

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

介護老人福祉施設

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

介護老人福祉施設

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も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。



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

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

(3) 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。

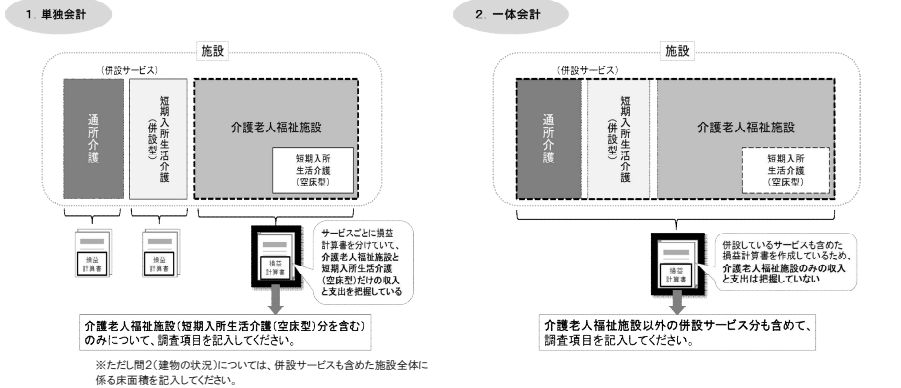
1. 単独会計：調査対象サービスごとに費用が区分できているもの
2. 一体会計：調査対象サービスに係る費用とそれ以外の併設サービス等に係る費用を区分せず一体で計上しているもの

※ 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：介護老人福祉施設内で短期入所生活介護(空床型)を提供し、短期入所生活介護(併設型)と通所介護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。

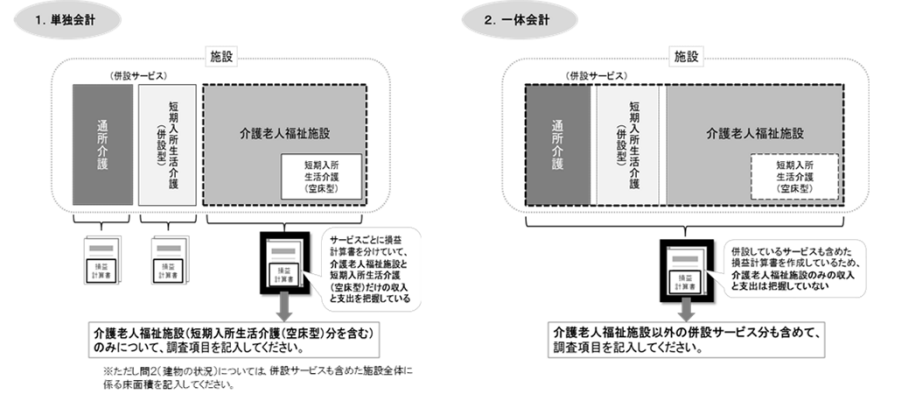
1. 単独会計：調査対象サービスごとに費用が区分できているもの
2. 一体会計：調査対象サービスに係る費用とそれ以外の併設サービス等に係る費用を区分せず一体で計上しているもの

※ 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：介護老人福祉施設内で短期入所生活介護(空床型)を提供し、短期入所生活介護(併設型)と通所介護を併設している場合



新旧対照表

(新) 令和5年度調査 (旧) 令和2年度調査

(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。

(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。

介護老人福祉施設または地域密着型介護老人福祉施設（介護予防）短期入所生活介護（空床型）を除く

介護老人福祉施設または地域密着型介護老人福祉施設（介護予防）短期入所生活介護（空床型）を除く

	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
延べ在所要者数	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。

	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
延べ在所要者数	人	人	人	人	人	人
延べ入院、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
---------	---

短期入所生活介護（空床型）/介護予防短期入所生活介護（空床型）

短期入所生活介護（空床型）/介護予防短期入所生活介護（空床型）

短期入所生活介護（空床型）						
	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
延べ利用者数	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。

短期入所生活介護（空床型）						
	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
延べ利用者数	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。

介護予防短期入所生活介護（空床型）			
	要支援1	要支援2	その他※
実利用者数	人	人	人
延べ利用者数	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。

介護予防短期入所生活介護（空床型）			
	要支援1	要支援2	その他※
実利用者数	人	人	人
延べ利用者数	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。

短期入所生活介護（空床型）と介護予防短期入所生活介護（空床型）を合わせたサービスの提供状況

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。)

