



「令和6年度 事業所基礎調査」について御協力をお願い

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くだ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7年1月1日(水) から令和7年1月31日(金) 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 理事 中田 良彦)

* 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くださいますようお願い申し上げます。
基準日 令和7年1月1日(前年=令和6年1月1日~令和6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7年1月1日(水) から令和7年1月31日(金) までに
ホームページ (<https://www.h-gh.net/invest/2025/>) 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
実数を分か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)へお問合ください。

令和6年度 事業委員会 事業所基礎調査 担当 理事 中田 良彦

個人情報の取扱いに関して

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位までを回答してください。

* 実数値を回答する設問の際に、**0（日、人等）の場合は必ずご回答ください。**
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6年となります。**

令和6年度 事業所基礎調査を
回答する

回答期間：令和7年1月1日（水）～1月31日（金）



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6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ください。

【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・江別市・北広島市
・後志総合振興局（ニセコ町・真狩村・留寿都村・喜茂別町・島牧村・寿都町・黒松内町・蘭越町を除く） 【札幌ブロック】
- 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・島牧村・寿都町・黒松内町・蘭越町 【道南ブロック】
- 日高振興局・胆振総合振興局・恵庭市・千歳市・ニセコ町・真狩村・留寿都村・喜茂別町 【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](#)



1.利用者様状況

1-1.事業所状況

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

1-2.男女比

男性人数 未回答 ヲ 人	女性人数 未回答 ヲ 人
------------------------	------------------------

1-3.各データ状況

※小数値は第2位まで算出してください

※小数点は（ドット）で入力ください。、（コンマ）は使わないでください。

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

1-4.介護度分布

要支援 2 未回答 ヲ 人	要介護 1 未回答 ヲ 人	要介護 2 未回答 ヲ 人	要介護 3 未回答 ヲ 人	要介護 4 未回答 ヲ 人	要介護 5 未回答 ヲ 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） 未回答 ヲ 人	1割負担 未回答 ヲ 人	2割負担 未回答 ヲ 人
---------------------------------	------------------------	------------------------

1-6.年齢分布

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

1-7.在居歴分布

1年未満 未回答 ヲ 人	1年以上 2年未満 未回答 ヲ 人	2年以上 3年未満 未回答 ヲ 人	3年以上 4年未満 未回答 ヲ 人	4年以上 5年未満 未回答 ヲ 人	5年以上 10年未満 未回答 ヲ 人	10年以上 未回答 ヲ 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ください。

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ください。

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セクハラ・パワハラ・カス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

③カスハラ

上の質問のあると答えた方は、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。

次の設問ページへ



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	未回答 人	未回答 人	未回答 人	未回答 人	未回答 人	未回答 人

2-3. 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	未回答 人	未回答 人	未回答 人	未回答 人	未回答 人	未回答 人

2-5. 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ください。

正規職員	非正規職員
未回答 人	未回答 人

2-6. 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ください。

正規職員	非正規職員
未回答 人	未回答 人

2-7. 〔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～12月31日の12ヶ月分の実績値で回答してください。

①職場の人間関係に問題があった	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った	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ったため	未回答 ▼ 人
⑪自分に向かない仕事だったため	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		

2-7.上の質問の⑲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。

2-8.外国人労働者の採用実態-国籍

①ベトナム	未回答 ▼ 人	②インドネシア	未回答 ▼ 人
③フィリピン	未回答 ▼ 人	④ミャンマー	未回答 ▼ 人
⑤中国	未回答 ▼ 人	⑥その他	未回答 ▼ 人

2-8.上の質問の⑥その他と答えた方は、国名をご記入ください。

※改行しないでご入力ください。

2-9.外国人労働者の採用実態-在留資格

①技能実習	未回答 ▼ 人	②特定技能	未回答 ▼ 人
③介護 (留学や技能実習、特定活動等を経て、介護福祉士の資格を取得し、介護又は介護の指導を行う業務に従事)	未回答 ▼ 人	④特定活動 (EPA(経済連携協定)に基づく看護師、介護福祉士候補者含む)	未回答 ▼ 人
⑤身分に基づく在留資格 (永住者、日本人の配偶者、定住者等)	未回答 ▼ 人	⑥留学 (資格外活動としてのアルバイト)	未回答 ▼ 人
⑦その他	未回答 ▼ 人		

2-9.上の質問の⑦その他と答えた方は、在留資格をご記入ください。

※改行しないでご入力ください。

2-10.外国人労働者の採用実態-介護関連保有資格

①介護福祉士	未回答 ▼ 人	②実務者研修修了者	未回答 ▼ 人
③初任者研修修了者	未回答 ▼ 人	④資格なし	未回答 ▼ 人
⑤その他	未回答 ▼ 人		

2-10.上の質問の⑤その他と答えた方は、介護関連保有資格をご記入ください。

※改行しないでご入力ください。

2-11.外国人労働者の採用実態-雇用形態

① 正社員	未回答 ▼ 人	② 短時間正社員	未回答 ▼ 人
③ 契約社員（有期労働契約）	未回答 ▼ 人	④ 非常勤職員	未回答 ▼ 人
⑤ パートタイム労働者・アルバイト	未回答 ▼ 人	⑥ 派遣職員	未回答 ▼ 人
⑦ その他	未回答 ▼ 人		

2-11.上の質問の⑦その他と答えた方は、雇用形態をご記入ください。

※改行しないでご入力ください。

2-12.外国人介護職員を採用した理由

① 優秀な人材を確保するため	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/> 未回答
② 日本人の雇用が困難であるため	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/> 未回答
③ 真面目で熱心な人が多いため	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/> 未回答
④ 利用者へのよい刺激を見込んで	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/> 未回答
⑤ 職員へのよい刺激を見込んで	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/> 未回答
⑥ 人材育成の見直しの機会のため	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/> 未回答
⑦ 人件費の効率を図るため	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/> 未回答
⑧ マンパワー不足解消のため	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/> 未回答
⑨ 異文化の発見・国際交流の促進のため	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/> 未回答
⑩ 社会貢献・国際貢献のため	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/> 未回答
⑪ その他	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/> 未回答

上の質問の ⑪その他に“はい”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。

2-13.外国人介護職員の雇用に関し、課題と感ずる部分

① 日本人職員とのコミュニケーション	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/> 未回答
② 他の外国人介護職員とのコミュニケーション	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/> 未回答
③ 利用者及びその家族等とのコミュニケーション	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/> 未回答
④ 利用者及びその家族等の不安感	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/> 未回答
⑤ 日本語文章力・読解力の不足（介護記録の作成等）	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/> 未回答
⑥ 外国人介護職員の仕事への取り組み方	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/> 未回答
⑦ 介護技術等の理解	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/> 未回答
⑧ 外国人介護職員の宗教や生活習慣等への対応	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/> 未回答
⑨ 外国人介護職員の資格取得支援や研修（日本語指導者の確保含む）	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/> 未回答
⑩ 外国人介護職員の精神的なサポート	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/> 未回答

- ⑪地域社会の理解、地域社会との共生 はい いいえ 未回答
- ⑫在留資格の手続き（更新含む） はい いいえ 未回答
- ⑬在留資格により、就業期間や就労時間が制限 はい いいえ 未回答
- ⑭離職率の高さ はい いいえ 未回答
- ⑮外国人介護職員の受け入れに係る費用 はい いいえ 未回答
- ⑯外国人介護職員の待遇・賃金 はい いいえ 未回答
- ⑰外国人介護職員受け入れに関わる関係機関との連携 はい いいえ 未回答
- ⑱課題はほとんどない はい いいえ 未回答
- ⑲その他 はい いいえ 未回答

上の質問の ⑲その他に“はい”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。

2-14. 今後、外国人介護職員の採用を控えたい場合、考えている理由

- ①日本人職員とのコミュニケーション はい いいえ 未回答
- ②利用者及びその家族等とのコミュニケーション はい いいえ 未回答
- ③利用者及びその家族等の不安感 はい いいえ 未回答
- ④日本語文章力・読解力の不足（介護記録の作成等） はい いいえ 未回答
- ⑤外国人職員の宗教や生活習慣等への対応 はい いいえ 未回答
- ⑥外国人職員の資格取得支援や研修外国人職員の資格取得支援や研修 はい いいえ 未回答
- ⑦外国人介護職員の精神的なサポート はい いいえ 未回答
- ⑧外国人介護職員の受け入れに係る費用 はい いいえ 未回答
- ⑨外国人介護職員の待遇・賃金 はい いいえ 未回答
- ⑩外国人介護職員受け入れに関わる関係機関との連携 はい いいえ 未回答
- ⑪外国人介護職員に対する情報量の不足 はい いいえ 未回答
- ⑫介護職員が充足している はい いいえ 未回答
- ⑬日本人の介護職員確保を優先している はい いいえ 未回答
- ⑭外国人介護職員採用に対する不安 はい いいえ 未回答
- ⑮失踪などのトラブルが生じた はい いいえ 未回答
- ⑯その他 はい いいえ 未回答

上の質問の ⑯その他に“はい”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。

2-15. 外国人介護職員の受け入れに関する御意見や要望等があれば、自由にご記入ください

※改行しないでご入力ください。また、全角でご入力ください。



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 未回答 〇 人	精神保健福祉士 未回答 〇 人	医師 未回答 〇 人	正看護師 未回答 〇 人	准看護師 未回答 〇 人
作業療法士 (OT) 未回答 〇 人	理学療法士 (PT) 未回答 〇 人	言語聴覚士 (ST) 未回答 〇 人	介護福祉士 未回答 〇 人	介護福祉士実務者研修修了者 未回答 〇 人
介護職員基礎研修修了者 未回答 〇 人	ヘルパー 1 級 未回答 〇 人	介護職員初任者研修修了者 未回答 〇 人	ヘルパー 2 級 未回答 〇 人	主任介護支援専門員 未回答 〇 人
介護支援専門員 未回答 〇 人	認知症ケア専門士 未回答 〇 人	管理栄養士 未回答 〇 人	栄養士 未回答 〇 人	無資格 未回答 〇 人

3-2. キャリア段位 (介護プロフェッショナルキャリア段位制度)

アセッサー (評価者) 未回答 〇 人

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6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

認知症介護実践研修（実践者研修） 修了者 未回答 ▼ 人	認知症介護実践研修（実践リーダー研修） 修了者 未回答 ▼ 人
認知症対応型サービス事業管理者研修 修了者 未回答 ▼ 人	認知症介護指導者研修 修了者 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ください。

内部研修実施回数 未回答 ▼ 回	外部研修参加回数 未回答 ▼ 回
---------------------	---------------------

[次の設問ページへ](#)



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ください。

①開催回数 未回答 <input type="text"/> 回	②開催回数の中、 市町村職員の参加回数 未回答 <input type="text"/> 回	③開催回数の中、 地域包括支援センターの職員の 参加回数 未回答 <input type="text"/> 回
④開催回数の中、書面開催の回数 未回答 <input type="text"/> 回	⑤外部評価を運営推進会議で行った <input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/> ある <input type="radio"/> ない <input checked="" type="radio"/> 未回答	②訪問看護ステーションとの 医療連携体制 <input type="radio"/> ある <input type="radio"/> ない <input checked="" type="radio"/> 未回答	③自事業所正看護師職員との 医療連携体制 <input type="radio"/> ある <input type="radio"/> ない <input checked="" type="radio"/> 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ください。

①看取りをした人数 未回答 <input type="text"/> 人	②看取り介護加算の人数(※看取りをした人数の中) 未回答 <input type="text"/> 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ください。

①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：人員不足のため。

※改行しないでご入力ください。

②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：若年性認知症の方を受け入れしていないため。

※改行しないでご入力ください。

③利用者が病院又は診療所への入院を要した場合の加算

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：事務手続きが煩雑なため。

※改行しないでご入力ください。

④看取り介護加算

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：医療機関や家族の協力が得られなかったため

※改行しないでご入力ください。

⑤初期加算

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：事務手続きが煩雑なため。

※改行しないでご入力ください。

⑥協力医療機関連携加算

(1) (2)

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：医療機関の連携が困難なため。

※改行しないでご入力ください。

⑦医療連携体制加算

I (イ) I (ロ) I (ハ) 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：医療機関の連携が困難なため。

※改行しないでご入力ください。

⑧退去時情報提供加算

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：利用者の同意が得られなかったため。

※改行しないでご入力ください。

⑨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。

⑩ 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：研修を修了した職員いないため。

※改行しないでご入力ください。

⑪ 認知症チームケア推進加算

(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：業務が多忙なため。

※改行しないでご入力ください。

⑫ 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：リハビリテーションの協力が難しいため

※改行しないでご入力ください。

⑬ 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：管理栄養士の確保が難しいため。

※改行しないでご入力ください。

⑭ 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。

⑮ 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：業務多忙のため。

※改行しないでご入力ください。

⑩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の導入が難しいため。

※改行しないでご入力ください。

⑪高齢者施設等感染対策向上加算

- (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：医療機関の協力が得られないため。

※改行しないでご入力ください。

⑫新興感染症等施設療養費

- 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：事務手続きが煩雑なため。

※改行しないでご入力ください。

⑬生産性向上推進体制加算

- (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：財務上難しいため。

※改行しないでご入力ください。

⑭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：資格取得者がいないため。

※改行しないでご入力ください。

⑮介護職員処遇改善加算

(Ⅰ) (Ⅱ) (Ⅲ) (Ⅳ) (Ⅴ)

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：事務手続きが煩雑なため。

※改行しないでご入力ください。

5-5.減算状況

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ください。

①夜勤の勤務条件に関する基準を満たさない場合の減算

該当 非該当 未回答

②身体拘束廃止未実施減算

該当 非該当 未回答

③高齢者虐待防止措置未実施減算

該当 非該当 未回答

④業務継続計画未策定減算

該当 非該当 未回答

⑤3ユニットで夜勤を行う職員の員数を2人以上とする場合の減算

該当 非該当 未回答

5-6.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	<input type="radio"/> 実施している	<input type="radio"/> 実施していない	<input type="radio"/> 予定している	<input checked="" type="radio"/> 未回答
B.配食サービス	<input type="radio"/> 実施している	<input type="radio"/> 実施していない	<input type="radio"/> 予定している	<input checked="" type="radio"/> 未回答
C.ランチなどの食堂	<input type="radio"/> 実施している	<input type="radio"/> 実施していない	<input type="radio"/> 予定している	<input checked="" type="radio"/> 未回答
D.介護相談窓口	<input type="radio"/> 実施している	<input type="radio"/> 実施していない	<input type="radio"/> 予定している	<input checked="" type="radio"/> 未回答
E.地域見守り支援	<input type="radio"/> 実施している	<input type="radio"/> 実施していない	<input type="radio"/> 予定している	<input checked="" type="radio"/> 未回答
F.介護教室	<input type="radio"/> 実施している	<input type="radio"/> 実施していない	<input type="radio"/> 予定している	<input checked="" type="radio"/> 未回答
G.認知症サポーター養成講座	<input type="radio"/> 実施している	<input type="radio"/> 実施していない	<input type="radio"/> 予定している	<input checked="" type="radio"/> 未回答
H.SOSネットワーク活動	<input type="radio"/> 実施している	<input type="radio"/> 実施していない	<input type="radio"/> 予定している	<input checked="" type="radio"/> 未回答
I.その他	<input type="radio"/> 実施している	<input type="radio"/> 実施していない	<input type="radio"/> 予定している	<input checked="" type="radio"/> 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



6.自由記載

6-1.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、全角でご入力ください。

6-2.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、全角でご入力ください。

6-3.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、全角でご入力ください。

6-4.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、全角でご入力ください。

[入力確認ページへ](#)