

統計法に基づく一般統計調査

(案)

# 平成23年度 介護事業実態調査

(介護事業経営実態調査)

## <介護療養型医療施設(病院・診療所)調査票>

### 平成23年4月調査

右に印字してある3つの項目は必ずご確認ください。

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いたします。

お手数をおかけしますが、下の①～⑤にご記入をお願いいたします。

- ① 電話番号
- ② FAX番号
- ③ Eメールアドレス
- ④ 回答担当者
- ⑤ 4月1日時点の調査対象サービスの活動状況

右のいずれかにチェック☑をお願いします

活動中

休止

廃止

内側へお進み下さい

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

**4月30日まで**にご投函をお願いします

返信いただく際には、調査票の裏表紙にあるチェックリストで記載内容をご確認の上、ご返送下さい。

## 【調査票にご記入いただく前に】

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

### 表紙について

- 表紙に記載されているご住所、事業所名等に誤りや訂正がございましたら、朱書きで修正をお願いいたします。

### 問1について

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

### 問3について

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

### 問5について

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

# 記入の流れ

表紙

電話番号、活動状況 等

問1: サービス提供の状況等

問1(1)

問1(2)

問1(3)

「1. 単独」と回答

「2. 一体」と回答

問1(4)

問1(5)

問1(6)

問2: 居室・設備等の状況

問2

問3: 職員配置

問3

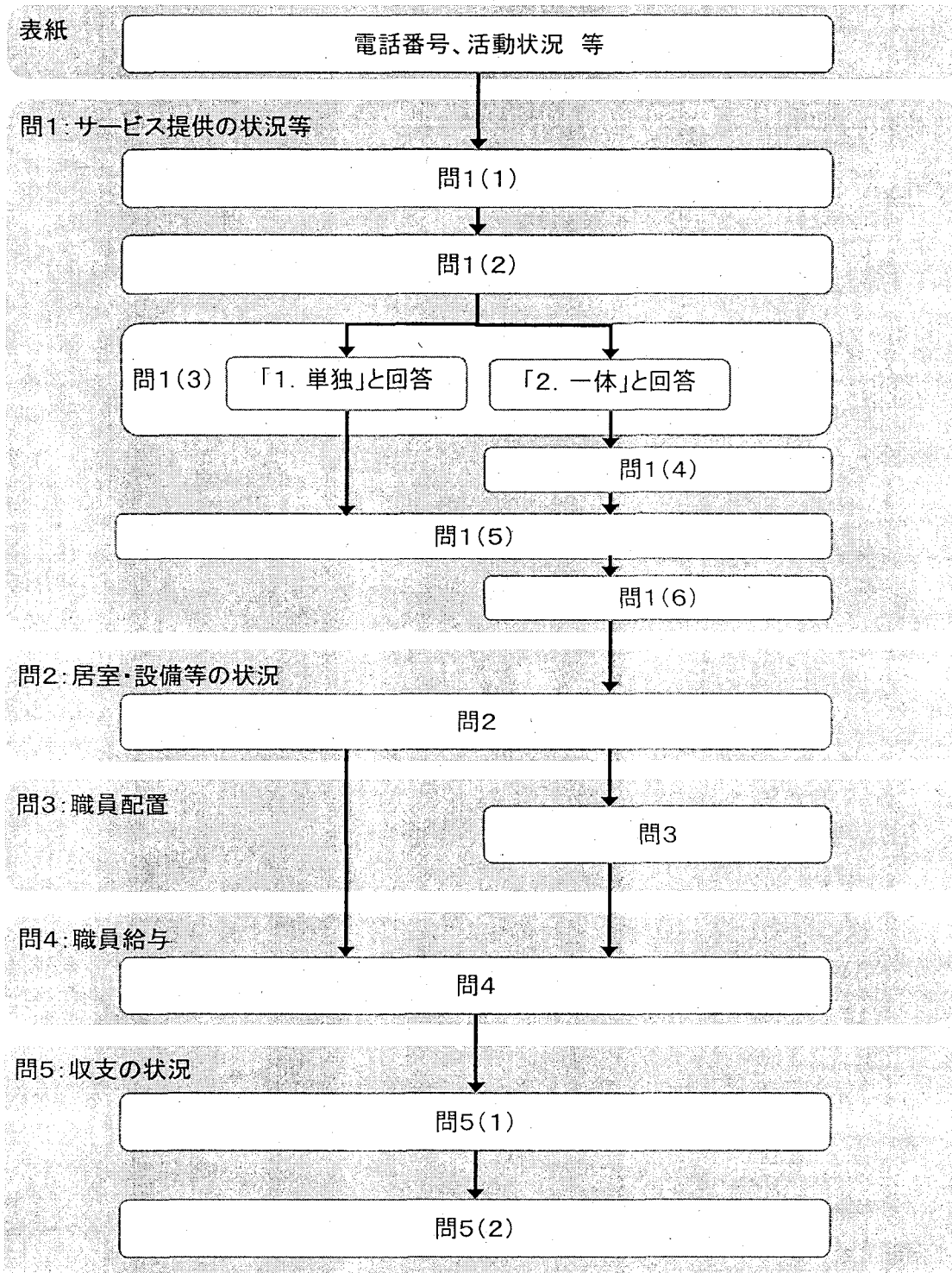
問4: 職員給与

問4

問5: 収支の状況

問5(1)

問5(2)



# 問1 サービス提供の状況等（施設全体の概要）

(1) 事業所の開設年月を西暦で記入して下さい。

西暦  年  月

(2) 経営主体として該当するものを、下記より一つ選んで番号を記入して下さい。

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

(3) 表紙に記入されている調査対象サービスにおける会計の区分状況について下記より選び、番号を記入して下さい。

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

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

単独会計 ⇒ 問1（4）は記入不要です。（5）へ進んで下さい。

一体会計 ⇒ 下記表に、調査対象サービスと一体的に会計を行っているサービスの事業所番号を記入して下さい。

| サービスの種類           | 事業所番号 |  |  |  |  |            |
|-------------------|-------|--|--|--|--|------------|
| （居宅サービス）          |       |  |  |  |  |            |
| ア 介護予防訪問介護        |       |  |  |  |  | } ⇒(5)②も記入 |
| イ 訪問介護            |       |  |  |  |  |            |
| ウ 介護予防訪問入浴介護      |       |  |  |  |  | } ⇒(5)③も記入 |
| エ 訪問入浴介護          |       |  |  |  |  |            |
| オ 介護予防訪問看護        |       |  |  |  |  | } ⇒(5)④も記入 |
| カ 訪問看護            |       |  |  |  |  |            |
| キ 介護予防訪問リハビリテーション |       |  |  |  |  | } ⇒(5)⑤も記入 |
| ク 訪問リハビリテーション     |       |  |  |  |  |            |
| ケ 介護予防通所介護        |       |  |  |  |  | } ⇒(5)⑥も記入 |
| コ 通所介護            |       |  |  |  |  |            |
| サ 介護予防通所リハビリテーション |       |  |  |  |  | } ⇒(5)⑦も記入 |
| シ 通所リハビリテーション     |       |  |  |  |  |            |
| ス 介護予防福祉用具貸与      |       |  |  |  |  | } ⇒(5)⑧も記入 |
| セ 福祉用具貸与          |       |  |  |  |  |            |
| ソ 介護予防短期入所生活介護    |       |  |  |  |  | } ⇒(5)⑨も記入 |
| タ 短期入所生活介護        |       |  |  |  |  |            |
| チ 介護予防短期入所療養介護    |       |  |  |  |  | } ⇒(5)⑩も記入 |
| ツ 短期入所療養介護        |       |  |  |  |  |            |
| テ 介護予防特定施設入居者生活介護 |       |  |  |  |  | } ⇒(5)⑩も記入 |
| ト 特定施設入居者生活介護     |       |  |  |  |  |            |
| ナ 介護予防支援          |       |  |  |  |  | } ⇒(5)⑩も記入 |
| ニ 居宅介護支援          |       |  |  |  |  |            |

（次頁へ続く）

(4) の続き

| (地域密着型サービス) |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |
|-------------|----------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|----------------------|
| 又           | 夜間対応型訪問介護            |  |  |  |  |  |  |  |  | ⇒(5)⑩も記入<br>⇒(5)⑪も記入 |
| ネ           | 介護予防認知症対応型通所介護       |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |
| ノ           | 認知症対応型通所介護           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |
| ハ           | 介護予防小規模多機能型居宅介護      |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |
| ヒ           | 小規模多機能型居宅介護          |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |
| フ           | 介護予防認知症対応型共同生活介護     |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |
| ヘ           | 認知症対応型共同生活介護         |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |
| ホ           | 地域密着型特定施設入居者生活介護     |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |
| マ           | 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |

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

(5) 病院・診療所の状況

| 入院      |                  |                      |     |                |                 |              |               |
|---------|------------------|----------------------|-----|----------------|-----------------|--------------|---------------|
|         |                  | 病室数                  | 病床数 | 在院者数<br>(3月末日) | 延べ在院者<br>数(3月中) | 食事延べ提供数(3月中) |               |
|         |                  |                      |     |                |                 | 食            | うち療養<br>食・特別食 |
|         | 診療所全体            | 室                    | 床   | 人              | 人               | 食            |               |
|         | うち療養<br>病床       | 室                    | 床   |                |                 | 食            | 食             |
|         | 医療保険適用           | 室                    | 床   | 人              | 人               | 食            | 食             |
| 外来(3月中) |                  |                      |     |                |                 |              |               |
|         | 初診患者数            | <input type="text"/> | 人   |                |                 |              |               |
|         | 再診患者延べ数          | <input type="text"/> | 人   |                |                 |              |               |
|         | 休診日数             | <input type="text"/> | 日   |                |                 |              |               |
|         | 食事延べ提供数<br>(3月中) | <input type="text"/> | 食   |                |                 |              |               |

(6) 下記の該当する項目の口にチェック (☑) し、指示に従って下さい。

単体会計 ⇒ 問2 (8頁) に進んで下さい。(5) は記入不要です。

一体会計 ⇒ まず①の調査対象サービスにチェック (☑) し、それぞれの太枠内に記入して下さい。  
②以降については、問1 (4) (1~2頁) で事業所番号を記入したサービスの口にチェック (☑) し、それぞれの太枠内に記入して下さい。

① 【× 介護療養型医療施設】

【× 介護療養型医療施設】

|              | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 | その他 <sup>※1</sup> |
|--------------|------|------|------|------|------|-------------------|
| 延べ在院者数 (3月中) | 人    | 人    | 人    | 人    | 人    | 人                 |
| 延べ外泊者数 (3月中) | 人    | 人    | 人    | 人    | 人    | 人                 |

※1：要介護認定を受けて非該当・要支援と判定された人、要介護認定申請中の人を計上して下さい

② 【ア 介護予防訪問介護】 / 【イ 訪問介護】

【ア 介護予防訪問介護】

サービス提供延べ時間数 (3月中)  時間

【イ 訪問介護】

介護保険利用者へのサービス (3月中)

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

その他の利用者 (障害者等) へのサービス (3月中)

延べ訪問回数  回

訪問時間合計  時間

③ 【オ 介護予防訪問看護】 / 【カ 訪問看護】

【オ 介護予防訪問看護】

| 実利用者数 (3月中)                      | 要支援1               | 要支援2 | その他(認定申請中) |
|----------------------------------|--------------------|------|------------|
|                                  | 人                  | 人    | 人          |
| (再掲) 健康保険法等による併給者数 <sup>※1</sup> | 人 → うち老人保健法による併給者数 |      | 人          |

請求別訪問回数 (3月中)

| 介護保険請求法に               | 延べ訪問回数  |             | 深夜 (再掲) | 回 |
|------------------------|---------|-------------|---------|---|
|                        | 看護師、保健師 | 准看護師        |         |   |
| 夜間又は早朝 (再掲)            | 回       | 回           |         |   |
| 健康保険請求法等 <sup>※1</sup> | 看護師、保健師 | 回 → うち老人保健法 | 回       | 回 |
|                        | 准看護師    | 回 → うち老人保健法 | 回       | 回 |

|                          |                |   |               |      |      |      |            |
|--------------------------|----------------|---|---------------|------|------|------|------------|
| <input type="checkbox"/> | 【カ 訪問看護】       | ※介護保険法の訪問看護のサービスを3月中に1度以上利用した者の状況について記入して下さい。 |               |      |      |      |            |
| 実利用者数（3月中）               |                | 要介護1  | 要介護2          | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 | その他（認定申請中） |
|                          |                | 人   | 人             | 人    | 人    | 人    | 人          |
| （再掲）健康保険法等による併給者数※1      |                | □ 人 → うち老人保健法による併給者数                          |               | □ 人  |      |      |            |
| 請求別訪問回数（3月中）             | 介護保険法による請求法に   | 延べ訪問回数  |               |      |      |      |            |
|                          |                | 看護師、保健師                                       | □ 回           |      |      |      |            |
|                          |                | 准看護師  | □ 回           |      |      |      |            |
|                          | 夜間又は早朝（再掲）     | □ 回   | 深夜（再掲）        | □ 回  |      |      |            |
|                          | 健康保険法等による請求法※1 | 看護師、保健師                                       | □ 回 → うち老人保健法 | □ 回  |      |      |            |
| 准看護師                     |                | □ 回 → うち老人保健法                                 | □ 回           |      |      |      |            |

|                          |                      |  |     |            |
|--------------------------|----------------------|--|-----|------------|
| <input type="checkbox"/> | 【その他の訪問看護のサービスの提供状況】 | ※介護保険法による訪問看護（介護予防含む）を一度も利用せず、健康保険法等のみによる訪問看護を利用する者の状況について記入して下さい。 |     |            |
|                          |                      | 健康保険法等   |     | その他（自由契約等） |
|                          |                      | うち老人保健法  |     |            |
| 実利用者数（3月中）               |                      | 人  | 人   | 人          |
| 健康保険法等による請求別訪問回数（3月中）    | 看護師、保健師              | □ 回 → うち老人保健法  | □ 回 |            |
|                          | 准看護師                 | □ 回 → うち老人保健法  | □ 回 |            |

※1：介護保険法の利用者のうち、3月中に急性増悪等の理由で健康保険法等による訪問看護を利用する者について計上して下さい。

④【キ 介護予防訪問リハビリテーション】 / 【ク 訪問リハビリテーション】

|                          |                     |  |      |            |
|--------------------------|---------------------|--|------|------------|
| <input type="checkbox"/> | 【キ 介護予防訪問リハビリテーション】 | ※介護保険法の介護予防訪問リハビリテーションのサービスを3月中に1度以上利用した者の状況について記入して下さい。 |      |            |
|                          |                     | 要支援1   | 要支援2 | その他（認定申請中） |
| 延べ訪問回数（3月中）              |                     | □ 回  | □ 回  | □ 回        |

|                          |                 |  |      |      |      |      |            |
|--------------------------|-----------------|--|------|------|------|------|------------|
| <input type="checkbox"/> | 【ク 訪問リハビリテーション】 | ※介護保険法の訪問リハビリテーションのサービスを3月中に1度以上利用した者の状況について記入して下さい。 |      |      |      |      |            |
|                          |                 | 要介護1   | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 | その他（認定申請中） |
| 延べ訪問回数（3月中）              |                 | □ 回  | □ 回  | □ 回  | □ 回  | □ 回  | □ 回        |

|                          |                   |  |     |  |
|--------------------------|-------------------|--|-----|--|
| <input type="checkbox"/> | 【その他の訪問リハビリテーション】 | ※介護保険法による訪問リハビリテーションサービス（介護予防含む）を一度も利用せず、健康保険法等のみによる訪問リハビリテーションサービスを利用する者の状況について記入して下さい。 |     |  |
|                          |                   | 健康保険法等   |     |  |
|                          |                   | うち老人保健法  |     |  |
| 実利用者数（3月中）               |                   | 人  | 人   |  |
| 延べ訪問回数（3月中）              |                   | □ 回  | □ 回 |  |

⑤【ケ 介護予防通所介護】 / 【コ 通所介護】

|   |                        |                      |                                   |
|---|------------------------|----------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 【ケ 介護予防通所介護 / コ 通所介護】を <u>あわせ</u> たサービスの提供状況 |                        |                      |                                   |
| 食事延べ提供数（3月中）  |                        | <input type="text"/> | 食                                 |
| 送迎の状況<br>（3月中）  | 送迎延べ実施回数               | <input type="text"/> | 回 ※ 一人に対して片道の送迎を行った場合を1回と数えて下さい。  |
|   | うち通常の事業実施地域以外の送迎延べ実施回数 | <input type="text"/> | 回<br>〔 一人の人を迎えに行き、送った場合は2回になります。〕 |

⑥【サ 介護予防通所リハビリテーション / シ 通所リハビリテーション】

|   |                        |                      |                                   |
|---|------------------------|----------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 【サ 介護予防通所リハビリテーション / シ 通所リハビリテーション】を <u>あわせ</u> たサービスの提供状況 |                        |                      |                                   |
| 食事延べ提供数（3月中）  |                        | <input type="text"/> | 食                                 |
| 送迎の状況<br>（3月中）  | 送迎延べ実施回数               | <input type="text"/> | 回 ※ 一人に対して片道の送迎を行った場合を1回と数えて下さい。  |
|   | うち通常の事業実施地域以外の送迎延べ実施回数 | <input type="text"/> | 回<br>〔 一人の人を迎えに行き、送った場合は2回になります。〕 |

⑦【チ 介護予防短期入所療養介護】 / 【ツ 短期入所療養介護】

|   |              |      |      |       |
|---|--------------|------|------|-------|
| <input type="checkbox"/> 【チ 介護予防短期入所療養介護】 |              |      |      |       |
|   |              | 要支援1 | 要支援2 | その他※1 |
| 実利用者数<br>（3月中）                            | 療養病床等を有する病院  | 人    | 人    | 人     |
|   | 老人性認知症疾患療養病棟 | 人    | 人    | 人     |
|   | 療養病床等を有する診療所 | 人    | 人    | 人     |
|   | 基準適合診療所      | 人    | 人    | 人     |
| 延べ利用者数<br>（3月中）                           | 療養病床等を有する病院  | 人    | 人    | 人     |
|   | 老人性認知症疾患療養病棟 | 人    | 人    | 人     |
|   | 療養病床等を有する診療所 | 人    | 人    | 人     |
|   | 基準適合診療所      | 人    | 人    | 人     |

※1：要介護認定を受けて非該当・要支援と判定された人、要介護申請中の人を計上して下さい。



【ツ 短期入所療養介護】

|                 |              | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 | その他※<br>1 |
|-----------------|--------------|------|------|------|------|------|-----------|
| 実利用者数<br>(3月中)  | 療養病床等を有する病院  | 人    | 人    | 人    | 人    | 人    | 人         |
|                 | 老人性認知症疾患療養病棟 | 人    | 人    | 人    | 人    | 人    | 人         |
|                 | 療養病床等を有する診療所 | 人    | 人    | 人    | 人    | 人    | 人         |
|                 | 基準適合診療所      | 人    | 人    | 人    | 人    | 人    | 人         |
| 延べ利用者数<br>(3月中) | 療養病床等を有する病院  | 人    | 人    | 人    | 人    | 人    | 人         |
|                 | 老人性認知症疾患療養病棟 | 人    | 人    | 人    | 人    | 人    | 人         |
|                 | 療養病床等を有する診療所 | 人    | 人    | 人    | 人    | 人    | 人         |
|                 | 基準適合診療所      | 人    | 人    | 人    | 人    | 人    | 人         |

※1：要介護認定を受けて非該当・要支援と判定された人、要介護申請中の人を計上して下さい。

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

|                |                        |                      |   |
|----------------|------------------------|----------------------|---|
| 食事延べ提供数 (3月中)  | <input type="text"/>   | 食                    |   |
| 送迎の状況<br>(3月中) | 送迎延べ実施回数               | <input type="text"/> | 回   |
|                | うち通常の事業実施地域以外の送迎延べ実施回数 | <input type="text"/> | 回   |
|                |                        |                      | ※一人に対して片道の送迎を行った場合を1回と数えて下さい。<br>[一人の人を迎えに行き、送った場合は2回になります] |

※1：要介護認定を受けて非該当・要支援と判定された人、要介護申請中の人を計上して下さい。

⑧ 【介護予防居宅療養管理指導】／【居宅療養管理指導】

【介護予防居宅療養管理指導】

|                 |         |                      |   |
|-----------------|---------|----------------------|---|
| 延べ利用者数<br>(3月中) | 医師・歯科医師 | <input type="text"/> | 人 |
|                 | 薬剤師     | <input type="text"/> | 人 |
|                 | 管理栄養士   | <input type="text"/> | 人 |
|                 | 歯科衛生士等  | <input type="text"/> | 人 |

【居宅療養管理指導】

|                 |         |                      |   |
|-----------------|---------|----------------------|---|
| 延べ利用者数<br>(3月中) | 医師・歯科医師 | <input type="text"/> | 人 |
|                 | 薬剤師     | <input type="text"/> | 人 |
|                 | 管理栄養士   | <input type="text"/> | 人 |
|                 | 歯科衛生士等  | <input type="text"/> | 人 |

⑨【ナ 介護予防支援】 / 【二 居宅介護支援】

|                                     |                        |       |            |
|-------------------------------------|------------------------|-------|------------|
| <input type="checkbox"/> 【ナ 介護予防支援】 |                        |       |            |
|                                     | 要支援 1                  | 要支援 2 | その他（認定申請中） |
| 実利用者数（3月中）                          | 人                      | 人     | 人          |
| うち新規の実利用者数（3月中）                     | 人                      | 人     | 人          |
| うち居宅介護支援事業所に委託している実利用者数（3月中）        | <input type="text"/> 人 |       |            |

|                                     |                        |       |       |       |       |        |
|-------------------------------------|------------------------|-------|-------|-------|-------|--------|
| <input type="checkbox"/> 【二 居宅介護支援】 |                        |       |       |       |       |        |
|                                     | 要介護 1                  | 要介護 2 | 要介護 3 | 要介護 4 | 要介護 5 | その他※ 1 |
| 実利用者数（3月中）                          | 人                      | 人     | 人     | 人     | 人     | 人      |
| うち新規の実利用者数（3月中）                     | 人                      | 人     | 人     | 人     | 人     | 人      |
| うち介護予防支援事業所から受託している実利用者数（3月中）       | <input type="text"/> 人 |       |       |       |       |        |

※1：その他にはケアプランの依頼を受けたが給付管理に至らなかった利用者の人数を記入して下さい。

|   |                        |
|---|------------------------|
| <input type="checkbox"/> 【ナ 介護予防支援 / 二 居宅介護支援】を <u>あわせて</u> サービスの提供状況 |                        |
| 要介護認定調査の受託件数（3月中）   | <input type="text"/> 件 |
| 住宅改修理由書の作成件数（3月中）   | <input type="text"/> 件 |

⑩【又 夜間対応型訪問介護】

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

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

⑪【ネ 介護予防認知症対応型通所介護】 / 【ノ 認知症対応型通所介護】

|   |                        |                        |  |
|---|------------------------|------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 【ネ 介護予防認知症対応型通所介護 / ノ 認知症対応型通所介護】<br>を <u>あわせて</u> サービスの提供状況 |                        |                        |  |
| 食事延べ提供数（3月中）  |                        | <input type="text"/> 食 |  |
| 送迎の状況（3月中）  | 送迎延べ実施回数               | <input type="text"/> 回 |  |
|   | うち通常の事業実施地域以外の送迎延べ実施回数 | <input type="text"/> 回 |  |
| ※一人に対して片道の送迎を行った場合を1回と数えて下さい。<br>{ 一人の人を迎えに行き、送った場合は2回になります。 }                        |                        |                        |  |

## 問2 病室・設備等の状況

|   |                                     |                                     |                                     |                |
|---|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|----------------|
| 1. 建築延べ面積                                 | <input type="text"/> m <sup>2</sup> |                                     |                                     |                |
| 2. 介護療養型医療施設に係る延べ床面積等                     | ※該当する設備がない場合には、「0」を記入して下さい。         |                                     |                                     |                |
|   | 介護保険適用                              |                                     | 医療保険適用                              |                |
|   | 室数                                  | 延べ床面積                               | 室数                                  | 延べ床面積          |
| A 病棟部門（入院患者と通所・外来患者で共用している諸室等を含めて記入して下さい） |                                     |                                     |                                     |                |
| ① 5人室以上                                   | 室                                   | m <sup>2</sup>                      | 室                                   | m <sup>2</sup> |
| ② 4人室                                     | 室                                   | m <sup>2</sup>                      | 室                                   | m <sup>2</sup> |
| ③ 3人室                                     | 室                                   | m <sup>2</sup>                      | 室                                   | m <sup>2</sup> |
| ④ 2人室                                     | 室                                   | m <sup>2</sup>                      | 室                                   | m <sup>2</sup> |
| ⑤ 個室                                      | 室                                   | m <sup>2</sup>                      | 室                                   | m <sup>2</sup> |
| ⑥ 機能訓練室                                   | <input type="text"/> m <sup>2</sup> |                                     |                                     |                |
| ⑦ 談話室                                     | <input type="text"/> m <sup>2</sup> |                                     |                                     |                |
| ⑧ 食堂                                      | <input type="text"/> m <sup>2</sup> |                                     |                                     |                |
| ⑨ 浴室                                      | <input type="text"/> m <sup>2</sup> |                                     |                                     |                |
| ⑩ シャワールーム                                 | <input type="text"/> m <sup>2</sup> |                                     |                                     |                |
| ⑪ その他                                     | <input type="text"/> m <sup>2</sup> |                                     |                                     |                |
| 病棟部門合計                                    | <input type="text"/> m <sup>2</sup> |                                     |                                     |                |
| B 通所・外来部門（通所・外来患者だけで利用している諸室等を記入して下さい）    |                                     |                                     |                                     |                |
|   | 介護保険適用                              |                                     | 医療保険適用                              |                |
| ① 通所専用面積※1                                | 通所リハビリテーション<br>(介護予防含む)             | <input type="text"/> m <sup>2</sup> | <input type="text"/> m <sup>2</sup> |                |
|   | 通所介護<br>(介護予防含む)                    | <input type="text"/> m <sup>2</sup> |                                     |                |
|   | 認知症対応型通所介護<br>(介護予防含む)              | <input type="text"/> m <sup>2</sup> |                                     |                |
| ② 一般外来部・待合いホール                            | <input type="text"/> m <sup>2</sup> |                                     | <input type="text"/> m <sup>2</sup> |                |
| ③ その他                                     | <input type="text"/> m <sup>2</sup> |                                     |                                     |                |
| 外来・通所部門合計                                 | <input type="text"/> m <sup>2</sup> |                                     |                                     |                |
| C 管理部門等                                   |                                     |                                     |                                     |                |
| ① 給食部                                     | <input type="text"/> m <sup>2</sup> |                                     |                                     |                |
| ② その他                                     | <input type="text"/> m <sup>2</sup> |                                     |                                     |                |
| 管理部門等合計                                   | <input type="text"/> m <sup>2</sup> |                                     |                                     |                |
| 3. 居宅サービスに係る専用延べ床面積※2                     | <input type="text"/> m <sup>2</sup> |                                     |                                     |                |

※1：介護保険適用面積については、通所リハビリ（介護予防含む）、通所介護（介護予防含む）、認知症対応型通所介護（介護予防含む）の専用面積について記入し、医療保険適用面積については、重度認知症疾患デイ・ケア、リハビリテーション、精神科作業療法、精神科デイ・ケア（ナイト・ケア、デイ・ナイト・ケアを含む）の専用面積について記入して下さい。  
介護と医療で共用している諸室については、両者に重複して記入して下さい。

※2：「1建築延べ面積」のうち、通所以外の介護保険の居宅サービスについて、再掲で記入して下さい。

### 問3 職員配置

下記に該当する場合は、口にチェック (☑) し、指示に従って下さい。

単独会計 ⇒ 本問(問3)は回答不要です。 問4(10頁)へ進んで下さい。

一体会計 ⇒ 下記の計算式に従い、調査対象サービスに従事する職員数(平成23年3月末日時点)を常勤換算人数で記入して下さい。

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

※ 介護支援専門員として従事している者は、1~19のいずれかに分類して記入して下さい。主として従事している職種を決めがたい場合は、1~19の数字の若い順で優先して記入して下さい。

| 職員配置 (平成23年3月末日現在)             | 常勤<br>(小数点1位まで) | 非常勤<br>(小数点1位まで) |
|--------------------------------|-----------------|------------------|
| 1 病院・診療所の管理者                   | . 人             | . 人              |
| 2 その他介護保険事業の管理者                | . 人             | . 人              |
| 3 医師                           | . 人             | . 人              |
| 4 看護師                          | . 人             | . 人              |
| 5 准看護師                         | . 人             | . 人              |
| 6 介護職員                         | . 人             | . 人              |
| 7 うち介護福祉士                      | . 人             | . 人              |
| 8 理学療法士                        | . 人             | . 人              |
| 9 作業療法士                        | . 人             | . 人              |
| 10 言語聴覚士                       | . 人             | . 人              |
| 11 柔道整復師・あん摩マッサージ指圧師           | . 人             | . 人              |
| 12 生活相談員                       | . 人             | . 人              |
| 13 うち社会福祉士                     | . 人             | . 人              |
| 14 福祉用具専門相談員                   | . 人             | . 人              |
| 15 栄養士                         | . 人             | . 人              |
| 16 うち管理栄養士                     | . 人             | . 人              |
| 17 調理員                         | . 人             | . 人              |
| 18 事務職員                        | . 人             | . 人              |
| 19 その他                         | . 人             | . 人              |
| 20 上記1~19のうち介護支援専門員(再掲)        | . 人             | . 人              |
| 21 上記1~19のうち訪問介護のサービス提供責任者(再掲) | . 人             | . 人              |

【換算数の計算式】

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

<※1ヶ月に数回の勤務である場合>

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

※ 職員の勤務時間は実態に応じて、算出して下さい。管理者等の職種で、事業別に従事した時間を把握することが困難である場合には、おおよその時間によって算出して下さい。

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

## 問4 職員給与

下記に該当する場合は、□にチェック(☑)し、指示に従って下さい。

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

一体会計 ⇒ 会計を一体的に行っている介護保険サービス等も含めた全体の、職員の換算人員(平成23年3月末日時点)と平成23年3月の1ヶ月分の給与額等について、それぞれ記入して下さい。

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

※ 主として従事している職種を決めがたい場合は、1~19の数字の若い順で優先して記入して下さい。

平成23年3月分

| 職 種                                 | 常 勤                           |                          |   |   | 非 常 勤 |      |     |   |   |
|-------------------------------------|-------------------------------|--------------------------|---|---|-------|------|-----|---|---|
|                                     | 換算人員                          | 給 料                      |   |   | 実人員   | 換算人員 | 給 料 |   |   |
|                                     | 人                             | 百万                       | 千 | 円 | 人     | 人    | 百万  | 千 | 円 |
| 1 病院・診療所の管理者                        |                               |                          |   |   |       |      |     |   |   |
| 2 その他介護保険事業の管理者                     |                               |                          |   |   |       |      |     |   |   |
| 3 医師                                |                               |                          |   |   |       |      |     |   |   |
| 4 看護師                               |                               |                          |   |   |       |      |     |   |   |
| 5 准看護師                              |                               |                          |   |   |       |      |     |   |   |
| 6 介護職員                              |                               |                          |   |   |       |      |     |   |   |
| 7 うち介護福祉士                           |                               |                          |   |   |       |      |     |   |   |
| 8 理学療法士                             |                               |                          |   |   |       |      |     |   |   |
| 9 作業療法士                             |                               |                          |   |   |       |      |     |   |   |
| 10 言語聴覚士                            |                               |                          |   |   |       |      |     |   |   |
| 11 柔道整復師・あん摩マッサージ指圧師                |                               |                          |   |   |       |      |     |   |   |
| 12 生活相談員                            |                               |                          |   |   |       |      |     |   |   |
| 13 うち社会福祉士                          |                               |                          |   |   |       |      |     |   |   |
| 14 福祉用具専門相談員                        |                               |                          |   |   |       |      |     |   |   |
| 15 栄養士                              |                               |                          |   |   |       |      |     |   |   |
| 16 うち管理栄養士                          |                               |                          |   |   |       |      |     |   |   |
| 17 調理員                              |                               |                          |   |   |       |      |     |   |   |
| 18 事務職員                             |                               |                          |   |   |       |      |     |   |   |
| 19 その他                              |                               |                          |   |   |       |      |     |   |   |
| 20 介護支援専門員(再掲)                      |                               |                          |   |   |       |      |     |   |   |
| 21 通勤手当(再掲)                         |                               |                          |   |   |       |      | 百万  | 千 | 円 |
| 22 看護・介護職員に係る夜勤手当(再掲)               |                               |                          |   |   |       |      | 百万  | 千 | 円 |
| 23 賞与(年間支給額の1/12の額)                 |                               |                          |   |   | 換算人員  |      | 賞 与 |   |   |
|                                     |                               |                          |   |   | 人     |      | 百万  | 千 | 円 |
| 24 退職給与引当金の実施、退職金に関わる共済等への加入(複数回答可) | (1) 社会福祉施設退職手当等職員共済に加入        | → 掛け金額(平成22年度実績の1/12)    |   |   |       |      |     |   |   |
|                                     | (2) 全国社会福祉団体職員退職手当積立基金に加入     | → 掛け金額(平成22年度実績の1/12)    |   |   |       |      |     |   |   |
|                                     | (3) 中小企業退職金共済制度に加入            | → 掛け金額(平成22年度実績の1/12)    |   |   |       |      |     |   |   |
|                                     | (4) その他共済制度に加入                | → 掛け金額(平成22年度実績の1/12)    |   |   |       |      |     |   |   |
|                                     | (5) 退職給与引当金繰入の実施(上記(1)~(4)以外) | → 退職給与引当金(平成22年度実績の1/12) |   |   |       |      |     |   |   |
|                                     | (6) 退職金として支出(平成22年度実績の1/12)   |                          |   |   |       |      |     |   |   |
| 25 法定福利費(事業主負担・平成22年度実績の1/12)       |                               |                          |   |   |       |      | 百万  | 千 | 円 |

## 問5 収支の状況



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



一体会計 ⇒ 会計を一体的に行っている介護保険サービス等も含めた全体の、(1) 事業収入（本頁）および(2) 事業支出等（13頁）について、それぞれ平成23年3月の1か月分の額を記入して下さい。

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

### (1) 医業・介護収益

平成23年3月分

| 科 目                                       | 金 額 |   |   |
|---|-----|---|---|
|   | 百 万 | 千 | 円 |
| 医業収益                                      |     |   |   |
| 介護報酬収益                                    |     |   |   |
| 計   |     |   |   |
| 1 施設介護料収入                                 |     |   |   |
| 小計  |     |   |   |
| (1) 介護老人保健施設                              |     |   |   |
| (2) 介護療養型医療施設                             |     |   |   |
| 2 居宅介護料収益                                 |     |   |   |
| 小計  |     |   |   |
| (1) 訪問介護（介護予防含む）                          |     |   |   |
| (2) 訪問入浴介護（介護予防含む）                        |     |   |   |
| (3) 訪問看護（介護予防含む）<br>（併設訪問看護ステーションを含まない）   |     |   |   |
| (4) 訪問リハビリテーション（介護予防含む）                   |     |   |   |
| (5) 通所介護（介護予防含む）                          |     |   |   |
| (6) 通所リハビリテーション（介護予防含む）                   |     |   |   |
| (7) 福祉用具貸与（介護予防含む）                        |     |   |   |
| (8) 短期入所療養介護（介護予防含む）                      |     |   |   |
| (9) 居宅療養管理指導（介護予防含む）                      |     |   |   |
| (10) 夜間対応型訪問介護                            |     |   |   |
| (11) 認知症対応型通所介護（介護予防含む）                   |     |   |   |
| (12) 小規模多機能型居宅介護（介護予防含む）                  |     |   |   |
| (13) 認知症対応型共同生活介護（介護予防含む）                 |     |   |   |
| (14) その他の収益（(1)～(13)に該当しないもの）             |     |   |   |
| 3 居宅介護支援介護料収益                             |     |   |   |
| 小計  |     |   |   |
| (1) 介護予防支援介護料収入<br>（介護予防支援事業者からの委託料は含まない） |     |   |   |
| (2) 居宅介護支援介護料収益                           |     |   |   |

I  
医業・  
介護  
収益

(前頁からの続き)

| 科 目                                   | 金 額 |   |   |  |
|---------------------------------------|-----|---|---|--|
|                                       | 百万  | 千 | 円 |  |
| 4 保険外の利用料による収益                        |     |   |   |  |
| 小計                                    |     |   |   |  |
| (1) 施設介護料収入                           |     |   |   |  |
| 小計                                    |     |   |   |  |
| ア 介護老人保健施設                            |     |   |   |  |
| イ 介護療養型医療施設                           |     |   |   |  |
| (2) 居宅介護サービス利用料収益                     |     |   |   |  |
| 小計                                    |     |   |   |  |
| ア 訪問介護（介護予防含む）                        |     |   |   |  |
| イ 訪問入浴介護（介護予防含む）                      |     |   |   |  |
| ウ 訪問看護（介護予防含む）<br>（併設訪問看護ステーションを含まない） |     |   |   |  |
| エ 訪問リハビリテーション（介護予防含む）                 |     |   |   |  |
| オ 通所介護（介護予防含む）                        |     |   |   |  |
| カ 通所リハビリテーション（介護予防含む）                 |     |   |   |  |
| キ 福祉用具貸与（介護予防含む）                      |     |   |   |  |
| ク 短期入所療養介護（介護予防含む）                    |     |   |   |  |
| ケ 居宅療養管理指導（介護予防含む）                    |     |   |   |  |
| コ 夜間対応型訪問介護                           |     |   |   |  |
| サ 認知症対応型通所介護（介護予防含む）                  |     |   |   |  |
| シ 小規模多機能型居宅介護（介護予防含む）                 |     |   |   |  |
| ス 認知症対応型共同生活介護（介護予防含む）                |     |   |   |  |
| セ その他の利用料収益（ア～スに該当しないもの）              |     |   |   |  |
| 5 その他の事業収益                            |     |   |   |  |
| 小計                                    |     |   |   |  |
| (1) ホームヘルプサービス収益（障害者等）                |     |   |   |  |
| (2) 介護予防事業者からの委託に係る収入                 |     |   |   |  |
| (3) 特定老人保健施設療養費                       |     |   |   |  |
| (4) 介護報酬査定減                           | ▲   |   |   |  |
| (5) 介護職員処遇改善交付金受入額                    |     |   |   |  |
| (6) その他                               |     |   |   |  |
| 収益計（医業収益＋介護報酬収益）                      |     |   |   |  |

I  
医業・介護収益

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

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

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

※ 各支出費目において消費税等が別途計上されている場合でも、税込み方式（各支出費目に消費税額を算入した値）で記入して下さい。

(2) 医業・介護費用

平成23年3月分

| 科 目                   |                         | 金 額 |   |   |  |
|-----------------------|-------------------------|-----|---|---|--|
|                       |                         | 百万  | 千 | 円 |  |
| Ⅱ<br>医業・介護費用          | 1 給与費                   |     |   |   |  |
|                       | 2 医薬品費                  |     |   |   |  |
|                       | 3 給食用材料費                |     |   |   |  |
|                       | 4 診療材料費・医療消耗器具備品費       |     |   |   |  |
|                       | 5 経費                    |     |   |   |  |
|                       | ア 福利厚生費                 |     |   |   |  |
|                       | イ 通信費                   |     |   |   |  |
|                       | ウ 消耗品費                  |     |   |   |  |
|                       | エ 消耗器具備品費               |     |   |   |  |
|                       | オ 車両費                   |     |   |   |  |
|                       | カ 光熱水費                  |     |   |   |  |
|                       | キ 修繕費                   |     |   |   |  |
|                       | ク 賃借料                   |     |   |   |  |
|                       | ①土地                     |     |   |   |  |
|                       | ②建物及び建物付属設備             |     |   |   |  |
|                       | ③設備器械                   |     |   |   |  |
|                       | ④その他の賃借料（①～③に該当しないもの）   |     |   |   |  |
|                       | ケ 保険料                   |     |   |   |  |
|                       | ①自動車保険料（自動車損害賠償責任保険料含む） |     |   |   |  |
|                       | ②その他の保険料（①に該当しないもの）     |     |   |   |  |
| コ 租税公課                |                         |     |   |   |  |
| サ 徴収不能損失              |                         |     |   |   |  |
| シ その他の経費（ア～サに該当しないもの） |                         |     |   |   |  |



(前頁からの続き)

| 科 目                       |                          | 金 額 |   |   |  |
|---------------------------|--------------------------|-----|---|---|--|
|                           |                          | 百万  | 千 | 円 |  |
| Ⅱ<br>医業・介護費用              | 6 委託費                    |     |   |   |  |
|                           | ア 患者用給食委託費               |     |   |   |  |
|                           | イ 送迎委託費                  |     |   |   |  |
|                           | ウ 寝具類洗濯・賃貸委託費（病衣除く）      |     |   |   |  |
|                           | エ 清掃委託費                  |     |   |   |  |
|                           | オ 各種器械保守委託費              |     |   |   |  |
|                           | カ その他の委託費（ア～オに該当しないもの）   |     |   |   |  |
|                           | 7 減価償却費                  |     |   |   |  |
|                           | ア 建物及び建物付属設備減価償却費        |     |   |   |  |
|                           | イ 医療用器械設備減価償却費           |     |   |   |  |
|                           | ウ 車両船舶設備減価償却費            |     |   |   |  |
|                           | エ 特殊浴槽減価償却費              |     |   |   |  |
|                           | オ その他の減価償却費（ア～エに該当しないもの） |     |   |   |  |
|                           | 8 本部費                    |     |   |   |  |
|                           | 9 その他（1～8に該当しないもの）       |     |   |   |  |
| 医業・介護費用計（1～9の合計）          |                          |     |   |   |  |
| Ⅲ 医業・介護外収益                |                          |     |   |   |  |
| 1 受取利息・配当金                |                          |     |   |   |  |
| 2 その他の医業・介護外収益（1に該当しないもの） |                          |     |   |   |  |
| Ⅳ 医業・介護外費用                |                          |     |   |   |  |
| うち支払利息                    |                          |     |   |   |  |
| Ⅴ 特別損益                    |                          |     |   |   |  |
| 1 特別利益                    |                          |     |   |   |  |
| 2 特別損失                    |                          |     |   |   |  |
| Ⅵ 税金（年額）                  |                          |     |   |   |  |

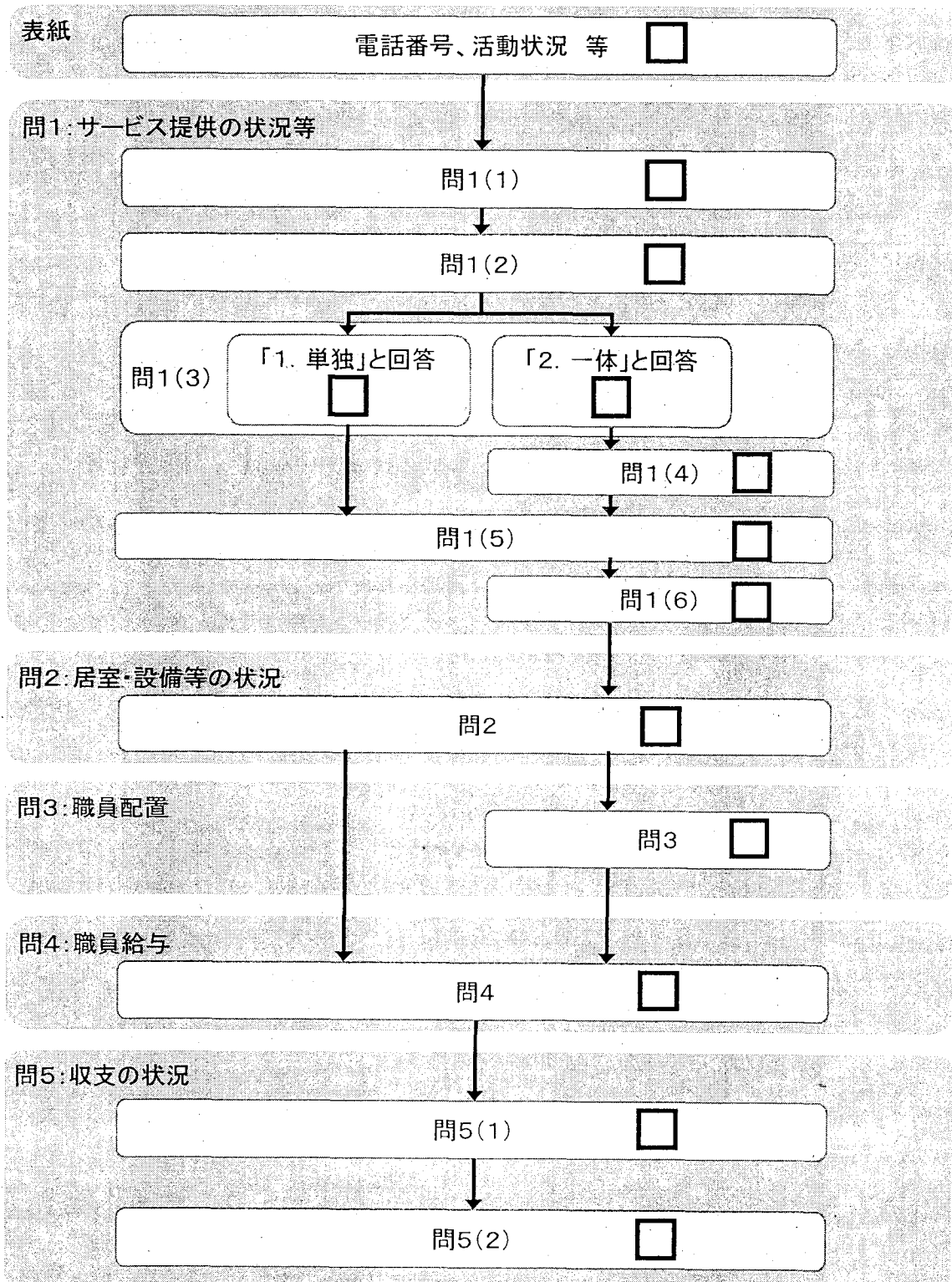
※1 事業開始から1年に満たない場合には、事業開始からの経過月数に応じて1ヶ月分を算出して下さい。

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

ご回答ありがとうございました。

調査票の裏表紙にあるチェックリストで記載内容をご確認の上、ご返送下さい。

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



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

記入の終わった調査票は、同封の返信用封筒に入れ、4月30日までにポストに投函して下さい(切手は不要です)。