

令和8年度介護事業実態調査 (介護事業経営実態調査)

記入要領

この記入要領は

**居宅サービス・地域密着型サービス事業所
(介護予防含む) (医療関係)**

が対象です

(※調査票表紙の調査対象サービス名をご確認ください)

令和8年度介護事業実態調査(介護事業経営実態調査)では、インターネット回答を推奨しています。

インターネットで回答する場合は、下記の調査専用ウェブサイトから回答をお願いします。

調査専用ウェブサイト

<https://r8-keiei.kaigo-survey.mhlw.go.jp>

※インターネット回答を推奨しております。

※インターネット回答が難しい場合は、紙の調査票にてご回答ください。



※裏表紙にチェックリストがありますので、提出前に記入内容をご確認ください。

● この調査についてのご連絡・お問い合わせ先 ●

厚生労働省老健局老人保健課 介護事業経営実態調査事務局

フリーダイヤル(通話無料)：0120-106-615

受付時間：9:30～18:00

※携帯電話・PHSからもご利用になれます。

目 次

| | |
|----------------------------------|----|
| 1. 調査の概要 | 1 |
| 2. 調査についての注意事項 | 2 |
| 3. 記入要領 | 4 |
| 記入の流れ | 4 |
| 表紙 | 5 |
| 問1 施設の概要 | 6 |
| 問2 建物の状況 | 25 |
| 問3 職員数と職員給与 | 26 |
| 問4 (1) 事業収益 | 31 |
| 問4 (2) 財務活動等による支出 | 33 |
| 問4 (3) 事業費用 | 35 |
| 参考資料 | 45 |
| [1] 問1 (4) 会計区分の考え方 | 45 |
| [2] 問1 (5) 訪問系サービスの移動時間、訪問回数の考え方 | 47 |
| [3] 問1 (5) 通所系サービスの送迎時間の考え方 | 48 |
| [4] 問1 (7) 「延べ利用者数等」の欄に記入する内容 | 49 |
| [5] 問3 換算人員の計算方法 | 51 |
| [6] 問3 職員数と職員給与に関するよくある質問 | 52 |
| [7] 問4 (1) 事業収益に関するよくある質問 | 54 |
| [8] 問4 (3) 消費税非課税となる費用一覧 | 56 |
| [9] 問4 (3) 勘定科目一覧表 | 57 |

1

調査の概要

[1] 調査の主体

厚生労働省が実施します。

[2] 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的な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。

[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 ~ 1/25 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] 調査票提出のお願い

・紙の調査票の場合

令和8年6月30日(火)

同封の返信用封筒に封入の上、期限までに投函ください。

インターネット回答と比べ、提出期限が1週間早いためご注意ください。

・オンラインによる回答の場合

令和8年7月7日(火)

本調査では、インターネット回答を推奨しています。

調査専用ホームページ(<https://r8-keiei.kaigo-survey.mhlw.go.jp>)から電子調査票をダウンロードいただき、回答を入力後、同ホームページを通じてご提出ください。

※詳細は、同封の「ご協力をお願い・インターネット回答のご案内」をご覧ください。

※提出期限が決算期と重なる場合は、決算後速やかに提出いただきますようお願いいたします。

[5] 回答に必要な資料

回答にあたり、以下の資料をご用意いただくと、スムーズに回答いただけます。

| 設問 | 対応する資料(代表的なもの) |
|-------------------|--|
| 問1施設の概要 | ・ 令和8年4月時点の施設・事業所の利用者数等が分かる資料 |
| 問2建物の状況 | ・ 令和8年4月時点の施設・事業所の建物面積が分かる資料 |
| 問3職員数と職員給与 | ・ 令和8年4月時点の職員の配置が分かる資料(シフト表等) ・ 職員の給与支給を管理している資料(賃金台帳等) |
| 問4(1)事業収益～(3)事業費用 | ・ 施設・事業所の令和7年度の決算資料(損益計算書又は事業活動計算書、キャッシュフロー計算書又は資金収支計算書等) ・ 毎月の介護料収益等が分かる資料(国民健康保険団体連合会から送られてくる明細等) ・ 利用者から徴収する保険外の利用料を管理している資料(帳簿等) |

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

- ・この調査は統計法に基づき実施するものであり、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、統計の作成以外の目的に使用され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区分けし、事業に利用される部分のみを正確に記入してください。
- ・事業の休止や廃止をした場合は、調査票表紙の活動状況欄の該当箇所に記載し、そのまま返送ください。（調査票内の回答は不要です。）
- ・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が、調査対象サービスがそれぞれ異なっておりますので、お手数ですがすべ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益と費用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、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。
- ・調査票に記入した内容についてお問い合わせする場合がありますので、その際にご対応いただきますようお願い申し上げます。

[2] 調査票の記入に際しての注意事項

電子調査票と紙調査票に共通する注意事項

- ・回答が「0」(ゼロ)の場合は、「0」(ゼロ)を必ず記入してください。たとえば、回答人数が 0 人、あるいは回答金額が 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。
- ・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。
- ・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。

紙調査票に記入する場合の注意事項

- ・HBの黒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。
- ・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。
- ・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. 単体会計

2. 単体会計

- ・黒塗りとなっている合計欄への記入は不要です。

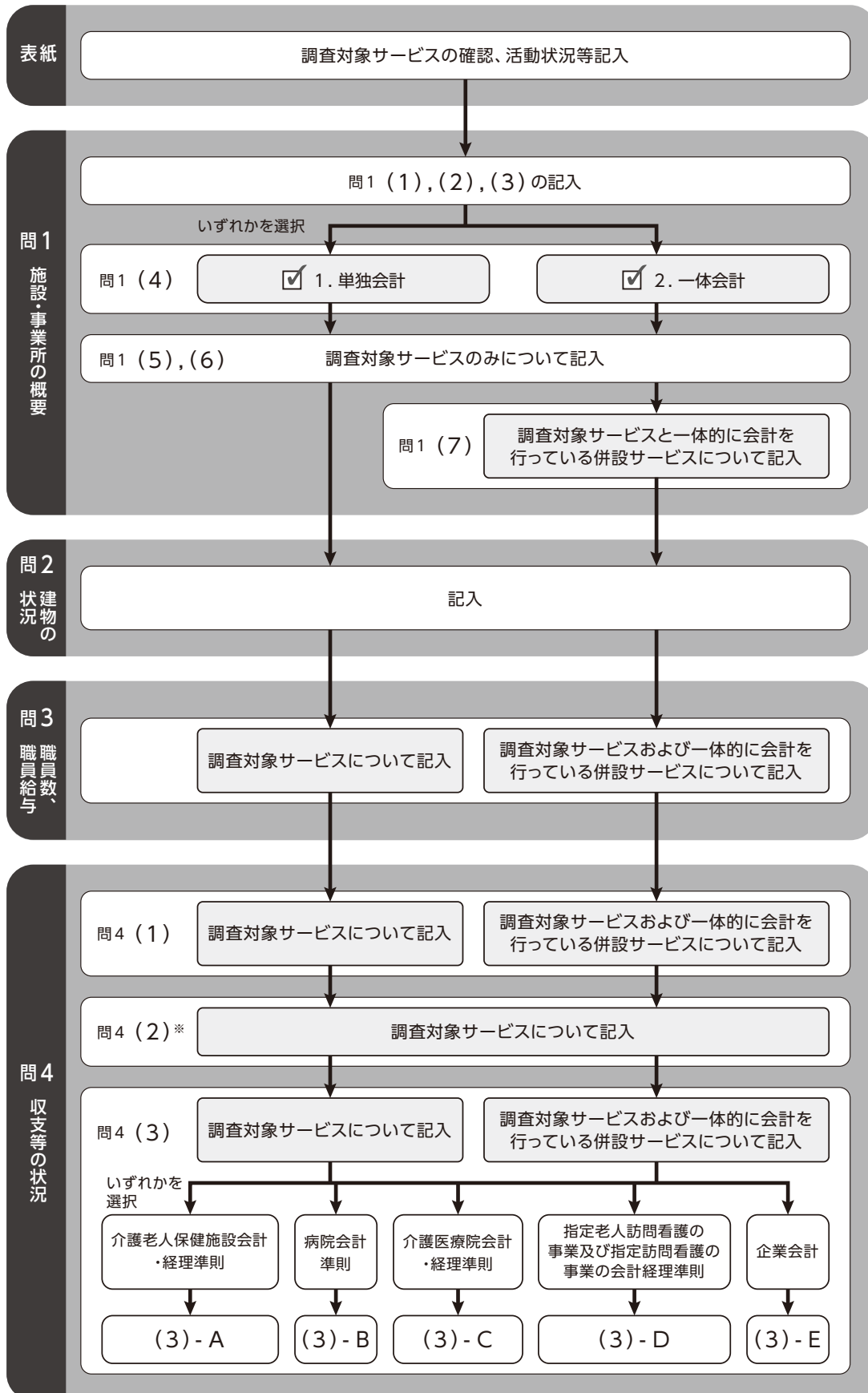
[3] 調査票の記入内容に関する注意事項

- ・期間に指定のないものは、令和8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名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、お手数ですが、電子調査票の活用等により関係部署・担当者間で記入を分担し、取りまとめの上、ご回答ください。
- ・ご不明な点があれば、表紙に記載のコールセンターまでお問い合わせください。

3 記入要領

記入の流れ

● 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

表紙



介護事業実態調査
(介護事業経営実態調査)
令和8年5月調査



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。

表紙に記載された調査対象サービス名をご確認ください。

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ていますので、調査対象サービスの実態を記入してください。

誤りがある場合には、朱書きで修正してください。
電子調査票の場合には正しく入力し直してください。

| | |
|-------|---------------|
| 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 |

また、空欄となっている項目にはご記入をお願いいたします。

調査専用ウェブサイトにて電子調査票を取得する際のID及びパスワードです。詳しくは、同封の「ご協力をお願い・インターネット回答のご案内」を参照してください。

電子調査票のログイン情報

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

お手数をおかけしますが、下記(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8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。

・1~3のいずれかに○をつけてください。
・事業を「休止」又は「廃止」した事業所におかれましては、「2」(休止)又は「3」(廃止)を○で囲んでいただき、調査票を返送してください。電子調査票の場合もそのまま提出をお願いします。

問1 施設の概要についておうかがいします。

(1) 開設年月を記入してください。

西暦 年 月

介護保険法の施行の有無に関わらず、事業を開始した年月を西暦で記入ください。

(4) 調査対象サービスにおける令和7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 |

該当する番号に○をつけてください。(詳しくは45ページの参考資料[1]を参照してください)

問1 施設の概要 (つづき) (問1 (5))

調査対象サービスの令和8年4月の1か月の実績については、下記の16種の介護保険サービスのうち、いずれか1つの調査対象サービスについてのみ記入欄が設けられています。本冊子の該当ページを確認のうえ、ご回答ください。

※この項目は費用按分にも用いる項目となりますので、必ず記入をお願いします。

| 番号 | 調査対象サービス | ページ |
|----|--|-----|
| ① | 訪問介護 | 7 |
| ② | 訪問入浴介護/介護予防訪問入浴介護 | 8 |
| ③ | 訪問看護/介護予防訪問看護 | 9 |
| 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 | 10 |
| ⑤ | 通所介護 | 11 |
| ⑤ | 地域密着型通所介護 | 11 |
| 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 | 12 |
| 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 | 13 |
| ⑧ | 福祉用具貸与/介護予防福祉用具貸与 | 13 |
| ⑨ | 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 | 14 |
| ⑩ | 夜間対応型訪問介護 | 15 |
| 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 | 16 |
| 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 | 17 |
| 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 | 18 |
| ⑭ | 看護小規模多機能型居宅介護 | 18 |
| ⑮ | 居宅介護支援/介護予防支援 | 19 |

— 回答に必要な資料 —

ご回答いただくにあたり、下記の資料を事前にご用意いただくとスムーズに回答いただけます。

- ✓ 令和8年4月の利用者数等が分かる資料
- ✓ 令和8年4月の食事提供回数が分かる資料 (栄養管理報告書など)

<調査対象サービスが訪問介護の記入例>

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
・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 | 10人 | 20人 | 20人 | 5人 | 5人 | 0人 |
| 延べ訪問回数 | 150回 | 320回 | 300回 | 80回 | 80回 | 0回 |
| うちサービス付き高齢者向け住宅または有料老人ホームの延べ訪問回数 | 50回 | 20回 | 100回 | 40回 | 0回 | 0回 |

(例) 延べ訪問回数のうち、同じ有料老人ホームに入居する5名の利用者へ1回ずつサービスを提供した場合は、「うちサービス付き高齢者向け住宅または有料老人ホームの延べ訪問回数」は「5回」と記載します。

「サービス付き高齢者向け住宅または有料老人ホームの延べ訪問回数」には、サービス付き高齢者向け住宅または有料老人ホームに入居する利用者へ訪問した回数を、延べ訪問回数のうち数として記入してください。

(例) 延べ訪問回数のうち、同じ有料老人ホームに入居する5名の利用者に1回ずつサービスを提供した場合は、「うちサービス付き高齢者向け住宅または有料老人ホームの延べ訪問回数」は「5回」と記載します。

・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 | 200 |
|--------|-----|

4月1日～30日までの各日の訪問回数の合計を、要介護度別に記入してください。

総合事業(従前相当)の指定を受けた場合、総合事業(従前相当)を利用した要支援者分を記入してください。

②旧介護予防訪問介護に相当するサービス

| | 要支援1 | 要支援2 | その他※ |
|----------------------------------|------|------|------|
| 実利用者数 | 10人 | 10人 | 0人 |
| 延べ訪問回数 | 250回 | 250回 | 0回 |
| うちサービス付き高齢者向け住宅または有料老人ホームの延べ訪問回数 | 50回 | 50回 | 0回 |

(例) 延べ訪問回数のうち、同じ有料老人ホームに入居する5名の利用者に1回ずつサービスを提供した場合は、「うちサービス付き高齢者向け住宅または有料老人ホームの延べ訪問回数」は「5回」と記載します。

※「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

・訪問する職員の主な訪問(移動)手段として、最もよく利用する手段の番号に○をつけてください。

1. 徒歩 ②. 自転車 3. 自動車等 4. 公共交通機関

※「3. 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

4月1日～30日における1回(件)の訪問に要する平均的な移動時間について、1～6のうち当てはまるものを選択してください。

なお、待機時間は移動時間に含めません。

移動時間、訪問回数の考え方については、47ページの参考資料[2]を参照してください。

<調査対象サービスが訪問入浴介護/介護予防訪問入浴介護の記入例

②訪問入浴介護/介護予防訪問入浴介護

訪問入浴介護

| | 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 | 1人 | 2人 | 3人 | 10人 | 20人 | 0人 |
| 延べ訪問回数 | 8回 | 16回 | 24回 | 100回 | 200回 | 0回 |
| うちサービス付き高齢者向け住宅または有料老人ホームの延べ訪問回数 | 2回 | 6回 | 4回 | 40回 | 50回 | 0回 |

4月1日～30日までの各日の訪問回数の合計を、要介護度別に記入してください。

「サービス付き高齢者向け住宅または有料老人ホームの延べ訪問回数」には、サービス付き高齢者向け住宅または有料老人ホームに入居する利用者へ訪問した回数を、延べ訪問回数のうち数として記入してください。

(例) 延べ訪問回数のうち、同じ有料老人ホームに入居する5名の利用者に1回ずつサービスを提供した場合は、「うちサービス付き高齢者向け住宅または有料老人ホームの延べ訪問回数」は「5回」と記載します。

介護予防訪問入浴介護

| | 要支援1 | 要支援2 | その他※ |
|----------------------------------|------|------|------|
| 実利用者数 | 0人 | 1人 | 0人 |
| 延べ訪問回数 | 0回 | 8回 | 0回 |
| うちサービス付き高齢者向け住宅または有料老人ホームの延べ訪問回数 | 0回 | 3回 | 0回 |

(例) 延べ訪問回数のうち、同じ有料老人ホームに入居する5名の利用者に1回ずつサービスを提供した場合は、「うちサービス付き高齢者向け住宅または有料老人ホームの延べ訪問回数」は「5回」と記載します。

※「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

・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. 徒歩 ②. 自転車 3. 自動車等 4. 公共交通機関

※「3. 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

4月1日～30日における1回(件)の訪問に要する平均的な移動時間について、1～6のうち当てはまるものを選択してください。

なお、待機時間は移動時間に含めません。

移動時間、訪問回数の考え方については、47ページの参考資料[2]を参照してください。

<調査対象サービスが訪問看護/介護予防訪問看護の記入例>

③訪問看護/介護予防訪問看護

定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所と連携した訪問看護の実績はここに含めず、下記の欄に記入してください。

訪問看護

・定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業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 | 5人 | 6人 | 5人 | 2人 | 1人 | 0人 |
| 延べ訪問回数 | 30回 | 40回 | 50回 | 60回 | 70回 | 0回 |
| うちサービス付き高齢者向け住宅または有料老人ホームの延べ訪問回数 | | | | | | |

「サービス付き高齢者向け住宅または有料老人ホームの延べ訪問回数」には、サービス付き高齢者向け住宅または有料老人ホームに入居する利用者へ訪問した回数を、延べ訪問回数のうち数として記入してください。

(例) 延べ訪問回数のうち、同じ有料老人ホームに入居する5名の利用者に1回ずつサービスを提供した場合は、「うちサービス付き高齢者向け住宅または有料老人ホームの延べ訪問回数」は「5回」と記載します。

4月1日～30日までの各日の訪問回数の合計を、要介護度別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 | 5人 | 6人 | 7人 | 8人 | 9人 | 0人 |
| 延べ訪問回数 | 30回 | 40回 | 50回 | 60回 | 70回 | 0回 |
| うちサービス付き高齢者向け住宅または有料老人ホームの延べ訪問回数 | 10回 | 10回 | 10回 | 20回 | 10回 | 0回 |

(例) 延べ訪問回数のうち、同じ有料老人ホームに入居する5名の利用者に1回ずつサービスを提供した場合は、「うちサービス付き高齢者向け住宅または有料老人ホームの延べ訪問回数」は「5回」と記載します。

※「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が含まれます。

この欄には、定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業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 | その他※ |
|--------|------|------|------|
| 実利用者数 | 2人 | | |
| 延べ訪問回数 | 10回 | | |

介護予防訪問看護

| | 要支援1 | 要支援2 | その他※ |
|----------------------------------|------|------|------|
| 実利用者数 | 5人 | 6人 | 0人 |
| 延べ訪問回数 | 30回 | 40回 | 0回 |
| うちサービス付き高齢者向け住宅または有料老人ホームの延べ訪問回数 | 15回 | 10回 | 0回 |

(例) 延べ訪問回数のうち、同じ有料老人ホームに入居する5名の利用者に1回ずつサービスを提供した場合は、「うちサービス付き高齢者向け住宅または有料老人ホームの延べ訪問回数」は「5回」と記載します。

※「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

・訪問する職員(移動)手段

1. 徒歩 2. 自転車

※「3. 自動車等」には、バイク(原付)も含まれます。

4月1日～30日における1回(件)の訪問に要する平均的な移動時間について、1～6のうち当てはまるものを選択してください。なお、待機時間は移動時間に含めません。移動時間、訪問回数の考え方は、47ページの参考資料[2]を参照してください。

・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 |

<調査対象サービスが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の記入例

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

・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 | 10人 | 20人 | 20人 | 5人 | 5人 | 0人 |
| →延べ訪問回数 | 150回 | 320回 | 300回 | 80回 | 80回 | 0回 |
| うちサービス付き高齢者向け住宅または有料老人ホームの延べ訪問回数 | 80回 | 100回 | 50回 | 10回 | 10回 | 0回 |

(例) 延べ訪問回数のうち、同じ有料老人ホームに入居する5名の利用者に1回ずつサービスを提供した場合

サービス付き高齢者向け住宅または

サービスを利用

4月1日～30日までの各日の訪問回数の合計を、要介護度別に記入してください。

「サービス付き高齢者向け住宅または有料老人ホームの延べ訪問回数」には、サービス付き高齢者向け住宅または有料老人ホームに入居する利用者へ訪問した回数を、延べ訪問回数のうち数として記入してください。

(例) 延べ訪問回数のうち、同じ有料老人ホームに入居する5名の利用者に1回ずつサービスを提供した場合は、「うちサービス付き高齢者向け住宅または有料老人ホームの延べ訪問回数」は「5回」と記載します。

・介護保険以外の利用者(障害者等)へのサービス

| | |
|---------|-----|
| 実利用者数 | 2人 |
| →延べ訪問回数 | 10回 |

介護予防訪問リハビリテーション

| | 要支援1 | 要支援2 | その他※ |
|----------------------------------|------|------|------|
| 実利用者数 | 5人 | 5人 | 0人 |
| →延べ訪問回数 | 70回 | 70回 | 0回 |
| うちサービス付き高齢者向け住宅または有料老人ホームの延べ訪問回数 | 20回 | 10回 | 0回 |

(例) 延べ訪問回数のうち、同じ有料老人ホームに入居する5名の利用者に1回ずつサービスを提供した場合は、「うちサービス付き高齢者向け住宅または有料老人ホームの延べ訪問回数」は「5回」と記載します。

※ 「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

・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. 徒歩 2. 自転車 ③. 自動車等 4. 公共交通機関

※ 「3. 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

4月1日～30日における1回(件)の訪問に要する平均的な移動時間について、1～6のうち当てはまるものを選択してください。なお、待機時間は移動時間に含めません。移動時間、訪問回数の考え方については、47ページの参考資料[2]を参照してください。

<調査対象サービスが通所介護／地域密着型通所介護の記入例>

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 | 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 | 10人 | 5人 | 5人 | 2人 | 1人 | 0人 |
| 延べ利用回数 | 100回 | 50回 | 30回 | 10回 | 5回 | 0回 |
| うちサービス付き高齢者向け住宅または有料老人ホームに居住する方の延べ利用回数 | 30回 | 10回 | 10回 | 5回 | 0回 | 0回 |

4月1日～30日までの各日の利用者数の合計を、要介護度別に記入してください。

「サービス付き高齢者向け住宅または有料老人ホームに居住する方の延べ利用回数」には、サービス付き高齢者向け住宅または有料老人ホームに入居する利用者が利用した回数を、延べ利用回数のうち数として記入してください。

(例) 延べ利用回数のうち、同じ有料老人ホームに入居する5名の利用者が1回ずつサービスを利用した場合は、「うちサービス付き高齢者向け住宅または有料老人ホームに居住する方の延べ利用回数」は「5回」と記載します。

| 旧介護予防通所介護に相当するサービス | 要支援1 | 要支援2 | その他※ |
|--|------|------|------|
| 実利用者数 | 5人 | 5人 | 1人 |
| 延べ利用回数 | 20回 | 10回 | 5回 |
| うちサービス付き高齢者向け住宅または有料老人ホームに居住する方の延べ利用回数 | 10回 | 5回 | 0回 |

総合事業(従前相当)の指定を受けた場合、総合事業(従前相当)を利用した要支援者分を記入してください。

(例) 延べ利用回数のうち、同じ有料老人ホームに入居する5名の利用者が1回ずつサービスを利用した場合は、「うちサービス付き高齢者向け住宅または有料老人ホームに居住する方の延べ利用回数」は「5回」と記載します。

※「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。

通所介護/旧介護予防通所介護

・送迎を行った利用者について、1回の送迎にかかった平均的な送迎時間について、該当する番号に○をつけてください。

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

4月1日～30日における1回の送迎にかかった平均的な送迎時間について、1～6のうち当てはまるものを選択してください。

1回の送迎にかかった平均的な送迎時間について詳しくは、48ページの参考資料[3]を参照してください。

<調査対象サービスが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の記入例

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

| | 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 | 10人 | 20人 | 10人 | 5人 | 5人 | 0人 |
| 延べ利用回数 | 100回 | 100回 | 100回 | 50回 | 50回 | 0回 |
| うちサービス付き高齢者向け住宅または有料老人ホームに居住する方の延べ利用回数 | 10回 | 20回 | 10回 | 10回 | 10回 | 0回 |

4月1日～30日までの各日の利用者数の合計を、要介護度別に記入してください。

「サービス付き高齢者向け住宅または有料老人ホームに居住する方の延べ利用回数」には、サービス付き高齢者向け住宅または有料老人ホームに入居する利用者が利用した回数を、延べ利用回数のうち数として記入してください。

(例) 延べ利用回数のうち、同じ有料老人ホームに入居する5名の利用者が1回ずつサービスを利用した場合は、「うちサービス付き高齢者向け住宅または有料老人ホームに居住する方の延べ利用回数」は「5回」と記載します。

介護予防通所リハビリテーション

| | 要支援1 | 要支援2 | その他※ |
|--|------|------|------|
| 実利用者数 | 5人 | 5人 | 1人 |
| 延べ利用回数 | 10回 | 10回 | 1回 |
| うちサービス付き高齢者向け住宅または有料老人ホームに居住する方の延べ利用回数 | 1回 | 1回 | 0回 |

(例) 延べ利用回数のうち、同じ有料老人ホームに入居する5名の利用者が1回ずつサービスを利用した場合は、「うちサービス付き高齢者向け住宅または有料老人ホームに居住する方の延べ利用回数」は「5回」と記載します。

※ 「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。

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

・送迎を行った利用者について、1回の送迎にかかった平均的な送迎時間について、該当する番号に○をつけてください。

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

4月1日～30日における1回の送迎にかかった平均的な送迎時間について、1～6のうち当てはまるものを選択してください。

1回の送迎にかかった平均的な送迎時間について詳しくは、48ページの参考資料[3]を参照してください。

<調査対象サービスが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または地域密着型特定施設入居者生活介護の記入例>

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

| | |
|--------|-------|
| 実利用者数 | 100人 |
| 延べ利用者数 | 2500人 |

介護保険の利用者以外も含めた、有料老人ホーム等全体について記入してください。

特定施設入居者生活介護

| | 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 | 10人 | 10人 | 10人 | 15人 | 10人 | 0人 |
| 延べ利用者数 | 300人 | 300人 | 290人 | 400人 | 250人 | 0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。

「延べ利用者数」には、4月1日～30日までの、各日24時現在の利用者数の合計を、要介護度別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 | 10人 | 10人 | 0人 |
| 延べ利用者数 | 250人 | 250人 | 0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

| | 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 | 5人 | 5人 | 9人 | 5人 | 5人 | 0人 |
| 延べ利用者数 | 100人 | 110人 | 220人 | 100人 | 100人 | 0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。

<調査対象サービスが福祉用具貸与/介護予防福祉用具貸与の記入例>

⑧福祉用具貸与/介護予防福祉用具貸与

福祉用具貸与

| | |
|-------|-----|
| 実利用者数 | 10人 |
|-------|-----|

介護予防福祉用具貸与

| | |
|-------|----|
| 実利用者数 | 5人 |
|-------|----|

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も含めます。特定福祉用具販売サービスを併設している場合は、その実利用者数もこちらに計上してください。

<調査対象サービスが定期巡回・随時対応型訪問介護看護の記入例>

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

「2. 連携型」を選択した場合、訪問看護の実績については、記入しないでください。

4月1日～30日までの各日の、訪問介護・訪問看護提供のための訪問回数の合計を、要介護度別に記入してください。

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、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 | | 10人 | 20人 | 20人 | 10人 | 10人 | 0人 |
| 訪問介護 | 実利用者数 | 10人 | 20人 | 20人 | 5人 | 5人 | 0人 |
| | 延べ訪問回数 | 150回 | 320回 | 300回 | 80回 | 80回 | 0回 |
| | うちサービス付き高齢者向け住宅または有料老人ホームの延べ訪問回数 | 100回 | 150回 | 100回 | 10回 | 10回 | 0回 |
| 訪問看護 | | 5人 | 6人 | 7人 | 8人 | 9人 | 0人 |
| 訪問看護 | 実利用者数 | 5人 | 6人 | 7人 | 8人 | 9人 | 0人 |
| | 延べ訪問回数 | 30回 | 40回 | 50回 | 60回 | 70回 | 0回 |
| | うちサービス付き高齢者向け住宅または有料老人ホームの延べ訪問回数 | 10回 | 10回 | 10回 | 10回 | 10回 | 0回 |

(例) 延べ訪問回数のうち、同じ有料老人ホーム「うちサービス付き高齢者向け住宅」

※「その他」の欄には、自費でサービスを利用

・介護保険以外(健康保険法等のみ、自費等)の利

| | |
|--------|-----|
| 実利用者数 | 2人 |
| 延べ訪問回数 | 10回 |

「サービス付き高齢者向け住宅または有料老人ホームの延べ訪問回数」には、サービス付き高齢者向け住宅または有料老人ホームに入居する利用者を訪問した回数を、うち数として記入してください。

(例) 延べ訪問回数のうち、同じ有料老人ホームに入居する5名の利用者に1回ずつサービスを提供した場合は、「うちサービス付き高齢者向け住宅または有料老人ホームの延べ利用回数」は「5回」と記載します。

・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. 徒歩 2. 自転車 ③. 自動車等 4. 公共交通機関

※「3. 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

4月1日～30日における1回(件)の訪問に要する平均的な移動時間について、1～6のうち当てはまるものを選択してください。

なお、待機時間は移動時間に含めません。1回(件)の訪問にかかった平均的な移動時間について詳しくは、47ページの参考資料[2]を参照してください。

<調査対象サービスが夜間対応型訪問介護の記入例>

⑩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※ |
|--------------------------------------|------|------|------|------|------|------|
| 実利用者数 | 1人 | 2人 | 3人 | 4人 | 5人 | 0人 |
| 延べ訪問回数 | 10回 | 30回 | 40回 | 10回 | 60回 | 0回 |
| うちサービス付き高齢者向け住宅 または有料老人ホームの延べ訪問回数 | 5回 | 10回 | 10回 | 5回 | 10回 | 0回 |

4月1日～30日までの各日の訪問回数の合計を、要介護度別に記入してください。

「サービス付き高齢者向け住宅または有料老人ホームの延べ訪問回数」には、サービス付き高齢者向け住宅または有料老人ホームに入居する利用者を訪問した回数を、うち数として記入してください。

(例) 延べ訪問回数のうち、同じ有料老人ホームに入居する5名の利用者に1回ずつサービスを提供した場合は、「うちサービス付き高齢者向け住宅または有料老人ホームの延べ訪問回数」は「5回」と記載します。

・訪問する職員の主な訪問(移動)手段として、最も多いものを記入してください。

1. 徒歩 2. 自転車

※ 「3. 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

4月1日～30日における1回(件)の訪問に要する平均的な移動時間について、1～6のうち当てはまるものを選択してください。
なお、待機時間は移動時間を含めません。移動時間、訪問回数の考え方については、47ページの参考資料[2]を参照してください。

<調査対象サービスが認知症対応型通所介護/介護予防認知症対応型通所介護の記入例>

①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

| | 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 | 5人 | 5人 | 5人 | 2人 | 1人 | 0人 |
| 延べ利用回数 | 50回 | 60回 | 40回 | 10回 | 10回 | 0回 |
| うちサービス付き高齢者向け住宅または有料老人ホームに居住する方の延べ利用回数 | 10回 | 20回 | 10回 | 5回 | 5回 | 0回 |

(例) 延べ利用回数のうち、同じ有料老人ホームに入居する5名の利用者が1回ずつサービスを利用した場合は、「うちサービス付き高齢者向け住宅または有料老人ホームに居住する方の延べ利用回数」は「5回」と記載します。
 ※「その他」の種には、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。

4月1日～30日までの、各日24時現在の利用者数の合計を、要介護度別に記入してください。

介護予防認知症対応型通所介護

| | 要支援1 | 要支援2 | その他※ |
|--|------|------|------|
| 実利用者数 | 5人 | 5人 | 1人 |
| 延べ利用回数 | 50回 | 50回 | 10回 |
| うちサービス付き高齢者向け住宅または有料老人ホームに居住する方の延べ利用回数 | 10回 | 10回 | 0回 |

(例) 延べ利用回数のうち、同じ有料老人ホームに入居する5名の利用者が1回ずつサービスを利用した場合は、「うちサービス付き高齢者向け住宅または有料老人ホームに居住する方の延べ利用回数」は「5回」と記載します。
 ※「その他」の種には、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。

「サービス付き高齢者向け住宅または有料老人ホームに居住する方の延べ利用回数」には、サービス付き高齢者向け住宅または有料老人ホームに入居する利用者が利用した回数を、延べ利用回数のうち数として記入してください。

(例) 延べ利用回数のうち、同じ有料老人ホームに入居する5名の利用者が1回ずつサービスを利用した場合は、「うちサービス付き高齢者向け住宅または有料老人ホームに居住する方の延べ利用回数」は「5回」と記載します。

認知症対応型通所介護/介護予防認知症対応型通所介護

・送迎を行った利用者について、1回の送迎にかかった平均的な送迎時間について、該当する番号に○をつけてください。

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

4月1日～30日における1回の送迎にかかった平均的な送迎時間について、1～6のうち当てはまるものを選択してください。
 1回の送迎にかかった平均的な送迎時間について詳しくは、48ページの参考資料[3]を参照してください。

<調査対象サービスが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の記入例>

②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

| | 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 | 1人 | 2人 | 3人 | 4人 | 5人 | 0人 |
| 延べ利用回数 | 10回 | 10回 | 10回 | 20回 | 10回 | 0回 |
| うちサービス付き高齢者向け住宅または有料老人ホームに居住する方の延べ利用回数 | 5回 | 5回 | 5回 | 10回 | 5回 | 0回 |

同じ有料老人ホームに入居する5名の利用者が1回ずつサービスを利用した場合は、「サービス付き高齢者向け住宅または有料老人ホームに居住する方の延べ利用回数」は「5回」と記載します。
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。

4月1日～30日までの、各日24時現在の利用者数の合計を、要介護度別に記入してください。

介護予防小規模多機能型居宅介護

| | 要支援1 | 要支援2 | その他※ |
|--|------|------|------|
| 実利用者数 | 1人 | 3人 | 0人 |
| 延べ利用回数 | 20回 | 40回 | 0回 |
| うちサービス付き高齢者向け住宅または有料老人ホームに居住する方の延べ利用回数 | 10回 | 10回 | 0回 |

(例) 延べ利用回数のうち、同じ有料老人ホームに入居する5名の利用者が1回ずつサービスを利用した場合は、「サービス付き高齢者向け住宅または有料老人ホームに居住する方の延べ利用回数」は「5回」と記載します。

※「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。

「サービス付き高齢者向け住宅または有料老人ホームに居住する方の延べ利用回数」には、サービス付き高齢者向け住宅または有料老人ホームに入居する利用者が利用した回数を、うち数として記入してください。

(例) 延べ利用回数のうち、同じ有料老人ホームに入居する5名の利用者が1回ずつサービスを利用した場合は、「サービス付き高齢者向け住宅または有料老人ホームに居住する方の延べ利用回数」は「5回」と記載します。

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

・送迎を行った利用者について、1回の送迎にかかった平均的な送迎時間について、該当する番号に○をつけてください。

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

4月1日～30日における1回の送迎にかかった平均的な送迎時間について、1～6のうち当てはまるものを選択してください。
1回の送迎にかかった平均的な送迎時間について詳しくは、48ページの参考資料[3]を参照してください。

<調査対象サービスが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の記入例>

③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

| | 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 | 2人 | 3人 | 4人 | 4人 | 4人 | 0人 |
| 延べ利用者数 | 60人 | 90人 | 100人 | 110人 | 120人 | 0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。

4月1日～30日までの、各日24時現在の利用者数の合計を、要介護度別に記入してください。

介護

| | 要支援2 | その他※ |
|--------|------|------|
| 実利用者数 | 1人 | 0人 |
| 延べ利用者数 | 30人 | 0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。

<調査対象サービスが看護小規模多機能型居宅介護の記入例>

④看護小規模多機能型居宅介護

| | 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 | 1人 | 3人 | 4人 | 4人 | 5人 | 0人 |
| 延べ利用回数 | 20回 | 30回 | 30回 | 30回 | 30回 | 0回 |
| うちサービス付き高齢者向け住宅または有料老人ホームに居住する方の延べ利用回数 | 10回 | 10回 | 10回 | 10回 | 10回 | 0回 |

(例) 延べ利用回数のうち、同じ有料老人ホームに入居する5名の利用者が1回ずつサービスを利用した場合は、

4月1日～30日までの各日の利用者数の合計を、要介護度別に記入してください。

「サービス付き高齢者向け住宅または有料老人ホームの延べ利用回数」には、サービス付き高齢者向け住宅または有料老人ホームに入居する利用者が利用した回数を、うち数として記入してください。

(例) 延べ利用回数のうち、同じ有料老人ホームに入居する5名の利用者が1回ずつサービスを利用した場合は、「うちサービス付き高齢者向け住宅または有料老人ホームに居住する方の延べ利用回数」は「5回」と記載します。

・送迎を行った利用者について、1回の送迎にかかった平均的な送迎時間について、該当する番号に○をつけてください。

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

4月1日～30日における1回の送迎にかかった平均的な送迎時間について、1～6のうち当てはまるものを選択してください。
1回の送迎にかかった平均的な送迎時間について詳しくは、48ページの参考資料[3]を参照してください。

<調査対象サービスが居宅介護支援/介護予防支援の記入例>

⑤居宅介護支援/介護予防支援

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※ |
|---|------|------|------|------|------|------|
| 実利用者数 | 20人 | 30人 | 15人 | 10人 | 5人 | 0人 |
| うちサービス付き高齢者向け住宅 または有料老人ホームに居住する 実利用者数 | 10人 | 10人 | 5人 | 5人 | 0人 | 0人 |

4月1日～30日までの各日の利用者数の合計を、要介護度別に記入してください。

「サービス付き高齢者向け住宅または有料老人ホームに居住する方の実利用者数」には、「サービス付き高齢者向け住宅または有料老人ホームに入居する実利用者数を、うち数として記入してください。

(例) 実利用者数のうち、同じ有料老人ホームに入居する5名の利用者に1回ずつサービスを提供した場合は、「うちサービス付き高齢者向け住宅または有料老人ホームに居住する実利用者数」は「5人」と記載します。

介護予防支援

| | 要支援1 | 要支援2 | その他※ |
|---|------|------|------|
| 実利用者数 | 20人 | 30人 | 1人 |
| うちサービス付き高齢者向け住宅 または有料老人ホームに居住する 実利用者数 | 10人 | 10人 | 0人 |

(例) 実利用者数のうち、同じ有料老人ホームに入居する5名の利用者に1回ずつサービスを提供した場合は、「うちサービス付き高齢者向け住宅または有料老人ホームに居住する実利用者数」は「5人」と記載します。
※「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数を記入してください。

居宅介護支援/介護予防支援

・訪問する職員の名な訪問(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. 徒歩 ②. 自転車 3. 自動車等 4. 公共交通機関

※「3. 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

4月1日～30日における1回(件)の訪問に要する平均的な移動時間について、1～6のうち当てはまるものを選択してください。なお、待機時間は移動時間に含めません。移動時間、訪問回数の考え方については、47ページの参考資料[2]を参照してください

- 調査対象サービスにおいて導入している介護テクノロジー(介護ロボットや ICT 等)の機器についてあてはまる番号に○をつけたうえで、それぞれのランニングコスト(機器の保守・点検等にかかった費用額)を記入してください。
- 機器別にランニングコストを記入することが難しい場合は、まとめた費用額を問1(6)ー3に記入してください。

一回答に必要な資料一

- ✓ 保守契約書・サポート契約書
- ✓ 総勘定元帳(仕訳帳)、請求書・領収書

(6) 調査対象サービスにおける令和8年4月末時点の介護テクノロジー(介護ロボットやICT等)の導入状況等について、おうかがいします。

- 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(P.●)参照してください。
- 併設サービス分は記入要領を参照し、適切な按分を行ったうえで、調査対象サービス分の費用額を記入してください。
- 介護テクノロジーの保守・点検等にかかった費用が0円の場合は、空欄ではなく「0」(ゼロ)を記入してください。
- 令和7年度決算時には未導入だった機器の費用は、空欄ではなく「0」(ゼロ)を記入してください。
- 各種の機器を一括で契約しているなど、機器別に費用を記入することが難しい場合は、問1(6)ー3に合計額を記入してください。

問1(6)ー1

調査対象サービスにおいて令和8年4月末時点で導入している機器について、該当する番号すべてに○をつけてください。(複数回答可)

介護テクノロジーの導入状況(令和8年4月末時点)

| | |
|----|-------------------|
| ① | 移乗支援機器 |
| 2 | 移動支援機器 |
| 3 | 排泄 |
| 4 | 入浴 |
| ⑤ | 見守 |
| ⑥ | 介護 |
| 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 |

介護テクノロジーの具体例については、22ページをご覧ください。

○を付けた機器について、費用額を記入

※令和7年度決算期に未導入の場合は「0」を記入

問1(6)ー2

令和7年度決算期数値におけるそれぞれの機器の保守・点検等のランニングコスト(1年間にかかった年額)を記入してください。

| 令和7年度決算期 | | 機器の保守・点検等のランニングコスト(1年間にかかった年額) | | | | | | |
|----------|--|--------------------------------|---|---|---|---|---|---|
| | | 百 | | 千 | | 円 | | |
| | | 万 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 |
| 1 | | 1 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 2 | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | 0 |
| 6 | | | | | | | | 0 |
| 7 | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | |

それぞれの機器のランニングコスト(保守・点検等にかかった費用額)を記入してください。

問1(6)ー3

令和7年度決算期数値について、機器別に費用を記入するのが難しい場合は、まとめた費用額を記入してください。

| | | 百 | | 千 | | 円 | | |
|-------|--|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 万 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 |
| 一括費用額 | | | | | | | | |

それぞれの機器のランニングコスト(保守・点検等にかかった費用額)を記入してください。

ランニングコストの考え方

- ランニングコストとは、
 - 機器が故障した場合や、メンテナンス・点検時に発生した保守費
 - 機器の使用に際して必要となるインターネット回線使用料等の通信費
 - 機器の故障等に備える保険料 等
 を含みます。なお、機器のリース料や介護記録ソフト等の定期的に支払うサブスク型利用料等は含みません。
- 単独会計、一体会計いずれの場合であっても調査票には、調査対象サービス分に按分した金額を記入してください。(1つの機器を複数のサービスで利用している場合、本調査票には調査対象サービス分のみ按分した金額を記入してください。)
- 按分に際しては、機器の利用状況に鑑みて適切な按分を行ってください。按分した金額は、小数点以下第 1 位を四捨五入し、整数で記入してください。

例 1

調査対象サービスが**特定施設入居者生活介護**で、介護テクノロジーとして利用者のベッドに設置する見守りセンサーを導入している場合



ベッドに設置した見守りセンサーの故障に伴う修理費などのランニングコストが発生

全額、調査対象サービスである特定施設入居者生活介護のランニングコストとして調査票へ記入

例 2

調査対象サービスが**特定施設入居者生活介護**で、併設している通所リハビリテーションと共用の入浴支援装置を介護テクノロジーとして導入している場合



入浴支援装置の故障に伴い修理費用となるランニングコストが発生

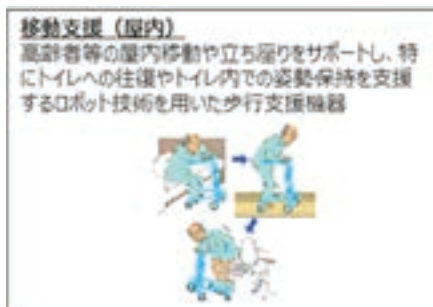
例えば、利用量に該当する延べ利用者数で按分し、調査対象サービスである特定施設入居者生活介護分のランニングコストを算出して記入
(※事業所全体のランニングコストに【特定施設入居者生活介護分の延べ利用者数/事業所内全サービスの延べ利用者数】を乗じる)

介護テクノロジーの具体例

1. 移乗支援機器(※介護用リフトを導入している場合、こちらを選択してください。)



2. 移動支援機器



3. 排泄支援機器



4. 入浴支援機器



5. 見守り・コミュニケーション機器



6. 介護業務支援機器(介護記録ソフト等)



7. 機能訓練支援機器



8. 食事・栄養管理支援機器



9. 認知症生活支援・認知症ケア支援機



- それぞれの機器の詳細については、厚生労働省ホームページ (<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001268136.pdf>)を参照してください。

● 一体的に会計を行っている併設サービスの実績について記入してください。

※この項目は費用按分にも用いる項目となりますので、必ず記入をお願いします。

- 問1(4)令和7年度の「会計の区分状況」の回答により、記入する内容が異なります。
- 問1(4)において

「1. 単独会計」と回答した場合



下記の問1(7)は記入不要です。

「2. 一体会計」と回答した場合



下記の問1(7)に関して、会計を一体的に行っている併設の介護保険サービスについて記入してください。

一回答に必要な資料一

- ✓ 令和8年4月の利用者数等が分かる資料
- ✓ 令和8年4月の食事提供回数が分かる資料 (栄養管理報告書など)

問1 施設の概要についておうかがいします

(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と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。

介護サービスと介護予防サービスの指定を両方受けている場合は、介護サービスの事業所番号を記入してください。

| 併設サービスの種類 | | 事業所番号 | | | | | | | | | | 延べ利用者数等 | | |
|--------------------|--------------------------|-------|---|---|---|---|---|---|---|---|-----|------------|--------|---|
| 施設サービス | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 0 | | | |
| 1 | 介護老人福祉施設 | | | | | | | | | | | | 人 | |
| 2 | 介護老人保健施設 | | | | | | | | | | | 延べ在所(在院)者数 | 人 | |
| 3 | 介護医療院 | | | | | | | | | | | | 人 | |
| 在宅サービス | 4 訪問介護(旧介護予防を含む) | | | | | | | | | | | 延べ訪問回数 | 回 | |
| | 5 訪問入浴介護(介護予防を含む) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 0 | 930回 | 回 | |
| | 6 訪問看護(介護予防を含む) | | | | | | | | | | | | 回 | |
| | 7 訪問リハビリテーション(介護予防を含む) | | | | | | | | | | | | 回 | |
| | 8 居宅検査管理指導(介護予防を含む) | | | | | | | | | | | 実利用者数 | 人 | |
| | 9 通所介護(旧介護予防を含む) | | | | | | | | | | | | 延べ利用回数 | 回 |
| | 10 通所リハビリテーション(介護予防を含む) | | | | | | | | | | | | | 回 |
| | 11 短期入所生活介護(介護予防を含む) | | | | | | | | | | | | | 人 |
| | 12 短期入所療養介護 | | | | | | | | | | | | 利用者数 | 人 |
| | 13 特定施設入居者生活介護 | | | | | | | | | | | | | 人 |
| | 14 福祉用具貸与(介護予防を含む) | | | | | | | | | | | | 実利用者数 | 人 |
| 15 居宅介護支援(介護予防を含む) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 0 | 80人 | 人 | | |
| 地域密着型サービス | 16 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 | | | | | | | | | | | 実利用者数 | 人 | |
| | 17 夜間対応型訪問介護 | | | | | | | | | | | 延べ訪問回数 | 回 | |
| | 18 地域密着型通所介護 | | | | | | | | | | | | 回 | |
| | 19 認知症対応型通所介護(介護予防を含む) | | | | | | | | | | | 延べ利用回数 | 回 | |
| | 20 小規模多機能型居宅介護(介護予防を含む) | | | | | | | | | | | | 回 | |
| | 21 認知症対応型共同生活介護(介護予防を含む) | | | | | | | | | | | | 人 | |
| | 22 地域密着型特定施設入居者生活介護 | | | | | | | | | | | 延べ利用者数 | 人 | |
| | 23 地域密着型介護老人福祉施設 | | | | | | | | | | | 延べ在所(在院)者数 | 人 | |
| | 24 看護小規模多機能型居宅介護 | | | | | | | | | | | 延べ利用回数 | 回 | |

訪問介護、通所介護及び地域密着型通所介護については、総合事業(従前相当)の指定を受けた場合、総合事業対象者分も含めてください。

・調査対象サービスと一体的に会計を行っているサービスの「延べ利用者数等」を記入してください。
・「延べ利用者数等」に記入すべき内容については、49ページの参考資料[4]の説明を参照してください。
・「延べ利用者数等」は介護サービスと介護予防サービスの両方の実績を合わせた数値を記入してください。

● 建物の状況(面積)について記入してください。

※床面積はすべて小数点以下第1位を四捨五入し、整数で記入してください。
 ※この項目は費用按分にも用いる項目となりますので、必ず記入をお願いします。

－回答に必要な資料－

- ✓ 建築確認関係書類
- ✓ 平面図・賃貸借契約書等

問2 令和8年4月時点の建物の状況についておうかがいします。

調査対象サービスと全体の建物床面積を記入してください。
 ※ 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。

| | | |
|-------|------|------------|
| | 全体 | うち調査対象サービス |
| 建物床面積 | 140㎡ | 35㎡ |

・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(障害者へのサービス等)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「単体会計」と回答した場合は、「全体」には、併設サービス等を含めた施設(拠点)全体に係る床面積を記入してください。
 ※具体的にどの範囲を記入すべきか分からない場合は、調査事務局(0120-106-615)までお問い合わせください。

・調査対象サービスが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、もしくは地域密着型特定施設入居者生活介護の場合、利用者が介護保険外の自由契約等で利用している居室も「うち調査対象サービス」分に含めてください。
 ・調査対象サービスが訪問系のサービス、もしくは居宅介護支援/介護予防支援の場合、従事する職員の利用する面積やサービス提供に係る事務室等の面積を「うち調査対象サービス」分に記入してください。

全体の床面積の計算方法

1. 「単体会計」の場合

全体には、併設サービス分も含めた施設(拠点)全体としてください。

$$\text{建物床面積全体} = \text{調査対象サービス} + \text{併設サービス分}$$

2. 「一体会計」の場合

全体には、会計を一体的に行っているサービス分も含めてください。

$$\text{建物床面積全体} = \text{調査対象サービス} + \text{他の介護保険サービス} + \text{介護保険以外の事業(障害者へのサービス等)}$$

調査対象サービスと会計を一体的に行っているサービス

1. 調査の概要
 2. 調査についての注意事項
 3. 記入要領
 問1
 問2
 問3
 問4(1)
 問4(2)
 問4(3)
 参考資料

● 調査対象サービス分及び併設サービス分の職員数と職員給与についてご回答ください。

※この項目は費用按分にも用いる項目となりますので、必ず記入をお願いします。

- 問1(4)令和7年度の「会計の区分状況」の回答により、記入する内容が異なります。
- 問1(4)において

「1. 単独会計」と回答した場合



本冊子の27ページから28ページを参照してください。

「2. 一体会計」と回答した場合



本冊子の29ページから30ページを参照してください。

- 「換算人員の計算方法」、「よくある質問」を51ページ以降の参考資料に掲載しています。
- 電子調査票の「問3 簡易計算」シートでは、各職員の勤務実績(令和8年4月に勤務をした各職員の職種、勤務時間数、調査対象サービスに従事した時間数)を入力すると、本問の回答欄に記入する数値が自動計算されます。便利な機能となっておりますのでぜひご利用ください。
なお、電子調査票は以下の専用ホームページから取得することが可能です。

調査専用ウェブサイト:<https://r8-keiei.kaigo-survey.mhlw.go.jp>

※紙の調査票にて回答している場合は、お手数ですが、上記ウェブサイトから電子調査票を取得いただき、ご利用ください。

簡易計算シートのイメージ

| 職種 (必須職種はシート上部または欄外に赤字で表示されます) | 勤務形態 | 勤務時間 (令和8年4月分) | | 給料(令和8年4月分) | | 賞与または賞与引当金 繰入 (令和7年度実績の1/12の金額) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|------|-------------------|-------------|-------------|--------|---------------------------------------|-----------|---------|----------|----------|----------|---------------|--------------|--------------|--------|------------|--------|---------|--------|------------|----------------------------|-------------------------------|------|-------|
| | | 合計 | うち調査対象サービス分 | 合計 | うち通勤手当 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>※当該職員の職種を下記から選択し、該当する1つ以上の列に「1」と入力してください。複数の職種を兼務している場合は、給与体系がどの職種に属したかによって選択してください。 ※職種が「7 介護職員」の場合は介護福祉士資格の有無について、「16 栄養士」の場合は管理栄養士の有無についても入力してください。 ※勤務形態が「常勤」の職員とは、施設及び事業所で定めた勤務時間(所定労働時間)の全てを勤務する者をいいます。逆に所定労働時間を満たさない勤務時間の職員は、「非常勤」としてください。必ずいずれかの列に「1」と入力してください。 注) ◎、△が付されている職種は、欄外の補足説明を参照して入力してください。</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 管理者 | 2 医師 | 3 歯科医師 | 4 薬剤師 | 5 看護師 | 6 准看護師 | 7 介護職員 | 8 うち介護福祉士 | 9 理学療法士 | 10 作業療法士 | 11 言語聴覚士 | 12 歯科衛生士 | 13 マッサージ師・あん摩 | 14 柔道整復師・あん摩 | 15 福祉用具専門相談員 | 16 栄養士 | 17 うち管理栄養士 | 18 調理員 | 19 事務職員 | 20 その他 | 21 その他(再掲) | 22 1 1 2 0 のうち介護支 者(再掲) | 1 1 2 0 のうち訪問介 護のサービス提供責任者 | 1 常勤 | 2 非常勤 |

「1. 単独会計」と回答した場合

常勤・非常勤ともに調査対象サービス分のみを記入してください。
色がついている欄をすべて記入してください。

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

<記入の流れ>

- ① 調査対象サービスのみに従事する常勤職員の人数を、常勤の(B)「調査対象サービス分の換算人員」欄に記入してください。(配置されていない職種については、「0」(ゼロ)を記入)
ただし、他の施設・事業所等と兼務している者は、実際の総勤務時間に占める、調査対象サービスの勤務時間の割合に応じた人数を計上してください。兼務していない常勤職員は必ず「1.0」になります。
- ② 調査対象サービスの非常勤職員の人数を、非常勤の(D)「実人員」欄に記入してください。(配置されていない職種については、「0」(ゼロ)を記入)
- ③ ②で記入した非常勤の「実人員」について、51 ページの参考資料[5]「換算人員の計算方法」を用いて、勤務時間数の実績により調査対象サービス分の換算人員を算出し、非常勤の(F)「調査対象サービス分の換算人員」欄に記入してください。ただし、他の施設・事業所等と兼務している者は、実際の総勤務時間に占める、調査対象サービスの勤務時間の割合に応じて按分してください。
- ④ ①で記入した調査対象サービス分の換算人員に対して4月中に支払った給料を、職種ごとに合計して、常勤の(C)「給料」欄に記入してください。ただし、他の施設・事業所等と兼務している者は、参考資料 51 ページの例にならない「調査対象サービス分の換算人員」に対応する金額を計上してください。また、給料に含めるべきものに関しては参考資料 52 ページ「よくある質問」を参照してください。
- ⑤ ③で記入した調査対象サービス分の換算人員に対して4月中に支払った給料を、職種ごとに合計して、非常勤の(G)「給料」欄に記入してください。ただし、他の施設・事業所等と兼務している者は、参考資料 51 ページの例にならない、「調査対象サービス分の換算人員」に対応する金額を計上してください。

「23 通勤手当(再掲)」以下の項目については、職員全員分の金額を記入してください。ただし、他の施設・事業所等と兼務している者は、「調査対象サービス分の換算人員」に対応する金額を計上してください。本ページの図において色がついている欄がすべて記入されていることと、常勤の「実人員」欄、非常勤の「換算人員」欄は記入不要のため、空欄になっていることを確認してください。

こちらの枠内には、令和7年度実績の1/12の金額を記入してください。

| | | 百万 | 千 | 円 |
|----------------------------------|-------------------------------|----|---|---|
| 23 | 通勤手当(再掲)(令和8年4月分) | 23 | | |
| 24 | 賞与または賞与引当金繰入(令和7年度実績の1/12の金額) | 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) | | | | |
| 25 | 社会福祉施設退職手当等職員共済に加入 | 25 | | |
| 26 | 全国社会福祉団体職員退職手当積立基金に加入 | 26 | | |
| 27 | 中小企業退職金共済制度に加入 | 27 | | |
| 28 | その他共済制度に加入 | 28 | | |
| 29 | 退職給与(給付)引当金繰入の実施 ※25~28以外 | 29 | | |
| 30 | 退職金として支出 ※25~29に計上される分を除く | 30 | | |
| 31 | 法定福利費(事業主負担・令和7年度実績の1/12の金額) | 31 | | |

「法定福利費」には、健康保険、年金保険、児童手当等の事業主負担額、医療保険及び労働保険料(雇用保険、労災保険)の事業主負担額について、令和7年度実績の1/12の金額を記入してください。

記入例

施設が定めている1週間の勤務時間が40時間で、常勤の介護職員2名(A,B)を雇用している場合、次のような計算を行って記入してください。

・介護職員(かつ介護福祉士) Aさん
 …1週間の勤務時間が40時間で、他施設・事業所との兼務はない。
 令和8年4月に支払った給与は24万円。

・介護職員(介護福祉士ではない) Bさん
 …1週間の勤務時間が40時間で、うち20時間は調査対象サービスに従事し、
 うち20時間は他事業所に従事。令和8年4月に支払った給与は24万円。

<計算>

・介護職員の「調査対象サービス分の換算人員」
 → Aさん: 40/40(=1人)
 Bさん: 20/40(=0.5人) 合計 1.5人

<計算>

・介護職員の「給料」
 → A: 24万円
 B: 24万円×20/40 合計 36万円

<調査票記入例>

| 職 種 | 常 勤 | | | | 非 常 勤 | | | | | | | | | | | | |
|-----------|-----|----------------|-----|---|-------|------|----------------|-----|---|-----|---|---|---|---|---|---|---|
| | (A) | (B) | (C) | | (D) | (E) | (F) | (G) | | | | | | | | | |
| | 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) | 百万 | 千 | 円 | (人) | (人) | (人) | 百万 | 千 | 円 | | | | | | | |
| 7 介護職員 | | 1.5 | 3 | 6 | 0 | 0 | 0 | 45 | . | 7 | 1 | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 8 うち介護福祉士 | | 1.0 | 2 | 4 | 0 | 0 | 0 | 10 | . | 2.8 | 6 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

「2. 一体会計」と回答した場合

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すべて記入してください。
ただし、「調査対象サービス分の換算人員(B、F)」には、調査対象サービス分のみを記入してください。
色がついている欄をすべて記入してください。

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

<記入の流れ>

- ① 調査対象サービスと会計を一体的に行っている介護保険サービス分も含めた常勤職員の人数を、常勤の(A)「実人員」欄に記入してください。(配置されていない職種については、「0」(ゼロ)を記入)
- ② ①で記入した常勤の「実人員」の人数について、実際の総勤務時間に占める、調査対象サービスの勤務時間の割合に応じた人数を、常勤の(B)「調査対象サービス分の換算人員」欄に記入してください。
兼務していない職員は必ず「1.0」になります。
- ③ 会計を一体的に行っている、調査対象サービス以外の介護保険サービス分も含めた非常勤職員の人数を、非常勤の(D)「実人員」欄に記入してください。(配置されていない職種については、「0」(ゼロ)を記入)
- ④ ③で記入した非常勤の「実人員」の人数について、51 ページの参考資料[5]「換算人員の計算方法」を用いて、勤務時間数の実績により換算人員を算出し、非常勤の(E)「換算人員」欄に記入してください。
- ⑤ ④で記入した非常勤の「換算人員」について、実際の総勤務時間に占める、調査対象サービスの勤務時間の割合に応じて按分し、非常勤の(F)「調査対象サービス分の換算人員」欄に記入してください。
- ⑥ 調査対象サービスと会計を一体的に行っている介護保険サービス分も含めた常勤職員の給料(実人員に対応する給料)を、職種ごとに合計して、常勤の(C)「給料」欄に記入してください。また、給料に含めるべきものに関しては参考資料 52 ページ「よくある質問」を参照してください。
- ⑦ 調査対象サービスと会計を一体的に行っている介護保険サービス分も含めた非常勤職員の給料(実人員に対応する給料)を、職種ごとに合計して、非常勤の(G)「給料」欄に記入してください。

「23 通勤手当(再掲)」以下の項目については、職員全員分の金額を記入してください。

こちらの枠内には、令和7年度実績の1/12の金額を記入してください。

| | | | | | |
|----------------------------------|-------------------------------|----|----|---|---|
| 23 | 通勤手当(再掲)(令和8年4月分) | 23 | 百万 | 千 | 円 |
| 24 | 賞与または賞与引当金繰入(令和7年度実績の1/12の金額) | 24 | 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) | | | | | |
| 25 | 社会福祉施設退職手当等職員共済に加入 | 25 | 百万 | 千 | 円 |
| 26 | 全国社会福祉団体職員退職手当積立基金に加入 | 26 | 百万 | 千 | 円 |
| 27 | 中小企業退職金共済制度に加入 | 27 | 百万 | 千 | 円 |
| 28 | その他共済制度に加入 | 28 | 百万 | 千 | 円 |
| 29 | 退職給与(給付)引当金繰入の実施 ※25~28以外 | 29 | 百万 | 千 | 円 |
| 30 | 退職金として支出 ※25~29に計上される分を除く | 30 | 百万 | 千 | 円 |
| 31 | 法定福利費(事業主負担・令和7年度実績の1/12の金額) | 31 | 百万 | 千 | 円 |

「法定福利費」には、健康保険、年金保険、児童手当等の事業主負担額、医療保険及び労働保険料(雇用保険、労災保険)の事業主負担額について、令和7年度実績の1/12の金額を記入してください。

記入例

施設が定めている1週間の勤務時間が40時間で、常勤の管理者2名(A,B)を雇用している場合、次のような計算を行って記入してください。

- ・管理者 Aさん
…1週間の勤務時間が40時間で、他施設・事業所との兼務はない。
令和8年4月に支払った給与は50万円。
- ・管理者 Bさん
…1週間の勤務時間が40時間で、会計を一体的に行っている併設事業所に常に従事。
令和8年4月に支払った給与は50万円。

<計算>
・管理者の「実人員」
→ Aさん: 1人
Bさん: 1人 合計2人

<計算>
・管理者の「調査対象サービス分の換算人員」
→A: 40/40(=1人)
B: 0/40(=0人) 合計1.0人

<計算>
・管理者の「給料」※実人員に対する給料
→ A:50万円
B:50万円 合計100万円

<調査票記入例>

| 職 種 | 常 勤 | | | | | 非 常 勤 | | | | | |
|-------|-----|----------------|-----|---|-----|-------|------|----------------|-----|---|---|
| | (A) | (B) | (C) | | | (D) | (E) | (F) | (G) | | |
| | 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) | 百万 | 千 | 円 | (人) | (人) | (人) | 百万 | 千 | 円 | |
| 1 管理者 | 2 | 1.0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

● 令和7年度の決算期数値における調査対象サービス分及び併設サービス分の収益について記入してください。

※この項目は費用按分にも用いる項目となりますので、必ず記入をお願いします。

- 問1(4)令和7年度の「会計の区分状況」の回答により、記入する内容が異なります。
- 問1(4)において

「1. 単独会計」と回答した場合 → 調査対象サービスのみについて、令和7年度の収益を記入してください。

「2. 一体会計」と回答した場合 → 会計を一体的に行っている介護保険サービスも含めて、令和7年度の収益を記入してください。

- 「よくある質問」を54ページの参考資料[7]に掲載しています。
- 黒塗りとなっている小計、合計欄は記入不要です。

— 回答に必要な資料 —

- ✓ 令和7年度の決算資料（損益計算書または事業活動計算書、キャッシュフロー計算書または資金収支計算書など）
- ✓ 毎月の介護料収益等が分かる資料（国保連合会から送付される明細書など）
- ✓ 利用者から徴収する保険外利用料を管理している資料（帳簿など）

問4 (1) 令和7年度の事業収益等についておうかがいします。

- 令和7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。

| | | 令和7年度決算期数値 | |
|--------|----------------------|------------|---|
| 科 | 目 | | |
| 医療収益 | | | 0 |
| 介護報酬収益 | | | |
| | 1 併設介護料収益(利用者負担分を含む) | | |
| | (1)介護老人保健施設 | | |
| | (2)介護医療院 | | |

調査対象サービスの会計に、医療分の収益も含む場合は、ここに記入してください。

・介護老人保健施設又は介護医療院と会計を一体的に行っている場合には、当該サービスに係る介護料収益を記入してください。
 ・短期入所療養介護(介護予防含む)サービスに係る収益額は、ここに含めず「2 居宅介護料収益」の(7)短期入所療養介護(介護予防を含む)内に計上してください。

| | | | | | | | | | |
|------------------------------------|-----------------------------|--|----|--|--|--|--|---|---|
| 1 医療・介護収益 | 2 居宅介護料収益(利用者負担分を含む) | | | | | | | | |
| | (1)訪問介護 | | | | | | | | 0 |
| | (2)訪問入浴介護(介護予防を含む) | | | | | | | | 0 |
| | (3)訪問看護(介護予防を含む) | | | | | | | | 0 |
| | (4)訪問リハビリテーション(介護予防を含む) | | | | | | | | 0 |
| | (5)通所介護 | | | | | | | | 0 |
| | (6)通所リハビリテーション(介護予防を含む) | | | | | | | | 0 |
| | (7)短期入所療養介護(介護予防を含む) | | 10 | | | | | | 0 |
| | (8)特定施設入居者生活介護(介護予防を含む) | | | | | | | | 0 |
| | (9)福祉用具貸与(介護予防を含む) | | | | | | | | 0 |
| | (10)居宅療養管理指導(介護予防を含む) | | | | | | | | 0 |
| | (11)定期巡回・随時対応型訪問介護看護 | | | | | | | | 0 |
| | (12)夜間対応型訪問介護 | | | | | | | | 0 |
| | (13)地域密着型通所介護 | | | | | | | | 0 |
| | (14)認知症対応型通所介護(介護予防を含む) | | | | | | | | 0 |
| | (15)小規模多機能型居宅介護(介護予防を含む) | | 16 | | | | | | 0 |
| | (16)認知症対応型共同生活介護(介護予防を含む) | | | | | | | | 0 |
| | (17)地域密着型特定施設入居者生活介護 | | | | | | | | 0 |
| | (18)看護小規模多機能型居宅介護 | | | | | | | | 0 |
| (19)その他の居宅介護サービス(①～⑱に該当しないもの) | | | | | | | | 0 | |
| 3 居宅介護支援介護料収益 | | | | | | | | | 0 |
| (1)居宅介護支援介護料収益 | | | | | | | | | 0 |
| (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別表) | | | | | | | | | 0 |
| 4 介護予防・日常生活支援総合事業費収益 | | | | | | | | | 0 |
| 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) | | | | | | | | | 0 |
| 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) | | | | | | | | | 0 |
| 5 保険外の利用料による収益 | | | | | | | | | 0 |
| (1)施設利用者収益 | | | | | | | | | 0 |
| ① 介護老人保健施設 | | | | | | | | | 0 |
| ② 介護医療院 | | | | | | | | | 0 |

・国民健康保険団体連合会に請求した介護報酬による収益と、利用者から徴収した1～3割負担分の合計額を記入してください。利用者負担の公費補助による収益がある場合には、それも含めてください。
 ・保険外の利用料はここに含めず、「5 保険外の利用料による収益」に計上してください。

特定福祉用具販売サービスを併設している場合は、こちらに含めて計上してください。

介護予防・日常生活支援総合事業の収益についてはこちらには含めず、「4 介護予防・日常生活支援総合事業費収益」に記入してください。

・国民健康保険団体連合会に請求した介護報酬による収益を記入してください。
 ・公費による収益がある場合はここに計上してください。

介護予防・日常生活支援総合事業のうち、旧介護予防訪問介護または旧介護予防通所介護に相当するサービスを提供している場合には、当該事業に係る収益について、公費分と一般分を合わせて記入してください。

短期入所療養介護の利用者分は、ここに含めず「5 保険外の利用料による収益」の(2)居宅介護サービス利用料収益⑦短期入所療養介護(介護予防を含む)に計上してください。

| | | 令和7年度決算期数値 | | | | | |
|-----------------------------|----|------------|---|---|---|---|---|
| 科 目 | | 金 額 | | | | | |
| (2)居宅介護サービス利用料収益 | | | | | | | |
| ① 訪問介護 | | | | | | | 0 |
| ② 訪問入浴介護(介護予防を含む) | 30 | | | | | | 0 |
| ③ 訪問看護(介護予防を含む) | 31 | | | | | | 0 |
| ④ 訪問リハビリテーション(介護予防を含む) | 32 | | | | | | 0 |
| ⑤ 通所介護 | 33 | | | | | | 0 |
| ⑥ 通所リハビリテーション(介護予防を含む) | 34 | | | | | | 0 |
| ⑦ 短期入所療養介護(介護予防を含む) | 35 | | | | | | 0 |
| ⑧ 特定施設入居者生活介護(介護予防を含む) | 36 | | | | | | 0 |
| ⑨ 福祉用具貸与(介護予防を含む) | 37 | | | | | | 0 |
| ⑩ 居宅療養管理指導(介護予防を含む) | 38 | | | | | | 0 |
| ⑪ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 | 39 | | | | | | 0 |
| ⑫ 夜間対応型訪問介護 | 40 | | | | | | 0 |
| ⑬ 地域密着型通所介護 | 41 | | | | | | 0 |
| ⑭ 認知症対応型通所介護(介護予防を含む) | 42 | | | | | | 0 |
| ⑮ 小規模多機能型居宅介護(介護予防を含む) | 43 | | | | | | 0 |
| ⑯ 認知症対応型共同生活介護(介護予防を含む) | 44 | | | | | | 0 |
| ⑰ 地域密着型特定施設入居者生活介護 | 45 | | | | | | 0 |
| ⑱ 看護小規模多機能型居宅介護 | 46 | 1 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ⑲ その他の居宅介護サービス(①～⑱に該当しないもの) | 47 | | | | | | 0 |

保険外の利用料に係る収益額を記入してください。

| | | | | | | | | | |
|------------------------------------|----------------------------|----|----|--|--|--|--|---|---|
| 1 医療・介護 | 5 保険外の利用料による収益 | | | | | | | | |
| | (3)食費収益 | | | | | | | 0 | 0 |
| | (4)居住費収益 | | | | | | | | 0 |
| | (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 | | | | | | | | 0 |
| | うち旧介護予防通所介護に相当するサービス | 51 | | | | | | | 0 |
| | (6)その他の利用料収益 | | 52 | | | | | | 0 |
| | 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 | 53 | | | | | | | 0 |
| 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 | 54 | | | | | | | 0 | |

食費、居住費には特定入所者介護サービス費(補足給付)を含めてください。詳細は 54 ページを参照してください。
ケアハウスの生活費として処理されるものは除きます。

軽費老人ホーム、有料老人ホーム等における入居金収益を当該年度分に按分して記入してください。介護等一時金の償却額もここに含みます。なお、特定施設入居者生活介護(介護予防含む)、地域密着型特定施設入居者生活介護の1~3割の利用者負担分に充当している場合には、充当した額を除き、「6(1)入居金収益」に計上してください。

軽費老人ホーム、有料老人ホーム等における管理費収益を記入してください。一括徴収の償却額もここに含みます。なお、特定施設入居者生活介護(介護予防含む)、地域密着型特定施設入居者生活介護の1~3割の利用者負担分を充当した場合には、充当した額を除き、「6(2)管理費収益」に計上してください。

| | | | | | | | | | |
|------------|-------------------------------------|----|--|--|--|--|--|---|---|
| 6 | その他の事業収益 | | | | | | | | |
| | (1)入居金収益 | 55 | | | | | | | 0 |
| | 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 | 56 | | | | | | | 0 |
| | (2)管理費収益 | 57 | | | | | | | 0 |
| | 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 | | | | | | | | 0 |
| (3)介護報酬査定減 | | | | | | | | 0 | |
| (4)その他 | | | | | | | | 0 | |

施設運営事業収益計(医療収益+介護報酬収益)

以前の介護報酬請求に加算額等の誤りがあり、報酬の査定減が生じた場合は、こちらに計上してください。

問4(2) 財務活動等による支出 📄 調査票の9ページ

● 令和7年度の「設備資金借入金元金償還金支出」、「長期運営資金借入金元金償還金支出」がある施設におうかがいします。調査対象サービスが、下記の場合のみ回答ください。
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4(2) 令和7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。

問4(2)-1 「設備資金借入金」又は「長期運営資金借入金」の返済がある事業所におうかがいします。お手元の資金収支計算書又はキャッシュフロー計算書について、該当する方に○をつけてください。

①介護サービスの種別ごとに区分されている ----- 次の問4(2)-2について、そのまま調査対象サービス分の支出金額を記入してください。

②介護サービスの種別ごとに区分されておらず、他の介護サービス等と一体となっている ----- 次の問4(2)-2について、記入要領を参照し、適切な按分を行ったうえで、

問4(2)-2 令和7年度における「設備資金借入金の返済による支出」金額を記入してください。

| 科 目 | |
|-------------------|---|
| 設備資金借入金の返済による支出 | ← |
| 長期運営資金借入金の返済による支出 | ← |

設備(施設整備及び設備整備)資金の借入金による元金償還額がある場合は、調査対象サービス分をこちらに記入してください。調査対象サービス分の按分方法は次頁を参照してください。

長期運営資金(設備資金を除く。)の借入金による元金償還額がある場合は、調査対象サービス分をこちらに記入してください。調査対象サービス分の按分方法は次頁を参照してください。

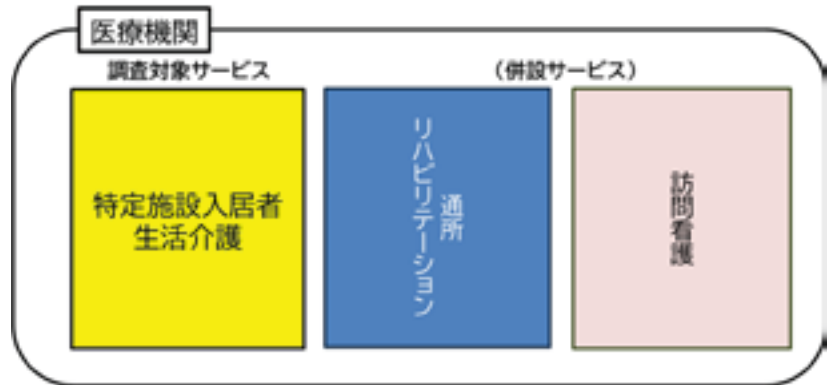
按分方法の例

- 単独会計、一体会計いずれの場合であっても調査票には、調査対象サービス分に按分した金額を記入してください。按分に際しては、借入金の目的に鑑みて適切な按分を行ってください。按分した金額は、小数点以下第1位を四捨五入し、整数で記入してください。

(例1) 調査対象サービスが特定施設入居者生活介護で、特定施設入居者生活介護の改修に伴い、過去に借入を行い、その返済が生じている場合

定員数を増やす改修に伴って、借入金が発生し、返済が発生

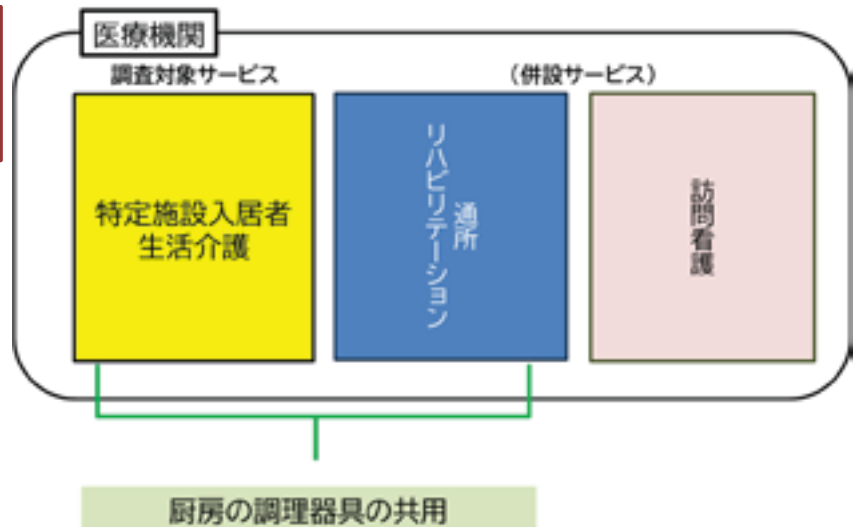
全額、調査対象サービスである特定施設入居者生活介護の設備資金借入金の返済による支出として調査票へ記入



(例2) 調査対象サービスが特定施設入居者生活介護で、併設している通所リハビリテーションと共用している厨房の調理器具の買い替えに伴い、借入を行い、その返済が生じている場合

併設サービスと共用している厨房の調理器具の買い替えに伴って借入金が発生し、現在返済中

例えば、利用量に該当する延べ食事提供数で按分し、調査対象サービスである特定施設入居者生活介護の設備資金借入金償還支出を算出して調査票へ記入



問4 (3) 事業費用

👉 調査票の10～15ページ

- 問1(4)令和7年度の「会計の区分状況」の回答により、記入する内容が異なります。
- 問1(4)において

「1. 単独会計」と回答した場合

➡ 調査対象のサービスのみについて、令和7年度の事業費用を記入してください。

「2. 一体会計」と回答した場合

➡ 会計を一体的に行っている介護保険サービスも含めて、令和7年度の事業費用を記入してください。

- 黒塗りとなっている小計、合計欄は記入不要です。

・(3)－A,B,C,D,E の会計基準または準則のうち、使用しているものをひとつ選び、該当のページに事業費用について記入してください。

・各費目において消費税等が別途計上されている場合でも、消費税込みの金額を記入してください。

問4 (3) 令和7年度の事業費用についておうかがいしま

事業支出(費用)については、使用している会計基準、指針によってご記入い

| | |
|-------------------------------|---------------------|
| 介護老人保健施設会計・経理準則 | 問4(3)－A(本ページ～11ページ) |
| 病院会計準則 | 問4(3)－B(12ページ) |
| 介護医療院会計・経理準則 | 問4(3)－C(13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 | 問4(3)－D(14ページ) |
| 企業会計 | 問4(3)－E(15ページ) |

(3)－A 介護老人保健施設会計・経理準則

(3)－A 介護老人保健施設会計・経理準則

- 令和7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)令和7年度の事業収益等に対応した支出(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。
- 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

各項目の詳しい説明は、57ページ以降の当該準則の「勘定科目一覧表」を参照してください。

・退職給与引当金、賞与引当金はここに含めますが、法人本部の管理に関わる人件費は、「Ⅱ10 本部費」に記入してください。

・派遣社員を受け入れている場合には、その費用はここには含めず、「Ⅱ7 委託費」の「(1)派遣委託費」に計上してください。

| 科 目 | | | | | | |
|------|------------------------|----|---|---|---|---|
| 1 | 給与費 | | | | | |
| 2 | 医薬品費 | | | | | |
| 3 | 給食用材料費 | | | | | |
| 4 | 施設検査材料費・施設検査消耗器具備品費 | | | | | |
| 5 | その他の材料費 | | | | | |
| 6 | 経費 | | | | | |
| (1) | 福利厚生費 | 6 | 2 | 4 | 0 | 0 |
| (2) | 消耗品費 | 7 | 3 | 6 | 0 | 0 |
| (3) | 消耗器具備品費 | 8 | 1 | 2 | 0 | 0 |
| (4) | 車両費 | 9 | 6 | 0 | 0 | 0 |
| (5) | 光熱水費 | 10 | 1 | 8 | 0 | 0 |
| (6) | 修繕費 | 11 | 9 | 6 | 0 | 0 |
| (7) | 通信費 | 12 | | | | |
| (8) | 賃借料 | | | | | |
| ① | 土地 | 13 | 3 | 6 | 0 | 0 |
| 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 | | | | |
| (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 | 1 | 2 | 0 | 0 |
| ② | その他の保険料(①に該当しないもの) | 18 | 2 | 4 | 0 | 0 |
| (10) | 租税公課 | 19 | 4 | 8 | 0 | 0 |
| (11) | 徴収不能損失 | 20 | | | | |
| (12) | その他の経費(①～⑧に該当しないもの) | 21 | 6 | 0 | 0 | 0 |

給食を委託している場合で、材料の仕入れを併せて委託している場合は、ここではなく、「Ⅱ7 委託費」の「(2)患者用給食委託費」に含めてください。

当該準則に規定されている勘定科目よりも細かい単位の項目となりますので、留意してください。

(3)-B 病院会計準則

(3)-B 病院会計準則

- 令和7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)令和7年度の事業収益等に対する支出(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。
- 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

各項目の詳しい説明は、61ページ以降の当該準則の「勘定科目一覧表」を参照してください。

・退職給与引当金、賞与引当金はここに含めますが、法人本部の管理に関わる人件費は、「Ⅱ9 本部費」に記入してください。
・派遣社員を受け入れている場合には、その費用はここには含めず、「Ⅱ6 委託費」の「(1) 派遣委託費」に計上してください。

給食を委託している場合で、材料の仕入れを併せて委託している場合は、ここではなく、「Ⅱ6 委託費 (2)患者用給食委託費」に含めてください。

| 科 目 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------|-------------------|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Ⅱ 医業・介護 | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | (1) 福利厚生費 | 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | (2) 通信費 | 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | (3) 消耗品費 | 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | (4) 消耗器具備品費 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | (5) 車両費 | 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | (6) 光熱水費 | 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | (7) 修繕費 | 11 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (8) 賃借料 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ① 土地 | 12 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ② 建物及び建物付属設備 | 13 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ③ 設備器械 | 14 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ④ その他の賃借料(①～③に該当しないもの) | 15 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (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) | 16 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ② その他の保険料(①に該当しないもの) | 17 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (10) 租税公課 | 18 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (11) 徴収不能損失 | 19 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (12) その他の経費((1)～(11)に該当しないもの) | 20 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

当該準則に規定されている勘定科目よりも細かい単位の項目となりますので、留意してください。

| | | | | | | | | | | |
|----|-------------------------------|----|--|--|---|---|---|---|---|---|
| 費用 | 6 委託費 | | | | | | | | | |
| | (1)派遣委託費 | | | | | | | | | |
| | (2)患者用給食委託費 | | | | | | | | | |
| | (3)送迎委託費 | | | | | | | | | |
| | (4)器具類洗濯・清掃委託費(弊衣除く) | | | | | | | | | |
| | (5)清掃委託費 | | | | | | | | | |
| | (6)各種部材保守委託費 | | | | | | | | | |
| | (7)その他の委託費((1)～(6)に該当しないもの) | | | | | | | | | |
| | 7 研究研修費 | | | | | | | | | |
| | 8 減価償却費 | | | | | | | | | |
| | (1)建物及び建物付属設備減価償却費 | | | | | | | | | |
| | (2)医療用器械設備減価償却費 | | | | | | | | | |
| | (3)車両船舶設備減価償却費 | 31 | | | 3 | 6 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | (4)特殊浴槽減価償却費 | 32 | | | 3 | 6 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | (5)その他の減価償却費((1)～(4)に該当しないもの) | 33 | | | 3 | 6 | 0 | 0 | 0 | 0 |

派遣社員を受け入れている場合には、「Ⅱ1 給与費」ではなくここに費用を計上してください。

入所者・通所者・職員用給食を委託した費用を記入してください。材料の仕入れから全面的に外部委託している場合には、給食材料費を含めて委託費として記入してください。

・建物、建物付属設備、車両船舶設備、特殊浴槽などの固定資産の減価償却費を記入してください。
 ・税法上の減価償却額未満の額を「減価償却費」として計上した場合は、その金額を記入してください。

当該準則に規定されている勘定科目よりも細かい単位の項目となりますので、留意してください。

本部費については、たとえば、理事会等の運営に係る経費、役員報酬等が考えられますが、法人内の配分基準に基づいて法人本部の帰属として事業所が負担するものを記入することになります。このため、他のサービスに属する経費(新規サービス開設に係る施設整備費等)はこの欄に含めないでください。

| | | | | | | | | | | |
|--|------------------------|----|--|--|---|---|---|---|---|---|
| | 9 本部費(他の事業のための費用は含まない) | 34 | | | 1 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 10 その他(1～9に該当しないもの) | | | | | | | | | |
| | 医療・介護費用計(1～10の合計) | | | | | | | | | |
| | うち人材紹介手数料 | | | | | | | | | |
| | うち消費税課税対象費用計 | | | | | | | | | |

医療・介護費用計のうち、職員の採用に伴って人材紹介会社等に支払った額を再掲してください。

医療・介護費用計のうち、消費税課税対象費用の合計額を再掲してください。消費税非課税の対象項目は、56ページの参考資料[8]を参照してください。

当該準則に規定されている勘定科目よりも細かい単位の項目となりますので、留意してください。

| | | | | | | | | | | |
|--|----|--|--|--|---|---|---|---|---|---|
| Ⅲ 医療・介護外収益 | | | | | | | | | | |
| 1 受取利息・配当金 | 38 | | | | 6 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 2 介護保険事業費補助金(令和6年度介護人材確保・職場環境改善等事業分) | | | | | | | | | | |
| 3 介護保険事業費補助金(令和7年度介護分野の職員の員上げ・職場環境改善支援事業分) | | | | | | | | | | |
| 4 介護保険事業費補助金(サービス継続支援に係る補助金) | | | | | | | | | | |
| 5 物価高騰対策関連の補助金 | 42 | | | | | | | | | 0 |
| 6 その他の医療・介護外収益(1～5に該当しないもの) | 43 | | | | 5 | 9 | 4 | 0 | 0 | 0 |
| Ⅳ 医療・介護外費用 | 44 | | | | 6 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| うち支払利息 | 45 | | | | 4 | 8 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Ⅴ 特別損益 | 46 | | | | | | | | | 0 |
| 1 特別利益 | 47 | | | | 1 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 2 特別損失 | 48 | | | | 1 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Ⅵ 税金 | 49 | | | | | | | | | 0 |

各種補助金の詳細な内容については 63～64ページを参照してください。

(3)-C 介護医療院会計・経理準則

(3)-C 介護医療院会計・経理準則

- 令和7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)令和7年度の事業収益等に対応した支出(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。
- 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

各項目の詳しい説明は、65 ページ以降の当該準則の「勘定科目一覧表」を参照してください。

・退職給与引当金、賞与引当金はここに含めますが、法人本部の管理に関わる人件費は、「II 10 本部費」に記入してください。
・派遣社員を受け入れている場合には、その費用はここには含めず、「II 7 委託費」の「(1)派遣委託費」に計上してください。

給食を委託している場合で、材料の仕入れを併せて委託している場合は、ここではなく、「II 7 委託費」の「(2)患者用給食委託費」に含めてください。

| 科 目 | | | | | | | | | | | | | | | |
|------|------------------------|----|--|--|--|--|--|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 給与費 | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | 医薬品費 | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | 給食用材料費 | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | 施設運営材料費・施設運営消耗器具用品費 | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | その他の材料費 | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | 経費 | | | | | | | | | | | | | | |
| (1) | 福利厚生費 | 6 | | | | | | 2 | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| (2) | 消耗品費 | 7 | | | | | | 3 | 6 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| (3) | 消耗器具備品費 | 8 | | | | | | 1 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| (4) | 車両費 | 9 | | | | | | 6 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| (5) | 光熱水費 | 10 | | | | | | 1 | 8 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| (6) | 修繕費 | 11 | | | | | | 9 | 6 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| (7) | 通信費 | 12 | | | | | | | | | | | | | 0 |
| (8) | 賃借料 | | | | | | | | | | | | | | |
| ① | 土地 | 13 | | | | | | 3 | 6 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ② | 建物及び建物付属設備 | 14 | | | | | | | | | | | | | 0 |
| ③ | 設備器械 | | | | | | | | | | | | | | |
| ④ | その他の賃借料(①～③に該当しないもの) | | | | | | | | | | | | | | |
| (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) | | | | | | | | | | | | | | |
| ② | その他の保険料(①に該当しないもの) | 18 | | | | | | 2 | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| (10) | 租税公課 | 19 | | | | | | 4 | 8 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| (11) | 徴収不能損失 | 20 | | | | | | | | | | | | | 0 |
| (12) | その他の経費(①～(11)に該当しないもの) | 21 | | | | | | 6 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

当該準則に規定されている勘定科目よりも細かい単位の項目となりますので、留意してください。

| | | | | | | | | | |
|-----------------------------|----|--|--|--|---|---|---|---|---|
| 7 委託費 | | | | | | | | | |
| (1)派遣委託費 | | | | | | | | | |
| (2)患者用給食委託費 | | | | | | | | | |
| (3)送迎委託費 | | | | | | | | | |
| (4)寝具類洗濯・貸貸委託費(病衣除く) | | | | | | | | | |
| (5)清掃委託費 | 26 | | | | 2 | 4 | 0 | 0 | 0 |
| (6)各種器械保守委託費 | 27 | | | | 2 | 4 | 0 | 0 | 0 |
| (7)その他の委託費(1)~(6)に該当しないもの | 28 | | | | | | | | |
| 8 修繕費 | 29 | | | | | | | | |
| 9 減価償却費 | | | | | | | | | |
| (1)建物及び建物付属設備減価償却費 | 30 | | | | | | | | |
| (2)医療用器械設備減価償却費 | 31 | | | | | | | | |
| (3)車両船舶設備減価償却費 | 32 | | | | 3 | 6 | 0 | 0 | 0 |
| (4)特殊浴槽減価償却費 | 33 | | | | 3 | 6 | 0 | 0 | 0 |
| (5)その他の減価償却費(1)~(4)に該当しないもの | 34 | | | | 3 | 6 | 0 | 0 | 0 |

派遣社員を受け入れている場合には、「II1 給与費」ではなくここに費用を計上してください。

入所者・通所者・職員用給食を委託した費用を記入してください。材料の仕入れから全面的に外部委託している場合には、給食材料費を含めて委託費として記入してください。

・建物、建物付属設備、車両船舶設備、特殊浴槽などの固定資産の減価償却費を記入してください。
・税法上の減価償却額未満の額を「減価償却費」として計上した場合は、その金額を記入してください。

当該準則に規定されている勘定科目よりも細かい単位の項目となりますので、留意してください。

本部費については、たとえば、理事会等の運営に係る経費、役員報酬等が考えられますが、法人内の配分基準に基づいて法人本部の帰属として事業所が負担するものを記入することになります。このため、他のサービスに属する経費(新規サービス開設に係る施設整備費等)はこの欄に含めないでください。

| | | | | | | | | | |
|-------------------------|----|--|--|--|---|---|---|---|---|
| 10 本部費(他の事業のための費用は含まない) | 35 | | | | 1 | 2 | 0 | 0 | 0 |
| 11 その他(1~10に該当しないもの) | | | | | | | | | |
| 施設運営事業等費用計(1~11の合計) | | | | | | | | | |
| うち人材紹介手数料 | | | | | | | | | |
| うち消費税課税対象費用計 | | | | | | | | | |

施設運営事業等費用計のうち、職員の採用に伴って人材紹介会社等に支払った額を再掲してください。

施設運営事業等費用計のうち、消費税課税対象費用の合計額を再掲してください。消費税非課税の対象項目は、56ページの参考資料[8]を参照してください。

当該準則に規定されている勘定科目よりも細かい単位の項目となりますので、留意してください。

| | | | | | | | | | |
|--|----|--|--|--|---|---|---|---|---|
| II 施設運営事業外収益 | | | | | | | | | |
| 1 受取利息・配当金 | 39 | | | | 6 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 2 介護保険事業費補助金(令和6年度介護人材確保・職場環境改善等事業分) | 40 | | | | | | | | 0 |
| 3 介護保険事業費補助金(令和7年度介護分野の職員の賃上げ・職場環境改善支援事業分) | 41 | | | | | | | | 0 |
| 4 介護保険事業費補助金(サービス継続支援に係る補助金) | | | | | | | | | |
| 5 物価高騰対策関連の補助金 | | | | | | | | | |
| 6 その他の施設運営事業外収益(1~5に該当しないもの) | | | | | | | | | |
| IV 施設運営事業外費用 | 45 | | | | 6 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| うち支払利息 | 46 | | | | 4 | 8 | 0 | 0 | 0 |
| V 特別損益 | 47 | | | | | | | | |
| 1 特別利益 | 48 | | | | 1 | 2 | 0 | 0 | 0 |
| 2 特別損失 | 49 | | | | 1 | 2 | 0 | 0 | 0 |
| うち法人税等 | 50 | | | | | | | | 0 |

各種補助金の詳細な内容については67~68ページを参照してください。

(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

(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

各項目の詳しい説明は、69 ページ以降の当該準則の「勘定科目一覧表」を参照してください。

- 令和7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)令和7年度の事業収益等に対応した支出(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。
- 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。

令和7年度決算期数値

| 科 目 | | 令和7年度決算期数値 | | | | | | |
|---------------|---------------------------|------------|--|--|---|---|---|---|
| 1 | 人件費 | | | | | | | |
| 2 | 材料費 | | | | | | | |
| 3 | 経費 | | | | | | | |
| | (1)増利厚生費 | | | | | | | |
| | (2)旅費交通費 | 4 | | | 6 | 0 | 0 | 0 |
| | (3)通信費 | 5 | | | | | | |
| | (4)消耗品費 | 6 | | | 3 | 6 | 0 | 0 |
| | (5)消耗器具備品費 | 7 | | | 1 | 2 | 0 | 0 |
| | (6)車賃費 | 8 | | | 6 | 0 | 0 | 0 |
| | (7)光熱水費 | 9 | | | 1 | 8 | 0 | 0 |
| | (8)修繕費 | 10 | | | 9 | 6 | 0 | 0 |
| | (9)借借料 | | | | | | | |
| | ① 土地 | 11 | | | 3 | 6 | 0 | 0 |
| | ② 建物及び建物付属設備 | 12 | | | | | | |
| | ③ 設備器械 | | | | | | | |
| | ④ その他の借借料(①～③に該当しないもの) | | | | | | | |
| | (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) | | | | 2 | 4 | 0 | 0 |
| | ② その他の保険料(①に該当しないもの) | 16 | | | | | | |
| | (11)租税公課 | 17 | | | 4 | 8 | 0 | 0 |
| | (12)徴収不能損失 | | | | | | | |
| | (13)その他の経費(①～⑫に該当しないもの) | | | | | | | |
| 4 | 委託費 | | | | | | | |
| | (1)派遣委託費 | | | | | | | |
| | (2)清掃委託費 | | | | | | | |
| | (3)その他の委託費(①、②に該当しないもの) | | | | | | | |
| 5 | 研修費 | | | | | | | |
| 6 | 減価償却費 | | | | | | | |
| | (1)建物及び建物付属設備減価償却費 | | | | | | | |
| | (2)車両船舶設備減価償却費 | | | | | | | |
| | (3)その他の減価償却費(①、②に該当しないもの) | | | | | | | |
| 7 | 本部費(他の事業のための費用は含まない) | | | | | | | |
| 8 | その他(1～7に該当しないもの) | | | | | | | |
| 事業費用計(1～8の合計) | | | | | | | | |
| | うち人材紹介手数料 | | | | | | | |
| | うち消費税課税対象費用計 | | | | | | | |

・退職給与引当金、賞与引当金はここに含めますが、法人本部の管理に関わる人件費は、「Ⅱ7 本部費」に記入してください。
・派遣社員を受け入れている場合には、その費用はここには含めず、「Ⅱ4 委託費」の「(1)派遣委託費」に計上してください。

当該準則に規定されている勘定科目よりも細かい単位の項目となりますので、留意してください。

派遣社員を受け入れている場合には、「1 人件費」ではなくここに費用を計上してください。

・建物、建物付属設備、車両船舶設備、特殊浴槽などの固定資産の減価償却費を記入してください。
・税法上の減価償却額未満の額を「減価償却費」として計上した場合は、その金額を記入してください。

本部費については、たとえば、理事会等の運営に係る経費、役員報酬等が考えられますが、法人内の配分基準に基づいて法人本部の帰属として事業所が負担するものを記入することになります。このため、他のサービスに属する経費(新規サービス開設に係る施設整備費等)はこの欄に含めないでください。

事業費用計のうち、職員の採用に伴って人材紹介会社等に支払った額を再掲してください。

当該準則に規定されている勘定科目よりも細かい単位の項目となりますので、留意してください。

事業費用計のうち、消費税課税対象費用の合計額を再掲してください。消費税非課税の対象項目は、56 ページの参考資料[8]を参照してください。

(3)-E 企業会計

(3)-E 企業会計

- 令和7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、第4(1)令和7年度の事業収益等に対する支出(費用)を記入してください。
- 各費目において消費税が別途計上されている場合でも、税込み方式(各費目に消費税

各項目の詳しい説明は、73ページ以降の当該準則の「勘定科目一覧表」を参照してください。

・退職給与引当金、賞与引当金はここに含めませんが、法人本部の管理に関わる人件費は、「Ⅲ 本部経費配賦額」に記入してください。
 ・派遣社員を受け入れている場合には、その費用はここには含めず、「2 (12)委託費」の「① 派遣委託費」に計上してください。

給食を委託している場合で、材料の仕入れを併せて委託している場合は、ここではなく「2(12)委託費」の「② 給食委託費」に含めてください。

派遣社員を受け入れている場合には、「1 人件費」ではなくここに費用を計上してください。

入所者・通所者・職員用給食を委託した費用を記入してください。材料の仕入れから全面的に外部委託している場合には、給食材料費を含めて委託費として記入してください。

広告宣伝費、入居者募集費用、求人費用、会議費、渉外費、諸会費等、(1)~(12)に該当しない経費を記入してください。

| 科 目 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------|--------------------------|----|--|--|--|--|--|--|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 人件費 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | 経費 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (1) | 給食材料費 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (2) | 車両費 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (3) | 光熱水費 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (4) | 福利厚生費 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (5) | 旅費交通費 | 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (6) | 研修費 | 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (7) | 通信運搬費 | 8 | | | | | | | | 1 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| (8) | 修繕費 | 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (9) | 賃借料 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ① | 土地 | 10 | | | | | | | | 1 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ② | 建物及び建物付属設備 | 11 | | | | | | | | 9 | 6 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ③ | 設備器械 | 12 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ④ | その他の賃借料(①~③に該当しないもの) | 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 | | | | | | | | 1 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ② | その他の保険料(①に該当しないもの) | 15 | | | | | | | | 4 | 8 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| (11) | 租税公課 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (12) | 委託費 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ① | 派遣委託費 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ② | 給食委託費 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ③ | 送迎委託費 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ④ | 清掃委託費 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑤ | その他の委託費(①~④に該当しないもの) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (13) | その他の経費((1)~(12)に該当しないもの) | 22 | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|--------------------------------|----|--|--|--|--|--|--|--|---|
| 3 減価償却費 | | | | | | | | | |
| (1)建物及び建物付属設備減価償却費 | | | | | | | | | 0 |
| (2)車両船舶設備減価償却費 | | | | | | | | | 0 |
| (3)特殊浴槽減価償却費 | | | | | | | | | 0 |
| (4)消費設備減価償却費 | 26 | | | | | | | | 0 |
| (5)福祉用具減価償却費 | 27 | | | | | | | | 0 |
| (6)その他の減価償却費(1)～(5)に該当しないもの | 28 | | | | | | | | 0 |
| 4 その他の売上原価(1～3に該当しないもの) | | | | | | | | | |
| 売上原価計(1～4の合計) | | | | | | | | | |
| うち人材紹介手数料 | | | | | | | | | |
| うち消費税課税対象費用計 | | | | | | | | | |

・建物、建物付属設備、車両船舶設備、特殊浴槽などの固定資産の減価償却費を記入してください。
・税法上の減価償却額未満の額を「減価償却費」として計上した場合は、その金額を記入してください。

売上原価計のうち、職員の採用に伴って人材紹介会社等に支払った額を再掲してください。

売上原価計のうち、消費税課税対象費用の合計額を再掲してください。消費税非課税の対象項目は、56ページの参考資料[8]を参照してください。

本社、エリア組織等にかかる人件費や経費等について、本社(本部)経費や、共通経費等の名目で配賦されている場合、その配賦額を記入してください。
たとえば、役員会等の運営に係る経費、役員報酬等が考えられますが、法人内の配分基準に基づいて本社(本部)の帰属として事業所が負担するものを記入することになります。
このため、他のサービスに属する経費(新規サービス開設に係る施設整備費等)はこの欄に含めないでください。

| | | | | | | | | | |
|---|----|----|--|--|---|---|---|---|---|
| III 本部経費配賦額(他の事業のための費用は含まない) | | | | | | | | | |
| うち消費税課税対象費用計 | | | | | | | | | |
| IV 営業外収益 | | | | | | | | | |
| 1 受取利息 | | | | | | | | | 0 |
| 2 受取配当金 | 35 | | | | | | | | 0 |
| 3 補助金収入 | | | | | | | | | |
| (1)介護保険事業費補助金(令和6年度介護人材確保・職場環境改善等事業分) | 36 | | | | | | | | 0 |
| (2)介護保険事業費補助金(令和7年度介護分野の職員の賃上げ・職場環境改善支援事業分) | 37 | | | | | | | | 0 |
| (3)介護保険事業費補助金(サービス継続支援に係る補助金) | 38 | | | | | | | | 0 |
| (4)介護保険事業費補助金(サービス継続支援に係る補助金) | 39 | | | | | | | | 0 |
| (5)その他の補助金(1)～(4)に該当しないもの | 40 | | | | | | | | 0 |
| 4 その他の営業外収益(1～3に該当しないもの) | | | | | | | | | 0 |
| V 営業外費用 | | | | | | | | | |
| 1 支払利息 | | | | | | | | | 0 |
| 2 徴収不能額 | 43 | | | | | | | | 0 |
| 3 その他の営業外費用(1,2に該当しないもの) | 44 | | | | 6 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| VI 特別利益 | | 45 | | | 1 | 2 | 0 | 0 | 0 |
| VII 特別損失 | | 46 | | | 1 | 2 | 0 | 0 | 0 |
| VIII 法人税、住民税及び事業税 | | 47 | | | 1 | 2 | 0 | 0 | 0 |

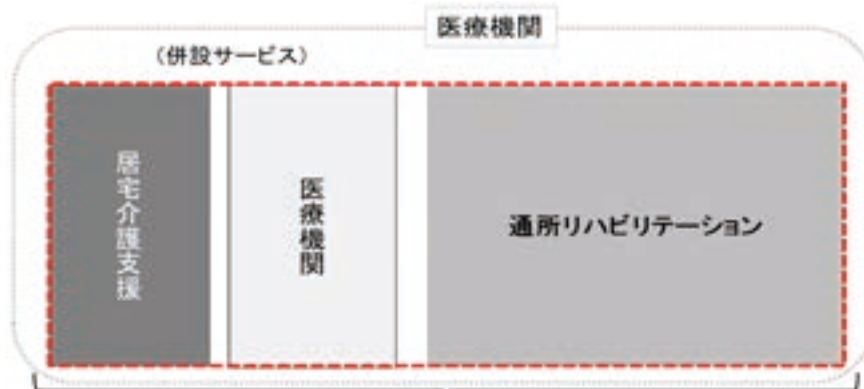
本部経費配賦額のうち、消費税課税対象費用の合計額を再掲してください。消費税非課税の対象項目は、56ページの参考資料[8]を参照してください。

各種補助金の詳細な内容については75ページを参照してください。

[1] 問1 (4) 会計区分の考え方

- 「1. 単独会計」、「2. 一体会計」を選択する際は、損益計算書をサービスごとに分けて作成しているか、あるいは複数のサービスをまとめて損益計算書を作成しているかによって、判断をしてください。
- ただし、調査対象サービス分の収支が含まれる損益計算書に、他施設・事業所における調査対象サービスと同じ種類のサービスの収支が含まれる場合は、お手数ですが調査事務局(0120-106-615)までご相談ください。
- 調査票に会計区分の説明図を記載しておりますので、併せてご確認ください。
- 会計区分に関する注意事項
損益計算書をサービスごとに分けて作成していたとしても、一部の科目がサービス間で適切に按分されず、特定のサービスにまとめて計上されている場合は、「2. 一体会計」を選択してください。

例：調査対象サービスが通所リハビリテーションで、居宅介護支援を併設している場合



サービス別 損益計算書

| 科目 | ●●事業所 | | |
|-----------|-------------|-------------|-------------|
| | 医療機関 | ケアマネ | 通リハ |
| 事業収益 | | | |
| 医業収益 | 200,000,000 | 0 | 0 |
| 介護保険事業収益 | 0 | 80,000,000 | 120,000,000 |
| ... | | | |
| 保険外利用料収益 | 60,000,000 | 20,000,000 | 20,000,000 |
| ... | | | |
| サービス活動収益計 | 260,000,000 | 100,000,000 | 140,000,000 |
| 事業費用 | | | |
| 人件費 | 170,000,000 | 60,000,000 | 150,000,000 |
| 職員給料 | 100,000,000 | 40,000,000 | 60,000,000 |
| ... | | | |
| 事業費 | 50,000,000 | 10,000,000 | 30,000,000 |
| ... | | | |
| 減価償却費 | 120,000,000 | 0 | 0 |
| サービス活動費用計 | 340,000,000 | 70,000,000 | 180,000,000 |
| ... | | | |
| ... | | | |

サービスごとに損益計算書を分けているが、減価償却費といった一部の科目がサービス間で適切に按分されず、特定のサービスにまとめて計上されている。

「2. 一体会計」を選択のうえ
通所リハビリテーション以外の併設サービス分も含めて、調査項目を記入してください。

参考資料

※ 問1(4)で「2. 一体会計」と回答した調査票に記載していただく収益及び費用の按分処理について

- 問1(4)で「2. 一体会計」と回答していただいた場合、調査対象サービス分のみの収益及び費用を切り分けるための按分処理をしています。
- この按分処理にあたっては、以下の情報を用いるため、これらの調査項目についても正確な記入をお願いします。
 - ・「延べ利用者数(延べ訪問回数・実利用者数)」 …問1(5)、(7)から取得
 - ・「建物延べ床面積」 …問2から取得
 - ・「職員の人件費(職員配置から算出)」 …問3から取得

参考資料

【2】問1（5）訪問系サービスの移動時間、訪問回数の考え方

●令和8年4月の1か月に訪問を行った職員の本来的な訪問(移動)手段を選択してください。

例:職員 A・・・徒歩10カ所、自転車2カ所、自動車5カ所

職員 B・・・徒歩5カ所、自転車10カ所

⇒「1. 徒歩」を選択してください。

・訪問する職員の本来的な訪問(移動)手段として、最もよく利用する手段の番号に○をつけてください。

1. 徒歩 2. 自転車 3. 自動車等 4. 公共交通機関

※「3. 自動車等」には、バイク(原付含む)も含まれます。

●令和8年4月の1か月における職員の利用者宅訪問にかかる1回(件)の平均的な移動時間について、選択してください。平均的な移動時間の考え方は下記の計算式と図をご参照ください。

・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

【1回(件)の訪問にかかった平均的な移動時間の計算式】

$$\text{平均的な移動時間} = \frac{\text{4月1日～30日における職員の利用者宅訪問にかかる総移動時間}}{\text{4月1日～30日における職員の本来的な訪問回数}}$$

※4月1日～30日における総移動時間、本来的な訪問回数が不明の場合は、直近1週間当たりの総移動時間、本来的な訪問回数に置き換えて回答ください。

移動時間、訪問回数の考え方



[3] 問1 (5) 通所系サービスの送迎時間の考え方

- 令和8年4月の1か月における送迎を行った利用者について、1回の送迎にかかった平均的な送迎時間について、選択してください。
平均的な送迎時間の考え方は下記の計算式と図をご参照ください。

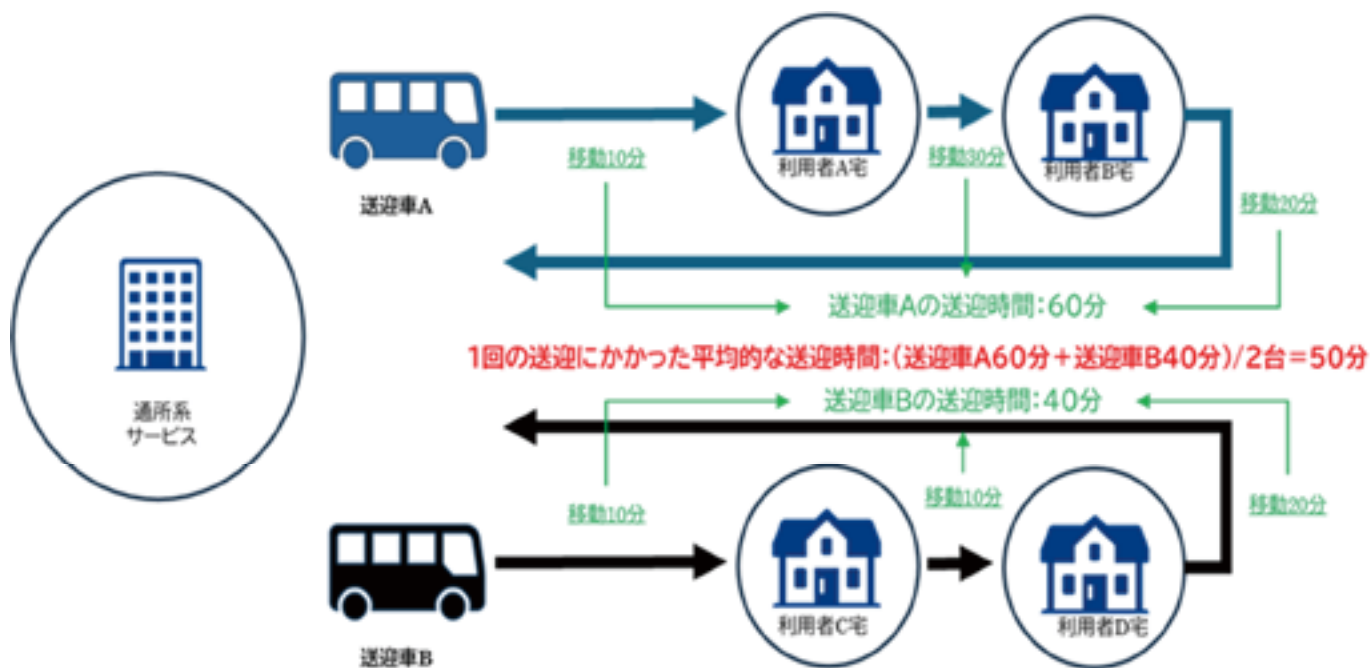
・送迎を行った利用者について、1回の送迎にかかった平均的な送迎時間について、該当する番号に○をつけてください。

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

【1回の送迎にかかった平均的な送迎時間について】

一度に送迎する人数に関わらず、事業所を出発して帰ってくるまでの時間をご回答ください。同時に複数の車両が送迎を実施する場合、事業所全体の平均をご回答ください。

送迎時間の考え方



参考資料

[4] 問1 (7) 「延べ利用者数等」の欄に記入する内容

「延べ利用者数等」の欄は、サービスの種類により記入する内容が異なります。以下の表で確認のうえ、対応する内容を記入してください。

| 併設サービス名 | 記入内容 |
|------------------------------------|--|
| 介護老人福祉施設 | 4月1日～30日までの、各日24時現在の施設在在者の合計を記入してください。短期入所生活介護の空床型利用者も含めます。 |
| 介護老人保健施設 | 4月1日～30日までの、各日24時現在の施設在在者の合計を記入してください。当該施設内で提供されている短期入所療養介護(介護予防を含む)のサービス提供実績も含めて記入してください。 |
| 介護医療院 | 4月1日～30日までの、各日24時現在の療養床の在在者の合計を記入してください。当該施設内で提供されている短期入所療養介護(介護予防を含む)のサービス提供実績も含めて記入してください。 |
| 訪問介護 (旧介護予防含む) | 4月1日～30日までの各日の訪問回数の合計を記入してください。旧介護予防訪問介護に相当する総合事業対象者、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も含めます。出張所等(サテライト事業所)を設置している場合は、出張所等(サテライト事業所)も含めて記入してください。 |
| 訪問入浴介護 (介護予防含む) | 4月1日～30日までの各日の訪問回数の合計を記入してください。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も含めます。 |
| 訪問看護 (介護予防含む) | 4月1日～30日までの各日の訪問回数の合計を記入してください。健康保険法の利用者(併給者含む)、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も含めます。出張所等(サテライト事業所)を設置している場合は、出張所等(サテライト事業所)も含めて記入してください。 |
| 訪問リハビリテーション (介護予防含む) | 4月1日～30日までの各日の訪問回数の合計を記入してください。健康保険法の利用者(併給者含む)、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も含めます。出張所等(サテライト事業所)を設置している場合は、出張所等(サテライト事業所)も含めて記入してください。 |
| 居宅療養管理指導 (介護予防含む) | 4月1日～30日までの実利用者数(利用日数に関係なく、1日利用した者も複数日利用した者も「1」とカウントする)を記入してください。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も含めます。 |
| 通所介護 (旧介護予防含む) | 4月1日～30日までの延べ利用回数(同日に複数回利用した人は複数回分カウントする)を記入してください。旧介護予防通所介護に相当する総合事業対象者、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も含めます。出張所等(サテライト事業所)を設置している場合は、出張所等(サテライト事業所)も含めて記入してください。 |
| 通所リハビリテーション (介護予防含む) | 4月1日～30日までの延べ利用回数(同日に複数回利用した人は複数回分カウントする)を記入してください。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も含めます。 |
| 短期入所生活介護 (空床利用分を除く) (介護予防含む) | 4月1日～30日までの、各日24時現在の利用者の合計を記入してください。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は含めませんが、空床型利用者については含めないでください。 |
| 短期入所療養介護 (介護予防含む) | 4月1日～30日までの、各日24時現在の利用者の合計を記入してください。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も含めません。 |

参考資料

| | |
|--------------------------|--|
| 特定施設入居者生活介護 (介護予防含む) | 4月1日～30日までの、各日24時現在の利用者の合計を記入してください。指定特定施設以外の有料老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム等の入居者や、要介護認定申請中の人も含めます。 |
| 福祉用具貸与 (介護予防含む) | 4月1日～30日までの実利用者数(貸与した用具の数や利用日数に関係なく、利用者1人を「1」とカウントする)を記入してください。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も含めます。特定福祉用具販売サービスを併設している場合は、その実利用者数もこちらに計上してください。 |
| 居宅介護支援 (介護予防含む) | 4月1日～30日までの実利用者数(利用日数に関係なく、1日利用した者も複数日利用した者も「1」とカウントする)を記入してください。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、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も含めます。 |
| 定期巡回・随時対応型 訪問介護看護 | 4月1日～30日までの実利用者数を記入してください。健康保険法の利用者(併給者含む)、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も含めます。出張所等(サテライト事業所)を設置している場合は、出張所等(サテライト事業所)も含めて記入してください。 |
| 夜間対応型訪問介護 | 4月1日～30日までの各日の訪問回数の合計を記入してください。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も含めます。出張所等(サテライト事業所)を設置している場合は、出張所等(サテライト事業所)も含めて記入してください。 |
| 地域密着型通所介護 | 4月1日～30日までの延べ利用回数(同日に複数回利用した人は複数回分カウントする)を記入してください。旧介護予防通所介護に相当する総合事業対象者、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も含めます。出張所等(サテライト事業所)を設置している場合は、出張所等(サテライト事業所)も含めて記入してください。 |
| 認知症対応型通所介護 (介護予防含む) | 4月1日～30日までの延べ利用回数(同日に複数回利用した人は複数回分カウントする)を記入してください。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も含めます。出張所等(サテライト事業所)を設置している場合は、出張所等(サテライト事業所)も含めて記入してください。 |
| 小規模多機能型居宅介護 (介護予防含む) | 4月1日～30日までの延べ利用者数を記入してください。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も含めます。 |
| 認知症対応型共同生活介護 (介護予防含む) | 4月1日～30日までの延べ利用者数を記入してください。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も含めます。 |
| 地域密着型特定施設 入居者生活介護 | 4月1日～30日までの、各日24時現在の利用者の合計を記入してください。指定地域密着型特定施設以外の有料老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム等の入居者や、要介護認定申請中の人も含めます。 |
| 地域密着型介護老人福祉施設 | 4月1日～30日までの、各日24時現在の施設在所者の合計を記入してください。短期入所生活介護の空床型利用者も含めます。 |
| 看護小規模多機能型居宅介護 | 4月1日～30日までの延べ利用回数(同日に複数回利用した人は複数回分カウントする)を記入してください。健康保険法の利用者(併給者含む)や、非該当の人であって自費でサービスを利用している人、要介護認定申請中の人も含めます。出張所等(サテライト事業所)を設置している場合は、出張所等(サテライト事業所)も含めて記入してください。 |

[5] 問3 換算人員の計算方法

○換算人員の計算方法

【計算式】

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

※1ヶ月に数回の勤務である場合

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

- ・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位まで計上してください。
- ・得られた結果が0.1に満たない場合は「0.1」と計上してください。

●例1. 調査対象サービスが、1週間の勤務時間を40時間と定めている訪問介護事業所で、会計を一体的に行っている通所介護と兼務する介護福祉士が1名いる。1週間のうち訪問介護に25時間、通所介護に15時間勤務している場合

| | |
|-----------|-----------|
| 訪問介護 25時間 | 通所介護 15時間 |
|-----------|-----------|

常勤介護福祉士の実人員:1人
 調査対象サービス分の換算人員:25時間/40時間=0.625 →0.6人

●例2. 1週間の勤務時間を40時間と定めている訪問介護事業所で、週2日(各日3時間)勤務の非常勤の介護職員が1人と、週3日(各日5時間)勤務の非常勤の介護職員が1人いる場合

| | | | | |
|-----|-----|-----|-----|-----|
| 3時間 | 3時間 | 5時間 | 5時間 | 5時間 |
|-----|-----|-----|-----|-----|

非常勤の介護職員の実人員:2人
 換算人員:{(3時間×2日×1人)+(5時間×3日×1人)}/40時間=0.525 →0.5人
 調査対象サービス分の換算人員:0.5人

●例3. 調査対象サービスが訪問介護事業所で、会計を一体的に行っている併設の通所リハビリテーションと兼務する非常勤の介護職員が1名いる。各日8時間(所定労働時間は、1週間の勤務時間を40時間と定めている)の勤務で、訪問介護に週3日、併設の通所リハビリテーションに週1日勤務している場合

| | | | |
|-------------|-------------|-------------|-------------|
| 8時間 訪問介護 | 8時間 訪問介護 | 8時間 訪問介護 | 8時間 通所リハ |
|-------------|-------------|-------------|-------------|

非常勤の介護職員の実人員:1人
 換算人員:(8時間×4日)/40時間=0.8 →0.8人
 調査対象サービス分の換算人員:(8時間×3日)/40時間=0.6 →0.6人

[6] 問3 職員数と職員給与に関するよくある質問

○よくある質問

●職員とは具体的にどのような人をさしますか？育児休業中の人は含めるのでしょうか。

→職員数には、施設及び事業所に雇用されており、令和8年4月分として給与を支払われた者をさします。令和8年4月中の新規採用者及び休暇中の者（産前・産後休暇を含む）、欠勤者、育児休業の代替職員、退職者は含みますが、休職・休業中の者（育児休業・介護休業の者）は含みません。

●常勤、非常勤の区別はどのような基準で分ければ良いのでしょうか。

→「常勤」とは、原則として施設及び事業所で定めた勤務時間（所定労働時間）のすべてを勤務する者をいいます。施設の勤務時間数のすべてを勤務しているパートタイマーは、「常勤」に含みます。逆に、所定労働時間を満たさない勤務時間の人は「非常勤」としてください。ただし、1週間の所定労働時間が32時間未満の場合は、32時間以上勤務している者を「常勤」とし、その他は「非常勤」としてください。

●保健師や助産師は、どの職種に計上すれば良いですか。

→「看護師」の欄に計上してください。

●介護支援専門員・計画作成担当者は、1～20のどの職種として計上したら良いですか。

→介護支援専門員・計画作成担当者は、各々の有する基礎資格のうち、その給与体系が最も近いものを1～20の職種からひとつ選び、計上してください。（給与体系をもとに選択が出来ない場合は、調査事務局まで相談ください）さらに「21 1～20のうち介護支援専門員・計画作成担当者（再掲）」に再掲してください。

●調理業務を外部に委託しているのですが、この場合「調理員」の欄は何を書けば良いですか。

→調理業務のすべてを外部委託していて、施設・事業所として「調理員」を雇用していない場合は、「調理員」の欄は「0」（ゼロ）と記入してください。調理業務の一部を外部委託していて、「調理員」を1名以上、施設・事業所として雇用している場合は、その実人員、及び換算人員を記入してください。

●管理者をしているが、それ以外の職種として働く勤務時間の方が長い。こうした職員はどのように記入すれば良いのでしょうか。

→複数の職種を兼務している職員については、「主として従事している職種」のいずれか1つに分類のうえ記入してください。このとき「主として従事している職種」は、給与体系がどの職種に見合ったものとなっているかで判断します。管理者としての給与体系であれば、勤務時間の長短は関係なく管理者の欄に記入してください。

※以上の説明を踏まえても、複数の職種を兼務している職員の記入先を決めがたい場合は、お手数ですが、調査事務局(0120-106-615)までお問い合わせください。

●給料には何が含まれますか。残業代や交通費は計上して良いのでしょうか。

→給料には、扶養手当、時間外勤務手当、夜勤手当、危険手当、役付手当、通勤手当など、令和8年4月中に職員に支払ったすべてのものが含まれます。また、職員のうち看護師等養成施設に通っている者の授業料等を支払っている場合には、その金額を含めてください。なお、賞与については「賞与または賞与引当金繰入」欄に記入してください。

参考資料

●常勤職員の実人員または調査対象サービス分の換算人員について、残業時間は考慮して計算するべきでしょうか。

→本調査において「常勤」とは、施設及び事業所で定めた勤務時間(所定労働時間)以上の勤務をしている者をさしますが、この場合、残業時間等を考慮する必要はありません。たとえば、1週間の所定労働時間が40時間で、調査対象サービス以外の施設・事業所等との兼務がない場合、ある常勤職員の週の勤務時間が50時間であっても、実人員、換算人員ともに「1.0」と記入してください。

●賞与を令和8年4月中には支払っていないのですが、記入しなくて良いのでしょうか。

→賞与については、令和7年度に職員に支払った賞与、または賞与引当金繰入の1/12の金額を記入してください。なお、職員を兼務する役員への賞与は賞与額に含まれますが、専従役員に対する役員賞与は含めません。

●確定拠出年金を導入しているのですが、その金額はどこに記入すれば良いですか。

→「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)」の「28 その他共済制度に加入」の欄に記入してください。

●職員が有給休暇を取得した場合、その時間については、含めて良いのでしょうか。

→調査対象サービスに専従している職員の場合、有給休暇時間は、「調査対象サービス分の換算人員」に含めて記入してください。兼務をしている職員の場合、当該職員の調査対象サービスとそれ以外のサービスへの従事時間数の割合に基づいて、有給休暇分の時間を按分したうえで、「調査対象サービス分の換算人員」に上乗せして記入してください。

●職員が研修を受講した場合、その時間については、含めて良いのでしょうか。

→調査対象サービスに専従している職員の場合、研修受講にかかる時間とそれに対応する給料は、調査対象サービスの欄に含めて記入してください。兼務をしている職員の場合、研修内容や受講の目的が調査対象サービスのみに関するものである場合は、研修受講にかかる時間を「調査対象サービス分の換算人員」に上乗せして記入してください。研修内容や受講の目的が調査対象サービスのみに関するものではなく、介護事業全般に関するものである場合は、調査対象サービスとそれ以外のサービスへの従事時間数の割合に基づいて、研修受講にかかる時間を按分したうえで、調査対象サービス分の換算人員に上乗せして記入してください。

●「31 法定福利費」とは何をさしますか。

→法令に基づいて支払った健康保険、年金保険、児童手当等の事業主負担額、医療保険及び労働保険料(雇用保険、労災保険)の事業主負担額をさします。記入の際は、令和7年度もしくは令和7年に支払った合計額の1/12の金額を計上してください。

[7] 問4 (1) 事業収益に関するよくある質問

○よくある質問

●5(3)の食費収益とは、具体的に何をさしますか。

→調査対象サービス及び、それと一体的に会計を行っている事業の利用者が支払う食費、食費に係る特定入所者介護サービス費、利用者が選定した特別な食事をさします。

●5(4)居住費収益には、何が含まれますか。

→調査対象サービス及び、それと一体的に会計を行っている事業の利用者が支払う居住費、短期入所生活介護の利用者が支払う滞在費、特定施設入居者生活介護事業所等の利用者が支払う家賃又は宿泊費、居住費に係る特定入所者介護サービス費、利用者が選定した特別な室料をさします。

●介護予防・日常生活支援総合事業分の収益については、どこに記入すれば良いですか。

→旧介護予防訪問介護または旧介護予防通所介護に相当するサービスに係る事業費収益がある場合にのみ、公費分と一般分を合わせて「4 介護予防・日常生活支援総合事業費収益」に当該収益を記入してください。

●給付限度額を超えるサービスの収入や、自由契約に基づくサービスによる収入は、どこに含めれば良いですか。

→「5 保険外の利用料による収益」に含めて記入してください。

●要介護認定調査事務による収入は、どこに記入すれば良いですか。

→要介護認定調査事務による収入は、「6 その他の事業収益」のうち「(4)その他」に含めて記入してください。

●「5(6)その他の利用料収益」の「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」及び「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」とは、何をさしますか

→5(1)～(5)の保険外の利用料以外に、特定施設入居者生活介護(介護予防含む)及び認知症対応型共同生活介護利用者から徴収している実費等の保険外の利用料を再掲してください。

●要介護認定者以外の利用者も含めた利用者の日常生活品費や光熱水費等を、事業所の管理費収益や入居金収益に含めて徴収している場合は、どのように記入すればよいでしょうか。

→要介護認定者以外の利用者も含めた利用者の日常生活品費や光熱水費等を、事業所の管理費収益や入居金収益に含めて徴収している場合は、その金額も含めて記入してください。

ただし入居金・前払金・一時金等を一括して徴収している場合は、預かった総額ではなく、各年度の1年分の償却売上額を記入してください。

●「6(1)入居金収益」の「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」とは、何をさしますか。

→利用者の日常生活品費等、運営基準上で定められている特定施設入居者生活介護(介護予防含む)の保険外の利用料を、入居金収益に含めて徴収している場合は、その金額を再掲してください。

参考資料

●「6(2)管理費収益」の「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」とは、何をさしますか。

→利用者の日常生活品費等、運営基準上で定められている特定施設入居者生活介護(介護予防含む)の保険外の利用料を、事業所の管理費収益に含めて徴収している場合は、その金額を再掲してください。

●特定施設入居者生活介護のいわゆる「上乘せ介護サービス」や「横出し介護サービス」分の収益はどこに記入すればよいでしょうか。

→「5(6)その他の利用料収益」に含めるのが一般的ですが、「上乘せ介護サービス」や「横出し介護サービス」分の収益を、管理費収益に含めている場合は「6(2)管理費収益」に、入居金収益に含めている場合は「6(1)入居金収益」に含めて記入してください。

●外部サービス利用型の特定施設入居者生活介護を実施しています。この場合、指定居宅サービスの介護報酬による収入は、特定施設入居者生活介護の欄ではなく、訪問介護等の当該サービスの欄に分けて記入したほうが良いでしょうか。

→外部サービス利用型特定施設入居者生活介護の場合、外部の介護サービス事業者への委託対象サービス分の収入も含めて、「2 居宅介護料収益」のうち「(8)特定施設入居者生活介護(介護予防を含む)」に記入してください。

[8] 問4(3) 消費税非課税となる費用一覧

| 科目 | 一般的に消費税非課税となるもの |
|-------------|---------------------------------|
| ○人件費(支出) | 給料、賞与、退職金、法定福利費(通勤手当は課税) |
| ○経費、事務費(支出) | |
| ・福利厚生費 | 慶弔費、団体生命保険料 |
| ・旅費交通費 | 海外渡航費・滞在費 |
| ・通信運搬費 | 国際通信、国際郵便料金 |
| ・保険料、損害保険料 | すべて非課税 |
| ・賃借料 | 土地賃借料 |
| ・租税公課 | すべて非課税 |
| ・雑費 | 行政手数料、寄付金 |
| ○事業費(支出) | |
| ・保険料 | すべて非課税 |
| ・賃借料 | 土地賃借料 |
| ・教育指導費 | すべて非課税 |
| ・就職支度費 | すべて非課税 |
| ・雑費 | 行政手数料、寄付金 |
| ○減価償却費 | すべて非課税(減価償却資産の購入代金は、購入時に一括して課税) |
| ○徴収不能額 | すべて非課税 |
| ○引当金繰入 | すべて非課税 |

参考資料

[9] 問4 (3) 勘定科目一覧表

- ・記入にあたっては、令和7年度の決算期(あるいは本調査票上においてそれに対応する会計の期間)の費用をご記入ください。
- ・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)で記入してください。

(3)－A 介護老人保健施設会計・経理準則

| 科目 | | 勘定科目の内容・記入上の注意 |
|-------|---------------------|---|
| Ⅱ1 | 給与費 | <ul style="list-style-type: none"> ・当該施設・事業所に従事する職員の給与等の合計を計上してください。 ・退職給与引当金、賞与引当金は含めますが、法人本部の管理に関わる人件費は、「10 本部費」に記入してください。 ・派遣社員を受け入れている場合には、その費用は含めず、「7委託費(1)派遣委託費」に記入してください。 |
| Ⅱ2 | 医薬品費 | <p>医薬品について、実際の購入価格によって計算した額を記入してください。医薬品費とは、投薬用薬品、注射用薬品(血液、プラズマを含む)、試薬、造影剤、外用薬等の費消額を記入してください。</p> |
| Ⅱ3 | 給食用材料費 | <p>入所者及び通所者のための食品について、実際の購入価格によって計算した額を記入してください。材料費には、保存食やいわゆる検食分、職員給食分の材料費を含むものとします。また、給食を委託している場合で、材料の仕入れを併せて委託している場合には、「7(2)患者用給食委託費」に含めてください。</p> |
| Ⅱ4 | 施設療養材料費・施設療養消耗器具備品費 | <ul style="list-style-type: none"> ・施設療養材料費には、包帯、ガーゼ、縫合糸、氷など1回ごとに消費するものの費消額を記入してください。 ・施設療養消耗器具備品費とは、注射針、注射筒、ゴム管、体温計、シャーレ、血圧計などの施設療養用具の費消額(払出額)をいいます。減価償却資産にあたらぬ消耗器具備品も含めてください。 |
| Ⅱ5 | その他の材料費 | <p>入所者等の日用品、教養娯楽のための材料、おむつ等の費消額を記入してください。</p> |
| Ⅱ6(1) | 福利厚生費 | <ul style="list-style-type: none"> ・福利施設負担額、厚生費など職員及びその家族の福利厚生のために要する法定外福利費を記入してください。 ・職員宿舍、食堂、売店など福利施設を利用する場合における事業主負担額をさします。 ・診療、健康診断などを行った場合の減免額、その他衛生、保健、慰安、修養、教育訓練などに要する費用、団体生命保険料及び慶弔に際し一定の基準により支給される金品などの現物給与をさします。 |
| (2) | 消耗品費 | <p>カルテ、検査伝票、会計伝票など医療用、事務用の用紙、帳簿、電球、洗剤など1年以内に消費するものの費消額を記入してください。ただし、材料費に属するものは除きます。</p> |
| (3) | 消耗器具備品費 | <p>医療用、事務用のスケール、計算機など減価償却を必要としないもので1年を超えて使用できるものの費消額を記入してください。ただし、施設療養消耗器具備品費に属するものを除きます。</p> |
| (4) | 車両費 | <p>乗用車、巡回用自動車、船舶などの燃料、車両検査などの費用を記入してください。</p> |

参考資料

| | | |
|------|--------------------------|---|
| (5) | 光熱水費 | 電気料、ガス料、水道料、石炭、重油、プロパンガスなどの費用を記入してください。 |
| (6) | 修繕費 | 有形固定資産に損傷、摩滅、汚損などが生じたとき、原状回復に要した通常の修繕のための費用を記入してください。(固定資産の耐用年数の延長又は当該資産の能率、能力を高めるような改良に要する費用は含まれません) |
| (7) | 通信費 | 電信料、電話料、郵便料等の通信のための費用を記入してください。 |
| (8) | 賃借料 | <ul style="list-style-type: none"> ・土地、建物などの賃借料及び設備、器械の使用料などの費用を記入してください。(リース料、レンタル料) ・施設・事業所内でサービスを提供する場合(施設サービスや通所介護等)、一般的に「賃借料」又は「減価償却費」のいずれかには費用が計上されます。 |
| | ①土地 | 賃借料のうち、土地分の金額をさし、構築物を賃借している場合には、構築物分についても土地に含めて記入してください。 |
| | ②建物及び建物付属設備 | 賃借料のうち、建物及び建物付属設備分の金額を記入してください。建物付属設備とは、電気照明、冷暖房設備、エレベーター等をいいます。 |
| | ③設備器械 | 賃借料のうち、設備及び器械分の金額を記入してください。 |
| | ④その他の賃借料(①～③に該当しないもの) | 賃借料のうち、①～③に該当しない、その他の費用を記入してください。 |
| (9) | 保険料 | 火災保険料、病院賠償責任保険料、老人保健施設総合補償制度、自動車損害賠償責任保険料などの費用を記入してください。 |
| | ①自動車保険料(自動車損害賠償責任保険料含む) | 保険料のうち乗用車、送迎用自動車等の自動車保険料(自動車損害賠償責任保険料含む)の費用を記入してください。 |
| | ②その他の保険料(①に該当しないもの) | 保険料のうち、①に該当しない、その他の費用を記入してください。 |
| (10) | 租税公課 | <ul style="list-style-type: none"> ・固定資産税、事業税、消費税、自動車税、印紙税、登録免許税、などの租税で、原則として税法上損金に算入されるものを記入してください。 ・社団、財団、町会などに対する公共的な性格をもつ会費(医師会費など)、賦課金を記入してください。 |
| (11) | 徴収不能損失 | 徴収不能損失引当金(貸倒引当金)への繰入額を記入してください。 |
| (12) | その他の経費((1)～(11)に該当しないもの) | 経費のうち、(1)～(11)に該当しない、その他の経費を記入してください。 |
| Ⅱ7 | 委託費 | <ul style="list-style-type: none"> ・検査、給食、送迎、寝具、洗濯、廃棄物処理、事務、清掃、各種器械保守など、令和7年度中に委託した業務の対価としての費用を記入してください。委託先が併設病院等である場合も含まれます。 ・なお、併設病院等と併せ一括して委託している場合は、検査件数等適切な指標で按分し、調査対象サービス分(及びそれと一体的に運営・会計を行っている事業分)のみを記入してください。 |

参考資料

| | | |
|------|---------------------------------|--|
| (1) | 派遣委託費 | 派遣社員を受け入れている場合には、その費用を記入してください。 |
| (2) | 患者用給食委託費 | 入所者・通所者・職員用給食を委託した費用を記入してください。材料の仕入れから全面的に外部委託している場合には、給食材料費を含めて委託費として記入してください。 |
| (3) | 送迎委託費 | 入所者・通所者の送迎を委託した費用を記入してください。 |
| (4) | 寝具類洗濯・賃貸委託費(病衣除く) | 病衣を除く寝具類の洗濯・賃貸委託費の金額を記入してください。 |
| (5) | 清掃委託費 | 清掃を委託した費用を記入してください。 |
| (6) | 各種器械保守委託費 | 各種器械の保守を委託した費用を記入してください。 |
| (7) | その他の委託費 ((1)～(6)に該当しないもの) | 委託費のうち、(1)～(6)に該当しない、その他の費用を記入してください。 |
| Ⅱ 8 | 研修費 | 研修会費、講師に対する謝金、研修用図書を購入費用、研修のための旅費等の職員に対する研修に係る費用について記入してください。 |
| Ⅱ 9 | 減価償却費 | <ul style="list-style-type: none"> ・建物、建物付属設備、医療用器械設備、車両船舶設備、特殊浴槽などの固定資産の減価償却費について、令和7年度末現在の資産総額に基づいて算定された総額を記入してください。令和7年度に税法上の減価償却額未満の額を「減価償却費」として計上した場合は、実際に計上した金額を記入してください。 ・施設・事業所内でサービスを提供する場合(施設サービスや通所介護等)、一般的に「賃借料」又は「減価償却費」のいずれかには費用が計上されます。 |
| (1) | 建物及び建物付属設備減価償却費 | 減価償却費のうち、建物及び建物付属設備の減価償却費を記入してください。建物付属設備とは、電気照明、冷暖房設備、エレベーター等をいいます。 |
| (2) | 医療用器械設備減価償却費 | 医療用器械設備の減価償却費を記入してください。 |
| (3) | 車両船舶設備減価償却費 | 車両船舶設備の減価償却費を記入してください。 |
| (4) | 特殊浴槽減価償却費 | 特殊浴槽の減価償却費を記入してください。なお、特殊浴槽を設置している浴室に係る減価償却費は含みません。 |
| (5) | その他の減価償却費 ((1)～(4)に該当しないもの) | 減価償却費のうち、(1)～(4)に該当しない、その他の費用を記入してください。 |
| Ⅱ 10 | 本部費 (他の事業のための費用は含まない) | <ul style="list-style-type: none"> ・調査対象サービスの負担に属する本部経費について記入してください。 ・理事会等の運営に係る経費、法人役員の報酬等、法人本部の帰属とすることが妥当なものとし、他の事業やサービスに属する経費(例:新規サービス開設に係る施設整備費等)はこの欄に含めないでください。 |
| | 人材紹介手数料 | 施設運営事業等費用のうち、職員の採用に伴って人材紹介会社等に支払った額を記入してください。 |

参考資料

| | | |
|----|--|--|
| Ⅲ1 | 受取利息・配当金 | 預貯金の利益、出資金に対する分配金の額を記入してください。 |
| Ⅲ2 | 介護保険事業費補助金(令和6年度介護人材確保・職場環境改善等事業分) | 「令和6年度介護人材確保・職場環境改善等事業の実施について」(厚生労働省老健局長、老発0207第3号、令和7年2月7日)に基づき、生産性向上に向けた取組を行っている事業所として職場環境等の改善又は人件費の改善に必要な費用にかかる補助金の交付を受けた場合に、その金額を記入してください。 |
| Ⅲ3 | 介護保険事業費補助金(令和7年度介護分野の職員の賃上げ・職場環境改善支援事業分) | 「令和7年度介護分野の職員の賃上げ・職場環境改善支援事業の実施について」(厚生労働省老健局長、老発1225第3号、令和7年12月25日)に基づき、介護職員に対する賃上げ支援および職場環境改善に取り組む介護サービス事業所等の支援を目的とした補助金の交付を受けた場合に、その金額を記入してください。 |
| Ⅲ4 | 介護保険事業費補助金(サービス継続支援に係る補助金) | 「令和7年度介護事業所等及び介護施設等に対するサービス継続支援事業の実施について」(厚生労働省老健局長、老発1222第2号、令和7年12月22日)に基づき、物価上昇の影響がある中でも必要な介護サービスを円滑に継続できるよう、訪問・送迎など移動に伴い必要となる経費および災害発生時に必要な設備・備品などの購入費用等にかかる補助金の交付を受けた場合に、その金額を記入してください。 |
| Ⅲ5 | 物価高騰対策関連の補助金 | 食材料費、燃料費、光熱水費等の高騰といった物価高への対応として補助金の支給を受けた場合に、その金額を記入してください。 |
| Ⅲ6 | その他の施設運営事業外収益(1~5に該当しないもの) | 有価証券売却益、入所者・通所者以外の給食収益、売店の売上等を記入してください。 |
| Ⅳ | 施設運営事業外費用 | 有価証券売却損、入所者・通所者以外の給食用材料費等を記入してください。 【うち支払利息】長期借入金、短期借入金の支払い利息の額を記入してください。 |
| V1 | 特別利益 | 固定資産売却益、受取保険金などの特別利益(補助金・負担金を除く)の令和7年度実績を記入してください。なお、法人税等還付金は含めないでください。 |
| V2 | 特別損失 | 固定資産売却損、火災損失などの特別損失の令和7年度実績を記入してください。 【うち法人税等】令和7年度の法人税及び住民税の金額を記入してください。法人税などの税務申告が、併設施設等との経理をまとめた形で行われている場合には、税金総額を施設運営事業利益(施設運営事業等収益－施設運営事業等費用)金額の割合で按分し、調査客体となったサービス及びそれと一体的に運営・会計を行っている事業分の負担額を記入してください。この按分が不可能な場合は、施設運営事業収益、職員数などを用いて計算してください。 |

参考資料

(3)－B 病院会計準則

| 科目 | | 勘定科目の内容・記入上の注意 |
|---------|-----------------|---|
| Ⅱ 1 | 給与費 | <ul style="list-style-type: none"> ・当該施設・事業所に従事する職員の給与等の合計を計上してください。 ・退職給与引当金、賞与引当金は含めますが、法人本部の管理に関わる人件費については、「9 本部費」に記入してください。 ・派遣社員を受け入れている場合には、その費用は含めず、「6 委託費 (1) 派遣委託費」に記入してください。 |
| Ⅱ 2 | 医薬品費 | <p>医薬品について、実際の購入価格によって計算した額を記入してください。医薬品費には、投薬用薬品、注射用薬品(血液・プラズマを含む)、試薬、造影剤、外用薬等の費消額を記入してください。</p> |
| Ⅱ 3 | 給食用材料費 | <p>入院患者及び通所者のための食品について、実際の購入価格によって計算した額を記入してください。材料費には、保存食やいわゆる検食分、職員給食分の材料費を含むものとします。また、給食を委託している場合で、材料の仕入れを併せて委託している場合には、「6(2)患者用給食委託費」に含めてください。</p> |
| Ⅱ 4 | 診療材料費・医療消耗器具備品費 | <p>包帯、ガーゼ、縫合糸、氷など 1 回ごとに消費するもの及び、注射針、注射筒、ゴム管、体温計、シャーレ、血圧計などの施設療養用具の費消額(払出額)を記入してください。減価償却資産にあたらぬ消耗器具備品も含めてください。</p> |
| Ⅱ 5 (1) | 福利厚生費 | <ul style="list-style-type: none"> ・福利施設負担額、厚生費など職員及びその家族の福利厚生のために要する法定外福利費を記入してください。 ・職員宿舍、食堂、売店など福利施設を利用する場合における事業主負担額をさします。 ・診療、健康診断などを行った場合の減免額、その他衛生、保健、慰安、修養、教育訓練などに要する費用、団体生命保険料及び慶弔に際し一定の基準により支給される金品などの現物給与をさします。 |
| (2) | 通信費 | <p>電信料、電話料、郵便料金など通信のための費用を記入してください。</p> |
| (3) | 消耗品費 | <p>カルテ、検査伝票、会計伝票など医療用、事務用の用紙、帳簿、電球、洗剤など 1 年以内に消費するものの費消額を記入してください。ただし、材料費に属するものは除きます。</p> |
| (4) | 消耗器具備品費 | <p>医療用、事務用のスケール、計算機など減価償却を必要としないもので 1 年を超えて使用できるものの費消額を記入してください。ただし、医療消耗器具備品費に属するものを除きます。</p> |
| (5) | 車両費 | <p>乗用車、巡回用自動車、船舶などの燃料、車両検査などの費用を記入してください。</p> |
| (6) | 光熱水費 | <p>電気料、ガス料、水道料、石炭、重油、プロパンガスなどの費用を記入してください。</p> |
| (7) | 修繕費 | <p>有形固定資産に損傷、摩滅、汚損などが生じたとき、原状回復に要した通常の修繕のための費用を記入してください。(固定資産の耐用年数の延長又は当該資産の能率、能力を高めるような改良に要する費用は含まれません)</p> |

参考資料

| | | | |
|------|--------------------------|---|--|
| (8) | 賃借料 | <ul style="list-style-type: none"> ・土地、建物などの賃借料及び設備、器械の使用料などの費用(リース料、レンタル料)を記入してください。 ・施設・事業所内でサービスを提供する場合(施設サービスや通所介護等)、一般的に「賃借料」又は「減価償却費」のいずれかには費用が計上されます。 | |
| | ①土地 | 賃借料のうち、土地分の金額をさします。構築物を賃借している場合には、構築物分についても土地に含めて記入してください。 | |
| | ②建物及び建物付属設備 | 賃借料のうち、建物及び建物付属設備分の金額を記入してください。建物付属設備とは、電気照明、冷暖房設備、エレベーター等をいいます。 | |
| | ③設備器械 | 賃借料のうち、設備及び器械分の金額を記入してください。 | |
| | ④その他の賃借料(①～③に該当しないもの) | 賃借料のうち、①～③に該当しない、その他の費用を記入してください。 | |
| (9) | 保険料 | 火災保険料、病院賠償責任保険料、自動車損害賠償責任保険料などの費用を記入してください。 | |
| | ①自動車保険料(自動車損害賠償責任保険料含む) | 保険料のうち乗用車、送迎用自動車等の自動車保険料(自動車損害賠償責任保険料含む)の費用を記入してください。 | |
| | ②その他の保険料(①に該当しないもの) | 保険料のうち、①に該当しない、その他の費用を記入してください。 | |
| (10) | 租税公課 | 固定資産税、事業税、消費税、自動車税、印紙税、登録免許税、などの租税で、原則として税法上損金に算入されるものを記入してください。 | |
| (11) | 徴収不能損失 | 徴収不能損失引当金(貸倒引当金)への繰入額を記入してください。 | |
| (12) | その他の経費((1)～(11)に該当しないもの) | 費用のうち、(1)～(11)に該当しない、その他の経費を記入してください。 | |
| Ⅱ6 | 委託費 | <ul style="list-style-type: none"> ・検査、給食、送迎、寝具、洗濯、廃棄物処理、事務、清掃、各種器械保守などの令和7年度中に委託した業務の対価としての費用を記入してください。委託先が病院等である場合も含まれます。 ・なお、併設病院等と併せ一括して委託している場合は、検査件数等適切な指標で按分し、調査対象サービス分(及びそれと一体的に運営・会計を行っている事業分)のみを記入してください。 | |
| | (1) | 派遣委託費 | 派遣社員を受け入れている場合には、その費用を記入してください。 |
| | (2) | 患者用給食委託費 | 患者・職員用給食を委託した費用を記入してください。材料の仕入れから全面的に外部委託している場合には、給食材料費を含めて委託費として記入してください。 |
| | (3) | 送迎委託費 | 入所者・通所者用送迎委託費の金額を記入してください。 |
| | (4) | 寝具類洗濯・賃貸委託費(病衣除く) | 病衣を除く寝具類の洗濯・賃貸委託費の金額を記入してください。 |

参考資料

| | | |
|-----|------------------------------------|---|
| (5) | 清掃委託費 | 清掃を委託した費用を記入してください。 |
| (6) | 各種器械保守委託費 | 各種器械の保守を委託した費用を記入してください。 |
| (7) | その他の委託費 (1)～(6)に該当しないもの) | 委託費のうち、(1)～(6)に該当しない、その他の費用を記入してください。 |
| Ⅱ7 | 研究研修費 | 研究材料、研究図書等の研究活動に係る費用や、講習会参加に係る費用、旅費交通費等職員研修に係る費用を記入してください。 |
| Ⅱ8 | 減価償却費 | <ul style="list-style-type: none"> ・建物、建物付属設備、医療用器械設備、車両船舶設備、特殊浴槽等の固定資産の減価償却費について、令和7年度末現在の資産総額に基づいて算定された総額を記入してください。令和7年度に税法上の減価償却額未満の額を「減価償却費」として計上した場合は、実際に計上した金額を記入してください。 ・施設・事業所内でサービスを提供する場合(施設サービスや通所介護等)、一般的に「賃借料」又は「減価償却費」のいずれかには費用が計上されます。 |
| (1) | 建物及び建物付属設備減価償却費 | <ul style="list-style-type: none"> ・建物及び建物付属設備の減価償却費を記入してください。 ・建物付属設備とは、電気照明、冷暖房設備、エレベーター等をいいます。 |
| (2) | 医療用器械設備減価償却費 | 医療用器械設備の減価償却費を記入してください。 |
| (3) | 車両船舶設備減価償却費 | 車両船舶設備の減価償却費を記入してください。 |
| (4) | 特殊浴槽減価償却費 | 特殊浴槽の減価償却費を記入してください。なお、特殊浴槽を設置している浴室に係る減価償却費は含みません。 |
| (5) | その他の減価償却費 (1)～(4)に該当しないもの) | 減価償却費のうち、(1)～(4)に該当しない、その他の費用を記入してください。 |
| Ⅱ9 | 本部費 (他の事業のための費用は含まない) | <ul style="list-style-type: none"> ・調査対象サービスの負担に属する本部経費を記入してください。 ・理事会等の運営に係る経費、法人役員の報酬等、法人本部の帰属とすることが妥当なものとし、他の事業やサービスに属する経費(例:新規サービス開設に係る施設整備費等)はこの欄に含めないでください。 |
| | 人材紹介手数料 | 医業・介護費用のうち、職員の採用に伴って人材紹介会社等に支払った額を記入してください。 |
| Ⅲ1 | 受取利息・配当金 | 預貯金の利益、出資金に対する配当金の額を記入してください。 |
| Ⅲ2 | 介護保険事業費補助金(令和6年度介護人材確保・職場環境改善等事業分) | 「令和6年度介護人材確保・職場環境改善等事業の実施について」(厚生労働省老健局長、老発 0207 第3号、令和7年2月7日)に基づき、生産性向上に向けた取組を行っている事業所として職場環境等の改善又は人件費の改善に必要な費用にかかる補助金の交付を受けた場合に、その金額を記入してください。 |

参考資料

| | | |
|----|--|--|
| Ⅲ3 | 介護保険事業費補助金(令和7年度介護分野の職員の賃上げ・職場環境改善支援事業分) | 「令和7年度介護分野の職員の賃上げ・職場環境改善支援事業の実施について」(厚生労働省老健局長、老発 1225 第3号、令和7年 12 月 25 日)に基づき、介護職員に対する賃上げ支援および職場環境改善に取り組む介護サービス事業所等の支援を目的とした補助金の交付を受けた場合に、その金額を記入してください。 |
| Ⅲ4 | 介護保険事業費補助金(サービス継続支援に係る補助金) | 「令和7年度介護事業所等及び介護施設等に対するサービス継続支援事業の実施について」(厚生労働省老健局長、老発 1222 第2号、令和 7 年 12 月 22 日)に基づき、物価上昇の影響がある中でも必要な介護サービスを円滑に継続できるよう、訪問・送迎など移動に伴い必要となる経費および災害発生時に必要な設備・備品などの購入費用等にかかる補助金の交付を受けた場合に、その金額を記入してください。 |
| Ⅲ5 | 物価高騰対策関連の補助金 | 食材料費、燃料費、光熱水費等の高騰といった物価高への対応として補助金の支給を受けた場合に、その金額を記入してください。 |
| Ⅲ6 | その他の医業・介護外収益(1~5に該当しないもの) | 有価証券売却益、入所者・通所者以外の給食収益、売店の売上等を記入してください。 |
| Ⅳ | 医業・介護外費用 | 有価証券売却損、入所者・通所者以外の給食用材料費等を記入してください。 【うち支払利息】短期借入金、長期借入金の支払い利息の額を記入してください。 |
| V1 | 特別利益 | 固定資産売却益、受取保険金などの特別利益(補助金・負担金を除く)の令和7年度実績を記入してください。なお、法人税等還付金は含めないでください。 |
| V2 | 特別損失 | 固定資産売却損、火災損失などの特別損失の令和7年度実績を記入してください。 |
| Ⅵ | 税金 | <ul style="list-style-type: none"> ・令和7年度の法人税(所得税)及び法人住民税(個人住民税)の金額を記入してください。 ・法人格を持っている場合は法人税、法人住民税の金額を、個人による経営の場合は院長の所得税、個人住民税の金額を記入してください。 ・法人税などの税務申告が、併設施設等との経理をまとめた形で行われている場合には、税金総額を医業・介護利益(医業・介護収益－医業・介護費用)金額の割合で按分し、調査客体となった調査対象サービス及びそれと一体的に運営・会計を行っている事業分の負担額を記入してください。この按分が不可能な場合は、医業・介護収益、職員数などを用いて計算してください。 |

参考資料

(3)－C 介護医療院会計・経理準則

| 科目 | | 勘定科目の内容・記入上の注意 |
|------------|---------------------|---|
| Ⅱ 1 | 給与費 | <ul style="list-style-type: none"> ・当該施設・事業所に従事する職員の給与等の合計を計上してください。 ・退職給与引当金、賞与引当金は含めますが、法人本部の管理に関わる人件費については、「10 本部費」に記入してください。 ・派遣社員を受け入れている場合には、その費用は含めず、「7 委託費(1)派遣委託費」に記入してください。 |
| Ⅱ 2 | 医薬品費 | <p>医薬品について、実際の購入価格によって計算した額を記入してください。医薬品費には、投薬用薬品、注射用薬品(血液、プラズマを含む)、試薬、造影剤、外用薬等の費消額を記入してください。</p> |
| Ⅱ 3 | 給食用材料費 | <p>入所者及び通所者のための食品について、実際の購入価格によって計算した額を記入してください。材料費には、保存食やいわゆる検食分、職員給食分の材料費を含むものとします。また、給食を委託している場合で、材料の仕入れを併せて委託している場合には、「7(2)患者用給食委託費」に含めてください。</p> |
| Ⅱ 4 | 施設療養材料費・施設療養消耗器具備品費 | <ul style="list-style-type: none"> ・施設療養材料費には、包帯、ガーゼ、縫合糸、氷など 1 回ごとに消費するものの費消額を記入してください。 ・施設療養消耗器具備品費とは、注射針、注射筒、ゴム管、体温計、シャーレ、血圧計などの施設療養用具の費消額(払出額)をいいます。減価償却資産にあたらぬ消耗器具備品も含めてください。 |
| Ⅱ 5 | その他の材料費 | <p>入所者等の日用品、教養娯楽のための材料、おむつ等の費消額を記入してください。</p> |
| Ⅱ 6 (1) | 福利厚生費 | <ul style="list-style-type: none"> ・福利施設負担額、厚生費など職員及びその家族の福利厚生のために要する法定外福利費を記入してください。 ・職員宿舍、食堂、売店など福利施設を利用する場合における事業主負担額をさします。 ・診療、健康診断などを行った場合の減免額、その他衛生、保健、慰安、修養、教育訓練などに要する費用、団体生命保険料及び慶弔に際し一定の基準により支給される金品などの現物給与をさします。 |
| (2) | 消耗品費 | <p>カルテ、検査伝票、会計伝票など医療用、事務用の用紙、帳簿、電球、洗剤など 1 年以内に消費するものの費消額を記入してください。ただし、材料費に属するものは除きます。</p> |
| (3) | 消耗器具備品費 | <p>医療用、事務用のスケール、計算機など減価償却を必要としないもので 1 年を超えて使用できるものの費消額を記入してください。ただし、施設療養消耗器具備品費に属するものを除きます。</p> |
| (4) | 車両費 | <p>乗用車、巡回用自動車、船舶などの燃料、車両検査などの費用を記入してください。</p> |
| (5) | 光熱水費 | <p>電気料、ガス料、水道料、石炭、重油、プロパンガスなどの費用を記入してください。</p> |
| (6) | 修繕費 | <p>有形固定資産に損傷、摩滅、汚損などが生じたとき、原状回復に要した通常の修繕のための費用を記入してください。(固定資産の耐用年数の延長又は当該資産の能率、能力を高めるような改良に要する費用は含まれません)</p> |

参考資料

| | | |
|------|--------------------------|---|
| (7) | 通信費 | 電信料、電話料、郵便料等の通信のための費用を記入してください。 |
| (8) | 賃借料 | ・土地、建物などの賃借料及び設備、器械の使用料などの費用を記入してください。 (リース料、レンタル料) ・施設・事業所内でサービスを提供する場合(施設サービスや通所介護等)、一般的に「賃借料」又は「減価償却費」のいずれかには費用が計上されます。 |
| | ①土地 | 賃借料のうち、土地分の金額をさし、構築物を賃借している場合には、構築物分についても土地に含めて記入してください。 |
| | ②建物及び建物付属設備 | 賃借料のうち、建物及び建物付属設備分の金額を記入してください。建物付属設備とは、電気照明、冷暖房設備、エレベーター等をいいます。 |
| | ③設備器械 | 賃借料のうち、設備及び器械分の金額を記入してください。 |
| | ④その他の賃借料(①～③に該当しないもの) | 賃借料のうち、①～③に該当しない、その他の費用を記入してください。 |
| (9) | 保険料 | 火災保険料、病院賠償責任保険料、自動車損害賠償責任保険料などの費用を記入してください。 |
| | ①自動車保険料(自動車損害賠償責任保険料含む) | 保険料のうち乗用車、送迎用自動車等の自動車保険料(自動車損害賠償責任保険料含む)の費用を記入してください。 |
| | ②その他の保険料(①に該当しないもの) | 保険料のうち、①に該当しない、その他の費用を記入してください。 |
| (10) | 租税公課 | ・固定資産税、事業税、消費税、自動車税、印紙税、登録免許税、などの租税で、原則として税法上損金に算入されるものを記入してください。 ・社団、財団、町会などに対する公共的な性格をもつ会費(医師会費など)、賦課金を記入してください。 |
| (11) | 徴収不能損失 | 徴収不能損失引当金(貸倒引当金)への繰入額を記入してください。 |
| (12) | その他の経費((1)～(11)に該当しないもの) | 経費のうち、(1)～(11)に該当しない、その他の経費を記入してください。 |
| Ⅱ7 | 委託費 | ・検査、給食、送迎、寝具、洗濯、廃棄物処理、事務、清掃、各種器械保守など、令和7年度中に委託した業務の対価としての費用を記入してください。委託先が併設病院等である場合も含まれます。 ・なお、併設病院等と併せ一括して委託している場合は、検査件数等適切な指標で按分し、調査対象サービス分(及びそれと一体的に運営・会計を行っている事業分)のみを記入してください。 |
| (1) | 派遣委託費 | 派遣社員を受け入れている場合には、その費用を記入してください。 |
| (2) | 患者用給食委託費 | 入所者・通所者・職員用給食を委託した費用を記入してください。材料の仕入れから全面的に外部委託している場合には、給食材料費を含めて委託費として記入してください。 |

参考資料

| | | |
|-----|------------------------------------|--|
| (3) | 送迎委託費 | 入所者・通所者の送迎を委託した費用を記入してください。 |
| (4) | 寝具類洗濯・賃貸委託費(病衣除く) | 病衣を除く寝具類の洗濯・賃貸委託費の金額を記入してください。 |
| (5) | 清掃委託費 | 清掃を委託した費用を記入してください。 |
| (6) | 各種器械保守委託費 | 各種器械の保守を委託した費用を記入してください。 |
| (7) | その他の委託費 ((1)～(6)に該当しないもの) | 委託費のうち、(1)～(6)に該当しない、その他の費用を記入してください。 |
| Ⅱ8 | 研修費 | 研修会費、講師に対する謝金、研修用図書を購入費用、研修のための旅費等の職員に対する研修に係る費用について記入してください。 |
| Ⅱ9 | 減価償却費 | <ul style="list-style-type: none"> ・建物、建物付属設備、医療用器械設備、車両船舶設備、特殊浴槽などの固定資産の減価償却費について、令和7年度末現在の資産総額に基づいて算定された総額を記入してください。令和7年度に税法上の減価償却額未満の額を「減価償却費」として計上した場合は、実際に計上した金額を記入してください。 ・施設・事業所内でサービスを提供する場合(施設サービスや通所介護等)、一般的に「賃借料」又は「減価償却費」のいずれかには費用が計上されます。 |
| (1) | 建物及び建物付属設備減価償却費 | 減価償却費のうち、建物及び建物付属設備分の金額を記入してください。建物付属設備とは、電気照明、冷暖房設備、エレベーター等をいいます。 |
| (2) | 医療用器械備品減価償却費 | 医療用器械備品の減価償却費を記入してください。 |
| (3) | 車両船舶備品減価償却費 | 車両船舶備品の減価償却費を記入してください。 |
| (4) | 特殊浴槽減価償却費 | 特殊浴槽の減価償却費を記入してください。なお、特殊浴槽を設置している浴室に係る減価償却費は含みません。 |
| (5) | その他の減価償却費 ((1)～(4)に該当しないもの) | 減価償却費のうち、(1)～(4)に該当しない、その他の費用を記入してください。 |
| Ⅱ10 | 本部費(他の事業のための費用は含まない) | <ul style="list-style-type: none"> ・調査対象サービスの負担に属する本部経費について記入してください。 ・理事会等の運営に係る経費、法人役員の報酬等、法人本部の帰属とすることが妥当なものとし、他の事業やサービスに属する経費(例:新規サービス開設に係る施設整備費等)はこの欄に含めないでください。 |
| | 人材紹介手数料 | 施設運営事業等費用のうち、職員の採用に伴って人材紹介会社等に支払った額を記入してください。 |
| Ⅲ1 | 受取利息・配当金 | 預貯金の利益、出資金に対する分配金の額を記入してください。 |
| Ⅲ2 | 介護保険事業費補助金(令和6年度介護人材確保・職場環境改善等事業分) | 「令和6年度介護人材確保・職場環境改善等事業の実施について」(厚生労働省老健局長、老発0207第3号、令和7年2月7日)に基づき、生産性向上に向けた取組を行っている事業所として職場環境等の改善又は人件費の改善に必要な費用にかかる補助金の交付を受けた場合に、その金額を記入してください。 |

参考資料

| | | |
|----|--|--|
| Ⅲ3 | 介護保険事業費補助金(令和7年度介護分野の職員の賃上げ・職場環境改善支援事業分) | 「令和7年度介護分野の職員の賃上げ・職場環境改善支援事業の実施について」(厚生労働省老健局長、老発 1225 第3号、令和7年 12 月 25 日)に基づき、介護職員に対する賃上げ支援および職場環境改善に取り組む介護サービス事業所等の支援を目的とした補助金の交付を受けた場合に、その金額を記入してください。 |
| Ⅲ4 | 介護保険事業費補助金(サービス継続支援に係る補助金) | 「令和7年度介護事業所等及び介護施設等に対するサービス継続支援事業の実施について」(厚生労働省老健局長、老発 1222 第2号、令和7年 12 月 22 日)に基づき、物価上昇の影響がある中でも必要な介護サービスを円滑に継続できるよう、訪問・送迎など移動に伴い必要となる経費および災害発生時に必要な設備・備品などの購入費用等にかかる補助金の交付を受けた場合に、その金額を記入してください。 |
| Ⅲ5 | 物価高騰対策関連の補助金 | 食材料費、燃料費、光熱水費等の高騰といった物価高への対応として補助金の支給を受けた場合に、その金額を記入してください。 |
| Ⅲ6 | その他の施設運営事業外収益(1～5に該当しないもの) | 有価証券売却益、入所者・通所者以外の給食収益、売店の売上等を記入してください。 |
| Ⅳ | 施設運営事業外費用 | 有価証券売却損、入所者・通所者以外の給食用材料費等を記入してください。 【うち支払利息】長期借入金、短期借入金の支払い利息の額を記入してください。 |
| V1 | 特別利益 | 固定資産売却益、受取保険金などの特別利益(補助金・負担金を除く)の令和7年度実績を記入してください。なお、法人税等還付金は含めないでください。 |
| V2 | 特別損失 | 固定資産売却損、火災損失などの特別損失の令和7年度実績を記入してください。 【うち法人税等】令和7年度の法人税及び住民税の金額を記入してください。法人税などの税務申告が、併設施設等との経理をまとめた形で行われている場合には、税金総額を施設運営事業利益(施設運営事業等収益－施設運営事業等費用)金額の割合で按分し、調査客体となった調査対象サービス及びそれと一体的に運営・会計を行っている事業分の負担額を記入してください。この按分が不可能な場合は、施設運営事業収益、職員数などを用いて計算してください。 |

参考資料

(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

| 科目 | | 勘定科目の内容・記入上の注意 |
|-----------|---------|---|
| Ⅱ | 事業費用 | 各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(各費目に消費税額を算入した値)で記入してください。 |
| Ⅱ1 | 人件費 | <ul style="list-style-type: none"> ・当該施設・事業所に従事する職員の給与等の合計を計上してください。 ・退職給与引当金、賞与引当金は含めますが、法人本部の管理に関わる人件費は、「7 本部費」に記入してください。 ・派遣社員を受け入れている場合には、その費用は含めず、「4委託費(1)派遣委託費」に記入してください。 |
| Ⅱ2 | 材料費 | <p>【以下に該当するものの費消額を記入してください】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・包帯、ガーゼ、使い捨て手袋など1回ごとに訪問看護従事者が消費する指定訪問看護材料 ・指定訪問看護に要する器具のうち、体温計、シャーレなど1年以内に消費するもの ・指定訪問看護に要する器具のうち、聴診器、血圧計など減価償却を必要としないで1年を超えて使用できるもの ・費消した医薬品(消毒薬等)について、実際の購入価格によって計算した額 ・その他の材料費 |
| Ⅱ3 (1) | 福利厚生費 | <p>福利施設負担額、厚生費など職員及びその家族の福利厚生のために要する法定外福利費</p> <p>(ア)看護師宿舍、食堂、売店など福利施設を利用する場合における事業主負担額</p> <p>(イ)診療、健康診断などを行った場合の減免額、その他衛生、保健、慰安などに要する費用、団体生命保険料及び慶弔に際し一定の基準により支給される金品などの現物給与</p> |
| (2) | 旅費交通費 | 業務のための出張旅費を記入してください。ただし、研修のための旅費は除きます。 |
| (3) | 通信費 | 電信料、電話料、郵便料などの通信のための費用を記入してください。 |
| (4) | 消耗品費 | 訪問看護計画書、訪問看護報告書、訪問看護記録書、会計伝票など医療用、事務用の用紙、帳簿、電球、洗剤など1年以内に消費するものの費消額を記入してください。ただし、材料費に属するものは除きます。 |
| (5) | 消耗器具备品費 | 医療用、事務用のスケール、計算機など減価償却を必要としないもので1年を超えて使用できるものの費消額を記入してください。ただし、訪問看護消耗器具备品費に属するものは除きます。 |
| (6) | 車両費 | 乗用車などの燃料、車両検査などの費用を記入してください。 |
| (7) | 光熱水費 | 電気料、ガス料、水道料、石炭、重油、プロパンガスなどの費用を記入してください。 |
| (8) | 修繕費 | 有形固定資産に損傷、摩滅、汚損などが生じたとき、原状回復に要した通常の修繕のための費用を記入してください。(固定資産の耐用年数の延長又は当該資産の能率、能力を高めるような改良に要する費用は含まれません) |

参考資料

| | | |
|------|--------------------------|---|
| (9) | 賃借料 | <ul style="list-style-type: none"> ・建物などの賃借料及び設備、器械の使用料などの費用を記入してください。(リース料、レンタル料) ・施設・事業所内でサービスを提供する場合(施設サービスや通所介護等)、一般的に「賃借料」又は「減価償却費」のいずれかには費用が計上されます。 |
| | ①土地 | 賃借料のうち、土地分の金額をさし、構築物を賃借している場合には、構築物分についても土地に含めて記入してください。 |
| | ②建物及び建物付属設備 | 賃借料のうち、建物及び建物付属設備分の金額を記入してください。建物付属設備とは、電気照明、冷暖房設備、エレベーター等をいいます。 |
| | ③設備器械 | 賃借料のうち、設備及び器械分の金額を記入してください。 |
| | ④その他の賃借料(①～③に該当しないもの) | 賃借料のうち、①～③に該当しない、その他の費用を記入してください。 |
| (10) | 保険料 | 訪問看護事業賠償責任保険料、自動車損害賠償責任保険料などの費用を記入してください。 |
| | ①自動車保険料(自動車損害賠償責任保険料含む) | 保険料のうち乗用車、送迎用自動車等の自動車保険料(自動車損害賠償責任保険料含む)の費用を記入してください。 |
| | ②その他の保険料(①に該当しないもの) | 保険料のうち、①に該当しない、その他の費用を記入してください。 |
| (11) | 租税公課 | 固定資産税、物品税、自動車税、印紙税、登録税などの租税で、原則として税法上損金に算入されるもの及び町会費など公共的課金としての費用を記入してください。 |
| (12) | 徴収不能損失 | 徴収不能損失引当金(貸倒引当金)への繰入額を記入してください。 |
| (13) | その他の経費((1)～(12)に該当しないもの) | 事業費用のうち、(1)～(12)に該当しない、その他の経費を記入してください。 |
| Ⅱ 4 | 委託費 | 洗濯、清掃、各種器械保守委託など令和7年度中に委託した業務の対価としての費用を記入してください。 |
| (1) | 派遣委託費 | 派遣社員を受け入れている場合には、その費用を記入してください。 |
| (2) | 清掃委託費 | 清掃を委託した場合の費用を記入してください。 |
| (3) | その他の委託費((1)～(2)に該当しないもの) | 委託費のうち、(1)～(2)に該当しない、その他の費用を記入してください。 |
| Ⅱ 5 | 研修費 | 研修会費、講師に対する謝金、研修用図書の購入費用、研修のための旅費等の職員に対する研修に係る費用について記入してください。 |

参考資料

| | | |
|-----|--|---|
| Ⅱ 6 | 減価償却費 | <ul style="list-style-type: none"> ・建物・建物付属設備、車両船舶設備などの減価償却費について、令和7年度末現在の資産総額に基づいて算定された総額を記入してください。令和7年度に税法上の減価償却額未満の額を「減価償却費」として計上した場合は、実際に計上した額を記入してください。 ・施設・事業所内でサービスを提供する場合(施設サービスや通所介護等)、一般的に「賃借料」又は「減価償却費」のいずれかには費用が計上されます。 |
| (1) | 建物及び建物付属設備減価償却費 | 減価償却費のうち、建物及び建物付属設備分の金額を記入してください。建物付属設備とは、電気照明、冷暖房設備、エレベーター等をいいます。 |
| (2) | 車両船舶設備減価償却費 | 車両船舶設備の減価償却費を記入してください。 |
| (3) | その他の減価償却費((1)～(2)に該当しないもの) | 減価償却費のうち、(1)～(2)に該当しない、その他の費用を記入してください。 |
| Ⅱ 7 | 本部費 (他の事業のための費用は含まない) | <ul style="list-style-type: none"> ・調査対象サービスの負担に属する本部費用について、令和7年度実績を記入してください。 ・理事会等の運営に係る経費、法人役員の報酬等、法人本部の帰属とすることが妥当なものとし、他の事業やサービスに属する経費(例:新規サービス開設に係る施設整備費等)はこの欄に含めないでください。 |
| Ⅱ 8 | その他(1～7に該当しないもの) | 利用料の未収金等、1～7以外の事業費用を記入してください。 |
| | 人材紹介手数料 | 事業費用のうち、職員の採用に伴って人材紹介会社等に支払った額を記入してください。 |
| Ⅲ 1 | 受取利息・配当金 | 預貯金の利息、出資金に対する配当金など令和7年度実績を記入してください。 |
| Ⅲ 2 | 介護保険事業費補助金(令和6年度介護人材確保・職場環境改善等事業分) | 「令和6年度介護人材確保・職場環境改善等事業の実施について」(厚生労働省老健局長、老発 0207 第3号、令和7年2月7日)に基づき、生産性向上に向けた取組を行っている事業所として職場環境等の改善又は人件費の改善に必要な費用にかかる補助金の交付を受けた場合に、その金額を記入してください。 |
| Ⅲ 3 | 介護保険事業費補助金(令和7年度介護分野の職員の賃上げ・職場環境改善支援事業分) | 「令和7年度介護分野の職員の賃上げ・職場環境改善支援事業の実施について」(厚生労働省老健局長、老発 1225 第3号、令和7年12月25日)に基づき、介護職員に対する賃上げ支援および職場環境改善に取り組む介護サービス事業所等の支援を目的とした補助金の交付を受けた場合に、その金額を記入してください。 |
| Ⅲ 4 | 介護保険事業費補助金(サービス継続支援に係る補助金) | 「令和7年度介護事業所等及び介護施設等に対するサービス継続支援事業の実施について」(厚生労働省老健局長、老発 1222 第2号、令和7年12月22日)に基づき、物価上昇の影響がある中でも必要な介護サービスを円滑に継続できるように、訪問・送迎など移動に伴い必要となる経費および災害発生時に必要な設備・備品などの購入費用等にかかる補助金の交付を受けた場合に、その金額を記入してください。 |
| Ⅲ 5 | 物価高騰対策関連の補助金 | 食材料費、燃料費、光熱水費等の高騰といった物価高への対応として補助金の支給を受けた場合に、その金額を記入してください。 |

参考資料

| | | |
|----|------------------------|---|
| Ⅲ6 | その他の事業外収益(1～5に該当しないもの) | 有価証券売却益、職員給食収益などを記入してください。 |
| Ⅳ | 事業外費用 | 【うち支払利息】短期借入金、長期借入金の支払利息について、令和7年度実績を記入してください。 |
| Ⅴ1 | 特別利益 | 固定資産売却益、受取保険金などの特別利益(補助金・負担金を除く)の令和7年度実績を記入してください。なお、法人税等還付金は含めないでください。 |
| Ⅴ2 | 特別損失 | 固定資産売却損、火災損失などの特別損失の令和7年度実績を記入してください。 【うち法人税等】令和7年度の法人税(所得税)及び法人住民税(個人住民税)の金額を記入してください。法人格を持っている訪問看護ステーションの場合には、法人税、法人住民税の金額を、個人による経営の場合には、管理者の所得税、個人住民税の金額を記入してください。法人税などの税務申告が、併設事業所等との経理をまとめた形で行われている場合には、税金総額を事業利益(事業収益－事業費用)金額の割合で按分し、調査客体となった訪問看護ステーション(介護予防含む)及びそれと一体的に運営・会計を行っている事業分の負担額を記入してください。この按分が不可能な場合は、事業収益、職員数などを用いて計算してください。 |

参考資料

(3)－E 企業会計

| 科目 | | 勘定科目の内容・記入上の注意 |
|------|-------------------------|---|
| Ⅱ1 | 人件費 | <ul style="list-style-type: none"> ・当該施設・事業所に従事する職員の給与等の合計を計上してください。 ・派遣社員を受け入れている場合には、その費用は含めず、「Ⅱ2(12)委託費①派遣委託費」に記入してください。 ・退職給与引当金、賞与引当金は含めますが、法人本部の管理に関わる人件費については、「Ⅲ 本部経費配賦額」に記入してください。 |
| Ⅱ2 | 給食材料費 | <p>食材及び食品の費用を記入してください。材料費には、保存食や検食分、職員給食分の材料費を含むものとします。また、給食を委託している場合で、材料の仕入れを併せて委託している場合には、「Ⅱ2(12)②給食委託費」に記入してください。</p> |
| (2) | 車両費 | 乗用車、送迎用自動車等の燃料費、車両検査等の費用を記入してください。 |
| (3) | 光熱水費 | 電気、ガス、水道等の使用料を記入してください。 |
| (4) | 福利厚生費 | 役員・職員の健康診断その他福利厚生のための費用を記入してください。 |
| (5) | 旅費交通費 | 業務に係る役員・職員の出張旅費及び交通費を記入してください。 |
| (6) | 研修費 | 役員・職員に対する教育訓練に直接要する費用を記入してください。 |
| (7) | 通信運搬費 | 電話、電報、ファックスの使用料、インターネット接続料及び切手代、葉書代その他通信・運搬に要する費用を記入してください。 |
| (8) | 修繕費 | 建物、器具及び備品等の修繕又は模様替えの費用を記入してください。ただし、建物、器具及び備品を改良し、耐用年数を延長させるような資本的支出は含みません。 |
| (9) | 賃借料 | <ul style="list-style-type: none"> ・器具備品等のリース料・レンタル料、事業所等の借上等の賃借料を記入してください。 ・施設・事業所内でサービスを提供する場合(施設サービスや通所介護等)、一般的に「賃借料」又は「減価償却費」のいずれかには費用が計上されます。 |
| | ①土地 | 賃借料のうち、土地分の金額をさし、構築物を賃借している場合には、構築物分についても土地に含めて記入してください。 |
| | ②建物及び建物付属設備 | 賃借料のうち、建物及び建物付属設備分の金額を記入してください。建物付属設備とは、電気照明、冷暖房設備、エレベーター等をいいます。 |
| | ③設備器械 | 賃借料のうち、設備器械の金額を記入してください。 |
| | ④その他の賃借料(①～③に該当しないもの) | 賃借料のうち、①～③に該当しない、その他の費用を記入してください。 |
| (10) | 保険料 | 火災保険料、自動車損害賠償責任保険料等の費用を記入してください。 |
| | ①自動車保険料(自動車損害賠償責任保険料含む) | 保険料のうち乗用車、送迎用自動車等の自動車保険料(自動車損害賠償責任保険料含む)の費用を記入してください。 |

参考資料

| | | |
|------|----------------------------|--|
| | ②その他の保険料 (①に該当しないもの) | 保険料のうち、①に該当しない、その他の費用を記入してください。 |
| (11) | 租税公課 | 施設又は事業所が負担する租税公課を記入してください。 |
| (12) | 委託費 | 給食、送迎、寝具、洗濯、廃棄物処理、事務、清掃など令和7年度中に委託した業務の対価としての費用を記入してください。 |
| | ①派遣委託費 | 派遣社員を受け入れている場合には、その費用を記入してください。 |
| | ②給食委託費 | 入所者・通所者・職員用給食を委託した費用を記入してください。材料の仕入れから全面的に外部委託している場合には、給食材料費を含めて委託費として記入してください。 |
| | ③送迎委託費 | 入所者・通所者の送迎を委託した費用を記入してください。 |
| | ④清掃委託費 | 清掃を委託した場合の費用を記入してください。 |
| | ⑤その他の委託費 (①～④に該当しないもの) | 委託費のうち、①～④に該当しない、その他の費用を記入してください。 |
| (13) | その他の経費((1)～(12)に該当しないもの) | 経費のうち、(1)～(12)に該当しない、その他の経費(医療費、被服費、教養娯楽費、日用品費、広告宣伝費、入居者募集費用、求人費用、会議費、渉外費、諸会費など)を記入してください。 |
| Ⅱ3 | 減価償却費 | <ul style="list-style-type: none"> ・建物、建物付属設備、車両船舶設備、特殊浴槽などの固定資産の減価償却費について、令和7年度末現在の資産総額に基づいて算定された総額を記入してください。令和7年度に税法上の減価償却額未満の額を「減価償却費」として計上した場合は、実際に計上した金額を記入してください。 ・施設・事業所内でサービスを提供する場合(施設サービスや通所介護等)、一般的に「賃借料」又は「減価償却費」のいずれかには費用が計上されます。 |
| (1) | 建物及び建物付属設備減価償却費 | 減価償却費のうち、建物及び建物付属設備分の金額を記入してください。建物付属設備とは、電気照明、冷暖房設備、エレベーター等をいいます。 |
| (2) | 車両船舶設備減価償却費 | 車両船舶設備の減価償却費を記入してください。 |
| (3) | 特殊浴槽減価償却費 | 特殊浴槽の減価償却費を記入してください。なお、特殊浴槽を設置している浴室にかかる減価償却費は含みません。 |
| (4) | 消毒設備減価償却費 | 消毒設備の減価償却費を記入してください。 |
| (5) | 福祉用具減価償却費 | 福祉用具の減価償却費を記入してください。 |
| (6) | その他の減価償却費 (①～⑤に該当しないもの) | 減価償却費のうち、(1)～(5)に該当しない、その他の費用を記入してください。 |
| | 人材紹介手数料 | 売上原価のうち、職員の採用に伴って人材紹介会社等に支払った額を記入してください。 |

参考資料

| | | |
|------|--|---|
| Ⅲ | 本部経費配賦額 (他の事業のための費用は含まない。) | <ul style="list-style-type: none"> ・事業所が負担する役員報酬、本社やエリア組織等にかかる人件費や経費等について、本社(本部)経費や、共通経費等の名目で、配賦されている場合、その配賦額を記入してください。 ・役員会等の運営に係る経費、役員の報酬等、本社(本部)の帰属とすることが妥当なものとし、他の事業やサービスに属する経費(例:新規サービス開設に係る施設整備費等)はこの欄に含めないでください。 |
| IV1 | 受取利息 | 預貯金の利息の額を記入してください。 |
| IV2 | 受取配当金 | 出資金に対する配当金の額を記入してください。 |
| IV3 | 補助金収入 | 都道府県、市町村からの補助金の額を記入してください。 |
| (1) | 介護保険事業費補助金 (令和6年度介護人材確保・職場環境改善等事業分) | 「令和6年度介護人材確保・職場環境改善等事業の実施について」(厚生労働省老健局長、老発0207 第3号、令和7年2月7日)に基づき、生産性向上に向けた取組を行っている事業所として職場環境等の改善又は人件費の改善に必要な費用にかかる補助金の交付を受けた場合に、その金額を記入してください。 |
| (2) | 介護保険事業費補助金 (令和7年度介護分野の職員の賃上げ・職場環境改善支援事業分) | 「令和7年度介護分野の職員の賃上げ・職場環境改善支援事業の実施について」(厚生労働省老健局長、老発1225 第3号、令和7年12月25日)に基づき、介護職員に対する賃上げ支援および職場環境改善に取り組む介護サービス事業所等の支援を目的とした補助金の交付を受けた場合に、その金額を記入してください。 |
| (3) | 介護保険事業費補助金 (サービス継続支援に係る補助金) | 「令和7年度介護事業所等及び介護施設等に対するサービス継続支援事業の実施について」(厚生労働省老健局長、老発1222 第2号、令和7年12月22日)に基づき、物価上昇の影響がある中でも必要な介護サービスを円滑に継続できるよう、訪問・送迎など移動に伴い必要となる経費および災害発生時に必要な設備・備品などの購入費用等にかかる補助金の交付を受けた場合に、その金額を記入してください。 |
| (4) | 物価高騰対策関連の補助金 | 食材料費、燃料費、光熱水費等の高騰といった物価高への対応として補助金の支給を受けた場合に、その金額を記入してください。 |
| (5) | その他の補助金((1)~(4)に該当しないもの) | 補助金収入のうち(1)~(3)に該当しないものを記入してください。 |
| IV4 | その他の営業外収益 (1~3に該当しないもの) | 営業外収益のうち、1~3に該当しない、その他の収益を記入してください。 |
| V1 | 支払利息 | 長期借入金、短期借入金の支払い利息の額を記入してください。 |
| V2 | 徴収不能額 | 金銭債権のうち徴収不能として処理した額を記入してください。 |
| V3 | その他の営業外費用 (1~2に該当しないもの) | 営業外費用のうち、1~2に該当しない、その他の費用を記入してください。 |
| VI | 特別利益 | 令和7年度実績を記入してください。 |
| VII | 特別損失 | 令和7年度実績を記入してください。 |
| VIII | 法人税、住民税及び事業税 | <ul style="list-style-type: none"> ・令和7年度の法人税、住民税及び事業税の金額を記入してください。 ・法人税などの税務申告が、併設事業所等との経理をまとめた形で行われている場合には、税金総額を営業利益(事業収益－売上原価)金額の割合で按分し、調査客体となった事業所及びそれと一体的に運営・会計を行っている事業分の負担額を記入してください。この按分が不可能な場合は、事業収益、職員数などを用いて計算してください。 |

居宅サービス・地域密着型サービス事業所（介護予防含む）（医療関係） チェックリスト

提出前に、記入漏れ等がないか確認の上、ご提出ください。

| 設問 | チェック項目 |
|-------|--|
| 表紙 | <input type="checkbox"/> 中央のラベルに記載された、「調査対象サービス」を確認しましたか。 <input type="checkbox"/> ラベル下の(1)電話番号から(5)調査対象サービスの活動状況のすべてに記入しましたか。 |
| 問1(4) | <input type="checkbox"/> 会計区分の説明図を参照し、「1. 単独会計」または「2. 一体会計」を選び、○をつけましたか。 |
| 問1(5) | <input type="checkbox"/> 調査対象サービスの令和8年4月(1か月分)の実績について、記入しましたか。 <input type="checkbox"/> 実績がなかった項目については「0」(ゼロ)と記入しましたか。 |
| 問1(7) | <input type="checkbox"/> 調査対象サービスと会計を一体的に行っている併設の介護保険サービスについて、事業所番号と令和8年4月(1か月分)の各実績を記入しましたか。 |
| 問2 | <input type="checkbox"/> 建物床面積の「全体」について問1(5)での回答(1.単独会計、2.一体会計)それぞれにおける定義を記入要領等で確認してから、記入しましたか。 |
| 問3 | <p>【問1(4)で「1. 単独会計」を選んだ場合】</p> <input type="checkbox"/> 常勤・非常勤の「調査対象サービス分の換算人員」欄と、非常勤の「実人員」欄と給料の欄を記入しましたか(常勤の「実人員」、非常勤の「換算人員」の欄は記入は不要です)。 <input type="checkbox"/> 配置していない職種については、「0」(ゼロ)と記入しましたか。 <input type="checkbox"/> 給料は「調査対象サービス分の換算人員」に対応する金額になっていますか。 <p>【問1(4)で「2. 一体会計」を選んだ場合】</p> <input type="checkbox"/> 常勤・非常勤の「実人員」欄、常勤・非常勤の「調査対象サービス分の換算人員」欄、非常勤の「換算人員」欄、給料の欄のすべてに記入をしましたか。 <input type="checkbox"/> 配置していない職種については、「0」(ゼロ)と記入しましたか。 <input type="checkbox"/> 給料は「実人員」に対応する金額になっていますか。 |
| 問4(1) | <input type="checkbox"/> 「1 施設介護料収益」「2 居宅介護料収益」「3 居宅介護支援介護料収益」に、利用者から徴収した1～3割負担分を計上しましたか。 <input type="checkbox"/> 保険外の利用料についてはすべて「5 保険外の利用料による収益」に計上しましたか。 |
| 問4(3) | <input type="checkbox"/> A,B,C,D,Eのいずれかひとつの会計基準または準則のページに記入しましたか。 <input type="checkbox"/> E 企業会計に記入する場合、費用として決算に計上しているが、調査票上に該当する科目がないものについては、Ⅱ2(13)その他の経費等に記入しましたか。 |

調査へのご協力ありがとうございました。

電子調査票は、専用ホームページ(<https://r8-keiei.kaigo-survey.mhlw.go.jp>)にて**6月30日(火)**までにご提出ください。

なお、紙調査票は同封している返信用封筒にて**7月7日(火)**までに投函してください。

※1 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 やむを得ない事由により、締切日に間に合わない場合は、調査事務局(0120-106-615)までご相談ください。