

平成28年度介護事業実態調査 (案)  
(介護事業経営概況調査)  
平成28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

介護老人保健施設

です。

右のラベルの住所、施設名、  
調査対象サービス、ID、パス  
ワードの5つの項目は、必ず  
確認してください。  
住所、施設名に誤りや訂正が  
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  
上げます。

※ 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 : ご氏名 \_\_\_\_\_ (役職 : \_\_\_\_\_ )  
(5) 調査対象サービスの活動状況 (平成28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。

(平成28年5月31日までにご投函をお願いします)



厚生労働省老健局



# 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平成26、27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。

【平成26年度】

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

【平成27年度】

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

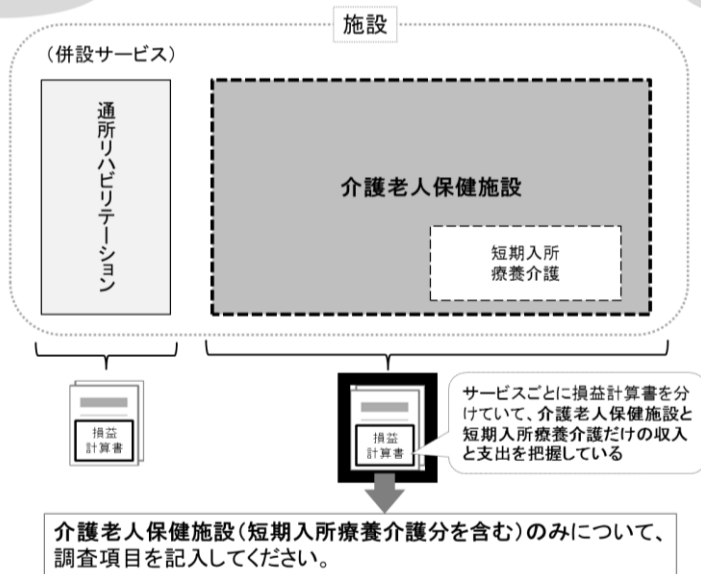
※ 収入は調査対象サービス分を把握しているが、支出は他の併設サービスと一体的にしか把握していないなど、部分的に調査対象サービス分の収入・支出を把握している場合も一体会計としてください。

※ 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。

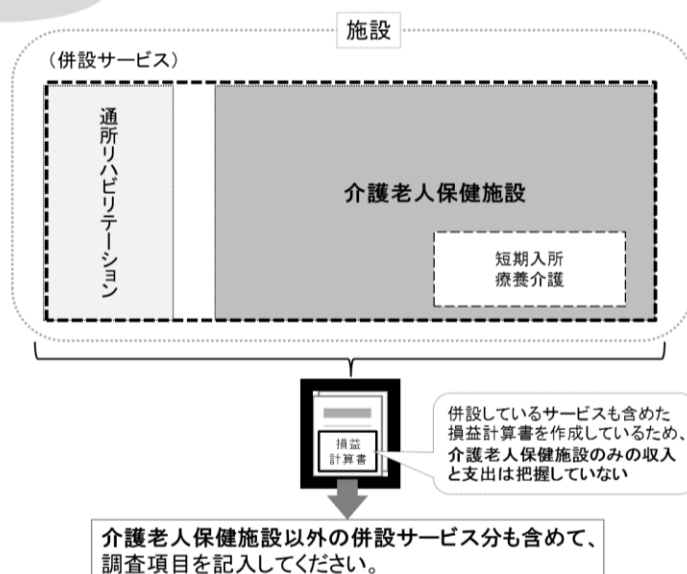
※ 一体会計の場合、問3(職員数と職員給与)、問4(収入と支出)は、会計を一体的に行っている他の併設サービス分も含めて記入してください。

例: 介護老人保健施設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

1. 単独会計



2. 一体会計



※ただし問2(建物の状況)については、併設サービスも含めた施設全体に係る床面積を記入してください。

(5) 調査対象サービスの平成28年4月の1か月分の実績について記入してください。

介護老人保健施設

		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他※1	特定利用※2
一般棟	実利用者数	人	人	人	人	人	人	人
	延べ在所者数	人	人	人	人	人	人	人
	延べ外泊者数	人	人	人	人	人	人	人
認知症 専門棟	実利用者数	人	人	人	人	人	人	人
	延べ在所者数	人	人	人	人	人	人	人
	延べ外泊者数	人	人	人	人	人	人	人

※1 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。

※2 特定利用には、特定老人保健施設入所者(平成12年3月以前から入所している要介護者でない入所者)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/介護予防短期入所療養介護

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
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。

介護予防短期入所療養介護

	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。

短期入所療養介護と介護予防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	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。)



















