

## 川西市介護サービス事業所等アンケート調査

### 【記入方法】

- ◇ 調査票を記入する際は、各項目で該当する数字を回答欄（黄色で色付けしている箇所）にご記入ください。（令和8年●月●日現在）
- ◇ 記入後はお手数ですが、この調査票を●月●日（●）までに●●●●●●●●にメールでご提出ください。
- ◇ 「その他」を選択された場合は、各項目の自由記述欄内に具体的な内容をご記入ください。
- ◇ 本調査は事業所ごと・サービス種別ごとに回答をお願いしています。同一法人で市内に複数の施設・拠点がある場合は施設・拠点ごとに、同一拠点で複数のサービスを提供している場合はサービス種別ごとに回答してください。

## 1 回答者について

本アンケート調査の回答者について、以下にご回答ください。

事業所名	
担当者名	
電話番号	
メールアドレス	

## 2 貴事業所について

問1 該当するサービス種別（介護予防を含む）を、ご回答ください。（1つを選択）

- |                             |                          |
|-----------------------------|--------------------------|
| 1. 施設・居住系サービス※ <sup>1</sup> | 2. 通所系サービス※ <sup>2</sup> |
| 3. 訪問系サービス※ <sup>3</sup>    | 4. 小規模多機能型居宅介護           |
| 5. 看護小規模多機能型居宅介護            | 6. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護      |
| 7. 居宅介護支援（介護予防支援）           | 8. 地域包括支援センター            |

※1 施設・居住系サービス…特別養護老人ホーム（地域密着型含む）、介護老人保健施設、介護医療院、認知症対応型共同生活（グループホーム）、特定施設（地域密着型含む）、

※2 通所系サービス…通所介護（地域密着型含む）、通所リハビリテーション、認知症対応型通所介護

※3 訪問系サービス…訪問介護、訪問入浴、訪問看護、訪問リハビリテーション

問1 回答欄（1つを選択）

問2 貴事業所(問1で選択したサービス種別の事業所)に所属する職員についてお伺いします。  
 ※ここでの「介護職員」は、賃金の支払いを受けている方に限ります。(ボランティアの方は含みません。)

職員の人数を、ご記入ください。(数値を記入)

※前月に出勤のない、長期休暇(育児休業等)中の職員は人数に含めないでください。

※「外国人」には、EPA・技能実習・在留資格「介護」、特定技能により勤務している人数をご記入ください。

介護職員の総数		人	左記のうち常勤職員		人
			左記のうち非常勤職員		人

外国人職員数		人
派遣職員数		人
その他(事務員、ドライバーなど)職員数		人

問3 貴事業所は開設から1年以上経過していますか。(1つを選択)

1. はい	⇒問4へ	2. いいえ	⇒問5へ
-------	------	--------	------

問3 回答欄(1つを選択)	
---------------	--

**【問3で「1. はい」と答えた事業所におたずねします】**

問4 過去1年間の介護職員の採用者数と離職者数を、常勤・非常勤別にご記入ください。外国人人材も含めてご回答ください。(数値を記入)

	採用者数		離職者数	
常勤職員		人		人
非常勤職員		人		人
合計		人		人

### 3 サービス提供の断りについて

問5 過去1年間にサービス提供の申し込みを断ったことがありますか。(1つを選択)

- |       |      |        |      |
|-------|------|--------|------|
| 1. はい | ⇒問6へ | 2. いいえ | ⇒問7へ |
|-------|------|--------|------|

問5 回答欄(1つを選択)

#### **【問5で「1. はい」と答えた事業所におたずねします】**

問6 サービス提供を断った理由として、当てはまるものをご回答ください。(複数選択可)

- |                           |                           |
|---------------------------|---------------------------|
| 1. 利用申込数が定員を超過            | 2. 利用申込者の居住地が事業実施地域外      |
| 3. 人手不足                   | 4. 設備不足                   |
| 5. 利用者の心身的状況(医療的ケアで対応不可)  | 6. 利用者の心身的状況(認知症の症状で対応不可) |
| 7. 利用者の心身的状況(その他の状況で対応不可) | 8. その他                    |

問6 回答欄(複数選択可)

## 4 業務効率化・生産性向上について

問7 業務効率化や生産性向上に向けて取り組んでいること、今後取り組みたいことをご回答ください。（複数選択可）

1. 現状の業務を見え化し、ムリ・ムラ・無駄を削減	2. 5S活動の実施
3. 業務の標準化、簡素化、平準化	4. 間接業務のアウトソース
5. 介護テクノロジーや介護ロボットの導入、ICTの活用	6. 他の法人や施設と共同で送迎を実施
7. 他の法人や施設と施設や設備を共同利用	8. 他の法人や施設と間接部門の効率化
9. その他	

問7-1 既に取り組んでいること回答欄（複数選択可）	
9. その他を選択した際の内容記載欄	

問7-2 今後取り組みたいこと回答欄（複数選択可）	
9. その他を選択した際の内容記載欄	

問8 介護テクノロジーや介護ロボット、ICTの活用に関して取り組んでいること、今後取り組みたいことをご回答ください。（複数選択可）

1. 移乗支援（装着型）	2. 移乗支援（非装着型）
3. 移動支援	4. 排泄支援（排泄物処理）
5. 排泄支援（動作支援）	6. 排泄支援（排泄予測・検知）
7. 入浴支援	8. 見守り・コミュニケーション支援
9. 介護業務支援	10. 機能訓練支援
11. 食事・栄養管理支援	12. 認知症生活支援・認知症ケア支援
13. 勤務シフト自動作成システム	14. ケアプランデータ連携
15. その他	

問8-1 既に取り組んでいること回答欄（複数選択可）	
15. その他を選択した際の内容記載欄	

問8-2 今後取り組みたいこと回答欄（複数選択可）	
---------------------------	--

15. その他を選択した際の内容記載欄	
---------------------	--

## 5 人材育成、定着・離職防止について

問9 人材育成や職員研修、職員の定着や離職防止に関して取り組んでいること、今後取り組みたいことをご回答ください。（複数選択可）

- |                                |
|--------------------------------|
| 1. 新人の指導担当者やアドバイザーを置く          |
| 2. 業務に関するマニュアルの整備              |
| 3. 外部研修、勉強会への職員の参加を奨励          |
| 4. 人事評価基準を明確化し、評価結果のフィードバックを行う |
| 5. 他法人等と合同での人材育成・研修を実施         |
| 6. その他                         |

問9-1 既に取り組んでいること回答欄（複数選択可）	
----------------------------	--

6. その他を選択した際の内容記載欄	
--------------------	--

問9-2 今後取り組みたいこと回答欄（複数選択可）	
---------------------------	--

6. その他を選択した際の内容記載欄	
--------------------	--

問10 「川西市介護支援専門員等研修受講費助成金」を知っていますか。（1つを選択）

1. はい	2. いいえ
-------	--------

問10 回答欄（1つを選択）	
----------------	--

## 6 認知症ケアについて

問11 認知症ケア向上に向けて、課題と感じていることをご回答ください。（複数選択可）

- |                      |                |
|----------------------|----------------|
| 1. 職員への教育や研修         | 2. 利用者家族の理解や協力 |
| 3. 地域社会の理解や協力        | 4. 認知症の早期発見    |
| 5. 個々の症状に応じた適切なケアの提供 | 6. 医療機関への受診勧奨  |
| 7. 他の利用者への対応         | 8. ケアマネジャーとの連携 |
| 9. 認知症サポーターとの連携      | 10. その他        |

問 11 回答欄（複数選択可）	
10. その他を選択した際の内容記載欄	

## 7 カスハラ対策について

問 12 過去1年間で、利用者・家族等からハラスメントを受けた職員はいますか。（1つを選択）

1. はい      ⇒問 13 へ	2. いいえ      ⇒問 14 へ
--------------------	---------------------

問 12 回答欄（1つを選択）	
-----------------	--

### 【問 12で「1. はい」と答えた事業所におたずねします】

問 13 利用者・家族等からどのようなハラスメントを受けましたか。（複数選択可）

1. 物理的・身体的な暴力・ハラスメント 2. 精神的な暴力・ハラスメント 3. 性的な暴力・ハラスメント
---

問 13 回答欄（複数選択可）	
-----------------	--

問 14 カスハラ対策を雇用主に義務付ける法律が2025年6月に成立し、2026年10月に施行することをご存じですか。（1つを選択）

1. 義務化を知っており、対策マニュアルを策定した 2. 義務化を知っており、対策マニュアルを策定中 3. 義務化を知っており、対策マニュアル策定に今後着手予定 4. 義務化されたことを知らない
--

問 14 回答欄（1つを選択）	
-----------------	--