様式第16号(第8条関係)

介護テクノロジー導入効果報告書

令和　　年　　月　　日

長崎県知事　　　　　　様

　年度に導入した介護テクノロジーについて、導入効果を報告します。

（補助事業者）

所在地

法人等の名称

施設名称

代表者職・氏名

|  |  |
| --- | --- |
| 介護テクノロジーの種別 | 補助対象となった介護テクノロジーの製品名 |
| （あてはまるものに○）  ・介護ロボット（機器種別）  　【　　　　　　支援】  ・ＩＣＴ | ＊製品名・内容等を記載 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 導入時期 | 導入台数(セット数) | 購入又はリース・  レンタルの別 | リース・レンタルの場合  契約期間 |
| 年　　月　　日 |  |  | 年　月　日～　年　月　日 |
| 【介護テクノロジーの使用状況】  ＊日々の利用状況について、具体的に記載（必要に応じて、利用状況がわかる資料を添付すること） | | | |
| 【介護テクノロジー導入効果・目標達成状況】   1. 様式第3号「介護ＤＸ化推進事業計画書」で設定した目標が、どの程度達成できたかについて記載すること。   ②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いて記載すること。（介護時間の短縮、直接・間接の負担軽減効果、介護従事者の満足度等について数値化できる内容は数値で記載）  ①  ② | | | |
| 【介護テクノロジーの活用課題】  ＊介護テクノロジーを導入・活用してみて感じた課題について記載(機能、使い勝手や導入・活用にあたって苦労した点など) | | | |

(注1)欄内に記載しきれない場合は、別紙に記載可(様式自由)

(注2)導入年度の翌年度から３年間、毎年度１０月末日までに知事に報告しなければならない。

(注3)補助をした事業所ごとに作成すること。

発行責任者及び担当者

発行責任者　　　　　　（連絡先　　 -　　　-　　　　）

発行担当者 　　　　 　（連絡先　　 -　　　-　　　　）