

統計法に基づく一般統計調査

③-530

平成29年度介護事業実態調査  
(介護事業経営実態調査)  
平成29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

介護療養型医療施設

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) F A X 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(平成29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29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28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

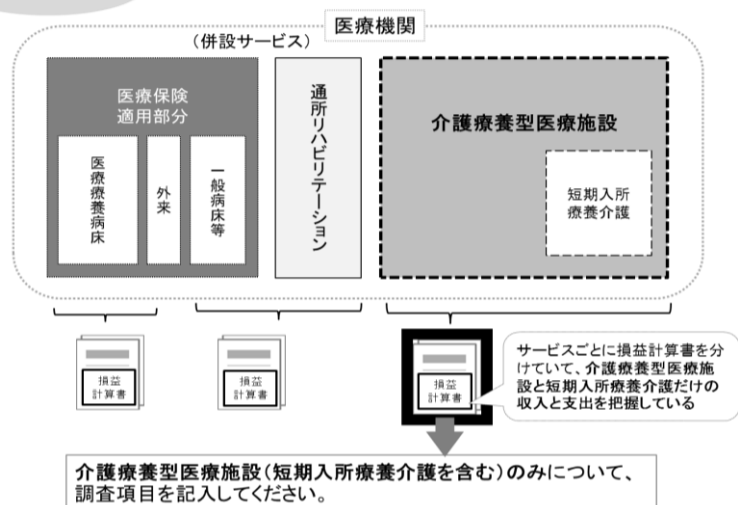
※ 収入は調査対象サービス分を把握しているが、支出は他の併設サービスと一体的にしか把握していないなど、部分的に調査対象サービス分の収入・支出を把握している場合も一体会計としてください。

※ 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。

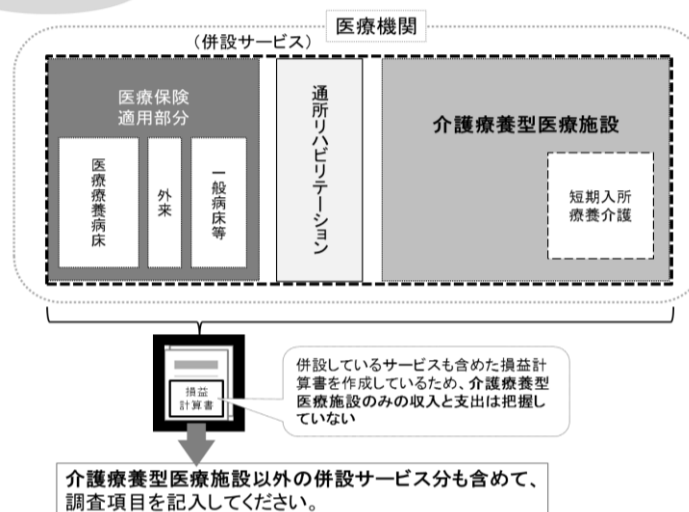
※ 一体会計の場合、問3(職員数と職員給与)、問4(収入と支出)は、会計を一体的に行っている他の併設サービス分も含めて記入してください。

例: 介護療養型医療施設内で短期入所療養介護を提供し、かつ医療療養病床を設けていて、一般病床・外来と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29年4月の1か月分の実績について記入してください。

医療保険適用部分

医療保険適用部分の実績を記入してください。

病床数	延べ在院者数	食事延べ提供数		患者数
床	人	食	外来	人

介護保険適用部分

介護保険適用部分の実績を記入してください。

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※
実利用者数	人	人	人	人	人	人
延べ在院者数	人	人	人	人	人	人
延べ外泊者数	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、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。)

(6) 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、平成29年4月の1か月分の延べ利用者数等、食事延べ提供数、送迎延べ実施回数を記入してください。

※1 「延べ利用者数等」については、下記の表と記入要領を参照のうえ、対応する内容を記入してください。

※2 「食事延べ提供数」、「送迎延べ実施回数」については、記入要領を参照のうえ、対応する内容を記入してください。

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	記入内容
訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリテーション（いずれも介護予防を含む）、夜間対応型訪問介護	延べ訪問回数(4月中)
居宅療養管理指導(介護予防を含む)、福祉用具貸与(介護予防を含む)、居宅介護支援(介護予防を含む)、定期巡回・随時対応型訪問介護看護	実利用者数(4月中)
介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、地域密着型介護老人福祉施設	延べ在所(在院)者数(4月中)
上記以外のサービス	延べ利用者数(4月中)

サービスの種類 (居宅サービス)	事業所番号										延べ利用者数等※1	食事延べ提供数※2	送迎延べ実施回数※2	
訪問介護(介護予防を含む)											1	回		
訪問入浴介護(介護予防を含む)											2	回		
訪問看護(介護予防を含む)											3	回		
訪問リハビリテーション(介護予防を含む)											4	回		
居宅療養管理指導(介護予防を含む)											5	人		
通所介護(介護予防を含む)											6	人	食	回
通所リハビリテーション(介護予防を含む)											7	人	食	回
短期入所生活介護(空床利用分を除く)(介護予防を含む)											8	人	食	回
短期入所療養介護(介護予防を含む)	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	9	*****	*****	*****
特定施設入居者生活介護(介護予防を含む)											10	人	食	
福祉用具貸与(介護予防を含む)											11	人		
居宅介護支援(介護予防を含む)											12	人		

サービスの種類 (地域密着型サービス)	事業所番号										延べ利用者数等※1	食事延べ提供数※2	送迎延べ実施回数※2	
定期巡回・随時対応型訪問介護看護											13	人		
夜間対応型訪問介護											14	回		
地域密着型通所介護											15	人	食	回
認知症対応型通所介護(介護予防を含む)											16	人	食	回
小規模多機能型居宅介護(介護予防を含む)											17	人	食	回
認知症対応型共同生活介護(介護予防を含む)											18	人	食	
地域密着型特定施設入居者生活介護											19	人	食	
地域密着型介護老人福祉施設											20	人	食	
看護小規模多機能型居宅介護											21	人	食	回

サービスの種類 (施設サービス)	事業所番号										延べ利用者数等※1	食事延べ提供数※2	送迎延べ実施回数※2	
介護老人福祉施設											22	人	食	
介護老人保健施設											23	人	食	
介護療養型医療施設	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	24	*****	*****	

## 問2 平成29年4月時点の建物の状況についておうかがいします。

1 建築延べ床面積  m<sup>2</sup> (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。以下、同じ。)

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は、「0」を記入してください。

	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・外来患者で共有している諸室等を含めて記入してください。)				
① 5人室以上	室	m <sup>2</sup>	室	m <sup>2</sup>
② 4人室	室	m <sup>2</sup>	室	m <sup>2</sup>
③ 3人室	室	m <sup>2</sup>	室	m <sup>2</sup>
④ 2人室	室	m <sup>2</sup>	室	m <sup>2</sup>
⑤ 個室	室	m <sup>2</sup>	室	m <sup>2</sup>
⑥ 機能訓練室	当てはまる番号に○をつけてください。 1. 専用室 2. 他の目的室と兼用		<input type="text"/>	m <sup>2</sup>
⑦ 談話室	当てはまる番号に○をつけてください。 1. 専用室 2. 他の目的室と兼用		<input type="text"/>	m <sup>2</sup>
⑧ 食堂	当てはまる番号に○をつけてください。 1. 専用室 2. 他の目的室と兼用		<input type="text"/>	m <sup>2</sup>
⑨ 浴室	<input type="text"/>			m <sup>2</sup>
⑩ シャワールーム	<input type="text"/>			m <sup>2</sup>
⑪ その他	<input type="text"/>			m <sup>2</sup>
病棟部門合計	<input type="text"/>			m <sup>2</sup>

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ください。)

	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
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 <sup>2</sup>
	通所介護 (介護予防含む)	<input type="text"/>		m <sup>2</sup>
	認知症対応型通所介護 (介護予防含む)	<input type="text"/>		m <sup>2</sup>
② 一般外来部・待合いホール	<input type="text"/>			m <sup>2</sup>
③ その他	<input type="text"/>			m <sup>2</sup>
通所・外来部門合計	<input type="text"/>			m <sup>2</sup>

C 管理部門等

① 給食部	<input type="text"/>	m <sup>2</sup>
② その他	<input type="text"/>	m <sup>2</sup>
管理部門等合計	<input type="text"/>	m <sup>2</sup>

3 2以外の介護保険サービス(※2)に係る専用延べ床面積

m<sup>2</sup>

※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ください。

※2 問1(6)で記入をした、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うち、問2 2の病棟部門、通所・外来部門、管理部門等以外のサービスに係る専用延べ床面積を記入してください。ただし、当該サービスに特定施設入居者生活介護が含まれる場合は、要支援・要介護者以外の利用者へのサービス分も含まれます。

# 問 3 平成29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。

- 平成29年4月中に給与を支払った職員数と給与・賞与等について、記入ください。  
記入する内容に関しては、必ず記入要領を確認してください。
  - 問1(4)において「単独会計」と回答した場合は、常勤・非常勤ともに「調査対象サービス分の換算人員」、非常勤の「実人員」、**「調査対象サービス分の換算人員」に対応する「給料」**(給与・賞与等)を記入してください。  
常勤の「実人員」、非常勤の「換算人員」欄は記入不要です。
  - 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常勤・非常勤の「実人員」、非常勤の「換算人員」、常勤・非常勤の「調査対象サービス分の換算人員」、**「実人員」に対応する「給料」**(給与・賞与等)を記入してください。
- ※1 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。  
決めがたい場合は、番号の若い方を優先して記入してください。
- ※2 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、1～22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を決めがたい場合は、番号の若い方を優先して記入してください。
- ※3 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。

平成29年4月分

職 種	常 勤						非 常 勤								
	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	人	人	百万	千	円	人	人	人	人	百万	千	円	
1 病院・診療所の管理者	1							1							
2 その他介護保険事業の管理者	2							2							
3 医師	3							3							
4 歯科医師	4							4							
5 薬剤師	5							5							
6 看護師	6							6							
7 准看護師	7							7							
8 介護職員	8							8							
9 うち介護福祉士	9							9							
10 理学療法士	10							10							
11 作業療法士	11							11							
12 言語聴覚士	12							12							
13 歯科衛生士	13							13							
14 柔道整復師・あん摩マッサージ指圧師	14							14							
15 生活相談員・支援相談員	15							15							
16 うち社会福祉士	16							16							
17 福祉用具専門相談員	17							17							
18 栄養士	18							18							
19 うち管理栄養士	19							19							
20 調理員	20							20							
21 事務職員	21							21							
22 その他	22							22							
23 1～22のうち介護支援専門員・計画作成担当者(再掲)	23							23							
24 1～22のうち訪問介護のサービス提供責任者(再掲)	24							24							
百万 千 円															
25 通勤手当(再掲)(平成29年4月分)	25							25							
百万 千 円															
26 賞与または賞与引当金繰入(平成28年度実績の1/12の金額)	26							26							
百万 千 円															
27 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)	(1) 社会福祉施設退職手当等職員共済に加入	→掛け金額(平成28年度実績の1/12の金額)	27												
	(2) 全国社会福祉団体職員退職手当積立基金に加入		28												
	(3) 中小企業退職金共済制度に加入		29												
	(4) その他共済制度に加入		30												
	(5) 退職給与(給付)引当金繰入の実施 ※(1)～(4)以外		31												
	(6) 退職金として支出 ※(1)～(5)に計上される分を除く		32												
百万 千 円															
28 法定福利費(事業主負担・平成28年度実績の1/12の金額)	33							33							

<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。

$$\frac{\text{職員の1週間の勤務時間}}{\text{施設が定めている1週間の勤務時間}}$$

※1か月に数回の勤務である場合

$$\frac{\text{職員の1か月の勤務時間}}{\text{施設が定めている1週間の勤務時間} \times 4(\text{週})}$$

# 問4 (1)平成28年度の事業収益等についておうかがいします。

- 平成28年度の決算期数値における収益について記入して下さい。
- 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下さい。
- 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下さい。  
なお、記入に際しては、問4(1)で記入した収益に対応した費用を問4(3)に記入してください。

科 目		平成28年度決算期数値									
		金 額									
		十億	百万	千	円						
医業収益	1										
介護報酬収益	計	2									
1 施設介護料収益(1割の利用者負担分を含む)	小計	3									
(1)介護老人保健施設		4									
(2)介護療養型医療施設		5									
2 居宅介護料収益(1割の利用者負担分を含む)	小計	6									
(1)訪問介護(介護予防を含む)		7									
(2)訪問入浴介護(介護予防を含む)		8									
(3)訪問看護(介護予防を含む)		9									
(4)訪問リハビリテーション(介護予防を含む)		10									
(5)通所介護(介護予防を含む)		11									
(6)通所リハビリテーション(介護予防を含む)		12									
(7)短期入所療養介護(介護予防を含む)		13									
(8)特定施設入居者生活介護(介護予防を含む)		14									
(9)福祉用具貸与(介護予防を含む)		15									
(10)居宅療養管理指導(介護予防を含む)		16									
(11)定期巡回・随時対応型訪問介護看護		17									
(12)夜間対応型訪問介護		18									
(13)地域密着型通所介護		19									
(14)認知症対応型通所介護(介護予防を含む)		20									
(15)小規模多機能型居宅介護(介護予防を含む)		21									
(16)認知症対応型共同生活介護(介護予防を含む)		22									
(17)地域密着型特定施設入居者生活介護		23									
(18)看護小規模多機能型居宅介護		24									
(19)その他の居宅介護サービス((1)～(18)に該当しないもの)		25									
3 居宅介護支援介護料収益	小計	26									
(1)居宅介護支援介護料収益		27									
(2)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)		28									
4 介護予防・日常生活支援総合事業費収益		29									
5 保険外の利用料による収益	小計	30									
(1)施設利用料収益	小計	31									
① 介護老人保健施設		32									
② 介護療養型医療施設		33									

I  
医業・介護収益





## 問4 (2)平成28年度の財務活動等による支出についておうかがいします。

- 下記の支出がある場合、資金収支計算書又はキャッシュフロー計算書が、  
 ①介護サービスの種別ごとに区分されている場合、  
 ②介護サービスの種別ごとに区分されてなく、他の介護サービス等と一体となっている場合、  
 のいずれかを選択してチェックボックスにチェックをつけてください。

↓いずれか1つのチェックボックスにチェックしてください。

<input type="checkbox"/>	①介護サービスの種別ごとに区分されている	→そのまま調査対象サービス分の支出を記入してください。
<input type="checkbox"/>	②介護サービスの種別ごとに区分されてなく、他の介護サービス等と一体となっている	→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を記入してください。

- 「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、平成28年度に返済した額を記入してください。

科 目	平成28年度決算期数値									
	70	金 額								
		十億	百万	千	円					
設備資金借入金の返済による支出	70									
長期運営資金借入金の返済による支出	71									

## 問4 (3) 平成28年度の事業費用についておうかがいします。

- 平成28年度の決算期数値における費用額について記入して下さい。
- 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)で記入した収益に対応した費用を問4(3)に記入してください。  
 問4(1)において、医療サービスによる収益を含めて記入した場合は、問4(3)に医療サービスに係る費用を含めて記入してください。

※ 事業開始から1年に満たない場合は、事業開始からの経過月数に応じて1年分を算出してください。

※ 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		平成28年度決算期数値																		
		金 額																		
		十億	百万	千	円	十億	百万	千	円	十億	百万	千	円							
II 医 業 ・ 介 護 費 用	1 給与費	1																		
	2 医薬品費	2																		
	3 給食用材料費	3																		
	4 診療材料費・医療消耗器具備品費	4																		
	5 経費	計	5																	
	(1)福利厚生費		6																	
	(2)通信費		7																	
	(3)消耗品費		8																	
	(4)消耗器具備品費		9																	
	(5)車両費		10																	
	(6)光熱水費		11																	
	(7)修繕費		12																	
(8)賃借料	小計	13																		
① 土地		14																		
② 建物及び建物附属設備		15																		
③ 設備器械		16																		
④ その他の賃借料(①～③に該当しないもの)		17																		
(9)保険料	小計	18																		
① 自動車保険料(自動車損害賠償責任保険料含む)		19																		
② その他の保険料(①に該当しないもの)		20																		
(10)租税公課		21																		
(11)徴収不能損失		22																		
(12)その他の経費((1)～(11)に該当しないもの)		23																		

科 目		平成28年度決算期数値																			
		金 額																			
		十億	百万	千	円																
II 医業・ 介護費用 (続き)	6 委託費	計	24																		
		(1)派遣委託費	25																		
		(2)患者用給食委託費	26																		
		(3)送迎委託費	27																		
		(4)寝具類洗濯・賃貸委託費(病衣除く)	28																		
		(5)清掃委託費	29																		
		(6)各種器械保守委託費	30																		
		(7)その他の委託費((1)~(6)に該当しないもの)	31																		
		7 研究研修費	32																		
		8 減価償却費	計	33																	
			(1)建物及び建物付属設備減価償却費	34																	
			(2)医療用器械設備減価償却費	35																	
			(3)車両船舶設備減価償却費	36																	
			(4)特殊浴槽減価償却費	37																	
		(5)その他の減価償却費((1)~(4)に該当しないもの)	38																		
	9 本部費	39																			
	10 その他(1~9に該当しないもの)	40																			
	医業・介護費用計(1~10の合計)		41																		
	うち消費税課税対象費用計		42																		
III	医業・介護外収益		計	43																	
	1 受取利息・配当金		44																		
	2 その他の医業・介護外収益(1に該当しないもの)		45																		
IV	医業・介護外費用		46																		
	うち支払利息		47																		
V	特別損益		48																		
	1 特別利益		49																		
	2 特別損失		50																		
VI	税金		51																		