

I 調査の概要

1 調査の目的

介護保険法では、各サービスに要する平均的な費用を勘案して介護報酬を算定することと定められています。本調査は、介護サービス事業所の収支等の実態を明らかにし、介護報酬見直しのための基礎資料を得ることを目的として実施されます。

2 調査の対象

介護保険サービスの指定施設・事業所を対象として行います。
(一体的に経営・会計を実施している居宅サービスの状況も含みます。)

(1) 介護保険施設

- ・ 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 (病院・診療所)

(2) 指定居宅サービス事業者・指定居宅介護支援事業者・地域密着型サービス事業者 次の事業につき都道府県知事・市町村長の指定を受けた事業所

- ・ 訪問介護 (介護予防含む)
- ・ 訪問入浴介護 (介護予防含む)
- ・ 訪問看護ステーション (介護予防含む)
- ・ 訪問リハビリテーション (介護予防含む)
- ・ 通所介護 (介護予防含む)
- ・ 通所リハビリテーション (介護予防含む)
- ・ 介護予防支援・居宅介護支援
- ・ 福祉用具貸与事業所 (介護予防含む)
- ・ 夜間対応型訪問介護
- ・ 認知症対応型通所介護 (介護予防含む)
- ・ 認知症対応型共同生活介護事業所 (介護予防含む)
- ・ 小規模多機能型居宅介護 (介護予防含む)
- ・ 単独型の短期入所生活介護 (介護予防含む)
- ・ 短期入所療養介護 (介護予防含む)
- ・ 特定施設入居者生活介護事業所 (介護予防含む)
- ・ 地域密着型特定施設入居者生活介護事業所 (有料老人ホーム・高齢者専用賃貸住宅・ケアハウス・養護老人ホーム)

3 調査対象の選定方法

調査対象となる指定施設・事業所を、級地区分、施設・事業所規模別に層化し、1/1～1/20の抽出率により (抽出率はサービスによって異なります) 無作為に客体を選定しました。

4 調査の主体

厚生労働省が実施します。

5 調査票の内容

調査票に記載された事項とします。

6 調査の方法

施設・事業所の管理者等が記入します。

7 調査票提出のお願い

調査票は同封の返信用封筒にて、「厚生労働省老健局老人保健課調査係 介護事業実態調査事務局（〒190-8790 東京都立川市曙町 1-18-2 一清ビル別館 3 階）」宛てに、平成 23 年 4 月 30 日（土）までにご投函下さい。

また、専用ホームページ <https://kaigo23.net> からでもご提出いただけます。

平成23年度 介護事業実態調査 (介護事業経営実態調査)

＜介護老人福祉施設・地域密着型介護老人福祉施設調査票＞

平成23年4月調査

お手数をおかけしますが、下の①～⑤に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 お名前 役職
- ⑤ 4月1日時点の調査対象サービスの活動状況

右のいずれ1つ番号
を選んでください

1. 活動中 — 内側へお進みください —
2. 休止 ……
3. 廃止 ……

今回の調査にご回答いただく必要はございません。
お手数ですが、このまま調査票をご返送ください。

4月30日までにご回答をお願いします

返信いただく際には、調査票の裏表紙にあるチェックリストで
記載内容をご確認の上、ご回答ください。

【調査票にご記入いただく前に】

本調査票のご記入に当たっては、送付した調査票の表紙に記載されている調査対象サービスについてご記入下さい。なお、表紙に記載されている調査対象サービス以外のサービスも行っている場合は、それらの会計を「単独」で行っているか「一体」で行っているかによって、ご記入いただく項目が異なりますので、以下にお示しする内容をお読みいただいた上で、ご記入下さいますよう、お願い申し上げます。

問1について

- 送付した調査票の表紙に記載されている調査対象サービスについて、会計を「単独」で行っている場合（他の介護保険サービスを実施していない場合を含む）は、（４）（５）についてご記入いただく必要はありません。ただし、複数の介護保険サービスの会計を「一体」で行っている場合は、（４）（５）についてご記入をお願いします。
- 「会計を単独で行っている」とは、複数の介護保険サービスを行っている場合に、それぞれの介護保険サービスの会計を区分していることをいいます。

問3について

- 送付した調査票の表紙に記載されている調査対象サービスについて、会計を「単独」で行っている場合（他の介護保険サービスを実施していない場合を含む）は、ご記入いただく必要はありません。ただし、複数の介護保険サービスの会計を「一体」で行っている場合は、ご記入をお願いします。

問5について

- 送付した調査票の表紙に記載されている調査対象サービスについてご記入下さい。なお、調査対象サービスと会計を「一体」で行っているサービスがある場合は、それらについてもご記入をお願いします。
- なお、「（２）事業支出等」につきましては、貴施設で使用している会計基準、指針に該当する箇所についてご記入下さい。なお、該当する会計基準等が無い場合は、「（２）－A 事業支出等：指定介護老人福祉施設等会計処理等取扱指導指針」に沿ってご記入をお願いします。

■「指定介護老人福祉施設等会計処理等取扱指導指針」に基づいた会計を行っている場合

⇒	問5（１）事業収入 問5（２）－A事業支出等：指定介護老人福祉施設等会計処理等取扱指導指針	へのご記入をお願いします
---	--	--------------

■「社会福祉法人会計基準」に基づいた会計を行っている場合

⇒	問5（１）事業収入 問5（２）－B事業支出等：社会福祉法人会計基準	へのご記入をお願いします
---	--------------------------------------	--------------

記入の流れ

表紙

電話番号、活動状況 等

問1: サービス提供の状況等

問1(1)

問1(2)

問1(3)

「1. 単独」と回答

「2. 一体」と回答

問1(4)

問1(5)

問2: 居室・設備等の状況

問2

問3: 職員配置

問3

問4: 職員給与

問4

問5: 収支の状況

問5(1)

問5(2)

指定介護老人福祉施設等

該当する会計基準がない

社会福祉法人会計基準

(2)-A

(2)-B

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 | 4. 日本赤十字社 | 7. 社団・財団法人 |
| 2. 市区町村 | 5. 社会福祉協議会 | 8. 1～7以外 |
| 3. 広域連合・一部事務組合 | 6. 社会福祉法人（社会福祉協議会以外） | |

（3）表紙に記入されている調査対象サービスにおける会計の区分状況について
下記より選び、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（調査対象サービスの収入・支出を把握）で会計を行っている |
| 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 |

（4）下記の該当する項目の口をチェック（☑）し、それぞれ指示に従って下さい。

☐

単独会計 ⇒ 問1（4）（5）は記入不要です。問2（6頁）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		⇒(5)②も記入
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		⇒(5)③も記入
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		⇒(5)④も記入
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		⇒(5)⑤も記入
ト 特定施設入居者生活介護		
ナ 介護予防支援		⇒(5)⑥も記入
ニ 居宅介護支援		

（次頁へ続く）

(4) の続き

(地域密着型サービス)		
又 夜間対応型訪問介護		⇒(5)⑦も記入
ネ 介護予防認知症対応型通所介護		}⇒(5)⑧も記入
ノ 認知症対応型通所介護		
ハ 介護予防小規模多機能型居宅介護		
ヒ 小規模多機能型居宅介護		
フ 介護予防認知症対応型共同生活介護		
ヘ 認知症対応型共同生活介護		
ホ 地域密着型特定施設入居者生活介護		⇒(5)⑤も記入
マ 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護		

(施設サービス)	
ミ 介護老人福祉施設	
ム 介護老人保健施設	
メ 介護療養型医療施設	

(5) 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。

単体会計 ⇒ 問2 (6頁) に進んで下さい。(5) 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 (4) (1～2頁) で事業所番号を記入したサービスの口にチェック (☑) し、それぞれの太枠内に記入して下さい。

①【ミ 介護老人福祉施設】／【マ 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護】

【ミ 介護老人福祉施設】

施設サービス利用者数 ※短期入所生活介護（空床型）の利用者については、ここに含めずに、次ページ「④【ソ 介護予防短期入所生活介護／タ 短期入所生活介護】」に含めて記入して下さい。

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他※1
延べ在所者数 (3月中)	人	人	人	人	人	人
延べ入院、外泊者数 (3月中)	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。

【マ 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護】

施設サービス利用者数 ※短期入所生活介護（空床型）の利用者については、ここに含めずに、次ページ「④【ソ 介護予防短期入所生活介護／タ 短期入所生活介護】」に含めて記入して下さい。

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他※1
延べ在所者数 (3月中)	人	人	人	人	人	人
延べ入院、外泊者数 (3月中)	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。

【ミ 介護老人福祉施設／マ 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護】
を あわせた サービスの提供状況

施設サービス提供数 ※短期入所生活介護（空床型）の利用者については、ここに含めずに、次ページ「④【ソ 介護予防短期入所生活介護／タ 短期入所生活介護】」に含めて記入して下さい。

食事 (3月中)	食事延べ提供数	食
	うち療養食延べ提供数	食

(5) のつづき

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（3月中）		時間				
【イ 訪問介護】						
介護保険利用者へのサービス（3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（3月中）						
延べ訪問回数		回				
訪問時間合計		時間				

③【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 <u>あわせた</u> サービスの提供状況			
食事延べ提供数（3月中）		食	
送迎の状況 （3月中）	送迎延べ実施回数	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。]
	うち通常の事業実施地域以外の送迎延べ実施回数	回	

④【ソ 介護予防短期入所生活介護】／【タ 短期入所生活介護】

【ソ 介護予防短期入所生活介護／タ 短期入所生活介護】を <u>あわせた</u> サービスの提供状況			
食事延べ提供数（3月中）		食	
送迎の状況 （3月中）	送迎延べ実施回数	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。]
	うち通常の事業実施地域以外の送迎延べ実施回数	回	

⑤【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】／【ホ 地域密着型特定施設入居者生活介護】

【テ 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（認定申請中）			
延べ利用者数 （3月中）	人	人	人			
【ト 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 （認定申請中）
延べ利用者数 （3月中）	人	人	人	人	人	人
【ホ 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 （認定申請中）
延べ利用者数 （3月中）	人	人	人	人	人	人

(次頁へ続く)

(5) のつづき

⑥【ナ 介護予防支援】／【ニ 居宅介護支援】

【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（3月中）	人	人	人
うち新規の実利用者数（3月中）	人	人	人
うち居宅介護支援事業所に委託している実利用者数（3月中）	人		

【ニ 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（3月中）	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人
うち新規の実利用者数（3月中）	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人
介護予防支援事業所から受託している実利用者数（3月中）	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の人数を記入して下さい。

【ナ 介護予防支援／ニ 居宅介護支援】を <u>あわせた</u> サービスの提供状況	
要介護認定調査の受託件数（3月中）	件
住宅改修理由書の作成件数（3月中）	件

⑦【ヌ 夜間対応型訪問介護】

【ヌ 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				
実利用者数（3月中）	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人
類型別延べ訪問回数	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回
(3月中)										
うち定期巡回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回
うち随時訪問	回	回	回	回	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。

⑧【ネ 介護予防認知症対応型通所介護】／【ノ 認知症対応型通所介護】

【ネ 介護予防認知症対応型通所介護／ノ 認知症対応型通所介護】を <u>あわせた</u> サービスの提供状況		
食事延べ提供数（3月中）	食	
送迎の状況（3月中）	送迎延べ実施回数	回
	うち通常の事業実施地域以外の送迎延べ実施回数	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。]

問2 居室・設備等の状況

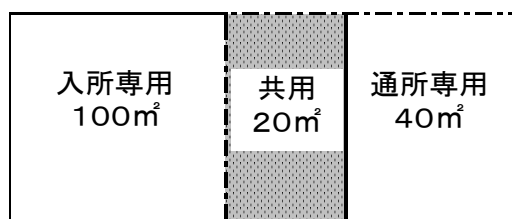
1 建築延べ面積	m ²														
2 介護老人福祉施設・地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護（空床利用の短期入所生活介護（介護予防含む）を含む）、通所介護（介護予防含む）、認知症対応型通所介護（介護予防含む）の各施設・設備に係る延べ床面積															
	室数			延べ床面積（m ² ）							入所・通所 共用部分※1 （再掲）				
	介護老人 福祉施設	地域密着型 介護老人福祉施設 入所者生活介護	短期入所 生活介護 （介護予防含む） （併設型）	入所部分			通所部分								
	介護老人 福祉施設	地域密着型 介護老人福祉施設 入所者生活介護	短期入所 生活介護 （介護予防含む） （併設型）	介護老人 福祉施設	地域密着型 介護老人福祉施設 入所者生活介護	短期入所生活介護 （介護予防含む） （併設型）	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）							
ユニット ケア※2 以外	①5人以上室	室	室	室	m ²	m ²	m ²								
	②4人室	室	室	室	m ²	m ²	m ²								
	③3人室	室	室	室	m ²	m ²	m ²								
	④2人室	室	室	室	m ²	m ²	m ²								
	⑤個室	室	室	室	m ²	m ²	m ²								
	⑥静養室						m ²		m ²	m ²	m ²				
	⑦浴室						m ²		m ²	m ²	m ²				
	⑧医務室						m ²		m ²	m ²	m ²				
	⑨食堂		当てはまる番号を口にご記入下さい。 1:専用室 2:他の目的室と兼用					m ² ※3		m ²	m ²	m ²			
	⑩機能訓練室		当てはまる番号を口にご記入下さい。 1:専用室 2:他の目的室と兼用					m ² ※3		m ²	m ²	m ²			
ユニット ケア※2	⑪2人室	室	室	室	m ²	m ²	m ²								
	⑫個室	室	室	室	m ²	m ²	m ²								
	⑬共同生活室						m ²								
3 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）以外の居宅介護サービスに係る専用延べ床面積（m ² ）															
m ²															

※1：入所部分、通所部分の利用者が共用している諸室の延べ床面積を再掲して下さい。（詳細は記入要領を参照して下さい。）

※2：ユニットケアとは、居室をいくつかのグループに分け、少数の居室と食堂や談話スペース（居宅での居間に相当する）等によって一体的に構成された居室環境（ユニット）によるケアをいいます。

※3：⑨食堂と⑩機能訓練室が共用の場合、⑨食堂に記入し⑩機能訓練室の面積は記入しないで下さい。

食堂記入例：160m²の食堂のうち、100m²は入所専用、40m²は通所専用、20m²は入所と通所で共用している。



○入所部分 → 120m²
＝入所専用（100）＋共用（20）

○通所部分 → 60m²
＝通所専用（40）＋共用（20）

○共用部分 → 20m²

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）は記入不要です。 問4（8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23年3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、1～21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、1～21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23年3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	介護老人福祉施設の管理者		人
2	地域密着型特定施設入居者生活介護の管理者		人
3	その他介護保険事業の管理者（上記1、2以外）		人
4	医師		人
5	薬剤師		人
6	看護師		人
7	准看護師		人
8	介護職員		人
9	うち介護福祉士		人
10	理学療法士		人
11	作業療法士		人
12	言語聴覚士		人
13	柔道整復師・あん摩マッサージ指圧師		人
14	生活相談員・支援相談員		人
15	うち社会福祉士		人
16	福祉用具専門相談員		人
17	栄養士		人
18	うち管理栄養士		人
19	調理員		人
20	事務職員		人
21	その他		人
22	上記1～21のうち介護支援専門員（再掲）		人
23	上記1～21のうち訪問介護のサービス提供責任者（再掲）		人

【換算数の計算式】

職員の1週間の勤務時間

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>

職員の1ヶ月の勤務時間

施設が定めている1週間の勤務時間×4（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、およその時間によって算出して下さい。

上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位まで計上して下さい。得られた結果が0.1に満たない場合は、「0.1」と計上して下さい。

問4 職員給与

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 ⇒ 調査対象サービスに従事する職員の換算人員（平成23年3月末日時点）と平成23年3月の1ヶ月分の給与額等について、それぞれ記入して下さい。

☐ 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全体の、職員の換算人員（平成23年3月末日時点）と平成23年3月の1ヶ月分の給与額等について、それぞれ記入して下さい。

※ 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。

※ 主として従事している職種を決めがたい場合は、1～21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、その職員数及び給料は含めないで下さい。

平成23年3月分

職 種	常 勤		非 常 勤	
	換算人員 人	給 料 円	実人員 人	換算人員 人
1 介護老人福祉施設の管理者				
2 地域密着型特定施設入居者生活介護の管理者				
3 その他介護保険事業の管理者（上記1、2以外）				
4 医師				
5 薬剤師				
6 看護師				
7 准看護師				
8 介護職員				
9 うち介護福祉士				
# 理学療法士				
# 作業療法士				
# 言語聴覚士				
# 柔道整復師・あん摩マッサージ指圧師				
# 生活相談員・支援相談員				
# うち社会福祉士				
# 福祉用具専門相談員				
# 栄養士				
# うち管理栄養士				
# 調理員				
# 事務職員				
# その他				
# 介護支援専門員（再掲）				
# 訪問介護のサービス提供責任者（再掲）				
24 通勤手当（再掲）				
25 看護・介護職員に係る夜勤手当（再掲）				
26 賞与（年間支給額の1/12の額）	換算人員	賞 与		
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22年度実績の1/12）		
	(2) 全国社会福祉団体職員退職手当積立基金に加入	→ 掛け金額（平成22年度実績の1/12）		
	(3) 中小企業退職金共済制度に加入	→ 掛け金額（平成22年度実績の1/12）		
	(4) その他共済制度に加入	→ 掛け金額（平成22年度実績の1/12）		
	(5) 退職給与引当金繰入の実施（上記(1)～(4)以外）	→ 退職給与引当金（平成22年度実績の1/12）		
	(6) 退職金として支出（平成22年度実績の1/12）			
28 法定福利費（事業主負担・平成22年度実績の1/12）				

問5 収支の状況

☐ 単独会計 ⇒ 調査対象サービスに関する、(1) 事業収入(本頁)および(2) 事業支出等(11頁)について、それぞれ平成23年3月の1か月分の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、(1) 事業収入(本頁)および(2) 事業支出等(11頁)について、それぞれ平成23年3月の1か月分の額を記入して下さい。

※1 事業開始から1年に満たない場合には、事業開始からの経過月数に応じて1ヶ月分を算出して下さい。

(1) 事業収入

		平成23年3月分	
科 目		金 額	円
Ⅰ 事業 活動 収入	1 介護老人福祉施設介護サービス収入 計		
	(1) 介護老人福祉施設		
	うち空床利用の短期入所生活介護(介護予防を含む)の介護料収入及び利用者等利用料収入		
	(2) 地域密着型介護老人福祉施設		
	うち空床利用の短期入所生活介護(介護予防を含む)の介護料収入及び利用者等利用料収入		
	2 居宅介護サービス収入 計		
	(1) 訪問介護(介護予防を含む)		
	(2) 訪問入浴介護(介護予防を含む)		
	(3) 通所介護(介護予防を含む)		
	(4) 福祉用具貸与(介護予防を含む)		
	(5) 短期入所生活介護(介護予防を含む)		
	(6) 特定施設入居者生活介護(介護予防を含む)		
	(7) 夜間対応型訪問介護		
	(8) 認知症対応型通所介護(介護予防を含む)		
	(9) 小規模多機能型居宅介護(介護予防含む)		
	(10) 認知症対応型共同生活介護(介護予防を含む)		
	(11) 地域密着型特定施設入居者生活介護		
	(12) その他の居宅介護サービス収入		
	3 居宅介護支援介護料収入 計		
	(1) 介護予防支援介護料収入 (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入		

(前頁からの続き)

科 目		金 額
		円
事業活動収入	4 保険外の利用料による収入 計	
	(1) 介護老人福祉施設介護サービス収入 小計	
	ア 介護老人福祉施設	
	イ 地域密着型介護老人福祉施設	
	(2) 居宅介護サービス利用料収入 小計	
	ア 訪問介護（介護予防を含む）	
	イ 訪問入浴介護（介護予防を含む）	
	ウ 通所介護（介護予防を含む）	
	エ 福祉用具貸与（介護予防を含む）	
	オ 短期入所生活介護（介護予防を含む）	
	カ 特定施設入居者生活介護（介護予防を含む）	
	キ 夜間対応型訪問介護	
	ク 認知症対応型通所介護（介護予防を含む）	
	ケ 小規模多機能型居宅介護（介護予防を含む）	
	コ 認知症対応型共同生活介護（介護予防を含む）	
	サ 地域密着型特定施設入居者生活介護	
	シ その他の居宅介護サービス利用料収入	
	(3) 管理費収入（消費税等を含む）	
	うち特定施設入居者生活介護（介護予防を含む）の保険外の利用料に係る収入	
	(4) その他の利用料収入（消費税等を含む）	
	5 その他の事業収入 計	
	(1) 補助金収入	
	(2) 市町村特別事業収入	
	(3) 受託収入（消費税等を含む）	
	(4) 介護職員処遇改善交付金受入額	
	(5) その他（消費税等を含む）	
	6 その他の収入 計	
	(1) 入居金収入（消費税等を含む）	
	うち特定施設入居者生活介護（介護予防を含む）の保険外の利用料に係る収入	
	(2) 介護予防支援事業者からの委託に係る収入	
	(3) 障害者等のホームヘルプサービス収入	
	(4) その他（消費税等を含む）	
	7 国庫補助金等特別積立金取崩額	
	8 介護報酬査定減	
事業活動収入計		

(2) 事業支出等

送付した調査票の表紙に記載されている調査対象サービス及びそれと一体的に経営・会計を行っているサービスについて、使用している会計基準、指針に該当する口にチェック（☑）し、それぞれ指定の用紙に記入して下さい。

☐	指定介護老人福祉施設等会計処理等取扱指導指針	⇒ (2) -A (11頁) に記入
☐	該当する会計基準がない	
☐	社会福祉法人会計基準	⇒ (2) -B (13頁) に記入

※ 記入にあたっては、平成23年3月分の値をご記入下さい。なお、年額又はそれに準ずる（半期・四半期など）支払い額の場合には、月額（1/12にする等）に改めてご記入下さい。

※ 事業開始から1年に満たない場合には、事業開始からの経過月数に応じて1ヶ月分を算出して下さい。

※ 各支出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（各支出費目に消費税額を算入した値）で記入して下さい。

(2) -A		平成23年3月分
科 目		金 額 円
Ⅱ 事業活動支出	1 人件費	
	うち介護職員処遇改善交付金による支出	
	2 経費	計
	(1) 直接介護支出	小計
	ア 給食材料費	
	イ 介護用品費	
	ウ 消耗器具備品費	
	エ 車両費	
	オ 光熱水費	
	カ 燃料費	
	キ その他の直接介護支出（ア～カに該当しないもの）	
	(2) 一般管理支出	小計
	ア 福利厚生費	
	イ 旅費交通費	
	ウ 研修費	
	エ 通信運搬費	
	オ 事務消耗品費	
	カ 印刷製本費	
	キ 広報費	
	ク 修繕費	
ケ 保守料		

(前頁からの続き)

科 目		金 額
		円
Ⅱ 事業活動支出	コ 賃借料	小計
	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）	
	サ 保険料	小計
	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）	
	シ 租税公課	
	ス 委託費	小計
	①派遣委託費	
	②給食委託費	
	③送迎委託費	
	④清掃委託費	
	⑤その他の委託費（①～④に該当しないもの）	
	セ 雑費	
	ソ その他の一般管理支出（ア～セに該当しないもの）	
	3 減価償却費	計
	ア 建物及び建物付属設備減価償却費	
	イ 車両船舶設備減価償却費	
ウ 特殊浴槽減価償却費		
エ その他の減価償却費（ア～ウに該当しないもの）		
4 徴収不能額		
5 その他（1～4に該当しないもの）		
事業活動支出計（1～5の合計）		
Ⅲ 事業活動外収入	計	
うち借入金利息補助金収入		
Ⅳ 事業活動外支出	計	
うち借入金利息		
Ⅴ 特別収入		
Ⅵ 特別支出	計	
うち会計区分外繰入金支出		
うち法人本部に帰属する経費：役員報酬等		
うち法人税等		

ご回答ありがとうございました。

調査票の「裏表紙（チェックリスト）」で記載内容をご確認の上、ご回答下さい。

- ※ 記入にあたっては、平成23年3月分の値をご記入下さい。なお、年額又はそれに準ずる（半期・四半期など）支払い額の場合には、月額（1/12にする等）に改めてご記入下さい。
- ※ 事業開始から1年に満たない場合には、事業開始からの経過月数に応じて1ヶ月分を算出して下さい。
- ※ 各支出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（各支出費目に消費税額を算入した値）で記入して下さい。

(2) -B		平成23年3月分
科 目		金 額 円
Ⅱ 事業活動支出	1 人件費支出	
	うち介護職員処遇改善交付金による支出	
	2 事務費支出（ア～チの合計）	計
	ア 福利厚生費	
	イ 旅費交通費	
	ウ 研修費	
	エ 消耗品費	
	オ 器具什器費	
	カ 印刷製本費	
	キ 水道光熱費	
	ク 燃料費	
	ケ 修繕費	
	コ 通信運搬費	
	サ 広報費	
	シ 業務委託費	小計
	①派遣委託費	
	②給食委託費	
	③送迎委託費	
	④清掃委託費	
	⑤その他の委託費（①～④に該当しないもの）	
	ス 損害保険料	小計
	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）	
	セ 賃借料	小計
	①土地	
	②建物及び建物付属設備	
③設備器械		
④その他（①～③に該当しないもの）		
ソ 租税公課		
タ 雑費		
チ その他経費（ア～タに該当しないもの）		

(前頁からの続き)

科 目		金 額
		円
Ⅱ 事業活動支出 (続き)	3 事業費支出 計	
	ア 給食費	
	イ 保健衛生費	
	ウ 水道光熱費	
	エ 燃料費 小計	
	① 車両分	
	② その他	
	オ 消耗品費	
	カ 器具什器費	
	キ 賃借料 小計	
	① 土地	
	② 建物及び建物付属設備	
	③ 設備器械	
	④ その他 (①～③に該当しないもの)	
	ク 教育指導費	
	ケ 就職支度費	
	コ 雑費	
	サ その他経費 (ア～コに該当しないもの)	
	4 減価償却費 計	
	ア 建物及び建物付属設備減価償却費	
	イ 車両船舶設備減価償却費	
	ウ 特殊浴槽減価償却費	
	エ その他の減価償却費 (ア～ウに該当しないもの)	
5 徴収不能額		
6 引当金繰入 (退職給与引当金は除く) ※1 計		
ア 徴収不能引当金繰入		
イ 修繕引当金繰入		
ウ その他引当金繰入 (ア、イに該当しないもの)		
事業活動支出計 (1～6の合計)		
Ⅲ 事業活動外収入 計		
うち借入金利息補助金収入		
Ⅳ 事業活動外支出 計		
うち借入金利息		
Ⅴ 特別収入		
Ⅵ 特別支出 計		
うち会計区分外繰入金支出		
うち法人本部に帰属する経費：役員報酬等		

※1 退職給与引当金は「6 引当金繰入」には含めないで下さい。

ご回答ありがとうございました。
調査票の「裏表紙 (チェックリスト)」で記載内容をご確認の上、ご回答下さい。

下記図の流れに従い、記入した質問にチェックし、記入漏れがないか確認して下さい。

表紙	電話番号、活動状況 等
----	----------------------------------

問1: サービス提供の状況等

問1(1)

問1(2)

問1(3)

「1. 単独」と回答

「2. 一体」と回答

問1(4)

問1(5)

問2: 居室・設備等の状況

問2

問3: 職員配置

問3

問4: 職員給与

問4

問5: 収支の状況

問5

問5(2)

指定介護老人福祉施設等

該当する会計基準がない

社会福祉法人会計基準

(2)-A

(2)-B

質問は以上です。後日、調査事務局より、記入内容について確認させていただく場合もありますので、お手数ですが記入の終わった電子調査票はコピーをとり、控えとして9月までお持ち下さい。

記入の終わった電子調査票は、4月30日までに「平成23年度 介護事業実態調査(介護事業経

平成23年度 介護事業実態調査 (介護事業経営実態調査)

<介護老人保健施設調査票>

平成23年4月調査

お手数をおかけしますが、下の①～⑤に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 お名前 役職
- ⑤ 4月1日時点の調査対象サービスの活動状況

右のいずれ1つ番号
を選んでください

1. 活動中 — 内側へお進みください —

2. 休止 ……

3. 廃止 ……

今回の調査にご回答いただく必要はございません。
お手数ですが、このまま調査票をご返送ください。

4月30日までにご回答をお願いします

返信いただく際には、調査票の裏表紙にあるチェックリストで
記載内容をご確認の上、ご回答ください。

厚生労働省 老健局

【調査票にご記入いただく前に】

本調査票のご記入に当たっては、送付した調査票の表紙に記載されている調査対象サービスについてご記入下さい。なお、表紙に記載されている調査対象サービス以外のサービスも行っている場合は、それらの会計を「単独」で行っているか「一体」で行っているかによって、ご記入いただく項目が異なりますので、以下にお示しする内容をお読みいただいた上で、ご記入下さいますよう、お願い申し上げます。

問1について

- 送付した調査票の表紙に記載されている調査対象サービスについて、会計を「単独」で行っている場合（他の介護保険サービスを実施していない場合を含む）は、（４）（５）についてご記入いただく必要はありません。ただし、複数の介護保険サービスの会計を「一体」で行っている場合は、（４）（５）についてご記入をお願いします。
- 「会計を単独で行っている」とは、複数の介護保険サービスを行っている場合に、それぞれの介護保険サービスの会計を区分していることをいいます。

問3について

- 送付した調査票の表紙に記載されている調査対象サービスについて、会計を「単独」で行っている場合（他の介護保険サービスを実施していない場合を含む）は、ご記入いただく必要はありません。ただし、複数の介護保険サービスの会計を「一体」で行っている場合は、ご記入をお願いします。

問5について

- 送付した調査票の表紙に記載されている調査対象サービスについてご記入下さい。なお、調査対象サービスと会計を「一体」で行っているサービスがある場合は、それらについてもご記入をお願いします。
- なお、「（２）費用等」につきましては、貴施設で使用している会計基準、指針に該当する箇所についてご記入下さい。

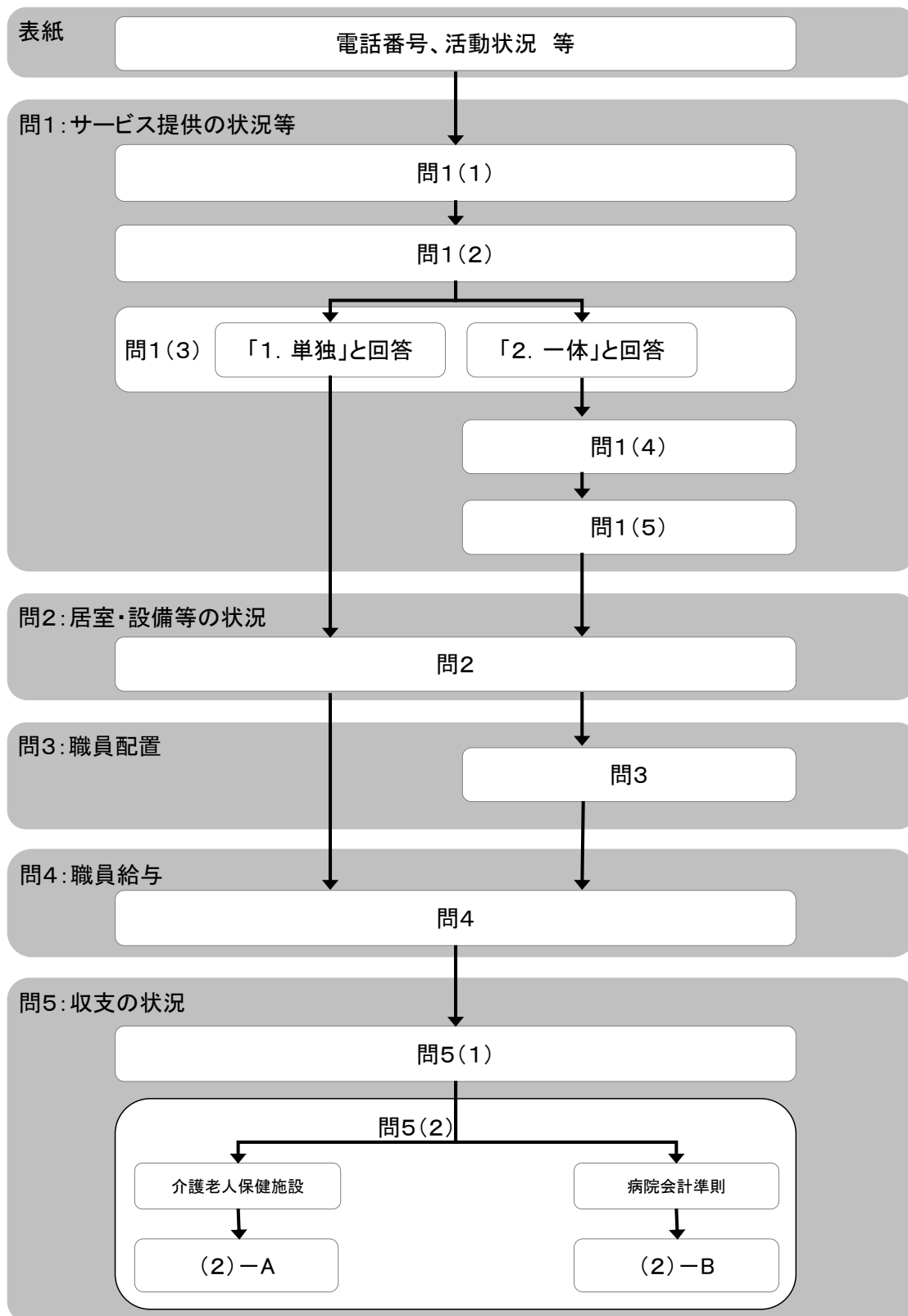
■「介護老人保健施設会計・経理準則」に基づいた会計を行っている場合

⇒ 問5（１）収益 問5（２）－A費用等：介護老人保健施設会計・経理準則	へのご記入をお願いします
---	--------------

■「病院会計準則」に基づいた会計を行っている場合

⇒ 問5（１）収益 問5（２）－B費用等：病院会計準則	へのご記入をお願いします
--------------------------------	--------------

記入の流れ



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）表紙に記入されている調査対象サービスにおける会計の区分状況について
下記より選び、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（調査対象サービスの収入・支出を把握）で会計を行っている
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

（４）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。

☐

単独会計 ⇒ 問1（４）（５）は記入不要です。問2（8頁）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		⇒(5)②も記入
イ 訪問介護		
ウ 介護予防訪問入浴介護		⇒(5)③も記入
エ 訪問入浴介護		
オ 介護予防訪問看護		⇒(5)④も記入
カ 訪問看護		
キ 介護予防訪問リハビリテーション		⇒(5)⑤も記入
ク 訪問リハビリテーション		
ケ 介護予防通所介護		⇒(5)⑥も記入
コ 通所介護		
サ 介護予防通所リハビリテーション		⇒(5)⑦も記入
シ 通所リハビリテーション		
ス 介護予防福祉用具貸与		⇒(5)⑧も記入
セ 福祉用具貸与		
ソ 介護予防短期入所生活介護		⇒(5)⑨も記入
タ 短期入所生活介護		
チ 介護予防短期入所療養介護		⇒(5)⑩も記入
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		⇒(5)⑪も記入
ト 特定施設入居者生活介護		
ナ 介護予防支援		⇒(5)⑫も記入
ニ 居宅介護支援		

（次頁へ続く）

(4) の続き

(地域密着型サービス)		
又 夜間対応型訪問介護		⇒(5)⑨も記入
ネ 介護予防認知症対応型通所介護		}⇒(5)⑩も記入
ノ 認知症対応型通所介護		
ハ 介護予防小規模多機能型居宅介護		
ヒ 小規模多機能型居宅介護		
フ 介護予防認知症対応型共同生活介護		
ヘ 認知症対応型共同生活介護		
ホ 地域密着型特定施設入居者生活介護		
マ 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護		

(施設サービス)	
ミ 介護老人福祉施設	
ム 介護老人保健施設	
メ 介護療養型医療施設	

(5) 下記の該当する項目の口にチェック(☑)し、指示に従ってください。

□	単独会計 ⇒ 問2(8頁)に進んで下さい。(5)は記入不要です。
□	一般会計 ⇒ 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(4)(1～2頁)で事業所番号を記入したサービスの口にチェック(☑)し、それぞれの太枠内に記入して下さい。

①【△ 介護老人保健施設】

□ 【△ 介護老人保健施設】										
一般棟		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		
	延べ在所者数(3月中)	□	人	□	人	□	人	□	人	□
	延べ外泊者数(3月中)	□	人	□	人	□	人	□	人	□
	延べ試行的退所者数(3月中)	□	人	□	人	□	人	□	人	□
専門知棟症		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		
	延べ在所者数(3月中)	□	人	□	人	□	人	□	人	□
	延べ外泊者数(3月中)	□	人	□	人	□	人	□	人	□
	延べ試行的退所者数(3月中)	□	人	□	人	□	人	□	人	□
食事(3月中)		食事延べ提供数			□ 食					
		うち療養食延べ提供数			□ 食					
※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 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(3月中)		□ 時間								
□ 【イ 訪問介護】										
介護保険利用者へのサービス(3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(3月中)										
延べ訪問回数		□ 回								
訪問時間合計		□ 時間								

③【オ 介護予防訪問看護】／【カ 訪問看護】

【オ 介護予防訪問看護】					
実利用者数（3月中）	要支援1	要支援2	その他（認定申請中）		
	人	人	人		
（再掲）健康保険法等による併給者数※1	人 → うち高齢者の医療の確保に関する法律		人		
請求別訪問回数（3月中）	介護保険法による請求	延べ訪問回数			
		看護師、保健師	回		
		准看護師	回		
		PT、OT、ST	回		
	夜間又は早朝（再掲）	回	深夜（再掲）	回	
	健康保険法等による請求※1	看護師、保健師	回 → うち高齢者の医療の確保に関する法律	回	
		准看護師	回 → うち高齢者の医療の確保に関する法律	回	
PT、OT、ST		回 → うち高齢者の医療の確保に関する法律	回		

【カ 訪問看護】						
※介護保険法の訪問看護のサービスを3月中に1度以上利用した者の状況について記入して下さい。						
実利用者数（3月中）	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）
	人	人	人	人	人	人
（再掲）健康保険法等による併給者数※1	人 → うち高齢者の医療の確保に関する法律		人			
請求別訪問回数（3月中）	介護保険法による請求	延べ訪問回数				
		看護師、保健師	回			
		准看護師	回			
		PT、OT、ST	回			
	夜間又は早朝（再掲）	回	深夜（再掲）	回		
	健康保険法等による請求※1	看護師、保健師	回 → うち高齢者の医療の確保に関する法律	回		
		准看護師	回 → うち高齢者の医療の確保に関する法律	回		
PT、OT、ST		回 → うち高齢者の医療の確保に関する法律	回			

【その他の訪問看護のサービスの提供状況】			
	健康保険法等		その他（自由契約等）
	うち高齢者の医療の確保に関する法律		
実利用者数（3月中）	人	人	人
健康保険法等による請求別訪問回数（3月中）	看護師、保健師	回 → うち高齢者の医療の確保に関する法律	回
	准看護師	回 → うち高齢者の医療の確保に関する法律	回
	PT、OT、ST	回 → うち高齢者の医療の確保に関する法律	回

※1：介護保険法の利用者のうち、3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。

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3月中に1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（3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3月中に1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（3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。			
	健康保険法等				
	うち高齢者の医療の確保に関する法律				
実利用者数（3月中）	人				
延べ訪問回数（3月中）	回	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 <u>あわせ</u> たサービスの提供状況			
食事延べ提供数（3月中）		食	
送迎の状況（3月中）	送迎延べ実施回数	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。〕
	うち通常の事業実施地域以外の送迎延べ実施回数	回	

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 <u>あわせ</u> たサービスの提供状況			
食事延べ提供数（3月中）		食	
送迎の状況（3月中）	送迎延べ実施回数	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。〕
	うち通常の事業実施地域以外の送迎延べ実施回数	回	

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
(実利用者数 3月中)	療養病床等を有する病院		人	人
	老人性認知症疾患療養病棟		人	人
	療養病床等を有する診療所		人	人
	基準適合診療所		人	人
(延べ利用者数 3月中)	療養病床等を有する病院		人	人
	老人性認知症疾患療養病棟		人	人
	療養病床等を有する診療所		人	人
	基準適合診療所		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
(実利用者数 3月中)	療養病床等を有する病院		人	人	人	人	人
	老人性認知症疾患療養病棟		人	人	人	人	人
	療養病床等を有する診療所		人	人	人	人	人
	基準適合診療所		人	人	人	人	人
(延べ利用者数 3月中)	療養病床等を有する病院		人	人	人	人	人
	老人性認知症疾患療養病棟		人	人	人	人	人
	療養病床等を有する診療所		人	人	人	人	人
	基準適合診療所		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 <u>あわせた</u> サービスの提供状況			
食事延べ提供数（3月中）		食	
送迎の状況 （3月中）	送迎延べ実施回数	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。 〕
	うち通常の事業実施地域以外の送迎延べ実施回数	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。〕

※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。

⑧【ナ 介護予防支援】／【ニ 居宅介護支援】

【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（3月中）	人	人	人
うち新規の実利用者数（3月中）	人	人	人
うち居宅介護支援事業所に委託している実利用者数（3月中）	人		

【ニ 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（3月中）	人	人	人	人	人	人	人
うち新規の実利用者数（3月中）	人	人	人	人	人	人	人
介護予防支援事業所から受託している実利用者数（3月中）	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の人数を記入して下さい。

【ナ 介護予防支援／ニ 居宅介護支援】を <u>あわせた</u> サービスの提供状況	
要介護認定調査の受託件数（3月中）	件
住宅改修理由書の作成件数（3月中）	件

⑨【又 夜間対応型訪問介護】

【又 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	
実利用者数（3月中）	人	人	人	人	人	人	人
類型別延べ訪問回数	回	回	回	回	回	回	回
(3月中)							
うち定期巡回	回	回	回	回	回	回	回
うち随時訪問	回	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。

⑩【ネ 介護予防認知症対応型通所介護／ノ 認知症対応型通所介護】

【ネ 介護予防認知症対応型通所介護／ノ 認知症対応型通所介護】 を <u>あわせた</u> サービスの提供状況			
食事延べ提供数（3月中）		食	
送迎の状況（3月中）	送迎延べ実施回数	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。 〕
	うち通常の事業実施地域以外の送迎延べ実施回数	回	

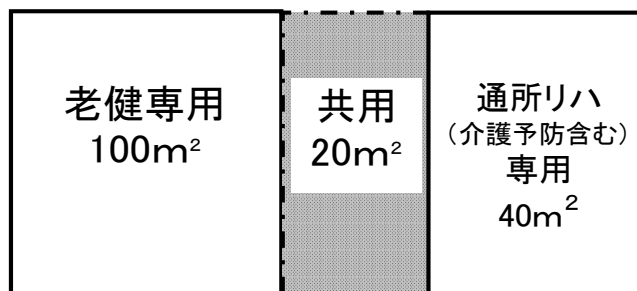
問2 療養室・設備等の状況

1 建築延べ面積		m ²									
2 介護老人保健施設(短期入所療養介護(介護予防含む)を含む)及び通所リハビリテーション(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)の各施設・設備に係る延べ床面積											
		一般棟		認知症専門棟		通所リハビリテーション (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)	入所・通所 共用部分 ^{※1} (再掲)		
		室数	延べ床面積	室数	延べ床面積	延べ床面積	延べ床面積	延べ床面積	延べ床面積		
① 4人室		室	m ²	室	m ²						
② 3人室		室	m ²	室	m ²						
③ 2人室	ユニット ^{※2}	室	m ²	室	m ²						
	上記以外	室	m ²	室	m ²						
④ 個室	ユニット ^{※2}	室	m ²	室	m ²						
	上記以外	室	m ²	室	m ²						
⑤ 診察室			m ²		m ²	m ²	m ²	m ²	m ²	m ²	
⑥ 機能訓練室			m ²		m ²	m ²	m ²	m ²	m ²	m ²	
⑦ 食堂			m ²		m ²	m ²	m ²	m ²	m ²	m ²	
⑧ 談話室			m ²		m ²	m ²	m ²	m ²	m ²	m ²	
⑨ デイ・ルーム			m ²		m ²	m ²	m ²	m ²	m ²	m ²	
⑩ レクリエーションルーム			m ²		m ²	m ²	m ²	m ²	m ²	m ²	
⑪ 浴室			m ²		m ²	m ²	m ²	m ²	m ²	m ²	
⑫ 家族介護教室			m ²		m ²	m ²	m ²	m ²	m ²	m ²	
⑬ その他ユニットケア用部分 ^{※2}			m ²		m ²						
3 通所リハビリテーション(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)以外の居宅介護サービスに係る専用延べ床面積											
m ²											

※1：一般棟、認知症専門棟、通所部分の利用者が共用している諸室の延べ床面積を再掲して下さい。
(詳細は記入要領を参照して下さい。)

※2：ユニットケアとは、療養室をいくつかのグループに分け、少数の療養室と食堂や談話スペース(居宅での居間に相当する)等によって一体的に構成された療養室環境(ユニット)によるケアをいいます。

食堂記入例：160m²の食堂のうち、100m²は老健(一般棟)専用、40m²は通所リハ(介護予防含む)専用、20m²は老健(一般棟)



○一般棟 → $\frac{120\text{m}^2}{= \text{老健専用}(100) + \text{共用}(20)}$

○通所部分 → $\frac{60\text{m}^2}{= \text{通所リハ}(介護予防含む) \text{専用}(40) + \text{共用}(20)}$

○入所・通所共用部分 → $\frac{20\text{m}^2}{}$

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（10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23年3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23年3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	介護老人保健施設の管理者		
2	その他介護保険事業の管理者		
3	医師		
4	薬剤師		
5	看護師		
6	准看護師		
7	介護職員		
8	うち介護福祉士		
9	理学療法士		
10	作業療法士		
11	言語聴覚士		
12	柔道整復師・あん摩マッサージ指圧師		
13	生活相談員・支援相談員		
14	うち社会福祉士		
15	福祉用具専門相談員		
16	栄養士		
17	うち管理栄養士		
18	調理員		
19	事務職員		
20	その他		
21	上記1～20のうち介護支援専門員（再掲）		
22	上記1～20のうち訪問介護のサービス提供責任者（再掲）		

【換算数の計算式】

職員の1週間の勤務時間

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＞

職員の1ヶ月の勤務時間

施設が定めている1週間の勤務時間×4（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。

上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位まで計上して下さい。得られた結果が0.1に満たない場合は、「0.1」と計上して下さい。

問4 職員給与

下記に該当する場合は、口にチェック（☑）し、指示に従って下さい。

☐ 単独会計 ⇒ 調査対象サービスに従事する職員の換算人員（平成23年3月末日時点）と平成23年3月の1ヶ月分の給与額等について、それぞれ記入して下さい。

☐ 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全体の、職員の換算人員（平成23年3月末日時点）と平成23年3月の1ヶ月分の給与額等について、それぞれ記入して下さい。

※ 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。

※ 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、その職員数及び給料は含めないで下さい。

平成23年3月分

職 種	常 勤		非 常 勤	
	換算人員 人	給 料 円	実人員 人	換算人員 人
1 介護老人保健施設の管理者				
2 その他介護保険事業の管理者				
3 医師				
4 薬剤師				
5 看護師				
6 准看護師				
7 介護職員				
8 うち介護福祉士				
9 理学療法士				
10 作業療法士				
11 言語聴覚士				
12 柔道整復師・あん摩マッサージ指圧師				
13 生活相談員・支援相談員				
14 うち社会福祉士				
15 福祉用具専門相談員				
16 栄養士				
17 うち管理栄養士				
18 調理員				
19 事務職員				
20 その他				
21 介護支援専門員（再掲）				
22 訪問介護のサービス提供責任者（再掲）				
23 通勤手当（再掲）				
24 看護・介護職員に係る夜勤手当（再掲）				
25 賞与（年間支給額の1/12の額）	換算人員	賞 与		
26 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22年度実績の1/12）		
	(2) 全国社会福祉団体職員退職手当積立基金に加入	→ 掛け金額（平成22年度実績の1/12）		
	(3) 中小企業退職金共済制度に加入	→ 掛け金額（平成22年度実績の1/12）		
	(4) その他共済制度に加入	→ 掛け金額（平成22年度実績の1/12）		
	(5) 退職給与引当金繰入の実施（上記(1)～(4)以外）	→ 退職給与引当金（平成22年度実績の1/12）		
	(6) 退職金として支出（平成22年度実績の1/12）			
27 法定福利費（事業主負担・平成22年度実績の1/12）				

問5 収支の状況

単独会計 ⇒ 調査対象サービスに関する、(1) 収益(本頁)および(2) 費用等(13頁)について、それぞれ平成23年3月の1か月分の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) 収益(本頁)および(2) 費用等(13頁)について、それぞれ平成23年3月の1か月分の額を記入して下さい。

※1 事業開始から1年に満たない場合には、事業開始からの経過月数に応じて1ヶ月分を算出して下さい。

(1) 施設運営事業収益

		平成23年3月分	
科 目		金 額	円
I 施設運営事業収益	医業収益		
	計		
	介護報酬収益		
	計		
	1 施設介護料収入		
	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) 夜間対応型訪問介護		
	(11) 認知症対応型通所介護(介護予防含む)		
	(12) 小規模多機能型居宅介護(介護予防含む)		
	(13) 認知症対応型共同生活介護(介護予防含む)		
	(14) その他収入((1)～(13)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入 (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		

(前頁からの続き)

科 目		金 額
		円
Ⅰ 施設運営事業収益	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 夜間対応型訪問介護	
	サ 認知症対応型通所介護（介護予防含む）	
	シ 小規模多機能型居宅介護（介護予防含む）	
	ス 認知症対応型共同生活介護（介護予防含む）	
	セ その他の利用料収入（ア～スに該当しないもの）	
	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) 介護職員処遇改善交付金受入額	
	(6) その他（消費税等を含む）	
	施設運営事業収益計（医業収益＋介護報酬収益）	

※1 事業開始から1年に満たない場合には、事業開始からの経過月数に応じて1ヶ月分を算出して下さい。

(2) 費用等

送付した調査票の表紙に記載されている調査対象サービス及びそれと一体的に経営・会計を行っているサービスについて、使用している会計基準、指針に該当する口にチェック（☑）し、それぞれ指定の用紙に記入して下さい。

☐	介護老人保健施設会計・経理準則	⇒ (2) -A (13頁) に記入
☐	病院会計準則	⇒ (2) -B (15頁) に記入

- ※ 記入にあたっては、平成23年3月分の値をご記入下さい。なお、年額又はそれに準ずる（半期・四半期など）支払い額の場合には、月額（1/12にする等）に改めてご記入下さい。
- ※ 事業開始から1年に満たない場合には、事業開始からの経過月数に応じて1ヶ月分を算出して下さい。
- ※ 各支出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（各支出費目に消費税額を算入した値）で記入して下さい。

(2) -A		平成23年3月分
科 目		金 額 円
Ⅱ 施設運営事業等費用	1 給与費	
	うち介護職員処遇改善交付金による支出	
	2 医薬品費	
	3 給食用材料費	
	4 施設療養材料費・施設療養消耗器具備品費	
	5 その他の材料費	
	6 経費 計	
	ア 福利厚生費	
	イ 消耗品費	
	ウ 消耗器具備品費	
	エ 車両費	
	オ 光熱水費	
	カ 修繕費	
	キ 賃借料 小計	
	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）	
	ク 保険料 小計	
	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	
	ケ 租税公課	
	コ 徴収不能損失	
サ その他の経費（ア～コに該当しないもの）		

(前頁からの続き)

科 目		金 額
		円
Ⅱ 施設運営事業等費用	7 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）	
	8 研修費	
	9 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）		
10 本部費		
11 その他（1～10に該当しないもの）		
施設運営事業等費用計（1～11の合計）		
Ⅲ 施設運営事業外収益 計		
1 受取利息・配当金		
2 その他の施設運営事業外収益（1に該当しないもの）		
Ⅳ 施設運営事業外費用 計		
うち支払利息		
Ⅴ 特別損益 計		
1 特別利益		
2 特別損失		
うち法人税等		

※1 事業開始から1年に満たない場合には、事業開始からの経過月数に応じて1ヶ月分を算出して下さい。

※2 記入にあたっては、平成23年3月分の値をご記入下さい。なお、年額又はそれに準ずる（半期・四半期など）支払い額の場合には、月額（1/12にする等）に改めてご記入下さい。

ご回答ありがとうございました。

調査票の「裏表紙（チェックリスト）」で記載内容をご確認の上、ご回答下さい。

- ※ 記入にあたっては、平成23年3月分の値をご記入下さい。なお、年額又はそれに準ずる（半期・四半期など）支払い額の場合には、月額（1/12にする等）に改めてご記入下さい。
- ※ 事業開始から1年に満たない場合には、事業開始からの経過月数に応じて1ヶ月分を算出して下さい。
- ※ 各支出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（各支出費目に消費税額を算入した値）で記入して下さい。

(2) -B		平成23年3月分
科 目		金 額 円
Ⅱ 医 業 ・ 介 護 費 用	1 給与費	
	うち介護職員処遇改善交付金による支出	
	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	計
	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	小計
	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	小計
	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）		

(前頁からの続き)

科 目		金 額
		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）	
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）		

※1 事業開始から1年に満たない場合には、事業開始からの経過月数に応じて1ヶ月分を算出して下さい。

※2 記入にあたっては、平成23年3月分の値をご記入下さい。なお、年額又はそれに準ずる（半期・四半期など）支払い額の場合には、月額（1/12にする等）に改めてご記入下さい。

ご回答ありがとうございました。

調査票の「裏表紙（チェックリスト）」で記載内容をご確認の上、ご回答下さい。

下記図の流れに従い、記入した質問にチェックし、記入漏れがないか確認して下さい。

表紙	電話番号、活動状況 等
----	----------------------------------

問1: サービス提供の状況等

問1(1)

問1(2)

問1(3)

「1. 単独」と回答

「2. 一体」と回答

問1(4)

問1(5)

問2: 居室・設備等の状況

問2

問3: 職員配置

問3

問4: 職員給与

問4

問5: 収支の状況

問5

問5(2)

介護老人保健施設

病院会計準則

(2)-A

(2)-B

質問は以上です。後日、調査事務局より、記入内容について確認させていただく場合もありますので、お手数ですが記入の終わった電子調査票はコピーをとり、控えとして9月までお持ち下さい。

記入の終わった電子調査票は、4月30日までに「平成23年度 介護事業実態調査(介護事業経

平成23年度 介護事業実態調査 (介護事業経営実態調査)

＜介護療養型医療施設(病院・診療所)調査票＞

平成23年4月調査

お手数をおかけしますが、下の①～⑤に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

お名前

役職

⑤ 4月1日時点の調査対象サービスの活動状況

右のいずれ1つ番号
を選んでください

1. 活動中

内側へお進みください

2. 休止

3. 廃止

今回の調査にご回答いただく必要はございません。
お手数ですが、このまま調査票をご返送ください。

4月30日までにご投函をお願いします

返信いただく際には、調査票の裏表紙にあるチェックリストで
記載内容をご確認の上、ご回答ください。

厚生労働省 老健局

【調査票にご記入いただく前に】

本調査票のご記入に当たっては、表紙に記載されている調査対象サービスについてご記入下さい。なお、表紙に記載されている調査対象サービス以外のサービスも行っている場合は、それらの会計を「単独」で行っているか「一体」で行っているかによって、ご記入いただく項目が異なりますので、以下にお示しする内容をお読みいただいた上で、ご記入下さいますよう、お願い申し上げます。

問1について

- 送付した調査票の表紙に記載されている調査対象サービスについて、会計を「単独」で行っている場合（他の介護保険サービスを実施していない場合を含む）は、（４）（６）についてご記入いただく必要はありません。ただし、複数の介護保険サービスの会計を「一体」で行っている場合は、（４）（６）についてご記入をお願いします。
- 「会計を単独で行っている」とは、複数の介護保険サービスを行っている場合に、それぞれの介護保険サービスの会計を区分していることをいいます。

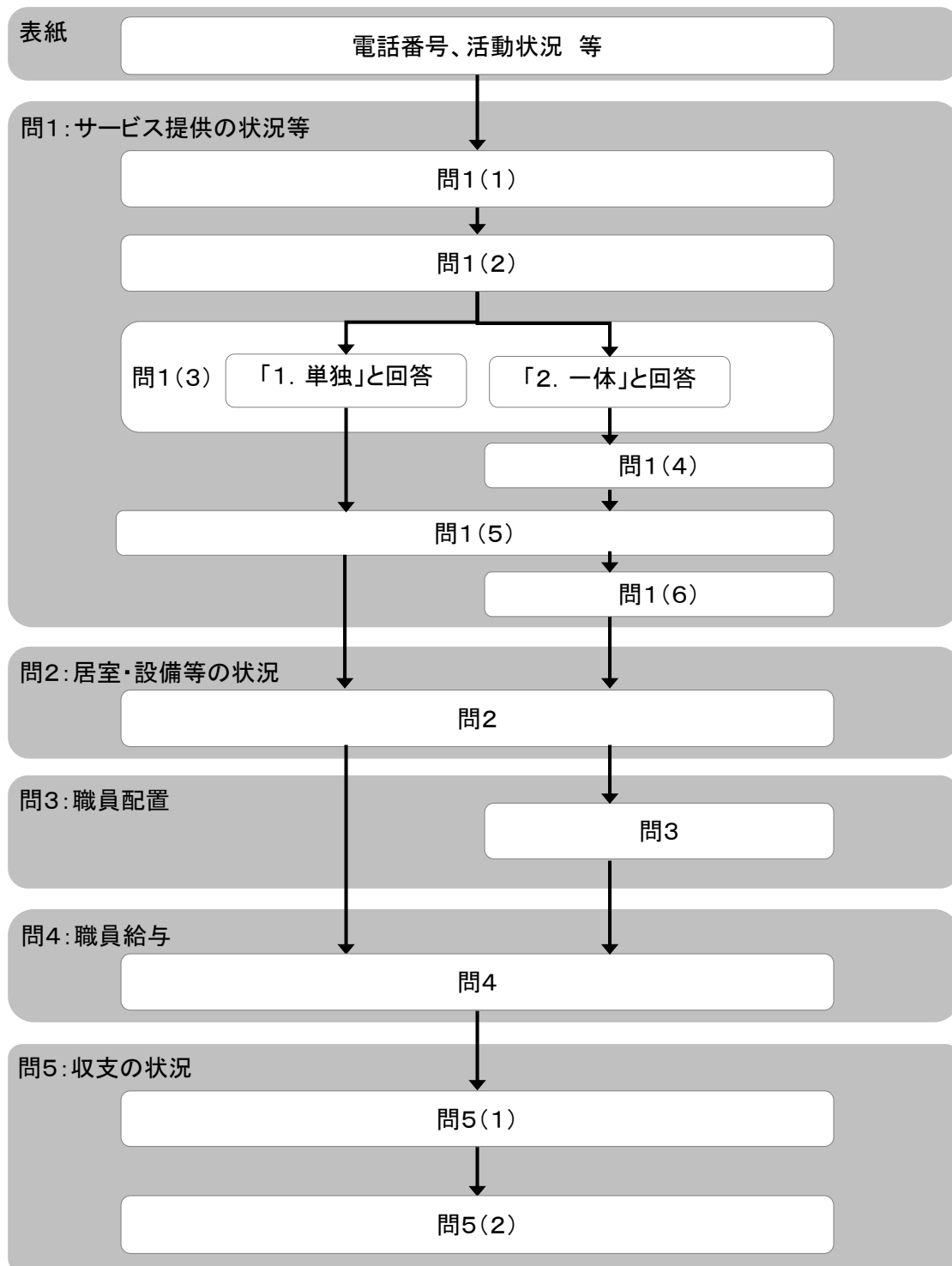
問3について

- 送付した調査票の表紙に記載されている調査対象サービスについて、会計を「単独」で行っている場合（他の介護保険サービスを実施していない場合を含む）は、ご記入いただく必要はありません。ただし、複数の介護保険サービスの会計を「一体」で行っている場合は、ご記入をお願いします。

問5について

- 送付した調査票の表紙に記載されている調査対象サービスについてご記入下さい。なお、調査対象サービスと会計を「一体」で行っているサービスがある場合は、それらについてもご記入をお願いします。

記入の流れ



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）表紙に記入されている調査対象サービスにおける会計の区分状況について
下記より選び、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（調査対象サービスの収入・支出を把握）で会計を行っている |
| 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 |

（４）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。

☐

単独会計 ⇒ 問1（４）は記入不要です。（５）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		⇒(6)②も記入
イ 訪問介護		
ウ 介護予防訪問入浴介護		
エ 訪問入浴介護		⇒(6)③も記入
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		⇒(6)④も記入
ク 訪問リハビリテーション		
ケ 介護予防通所介護		⇒(6)⑤も記入
コ 通所介護		
サ 介護予防通所リハビリテーション		⇒(6)⑥も記入
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		⇒(6)⑦も記入
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		⇒(6)⑨も記入

（次頁へ続く）

(4) の続き

(地域密着型サービス)		
又 夜間対応型訪問介護		⇒(6)⑩も記入
ネ 介護予防認知症対応型通所介護		⇒(6)⑪も記入
ノ 認知症対応型通所介護		
ハ 介護予防小規模多機能型居宅介護		
ヒ 小規模多機能型居宅介護		
フ 介護予防認知症対応型共同生活介護		
ヘ 認知症対応型共同生活介護		
ホ 地域密着型特定施設入居者生活介護		
マ 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護		

(施設サービス)	
ミ 介護老人福祉施設	
ム 介護老人保健施設	
メ 介護療養型医療施設	

(5) 病院・診療所の状況

入院											
		病室数		病床数		在院者数 (3月末日)		延べ在院者 数(3月中)		食事延べ提供数(3月中)	
										うち療養食・ 特別食	
病院・診療所全体			室		床		人		人		食
うち 療養 病床	介護保険適用		室		床						食
	医療保険適用		室		床		人		人		食
外来(3月中)											
初診患者数											人
再診患者延べ数											人
休診日数											日
食事延べ提供数 (3月中)											食

(6) 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。

単体会計 ⇒ 問2 (8頁) に進んで下さい。 (6) 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 (4) (1～2頁) で事業所番号を記入したサービスの口にチェック (☑) し、それぞれの太枠内に記入して下さい。

①【× 介護療養型医療施設】

【× 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 (3月中)	人	人	人	人	人	人
延べ外泊者数 (3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 (3月中) 時間

【イ 訪問介護】

介護保険利用者へのサービス (3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 (3月中)

延べ訪問回数	回
訪問時間合計	時間

③【オ 介護予防訪問看護】 / 【カ 訪問看護】

【オ 介護予防訪問看護】

実利用者数 (3月中)	要支援1	要支援2	その他 (認定申請中)
	人	人	人
(再掲) 健康保険法等 による併給者数※1	人 → うち高齢者の医療の確保に関する法律	人	

請求別訪問回数
(3月中)

介護保険法による
請求

延べ訪問回数	
看護師、保健師	回
准看護師	回
PT、OT、ST	回
夜間又は早朝 (再掲)	回
深夜 (再掲)	回

健康保険法等による請求※1

看護師、保健師	回 → うち高齢者の医療の確保に関する法律	回
准看護師	回 → うち高齢者の医療の確保に関する法律	回
PT、OT、ST	回 → うち高齢者の医療の確保に関する法律	回

【カ 訪問看護】		※介護保険法の訪問看護のサービスを3月中に1度以上利用した者の状況について記入して下さい。					
実利用者数（3月中）	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）	
	人	人	人	人	人	人	
（再掲）健康保険法等による併給者数※1	人 → うち高齢者の医療の確保に関する法律						人
請求別訪問回数（3月中）	介護保険法による請求	延べ訪問回数					
		看護師、保健師	回				
		准看護師	回				
		PT、OT、ST	回				
	夜間又は早朝（再掲）	回	深夜（再掲）	回			
	健康保険法等による請求※1	看護師、保健師	回 → うち高齢者の医療の確保に関する法律	回			
准看護師		回 → うち高齢者の医療の確保に関する法律	回				
PT、OT、ST		回 → うち高齢者の医療の確保に関する法律	回				

【その他の訪問看護のサービスの提供状況】		健康保険法等		その他（自由契約等）	
		うち高齢者の医療の確保に関する法律			
実利用者数（3月中）	人	人	人	人	
健康保険法等による請求別訪問回数（3月中）	看護師、保健師	回 → うち高齢者の医療の確保に関する法律	回		
	准看護師	回 → うち高齢者の医療の確保に関する法律	回		
	PT、OT、ST	回 → うち高齢者の医療の確保に関する法律	回		

※1：介護保険法の利用者のうち、3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。

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3月中に1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（3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3月中に1度以上利用した者の状況について記入して下さい。					
延べ訪問回数（3月中）	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）	
	回	回	回	回	回	回	

【その他の訪問リハビリテーション】		健康保険法等			
		うち高齢者の医療の確保に関する法律			
実利用者数（3月中）	人	人			
延べ訪問回数（3月中）	回	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 <u>あわせた</u> サービスの提供状況			
食事延べ提供数（3月中）			食
送迎の状況 （3月中）	送迎延べ実施回数		回
	うち通常の事業実施地域 以外の送迎延べ実施回数		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 <u>あわせた</u> サービスの提供状況			
食事延べ提供数（3月中）			食
送迎の状況 （3月中）	送迎延べ実施回数		回
	うち通常の事業実施地域 以外の送迎延べ実施回数		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	
（実利用者数） （3月中）	療養病床等を有する病院		人		人
	老人性認知症疾患療養病棟		人		人
	療養病床等を有する診療所		人		人
	基準適合診療所		人		人
（延べ利用者数） （3月中）	療養病床等を有する病院		人		人
	老人性認知症疾患療養病棟		人		人
	療養病床等を有する診療所		人		人
	基準適合診療所		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
(実利用者数 (3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
(延べ利用者数 (3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。

【チ 介護予防短期入所療養介護／ツ 短期入所療養介護】を あわせて サービスの提供状況

食事延べ提供数（3月中）			食
送迎の状況 (3月中)	送迎延べ実施回数		回
	うち通常の事業実施地域以外の送迎延べ実施回数		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。〕

※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。

⑧【介護予防居宅療養管理指導】／【居宅療養管理指導】

【介護予防居宅療養管理指導】

延べ利用者数 (3月中)	医師・歯科医師		人
	薬剤師		人
	看護職員		人
	歯科衛生士		人
	管理栄養士		人

【居宅療養管理指導】

延べ利用者数 (3月中)	医師・歯科医師		人
	薬剤師		人
	看護職員		人
	歯科衛生士		人
	管理栄養士		人

⑨【ナ 介護予防支援】／【ニ 居宅介護支援】

【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（3月中）	人	人	人
うち新規の実利用者数（3月中）	人	人	人
うち居宅介護支援事業所に委託している実利用者数（3月中）	人		

【ニ 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（3月中）	人	人	人	人	人	人	人
うち新規の実利用者数（3月中）	人	人	人	人	人	人	人
介護予防支援事業所から受託している実利用者数（3月中）	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の人数を記入して下さい。

【ナ 介護予防支援／ニ 居宅介護支援】を <u>あわせた</u> サービスの提供状況	
要介護認定調査の受託件数（3月中）	件
住宅改修理由書の作成件数（3月中）	件

⑩【又 夜間対応型訪問介護】

【又 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	
実利用者数（3月中）	人	人	人	人	人	人	人
類型別延べ訪問回数	回	回	回	回	回	回	回
(3月中)							
うち定期巡回	回	回	回	回	回	回	回
うち随時訪問	回	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。

⑪【ネ 介護予防認知症対応型通所介護】／【ノ 認知症対応型通所介護】

【ネ 介護予防認知症対応型通所介護／ノ 認知症対応型通所介護】 を <u>あわせた</u> サービスの提供状況			
食事延べ提供数（3月中）		食	
送迎の状況（3月中）	送迎延べ実施回数	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。 〕
	うち通常の事業実施地域以外の送迎延べ実施回数	回	

問2 病室・設備等の状況

1 建築延べ面積	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	m ²			
⑦ 談話室	m ²			
⑧ 食堂	m ²			
⑨ 浴室	m ²			
⑩ シャワールーム	m ²			
⑪ その他	m ²			
病棟部門合計	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）	m ²	m ²	
	通所介護 （介護予防含む）	m ²		
	認知症対応型通所介護 （介護予防含む）	m ²		
② 一般外来部・待合いホール			m ²	
③ その他	m ²			
外来・通所部門合計	m ²			
C 管理部門等				
① 給食部	m ²			
② その他	m ²			
管理部門等合計	m ²			
3 居宅サービスに係る専用延べ床面積※2				
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（10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23年3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23年3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		
2	その他介護保険事業の管理者		
3	医師		
4	薬剤師		
5	看護師		
6	准看護師		
7	介護職員		
8	うち介護福祉士		
9	理学療法士		
10	作業療法士		
11	言語聴覚士		
12	柔道整復師・あん摩マッサージ指圧師		
13	生活相談員・支援相談員		
14	うち社会福祉士		
15	福祉用具専門相談員		
16	栄養士		
17	うち管理栄養士		
18	調理員		
19	事務職員		
20	その他		
21	上記1～20のうち介護支援専門員（再掲）		
22	上記1～20のうち訪問介護のサービス提供責任者（再掲）		

【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。

上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位まで計上して下さい。得られた結果が0.1に満たない場合は、「0.1」と計上して下さい。

問4 職員給与

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。

☐ 単体会計 ⇒ 調査対象サービスに従事する職員の換算人員（平成23年3月末日時点）と平成23年3月の1ヶ月分の給与額等について、それぞれ記入して下さい。

☐ 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全体の、職員の換算人員（平成23年3月末日時点）と平成23年3月の1ヶ月分の給与額等について、それぞれ記入して下さい。

※ 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。

※ 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、その職員数及び給料は含めないで下さい。

平成23年3月分

職 種	常 勤		非 常 勤	
	換算人員 人	給 料 円	実人員 人	換算人員 人
1 病院・診療所の管理者				
2 その他介護保険事業の管理者				
3 医師				
4 薬剤師				
5 看護師				
6 准看護師				
7 介護職員				
8 うち介護福祉士				
9 理学療法士				
# 作業療法士				
# 言語聴覚士				
# 柔道整復師・あん摩マッサージ指圧師				
# 生活相談員・支援相談員				
# うち社会福祉士				
# 福祉用具専門相談員				
# 栄養士				
# うち管理栄養士				
# 調理員				
# 事務職員				
# その他				
# 介護支援専門員（再掲）				
# 訪問介護のサービス提供責任者（再掲）				
23 通勤手当（再掲）				
24 看護・介護職員に係る夜勤手当（再掲）				
25 賞与（年間支給額の1/12の額）	換算人員	賞 与		
26 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22年度実績の1/12）		
	(2) 全国社会福祉団体職員退職手当積立基金に加入	→ 掛け金額（平成22年度実績の1/12）		
	(3) 中小企業退職金共済制度に加入	→ 掛け金額（平成22年度実績の1/12）		
	(4) その他共済制度に加入	→ 掛け金額（平成22年度実績の1/12）		
	(5) 退職給与引当金繰入の実施（上記(1)～(4)以外）	→ 退職給与引当金（平成22年度実績の1/12）		
	(6) 退職金として支出（平成22年度実績の1/12）			
27 法定福利費（事業主負担・平成22年度実績の1/12）				

問5 収支の状況

単独会計 ⇒ 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（13頁）について、それぞれ平成23年3月の1か月分の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（13頁）について、それぞれ平成23年3月の1か月分の額を記入して下さい。

※1 事業開始から1年に満たない場合には、事業開始からの経過月数に応じて1ヶ月分を算出して下さい。

(1) 医業・介護収益

		平成23年3月分	
科 目		金 額	円
I 医 業 ・ 介 護 収 益	医業収益		
	介護報酬収益		
	計		
	1 施設介護料収入		
	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) 夜間対応型訪問介護		
	(11) 認知症対応型通所介護（介護予防含む）		
	(12) 小規模多機能型居宅介護（介護予防含む）		
	(13) 認知症対応型共同生活介護（介護予防含む）		
	(14) その他の収益（(1)～(13)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入 （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		

(前頁からの続き)

科 目		金 額
		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 夜間対応型訪問介護	
	サ 認知症対応型通所介護（介護予防含む）	
	シ 小規模多機能型居宅介護（介護予防含む）	
	ス 認知症対応型共同生活介護（介護予防含む）	
	セ その他の利用料収益（ア～スに該当しないもの）	
	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) 介護職員処遇改善交付金受入額	
	(6) その他（消費税等を含む）	
	収益計（医業収益＋介護報酬収益）	

※1 事業開始から1年に満たない場合には、事業開始からの経過月数に応じて1ヶ月分を算出して下さい。

- ※ 記入にあたっては、平成23年3月分の値をご記入下さい。なお、年額又はそれに準ずる（半期・四半期など）支払い額の場合には、月額（1/12にする等）に改めてご記入下さい。
- ※ 事業開始から1年に満たない場合には、事業開始からの経過月数に応じて1ヶ月分を算出して下さい。
- ※ 各支出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（各支出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

		平成23年3月分	
科 目		金 額	円
Ⅱ 医 業 ・ 介 護 費 用	1 給与費		
	うち介護職員処遇改善交付金による支出		
	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		計
	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		小計
	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		小計
	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）		

(前頁からの続き)

科 目		金 額
		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）		
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）		

※1 事業開始から1年に満たない場合には、事業開始からの経過月数に応じて1ヶ月分を算出して下さい。

※2 記入にあたっては、平成23年3月分の値をご記入下さい。なお、年額又はそれに準ずる（半期・四半期など）支払い額の場合には、月額（1/12にする等）に改めてご記入下さい。

ご回答ありがとうございました。

調査票の「裏表紙（チェックリスト）」で記載内容をご確認の上、ご回答下さい。

下記図の流れに従い、記入した質問にチェックし、記入漏れがないか確認して下さい。

表紙	電話番号、活動状況 等
----	----------------------------------

問1: サービス提供の状況等

問1(1)			
問1(2)			
問1(3)	<table border="1"><tr><td>「1. 単独」と回答 </td><td>「2. 一体」と回答 </td></tr></table>	「1. 単独」と回答	「2. 一体」と回答
「1. 単独」と回答	「2. 一体」と回答		
	問1(4)		
問1(5)			
	問1(6)		

問2: 居室・設備等の状況

問2	
----	----------------------

問3: 職員配置

問3	
----	----------------------

問4: 職員給与

問4	
----	----------------------

問5: 収支の状況

問5(1)	
問5(2)	

質問は以上です。後日、調査事務局より、記入内容について確認させていただく場合もありますので、お手数ですが記入の終わった電子調査票はコピーをとり、控えとして9月までお持ち下さい。

記入の終わった電子調査票は、4月30日までに「平成23年度 介護事業実態調査(介護事業経

平成23年度 介護事業実態調査
(介護事業経営実態調査)**<居宅サービス・地域密着型サービス事業所調査票>**
(介護予防含む)(福祉関係)**平成23年4月調査**

お手数をおかけしますが、下の①～⑤に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 お名前 役職
- ⑤ 4月1日時点の調査対象サービスの活動状況

右のいずれ1つ番号
を選んでください

1. 活動中 — 内側へお進みください —

2. 休止 ……

3. 廃止 ……

今回の調査にご回答いただく必要はございません。
お手数ですが、このまま調査票をご返送ください。**4月30日まで**にご投函をお願いします返信いただく際には、調査票の裏表紙にあるチェックリストで
記載内容をご確認の上、ご回答ください。

【調査票にご記入いただく前に】

本調査票のご記入に当たっては、送付した調査票の表紙に記載されている調査対象サービスについてご記入下さい。なお、表紙に記載されている調査対象サービス以外のサービスも行っている場合は、それらの会計を「単独」で行っているか「一体」で行っているかによって、ご記入いただく項目が異なりますので、以下にお示しする内容をお読みいただいた上で、ご記入下さいますよう、お願い申し上げます。

問1について

- 送付した調査票の表紙に記載されている調査対象サービスについて、会計を「単独」で行っている場合（他の介護保険サービスを実施していない場合を含む）は、（4）についてご記入いただく必要はありません。ただし、複数の介護保険サービスの会計を「一体」で行っている場合は、（4）（5）についてご記入をお願いします。
- 「会計を単独で行っている」とは、複数の介護保険サービスを行っている場合に、それぞれの介護保険サービスの会計を区分していることをいいます。

問2について

- 送付した調査票の表紙に記載されている調査対象サービスについて、会計を「単独」で行っている場合（他の介護保険サービスを実施していない場合を含む）は、ご記入いただく必要はありません。ただし、複数の介護保険サービスの会計を「一体」で行っている場合は、お手数ですが、ご記入をお願いします。

問3について

- 送付した調査票の表紙に記載されている調査対象サービスについて、会計を「単独」で行っている場合（他の介護保険サービスを実施していない場合を含む）は、ご記入いただく必要はありません。ただし、複数の介護保険サービスの会計を「一体」で行っている場合は、ご記入をお願いします。

問5について

- 表紙に記載されている調査対象サービスについてご記入下さい。なお、調査対象サービスと会計を「一体」で行っているサービスがある場合は、それらについてもご記入をお願いします。
- なお、「（2）事業支出等」につきましては、貴施設で使用している会計基準、指針に該当する箇所についてご記入下さい。なお、該当する会計基準等が無い場合は、「（2）－A 事業支出等：指定介護老人福祉施設等会計処理等取扱指導指針」に沿ってご記入をお願いします。

■ 「指定介護老人福祉施設等会計処理等取扱指導指針」に基づいた会計を行っている場合

- | | |
|-------------------------------------|--------------|
| ⇒ 問5（1）事業収入 | へのご記入をお願いします |
| 問5（2）－A事業支出等：指定介護老人福祉施設等会計処理等取扱指導指針 | |

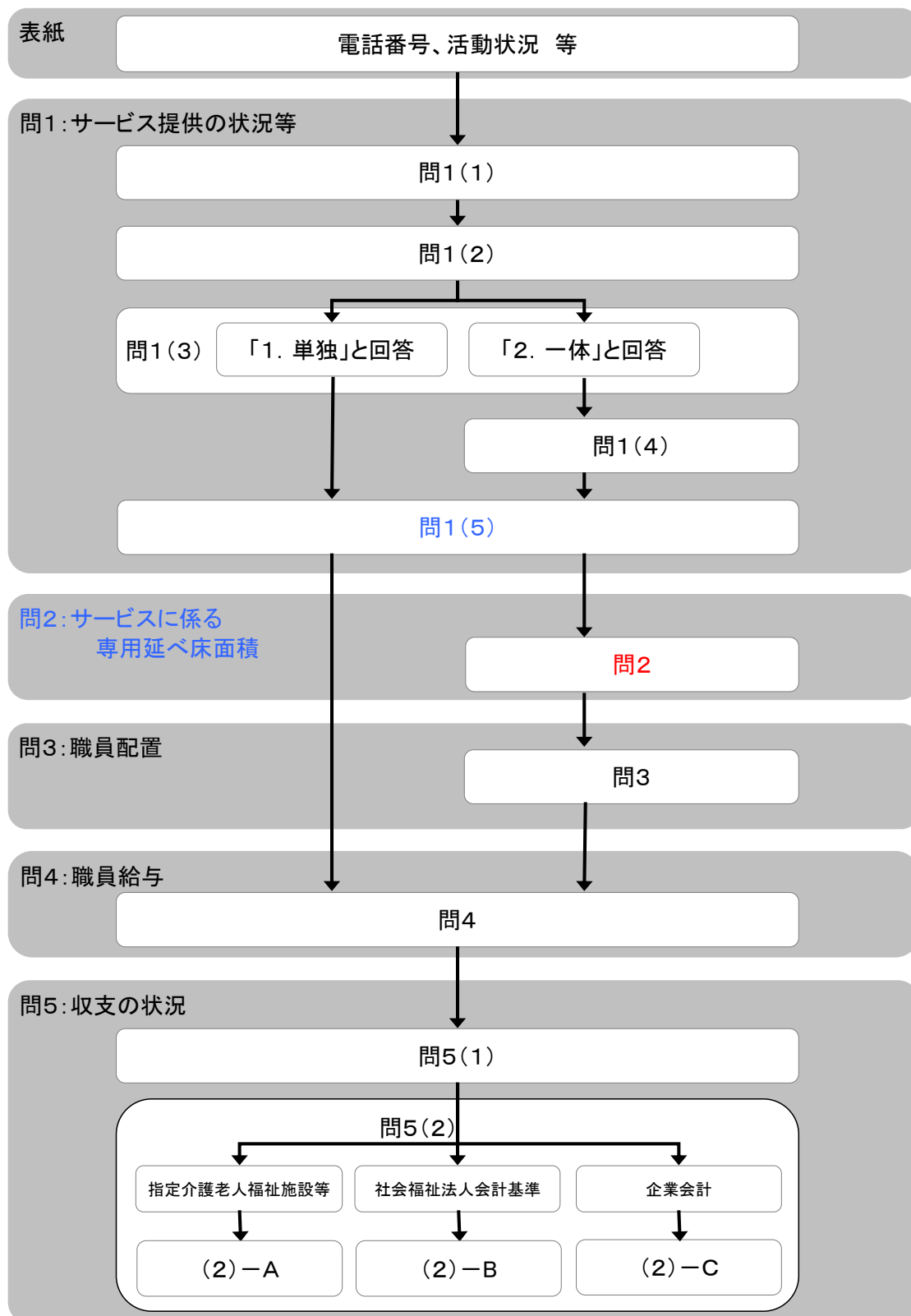
■ 「社会福祉法人会計基準」に基づいた会計を行っている場合

- | | |
|-------------------------|--------------|
| ⇒ 問5（1）事業収入 | へのご記入をお願いします |
| 問5（2）－B事業支出等：社会福祉法人会計基準 | |

■ 「企業会計」に基づいた会計を行っている場合

- | | |
|-------------------|--------------|
| ⇒ 問5（1）事業収入 | へのご記入をお願いします |
| 問5（2）－C事業支出等：企業会計 | |

記入の流れ



問1 サービス提供の状況等（事業所全体の概要）

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

（３）表紙に記入されている調査対象サービスにおける会計の区分状況について
下記より選び、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（調査対象サービスの収入・支出を把握）で会計を行っている
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

（４）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。

☐

単独会計 ⇒ 問1（４）は記入不要です。問1（５）のうち調査対象サービスの欄に記入後、問4（８頁）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		⇒(5)①も記入
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		⇒(5)②も記入
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		⇒(5)③も記入
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		⇒(5)⑤も記入
ニ 居宅介護支援		

（次頁へ続く）

(4) の続き

(地域密着型サービス)		
又 夜間対応型訪問介護		⇒(5)⑦も記入
ネ 介護予防認知症対応型通所介護		}⇒(5)⑧も記入
ノ 認知症対応型通所介護		
ハ 介護予防小規模多機能型居宅介護		
ヒ 小規模多機能型居宅介護		
フ 介護予防認知症対応型共同生活介護		
ヘ 認知症対応型共同生活介護		
ホ 地域密着型特定施設入居者生活介護		⇒(5)④も記入
マ 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護		⇒(5)⑥も記入

(施設サービス)		
ミ 介護老人福祉施設		⇒(5)⑥も記入
ム 介護老人保健施設		
メ 介護療養型医療施設		

(5) 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 ⇒ 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、問4(8頁)に進んで下さい。
--------------------------	--

☐	一体会計 ⇒ まず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。 さらに問1(4)(1~2頁)で事業所番号を記入したサービスの口にチェック(☑)し、それぞれの太枠内に記入して下さい。
--------------------------	--

①【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(3月中)		時間			
☐	【イ 訪問介護】				
介護保険利用者へのサービス(3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(3月中)					
延べ訪問回数		回			
訪問時間合計		時間			

②【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 <u>あわせ</u> たサービスの提供状況		
食事延べ提供数(3月中)		食	
送迎の状況 (3月中)	送迎延べ実施回数	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。]
	うち通常の事業実施地域以外の送迎延べ実施回数	回	

③【ソ 介護予防短期入所生活介護】／【タ 短期入所生活介護】

☐	【ソ 介護予防短期入所生活介護／タ 短期入所生活介護】を <u>あわせ</u> たサービスの提供状況		
食事延べ提供数(3月中)		食	※空床型のサービスも含めて記入して下さい。
送迎の状況 (3月中)	送迎延べ実施回数	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。]
	うち通常の事業実施地域以外の送迎延べ実施回数	回	

④【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】／
【ホ 地域密着型特定施設入居者生活介護】

【テ 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（認定申請中）			
延べ利用者数 （3月中）	人	人	人			

【ト 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 （認定申請中）
延べ利用者数 （3月中）	人	人	人	人	人	人

【ホ 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 （認定申請中）
延べ利用者数 （3月中）	人	人	人	人	人	人

⑤【ナ 介護予防支援】／【ニ 居宅介護支援】

【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（3月中）	人	人	人
うち新規の実利用者数 （3月中）	人	人	人
うち居宅介護支援事業所に 委託している実利用者数 （3月中）	人		

【ニ 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（3月中）	人	人	人	人	人	人
うち新規の実利用者数 （3月中）	人	人	人	人	人	人
介護予防支援事業所から受託 している実利用者数（3月中）	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の人数を記入して下さい。

【ナ 介護予防支援／ニ 居宅介護支援】を <u>あわせた</u> サービスの提供状況	
要介護認定調査の受託件 数（3月中）	件
住宅改修理由書の作成件 数（3月中）	件

⑥【ミ 介護老人福祉施設】／【マ 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護】

【ミ 介護老人福祉施設】							
施設サービス利用者数 ※短期入所生活介護（空床型）の利用者については、ここに含めずに、次ページ「③【ソ 介護予防短期入所生活介護／タ 短期入所生活介護】」に含めて記入して下さい。							
	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他※1	
延べ在所者数 (3月中)	人	人	人	人	人	人	人
延べ入院、外泊者数 (3月中)	人	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。							

【マ 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護】							
施設サービス利用者数 ※短期入所生活介護（空床型）の利用者については、ここに含めずに、次ページ「③【ソ 介護予防短期入所生活介護／タ 短期入所生活介護】」に含めて記入して下さい。							
	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他※1	
延べ在所者数 (3月中)	人	人	人	人	人	人	人
延べ入院、外泊者数 (3月中)	人	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。							

【ミ 介護老人福祉施設／マ 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護】 をあわせたサービスの提供状況		
施設サービス提供数 ※短期入所生活介護（空床型）の利用者については、ここに含めずに、次ページ「③【ソ 介護予防短期入所生活介護／タ 短期入所生活介護】」に含めて記入して下さい。		
食事（3月中）	食事延べ提供数	食
	うち療養食延べ提供数	食

⑦【ヌ 夜間対応型訪問介護】

【ヌ 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	
実利用者数 (3月中)	人	人	人	人	人	人	人
類型別延べ訪問回数	回	回	回	回	回	回	回
(3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。							

⑧【ネ 介護予防認知症対応型通所介護】／【ノ 認知症対応型通所介護】

【ネ 介護予防認知症対応型通所介護／ノ 認知症対応型通所介護】 を合わせたサービスの提供状況			
食事延べ提供数（3月中）			食
送迎の状況 （3月中）	送迎延べ実施回数		回
	うち通常の事業実施地域 以外の送迎延べ実施回数		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。

問2 サービスに係る専用延べ床面積

諸室面積		合計	医療等の介護保険 以外の事業	介護保険事業	
				合計	うち、調査対象 サービス
建物床面積	専用	㎡	㎡	㎡	㎡
	共用	㎡	㎡	㎡	㎡

※ 複数のサービスで使用する面接室等については、使用するサービスが全て介護保険事業である場合には「介護保険事業－合計」の「共有」欄に、そうでない場合には「共有」の「医療等の介護保険以外の事業」の「共有」欄にご記入下さい。

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）は記入不要です。 問4（8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23年3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、1～21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、1～21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23年3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	特定施設入居者生活介護（介護予防含む）の管理者		人
2	地域密着型特定施設入居者生活介護の管理者		人
3	その他介護保険事業の管理者（上記1、2以外）		人
4	医師		人
5	薬剤師		人
6	看護師		人
7	准看護師		人
8	介護職員		人
9	うち介護福祉士		人
10	理学療法士		人
11	作業療法士		人
12	言語聴覚士		人
13	柔道整復師・あん摩マッサージ指圧師		人
14	生活相談員・支援相談員		人
15	うち社会福祉士		人
16	福祉用具専門相談員		人
17	栄養士		人
18	うち管理栄養士		人
19	調理員		人
20	事務職員		人
21	その他		人
22	上記1～21のうち介護支援専門員（再掲）		人
23	上記1～21のうち訪問介護のサービス提供責任者（再掲）		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。

上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位まで計上して下さい。得られた結果が0.1に満たない場合は、「0.1」と計上して下さい。

問4 職員給与

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。

☐ 単体会計 ⇒ 調査対象サービスに従事する職員の換算人員（平成23年3月末日時点）と平成23年3月の1ヶ月分の給与額等について、それぞれ記入して下さい。

☐ 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全体の、職員の換算人員（平成23年3月末日時点）と平成23年3月の1ヶ月分の給与額等について、それぞれ記入して下さい。

※ 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。

※ 主として従事している職種を決めたい場合は、1～21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、その職員数及び給料は含めないで下さい。

平成23年3月分

職 種	常 勤		非 常 勤	
	換算人員 人	給 料 円	実人員 人	換算人員 人
1 特定施設入居者生活介護（介護予防含む）の管理者				
2 地域密着型特定施設入居者生活介護の管理者				
3 その他介護保険事業の管理者（上記1、2以外）				
4 医師				
5 薬剤師				
6 看護師				
7 准看護師				
8 介護職員				
9 うち介護福祉士				
# 理学療法士				
# 作業療法士				
# 言語聴覚士				
# 柔道整復師・あん摩マッサージ指圧師				
# 生活相談員・支援相談員				
# うち社会福祉士				
# 福祉用具専門相談員				
# 栄養士				
# うち管理栄養士				
# 調理員				
# 事務職員				
# その他				
# 介護支援専門員（再掲）				
# 訪問介護のサービス提供責任者（再掲）				
24 通勤手当（再掲）				
25 看護・介護職員に係る夜勤手当（再掲）				
26 賞与（年間支給額の1/12の額）			換算人員	賞 与
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22年度実績の1/12）		
	(2) 全国社会福祉団体職員退職手当積立基金に加入	→ 掛け金額（平成22年度実績の1/12）		
	(3) 中小企業退職金共済制度に加入	→ 掛け金額（平成22年度実績の1/12）		
	(4) その他共済制度に加入	→ 掛け金額（平成22年度実績の1/12）		
	(5) 退職給与引当金繰入の実施（上記(1)～(4)以外）	→ 退職給与引当金（平成22年度実績の1/12）		
	(6) 退職金として支出（平成22年度実績の1/12）			
28 法定福利費（事業主負担・平成22年度実績の1/12）				

問5 収支の状況

	単独会計 ⇒ 調査対象サービスに関する、(1) 事業収入(本頁)および(2) 事業支出等(11頁)について、それぞれ平成23年3月の1か月分の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事業所全体の、(1) 事業収入(本頁)および(2) 事業支出等(11頁)について、それぞれ平成23年3月の1か月分の額を記入して下さい。

※1 事業開始から1年に満たない場合には、事業開始からの経過月数に応じて1ヶ月分を算出して下さい。

(1) 事業収入

		平成23年3月分	
科 目		金 額	円
Ⅰ 事業 活動 収入	1 介護老人福祉施設介護サービス収入 計		
	(1) 介護老人福祉施設		
	うち空床利用の短期入所生活介護(介護予防を含む)の介護料収入及び利用者等利用料収入		
	(2) 地域密着型介護老人福祉施設		
	うち空床利用の短期入所生活介護(介護予防を含む)の介護料収入及び利用者等利用料収入		
	2 居宅介護サービス収入 計		
	(1) 訪問介護(介護予防を含む)		
	(2) 訪問入浴介護(介護予防を含む)		
	(3) 通所介護(介護予防を含む)		
	(4) 福祉用具貸与(介護予防を含む)		
	(5) 短期入所生活介護(介護予防を含む)		
	(6) 特定施設入居者生活介護(介護予防を含む)		
	(7) 夜間対応型訪問介護		
	(8) 認知症対応型通所介護(介護予防を含む)		
	(9) 小規模多機能型居宅介護(介護予防含む)		
	(10) 認知症対応型共同生活介護(介護予防を含む)		
	(11) 地域密着型特定施設入居者生活介護		
	(12) その他の居宅介護サービス収入		
	3 居宅介護支援介護料収入 計		
	(1) 介護予防支援介護料収入 (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入		

(前頁からの続き)

科 目		金 額
		円
事業活動収入	4 保険外の利用料による収入 計	
	(1) 介護老人福祉施設介護サービス収入 小計	
	ア 介護老人福祉施設	
	イ 地域密着型介護老人福祉施設	
	(2) 居宅介護サービス利用料収入 小計	
	ア 訪問介護（介護予防を含む）	
	イ 訪問入浴介護（介護予防を含む）	
	ウ 通所介護（介護予防を含む）	
	エ 福祉用具貸与（介護予防を含む）	
	オ 短期入所生活介護（介護予防を含む）	
	カ 特定施設入居者生活介護（介護予防を含む）	
	キ 夜間対応型訪問介護	
	ク 認知症対応型通所介護（介護予防を含む）	
	ケ 小規模多機能型居宅介護（介護予防を含む）	
	コ 認知症対応型共同生活介護（介護予防を含む）	
	サ 地域密着型特定施設入居者生活介護	
	シ その他の居宅介護サービス利用料収入	
	(3) 管理費収入（消費税等を含む）	
	うち特定施設入居者生活介護（介護予防を含む）の保険外の利用料に係る収入	
	(4) その他の利用料収入（消費税等を含む）	
	5 その他の事業収入 計	
	(1) 補助金収入	
	(2) 市町村特別事業収入	
	(3) 受託収入（消費税等を含む）	
	(4) 介護職員処遇改善交付金受入額	
	(5) その他（消費税等を含む）	
	6 その他の収入 計	
	(1) 入居金収入（消費税等を含む）	
	うち特定施設入居者生活介護（介護予防を含む）の保険外の利用料に係る収入	
	(2) 介護予防支援事業者からの委託に係る収入	
	(3) 障害者等のホームヘルプサービス収入	
	(4) その他（消費税等を含む）	
	7 国庫補助金等特別積立金取崩額	
	8 介護報酬査定減	
事業活動収入計		

(2) 事業支出等

送付した調査票の表紙に記載されている調査対象サービス及びそれと一体的に経営・会計を行っているサービスについて、使用している会計基準、指針に該当する口にチェック（☑）し、それぞれ指定の用紙に記入して下さい。

☐	指定介護老人福祉施設等会計処理等取扱指導指針	⇒ (2) -A (11頁) に記入
☐	社会福祉法人会計基準	⇒ (2) -B (13頁) に記入
☐	企業会計	⇒ (2) -C (15頁) に記入

※ 記入にあたっては、平成23年3月分の値をご記入下さい。なお、年額又はそれに準ずる（半期・四半期など）支払い額の場合には、月額（1/12にする等）に改めてご記入下さい。

※ 事業開始から1年に満たない場合には、事業開始からの経過月数に応じて1ヶ月分を算出して下さい。

※ 各支出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（各支出費目に消費税額を算入した値）で記入して下さい。

(2) -A		平成23年3月分
科 目		金 額 円
Ⅱ 事業活動支出	1 人件費	
	うち介護職員処遇改善交付金による支出	
	2 経費	計
	(1) 直接介護支出	小計
	ア 給食材料費	
	イ 介護用品費	
	ウ 消耗器具備品費	
	エ 車両費	
	オ 光熱水費	
	カ 燃料費	
	キ その他の直接介護支出（ア～カに該当しないもの）	
	(2) 一般管理支出	小計
	ア 福利厚生費	
	イ 旅費交通費	
	ウ 研修費	
	エ 通信運搬費	
	オ 事務消耗品費	
	カ 印刷製本費	
	キ 広報費	
	ク 修繕費	
ケ 保守料		

(前頁からの続き)

科 目		金 額
		円
Ⅱ 事業活動支出	コ 賃借料	小計
	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）	
	サ 保険料	小計
	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）	
	シ 租税公課	
	ス 委託費	小計
	①派遣委託費	
	②給食委託費	
	③送迎委託費	
	④清掃委託費	
	⑤その他の委託費（①～④に該当しないもの）	
	セ 雑費	
	ソ その他の一般管理支出（ア～セに該当しないもの）	
	3 減価償却費	計
	ア 建物及び建物付属設備減価償却費	
	イ 車両船舶設備減価償却費	
ウ 特殊浴槽減価償却費		
エ その他の減価償却費（ア～ウに該当しないもの）		
4 徴収不能額		
5 その他（1～4に該当しないもの）		
事業活動支出計（1～5の合計）		
Ⅲ 事業活動外収入	計	
うち借入金利息補助金収入		
Ⅳ 事業活動外支出	計	
うち借入金利息		
Ⅴ 特別収入		
Ⅵ 特別支出	計	
うち会計区分外繰入金支出		
うち法人本部に帰属する経費：役員報酬等		
うち法人税等		

ご記入ありがとうございました。

調査票の「裏表紙（チェックリスト）」で記載内容をご確認の上、ご回答下さい。

- ※ 記入にあたっては、平成23年3月分の値をご記入下さい。なお、年額又はそれに準ずる（半期・四半期など）支払い額の場合には、月額（1/12にする等）に改めてご記入下さい。
- ※ 事業開始から1年に満たない場合には、事業開始からの経過月数に応じて1ヶ月分を算出して下さい。
- ※ 各支出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（各支出費目に消費税額を算入した値）で記入して下さい。

(2) -B		平成23年3月分
科 目		金 額 円
Ⅱ 事業活動支出	1 人件費支出	
	うち介護職員処遇改善交付金による支出	
	2 事務費支出（ア～チの合計）	計
	ア 福利厚生費	
	イ 旅費交通費	
	ウ 研修費	
	エ 消耗品費	
	オ 器具什器費	
	カ 印刷製本費	
	キ 水道光熱費	
	ク 燃料費	
	ケ 修繕費	
	コ 通信運搬費	
	サ 広報費	
	シ 業務委託費	小計
	①派遣委託費	
	②給食委託費	
	③送迎委託費	
	④清掃委託費	
	⑤その他の委託費（①～④に該当しないもの）	
	ス 損害保険料	小計
	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）	
	セ 賃借料	小計
	①土地	
	②建物及び建物付属設備	
	③設備器械	
④その他（①～③に該当しないもの）		
ソ 租税公課		
タ 雑費		
チ その他経費（ア～タに該当しないもの）		

(前頁からの続き)

科 目		金 額
		円
Ⅱ 事業活動支出（続き）	3 事業費支出 計	
	ア 給食費	
	イ 保健衛生費	
	ウ 水道光熱費	
	エ 燃料費 小計	
	①車両分	
	②その他	
	オ 消耗品費	
	カ 器具什器費	
	キ 賃借料 小計	
	①土地	
	②建物及び建物付属設備	
	③設備器械	
	④その他（①～③に該当しないもの）	
	ク 教育指導費	
	ケ 就職支度費	
	コ 雑費	
	サ その他経費（ア～コに該当しないもの）	
	4 減価償却費 計	
	ア 建物及び建物付属設備減価償却費	
	イ 車輛船舶設備減価償却費	
	ウ 特殊浴槽減価償却費	
	エ その他の減価償却費（ア～ウに該当しないもの）	
	5 徴収不能額	
	6 引当金繰入（退職給与引当金は除く）※1 計	
	ア 徴収不能引当金繰入	
	イ 修繕引当金繰入	
	ウ その他引当金繰入（ア、イに該当しないもの）	
	事業活動支出計（1～6の合計）	
	Ⅲ 事業活動外収入 計	
	うち借入金利息補助金収入	
	Ⅳ 事業活動外支出 計	
	うち借入金利息	
	Ⅴ 特別収入	
	Ⅵ 特別支出 計	
	うち会計区分外繰入金支出	
	うち法人本部に帰属する経費：役員報酬等	

※1 退職給与引当金は「6 引当金繰入」には含めないで下さい。

ご記入ありがとうございました。調査票の「裏表紙（チェックリスト）」で記載内容をご確認の上、ご回答下さい。

- ※ 記入にあたっては、平成23年3月分の値をご記入下さい。なお、年額又はそれに準ずる（半期・四半期など）支払い額の場合には、月額（1/12にする等）に改めてご記入下さい。
- ※ 事業開始から1年に満たない場合には、事業開始からの経過月数に応じて1ヶ月分を算出して下さい。
- ※ 各支出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（各支出費目に消費税額を算入した値）で記入して下さい。

(2) -C		平成23年3月分
科 目		金 額 円
Ⅱ 売上原価	1 人件費	
	うち介護職員処遇改善交付金による支出	
	2 経費 計	
	ア 給食材料費	
	イ 車輛費	
	ウ 光熱水費	
	エ 福利厚生費	
	オ 旅費交通費	
	カ 研修費	
	キ 通信運搬費	
	ク 修繕費	
	ケ 賃借料 小計	
	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）	
	コ 保険料 小計	
	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）	
	サ 租税公課	
	シ 委託費 小計	
	①派遣委託費	
	②給食委託費	
③送迎委託費		
④清掃委託費		
⑤その他の委託費（①～④に該当しないもの）		
ス その他の経費（ア～シに該当しないもの）		

(前頁からの続き)

科 目		金 額
		円
3	減価償却費 小計	
	ア 建物及び建物付属設備減価償却費	
	イ 車両船舶設備減価償却費	
	ウ 特殊浴槽減価償却費	
	エ 消毒設備減価償却費	
	オ 福祉用具減価償却費	
	カ その他の減価償却費（ア～オに該当しないもの）	
	4 その他の売上原価（1～3に該当しないもの）	
	売上原価計（1～4の合計）	
Ⅲ	本部経費配賦額（事業所において負担している本部経費）	
Ⅳ	営業外収益 計	
	1 受取利息	
	2 受取配当金	
	3 補助金収入	
	4 その他の営業外収益（1～3に該当しないもの）	
Ⅴ	営業外費用 計	
	1 支払利息	
	2 徴収不能額	
	3 その他の営業外費用（1、2に該当しないもの）	
Ⅵ	特別利益	
Ⅶ	特別損失	
Ⅷ	法人税、住民税及び事業税	

※1 事業開始から1年に満たない場合には、事業開始からの経過月数に応じて1ヶ月分を算出して下さい。

※2 記入にあたっては、平成23年3月分の値をご記入下さい。なお、年額又はそれに準ずる（半期・四半期など）支払い額の場合には、月額（1/12にする等）に改めてご記入下さい。

ご記入ありがとうございました。

調査票の「裏表紙（チェックリスト）」で記載内容をご確認の上、ご回答下さい。

下記図の流れに従い、記入した質問にチェックし、記入漏れがないか確認して下さい。

表紙	電話番号、活動状況 等
----	----------------------------------

問1: サービス提供の状況等

問1(1)			
問1(2)			
問1(3)	<table border="1"><tr><td>「1. 単独」と回答 </td><td>「2. 一体」と回答 </td></tr></table>	「1. 単独」と回答	「2. 一体」と回答
「1. 単独」と回答	「2. 一体」と回答		
	問1(4)		
	問1(5)		

問2: サービスに係る

問2	
----	----------------------

問3: 職員配置

問3	
----	----------------------

問4: 職員給与

問4	
----	----------------------

問5: 収支の状況

問5(1)							
問5(2)	<table border="1"><tr><td>指定介護老人福祉施設等</td><td>社会福祉法人会計基準</td><td>企業会計</td></tr><tr><td>(2) - </td><td>(2) - </td><td>(2) - C </td></tr></table>	指定介護老人福祉施設等	社会福祉法人会計基準	企業会計	(2) -	(2) -	(2) - C
指定介護老人福祉施設等	社会福祉法人会計基準	企業会計					
(2) -	(2) -	(2) - C					

質問は以上です。後日、調査事務局より、記入内容について確認させていただく場合もありますので、お手数ですが記入の終わった電子調査票はコピーをとり、控えとして9月までお持ち下さい。

記入の終わった電子調査票は、4月30日までに「平成23年度 介護事業実態調査(介護事業経

平成23年度 介護事業実態調査
(介護事業経営実態調査)**<居宅サービス・地域密着型サービス事業所調査票>**
(介護予防含む)(医療関係)**平成23年4月調査**

お手数をおかけしますが、下の①～⑤に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 お名前 役職
- ⑤ 4月1日時点の調査対象サービスの活動状況

右のいずれ1つ番号
を選んでください

1. 活動中 — 内側へお進みください —

2. 休止 ……

3. 廃止 ……

今回の調査にご回答いただく必要はございません。
お手数ですが、このまま調査票をご返送ください。**4月30日まで**にご投函をお願いします返信いただく際には、調査票の裏表紙にあるチェックリストで
記載内容をご確認の上、ご回答ください。**厚生労働省 老健局**

【調査票にご記入いただく前に】

本調査票のご記入に当たっては、送付した調査票の表紙に記載されている調査対象サービスについてご記入下さい。なお、表紙に記載されている調査対象サービス以外のサービスも行っている場合は、それらの会計を「単独」で行っているか「一体」で行っているかによって、ご記入いただく項目が異なりますので、以下にお示しする内容をお読みいただいた上で、ご記入下さいますよう、お願い申し上げます。

問1について

- 送付した調査票の表紙に記載されている調査対象サービスについて、会計を「単独」で行っている場合（他の介護保険サービスを実施していない場合を含む）は、（4）についてご記入いただく必要はありません。ただし、複数の介護保険サービスの会計を「一体」で行っている場合は、（4）（6）についてご記入をお願いします。
- 「会計を単独で行っている」とは、複数の介護保険サービスを行っている場合に、それぞれの介護保険サービスの会計を区分していることをいいます。
- 貴施設・事業所が保険医療機関である場合は（5）についてご記入をお願いします。該当しない場合は、（5）ご記入いただく必要はありません。

問2について

- 送付した調査票の表紙に記載されている調査対象サービスについて、会計を「単独」で行っている場合（他の介護保険サービスを実施していない場合を含む）は、ご記入いただく必要はありません。ただし、複数の介護保険サービスの会計を「一体」で行っている場合は、お手数ですが、ご記入をお願いします。

問3について

- 送付した調査票の表紙に記載されている調査対象サービスについて、会計を「単独」で行っている場合（他の介護保険サービスを実施していない場合を含む）は、ご記入いただく必要はありません。ただし、複数の介護保険サービスの会計を「一体」で行っている場合は、ご記入をお願いします。

5. 問5について

- 送付した調査票の表紙に記載されている調査対象サービスについてご記入下さい。なお、調査対象サービスと会計を「一体」で行っているサービスがある場合は、それらについてもご記入をお願いします。
- なお、「（2）費用等」につきましては、貴施設で使用している会計基準、指針に該当する箇所についてご記入下さい。

■ 「病院会計準則」に基づいた会計を行っている場合

⇒ 問5（1）収益 問5（2）－A費用等：病院会計準則	へのご記入をお願いします
--------------------------------	--------------

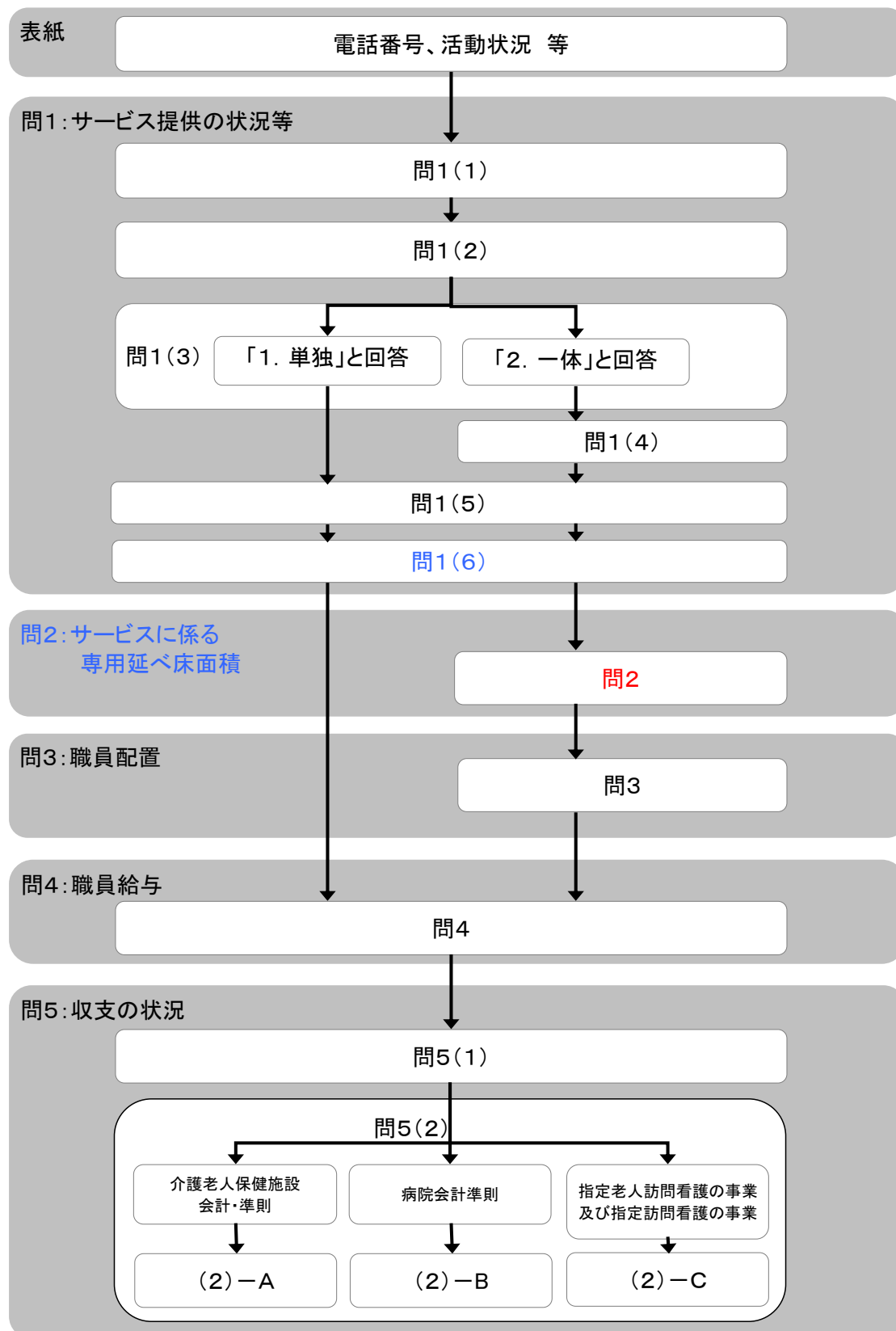
■ 「介護老人保健施設会計・経理準則」に基づいた会計を行っている場合

⇒ 問5（1）収益 問5（2）－B費用等：介護老人保健施設会計・経理準則	へのご記入をお願いします
---	--------------

■ 「指定老人訪問看護の事業及び指定訪問看護の事業の会計経理準則」に基づいた会計を行っている場合

⇒ 問5（1）収益 問5（2）－C費用等：指定老人訪問看護の事業及び指定訪問看護の事業の会計経理準則	へのご記入をお願いします
---	--------------

記入の流れ



問1 サービス提供の状況等（事業所全体の概要）

（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. 国・都道府県 | 6. 社会福祉協議会 | 9. 営利法人 |
| 2. 市区町村 | 7. 社会福祉法人（社会福祉協議会以外） | 10. その他の法人 |
| 3. 広域連合・一部事務組合 | 8. 社団・財団法人 | 11. 個人 |
| 4. 日本赤十字社・社会保険関係団体 | | |
| 5. 医療法人 | | |

（３）表紙に記入されている調査対象サービスにおける会計の区分状況について
下記より選び、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（調査対象サービスの収入・支出を把握）で会計を行っている |
| 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 |

（４）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。

☐

単独会計 ⇒ 問1（４）は記入不要です。問1（５）に記入後、問1（６）のうち
調査対象サービスの欄に記入し、問4（10頁）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		⇒(6)①も記入
イ 訪問介護		
ウ 介護予防訪問入浴介護		⇒(6)②も記入
エ 訪問入浴介護		
オ 介護予防訪問看護		⇒(6)③も記入
カ 訪問看護		
キ 介護予防訪問リハビリテーション		⇒(6)④も記入
ク 訪問リハビリテーション		
ケ 介護予防通所介護		⇒(6)⑤も記入
コ 通所介護		
サ 介護予防通所リハビリテーション		⇒(6)⑥も記入
シ 通所リハビリテーション		
ス 介護予防福祉用具貸与		⇒(6)⑧も記入
セ 福祉用具貸与		
ソ 介護予防短期入所生活介護		⇒(6)⑧も記入
タ 短期入所生活介護		
チ 介護予防短期入所療養介護		⇒(6)⑧も記入
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		⇒(6)⑧も記入
ト 特定施設入居者生活介護		
ナ 介護予防支援		⇒(6)⑧も記入
ニ 居宅介護支援		

（次頁へ続く）

(4) の続き

(地域密着型サービス)		
又	夜間対応型訪問介護	
ネ	介護予防認知症対応型通所介護	⇒(6)⑪も記入
ノ	認知症対応型通所介護	
ハ	介護予防小規模多機能型居宅介護	⇒(6)⑫も記入
ヒ	小規模多機能型居宅介護	
フ	介護予防認知症対応型共同生活介護	
ヘ	認知症対応型共同生活介護	
ホ	地域密着型特定施設入居者生活介護	
マ	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	

(施設サービス)		
ミ	介護老人福祉施設	
ム	介護老人保健施設	⇒(6)⑨も記入
メ	介護療養型医療施設	⇒(6)⑩も記入

(5) 保険医療機関の状況

		病棟・病室数	病床数	在院者数 (3月末日)	延べ在院者数 (3月中)	食事延べ提供 数(3月中)	外来者数 (3月末)
保険医療機関全体		病棟・室	床	人	人	人	人
うち 療養病 床	介護保険適用	病棟・室	床	人	人		
	医療保険適用	病棟・室	床	人	人		
うち老人性認知症 疾患療養病棟		病棟・室	床	人	人		

(6) 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 ⇒ 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、問4(10頁)に進んで下さい。
--------------------------	---

☐	一体会計 ⇒ まず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。 さらに問1(4)(1~2頁)で事業所番号を記入したサービスの口にチェック(☑)し、それぞれの太枠内に記入して下さい。
--------------------------	--

①【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(3月中)		時間

☐	【イ 訪問介護】				
介護保険利用者へのサービス(3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(3月中)					
延べ訪問回数		回			
訪問時間合計		時間			

②【オ 介護予防訪問看護】／【カ 訪問看護】

☐	【オ 介護予防訪問看護】						
実利用者数(3月中)		要支援1		要支援2		その他(認定申請中)	
		人		人		人	
(再掲)健康保険法等 による併給者数※1		人 → うち高齢者の医療の確保に関する法律		人			
請求別訪問回数 (3月中)	介護保険法による 請求	延べ訪問回数					
		看護師、保健師	回				
		准看護師	回				
		PT、OT、ST	回				
	健康保険法等に よる請求※1	夜間又は早朝 (再掲)	回	深夜(再掲)		回	
		看護師、保健師	回 → うち高齢者の医療の確保に関する法律	回			
		准看護師	回 → うち高齢者の医療の確保に関する法律	回			
	PT、OT、ST	回 → うち高齢者の医療の確保に関する法律	回				

【カ 訪問看護】		※介護保険法の訪問看護のサービスを3月中に1度以上利用した者の状況について記入して下さい。					
実利用者数（3月中）		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）
		人	人	人	人	人	人
（再掲）健康保険法等による併給者数※1		人 → うち高齢者の医療の確保に関する法律 人					
請求別訪問回数（3月中）	介護保険法による請求	延べ訪問回数					
		看護師、保健師	回				
		准看護師	回				
		PT、OT、ST	回				
		夜間又は早朝（再掲）	回	深夜（再掲）	回		
	健康保険法等による請求※1	看護師、保健師	回	人 → うち高齢者の医療の確保に関する法律		回	
		准看護師	回	人 → うち高齢者の医療の確保に関する法律		回	
PT、OT、ST		回	人 → うち高齢者の医療の確保に関する法律		回		

【その他の訪問看護のサービスの提供状況】		健康保険法等		その他（自由契約等）	
		うち高齢者の医療の確保に関する法律			
実利用者数（3月中）		人	人	人	
健康保険法等による請求別訪問回数（3月中）	看護師、保健師	回	人 → うち高齢者の医療の確保に関する法律	回	
	准看護師	回	人 → うち高齢者の医療の確保に関する法律	回	
	PT、OT、ST	回	人 → うち高齢者の医療の確保に関する法律	回	

※1：介護保険法の利用者のうち、3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。

③【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3月中に1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（3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3月中に1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（3月中）		回	回	回	回	回	回

【その他の訪問リハビリテーション】		健康保険法等	
		うち高齢者の医療の確保に関する法律	
実利用者数（3月中）		人	人
延べ訪問回数（3月中）		回	回

④【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 <u>あわせ</u> たサービスの提供状況			
食事延べ提供数（3月中）			食
送迎の状況 （3月中）	送迎延べ実施回数		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。
	うち通常の事業実施地域 以外の送迎延べ実施回数		回 〔 一人の人を迎えに行き、 送った場合は2回になります。〕

⑤【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 <u>あわせ</u> たサービスの提供状況			
食事延べ提供数（3月中）			食
送迎の状況 （3月中）	送迎延べ実施回数		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。
	うち通常の事業実施地域 以外の送迎延べ実施回数		回 〔 一人の人を迎えに行き、 送った場合は2回になります。〕

⑥【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
（実利用者数） （3月中）	療養病床等を有する病院		人		人
	老人性認知症疾患療養病棟		人		人
	療養病床等を有する診療所		人		人
	基準適合診療所		人		人
（延べ利用者数） （3月中）	療養病床等を有する病院		人		人
	老人性認知症疾患療養病棟		人		人
	療養病床等を有する診療所		人		人
	基準適合診療所		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					
(3月中) 実利用者数	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
(3月中) 延べ利用者数	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 <u>あわせ</u> たサービスの提供状況			
食事延べ提供数（3月中）			食
送迎の状況 （3月中）	送迎延べ実施回数		回
	うち通常の事業実施地域以外の送迎延べ実施回数		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。]	

※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。

⑦【介護予防居宅療養管理指導】／【居宅療養管理指導】

【介護予防居宅療養管理指導】		
延べ利用者数 （3月中）	医師・歯科医師	人
	薬剤師	人
	看護職員	人
	歯科衛生士	人
	管理栄養士	人
【居宅療養管理指導】		
延べ利用者数 （3月中）	医師・歯科医師	人
	薬剤師	人
	看護職員	人
	歯科衛生士	人
	管理栄養士	人

⑧【ナ 介護予防支援】／【ニ 居宅介護支援】

【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（3月中）	人	人	人
うち新規の実利用者数（3月中）	人	人	人
うち居宅介護支援事業所に委託している実利用者数（3月中）	人		

【ニ 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（3月中）	人	人	人	人	人	人	
うち新規の実利用者数（3月中）	人	人	人	人	人	人	
介護予防支援事業所から受託している実利用者数（3月中）	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の人数を記入して下さい。

【ナ 介護予防支援／ニ 居宅介護支援】を <u>あわせた</u> サービスの提供状況	
要介護認定調査の受託件数（3月中）	件
住宅改修理由書の作成件数（3月中）	件

⑨【ム 介護老人保健施設】

【ム 介護老人保健施設】								
一般棟		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
	延べ在所者数（3月中）	人	人	人	人	人	人	人
	延べ外泊者数（3月中）	人	人	人	人	人	人	人
	延べ試行的退所者数（3月中）	人	人	人	人	人	人	人
専門知棟症		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
	延べ在所者数（3月中）	人	人	人	人	人	人	人
	延べ外泊者数（3月中）	人	人	人	人	人	人	人
	延べ試行的退所者数（3月中）	人	人	人	人	人	人	人
食事（3月中）		食事延べ提供数		食				
		うち療養食延べ提供数		食				

※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 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）を計上して下さい。

⑩【× 介護療養型医療施設】

【× 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 (3月中)			人		人		人		人	
延べ外泊者数 (3月中)			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。

⑪【又 夜間対応型訪問介護】

【又 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			
実利用者数 (3月中)			人		人		人		人	
類型別延べ訪問回数			回		回		回		回	
(3月中)	うち定期巡回		回		回		回		回	
	うち随時訪問		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【ネ 介護予防認知症対応型通所介護】／【ノ 認知症対応型通所介護】

【ネ 介護予防認知症対応型通所介護】／【ノ 認知症対応型通所介護】 をあわせたサービスの提供状況			
食事延べ提供数（3月中）			食
送迎の状況 (3月中)	送迎延べ実施回数		回
	うち通常の事業実施地域 以外の送迎延べ実施回数		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。〕

問2 サービスに係る専用延べ床面積

諸室面積		合計	医療等の介護保険 以外の事業	介護保険事業	
				合計	うち、調査対象 サービス
建物床面積	専用		m ²		m ²
	共用		m ²		m ²

※ 複数のサービスで使用する面接室等については、使用するサービスが全て介護保険事業である場合には「介護保険事業－合計」の「共有」欄に、そうでない場合には「共有」の「医療等の介護保険以外の事業」の「共有」欄にご記入下さい。

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）は記入不要です。 問4（10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23年3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23年3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		
2	その他介護保険事業の管理者		
3	医師		
4	薬剤師		
5	看護師		
6	准看護師		
7	介護職員		
8	うち介護福祉士		
9	理学療法士		
10	作業療法士		
11	言語聴覚士		
12	柔道整復師・あん摩マッサージ指圧師		
13	生活相談員・支援相談員		
14	うち社会福祉士		
15	福祉用具専門相談員		
16	栄養士		
17	うち管理栄養士		
18	調理員		
19	事務職員		
20	その他		
21	上記1～20のうち介護支援専門員（再掲）		
22	上記1～20のうち訪問介護のサービス提供責任者（再掲）		

【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。

上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位まで計上して下さい。得られた結果が0.1に満たない場合は、「0.1」と計上して下さい。

問4 職員給与

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 ⇒ 調査対象サービスに従事する職員の換算人員（平成23年3月末日時点）と平成23年3月の1ヶ月分の給与額等について、それぞれ記入して下さい。

☐ 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全体の、職員の換算人員（平成23年3月末日時点）と平成23年3月の1ヶ月分の給与額等について、それぞれ記入して下さい。

※ 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。

※ 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、その職員数及び給料は含めないで下さい。

平成23年3月分

職 種	常 勤		非 常 勤	
	換算人員 人	給 料 円	実人員 人	換算人員 人
1 病院・診療所の管理者				
2 その他介護保険事業の管理者				
3 医師				
4 薬剤師				
5 看護師				
6 准看護師				
7 介護職員				
8 うち介護福祉士				
9 理学療法士				
# 作業療法士				
# 言語聴覚士				
# 柔道整復師・あん摩マッサージ指圧師				
# 生活相談員・支援相談員				
# うち社会福祉士				
# 福祉用具専門相談員				
# 栄養士				
# うち管理栄養士				
# 調理員				
# 事務職員				
# その他				
# 介護支援専門員（再掲）				
# 訪問介護のサービス提供責任者（再掲）				
23 通勤手当（再掲）				
24 看護・介護職員に係る夜勤手当（再掲）				
25 賞与（年間支給額の1/12の額）			換算人員	賞 与
26 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22年度実績の1/12）		
	(2) 全国社会福祉団体職員退職手当積立基金に加入	→ 掛け金額（平成22年度実績の1/12）		
	(3) 中小企業退職金共済制度に加入	→ 掛け金額（平成22年度実績の1/12）		
	(4) その他共済制度に加入	→ 掛け金額（平成22年度実績の1/12）		
	(5) 退職給与引当金繰入の実施（上記(1)～(4)以外）	→ 退職給与引当金（平成22年度実績の1/12）		
	(6) 退職金として支出（平成22年度実績の1/12）			
27 法定福利費（事業主負担・平成22年度実績の1/12）				

問5 収支の状況

単独会計 ⇒ 調査対象サービスに関する、(1) 収益（本頁）および(2) 費用等（13頁）について、それぞれ平成23年3月の1か月分の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事業所全体の、(1) 収益（本頁）および(2) 費用等（13頁）について、それぞれ平成23年3月の1か月分の額を記入して下さい。

※1 事業開始から1年に満たない場合には、事業開始からの経過月数に応じて1ヶ月分を算出して下さい。

(1) 施設運営事業収益

		平成23年3月分	
科 目		金 額	円
I 施設運営事業収益	医業収益		
	計		
	介護報酬収益		
	計		
	1 施設介護料収入		
	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) 夜間対応型訪問介護		
	(11) 認知症対応型通所介護（介護予防含む）		
	(12) 小規模多機能型居宅介護（介護予防含む）		
	(13) 認知症対応型共同生活介護（介護予防含む）		
	(14) その他収入（（1）～（13）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入 （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		

(前頁からの続き)

科 目		金 額
		円
Ⅰ 施設運営事業収益	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 夜間対応型訪問介護	
	サ 認知症対応型通所介護（介護予防含む）	
	シ 小規模多機能型居宅介護（介護予防含む）	
	ス 認知症対応型共同生活介護（介護予防含む）	
	セ その他の利用料収入（ア～スに該当しないもの）	
	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) 介護職員処遇改善交付金受入額	
	(6) その他（消費税等を含む）	
	施設運営事業収益計（医業収益＋介護報酬収益）	

※1 事業開始から1年に満たない場合には、事業開始からの経過月数に応じて1ヶ月分を算出して下さい。

(2) 費用等

送付した調査票の表紙に記載されている調査対象サービス及びそれと一体的に経営・会計を行っているサービスについて、使用している会計基準、指針に該当する口にチェック（☑）し、それぞれ指定の用紙に記入して下さい。

☐	介護老人保健施設会計・経理準則	⇒ (2) -A (13頁) に記入
☐	病院会計準則	⇒ (2) -B (15頁) に記入
☐	指定老人訪問看護の事業及び指定訪問看護の事業の会計経理準則	⇒ (2) -C (17頁) に記入

※ 記入にあたっては、平成23年3月分の値をご記入下さい。なお、年額又はそれに準ずる（半期・四半期など）支払い額の場合には、月額（1/12にする等）に改めてご記入下さい。

※ 事業開始から1年に満たない場合には、事業開始からの経過月数に応じて1ヶ月分を算出して下さい。

※ 各支出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（各支出費目に消費税額を算入した値）で記入して下さい。

(2) -A		平成23年3月分
科 目		金 額 円
Ⅱ 施設運営事業等費用	1 給与費	
	うち介護職員処遇改善交付金による支出	
	2 医薬品費	
	3 給食用材料費	
	4 施設療養材料費・施設療養消耗器具備品費	
	5 その他の材料費	
	6 経費	計
	ア 福利厚生費	
	イ 消耗品費	
	ウ 消耗器具備品費	
	エ 車両費	
	オ 光熱水費	
	カ 修繕費	
	キ 賃借料	小計
	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）	
	ク 保険料	小計
	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		
ケ 租税公課		
コ 徴収不能損失		
サ その他の経費（ア～コに該当しないもの）		

(前頁からの続き)

科 目		金 額
		円
Ⅱ 施設運営事業等費用	7 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）	
	8 研修費	
	9 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）	
	10 本部費	
	11 その他（1～10に該当しないもの）	
	施設運営事業等費用計（1～11の合計）	
Ⅲ 施設運営事業外収益 計		
	1 受取利息・配当金	
	2 その他の施設運営事業外収益（1に該当しないもの）	
Ⅳ 施設運営事業外費用 計		
	うち支払利息	
Ⅴ 特別損益 計		
	1 特別利益	
	2 特別損失	
	うち法人税等	

※1 事業開始から1年に満たない場合には、事業開始からの経過月数に応じて1ヶ月分を算出して下さい。

※2 記入にあたっては、平成23年3月分の値をご記入下さい。なお、年額又はそれに準ずる（半期・四半期など）支払い額の場合には、月額（1/12にする等）に改めてご記入下さい。

ご記入ありがとうございました。

調査票の裏表紙にあるチェックリストで記載内容をご確認の上、ご返送下さい。

- ※ 記入にあたっては、平成23年3月分の値をご記入下さい。なお、年額又はそれに準ずる（半期・四半期など）支払い額の場合には、月額（1/12にする等）に改めてご記入下さい。
- ※ 事業開始から1年に満たない場合には、事業開始からの経過月数に応じて1ヶ月分を算出して下さい。
- ※ 各支出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（各支出費目に消費税額を算入した値）で記入して下さい。

(2) -B		平成23年3月分
科 目		金 額 円
Ⅱ 医 業 ・ 介 護 費 用	1 給与費	
	うち介護職員処遇改善交付金による支出	
	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	計
	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	小計
	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	小計
	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）		

(前頁からの続き)

科 目		金 額
		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）		
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）		

※1 事業開始から1年に満たない場合には、事業開始からの経過月数に応じて1ヶ月分を算出して下さい。

※2 記入にあたっては、平成23年3月分の値をご記入下さい。なお、年額又はそれに準ずる（半期・四半期など）支払い額の場合には、月額（1/12にする等）に改めてご記入下さい。

ご記入ありがとうございました。

調査票の「裏表紙（チェックリスト）」で記載内容をご確認の上、ご回答下さい。

- ※ 記入にあたっては、平成23年3月分の値をご記入下さい。なお、年額又はそれに準ずる（半期・四半期など）支払い額の場合には、月額（1/12にする等）に改めてご記入下さい。
- ※ 事業開始から1年に満たない場合には、事業開始からの経過月数に応じて1ヶ月分を算出して下さい。
- ※ 各支出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（各支出費目に消費税額を算入した値）で記入して下さい。

(2) -C		平成23年3月分
科 目		金 額
		円
Ⅱ 事業費用	1 人件費	
	うち介護職員処遇改善交付金による支出	
	2 材料費	
	3 経費	計
	ア 福利厚生費	
	イ 旅費交通費	
	ウ 通信費	
	エ 消耗品費	
	オ 消耗器具備品費	
	カ 車両費	
	キ 光熱水費	
	ク 修繕費	
	ケ 賃借料	小計
	①建物及び建物付属設備	
	②設備器械	
	③その他の賃借料（①～②に該当しないもの）	
	コ 保険料	小計
	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）	
	サ 租税公課	
シ 徴収不能損失		
ス その他の経費（ア～シに該当しないもの）		

(前頁からの続き)

科 目		金 額
		円
Ⅱ 事業費用	4 委託費 計	
	ア 派遣委託費	
	イ 清掃委託費	
	ウ その他の委託費（ア～イに該当しないもの）	
	5 減価償却費 計	
	ア 車両船舶設備減価償却費	
	イ その他の減価償却費（アに該当しないもの）	
	6 本部費	
	7 その他（1～6に該当しないもの）	
	事業費用計（1～7の合計）	
Ⅲ 事業外収益 計		
	1 受取利息・配当金	
	2 その他の事業外収益（1に該当しないもの）	
Ⅳ 事業外費用 計		
	うち支払利息	
Ⅴ 特別損益 計		
	1 特別利益	
	2 特別損失 小計	
	うち法人税等	

※1 事業開始から1年に満たない場合には、事業開始からの経過月数に応じて1ヶ月分を算出して下さい。

※2 記入にあたっては、平成23年3月分の値をご記入下さい。なお、年額又はそれに準ずる（半期・四半期など）支払い額の場合には、月額（1/12にする等）に改めてご記入下さい。

ご記入ありがとうございました。

調査票の「裏表紙（チェックリスト）」で記載内容をご確認の上、ご回答下さい。

下記図の流れに従い、記入した質問にチェックし、記入漏れがないか確認して下さい。

表紙	電話番号、活動状況 等
----	----------------------------------

問1: サービス提供の状況等

問1(1)			
問1(2)			
問1(3)	<table border="1"><tr><td>「1. 単独」と回答 </td><td>「2. 一体」と回答 </td></tr></table>	「1. 単独」と回答	「2. 一体」と回答
「1. 単独」と回答	「2. 一体」と回答		
	問1(4)		
	問1(5)		
	問1(6)		

問2: サービスに係る

問2	
----	----------------------

問3: 職員配置

問3	
----	----------------------

問4: 職員給与

問4	
----	----------------------

問5: 収支の状況

問5(1)							
問5(2)	<table border="1"><tr><td>介護老人保健施設</td><td>病院会計準則</td><td>指定老人訪問看護の事業 及び指定訪問看護の事業</td></tr><tr><td>(2)－ </td><td>(2)－ </td><td>(2)－C </td></tr></table>	介護老人保健施設	病院会計準則	指定老人訪問看護の事業 及び指定訪問看護の事業	(2)－	(2)－	(2)－C
介護老人保健施設	病院会計準則	指定老人訪問看護の事業 及び指定訪問看護の事業					
(2)－	(2)－	(2)－C					

質問は以上です。後日、調査事務局より、記入内容について確認させていただく場合もありますので、お手数ですが記入の終わった電子調査票はコピーをとり、控えとして9月までお持ち下さい。

記入の終わった電子調査票は、4月30日までに「平成23年度 介護事業実態調査(介護事業経

平成23年社会医療診療行為別調査の概要

1 調査の目的

この調査は、医療保険制度における医療の給付の受給者にかかる診療行為の内容、傷病の状況、薬剤の使用状況等を明らかにし、医療保険行政に必要な基礎資料を得ることを目的とする。

2 調査の対象

全国の保険医療機関のうち歯科病院、一般診療所及び歯科診療所（以下「調査対象保険医療機関」という。）から社会保険診療報酬支払基金支部（以下「支払基金支部」という。）及び国民健康保険団体連合会（以下「国保連合会」という。）に提出され、審査決定された医療保険制度の診療報酬明細書（以下「明細書」という。）のうち、平成23年6月審査分を調査の対象とする。

3 調査の客体

調査の客体は、第一次抽出単位を全国保険医療機関のうち調査対象保険医療機関、第二次抽出単位を明細書とする層化無作為二段抽出法によって抽出された明細書とする。

- (1) 第一次抽出単位の調査対象保険医療機関は「医療施設基本ファイル」から抽出を行う。
- (2) 第二次抽出単位の明細書は、別に定める抽出率により抽出する。

4 調査の事項

出生年月日、傷病名、診療実日数、診療行為別点数・回数、薬剤の使用状況（薬品名、使用量等）等

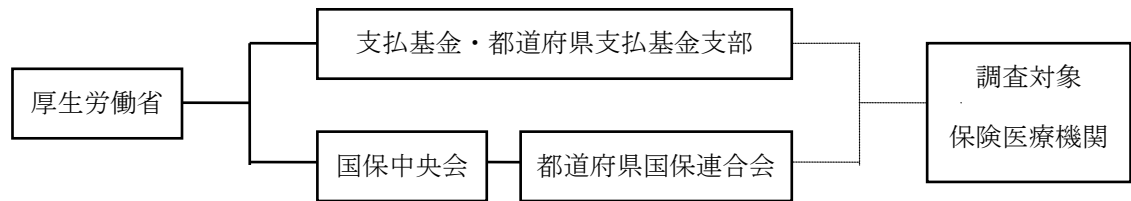
5 調査の方法及び系統

(1) 調査の方法

支払基金支部及び国保連合会が、調査対象保険医療機関の明細書から別に定め

る抽出率により抽出を行い、その写しを厚生労働省に提出する方法により行う。

(2) 調査の系統



6 集計及び結果の公表

集計は、厚生労働省大臣官房統計情報部において行い、調査結果はレセプト情報・特定健診等情報データベース（以下「NDB」という。）より得られた結果とあわせて「平成23年社会医療診療行為別調査結果の概況」及び「平成23年社会医療診療行為別調査」（報告書）として集計完了後速やかに公表するとともに、厚生労働省ホームページ、または、政府統計の総合窓口(e-Stat)に掲載する。

(医科入院)

医療機関コード

保險者
番 号

被保険者証・被保険者
手帳等の記号・番号

保険医療機関
の所在地及び
名 称

診療開始日	(1)	年	月	日	転	治	死	中	止	保 険 公 費 ① 公 費 ②	診療 実 日 数	日
	(2)	年	月	日								日
	(3)	年	月	日								日

※高額の療養費		円	※公費負担点数	点
97	基準	円×	回	※公費負担点数
食事・	特別	円×	回	基準(生)
食堂		円×	日	特別(生)
生活	環境	円×	日	減・免・猶・Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ日額

保	險	公費①	公費②
食事・生活療養			

2. ※印の欄は、記入しないこと。

(医科入院医療機関別包括評価用)

医療機関コード

医
科

平成 年 月分

[illegible]

保険者						給付割合	10 9 8
番 号							7 ()

被保険者の証・被保険者 手帳等の記号・番号	
--------------------------	--

氏 名			特 記 事 項
	1男 2女 1明 2大 3昭 4平 . . 生		
職務上の事由		1 職務上 2 下船後3月以内 3 通勤災害	

保険医
療機関
の所在
地及び
名 称

分類番号		診断群分類区分			病	傷	診療 費 ① 公費 ② 日 数	保 険 費 ① 公費 ②	日
傷病名		ICD 10	傷病名		場	今日入院年月日	平成 年 月 日	今日退院年月日	平成 年 月 日
副傷病名			副傷病名						

[illegible]

診療報酬明細書

(歯科)

平成 年 月 日

都道府県 医療機関コード
県番号

3 歯科	1 社・国 2 公費	3 後期 4 退職	1 単独 2 併 3 併	2 本外 4 六外 6 家外	8 高 0 外	9 外 7
保険者 番号						10 9 8 7 ()

様式第三

公費 負担 番号		公費負担 医療の受 給者番号	
----------------	--	----------------------	--

被保険者証・被保険者 手帳等の記号・番号

氏名	1男2女1明2大3略4平	生
職務上の事由	1職務上 2下船後3月以内 3通勤災害	
特記事項		届出 補管・歯授診 外来・GTR 痛症無痛

保険医
療機関
の所在
地及び
名称

傷病名 部位											診療 開始日	年 月 日			
											診療 実日数	日 (日)			
											転帰	治癒 死亡 中止			
初診	時間外 ()	休日 ()	深夜 ()	乳 ()	乳・時間外 ()	乳・休日 ()	乳・深夜 ()	障 ()	障導 ()	外来 ()					
再診	X	時間外 X	休日 X	深夜 X	乳 X	乳・時間外 X	乳・休日 X	乳・深夜 X	障 X						
管理	歯管	義管 X	+	X	歯清	歯実	F局	F洗	医管	その他					
投薬・注射	内用外注										調 X X	処方 X	清 X + X	処 X	注 X X
X線 検査	全額 枚	模 X	S 増 X	平 X	基本 X	X	精密 X	X	そ の 他						
	模 X	写 X	頭運動 X	測 X	基本 X	X	精密 X	X							
	パ X	X	DR X	X X X	X	検査 X	X	検査 X	X						
処 置	う蝕 X	覆罩 X	X X	X	填塞 X	除去 X	X X	X	知覚過敏 X	X X	咬調 X	X			
	抜 X	感染 X	X	根管 X	根 X	抜 X	X	感 X	X	加 X	生切 X				
	X	X	X	根管 X	X	X	X	根 X	X	X	X				
	縫 X	X	X	充 X	充 X	充 X	X	充 X	X	充 X	失切 X				
手 術	S C	X + X	X + X	SRP	前 X	小 X	大 X	前 X	小 X	大 X					
	PCur	前 X	小 X	大 X	前 X	小 X	大 X	SPT		P処 X					
	抜歯	乳 X	前 X	白 X	確 X	埋 X	+ X	切開 X	X						
その他											特定 薬剤				
麻酔	伝麻 X	浸麻 X	その他												
補診	維持管理	X	X	X	印象	X	X	X	X	X	X	X			
歯 冠 形 成	前 (生活) X	前 (失活) X	X + X	X	高 (高洞) X	充形 X	咬合 X	X X	X X	X X	X X				
	乳 X	乳 X	X	X	修形 X	支台築造	メタル	前小 X	大 X	その他	前小 X	大 X			
冠 修 復	乳 X	X	X	X	X	X	TEK	X	充填	X	X				
	前小 X	X	X	X	X	X	硬シ	X	充充 I	X	X				
	前小 X	X	X	X	X	X	ジ	X	乳 X	充充 II	X	X			
復 及 び	大 X	X	X	X	X	X	修理	X	材充 III	X	X				
	大銀 X	X	X	X	X	X	装着	X X	材その他	X	X				
	大二 X	X	X	X	X	X	装着	X X	リテーナ	X	X				
	14K	X	X	X	X	X	材料	X	仮着	X	X				
欠 損 補 綴	前装	バ X	二 X	X	類 X										
	有	1~4歯 X	床 X	床 X	床 X	床 X	床 X	床 X	床 X	床 X	床 X				
		5~8歯 X	X	X	X	X	X	X	X	X	X				
		9~11歯 X	X	X	X	X	X	X	X	X	X				
		12~14歯 X	X	X	X	X	X	X	X	X	X				
		総義歯 X	装 X	X	X	X	X	X	X	X	X				
その他															
摘 要															

公費分請求 点数決定※	点	合計	点
患者負担額 (公費)	円	決定※	点
高額療養費※	円	一部負担 金額	減額・支払猶予

○調劑報酬明細書

平成 年 月分

都道府 薬局コード
県番号

4 調劑	1 社·國 2 公 費	3 後 期 4 退 職	1 單 獨 2 2 併 3 3 併	2 本外 4 六外 6 家外	8 高外一 0 高外7
---------	----------------	----------------	-------------------------	----------------------	----------------

[illegible]

保険者番号						給付割合	1098 7()
-------	--	--	--	--	--	------	--------------

被保険者証・被保険者
手帳等の記号・番号

氏名									特記事項		保険薬局の所在地及び名称				
	1男 2女 1明 2大 3昭 4平 . . 生														
職務上の事由									1職務上 2下船後3月以内 3通勤災害						
保険医療機関の所在地及び名称									保険 医 氏 名	1	6	受付回数	保険		回
										2	7		公費①		回
										3	8		公費②		回
										4	9				
										5	10				
都道府県番号		点数表番号		医療機関コード											

[illegible]

摘 要		※高 額 療養費	円
		※公費負 担点数	点
		※公費負 担点数	点

保 險	請 求 点	※ 決 定 点	一部負担金額 円 減額 割(円) 免除・支払猶予	調剤基本料 点	時間外等加算 点	薬学管理料 点
公費①	点	※ 点	円	点	点	点
公費②	点	※ 点	円	点	点	点

第 18 回医療経済実態調査（医療機関等調査）要綱

1. 調査の目的

病院、一般診療所及び歯科診療所並びに保険薬局における医業経営等の実態を明らかにし、社会保険診療報酬に関する基礎資料を整備することを目的とする。

2. 調査の内容

病院、一般診療所及び歯科診療所並びに保険薬局について、施設の概要、損益の状況、従事者の人員及び給与の状況等の調査を行う。

3. 調査の対象

社会保険による診療・調剤を行っている全国の病院、一般診療所、歯科診療所及び 1 か月間の調剤報酬明細書の取扱件数が 300 件以上の保険薬局を対象とする。

ただし、開設者が医育機関（特定機能病院及び歯科大学病院は除く）であるもの、特定人のために開設されている閉鎖的なもの、感染症病床のみを有する病院、結核療養所、原爆病院、自衛隊病院等の特殊な病院並びに刑務所、船内等に設置される一般診療所及び歯科診療所は除外する。

また、歯科併設の一般診療所、臨床検査センター、夜間診療所、巡回診療所及び 1 か月間の診療時間が 100 時間未満であると推定された医療機関は調査対象から除外する。

4. 調査の客体及び抽出方法

調査対象となる医療機関等から、それぞれ次の方法によって抽出した施設を調査客体とする。

(1) 病 院

ア 層化無作為抽出法による。

イ 第 1 の層化は、DPC 対象病院の指定を受けている病院と指定を受けていない病院に分類し、この区分によって行う。

ウ 第 2 の層化は、介護療養施設サービス事業を行っている病院と行っていない病院に分類し、この区分によって行う。

エ 第 3 の層化は、病床数が 200 床以上、200 床未満に分類し、この区分によって行う。

オ 第 4 の層化は、院外処方の有無別に分類し、この区分によって行う。

カ 第5の層化は、全国の都道府県を次の9の地域に分類し、この区分によって行う。

地 域	都 道 府 県
北 海 道	北海道
東 北	青森、岩手、宮城、秋田、山形、福島
関 東	茨城、栃木、群馬、埼玉、千葉、東京、神奈川、新潟、山梨、長野
東 海	岐阜、静岡、愛知、三重
北 陸	富山、石川、福井
近 畿	滋賀、京都、奈良、大阪、兵庫、和歌山
中 国	鳥取、島根、岡山、広島、山口
四 国	徳島、香川、愛媛、高知
九 州	福岡、佐賀、長崎、大分、熊本、宮崎、鹿児島、沖縄

キ 第6の層化は、全国を国家公務員の地域手当における級地区分の6区分とその他の地域に分類し、この区分によって行う。(級地区分については別紙参照)

ク 第7の層化は、一般病院(特定機能病院、歯科大学病院及び子ども病院を除く)、精神科病院(許可病床のすべてが精神病床であるもの)別に開設者(国立、公立、公的、医療法人、社会保険関係法人、その他法人、個人)ごとに分類し、この区分によって行う。

ケ 抽出率は、特定機能病院、歯科大学病院及び子ども病院については1/1、その他については1/3とする。

(2) 一般診療所

ア 層化無作為抽出法による。

イ 第1の層化は、入院患者の有無別に分類し、この区分によって行う。

ウ 第2の層化は、主たる診療科別に分類し、この区分によって行う。

エ 第3の層化は、介護療養施設サービス事業を行っている一般診療所と行っていない一般診療所に分類し、この区分によって行う。

オ 第4の層化は、院外処方の有無別に分類し、この区分によって行う。

カ 第5、第6の層化は、病院と同じ地域分類(第5、第6層化)によって行う。

キ 抽出率は1/20とする。

(3) 歯科診療所

ア 層化無作為抽出法による。

イ 第1の層化は、院外処方の有無別に分類し、この区分によって行う。

ウ 第2、第3の層化は、病院と同じ地域分類（第5、第6層化）によって行う。

エ 第4の層化は、常勤の歯科医師数を、1人、2人以上の区分に分類し、この区分によって行う。

オ 抽出率は1／50とする。

(4) 保険薬局

ア 層化無作為抽出法による。

イ 第1、第2の層化は、病院と同じ地域分類（第5、第6層化）によって行う。

ウ 第3の層化は、開設者（個人、法人）の別に分類し、この区分によって行う。

エ 抽出率は1／25とする。

5. 調査主体

中央社会保険医療協議会

6. 調査の時期

平成23年6月の1月間と平成23年3月末までに終了する直近の2事業年（度）の2年間について実施する。

7. 調査の事項

調査票に掲げる事項とする。

8. 調査の方法

(1) 調査は、郵送方式及びホームページを利用した電子調査方式により行う。

(2) 調査票の記入は、医療機関等管理者の自計申告の方法による。

9. 結果の公表

調査の結果については、中央社会保険医療協議会の議を経て、速やかに公表する。

平成23年6月

医療経済実態調査

(病院調査票)

(提出期限 平成23年7月31日)

(宛名ラベル貼付位置)

↓ 必ずご記入ください。

貴院名											
都道府県番号・医療機関コード											
記入者氏名										部署	
連絡先	電話番号	市外局番		—		—		(内線)			
	FAX番号	—		—							
	e-mail	@									

↓ ご記入にあたり、公認会計士又は税理士に外部委託している場合に限りご記入ください。

公認会計士又は税理士 氏名											
連絡先	電話番号	市外局番		—		—		(内線)			
	e-mail	@									

第1 基本データ

1 貴院の開設者		(平成23年6月30日現在、該当する番号を記入してください。)	
1 国立(独立行政法人含む)	2 公立	3 公的	4 社会保険関係
5 医療法人	6 個人	7 その他の法人	①

2 病床の状況		(平成23年6月30日現在)	
	一般病床	療養病床	精神科病床
許可病床数	② 床	③ 床	④ 床
(うち)介護療養型医療施設分	⑧ 床	⑨ 床	⑩ 床

3 処方の状況		(平成23年6月1か月間)	
処方せん料の算定(院外処方)の回数	⑪	回	
処方料の算定(院内処方)の回数	⑫	回	

4 入院基本料等の状況		(平成23年6月30日現在、該当する番号を記入してください。)	
1 一般病棟入院基本料	1 7対1 ・ 2 10対1 ・ 3 13対1 ・ 4 15対1	5 特別入院基本料 ・ 6 該当していない	
2 療養病棟入院基本料	1 療養病棟入院基本料1 ・ 2 療養病棟入院基本料2	3 移行 ・ 4 特別入院基本料 ・ 5 該当していない	
3 結核病棟入院基本料	1 7対1 ・ 2 10対1 ・ 3 13対1 ・ 4 15対1 ・ 5 18対1	6 20対1 ・ 7 特別入院基本料 ・ 8 該当していない	
4 精神病棟入院基本料	1 10対1 ・ 2 13対1 ・ 3 15対1 ・ 4 18対1 ・ 5 20対1	6 特別入院基本料 ・ 7 該当していない	
5 特定機能病院入院基本料	(一般病棟) 1 7対1 ・ 2 10対1 ・ 3 該当していない		
	(結核病棟) 1 7対1 ・ 2 10対1 ・ 3 13対1 ・ 4 15対1 ・ 5 該当していない		
	(精神病棟) 1 7対1 ・ 2 10対1 ・ 3 13対1 ・ 4 15対1 ・ 5 該当していない		
6 専門病院入院基本料	1 7対1 ・ 2 10対1 ・ 3 13対1 ・ 4 該当していない		
7 障害者施設等入院基本料	1 7対1 ・ 2 10対1 ・ 3 13対1 ・ 4 15対1	5 該当していない	
8 特殊疾患病棟入院料	1 特殊疾患病棟入院料1 ・ 2 特殊疾患病棟入院料2 ・ 3 該当していない		

5 直近の2事業年(度)		(個人立以外の病院のみ記入してください。)	
平成23年3月末までに終了した事業年(度)	平成	年	月
平成22年3月末までに終了した事業年(度)	平成	年	月

※個人立の場合は、平成22年1月1日から平成22年12月31日まで及び平成21年1月1日から平成21年12月31日までの期間が直近の2事業年(度)となるため、記入の必要はありません。

第2 損 益

I 医業収益

科 目	金額（平成23年6月分）					金額（平成23年3月末までの事業年（度））					金額（平成22年3月末までの事業年（度））				
1 入院診療収益（患者負担含む）	①	億	百万	千	円	⑥	億	百万	千	円	⑪	億	百万	千	円
2 特別の療養環境収益	②					⑦					⑫				
3 外来診療収益（患者負担含む）	③					⑧					⑬				
4 その他の医業収益	④					⑨					⑭				
医業収益合計	⑤					⑩					⑮				

II 介護収益

科 目	金額（平成23年6月分）					金額（平成23年3月末までの事業年（度））					金額（平成22年3月末までの事業年（度））				
1 施設サービス収益	⑬	億	百万	千	円	⑲	億	百万	千	円	②⑤	億	百万	千	円
2 居宅サービス収益	⑰					②②					②⑦				
┆-----┆		┆	┆	┆	┆		┆	┆	┆	┆	┆	┆	┆	┆	┆
┆(うち)短期入所療養介護分┆	⑱					②③					②⑧				
3 その他の介護収益	⑲					②④					②⑨				
介護収益合計	⑳					㉑					㉓				

※ 病院として介護保険事業を実施していない場合は、記入の必要はありません。

III その他の収益

科 目		金額（平成23年6月分）				金額（平成23年3月末までの事業年（度））				金額（平成22年3月末までの事業年（度））					
1	受取利息及び配当金	記入不要				③②	億	百万	千	円	③⑤	億	百万	千	円
2	その他の収益	③①	億	百万	千	円	③③				③⑥				
その他の収益合計		記入不要				③④					③⑦				

IV 医業・介護費用

科 目		金額（平成23年6月分）				金額（平成23年3月末までの事業年（度））				金額（平成22年3月末までの事業年（度））						
1 材料費	(1)医薬品費	③⑧	億	百万	千	円	④⑦	億	百万	千	円	⑥①	億	百万	千	円
	(2)診療材料費・医療消耗器具備品費	③⑨					④⑧					⑥②				
	(3)歯科材料費	④⑩					④⑨					⑥③				
	(4)給食用材料費	④⑪					⑤⑩					⑥④				
2 給与費（「第3 給与」の⑪⑮欄及び⑪⑫⑬欄の金額を記入してください。）		記入不要				⑤①					⑥⑤					
3 委託費		④②					⑤②					⑥⑥				
4 設備関係費		④③					⑤③					⑥⑦				
(うち)減価償却費		記入不要				⑤④					⑥⑧					
(うち)建物減価償却費						⑤⑤					⑥⑨					
(うち)医療機器減価償却費						⑤⑥					⑦①					
(うち)土地賃借料		④④					⑤⑦					⑦①				
5 経 費		④⑤					⑤⑧					⑦②				
6 その他の医業・介護費用		④⑥					⑤⑨					⑦③				
医業・介護費用合計		記入不要				⑥①					⑦④					

V その他の費用

科 目	金額（平成23年6月分）	金額（平成23年3月末までの事業年（度））	金額（平成22年3月末までの事業年（度））
1 支払利息	記入不要	⑦⑥	⑦⑧
2 その他の費用	⑦⑤	⑦⑦	⑦⑨

VI 特別損益

科 目	金額（平成23年6月分）	金額（平成23年3月末までの事業年（度））	金額（平成22年3月末までの事業年（度））
1 特別利益	記入不要	⑧①	⑧②
2 特別損失		⑧①	⑧③

VII 補助金・負担金等

科 目	金額（平成23年6月分）	金額（平成23年3月末までの事業年（度））	金額（平成22年3月末までの事業年（度））
1 人件費補助	記入不要	⑧④	⑧⑦
2 運営費補助		⑧⑤	⑧⑧
3 設備費補助		⑧⑥	⑧⑨

第3 給 与

I 給料

	常 勤 職 員（平成23年6月分）						常 勤 職 員（平成23年3月末までの事業年（度））						常 勤 職 員（平成22年3月末までの事業年（度））								
職 種	人 員		給 料				人 員		給 料				人 員		給 料						
病院長	①	人	⑫	億	百万	千	円	⑬	人	⑭	億	百万	千	円	⑮	人	⑯	億	百万	千	円
医 師	②	人	⑬					⑭	人	⑮					⑯	人	⑰				
歯科医師	③	人	⑭					⑮	人	⑯					⑰	人	⑱				
薬剤師	④	人	⑮					⑯	人	⑰					⑱	人	⑲				
看護職員	⑤	人	⑯					⑰	人	⑲					⑲	人	⑳				
看護補助職員	⑥	人	⑰					⑲	人	⑳					⑳	人	㉑				
医療技術員	⑦	人	⑰					⑲	人	⑳					㉑	人	㉒				
事務職員	⑧	人	⑰					⑳	人	㉑					㉒	人	㉓				
技能労務員・労務員	⑨	人	⑲					㉑	人	㉒					㉓	人	㉔				
役員 （上記の職種に従事している者を除く）	⑩	人	㉑					㉒	人	㉓					㉔	人	㉕				
合 計	⑪	人	㉒					㉓	人	㉔					㉕	人	㉖				

II 賞与

	常 勤 職 員（平成23年6月分）			常 勤 職 員（平成23年3月末までの事業年（度））						常 勤 職 員（平成22年3月末までの事業年（度））							
職 種	人 員	賞 与		人 員		賞 与				人 員		賞 与					
病院長	記入不要	記入不要		⑥7	人	⑦7	億	百万	千	円	⑧7	人	⑨7	億	百万	千	円
医 師				⑥8	人	⑦8					⑧8	人	⑨8				
歯科医師				⑥9	人	⑦9					⑧9	人	⑨9				
薬剤師				⑦0	人	⑧0					⑨0	人	100				
看護職員				⑦1	人	⑧1					⑨1	人	101				
看護補助職員				⑦2	人	⑧2					⑨2	人	102				
医療技術員				⑦3	人	⑧3					⑨3	人	103				
事務職員				⑦4	人	⑧4					⑨4	人	104				
技能労務員・労務員				⑦5	人	⑧5					⑨5	人	105				
役員 （上記の職種に従事している者を除く）				⑦6	人	⑧6					⑨6	人	106				

III 給与費等の内訳

給与費内訳	平成23年6月分					平成23年3月末までの事業年（度）					平成22年3月末までの事業年（度）				
非常勤職員給料	㉕	億	百万	千	円	㉖	億	百万	千	円	㉗	億	百万	千	円
賞与支給額	記入不要					㉘					㉙				
退職給付引当金制度の有無 ^㉚ （該当する項目に○を記入してください。）	あり	→	退職給付引当金繰入額			㉘					㉙				
	なし	→	退職金支払額			㉘					㉙				
法定福利費	㉕					㉖					㉗				
給与費等の合計	記入不要					㉘					㉙				

※ ㉙ 欄 = ㉒ 欄 + ㉓ 欄 + ㉔ 欄 + (㉕ 欄 又は ㉖ 欄) + ㉗ 欄

※ ㉚ 欄 = ㉓ 欄 + ㉔ 欄 + ㉕ 欄 + (㉖ 欄 又は ㉗ 欄) + ㉘ 欄

第4 資 産 ・ 負 債

○ 個人立病院は平成22年12月31日及び平成21年12月31日現在、個人立以外の病院は平成23年3月末までに終了した直近の2事業年(度)の末日における資産及び負債の額を記入してください。

資 産 の 部											
科 目		金 額 (平成23年3月末までの事業年(度))				金 額 (平成22年3月末までの事業年(度))					
I 流動資産		①					⑤				
II 固定資産		②					⑥				
III 繰延資産		③					⑦				
資 産 合 計		④					⑧				

負 債 の 部											
科 目		金 額 (平成23年3月末までの事業年(度))				金 額 (平成22年3月末までの事業年(度))					
IV 流動負債		⑨					⑫				
V 固定負債		⑩					⑬				
負 債 合 計		⑪					⑭				

第5 租税公課等

租税公課等											
科 目		金額（平成23年3月末までの事業年(度)）					金額（平成22年3月末までの事業年(度)）				
租税公課(※)		①	億	百万	千	円	④	億	百万	千	円
損害保険料		②					⑤				
寄付金		③					⑥				

※「租税公課」は、原則として税法上損金に算入される租税(固定資産税、事業税、消費税、自動車税、印紙税、登録免許税など)、公共的な性格をもつ会費や賦課金(医師会費や町内会費など)です。

税金											
科 目		金額（平成23年3月末までの事業年(度)）					金額（平成22年3月末までの事業年(度)）				
法人税		⑦	億	百万	千	円	⑩	億	百万	千	円
住民税		⑧					⑪				
事業税		⑨					⑫				

※ 個人立病院については記入の必要はありません。

通勤手当											
科 目		金額（平成23年3月末までの事業年(度)）					金額（平成22年3月末までの事業年(度)）				
通勤手当		⑬	億	百万	千	円	⑭	億	百万	千	円

医療経済実態調査(医療機関等調査)に対する意見募集

このたびは、「平成23年度医療経済実態調査(医療機関等調査)」にご協力いただきありがとうございます。本調査の改善に役立てるため、以下の様式により、ご意見を提出いただくことができます。(任意提出)

◆内 容 { 1. 調査の改善提案 2. 調査の意義
 3. その他() } について

※(該当する項目に○を記してください。複数選択可)

上記項目に対するご意見

Patient Information	
Full Name	
Date of Birth	
Gender	
Address	
City	
State	
Zip	
Phone	
Medical History	
Current Medications	
Previous Surgeries	
Chronic Conditions	
Family History	
Physical Examination	
Vital Signs	
General Appearance	
Head and Neck	
Chest and Lungs	
Heart and Circulation	
Abdomen	
Genitourinary	
Neurological	
Laboratory Tests	
Blood Work	
Urine Analysis	
Imaging Studies	
Treatment Plan	
Medications	
Therapies	
Follow-up	
Patient Education	
Health Education	
Referrals	
Physician Signature	
Date	

平成23年6月

医療経済実態調査

(一般診療所調査票)

(提出期限 平成23年7月31日)

(宛名ラベル貼付位置)

↓ 必ずご記入ください。

貴院名									
都道府県番号・医療機関コード				—					
記入者氏名								部署	
連絡先	電話番号	市外局番	—		—		(内線)		
	FAX番号	—		—					
	e-mail								@

↓ ご記入にあたり、公認会計士又は税理士に外部委託している場合に限りご記入ください。

公認会計士又は税理士 氏名									
連絡先	電話番号	市外局番	—		—		(内線)		
	e-mail								@

第1 基本データ

1 貴院の開設者				(平成23年6月30日現在、該当する番号を記入してください。)			
1 個人		2 医療法人		3 その他		①	

2 主たる診療科目	
(平成23年6月30日現在、広告する診療科目のうち、主たる診療科目の番号 (別添「記入要領」3頁参照)を記入してください。)	
②	

3 病床の状況(有床診療所のみ記入してください)		(平成23年6月30日現在)	
許可病床数		③	床

4 処方の状況		(平成23年6月1か月間)	
処方せん料の算定(院外処方)の回数		④	回
処方料の算定(院内処方)の回数		⑤	回

5 直近の2事業年(度)		(個人立以外の一般診療所のみ記入してください。)					
平成23年3月末までに終了した事業年(度)	平成	年	月	～	平成	年	月
平成22年3月末までに終了した事業年(度)	平成	年	月	～	平成	年	月

※個人立の場合は、平成22年1月1日から平成22年12月31日まで及び平成21年1月1日から平成21年12月31日までの期間が直近の2事業年(度)となるため、記入の必要はありません。

第2 損 益

I 医業収益

科 目		金額（平成23年6月分）					金額（平成23年3月末までの事業年（度））					金額（平成22年3月末までの事業年（度））				
		①	億	百万	千	円	⑨	億	百万	千	円	⑰	億	百万	千	円
1 入院診療収益	(1)保険診療収益（患者負担含む）	①					⑨					⑰				
	(2)公害等診療収益	②					⑩					⑱				
	(3)その他の診療収益	③					⑪					⑲				
2 外来診療収益	(1)保険診療収益（患者負担含む）	④					⑫					⑳				
	(2)公害等診療収益	⑤					⑬					㉑				
	(3)その他の診療収益	⑥					⑭					㉒				
3 その他の医業収益		⑦					⑮					㉓				
医業収益合計		⑧					⑯					㉔				

II 介護収益

科 目		金額（平成23年6月分）					金額（平成23年3月末までの事業年（度））					金額（平成22年3月末までの事業年（度））				
		②5	億	百万	千	円	③0	億	百万	千	円	③5	億	百万	千	円
1 施設サービス収益		②5					③0					③5				
2 居宅サービス収益		②6					③1					③6				
┆(うち)短期入所療養介護分		②7					③2					③7				
3 その他の介護収益		②8					③3					③8				
介護収益合計		②9					③4					③9				

※ 診療所として介護保険事業を実施していない場合は、記入の必要はありません。

III 医業・介護費用

科 目		金額（平成23年6月分）				金額（平成23年3月末までの事業年（度））				金額（平成22年3月末までの事業年（度））					
1	給与費 （「第3 給与」の⑪⑬欄及び⑪⑭欄の金額を記入してください。）	記入不要				④6	億	百万	千	円	⑤8	億	百万	千	円
2	医薬品費	④0	億	百万	千	円	④7					⑤9			
3	材料費	④1					④8					⑥0			
	┆(うち)給食用材料費	④2					④9					⑥1			
4	委託費	④3					⑤0					⑥2			
5	減価償却費	記入不要				⑤1					⑥3				
	┆(うち)建物減価償却費					⑤2					⑥4				
	┆(うち)医療機器減価償却費					⑤3					⑥5				
6	その他の医業・介護費用	④4					⑤4					⑥6			
	┆(うち)土地賃借料	④5					⑤5					⑥7			
	┆(うち)支払利息	記入不要				⑤6					⑥8				
医業・介護費用合計						⑤7					⑥9				

第3 給 与

I 給料

	常 勤 職 員（平成23年6月分）						常 勤 職 員（平成23年3月末までの事業年（度））						常 勤 職 員（平成22年3月末までの事業年（度））								
職 種	人 員		給 料				人 員		給 料				人 員		給 料						
院 長 （個人立の開設者本人を除く）	①	人	⑫	億	百万	千	円	⑬	人	⑭	億	百万	千	円	⑮	人	⑯	億	百万	千	円
医 師	②	人	⑬					⑭	人	⑮					⑯	人	⑰				
歯科医師	③	人	⑭					⑮	人	⑯					⑰	人	⑱				
薬剤師	④	人	⑮					⑯	人	⑰					⑰	人	⑱				
看護職員	⑤	人	⑯					⑰	人	⑱					⑱	人	⑲				
看護補助職員	⑥	人	⑰					⑱	人	⑲					⑲	人	⑳				
医療技術員	⑦	人	⑰					⑲	人	⑲					⑳	人	㉑				
事務職員 （上記の職種に従事している者を除く）	⑧	人	⑰					⑳	人	㉑					㉑	人	㉒				
技能労務員・労務員	⑨	人	⑲					㉑	人	㉒					㉒	人	㉓				
役 員 （上記の職種に従事している者を除く）	⑩	人	⑲					㉒	人	㉓					㉓	人	㉔				
合 計	⑪	人	⑳					㉓	人	㉔					㉔	人	㉕				

II 賞与

	常 勤 職 員（平成23年6月分）			常 勤 職 員（平成23年3月末までの事業年(度)）						常 勤 職 員（平成22年3月末までの事業年(度)）								
職 種	人 員	賞 与		人 員	賞 与					人 員	賞 与							
院 長 （個人立の開設者本人を除く）	記入不要	記入不要	記入不要	⑥7	人	⑦7	億	百万	千	円	⑥7	人	⑦7	億	百万	千	円	
医 師				⑥8	人	⑦8						⑥8	人	⑦8				
歯科医師				⑥9	人	⑦9						⑥9	人	⑦9				
薬剤師				⑦0	人	⑧0						⑦0	人	⑧0				
看護職員				⑦1	人	⑧1						⑦1	人	⑧1				
看護補助職員				⑦2	人	⑧2						⑦2	人	⑧2				
医療技術員				⑦3	人	⑧3						⑦3	人	⑧3				
事務職員 （上記の職種に従事している者を除く）				⑦4	人	⑧4						⑦4	人	⑧4				
技能労務員・労務員				⑦5	人	⑧5						⑦5	人	⑧5				
役 員 （上記の職種に従事している者を除く）				⑦6	人	⑧6						⑦6	人	⑧6				

III 給与費等の内訳

給与費内訳				平成23年6月分				平成23年3月末までの事業年（度）				平成22年3月末までの事業年（度）							
				⑩7	億	百万	千	円	⑩8	億	百万	千	円	⑩9	億	百万	千	円	
非常勤職員給料				記入不要					⑪0						⑪1				
賞与支給額									⑪1						⑪2				
退職給付引当金制度の有無⑩8 （該当する項目に○を記入してください。）	あり	→	退職給付引当金繰入額						⑪2						⑪3				
	なし	→	退職金支払額						⑪3						⑪4				
法定福利費				⑩9					⑪4						⑫0				
給与費等の合計				記入不要				⑪5							⑫1				

※ ⑪5 欄 = ⑪4 欄 + ⑪0 欄 + ⑪1 欄 + (⑪2 欄 又は ⑪3 欄) + ⑪1 欄

※ ⑫1 欄 = ⑫0 欄 + ⑪6 欄 + ⑪7 欄 + (⑪8 欄 又は ⑪9 欄) + ⑫0 欄

第4 資 産 ・ 負 債

- この「第4 資産・負債」は、青色申告で「貸借対照表(資産負債調)」を税務署に提出した個人立診療所及び個人立以外の診療所(医療法人立診療所など)のみ記入してください。
- 個人立診療所は平成22年12月31日及び平成21年12月31日現在、個人立以外の診療所は平成23年3月末までに終了する直近の2事業年(度)の末日における資産及び負債の額を記入してください。

資 産 の 部									
科 目		金 額 (平成23年3月末までの事業年(度))				金 額 (平成22年3月末までの事業年(度))			
I 流動資産	①	億	百万	千	円	⑤	億	百万	千 円
II 固定資産	②					⑥			
III 繰延資産	③					⑦			
資 産 合 計	④					⑧			

負 債 の 部									
科 目		金 額 (平成23年3月末までの事業年(度))				金 額 (平成22年3月末までの事業年(度))			
IV 流動負債	⑨	億	百万	千	円	⑫	億	百万	千 円
V 固定負債	⑩					⑬			
負 債 合 計	⑪					⑭			

第5 租税公課等

租税公課等										
科 目	金額（平成23年3月末までの事業年(度)）					金額（平成22年3月末までの事業年(度)）				
租税公課(※)	①	億	百万	千	円	④	億	百万	千	円
損害保険料	②					⑤				
寄付金	③					⑥				

※「租税公課」は、原則として税法上損金に算入される租税(固定資産税、事業税、消費税、自動車税、印紙税、登録免許税など)、公共的な性格をもつ会費や賦課金(医師会費や町内会費など)です。

税金										
科 目	金額（平成23年3月末までの事業年(度)）				金額（平成22年3月末までの事業年(度)）					
	⑦	億	百万	千	円	⑩	億	百万	千	円
法人税	⑦					⑩				
住民税	⑧					⑪				
事業税	⑨					⑫				

※ 個人立診療所については記入の必要はありません。

通勤手当														
科 目					金額（平成23年3月末までの事業年(度)）			金額（平成22年3月末までの事業年(度)）						
通勤手当					⑬	億	百万	千	円	⑭	億	百万	千	円

医療経済実態調査(医療機関等調査)に対する意見募集

このたびは、「平成23年度医療経済実態調査(医療機関等調査)」にご協力いただきありがとうございます。本調査の改善に役立てるため、以下の様式により、ご意見を提出いただくことができます。(任意提出)

◆内 容 { 1. 調査の改善提案 2. 調査の意義
 3. その他() } について

※(該当する項目に○を記してください。複数選択可)

上記項目に対するご意見

Patient Information	
Full Name	
Date of Birth	
Gender	
Address	
City	
State	
Zip	
Phone	
Medical History	
Allergies	
Current Medications	
Past Medical History	
Family History	
Social History	
Physical Examination	
Vital Signs	
Laboratory Tests	
Imaging Studies	
Diagnosis	
Treatment Plan	
Follow-up	

平成23年6月

医療経済実態調査

(歯科診療所調査票)

(提出期限 平成23年7月31日)

(宛名ラベル貼付位置)

↓ 必ずご記入ください。

貴院名									
都道府県番号・医療機関コード				—					
記入者氏名								部署	
連絡先	電話番号	市外局番	—		—		(内線)		
	FAX番号	—		—					
	e-mail								@

↓ ご記入にあたり、公認会計士又は税理士に外部委託している場合に限りご記入ください。

公認会計士又は税理士 氏名									
連絡先	電話番号	市外局番	—		—		(内線)		
	e-mail								@

第1 基本データ

1 貴院の開設者				(平成23年6月30日現在、該当する番号を記入してください。)			
1 個人		2 医療法人		3 その他		①	

2 ユニット数		(平成23年6月30日現在)		②		ユニット	
---------	--	----------------	--	---	--	------	--

3 処方の状況		(平成23年6月1か月間)	
処方せん料の算定(院外処方)の回数		③	回
処方料の算定(院内処方)の回数		④	回

4 直近の2事業年(度)		(個人立以外の歯科診療所のみ記入してください。)					
平成23年3月末までに終了した事業年(度)	平成	年	月	～	平成	年	月
平成22年3月末までに終了した事業年(度)	平成	年	月	～	平成	年	月

第2 損 益

I 医業収益

科 目	金額（平成23年6月分）					金額（平成23年3月末までの事業年（度））					金額（平成22年3月末までの事業年（度））				
1 保険診療収益（患者負担含む）	①	億	百万	千	円	⑥	億	百万	千	円	⑪	億	百万	千	円
2 労災等診療収益	②					⑦					⑫				
3 その他の診療収益	③					⑧					⑬				
4 その他の医業収益	④					⑨					⑭				
医業収益合計	⑤					⑩					⑮				

II 介護収益

科 目	金 額（平成23年6月分）				金 額（平成23年3月末までの事業年（度））				金 額（平成22年3月末までの事業年（度））						
1 居宅サービス収益	⑯	億	百万	千	円	⑰	億	百万	千	円	⑱	億	百万	千	円
2 その他の介護収益	⑰					⑲					⑳				
介護収益合計	⑱					㉑					㉒				

※ 歯科診療所として介護保険事業を実施していない場合は、記入の必要はありません。

III 医業・介護費用

科 目	金 額（平成23年6月分）				金 額（平成23年3月末までの事業年（度））				金 額（平成22年3月末までの事業年（度））							
1 給与費 （「第3 給与」の95欄及び101欄の金額を記入してください。）	記入不要				30	億	百万	千	円	41	億	百万	千	円		
2 医薬品費	25	億	百万	千	円	31					42					
3 歯科材料費	26					32					43					
4 委託費	27					33					44					
5 減価償却費	記入不要				34						45					
（うち）建物減価償却費					35							46				
（うち）医療機器減価償却費					36								47			
6 その他の医業・介護費用	28					37					48					
（うち）土地賃借料	29					38					49					
（うち）支払利息	記入不要				39						50					
医業・介護費用合計					40							51				

第3 給 与

I 給料

	常 勤 職 員（平成23年6月分）					常 勤 職 員（平成23年3月末までの事業年（度））					常 勤 職 員（平成22年3月末までの事業年（度））				
職 種	人 員		給 料			人 員		給 料			人 員		給 料		
院 長 （個人立の開設者本人を除く）	①	人	⑩	億	千	⑱	人	⑳	億	千	⑳	人	㉔	億	千
歯科医師	③	人	⑪			⑲	人	㉑			㉓	人	㉕		
歯科衛生士	③	人	⑫			⑳	人	㉒			㉔	人	㉖		
歯科技工士	④	人	⑬			㉒	人	㉓			㉔	人	㉖		
薬剤師	⑤	人	⑭			㉓	人	㉔			㉔	人	㉖		
事務職員 （上記の職種に従事している者を除く）	⑥	人	⑮			㉔	人	㉕			㉕	人	㉖		
その他の職員	⑦	人	⑯			㉕	人	㉖			㉕	人	㉖		
役 員 （上記の職種に従事している者を除く）	⑧	人	⑰			㉖	人	㉗			㉖	人	㉘		
合 計	⑨	人	⑱			㉗	人	㉘			㉗	人	㉘		

II 賞与

	常 勤 職 員（平成23年6月分）					常 勤 職 員（平成23年3月末までの事業年（度））					常 勤 職 員（平成22年3月末までの事業年（度））				
職 種	人 員		賞 与			人 員		賞 与			人 員		賞 与		
院 長 （個人立の開設者本人を除く）	記入不要		記入不要			⑤⑤	人	⑥③	億	千	⑦①	人	⑦⑨	億	千
歯科医師						⑤⑥	人	⑥④			⑦②	人	⑧①		
歯科衛生士						⑤⑦	人	⑥⑤			⑦③	人	⑧②		
歯科技工士						⑤⑧	人	⑥⑥			⑦④	人	⑧③		
薬剤師						⑤⑨	人	⑥⑦			⑦⑤	人	⑧④		
事務職員 （上記の職種に従事している者を除く）						⑥①	人	⑥⑧			⑦⑥	人	⑧⑤		
その他の職員						⑥②	人	⑥⑨			⑦⑦	人	⑧⑥		
役 員 （上記の職種に従事している者を除く）						⑥③	人	⑦①			⑦⑧	人	⑧⑦		

III 給与費等の内訳

給与費内訳				平成23年6月分				平成23年3月末までの事業年（度）				平成22年3月末までの事業年（度）			
非常勤職員給料				⑧⑦	億	千		⑨①	億	千		⑨⑥	億	千	
賞与支給額				記入不要				⑨②				⑨⑦			
退職給付引当金制度の有無 ⑧⑧ （該当する項目に○を記入してください。）	あり	→	退職給付引当金繰入額					⑨③				⑨⑧			
	なし	→	退職金支払額					⑨④				⑨⑨			
法定福利費				⑧⑨				⑨⑤				⑩①			
給与費等の合計				記入不要				⑨⑥				⑩②			

※ ⑨⑤ 欄 = ③⑥ 欄 + ⑨① 欄 + ⑨② 欄 + (⑨③ 欄 又は ⑨④ 欄) + ⑨⑤ 欄

※ ⑩② 欄 = ⑤④ 欄 + ⑨⑥ 欄 + ⑨⑦ 欄 + (⑨⑧ 欄 又は ⑨⑨ 欄) + ⑩① 欄

第4 資 産 ・ 負 債

- この「第4 資産・負債」は、青色申告で「貸借対照表(資産負債調)」を税務署に提出した個人立歯科診療所及び個人立以外の歯科診療所(医療法人立歯科診療所など)のみ記入してください。
- 個人立歯科診療所は平成22年12月31日及び平成21年12月31日現在、個人立以外の歯科診療所は平成23年3月末までに終了する直近の2事業年(度)の末日における資産及び負債の額を記入してください。

資 産 の 部										
科 目	金 額（平成23年3月末までの事業年(度)）				金 額（平成22年3月末までの事業年(度)）					
I 流動資産	①	億	百万	千	円	⑤	億	百万	千	円
II 固定資産	②					⑥				
III 繰延資産	③					⑦				
資 産 合 計	④					⑧				

負 債 の 部										
科 目	金 額（平成23年3月末までの事業年(度)）					金 額（平成22年3月末までの事業年(度)）				
IV 流動負債	⑨	億	百万	千	円	⑫	億	百万	千	円
V 固定負債	⑩					⑬				
負 債 合 計	⑪					⑭				

第5 租税公課等

租税公課等										
科 目	金 額（平成23年3月末までの事業年(度)）					金 額（平成22年3月末までの事業年(度)）				
租税公課(※)	①	億	百万	千	円	④	億	百万	千	円
損害保険料	②					⑤				
寄付金	③					⑥				

※「租税公課」は、原則として税法上損金に算入される租税(固定資産税、事業税、消費税、自動車税、印紙税、登録免許税など)、公共的な性格をもつ会費や賦課金(歯科医師会費や町内会費など)です。

税金											
科 目	金額（平成23年3月末までの事業年(度)）						金額（平成22年3月末までの事業年(度)）				
法人税	⑦	億	百万	千	円		⑩	億	百万	千	円
住民税	⑧						⑪				
事業税	⑨						⑫				

※ 個人立歯科診療所については記入の必要はありません。

通勤手当													
科 目				金 額（平成23年3月末までの事業年(度)）				金 額（平成22年3月末までの事業年(度)）					
通勤手当				⑬	億	百万	千	円	⑭	億	百万	千	円

医療経済実態調査(医療機関等調査)に対する意見募集

このたびは、「平成23年度医療経済実態調査(医療機関等調査)」にご協力いただきありがとうございます。本調査の改善に役立てるため、以下の様式により、ご意見を提出いただくことができます。(任意提出)

◆内 容 { 1. 調査の改善提案 2. 調査の意義
 3. その他() } について

※(該当する項目に○を記してください。複数選択可)

上記項目に対するご意見

Patient Information	
Full Name	
Date of Birth	
Gender	
Address	
City	
State	
Zip	
Phone	
Medical History	
Current Medications	
Previous Surgeries	
Chronic Conditions	
Family History	
Physical Examination	
General	
Cardiovascular	
Respiratory	
Gastrointestinal	
Neurological	
Musculoskeletal	
Genitourinary	
Endocrine	
Laboratory Tests	
Complete Blood Count	
Basic Metabolic Panel	
Liver Function Tests	
Uric Acid	
Urine Analysis	
Imaging Studies	
X-ray	
Ultrasound	
CT Scan	
MRI	
Treatment Plan	
Medications	
Procedures	
Follow-up	
Patient Education	
Health Education	
Medication Management	
Follow-up Schedule	
Physician Information	
Physician Name	
Physician Title	
Physician Address	
Physician City	
Physician State	
Physician Zip	
Physician Phone	

平成23年6月

医療経済実態調査

(保険薬局調査票)

(提出期限 平成23年7月31日)

(宛名ラベル貼付位置)

↓ 必ずご記入ください。

貴薬局名			
記入者氏名		部署	
連絡先	電話番号	市外局番 — — (内線)	
	FAX番号	— —	
	e-mail	@	

↓ ご記入にあたり、公認会計士又は税理士に外部委託している場合に限りご記入ください。

公認会計士又は税理士 氏名			
連絡先	電話番号	市外局番 — — (内線)	
	e-mail	@	

第1 基本データ

1 貴薬局の開設主体	(平成23年6月30日現在、該当する番号を記入してください。)		
	1 法人	2 個人	①

2 保険調剤の状況			
処方せん枚数	(平成23年6月1か月間)	②	枚
(うち)後発医薬品を調剤した処方せん枚数	(平成23年6月1か月間)	③	枚
調剤した全ての医薬品の数量(薬価基準の規格単位ベース)のうち後発医薬品の割合(平成23年6月1か月間)		④	%

3 調剤用備蓄医薬品品目数 (薬価基準収載品目)(平成23年6月30日現在)	内用薬	外用薬	注射薬
	⑤ 品目	⑥ 品目	⑦ 品目
	(うち)後発医薬品品目数	⑧ 品目	⑨ 品目
	⑩ 品目	⑪ 品目	⑫ 品目

4 薬学管理等の状況			
在宅患者訪問薬剤管理指導料の算定回数	(平成23年6月1か月間)	⑬	回
居宅療養管理指導費(介護保険)の算定回数	(平成23年6月1か月間)	⑭	回

5 従事者の状況 (平成23年6月30日現在)				
職種	薬剤師 (個人立の開設者本人を除く)	事務職員	その他の職員	合 計
従事者数	⑮ 人	⑯ 人	⑰ 人	⑱ 人

6 直近の2事業年(度)		(個人立以外の保険薬局のみ記入してください。)					
平成23年3月末までに終了した事業年(度)	平成	年	月	～	平成	年	月
平成22年3月末までに終了した事業年(度)	平成	年	月	～	平成	年	月

※個人立の場合は、平成22年1月1日から平成22年12月31日まで及び平成21年1月1日から平成21年12月31日までの期間が直近の2事業年(度)となるため、記入の必要はありません。

第2 損 益

I 収益

科 目	金 額（平成23年6月分）				金 額（平成23年3月末までの事業年（度））				金 額（平成22年3月末までの事業年（度））						
1 保険調剤収益（患者負担含む）	①	億	百万	千	円	⑤	億	百万	千	円	⑨	億	百万	千	円
2 公害等調剤収益	②					⑥					⑩				
3 その他の薬局事業収益	③					⑦					⑪				
収益合計	④					⑧					⑫				

II 介護収益

科 目	金額（平成23年6月分）				金額（平成23年3月末までの事業年（度））				金額（平成22年3月末までの事業年（度））						
1 居宅サービス収益	⑬	億	百万	千	円	⑯	億	百万	千	円	⑲	億	百万	千	円
2 その他の介護収益	⑭					⑰					⑳				
介護収益合計	⑮					⑱					㉑				

※ 保険薬局として介護保険事業を実施していない場合は、記入の必要はありません。

III 費用

科 目	金額（平成23年6月分）					金額（平成23年3月末までの事業年（度））					金額（平成22年3月末までの事業年（度））				
1 給与費	22	億	百万	千	円	29	億	百万	千	円	40	億	百万	千	円
2 医薬品等費	23					30					41				
（うち）調剤用医薬品費	24					31					42				
3 委託費	25					32					43				
4 減価償却費	記入不要					33					44				
（うち）建物減価償却費						34					45				
（うち）調剤用機器減価償却費						35					46				
5 その他の経費	26					36					47				
（うち）土地賃借料	27					37					48				
（うち）利子割引料	28					38					49				
費用合計	記入不要					39					50				

第3 資産・負債

- この「第3 資産・負債」は、青色申告で「貸借対照表(資産負債調)」を税務署に提出した個人薬局及び個人薬局以外の薬局のみ記入してください。
- 個人薬局は平成22年12月31日及び平成21年12月31日現在、個人薬局以外の薬局は平成23年3月末までに終了する直近の事業年(度)の末日における資産及び負債の額を記入してください。

資 産 の 部										
科 目	金 額（平成23年3月末までの事業年（度））					金 額（平成22年3月末までの事業年（度））				
I 流動資産	①	億	百万	千	円	⑤	億	百万	千	円
II 固定資産	②					⑥				
III 繰延資産	③					⑦				
資 産 合 計	④					⑧				

負 債 の 部										
科 目	金 額（平成23年3月末までの事業年(度)）					金 額（平成22年3月末までの事業年(度)）				
IV 流動負債	⑨	億	百万	千	円	⑫	億	百万	千	円
V 固定負債	⑩					⑬				
負 債 合 計	⑪					⑭				

第4 租税公課等

租税公課等										
科 目	金額（平成23年3月末までの事業年(度)）					金額（平成22年3月末までの事業年(度)）				
	①	億	百万	千	円	④	億	百万	千	円
租税公課(※)	①					④				
損害保険料	②					⑤				
寄付金	③					⑥				

※「租税公課」は、原則として税法上損金に算入される租税(固定資産税、事業税、消費税、自動車税、印紙税、登録免許税など)、公共的な性格をもつ会費や賦課金(薬剤師会費や町内会費など)です。

税金										
科 目	金額（平成23年3月末までの事業年(度)）					金額（平成22年3月末までの事業年(度)）				
法人税	⑦	億	百万	千	円	⑩	億	百万	千	円
住民税	⑧					⑪				
事業税	⑨					⑫				

※ 個人薬局については記入の必要はありません。

通勤手当											
科 目		金 額（平成23年3月末までの事業年(度)）					金 額（平成22年3月末までの事業年(度)）				
通勤手当		⑬	億	百万	千	円	⑭	億	百万	千	円

第4 租税公課等

租税公課等										
科 目	金額（平成23年3月末までの事業年(度)）					金額（平成22年3月末までの事業年(度)）				
	①	億	百万	千	円	④	億	百万	千	円
租税公課(※)	①					④				
損害保険料	②					⑤				
寄付金	③					⑥				

※「租税公課」は、原則として税法上損金に算入される租税(固定資産税、事業税、消費税、自動車税、印紙税、登録免許税など)、公共的な性格をもつ会費や賦課金(薬剤師会費や町内会費など)です。

税金										
科 目	金額（平成23年3月末までの事業年(度)）					金額（平成22年3月末までの事業年(度)）				
法人税	⑦	億	百万	千	円	⑩	億	百万	千	円
住民税	⑧					⑪				
事業税	⑨					⑫				

※ 個人薬局については記入の必要はありません。

通勤手当												
科 目			金 額（平成23年3月末までの事業年(度)）				金 額（平成22年3月末までの事業年(度)）					
通勤手当			⑬	億	百万	千	円	⑭	億	百万	千	円

医療経済実態調査(医療機関等調査)に対する意見募集

このたびは、「平成23年度医療経済実態調査(医療機関等調査)」にご協力いただきありがとうございます。本調査の改善に役立てるため、以下の様式により、ご意見を提出いただくことができます。(任意提出)

◆内 容 { 1. 調査の改善提案 2. 調査の意義
 3. その他() } について

※(該当する項目に○を記してください。複数選択可)

上記項目に対するご意見



第 18 回 医療経済実態調査（保険者調査） 要綱

1. 調査の目的

医療保険の保険者の財政状況の実態を把握し、社会保険診療報酬に関する基礎資料を整備することを目的とする。

2. 調査の対象

平成 22 年度末における組保管掌健康保険及び共済組合の各保険者を調査対象とする。

3. 調査主体

中央社会保険医療協議会

4. 調査の時期

平成 23 年 6 月

5. 調査の種類及び調査事項

調査の種類及び調査事項は次のとおりとする。

(1) 土地に関する調査

施設の種類、面積、取得年月日、取得価格、帳簿価格等について調査する。

(2) 直営保養所・保健会館に関する調査

施設の種類、建物の状況、利用状況等について調査する。

6. 調査の方法

前記 5 の (1) 及び (2) について、組保管掌健康保険及び共済組合の各保険者が調査票を作成し、提出する。

7. 提出期限

平成 23 年 8 月 31 日

8. 結果の公表

この調査の集計結果は、中央社会保険医療協議会の議を経て、速やかに公表する。

医療経済実態調査 保険者調査票
(平成22年度末現在)

中央社会保険医療協議会

保険者名	
------	--

1 土地に関する事項

施設の種類	名称	所在地	地目	面積	取得年月日	取得価格	帳簿価格	固定資産税 評価額	時価評価額	評価 方法	評価 年月	備考
1 病院・診療所 2 老人保健施設 3 直営保養所 4 体育館・体育施設 5 保健会館 6 施設なし		都 市 道 区 府 町 県 村		□□□□㎡	1 昭和 2 平成 年 月 日	□□□□千円 □□□□千円	□□□□千円 □□□□千円	□□□□千円 □□□□千円	□□□□千円 □□□□千円	1 ・ 2 ・ 3	1 昭和 2 平成 年 月	
1 病院・診療所 2 老人保健施設 3 直営保養所 4 体育館・体育施設 5 保健会館 6 施設なし		都 市 道 区 府 町 県 村		□□□□㎡	1 昭和 2 平成 年 月 日	□□□□ □□□□	□□□□ □□□□	□□□□ □□□□	□□□□ □□□□	1 ・ 2 ・ 3	1 昭和 2 平成 年 月	
1 病院・診療所 2 老人保健施設 3 直営保養所 4 体育館・体育施設 5 保健会館 6 施設なし		都 市 道 区 府 町 県 村		□□□□㎡	1 昭和 2 平成 年 月 日	□□□□ □□□□	□□□□ □□□□	□□□□ □□□□	□□□□ □□□□	1 ・ 2 ・ 3	1 昭和 2 平成 年 月	
1 病院・診療所 2 老人保健施設 3 直営保養所 4 体育館・体育施設 5 保健会館 6 施設なし		都 市 道 区 府 町 県 村		□□□□㎡	1 昭和 2 平成 年 月 日	□□□□ □□□□	□□□□ □□□□	□□□□ □□□□	□□□□ □□□□	1 ・ 2 ・ 3	1 昭和 2 平成 年 月	
1 病院・診療所 2 老人保健施設 3 直営保養所 4 体育館・体育施設 5 保健会館 6 施設なし		都 市 道 区 府 町 県 村		□□□□㎡	1 昭和 2 平成 年 月 日	□□□□ □□□□	□□□□ □□□□	□□□□ □□□□	□□□□ □□□□	1 ・ 2 ・ 3	1 昭和 2 平成 年 月	
1 病院・診療所 2 老人保健施設 3 直営保養所 4 体育館・体育施設 5 保健会館 6 施設なし		都 市 道 区 府 町 県 村		□□□□㎡	1 昭和 2 平成 年 月 日	□□□□ □□□□	□□□□ □□□□	□□□□ □□□□	□□□□ □□□□	1 ・ 2 ・ 3	1 昭和 2 平成 年 月	
1 病院・診療所 2 老人保健施設 3 直営保養所 4 体育館・体育施設 5 保健会館 6 施設なし		都 市 道 区 府 町 県 村		□□□□㎡	1 昭和 2 平成 年 月 日	□□□□ □□□□	□□□□ □□□□	□□□□ □□□□	□□□□ □□□□	1 ・ 2 ・ 3	1 昭和 2 平成 年 月	

医療経済実態調査 保険者調査票

中 央 社 会 保 険 医 療 協 議 会

保 険 者 名	
---------	--

2 直営保養所・保健会館に関する事項

[illegible]

平成23年介護サービス施設・事業所調査の概要

1 調査の目的

本調査は、全国の介護サービスの提供体制、提供内容等を把握することにより、介護サービスの提供面に着目した基盤整備に関する基礎資料を得ることを目的とする。

2 調査の対象及び客体

別記に掲げる介護保険施設、居宅サービス事業所、居宅介護支援事業所、介護予防サービス事業所、介護予防支援事業所、地域密着型サービス事業所、地域密着型介護予防サービス事業所を対象とし、その全数を客体とする。

3 調査の時期

平成23年10月1日

4 調査事項

介護保険施設

施設名、所在地、定員、従事者数、居室等の状況 等

居宅サービス事業所等

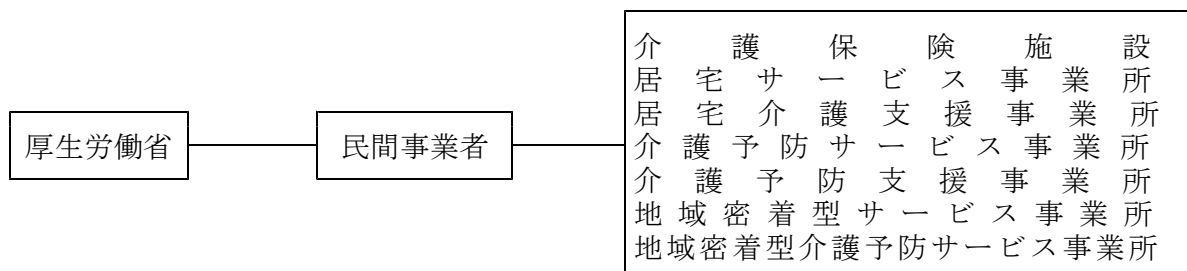
事業所名、所在地、利用者数、従事者数 等

5 調査の方法及び系統

(1) 調査の方法

民間事業者から介護保険施設、各事業所へ配布し、各管理者が調査票に記入する。

(2) 調査の系統



6 集計及び結果の公表

集計は、厚生労働省大臣官房統計情報部が行い、調査結果は「平成23年介護サービス施設・事業所調査結果の概況」及び「平成23年介護サービス施設・事業所調査報告」（報告書）として集計完了後速やかに公表するとともに、厚生労働省ホームページ（<http://www.mhlw.go.jp/>）及び政府統計の総合窓口（e-Stat）に掲載する。

秘

統計法に基づく一般統計調査

介護サービス施設・事業所調査
介護老人福祉施設・
地域密着型介護老人福祉施設票
(平成23年10月1日調査)

1
厚生労働省

*一連番号

*調査番号

シール貼り付け
(バーコード)

(1) 法人名
(運営法人名を記入してください)

(2) 施設名

(3) 施設の所在地

〒□□□-□□□□ TEL()-()-()

【注】1 あらかじめ調査票に印字されている項目に変更または誤りがあった場合は、赤字で訂正をしてください。
2 *印の箇所は施設では記入しないでください。

事業所番号

(4) 活動状況

1 活動中 2 休止中 3 廃止

(5) 開設年月

1 昭和 2 平成

年月

(6) 開設主体及び
経営主体

開設主体

経営主体

それぞれ該当する番号を選択し、左の各欄に記入してください。

01 都道府県 05 社会福祉協議会
02 市区町村 06 社会福祉法人(社会福祉協議会以外)
03 広域連合・一部事務組合 07 社団・財団法人(公益・一般)
04 日本赤十字社 08 01～07以外

(7) 介護報酬上の届出

該当する施設の種類の種類に○をつけてください。「*」が付いた施設への変更がある場合は、事務局までご連絡ください。

介護老人福祉施設(複数回答)	地域密着型介護老人福祉施設(複数回答)
1 介護福祉施設	1 地域密着型介護福祉施設
2 小規模介護福祉施設	2 サテライト型介護福祉施設
3 ユニット型介護福祉施設	3 ユニット型地域密着型介護福祉施設
4 ユニット型小規模介護福祉施設	4 ユニット型サテライト型地域密着型介護福祉施設

(8) 定員及び居室の状況

入所定員
(短期入所生活介護(ショートステイ)床の
定員は含みません)

人

居室の状況

短期入所生活介護(ショートステイ)のみに使用している居室は除いて記入してください。

多床室				従来型個室	ユニット型	
5人以上室	4人室	3人室	2人室		夫婦等の2人室	個室(準個室を含む)
室	室	室	室	室	室	室

上記居室の一部に短期入所生活介護(ショートステイ)床を (1 含む 2 含まない)

(9) ユニットの状況

「(7)介護報酬上の届出」の種別が「3」または「4」に該当する場合のみ記入してください。
なお、ユニット型として届け出た居室について記入してください。

ユニットの規模(定員)	人	人	人	人	人	人
ユニット数	ユニット	ユニット	ユニット	ユニット	ユニット	ユニット

(10) 居住費の状況

各居室の種類ごとに施設が設定している料金の高い順に記入してください。
居住費の室数と(8)居室の室数は一致させてください。

多床室	居住費(月額)	円	円	円	円	円
	室定員	人室	人室	人室	人室	人室
	室数	室	室	室	室	室
従来型個室	居住費(月額)	円	円	円	円	円
	室数	室	室	室	室	室
	居住費(月額)	円	円	円	円	円
ユニット型準個室 (夫婦等の2人室を含む)	室定員	人室	人室	人室	人室	人室
	室数	室	室	室	室	室
	居住費(月額)	円	円	円	円	円
ユニット型個室 (夫婦等の2人室を含む)	室定員	人室	人室	人室	人室	人室
	室数	室	室	室	室	室

裏面につづきます



統計法に基づく一般統計調査

介護サービス施設・事業所調査
介護老人保健施設票
(平成23年10月1日調査)

(バーコード)
2
厚生労働省

* 一 連 番 号

* 調 査 番 号

シール貼り付け
(バーコード)

(1) 法 人 名 (運営法人名を記入してください)	
(2) 施 設 名	
(3) 施 設 の 所 在 地	〒□□□-□□□□ TEL()-()-()

[注] 1 あらかじめ調査票に印字されている項目に変更または誤りがあった場合は、赤字で訂正をしてください。
2 *印の箇所は施設では記入しないでください。

事 業 所 番 号		(4) 活 動 状 況	1 活動中	2 休止中	3 廃 止		
(5) 開 設 年 月	1 昭和	2 平成		年		月	
(6) 開 設 主 体	開設主体	該当する番号を選択し、左の回答欄に記入してください。 01 都道府県 02 市区町村 03 広域連合・一部事務組合 04 日本赤十字社・社会保険関係団体 05 医療法人 06 社会福祉協議会 07 社会福祉法人(社会福祉協議会以外) 08 社団・財団法人(公益・一般) 09 その他の法人 10 個人 11 01～10以外					
(7) 介 護 報 酬 上 の 届 出 (複 数 回 答)	介護保健施設 (1 I型 2 II型 3 III型) ユニット型介護保健施設 (4 I型 5 II型 6 III型)						
(8) 療 養 体 制 維 持 特 別 加 算 の 状 況	「(7)介護報酬上の届出」の種別で、2、3、5、6(II型、III型)に該当する施設は記入してください。 1 加算している 2 加算していない						
(9) 小 規 模 介 護 老 人 保 健 施 設 等 の 設 置 状 況	1から3の施設を設置している場合、該当する番号に○をしてください。 1 サテライト型小規模介護老人保健施設 2 医療機関併設型小規模介護老人保健施設 3 分館型介護老人保健施設						
(10) 定 員 及 び 療 養 室 の 状 況	一般棟入所定員	認知症専門棟入所定員					
	人	人					
	療養室の状況						
		多床室			従来型個室	ユニット型	
		4人室	3人室	2人室		夫婦等の2人室 個室(準個室を含む)	
	一 般 棟 室 数 (室)						
	認知症専門棟室数 (室)						
(11) ユ ニ ッ ト の 状 況	「(7)介護報酬上の届出」の種別でユニット型介護保健施設 (I型、II型、III型)に該当する場合は記入してください。 なお、ユニット型として届け出た療養室について記入してください。						
	一 般 棟	ユニットの規模 (定員)	人	人	人	人	人
		ユニット数	ユニット	ユニット	ユニット	ユニット	ユニット
	認知症専門棟	ユニットの規模 (定員)	人	人	人	人	人
ユニット数		ユニット	ユニット	ユニット	ユニット	ユニット	
(12) 居 住 費 の 状 況	各居室の種類ごとに施設が設定している料金の高い順に記入してください。 居住費の室数と(10)療養室の室数は一致させてください。						
多 床 室	居 住 費 (日 額)	円	円	円	円	円	
	室 定 員	人室	人室	人室	人室	人室	
	室 数	室	室	室	室	室	
従 来 型 個 室	居 住 費 (日 額)	円	円	円	円	円	
	室 数	室	室	室	室	室	
	ユニット型準個室 (夫婦等の2人室を含む)	居 住 費 (日 額)	円	円	円	円	円
ユニット型個室 (夫婦等の2人室を含む)	室 定 員	人室	人室	人室	人室	人室	
	室 数	室	室	室	室	室	
	居 住 費 (日 額)	円	円	円	円	円	
ユニット型個室 (夫婦等の2人室を含む)	室 定 員	人室	人室	人室	人室	人室	
	室 数	室	室	室	室	室	

裏面につづきます

(13) 施設サービスの状況		9月末日の在所要者数(人)									
		9月末日時点で在所要者はいましたか。 1 いた 2 いない									
		短期入所療養介護の利用者は含めないで下さい。									
		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他				
	一般棟										
認知症専門棟											
(14) 食費の状況	施設が設定している料金を日額で記入してください。 1日あたりの食費 _____ 円										
(15) 夜勤時間帯における勤務体制	平成23年9月30日から10月1日にかけて、施設が定める夜勤時間に夜勤を行った職員の勤務体制を記入してください。 例えば、夕方から午前0時までが4名、午前0時から8時までが4名と交代で勤務を行っている場合の勤務体制は8名ではなく、4名となります。										
	夜勤を行った看護職員がいましたか。 1 いた ☐ 夜勤を行った看護職員 _____ 人 2 いない			夜勤を行った介護職員がいましたか。 1 いた ☐ 夜勤を行った介護職員 _____ 人 2 いない							
(16) 夜勤職員の実人員数及び夜勤回数	9月中(平成23年9月1日～30日)に、施設が定める夜勤時間に夜勤を行った職員の実人員数(延人数ではありません)、1人平均の夜勤回数及び平成23年9月中の夜勤の最高回数を記入してください。 看護職員 実人員数 _____ 人 1人平均の夜勤回数(小数点は切り上げ) _____ 回 最も多く夜勤を行った人の夜勤回数 _____ 回 介護職員 実人員数 _____ 人 1人平均の夜勤回数(小数点は切り上げ) _____ 回 最も多く夜勤を行った人の夜勤回数 _____ 回										
(17) 介護福祉士養成校からの実習生受け入れ状況(過去一年間)	平成22年10月1日～平成23年9月30日の間に、介護福祉士養成校からの実習生を受け入れたことがありますか。 1 受け入れあり 2 受け入れなし			(18) 社会福祉士養成校からの実習生受け入れ状況(過去一年間)	平成22年10月1日～平成23年9月30日の間に、社会福祉士養成校からの実習生を受け入れたことがありますか。 1 受け入れあり 2 受け入れなし						
(19) 従事者数	常勤専従	常勤兼務	換算数	非常勤	換算数		常勤専従	常勤兼務	換算数	非常勤	換算数
	1 医師		.		.	8 理学療法士			.		.
	2 歯科医師		.		.	9 作業療法士			.		.
	3 薬剤師		.		.	10 言語聴覚士			.		.
	4 看護師		.		.	11 管理栄養士			.		.
	5 准看護師		.		.	12 栄養士			.		.
	6 介護職員		.		.	13 介護支援専門員			.		.
	6のうち介護福祉士		.		.	14 調理員			.		.
7 支援相談員		.		.	15 その他の職員			.		.	
7のうち社会福祉士		.		.							
注:1) 「常勤専従」の換算数は記入不要です。 従事者数の常勤兼務、非常勤については、以下の計算式により換算数を計算し、小数点以下第2位を四捨五入して小数点以下第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」と計上してください。 2) 雇用形態にかかわらず、施設が定める1週間の勤務時間(所定労働時間)の全てを勤務している場合は「常勤」、勤務していない場合は「非常勤」としてください。 換算数＝ $\frac{\text{従事者の1週間の勤務延時間数(残業は除く)}}{\text{当該施設において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数(所定労働時間)}}$ (1週間の時間数が32時間を下回る場合は分母を32時間としてください。)(換算数の詳細は手引を参照してください)											
※調査票の記入内容について質問する際の問い合わせ先として使用する場合があります。施設の代表者の氏名ではなく、実際に調査票を記入した施設の担当者の氏名と連絡先を記入してください。なお、FAXの記入は任意です。						調査票記入者名・担当部署と連絡先(※必須)	(担当部署名)				
							(調査票記入者名)ふりがな _____				
							電話 (_____)				
						上記以外連絡先(携帯、FAX等)					

ご協力ありがとうございました

秘

統計法に基づく一般統計調査

介護サービス施設・事業所調査
介護療養型医療施設票
(平成23年10月1日調査)

(バーコード)

3

厚生労働省

* 一連番号

* 調査番号

シール貼り付け
(バーコード)

(1) 法人名 (運営法人名を記入してください)	
(2) 施設名	
(3) 施設の所在地	〒□□□-□□□□ TEL()-()-()

[注] 1 あらかじめ調査票に印字されている項目に変更または誤りがあった場合は、赤字で訂正をしてください。
2 *印の箇所は施設では記入しないでください。

事業所番号		(4) 活動状況	1 活動中	2 休止中	3 廃止			
(5) 開設主体	開設主体	該当する番号を選択し、左の回答欄に記入してください。						
		01 都道府県 02 市区町村 03 広域連合・一部事務組合 04 日本赤十字社・社会保険関係団体 05 医療法人 06 社会福祉協議会 07 社会福祉法人(社会福祉協議会以外) 08 社団・財団法人(公益・一般) 09 営利法人(会社) 10 その他の法人 11 個人						
(6) 介護報酬上の届出 (複数回答)	病院療養型 (1 I型 2 II型 3 III型) ユニット型病院療養型 (1 I型 2 II型) 病院経過型 (1 I型 2 II型) ユニット型病院経過型 (1 I型 2 II型) 診療所型 (1 I型 2 II型) ユニット型診療所型 (1 I型 2 II型) 認知症疾患型 (1 I型 2 II型 3 III型 4 IV型 5 V型) ユニット型認知症疾患型 (1 I型 2 II型) 認知症経過型 (1 I型 2 II型)							
(7) 病床数	療養病床		老人性認知症疾患療養病棟					
	介護指定病床を有する病棟の病床数		介護指定病床を有する病棟の病床数					
		うち介護指定病床数		うち介護指定病床数				
	床	床	床	床				
以下の(8)～(11)の項目は、介護指定病床についての状況を記入してください。								
(8) 病室の状況	多床室				従来型個室	ユニット型		
	5人以上室	4人室	3人室	2人室		夫婦等の2人室	個室(準個室を含む)	
	室	室	室	室	室	室	室	
(9) ユニットの状況	「(6)介護報酬上の届出」の種別でユニット型として届け出た病室について記入してください。							
	療養病床	ユニットの規模(定員)	人	人	人	人	人	人
		ユニット数	ユニット	ユニット	ユニット	ユニット	ユニット	ユニット
	老人性認知症疾患療養病棟	ユニットの規模(定員)	人	人	人	人	人	人
ユニット数		ユニット	ユニット	ユニット	ユニット	ユニット	ユニット	
(10) 居住費の状況	各居室の種類ごとに施設が設定している料金の高い順に記入してください。 居住費の室数と(8)病室の室数は一致させてください。							
	多床室	居住費(月額)	円	円	円	円	円	円
		室定員	人室	人室	人室	人室	人室	人室
		室数	室	室	室	室	室	室
	従来型個室	居住費(月額)	円	円	円	円	円	円
		室数	室	室	室	室	室	室
	ユニット型準個室 (夫婦等の2人室を含む)	居住費(月額)	円	円	円	円	円	円
		室定員	人室	人室	人室	人室	人室	人室
		室数	室	室	室	室	室	室
	ユニット型個室 (夫婦等の2人室を含む)	居住費(月額)	円	円	円	円	円	円
		室定員	人室	人室	人室	人室	人室	人室
		室数	室	室	室	室	室	室

裏面につづきます

	介護指定病床における9月末日の在院者数(人)																			
(11)施設サービスの状況		9月末日時点で在院者はいましたか。 1 いた 2 いない ⇕																		
		短期入所療養介護の利用者は含めないで下さい。																		
		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他													
		療 養 病 床																		
		老人性認知症 疾患療養病棟																		
(12)食費の状況	施設が設定している料金を日額で記入してください。 なお、料金が複数ある場合は、利用者の最も多い額を記入してください。 1日あたりの食費 _____円																			
(13)夜勤時間帯における勤務体制	平成23年9月30日から10月1日にかけて、施設が定める夜勤時間に夜勤を行った職員の勤務体制を記入してください。 例えば、夕方から午前0時までが4名、午前0時から8時までが4名と交代で勤務を行っている場合の勤務体制は8名ではなく、4名となります。																			
	夜勤を行った 看護職員 がありましたか。 1 いた ⇨ 夜勤を行った看護職員 _____人 2 いない							夜勤を行った 介護職員 がありましたか。 1 いた ⇨ 夜勤を行った介護職員 _____人 2 いない												
(14)夜勤職員の実人員数及び夜勤回数	9月中(平成23年9月1日～30日)に、施設が定める夜勤時間に夜勤を行った職員の実人員数(延人数ではありません)、1人平均の夜勤回数及び平成23年9月中の夜勤の最高回数を記入してください。																			
	看護職員	実人員数 _____人				1人平均の夜勤回数 (小数点は切り上げ)	_____回	最も多く夜勤を行った人の夜勤回数	_____回											
	介護職員	実人員数 _____人				1人平均の夜勤回数 (小数点は切り上げ)	_____回	最も多く夜勤を行った人の夜勤回数	_____回											
(15)介護福祉士養成校からの実習生受け入れ状況(過去一年間)	平成22年10月1日～平成23年9月30日の間に、 介護福祉士養成校からの実習生 を受け入れたことがありますか。 1 受け入れあり 2 受け入れなし					(16)社会福祉士養成校からの実習生受け入れ状況(過去一年間)					平成22年10月1日～平成23年9月30日の間に、 社会福祉士養成校からの実習生 を受け入れたことがありますか。 1 受け入れあり 2 受け入れなし									
(17)従事者数	施設に在籍する職員のうち、介護療養型医療施設サービスを行う病棟(診療所においては病室)の業務に携わる従事者について、職種別に記入してください。																			
	常勤専従		常勤兼務		換算数	非常勤		換算数		常勤専従		常勤兼務		換算数	非常勤		換算数			
	1 医師				.	:			.	:	7 介護支援専門員				.	:			.	:
	2 歯科医師				.	:			.	:	8 管理栄養士				.	:			.	:
	3 薬剤師				.	:			.	:	9 栄 養 士				.	:			.	:
	4 看護師				.	:			.	:	10 理学療法士				.	:			.	:
	5 准看護師				.	:			.	:	11 作業療法士				.	:			.	:
	6 介護職員				.	:			.	:	12 言語聴覚士				.	:			.	:
	6のうち介護福祉士				.	:			.	:	13 精神保健福祉士等				.	:			.	:
注:1)「常勤専従」の換算数は記入不要です。 従事者数の常勤兼務、非常勤については、以下の計算式により換算数を計算し、小数点以下第2位を四捨五入して小数点以下第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」と計上してください。																				
2)雇用形態にかかわらず、施設が定める1週間の勤務時間(所定労働時間)の全てを勤務している場合は「常勤」、勤務していない場合は「非常勤」としてください。																				
換算数＝$\frac{\text{従事者の1週間の勤務延時間数(残業は除く)}}{\text{当該施設において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数(所定労働時間)}}$ (1週間の時間数が32時間を下回る場合は分母を32時間としてください。)(換算数の詳細は手引を参照してください)																				
※調査票の記入内容について質問する際の問い合わせ先として使用する場合があります。施設の代表者の氏名ではなく、実際に調査票を記入した施設の担当者の氏名と連絡先を記入してください。なお、FAXの記入は任意です。										調査票記入者名・担当部署と連絡先(※必須)		(担当部署名) (調査票記入者名)ふりがな----- 電話 (— — —)								
										上記以外連絡先(携帯、FAX等)										

* 一連番号									
* 調査番号									

シール貼り付け (バーコード)

〔注〕 1 あらかじめ調査票に印字されている項目に変更または誤りがあった場合は、赤字で訂正をしてください。
2 *印の箇所は事業所では記入しないでください。

(1) 法人名 (運営法人名を記入してください。)	
(2) ステーション名	
(3) ステーションの所在地	〒 TEL () - () - ()

(4) サービスの種類・事業所番号

・9月30日現在、貴事業所において指定を受けている下記の事業について、印字内容を確認し、活動状況の該当する番号を○で囲んでください。

・印字されていない事業があった場合は、該当するサービス欄に事業所番号、ステーション名等を記入してください。

・休止届や廃止届を提出している場合は「休止中」「廃止」に○をつけてください。以降の設問には記入不要です。

サービスの種類	事業所番号	ステーション名	活動状況		
041 介護予防訪問看護			1 活動中	2 休止中	3 廃止
042 訪問看護			1 活動中	2 休止中	3 廃止

(5) 開設主体	※該当する番号を選択し、左の欄に記入してください。																
	<table><tr><td rowspan="8">開設主体</td><td>01 都道府県</td><td>09 社会福祉協議会</td></tr><tr><td>02 市区町村</td><td>10 社会福祉法人 (社会福祉協議会以外)</td></tr><tr><td>03 広域連合・一部事務組合</td><td>11 農業協同組合及び連合会</td></tr><tr><td>04 日本赤十字社・社会保険関係団体</td><td>12 消費生活協同組合及び連合会</td></tr><tr><td>05 医療法人</td><td>13 営利法人 (会社)</td></tr><tr><td>06 医師会</td><td>14 特定非営利活動法人 (NPO)</td></tr><tr><td>07 看護協会</td><td>15 01～14以外</td></tr><tr><td>08 社団・財団法人 (06、07以外の公益・一般)</td><td></td></tr></table>	開設主体	01 都道府県	09 社会福祉協議会	02 市区町村	10 社会福祉法人 (社会福祉協議会以外)	03 広域連合・一部事務組合	11 農業協同組合及び連合会	04 日本赤十字社・社会保険関係団体	12 消費生活協同組合及び連合会	05 医療法人	13 営利法人 (会社)	06 医師会	14 特定非営利活動法人 (NPO)	07 看護協会	15 01～14以外	08 社団・財団法人 (06、07以外の公益・一般)
開設主体	01 都道府県		09 社会福祉協議会														
	02 市区町村		10 社会福祉法人 (社会福祉協議会以外)														
	03 広域連合・一部事務組合		11 農業協同組合及び連合会														
	04 日本赤十字社・社会保険関係団体		12 消費生活協同組合及び連合会														
	05 医療法人		13 営利法人 (会社)														
	06 医師会		14 特定非営利活動法人 (NPO)														
	07 看護協会		15 01～14以外														
	08 社団・財団法人 (06、07以外の公益・一般)																

(6) 加算等の届出の状況	介護保険法	※該当する番号をそれぞれにつき1つ○で囲んでください。
	緊急時訪問看護加算の届出	1 あり 2 なし
	特別管理体制の届出	1 あり 2 なし
	ターミナルケア体制の届出	1 あり 2 なし
	サービス提供体制強化加算の届出	1 あり 2 なし
	健康保険法等	※該当する番号をそれぞれにつき1つ○で囲んでください。
	1 24時間対応体制加算の届出あり 2 24時間連絡体制加算の届出あり 3 1, 2 いずれもなし	
	1 または 2 の場合	
	1 重症者管理加算の届出あり 2 重症者管理加算の届出なし	

(7) 出張所等 (サテライト事業所) の状況	サテライト事業所数		事業所
	9月中のサテライト事業所の利用実人員数		人
		9月中のサテライト事業所からの訪問回数の合計	
			回

(8)	9 月 中 の サ ー ビ ス の 提 供 状 況	介護保険法	営業日数とは、利用者がいなくても事業所を営業していた(利用者がいれば実施できる状態であった)日のことをいいます。 介護と介護予防を一体的に行っている場合は、同一の営業日数を記入してください。 ※利用実人員数欄には、介護保険法による(介護予防)訪問看護を1回でも利用した者について計上してください。 ※訪問回数の合計欄には、支給限度額を超えた訪問回数及び健康保険法等併給による訪問回数も含めて計上してください。 ※訪問回数の合計の(再掲)については、看護職員を伴わずにPT(理学療法士)、OT(作業療法士)、ST(言語聴覚士)の何れかのみで訪問した回数を内数として再計上してください。(但し、PT2人や、PTとOTなど1回に複数で訪問した場合も1回とします。)																																	
			介護 予 防 訪 問 看 護	9月中の営業日数 日																																
				9月中の利用者 1 あり 2 なし																																
				↓																																
				<table><tr><td></td><td>要支援1</td><td>要支援2</td><td colspan="3">要支援認定申請中</td></tr><tr><td>利 用 実 人 員 数 (人)</td><td>人</td><td>人</td><td colspan="3">人</td></tr><tr><td>訪 問 回 数 の 合 計 (回)</td><td>回</td><td>回</td><td colspan="3">回</td></tr><tr><td>うち PT、OT、STのみによる 訪問回数の合計(回) (再掲)</td><td>回</td><td>回</td><td colspan="3">回</td></tr></table>										要支援1	要支援2	要支援認定申請中			利 用 実 人 員 数 (人)	人	人	人			訪 問 回 数 の 合 計 (回)	回	回	回			うち PT、OT、STのみによる 訪問回数の合計(回) (再掲)	回	回	回		
				要支援1	要支援2	要支援認定申請中																														
			利 用 実 人 員 数 (人)	人	人	人																														
			訪 問 回 数 の 合 計 (回)	回	回	回																														
			うち PT、OT、STのみによる 訪問回数の合計(回) (再掲)	回	回	回																														
			訪問看護 (介護給付)	9月中の営業日数 日																																
9月中の利用者 1 あり 2 なし																																				
↓																																				
<table><tr><td></td><td>要介護1</td><td>要介護2</td><td>要介護3</td><td>要介護4</td><td>要介護5</td><td>要介護認定申請中</td></tr><tr><td>利 用 実 人 員 数 (人)</td><td>人</td><td>人</td><td>人</td><td>人</td><td>人</td><td>人</td></tr><tr><td>訪 問 回 数 の 合 計 (回)</td><td>回</td><td>回</td><td>回</td><td>回</td><td>回</td><td>回</td></tr><tr><td>うち PT、OT、STのみによる 訪問回数の合計(回) (再掲)</td><td>回</td><td>回</td><td>回</td><td>回</td><td>回</td><td>回</td></tr></table>										要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	要介護認定申請中	利 用 実 人 員 数 (人)	人	人	人	人	人	人	訪 問 回 数 の 合 計 (回)	回	回	回	回	回	回	うち PT、OT、STのみによる 訪問回数の合計(回) (再掲)	回	回	回	回	回	回
	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	要介護認定申請中																														
利 用 実 人 員 数 (人)	人	人	人	人	人	人																														
訪 問 回 数 の 合 計 (回)	回	回	回	回	回	回																														
うち PT、OT、STのみによる 訪問回数の合計(回) (再掲)	回	回	回	回	回	回																														
上記の介護保険法利用者のうち、月の途中で急性増悪等により健康保険法等に移った者を計上してください。																																				
併給者の利用実人員数 人 併給者への訪問回数の合計 回																																				
健康保険法等	介護保険法による(介護予防)訪問看護を1回も利用せず健康保険法等のみによる訪問看護を利用した者について計上してください。 健康保険法等 とは、後期高齢者医療制度、健康保険、国民健康保険、生活保護、労災保険等の医療保険及び公費負担医療をいいます。																																			
	利用実人員数 人 訪問回数の合計 回																																			
その他	介護保険法及び健康保険法等いずれの保険制度も利用していない者で、9月中のすべての訪問看護を全額自費により受けた者及び市町村事業による者について計上してください。																																			
利用実人員数 人 訪問回数の合計 回																																				
(9)	9 月 中 の 利 用 者	介護保険法 の利用者					介護予防訪問看護		訪問看護(介護給付)																											
			緊急時訪問看護加算に同意をしている実人員数				人		人																											
			緊急時訪問看護を受けた利用実人員数				人		人																											
		緊急時訪問看護による訪問回数の合計				回		回																												
		健康保険法等 の利用者							健康保険法等																											
			24時間対応体制加算に同意をしている実人員数						人																											
			緊急時訪問看護を受けた利用実人員数						人																											
			緊急時訪問看護による訪問回数の合計						回																											
		24時間連絡体制加算に同意をしている実人員数						人																												
		死亡による サービスの 終了者			介護保険法				健康保険法等																											
ターミナルケア加算					訪問看護ターミナルケア療養費																															
加算ありの利用者数					加算なしの利用者数		療養費ありの利用者数		療養費なしの利用者数																											
9月中に死亡した利用者数					人		人		人		人																									
在宅で死亡した利用者数					人		人		人		人																									
在宅以外で死亡した利用者数		人		人		人		人																												

(10) 従事者数	※常勤兼務と非常勤に記入した場合は、換算数を記入してください。										
	常勤専従	常勤兼務	換算数	非常勤	換算数		常勤専従	常勤兼務	換算数	非常勤	換算数
	1 保健師					5 理学療法士					
	2 助産師					6 作業療法士					
	3 看護師					7 言語聴覚士					
	4 准看護師					8 その他の職員					
						1～7のうちサテライト事業所の従事者					
	(注) 従事者数の常勤兼務、非常勤については、以下の計算式により換算数を計算し、小数点以下第2位を四捨五入して小数点以下第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」と計上してください。 ※ 常勤兼務≧換算数、非常勤≧換算数となります。 常勤専従については、換算数の記入は不要です。 ※ 「介護予防訪問看護」と「訪問看護」を一体的に行っている場合は、兼務ではありません。 ※ 雇用形態にかかわらず、事業所が定める1週間の勤務時間(所定労働時間)の全てを勤務している場合は「常勤」、勤務していない場合は「非常勤」としてください。										
	換算数 = $\frac{\text{従事者の1週間の勤務延時間数(残業は除く)}}{\text{当該事業所において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数(所定労働時間)}}$ (換算数の詳細は手引き参照) (1週間の時間数が32時間を下回る場合は分母を32時間としてください。)										
(11) 管理者が主に従事する職種	管理者は保健師又は看護師ですか。 1 はい 2 いいえ ↓ やむを得ない理由で管理者が保健師又は看護師以外の場合、その職種を1つ○で囲んでください。 1 理学療法士 2 作業療法士 3 言語聴覚士 4 その他										
(12) 「居宅介護支援事業所」の併設の状況と従事者による介護支援専門員(ケアマネジャー)の兼務状況	「居宅介護支援事業所」と併設している場合は、「1 併設している」の番号を○で囲み、介護支援専門員と兼務の有無を回答してください。 1 併設している 2 併設していない ↓ ----- 介護支援専門員と兼務している場合は、「1 兼務あり」の番号を○で囲み、その人数を記入してください。 1 兼務あり 人 2 兼務なし										
(13) 居宅療養管理指導の指定事業者の届出の状況と利用者数	居宅療養管理指導(介護予防を含む)のサービス事業者としての指定を受けている場合は「1 指定あり」の番号を○で囲み、利用実人員数を記入してください。 1 指定あり 2 指定なし ↓ 平成23年9月中の利用実人員数 人										

※ 調査票記入者名は、調査票の審査の際の問い合わせ先として使用する場合がありますので、事業所の代表者の氏名ではなく、実際に調査票を記入した事業所の担当者の氏名(担当部署等)と連絡先(電話番号)を記入してください。

調査票記入者名・ 担当部署と連絡先 (※必須)	(担当部署名)
	(調査票記入者名) ふりがな
	電話 (- -)
上記以外連絡先 (携帯、FAX等)	

ご協力ありがとうございました

【081介護予防短期入所生活介護・082短期入所生活介護】

記入者名（）電話番号（－－）

(12)介護報酬上の届出種別
(複数回答)

介護報酬上の届出について、該当する番号を すべて ○で囲んでください。
1 単独型
2 併設型
3 空床型
4 単独型ユニット型
5 併設型ユニット型
6 空床型ユニット型

※(12)において「1 単独型」、「2 併設型」、「4 単独型ユニット型」、「5 併設型ユニット型」に○をした方は、以下(13)～(17)に回答してください（「3 空床型」、「6 空床型ユニット型」のみに○をした事業所で他のサービスを提供している場合は、1ページに戻り、該当ページにご記入ください）。
「2」と「5」に○をつけた事業所は、併設型分についてのみ記入してください。

(13)サービスの提供状況

現在、指定を受けて活動中のサービスについて、提供体制(定員)を記入してください。
「9月中」の利用者がいない場合には、「2 なし」を○で囲んでください。
空床利用している利用者は含めず、指定を受けている事業でサービスの利用者を記入してください。

入所介護
生活予防
介護短期

定員
※介護と介護予防を一体的に行っている場合は、同一の定員を記入してください。

9月中の利用者

1 あり →

2 なし

利用実人員数(人)

利用日数合計(日)

要支援1

要支援2

その他

生活短期
介護入所

定員
※介護と介護予防を一体的に行っている場合は、同一の定員を記入してください。

9月中の利用者

1 あり →

2 なし

利用実人員数(人)

利用日数合計(日)

要介護1

要介護2

要介護3

要介護4

要介護5

その他

(14)居室の状況

空床利用している居室は含めず、指定を受けている居室を記入してください。

多床室

5人以上室

4人室

3人室

2人室

従来型個室

ユニット型

夫婦等の2人室

個室
(準個室を含む)

(15)社会福祉法人等による軽減の状況

1 実施している → 9月中の軽減者数

人

 (生活保護受給者等は含みません)
2 実施していない

(16)介護福祉士養成校及び社会福祉士養成校からの実習生受け入れ状況
(過去1年間)

平成22年10月1日～平成23年9月30日の間に
介護福祉養成校からの実習生を受け入れたことがありますか。
1 受け入れあり
2 受け入れなし

平成22年10月1日～平成23年9月30日の間に
社会福祉養成校からの実習生を受け入れたことがありますか。
1 受け入れあり
2 受け入れなし

(17)従事者数

常勤専従

常勤兼務

換算数

非常勤

換算数

常勤専従

常勤兼務

換算数

非常勤

換算数

1 医師

2 看護師

3 准看護師

4 機能訓練指導員

4のうち理学療法士

4のうち作業療法士

4のうち言語聴覚士

4のうち柔道整復師

4のうちあん摩マッサージ指圧師

5 調理員

6 管理栄養士

7 栄養士

8 介護支援専門員

9 生活相談員

9のうち社会福祉士

10 介護職員

10のうち介護福祉士

11 その他の職員

(注) **「常勤専従」については、換算数の記入は不要です。**
「常勤兼務」「非常勤」については、右記の計算式により換算数を計算し、それぞれの「換算数」欄に記入してください。
小数点以下第2位を四捨五入して小数点以下第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」と計上してください。
※「介護予防短期入所生活介護」と「短期入所生活介護」を一体的に行っている場合は、兼務ではありません。
※雇用形態にかかわらず、事業所が定める1週間の勤務時間(所定労働時間)の全てを勤務している場合は「常勤」、勤務していない場合は「非常勤」としてください。

換算数＝

従事者の1週間の勤務延時間数(残業は除く)

当該事業所において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数(所定労働時間)
(1週間の時間数が32時間を下回る場合は分母を32時間としてください。)

(換算数の詳細は手引きを参照してください。)

【081介護予防短期入所生活介護・082短期入所生活介護】については以上です。他のサービスを提供している場合は、1ページに戻り、該当ページにご記入ください。

【091介護予防特定施設入居者生活介護・092特定施設入居者生活介護】

記入者名（ ） 電話番号（ - - ）

(18) 事業所の形態	該当する番号を1つ○で囲んでください。 1 有料老人ホーム 2 軽費老人ホーム 3 養護老人ホーム 4 適合高齢者専用賃貸住宅									
(19) サービスの提供状況	現在、指定を受けて活動中のサービスについて、利用者の有無に関わらず、提供体制(定員)を記入してください。 「9月中」の利用者がいない場合には、「2 なし」を○で囲んでください。									
	介護予防特定施設入居者生活介護	定員 ※介護と介護予防を一体的に行っている場合は、同一の定員を記入してください。	9月中の利用者		要支援1	要支援2	要介護認定申請中			
			1 あり → 2 なし	9月末日の利用者数(人)						
	特定施設入居者生活介護	定員 ※介護と介護予防を一体的に行っている場合は、同一の定員を記入してください。	9月中の利用者		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	要介護認定申請中
		1 あり → 2 なし	9月末日の利用者数(人)							
(20) 人員配置区分の状況	1 一般型 2 外部サービス利用型 「2 外部サービス利用型」を選択された場合には、利用しているサービスについてあてはまる番号を <u>すべて</u> ○で囲んでください。 1 (介護予防)訪問介護 4 (介護予防)福祉用具貸与 2 (介護予防)訪問看護 5 (介護予防)その他 3 (介護予防)通所介護									
(21) 介護専用型・混合型の区分	1 専用型 2 混合型 「専用型」とは、特定施設のうち入居者が要介護者とその配偶者などに限られるものをいいます。 「混合型」とは、それ以外の特定施設をいいます。									
(22) 介護福祉士養成校及び社会福祉士養成校からの実習生受け入れ状況(過去1年間)	平成22年10月1日～平成23年9月30日の間に 介護福祉養成校からの実習生 を受け入れたことがありますか。 1 受け入れあり 2 受け入れなし					平成22年10月1日～平成23年9月30日の間に 社会福祉養成校からの実習生 を受け入れたことがありますか。 1 受け入れあり 2 受け入れなし				
(23) 従事者数		常勤専従	常勤兼務	換算数	非常勤	換算数	(注) 「常勤専従」については、換算数の記入は不要です。 「常勤兼務」「非常勤」については、右記の計算式により換算数を計算し、それぞれの「換算数」欄に記入してください。 小数点以下第2位を四捨五入して小数点以下第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」と計上してください。 ※ 「介護予防特定施設入居者生活介護」と「特定施設入居者生活介護」を一体的に行っている場合は、兼務ではありません。 ※ 雇用形態にかかわらず、事業所が定める1週間の勤務時間(所定労働時間)の全てを勤務している場合は「常勤」、勤務していない場合は「非常勤」としてください。 換算数 = $\frac{\text{従事者の1週間の勤務延時間数(残業を除く)}}{\text{当該事業所において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数(所定労働時間)}}$(1週間の時間数が32時間を下回る場合は分母を32時間としてください。)			
1 介護職員			┆		┆					
1のうち 介護福祉士			┆		┆					
2 生活相談員			┆		┆					
2のうち 社会福祉士			┆		┆					
3 看護師			┆		┆					
4 准看護師			┆		┆					
5 計画作成担当者			┆		┆					
6 機能訓練指導員			┆		┆					
6のうち 理学療法士			┆		┆					
6のうち 作業療法士			┆		┆					
6のうち 言語聴覚士			┆		┆					
6のうち 柔道整復師			┆		┆					
6のうち あん摩マッサージ指圧師			┆		┆					
7 その他の職員			┆		┆					
(換算数の詳細は手引きを参照してください。)										

【091介護予防特定施設入居者生活介護・092特定施設入居者生活介護】については以上です。
他のサービスを提供している場合は、1ページに戻り、該当ページにご記入ください。

(24) 特定事業所 加算の状況	加算の届出状況について該当する番号を <u>1</u> つ ○で囲んでください。 1 なし 2 加算Ⅰ 3 加算Ⅱ 4 加算Ⅲ										
(25) サービスの 提供体制	次の提供体制について、利用者の有無に関わらず どちらかを ○で囲んでください。										
	24時間訪問介護の提供体制			1 提供体制あり			2 提供体制なし				
	休 日 の 提 供 体 制			1 提供体制あり			2 提供体制なし				
			夜 間 の 提 供 体 制			1 提供体制あり			2 提供体制なし		
(26) サービスの 提供状況	訪問 介護 予 防	9月中の営業日数 ※介護と介護予防を一体的に行っている場合は、同一の営業日数を記入してください。	9月中の延べ訪問時間 ※介護と介護予防を一体的に行っている場合は、同一の延べ訪問時間を記入してください。	9月中の利用者		要支援1		要支援2		その他	
				1 あり→	利用実人員数(人)						
				2 なし	訪問回数合計(回)						
	訪問 介護	9月中の営業日数 ※介護と介護予防を一体的に行っている場合は、同一の営業日数を記入してください。	9月中の延べ訪問時間 ※介護と介護予防を一体的に行っている場合は、同一の延べ訪問時間を記入してください。	9月中の利用者		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他
				1 あり→	利用実人員数(人)						
				2 なし	訪問回数合計(回)						
(27) 社会福祉法人等による軽減の状況	1 実施している → 9月中の軽減者数 人 (生活保護受給者等は含みません) 2 実施していない										
(28) 介護福祉士養成校からの実習生受け入れ状況(過去1年間)	平成22年10月1日～平成23年9月30日の間に 介護福祉養成校からの実習生 を受け入れたことがありますか。 1 受け入れあり 2 受け入れなし										
(29) 研修の機会の確保	研修の機会を確保していますか。各研修の確保の有無、事業所負担の有無について該当する番号を 一つ ○で囲んでください。										
	事業所内研修		1 確保している		2 確保していない						
(30) 従事者数	* 資格(1)～(4)を複数の資格を有している者については、最も若い番号の資格について記入してください。		常勤専従	常勤兼務	非常勤	サービス提供責任者について 左記従事者のうち、サービス提供責任者について記入してください。					
(注) 「常勤専従」については、換算数の記入は不要です。 「常勤兼務」「非常勤」については、右記の計算式により換算数を計算し、それぞれの「換算数」欄に記入してください。 小数点以下第2位を四捨五入して小数点以下第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」と計上してください。 ※ 「介護予防訪問介護」と「訪問介護」を一体的に行っている場合は、兼務ではありません。 ※ 雇用形態にかかわらず、事業所が定める1週間の勤務時間(所定労働時間)の全てを勤務している場合は「常勤」、勤務していない場合は「非常勤」としてください。 換算数＝$\frac{\text{従事者の1週間の勤務延時間数(残業は除く)}}{\text{当該事業所において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数(所定労働時間)}}$(1週間の時間数が32時間を下回る場合は分母を32時間としてください。) (換算数の詳細は手引きを参照してください。)											

【101介護予防訪問介護・102訪問介護】については以上です。他のサービスを提供している場合は、1ページに戻り、該当ページにご記入ください。

【 1 1 1 介護予防訪問入浴介護・ 1 1 2 訪問入浴介護】

記入者名（ ） 電話番号（ - - ）

(31) サービスの提供状況	現在、指定を受けて活動中のサービスについて、利用者の有無に関わらず、提供体制(営業日数)を記入してください。 「9月中」の利用者がいない場合には、「2 なし」を○で囲んでください。									
	訪問介護 介護予防 入浴介護	9月中の営業日数		9月中の利用者 1 あり → 2 なし		要支援1	要支援2	その他		
		日			利用実人員数(人)					
					訪問回数合計(回)					
	訪問入浴介護	9月中の営業日数		9月中の利用者 1 あり → 2 なし		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
日		利用実人員数(人)								
		訪問回数合計(回)								

(32) 介護福祉士養成校からの実習生受け入れ状況(過去一年間)	平成22年10月1日～平成23年9月30日の間に、 介護福祉士養成校からの実習生 を受け入れたことがありますか。 1 受け入れあり 2 受け入れなし									
----------------------------------	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(33)従事者数 * 資格(1)～(4)を複数の資格を有している者については、最も若い番号の資格について記入してください							
		常勤専従	常勤兼務	換算数	非常勤	換算数	(注) 「常勤専従」については、換算数の記入は不要です。 「常勤兼務」「非常勤」については、右記の計算式により換算数を計算し、それぞれの「換算数」欄に記入してください。 小数点以下第2位を四捨五入して小数点以下第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」と計上してください。 換算数 = $\frac{\text{従事者の1週間の勤務延時間数(残業を除く)}}{\text{当該事業所において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数(所定労働時間)}}$ (1週間の時間数が32時間を下回る場合は分母を32時間としてください。) ※ 「介護予防訪問入浴介護」と「訪問入浴介護」を一体的に行っている場合は、兼務ではありません。 ※ 雇用形態にかかわらず、事業所が定める1週間の勤務時間(所定労働時間)の全てを勤務している場合は「常勤」、勤務していない場合は「非常勤」としてください。
	1 介護職員						
	(1)1のうち 介護福祉士						
	(2)1のうち 介護職員基礎研修 課程修了者						
	(3)1のうち ホームヘルパー1級 研修課程修了者						
	(4)1のうち ホームヘルパー2級 研修課程修了者						
	2 看護師						
	3 准看護師						
	4 その他の職員						
(換算数の詳細は手引きを参照してください。)							

【 111介護予防訪問入浴介護・112訪問入浴介護】については以上です。他のサービスを提供している場合は、1ページに戻り、該当ページにご記入ください。

【 1 2 1 介護予防福祉用具貸与・ 1 2 2 福祉用具貸与・ 1 3 1 特定介護予防福祉用具販売・ 1 3 2 特定福祉用具販売】

記入者名（ ）電話番号（ - - ）

現在、指定を受けて活動中のサービスについて、利用者の有無に関わらず、提供体制(営業日数)を記入してください。
「9月中」の利用者がいない場合には、「2 なし」を○で囲んでください。

介護予防福祉用具貸与・福祉用具貸与

(34) サービスの提供状況

介護予防福祉用具貸与

9月中の営業日数

日

※営業日数とは、利用者がいなくても事業所を営業していた(利用者がいれば実施できる状態であった)日のことをいいます。
※介護と介護予防を一体的に行っている場合は、同一の営業日数を記入してください。

9月中に介護保険の利用者(9月以前からの継続利用者を含む)

1 あり

利用実人員

人

2 なし

福祉用具貸与

9月中の営業日数

日

※営業日数とは、利用者がいなくても事業所を営業していた(利用者がいれば実施できる状態であった)日のことをいいます。
※介護と介護予防を一体的に行っている場合は、同一の営業日数を記入してください。

9月中に介護保険の利用者(9月以前からの継続利用者を含む)

1 あり

利用実人員

人

2 なし

特定介護福祉用具販売・特定福祉用具販売

(35) サービスの提供状況

特定介護予防福祉用具販売

9月中の営業日数

日

※営業日数とは、利用者がいなくても事業所を営業していた(利用者がいれば実施できる状態であった)日のことをいいます。
※介護と介護予防を一体的に行っている場合は、同一の営業日数を記入してください。

特定福祉用具販売

9月中の営業日数

日

※営業日数とは、利用者がいなくても事業所を営業していた(利用者がいれば実施できる状態であった)日のことをいいます。
※介護と介護予防を一体的に行っている場合は、同一の営業日数を記入してください。

「9月中の福祉用具販売数(介護保険のみ)」を記入してください。

1 あり

腰掛便座

特殊尿器

入浴補助用具

簡易浴槽

移動用リフトの
つり具の部分

2 なし

【共通】介護予防福祉用具貸与・福祉用具貸与・特定介護予防福祉用具販売・特定福祉用具販売

(36) 福祉用具専門相談員の資格の状況

福祉用具専門相談員の資格についておたずねします。保有している資格に人数を記入してください。
1人の者が1～8の複数の資格を保有している場合は、該当する資格全てに記入してください。

1 介護福祉士

人

3 保健師

人

5 准看護師

人

7 作業療法士

人

2 義肢装具士

人

4 看護師

人

6 理学療法士

人

8 社会福祉士

人

上記1～8 に該当しない者で

9 福祉用具専門相談員指定講習会修了者

人

10 1～9 以外の有資格者

人

(37) 従事者数

	常勤専従			常勤兼務		非常勤	常勤専従			常勤兼務		非常勤
			換算数		換算数				換算数		換算数	
1 福祉用具専門相談員						2 その他の職員						

(注) 「常勤専従」については、換算数の記入は不要です。
「常勤兼務」「非常勤」については、右記の計算式により換算数を計算し、それぞれの「換算数」欄に記入してください。
小数点以下第2位を四捨五入して小数点以下第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」と計上してください。

換算数＝

従事者の1週間の勤務延時間数(残業は除く)
当該事業所において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数(所定労働時間)

※ 「介護予防福祉用具貸与」「福祉用具貸与」「特定介護予防福祉用具貸与」「特定福祉用具貸与」を一体的に行っている場合は、兼務ではありません。

※ 雇用形態にかかわらず、事業所が定める1週間の勤務時間(所定労働時間)の全てを勤務している場合は「常勤」、勤務していない場合は「非常勤」としてください。

(換算数の詳細は手引きを参照してください。)

【121介護予防福祉用具貸与・122福祉用具貸与・131特定介護予防福祉用具販売・132特定福祉用具販売】については以上です。
他のサービスを提供している場合は、1ページに戻り、該当ページにご記入ください。

- 7 -

(38)独立・併設
の 状 況
(複数回答)

同一法人(法人が異なっても実質的同一経営の場合を含む。)が同一又は隣接の敷地内で運営している異なる施設・事業所について、該当する番号をすべて○で囲んでください。
1 介護保険施設と併設している
2 居宅サービス事業所、介護予防サービス事業所、地域密着型サービス事業所又は地域密着型介護予防サービス事業所と併設している
3 居宅介護支援事業所と併設している
4 介護療養型医療施設以外の病院・診療所と併設している
5 上記以外と併設している
6 1～5との併設はない(独立事業所)

(39)サービスの
提供状況

9月中の委託

1 委託あり →

2 委託なし

	要支援1	要支援2	その他
利用実人員数(人)			
うち9月中の新規の利用実人員数(人)			

委託した事業所数は

事業所

9月中の利用者を記入してください。上記で回答した委託した人数は除きます。

9月中の利用者

1 あり →

2 なし

	要支援1	要支援2	その他
利用実人員数(人)			
うち9月中の新規の利用実人員数(人)			

(40)社会福祉士養成校
からの実習生
受け入れ状況
(過去一年間)

平成21年10月1日～平成22年9月30日の間に、**社会福祉士養成校からの実習生**を受け入れたことがありますか。
1 受け入れあり
2 受け入れなし

(41)従 事 者 数

*従業者数の再掲欄において、当該専門職員が複数の資格を有している場合は、通常標榜している資格を1つ決めた上で、当該資格欄に記載してください。

	常勤専従	常勤兼務	換算数	非常勤	換算数
1 専門職員			┆		┆
(1)1のうち 保健師			┆		┆
(2)1のうち 看護師			┆		┆
(3)1のうち 社会福祉士			┆		┆
(4)1のうち 介護支援専門員			┆		┆
(5)1のうち 高齢者保健福祉に関する 相談援助業務等に3年以上 従事した社会福祉主事			┆		┆
2 その他の職員			┆		┆

(注) 「常勤専従」については、換算数の記入は不要です。
「常勤兼務」「非常勤」については、右記の計算式により換算数を計算し、それぞれの「換算数」欄に記入してください。
小数点以下第2位を四捨五入して小数点以下第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」と計上してください。

※ 雇用形態にかかわらず、事業所が定める1週間の勤務時間(所定労働時間)の全てを勤務している場合は「常勤」、勤務していない場合は「非常勤」としてください。

換算数＝

従事者の1週間の勤務延時間数(残業は除く)

当該事業所において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数(所定労働時間)

(換算数の詳細は手引きを参照してください。)

【191介護予防支援(地域包括支援センター)】 については以上です。他のサービスを提供している場合は、1ページに戻り、該当ページにご記入ください。

- 8 -

【201 居宅介護支援】記入者名() 電話番号(- -)

(42) 独立・併設の状況
(複数回答)

同一法人(法人が異なっても実質的同一経営の場合を含む。)が同一又は隣接の敷地内で運営している異なる施設・事業所について、該当する番号をすべて○で囲んでください。

1 介護保険施設と併設している
2 居宅サービス事業所、介護予防サービス事業所、地域密着型サービス事業所又は地域密着型介護予防サービス事業所と併設している
3 介護予防支援事業所(地域包括支援センター)と併設している
4 介護療養型医療施設以外の病院・診療所と併設している
5 上記以外と併設している
6 1～5との併設はない(独立事業所)

(43) サービスの提供状況

9月中の利用者を記入してください。介護予防支援事業所から委託を受けた人数は除きます。

9月中の利用者		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他
1 あり	利用実人員数(人)						
2 なし	うち9月中の新規の利用実人員数(人)						

(44) 社会福祉士養成校からの実習生受け入れ状況
(過去一年間)

平成21年10月1日～平成22年9月30日の間に、社会福祉士養成校からの実習生を受け入れたことがありますか。
1 受け入れあり
2 受け入れなし

(45) 従事者数

	常勤専従	常勤兼務	換算数	非常勤	換算数
1 介護支援専門員			┆		┆
1のうち主任介護支援専門員			┆		┆
2 その他の職員			┆		┆

(注) 「常勤専従」欄は換算数の記入不要です。
「常勤兼務」「非常勤」については、右記の計算式により換算数を計算し、それぞれの「換算数」欄に記入してください。
小数点以下第2位を四捨五入して小数点以下第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」と計上してください。

※ 雇用形態にかかわらず、事業所が定める1週間の勤務時間(所定労働時間)の全てを勤務している場合は「常勤」、勤務していない場合は「非常勤」としてください。

換算数＝
$$\frac{\text{従事者の1週間の勤務延時間数(残業を除く)}}{\text{当該事業所において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数(所定労働時間)}}$$

(換算数の詳細は手引きを参照してください。)

【201居宅介護支援】については以上です。他のサービスを提供している場合は、1ページに戻り、該当ページにご記入ください。



統計法に基づく一般統計調査

介護サービス施設・事業所調査
地域密着型サービス事業所票

(平成23年10月1日調査)

バー
コード

6

厚生労働省

*一連番号									
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

*調査番号									
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

シール貼り付け（バーコード）

〔注〕＊印の箇所は事業所では記入しないでください。

(1) 運 営 法 人 名 (運営法人名を記入してください。)									
(2) 事 業 所 名									
(3) 事業所の所在地	〒 <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> - <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> TEL () - () - ()								

(4) サービスの種類・事業所番号

- ・9月30日現在で、貴事業所において指定を受けている下記の各事業について、該当する「活動状況」の一つに○をつけ、印字されている事業所番号、事業所名を確認してください。変更・誤りがある場合は、赤字で余白に修正をしてください。
記入後は、サービスの種類ごとに右側に示した回答ページへ進み、調査票を記入してください。
- ・印字されていない事業があった場合は、該当する「サービスの種類」欄に事業所番号、事業所名等を記入後、右側に示した回答ページへ進み、調査票を記入してください。
- ・下記サービスの「活動状況」欄は、休止届や廃止届を出している場合は、「休止中」、「廃止」に○をつけてください。その場合、以降のページは記入不要です。
上記以外で利用者がいない場合でも「活動中」に○をつけ、回答ページに進んでください。
- ・サービスにより記入者が異なる場合は、お手数ですが、この調査票を事業所内で回覧の上、記入してください(同一法人・同一住所のサービス事業所の場合、以下の全サービスについて、この調査票に記入してください)。
- ・調査票は住所ごとに送付していますので(同一法人・同一住所の事業所には、まとめて送付)、別住所におけるサービスの記入は不要です。

サービスの種類		事業所番号										事業所名	活動状況 (一つに○)			回答ページ
141	介護予防認知症 対応型通所介護												1 活動中	2 休止中	3 廃止	2ページ に記入して ください
142	認知症対応型 通所介護												1 活動中	2 休止中	3 廃止	
151	介護予防 認知症対応型 共同生活介護												1 活動中	2 休止中	3 廃止	3ページ に記入して ください
152	認知症対応型 共同生活介護												1 活動中	2 休止中	3 廃止	
161	地域密着型 特定施設入居者 生活介護												1 活動中	2 休止中	3 廃止	4ページに 記入して ください
171	夜間対応型 訪問介護												1 活動中	2 休止中	3 廃止	5ページに 記入して ください
181	介護予防 小規模多機能型 居宅介護												1 活動中	2 休止中	3 廃止	6ページ に記入して ください
182	小規模多機能型 居宅介護												1 活動中	2 休止中	3 廃止	

(5) 経 営 主 体	※右のリストから、該当する番号を <u>12</u> 選択し、左の欄に記入してください。 <table><tr><td>経営主体</td><td>01 都道府県</td><td>05 社会福祉法人(社会福祉協議会以外)</td><td>09 消費生活協同組合及び連合会</td></tr><tr><td></td><td>02 市区町村</td><td>06 医療法人</td><td>10 営利法人(会社)</td></tr><tr><td></td><td>03 広域連合・一部事務組合</td><td>07 社団・財団法人(公益・一般)</td><td>11 特定非営利活動法人(NPO)</td></tr><tr><td></td><td>04 社会福祉協議会</td><td>08 農業協同組合及び連合会</td><td>12 その他の法人</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td>13 01～12以外(個人を含む。)</td></tr></table>	経営主体	01 都道府県	05 社会福祉法人(社会福祉協議会以外)	09 消費生活協同組合及び連合会		02 市区町村	06 医療法人	10 営利法人(会社)		03 広域連合・一部事務組合	07 社団・財団法人(公益・一般)	11 特定非営利活動法人(NPO)		04 社会福祉協議会	08 農業協同組合及び連合会	12 その他の法人				13 01～12以外(個人を含む。)
経営主体	01 都道府県	05 社会福祉法人(社会福祉協議会以外)	09 消費生活協同組合及び連合会																		
	02 市区町村	06 医療法人	10 営利法人(会社)																		
	03 広域連合・一部事務組合	07 社団・財団法人(公益・一般)	11 特定非営利活動法人(NPO)																		
	04 社会福祉協議会	08 農業協同組合及び連合会	12 その他の法人																		
			13 01～12以外(個人を含む。)																		

(6) 苦 情 解 決 の た め の 取 組 状 況 (複数回答)	該当する番号をすべて○で囲んでください。 <table><tr><td>1 苦情受付窓口を設置</td><td>3 共同で第三者委員を設置</td><td>5 1～4以外の取組を実施している</td></tr><tr><td>2 苦情解決責任者を設置</td><td>4 単独で第三者委員を設置</td><td></td></tr></table>	1 苦情受付窓口を設置	3 共同で第三者委員を設置	5 1～4以外の取組を実施している	2 苦情解決責任者を設置	4 単独で第三者委員を設置	
1 苦情受付窓口を設置	3 共同で第三者委員を設置	5 1～4以外の取組を実施している					
2 苦情解決責任者を設置	4 単独で第三者委員を設置						

※調査票の記入内容について質問する際の
問い合わせ先として使用場合があります。
事業所の代表者の氏名ではなく、実際に
調査票を記入した事業所の担当者の氏名と
連絡先を記入してください。
なお、FAXの記入は任意です。

調査票記入者名・ 担当部署と連絡先 (※必須)	(担当部署名)
	(調査票記入者名) ふりがな -----
	電話 (-)
上記以外連絡先 (携帯、FAX等)	

(記入ページのみを剥がしたりせず、冊子のままご返送下さい。)

【141 介護予防認知症対応型通所介護・142 認知症対応型通所介護】

記入者名 () 電話番号 (- -)

	現在、指定を受けて活動中のサービスについて、利用者の有無に関わらず、提供体制(定員)を記入してください。 「9月中」の利用者がいない場合には、「2 なし」を○で囲んでください。																
(7) サービスの 提供状況	介護予防 認知症 通所介護	定員				人	※介護と介護予防を一体的に行っている場合は、同一の定員、開催日数を記入してください。 ※開催日数とは、利用者がいなくても事業所を開催していた日のことをいいます。										
		9月中の開催日数				日											
		9月中の利用者					要支援1		要支援2		その他						
		1 あり	→		利用実人員数(人)												
	2 なし			利用延人員数(人)													
	認知症対応型 通所介護	定員				人	※介護と介護予防を一体的に行っている場合は、同一の定員、開催日数を記入してください。 ※開催日数とは、利用者がいなくても事業所を開催していた日のことをいいます。										
		9月中の開催日数				日											
		9月中の利用者					要介護1		要介護2		要介護3		要介護4		要介護5		その他
1 あり		→		利用実人員数(人)													
2 なし			利用延人員数(人)														
(8) 事業所の形態	事業所の形態について、該当する番号を 1つ ○で囲んでください。 1 単独型 2 併設型 3 共用型																
(9) 社会福祉法人等による軽減の状況	1 実施している → 9月中の軽減者数 人 (生活保護受給者等は含みません) 2 実施していない																
(10) 介護福祉士養成校及び社会福祉士養成校からの実習生受け入れ状況(過去1年間)	平成22年10月1日～平成23年9月30日の間に 介護福祉養成校からの実習生 を受け入れたことがありますか。 1 受け入れあり 2 受け入れなし								平成22年10月1日～平成23年9月30日の間に 社会福祉養成校からの実習生 を受け入れたことがありますか。 1 受け入れあり 2 受け入れなし								
(11) 従事者数			常勤専従		常勤兼務		非常勤				常勤専従		常勤兼務		非常勤		
			換算数		換算数		換算数				換算数						
	1 医師						5 調理員										
	2 看護師						6 管理栄養士										
	3 准看護師						7 栄養士										
	4 機能訓練指導員						8 歯科衛生士										
	4のうち理学療法士						9 生活相談員										
	4のうち作業療法士						9のうち社会福祉士										
	4のうち言語聴覚士						10 介護職員										
	4のうち柔道整復師						10のうち介護福祉士										
	4のうちあん摩マッサージ指圧師						11 その他の職員										
	(注) 「 常勤専従 」については、換算数の記入は不要です。 「常勤兼務」「非常勤」については、右記の計算式により換算数を計算し、それぞれの「換算数」欄に記入してください。 小数点以下第2位を四捨五入して小数点以下第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」と計上してください。 ※「介護予防認知症対応型通所介護」と「認知症対応型通所介護」を一体的に行っている場合は、兼務ではありません。 ※雇用形態にかかわらず、事業所が定める1週間の勤務時間(所定労働時間)の全てを勤務している場合は「常勤」、勤務していない場合は「非常勤」としてください。 (換算数の詳細は手引きを参照してください。)																

【141介護予防認知症対応型通所介護・142認知症対応型通所介護】については以上です。
他のサービスを提供している場合は、1ページに戻り、該当ページにご記入ください。

【 1 5 1 介護予防認知症対応型共同生活介護・ 1 5 2 認知症対応型共同生活介護】

記入者名（ ） 電話番号（ - - ）

(12) サービスの提供状況	現在、指定を受けて活動中のサービスについて、利用者の有無に関わらず、提供体制(定員)を記入してください。 「9月中」の利用者がいない場合には、「2 なし」を○で囲んでください。									
	対応介護予防認知症介護	定員	人	※介護と介護予防を一体的に行っている場合は、同一の定員を記入してください。						
		9月中の利用者		要支援2	その他					
		1 あり 2 なし	9月末日の利用者数(人)							
共同認知症対応型	定員	人	※介護と介護予防を一体的に行っている場合は、同一の定員を記入してください。							
	9月中の利用者		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他		
	1 あり 2 なし	9月末日の利用者数(人)								
		うち「短期利用」の利用者数(人)								
(13) ユニット及び居室の状況	ユニット数	2人室			個室					
※ 平均家賃は、整数で記入してください。		室数	1部屋当たりの平均家賃(1か月)		室数	1部屋当たりの平均家賃(1か月)				
	ユニット	室	円		室	円				
(14) 介護福祉士養成校及び社会福祉士養成校からの実習生受け入れ状況(過去1年間)	平成22年10月1日～平成23年9月30日の間に 介護福祉士養成校からの実習生を受け入れたことがあります。 1 受け入れあり 2 受け入れなし				平成22年10月1日～平成23年9月30日の間に 社会福祉士養成校からの実習生を受け入れたことがありますか。 1 受け入れあり 2 受け入れなし					
(15) 従事者数			常勤専従	常勤兼務	換算数	非常勤	換算数	(注) 「常勤専従」については換算数の記入は不要です。 「常勤兼務」「非常勤」については、右記の計算式により換算数を計算し、それぞれの「換算数」欄に記入してください。 小数点以下第2位を四捨五入して小数点以下第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」と計上してください。 ※ 「介護予防認知症対応型共同生活介護」と「認知症対応型共同生活介護」を一体的に行っている場合は、兼務ではありません。 ※ 雇用形態にかかわらず、事業所が定める1週間の勤務時間(所定労働時間)の全てを勤務している場合は「常勤」、勤務していない場合は「非常勤」としてください。 (換算数の詳細は手引きを参照してください。)		
	1 介護職員									
	* (1)1のうち 看護師 (2)1のうち 准看護師 (3)1のうち 介護福祉士									
	2 計画作成担当者									
	3 その他の職員									
	換算数 = $\frac{\text{従事者の1週間の勤務延時間数(残業は除く)}}{\text{当該事業所において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数(所定労働時間)}}$ (1週間の時間数が32時間を下回る場合は分母を32時間としてください。)									

【151介護予防認知症対応型共同生活介護・152認知症対応型共同生活介護】については以上です。
他のサービスを提供している場合は、1ページに戻り、該当ページにご記入ください。

【161地域密着型特定施設入居者生活介護】

記入者名（ ） 電話番号（ - - ）

(16) サービスの提供状況	現在、指定を受けて活動中のサービスについて、利用者の有無に関わらず、提供体制(定員)を記入してください。 「9月中」の利用者がいない場合には、「2 なし」を○で囲んでください。													
	地域密着型特定施設入居者生活介護	定 員		人		※介護と介護予防を一体的に行っている場合は、同一の定員を記入してください。								
		9月中の利用者		9月末日の利用者数(人)		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	要介護認定申請中			
		1 あり 2 なし												
(1) 事業所の形態	該当する番号を1つ○で囲んでください。 有料老人ホーム (1 サテライト型以外 2 サテライト型) 軽費老人ホーム (3 サテライト型以外 4 サテライト型) 養護老人ホーム (5 サテライト型以外 6 サテライト型) 適合高齢者専用賃貸住宅 (7 サテライト型以外 8 サテライト型)													
(18) 居室の状況			個室(夫婦部屋含む)		2人室		3人室		4人室					
	室数(室)													
(19) 介護福祉士養成校及び社会福祉士養成校からの実習生受け入れ状況(過去1年間)	平成22年10月1日～平成23年9月30日の間に 介護福祉養成校からの実習生を受け入れたことがあります 1 受け入れあり 2 受け入れなし					平成22年10月1日～平成23年9月30日の間に 社会福祉養成校からの実習生を受け入れたことがありますか。 1 受け入れあり 2 受け入れなし								
(20) 従事者数			常勤専従	常勤兼務	換算数	非常勤	換算数			常勤専従	常勤兼務	換算数	非常勤	換算数
	1 介護職員				┆		┆	6 機能訓練指導員				┆		┆
	1のうち 介護福祉士				┆		┆	6のうち 理学療法士				┆		┆
	2 生活相談員				┆		┆	6のうち 作業療法士				┆		┆
	2のうち 社会福祉士				┆		┆	6のうち 言語聴覚士				┆		┆
	3 看護師				┆		┆	6のうち 柔道整復師				┆		┆
	4 准看護師				┆		┆	6のうち あん摩マッサージ指圧師				┆		┆
	5 計画作成担当者				┆		┆	7 その他の職員				┆		┆
	(注) 「常勤専従」については、換算数の記入は不要です。 「常勤兼務」「非常勤」については、右記の計算式により換算数を計算し、それぞれの「換算数」欄に記入してください。 小数点以下第2位を四捨五入して小数点以下第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」と計上してください。													
	換算数＝ 従事者の1週間の勤務延時間数(残業は除く) 当該事業所において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数(所定労働時間) (1週間の時間数が32時間を下回る場合は分母を32時間としてください。)													
	※ 雇用形態にかかわらず、事業所が定める1週間の勤務時間(所定労働時間)の全てを勤務している場合は「常勤」、勤務していない場合は「非常勤」としてください。 (換算数の詳細は手引きを参照してください。)													

【161地域密着型特定施設入居者生活介護】については以上です。他のサービスを提供している場合は、1ページに戻り、該当ページにご記入ください。

(21) サービスの提供状況	現在、指定を受けて活動中のサービスについて、利用者の有無に関わらず、提供体制(9月中の営業日数)を記入してください。 「9月中」の利用者がいない場合には、「2 なし」を○で囲んでください。													
	夜間対応型訪問介護	9月中の営業日数		日		※営業日数とは、利用者がいなくても事業所を営業していた日のことをいいます。								
		9月中の利用者				要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他			
		1 あり		利用実人員数(人)										
		2 なし		訪問回数合計(回)										
(22) 事業所の区分	1 I型(オペレーションセンターの設置あり) 場所 2 II型(オペレーションセンターの設置なし)													
(23) 社会福祉法人等による軽減の状況	1 実施している 9月中の軽減者数 人 (生活保護受給者等は含みません) 2 実施していない													
(24) 介護福祉士養成校からの実習生受け入れ状況(過去1年間)	平成21年10月1日～平成22年9月30日の間に、 介護福祉士養成校からの実習生 を受け入れたことがありますか。 1 受け入れあり 2 受け入れなし													
(25) 従事者数			常勤専従	常勤兼務	換算数	非常勤	換算数			常勤専従	常勤兼務	換算数	非常勤	換算数
	1 訪問介護員							3 面接相談員						
	*	(1)1のうち介護福祉士						*	(1)3のうち医師					
		(2)1のうち介護職員基礎研修課程修了者							(2)3のうち保健師					
		(3)1のうちホームヘルパー1級研修課程修了者							(3)3のうち看護師					
		(4)1のうちホームヘルパー2級研修課程修了者							(4)3のうち社会福祉士					
	2 オペレーター							(5)3のうち介護福祉士						
	*	(1)2のうち医師						4 その他の職員						
		(2)2のうち保健師												
		(3)2のうち看護師												
		(4)2のうち准看護師												
		(5)2のうち社会福祉士												
		(6)2のうち介護福祉士												
		(7)2のうち介護支援専門員												
	(注) 「 常勤専従 」については、 換算数の記入は不要です。 「常勤兼務」「非常勤」については、右記の計算式により換算数を計算し、それぞれの「換算数」欄に記入してください。 小数点以下第2位を四捨五入して小数点以下第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」と計上してください。 ※ 雇用形態にかかわらず、事業所が定める1週間の勤務時間(所定労働時間)の全てを勤務している場合は「常勤」、勤務していない場合は「非常勤」としてください。 (換算数の詳細は手引きを参照してください。)													
換算数＝ 従事者の1週間の勤務延時間数(残業は除く) 当該事業所において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数(所定労働時間) (1週間の時間数が32時間を下回る場合は分母を32時間としてください。)														

【181介護予防小規模多機能型居宅介護・182小規模多機能型居宅介護】

記入者名（ ） 電話番号（ - - ）

(26)サービスの提供状況

介護予防小規模多機能型居宅介護

現在、指定を受けて活動中のサービスについて、利用者の有無に関わらず、提供体制(定員)を記入してください。
「9月中」の利用者がいない場合には、「2 なし」を○で囲んでください。

登録定員	人	宿泊サービスの利用定員	人	通いサービスの利用定員	人
9月中の利用者		1 あり			
		2 なし	要支援1	要支援2	その他
事業所を利用した利用実人員数(人)					
事業所を利用した利用延人員数(人)					
※重複して 計上してく ださい。	宿泊	利用実人員数(人)			
		利用延人員数(人)			
	通い	利用実人員数(人)			
		利用延人員数(人)			
	訪問	利用実人員数(人)			
		利用延人員数(人)			

小規模多機能型居宅介護

登録定員	人	宿泊サービスの利用定員	人	通いサービスの利用定員	人			
9月中の利用者		1 あり						
		2 なし	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他
事業所を利用した利用実人員数(人)								
事業所を利用した利用延人員数(人)								
※重複して 計上してく ださい。	宿泊	利用実人員数(人)						
		利用延人員数(人)						
	通い	利用実人員数(人)						
		利用延人員数(人)						
	訪問	利用実人員数(人)						
		利用延人員数(人)						

(27) 宿泊室の状況

個室の数	室	個室以外の宿泊室の数	室
------	---	------------	---

(28) 宿泊費の状況

各居室の種類ごとに、事業所が設定している料金の高い順に記入してください。						
宿泊費(日額)	円	円	円	円	円	円
室 定 員	人室	人室	人室	人室	人室	人室
室 数	室	室	室	室	室	室

(29) 社会福祉法人等による軽減の状況

1 実施している	9月中の軽減者数	人	(生活保護受給者等は含みません)
2 実施していない			

(30) 介護福祉士養成校及び社会福祉士養成校からの実習生受け入れ状況(過去1年間)

平成22年10月1日～平成23年9月30日の間に 介護福祉養成校からの実習生を受け入れたことがありま す、 1 受け入れあり 2 受け入れなし	平成22年10月1日～平成23年9月30日の間に 社会福祉養成校からの実習生を受け入れたことがありますか。 1 受け入れあり 2 受け入れなし
---	--

(31) 従事者数

* 複数の資格を有している者については、(1)～(3)のうち最も若い番号の資格について記入してください。

	常勤専従	常勤兼務	換算数	非常勤	換算数		常勤専従	常勤兼務	換算数	非常勤	換算数
1 介護職員			┆		┆	2 介護支援専門員			┆		┆
* (1)1のうち 看護師			┆		┆	3 その他の職員			┆		┆
			┆		┆				┆		┆
	(2)1のうち 准看護師		┆		┆						
(3)1のうち 介護福祉士			┆		┆			┆		┆	

(注) 「常勤専従」については、換算数の記入は不要です。
「常勤兼務」「非常勤」については、右記の計算式により換算数を計算し、それぞれの「換算数」欄に記入してください。
小数点以下第2位を四捨五入して小数点以下第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」と計上してください。
※ 「介護予防小規模多機能型居宅介護」と「小規模多機能型居宅介護」を一体的に行っている場合は、兼務ではありません。
※ 雇用形態にかかわらず、事業所が定める1週間の勤務時間(所定労働時間)の全てを勤務している場合は「常勤」、勤務していない場合は「非常勤」としてください。

換算数＝

従事者の1週間の勤務延時間数(残業を除く)
当該事業所において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数(所定労働時間)
(1週間の時間数が32時間を下回る場合は分母を32時間としてください。)

(換算数の詳細は手引きを参照してください。)

【181介護予防小規模多機能型居宅介護・182小規模多機能型居宅介護】については以上です。
- 6 - 他 の サービス を 提供 し て い る 場 合 は、1 ページ に 戻 り、該 当 ページ に ご 記 入 く だ さ い。

*一連番号							
*調査番号							

シール貼り付け (バーコード)

〔注〕 1 あらかじめ調査票に印字されている項目に変更または誤りがあった場合は、赤字で訂正してください。
2 *印の箇所は事業所では記入しないでください。

(1) 法人名 (運営法人名を記入してください。)														
(2) 施設名														
(3) 施設の所在地		〒 TEL () - () - ()												
(4) 開設主体		※該当する番号を選択し、左の欄に記入してください。 開設主体 01 国・都道府県 02 市区町村 03 広域連合・一部事務組合 04 日本赤十字社・社会保険関係団体 05 医療法人 06 社会福祉協議会 07 社会福祉法人(社会福祉協議会以外) 08 社団・財団法人(公益・一般) 09 営利法人(会社) 10 その他の法人 11 個人												
(5) サービスの状況・施設の種類		・9月30日現在、貴事業所において指定を受けている下記の事業について、印字内容を確認し、活動状況の該当する番号を○で囲んでください。 ・印字されていない事業があった場合は、該当するサービス欄に事業所番号、事業所名等を記入してください。 ・休止届や廃止届を提出している場合は「休止中」「廃止」に○をつけてください。以降の設定間には記入不要です。 ・サービスにより記入者が異なる場合は、お手数ですが、この調査票を事業所内で回覧の上、記入してください。(同一法人、同一住所の場合、以下の全サービスについて、この調査票に記入してください。)												
短期入所療養介護		事業所番号							事業所名			活動状況		
	051 介護予防短期入所療養介護											1 活動中 2 休止中 3 廃止		
	052 短期入所療養介護											1 活動中 2 休止中 3 廃止		
	施設の種類	1 介護老人保健施設 2 介護療養型医療施設 3 その他の病院・診療所												
	事業所の種別 (複数回答可)	介護老人保健施設 (01 I型 02 II型 03 III型) ユニット型介護老人保健施設 (04 I型 05 II型 06 III型) 07 病院療養型 08 ユニット型病院療養型 09 病院経過型 10 ユニット型病院経過型							11 診療所型 12 ユニット型診療所型 13 認知症疾患型 14 ユニット型認知症疾患型 15 認知症経過型					
通所リハビリテーション		事業所番号							事業所名			活動状況		
	061 介護予防通所リハビリテーション											1 活動中 2 休止中 3 廃止		
	062 通所リハビリテーション											1 活動中 2 休止中 3 廃止		
	施設の種類	1 介護老人保健施設 2 介護療養型医療施設 3 その他の病院・診療所												
	事業所の種別	※該当する番号を1つ、左の欄に記入してください。 事業所の種別 通常規模の事業所 (01 介護老人保健施設 02 病院 03 診療所) 大規模の事業所(I) (04 介護老人保健施設 05 病院 06 診療所) 大規模の事業所(II) (07 介護老人保健施設 08 病院 09 診療所)												

次ページにつづきます

【051 介護予防短期入所療養介護 ・ 052 短期入所療養介護】の状況

(6) サービスの提供状況

介護予防短期入所療養介護

現在指定を受けて活動中のサービスについて記入してください。

介護と介護予防を一体的に行っている場合は、同一の指定病床数を記入してください。

空床利用型ですか

1 はい

2 いいえ

※ 利用者の有無に関わらず、**空床利用型以外は**、介護予防短期入所療養介護としての指定病床数を記入してください。

↓

指定病床数

床

9月中の利用者

1 あり

2 なし

※空床利用型の場合でも、利用者ありの場合は、「利用実人員数」「利用日数合計」にご記入ください。

↓

	要支援1	要支援2	その他
利用実人員数(人)			
利用日数合計(日)			

短期入所療養介護

空床利用型ですか

1 はい

2 いいえ

※ 利用者の有無に関わらず、**空床利用型以外は**、短期入所療養介護としての指定病床数を記入してください。

↓

指定病床数

床

9月中の利用者

1 あり

2 なし

※空床利用型の場合でも、利用者ありの場合は、「利用実人員数」「利用日数合計」にご記入ください。

↓

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他
利用実人員数(人)						
利用日数合計(日)						

(7) 介護福祉士養成校からの実習生受け入れ状況(過去一年間)

平成22年10月1日～平成23年9月30日の間に、**介護福祉士養成校からの実習生**を受け入れたことがありますか。

1 受け入れあり

2 受け入れなし

(8) 社会福祉士養成校からの実習生受け入れ状況(過去一年間)

平成22年10月1日～平成23年9月30日の間に、**社会福祉士養成校からの実習生**を受け入れたことがありますか。

1 受け入れあり

2 受け入れなし

※ 調査票記入者名は、調査票の審査の際の問い合わせ先として使用する場合がありますので、事業所の代表者の氏名ではなく、実際に調査票を記入した事業所の担当者の氏名（担当部署等）と連絡先（電話番号）を記入してください。

調査票記入者名・ 担当部署と連絡先 (※必須)	(担当部署名)
	(調査票記入者名) ふりがな
	電話 (- -)
上記以外連絡先 (携帯、FAX等)	

次ページにつづきます

【061 介護予防通所リハビリテーション ・ 062 通所リハビリテーション】の状況

(9) サービスの提供状況

介護予防通所リハビリテーション

定員 人
9月中の利用者 あり なし

	要支援1	要支援2	その他
利用実人員数(人)			
利用延人員数(人)			

通所リハビリテーション

定員 人
9月中の利用者 あり なし

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他
利用実人員数(人)						
うち リハビリテーションマネジメントに基づく通所リハビリテーション実施実人員数(再掲)						
利用延人員数(人)						
うち リハビリテーションマネジメントに基づく通所リハビリテーション実施延人員数(再掲)						

(10) 介護福祉士養成校からの実習生受け入れ状況(過去一年間)

平成22年10月1日～平成23年9月30日の間に、**介護福祉士養成校からの実習生**を受け入れたことがありますか。
1 受け入れあり 2 受け入れなし

(11) 社会福祉士養成校からの実習生受け入れ状況(過去一年間)

平成22年10月1日～平成23年9月30日の間に、**社会福祉士養成校からの実習生**を受け入れたことがありますか。
1 受け入れあり 2 受け入れなし

(12) 通所リハビリテーションの従事者数

施設に在籍する職員のうち、通所リハビリテーションの業務に携わっている者を記入してください。
※常勤兼務と非常勤に記入した場合は、換算数を記入してください。

	常勤専従	常勤兼務	換算数	非常勤	換算数		常勤専従	常勤兼務	換算数	非常勤	換算数
1 医 師			.		.	5 理学療法士			.		.
2 看 護 師			.		.	6 作業療法士			.		.
3 准看護師			.		.	7 言語聴覚士			.		.
4 介護職員			.		.	8 歯科衛生士			.		.
4のうち介護福祉士			.		.						

(注) 従事者数の常勤兼務、非常勤については、以下の計算式により換算数を計算し、小数点以下第2位を四捨五入して小数点以下第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」と計上してください。

※ 常勤兼務≧換算数、非常勤≧換算数となります。**常勤専従については、換算数の記入は不要です。**
※ 「介護予防通所リハビリテーション」と「通所リハビリテーション」を一体的に行っている場合は、兼務ではありません。
※ 雇用形態にかかわらず、事業所が定める1週間の勤務時間(所定労働時間)の全てを勤務している場合は「常勤」、勤務していない場合は「非常勤」としてください。

換算数＝

従事者の1週間の勤務延時間数(残業は除く)
当該事業所において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数(所定労働時間)
(1週間の時間数が32時間を下回る場合は分母を32時間としてください。)

(換算数の詳細は手引参照)

※ 調査票記入者は、調査票の審査の際の問い合わせ先として使用する場合がありますので、事業所の代表者の氏名ではなく、実際に調査票を記入した事業所の担当者の氏名（担当部署等）と連絡先（電話番号）を記入してください。

調査票記入者名・ 担当部署と連絡先	(担当部署名)
	(調査票記入者名)
	ふりがな -----
(※必須)	電話 (- -)
上記以外連絡先 (携帯、FAX等)	

ご協力ありがとうございました

公的年金加入状況等調査 調査要綱

1 調査の目的

世帯員個々の公的年金加入状況と世帯の状況、就業状況、公的年金に関する周知度等を把握することにより、年金の事業運営のための基礎資料を得るとともに、新年金制度の検討のための基礎資料を得ることを目的とする。

2 調査対象及び調査客体の抽出方法

(1) 調査対象

平成 22 年 11 月 30 日現在の全世帯の 15 歳以上の世帯員を対象とする。

(2) 調査客体の抽出

平成 17 年国勢調査区から層化無作為抽出法により 5,510 調査区を抽出して調査を行う「国民生活基礎調査」（平成 22 年 6 月実施、厚生労働省大臣官房統計情報部）の調査区から、全国 1,800 地区を本調査の調査区として抽出し、当該地区内の全世帯の 15 歳以上の世帯員を調査客体とする。

（参考）調査区数の内訳

	調査区数	該当数	計
① 政令指定都市のない都県	2 8	3 3	9 2 4
② 政令指定都市のある道府県（大阪府を除く）	2 4	1 3	3 1 2
③ 大阪府	3 0	1	3 0
④ 政令指定都市	2 4	1 6	3 8 4
⑤ 人口 2 0 0 万人以上の政令指定都市	3 0	3	9 0
⑥ 特別区	6 0	1	6 0

※ ①～③は、政令指定都市及び特別区以外の地域

3 調査事項

公的年金加入状況等調査調査票に掲げる内容とする。

4 調査の方法及び調査系統

(1) 調査の方法

調査員が調査対象世帯を訪問することにより行う。

(2) 調査系統

厚生労働省←→日本年金機構←→調査員←→調査世帯

5 調査時期

平成 22 年 11 月 30 日から 12 月 15 日までとする。

6 集計及び結果の公表

集計は厚生労働省で行い、集計完了次第、ホームページや調査結果報告書によって公表する。

地区 番号					単位区 番 号					世帯 番号					世帯員 番 号					確認欄	
----------	--	--	--	--	------------	--	--	--	--	----------	--	--	--	--	------------	--	--	--	--	-----	--

秘

公的年金加入状況等調査調査票

●● 調査のご協力のお願い ●●

- この調査は、国民年金・厚生年金・共済年金(まとめて「公的年金」といいます)の加入状況等について、全国から無作為抽出により選ばれた世帯(約9万世帯)を対象として実施するものです。
- お答えいただいた内容は、統計資料の作成以外に使用することは法律で禁じられており、例えば保険料や税金の徴収などに使用されることはありませんので、ご安心してありのままをお答えください。
- この調査は、より詳しい統計資料を作成するため、厚生労働省が既に実施した「国民生活基礎調査」の調査地区から対象世帯を選ぶ方法をとっております。したがって、繰り返しの調査のお願いとなってしまいますが、今後の年金事業の運営や年金制度の議論に必要不可欠な資料となりますので、ご協力をお願いいたします。
- なお、この調査の精度を高めるため、あなたの納付記録などと組み合わせて統計分析することがありますが、個人の情報は統計資料の作成以外に使用することは絶対にありませんので、ご安心ください。

●● ご回答の方法 ●●

- 平成22年11月30日時点で15歳以上の方のみお答えください。
- 世帯員一人ごとにそれぞれ調査票を記入してください。
- 問1から問6までは現在(平成22年11月30日時点)の状況を、問7から問13までは昨年(平成21年11月30日時点)の状況を、問14から問16-1まではおとし(平成20年11月30日時点)の状況についてお答えください。
- 当てはまる番号・記号に○(問17については最も主要なものには◎)をつけてください。その他所要の箇所に文字・数字を記入してください。

《 問1から問6までは現在(平成22年11月30日時点)の状況をお答えください。 》

現在のあなたの在学状況と就業状況(アルバイト等を含みます)についてお伺いします。

(問1) あなたは現在、学生[※]ですか。当てはまる番号に○をつけてください。

はい	1	いいえ	2
----	---	-----	---

※ 学生には専修学校及び各種学校の学生も含みます。

(問2) あなたの就業形態について、当てはまるものを1つ選んで、番号に○をつけてください。

「3」と答えた方は、さらにその形態について、記号に○をつけてください。

(学生の方もご回答ください)

自営業主(個人経営の店主や農業主など)	1	「3」を選択された方	フルタイム ^{※2}	a
家族従業者(自営業主の手伝い)	2			
会社員 ^{※1} (会社役員を含みます)、公務員	3		フルタイムでない	b
臨時・不定期のパート・アルバイトや内職など	4	「5」を選択された方		
特に働いていない	5			

問5へ

※1 会社員には、パート・アルバイトなどの正社員以外の方のうち、臨時・不定期でない働き方をしている方を含みます。

※2 フルタイムとは、1日の所定労働時間と1か月の所定労働日数が、一般社員と同程度であることを言います。

【問2で「3」と答えた方のみお答えください】

(問2-1) 1月あたりの労働日数、1週間あたりの労働時間はおよそどれくらいですか。
それぞれおおむねの日数、時間について当てはまる番号に○をつけてください。

(1) 月あたり	1～5日	1	6～10日	2	11～15日	3	16～20日	4	21日以上	5
(2) 週あたり	10時間未満	1	10～15時間未満	2	15～20時間未満	3	20～25時間未満	4		
	25～30時間未満	5	30～35時間未満	6	35～40時間未満	7	40時間以上	8		

(問3) あなたの勤務先や経営する店・事業などについて、当てはまるものを1つ選んで、番号に○をつけてください。

農林水産業	1	鉱業、採石業、砂利採取業	2	建設業	3
製造業	4	電気・ガス・熱供給・水道業	5	情報通信業	6
運輸業、郵便業	7	卸売・小売業	8	金融・保険業	9
不動産業、物品賃貸業	10	学術研究、専門・技術サービス業	11	飲食店・宿泊業	12
生活関連サービス業、娯楽業	13	教育・学習支援業	14	医療・福祉	15
複合サービス事業	16	職業紹介・労働者派遣業	17	その他の対事業所サービス業	18
修理業	19	廃棄物処理業	20	政治・経済・文化団体	21
その他のサービス業	22	公務	23		

(問4) あなたの勤務先の事業所（派遣社員の場合は派遣元の事業所）や経営する店・事業などについて、当てはまるものを1つ選んで、番号に○をつけてください。

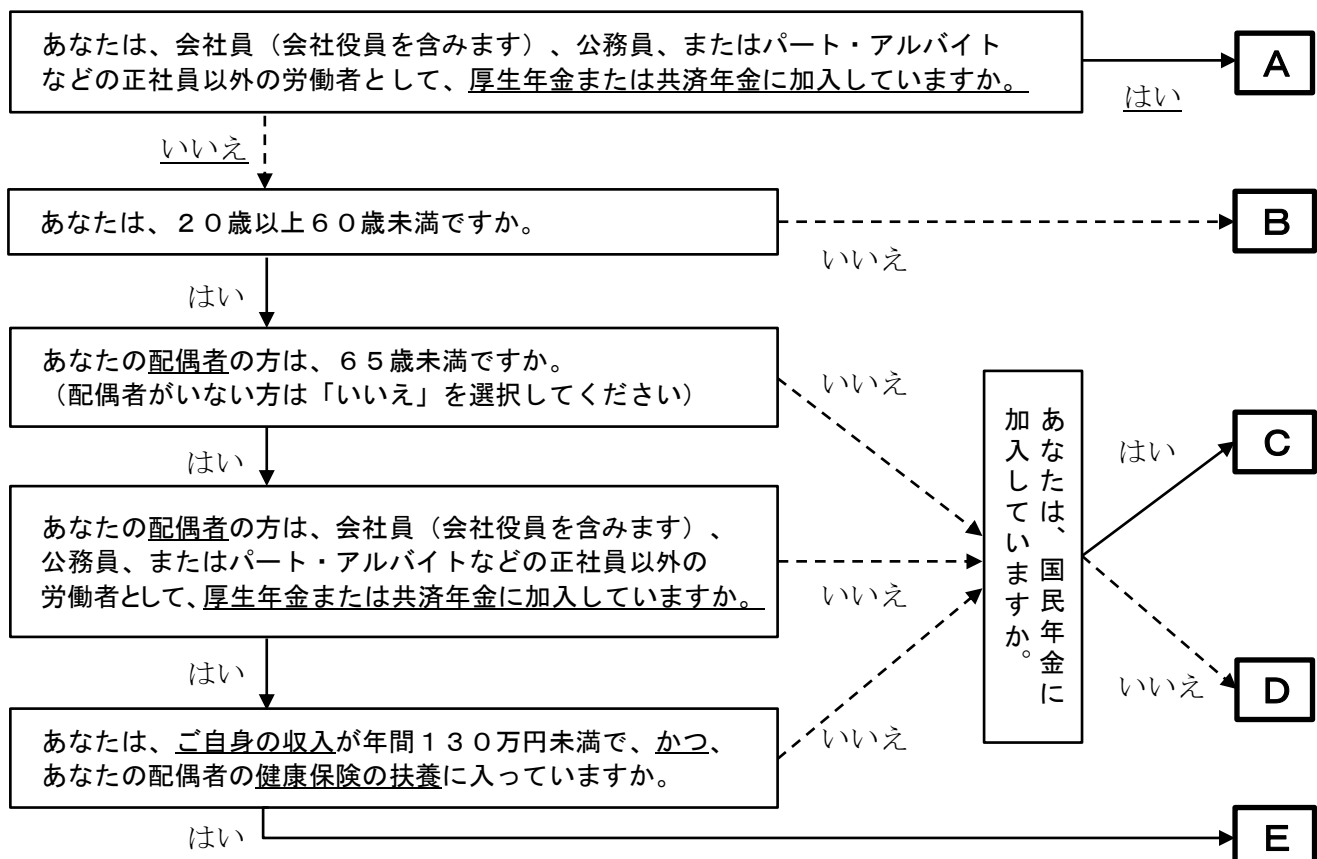
法人	1
法人でない（正社員5人未満）	2
法人でない（正社員5人以上）	3
国・地方公共団体	4

現在のあなたの公的年金（国民年金・厚生年金・共済年金）の加入状況をお伺いします。

(問5) 現在70歳未満である方に、年金の加入状況についてお伺いいたします。

次のフローチャートをたどっていただき、当てはまるアルファベットに○をつけてください。

（それぞれ、現在（平成22年11月30日時点）の状況について選んでください）



現在の公的給付などの受給状況についてお伺いします。

(問6) 現在、公的給付を受けていますか。当てはまるものすべての番号に○をつけてください。

「1」を受けている場合は、さらにその種類についても、記号に○をつけてください。

公的年金（国民年金・厚生年金・共済年金）	1
失業保険（基本手当）	2
生活保護	3
労働災害補償法に基づく障害補償給付（年金）・遺族補償給付（年金）	4
児童扶養手当（注）子ども手当ではありません。	5
その他	6
なにも受けていない	7

「1」を選択
された方

老齢年金	a
障害年金	b
遺族年金	c

《 問7から問13までは昨年（平成21年11月30日時点）の状況をお答えください。 》

(問7) 昨年（平成21年11月30日時点）の状況は、現在の状況（問1から問6までの答え）と同じ状況でしたか。当てはまる番号に○をつけてください。

全て同じ状況だった	1	→ 問14へ
同じでない状況もあった	2	→ 次の問8へ

昨年の在学状況と就業状況（アルバイト等を含みます）についてお伺いします。

(問8) あなたは昨年、学生[※]でしたか。当てはまる番号に○をつけてください。

はい	1	いいえ	2
----	---	-----	---

※ 学生には専修学校及び各種学校の学生も含みます。

(問9) あなたの昨年の就業形態について、当てはまるものを1つ選んで、番号に○をつけてください。「3」と答えた方は、さらにその形態について、記号に○をつけてください。

(学生だった方もご回答ください)

自営業主（個人経営の店主や農業主など）	1
家族従業者（自営業主の手伝い）	2
会社員 ^{※1} （会社役員を含みます）、公務員	3
臨時・不定期のパート・アルバイトや内職など	4
特に働いていなかった	5

「3」を選択
された方

フルタイム ^{※2}	a
フルタイムでない	b

「5」を選択された方

→ 問12へ

※1 会社員には、パート・アルバイトなどの正社員以外の方のうち、臨時・不定期でない働き方をしていた方を含みます。

※2 フルタイムとは、1日の所定労働時間と1か月の所定労働日数が、一般社員と同程度であることを言います。

【問9で「3」と答えた方のみお答えください】

(問9-1) 1月あたりの労働日数、1週間あたりの労働時間はおよそどれくらいでしたか。それぞれおおむねの日数、時間について当てはまる番号に○をつけてください。

(1) 月あたり	1～5日	1	6～10日	2	11～15日	3	16～20日	4	21日以上	5
----------	------	---	-------	---	--------	---	--------	---	-------	---

(2) 週あたり	10時間未満	1	10～15時間未満	2	15～20時間未満	3	20～25時間未満	4
	25～30時間未満	5	30～35時間未満	6	35～40時間未満	7	40時間以上	8

(問10) あなたの昨年の勤務先や経営していた店・事業などについて、当てはまるものを1つ選んで、番号に○をつけてください。

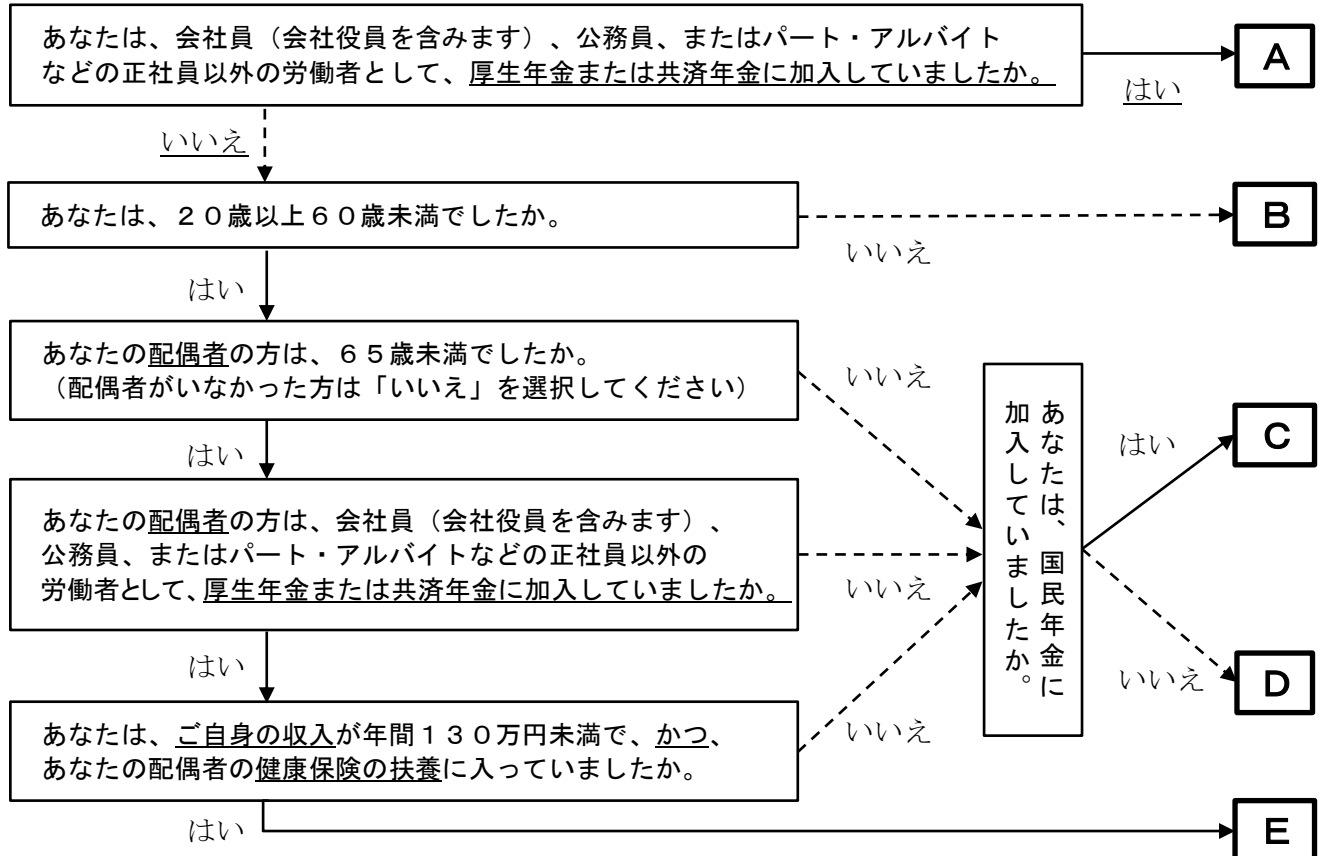
農林水産業	1	鉱業、採石業、砂利採取業	2	建設業	3
製造業	4	電気・ガス・熱供給・水道業	5	情報通信業	6
運輸業、郵便業	7	卸売・小売業	8	金融・保険業	9
不動産業、物品賃貸業	10	学術研究、専門・技術サービス業	11	飲食店・宿泊業	12
生活関連サービス業、娯楽業	13	教育・学習支援業	14	医療・福祉	15
複合サービス事業	16	職業紹介・労働者派遣業	17	その他の対事業所サービス業	18
修理業	19	廃棄物処理業	20	政治・経済・文化団体	21
その他のサービス業	22	公務	23		

(問11) あなたの昨年の勤務先の事業所（派遣社員の場合は派遣元の事業所）や経営していた店・事業などについて、当てはまるものを1つ選んで、番号に○をつけてください。

法人	1
法人でない（正社員5人未満）	2
法人でない（正社員5人以上）	3
国・地方公共団体	4

昨年のあなたの公的年金（国民年金・厚生年金・共済年金）の加入状況をお伺いします。

(問12) 昨年の11月30日時点で70歳未満であった方に、年金の加入状況についてお伺いいたします。次のフローチャートをたどっていただき、当てはまるアルファベットに○をつけてください。（それぞれ、昨年（平成21年11月30日時点）の状況について選んでください）



昨年の公的給付などの受給状況についてお伺いします。

(問13) 昨年の11月30日時点で公的給付を受けていましたか。当てはまるものすべての番号に○をつけてください。「1」を受けていた場合は、さらにその種類についても、記号に○をつけてください。

公的年金（国民年金・厚生年金・共済年金）	1
失業保険（基本手当）	2
生活保護	3
労働災害補償法に基づく障害補償給付（年金）・遺族補償給付（年金）	4
児童扶養手当（注）子ども手当ではありません。	5
その他	6
なにも受けていなかった	7

「1」を選択された方

老齢年金	a
障害年金	b
遺族年金	c

《 問14から問16－1まではおとし（平成20年11月30日時点）の状況をお答えください。 》

（問14）おとし（平成20年11月30日時点）の状況は、現在の状況（問1から問2－1までのお答え）または昨年の状況（問8から問9－1までのお答え）と同じ状況でしたか。当てはまる番号に○をつけてください。

現在の状況と全く同じ状況だった	1	→ 問17へ
現在の状況とは違うが、昨年の状況と全く同じ状況だった	2	
どちらの状況とも違った	3	→ 次の問15へ

※ おとしから現在まで全く同じ状況である場合も「1」に○を付けてください。

おとしの在学状況と就業状況（アルバイト等を含みます）についてお伺いします。

（問15）あなたはおとし、学生[※]でしたか。当てはまる番号に○をつけてください。

はい	1	いいえ	2	※ 学生には専修学校及び各種学校の学生も含みます。
----	---	-----	---	---------------------------

（問16）あなたのおとしの就業形態について、当てはまるものを1つ選んで、番号に○をつけてください。「3」と答えた方は、さらに形態について記号に○をつけてください。

（学生だった方もご回答ください）

自営業主（個人経営の店主や農業主など）	1	「3」を選択された方 →	フルタイム ^{※2}	a
家族従業者（自営業主の手伝い）	2		フルタイムでない	b
会社員 ^{※1} （会社役員を含みます）、公務員	3			
臨時・不定期のパート・アルバイトや内職など	4			
特に働いていなかった	5			

※1 会社員には、パート・アルバイトなどの正社員以外の方のうち、臨時・不定期でない働き方をしていた方を含みます。

※2 フルタイムとは、1日の所定労働時間と1か月の所定労働日数が、一般社員と同程度であることを言います。

【問16で「3」と答えた方のみお答えください】

（問16－1）1月あたりの労働日数、1週間あたりの労働時間はおよそどれくらいでしたか。

それぞれおおむねの日数、時間について当てはまる番号に○をつけてください。

(1) 月あたり	1～5日	1	6～10日	2	11～15日	3	16～20日	4	21日以上	5
----------	------	---	-------	---	--------	---	--------	---	-------	---

(2) 週あたり	10時間未満	1	10～15時間未満	2	15～20時間未満	3	20～25時間未満	4
	25～30時間未満	5	30～35時間未満	6	35～40時間未満	7	40時間以上	8

《 問17以降では、再び現在（平成22年11月30日時点）の状況についてお答えください。 》

老後の生活設計及び公的年金についてお伺いします。

（問17）老後（おおむね65歳以後の生活）を過ごすためにどのような収入を考えていますか。

特に見込んでいるものを最大3つまで選び、最も主要なものには◎、その他には○をつけてください。

公的年金（国民年金・厚生年金・共済年金）	1	貯蓄・退職金の取り崩し	2
資産の運用（株式投資・アパート経営等）	3	個人年金（民間保険会社・郵便局等）	4
企業年金（厚生年金基金等）	5	国民年金基金・個人型の確定拠出年金	6
自分で働く	7	配偶者や子供に期待	8
生活保護	9	考えていない	10

（問18）まだ年金を受給していない方にお伺いいたします。将来、あなたが受け取れる老後の年金の見込み額についてご存じですか。

知っている	1	知らない	2
-------	---	------	---

(問19) 過去3年程度の間にご自身の年金記録をご確認されたことがありますか。

ある	1	ない	2
----	---	----	---

【問19で「1」と答えた方のみお答えください】

(問19-1) 年金記録を確認されたきっかけは何でしたか。次の中から最も近いものを1つ選んで、番号に○をつけてください。

記録問題の報道を見聞きして	1
ねんきん特別便やねんきん定期便等の通知を見て	2
周囲から記録を確認するように勧めがあった	3
受給年齢に達したなど、年金手続きのため年金事務所を訪問して	4

(問20) 年金記録問題の対応としてこれまで行われてきた取組みについて、ご存じのものを選んで、番号に○をつけてください。(いくつでも可)

ねんきん特別便(平成19年12月から20年10月まで送付)	1
ねんきん定期便(平成21年4月から毎年誕生日に送付)	2
名寄せ特別便の確認調査への市区町村の協力 〔「名寄せ特別便」とは、ご本人様の記録である可能性の高い記録をお持ちの皆様にお送りしたもので、未回答の方の調査に多くの市区町村のご協力をいただいております。〕	3
年金事務所で速やかに年金記録を回復するための回復基準の設定 〔年金記録が見つからず回復を希望される方を年金事務所で速やかに救済できるようにするための要件づくりを進めています。(平成21年12月、平成22年4月に設定)〕	4
年金を受給できる可能性がある未受給の方へのお知らせの送付 〔オンライン上で確認できる年金記録では受給資格期間を満たさない方に対して、カラ期間の有無についての注意喚起や任意加入制度の周知を図っています。(平成21年12月に送付)〕	5
受給者等への標準報酬等のお知らせ 〔厚生年金受給者の方等に対して、標準報酬月額及び資格期間に漏れや誤りがないかをご本人に確認していただくために現役の時の標準報酬月額等をお知らせをしている通知です。(平成21年12月から送付)〕	6
再裁定の申請から年金をお支払いするまでの期間を短縮 〔「再裁定」とは、年金記録が見つかった方からの申請に基づき、年金を再計算する処理のことを言います。〕	7
紙台帳とコンピュータ記録の突合わせ(平成22年10月実施)	8
年金記録の回復により5年以上遅れて支払われる年金への物価上昇分の上乗せ(平成22年4月実施)	9
インターネットによる年金記録の照会	10

(問21) 現在、平成25年に向けて新しい年金制度改革の検討が行われていることについてご存じですか。

知っている	1	知らない	2
-------	---	------	---

最後に、ご回答を統計的に分析するために、あなたご自身とあなたの世帯のことについてお伺いします。

(F1) あなたの性別

男	1	女	2
---	---	---	---

(F2) あなたの生年月

明治	1	大正	2	昭和	3	平成	4
----	---	----	---	----	---	----	---

 年 月 生まれ

(F3) あなたの国籍

日本	1	中国	2	韓国又は北朝鮮	3	ブラジル	4
フィリピン	5	ペルー	6	米国	7	その他()	8

(F 4) 世帯主からみたあなたの続柄

本人	1	配偶者	2	父母	3	配偶者の父母	4
祖父母	5	配偶者の祖父母	6	子	7	孫	8
兄弟姉妹	9	配偶者の兄弟姉妹	10	その他	11		

(F 5) あなたの配偶の関係

配偶者あり	1	この世帯にいる この世帯にはいない	a b	→ 配偶者の世帯員番号	1
配偶者なし	2				

※該当する世帯員の方が回答された調査票の1ページ目左上に記載されている「世帯員番号」をご記入ください。

(F 6) あなたのお子様について（お孫さん、甥、姪は含みません）

あなたまたはあなたの配偶者が扶養しているお子様はいらっしゃいますか。

いる	1	いない	2
----	---	-----	---

【F 6で「1」と答えた方のみお答えください。】

(F 6-1)

あなたまたはあなたの配偶者が扶養しているお子様について、以下の表の上欄に記載された年齢に該当するお子様の人数を表の下欄にご記入ください。

(表の年齢は平成22年11月30日時点の満年齢です)

お子様の年齢	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24以上
人数																									

(F 7) あなたのお住まいについて

持ち家（ご家族の持ち家を含みます）	1
民間賃貸住宅	2
社宅・公務員住宅等の給与住宅（寮）	3
都市再生機構・公社等の賃貸住宅	4
地方公共団体の公営住宅	5
借間・その他	6

(F 8) あなたのご氏名

※ この氏名は、ご回答内容に不明な点がある場合などに確認させていただくため、念のためご記入いただくものであり、他の目的に使用されることは絶対にありません。この調査票が厚生労働省や日本年金機構本部へ返送される際は、氏名の部分は切り離されます。

(調査員が確認後、切り離します)

フリガナ	
氏 名	

ご協力ありがとうございました。

平成 23 年国民年金被保険者実態調査要綱

1 調査の目的

国民年金第 1 号被保険者について、保険料の納付状況ごとに、その実態を明らかにし、被保険者の収入、被保険者の国民年金制度に対する意識、保険料未納の理由など今後の年金制度の検討及び国民年金の事業運営に必要な資料を得ることを目的とする。

なお、調査は、国民年金第 1 号被保険者に対して直接調査する「郵送調査」と、国民年金第 1 号被保険者の行政記録について、市区町村国民年金担当職員が記入する「所得等調査」により構成する。

2 調査の対象及び選定の方法

(1) 調査対象

平成 23 年 3 月末現在の全国の国民年金第 1 号被保険者及びその属する世帯とする。

(2) 調査客体

ア 郵送調査

無作為抽出した国民年金第 1 号被保険者約 6 万人とする。

イ 所得等調査

無作為抽出した国民年金第 1 号被保険者約 12 万人とする。

(3) 選定方法

層化無作為抽出による。層は次のとおり。

ア 市区町村人口規模階級区分

- ① 東京都区部及び政令指定都市
- ② 20 万以上市及び県庁所在市（①を除く。）
- ③ 20 万未満市及び町村（②を除く。）

イ 被保険者保険料納付区分

- ① 完納者（平成 21 年度及び 22 年度の有資格期間に保険料をすべて納付した者）
- ② 一部納付者（平成 21 年度及び 22 年度の有資格期間の一部について、保険料を納付していない者）
- ③ 1 号期間滞納者（平成 21 年度及び 22 年度の有資格期間に保険料を全く納付していない者）
- ④ 申請全額免除者（平成 22 年度末に保険料の申請全額免除を受けている者）
- ⑤ 学生納付特例者（平成 22 年度末に保険料の学生納付特例を受けている者）
- ⑥ 若年者納付猶予者（平成 22 年度末に保険料の若年者納付猶予を受けている者）

ウ 被保険者年齢区分

20 歳から 59 歳までの 5 歳階級（8 区分）

3 調査事項及び調査の方法・実施時期

(1) 調査方法

ア 郵送調査

調査客体に対し、「国民年金被保険者実態調査票」を郵送し、調査客体から郵送にて返送する。

イ 所得等調査

調査客体（約 12 万人）について、住民基本台帳、市区町村民税課税台帳、固定資産課税台帳及び国民健康保険料（税）賦課（課税）台帳から、市区町村職員（国民年金担当部署）が、「国民年金被保険者実態調査 所得等調査調査票（１）」及び「国民年金被保険者実態調査 所得等調査調査票（２）（所得等特別調査票）」に必要事項を転記することにより実施する。

なお、「国民年金被保険者実態調査 所得等調査調査票（２）（所得等特別調査票）」については、調査客体（約 12 万人）のうち、層別に 10 分の 1 を無作為抽出した約 1 万人を、調査対象とする。

(2) 調査事項

ア 郵送調査

- ① 就業及び就学の状況
- ② 世帯の状況（消費支出額、生命保険支出額等）
- ③ 国民年金に関する納付状況
- ④ 国民年金に関する意識

イ 所得等調査

- ① 所得等調査調査票（１）
 - （ア）世帯の人数及び第 1 号被保険者数
 - （イ）被保険者並びに世帯全体の所得金額及び市区町村民税課税・非課税の別
 - （ウ）世帯全体の固定資産評価額
 - （エ）国民健康保険料（税）の賦課（課税）及び納付状況
- ② 所得等調査調査票（２）（所得等特別調査票）
 - （ア）被保険者、配偶者並びに世帯主に係る総所得金額・各種控除額
 - （イ）被保険者、配偶者並びに世帯主に係る控除対象者の人数

(3) 調査の実施時期

ア 郵送調査

平成 23 年 11 月～平成 24 年 2 月

イ 所得等調査

平成 23 年 10 月～平成 24 年 3 月

4 公表

記者発表、報告書の刊行はいずれも平成 24 年度以降を予定している。

秘 平成 23 年国民年金被保険者実態調査

お答えいただいた調査票の内容を統計以外の目的に使用することは、法律で禁じられています。また、年金保険料納付の督促や徴税の資料などに使用されることは絶対にありませんので、安心してありのままをお答えください。

<記入上の注意>

- 封筒のあて名の方が記入してください。記入できない方については、ご家族の方、又は介護をしている方が記入を手伝ってください。
- 質問 1～質問 27 の各質問について、当てはまる番号に○（質問 18－1 については、◎と○）をしてください。
- できるだけ黒のボールペンで記入してください。

質問 1 老後に年金を受けるためには、通常、保険料を納めた期間（手続きをして全額免除となった期間などを含みます）が 25 年以上必要となります。このことをご存じでしたか？

1 知っていた

2 知らなかった

質問 2 国民年金は、民間の個人年金とは異なり、物価や国民生活水準の変動に応じて年金額が改定され、受けられる年金の実質的な価値がなるべく変わらないような仕組みが取られています。このことをご存じでしたか？

1 知っていた

2 知らなかった

質問 3 国民年金は、老後の生活を保障する老齢年金だけでなく、病気や事故で障害の状態になったときに受けられる障害年金があります。このことをご存じでしたか？

1 知っていた

2 知らなかった

質問 4 国民年金は、老齢年金や障害年金のほか、ご本人の死亡時に遺族の方が受けられる遺族年金があります。このことをご存じでしたか？

1 知っていた

2 知らなかった

質問 5 国民年金は、民間の個人年金とは異なり、年金額の 1／2 は国が負担しています。このことをご存じでしたか？

1 知っていた

2 知らなかった

質問6 国民年金は、通常 60 歳になるまでの加入ですが、年金を受けられる 25 年の要件に足りない場合などは、70 歳になるまで加入できる仕組み（任意加入制度といいます）があります。このことをご存じでしたか？

1 知っていた

2 知らなかった

質問7 国民年金の保険料を納めると、納めた保険料は税金の計算のときに所得から差し引かれるので、納めなければならない税金は少なくなります。このことをご存じでしたか？

1 知っていた

2 知らなかった

質問8 国民年金は、保険料を納めた期間が短ければ、その分、年金の受け取り額が少なくなる仕組みとなっています。このことをご存じでしたか？

1 知っていた

2 知らなかった

質問9 国民年金は、現在の現役世代が納める保険料によって、現在の高齢者の年金給付をまかなう仕組み（世代間扶養といいます）となっています。このことをご存じでしたか？

1 知っていた

2 知らなかった

質問10 国民年金では、保険料を納め忘れた場合でも、過去2年分までさかのぼって納めることができる仕組みになっています。このことをご存じでしたか？

1 知っていた

2 知らなかった

質問11 国民年金では、若者や所得の少ない人などのために市区町村の窓口に申請することにより、保険料の全部又は一部が免除される制度があります。次のような免除制度はご存じでしたか？

- (1) 経済的にどうしても保険料を納めることができない方のため、世帯の所得に応じて保険料の全部又は一部が免除される制度

1 知っていた

2 知らなかった

- (2) 所得の少ない学生のために保険料の全部が免除される制度（学生納付特例制度といいます）

1 知っていた

2 知らなかった

- (3) 所得の少ない 20 歳台の方のために保険料の全部が免除される制度（若年者納付猶予制度といいます）

1 知っていた

2 知らなかった

質問12 保険料を免除された期間のうち、過去10年間分については、さかのぼって保険料を納める仕組み（追納といいます）があります。このことをご存じでしたか？

1 知っていた

2 知らなかった

質問13 国民年金の保険料を一括して前払いすると、保険料が割引される仕組み（前納といいます）があります。このことをご存じでしたか？

1 知っていた

2 知らなかった

質問14 月々の保険料は翌月末が納付期限ですが、口座振替によって当月末の引き落としにすると、割引となる仕組み（早割といいます）があります。このことをご存じでしたか？

1 知っていた

2 知らなかった

質問15 平成22年4月から平成23年3月までの1年間に国民年金の保険料をひと月でも納めましたか？

1 はい

2 いいえ

質問 16 へ

質問15－1 平成22年4月から平成23年3月までの1年間で最も利用回数の多かった納め方を、次の中から1つ選んでください。

1	銀行・農協・郵便局などの口座からの自動引き落とし
2	銀行・農協・郵便局などの窓口で直接納めた
3	コンビニエンスストアで納めた
4	インターネット、金融機関のATM、携帯電話（モバイルバンキング）、電話（音声案内）などで納めた
5	クレジットカードで納めた
6	年金事務所で納めた
7	その他

質問16 国民年金の保険料は、銀行・農協・郵便局などの窓口で納付する以外に、銀行・農協・郵便局などの口座からの自動引き落とし（口座振替）で納めることができます。

この仕組みを利用したことがありますか？

質問 17 へ ←

1 利用したことがある

2 利用したことはない

質問16-1 利用したことがない理由について、主なものを1つだけ選んでください。

1	知らなかったから
2	いまの方法で特に不都合はないから
3	手数料がかかると思っていたから
4	手続きが面倒だから
5	毎月定期的に引き落とされるよりも、自分の都合に合わせて納めたいから
6	免除されているので納める必要がないから
7	その他

質問17 国民年金の保険料は、夜間や休日でも利用できるコンビニエンスストア、ご自宅のパソコンや携帯電話から利用できるインターネットなど（インターネットバンキング、モバイルバンキング、テレフォンバンキング（電話の音声案内））や、クレジットカードでも納めることができます。

この仕組みをどれか1つでも利用したことがありますか？

質問 18 へ ←

1 利用したことがある

2 利用したことはない

質問17-1 利用したことがない理由について、主なものを1つだけ選んでください。

1	知らなかったから
2	いまの方法で特に不都合はないから
3	手数料がかかると思っていたから
4	手続きが面倒だから
5	普段、コンビニエンスストア、インターネット、クレジットカードなどをあまり利用しないから
6	免除されているので納める必要がないから
7	その他

質問18 あなたは、20歳以降、免除された場合を除き、国民年金の保険料を納めなかった期間がありますか？

1 ない（すべて納めてきた、または、すべて免除された） → 質問 20 へ

2 ある（納めなかった期間がある）

質問18-1 国民年金の保険料を納めなかった理由について、次の中から当てはまるものすべてに○、そのうち最も主要な理由には◎をつけてください。

1 うっかりして忘れた、あるいは、後でまとめて払おうと思ったから

2 保険料が高く、経済的に支払うのが困難だったから

3 受け取れる年金額が分からない、あるいは、納める保険料に比べて少ないと思うから

4 老後のことや年金のことに関心がない、あるいは、年金を受けなくても、他の収入や貯蓄で暮らしていけると思うから

5 これから保険料を納めても加入期間が少なく、年金がもらえないから

6 すでに、年金を受ける要件を満たしていたから

7 年金制度の将来が不安、あるいは、信用できないから

8 納めた保険料が無駄遣いされているのではないかなど、厚生労働省・日本年金機構が信用できないから

9 自分以外にも保険料を納めていない人がいたから

10 特に理由はない

（質問18-1で、2を選択した方のみお答えください）

質問18-2 質問18-1で、2を選択した理由を次の中から1つ選んでください。

1 元々収入が少ない、あるいは不安定だったから

2 失業、倒産、天災、事故、病気などにより所得が低下したから

3 保険料より優先度の高い支出が多かったから

4 その他

質問19 納めていない保険料は、過去2年分までさかのぼって納められます。この仕組みについて、あなたの考えに最もあてはまるものを1つ選んでください。

1	もう少し生活にゆとりができれば、納めていない保険料を納めたい
2	年金制度の意義や有利な点が理解できれば、納めるつもりである
3	保険料を納めなければ年金は受けられないが、年金制度や厚生労働省・日本年金機構は信用できないので納めるつもりはない
4	国民年金はあてにしていないので、納めるつもりはない
5	その他

質問20 あなたは、20歳以降、国民年金の保険料を免除された期間がありますか？

※ ここでの免除は、法定免除・申請全額免除のほか、学生納付特例や若年者納付猶予の方も含みます。

1	ない（免除されたことがない）	→ 質問 21 へ
2	ある（免除されたことがある）	↓

質問20-1 免除された期間のうち、過去10年間分については、さかのぼって保険料を納める仕組み（追納といいます）があります。追納の仕組みを利用しますか？1つ選んでください。

1	全部追納したい 又は 全部追納する予定である
2	一部だけでも追納したい 又は 一部だけでも追納する予定である
3	追納するつもりはない
4	すでに全部追納した
5	一部追納したが、さらに残りも追納したい
6	一部追納したが、残りは追納するつもりはない
7	その他・特にない

質問21 あなたは、平成23年3月末時点で学生でしたか？ ※ 平成23年3月に卒業した方も1（学生だった）に○をつけてください。

1 学生だった	2 学生でなかった
---------	-----------

質問22へ

質問21-1 平成23年3月末時点で、学生納付特例制度を利用していましたか。制度をご存じでなかった学生の方も、ご両親等が手続きをされている場合がありますので、なるべくご確認の上お答えください。

質問22へ

1 利用していた	2 利用していなかった
----------	-------------

質問21-2 学生納付特例制度を利用していなかった理由は何ですか。次の中から1つ選んでください。

1 制度を知らなかったから
2 所得が多く制度を利用できなかった、または、申請したが認められなかったから
3 手続きが面倒だったから
4 国民年金をあてにしていなかったから
5 保険料を納めていたから
6 その他・特にない

質問22 あなたは、平成23年3月末時点で、所得を伴う仕事をしていましたか？当てはまる番号に○をつけてください。

1 していた	2 していなかった
--------	-----------

質問23へ

質問22-1 次のうち、平成23年3月末時点の状況に当てはまるものを1つ選び、記号に○をつけてください。

1 自営業主（個人経営の店主や農業主など）
2 家族従業者（自営業主の手伝い）
3 常用雇用（正社員等）
4 臨時・パート・アルバイト

質問23 あなたの世帯全体の毎月の消費支出額は平均してどれくらいですか（毎月经常的にかかる生活費のうち、住宅等のローン、各種保険料、貯金などを除いた部分を教えてください）。

1 5万円未満	2 5万円以上 10万円未満
3 10万円以上 15万円未満	4 15万円以上 20万円未満
5 20万円以上 25万円未満	6 25万円以上 30万円未満
7 30万円以上 40万円未満	8 40万円以上 50万円未満
9 50万円以上 60万円未満	10 60万円以上

質問24 あなたは、平成23年3月末時点で、生命保険に加入していましたか。当てはまる番号に○をつけ、加入していた場合は、毎月支払っていた保険料の額も記入してください。

1 加入していた	→ 保険料は月々 _____ 円
2 加入していなかった	

質問25 あなたは、平成23年3月末時点で、民間保険会社や郵便局などの個人年金に加入していましたか。当てはまる番号に○をつけ、加入していた場合は、毎月支払っていた保険料の額も記入してください。

1 加入していた	→ 保険料は月々 _____ 円
2 加入していなかった	

質問26 あなたの世帯では、平成23年3月末時点で、あなた以外で生命保険に加入していた人はいましたか。当てはまる番号に○をつけ、あなた以外で加入していた人がいた場合には、あなたを含めて世帯全体で支払っていた生命保険の保険料の合計額を記入してください。

1 自分以外で加入していた人がいた	→ 保険料は月々 _____ 円
2 自分以外で加入していた人はいなかった	

（単身世帯の場合は、2を選んでください。）

質問27 あなたの世帯では、平成23年3月末時点で、あなた以外で個人年金に加入していた人はいましたか。当てはまる番号に○をつけ、あなた以外で加入していた人がいた場合には、あなたを含めて世帯全体で支払っていた個人年金の保険料の合計額を記入してください。

1 自分以外で加入していた人がいた	→ 保険料は月々 _____ 円
2 自分以外で加入していた人はいなかった	

（単身世帯の場合は、2を選んでください。）

質問は以上です。ご協力ありがとうございました。

- ・調査票のご記入が終わりましたら、記入誤りや記入もれがないか、もう一度ご確認ください。
- ・同封の返信用封筒に入れて締切日までに郵便ポストに投函してください。切手は不要です。

社会保障実態調査の実施要綱

1 調査の目的および意義

本調査は、厚生労働行政が担う社会保障制度の柔軟な対応に向けて、家族の相互扶助に関する意識と実態を個々の世帯構成員レベルで把握を行う。社会保障制度の柔軟な対応をするためには、個人・家族の世代間扶助の実態と社会保障の機能に関する実態の両側面を把握することが必要である。

具体的には、親世代と子世代の連携が重要な機能を果たす日本社会の実態を把握し、家族による相互扶助と、社会保障の給付と負担との関連性について、世帯単位における3世代を対象とした調査を行う。各世代の特徴の解明を踏まえて、2007年問題という緊急な課題である団塊の世代の現役世代へのインパクト（消費・貯蓄行動の変化、年金給付や医療費の増大等）も併せて検証する。

2 調査の対象および客体

全国の世帯主および世帯員を対象とし、平成19年国民生活基礎調査で設定された調査地区内より無作為に抽出した300調査地区内のすべての世帯の世帯主および20歳から70歳の世帯員を調査の客体とする。

3 調査の期日

平成19(2007)年7月1日

4 主な調査事項

- 1) 世帯の属性
- 2) 世帯主および世帯員の人口学的属性および経済状況
- 3) 世帯主および世帯員の社会保障制度との関わり
- 4) 世帯主および世帯員間の相互扶助に関する事項

5 調査の方法

この調査は、国立社会保障・人口問題研究所が厚生労働省大臣官房統計情報部、都道府県、保健所を設置する市・特別区および保健所の協力を得て実施する。調査票の配布・回収は調査員が行い、調査票への記入は世帯主と世帯員の自計方式による。

6 集計および結果の公表

集計は国立社会保障・人口問題研究所が行い、結果は平成20(2008)年6月頃公表の予定である。

総務省承認番号 No.26826
平成19年9月30日 まで



この調査票は統計
目的以外には使用
しませんので、あ
りのままをご記入
ください。

2007年社会保障・人口問題基本調査

社会保険実態調査

(世帯票)

2007(平成19)年7月1日

調査員記入欄

都道府県名					保健所名			
地区番号					単位区番号	世帯番号		
					調査票枚数			
					()枚目			

厚生労働省 国立社会保障・人口問題研究所
〒100-0011 東京都千代田区内幸町2-2-3
日比谷国際ビル6階
電話(03)5253-1111 内線4457, 4422
<http://www.ipss.go.jp>

記入上のお願い

○ ふだん住んでいる人について もれなく記入してください。

出張や旅行、病気などで、一時的に不在の場合、不在の期間が3か月未満なら、ふだん住んでいる人に含めます。

○ 世帯ごとに 記入してください。

二世帯居住用の住宅に、親夫婦・子夫婦がいっしょに住んでいる場合などは、①住居がはっきり分かれて
いる、または、②生計が別々なら、別の世帯となります。別世帯の人は、それぞれの世帯で回答してください。

○ 原則として 世帯主の方が 記入してください。

世帯主が同居していない場合は、世帯の代表者を世帯主としてお答えください。

- ・ 回答のしかたは、あてはまる番号を選んで○をつけるものと、()に必要な事から書きこむものがあります。
- ・ 世帯の人数が9人以上の場合は、調査票をもう1部お渡ししますので、9人目以降の方は、2つめの調査票の2人目の欄から記入してください。
- ・ 回答のしかたがわからないときは、調査員におたずねください。

問1 先月（6月）の世帯全員の生活にかかった費用（支出）について、それぞれの項目に金額をお書き下さい。
各項目への支出がない場合には、「0」千円と記入してください。金額が千円未満の場合は、切り捨ててください。

(1)支出の総額	(2)食 費	(3)公共料金	(4)教育費
() 万 () 千円	() 万 () 千円	() 万 () 千円	() 万 () 千円
(5)別居している親への支出	(6)別居している子への支出	(7)家 賃	(8)住宅ローン
() 万 () 千円	() 万 () 千円	() 万 () 千円	() 万 () 千円

問2 あなたの世帯では、貯蓄をしていますか。つぎのなかの一番近いものに一つ○をつけてください。
(貯蓄とは、①金融機関への預貯金、②これまで払い込んだ保険金（掛け捨て保険は除く）、③株式・信託・債券等、④財形貯蓄、社内預金等のことをいいます。自営業者世帯の場合は、事業用の貯蓄も含めてください。)

1 ほぼ毎月 貯蓄している 2 ときどき 貯蓄している 3 ほとんど 貯蓄していない 4 まったく 貯蓄していない 5 貯蓄を生活費に回している

月平均
→ () 万 () 千円

問3 生活保護についてお尋ねします。現在、あなたの世帯では生活保護を受けていますか。また、過去に生活保護を受けていましたか。(1)で「1 いる」に○をつけた方は、(2)に答えて問4にお進み下さい。
また(1)で「2 いない」に○をつけた方は、(3)と(4)に答えて問4にお進み下さい。

(1) 現在、生活保護を受けているか	(2) 受給開始時期	(3) 生活保護を受けていたことがある	(4) 受給期間
1 いる → () 年 () 月から → 問4へ			
2 いない →	1 過去に受けていたことがある → () 年 () 月から () 年 () 月まで		↓ 問4
	2 一度も受けたことはない → 問4		

問4 あなたの世帯では、過去1年の間に、お金が足りなくて、家族が必要とする食料が買えないことがありましたか。
あてはまる項目に一つ○をつけてください。

1 よくあった 2 ときどきあった 3 まれにあった 4 まったくなかった

問5 あなたの世帯では、過去1年の間に、お金が足りなくて、家族が必要とする衣料が買えないことがありましたか。
あてはまる項目に一つ○をつけてください。

1 よくあった 2 ときどきあった 3 まれにあった 4 まったくなかった

問6 あなたの世帯では、過去1年の間に、経済的な理由で料金の未払い、家賃・住宅ローンの滞納、債務の返済ができないことがありましたか。(1)から(3)のサービスについて「1 あった」か「2 なかった」に一つ○をつけてください。(4)から(6)のサービスについては、「1 あった」「2 なかった」「3 該当しない」のどれか一つに○をつけてください。

(1)電気の未払い	(2)ガスの未払い	(3)電話の未払い
1 あった	1 あった	1 あった
2 なかった	2 なかった	2 なかった

(4)賃貸住宅費の滞納	(5)住宅ローンの滞納	(6)その他の債務不履行
1 あった	1 あった	1 あった
2 なかった	2 なかった	2 なかった
3 該当しない	3 該当しない	3 該当しない

問7 あなたの世帯では、過去1年の間に、どなたか医療機関にいきましたか。

(1)で「2 いかなかった」場合には、その理由について(2)のあてはまるものに一つ○をつけてください。

また(2)の「2 健康ではなかったが、いくことはできなかった」方は、その理由について(3)のあてはまるものにすべて○をつけてください。

なお、その他の理由がある方は、「6」に○をつけ、その理由を自由に記入してください。

(1)医療機関にいったか
1 いった → 問8へ
2 いかなかった

(2)いかなかった理由
1 健康であったため、いく必要がなかった → 問8へ
2 健康ではなかったが、いくことができなかった

(3)いくことができなかった理由
1 健康保険に加入していないため
2 「自己負担の割合が高い」など経済的な理由で
3 「医療機関まで行くのが難しい」など身体的な理由で
4 「医療機関までの距離が遠い」など通院が困難なことが理由で
5 「仕事あるいは家庭が忙しい」など時間が理由で
6 その他の理由 []

次のページにお移りください



問8 現在の世帯で同居している方全員（70歳以上の方、20歳未満のお子さんも含む）について、お答えください。

世帯員 番号	(1)性別	(2)出生年月	(3)世帯主（あなた）との関係	(4)世帯内に 母親がいる場 合、その世帯 員番号	(5)世帯内に 父親がいる場 合、その世帯 員番号	(6)世帯内に 配偶者がいる 場合、その世 帯員番号
01	1 男性 2 女性	明治 大正 昭和 平成 () 年 () 月	0 世帯主本人			
02	1 男性 2 女性	明治 大正 昭和 平成 () 年 () 月	1 配偶者 2 きょうだい 3 親 4 配偶者の親 5 子 6 子の配偶者 7 孫 8 孫の配偶者 9 祖父母 10 その他の親戚 11 その他 (具体的に)			
03	1 男性 2 女性	明治 大正 昭和 平成 () 年 () 月	1 配偶者 2 きょうだい 3 親 4 配偶者の親 5 子 6 子の配偶者 7 孫 8 孫の配偶者 9 祖父母 10 その他の親戚 11 その他 (具体的に)			
04	1 男性 2 女性	明治 大正 昭和 平成 () 年 () 月	1 配偶者 2 きょうだい 3 親 4 配偶者の親 5 子 6 子の配偶者 7 孫 8 孫の配偶者 9 祖父母 10 その他の親戚 11 その他 (具体的に)			
05	1 男性 2 女性	明治 大正 昭和 平成 () 年 () 月	1 配偶者 2 きょうだい 3 親 4 配偶者の親 5 子 6 子の配偶者 7 孫 8 孫の配偶者 9 祖父母 10 その他の親戚 11 その他 (具体的に)			
06	1 男性 2 女性	明治 大正 昭和 平成 () 年 () 月	1 配偶者 2 きょうだい 3 親 4 配偶者の親 5 子 6 子の配偶者 7 孫 8 孫の配偶者 9 祖父母 10 その他の親戚 11 その他 (具体的に)			
07	1 男性 2 女性	明治 大正 昭和 平成 () 年 () 月	1 配偶者 2 きょうだい 3 親 4 配偶者の親 5 子 6 子の配偶者 7 孫 8 孫の配偶者 9 祖父母 10 その他の親戚 11 その他 (具体的に)			
08	1 男性 2 女性	明治 大正 昭和 平成 () 年 () 月	1 配偶者 2 きょうだい 3 親 4 配偶者の親 5 子 6 子の配偶者 7 孫 8 孫の配偶者 9 祖父母 10 その他の親戚 11 その他 (具体的に)			

これで世帯票は終わりです。もう一度、記入漏れがないかどうかご確認ください。

世帯主の方で20～70歳の方は、このあとに個人票をご記入してください。

ご回答いただいた調査票は世帯票と個人票をあわせて1つの回収用封筒に入れ、ノリづけしたうえで調査員にお渡しください。

ご協力ありがとうございました。

総務省承認番号 No.26827
平成19年9月30日 まで



調査員記入欄

都道府県名		保健所名	
地区番号		単位区番号	世帯番号

この調査票は統計目的以外には使用しませんので、ありのままをご記入ください。

2007年社会保障・人口問題基本調査

社会保障実態調査

(個人票)

2007(平成19)年7月1日

厚生労働省 国立社会保障・人口問題研究所
〒100-0011 東京都千代田区内幸町2-2-3
日比谷国際ビル6階
電話(03)5253-1111 内線4457, 4422
<http://www.ipss.go.jp>

記入上のお願い

○ ふだん住んでいる人で20歳以上70歳未満の方 は もれなく記入してください。

出張や旅行、病気などで、一時的に不在の場合、不在の期間が3か月未満なら、ふだん住んでいる人に含めます。

○ 同じ世帯の人 は もれなく記入してください(世帯主の方で20歳以上70歳未満の方を含む)。

二世帯居住用の住宅に、親夫婦・子夫婦がいっしょに住んでいる場合などは、①住居がはっきり分かれている、または、②生計が別々なら、別の世帯となります。別世帯の人は、それぞれの世帯で回答してください。

○ 原則としてご本人が記入してください(平成19年7月1現在で記入してください)。

- ・ 回答のしかたは、あてはまる番号を選んで○をつけるものと、()に必要な事गराを書きこむものがあります。
- ・ 世帯に20歳以上70歳未満の方のいる人数を、調査員にお申し付け下さい。
- ・ 回答のしかたがわからないときは、調査員におたずねください。

問1 あなたのことにについておたずねします。(1)から(5)のあてはまるものに○をつけて、()内をうめてください。
なお、(4)(5)のきょうだいには、お亡くなりになった方も含めてください。

(1)性別	(2)出生月日	(3)世帯主とあなたとの関係	(4)きょうだい数	(5)きょうだい順位
1 男性	明治 大正 昭和	1 世帯主本人 8 孫 2 配偶者 9 孫の配偶者 3 きょうだい 10 祖父母 4 親 11 その他の親戚	あなたを含めて ()人	上から数えて ()番目
2 女性	()年 ()月	5 配偶者の親 12 その他 6 子 (具体的に) 7 子の配偶者	同性のきょうだい ()人	同性のきょうだいの 上から数えて ()番目

問2 あなたの仕事についておたずねします。現在、収入のともなう仕事をしていますか。あてはまるものに一つ○をつけてください（学生のアルバイトを除く）。

- 1 現在、仕事をしている → 問5へ
- 2 現在、仕事をしていない（仕事を探している）
- 3 現在、仕事をしていない（仕事を探していない） } → 問3へ

問3 あなたは、これまでに収入のともなう仕事をしたことがありますか。「したことがある」場合には、現在からどのくらい前まで仕事をしていたかを記入してください（学生のアルバイトを除く）。

- 1 これまでに収入のともなう仕事をしたことがある → (1) いつまで仕事をしていましたか。
- 2 一度も収入のともなう仕事をしたことがない () 年 () ヶ月前まで
- ↓ ↓
- 問8へ 問4へ

問4 過去に仕事をしていた（現在は仕事をしていない）方におたずねします。

最後にしていた仕事について、(1)から(4)のあてはまるものに一つ○をつけてください。

二つ以上の仕事をしていた方は、主な仕事についてお答え下さい（学生のアルバイトを除く）。

(1)仕事の内容		
1 専門・技術的職業従事者	5 サービス職業従事者	9 生産工程・労務作業者
2 管理的職業従事者	6 保安職業従事者	10 分類不能の職業
3 事務従事者	7 農林漁業作業者	11 その他
4 販売従事者	8 運輸・通信従事者	() の () をする

(2)勤めか自営かの別		(3)勤め先での呼称	
1 自営業(雇人あり)	4 会社・団体の役員	1 正規の職員・従業員	(4) ↓
2 自営業(雇人なし)	5 一般常雇者(契約期間が1年以上または雇用期間に定めがない者)	2 パート	
3 家族従業者(自家営業の手伝い)	6 1月以上1年未満の契約の雇用者	3 アルバイト	
	7 日々又は1月未満の契約の雇用者	4 労働者派遣事業所の派遣社員	
	8 内職	5 契約社員・嘱託	
	9 その他	6 その他	

(4)勤め先の規模・官公庁の別		
1 1～4人	4 100～299人	7 1000～4999人
2 5～29人	5 300～499人	8 5000人以上
3 30～99人	6 500～999人	9 官公庁

問5 あなたは、これまでにいくつの職場で働きましたか（配置転換・出向などは1社に含めないでください）。

現在仕事をしている方は、現在の職場を含めて社数を計算してください（学生のアルバイトを除く）。

現在自営・自由業の方で雇用経験のない方は「2 1社」に○をつけ、雇用経験のある方は働いた社数＋1と計算してください。

- 1 0社（これまでに収入のともなう仕事をしたことはない） 5 4社
- 2 1社 6 5社
- 3 2社 7 6社以上
- 4 3社 8 わからない

問6 あなたが学校を出た後に、初めてした収入のともなう仕事についておたずねします。

(1)から(4)について、あてはまるものに一つ○をつけてください。

二つ以上のお仕事をしていた方は、主な仕事についてお答え下さい。

(1)仕事の内容		
1 専門・技術的職業従事者	5 サービス職業従事者	9 生産工程・労務作業者
2 管理的職業従事者	6 保安職業従事者	10 分類不能の職業
3 事務従事者	7 農林漁業作業者	11 その他
4 販売従事者	8 運輸・通信従事者	() の () をする)

(2)勤めか自営かの別	(3)勤め先での呼称
1 自営業（雇人あり）	1 正規の職員・従業員
2 自営業（雇人なし）	2 パート
3 家族従業者（自家営業の手伝い）	3 アルバイト
	4 労働者派遣事業所の派遣社員
4 会社・団体の役員	5 契約社員・嘱託
5 一般常雇者（契約期間が1年以上または雇用期間に定めがない者）	6 その他
6 1年以上1年未満の契約の雇用者	
7 日々又は1月未満の契約の雇用者	
8 内職	
9 その他	

(4)勤め先の規模・官公庁の別		
1 1～4人	4 100～299人	7 1000～4999人
2 5～29人	5 300～499人	8 5000人以上
3 30～99人	6 500～999人	9 官公庁

問7 あなたの過去3年間の就業についておたずねします。この期間に収入をとまなう仕事をしていましたか。

それぞれの(1)時期について、(2)就業状態と(3)就業しない理由にはてまるものに一つ○をつけてください。

(1)時期	(2)就業状態	(3)就業しない理由
2006年	1 仕事をしていました	1 する必要がなかった 3 したかったけれども、職がなかった
	2 仕事をしていなかった	2 したくなかった 4 学生だった(準備中だった)
2005年	1 仕事をしていました	1 する必要がなかった 3 したかったけれども、職がなかった
	2 仕事をしていなかった	2 したくなかった 4 学生だった(準備中だった)
2004年	1 仕事をしていました	1 する必要がなかった 3 したかったけれども、職がなかった
	2 仕事をしていなかった	2 したくなかった 4 学生だった(準備中だった)

問8 あなたのご両親の現在の状況についておたずねします。(1)から(4)のあてはまるものに一つ○をつけてください。

お亡くなりになっている場合は、(1)についてのみ記入してください。

	(1)ご両親の状況	(2)年齢	(3)同居状況	(4)同居・別居の理由
父	1 ご存命である	明治 大正 昭和	1 同居	1 親に十分な収入がない 5 親が同居を望んでいる 2 自分に十分な収入がない 6 自分が同居を望んでいる 3 親に介護が必要 7 親に家事・育児を助けてもら 4 自分に介護が必要 う
	2 すでにお亡くなりである	()年 ()月 ()歳	2 別居	1 自分または配偶者の勤務地の関係 6 親が経済的に自立しているの 2 自分に十分な収入がない で一緒に住む必要がない 3 家が狭い 7 一緒に住みたくない 4 親は他の子と一緒に住んでいる 8 すでに配偶者の親と一緒に住 5 親は施設に入っている んでいる
母	1 ご存命である	明治 大正 昭和	1 同居	1 親に十分な収入がない 5 親が同居を望んでいる 2 自分に十分な収入がない 6 自分が同居を望んでいる 3 親に介護が必要 7 親に家事・育児を助けてもら 4 自分に介護が必要 う
	2 すでにお亡くなりである	()年 ()月 ()歳	2 別居	1 自分または配偶者の勤務地の関係 6 親が経済的に自立しているの 2 自分に十分な収入がない で一緒に住む必要がない 3 家が狭い 7 一緒に住みたくない 4 親は他の子と一緒に住んでいる 8 すでに配偶者の親と一緒に住 5 親は施設に入っている んでいる

問9へ

問9 あなたとご両親との過去の同別居についておたずねします。つぎの1～6の出来事があなたに起きたとき、(1)両親との同別居はどうでしたか。(1)で2～4に○をつけた場合は、(2)親との別居理由について一つ○をつけてください。出来事が起きた(3)当時のあなたの暮らし向きについて、あてはまるものに一つ○をつけてください。現在在学中の方は、「2」と「3」の出来事には回答しなくて結構です。

		(1)両親との同別居				(2)親との別居理由			(3)当時のあなたの暮らし向き					
		1	2	3	4	1	2	3	1	2	3	4	5	
		両親と同居	父親と別居	母親と別居	両親と別居	この出来事のため別居した	自分の独立のため別居した	() その他	大変苦しい	やや苦しい	普通	ややゆとりがある	大変ゆとりがある	
すべての人が回答してください		(2)				(3)								
出 来 事	1 15歳になったとき	1	2	3	4	1	2	3	1	2	3	4	5	
	2 最後の学校に入学した前後	1	2	3	4	1	2	3	1	2	3	4	5	
	3 最後の学校を卒業した前後	1	2	3	4	1	2	3	1	2	3	4	5	
	以下の出来事を経験していない人は「5」に○を記入してください													
	4 最初の仕事に就いたとき	1	2	3	4	5	1	2	3	1	2	3	4	5
	5 結婚したとき	1	2	3	4	5	1	2	3	1	2	3	4	5
6 最初の子どもが生まれたとき	1	2	3	4	5	1	2	3	1	2	3	4	5	

問10 あなたの結婚についておたずねします。(1)から(3)については、あてはまるものに一つ○をつけて、該当年齢・回数を記入してください。未婚・再婚しない理由については、あてはまるものすべてに○をつけてください。

(1)結婚経験	(2)初婚の年齢	(3)二度目以降の結婚
1 結婚経験あり	() 歳	1 あり () 回 2 なし
2 未婚である	死別 () 歳 離別 () 歳	

問11へ

未婚の理由(あてはまるものすべてに○)

1 良い相手がいない	5 結婚したくない
2 経済的にゆとりがない	6 結婚する予定がある
3 仕事が忙しい	7 その他 ()
4 必要としない	

再婚しない理由(あてはまるものすべてに○)

1 良い相手がいない	5 結婚したくない
2 経済的にゆとりがない	6 結婚する予定がある
3 仕事が忙しい	7 その他 ()
4 必要としない	

問11 あなたにはお子さんがいらっしゃいますか。(1)子どもの有無について、あてはまるものに一つ○をつけてください。「1 いる」場合には、お子さんの(2)人数を記入し、年齢順に(3)きょうだいの性別と年齢を記入してください。「2 いない」場合には、もっともあてはまる理由を選び、一つ○をつけてください。

(1)子どもの有無	(2)人数	(3)きょうだいの性別と年齢
1 いる	() 人	(例 長男12歳、長女9歳、次女6歳の場合) 性別 () () () () () (男)(女)(女)() () 年齢 () () () () () (12)(9)(6)() ()
2 いない		

問12へ

1 欲しいが経済的にもてない	2 欲しいが、できない(治療中も含む)	3 経済的にもてるが、いらない
4 欲しいが計画内である	5 忙しくて、もてない	6 結婚していない
7 パートナーがいない	8 その他の理由で ()	

問12 あなたの、現在の健康状態についておたずねします。あてはまるものに一つ○をつけてください。

- 1 よい 2 まあよい 3 ふつう 4 あまりよくない 5 よくない

問13 あなたが最後に通った（あるいは通っている）学校はつぎのどれにあたりますか。あてはまるものに一つ○をつけてください。

(1)最後に通った（通っている）学校	(2)その学校の卒業の有無
1 中学校（尋常小学校、高等小学校、新制中学校）	1 卒業した
2 高校（旧制中学校、旧制実業学校、新制高校）	2 中退した
3 短大・高専（旧制高校、新制短大・高専）	3 在学中
4 大学・大学院（旧制・新制）	
5 わからない	

問14 あなたの昨年1年間の収入は、(1)税込みでどのくらいですか。また(2)その収入はどこから得たものですか。あてはまるものにすべて○をつけてください。

(1)昨年の年収(税込)	(2)収入の財源(あてはまるものすべてに○)
1 金額 万円 2 まったくない	1 仕事からの収入 2 公的年金・恩給など 3 失業給付 4 親からの仕送り 5 子からの仕送り 6 社会保障給付 7 その他の収入（利息・配当・家賃・地代など） 1 老齢年金 2 遺族年金 3 障害年金(1級) 4 障害年金(2級) 5 恩給など 6 7

問15 あなたは、昨年の12月にボーナス（賞与・期末・勤勉手当など）を受け取りましたか。受け取った方は、金額を記入してください。

(1)ボーナス	(2)金額(税込)
1 受け取った	万円
2 受け取らなかった	
3 もともとなかった	

問16 あなたの(1)預貯金（貯蓄）額の総額はおよそどのくらいですか。(2)先月は貯蓄をしましたか。(3)過去5年間の貯蓄の仕方であてはまるものに○をつけてください。(4)老後に向けた貯蓄についてもあてはまるものに○をつけて、貯蓄している方は貯蓄を開始した年齢、以前していた方は開始・終了年齢を記入してください。

(1)貯蓄の総額	(2)先月の貯蓄	(3)過去5年間の貯蓄の仕方	(4)老後の生活に向けた貯蓄
万円 5年前と比べて総額は 1 増えた 2 変わらない 3 減った	1 貯蓄した 2 貯蓄しなかった	1 ほぼ毎月貯蓄している 2 ときどき貯蓄している 3 ほとんど貯蓄してない 4 まったく貯蓄してない 5 貯蓄を生活費に回している	1 貯蓄している 開始時期 () 歳から 2 貯蓄していない 3 以前貯蓄していたが、現在はしてない 開始時期 () 歳から 終了時期 () 歳まで

問17 あなたの公的年金・健康保険・個人年金についておたずねします。それぞれに加入している場合は、右側の(2)(3)に進み、あてはまるものに○をつけ、年齢を記入してください。

(1)公的年金加入状況 1 加入している } 2 加入していた } 3 加入したことはない	(2)年金の加入開始 初めて年金に加入した年齢 () 歳 ↓ そのときの年金の種類 1 国民年金 } 2 厚生年金 } 3 その他 ()	(3)加入継続状況 1 最初に加入してから継続して加入している 2 切れたり、再加入しているが、未加入の時期が5年以上ある 3 切れたり、再加入しているが、未加入の時期が5年未満			
(1)医療保険加入状況 1 加入している } 2 加入していた } 3 加入したことはない	(2)医療保険の加入開始 初めて保険に加入した年齢 () 歳 ↓ そのときの保険の種類 1 国民健康保険 2 職場の健康保険 3 その他 ()				
(1)個人年金加入状況 1 加入している } 2 加入していた } 3 加入したことはない	(2)個人年金加入金額 1ヶ月 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 30px; height: 30px;"></td><td style="width: 30px; height: 30px;"></td><td style="width: 30px; height: 30px;"></td></tr></table> 千円				(3)個人年金の加入開始 初めて個人年金に加入した年齢 () 歳

問18へ

問18 あなたからご両親への経済的な援助についておたずねします。昨年1年間であなたからご両親に経済的な援助をしましたか。している場合には、「1」に○をつけ、(2)あてはまる金額に一つ○をつけてください。していない場合には「2」に○をつけ、その理由についてあてはまるものすべてに○をつけてください。また、配偶者のいる方(いた方)は、配偶者のご両親についてもお答え下さい。

経済的な援助には、仕送り、生活費、旅行あるいはレジャー費用、電化製品・車などの購入が含まれます。

	(1)経済的な援助	(2)援助額
あなたの両親	1 している	1 5千円未満 2 5千～1万円未満 3 1万～2万円未満 4 2万～5万円未満 5 5万～10万円未満 6 10万～20万円未満 7 20万～30万円未満 8 30万～40万円未満 9 40万～50万円未満 10 50万～100万円未満 11 100万円以上 (具体的な金額 万円)
	2 していない	
	1 現在、あなたが援助を受けている	
	2 両親がともに死去	
	3 父も母も援助を必要としない	
	4 あなたの経済的理由	
	5 「経済的な理由」以外の理由	
	6 すでにきょうだいが援助している	
配偶者の両親	7 親が生活保護を受けている	1 5千円未満 2 5千～1万円未満 3 1万～2万円未満 4 2万～5万円未満 5 5万～10万円未満 6 10万～20万円未満 7 20万～30万円未満 8 30万～40万円未満 9 40万～50万円未満 10 50万～100万円未満 11 100万円以上 (具体的な金額 万円)
	1 している	
	2 していない	
	1 現在、あなたが援助を受けている	
	2 両親がともに死去	
	3 父も母も援助を必要としない	
	4 あなたの経済的理由	
	5 「経済的な理由」以外の理由	
6 すでにきょうだいが援助している		
7 親が生活保護を受けている		

問19へ

問19 あなたが子どものために使う費用についておたずねします。子どもに使う費用はこの1年間でどのくらいでしたか。

使った場合には「1」に○をつけ、(3)あてはまる金額に○をつけてください。

使っていない場合には「2」に○をつけ、その(2)理由についてあてはまるものに○をつけてください。

(子どもには、成人した子、別居している子を含みます。)

また、経済的な援助には、仕送り、生活費、旅行あるいはレジャーの費用、電化製品・車などの購入などを含みます。

お子さんと同居している場合は、学費や塾などの費用、食費、医療費、衣服費、お小遣いなどを含みます。)

		(1)子どもに使う費用	(3)費用の総額
18歳未満の子	1 使っている	1 現在、あなたが援助を受けている	1 5千円未満
	2 使っていない	(2)理由	2 5千～1万円未満
			3 1万～2万円未満
3 子どもなし	4 「経済的理由」以外の理由	4 2万～5万円未満	
18歳以上の子	1 使っている	1 現在、あなたが援助を受けている	5 5万～10万円未満
	2 使っていない	(2)理由	6 10万～20万円未満
			7 20万～30万円未満
3 子どもなし	8 30万～40万円未満	8 30万～40万円未満	
		9 40万～50万円未満	9 40万～50万円未満
		10 50万～100万円未満	10 50万～100万円未満
		11 100万円以上	11 100万円以上
			(具体的な金額 万円)

問20 あなたの生活がどのように支えられていたかについて、あなたにつきの1～6の出来事が起きたときのことを思い出してお答えください。あてはまるものすべてに○をつけてください。

		(1)自分の生活費用の担い手	(2)自分の精神的な支え手
		1 2 3 4 5 6 7 8	1 2 3 4 5 6 7 8 (先生・福祉相談員等)
		父 母 祖 父 母 自 分 配 偶 者 そ の 他 公 的 な 支 援	父 母 祖 父 母 自 分 配 偶 者 そ の 他 公 的 な 支 援
すべての人が回答してください			
出	1 15歳のとき	1 2 3 4 5 6 7 8	1 2 3 4 5 6 7 8
	2 最後の学校を卒業した直後	1 2 3 4 5 6 7 8	1 2 3 4 5 6 7 8
	3 現在	1 2 3 4 5 6 7 8	1 2 3 4 5 6 7 8
来 事	以下の出来事を経験していない人は「9」に○を記入して次の出来事へ進んでください		
	4 最初の仕事に就いたとき	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9
	5 結婚したとき	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9
	6 最初の子どもが生まれたとき	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9

問21へ

問21 あなたの(1)65歳以降の居住プランを教えてください。65歳以上の方は、65歳になる前に考えていたことを思い出して教えてください。そのプランの(2)居住予定の相手は誰ですか。また(3)65歳以降に予定していた主な生活収入は何ですか。(2)と(3)は、あてはまるものすべてに○をつけてください。

(1)65歳以降の居住プラン	(2)居住予定の相手	(3)65歳以降に予定していた主な生活収入
1 現在の住んでいる所有の家・マンション 2 現在住んでいる賃貸の家・マンション 3 これから所有する家・マンション 4 これから賃貸する家・マンション 5 高齢者用の施設など	1 親 (配偶者の親を含む) 2 子 3 きょうだい 4 配偶者 5 孫 6 親戚 7 ひとり 8 友人 9 その他	1 公的な年金 2 私的な年金 3 預貯金 4 仕事による収入 5 血縁者との同居・支援 6 公的な支援・制度 7 何も考えていない (いなかった)

問22 あなたはご自分の介護について現在誰に期待しますか。(2)またこれまでに家族の介護をした経験がありますか。介護経験のある方は、誰の介護をしましたか。あてはまるものにすべて○をつけてください。

(1)介護を誰に期待	(2)これまでの介護経験	(3)誰の介護をしたか
1 配偶者 2 子ども(実子) 3 子ども(実子の配偶者) 4 介護ヘルパー 5 親・きょうだい・親戚 6 現在介護を受けている	1 ある 2 ない	1 自分または配偶者の親 2 配偶者 3 子ども(実子) 4 子ども(実子の配偶者) 5 きょうだい・親戚

問23 あなたの現在の暮らし向きを総合的にみてどう感じていますか。また10年前はどのように感じていましたか。あてはまるものに一つ○をつけてください。

	大変苦しい	やや苦しい	普通	ややゆとりがある	大変ゆとりがある
現在の暮らし向き	1	2	3	4	5
10年前の暮らし向き	1	2	3	4	5

問24 あなたの生活の変化についておたずねします。

5年前と10年前に比べて、現在の生活はどのようになっていますか。

(1)から(4)について、あてはまるものに一つ○をつけてください。

	(1)生活水準	(2)健康状態	(3)仕事の状況	(4)収入
	1 2 3 4 5 かなり良くなった 良くなった ほとんど変わらない 悪くなった 悪くなった かなり悪くなった	1 2 3 4 5 かなりよい よい ふつう わるい かなりわるい	1 2 3 4 厳しくなった 変わらなかった 楽になった 働いていなかった	1 2 3 増えた あまり変わらない 減った
5年前の生活と比べて現在の生活	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4	1 2 3
10年前の生活と比べて現在の生活	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4	1 2 3

これで終わりです。もう一度、記入漏れがないかどうかご確認ください。

ご回答いただいた調査票は世帯票および世帯員全員の個人票とあわせて1つの回収用の封筒に入れ、ノリづけしたうえで調査員にお渡しください。

ご協力ありがとうございました。

平成23年所得再分配調査の概要

1 調査の目的

所得再分配調査は、社会保障制度における給付と負担、租税制度における負担が所得の分配にどのような影響を与えているかを明らかにし、社会保障施策の浸透状況、影響度を調査し、今後における施策立案の基礎資料を得ることを目的としている。

この調査は、昭和37年に社会保障水準基礎調査の名称で実施したのが最初で、昭和42年と47年に所得再分配調査として調査を行った後、昭和50年からは3年周期で行っている。

2 調査の対象

平成23年国民生活基礎調査の準備調査により設定された単位区から無作為に抽出した500単位区内のすべての世帯及び世帯員を客体とする。

3 調査の実施日

平成23年7月14日（木）から8月13日（土）の1ヶ月間。

4 調査事項

性、出生年月、拠出金（生命保険・損害保険の掛金、税金等）、受給金（生命保険・損害保険の保険金）、医療の受療状況、介護の給付状況、保育所の利用状況

5 調査の方法

あらかじめ調査員が配布した調査票に世帯員が自ら記入し、後日、調査員が回収する。

6 調査の系統

厚生労働省 ― 都道府県 ― 福祉事務所 ― 調査員 ― 世帯員

└ 市・特別区及び福祉事務所を設置する町村 ─┘

7 集計及び結果の公表

厚生労働省政策統括官付政策評価官室により集計を行い、その結果は、「平成23年所得再分配調査報告書」として公表する。

平成23年所得再分配調査調査票

【お願い】

我が国は税制や社会保障制度を通じて所得の移転（所得再分配）が行われております。この調査は、税の負担、社会保障による負担や給付の状況を把握し、所得再分配がどのように機能しているのかを明らかにするために、3年に1度行っています。

この調査で、おたずねすることは、生命保険などの昨年1年間に支払った金額や受け取った金額の状況、医療機関への通院又は入院の状況及びお子さんの保育所の利用状況などのほか、7月14日から8月13日までの1ヶ月の介護サービスの利用の状況などについてです。お答えいただいた内容については、必ず秘密を守りますので、どうかありのままをお答えいただくようお願いいたします。

なお、税の負担、社会保障による負担や給付の状況を把握するためには、上記の項目の他に雇用者所得や年金給付などの所得状況と所得税などの課税状況を把握する必要がありますが、これらにつきましては、皆様方にとって、できるだけ記入に負担がかからないように、今回、本調査と同時に実施する「国民生活基礎調査（所得票）」のデータを活用させていただくこととしております。

このため、国民生活基礎調査（所得票）についても同様にご回答いただくようお願いいたします。

記入が済んだ調査票は、8月14日以降、調査員が回収に伺った際にお渡しくださるようお願いいたします。

【記入上の注意】

- ・調査票は、世帯でひとつですので、世帯を代表する方がまとめてお答えください。
- ・質問は、世帯員ごとですが、質問ごとに対象となる方が異なります。記入に当たっては、各質問ごとの記入要領をよくご覧になったうえでお答えください。
- ・質問の内容や、その他わからないことがありましたら、調査員がお伺いしたときにおたずねください。

【この欄は、あらかじめ調査員の方が記入してください】

地区 番号					単位区 番号		世帯 番号	
----------	--	--	--	--	-----------	--	----------	--

福祉事務所名

調査員氏名

1 拠出金及び受給金の状況（この質問は、該当する世帯員の状況のみ記入してください）

次の項目について、世帯員の方が、昨年1年間（平成22年中）に以下の(2)～(4)に該当する金銭を支払ったり、(5)に該当する金銭を受け取ったりした場合は、それぞれの世帯員ごとに、下記の記入要領を参考に1年間の合計額をお答えください。

※昨年1年間に、金銭を支払ったり、受け取ったりしていない方は記入の必要はありません。

(1) 出生年月		1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成	年	月	1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成	年	月	1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成	年	月	1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成	年	月
拠出金	(2) 生命保険・損害保険の掛金			万円			万円			万円			万円
	(3) 自動車税・軽自動車税（事業関係分を除く）			万円			万円			万円			万円
	(4) 仕送り（継続的に送っていたもの）			万円			万円			万円			万円
受給金	(5) 生命保険・損害保険の保険金			万円			万円			万円			万円

【記入要領】

(1) 出生年月	該当する年号の番号を○で囲み、年月を記入してください。 （国民生活基礎調査（所得票）のデータとリンクさせるために必要となります。）
(5) 生命保険・損害保険の保険金	生命保険（郵便局（かんぽ生命）の簡易保険を含む。）から受取金、満期支払金、災害給付金、傷害給付金、入院給付金、配当金など及び火災保険や損害保険からの受取金、自動車損害賠償責任保険の補償金などの合計額を記入してください。
※ 金額の記入方法	金額の記入に当たっては、千円単位を四捨五入して万円単位で記入してください。

2 医療の受療状況（この質問は、世帯員の方、全員分の状況を記入してください）

世帯員の方が病気やけがなどのため、昨年1年間（平成22年中）に、医療機関（医師または歯科医師）に通院又は入院しましたか。通院または入院の有無等について、それぞれの世帯員ごとに、下記の記入要領を参考に(6)～(10)についてお答えください。

※正確な日数の確認ができない場合は、おおよその日数でかまいません。

(6)	性	1 男 2 女	1 男 2 女	1 男 2 女	1 男 2 女
(7)	出生年月	1 明治 年 月 2 大正 3 昭和 4 平成	1 明治 年 月 2 大正 3 昭和 4 平成	1 明治 年 月 2 大正 3 昭和 4 平成	1 明治 年 月 2 大正 3 昭和 4 平成
(8)	医療機関に通院又は入院の有無	1 ある → (9)及び(10)にお答えください。 2 ない	1 ある → (9)及び(10)にお答えください。 2 ない	1 ある → (9)及び(10)にお答えください。 2 ない	1 ある → (9)及び(10)にお答えください。 2 ない
(9)	治療費支払方法	被用者保険	被用者保険	被用者保険	被用者保険
		1 本人（被保険者）	1 本人（被保険者）	1 本人（被保険者）	1 本人（被保険者）
		2 家族（被扶養者）	2 家族（被扶養者）	2 家族（被扶養者）	2 家族（被扶養者）
		3 国民健康保険	3 国民健康保険	3 国民健康保険	3 国民健康保険
	公費負担	4 後期高齢者医療制度	4 後期高齢者医療制度	4 後期高齢者医療制度	4 後期高齢者医療制度
		5 医療扶助(生活保護法)	5 医療扶助(生活保護法)	5 医療扶助(生活保護法)	5 医療扶助(生活保護法)
		6 その他(結核予防法等)	6 その他(結核予防法等)	6 その他(結核予防法等)	6 その他(結核予防法等)
(10)	昨年1年間の日数	通院した日（歯科以外）	() 日間	() 日間	() 日間
		通院した日（歯科）	() 日間	() 日間	() 日間
		入院した日	() 日間	() 日間	() 日間

【記入要領】

(6)	性	該当する項目の番号を○で囲んでください。（全員について記入します） （国民生活基礎調査（所得票）のデータとリンクさせるために必要となります。）
(7)	出生年月	該当する年号の番号を○で囲み、年月を記入してください。（全員について記入します） （国民生活基礎調査（所得票）のデータとリンクさせるために必要となります。）
(8)	医療機関に通院又は入院の有無	該当する項目の番号を○で囲んでください。（全員について記入します）

(6)	性	1 男	2 女	1 男	2 女	1 男	2 女	1 男	2 女
(7)	出生年月	1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成	年 月	1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成	年 月	1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成	年 月	1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成	年 月
(8)	医療機関に通院 又は入院の有無	1 ある → (9)及び(10)に お答えください。 2 ない		1 ある → (9)及び(10)に お答えください。 2 ない		1 ある → (9)及び(10)に お答えください。 2 ない		1 ある → (9)及び(10)に お答えください。 2 ない	
(9)	治療費 支払 方法	医療保険負担	被用者保険 1 本人（被保険者） 2 家族（被扶養者） 3 国民健康保険 4 後期高齢者医療制度	被用者保険 1 本人（被保険者） 2 家族（被扶養者） 3 国民健康保険 4 後期高齢者医療制度	被用者保険 1 本人（被保険者） 2 家族（被扶養者） 3 国民健康保険 4 後期高齢者医療制度	被用者保険 1 本人（被保険者） 2 家族（被扶養者） 3 国民健康保険 4 後期高齢者医療制度	被用者保険 1 本人（被保険者） 2 家族（被扶養者） 3 国民健康保険 4 後期高齢者医療制度	被用者保険 1 本人（被保険者） 2 家族（被扶養者） 3 国民健康保険 4 後期高齢者医療制度	被用者保険 1 本人（被保険者） 2 家族（被扶養者） 3 国民健康保険 4 後期高齢者医療制度
		公費負担	5 医療扶助(生活保護法) 6 その他(結核予防法等)	5 医療扶助(生活保護法) 6 その他(結核予防法等)	5 医療扶助(生活保護法) 6 その他(結核予防法等)	5 医療扶助(生活保護法) 6 その他(結核予防法等)	5 医療扶助(生活保護法) 6 その他(結核予防法等)	5 医療扶助(生活保護法) 6 その他(結核予防法等)	5 医療扶助(生活保護法) 6 その他(結核予防法等)
(10)	昨年1年間の 日数	通院した日 (歯科以外)	() 日間	() 日間	() 日間	() 日間	() 日間	() 日間	() 日間
		通院した日 (歯科)	() 日間	() 日間	() 日間	() 日間	() 日間	() 日間	() 日間
		入院した日	() 日間	() 日間	() 日間	() 日間	() 日間	() 日間	() 日間

(9) 治療費支払方法	(8)で「1 ある」と答えた人について、(9) 及び(10)に記入します。 該当する項目の番号を○で囲んでください。 医療保険負担の「被用者保険」は、全国健康保険協会管掌健康保険、組合管掌健康保険、共済組合、船員保険が含まれます。 被用者保険の場合は本人と家族を区分してください。 公費負担の「医療扶助」は生活保護法によるもの、「その他」には、結核予防法、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律、児童福祉法、身体障害者福祉法、戦傷病者特別援護法等による公費医療が含まれます。 医療保険、後期高齢者医療制度と公費医療が重複している場合は、それぞれの番号を○で囲んでください。
(10) 昨年1年間の日数	昨年1年間に医療機関にかかった日数を、「通院した日（歯科以外）」、「通院した日（歯科）」、「入院した日」別に記入してください。

3 介護の給付状況（この質問は、該当する世帯員の状況のみ記入してください）

要支援もしくは要介護認定を受けている世帯員の方が、平成23年7月14日から8月13日までの1ヶ月間に、介護保険制度による介護の給付を受けられた場合は、受けられた方ごとに、下記の記入要領を参考に(11)～(13)についてお答えください。

(11) 出生年月	1 明治 2 大正 3 昭和		年		月	1 明治 2 大正 3 昭和		年		月	1 明治 2 大正 3 昭和		年		月	1 明治 2 大正 3 昭和		年		月
(12) 介護の給付状況	I II III IV V VI VII	要支援1 要支援2 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5	I II III IV V VI VII	要支援1 要支援2 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5	I II III IV V VI VII	要支援1 要支援2 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5	I II III IV V VI VII	要支援1 要支援2 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5	I II III IV V VI VII	要支援1 要支援2 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5	I II III IV V VI VII	要支援1 要支援2 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5	I II III IV V VI VII	要支援1 要支援2 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5	I II III IV V VI VII	要支援1 要支援2 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5	I II III IV V VI VII	要支援1 要支援2 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5	I II III IV V VI VII	要支援1 要支援2 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5
(13) 介護利用日	平成23年 7月～8月	居宅サービス 利用日	施設サービス 利用日	地域密着型 サービス 利用日	居宅サービス 利用日	施設サービス 利用日	地域密着型 サービス 利用日	居宅サービス 利用日	施設サービス 利用日	地域密着型 サービス 利用日	居宅サービス 利用日	施設サービス 利用日	地域密着型 サービス 利用日	居宅サービス 利用日	施設サービス 利用日	地域密着型 サービス 利用日	居宅サービス 利用日	施設サービス 利用日	地域密着型 サービス 利用日	居宅サービス 利用日
	7月14日(木)																			
	15日(金)																			
	16日(土)																			
	17日(日)																			
	18日(月)																			
	19日(火)																			
	20日(水)																			
	21日(木)																			
	22日(金)																			
	23日(土)																			
	24日(日)																			
	25日(月)																			
	26日(火)																			
	27日(水)																			
	28日(木)																			
	29日(金)																			
	30日(土)																			
	31日(日)																			
	8月1日(月)																			
	2日(火)																			
	3日(水)																			
	4日(木)																			
	5日(金)																			
	6日(土)																			
	7日(日)																			
	8日(月)																			
	9日(火)																			
	10日(水)																			
	11日(木)																			
	12日(金)																			
	13日(土)																			

【記入要領】

(11) 出生年月	該当する年号の番号を○で囲み、年月を記入してください。 (国民生活基礎調査（所得票）のデータとリンクさせるために必要となります。)
(12) 介護の給付状況	介護の給付を受けた場合には、介護保険被保険者証の「要介護状態区分等」に記載されている要支援・要介護状態区分に該当する項目の番号を○で囲んでください。
(13) 介護利用日	居宅サービス、施設サービス及び地域密着型サービスを利用したときは、利用した日のところに○を記入してください。 ・居宅サービスとは、通所介護(デイサービス)、通所リハビリテーション(デイケア)、短期入所生活介護(ショートステイ)、訪問介護(ホームヘルプサービス)、訪問看護等をいいます。 ・施設サービスとは、介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)、介護老人保健施設、介護療養型医療施設の利用をいいます。 ・地域密着型サービスとは、小規模多機能型居宅介護、夜間対応型訪問介護、認知型対応型共同生活介護(グループホーム)等の利用をいいます。

4 保育所の利用状況（この質問は、該当する世帯員の状況のみ記入してください）

昨年1年間（平成22年中）に、児童福祉法による保育所（認可保育所）を利用されたお子さんが世帯にいる場合には、それぞれのお子さんごとに、下記の記入要領を参考に(14)～(15)にお答えください。

(14) 出生年月	平成 年 月	平成 年 月	平成 年 月	平成 年 月
(15) 保育所の利用状況	利用期間 ケ月	利用期間 ケ月	利用期間 ケ月	利用期間 ケ月
	保育料（年額） 万円	保育料（年額） 万円	保育料（年額） 万円	保育料（年額） 万円

【記入要領】

(14) 出生年月	年月を記入してください。 （国民生活基礎調査（所得票）のデータとリンクさせるために必要となります。）
(15) 保育所の利用状況	利用があった場合には、利用期間及び保育料の年額をそれぞれ記入してください。
※ 金額の記入方法	金額の記入に当たっては、千円単位を四捨五入して万円単位で記入してください。

ご協力ありがとうございました。

調査要綱

1 調査の目的

審査支払機関（社会保険診療報酬支払基金及び国民健康保険中央会（国民健康保険団体連合会））から、診療報酬に関する審査支払業務において集まる医療費情報の提供を受け、これらを集約することで、医療費の動向を迅速に把握し、「最近の医療費の動向」として公表するとともに、分析結果については、政策決定の際の基礎資料を得ることを目的とする。

2 調査の種類

調査の種類は次のとおりとする。

ア 最近の医療費の動向（制度別）

イ 最近の医療費の動向（医療機関別）

ウ 最近の調剤医療費（電算処理分）の動向

3 調査の事項

調査の事項は別添 2 のとおりとする。

4 調査の方法及び系統

(1) 調査の方法

ア 最近の医療費の動向（制度別）及び最近の医療費の動向（医療機関別）

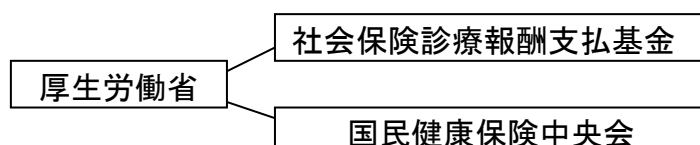
社会保険診療報酬支払基金及び国民健康保険中央会（国民健康保険団体連合会）において、診療報酬支払状況データにより報告書を作成している。

報告書データを別添 2 により作成し、厚生労働省保険局に提出する方法により行う。（社会保険診療報酬支払基金は CD-R、国民健康保険中央会は MO にデータを格納し、担当者が持ち込む。）

イ 最近の調剤医療費（電算処理分）の動向

社会保険診療報酬支払基金及び国民健康保険中央会（国民健康保険団体連合会）において、受付処理の行われた調剤報酬明細書のうち、レセプト電算処理システムにより処理されたデータを取りまとめ、厚生労働省保険局に提出する方法により行う。（社会保険診療報酬支払基金は CD-R、国民健康保険中央会は MO にデータを格納し、担当者が持ち込む。）

(2) 調査の系統



5 調査票の提出期日

社会保険診療報酬支払基金及び国民健康保険中央会から厚生労働省保険局への提出期限は診療（調剤）月の翌々月（審査月の翌月）末日とする。

6 集計及び解析

集計及び解析は、厚生労働省保険局において行う。

7 結果の公表

集計結果は、集計後、毎月、厚生労働省ホームページに掲載する。

8 調査票の保存期間

調査票の提供を受けた日から3年間

9 調査票の保存責任者

厚生労働省保険局調査課長 村山 令二 代表 03-5253-1111(内線 3291)

平成 23 年度保険医療材料等使用状況調査業務要綱

1 調査の目的

医療材料の使用状況及び実勢価格を把握し、診療報酬改定の基礎資料を得ることを目的とする。

2 調査の対象

調査票 1 及び調査票 2

全国の医療機関のうち、在宅患者訪問診療を 1 ヶ月に 20 件以上行っており、かつ、内科又は呼吸器科を標榜している一般診療所

調査票 3 及び調査票 4

全国の医療機関のうち、放射線治療施設を有し、一般病床が 200 床以上の一般病院

3 調査票の提出期日

(1) 調査対象期間 平成 23 年 7 月 1 日～31 日までの 1 ヶ月間

(2) 提出期日 平成 23 年 9 月下旬までに委託先に提出する。

4 調査の内容

調査票 1 医療材料等購入価格調査票（在宅分）

在宅医療に関わる医療材料毎に種類、単価、個数を調査

調査票 2 医療機器等購入価格調査票（在宅分）

在宅医療に関わる医療機器毎に種類、単価、個数等を調査

調査票 3 医療材料等購入価格調査票（在宅以外分）

医療材料毎に種類、単価、個数等を調査

調査票 4 医療機器等購入価格調査票（在宅以外分）

医療機器毎に種類、単価、個数等を調査

5 調査の方法

調査票を調査客体である医療機関に送付し、当該保険医療機関の管理者による自計後、紙媒体又は E-mail 等により委託先に返送する。

6 調査の系統

厚生労働省保険局医療課－委託先－保険医療機関

7 集計・分析

調査票をもとに集計・分析を行う。

8 結果の公表

調査結果は、行政資料として使用し、公表しない。

保険医療材料等使用状況調査

【調査票 1】

医療材料等購入価格調査票（在宅分）

保険医療機関名	
施設の所在地	
電話番号	
記入者名	

※「保険医療機関名」「施設の所在地」欄については、誤りがあれば修正してください。

※電話番号、記入者名を記入してください。

※ご記入頂いた記入者名は、本調査の照会で使用するためのものであり、それ以外の目的に使用することはございません。また、ご記入頂いた内容は、集計作業などのために預託することがあります。その際には十分な個人情報保護の水準を備える者を選定し、契約などによって保護水準を定め、適切に取扱います。

1. 注入器（在宅自己注射に用いるもの）

医療材料等購入価格調査票

	JANコード	製品名及びモデル名	単価（円/個）	使用個数（個）
1			円	
2			円	
3			円	
4			円	
5			円	
6			円	
7			円	
8			円	
9			円	
10			円	

（注1）平成23年7月1日から7月31日に使用した材料について記入して下さい。

（注2）「単価」欄には、消費税を加えた価格を記入して下さい。

（注3）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

（注4）1個当たりの価格を記載してください。

2. 自己血糖測定システム（血糖自己測定に用いるもの）

医療材料等購入価格調査票

	JANコード	製品名及びモデル名	単価（円/個）	使用個数（個）
1			円	
2			円	
3			円	
4			円	
5			円	
6			円	
7			円	
8			円	
9			円	
10			円	

（注1）平成23年7月1日から7月31日に使用した材料について記入して下さい。

（注2）「単価」欄には、消費税を加えた価格を記入して下さい。

（注3）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

（注4）1個当たりの価格を記載してください。

3. 在宅自己注射用注入器用注射針

医療材料等購入価格調査票

	JANコード	製品名及びモデル名	単価（円/個）	使用個数（個）
1				
2				
3				
4				
5				

（注1）平成23年7月1日から7月31日に使用した材料について記入して下さい。

（注2）「単価」欄には、消費税を加えた価格を記入して下さい。

（注3）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

（注4）1個当たりの価格を記載してください。

4. 在宅成分栄養経管栄養法用・栄養管セット

医療材料等購入価格調査票

	JANコード	製品名及びモデル名	単価（円/個）	使用個数（個）
1				
2				
3				
4				
5				

（注1）平成23年7月1日から7月31日に使用した材料について記入して下さい。

（注2）「単価」欄には、消費税を加えた価格を記入して下さい。

（注3）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

（注4）1個当たりの価格を記載してください。

5. 間歇導尿用ディスポーザブルカテーテル

医療材料等購入価格調査票

	JANコード	製品名及びモデル名	単価（円/個）	使用個数（個）
1				
2				
3				
4				
5				

（注1）平成23年7月1日から7月31日に使用した材料について記入して下さい。

（注2）「単価」欄には、消費税を加えた価格を記入して下さい。

（注3）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

（注4）1個当たりの価格を記載してください。

6. 携帯用ディスポーザブル注入ポンプ（在宅悪性腫瘍患者に用いるもの）

医療材料等購入価格調査票

	JANコード	製品名及びモデル名	単価（円/個）	使用個数（個）
1				
2				
3				
4				
5				

（注1）平成23年7月1日から7月31日に使用した材料について記入して下さい。

（注2）「単価」欄には、消費税を加えた価格を記入して下さい。

（注3）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

（注4）1個当たりの価格を記載してください。

7. 在宅気管切開患者用人工鼻

医療材料等購入価格調査票

	JANコード	製品名及びモデル名	単価（円/個）	使用個数（個）
1				
2				
3				
4				
5				

（注1）平成23年7月1日から7月31日に使用した材料について記入して下さい。

（注2）「単価」欄には、消費税を加えた価格を記入して下さい。

（注3）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

（注4）1個当たりの価格を記載してください。

保険医療材料等使用状況調査

【調査票 2】

医療機器等購入価格調査票（在宅分）

保険医療機関名	
施設の所在地	
電話番号	
記入者名	

※「保険医療機関名」「施設の所在地」欄については、誤りがあれば修正してください。

※電話番号、記入者名を記入してください。

※ご記入頂いた記入者名は、本調査の照会で使用するためのものであり、それ以外の目的に使用することはございません。また、ご記入頂いた内容は、集計作業などのために預託することがあります。その際には十分な個人情報保護の水準を備える者を選定し、契約などによって保護水準を定め、適切に取扱います。

1. 間歇注入シリンジポンプ（在宅自己注射に用いるもの）

この医療機器をセット品で購入している	はい ・ いいえ
--------------------	----------

※他の医療機器とセットで購入しており個別の値段が不明の場合はこれより以下は記入しないでください。

医療機器等購入価格調査票（現在お使いの機器が購入したものである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	購入単価（円/個）	購入個数	使用個数	契約内容（契約に含まれている番号に○をしてください。）		
1						1. 患者宅への設置	2. 定期保守点検	3. 消耗品の交換
2						1. 患者宅への設置	2. 定期保守点検	3. 消耗品の交換

（注1）平成23年7月1日から7月31日に購入した材料及び使用した材料について記入して下さい。
（注2）現在お使いの機器の購入金額（消費税等込み）を記載してください。機器を3機種以上お持ちの場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。
（注3）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

医療機器等リース代金調査票（現在お使いの機器がリースである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	月当たりリース単価（円/個）	契約個数	使用個数	契約内容（契約に含まれている番号に○をしてください。）		
1						1. 患者宅への設置	2. 定期保守点検	3. 消耗品の交換
2						1. 患者宅への設置	2. 定期保守点検	3. 消耗品の交換

（注1）平成23年7月1日から7月31日に使用した材料について記入して下さい。
（注2）現在お使いの機器の直近のリース代（消費税等込み）を記載してください。機器が3機種以上の場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。
（注3）リース代は1か月当たりの金額を記載してください。（年間契約の場合は契約額を12で割って月当たりの額を記載してください。）
（注4）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

医療機器等レンタル代金調査票（現在お使いの機器がレンタルである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	月当たりレンタル単価（円/個）	契約個数	使用個数	契約内容（契約に含まれている番号に○をしてください。）		
1						1. 患者宅への設置	2. 定期保守点検	3. 消耗品の交換
2						1. 患者宅への設置	2. 定期保守点検	3. 消耗品の交換

（注1）平成23年7月1日から7月31日に使用した材料について記入して下さい。
（注2）現在お使いの機器の直近のレンタル代（消費税等込み）を記載してください。機器が3機種以上の場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。
（注3）レンタル料金は1か月当たりの金額を記載してください。（年間契約の場合は契約額を12で割って月当たりの額を記載してください。）
（注4）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

2. 腹膜灌流用紫外線照射器（在宅腹膜灌流療法に用いるもの）

この医療機器をセット品で購入している

はい ・ いいえ

※他の医療機器とセットで購入しており個別の値段が不明の場合はこれより以下は記入しないでください。

医療機器等購入価格調査票（現在お使いの機器が購入したものである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	購入単価（円/個）	購入個数	使用個数	契約内容（契約に含まれている番号に○をしてください。）
1				個	個	1. 患者宅への設置 2. 定期保守点検 3. 消耗品の交換
2				個	個	1. 患者宅への設置 2. 定期保守点検 3. 消耗品の交換

（注1）平成23年7月1日から7月31日に購入した材料及び使用した材料について記入して下さい。

（注2）現在お使いの機器の購入金額（消費税等込み）を記載してください。機器を3機種以上お持ちの場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。

（注3）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

医療機器等リース代金調査票（現在お使いの機器がリースである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	月当たりリース単価（円/個）	契約個数	使用個数	契約内容（契約に含まれている番号に○をしてください。）
1				個	個	1. 患者宅への設置 2. 定期保守点検 3. 消耗品の交換
2				個	個	1. 患者宅への設置 2. 定期保守点検 3. 消耗品の交換

（注1）平成23年7月1日から7月31日に使用した材料について記入して下さい。

（注2）現在お使いの機器の直近のリース代（消費税等込み）を記載してください。機器が3機種以上の場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。

（注3）リース代は1か月当たりの金額を記載してください。（年間契約の場合は契約額を12で割って月当たりの額を記載してください。）

（注4）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

医療機器等レンタル代金調査票（現在お使いの機器がレンタルである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	月当たりレンタル単価（円/個）	契約個数	使用個数	契約内容（契約に含まれている番号に○をしてください。）
1				個	個	1. 患者宅への設置 2. 定期保守点検 3. 消耗品の交換
2				個	個	1. 患者宅への設置 2. 定期保守点検 3. 消耗品の交換

（注1）平成23年7月1日から7月31日に使用した材料について記入して下さい。

（注2）現在お使いの機器の直近のレンタル代（消費税等込み）を記載してください。機器が3機種以上の場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。

（注3）レンタル料金は1か月当たりの金額を記載してください。（年間契約の場合は契約額を12で割って月当たりの額を記載してください。）

（注4）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

3. 自動腹膜灌流装置（在宅腹膜灌流療法に用いるもの）

この医療機器をセット品で購入している	はい ・ いいえ
--------------------	----------

※他の医療機器とセットで購入しており個別の値段が不明の場合はこれより以下は記入しないでください。

医療機器等購入価格調査票（現在お使いの機器が購入したものである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	購入単価（円/個）	購入個数	使用個数	契約内容（契約に含まれている番号に○をしてください。）		
1				個	個	1. 患者宅への設置	2. 定期保守点検	3. 消耗品の交換
2				個	個	1. 患者宅への設置	2. 定期保守点検	3. 消耗品の交換

（注1）平成23年7月1日から7月31日に購入した材料及び使用した材料について記入して下さい。

（注2）現在お使いの機器の購入金額（消費税等込み）を記載してください。機器を3機種以上お持ちの場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。

（注3）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

医療機器等リース代金調査票（現在お使いの機器がリースである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	月当たりリース単価（円/個）	契約個数	使用個数	契約内容（契約に含まれている番号に○をしてください。）		
1				個	個	1. 患者宅への設置	2. 定期保守点検	3. 消耗品の交換
2				個	個	1. 患者宅への設置	2. 定期保守点検	3. 消耗品の交換

（注1）平成23年7月1日から7月31日に使用した材料について記入して下さい。

（注2）現在お使いの機器の直近のリース代（消費税等込み）を記載してください。機器が3機種以上の場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。

（注3）リース代は1か月当たりの金額を記載してください。（年間契約の場合は契約額を12で割って月当たりの額を記載してください。）

（注4）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

医療機器等レンタル代金調査票（現在お使いの機器がレンタルである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	月当たりレンタル単価（円/個）	契約個数	使用個数	契約内容（契約に含まれている番号に○をしてください。）		
1				個	個	1. 患者宅への設置	2. 定期保守点検	3. 消耗品の交換
2				個	個	1. 患者宅への設置	2. 定期保守点検	3. 消耗品の交換

（注1）平成23年7月1日から7月31日に使用した材料について記入して下さい。

（注2）現在お使いの機器の直近のレンタル代（消費税等込み）を記載してください。機器が3機種以上の場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。

（注3）レンタル代は1か月当たりの金額を記載してください。（年間契約の場合は契約額を12で割って月当たりの額を記載してください。）

（注4）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

4. 透析液供給装置（在宅血液透析療法に用いるもの）

この医療機器をセット品で購入している

はい ・ いいえ

※他の医療機器とセットで購入しており個別の値段が不明の場合はこれより以下は記入しないでください。

医療機器等購入価格調査票（現在お使いの機器が購入したものである場合この表を埋めてください。）

JANコード		製品名及びモデル名	購入単価（円/個）	購入個数	使用個数	契約内容（契約に含まれている番号に○をしてください。）		
1						1. 患者宅への設置	2. 定期保守点検	3. 消耗品の交換
2						1. 患者宅への設置	2. 定期保守点検	3. 消耗品の交換

（注1）平成23年7月1日から7月31日に購入した材料及び使用した材料について記入して下さい。

（注2）現在お使いの機器の購入金額（消費税等込み）を記載してください。機器を3機種以上お持ちの場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。

（注3）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

医療機器等リース代金調査票（現在お使いの機器がリースである場合この表を埋めてください。）

JANコード		製品名及びモデル名	月当たりリース単価（円/個）	契約個数	使用個数	契約内容（契約に含まれている番号に○をしてください。）		
1						1. 患者宅への設置	2. 定期保守点検	3. 消耗品の交換
2						1. 患者宅への設置	2. 定期保守点検	3. 消耗品の交換

（注1）平成23年7月1日から7月31日に使用した材料について記入して下さい。

（注2）現在お使いの機器の直近のリース代（消費税等込み）を記載してください。機器が3機種以上の場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。

（注3）リース代は1か月当たりの金額を記載してください。（年間契約の場合は契約額を12で割って月当たりの額を記載してください。）

（注4）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

医療機器等レンタル代金調査票（現在お使いの機器がレンタルである場合この表を埋めてください。）

JANコード		製品名及びモデル名	月当たりレンタル単価（円/個）	契約個数	使用個数	契約内容（契約に含まれている番号に○をしてください。）		
1						1. 患者宅への設置	2. 定期保守点検	3. 消耗品の交換
2						1. 患者宅への設置	2. 定期保守点検	3. 消耗品の交換

（注1）平成23年7月1日から7月31日に使用した材料について記入して下さい。

（注2）現在お使いの機器の直近のレンタル代（消費税等込み）を記載してください。機器が3機種以上の場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。

（注3）レンタル代は1か月当たりの金額を記載してください。（年間契約の場合は契約額を12で割って月当たりの額を記載してください。）

（注4）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

5. 酸素ボンベ（在宅酸素療法に用いるもの）

この医療機器をセット品で購入している	はい ・ いいえ
--------------------	----------

※他の医療機器とセットで購入しており個別の値段が不明の場合はこれより以下は記入しないでください。

医療機器等購入価格調査票（現在お使いの機器が購入したものである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	購入単価（円/個）	購入個数	使用個数	契約内容（契約に含まれている番号に○をしてください。）
1				個	個	1. 患者宅への設置 2. 定期保守点検 3. 消耗品の交換
2				個	個	1. 患者宅への設置 2. 定期保守点検 3. 消耗品の交換

- （注1）平成23年7月1日から7月31日に購入した材料及び使用した材料について記入して下さい。
（注2）現在お使いの機器の購入金額（消費税等込み）を記載してください。機器を3機種以上お持ちの場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。
（注3）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

医療機器等リース代金調査票（現在お使いの機器がリースである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	月当たりリース単価（円/個）	契約個数	使用個数	契約内容（契約に含まれている番号に○をしてください。）
1				個	個	1. 患者宅への設置 2. 定期保守点検 3. 消耗品の交換
2				個	個	1. 患者宅への設置 2. 定期保守点検 3. 消耗品の交換

- （注1）平成23年7月1日から7月31日に使用した材料について記入して下さい。
（注2）現在お使いの機器の直近のリース代（消費税等込み）を記載してください。機器が3機種以上の場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。
（注3）リース代は1か月当たりの金額を記載してください。（年間契約の場合は契約額を12で割って月当たりの額を記載してください。）
（注4）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

医療機器等レンタル代金調査票（現在お使いの機器がレンタルである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	月当たりレンタル単価（円/個）	契約個数	使用個数	契約内容（契約に含まれている番号に○をしてください。）
1				個	個	1. 患者宅への設置 2. 定期保守点検 3. 消耗品の交換
2				個	個	1. 患者宅への設置 2. 定期保守点検 3. 消耗品の交換

- （注1）平成23年7月1日から7月31日に使用した材料について記入して下さい。
（注2）現在お使いの機器の直近のレンタル代（消費税等込み）を記載してください。機器が3機種以上の場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。
（注3）レンタル代は1か月当たりの金額を記載してください。（年間契約の場合は契約額を12で割って月当たりの額を記載してください。）
（注4）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

6. 携帯用酸素ボンベ（在宅酸素療法に用いるもの）

この医療機器をセット品で購入している	はい ・ いいえ
--------------------	----------

※他の医療機器とセットで購入しており個別の値段が不明の場合はこれより以下は記入しないでください。

使用本数の上限	有 ・ 無
呼吸同調調節器（デマンドバルブ）	有 ・ 無

医療機器等購入価格調査票（現在お使いの機器が購入したものである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	購入単価（円/個）	購入個数	使用個数	契約内容（契約に含まれている番号に○をしてください。）		
1				個	個	1. 患者宅への設置	2. 定期保守点検	3. 消耗品の交換
2				個	個	1. 患者宅への設置	2. 定期保守点検	3. 消耗品の交換

（注1）平成23年7月1日から7月31日に購入した材料及び使用した材料について記入して下さい。

（注2）現在お使いの機器の購入金額（消費税等込み）を記載してください。機器を3機種以上お持ちの場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。

（注3）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

医療機器等リース代金調査票（現在お使いの機器がリースである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	月当たりリース単価（円/個）	契約個数	使用個数	契約内容（契約に含まれている番号に○をしてください。）		
1				個	個	1. 患者宅への設置	2. 定期保守点検	3. 消耗品の交換
2				個	個	1. 患者宅への設置	2. 定期保守点検	3. 消耗品の交換

（注1）平成23年7月1日から7月31日に使用した材料について記入して下さい。

（注2）現在お使いの機器の直近のリース代（消費税等込み）を記載してください。機器が3機種以上の場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。

（注3）リース代は1か月当たりの金額を記載してください。（年間契約の場合は契約額を12で割って月当たりの額を記載してください。）

（注4）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

医療機器等レンタル代金調査票（現在お使いの機器がレンタルである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	月当たりレンタル単価（円/個）	契約個数	使用個数	契約内容（契約に含まれている番号に○をしてください。）		
1				個	個	1. 患者宅への設置	2. 定期保守点検	3. 消耗品の交換
2				個	個	1. 患者宅への設置	2. 定期保守点検	3. 消耗品の交換

（注1）平成23年7月1日から7月31日に使用した材料について記入して下さい。

（注2）現在お使いの機器の直近のレンタル代（消費税等込み）を記載してください。機器が3機種以上の場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。

（注3）レンタル代は1か月当たりの金額を記載してください。（年間契約の場合は契約額を12で割って月当たりの額を記載してください。）

（注4）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

7. 酸素濃縮装置（在宅酸素療法に用いるもの）

この医療機器をセット品で購入している	はい ・ いいえ
--------------------	----------

※他の医療機器とセットで購入しており個別の値段が不明の場合はこれより以下は記入しないでください。

医療機器等購入価格調査票（現在お使いの機器が購入したものである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	購入単価（円/個）	購入個数	使用個数	契約内容（契約に含まれている番号に○をしてください。）
1				個	個	1. 患者宅への設置 2. 定期保守点検 3. 消耗品の交換
2				個	個	1. 患者宅への設置 2. 定期保守点検 3. 消耗品の交換

（注1）平成23年7月1日から7月31日に購入した材料及び使用した材料について記入して下さい。

（注2）現在お使いの機器の購入金額（消費税等込み）を記載してください。機器を3機種以上お持ちの場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。

（注3）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

医療機器等リース代金調査票（現在お使いの機器がリースである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	月当たりリース単価（円/個）	契約個数	使用個数	契約内容（契約に含まれている番号に○をしてください。）
1				個	個	1. 患者宅への設置 2. 定期保守点検 3. 消耗品の交換
2				個	個	1. 患者宅への設置 2. 定期保守点検 3. 消耗品の交換

（注1）平成23年7月1日から7月31日に使用した材料について記入して下さい。

（注2）現在お使いの機器の直近のリース代（消費税等込み）を記載してください。機器が3機種以上の場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。

（注3）リース代は1か月当たりの金額を記載してください。（年間契約の場合は契約額を12で割って月当たりの額を記載してください。）

（注4）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

医療機器等レンタル代金調査票（現在お使いの機器がレンタルである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	月当たりレンタル単価（円/個）	契約個数	使用個数	契約内容（契約に含まれている番号に○をしてください。）
1				個	個	1. 患者宅への設置 2. 定期保守点検 3. 消耗品の交換
2				個	個	1. 患者宅への設置 2. 定期保守点検 3. 消耗品の交換

（注1）平成23年7月1日から7月31日に使用した材料について記入して下さい。

（注2）現在お使いの機器の直近のレンタル代（消費税等込み）を記載してください。機器が3機種以上の場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。

（注3）レンタル代は1か月当たりの金額を記載してください。（年間契約の場合は契約額を12で割って月当たりの額を記載してください。）

（注4）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

8. 液化酸素装置（設置型：在宅酸素療法に用いるもの）

この医療機器をセット品で購入している

はい ・ いいえ

※他の医療機器とセットで購入しており個別の値段が不明の場合はこれより以下は記入しないでください。

医療機器等購入価格調査票（現在お使いの機器が購入したものである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	購入単価（円/個）	購入個数	使用個数	契約内容（契約に含まれている番号に○をしてください。）		
1						1. 患者宅への設置	2. 定期保守点検	3. 消耗品の交換
2						1. 患者宅への設置	2. 定期保守点検	3. 消耗品の交換

（注1）平成23年7月1日から7月31日に購入した材料及び使用した材料について記入して下さい。

（注2）現在お使いの機器の購入金額（消費税等込み）を記載してください。機器を3機種以上お持ちの場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。

（注3）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

医療機器等リース代金調査票（現在お使いの機器がリースである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	月当たりリース単価（円/個）	契約個数	使用個数	契約内容（契約に含まれている番号に○をしてください。）		
1						1. 患者宅への設置	2. 定期保守点検	3. 消耗品の交換
2						1. 患者宅への設置	2. 定期保守点検	3. 消耗品の交換

（注1）平成23年7月1日から7月31日に使用した材料について記入して下さい。

（注2）現在お使いの機器の直近のリース代（消費税等込み）を記載してください。機器が3機種以上の場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。

（注3）リース代は1か月当たりの金額を記載してください。（年間契約の場合は契約額を12で割って月当たりの額を記載してください。）

（注4）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

医療機器等レンタル代金調査票（現在お使いの機器がレンタルである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	月当たりレンタル単価（円/個）	契約個数	使用個数	契約内容（契約に含まれている番号に○をしてください。）		
1						1. 患者宅への設置	2. 定期保守点検	3. 消耗品の交換
2						1. 患者宅への設置	2. 定期保守点検	3. 消耗品の交換

（注1）平成23年7月1日から7月31日に使用した材料について記入して下さい。

（注2）現在お使いの機器の直近のレンタル代（消費税等込み）を記載してください。機器が3機種以上の場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。

（注3）レンタル代は1か月当たりの金額を記載してください。（年間契約の場合は契約額を12で割って月当たりの額を記載してください。）

（注4）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

9. 液化酸素装置（携帯型：在宅酸素療法に用いるもの）

この医療機器をセット品で購入している	はい ・ いいえ
--------------------	----------

※他の医療機器とセットで購入しており個別の値段が不明の場合はこれより以下は記入しないでください。

医療機器等購入価格調査票（現在お使いの機器が購入したものである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	購入単価（円/個）	購入個数	使用個数	契約内容（契約に含まれている番号に○をしてください。）		
1				個	個	1. 患者宅への設置	2. 定期保守点検	3. 消耗品の交換
2				個	個	1. 患者宅への設置	2. 定期保守点検	3. 消耗品の交換

（注1）平成23年7月1日から7月31日に購入した材料及び使用した材料について記入して下さい。

（注2）現在お使いの機器の購入金額（消費税等込み）を記載してください。機器を3機種以上お持ちの場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。

（注3）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

医療機器等リース代金調査票（現在お使いの機器がリースである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	月当たりリース単価（円/個）	契約個数	使用個数	契約内容（契約に含まれている番号に○をしてください。）		
1				個	個	1. 患者宅への設置	2. 定期保守点検	3. 消耗品の交換
2				個	個	1. 患者宅への設置	2. 定期保守点検	3. 消耗品の交換

（注1）平成23年7月1日から7月31日に使用した材料について記入して下さい。

（注2）現在お使いの機器の直近のリース代（消費税等込み）を記載してください。機器が3機種以上の場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。

（注3）リース代は1か月当たりの金額を記載してください。（年間契約の場合は契約額を12で割って月当たりの額を記載してください。）

（注4）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

医療機器等レンタル代金調査票（現在お使いの機器がレンタルである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	月当たりレンタル単価（円/個）	契約個数	使用個数	契約内容（契約に含まれている番号に○をしてください。）		
1				個	個	1. 患者宅への設置	2. 定期保守点検	3. 消耗品の交換
2				個	個	1. 患者宅への設置	2. 定期保守点検	3. 消耗品の交換

（注1）平成23年7月1日から7月31日に使用した材料について記入して下さい。

（注2）現在お使いの機器の直近のレンタル代（消費税等込み）を記載してください。機器が3機種以上の場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。

（注3）レンタル代は1か月当たりの金額を記載してください。（年間契約の場合は契約額を12で割って月当たりの額を記載してください。）

（注4）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

10. 陽圧式人工呼吸器（在宅人工呼吸に用いるもの）

問1 この医療機器をセット品で購入している	はい ・ いいえ
-----------------------	----------

（注）外部バッテリーに係る費用については、記載要領に従って記入してください。

※他の医療機器とセットで購入しており個別の値段が不明の場合はこれより以下は記入しないでください。

問2 外部バッテリーに係る費用の負担について	1 本体の費用に、外部バッテリーの費用も含まれている 2 本体とは別に、外部バッテリーの費用が発生している 3 外部バッテリーの購入、リース又はレンタルの契約を行っていない （理由； ）
------------------------	--

医療機器等購入価格調査票（現在お使いの機器が購入したものである場合この表を埋めてください。）

JANコード		製品名及びモデル名	購入単価（円/個）	購入個数	使用個数	契約内容（契約に含まれている番号に○をしてください。）		
1						1. 患者宅への設置	2. 定期保守点検	3. 消耗品の交換
2						1. 患者宅への設置	2. 定期保守点検	3. 消耗品の交換

（注1）平成23年7月1日から7月31日に購入した材料及び使用した材料について記入して下さい。
 （注2）現在お使いの機器の購入金額（消費税等込み）を記載してください。機器を3機種以上お持ちの場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。
 （注3）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

医療機器等リース代金調査票（現在お使いの機器がリースである場合この表を埋めてください。）

JANコード		製品名及びモデル名	月当たりリース単価（円/個）	契約個数	使用個数	契約内容（契約に含まれている番号に○をしてください。）		
1						1. 患者宅への設置	2. 定期保守点検	3. 消耗品の交換
2						1. 患者宅への設置	2. 定期保守点検	3. 消耗品の交換

（注1）平成23年7月1日から7月31日に使用した材料について記入して下さい。
 （注2）現在お使いの機器の直近のリース代（消費税等込み）を記載してください。機器が3機種以上の場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。
 （注3）リース代は1か月当たりの金額を記載してください。（年間契約の場合は契約額を12で割って月当たりの額を記載してください。）
 （注4）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

医療機器等レンタル代金調査票（現在お使いの機器がレンタルである場合この表を埋めてください。）

JANコード		製品名及びモデル名	月当たりレンタル単価（円/個）	契約個数	使用個数	契約内容（契約に含まれている番号に○をしてください。）		
1						1. 患者宅への設置	2. 定期保守点検	3. 消耗品の交換
2						1. 患者宅への設置	2. 定期保守点検	3. 消耗品の交換

（注1）平成23年7月1日から7月31日に使用した材料について記入して下さい。
 （注2）現在お使いの機器の直近のレンタル代（消費税等込み）を記載してください。機器が3機種以上の場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。
 （注3）レンタル代は1か月当たりの金額を記載してください。（年間契約の場合は契約額を12で割って月当たりの額を記載してください。）
 （注4）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

11. 鼻マスク、顔マスク人工呼吸器（在宅人工呼吸に用いるもの）

この医療機器をセット品で購入している	はい ・ いいえ
--------------------	----------

※他の医療機器とセットで購入しており個別の値段が不明の場合はこれより以下は記入しないでください。

医療機器等購入価格調査票（現在お使いの機器が購入したものである場合この表を埋めてください。）

JANコード		製品名及びモデル名	購入単価（円/個）	購入個数	使用個数	契約内容（契約に含まれている番号に○をしてください。）		
1				個	個	1. 患者宅への設置	2. 定期保守点検	3. 消耗品の交換
2				個	個	1. 患者宅への設置	2. 定期保守点検	3. 消耗品の交換

- （注1）平成23年7月1日から7月31日に購入した材料及び使用した材料について記入して下さい。
（注2）現在お使いの機器の購入金額（消費税等込み）を記載してください。機器が3機種以上お持ちの場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。
（注3）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

医療機器等リース代金調査票（現在お使いの機器がリースである場合この表を埋めてください。）

JANコード		製品名及びモデル名	月当たりリース単価（円/個）	契約個数	使用個数	契約内容（契約に含まれている番号に○をしてください。）		
1				個	個	1. 患者宅への設置	2. 定期保守点検	3. 消耗品の交換
2				個	個	1. 患者宅への設置	2. 定期保守点検	3. 消耗品の交換

- （注1）平成23年7月1日から7月31日に使用した材料について記入して下さい。
（注2）現在お使いの機器の直近のリース代（消費税等込み）を記載してください。機器が3機種以上の場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。
（注3）リース代は1か月当たりの金額を記載してください。（年間契約の場合は契約額を12で割って月当たりの額を記載してください。）
（注4）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

医療機器等レンタル代金調査票（現在お使いの機器がレンタルである場合この表を埋めてください。）

JANコード		製品名及びモデル名	月当たりレンタル単価（円/個）	契約個数	使用個数	契約内容（契約に含まれている番号に○をしてください。）		
1				個	個	1. 患者宅への設置	2. 定期保守点検	3. 消耗品の交換
2				個	個	1. 患者宅への設置	2. 定期保守点検	3. 消耗品の交換

- （注1）平成23年7月1日から7月31日に使用した材料について記入して下さい。
（注2）現在お使いの機器の直近のレンタル代（消費税等込み）を記載してください。機器が3機種以上の場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。
（注3）レンタル代は1か月当たりの金額を記載してください。（年間契約の場合は契約額を12で割って月当たりの額を記載してください。）
（注4）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

12. 鼻CPAP（在宅人工呼吸に用いるもの）

この医療機器をセット品で購入している

はい ・ いいえ

※他の医療機器とセットで購入しており個別の値段が不明の場合はこれより以下は記入しないでください。

医療機器等購入価格調査票（現在お使いの機器が購入したものである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	購入単価（円/個）	購入個数	使用個数	契約内容（契約に含まれている番号に○をしてください。）		
1				個	個	1. 患者宅への設置	2. 定期保守点検	3. 消耗品の交換
2				個	個	1. 患者宅への設置	2. 定期保守点検	3. 消耗品の交換

（注1）平成23年7月1日から7月31日に購入した材料及び使用した材料について記入して下さい。

（注2）現在お使いの機器の購入金額（消費税等込み）を記載してください。機器を3機種以上お持ちの場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。

（注3）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

医療機器等リース代金調査票（現在お使いの機器がリースである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	月当たりリース単価（円/個）	契約個数	使用個数	契約内容（契約に含まれている番号に○をしてください。）		
1				個	個	1. 患者宅への設置	2. 定期保守点検	3. 消耗品の交換
2				個	個	1. 患者宅への設置	2. 定期保守点検	3. 消耗品の交換

（注1）平成23年7月1日から7月31日に使用した材料について記入して下さい。

（注2）現在お使いの機器の直近のリース代（消費税等込み）を記載してください。機器が3機種以上の場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。

（注3）リース代は1か月当たりの金額を記載してください。（年間契約の場合は契約額を12で割って月当たりの額を記載してください。）

（注4）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

医療機器等レンタル代金調査票（現在お使いの機器がレンタルである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	月当たりレンタル単価（円/個）	契約個数	使用個数	契約内容（契約に含まれている番号に○をしてください。）		
1				個	個	1. 患者宅への設置	2. 定期保守点検	3. 消耗品の交換
2				個	個	1. 患者宅への設置	2. 定期保守点検	3. 消耗品の交換

（注1）平成23年7月1日から7月31日に使用した材料について記入して下さい。

（注2）現在お使いの機器の直近のレンタル代（消費税等込み）を記載してください。機器が3機種以上の場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。

（注3）レンタル代は1か月当たりの金額を記載してください。（年間契約の場合は契約額を12で割って月当たりの額を記載してください。）

（注4）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

13. 陰圧式人工呼吸器（在宅人工呼吸に用いるもの）

この医療機器をセット品で購入している	はい ・ いいえ
--------------------	----------

※他の医療機器とセットで購入しており個別の値段が不明の場合はこれより以下は記入しないでください。

医療機器等購入価格調査票（現在お使いの機器が購入したものである場合この表を埋めてください。）

JANコード		製品名及びモデル名	購入単価（円/個）	購入個数	使用個数	契約内容（契約に含まれている番号に○をしてください。）		
1						1. 患者宅への設置	2. 定期保守点検	3. 消耗品の交換
2						1. 患者宅への設置	2. 定期保守点検	3. 消耗品の交換

- （注1）平成23年7月1日から7月31日に購入した材料及び使用した材料について記入して下さい。
（注2）現在お使いの機器の購入金額（消費税等込み）を記載してください。機器を3機種以上お持ちの場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。
（注3）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

医療機器等リース代金調査票（現在お使いの機器がリースである場合この表を埋めてください。）

JANコード		製品名及びモデル名	月当たりリース単価（円/個）	契約個数	使用個数	契約内容（契約に含まれている番号に○をしてください。）		
1						1. 患者宅への設置	2. 定期保守点検	3. 消耗品の交換
2						1. 患者宅への設置	2. 定期保守点検	3. 消耗品の交換

- （注1）平成23年7月1日から7月31日に使用した材料について記入して下さい。
（注2）現在お使いの機器の直近のリース代（消費税等込み）を記載してください。機器が3機種以上の場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。
（注3）リース代は1か月当たりの金額を記載してください。（年間契約の場合は契約額を12で割って月当たりの額を記載してください。）
（注4）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

医療機器等レンタル代金調査票（現在お使いの機器がレンタルである場合この表を埋めてください。）

JANコード		製品名及びモデル名	月当たりレンタル単価（円/個）	契約個数	使用個数	契約内容（契約に含まれている番号に○をしてください。）		
1						1. 患者宅への設置	2. 定期保守点検	3. 消耗品の交換
2						1. 患者宅への設置	2. 定期保守点検	3. 消耗品の交換

- （注1）平成23年7月1日から7月31日に使用した材料について記入して下さい。
（注2）現在お使いの機器の直近のレンタル代（消費税等込み）を記載してください。機器が3機種以上の場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。
（注3）レンタル代は1か月当たりの金額を記載してください。（年間契約の場合は契約額を12で割って月当たりの額を記載してください。）
（注4）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

14. 注入ポンプ（在宅成分栄養経管栄養法用・在宅中心静脈栄養法用・在宅悪性腫瘍患者用）

この医療機器をセット品で購入している	はい ・ いいえ
--------------------	----------

※他の医療機器とセットで購入しており個別の値段が不明の場合はこれより以下は記入しないでください。

医療機器等購入価格調査票（現在お使いの機器が購入したものである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	購入単価（円/個）	購入個数	使用個数	契約内容（契約に含まれている番号に○をしてください。）
1						1. 患者宅への設置 2. 定期保守点検 3. 消耗品の交換
2						1. 患者宅への設置 2. 定期保守点検 3. 消耗品の交換

（注1）平成23年7月1日から7月31日に購入した材料及び使用した材料について記入して下さい。

（注2）現在お使いの機器の購入金額（消費税等込み）を記載してください。機器を3機種以上お持ちの場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。

（注3）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

医療機器等リース代金調査票（現在お使いの機器がリースである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	月当たりリース単価（円/個）	契約個数	使用個数	契約内容（契約に含まれている番号に○をしてください。）
1						1. 患者宅への設置 2. 定期保守点検 3. 消耗品の交換
2						1. 患者宅への設置 2. 定期保守点検 3. 消耗品の交換

（注1）平成23年7月1日から7月31日に使用した材料について記入して下さい。

（注2）現在お使いの機器の直近のリース代（消費税等込み）を記載してください。機器が3機種以上の場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。

（注3）リース代は1か月当たりの金額を記載してください。（年間契約の場合は契約額を12で割って月当たりの額を記載してください。）

（注4）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

医療機器等レンタル代金調査票（現在お使いの機器がレンタルである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	月当たりレンタル単価（円/個）	契約個数	使用個数	契約内容（契約に含まれている番号に○をしてください。）
1						1. 患者宅への設置 2. 定期保守点検 3. 消耗品の交換
2						1. 患者宅への設置 2. 定期保守点検 3. 消耗品の交換

（注1）平成23年7月1日から7月31日に使用した材料について記入して下さい。

（注2）現在お使いの機器の直近のレンタル代（消費税等込み）を記載してください。機器が3機種以上の場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。

（注3）レンタル代は1か月当たりの金額を記載してください。（年間契約の場合は契約額を12で割って月当たりの額を記載してください。）

（注4）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

15. 気道粘液除去装置

この医療機器をセット品で購入している

はい ・ いいえ

※他の医療機器とセットで購入しており個別の値段が不明の場合はこれより以下は記入しないでください。

医療機器等購入価格調査票（現在お使いの機器が購入したものである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	購入単価（円/個）	購入個数	使用個数	契約内容（契約に含まれている番号に○をしてください。）
1				個	個	1. 患者宅への設置 2. 定期保守点検 3. 消耗品の交換
2				個	個	1. 患者宅への設置 2. 定期保守点検 3. 消耗品の交換

（注1）平成23年7月1日から7月31日に購入した材料及び使用した材料について記入して下さい。

（注2）現在お使いの機器の購入金額（消費税等込み）を記載してください。機器を3機種以上お持ちの場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。

（注3）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

医療機器等リース代金調査票（現在お使いの機器がリースである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	月当たりリース単価（円/個）	契約個数	使用個数	契約内容（契約に含まれている番号に○をしてください。）
1				個	個	1. 患者宅への設置 2. 定期保守点検 3. 消耗品の交換
2				個	個	1. 患者宅への設置 2. 定期保守点検 3. 消耗品の交換

（注1）平成23年7月1日から7月31日に使用した材料について記入して下さい。

（注2）現在お使いの機器の直近のリース代（消費税等込み）を記載してください。機器が3機種以上の場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。

（注3）リース代は1か月当たりの金額を記載してください。（年間契約の場合は契約額を12で割って月当たりの額を記載してください。）

（注4）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

医療機器等レンタル代金調査票（現在お使いの機器がレンタルである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	月当たりレンタル単価（円/個）	契約個数	使用個数	契約内容（契約に含まれている番号に○をしてください。）
1				個	個	1. 患者宅への設置 2. 定期保守点検 3. 消耗品の交換
2				個	個	1. 患者宅への設置 2. 定期保守点検 3. 消耗品の交換

（注1）平成23年7月1日から7月31日に使用した材料について記入して下さい。

（注2）現在お使いの機器の直近のレンタル代（消費税等込み）を記載してください。機器が3機種以上の場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。

（注3）レンタル代は1か月当たりの金額を記載してください。（年間契約の場合は契約額を12で割って月当たりの額を記載してください。）

（注4）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

保険医療材料等使用状況調査

【調査票3】

医療材料等購入価格調査票（在宅以外分）

保険医療機関名	
施設の所在地	
電話番号	
記入者名	

※「保険医療機関名」「施設の所在地」欄については、誤りがあれば修正してください。

※電話番号、記入者名を記入してください。

※ご記入頂いた記入者名は、本調査の照会を使用するためのものであり、それ以外の目的に使用することはございません。また、ご記入頂いた内容は、集計作業などのために預託することがあります。その際には十分な個人情報保護の水準を備える者を選定し、契約などによって保護水準を定め、適切に取扱います。

1. 弾性ストッキング、間歇的空気圧迫装置

医療材料等購入価格調査票

	JANコード	製品名及びモデル名	単価（円/個）	機器、材料の個数（個）
1				
2				
3				
4				
5				

算定した回数

（注1）平成23年7月1日から7月31日に使用した材料について記入して下さい。

（注2）「単価」欄には、消費税を加えた価格を記入して下さい。

（注3）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

（注4）1個当たりの価格を記載してください。

（注5）「算定した回数」欄にはB001-6 肺血栓塞栓症予防管理料を算定した回数を記載してください。

2. 酸素カテテルチューブ（経鼻）

医療材料等購入価格調査票

	JANコード	製品名及びモデル名	単価（円/個）	使用個数（個）
1				
2				
3				
4				
5				

- （注1）平成23年7月1日から7月31日に使用した材料について記入して下さい。
- （注2）「単価」欄には、消費税を加えた価格を記入して下さい。
- （注3）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。
- （注4）1個当たりの価格を記載してください。

3. 腰部固定帯・胸部固定帯

医療材料等購入価格調査票

	JANコード	製品名及びモデル名	単価（円/個）	のべ使用個数（個）
1				
2				
3				
4				
5				

- （注1）平成23年7月1日から7月31日に使用した材料について記入して下さい。
- （注2）「単価」欄には、消費税を加えた価格を記入して下さい。
- （注3）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。
- （注4）1個当たりの価格を記載してください。

4. 眼内レンズ

医療材料等購入価格調査票

	JANコード	製品名及びモデル名	単価（円/個）	使用個数（個）
1			円	
2			円	
3			円	
4			円	
5			円	
6			円	
7			円	
8			円	
9			円	
10			円	

（注1）平成23年7月1日から7月31日に使用した材料について記入して下さい。

（注2）「単価」欄には、消費税を加えた価格を記入して下さい。

（注3）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

5. 胃瘻造設キット

医療材料等購入価格調査票

	JANコード												製品名及びモデル名	単価（円/個）						使用個数（個）
1																			円	
2																			円	
3																			円	
4																			円	
5																			円	

（注1）平成23年7月1日から7月31日に使用した材料について記入して下さい。

（注2）「単価」欄には、消費税を加えた価格を記入して下さい。

（注3）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

6. 創外固定器

医療材料等購入価格調査票

	JANコード	製品名及びモデル名	単価（円/個）	のべ使用個数（個）
1			円	
2			円	
3			円	
4			円	
5			円	
6			円	
7			円	
8			円	
9			円	
10			円	

（注1）平成23年7月1日から7月31日に使用した材料について記入して下さい。

（注2）「単価」欄には、消費税を加えた価格を記入して下さい。

（注3）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

7. 自動縫合器

医療材料等購入価格調査票

	JANコード	製品名及びモデル名	単価（円/個）	使用個数（個）
1			円	
2			円	
3			円	
4			円	
5			円	
6			円	
7			円	
8			円	
9			円	
10			円	

（注1）平成23年7月1日から7月31日に使用した材料について記入して下さい。

（注2）「単価」欄には、消費税を加えた価格を記入して下さい。

（注3）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

8. 自動吻合器

医療材料等購入価格調査票

	JANコード	製品名及びモデル名	単価（円/個）	使用個数（個）
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

(注1) 平成23年7月1日から7月31日に使用した材料について記入して下さい。
(注2) 「単価」欄には、消費税を加えた価格を記入して下さい。
(注3) JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

9. 微小血管自動縫合器

医療材料等購入価格調査票

	JANコード	製品名及びモデル名	単価（円/個）	使用個数（個）
1			円	
2			円	
3			円	
4			円	
5			円	
6			円	
7			円	
8			円	
9			円	
10			円	

（注1）平成23年7月1日から7月31日に使用した材料について記入して下さい。

（注2）「単価」欄には、消費税を加えた価格を記入して下さい。

（注3）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

10. 心拍動下冠動脈、大動脈バイパス移植術用機器（C A B G）

医療材料等購入価格調査票

	JANコード	製品名及びモデル名	単価（円/個）	使用個数（個）
1			円	
2			円	
3			円	
4			円	
5			円	
6			円	
7			円	
8			円	
9			円	
10			円	

（注1）平成23年7月1日から7月31日に使用した材料について記入して下さい。

（注2）「単価」欄には、消費税を加えた価格を記入して下さい。

（注3）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

11. 体外衝撃波消耗性電極（ESWL用電極）

医療材料等購入価格調査票

	JANコード										製品名及びモデル名	単価（円/個）										使用個数（個）
1																						
2																						
3																						
4																						
5																						

（注1）平成23年7月1日から7月31日に使用した材料について記入して下さい。

（注2）「単価」欄には、消費税を加えた価格を記入して下さい。

（注3）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

12. 体外照射用固定器具

医療材料等購入価格調査票

	JANコード	製品名及びモデル名	単価（円/個）	使用個数（個）
1				
2				
3				
4				
5				

（注1）平成23年7月1日から7月31日に使用した材料について記入して下さい。

（注2）「単価」欄には、消費税を加えた価格を記入して下さい。

（注3）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

13. 前立腺永久小線源

医療材料等購入価格調査票

	JANコード	製品名及びモデル名	単価（円/個）	使用個数（個）
1				
2				
3				
4				
5				

（注1）平成23年7月1日から7月31日に使用した材料について記入して下さい。

（注2）「単価」欄には、消費税を加えた価格を記入して下さい。

（注3）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

14. ネラトンカテーテル

医療材料等購入価格調査票

	JANコード	製品名及びモデル名	単価（円/個）	使用個数（個）
1				
2				
3				
4				
5				

- （注1）平成23年7月1日から7月31日に使用した材料について記入して下さい。
- （注2）「単価」欄には、消費税を加えた価格を記入して下さい。
- （注3）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

15. ホルター心電図検査機器

医療材料等購入価格調査票

	JANコード	製品名及びモデル名	単価（円/個）	機器の個数（個）
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

算定した回数

（注1）平成23年7月1日から7月31日に使用した材料について記入して下さい。

（注2）「単価」欄には、消費税を加えた価格を記入して下さい。

（注3）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

（注4）「算定した回数」欄にはD210 ホルター型心電図検査を算定した回数を記載してください。

16. トレッドミルによる負荷心肺機能検査に使用する機器

医療材料等購入価格調査票

	JANコード	製品名及びモデル名	単価（円/個）	機器の個数（個）
1			円	
2			円	
3			円	
4			円	
5			円	
6			円	
7			円	
8			円	
9			円	
10			円	

算定した回数

（注1）平成23年7月1日から7月31日に使用した材料について記入して下さい。

（注2）「単価」欄には、消費税を加えた価格を記入して下さい。

（注3）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

（注4）「算定した回数」欄にはD211 トレッドミルによる負荷心肺機能検査を算定した回数を記載してください。

17. 特殊縫合糸

医療材料等購入価格調査票

	JANコード	製品名及びモデル名	単価（円/個）	材料の個数（個）
1			円	
2			円	
3			円	
4			円	
5			円	
6			円	
7			円	
8			円	
9			円	
10			円	

（注1）平成23年7月1日から7月31日に使用した材料について記入して下さい。

（注2）「単価」欄には、消費税を加えた価格を記入して下さい。

（注3）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

（注4）吸収性縫合糸等を記載してください。また、7-0以下の細いものについても記載してください。

18. 経皮的動脈血酸素飽和度測定に使用する機器

医療材料等購入価格調査票

	JANコード	製品名及びモデル名	単価（円/個）	機器の個数（個）
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

算定した回数

- （注1）平成23年7月1日から7月31日に使用した材料について記入して下さい。
- （注2）「単価」欄には、消費税を加えた価格を記入して下さい。
- （注3）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。
- （注4）「算定した回数」欄にはD223 経皮的動脈血酸素飽和度測定を算定した回数を記載してください。

19. 超音波手術器・電気手術器

医療材料等購入価格調査票

	JANコード	製品名及びモデル名	単価（円/個）	機器の個数（個）
1			円	
2			円	
3			円	
4			円	
5			円	
6			円	
7			円	
8			円	
9			円	
10			円	

算定した回数

(注1) 平成23年7月1日から7月31日に使用した材料について記入して下さい。

(注2) 「単価」欄には、消費税を加えた価格を記入して下さい。

(注3) JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

(注4) 「算定した回数」欄にはK931 超音波凝固切開装置等加算を算定した回数を記載してください。

保険医療材料等使用状況調査

【調査票 4】

医療機器等購入価格調査票（在宅以外分）

保険医療機関名	
施設の所在地	
電話番号	
記入者名	

※「保険医療機関名」「施設の所在地」欄については、誤りがあれば修正してください。

※電話番号、記入者名を記入してください。

※ご記入頂いた記入者名は、本調査の照会で使用するためのものであり、それ以外の目的に使用することはございません。また、ご記入頂いた内容は、集計作業などのために預託することがあります。その際には十分な個人情報保護の水準を備える者を選定し、契約などによって保護水準を定め、適切に取扱います。

1. 眼底カメラ

この医療機器をセット品で購入している	はい ・ いいえ
--------------------	----------

※他の医療機器とセットで購入しており個別の値段が不明の場合はこれより以下は記入しないでください。

医療機器等購入価格調査票（現在お使いの機器が購入したものである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	購入単価（円/個）	購入個数	使用したのべ患者数
1			円	個	人/月
2			円	個	人/月

- （注1）平成23年7月1日から7月31日に購入した材料について記入して下さい。
- （注2）現在お使いの機器の購入金額（消費税等込み）を記載してください。機器が3機種以上お持ちの場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。
- （注3）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

医療機器等リース代金調査票（現在お使いの機器がリースである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	月当たりリース単価（円/個）	契約個数	使用したのべ患者数
1			円	個	人/月
2			円	個	人/月

- （注1）平成23年7月1日から7月31日に使用した材料について記入して下さい。
- （注2）現在お使いの機器の直近のリース代（消費税等込み）を記載してください。機器が3機種以上の場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。
- （注3）リース代は1か月当たりの金額を記載してください。（年間契約の場合は契約額を12で割って月当たりの額を記載してください。）
- （注4）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

医療機器等レンタル代金調査票（現在お使いの機器がレンタルである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	月当たりレンタル単価（円/個）	契約個数	使用したのべ患者数
1			円	個	人/月
2			円	個	人/月

- （注1）平成23年7月1日から7月31日に使用した材料について記入して下さい。
- （注2）現在お使いの機器の直近のレンタル代（消費税等込み）を記載してください。機器が3機種以上の場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。
- （注3）レンタル代は1か月当たりの金額を記載してください。（年間契約の場合は契約額を12で割って月当たりの額を記載してください。）
- （注4）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

2. 眼底三次元画像解析装置

この医療機器をセット品で購入している

はい ・ いいえ

※他の医療機器とセットで購入しており個別の値段が不明の場合はこれより以下は記入しないでください。

医療機器等購入価格調査票（現在お使いの機器が購入したものである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	購入単価（円/個）	購入個数	使用したのべ患者数
1					
2					

（注1）平成23年7月1日から7月31日に購入した材料について記入して下さい。

（注2）現在お使いの機器の購入金額（消費税等込み）を記載してください。機器を3機種以上お持ちの場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。

（注3）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

医療機器等リース代金調査票（現在お使いの機器がリースである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	月当たりリース単価（円/個）	契約個数	使用したのべ患者数
1					
2					

（注1）平成23年7月1日から7月31日に使用した材料について記入して下さい。

（注2）現在お使いの機器の直近のリース代（消費税等込み）を記載してください。機器が3機種以上の場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。

（注3）リース代は1か月当たりの金額を記載してください。（年間契約の場合は契約額を12で割って月当たりの額を記載してください。）

（注4）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

医療機器等レンタル代金調査票（現在お使いの機器がレンタルである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	月当たりレンタル単価（円/個）	契約個数	使用したのべ患者数
1					
2					

（注1）平成23年7月1日から7月31日に使用した材料について記入して下さい。

（注2）現在お使いの機器の直近のレンタル代（消費税等込み）を記載してください。機器が3機種以上の場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。

（注3）レンタル代は1か月当たりの金額を記載してください。（年間契約の場合は契約額を12で割って月当たりの額を記載してください。）

（注4）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

3. 視野検査装置

この医療機器をセット品で購入している	はい ・ いいえ
--------------------	----------

※他の医療機器とセットで購入しており個別の値段が不明の場合はこれより以下は記入しないでください。

医療機器等購入価格調査票（現在お使いの機器が購入したものである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	購入単価（円/個）	購入個数	使用したのべ患者数
1					
2					

- （注1）平成23年7月1日から7月31日に購入した材料について記入して下さい。
- （注2）現在お使いの機器の購入金額（消費税等込み）を記載してください。機器を3機種以上お持ちの場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。
- （注3）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

医療機器等リース代金調査票（現在お使いの機器がリースである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	月当たりリース単価（円/個）	契約個数	使用したのべ患者数
1					
2					

- （注1）平成23年7月1日から7月31日に使用した材料について記入して下さい。
- （注2）現在お使いの機器の直近のリース代（消費税等込み）を記載してください。機器が3機種以上の場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。
- （注3）リース代は1か月当たりの金額を記載してください。（年間契約の場合は契約額を12で割って月当たりの額を記載してください。）
- （注4）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

医療機器等レンタル代金調査票（現在お使いの機器がレンタルである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	月当たりレンタル単価（円/個）	契約個数	使用したのべ患者数
1					
2					

- （注1）平成23年7月1日から7月31日に使用した材料について記入して下さい。
- （注2）現在お使いの機器の直近のレンタル代（消費税等込み）を記載してください。機器が3機種以上の場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。
- （注3）レンタル代は1か月当たりの金額を記載してください。（年間契約の場合は契約額を12で割って月当たりの額を記載してください。）
- （注4）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

4. 屈折検査装置

この医療機器をセット品で購入している

はい ・ いいえ

※セットで購入しており個別の値段が不明の場合はこれより以下は記入しないでください。

医療機器等購入価格調査票（現在お使いの機器が購入したものである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	購入単価（円/個）	購入個数	使用したのべ患者数
1				個	人/月
2				個	人/月

（注1）平成23年7月1日から7月31日に購入した材料について記入して下さい。

（注2）現在お使いの機器の購入金額（消費税等込み）を記載してください。機器が3機種以上お持ちの場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。

（注3）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

医療機器等リース代金調査票（現在お使いの機器がリースである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	月当たりリース単価（円/個）	契約個数	使用したのべ患者数
1				個	人/月
2				個	人/月

（注1）平成23年7月1日から7月31日に使用した材料について記入して下さい。

（注2）現在お使いの機器の直近のリース代（消費税等込み）を記載してください。機器が3機種以上の場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。

（注3）リース代は1か月当たりの金額を記載してください。（年間契約の場合は契約額を12で割って月当たりの額を記載してください。）

（注4）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

医療機器等レンタル代金調査票（現在お使いの機器がレンタルである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	月当たりレンタル単価（円/個）	契約個数	使用したのべ患者数
1				個	人/月
2				個	人/月

（注1）平成23年7月1日から7月31日に使用した材料について記入して下さい。

（注2）現在お使いの機器の直近のレンタル代（消費税等込み）を記載してください。機器が3機種以上の場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。

（注3）レンタル代は1か月当たりの金額を記載してください。（年間契約の場合は契約額を12で割って月当たりの額を記載してください。）

（注4）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

5. 調節検査装置

この医療機器をセット品で購入している

はい ・ いいえ

※セットで購入しており個別の値段が不明の場合はこれより以下は記入しないでください。

医療機器等購入価格調査票（現在お使いの機器が購入したものである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	購入単価（円/個）	購入個数	使用したのべ患者数
1				個	人/月
2				個	人/月

（注1）平成23年7月1日から7月31日に購入した材料について記入して下さい。

（注2）現在お使いの機器の購入金額（消費税等込み）を記載してください。機器が3機種以上お持ちの場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。

（注3）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

医療機器等リース代金調査票（現在お使いの機器がリースである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	月当たりリース単価（円/個）	契約個数	使用したのべ患者数
1				個	人/月
2				個	人/月

（注1）平成23年7月1日から7月31日に使用した材料について記入して下さい。

（注2）現在お使いの機器の直近のリース代（消費税等込み）を記載してください。機器が3機種以上の場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。

（注3）リース代は1か月当たりの金額を記載してください。（年間契約の場合は契約額を12で割って月当たりの額を記載してください。）

（注4）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

医療機器等レンタル代金調査票（現在お使いの機器がレンタルである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	月当たりレンタル単価（円/個）	契約個数	使用したのべ患者数
1				個	人/月
2				個	人/月

（注1）平成23年7月1日から7月31日に使用した材料について記入して下さい。

（注2）現在お使いの機器の直近のレンタル代（消費税等込み）を記載してください。機器が3機種以上の場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。

（注3）レンタル代は1か月当たりの金額を記載してください。（年間契約の場合は契約額を12で割って月当たりの額を記載してください。）

（注4）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

6. 精密眼圧測定装置

この医療機器をセット品で購入している	はい ・ いいえ
--------------------	----------

※セットで購入しており個別の値段が不明の場合はこれより以下は記入しないでください。

医療機器等購入価格調査票（現在お使いの機器が購入したものである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	購入単価（円/個）	購入個数	使用したのべ患者数
1				個	人/月
2				個	人/月

（注1）平成23年7月1日から7月31日に購入した材料について記入して下さい。

（注2）現在お使いの機器の購入金額（消費税等込み）を記載してください。機器が3機種以上お持ちの場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。

（注3）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

医療機器等リース代金調査票（現在お使いの機器がリースである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	月当たりリース単価（円/個）	契約個数	使用したのべ患者数
1				個	人/月
2				個	人/月

（注1）平成23年7月1日から7月31日に使用した材料について記入して下さい。

（注2）現在お使いの機器の直近のリース代（消費税等込み）を記載してください。機器が3機種以上の場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。

（注3）リース代は1か月当たりの金額を記載してください。（年間契約の場合は契約額を12で割って月当たりの額を記載してください。）

（注4）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

医療機器等レンタル代金調査票（現在お使いの機器がレンタルである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	月当たりレンタル単価（円/個）	契約個数	使用したのべ患者数
1				個	人/月
2				個	人/月

（注1）平成23年7月1日から7月31日に使用した材料について記入して下さい。

（注2）現在お使いの機器の直近のレンタル代（消費税等込み）を記載してください。機器が3機種以上の場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。

（注3）レンタル代は1か月当たりの金額を記載してください。（年間契約の場合は契約額を12で割って月当たりの額を記載してください。）

（注4）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

7. 角膜曲率半径計測装置

この医療機器をセット品で購入している	はい ・ いいえ
--------------------	----------

※セットで購入しており個別の値段が不明の場合はこれより以下は記入しないでください。

医療機器等購入価格調査票（現在お使いの機器が購入したものである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	購入単価（円/個）	購入個数	使用したのべ患者数
1				個	人/月
2				個	人/月

（注1）平成23年7月1日から7月31日に購入した材料について記入して下さい。

（注2）現在お使いの機器の購入金額（消費税等込み）を記載してください。機器が3機種以上お持ちの場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。

（注3）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

医療機器等リース代金調査票（現在お使いの機器がリースである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	月当たりリース単価（円/個）	契約個数	使用したのべ患者数
1				個	人/月
2				個	人/月

（注1）平成23年7月1日から7月31日に使用した材料について記入して下さい。

（注2）現在お使いの機器の直近のリース代（消費税等込み）を記載してください。機器が3機種以上の場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。

（注3）リース代は1か月当たりの金額を記載してください。（年間契約の場合は契約額を12で割って月当たりの額を記載してください。）

（注4）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

医療機器等レンタル代金調査票（現在お使いの機器がレンタルである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	月当たりレンタル単価（円/個）	契約個数	使用したのべ患者数
1				個	人/月
2				個	人/月

（注1）平成23年7月1日から7月31日に使用した材料について記入して下さい。

（注2）現在お使いの機器の直近のレンタル代（消費税等込み）を記載してください。機器が3機種以上の場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。

（注3）レンタル代は1か月当たりの金額を記載してください。（年間契約の場合は契約額を12で割って月当たりの額を記載してください。）

（注4）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

8. 角膜形状解析装置

この医療機器をセット品で購入している

はい ・ いいえ

※セットで購入しており個別の値段が不明の場合はこれより以下は記入しないでください。

医療機器等購入価格調査票（現在お使いの機器が購入したものである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	購入単価（円/個）	購入個数	使用したのべ患者数
1				個	人/月
2				個	人/月

（注1）平成23年7月1日から7月31日に購入した材料について記入して下さい。

（注2）現在お使いの機器の購入金額（消費税等込み）を記載してください。機器が3機種以上お持ちの場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。

（注3）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

医療機器等リース代金調査票（現在お使いの機器がリースである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	月当たりリース単価（円/個）	契約個数	使用したのべ患者数
1				個	人/月
2				個	人/月

（注1）平成23年7月1日から7月31日に使用した材料について記入して下さい。

（注2）現在お使いの機器の直近のリース代（消費税等込み）を記載してください。機器が3機種以上の場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。

（注3）リース代は1か月当たりの金額を記載してください。（年間契約の場合は契約額を12で割って月当たりの額を記載してください。）

（注4）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

医療機器等レンタル代金調査票（現在お使いの機器がレンタルである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	月当たりレンタル単価（円/個）	契約個数	使用したのべ患者数
1				個	人/月
2				個	人/月

（注1）平成23年7月1日から7月31日に使用した材料について記入して下さい。

（注2）現在お使いの機器の直近のレンタル代（消費税等込み）を記載してください。機器が3機種以上の場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。

（注3）レンタル代は1か月当たりの金額を記載してください。（年間契約の場合は契約額を12で割って月当たりの額を記載してください。）

（注4）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

9. インピーダンスオージオメータ

この医療機器をセット品で購入している	はい ・ いいえ
--------------------	----------

※セットで購入しており個別の値段が不明の場合はこれより以下は記入しないでください。

医療機器等購入価格調査票（現在お使いの機器が購入したものである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	購入単価（円/個）	購入個数	使用したのべ患者数
1				個	人/月
2				個	人/月

（注1）平成23年7月1日から7月31日に購入した材料について記入して下さい。

（注2）現在お使いの機器の購入金額（消費税等込み）を記載してください。機器が3機種以上お持ちの場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。

（注3）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

医療機器等リース代金調査票（現在お使いの機器がリースである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	月当たりリース単価（円/個）	契約個数	使用したのべ患者数
1				個	人/月
2				個	人/月

（注1）平成23年7月1日から7月31日に使用した材料について記入して下さい。

（注2）現在お使いの機器の直近のリース代（消費税等込み）を記載してください。機器が3機種以上の場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。

（注3）リース代は1か月当たりの金額を記載してください。（年間契約の場合は契約額を12で割って月当たりの額を記載してください。）

（注4）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

医療機器等レンタル代金調査票（現在お使いの機器がレンタルである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	月当たりレンタル単価（円/個）	契約個数	使用したのべ患者数
1				個	人/月
2				個	人/月

（注1）平成23年7月1日から7月31日に使用した材料について記入して下さい。

（注2）現在お使いの機器の直近のレンタル代（消費税等込み）を記載してください。機器が3機種以上の場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。

（注3）レンタル代は1か月当たりの金額を記載してください。（年間契約の場合は契約額を12で割って月当たりの額を記載してください。）

（注4）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

10. 超音波画像診断装置

この医療機器をセット品で購入している

はい ・ いいえ

※セットで購入しており個別の値段が不明の場合はこれより以下は記入しないでください。

医療機器等購入価格調査票（現在お使いの機器が購入したものである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	購入単価（円/個）	購入個数	使用したのべ患者数
1					
2					

（注1）平成23年7月1日から7月31日に購入した材料について記入して下さい。

（注2）現在お使いの機器の購入金額（消費税等込み）を記載してください。機器が3機種以上お持ちの場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。

（注3）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

医療機器等リース代金調査票（現在お使いの機器がリースである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	月当たりリース単価（円/個）	契約個数	使用したのべ患者数
1					
2					

（注1）平成23年7月1日から7月31日に使用した材料について記入して下さい。

（注2）現在お使いの機器の直近のリース代（消費税等込み）を記載してください。機器が3機種以上の場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。

（注3）リース代は1か月当たりの金額を記載してください。（年間契約の場合は契約額を12で割って月当たりの額を記載してください。）

（注4）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

医療機器等レンタル代金調査票（現在お使いの機器がレンタルである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	月当たりレンタル単価（円/個）	契約個数	使用したのべ患者数
1					
2					

（注1）平成23年7月1日から7月31日に使用した材料について記入して下さい。

（注2）現在お使いの機器の直近のレンタル代（消費税等込み）を記載してください。機器が3機種以上の場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。

（注3）レンタル代は1か月当たりの金額を記載してください。（年間契約の場合は契約額を12で割って月当たりの額を記載してください。）

（注4）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

11. 超音波骨密度測定装置

この医療機器をセット品で購入している

はい ・ いいえ

※セットで購入しており個別の値段が不明の場合はこれより以下は記入しないでください。

医療機器等購入価格調査票（現在お使いの機器が購入したものである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	購入単価（円/個）	購入個数	使用したのべ患者数
1			円	個	人/月
2			円	個	人/月

（注1）平成23年7月1日から7月31日に購入した材料について記入して下さい。

（注2）現在お使いの機器の購入金額（消費税等込み）を記載してください。機器が3機種以上お持ちの場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。

（注3）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

医療機器等リース代金調査票（現在お使いの機器がリースである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	月当たりリース単価（円/個）	契約個数	使用したのべ患者数
1			円	個	人/月
2			円	個	人/月

（注1）平成23年7月1日から7月31日に使用した材料について記入して下さい。

（注2）現在お使いの機器の直近のリース代（消費税等込み）を記載してください。機器が3機種以上の場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。

（注3）リース代は1か月当たりの金額を記載してください。（年間契約の場合は契約額を12で割って月当たりの額を記載してください。）

（注4）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

医療機器等レンタル代金調査票（現在お使いの機器がレンタルである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	月当たりレンタル単価（円/個）	契約個数	使用したのべ患者数
1			円	個	人/月
2			円	個	人/月

（注1）平成23年7月1日から7月31日に使用した材料について記入して下さい。

（注2）現在お使いの機器の直近のレンタル代（消費税等込み）を記載してください。機器が3機種以上の場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。

（注3）レンタル代は1か月当たりの金額を記載してください。（年間契約の場合は契約額を12で割って月当たりの額を記載してください。）

（注4）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

12. 脳波計

この医療機器をセット品で購入している

はい ・ いいえ

※セットで購入しており個別の値段が不明の場合はこれより以下は記入しないでください。

医療機器等購入価格調査票（現在お使いの機器が購入したものである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	購入単価（円/個）	購入個数	使用したのべ患者数
1				個	人/月
2				個	人/月

（注1）平成23年7月1日から7月31日に購入した材料について記入して下さい。

（注2）現在お使いの機器の購入金額（消費税等込み）を記載してください。機器が3機種以上お持ちの場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。

（注3）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

医療機器等リース代金調査票（現在お使いの機器がリースである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	月当たりリース単価（円/個）	契約個数	使用したのべ患者数
1				個	人/月
2				個	人/月

（注1）平成23年7月1日から7月31日に使用した材料について記入して下さい。

（注2）現在お使いの機器の直近のリース代（消費税等込み）を記載してください。機器が3機種以上の場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。

（注3）リース代は1か月当たりの金額を記載してください。（年間契約の場合は契約額を12で割って月当たりの額を記載してください。）

（注4）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

医療機器等レンタル代金調査票（現在お使いの機器がレンタルである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	月当たりレンタル単価（円/個）	契約個数	使用したのべ患者数
1				個	人/月
2				個	人/月

（注1）平成23年7月1日から7月31日に使用した材料について記入して下さい。

（注2）現在お使いの機器の直近のレンタル代（消費税等込み）を記載してください。機器が3機種以上の場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。

（注3）レンタル代は1か月当たりの金額を記載してください。（年間契約の場合は契約額を12で割って月当たりの額を記載してください。）

（注4）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

13. 誘導発電位検査装置

この医療機器をセット品で購入している	はい ・ いいえ
--------------------	----------

※セットで購入しており個別の値段が不明の場合はこれより以下は記入しないでください。

医療機器等購入価格調査票（現在お使いの機器が購入したものである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	購入単価（円/個）	購入個数	使用したのべ患者数
1				個	人/月
2				個	人/月

（注1）平成23年7月1日から7月31日に購入した材料について記入して下さい。

（注2）現在お使いの機器の購入金額（消費税等込み）を記載してください。機器が3機種以上お持ちの場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。

（注3）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

医療機器等リース代金調査票（現在お使いの機器がリースである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	月当たりリース単価（円/個）	契約個数	使用したのべ患者数
1				個	人/月
2				個	人/月

（注1）平成23年7月1日から7月31日に使用した材料について記入して下さい。

（注2）現在お使いの機器の直近のリース代（消費税等込み）を記載してください。機器が3機種以上の場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。

（注3）リース代は1か月当たりの金額を記載してください。（年間契約の場合は契約額を12で割って月当たりの額を記載してください。）

（注4）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

医療機器等レンタル代金調査票（現在お使いの機器がレンタルである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	月当たりレンタル単価（円/個）	契約個数	使用したのべ患者数
1				個	人/月
2				個	人/月

（注1）平成23年7月1日から7月31日に使用した材料について記入して下さい。

（注2）現在お使いの機器の直近のレンタル代（消費税等込み）を記載してください。機器が3機種以上の場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。

（注3）レンタル代は1か月当たりの金額を記載してください。（年間契約の場合は契約額を12で割って月当たりの額を記載してください。）

（注4）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

14. 終夜睡眠診断装置

この医療機器をセット品で購入している	はい ・ いいえ
--------------------	----------

※セットで購入しており個別の値段が不明の場合はこれより以下は記入しないでください。

医療機器等購入価格調査票（現在お使いの機器が購入したものである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	購入単価（円/個）	購入個数	使用したのべ患者数
1			円	個	人/月
2			円	個	人/月

（注1）平成23年7月1日から7月31日に購入した材料について記入して下さい。

（注2）現在お使いの機器の購入金額（消費税等込み）を記載してください。機器が3機種以上お持ちの場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。

（注3）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

医療機器等リース代金調査票（現在お使いの機器がリースである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	月当たりリース単価（円/個）	契約個数	使用したのべ患者数
1			円	個	人/月
2			円	個	人/月

（注1）平成23年7月1日から7月31日に使用した材料について記入して下さい。

（注2）現在お使いの機器の直近のリース代（消費税等込み）を記載してください。機器が3機種以上の場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。

（注3）リース代は1か月当たりの金額を記載してください。（年間契約の場合は契約額を12で割って月当たりの額を記載してください。）

（注4）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

医療機器等レンタル代金調査票（現在お使いの機器がレンタルである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	月当たりレンタル単価（円/個）	契約個数	使用したのべ患者数
1			円	個	人/月
2			円	個	人/月

（注1）平成23年7月1日から7月31日に使用した材料について記入して下さい。

（注2）現在お使いの機器の直近のレンタル代（消費税等込み）を記載してください。機器が3機種以上の場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。

（注3）レンタル代は1か月当たりの金額を記載してください。（年間契約の場合は契約額を12で割って月当たりの額を記載してください。）

（注4）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

15. 上部消化管ファイバースコープ

この医療機器をセット品で購入している

はい ・ いいえ

※セットで購入しており個別の値段が不明の場合はこれより以下は記入しないでください。

医療機器等購入価格調査票（現在お使いの機器が購入したものである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	購入単価（円/個）	購入個数	使用したのべ患者数
1					
2					

（注1）平成23年7月1日から7月31日に購入した材料について記入して下さい。

（注2）現在お使いの機器の購入金額（消費税等込み）を記載してください。機器が3機種以上お持ちの場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。

（注3）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

医療機器等リース代金調査票（現在お使いの機器がリースである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	月当たりリース単価（円/個）	契約個数	使用したのべ患者数
1					
2					

（注1）平成23年7月1日から7月31日に使用した材料について記入して下さい。

（注2）現在お使いの機器の直近のリース代（消費税等込み）を記載してください。機器が3機種以上の場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。

（注3）リース代は1か月当たりの金額を記載してください。（年間契約の場合は契約額を12で割って月当たりの額を記載してください。）

（注4）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

医療機器等レンタル代金調査票（現在お使いの機器がレンタルである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	月当たりレンタル単価（円/個）	契約個数	使用したのべ患者数
1					
2					

（注1）平成23年7月1日から7月31日に使用した材料について記入して下さい。

（注2）現在お使いの機器の直近のレンタル代（消費税等込み）を記載してください。機器が3機種以上の場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。

（注3）レンタル代は1か月当たりの金額を記載してください。（年間契約の場合は契約額を12で割って月当たりの額を記載してください。）

（注4）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

16. 大腸ファイバースコープ

この医療機器をセット品で購入している

はい ・ いいえ

※セットで購入しており個別の値段が不明の場合はこれより以下は記入しないでください。

医療機器等購入価格調査票（現在お使いの機器が購入したものである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	購入単価（円/個）	購入個数	使用したのべ患者数
1			円	個	人/月
2			円	個	人/月

（注1）平成23年7月1日から7月31日に購入した材料について記入して下さい。

（注2）現在お使いの機器の購入金額（消費税等込み）を記載してください。機器を3機種以上お持ちの場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。

（注3）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

医療機器等リース代金調査票（現在お使いの機器がリースである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	月当たりリース単価（円/個）	契約個数	使用したのべ患者数
1			円	個	人/月
2			円	個	人/月

（注1）平成23年7月1日から7月31日に使用した材料について記入して下さい。

（注2）現在お使いの機器の直近のリース代（消費税等込み）を記載してください。機器が3機種以上の場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。

（注3）リース代は1か月当たりの金額を記載してください。（年間契約の場合は契約額を12で割って月当たりの額を記載してください。）

（注4）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

医療機器等レンタル代金調査票（現在お使いの機器がレンタルである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	月当たりレンタル単価（円/個）	契約個数	使用したのべ患者数
1			円	個	人/月
2			円	個	人/月

（注1）平成23年7月1日から7月31日に使用した材料について記入して下さい。

（注2）現在お使いの機器の直近のレンタル代（消費税等込み）を記載してください。機器が3機種以上の場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。

（注3）レンタル代は1か月当たりの金額を記載してください。（年間契約の場合は契約額を12で割って月当たりの額を記載してください。）

（注4）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

17. 気管支ファイバースコープ

この医療機器をセット品で購入している

はい ・ いいえ

※セットで購入しており個別の値段が不明の場合はこれより以下は記入しないでください。

医療機器等購入価格調査票（現在お使いの機器が購入したものである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	購入単価（円/個）	購入個数	使用したのべ患者数
1			円	個	人/月
2			円	個	人/月

（注1）平成23年7月1日から7月31日に購入した材料について記入して下さい。

（注2）現在お使いの機器の購入金額（消費税等込み）を記載してください。機器を3機種以上お持ちの場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。

（注3）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

医療機器等リース代金調査票（現在お使いの機器がリースである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	月当たりリース単価（円/個）	契約個数	使用したのべ患者数
1			円	個	人/月
2			円	個	人/月

（注1）平成23年7月1日から7月31日に使用した材料について記入して下さい。

（注2）現在お使いの機器の直近のリース代（消費税等込み）を記載してください。機器が3機種以上の場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。

（注3）リース代は1か月当たりの金額を記載してください。（年間契約の場合は契約額を12で割って月当たりの額を記載してください。）

（注4）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

医療機器等レンタル代金調査票（現在お使いの機器がレンタルである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	月当たりレンタル単価（円/個）	契約個数	使用したのべ患者数
1			円	個	人/月
2			円	個	人/月

（注1）平成23年7月1日から7月31日に使用した材料について記入して下さい。

（注2）現在お使いの機器の直近のレンタル代（消費税等込み）を記載してください。機器が3機種以上の場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。

（注3）レンタル代は1か月当たりの金額を記載してください。（年間契約の場合は契約額を12で割って月当たりの額を記載してください。）

（注4）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

18. 全身用X線CT装置

医療機器等購入価格調査票（現在お使いの機器が購入したものである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	検出器の数	購入単価（円/個）	使用したのべ患者数
1				円	人/月
2				円	人/月

（注1）平成23年7月1日から7月31日に購入した材料について記入して下さい。

（注2）現在お使いの機器の購入金額（消費税等込み）を記載してください。機器を3機種以上お持ちの場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。

（注3）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

医療機器等リース代金調査票（現在お使いの機器がリースである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	検出器の数	月当たりリース単価（円/個）	使用したのべ患者数
1				円	人/月
2				円	人/月

（注1）平成23年7月1日から7月31日に使用した材料について記入して下さい。

（注2）現在お使いの機器の直近のリース代（消費税等込み）を記載してください。機器が3機種以上の場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。

（注3）リース代は1か月当たりの金額を記載してください。（年間契約の場合は契約額を12で割って月当たりの額を記載してください。）

（注4）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

医療機器等レンタル代金調査票（現在お使いの機器がレンタルである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	検出器の数	月当たりレンタル単価（円/個）	使用したのべ患者数
1				円	人/月
2				円	人/月

（注1）平成23年7月1日から7月31日に使用した材料について記入して下さい。

（注2）現在お使いの機器の直近のレンタル代（消費税等込み）を記載してください。機器が3機種以上の場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。

（注3）レンタル代は1か月当たりの金額を記載してください。（年間契約の場合は契約額を12で割って月当たりの額を記載してください。）

（注4）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

19. 頭部用X線CT装置

医療機器等購入価格調査票（現在お使いの機器が購入したものである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	検出器の数	購入単価（円/個）	使用したのべ患者数
1				円	人/月
2				円	人/月

（注1）平成23年7月1日から7月31日に購入した材料について記入して下さい。

（注2）現在お使いの機器の購入金額（消費税等込み）を記載してください。機器が3機種以上お持ちの場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。

（注3）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

医療機器等リース代金調査票（現在お使いの機器がリースである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	検出器の数	月当たりリース単価（円/個）	使用したのべ患者数
1				円	人/月
2				円	人/月

（注1）平成23年7月1日から7月31日に使用した材料について記入して下さい。

（注2）現在お使いの機器の直近のリース代（消費税等込み）を記載してください。機器が3機種以上の場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。

（注3）リース代は1か月当たりの金額を記載してください。（年間契約の場合は契約額を12で割って月当たりの額を記載してください。）

（注4）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

医療機器等レンタル代金調査票（現在お使いの機器がレンタルである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	検出器の数	月当たりレンタル単価（円/個）	使用したのべ患者数
1				円	人/月
2				円	人/月

（注1）平成23年7月1日から7月31日に使用した材料について記入して下さい。

（注2）現在お使いの機器の直近のレンタル代（消費税等込み）を記載してください。機器が3機種以上の場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。

（注3）レンタル代は1か月当たりの金額を記載してください。（年間契約の場合は契約額を12で割って月当たりの額を記載してください。）

（注4）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

20. 核磁気共鳴画像診断装置

医療機器等購入価格調査票（現在お使いの機器が購入したものである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	磁場の強さ（例1.5テスラ）	購入単価（円/個）	使用したのべ患者数
1				円	人/月
2				円	人/月

（注1）平成23年7月1日から7月31日に購入した材料について記入して下さい。

（注2）現在お使いの機器の購入金額（消費税等込み）を記載してください。機器を3機種以上お持ちの場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。

（注3）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

医療機器等リース代金調査票（現在お使いの機器がリースである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	磁場の強さ（例1.5テスラ）	月当たりリース単価（円/個）	使用したのべ患者数
1				円	人/月
2				円	人/月

（注1）平成23年7月1日から7月31日に使用した材料について記入して下さい。

（注2）現在お使いの機器の直近のリース代（消費税等込み）を記載してください。機器が3機種以上の場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。

（注3）リース代は1か月当たりの金額を記載してください。（年間契約の場合は契約額を12で割って月当たりの額を記載してください。）

（注4）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

医療機器等レンタル代金調査票（現在お使いの機器がレンタルである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	磁場の強さ（例1.5テスラ）	月当たりレンタル単価（円/個）	使用したのべ患者数
1				円	人/月
2				円	人/月

（注1）平成23年7月1日から7月31日に使用した材料について記入して下さい。

（注2）現在お使いの機器の直近のレンタル代（消費税等込み）を記載してください。機器が3機種以上の場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。

（注3）レンタル代は1か月当たりの金額を記載してください。（年間契約の場合は契約額を12で割って月当たりの額を記載してください。）

（注4）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

21. ポジトロン断層撮影装置（※PET-CTを含む）.

医療機器等購入価格調査票（現在お使いの機器が購入したものである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	磁場の強さ（例1.5テスラ）	購入単価（円/個）	使用したのべ患者数
1				円	人/月
2				円	人/月

（注1）平成23年7月1日から7月31日に購入した材料について記入して下さい。

（注2）現在お使いの機器の購入金額（消費税等込み）を記載してください。機器を3機種以上お持ちの場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。

（注3）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

医療機器等リース代金調査票（現在お使いの機器がリースである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	磁場の強さ（例1.5テスラ）	月当たりリース単価（円/個）	使用したのべ患者数
1				円	人/月
2				円	人/月

（注1）平成23年7月1日から7月31日に使用した材料について記入して下さい。

（注2）現在お使いの機器の直近のリース代（消費税等込み）を記載してください。機器が3機種以上の場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。

（注3）リース代は1か月当たりの金額を記載してください。（年間契約の場合は契約額を12で割って月当たりの額を記載してください。）

（注4）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

医療機器等レンタル代金調査票（現在お使いの機器がレンタルである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	磁場の強さ（例1.5テスラ）	月当たりレンタル単価（円/個）	使用したのべ患者数
1				円	人/月
2				円	人/月

（注1）平成23年7月1日から7月31日に使用した材料について記入して下さい。

（注2）現在お使いの機器の直近のレンタル代（消費税等込み）を記載してください。機器が3機種以上の場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。

（注3）レンタル代は1か月当たりの金額を記載してください。（年間契約の場合は契約額を12で割って月当たりの額を記載してください。）

（注4）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

22. 喉頭ファイバー

この医療機器をセット品で購入している

はい ・ いいえ

※セットで購入しており個別の値段が不明の場合はこれより以下は記入しないでください。

医療機器等購入価格調査票（現在お使いの機器が購入したものである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	購入単価（円/個）	購入個数	使用したのべ患者数
1				個	人/月
2				個	人/月

（注1）平成23年7月1日から7月31日に購入した材料について記入して下さい。

（注2）現在お使いの機器の購入金額（消費税等込み）を記載してください。機器を3機種以上お持ちの場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。

（注3）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

医療機器等リース代金調査票（現在お使いの機器がリースである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	月当たりリース単価（円/個）	契約個数	使用したのべ患者数
1				個	人/月
2				個	人/月

（注1）平成23年7月1日から7月31日に使用した材料について記入して下さい。

（注2）現在お使いの機器の直近のリース代（消費税等込み）を記載してください。機器が3機種以上の場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。

（注3）リース代は1か月当たりの金額を記載してください。（年間契約の場合は契約額を12で割って月当たりの額を記載してください。）

（注4）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

医療機器等レンタル代金調査票（現在お使いの機器がレンタルである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	月当たりレンタル単価（円/個）	契約個数	使用したのべ患者数
1				個	人/月
2				個	人/月

（注1）平成23年7月1日から7月31日に使用した材料について記入して下さい。

（注2）現在お使いの機器の直近のレンタル代（消費税等込み）を記載してください。機器が3機種以上の場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。

（注3）レンタル代は1か月当たりの金額を記載してください。（年間契約の場合は契約額を12で割って月当たりの額を記載してください。）

（注4）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

23. 誘発反応測定装置

この医療機器をセット品で購入している

はい ・ いいえ

※セットで購入しており個別の値段が不明の場合はこれより以下は記入しないでください。

医療機器等購入価格調査票（現在お使いの機器が購入したものである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	購入単価（円/個）	購入個数	使用したのべ患者数
1			円	個	人/月
2			円	個	人/月

（注1）平成23年7月1日から7月31日に購入した材料について記入して下さい。

（注2）現在お使いの機器の購入金額（消費税等込み）を記載してください。機器を3機種以上お持ちの場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。

（注3）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

医療機器等リース代金調査票（現在お使いの機器がリースである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	月当たりリース単価（円/個）	契約個数	使用したのべ患者数
1			円	個	人/月
2			円	個	人/月

（注1）平成23年7月1日から7月31日に使用した材料について記入して下さい。

（注2）現在お使いの機器の直近のリース代（消費税等込み）を記載してください。機器が3機種以上の場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。

（注3）リース代は1か月当たりの金額を記載してください。（年間契約の場合は契約額を12で割って月当たりの額を記載してください。）

（注4）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

医療機器等レンタル代金調査票（現在お使いの機器がレンタルである場合この表を埋めてください。）

	JANコード	製品名及びモデル名	月当たりレンタル単価（円/個）	契約個数	使用したのべ患者数
1			円	個	人/月
2			円	個	人/月

（注1）平成23年7月1日から7月31日に使用した材料について記入して下さい。

（注2）現在お使いの機器の直近のレンタル代（消費税等込み）を記載してください。機器が3機種以上の場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーの上、記入してください。

（注3）レンタル代は1か月当たりの金額を記載してください。（年間契約の場合は契約額を12で割って月当たりの額を記載してください。）

（注4）JANコードが無い場合はJANコード欄に「コードなし」と記載してください。

介護給付費実態調査の概要

1 調査の目的

この調査は、介護サービスの受給に係る給付費の状況を把握し、介護報酬の改定を始めとした介護保険制度の円滑な運営に必要な基礎資料を得ることを目的とする。

2 調査の対象及び客体

各都道府県国民健康保険団体連合会において審査したすべての介護給付費明細書、給付管理票及び各種台帳を対象及び客体とする。

3 調査の期日

毎月

4 調査の事項

(1) 介護給付費明細書

証記載保険者番号、被保険者番号、生年月日、性別コード、要介護状態区分コード、サービス種類コード、サービス単位数、日数・回数、保険請求額、利用者負担額、公費請求額等

(2) 給付管理票

保険者番号、被保険者番号、生年月日、性別コード、要介護状態区分コード、サービス種類コード、居宅サービス計画作成区分コード、給付計画単位数等

(3) 保険者台帳

保険者番号、保険者名等

(4) 市町村固有情報

保険者番号、居宅介護サービス費区分支給限度基準額等

(5) 広域連合情報(行政区情報)

保険者番号、市町村番号(行政区番号)等

(6) 事業所台帳(基本情報、サービス情報)

事業所番号、法人等種別コード、指定/基準該当等事業所区分コード、サービス種類コード、施設等の区分コード、人員配置区分コード、特別地域加算の有無、地域区分等

(7) 受給者台帳

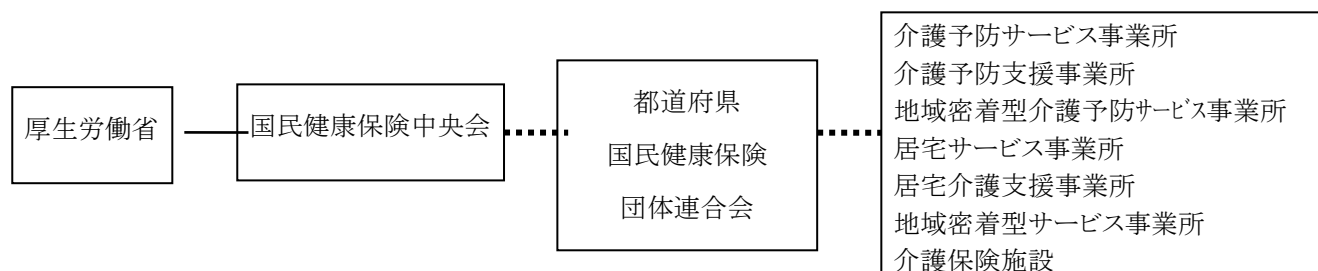
証記載保険者番号、被保険者番号、生年月日、性別コード、要介護状態区分コード、認定有効期間等

5 調査の方法及び系統

(1) 調査の方法

各都道府県国民健康保険団体連合会において審査した介護給付費明細書等のデータの写しを、厚生労働省大臣官房統計情報部に提出する方法により行う。

(2) 調査の系統



6 集計及び結果の公表

集計は、厚生労働省大臣官房統計情報部が行い、調査結果は介護給付費実態調査(月報・年度報)として速やかに公表するとともに、厚生労働省ホームページ及び政府統計の総合窓口(e-stat)に掲載する。

様式第二（附則第二条関係）

居宅サービス・地域密着型サービス介護給付費明細書

（訪問介護・訪問入浴介護・訪問看護・訪問リハ・居宅療養管理指導・通所介護・通所リハ・福祉用具貸与・夜間対応型訪問介護・認知症対応型通所介護・小規模多機能型居宅介護）

公費負担者番号										平成										年		月分											
公費受給者番号										保険者番号																							
被保険者	被保険者番号																																
	(フリガナ)																																
	氏名																																
	生年月日		1.明治			2.大正			3.昭和			性別		1. 男 2. 女																			
	要介護状態区分		要介護 1・2・3・4・5																														
	認定有効期間		平成				年				月				日		から		平成				年				月				日		まで
請求事業者	事業所番号																																
	事業所名称																																
	所在地		〒						-																								
	連絡先		電話番号																														

居宅サービス計画	1. 居宅介護支援事業者作成 2. 被保険者自己作成																												
	事業所番号																		事業所名称										

開始年月日	平成			年				月				日		中止年月日	平成			年				月				日	
中止理由	1.非該当 3.医療機関入院 4.死亡 5.その他 6.介護老人福祉施設入所 7.介護老人保健施設入所 8.介護療養型医療施設入院																										

給付費明細欄	サービス内容			サービスコード			単位数			回数			サービス単位数			公費分回数		公費対象単位数			摘要		

請求額集計欄	①サービス種類コード／②名称																													
	③サービス実日数			日			日			日			日			日														
	④計画単位数																													
	⑤限度額管理対象単位数																													
	⑥限度額管理対象外単位数																								給付率 (／100)					
	⑦給付単位数 (④⑤のうち少ない数) +⑥																								保険					
	⑧公費分単位数																								公費					
	⑨単位数単価			▲			円／単位			▲			円／単位			▲			円／単位			▲			円／単位			合計		
	⑩保険請求額																													
	⑪利用者負担額																													
	⑫公費請求額																													
	⑬公費分本人負担																													

社会福祉法人等による軽減欄	軽減率		▲		%		受領すべき利用者負担の総額 (円)			軽減額 (円)			軽減後利用者負担額 (円)			備考		
	11	訪問介護																
	15	通所介護																
	71	夜間対応型訪問介護																
	72	認知症対応型通所介護																
	73	小規模多機能型居宅介護																

様式第二の二（附則第二条関係）

介護予防サービス・地域密着型介護予防サービス介護給付費明細書

（介護予防訪問介護・介護予防訪問入浴介護・介護予防訪問看護・介護予防訪問リハ・介護予防居宅療養管理指導・介護予防通所介護・介護予防通所リハ・介護予防福祉用具貸与・介護予防認知症対応型通所介護・介護予防小規模多機能型居宅介護）

公費負担者番号										平成 年 月 分																													
公費受給者番号										保険者番号																													
被保険者	被保険者番号																			請求事業者	事業所番号																		
	(フリガナ)																				事業所名称																		
	氏名																				所在地																		
	生年月日		1.明治 2.大正 3.昭和			性別		1. 男 2. 女													連絡先		電話番号																
	要支援状態区分		要支援 1・要支援 2																																				
認定有効期間		平成 年 月 日 から		平成 年 月 日 まで																																			
介護予防サービス計画		2. 被保険者自己作成 3. 介護予防支援事業者作成																	事業所番号		事業所名称																		
開始年月日		平成 年 月 日		中止年月日		平成 年 月 日																																	
中止理由		1.非該当 3.医療機関入院 4.死亡 5.その他 6.介護老人福祉施設入所 7.介護老人保健施設入所 8.介護療養型医療施設入院																																					
給付費明細欄	サービス内容		サービスコード				単位数		回数		サービス単位数				公費分回数		公費対象単位数				摘要																		
請求額集計欄	①サービス種類コード／②名称																																						
	③サービス実日数		日				日				日				日																								
	④計画単位数																																						
	⑤限度額管理対象単位数																																						
	⑥限度額管理対象外単位数																		給付率 (/100)																				
	⑦給付単位数（④⑤のうち少ない数）＋⑥																		保険																				
	⑧公費分単位数																		公費																				
	⑨単位数単価		円／単位				円／単位				円／単位				円／単位				合計																				
	⑩保険請求額																																						
	⑪利用者負担額																																						
⑫公費請求額																																							
⑬公費分本人負担																																							
社会福祉法人等による軽減欄	軽減率		%				受領すべき利用者負担の総額（円）				軽減額（円）				軽減後利用者負担額（円）				備考																				
	61		介護予防訪問介護																																				
	65		介護予防通所介護																																				
	74		介護予防認知症対応型通所介護																																				
	75		介護予防小規模多機能型居宅介護																																				

様式第三（附則第二条関係）

居宅サービス介護給付費明細書
(短期入所生活介護)

公費負担者番号										平成 年 月分										
公費受給者番号										保険者番号										
被保険者	被保険者番号																			
	(フリガナ) 氏名																			
	生年月日	1.明治			2.大正			3.昭和			性別	1. 男 2. 女								
	年			月			日													
	要介護状態区分	要介護 1・2・3・4・5																		
認定有効期間	平成	年			月			日			から									
	平成	年			月			日			まで									
請求事業者	事業所番号																			
	事業所名称																			
	所在地	〒 ー																		
	連絡先	電話番号																		
居宅サービス計画	1.居宅介護支援事業者作成 2.被保険者自己作成																			
	事業所番号																			
	事業所名称																			
入所年月日		平成		年		月		日												
退所年月日		平成		年		月		日												
										短期入所 実日数										
給付費明細欄	サービス内容	サービスコード				単位数	回数 日数	サービス単位数	公費分 回数等	公費対象単位数	摘要									
		合計																		
請求額集計欄	区分	保険分				公費分														
	①計画単位数																			
	②限度額管理対象単位数																			
	③限度額管理対象外単位数																			
	④給付単位数																			
	⑤単位数単価					円／単位														
	⑥給付率	／100				／100														
	⑦請求額（円）																			
⑧利用者負担額（円）																				
特定入所者介護サービス費	サービス内容	サービスコード				費用単価(円)	負担限度額	日数	費用額(円)	保険分	公費日数	公費分	利用者負担額							
		合計																		
								保険分 請求額(円)		公費分 請求額	公費分本人負担月額									
社会福祉法人等による 軽減欄	軽減率	%				受領すべき利用者 負担の総額（円）				軽減額（円）				軽減後利用者 負担額（円）				備考		
	21	短期入所生活介護																		

様式第三の二（附則第二条関係）

介護予防サービス介護給付費明細書
(介護予防短期入所生活介護)

公費負担者番号								平成			年			月分
公費受給者番号								保険者番号						

[illegible]

介護予防 サービス 計画	2.被保険者自己作成 3.介護予防支援事業者作成										入所年月日	平成			年			月			日
	事業所番号										退所年月日	平成			年			月			日
	事業所名称										短期入所 実日数										

給付費明細欄	サービス内容	サービスコード			単位数	回数 日数	サービス単位数	公費分 回数等	公費対象単位数	摘要
合計										

請求額集計欄	区分	保険分				公費分			
	①計画単位数								
	②限度額管理対象単位数								
	③限度額管理対象外単位数								
	④給付単位数								
	⑤単位数単価				円／単位				
	⑥給付率			／100				／100	
	⑦請求額（円）								
	⑧利用者負担額（円）								

特定入所者介護予防サービス費	サービス内容		サービスコード		費用単価(円)	負担限度額	日数	費用額(円)			保険分	公費日数	公費分	利用者負担額
	合計													
								保険分 請求額(円)				公費分 請求額	公費分本人負担月額	

社会福祉法人等による 軽減欄	軽減率		%	受領すべき利用者 負担の総額 (円)	軽減額 (円)	軽減後利用者 負担額 (円)	備考
	24	介護予防短期入所生活介護					

様式第四（附則第二条関係）

居宅サービス介護給付費明細書
(介護老人保健施設における短期入所療養介護)

公費負担者番号										平成 年 月分																			
公費受給者番号										保険者番号																			
被保険者	被保険者番号																												
	(フリガナ)																												
	氏名																												
	生年月日		1.明治 2.大正 3.昭和						性別		1. 男 2. 女																		
	要介護状態区分		要介護 1・2・3・4・5																										
	認定有効期間		平成		年		月		日		から		平成		年		月		日		まで								
請求事業者	事業所番号																												
	事業所名称																												
	所在地		〒 -																										
	連絡先		電話番号																										
居宅サービス計画		1.居宅介護支援事業者作成 2.被保険者自己作成																											
		事業所番号																											
		事業所名称																											
入所年月日		平成		年		月		日		退所年月日		平成		年		月		日											
短期入所 実日数																													
給付費明細欄	サービス内容			サービスコード			単位数			回数 日数		サービス単位数			公費分 回数等		公費対象単位数			摘要									
	合計																												
緊急時施設療養費	緊急時傷病名		① ② ③										緊急時治療開始年月日		①平成 ②平成 ③平成		年		月		日								
	緊急時治療管理（再掲）				単位				単位×				日																
	特定治療	リハビリテーション				点		摘要																					
		処置				点																							
		手術				点																							
		麻酔				点																							
		放射線治療				点																							
合計				点																									
往診日数				医療機関名								通院日数				医療機関名													
特別療養費	傷病名																												
	識別番号		内容		単位数		回数		保険分単位数		公費回数		公費分単位数		摘要														
	合計																												
請求額集計欄	区分		保険分				公費分				保険分特定治療・特別療養費				公費分特定治療・特別療養費														
	①計画単位数																												
	②限度額管理対象単位数																												
	③限度額管理対象外単位数																												
	④給付点数・単位数																												
	⑤点数・単位数単価				円／単位						10 円／点・単位				10 円／点・単位														
	⑥給付率				／100						／100				／100														
	⑦請求額（円）																												
	⑧利用者負担額（円）																												
特定入所者介護サービス費	サービス内容		サービスコード		費用単価(円)		負担限度額		日数		費用額(円)		保険分		公費日数		公費分		利用者負担額										
	合計																												
											保険分請求額(円)				公費分請求額				公費分本人負担月額										
										枚中										枚目									

様式第四の二（附則第二条関係）

介護予防サービス介護給付費明細書
(介護老人保健施設における介護予防短期入所療養介護)

公費負担者番号										平成										年		月分																														
公費受給者番号										保険者番号																																										
被保険者	被保険者番号												請求事業者	事業所番号																																						
	(フリガナ)													事業所名称																																						
	氏名													所在地		〒 																																				
	生年月日		1.明治 2.大正 3.昭和				性別		1. 男 2. 女					所在地																																						
	要支援状態区分		要支援1・要支援2											連絡先		電話番号																																				
認定有効期間		平成				年				月				日		から		平成				年				月				日		まで																				
介護予防サービス計画		2.被保険者自己作成 3.介護予防支援事業者作成																												入所年月日		平成				年				月				日								
		事業所番号												退所年月日		平成				年				月				日																								
		事業所名称												短期入所 実日数																																						
給付費明細欄	サービス内容					サービスコード					単位数					回数 日数					サービス単位数					公費分 回数等					公費対象単位数					摘要																
	合計																																																			
緊急時施設療養費	緊急時傷病名		① ② ③										緊急時治療開始年月日					①平成 ②平成 ③平成				年				月				日		日																				
	緊急時治療管理（再掲）							単位							単位×							日																														
	特定治療	リハビリテーション							点		摘要																																									
		処置							点																																											
		手術							点																																											
		麻酔							点																																											
放射線治療							点																																													
合計							点																																													
往診日数				医療機関名												通院日数				医療機関名																																
特別療養費	傷病名																																																			
	識別番号		内容					単位数					回数					保険分単位数					公費回数					公費分単位数					摘要																			
	合計																																																			
請求額集計欄	区分		保険分										公費分										保険分特定治療・特別療養費										公費分特定治療・特別療養費																			
	①計画単位数																																																			
	②限度額管理対象単位数																																																			
	③限度額管理対象外単位数																																																			
	④給付点数・単位数																																																			
	⑤点数・単位数単価							円／単位															10円／点・単位										10円／点・単位																			
	⑥給付率							／100															／100																				／100									
	⑦請求額（円）																																																			
⑧利用者負担額（円）																																																				
介護予防サービス費	サービス内容		サービスコード					費用単価(円)					負担限度額					日数					費用額(円)					保険分					公費日数					公費分					利用者負担額									
	合計																																																			
																							保険分請求額(円)										公費分請求額										公費分本人負担月額									

様式第五（附則第二条関係）

居宅サービス介護給付費明細書
(病院・診療所における短期入所療養介護)

公費負担者番号												平成				年		月分																								
公費受給者番号												保険者番号																														
被保険者	被保険者番号												請求事業者	事業所番号																												
	(フリガナ)													事業所名称																												
	氏名													所在地		〒 —																										
	生年月日		1.明治			2.大正			3.昭和			性別		1.男		2.女																										
	要介護状態区分		要介護1・2・3・4・5											連絡先		電話番号																										
認定有効期間		平成				年				月				日		から		平成				年				月				日		まで										
居宅サービス計画	1.居宅介護支援事業者作成 2.被保険者自己作成																																									
	事業所番号																										入所年月日		平成				年				月				日	
	事業所名称																										退所年月日		平成				年				月				日	
																										短期入所 実日数																
給付費明細欄	サービス内容				サービスコード				単位数				回数 日数		サービス単位数				公費分 回数等		公費対象単位数				摘要																	
合計																																										
特定診療費	傷病名																																									
	識別番号		内容				単位数				回数		保険分単位数				公費回数		公費分単位数				摘要																			
合計																																										
請求額集計欄	区分				保険分				公費分				保険分特定診療費				公費分特定診療費																									
	①計画単位数																																									
	②限度額管理対象単位数																																									
	③限度額管理対象外単位数																																									
	④給付単位数																																									
	⑤単位数単価				円／単位								10円／単位				10円／単位																									
	⑥給付率				／100				／100				／100				／100																									
	⑦請求額（円）																																									
⑧利用者負担額（円）																																										
特定入所者介護サービス費	サービス内容		サービスコード		費用単価(円)		負担限度額		日数		費用額(円)		保険分		公費日数		公費分		利用者負担額																							
合計																																										
												保険分 請求額(円)				公費分 請求額				公費分本人負担月額																						

枚中

枚目

様式第五の二（附則第二条関係）

介護予防サービス介護給付費明細書
(病院・診療所における介護予防短期入所療養介護)

公費負担者番号										平成												年				月分																	
公費受給者番号										保険者番号																																	
被保険者	被保険者番号																				請求事業者	事業所番号																					
	(フリガナ)																					事業所名称																					
	氏名																					所在地		〒 ー																			
	生年月日		1.明治 2.大正 3.昭和						性別		1. 男 2. 女											所在地																					
	要支援状態区分		要支援 1 ・ 要支援 2																			所在地																					
	認定有効期間		平成				年				月				日		から		平成					年				月				日		まで									
介護予防サービス計画		2.被保険者自己作成 3. 介護予防支援事業者作成																		入所年月日		平成				年				月				日									
		事業所番号																		退所年月日		平成				年				月				日									
		事業所名称																				短期入所 実日数																					
給付費明細欄	サービス内容				サービスコード				単位数		回数 日数		サービス単位数		公費分 回数等		公費対象単位数				摘要																						
合計																																											
特定診療費	傷病名																																										
	識別番号		内容				単位数				回数		保険分単位数				公費回数		公費分単位数				摘要																				
合計																																											
請求額集計欄	区分				保険分				公費分				保険分特定診療費				公費分特定診療費																										
	①計画単位数																																										
	②限度額管理対象単位数																																										
	③限度額管理対象外単位数																																										
	④給付単位数																																										
	⑤単位数単価				円／単位								10 円／単位				10 円／単位																										
	⑥給付率				／100				／100				／100				／100																										
	⑦請求額（円）																																										
	⑧利用者負担額（円）																																										
特定入所者介護予防サービス費	サービス内容		サービスコード		費用単価(円)		負担限度額		日数		費用額(円)		保険分		公費日数		公費分		利用者負担額																								
合計																																											
										保険分請求額(円)						公費分請求額				公費分本人負担月額																							

様式第六（附則第二条関係）

地域密着型サービス介護給付費明細書
(認知症対応型共同生活介護（短期利用以外）)

公費負担者番号												平成						年			月分						
公費受給者番号												保険者番号															
被保険者	被保険者番号												請求事業者	事業所番号													
	(フリガナ)													事業所名称													
	氏名													所在地	〒												
	生年月日	1.明治			2.大正			3.昭和			性別	1. 男 2. 女															
	要介護状態区分	要介護 1・2・3・4・5																									
	認定有効期間	平成			年			月			日	から		平成			年			月			日	まで			
入居年月日		平成			年			月			日	退居年月日	平成			年			月			日	入居実日数		外泊日数		
入居前の状況		1.居宅 2.医療機関 3.介護老人福祉施設 4.介護老人保健施設 5.介護療養型医療施設 6.認知症対応型共同生活介護 7.特定施設入居者生活介護 8.その他																									
退居後の状況		1.居宅 3.医療機関入院 4.死亡 5.その他 6.介護老人福祉施設入所 7.介護老人保健施設入所 8.介護療養型医療施設入院																									
給付費明細欄	サービス内容			サービスコード			単位数			回数 日数		サービス単位数			公費分 回数等		公費対象単位数			摘要							
合計																											
請求額集計欄	区分			保険分						公費分																	
	①単位数合計																										
	②単位数単価			円／単位																							
	③給付率			／100						／100																	
	④請求額（円）																										
⑤利用者負担額（円）																											

枚中

枚目

様式第六の二（附則第二条関係）

地域密着型介護予防サービス介護給付費明細書
(介護予防認知症対応型共同生活介護（短期利用以外）)

公費負担者番号												平成 年 月分																													
公費受給者番号												保険者番号																													
被保険者	被保険者番号																				請求事業者	事業所番号																			
	(フリガナ)																					事業所名称																			
	氏名																					所在地		〒 -																	
	生年月日		1.明治 2.大正 3.昭和				性別		1. 男 2. 女													所在地																			
	要支援状態区分		要支援 2																			連絡先		電話番号																	
認定有効期間		平成		年		月		日		から		平成		年		月		日		まで																					
入居年月日		平成		年		月		日		退居年月日		平成		年		月		日		入居実日数		外泊日数																			
入居前の状況		1.居宅 2.医療機関 3.介護老人福祉施設 4.介護老人保健施設 5.介護療養型医療施設 6.認知症対応型共同生活介護 7.特定施設入居者生活介護 8.その他																																							
退居後の状況		1.居宅 3.医療機関入院 4.死亡 5.その他 6.介護老人福祉施設入所 7.介護老人保健施設入所 8.介護療養型医療施設入院																																							
給付費明細欄	サービス内容				サービスコード				単位数				回数 日数		サービス単位数				公費分 回数等		公費対象単位数				摘要																
合計																																									

請求額集計欄	区分				保険分								公費分							
	①単位数合計																			
	②単位数単価				円／単位															
	③給付率				／100								／100							
	④請求額（円）																			
⑤利用者負担額（円）																				

枚中

枚目

様式第六の三（附則第二条関係）

居宅サービス・地域密着型サービス介護給付費明細書
(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)

公費負担者番号								平成			年			月分
公費受給者番号								保険者番号						

被保険者	被保険者番号														
	(フリガナ)														
	氏名														
	生年月日		1.明治 2.大正 3.昭和						性別	1. 男 2. 女					
			年	月	日										
要介護状態区分		要介護 1・2・3・4・5													
認定有効期間		平成		年		月		日	から						
		平成		年		月		日	まで						

請求事業者	事業所番号														
	事業所名称														
	所在地		〒					－							
連絡先		電話番号													

入居 年月日	平成		年		月		日	退居 年月日	平成		年		月		日	入居実日数		外泊日数		
入居前の状況			1.居宅 2.医療機関 3.介護老人福祉施設 4.介護老人保健施設 5.介護療養型医療施設 6.認知症対応型共同生活介護 7.特定施設入居者生活介護 8.その他																	
退居後の状況			1.居宅 3.医療機関入院 4.死亡 5.その他 6.介護老人福祉施設入所 7.介護老人保健施設入所 8.介護療養型医療施設入院																	

給付費明細欄	サービス内容	サービスコード				単位数	回数 日数	サービス単位数	公費分 回数等	公費対象単位数	摘要
合計											

請求額集計欄	区分	保険分				公費分			
	①外部利用型給付上限単位数								
	②外部利用型上限管理対象単位数								
	③給付単位数								
	④単位数単価				円／単位				
	⑤給付率				／100				／100
	⑥請求額（円）								
	⑦利用者負担額（円）								

	枚中		枚目
--	----	--	----

様式第六の四（附則第二条関係）

介護予防サービス介護給付費明細書
(介護予防特定施設入居者生活介護)

公費負担者番号												平成				年				月分					
公費受給者番号												保険者番号													
被保険者	被保険者番号 (フリガナ)																								
	氏名																								
	生年月日	1.明治			2.大正			3.昭和			性別	1. 男		2. 女											
			年		月		日																		
	要支援状態区分	要支援 1 ・ 要支援 2																							
認定有効期間	平成			年			月			日	から	平成			年			月		日	まで				
請求事業者	事業所番号																								
	事業所名称																								
	所在地	〒						ー																	
	連絡先	電話番号																							
入居年月日	平成			年			月			日	退居年月日	平成			年			月		日	入居実日数		外泊日数		
入居前の状況		1.居宅 2.医療機関 3.介護老人福祉施設 4.介護老人保健施設 5.介護療養型医療施設 6.認知症対応型共同生活介護 7.特定施設入居者生活介護 8.その他																							
退居後の状況		1.居宅 3.医療機関入院 4.死亡 5.その他 6.介護老人福祉施設入所 7.介護老人保健施設入所 8.介護療養型医療施設入院																							
給付費明細欄	サービス内容	サービスコード					単位数					回数 日数	サービス単位数					公費分 回数等	公費対象単位数					摘要	
合計																									
請求額集計欄	区分	保険分										公費分													
	①外部利用型給付上限単位数																								
	②外部利用型上限管理対象単位数																								
	③給付単位数																								
	④単位数単価											円／単位													
	⑤給付率											／100					／100								
	⑥請求額（円）																								
⑦利用者負担額（円）																									
		枚中				枚目																			

様式第六の五（附則第二条関係）

地域密着型サービス介護給付費明細書
(認知症対応型共同生活介護 (短期利用))

[illegible]

	枚中		枚目
--	----	--	----

様式第六の六（附則第二条関係）

地域密着型介護予防サービス介護給付費明細書
(介護予防認知症対応型共同生活介護(短期利用))

公費負担者番号										平成										年										月分									
公費受給者番号										保険者番号																													
被保険者	被保険者番号																																						
	(フリガナ)																																						
	氏名																																						
	生年月日		1.明治 2.大正 3.昭和						性別		1. 男 2. 女																												
	要支援 状態区分		要支援 2																																				
	認定有効 期間		平成				年				月				日		から																						
		平成				年				月				日		まで																							
介護予防 サービス 計画	2.被保険者自己作成 3. 介護予防支援事業者作成																																						
	事業所番号																																						
	事業所名称																																						
入居年月日		平成				年				月				日																									
退居年月日		平成				年				月				日																									
短期利用 実日数																																							
給付費明細欄	サービス内容			サービスコード			単位数			回数 日数		サービス単位数			公費分 回数等		公費対象単位数			摘要																			
合計																																							
請求額集計欄	区分			保険分						公費分																													
	①計画単位数																																						
	②限度額管理対象単位数																																						
	③限度額管理対象外単位数																																						
	④給付単位数																																						
	⑤単位数単価			円／単位																																			
	⑥給付率			／100						／100																													
	⑦請求額（円）																																						
⑧利用者負担額（円）																																							

	枚中		枚目
--	----	--	----

様式第七（附則第二条関係）

居宅介護支援介護給付費明細書

						平成										年			月分							
公費負担者番号															保険者番号											
居宅介護 支援事業者	事業所 番号													所在地	〒					—						
	事業所 名称																									
		連絡先	電話番号																							
		単位数単価											(円／単位)													

項番	被保険者番号										(フリガナ)										性別		1. 男 2. 女													
被保険者	公費受給者番号																																			
	生年月日		1. 明治 2. 大正 3. 昭和										要介護 状態区分		要介護 1・2・3・4・5				認定 有効期間		平成 平成		年		月		日	から								
	担当介護支援 専門員番号												サービス計画 作成依頼 届出年月日		平成				年				月		日											
給付費明細欄	サービス内容					サービスコード					単位数		回数		サービス単位数				摘要		サービス単位数合計															
																					請求額合計															
	項番	被保険者番号										(フリガナ)										性別		1. 男 2. 女												
被保険者	公費受給者番号																																			
	生年月日		1. 明治 2. 大正 3. 昭和										要介護 状態区分		要介護 1・2・3・4・5				認定 有効期間		平成 平成		年		月		日	から								
	担当介護支援 専門員番号												サービス計画 作成依頼 届出年月日		平成				年				月		日											
給付費明細欄	サービス内容					サービスコード					単位数		回数		サービス単位数				摘要		サービス単位数合計															
																					請求額合計															

様式第七の二（附則第二条関係）

介護予防支援介護給付費明細書

[illegible]

項番	被保険者番号										(フリガナ)										性別		1. 男 2. 女								
被保険者	公費受給者番号										氏名																				
	生年月日		1. 明治 2. 大正 3. 昭和										要介護 状態区分		要支援1・要支援2				認定 有効期間		平成			年			月			日	から
					年			月			日											平成			年			月			日
	担当介護支援 専門員番号										サービス計画 作成依頼 届出年月日		平成			年			月			日									
給付費明細欄	サービス内容										サービスコード				単位数		回数	サービス単位数				摘要		サービス単位数合計							
																								請求額合計							
	項番	被保険者番号										(フリガナ)										性別		1. 男 2. 女							
被保険者	公費受給者番号										氏名																				
	生年月日		1. 明治 2. 大正 3. 昭和										要介護 状態区分		要支援1・要支援2				認定 有効期間		平成			年			月			日	から
					年			月			日											平成			年			月			日
	担当介護支援 専門員番号										サービス計画 作成依頼 届出年月日		平成			年			月			日									
給付費明細欄	サービス内容										サービスコード				単位数		回数	サービス単位数				摘要		サービス単位数合計							
																								請求額合計							

様式第八（附則第二条関係）

施設サービス等・地域密着型サービス介護給付費明細書
(介護福祉施設サービス・地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護)

公費負担者番号									
公費受給者番号									

平成			年			月分
保険者番号						

被 保 険 者	被保険者 番号									
	(フリガナ)									
	氏名									
	生年月日	1.明治 2.大正 3.昭和							性 別	1. 男 2. 女
				年			月			
	要介護 状態区分	要介護 1・2・3・4・5							旧措置 入所者特例	1. 無 2. 有
認定有効 期間	平成			年			月		日 から	
	平成			年			月		日 まで	

請 求 事 業 者	事業所 番号										
	事業所 名称										
	所在地	〒				-					
	連絡先	電話番号									

入所 年月日	平成			年			月			日	退所 年月日	平成			年			月			日	入所実日数			外泊日数			
入所前の状況				1.居宅 2.医療機関 3.介護老人福祉施設 4.介護老人保健施設 5.介護療養型医療施設 6.認知症対応型共同生活介護 7.特定施設入居者生活介護 8.その他																								
退所後の状況				1.居宅 3.医療機関入院 4.死亡 5.その他 6.介護老人福祉施設入所 7.介護老人保健施設入所 8.介護療養型医療施設入院																								

給付費明細欄

サービス内容	サービスコード						単位数			回数 日数	サービス単位数				公費分 回数等	公費対象単位数				摘要
合計																				

請求額集計欄	区分	保険分	公費分
	①単位数合計		
	②単位数単価	円／単位	
	③給付率	／100	／100
	④請求額（円）		
	⑤利用者負担額（円）		

特定入所者介護サービス費	サービス内容	サービスコード		費用単価(円)	負担限度額	日数	費用額(円)	保険分	公費日数	公費分	利用者負担額
	合計										
							保険分 請求額(円)		公費分 請求額		公費分本人負担月額

社会福祉法人等による軽減欄	軽減率		%	受領すべき利用者負担の総額（円）	軽減額（円）	軽減後利用者負担額（円）	備考
	51	介護福祉施設サービス					
	54	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護					

様式第九（附則第二条関係）

施設サービス等介護給付費明細書
(介護保健施設サービス)

公費負担者番号														平成				年				月分																			
公費受給者番号														保険者番号																											
被 保 険 者	被保険者番号												請 求 事 業 者	事業所番号																											
	(フリガナ)													事業所名称																											
	氏名													所在地		〒 -																									
	生年月日		1.明治		2.大正		3.昭和		性別		1.男			2.女		連絡先		電話番号																							
			年				月				日																														
要介護状態区分		要介護1・2・3・4・5																																							
認定有効期間		平成				年				月				日		から																									
		平成				年				月				日		まで																									
入所年月日		平成				年				月				日		退所年月日		平成				年				月				日		入所実日数				外泊日数					
主傷病												入所前の状況		1.居宅　2.医療機関　3.介護老人福祉施設　4.介護老人保健施設 5.介護療養型医療施設　6.認知症対応型共同生活介護　7.特定施設入居者生活介護　8.その他																											
退所後の状況		1.居宅　3.医療機関入院　4.死亡　5.その他　6.介護老人福祉施設入所　7.介護老人保健施設入所　8.介護療養型医療施設入院																																							
給 付 費 明 細 欄	サービス内容			サービスコード			単位数			回数 日数			サービス単位数			公費分 回数等			公費対象単位数			摘要																			
合計																																									
緊 急 時 施 設 療 養 費	緊急時傷病名			① ② ③						緊急時治療開始年月日			①平成 ②平成 ③平成						年 年 年			月 月 月			日 日 日																
	緊急時治療管理（再掲）						単位						単位×						日																						
	特 定 治 療	リハビリテーション						点			摘要																														
		処置						点																																	
		手術						点																																	
		麻酔						点																																	
		放射線治療						点																																	
合計						点																																			
往診日数						医療機関名						通院日数						医療機関名																							
特 別 療 養 費	傷病名																																								
	識別番号		内容			単位数			回数			保険分単位数			公費回数			公費分単位数			摘要																				
合計																																									
請 求 額 集 計 欄	区分			保険分			公費分			保険分特定治療・特別療養費			公費分特定治療・特別療養費																												
	①点数・単位数合計																																								
	②点数・単位数単価						円／単位						10円／点・単位			10円／点・単位																									
	③給付率						／100						／100			／100																									
	④請求額（円）																																								
	⑤利用者負担額（円）																																								
介 護 サ ー ビ ス 費	サービス内容		サービスコード		費用単価(円)		負担限度額		日数		費用額(円)		保険分		公費日数		公費分		利用者負担額																						
	合計																																								
											保険分請求額(円)				公費分請求額				公費分本人負担月額																						
																		枚中																							
																		枚目																							

様式第十（附則第二条関係）

施設サービス等介護給付費明細書
(介護療養施設サービス)

公費負担者番号												平成				年				月分									
公費受給者番号												保険者番号																	
被保険者	被保険者番号																												
	(フリガナ)																												
	氏名																												
	生年月日	1.明治 2.大正 3.昭和						性別	1. 男 2. 女																				
				年		月			日																				
	要介護状態区分	要介護 1・2・3・4・5																											
認定有効期間	平成			年			月			日	から																		
	平成			年			月			日	まで																		
入院年月日	平成			年			月			日	退院年月日	平成			年			月			日	入院実日数			外泊日数				
主傷病												入院前の状況		1.居宅 2.医療機関 3.介護老人福祉施設 4.介護老人保健施設 5.介護療養型医療施設 6.認知症対応型共同生活介護 7.特定施設入居者生活介護 8.その他															
退院後の状況		1.居宅 3.医療機関入院 4.死亡 5.その他 6.介護老人福祉施設入所 7.介護老人保健施設入所 8.介護療養型医療施設入所																											

給付費明細欄	サービス内容	サービスコード		単位数	回数 日数	サービス単位数	公費分 回数等	公費対象単位数	摘要
		合計							

特定診療費	傷病名								
	識別番号		内容	単位数	回数	保険分単位数	公費回数	公費分単位数	摘要
合計									

請求額集計欄	区分		保険分		公費分		保険分特定診療費		公費分特定診療費	
	①単位数合計									
	②単位数単価			円／単位			10 円／単位		10 円／単位	
	③給付率			／100		／100		／100		／100
	④請求額（円）									
	⑤利用者負担額（円）									

特定入所者介護サービス費	サービス内容	サービスコード		費用単価(円)		負担限度額	日数	費用額(円)		保険分	公費日数	公費分		利用者負担額	
	合計														
								保険分 請求額(円)		公費分 請求額		公費分本人負担月額			

様式第十一（附則第二条関係）

給付管理票（平成 年 月分）

[illegible][illegible]

平成23年度歯科技工料調査業務要綱

1 調査の目的

歯冠修復及び欠損補綴に際して用いられる各種歯科技工物の歯科技工料を調査し、歯科保険医療について検討するための基礎資料を得ることを目的とする。

2 調査の対象

(1) 歯科医療機関

全国の歯科医療機関のうち、100分の1

(2) 歯科技工所

全国の歯科技工所のうち、10分の1

3 調査票の提出期日

(1) 調査対象期間 平成23年7月1日～31日までの1ヶ月間

(2) 提出期日 平成23年8月31日までに委託先に提出する。

4 調査の内容

歯科医療機関及び歯科技工所における外注歯科技工料に係る歯科技工物別の金額及び総取扱い件数

5 調査の方法

調査票を調査客体である歯科医療機関及び歯科技工所に送付し、当該歯科医療機関及び歯科技工所の管理者による自計後、紙媒体等により返送する。

6 調査の系統

厚生労働省保険局医療課－歯科医療機関及び歯科技工所

7 集計・分析

調査票をもとに集計・分析を行う。

8 結果の公表

調査結果は、行政資料として使用し、公表しない。



統計法に基づく一般統計調査

厚生労働省保険局

歯科技工料調査



(歯 科 医 療 機 関 用 調 査 票)

平成 23 年 6 月 調査

施 設 名				
所 在 地	〒	都道	郡	町
		府県	市	村
			区	番地
				号
本調査に該当しない場合は、下記の「該当しない理由」を記入の上、ご返送ください。 該当しない理由 - 医療機関を廃止・休止している。 - 歯科技工物を外注していない。 - 保険医療機関ではない。 - その他 () 注) 本調査に該当しない場合は、本調査票の表紙のみを記入しご返送下さい。				

管理者各位

この調査は、歯科技工所から納入された歯科技工物の歯科技工料を調査するものであり、次項以降の「記入上の注意事項」に従って、本調査票に記入していただくようお願いいたします。

なお、本調査票は統計資料として用いる以外に利用することはありません。

ご多忙中恐れ入りますが、ご協力下さるようお願い申し上げます。

平成 23 年 6 月

厚生労働省

記入上の注意事項

＊次のページに記入例がありますので参考にしてください。

1. この調査は、**平成 23 年 7 月 1 日から 31 日までの 1 か月間**に、歯科保険医療機関に歯科技工所から実際に納入した歯科技工物の歯科技工料を調査するものです。**（単に歯科技工所の歯科技工料金表を転記羅列するものではありませんのでご注意下さい。）**
2. 調査項目の品名は、ほぼ同一グループ毎に並べてありますが、分離できないものについては、一括して記入してください。
3. **「材料料を含まない場合」**欄には、使用金属材料料（金属材料料、人工歯料等）が明確に区分されている場合に、使用金属材料料を除いた金額を記入して下さい。また**「材料料を含む場合」**欄には、使用材料が区分されていない場合に、使用材料料を含む金額を記入して下さい。
4. **「総個数」**欄には、**平成 23 年 7 月中**に納入された歯科技工物のおのこの個数を正しく記入してください。
5. **「総金額」**欄には、上記の納入個数に対する**消費税を含めた歯科技工料**の合計を記入してください。**外税方式の場合には、消費税相当分を加算した金額**を記入してください。
6. 調査票に記入の際、必要に応じて「歯科技工料調査補助票」をご活用ください。なお、「歯科技工料調査補助票」は返送の必要はありません。
7. 調査票は、**平成 23 年 8 月 31 日（水）までに**ご返送ください。なお、**調査に該当しない場合も 1 頁の「該当しない理由」**を記入の上ご返送ください。
8. その他、ご不明な点がございましたら下記あてにご連絡下さい。

【照会先】

本調査についてのご質問等は、以下までお問い合わせください。

厚生労働省保険局医療課 担当者：和田、青木

TEL：03-5253-1111（内 3275）

（受付時間：9:30～18:15 12:00～13:00 の時間帯・土日祝日を除く）

【返送先】

〒105-0003

東京都港区西新橋 3-6-10 マストライフ西新橋ビル

株式会社 工業市場研究所

歯科医療機関用調査票記入例

調査票の記入に際し、誤って記入しやすい「外税方式で取引している場合の記入例」と、「ポンティック（ダミー）の記入例」を示しましたので参考にしてください。

1. 外税方式で取引している場合の記入例

調査票の「総金額」欄には、消費税を加算した金額を記入してください。

例えば、総義歯（人工歯料（材料料）を含まない場合）の取引個数が△個、総金額が〇〇,〇〇〇円の場合、調査票の「総個数」及び「総金額」欄には、取引個数の△個と〇〇,〇〇〇円×1.05＝●●,●●●円を記入することになります。

（内税方式の場合には、取引の総金額をそのまま調査票の「総金額」欄に記入してください。）

No	項 目	材料料を含まない場合		材料料を含む場合		記入上の注意事項
		総 個 数	総 金 額	総 個 数	総 金 額	
115	総 義 歯	△	●●,●●●			

2. ポンティック（ダミー）の記入例

ポンティック（ダミー）の記入は、ブリッジ1装置当たりの欠損歯数に関わりなくポンティック（ダミー）の個数と金額を記入してください。

また、「前歯」、「臼歯」に分かれていますので、それぞれ別に記入してください。

例えば、次のような取引があった場合、以下の記載となります。

- ① 1 | 1 2 欠損のポンティック（ダミー）を1装置（メタルボンド 貴金属）
- ② 4 3 | 欠損のポンティック（ダミー）を1装置（硬質レジン前装 ニッケルクロム合金）
- ③ 6 | 欠損のポンティック（ダミー）を1装置（金パラ）

（すべて「材料料を含まない場合」）

No	項 目	材料料を含まない場合		材料料を含む場合		記入上の注意事項
		総個数	総 金 額	総個数	総 金 額	
381	ポンティック（ダミー） （前歯）	メタル ボンド	貴金属	3	▲▲,▲▲▲	①
382			金銀パラジウム合金			
383			その他の合金			
384	ポンティック（ダミー） （前歯）	硬 質 レジン 前 装	金銀パラジウム合金			②
385			ニッケルクロム合金	1	〇,〇〇〇	
386			銀 合 金			
393	ポンティック（ダミー） （臼歯）	硬 質 レジン 前 装	金銀パラジウム合金			③
394			ニッケルクロム合金	1	●,●●●	
395			銀 合 金			
399	（臼歯）	鑄 造	貴 金 属			③
400			金銀パラジウム合金	1	△,△△△	
401			ニッケルクロム合金			

歯 科 医 療 機 関 用 調 査 票

No	項 目		材料料を含まない場合		材料料を含む場合		記入上の注意事項	
			総 個 数	総 金 額	総 個 数	総 金 額		
101	局 部 義 歯 (レジン床)	1 床 1 歯		円		円	1. 歯数は、欠損歯数でなく、人工歯数により算定して下さい。 2. レジン床のレジン材料料は、製作料に含まれるものとします。人工歯料については、別に請求された場合は「材料料を含まない」欄に記入し、別に請求のない場合は「材料料を含む」欄に記入して下さい。 3. 鉤、バー、補強線等は、別に該当欄が設けてあります。 (No. 251～297)	
102		1 床 2 歯						
103		1 床 3 歯						
104		1 床 4 歯						
105		1 床 5 歯						
106		1 床 6 歯						
107		1 床 7 歯						
108		1 床 8 歯						
109		1 床 9 歯						
110		1 床 10 歯						
111		1 床 11 歯						
112		1 床 12 歯						
113		1 床 13 歯						
114		1 床 14 歯						
115	総 義 歯 (レジン床)	総 義 歯					4. 隙、金属歯は、別に該当欄が設けてあります。 (No. 441～452) 5. 鉤、バー等に金合金又は白金加金を使用している場合であっても、床がレジン床の場合は、本欄に記入して下さい。 6. 排列料は、人工歯料を加算しないで下さい。	
121	排 列 料 (レジン床)	1 床 1 歯						
122		1 床 2 歯						
123		1 床 3 歯						
124		1 床 4 歯						
125		1 床 5 歯						
126		1 床 6 歯						
127		1 床 7 歯						
128		1 床 8 歯						
129		1 床 9 歯						
130		1 床 10 歯						
131		1 床 11 歯						
132		1 床 12 歯						
133		1 床 13 歯						
134		1 床 14 歯						
135		総 義 歯						
139	咬合床料 (レジン床)							

No	項 目		材料料を含まない場合		材料料を含む場合		記入上の注意事項
			総 個 数	総 金 額	総 個 数	総 金 額	
141	局 部 義 歯 (熱可塑性樹脂床)	1 床 1 ～ 4 歯		円		円	1. 歯数は、欠損歯数でなく、人工歯数により算定して下さい。 2. ビン材料料については、製作料に含まれるものとします。 3. 排列料は、人工歯料を加算しないで下さい。
142		1 床 5 ～ 8 歯					
143		1 床 9 ～ 11 歯					
144		1 床 12 ～ 14 歯					
145	総 義 歯 (熱可塑性樹脂床)	総 義 歯					
161	排 列 料 (熱可塑性樹脂床)	1 床 1 ～ 4 歯					
162		1 床 5 ～ 8 歯					
163		1 床 9 ～ 11 歯					
164		1 床 12 ～ 14 歯					
165		総 義 歯					
179	咬合床料 (熱可塑性樹脂床)						
181	義 歯 完成料 (金属床)	貴金属	1 床 1 ～ 4 歯				1. 排列料は、金属の種類を区分せず本欄に記入して下さい。
182			1 床 5 ～ 8 歯				
183			1 床 9 ～ 11 歯				
184			1 床 12 ～ 14 歯				
185			総 義 歯				
201		その 他 の 合 金	1 床 1 ～ 4 歯				
202			1 床 5 ～ 8 歯				
203			1 床 9 ～ 11 歯				
204			1 床 12 ～ 14 歯				
205			総 義 歯				
221	排列料 (金属床)	1 床 1 ～ 4 歯					
222		1 床 5 ～ 8 歯					
223		1 床 9 ～ 11 歯					
224		1 床 12 ～ 14 歯					
225		総 義 歯					
241	咬 合 床 料 (金 属 床)						
242	模 型 作 製 料 (金 属 床)						

No	項 目			材料料を含まない場合		材料料を含む場合		記入上の注意事項
				総 個 数	総 金 額	総 個 数	総 金 額	
251	線 鉤	双歯鉤	貴 金 属		円		円	1. 金属材料料については、別に請求された場合は「材料料を含まない」欄に記入し、別に請求のない場合は「材料料を含む」欄に記入して下さい。 2. バックアクション鉤、リアクション鉤、ジャクソン鉤等、特殊な形態の鉤は双歯鉤の欄に記入して下さい。 3. 不銹鋼の場合は、特殊鋼に含めて記入して下さい。 4. 金属床の鉤、フック・スパー等は別に該当欄が設けてあります。 (No. 521 ～535)
252			14 K 金合金					
253			特 殊 鋼					
254		両翼鉤 (レスト付)	貴 金 属					
255			14 K 金合金					
256			特 殊 鋼					
257		両翼鉤 (レストなし)	貴 金 属					
258			14 K 金合金					
259			特 殊 鋼					
261	鑄造鉤	双歯鉤	貴 金 属					
262			14 K 金合金					
263			金銀パラジウム合金					
264			ニッケルクロム合金					
265		両翼鉤 (レスト付)	貴 金 属					
266			14 K 金合金					
267			金銀パラジウム合金					
268			ニッケルクロム合金					
269		両翼鉤 (レストなし)	貴 金 属					
270			14 K 金合金					
271			金銀パラジウム合金					
272			ニッケルクロム合金					
281	フック スパー	線	貴 金 属					
282			特 殊 鋼					
283		鑄 造	貴 金 属					
291	バー	屈 曲	貴 金 属					
292			金銀パラジウム合金					
293			特 殊 鋼					
294		鑄 造	貴 金 属					
295			金銀パラジウム合金					
296			ニッケルクロム合金					
297	補強線		特 殊 鋼					

No	項 目			材料料を含まない場合		材料料を含む場合		記入上の注意事項
				総 個 数	総 金 額	総 個 数	総 金 額	
311	鑄造冠	全 部 鑄造冠	貴 金 属		円		円	1. ブリッジの支台 装置も含めて記 入して下さい。 2. 金属材料料及び 人工歯料・歯冠 色前装材料料に ついては、別に請 求された場合は 「材料料を含ま ない」欄に記入 し、別に請求のな い場合は「材料料 を含む」欄に記入 して下さい。 ※ 単純なものとは、隣接面を含ま ないものをいう。 ※ 複雑なものとは、隣接面を含む ものをいう。 ※ 貴金属とは、金 合金、白金加金を いう。 ※ ニッケルクロム合金とは、ニッケルクロム合金、 コバルトクロム合金を いう。
312			金銀パラジウム合金					
313			ニッケルクロム合金					
314			銀 合 金					
315		部 分 鑄造冠 (3/4 冠 4/5 冠)	貴 金 属					
316			14 K 金合金					
317			金銀パラジウム合金					
318			ニッケルクロム合金					
319			銀 合 金					
331	インレー	単純な も の	貴 金 属					
332			14 K 金合金					
333			金銀パラジウム合金					
334			ニッケルクロム合金					
335			銀 合 金					
336		複雑な も の	貴 金 属					
337			14 K 金合金					
338			金銀パラジウム合金					
339			ニッケルクロム合金					
340			銀 合 金					
357	金属焼付 ポーセレン冠		貴 金 属					
358			ニッケルクロム合金					
359			その他の合金					
361	硬質レジン 前装鑄造冠		貴 金 属					
362			金銀パラジウム合金					
363			ニッケルクロム合金					
364			銀 合 金					
365	ポーセレン冠、アルミナポーセレン冠							
366	キャストプラスチック冠							
367	硬質レジン ジャケット冠		光 重 合 型					
368			加熱重合型					
369	レジンジャケット冠							
371	複合レジン(CR) インレー		単純なもの					
372			複雑なもの					

No	項 目			材料料を含まない場合		材料料を含む場合		記入上の注意事項
				総 個 数	総 金 額	総 個 数	総 金 額	
375	リテイナー	5歯以下のもの			円		円	1. 金属材料及び人工歯料については、別に請求された場合は「材料料を含まない」欄に記入し、別に請求のない場合は「材料料を含む」欄に記入して下さい。 2. 3歯欠損のポンティック（ダミー）は、3個と数えて下さい。 例) 前歯1歯欠損、臼歯2歯欠損の場合は、前歯ポンティック（ダミー）1個、臼歯ポンティック（ダミー）2個と数えて下さい。 3. 3ページに記入例がありますので参考にして下さい。 ※ 貴金属とは、金合金、白金加金をいう。 ※ ニッケルクロム合金とは、ニッケルクロム合金、コバルトクロム合金をいう。
376		6歯以上のもの						
380	歯冠修復物作製のための模型							
381	ポンティック（ダミー） （前歯）	メタル ボンド	貴 金 属					
382			金銀パラジウム合金					
383			その他の合金					
384		硬 質 レジン 前 装	金銀パラジウム合金					
385			ニッケルクロム合金					
386			銀 合 金					
387		金 属 裏 装	貴 金 属					
388			金銀パラジウム合金					
389			ニッケルクロム合金					
390	ポンティック（ダミー） （臼歯）	メタル ボンド	貴 金 属					
391			金銀パラジウム合金					
392			その他の合金					
393		硬 質 レジン 前 装	金銀パラジウム合金					
394			ニッケルクロム合金					
395			銀 合 金					
396		金 属 裏 装	貴 金 属					
397			金銀パラジウム合金					
398			ニッケルクロム合金					
399		鑄造	貴 金 属					
400			金銀パラジウム合金					
401			ニッケルクロム合金					
402			銀 合 金					
421	ろう着		貴 金 属ろう					
422			金銀パラジウムろう					
423			ニッケルクロムろう					
424			銀 ろ う					
429	連 結							
431	メタルコア		貴 金 属					
432			金銀パラジウム合金					
433			銀 合 金					
441	隙	金 属	貴 金 属					
442			金銀パラジウム合金					
443			ニッケルクロム合金					
444			銀 合 金					
445		レ ジ ン						

No.	項 目		材料料を含まない場合		材料料を含む場合		記入上の注意事項
			総 個 数	総 金 額	総 個 数	総 金 額	
451	金 属 歯	貴 金 属		円		円	1. 人工歯料については、別に請求された場合は「材料料を含まない」欄に記入し、別に請求のない場合は、「材料料を含む」欄に記入して下さい。
452		銀 合 金					
461	有 床 義 歯 修 理						
462	リライン (床裏装法)	1 ～ 4 歯					
463		5 ～ 8 歯					
464		9 ～ 11 歯					
465		12 ～ 14 歯					
466		総 義 歯					
467	リベース (換 床 法)	1 ～ 4 歯					2. 熱可塑性樹脂床については、10 ページの「その他」欄に記載して下さい。
468		5 ～ 8 歯					
469		9 ～ 11 歯					
470		12 ～ 14 歯					
471		総 義 歯					
501	鑄 造 床 (貴 金 属)	床の範囲が前歯部又は臼歯部に限局するもの					1. 床の範囲等により区分して、それぞれの該当欄に記入して下さい。 なお、圧印床については、10 ページの「その他」の項目に記載して下さい。
502		床の範囲が前歯部及び片側の臼歯部に及ぶもの					
503		床の範囲が前歯部及び両側の臼歯部に及ぶもの					
504		総 義 歯					
505		パラタルバー 部分床					
511	鑄 造 床 (その他の合金)	床の範囲が前歯部又は臼歯部に限局するもの					2. 床、鉤、アタッチメント及び義歯完成料等が分離されている場合は、それぞれの該当欄に記入して下さい。
512		床の範囲が前歯部及び片側の臼歯部に及ぶもの					
513		床の範囲が前歯部及び両側の臼歯部に及ぶもの					
514		総 義 歯					
515		パラタルバー 部分床					
521	金属床用鉤 (貴 金 属)	フック・スパー・レスト					※ 貴金属とは、金合金、白金加金をいう。
522		両 翼 鉤					
523		ローチ鉤					
524		リング鉤・バックアクション鉤					
525		双 歯 鉤					
531	金属床用鉤 (その他の合金)	フック・スパー・レスト					
532		両 翼 鉤					
533		ローチ鉤					
534		リング鉤・バックアクション鉤					
535		双 歯 鉤					

[illegible]

歯科技工料調査 技
(歯 科 技 工 所 用 調 査 票)

平成 23 年 6 月 調査

施 設 名	
所 在 地	〒 都道 郡 町 番地 府県 市 村 号 区
従 事 者 数	歯科技工士 名
受 注 方 法 等	1. 歯科医療機関から全て又は一部を直接受注している。 2. 歯科医療機関からの直接の受注はない。 3. 歯科技工所を廃止・休止している。 4. その他 () 注) <u>2～4</u> を選択した場合は、本調査の対象には <u>該当しません。</u> 4 頁以降の記入は不要となりますので <u>本調査票の表紙のみを記入</u> しご返送下さい。

管理者各位

この調査は、歯科技工所から納入された歯科技工物の歯科技工料を調査するものであり、次項以降の「記入上の注意事項」に従って、本調査票に記入していただくようお願いいたします。

なお、本調査票は統計資料として用いる以外に利用することはありません。

ご多忙中恐れ入りますが、ご協力下さるようお願い申し上げます。

平成 23 年 6 月

厚生労働省

記入上の注意事項

＊次のページに記入例がありますので参考にしてください。

1. この調査は、平成 23 年 7 月 1 日から 31 日までの 1 か月間に、歯科保険医療機関に歯科技工所から実際に納入した歯科技工物の歯科技工料を調査するものです。（単に歯科技工所の歯科技工料金表を転記羅列するものではありません。また、歯科医療機関から直接受注があり納品している歯科技工物のみの個数及び歯科技工料をご記入ください。）
2. 調査項目の品名は、ほぼ同一グループ毎に並べてありますが、分離できないものについては、一括して記入してください。
3. 「**材料料を含まない場合**」欄には、使用金属材料料（金属材料料、人工歯料等）が明確に区分されている場合に、使用金属材料料を除いた金額を記入して下さい。また「**材料料を含む場合**」欄には、使用材料が区分されていない場合に、使用材料料を含む金額を記入して下さい。
4. 「**総個数**」欄には、平成 23 年 7 月中に納入した歯科技工物のおのものの個数を正しく記入してください。
5. 「**総金額**」欄には、上記の納入個数に対する消費税を含めた歯科技工料の合計を記入してください。外税方式の場合には、消費税相当分を加算した金額を記入してください。
6. 調査票に記入の際、必要に応じて「歯科技工料調査補助票」をご活用ください。なお、「歯科技工料調査補助票」は返送の必要はありません。
7. 調査票は、平成 23 年 8 月 31 日（水）までにご返送ください。なお、調査に該当しない場合も 1 頁の「該当しない理由」を記入の上ご返送ください。
8. その他、ご不明な点がございましたら下記あてにご連絡下さい。

【照会先】

本調査についてのご質問等は、以下までお問い合わせください。

厚生労働省保険局医療課 担当者：和田、青木

TEL：03-5253-1111（内 3275）

（受付時間：9:30～18:15 12:00～13:00 の時間帯・土日祝日を除く）

【返送先】

〒105-0003

東京都港区西新橋 3-6-10 マストライフ西新橋ビル
株式会社 工業市場研究所

歯科技工所用調査票記入例

調査票の記入に際し、誤って記入しやすい「外税方式で取引している場合の記入例」と、「ポンティック（ダミー）の記入例」を示しましたので参考にしてください。

1. 外税方式で取引している場合の記入例

調査票の「総金額」欄には、消費税を加算した金額を記入してください。

例えば、総義歯（人工歯料（材料料）を含まない場合）の取引個数が△個、総金額が〇〇,〇〇〇円の場合、調査票の「総個数」及び「総金額」欄には、取引個数の△個と〇〇,〇〇〇円×1.05＝●●,●●●円を記入することになります。

（内税方式の場合には、取引の総金額をそのまま調査票の「総金額」欄に記入してください。）

No	項 目	材料料を含まない場合		材料料を含む場合		記入上の注意事項
		総 個 数	総 金 額	総 個 数	総 金 額	
115	総 義 歯	△	●●,●●●			

2. ポンティック（ダミー）の記入例

ポンティック（ダミー）の記入は、ブリッジ1装置当たりの欠損歯数に関わりなくポンティック（ダミー）の個数と金額を記入してください。

また、「前歯」、「臼歯」に分かれていますので、それぞれ別に記入してください。

例えば、次のような取引があった場合、以下の記載となります。

- ① 1 | 1 2 欠損のポンティック（ダミー）を1装置（メタルボンド 貴金属）
- ② 4 3 | 欠損のポンティック（ダミー）を1装置（硬質レジン前装 ニッケルクロム合金）
- ③ 6 | 欠損のポンティック（ダミー）を1装置（金パラ）

（すべて「材料料を含まない場合」）

No	項 目		材料料を含まない場合		材料料を含む場合		記入上の注意事項
			総個数	総 金 額	総個数	総 金 額	
381	ポンティック（ダミー） （前歯）	メタル ボンド	3	▲▲,▲▲▲	←		①
382				金銀パラジウム合金			
383				その他の合金			
384	ポンティック（ダミー） （前歯）	硬 質 レジン 前 装	1	〇,〇〇〇	←		②
385				ニッケルクロム合金			
386				銀 合 金			
393	ポンティック（ダミー） （臼歯）	硬 質 レジン 前 装	1	●,●●●	←		③
394				ニッケルクロム合金			
395				銀 合 金			
399	（臼歯）	鑄 造	1	△,△△△	←		③
400				金銀パラジウム合金			
401				ニッケルクロム合金			

歯 科 技 工 所 用 調 査 票

No	項 目		材料料を含まない場合		材料料を含む場合		記入上の注意事項
			総 個 数	総 金 額	総 個 数	総 金 額	
101	局 部 義 歯 (レジン床)	1 床 1 歯		円		円	1. 歯数は、欠損歯数でなく、人工歯数により算定して下さい。 2. レジン床のレジン材料料は、製作料に含まれるものとします。人工歯料については、別に請求された場合は「材料料を含まない」欄に記入し、別に請求のない場合は「材料料を含む」欄に記入して下さい。 3. 鉤、バー、補強線等は、別に該当欄が設けてあります。 (No. 251～297)
102		1 床 2 歯					
103		1 床 3 歯					
104		1 床 4 歯					
105		1 床 5 歯					
106		1 床 6 歯					
107		1 床 7 歯					
108		1 床 8 歯					
109		1 床 9 歯					
110		1 床 10 歯					
111		1 床 11 歯					
112		1 床 12 歯					
113		1 床 13 歯					
114		1 床 14 歯					
115	総 義 歯 (レジン床)	総 義 歯					
121	排 列 料 (レジン床)	1 床 1 歯					4. 隙、金属歯は、別に該当欄が設けてあります。 (No. 441～452) 5. 鉤、バー等に金合金又は白金加金を使用している場合であっても、床がレジン床の場合は、本欄に記入して下さい。 6. 排列料は、人工歯料を加算しないで下さい。
122		1 床 2 歯					
123		1 床 3 歯					
124		1 床 4 歯					
125		1 床 5 歯					
126		1 床 6 歯					
127		1 床 7 歯					
128		1 床 8 歯					
129		1 床 9 歯					
130		1 床 10 歯					
131		1 床 11 歯					
132		1 床 12 歯					
133		1 床 13 歯					
134		1 床 14 歯					
135		総 義 歯					
139	咬合床料 (レジン床)						

No	項 目		材料料を含まない場合		材料料を含む場合		記入上の注意事項
			総 個 数	総 金 額	総 個 数	総 金 額	
141	局 部 義 歯 (熱可塑性樹脂床)	1 床 1 ～ 4 歯		円		円	1. 歯数は、欠損歯数でなく、人工歯数により算定して下さい。 2. ビン材料料については、製作料に含まれるものとします。 3. 排列料は、人工歯料を加算しないで下さい。
142		1 床 5 ～ 8 歯					
143		1 床 9 ～ 11 歯					
144		1 床 12 ～ 14 歯					
145	総 義 歯 (熱可塑性樹脂床)	総 義 歯					
161	排 列 料 (熱可塑性樹脂床)	1 床 1 ～ 4 歯					
162		1 床 5 ～ 8 歯					
163		1 床 9 ～ 11 歯					
164		1 床 12 ～ 14 歯					
165		総 義 歯					
179	咬合床料 (熱可塑性樹脂床)						
181	義 歯 完成料 (金属床)	貴金属	1 床 1 ～ 4 歯				1. 排列料は、金属の種類を区分せず本欄に記入して下さい。
182			1 床 5 ～ 8 歯				
183			1 床 9 ～ 11 歯				
184			1 床 12 ～ 14 歯				
185			総 義 歯				
201		その 他 の 合 金	1 床 1 ～ 4 歯				
202			1 床 5 ～ 8 歯				
203			1 床 9 ～ 11 歯				
204			1 床 12 ～ 14 歯				
205			総 義 歯				
221	排列料 (金属床)	1 床 1 ～ 4 歯					
222		1 床 5 ～ 8 歯					
223		1 床 9 ～ 11 歯					
224		1 床 12 ～ 14 歯					
225		総 義 歯					
241	咬 合 床 料 (金 属 床)						
242	模 型 作 製 料 (金 属 床)						

No	項 目			材料料を含まない場合		材料料を含む場合		記入上の注意事項
				総 個 数	総 金 額	総 個 数	総 金 額	
251	線 鉤	双歯鉤	貴 金 属		円		円	1. 金属材料料については、別に請求された場合は「材料料を含まない」欄に記入し、別に請求のない場合は「材料料を含む」欄に記入して下さい。 2. バックアクション鉤、リアクション鉤、ジャクソン鉤等、特殊な形態の鉤は双歯鉤の欄に記入して下さい。 3. 不銹鋼の場合は、特殊鋼に含めて記入して下さい。 4. 金属床の鉤、フック・スパー等は別に該当欄が設けてあります。 (No. 521 ～535)
252			14 K 金合金					
253			特 殊 鋼					
254		両翼鉤 (レスト付)	貴 金 属					
255			14 K 金合金					
256			特 殊 鋼					
257		両翼鉤 (レストなし)	貴 金 属					
258			14 K 金合金					
259			特 殊 鋼					
261	鑄造鉤	双歯鉤	貴 金 属					
262			14 K 金合金					
263			金銀パラジウム合金					
264			ニッケルクロム合金					
265		両翼鉤 (レスト付)	貴 金 属					
266			14 K 金合金					
267			金銀パラジウム合金					
268			ニッケルクロム合金					
269		両翼鉤 (レストなし)	貴 金 属					
270			14 K 金合金					
271			金銀パラジウム合金					
272			ニッケルクロム合金					
281	フック スパー	線	貴 金 属					
282			特 殊 鋼					
283		鑄 造	貴 金 属					
291	バー	屈 曲	貴 金 属					
292			金銀パラジウム合金					
293			特 殊 鋼					
294		鑄 造	貴 金 属					
295			金銀パラジウム合金					
296			ニッケルクロム合金					
297	補強線		特 殊 鋼					

No	項 目			材料料を含まない場合		材料料を含む場合		記入上の注意事項
				総 個 数	総 金 額	総 個 数	総 金 額	
311	鑄造冠	全 部 鑄造冠	貴 金 属		円		円	1. ブリッジの支台 装置も含めて記 入して下さい。 2. 金属材料料及び 人工歯料・歯冠 色前装材料料に ついては、別に請 求された場合は 「材料料を含ま ない」欄に記入 し、別に請求のな い場合は「材料料 を含む」欄に記入 して下さい。 ※ 単純なものとは、隣接面を含ま ないものをいう。 ※ 複雑なものとは、隣接面を含む ものをいう。 ※ 貴金属とは、金 合金、白金加金を いう。 ※ ニッケルクロム合金とは、ニッケルクロム合金、 コバルトクロム合金を いう。
312			金銀パラジウム合金					
313			ニッケルクロム合金					
314			銀 合 金					
315		部 分 鑄造冠 (3/4 冠 4/5 冠)	貴 金 属					
316			14 K 金合金					
317			金銀パラジウム合金					
318			ニッケルクロム合金					
319			銀 合 金					
331	インレー	単純な も の	貴 金 属					
332			14 K 金合金					
333			金銀パラジウム合金					
334			ニッケルクロム合金					
335			銀 合 金					
336		複雑な も の	貴 金 属					
337			14 K 金合金					
338			金銀パラジウム合金					
339			ニッケルクロム合金					
340			銀 合 金					
357	金属焼付 ポーセレン冠		貴 金 属					
358			ニッケルクロム合金					
359			その他の合金					
361	硬質レジン 前装鑄造冠		貴 金 属					
362			金銀パラジウム合金					
363			ニッケルクロム合金					
364			銀 合 金					
365	ポーセレン冠、アルミナポーセレン冠							
366	キャストプラスチック冠							
367	硬質レジン ジャケット冠		光 重 合 型					
368			加熱重合型					
369	レジンジャケット冠							
371	複合レジン(CR) インレー		単純なもの					
372			複雑なもの					

No	項 目		材料料を含まない場合		材料料を含む場合		記入上の注意事項
			総 個 数	総 金 額	総 個 数	総 金 額	
375	リテイナー	5歯以下のもの		円		円	1. 金属材料及び人工歯料については、別に請求された場合は「材料料を含まない」欄に記入し、別に請求のない場合は「材料料を含む」欄に記入して下さい。 2. 3歯欠損のポンティック（ダミー）は、3個と数えて下さい。 例) 前歯1歯欠損、臼歯2歯欠損の場合は、前歯ポンティック（ダミー）1個、臼歯ポンティック（ダミー）2個と数えて下さい。 3. 3ページに記入例がありますので参考にして下さい。 ※ 貴金属とは、金合金、白金加金をいう。 ※ ニッケルクロム合金とは、ニッケルクロム合金、コバルトクロム合金をいう。
376		6歯以上のもの					
380	歯冠修復物作製のための模型						
381	ポンティック（ダミー） （前歯）	メタル ボンド	貴 金 属				
382			金銀パラジウム合金				
383			その他の合金				
384		硬 質 レジン 前 装	金銀パラジウム合金				
385			ニッケルクロム合金				
386			銀 合 金				
387		金 属 裏 装	貴 金 属				
388			金銀パラジウム合金				
389			ニッケルクロム合金				
390	ポンティック（ダミー） （臼歯）	メタル ボンド	貴 金 属				
391			金銀パラジウム合金				
392			その他の合金				
393		硬 質 レジン 前 装	金銀パラジウム合金				
394			ニッケルクロム合金				
395			銀 合 金				
396		金 属 裏 装	貴 金 属				
397			金銀パラジウム合金				
398			ニッケルクロム合金				
399		鑄造	貴 金 属				
400			金銀パラジウム合金				
401			ニッケルクロム合金				
402			銀 合 金				
421	ろう着		貴 金 属ろう				
422			金銀パラジウムろう				
423			ニッケルクロムろう				
424			銀 ろ う				
429	連 結						
431	メタルコア		貴 金 属				
432			金銀パラジウム合金				
433			銀 合 金				
441	隙	金 属	貴 金 属				
442			金銀パラジウム合金				
443			ニッケルクロム合金				
444			銀 合 金				
445		レ ジ ン					

No.	項 目		材料料を含まない場合		材料料を含む場合		記入上の注意事項
			総 個 数	総 金 額	総 個 数	総 金 額	
451	金 属 歯	貴 金 属		円		円	1. 人工歯料については、別に請求された場合は「材料料を含まない」欄に記入し、別に請求のない場合は、「材料料を含む」欄に記入して下さい。
452		銀 合 金					
461	有 床 義 歯 修 理						
462	リライン (床裏装法)	1 ～ 4 歯					
463		5 ～ 8 歯					
464		9 ～ 11 歯					
465		12 ～ 14 歯					
466		総 義 歯					
467	リベース (換 床 法)	1 ～ 4 歯					2. 熱可塑性樹脂床については、10 ページの「その他」欄に記載して下さい。
468		5 ～ 8 歯					
469		9 ～ 11 歯					
470		12 ～ 14 歯					
471		総 義 歯					
501	鑄 造 床 (貴 金 属)	床の範囲が前歯部又は臼歯部に限局するもの					1. 床の範囲等により区分して、それぞれの該当欄に記入して下さい。 なお、圧印床については、10 ページの「その他」の項目に記載して下さい。
502		床の範囲が前歯部及び片側の臼歯部に及ぶもの					
503		床の範囲が前歯部及び両側の臼歯部に及ぶもの					
504		総 義 歯					
505		パラタルバー 部分床					
511	鑄 造 床 (その他の合金)	床の範囲が前歯部又は臼歯部に限局するもの					2. 床、鉤、アタッチメント及び義歯完成料等が分離されている場合は、それぞれの該当欄に記入して下さい。
512		床の範囲が前歯部及び片側の臼歯部に及ぶもの					
513		床の範囲が前歯部及び両側の臼歯部に及ぶもの					
514		総 義 歯					
515		パラタルバー 部分床					
521	金属床用鉤 (貴 金 属)	フック・スパー・レスト					※ 貴金属とは、金合金、白金加金をいう。
522		両 翼 鉤					
523		ローチ鉤					
524		リング鉤・バックアクション鉤					
525		双 歯 鉤					
531	金属床用鉤 (その他の合金)	フック・スパー・レスト					
532		両 翼 鉤					
533		ローチ鉤					
534		リング鉤・バックアクション鉤					
535		双 歯 鉤					

[illegible]

老齡年金受給者実態調査要綱

1. 調査の目的

老齡年金受給者について、収入、支出、就業状況等の実態等を総合的に把握し、年金が受給者の生活の中で果たしている役割をとらえ、年金制度運営のための基礎資料を得ることを目的とする。

2. 調査対象及び調査客体

平成23年11月1日現在における老齡年金の受給者を調査の対象とし、調査対象から無作為に抽出した2万7千人を調査の客体とする。

3. 調査時点及び調査期間

調査時点は平成23年11月1日とし、調査期間は平成23年11月1日から30日までの1カ月間とする。

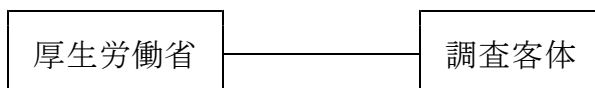
4. 調査事項

「老齡年金受給者実態調査票」に記載されている事項について調査する。

5. 調査方法

調査客体として選ばれた老齡年金受給者に調査票を直接郵送し、これに所要の事項を記入の上、返送を求める方法により行う。

6. 調査の系統



7. 集計及び結果の公表

集計は民間委託により行い、集計結果の分析及び公表は厚生労働省年金局が行う。なお、集計結果の審査及び確認等のため、集計に際して日本年金機構本部が保有するデータ（受給権発生年月、加入制度別期間、年金額等）を活用している。

結果については、まとまり次第速やかに公表する。

老齢年金受給者実態調査票

(平成23年11月1日)

秘

整理番号

厚生労働省年金局

お答えは、□の中には数字を記入し、その他は
あてはまるものの番号を○印で囲んでください。

老齢年金を受給されている方(ご本人)のことについてお伺いします。

問1 あなたの性別に○印をつけてください。

1. 男 2. 女

問2 あなたの生年月日を書いてください。

1. 明治 年 月 日生
2. 大正
3. 昭和

あなたとあなたの配偶者(妻または夫)についてお伺いします。
(配偶者がいない場合は、あなたの分だけを書いてください。)

問3 あなたに配偶者がいる場合は、その方の生年月日を書いてください。

1. 明治 年 月 日生
2. 大正
3. 昭和
4. 平成

あなたの配偶者の基礎年金番号を書いてください。

	—	
--	---	--

(参考)

配偶者の基礎年金番号は、年金証書、年金振込通知書、ねんきん定期便、基礎年金番号通知書または年金手帳等でご確認ください。

問4 あなたとあなたの配偶者は現在収入のある仕事をしていますか。
該当箇所に○印をつけてください。

		あなた	あなたの配偶者
0	収入のある仕事はしていない	0	0
1	常時雇われている者	1	1
2		2	2
3	臨時に雇われている者、日々雇われている者	3	3
4	自営業主(農家を含む。)またはその家族従事者	4	4

問5 あなた、または、あなたの配偶者が収入のある仕事をしている理由は次のどれにあてはまりますか。
該当箇所に○印をつけてください。

	あなた	あなたの配偶者
1	生活にどうしても必要だから	1
2	生活の足しになるから	2
3	生きがい、社会参加、健康保持のため	3
4	その他	4

問6 あなたとあなたの配偶者の20歳から60歳までの間での主な仕事は何でしたか。
1～5の中で中心となる仕事(おおむね20年間を超えて従事していたもの)に○印をつけてください。
1～5のどれにも該当しない場合は、6に○印をつけてください。

		あなた	あなたの配偶者(*)
1	正規の職員・従業員	1	1
2	パート、契約社員・嘱託等	2	2
3	臨時に雇われていた、日々雇われていた	3	3
4	自営業主(農家を含む。)またはその家族従事者	4	4
5	収入のある仕事はしていなかった(専業主婦等)	5	5
6	1～5のどれにも20年間以上は該当しない	6	6

(*)配偶者については、60歳以上の場合のみ該当箇所に○印をつけてください。

問7 次にあげる項目について、現時点から過去1年間の収入は、いくらぐらいでしたか。(おおよそで結構です)
あなたとあなたの配偶者について、それぞれ書いてください。
(注:「収入」とは必要経費を除く事業収入、勤務先からの税込み収入などを指します。ただし、退職金などの臨時的な高額収入については除いてください。)

1 働いて得た収入

あなた	あなたの配偶者								
<table><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> 万円					<table><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> 万円				

2 国民年金、厚生年金

あなた	あなたの配偶者					
<table><tr><td>記入の必要はありません</td></tr></table> 万円	記入の必要はありません	<table><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> 万円				
記入の必要はありません						

3 国家公務員共済組合、地方公務員共済組合、日本私立学校振興・共済事業団の年金、恩給(国民年金や厚生年金は除きます。)

あなた	あなたの配偶者								
<table><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> 万円					<table><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> 万円				

4 その他(企業年金、個人年金、家賃収入、利子・配当、仕送り等を含む。)

あなた	あなたの配偶者								
<table><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> 万円					<table><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> 万円				

裏面に続きます

引き続き、あなたとあなたの配偶者についてお伺いします。
(配偶者がいない場合は、あなたの分だけを書いてください。)

問8 (1) あなたとあなたの配偶者の現在の貯蓄額は、あわせていくらぐらいですか。
(注:「貯蓄」とは、預貯金、株式、掛け捨てでない生命保険などをいいます。)

	なし	100万円未満	100～300万円未満	300～500万円未満	500～700万円未満	700～1000万円未満	1000～1500万円未満	1500～2000万円未満	2000～3000万円未満	3000万円以上
貯蓄額	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

(2) あなたまたはあなたの配偶者名義の不動産を持っていますか。
1. 持っている 2. 持っていない

問9 あなたとあなたの配偶者の支出は、平均して1か月あたりいくらぐらいですか。(おおよそで結構です)
(注:乗用車・住宅を購入したなどの臨時的な高額支出については除いてください。)

1か月の支出 万円

下記の支出は1か月あたりいくらぐらいですか。
(おおよそで結構です)

	なし	5万円未満	5～10万円未満	10～15万円未満	15～20万円未満	20～25万円未満	25～30万円未満	30～35万円未満	35万円以上
衣食住	0	1	2	3	4	5	6	7	8

	なし	1万円未満	1～2万円未満	2～3万円未満	3～4万円未満	4～5万円未満	5～6万円未満	6～7万円未満	7～8万円未満	8～9万円未満	9～10万円未満	10万円以上
光熱費	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
通信費	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
趣味・娯楽・交際費	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
ローン等支払い	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
医療・介護の自己負担	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
税・社会保険料	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

問10 あなたとあなたの配偶者は、年金を繰上げ受給しましたか。
次の該当箇所に○印をつけてください。
(注:「繰上げ受給」とは、本来65歳から支給される老齢基礎年金を、本人の請求に基づき、65歳より早く支給し始める制度です。繰上げ受給すると、繰上げ受給を請求しなかった場合に比べて、年金額が減額されることとなります。)

		あなた	あなたの 配偶者 (*)
0 繰上げ受給はしていない		0	0
1	繰上げ受給 をした	年金を繰上げないと生活出来なかったため	1
2		生活の足しにしたかったため	2
3		減額されても、早く受給する方が得だと思ったため	3
4		その他	4

(*)配偶者については、年金受給者の場合のみ該当箇所に○印をつけてください。

あなたの世帯についてお伺いします。
(生計が別でも同居していれば含めてください。)

問11 あなたの世帯は、あなたを含めて何人ですか。

1. 1人

2. 2人

3. 3人

4. 4人

5. 5人

6. 6人

7. 7人以上
- あなたの世帯であなた以外の方全員に○印をつけてください。

1. 配偶者
2. 子または子の配偶者
3. 親
4. その他

問12 あなたの世帯には、あなたを含めて収入のある仕事をしている方は何人ですか。

0. 0人

1. 1人

2. 2人

3. 3人

4. 4人以上
- 収入のある仕事をしている方全員に○印をつけてください。

1. あなた自身
2. 配偶者
3. 子または子の配偶者
4. 親
5. その他

問13 あなたのお住まいは次のどれにあてはまりますか。

1. 持ち家（ご家族の持ち家を含みます）

2. 民間賃貸住宅

3. 社宅・公務員住宅等の給与住宅（寮）

4. 都市再生機構・公社等の賃貸住宅

5. 地方公共団体の公営住宅

6. その他
- 持ち家以外の方にお伺いします。
1か月あたりの家賃はいくらぐらいですか。

1. 0万円 ～ 1万円未満

2. 1万円 ～ 2万円未満

3. 2万円 ～ 3万円未満

4. 3万円 ～ 4万円未満

5. 4万円 ～ 5万円未満

6. 5万円 ～ 6万円未満

7. 6万円 ～ 7万円未満

8. 7万円 ～ 8万円未満

9. 8万円 ～ 10万円未満

10. 10万円 ～ 15万円未満

11. 15万円 ～ 20万円未満

12. 20万円以上

問14 あなたの世帯は生活保護を受けていますか。

1. 受けている
2. 受けていない

調査票の記入が終わりましたら、同封の封筒に入れ、**11月28日までに**投函してください。
(切手を貼る必要はありません。)

ご協力ありがとうございました。

訪問看護療養費実態調査要綱

1 目的

この調査は、在宅医療の推進等に伴い、訪問看護のニーズは増加しており、訪問看護療養費における基本療養費の請求実態、基本療養費及び管理療養費とそれらに係る加算の請求実態の把握・分析等を行うことにより、訪問看護療養費の支給額等を適正に評価し、次回診療報酬改定時における訪問看護療養費の改定を行うための基礎資料を得ることを目的とする。

2 調査の対象

社会保険診療報酬支払基金、国民健康保険中央会

3 調査の客体及び件数

訪問看護療養費明細書のうち、無作為抽出した1／2とする。

(前回実績)

平成21年6月審査件数	約82,400件
調査件数(抽出率1／2)	約41,200件

4 調査スケジュール

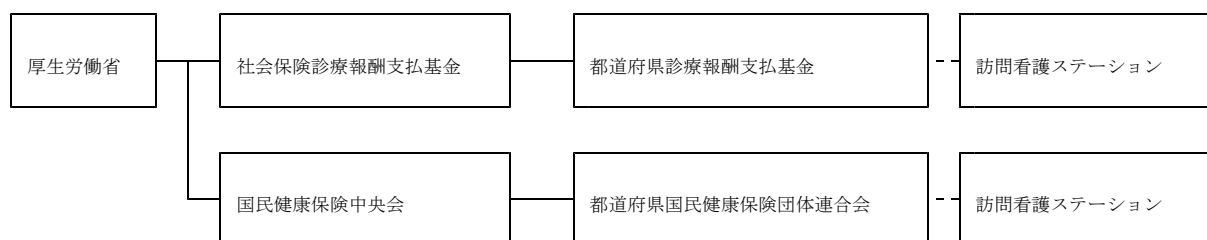
平成23年7月末	データ抽出
8月初旬～	集計
9月末	納品
平成24年1月末	公表

5 調査の方法及び系統

(1) 抽出の方法

各都道府県の社会保険診療報酬支払基金及び国民健康保険団体連合会において審査が終了した訪問看護療養費明細書(写)について、社会保険診療報酬支払基金及び国民健康保険中央会においてとりまとめ、厚生労働省保険局医療課に提出する方法により行う。

(2) 抽出の系統



6 集計

集計は、業者への委託により行う。

○ 訪 問 看 護 療 養 費 明 細 書

都道府
県番号

訪問看護ステーショ
ンコード

6	1 社・国	3 後 期	1 単 独	2 本 人	8 高齢一
訪問	2 公 費	4 退 職	2 2 併	4 六 歳 族	0 高齢7

平成 年 月分

—					—				
公 費 負 担 者 番 号 ①					公 費 負 担 医療の受給 者 番 号 ①				
公 費 負 担 者 番 号 ②					公 費 負 担 医療の受給 者 番 号 ②				

保 険 者 番 号								10 9 8 7 ()
--------------	--	--	--	--	--	--	--	-----------------

被保険者証・被保険者
手帳等の記号・番号

氏 名		特 記
1 男 2 女 1 明 2 大 3 昭 4 平 . . 生		
職務上の事由	1 職務上 2 下船後3月以内 3 通勤災害	

訪問看護ス
テーション
の住所及
び名称

心身の状態		訪問開始 年 月 日	年 月 日	保 険 公 費 ① 公 費 ②	日
主たる傷病名	1.	訪問終了 年 月 日 時刻	午前 午後 時 分		日
	2.	訪問終了 の 状 況	1 軽快 2 施設 3 医療機関 4 死亡 5 その他 ()		日
	3.	死亡の 状 況	時刻 場所 1 自宅 2 施設 3 病院 4 診療所 5 その他 ()		日
指示期間	指示期間 年 月 日 ~ 年 月 日	主治医の属する医療機関の名称			
	(特別指示期間) 年 月 日 ~ 年 月 日	主治医の氏名			
基 本 療 養 費	⑩ 基本療養費(Ⅰ)及び(Ⅲ) (公費分金額)	③① 管理療養費 円 + 円 × 日	円	円	円
	⑪ 看護師等 円 × 日 円	③② 24時間対応体制加算・24時間連絡体制加算	円	円	円
	⑫ 准看護師 円 × 日 円	③③ 重症者管理加算	円	円	円
	⑬ 看護師等 円 × 日 円	③④ 退院時共同指導加算	円 × 回	円	円
	⑭ 准看護師 円 × 日 円	③⑤ 退院支援指導加算	円	円	円
	⑮ 難病等複数回訪問加算 円 × 日 円	③⑥ 在宅患者連携指導加算	円	円	円
	⑯ 緊急訪問看護加算 円 × 日 円	③⑦ 在宅患者緊急時等カンファレンス加算 円 × 回	円	円	円
	⑰ 長時間訪問看護加算 円 × 日 円	訪問日	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31		
	⑱ 乳幼児加算 円 × 日 円	主治医への直近報告年月日 年 月 日			
	⑲ 幼児加算 円 × 日 円	提供した情報の概要			
⑳ 複数名訪問看護加算 看護師等 円 × 日 円 准看護師 円 × 日 円	情報提供先の市(区)町村等の名称				
費	㉑ 保健師、看護師、作業療法士 円 × 日 円	特記事項			
	㉒ 延長時間加算 円 × 時間 円	1 他① 2 他② 3 従 4 特地 5 介 6 支援			
④⑩ 情報提供療養費	円	負担金額 減額 制(円)免除・ 支払猶予	円	※高額療養費	円
⑤⑩ 訪問看護ターミナル ケア療養費	円	※公費負担金額	円	備 考	
合 計	保 請 求 円 ※ 決 定 円	※公費負担金額	円		
	公 費 ① 円 ※				
	公 費 ② 円 ※				

備考 1. この用紙は、日本工業規格A列4番とすること。
2. ※印の欄は、記入しないこと。

平成 22 年度 健康保険・船員保険被保険者実態調査 調査要綱

1. 調査の目的

この調査は、健康保険及び船員保険の被保険者の年齢、標準報酬月額、標準賞与額、その所属している事業所又は船舶所有者の業態、規模及び被扶養者の年齢、続柄、異動の状況等を調査し、制度運営のための基礎資料を得ることを目的とする。

2. 調査の対象及び客体

- (1) 健康保険組保管健康保険（以下「組保管健康保険」）は、平成 22 年 10 月 1 日現在の被保険者並びに平成 22 年 10 月中に被保険者資格取得届及び被保険者資格喪失届により異動した者（以下「異動者」）とし、被保険者は健康保険組合ごとに被保険者は 500 分の 1、異動者については 50 分の 1 で系統抽出した者とする。
- (2) 全国健康保険協会管掌健康保険（以下「協会管掌健康保険」）、及び健康保険法第 3 条第 2 項被保険者（以下「法第 3 条第 2 項被保険者」）は、平成 22 年 10 月 1 日現在の被保険者並びに平成 21 年 10 月から平成 22 年 9 月の間の異動者の全数とする。
- (3) 船員保険は、平成 22 年 10 月 1 日現在の被保険者並びに平成 22 年 1 月から平成 22 年 9 月の間の異動者の全数とする。

3. 調査の事項及び調査票

調査の事項は、「平成 22 年度健康保険被保険者実態調査調査票」（別添。以下「調査票」）に掲げる事項とする。ただし、法第 3 条第 2 項被保険者については、標準報酬月額及び標準賞与額についての事項を除く。

なお、船員保険被保険者実態調査については、船員保険被保険者実態調査調査項目に掲げる事項とする。

4. 調査の方法

- (1) 組保管健康保険については、健康保険組合に対し調査票を配布のうえ、健康保険組合で調査票の記入を行う。
- (2) 協会管掌健康保険及び法第 3 条第 2 項被保険者については、全国健康保険協会（以下「協会」）が、協会が保有している当該データを抽出、集計したうえで統計表を作成する。
- (3) 船員保険については、協会において協会が保有しているデータベースから当該データの抽出を行う。

5. 調査票等の提出期限及び提出先

- (1) 健康保険組合は、調査票を、平成 22 年 11 月 30 日までに管轄地方厚生(支)局に提出する。管轄地方厚生(支)局は健康保険組合から提出された調査票をとりまとめたうえで、厚生労働省保険局調査課（以下「調査課」）に提出する。
- (2) 協会は、協会管掌健康保険の被保険者及び法第 3 条第 2 項被保険者について作成した統計表を平成 22 年 11 月 30 日までに調査課に提出する。

(3) 協会は船員保険の被保険者について抽出したデータを磁気媒体に記録し、平成 22 年 11 月 30 日までに調査課に提出する。

6. 調査の集計及び解析

調査の集計及び解析は、調査課で行う。

7. 結果の公表

集計後、平成 23 年 12 月を目途に「健康保険・船員保険被保険者実態調査報告書」にて公表する。

平成 2 3 年度

健康保険被保険者実態調査調査票

秘

統計法に基づく一般統計調査

健康保険組合名

適用区分		1. 強 制		2. 任 意		3. 任意継続		4. 特例退職										
事業所		都道府県番号		業態番号		事業所の被保険者数		人										
被 保 険 者		性 別	1. 男 2. 女		生 年 月		1. 明治 2. 大正 3. 昭和 4. 平成		年		月		被保険者等の区分		1. 被保険者 2. 加入者 3. 脱退者			
		資格取得時期		1. 22年 9 月以前 2. 22年10月以降						標準報酬月額		千円		標準賞与額		千円		
		介護保険		1. 該当 2. 適用除外 ()						基準収入額適用申請				1. 該当 2. 不該当				
		加入者	1. 協会 2. 組合 3. 共済 4. 国保 5. その他 6. 不詳															
		脱退者	1. 協会 2. 組合 3. 共済 4. 国保 5. その他 6. 不詳 7. 死亡 8. 後期高齢者															
被 扶 養 者		性 別	生 年 月						続 柄				扶養開始時期				介護保険	
	1	1. 男 2. 女	1. 明 2. 大	3. 昭 4. 平			年			月	1. 配偶者 3. 子		2. 直系尊属 4. その他		1. 22年 9 月以前 2. 22年10月以降		1. 該当 2. 適用除外 ()	
	2	1. 男 2. 女	1. 明 2. 大	3. 昭 4. 平			年			月	1. 配偶者 3. 子		2. 直系尊属 4. その他		1. 22年 9 月以前 2. 22年10月以降		1. 該当 2. 適用除外 ()	
	3	1. 男 2. 女	1. 明 2. 大	3. 昭 4. 平			年			月	1. 配偶者 3. 子		2. 直系尊属 4. その他		1. 22年 9 月以前 2. 22年10月以降		1. 該当 2. 適用除外 ()	
	4	1. 男 2. 女	1. 明 2. 大	3. 昭 4. 平			年			月	1. 配偶者 3. 子		2. 直系尊属 4. その他		1. 22年 9 月以前 2. 22年10月以降		1. 該当 2. 適用除外 ()	
	5	1. 男 2. 女	1. 明 2. 大	3. 昭 4. 平			年			月	1. 配偶者 3. 子		2. 直系尊属 4. その他		1. 22年 9 月以前 2. 22年10月以降		1. 該当 2. 適用除外 ()	
	6	1. 男 2. 女	1. 明 2. 大	3. 昭 4. 平			年			月	1. 配偶者 3. 子		2. 直系尊属 4. その他		1. 22年 9 月以前 2. 22年10月以降		1. 該当 2. 適用除外 ()	
	7	1. 男 2. 女	1. 明 2. 大	3. 昭 4. 平			年			月	1. 配偶者 3. 子		2. 直系尊属 4. その他		1. 22年 9 月以前 2. 22年10月以降		1. 該当 2. 適用除外 ()	
	8	1. 男 2. 女	1. 明 2. 大	3. 昭 4. 平			年			月	1. 配偶者 3. 子		2. 直系尊属 4. その他		1. 22年 9 月以前 2. 22年10月以降		1. 該当 2. 適用除外 ()	
被保険者証		記号				番号												

注) 1. 数字を選択する箇所については、該当数字及び文字を○で囲むこと。
2. 数字を記入する箇所については、算用数字で右詰めに記入すること。

医療給付実態調査 調査要綱

1. 調査の目的

高齢者医療確保法第16条第1項では、医療費適正化計画の作成、実施及び評価に資するため、厚生労働大臣は医療に要する費用に関する地域別、年齢別または疾病別の状況等に関する調査及び分析を行うこととしており、この調査は、医療費適正化計画の作成、実施及び評価に資するための基礎資料を得ることを目的とする。

2. 調査の対象

① 保険者、広域連合

医療保険全保険者および後期高齢者医療広域連合を対象とする。

② 毎月審査決定された診療報酬明細書（以下、「レセプト」という。ただし、医科入院、医科入院外、歯科、調剤、DPCとする。）を対象とする。

3. 調査主体

厚生労働省保険局調査課

4. 調査の時期及び期限

報告期限については、毎年度、4月診療分から6月診療分までは9月末、7月診療分から9月診療分までは12月末、10月診療分から12月診療分までは翌年3月末、1月診療分から3月診療分までは6月末とする。

5. 調査の種類及び調査事項

各診療報酬明細書及び調剤報酬明細書について、以下の項目を調査する。

- ・ 医療機関のコード
- ・ 診療科
- ・ 保険者番号
- ・ 整理番号（被保険者記号・番号等を別途配布した変換ツールを用いて匿名化したもの）
- ・ 受診者の性別及び生年月日
- ・ 被保険者本人又は家族等の属性
- ・ 診療年月及び入院年月日
- ・ 診療種類
- ・ 診療実日数
- ・ 決定点数
- ・ 食事療養又は生活療養の回数及び決定基準額（入院の場合）
- ・ 疾病コード（※2）

※1 医療保険に係る分を調査

※ 2 社会保険表章用疾病分類（平成 17 年 12 月 26 日保発第 1226001 号）による 121 分類

6. 調査の方法

（1）健康保険、船員保険及び共済組合について

保険者が報告要領に基づきデータを作成し、厚生労働省保険局調査課（以下「調査課」という。）に磁気媒体により提出する。

なお、健保組合については厚生労働省ホームページより「電子政府の総合窓口（e-Gov）」の電子申請システムによる方法で提出することも可能。

（2）国民健康保険について

保険者が報告要領に基づきデータを作成し、都道府県がとりまとめて調査課に磁気媒体により提出する。

なお、レセプト電算処理を国民健康保険団体連合会（以下「連合会」という。）に委託している保険者にあつては、連合会が報告要領に基づきデータを作成し、都道府県がとりまとめて調査課に磁気媒体により提出することも可とする。

（3）後期高齢者医療について

後期高齢者医療広域連合が報告要領に基づきデータを作成し、都道府県がとりまとめて調査課に磁気媒体により提出する。

なお、レセプト電算処理を連合会に委託している後期高齢者医療広域連合にあつては、連合会が報告要領に基づきデータを作成し、都道府県がとりまとめて調査課に磁気媒体により提出することも可とする。

7. 結果の公表

この調査の集計結果は、厚生労働省ホームページにて、速やかに公表する。