

統計法に基づく一般統計調査

④-000

介護事業実態調査
(介護事業経営概況調査)
令和7年5月調査



政府統計

統計法に基づく国の統計調査です。調査票情報の秘密の保護に万全を期します。

居宅サービス・地域密着型サービス事業所票（医療関係）

調査対象サービスは
(調査対象サービス名)
です。

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

| | |
|-------|---------------|
| 事業所番号 | 1234567890 |
| 施設名 | 〇〇〇〇〇 |
| 所在地 | 東京都千代田区××1-1 |
| 法人名 | 〇〇〇〇〇 |
| 法人番号 | 1234567890123 |

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

お手数をおかけしますが、下の(1)～(5)に必ずご記入をお願いいたします。

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

(下の1～3のいずれか1つに○)

| | | |
|--------|-------|-------|
| 1. 活動中 | 2. 休止 | 3. 廃止 |
|--------|-------|-------|

※2、3の場合、回答は不要ですので、このまま調査票を返送してください。

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

問 1 施設の概要についておうかがいします。

(1) 開設年月を西暦で記入してください。

西暦 年 月

(2) 経営主体として該当する番号に○をつけてください。

- | | | |
|----------------------|------------|----------------|
| 1. 都道府県 | 2. 市区町村 | 3. 広域連合・一部事務組合 |
| 4. 日本赤十字社・社会保険関係団体 | 5. 医療法人 | 6. 社会福祉協議会 |
| 7. 社会福祉法人(社会福祉協議会以外) | 8. 社団・財団法人 | 9. 営利法人 |
| 10. その他の法人 | 11. 個人 | |

(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。

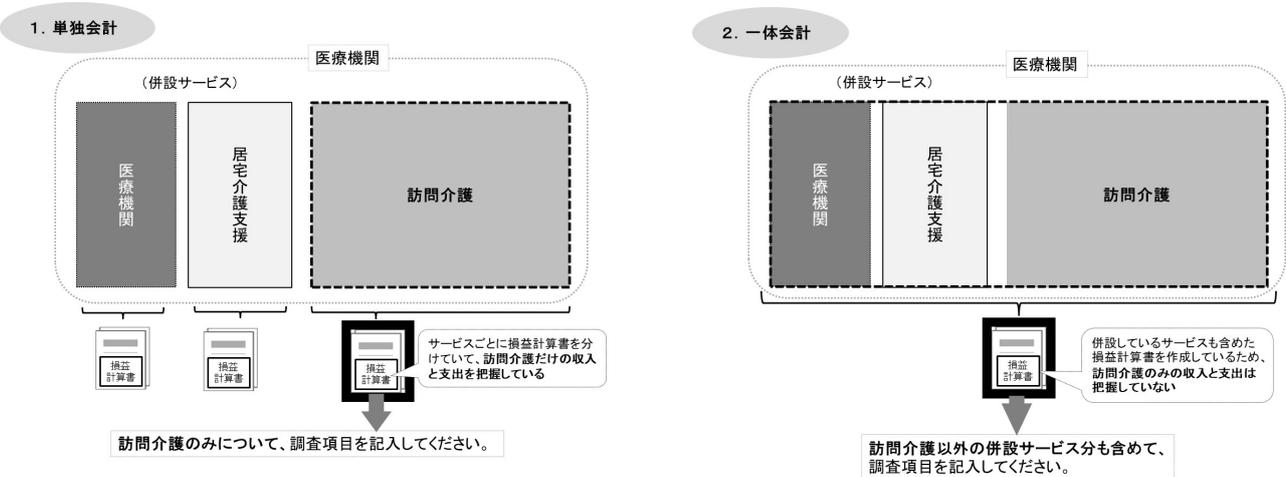
- | |
|-----------------------|
| 1. 年単位 (1月1日～12月31日) |
| 2. 年度単位 (4月1日～翌3月31日) |
| 3. その他 (月 日～翌 月 日) |

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

| 令和5年度 | 令和6年度 | |
|-------|-------|---|
| 1 | 1 | 単独会計: 調査対象サービスごとに費用が区分できているもの |
| 2 | 2 | 一体会計: 調査対象サービスに係る費用とそれ以外の併設サービス等に係る費用を区分せず一体で計上しているもの |

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

例: 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



(5) 調査対象サービスの令和7年4月の1か月分の実績について記入してください。

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 |
|-----|--------|
| 床 | 人 |

| | 患者数 |
|----|-----|
| 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 |
|--------------------|

訪問介護

○令和7年4月の1か月分の実績について記入してください。

・介護保険利用者へのサービス提供状況について記入してください。

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

※「その他」の欄には、自費でサービスを利用している人や、要介護認定申請中の人を計上してください。

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

| | |
|--------|---|
| 延べ訪問回数 | 回 |
|--------|---|

旧介護予防訪問介護に相当するサービス

○令和7年4月の1か月分の実績について記入してください。

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

※「その他」の欄には、自費でサービスを利用している人や要支援認定申請中の人、介護予防・生活支援サービス事業対象者を計上してください。

訪問介護/旧介護予防訪問介護に相当するサービス

○令和7年4月の1か月分の実績について記入してください。

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

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

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

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

※「1. 自動車等」には、バイク(原付含む)も含まれます。

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

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

訪問入浴介護

○令和7年4月の1か月分の実績について記入してください。

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

※「その他」の欄には、自費でサービスを利用している人や、要介護認定申請中の人を計上してください。

介護予防訪問入浴介護

○令和7年4月の1か月分の実績について記入してください。

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

※「その他」の欄には、自費でサービスを利用している人や、要支援認定申請中の人を計上してください。

訪問入浴介護／介護予防訪問入浴介護

○令和7年4月の1か月分の実績について記入してください。

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

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

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

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

※「1. 自動車等」には、バイク(原付含む)も含まれます。

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

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

訪問看護

○令和7年4月の1か月分の実績について記入してください。

・定期巡回・随時対応型訪問介護看護事務所と連携していない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※ |
|--------|------|------|------|------|------|------|
| 実利用者数 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 延べ訪問回数 | 回 | 回 | 回 | 回 | 回 | 回 |

※「その他」の欄には、自費でサービスを利用している人や、要介護認定申請中の人を計上してください。

・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※ |
|--------|------|------|------|------|------|------|
| 実利用者数 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 延べ訪問回数 | 回 | 回 | 回 | 回 | 回 | 回 |

※「その他」の欄には、自費でサービスを利用している人や、要介護認定申請中の人を計上してください。

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

| | |
|--------|---|
| 実利用者数 | 人 |
| 延べ訪問回数 | 回 |

介護予防訪問看護

○令和7年4月の1か月分の実績について記入してください。

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

※「その他」の欄には、自費でサービスを利用している人や、要支援認定申請中の人を計上してください。

訪問看護/介護予防訪問看護

○令和7年4月の1か月分の実績について記入してください。

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

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

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

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

※「1. 自動車等」には、バイク(原付含む)も含まず。

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

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

訪問リハビリテーション

○令和7年4月の1か月分の実績について記入してください。

・介護保険利用者へのサービス提供状況について記入してください。

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

※「その他」の欄には、自費でサービスを利用している人や、要介護認定申請中の人を計上してください。

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

| | |
|--------|---|
| 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7年4月の1か月分の実績について記入してください。

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

※「その他」の欄には、自費でサービスを利用している人や、要支援認定申請中の人を計上してください。

訪問リハビリテーション/介護予防訪問リハビリテーション

○令和7年4月の1か月分の実績について記入してください。

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

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

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

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

※「1. 自動車等」には、バイク(原付含む)も含まれます。

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

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

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7年4月の1か月分の実績について記入してください。

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

※「その他」の欄には、自費でサービスを利用している人や、要介護認定申請中の人を計上してください。

旧介護予防通所介護に相当するサービス

○令和7年4月の1か月分の実績について記入してください。

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

※「その他」の欄には、自費でサービスを利用している人や要支援認定申請中の人、介護予防・生活支援サービス事業対象者を計上してください。

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7年4月の1か月分の実績について記入してください。

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

※「その他」の欄には、自費でサービスを利用している人や、要介護認定申請中の人を計上してください。

介護予防通所リハビリテーション

○令和7年4月の1か月分の実績について記入してください。

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

※「その他」の欄には、自費でサービスを利用している人や、要支援認定申請中の人を計上してください。

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7年4月の1か月分の実績について記入してください。

| | |
|--------|---|
| 実利用者数 | 人 |
| 延べ利用者数 | 人 |

特定施設入居者生活介護

○令和7年4月の1か月分の実績について記入してください。

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

※「その他」の欄には、自費でサービスを利用している人や、要介護認定申請中の人を計上してください。

介護予防特定施設入居者生活介護

○令和7年4月の1か月分の実績について記入してください。

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

※「その他」の欄には、自費でサービスを利用している人や、要支援認定申請中の人を計上してください。

地域密着型特定施設入居者生活介護

○令和7年4月の1か月分の実績について記入してください。

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

※「その他」の欄には、自費でサービスを利用している人や、要介護認定申請中の人を計上してください。

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7年4月の1か月分の実績について記入してください。

| | |
|-------|---|
| 実利用者数 | 人 |
|-------|---|

介護予防福祉用具貸与

○令和7年4月の1か月分の実績について記入してください。

| | |
|-------|---|
| 実利用者数 | 人 |
|-------|---|

○サービスの形態について、該当する番号に○をつけてください。

| | |
|--------|--------|
| 1. 一体型 | 2. 連携型 |
|--------|--------|

○令和7年4月の1か月分の実績について記入してください。

※ 訪問看護については、定期巡回・随時対応型訪問介護看護の利用者に対し、「一体型」の事業所が行った場合のみ記入してください。「連携型」の事業所が行った訪問看護の提供状況は記入しないでください。

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

※ 「その他」の欄には、自費でサービスを利用している人や、要介護認定申請中の人を計上してください。

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

| | |
|--------|---|
| 実利用者数 | 人 |
| 延べ訪問回数 | 回 |

○令和7年4月の1か月分の実績について記入してください。

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

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

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

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

※ 「1. 自動車等」には、バイク(原付含む)も含まれます。

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

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

⑩夜間対応型訪問介護

○令和7年4月の1か月分の実績について記入してください。

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

※「その他」の欄には、自費でサービスを利用している人や、要介護認定申請中の人を計上してください。

○令和7年4月の1か月分の実績について記入してください。

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

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

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

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

※「1. 自動車等」には、バイク(原付含む)も含まれます。

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

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

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7年4月の1か月分の実績について記入してください。

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

※「その他」の欄には、自費でサービスを利用している人や、要介護認定申請中の人を計上してください。

介護予防認知症対応型通所介護

○令和7年4月の1か月分の実績について記入してください。

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

※「その他」の欄には、自費でサービスを利用している人や、要支援認定申請中の人を計上してください。

小規模多機能型居宅介護

○令和7年4月の1か月分の実績について記入してください。

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

※「その他」の欄には、自費でサービスを利用している人や、要介護認定申請中の人を計上してください。

介護予防小規模多機能型居宅介護

○令和7年4月の1か月分の実績について記入してください。

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

※「その他」の欄には、自費でサービスを利用している人や、要支援認定申請中の人を計上してください。

認知症対応型共同生活介護

○令和7年4月の1か月分の実績について記入してください。

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

※「その他」の欄には、自費でサービスを利用している人や、要介護認定申請中の人を計上してください。

介護予防認知症対応型共同生活介護

○令和7年4月の1か月分の実績について記入してください。

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

※「その他」の欄には、自費でサービスを利用している人や、要支援認定申請中の人を計上してください。

○令和7年4月の1か月分の実績について記入してください。

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

※「その他」の欄には、自費でサービスを利用している人や、要介護認定申請中の人を計上してください。

居宅介護支援

○令和7年4月の1か月分の実績について記入してください。

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

※「その他」の欄には、要介護認定申請中およびケアプランの依頼を受けたが給付管理に至らなかった利用者の人数を記入してください。

介護予防支援

○令和7年4月の1か月分の実績について記入してください。

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

※「その他」の欄には、要支援認定申請中およびケアプランの依頼を受けたが給付管理に至らなかった利用者の人数を記入してください。

居宅介護支援/介護予防支援

○令和7年4月の1か月分の実績について記入してください。

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

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

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

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

※「1. 自動車等」には、バイク(原付含む)も含まれます。

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

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

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

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

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

(7) 調査対象サービスと一体的に会計を行っている併設サービスの事業所番号、令和7年4月の1か月分の延べ利用者数等を記入してください。

※ 問1(4)において、「1. 単独会計」と回答した場合は記入不要です。

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

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

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

問2 令和7年4月時点の建物の状況についておうかがいします。

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

※ 小数点以下第1位を四捨五入して整数で記入してください。

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

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

問 3 令和7年4月時点の職員数と職員給与についておうかがいします。

令和7年4月分として給与を支払った職員数と給与・賞与等について、記入してください。
 単独会計か一体会計か(問1(4))により、記入する内容が異なりますので、必ず記入要領を確認してください。

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

- 1. 「単独会計」の場合** (記入要領P●～●)
 常勤については(B)、(C)を、非常勤については(D)、(F)、(G)を記入してください。 ※(A)、(E)は記入不要です。
 「給料」については、「調査対象サービスの換算人員(B,F)」に対応する金額を記入してください。
- 2. 「一体会計」の場合** (記入要領P●～●)
 会計を一体的に行っている他の介護保険サービス分も含めて(A)～(G)まですべて記入してください。
 「給料」については、「実人員(A、D)」に対応する金額を記入してください。

令和7年4月分

| 職 種 | 常 勤 | | | | | | | 非 常 勤 | | | | | | | | | |
|-------------------------------|------------|---|---------------------------|---|------------|---|---|------------|---|-------------|---|---------------------------|---|---|------------|---|--|
| | 実人員 (A) | | 調査対象サー ビス分の換算人員 (B) | | 給 料 (C) | | | 実人員 (D) | | 換算人員 (E) | | 調査対象サー ビス分の換算人員 (F) | | | 給 料 (G) | | |
| | 人 | 人 | 人 | 人 | 百 | 千 | 円 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 百 | 千 | 円 | |
| 1 管理者 | 1 | | | | | | | 1 | | | | | | | | | |
| 2 医師 | 2 | | | | | | | 2 | | | | | | | | | |
| 3 歯科医師 | 3 | | | | | | | 3 | | | | | | | | | |
| 4 薬剤師 | 4 | | | | | | | 4 | | | | | | | | | |
| 5 看護師 | 5 | | | | | | | 5 | | | | | | | | | |
| 6 准看護師 | 6 | | | | | | | 6 | | | | | | | | | |
| 7 介護職員 | 7 | | | | | | | 7 | | | | | | | | | |
| 8 うち介護福祉士 | 8 | | | | | | | 8 | | | | | | | | | |
| 9 理学療法士 | 9 | | | | | | | 9 | | | | | | | | | |
| 10 作業療法士 | 10 | | | | | | | 10 | | | | | | | | | |
| 11 言語聴覚士 | 11 | | | | | | | 11 | | | | | | | | | |
| 12 歯科衛生士 | 12 | | | | | | | 12 | | | | | | | | | |
| 13 柔道整復師・あん摩マッサージ指圧師 | 13 | | | | | | | 13 | | | | | | | | | |
| 14 生活相談員・支援相談員 | 14 | | | | | | | 14 | | | | | | | | | |
| 15 福祉用具専門相談員 | 15 | | | | | | | 15 | | | | | | | | | |
| 16 栄養士 | 16 | | | | | | | 16 | | | | | | | | | |
| 17 うち管理栄養士 | 17 | | | | | | | 17 | | | | | | | | | |
| 18 調理員 | 18 | | | | | | | 18 | | | | | | | | | |
| 19 事務職員 | 19 | | | | | | | 19 | | | | | | | | | |
| 20 その他 | 20 | | | | | | | 20 | | | | | | | | | |
| 21 1～20のうち介護支援専門員・計画作成担当者(再掲) | 21 | | | | | | | 21 | | | | | | | | | |
| 22 1～20のうち訪問介護のサービス提供責任者(再掲) | 22 | | | | | | | 22 | | | | | | | | | |

- ※ 複数の職種に従事している場合は、主として従事している職種のいずれか1つに分類して記入してください。
- ※ 介護支援専門員・計画作成担当者として従事している者は、1～20のいずれかに分類して記入してください。
- ※ 派遣社員で対応している職種がある場合は、その職員数及び給料は含めないでください。
- ※ 主として従事している職種、介護支援専門員・計画作成担当者として従事している者の分類が難しい場合は、番号の若いほうに記入してください。

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 22 通勤手当(再掲)(令和7年4月分) | 23 | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------------|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 23 賞与または賞与引当金繰入(令和6年度実績の1/12の金額) | 24 | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------------|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

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

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 25 法定福利費(事業主負担・令和6年度実績の1/12の金額) | 31 | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

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

※1か月に数回の勤務である場合

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

問4 (1)令和5、6年度の事業収益等についておうかがいします。

- 令和5、6年度の決算期数値における収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も含めた額を記入してください。
- ※ 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5年度決算期数値 | | | | | | | | | | 令和6年度決算期数値 | | | | | | | | | |
|--------------------------------------|------------|----|---|---|----|----|---|---|----|----|------------|---|----|----|---|---|--|--|--|--|
| | 金 額 | | | | | | | | | | 金 額 | | | | | | | | | |
| | 十億 | 百万 | 千 | 円 | 十億 | 百万 | 千 | 円 | 十億 | 百万 | 千 | 円 | 十億 | 百万 | 千 | 円 | | | | |
| 医業収益 | 1 | | | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | |
| 介護報酬収益 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 施設介護料収益(利用者負担分を含む) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (1)介護老人保健施設 | 2 | | | | | | | | | | 2 | | | | | | | | | |
| (2)介護療養型医療施設 | 3 | | | | | | | | | | 3 | | | | | | | | | |
| (3)介護医療院 | 4 | | | | | | | | | | 4 | | | | | | | | | |
| 2 居宅介護料収益(利用者負担分を含む) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (1)訪問介護 | 5 | | | | | | | | | | 5 | | | | | | | | | |
| (2)訪問入浴介護(介護予防を含む) | 6 | | | | | | | | | | 6 | | | | | | | | | |
| (3)訪問看護(介護予防を含む) | 7 | | | | | | | | | | 7 | | | | | | | | | |
| (4)訪問リハビリテーション(介護予防を含む) | 8 | | | | | | | | | | 8 | | | | | | | | | |
| (5)通所介護 | 9 | | | | | | | | | | 9 | | | | | | | | | |
| (6)通所リハビリテーション(介護予防を含む) | 10 | | | | | | | | | | 10 | | | | | | | | | |
| (7)短期入所療養介護(介護予防を含む) | 11 | | | | | | | | | | 11 | | | | | | | | | |
| (8)特定施設入居者生活介護(介護予防を含む) | 12 | | | | | | | | | | 12 | | | | | | | | | |
| (9)福祉用具貸与(介護予防を含む) | 13 | | | | | | | | | | 13 | | | | | | | | | |
| (10)居宅療養管理指導(介護予防を含む) | 14 | | | | | | | | | | 14 | | | | | | | | | |
| (11)定期巡回・随時対応型訪問介護看護 | 15 | | | | | | | | | | 15 | | | | | | | | | |
| (12)夜間対応型訪問介護 | 16 | | | | | | | | | | 16 | | | | | | | | | |
| (13)地域密着型通所介護 | 17 | | | | | | | | | | 17 | | | | | | | | | |
| (14)認知症対応型通所介護(介護予防を含む) | 18 | | | | | | | | | | 18 | | | | | | | | | |
| (15)小規模多機能型居宅介護(介護予防を含む) | 19 | | | | | | | | | | 19 | | | | | | | | | |
| (16)認知症対応型共同生活介護(介護予防を含む) | 20 | | | | | | | | | | 20 | | | | | | | | | |
| (17)地域密着型特定施設入居者生活介護 | 21 | | | | | | | | | | 21 | | | | | | | | | |
| (18)看護小規模多機能型居宅介護 | 22 | | | | | | | | | | 22 | | | | | | | | | |
| (19)その他の居宅介護サービス((1)～(18)に該当しないもの) | 23 | | | | | | | | | | 23 | | | | | | | | | |
| 3 居宅介護支援介護料収益 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (1)居宅介護支援介護料収益 | 24 | | | | | | | | | | 24 | | | | | | | | | |
| (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) | 25 | | | | | | | | | | 25 | | | | | | | | | |
| 4 介護予防・日常生活支援総合事業費収益 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| うち旧介護予防訪問介護に相当するサービス(利用者負担分を含む) | 26 | | | | | | | | | | 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 | | | | | | | | | | 27 | | | | | | | | | |
| 5 保険外の利用料による収益 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (1)施設利用料収益 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ① 介護老人保健施設 | 28 | | | | | | | | | | 28 | | | | | | | | | |
| ② 介護療養型医療施設 | 29 | | | | | | | | | | 29 | | | | | | | | | |
| ③ 介護医療院 | 30 | | | | | | | | | | 30 | | | | | | | | | |

I 医業・介護収益

| 科 目 | 令和5年度決算期数値 | | | | | 令和6年度決算期数値 | | | | |
|-------------------------------------|------------|----|---|---|----|------------|---|---|--|--|
| | 金 額 | | | | | 金 額 | | | | |
| | 十億 | 百万 | 千 | 円 | 十億 | 百万 | 千 | 円 | | |
| (2) 居宅介護サービス利用料収益 | | | | | | | | | | |
| ① 訪問介護 | 31 | | | | | 31 | | | | |
| ② 訪問入浴介護(介護予防を含む) | 32 | | | | | 32 | | | | |
| ③ 訪問看護(介護予防を含む) | 33 | | | | | 33 | | | | |
| ④ 訪問リハビリテーション(介護予防を含む) | 34 | | | | | 34 | | | | |
| ⑤ 通所介護 | 35 | | | | | 35 | | | | |
| ⑥ 通所リハビリテーション(介護予防を含む) | 36 | | | | | 36 | | | | |
| ⑦ 短期入所療養介護(介護予防を含む) | 37 | | | | | 37 | | | | |
| ⑧ 特定施設入居者生活介護(介護予防を含む) | 38 | | | | | 38 | | | | |
| ⑨ 福祉用具貸与(介護予防を含む) | 39 | | | | | 39 | | | | |
| ⑩ 居宅療養管理指導(介護予防を含む) | 40 | | | | | 40 | | | | |
| ⑪ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 | 41 | | | | | 41 | | | | |
| ⑫ 夜間対応型訪問介護 | 42 | | | | | 42 | | | | |
| ⑬ 地域密着型通所介護 | 43 | | | | | 43 | | | | |
| ⑭ 認知症対応型通所介護(介護予防を含む) | 44 | | | | | 44 | | | | |
| ⑮ 小規模多機能型居宅介護(介護予防を含む) | 45 | | | | | 45 | | | | |
| ⑯ 認知症対応型共同生活介護(介護予防を含む) | 46 | | | | | 46 | | | | |
| ⑰ 地域密着型特定施設入居者生活介護 | 47 | | | | | 47 | | | | |
| ⑱ 看護小規模多機能型居宅介護 | 48 | | | | | 48 | | | | |
| ⑲ その他の居宅介護サービス(①～⑱に該当しないもの) | 49 | | | | | 49 | | | | |
| (3) 食費収益 | 50 | | | | | 50 | | | | |
| (4) 居住費収益 | 51 | | | | | 51 | | | | |
| (5) 介護予防・日常生活支援総合事業利用料収益 | | | | | | | | | | |
| うち旧介護予防訪問介護に相当するサービス | 52 | | | | | 52 | | | | |
| うち旧介護予防通所介護に相当するサービス | 53 | | | | | 53 | | | | |
| (6) その他の利用料収益 | 54 | | | | | 54 | | | | |
| 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 | 55 | | | | | 55 | | | | |
| 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 | 56 | | | | | 56 | | | | |
| 6 その他の事業収益 | | | | | | | | | | |
| (1) 入居金収益 | 57 | | | | | 57 | | | | |
| 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 | 58 | | | | | 58 | | | | |
| (2) 管理費収益 | 59 | | | | | 59 | | | | |
| 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 | 60 | | | | | 60 | | | | |
| (3) 介護報酬査定減 | 61 ▲ | | | | | 61 ▲ | | | | |
| (4) その他 | 62 | | | | | 62 | | | | |
| 施設運営事業収益計(医業収益+介護報酬収益) | | | | | | | | | | |

I 医業・介護収益(続き)

問4 (2)令和5、6年度の事業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。

| | |
|-------------------------------|---------------|
| 介護老人保健施設会計・経理準則 | →(2)-A(本ページ～) |
| 病院会計準則 | →(2)-B(●ページ～) |
| 介護医療院会計・経理準則 | →(2)-C(●ページ～) |
| 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 | →(2)-D(●ページ～) |
| 企業会計 | →(2)-E(●ページ～) |

(2) - A 介護老人保健施設会計・経理準則

- 令和5、6年度の決算期数値における費用額について記入してください。
- 問1(4)において「単独会計」と回答した場合は、調査対象サービス分のみについて記入してください。
- 問1(4)において「一体会計」と回答した場合は、会計を一体的に行っている他の介護保険サービス分も含めた額を記入してください。
なお、記入に際しては、問4(1)で記入した収益に対応した費用を記入してください。
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、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 | 1 | 令和5年度決算期数値 | | | | | | | | | | 令和6年度決算期数値 | | | | | | | | | | |
|------------------------------|----|------------|----|---|---|----|----|---|---|----|----|------------|---|----|----|---|---|--|--|--|--|--|
| | | 金 額 | | | | | | | | | | 金 額 | | | | | | | | | | |
| | | 十億 | 百万 | 千 | 円 | 十億 | 百万 | 千 | 円 | 十億 | 百万 | 千 | 円 | 十億 | 百万 | 千 | 円 | | | | | |
| 1 給与費 | 1 | | | | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | |
| 2 医薬品費 | 2 | | | | | | | | | | | 2 | | | | | | | | | | |
| 3 給食用材料費 | 3 | | | | | | | | | | | 3 | | | | | | | | | | |
| 4 施設療養材料費・施設療養消耗器具備品費 | 4 | | | | | | | | | | | 4 | | | | | | | | | | |
| 5 その他の材料費 | 5 | | | | | | | | | | | 5 | | | | | | | | | | |
| 6 経費 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (1)福利厚生費 | 6 | | | | | | | | | | | 6 | | | | | | | | | | |
| (2)消耗品費 | 7 | | | | | | | | | | | 7 | | | | | | | | | | |
| (3)消耗器具備品費 | 8 | | | | | | | | | | | 8 | | | | | | | | | | |
| (4)車両費 | 9 | | | | | | | | | | | 9 | | | | | | | | | | |
| (5)光熱水費 | 10 | | | | | | | | | | | 10 | | | | | | | | | | |
| (6)修繕費 | 11 | | | | | | | | | | | 11 | | | | | | | | | | |
| (7)通信費 | 12 | | | | | | | | | | | 12 | | | | | | | | | | |
| (8)賃借料 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ① 土地 | 13 | | | | | | | | | | | 13 | | | | | | | | | | |
| ② 建物及び建物付属設備 | 14 | | | | | | | | | | | 14 | | | | | | | | | | |
| ③ 設備器械 | 15 | | | | | | | | | | | 15 | | | | | | | | | | |
| ④ その他の賃借料(①～③に該当しないもの) | 16 | | | | | | | | | | | 16 | | | | | | | | | | |
| (9)保険料 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ① 自動車保険料(自動車損害賠償責任保険料含む) | 17 | | | | | | | | | | | 17 | | | | | | | | | | |
| ② その他の保険料(①に該当しないもの) | 18 | | | | | | | | | | | 18 | | | | | | | | | | |
| (10)租税公課 | 19 | | | | | | | | | | | 19 | | | | | | | | | | |
| (11)徴収不能損失 | 20 | | | | | | | | | | | 20 | | | | | | | | | | |
| (12)その他の経費((1)～(11)に該当しないもの) | 21 | | | | | | | | | | | 21 | | | | | | | | | | |

II
施設
運営
事業
等
費用

- 令和5、6年度の決算期数値における費用額について記入してください。
- 問1(4)において「単独会計」と回答した場合は、調査対象サービス分のみについて記入してください。
- 問1(4)において「一体会計」と回答した場合は、会計を一体的に行っている他の介護保険サービス分も含めた額を記入してください。
 なお、記入に際しては、問4(1)で記入した収益に対応した費用を記入してください。
 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、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5年度決算期数値 | | | | | 令和6年度決算期数値 | | | | |
|-------------------------------|------------|----|---|---|----|------------|---|---|--|--|
| | 金 額 | | | | | 金 額 | | | | |
| | 十億 | 百万 | 千 | 円 | 十億 | 百万 | 千 | 円 | | |
| 1 給与費 | 1 | | | | | 1 | | | | |
| 2 医薬品費 | 2 | | | | | 2 | | | | |
| 3 給食用材料費 | 3 | | | | | 3 | | | | |
| 4 施設療養材料費・施設療養消耗器具備品費 | 4 | | | | | 4 | | | | |
| 5 その他の材料費 | 5 | | | | | 5 | | | | |
| 6 経費 | | | | | | | | | | |
| (1) 福利厚生費 | 6 | | | | | 6 | | | | |
| (2) 消耗品費 | 7 | | | | | 7 | | | | |
| (3) 消耗器具備品費 | 8 | | | | | 8 | | | | |
| (4) 車両費 | 9 | | | | | 9 | | | | |
| (5) 光熱水費 | 10 | | | | | 10 | | | | |
| (6) 修繕費 | 11 | | | | | 11 | | | | |
| (7) 通信費 | 12 | | | | | 12 | | | | |
| (8) 賃借料 | | | | | | | | | | |
| ① 土地 | 13 | | | | | 13 | | | | |
| ② 建物及び建物付属設備 | 14 | | | | | 14 | | | | |
| ③ 設備器械 | 15 | | | | | 15 | | | | |
| ④ その他の賃借料(①～③に該当しないもの) | 16 | | | | | 16 | | | | |
| (9) 保険料 | | | | | | | | | | |
| ① 自動車保険料(自動車損害賠償責任保険料含む) | 17 | | | | | 17 | | | | |
| ② その他の保険料(①に該当しないもの) | 18 | | | | | 18 | | | | |
| (10) 租税公課 | 19 | | | | | 19 | | | | |
| (11) 徴収不能損失 | 20 | | | | | 20 | | | | |
| (12) その他の経費((1)～(11)に該当しないもの) | 21 | | | | | 21 | | | | |

II
施設
運営
事業
等
費用

| 科 目 | | 令和5年度決算期数値 | | | | | 令和6年度決算期数値 | | | | | | | | | | | | | |
|---|-----------------------------|------------|----|---|---|----|------------|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | 金 額 | | | | | 金 額 | | | | | | | | | | | | | |
| | | 十億 | 百万 | 千 | 円 | 十億 | 百万 | 千 | 円 | | | | | | | | | | | |
| II 施設 運営 事業 等 費用 (続 き) | 7 委託費 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | (1)派遣委託費 | 22 | | | | | 22 | | | | | | | | | | | | | |
| | (2)患者用給食委託費 | 23 | | | | | 23 | | | | | | | | | | | | | |
| | (3)送迎委託費 | 24 | | | | | 24 | | | | | | | | | | | | | |
| | (4)寝具類洗濯・貰貸委託費(病衣除く) | 25 | | | | | 25 | | | | | | | | | | | | | |
| | (5)清掃委託費 | 26 | | | | | 26 | | | | | | | | | | | | | |
| | (6)各種器械保守委託費 | 27 | | | | | 27 | | | | | | | | | | | | | |
| | (7)その他の委託費((1)～(6)に該当しないもの) | 28 | | | | | 28 | | | | | | | | | | | | | |
| | 8 研修費 | 29 | | | | | 29 | | | | | | | | | | | | | |
| | 9 減価償却費 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | (1)建物及び建物付属設備減価償却費 | 30 | | | | | 30 | | | | | | | | | | | | | |
| (2)医療用器械設備減価償却費 | 31 | | | | | 31 | | | | | | | | | | | | | | |
| (3)車両船舶設備減価償却費 | 32 | | | | | 32 | | | | | | | | | | | | | | |
| (4)特殊浴槽減価償却費 | 33 | | | | | 33 | | | | | | | | | | | | | | |
| (5)その他の減価償却費((1)～(4)に該当しないもの) | 34 | | | | | 34 | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 本部費(他の事業のための費用は含まない) | 35 | | | | | 35 | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 その他(1～10に該当しないもの) | 36 | | | | | 36 | | | | | | | | | | | | | | |
| 施設運営事業等費用計(1～11の合計) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| うち人材紹介手数料 | 37 | | | | | 37 | | | | | | | | | | | | | | |
| うち介護テクノロジーの保守・点検等に係る費用 | 38 | | | | | 38 | | | | | | | | | | | | | | |
| うち消費税課税対象費用計 | 39 | | | | | 39 | | | | | | | | | | | | | | |
| III 施設運営事業外収益 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 受取利息・配当金 | 40 | | | | | 40 | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 介護職員処遇改善支援補助金 | 41 | | | | | 41 | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 物価高騰対策関連の補助金 | 42 | | | | | 42 | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 その他の施設運営事業外収益(1～3に該当しないもの) | 43 | | | | | 43 | | | | | | | | | | | | | | |
| IV 施設運営事業外費用 | 44 | | | | | 44 | | | | | | | | | | | | | | |
| うち支払利息 | 45 | | | | | 45 | | | | | | | | | | | | | | |
| V 特別損益 | 46 | | | | | 46 | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 特別利益 | 47 | | | | | 47 | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 特別損失 | 48 | | | | | 48 | | | | | | | | | | | | | | |
| うち法人税等 | 49 | | | | | 49 | | | | | | | | | | | | | | |

- 令和5、6年度の決算期数値における費用額について記入してください。
- 問1(4)において「単独会計」と回答した場合は、調査対象サービス分のみについて記入してください。
- 問1(4)において「一体会計」と回答した場合は、会計を一体的に行っている他の介護保険サービス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、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5年度決算期数値 | | | | | | | | | | 令和6年度決算期数値 | | | | | | | | | |
|-------------------------------|------------|----|---|---|----|----|---|---|----|----|------------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | 金 額 | | | | | | | | | | 金 額 | | | | | | | | | |
| | 十億 | 百万 | 千 | 円 | 十億 | 百万 | 千 | 円 | 十億 | 百万 | 千 | 円 | | | | | | | | |
| 1 人件費 | 1 | | | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | |
| 2 材料費 | 2 | | | | | | | | | | 2 | | | | | | | | | |
| 3 経費 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (1)福利厚生費 | 3 | | | | | | | | | | 3 | | | | | | | | | |
| (2)旅費交通費 | 4 | | | | | | | | | | 4 | | | | | | | | | |
| (3)通信費 | 5 | | | | | | | | | | 5 | | | | | | | | | |
| (4)消耗品費 | 6 | | | | | | | | | | 6 | | | | | | | | | |
| (5)消耗器具備品費 | 7 | | | | | | | | | | 7 | | | | | | | | | |
| (6)車両費 | 8 | | | | | | | | | | 8 | | | | | | | | | |
| (7)光熱水費 | 9 | | | | | | | | | | 9 | | | | | | | | | |
| (8)修繕費 | 10 | | | | | | | | | | 10 | | | | | | | | | |
| (9)賃借料 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ① 土地 | 11 | | | | | | | | | | 11 | | | | | | | | | |
| ② 建物及び建物付属設備 | 12 | | | | | | | | | | 12 | | | | | | | | | |
| ③ 設備器械 | 13 | | | | | | | | | | 13 | | | | | | | | | |
| ④ その他の賃借料(①～③に該当しないもの) | 14 | | | | | | | | | | 14 | | | | | | | | | |
| (10)保険料 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ① 自動車保険料(自動車損害賠償責任保険料含む) | 15 | | | | | | | | | | 15 | | | | | | | | | |
| ② その他の保険料(①に該当しないもの) | 16 | | | | | | | | | | 16 | | | | | | | | | |
| (11)租税公課 | 17 | | | | | | | | | | 17 | | | | | | | | | |
| (12)徴収不能損失 | 18 | | | | | | | | | | 18 | | | | | | | | | |
| (13)その他の経費((1)～(12)に該当しないもの) | 19 | | | | | | | | | | 19 | | | | | | | | | |
| 4 委託費 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (1)派遣委託費 | 20 | | | | | | | | | | 20 | | | | | | | | | |
| (2)清掃委託費 | 21 | | | | | | | | | | 21 | | | | | | | | | |
| (3)その他の委託費((1)、(2)に該当しないもの) | 22 | | | | | | | | | | 22 | | | | | | | | | |
| 5 研修費 | 23 | | | | | | | | | | 23 | | | | | | | | | |
| 6 減価償却費 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (1)建物及び建物付属設備減価償却費 | 24 | | | | | | | | | | 24 | | | | | | | | | |
| (2)車両船舶設備減価償却費 | 25 | | | | | | | | | | 25 | | | | | | | | | |
| (3)その他の減価償却費((1)、(2)に該当しないもの) | 26 | | | | | | | | | | 26 | | | | | | | | | |
| 7 本部費(他の事業のための費用は含まない) | 27 | | | | | | | | | | 27 | | | | | | | | | |
| 8 その他(1～7に該当しないもの) | 28 | | | | | | | | | | 28 | | | | | | | | | |
| 事業費用計(1～8の合計) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| うち人材紹介手数料 | 29 | | | | | | | | | | 29 | | | | | | | | | |
| うち介護テクノロジーの保守・点検等に係る費用 | 30 | | | | | | | | | | 30 | | | | | | | | | |
| うち消費税課税対象費用計 | 31 | | | | | | | | | | 31 | | | | | | | | | |
| III 事業外収益 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 受取利息・配当金 | 32 | | | | | | | | | | 32 | | | | | | | | | |
| 2 介護職員処遇改善支援補助金 | 33 | | | | | | | | | | 33 | | | | | | | | | |
| 3 物価高騰対策関連の補助金 | 34 | | | | | | | | | | 34 | | | | | | | | | |
| 4 その他の事業外収益(1～3に該当しないもの) | 35 | | | | | | | | | | 35 | | | | | | | | | |
| IV 事業外費用 | 36 | | | | | | | | | | 36 | | | | | | | | | |
| うち支払利息 | 37 | | | | | | | | | | 37 | | | | | | | | | |
| V 特別損益 | 38 | | | | | | | | | | 38 | | | | | | | | | |
| 1 特別利益 | 39 | | | | | | | | | | 39 | | | | | | | | | |
| 2 特別損失 | 40 | | | | | | | | | | 40 | | | | | | | | | |
| うち法人税等 | 41 | | | | | | | | | | 41 | | | | | | | | | |

- 令和5、6年度の決算期数値における費用額について記入してください。
- 問1(4)において「単独会計」と回答した場合は、調査対象サービス分のみについて記入してください。
- 問1(4)において「一体会計」と回答した場合は、会計を一体的に行っている他の介護保険サービス分も含めた額を記入してください。
なお、記入に際しては、問4(1)で記入した収益に対応した費用を記入してください。
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、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5年度決算期数値 | | | | | 令和6年度決算期数値 | | | | |
|-------------------------------|------------|----|---|---|----|------------|---|---|--|--|
| | 金 額 | | | | | 金 額 | | | | |
| | 十億 | 百万 | 千 | 円 | 十億 | 百万 | 千 | 円 | | |
| 1 人件費 | 1 | | | | | 1 | | | | |
| 2 経費 | | | | | | | | | | |
| (1)給食材料費 | 2 | | | | | 2 | | | | |
| (2)車両費 | 3 | | | | | 3 | | | | |
| (3)光熱水費 | 4 | | | | | 4 | | | | |
| (4)福利厚生費 | 5 | | | | | 5 | | | | |
| (5)旅費交通費 | 6 | | | | | 6 | | | | |
| (6)研修費 | 7 | | | | | 7 | | | | |
| (7)通信運搬費 | 8 | | | | | 8 | | | | |
| (8)修繕費 | 9 | | | | | 9 | | | | |
| (9)賃借料 | | | | | | | | | | |
| ① 土地 | 10 | | | | | 10 | | | | |
| ② 建物及び建物付属設備 | 11 | | | | | 11 | | | | |
| ③ 設備器械 | 12 | | | | | 12 | | | | |
| ④ その他の賃借料(①～③に該当しないもの) | 13 | | | | | 13 | | | | |
| (10)保険料 | | | | | | | | | | |
| ① 自動車保険料(自動車損害賠償責任保険料含む) | 14 | | | | | 14 | | | | |
| ② その他の保険料(①に該当しないもの) | 15 | | | | | 15 | | | | |
| (11)租税公課 | 16 | | | | | 16 | | | | |
| (12)委託費 | | | | | | | | | | |
| ① 派遣委託費 | 17 | | | | | 17 | | | | |
| ② 給食委託費 | 18 | | | | | 18 | | | | |
| ③ 送迎委託費 | 19 | | | | | 19 | | | | |
| ④ 清掃委託費 | 20 | | | | | 20 | | | | |
| ⑤ その他の委託費(①～④に該当しないもの) | 21 | | | | | 21 | | | | |
| (13)その他の経費((1)～(12)に該当しないもの) | 22 | | | | | 22 | | | | |
| 3 減価償却費 | | | | | | | | | | |
| (1)建物及び建物付属設備減価償却費 | 23 | | | | | 23 | | | | |
| (2)車両船舶設備減価償却費 | 24 | | | | | 24 | | | | |
| (3)特殊浴槽減価償却費 | 25 | | | | | 25 | | | | |
| (4)消毒設備減価償却費 | 26 | | | | | 26 | | | | |
| (5)福祉用具減価償却費 | 27 | | | | | 27 | | | | |
| (6)その他の減価償却費((1)～(5)に該当しないもの) | 28 | | | | | 28 | | | | |
| 4 その他の売上原価(1～3に該当しないもの) | 29 | | | | | 29 | | | | |
| 売上原価計(1～4の合計) | | | | | | | | | | |
| うち人材紹介手数料 | 30 | | | | | 30 | | | | |
| うち介護テクノロジーの保守・点検等に係る費用 | 31 | | | | | 31 | | | | |
| うち消費税課税対象費用計 | 32 | | | | | 32 | | | | |
| III 本部経費配賦額(他の事業のための費用は含まない) | 33 | | | | | 33 | | | | |
| うち消費税課税対象費用計 | 34 | | | | | 34 | | | | |
| IV 営業外収益 | | | | | | | | | | |
| 1 受取利息 | 35 | | | | | 35 | | | | |
| 2 受取配当金 | 36 | | | | | 36 | | | | |
| 3 補助金収入 | | | | | | | | | | |
| (1)介護職員処遇改善支援補助金 | 37 | | | | | 37 | | | | |
| (2)物価高騰対策関連の補助金 | 38 | | | | | 38 | | | | |
| (3)その他の補助金((1)～(3)に該当しないもの) | 39 | | | | | 39 | | | | |
| 4 その他の営業外収益(1～3に該当しないもの) | 40 | | | | | 40 | | | | |
| V 営業外費用 | | | | | | | | | | |
| 1 支払利息 | 41 | | | | | 41 | | | | |
| 2 徴収不能額 | 42 | | | | | 42 | | | | |
| 3 その他の営業外費用(1, 2に該当しないもの) | 43 | | | | | 43 | | | | |
| VI 特別利益 | 44 | | | | | 44 | | | | |
| VII 特別損失 | 45 | | | | | 45 | | | | |
| VIII 法人税、住民税及び事業税 | 46 | | | | | 46 | | | | |