

介護施設等におけるＩＣＴ・ロボット導入状況等に関する調査

入力状況

25%

回答入力フォーム

事業所等の情報

県内におけるＩＣＴ・ロボット導入状況等を確認するためにアンケート調査を実施いたします。

※ 回答内容により表示されない設問があります。

※ 複数の施設・事業所を運営している場合は、お手数ですが施設・事業所ごとに回答をお願いします。

通所系・訪問系サービス事業所

多機能系事業所

入所施設・居住系施設（有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅を含む）

法人名 必須

貴施設・事業所を運営する法人名をお答えください。

社会福祉法人介護保険室

施設・事業所名 必須

貴施設・事業所名をお答えください。

※事業所ごとに回答してください。

※併設や隣接している事業所をまとめて回答しないでください。

（例）「特別養護老人ホーム〇〇・訪問介護事業所〇〇」と回答せずに「特別養護老人ホーム〇〇」と回答した後に「訪問介護事業所〇〇」で新たに回答してください。

特別養護老人ホーム〇〇

所在地市町村名 必須

施設・事業所が所在する市町村を選択してください。

選択してください

施設・事業所の所在地（住所） 必須

施設・事業所が所在する住所について番地まで記載してください。

鹿児島市鴨池新町10-1

事業所種別 必須

以下のサービスうち貴施設・事業所に該当するもの1つを選択してください。

選択してください

定員数 必須

貴施設・事業所の定員数について入力してください。

※定員が明確でない事業所（訪問系）については、不明と回答してください。

60人

従業員数 必須

貴施設・事業所の従業員数を記入してください。

※回答時点での人数をお答えください。

人

次へ進む

回答を一時保存する

介護施設等における I C T ・ロボット導入状況等に関する調査

入力の状況

50%

回答入力フォーム

I C T 機器等の導入について

I C T 導入の状況 必須

回答時点で I C T を導入していますか。

☐ 導入している

☐ 導入を検討している

☐ 導入する予定はない

I C T 導入のための補助金活用について 必須

I C T を導入する際に補助金を活用しましたか。

☐ 補助金を活用した

☐ 自己財源で整備した

導入している I C T について 必須

現在導入している I C T を教えてください。（複数選択可能）

☐ 記録業務・情報共有を行うための介護ソフトの導入

☐ 介護ソフト利用のためのタブレット端末の導入

☐ インカム等通信機器の導入

☐ 事務処理等バックオフィス業務のためのソフト導入

☐ その他

その他の内容 任意

その他導入している I C T を記入してください。

0/400

導入している機器、ソフト等のA I活用について 必須

導入している機器、ソフト等でA Iを活用しているものがあるか教えてください。

☐ ある

☐ ない

☐ 分からない

I C T導入の効果について 必須

I C Tを導入して感じた効果を教えてください。（複数選択可能）

☐ 職員の精神的負担が軽減された

☐ 職員の身体的負担が軽減された

☐ 業務の効率化につながった

☐ 介護の質の向上につながった

☐ 導入の効果を感じられなかった

☐ その他

その他の内容 任意

その他 I C Tを導入したことで感じたことを記入してください。

0/400

I C T導入を検討している時期について 必須

I C Tの導入を検討している時期を教えてください。

☐ 令和8年度

☐ 令和9年度

☐ 令和10年度

☐ 令和11年度

☐ 令和12年度以降

I C T導入に向けた課題について 必須

I C Tを導入するにあたり課題であると感じていることを教えてください。（複数選択可能）

☐ 導入コストが高い

☐ I C Tを扱える人材がない（活用方法が分からない）

☐ 費用対効果が不明瞭である

☐ 導入の方法が分からない

☐ 課題と感じていることはない

☐ その他

その他の内容 任意

その他 I C T導入への課題であると感じていることを記入してください。

0/400

次へ進む

介護施設等におけるＩＣＴ・ロボット導入状況等に関する調査

入力状況

75%

回答入力フォーム

介護ロボット等の導入について

介護ロボット導入の状況 必須

回答時点で介護ロボットを導入していますか。

☐ 導入している

☐ 導入を検討している

☐ 導入する予定はない

介護ロボット導入のための補助金活用について 必須

介護ロボット導入を導入する際に補助金を活用しましたか。

☐ 補助金を活用した

☐ 自己財源で整備した

導入している介護ロボットについて 必須

現在導入している介護ロボットを教えてください。（複数選択可能）

☐ 介助者のパワーアシストを行う装着型の機器

☐ 介助者による抱え上げ動作のパワーアシストを行う非装着型の機器

☐ 高齢者等の移動や立ち座りのサポート等を行う歩行支援機器

☐ センサーや外部通信機能を備えた見守り支援機器

☐ 浴槽の出入りする際の動作支援等を行う入浴支援機器

☐ 排せつを予測し、トイレへ誘導する機器

☐ トイレ内での排せつの一連の動作を支援する機器

☐ 高齢者等とのコミュニケーションを行う生活支援機器

☐ その他

その他の内容 任意

その他導入している介護ロボットを記入してください。

0/400

導入している機器、ソフト等のA I活用について 必須

導入している機器、ソフト等でA Iを活用しているものがあるか教えてください。

☐ ある

☐ ない

☐ 分からない

介護ロボット導入の効果について 必須

介護ロボットを導入して感じた効果を教えてください。（複数選択可能）

☐ 職員の精神的負担が軽減された

☐ 職員の身体的負担が軽減された

☐ 業務の効率化につながった

☐ 介護の質の向上につながった

☐ 導入の効果を感じられなかった

☐ その他

その他の内容 任意

その他介護ロボットを導入したことで感じたことを記入してください。

介護ロボット導入を検討している時期について 必須

介護ロボットの導入を検討している時期を教えてください。

☐ 令和8年度

☐ 令和9年度

☐ 令和10年度

☐ 令和11年度

☐ 令和12年度以降

介護テクノロジーの導入に関する相談窓口について 必須

介護ロボットやICT等のテクノロジーを活用するなど業務の改善や効率化等を進める県内の介護事業所を対象としたワンストップ型の窓口「介護生産性向上総合相談センター（かごロボ）」を知っていますか。 <https://www.kaken-shakyo.jp/pages/109/> 

☐ 知っている

☐ 知らない

自由意見 任意

I C T ・ ロボット導入に関して感じていること等がありましたら、ご自由にご記入ください。

0/400

次へ進む

回答を一時保存する

[«戻る](#)

鹿児島県公式ページとして株式会社グラファーが運営しています。

株式会社グラファーはプライバシーマークとIS 689557 /
ISO27001 及び CLOUD 806590 / ISO27017を取得しています。