

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	
<p>【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</p>			
<p>【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</p>			
<p>【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</p>			
<p>【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)</p>			

(※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。