

志木市介護サービス (施設・居住系サービス) 事業所調査

◆ 調査にご協力ください ◆

平素より、当市の高齢者福祉行政に関しまして多大なるご理解、ご協力を賜り、厚くお礼申し上げます。

このたび、志木市では令和9年度から令和11年度までを計画期間とする「志木市高齢者保健福祉計画及び志木市第10期介護保険事業計画」を策定します。その基礎資料とするため、志木市内のサービス提供事業所の皆様を対象に、利用者の実態や、現場での意見などをお伺いするためのアンケートを実施させていただきます。

つきましては、アンケート調査の趣旨をご理解いただき、お手数ですが回答にご協力いただきますようお願い申し上げます。

令和8年1月

志木市

記入に際してのお願い

1. 管理者の方がお答えください。
2. 特に注釈のない場合、**令和8年1月1日**現在の状況について、ご回答願います。
3. 内容に関する問い合わせや、今後必要に応じてヒアリング等を行う場合もあるため、事業所名のご記入をお願いしています。結果につきましては、事業所を特定する形で対外的に公表することはありません。

ご記入が終わった調査票は、同封の返信用封筒（切手不要）に入れて、

令和8年2月18日（水）までに投函してください。

※ この調査について、ご不明な点・ご質問がございましたら、下記までお問い合わせください。

【お問い合わせ先】 志木市 福祉部 長寿応援課
電話 048-473-1348

貴事業所についてご記入ください。

事業所名			
電話		連絡先 (ご担当者)	

【問１】貴事業所の状況についてお伺いします。

（１）該当するサービス種別を、お答えください。

1. 住宅型有料老人ホーム
2. 軽費老人ホーム（特定施設の指定を受けていない）
3. サービス付き高齢者向け住宅（特定施設の指定を受けていない）
4. グループホーム
5. 特定施設
6. 介護老人保健施設
7. 特別養護老人ホーム

（２）貴施設等の概要について、以下にご記入ください。

- | | | |
|-----------------------------|---|--------|
| 1. 定員数など | (| 人・戸・室) |
| 2. 入所・入居者数 | (| 人) ★ |
| 3. (貴施設等の) 待機者数 | (| 人) |
| 4. 特別養護老人ホームの待機者数
(申込者数) | (| 人) |

※１は、サービス付き高齢者向け住宅の場合は「住宅戸数」、住宅型有料老人ホーム・軽費老人ホームの場合は「居室数」、その他の施設等の場合は「定員数」をご回答ください。

※３と４は、該当者がいない場合は「０」を、不明の場合は「－」を記載してください。

※４は、特養・地域密着型特養は回答不要です。

（３）現在の入所・入居者の介護度別入居者数について、お答えください。（数値を記入）

	人数	うち志木市の被保険者
自立	人	人
要支援 1	人	人
要支援 2	人	人
要介護 1	人	人
要介護 2	人	人
要介護 3	人	人
要介護 4	人	人
要介護 5	人	人
申請中・不明	人	人
合計 (★)	人	人

※合計が、（２）２の★と一致することを確認してください。

（４）貴施設等で、以下の医療処置が必要な利用者の受け入れは可能ですか。１人でも受け入れが可能であれば、○をつけてください。（あてはまるものすべてに○）

1. 点滴の管理	9. 経管栄養
2. 中心静脈栄養	10. モニター測定
3. 透析	11. 褥瘡の処置
4. ストーマの処置	12. カテーテル
5. 酸素療法	13. 喀痰吸引
6. レスピレーター	14. インスリン注射
7. 気管切開の処置	15. 上記に対応可能な医療処置はない
8. 疼痛の看護	

（５）現在、上記の医療処置を受けている入所・入居者の合計人数をお答えください。（数値を記入）

（４）の医療処置を受けている入所・入居者の合計（実人数）	人
------------------------------	---

【問2】過去1年間の新規入所・入居者についてお伺いします。

(1) 過去1年間(令和7年1月1日～令和7年12月31日)に、貴施設等へ新規で入所・入居した方の人数をお答えください。(数字を記入)

※貴施設等へ入所・入居している方で、一時的な入院等で貴施設等に戻った方は含めないでください。

新規の入所・入居者数(合計★)	人
-----------------	---

(2)(1)の過去1年間の新規の入所・入居者について、入所・入居する前の居場所別の人数をお答えください。(数字を記入)

※「合計★」と、(1)「新規の入所・入居者数(合計★)」が一致することをご確認ください。

※一時的な入院の後に貴施設等へ入所・入居した場合は入院前の居場所をご記入ください。入院前の居場所がわからない場合は、「12. 病院・診療所」を選択してください。

※「1. 自宅」に、ショートステイの長期利用者の入所・入居も含まれます。

	市内	市外
1. 自宅(兄弟姉妹・子ども・親戚等の家を含む)	人	人
2. 住宅型有料老人ホーム	人	人
3. 軽費老人ホーム(特定施設除く)	人	人
4. サービス付き高齢者向け住宅(特定施設除く)	人	人
5. グループホーム	人	人
6. 特定施設	人	人
7. 地域密着型特定施設	人	人
8. 介護老人保健施設	人	人
9. 介護医療院	人	人
10. 特別養護老人ホーム	人	人
11. 地域密着型特別養護老人ホーム	人	人
12. 病院・診療所(一時的な入院を除く)	人	人
13. その他	人	人
14. 入居・入所する前の居場所を把握していない		人
合計★		人

【問3】過去1年間の退居者についてお伺いします。

(1) 過去1年間（令和7年1月1日～令和7年12月31日）に、貴施設等を退去した人の人数をお答えください。（数字を記入）

※一時的な入院等から貴施設等に戻った方、現在一時的に入院中の方（貴施設等との契約が継続している方）は含めないでください。

※「死亡」には、「貴施設等で亡くなられた方」に加え、「病院等への搬送後に死亡された方」も含まれます。

退去者数（合計☆）※死亡を含む	人
-----------------	---

(2) (1) の過去1年間の退去者について、要介護度別の人数をお答えください。（数字を記入）

※死亡した人については、「①退去者」欄ではなく、「②貴施設等での死亡」欄にその人数をご記入ください。

※病院等への搬送後に死亡した場合、搬送先で死亡したケースは「②貴施設等での死亡」、搬送先からの転院等の後に死亡した場合は「①退去者」に含めてください。

※「合計（☆）」と、(1) の「退去者数（合計）☆」が一致することをご確認ください。

		人数	うち志木市の被保険者
①退去者	自立	人	人
	要支援1	人	人
	要支援2	人	人
	要介護1	人	人
	要介護2	人	人
	要介護3	人	人
	要介護4	人	人
	要介護5	人	人
	申請中・不明	人	人
②貴施設等での死亡 ※搬送先での死亡を含む		人	人
合計☆		人	人

(3)(2)でご記入いただいた過去1年間の退居者について、退居先別の人数をお答えください。(数字を記入)

※一時的に入院して貴施設等以外の居場所に移った場合は、退院後の居場所をご記入ください。

※搬送先からの転院等の後に死亡した場合は、死亡ではなく「居所変更」として、該当する行先にカウントしてください。

※「合計☆」と、(1)の「退去者数(合計)☆」、(2)の「合計☆」が一致することをご確認ください。

	市内	市外
1. 自宅（兄弟姉妹・子・親戚等の家を含む）	人	人
2. 住宅型有料老人ホーム	人	人
3. 軽費老人ホーム（特定施設除く）	人	人
4. サービス付き高齢者向け住宅（特定施設除く）	人	人
5. グループホーム	人	人
6. 特定施設	人	人
7. 地域密着型特定施設	人	人
8. 介護老人保健施設	人	人
9. 介護医療院	人	人
10. 病院・診療所（上記「9」を除く） ※一時的な入院は含みません。	人	人
11. 特別養護老人ホーム	人	人
12. 地域密着型特別養護老人ホーム	人	人
13. その他	人	人
14. 行先を把握していない	人	
15. 死亡（※搬送先での死亡を含む）	人	
合計☆	人	

（４）貴施設等の入居者・入所者が退居する理由は何ですか。退居理由として最も多いものを３つまで選んで、○をつけてください。

※死亡した方は除く、退去者についてお答えください。

1. 必要な生活支援が発生・増大したから
2. 必要な身体介護が発生・増大したから
3. 認知症の症状が悪化したから
4. 医療的ケア・医療処置の必要性が高まったから
5. 「１」～「４」以外の状態像が悪化したから
6. 入所・入居者の状態等が改善したから
7. 入所・入居者が必要な居宅サービスの利用を望まなかったから
8. 費用負担が重くなったから
9. 本人が希望したから
10. その他

（５）貴事業所で入居・入所者が退去するのはどのような場合が多いですか。よくあるケースについてお答えください。

【問4】職員の状況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。)

(1) 介護職員の総数を、ご回答ください。(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	左記のうち外国人	人
		左記のうち派遣職員	人

(2) 貴事業所は開設から1年以上経過していますか。

1. はい⇒【(3) へ】	2. いいえ ⇒【(4) へ】
---------------	-----------------

(3) 令和8年1月1日時点で、開設から1年以上を経過している事業所にお伺いします。

過去1年間(令和7年1月1日～令和7年12月31日)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

(4) 介護職員の方の個別状況についてお伺いします。

貴施設等に所属している介護職員全員(非常勤含む。ボランティアの方を除く)について、次ページの表に職員ごとにお答えください。対象となる職員が30名を超える場合は、お手数をおかけしますが、必要分に応じてコピーなどをお取りください。

回答方法	※番号を1つ選択				※数値を記入	
設問	(1) 資格の取得、 研修の終了の状況	(2) 雇用形態	(3) 性別	(4) 年齢	(5) 過去1週間の勤務時間	
選択肢	1. 介護福祉士 (認定介護福祉士含む) 2. 介護職員実務者研修修了 または (旧) 介護職員基礎研修修了 または (旧) ヘルパー1級 3. 介護職員初任者研修修了 または (旧) ヘルパー2級 4. 上記のいずれも該当せず	1. 常勤職員 2. 非常勤職員	1. 男性 2. 女性	1. 20歳未満 2. 20代 3. 30代 4. 40代 5. 50代 6. 60代 7. 70代以上 8. 不明	※残業時間を含む。 休業時間は除く。 ※週の始まりは事業所ごとに任意の曜日で構いません。	
記入例	1	1	1	3	40	時間
01						時間
02						時間
03						時間
04						時間
05						時間
06						時間
07						時間
08						時間
09						時間
10						時間
11						時間
12						時間
13						時間
14						時間
15						時間
16						時間
17						時間
18						時間
19						時間
20						時間
21						時間
22						時間
23						時間
24						時間
25						時間
26						時間
27						時間
28						時間
29						時間
30						時間

回答方法	※番号を1つ記入			
設問	(6)現在の施設等での勤務年数	(7)現在の施設等に勤務する直前の職場 ※地域密着型を含む	(8)直前の職場について	
選択肢	1. <u>1年以上</u> ⇒【回答終了】 2. <u>1年未満</u> ⇒【(7)へ】	1. 現在の職場が初めての勤務先 ⇒【回答終了】 2. 介護以外の職場⇒【回答終了】 3. 特養、老健、療養型・介護医療院、 ショートステイ、グループホーム、特定施設 4. 訪問介護・入浴、夜間対応型 5. 小多機、看多機、定期巡回サービス 6. 通所介護、通所リハ、認知症デイ 7. 住宅型有料、サ高住（特定施設以外） 8. その他の介護サービス →【「3.」～「8.」の場合は(8)へ】 9. 不明⇒【回答終了】	1. 志木市内 2. 志木市外 3. 不明	1. 現在の施設等と、 同一の法人・グループ 2. 現在の施設等と、 別の法人・グループ 3. 不明
記入例	2	3	1	1
01				
02				
03				
04				
05				
06				
07				
08				
09				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				

【問5】サービスの質の向上に関する取組についてお伺いします。

(1) 貴事業所が実施している職員への研修、資格取得支援についてお答えください。
(あてはまるものすべてに○)

1. 研修の企画、実施のための体制がある
2. 外部機関に研修実施の委託をしている
3. 外部研修への参加費を補助している
4. 研修のすべてを当該事業所内で実施している
5. 研修受講等が人事考課等に連動する制度がある
6. その他 ()
7. 特に行っていない

(2) (1)で「7、特に行っていない」と回答した場合にお尋ねします。
特に実施していない理由は、何ですか。(あてはまるものすべてに○)

1. どのような研修を実施して良いかがわからない
2. 外部研修で行われている内容がわからない
3. 外部研修への具体的参加方法がわからない
4. 外部研修や資格取得支援に係る経費負担が厳しい
5. 職員を研修へ参加させる時間的余裕がない
6. その他 ()

- (3) 貴事業所が実施している介護サービス向上のための次の取組について、実施の有無をお答えください。また、「2 いいえ」を選んだ場合、その理由もお答えください。

取組名	実施の有無 (ひとつに○)	「2 いいえ」を選んだ場合の理由 (あてはまるものすべて)
1. 利用者、家族への満足度調査	1 はい 2 いいえ	1 実施の手順等がわからない 2 時間的な余裕がない 3 経費負担が厳しい 4 必要性をあまり感じない 5 その他 ()
2. 外部評価機関への第三者評価委託	1 はい 2 いいえ	1 実施の手順等がわからない 2 時間的な余裕がない 3 経費負担が厳しい 4 必要性をあまり感じない 5 その他 ()
3. 事業所による内部評価の実施	1 はい 2 いいえ	1 実施の手順等がわからない 2 時間的な余裕がない 3 経費負担が厳しい 4 必要性をあまり感じない 5 その他 ()
4. サービス提供困難事例等の検討会実施	1 はい 2 いいえ	1 実施の手順等がわからない 2 時間的な余裕がない 3 経費負担が厳しい 4 必要性をあまり感じない 5 その他 ()
5. 情報技術の活用による現場スタッフの事務軽減 (※例：介護経過記録の電子化)	1 はい 2 いいえ	1 導入手順等がわからない 2 経費負担が厳しい 3 導入の必要性をあまり感じない 4 その他 ()
6. 介護機器等の活用	1 はい 2 いいえ	1 導入手順等がわからない 2 経費負担が厳しい 3 導入の必要性をあまり感じない 4 その他 ()

- (4) 貴事業所では、利用者へより質の高いサービスを提供することを目的として、各種加算（特定事業所加算や生活機能向上訓練加算など）の取得要件を満たすための取組を行っていますか。(※介護職員処遇改善加算及び特定処遇改善加算は除きます。)(ひとつだけに○)

1. 希望する加算はすべて取得している	3. 加算を取得していない
2. 希望する加算の一部を取得している	

(あてはまるものすべてに○)

1. 加算要件の内容がわからない 5. 加算要件のハードルが高い
2. 時間的な余裕がない 6. 単位数が少なく、取得の必要性をあまり感じない
3. 経費負担が厳しい 7. 加算の内容に疑問があり、取得の必要性をあまり感じない
4. 必要な人材の確保が難しい 8. その他（ ）

(あてはまるものすべてに○)

- | | |
|------------------|-------------------------------|
| 1. 加算要件の内容がわからない | 5. 加算要件のハードルが高い |
| 2. 時間的な余裕がない | 6. 単位数が少なく、取得の必要性をあまり感じない |
| 3. 経費負担が厳しい | 7. 加算の内容に疑問があり、取得の必要性をあまり感じない |
| 4. 必要な人材の確保が難しい | 8. その他（ ） |

(1) 保険者との連携に期待することは何ですか。(あてはまるものをすべてに○)

1. 苦情相談への指導・助言・支援
2. 施設入所相談等の相談窓口
3. ケアプラン作成への指導・助言・支援
4. 施設等の空き情報の提供
5. 処遇困難ケースへの支援
6. 介護保険制度、市の高齢者福祉サービス等に関する情報提供
7. ケアマネ研修会やケース検討会の開催
8. 高齢者あんしん相談センター（地域包括支援センター）、医療機関等との調整
9. 被保険者・家族に関する制度の周知
10. 事業者に対するサービスの質の評価及び情報公開
11. その他（

【問7】認知症の方への支援についてお伺いします。

(1) 事業所として、認知症の利用者への支援において、課題だと感じていることは何ですか。(あてはまるものをすべてに○)

1. 本人の意思を反映した支援の実施
2. 必要なサービスの不足 (⇒具体的に)
3. 権利擁護の必要性の判断・対応
4. 入院・退院時の対応
5. 支援に関わる事業者間の連携の確保
6. 家族との連携や支援
7. 主治医や病院等医療機関との連携
8. 地域との連携
9. 職員の認知症に関する知識・経験の不足
10. その他 ()
11. 特にない

(2) 認知症の方やご家族の地域生活を支援するために、事業所として必要だと感じることは何ですか。(あてはまるものをすべてに○)

1. 認知症に関する正しい知識の普及啓発
2. 認知症予防のための教室や講座の充実
3. 認知症ケアパスの普及
4. 主治医の認知症対応力の向上 (早期診断・早期対応)
5. 主治医と専門医の連携
6. 医療と介護の多職種間の連携強化
7. 地域生活を支える介護サービスの充実
8. 身近な場所で気軽に相談ができる体制の整備
9. 認知症サポーターの養成など地域における支援の強化
10. 介護する家族への支援の充実
11. 若年性認知症の方への支援の充実
12. 職員の認知症に関する研修機会の充実
13. その他 ()

【問 8】医療機関との連携についてお伺いします。

※医師が配置されていない施設等のみご回答ください。

(1) 貴事業所において、今後、医療機関とどのような関係を持っていきたいと思いませんか。

【問9】介護人材の確保・定着についてお伺いします。

（1）現在の職員の過不足の状況についてお尋ねします。（ひとつだけに○）

1. 充足しており、まったく支障ない
2. 不足する時もあるが、おおむね充足し、支障ない
3. 不足気味で支障を感じることもある
4. 慢性的に不足し、支障がある
5. その他（ ）

（2）職員定着のために行っている取り組みは何ですか。（あてはまるものをすべてに○）

1. 採用時に業務内容・就労条件について詳細に説明する
2. 個人の希望に配慮した業務配置・労働時間（シフト）
3. 定期昇給実施による職員の生活の安定化、モチベーションアップ
4. 人事考課制度の実施
5. 変形労働制の実施
6. 上司による個別面談や相談体制の充実
7. 先輩職員による担当指導制度やフォロー体制
8. 職場内の仲間づくり活動の推進
9. 体系的な教育・研修の充実
10. 自主的な資格取得・研修受講等スキルアップを支援（休暇付与、助成金）
11. メンタルヘルスケアを含む健康管理体制の充実
12. 産休・育休・介護休暇の取得促進
13. 休暇を取りやすい体制
14. その他（ ）

（3）高齢労働者（おおむね 65 歳以上）の受け入れについてどのように考えていますか。（ひとつだけに○）

1. 受け入れている
2. 受け入れていないが、受け入れを予定・検討している
3. 受け入れていない、受け入れの検討もしていない
4. その他（ ）

（4）外国人労働者を受け入れていますか。（ひとつだけに○）

1. 受け入れている
2. 受け入れていないが、受け入れを予定・検討している
3. 受け入れていない、受け入れの検討もしていない
4. その他（ ）

--

--

【問 10】本市に必要な施策について伺います。

(あてはまるものをすべてに○)

1. 介護保険制度や市の施策に関する情報提供の充実
2. 医療・介護・地域の多職種連携の強化に向けた支援
3. ケアマネジャーの育成・資質向上のための支援
4. 認知症や医療ニーズ等、支援困難事例への対応支援
5. 利用者・家族の制度理解、相談体制の充実
6. 地域の介護資源・介護保険外サービス、人材基盤の充実
7. 事業所運営の改善に向けた支援（業務効率化・ICT 化等）
8. 介護資格取得支援（介護福祉士・介護職員初任者研修等）
9. 介護人材の確保・定着促進に関する施策の充実
10. その他（ ）
11. 特になし

[illegible]

*** 調査にご協力いただきありがとうございました ***