

平成25年度介護事業実態調査 (案)

(介護事業経営概況調査)



政府統計

介護老人福祉施設・地域密着型介護老人福祉施設票

平成25年7月調査

統計法に基づく国の統計調査です。調査票情報の秘密の保護に万全を期します。

| | |
|-------|--------------|
| 事業所番号 | 1234567890 |
| 施設名 | 〇〇〇〇〇 |
| 所在地 | 東京都千代田区××1-1 |
| 経営主体 | 社会福祉法人 |
| 地域区分 | 1級地 |

| | |
|-------|------------|
| ID | 1234567890 |
| パスワード | ◎◎◎◎◎ |

お手順をおかけしますが、下の(1)～(5)に必ずご記入をお願いいたします。

(1) 電話番号 : _____ ()

(2) FAX番号 : _____ ()

(3) Eメールアドレス : _____ @

(4) 回答担当者 : 氏名 _____ (役職 : _____)

(5) 調査対象サービスの活動状況 (平成25年7月1日時点)

(下の1～3のいずれか1つに○)

1. 活動中

2. 休止

3. 廃止

(平成25年7月31日までに投函をお願いします)

厚生労働省老健局

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) 調査対象サービスにおける会計の期間について、下記より選んで番号を記入して下さい。

3. を選んだ場合は、あわせて期間も記入して下さい。

- | |
|----------------------|
| 1. 年単位（1月1日~12月31日） |
| 2. 年度単位（4月1日~翌3月31日） |
| 3. その他（月 日~翌 月 日） |

(4) 調査対象サービスにおける会計の区分状況について、下記より選んで番号を記入して下さい。

- | |
|--|
| 1. 単独会計：調査対象サービス単独で会計を行っている（調査対象サービスの収入・支出を把握） |
| 2. 一体会計：調査対象サービス以外のサービス等と一体的に会計を行っている |

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

単独会計 ⇒ 問1 (5) (6) は記入不要です。問2 (7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)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 | | | | | | | | | ⇒(6)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 | | | | | | | | | ⇒(6)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 | | | | | | | | | ⇒(6)⑤も記入 |
| ト 特定施設入居者生活介護 | | | | | | | | | |
| ナ 介護予防支援 | | | | | | | | | ⇒(6)⑥も記入 |
| ニ 居宅介護支援 | | | | | | | | | |

| (地域密着型サービス) | | | | | | | | | |
|------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|----------|
| 又 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 | | | | | | | | | ⇒(6)⑦も記入 |
| ネ 夜間対応型訪問介護 | | | | | | | | | ⇒(6)⑧も記入 |
| ノ 介護予防認知症対応型通所介護 | | | | | | | | | ⇒(6)⑨も記入 |
| ハ 認知症対応型通所介護 | | | | | | | | | |
| ヒ 介護予防小規模多機能型居宅介護 | | | | | | | | | |
| フ 小規模多機能型居宅介護 | | | | | | | | | |
| ヘ 介護予防認知症対応型共同生活介護 | | | | | | | | | |
| ホ 認知症対応型共同生活介護 | | | | | | | | | |
| マ 地域密着型特定施設入居者生活介護 | | | | | | | | | ⇒(6)⑤も記入 |
| ミ 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 | | | | | | | | | ⇒(6)⑩も記入 |
| ム 複合型サービス | | | | | | | | | |

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

(6) 下記の該当する項目の口にチェック (☑) し、指示に従って下さい。

単独会計 ⇒ 問2 (7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 (5) (2頁) で事業所番号を記入したサービスにチェック (☑) し、それぞれの太枠内に記入して下さい。

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

【メ 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 ^{※1} |
|--------------|------|------|------|------|------|-------------------|
| 延べ在所者数 (6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 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 ^{※1} |
|--------------|------|------|------|------|------|-------------------|
| 延べ在所者数 (6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。

【メ 介護老人福祉施設 / ミ 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、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。

食事延べ提供数 (6月中) 食

②【ア 介護予防訪問介護】 / 【イ 訪問介護】

【ア 介護予防訪問介護】

サービス提供延べ時間数 (6月中) 時間

【イ 訪問介護】

介護保険利用者へのサービス (6月中)

| | 身体介護 | 身体生活 | 生活援助 | 通院等 乗降介助 | 合計 |
|------------|------|------|------|-------------|----|
| 類型別延べ訪問回数 | 回 | 回 | 回 | 回 | 回 |
| 類型別延べ訪問時間数 | 時間 | 時間 | 時間 | 時間 | 時間 |

その他の利用者 (障害者等) へのサービス (6月中)

延べ訪問回数 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 **あわせ** たサービスの提供状況

| | | | |
|---------------|----------------------|---|--|
| 食事延べ提供数（6月中） | <input type="text"/> | 食 | |
| 送迎延べ実施回数（6月中） | <input type="text"/> | 回 | ※一人に対して片道の送迎を行った場合を1回と数えて下さい。 〔一人の人を迎えに行き、送った場合は2回になります。〕 |

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 **あわせ** たサービスの提供状況

| | | | |
|---------------|----------------------|---|--|
| 食事延べ提供数（6月中） | <input type="text"/> | 食 | ※空床型のサービスも含めて記入して下さい。 |
| 送迎延べ実施回数（6月中） | <input type="text"/> | 回 | ※一人に対して片道の送迎を行った場合を1回と数えて下さい。 〔一人の人を迎えに行き、送った場合は2回になります。〕 |

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】／【マ 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（6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（6月中） | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |

【マ 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（6月中） | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |

⑥【ナ 介護予防支援】／【二 居宅介護支援】

| | | | | | | |
|-------------------------------------|-------|-------|------------|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> 【ナ 介護予防支援】 | | | | | | |
| | 要支援 1 | 要支援 2 | その他（認定申請中） | | | |
| 実利用者数（6月中） | 人 | 人 | 人 | | | |

| | | | | | | |
|-------------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| <input type="checkbox"/> 【二 居宅介護支援】 | | | | | | |
| | 要介護 1 | 要介護 2 | 要介護 3 | 要介護 4 | 要介護 5 | その他※1 |
| 実利用者数（6月中） | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 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。

⑦【又 定期巡回・随時対応型訪問介護看護】

| | | | | | | | |
|---|--|------------------------------|---|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> 【又 定期巡回・随時対応型訪問介護看護】 | | | | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> 一体型 | <input checked="" type="checkbox"/> 連携型 | | | | |

※訪問看護延べ訪問回数については、定期巡回・随時対応型訪問介護看護の利用者に対し、「一体型」の事業所が行った場合のみ記入して下さい。「連携型」の事業所が行った訪問看護の提供状況については、記入しないで下さい。

| | | | | | | | |
|------------|------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | | 要介護 1 | 要介護 2 | 要介護 3 | 要介護 4 | 要介護 5 | その他※1 |
| 実利用者数（6月中） | | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 訪問介護 | 実利用者数 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| | 延べ訪問回数 | 回 | 回 | 回 | 回 | 回 | 回 |
| 訪問看護 | 実利用者数 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| | うち健康保険法等との併給者数※2 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| | うち健康保険法等のみによる実利用者数 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| | 延べ訪問回数 | 回 | 回 | 回 | 回 | 回 | 回 |
| | うち健康保険法等との併給者への訪問回数※2 | 回 | 回 | 回 | 回 | 回 | 回 |
| | うち健康保険法等のみによる利用者への訪問回数 | 回 | 回 | 回 | 回 | 回 | 回 |

※1：非該当の人であって自費でサービスを利用している人や要介護認定申請中の人を計上して下さい。
 ※2：介護保険法の利用者のうち、6月中に急性増悪等の理由で健康保険法等による訪問看護を利用する者について計上して下さい。

| | | | |
|-----------------|----------|-------|--------|
| 訪問看護延べ訪問回数（6月中） | | 介護保険法 | 健康保険法等 |
| | 看護師、保健師 | 回 | 回 |
| | 准看護師 | 回 | 回 |
| | PT、OT、ST | 回 | 回 |

| | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> 【自由契約等による定期巡回・随時対応型訪問介護看護のサービスの提供状況】 | | ※介護保険法、健康保険法等による訪問看護サービスを一度も利用せず、自由契約等のみによるサービスを利用する者の状況について記入して下さい。 |
| 実利用者数（6月中） | 人 | |
| 延べ訪問回数（6月中） | 回 | |

⑧【ネ 夜間対応型訪問介護】

| | | | | | | | |
|--|--------|------|------|------|------|------|-------|
| <input type="checkbox"/> 【ネ 夜間対応型訪問介護】 | | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 | その他※1 |
| 類型別延べ訪問回数 | | 回 | 回 | 回 | 回 | 回 | 回 |
| (6月中) | うち定期巡回 | 回 | 回 | 回 | 回 | 回 | 回 |
| | うち随時訪問 | 回 | 回 | 回 | 回 | 回 | 回 |

※1：非該当の人であって自費でサービスを利用している人や要介護認定申請中の人を計上して下さい。

⑨【ノ 介護予防認知症対応型通所介護】 / 【ハ 認知症対応型通所介護】

| | |
|--|------------------------|
| <input type="checkbox"/> 【ノ 介護予防認知症対応型通所介護 / ハ 認知症対応型通所介護】 を合わせたサービスの提供状況 | |
| 食事延べ提供数（6月中） | <input type="text"/> 食 |
| 送迎延べ実施回数（6月中） | <input type="text"/> 回 |

※一人に対して片道の送迎を行った場合を1回と数えて下さい。
〔一人の人を迎えに行き、送った場合は2回になります。〕

⑩【△ 複合型サービス】

| | | |
|--------------------------------------|------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 【△ 複合型サービス】 | | ※介護保険法のサービスを6月中に一度以上利用した者の状況について記入して下さい。 |
| 登録定員 | <input type="text"/> 人 | |
| 宿泊サービスの利用定員 | <input type="text"/> 人 | |
| 通いサービスの利用定員 | <input type="text"/> 人 | |

| | | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 | その他※1 |
|------------|------------------|------|------|------|------|------|-------|
| 実利用者数（6月中） | | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 宿泊 | 延べ利用者数（6月中） | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 通い | 延べ利用者数（6月中） | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 訪問介護 | 延べ利用者数（6月中） | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 訪問看護 | 延べ利用者数（6月中） | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| | うち健康保険法等との併給者数※2 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |

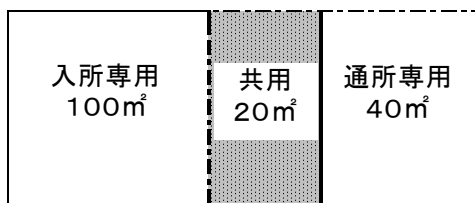
※1：非該当の人であって自費でサービスを利用している人や要介護認定申請中の人を計上して下さい。
※2：介護保険法の利用者のうち、6月中に急性増悪等の理由で健康保険法等による訪問看護を利用する者について計上して下さい。

問2 居室・設備等の状況

| | | | | | | | | | | |
|--|----------|--|-----------------------|---|----------------------|-----------------------|-------------------|--------------------|-----------------|----------------|
| 1 建築延べ面積 | | <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/> 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 | | | | | | | | | | |
| ユニットケア※2以外 | 室数 | | | 延べ床面積（m 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 | 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 | | 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） | 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） | | |
| | 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。 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 1:専用室 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 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。 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 1:専用室 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 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 ） | | | | <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/> 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(9頁)へ進んで下さい。

一体会計 ⇒ 下記の計算式に従い、調査対象サービスに従事する職員数(平成25年6月末日時点)のみを常勤換算人数で記入して下さい。

- ※ 複数の職種に従事している場合は、主として従事している職種のいずれか1つに分類して記入して下さい。
- ※ 介護支援専門員として従事している者は、1~21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25年6月末日現在) | 常勤 (小数点1位まで) | 非常勤 (小数点1位まで) |
|--------------------------------|-----------------|------------------|
| 1 介護老人福祉施設の管理者 | . 人 | . 人 |
| 2 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護の管理者 | . 人 | . 人 |
| 3 その他介護保険事業の管理者(上記1、2以外) | . 人 | . 人 |
| 4 医師 | . 人 | . 人 |
| 5 薬剤師 | . 人 | . 人 |
| 6 看護師 | . 人 | . 人 |
| 7 准看護師 | . 人 | . 人 |
| 8 介護職員 | . 人 | . 人 |
| 9 うち介護福祉士 | . 人 | . 人 |
| 10 理学療法士 | . 人 | . 人 |
| 11 作業療法士 | . 人 | . 人 |
| 12 言語聴覚士 | . 人 | . 人 |
| 13 柔道整復師・あん摩マッサージ指圧師 | . 人 | . 人 |
| 14 生活相談員・支援相談員 | . 人 | . 人 |
| 15 うち社会福祉士 | . 人 | . 人 |
| 16 福祉用具専門相談員 | . 人 | . 人 |
| 17 栄養士 | . 人 | . 人 |
| 18 うち管理栄養士 | . 人 | . 人 |
| 19 調理員 | . 人 | . 人 |
| 20 事務職員 | . 人 | . 人 |
| 21 その他 | . 人 | . 人 |
| 22 上記1~21のうち介護支援専門員(再掲) | . 人 | . 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 | . 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25年6月末日時点)と給与額等(平成24年度の決算期数値)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25年6月末日時点)と給与額等(平成24年度の決算期数値)について、それぞれ記入して下さい。

※ 給与額等は平成24年度の決算期数値を記入して下さい。困難な場合は直近の決算期数値を記入して下さい。
 ※ 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。

| 職 種 | 常 勤 | | | | | 非 常 勤 | | | | | |
|-------------------------------------|-----------------------------------|---------------|----|---|---|-----------|-----------|----|----|---|---|
| | 換算人員 人 | 十億 | 百万 | 千 | 円 | 実人員 人 | 換算人員 人 | 十億 | 百万 | 千 | 円 |
| 1 介護老人福祉施設の管理者 | . | | | | | | . | | | | |
| 2 地域密着型介護老人福祉施設入所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 | . | | | | | | . | | | | |
| 10 理学療法士 | . | | | | | | . | | | | |
| 11 作業療法士 | . | | | | | | . | | | | |
| 12 言語聴覚士 | . | | | | | | . | | | | |
| 13 柔道整復師・あん摩マッサージ指圧師 | . | | | | | | . | | | | |
| 14 生活相談員・支援相談員 | . | | | | | | . | | | | |
| 15 うち社会福祉士 | . | | | | | | . | | | | |
| 16 福祉用具専門相談員 | . | | | | | | . | | | | |
| 17 栄養士 | . | | | | | | . | | | | |
| 18 うち管理栄養士 | . | | | | | | . | | | | |
| 19 調理員 | . | | | | | | . | | | | |
| 20 事務職員 | . | | | | | | . | | | | |
| 21 その他 | . | | | | | | . | | | | |
| 22 介護支援専門員(再掲) | . | | | | | | . | | | | |
| 23 訪問介護のサービス提供責任者(再掲) | . | | | | | | . | | | | |
| 24 通勤手当(再掲) | | | | | | | | 十億 | 百万 | 千 | 円 |
| 25 賞与 ※賞与引当金繰入分を除く | | | | | | 換算人員 人 | | 十億 | 百万 | 千 | 円 |
| 26 賞与引当金繰入 | | | | | | | | 十億 | 百万 | 千 | 円 |
| 27 退職給与引当金の実施、退職金に関わる共済等への加入(複数回答可) | (1) 社会福祉施設退職手当等職員共済に加入 | → 掛け金額 | | | | | | 十億 | 百万 | 千 | 円 |
| | (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 | | | | | | | | | |
| | (3) 中小企業退職金共済制度に加入 | → 掛け金額 | | | | | | | | | |
| | (4) その他共済制度に加入 | → 掛け金額 | | | | | | | | | |
| | (5) 退職給付(給与)引当金繰入の実施(上記(1)~(4)以外) | → 退職給付(給与)引当金 | | | | | | | | | |
| | (6) 退職金として支出 ※(1)~(5)に計上される分を除く | | | | | | | | | | |
| 28 法定福利費(事業主負担) | | | | | | | | 十億 | 百万 | 千 | 円 |

問5 収支の状況

単独会計 ⇒ 調査対象サービスに関する、(1) 事業収入等(本頁)および(2) 事業支出等(12頁～)について、それぞれ平成24年度の決算期における額を記入して下さい。

一体会計 ⇒ 会計を一体的に行っている介護保険サービス等を含めた施設全体の、(1) 事業収入等(本頁)および(2) 事業支出等(12頁～)について、それぞれ平成24年度の決算期における額を記入して下さい。

※ 平成24年度の決算期数値を記入して下さい。困難な場合は直近の決算期の数値を記入して下さい。

(1) 事業収入等

| 科 目 | 金 額 | | | |
|---|-----|----|---|---|
| | 十億 | 百万 | 千 | 円 |
| 1 介護老人福祉施設介護サービス収入(収益) 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(収益) | | | | |
| (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(収益) | | | | |
| 2 居宅介護サービス収入(収益) 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) 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 | | | | |
| (8) 夜間対応型訪問介護 | | | | |
| (9) 認知症対応型通所介護(介護予防を含む) | | | | |
| (10) 小規模多機能型居宅介護(介護予防含む) | | | | |
| (11) 認知症対応型共同生活介護(介護予防を含む) | | | | |
| (12) 地域密着型特定施設入居者生活介護 | | | | |
| (13) 複合型サービス | | | | |
| (14) その他の居宅介護サービス収入(収益) | | | | |
| 3 居宅介護支援介護料収入(収益) 計 | | | | |
| (1) 介護予防支援介護料収入(収益) (介護予防支援事業者からの委託料は含まない) | | | | |
| (2) 居宅介護支援介護料収入(収益) | | | | |

I 事業活動収入(収益)

| 科 目 | | 金 額 | | | |
|---|---|-----|----|---|---|
| | | 十億 | 百万 | 千 | 円 |
| Ⅰ 事業活動収入 (収益) | 4 保険外の利用料による収入(収益) 計 | | | | |
| | (1) 介護老人福祉施設介護サービス収入(収益) 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(収益) 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 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 | | | | |
| | ク 夜間対応型訪問介護 | | | | |
| | ケ 認知症対応型通所介護(介護予防を含む) | | | | |
| | コ 小規模多機能型居宅介護(介護予防を含む) | | | | |
| | サ 認知症対応型共同生活介護(介護予防を含む) | | | | |
| | シ 地域密着型特定施設入居者生活介護 | | | | |
| | ス 複合型サービス | | | | |
| | セ その他の居宅介護サービス利用料収入(収益) | | | | |
| | (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(収益) | | | | |
| | (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(収益) 計 | | | | |
| | (1) 補助金収入(収益) | | | | |
| | (2) 市町村特別事業収入(収益) | | | | |
| | (3) 受託収入(収益)(消費税等を含む) | | | | |
| | (4) その他(消費税等を含む) | | | | |
| 6 その他の収入(収益) 計 | | | | | |
| (1) 入居金収入(収益)(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(収益) | | | | | |
| (2) 介護予防支援事業者からの委託に係る収入(収益) | | | | | |
| (3) 障害者等のホームヘルプサービス収入(収益) | | | | | |
| (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(収益)計 | | | | | |

(2) 事業支出等

表紙宛名ラベルの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。

| | | |
|--------------------------|------------------------|---------------------|
| <input type="checkbox"/> | 指定介護老人福祉施設等会計処理等取扱指導指針 | ⇒ (2) -A (12頁～) に記入 |
| <input type="checkbox"/> | 該当する会計基準がない | |
| <input type="checkbox"/> | 新社会福祉法人会計基準 | ⇒ (2) -B (14頁～) に記入 |
| <input type="checkbox"/> | 旧社会福祉法人会計基準 | ⇒ (2) -C (16頁～) に記入 |

※ 平成24年度の決算期数値を記入して下さい。困難な場合は直近の決算期の数値を記入して下さい。

※ 各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。

| 科 目 | | 金 額 | | | |
|----------|--|-----|----|---|---|
| | | 十億 | 百万 | 千 | 円 |
| Ⅱ 事業活動支出 | 1 人件費 | | | | |
| | 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 | | | | |

| 科 目 | | 金 額 | | | |
|---------------------------|-------------------------|-----|----|---|---|
| | | 十億 | 百万 | 千 | 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） | | | | | |
| うち消費税課税対象支出計 | | | | | |
| 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 | | | | | |
| うち消費税課税対象支出計 | | | | | |
| うち法人税等 | | | | | |

- ※ 平成24年度の決算期数値を記入して下さい。困難な場合は直近の決算期の数値を記入して下さい。
 ※ 各費用費目において消費税等が別途計上されている場合でも、税込み方式（各費用費目に消費税額を算入した値）で記入して下さい。

| (2) - B | | 金額 | | | |
|----------------------|-------------------------|----|----|---|---|
| | | 十億 | 百万 | 千 | 円 |
| Ⅱ サービス活動費用 | 1 人件費 | | | | |
| | うち派遣職員費 | | | | |
| | 2 事務費（ア～テの合計） | | | | |
| | ア 福利厚生費 | | | | |
| | イ 職員被服費 | | | | |
| | ウ 旅費交通費 | | | | |
| | エ 研修研究費 | | | | |
| | オ 事務消耗品費 | | | | |
| | 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 | | | | |
| | ①給食委託費 | | | | |
| | ②送迎委託費 | | | | |
| | ③清掃委託費 | | | | |
| | ④その他の委託費（①～③に該当しないもの） | | | | |
| | ス 保険料 | | | | |
| | ①自動車保険料（自動車損害賠償責任保険料含む） | | | | |
| | ②その他の保険料（①に該当しないもの） | | | | |
| | セ 賃借料 | | | | |
| | ソ 土地・建物賃借料 | | | | |
| | ①土地 | | | | |
| | ②建物等 | | | | |
| タ 租税公課 | | | | | |
| チ 保守料 | | | | | |
| ツ 雑費 | | | | | |
| テ その他経費（ア～ツに該当しないもの） | | | | | |

(前頁からの続き)

| 科 目 | | 金 額 | | | |
|-----------------------|--------------------------|-----|----|---|---|
| | | 十億 | 百万 | 千 | 円 |
| Ⅱ サービス活動費用 (続き) | 3 事業費 計 | | | | |
| | ア 給食費 | | | | |
| | イ 介護用品費 | | | | |
| | ウ 保健衛生費 | | | | |
| | エ 水道光熱費 | | | | |
| | オ 燃料費 | | | | |
| | カ 消耗器具備品費 | | | | |
| | キ 保険料 | | | | |
| | ①自動車保険料(自動車損害賠償責任保険料含む) | | | | |
| | ②その他の保険料(①に該当しないもの) | | | | |
| | ク 賃借料 | | | | |
| | ケ 教育指導費 | | | | |
| | コ 就職支度費 | | | | |
| | サ 車輛費 | | | | |
| | シ 雑費 | | | | |
| | ス その他経費(ア～シに該当しないもの) | | | | |
| | 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 徴収不能引当金繰入 | | | | |
| サービス活動費用計(1～6の合計) | | | | | |
| うち消費税課税対象費用計 | | | | | |
| Ⅲ サービス活動外収益 計 | | | | | |
| うち借入金利息補助金収益 | | | | | |
| Ⅳ サービス活動外費用 計 | | | | | |
| うち支払利息 | | | | | |
| Ⅴ 特別収益 | | | | | |
| Ⅵ 特別費用 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 | | | | | |
| うち消費税課税対象費用計 | | | | | |

※ 国庫補助金等特別積立金取崩額は問5(1)事業収入等(11頁)に記入して下さい。

- ※ 平成24年度の決算期数値を記入して下さい。困難な場合は直近の決算期の数値を記入して下さい。
 ※ 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 | | 金額 | | | |
|-----------------------|--------------------------|----|----|---|---|
| | | 十億 | 百万 | 千 | 円 |
| Ⅱ 事業活動支出 | 1 人件費支出 | | | | |
| | 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) | | | | | |

| 科 目 | | 金 額 | | | |
|-------------------------------|----------------------|-----|----|---|---|
| | | 十億 | 百万 | 千 | 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、賞与引当金は除く)※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) | | | | | |
| うち消費税課税対象支出計 | | | | | |
| 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 | | | | | |
| うち消費税課税対象支出計 | | | | | |

※1 退職給与引当金、賞与引当金は「6 引当金繰入」には含めないで下さい。

問6 設備投資の状況

単独会計 ⇒ 調査対象サービスに関する設備投資について、それぞれ平成24年度の決算期における額を記入して下さい。

一体会計 ⇒ 会計を一体的に行っている介護保険サービス等を含めた施設全体の設備投資について、それぞれ平成24年度の決算期における額を記入して下さい。

※ 平成24年度の決算期数値を記入して下さい。困難な場合は直近の決算期の数値を記入して下さい。

| 設備投資額 | 金額 | | | |
|---------------------|----|----|---|---|
| | 十億 | 百万 | 千 | 円 |
| 設備投資額計 | | | | |
| 1 建物及び建物付属設備 | | | | |
| うちリース分 | | | | |
| 2 車輛船舶設備 | | | | |
| うちリース分 | | | | |
| 3 特殊浴槽 | | | | |
| うちリース分 | | | | |
| 4 その他 | | | | |
| うちリース分 | | | | |
| 設備投資額のうち消費税課税対象の投資額 | | | | |

※ 固定資産台帳に計上されているもののみ記入して下さい。