

※ 黄色セル部分を入力またはチェックしてください。

記入例

認知症高齢者グループホームにおける実態調査票【令和6年4月1日現在の状況】

事業所名	グループホーム〇〇	事業所番号	2370000000
ご担当者	介護 太郎	TEL番号	052-972-****
メールアドレス	sanmaru@ggg.hhh.jp		

1. 入居状況

ユニット数	2	ユニット	
定員	18	人	
入居者数	男	5	人
	女	12	人
	計	17	人
空き部屋数	1	部屋	

〔要介護度別入居者数（人）〕

	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	計
男				3	1	1	5
女	1		4	5	1	1	12

2. 医療的ケアへの対応について

(1) 医療的ケアが必要な方の入居状況
(対象者の人数を入力、複数回答可)

種類	人数	種類	人数	種類	人数	種類	人数
点滴管理		酸素療法		経管栄養(経鼻)		カテーテル	1
中心静脈栄養		レスピレーター		経管栄養(その他)		インスリン注射	
透析		気管切開の処置		モニター測定		痰吸引	
ストーマ処置		疼痛の看護		褥瘡の処置	1		

(2) 上記医療的ケアの必要な方の実人数(複数の医療的ケアの必要な方は、一人とカウントしてください)

2	人
---	---

(3) 看護職員の配置

常勤		人	非常勤	2	人	常勤換算後の人数	0.5	人
----	--	---	-----	---	---	----------	-----	---

(4) 介護職員のうち喀痰吸引を実施できる者(必要な研修を受講済の者)

1	人
---	---

3. 過去1年間(令和5年4月から令和6年3月)における状況

(1) 新規入居者の人数 入居前の居住別に記入してください。

自宅	医療機関	特養	老健	療養型	医療院	特定施設	住宅型有料	サ高住	その他	不明	計
1	1	1									3

(2) 入居の案内を行ったが入居に至らなかった方の人数

記録の有無	記録あり(1年間分)
-------	------------

記録がある場合は、人数を入力してください。(わかる範囲で結構です。)

理由	人数
他施設等への入所(入居)のため	2
医療的ケア等により受け入れができなかったため	1
在宅希望のため(経済的理由、本人拒否なども含む)	
その他(死亡・入院など)	
不明	
合計	3

(3) 退居者の人数 退居後の居住別に記入してください。

特養	老健	療養型	医療院	特定施設	住宅型有料	サ高住	入院	在宅復帰	死亡	その他	不明	計
1							1		2			4

4. 貴事業所への入居申込者(空きが発生した場合に連絡を必要としていることを把握している人)の状況
 状況については、把握されている範囲で結構です。

No.	居住区	生年月日		性別	要介護度	申込方法	直近の意向確認月	確認時の居所	入居の希望度合
		元号	生年月						
1	千種	昭和	10年1月	男	要介護1	面談(書面)	6年1月	自宅	2 空き次第入居したい
2	北	昭和	11年2月	女	要介護3	電話	5年12月	医療機関	1 すぐにも入居したい
3	西	昭和	12年3月	女	要介護2	面談(書面)	6年3月	自宅	3 検討中
4			年 月				年 月		
5			年 月				年 月		
6			年 月				年 月		
7			年 月				年 月		
8			年 月				年 月		
9			年 月				年 月		
10			年 月				年 月		
11			年 月				年 月		
12			年 月				年 月		
13			年 月				年 月		
14			年 月				年 月		
15			年 月				年 月		
16			年 月				年 月		
17			年 月				年 月		
18			年 月				年 月		
19			年 月				年 月		
20			年 月				年 月		

5. 利用料金について(令和6年4月1日時点)

① 敷金(税込み)

180,000	円
---------	---

② 入居者一人当たりの月額利用料(税込み) ※介護報酬の利用者負担分は除く

項目	金額	単位	備考
家賃	60,000	円	設定が複数ある場合、左欄に最高額を右欄に最低額を記載ください。 最低家賃額
食材料費	40,000	円	・月額設定の場合は、「×30.4日(円未満四捨五入)」して月額で記入ください。
光熱水費	25,000	円	・食材料費や光熱水費を管理費に含めて徴収している場合などはその旨を下記に記入してください。
管理費	30,000	円	()
その他 (上記以外の費用で入居者から受領している金額の月平均)	15,000	円	その他の内容をご記入ください。(日用品費、おむつ代等) ・おむつ代 ・理美容代

※その他の費用については、3月分として請求した額の一人当たり平均の額をご記入ください。

6. 介護ロボットの導入について

問1 介護ロボットの有無 (有 無)

問2 【※問1で有と回答】導入している機器について教えてください。(複数回答可)

- 移乗支援 移動支援 見守り コミュニケーション
 入浴支援 排泄支援 介護業務支援

▶導入機器の商品名

○○○○

問3 【※問1で無と回答】導入していない理由を教えてください。(複数回答可)

- 必要ない 何をえばいいかわからない 費用が高い 検討中
 その他

問4 介護ロボットの情報について、事業所が欲しい情報内容を教えてください。(複数回答可)

- 介護ロボットの種類、性能、価格といった機器そのものに関する情報
 既に導入している事業所の事例(成功例・失敗例)
 活用できる補助金について 介護ロボットはどこで購入できるのかについて
 その他

問5 情報を得るために、活用しているものを教えてください。(複数回答可)

- 展示・体験(メーカーのデモ機の使用や介護ロボット関係のイベントへの参加)
 セミナー・研修(なごや福祉用具プラザやテクノエイド協会等が行うセミナー等)
 メーカーへの直接の問い合わせ
 なごや福祉用具プラザ機関紙(暮らしほっとワーク)
 なごや福祉用具プラザからのメール案内
 パンフレットやネット情報
 導入済みの施設からの情報収集
 NAGOYAかいごネット
 その他

問6 なごや福祉用具プラザで介護ロボットの展示や相談を行っていることを知っていますか。

- 知らない 聞いたことはある 利用したことがある 利用したことはないが興味はある

問7 セミナー等のテーマとして興味のあるものを教えてください。(複数回答可)

- どんな介護ロボットがあるのか、全般的に知りたい
 介護ロボットをうまく活用できる方法について
 実物に触れてみたい
 導入施設職員から直接話を聞きたい
 補助金制度について
 導入施設の見学会
 その他

大変お忙しいところ、ご協力ありがとうございました。

ご記入が終了いたしましたら、名古屋市役所健康福祉局介護保険課施設指定担当までメール(下記メールアドレス)にて送付してください。よろしく願いいたします。

a2539-03@kenkofukushi.city.nagoya.lg.jp