

介護サービス施設・事業所の設備投資に関する調査 調査票（案）

調査対象サービス【〇〇〇】

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）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（平成●年●月●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年〇月〇日までに投函をお願いします）

1. 基本データ

(1) 平成24年3月末までに終了した直近の事業年(度)を記入してください。

平成 年 月 ~ 平成 年 月

(2) 経理方式について、該当する番号一つに○をつけてください。

1. 税込

2. 税抜

※ 次頁以降の問について、選択した経理方式に従って金額等を記入してください。

(3) 消費税申告の状況について、該当する番号一つに○をつけてください。

1. 申告している

2. 申告していない

(4) 収益について記入してください。

	前々々事業年(度)	前々事業年(度)	直近の事業年(度) (前事業年(度))
総収益額	円	円	円
介護事業収益額	円	円	円
うち食費収益	円	円	円
うち居住費収益	円	円	円
介護報酬収益額 (利用者負担含む)	円	円	円

※ 総収益額は、介護事業収益、介護事業外収益、臨時収益等、調査対象サービスにおける全ての収益を記入してください。

※ 食費収益、居住費収益には特定入所者介護サービス費(補足給付)を含めた額を記入してください。

【介護老人福祉施設、介護老人保健施設、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、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護のみ】

(5) 入所定員等の状況(平成24年11月30日現在)について記入してください。

人

【介護療養型医療施設のみ】

(6) 病床数の状況(平成24年11月30日現在)について記入してください。

病院全体の病床数	うち医療保険適用の 療養病床数	うち介護保険適用の 療養病床数

【訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、通所介護、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、居宅介護支援のみ】

(7) 延べ利用者数の状況（平成24年11月中）について記入してください。

人

(8) 平成25年1月1日時点において、同一又は隣接の敷地内で運営しているすべてのサービスについて、平成24年11月中の延べ利用者数を記入してください。（※は介護予防を含む）

サービス	延べ利用者数（平成24年11月中）
1 介護老人福祉施設	人
2 介護老人保健施設	人
3 介護療養型医療施設	人
4 訪問介護（※）	人
5 訪問入浴介護（※）	人
6 訪問看護（※）	人
7 訪問リハビリテーション（※）	人
8 通所介護（※）	人
9 通所リハビリテーション（※）	人
10 短期入所生活介護（※）	人
11 短期入所療養介護（※）	人
12 特定施設入居者生活介護（※）	人
13 福祉用具貸与	人
14 定期巡回・随時対応型訪問介護看護	人
15 夜間対応型訪問介護	人
16 認知症対応型通所介護（※）	人
17 小規模多機能型居宅介護（※）	人
18 認知症対応型共同生活介護（※）	人
19 地域密着型特定施設入居者生活介護	人
20 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	人
21 複合型サービス	人
22 居宅介護支援	人
23 介護予防支援（地域包括支援センター）	人

2. 設備投資の状況

(1) 取得（新築または譲渡）した建物の保有状況（固定資産台帳に掲載されているもの）

固定資産台帳に掲載されている建物のうち、直近の5事業年（度）中に取得した建物資産の保有状況について、該当する番号一つに○をつけてください。

また、「1. 保有している」を選んだ場合は、その詳細を以下の記入欄に記入してください。

1. 保有している

2. 保有していない

No.	資産番号	資産名称	取得年（度）	取得価額（円）	うち補助金・助成金等の額（円）	工事契約金額（円）	当該建物の延べ床面積（㎡）	うち調査対象サービスにかかる延べ床面積（㎡）	うち共用部分の延べ床面積（㎡）
例	19001	施設	2007	300,000,000	100,000,000	300,000,000	20,000	10,000	100
例	22001	職員宿舎	2010	25,000,000	5,000,000	25,000,000	2,000	500	100
1									
2									
3									
4									
5									

※固定資産台帳上の情報を記入してください。台帳上に整理番号がない場合は「－」を記入してください。

※取得価額、工事契約金額は、問1（2）で選択した経理方式に従って記入してください。

※補助金・助成金等のうち、借入金の償還補助については、受け入れ済みの補助額と、今後受け入れが予定されている補助額の合計額を記入してください。

No.	補助金・助成金等の名称	補助金・助成金等の交付団体	取得区分
例	地域介護・福祉空間整備等施設整備交付金	〇〇市／町／村	1
例	▲▲▲助成金	△△財団	2
1			
2			
3			
4			
5			

※取得区分は、「1. 新築」、「2. 譲渡」のうち、該当する番号を記入してください。

(2) 介護用機器、医療機器、調剤用機器の保有状況（固定資産台帳に掲載されているもの）

固定資産台帳に掲載されている資産のうち、別添の機器分類表に該当し、かつ

直近の5事業年（度）中に取得したものの保有状況について、該当する番号一つに○をつけてください。

また、「1. 保有している」を選んだ場合は、その詳細を以下の記入欄に記入してください。

（注1）複数の機器が一体として利用されるような場合は、それらをまとめて記入してください。

その際の機器分類については、主たる機器の機能に従った分類を記入してください。

（注2）1台あたりの取得価額が100万円未満の同一資産が同一年（度）に複数ある場合には、

取得価額の合計額をまとめて記入してもかまいません。その場合は合計数量を記入してください。

（注3）複数の資産について、補助金・助成金等が交付されている場合は、

各資産の取得価額で按分した額を記入してください。

1. 保有している

2. 保有していない

No.	資産番号	資産名称	取得年 (度)	取得価額（円）	うち補助金・助成金 等の額（円）	機器 分類	取得 方法	数量	共用 区分
例	19002	送迎用ワゴン車	2007	3,000,000	1,000,000	4	1	1	1
例	21003	XYZ-0123	2009	5,000,000	100,000	5	1	25	2
例	19005	浴槽一式	2007	2,500,000	500,000	6	1	1	1
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									

※資産番号、資産名称は固定資産台帳上の情報を記載してください。

台帳上に整理番号がない場合は「－」を記入してください。

※取得価額は、問1（2）で選択した経理方式に従って記入してください。

※補助金・助成金等のうち、借入金の償還補助については、受け入れ済みの補助額と、

今後受け入れが予定されている補助額の合計額を記入してください。

※機器分類は、別添の分類表から、該当する番号を選択して記入してください。

※取得方法は、「1. 購入」、「2. リース契約」、「3. その他」のうち該当する番号を記入してください。

※共用区分は、「1. 共用している」、「2. 共用していない」のうち該当する番号を記入してください。

No.	補助金・助成金等の名称	補助金・助成金等の交付団体
例	地域介護・福祉空間整備推進交付金	〇〇市／町／村
例	▲▲▲▲▲	財団法人△△△
例	■ ■ ■ ■ ■	財団法人□□□
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

(3) リース・賃貸契約により保有する資産の状況（固定資産台帳に掲載されていないもの）

平成●年●月●日現在、リース契約（再リース契約を除く）又は賃貸契約により保有している建物・物品のうち、直近の5事業年（度）中に契約し、かつ固定資産台帳に掲載されていないものの保有状況について、該当する番号一つに○をつけてください。ただし、土地、有価証券等の消費税非課税のものは除きます。

また、「1. 保有している」を選んだ場合は、その詳細を以下の記入欄に記入してください。

1. 保有している

2. 保有していない

ファイナンス・リース契約によるもの

No.	建物・物品の名称	数量	支払リース料 総額（円）	契約年（度）	リース 期間	当該建物の 延べ床面積 （㎡）	うち調査 対象サー ビスにか かる延べ 床面積 （㎡）	うち共用 部分の延 べ床面積 （㎡）	機器 分類	共用 区分
例	コピー機	2	100,000	2009年4月	3年	—	—	—	—	1
1										
2										
3										

ファイナンス・リース契約以外のリース契約、レンタル契約及び賃貸借契約等によるもの

No.	建物・物品の名称	数量	支払賃料 総額（円）	契約年（度）	契約期間	当該建物の 延べ床面積 （㎡）	うち調査 対象サー ビスにか かる延べ 床面積 （㎡）	うち共用 部分の延 べ床面積 （㎡）	機器 分類	共用 区分
例	建物	1	20,000,000	2010年3月	2年	20,000	10,000	100	—	1
1										
2										
3										

※支払リース料総額、支払賃料総額は、●月●日現在締結している契約条件において、全契約期間中に支払うことと
している支払総額を記入してください。金額は、問1（2）で選択した経理方式に従って記入してください。

※建物については延べ床面積を記入してください。

※物品については、別添の機器分類表から該当する番号を選択し、機器分類欄に記入してください。

※共用区分は、「1. 共用している」、「2. 共用していない」のうち該当する番号を記入してください。

※ファイナンス・リース契約について、リース会社等からの明細から明らかにならない取引については、
以下の3つの条件の全てを満たす契約を記入してください。

- ①対象資産を貴施設（事業所）が選定し、②リース会社等が貴施設（事業所）に代わって購入し、
③購入額と同程度のリース料総額を支払って、貴施設（事業所）が使用している。

（４）費用処理（建物・附属設備修繕）の状況（固定資産台帳に掲載されていないもの）
直近の３事業年（度）中に行った建物及び附属設備資産に係る修繕のうち、
減価償却せず（固定資産台帳に掲載せず）経費処理したものの保有状況について、
該当する番号に○をつけてください。
また、「１．保有している」を選んだ場合は、その詳細を以下の記入欄に記入してください。

1. 保有している
2. 保有していない

No.	修繕の内容	契約年（度）	契約金額 （円）	うち補助金・ 助成金等の額 （円）	当該建物の 延べ床面積 （㎡）	うち調査 対象サー ビスにか かる延べ 床面積 （㎡）	うち共用 部分の延 べ床面積 （㎡）
例	建物の外壁補修	2010年4月	5,000,000	1,000,000	20,000	10,000	100
1							
2							
3							
4							
5							

※金額は、問１（２）で選択した経理方式に従って記入してください。
※補助金・助成金等のうち、借入金の償還補助については、受け入れ済みの補助額と、
今後受け入れが予定されている補助額の合計額を記入してください。

No.	補助金・助成金等の名称	補助金・助成金等の交付団体
例	●●●●●	〇〇県
1		
2		
3		
4		
5		

機器分類表

○介護用機器分類表

番号	分類名	分類内容
1	移動機器（車いす等）	手動車いす、車いす関連用品、電動車いす、電動三輪・電動四輪車 等
2	移動機器（リフト等）	ストレッチャー等移動器具、移乗補助機器、床走行リフト、固定式・据置式リフト、介助・歩行補助ロボット 等
3	福祉車両・送迎用車両	車いす等福祉車両、入浴用特殊車両 等
4	業務用車両	福祉施設等業務用自動車 等
5	ベッド用品	ベッド、マットレス、床ずれ防止製品 等
6	入浴用品	特殊浴槽、浴槽、入浴用チェア、浴槽台、入浴用リフト 等
7	トイレ用品	ポータブルトイレ、便器・便座 等
8	リハビリ・介護予防機器	歩行等訓練機器、リハビリ用教材・機器、筋力トレーニング機器、身体機能訓練機器、その他心身の機能向上に資する機器 等
9	調理器具	キッチン、調理器 等
10	住宅環境設備	洗濯機・乾燥機、火災報知設備、自動消火装置、防災・避難用品、自家発電・蓄電装置 等
11	感染症等予防用品	空気清浄機、加湿器、消毒器 等
12	情報機器	福祉事業関連コンピュータシステム 等

○医療機器分類表

画像診断システム

番号	分類名
101	診断用X線装置
102	歯科用X線装置
103	医用X線CT装置
104	診断用核医学装置及び関連装置
105	磁気共鳴画像診断装置
106	診断用X線画像処理装置
107	主要構成ユニット
108	その他

画像診断用X線関連装置及び用具

番号	分類名
201	X線防護用具
202	その他

医用検体検査機器

番号	分類名
301	検査用核医学装置
302	医用検体前処理装置
303	血清検査装置
304	尿検査装置
305	その他

治療用又は手術用機器

番号	分類名
401	治療用粒子加速装置
402	放射線治療用関連装置
403	レーザー治療器及び手術用機器
404	ハイパーサーミア装置
405	結石破砕装置
406	その他

歯科用機器

番号	分類名
501	歯科用ユニット及び関連器具
502	その他

その他

番号	分類名
601	生体現象計測・監視システム
602	処置用機器
603	施設用機器
604	生体機能補助・代行機器
605	鋼製器具
606	家庭用医療機器
607	その他

〇調剤用機器分類表

番号	分類名
701	薬袋発行機
702	調剤監査システム
703	電子薬歴
704	分包機（散剤、錠剤、水剤等）
705	全自動錠剤包装機
706	調剤台（錠剤、水剤、散剤、調剤棚等）
707	クリーンベンチ（安全キャビネット等）
708	その他調剤用機器、設備