

【質問 10】（事業所の属性）

該当する事業所の種別に1つだけ 印をつけてください。

回 答	対象事業 者数	回 答 数	構 成 比 (%)	回 答 率 (%)
ア 指定介護老人福祉施設 (同施設での指定短期入所生活介護を含む)	123	106	45.5	86.2
イ 介護老人保健施設 (同施設での指定短期入所療養介護を含む)	65	57	24.5	87.7
ウ 指定介護療養型医療施設 (同施設での指定短期入所療養介護を含む)	47	38	16.3	80.9
エ 指定特定施設入所者生活介護 (同施設での指定短期入所生活介護を含む)	19	8	3.4	42.1
オ 指定短期入所生活介護・指定短期入所療養介護 (ア)～(エ)を除く)	9	2	0.9	22.2
カ 指定痴呆対応型共同生活介護	27	17	7.3	63.0
回答なし		5	2.1	
合計	290	233	100.0	80.3

【質問 11】（入所者数）

貴事業者の入所者数をお答えください。(基準日における利用者数)

項 目	回 答 数	構 成 比 (%)	入所者数(人)
入所者数の記入あり	226	97.0	17,441
記入なし	7	3.0	
合計	233	100.0	