

事業実績書

記入者	所属名
	職・氏名
	電話番号
	メール

1 事業内容

事業者名	社会福祉法人 豊寿会		
事業所名	特別養護老人ホーム 紅梅荘 【事業所番号：0672500360(多床室)・0672500865(ユニット型)】		
介護サービスの種類	介護福祉施設サービス	定員数	90人
〔介護ロボットの製品名〕 〔通信環境整備の製品名〕 導入時期及び台数	[製品名] 電動昇降フルリクライニングキャリア FC-320 [導入台数] 2台 [導入日] 令和5年12月5日		
事業完了日（支払日）	令和5年12月26日		
購入又はリースの別 ※該当する方に○を記入	○購入・リース(契約期間 年 月～ 年 月)		
使用状況 (使用する業務・使用頻度等)	特殊浴槽機を使用する入浴業務の他、食事の離床やシーツ交換時に使用している。入浴業務では日曜日を除く毎日使用し、対象者は15名から18名である。また、食事の離床では3名の利用者が、リビングでの食事のため3食利用している。今後、電動昇降型車いすの利点を生かし、受診時のCTやレントゲン検査でも使用したい。		
導入効果 ※導入によって得られた効果に関するデータを客観的な評価指標に基づき示すこと(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、収支の改善など)	ベッド・入浴ストレッチャーと、移乗する電動昇降型車いすの高さが合せられることで、職員の腰痛防止等負担軽減が図られた。また、2名の職員で移乗していたが、1名でも行うことができるようになり、効率化も図られた。食事の離床等でも同様の効果である。利用者については、抱え上げられての移乗による転落の危険や不安は払拭され、職員、利用者とも安全と安心に繋がっている。		
導入後の課題や次年度計画の確認等	前年度に同型を2台導入しており、使用マニュアル(入浴用と食事の離床用)も作成しているので取扱い方法等の課題は無い。 今後、食事の離床で使用する対象者の増加することが予想され、現在計4台であるが、電動昇降型車いすの追加導入を検討したい。		

2 実施経過

年月日	実施内容	従事者
5年7月10日 ～5年7月20日	4年度2台の導入効果と5年度の追加導入について、機器を使用する介護職員と、移乗動作に係るリハビリ担当職員の意見を聴取する。	介護員 リハ主任
5年7月25日 ～5年7月31日	4年度2台の導入効果と5年度の追加導入計画について、介護職員代表者と入浴班職員5名によるチームで検討し、同型2台の追加導入を決定する。	介護課長補佐 入浴班介護員
5年8月18日	本事業費補助金に係る事前協議書を提出する。	事務員
5年10月10日付け	本事業費補助金に係る内示を受理する。	理事長
5年10月17日	本事業費補助金に申請書を提出する。	事務員
5年11月10日	本事業費補助金に係る申請書提出と今後の予定を、理事会に報告する。	事務員
5年11月10日付け	本事業費補助金に係る交付決定を受理し、事業を実施する。	理事長
5年11月14日	機器の購入契約方法を見積合せによる随意契約とすることを、施設長専決する。	施設長
5年11月15日 ～5年11月30日	食事の離床等に使用時の検討を行い、マニュアルを整備する。	介護課長 介護主任
5年11月20日	機器の購入契約に係る見積合せを行い、最低価格の提示業者と購入契約を締結する。	事務員
5年12月5日	機器を納入し、検収を実施する。	事務員
5年12月6日～	機器を使用する。	介護スタッフ
5年12月26日	全額支払いする。	経理事務員
5年12月26日	実績報告書を提出する。	事務員
6年3月31日 ～8年3月31日	3年目まで、効果検証を実施し、導入による移乗介助方法等の見直しを検討する。	介護課長 介護主任
6年4月1日 ～8年4月31日	3年目まで、効果検証の結果に基づいた業務改善の取組を検討し、導入機器の状況報告書及び事業実施状況調査を提出する。	介護課長 介護課長補佐 事務員

※機器の選定から実績報告時までの経緯や契約日、導入日、支払日を記載すること。
 ※導入工程や従事者が分かるものであれば、業務日誌等でも可。
 ※事業計画書のスケジュールに合わせて作成すること。

事業実績書

記入者	所属名
	職・氏名
	電話番号
	メール

1 事業内容

事業者名	最上町		
事業所名	最上町介護老人保健施設 やすらぎ		
介護サービスの種類	介護福祉施設サービス	定員数	50人
〔介護ロボットの製品名〕 〔通信環境整備の製品名〕 導入時期及び台数	[製品名] 電動昇降フルリクライニングキャリア FC-320 [導入台数] 1台 [導入日] 令和6年1月19日		
事業完了日(支払日)	令和6年2月27日		
購入又はリースの別 ※該当する方に○を記入	○購入 リース(契約期間 年 月～ 年 月)		
使用状況 (使用する業務・使用頻度等)	特殊浴槽機を使用する入浴業務の他、食事の離床やレクリエーション時に使用している。入浴業務は週に4回、対象者は6～7名である。また、朝・昼・夕の3食離床しホールで食事するため使用している。今後も電動昇降型車椅子の利点を生かし、受診時のレントゲン検査でも使用していきたい。		
導入効果 ※導入によって得られた効果に関するデータを客観的な評価指標に基づき示すこと(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、収支の改善など)	ベッド・入浴ストレッチャーと、移乗する電動昇降型車椅子の高さが合わせられることで、職員の腰痛防止など負担の軽減が図られた。また、2人の職員で移乗していたが、1名でも行うことができるようになり、効率化も図られた。食事の離床等でも同様の効果である。 利用者については、抱え上げられての移乗による転落の危険性と恐怖心が払拭され、職員も利用者とも安全と安心に繋がっている。		
導入後の課題や次年度計画の確認等	○電動昇降型車椅子の導入は初めてのため、安全・安心して使用できるように全職員に対する使用方法の説明会の開催と、使用対象者の再確認を行う。 ○使用状況や効果検証を精査し、今後の追加導入を検討する。		

2 実施経過

年月日	実施内容	従事者
5年6月14日 ～5年6月17日	特殊浴対象者とリクライニング車椅子対象者が増加し、職員の腰痛防止と入浴業務の効率化が必要になり、スタッフへの聞き取りを行う。	介護員 リハビリ
5年7月25日 ～5年8月3日	主に使用する介護スタッフとリハビリスタッフの意見を聴衆し、入浴改善班が導入機種を選定し、導入を決定する。	介護課長 リハビリ 入浴改善班
5年8月18日	本事業費補助金に係る事前協議書を提出する。	介護課長兼務 次長
5年10月10日	本事業費補助金に係る内示を受理する。	町長
5年10月10日	本事業費補助金に申請書を提出する。	介護課長兼務 次長
5年10月15日	本事業費補助金に係る申請書提出と今後の予定を、事務長に報告する。	介護課長兼務 次長
5年11月28日	町の購入規定に従った一般入札が実施され、購入業者が決定したとの報告を受ける。	町職員
5年12月1日	食事・入浴時等の使用方法の検討を行い、使用マニュアルを整備する。	介護課長補佐 入浴改善班
6年1月19日	機器を導入し、検収する。	事務員
6年1月22日 ～1月26日	機器の取り扱いと使用時の説明会を行う	全介護スタッフ
6年1月26日	機器を使用する。	介護スタッフ
6年2月27日	全額支払いする。	経理事務員
6年3月1日	実績報告書を提出する。	事務員
6年3月31日 ～8年3月31日	3年目まで、効果検証を実施し、導入による移乗介助方法の見直しを検討する。	介護係長 入浴改善班 リハビリ
6年4月1日 ～8年4月31日	3年目まで、効果検証の結果に基づいた業務改善の取り組みを検証し、導入機器の状況報告書及び事業実施状況書を提出する。	介護係長 介護課長 事務員

※機器の選定から実績報告時までの経緯や契約日、導入日、支払日を記載すること。
 ※導入工程や従事者が分かるものであれば、業務日誌等でも可。
 ※事業計画書のスケジュールに合わせて作成すること。

事業実績書

記入者	所属名
	職・氏名
	電話番号
	メール

1 事業内容

事業者名	有限会社 スダ		
事業所名	有料老人ホーム リライフ美咲		
介護サービスの種類	特定施設入居者生活介護	定員数	29
〔介護ロボットの製品名〕 〔通信環境整備の製品名〕 導入時期及び台数	[製品名] 電動昇降フルリクライニングキャリアFC-320 [導入台数] 1台 [導入日] 令和5年12月1日		
事業完了日(支払日)	令和6年1月19日		
購入又はリースの別 ※該当する方に○を記入	<input checked="" type="radio"/> 購入・リース(契約期間 年 月～ 年 月)		
使用状況 (使用する業務・使用頻度等)	ベットの移乗介護のためにほぼ毎日使用しています。		
導入効果 ※導入によって得られた効果に関するデータを客観的な評価指標に基づき示すこと(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、収支の改善など)	座面高が無段階調整が可能で最適な高さで移乗介護ができ時間や労力のかかるケアや作業が軽減された。 女性の介護者でも大丈夫、体の負担が軽減された。		
導入後の課題や次年度計画の確認等	浴室への移乗にも使える丸洗いシート機能がついた車椅子も欲しいという現場の声があり来年度の機器導入を考える必要がある。		

2 実施経過

年月日	実施内容	従事者
5年12月1日	機器導入で取扱い説明会実施	管理者他7名
5年12月2日 ～ 5年12月8日	機器取扱い伝達実施	総計11人
6年1月～3月	使用状況と問題点の把握ため職場会議の議題とする。	
6年3月	次年度計画策定	
6年12月	導入1年目の達成目標の確認	
7年12月	導入2年目の達成目標の確認	
8年12月	導入3年目の達成目標の確認	

※機器の選定から実績報告時までの経緯や契約日、導入日、支払日を記載すること。
 ※導入工程や従事者が分かるものであれば、業務日誌等でも可。
 ※事業計画書のスケジュールに合わせて作成すること。

事業実績書

記入者	所属名
	職・氏名
	電話番号
	メール

1 事業内容

事業者名	大和メディカル株式会社		
事業所名	デイサービス裡の木		
介護サービスの種類	通所介護	定員数	30名
〔介護ロボットの製品名〕 〔通信環境整備の製品名〕 導入時期及び台数	【製品名】 電動昇降フルリクライニングキャリア FC-320 (ビジョンタヒラ株式会社) 【導入台数】 1台 【導入日】 令和5年11月21日(火)		
事業完了日(支払日)	令和5年12月28日		
購入又はリースの別 ※該当する方に○を記入	○購入 リース(契約期間 年 月～ 年 月)		
使用状況 (使用する業務・使用頻度等)	重度の麻痺の方、関節拘縮の進行している方、皮膚脆弱の方の中で比較的体重のある方の移乗・送迎、及び入浴介助において従来ベッドからストレッチャー間の移乗を抱きかかえて介助していた方に対して使用。使用頻度としては週2回程度ではあるが、今後対象者を広げて行く予定。尚、利用者の入れ替わりや状態の変化に伴い使用頻度に関しては変動する。		
導入効果 ※導入によって得られた効果に関するデータを客観的な評価指標に基づき示すこと(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、収支の改善など)	導入後、該当利用者1名に対し週2回使用実施。事前の機器の取り扱いの研修を経て、実際に利用を通じてOJTにて指導を行う。介護時間の短縮には至らないが、従来と大差なく業務は行える。車椅子の高さ調整が出来なかったため介助者の腰への負担はあった。機器導入後はベッド・車椅子・ストレッチャーを高い位置で相互調整できスライディングボードを併用することにより明らかに利用者・介助者の腰への負担は軽減されている。職員11名全員から満足度は得られている。今度は利用頻度を拡大し、介助者の負担度・満足度を数値化して記録していくようにする。		

導入後の課題や次年度計画の確認等	未だ機器の取り扱いや重度の利用者に関わりの浅かった職員に関しては習熟しきれていない部分はあるが、都度OJTにて関わる頻度を増やしていくことで不安を払拭していく必要性はある。次年度の計画目標に掲げている「機器の構造や正しい操作方法を全職員が理解し安全に使用することができる」ことを遂行出来るように取り組みを進めていく。
------------------	--

2 実施経過

年月日	実施内容	従事者
令和5年11月10日	導入機器発注(契約)	法人担当者
令和5年10月23日 ～令和5年10月26日	導入予定機器の事前使用研修	従事者全員
令和5年11月21日	製品導入	
令和5年11月22日～	該当利用者への使用実施 OJTによる指導	当日実施担当者
令和5年12月5日	製品の取り扱い、入浴時の使用手順確認のための研修	当日勤務員
令和5年12月7日～	使用该当利用者(1名:週2回利用)に対し、 移乗介助時に利用	当日実施担当者
令和5年12月28日	事業完了(支払)	法人担当者

事業実績書

記入者	所属名
	職・氏名
	電話番号
	メール

1 事業内容

事業者名	大和メディカル株式会社		
事業所名	デイサービスグランドホーム檜の木		
介護サービスの種類	通所介護	定員数	25名
〔介護ロボットの製品名〕 〔通信環境整備の製品名〕 導入時期及び台数	【製品名】 電動昇降フルリクライニングキャリア FC-320 (ビジョントヒラ株式会社) 【導入台数】 1台 【導入日】 令和5年11月20日(月)		
事業完了日(支払日)	令和5年12月28日		
購入又はリースの別 ※該当する方に○を記入	○購入・リース(契約期間 年 月～ 年 月)		
使用状況 (使用する業務・使用頻度等)	重度の麻痺の方や関節拘縮の進行している方、その中でも大柄で体重のあるような方の移乗・送迎、または入浴介助において従来ベッドからストレッチャー間の移乗を抱きかかえて介助していた方に対して使用。使用頻度としては週2回程度ではあるが、今後対象者を広げて行く予定。尚、利用者の入れ替わりや状態の変化に伴い使用頻度に関しては変動する。		
導入効果 ※導入によって得られた効果に関するデータを客観的な評価指標に基づき示すこと(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、収支の改善など)	導入後、該当利用者1名に対し週2回使用実施。事前の機器の取り扱いに関する研修を経て、実際に利用を通じてOJTにて指導を行う。介護時間の短縮には至らないが、従来と大差なく業務は行える。これまでもスライディングボード等は使用していたが、車椅子の高さ調整が出来なかったため介助者の腰への負担はあった。機器導入後はベッド・車椅子・ストレッチャーを高い位置で相互調整出来ることで明らかに利用者・介助者の腰への負担は軽減されている。職員11名全員から満足度は得られている。今度は利用頻度を拡大し、介助者の負担度・満足度を数値化して記録していくようにする。		

導入後の課題や次年度計画の確認等	未だ機器の取り扱いや重度の利用者に関わりの浅かった職員に関しては習熟しきれていない部分はあるが、都度OJTにて関わる頻度を増やしていくことで不安を払拭していく必要性はある。次年度の計画目標に掲げている「機器の構造や正しい操作方法を全職員が理解し安全に使用することができる」ことを遂行出来るように取り組みを進めていく。
------------------	--

2 実施経過

年月日	実施内容	従事者
令和5年11月10日	導入機器発注(契約)	法人担当者
令和5年10月9日 ～令和5年10月12日	導入予定機器の事前使用研修	従事者全員
令和5年11月20日	製品導入	
令和5年11月21日～	該当利用者への使用実施 OJTによる指導	当日実施担当者
令和5年12月8日	製品の取り扱い・入浴介助時の使用手順確認のための研修	当日勤務者
令和5年12月12日～	使用该当利用者(1名:週2回利用)に対し、 移乗介助時に使用	当日実施担当者
令和5年12月28日	事業完了(支払)	法人担当者

※機器の選定から実績報告時までの経緯や契約日、導入日、支払日を記載すること。