

介護事業実態調査  
(介護事業経営実態調査)  
令和2年5月調査

## 政府統計

統計法に基づく国の統計調査です。  
調査票情報の秘密の保護に万全を  
期します。

調査対象サービスは

介護医療院

です。

右に印字した項目は、必ず確認していただき、誤りや訂正がございましたら、恐れ入りますが朱書きで修正をお願い申し上げます。  
また、空欄の場合はご記入をお願い申し上げます。

|       |               |
|-------|---------------|
| 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  |
| 法人名   | 〇〇〇〇〇         |
| 法人番号  | 1234567890123 |

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

※ この調査は、上記のID、パスワードにて、調査専用ホームページ（<https://r2kaigo.net/keiei/>）よりダウンロードしたエクセルファイルにデータを入力し、ファイルをアップロードする方法でもご回答いただけます。

お手数をおかけしますが、下の(1)～(5)に必ずご記入をお願いいたします。

- (1) 電話番号： ( )  
(2) F A X 番号： ( )  
(3) Eメールアドレス： @  
(4) 回答担当者： ご氏名 (役職： )  
(5) 調査対象サービスの活動状況（令和2年5月1日時点）

(下の1～3のいずれか1つに○)

1. 活動中      2. 休止      3. 廃止

※2、3の場合、今回の調査に記入していただく必要はありませんので、このまま調査票を返送してください。



(令和2年6月30日までにご投函をお願いします)

厚生労働省老健局

# 問 1 施設の概要についておうかがいします。

(1) 開設年月を西暦で記入してください。

西暦  年  月

(2) 経営主体として該当する番号に○をつけてください。

- |                    |                      |            |
|--------------------|----------------------|------------|
| 1. 都道府県            | 5. 医療法人              | 8. 社団・財団法人 |
| 2. 市区町村            | 6. 社会福祉協議会           | 9. その他の法人  |
| 3. 広域連合・一部事務組合     | 7. 社会福祉法人(社会福祉協議会以外) | 10. 1～9以外  |
| 4. 日本赤十字社・社会保険関係団体 |                      |            |

(3) 調査対象サービスにおける会計の期間について、該当する番号に○をつけてください。  
3. を選んだ場合は、あわせて期間も記入してください。

- |                                     |
|-------------------------------------|
| 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) |

SAMPLE

(4) 調査対象サービスにおける令和元年度の会計の区分状況について、該当する番号に○をつけてください。

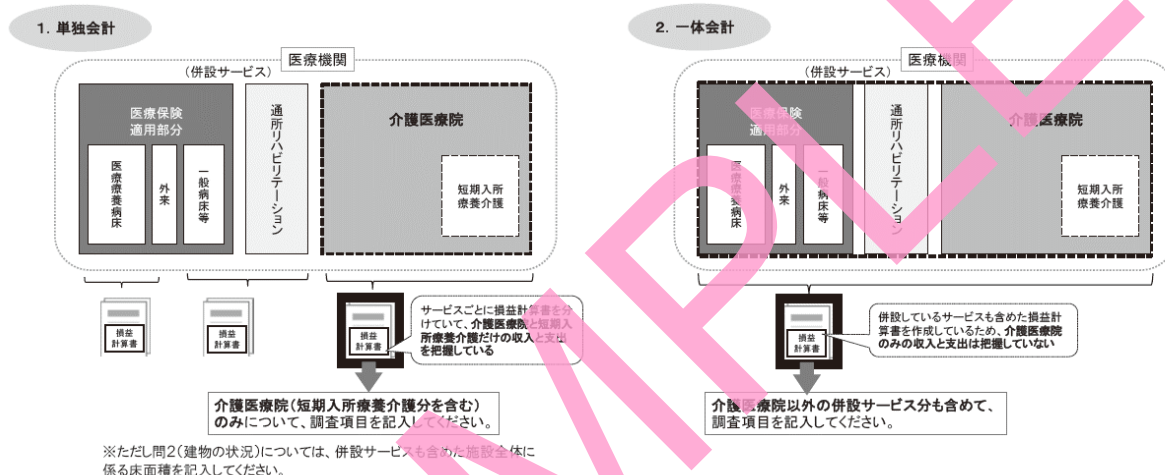
1. 単独会計: 調査対象サービスごとに費用が区分できているもの
2. 一体会計: 調査対象サービスに係る費用とそれ以外の併設サービス等に係る費用を区分せず一体で計上しているもの

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

※ 単独会計の場合、問3(職員数と職員給与)、問4(収入と支出)は、調査対象サービス分についてのみ記入してください。

※ 一体会計の場合、問3(職員数と職員給与)、問4(1)、(3)(収入と支出)は、会計を一体的に行っている他の併設サービス分も含めて記入してください。問4(2)(支出)は、調査対象サービス分についてのみ記入してください。

例: 介護医療院内で短期入所療養介護を提供し、通所リハビリテーションを併設している場合



(5) 調査対象サービスの令和2年4月の1か月分の実績について記入してください。

調査対象サービスの実績を記入してください。

介護医療院

|        |        | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 | その他※ |
|--------|--------|------|------|------|------|------|------|
| I型療養床  | 実利用者数  | 人    | 人    | 人    | 人    | 人    | 人    |
|        | 延べ在所者数 | 人    | 人    | 人    | 人    | 人    | 人    |
|        | 延べ外泊者数 | 人    | 人    | 人    | 人    | 人    | 人    |
| II型療養床 | 実利用者数  | 人    | 人    | 人    | 人    | 人    | 人    |
|        | 延べ在所者数 | 人    | 人    | 人    | 人    | 人    | 人    |
|        | 延べ外泊者数 | 人    | 人    | 人    | 人    | 人    | 人    |

※ その他には、非該当であって自費でサービスを利用している人や、要介護認定申請中の人を計上してください。

|         |   |
|---------|---|
| 食事延べ提供数 | 食 |
|---------|---|

短期入所療養介護

|        | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 | その他※ |
|--------|------|------|------|------|------|------|
| 実利用者数  | 人    | 人    | 人    | 人    | 人    | 人    |
| 延べ利用者数 | 人    | 人    | 人    | 人    | 人    | 人    |

※ その他には、非該当であって自費でサービスを利用している人や要介護認定申請中の人を計上してください。

介護予防短期入所療養介護

|        | 要支援1 | 要支援2 | その他※ |
|--------|------|------|------|
| 実利用者数  | 人    | 人    | 人    |
| 延べ利用者数 | 人    | 人    | 人    |

※ その他には、非該当であって自費でサービスを利用している人や要支援認定申請中の人を計上してください。

短期入所療養介護と介護予防短期入所療養介護をあわせたサービスの提供状況

|          |   |
|----------|---|
| 食事延べ提供数  | 食 |
| 送迎延べ実施回数 | 回 |

※ 1人に対して片道の送迎を行った場合を1回と数えてください。  
(1人の人を迎えに行き、送った場合は2回と数えます。)

上記以外の実績を記入してください。

|     |        |         |      |
|-----|--------|---------|------|
| 病床数 | 延べ在院者数 | 食事延べ提供数 | 患者数  |
| 床   | 人      | 食       | 外来 人 |

(6) 調査対象サービスと一体的に会計を行っている併設サービスの事業所番号、令和2年4月の1か月分の延べ利用者数等、食事延べ提供数、送迎延べ実施回数を記入してください。

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

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

| 調査対象サービスと一体的に会計を行っている併設サービス  | 記入内容            |
|--|-----------------|
| 訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリテーション（いずれも介護予防を含む）、訪問介護（旧介護予防を含む）、夜間対応型訪問介護      | 延べ訪問回数（4月中）     |
| 居宅療養管理指導（介護予防を含む）、福祉用具貸与（介護予防を含む）、居宅介護支援（介護予防を含む）、定期巡回・随時対応型訪問介護看護 | 実利用者数（4月中）      |
| 介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院、地域密着型介護老人福祉施設                    | 延べ在所（在院）者数（4月中） |
| 上記以外のサービス  | 延べ利用者数（4月中）     |

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

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

| サービスの種類      | 事業所番号    |  |  |  |  |  |  |  | 延べ利用者数等※1 | 食事延べ提供数※2 | 送迎延べ実施回数※2 |
|--------------|----------|--|--|--|--|--|--|--|-----------|-----------|------------|
|              | (施設サービス) |  |  |  |  |  |  |  |           |           |            |
| 介護老人福祉施設     |          |  |  |  |  |  |  |  | 22        | 人         | 食          |
| 介護老人保健施設     |          |  |  |  |  |  |  |  | 23        | 人         | 食          |
| 介護療養型医療施設    |          |  |  |  |  |  |  |  | 24        | 人         | 食          |
| 介護医療院（併設分のみ） |          |  |  |  |  |  |  |  | 25        | 人         | 食          |

## 問2 令和2年4月時点の建物の状況についておうかがいします。

|  |   |                                     |        |                      |                                     |   |
|--|---|-------------------------------------|--------|----------------------|-------------------------------------|---|
| 1 建築年月                                       | 西暦  | <input type="text"/>                | 年      | <input type="text"/> | 月                                   | ※建築年月の異なる建物が併存する場合には、調査対象サービスの提供において使用している主要な建物について記入してください。                            |
| 2 保有形態                                       | 当てはまる番号に○をつけてください。<br>1. 自己所有<br>2. 賃借・無償貸与                             |                                     |        |                      |                                     | 取得価額 <input type="text"/> 円<br>建物の償却方法 1. 定額法 2. 定率法<br>税法上の耐用年数 <input type="text"/> 年 |
| 3 建築延べ床面積                                    | <input type="text"/> m <sup>2</sup> (小数点以下第1位を四捨五入して整数で記入してください。以下、同じ。) |                                     |        |                      |                                     |   |
| 4 介護医療院に係る延べ床面積等                             | ※ 該当する設備がない場合は、「0」を記入してください。  |                                     |        |                      |                                     |   |
|  | 調査対象サービス  |                                     | 左記以外   |                      |                                     |   |
|  | 室数  | 延べ床面積                               | 室数     | 延べ床面積                |                                     |   |
| A 療養棟部門(入院患者と通所・外来患者で共有している諸室等を含めて記入してください。) |   |                                     |        |                      |                                     |   |
| ① 5人室以上                                      |   |                                     | 室      |                      | m <sup>2</sup>                      |   |
| ② 4人室  | 室   | m <sup>2</sup>                      | 室      |                      | m <sup>2</sup>                      |   |
| ③ 3人室  | 室   | m <sup>2</sup>                      | 室      |                      | m <sup>2</sup>                      |   |
| ④ 2人室  | 室   | m <sup>2</sup>                      | 室      |                      | m <sup>2</sup>                      |   |
| ⑤ 個室   | 室   | m <sup>2</sup>                      | 室      |                      | m <sup>2</sup>                      |   |
| ⑥ 診察室  | 当てはまる番号に○をつけてください。<br>1. 専用室 2. 他の目的室と兼用                                |                                     |        | <input type="text"/> | m <sup>2</sup>                      |   |
| ⑦ 処置室  | 当てはまる番号に○をつけてください。<br>1. 専用室 2. 他の目的室と兼用                                |                                     |        | <input type="text"/> | m <sup>2</sup>                      |   |
| ⑧ 機能訓練室                                      | 当てはまる番号に○をつけてください。<br>1. 専用室 2. 他の目的室と兼用                                |                                     |        | <input type="text"/> | m <sup>2</sup>                      |   |
| ⑨ 談話室  | 当てはまる番号に○をつけてください。<br>1. 専用室 2. 他の目的室と兼用                                |                                     |        | <input type="text"/> | m <sup>2</sup>                      |   |
| ⑩ 食堂   | 当てはまる番号に○をつけてください。<br>1. 専用室 2. 他の目的室と兼用                                |                                     |        | <input type="text"/> | m <sup>2</sup>                      |   |
| ⑪ レクリエーションルーム                                | 当てはまる番号に○をつけてください。<br>1. 専用室 2. 他の目的室と兼用                                |                                     |        | <input type="text"/> | m <sup>2</sup>                      |   |
| ⑫ 浴室   | <input type="text"/>  |                                     |        |                      | m <sup>2</sup>                      |   |
| ⑬ シャワールーム                                    | <input type="text"/>  |                                     |        |                      | m <sup>2</sup>                      |   |
| ⑭ その他  | <input type="text"/>  |                                     |        |                      | m <sup>2</sup>                      |   |
| 療養棟部門合計                                      | <input type="text"/>  |                                     |        |                      | m <sup>2</sup>                      |   |
| B 通所・外来部門(通所・外来患者だけで利用している諸室等を記入してください。)     |   |                                     |        |                      |                                     |   |
|  | 介護保険適用  |                                     | 医療保険適用 |                      |                                     |   |
| ① 通所専用面積 ※1                                  | 通所リハビリテーション(介護予防含む)   | <input type="text"/> m <sup>2</sup> |        |                      |                                     |   |
|  | 通所介護(旧介護予防含む)   | <input type="text"/> m <sup>2</sup> |        |                      | <input type="text"/> m <sup>2</sup> |   |
|  | 認知症対応型通所介護(介護予防含む)  | <input type="text"/> m <sup>2</sup> |        |                      |                                     |   |
| ② 一般外来部・待合ホール                                | <input type="text"/>  |                                     |        |                      | m <sup>2</sup>                      |   |
| ③ その他  | <input type="text"/>  |                                     |        |                      | m <sup>2</sup>                      |   |
| 通所・外来部門合計                                    | <input type="text"/>  |                                     |        |                      | m <sup>2</sup>                      |   |
| C 管理部門等                                      |   |                                     |        |                      |                                     |   |
| ① 給食部  | <input type="text"/>  |                                     |        |                      | m <sup>2</sup>                      |   |
| ② その他  | <input type="text"/>  |                                     |        |                      | m <sup>2</sup>                      |   |
| 管理部門等合計                                      | <input type="text"/>  |                                     |        |                      | m <sup>2</sup>                      |   |
| 5 4以外の介護保険サービス(※2)に係る専用延べ床面積                 | <input type="text"/> m <sup>2</sup>                                     |                                     |        |                      |                                     |   |

※1 介護保険適用面積については、通所リハビリ(介護予防含む)、通所介護(旧介護予防含む)、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、重度認知症患者デイ・ケア、リハビリテーション、精神科作業療法、精神科デイ・ケア(ナイト・ケア、デイ・ナイト・ケアを含む)の専用面積について記入してください。

※2 問1(6)で記入をした、調査対象サービスと一体的に会計を行っている併設サービスのうち、問2 4の療養棟部門、通所・外来部門、管理部門等以外のサービスに係る専用延べ床面積を記入してください。ただし、当該サービスに特定施設入居者生活介護が含まれる場合は、要支援・要介護者以外の利用者へのサービス分も含まれます。

### 問3 令和2年4月時点の職員数と職員給与についておうかがいします。

- 令和2年4月中に給与を支払った職員数と給与・賞与等について、記入ください。  
記入する内容に関しては、必ず記入要領を確認してください。
  - 問1(4)において「単独会計」と回答した場合は、常勤・非常勤ともに「調査対象サービス分の換算人員」、非常勤の「実人員」、**「調査対象サービス分の換算人員」に対応する「給料」**(給与・賞与等)を記入してください。  
常勤の「実人員」、非常勤の「換算人員」欄は記入不要です。
  - 問1(4)において「一体会計」と回答した場合は、会計を一体的に行っている他の介護保険サービス分も含めた常勤・非常勤の「実人員」、非常勤の「換算人員」、常勤・非常勤の「調査対象サービス分の換算人員」、**「実人員」に対応する「給料」**(給与・賞与等)を記入してください。
- ※1 複数の職種に従事している場合は、主として従事している職種のいずれかが1つに分類して記入してください。  
決めがたい場合は、番号の若い方を優先して記入してください。
- ※2 介護支援専門員・計画作成担当者として従事している者は、1～23のいずれかに分類して記入してください。  
主として従事している職種を決めがたい場合は、番号の若い方を優先して記入してください。
- ※3 派遣社員で対応している職種がある場合は、その職員数及び給料は含めないでください。

令和2年4月分

| 職 種                                 | 常 勤                             |    |                |   |    |   |   |   |   |   | 非 常 勤 |   |      |   |                |   |    |   |   |   |  |  |
|-------------------------------------|---------------------------------|----|----------------|---|----|---|---|---|---|---|-------|---|------|---|----------------|---|----|---|---|---|--|--|
|                                     | 実人員                             |    | 調査対象サービス分の換算人員 |   | 給料 |   |   |   |   |   | 実人員   |   | 換算人員 |   | 調査対象サービス分の換算人員 |   | 給料 |   |   |   |  |  |
|                                     | 人                               | 円  | 人              | 円 | 百  | 万 | 千 | 百 | 十 | 円 | 人     | 円 | 人    | 円 | 百              | 万 | 千  | 百 | 十 | 円 |  |  |
| 1 介護医療院の管理者                         | 1                               |    |                |   |    |   |   |   |   |   | 1     |   |      |   |                |   |    |   |   |   |  |  |
| 2 その他介護保険事業の管理者                     | 2                               |    |                |   |    |   |   |   |   |   | 2     |   |      |   |                |   |    |   |   |   |  |  |
| 3 医師                                | 3                               |    |                |   |    |   |   |   |   |   | 3     |   |      |   |                |   |    |   |   |   |  |  |
| 4 歯科医師                              | 4                               |    |                |   |    |   |   |   |   |   | 4     |   |      |   |                |   |    |   |   |   |  |  |
| 5 薬剤師                               | 5                               |    |                |   |    |   |   |   |   |   | 5     |   |      |   |                |   |    |   |   |   |  |  |
| 6 看護師                               | 6                               |    |                |   |    |   |   |   |   |   | 6     |   |      |   |                |   |    |   |   |   |  |  |
| 7 准看護師                              | 7                               |    |                |   |    |   |   |   |   |   | 7     |   |      |   |                |   |    |   |   |   |  |  |
| 8 介護職員                              | 8                               |    |                |   |    |   |   |   |   |   | 8     |   |      |   |                |   |    |   |   |   |  |  |
| 9 うち介護福祉士                           | 9                               |    |                |   |    |   |   |   |   |   | 9     |   |      |   |                |   |    |   |   |   |  |  |
| 10 うち勤続年数10年以上の介護福祉士                | 10                              |    |                |   |    |   |   |   |   |   | 10    |   |      |   |                |   |    |   |   |   |  |  |
| 11 理学療法士                            | 11                              |    |                |   |    |   |   |   |   |   | 11    |   |      |   |                |   |    |   |   |   |  |  |
| 12 作業療法士                            | 12                              |    |                |   |    |   |   |   |   |   | 12    |   |      |   |                |   |    |   |   |   |  |  |
| 13 言語聴覚士                            | 13                              |    |                |   |    |   |   |   |   |   | 13    |   |      |   |                |   |    |   |   |   |  |  |
| 14 歯科衛生士                            | 14                              |    |                |   |    |   |   |   |   |   | 14    |   |      |   |                |   |    |   |   |   |  |  |
| 15 柔道整復師・あん摩マッサージ指圧師                | 15                              |    |                |   |    |   |   |   |   |   | 15    |   |      |   |                |   |    |   |   |   |  |  |
| 16 生活相談員・支援相談員                      | 16                              |    |                |   |    |   |   |   |   |   | 16    |   |      |   |                |   |    |   |   |   |  |  |
| 17 うち社会福祉士                          | 17                              |    |                |   |    |   |   |   |   |   | 17    |   |      |   |                |   |    |   |   |   |  |  |
| 18 福祉用具専門相談員                        | 18                              |    |                |   |    |   |   |   |   |   | 18    |   |      |   |                |   |    |   |   |   |  |  |
| 19 栄養士                              | 19                              |    |                |   |    |   |   |   |   |   | 19    |   |      |   |                |   |    |   |   |   |  |  |
| 20 うち管理栄養士                          | 20                              |    |                |   |    |   |   |   |   |   | 20    |   |      |   |                |   |    |   |   |   |  |  |
| 21 調理員                              | 21                              |    |                |   |    |   |   |   |   |   | 21    |   |      |   |                |   |    |   |   |   |  |  |
| 22 事務職員                             | 22                              |    |                |   |    |   |   |   |   |   | 22    |   |      |   |                |   |    |   |   |   |  |  |
| 23 その他                              | 23                              |    |                |   |    |   |   |   |   |   | 23    |   |      |   |                |   |    |   |   |   |  |  |
| 24 1～23のうち介護支援専門員・計画作成担当者(再掲)       | 24                              |    |                |   |    |   |   |   |   |   | 24    |   |      |   |                |   |    |   |   |   |  |  |
| 25 1～23のうち訪問介護のサービス提供責任者(再掲)        | 25                              |    |                |   |    |   |   |   |   |   | 25    |   |      |   |                |   |    |   |   |   |  |  |
| 26 通勤手当(再掲)(令和2年4月分)                | 26                              |    |                |   |    |   |   |   |   |   |       |   |      |   |                |   |    |   |   |   |  |  |
| 27 賞与または賞与引当金繰入(令和元年度実績の1/12の金額)    | 27                              |    |                |   |    |   |   |   |   |   |       |   |      |   |                |   |    |   |   |   |  |  |
| 28 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          | 28 |                |   |    |   |   |   |   |   |       |   |      |   |                |   |    |   |   |   |  |  |
|                                     | (2) 全国社会福祉団体職員退職手当積立基金に加入       | 29 |                |   |    |   |   |   |   |   |       |   |      |   |                |   |    |   |   |   |  |  |
|                                     | (3) 中小企業退職金共済制度に加入              | 30 |                |   |    |   |   |   |   |   |       |   |      |   |                |   |    |   |   |   |  |  |
|                                     | (4) その他共済制度に加入                  | 31 |                |   |    |   |   |   |   |   |       |   |      |   |                |   |    |   |   |   |  |  |
|                                     | (5) 退職給与(給付)引当金繰入の実施 ※(1)～(4)以外 | 32 |                |   |    |   |   |   |   |   |       |   |      |   |                |   |    |   |   |   |  |  |
|                                     | (6) 退職金として支出 ※(1)～(5)に計上される分を除く | 33 |                |   |    |   |   |   |   |   |       |   |      |   |                |   |    |   |   |   |  |  |
| 29 法定福利費(事業主負担・令和元年度実績の1/12の金額)     | 34                              |    |                |   |    |   |   |   |   |   |       |   |      |   |                |   |    |   |   |   |  |  |

<換算人員の計算方法>

下記計算式によって得られた数値を、小数点以下第2位を四捨五入して、小数点第1位まで計上してください。得られた結果が0.1に満たない場合は、「0.1」と記入してください。

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

$$\frac{\text{※1か月に数回の勤務である場合 職員の1か月の勤務時間}}{\text{施設が定めている1週間の勤務時間} \times 4 \text{ (週)}}$$

# 問4 (1)令和元年度の事業収益等についておうかがいします。

- 令和元年度の決算期数値における収益について記入してください。
  - 問1(4)において「単独会計」と回答した場合は、調査対象サービス分のみについて記入してください。
  - 問1(4)において「一体会計」と回答した場合は、会計を一体的に行っているほかの介護保険サービスも含めた額を記入してください。  
なお、記入に際しては、問4(1)で記入した収益に対応した費用を問4(3)に記入してください。
- ※ 事業開始から1年に満たない場合は、事業開始からの経過月数に応じて1年分を算出してください。

| 科 目                                  |    | 令和元年度決算期数値 |   |   |   |
|--------------------------------------|----|------------|---|---|---|
|                                      |    | 金 額        |   |   |   |
|                                      |    | 十          | 百 | 千 | 円 |
| 医業収益                                 |    | 1          |   |   |   |
| 介護報酬収益                               | 計  | 2          |   |   |   |
| 1 施設介護料収益(利用者負担分を含む)                 | 小計 | 3          |   |   |   |
| (1)介護老人保健施設                          |    | 4          |   |   |   |
| (2)介護療養型医療施設                         |    | 5          |   |   |   |
| (3)介護医療院                             |    | 6          |   |   |   |
| 2 在宅介護料収益(利用者負担分を含む)                 | 小計 | 7          |   |   |   |
| (1)訪問介護                              |    | 8          |   |   |   |
| (2)訪問入浴介護(介護予防を含む)                   |    | 9          |   |   |   |
| (3)訪問看護(介護予防を含む)                     |    | 10         |   |   |   |
| (4)訪問リハビリテーション(介護予防を含む)              |    | 11         |   |   |   |
| (5)通所介護                              |    | 12         |   |   |   |
| (6)通所リハビリテーション(介護予防を含む)              |    | 13         |   |   |   |
| (7)短期入所療養介護(介護予防を含む)                 |    | 14         |   |   |   |
| (8)特定施設入居者生活介護(介護予防を含む)              |    | 15         |   |   |   |
| (9)福祉用具貸与(介護予防を含む)                   |    | 16         |   |   |   |
| (10)在宅療養管理指導(介護予防を含む)                |    | 17         |   |   |   |
| (11)定期巡回・随時対応型訪問介護看護                 |    | 18         |   |   |   |
| (12)夜間対応型訪問介護                        |    | 19         |   |   |   |
| (13)地域密着型通所介護                        |    | 20         |   |   |   |
| (14)認知症対応型通所介護(介護予防を含む)              |    | 21         |   |   |   |
| (15)小規模多機能型居宅介護(介護予防を含む)             |    | 22         |   |   |   |
| (16)認知症対応型共同生活介護(介護予防を含む)            |    | 23         |   |   |   |
| (17)地域密着型特定施設入居者生活介護                 |    | 24         |   |   |   |
| (18)看護小規模多機能型居宅介護                    |    | 25         |   |   |   |
| (19)その他の居宅介護サービス((1)～(18)に該当しないもの)   |    | 26         |   |   |   |
| 3 在宅介護支援介護料収益                        | 小計 | 27         |   |   |   |
| (1)在宅介護支援介護料収益                       |    | 28         |   |   |   |
| (2)介護予防支援介護料収益(介護予防支援事業者からの委託料は含まない) |    | 29         |   |   |   |
| 4 介護予防・日常生活支援総合事業費収益                 | 小計 | 30         |   |   |   |
| うち旧介護予防訪問介護に相当するサービス(利用者負担分を含む)      |    | 31         |   |   |   |
| うち旧介護予防通所介護に相当するサービス(利用者負担分を含む)      |    | 32         |   |   |   |
| 5 保険外の利用料による収益                       | 小計 | 33         |   |   |   |
| (1)施設利用料収益                           | 小計 | 34         |   |   |   |
| ① 介護老人保健施設                           |    | 35         |   |   |   |
| ② 介護療養型医療施設                          |    | 36         |   |   |   |
| ③ 介護医療院                              |    | 37         |   |   |   |

I 施設運営事業収益





### 問4 (3) 令和元年度の事業費用についておうかがいします。

○ 事業費用について、使用している会計基準、指針に該当するページに記入してください。

|                 |                |
|-----------------|----------------|
| 介護医療院会計・経理準則    | →(3)-A(本ページ～)  |
| 介護老人保健施設会計・経理準則 | →(3)-B(12ページ～) |
| 病院会計準則          | →(3)-C(14ページ～) |

#### (3) -A 介護医療院会計・経理準則

- 令和元年度の決算期数値における費用額について記入してください。
- 問1(4)において「単独会計」と回答した場合は、調査対象サービス分のみについて記入してください。
- 問1(4)において「一体会計」と回答した場合は、会計を一体的に行っている他の介護保険サービス分も含めた額を記入してください。なお、記入に際しては、問4(1)で記入した収益に対応した費用を問4(3)に記入してください。
- 問4(1)において、医療サービスによる収益を含めて記入した場合は、問4(3)に医療サービスに係る費用を含めて記入してください。
- ※ 事業開始から1年に満たない場合は、事業開始からの経過月数に応じて1年分を算出してください。
- ※ 各費目において消費税が別途計上されている場合でも、税込方式(各費目に消費税額を算入した値)で記入してください。

| (3) -A          |   | 科 目                           |    | 令和元年度決算期数値 |   |  |  |
|-----------------|---|-------------------------------|----|------------|---|--|--|
|                 |   |                               |    | 金 額        |   |  |  |
|                 |   | 十億                            | 百万 | 千          | 円 |  |  |
| II<br>施設運営事業等費用 | 1 | 給与費                           | 1  |            |   |  |  |
|                 | 2 | 医薬品費                          | 2  |            |   |  |  |
|                 | 3 | 給食用材料費                        | 3  |            |   |  |  |
|                 | 4 | 施設療養材料費・施設療養消耗器具備品費           | 4  |            |   |  |  |
|                 | 5 | その他の材料費                       | 5  |            |   |  |  |
|                 | 6 | 経費                            | 計  | 6          |   |  |  |
|                 |   | (1) 福利厚生費                     | 7  |            |   |  |  |
|                 |   | (2) 消耗品費                      | 8  |            |   |  |  |
|                 |   | (3) 消耗器具備品費                   | 9  |            |   |  |  |
|                 |   | (4) 車両費                       | 10 |            |   |  |  |
|                 |   | (5) 光熱水費                      | 11 |            |   |  |  |
|                 |   | (6) 修繕費                       | 12 |            |   |  |  |
|                 |   | (7) 通信費                       | 13 |            |   |  |  |
|                 |   | (8) 賃借料                       | 小計 | 14         |   |  |  |
|                 |   | ① 土地                          | 15 |            |   |  |  |
|                 |   | ② 建物及び建物付属設備                  | 16 |            |   |  |  |
|                 |   | ③ 設備器械                        | 17 |            |   |  |  |
|                 |   | ④ その他の賃借料(①～③に該当しないもの)        | 18 |            |   |  |  |
|                 |   | (9) 保険料                       | 小計 | 19         |   |  |  |
|                 |   | ① 自動車保険料(自動車損害賠償責任保険料含む)      | 20 |            |   |  |  |
|                 |   | ② その他の保険料(①に該当しないもの)          | 21 |            |   |  |  |
|                 |   | (10) 租税公課                     | 22 |            |   |  |  |
|                 |   | (11) 徴収不能損失                   | 23 |            |   |  |  |
|                 |   | (12) その他の経費((1)～(11)に該当しないもの) | 24 |            |   |  |  |



(3) -B 介護老人保健施設会計・経理準則

- 令和元年度の決算期数値における費用額について記入してください。
  - 問1(4)において「単独会計」と回答した場合は、調査対象サービス分のみについて記入してください。
  - 問1(4)において「一体会計」と回答した場合は、会計を一体的に行っている他の介護保険サービスも含めた額を記入してください。  
 なお、記入に際しては、問4(1)で記入した収益に対応した費用を問4(3)に記入してください。  
 問4(1)において、医療サービスによる収益を含めて記入した場合は、問4(3)に医療サービスに係る費用を含めて記入してください。
- ※ 事業開始から1年に満たない場合は、事業開始からの経過月数に応じて1年分を算出してください。
- ※ 各費目において消費税が別途計上されている場合でも、税込み方式(各費目に消費税額を算入した値)で記入してください。

| (3) -B          |                               | 令和元年度決算期数値 |   |   |   |   |   |  |
|-----------------|-------------------------------|------------|---|---|---|---|---|--|
|                 |                               | 金額         |   |   |   |   |   |  |
| 科 目             |                               | 十          | 百 | 千 | 万 | 千 | 円 |  |
| II<br>施設運営事業等費用 | 1 給与費                         | 1          |   |   |   |   |   |  |
|                 | 2 医薬品費                        | 2          |   |   |   |   |   |  |
|                 | 3 給食用材料費                      | 3          |   |   |   |   |   |  |
|                 | 4 施設療養材料費・施設療養消耗器具備品費         | 4          |   |   |   |   |   |  |
|                 | 5 その他の材料費                     | 5          |   |   |   |   |   |  |
|                 | 6 経費 計                        | 6          |   |   |   |   |   |  |
|                 | (1) 福利厚生費                     | 7          |   |   |   |   |   |  |
|                 | (2) 消耗品費                      | 8          |   |   |   |   |   |  |
|                 | (3) 消耗器具備品費                   | 9          |   |   |   |   |   |  |
|                 | (4) 車両費                       | 10         |   |   |   |   |   |  |
|                 | (5) 光熱水費                      | 11         |   |   |   |   |   |  |
|                 | (6) 修繕費                       | 12         |   |   |   |   |   |  |
|                 | (7) 通信費                       | 13         |   |   |   |   |   |  |
|                 | (8) 賃借料 小計                    | 14         |   |   |   |   |   |  |
|                 | ① 土地                          | 15         |   |   |   |   |   |  |
|                 | ② 建物及び建物付属設備                  | 16         |   |   |   |   |   |  |
|                 | ③ 設備器械                        | 17         |   |   |   |   |   |  |
|                 | ④ その他の賃借料(①～③に該当しないもの)        | 18         |   |   |   |   |   |  |
|                 | (9) 保険料 小計                    | 19         |   |   |   |   |   |  |
|                 | ① 自動車保険料(自動車損害賠償責任保険料含む)      | 20         |   |   |   |   |   |  |
|                 | ② その他の保険料(①に該当しないもの)          | 21         |   |   |   |   |   |  |
|                 | (10) 租税公課                     | 22         |   |   |   |   |   |  |
|                 | (11) 徴収不能損失                   | 23         |   |   |   |   |   |  |
|                 | (12) その他の経費((1)～(11)に該当しないもの) | 24         |   |   |   |   |   |  |





