

※ 黄色セル部分を入力またはチェックしてください。

## 記載例

### 認知症高齢者グループホームにおける実態調査票【令和8年4月1日時点の状況】

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	0	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7年4月から令和8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	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	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)	8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	7年12月	医療機関	2 空き次第入居したい
3	西	昭和	12年3月	女	要介護2	面談(書面)	8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		

5. 利用料金について(令和8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

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		円
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)	5,000	円	その他の内容をご記入ください。 〔 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. その他

① 休憩室・仮眠室の有無

(いずれかに ○ を記入)

有  無

② 夜間支援体制加算取得の有無

(いずれかに ○ を記入)

夜間支援体制加算 I  夜間支援体制加算 II  無

②で「無」を選択した事業所に対して伺います。取得しない理由、取得しにくい理由等をご記載ください。

.....

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。よろしくお願いいたします。

[a2539-03@kenkofukushi.city.nagoya.lg.jp](mailto:a2539-03@kenkofukushi.city.nagoya.lg.jp)