



「令和4年度 事業所基礎調査」について御協力のお願い

この調査は、本会が会員・非会員を問わず道内の認知症対応型共同生活介護の管理者様全員にお願いし、各事業所の運営実体について把握し今後のグループホームの運営に役立てる事を目的とし、集計結果はホームページにて報告されます。お忙しいところお手数をおかけいたしますが、本調査に対し御理解と御協力を賜りますよう重ねてお願い申し上げますと共に、より良い利用者サービスを健全に確保・向上発展させるため、各事業所様がこの基礎調査データを御活用下されば幸いに存じます。

北海道認知症グループホーム協会
会長 宮崎 直人

回答期間 令和5年1月1日（日）から令和5年1月31日（火）まで

調査対象 北海道内の認知症対応型共同生活介護事業所

お忙しい中とは思いますが回答のご協力をお願いいたします。

一般社団法人 北海道認知症グループホーム協会
会長 宮崎 直人
(担当役員 副会長 平山 洋一)

* 取決め事項

手間が掛りますが回答データの基準日について御理解下さいますようお願い申し上げます。

基準日 令和5年1月1日 (前年=令和4年1月1日～令和4年12月31日)

事業所単位の調査となりますので、1事業所に管理者様が複数の場合は事業所の管理者様の代表者を決め御回答をお願いいたします。

回答は、管理者（の代表者）様御本人とします。

回答期間は**令和5年1月1日（日）から令和5年1月31日（火）まで**に

ホームページ (<http://www.h-gh.net/question/q04/>) にてお願いいたします。

* 報告時期、集計要領等

本調査は年度内にホームページに掲載の予定となっております。

本調査は回答期間終了後、必要に応じて、以下の要領・手順により集計作業を行います。

設問ごとの回答者数とその率（選択回答項目がある場合、選択回答項目ごとの回答者数とその率）

設問に実数でのみ回答する項目の場合はその平均値

実数を分り易くするための計算等、単位を置き換える作業は集計時に行います。

その他自由記載は基本的に未修正で全件そのまま掲載します。

調査票データは外部等への漏洩がないよう集計後は処理し、集計結果のみ管理致します。

回答要領ほか御不明の場合は本会事務局（TEL:011-208-3320）へお問合下さい。

令和4年度 事業委員会 事業所基礎調査 担当 副会長 平山 洋一

個人情報の取扱いについて

1. 個人情報の取得

必要な範囲で個人情報を取得いたしております。

2. 個人情報の利用

提供いただく個人情報は、目的の範囲内で使用いたします。同意なく利用目的以外に利用いたしません。また、ご提供いただく個人情報は、法令の規定により提供を行う場合を除き、同意なしに第三者への開示・提供を行うことはありません。

3. 個人情報の開示、訂正、削除

ご提供いただいた個人情報の開示・訂正・削除をご希望される場合は、本人であることを確認の上で、遅滞なく対応させていただきます。

4. 個人情報の保護と管理・お問合せ

当会は当会が保有する個人情報において、個人情報保護方針を順守し、個人情報を適切に保護します。

**※回答はインターネットでの回答のみとなりますのでご注意ください。
また、アンケートの回答は途中保存等は行えません。**

内容が多いため、

一度、下記見本（PDF）をご参考の上、回答してください

事業所基礎調査の内容及び
回答見本はこちら（PDF）

※回答見本ですので、

本回答はさらに下のオレンジ色の【回答する】から回答してください。

※年間利用者稼働率 計算方法

例：定員18名 1部屋1年間空き部屋 1名が60日間入院

$$\frac{[17(\text{人}) \times 365(\text{日}) - 60(\text{日間})]}{[18(\text{定員数}) \times 365(\text{日})]} = \underline{\underline{93.53\%}}$$

* 調査票は集計作業上MSエクセルで作成していますので、
原則小数値は第2位までを回答して下さい。

* 実数值を回答する設問の際に、0（日、人等）の場合は必ずご回答下さい。
空白の場合は、集計の際に未回答として取り扱います。

* “前年”との記載は、令和4年となります。

令和4年度 事業所基礎調査を
回答する

回答期間：令和5年1月1日（日）～1月31日（火）



[ホーム](#) > 令和4年度 事業所基礎調査

基本情報※すべて必須項目です

※事業所を特定するものではなく、重複、成りすましの防止、データの整合性ために必須とさせて頂いております。

【必須】介護事業者番号

 入力してください / *****

【必須】グループホーム名をご記入下さい。

【必須】北海道認知症グループホーム協会の会員事業所である。

- はい いいえ

【必須】事業所所在 市町村又は振興局（ブロック）

- 札幌市、石狩市、当別町 【札幌ブロック】
- 江別市、千歳市、恵庭市、北広島市 【道央ブロック】
- 後志総合振興局 【後志ブロック】
- 空知総合振興局 【空知ブロック】
- 渡島総合振興局、檜山振興局 【道南ブロック】
- 日高振興局、胆振総合振興局 【日胆ブロック】
- 十勝総合振興局 【十勝ブロック】
- 釧路総合振興局、根室振興局 【道東ブロック】
- 上川総合振興局、留萌振興局、宗谷総合振興局 【道北ブロック】
- オホーツク総合振興局 【オホーツクブロック】

[次の設問ページへ](#)



一般社団法人
北海道認知症グループホーム協会
Hokkaido Group-Home Association

[ホーム](#) > 令和4年度 事業所基礎調査-1

1.利用者様状況

1-1.事業所状況

ユニット数	ユニット数のうち サテライトのユニット数	定員数
未回答 ▼ ユニット	未回答 ▼ ユニット	未回答 ▼ 人

1-2.男女比

男性人数	女性人数
未回答 ▼ 人	未回答 ▼ 人

1-3.各データ状況

※小数値は第2位まで算出して下さい
※小数点は（ドット）で入力下さい。,（コンマ）は使わないで下さい。

全平均介護度	全平均年齢	全平均在居年数	年間利用者稼働率 (入退院当日含む)
度	歳	年	%

1-4.介護度分布

要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
未回答 ▼ 人					

1-5.介護保険の自己負担割合

自己負担なし（生活保護等）	1割負担	2割負担
未回答 ▼ 人	未回答 ▼ 人	未回答 ▼ 人

1-6.年齢分布

65歳未満	65歳以上 70歳未満	70歳代	80歳代	90歳代	100歳以上
未回答 ▼ 人	未回答 ▼ 人	未回答 ▼ 人	未回答 ▼ 人	未回答 ▼ 人	未回答 ▼ 人

1-7.在居歴分布

1年未満	1年以上 2年未満	2年以上 3年未満	3年以上 4年未満	4年以上 5年未満	5年以上 10年未満	10年以上
未回答 ▼ 人	未回答 ▼ 人	未回答 ▼ 人	未回答 ▼ 人	未回答 ▼ 人	未回答 ▼ 人	未回答 ▼ 人

1-8.退居者状況

以下は前年1月1日～12月31日の12ヶ月分の実績値で回答して下さい。

入院による 退居者数	自宅復帰 退居者数	他施設への転居等に による退居者数	老衰、急変等施設内 にて 死亡退居者数	その他による 死亡退居者数
未回答 ▼ 人	未回答 ▼ 人	未回答 ▼ 人	未回答 ▼ 人	未回答 ▼ 人

1-9.入居者の状況

以下は前年1月1日～12月31日の12ヶ月分の実績値で回答して下さい。

要介護状態の改善された方

未回答 ▼ 人

1-10.その他-利用者様や家族様からパワハラ・セクハラを受けたことがありますか？

ある なし 未回答

①セクハラ

上の質問のあるとと答えた方は、詳しい内容をご記入ください。

※改行しないでご入力ください。

ある なし 未回答

②パワハラ

上の質問のあるとと答えた方は、詳しい内容をご記入ください。

※改行しないでご入力ください。

[次の設問ページへ](#)

1-8.退居者状況

以下は前年1月1日～12月31日の12ヶ月分の実績値で回答して下さい。

入院による 退居者数	自宅復帰 退居者数	他施設への転居等に による退居者数	老衰、急変等施設内 にて 死亡退居者数	その他による 死亡退居者数
未回答 ▼ 人	未回答 ▼ 人	未回答 ▼ 人	未回答 ▼ 人	未回答 ▼ 人

1-9.入居者の状況

以下は前年1月1日～12月31日の12ヶ月分の実績値で回答して下さい。

要介護状態の改善された方

未回答 ▼ 人

1-10.その他-利用者様や家族様からパワハラ・セクハラを受けたことがありますか？

ある なし 未回答

①セクハラ

上の質問のあるとと答えた方は、詳しい内容をご記入ください。

※改行しないでご入力ください。

ある なし 未回答

②パワハラ

上の質問のあるとと答えた方は、詳しい内容をご記入ください。

※改行しないでご入力ください。

[次の設問ページへ](#)



[ホーム](#) > 令和4年度 事業所基礎調査-2

2.職員状況

2-1.正規職員

在籍6ヶ月未満	在籍6ヶ月以上1年未満	在籍1年以上2年未満	在籍2年以上3年未満	在籍3年以上4年未満	在籍4年以上5年未満	在籍5年以上10年未満	在籍10年以上
未回答 人	未回答 人	未回答 人	未回答 人	未回答 人	未回答 人	未回答 人	未回答 人

2-2.正規職員-年齢

10代	20代	30代	40代	50代	60代	70代以上
未回答 人						

2-3.非正規職員

在籍6ヶ月未満	在籍6ヶ月以上1年未満	在籍1年以上2年未満	在籍2年以上3年未満	在籍3年以上4年未満	在籍4年以上5年未満	在籍5年以上10年未満	在籍10年以上
未回答 人	未回答 人	未回答 人	未回答 人	未回答 人	未回答 人	未回答 人	未回答 人

2-4.非正規職員-年齢

10代	20代	30代	40代	50代	60代	70代以上
未回答 人						

2-5.外国人労働者の採用実態

技能実習	特定技能	留学生
未回答 人	未回答 人	未回答 人

2-6.入職者数

以下は前年1月1日～12月31日の12ヶ月分の実績値で回答して下さい。

正規職員	非正規職員
未回答 人	未回答 人

2-7.退職者数

以下は前年1月1日～12月31日の12ヶ月分の実績値で回答して下さい。

正規職員	非正規職員

未回答 ▼ 人

未回答 ▼ 人

2-8.【退職者の退職理由】重複回答可

仕事を辞めた理由もしくは、辞めたと思われる原因

以下は前年1月1日～令和4年12月31日の12ヶ月分の実績値で回答して下さい。

①職場の人間関係に問題があつた	未回答 ▼ 人	②給与・手当が少なかった	未回答 ▼ 人
③休みが少ない	未回答 ▼ 人	④残業が多かった	未回答 ▼ 人
⑤肉体的な負担が多かったため	未回答 ▼ 人	⑥精神的な負担が多かったため	未回答 ▼ 人
⑦法人の運営の在り方に不満があつた	未回答 ▼ 人	⑧他に条件のあった介護関係の職場への転職	未回答 ▼ 人
⑨他に条件のあった介護以外の職場への転職	未回答 ▼ 人	⑩自分の将来の見通しが立たなかつたため	未回答 ▼ 人
⑪自分に向かない仕事だつたため	未回答 ▼ 人	⑫結婚・妊娠・出産・育児のため	未回答 ▼ 人
⑬家族の看護・介護のため	未回答 ▼ 人	⑭病気・高齢のため	未回答 ▼ 人
⑮定年	未回答 ▼ 人	⑯雇用契約満了	未回答 ▼ 人
⑰法人の解散・事業不振のため	未回答 ▼ 人	⑱家族の転勤	未回答 ▼ 人
⑲その他	未回答 ▼ 人		

2-8.上の質問の⑯その他と答えた方は、詳しい内容をご記入ください。

※改行しないでご入力ください。

次の設問ページへ



[ホーム](#) > 令和4年度 事業所基礎調査-3

3.職員取得資格及び研修修了状況

3-1.取得資格及び研修修了者数

※重複回答可

社会福祉士	精神保健福祉士	医師	正看護師	准看護師
未回答 ▼ 人	未回答 ▼ 人	未回答 ▼ 人	未回答 ▼ 人	未回答 ▼ 人
作業療法士（OT）	理学療法士（PT）	言語聴覚士（ST）	介護福祉士	介護福祉士実務者研修修了者
未回答 ▼ 人	未回答 ▼ 人	未回答 ▼ 人	未回答 ▼ 人	未回答 ▼ 人
介護職員基礎研修修了者	ヘルパー1級	介護職員初任者研修修了者	ヘルパー2級	主任介護支援専門員
未回答 ▼ 人	未回答 ▼ 人	未回答 ▼ 人	未回答 ▼ 人	未回答 ▼ 人
介護支援専門員	認知症ケア専門士	管理栄養士	栄養士	無資格
未回答 ▼ 人	未回答 ▼ 人	未回答 ▼ 人	未回答 ▼ 人	未回答 ▼ 人

3-2.キャリア段位

アセッサー（評価者）

未回答 ▼ 人

[次の設問ページへ](#)



[ホーム](#) > 令和4年度 事業所基礎調査-4

4.研修等状況

4-1.認知症関連研修修了者数

認知症介護基礎研修 修了者 <input type="button" value="未回答"/> ▼ 人	認知症介護実践研修（実践者研修） 修了者 <input type="button" value="未回答"/> ▼ 人
認知症介護実践研修（実践リーダー研修） 修了者 <input type="button" value="未回答"/> ▼ 人	認知症対応型サービス事業管理者研修 修了者 <input type="button" value="未回答"/> ▼ 人
認知症介護指導者研修 修了者 <input type="button" value="未回答"/> ▼ 人	

4-2.研修状況

以下は前年1月1日～12月31日の12ヶ月分の実績値で回答して下さい。

内部研修実施回数 <input type="button" value="未回答"/> ▼ 回	外部研修参加回数 <input type="button" value="未回答"/> ▼ 回
--	--

[次の設問ページへ](#)



[ホーム](#) > 令和4年度 事業所基礎調査-5

5.介護体制整備状況

5-1.運営推進会議開催状況

以下は前年1月1日～12月31日の12ヶ月分の実績値で回答して下さい。

①開催回数 未回答 ▼ 回	②開催回数の内、 市町村職員の参加回数 未回答 ▼ 回	③開催回数の内、 地域包括支援センターの職員の参加回 数 未回答 ▼ 回
④開催回数の内、書面開催の回数 未回答 ▼ 回		⑤外部評価を運営推進会議で行った ○はい ○いいえ ○未回答

5-2.医療連携体制状況

①外部医療機関との 医療連携体制 ○ある ○ない ○未回答	②訪問看護ステーションとの 医療連携体制 ○ある ○ない ○未回答	③自事業所正看護師職員との 医療連携体制 ○ある ○ない ○未回答
---	---	---

5-3.看取り介護人数

以下は前年1月1日～12月31日の12ヶ月分の実績値で回答して下さい。

①看取りをした人数 未回答 ▼ 人	②看取り介護加算の人数(※看取りをした人数の内) 未回答 ▼ 人
--------------------------	---

5-4.加算状況

以下は前年1月1日～12月31日の12ヶ月分の実績値で回答して下さい。

①看取り介護加算	
<input type="radio"/> 取得した <input type="radio"/> 検討中 <input type="radio"/> 要件を満たしているが取得していない <input type="radio"/> 要件を満たしていない <input checked="" type="radio"/> 未回答	
上の質問で、“要件を満たしているが取得していない” または “要件を満たしていない”と答えた方は、 詳しい内容をご記入ください。 記入例：看護師との連携が難しく、ターミナルケアを実施していないため。	
※改行しないでご入力ください。	

②初期加算	
<input type="radio"/> 取得した <input type="radio"/> 検討中 <input type="radio"/> 要件を満たしているが取得していない <input type="radio"/> 要件を満たしていない <input checked="" type="radio"/> 未回答	
上の質問で、“要件を満たしているが取得していない” または “要件を満たしていない”と答えた方は、 詳しい内容をご記入ください。 記入例：事務手続きが煩雑なため。	
※改行しないでご入力ください。	

③医療連携体制加算

○ I ○ II ○ III

○ 検討中 ○ 要件を満たしているが取得していない ○ 要件を満たしていない ○ 未回答

上の質問で、"要件を満たしているが取得していない" または "要件を満たしていない"と答えた方は、
詳しい内容をご記入ください。

記入例：訪問看護ステーションが身近にないため。

※改行しないでご入力ください。

④退去時相談援助加算

○ 取得した

○ 検討中 ○ 要件を満たしているが取得していない ○ 要件を満たしていない ○ 未回答

上の質問で、"要件を満たしているが取得していない" または "要件を満たしていない"と答えた方は、
詳しい内容をご記入ください。

記入例：退去時、外部のケアマネジャーとの連携がうまくいかなかったため。

※改行しないでご入力ください。

⑤認知症専門ケア加算

○ I ○ II

○ 検討中 ○ 要件を満たしているが取得していない ○ 要件を満たしていない ○ 未回答

上の質問で、"要件を満たしているが取得していない" または "要件を満たしていない"と答えた方は、
詳しい内容をご記入ください。

記入例：認知症介護実践リーダー研修受講者がいないため。

※改行しないでご入力ください。

⑥生活機能向上連携加算

○ I ○ II

○ 検討中 ○ 要件を満たしているが取得していない ○ 要件を満たしていない ○ 未回答

上の質問で、"要件を満たしているが取得していない" または "要件を満たしていない"と答えた方は、
詳しい内容をご記入ください。

記入例：医療機関の訪問による連携が困難なため。

※改行しないでご入力ください。

⑦栄養管理体制加算

○ 取得した

○ 検討中 ○ 要件を満たしているが取得していない ○ 要件を満たしていない ○ 未回答

上の質問で、"要件を満たしているが取得していない" または "要件を満たしていない"と答えた方は、
詳しい内容をご記入ください。

記入例：歯科医との連携が困難なため。

※改行しないでご入力ください。

⑧口腔衛生管理体制加算

○ 取得した

○ 検討中 ○ 要件を満たしているが取得していない ○ 要件を満たしていない ○ 未回答

上の質問で、"要件を満たしているが取得していない" または "要件を満たしていない"と答えた方は、
詳しい内容をご記入ください。

記入例：歯科医との連携が困難なため。

※改行しないでご入力ください。

⑨口腔・栄養スクリーニング加算

○ 取得した

○ 検討中 ○ 要件を満たしているが取得していない ○ 要件を満たしていない ○ 未回答

上の質問で、"要件を満たしているが取得していない" または "要件を満たしていない"と答えた方は、
詳しい内容をご記入ください。
記入例：業務内容に余裕がないため。

※改行しないでご入力ください。

⑩サービス提供体制強化加算

○ I ○ II ○ III

○ 検討中 ○ 要件を満たしているが取得していない ○ 要件を満たしていない ○ 未回答

上の質問で、"要件を満たしているが取得していない" または "要件を満たしていない"と答えた方は、
詳しい内容をご記入ください。
記入例：介護福祉士の取得者が少ないとため。

※改行しないでご入力ください。

⑪介護職員処遇改善加算

○ I ○ II ○ III

○ 検討中 ○ 要件を満たしているが取得していない ○ 要件を満たしていない ○ 未回答

上の質問で、"要件を満たしているが取得していない" または "要件を満たしていない"と答えた方は、
詳しい内容をご記入ください。
記入例：事務員を置けず、書類の作成が容易でないため。

※改行しないでご入力ください。

⑫介護職員等特定処遇改善加算

○ I ○ II

○ 検討中 ○ 要件を満たしているが取得していない ○ 要件を満たしていない ○ 未回答

上の質問で、"要件を満たしているが取得していない" または "要件を満たしていない"と答えた方は、
詳しい内容をご記入ください。
記入例：事務員を置けず、書類の作成が容易でないため。

※改行しないでご入力ください。

⑬介護職員等ベースアップ等支援加算

○ 取得した

○ 検討中 ○ 要件を満たしているが取得していない ○ 要件を満たしていない ○ 未回答

上の質問で、"要件を満たしているが取得していない" または "要件を満たしていない"と答えた方は、
詳しい内容をご記入ください。
記入例：業務内容に余裕がないため。

※改行しないでご入力ください。

⑭科学的介護推進体制加算

○ 取得した

○ 検討中 ○ 要件を満たしているが取得していない ○ 要件を満たしていない ○ 未回答

上の質問で、"要件を満たしているが取得していない" または "要件を満たしていない"と答えた方は、
詳しい内容をご記入ください。
記入例：LIFE（ライフ）の導入が困難なため

※改行しないでご入力ください。

⑯入院時費用

○ 取得した

○ 検討中 ○ 要件を満たしているが取得していない ○ 要件を満たしていない ◎ 未回答

上の質問で、"要件を満たしているが取得していない" または "要件を満たしていない"と答えた方は、
詳しい内容をご記入ください。
記入例：業務内容に余裕がないため。

※改行しないでご入力ください。

⑰夜間支援体制加算

○ I ○ II

○ 検討中 ○ 要件を満たしているが取得していない ○ 要件を満たしていない ◎ 未回答

上の質問で、"要件を満たしているが取得していない" または "要件を満たしていない"と答えた方は、
詳しい内容をご記入ください。
記入例：職員不足のため、夜勤者を増やすことができないため。

※改行しないでご入力ください。

⑱若年性認知症利用者受入加算

○ 取得した

○ 検討中 ○ 要件を満たしているが取得していない ○ 要件を満たしていない ◎ 未回答

上の質問で、"要件を満たしているが取得していない" または "要件を満たしていない"と答えた方は、
詳しい内容をご記入ください。
記入例：若年性認知症の方の受け入れをしていない。

※改行しないでご入力ください。

⑲認知症行動・心理症状緊急対応加算（※短期入所利用のみ）

○ 取得した

○ 検討中 ○ 要件を満たしているが取得していない ○ 要件を満たしていない ◎ 未回答

上の質問で、"要件を満たしているが取得していない" または "要件を満たしていない"と答えた方は、
詳しい内容をご記入ください。
記入例：急な短期入所利用をしていないため。

※改行しないでご入力ください。

5-5.関連するサービスの実施状況

①共用型デイサービスを実施している

○ 実施している ○ 実施していない ○ 予定している ◎ 未回答

上の質問で、"実施していない" と答えた方は、詳しい内容をご記入ください。
記入例：人員数が厳しく、職員負担が増えるため。

※改行しないでご入力ください。

②空室利用のショートステイを実施している

○ 実施している ○ 実施していない ○ 予定している ◎ 未回答

上の質問で、"実施していない" と答えた方は、詳しい内容をご記入ください。
記入例：役所の指示で待機者を優先して入居している。

※改行しないでご入力ください。

③介護に関する介護保険外サービスを実施している

- 実施している 実施していない 予定している 未回答

上の質問で、"実施していない" と答えた方は、詳しい内容をご記入ください。
記入例：経営基盤、予算がないため。

※改行しないでご入力ください。

〔上記で『実施している』『予定している』介護保険外サービスは〕

A.認知症カフェ

- 実施している 実施していない 予定している
 未回答

B.配食サービス

- 実施している 実施していない 予定している
 未回答

C.ランチなどの食堂

- 実施している 実施していない 予定している
 未回答

D.介護相談窓口

- 実施している 実施していない 予定している
 未回答

E.地域見守り支援

- 実施している 実施していない 予定している
 未回答

F.介護教室

- 実施している 実施していない 予定している
 未回答

G.認知症サポーター養成講座

- 実施している 実施していない 予定している
 未回答

H.SOSネットワーク活動

- 実施している 実施していない 予定している
 未回答

I.その他

- 実施している 実施していない 予定している
 未回答

上の質問の I.その他に "実施している" と答えた方は、詳しい内容をご記入ください。

※改行しないでご入力ください。

次の設問ページへ



[ホーム](#) > 令和4年度 事業所基礎調査-6

6.防災

6-1.避難訓練の回数

以下は令和4年1月1日～令和4年12月31日の12ヶ月分の実績値で回答して下さい。

①避難訓練の回数

未回答 ▼ 回

②夜間に行う避難訓練の回数

未回答 ▼ 回

6-2.避難訓練を行う際の想定内容

①火災

ある ない 未回答

②地震

ある ない 未回答

③風水害

ある ない 未回答

④土砂災害

ある ない 未回答

⑤豪雪による雪害

ある ない 未回答

⑥停電

ある ない 未回答

⑦不審者などの想定

ある ない 未回答

⑧津波

ある ない 未回答

⑨その他

ある ない 未回答

上の質問の⑨その他に“ある”と答えた方は、詳しい内容をご記入ください。

※改行しないでご入力ください。

6-3.地震や避難での主な備え

①飲料水に関して、備えはありますか？

ある ない 未回答

②非常時の持ち出し品（衣類・飲料水・缶詰・ラジオ・懐中電灯・応急薬・現金）などに関して、備えはありますか？

ある ない 未回答

6-4.BCP事業継続計画

①災害に対する計画

作成している 作成していない 未回答

②感染症に対する計画

作成している 作成していない 未回答

次の設問ページへ



[ホーム](#) > 令和4年度 事業所基礎調査-7

7.新型コロナ感染関連

7-1.ワクチンの接種状況-利用者（通算）

0回	1回	2回	3回	4回	5回
未回答 ▼ 人					

7-2.ワクチンの接種状況-職員（通算）

0回	1回	2回	3回	4回	5回
未回答 ▼ 人					

[次の設問ページへ](#)



[ホーム](#) > 令和4年度 事業所基礎調査-8

8.自由記載

8-1.介護保険制度について（報酬、加算等）

※改行しないでご入力ください。また、全角でご入力下さい。

8-2.職員について（定着率、人材確保、給与、職場環境等）

※改行しないでご入力ください。また、全角でご入力下さい。

8-3.研修の要望等について（テーマ、講師、金額等）

※改行しないでご入力ください。また、全角でご入力下さい。

8-4.その他（協会に望むこと、事業所の課題等）

※改行しないでご入力ください。また、全角でご入力下さい。