別記１

介護ロボット導入効果報告書

平成　　年　　月　　日

報告担当者職・氏名

報告担当者連絡先

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 法人名 | 介護サービス事業者名 | 介護サービスの種別 | |
|  |  |  | |
| 介護ロボットの種別 | 介護ロボットの製品名 | | |
|  |  | | |
| 介護ロボット導入時期 | 導入台（セット）数 | |  |
| 平成　　年　　月　　日 |  | |
| 介護ロボットの使用状況  （日々の活用状況等） |  | | |
| 介護時間の短縮 |  | | |
| 直接・間接負担の軽減効果 |  | | |
| 介護従事者の満足度 |  | | |
| 利用者の満足度 |  | | |
| その他 |  | | |

　※　必要に応じて、日々の活用状況が確認できる日誌等を添付すること。

※　導入計画に基づき、導入後の３年間、毎年度３月３１日を基準日として、基準日から１か月以内に知事に報告すること。