

日医発第 153 号 (介 49)
令和 2 年 5 月 21 日

都道府県医師会 会長 殿

日本医師会長
横倉義武
(公印省略)

令和 2 年度介護事業実態調査 (介護事業経営実態調査) への
協力依頼について

時下益々ご清栄のこととお慶び申し上げます。

平素は本会会務に関し、格別のご協力を賜り厚く御礼申し上げます。

今般、厚生労働省は、介護サービス施設・事業所の経営状況を把握するため「介護事業実態調査(介護事業経営実態調査)」を実施することとし、本会宛に調査協力の依頼がありました。

当該調査は、サービス提供の状況、居室・設備等の状況、職員配置や給与、収入・支出の状況等を調査し、次期介護保険制度及び介護報酬改定に必要な基礎資料を得ることを目的に実施されるものです。調査客体は層化無作為に抽出され、令和元年度の決算額を調査致します。調査実施時期は令和 2 年 5 月、調査票返送については、6 月 30 日までに投函をお願いしております。

現在、介護サービス施設・事業所におかれましては、新型コロナウイルス感染症への対応にご多忙のことと承知しておりますが、当該感染症に係る経営実態への影響も併せ、介護サービスの実情把握に資するものとして、次期介護報酬改定に向け重要な調査であることから、本会と致しましては、当該調査の実施に協力することといたしました。貴会におかれましても本調査の趣旨をご理解いただき、貴会会員の先生方にもご協力を賜りますよう周知方宜しくお願い申し上げます。今

回の調査結果は、介護給付費分科会等での検討資料として大きな意味を持つことから、回収率の向上にご協力のほど宜しくお願い申し上げます。

敬具

記

(別添資料)

○令和2年度介護事業実態調査(介護事業経営実態調査)への協力依頼について

(老発第0508第1号 令2.5.8厚生労働省老健局長通知)

- ・令和2年度介護事業経営実態調査の実施について
- ・令和2年度介護事業経営実態調査の抽出率について(別添1)

○調査票

- ・介護老人福祉施設票
- ・地域密着型介護老人福祉施設票
- ・介護老人保健施設票
- ・介護療養型医療施設票
- ・介護医療院票
- ・居宅サービス・地域密着型サービス事業所票(福祉関係)
- ・居宅サービス・地域密着型サービス事業所票(医療関係)

○参考資料：調査の概要・注意事項(調査記入要領より抜粋)

以上



老発0508第1号
令和2年5月8日

公益社団法人
日本医師会 会長 殿

厚生労働省老健局長



令和2年度介護事業実態調査（介護事業経営実態調査）への
協力依頼について

介護保険制度の推進につきましては、日頃より格別のご尽力を賜り厚く御礼申し上げます。また、このたびの新型コロナウイルスの感染拡大の防止に向けたご対応につきましても、深謝申し上げます。

今般、介護サービス施設・事業所の経営状況を把握し、介護報酬の改定のための基礎資料を得ることを目的に、「令和2年度介護事業実態調査（介護事業経営実態調査）」を実施することといたしました。

本調査は、介護サービス施設・事業所における経営状況を把握し、介護報酬の改定のための基礎資料とする予定です。

つきましては、調査の趣旨をご理解いただき、貴団体より所属の施設・事業所に対し、調査への協力について周知するなど特段のご配慮をお願いいたします。

令和2年度介護事業経営実態調査の実施について

1 調査の目的

各サービス施設・事業所の経営状況を把握し、次期介護保険制度の改正及び介護報酬の改定に必要な基礎資料を得ることを目的とする。

2 調査時期及び公表時期

(1) 調査時期

令和2年5月(令和元年度決算額を調査)

(2) 公表時期

社会保障審議会介護給付費分科会介護事業経営調査委員会における結果の公表は、令和2年10月を予定。その後、介護給付費分科会に報告。

3 調査対象等

(1) 調査対象

全ての介護保険サービス

(2) 抽出方法

層化無作為抽出法により抽出

(3) 抽出率

別表参照

(4) 調査項目

サービス提供の状況、居室・設備等の状況、職員配置、職員給与、収入の状況、支出の状況 等

令和2年度介護事業経営実態調査の抽出率について

	母集団数	抽出率	参考					
			介護事業経営実態調査			介護事業経営概況調査		
			平成29年度 (2017)	平成26年度 (2014)	平成23年度 (2011)	令和元年度 (2019)	平成28年度 (2016)	平成25年度 (2013)
介護老人福祉施設	約7,900	1/4	1/4	1/4	1/4	1/4	1/4	1/4
介護老人保健施設	約4,200	1/4	1/4	1/4	1/4	1/4	1/4	1/4
介護療養型医療施設	約550	<u>4/5</u>	3/5	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2
介護医療院	約200	1/1	-	-	-	-	-	-
訪問介護	約29,700	1/10	1/10	1/5	1/5	1/25	1/25	1/20
訪問入浴介護	約1,600	1/2	1/2	1/2	1/2	1/4	1/5	1/5
訪問看護	約10,100	1/10	1/10	1/5	1/5	1/25	1/25	1/25
訪問リハビリテーション	約3,900	1/2	1/2	1/3	1/3	1/6	1/7	1/20
通所介護	約22,200	1/10	1/10	1/5	1/5	1/25	1/25	1/20
通所リハビリテーション	約7,500	1/5	1/5	1/5	1/5	1/10	1/10	1/10
短期入所生活介護	約10,100	1/7	1/7	1/7	1/7	1/20	1/20	1/40
特定施設入居者生活介護	約4,900	1/4	1/4	1/3	1/3	1/5	1/5	1/10
福祉用具貸与	約6,500	1/2	1/2	1/2	1/2	1/20	1/25	1/30
居宅介護支援	約35,900	1/20	1/20	1/10	1/10	1/25	1/15	1/10
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	約770	1/1	1/1	1/1	-	1/1	1/1	1/1
夜間対応型訪問介護	約130	1/1	1/1	1/1	1/1	1/1	1/1	1/1
地域密着型通所介護	約16,900	1/10	1/10	-	-	1/25	-	-
(再掲)療養通所介護	約80	1/1	1/1	1/1	1/1	1/1	1/1	1/1
認知症対応型通所介護	約3,100	1/2	1/2	1/2	1/2	1/8	1/10	1/10
小規模多機能型居宅介護	約5,100	1/2	1/2	1/2	1/2	1/12	1/12	1/10
認知症対応型共同生活介護	約13,200	1/12	1/12	1/10	1/10	1/20	1/20	1/10
地域密着型特定施設入居者生活介護	約320	1/1	1/1	1/1	1/1	1/1	1/1	1/1
地域密着型介護老人福祉施設	約2,200	1/2	1/2	1/2	1/1	1/3	1/2	1/2
看護小規模多機能型居宅介護	約450	1/1	1/1	1/1	-	1/1	1/1	1/1

母集団数は「介護保険総合データベース」の事業所数である。

介護療養型医療施設については、前回調査から施設数が減少していることから、調査精度を維持するため抽出率を上げている

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

介護老人福祉施設

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
上げます。

※ この調査は、上記のID、パスワードにて、調査専用ホームページ (<https://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) 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(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

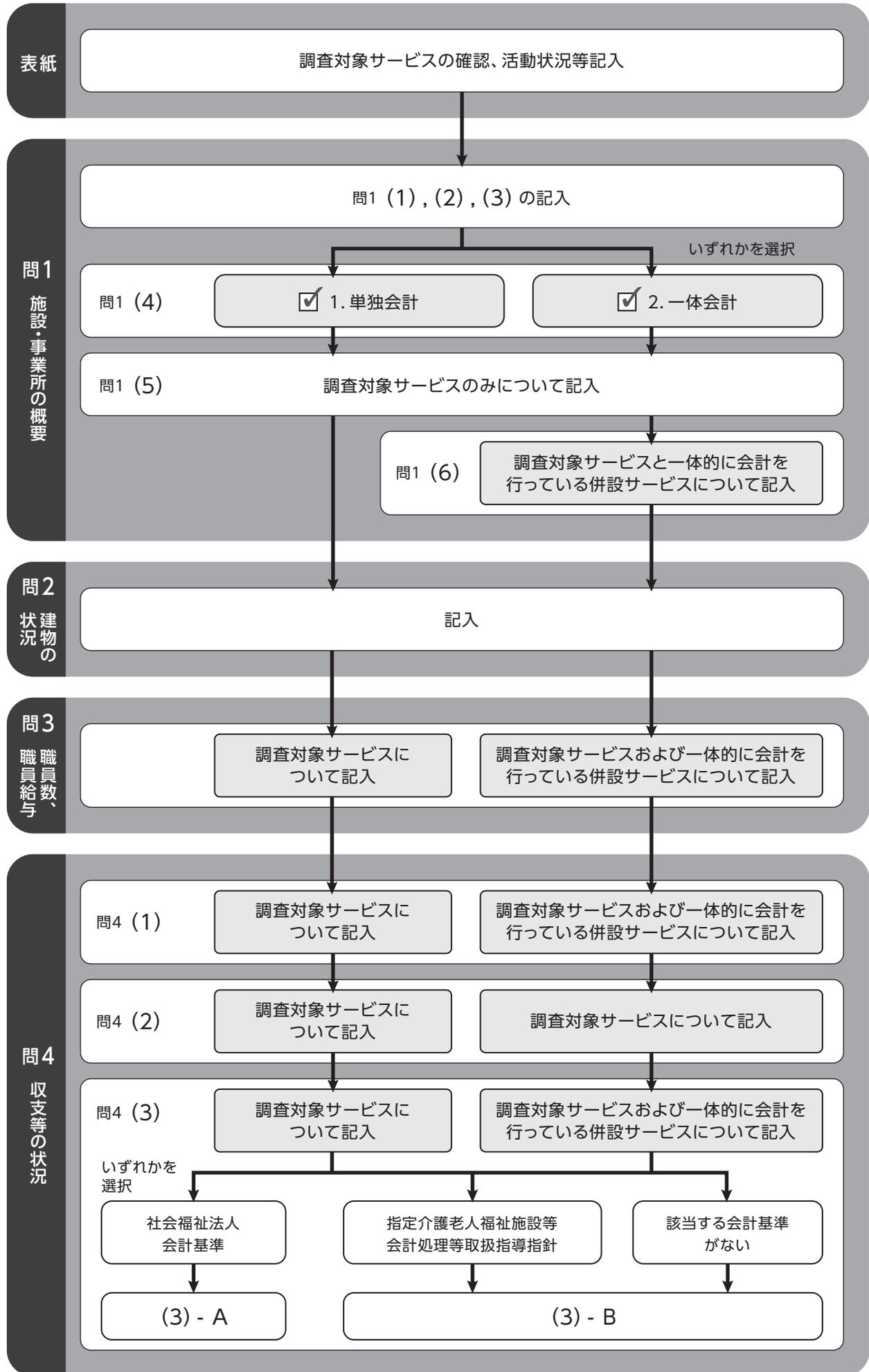
※2、3の場合、今回の調査に記入していただく必要はありませんので、
このまま調査票を返送してください。



(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

● 記入の流れ ●



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 | 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、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

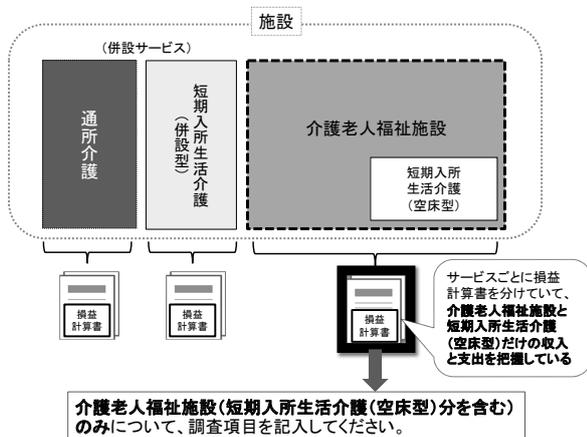
※ 収入は調査対象サービス分を把握しているが、支出は他の併設サービスと一体的にしか把握していないなど、部分的に調査対象サービス分の収入・支出を把握している場合も一体会計としてください。

※ 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。

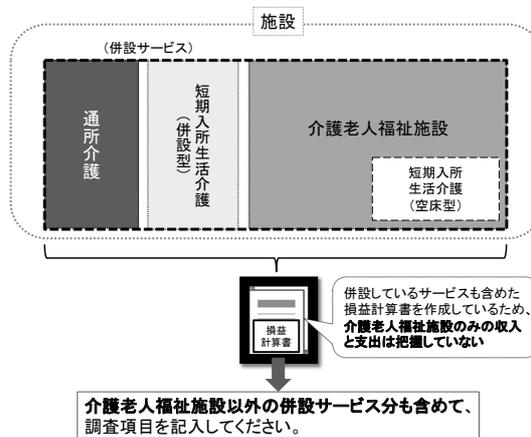
例: 介護老人福祉施設内で短期入所生活介護(空床型)を提供し、短期入所生活介護(併設型)と通所介護を併設している場合

1. 単独会計



※ただし問2(建物の状況)については、併設サービスも含めた施設全体に係る床面積を記入してください。

2. 一体会計



(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。

介護老人福祉施設または地域密着型介護老人福祉施設（（介護予防）短期入所生活介護（空床型）を除く）

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他※
実利用者数	人	人	人	人	人	人
延べ在所者数	人	人	人	人	人	人
延べ入院、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
---------	---

短期入所生活介護（空床型）/介護予防短期入所生活介護（空床型）

短期入所生活介護(空床型)

	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。

介護予防短期入所生活介護(空床型)

	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。

短期入所生活介護(空床型)と介護予防短期入所生活介護(空床型)をあわせたサービスの提供状況

食事延べ提供数	食
送迎延べ実施回数	回

※ 1人に対して片道の送迎を行った場合を1回と数えてください。

(1人の人を迎えに行き、送った場合は2回と数えます。)

(6) 調査対象サービスと一体的に会計を行っている併設サービスの事業所番号、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	人	食	回
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			
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											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 年 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。

1. 自己所有 取得価額 円

2. 賃借・無償貸与 建物の償却方法 1. 定額法 2. 定率法

税法上の耐用年数 年

3 建築延べ床面積 m² (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 入所部分、通所部分の各施設・設備に係る延べ床面積

	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 (空床利用の短期入所生活介護(介護予防含む)を含む)		地域密着型 介護老人福祉施設 (空床利用の短期入所生活介護(介護予防含む)を含む)		短期入所生活介護 (併設型) (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)			
ユニットケア※2 以外	①5人以上室	室	m ²	室	m ²	室	m ²				
	②4人室	室	m ²	室	m ²	室	m ²				
	③3人室	室	m ²	室	m ²	室	m ²				
	④2人室	室	m ²	室	m ²	室	m ²				
	⑤個室	室	m ²	室	m ²	室	m ²				
	⑥静養室							m ²	m ²	m ²	
	⑦浴室							m ²	m ²	m ²	
	⑧医務室							m ²	m ²	m ²	
	⑨食堂※3	当てはまる番号に○をつけてください。 1. 専用室 2. 他の目的室と兼用						m ²	m ²	m ²	m ²
	⑩機能訓練室※3	当てはまる番号に○をつけてください。 1. 専用室 2. 他の目的室と兼用						m ²	m ²	m ²	m ²
ユニットケア※2	⑪2人室	室	m ²	室	m ²	室	m ²				
	⑫個室	室	m ²	室	m ²	室	m ²				
	⑬共同生活室							m ²			

5 4以外の介護保険サービス(※4)に係る専用延べ床面積 m²

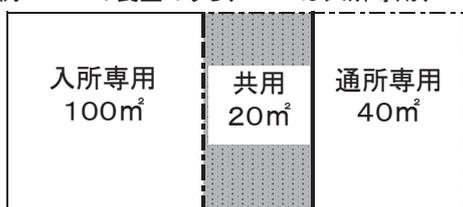
※1: 入所部分、通所部分の利用者が共用している諸室の延べ床面積を再掲してください。(詳細は記入要領を参照してください。)

※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機能訓練室の欄は記入しないでください。

※4: 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の入所部分、通所部分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。

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 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、1～24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	円	人	円	人	円	円	人	円	円	
1 介護老人福祉施設の管理者	1						1							
2 地域密着型介護老人福祉施設の管理者	2						2							
3 その他介護保険事業の管理者 (上記1, 2以外)	3						3							
4 医師	4						4							
5 歯科医師	5						5							
6 薬剤師	6						6							
7 看護師	7						7							
8 准看護師	8						8							
9 介護職員	9						9							
10 うち介護福祉士	10						10							
11 うち勤続年数10年以上の介護福祉士	11						11							
12 理学療法士	12						12							
13 作業療法士	13						13							
14 言語聴覚士	14						14							
15 歯科衛生士	15						15							
16 柔道整復師・あん摩マッサージ指圧師	16						16							
17 生活相談員・支援相談員	17						17							
18 うち社会福祉士	18						18							
19 福祉用具専門相談員	19						19							
20 栄養士	20						20							
21 うち管理栄養士	21						21							
22 調理員	22						22							
23 事務職員	23						23							
24 その他	24						24							
25 1～24のうち介護支援専門員・計画作成担当者(再掲)	25						25							
26 1～24のうち訪問介護のサービス提供責任者(再掲)	26						26							
27 通勤手当(再掲)(令和2年4月分)	27						27							
28 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)	28						28							
29 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						29							
	(2) 全国社会福祉団体職員退職手当積立基金に加入						30							
	(3) 中小企業退職金共済制度に加入						31							
	(4) その他共済制度に加入						32							
	(5) 退職給与(給付)引当金繰入の実施 ※(1)～(4)以外						33							
	(6) 退職金として支出 ※(1)～(5)に計上される分を除く						34							
30 法定福利費(事業主負担・令和元年度実績の1/12の金額)	35						35							

<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1週間の勤務時間
施設が定めている1週間の勤務時間

職員1か月の勤務時間
施設が定めている1週間の勤務時間×4(週)

科 目		令和元年度決算期数値									
		金 額									
		十億	百万	千	円						
I 事業活動収入(収益)(続き)	(3)食費収入(収益)	50									
	(4)居住費収入(収益)	51									
	(5)介護予防・日常生活支援総合事業利用料収入(収益)	52									
	うち旧介護予防訪問介護に相当するサービス	53									
	うち旧介護予防通所介護に相当するサービス	54									
	(6)管理費収入(収益)	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									
	(7)その他の利用料収入(収益)	57									
	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)	58									
	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)	59									
	6 その他の事業収入(収益) 計	60									
	(1)補助金収入(収益)	61									
	(2)市町村特別事業収入(収益)	62									
	(3)受託収入(収益)	63									
	(4)その他	64									
	7 その他の収入(収益) 計	65									
	① 入居金収入(収益)	66									
	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)	67									
	② 介護予防支援事業者からの委託に係る収入(収益)	68									
③ ホームヘルプサービスの収入(収益)(障害者等)	69										
④ その他	70										
8 介護報酬査定減	71	▲									
事業活動収入(サービス活動収益)計	72										

問4 (2) 令和元年度の財務活動等による支出についておうかがいします。

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

↓いずれか1つのチェックボックスにチェックしてください。

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

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

科 目		令和元年度決算期数値									
		金 額									
		十億	百万	千	円						
設備資金借入金元金償還金支出	73										
長期運営資金借入金元金償還金支出	74										

問4 (3) 令和元年度の事業支出(費用)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	
該当する会計基準がない	→(3)-B(12ページ～)

(3)-A 社会福祉法人会計基準

○ 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)で記入した収入(収益)に対応した支出(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。

※ 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)-A		令和元年度決算期数値									
		金額									
科 目		十億	百万	千	円						
II サービス活動費用	1 人件費	1									
	うち派遣職員費	2									
	2 事務費((1)～(18)の合計) 計	3									
	(1)福利厚生費	4									
	(2)旅費交通費	5									
	(3)研修研究費	6									
	(4)事務消耗品費	7									
	(5)印刷製本費	8									
	(6)水道光熱費	9									
	(7)燃料費	10									
	(8)修繕費	11									
	(9)通信運搬費	12									
	(10)広報費	13									
	(11)業務委託費 小計	14									
	① 給食委託費	15									
	② 送迎委託費	16									
	③ 清掃委託費	17									
	④ その他の委託費(①～③に該当しないもの)	18									
	(12)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									
	(13)賃借料 小計	22									
	① 設備器械	23									
	② その他の賃借料(①に該当しないもの)	24									
	(14)土地・建物賃借料 小計	25									
	① 土地	26									
	② 建物及び建物付属設備	27									
	(15)租税公課	28									
	(16)保守料	29									
	(17)雑費	30									
	(18)その他経費((1)～(17)に該当しないもの)	31									

(3) - A		令和元年度決算期数値									
		金額									
科目		十億	百万	千	円						
II サービス活動費用 (続き)	3 事業費	計	32								
		(1)給食費	33								
		(2)介護用品費	34								
		(3)保健衛生費	35								
		(4)水道光熱費	36								
		(5)燃料費	37								
		(6)消耗器具備品費	38								
		(7)保険料	39								
		(8)賃借料	小計	40							
		① 設備器械	41								
		② その他の賃借料(①に該当しないもの)	42								
		(9)車輛費	43								
		(10)雑費	44								
		(11)その他経費((1)~(10)に該当しないもの)	45								
		4 減価償却費	計	46							
			(1)建物及び建物付属設備減価償却費	47							
			(2)車両船舶設備減価償却費	48							
			(3)特殊浴槽減価償却費	49							
			(4)その他の減価償却費((1)~(3)に該当しないもの)	50							
	5 国庫補助金等特別積立金取崩額		51	▲							
	6 徴収不能額		52								
	7 徴収不能引当金繰入		53								
	8 その他(1~7に該当しないもの)		54								
	サービス活動費用計(1~8の合計)		55								
	うち消費税課税対象費用計		56								
	III サービス活動外収益		57								
	うち借入金利息補助金収益		58								
	IV サービス活動外費用		59								
	うち支払利息		60								
	V 特別収益		61								
	VI 特別費用		62								
	うち拠点区分間繰入金費用		63								
	うち法人本部に帰属する経費:役員報酬等(他の事業のための費用は含まない)		64								
	うち消費税課税対象費用計		65								

(3) -B 指定介護老人福祉施設等会計処理等取扱指導指針

- 令和元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。
- ※ 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		十億	百万	千	円						
1	人件費	1									
2	経費	計	2								
	(1)直接介護支出	小計	3								
	① 給食材料費		4								
	② 介護用品費		5								
	③ 保健衛生費		6								
	④ 消耗器具備品費		7								
	⑤ 車輛費		8								
	⑥ 光熱水費		9								
	⑦ 燃料費		10								
	⑧ その他の直接介護支出(①～⑦に該当しないもの)		11								
	(2)一般管理支出	小計	12								
	① 福利厚生費		13								
	② 旅費交通費		14								
	③ 研修費		15								
	④ 通信運搬費		16								
	⑤ 事務消耗品費		17								
	⑥ 印刷製本費		18								
	⑦ 広報費		19								
	⑧ 修繕費		20								
	⑨ 保守料		21								
	⑩ 賃借料	小計	22								
	ア 土地		23								
	イ 建物及び建物付属設備		24								
	ウ 設備器械		25								
	エ その他の賃借料(ア～ウに該当しないもの)		26								
	⑪ 保険料	小計	27								
	ア 自動車保険料(自動車損害賠償責任保険料含む)		28								
	イ その他の保険料(アに該当しないもの)		29								
	⑫ 租税公課		30								
	⑬ 委託費	小計	31								
	ア 派遣委託費		32								
	イ 給食委託費		33								
	ウ 送迎委託費		34								
	エ 清掃委託費		35								
	オ その他の委託費(ア～エに該当しないもの)		36								
	⑭ 雑費		37								
	⑮ その他の一般管理支出(①～⑭に該当しないもの)		38								

II 事業活動支出

(3) - B		令和元年度決算期数値									
		金額									
科目		十億	百万	千	円						
II 事業活動支出 (続き)	3 減価償却費	計	39								
	(1)建物及び建物付属設備減価償却費		40								
	(2)車両船舶設備減価償却費		41								
	(3)特殊浴槽減価償却費		42								
	(4)その他の減価償却費((1)~(3)に該当しないもの)		43								
	4 国庫補助金等特別積立金取崩額		44	▲							
	5 徴収不能額		45								
	6 引当金繰入	計	46								
	(1)徴収不能引当金繰入		47								
	(2)修繕引当金繰入		48								
	(3)退職給与引当金繰入		49								
	(4)賞与引当金繰入		50								
	(5)その他引当金繰入((1)~(4)に該当しないもの)		51								
	7 その他(1~6に該当しないもの)		52								
	事業活動支出計(1~7の合計)			53							
	うち消費税課税対象支出計			54							
	III 事業活動外収入		55								
	うち借入金利息補助金収入			56							
	IV 事業活動外支出		57								
	うち借入金利息			58							
V 特別収入		59									
VI 特別支出		60									
うち会計区分外繰入金支出			61								
うち法人本部に帰属する経費:役員報酬等(他の事業のための費用は含まない)			62								
うち消費税課税対象支出計			63								
うち法人税等			64								

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

地域密着型介護老人福祉施設

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。

※ 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) 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(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

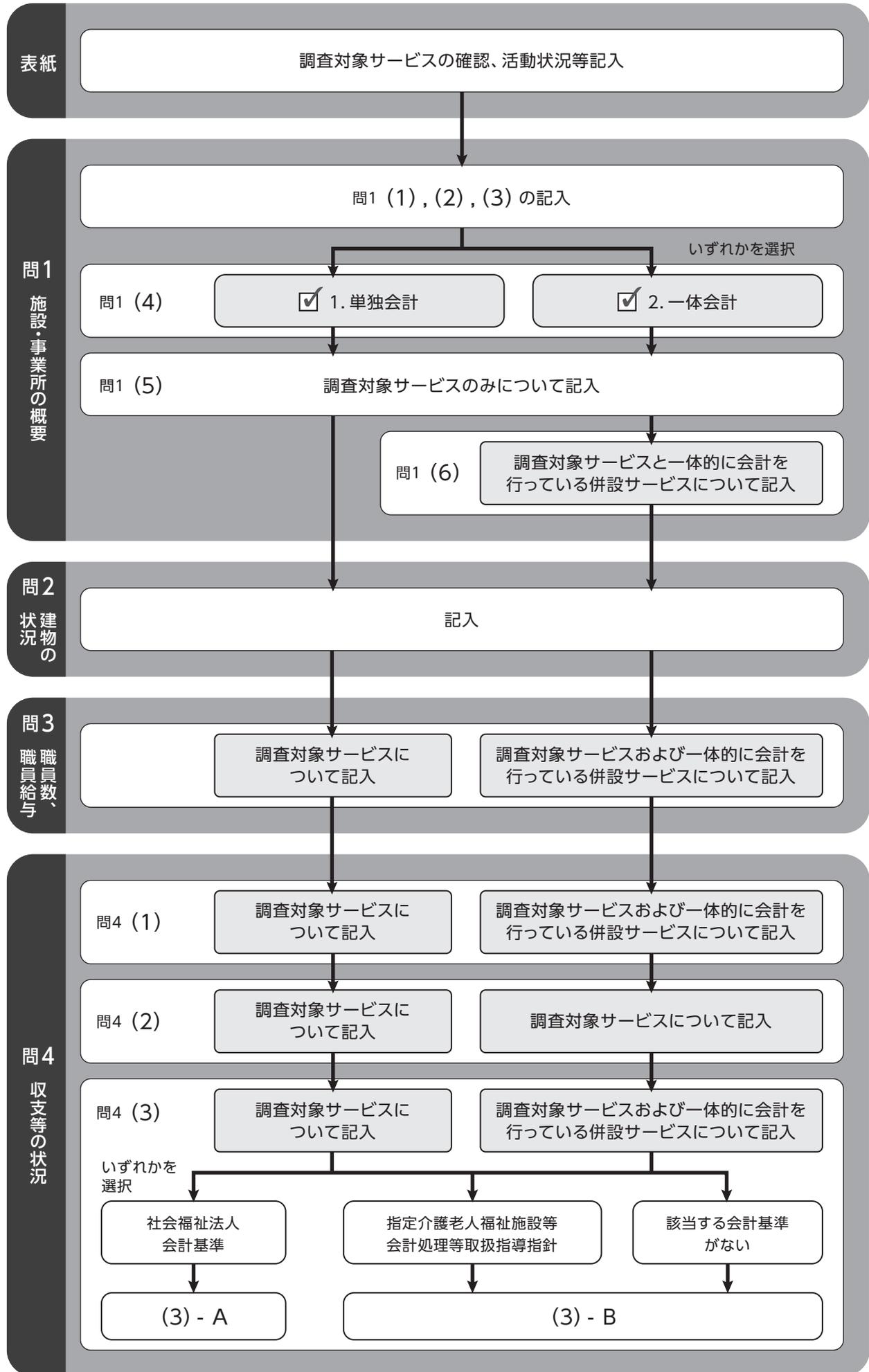
※2、3の場合、今回の調査に記入していただく必要はありませんので、
このまま調査票を返送してください。



(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

● 記入の流れ ●



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 | 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、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

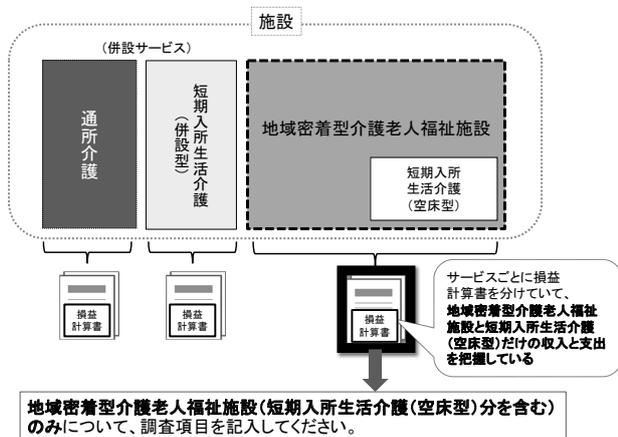
※ 収入は調査対象サービス分を把握しているが、支出は他の併設サービスと一体的にしか把握していないなど、部分的に調査対象サービス分の収入・支出を把握している場合も一体会計としてください。

※ 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。

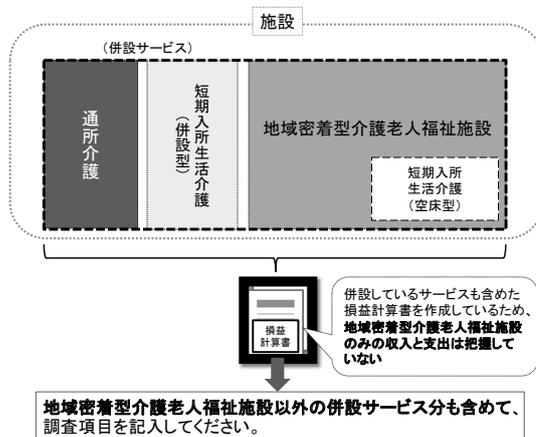
例: 地域密着型介護老人福祉施設内で短期入所生活介護(空床型)を提供し、短期入所生活介護(併設型)と通所介護を併設している場合

1. 単独会計



※ただし問2(建物の状況)については、併設サービスも含めた施設全体に係る床面積を記入してください。

2. 一体会計



(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。

介護老人福祉施設または地域密着型介護老人福祉施設（（介護予防）短期入所生活介護（空床型）を除く）

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他※
実利用者数	人	人	人	人	人	人
延べ在所者数	人	人	人	人	人	人
延べ入院、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
---------	---

短期入所生活介護（空床型）/介護予防短期入所生活介護（空床型）

短期入所生活介護(空床型)

	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。

介護予防短期入所生活介護(空床型)

	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。

短期入所生活介護(空床型)と介護予防短期入所生活介護(空床型)をあわせたサービスの提供状況

食事延べ提供数	食
送迎延べ実施回数	回

※ 1人に対して片道の送迎を行った場合を1回と数えてください。

(1人の人を迎えに行き、送った場合は2回と数えます。)

(6) 調査対象サービスと一体的に会計を行っている併設サービスの事業所番号、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	人	食	回
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			
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											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 年 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。

1. 自己所有 取得価額 円

2. 賃借・無償貸与 建物の償却方法 1. 定額法 2. 定率法

税法上の耐用年数 年

3 建築延べ床面積 m² (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 入所部分、通所部分の各施設・設備に係る延べ床面積

	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 (空床利用の短期入所生活介護(介護予防含む)を含む)		地域密着型 介護老人福祉施設 (空床利用の短期入所生活介護(介護予防含む)を含む)		短期入所生活介護 (併設型) (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)			
ユニットケア※2 以外	①5人以上室	室	m ²	室	m ²	室	m ²				
	②4人室	室	m ²	室	m ²	室	m ²				
	③3人室	室	m ²	室	m ²	室	m ²				
	④2人室	室	m ²	室	m ²	室	m ²				
	⑤個室	室	m ²	室	m ²	室	m ²				
	⑥静養室							m ²	m ²	m ²	
	⑦浴室							m ²	m ²	m ²	
	⑧医務室							m ²	m ²	m ²	
	⑨食堂※3	当てはまる番号に○をつけてください。 1. 専用室 2. 他の目的室と兼用						m ²	m ²	m ²	m ²
	⑩機能訓練室※3	当てはまる番号に○をつけてください。 1. 専用室 2. 他の目的室と兼用						m ²	m ²	m ²	m ²
ユニットケア※2	⑪2人室	室	m ²	室	m ²	室	m ²				
	⑫個室	室	m ²	室	m ²	室	m ²				
	⑬共同生活室							m ²			

5 4以外の介護保険サービス(※4)に係る専用延べ床面積 m²

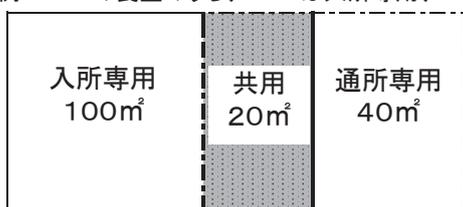
※1: 入所部分、通所部分の利用者が共用している諸室の延べ床面積を再掲してください。(詳細は記入要領を参照してください。)

※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機能訓練室の欄は記入しないでください。

※4: 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の入所部分、通所部分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。

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 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、1～24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	円	円	人	円	人	円	円	円	円	円		
1 介護老人福祉施設の管理者	1						1									
2 地域密着型介護老人福祉施設の管理者	2						2									
3 その他介護保険事業の管理者 (上記1, 2以外)	3						3									
4 医師	4						4									
5 歯科医師	5						5									
6 薬剤師	6						6									
7 看護師	7						7									
8 准看護師	8						8									
9 介護職員	9						9									
10 うち介護福祉士	10						10									
11 うち勤続年数10年以上の介護福祉士	11						11									
12 理学療法士	12						12									
13 作業療法士	13						13									
14 言語聴覚士	14						14									
15 歯科衛生士	15						15									
16 柔道整復師・あん摩マッサージ指圧師	16						16									
17 生活相談員・支援相談員	17						17									
18 うち社会福祉士	18						18									
19 福祉用具専門相談員	19						19									
20 栄養士	20						20									
21 うち管理栄養士	21						21									
22 調理員	22						22									
23 事務職員	23						23									
24 その他	24						24									
25 1～24のうち介護支援専門員・計画作成担当者(再掲)	25						25									
26 1～24のうち訪問介護のサービス提供責任者(再掲)	26						26									
27 通勤手当(再掲)(令和2年4月分)	27						27									
28 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)	28						28									
29 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															
	(2) 全国社会福祉団体職員退職手当積立基金に加入															
	(3) 中小企業退職金共済制度に加入															
	(4) その他共済制度に加入															
	(5) 退職給与(給付)引当金繰入の実施 ※(1)～(4)以外															
	(6) 退職金として支出 ※(1)～(5)に計上される分を除く															
30 法定福利費(事業主負担・令和元年度実績の1/12の金額)	30						30									
<p><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。</p> <p style="text-align: center;">※1か月に数回の勤務である場合</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center; border: none;"> $\frac{\text{職員の1週間の勤務時間}}{\text{施設が定めている1週間の勤務時間}}$ </td> <td style="text-align: center; border: none;"> $\frac{\text{職員の1か月の勤務時間}}{\text{施設が定めている1週間の勤務時間} \times 4 (\text{週})}$ </td> </tr> </table>															$\frac{\text{職員の1週間の勤務時間}}{\text{施設が定めている1週間の勤務時間}}$	$\frac{\text{職員の1か月の勤務時間}}{\text{施設が定めている1週間の勤務時間} \times 4 (\text{週})}$
$\frac{\text{職員の1週間の勤務時間}}{\text{施設が定めている1週間の勤務時間}}$	$\frac{\text{職員の1か月の勤務時間}}{\text{施設が定めている1週間の勤務時間} \times 4 (\text{週})}$															

問4 (1) 令和元年度の事業収入(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)を問4(3)に記入してください。
- 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。
- ※ 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									
		十億	百万	千	円						
I 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) 計	1									
	(1)介護老人福祉施設	2									
	(2)地域密着型介護老人福祉施設	3									
	2 居宅介護料収入(収益)(利用者負担分を含む) 計	4									
	(1)訪問介護	5									
	(2)訪問入浴介護(介護予防を含む)	6									
	(3)通所介護	7									
	(4)短期入所生活介護(介護予防を含む)	8									
	うち空床利用分(介護老人福祉施設)	9									
	うち空床利用分(地域密着型介護老人福祉施設)	10									
	(5)特定施設入居者生活介護(介護予防を含む)	11									
	(6)福祉用具貸与(介護予防を含む)	12									
	(7)定期巡回・随時対応型訪問介護看護	13									
	(8)夜間対応型訪問介護	14									
	(9)地域密着型通所介護	15									
	(10)認知症対応型通所介護(介護予防を含む)	16									
	(11)小規模多機能型居宅介護(介護予防を含む)	17									
	(12)認知症対応型共同生活介護(介護予防を含む)	18									
	(13)地域密着型特定施設入居者生活介護	19									
	(14)看護小規模多機能型居宅介護	20									
	(15)その他の居宅介護サービス((1)～(14)に該当しないもの)	21									
	3 居宅介護支援介護料収入(収益) 計	22									
	(1)居宅介護支援介護料収入(収益)	23									
	(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)	24									
	4 介護予防・日常生活支援総合事業費収入(収益) 計	25									
	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)	26									
	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)	27									
	5 保険外の利用料による収入(収益) 計	28									
	(1)介護福祉施設利用料収入(収益)	29									
	① 介護老人福祉施設	30									
	② 地域密着型介護老人福祉施設	31									
	(2)居宅介護サービス利用料収入(収益)	32									
	① 訪問介護	33									
	② 訪問入浴介護(介護予防を含む)	34									
	③ 通所介護	35									
	④ 短期入所生活介護(介護予防を含む)	36									
	うち空床利用分(介護老人福祉施設)	37									
	うち空床利用分(地域密着型介護老人福祉施設)	38									
	⑤ 特定施設入居者生活介護(介護予防を含む)	39									
	⑥ 福祉用具貸与(介護予防を含む)	40									
	⑦ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護	41									
	⑧ 夜間対応型訪問介護	42									
	⑨ 地域密着型通所介護	43									
	⑩ 認知症対応型通所介護(介護予防を含む)	44									
	⑪ 小規模多機能型居宅介護(介護予防を含む)	45									
	⑫ 認知症対応型共同生活介護(介護予防を含む)	46									
	⑬ 地域密着型特定施設入居者生活介護	47									
	⑭ 看護小規模多機能型居宅介護	48									
	⑮ その他の居宅介護サービス(①～⑭に該当しないもの)	49									

科 目		令和元年度決算期数値									
		金 額									
		十億	百万	千	円						
I 事業活動収入(収益)(続き)	(3)食費収入(収益)	50									
	(4)居住費収入(収益)	51									
	(5)介護予防・日常生活支援総合事業利用料収入(収益)	52									
	うち旧介護予防訪問介護に相当するサービス	53									
	うち旧介護予防通所介護に相当するサービス	54									
	(6)管理費収入(収益)	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									
	(7)その他の利用料収入(収益)	57									
	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)	58									
	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)	59									
	6 その他の事業収入(収益) 計	60									
	(1)補助金収入(収益)	61									
	(2)市町村特別事業収入(収益)	62									
	(3)受託収入(収益)	63									
	(4)その他	64									
	7 その他の収入(収益) 計	65									
	① 入居金収入(収益)	66									
	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)	67									
	② 介護予防支援事業者からの委託に係る収入(収益)	68									
③ ホームヘルプサービスの収入(収益)(障害者等)	69										
④ その他	70										
8 介護報酬査定減	71	▲									
事業活動収入(サービス活動収益)計	72										

問4 (2) 令和元年度の財務活動等による支出についておうかがいします。

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

↓いずれか1つのチェックボックスにチェックしてください。

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

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

科 目		令和元年度決算期数値									
		金 額									
		十億	百万	千	円						
	設備資金借入金元金償還金支出	73									
	長期運営資金借入金元金償還金支出	74									

問4 (3) 令和元年度の事業支出(費用)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	
該当する会計基準がない	→(3)-B(12ページ～)

(3)-A 社会福祉法人会計基準

○ 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)で記入した収入(収益)に対応した支出(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。

※ 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)-A		令和元年度決算期数値									
		金額									
科 目		十億	百万	千	円						
II サービス活動費用	1 人件費	1									
	うち派遣職員費	2									
	2 事務費((1)～(18)の合計) 計	3									
	(1)福利厚生費	4									
	(2)旅費交通費	5									
	(3)研修研究費	6									
	(4)事務消耗品費	7									
	(5)印刷製本費	8									
	(6)水道光熱費	9									
	(7)燃料費	10									
	(8)修繕費	11									
	(9)通信運搬費	12									
	(10)広報費	13									
	(11)業務委託費 小計	14									
	① 給食委託費	15									
	② 送迎委託費	16									
	③ 清掃委託費	17									
	④ その他の委託費(①～③に該当しないもの)	18									
	(12)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									
	(13)賃借料 小計	22									
	① 設備器械	23									
	② その他の賃借料(①に該当しないもの)	24									
	(14)土地・建物賃借料 小計	25									
	① 土地	26									
	② 建物及び建物付属設備	27									
	(15)租税公課	28									
	(16)保守料	29									
	(17)雑費	30									
	(18)その他経費((1)～(17)に該当しないもの)	31									

(3) - A		令和元年度決算期数値									
		金額									
科目		十億	百万	千	円						
II サービス活動費用 (続き)	3 事業費	計	32								
	(1)給食費		33								
	(2)介護用品費		34								
	(3)保健衛生費		35								
	(4)水道光熱費		36								
	(5)燃料費		37								
	(6)消耗器具備品費		38								
	(7)保険料		39								
	(8)賃借料	小計	40								
	① 設備器械		41								
	② その他の賃借料(①に該当しないもの)		42								
	(9)車輛費		43								
	(10)雑費		44								
	(11)その他経費((1)~(10)に該当しないもの)		45								
	4 減価償却費	計	46								
	(1)建物及び建物付属設備減価償却費		47								
	(2)車両船舶設備減価償却費		48								
	(3)特殊浴槽減価償却費		49								
	(4)その他の減価償却費((1)~(3)に該当しないもの)		50								
	5 国庫補助金等特別積立金取崩額		51	▲							
6 徴収不能額		52									
7 徴収不能引当金繰入		53									
8 その他(1~7に該当しないもの)		54									
サービス活動費用計(1~8の合計)		55									
うち消費税課税対象費用計		56									
III サービス活動外収益		57									
うち借入金利息補助金収益		58									
IV サービス活動外費用		59									
うち支払利息		60									
V 特別収益		61									
VI 特別費用		62									
うち拠点区分間繰入金費用		63									
うち法人本部に帰属する経費:役員報酬等(他の事業のための費用は含まない)		64									
うち消費税課税対象費用計		65									

(3) -B 指定介護老人福祉施設等会計処理等取扱指導指針

- 令和元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。
- ※ 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		十億	百万	千	円	十億	百万	千	円	十億	百万	千	円
1	人件費	1											
2	経費	計	2										
	(1)直接介護支出	小計	3										
	① 給食材料費		4										
	② 介護用品費		5										
	③ 保健衛生費		6										
	④ 消耗器具備品費		7										
	⑤ 車輛費		8										
	⑥ 光熱水費		9										
	⑦ 燃料費		10										
	⑧ その他の直接介護支出(①～⑦に該当しないもの)		11										
	(2)一般管理支出	小計	12										
	① 福利厚生費		13										
	② 旅費交通費		14										
	③ 研修費		15										
	④ 通信運搬費		16										
	⑤ 事務消耗品費		17										
	⑥ 印刷製本費		18										
	⑦ 広報費		19										
	⑧ 修繕費		20										
	⑨ 保守料		21										
	⑩ 賃借料	小計	22										
	ア 土地		23										
	イ 建物及び建物付属設備		24										
	ウ 設備器械		25										
	エ その他の賃借料(ア～ウに該当しないもの)		26										
	⑪ 保険料	小計	27										
	ア 自動車保険料(自動車損害賠償責任保険料含む)		28										
	イ その他の保険料(アに該当しないもの)		29										
	⑫ 租税公課		30										
	⑬ 委託費	小計	31										
	ア 派遣委託費		32										
	イ 給食委託費		33										
	ウ 送迎委託費		34										
	エ 清掃委託費		35										
	オ その他の委託費(ア～エに該当しないもの)		36										
	⑭ 雑費		37										
	⑮ その他の一般管理支出(①～⑭に該当しないもの)		38										

II 事業活動支出

(3) - B		令和元年度決算期数値									
		金額									
科目		十億	百万	千	円						
II 事業活動支出 (続き)	3 減価償却費	計	39								
	(1)建物及び建物付属設備減価償却費		40								
	(2)車両船舶設備減価償却費		41								
	(3)特殊浴槽減価償却費		42								
	(4)その他の減価償却費((1)~(3)に該当しないもの)		43								
	4 国庫補助金等特別積立金取崩額		44	▲							
	5 徴収不能額		45								
	6 引当金繰入	計	46								
	(1)徴収不能引当金繰入		47								
	(2)修繕引当金繰入		48								
	(3)退職給与引当金繰入		49								
	(4)賞与引当金繰入		50								
	(5)その他引当金繰入((1)~(4)に該当しないもの)		51								
	7 その他(1~6に該当しないもの)		52								
	事業活動支出計(1~7の合計)			53							
	うち消費税課税対象支出計			54							
	III 事業活動外収入		55								
	うち借入金利息補助金収入			56							
	IV 事業活動外支出		57								
	うち借入金利息			58							
V 特別収入		59									
VI 特別支出		60									
うち会計区分外繰入金支出			61								
うち法人本部に帰属する経費:役員報酬等(他の事業のための費用は含まない)			62								
うち消費税課税対象支出計			63								
うち法人税等			64								

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

介護老人保健施設

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。

※ 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) 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(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

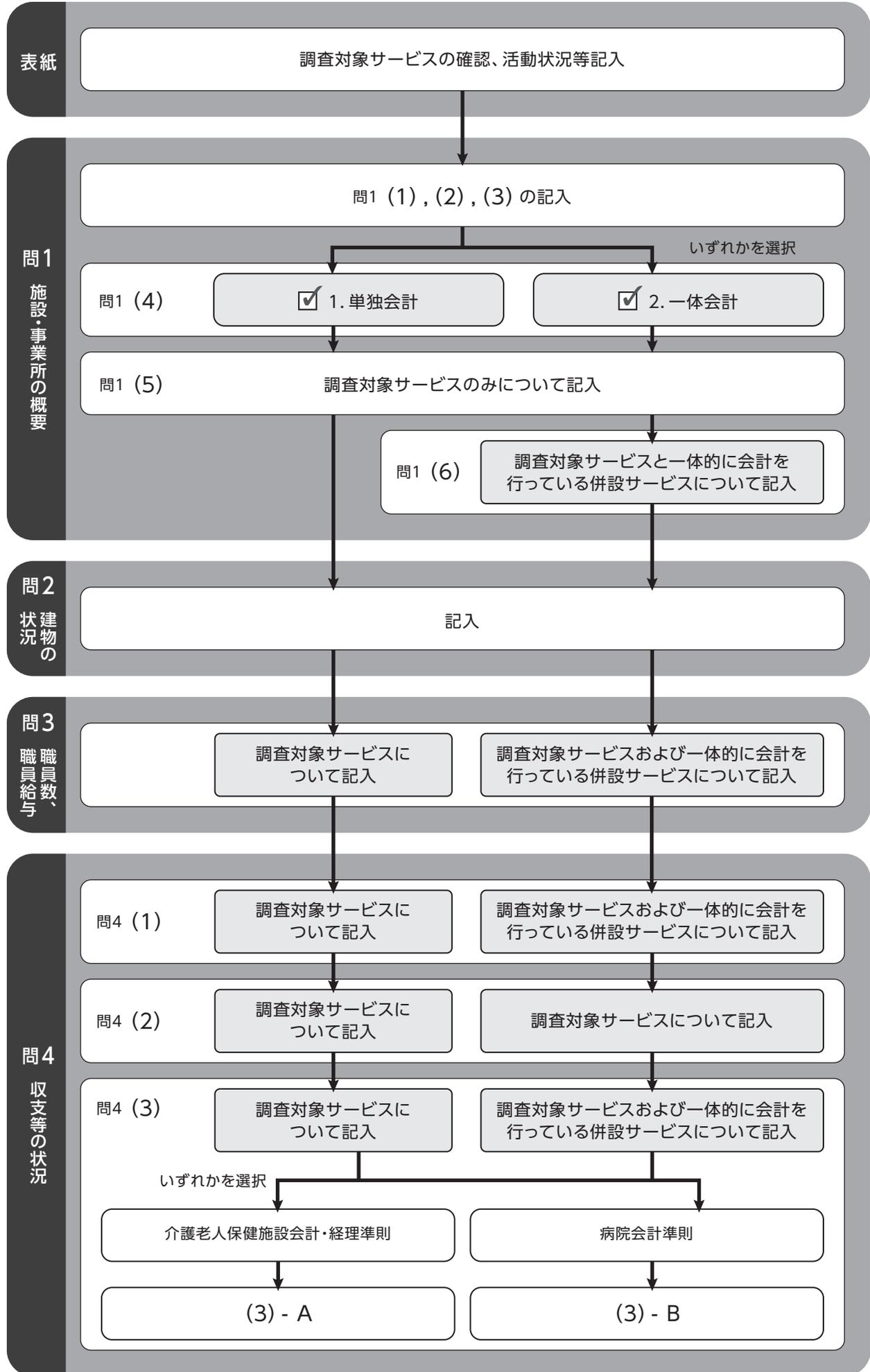
※2、3の場合、今回の調査に記入していただく必要はありませんので、このまま調査票を返送してください。



(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

● 記入の流れ ●



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) |

(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。

医療保険適用部分

医療保険適用部分の実績を記入してください。

病床数	延べ在院者数	食事延べ提供数		患者数
床	人	食	外来	人

介護保険適用部分

介護保険適用部分の実績を記入してください。

介護老人保健施設

		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他※1	特定利用※2
一般棟	実利用者数	人	人	人	人	人	人	人
	延べ在院者数	人	人	人	人	人	人	人
	延べ外泊者数	人	人	人	人	人	人	人
認知症専門棟	実利用者数	人	人	人	人	人	人	人
	延べ在院者数	人	人	人	人	人	人	人
	延べ外泊者数	人	人	人	人	人	人	人

※1 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。

※2 特定利用には、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。)

(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			
介護療養型医療施設											24	人	食	
介護医療院											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 年 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。
 1. 自己所有 → 取得価額 円
 2. 賃借・無償貸与 建物の償却方法 1. 定額法 2. 定率法
 税法上の耐用年数 年

3 建築延べ床面積 m² (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 入所部分、通所部分の各施設・設備に係る延べ床面積

	入所部分				通所部分			入所・通所共用部分※1 (再掲)
	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 (旧介護予防含む)	認知症対応型通所介護 (介護予防含む)	
①4人室	室	m ²	室	m ²				
②3人室	室	m ²	室	m ²				
③2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
⑥機能訓練室	1. 専用室 2. 他の目的室と兼用	m ²	1. 専用室 2. 他の目的室と兼用	m ²	m ²	m ²	m ²	m ²
⑦食堂	1. 専用室 2. 他の目的室と兼用	m ²	1. 専用室 2. 他の目的室と兼用	m ²	m ²	m ²	m ²	m ²
⑧談話室	1. 専用室 2. 他の目的室と兼用	m ²	1. 専用室 2. 他の目的室と兼用	m ²	m ²	m ²	m ²	m ²
⑨デイ・ルーム	1. 専用室 2. 他の目的室と兼用	m ²	1. 専用室 2. 他の目的室と兼用	m ²	m ²	m ²	m ²	m ²
⑩レクリエーションルーム	1. 専用室 2. 他の目的室と兼用	m ²	1. 専用室 2. 他の目的室と兼用	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
⑫家族介護教室		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		m ²		m ²				

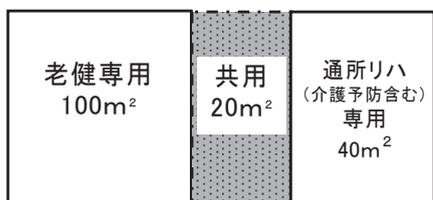
5 4以外の介護保険サービス(※3)に係る専用延べ床面積 m²

※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ください。(詳細は記入要領を参照してください。)

※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 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の入所部分、通所部分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。

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)と通所リハ(介護予防含む)で共用している。



- 一般棟→120m²
=老健専用(100)+共用(20)
- 通所部分→60m²
=通所リハ(介護予防含む)専用(40)+共用(20)
- 入所・通所共用部分→20m²

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	人	人	人	百万	千	円	人	人	人	人	百万	千	円
1 介護老人保健施設の管理者	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	→掛け金額(令和元年度実績の1/12の金額)	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		→退職給与(給付)引当金(令和元年度実績の1/12の金額)	32											
	(6) 退職金として支出 ※(1)～(5)に計上される分を除く		→退職金(令和元年度実績の1/12の金額)	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。

※1か月に数回の勤務である場合

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

問4 (1) 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。
- ※ 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	万	千	百	円
I 施設 運営 事業 収益	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 居宅介護料収益(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)居宅療養管理指導(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 居宅介護支援介護料収益	小計	27					
	(1)居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					

科 目		令和元年度決算期数値										
		金 額										
		十	百	千	万	千	百	十	百	千	円	
I 施設運営事業収益(続き)	(2) 居宅介護サービス利用料収益	小計	38									
	① 訪問介護		39									
	② 訪問入浴介護(介護予防を含む)		40									
	③ 訪問看護(介護予防を含む)		41									
	④ 訪問リハビリテーション(介護予防を含む)		42									
	⑤ 通所介護		43									
	⑥ 通所リハビリテーション(介護予防を含む)		44									
	⑦ 短期入所療養介護(介護予防を含む)		45									
	⑧ 特定施設入居者生活介護(介護予防を含む)		46									
	⑨ 福祉用具貸与(介護予防を含む)		47									
	⑩ 居宅療養管理指導(介護予防を含む)		48									
	⑪ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護		49									
	⑫ 夜間対応型訪問介護		50									
	⑬ 地域密着型通所介護		51									
	⑭ 認知症対応型通所介護(介護予防を含む)		52									
	⑮ 小規模多機能型居宅介護(介護予防を含む)		53									
	⑯ 認知症対応型共同生活介護(介護予防を含む)		54									
	⑰ 地域密着型特定施設入居者生活介護		55									
	⑱ 看護小規模多機能型居宅介護		56									
	⑲ その他の居宅介護サービス(①～⑱に該当しないもの)		57									
	(3) 食費収益		58									
	(4) 居住費収益		59									
	(5) 介護予防・日常生活支援総合事業利用料収益		60									
	うち旧介護予防訪問介護に相当するサービス		61									
	うち旧介護予防通所介護に相当するサービス		62									
	(6) その他の利用料収益		63									
	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益		64									
	うち特定施設入居者生活介護(介護予防を含む)に係るその他の利用料収益		65									
	6 その他の事業収益	小計	66									
	(1) ホームヘルプサービスの収益(障害者等)		67									
(2) 介護予防事業者からの委託に係る収益		68										
(3) 特定老人保健施設療養費		69										
(4) 入居金収益		70										
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益		71										
(5) 管理費収益		72										
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益		73										
(6) 介護報酬査定減		74	▲									
(7) その他		75										
施設運営事業収益計(医業収益+介護報酬収益)		76										

問 4 (2) 令和元年度の財務活動等による支出についておうかがいします。

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

↓いずれか1つのチェックボックスにチェックしてください。

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

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

科 目		令和元年度決算期数値									
		金 額									
		十	百	千	万	千	百	十	百	千	円
	設備資金借入金の返済による支出	77									
	長期運営資金借入金の返済による支出	78									

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。

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

(3)－A 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分も含めた額を記入してください。
 なお、記入に際しては、問4(1)で記入した収益に対応した費用を問4(3)に記入してください。
 問4(1)において、医療サービスによる収益を含めて記入した場合は、問4(3)に医療サービスに係る費用を含めて記入してください。

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

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

(3)－A		令和元年度決算期数値									
		金額									
科 目		十	億	百	万	千	円	円	円	円	円
II 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) - A		令和元年度決算期数値									
		金額									
科 目		十	億	百	万	千	円				
II 施設 運 営 事 業 等 費 用 (続 ぎ)	7 委託費	計	25								
		(1)派遣委託費	26								
		(2)患者用給食委託費	27								
		(3)送迎委託費	28								
		(4)寝具類洗濯・賃貸委託費(病衣除く)	29								
		(5)清掃委託費	30								
		(6)各種器械保守委託費	31								
		(7)その他の委託費((1)～(6)に該当しないもの)	32								
		8 研修費		33							
		9 減価償却費	計	34							
			(1)建物及び建物付属設備減価償却費	35							
			(2)医療用器械設備減価償却費	36							
		(3)車両船舶設備減価償却費	37								
		(4)特殊浴槽減価償却費	38								
		(5)その他の減価償却費((1)～(4)に該当しないもの)	39								
	10 本部費(他の事業のための費用は含まない)		40								
	11 その他(1～10に該当しないもの)		41								
	施設運営事業等費用計(1～11の合計)		42								
	うち消費税課税対象費用計		43								
III	施設運営事業外収益	計	44								
	1 受取利息・配当金		45								
	2 その他の施設運営事業外収益(1に該当しないもの)		46								
IV	施設運営事業外費用		47								
	うち支払利息		48								
V	特別損益		49								
	1 特別利益		50								
	2 特別損失		51								
	うち法人税等		52								

(3) -B 病院会計準則

- 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	百	十	百	千	円
II 医業・介護費用	1 給与費	1									
	2 医薬品費	2									
	3 給食用材料費	3									
	4 診療材料費・医療消耗器具備品費	4									
	5 経費 計	5									
	(1)福利厚生費	6									
	(2)通信費	7									
	(3)消耗品費	8									
	(4)消耗器具備品費	9									
	(5)車両費	10									
	(6)光熱水費	11									
	(7)修繕費	12									
	(8)賃借料 小計	13									
	① 土地	14									
	② 建物及び建物付属設備	15									
	③ 設備器械	16									
	④ その他の賃借料(①～③に該当しないもの)	17									
	(9)保険料 小計	18									
	① 自動車保険料(自動車損害賠償責任保険料含む)	19									
	② その他の保険料(①に該当しないもの)	20									
	(10)租税公課	21									
	(11)徴収不能損失	22									
	(12)その他の経費((1)～(11)に該当しないもの)	23									

(3) -B		令和元年度決算期数値									
		金額									
科 目		十	億	百	万	千	円				
II 医業・ 介護費用 (続き)	6 委託費	計	24								
		(1)派遣委託費	25								
		(2)患者用給食委託費	26								
		(3)送迎委託費	27								
		(4)寝具類洗濯・賃貸委託費(病衣除く)	28								
		(5)清掃委託費	29								
		(6)各種器械保守委託費	30								
		(7)その他の委託費((1)～(6)に該当しないもの)	31								
		7 研究研修費	32								
		8 減価償却費	計	33							
			(1)建物及び建物付属設備減価償却費	34							
			(2)医療用器械設備減価償却費	35							
			(3)車両船舶設備減価償却費	36							
			(4)特殊浴槽減価償却費	37							
			(5)その他の減価償却費((1)～(4)に該当しないもの)	38							
	9 本部費(他の事業のための費用は含まない)	39									
	10 その他(1～9に該当しないもの)	40									
	医業・介護費用計(1～10の合計)		41								
	うち消費税課税対象費用計		42								
III	医業・介護外収益	計	43								
	1 受取利息・配当金	44									
	2 その他の医業・介護外収益(1に該当しないもの)	45									
IV	医業・介護外費用	46									
	うち支払利息	47									
V	特別損益	48									
	1 特別利益	49									
	2 特別損失	50									
VI	税金	51									

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

介護療養型医療施設

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。

※ 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) 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

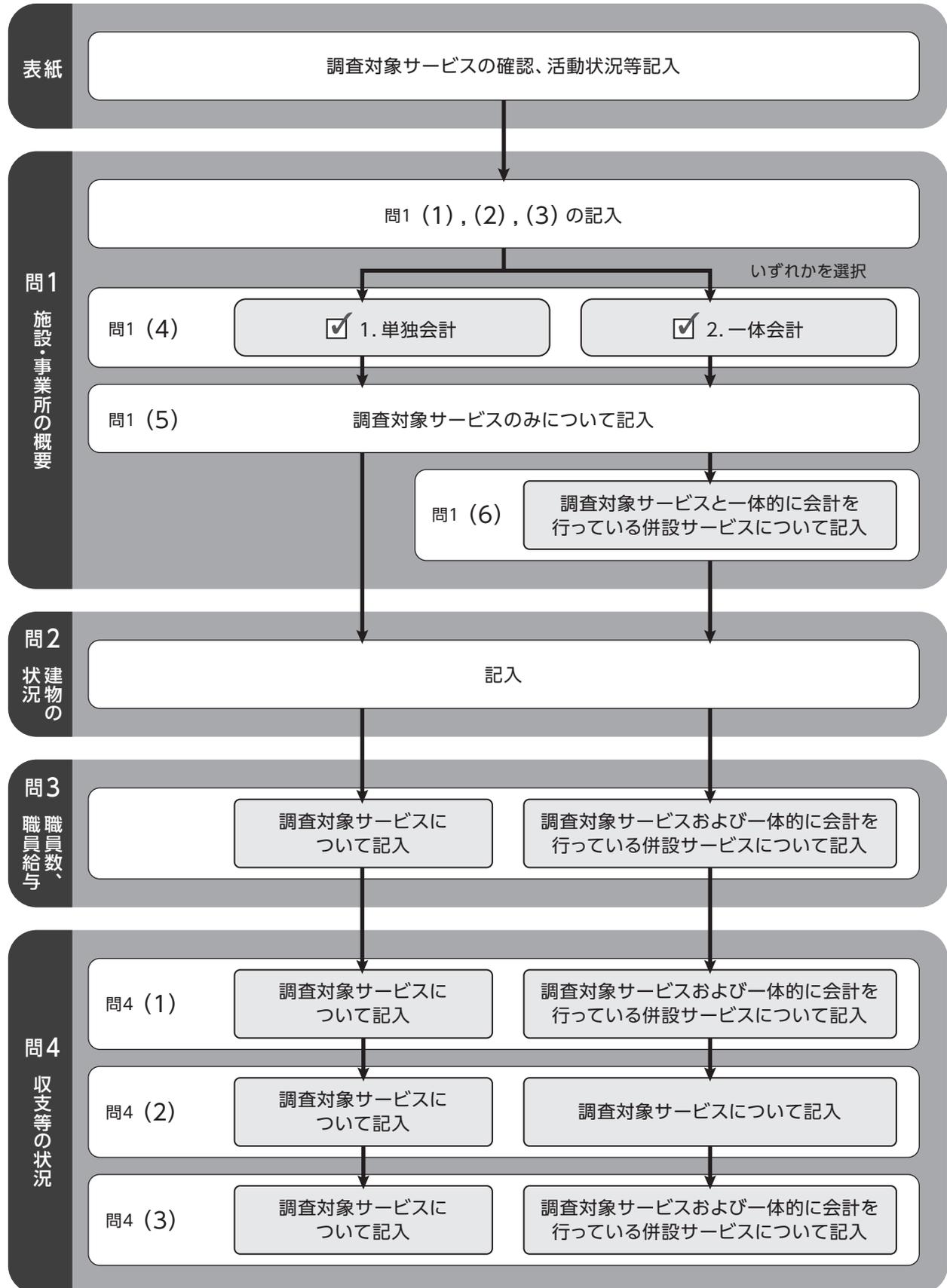
※2、3の場合、今回の調査に記入していただく必要はありませんので、
このまま調査票を返送してください。



(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

● 記入の流れ ●



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) |

(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. 単体会計: 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

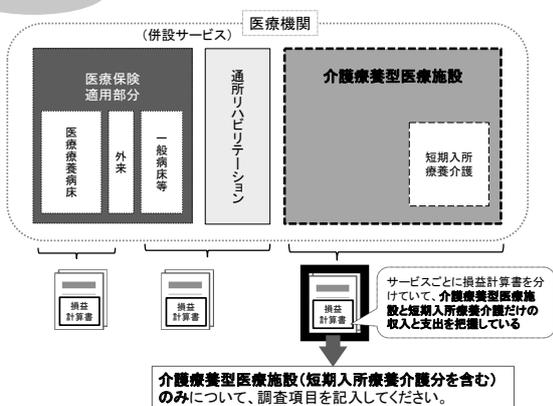
※ 収入は調査対象サービス分を把握しているが、支出は他の併設サービスと一体的にしか把握していないなど、部分的に調査対象サービス分の収入・支出を把握している場合も一体会計としてください。

※ 単体会計の場合、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。

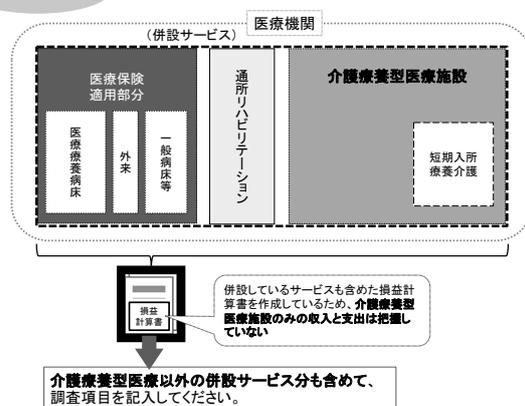
※ 一体会計の場合、問3(職員数と職員給与)、問4(1)、(3)(収入と支出)は、会計を一体的に行っている他の併設サービス分も含めて記入してください。問4(2)(支出)は、調査対象サービス分についてのみ記入してください。

例: 介護療養型医療施設内で短期入所療養介護を提供し、かつ医療療養病床を設けていて、一般病床・外来と通所リハビリテーションを併設している場合

1. 単体会計



2. 一体会計



※ただし問2(建物の状況)については、併設サービスも含めた施設全体に係る床面積を記入してください。

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

医療保険適用部分

医療保険適用部分の実績を記入してください。

病床数	延べ在院者数	食事延べ提供数		患者数
床	人	食	外来	人

介護保険適用部分

介護保険適用部分の実績を記入してください。

介護療養型医療施設

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他※
実利用者数	人	人	人	人	人	人
延べ在院者数	人	人	人	人	人	人
延べ外泊者数	人	人	人	人	人	人

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

食事延べ提供数	食
---------	---

短期入所療養介護

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

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

介護予防短期入所療養介護

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

※ その他には、非該当であって自費でサービスを利用している人や要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、介護予防短期入所療養介護をあわせたサービスの提供状況

食事延べ提供数	食
送迎延べ実施回数	回

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

(6) 調査対象サービスと一体的に会計を行っている併設サービスの事業所番号、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			
介護医療院											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 年 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。
 1. 自己所有 取得価額 円
 2. 賃借・無償貸与 建物の償却方法 1. 定額法 2. 定率法
 税法上の耐用年数 年

3 建築延べ床面積 m² (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 介護療養型医療施設に係る延べ床面積等 ※ 該当する設備がない場合は、「0」を記入してください。

	介護保険適用		医療保険適用	
	室数	延べ床面積	室数	延べ床面積
A 病棟部門(入院患者と通所・外来患者で共有している諸室等を含めて記入してください。)				
① 5人室以上	室	m 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	当てはまる番号に○をつけてください。 1. 専用室 2. 他の目的室と兼用		<input type="text"/>	m ²
⑦ 談話室	当てはまる番号に○をつけてください。 1. 専用室 2. 他の目的室と兼用		<input type="text"/>	m ²
⑧ 食堂	当てはまる番号に○をつけてください。 1. 専用室 2. 他の目的室と兼用		<input type="text"/>	m ²
⑨ 浴室	<input type="text"/>		<input type="text"/>	m ²
⑩ シャワールーム	<input type="text"/>		<input type="text"/>	m ²
⑪ その他	<input type="text"/>		<input type="text"/>	m ²
病棟部門合計	<input type="text"/>		<input type="text"/>	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ください。)				
	介護保険適用		医療保険適用	
	室数	延べ床面積	室数	延べ床面積
① 通所専用面積 ※1	通所リハビリテーション (介護予防含む)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	m ²
	通所介護 (旧介護予防含む)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	m ²
	認知症対応型通所介護 (介護予防含む)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	m ²
② 一般外来部・待合いホール	<input type="text"/>		<input type="text"/>	m ²
③ その他	<input type="text"/>		<input type="text"/>	m ²
通所・外来部門合計	<input type="text"/>		<input type="text"/>	m ²
C 管理部門等				
① 給食部	<input type="text"/>		<input type="text"/>	m ²
② その他	<input type="text"/>		<input type="text"/>	m ²
管理部門等合計	<input type="text"/>		<input type="text"/>	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(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、重度認知症疾患デイ・ケア、リハビリテーション、精神科作業療法、精神科デイ・ケア(ナイト・ケア、デイ・ナイト・ケアを含む)の専用面積について記入してください。

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

問3 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常勤・非常勤の「実人員」、非常勤の「換算人員」、常勤・非常勤の「調査対象サービス分の換算人員」、**「実人員」に対応する「給料」**(給与・賞与等)を記入してください。
- ※1 複数の職種に従事している場合は、主として従事している職種のいずれか1つに分類して記入してください。
決めがたい場合は、番号の若い方を優先して記入してください。
- ※2 介護支援専門員・計画作成担当者として従事している者は、1～23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	人	百	千	円	人	人	人	百	千	円
1 病院・診療所の管理者	1	.				1	.	.			
2 その他介護保険事業の管理者	2	.				2	.	.			
3 医師	3	.				3	.	.			
4 歯科医師	4	.				4	.	.			
5 薬剤師	5	.				5	.	.			
6 看護師	6	.				6	.	.			
7 准看護師	7	.				7	.	.			
8 介護職員	8	.				8	.	.			
9 うち介護福祉士	9	.				9	.	.			
10 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	→掛け金額(令和元年度実績の1/12の金額)	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	→退職給与(給付)引当金(令和元年度実績の1/12の金額)	32								
	(6) 退職金として支出 ※(1)～(5)に計上される分を除く	→退職金(令和元年度実績の1/12の金額)	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。

※1か月に数回の勤務である場合

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

問4 (1) 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。

※ 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	億	百	万	千	円													
医業収益		1																		
介護報酬収益	計	2																		
1	施設介護料収益(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	居宅介護料収益(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)居宅療養管理指導(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	居宅介護支援介護料収益	小計	27																	
	(1)居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																	

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。

- 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		令和元年度決算期数値				
		金 額				
		十 億	百 万	千	円	
II 医 業 ・ 介 護 費 用	1 給与費	1				
	2 医薬品費	2				
	3 給食用材料費	3				
	4 診療材料費・医療消耗器具備品費	4				
	5 経費	計	5			
		(1)福利厚生費	6			
		(2)通信費	7			
		(3)消耗品費	8			
		(4)消耗器具備品費	9			
		(5)車両費	10			
		(6)光熱水費	11			
		(7)修繕費	12			
		(8)賃借料	小計	13		
		① 土地	14			
		② 建物及び建物付属設備	15			
		③ 設備器械	16			
		④ その他の賃借料(①～③に該当しないもの)	17			
		(9)保険料	小計	18		
		① 自動車保険料(自動車損害賠償責任保険料含む)	19			
		② その他の保険料(①に該当しないもの)	20			
		(10)租税公課	21			
		(11)徴収不能損失	22			
		(12)その他の経費((1)～(11)に該当しないもの)	23			

科 目		令和元年度決算期数値																			
		金 額																			
		十	億	百	万	千	円														
II 医業・介護費用 (続き)	6 委託費	計	24																		
		(1)派遣委託費	25																		
		(2)患者用給食委託費	26																		
		(3)送迎委託費	27																		
		(4)寝具類洗濯・賃貸委託費(病衣除く)	28																		
		(5)清掃委託費	29																		
		(6)各種器械保守委託費	30																		
		(7)その他の委託費((1)～(6)に該当しないもの)	31																		
		7 研究研修費		32																	
		8 減価償却費	計	33																	
			(1)建物及び建物付属設備減価償却費	34																	
			(2)医療用器械設備減価償却費	35																	
			(3)車両船舶設備減価償却費	36																	
			(4)特殊浴槽減価償却費	37																	
			(5)その他の減価償却費((1)～(4)に該当しないもの)	38																	
		9 本部費(他の事業のための費用は含まない)		39																	
		10 その他(1～9に該当しないもの)		40																	
	医業・介護費用計(1～10の合計)		41																		
	うち消費税課税対象費用計		42																		
III	医業・介護外収益	計	43																		
	1 受取利息・配当金		44																		
	2 その他の医業・介護外収益(1に該当しないもの)		45																		
IV	医業・介護外費用		46																		
	うち支払利息		47																		
V	特別損益		48																		
	1 特別利益		49																		
	2 特別損失		50																		
VI	税金		51																		

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
上げます。

※ この調査は、上記のID、パスワードにて、調査専用ホームページ (<https://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) 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(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

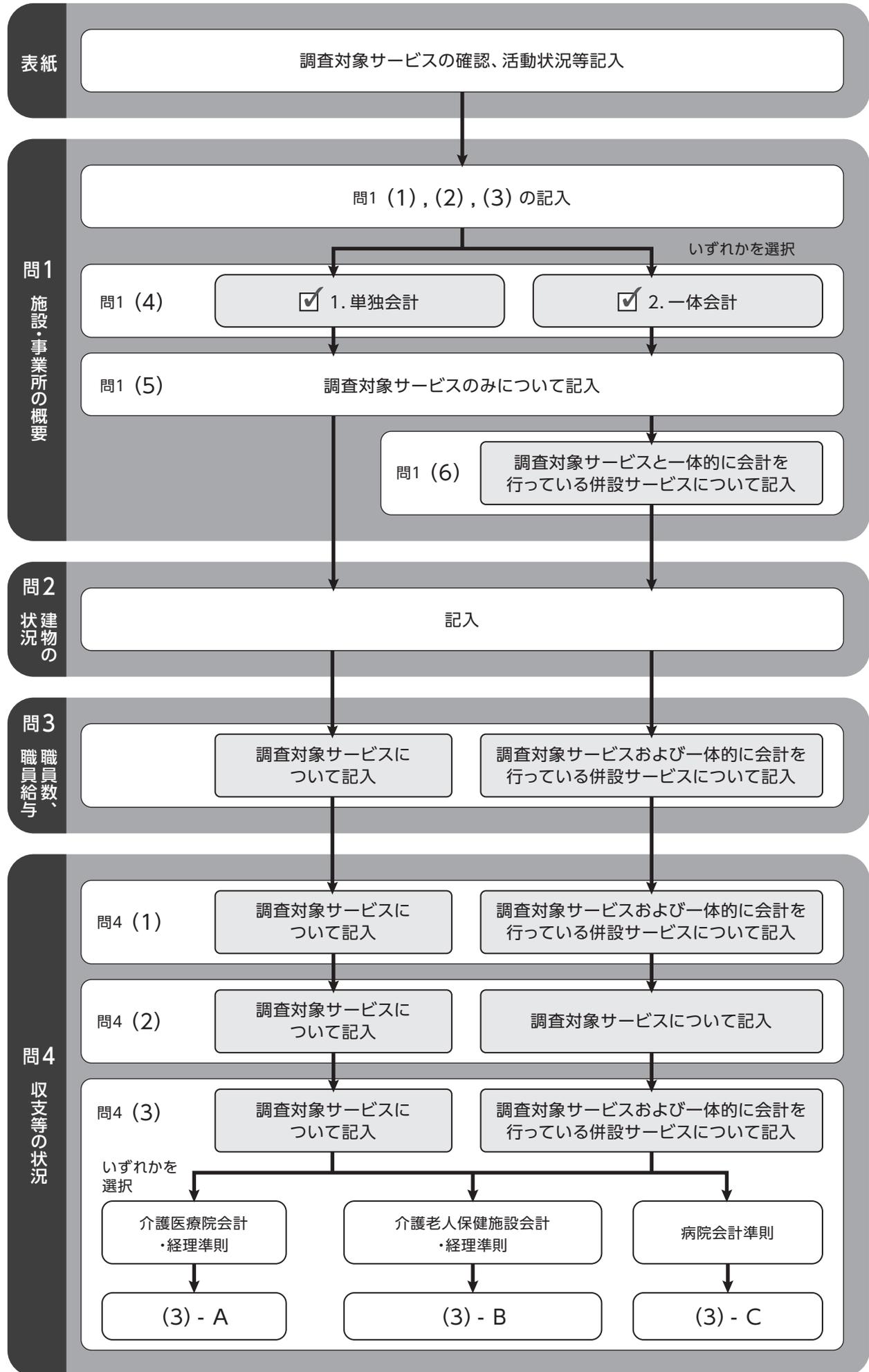
※2、3の場合、今回の調査に記入していただく必要はありませんので、
このまま調査票を返送してください。



(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

● 記入の流れ ●



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) |

(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

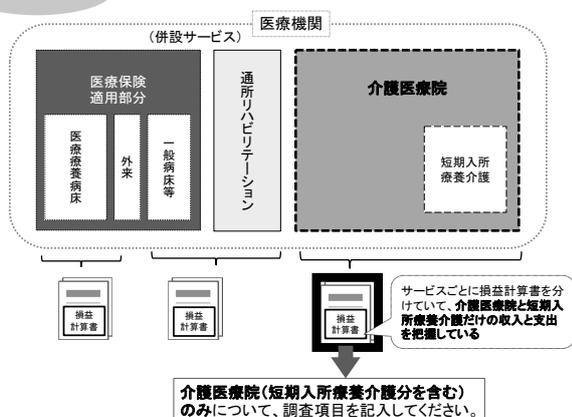
※ 収入は調査対象サービス分を把握しているが、支出は他の併設サービスと一体的にしか把握していないなど、部分的に調査対象サービス分の収入・支出を把握している場合も一体会計としてください。

※ 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

1. 単独会計



※ただし問2(建物の状況)については、併設サービスも含めた施設全体に係る床面積を記入してください。

2. 一体会計



(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	<input type="text"/>	※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。		1. 自己所有	→		取得価額	<input type="text"/> 円
			2. 賃借・無償貸与			建物の償却方法	1. 定額法 2. 定率法
						税法上の耐用年数	<input type="text"/> 年
3 建築延べ床面積	<input type="text"/>		㎡ (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	㎡	
② 4人室	室	㎡		室	㎡		
③ 3人室	室	㎡		室	㎡		
④ 2人室	室	㎡		室	㎡		
⑤ 個室	室	㎡		室	㎡		
⑥ 診察室	当てはまる番号に○をつけてください。 1. 専用室 2. 他の目的室と兼用					㎡	
⑦ 処置室	当てはまる番号に○をつけてください。 1. 専用室 2. 他の目的室と兼用					㎡	
⑧ 機能訓練室	当てはまる番号に○をつけてください。 1. 専用室 2. 他の目的室と兼用					㎡	
⑨ 談話室	当てはまる番号に○をつけてください。 1. 専用室 2. 他の目的室と兼用					㎡	
⑩ 食堂	当てはまる番号に○をつけてください。 1. 専用室 2. 他の目的室と兼用					㎡	
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。 1. 専用室 2. 他の目的室と兼用					㎡	
⑫ 浴室			㎡				
⑬ シャワールーム			㎡				
⑭ その他			㎡				
療養棟部門合計			㎡				
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。)							
① 通所専用面積 ※1	介護保険適用			医療保険適用			
	通所リハビリテーション (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)	㎡					
② 一般外来部・待合ホール				㎡			
③ その他			㎡				
通所・外来部門合計			㎡				
C 管理部門等							
① 給食部			㎡				
② その他			㎡				
管理部門等合計			㎡				
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"/>		㎡				

※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	人	人	人	円	円	人	人	人	人	円	円	円	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	→掛け金額(令和元年度実績の1/12の金額)	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	→退職給与(給付)引当金(令和元年度実績の1/12の金額)	32										
	(6) 退職金として支出 ※(1)～(5)に計上される分を除く	→退職金(令和元年度実績の1/12の金額)	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。

※1か月に数回の勤務である場合

職員1週間の勤務時間	職員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。
- ※ 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	万	千	百	円
I 施設 運営 事業 収益	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 居宅介護料収益(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)居宅療養管理指導(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 居宅介護支援介護料収益	小計	27					
	(1)居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					

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) -A		令和元年度決算期数値									
		金額									
科 目		十	億	百	万	千	円				
II 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) -A		令和元年度決算期数値									
		金額									
科 目		十	億	百	万	千	円				
II 施設 運 営 事 業 等 費 用 (続 ぎ)	7 委託費	計	25								
		(1)派遣委託費	26								
		(2)患者用給食委託費	27								
		(3)送迎委託費	28								
		(4)寝具類洗濯・賃貸委託費(病衣除く)	29								
		(5)清掃委託費	30								
		(6)各種器械保守委託費	31								
		(7)その他の委託費((1)~(6)に該当しないもの)	32								
		8 研修費		33							
		9 減価償却費	計	34							
			(1)建物及び建物付属設備減価償却費	35							
			(2)医療用器械備品減価償却費	36							
		(3)車両船舶備品減価償却費	37								
		(4)特殊浴槽減価償却費	38								
		(5)その他の減価償却費((1)~(4)に該当しないもの)	39								
	10 本部費(他の事業のための費用は含まない)		40								
	11 その他(1~10に該当しないもの)		41								
	施設運営事業等費用計(1~11の合計)		42								
	うち消費税課税対象費用計		43								
III	施設運営事業外収益	計	44								
	1 受取利息・配当金		45								
	2 その他の施設運営事業外収益(1に該当しないもの)		46								
IV	施設運営事業外費用		47								
	うち支払利息		48								
V	特別損益		49								
	1 特別利益		50								
	2 特別損失		51								
	うち法人税等		52								

(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	億	百	万	千	百	十	千	百	円
II 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		令和元年度決算期数値									
		金額									
科 目		十	億	百	万	千	円				
II 施設 運 営 事 業 等 費 用 (続 ぎ)	7 委託費	計	25								
		(1)派遣委託費	26								
		(2)患者用給食委託費	27								
		(3)送迎委託費	28								
		(4)寝具類洗濯・賃貸委託費(病衣除く)	29								
		(5)清掃委託費	30								
		(6)各種器械保守委託費	31								
		(7)その他の委託費((1)~(6)に該当しないもの)	32								
		8 研修費		33							
		9 減価償却費	計	34							
			(1)建物及び建物付属設備減価償却費	35							
			(2)医療用器械設備減価償却費	36							
		(3)車両船舶設備減価償却費	37								
		(4)特殊浴槽減価償却費	38								
		(5)その他の減価償却費((1)~(4)に該当しないもの)	39								
	10 本部費(他の事業のための費用は含まない)		40								
	11 その他(1~10に該当しないもの)		41								
	施設運営事業等費用計(1~11の合計)		42								
	うち消費税課税対象費用計		43								
III	施設運営事業外収益	計	44								
	1 受取利息・配当金		45								
	2 その他の施設運営事業外収益(1に該当しないもの)		46								
IV	施設運営事業外費用		47								
	うち支払利息		48								
V	特別損益		49								
	1 特別利益		50								
	2 特別損失		51								
	うち法人税等		52								

(3) -C 病院会計準則

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

(3) -C		令和元年度決算期数値									
		金額									
科 目		十	億	百	万	千	円				
II 医業・ 介護費用 (続き)	6 委託費	計	24								
		(1)派遣委託費	25								
		(2)患者用給食委託費	26								
		(3)送迎委託費	27								
		(4)寝具類洗濯・賃貸委託費(病衣除く)	28								
		(5)清掃委託費	29								
		(6)各種器械保守委託費	30								
		(7)その他の委託費((1)～(6)に該当しないもの)	31								
		7 研究研修費	32								
		8 減価償却費	計	33							
			(1)建物及び建物付属設備減価償却費	34							
			(2)医療用器械設備減価償却費	35							
			(3)車両船舶設備減価償却費	36							
			(4)特殊浴槽減価償却費	37							
		(5)その他の減価償却費((1)～(4)に該当しないもの)	38								
	9 本部費(他の事業のための費用は含まない)	39									
	10 その他(1～9に該当しないもの)	40									
	医業・介護費用計(1～10の合計)		41								
	うち消費税課税対象費用計		42								
III	医業・介護外収益	計	43								
	1 受取利息・配当金	44									
	2 その他の医業・介護外収益(1に該当しないもの)	45									
IV	医業・介護外費用	46									
	うち支払利息	47									
V	特別損益	48									
	1 特別利益	49									
	2 特別損失	50									
VI	税金	51									

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。

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://●●●●●●>) 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) 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（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

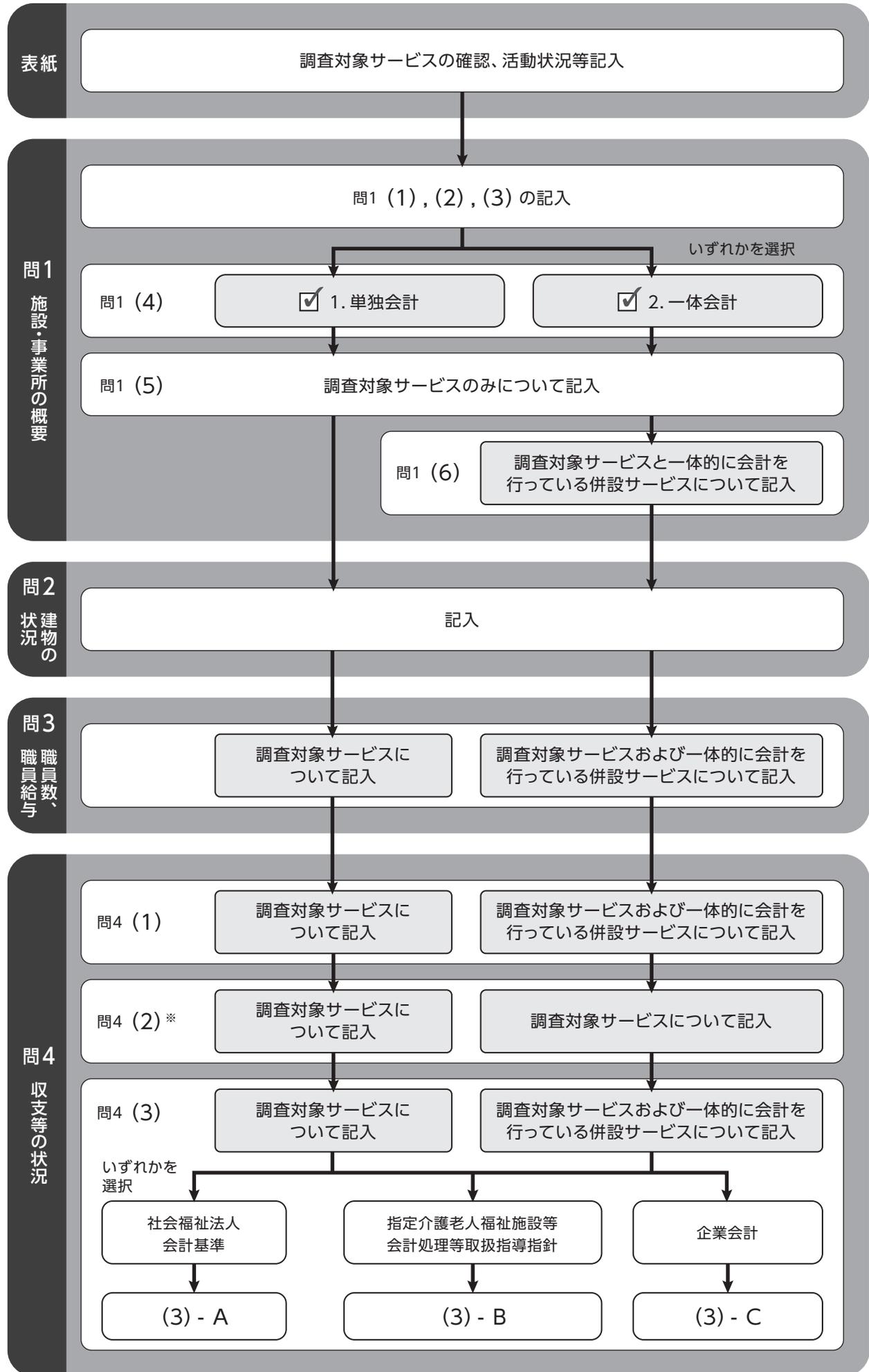
※2、3の場合、今回の調査に記入していただく必要はありませんので、
このまま調査票を返送してください。



(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

● 記入の流れ ●



*問4 (2) は次のサービスが調査対象サービスの場合のみ記入：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

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 | 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) 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. 単体会計: 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

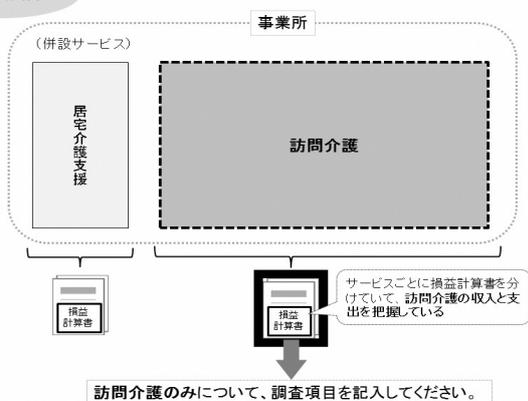
※ 収入は調査対象サービス分を把握しているが、支出は他の併設サービスと一体的にしか把握していないなど、部分的に調査対象サービス分の収入・支出を把握している場合も一体会計としてください。

※ 単体会計の場合、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。

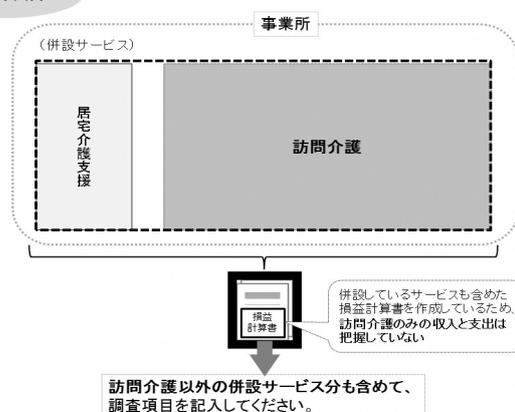
例: 訪問介護を提供し、居宅介護支援を併設している場合

1. 単体会計



※ただし問2(建物の状況)については、併設サービスも含めた施設全体に係る床面積を記入してください。

2. 一体会計



(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。

調査対象サービスに対応した項目を印刷

①訪問介護/旧介護予防訪問介護に相当するサービス

訪問介護

○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。

・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。

	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
類型別訪問時間	時間	時間	時間	時間	時間

・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
訪問時間合計	時間

旧介護予防訪問介護に相当するサービス

○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。

	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

※ その他には、介護予防・生活支援サービス事業対象者、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。

サービス提供時間合計	時間
------------	----

②訪問入浴介護/介護予防訪問入浴介護

訪問入浴介護

○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。

	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。

介護予防訪問入浴介護

○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。

	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。

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2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。

旧介護予防通所介護に相当するサービス

○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。

	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、介護予防・生活支援サービス事業対象者、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。

通所介護または地域密着型通所介護と旧介護予防通所介護に相当するサービスをあわせたサービスの提供状況

○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。

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。)

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2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。

介護予防短期入所生活介護

○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。

※ 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。

短期入所生活介護と介護予防短期入所生活介護をあわせたサービスの提供状況

○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。

※ 空床利用している利用者分は含めずに記入してください。

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。)

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2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
食事延べ提供数	食

特定施設入居者生活介護

○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。

	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。

介護予防特定施設入居者生活介護

○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。

	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。

特定施設入居者生活介護と介護予防特定施設入居者生活介護をあわせたサービスの提供状況

○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。

食事延べ提供数	食
---------	---

地域密着型特定施設入居者生活介護

○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。

	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。

食事延べ提供数	食
---------	---

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2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2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

⑦定期巡回・随時対応型訪問介護看護

○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2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※1
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
	うち健康保険法等との併給者数※2	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※3	回	回	回	回	回	回

※1 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。

※2 介護保険法による訪問看護利用者のうち、月の途中で健康保険法等による訪問看護を利用した者について記入してください。

※3 介護保険法による訪問看護利用者のうち、月の途中で健康保険法等による訪問看護を利用した者について、健康保険法等による訪問回数を記入してください。

・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

⑧夜間対応型訪問介護

○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。

	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
類型別延べ訪問回数	回	回	回	回	回	回
うち定期巡回	回	回	回	回	回	回
うち随時訪問	回	回	回	回	回	回

※ 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。

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2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。

介護予防認知症対応型通所介護

○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。

	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。

認知症対応型通所介護と介護予防認知症対応型通所介護をあわせたサービスの提供状況

○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。

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。)

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2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
宿泊	実利用者数	人	人	人	人	人	人
	延べ利用者数	人	人	人	人	人	人
通い	実利用者数	人	人	人	人	人	人
	延べ利用者数	人	人	人	人	人	人
訪問	実利用者数	人	人	人	人	人	人
	延べ利用者数	人	人	人	人	人	人

※重複する場合は、それぞれに計上してください。

※ 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。

介護予防小規模多機能型居宅介護

○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。

		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
宿泊	実利用者数	人	人	人
	延べ利用者数	人	人	人
通い	実利用者数	人	人	人
	延べ利用者数	人	人	人
訪問	実利用者数	人	人	人
	延べ利用者数	人	人	人

※重複する場合は、それぞれに計上してください。

※ 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。

小規模多機能型居宅介護と介護予防小規模多機能型居宅介護をあわせたサービスの提供状況

○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。

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。)

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2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。

介護予防認知症対応型共同生活介護

○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。

	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。

認知症対応型共同生活介護と介護予防認知症対応型共同生活介護をあわせたサービスの提供状況

○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。

食事延べ提供数	食
---------	---

⑫看護小規模多機能型居宅介護

○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。

		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		人	人	人	人	人	人
延べ利用者数		人	人	人	人	人	人
宿泊	実利用者数	人	人	人	人	人	人
	延べ利用者数	人	人	人	人	人	人
通い	実利用者数	人	人	人	人	人	人
	延べ利用者数	人	人	人	人	人	人
訪問介護	実利用者数	人	人	人	人	人	人
	延べ利用者数	人	人	人	人	人	人
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
	延べ利用者数	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

※重複する場合は、それぞれに計上してください。

※1 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。
 ※2 看護小規模多機能型居宅介護の利用者のうち、健康保険法等による訪問看護を利用した者について記入してください。

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。)

⑬居宅介護支援/介護予防支援

居宅介護支援

○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。

		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
うち4月中の新規の実利用者数		人	人	人	人	人	人

※ その他には、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的人数を記入してください。

介護予防支援

○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。

		要支援1	要支援2	その他※
実利用者数		人	人	人
うち4月中の新規の実利用者数		人	人	人

※ その他には、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的人数を記入してください。

(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	延べ在院（在所）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		
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	人	食 回
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											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。

建物床面積	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
	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「一体会計」と回答した場合は、「全体」には、調査対象サービスで利用している床面積と、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。
問1(4)において「単独会計」と回答した場合は、「全体」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、1～24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	円	人	円	人	円	人	円	円	円	
1 介護老人福祉施設の管理者	1						1							
2 地域密着型介護老人福祉施設の管理者	2						2							
3 その他介護保険事業の管理者 (上記1, 2以外)	3						3							
4 医師	4						4							
5 歯科医師	5						5							
6 薬剤師	6						6							
7 看護師	7						7							
8 准看護師	8						8							
9 介護職員	9						9							
10 うち介護福祉士	10						10							
11 うち勤続年数10年以上の介護福祉士	11						11							
12 理学療法士	12						12							
13 作業療法士	13						13							
14 言語聴覚士	14						14							
15 歯科衛生士	15						15							
16 柔道整復師・あん摩マッサージ指圧師	16						16							
17 生活相談員・支援相談員	17						17							
18 うち社会福祉士	18						18							
19 福祉用具専門相談員	19						19							
20 栄養士	20						20							
21 うち管理栄養士	21						21							
22 調理員	22						22							
23 事務職員	23						23							
24 その他	24						24							
25 1～24のうち介護支援専門員・計画作成担当者(再掲)	25						25							
26 1～24のうち訪問介護のサービス提供責任者(再掲)	26						26							

27 通勤手当(再掲)(令和2年4月分)	27													
----------------------	----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

28 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)	28													
----------------------------------	----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

29 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(令和元年度実績の1/12の金額)	29						
	(2) 全国社会福祉団体職員退職手当積立基金に加入		30						
	(3) 中小企業退職金共済制度に加入		31						
	(4) その他共済制度に加入		32						
	(5) 退職給与(給付)引当金繰入の実施 ※(1)～(4)以外		33						
	(6) 退職金として支出 ※(1)～(5)に計上される分を除く		34						

30 法定福利費(事業主負担・令和元年度実績の1/12の金額)	35								
---------------------------------	----	--	--	--	--	--	--	--	--

<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。

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

問4 (1)令和元年度の事業収入(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)を問4(3)に記入してください。
- 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。
- ※ 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				
		十億	百万	千	円	
I 事業活動 収入(収益)	1 介護老人福祉施設介護料収入(収益)(利用者負担分を含む) 計	1				
	(1)介護老人福祉施設	2				
	(2)地域密着型介護老人福祉施設	3				
	2 居宅介護料収入(収益)(利用者負担分を含む) 計	4				
	(1)訪問介護	5				
	(2)訪問入浴介護(介護予防を含む)	6				
	(3)通所介護	7				
	(4)短期入所生活介護(介護予防を含む)	8				
	うち空床利用分(介護老人福祉施設)	9				
	うち空床利用分(地域密着型介護老人福祉施設)	10				
	(5)特定施設入居者生活介護(介護予防を含む)	11				
	(6)福祉用具貸与(介護予防を含む)	12				
	(7)定期巡回・随時対応型訪問介護看護	13				
	(8)夜間対応型訪問介護	14				
	(9)地域密着型通所介護	15				
	(10)認知症対応型通所介護(介護予防を含む)	16				
	(11)小規模多機能型居宅介護(介護予防を含む)	17				
	(12)認知症対応型共同生活介護(介護予防を含む)	18				
	(13)地域密着型特定施設入居者生活介護	19				
	(14)看護小規模多機能型居宅介護	20				
	(15)その他の居宅介護サービス((1)~(14)に該当しないもの)	21				
	3 居宅介護支援介護料収入(収益) 計	22				
	(1)居宅介護支援介護料収入(収益)	23				
	(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)	24				
	4 介護予防・日常生活支援総合事業費収入(収益) 計	25				
	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)	26				
	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)	27				
	5 保険外の利用料による収入(収益) 計	28				
	(1)介護老人福祉施設利用料収入(収益)	29				
	① 介護老人福祉施設	30				
	② 地域密着型介護老人福祉施設	31				
	(2)居宅介護サービス利用料収入(収益)	32				
	① 訪問介護	33				
	② 訪問入浴介護(介護予防を含む)	34				
	③ 通所介護	35				
	④ 短期入所生活介護(介護予防を含む)	36				
	うち空床利用分(介護老人福祉施設)	37				
	うち空床利用分(地域密着型介護老人福祉施設)	38				
	⑤ 特定施設入居者生活介護(介護予防を含む)	39				
	⑥ 福祉用具貸与(介護予防を含む)	40				
	⑦ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護	41				
	⑧ 夜間対応型訪問介護	42				
	⑨ 地域密着型通所介護	43				
	⑩ 認知症対応型通所介護(介護予防を含む)	44				
	⑪ 小規模多機能型居宅介護(介護予防を含む)	45				
	⑫ 認知症対応型共同生活介護(介護予防を含む)	46				
	⑬ 地域密着型特定施設入居者生活介護	47				
	⑭ 看護小規模多機能型居宅介護	48				
	⑮ その他の居宅介護サービス(①~⑭に該当しないもの)	49				

科 目		令和元年度決算期数値						
		金 額						
		十億	百万	千	円			
I 事業活動収入(収益) (続き)	(3)食費収入(収益)	50						
	(4)居住費収入(収益)	51						
	(5)介護予防・日常生活支援総合事業利用料収入(収益)	52						
	うち旧介護予防訪問介護に相当するサービス	53						
	うち旧介護予防通所介護に相当するサービス	54						
	(6)管理費収入(収益)	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						
	(7)その他の利用料収入(収益)	57						
	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)	58						
	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)	59						
	6 その他の事業収入(収益) 計	60						
	(1)補助金収入(収益)	61						
	(2)市町村特別事業収入(収益)	62						
	(3)受託収入(収益)	63						
	(4)その他	64						
	7 その他の収入(収益) 計	65						
	① 入居金収入(収益)	66						
	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)	67						
	② 介護予防支援事業者からの委託に係る収入(収益)	68						
	③ ホームヘルプサービスの収入(収益)(障害者等)	69						
	④ その他	70						
8 介護報酬査定減	71	▲						
事業活動収入(サービス活動収益)計	72							

問4 (2)令和元年度の財務活動等による支出についておうかがいします。

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

↑いずれか1つのチェックボックスにチェックしてください。

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

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

科 目		令和元年度決算期数値						
		金 額						
		十億	百万	千	円			
設備資金借入金元金償還金支出	73							
長期運営資金借入金元金償還金支出	74							

※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。

(3) -B 指定介護老人福祉施設等会計処理等取扱指導指針

- 令和元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。
- ※ 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		十億	百万	千	円	十億	百万	千	円	十億	百万	千	円
1	人件費	1											
2	経費	計	2										
	(1)直接介護支出	小計	3										
	① 給食材料費		4										
	② 介護用品費		5										
	③ 保健衛生費		6										
	④ 消耗器具備品費		7										
	⑤ 車輛費		8										
	⑥ 光熱水費		9										
	⑦ 燃料費		10										
	⑧ その他の直接介護支出(①～⑦に該当しないもの)		11										
	(2)一般管理支出	小計	12										
	① 福利厚生費		13										
	② 旅費交通費		14										
	③ 研修費		15										
	④ 通信運搬費		16										
	⑤ 事務消耗品費		17										
	⑥ 印刷製本費		18										
	⑦ 広報費		19										
	⑧ 修繕費		20										
	⑨ 保守料		21										
	⑩ 賃借料	小計	22										
	ア 土地		23										
	イ 建物及び建物付属設備		24										
	ウ 設備器械		25										
	エ その他の賃借料(ア～ウに該当しないもの)		26										
	⑪ 保険料	小計	27										
	ア 自動車保険料(自動車損害賠償責任保険料含む)		28										
	イ その他の保険料(アに該当しないもの)		29										
	⑫ 租税公課		30										
	⑬ 委託費	小計	31										
	ア 派遣委託費		32										
	イ 給食委託費		33										
	ウ 送迎委託費		34										
	エ 清掃委託費		35										
	オ その他の委託費(ア～エに該当しないもの)		36										
	⑭ 雑費		37										
	⑮ その他の一般管理支出(①～⑭に該当しないもの)		38										

II 事業活動支出

(3) -B		令和元年度決算期数値									
		金額									
科 目		十億	百万	千	円						
II 事業 活動 支出 (続 き)	3 減価償却費	計	39								
		(1)建物及び建物付属設備減価償却費	40								
		(2)車両船舶設備減価償却費	41								
		(3)特殊浴槽減価償却費	42								
		(4)その他の減価償却費((1)~(3)に該当しないもの)	43								
		4 国庫補助金等特別積立金取崩額	44	▲							
		5 徴収不能額	45								
		6 引当金繰入	計	46							
			(1)徴収不能引当金繰入	47							
			(2)修繕引当金繰入	48							
			(3)退職給与引当金繰入	49							
			(4)賞与引当金繰入	50							
			(5)その他引当金繰入((1)~(4)に該当しないもの)	51							
		7 その他(1~6に該当しないもの)		52							
		事業活動支出計(1~7の合計)		53							
		うち消費税課税対象支出計		54							
	III	事業活動外収入		55							
	うち借入金利息補助金収入		56								
IV	事業活動外支出		57								
	うち借入金利息		58								
V	特別収入		59								
VI	特別支出		60								
	うち会計区分外繰入金支出		61								
	うち法人本部に帰属する経費:役員報酬等(他の事業のための費用は含まない)		62								
	うち消費税課税対象支出計		63								
	うち法人税等		64								

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。

居宅サービス・地域密着型サービス事業所票（医療関係）

調査対象サービスは

(調査対象サービス名)

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://●●●●●●>) 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： 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

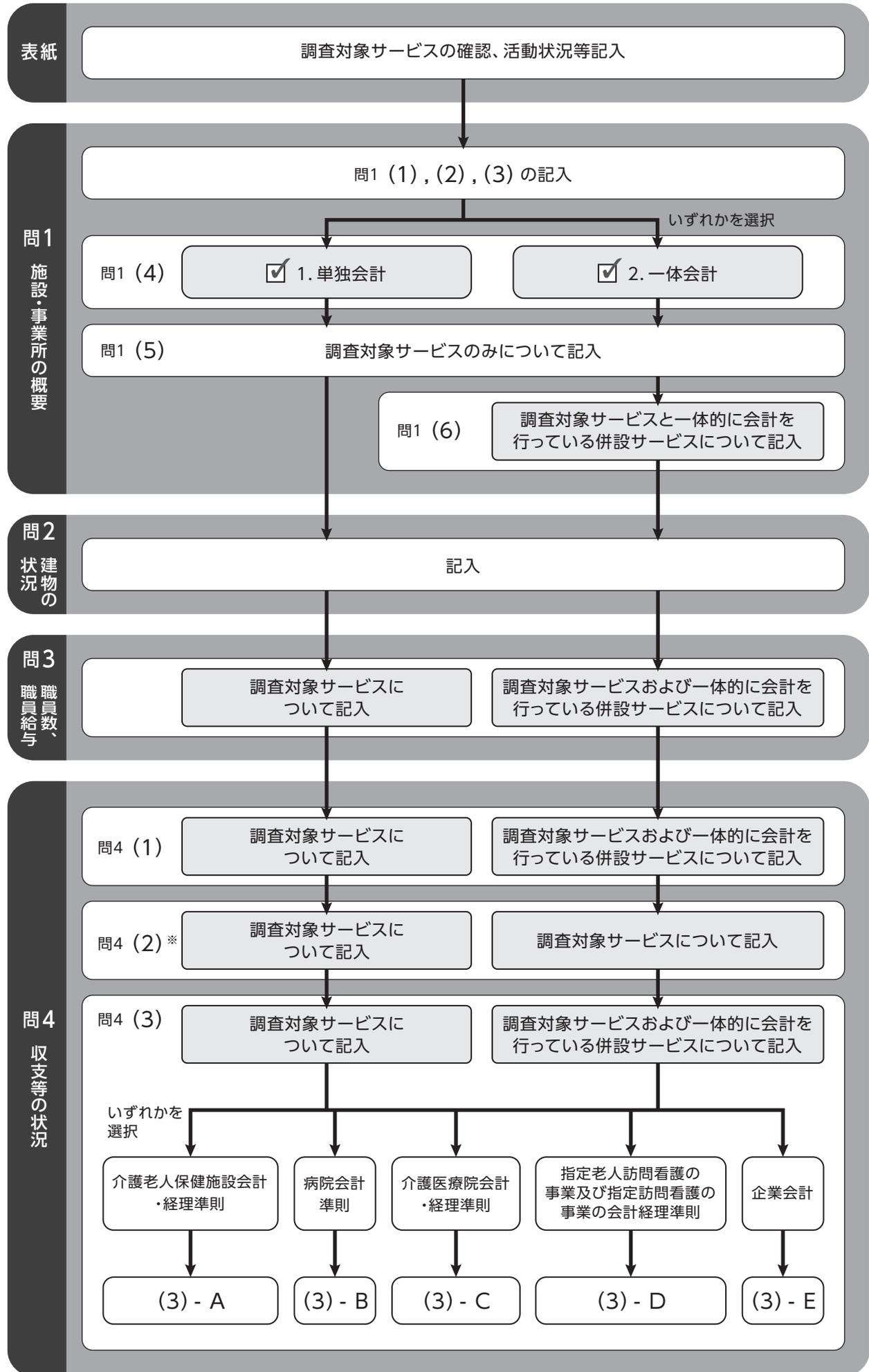
※2、3の場合、今回の調査に記入していただく必要はありませんので、
このまま調査票を返送してください。



(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

● 記入の流れ ●



*問4 (2) は次のサービスが調査対象サービスの場合のみ記入：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

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 | 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) 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. 単体会計：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

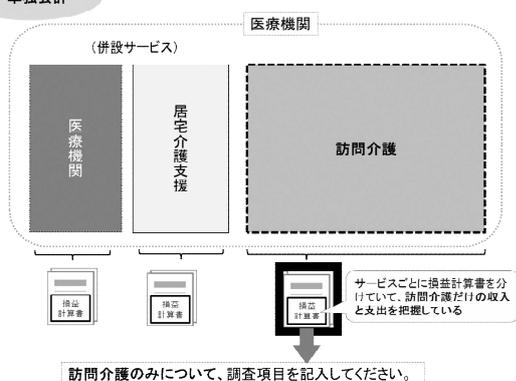
※ 収入は調査対象サービス分を把握しているが、支出は他の併設サービスと一体的にしか把握していないなど、部分的に調査対象サービス分の収入・支出を把握している場合も一体会計としてください。

※ 単体会計の場合、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。

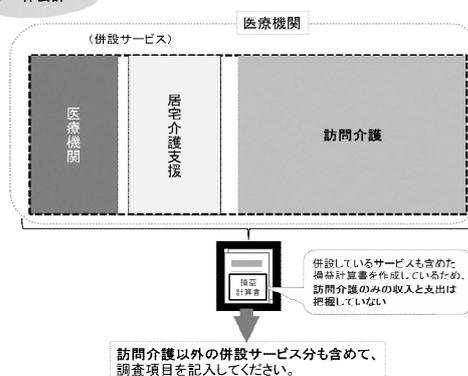
※ 一体会計の場合、問3(職員数と職員給与)、問4(1)、(3)(収入と支出)は、会計を一体的に行っている他の併設サービス分も含めて記入してください。問4(2)(支出)は、調査対象サービス分についてのみ記入してください。

例：医療機関内で訪問介護を提供し、居宅介護支援を併設している場合

1. 単体会計



2. 一体会計



※ただし問2(建物の状況)については、併設サービスも含めた施設全体に係る床面積を記入してください。

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

医療保険適用部分

医療保険適用部分の実績を記入してください。

病床数	延べ在院者数	食事延べ提供数		患者数
床	人	食	外来	人

介護保険適用部分

介護保険適用部分の実績を記入してください。

調査対象サービスに対応した項目を印刷

①訪問介護/旧介護予防訪問介護に相当するサービス

訪問介護

○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。

・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。

	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
類型別訪問時間	時間	時間	時間	時間	時間

・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
訪問時間合計	時間

旧介護予防訪問介護に相当するサービス

○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。

	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

※ その他には、介護予防・生活支援サービス事業対象者、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。

サービス提供時間合計	時間
------------	----

②訪問入浴介護/介護予防訪問入浴介護

訪問入浴介護

○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。

	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。

介護予防訪問入浴介護

○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。

	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。

③訪問看護/介護予防訪問看護

訪問看護

○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。

※定期巡回・随時対応型訪問介護看護事務所と連携した訪問看護の実績は含めないでください。

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他※1
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
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 ※3	回	回	回	回	回	回

※1 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。

※2 介護保険法による訪問看護利用者のうち、月の途中で健康保険法等による訪問看護を利用した者について記入してください。

※3 介護保険法による訪問看護利用者のうち、月の途中で健康保険法等による訪問看護を利用した者について、健康保険法等による訪問回数を記入してください。

・定期巡回・随時対応型訪問介護看護事務所と連携した訪問看護の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※1
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
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 ※3	回	回	回	回	回	回

※1 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。

※2 介護保険法による訪問看護利用者のうち、月の途中で健康保険法等による訪問看護を利用した者について記入してください。

※3 介護保険法による訪問看護利用者のうち、月の途中で健康保険法等による訪問看護を利用した者について、健康保険法等による訪問回数を記入してください。

・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

介護予防訪問看護

○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。

	要支援1	要支援2	その他※1
実利用者数	人	人	人
うち健康保険法等との併給者数 ※2	人	人	人
延べ訪問回数	回	回	回
うち健康保険法等との併給者への訪問回数※3	回	回	回

※1 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。

※2 介護保険法による訪問看護利用者のうち、月の途中で健康保険法等による訪問看護を利用した者について記入してください。

※3 介護保険法による訪問看護利用者のうち、月の途中で健康保険法等による訪問看護を利用した者について、健康保険法等による訪問回数を記入してください。

④訪問リハビリテーション/介護予防訪問リハビリテーション

訪問リハビリテーション

○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。

・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。

・介護保険以外の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。

実利用者数	人
延べ訪問回数	回

介護予防訪問リハビリテーション

○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。

	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。

⑤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2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。

旧介護予防通所介護に相当するサービス

○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。

	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、介護予防・生活支援サービス事業対象者、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。

通所介護または地域密着型通所介護と旧介護予防通所介護に相当するサービスをあわせたサービスの提供状況

○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。

食事延べ提供数	食
送迎延べ実施回数	回

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

⑥通所リハビリテーション/介護予防通所リハビリテーション

通所リハビリテーション

○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。

	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。

介護予防通所リハビリテーション

○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。

	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。

通所リハビリテーションと介護予防通所リハビリテーションをあわせたサービスの提供状況

○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。

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。)

⑦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2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
食事延べ提供数	食

特定施設入居者生活介護

○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。

	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。

介護予防特定施設入居者生活介護

○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。

	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。

特定施設入居者生活介護と介護予防特定施設入居者生活介護をあわせたサービスの提供状況

○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。

食事延べ提供数	食
---------	---

地域密着型特定施設入居者生活介護

○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。

	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。

食事延べ提供数	食
---------	---

⑧福祉用具貸与/介護予防福祉用具貸与

福祉用具貸与	
○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。	
実利用者数	人

介護予防福祉用具貸与	
○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。	
実利用者数	人

⑨定期巡回・随時対応型訪問介護看護

○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2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※1
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
	うち健康保険法等との併給者数 ※2	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 ※3	回	回	回	回	回	回

※1 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。

※2 介護保険法による訪問看護利用者のうち、月の途中で健康保険法等による訪問看護を利用した者について記入してください。

※3 介護保険法による訪問看護利用者のうち、月の途中で健康保険法等による訪問看護を利用した者について、健康保険法等による訪問回数を記入してください。

・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

⑩夜間対応型訪問介護

○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。

	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
類型別延べ訪問回数	回	回	回	回	回	回
うち定期巡回	回	回	回	回	回	回
うち随時訪問	回	回	回	回	回	回

※ 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。

⑪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2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。

介護予防認知症対応型通所介護

○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。

	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。

認知症対応型通所介護と介護予防認知症対応型通所介護をあわせたサービスの提供状況

○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。

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。)

⑫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2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
宿泊	実利用者数	人	人	人	人	人	人
	延べ利用者数	人	人	人	人	人	人
通い	実利用者数	人	人	人	人	人	人
	延べ利用者数	人	人	人	人	人	人
訪問	実利用者数	人	人	人	人	人	人
	延べ利用者数	人	人	人	人	人	人

※重複する場合は、それぞれに計上してください。

※ 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。

介護予防小規模多機能型居宅介護

○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。

		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
宿泊	実利用者数	人	人	人
	延べ利用者数	人	人	人
通い	実利用者数	人	人	人
	延べ利用者数	人	人	人
訪問	実利用者数	人	人	人
	延べ利用者数	人	人	人

※重複する場合は、それぞれに計上してください。

※ 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。

小規模多機能型居宅介護と介護予防小規模多機能型居宅介護をあわせたサービスの提供状況

○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。

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。)

⑬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2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。

介護予防認知症対応型共同生活介護

○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。

	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。

認知症対応型共同生活介護と介護予防認知症対応型共同生活介護をあわせたサービスの提供状況

○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。

食事延べ提供数	食
---------	---

⑭看護小規模多機能型居宅介護

○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。

		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		人	人	人	人	人	人
延べ利用者数		人	人	人	人	人	人
宿泊	実利用者数	人	人	人	人	人	人
	延べ利用者数	人	人	人	人	人	人
通い	実利用者数	人	人	人	人	人	人
	延べ利用者数	人	人	人	人	人	人
訪問介護	実利用者数	人	人	人	人	人	人
	延べ利用者数	人	人	人	人	人	人
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
	延べ利用者数	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

※重複する場合は、それぞれに計上してください。

※1 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。

※2 看護小規模多機能型居宅介護の利用者のうち、健康保険法等による訪問看護を利用した者について記入してください。

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。)

⑮居宅介護支援/介護予防支援

居宅介護支援

○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。

		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
うち4月中の新規の実利用者数		人	人	人	人	人	人

※ その他には、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的人数を記入してください。

介護予防支援

○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。

		要支援1	要支援2	その他※
実利用者数		人	人	人
うち4月中の新規の実利用者数		人	人	人

※ その他には、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的人数を記入してください。

(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		
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	人	食 回
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											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。

	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「一体会計」と回答した場合は、「全体」には、調査対象サービスで利用している床面積と、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。

問1(4)において「単独会計」と回答した場合は、「全体」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	円	人	円	人	円	百	万	千	円	人	円	百	万	千	円	
1 病院・診療所の管理者	1																						
2 その他介護保険事業の管理者	2																						
3 医師	3																						
4 歯科医師	4																						
5 薬剤師	5																						
6 看護師	6																						
7 准看護師	7																						
8 介護職員	8																						
9 うち介護福祉士	9																						
10 うち勤続年数10年以上の介護福祉士	10																						
11 理学療法士	11																						
12 作業療法士	12																						
13 言語聴覚士	13																						
14 歯科衛生士	14																						
15 柔道整復師・あん摩マッサージ指圧師	15																						
16 生活相談員・支援相談員	16																						
17 うち社会福祉士	17																						
18 福祉用具専門相談員	18																						
19 栄養士	19																						
20 うち管理栄養士	20																						
21 調理員	21																						
22 事務職員	22																						
23 その他	23																						
24 1～23のうち介護支援専門員・計画作成担当者(再掲)	24																						
25 1～23のうち訪問介護のサービス提供責任者(再掲)	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																						
	(2) 全国社会福祉団体職員退職手当積立基金に加入																						
	(3) 中小企業退職金共済制度に加入																						
	(4) その他共済制度に加入																						
	(5) 退職給与(給付)引当金繰入の実施 ※(1)～(4)以外																						
	(6) 退職金として支出 ※(1)～(5)に計上される分を除く																						
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。

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

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。
- ※ 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	万	千	百	十	百	千	円
医療収益		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) 居宅療養管理指導(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 医療・介護収益

(3) -B		令和元年度決算期数値									
		金額									
科 目		十	億	百	万	千	円				
II 医業・介護費用 (続き)	6 委託費	計	24								
		(1)派遣委託費	25								
		(2)患者用給食委託費	26								
		(3)送迎委託費	27								
		(4)寝具類洗濯・賃貸委託費(病衣除く)	28								
		(5)清掃委託費	29								
		(6)各種器械保守委託費	30								
		(7)その他の委託費((1)～(6)に該当しないもの)	31								
		7 研究研修費	計	32							
		8 減価償却費	計	33							
			(1)建物及び建物付属設備減価償却費	34							
			(2)医療用器械設備減価償却費	35							
			(3)車両船舶設備減価償却費	36							
			(4)特殊浴槽減価償却費	37							
			(5)その他の減価償却費((1)～(4)に該当しないもの)	38							
		9 本部費(他の事業のための費用は含まない)	計	39							
		10 その他(1～9に該当しないもの)	計	40							
	医業・介護費用計(1～10の合計)	計	41								
	うち消費税課税対象費用計	計	42								
III	医業・介護外収益	計	43								
	1 受取利息・配当金	計	44								
	2 その他の医業・介護外収益(1に該当しないもの)	計	45								
IV	医業・介護外費用	計	46								
	うち支払利息	計	47								
V	特別損益	計	48								
	1 特別利益	計	49								
	2 特別損失	計	50								
VI	税金	計	51								

(3) -D 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

- 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) -D		令和元年度決算期数値							
		金額							
科 目		十	百	千	百	千	円		
II	事業費用	1 人件費	1						
		2 材料費	2						
		3 経費	計	3					
			(1) 福利厚生費	4					
			(2) 旅費交通費	5					
			(3) 通信費	6					
			(4) 消耗品費	7					
			(5) 消耗器具備品費	8					
			(6) 車両費	9					
			(7) 光熱水費	10					
			(8) 修繕費	11					
			(9) 賃借料	小計	12				
			① 土地	13					
			② 建物及び建物付属設備	14					
			③ 設備器械	15					
			④ その他の賃借料(①～③に該当しないもの)	16					
			(10) 保険料	小計	17				
			① 自動車保険料(自動車損害賠償責任保険料含む)	18					
			② その他の保険料(①に該当しないもの)	19					
			(11) 租税公課	20					
			(12) 徴収不能損失	21					
			(13) その他の経費((1)～(12)に該当しないもの)	22					
	4 委託費	計	23						
	(1) 派遣委託費	24							
	(2) 清掃委託費	25							
	(3) その他の委託費((1)、(2)に該当しないもの)	26							
	5 研修費	27							
	6 減価償却費	計	28						
	(1) 建物及び建物付属設備減価償却費	29							
	(2) 車両船舶設備減価償却費	30							
	(3) その他の減価償却費((1)、(2)に該当しないもの)	31							
	7 本部費(他の事業のための費用は含まない)	32							
	8 その他(1～7に該当しないもの)	33							
	事業費用計(1～8の合計)	34							
	うち消費税課税対象費用計	35							
III	事業外収益	計	36						
	1 受取利息・配当金	37							
	2 その他の事業外収益(1に該当しないもの)	38							
IV	事業外費用	39							
	うち支払利息	40							
V	特別損益	41							
	1 特別利益	42							
	2 特別損失	43							
	うち法人税等	44							

1 調査の概要

[1] 調査の目的

介護保険法において、介護報酬は各サービスの平均費用の額等を勘案して設定することとしています。この調査では、各々の介護サービスについての費用等の実態を明らかにし、介護報酬改定のための基礎資料を得ることを目的としています。

[2] 調査の対象

日本全国の介護保険サービスの指定施設・事業所が対象です。

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
	介護医療院

指定居宅サービス事業所 指定居宅介護支援事業所 地域密着型サービス事業所	訪問介護(旧介護予防含む)
	訪問入浴介護(介護予防含む)
	訪問看護(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(旧介護予防含む)
	通所リハビリテーション(介護予防含む)
	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(介護予防含む)
	福祉用具貸与(介護予防含む)
	居宅介護支援
	定期巡回・随時対応型訪問介護看護
	夜間対応型訪問介護
	地域密着型通所介護
	認知症対応型通所介護(介護予防含む)
	小規模多機能型居宅介護(介護予防含む)
	認知症対応型共同生活介護(介護予防含む)
	地域密着型特定施設入居者生活介護
	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
	看護小規模多機能型居宅介護

[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（抽出率は調査対象サービスによって異なります）により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] 調査票提出のお願い

・本調査では、インターネットによる回答を推奨しています。電子調査票は専用ホームページ（<https://r2kaigo.net/keiei/>）からダウンロードできますので、入力後、

令和2年6月30日（火）までにご提出ください。

電子調査票の提出についての詳細な方法は、同封の「令和2年度介護事業実態調査（介護事業経営実態調査）では、インターネットによる回答を推奨しています！」をご確認ください。

・同封の調査票を提出する場合は同封の返信用封筒を用いて、
「厚生労働省老健局老人保健課 介護事業実態調査事務局 介護事業経営実態調査担当」
（〒100-8786 東京都千代田区霞が関 1-2-2 中央合同庁舎第5号館）

宛てに、**令和2年6月30日（火）までにご投函ください。**

※ 締切日が決算期と重なる場合は、決算後速やかに提出くださるよう、ご協力をお願いいたします。

2 調査についての注意事項

[1] 調査全体に関する注意事項

・この調査は総務省より一般統計として承認されており、調査報告の秘密は厳守されます。行政上の経営管理や税務調査のための資料といった、統計以外の目的に使用することはありません。

・この調査は、施設・事業所の経営に関する事項のみを調査するものです。したがって病院又は診療所等の事業と家計の両方にわたり、共通で利用されるものについては両者を分けし、事業に利用される部分のみを正確に記入してください。

・事業の休・廃止を届け出た場合は、お手数ですが、その旨を調査票の表紙に記載して、全調査項目について未記入のまま返送してください。

・調査対象サービス以外の介護保険サービスを併設している場合、1つの施設又は事業所に、調査票が複数届くことがあります。調査対象サービスがそれぞれ異なっておりますので、お手数ですが全ての調査票に記入のうえ、提出してください。ただし、併設している介護保険サービスも含めた損益計算書を作成していて、調査対象サービスのみの収入と支出を区分していない場合は、問4（1）、（3）のみ同じ内容を記入して頂くこととなりますので、同封の調査票に記入する場合、2通目以降は問4（1）、（3）のコピーを同封して頂いても構いません。ただし、問4（1）、（3）以外のページにつ

いては記入する内容が異なりますので、サービスごとに別途記入してください。

- ・問1～3については、問4内の各費目を調査対象サービス分とそれ以外に、正しく按分(切り分ける)するために必要な項目となりますので、お手数ですが全項目に回答をお願いします。
- ・調査票の内容についてお問い合わせする場合がありますので、調査票は、記入したページをコピーし、1部をお手元に保存しておいてください。

[2] 調査票の記入に際しての注意事項

- ・専用ホームページ (<https://r2kaigo.net/keiei/>) から電子調査票をダウンロードできますので、ご利用ください。
- ・同封の調査票で提出する場合は、黒HBの鉛筆又は黒のボールペンを使って、楷書の書体で明確に記入してください。
- ・数字を記入する場合は、すべて算用数字(1, 2, 3…) で記入してください。桁のある欄に数字を記入する場合は、右詰めで記入してください。
- ・記入すべき値が「0」(ゼロ)の場合は、「0」(ゼロ)を必ず記入してください。例えば、回答すべき人数が0人、あるいは回答すべき金額が0円の場合は、無記入ではなく、必ず「0」(ゼロ)と記入してください。
- ・回答欄の数字に○をつける場合は、該当する番号を○で囲んでください。

【例】 1. 単独会計

2. 一体会計

- ・金額は、円単位で記入しますが、円未満の端数は四捨五入してください。
- ・金額の合計欄がある場合は、必ず該当する内訳の数値の合計額を記入してください。

[3] 調査票の記入内容に関する注意事項

- ・特に期間に指定があるもののほかは、令和2年4月30日現在の実績について記入してください。
- ・記入内容について確認させていただく場合がありますので、調査票の表紙の欄に、貴施設・事業所の電話番号、FAX番号、Eメールアドレス及び回答担当者について必ず記入してください。
- ・開設主体である自治体等から運営の委託を受けている場合は、委託元から受ける委託費ではなく、提供した介護サービスに対する介護報酬を記入してください。介護報酬額が不明な場合は、委託元から介護報酬等収入に関しての情報提供を受ける等して、記入してください。

- ・記入内容ごとに担当が異なる場合は、お手数でも関係部署・担当者間で適宜分担して回答をとりまとめてください。
- ・具体的な記入に際し、ご不明な点があれば、介護事業実態調査事務局（電話番号：0120-022-750）までお問い合わせください。