令和7年度（令和6年度からの繰越分）障害福祉分野の介護テクノロジー導入支援事業（ICT導入支援事業）アンケート

※導入機器ごとの効果や目的等を把握するため、導入機器ごとにそれぞれ作成をしてください。（一体的に利用している機器を除く）

【基本情報】

フリガナ	シャカイフクシホウジンミドリノカゼフクシカイ
法人名	社会福祉法人緑の風福祉会
フリガナ	ミドリノカゼ
事業所名	みどりの風
施設・事業所種別（指定を複数受けている場合は、補助上限額を適用する施設・事業所を選択）	

1. 導入機器について（種別・機器名等）

機器の種別：　FALSE　移乗介護　FALSE　排泄支援　FALSE　入浴支援
FALSE　移動支援　FALSE　見守り・コミュニケーション　FALSE　機能訓練支援　FALSE　栄養管理支援

機器名（導入台数）：

パソコン　6台

2. 導入効果について

（1） 定量的効果

（ア） 導入機器によって感じられた効果を選択してください。（プルダウン選択；2つまで）

見守りや記録にかかる時間が低減した

残業時間が減少した

（イ） （ア）以外の効果等がありましたら記載してください。

（ウ） （ア）及び（イ）で変化のあった時間や件数を記載してください**（単位をプルダウン選択）**。

導入前			導入前	
14,854	時間	→	10,585	時間

（2） 定性的効果

（ア） 導入機器によって感じられた効果を選択してください。（プルダウン選択；2つまで）

職員が働きやすくなった

連絡や情報共有が行いやすくなった

（イ） （ア）以外の効果等がありましたら記載してください。

（ウ） （ア）及び（イ）で変化のあった割合を記載してください。

導入前			導入前	
100	%	→	70	%