

介護事業実態調査
(介護事業経営概況調査)
令和7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。

居宅サービス・地域密着型サービス事業所票（福祉関係）

調査対象サービスは

(調査対象サービス名)

です。

右欄について誤りや訂正がございましたら、**朱書きで修正**をお願いいたします。
また、空欄となっている場合はご記入をお願いいたします。

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
法人名	〇〇〇〇〇
法人番号	1234567890123

ID	1234567890
パスワード	◎◎◎◎◎

お手数をおかけしますが、下の(1)～(5)に必ずご記入をお願いいたします。

- (1) 電話番号：()
(2) FAX番号：()
(3) Eメールアドレス：@
(4) 回答担当者：ご氏名 (役職：)
(5) 調査対象サービスの活動状況（令和7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、回答は不要ですので、このまま調査票を返送してください。

- 電子調査票の場合：『令和〇年〇月〇日』までに調査専用サイトにご提出ください。
※電子調査票(Excel)は調査専用サイト
(<https://XXXXXXXXXXXX>) からダウンロードできます。
- 紙の調査票の場合：『令和〇年〇月〇日』までにご投函ください。



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

(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) |

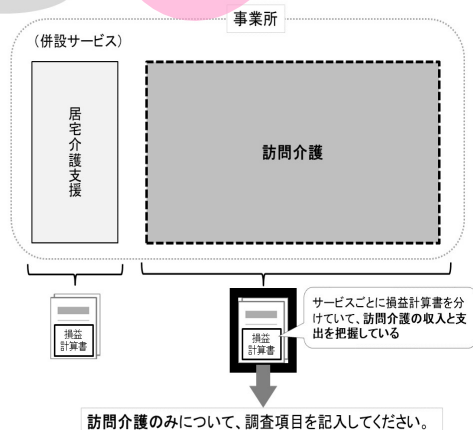
(4) 調査対象サービスにおける令和5、6年度の会計の区分状況について、該当する番号に○をつけてください。

令和5年度	令和6年度	
1	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	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。

例: 訪問介護を提供し、居宅介護支援を併設している場合

1. 単独会計



調査対象サービスに対応した項目を印刷

SAMPLE

訪問介護

○令和7年4月の1か月分の実績について記入してください。

・介護保険利用者へのサービス提供状況について記入してください。

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他※
実利用者数	人	人	人	人	人	人
延べ訪問回数	回	回	回	回	回	回

※「その他」の欄には、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。

・介護保険以外の利用者(障害者等)へのサービス提供状況について記入してください。

延べ訪問回数	回
--------	---

旧介護予防訪問介護に相当するサービス

○令和7年4月の1か月分の実績について記入してください。

	要支援1	要支援2	その他※
実利用者数	人	人	人
延べ訪問回数	回	回	回

※「その他」の欄には、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、介護予防・生活支援サービス事業対象者を計上してください。

訪問介護/旧介護予防訪問介護に相当するサービス

○令和7年4月の1か月分の実績について記入してください。

・延べ訪問回数にサービス付高齢者向け住宅、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホームの占める割合について、該当する番号に○をつけてください。

- | | | |
|---------------|---------------|---------------|
| 1. 20%未満 | 2. 20%以上40%未満 | 3. 40%以上60%未満 |
| 4. 60%以上80%未満 | 5. 80%以上 | |

・訪問する職員の主な訪問(移動)手段として、最も多い手段の番号に○をつけてください。

- | | | | |
|---------|-------|--------|-----------|
| 1. 自動車等 | 2. 徒歩 | 3. 自転車 | 4. 公共交通機関 |
|---------|-------|--------|-----------|

※「1. 自動車等」には、バイク(原付含む)も含まれます。

・1回(件)の訪問にかかった平均的な移動時間について、該当する番号に○をつけてください。

- | | | |
|---------------|---------------|---------------|
| 1. 5分未満 | 2. 5分以上15分未満 | 3. 15分以上30分未満 |
| 4. 30分以上45分未満 | 5. 45分以上1時間未満 | 6. 1時間以上 |

訪問入浴介護

○令和7年4月の1か月分の実績について記入してください。

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他※
実利用者数	人	人	人	人	人	人
延べ訪問回数	回	回	回	回	回	回

※「その他」の欄には、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。

介護予防訪問入浴介護

○令和7年4月の1か月分の実績について記入してください。

	要支援1	要支援2	その他※
実利用者数	人	人	人
延べ訪問回数	回	回	回

※「その他」の欄には、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。

訪問入浴介護／介護予防訪問入浴介護

○令和7年4月の1か月分の実績について記入してください。

- ・延べ訪問回数にサービス付高齢者向け住宅、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホームの占める割合について、該当する番号に○をつけてください。

- | | | |
|---------------|---------------|---------------|
| 1. 20%未満 | 2. 20%以上40%未満 | 3. 40%以上60%未満 |
| 4. 60%以上80%未満 | 5. 80%以上 | |

- ・訪問する職員の主な訪問(移動)手段として、最も多い手段の番号に○をつけてください。

- | | | | |
|---------|-------|--------|-----------|
| 1. 自動車等 | 2. 徒歩 | 3. 自転車 | 4. 公共交通機関 |
|---------|-------|--------|-----------|

※「1. 自動車等」には、バイク(原付含む)も含まれます。

- ・1回(件)の訪問にかかった平均的な移動時間について、該当する番号に○をつけてください。

- | | | |
|---------------|---------------|---------------|
| 1. 5分未満 | 2. 5分以上15分未満 | 3. 15分以上30分未満 |
| 4. 30分以上45分未満 | 5. 45分以上1時間未満 | 6. 1時間以上 |

③通所介護/旧介護予防通所介護に相当するサービス/地域密着型通所介護

通所介護または地域密着型通所介護

○令和7年4月の1か月分の実績について記入してください。

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他※
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」の欄には、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。

旧介護予防通所介護に相当するサービス

○令和7年4月の1か月分の実績について記入してください。

	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」の欄には、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、介護予防・生活支援サービス事業対象者を計上してください。

④短期入所生活介護/介護予防短期入所生活介護

短期入所生活介護

○令和7年4月の1か月分の実績について記入してください。

※ 空床利用している利用者数は含めずに記入してください。

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他※
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」の欄には、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。

介護予防短期入所生活介護

○令和7年4月の1か月分の実績について記入してください。

※ 空床利用している利用者数は含めずに記入してください。

	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」の欄には、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。

⑤特定施設入居者生活介護/介護予防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

軽費老人ホーム/養護老人ホーム/有料老人ホーム全体

○令和7年4月の1か月分の実績について記入してください。

実利用者数	人
延べ利用者数	人

特定施設入居者生活介護

○令和7年4月の1か月分の実績について記入してください。

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他※
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」の欄には、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。

介護予防特定施設入居者生活介護

○令和7年4月の1か月分の実績について記入してください。

	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」の欄には、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。

地域密着型特定施設入居者生活介護

○令和7年4月の1か月分の実績について記入してください。

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他※
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」の欄には、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。

⑥福祉用具貸与/介護予防福祉用具貸与

福祉用具貸与

○令和7年4月の1か月分の実績について記入してください。

実利用者数	人
-------	---

介護予防福祉用具貸与

○令和7年4月の1か月分の実績について記入してください。

実利用者数	人
-------	---

○サービスの形態について、該当する番号に○をつけてください。

1. 一体型	2. 連携型
--------	--------

○令和7年4月の1か月分の実績について記入してください。

※ 訪問看護については、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ください。「連携型」の事業所が行った訪問看護の提供状況は記入しないでください。

		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他※
実利用者数		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
	延べ訪問回数	回	回	回	回	回	回

※ 「その他」の欄には、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。

・介護保険以外（健康保険法等のみ、自費等）の利用者へのサービスについて記入してください。

実利用者数	人
延べ訪問回数	回

○令和7年4月の1か月分の実績について記入してください。

・延べ訪問回数にサービス付高齢者向け住宅、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホームの占める割合について、該当する番号に○をつけてください。

1. 20%未満	2. 20%以上40%未満	3. 40%以上60%未満
4. 60%以上80%未満	5. 80%以上	

・訪問する職員の主な訪問（移動）手段として、最も多い手段の番号に○をつけてください。

1. 自動車等	2. 徒歩	3. 自転車	4. 公共交通機関
---------	-------	--------	-----------

※ 「1. 自動車等」には、バイク（原付含む）も含まれます。

・1回（件）の訪問にかかった平均的な移動時間について、該当する番号に○をつけてください。

1. 5分未満	2. 5分以上15分未満	3. 15分以上30分未満
4. 30分以上45分未満	5. 45分以上1時間未満	6. 1時間以上

⑧夜間対応型訪問介護

○令和7年4月の1か月分の実績について記入してください。

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他※
実利用者数	人	人	人	人	人	人
延べ訪問回数	回	回	回	回	回	回

※「その他」の欄には、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。

○令和7年4月の1か月分の実績について記入してください。

- ・延べ訪問回数にサービス付高齢者向け住宅、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホームの占める割合について、該当する番号に○をつけてください。

- | | | |
|---------------|---------------|---------------|
| 1. 20%未満 | 2. 20%以上40%未満 | 3. 40%以上60%未満 |
| 4. 60%以上80%未満 | 5. 80%以上 | |

- ・訪問する職員の主な訪問(移動)手段として、最も多い手段の番号に○をつけてください。

- | | | | |
|---------|-------|--------|-----------|
| 1. 自動車等 | 2. 徒歩 | 3. 自転車 | 4. 公共交通機関 |
|---------|-------|--------|-----------|

※「1. 自動車等」には、バイク(原付含む)も含まれます。

- ・1回(件)の訪問にかかった平均的な移動時間について、該当する番号に○をつけてください。

- | | | |
|---------------|---------------|---------------|
| 1. 5分未満 | 2. 5分以上15分未満 | 3. 15分以上30分未満 |
| 4. 30分以上45分未満 | 5. 45分以上1時間未満 | 6. 1時間以上 |

⑨認知症対応型通所介護/介護予防認知症対応型通所介護

認知症対応型通所介護

○令和7年4月の1か月分の実績について記入してください。

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他※
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」の欄には、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。

介護予防認知症対応型通所介護

○令和7年4月の1か月分の実績について記入してください。

	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」の欄には、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。

⑩小規模多機能型居宅介護/介護予防小規模多機能型居宅介護

小規模多機能型居宅介護

○令和7年4月の1か月分の実績について記入してください。

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他※
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」の欄には、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。

介護予防小規模多機能型居宅介護

○令和7年4月の1か月分の実績について記入してください。

	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」の欄には、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。

⑪認知症対応型共同生活介護/介護予防認知症対応型共同生活介護

認知症対応型共同生活介護

○令和7年4月の1か月分の実績について記入してください。

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他※
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」の欄には、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。

介護予防認知症対応型共同生活介護

○令和7年4月の1か月分の実績について記入してください。

	要支援2	その他※
実利用者数	人	人
延べ利用者数	人	人

※「その他」の欄には、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。

⑫看護小規模多機能型居宅介護

○令和7年4月の1か月分の実績について記入してください。

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他※
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」の欄には、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。

居宅介護支援

○令和7年4月の1か月分の実績について記入してください。

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他※
実利用者数	人	人	人	人	人	人

※「その他」の欄には、要介護認定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ください。

介護予防支援

○令和7年4月の1か月分の実績について記入してください。

	要支援1	要支援2	その他※
実利用者数	人	人	人

※「その他」の欄には、要支援認定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ください。

居宅介護支援/介護予防支援

○令和7年4月の1か月分の実績について記入してください。

・延べ訪問回数にサービス付高齢者向け住宅、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホームの占める割合について、該当する番号に○をつけてください。

- | | | |
|---------------|---------------|---------------|
| 1. 20%未満 | 2. 20%以上40%未満 | 3. 40%以上60%未満 |
| 4. 60%以上80%未満 | 5. 80%以上 | |

・訪問する職員の主な訪問(移動)手段として、最も多い手段の番号に○をつけてください。

- | | | | |
|---------|-------|--------|-----------|
| 1. 自動車等 | 2. 徒歩 | 3. 自転車 | 4. 公共交通機関 |
|---------|-------|--------|-----------|

※「1. 自動車等」には、バイク(原付含む)も含まれます。

・1回(件)の訪問にかかった平均的な移動時間について、該当する番号に○をつけてください。

- | | | |
|---------------|---------------|---------------|
| 1. 5分未満 | 2. 5分以上15分未満 | 3. 15分以上30分未満 |
| 4. 30分以上45分未満 | 5. 45分以上1時間未満 | 6. 1時間以上 |

(6) 調査対象サービスにおける令和7年4月末時点の介護テクノロジー（介護ロボットやICT等）の導入状況について、導入している番号に○をつけてください。（複数回答可）

※ 介護テクノロジー（介護ロボットやICT等）の具体例については、記入要領を参照してください。

- | | | |
|-------------|----------------------|-----------------------|
| 1. 移乗支援機器 | 2. 移動支援機器 | 3. 排泄支援機器 |
| 4. 入浴支援機器 | 5. 見守り・コミュニケーション機器 | 6. 介護業務支援機器（介護記録ソフト等） |
| 7. 機能訓練支援機器 | 8. 食事・栄養管理支援機器 | 9. 認知症生活支援・認知症ケア支援機器 |
| 10. その他 | 11. 介護テクノロジーを導入していない | |

SAMPLE

(7) 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7年4月の1か月分の延べ利用者数等を記入してください。

※ 問1(4)において、「1. 単独会計」と回答した場合は記入不要です。

○ 一体会計となっている他のサービスとの費用按分等にも使用しますので、漏れのないように記入してください。

サービスの種類		事業所番号										延べ利用者数等※1		
施設サービス	介護老人福祉施設											延べ在所(在院)者数	1	人
	介護老人保健施設												2	人
	介護医療院												3	人
居宅サービス	訪問介護(旧介護予防を含む)											延べ訪問回数	4	
	訪問入浴介護(介護予防を含む)												5	回
	訪問看護(介護予防を含む)												6	回
	訪問リハビリテーション(介護予防を含む)												7	回
	居宅療養管理指導(介護予防を含む)											実利用者数	8	人
	通所介護(旧介護予防を含む)											延べ利用者数	9	人
	通所リハビリテーション(介護予防を含む)												10	人
	短期入所生活介護(空床利用分を除く)(介護予防を含む)												11	人
	短期入所療養介護(介護予防を含む)												12	人
	特定施設入居者生活介護(介護予防を含む)											13	人	
	福祉用具貸与(介護予防を含む)											実利用者数	14	人
	居宅介護支援(介護予防を含む)												15	人
地域密着型サービス	定期巡回・随時対応型訪問介護看護											実利用者数	16	人
	夜間対応型訪問介護											延べ訪問回数	17	回
	地域密着型通所介護											延べ利用者数	18	人
	認知症対応型通所介護(介護予防を含む)												19	人
	小規模多機能型居宅介護(介護予防を含む)												20	人
	認知症対応型共同生活介護(介護予防を含む)												21	人
	地域密着型特定施設入居者生活介護											22	人	
	地域密着型介護老人福祉施設											延べ在所(在院)者数	23	人
看護小規模多機能型居宅介護											延べ利用者数	24	人	

※1 「延べ利用者数等」の考え方については、記入要領(P.●)を参照してください。

問 2 令和7年4月時点の建物の状況についておうかがいします。

○ 一体会計となっている他のサービスとの費用按分等にも使用しますので、漏れのないように記入してください。

	全体 (一体会計の場合は、会計を一体的に行っているサービス合計)	うち調査対象サービス
建物床面積	m ²	m ²

※ 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。

※ 問1(4)において「単独会計」と回答した場合
「全体」の欄には、併設サービスを含めた施設全体に係る床面積を記入してください。

※ 問1(4)において「一体会計」と回答した場合
「全体」の欄には、調査対象サービスで利用している床面積に加えて、会計を一体的に行っている他の介護保険サービスや、介護保険以外の事業で利用している床面積の合計を記入してください。

SAMPLE

問3 令和7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7年4月分として給与を支払った職員数と給与・賞与等について、記入してください。
問1（4）の回答により、記入する内容が異なりますので、必ず記入要領を確認してください。

○ 一体会計となっている他のサービスとの費用按分等にも使用しますので、漏れのないように記入してください。

1. 「単独会計」の場合（記入要領P●～●）

常勤については(B)、(C)を、非常勤については(D)、(F)、(G)を記入してください。※(A)、(E)は記入不要です。
「給料」については、「調査対象サービス分の換算人員(B、F)」に対応する金額を記入してください。

2. 「一体会計」の場合（記入要領P●～●）

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て(A)～(G)まですべて記入してください。
「給料」については、「実人員(A、D)」に対応する金額を記入してください。

令和7年4月分

職 種		常 勤							非 常 勤								
		実人員 (A)		調査対象サー ビス分の換算人員 (B)		給料 (C)			実人員 (D)		換算人員 (E)		調査対象サー ビス分の換算人員 (F)		給料 (G)		
		人	人	百万	千	円	人	人	人	人	人	百万	千	円			
1 管理者	1		.					1		.							
2 医師	2		.					2		.							
3 歯科医師	3		.					3		.							
4 薬剤師	4		.					4		.							
5 看護師	5		.					5		.							
6 准看護師	6		.					6		.							
7 介護職員	7		.					7		.							
8 うち介護福祉士	8		.					8		.							
9 理学療法士	9		.					9		.							
10 作業療法士	10		.					10		.							
11 言語聴覚士	11		.					11		.							
12 歯科衛生士	12		.					12		.							
13 柔道整復師・あん摩マッサージ指圧師	13		.					13		.							
14 生活相談員・支援相談員	14		.					14		.							
15 福祉用具専門相談員	15		.					15		.							
16 栄養士	16		.					16		.							
17 うち管理栄養士	17		.					17		.							
18 調理員	18		.					18		.							
19 事務職員	19		.					19		.							
20 その他	20		.					20		.							
21 1～20のうち介護支援専門員・計画作成担当者(再掲)	21		.					21		.							
22 1～20のうち訪問介護のサービス提供責任者(再掲)	22		.					22		.							

※ 複数の職種に従事している場合は、主として従事している職種のいずれか1つに分類して記入してください。

※ 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、1～20のいずれかに分類して記入してください。

※ 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ください。

※ 主として従事している職種、介護支援専門員・計画作成担当者として従事している者の分類が難しい場合は、番号の若いほうに記入してください。

23 通勤手当(再掲)(令和7年4月分)	23																
----------------------	----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

24 賞与または賞与引当金繰入(令和6年度実績の1/12の金額)	24																
----------------------------------	----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

25 退職給与引当金の実施、退職金に關する共済等への加入(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(令和6年度実績の1/12の金額)	25														
	(2) 全国社会福祉団体職員退職手当積立基金に加入		26														
	(3) 中小企業退職金共済制度に加入		27														
	(4) その他共済制度に加入		28														
	(5) 退職給与(給付)引当金繰入の実施 ※(1)～(4)以外	→退職給与(給付)引当金(令和6年度実績の1/12の金額)	29														
	(6) 退職金として支出 ※(1)～(5)に計上される分を除く	→退職金(令和6年度実績の1/12の金額)	30														

26 法定福利費(事業主負担・令和6年度実績の1/12の金額)	31																
---------------------------------	----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

<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。

※1か月に数回の勤務である場合

職員の1週間の勤務時間

職員の1か月の勤務時間

施設が定めている1週間の勤務時間

施設が定めている1週間の勤務時間×4(週)

問4 (1)令和5、6年度の事業収入(収益)等についておうかがいします。

- 令和5、6年度の決算期数値における収入(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「一體會計」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。
- 国庫補助金等特別積立金取崩額は、問4(3)事業支出(費用)として記入してください。

科 目		令和5年度決算期数値					令和6年度決算期数値				
		金 額					金 額				
		十億	百万	千	円		十億	百万	千	円	
事業活動収入(収益)	1 介護福祉施設介護料収入(収益)(利用者負担分を含む)										
	(1)介護老人福祉施設	1					1				
	(2)地域密着型介護老人福祉施設	2					2				
	2 居宅介護料収入(収益)(利用者負担分を含む)										
	(1)訪問介護	3					3				
	(2)訪問入浴介護(介護予防を含む)	4					4				
	(3)通所介護	5					5				
	(4)短期入所生活介護(介護予防を含む)	6					6				
	うち空床利用分(介護老人福祉施設)	7					7				
	うち空床利用分(地域密着型介護老人福祉施設)	8					8				
	(5)特定施設入居者生活介護(介護予防を含む)	9					9				
	(6)福祉用具貸与(介護予防を含む)	10					10				
	(7)定期巡回・随時対応型訪問介護看護	11					11				
	(8)夜間対応型訪問介護	12					12				
	(9)地域密着型通所介護	13					13				
	(10)認知症対応型通所介護(介護予防を含む)	14					14				
	(11)小規模多機能型居宅介護(介護予防を含む)	15					15				
	(12)認知症対応型共同生活介護(介護予防を含む)	16					16				
	(13)地域密着型特定施設入居者生活介護	17					17				
	(14)看護小規模多機能型居宅介護	18					18				
	(15)その他の居宅介護サービス((1)～(14)に該当しないもの)	19					19				
事業活動収入(収益)	3 居宅介護支援介護料収入(収益)										
	(1)居宅介護支援介護料収入(収益)	20					20				
	(2)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)	21					21				
	4 介護予防・日常生活支援総合事業費収入(収益)										
	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)	22					22				
	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)	23					23				
	5 保険外の利用料による収入(収益)										
	(1)介護福祉施設利用料収入(収益)										
	① 介護老人福祉施設	24					24				
	② 地域密着型介護老人福祉施設	25					25				
	(2)居宅介護サービス利用料収入(収益)										
	① 訪問介護	26					26				
	② 訪問入浴介護(介護予防を含む)	27					27				
	③ 通所介護	28					28				
	④ 短期入所生活介護(介護予防を含む)	29					29				
	うち空床利用分(介護老人福祉施設)	30					30				
	うち空床利用分(地域密着型介護老人福祉施設)	31					31				
	⑤ 特定施設入居者生活介護(介護予防を含む)	32					32				
	⑥ 福祉用具貸与(介護予防を含む)	33					33				
	⑦ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護	34					34				
	⑧ 夜間対応型訪問介護	35					35				
	⑨ 地域密着型通所介護	36					36				
	⑩ 認知症対応型]	37					37				
	⑪ 小規模多機能型居宅介護(介護予防を含む)	38					38				
	⑫ 認知症対応型共同生活介護(介護予防を含む)	39					39				
	⑬ 地域密着型特定施設入居者生活介護	40					40				
	⑭ 看護小規模多機能型居宅介護	41					41				
	⑮ その他の居宅介護サービス(①～⑭に該当しないもの)	42					42				

科 目		令和5年度決算期数値										令和6年度決算期数値									
		金 額										金 額									
		十億	百万	千	円	十億	百万	千	円	十億	百万	千	円	十億	百万	千	円	十億	百万	千	円
I 事業活動収入（収益）（続き）	(3)食費収入（収益）	43								43											
	(4)居住費収入（収益）	44								44											
	(5)介護予防・日常生活支援総合事業利用料収入（収益）																				
	うち旧介護予防訪問介護に相当するサービス	45								45											
	うち旧介護予防通所介護に相当するサービス	46								46											
	(6)管理費収入（収益）	47								47											
	うち特定施設入居者生活介護（介護予防含む）の保険外の利用料に係る収入（収益）	48								48											
	(7)その他の利用料収入（収益）	49								49											
	うち認知症対応型共同生活介護に係るその他の利用料収入（収益）	50								50											
	うち特定施設入居者生活介護（介護予防含む）に係るその他の利用料収入（収益）	51								51											
	6 補助金収入（収益）																				
	(1)介護職員処遇改善支援補助金	52								52											
	(2)物価高騰対策関連の補助金	53								53											
	(3)その他の補助金収入	54								54											
	7 その他の収入（収益）																				
	(1) 入居金収入（収益）	55								55											
	うち特定施設入居者生活介護（介護予防含む）の保険外の利用料に係る収入（収益）	56								56											
	(2) 介護予防支援事業者からの委託に係る収入（収益）	57								57											
	(3)その他	58								58											
	8 介護報酬査定減	59 ▲								59 ▲											
事業活動収入（サービス活動収益）計																					

問 4 （2）令和5、6年度の財務活動等及び拠点区分間繰入金による支出についておうかがいします。

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

↓ チェックボックス

☒ ①介護サービスの種別ごとに区分されている	→そのまま調査対象サービス分の支出を記入してください。
☒ ②介護サービスの種別ごとに区分されてなく、他の介護サービス等と一体となっている	→記入要領を参照し、適切な按分を行ったうえで、調査対象サービス分の支出を記入してください。

- 「設備資金」とは、施設設備及び設備整備に係る資金です。
 ○ 金額は、利子を含まない元金について、令和5、6年度に返済した額を記入してください。

科 目		令和5年度決算期数値										令和6年度決算期数値									
		金 額										金 額									
		十億	百万	千	円	十億	百万	千	円	十億	百万	千	円	十億	百万	千	円	十億	百万	千	円
設備資金借入金元金償還金支出	60									60											
長期運営資金借入金元金償還金支出	61									61											

※ただし調査対象サービスが、短期入所生活介護、特定施設入居者生活介護、小規模多機能型居宅介護、認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、看護小規模多機能型居宅介護の場合に限り、上記項目を記入。

- 法人本部において、下記の収入及び支出がある場合、金額を記入してください。

科 目		令和5年度決算期数値										令和6年度決算期数値									
		金 額										金 額									
		十億	百万	千	円	十億	百万	千	円	十億	百万	千	円	十億	百万	千	円	十億	百万	千	円
拠点区分間繰入金支出（法人本部を繰入先とし、本部以外の拠点区分を繰入元とするもの）	62									62											
拠点区分間繰入金支出（法人本部以外の拠点区分を繰入先とし、本部を繰入元とするもの）	63									63											

問4 (3)令和5、6年度の事業支出(費用)等についておうかがいします。

事業支出（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。

社会福祉法人会計基準	→(3)－A(本ページ～)
指定介護老人福祉施設等会計処理等取扱指導指針	→(3)－B(●ページ～)
企業会計	→(3)－C(●ページ～)

(3)－A 社会福祉法人会計基準

- 令和5、6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「一会会計」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)で記入した収入(収益)に対応した支出(費用)を記入してください。
- ※ 各費目において消費税が別途計上されている場合でも、税込み方式(各費目に消費税額を算入した値)で記入してください。

科 目		令和5年度決算期数値										令和6年度決算期数値									
		金 額										金 額									
		十億	百万	千	円	十億	百万	千	円	十億	百万	千	円	十億	百万	千	円	十億	百万	千	円
Ⅱ サ ー ビ ス 活 動 費 用	1 人件費	1										1									
	うち派遣職員費	2										2									
	2 事務費((1)～(18)の合計)																				
	(1)福利厚生費	3										3									
	(2)旅費交通費	4										4									
	(3)研修研究費	5										5									
	(4)事務消耗品費	6										6									
	(5)印刷製本費	7										7									
	(6)水道光熱費	8										8									
	(7)燃料費	9										9									
	(8)修繕費	10										10									
	(9)通信運搬費	11										11									
	(10)広報費	12										12									
	(11)業務委託費																				
	① 給食委託費	13										13									
	② 送迎委託費	14										14									
	③ 清掃委託費	15										15									
	④ その他の委託費(①～③に該当しないもの)	16										16									
	(12)保険料																				
	① 自動車保険料(自動車損害賠償責任保険料含む)	17										17									
	② その他の保険料(①に該当しないもの)	18										18									
	(13)賃借料																				
	① 設備器械	19										19									
	② その他の賃借料(①に該当しないもの)	20										20									
	(14)土地・建物賃借料																				
	① 土地	21										21									
	② 建物及び建物付属設備	22										22									
	(15)租税公課	23										23									
	(16)保守料	24										24									
	(17)雑費	25										25									
	(18)その他経費((1)～(17)に該当しないもの)	26										26									

科 目		令和5年度決算期数値					令和6年度決算期数値				
		金 額					金 額				
		十億	百万	千	円		十億	百万	千	円	
Ⅱ サービス活動費用（続き）	3 事業費										
	(1)給食費	27					27				
	(2)介護用品費	28					28				
	(3)保健衛生費	29					29				
	(4)水道光熱費	30					30				
	(5)燃料費	31					31				
	(6)消耗器具備品費	32					32				
	(7)保険料	33					33				
	(8)賃借料										
	① 設備器械	34					34				
	② その他の賃借料(①に該当しないもの)	35					35				
	(9)車両費	36					36				
	(10)雑費	37					37				
	(11)その他経費((1)～(10)に該当しないもの)	38					38				
	4 減価償却費										
	(1)建物及び建物付属設備減価償却費	39					39				
	(2)車両船舶設備減価償却費	40					40				
	(3)特殊浴槽減価償却費	41					41				
	(4)その他の減価償却費((1)～(3)に該当しないもの)	42					42				
	5 国庫補助金等特別積立金取崩額	43 ▲					43 ▲				
	6 徴収不能額	44					44				
	7 徴収不能引当金繰入	45					45				
	8 その他(1～7に該当しないもの)	46					46				
	サービス活動費用計(1～8の合計)										
	うち人材紹介手数料	47					47				
	うち介護テクノロジーの保守・点検等に係る費用	48					48				
	うち消費税課税対象費用計	49					49				
Ⅲ サービス活動外収益		50					50				
	うち借入金利息補助金収益	51					51				
Ⅳ サービス活動外費用		52					52				
	うち支払利息	53					53				
Ⅴ 特別収益		54					54				
	うち拠点区分間繰入金収益	55					55				
	うち本部会計からの繰入金収益	56					56				
Ⅵ 特別費用		57					57				
	うち拠点区分間繰入金費用	58					58				
	うち本部会計への繰入金費用	59					59				
	うち法人本部に帰属する経費(役員報酬・退職金手当等の運営費に限る(他の事業のための費用等を除く))	60					60				
	※特になし場合は0と記載し、金額が分からない場合は空欄としてください。										
	うち消費税課税対象費用計	61					61				

- 令和5、6年度の決算期数値における支出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)で記入した収入(収益)に対応した支出(費用)を記入してください。

※ 各費目において消費税が別途計上されている場合でも、税込み方式(各費目に消費税額を算入した値)で記入してください。

科 目		令和5年度決算期数値					令和6年度決算期数値				
		金 額					金 額				
		十億	百万	千	円		十億	百万	千	円	
1 人件費	1						1				
2 経費											
(1) 直接介護支出											
① 給食材料費	2						2				
② 介護用品費	3						3				
③ 保健衛生費	4						4				
④ 消耗器具備品費	5						5				
⑤ 車輛費	6						6				
⑥ 光熱水費	7						7				
⑦ 燃料費	8						8				
⑧ その他の直接介護支出(①～⑦に該当しないもの)	9						9				
(2) 一般管理支出											
① 福利厚生費	10						10				
② 旅費交通費	11						11				
③ 研修費	12						12				
④ 通信運搬費	13						13				
⑤ 事務消耗品費	14						14				
⑥ 印刷製本費	15						15				
⑦ 広報費	16						16				
⑧ 修繕費	17						17				
⑨ 保守料	18						18				
⑩ 賃借料											
ア 土地	19						19				
イ 建物及び建物付属設備	20						20				
ウ 設備器械	21						21				
エ その他の賃借料(ア～ウに該当しないもの)	22						22				
⑪ 保険料											
ア 自動車保険料(自動車損害賠償責任保険料含む)	23						23				
イ その他の保険料(アに該当しないもの)	24						24				
⑫ 租税公課	25						25				
⑬ 委託費											
ア 派遣委託費	26						26				
イ 給食委託費	27						27				
ウ 送迎委託費	28						28				
エ 清掃委託費	29						29				
オ その他の委託費(ア～エに該当しないもの)	30						30				
⑭ 雑費	31						31				
⑮ その他の一般管理支出(①～⑭に該当しないもの)	32						32				

II
事業活動支出

科 目		令和5年度決算期数値					令和6年度決算期数値				
		金 額				円	金 額				円
		十億	百万	千			十億	百万	千		
事業活動支出（続き）	3 減価償却費										
	(1)建物及び建物付属設備減価償却費	33					33				
	(2)車両船舶設備減価償却費	34					34				
	(3)特殊浴槽減価償却費	35					35				
	(4)その他の減価償却費((1)～(3)に該当しないもの)	36					36				
	II 4 国庫補助金等特別積立金取崩額	37 ▲					37 ▲				
	5 徴収不能額	38					38				
	6 引当金繰入										
	(1)徴収不能引当金繰入	39					39				
	(2)修繕引当金繰入	40					40				
	(3)退職給与引当金繰入	41					41				
	(4)賞与引当金繰入	42					42				
	(5)その他引当金繰入((1)～(4)に該当しないもの)	43					43				
	7 その他(1～6に該当しないもの)	44					44				
事業活動支出計(1～7の合計)	事業活動支出計(1～7の合計)										
	うち人材紹介手数料	45					45				
	うち介護テクノロジーの保守・点検等に係る費用	46					46				
	うち消費税課税対象支出計	47					47				
III 事業活動外収入	事業活動外収入	48					48				
	うち借入金利息補助金収入	49					49				
IV 事業活動外支出	事業活動外支出	50					50				
	うち借入金利息	51					51				
V 特別収入	特別収入	52					52				
	うち会計区分間繰入金収入	53					53				
	うち本部会計からの繰入金収入	54					54				
VI 特別支出	特別支出	55					55				
	うち会計区分外繰入金支出	56					56				
	うち本部会計への繰入金支出	57					57				
	うち法人会計への繰入金費用:役員報酬・退職金手当等の運営費に限る(他の事業のための費用等を除く)	58					58				
	※特にない場合は0と記載し、金額が分からない場合は空欄としてください。										
	うち消費税課税対象費用計	59					59				
	うち法人税等	60					60				

(3) -C 企業会計

○ 令和5、6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)で記入した収入(収益)に対応した支出(費用)を記入してください。

※ 各費目において消費税が別途計上されている場合でも、税込み方式(各費目に消費税額を算入した値)で記入してください。

科 目		令和5年度決算期数値					令和6年度決算期数値				
		金 額					金 額				
		十億	百万	千	円	十億	百万	千	円		
Ⅱ 売上原価	1 人件費	1					1				
	2 経費										
	(1)給食材料費	2					2				
	(2)車両費	3					3				
	(3)光熱水費	4					4				
	(4)福利厚生費	5					5				
	(5)旅費交通費	6					6				
	(6)研修費	7					7				
	(7)通信運搬費	8					8				
	(8)修繕費	9					9				
	(9)賃借料										
	① 土地	10					10				
	② 建物及び建物付属設備	11					11				
	③ 設備器械	12					12				
	④ その他の賃借料(①～③に該当しないもの)	13					13				
	(10)保険料										
	① 自動車保険料(自動車損害賠償責任保険料含む)	14					14				
	② その他の保険料(①に該当しないもの)	15					15				
	(11)租税公課	16					16				
	(12)委託費										
	① 派遣委託費	17					17				
	② 給食委託費	18					18				
③ 送迎委託費	19					19					
④ 清掃委託費	20					20					
⑤ その他の委託費(①～④に該当しないもの)	21					21					
(13)その他の経費((1)～(12)に該当しないもの)	22					22					
3 減価償却費											
(1)建物及び建物付属設備減価償却費	23					23					
(2)車両船舶設備減価償却費	24					24					
(3)特殊浴槽減価償却費	25					25					
(4)消毒設備減価償却費	26					26					
(5)福祉用具減価償却費	27					27					
(6)その他の減価償却費((1)～(5)に該当しないもの)	28					28					
4 その他の売上原価(1～3に該当しないもの)	29					29					
売上原価計(1～4の合計)											
うち人材紹介手数料	30					30					
うち介護テクノロジーの保守・点検等に係る費用	31					31					
うち消費税課税対象費用計	32					32					
Ⅲ 本部経費配賦額(他の事業のための費用は含まない)	33					33					
うち消費税課税対象費用計	34					34					
Ⅳ 営業外収益											
1 受取利息	35					35					
2 受取配当金	36					36					
3 補助金収入											
(1)介護職員処遇改善支援補助金	37					37					
(2)物価高騰対策関連の補助金	38					38					
(3)その他の補助金((1)、(2)に該当しないもの)	39					39					
4 その他の営業外収益(1～3に該当しないもの)	40					40					
Ⅴ 営業外費用											
1 支払利息	41					41					
2 徴収不能額	42					42					
3 その他の営業外費用(1、2に該当しないもの)	43					43					
Ⅵ 特別利益	44					44					
Ⅶ 特別損失	45					45					
Ⅷ 法人税、住民税及び事業税	46					46					