統計法に基づく一般統計調査

介護事業実態調査
（介護事業経営実態調査）
令和５年５月調査

政府統計

統計法に基づく国の統計調査です。
調査票情報の秘密の保護に万全を期します。

調査対象サービスは
介護老人保健施設
です。

右に印字した項目は、**必ず確認**していただき、誤りや訂正がございましたら、恐れ入りますが**朱書きで修正**をお願い申し上げます。
また、空欄の場合はご記入をお願い申し上げます。

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

ＩＤ	1234567890
パスワード	◎◎◎◎◎

SAMPLE

お手数をおかけしますが、下の（１）～（５）に必ずご記入をお願いいたします。

（１）電話番号：（　　）
（２）ＦＡＸ番号：（　　）
（３）Ｅメールアドレス：　　@
（４）回答担当者：ご氏名　　（役職：　　）
（５）調査対象サービスの活動状況（令和５年５月１日時点）
（下の１～３のいずれか１つに○）

１．活動中	２．休止	３．廃止

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

１．電子調査票での提出期限は『令和5年7月7日』までとなります。
調査専用サイト（hxxps://r5-keiei.kaigo-survey.net）からダウンロードした電子調査票（エクセル）に記入し、アップロードによるご提出をお願いいたします。
２．上記のほか、紙の調査票は『令和5年6月30日』までにご投函ください。

厚生労働省老健局

問１　施設の概要についておうかがいします。

（１）開設年月を西暦で記入してください。

西暦 ［　　］ 年 ［　　］ 月

（２）経営主体として該当する番号に〇をつけてください。

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

（３）調査対象サービスにおける令和４年度の新型コロナウイルス感染症の発生による影響についてお伺いします。

①調査対象サービスにおける令和４年度の新型コロナウイルス感染症の陽性者等の発生状況について、
該当する番号に〇をつけてください。（複数回答可）

1	利用者に新型コロナウイルス感染症の陽性者が発生した
2	利用者に新型コロナウイルス感染症の濃厚接触者が発生した
3	利用者に感染・濃厚接触の疑いがある者が発生した
4	職員に新型コロナウイルス感染症の陽性者が発生した
5	職員に新型コロナウイルス感染症の濃厚接触者が発生した
6	職員に感染・濃厚接触の疑いがある者が発生した
7	1～6のいずれにも該当はない

②調査対象サービスにおける令和４年度の新型コロナウイルス感染症による施設・事業所運営への影響について、
該当する番号に〇をつけてください。（複数回答可）

1	行政からの要請によるサービスの一時休止を行った
2	施設・事業所の判断によるサービスの一時休止を行った
3	施設・事業所の判断による営業時間の短縮や利用定員の縮小等の運営の縮小を行った
4	利用者・家族の希望によるサービスの休止・縮小を行った
5	新型コロナウイルス感染症の影響でサービス利用者が減少した
6	近隣事業所等における休業や感染者等の発生に伴い利用者の受け入れを行った
7	1～6のいずれにも該当はない

（４）調査対象サービスにおける会計の期間について、該当する番号に〇をつけてください。
３．を選んだ場合は、あわせて期間も記入してください。

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

SAMPLE

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

1. 単独会計：調査対象サービスごとに費用が区分できているもの

2. 一体会計：調査対象サービスに係る費用とそれ以外の併設サービス等に係る費用を区分せず一体で計上しているもの

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

※ 単独会計の場合、問3（職員数と職員給与）、問4（収入と支出）は、調査対象サービス分についてのみ記入してください。

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

例：介護老人保健施設内で短期入所療養介護を提供し、通所リハビリテーションを併設している場合

SAMPLE

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

医療保険適用部分

医療保険適用部分の実績を記入してください。

病床数	延べ在院者数
床	人

	患者数
外来	人

介護保険適用部分

介護保険適用部分の実績を記入してください。

介護老人保健施設

		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他※1	特定利用※2
一般棟	実利用者数	人	人	人	人	人	人	人
	延べ在所者数	人	人	人	人	人	人	人
認知症専門棟	実利用者数	人	人	人	人	人	人	人
	延べ在所者数	人	人	人	人	人	人	人

※1　その他には、非該当であって自費でサービスを利用している人や、要介護認定申請中の人を計上してください。
※2　特定利用には、特定老人保健施設入所者（平成12年3月以前から入所している要介護者でない入所者）を計上してください。

短期入所療養介護

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

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

介護予防短期入所療養介護

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

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

SAMPLE

（７）調査対象サービスと一体的に会計を行っている併設サービスの事業所番号、令和５年４月の１か月分の延べ利用者数等を記入してください。

※1 「延べ利用者数等」については、記入要領を参照のうえ、対応する内容を記入してください。

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

	サービスの種類	事業所番号	延べ利用者数等※1		
施設サービス	介護老人福祉施設		延べ在所（在院）者数	1	人
	介護老人保健施設			2	
	介護療養型医療施設			3	人
	介護医療院			4	人
居宅サービス	訪問介護（旧介護予防を含む）		延べ訪問回数	5	回
	訪問入浴介護（介護予防を含む）			6	回
	訪問看護 （介護予防を含む）			7	回
	訪問リハビリテーション （介護予防を含む）			8	回
	居宅療養管理指導 （介護予防を含む）		実利用者数	9	人
	通所介護 （旧介護予防を含む）		延べ利用者数	10	人
	通所リハビリテーション （介護予防を含む）			11	人
	短期入所生活介護（空床利用分を除く）（介護予防を含む）			12	人
	短期入所療養介護 （介護予防を含む）			13	
	特定施設入居者生活介護 （介護予防を含む）			14	人
	福祉用具貸与 （介護予防を含む）		実利用者数	15	人
	居宅介護支援 （介護予防を含む）			16	人
地域密着型サービス	定期巡回・随時対応型訪問介護看護		実利用者数	17	人
	夜間対応型訪問介護		延べ訪問回数	18	回
	地域密着型通所介護		延べ利用者数	19	人
	認知症対応型通所介護 （介護予防を含む）			20	人
	小規模多機能型居宅介護 （介護予防を含む）			21	人
	認知症対応型共同生活介護（介護予防を含む）			22	人
	地域密着型特定施設入居者生活介護			23	人
	地域密着型介護老人福祉施設		延べ在所（在院）者数	24	人
	看護小規模多機能型居宅介護		延べ利用者数	25	人

SAMPLE

問２　令和5年4月時点の建物の状況についておうかがいします。

1　建築年月　　西暦　　年　　月

※建築年月の異なる建物が併存する場合には、調査対象サービスの提供において使用している主要な建物について記入してください。

2　保有形態

当てはまる番号に○をつけてください。

1. 自己所有 →

2. 賃借・無償貸与

取得価額		円
建物の償却方法	1. 定額法	2. 定率法
税法上の耐用年数		年

3　建築延べ床面積　　㎡（小数点以下第1位を四捨五入して整数で記入してください。以下、同じ。）

4　入所部分、通所部分の各施設・設備に係る延べ床面積

		入所部分				通所部分			
		一般棟		認知症専門棟		通所リハビリテーション（介護予防含む）	通所介護（旧介護予防含む）	認知症対応型通所介護（介護予防含む）	入所・通所共用部分※1（再掲）
①4人室		室	㎡	室	㎡				
②3人室		室	㎡	室	㎡				
③2人室	ユニット※2	室	㎡	室	㎡				
	上記以外	室	㎡	室	㎡				
④個室	ユニット※2	室	㎡	室	㎡				
	上記以外	室	㎡	室	㎡				
⑤診察室		㎡		㎡		㎡	㎡	㎡	㎡
⑥機能訓練室		㎡		㎡		㎡	㎡	㎡	㎡
⑦食堂		㎡		㎡		㎡	㎡	㎡	㎡
⑧談話室		㎡		㎡		㎡	㎡	㎡	㎡
⑨デイ・ルーム		㎡		㎡		㎡	㎡	㎡	㎡
⑩レクリエーションルーム		㎡		㎡		㎡	㎡	㎡	㎡
⑪浴室		㎡		㎡		㎡	㎡	㎡	㎡
⑫家族介護教室		㎡		㎡		㎡	㎡	㎡	㎡
⑬その他ユニットケア用部分		㎡		㎡					

5　4以外の介護保険サービス（※3）に係る専用延べ床面積

㎡

SAMPLE

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

※2 ユニットケアとは、療養室をいくつかのグループに分け、少数の居室と食堂や談話スペース（居宅での居間に相当する）等によって一体的に構成された居室環境（ユニット）によるケアをいいます。

※3 問1（7）で記入をした、調査対象サービスと一体的に会計を行っている併設サービスのうち、問2　4 の入所部分、通所部分以外のサービスに係る専用延べ床面積を記入してください。ただし、当該サービスに特定施設入居者生活介護が含まれる場合は、要支援・要介護者以外の利用者へのサービス分も含みます。

※4 一体会計となっているサービスとの費用按分等のためにも使用しますので、漏れのないように記入してください。

食堂記入例：160㎡の食堂のうち、100㎡は老健（一般棟）専用、40㎡は通所リハ（介護予防含む）専用、20㎡は老健（一般棟）と通所リハ（介護予防含む）で共用している。

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

問３　令和5年4月時点の職員数と職員給与についておうかがいします。

令和5年４月中に給与を支払った職員数と給与・賞与等について、記入してください。
記入する内容に関しては、必ず記入要領を確認してください。

○ 問1（5）において「単独会計」と回答した場合は、常勤・非常勤ともに「調査対象サービス分の換算人員」、非常勤の「実人員」、**「調査対象サービス分の換算人員」に対応する「給料」**（給与・賞与等）を記入してください。
常勤の「実人員」、非常勤の「換算人員」欄は記入不要です。

○ 問1（5）において「一体会計」と回答した場合は、会計を一体的に行っている他の介護保険サービス分も含めた常勤・非常勤の「実人員」、非常勤の「換算人員」、常勤・非常勤の「調査対象サービス分の換算人員」、**「実人員」に対応する「給料」**（給与・賞与等）を記入してください。

※1　複数の職種に従事している場合は、主として従事している職種のいずれか1つに分類して記入してください。
決めがたい場合は、番号の若い方を優先して記入してください。

※2　介護支援専門員・計画作成担当者として従事している者は、1～20のいずれかに分類して記入してください。
主として従事している職種を決めがたい場合は、番号の若い方を優先して記入してください。

※3　派遣社員で対応している職種がある場合は、その職員数及び給料は含めないでください。

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

令和5年4月分

職　種		常勤 実人員	常勤 調査対象サービス分の換算人員	常勤 給料		非常勤 実人員	非常勤 換算人員	非常勤 調査対象サービス分の換算人員	非常勤 給料
		人	人	百万 千 円		人	人	人	百万 千 円
1 管理者	1		.		1		.	.	
2 医師	2		.		2		.	.	
3 歯科医師	3		.		3		.	.	
4 薬剤師	4		.		4		.	.	
5 看護職員	5		.		5		.	.	
6 准看護師	6		.		6		.	.	
7 介護職員	7		.		7		.	.	
8 うち介護福祉士	8		.		8		.	.	
9 理学療法士	9		.		9		.	.	
10 作業療法士	10		.		10		.	.	
11 言語聴覚士	11		.		11		.	.	
12 歯科衛生士	12		.		12		.	.	
13 柔道整復師・あん摩マッサージ指圧師	13		.		13		.	.	
14 生活相談員・支援相談員	14		.		14		.	.	
15 福祉用具専門相談員	15		.		15		.	.	
16 栄養士	16		.		16		.	.	
17 うち管理栄養士	17		.		17		.	.	
18 調理員	18		.		18		.	.	
19 事務職員	19		.		19		.	.	
20 その他	20		.		20		.	.	
21 1～20のうち介護支援専門員・計画作成担当者（再掲）	21		.		21		.	.	

		百万 千 円
22 通勤手当（再掲）（令和5年4月分）	22	
23 賞与または賞与引当金繰入（令和4年度実績の1／12の金額）	23	

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）				百万 千 円
	（1） 社会福祉施設退職手当等職員共済に加入	→掛け金額（令和4年度実績の1／12の金額）	24	
	（2） 全国社会福祉団体職員退職手当積立基金に加入		25	
	（3） 中小企業退職金共済制度に加入		26	
	（4） その他共済制度に加入		27	
	（5） 退職給与（給付）引当金繰入の実施　※（1）～（4）以外	→退職給与（給付）引当金（令和4年度実績の1／12の金額）	28	
	（6） 退職金として支出　※（1）～（5）に計上される分を除く	→退職金（令和4年度実績の1／12の金額）	29	

		百万 千 円
25 法定福利費（事業主負担・令和4年度実績の1／12の金額）	30	

＜換算人員の計算方法＞
下記計算式によって得られた数値を、小数点以下第2位を四捨五入して、小数点第1位まで計上してください。得られた結果が0．1に満たない場合は、「0．1」と記入してください。

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

※1か月に数回の勤務である場合

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

SAMPLE

問４　（１）令和4年度の事業収益等についておうかがいします。

○ 令和4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（5）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（5）において「一体会計」と回答した場合は、会計を一体的に行っているほかの介護保険サービス分も含めた額を記入してください。
なお、記入に際しては、問4（1）で記入した収益に対応した費用を問4（3）に記入してください。

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

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

SAMPLE

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

SAMPLE

問4 （2）令和4年度の財務活動等による支出についておうかがいします。

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

↓チェックボックス

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

○ 「設備資金」とは、施設整備及び設備整備に係る資金です。
○ 金額は、利子を含まない元金について、令和4年度に返済した額を記入してください。

科目		令和4年度決算期数値 金額（十億 百万 千 円）
設備資金借入金の返済による支出	57	
長期運営資金借入金の返済による支出	58	

問４　（３）令和4年度の事業費用についておうかがいします。

○ 事業費用について、使用している会計基準、指針に該当するページに記入してください。

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

（３）－Ａ　介護老人保健施設会計・経理準則

○ 令和4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（5）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（5）において「一体会計」と回答した場合は、会計を一体的に行っている他の介護保険サービス分も含めた額を記入してください。
なお、記入に際しては、問4（1）で記入した収益に対応した費用を問4（3）に記入してください。
問4（1）において、医療サービスによる収益を含めて記入した場合は、問4（3）に医療サービスに係る費用を含めて記入してください。

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

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

（３）－Ａ		令和４年度決算期数値	
科　　目			金　額（十億　百万　千　円）
Ⅱ 施設運営事業等費用	1 給与費	1	
	2 医薬品費	2	
	3 給食用材料費	3	
	4 施設療養材料費・施設療養消耗器具備品費	4	
	5 その他の材料費	5	
	6 経費		
	（1）福利厚生費	6	
	（2）消耗品費	7	
	（3）消耗器具備品費	8	
	（4）車両費	9	
	（5）光熱水費	10	
	（6）修繕費	11	
	（7）通信費	12	
	（8）賃借料		
	① 土地	13	
	② 建物及び建物付属設備	14	
	③ 設備器械	15	
	④ その他の賃借料（①～③に該当しないもの）	16	
	（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	
	② その他の保険料（①に該当しないもの）	18	
	（10）租税公課	19	
	（11）徴収不能損失	20	
	（12）その他の経費（（1）～（11）に該当しないもの）	21	

SAMPLE

（3）－A		令和４年度決算期数値
科　　目		金　額（十億　百万　千　円）
Ⅱ 施設運営事業等費用（続き）		
7 委託費		
（1）派遣委託費	22	
（2）患者用給食委託費	23	
（3）送迎委託費	24	
（4）寝具類洗濯・賃貸委託費（病衣除く）	25	
（5）清掃委託費	26	
（6）各種器械保守委託費	27	
（7）その他の委託費（（1）～（6）に該当しないもの）	28	
8 研修費	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	
（4）特殊浴槽減価償却費	33	
（5）その他の減価償却費（（1）～（4）に該当しないもの）	34	
10 本部費（他の事業のための費用は含まない）	35	
11 その他（1～10に該当しないもの）	36	
施設運営事業等費用計（1～11の合計）		
うち人材紹介手数料	37	
うち消費税課税対象費用計	38	
Ⅲ 施設運営事業外収益		
1 受取利息・配当金	39	
2 介護職員処遇改善支援補助金	40	
3 新型コロナウイルス感染症関連の補助金	41	
うち施設内療養に関する補助金	42	
4 物価高騰対策関連の補助金	43	
5 その他の施設運営事業外収益（1～4に該当しないもの）	44	
Ⅳ 施設運営事業外費用	45	
うち支払利息	46	
Ⅴ 特別損益	47	
1 特別利益	48	
2 特別損失	49	
うち法人税等	50	

SAMPLE

（3）－B　病院会計準則

○ 令和4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（5）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（5）において「一体会計」と回答した場合は、会計を一体的に行っている他の介護保険サービス分も含めた額を記入してください。
なお、記入に際しては、問4（1）で記入した収益に対応した費用を問4（3）に記入してください。
問4（1）において、医療サービスによる収益を含めて記入した場合は、問4（3）に医療サービスに係る費用を含めて記入してください。

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

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

（3）－B		令和４年度決算期数値	
	科　　目		金　額（十億　百万　千　円）
Ⅱ 医業・介護費用	1 給与費	1	
	2 医薬品費	2	
	3 給食用材料費	3	
	4 診療材料費・医療消耗器具備品費	4	
	5 経費		
	（1）福利厚生費	5	
	（2）通信費	6	
	（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	

SAMPLE

（3）－B		令和４年度決算期数値
科　　目		金　額（十億　百万　千　円）
Ⅱ 医業・介護費用（続き）		
6 委託費		
（1）派遣委託費	21	
（2）患者用給食委託費	22	
（3）送迎委託費	23	
（4）寝具類洗濯・賃貸委託費（病衣除く）	24	
（5）清掃委託費	25	
（6）各種器械保守委託費	26	
（7）その他の委託費（（1）～（6）に該当しないもの）	27	
7 研究研修費	28	
8 減価償却費		
（1）建物及び建物付属設備減価償却費	29	
（2）医療用器械設備減価償却費	30	
（3）車両船舶設備減価償却費	31	
（4）特殊浴槽減価償却費	32	
（5）その他の減価償却費（（1）～（4）に該当しないもの）	33	
9 本部費（他の事業のための費用は含まない）	34	
10 その他（1～9に該当しないもの）	35	
医業・介護費用計（1～10の合計）		
うち人材紹介手数料	36	
うち消費税課税対象費用計	37	
Ⅲ 医業・介護外収益		
1 受取利息・配当金	38	
2 介護職員処遇改善支援補助金	39	
3 新型コロナウイルス感染症関連の補助金	40	
うち施設内療養に関する補助金	41	
4 物価高騰対策関連の補助金	42	
5 その他の医業・介護外収益（1～4に該当しないもの）	43	
Ⅳ 医業・介護外費用	44	
うち支払利息	45	
Ⅴ 特別損益	46	
1 特別利益	47	
2 特別損失	48	
Ⅵ 税金	49	

SAMPLE