

## 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 なごみの部屋		
事業所名	いちごのころ		
介護サービスの種類	通所介護・通所型サービス	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〕シャワーオール  〔導入時期〕 令和4年1月18日 〔導入台数〕 1台		
購入又はリースの別 ※該当する方に○を記入	<input checked="" type="checkbox"/> 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)	デイサービスでの入浴業務 使用頻度：週5日 機器を使用して入浴される方：1日3～4人		
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)の満足度など)	入浴介助にかかる時間の短縮 (通常は9時過ぎに開始し、正午近く若しくは午後にも入浴介助を行っています。現在は午後に入浴していただく利用者様の数が僅かですが減少 ex) 3→1人。午前中で入浴が終わる曜日も増加) 職員の身体的負担の減少		
導入後の課題や次年度計画の確認等	脱衣場にシャワーオールを設置している為、狭くなってしまった。利用者様の脱衣場内の椅子も1個減らしている状態。また機器のホースを浴室内の水栓につなぐため、シャワーと機器のお湯を同時に出せない。 使用状況を見ながら業者に相談し、改善できるか検討必要。脱衣場内の配置や利用者様の誘導など検討が必要。		

## 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	社会福祉法人慈敬会		
事業所名	特別養護老人ホームおばなざわ		
介護サービスの種類	特別養護老人ホーム	定員数	57
〔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] wells リフトキャリー WLC-100 [導入時期] 令和 4年 2月 25日 [導入台数] 2台		
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)	利用者の入浴介助時に使用。 対象の利用者へ、週に2回程度使用。		
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)の満足度など)	導入後の評価に関して、スタッフへのアンケート調査を実施した結果として、入浴介助に関して、90%以上のスタッフが身体的負担を感じていると回答。リフトキャリー導入後、30%のスタッフが、入浴介助時の身体的負担が軽減したと回答。次に70%のスタッフが、入浴介助時の身体的負担がやや軽減したと回答した。 また、リフトキャリー導入後、90%以上のスタッフが入浴介助を行う上での身体的負担はないと回答している。 他にも、以下のような意見があった。 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 移乗回数が減ったため、利用者、スタッフ共に介護負担が減った。</li> <li>・ 入浴時の移乗が難しく、今まで個浴に入ることができなかった利用者も安心して入浴できるようになった。</li> <li>・ スタッフの身体的負担が減ったことはもちろんだが、利用者の安全を確保する意味でもとても助かる。</li> <li>・ 安定感があり、安心して入浴してもらうことができる。</li> <li>・ 導入して日が浅いため、キャリーの方向転換が思うようにいかず、重く感じる。</li> <li>・ 前輪のブレーキをかける際、手を挟み込む可能性があるため注意する必要がある。</li> </ul>		

	<ul style="list-style-type: none"> <li>・リフトを使用する際の動き出しなどで恐怖を感じる利用者がいる。</li> <li>・足を伸ばして座ることができない利用者が多いため、リフト下降時の足の挟み込みに注意しなければならない。</li> </ul>
<p>導入後の課題や次年度計画の確認等</p>	<p>導入後の課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・大柄な利用者の場合、浴槽から上半身が出てしまうため、かけ湯を行ったり、タオル等で肩を覆う必要がある。</li> <li>・リフト下降時の足の挟み込みに注意が必要であるため、挟み込まないように工夫が必要である。また、そういったリスクに対しての、ケアの統一が必要である。</li> </ul>

## 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	社会福祉法人南陽		
事業所名	介護老人保健施設 ほなみ荘		
介護サービスの種類	介護老人保健施設	定員数	88
〔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	<p>[製品名]  バスリフト (EWB100SR)  背当てボード (EWBP106)  トランスファーボード (EWB200R)  接続キット (EWBP200)  [導入時期] 令和4年 1月27日 [導入台数] 各1台</p>		
購入又はリースの別 ※該当する方に○を記入	<input checked="" type="radio"/> 購入 <input type="radio"/> 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)	<p>使用する業務 入浴業務時に使用。</p> <p>使用頻度 入浴業務毎に使用 (月～土)</p>		
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) の満足度など)	<p>ミスト浴対応の利用者が1名、個浴対応可能となる。  介護従事者の腰痛の軽減及びご利用者様の満足度の向上みられている。</p>		

## 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	有限会社キャットハンドサービス		
事業所名	デイサービスセンターキャット東泉【事業所番号：0670800788】		
介護サービスの種類	通所介護	定員数	20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] Wells リフトキャリー WLC-Z-100  [導入時期] 令和4年2月14日 [導入台数] 1台		
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)	通所介護での入浴介助にて使用。 一般浴槽の利用が困難な方へ使用し、週に2～3回ほど使用している。		
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)の満足度など)	介護職員にアンケートを実施し、導入効果を調べた。 入浴時間は50%が短縮したと回答し、身体的負担については38%が軽減しと答えたが50%は変わらないという結果でした。利用者の反応については63%が喜んでいと回答がありました。		

導入後の課題や次年度計画の確認等	<p>○課題 機器の使用方法が慣れていないため、逆に身体負担が増加したと感じる職員もいた。そのため今後も使用方法や環境設定などの検討が必要。</p> <p>○計画の確認 今後も6か月程度の間隔でアンケートを実施し、課題分析を行っていく。</p>
------------------	--