様式第２号（第6条及び第10条関係）

介護ロボット・ＩＣＴ普及促進事業計画書

年　　月　　日

（担当者） 所属・役職 氏名

電話番号 E-mail 　 １．申請者基本情報

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 法人名 |  | | |
| 法人代表者名 |  | | |
| 施設名称 |  | | |
| 介護サービスの種別 |  | | |
| 施設所在地 | 〒  （住所） | | |
| 定員（人） |  | | |
| 職員数（人） | 補助金要綱4条（3）アの職員数（※ＩＣＴを導入する場合は記載） | | |
| 導入済みの介護ロボット・ＩＣＴの有無  （該当するもの全てに○） | ・介護ロボット  （移乗支援（装着型）・移乗支援（非装着型）・移動支援・排泄支援・見守り支援 ・コミュニケーション支援・入浴支援・介護業務支援）  ・ＩＣＴ  ・導入していない | | |
| 令和２年度以降の介護ロボット・ICT補助実績 | 有　・　無 | 長崎県介護事業所  認証評価制度の認証 | 有　・　無 |
| 長崎県介護ロボット・ICT等活用人材育成事業補助金申請の有無 | | | 有　・　無 |

２．補助事業の概要

（１）介護ロボット等を導入することにより解決したいと考えている課題・問題点を記載してください。

※従前の介護職員等の人員体制を踏まえて記載してください。

（２）事業の体制について記入してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 事業体制の整備状況 |  |
| 機器運用の担当者の職・氏名 |  |
| 機器導入・運用の検討委員会（会議）の設置 | 有　　　・　　　無 |
| 研修等の概要（対象者・実施時期・実施内容など） |  |

（３）課題を踏まえ導入すべきと考えている機器等について記入してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 種類（該当する対象経費に○） | 介護ロボット・見守り機器の通信環境整備・ＩＣＴ | | |
| 機器名称または対象とする経費（例：Wi-Fi環境整備の配線工事） |  | 数量  （例：台数、  一式） |  |
| 【ICT】LIFE利用申請の有無 | 有　　　・　　　無 | | |
| 【ICT】データ連携(※)の有無 | 有（予定含む）　　・　　　無 | | |
| (購入)導入時期 | 年　　月　　日導入予定 | | |
| (リース)契約予定期間 | 年　　　月　　　日～　　年　　月　　日まで | | |
| 導入区分（該当に○） | 新規導入　・　追加導入　・　機器の更新 | | |

※「データ連携」とは、既存の情報共有システムやデータ連携サービス、ケアプランデータ連携システム等を利用して、同一事業所内に加え、異なる事業所間や地域の関係機関間においても居宅サービス計画書等のデータ連携を行うことを想定。

（４）機器の導入により期待される効果を記載してください。

※導入する機器に応じて以下の内容を踏まえ、具体的な数値を用いて記載してください。

＜介護ロボット＞

・介護ロボット等の導入後に見込む介護職員等の人員体制

・利用者のケアの質や、休憩時間の確保等の職員の負担軽減に資する具体的な効果

＜ICT＞

・データ連携を行う（予定を含む）の場合は、具体的な連携データ連携の内容、連携先、連携方法、文書量の半減につながるかどうか等

（５）機器の導入・活用により「業務効率化」、「職員の身体的・精神的負担の軽減」、「介護サービスの質の向上」の観点から、導入後3年間の達成すべき目標を記載してください。

|  |  |
| --- | --- |
|  | 機器の導入・活用により、達成すべき目標 |
| 1年後 |  |
| 2年後 |  |
| 3年後 |  |

※可能な限り具体的な数値を用いて記載してください。（達成が見込める数値に限る）