介護ロボット導入に係る検討会議

※導入予定の介護ロボットについて，４の（１）～（４）の

内容を協議したことが分かる資料であれば，様式は問いません。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | | 作成日：　R0.00.00  作成者：（役職）・（氏名） |
| 件名　例）○○（介護ロボット名）の導入について | | |
| １ 日　時 | 令和４年○月○日（△）○○：○○～○○：○○ | |
| ２ 場　所 |  | |
| ３ 参加者 |  | |
| ４ 概　要 | （１）課題（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）目標（介護ロボットの導入により達成したいこと）  例）職員の身体負的担の軽減  　　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） | |