

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

介護療養型医療施設票

平成25年7月調査

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。

| | |
|-------|--------------|
| 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 | 医療法人 |
| 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 : ご氏名 _____ (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)

問1 サービス提供の状況等（施設全体の概要）

(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 | 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、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。

単体会計 ⇒ 問1 (5) は記入不要です。(6)へ進んで下さい。

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 | |
| イ 訪問介護 | |
| ウ 介護予防訪問入浴介護 | |
| エ 訪問入浴介護 | |
| 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 | |
| ク 訪問リハビリテーション | |
| ケ 介護予防通所介護 | |
| コ 通所介護 | |
| 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 | |
| ス 介護予防福祉用具貸与 | |
| 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 | |
| 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 | |
| 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 | |

⇒(7)②も記入

⇒(7)③も記入

⇒(7)④も記入

⇒(7)⑤も記入

⇒(7)⑥も記入

⇒(7)⑦も記入

⇒(7)⑨も記入

| (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 | |
| ネ 夜間対応型訪問介護 | |
| 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 | |
| ヒ 介護予防小規模多機能型居宅介護 | |
| 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 | |
| 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

⇒(7)⑪も記入

⇒(7)⑫も記入

⇒(7)⑬も記入

| (施設サービス) | |
|-------------|--|
| メ 介護老人福祉施設 | |
| モ 介護老人保健施設 | |
| ヤ 介護療養型医療施設 | |

(6) 病院・診療所の状況

| 入院 | | 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) |
|---------------|--------|----------------------|-----|--------------|---------------|
| | | 病院・診療所全体 | 室 | 床 | 人 |
| うち療養病床 | 介護保険適用 | 室 | 床 | | 食 |
| | 医療保険適用 | 室 | 床 | 人 | 食 |
| 外来 (6月中) | | | | | |
| 初診患者数 | | <input type="text"/> | 人 | | |
| 再診患者延べ数 | | <input type="text"/> | 人 | | |
| 休診日数 | | <input type="text"/> | 日 | | |
| 食事延べ提供数 (6月中) | | <input type="text"/> | 食 | | |

(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。

単独会計 ⇒ 問2 (10頁) に進んで下さい。(7) は記入不要です。

一体会計 ⇒ まず①の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。
②以降については、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【ヤ 介護療養型医療施設】

【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。

②【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 | 回 | 回 | 回 | 回 | 回 |
| 類型別延べ訪問時間数 | 時間 | 時間 | 時間 | 時間 | 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 |

③【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) | 看護師、保健師 | 介護保険法 | 健康保険法等 |
| | 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) | 看護師、保健師 | 介護保険法 | 健康保険法等 |
| | 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 |

④【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】

【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 |

【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 |

【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 |
|-------------|---|

⑤【ケ 介護予防通所介護】 / 【コ 通所介護】

【ケ 介護予防通所介護 / コ 通所介護】を あわせ たサービスの提供状況

食事延べ提供数（6月中）

 食

送迎延べ実施回数（6月中）

 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【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】

【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 あわせ たサービスの提供状況

食事延べ提供数（6月中）

 食

送迎延べ実施回数（6月中）

 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【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）

 食

送迎延べ実施回数（6月中）

 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。 〕

⑧【介護予防居宅療養管理指導】／【居宅療養管理指導】

| | | |
|-----------------------------------------|-------|------------------------|
| <input type="checkbox"/> 【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 |
| <input type="checkbox"/> 【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 |

⑨【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) | <input type="text"/> 人 | <input type="text"/> 人 | <input type="text"/> 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) | <input type="text"/> 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的人数を記入して下さい。

⑩【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への訪問回数※2 | 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 |

※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 |

⑪【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 | | 回 | 回 | 回 | 回 | 回 | 回 |
| (6月中) | 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。

⑫【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</u> 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。〕

⑬【ム 複合型サービス】

| | | |
|--------------------------|-------------|------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 【ム 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。

問2 病室・設備等の状況

| | | | | |
|--------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|----------------|
| 1 建築延べ面積 | <input type="text"/> m ² | | | |
| 2 介護療養型医療施設に係る延べ床面積等 ※該当する設備がない場合には、「0」を記入して下さい。 | | | | |
| | 介護保険適用 | | 医療保険適用 | |
| | 室数 | 延べ床面積 | 室数 | 延べ床面積 |
| A 病棟部門（入院患者と通所・外来患者で共用している諸室等を含めて記入して下さい） | | | | |
| ① 5人室以上 | 室 | m ² | 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 機能訓練室 | <input type="text"/> m ² | | | |
| ⑦ 談話室 | <input type="text"/> m ² | | | |
| ⑧ 食堂 | <input type="text"/> m ² | | | |
| ⑨ 浴室 | <input type="text"/> m ² | | | |
| ⑩ シャワールーム | <input type="text"/> m ² | | | |
| ⑪ その他 | <input type="text"/> m ² | | | |
| 病棟部門合計 | <input type="text"/> 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下さい） | | | | |
| | 介護保険適用 | | 医療保険適用 | |
| ① 通所専用面積※1 | 通所リハビリテーション（介護予防含む） | <input type="text"/> m ² | <input type="text"/> m ² | |
| | 通所介護（介護予防含む） | <input type="text"/> m ² | | |
| | 認知症対応型通所介護（介護予防含む） | <input type="text"/> m ² | | |
| ② 一般外来部・待合いホール | <input type="text"/> m ² | | <input type="text"/> m ² | |
| ③ その他 | <input type="text"/> m ² | | | |
| 外来・通所部門合計 | <input type="text"/> m ² | | | |
| C 管理部門等 | | | | |
| ① 給食部 | <input type="text"/> m ² | | | |
| ② その他 | <input type="text"/> m ² | | | |
| 管理部門等合計 | <input type="text"/> m ² | | | |
| 3 居宅サービスに係る専用延べ床面積※2 | | | | |
| <input type="text"/> 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（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、重度認知症疾患デイ・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下さい。
介護と医療で共用している諸室については、両者に重複して記入して下さい。

※2：「1建築延べ面積」のうち、通所以外の介護保険の居宅サービスについて、再掲で記入して下さい。

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)は回答不要です。 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5 収支の状況

単体会計 ⇒ 調査対象サービスに関する、(1) 医業・介護収益(本頁) および (2) 医業・介護費用等(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も含めた施設全体の、(1) 医業・介護収益(本頁) および (2) 医業・介護費用等(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) 医業・介護収益

| 科 目 | 金 額 | | | |
|-------------------------------------------|-----|----|---|---|
| | 十億 | 百万 | 千 | 円 |
| 医業収益 | | | | |
| 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) その他の収益((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 | | | | |

I
医業・
介護
収益

| 科 目 | | 金 額 | | | | |
|------------------|---------------------------------------|-----|----|---|---|----|
| | | 十億 | 百万 | 千 | 円 | |
| I 医業・介護収益 | 4 保険外の利用料による収益 | | | | | 小計 |
| | (1) 施設介護料収入 | | | | | 小計 |
| | 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 その他の利用料収益（ア～ソに該当しないもの） | | | | | |
| | 5 その他の事業収益 | | | | | 小計 |
| | (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入 | | | | | |
| | (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） | | | | | |
| 収益計（医業収益＋介護報酬収益） | | | | | | |

※ 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。

(2) 医業・介護費用

| 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） | | | | | | | | | | | | | |
| 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） | | | | | | | | | | | | | | |

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。

| | 金額 | | | |
|---------------------|----|----|---|---|
| | 十億 | 百万 | 千 | 円 |
| 設備投資額 | | | | |
| 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。