



[ホーム](#) > 令和2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](#)



1.利用者様状況

1-1.事業所状況

ユニット数 未回答 ヴ ユニット	定員数 未回答 ヴ 人
---------------------	----------------

1-2.男女比

男性人数 未回答 ヴ 人	女性人数 未回答 ヴ 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 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 ヴ 人	要介護1 未回答 ヴ 人	要介護2 未回答 ヴ 人	要介護3 未回答 ヴ 人	要介護4 未回答 ヴ 人	要介護5 未回答 ヴ 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 ヴ 人	1割負担 未回答 ヴ 人	2割負担 未回答 ヴ 人
--------------------------	-----------------	-----------------

1-6.年齢分布

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

1-7.在居歴分布

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

1-8.退居者状況

以下は令和2年1月1日～令和2年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 未回答 ▾ 人	自宅復帰退居者数 未回答 ▾ 人	他施設への転居等による退居者数 未回答 ▾ 人	老衰、急変等施設内にて死亡退居者数 未回答 ▾ 人	その他による死亡退居者数 未回答 ▾ 人
----------------------	---------------------	----------------------------	------------------------------	-------------------------

1-9.入居者の状況

以下は令和2年1月1日～令和2年12月31日の12ヶ月分の実績値で回答して下さい。

①要介護状態の改善された方 未回答 ▾ 人	②自宅（在宅）復帰された方 未回答 ▾ 人
--------------------------	--------------------------

1-10.入院中の支援

以下は令和2年1月1日～令和2年12月31日の12ヶ月分の実績値で回答して下さい。

①入院中の支援を行った場合、その人数	未回答 ▾ 人
②入院中の支援を行った場合、延べ日数	未回答 ▾ 日
③具体的支援内容は	1. <input type="text"/> ※改行しないでご入力ください。
	2. <input type="text"/> ※改行しないでご入力ください。
	3. <input type="text"/> ※改行しないでご入力ください。
④入居者様の入院支援の取り組み（246単位/日,新設）	<input type="radio"/> 策定している <input type="radio"/> 策定していない <input checked="" type="radio"/> 未回答

1-11.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？

<input type="radio"/> ある <input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> 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。 <input type="text"/> ※改行しないでご入力ください。
<input type="radio"/> ある <input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> 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。 <input type="text"/> ※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						

正規職員-介護職員平均年齢（小数第1位まで）

歳

※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。

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						

非正規職員-介護職員平均年齢（小数第1位まで）

歳

※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。

2-5. 入職者数

以下は令和2年1月1日～令和2年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

2-6. 退職者数

以下は令和2年1月1日～令和2年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

以下は令和2年1月1日～令和2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。

[次の設問ページへ](#)



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



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 未回答 ▼ 人	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

以下は令和2年1月1日～令和2年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 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

以下は令和2年1月1日～令和2年12月31日の12ヶ月分の実績値で回答して下さい。

<p>①開催回数</p> <p>未回答 <input type="button" value="v"/> 回</p>	<p>②開催回数内、 市町村職員の参加回数</p> <p>未回答 <input type="button" value="v"/> 回</p>	<p>③開催回数内、 地域包括支援センターの職員の参加回数</p> <p>未回答 <input type="button" value="v"/> 回</p>
--	---	---

5-2.医療連携体制状況

<p>①外部医療機関との 医療連携体制</p> <p><input type="radio"/>ある <input type="radio"/>ない <input checked="" type="radio"/>未回答</p>	<p>②訪問看護ステーションとの 医療連携体制</p> <p><input type="radio"/>ある <input type="radio"/>ない <input checked="" type="radio"/>未回答</p>	<p>③自事業所正看護師職員との 医療連携体制</p> <p><input type="radio"/>ある <input type="radio"/>ない <input checked="" type="radio"/>未回答</p>
--	--	--

5-3.看取り介護人数

以下は令和2年1月1日～令和2年12月31日の12ヶ月分の実績値で回答して下さい。

<p>①看取りをした人数</p> <p>未回答 <input type="button" value="v"/> 人</p>	<p>②看取り介護加算の人数</p> <p>未回答 <input type="button" value="v"/> 人</p>
--	--

5-4.加算状況

以下は令和2年1月1日～令和2年12月31日の12ヶ月分の実績値で回答して下さい。

<p>①看取り介護加算</p> <p><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</p> <p>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。</p> <p><input type="text"/></p> <p>※改行しないでご入力ください。</p>
<p>②初期加算</p> <p><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</p> <p>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。</p> <p><input type="text"/></p> <p>※改行しないでご入力ください。</p>
<p>③医療連携体制加算</p> <p><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</p> <p>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、</p>

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

- 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：毎月、歯科医師による訪問が困難なため。

※改行しないでご入力ください。

⑧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。

⑨サービス提供体制強化加算

- I (イ) I (ロ) 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ため。

※改行しないでご入力ください。

⑩特定処遇改善加算

- 取得している
 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。

⑪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。

⑬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。

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”と答えの方は、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”と答えの方は、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”と答えの方は、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.防災

6-1.避難訓練の回数

以下は令和2年1月1日～令和2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

③備蓄品に関して

A.携帯コンロ・ガスボンベ・マッチ・乾電池・ポリタンク
を常備している

ある ない 未回答

B.毛布・寝袋・防寒具を常備している

ある ない 未回答

C.トイレトーパー・簡易トイレを用意している

ある ない 未回答

D.発電機を用意している

ある ない 未回答

E.ポータブルストーブを用意している

ある ない 未回答

④日頃の準備に関して

A.複数の避難所を確認している

ある ない 未回答

B.家具は転倒しないように壁に固定している

ある ない 未回答

⑤発生時の対応について

※マニュアルや避難訓練の内容に沿ってお答えください。

A.布団やクッションで頭を守るようにする

ある ない 未回答

B.ストーブやガスを消火する

ある ない 未回答

C.出口を確保し、ガスの元栓を閉め、電気のブレーカーを落として避難。
津波の恐れがあるときは高台へ避難。

ある ない 未回答

D.冷蔵庫の中身を早めに処理及び廃棄する

ある ない 未回答

E.食品は普段よりよく加熱する

ある ない 未回答

F.避難所の食事はすぐ食べる

ある ない 未回答

G.発熱・下痢・手指に傷がある人は食品の調理や配布は行わない

ある ない 未回答

6-4.災害発生時の対応

①市町村等が発令する避難準備情報が出た時の対応

すぐに避難する 避難の準備をする 対応したいができない 対応しない 未回答

上の質問で“対応したいができない”または“対応しない”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。

[次の設問ページへ](#)



7. 新型コロナウイルス感染拡大防止

7-1. 感染予防

①手指消毒の励行、定期的な換気を行っている。	<input type="radio"/> ある <input type="radio"/> ない <input checked="" type="radio"/> 未回答
②職員の日々の健康管理を行っている。	<input type="radio"/> ある <input type="radio"/> ない <input checked="" type="radio"/> 未回答
③入所者の日々の健康管理を行っている。	<input type="radio"/> ある <input type="radio"/> ない <input checked="" type="radio"/> 未回答
④防護具の着脱方法の訓練を行っている。	<input type="radio"/> ある <input type="radio"/> ない <input checked="" type="radio"/> 未回答
⑤より念入りに清掃など環境整備を行っている。	<input type="radio"/> ある <input type="radio"/> ない <input checked="" type="radio"/> 未回答
⑥感染予防動画等を視聴した。	<input checked="" type="radio"/> ある <input type="radio"/> ない <input type="radio"/> 未回答
⑦新型コロナウイルス接触確認アプリ（COCOA）について職員に周知を行った。	<input type="radio"/> ある <input type="radio"/> ない <input checked="" type="radio"/> 未回答

7-2. 感染予防物資の確保（マスク・グローブ・予防ガウン・消毒液等）

①在庫量と使用量・必要量を確認した。	<input type="radio"/> ある <input type="radio"/> ない <input checked="" type="radio"/> 未回答
②一定量の備蓄を行っている。	<input type="radio"/> ある <input type="radio"/> ない <input checked="" type="radio"/> 未回答
③購入困難な備品を教えてください。	<input type="radio"/> ある <input type="radio"/> ない <input checked="" type="radio"/> 未回答

上の質問の③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。

7-3. 関係者の連絡先の確認

①感染対策に係る関係者の連絡先を確認している。	<input type="radio"/> ある <input type="radio"/> ない <input checked="" type="radio"/> 未回答
②LINE等を利用して職員間で連絡体制ができています。	<input type="radio"/> ある <input type="radio"/> ない <input checked="" type="radio"/> 未回答

7-4. 感染者発生時の管理について

①個室管理、生活空間の区分けの検討を行った。	<input type="radio"/> ある <input type="radio"/> ない <input checked="" type="radio"/> 未回答
②勤務体制の変更、人員確保の検討を行った。	<input type="radio"/> ある <input type="radio"/> ない <input checked="" type="radio"/> 未回答
③検体採取場所の検討を行った。	<input type="radio"/> ある <input type="radio"/> ない <input checked="" type="radio"/> 未回答

7-5. 情報共有

①感染者発生時の対応方針について入所者家族と共有している。	<input type="radio"/> ある <input type="radio"/> ない <input checked="" type="radio"/> 未回答
②感染者発生時の対応方針について協力医療機関と共有している。	<input type="radio"/> ある <input type="radio"/> ない <input checked="" type="radio"/> 未回答

7-6. 新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金

①介護慰労金事業	<input type="radio"/> 申請した <input type="radio"/> 申請していない <input checked="" type="radio"/> 未回答
----------	---

上の質問の②に“申請した”と答えた方は、申請した具体的な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](#)



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。

