

平成25年度介護事業実態調査 (案)
(介護事業経営概況調査)



政府統計

居宅サービス・地域密着型サービス事業所票 (予防含む) (医療関係)

統計法に基づく国の
統計調査です。調査
票情報の秘密の保護
に万全を期します。

平成25年7月調査

事業所番号	1234567890
施設名	〇〇〇〇〇
所在地	東京都千代田区××1-1
経営主体	営利法人
地域区分	1級地

ID	1234567890
パスワード	◎◎◎◎◎

お手順をおかけしますが、下の(1)～(5)に必ずご記入をお願いいたします。

- (1) 電話番号 : _____ ()
- (2) FAX番号 : _____ ()
- (3) Eメールアドレス : _____ @ _____
- (4) 回答担当者 : 氏名 _____ (役職 : _____)

(5) 調査対象サービスの活動状況 (平成25年7月1日時点)

(下の1～3のいずれか1つに○)

1. 活動中

2. 休止

3. 廃止

(平成25年7月31日までに投函をお願いします)

厚生労働省老健局

問1 サービス提供の状況等（事業所全体の概要）

(1) 事業所の開設年月を西暦で記入して下さい。

西暦 年 月

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

- | | | |
|--------------------|----------------------|------------|
| 1. 都道府県 | 6. 社会福祉協議会 | 9. 営利法人 |
| 2. 市区町村 | 7. 社会福祉法人（社会福祉協議会以外） | 10. その他の法人 |
| 3. 広域連合・一部事務組合 | 8. 社団・財団法人 | 11. 個人 |
| 4. 日本赤十字社・社会保険関係団体 | | |
| 5. 医療法人 | | |

(3) 調査対象サービスにおける会計の期間について、下記より選んで番号を記入して下さい。

3. を選んだ場合は、あわせて期間も記入して下さい。

- | |
|----------------------|
| 1. 年単位（1月1日～12月31日） |
| 2. 年度単位（4月1日～翌3月31日） |
| 3. その他（月 日～翌 月 日） |

(4) 調査対象サービスにおける会計の区分状況について、下記より選んで番号を記入して下さい。

- | |
|--|
| 1. 単独会計：調査対象サービス単独で会計を行っている（調査対象サービスの収入・支出を把握） |
| 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 |

(5) 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。

<input type="checkbox"/>	単体会計 ⇒ 問1(5)は記入不要です。問1(6)のうち調査対象サービスの欄に記入後、問4(12頁)へ進んで下さい。
--------------------------	--

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

サービスの種類	事業所番号										
(居宅サービス)											
ア 介護予防訪問介護											⇒(7)①も記入
イ 訪問介護											
ウ 介護予防訪問入浴介護											
エ 訪問入浴介護											⇒(7)②も記入
オ 介護予防訪問看護											
カ 訪問看護											
キ 介護予防訪問リハビリテーション											⇒(7)③も記入
ク 訪問リハビリテーション											
ケ 介護予防通所介護											⇒(7)④も記入
コ 通所介護											
サ 介護予防通所リハビリテーション											⇒(7)⑤も記入
シ 通所リハビリテーション											
ス 介護予防福祉用具貸与											⇒(7)⑥も記入
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											⇒(7)⑥も記入
チ 介護予防短期入所療養介護											
ツ 短期入所療養介護											
テ 介護予防特定施設入居者生活介護											⇒(7)⑧も記入
ト 特定施設入居者生活介護											
ナ 介護予防支援											
ニ 居宅介護支援											

(地域密着型サービス)											
又 定期巡回・随時対応型訪問介護看護											⇒(7)⑨も記入
ネ 夜間対応型訪問介護											⇒(7)⑬も記入
ノ 介護予防認知症対応型通所介護											⇒(7)⑭も記入
ハ 認知症対応型通所介護											
ヒ 介護予防小規模多機能型居宅介護											⇒(7)⑩も記入
フ 小規模多機能型居宅介護											
ヘ 介護予防認知症対応型共同生活介護											
ホ 認知症対応型共同生活介護											⇒(7)⑩も記入
マ 地域密着型特定施設入居者生活介護											
ミ 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護											
ム 複合型サービス											⇒(7)⑩も記入

(施設サービス)											
メ 介護老人福祉施設											⇒(7)⑪も記入
モ 介護老人保健施設											
ヤ 介護療養型医療施設											⇒(7)⑫も記入

(6) 保険医療機関の状況

		病棟・病室数	病床数	延べ在院者数 (6月中)	食事延べ提供 数(6月中)	外来者数 (6月末)
保険医療機関全体		病棟・室	床	人	食	人
うち 療養病 床	介護保険適用	病棟・室	床	人		
	医療保険適用	病棟・室	床	人		
うち老人性認知症 疾患療養病棟		病棟・室	床	人		

(7) 下記の該当する項目の口にチェック (☑) し、指示に従って下さい。

単体会計 ⇒ 調査対象サービスにチェック (☑) し、それぞれの太枠内に記入し、問4 (12頁) に進んで下さい。
ただし、調査対象サービスが定期巡回・随時対応型訪問介護看護または複合型サービスの場合は、サービスにチェック (☑) し、それぞれの太枠内に記入して下さい。

一体会計 ⇒ まず調査対象サービスにチェック (☑) し、それぞれの太枠内に記入して下さい。
さらに問1 (5) (2頁) で事業所番号を記入したサービスにチェック (☑) し、それぞれの太枠内に記入して下さい。

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 (6月中) 時間

【イ 訪問介護】

介護保険利用者へのサービス (6月中)

	身体介護	身体生活	生活援助	通院等 乗降介助	合計
類型別延べ訪問回数	<input type="text"/> 回				
類型別延べ訪問時間数	<input type="text"/> 時間				

その他の利用者 (障害者等) へのサービス (6月中)

延べ訪問回数	<input type="text"/> 回
訪問時間合計	<input type="text"/> 時間

②【才 介護予防訪問看護】／【力 訪問看護】



【才 介護予防訪問看護】

請求別 訪問回数 (6月中)			介護保険法	健康保険法等
	看護師、保健師		回	回
	准看護師		回	回
	PT、OT、ST ^{*1}		回	回



【力 訪問看護】

請求別 訪問回数 (6月中)			介護保険法	健康保険法等
	看護師、保健師		回	回
	准看護師		回	回
	PT、OT、ST ^{*1}		回	回

※1：PT、OT、STの訪問は、20分以上の訪問を1回として下さい。

定期巡回・随時対応型事業所と連携した訪問看護の状況

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他 ^{*2}
実利用者数(6月中)	人	人	人	人	人	人
うち健康保険法等との併給者数 ^{*3}	人	人	人	人	人	人
うち健康保険法等のみによる実利用者数	人	人	人	人	人	人
延べ訪問回数(6月中)	回	回	回	回	回	回
うち健康保険法等との併給者への訪問回数 ^{*3}	回	回	回	回	回	回
うち健康保険法等のみによる利用者への訪問回数	回	回	回	回	回	回

※2：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。

※3：介護保険法の利用者のうち、6月中に急性増悪等の理由で健康保険法等による訪問看護を利用する者について計上して下さい。



【自由契約等による訪問看護のサービスの提供状況】

※介護保険法、健康保険法等による訪問看護（介護予防含む）を一度も利用せず、自由契約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。

実利用者数(6月中)	人
延べ訪問回数(6月中)	回

③【キ 介護予防訪問リハビリテーション】 / 【ク 訪問リハビリテーション】

<input type="checkbox"/>	【キ 介護予防訪問リハビリテーション】	※介護保険法の介護予防訪問リハビリテーションのサービスを6月中に一度以上利用した者の状況について記入して下さい。				
		要支援1	要支援2	その他（認定申請中）		
延べ訪問回数（6月中）		回	回	回		

<input type="checkbox"/>	【ク 訪問リハビリテーション】	※介護保険法の訪問リハビリテーションのサービスを6月中に一度以上利用した者の状況について記入して下さい。					
		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他 （認定申請中）
延べ訪問回数（6月中）		回	回	回	回	回	回

<input type="checkbox"/>	【その他の訪問リハビリテーション】	※介護保険法による訪問リハビリテーションサービス（介護予防含む）を一度も利用せず、健康保険法等、自由契約等のみによる訪問リハビリテーションサービスを利用する者の状況について記入して下さい。				
延べ訪問回数（6月中）		回				

④【ケ 介護予防通所介護】 / 【コ 通所介護】

<input type="checkbox"/>	【ケ 介護予防通所介護 / コ 通所介護】を <u>あわせた</u> サービスの提供状況
食事延べ提供数（6月中）	<input type="text"/> 食
送迎延べ実施回数（6月中）	<input type="text"/> 回

※ 一人に対して片道の送迎を行った場合を1回と数えて下さい。
 [一人の人を迎えに行き、送った場合は2回になります。]

⑤【サ 介護予防通所リハビリテーション / シ 通所リハビリテーション】

<input type="checkbox"/>	【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 <u>あわせた</u> サービスの提供状況
食事延べ提供数（6月中）	<input type="text"/> 食
送迎延べ実施回数（6月中）	<input type="text"/> 回

※ 一人に対して片道の送迎を行った場合を1回と数えて下さい。
 [一人の人を迎えに行き、送った場合は2回になります。]

⑥ 【チ 介護予防短期入所療養介護】 / 【ツ 短期入所療養介護】

【チ 介護予防短期入所療養介護】

		要支援1	要支援2	その他 ^{※1}
延べ利用者数 (6月中)	療養病床等を有する病院	人	人	人
	老人性認知症疾患療養病棟	人	人	人
	療養病床等を有する診療所	人	人	人
	基準適合診療所	人	人	人

※1：要介護認定を受けて非該当・要支援と判定された人、要介護申請中の人を計上して下さい。

【ツ 短期入所療養介護】

		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他 ^{※1}
延べ利用者数 (6月中)	療養病床等を有する病院	人	人	人	人	人	人
	老人性認知症疾患療養病棟	人	人	人	人	人	人
	療養病床等を有する診療所	人	人	人	人	人	人
	基準適合診療所	人	人	人	人	人	人

※1：要介護認定を受けて非該当・要支援と判定された人、要介護申請中の人を計上して下さい。

【チ 介護予防短期入所療養介護 / ツ 短期入所療養介護】を あわせた サービスの提供状況

食事延べ提供数 (6月中)	<input type="text"/>	食
送迎延べ実施回数 (6月中)	<input type="text"/>	回

※ 一人に対して片道の送迎を行った場合を1回と数えて下さい。
〔 一人の人を迎えに行き、送った場合は2回になります。 〕

⑦ 【介護予防居宅療養管理指導】 / 【居宅療養管理指導】

【介護予防居宅療養管理指導】

延べ利用者数 (6月中)	医師	<input type="text"/>	人
	歯科医師	<input type="text"/>	人
	薬剤師	<input type="text"/>	人
	看護職員	<input type="text"/>	人
	歯科衛生士	<input type="text"/>	人
	管理栄養士	<input type="text"/>	人

【居宅療養管理指導】

延べ利用者数 (6月中)	医師	<input type="text"/>	人
	歯科医師	<input type="text"/>	人
	薬剤師	<input type="text"/>	人
	看護職員	<input type="text"/>	人
	歯科衛生士	<input type="text"/>	人
	管理栄養士	<input type="text"/>	人

⑧【ナ 介護予防支援】／【二 居宅介護支援】

<input type="checkbox"/> 【ナ 介護予防支援】			
	要支援 1	要支援 2	その他（認定申請中）
実利用者数（6月中）	人	人	人

<input type="checkbox"/> 【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（6月中）	人	人	人	人	人	人

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

⑨【又 定期巡回・随時対応型訪問介護看護】

<input type="checkbox"/> 【又 定期巡回・随時対応型訪問介護看護】							
<input type="checkbox"/> 一体型		<input type="checkbox"/> 連携型					
※訪問看護延べ訪問回数については、定期巡回・随時対応型訪問介護看護の利用者に対し、「一体型」の事業所が行った場合のみ記入して下さい。「連携型」の事業所が行った訪問看護の提供状況については、記入しないで下さい。							
		要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5	その他※ ¹
実利用者数（6月中）		人	人	人	人	人	人
訪問 介護	実利用者数	人	人	人	人	人	人
	延べ訪問回数	回	回	回	回	回	回
訪問 看護	実利用者数	人	人	人	人	人	人
	うち健康保険法等との併給者数※ ²	人	人	人	人	人	人
	うち健康保険法等のみによる実利用者数	人	人	人	人	人	人
	延べ訪問回数	回	回	回	回	回	回
	うち健康保険法等との併給者数※ ²	回	回	回	回	回	回
	うち健康保険法等のみによる利用者数への訪問回数	回	回	回	回	回	回

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

※2：介護保険法の利用者のうち、6月中に急性増悪等の理由で健康保険法等による訪問看護を利用する者について計上して下さい。

訪問 看護 延べ 訪問 回数 （6月 中）		介護保険法	健康保険法等
	看護師、保健師	回	回
	准看護師	回	回
	PT、OT、ST	回	回

<input type="checkbox"/> 【自由契約等による定期巡回・随時対応型訪問介護看護のサービスの提供状況】		※介護保険法、健康保険法等による訪問看護サービスを一度も利用せず、自由契約等のみによるサービスを利用する者の状況について記入して下さい。
実利用者数（6月中）	人	
延べ訪問回数（6月中）	回	

⑩【△ 複合型サービス】

【△ 複合型サービス】 ※介護保険法のサービスを6月中に一度以上利用した者の状況について記入して下さい。

登録定員	<input type="text"/> 人
宿泊サービスの利用定員	<input type="text"/> 人
通いサービスの利用定員	<input type="text"/> 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}
実利用者数 (6月中)		人	人	人	人	人	人
宿泊	延べ利用者数 (6月中)	人	人	人	人	人	人
通い	延べ利用者数 (6月中)	人	人	人	人	人	人
訪問介護	延べ利用者数 (6月中)	人	人	人	人	人	人
訪問看護	延べ利用者数 (6月中)	人	人	人	人	人	人
	うち健康保険法等との併給者数 ^{※2}	人	人	人	人	人	人

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

※2：介護保険法の利用者のうち、6月中に急性増悪等の理由で健康保険法等による訪問看護を利用する者について計上して下さい。

⑪【モ 介護老人保健施設】

【モ 介護老人保健施設】

		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他 ^{※1}	特定利用 ^{※2}
一般棟	延べ在所者数 (6月中)	人	人	人	人	人	人	人
認知症専門棟	延べ在所者数 (6月中)	人	人	人	人	人	人	人

食事延べ提供数 (6月中) 食

※1 要介護認定を受けて非該当・要支援と判定された人、要介護認定申請中の人を計上して下さい。

※2 特定老人保健施設入所者（平成12年3月以前から入所している要介護者でない入所者）を計上して下さい。

⑫【ヤ 介護療養型医療施設】

<input type="checkbox"/> 【ヤ 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 (6月中)	人	人	人	人	人	人

※1：要介護認定を受けて非該当・要支援と判定された人、要介護認定申請中の人を計上して下さい。

⑬【ネ 夜間対応型訪問介護】

<input type="checkbox"/> 【ネ 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}
類型別延べ訪問回数 (6月中)	回	回	回	回	回	回
うち定期巡回	回	回	回	回	回	回
うち随時訪問	回	回	回	回	回	回

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

⑭【ノ 介護予防認知症対応型通所介護】 / 【ハ 認知症対応型通所介護】

<input type="checkbox"/> 【ノ 介護予防認知症対応型通所介護 / ハ 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 (6月中)	<input type="text"/> 食
送迎延べ実施回数 (6月中)	<input type="text"/> 回

※ 一人に対して片道の送迎を行った場合を1回と数えて下さい。
〔 一人の人を迎えに行き、送った場合は2回になります。〕

問2 サービスに係る専用延べ床面積

諸室面積	合計	医療等の介護保険 以外の事業	介護保険事業	
			合計	うち、調査対象 サービス
建物床面積	専用	m ²	m ²	m ²
	共用	m ²	m ²	m ²

※ 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-合計」の「共用」欄に、そうでない場合には「共用」の「医療等の介護保険以外の事業」の「共用」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(12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25年6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25年6月末日現在)	常勤 (小数点1位まで)	非常勤 (小数点1位まで)
1 病院・診療所の管理者	. 人	. 人
2 その他介護保険事業の管理者	. 人	. 人
3 医師	. 人	. 人
4 薬剤師	. 人	. 人
5 看護師	. 人	. 人
6 准看護師	. 人	. 人
7 介護職員	. 人	. 人
8 うち介護福祉士	. 人	. 人
9 理学療法士	. 人	. 人
10 作業療法士	. 人	. 人
11 言語聴覚士	. 人	. 人
12 柔道整復師・あん摩マッサージ指圧師	. 人	. 人
13 生活相談員・支援相談員	. 人	. 人
14 うち社会福祉士	. 人	. 人
15 福祉用具専門相談員	. 人	. 人
16 栄養士	. 人	. 人
17 うち管理栄養士	. 人	. 人
18 調理員	. 人	. 人
19 事務職員	. 人	. 人
20 その他	. 人	. 人
21 上記1~20のうち介護支援専門員(再掲)	. 人	. 人
22 上記1~20のうち訪問介護のサービス提供責任者(再掲)	. 人	. 人

【換算数の計算式】

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

<※1ヶ月に数回の勤務である場合>

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

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

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。

<input type="checkbox"/>	単独会計 ⇒ 調査対象サービスに従事する職員の換算人員(平成25年6月末日時点)と給与額等(平成24年度の決算期数値)について、それぞれ記入して下さい。
<input type="checkbox"/>	一体会計 ⇒ 会計を一体的に行っている介護保険サービス等も含めた全体の、職員の換算人員(平成25年6月末日時点)と給与額等(平成24年度の決算期数値)について、それぞれ記入して下さい。

※ 給与額等は平成24年度の決算期数値を記入して下さい。困難な場合は直近の決算期数値を記入して下さい。
 ※ 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。

職 種	常 勤				非 常 勤						
	換算人員 人	給 料			実人員 人	換算人員 人	給 料				
		十億	百万	千	円			十億	百万	千	円
1 病院・診療所の管理者	.					.					
2 その他介護保険事業の管理者	.					.					
3 医師	.					.					
4 薬剤師	.					.					
5 看護師	.					.					
6 准看護師	.					.					
7 介護職員	.					.					
8 うち介護福祉士	.					.					
9 理学療法士	.					.					
10 作業療法士	.					.					
11 言語聴覚士	.					.					
12 柔道整復師・あん摩マッサージ指圧師	.					.					
13 生活相談員・支援相談員	.					.					
14 うち社会福祉士	.					.					
15 福祉用具専門相談員	.					.					
16 栄養士	.					.					
17 うち管理栄養士	.					.					
18 調理員	.					.					
19 事務職員	.					.					
20 その他	.					.					
21 介護支援専門員(再掲)	.					.					
22 訪問介護のサービス提供責任者(再掲)	.					.					
23 通勤手当(再掲)											
24 賞与 ※賞与引当金繰入分を除く						換算人員 人					
25 賞与引当金繰入											
26 退職給与引当金の実施、退職金に関わる共済等への加入(複数回答可)	(1) 社会福祉施設退職手当等職員共済に加入				→ 掛け金額						
	(2) 全国社会福祉団体職員退職手当積立基金に加入				→ 掛け金額						
	(3) 中小企業退職金共済制度に加入				→ 掛け金額						
	(4) その他共済制度に加入				→ 掛け金額						
	(5) 退職給与引当金繰入の実施(上記(1)~(4)以外)				→ 退職給与引当金						
	(6) 退職金として支出 ※(1)~(5)に計上される分を除く										
27 法定福利費(事業主負担)											

問5 収支の状況

単独会計 ⇒ 調査対象サービスに関する、(1) 事業収入等(本頁)および(2) 事業支出等(15頁～)について、それぞれ平成24年度の決算期における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) 事業収入等(本頁)および(2) 事業支出等(15頁～)について、それぞれ平成24年度の決算期における額を記入して下さい。

※ 平成24年度の決算期数値を記入して下さい。困難な場合は直近の決算期の数値を記入して下さい。

(1) 施設運営事業収益

科 目		金 額				
		十億	百万	千	円	
I 施設運営事業収益	医業収益					計
	介護報酬収益					計
	1 施設介護料収益					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) 定期巡回・随時対応型訪問介護看護					
	(11) 夜間対応型訪問介護					
	(12) 認知症対応型通所介護(介護予防含む)					
	(13) 小規模多機能型居宅介護(介護予防含む)					
	(14) 認知症対応型共同生活介護(介護予防含む)					
(15) 複合型サービス						
(16) その他収入((1)～(15)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益 (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																					
		十億	百万	千	円																		
I 施設運営事業収益	4 保険外の利用料による収益	計																					
	ア 介護老人保健施設																						
	イ 介護療養型医療施設																						
	(2) 居宅介護サービス利用料収益	小計																					
	ア 訪問介護（介護予防含む）																						
	イ 訪問入浴介護（介護予防含む）																						
	ウ 訪問看護（介護予防含む） （併設訪問看護ステーションを含まない）																						
	エ 訪問リハビリテーション（介護予防含む）																						
	オ 通所介護（介護予防含む）																						
	カ 通所リハビリテーション（介護予防含む）																						
	キ 福祉用具貸与（介護予防含む）																						
	ク 短期入所療養介護（介護予防含む）																						
	ケ 居宅療養管理指導（介護予防含む）																						
	コ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護																						
	サ 夜間対応型訪問介護																						
	シ 認知症対応型通所介護（介護予防含む）																						
	ス 小規模多機能型居宅介護（介護予防含む）																						
	セ 認知症対応型共同生活介護（介護予防含む）																						
	ソ 複合型サービス																						
	タ その他の利用料収入（ア～ソに該当しないもの）																						
	5 その他の事業収益	計																					
	(1) ホームヘルプサービス収益（障害者等）																						
	(2) 介護予防事業者からの委託に係る収益																						
	(3) 特定老人保健施設療養費																						
(4) 介護報酬査定減	▲																						
(5) その他（消費税等を含む）																							
施設運営事業収益計（医業収益＋介護報酬収益）																							

(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。

<input type="checkbox"/>	介護老人保健施設会計・経理準則	⇒(2) -A (15頁) に記入
<input type="checkbox"/>	病院会計準則	⇒(2) -B (17頁) に記入
<input type="checkbox"/>	指定老人訪問看護の事業及び指定訪問看護の事業の会計経理準則	⇒(2) -C (19頁) に記入

※ 平成24年度の決算期数値を記入して下さい。困難な場合は直近の決算期の数値を記入して下さい。
 ※ 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。

		金額			
(2) -A					
科 目					
II 施設運営事業等費用	1 給与費				
	2 医薬品費				
	3 給食用材料費				
	4 施設療養材料費・施設療養消耗器具備品費				
	5 その他の材料費				
	6 経費 計				
	ア 福利厚生費				
	イ 消耗品費				
	ウ 消耗器具備品費				
	エ 車両費				
	オ 光熱水費				
	カ 修繕費				
	キ 賃借料 小計				
	①土地				
	②建物及び建物付属設備				
	③設備器械				
	④その他の賃借料 (①～③に該当しないもの)				
	ク 保険料 小計				
	①自動車保険料(自動車損害賠償責任保険料含む)				
②その他の保険料					
ケ 租税公課					
コ 徴収不能損失					
サ その他の経費 (ア～コに該当しないもの)					

科 目		金 額														
		十億	百万	千	円											
Ⅱ 施設運営事業等費用	7 委託費	計														
	ア 派遣委託費															
	イ 患者用給食委託費															
	エ 寝具類洗濯・賃貸委託費（病衣除く）															
	オ 清掃委託費															
	カ 各種器械保守委託費															
	キ その他の委託費（ア～カに該当しないもの）															
	8 研修費															
	9 減価償却費	計														
	ア 建物及び建物付属設備減価償却費															
	イ 医療用器械設備減価償却費															
	ウ 車両船舶設備減価償却費															
	エ 特殊浴槽減価償却費															
	オ その他の減価償却費（ア～エに該当しないもの）															
	10 本部費															
11 その他（1～10に該当しないもの）																
施設運営事業等費用計（1～11の合計）																
うち消費税課税対象費用計																
Ⅲ 施設運営事業外収益	計															
1 受取利息・配当金																
2 その他の施設運営事業外収益（1に該当しないもの）																
Ⅳ 施設運営事業外費用	計															
うち支払利息																
Ⅴ 特別損益	計															
1 特別利益																
2 特別損失																
うち法人税等																

※ 平成24年度の決算期数値を記入して下さい。困難な場合は直近の決算期の数値を記入して下さい。
 ※ 各費用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（各費用費目に消費税額を算入した値）で記入して下さい。

科 目		金 額			
		十億	百万	千	円
Ⅱ 医業・介護費用	1 給与費				
	2 医薬品費				
	3 給食用材料費				
	4 診療材料費・医療消耗器具備品費				
	5 経費				
	ア 福利厚生費				
	イ 通信費				
	ウ 消耗品費				
	エ 消耗器具備品費				
	オ 車両費				
	カ 光熱水費				
	キ 修繕費				
	ク 賃借料				
	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				
	①自動車保険料(自動車損害賠償責任保険料含む)				
	②その他の保険料（①に該当しないもの）				
コ 租税公課					
サ 徴収不能損失					
シ その他の経費（ア～サに該当しないもの）					

科 目		金 額				
		十億	百万	千	円	
Ⅱ 医業・ 介護費用	6 委託費					計
	ア 派遣委託費					
	イ 患者用給食委託費					
	ウ 送迎委託費					
	エ 寝具類洗濯・賃貸委託費（病衣除く）					
	オ 清掃委託費					
	カ 各種器械保守委託費					
	キ その他の委託費（ア～カに該当しないもの）					
	7 減価償却費					計
	ア 建物及び建物附属設備減価償却費					
	イ 医療用器械設備減価償却費					
	ウ 車両船舶設備減価償却費					
	エ 特殊浴槽減価償却費					
	オ その他の減価償却費（ア～エに該当しないもの）					
8 本部費						
9 その他（1～8に該当しないもの）						
医業・介護費用計（1～9の合計）						
うち消費税課税対象費用計						
Ⅲ 医業・介護外収益						計
1 受取利息・配当金						
2 その他の医業・介護外収益（1に該当しないもの）						
Ⅳ 医業・介護外費用						計
うち支払利息						
Ⅴ 特別損益						計
1 特別利益						
2 特別損失						
Ⅵ 税金（年額）						

- ※ 平成24年度の決算期数値を記入して下さい。困難な場合は直近の決算期の数値を記入して下さい。
 ※ 各費用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（各費用費目に消費税額を算入した値）で記入して下さい。

科 目		金 額			
		十億	百万	千	円
Ⅱ 事業費用	1 人件費				
	2 材料費				
	3 経費				
		計			
		ア 福利厚生費			
		イ 旅費交通費			
		ウ 通信費			
		エ 消耗品費			
		オ 消耗器具備品費			
		カ 車両費			
		キ 光熱水費			
		ク 修繕費			
		ケ 賃借料			
		小計			
		①建物及び建物付属設備			
		②設備器械			
		③その他の賃借料（①～②に該当しないもの）			
		コ 保険料			
	小計				
	①自動車保険料(自動車損害賠償責任保険料含む)				
	②その他の保険料（①に該当しないもの）				
	サ 租税公課				
	シ 徴収不能損失				
	ス その他の経費（ア～シに該当しないもの）				

(前頁からの続き)

科 目		金 額								
		十億	百万	千	円					
Ⅱ 事業費用	4 委託費	計								
	ア 派遣委託費									
	イ 清掃委託費									
	ウ その他の委託費（ア～イに該当しないもの）									
	5 減価償却費	計								
	ア 車両船舶設備減価償却費									
	イ その他の減価償却費（アに該当しないもの）									
	6 本部費									
	7 その他（1～6に該当しないもの）									
	事業費用計（1～7の合計）									
うち消費税課税対象費用計										
Ⅲ 事業外収益	計									
1 受取利息・配当金										
2 その他の事業外収益（1に該当しないもの）										
Ⅳ 事業外費用	計									
うち支払利息										
Ⅴ 特別損益	計									
1 特別利益										
2 特別損失	小計									
うち法人税等										

問6 設備投資の状況

単独会計 ⇒ 調査対象サービスに関する設備投資について、それぞれ平成24年度の決算期における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設備投資について、それぞれ平成24年度の決算期における額を記入して下さい。

※ 平成24年度の決算期数値を記入して下さい。困難な場合は直近の決算期の数値を記入して下さい。

設備投資額	金額			
	十億	百万	千	円
計				
1 建物及び建物付属設備				
うちリース分				
2 医療用器械設備				
うちリース分				
3 車輛船舶設備				
うちリース分				
4 特殊浴槽				
うちリース分				
5 その他				
うちリース分				
設備投資額のうち消費税課税対象の投資額				

※ 固定資産台帳に計上されているもののみ記入して下さい。