

別紙 様式2

広島県介護ロボット使用状況報告書

令和 年 月 日

(※1)

報告担当者・氏名 \_\_\_\_\_

報告担当者連絡先 (TEL) \_\_\_\_\_

担当者メールアドレス \_\_\_\_\_

法人名	介護サービス事業所名	介護サービスの種別
介護ロボットの種別 (※2)	介護ロボットの製品名	
介護ロボット導入時期	導入台 (セット) 数	
令和 年 月 日		
<b>【1 介護ロボットの使用状況 (使用した従事者数・利用者数、使用業務、使用頻度等)】</b> ※日々の活用状況等、具体的に記載すること。		
<b>【2 介護ロボットの導入効果 (効果測定により把握した業務改善状況等)】</b> ※介護時間の短縮、直接・間接負担の軽減効果、介護従事者 (利用者) の満足度等、具体的に記載すること。		
<b>【3 介護ロボットの不都合な点】</b> ※追加が望まれる機能、どのように改善されれば良いか等、具体的に記載すること。		

(※1) 日付部分には、書類の作成日を記載すること。

(※2) 「広島県介護ロボット導入支援事業実施要領」第3条(2)ア内の、①移乗介護、②移動支援、③排泄支援、④見守り・コミュニケーション、⑤入浴支援、⑥介護業務支援のいずれかを記入すること。