



全国グループホーム団体連合会

Japan Federation of Group-Home

ホーム > 平成28年度 グループホーム経営実態調査-1

お手数ですが、**1事業所ごと**回答をお願いします。

介護事業者番号（必須）

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

入力してください / *****

事業所 所在地 地域をお答えください。

■北海道地方

北海道

■東北地方

青森県 岩手県 宮城県 秋田県 山形県 福島県

■関東地方

茨城県 栃木県 群馬県 埼玉県 千葉県 東京都 神奈川県

■中部地方

新潟県 富山県 石川県 福井県 山梨県 長野県 岐阜県
 静岡県 愛知県

■近畿地方

三重県 滋賀県 京都府 大阪府 兵庫県 奈良県 和歌山県

■中国地方

鳥取県 島根県 岡山県 広島県 山口県

■四国地方

徳島県 香川県 愛媛県 高知県

■九州地方

福岡県 佐賀県 長崎県 熊本県 大分県 宮崎県 鹿児島県

■沖縄地方

沖縄県

未回答

全国グループホーム団体連合会加盟の地域の協会・協議会等の会員事業所であるかお答えください。

※下記の加盟団体一覧をご参照ください

はい いいえ 未回答

加盟団体 一覧

■北海道地方

・（社）北海道認知症グループホーム協会

■東北地方

・山形県認知症高齢者グループホーム連絡協議会 ・（特）宮城県認知症グループホーム連絡協議会
・（特）福島県認知症グループホーム連絡協議会

■関東地方

・（特）茨城県地域密着型介護サービス協議会 ・群馬県地域密着型サービス連絡協議会
・山梨県グループホーム協会 ・東京都地域密着型協議会

■中部地方

・（特）長野県在宅老所・グループホーム連絡会 ・（特）岐阜県グループホーム協議会

■近畿地方

・三重県地域密着型サービス協議会 ・淡海グループホーム協議会（滋賀県）
・（特）京都府認知症グループホーム協議会

■四国地方

・高知県在宅老所・グループホーム連絡会

■九州地方

・福岡県高齢者グループホーム協議会

上記以外、その他の団体に加盟している団体をご記入ください。

※改行しないでご入力ください。また、全角でご入力下さい。

	↑ ↓
	↑ ↓
	↑ ↓

回答される方の職名を教えてください。

- ① 法人代表・役員 ② 施設長 ③ 管理者 ③ 事務長 ③ 一般職 未回答

記入者氏名をお答えください。※任意・差支えなければご記入ください。

※改行しないでご入力ください。また、全角でご入力下さい。

	↑ ↓
--	--------

次の設問ページへ



全国グループホーム団体連合会

Japan Federation of Group-Home

ホーム > 平成28年度 グループホーム経営実態調査-2

① 法人情報

1-1. 貴法人の種類は次のいずれですか。

- ① 社会福祉法人
 ② 株式会社
 ③ 有限会社
 ④ 医療法人
 ⑤ NPO法人
 ⑥ 合資会社
 ⑦ その他
 ⑧ 未回答

1-2. その他の方は法人の種類をご記入下さい。

※ 改行しないでご入力ください。また、全角でご入力下さい。

2. 貴法人の全体での職員総数をお答え下さい。

おおよそ 名

3-1. 法人内で実施しているサービスに当てはまるもの全てお答えください。

① 小規模多機能居宅介護	<input type="radio"/> ①ある <input type="radio"/> ②なし <input checked="" type="radio"/> 未回答
② 居宅介護支援事業所	<input type="radio"/> ①ある <input type="radio"/> ②なし <input checked="" type="radio"/> 未回答
③ 特別養護老人ホーム	<input type="radio"/> ①ある <input type="radio"/> ②なし <input checked="" type="radio"/> 未回答
④ 通所介護事業 (大型・小規模・認知症対応型)	<input type="radio"/> ①ある <input type="radio"/> ②なし <input checked="" type="radio"/> 未回答
⑤ 訪問介護事業	<input type="radio"/> ①ある <input type="radio"/> ②なし <input checked="" type="radio"/> 未回答
⑥ 短期入所介護	<input type="radio"/> ①ある <input type="radio"/> ②なし <input checked="" type="radio"/> 未回答
⑦ 訪問入浴サービス	<input type="radio"/> ①ある <input type="radio"/> ②なし <input checked="" type="radio"/> 未回答
⑧ 訪問看護事業	<input type="radio"/> ①ある <input type="radio"/> ②なし <input checked="" type="radio"/> 未回答
⑨ 老人保健施設	<input type="radio"/> ①ある <input type="radio"/> ②なし <input checked="" type="radio"/> 未回答
⑩ 有料老人ホーム・サービス付高齢者住宅	<input type="radio"/> ①ある <input type="radio"/> ②なし <input checked="" type="radio"/> 未回答
⑪ 病院等医療施設	<input type="radio"/> ①ある <input type="radio"/> ②なし <input checked="" type="radio"/> 未回答
⑫ 看護小規模居宅介護	<input type="radio"/> ①ある <input type="radio"/> ②なし <input checked="" type="radio"/> 未回答
⑬ 地域密着型介護老人福祉施設	<input type="radio"/> ①ある <input type="radio"/> ②なし <input checked="" type="radio"/> 未回答
⑭ 介護療養型医療施設	<input type="radio"/> ①ある <input type="radio"/> ②なし <input checked="" type="radio"/> 未回答
⑮ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護	<input type="radio"/> ①ある <input type="radio"/> ②なし <input checked="" type="radio"/> 未回答

3-2. 前問以外で実施しているサービスがあればご記入ください。

※ 改行しないでご入力ください。また、全角でご入力下さい。

4. 貴法人のグループホーム開設状況についてお答え下さい。

① グループホーム数

ヶ所

②ユニット数

未回答 ▼ ユニット

③定員

未回答 ▼ 名

次の設問ページへ



全国グループホーム団体連合会

Japan Federation of Group-Home

ホーム > 平成28年度 グループホーム経営実態調査-3

② 事業所情報（1事業所ごとの回答をお願いします）

1. 開設年度についてお答え下さい。

- ① 平成15年以前 ② 平成16～20年 ③ 平成21～25年 ④ 平成26年以降 未回答

2. 事業所情報についてお答え下さい。

- ① 1ユニット ② 2ユニット ③ 3ユニット以上 未回答

3. 利用者の定員数をお答え下さい。

事業所の総定員数 名

4. 従業員数をお答え下さい。

事業所の従業員 名

5-1. 施設の形態をどちらかお答えください。

- ① 単独型 ② 併設型 未回答

5-2. 併設しているサービスに当てはまるもの全てをお答えください。

① 小規模多機能居宅介護	<input type="radio"/> ①ある <input type="radio"/> ②なし <input checked="" type="radio"/> 未回答
② 居宅介護支援事業所	<input type="radio"/> ①ある <input type="radio"/> ②なし <input checked="" type="radio"/> 未回答
③ 特別養護老人ホーム	<input type="radio"/> ①ある <input type="radio"/> ②なし <input checked="" type="radio"/> 未回答
④ 通所介護事業 (大型・小規模・認知症対応型)	<input type="radio"/> ①ある <input type="radio"/> ②なし <input checked="" type="radio"/> 未回答
⑤ 訪問介護事業	<input type="radio"/> ①ある <input type="radio"/> ②なし <input checked="" type="radio"/> 未回答
⑥ 短期入所介護	<input type="radio"/> ①ある <input type="radio"/> ②なし <input checked="" type="radio"/> 未回答
⑦ 訪問入浴サービス	<input type="radio"/> ①ある <input type="radio"/> ②なし <input checked="" type="radio"/> 未回答
⑧ 訪問看護事業	<input type="radio"/> ①ある <input type="radio"/> ②なし <input checked="" type="radio"/> 未回答
⑨ 老人保健施設	<input type="radio"/> ①ある <input type="radio"/> ②なし <input checked="" type="radio"/> 未回答
⑩ 有料老人ホーム・サービス付高齢者住宅	<input type="radio"/> ①ある <input type="radio"/> ②なし <input checked="" type="radio"/> 未回答
⑪ 病院等医療施設	<input type="radio"/> ①ある <input type="radio"/> ②なし <input checked="" type="radio"/> 未回答
⑫ 看護小規模居宅介護	<input type="radio"/> ①ある <input type="radio"/> ②なし <input checked="" type="radio"/> 未回答
⑬ 地域密着型介護老人福祉施設	<input type="radio"/> ①ある <input type="radio"/> ②なし <input checked="" type="radio"/> 未回答
⑭ 介護療養型医療施設	<input type="radio"/> ①ある <input type="radio"/> ②なし <input checked="" type="radio"/> 未回答
⑮ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護	<input type="radio"/> ①ある <input type="radio"/> ②なし <input checked="" type="radio"/> 未回答

6-1. グループホーム内のデイサービス利用を実施している。

- ① はい ② いいえ 未回答

6-2. グループホーム内のショートステイ利用を実施している。

- ① はい ② いいえ 未回答

7.看護職員の配置についてお答えください。

- ①常勤で配置 ②非常勤で配置 ③配置していない 未回答

次の設問ページへ



全国グループホーム団体連合会

Japan Federation of Group-Home

ホーム > 平成28年度 グループホーム経営実態調査-4

経営実態調査

※ 調査に回答している事業所について回答してください。

1. 事業所の地域区分についてお答え下さい。

- ① 1級地
 ② 2級地
 ③ 3級地
 ④ 4級地
 ⑤ 5級地
 ⑥ 6級地
 ⑦ 7級地
 ⑧ その他
 未回答

2. 下記期間の平均介護度と空室数についてお答え下さい。

※ 小数点は、『.』（ドット）で入力して下さい。『,』（コンマ）は絶対に使わないで下さい。

期間	平成27年	平成28年
① 3月1日時点での平均介護度	<input type="text"/>	<input type="text"/>
② 3月1日時点での空室数	<input type="text"/> 未回答 <input type="text"/> 室	<input type="text"/> 未回答 <input type="text"/> 室
③ 4月1日時点での空室数	<input type="text"/> 未回答 <input type="text"/> 室	<input type="text"/> 未回答 <input type="text"/> 室
④ 5月1日時点での空室数	<input type="text"/> 未回答 <input type="text"/> 室	<input type="text"/> 未回答 <input type="text"/> 室

3. 介護報酬に対する総人件費の割合についてお答え下さい。

※ 人件費：給与、賞与、処遇改善加算などの一時金、派遣費用、法定複利費、福利厚生費、研修費、交通費を含む

※ 平成28年3月から5月までの3ヶ月間の総人件費を、同期間の総介護報酬で割った%で回答してください。

- ① 40%未満
 ② 50%未満
 ③ 60%未満
 ④ 70%未満
 ⑤ 80%未満
 ⑥ 90%未満
 ⑦ 100%未満
 ⑧ 100%以上
 未回答

4. 職員体制についてお答え下さい。

① 常勤職員	<input type="text"/> 未回答 <input type="text"/> 名
② 非常勤職員	<input type="text"/> 未回答 <input type="text"/> 名
③ 介護福祉士（常勤・非常勤）	<input type="text"/> 未回答 <input type="text"/> 名
④ 派遣職員（常勤・非常勤）	<input type="text"/> 未回答 <input type="text"/> 名
⑤ 看護職員【常勤】	<input type="text"/> 未回答 <input type="text"/> 名
⑥ 看護職員【非常勤】	<input type="text"/> 未回答 <input type="text"/> 名

5. 職員の男女比率・平均年齢についてお答え下さい。

※ 小数点は、『.』（ドット）で入力して下さい。『,』（コンマ）は絶対に使わないで下さい。

	男性	女性
① 男女比率	約 <input type="text"/> 未回答 <input type="text"/> %	約 <input type="text"/> 未回答 <input type="text"/> %
② 平均年齢	約 <input type="text"/> 未回答 <input type="text"/> 歳	約 <input type="text"/> 未回答 <input type="text"/> 歳

6. 勤続年数についてお答え下さい。

① 1年未満	<input type="text"/> 未回答 <input type="text"/> 名
② 1年以上～3年未満	<input type="text"/> 未回答 <input type="text"/> 名

③3年以上～5年未満

未回答 ▼名

④5年以上

未回答 ▼名

7. 外国人従事者の導入についてお答え下さい。

①外国人従事者の人数

導入していない ▼名

②今後、導入していく予定

①ある ②なし 未回答

8. 『日中の時間帯』に配置している職員についてお答え下さい。

※ユニット定員、就業規則等に伴い配置時間数が24時間と異なる場合は、基準上、必要な時間数に置き換えてください。

- ① 1か月のほとんどを、24時間 **以上**の人員配置している。
- ② 1か月の **半分くらい**を、24時間以上の人員配置している。
- ③ 1か月のほとんどを、**24時間ちょうど**の人員配置している。
- 未回答

9. 加算の算定状況についてお答え下さい。

①夜間支援体制加算	<input type="radio"/> ① I <input type="radio"/> ② II <input checked="" type="radio"/> 未回答
②若年性認知症受入加算	<input type="radio"/> ①ある <input type="radio"/> ②なし <input checked="" type="radio"/> 未回答
③医療連携体制加算	<input type="radio"/> ①ある <input type="radio"/> ②なし <input checked="" type="radio"/> 未回答
④看取り介護加算	<input type="radio"/> ①ある <input type="radio"/> ②なし <input checked="" type="radio"/> 未回答
⑤認知症専門ケア加算	<input type="radio"/> ① I <input type="radio"/> ② II <input checked="" type="radio"/> 未回答
⑥サービス提供体制強化加算	<input type="radio"/> ① I (イ) <input type="radio"/> ② 1 (ロ) <input type="radio"/> ③ II <input type="radio"/> ④ III <input checked="" type="radio"/> 未回答
⑦介護職員処遇改善加算	<input type="radio"/> ① I <input type="radio"/> ② II <input type="radio"/> ③ III <input type="radio"/> ④ IV <input checked="" type="radio"/> 未回答

10. 入院・退院支援についてお答え下さい。

①平成27年6月から 平成28年5月までの入院件数	未回答 ▼名
②うち、入院中に生活支援を行った件数	未回答 ▼名

入院中の支援の内容

③介助（食事・排泄・歩行・洗面など）	<input type="radio"/> ①ある <input type="radio"/> ②なし <input checked="" type="radio"/> 未回答
④生活用品の運搬 （着替え・タオル・歯磨きなど）	<input type="radio"/> ①ある <input type="radio"/> ②なし <input checked="" type="radio"/> 未回答
⑤入退院の送迎（付き添い）	<input type="radio"/> ①ある <input type="radio"/> ②なし <input checked="" type="radio"/> 未回答
⑥コミュニケーション・見守り	<input type="radio"/> ①ある <input type="radio"/> ②なし <input checked="" type="radio"/> 未回答
⑦入院時の入居者の説明	<input type="radio"/> ①ある <input type="radio"/> ②なし <input checked="" type="radio"/> 未回答
⑧退院時の病院の説明	<input type="radio"/> ①ある <input type="radio"/> ②なし <input checked="" type="radio"/> 未回答

⑨上記以外での支援の内容があればご記入下さい。

※『、』（コンマ）は絶対に使わないで下さい。

	↑
	↓
	↑
	↓
	↑
	↓

⑩早期退院支援（1か月以内）を行った件数

未回答 ▼名

11. 若年性認知症の方の受入れ人数についてお答え下さい。

未回答 名

12. 地域ケア会議の参加についてお答え下さい。

①参加している ②参加していない ③今後、参加していく 未回答

[入力確認ページへ](#)