

居宅サービス・地域密着型サービス事業所票(福祉関係)

調査対象サービスは

(調査対象サービス名)

です。

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ていますので、調査対象サービスの実態を記入してください。

右欄について誤りや訂正がある場合は朱書きで修正をお願いいたします。
また、空欄となっている項目にはご記入をお願いいたします。

| | |
|-------|---------------|
| 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 |
| 法人名 | 〇〇〇〇〇 |
| 法人番号 | 1234567890123 |

電子調査票のログイン情報

| | |
|-------|------------|
| ID | 1234567890 |
| パスワード | ◎◎◎◎◎ |

お手数をおかけしますが、下記(1)～(5)に必ずご記入をお願いいたします。

- (1) 電話番号：()
- (2) F A X 番号：()
- (3) Eメールアドレス：@
- (4) 回答担当者：ご氏名 (役職：)
- (5) 調査対象サービスの活動状況(令和8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、回答は不要ですので、このまま調査票を返送してください。

1. 電子調査票の場合：令和8年●月●日までに調査専用ウェブサイトにご提出ください。

※電子調査票(Excel)及び記入要領は調査専用ウェブサイトから
(<https://XXXXXXXXXXXX>)ダウンロードできます。

2. 紙の調査票の場合：令和8年●月●日までにご投函ください。

QRコード

3. 本調査に関するお問い合わせ先

介護事業実態調査事務局 電話 0120-〇〇〇-×××× (フリーダイヤル・通話無料)

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 | 2. 市区町村 | 3. 広域連合・一部事務組合 |
| 4. 社会福祉協議会 | 5. 社会福祉法人(社会福祉協議会以外) | 6. 医療法人 |
| 7. 社団・財団法人 | 8. 農業協同組合及び連合会 | 9. 消費生活協同組合及び連合会 |
| 10. 営利法人 | 11. 特定非営利活動法人(NPO) | 12. その他の法人 |
| 13. 1～12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. その他」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) |

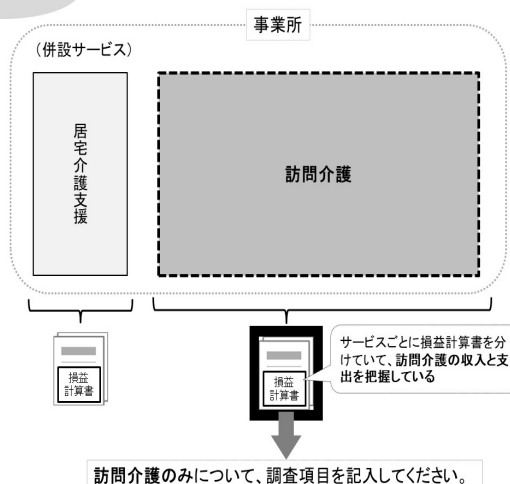
(4) 調査対象サービスにおける令和7年度の会計の区分状況について、該当する番号に○をつけてください。

| | |
|---|--|
| 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 |

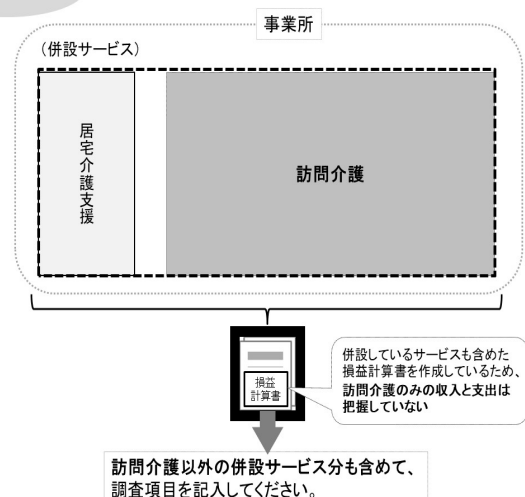
※ 収入は調査対象サービス分のみを把握しているが、支出は他の併設サービス分も一体的に把握しているような、部分的に調査対象サービス分の収入・支出を把握している場合は一体会計としてください。

例:訪問介護事業所において、居宅介護支援事業所を併設している場合

1. 単独会計



2. 一体会計



問1 施設の概要についておうかがいします。

(5) 調査対象サービスの令和8年4月の1か月分の実績について記入してください。

調査対象サービスに対応した項目を印刷

問1 施設の概要についておうかがいします。

(5) 調査対象サービスの令和8年4月の1か月分の実績について記入してください。

①訪問介護/旧介護予防訪問介護に相当するサービス

訪問介護

・介護保険利用者へのサービス提供状況について記入してください。

| | 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 |
| 延べ訪問回数 | 回 | 回 | 回 | 回 | 回 | 回 |
| うちサービス付き高齢者 向け住宅または 有料老人ホームの 延べ訪問回数 | 回 | 回 | 回 | 回 | 回 | 回 |

(例) 延べ訪問回数のうち、同じ有料老人ホームに入居する5名の利用者に1回ずつサービスを提供した場合は、「うちサービス付き高齢者向け住宅または有料老人ホームの延べ訪問回数」は「5回」と記載します。

※「その他」の欄には、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。

・介護保険以外の利用者(障害者等)へのサービス提供状況について記入してください。

| | |
|--------|---|
| 延べ訪問回数 | 回 |
|--------|---|

旧介護予防訪問介護に相当するサービス

| | 要支援1 | 要支援2 | その他※ |
|--|------|------|------|
| 実利用者数 | 人 | 人 | 人 |
| 延べ訪問回数 | 回 | 回 | 回 |
| うちサービス付き高齢者 向け住宅または 有料老人ホームの 延べ訪問回数 | 回 | 回 | 回 |

(例) 延べ訪問回数のうち、同じ有料老人ホームに入居する5名の利用者に1回ずつサービスを提供した場合は、「うちサービス付き高齢者向け住宅または有料老人ホームの延べ訪問回数」は「5回」と記載します。

※「その他」の欄には、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、介護予防・生活支援サービス事業対象者を計上してください。

訪問介護/旧介護予防訪問介護に相当するサービス

・訪問する職員の主な訪問(移動)手段として、最もよく利用する手段の番号に○をつけてください。

1. 徒歩 2. 自転車 3. 自動車等 4. 公共交通機関

※「3. 自動車等」には、バイク(原付含む)も含まれます。

・1回(件)の訪問にかかった平均的な移動時間について、該当する番号に○をつけてください。

1. 5分未満 2. 5分以上15分未満 3. 15分以上30分未満
4. 30分以上45分未満 5. 45分以上1時間未満 6. 1時間以上

②訪問入浴介護/旧介護予防訪問入浴介護

訪問入浴介護

| | 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 |
| 延べ訪問回数 | 回 | 回 | 回 | 回 | 回 | 回 |
| うちサービス付き高齢者 向け住宅または 有料老人ホームの 延べ訪問回数 | 回 | 回 | 回 | 回 | 回 | 回 |

(例) 延べ訪問回数のうち、同じ有料老人ホームに入居する5名の利用者に1回ずつサービスを提供した場合は、「うちサービス付き高齢者向け住宅または有料老人ホームの延べ訪問回数」は「5回」と記載します。

※「その他」の欄には、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。

介護予防訪問入浴介護

| | 要支援1 | 要支援2 | その他※ |
|--|------|------|------|
| 実利用者数 | 人 | 人 | 人 |
| 延べ訪問回数 | 回 | 回 | 回 |
| うちサービス付き高齢者 向け住宅または 有料老人ホームの 延べ訪問回数 | 回 | 回 | 回 |

(例) 延べ訪問回数のうち、同じ有料老人ホームに入居する5名の利用者に1回ずつサービスを提供した場合は、「うちサービス付き高齢者向け住宅または有料老人ホームの延べ訪問回数」は「5回」と記載します。

※「その他」の欄には、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。

訪問入浴介護／介護予防訪問入浴介護

・訪問する職員の主な訪問(移動)手段として、最も多い手段の番号に○をつけてください。

| | | | |
|-------|--------|---------|-----------|
| 1. 徒歩 | 2. 自転車 | 3. 自動車等 | 4. 公共交通機関 |
|-------|--------|---------|-----------|

※「3. 自動車等」には、バイク(原付含む)も含まれます。

・1回(件)の訪問にかかった平均的な移動時間について、該当する番号に○をつけてください。

| | | |
|---------------|---------------|---------------|
| 1. 5分未満 | 2. 5分以上15分未満 | 3. 15分以上30分未満 |
| 4. 30分以上45分未満 | 5. 45分以上1時間未満 | 6. 1時間以上 |

③通所介護/旧介護予防通所介護に相当するサービス/地域密着型通所介護

通所介護または地域密着型通所介護

| | 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 |
| 延べ利用回数 | 回 | 回 | 回 | 回 | 回 | 回 |
| うちサービス付き高齢者向け住宅または有料老人ホームに居住する方の延べ利用回数 | 回 | 回 | 回 | 回 | 回 | 回 |

(例) 延べ利用回数のうち、同じ有料老人ホームに入居する5名の利用者が1回ずつサービスを利用した場合は、「うちサービス付き高齢者向け住宅または有料老人ホームに居住する方の延べ利用回数」は「5回」と記載します。

※「その他」の欄には、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。

旧介護予防通所介護に相当するサービス

| | 要支援1 | 要支援2 | その他※ |
|--|------|------|------|
| 実利用者数 | 人 | 人 | 人 |
| 延べ利用回数 | 回 | 回 | 回 |
| うちサービス付き高齢者向け住宅または有料老人ホームに居住する方の延べ利用回数 | 回 | 回 | 回 |

(例) 延べ利用回数のうち、同じ有料老人ホームに入居する5名の利用者が1回ずつサービスを利用した場合は、「うちサービス付き高齢者向け住宅または有料老人ホームに居住する方の延べ利用回数」は「5回」と記載します。

※「その他」の欄には、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、介護予防・生活支援サービス事業対象者を計上してください。

通所介護/旧介護予防通所介護

・送迎を行った利用者について、1回の送迎にかかった平均的な送迎時間について、該当する番号に○をつけてください。

- | | | |
|------------------|---------------|------------------|
| 1. 30分未満 | 2. 30分以上1時間未満 | 3. 1時間以上1時間30分未満 |
| 4. 1時間30分以上2時間未満 | 5. 2時間以上 | |

④短期入所生活介護/介護予防短期入所生活介護

短期入所生活介護

※ 空床利用している利用者数は含めずに記入してください。

| | 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 |
| 延べ利用者数 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |

※ 「その他」の欄には、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

※ 空床利用している利用者数は含めずに記入してください。

| | 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」の欄には、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。

⑤特定施設入居者生活介護/介護予防特定施設入居者生活介護/地域密着型特定施設入居者生活介護

軽費老人ホーム/養護老人ホーム/有料老人ホーム全体

| | |
|--------|---|
| 実利用者数 | 人 |
| 延べ利用者数 | 人 |

特定施設入居者生活介護

| | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 | その他※ |
|--------|------|------|------|------|------|------|
| 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」の欄には、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。

介護予防特定施設入居者生活介護

| | 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」の欄には、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。

地域密着型特定施設入居者生活介護

| | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 | その他※ |
|--------|------|------|------|------|------|------|
| 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」の欄には、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。

⑥福祉用具貸与/介護予防福祉用具貸与

福祉用具貸与

実利用者数

人

介護予防福祉用具貸与

実利用者数

人

⑦定期巡回・随時対応型訪問介護看護

○サービスの形態について、該当する番号に○をつけてください。

1. 一体型 2. 連携型

※ 訪問看護については、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ください。「連携型」の事業所が行った訪問看護の提供状況は記入しないでください。

| | | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 | その他※ |
|-------|----------------------------------|------|------|------|------|------|------|
| 実利用者数 | | 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 |
| | うちサービス付き高齢者向け住宅または有料老人ホームの延べ訪問回数 | 回 | 回 | 回 | 回 | 回 | 回 |
| 訪問看護 | 実利用者数 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| | 延べ訪問回数 | 回 | 回 | 回 | 回 | 回 | 回 |
| | うちサービス付き高齢者向け住宅または有料老人ホームの延べ訪問回数 | 回 | 回 | 回 | 回 | 回 | 回 |

(例) 延べ訪問回数のうち、同じ有料老人ホームに入居する5名の利用者に1回ずつサービスを提供した場合は、「うちサービス付き高齢者向け住宅または有料老人ホームの延べ利用回数」は「5回」と記載します。

※ 「その他」の欄には、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。

・介護保険以外(健康保険法等のみ、自費等)の利用者へのサービスについて記入してください。

| | |
|--------|---|
| 実利用者数 | 人 |
| 延べ訪問回数 | 回 |

・訪問する職員の主な訪問(移動)手段として、最も多い手段の番号に○をつけてください。

1. 徒歩 2. 自転車 3. 自動車等 4. 公共交通機関

※ 「3. 自動車等」には、バイク(原付含む)も含まれます。

・1回(件)の訪問にかかった平均的な移動時間について、該当する番号に○をつけてください。

1. 5分未満 2. 5分以上15分未満 3. 15分以上30分未満
4. 30分以上45分未満 5. 45分以上1時間未満 6. 1時間以上

⑧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※ |
|--|------|------|------|------|------|------|
| 実利用者数 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 延べ訪問回数 | 回 | 回 | 回 | 回 | 回 | 回 |
| うちサービス付き高齢者向け住宅 または有料老人ホームの 延べ訪問回数 | 回 | 回 | 回 | 回 | 回 | 回 |

(例) 延べ訪問回数のうち、同じ有料老人ホームに入居する5名の利用者に1回ずつサービスを提供した場合は、「うちサービス付き高齢者向け住宅または有料老人ホームの延べ訪問回数」は「5回」と記載します。

※ 「その他」の欄には、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。

・訪問する職員の主な訪問(移動)手段として、最も多い手段の番号に○をつけてください。

| | | | |
|-------|--------|---------|-----------|
| 1. 徒歩 | 2. 自転車 | 3. 自動車等 | 4. 公共交通機関 |
|-------|--------|---------|-----------|

※ 「3. 自動車等」には、バイク(原付含む)も含まれます。

・1回(件)の訪問にかかった平均的な移動時間について、該当する番号に○をつけてください。

| | | |
|---------------|---------------|---------------|
| 1. 5分未満 | 2. 5分以上15分未満 | 3. 15分以上30分未満 |
| 4. 30分以上45分未満 | 5. 45分以上1時間未満 | 6. 1時間以上 |

⑨認知症対応型通所介護/介護予防認知症対応型通所介護

認知症対応型通所介護

| | 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 |
| 延べ利用回数 | 回 | 回 | 回 | 回 | 回 | 回 |
| うちサービス付き高齢者向け住宅または有料老人ホームに居住する方の延べ利用回数 | 回 | 回 | 回 | 回 | 回 | 回 |

(例) 延べ利用回数のうち、同じ有料老人ホームに入居する5名の利用者が1回ずつサービスを利用した場合は、「うちサービス付き高齢者向け住宅または有料老人ホームに居住する方の延べ利用回数」は「5回」と記載します。

※「その他」の欄には、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。

介護予防認知症対応型通所介護

| | 要支援1 | 要支援2 | その他※ |
|--|------|------|------|
| 実利用者数 | 人 | 人 | 人 |
| 延べ利用回数 | 回 | 回 | 回 |
| うちサービス付き高齢者向け住宅または有料老人ホームに居住する方の延べ利用回数 | 回 | 回 | 回 |

(例) 延べ利用回数のうち、同じ有料老人ホームに入居する5名の利用者が1回ずつサービスを利用した場合は、「うちサービス付き高齢者向け住宅または有料老人ホームに居住する方の延べ利用回数」は「5回」と記載します。

※「その他」の欄には、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。

認知症対応型通所介護/介護予防認知症対応型通所介護

・送迎を行った利用者について、1回の送迎にかかった平均的な送迎時間について、該当する番号に○をつけてください。

- | | | |
|------------------|---------------|------------------|
| 1. 30分未満 | 2. 30分以上1時間未満 | 3. 1時間以上1時間30分未満 |
| 4. 1時間30分以上2時間未満 | 5. 2時間以上 | |

⑩小規模多機能型居宅介護/介護予防小規模多機能型居宅介護

小規模多機能型居宅介護

| | 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 |
| 延べ利用回数 | 回 | 回 | 回 | 回 | 回 | 回 |
| うちサービス付き高齢者 向け住宅または有料老 人ホームに居住する方の 延べ利用回数 | 回 | 回 | 回 | 回 | 回 | 回 |

(例) 延べ利用回数のうち、同じ有料老人ホームに入居する5名の利用者が1回ずつサービスを利用した場合は、
「うちサービス付き高齢者向け住宅または有料老人ホームに居住する方の延べ利用回数」は「5回」と記載します。

※「その他」の欄には、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。

介護予防小規模多機能型居宅介護

| | 要支援1 | 要支援2 | その他※ |
|--|------|------|------|
| 実利用者数 | 人 | 人 | 人 |
| 延べ利用回数 | 回 | 回 | 回 |
| うちサービス付き高齢者 向け住宅または有料老 人ホームに居住する方の 延べ利用回数 | 回 | 回 | 回 |

(例) 延べ利用回数のうち、同じ有料老人ホームに入居する5名の利用者が1回ずつサービスを利用した場合は、
「うちサービス付き高齢者向け住宅または有料老人ホームに居住する方の延べ利用回数」は「5回」と記載します。

※「その他」の欄には、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。

小規模多機能型居宅介護/介護予防小規模多機能型居宅介護

・送迎を行った利用者について、1回の送迎にかかった平均的な送迎時間について、該当する番号に○をつけてください。

- | | | |
|------------------|---------------|------------------|
| 1. 30分未満 | 2. 30分以上1時間未満 | 3. 1時間以上1時間30分未満 |
| 4. 1時間30分以上2時間未満 | 5. 2時間以上 | |

⑪認知症対応型共同生活介護/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

| | 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」の欄には、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。

介護予防認知症対応型共同生活介護

| | 要支援2 | その他※ |
|--------|------|------|
| 実利用者数 | 人 | 人 |
| 延べ利用者数 | 人 | 人 |

※「その他」の欄には、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。

⑫看護小規模多機能型居宅介護

| | 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 |
| 延べ利用回数 | 回 | 回 | 回 | 回 | 回 | 回 |
| うちサービス付き高齢者 向け住宅または有料老 人ホームに居住する方の 延べ利用回数 | 回 | 回 | 回 | 回 | 回 | 回 |

(例) 延べ利用回数のうち、同じ有料老人ホームに入居する5名の利用者が1回ずつサービスを利用した場合は、「うちサービス付き高齢者向け住宅または有料老人ホームに居住する方の延べ利用回数」は「5回」と記載します。

※ 「その他」の欄には、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。

・送迎を行った利用者について、1回の送迎にかかった平均的な送迎時間について、該当する番号に○をつけてください。

- | | | |
|------------------|---------------|------------------|
| 1. 30分未満 | 2. 30分以上1時間未満 | 3. 1時間以上1時間30分未満 |
| 4. 1時間30分以上2時間未満 | 5. 2時間以上 | |

⑬ 居宅介護支援/介護予防支援

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※ |
|-------------------------------------|------|------|------|------|------|------|
| 実利用者数 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| うちサービス付き高齢者向け住宅または有料老人ホームに居住する実利用者数 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |

(例) 実利用者数のうち、同じ有料老人ホームに入居する5名の利用者に1回ずつサービスを提供した場合は、「うちサービス付き高齢者向け住宅または有料老人ホームに居住する実利用者数」は「5人」と記載します。

※ 「その他」の欄には、要介護認定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ください。

介護予防支援

| | 要支援1 | 要支援2 | その他※ |
|-------------------------------------|------|------|------|
| 実利用者数 | 人 | 人 | 人 |
| うちサービス付き高齢者向け住宅または有料老人ホームに居住する実利用者数 | 人 | 人 | 人 |

(例) 実利用者数のうち、同じ有料老人ホームに入居する5名の利用者に1回ずつサービスを提供した場合は、「うちサービス付き高齢者向け住宅または有料老人ホームに居住する実利用者数」は「5人」と記載します。

※ 「その他」の欄には、要支援認定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ください。

居宅介護支援/介護予防支援

・訪問する職員の主な訪問(移動)手段として、最も多い手段の番号に○をつけてください。

| | | | |
|-------|--------|---------|-----------|
| 1. 徒歩 | 2. 自転車 | 3. 自動車等 | 4. 公共交通機関 |
|-------|--------|---------|-----------|

※ 「3. 自動車等」には、バイク(原付含む)も含まれます。

・1回(件)の訪問にかかった平均的な移動時間について、該当する番号に○をつけてください。

| | | |
|---------------|---------------|---------------|
| 1. 5分未満 | 2. 5分以上15分未満 | 3. 15分以上30分未満 |
| 4. 30分以上45分未満 | 5. 45分以上1時間未満 | 6. 1時間以上 |

問1 施設の概要についておうかがいします。

(6) 調査対象サービスにおける令和8年4月末時点の介護テクノロジー(介護ロボットやICT等)の導入状況等について、おうかがいします。

- 介護テクノロジー(介護ロボットやICT等)の具体例については、記入要領(P.●)参照してください。
- 併設サービス分は記入要領を参照し、適切な按分を行ったうえで、調査対象サービス分の費用額を記入してください。
- 介護テクノロジーの保守・点検等にかかった費用が0円の場合は、空欄ではなく「0」(ゼロ)を記入してください。
- 令和7年度決算時には未導入だった機器の費用は、空欄ではなく「0」(ゼロ)を記入してください。
- 各種類の機器を一括で契約しているなど、機器別に費用を記入することが難しい場合は、問1(6)－3に合計額を記入してください。

問1(6)－1

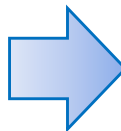
調査対象サービスにおいて令和8年4月末時点で導入している機器について、該当する番号すべてに○をつけてください。(複数回答可)



| 介護テクノロジーの導入状況(令和8年4月末時点) | |
|--------------------------|--------------------|
| 1 | 移乗支援機器 |
| 2 | 移動支援機器 |
| 3 | 排泄支援機器 |
| 4 | 入浴支援機器 |
| 5 | 見守り・コミュニケーション機器 |
| 6 | 介護業務支援機器(介護記録ソフト等) |
| 7 | 機能訓練支援機器 |
| 8 | 食事・栄養管理支援機器 |
| 9 | 認知症生活支援・認知症ケア支援機器 |
| 10 | その他 |
| 11 | 介護テクノロジーを導入していない |

○を付けた機器について、費用額を記入

※未導入の場合は「0」を記入



問1(6)－2

令和7年度決算期数値におけるそれぞれの機器の保守・点検等にかかった費用額を記入してください。

| 令和7年度決算期 | | | | | | | | | |
|-------------------|----|--|--|---|--|--|---|--|--|
| 機器の保守・点検等にかかった費用額 | | | | | | | | | |
| | 百万 | | | 千 | | | 円 | | |
| 1 | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | |

問1(6)－3

令和7年度決算期数値について、機器別に費用を記入するのが難しい場合は、まとめた費用額を記入してください。

| | 百万 | | | 千 | | | 円 | | |
|-------|----|--|--|---|--|--|---|--|--|
| 一括費用額 | | | | | | | | | |

問1 施設の概要についておうかがいします。

(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8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。
 ※ 問1(4)において、「1. 単独会計」と回答した場合は記入不要です。

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

※ 「延べ利用者数等」の考え方については、記入要領(P.●)を参照してください。

問2 令和8年4月時点の建物の状況についておうかがいします。

調査対象サービスと全体の建物床面積を記入してください。

※ 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。

| | 全 体 | うち調査対象サービス |
|-------|----------------|----------------|
| 建物床面積 | m ² | m ² |



1.「単独会計」の場合

全体には、併設サービス分も含めた施設(拠点)全体としてください。

| | | | | |
|-------------|---|----------|---|---------|
| 建物床面積 全体 | = | 調査対象サービス | + | 併設サービス分 |
|-------------|---|----------|---|---------|

2.「一体会計」の場合

全体には、会計を一体的に行っているサービス分も含めてください。

| | | | | | | |
|-------------|---|----------|---|----------------|---|-------------------------------|
| 建物床面積 全体 | = | 調査対象サービス | + | 他の介護保険 サービス | + | 介護保険以外の 事業(障害者への サービス等) |
|-------------|---|----------|---|----------------|---|-------------------------------|

調査対象サービスと会計を一体的に行っているサービス

問3 令和8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8年4月分として給与を支払った職員数と給与・賞与等について、記入してください。
単独会計が一体会計によって記入する内容が異なりますので、必ず記入要領を確認してください。

- 「単独会計」の場合（記入要領P●～●）
常勤・非常勤ともに調査対象サービス分のみを記入してください。
常勤については(B)、(C)を、非常勤については(D)、(F)、(G)を記入してください。※(A)、(E)は記入不要です。
「給料(C、G)」については、「調査対象サービス分の換算人員(B、F)」に対応する金額を記入してください。
- 「一体会計」の場合（記入要領P●～●）
会計を一体的に行っている他の介護保険サービス分も含めて(A)～(G)まですべて記入してください。
ただし、「調査対象サービス分の換算人員(B、F)」には、調査対象サービス分のみを記入してください。
「給料(C、G)」については、「実人員(A、D)」に対応する金額を記入してください。

令和8年4月分

| 職 種 | | 常 勤 | | | | | | | | 非 常 勤 | | | | | | | | | |
|-------------------------------|-----|-----|------------------------|-----|-----|-----|-----|----|---|-------|------|------------------------|-----|--|--|--|--|--|--|
| | | (A) | (B) | (C) | | | | | | (D) | (E) | (F) | (G) | | | | | | |
| | | 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 看護師 | 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 1～20のうち訪問介護のサービス提供責任者(再掲) | 22 | | . | | | | | | | 22 | | . | . | | | | | | |

※ 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。
※ 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、介護支援専門員・計画作成担当者として従事している者の分類が難しい場合は、番号の若いほうに記入してください。
※ 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ください。

| | | 百万 | 千 | 円 |
|----------------------|----|----|---|---|
| 23 通勤手当(再掲)(令和8年4月分) | 23 | | | |

| | | 百万 | 千 | 円 |
|----------------------------------|----|----|---|---|
| 24 賞与または賞与引当金繰入(令和7年度実績の1/12の金額) | 24 | | | |

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)

| | | 百万 | 千 | 円 |
|---------------------------------|----|----|---|---|
| 25 社会福祉施設退職手当等職員共済に加入 | 25 | | | |
| 26 全国社会福祉団体職員退職手当積立基金に加入 | 26 | | | |
| 27 中小企業退職金共済制度に加入 | 27 | | | |
| 28 その他共済制度に加入 | 28 | | | |
| 29 退職給与(給付)引当金繰入の実施 ※25～28以外 | 29 | | | |
| 30 退職金として支出 ※25～29に計上される分を除く | 30 | | | |

| | | 百万 | 千 | 円 |
|---------------------------------|----|----|---|---|
| 31 法定福利費(事業主負担・令和7年度実績の1/12の金額) | 31 | | | |

<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。

$$\text{換算人員(人)} = \frac{\text{職員の1週間の勤務時間}}{\text{施設が定めている1週間の勤務時間}}$$

※1か月に数回の勤務である場合

$$\text{換算人員(人)} = \frac{\text{職員の1週間の勤務時間}}{\text{施設が定めている1週間の勤務時間} \times 4 (\text{週})}$$

問4 (1)令和7年度の事業収入(収益)等についておうかがいします。

- 令和7年度の決算期数値における収入(収益)について記入してください。
- 問1(4)において「単独会計」と回答した場合は、調査対象サービス分のみについて記入してください。
- 問1(4)において「一体会計」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分も含めた額を記入してください。
- 国庫補助金等特別積立金取崩額は、問4(3)事業支出(費用)として記入してください。

| 科 目 | | 令和7年度決算期数値 | | | | | | | | | |
|-----------------|--|------------|----|---|---|--|--|--|--|--|--|
| | | 金 額 | | | | | | | | | |
| | | 十億 | 百万 | 千 | 円 | | | | | | |
| I 事業活動収入(収益) | 1 介護福祉施設介護料収入(収益)(利用者負担分を含む) | | | | | | | | | | |
| | (1)介護老人福祉施設 | 1 | | | | | | | | | |
| | (2)地域密着型介護老人福祉施設 | 2 | | | | | | | | | |
| | 2 居宅介護料収入(収益)(利用者負担分を含む) | | | | | | | | | | |
| | (1)訪問介護 | 3 | | | | | | | | | |
| | (2)訪問入浴介護(介護予防を含む) | 4 | | | | | | | | | |
| | (3)通所介護 | 5 | | | | | | | | | |
| | (4)短期入所生活介護(介護予防を含む) | 6 | | | | | | | | | |
| | うち空床利用分(介護老人福祉施設) | 7 | | | | | | | | | |
| | うち空床利用分(地域密着型介護老人福祉施設) | 8 | | | | | | | | | |
| | (5)特定施設入居者生活介護(介護予防を含む) | 9 | | | | | | | | | |
| | (6)福祉用具貸与(介護予防を含む) | 10 | | | | | | | | | |
| | (7)定期巡回・随時対応型訪問介護看護 | 11 | | | | | | | | | |
| | (8)夜間対応型訪問介護 | 12 | | | | | | | | | |
| | (9)地域密着型通所介護 | 13 | | | | | | | | | |
| | (10)認知症対応型通所介護(介護予防を含む) | 14 | | | | | | | | | |
| | (11)小規模多機能型居宅介護(介護予防を含む) | 15 | | | | | | | | | |
| | (12)認知症対応型共同生活介護(介護予防を含む) | 16 | | | | | | | | | |
| | (13)地域密着型特定施設入居者生活介護 | 17 | | | | | | | | | |
| | (14)看護小規模多機能型居宅介護 | 18 | | | | | | | | | |
| | (15)その他の居宅介護サービス((1)～(14)に該当しないもの) | 19 | | | | | | | | | |
| | 3 居宅介護支援介護料収入(収益) | | | | | | | | | | |
| | (1)居宅介護支援介護料収入(収益) | 20 | | | | | | | | | |
| | (2)介護予防支援介護料収入(収益)(介護予防支援事業者からの委託料は含まない) | 21 | | | | | | | | | |
| | 4 介護予防・日常生活支援総合事業費収入(収益) | | | | | | | | | | |
| | うち旧介護予防訪問介護に相当するサービス(利用者負担分を含む) | 22 | | | | | | | | | |
| | うち旧介護予防通所介護に相当するサービス(利用者負担分を含む) | 23 | | | | | | | | | |
| | 5 保険外の利用料による収入(収益) | | | | | | | | | | |
| | (1)介護福祉施設利用料収入(収益) | | | | | | | | | | |
| | ① 介護老人福祉施設 | 24 | | | | | | | | | |
| | ② 地域密着型介護老人福祉施設 | 25 | | | | | | | | | |
| | (2)居宅介護サービス利用料収入(収益) | | | | | | | | | | |
| | ① 訪問介護 | 26 | | | | | | | | | |
| | ② 訪問入浴介護(介護予防を含む) | 27 | | | | | | | | | |
| | ③ 通所介護 | 28 | | | | | | | | | |
| | ④ 短期入所生活介護(介護予防を含む) | 29 | | | | | | | | | |
| | うち空床利用分(介護老人福祉施設) | 30 | | | | | | | | | |
| | うち空床利用分(地域密着型介護老人福祉施設) | 31 | | | | | | | | | |
| | ⑤ 特定施設入居者生活介護(介護予防を含む) | 32 | | | | | | | | | |
| | ⑥ 福祉用具貸与(介護予防を含む) | 33 | | | | | | | | | |
| | ⑦ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 | 34 | | | | | | | | | |
| | ⑧ 夜間対応型訪問介護 | 35 | | | | | | | | | |
| | ⑨ 地域密着型通所介護 | 36 | | | | | | | | | |
| | ⑩ 認知症対応型通所介護(介護予防を含む) | 37 | | | | | | | | | |
| | ⑪ 小規模多機能型居宅介護(介護予防を含む) | 38 | | | | | | | | | |
| | ⑫ 認知症対応型共同生活介護(介護予防を含む) | 39 | | | | | | | | | |
| | ⑬ 地域密着型特定施設入居者生活介護 | 40 | | | | | | | | | |
| | ⑭ 看護小規模多機能型居宅介護 | 41 | | | | | | | | | |
| | ⑮ その他の居宅介護サービス(①～⑭に該当しないもの) | 42 | | | | | | | | | |

| 科 目 | | 令和7年度決算期数値 | | | | | | | | | |
|---------------------|---|------------|----|---|---|--|--|--|--|--|--|
| | | 金 額 | | | | | | | | | |
| | | 十億 | 百万 | 千 | 円 | | | | | | |
| I 事業活動収入（収益）（続き） | (3)食費収入(収益) | 43 | | | | | | | | | |
| | (4)居住費収入(収益) | 44 | | | | | | | | | |
| | (5)介護予防・日常生活支援総合事業利用料収入(収益) | | | | | | | | | | |
| | うち旧介護予防訪問介護に相当するサービス | 45 | | | | | | | | | |
| | うち旧介護予防通所介護に相当するサービス | 46 | | | | | | | | | |
| | (6)管理費収入(収益) | 47 | | | | | | | | | |
| | うち特定施設入居者生活介護(介護予防含む)の保険外の利用料に係る収入(収益) | 48 | | | | | | | | | |
| | (7)その他の利用料収入(収益) | 49 | | | | | | | | | |
| | うち認知症対応型共同生活介護に係るその他の利用料収入(収益) | 50 | | | | | | | | | |
| | うち特定施設入居者生活介護(介護予防含む)に係るその他の利用料収入(収益) | 51 | | | | | | | | | |
| | 6 補助金収入(収益) | | | | | | | | | | |
| | (1)介護保険事業費補助金(令和6年度介護人材確保・職場環境改善等事業分) | 52 | | | | | | | | | |
| | (2)介護保険事業費補助金(令和7年度介護分野の職員の賃上げ・職場環境改善支援事業分) | 53 | | | | | | | | | |
| | (3)介護保険事業費補助金(サービス継続支援に係る補助金) | 54 | | | | | | | | | |
| | (4)物価高騰対策関連の補助金 | 55 | | | | | | | | | |
| | (5)その他の補助金収入 | 56 | | | | | | | | | |
| | 7 その他の収入(収益) | | | | | | | | | | |
| | (1)入居金収入(収益) | 57 | | | | | | | | | |
| | うち特定施設入居者生活介護(介護予防含む)の保険外の利用料に係る収入(収益) | 58 | | | | | | | | | |
| | (2)介護予防支援事業者からの委託に係る収入(収益) | 59 | | | | | | | | | |
| | (3)その他 | 60 | | | | | | | | | |
| | 8 介護報酬査定減 | 61 | ▲ | | | | | | | | |
| 事業活動収入(サービス活動収益)計 | | | | | | | | | | | |

問4 (2)令和7年度の財務活動等及び拠点区分間繰入金による支出についておうかがいします。

問4(2)-1 「設備資金借入金元金償還金支出」、「長期運営資金借入金元金償還金支出」がある事業所に
おうかがいします。
お手元の資金収支計算書又はキャッシュフロー計算書について、該当する方に○をつけてください。

- ☒ ①介護サービスの種別ごとに区分されている ----- 次の問4(2)-2について、そのまま調査対象サービス分の支出金額を記入してください。
- ☒ ②介護サービスの種別ごとに区分されておらず、他の介護サービス等と一体となっている ----- 次の問4(2)-2について、記入要領を参照し、適切な按分を行ったうえで、調査対象サービス分の支出金額を記入してください。

問4(2)-2 令和7年度における「設備資金借入金元金償還金支出」及び「長期運営資金借入金元金償還金支出」の金額を記入してください。

| 科 目 | | 令和7年度決算期数値 | | | | | | | | | |
|------------------|----|------------|----|---|---|--|--|--|--|--|--|
| | | 金 額 | | | | | | | | | |
| | | 十億 | 百万 | 千 | 円 | | | | | | |
| 設備資金借入金元金償還金支出 | 62 | | | | | | | | | | |
| 長期運営資金借入金元金償還金支出 | 63 | | | | | | | | | | |

- ※ 調査対象サービスが、短期入所生活介護、特定施設入居者生活介護、小規模多機能型居宅介護、認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、看護小規模多機能型居宅介護以外の場合はご回答不要です。
- ※ 「設備資金」とは、施設整備及び設備整備に係る資金です。
- ※ 金額は、利子を含まない元金について、令和7年度に返済した額を記入してください。

問4(2)-3 令和7年度に法人本部において「拠点区分間繰入金支出」がある場合、金額を記入してください。

| 科 目 | | 令和7年度決算期数値 | | | | | | | | | |
|---|----|------------|----|---|---|--|--|--|--|--|--|
| | | 金 額 | | | | | | | | | |
| | | 十億 | 百万 | 千 | 円 | | | | | | |
| 拠点区分間繰入金支出(法人本部を繰入先とし、本部以外の拠点区分を繰入元とするもの) | 64 | | | | | | | | | | |
| 拠点区分間繰入金支出(法人本部以外の拠点区分を繰入先とし、本部を繰入元とするもの) | 65 | | | | | | | | | | |

問4 (3)令和7年度の事業支出(費用)等についておうかがいします。

事業支出(費用)については、使用している会計基準、指針によってご記入いただくページが異なります。

| | | |
|------------------------|--------|----------------|
| 社会福祉法人会計基準 | -----> | 問4(3)-A(本ページ～) |
| 指定介護老人福祉施設等会計処理等取扱指導指針 | -----> | 問4(3)-B(●ページ～) |
| 企業会計 | -----> | 問4(3)-C(●ページ～) |

(3)-A 社会福祉法人会計基準

- 令和7年度の決算期数値における費用額について記入してください。
- 問1(4)において「単独会計」と回答した場合は、調査対象サービス分のみについて記入してください。
- 問1(4)において「一体会計」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分も含めた額を記入してください。
なお、記入に際しては、問4(1)令和7年度の事業収入(収益)等に対応した支出(費用)を記入してください。
- 各費目において消費税が別途計上されている場合でも、税込み方式(各費目に消費税額を算入した値)で記入してください。

| 科 目 | | 令和7年度決算期数値 | | | | | | | | | |
|-------------------|-----------------------------|------------|----|---|---|--|--|--|--|--|--|
| | | 金 額 | | | | | | | | | |
| | | 十億 | 百万 | 千 | 円 | | | | | | |
| Ⅱ サービス 活動費用 | 1 人件費 | 1 | | | | | | | | | |
| | うち派遣職員費 | 2 | | | | | | | | | |
| | 2 事務費((1)～(18)の合計) | | | | | | | | | | |
| | (1)福利厚生費 | 3 | | | | | | | | | |
| | (2)旅費交通費 | 4 | | | | | | | | | |
| | (3)研修研究費 | 5 | | | | | | | | | |
| | (4)事務消耗品費 | 6 | | | | | | | | | |
| | (5)印刷製本費 | 7 | | | | | | | | | |
| | (6)水道光熱費 | 8 | | | | | | | | | |
| | (7)燃料費 | 9 | | | | | | | | | |
| | (8)修繕費 | 10 | | | | | | | | | |
| | (9)通信運搬費 | 11 | | | | | | | | | |
| | (10)広報費 | 12 | | | | | | | | | |
| | (11)業務委託費 | | | | | | | | | | |
| | ① 給食委託費 | 13 | | | | | | | | | |
| | ② 送迎委託費 | 14 | | | | | | | | | |
| | ③ 清掃委託費 | 15 | | | | | | | | | |
| | ④ その他の委託費(①～③に該当しないもの) | 16 | | | | | | | | | |
| | (12)保険料 | | | | | | | | | | |
| | ① 自動車保険料(自動車損害賠償責任保険料含む) | 17 | | | | | | | | | |
| | ② その他の保険料(①に該当しないもの) | 18 | | | | | | | | | |
| | (13)賃借料 | | | | | | | | | | |
| | ① 設備器械 | 19 | | | | | | | | | |
| | ② その他の賃借料(①に該当しないもの) | 20 | | | | | | | | | |
| | (14)土地・建物賃借料 | | | | | | | | | | |
| | ① 土地 | 21 | | | | | | | | | |
| | ② 建物及び建物付属設備 | 22 | | | | | | | | | |
| | (15)租税公課 | 23 | | | | | | | | | |
| | (16)保守料 | 24 | | | | | | | | | |
| | (17)雑費 | 25 | | | | | | | | | |
| | (18)その他経費((1)～(17)に該当しないもの) | 26 | | | | | | | | | |

(3)－A 社会福祉法人会計基準

| 科 目 | | 令和7年度決算期数値 | | | | | | | | | |
|--|-------------------------------|------------|----|---|---|--|--|--|--|--|--|
| | | 金 額 | | | | | | | | | |
| | | 十億 | 百万 | 千 | 円 | | | | | | |
| Ⅱ サービス活動費用（続き） | 3 事業費 | | | | | | | | | | |
| | (1)給食費 | 27 | | | | | | | | | |
| | (2)介護用品費 | 28 | | | | | | | | | |
| | (3)保健衛生費 | 29 | | | | | | | | | |
| | (4)水道光熱費 | 30 | | | | | | | | | |
| | (5)燃料費 | 31 | | | | | | | | | |
| | (6)消耗器具備品費 | 32 | | | | | | | | | |
| | (7)保険料 | 33 | | | | | | | | | |
| | (8)賃借料 | | | | | | | | | | |
| | ① 設備器械 | 34 | | | | | | | | | |
| | ② その他の賃借料(①に該当しないもの) | 35 | | | | | | | | | |
| | (9)車両費 | 36 | | | | | | | | | |
| | (10)雑費 | 37 | | | | | | | | | |
| | (11)その他経費((1)～(10)に該当しないもの) | 38 | | | | | | | | | |
| | 4 減価償却費 | | | | | | | | | | |
| | (1)建物及び建物付属設備減価償却費 | 39 | | | | | | | | | |
| | (2)車両船舶設備減価償却費 | 40 | | | | | | | | | |
| | (3)特殊浴槽減価償却費 | 41 | | | | | | | | | |
| | (4)その他の減価償却費((1)～(3)に該当しないもの) | 42 | | | | | | | | | |
| | 5 国庫補助金等特別積立金取崩額 | 43 | ▲ | | | | | | | | |
| | 6 徴収不能額 | 44 | | | | | | | | | |
| | 7 徴収不能引当金繰入 | 45 | | | | | | | | | |
| | 8 その他(1～7に該当しないもの) | 46 | | | | | | | | | |
| | サービス活動費用計(1～8の合計) | | | | | | | | | | |
| | うち人材紹介手数料 | 47 | | | | | | | | | |
| | うち消費税課税対象費用計 | 48 | | | | | | | | | |
| Ⅲ サービス活動外収益 | | 49 | | | | | | | | | |
| うち借入金利息補助金収益 | | 50 | | | | | | | | | |
| Ⅳ サービス活動外費用 | | 51 | | | | | | | | | |
| うち支払利息 | | 52 | | | | | | | | | |
| Ⅴ 特別収益 | | 53 | | | | | | | | | |
| うち拠点区分間繰入金収益 | | 54 | | | | | | | | | |
| うち本部会計からの繰入金収益 | | 55 | | | | | | | | | |
| Ⅵ 特別費用 | | 56 | | | | | | | | | |
| うち拠点区分間繰入金費用 | | 57 | | | | | | | | | |
| うち本部会計への繰入金費用 | | 58 | | | | | | | | | |
| うち法人本部に帰属する経費:役員報酬・退職金手当等の運営費に限る (他の事業のための費用等を除く) ※特になければ0と記載し、金額が分からない場合は空欄としてください。 | | 59 | | | | | | | | | |
| うち消費税課税対象費用計 | | 60 | | | | | | | | | |

(3)－B 指定介護老人福祉施設等会計処理等取扱指導指針

- 令和7年度の決算期数値における費用額について記入してください。
- 問1(4)において「単独会計」と回答した場合は、調査対象サービス分のみについて記入してください。
- 問1(4)において「一体会計」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分も含めた額を記入してください。
なお、記入に際しては、問4(1)令和7年度の事業収入(収益)等に対応した支出(費用)を記入してください。
- 各費目において消費税が別途計上されている場合でも、税込み方式(各費目に消費税額を算入した値)で記入してください。

| 科 目 | | 令和7年度決算期数値 | | | | | | | | | |
|-------------|---------------------------|------------|----|---|---|--|--|--|--|--|--|
| | | 金 額 | | | | | | | | | |
| | | 十億 | 百万 | 千 | 円 | | | | | | |
| Ⅱ 事業活動支出 | 1 人件費 | 1 | | | | | | | | | |
| | 2 経費 | | | | | | | | | | |
| | (1)直接介護支出 | | | | | | | | | | |
| | ① 給食材料費 | 2 | | | | | | | | | |
| | ② 介護用品費 | 3 | | | | | | | | | |
| | ③ 保健衛生費 | 4 | | | | | | | | | |
| | ④ 消耗器具備品費 | 5 | | | | | | | | | |
| | ⑤ 車輛費 | 6 | | | | | | | | | |
| | ⑥ 光熱水費 | 7 | | | | | | | | | |
| | ⑦ 燃料費 | 8 | | | | | | | | | |
| | ⑧ その他の直接介護支出(①～⑦に該当しないもの) | 9 | | | | | | | | | |
| | (2)一般管理支出 | | | | | | | | | | |
| | ① 福利厚生費 | 10 | | | | | | | | | |
| | ② 旅費交通費 | 11 | | | | | | | | | |
| | ③ 研修費 | 12 | | | | | | | | | |
| | ④ 通信運搬費 | 13 | | | | | | | | | |
| | ⑤ 事務消耗品費 | 14 | | | | | | | | | |
| | ⑥ 印刷製本費 | 15 | | | | | | | | | |
| | ⑦ 広報費 | 16 | | | | | | | | | |
| | ⑧ 修繕費 | 17 | | | | | | | | | |
| | ⑨ 保守料 | 18 | | | | | | | | | |
| | ⑩ 賃借料 | | | | | | | | | | |
| | ア 土地 | 19 | | | | | | | | | |
| | イ 建物及び建物付属設備 | 20 | | | | | | | | | |
| | ウ 設備器械 | 21 | | | | | | | | | |
| | エ その他の賃借料(ア～ウに該当しないもの) | 22 | | | | | | | | | |
| | ⑪ 保険料 | | | | | | | | | | |
| | ア 自動車保険料(自動車損害賠償責任保険料含む) | 23 | | | | | | | | | |
| | イ その他の保険料(アに該当しないもの) | 24 | | | | | | | | | |
| | ⑫ 租税公課 | 25 | | | | | | | | | |
| | ⑬ 委託費 | | | | | | | | | | |
| | ア 派遣委託費 | 26 | | | | | | | | | |
| | イ 給食委託費 | 27 | | | | | | | | | |
| | ウ 送迎委託費 | 28 | | | | | | | | | |
| | エ 清掃委託費 | 29 | | | | | | | | | |
| | オ その他の委託費(ア～エに該当しないもの) | 30 | | | | | | | | | |
| | ⑭ 雑費 | 31 | | | | | | | | | |
| | ⑮ その他の一般管理支出(①～⑭に該当しないもの) | 32 | | | | | | | | | |

(3)-B 指定介護老人福祉施設等会計処理等取扱指導指針

[illegible]

(3)－C 企業会計

- 令和7年度の決算期数値における費用額について記入してください。
- 問1(4)において「単独会計」と回答した場合は、調査対象サービス分のみについて記入してください。
- 問1(4)において「一体会計」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分も含めた額を記入してください。
なお、記入に際しては、問4(1)令和7年度の事業収入(収益)等に対応した支出(費用)を記入してください。
- 各費目において消費税が別途計上されている場合でも、税込み方式(各費目に消費税額を算入した値)で記入してください。

| 科 目 | | 令和7年度決算期数値 | | | | | | | | | |
|---|-------------------------------|------------|----|---|---|--|--|--|--|--|--|
| | | 金 額 | | | | | | | | | |
| | | 十億 | 百万 | 千 | 円 | | | | | | |
| Ⅱ 売上原価 | 1 人件費 | 1 | | | | | | | | | |
| | 2 経費 | | | | | | | | | | |
| | (1)給食材料費 | 2 | | | | | | | | | |
| | (2)車両費 | 3 | | | | | | | | | |
| | (3)光熱水費 | 4 | | | | | | | | | |
| | (4)福利厚生費 | 5 | | | | | | | | | |
| | (5)旅費交通費 | 6 | | | | | | | | | |
| | (6)研修費 | 7 | | | | | | | | | |
| | (7)通信運搬費 | 8 | | | | | | | | | |
| | (8)修繕費 | 9 | | | | | | | | | |
| | (9)賃借料 | | | | | | | | | | |
| | ① 土地 | 10 | | | | | | | | | |
| | ② 建物及び建物付属設備 | 11 | | | | | | | | | |
| | ③ 設備器械 | 12 | | | | | | | | | |
| | ④ その他の賃借料(①～③に該当しないもの) | 13 | | | | | | | | | |
| | (10)保険料 | | | | | | | | | | |
| | ① 自動車保険料(自動車損害賠償責任保険料含む) | 14 | | | | | | | | | |
| | ② その他の保険料(①に該当しないもの) | 15 | | | | | | | | | |
| | (11)租税公課 | 16 | | | | | | | | | |
| | (12)委託費 | | | | | | | | | | |
| | ① 派遣委託費 | 17 | | | | | | | | | |
| | ② 給食委託費 | 18 | | | | | | | | | |
| | ③ 送迎委託費 | 19 | | | | | | | | | |
| | ④ 清掃委託費 | 20 | | | | | | | | | |
| | ⑤ その他の委託費(①～④に該当しないもの) | 21 | | | | | | | | | |
| | (13)その他の経費((1)～(12)に該当しないもの) | 22 | | | | | | | | | |
| | 3 減価償却費 | | | | | | | | | | |
| | (1)建物及び建物付属設備減価償却費 | 23 | | | | | | | | | |
| | (2)車両船舶設備減価償却費 | 24 | | | | | | | | | |
| | (3)特殊浴槽減価償却費 | 25 | | | | | | | | | |
| | (4)消毒設備減価償却費 | 26 | | | | | | | | | |
| | (5)福祉用具減価償却費 | 27 | | | | | | | | | |
| | (6)その他の減価償却費((1)～(5)に該当しないもの) | 28 | | | | | | | | | |
| | 4 その他の売上原価(1～3に該当しないもの) | 29 | | | | | | | | | |
| | 売上原価計(1～4の合計) | | | | | | | | | | |
| | うち人材紹介手数料 | 30 | | | | | | | | | |
| | うち消費税課税対象費用計 | 31 | | | | | | | | | |
| Ⅲ 本部経費配賦額(他の事業のための費用は含まない) | | 32 | | | | | | | | | |
| うち消費税課税対象費用計 | | 33 | | | | | | | | | |
| Ⅳ 営業外収益 | | | | | | | | | | | |
| 1 受取利息 | | 34 | | | | | | | | | |
| 2 受取配当金 | | 35 | | | | | | | | | |
| 3 補助金収入 | | | | | | | | | | | |
| (1)介護保険事業費補助金(令和6年度介護人材確保・職場環境改善等事業分) | | 36 | | | | | | | | | |
| (2)介護保険事業費補助金(令和7年度介護分野の職員の賃上げ・職場環境改善支援事業分) | | 37 | | | | | | | | | |
| (3)介護保険事業費補助金(サービス継続支援に係る補助金) | | 38 | | | | | | | | | |
| (4)物価高騰対策関連の補助金 | | 39 | | | | | | | | | |
| (5)その他の補助金((1)～(4)に該当しないもの) | | 40 | | | | | | | | | |
| 4 その他の営業外収益(1～3に該当しないもの) | | 41 | | | | | | | | | |
| Ⅴ 営業外費用 | | | | | | | | | | | |
| 1 支払利息 | | 42 | | | | | | | | | |
| 2 徴収不能額 | | 43 | | | | | | | | | |
| 3 その他の営業外費用(1, 2に該当しないもの) | | 44 | | | | | | | | | |
| Ⅵ 特別利益 | | 45 | | | | | | | | | |
| Ⅶ 特別損失 | | 46 | | | | | | | | | |
| Ⅷ 法人税、住民税及び事業税 | | 47 | | | | | | | | | |