別紙　様式１

広　島　県　介　護　ロ　ボ　ッ　ト　導　入　計　画

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 | | サービス種別 | | 定員数 |
|  | |  | |  | |  |
| 「魅力ある福祉・介護の職場宣言ひろしま制度」の認証状況 | | | | | | |
| 1. 認証済 | 2. 申請中 | | 3. 検討中 | | 4. 申請予定なし | |
| これまでの介護ロボット導入補助金利用状況 | | | | | | |
| 初回　　　　　　・　　　　　2回目～ | | | | | | |
| 介護ロボットの種別(※2） | | 介護ロボットの製品名 | | 導入（セット）数 | | |
|  | |  | |  | | |
| 【１ 介護ロボット導入により解決したいこと】  　例）腰痛を訴える職員が多い、夜間勤務者の業務負担が大きい　等 | | | | | | |
| 【２ 介護ロボット導入により達成したいこと】  　例）職員の身体的負担の軽減、夜間の見回りに要する時間や訪室回数の減　等 | | | | | | |
| 【３ 介護ロボット導入の効果測定方法】  　例）10段階評価を用いて、導入前と年度末に各職員の疲労度を測り、比較する　等 | | | | | | |
| 【４ 介護ロボットの使用計画】（３年間）  （介護ロボットを使用する従事者数、対象となる利用者数、使用業務、使用頻度等） | | | | | | |

（※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。