

平成22年度介護事業経営概況調査（案）

調査対象サービスは「〇〇」です。

平成22年7月調査

右のラベルの5つの項目は、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。

事業所番号	1234567890
施設名	〇〇〇〇
所在地	東京都千代田区×××町2丁目1-1
経営主体	社会福祉法人
地域区分	特別区

ID	1234567890
パスワード	54321

お手数をおかけしますが、下の（1）～（5）に必ずご記入をお願いいたします。

- (1) 電話番号： _____ ()
- (2) F A X 番号： _____ ()
- (3) Eメールアドレス： _____ @ _____
- (4) 回答担当者： ご氏名 _____ (役職： _____)
- (5) 調査対象サービスの活動状況（平成22年7月1日時点）

（下の1～3のいずれか1つに○）

1. 活動中

2. 休止

3. 廃止

※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。

（平成22年7月31日までにご投函お願いします）

【調査票に記入いただく前に】

1. 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、問2～4について回答いただく必要はありません。
 - ◎ 「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。
 - ◎ 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、お手数ですが問2～4について回答をお願いします。
 - ◎ 表紙に記載されている調査対象サービスが「介護老人福祉施設」の場合で、「短期入所生活介護」を行っている場合は、問2に「短期入所生活介護」の事業所番号の記載をお願いします。

2. 貴施設・事業所が保険医療機関である場合、又は、訪問介護事業所・居宅介護支援事業所の場合は、問5について回答をお願いします。該当しない場合は、問5に回答する必要はありません。
 - ◎ 保険医療機関の場合は、問5（1）について回答をお願いします。
 - ◎ 訪問介護事業所の場合は、問5（2）について回答をお願いします。
 - ◎ 居宅介護支援事業所の場合は、問5（3）について回答をお願いします。

3. 問11～15は、貴施設・事業所で使用している会計基準、指針、準則に該当する問以外は、回答の必要はありません。該当する会計基準等が無い場合は、お手数ですが問11の「指定介護老人福祉施設等会計処理等取扱指導指針」に沿って回答をお願いします。
- ◎ 問11は、「指定介護老人福祉施設等会計処理等取扱指導指針」に基づいた会計を行っている場合にご回答をお願いします。（6、7ページに回答をお願いします。）
 - ◎ 問12は、「社会福祉法人会計基準」に基づいた会計を行っている場合にご回答をお願いします。（8、9ページに回答をお願いします。）
 - ◎ 問13は、「介護老人保健施設会計・経理準則」に基づいた会計を行っている場合にご回答をお願いします。（10、11ページに回答をお願いします。）
 - ◎ 問14は、「病院会計準則」に基づいた会計を行っている場合にご回答をお願いします。（12、13ページに回答をお願いします。）
 - ◎ 問15は、「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」に基づいた会計を行っている場合にご回答をお願いします。（14、15ページに回答をお願いします。）
4. 決算関係書類の写しを提出いただくことで、調査票に記入する必要がなくなります。
- ◎ 収支に関する調査項目（問11～15）は、決算関係書類（事業活動計算書（損益計算書）、収支計算書（資金収支計算書、キャッシュ・フロー計算書）、貸借対照表等）の写しを提出いただくことで調査票への記入が必要なくなります。
 - ◎ ただし、以下の場合は調査票への記入をお願いします。
 - ・ 法人単位（複数事業所を一括）で決算を行っている場合
 - ・ 決算関係書類を独自の基準により作成している場合
 - ・ 問11～15に、貴施設・事業所で使用している会計基準に該当するものが無い場合

問1. 会計の区分状況についておうかがいします

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、該当する番号に○をつけてください。

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。

問2. 併設サービスの事業所番号についておうかがいします

※介護老人福祉施設が調査対象サービスの場合は、会計の区分に関わらず必ず短期入所生活介護の事業所番号を記入してください。

問1において「2（一会計）」と回答した場合は、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ください。

サービスの種類	事業所番号									
(居宅サービス)										
訪問介護										
介護予防訪問介護										
訪問入浴介護										
介護予防訪問入浴介護										
訪問看護										
介護予防訪問看護										
通所介護										
介護予防通所介護										
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										
福祉用具貸与										
介護予防福祉用具貸与										
短期入所生活介護										
介護予防短期入所生活介護										
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										
居宅介護支援										
介護予防支援										
(地域密着型サービス)										
夜間対応型訪問介護										
認知症対応型通所介護										
介護予防認知症対応型通所介護										
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										
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										
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										
(施設サービス)										
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										

問3 建物床面積についておうかがいします

- ・問1において「1（単独会計）」と回答した場合は、本問については記入不要です。
- ・問1において「2（一体会計）」と回答した場合は、一体的に会計を行っているサービスの床面積を記入して下さい。

諸室面積	合計	医療等の介護外の事業	介護保険事業※サービス名を記入してください (足りない場合は、下の表に記載してください)			
			合計			
建物床面積 (専用)	m ²	m ²	m ²	m ²	m ²	m ²
(共用)	m ²	m ²	m ²	m ²	m ²	m ²

諸室面積	介護保険事業※サービス名を記入してください			
建物床面積 (専用)	m ²	m ²	m ²	m ²
(共用)	m ²	m ²	m ²	m ²

問4 調査対象サービスの職員数についておうかがいします

調査対象サービスに従事する職員数（平成21年9月）を常勤換算方法で記入してください。
 なお、問1において「1（単独で会計）」と回答した場合は、記入は不要です。

職 種	常勤 (小数第1位まで)	非常勤 (小数第1位まで)
1 管理者	. 人	. 人
2 医師	. 人	. 人
3 看護師	. 人	. 人
4 准看護師	. 人	. 人
5 理学療法士・作業療法士・言語療法士	. 人	. 人
6 柔道整復師・あん摩マッサージ指圧師	. 人	. 人
7 歯科衛生士	. 人	. 人
8 生活相談員・支援相談員	. 人	. 人
9 介護支援専門員	. 人	. 人
10 介護職員（訪問介護員）	. 人	. 人
11 介護職員のうち介護福祉士	. 人	. 人
12 オペレーター（夜間対応型訪問介護のみ記入）	. 人	. 人
13 福祉用具専門相談員	. 人	. 人
14 管理栄養士	. 人	. 人
15 その他の栄養士	. 人	. 人
16 調理員	. 人	. 人
17 その他	. 人	. 人

問5 利用者数等についておうかがいします ※(1)～(3)に該当しない場合は回答不要です。

(1) 貴施設・事業所が保険医療機関である場合は、以下についてお答えください。

保険医療機関の状況 (平成21年9月中)

	病棟数	病床数	在院者数	延べ在院者数	外来者数
全体	棟	床	人	人	人
(療養病床) 介護保険適用	棟	床	人	人	
医療保険適用	棟	床	人	人	

短期入所療養介護 (予防を含む) ※実施していない場合は記入不要です。

実利用者数 (平成21年9月中) 人 延べ利用者数 (平成21年9月中) 人

訪問リハビリテーション (予防を含む)
※実施していない場合は記入不要です。

訪問回数 (平成21年9月中) 回

居宅療養管理指導 (予防を含む)
※実施していない場合は記入不要です。

訪問回数 (平成21年9月中) 回

(2) 調査対象サービスが訪問介護の場合は、以下についてお答えください。

訪問介護

①サービス提供回数及び延べ時間 (平成21年9月中)

合計	<input type="text"/> 回	<input type="text"/> 時間
身体介護	<input type="text"/> 回	<input type="text"/> 時間
(内 身体・生活)	<input type="text"/> 回	<input type="text"/> 時間
生活援助	<input type="text"/> 回	<input type="text"/> 時間
通院等乗降介助	<input type="text"/> 回	<input type="text"/> 時間

②介護保険以外 (障害者等) の利用者へのサービス

実訪問回数 (平成21年9月中) 回

延べ訪問回数 (平成21年9月中) 回

介護予防訪問介護

サービス提供延べ時間 (平成21年9月中)

合計 時間

(3) 調査対象サービスが居宅介護支援の場合は、以下についてお答えください。

居宅介護支援

指定介護予防支援事業者 (地域包括支援センター) からの受託人数 (平成21年9月中) 人

問6. 会計期間及び会計区分の状況につきましておうかがいします

調査対象サービスの会計期間について、該当する番号に○をつけてください。

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）

問7. 職員給与についておうかがいします

調査対象サービスに従事する職員数と給与・賞与等について記入してください。

※記入内容は平成21年度の決算期数値で記入してください。困難な場合は、直近の決算期の数値を記入してください。

※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ください。

職 種	常 勤					非 常 勤				
	換算 人員	給料・賞与等				換算 人員	給料・賞与等			
	人	十億	百万	千	円	人	十億	百万	千	円
1 管理者										
2 医師										
3 看護師										
4 准看護師										
5 理学療法士・作業療法士・言語療法士										
6 柔道整復師・あん摩マッサージ指圧師										
7 生活相談員・支援相談員										
8 歯科衛生士										
9 介護支援専門員										
10 介護職員（訪問介護員）										
11 介護職員のうち介護福祉士										
12 オペレーター（夜間対応型訪問介護のみ記入）										
13 福祉用具専門相談員										
14 管理栄養士										
15 その他の栄養士										
16 調理員										
17 その他										

			十億	百万	千	円
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				
	2 その他共済制度に加入	→ 掛け金額				
	3 退職給与引当金繰入の実施	→ 退職給与引当金				
	4 その他	→ 退職金				
法定福利費（事業主負担）						

問 8. 調査対象サービスの職員の勤続年数についておうかがいします

調査対象サービスに従事する者について、該当する勤続年数（平成21年9月時点）の欄に常勤換算方法で人数を記入してください。

職種／勤続年数	1年未満	1年以上 2年未満	2年以上 3年未満	3年以上 4年未満	4年以上 5年未満	5年以上 10年未満	10年以上
看護師							
准看護師							
理学療法士・作業療法士・言語療法士							
柔道整復師・あん摩マッサージ指圧師							
生活相談員・支援相談員							
介護支援専門員							
介護職員（訪問介護員）							
介護職員のうち介護福祉士							

問 9. 属する法人の状況についておうかがいします

(1) 平成21年9月時点で、貴施設・事業所の属する法人が、貴施設・事業所以外に介護保険サービスを実施している場合、該当する番号の全てに○をつけてください。（複数回答可）

- 1 施設サービス
- 2 居宅サービス・地域密着型サービス
- 3 該当するサービスは実施していない

(2) 平成21年9月時点で、貴施設・事業所の属する法人が介護保険サービス以外の事業を実施している場合、該当する番号の全てに○をつけてください。（複数回答可）

- 1 第一種・第二種社会福祉事業
- 2 医療関係事業
- 3 該当する事業は実施していない
- 4 その他（具体的に：

(3) 平成21年9月時点で、介護保険サービス以外の事業に携わる職員数は、法人全体の職員数のうち約何割程度かお答えください。

約 割程度

問 10. 決算の状況についておうかがいします

以下の収入・支出について、平成21年度の決算期数値を記入してください。困難な場合は、直近の決算期の数値を記入してください。

科 目	金 額			
	十億	百万	千	円
(収入)				
短期入所生活介護（予防を含む）の介護料収入及び利用者等利用料収入 ※調査対象が介護老人福祉施設の場合、記入してください				
短期入所療養介護（予防を含む）の介護料収入及び利用者等利用料収入 ※調査対象が介護老人保健施設、介護療養型医療施設の場合、記入してください				
介護職員処遇改善交付金（調査対象サービス分） <input type="text"/> ヶ月分				
介護予防支援事業者からの委託に係る収入				
障害等のホームヘルプサービス				
(支出)				
介護サービス情報の公表制度に要する費用（調査対象サービス分）				
特別支出のうち「法人本部に帰属する経費（役員報酬等）」				

問11(1) 事業活動計算書についておうかがいします

(指定介護老人福祉施設等会計処理等取扱指導指針に基づいた会計を行っている場合)

調査対象サービスにおける収入の状況についてお答えください。

- ・問1において「1(単独会計)」と回答した場合は、調査対象サービス分について記入してください。
- ・問1において「2(一体会計)」と回答した場合は、会計を一体的に行っている介護保険サービスについても記入してください。

※記入内容は平成21年度の決算期数値で記入してください。困難な場合は、直近の決算期の数値を記入してください。

科 目	金 額			
	十億	百万	千	円
I 介護福祉施設介護料収入				
(1) 介護老人福祉施設				
(2) 地域密着型介護老人福祉施設				
II 居宅介護料収入				
(1) 訪問介護(予防を含む)				
(2) 訪問入浴介護(予防を含む)				
(3) 通所介護(予防を含む)				
(4) 福祉用具貸与(予防を含む)				
(5) 短期入所生活介護(予防を含む)				
(6) 特定施設入居者生活介護(予防を含む)				
(7) 夜間対応型訪問介護				
(8) 認知症対応型通所介護(予防を含む)				
(9) 小規模多機能型居宅介護(予防を含む)				
(10) 認知症対応型共同生活介護(予防を含む)				
(11) 地域密着型特定施設入居者生活介護				
III 居宅介護支援介護料収入				
(1) 居宅介護支援介護料収益				
(2) 介護予防支援介護料収益				
IV 利用者等利用料収入				
(1) 介護福祉施設利用料収入				
ア 介護老人福祉施設利用料収入				
イ 地域密着型介護老人福祉施設利用料収入				
(2) 居宅利用料収入				
ア 訪問介護(予防を含む)				
イ 訪問入浴介護(予防を含む)				
ウ 通所介護(予防を含む)				
エ 福祉用具貸与(予防を含む)				
オ 短期入所生活介護(予防を含む)				
カ 特定施設入居者生活介護(予防を含む)				
キ 夜間対応型訪問介護				
ク 認知症対応型通所介護(予防を含む)				
ケ 小規模多機能型居宅介護(予防を含む)				
コ 認知症対応型共同生活介護(予防を含む)				
サ 地域密着型特定施設入居者生活介護				
(3) 管理費収入				
(4) その他の利用料収入				
V その他の事業収入				
(1) 補助金収入				
(2) 市町村特別事業収入				
(3) 受託収入				
(4) その他				
VI その他の収入				
VII 国庫補助金等特別積立金取崩額				
VIII 介護報酬査定減				
事業活動収入計				
I 人件費				
II 経費				
(1) 直接介護支出				
ア 光熱水費				
(2) 一般管理支出				
ア 修繕費				
イ 賃借料				
ウ 保険料				
エ 租税公課				