

統計法に基づく一般統計調査

③-550

介護事業実態調査
(介護事業経営実態調査)
令和5年5月調査



政府統計

統計法に基づく国の統計調査です。
調査票情報の秘密の保護に万全を期します。

調査対象サービスは

介護医療院

です。

右に印字した項目は、必ず確認していただき、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**をお願い申し上げます。
また、空欄の場合はご記入をお願い申し上げます。

事業所番号	1234567890
施設名	〇〇〇〇
所在地	東京都千代田区××1-1
法人名	〇〇〇〇
法人番号	1234567890123

ID	1234567890
パスワード	◎◎◎◎◎

お手数をおかけしますが、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(令和5年5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
--------	-------	-------

※2、3の場合、今回の調査に記入していただく必要はありませんので、このまま調査票を返送してください。

- 1. 電子調査票での提出期限は『令和5年〇月〇日』までとなります。
調査専用サイト(〇〇)からダウンロードした
電子調査票(エクセル)に記入し、アップロードによるご提出をお願いいたします。
- 2. 上記のほか、紙の調査票は『令和5年〇月〇日』までにご投函ください。

統計法に基づく一般統計調査

介護事業実態調査
(介護事業経営実態調査)
令和2年5月調査



政府統計

統計法に基づく国の統計調査です。
調査票情報の秘密の保護に万全を期します。

調査対象サービスは

介護医療院

です。

右に印字した項目は、必ず確認していただき、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**をお願い申し上げます。
また、空欄の場合はご記入をお願い申し上げます。

事業所番号	1234567890
施設名	〇〇〇〇
所在地	東京都千代田区××1-1
法人名	〇〇〇〇
法人番号	1234567890123

ID	1234567890
パスワード	◎◎◎◎◎

※ この調査は、上記のID、パスワードにて、調査専用ホームページ(https://●●●●●●●●)よりダウンロードしたエクセルファイルにデータを入力し、ファイルをアップロードする方法でご回答いただけます。

お手数をおかけしますが、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(令和2年5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
--------	-------	-------

※2、3の場合、今回の調査に記入していただく必要はありませんので、このまま調査票を返送してください。

(令和2年6月15日までに投函をお願いします)

問1 施設の概要についておうかがいします。

(1) 開設年月を西暦で記入してください。

西暦 年 月

(2) 経営主体として該当する番号に○をつけてください。

- | | | |
|--------------------|----------------------|------------|
| 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) 調査対象サービスにおける令和4年度の新型コロナウイルス感染症の発生による影響についてお伺いします。

①調査対象サービスにおける令和4年度の新型コロナウイルス感染症の陽性者等の発生状況について、該当する番号に○をつけてください。(複数回答可)

1	利用者に新型コロナウイルス感染症の陽性者が発生した
2	利用者に新型コロナウイルス感染症の濃厚接触者が発生した
3	利用者に感染・濃厚接触の疑いがある者が発生した
4	職員に新型コロナウイルス感染症の陽性者が発生した
5	職員に新型コロナウイルス感染症の濃厚接触者が発生した
6	職員に感染・濃厚接触の疑いがある者が発生した
7	1～6のいずれにも該当はない

②調査対象サービスにおける令和4年度の新型コロナウイルス感染症による施設・事業所運営への影響について、該当する番号に○をつけてください。(複数回答可)

1	行政からの要請によるサービスの一時休止を行った
2	施設・事業所の判断によるサービスの一時休止を行った
3	施設・事業所の判断による営業時間の短縮や利用定員の縮小等の運営の縮小を行った
4	利用者・家族の希望によるサービスの休止・縮小を行った
5	新型コロナウイルス感染症の影響でサービス利用者が減少した
6	近隣事業所等における休業や感染者等の発生に伴い利用者の受け入れを行った
7	1～6のいずれにも該当はない

(4) 調査対象サービスにおける会計の期間について、該当する番号に○をつけてください。3. を選んだ場合は、あわせて期間も記入してください。

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)

問1 施設の概要についておうかがいします。

(1) 開設年月を西暦で記入してください。

西暦 年 月

(2) 経営主体として該当する番号に○をつけてください。

- | | | |
|--------------------|----------------------|------------|
| 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) 調査対象サービスにおける会計の期間について、該当する番号に○をつけてください。3. を選んだ場合は、あわせて期間も記入してください。

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)

(新) 令和5年度調査	(旧) 令和2年度調査
-------------	-------------

(5) 調査対象サービスにおける令和4年度の会計の区分状況について、該当する番号に○をつけてください。

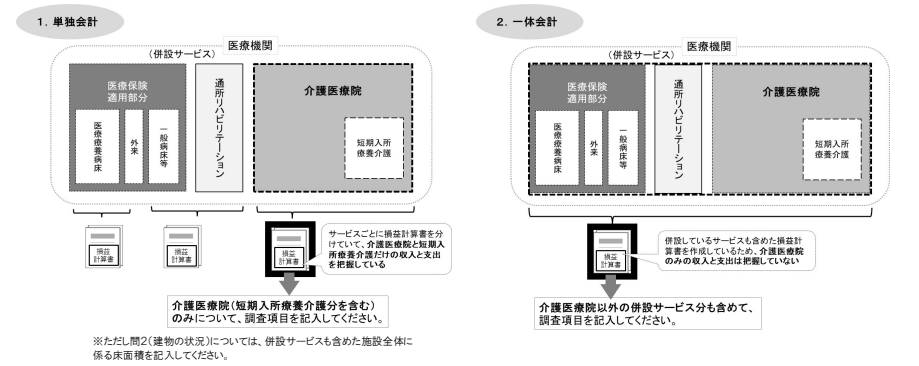
1. 単独会計: 調査対象サービスごとに費用が区分できているもの
2. 一体会計: 調査対象サービスに係る費用とそれ以外の併設サービス等に係る費用を区分せず一体で計上しているもの

※ 収入は調査対象サービス分を把握しているが、支出は他の併設サービスと一体的にしか把握していないなど、部分的に調査対象サービス分の収入・支出を把握している場合も一体会計としてください。

※ **単独会計の場合**、問3(職員数と職員給与)、問4(収入と支出)は、**調査対象サービス分についてのみ記入してください。**

※ **一体会計の場合**、問3(職員数と職員給与)、問4(1)、(3)(収入と支出)は、**会計を一体的に行っている他の併設サービス分も含めて記入してください。問4(2)(支出)は、調査対象サービス分についてのみ記入してください。**

例:介護医療院内で短期入所療養介護を提供し、通所リハビリテーションを併設している場合



(4) 調査対象サービスにおける令和元年度の会計の区分状況について、該当する番号に○をつけてください。

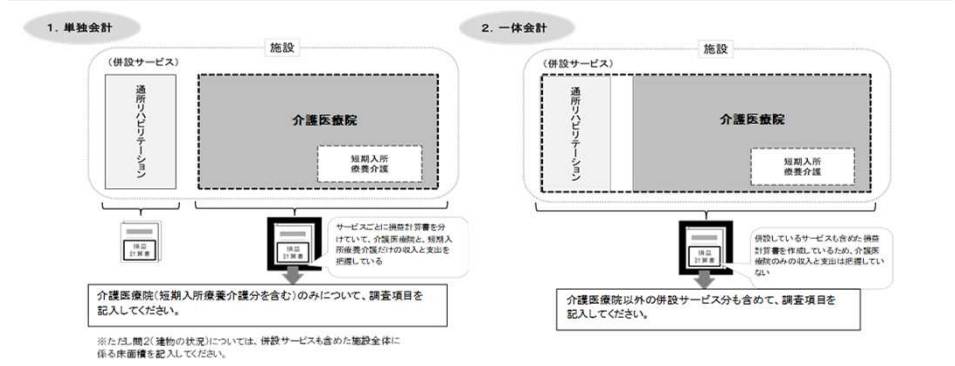
1. 単独会計: 調査対象サービスごとに費用が区分できているもの
2. 一体会計: 調査対象サービスに係る費用とそれ以外の併設サービス等に係る費用を区分せず一体で計上しているもの

※ 収入は調査対象サービス分を把握しているが、支出は他の併設サービスと一体的にしか把握していないなど、部分的に調査対象サービス分の収入・支出を把握している場合も一体会計としてください。

※ **単独会計の場合**、問3(職員数と職員給与)、問4(収入と支出)は、**調査対象サービス分についてのみ記入してください。**

※ **一体会計の場合**、問3(職員数と職員給与)、問4(1)、(3)(収入と支出)は、**会計を一体的に行っている他の併設サービス分も含めて記入してください。問4(2)(支出)は、調査対象サービス分についてのみ記入してください。**

例:介護医療院内で短期入所療養介護を提供し、通所リハビリテーションを併設している場合



(6) 調査対象サービスの令和5年4月の1か月分の実績について記入してください。

調査対象サービスの実績を記入してください。

介護医療院		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他※
I型療養床	実利用者数	人	人	人	人	人	人
	延べ在院者数	人	人	人	人	人	人
II型療養床	実利用者数	人	人	人	人	人	人
	延べ在院者数	人	人	人	人	人	人

※ その他には、非該当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ください。

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※
実利用者数	人	人	人	人	人	人	人
延べ利用者数	人	人	人	人	人	人	人

※ その他には、非該当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ください。

介護予防短期入所療養介護		要支援1	要支援2	その他※
実利用者数	人	人	人	人
延べ利用者数	人	人	人	人

※ その他には、非該当であって自費でサービスを利用している人や要支援認定申請中の人を計上してください。

上記以外の実績を記入してください。

病床数	延べ在院者数	患者数
床	人	人
	外来	人

(5) 調査対象サービスの令和2年4月の1か月分の実績について記入してください。

調査対象サービスの実績を記入してください。

介護医療院		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他※
I型療養床	実利用者数	人	人	人	人	人	人
	延べ在院者数	人	人	人	人	人	人
	延べ外泊者数	人	人	人	人	人	人
II型療養床	実利用者数	人	人	人	人	人	人
	延べ在院者数	人	人	人	人	人	人
	延べ外泊者数	人	人	人	人	人	人

※ その他には、非該当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ください。

食事延べ提供数	食
---------	---

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※
実利用者数	人	人	人	人	人	人	人
延べ利用者数	人	人	人	人	人	人	人

※ その他には、非該当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ください。

介護予防短期入所療養介護		要支援1	要支援2	その他※
実利用者数	人	人	人	人
延べ利用者数	人	人	人	人

※ その他には、非該当であって自費でサービスを利用している人や要支援認定申請中の人を計上してください。

食事延べ提供数	食
送迎延べ実施回数	回

※ 1人に対して片道の送迎を行った場合を1回と数えてください。
(1人の人を迎えに行き、送った場合は2回と数えます。)

上記以外の実績を記入してください。

病床数	延べ在院者数	食事延べ提供数	患者数
床	人	食	人
	外来		人

新旧対照表

(新) 令和5年度調査

(7) 調査対象サービスと一体的に会計を行っている併設サービスの事業所番号、令和5年4月の1か月分の延べ利用者数等を記入してください。

※1 「延べ利用者数等」については、記入要領を参照の上、下記の表に記載のサービスごとに、対応する内容を記入してください。

※2 一体会計となっているサービスとの費用按分等にも使用しますので、漏れのないように記入してください。

サービスの種類	事業所番号					延べ利用者数等※1		
施設サービス	介護老人福祉施設					延べ在所(在院)者数	1	人
	介護老人保健施設						2	人
	介護療養型医療施設						3	人
	介護医療院(併設のみ)						4	人
居宅サービス	訪問介護(旧介護予防を含む)					延べ訪問回数	5	回
	訪問入浴介護(介護予防を含む)						6	回
	訪問看護(介護予防を含む)						7	回
	訪問リハビリテーション(介護予防を含む)						8	回
	居宅療養管理指導(介護予防を含む)					実利用者数	9	人
	通所介護(旧介護予防を含む)						10	人
	通所リハビリテーション(介護予防を含む)					延べ利用者数	11	人
	短期入所生活介護(空床利用分を除く)(介護予防を含む)						12	人
	短期入所療養介護(介護予防を含む)						13	人
	特定施設入居者生活介護(介護予防を含む)					延べ利用者数	14	人
	福祉用具貸与(介護予防を含む)						15	人
	居宅介護支援(介護予防を含む)					実利用者数	16	人
	定期巡回・随時対応型訪問介護看護						17	人
	夜間対応型訪問介護					延べ訪問回数	18	回
	地域密着型通所介護						19	人
認知症対応型通所介護(介護予防を含む)					延べ利用者数	20	人	
小規模多機能型居宅介護(介護予防を含む)						21	人	
認知症対応型共同生活介護(介護予防を含む)						22	人	
地域密着型特定施設入居者生活介護						23	人	
地域密着型介護老人福祉施設						24	人	
看護小規模多機能型居宅介護					25	人		

(旧) 令和2年度調査

(6) 調査対象サービスと一体的に会計を行っている併設サービスの事業所番号、令和2年4月の1か月分の延べ利用者数等、食事延べ提供数、送迎延べ実施回数を記入してください。

※1 「延べ利用者数等」については、下記の表と記入要領を参照のうえ、対応する内容を記入してください。

※2 「食事延べ提供数」、「送迎延べ実施回数」については、記入要領を参照のうえ、対応する内容を記入してください。

調査対象サービスと一体的に会計を行っている併設サービス	記入内容
訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリテーション(いずれも介護予防を含む)、訪問介護(旧介護予防を含む)、夜間対応型訪問介護	延べ訪問回数(4月中)
居宅療養管理指導(介護予防を含む)、福祉用具貸与(介護予防を含む)、居宅介護支援(介護予防を含む)、定期巡回・随時対応型訪問介護看護	実利用者数(4月中)
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、介護医療院、地域密着型介護老人福祉施設	延べ在所(在院)者数(4月中)
上記以外のサービス	延べ利用者数(4月中)

サービスの種類	事業所番号					延べ利用者数等※1	食事延べ提供数※2	送迎延べ実施回数※2
	(居宅サービス)							
訪問介護(旧介護予防を含む)						1	回	
訪問入浴介護(介護予防を含む)						2	回	
訪問看護(介護予防を含む)						3	回	
訪問リハビリテーション(介護予防を含む)						4	回	
居宅療養管理指導(介護予防を含む)						5	人	
通所介護(旧介護予防を含む)						6	人	食 回
通所リハビリテーション(介護予防を含む)						7	人	食 回
短期入所生活介護(空床利用分を除く)(介護予防を含む)						8	人	食 回
短期入所療養介護(介護予防を含む)						9	人	
特定施設入居者生活介護(介護予防を含む)						10	人	食
福祉用具貸与(介護予防を含む)						11	人	
居宅介護支援(介護予防を含む)						12	人	

サービスの種類	事業所番号					延べ利用者数等※1	食事延べ提供数※2	送迎延べ実施回数※2
	(地域密着型サービス)							
定期巡回・随時対応型訪問介護看護						13	人	
夜間対応型訪問介護						14	回	
地域密着型通所介護						15	人	食 回
認知症対応型通所介護(介護予防を含む)						16	人	食 回
小規模多機能型居宅介護(介護予防を含む)						17	人	食 回
認知症対応型共同生活介護(介護予防を含む)						18	人	食
地域密着型特定施設入居者生活介護						19	人	食
地域密着型介護老人福祉施設						20	人	食
看護小規模多機能型居宅介護						21	人	食 回

サービスの種類	事業所番号					延べ利用者数等※1	食事延べ提供数※2	送迎延べ実施回数※2
	(施設サービス)							
介護老人福祉施設						22	人	食
介護老人保健施設						23	人	食
介護療養型医療施設						24	人	食
介護医療院(併設のみ)						25	人	食

問2 令和5年4月時点の建物の状況についておうかがいします。

1 建築年月 西暦 年 月 ※建築年月の異なる建物が併存する場合には、調査対象サービスの提供において使用している主要な建物について記入してください。

2 保有形態 当てはまる番号に○をつけてください。
 1. 自己所有 → 取得価額 円
 2. 賃借・無償貸与 → 建物の償却方法 1. 定額法 2. 定率法
 税法上の耐用年数 年

3 建築延べ床面積 m² (小数点以下第1位を四捨五入して整数で記入してください。以下、同じ。)

4 介護医療院に係る延べ床面積等 ※該当する設備がない場合は、「0」を記入してください。

	調査対象サービス		左記以外	
	室数	延べ床面積	室数	延べ床面積
A 療養棟部門(入院患者と通所・外来患者で共有している諸室等を含めて記入してください。)				
① 5人室以上			室	m ²
② 4人室	室	m ²	室	m ²
③ 3人室	室	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 診察室				m ²
⑦ 処置室				m ²
⑧ 機能訓練室				m ²
⑨ 談話室				m ²
⑩ 食堂				m ²
⑪ レクリエーションルーム				m ²
⑫ 浴室		m ²		
⑬ シャワールーム		m ²		
⑭ その他		m ²		
療養棟部門合計		m ²		
B 通所・外来部門(通所・外来患者だけで利用している諸室等を記入してください。)				
① 通所専用面積 ※1	介護保険適用		医療保険適用	
	通所リハビリテーション(介護予防含む)	通所介護(旧介護予防含む)		
	m ²	m ²	m ²	
② 一般外来部・待合いホール			m ²	
③ その他			m ²	
通所・外来部門合計			m ²	
① 給食部	m ²			
② その他	m ²			
管理部門等合計	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(旧介護予防含む)、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、重度認知症患者デイ・ケア、リハビリテーション、精神科作業療法、精神科デイ・ケア(ナイト・ケア、デイ・ナイト・ケアを含む)の専用面積について記入してください。
 ※2 問1(7)で記入をした。調査対象サービスと一体的に会計を行っている併設サービスのうち、問2 4の療養棟部門、通所・外来部門、管理部門等以外のサービスに係る専用延べ床面積を記入してください。ただし、当該サービスに特定施設入居者生活介護が含まれる場合は、要支援・要介護者以外の利用者へのサービス分も含みます。
 ※3 一体会計となっているサービスとの費用按分等にも使用しますので、漏れないように記入してください。

問2 令和2年4月時点の建物の状況についておうかがいします。

1 建築年月 西暦 年 月 ※建築年月の異なる建物が併存する場合には、調査対象サービスの提供において使用している主要な建物について記入してください。

2 保有形態 当てはまる番号に○をつけてください。
 1. 自己所有 → 取得価額 円
 2. 賃借・無償貸与 → 建物の償却方法 1. 定額法 2. 定率法
 税法上の耐用年数 年

3 建築延べ床面積 m² (小数点以下第1位を四捨五入して整数で記入してください。以下、同じ。)

4 介護医療院に係る延べ床面積等 ※該当する設備がない場合は、「0」を記入してください。

	調査対象サービス		左記以外	
	室数	延べ床面積	室数	延べ床面積
A 療養棟部門(入院患者と通所・外来患者で共有している諸室等を含めて記入してください。)				
① 5人室以上			室	m ²
② 4人室	室	m ²	室	m ²
③ 3人室	室	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 診察室	当てはまる番号に○をつけてください。 1. 専用室 2. 他の目的室と兼用			m ²
⑦ 処置室	当てはまる番号に○をつけてください。 1. 専用室 2. 他の目的室と兼用			m ²
⑧ 機能訓練室	当てはまる番号に○をつけてください。 1. 専用室 2. 他の目的室と兼用			m ²
⑨ 談話室	当てはまる番号に○をつけてください。 1. 専用室 2. 他の目的室と兼用			m ²
⑩ 食堂	当てはまる番号に○をつけてください。 1. 専用室 2. 他の目的室と兼用			m ²
⑪ レクリエーションルーム	当てはまる番号に○をつけてください。 1. 専用室 2. 他の目的室と兼用			m ²
⑫ 浴室		m ²		
⑬ シャワールーム		m ²		
⑭ その他		m ²		
療養棟部門合計		m ²		
B 通所・外来部門(通所・外来患者だけで利用している諸室等を記入してください。)				
① 通所専用面積 ※1	介護保険適用		医療保険適用	
	通所リハビリテーション(介護予防含む)	通所介護(旧介護予防含む)		
	m ²	m ²	m ²	
② 一般外来部・待合いホール			m ²	
③ その他			m ²	
通所・外来部門合計			m ²	
① 給食部	m ²			
② その他	m ²			
管理部門等合計	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(旧介護予防含む)、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、重度認知症患者デイ・ケア、リハビリテーション、精神科作業療法、精神科デイ・ケア(ナイト・ケア、デイ・ナイト・ケアを含む)の専用面積について記入してください。

※2 問1(6)で記入をした。調査対象サービスと一体的に会計を行っている併設サービスのうち、問2 4の療養棟部門、通所・外来部門、管理部門等以外のサービスに係る専用延べ床面積を記入してください。ただし、当該サービスに特定施設入居者生活介護が含まれる場合は、要支援・要介護者以外の利用者へのサービス分も含みます。

問3 令和5年4月時点の職員数と職員給与についておうかがいします。

令和5年4月中に給与を支払った職員数と給与・賞与等について、記入ください。
記入する内容に関しては、必ず記入要領を確認してください。

- 問1(5)において「単独会計」と回答した場合は、常勤・非常勤ともに「調査対象サービス分の換算人員」、非常勤の「実人員」、**「調査対象サービス分の換算人員」に対応する「給料」**(給与・賞与等)を記入してください。
- 常勤の「実人員」、非常勤の「換算人員」欄は記入不要です。
- 問1(5)において「一般会計」と回答した場合は、会計を一体的に行っている他の介護保険サービスも含めた常勤・非常勤の「実人員」、非常勤の「換算人員」、常勤・非常勤の「調査対象サービス分の換算人員」、**「実人員」に対応する「給料」**(給与・賞与等)を記入してください。
- ※1 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ください。決めたい場合は、番号の若い方を優先して記入してください。
- ※2 介護支援専門員・計画作成担当者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ください。主として従事している職種を決めたい場合は、番号の若い方を優先して記入してください。
- ※3 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くてください。
- ※4 一般会計となっているサービスとの費用按分等にも使用しますので、漏れのないように入力してください。

令和5年4月分

職 種	常勤					非常勤					
	実人員	調査対象サービス分の換算人員	給料			実人員	換算人員	調査対象サービス分の換算人員	給料		
	人	人	百万	千	円	人	人	人	百万	千	円
1 管理者	1					1					
2 医師	2					2					
3 歯科医師	3					3					
4 薬剤師	4					4					
5 看護職員	5					5					
6 准看護師	6					6					
7 介護職員	7					7					
8 うち介護福祉士	8					8					
9 理学療法士	9					9					
10 作業療法士	10					10					
11 言語聴覚士	11					11					
12 歯科衛生士	12					12					
13 柔道整復師・あん摩マッサージ指圧師	13					13					
14 生活相談員・支援相談員	14					14					
15 福祉用具専門相談員	15					15					
16 栄養士	16					16					
17 うち管理栄養士	17					17					
18 調理員	18					18					
19 事務職員	19					19					
20 その他	20					20					
21 1~20のうち介護支援専門員・計画作成担当者(再掲)	21					21					
22 通勤手当(再掲)(令和5年4月分)	22										
23 賞与または賞与引当金繰入(令和4年度実績の1/12の金額)	23										
24 退職給与引当金の実施						24					
(1) 社会福祉施設退職手当等職員共済に加入						25					
(2) 全国社会福祉団体職員退職手当積立基金に加入						26					
(3) 中小企業退職金共済制度に加入						27					
(4) その他共済制度に加入						28					
(5) 退職給与(給付)引当金繰入の実施 ※(1)~(4)以外						29					
(6) 退職金として支出 ※(1)~(5)に計上される分を除く						30					
25 法定福利費(事業主負担)(令和4年度実績の1/12の金額)	30										
<換算人員の計算方法> 下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位まで計上してください。得られた結果が0.1に満たない場合は、0.1と記入してください。 ※1か月に数回の勤務である場合 職員1週間の勤務時間 _____ 職員1か月の勤務時間 _____ 施設が定めている1週間の勤務時間 _____ 施設が定めている1週間の勤務時間×4(週) _____											

問3 令和2年4月時点の職員数と職員給与についておうかがいします。

○ 令和2年4月中に給与を支払った職員数と給与・賞与等について、記入ください。
記入する内容に関しては、必ず記入要領を確認してください。

- 問1(4)において「単独会計」と回答した場合は、常勤・非常勤ともに「調査対象サービス分の換算人員」、非常勤の「実人員」、**「調査対象サービス分の換算人員」に対応する「給料」**(給与・賞与等)を記入してください。
- 常勤の「実人員」、非常勤の「換算人員」欄は記入不要です。
- 問1(4)において「一般会計」と回答した場合は、会計を一体的に行っている他の介護保険サービスも含めた常勤・非常勤の「実人員」、非常勤の「換算人員」、常勤・非常勤の「調査対象サービス分の換算人員」、**「実人員」に対応する「給料」**(給与・賞与等)を記入してください。
- ※1 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ください。決めたい場合は、番号の若い方を優先して記入してください。
- ※2 介護支援専門員・計画作成担当者として従事している者は、1~23のいずれかに分類して記入してください。主として従事している職種を決めたい場合は、番号の若い方を優先して記入してください。
- ※3 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くてください。

令和2年4月分

職 種	常勤					非常勤					
	実人員	調査対象サービス分の換算人員	給料			実人員	換算人員	調査対象サービス分の換算人員	給料		
	人	人	百万	千	円	人	人	人	百万	千	円
1 介護医療院の管理者	1					1					
2 その他介護保険事業の管理者	2					2					
3 医師	3					3					
4 歯科医師	4					4					
5 薬剤師	5					5					
6 看護師	6					6					
7 准看護師	7					7					
8 介護職員	8					8					
9 うち介護福祉士	9					9					
10 うち勤続年数10年以上の介護福祉士	10					10					
11 理学療法士	11					11					
12 作業療法士	12					12					
13 言語聴覚士	13					13					
14 歯科衛生士	14					14					
15 柔道整復師・あん摩マッサージ指圧師	15					15					
16 生活相談員・支援相談員	16					16					
17 うち社会福祉士	17					17					
18 福祉用具専門相談員	18					18					
19 栄養士	19					19					
20 うち管理栄養士	20					20					
21 調理員	21					21					
22 事務職員	22					22					
23 その他	23					23					
24 1~23のうち介護支援専門員・計画作成担当者(再掲)	24					24					
25 1~23のうち訪問介護のサービス提供責任者(再掲)	25					25					
26 通勤手当(再掲)(令和2年4月分)	26										
27 賞与または賞与引当金繰入(令和元年度実績の1/12の金額)	27										
28 退職給与引当金の実施						28					
(1) 社会福祉施設退職手当等職員共済に加入						29					
(2) 全国社会福祉団体職員退職手当積立基金に加入						30					
(3) 中小企業退職金共済制度に加入						31					
(4) その他共済制度に加入						32					
(5) 退職給与(給付)引当金繰入の実施 ※(1)~(4)以外						33					
(6) 退職金として支出 ※(1)~(5)に計上される分を除く						34					
29 法定福利費(事業主負担)(令和元年度実績の1/12の金額)	34										
<換算人員の計算方法> 下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位まで計上してください。得られた結果が0.1に満たない場合は、0.1と記入してください。 ※1か月に数回の勤務である場合 職員1週間の勤務時間 _____ 職員1か月の勤務時間 _____ 施設が定めている1週間の勤務時間 _____ 施設が定めている1週間の勤務時間×4(週) _____											

