------|---|--------|
| 失業保険 (基本手当) | 2 | された方 |
| 生活保護 | 3 | 老齢年金a |
| 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 | 障害年金b |
| 児童扶養手当 (注)子ども手当ではありません。 | 5 | 遺族年金 c |
| その他 | 6 | |
| なにも受けていない | 7 | |

《 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) <u>昨年(平成21年11月30日時点)の状況</u>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。当てはまる番号に〇をつけてください。

| 全て同じ状況だった | 1 | → | 問14~ |
|-------------|---|----------|-------|
| 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。当てはまる番号に〇をつけてください。

| 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<u>昨年</u>の就業形態について、当てはまるものを1つ選んで、番号に〇をつけてください。「3」と答えた方は、さらにその形態について、記号に〇をつけてください。 (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 | 「3」を選択 された方 → フルタイム ^{※2} a |
| 会社員 ^{※1} (会社役員を含みます)、公務員 | 3 | 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 | 「5」を選択された方 |
| 特に働いていなかった | 5 | 13 を選択されたガ 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。

【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〇をつけてください。

| (1)月あたり | 1~5目 | 1 | 6~10 | ∃ 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時間未済 | 苘 | 3 | 20~25 | 時間未満 | ĵ | 4 |
| | 25~30時間却 | 未満 | 5 | 30~35時 | 間未満 | 6 | 35 | ~40時間未済 | 苘 | 7 | 40時間 | 以上 | | 8 |

(問10) あなたの<u>昨年</u>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、番号に〇をつけてください。

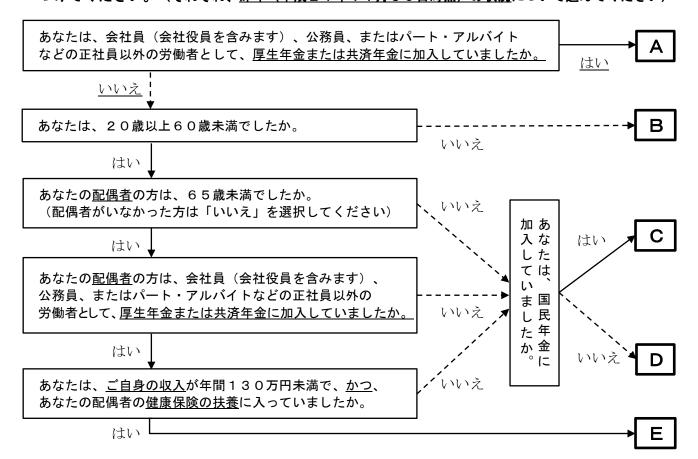
| 農林水産業 | 1 | 鉱業、採石業、砂利採取業 | 2 | 建設業 | 3 |
|---------------|----|-----------------|----|---------------|----|
| 製造業 | 4 | 電気・ガス・熱供給・水道業 | 5 | 情報通信業 | 6 |
| 運輸業、郵便業 | 7 | 卸売·小売業 | 8 | 金融·保険業 | 9 |
| 不動産業、物品賃貸業 | 10 | 学術研究、専門·技術サービス業 | 11 | 飲食店・宿泊業 | 12 |
| 生活関連サービス業、娯楽業 | 13 | 教育·学習支援業 | 14 | 医療·福祉 | 15 |
| 複合サービス事業 | 16 | 職業紹介・労働者派遣業 | 17 | その他の対事業所サービス業 | 18 |
| 修理業 | 19 | 廃棄物処理業 | 20 | 政治·経済·文化団体 | 21 |
| その他のサービス業 | 22 | 公務 | 23 | | |

(問11) あなたの<u>昨年</u>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、番号に〇をつけてください。

| 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) <u>昨年の11月30日時点で</u>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<u>アルファベット</u>に〇をつけてください。(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) <u>昨年の11月30日時点で</u>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 〇をつけてください。「1」を受けていた場合は、さらにその種類についても、記号に〇をつけて ください。

| | | _ |
|----------------------------------|---|--------|
| 公的年金(国民年金・厚生年金・共済年金) | 1 | 「1」を選択 |
| 失業保険 (基本手当) | 2 | された方 |
| 生活保護 | 3 | 老齢年金a |
| 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 | 障害年金b |
| 児童扶養手当 (注)子ども手当ではありません。 | 5 | 遺族年金 c |
| その他 | 6 | |
| なにも受けていなかった | 7 | |

《 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。当てはまる番号に〇をつけてください。

| 現在の状況と全く同じ状況だった | 1 |] }→ 問17〜 |
|----------------------------|---|--------------|
| 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 | |
| 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。当てはまる番号に〇をつけてください。

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。

タイム^{※2} タイムでない

(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、番号に〇をつけてください。「3」と答えた方は、さらに形態について記号に〇をつけてください。

(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 | 「3」を選択ファ |
| 会社員 ^{※1} (会社役員を含みます)、公務員 | 3 | 71 |
| 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〇をつけてください。

| (1)月あたり | $1\sim5$ 日 | 1 | $6 \sim 10$ | 目 | 2 | 11~15 | 日 | 3 | 16~20日 | 4 | 21 | 日以上 | 5 | | |
|----------|------------|----|-------------|----------|-------|-------|------|-----|-----------|---|---------|-------|------|---|---|
| (2) 週あたり | 10時間未満 | ij | 1 | 10~15時間未 | | 引未満 | 2 15 | | 15~20時間未満 | | 3 20~25 | | 時間未満 | 莇 | 4 |
| | 25~30時間 | 未満 | 5 | 30~ | -35時間 | 引未満 | 6 | 35′ | ~40時間未済 | 苘 | 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 |
|------|---|----|---|
| 67 6 | - | | _ |

【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、番号に〇をつけてください。

| 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、番号に〇をつけてください。(<u>いくつでも可</u>)

| 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 | 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

|--|

(F2) あなたの生年月

| 1 | | | | | | | | | | 1 1 | | - | i |
|-----|---------|---|-----|---|-------|---|--------|---|--|-----|---|---|-------|
| | 明治 | 1 | 大正 | 2 | 昭和 | 3 | 平成 | 4 | | 年 | | | 月 生まれ |
| - 1 | > 1 I H | _ | / \ | | H 111 | _ | 1 /-/- | _ | | | 1 | | 71 |

(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 |
| ſ | 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 | \vdash _ $\mathrel{\llcorner}$ | この世帯にいる | а | ── 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 | |
| | | _ | | _ | - 「然該ヨりる世帝員の万が回答された調査」 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)<u>あなた</u>または<u>あなたの配偶者</u>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<u>あなたの配偶者</u>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 | 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。

| 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 3年 実施周期 | 平成24年度予算 (単位:千円) |
| 調査の目的 | 国民年金第1号被保険者について、保険料の納付状況こ入、被保険者の国民年金制度に対する意識、保険料未約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、国民年金対応の資料として活用している。 | 保険料の未納対策のための検討資料及び国会 |
| 調査の流れ | 個人調査:本省一対象、市区町村調査:本省一市区町村 | |
| 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 無作為抽出 方法 |
| 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 | | ナンライン 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 |
| 直近1つ前 | 2年2ヶ月 | ₹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 | | |
| | | |

| 統計調査名 | 国民年金 | 被保険者舅 | ミ態調査 | | | | |
|------------|--|-----------------------|----------------------|----------------|---|---------|--|
| 主管部局名 | 年金局 事業企画課 | 調査室 | E E | 75 . | | . 11 | |
| 外部委訂 | 壬業務の内容 | (委託業務に「 | 〇」、委託しては | いない場合は(空 | ⊑欄)、業務そのも | ものがない場合 | 含は「−」) |
| 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) |
| | O | 0 | | O | | 0 | |
| 进 来 | 20000000000000000000000000000000000000 | | | | | | |
| 備考 | | | | | | | And a second sec |
| e-Stat ア | クセス数 | | | 原 少 少 学 | ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ | アクセフ数 | |
| H23年分 | 16,454 | | | H23年分 | 6,898 | , , e へ | |
| H22年分 | 14,674 | | | H22年分 | 1,345 | | |
| H21年分 | | | | H21年分 | 8,542 | | |
| 備考 | | | | | | × | |
| | | | | | | | The second secon |
| | | | | | | | *************************************** |
| | 二次利用件 | 数 32 | 2条 | 33条 | | | |
| H23年度 | 0 | |) | 0 | | | |
| H22年度 | 0 | |) | 0 | | | |
| H21年度 | 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) 調查対象

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) 調查方法

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。

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、当てはまる番号に〇(質問 18-1 については、◎と〇) 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?

知っていた
 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?

知っていた
 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?

知っていた
 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?

知っていた
 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?

知っていた
 知らなかった

| <i>t</i> , | い場合などは | t. 70 | | | きを受けられる 25 st 任意加入制度といし | |
|------------|-----------------|-------|-----------------------------------|----------|----------------------------|---------|
| | | 1 | 知っていた | 2 | 知らなかった | |
| | | | | | 計算のときに所得が このことをご存じ | |
| | | 1 | 知っていた | 2 | 知らなかった | |
| | | | 料を納めた期間が対す。このことをご | | 、年金の受け取り客 | 質が少なくなる |
| | | 1 | 知っていた | 2 | 知らなかった | |
| | | | | | 、現在の高齢者の年 このことをご存じ | |
| | | 1 | 知っていた | 2 | 知らなかった | |
| | | | 倹料を納め忘れた [‡] っています。この | | 年分までさかのぼっ たか? | って納めること |
| | | 1 | 知っていた | 2 | 知らなかった | |
| Ļ | | | | | 区町村の窓口に申記。次のような免除制 | |
| (1) | | - | ても保険料を納め 部が免除される制 | | ゝ 方のため、世帯の | 所得に応じて保 |
| | | 1 | 知っていた | 2 | 知らなかった | |
| (2) | 所得の少な ます) | い学生 | 生のために保険料の | の全部が免除され | る制度(学生納付物 | 時例制度といい |
| | | 1 | 知っていた | 2 | 知らなかった | |
| (3) | 所得の少な 制度といいま | |)歳台の方のために | に保険料の全部が | 免除される制度(ネ | 吉年者納付猶予 |

2 知らなかった

1 知っていた

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

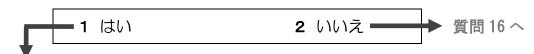
2 知らなかった

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

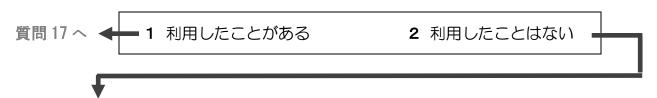
質問15 平成22年4月から平成23年3月までの1年間に国民年金の保険料をひと月でも納めましたか?



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

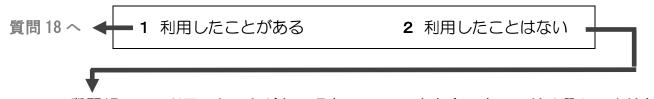
質問16 国民年金の保険料は、銀行・農協・郵便局などの窓口で納付する以外に、銀行・農協・郵便局などの<u>口座からの自動引き落とし</u>(口座振替)で納めることができます。 この仕組みを利用したことがありますか?



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。

- 知らなかったから
 いまの方法で特に不都合はないから
 手数料がかかると思っていたから
 手続きが面倒だから
 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
 免除されているので納める必要がないから
 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<u>コンビニエンスストア</u>、ご自宅のパソコンや携帯電話から利用できる<u>インターネット</u>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、<u>クレジットカード</u>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。

知らなかったから
 いまの方法で特に不都合はないから
 手数料がかかると思っていたから
 手続きが面倒だから
 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
 免除されているので納める必要がないから
 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<u>保険料を納めなかった期間</u>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。

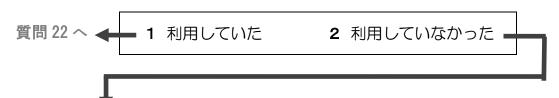
- **質問20-1** 免除された期間のうち、過去10年間分については、さかのぼって保険料を納める仕組み(追納といいます)があります。追納の仕組みを利用しますか?1つ選んでください。
 - 1 全部追納したい 又は 全部追納する予定である
 - 2 一部だけでも追納したい 又は 一部だけでも追納する予定である
 - 3 追納するつもりはない
 - 4 すでに全部追納した
 - 5 一部追納したが、さらに残りも追納したい
 - 6 一部追納したが、残りは追納するつもりはない
 - **7** その他・特にない

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。



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。



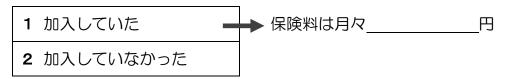
質問22-1 次のうち、平成23年3月末時点の状況に当てはまるものを1つ選び、 記号に〇をつけてください。

- 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。



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 | (1°) |

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。

| 都道府県 | 住 所 コ ー ド 市 区 町 村 名 | | | | | 田山次安部伊姆 | 定資産評価額 平成22年度の | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------|----------------------|----|----------|---|---------|---------|----------------|----|----|----------|--------------|--------------|------|--------------|--|--|-----------|-----------------|----------|--------------------------|----------------------|----------------|--------------------|----------|
| | | | | | | | | | | | | ! | | | | | +10=14 | 半. | 放22年の所侍金 | 22年の所待金額 世帯の所得金額 調査状況 | | | | |
| | | | | | | | | | | | | ; | 44 | <u>_</u> _ | 世帯員 | 剱 | 本人の所行 | | | | 調査状況 | | | 保険料(税) |
| | _ | | | | <i></i> | | - | | _ | | | 1 | 特別 | 1 ш | | ٦ | 1 | 1 | (3)総所得金額 | 1 | 1.全世帯員調査済 | 世帯の固定 | (1)賦課(課税)状況 | |
| | Ī | 周 | 企 | 対 | 涿 | ₹ 7 | 首 | リ | ス | | | i | 別調 | ₩ | う | うち | (万円) | 民税課税 | (万円) | ı | 2.本人を除く一部 | 資産評価額 | | 納付状況 |
| L | | | | | | 1 | | | | | | 1 | 査 | | ち | 国 | | 状況 | | 状況 | 世帯員調査不能 | の合計 (万円) | 1. 賦課(課税) | II . |
| | | | | | | | | | | | | 1 | 一の | 世帯員数 | | 民 | | 4 == 111 | | 4 =m 111 | 3.本人を含む一部 | | <軽減なし> | 2. 一部納 |
| | 住 | 所 | <u> </u> | | | | | ഥ | 名 | | | ' '整理番号 | | 女 | 8 | 年 | | 1. 課税 2. 非課税 | | 1. 課税 | 世帯員調査不能 4.世帯員全員調査 | | 2. 無誄(誄祝)] <軽減あり> | 3. 全部オ |
| | II | לז | I | | | | | 14 | 10 | | エサカロ | 」 定理留行 | 無無 | | 歳未満 | ち国民年金第 | | 2. 非誄悅 | | 2. 非課税 | 4.世帝貝王貝嗣宜 不能 | | 〈軽減めり〉 3. その他(他制度 | |
| | | | | | | | | | | | | i | 7117 | | 本 | 第 1 | | | | | 1 HE | | 加入・未加入を | |
| | | | | | | | | | | | | 1 | | | /I ^{III} J | 号 | | | | | | | かべながれる 含む。) | |
| | | | | | | | | | | | † | 1 | | | | -, | (万円) | | (万円) | | | (万円) | | |
| | | | | | | | | | | | | i i | | | | | (2)11/ | 1 · 2 | ())) | 1.0 | 1 • 2 • 3 • 4 | (1) (1) | 1 • 2 • 3 | 1 . 2 . |
| | | | | | | 1 | | | | | | - | 1 | + | | 1 | (万円) | 1 2 | (万円) | 1 2 | 1 2 3 4 | (万円) | 1 2 2 3 | 1 2 |
| | | | | | | | | | | | | i | | | | | (2313) | 1 • 2 | (3313) | 1 • 2 | 1 • 2 • 3 • 4 | (221.17) | 1 • 2 • 3 | 1 . 2 . |
| | | | | | | | | | | | | i | | | | | (万円) | · - | (万円) | | | (万円) | | <u> </u> |
| | | | | | | | | | | | | I I | | | | | | 1 · 2 | | 1 • 2 | 1 • 2 • 3 • 4 | (731.7) | 1 • 2 • 3 | 1 . 2 . |
| | | | | | | | | | | | 1 | 1 | | | | | (万円) | | (万円) | | | (万円) | | |
| | | | | | | | | | | | | i | | | | | | 1 • 2 | | 1 • 2 | 1 • 2 • 3 • 4 | | 1 • 2 • 3 | 1 . 2 . |
| | | | | | | | | | | | | 1 | | | | İ | (万円) | | (万円) | | | (万円) | | |
| | | | | | | | | | | | | i | | | | | | 1 • 2 | | 1 • 2 | 1 • 2 • 3 • 4 | | 1 • 2 • 3 | 1 . 2 . |
| | | | | | | | | | | | | i | | | | | (万円) | | (万円) | | | (万円) | | |
| | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | | 1 • 2 | | 1 • 2 | 1 • 2 • 3 • 4 | | 1 • 2 • 3 | 1 . 2 . |
| | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | (万円) | | (万円) | | | (万円) | | |
| | | | | | | | | | | | | <u>i</u> | | | | | | 1 • 2 | | 1 • 2 | 1 • 2 • 3 • 4 | | 1 • 2 • 3 | 1 · 2 · |
| | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | (万円) | | (万円) | | | (万円) | | |
| | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | | 1 • 2 | | 1 • 2 | 1 • 2 • 3 • 4 | | 1 • 2 • 3 | 1 • 2 • |
| | | | | | | | | | | | | i | | | | | (万円) | | (万円) | | | (万円) | | |
| | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | | 1 • 2 | | 1 • 2 | 1 • 2 • 3 • 4 | | 1 • 2 • 3 | 1 . 2 . |
| | | | | | | | | | | | | ! | | | | | (万円) | | (万円) | | | (万円) | | |
| | | | | | | | | | | | | <u>i</u> | | | | | | 1 • 2 | | 1 • 2 | 1 • 2 • 3 • 4 | | 1 • 2 • 3 | 1 • 2 • |
| | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | (万円) | | (万円) | | | (万円) | | |
| | | | | | | - | | | | | | i | | <u> </u> | - | | | 1 • 2 | | | 1 • 2 • 3 • 4 | | 1 • 2 • 3 | 1 · 2 · |
| | | | | | | | | | | | | i | | | | | (万円) | 1 | (万円) | ı | | (万円) | | |
| | | | | | | | | | | | | 1 | | <u> </u> | - | | | 1 • 2 | | | 1 • 2 • 3 • 4 | | 1 • 2 • 3 | 1 . 2 . |
| | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | (万円) | 1 | (万円) | ı | | (万円) | | |
| | | | | | | - | | | | | 1 | : | | + | + | - | | 1 • 2 | | 1 · 2 | 1 • 2 • 3 • 4 | | 1 · 2 · 3 | 1 . 2 . |
| | | | | | | | | | | | | I I | | | | | (万円) | ı | (万円) | | | (万円) | | |
| | | | | | | + | | | | | 1 | <u>i</u> | | + | + | - | / | 1 · 2 | /==: | | 1 · 2 · 3 · 4 | (T .T) | 1 · 2 · 3 | 1 · 2 · |
| | | | | | | | | | | | | i | | | | | (万円) | ı | (万円) | l | | (万円) | 1 6 6 | |
| | | | | | | + | | | | | 1 | 1 | | + | + | | (万円) | 1 • 2 | (万円) | | 1 • 2 • 3 • 4 | (万円) | | 1 · 2 · |
| | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | (5円) | 1 • 2 | [(AH) | 1 | 1 • 2 • 3 • 4 | (万円) | 1 • 2 • 3 | 1 . 2 . |
| | | | | | | + | | | | | + | <u>.</u> | + | t | + | | (万円) | | (万円) | | 1-2-3-4 | (万円) | 1 2 . 3 | 1 |
| | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | (71년) | 1 • 2 | (7)(1) | ı | 1 • 2 • 3 • 4 | (71円) | 1 • 2 • 3 | 1 . 2 . |
| | | | | | | | | | | | | . | 1 | + | | | (万円) | | (万円) | | 1-2-3-4 | (万円) | 1 - 2 - 3 | 1 - 2 - |
| | | | | | | | | | | | | i | | | | | (2313) | 1 • 2 | (3) | l | 1 • 2 • 3 • 4 | (27 [1]) | 1 · 2 · 3 | 1 . 2 . |
| | | | | | | t | | | | | | I I | 1 | † | t | † | (万円) | | (万円) | 1 2 | 1 2 0 4 | (万円) | , 2 0 | 1 2 - |
| | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | (7517) | 1 · 2 | (3.17) | 1.2 | 1 • 2 • 3 • 4 | (2117) | 1 • 2 • 3 | 1 . 2 . |
| | | | | | | | | | | | † | 1 | | 1 | | | (万円) | | (万円) | | | (万円) | | † |
| | | | | | | 1 | | | | | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | I (751.1/ | I | 1 (2)11/ | I | 1 | (2313) | | 1 |

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。

住所

整理番号

市区町村名

生年月日

| 本人の状況 | 配偶者の状況 | 世帯主の状況 |
|--|--|--|
| | 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) | 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) |
| . 本人の総所得金額 | 9 2. 配偶者の総所得金額 | 3. それ以外(以下項目に記入) 2. 世帯主の総所得金額 円 |
| 2. 各種控除額 | 3. 各種控除額 | 3. 各種控除額 |
| ① 雑損控除 | <u> </u> | ① 雑損控除 |
| ② 医療費控除 | <u> </u> | ② 医療費控除 |
| ③ 社会保険料控除 | <u> </u> | ③ 社会保険料控除 |
| ④ 小規模企業共済等掛金 | · 图 图 图 图 图 图 图 图 图 图 图 图 图 图 图 图 图 图 图 | ④ 小規模企業共済等掛金 |
| ⑤ 配偶者特別控除 | <u> </u> | ⑤ 配偶者特別控除 |
| 3. 控除対象者の人数 | 4. 控除対象者の人数 | 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 | ① 老人控除対象配偶者・老人扶養親族 | ① 老人控除対象配偶者・老人扶養親族 |
| | <u> </u> | <u> </u> |
| ② 特定扶養親族 | <u>② 特定扶養親族</u> | ② 特定扶養親族 |
| ③ 控除配偶者(障害者)及び 扶養親族(障害者) | ③ 控除配偶者(障害者)及び 大養親族(障害者) | ③ 控除配偶者(障害者)及び 扶養親族(障害者) |
| ④ 控除配偶者(特別障害者)及び 扶養親族(特別障害者) | ④ 控除配偶者(特別障害者)及び大養親族(特別障害者) | ④ 控除配偶者(特別障害者)及び 扶養親族(特別障害者) |
| ⑤ 控除配偶者及び扶養親族(①~④以外) | ⑤ 控除配偶者及び 大養親族(①~④以外) <u>人</u> | ⑤ 控除配偶者及び 扶養親族(①~④以外) |
| ⑥ 本人の状況 ① (該当するもの全てに 2. 特別障害者 2. 特別障害者 3. 寡婦(寡夫) 4. 寡婦の特例 5. 勤労学生 | ⑥ 本人の状況 1. 障害者 (該当するもの全てに 2. 特別障害者 Oをつける) 3. 寡婦(寡夫) 4. 寡婦の特例 5. 勤労学生 | ⑥ 本人の状況 ① (該当するもの全てに 2. 特別障害者 2. 特別障害者 3. 寡婦(寡夫) 4. 寡婦の特例 5. 勤労学生 |
| 1. 地方税法附則第6条第4項の免除に係る所得額 | 5. 地方税法附則第6条第4項の免除に係る所得額 | 5. 地方税法附則第6条第4項の免除に係る所得額 |
| F | <u> </u> | <u></u> |
| ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ | | |

氏名

| 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 2年 平成24年度予算 6,103(H23年度) 実施周期 (単位:千円) |
| 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 | 本省一対象 |
| 母集団名簿の種類等 | 歯科医療機関及び歯科技工所 抽出 歯科医療機関については100分の1、歯 大法 お技工所については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 |
| 直近 直近1つ前 直近2つ前 | 第1報までの公表期間 報告書公表までの期間 |
| 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 | |

| 統計調查名 | 歯科技工 | 料調査 | | | | | |
|---|--|---|----------------------|----------|------------------------|---------|---|
| 主管部局名 | 保険局 医療課 | | | | i in | * - Naj | |
| | | | | | | | |
| 外部委詢 | モ業務の内容 | (委託業務に「 | 〇」、委託してい | いない場合は(3 | 空欄)、業務その言 | ものがない場合 | 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 審查·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) |
| 1 | 0 | 0 | ○(受付·個 票診査のみ) | 0 | 〇(データ チェックのみ) | 0 | j b |
| | | | 亲砂直 0 007 | | 7 1 7 7 0 7 0 7 7 | | |
| | *************************************** | | | | | | |
| 備考 | orienta contra c | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| e-Stat 7 | クセス数 | | | 厚労省等 | 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 | 2条 | 33条 | | | |
| H23年度 | 0 | | 0 | 0 | | | |
| H22年度 | 0 | | 0 | 0 | | | |
| 222222222222222222222222222222222222222 | £.,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,, | | | | | | |
| H21年度 | 0 | Sign and the sign | 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ー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。

厚生労働省保険局

歯科技工料調査 歯

(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 | 郡 | 町 | 番地 |
| וללו | 1工 | 쁘 | 府県 | 市 | 村 | 号 |
| | | | | 区 | | |
| i | | | | 「該当しない理由」 | を記入の上、ご返送ください。 | |
| | 当し | | • | | | |
| 1. | | | を廃止・休止している。 | | | |
| l | | | 「物を外注していない。 | | | |
| 3. | 保险 | 食医療 | 機関ではない。 | | | |
| 4. | その |)他 | (|) | | |
| 注 | 〕本 | 調査に | こ該当しない場合は、 <u>本</u> 間 | 園査票の表紙のみを | 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配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、<u>平成23年7月中</u>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<u>消費税を含めた歯科技工料</u>の合計を記入してください。<u>外税方式の場合には、消費税相当分を加算した金額</u>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、<u>調査に該当しな</u>い場合も1<u>頁の「該当しない理由」を記入の上ご返送ください</u>。
- 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 \triangle 個、総金額が \bigcirc 0、 \bigcirc 0〇円の場合、調査票の「総個数」及び「総金額」欄には、取引個数の \triangle 個と \bigcirc 0、 \bigcirc 0〇円 \times 1.05= \bigcirc 0、 \bigcirc 0 中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。)

| | | | | | | | | | <u> </u> |
|--------|-----|---------------------------------------|---|---|------|--------|------|--------------|----------|
| | No | 項 | | 月 | 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 | |
| ~1 | · | | | | 1 7 | 1 | | - | |
| \sim | | | | _ | | | | | ~ |
| | 115 | 総 | 義 | 歯 | Δ | 00,000 | | | |
| ĺ | - | | | | | , | | | |

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 黄金属)
- 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 | | ····································· | | 材料料を含 | まない場合 | 材料料を | と含む場合 | 記入上の注意事項 |
|--------------|--------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|----------------|--|-------------|--------------|-----------|
| IAO | | ·垻 | | 総個数 | 総金額 | 総個数 | 総金額 | 一記八上の任息争供 |
| | | | | | <u>-</u> | | | 7 |
| 381 | ポンティ | | 黄金属 | 3 | AA, AAA | | | |
| 382 | ックダ | メタル | 金銀。ジが合金 | | | | | |
| 383 | ミ ー) (前歯) | ボンド | その他の合金 | | | | | |
| 5 | | | | | | H | | |
| 384 | ポンティ | 硬 質 | 金銀。ジル合金 | | | | | |
| 385 | ックダ | レジン | 沙加小 合金 | 1 | 0,000 | ← | | |
| 386 | ミー) (前歯) | 前装 | 銀合金 | | | | | |
|)) | | | | | | | | |
| 393 | | 硬 質 | 金銀。ジル合金 | | | | | |
| 394 | ポッティ | レジン | =沙沙 合金 | 1 [,] | •, ••• | - | | |
| 395 | ック (ダ | 前装 | 銀合金 | | | | |] |
| ` | ; ≷) | <u>_</u> | · · · · · · · · · · · · · · · · · · · | | | | | ~ ~ |
| 399 | 1 | | 貴 金 属 | | | | | |
| 400 | (臼歯) | 鋳 造 | 金銀パジ如合金 | 1 | $\triangle, \triangle \triangle \triangle$ | | | |
| 401 | | | ジかりい合金 | | | | | |

歯科医療機関用調査票

| \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ | | | 材料料を含 | 含まな | い場 | 合 | 材料料を | 含む | | <u></u> | |
|---------------------------------------|-----------------|--------|-------|-------|----|---|------|----|----------|---------|-------------------------------|
| No | 項 | 目 | 総個数 | 総 | 金: | 額 | 総個数 | 総 | <u>金</u> | 額 | 記入上の注意事項 |
| 101 | | 1床 1歯 | | | | 円 | | | | 円 | 1. 歯数は、欠損歯数でな |
| 102 | ı | 1床2歯 | | _ | | - | | | | | く、人工歯数により算定して下さい。 |
| 103 | , | 1床 3歯 | | | | | | | | | |
| 104 | | 1床 4歯 | | | | _ | - | | | | 2.レジン床のレジン材料料は、 |
| 105 | | 1床 5歯 | | | | | | | | | 製作料に含まれるもの |
| 106 | | 1床 6歯 | | | | | | - | | | とします。人工歯料については、別に請求された。 |
| 107 | 局部義歯 | 1床 7歯 | | | | | | | | | 場合は「材料料を含まな |
| 108 | (レジン床) | 1床8歯 | | | | | | | | | い」欄に記入し、別に請う |
| 109 | | 1床9歯 | | | | | | | | | 求のない場合は「材料料 を含む」 欄に記入して下 |
| 110 | : | 1床10歯 | | 7 | | | | | | | さい。 |
| 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 |
| 113 | . (| 1床13歯 | | | | | | | | | ります。 |
| 114 | | 1床14歯 | | | | | | | | | (No. 251~297) |
| 115 | 総 義 歯 (レジン床) | 総義歯 | | | | | | | | | 4 附 |
| 121 | | 1床1歯 | | | | | | | | | 4. 隙、金属歯は、別に該く 当欄が設けてあります。 |
| 122 | | 1床2歯 | | | | | • | | | | (No. 441~452) |
| 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 |
| 125 | | 1床 5歯 | | | | | | | | | いる場合であっても、床 |
| 126 | | 1床6歯 | | _ | | ! | | | , | | がシジン床の場合は、本欄 |
| 127 | 분는 중에 살이 | 1床7歯 | | | | | | | | | に記入して下さい。 |
| 128 | 排列料 (レジン床) | 1床8歯 | | | | | | | | ļ | 6. 排列料は、人工歯料を |
| 129 | | 1床 9歯 | | | | | / | , | | | 加算しないで下さい。 |
| 130 | , | 1床10歯 | | | | | | | | | |
| 131 | | 1床11歯 | | | | | / | | | | |
| 132 | | 1床12歯 | | | | | | | | | |
| 133 | ļ | 1床13歯 | | | | | | | | ļ | |
| 134 | | 1床14歯 | | | | | | | | , | |
| 135 | | 総義歯 | | | | | / | | | <u></u> | |
| 139 | 咬合床料 | (レジン床) | | | | | | | | | |

| | | | | 材料料を含 | 含まない | 場合 | 材料料 | を含む | 場合 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----|------------------|-------------|------------|-------|----------|---------------------------------------|----------|----------|----|---|-----------------------------|--|--|--|--|--|--|----|---|----|----------|--|--|--|--|--|--|--|-------|
| No | | 項 | 目 | 総個数 | 総金 | 額 | 総個数 | 総 | 金 | 領 | 記入上の注意事項 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 141 | | | 1床1~4歯 | | | . Р | | | | 円 | 1. 歯数は、欠損歯 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 142 | 局部 | 轰 歯 【 | 1床5~8歯 | | | | | | | | 数でなく、人工歯 数により算定し | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 143 | (熱可塑性 | 胡脂床) | 1床9~11歯 | | _ | | | | | | て下さい。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 144 | | | 1床12~14歯 | | | | | | | | 0 19% (44) (12.0) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 145 | 総義 (熱可塑性 | | 総義歯 | | | | | | | | 2. レジン材料料については、製作料に合きまれるものと | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 161 | | | 1床1~4歯 | | | | | | | _ | します。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 162 | 排 | ale) | 1床5~8歯 | | w-v- | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 163 | 13F グリ (熱可塑性 | | 1床9~11歯 | | | | | ····· | | | 3.排列料は、人工 歯料を加算しな | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 164 | 1 | | 1床12~14歯 | | | <u></u> | | | | | いで下さい。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 165 | | | 総義歯 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 179 | 咬合床 | 料 (熱 | (可塑性樹脂床) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 181 | | | 1床1~4歯 | | | | | | | | 1. 排列料は、金属 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 182 | | | 1床5~8歯 | | | | | | | _ | の種類を区分せ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 183 | | 貴金 | 属 1床9~11歯 | | | | | | | _ | ず本欄に記入し | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 184 | 義歯 | | | | | | | | | | | | | | | | | ,, | ,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,, | ,, | 1床12~14歯 | | | | | | | | て下さい。 |
| 185 | 発 歯 完成料 | | 総義歯 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 201 | 金属床 | | 1床1~4歯 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 202 | | その | 也 1床5~8歯 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 203 | | の | 1床9~11歯 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 204 | | 合金 | 金 1床12~14歯 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 205 | | | 総義歯 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 221 | , | | 1床1~4歯 | | ··· | | | | | _ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 222 | HE | 列料 | 1床5~8歯 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 223 | | メリカキ 属床) | 1床9~11歯 | | | | <u>.</u> | | | | <u> </u> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 224 | | | 1床12~14歯 | | <u>-</u> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 225 | | 総義歯 | | | | · · · · · · · · · · · · · · · · · · · | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 241 | 241 咬合床料(金属床) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 242 | 模型 | 作製 | 料(金属床) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | <u> </u> | | | 材料料を | 含まない場合 | 材料料 | を含む | 場合 | |
|-----|-----------------|---------------------------------------|------------|---------------|---------------------------------------|--------------|---------|-------------|---------------------------|
| No | | 項 | 目 | 総個数 | 総金額 | 総個数 | 総 | 金額 | 記入上の注意事項 |
| 251 | | · · · · · · · · · · · · · · · · · · · | 貴金属 | | 円 | | | ————— 円 | 1. 金属材料料につ |
| 252 | | 双歯鉤 | 14 K 金合金 | | | | | | いては、別に請求 |
| 253 | ļ | | 特 殊 鋼 | | | | | | された場合は「材 料料を含まない」 |
| 254 | | | 貴金属 | | | | • | | 欄に記入し、別に |
| 255 | 線 鉤 | 両翼鉤 (レスト付) | 14 K 金合金 | | | | | | 請求のない場合は |
| 256 | | (6)(13) | 特殊鋼 | - | | | | | 「材料料を含む」 |
| 257 | | | 貴金属 | | | | | | 欄に記入して下さり |
| 258 | | 両翼鉤 (レストなし) | 14 K 金合金 | | | | | | - V's |
| 259 | | (PAPED) | 特殊鋼 | | , , , , , , , , , , , , , , , , , , , | | | | 2. バックアクション鉤、 |
| 261 | | | 貴 金 属 | | | | | | リアアクション鉤、ジャクソ |
| 262 | | | 14 K 金合金 | | | | | | ン鉤等、特殊な形 |
| 263 | ļ | 双歯鉤 | 金銀パラジウム合金 | | | | | | 態の鉤は双歯鉤 |
| 264 | | | ニッケルクロム合金(| | | | | | 下さい。 |
| 265 | | | 貴金属 | | | | | | |
| 266 | Administra A.C. | 両翼鉤 | 14 K 金合金 | | | | | | 3. 不銹鋼の場合 は、特殊鋼に含め |
| 267 | 鋳造鉤 | (レスト付) | 金銀パラジウム合金 | | | | | | て記入して下さ |
| 268 | | | ニッケルクロム合金 | | | | | | \ \\. |
| 269 | | | 貴金属 | l | | | | | |
| 270 | ļ | 両翼鉤 | 14 K 金合金 | | | | | | 4. 金属床の鉤、ファ ク・スパー等は別に該 |
| 271 | | (レストなし) | 金銀パラジウム合金 | | | | | | 当欄が設けてあり |
| 272 | | | ニッケルクロム合金 | | | | | | ます。 |
| 281 | | 公 点 | 貴金属 | | | | | | No. 521 ∼535) |
| 282 | フック スパー | 線 | 特殊鋼 | | | | | | W B A B List A |
| 283 | | 鋳 造 | 貴金属 | | | | | | ※ 貴金属とは、金 合金、白金加金を |
| 291 | | | 貴金属 | | | | | | いう。 |
| 292 | ĺ | 屈 曲 | 金銀パラジウム合金 | | | | | | · |
| 293 | { | | 特殊鋼 | | | | | | ※ ニッケルクロム合金と |
| 294 | バー | | 貴金属 | | | | | <u> </u> | は、ニッケルの山合金、 |
| 295 | | 鋳造 | 金銀、ラジウム合金 | | | | | | コバルトクロム合金を |
| 296 | | 1 | ニッケルクロム合金 | - | | | | | いう。 |
| 297 | 補 | 強線 | 特殊鋼 | | | | | | |
| | | | · | | | | | | |

| | 項目 | | | 材料料を含まない場合 | | | 材料料を | を含む場合 | |
|-----|---------------------------------------|------------------|-----------|--|---------------|---|-------------|--------------|----------------------|
| No | | | | 総個数 | 総金 | 額 | 総個数 | 総金額 | 記入上の注意事項 |
| 311 | | | 貴金属 | | | Ħ | | 円 | 1. ブリッジの支台 |
| 312 | | 全 部 | 金銀パラジウム合金 | | | | | | 装置も含めて記 |
| 313 | | 鋳造冠 | ニッケルクロム合金 | <u>-</u> | | | | | 入して下さい。 |
| 314 | | | 銀合金 | | | | | | 2. 金属材料料及び |
| 315 | 鋳造冠 | | 貴金属 | | | | | | 人工歯料・歯冠 |
| 316 | ; | 部分 | 14 K 金合金 | ·- · | , | | | | 色前装材料料に |
| 317 | | 铸造冠 | 金銀パラジウム合金 | | | | | | ついては、別に請 求された場合は |
| 318 | | (3/4 冠 4/5 冠) | ニッケルクロム合金 | | | | | | 水された場合は 「材料料を含ま |
| 319 | | 2, 3, 2, | 銀合金 | | - | | ···· | | ない」欄に記入 |
| 331 | | | 貴金属 | | | | | · · · · · · | し、別に請求のな |
| 332 | | | 14 K 金合金 | | | | | | い場合は「材料料 |
| 333 | | 単純な も の | 金銀パラジウム合金 | | | | | | ・ を含む」欄に記入 して下さい。 |
| 334 | | 8 0 | ニッケルクロム合金 | | | | | • • | |
| 335 | | | 銀合金 | | | | | | ※ 単純なものと |
| 336 | インレー | | 貴金属 | | | | | | は、隣接面を含ま |
| 337 | | | 14 K 金合金 | | | | | | ないものをいう。 |
| 338 | | 複雑な も の | 金銀パラジウム合金 | | | | | | |
| 339 | | 8 0 | ニッケルクロム合金 | | | | | | ※ 複雑なものと |
| 340 | | | 銀合金 | | | | | | は、隣接面を含む |
| 357 | | | 貴 金 属 | | | | | | ものをいう。 |
| 358 | | 属焼付 セレン冠 | ニッケルクロム合金 | | <u>.</u> | | | | 1 |
| 359 | , , , , , , , , , , , , , , , , , , , | にレン元」 | その他の合金 | | | | | | ※ 貴金属とは、金 |
| 361 | | | 貴金属 | | | | | | 合金、白金加金を |
| 362 | 硬领 | 質レジン | 金銀パラジウム合金 | | | | | <u> </u> | いう。 |
| 363 | 1 | 鋳造冠 | ニッケルクロム合金 | | | | | | |
| 364 | | | 銀合金 | | | | | | ※ ニッケルクロム合金と |
| 365 | ポーセン・冠、アルジスポーセン・冠 | | | | | | | は、ニッケルクロム合金、 | |
| 366 | | | | <u> </u> | | | <u> </u> | コハ゛ルトクロム合金を | |
| 367 | 研質/ジン ジ*ケット冠 | | 光重合型 | | | | | <u> </u> | =` いう。 |
| 368 | | | 加熱重合型 | | | | | | |
| 369 | がが 物別 | | | | | | | | |
| 371 | | | 単純なもの | | | | | | 1 |
| 372 | - | /v | 複雑なもの | | | | | | 1 |
| | L | | でを作ってい | | L | | ł | | |

| 3.7 | 項目 | | | 材料料を含 | 含まない場合 | 材料料 | と含む場合 | = 1 0 WYZETE |
|-----|--|------------|------------|--|---------------|-------------|----------|------------------------|
| No | | ·垻 | □ . | 総個数 | 総金額 | 総個数 | 総金額 | 記入上の注意事項 |
| 375 | リテイナー | | 5歯以下のもの | | Ħ | | 円 | |
| 376 | ソノイ | 1) — | 6歯以上のもの | | - | | | |
| 380 | 歯冠側 | 多復物作製 | のための模型 | | | | |] 1. 金属材料料及び |
| 381 | | , ,- | 貴金属 | | | | | 人工歯料について |
| 382 | | メタル ボンド | 金銀パラジウム合金 | | | | | は、別に請求され |
| 383 | | 4/2 I. | その他の合金 | | | | | た場合は「材料料 |
| 384 | ポノティ ツク (ダ | 硬 質 | 金銀パラジウム合金 | | | | | を含まない」欄に |
| 385 | <i>>>> ∀</i> ≷ -) | レジン | ニッケルクロム合金 | | | | | 記入し、別に請求 |
| 386 | (前歯) | 前装 | 銀合金 | | | | | のない場合は「材 |
| 387 | (111 121) | | 貴 金 属 | | | | | 料料を含む」欄に記入して下さい。 |
| 388 | | 金属 | 金銀パラジウム合金 | | | | | |
| 389 | | 表 衣 | ニッケルクロム合金 | | | | | 2.3歯欠損のポン |
| 390 | | | 貴金属 | | | | | ティック(ダミ |
| 391 | | メタル ボンド | 金銀パラジウム合金 | | | | | 一) は、3 個と数 |
| 392 | | ハント | その他の合金 | | | | | えて下さい。 |
| 393 | | 一 質 | 金銀パラジウム合金 | | | | | 例)前歯1歯欠損、 |
| 394 | | レジン | ニッケルクロム合金 | | | | · | 臼歯2歯欠損の |
| 395 | ポッティ | 前装 | 銀合金 | | | <u> </u> | | 場合は、前歯ポ ンティック (ダ |
| 396 | ック (ダ ミー) | | 貴 金 属 | | | | | ミー) 1個、臼 |
| 397 | (臼歯) | 金属裹装 | 金銀パラジウム合金 | | | | | 歯ポンティッ |
| 398 | (口函/ | 表 表 | ニッケルクロム合金 | | | | | ク (ダミー) 2 |
| 399 | | | 貴 金 属 | | | | | 個と数えて下 |
| 400 | | Adva st. | 金銀゚ラジウム合金 | | - | | | さい。 |
| 401 | | 鋳造 | ニッケルクロム合金 | | | | | |
| 402 | | | 銀合金 | | | | | 3.3ページ に記入例 がありますので |
| 421 | | h | 貴 金 属ろう | | | | | 参考にして下さ |
| 422 | <u>.</u> | - <u></u> | 金銀パラジウムろう | | | | | γ.' |
| 423 | か | う着 | ニッケルクロムろう | | | · | | 1 |
| 424 | | | 銀ろう | | | | | - ※ 貴金属とは、金 |
| 429 | <u> </u> | | 結 | | | | | 合金、白金加金を |
| 431 | メタルコア | | 貴金属 | | | | <u> </u> | いう。 |
| 432 | | | 金銀パラジウム合金 | | | 1 | | |
| 433 | | | 銀合金 | | | 1 | | - ※ ニッケルクロム合金と |
| 441 | | | 貴金属 | Timely Dispara | | | , | は、ニッケルクロム合金、 |
| 442 | l | | 金銀パラジウム合金 | | | | | コバルクロム合金を |
| 443 | 隙 | 金 属 | ニッケルクロム合金 | ······································ | <u> </u> | | | いう。 |
| 444 | | | 銀合金 | | | | | - |
| 445 | ŀ | レ | ジン | | | | | · |
| | | <u> </u> | | | | | L | <u> </u> |

| ., | | 材料料を含まない場合 | | | ₩ 材料料 | を含む場合 | | | |
|-------------|------------------|---------------------------|---------------------------------------|--------------|---------------|----------|-------------|-------------------------|--|
| No. | 項 | 目 | 総個数 | 総 | 金額 | 総個数 | 総金額 | 記入上の注意事項 | |
| 451 | , B IF | 貴 金 属 | | | 円 | | H | 1. 人工歯料につい | |
| 452 | 金属歯 | 銀合金 | | | | | | ては、別に請求さ | |
| 461 | 有床 | 義 歯 修 理 | | | | | | れた場合は「材料 料を含まない」欄 | |
| 462 | | 1 ~ 4 歯 | | | | | <u> </u> | に記入し、別に請し | |
| 463 | | 5 ~ 8歯 | · · · · · · · · · · · · · · · · · · · | | | , | | 求のない場合は、 | |
| 464 | リライン | 9 ~ 11 歯 | | | | <u> </u> | <u></u> | 「材料料を含む」 | |
| 465 | (床裏装法) | 12 ~ 14歯 | <u></u> | | | | | 欄に記入して下 | |
| 466 | | 総義歯 | | | - | | | さい。 | |
| 467 | | 1~4歯 | - | | | 1 | | 2. 熱可塑性樹脂床 | |
| | | 5 ~ 8歯 | | | - | | | については、10ペ | |
| 468 | リベース | 9~11歯 | | <u> </u> | <u> </u> | <u> </u> | | ージの「その他」 | |
| 469 | (換床法) | | | <u> </u> | | | | 欄に記載して下 | |
| 470 | | 12 ~ 14歯 / 総 義 歯 | | | | - | | さい。 | |
| 471 | <u></u> | 総 我 圏 床の範囲が前歯部又は臼 | | | | | | 1. 床の範囲等によ | |
| 501 | | 歯部に限局するもの | | 1 | | ļ | <u></u> | り区分して、それ | |
| 502 | | 床の範囲が前歯部及び 片側の臼歯部に及ぶもの | | | | | | ぞれの該当欄に | |
| 503 | 鋳 造 床 (貴 金 属) | 床の範囲が前歯部及び | | | ··- a | | | 記入して下さい。 | |
| \ | (), | 両側の臼歯部に及ぶもの | | } | · •• | | | なお、圧印床に | |
| 504 | | 総義歯 | .=- | | | <u> </u> | <u> </u> | ついては、10ペー ジの「その他」の | |
| 505 | | パ ラタルバー 部分床 床の範囲が前歯部又は | | | | | | 項目に記載して | |
| 511 | | 臼歯部に限局するもの | | <u> </u> | | | | 下さい。 | |
| 512 | A+- >4- + | 床の範囲が前歯部及び 片側の臼歯部に及ぶもの | | | | | | | |
| 513 | 鋳造床 (その他の合金) | 床の範囲が前歯部及び | | | | | | 2. 床、鉤、アタッチメン | |
| \vdash | (CABADA | 両側の臼歯部に及ぶもの | | 1 | | | | ト及び義歯完成料 等が分離されて | |
| 514 | | 総義歯 | | ļ <u>.</u> | | <u> </u> | | いる場合は、それ | |
| 515 | | パラタルバー部分床 | | | | | | ぞれの該当欄に | |
| 521 | | フック・スパー・レスト | | | | | | 記入して下さい。 | |
| 522 | 金属床用鉤 | 両 翼 鉤 | | - | | | | | |
| 523 | (貴金属) | ローチ鉤 | | | | _ | | ※ 貴金属とは、金 | |
| 524 | | リングが鉤・バックアクション鉤 | | - | | | | 合金、白金加金を | |
| 525 | | 双歯鉤 | | | | ļ | | いう。 | |
| 531 | | フック・スパー・レスト | | _ | | | | | |
| 532 | 金属床用鉤 | 両 翼 鉤 | | | | | | | |
| 533 | (その池の合金) | ローチ鉤 | | | | | | | |
| 534 | | リング鉤・バックアクション鉤 | | <u> </u> | | | | | |
| 535 | | 双歯鉤 | | | | | | | |

| AT. | 項 | 目 | 材料料を1 | 含まない場合 | 材料料 | を含む場合 | 記入上の注意事項 |
|--|---------------------------------------|-------------|----------------|----------|----------|---------|-------------|
| No. | · · · · · · · · · · · · · · · · · · · | | 総個数 | 総金額 | 総個数 | 総金額 | |
| 691 | その他 | | | · # ! | | 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。 |
| - | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | - | | | | |
| - | | | | | | | |
| ļ | | | | | | | |
| - | | | | | | | |
| | | <u> </u> | | | | | |
| - | | <u> </u> | | <u> </u> | | | |
| - | | | | | | 1 | |
| | | <u> </u> | | | | | |
| ļ | | | | | | | · |
| | | | <u> </u> | | | | |
| | | | | | | | |
| - | | <u> </u> | | | | | |
| - | | | | | | <u></u> | |
| | | | | | | | |
| | | | <u> </u> | | | | |
| ļ | | | | | | | |
| | | | | | | | ; |
| ļ | | | | | | | |
| | | <u> </u> | | | | | |
| | |) | | | | | |
| | | | | | <u>-</u> | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | } | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | , | | | | | | |
| | | | | | | | · |
| Ц | <u> </u> | J | · | · | <u> </u> | L | I |

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 | | | · | | | | |
|-----|-----|-------------|--|--------------|-----------------------------------|--------------|--|--|--|
| | | | Ŧ | | | | | | |
| 所 | 在 | 地 | 都道 | 郡 | 阻】 | 番地 | | | |
| 171 | 135 | 1 15 | 府県 | 市 | 村 | 号 | | | |
| | | | | 区 | | | | | |
| 従 | 事者 | 数 | · 歯科技工士 | 名 | | | | | |
| | | | 1. 歯科医療機関から全て | | 主している。 | | | | |
| | | | 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。 | | | | | | |
| 受 | 注方沒 | き等 | 4. その他 (| T C (V ' S) |) | | | | |
| | | | 注) <u>2~4</u> を選択した場合 4 頁以降の記入は不要 | | は <u>該当しません。</u> 関査票の表紙のみを記入しこ | 「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

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、<u>歯科医療機関から</u>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、<u>平成 23 年 7 月中</u>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<u>消費税を含めた歯科技工料</u>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、<u>調査に該当しな</u>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。)

| | (1 11)0 | 27.2 - 4.2.7/1/ F | 11-10/ | 2007100 | THE METERS CON B | C T IN TEXT | | 101110 |) / | |
|--------|---------|-------------------|--------|---------|------------------|------------------------|----------------|--------|-----------|---|
| | No | 項 | | 目 | 材料料を含 | 含まない場合 | 材料料を | 含む場合 | 記入上の注意事項 |] |
| | NO | ··只 | | | 総個数 | 総金額 | 総個数 | 総金額 | 10人工の生息事項 | |
| ~! | | | | | | | ır | | | Ł |
| \sim | | | | | | | | | <u> </u> | ~ |
| | 115 | 総 | 義 | 歯 | Δ | 00 , 000 | | | |] |
| | | | - | | | | | | | 1 |

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 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」)

| | | | K, 20 H J / | | | | | |
|--------------|-------------------------|-----|-------------|----------|---|------------|-------|-----------|
| No | | 項目 | | | ままない場合 | 材料料を | と含む場合 | 記入上の注意事項 |
| 140 | | 一只 | P | 総個数 | 総金額 | 総個数 | 総金額 | 1記八工の任息事項 |
| 5 | | | •- | | | <u> </u> | 1 | ~ |
| 381 | ポンティ | | 貴金属 | 3 | $\triangle \triangle$, $\triangle \triangle$ | 4 | | |
| 382 | ックダ | メタル | 金銀。ジル合金 | | | | | |
| 383 | ミ ー) (前歯) | ボンド | その他の合金 | | | | | |
| - | | | | | | _ | | |
| 384 | ポンティ | 硬 質 | 金銀ががか合金 | | | | | |
| 385 | ックダ | レジン | 三州小山 合金 | 1 | 0,000 | 4- | | |
| 386 | ミ ー) (前歯) | 前装 | 銀合金 | <u>.</u> | | | | |
| | | | | | | | 1 | |
| 393 | | 硬 質 | 金銀。ジ如合金 | , | | | | • |
| 394 | ポンティ | レジン | 二分小 合金 | 1 | 0, 000 | — | | <u> </u> |
| 395 | ックダ | 前装 | 銀合金 | | | | | |
| ~ ~ | ₹—) | ! | · | | | " " | | ` ~ |
| 399 | | | 貴 金 属 | | | | | |
| 400 | (臼歯) | 鋳造 | 金銀パジが合金 | 1 | \triangle , $\triangle\triangle\triangle$ | ——— | | |
| 401 | | | ニッケルクロム合金 | | | | | |

歯科技工所用調査票

| | | | 材料料を含 | 含まな | いち | 易合 | 材料料を | | ·場台 | | |
|-----|-----------|--------|--|----------|----|------------|----------|----------|---------|---|------------------------------|
| No | 項 | 目 | 総個数 | | 金 | | 総個数 | | 金 | | 記入上の注意事項 |
| 101 | | 1床1歯 | ************************************** | | | 円 | | | | 円 | 1. 歯数は、欠損歯数でな |
| 102 | | 1床2歯 | | | | | | | | | く、人工歯数により算定 して下さい。 |
| 103 | ı | 1床3歯 | | | | | | _ | _ | | |
| 104 | . | 1床 4 歯 | | | | | | | | | 2.レジン床のレジン材料料は、 |
| 105 | | 1床 5歯 | | | _ | _ | | - | | | 製作料に含まれるもの |
| 106 | | 1床6歯 | | | | | | | | | とします。人工歯料につ いては、別に請求された |
| 107 | 局部義歯 | 1床 7歯 | | | | | | | | | 場合は「材料料を含まな |
| 108 | (レジン床) | 1床8歯 | | | | | | | | | い」 欄に記入し、別に請求のない場合は「材料料 |
| 109 | | 1床 9歯 | | | | | | | | | を含む」欄に記入して下 |
| 110 | | 1床10歯 | | | | | | | | | さい。 |
| 111 | | 1床11歯 | · | | | | | | | | - Al S Librate Sale Later - |
| 112 | | 1床12歯 | | | | | | | _ | | 3. 鉤、バー、補強線等は、 別に該当欄が設けてあ |
| 113 | ; | 1床13歯 | | <u>.</u> | | | | | | | ります。 |
| 114 | | 1床14歯 | | | | | | | · | | (No. 251~297) |
| 115 | 総義歯(シジン床) | 総義歯 | , | | | | | | | ļ | |
| 121 | (10 10(0) | 1床1歯 | | - | | | | | | | 4. 隙、金属歯は、別に該 当欄が設けてあります。 |
| 122 | , | 1床 2歯 | | | | | | | | | (No. 441~452) |
| 123 | | 1床 3歯 | | | | | | | / | / | |
| 124 | | 1床 4歯 | | | | | | | | ı | 5. 鉤、バー等に金合金又 は白金加金を使用して |
| 125 | | 1床 5歯 | | | | | | | | | いる場合であっても、床 |
| 126 | | 1床6歯 | | | | | , | | • | | がレジン床の場合は、本欄 |
| 127 | 排列料 | 1床7歯 | | | | | | | | | に記入して下さい。 |
| 128 | (レジン床) | 1床8歯 | | | | | | | | | - 6. 排列料は、人工歯料を |
| 129 | | 1床9歯 | | | | , | / | | | | 加算しないで下さい。 |
| 130 | | 1床10歯 | | | _ | | | | | | |
| 131 | | 1床11歯 | | | | | / | | | ļ | |
| 132 | | 1床12歯 | | | | | | | | | : |
| 133 | | 1床13歯 | | | | | / | | | | |
| 134 | | 1床14歯 | | | | . <u>-</u> | / | | | | |
| 135 | | 総義歯 | | · | ×= | و المالية | <u>/</u> | P | | · | |
| 139 | 咬合床料 | (レジン床) | | | | | <u> </u> | <u> </u> | | | |

| | | | <u> </u> | 材料料を | 含まない場合 | 材料料 | を含む場合 | 三コ しの沙女寺で | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----|---------------|-------------|------------|------|----------|-------|--|----------------------------|--|--|--|--|--|--|-------|----------|----|-----------|--|----------|--|----------|--|--|-------|
| No | 項 | | 目 | 総個数 | 総金額 | 総個数 | 総 金 額 | 記入上の注意事項 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 141 | | | 1床1~4歯 | | P. | | 円 | 1. 歯数は、欠損歯 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 142 | 局部義歯(熱可塑性樹脂床) | | 1床5~8歯 | | | | _ | 数でなく、人工歯 数により算定し | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 143 | | | 1床9~11歯 | | | | | て下さい。 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 144 | | | 1床12~14歯 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 145 | 総義歯 | | 総 義 歯 | | | | · sq. s. · · · · · · · · · · · · · · · · · · | 2. レジン材料料については、製作料に含まれるものと | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 161 | | | 1床1~4歯 | | · | | | します。 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 162 | HE Zu | del | 1床5~8歯 | | | ļ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 163 | 排列(熱可塑性) | | 1床9~11歯 | | | | | 3. 排列料は、人工 歯料を加算しな | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 164 | | | 1床12~14歯 | | | | | いで下さい。 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 165 | | | 総義歯 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 179 | 咬合床 | 料(熱 | (可塑性樹脂床) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 181 | | | 1床1~4歯 | | | | | 1. 排列料は、金属 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 182 | | | 1床5~8歯 | | | | | の種類を区分せ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 183 | | 貴金 | 属 1床9~11歯 | | <u> </u> | | | ず本欄に記入し | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 184 | 義歯 | | | | | | | | | | | | | | J ME. |)A 312./ | 貝並 | 9-4 JIE,7 | | 1床12~14歯 | | <u> </u> | | | て下さい。 |
| 185 | 完成料 | | 総義歯 | | | | | i | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 201 | 金属床 | | 1床1~4歯 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 202 | (ATT VE) OVIA | その | 也 1床5~8歯 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 203 | | の | 1床9~11歯 | | <u> </u> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 204 | | 合组 | 金 1床12~14歯 | | | | <u></u> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 205 | | | 総義歯 | · | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 221 | | | 1床1~4歯 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 222 | +11: | 列料 | 1床5~8歯 | | | f | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 223 | 1 | タリポヤ 属床) | 1床9~11歯 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 224 | | | 1床12~14歯 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 225 | | | 総義歯 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 241 | 咬合 | 床米 | ŀ(金属床) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 242 | 模型 | 作製 | 料(金属床) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | _ | | | 材料料を | 含まない | —— 場合 | 材彩 | | さむ場 | 合 | |
|-----|---------------|-------------------|-----------|------|---------------------------------------|--------------|----------|------|--|--------------|---------------------------|
| No | | 項 | 目 | 総個数 | 総金 | 額 | 総個 | 数 | 総 金 | . 額 | 記入上の注意事項 |
| 251 | | | 貴金属 | | | 円 | | | | [43 | 1. 金属材料料につ |
| 252 | | 双歯鉤 | 14 K 金合金 | | | | | | | | いては、別に請求 |
| 253 | | | 特 殊 鋼 | | | | | | | | された場合は「材料を含まない」 |
| 254 | , | 7 951 64 | 貴金属 | | | | | | | | 欄に記入し、別に |
| 255 | 線鉤 | 両翼鉤 (レスト付) | 14 K 金合金 | | | | | | | | 請求のない場合は |
| 256 | | | 特殊鋼 | | · | | | | | | 「材料料を含む」 |
| 257 | ļ | == 287.64~ | 貴金属 | | · · · · · · · · · · · · · · · · · · · | | | | | | 欄に記入して下さり い。 |
| 258 | | 両翼鉤 (レストなし) | 14 K 金合金 | | · · · · · · · · · · · · · · · · · · · | • | | | | | |
| 259 | | | 特殊鋼 | | | | | | | | 2. バックアクション鉤、 |
| 261 | | İ | 貴金属 | | <u> </u> | · | | | | | リアアクション鉤、ジャクソ ン鉤等、特殊な形 |
| 262 | , | 双歯鉤 | 14 K 金合金 | · . | | | | | | <u> </u> | 態の鉤は双歯鉤 |
| 263 | ľ | <i>大</i> 人因 亚明 | 金銀パラジウム合金 | | | | <u>-</u> | | | | の欄に記入して |
| 264 | | <u> </u> | ニッケルクロム合金 | | · | | | | | | 下さい。 |
| 265 | | | 貴金属 | | | | | | | | 3. 不銹鋼の場合 |
| 266 | 鋳造鉤 | 両翼鉤 | 14 K 金合金 | | | | | | | | は、特殊鋼に含め |
| 267 | 204 YEAR | (レスト付) | 金銀パラジウム合金 | | <u> </u> | | | | | - <u></u> | て記入して下さ |
| 268 | , | | ニッケルクロム合金 | | | | | | | <u> </u> | , V'o |
| 269 | | | 貴金属 | | | | | | | | 4. 金属床の鉤、フッ |
| 270 | | 両翼鉤 | 14 K 金合金 | | | | | | | | 4. 金属床の動、クダ |
| 271 | | (レストなし) | 金銀パラジウム合金 | | | | | | | | 当欄が設けてあり |
| 272 | | | ニッケルクロム合金 | | | | | | | | ます。 |
| 281 | フック | 線 | 貴金属 | | | | | | | | (No. 521 ∼535) |
| 282 | スパー | | 特殊鋼 | | | | ļ | | | | ※ 貴金属とは、金 |
| 283 | | 鋳造 | 貴金属 | | | | | | | | 合金、白金加金を |
| 291 | | | 貴金属 | · | <u> </u> | | | | | | いう。 |
| 292 | ļ | 屈曲 | 金銀パラジウム合金 | | | <u> </u> | | | | · | |
| 293 | バー | | 特殊鋼 | | | | | | | | ※ ニッケルクロム合金と |
| 294 | | | 貴金属 | | | <u> </u> | | | | | は、ニッケルクロ合金、 |
| 295 | | | 金銀、ラジウム合金 | | | - | | | | | コバルトクロム合金を |
| 296 | | | ニッケルクロム合金 | | · | | | | <u>, </u> | , | いう。 |
| 297 | 補 | 強線 | 特殊鋼 | | <u> </u> | | <u> </u> | | | | |

| | | | | 材料料を含 | さまない場合 | 材料料を | と含む場合 | | | | |
|-----|-------------------------------------|-------------------------|-----------|----------|--------|--------------|--|--------------------|--|--|----------|
| No | | 項 | 目 | 総個数 | 総金額 | 総個数 | 総金額 | 記入上の注意事項 | | | |
| 311 | | | 貴 金 属 | | PI | | P) | 1. ブリッジの支台 | | | |
| 312 | | 全 部 | 金銀パラジウム合金 | | | , | | 装置も含めて記 | | | |
| 313 | | 鋳造冠 | ニッケルクロム合金 | | | | | 入して下さい。 | | | |
| 314 | | | 銀合金 | | | | · · · · · · · · · · · · · · · · · · · | 2. 金属材料料及び | | | |
| 315 | 鋳造冠 | | 貴金属 | | | | | 人工歯料・歯冠 | | | |
| 316 | | 部分 | 14 K 金合金 | | | | | 色前装材料料に | | | |
| 317 | | 鋳造冠 | 金銀パラジウム合金 | | | | | ついては、別に請 | | | |
| 318 | į | (3/4 冠 4/5 冠) | ニッケルクロム合金 | | | | | 求された場合は 「材料料を含ま | | | |
| 319 | | ٠, ٥ , ٢ | 銀合金 | | | | | ない」欄に記入 | | | |
| 331 | | | 貴金属 | | | , | | し、別に請求のな | | | |
| 332 | | | 14 K金合金 | | | | | い場合は「材料料 | | | |
| 333 | | 単純な | 金銀パラジウム合金 | | | | | を含む」欄に記入 して下さい。 | | | |
| 334 | | もの | ニッケルクロム合金 | | | | | CCTCV. | | | |
| 335 | | | 銀合金 | | | . | | ※ 単純なものと | | | |
| 336 | インレー | • | 貴金属 | | | | - | は、隣接面を含ま | | | |
| 337 | | | 14 K 金合金 | | | | | ないものをいう。 | | | |
| 338 | | 複雑な | 金銀パラジウム合金 | | | | | -a. 0., e. , , | | | |
| 339 | | もの | ニッケルクロム合金 | | | | | ※ 複雑なものと | | | |
| 340 | | | | | | 銀合金 | | , | | | は、隣接面を含む |
| 357 | | , | 貴金属 | | | | ************************************** | ものをいう。 | | | |
| 358 | | 虽焼付 | ニッケルクロム合金 | | | ! | | · - | | | |
| 359 | 本一. | セレン冠 | その他の合金 | | | | | ※ 貴金属とは、金 | | | |
| 361 | | - (| 貴金属 | | | | | 合金、白金加金を | | | |
| 362 | 石面石 | ゴレジン ゴレジン | 金銀パラジウム合金 | | | | | いう。 | | | |
| 363 | | 鋳造冠 | ニッケルクロム合金 | | _ | | | <u> </u> | | | |
| 364 | | | 銀合金 | | | | | ※ ニッケルクロム合金と | | | |
| 365 | +°. | - 3 02/54 70 | | | | | | は、ニッケルクロム合金、 | | | |
| - | ポーセレン冠、アルミナスポーセレンテ キャスタファルセラミック冠 | | | | | | | コバルトクロム合金を | | | |
| 366 | | | | | | | | いう。 | | | |
| 367 | · 硬質レジン | | 光重合型 | | | | | | | | |
| 368 | 加杰里日生 | | | | | | | | | | |
| 369 | | | | <u> </u> | | | | | | | |
| 371 | | ^ン(CR) /ν- | 単純なもの | | | | | | | | |
| 372 | 17 | | 複雑なもの | | | | | | | | |

| | | ~# | Б | 材料料を台 | 含まない場合 | 材料料を | と含む場合 | |
|-----|--|---------------------------------------|--------------------|--|--|----------|--|------------------------------|
| No | | 項 | 目 | 総個数 | 総金額 | 総個数 | 総金額 | 記入上の注意事項 |
| 375 | ,, | | 5歯以下のもの | | 円 | | Pi | |
| 376 | リティ | アー | 6歯以上のもの | | | | | |
| 380 | 歯冠側 | 後物作製 | のための模型 | | | | | 1. 金属材料料及び |
| 381 | | | 貴金属 | | | | ************************************** | 人工歯料について |
| 382 | | メタル ボンド | 金銀パラジウム合金 | | | | | は、別に請求され |
| 383 | | かくし | その他の合金 | | | | · - - | た場合は「材料料 |
| 384 | ポンティ | 硬 質 | 金銀パラジウム合金 | ······································ | | | | を含まない」欄に |
| 385 | ック (ダ ミ ー) | レジン | ニッケルクロム合金 | | | | | 記入し、別に請求 |
| 386 | (前歯) | 前装 | 銀合金 | | | | | のない場合は「材 |
| 387 | (月1)2番ノ | | 貴 金 属 | | | | | 料料を含む」欄に |
| 388 | | 金属 | 金銀パラジウム合金 | | | | | 記入して下さい。 |
| 389 | | 裏 装 | ニッケルクロム合金 | | | | | 2.3 歯欠損のポン |
| 390 | | · · · · · · · · · · · · · · · · · · · | 貴金属 | | ······································ | | | ティック(ダミ |
| 391 | | メタル | 金銀パラジウム合金 | | | | · | 一) は、3 個と数 |
| 392 | | ボンド | その他の合金 | | ", <u></u> | | | えて下さい。 |
| 393 | | ——— 硬 質 | 金銀パラジウム合金 | | | | | 例)前歯1歯欠損、 |
| 394 | | レジン | ニッケルクロム合金 | | | | - | 臼歯2歯欠損の |
| 395 | ポンティ | 前装 | 銀合金 | | | | | 場合は、前歯ポ |
| 396 | ックダ | | 貴金属 | | | | | ンティック(ダ ミー)1個、臼 |
| 397 | <u>₹</u> —) | 金属 | 金銀パラジウム合金 | | | 1 | | 歯ポンティッ |
| 398 | (臼歯) | 裏 装 | ニッケルクロム合金 | | | | | ク (ダミー) 2 |
| 399 | | | 貴金属 | | | · | | 個と数えて下 |
| 400 | • | | 金銀゚ラジウム合金 | | | <u> </u> | | さい。 |
| 401 | | 鋳造 | ニッケルクロム合金 | _ | | | | |
| 402 | | | 銀合金 | | | | | 3.3ページに記入例 |
| 421 | · ·- · · · - · · · · · · · · · · · · · | | 貴 金 属ろう | | · · · · · · · · · · · · · · · · · · · | | | がありますので |
| 422 | | | 金銀パラジウムろう | | | | | 参考にして下さ い。 |
| 423 | ろ | う着 | ニッケルクロムろう | | | | | , v ° |
| 424 | | | 銀ろう | | <u>.</u> | | | ※ 貴金属とは、金 |
| 429 | 連 | | 結 | | • | | | 合金、白金加金を |
| 431 | , AE | | 貴金属 | | | | | 1 |
| 431 | メタル | レコア | 金銀パラジウム合金 | | | | | いう。 |
| 433 | 7.71 | | 銀合金 | _ | | | | Seculation L. A. A. 1. |
| 441 | ~ | | 貴金属 | | · · · · · · · · · · · · · · · · · · · | | | ※ ニッケルクロム合金と は、ニックルクロム合金、 |
| 442 | | | 金銀パラジウム合金 | | | | | コバルクい合金を |
| 443 | 隙 | 金 属 | ニッケルクロム合金 | | | | | いう。 |
| | 別 | | 銀合金 | | | | <u> </u> | - |
| 444 | | V | | | | | | - |
| 445 | | | ν ν | <u></u> | | | | |

| NT. | 175 | | 材料料を | 含まな | い場合 | | 材料料 | を含む | 心場 | 合 | === 1 |
|-----|----------------|---------------------------|------|-----|-----|---|-----|-----|----|---|-----------------------|
| No. | 項 | 目 | 総個数 | 総 | 金額 | | 総個数 | 総 | 金 | 額 | 記入上の注意事項 |
| 451 | 金属歯 | 貴 金 属 | | | | Ħ | | | | 円 | 1. 人工歯料につい |
| 452 | 並 馮 圏 | 銀合金 | | | | : | _ | | | | ては、別に請求さ |
| 461 | 有 床 | 義歯修理 | | | | | | | | | れた場合は「材料 料を含まない」 欄 |
| 462 | | 1 ~ 4歯 | | | | | | | | | に記入し、別に請 |
| 463 | n = 25. | 5 ~ 8歯 | | | | | | | | | 求のない場合は、 |
| 464 | リライン (床裏装法) | 9 ~ 11 歯 | | | | | | | | | 「材料料を含む」 |
| 465 | (DIVICE LIA) | 12 ~ 14歯 | | | | | | | | | 欄に記入して下 さい。 |
| 466 | | 総 義 歯 | | | | | | | | | C + 6 |
| 467 | | 1 ~ 4歯 | | | | | | | | | 2. 熱可塑性樹脂床 |
| 468 | 17 . 9 | 5 ~ 8歯 | | | - | | | | | | については、10ペ |
| 469 | リベース (換床法) | 9 ~ 11 歯 | | | | | | | | | ージの「その他」 欄に記載して下 |
| 470 | ()() | 12 ~ 14歯 | | | | | | | | | さい。 |
| 471 | | 総 義 歯 | | | | | | | | | |
| 501 | ~ | 床の範囲が前歯部刃は臼 歯部に限局するもの | | | | | | | | | 1. 床の範囲等によ |
| 502 | | 床の範囲が前歯部及び | | | | | | | | | り区分して、それ |
| 502 | 鋳造床 | 片側の臼歯部に及ぶもの 床の範囲が前歯部及び | | | | | | | | | ぞれの該当欄に 記入して下さい。 |
| 503 | (貴金属) | 両側の臼歯部に及ぶもの | | | | | | | | | なお、圧印床に |
| 504 | | 総義歯 | | | | | | | | | ついては、10ペー |
| 505 | | パラタルバー 部分床 | | | | | | | | | ジの「その他」の |
| 511 | | 床の範囲が前歯部又は 臼歯部に限局するもの | • | | | | | | | | 項目に記載して 下さい。 |
| 512 | | 床の範囲が前歯部及び | | | | | | | | · | 1, 9, 1, |
| 012 | 鋳造床 | 片側の臼歯部に及ぶもの 床の範囲が前歯部及び | | | | _ | | | | | 2. 床、鉤、アクッチメン |
| 513 | (その他の合金) | 両側の臼歯部に及ぶもの | | | | | | | | | ト及び義歯完成料 |
| 514 | | 総義歯 | | | | | | | | | 等が分離されて |
| 515 | | パラタルバー部分床 | | | | | | | | | いる場合は、それ ぞれの該当欄に |
| 521 | | フック・スパー・レスト | | | | | | | | | 記入して下さい。 |
| 522 | △尼士田 <i>卧</i> | 襾 翼 鉤 | | | | | | | | | · - • |
| 523 | 金属床用鉤 (貴金属) | ローチ鉤 | | | | | | | | | ※ 貴金属とは、金 |
| 524 | | リング・鉤・バックアクション鉤 | | | | | | | | | 合金、白金加金を |
| 525 | | 双 歯 鉤 | | | | | | | | | いう。 |
| 531 | | フック・スパー・レスト | | | | | | | | | |
| 532 | 金属床用鉤 | 両 翼 鉤 | | | | | | | | | |
| 533 | ではい合金 | ローチ鉤 | | | | | | | | | |
| 534 | | リング。鉤・バックアクション鉤 | | | | | | | | | |
| 535 | | 双 歯 鉤 | | | | | | | | | |

| | ræ | | 材料料を | 含まない場合 | 材料料 | を含む場合 | 到3.Lの分类主任 |
|---------|-----|----------|------|------------|---------|-------|-------------|
| No. | 項 | <u> </u> | 総個数 | 総 金 額 | 総個数 | 総金額 | 記入上の注意事項 |
| 691 | その他 | | | Pi | | P | 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。 |
| | | | | | | | |
| | , | | | | | | } |
| | | | | | | | |
| | | | | | | - | |
| | | | | | | | |
| | i | | | | | | |
| | | | | | <u></u> | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | , |
| | | | | | | | |
| | | | | | · | | |
| | | | | | | | |
| | | | | · - | | | |
| | | | | | | | (|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| - | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| ļ | | | | | | | |
| - | | | | | | | , |
| | | | | | | ·· | |
| | | | | · <u> </u> | | | |
| - | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | <u> </u> | | | | | 1 |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| ļ | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| Ĺ | | | | | | | |

| 統計調查名 | 社会医療診療行為別調査 | | | . 3 |
|-----------------|---|------------|-------------------|-------------|
| 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 | - | E PORTO | |
| 調査開始年(西暦) | 1955年 調査の ^{毎年} 実施周期 | 3 S00 NO | 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 を明らかにし、医療保険行政に必要な基礎資料を得る | 診療行為 る。 | の内容、傷病の物 | 犬況、薬剤の使用状況等 |
| | | | | |
| 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 | の検討貨料 | ¥ | * |
| 調査の流れ | 本省一社会保険診療報酬支払基金都道府県支部·者 | 『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 | 设抽出法 |
| 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 | 報告書名 | 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 | 9 | |
| 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 | | | | |
| | | | | |

社会医療診療行為別調査 統計調查名 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「-」) 調査用品の 配布・回収・ 督促 データチェック・疑義照会 ・データ修正 その他(分類 不能、留意 事項など) 受付·個票 審查·疑義 データ入力 調査の 調査用品の 集計 印刷 企画 照会 〇(受付・個 0 データ符号化 0 0 票審査のみ) 備考 e-Stat アクセス数 厚労省等ホームページ アクセス数 183,548 H23年分 H23年分 19,638 H22年分 240,562 29,229 H22年分 H21年分 64,987 H21年分 15,647 備考 二次利用件数 32条 33条 30 25 5 H23年度 H22年度 16 13 3 H21年度 57 1 56

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。

| O 診療報酬明細書 (医科入院) | 都道府 医療機関: 県番号 | コード 1 社 医 | ·国 3後期 1単独 1本入 7高入— 22併 3六入 |
|--|--|--|--|
| 平成 年 月分 | $\overline{-}$ | | 33 H 5家人 5 5 5 5 5 5 5 5 5 |
| | 保険番 | | 付 割 合 7 () |
| 公費負担者番 医療の受給者番号① | * | マ保険者証・被保険者 | |
| 公費負担 担者番 号② | | 手帳等の記号・番号 | |
| 区分 精神 結核 療養 特 | 宇記事項 保険医 | | |
| E. | 療機関の所在 | | |
| 名 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 | 地及び 名 称 | | |
| 傷 (1) | 診療 | (1) 年 月 目 | 転 治ゆ 死亡 中止 診 保 診 険 |
| 病 (2) (3) | 開 | (2) 年 月 日 (3) 年 月 日 | 安費 日 |
| 名 | 始 | | 日 公 数 費 ② |
| 1 1 初 診 時間外・休日・深夜 回 点 公 1 3 医学管理 1 4 在 宅 | 公費分点数 | | |
| 2 1 内 服 単位 2 0 2 2 屯 服 単位 | | | |
| 投 2 3 外 用 単位 2 4 調 剤 目 | | | |
| 薬 26 麻 毒 日 27 調 基 30 31 皮下筋肉内 回 | | | |
| 注 3 2 静 脈 内 回 射 3 3 そ の 他 回 | | | |
| 4 0 処 置 薬 剤 | | | |
| 5 0 手 麻 | | | |
| 6 0 回検病 | | | |
| 查理 薬 剤 70 回 画診 | | | |
| 像断 薬80そ | | | |
| の 他 薬 入院年月日 年月日 | | | |
| 9 0 病 診 90 入院基本料·加算 | | | |
| × 日間× 日間× 日間 | | | |
| 院 92 特定入院料・その他 | \\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\ | We tib | WATER FEE |
| | | 能費 円 準 円× 回 別 円× 回 | ※公費負担点数 点 ※公費負担点数 点 基準(生) 円× |
| | · 食 生活 環 | 堂 円× 日 境 円× 日 | 特別(生) 円× 回 減・免・猶・Ⅰ・Ⅱ・3月超 |
| 請求点※決定点負担金療保 | 食 | 回 請 求 円 | ※ 決 定 円 (標準負担額) 円 |
| 養験 減額 例(円) 列 の 立 点 ※ 点 費 | 円 . 公 | 回日 | * В В |
| 6 () () () () () () () () () (| 費 療① 円 巻 登 | 回日 | * н н |
| 付費 ② | (2) | | |
| | | | |

| 株式 株式 株式 株式 株式 株式 株式 株式 | つ 診療報酬明細書 (医科入院外) | 都道府 県番号 | T T T T T T T T T T |
|--|--|--------------|---------------------------------------|
| 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 | |) | A 2公費 4退職 33併 6 家外 0高外7 |
| 日本学 日本 | 0.99.7.15 | | |
| 日本語 日本 | 担者番 医療の受 | | 被保険者証・被保険者 |
| 特 記 字 項 | 担者番 医療の受 | | 手帳等の記号・番号 |
| 19 2 文 19 2 文 39 4平 | | 特記事項 | 」 【保験保 |
| | K | | 療機関 |
| | 名 1男 2女 1明 2大 3昭 4平 生 | | 地及び |
| | 職務上の事由 1職務上2下船後3月以内3通勤災害 | | (床) |
| (3) 1 1 1 1 1 1 1 1 1 | (2) | | 療(2) 年 月 日 療 |
| 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 | | | (3) 年 月 日 日 日 |
| 1 | | 占 | 帰 数 費 日 |
| *** | 1 2 再 診 × 回 外来管理加算 × 回 | | |
| 3 | **** | | |
| 世 表 明 | 13 医学管理 | | - |
| そ 0 他 東京 別 21 内限 東京 別 20 22 配限 東京 別 25 処 万 × 回回 26 麻 帯 回回 27 週 | 夜 間 回 | | |
| 21 内限票 剂 単位 22 电限率 剂 単位 23 外用調 剂 × 回回 25 処 方 × 回回 25 処 方 × 回回 27 調 基 27 調 基 30 31 皮下筋肉内 27 調 基 回回 40 公費 27 調 基 30 31 皮下筋肉内 回回 40 公費 28 解 例 6 会 解 差 利 5 0 上海 核理 薬 剤 回回 7 1 回數 數 數 數 數 數 數 數 數 數 數 數 數 數 數 數 數 數 | 宅その他 | | |
| 2 0 22 屯服業剤 単位 23 外用調剤 × 回 25 処 方 × 回 25 処 方 × 回 27 調 馬 | 21 内服薬剤 単位 | | |
| 調剤 × | 20 22 屯 服 薬 剤 単位 投 23 外 用 薬 剤 単位 | | |
| 27 調 基 | 調 剂 × 回 25 処 方 × 回 | | |
| 射 33 その他 回 40 少 型 50 下所 下 薬 利 回 66 0 金 市 | 27 調 基 | | - |
| 処置 薬 剤 50 回 50 回 50 回 60 回 60 回 70 回 10 変 80 处方せん 0 必 そその他 薬 剤 要保 減額剤(円)免除・支払第子 0 点 0 点 点 点 点 点 点 点 点 点 点 点 点 点 点 点 点 点 点 点 点 点 所数額別(円)免除・支払第子 日 ※公費負担点数点 次公費負担点数点 方費 点 日 ※公費負担点数点 次公費負担点数点 | 射 33 その他 回 | | |
| 手麻 香酢 薬 剤 金 理 薬 剤 7 0 回 動象断 薬 剤 8 0 処 方 せ ん 回 を 破 対 求 点 ※ 決 定 点 一部負担金額 円 破 保 験 検 検 検 検 検 検 検 検 検 検 が カー ロー・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ | 処 | | |
| 60 回 資産理 薬 利 回 国 診験 断 薬 利 回 80 処方せん 回 薬 利 そのの他 薬 利 一部負担金額 家保 機 險 減額 割(円)免除・支払勝子 力 費 点 点 ※ 点 公 点 ※ 点 ※ す費 点 ※ P ※公費負担点数点 ※公費負担点数点 ※公費負担点数点 ※公費負担点数点 ※公費負担点数点 ※公費負担点数点 ※公費負担点数点 | 手 麻 | | |
| 査理 薬 剤 7 0 園 診験 類 薬 剤 8 0 处 方 せ ん 回 薬 剤 健 薬 剤 皮 酸 酸 放射 対 点 ※ 決 定 点 一部負担金額 円 薬 検 酸 減額 割(円)免除・支払猶予 力 費 合 | 6 0 回 | | - |
| 象断 薬 利 | 査理 薬 剤 70 回 | | - |
| その他 薬 剤 請求点案決定点 一部負担金額 円 家保養院 減額 別(円)免除・支払競子 0 費合の 点 ※ 点 円 ※ 高額家美費 円 ※公費負担点数点 ※公費負担点数点 | | | _ |
| 請 求 点 ※ 決 定 点 一部負担金額 円 葉保 | * | | |
| 機 減額 剂(円)免除·支払猶予 D 費 点 ※ 点 ① 更 点 平 ② 公 点 ※ 点 公 点 ※公費負担点数点 が公費負担点数点 | 請求点※決定 | 点一部負担 | 且金額 円 |
| プサ合① △○ △○ 点※ 点※ 点 円※高額療養費 円 ※公費負担点数点 ※公費負担点数点 | Ř | | |
| 公 点 ※ 点 内 ※ 高額療養費 円 ※公費負担点数点 ※公費負担点数点 寸費 | 費 | 点 | |
| | | 点 | 円 ※ 高額療養費 円 ※公費負担点数点 ※公費負担点数点 |
| | | | |

| $\overline{}$ | 診療報酬明約 | 細書 | | 都道府 医療機関コード | | 3 1 計 | 司 の 幼地 1 | |
|----------------|---------------------------------------|--|--|---|---------------------------------------|---|---|--|
| \bigcirc | (歯科 | 平成 | 年 月分 | 県番号 ・ | | 五 1 2 公 | 当る俊州と | 単独 2 併 4 六外 3 併 6 家外 0 高外 |
| | | | _ | 保険る番号 | | A C - 2 | R T Z M O | |
| 公負担 | 1者 | 公費負医療の | 受 | | と険者証・被保険 | [者 | <u> </u> | |
| 番 | 号 | 給者番 | 特記事項 | 手順 | 長等の記号・番 | : 号 | | |
| 氏名 | | | | 補管・歯援診・外来環 GTR・医管・在歯管 療機関 | | | | |
| | 1 男 2 女 1 明 2 大 3 B 上の事由 1 職務上 2 T | | 生 | う蝕無痛・障連・手術歯根 地及び | | | | |
| | 工*/ | IMIK 971 8/11 0 70 | | 名称 | | | 診 療 | |
| 傷病 | | | | | | | 開始目 | 年 月 目 |
| 名如 | | | | | | | 診療 実日数 | 目(目) |
| 部位 | | | | | | | 転帰消 | 台 ゆ 死 亡 中 止 |
| 初診 | | | | 寺間外() 乳・休日() | | 障()障導 | | 外来環() |
| 再診管理 | | 休日 × 深径 + × 按 b x x x x x x x x | | 乳・時間外 × 乳・休日 局 F洗 医管 | X 乳・深るその他 | 友 × 障 | i X | |
| \vdash | ・注射内屯外注 | T ハ ハ 園: | 月 大畑日 「 | 調××処方× | 情 × + | × 処 × | 注 | × × |
| v sá | 全顎 枚 | 写 × P混検 | × 平 × | 基XX精 | × × - | 3 | | |
| X線 検査 | 標 X X | S培 × 顎運動 | × 測 × | 本 × × 密 検 · · · · · · · · · · · · · · · · · · · | X X | の | | |
| IX B. | / X X | EMR × × | X X | 查 × × 查 | \$ 5 ³ / ₂ | 也 | nde = HI | |
| 40 | | × × 根 | 填塞 × 根 | 除去 × × × × × × × × × × × × × × × × × × × | | × × 加 | 咬調 × | × |
| 処 | × ½ | · [官] | | | | , 注 | × × × | X |
| 置 | 髄 × 処 | × <u></u> 薬 | × 充 | × | 充 > | | × 失切 | X |
| • | s c x + x | | | × 小 × 大 | × 前 | × ф | | × |
| 手 | PCur 前 X 小 | · · · · · · | 前 X | 小 X 大 X | SPT | P処 | × P基処 | |
| 術 | 抜歯 乳 × そ | 前 X 自 | × # | × 埋 × | + × | 切開 | × | X |
| | | | | | | | | |
| | 他 | | | | | 逐剤 | | |
| 麻酙 | 他 | × その他 | rn (t) | | 3 | | | |
| 麻酔 | 他 | × × | × 印象 × ** | X X X X X X X X X X X X X X X X X X X | × : | × × | X X | X |
| 麻酙 | 他 | X X 前 X + X | â 客 × | 形 X 咬合 X + X 試適 X | 3 | | | X |
| 麻酔 | 他 | × × iii × + × | (高 × 充 (高 × 和 | 形 X 咬合 X | × × × × × | × × × × × × | × | |
| | 他 | × × × 前 × + × ※ 対 × + × ※ 対 × × × × × × × × × × × × × × × × × | (高 × 充 洞 × 修 × × × | 形 X 咬合 + X X FR X 文台築造 X X | X X X X X X X X X X | × × × × × × × × × × × × × × × × × × × | × × の他 前小 × に填 × | * |
| 歯 | 他 | × × 前 × + × 6 6 7 8 8 8 8 8 8 8 8 8 8 8 8 8 8 8 8 8 | (高 × 元 洞 × 修 × × × × | 形 X 咬合 X + X X X 形 X X X X X X | X X X X X X X X X X | × × × × × × × × × × × × × × × × × × × | × × × 0.0 min | * |
| 歯 | 他 | × × 前 × + × 6 × + × ジ × + × 乳 × × × | (高、× 元 (高、× 版 (一) + × 修 (本) + × 修 (本) + × 修 (本) + × (本) + × (本) + × (********************************** | 形 X 咬合 + X X 形 X X X X X X X X X X | X X X X X X X X X X | × × × × × × × × × × × × × × 5 | × × × の他:前小 × だ填 × た I × × た I × × | * |
| 歯 | 他 | × × 前 × + × 6 6 7 8 8 8 8 8 8 8 8 8 8 8 8 8 8 8 8 8 | (高 × 元 洞 × 修 × × × × | 形 X 咬合 X + X X X 形 X X X X X X | X X X X X X X X X X | × × × × × × × × × × × × × × × × × × × | × × × 0.0 min | * |
| 歯 冠 修 | 他 | × × 前 × + × 6 × + × 9 × + × 1 × × × × | (高) × 元 (高) × 版 × × × × × × × × × × × × × × × × × × | 形 X 咬合 X + X X X 形 X X X X X X X X X X X X X X X | X X X X X X X X X X | × × × × × × × × × × × × × × × 7 | × × × × の他 前小 × × だ塩 × 充 II × × 充 II × × た他 × × ティナー × × | x |
| 歯 冠 修 復 及 | 他 | × × 前 × + × 6 × + × 2 × + × 乳 × × × × × × | (高 × 元 (高 × 元 (元 × 元 × 元 × × × × × × × × × × × × | 形 X 咬合 X + X X X ※ X X X X X X X X X X X X X X X X X X X | × × × × × × × × × × × × × × × × × × × | × × × × × × × × × × × × × × × × × × × | × × × × × の他 前小 × × ボロ × × 左填 × 充 I × × 充 II × × 充 II × × で や × × × × × × × × × × × × × × × × | * |
| 歯冠修復及び | 他 | × × × が × + × が × + × が × + × × が × + × × が × × × × | (a | 形 X 咬合 X + X X 形 X X | × × × × × × × × × × × × × × × × × × × | × × × × × × × × × × × × × × × × が × が | × × × × × × × × × × × × × × × × × × × | x |
| 歯 冠 修 復 及 | 他 | X X 前 X + X 6 X + X 3 X X X X X X X X X X X X X X X X X X X X X X X X X X 3 X X 3 X X 3 X X 4 X X 4 X X 4 X X 4 X X 4 X X 4 X X 5 X X 6 X X 7 X X 8 X X 8 X 8 X 8 X 8 X 8 X 8 X 8 X 8 X 8 X 8 X 8 X 8 X< | (高 × 元 (高 × | 形 火 咬合 X + X X 形 X X X X X X X X X X X X X X X X X X X X X X X X X X X X X X X X X X Br | × × × × × × × × × × × × × × × × × × × | × × × × × × × × × × × × × × × × × × × | × × × × × × × × × × × × × × × × × × × | * |
| 歯冠修復及び欠 | 他 | X X 前 X + X 6 X + X 3 X X X X X X X X X X X X X X X X X 34 X X 4 X X 4 X X 4 X X 4 X X 4 X X 4 X X 4 X X 4 X X 4 X X 5 X X 6 X X X 7 X X X 8 X X X 8 X X X 8 X X X 8 X X X 8 X X X 8 X X X 8 X X X 8 X X X 8 X X X | (高 | 形 X 咬合 X + X X 形 X X X X X X X X X X X X X X X X Br Br (*) X (*) | X | × × × × × × × × × × × × × × × × × × × | X の他 前小 X 応塩 X 充 I X 充 II X 充 II X 左 II X 大 II X そ の他 X ライナー X 反着 X 二 下 保 人 X | x |
| 歯冠修復及び欠損 | 他 | × × × が × + × が が × + × × が × + × × が × × × × | (高 × 元 | 形 X 咬合 X + X X X ※ X X X X X X X X X X X X X X Br () () () () () () () () () () () () () () () () () () () () () () () | X X X X X X X X X X | × × × × × × × × × × × × × × × × × × × | X の他前小 X 充填 X 充Ⅱ X 充Ⅲ X その他 X ライナー X 反着 X 下 F 保 X 人 X | x |
| 歯冠修復及び欠損補 | 他 | × × × | (高 × 元 | 形 X 咬合 X + X X X 形 X X X X X X X X X X X X X X X M X Y A A A A A B A A A B A A A B A A B A A A B A A A B A A A B B A A B B A A B B A A B B A A B B A A B B A A B B A A B B B A B B B A B B B B B B B B B B B B B B B B B | X X X X X X X X X X | × × × × × × × × × × × × × × × × × × × | X の他 前小 X 充填 X 充工 X 充工 X 充工 X 左の他 X ライナー X 反着 X 二 下 保 人 X 工 X | x |
| 歯冠修復及び欠損 | 他 | X X 前 X + 6 X + X X< | (高 × 元 | 形 X 咬合 X + X X 形 X X X X X X X X X X X X X X Br X (他 X (他 X (を) (を) (を | X X X X X X X X X X | × × × × × × × × × × × × × × × × × × × | X の他 前小 X 充填 X 充工 X 充工 X 充工 X 左の他 X ライナー X 反着 X 二 下 保 人 X エ X 本 本 エ X 本 | x |
| 歯冠修復及び欠損補 | 他 | X X 前 X + X 6 X + X 1 X X X X X< | (高 × 元 | 形 X 咬合 X + X X X ※ X X X X X X X X X X X X X X X Id X X A A A A A B B B A A B B A B B B A B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B | X X X X X X X X X X | × × × × × × × × × × × × × × × × × × × | X の他 前小 X 充填 X 充工 X 充工 X 充工 X 左の他 X ライナー X 反着 X 二 下 保 人 X 工 X | x |
| 歯冠修復及び欠損補綴 | 他 | X X 前 X + 6 X + X X< | (高 × 元 | 形 X 咬合 X + X X X ※ X X X X X X X X X X X X X X X Id X X A A A A A B B B A A B B A B B B A B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B | X X X X X X X X X X | × × × × × × × × × × × × × × × × × × × | X の他 前小 X 充填 X 充工 X 充工 X 充工 X 左の他 X ライナー X 反着 X 二 下 保 人 X エ X 本 本 エ X 本 | x |
| 歯冠修復及び欠損補 | 他 | X X 前 X + 6 X + X X< | (高 × 元 | 形 X 咬合 X + X X X ※ X X X X X X X X X X X X X X X Id X X A A A A A B B B A A B B A B B B A B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B | X X X X X X X X X X | × × × × × × × × × × × × × × × × × × × | X の他 前小 X 応塩 X 充 I X 充 I X 充 II X 元 I X 元 I X 元 I X 大 O他 X テナナー X 反着 X 二 下 R 人 X エ X 歯 X | x |
| 歯冠修復及び欠損補綴 | 他 | X X 前 X + 6 X + X X< | (高 × 元 | 形 X 咬合 X + X X X ※ X X X X X X X X X X X X X X X Id X X A A A A A B B B A A B B A B B B A B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B | X X X X X X X X X X | × × × × × × × × × × × × × × × × × × × | X の他 前小 X 充填 X 充工 X 充工 X 充工 X 左の他 X ライナー X 反着 X 二 下 保 人 X エ X 本 本 エ X 本 | x |
| 歯冠修復及び欠損補綴 その他 | 他 | X X 前 X + 6 X + X X< | (高 × 元 | 形 X 咬合 X + X X X ※ X X X X X X X X X X X X X X X Id X X A A A A A B B B A A B B A B B B A B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B | X X X X X X X X X X | × × × × × × × × × × × × × × × × × × × | X | x |
| 歯冠修復及び欠損補綴 その他 | 他 | X X 前 X + 6 X + X X< | (高 × 元 | 形 X 咬合 X + X X X ※ X X X X X X X X X X X X X X X Id X X A A A A A B B B A A B B A B B B A B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B | X X X X X X X X X X | × × × × × × × × × × × × × × × × × × × | X の他 前小 X 充 I X 充 I X 充 I X 充 I X 左 I X 子 I X 反 着 X 工 X 点 A <td< td=""><td>X</td></td<> | X |

| 統計調査名 | 社会保障・人口問題基本調査(生活と | 支え合いに関する記 | 周査) |
|-----------------|---|--------------------------|---------------------------------------|
| 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 | 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 同居する構成員の生活実態などの基礎資料を得る。 の中で行われる助け合いのしくみ、個人の社会・経済 などについて調べる。 | 具体的には、日本の世帯構的な活動の実態、現在利用 | 構成と家計の実態、家族 けている社会保障制度 |
| 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 る世帯に対する諸制度の検討の際の資料 | 章制度の諸政策の立案・改ī | E、特に生活困難を抱え |
| 調査の流れ | 国立社会保障·人口問題研究所一都道府県·指定都 | 市・中核市-保健所-調査 | 員一対象 |
| 母集団名簿 の種類等 | 国民生活基礎調査 | 抽出層化無作為抽出方法 | Н |
| 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 | | | |
| 直近 | 第1報までの公表期間 2年6ヶ月 | 報告書公表までの期間 2年9ヶ月 | |
| 直近1つ前 | 2+0//1 | 2-70// | |
| 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 | | | |
| 旦班サフ則 | | | |

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

| 外部委割 | 託業務の内容 | (委託業務に「 | つ」、委託してい | ハない場合は(3 | 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 審查·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) |
| L | O | 0 | | 0 | Vicinity of the second | | |
| 備考 | | | | | | | |
| e-Stat ア H23年分 | クセス数 | | | 厚労省等 H23年分 | 手ホームページ 6,964 | アクセス数 | |
| H22年分 | 234 | | | H22年分 | 5,578 | | |
| H21年分 | 153 | | | H21年分 | | | |
| 備考 | ※社人研HPア 年行う調査とし 差が出る。 | クセス数。社会保 て整理されており | 障・人口問題基 、基本的には公 | 本調査は一つの表する統計も毎年 | 調査名の下で、複数 F一本ずつのため、 | でである。 アクセス数もそっ | ずれかにより毎れにより大きな |
| | 二次利用件 | 数 32 | 条 | 33条 | | | |
| H23年度 | 9 | | | 3 | | | |
| H22年度 | 1 | | | 0 | | | |
| H21年度 | 0 | | | 0 | | | |

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



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。



調査員記入欄

| 都道府県名 | | | | 保健所名 | | | | | | |
|------------------|---|----|-------|------|-----|-----|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | |
| | 地 | 区番 | 동 | | 単位日 | 区番号 | 世 | 帯 | 番 | 뮹 |
| | | | | | | | | | | |
| →=m - | | | 調査票枚数 | | | | | | | |
| T = H /\ | | | | | | | | | | |

(

)枚目

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

○ <u>ふだん住んでいる人</u>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、<u>不在の期間が3か月未満なら、ふだん住んでいる人</u> <u>に含めます。</u>

○ <u>世帯ごと</u>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、<u>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。</u>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〇をつけるものと、()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、
 - 「〇」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 | 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つ〇をつけてください。

| 食 | 料が買えなかった経験 | È | | | | | |
|---|------------|---|---------|---|--------|---|----------|
| 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つ〇をつけてください。

| 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つに〇をつけてください。

| (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 |

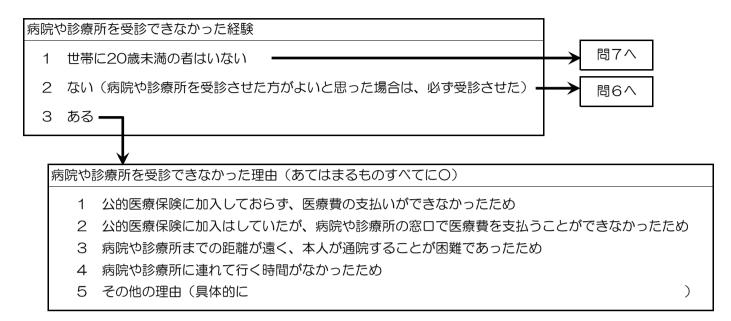
| (4)家賃の滞納 | (5)住宅ローンの滞納 | (6)その他の債務不履行 |
|----------|-------------|--------------|
| 1 あった | 1 あった | 1 あった |
| 2 なかった | 2 なかった | 2 なかった |
| 3 該当しない | 3 該当しない | 3 該当しない |

世帯票 問5

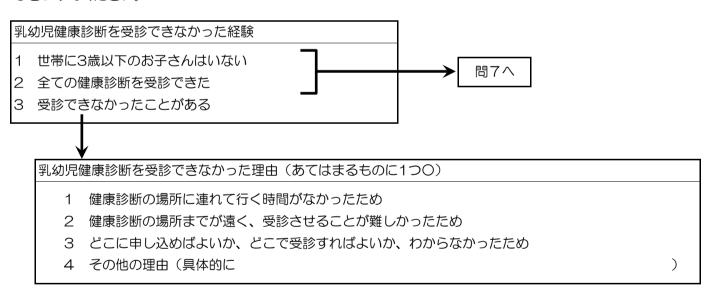
あなたの世帯の20歳未満の方(ここでは 本人 とよびます)の病院や診療所の受診の状況について おたずねします。過去1年間に病気やけがの治療のために病院や診療所を受診させた方がよいと思ったのに、 実際には受診できなかったことがありますか。

「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〇をつけてください。

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」に〇をつけ 問7に進んでください。



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 Oをつけてください。



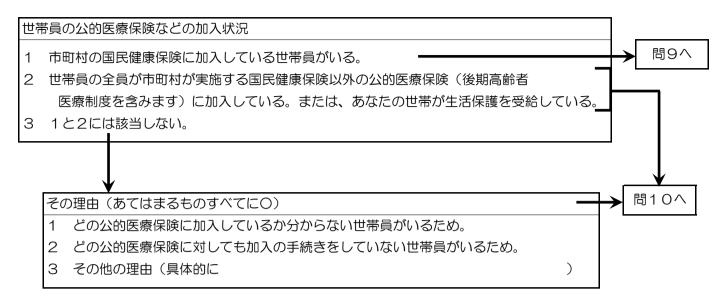
問7 生活保護についておたずねします。現在、あなたの世帯では生活保護を受けていますか。

| 生活係 | 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 | | | |

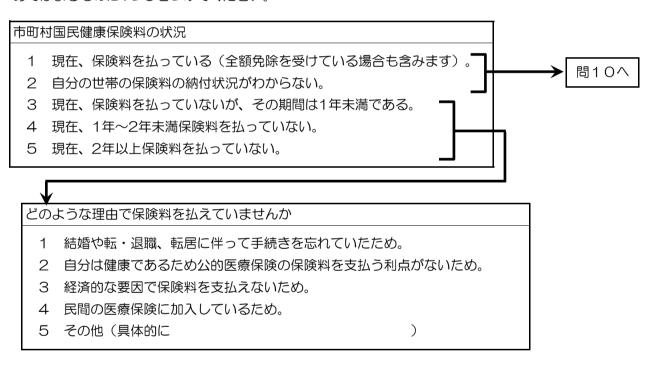
世帯票

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。

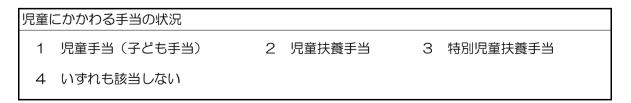


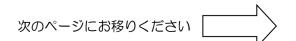
問9 問8で1と回答した方に、あなたの世帯の国民健康保険に加入している方の保険料についておたずねします。 あてはまるものに1つ〇をつけてください。



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。





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。

| >0,==->0 | | (=0/3/////////////////////////////////// | | |
|-------------------------------------|---|--|--|--|
| 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 () 月 | 明治 大正 昭和 平成 () 月 | 明治 大正 昭和 平成 () 月 | 明治 大正 昭和 平成 () 月 |
| (3) 世帯主(あなた)との 関係 | O 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 | 配偶者 きょうだい 親 配偶者の親 子 子の配偶者 孫 孫の配偶者 祖父母 その他の親戚 その他 | 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 |
| (4) | | (具体的に) | (具体的に) | (具体的に) |
| 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 高校で学 6 進学準備中 7 短大・大学の 8 大学/大学の 9 就業 10 卒無職 12 家事手伝い 13 主の他 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 高校子 6 進学準備中 7 短大・大学の 8 大学/大学の 9 就業 10 卒業後就職活動中 11 無家 12 家事手伝い 13 主婦の他 | 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 高校で学 6 進学準備中 7 短大・大学の 8 大学/大学 9 就業 10 卒業後就職活動中 11 家事手伝い 13 主婦の他 | 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 高校生学 5 高校学 6 進学準備中 7 短大・大学の大学の大学の大学の大学の大学の大学の大学の大学の大学の大学の大学の大学の大 |
| (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 () 月 | 明治 大正 昭和 平成 () 月 | 明治 大正 昭和 平成 () 月 | 明治 大正 昭和 平成 () 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 | 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 | 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 | 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) | 9 祖父母10 その他の親戚11 その他(具体的に) | 9 祖父母 10 その他の親戚 11 その他 (具体的に) | 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 高学準備中 7 短大・大学院在 8 大学/大学院 8 大学/大学院 9 就業 10 卒業後就職活動中 11 無職 12 家事手伝い 13 主その他 | 1 幼稚園に通に通う 2 保育所/園に通う 3 小学校在学 4 中学校在学 5 高進学・大学 6 進学・大学・大学・大学・大学・大学・大学・大学・大学・大学・大学・大学・大学・大学 | 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 高学準・ 6 進学・大学に 6 進学・大学・ 7 短大・大学院在 8 大学/大学院 9 就業 10 卒業後就職活動中 11 無職 12 家事手伝い 13 主その他 | 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 高学準備中 7 短大・大学院在 8 大学/大学院在 9 就業 10 卒業後就職活動中 11 無職 12 家事手伝い 13 主その他 |
| (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世帯票と個人票をあわせて1つの回収用封筒に入れ、 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。



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。



| 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 |
| | |

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.ip

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か月末満なら、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つ〇をつけてください。

| 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 | |

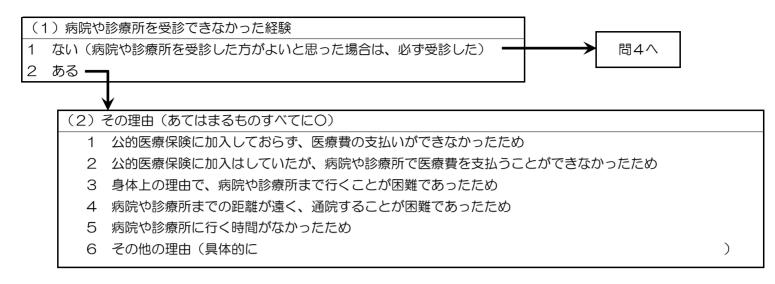
問2 次の(1) \sim (6)の質問について、過去1か月の間はどのようでしたか、 あてはまるものに1つ \bigcirc をつけてください。

| 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 |

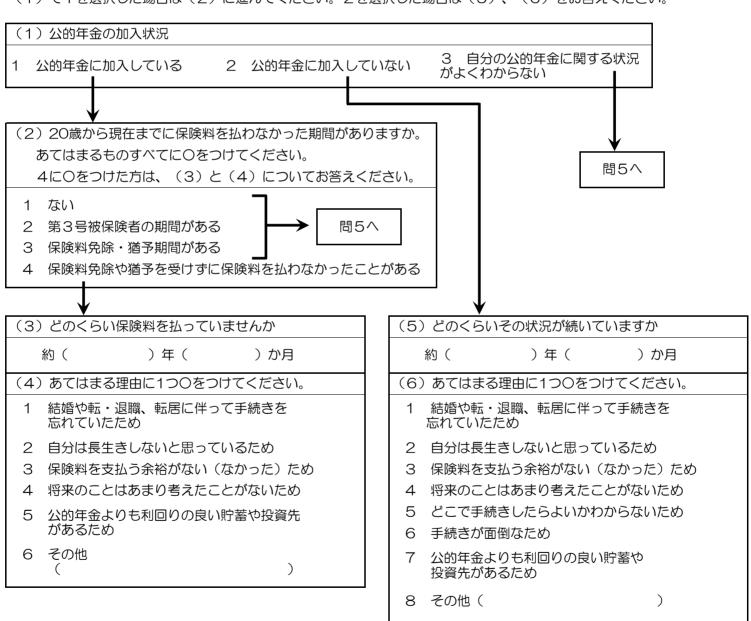
個人票

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O をつけてください。



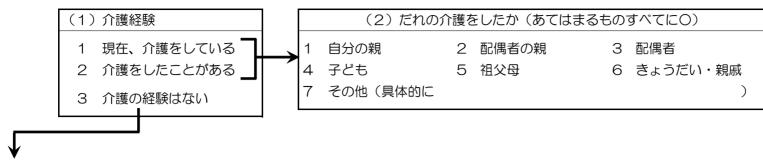
問4 現在、公的年金を受給していない方(受給資格があり受給待ちの方は除きます)におたずねします。 あなたの公的年金(国民年金や厚生年金など)の加入について、あてはまるものに1つ〇をつけてください。 (1)で1を選択した場合は(2)に進んでください。2を選択した場合は(5)、(6)をお答えください。



個人票

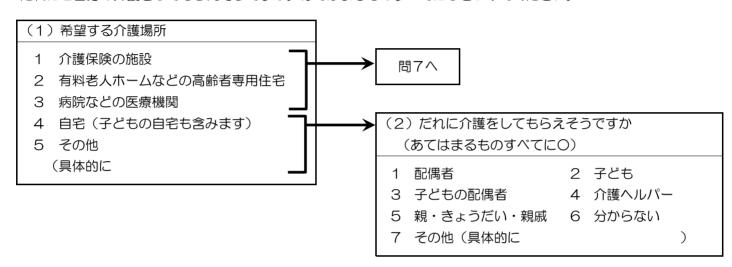
問5 あなたがした介護の経験についておたずねします。

- (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〇をつけてください。



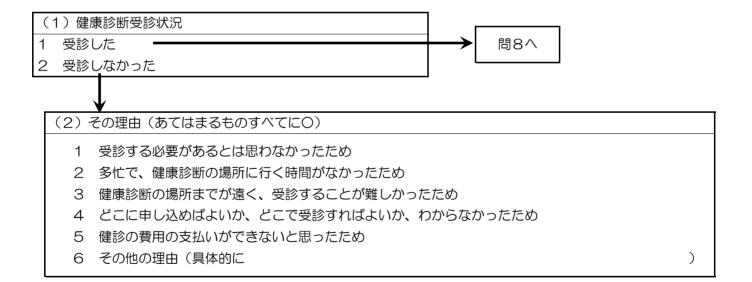
問6 あなたが受けることを希望する介護についておたずねします。

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つ〇をつけてください。「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〇をつけてください。



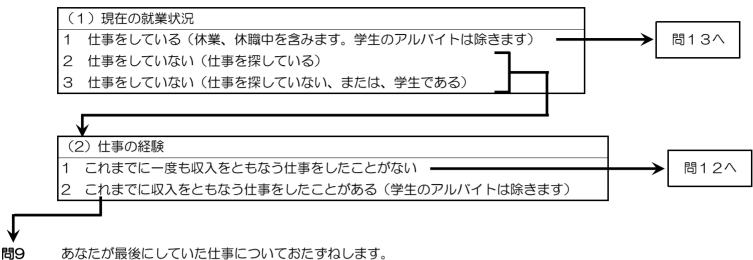
問7 あなたの健康診断の受診状況についておたずねします。

(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〇をつけてください。



あなたの働き方についておたずねします。

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つ〇をつけてください。

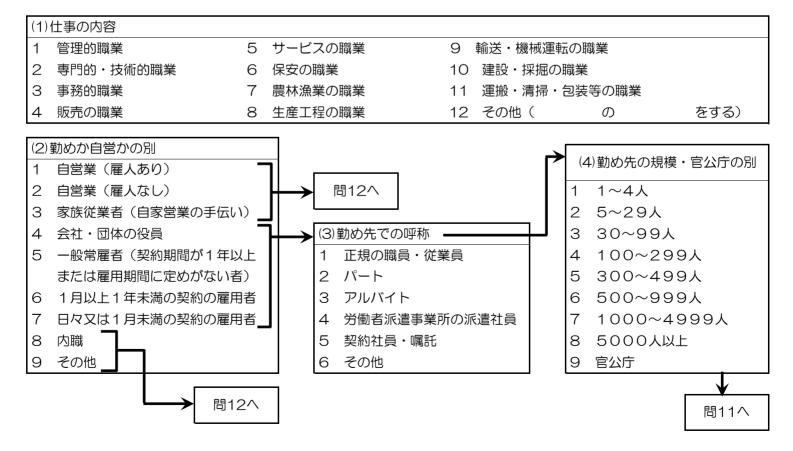


あなたが最後にしていた仕事についておたずねします。

(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つ〇をつけてください。

| (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 | |) |

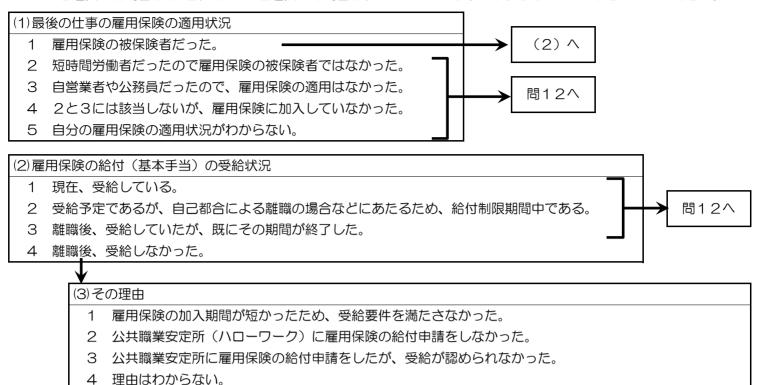
- 問10 あなたが最後にしていた仕事についておたずねします。
 - (1)から(4)について、あてはまるものに1つ〇をつけてください。
 - 「(1)仕事の内容」とは、あなたが職場で具体的にしていた主な業務や作業のことです。
 - 2つ以上の仕事をしていた方は、主な仕事についてお答えください(学生のアルバイトは除きます)。



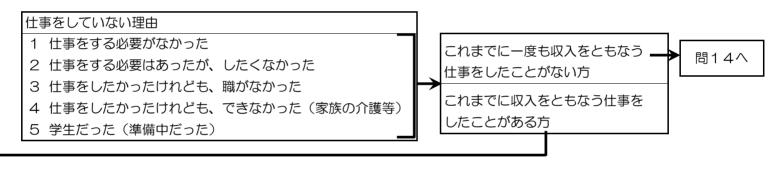
個人票

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。



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。



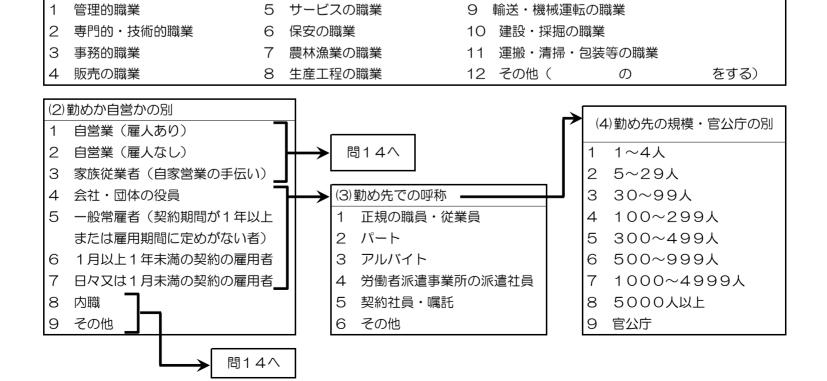
問13 あなたが学校を出た後に、初めてした収入のともなう仕事についておたずねします。

(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

「(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。



あなた自身のことについておたずねします。

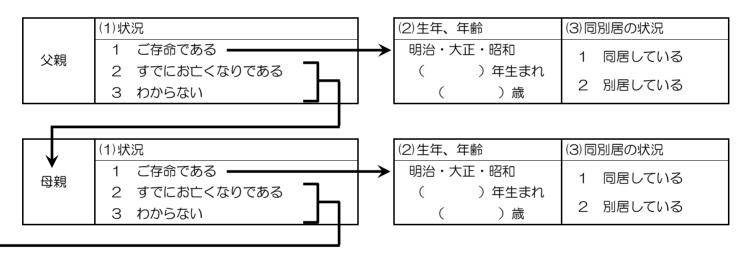
問14 あなたのことについておたずねします。あてはまるものにOをつけ、かっこ内を記入してください。

| (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 | 明治・大正・昭和・平成 | 1 世帯主本人 5 配偶者の親 9 孫の配偶者 |
| | ()年 | 2 配偶者 6 子 10 祖父母 |
| 2 女性 | () 4 | 3 きょうだい 7 子の配偶者 11 その他の親戚 |
| 2 24 | ()月 | 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〇をつけ、(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。 <u>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。</u>

| (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 | ▶ きょうだいの数(あなた以外)は | あなたは上から数えて |
| きょうだいが | <u>() </u> | _()番目 |
| 1 いる (いた) — | そのうちあなたと同性のきょうだいは | 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 |
| 2 いない | <u>() </u> | _()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。



間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つ〇をつけてください。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つ〇をつけ、(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 |
|---|---------------------------|---------------------------|
| 小・中学校(尋常小学校、高等小学校、新制中学校) 高校(旧制中学校、旧制実業学校、新制高校) 短大・高専(旧制高校、新制短大・高専) 大学・大学院(旧制・新制) 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 <u>年</u> |
| | | 問18个 |

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。 (1)から(6)について、あてはまるものに1つ〇をつけてください。

| | | (1) <i>5</i> | 主活; | 水準 | | | (2)健康状態 (3)仕事の状況 (4)収入 (5)支出 | | | | | (3)仕事の状況 (4)収 | | | 出 | (6)貯蓄の 総額 | | | | | | | | |
|------------|----------|--------------|-----------|-------|----------|----------|------------------------------|-----------|-------|----------|--------|---------------|-------|--------------|-----------|--------------|----------|-----|-----|----------|-----|-----|----------|-----|
| 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 |
| 5年前の状況と比べた | かなり良くなった | 良くなった | ほとんど変わらない | 悪くなった | かなり悪くなった | かなり良くなった | 良くなった | ほとんど変わらない | 悪くなった | かなり悪くなった | 厳しくなった | 変わらない | 楽になった | 働いていなかった5年前は | 現在、働いていない | 増えた | あまり変わらない | 減った | 増えた | あまり変わらない | 減った | 増えた | あまり変わらない | 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O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。

| | (1) そのこ したか | | (2 | | |)あなた)向き | この | (3) | 当時 | うのま | 5な/ | この: 手 | 生活 | 費用 | の担 | ⊒しヽ | |
|----------------------------|----------------|--------------|---------------|--------|--------|-------------|--------|------|------|------|-------|----------|------|-------|------|--------|---------|
| | 1 経験して | 2 経験 た | | 1 大変苦し | 2 やや苦し | 3 普通 | 4 があると | あ変めと | 1 父親 | 2 母親 | 3 祖父母 | 4 きょうだ | 5 自分 | 6 配偶者 | 7子ども | 8 その他の | 9 公的な支援 |
| 時期 | いない | | | U1 | U1 | | り | り | | | | U1 | | | | 親戚 | 援 |
| 1 15歳 | | | \rightarrow | 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 - | \rightarrow | 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 - | \rightarrow | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 4 結婚したあと(※) | 1 | 2 – | \rightarrow | 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 - | \rightarrow | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 6 離婚したあと(※) | 1 | 2 - | \rightarrow | 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 - | \rightarrow | 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 |

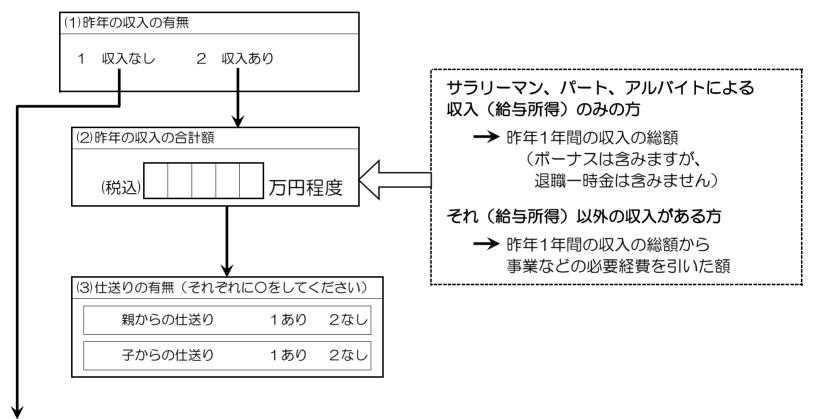
あなたの現在の生活の手段についておたずねします。

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つ〇をつけてくだい。

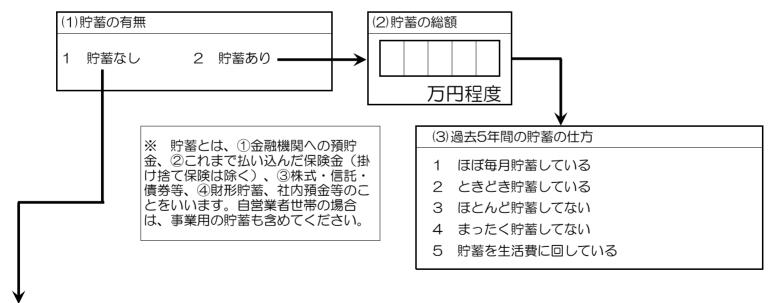


問23 あなたの昨年1年間の、仕事からの収入、利子、配当、家賃・地代の収入、年金その他の社会保障制度からの手当、仕送りを含む収入についておたずねします。(1)収入の有無についてどちらか1つに〇をつけてください。 収入がある場合には(2)にその合計額を記入してください。

また、(3)仕送りの有無についてそれぞれ1つ〇をつけてください。



間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(1)貯蓄(※)の有無について〇をつけてください。 (2)貯蓄がある場合にはその総額を記入し、(3)過去5年間の貯蓄の仕方であてはまるもの1つに〇をつけてください。



間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〇をつけてください。

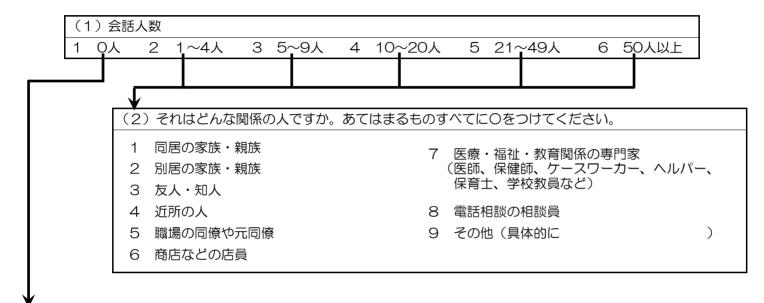
| 生活 | 5費用の担い手 | (あては | まるものす | べてに0) | | | | | | | |
|----|---------|------|-------|-------|---|--------|---|-------|---|-------|--|
| 1 | 自分(本人) | 2 | 父親 | | 3 | 母親 | 4 | 祖父母 | 5 | きょうだい | |
| 6 | 配偶者 | 7 | 子ども | | 8 | その他の親戚 | 9 | 公的な支援 | | | |
| 10 | その他(| | |) | | | | | | | |

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Oをつけてください。

| 会計 | 舌頻度 | | | | | | |
|----|--------|---|-----------|---|--------------|---|--------|
| 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 | | | | |

間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つ〇をつけてください。



| | (1)通信費(1 インターネット | | (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Oを記入 してください。

間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つ〇をつけてください。

| | 1 | 2 | 3 | 4 | | 1 | 2 | 3 | 4 |
|-------------------------|---------------|-------------------|--------|--|------------------------|---------------|-------------------|--------|-------|
| | 参加している1年以上前から | ようになった 新たに参加する | 参加したいが | 予定はない の の の の の の の の の の の の の の の の の の の | | 参加している1年以上前から | ようになった 新たに参加する | ぎ加したいが | 参加するい |
| (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) \sim (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O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 教育関係の・福祉・ | 6 その他の人 | 7 頼れる人は | 8 そのことでは |
|-------------------------------|--------|---------|--------|-----------|-------------|---------|---------|----------|
| (1) 看病や介護、子どもの世話 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| (2) 健康、介護、育児に関する相談 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| (3) 家庭内でのトラブルに関する相談 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| (4) 就職・転職など仕事に関する相談 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| (5) 愚痴を聞いてくれること | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| (6) 喜びや悲しみを分かち合うこと | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| (7) いざという時の少額のお金の援助 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| (8) いざという時の高額のお金の援助 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| (9) 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 |
| (10) 災害時の手助け | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |

問31 あなたは、(1)から(4)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Oをつけてください。

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|----------|-------|----------------|------------------|---------|---------|----------------|-------|-----------------------|---------|------|
| | どもの世話 | 児に関する相談健康、介護、育 | 談 ブルに関する相家庭内でのトラ | 談職・転職など | 愚痴を聞くこと | 分かち合うこと喜びや悲しみを | お金の援助 | きなどの手伝いの手入れ・雪か家具の移動・庭 | 災害時の手助け | はしない |
| (1)家族・親族 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| (2)友人・知人 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| (3)近所の人 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| (4)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(1)~(3)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つ〇をつけてください。

- (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つ〇をつけてください。 「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。

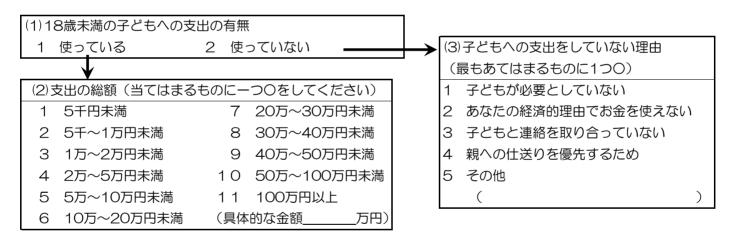


問34 お子さんのいらっしゃる方におたずねします(子どもには成人した子、別居している子を含みます)。 あなたが子どものために使う支出は**この1年間**でどのくらいでしたか。使った場合には、(2)あてはまる金額に 1つ〇をつけてください。使っていない場合には、(3)その理由について最もあてはまるものに1つ〇をつけてください。

(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。)

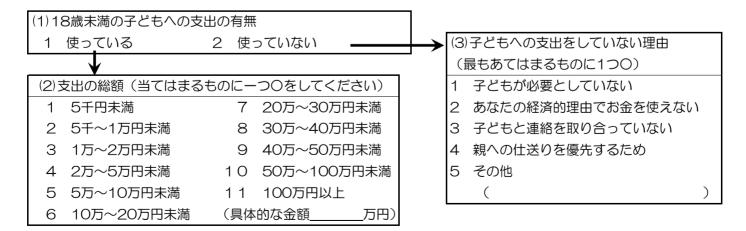
18歳未満のお子さんについてお答えください。

(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)



<u>18歳以上のお子さんについてお答えください。</u>

(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)



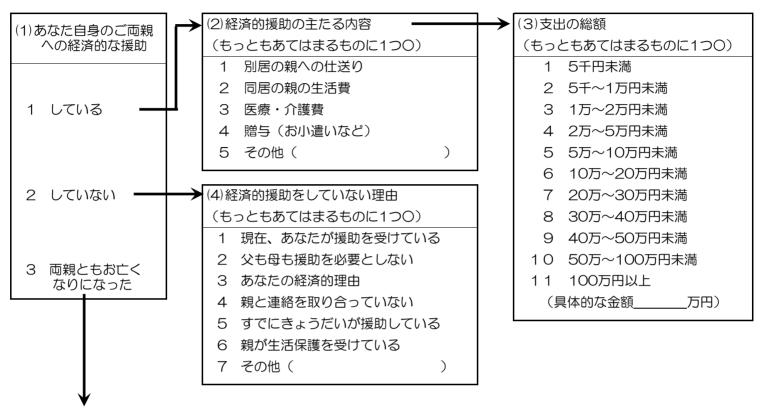
問35

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。

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つ〇をつけてくだい。 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つに〇をつけ、(3)あてはまる 金額に1つ〇をつけてください。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つ〇を つけてください。

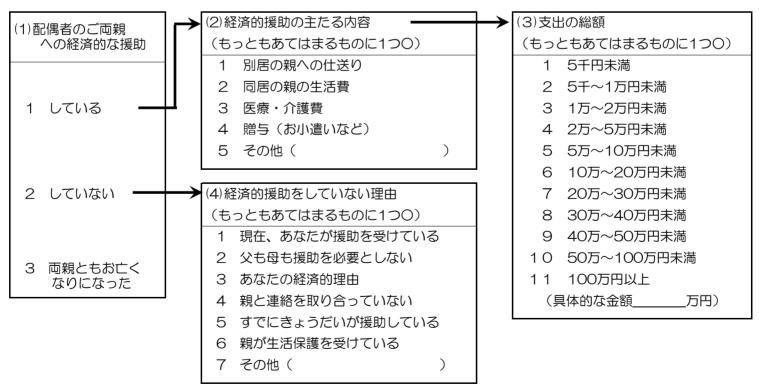
(ご両親への援助には、医療費・看護費・介護費や、別居している場合の、生活費・お小遣いなどの仕送り、およびご両親の生活用品・電化製品・車などの購入の援助などを含みます。)

<u>あなた自身のご両親についてお答えください。</u>



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)



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。

| 統計調査名 | 所得再分配調査 | 25 | 46 | | |
|-----------------|--|---|--------------------------|-----------------------|-------|
| 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 | 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、租税制度におるかを明らかにし、社会保障施策の浸透状況、影響料を得る。 | ける負担 度を調査 | 旦が所得の分配にどの €し、今後における有 | のような影響を与え 効な施策立案の基 | でい 礎資 |
| 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 機関での研究材料 | 会等の | 資料・厚生労働白書や | ら、目的外申請によ | :る他 |
| 調査の流れ | 本省一都道府県・指定都市・中核市一福祉事務所- | -調査員 | 一対象 | | |
| 母集団名簿 の種類等 | 国勢調査区 | 抽方 | 出 層化無作為抽出法 | 1 | |
| 調査客体数 | 約12,500世帯 | | | - | |
| 調査方法 | 調査員 | | ライン 全方法 | | |
| 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 | | *************************************** | | | |
| | | | | | - |

| 統計調查名 | 所得再分 | 配調査 | | | | | |
|-----------|---|-----------------------|----------------------|----------|------------------------|--------|--------------------------|
| 主管部局名 | 3 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「 | 〇」、委託してい | いない場合は(2 | 2欄)、業務そのも | のがない場合 | (1-1) |
| 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) |
| | 0 | 0 | 〇(個票審査のみ) | 0 | 0 | 0 | |
| 備考 | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | 300000000000000000000000000000000000000 | | | | | | |
| e-Stat 7 | アクセス数 | | | 厚労省等 | テホームページ | アクセス数 | |
| H23年分 | 9,928 | | | H23年分 | 12,843 | | |
| H22年分 | 12,577 | | | H22年分 | 13,353 | | |
| H21年分 | 4,617 | | | H21年分 | 4,378 | | |
| 備考 | | | | | | | |
| | *************************************** | | | | X . | | |
| | | | | | | | |
| | 二次利用件 | 米行 | | | | | |
| | ——《小川十 | 3: | 2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。

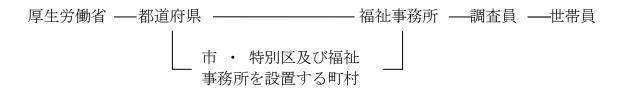
4 調査事項

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



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。



享生労働省

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 | | 単位区 | 世 | 帯 | |
|----|--|-----|---|---|--|
| 番号 | | 番号 | 番 | 号 | |

| 温仙事務 所名 | 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。

<u>※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。</u>

| (1 |)出生年月 | 1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成 | 月 月 3 4 | 2 大正 3 昭和 年 | 月 | 1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成 | 月 3 | |
|-----|----------------------------------|------------------------------|------------------|----------------|----|------------------------------|-----|----|
| 拠 | (2) 生命保険・損害保険 の掛金 | | 万円 | | 万円 | | 万円 | 万円 |
| 出 | 自動車税・軽自動車 (3) 税 (事業関係分を除く) | | 万円 | | 万円 | | 万円 | 万円 |
| 金 | 仕送り (4)(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】

| 【記入安唄】 | | |
|--------------------|-----|---|
| (1) 出 生 4 | 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。) |
| (5) 生命保険・ 保険の保険 | | 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 | 1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成 | 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 |
| (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 | 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) 3 国民健康保険 4 後期高齢者医療制度 5 医療扶助(生活保護法) | 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 4 後期高齢者医療制度 5 医療扶助(生活保護法) | 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 4 後期高齢者医療制度 5 医療扶助(生活保護法) | 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 4 後期高齢者医療制度 5 医療扶助(生活保護法) |
| 法 | 公費負担 | 6 その他(結核予防法等) | 6 その他(結核予防法等) | 6 その他(結核予防法等) | 6 その他(結核予防法等) |
| (10) 昨 年 | 通院した日 (歯科以外) | () 日間 | () 日間 | () 日間 | () 日間 |
| 1 年 間 | 通院した日 (歯科) | () 日間 | () 日間 | () 日間 | () 日間 |
| の 日 数 | 入院した日 | () 日間 | () 日間 | () 日間 | () 日間 |

【記入要領】

| (6) | 性 | 1 男 2 | 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 | 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 お答えく 2 ない | . , . | 1 ある 2 ない | → (9)及び(i お答えく) | | 1 ある → 2 ない | (9)及び(10 お答えくだ | | 1 ある 2 ない | → (9)及び(お答えく | |
| (9) 治療費支払 | 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) 3 国民健康保険 4 後期高齢者医療 | 香) | 2 家族 | 保険 、(被保険者 失(被扶養者 民健康保険 明高齢者医療 | •) | 2 家族 3 国民領 | 険 (被保険者) (被扶養者) 建康保険 高齢者医療制 | | 2 家放3 国月 | 保険 【(被保険者 集(被扶養者 民健康保険 明高齢者医療 | •) |
| 方法 | 公費負担 | 5 医療扶助(生活6 その他(結核予 | | | 家扶助(生活()他(結核予) | | | 失助(生活保 也(結核予防 | | | 療扶助(生活()他(結核予 | |
| (10) 昨 年 | 通院した日 (歯科以外) | () | 日間 | (|) | 日間 | (|) | 日間 | (|) | 日間 |
| 1 年 間 | 通院した日 (歯科) | () | 日間 | (|) | 日間 | (|) | 日間 | (|) | 日間 |
| の日数 | 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。

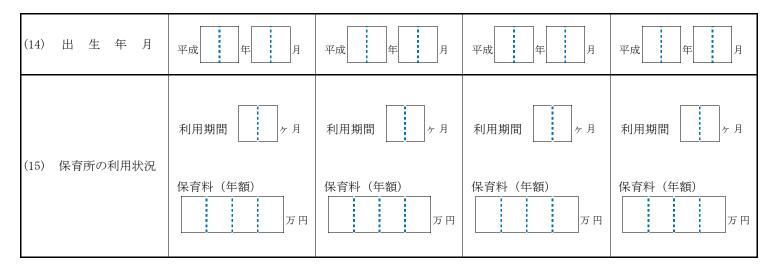
| (11) | 出生年月 | 1 明治 2 大正 3 昭和 | 年月 | 1 明治 2 大正 3 昭和 | 年月 | 1 明治 2 大正 3 昭和 | 年 月 | 1 明治 2 大正 3 昭和 | 年月月 |
|------|---|---------------------------------|--|--|---------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------|--|
| (12) | 介護の給付状況 | I II IV V VI VII | 要要要 要要介介 要要介介 要 要 要 要 要 要 要 要 数 数 数 数 数 | I II III IV V VI VII | 要要要要要要要要要要要要要要要要要要要要要要要要要要要要要要要要要要要要要 | I II IV V VI VI | 要要要要要要要要要要要要要要要要要要要要要要要要要要要要要要要要要要要要要 | I II IV V VI VI | 要支援 1 要支援 2 要介介護 2 要介介護 3 要介介護 4 要介 |
| (13) | 平成23年 7月~8月 | サービス | 施 設 地域密着型 サービス サービス 利 用 日 利 用 日 | サービス | 施 設 地域密着型 サービス サービス 利 用 日 利 用 日 | サービス | 施 設 地域密着型 サービス サービス 利 用 日 利 用 日 | サービス | 施 設 地域密着型 サービス サービス 利 用 日 利 用 日 |
| - | 7月14日 (木) 15日(金) 16日(土) 17日(日) 18日(月) 19日(火) | ті <i>т</i> і і | 71 M H 71 M H | イリ | | ту т µ | ті л н ті л н | ті л н | 71 / 11 11 / 11 / 11 1 |
| 介 | 20日(水) 21日(木) 22日(金) | | | | | | | | |
| 護 | 23日(土) 24日(日) 25日(月) 26日(火) | | | | | | | | |
| 利 | 27日(水) 27日(水) 28日(木) 29日(金) 30日(土) | | | | | | | | |
| 用 | 31日(日) 8月 1日(月) 2日(火) | | | | | | | | |
| 日日 | 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(デイサービス)、通所リハビリテーション(デイケア)、短期入所生活介護(ショートステイ)、訪問介護(ホームヘルプサービス)、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(グループホーム)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。



【記入要領】

(14)出 生 年 月

年月を記入してください。

(15) 保育所の利用状況

(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。) 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。

| 統計調查名 | 年金制度基礎調査 | | t g | |
|-----------------|--|-------|-----------------|---|
| 主管部局名 | 年金局数理課 | * | ar | - |
| 調査開始年(西暦) | 1983年 調査の ^{毎年} 実施周期 | E | 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 でどのような役割を果たしているかをとらえ、年金制度 | 実態を経 | 総合的に把握し、年 | 金が受給者の生活の中 |
| | じとのような役割を果たしているかをとられ、年金利は | と 連呂の | ための基礎貝科を作 | する。 |
| | | | | *************************************** |
| 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 | 出 無作為抽出 法 | |
| 調査客体数 | 27,000人 | | - 3 | |
| 調査方法 | 郵送 | | ライン 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回の記 | 問査) | £ | |
| | | | | - |
| | | | | |
| | 第1報までの公表期間 | 報告書 | 会会までの期間 | |
| 直近 | 1年 | TKINE | | |
| 直近1つ前 | 8ヶ月 | 95 | 月 | |
| 直近2つ前 | 10ヶ月 | 107 | -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) | | esse and | |
| 直近3つ前 | 49.7%(平成19年度) | | | |
| | 52.9%(平成18年度) | | | |
| 備考 | | | | |
| | | | | |

| 統計調査名 | 年金制度 | 基礎調査 | 7) (1) | | | | × |
|--|---|-----------------------|----------------------|-----------------------|------------------------|---------|--|
| 主管部局名 | 年金局 数理課 | | # 15 opport | | | | |
| | | | | | | | ,* · |
| 外部委請 | モ業務の内容 | (委託業務に「 | 〇」、委託してい | いない場合は(空 | ≧欄)、業務その書 | 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 審查·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) |
| Constitution of the Consti | 0 | 〇(配布·督促 のみ) | | 0 | | | Control of the Contro |
| | | | | | | | |
| 備考 | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| e-Stat ア | クセス数 | | | 厚労省等 | ホームページ | アクセス数 | |
| 山如在公 | | | | H23年分 | 9,705 | | |
| H23年分 | 46,983 | | | | | | |
| H23年分 H21年分 | 46,983 43,187 5,447 | | | H22年分 H21年分 | 9,603 | | |
| H22年分 | 43,187 | | | H22年分 | | | |
| H22年分 H21年分 | 43,187 | | | H22年分 | | | |
| H22年分 H21年分 | 43,187 | | | H22年分 | | | |
| H22年分 H21年分 | 43,187 | 数 32 | 条 | H22年分 | | | |
| H22年分 H21年分 | 5,447 | 数 32 | | H22年分 H21年分 | | | |
| H22年分 H21年分 備 考 | (43,187) (5,447) (5,447) (二次利用件) | 32 | | H22年分 H21年分 33条 | | | |

老齡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. 調查事項

「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. 調查方法

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



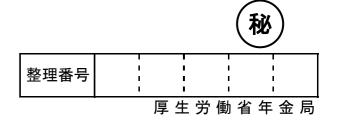
7. 集計及び結果の公表

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。

老齡年金受給者実態調査票

(平成23年11月1日)



あなた

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。

お答えは、口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。

| الح | についてお伺いします。 | | | | | | | | | | | あなた | 配偶者 |
|-----------|---|-----------------|---------------|----------|----|-------------|---|-------------------------------|---------------------------------|---|-----------------------------|--------------|---------------------|
| 問1 | あなたの性別に〇印をつけてくださ | ر١ _° | | | | 1 | 生活にどうし | ても必 | 要だから | | | 1 | 1 |
| | 1. 男 2. 女 | | | | | 2 | と 生活の足しに | なるか | <u></u> Б | | | 2 | 2 |
| | 1. 为 | | | | | 3 | 生きがい、社 | 会参加 | 、健康保 | 持のため | | 3 | 3 |
| 問2 | ! あなたの生年月日を書いてください | 0 | | | | 4 | . その他 | | | | | 4 | 4 |
| | 1. 明治 2. 大正 3. 昭和 | 月[: | | 日生 | 問6 | 事 1 の | なたとあなたのi は何でしたか。 ~5の中で中心。)に〇印をつけて ~5のどれにもi | となる仕 くださし | 事(おおむ; ヽ 。 | ね20年間を起 | 望えて従 | 事して | いたも |
| て。 (暦) | なたとあなたの配偶者 (お伺いします。 記偶者がいない場合は、あなだ さい。) | | | | | | | | | | | あなた | あなた (*) |
| 問3 | 。あなたに配偶者がいる場合は、そ <i>の</i> | の方の生年日日を | 書い | てくだ | | 1 | 常時雇われて | いた | | 戦員・従業 | , | 1 | 1 |
| IHJ O | さい。 |)))V) | ■ ∨ | | | 2 | | V /C | パート、 託等 | 契約社員 | · 嘱 | 2 | 2 |
| | 1. 明治 年 | 月日: | | 日生 | | 3 | 臨時に雇われ | | | | | 3 | 3 |
| | 3. 昭和 [| | | | | 4 | 従事者 | | | たはその領 | | 4 | 4 |
| | あなたの <u>配偶者</u> の基礎年金番号を | 書いてください。 | | | | 5 | 婦等 <i>)</i> | • | | | | 5 | 5 |
| | | | | | | 6 | 1~5のどれ い | にも2 | 0年間以 | 上は該当 [*] | しな | 6 | 6 |
| 問4 | (参考) 配偶者の基礎年金番号は、年金証書、年 便、基礎年金番号通知書または年金手帖 ・あなたとあなたの配偶者は現在収え か。 該当箇所に〇印をつけてください。 | 長等でご確認ください | 0 | | 問7 | らあばす | にあげる項目に ぐらいでしたか。 なたとあなたの き:「収入」とは必要紹 。ただし、退職金など 働いて得た収入 あなた | (おおよそ 配偶者/ 費を除く の臨時的 | で結構です こついて、 事業収入、菫 |) それぞれ う う う う う う し う し う し も し も し も し し し し し し し し し し し し し | 書いて 脱込み↓ ネいてくカ | くださり 又入なと | い 。 ごを指しま |
| | | | あなた | あなたの | | 2 | 国民年金、厚生あなた | : 生 <u></u> 年金 | 万円 | あなたの画 | | <u> </u> | 万円 |
| | 0 収入のある仕事はしていない | | 0 | <u>1</u> | | | 記入の必要はあ | りません | 万円 | 6)737207 <u>1</u> | - IPA 13 I I I | | 万円 |
| | <u> </u> | 戦員・従業員 | 1 | | | | 国家公務員共済 | | | | | | |
| | 常時雇われている者パート、 | 契約社員・嘱 | 2 | 2 | | | 振興・共済事業[あなた | 型の年金 | 症、恩給([¬ | 国民年金や厚 | | は除き | ます。) |
| | tt寺 | 雇われている | 3 | 3 | | | | ! ! ! | 万円 | ! | | ! ! | 万円 |
| | <u>有</u> 」 」 自営業主(農家を含む。)ま | たはその家族 | $\frac{3}{4}$ | 4 | | 4 | その他(企業年金、 | 個人年金 | à、家賃収入 | 、利子∙配当、 | 、仕送り | 等を含む | む。) |
| | 4 従事者 | | <u> </u> | | | | あなた | i | 7 | あなたの酉 | 2偶者 - | <u> </u> | \neg |
| | | | | | | | 1 1 | 1 1 | 万円 | | I I | 1 | 万円 |

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

(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 | ~ | 3000 万円 以上 |
|-----|----|-----------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|---|------------------|
| 貯蓄額 | О | 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

万円

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

下記の支出は<u>1か月あたり</u>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 ~ 0 万未 | 10 15 万未 | 15 20 万未満 | 20 ~25 万未 | 25 30 万未 | 30 ~35 万 未満 | 35 万円 以上 |
|-----|----|---------------|-------------|----------------|-----------------|-----------------|----------------|----------------------|----------------|
| 衣食住 | O | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |

| | なし | 1 万円 未満 | 1 ~ 2 万 未満 | 2 ~ 3 万 未満 | 3 ~ 4 万 未満 | 4 ~ 5 万円 未 | 5 ~ 6 万未 | 6 ~ 7 万円 未満 | 7 ~ 8 万未満 | 8 ~ 9 万円 未満 | 9~10円満 | 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 | 配偶者 (*) |
|-----------------------------------|-----|------------|
| 0 繰上げ受給はしていない | 0 | 0 |
| 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 生活の足しにしたかったため | 2 | 2 |
| 3 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 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

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
- L 7. 7人以上

└→あなたの世帯であなた以外の方全員に○印をつけてください。

- 1. 配偶者
- 2. 子または子の配偶者
- 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
- 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。

1万円未満 0万円 1.

2万円未満 1万円

3万円未満 3. 2万円

3万円 4万円未満

4万円 5万円未満

6. 5万円 6万円未満 7万円未満 7. 6万円

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。

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。

| 統計調查名 | 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 2年 実施周期 | 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で | 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 | 本省一審査支払機関 | | |
| 母集団名簿 の種類等 | 審査支払機関 | 抽出無作為抽出方法 | |
| 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% | | 4 |
| 直近2つ前 | 100% | | |
| 直近3つ前 | 100% | | |
| 直近4つ前 | 100% | | |
| 備考 | | | |
| | | | |

| 統計調查名 | 訪問看護 | 療養費実態 | 悲調査 | | | 1 | |
|-----------|--------------------|------------------------|----------------------|---------------|------------------------|-------------|--------------------------|
| 主管部局名 | 上 保険局 医療課 | - 200 a_ 80 - 120 - | 3/ = 5 · · · | | | 8 - | * 22- |
| µ +n = | 子をなる中央 | (壬十十次) | 0, 771- | 、****、担人:**/# | 5-188~ 44-74-7-0-1- | D 15471 118 | ^ t+F |
| 外部姿 | 託業務の内容 | (安託耒務に | 〇」、安託して | いない場合は(3 | 2欄)、業務そのも | のかない場合 | さば(-1) |
| 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) |
| - | 0 | | | 0 | <u> </u> | 0 | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| 備考 | manoplanianopalain | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| e-Stat 7 | アクセス数 | | | 厚労省等 | デホームページ | 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 | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| 1 1 | | | | | | | |
| | 二次利用件 | 数 32 | 2条 | 33条 | | | |
| H23年度 | 1 | | 1 | 0 | a. | | |
| H22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

0 /1 //

8月初旬~ 集計

9月末

納品

平成24年1月末

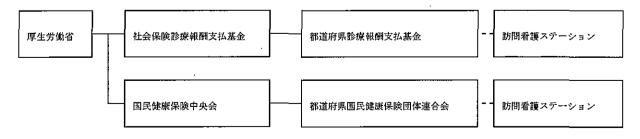
公表

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。

| 0 | 訪問看護療養費 | 明細書 | 都道府 訪問別 県番号 ンコー | 6 1 社・国 3 後 期 1 単 独 2 本 人 8高齢・ド |
|--------------|---|--|------------------------|---|
| 公担号公担号公担号 | · 番 ① | | | 保険者 番号 1098 株件 7() 被保険者証・被保険者 手帳等の記号・番号 |
| 氏名職 | 1男 2女 1明 2大 3昭 4平 務上の事由 1 職務上 2 下船後3 | 生 生 日以内 3 通勤災害 | 特 記 | 訪問看復ス テーション の住所地及 び名称 |
| 心身の状態 | | | | |
| 主たる傷病 | 1. 2. | | | お問終了 年月 日 日 日 日 日 日 日 日 日 |
| 納名 | 指示期間 | | まえる構革の状態 | 一 |
| 指示期間 | 年月日~ (特別指示期間) 年月日~ 年月日~ | 年 月 年 月 年 月 | 日日 | 主治医の属する医療機関の名称 主治医の氏名 |
| (1) | ② 准沿護師 尸 | 3 × 8 P3 P3 P3 P3 P3 P3 P3 P3 P3 P3 P3 P3 P3 | (公費分金額) 円 円 円 | 3 24時間対応体制加算・24時間連絡体制加算 管 円 円 3 重症者管理加算 |
| 基 | P 准窄護師 P | 4 × F F F F F F F F F F F F F F F F F F | <u>н</u> | ③ |
| 本 | ⑬ 難病等複数回訪問加算 P | 9 × 8 P 9 × 8 P 9 × 8 P | Į. | ③ 在宅患者緊急時等カンファレンス加算 費 円 円 円 |
| 療 | ① 長時間訪問 沿護加算 | 9 × 8 P | | 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 |
| <i>75</i> 10 | ③ 幼児加算 | A H H | p: | 主治医への直近報告年月日 3 年 月 日 提供した情報の概要 |
| 養 | | 9 × 9 P | F. | 7 情報提供先の市(区)町村等の名称 : 特記事項 |
| 費④ | ② 延長時間加算 | 9× 日 円 9× 時間 円 円 | þ | 4 特地 |
| (S) 保 合 | 訪問看護ターミナル ケア探美費 請 水 P | 円※ 次 | | 5 介 6 支援 |
| 険 公費① 公費② | | 9 × | Pi Pi | |

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。

| 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 | | 1 - 4 | |
| 調査開始年(西暦) | 1978年 調査の ^{不定期} 実施周期 | (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-対象 | | | |
| 母集団名簿 の種類等 | 保険医療機関 | 抽门方法 | 出備考を参照法 | |
| 調査客体数 | 約2,000医療機関 | | | . * |
| 調査方法 | 郵送 | オン調査 | ライン 正方法 | |
| 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、内科又は呼吸器つ一般病床が200床以上の一般病院 | 査のもの、 | 抽出方法:在宅時医学 している一般診療所、) | や管理又は在宅患者訪問 放射線治療施設を有し、か |
| | 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 | 7 8 | | | |
| 直近3つ前 | | | | |
| 直近4つ前 | | | | |
| 備考 | 非公表 | | | |
| | 回収率 | *************************************** | | |
| 直近 | 60.2% | ····· | | 1 |
| 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 | | *************************************** | | |
| VHI [™] | | | | |

| 統計調査名 | 保険医療 | 材料等使用 | 月状況調査 | | 8 - | | s - 1, d |
|----------|------------|-----------------------|----------------------|----------|------------------------|---------|--|
| 主管部局名 | 保険局 医療課 | 3 (#) 8 #) | | | | H === | |
| 外部委詢 | 託業務の内容 | (委託業務に「 | 〇」、委託してい | ハない場合は(空 | 2欄)、業務そのも | ものがない場合 | 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 審查·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) |
| | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | | | | | | | |
| 備考 | | | | | | | |
| | | | 1 | | | | |
| | | | | | | | |
| 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 | • | | | | | * | |
| | | | | | | | - The second sec |
| | • | | | | | | |
| | 二次利用件 | | 2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

調查票3 医療材料等購入価格調查票(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。

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查票 (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)

| | JAN コード | 製品名及びモデル名 | 単価(円/個) | 使用個数 (個) |
|----|---------|-----------|---------------------------------------|----------|
| 1 | | | , , , | |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | , , , | |
| 5 | | | , , , | |
| 6 | | | ————————————————————————————————————— | |
| 7 | | | ————————————————————————————————————— | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | , , , | |
| 10 | | | , H | |

- (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)

| | JAN コード | 製品名及びモデル名 | 単価(円/個) | 使用個数 (個) |
|----|---------|-----------|---------------------------------------|----------|
| 1 | | | , , , | |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | , , , | |
| 5 | | | , , , | |
| 6 | | | ————————————————————————————————————— | |
| 7 | | | ————————————————————————————————————— | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | , , , | |
| 10 | | | , H | |

- (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

| | JANコード | 製品名及びモデル名 | 単価(円/個) | 使用個数 (個) |
|---|--------|-----------|---------|----------|
| 1 | | | | |
| 2 | | | , , | |
| 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

| | JANコード | 製品名及びモデル名 | 単価(円/個) | 使用個数 (個) |
|---|--------|-----------|-------------|----------|
| 1 | | | ., | |
| 2 | | | , н | |
| 3 | | | , , , | |
| 4 | | | , , , | |
| 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。

<u>5. 間歇導尿用ディスポーザブルカテーテル</u>

| | JANコード | 製品名及びモデル名 | 単価(円/個) | 使用個数(個) |
|---|--------|-----------|---------|---------|
| 1 | | | 月 | |
| 2 | | | 月 | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 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)

| | JANコード | 製品名及びモデル名 | 単価(円/個) | 使用個数(個) |
|---|--------|-----------|---------|---------|
| 1 | | | 月 | |
| 2 | | | 月 | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 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

| | JANコード | 製品名及びモデル名 | 単価(円/個) | 使用個数(個) |
|---|--------|-----------|---------|---------|
| 1 | | | 月 | |
| 2 | | | , 円 | |
| 3 | | | 月 | |
| 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。

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查票 (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〇をしてください。) |
|---|--------|-----------|-----------|------|------|--------------------------------|
| 1 | | | E | 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 | | | , , , , | 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 | | | , , , , , , | 個 | 個 | 1. 患者宅への設置 2. 定期保守点検 3. 消耗品の交 |
| 2 | | | H. H. | 個 | 個 | 1. 患者宅への設置 2. 定期保守点検 3. 消耗品の交 |

- (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 | まれている番号に〇 | をしてください。) |
|---|--------|-----------|-------------------|------|------|------------|-----------|-----------|
| 1 | | | , , , , , , , , , | 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 | | | | 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 | | | , , , , , , , | 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 | | | | 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 | まれている番号に〇 | をしてください。) |
|---|--------|-----------|----------------|------|------|------------|-----------|-----------|
| 1 | | | , , , , , | 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 | | | н | 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。

| | 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 | まれている番号に〇 | をしてください。) |
|---|--------|-----------|---------------------|------|------|------------|-----------|-----------|
| 1 | | | , , , , , , , , , , | 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 | | | | 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〇をしてください。) |
|---|--------|-----------|-----------|------|------|--------------------------------|
| 1 | | | E | 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 | | | , , , , | 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 | | | E | 個 | 個 | 1. 患者宅への設置 2. 定期保守点検 3. 消耗 | 耗品の交換 |
| 2 | | | н | 個 | 個 | 1. 患者宅への設置 2. 定期保守点検 3. 消耗 | 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。

| | 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 | まれている番号に〇 | をしてください。) |
|---|--------|-----------|---------------------|------|------|------------|-----------|-----------|
| 1 | | | , , , , , , , , , , | 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 | | | | 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〇をしてください。) |
|---|--------|-----------|-----------|------|------|--------------------------------|
| 1 | | | E | 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 | | | , , , , | 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 | | | , , , , , , | 個 | 個 | 1. 患者宅への設置 2. 定期保守点検 3. 消耗品の交 |
| 2 | | | H. H. | 個 | 個 | 1. 患者宅への設置 2. 定期保守点検 3. 消耗品の交 |

- (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。

| | 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 | まれている番号に〇 | をしてください。) |
|---|--------|-----------|---------------------|------|------|------------|-----------|-----------|
| 1 | | | , , , , , , , , , , | 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 | | | | 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 | | | £ | 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 | | | E | 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 | | | E | 個 | 個 | 1. 患者宅への設置 2. 定期保守点検 3. 消耗 | 耗品の交換 |
| 2 | | | н | 個 | 個 | 1. 患者宅への設置 2. 定期保守点検 3. 消耗 | 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。

| | 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 | まれている番号に〇 | をしてください。) |
|---|--------|-----------|---------------------|------|------|------------|-----------|-----------|
| 1 | | | , , , , , , , , , , | 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 | | | | 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・

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 | | H. | 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 | | | , , , , , , | 個 | 個 | 1. 患者宅への設置 2. 定期保守点検 3. 消耗品の交 |
| 2 | | | H. H. | 個 | 個 | 1. 患者宅への設置 2. 定期保守点検 3. 消耗品の交 |

- (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。

| | 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 | まれている番号に〇 | をしてください。) |
|---|--------|-----------|---------------------|------|------|------------|-----------|-----------|
| 1 | | | , , , , , , , , , , | 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 | | | | 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 | | | £ | 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 | | | E | 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 | | | , , , , , , | 個 | 個 | 1. 患者宅への設置 2. 定期保守点検 3. 消耗品の交 |
| 2 | | | H. H. | 個 | 個 | 1. 患者宅への設置 2. 定期保守点検 3. 消耗品の交 |

- (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。

| | 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 | まれている番号に〇 | をしてください。) |
|---|--------|-----------|---------------------|------|------|------------|-----------|-----------|
| 1 | | | , , , , , , , , , , | 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 | | | | 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 | | | , , , , , , , | 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 | | | | 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 | | | , , , , , , | 個 | 個 | 1. 患者宅への設置 2. 定期保守点検 3. 消耗品の交 |
| 2 | | | H. H. | 個 | 個 | 1. 患者宅への設置 2. 定期保守点検 3. 消耗品の交 |

- (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。

| | 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 | まれている番号に〇 | をしてください。) |
|---|--------|-----------|---------------------|------|------|------------|-----------|-----------|
| 1 | | | , , , , , , , , , , | 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 | | | | 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 | | | E | 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 | | | | 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 | まれている番号に〇 | をしてください。) |
|---|--------|-----------|----------------|------|------|------------|-----------|-----------|
| 1 | | | , , , , , | 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 | | | н | 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。

| | 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 | まれている番号に〇 | をしてください。) |
|---|--------|-----------|---------------------|------|------|------------|-----------|-----------|
| 1 | | | , , , , , , , , , , | 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 | | | | 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)

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。

(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 | | E | 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 | | E. | 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 | | | ., ., ., ., | 個 | 個 | 1. 患者宅への設置 2. 定期保守点検 3. 消耗品の交持 |
| 2 | | | н | 個 | 個 | 1. 患者宅への設置 2. 定期保守点検 3. 消耗品の交打 |

- (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。

| | 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 | としてください。) |
|---|--------|-----------|-----------------|------|------|------------|------------|-----------|
| 1 | | | H | 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 | | | н | 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 | | | E | 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 | | | | 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 | | | , , , , , , | 個 | 個 | 1. 患者宅への設置 2. 定期保守点検 3. 消耗品の交 |
| 2 | | | H. H. | 個 | 個 | 1. 患者宅への設置 2. 定期保守点検 3. 消耗品の交 |

- (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。

| | 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 | まれている番号に〇 | をしてください。) |
|---|--------|-----------|---------------------|------|------|------------|-----------|-----------|
| 1 | | | , , , , , , , , , , | 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 | | | | 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 | | | E | 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 | | | | 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 | | | E | 個 | 個 | 1. 患者宅への設置 2. 定期保守点検 3. 消耗 | 耗品の交換 |
| 2 | | | н | 個 | 個 | 1. 患者宅への設置 2. 定期保守点検 3. 消耗 | 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。

| | 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 | まれている番号に〇 | をしてください。) |
|---|--------|-----------|---------------------|------|------|------------|-----------|-----------|
| 1 | | | , , , , , , , , , , | 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 | | | | 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 | | | £ | 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 | | | E | 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 | | | , , , , , , | 個 | 個 | 1. 患者宅への設置 2. 定期保守点検 3. 消耗品の交 |
| 2 | | | H. H. | 個 | 個 | 1. 患者宅への設置 2. 定期保守点検 3. 消耗品の交 |

- (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。

| | 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 | まれている番号に〇 | をしてください。) |
|---|--------|-----------|---------------------|------|------|------------|-----------|-----------|
| 1 | | | , , , , , , , , , , | 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 | | | | 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 | | | E | 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 | | | E E | 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 | | | , , , , , , | 個 | 個 | 1. 患者宅への設置 2. 定期保守点検 3. 消耗品の交 |
| 2 | | | H. H. | 個 | 個 | 1. 患者宅への設置 2. 定期保守点検 3. 消耗品の交 |

- (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。

| | 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○マ | をしてください。) |
|---|--------|-----------|------------------------|------|------|------------|------------|-----------|
| 1 | | | , , , , , _, | 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 | | | | 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 | | | E | 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 | | | | 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 | | | , , , , , , | 個 | 個 | 1. 患者宅への設置 2. 定期保守点検 3. 消耗品の交 |
| 2 | | | H. | 個 | 個 | 1. 患者宅への設置 2. 定期保守点検 3. 消耗品の交 |

- (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。

| | 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 | まれている番号に〇 | をしてください。) |
|---|--------|-----------|---------------------|------|------|------------|-----------|-----------|
| 1 | | | , , , , , , , , , , | 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 | | | | 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。

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查票(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 | | | | |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | (計) 収成9.2年7月1日から7月2.1日 | | 月 | |

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。

<u>2. 酸素カテーテルチューブ(経鼻)</u>

| | JANコード | 製品名及びモデル名 | 単価(円/個) | 使用個数 (個) |
|---|--------|-----------|-------------|----------|
| 1 | | | , | |
| 2 | | | · | |
| 3 | | | , , , | |
| 4 | | | , , , | |
| 5 | | | , , , | |

- (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. 腰部固定带·胸部固定带

| | 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 | | | | |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | , , , , , , , , , , , , , , , , , , , | |
| 5 | | | 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) 「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。

<u>4.眼内レンズ</u>

| JAN コード | 製品名及びモデル名 | 単価(円/個) | 使用個数(個) |
|---------|-----------|-----------|---------|
| 1 | | 円 円 | |
| 2 | | , , , | |
| 3 | | , | |
| 4 | | , , , , | |
| 5 | | , | |
| 6 | | , н | |
| 7 | | , , , | |
| 8 | | , , , , , | |
| 9 | | , , , | |
| 10 | | , , | |

- (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

| | JANコード | 製品名及びモデル名 | 単価(円/個) | 使用個数 (個) |
|---|--------|-----------|---------------------------------------|----------|
| 1 | | | ————————————————————————————————————— | |
| 2 | | | , 用 | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | , 用 | |
| 5 | | | | |

- (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

| | JAN = - F | 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 | | | , | ,, | |
| 6 | | | , | ,, 円 | |
| 7 | | | , | ,, 円 | |
| 8 | | | , | ,, | |
| 9 | | | , | ,, | |
| 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

| JAN コード | 製品名及びモデル名 | 単価(円/個) | 使用個数(個) |
|---------|-----------|-----------|---------|
| 1 | | 円 円 | |
| 2 | | , , , | |
| 3 | | , | |
| 4 | | , , , , | |
| 5 | | , | |
| 6 | | , н | |
| 7 | | , , , | |
| 8 | | , , , , , | |
| 9 | | , , , | |
| 10 | | , , | |

- (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

| JAN コード | 製品名及びモデル名 | 単価(円/個) | 使用個数(個) |
|---------|-----------|-----------|---------|
| 1 | | 円 円 | |
| 2 | | , , , | |
| 3 | | , | |
| 4 | | , , , , | |
| 5 | | , | |
| 6 | | , н | |
| 7 | | , , , | |
| 8 | | , , , , , | |
| 9 | | , , , | |
| 10 | | , , | |

- (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

| JAN コード | 製品名及びモデル名 | 単価(円/個) | 使用個数(個) |
|---------|-----------|-----------|---------|
| 1 | | 円 円 | |
| 2 | | , , , | |
| 3 | | , | |
| 4 | | , , , , | |
| 5 | | , | |
| 6 | | , н | |
| 7 | | , , , | |
| 8 | | , , , , , | |
| 9 | | , , , | |
| 10 | | , , | |

- (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)

| JANコード | 製品名及びモデル名 | 単価(円/個) | 使用個数 (個) |
|--------|-----------|---------------------------------------|----------|
| 1 | | | |
| 2 | | , , , | |
| 3 | | ————————————————————————————————————— | |
| 4 | | | |
| 5 | | | |
| 6 | | H | |
| 7 | | | |
| 8 | | | |
| 9 | | | |
| 10 | | | |

- (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。

<u>11. 体外衝擊波消耗性電極(ESWL用電極)</u>

| | JANコード | 製品名及びモデル名 | 単価(円/個) | 使用個数(個) |
|---|--------|-----------|---------|---------|
| 1 | | | , , , , | |
| 2 | | | , 円 | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | 円 円 | |
| 5 | | | , 用 | |

- (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

| | JANコード | 製品名及びモデル名 | 単価(円/個) | 使用個数(個) |
|---|--------|-----------|---------|---------|
| 1 | | | · | |
| 2 | | | , 円 | |
| 3 | | | | |
| 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

| | 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 | | | , , , | |

- (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

| | JANコード | 製品名及びモデル名 | 単価(円/個) | 使用個数(個) |
|---|--------|-----------|---------|---------|
| 1 | | | · | |
| 2 | | | , 円 | |
| 3 | | | | |
| 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 ユード | 製品名及びモデル名 | 単価(円/個) | 機器の個数 (個) |
|----|---------|-----------|---------|-----------|
| 1 | | | 円 円 | |
| 2 | | | | |
| 3 | | | 月 | |
| 4 | | | 円 円 | |
| 5 | | | 円 | |
| 6 | | | 円 | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | 円 | |
| 9 | | | 円 円 | |
| 10 | | | 円 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 | | | 月 , | |
| 2 | | | , , , 円 | |
| 3 | | | , , , 円 | |
| 4 | | | , , , 円 | |
| 5 | | | , , 円 | |
| 6 | | | ,, ,, 円 | |
| 7 | | | ,, ,, 円 | |
| 8 | | | , , , , , 円 | |
| 9 | | | , , 円 | |
| 10 | | に使用した材料について記入して下さい。 | , н | |

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。

<u>17. 特殊縫合糸</u>

| | 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 | | | , , | |
| 5 | | | 円 | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | 円 | |
| 8 | | | 月 | |
| 9 | | | , 用 | |
| 10 | | | 円 H | |

- (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 | | | ,,,,,, | |
| 2 | | | ,,,,, | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | ,,,,, | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | , , 円 | |
| 8 | | | , , , 円 | |
| 9 | | | , , 円 | |
| 10 | 計1) 亚帝 2 2年 7日 1 日か 2 7日 2 1 日 | | , 月 | |

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 | | 1 27 | 用 用 | |
| 3 | | | 円 | |
| 4 | | | 円 円 | |
| 5 | | | 円 円 | |
| 6 | | | 円 円 | |
| 7 | | | 用 用 | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | 円 | |
| 10 | | · · | , 用 | |

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。

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查票 (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 | | | | 個 | 人/月 |
| 2 | | | H H | 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 | | | | 個 | 人/月 |
| 2 | | | ###################################### | 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。

| | 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 | | | | 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 | | | | 個 | 人/月 |
| 2 | | | | 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 | | | | 個 | 人/月 |
| 2 | | | | 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。

| | 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 | | | 田. | 個 | 人/月 |
| 2 | 2 | | н | 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 | | | | 個 | 人/月 |
| 2 | | | H H | 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 | | | | 個 | 人/月 |
| 2 | | | | 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。

| | 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 | | | 田 | 個 | 人/月 |
| 2 | | | н | 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 | | | H. | 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 | | | E | 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。

| | JAN⊐− ⊬ | 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 | 1 | | H | 個 | 人/月 |
| 2 | 2 | | | 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 | | | 田 | 個 | 人/月 |
| 2 | 2 | | 田 | 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 | | | | 個 | 人/月 |
| 2 | | | H | 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。

| | 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 | | | H. H. H. H. H. H. H. H. H. H. H. H. H. H | 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 | | , 用 | 個 | 人/月 |
| 2 | | | 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 | | | | 個 | 人/月 |
| 2 | | | H | 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。

| | 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 | | | H | 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 | | , 用 | 個 | 人/月 |
| 2 | | | 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。

| | 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 | | | | 個 | 人/月 |
| 2 | | | H | 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 |
|--------|-----------|-----------|------|-----------|
| | | , 用 | 個 | 人/月 |
| | | | 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。

| | 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 | | | 田 | 個 | 人/月 |
| 2 | | | H | 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 |
|--------|-----------|-----------|------|-----------|
| | | , 用 | 個 | 人/月 |
| | | | 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 | | | | 個 | 人/月 |
| 2 | | | H | 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。

| | 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 H | 個 人/月 |
| 2 | | | H | 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 | | , 用 | 個 | 人/月 |
| 2 | | | 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 | | | | 個 | 人/月 |
| 2 | | | H | 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。

| | 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 | | | 田 | 個 | 人/月 |
| 2 | | | H | 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 | | , 用 | 個 | 人/月 |
| 2 | | | 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 | | | | 個 | 人/月 |
| 2 | | | H | 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。

| | 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 | | | 田 | 個 | 人/月 |
| 2 | | | H | 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 |
|--------|-----------|-----------|------|-----------|
| | | , 用 | 個 | 人/月 |
| | | | 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 | | | | 個 | 人/月 |
| 2 | | | H | 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。

| | 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 | | | 田 | 個 | 人/月 |
| 2 | | | H | 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 |
|--------|-----------|-----------|------|-----------|
| | | , 用 | 個 | 人/月 |
| | | | 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 | | | | 個 | 人/月 |
| 2 | | | H | 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。

| | 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 | | | 田 | 個 | 人/月 |
| 2 | | | H | 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 |
|---|--------|-----------|-----------|------|-----------|
| | | | 円 | 個 | 人/月 |
| 4 | | | H | 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 | | | | 個 | 人/月 |
| 2 | | | H | 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。

| | 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 | | | 田 | 個 人/月 |
| 2 | | | 田 | 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 | | | H. H. | 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 | | | | 個 | 人/月 |
| 2 | | | H | 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。

| | 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 円 | 個 | 人/月 |
| 2 | | | H | 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 円 | 個 | 人/月 |
| 2 | | | 用 用 | 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 | | | | 個 | 人/月 |
| 2 | | | H | 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。

| | 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 | | | 田 | 個 人/月 |
| 2 | | | 田 | 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 | | | , 用 | 個 | 人/月 |
| 2 | | | H | 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 | | 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 | | | | 個 | 人/月 |
| 2 | | | H | 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。

| | 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 H | 個 人/月 |
| 2 | | | H | 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 C T 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 | | | | | 人/月 |
| 2 | | | | | 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 | | | | | 人/月 |
| 2 | | | | | 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。

| | 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 | | | | | 人/月 |
| 2 | | | | | 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 C T 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 | | | | | 人/月 |
| 2 | | | | , | 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 | | | | | 人/月 |
| 2 | | | | | 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。

| | 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 | | | | | 人/月 |
| 2 | | | | | 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 | | | | | 人/月 |
| 2 | | | | | 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 | | | | | 人/月 |
| 2 | | | | | 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。

| | 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 | | | | | 人/月 |
| 2 | | | | | 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。

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 | | | | | 人/月 |
| 2 | | | | , , , , , , , , , , , , , , , , , , , | 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 | | | | | 人/月 |
| 2 | | | | | 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。

| | 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 |
|---|--------|-----------|-----------------|-----------------|-----------|
| | | | | | 人/月 |
| : | 2 | | | | 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 | | | , 用 | 個 | 人/月 |
| 2 | | | H | 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 | | | | 個 | 人/月 |
| 2 | | | | 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。

| | 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 | | | 田 | 個人/月 |
| 2 | | | 田 | 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 |
|--------|-----------|-----------|------|-----------|
| | | , 用 | 個 | 人/月 |
| | | | 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 | | | E | 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。

| | 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 | | | 田 | 個 人/月 |
| 2 | | | H | 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。