

【基本情報】

法人名	社会福祉法人野洲慈恵会
事業所名	特別養護老人ホームぎおうの里
サービス種別	地域密着型介護老人福祉施設
事業所所在市町名	野洲市
介護保険事業所番号	2571300199
利用者定員	20

【設問】

1 導入年数について	<p>1 当該補助金を活用し、介護ロボットを導入したのはいつですか。</p> <p><input type="checkbox"/> 1. 令和4年度（導入1年目）</p> <p><input type="checkbox"/> 2. 令和3年度（導入2年目）</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 3. 令和2年度（導入3年目）</p>
2 導入内容・時期について	<p>2-1 補助金で導入した介護ロボットについて教えてください。（複数選択可）</p> <p><input type="checkbox"/> 1. 移乗介助機器（装着型） （例）マッスルスーツ          &lt;導入台数&gt; _____          &lt;具体的な機器名等&gt; _____</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 2. 移乗介助機器（非装着型） （例）Hug          &lt;導入台数&gt; _____ 1 _____          &lt;具体的な機器名等&gt; _____ 移乗サポートロボットHUG</p> <p><input type="checkbox"/> 3. 移動支援機器 （例）歩行アシストロボット          &lt;導入台数&gt; _____          &lt;具体的な機器名等&gt; _____</p> <p><input type="checkbox"/> 4. 排泄支援機器 （例）自動処理装置付きポータブルトイレ、DFree          &lt;導入台数&gt; _____          &lt;具体的な機器名等&gt; _____</p> <p><input type="checkbox"/> 5. 入浴支援機器 （例）バスアシスト          &lt;導入台数&gt; _____          &lt;具体的な機器名等&gt; _____</p> <p><input type="checkbox"/> 6. 見守り支援機器 （例）眠りスキャン、シルエット見守りセンサ          &lt;導入台数&gt; _____          &lt;具体的な機器名等&gt; _____</p> <p><input type="checkbox"/> 7. コミュニケーション機器 （例）Pepper          &lt;導入台数&gt; _____          &lt;具体的な機器名等&gt; _____</p> <p><input type="checkbox"/> 8. その他          &lt;導入台数&gt; _____          &lt;具体的な機器名等&gt; _____</p> <p><input type="checkbox"/> 9. 通信環境整備 （例）Wi-Fi工事</p> <p>2-2 購入か、リース・レンタルかいずれの方法で導入しましたか。</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 1. 購入          &lt;購入時期&gt; 2021年1月</p> <p><input type="checkbox"/> 2. リース・レンタル          &lt;契約期間&gt; _____ ~ _____</p>

<p>3</p> <p>導入状況について</p> <p>令和3年度または4年度に補助を受けた事業所のみ回答。</p>	<p>3-1 介護ロボットの使用状況について教えてください。（200字以上） ※見守り支援機器の導入に伴う通信環境整備のみの場合は、見守り支援機器の使用状況を記載すること。</p>
	<p>現在はご入居者のうち1名に、特に車いすからベッドへの移乗介助時等に使用している。使用時ご利用者の体勢が比較的強い前傾姿勢になるため恐怖感を抱かれる方もおられるため、事前に説明を行ったり、職員が使用している様子を見て頂いたりして、その解消を図っている。使用方法を理解していただいた以降は、移乗介助場面全般において使用することができている。 ただし、しっかりとつかまえていただくことができること、足底がしっかりとつけられることなど、適切に利用していただくための条件もあるため、アセスメントを丁寧に行って介助方法の検討を行っている。</p>
	<p>3-2 介護ロボット導入・通信環境整備の効果を教えてください。（200字以上） ※目標の達成状況等をもとに、数値を用いてできるだけ具体的に記載すること。</p>
	<p>導入前は2名介助で行っていたものが1名でできるようになるなど職員の負担軽減につながっているほか、力任せの介護にならないことでもご利用者にとっても安全で安心して介護をうけていただくことにつながっている。 事業所では本機器の導入と同時にノーリフトケアの取り組みを始めている。取り組み前には腰痛により退職に至った事例もあったが、以降は休業、退職とも発生していない。また、定期的実施している腰痛に関するアンケート調査では、痛みがないと答えた職員の割合は、2020年11%、2021年18%、2022年42%と毎年高まっており、効果を実感している。</p>
	<p>3-3 一定の要件を満たす事業所／導入効果を教えてください。 ※補助率3/4適用の事業所は、3-4以降の設問への回答が必須となります。 補助率3/4を適用しなかった事業所は、4の設問へ移動します。</p>
	<p><input type="checkbox"/> 1. 補助率3/4を適用した</p> <p><input type="checkbox"/> 2. 補助率3/4を適用しなかった</p>
<p>3-4 介護ロボット等の導入後の人員体制見込みについて教えてください。 ※主に介護職員の人員体制について、事業計画書に記載した内容をもとに記載してください。</p>	
<p></p>	
<p>3-5 介護ロボット等の導入後の人員体制について教えてください。</p>	
<p></p>	
<p>3-6 人員体制の見込みと結果について教えてください。</p>	
<p><input type="checkbox"/> 1. 見込み通りである</p> <p><input type="checkbox"/> 2. 見込みと異なる</p> <p>&lt;見込みと異なる理由&gt; <input type="text"/></p>	
<p>4</p> <p>導入後の課題と対応策等について</p>	<p>4 導入後の課題と対応策、不都合な点等について教えてください。（200字以上）</p> <p>今回導入した機器は、利用者のADLやその日の体調、意欲により常にその利用者に適しているとは限らないため、丁寧にアセスメントを行って運用する必要がある。また、認知症の状況によっては機器の使用について理解していただくことが難しいことも課題である。そのため、対象者が限定的にあり、当事業所でもご入居者20名のうち、現在は1名の方に使用している状況である。 また逆に多数の利用者が対象となった場合は機器の増台も必要になるが、介護ロボットは高価であるため、補助金の活用が欠かせないことも課題であると言える。</p>

5 導入効果について	5-1 職員の身体的負担（体の痛み等）が軽減されましたか。
	<input type="checkbox"/> 1. とても軽減された <input checked="" type="radio"/> 2. どちらかと言うと、軽減された <input type="checkbox"/> 3. どちらかと言うと、軽減されなかった <input type="checkbox"/> 4. まったく軽減されなかった <input type="checkbox"/> 5. 設問内容の効果を期待して導入していないため分からない、該当無し
	5-2 職員の心理的負担（ストレス等）が軽減されましたか。
	<input type="checkbox"/> 1. とても軽減された <input checked="" type="radio"/> 2. どちらかと言うと、軽減された <input type="checkbox"/> 3. どちらかと言うと、軽減されなかった <input type="checkbox"/> 4. まったく軽減されなかった <input type="checkbox"/> 5. 設問内容の効果を期待して導入していないため分からない、該当無し
	5-3 機器の活用により、時間的なゆとりが生まれましたか。 ※時間的なゆとりが生まれ、他の利用者へのケア時間が増えましたか。
	<input type="checkbox"/> 1. とてもそう思う <input type="checkbox"/> 2. どちらかと言うと、そう思う <input type="checkbox"/> 3. どちらかと言うと、そう思わない <input type="checkbox"/> 4. まったくそう思わない <input checked="" type="radio"/> 5. 設問内容の効果を期待して導入していないため分からない、該当無し
5-4 機器の活用により、業務の効率化を図ることができましたか。	
<input type="checkbox"/> 1. とてもそう思う <input checked="" type="radio"/> 2. どちらかと言うと、そう思う <input type="checkbox"/> 3. どちらかと言うと、そう思わない <input type="checkbox"/> 4. まったくそう思わない <input type="checkbox"/> 5. 設問内容の効果を期待して導入していないため分からない、該当無し	
5-5 機器の活用により、休憩時間の確保が可能になりましたか。	
<input type="checkbox"/> 1. とてもそう思う <input type="checkbox"/> 2. どちらかと言うと、そう思う <input type="checkbox"/> 3. どちらかと言うと、そう思わない <input type="checkbox"/> 4. まったくそう思わない <input checked="" type="radio"/> 5. 設問内容の効果を期待して導入していないため分からない、該当無し	
5-6 今後も、介護ロボットの導入を進めていきたいと思いませんか。 ※介護ロボットの導入台数を追加する、種類を増やす等。	
<input checked="" type="radio"/> 1. とてもそう思う <input type="checkbox"/> 2. どちらかと言うと、そう思う <input type="checkbox"/> 3. どちらかと言うと、そう思わない <input type="checkbox"/> 4. まったくそう思わない	

設問は以上です。御協力ありがとうございました。

なお、今後の施策等に活かすため、導入効果の詳細について個別にお伺いする場合がございます。あらかじめ御了承ください。

【基本情報】

法人名	社会福祉法人長浜市社会福祉協議会
事業所名	リハビリデイサービス湖北
サービス種別	通所介護
事業所所在市町名	長浜市
介護保険事業所番号	2570300968
利用者定員	35

【設問】

<p>1 導入年数について</p>	<p>1 当該補助金を活用し、介護ロボットを導入したのはいつですか。</p> <p><input type="checkbox"/> 1. 令和4年度（導入1年目）</p> <p><input type="checkbox"/> 2. 令和3年度（導入2年目）</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 3. 令和2年度（導入3年目）</p>
<p>2 導入内容・時期について</p>	<p>2-1 補助金で導入した介護ロボットについて教えてください。（複数選択可）</p> <p><input type="checkbox"/> 1. 移乗介助機器（装着型） （例）マッスルスーツ          &lt;導入台数&gt; _____          &lt;具体的な機器名等&gt; _____</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 2. 移乗介助機器（非装着型） （例）Hug          &lt;導入台数&gt; _____ 1 _____          &lt;具体的な機器名等&gt; _____ 移乗サポートロボット Hug L1</p> <p><input type="checkbox"/> 3. 移動支援機器 （例）歩行アシストロボット          &lt;導入台数&gt; _____          &lt;具体的な機器名等&gt; _____</p> <p><input type="checkbox"/> 4. 排泄支援機器 （例）自動処理装置付きポータブルトイレ、DFree          &lt;導入台数&gt; _____          &lt;具体的な機器名等&gt; _____</p> <p><input type="checkbox"/> 5. 入浴支援機器 （例）バスアシスト          &lt;導入台数&gt; _____          &lt;具体的な機器名等&gt; _____</p> <p><input type="checkbox"/> 6. 見守り支援機器 （例）眠りスキャン、シルエット見守りセンサ          &lt;導入台数&gt; _____          &lt;具体的な機器名等&gt; _____</p> <p><input type="checkbox"/> 7. コミュニケーション機器 （例）Pepper          &lt;導入台数&gt; _____          &lt;具体的な機器名等&gt; _____</p> <p><input type="checkbox"/> 8. その他          &lt;導入台数&gt; _____          &lt;具体的な機器名等&gt; _____</p> <p><input type="checkbox"/> 9. 通信環境整備 （例）Wi-Fi工事</p> <p>2-2 購入か、リース・レンタルかいずれの方法で導入しましたか。</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 1. 購入          &lt;購入時期&gt; _____ 2021年3月</p> <p><input type="checkbox"/> 2. リース・レンタル          &lt;契約期間&gt; _____ ~ _____</p>

<p>3</p> <p>導入状況について</p> <p>令和3年度または4年度に補助を受けた事業所のみ回答。</p>	<p>3-1 介護ロボットの使用状況について教えてください。(200字以上) ※見守り支援機器の導入に伴う通信環境整備のみの場合は、見守り支援機器の使用状況を記載すること。</p>	<p>・現在は5名程度の利用者様が主に午睡後、ベッドからの起き上がり、トイレへの移動、便座への移乗に利用しており、最低でも毎日1回以上、週6回稼働している。 また、5台のリハビリマシーンを順番に使用するサーキットトレーニングを行う際の機器間の移動移乗にも役立っている。</p> <p>・使用にあたっては、職員教育を重ねてきており、ほぼ全ての職員が機器を使用しての介助ができるようになっている。</p> <p>・毎月の職員会議の中で、機器の使用状況や効果の確認をすとともに、新たな利用者の選定、使用場面や介助の方法、使用効果などについて介護職、相談員、看護師、理学療法士がそれぞれの立場で意見を出し合い活発に議論を行って利用促進に努めている。</p> <p>・ケアマネや関係者等への機器の紹介を行う中で、在宅での使用を検討したいとの声も多くあり、デイでのお試し利用などの機会を作ることでより、機器利用促進とともにデイ利用にも繋がっている。</p>
	<p>3-2 介護ロボット導入・通信環境整備の効果を教えてください。(200字以上) ※目標の達成状況等をもとに、数値を用いてできるだけ具体的に記載すること。</p>	<p>・5名の利用者様が午睡後、ベッドからの起き上がり・トイレへの移動・便座への移乗・リハビリマシーン間の移動に利用。最低でも毎日1回以上、週6回稼働。5名の内、3名は2人での移乗介助が必要な方であったが、機器導入後、1人での介助が可能となった。</p> <p>・利用者様を抱え上げる機会が減ったため職員の身体的負担が軽減した。また腰痛の不安がある職員や高齢の職員でも介助が可能となり、職員間の業務への不満、不公平感が少なからず軽減されている。</p> <p>・介助される利用者様も、車いす移動から機器につかまりながらも立位で移動が可能となったことにより、生活や機能訓練に対する意欲の向上につながっている方もいる。</p>
	<p>3-3 一定の要件を満たす事業所／導入効果を教えてください。 ※補助率3/4適用の事業所は、3-4以降の設問への回答が必須となります。 補助率3/4を適用しなかった事業所は、4の設問へ移動します。</p>	<p><input type="checkbox"/> 1. 補助率3/4を適用した</p> <p><input type="checkbox"/> 2. 補助率3/4を適用しなかった</p>
	<p>3-4 介護ロボット等の導入後の人員体制見込みについて教えてください。 ※主に介護職員の人員体制について、事業計画書に記載した内容をもとに記載してください。</p>	
	<p>3-5 介護ロボット等の導入後の人員体制について教えてください。</p>	
	<p>3-6 人員体制の見込みと結果について教えてください。</p>	<p><input type="checkbox"/> 1. 見込み通りである</p> <p><input type="checkbox"/> 2. 見込みと異なる</p> <p>&lt;見込みと異なる理由&gt; <input type="text"/></p>
<p>4</p> <p>導入後の課題と対応策等について</p>	<p>4 導入後の課題と対応策、不都合な点等について教えてください。(200字以上)</p> <p>導入当初からの課題ではあるが、機器の構造上、体格の大きな方への使用ができない。 大柄な方へはHugの使用は諦めて、他の機器(リフト等)を使用しているが、Hugの良さが分かればわかるほど、体格の大きな方に使用できれば、と残念に思っている。また、現在は改良された機器があるのかもしれないが、高価なものでもあり、なかなか職場への導入は進まない。 Hugの使用は当事業所においては一般的になりつつあるが、同法人内でもまだまだ周知が進んでいない。職員の働きやすさや利用者の意欲向上のためにも、もっと利用促進が必要だと感じており、広報活動を積極的に行っていきたいと考えている。</p>	

5 導入効果について	5-1 職員の身体的負担（体の痛み等）が軽減されましたか。
	<input type="checkbox"/> 1. とても軽減された <input checked="" type="checkbox"/> 2. どちらかと言うと、軽減された <input type="checkbox"/> 3. どちらかと言うと、軽減されなかった <input type="checkbox"/> 4. まったく軽減されなかった <input type="checkbox"/> 5. 設問内容の効果を期待して導入していないため分からない、該当無し
	5-2 職員の心理的負担（ストレス等）が軽減されましたか。
	<input type="checkbox"/> 1. とても軽減された <input checked="" type="checkbox"/> 2. どちらかと言うと、軽減された <input type="checkbox"/> 3. どちらかと言うと、軽減されなかった <input type="checkbox"/> 4. まったく軽減されなかった <input type="checkbox"/> 5. 設問内容の効果を期待して導入していないため分からない、該当無し
	5-3 機器の活用により、時間的なゆとりが生まれましたか。 ※時間的なゆとりが生まれ、他の利用者へのケア時間が増えましたか。
	<input type="checkbox"/> 1. とてもそう思う <input checked="" type="checkbox"/> 2. どちらかと言うと、そう思う <input type="checkbox"/> 3. どちらかと言うと、そう思わない <input type="checkbox"/> 4. まったくそう思わない <input type="checkbox"/> 5. 設問内容の効果を期待して導入していないため分からない、該当無し
5-4 機器の活用により、業務の効率化を図ることができましたか。	
<input type="checkbox"/> 1. とてもそう思う <input checked="" type="checkbox"/> 2. どちらかと言うと、そう思う <input type="checkbox"/> 3. どちらかと言うと、そう思わない <input type="checkbox"/> 4. まったくそう思わない <input type="checkbox"/> 5. 設問内容の効果を期待して導入していないため分からない、該当無し	
5-5 機器の活用により、休憩時間の確保が可能になりましたか。	
<input type="checkbox"/> 1. とてもそう思う <input checked="" type="checkbox"/> 2. どちらかと言うと、そう思う <input type="checkbox"/> 3. どちらかと言うと、そう思わない <input type="checkbox"/> 4. まったくそう思わない <input type="checkbox"/> 5. 設問内容の効果を期待して導入していないため分からない、該当無し	
5-6 今後も、介護ロボットの導入を進めていきたいと思いませんか。 ※介護ロボットの導入台数を追加する、種類を増やす等。	
<input checked="" type="checkbox"/> 1. とてもそう思う <input type="checkbox"/> 2. どちらかと言うと、そう思う <input type="checkbox"/> 3. どちらかと言うと、そう思わない <input type="checkbox"/> 4. まったくそう思わない	

設問は以上です。御協力ありがとうございました。

なお、今後の施策等に活かすため、導入効果の詳細について個別にお伺いする場合がございます。あらかじめ御了承ください。