

令和5年度介護ロボット・ICT導入支援事業計画書(1)

複数事業所の申請をする場合は、事業所ごとに分けて作成

サービス種別はプルダウンから選択

担当者名 宮城 花子
担当者連絡先 XXX-XXX-XXXX
メールアドレス XXX@XXXX.jp

法人名	事業所番号	介護サービス事業所名	介護サービスの種別	定員数
社会福祉法人〇〇会	04XXXXXXXX	特別養護老人ホーム〇〇	介護老人福祉施設・地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護(介護予防を含む)	29

対象事業の種別	購入 リース・レンタルの別	リース・レンタルの場合の契約(予定)期間(工事を要する場合の契約(予定)期間)
(1)介護職員の負担軽減に資する介護ロボットを導入する事業	購入 <input checked="" type="radio"/> リース・レンタル	令和 年 月 ~令和 年 月
(2)介護職のスキル向上に資する研修・セミナー等の事業	購入 <input type="radio"/> リース・レンタル	リース・レンタルの場合や、工事を要する場合は期間も記入 (令和 年 月 ~令和 年 月)
(3)複数の事業区分にまたがる場合は、事業ごとに分けて作成(記載例はP1が1号、P2が4号)	購入 <input type="radio"/> リース・レンタル <input type="radio"/> 工事	
(4)介護記録、情報共有、請求業務まで一貫通貫とするために必要なタブレット端末、介護記録ソフト等の一式を導入する事業	購入の場合は購入契約予定日~代金支払い予定日、リース・レンタルの場合は契約予定期間	

対象機器名	事業の着手日(予定)	事業の完了日(予定日)
見守り〇〇	令和5年9月1日	令和5年11月30日

具体的な事業内容(機器導入後3年間について)	
できる限り具体的に記入 ①解決すべき課題及び達成すべき目標	当施設では特に夜間の人手不足が深刻であり、経験の浅い職員でも1人に対応せざるを得ず、人材が定着しない原因にもなっている。見守り機器を導入し、利用者の状態を把握できるようにすることで、職員が抱える不安の解消と業務量の軽減、及びケアの質の底上げを目指す。 目標 ・夜勤理由の退職者ゼロ ・夜間の転倒事故の発生ゼロ
②導入すべき機器等	利用者の睡眠・覚醒・起き上がり・離床などのモニタリングを行える見守り機器
③期待される効果等	【職員の心理的・身体的負担軽減】 ○心理的負担 利用者の状態を別の場所で把握でき、不安や切迫感を軽減できる。 ○身体的負担 事故等の危険度の高い利用者の見守りに要していた動線の短縮や業務量の削減ができる。
	【効率化】 夜勤にかかる業務負担が軽減するため、限られた人員の中で職員の配置を効率化することができ、必要な対応に時間を確保することができる。 【ケアの質の向上】 unnecessary 訪室が減少し、利用者の安眠に繋がる。また、転落・転倒のおそれがある利用者のもとにいち早く駆け付けられることができるようになり、事故を防止できる。

※対象事業(4)の場合は申請時点の情報について下記①~⑦も記載すること。	事業区分1号~3号の場合は以下は記入不要
①ICTを導入する意義・目的 () ②LIFEの利用申請の有無(有 ・ 無) →無の場合:申請予定時期() ③(居宅介護支援事業所、訪問介護事業所等(居宅介護支援事業所や介護予防支援事業所の介護支援専門員が作成する居宅サービス計画や介護予防サービス計画に基づきサービス提供をするものに限る。))の場合のみ記載 ケアプラン標準仕様を実装した介護ソフトであるか(はい ・ いいえ) →「いいえ」の場合:実装予定時期() ④データ連携の有無(予定を含む) (有 ・ 無) ⑤④で有の場合 ・具体的なデータ連携の内容() ・連携先() ・連携方法() ⑥文書量を半減させる計画の有無(有 ・ 無) ⑦独立行政法人情報処理推進機構(IPA)が実施する「SECURITY ACTION」の宣言状況(★一つ星 ・ ★★二つ星)	

(注)購入又はリース・レンタルの別はどちらかに○をしてください。

担当者名 宮城 花子
 担当者連絡先 XXX-XXX-XXXX
 メールアドレス XXX@XXXX.jp

法人名	事業所番号	介護サービス事業所名	介護サービスの種別	定員数
社会福祉法人〇〇会	04XXXXXXXX	特別養護老人ホーム〇〇	介護老人福祉施設・地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護(介護予防を含む)	29

対象事業の種別	購入 リース・レンタルの別	リース・レンタルの場合の契約(予定)期間(工事を要する場合の契約(予定)期間)
(1) 介護職員の負担軽減に資する介護ロボットを導入する事業	購入 リース・レンタル	令和 年 月 ~令和 年 月
(2) 複数の事業区分にまたがる場合は、事業ごとに分けて作成(記載例はP1が1号、P2が4号)	購入 リース・レンタル	令和 年 月 ~令和 年 月
(3) に整備する事業	購入 リース・レンタル 工事	令和 年 月 ~令和 年 月 (令和 年 月 ~令和 年 月)
(4) 介護記録、情報共有、請求業務まで一気通貫とするために必要なタブレット端末、介護記録ソフト等の一式を導入する事業	購入 リース・レンタル	令和 年 月 ~令和 年 月

対象機器名	事業の着手日(予定)	事業の完了日(予定日)
介護記録システム〇〇、タブレット端末	令和5年9月1日	令和5年10月16日

具体的な事業内容(機器導入後3年間について)	
①解決すべき課題及び達成すべき目標	当施設では紙ベースで記録や申し送りを行っており、記録の作成・転記作業のための残業の発生が課題である。現在は手書きのメモを後で清書して記録を作成しており、各種書類の作成の際には記録を確認しながら手入力で行っている。タブレット端末で記録を行える介護記録ソフトを導入し、入力したデータを情報共有や請求業務まで活用することで、業務を効率化し、職員の離職防止を図る。
②導入すべき機器等	介護記録ソフト 一式 タブレット端末 〇台
③期待される効果等	【職員の心理的・身体的負担軽減】 ○心理的負担 記録業務が容易になり、ケアの時間に余裕が生まれる。 ○身体的負担 事務処理にかかる時間が短縮されることで、残業時間が削減できる。
	【効率化】 ・記録業務 〇分→〇分に短縮 ・請求事務 〇分→〇分に短縮
	【ケアの質の向上】 ケアの時間が余裕が生まれることで利用者に寄り添ったケアが実現できるとともに、記録業務にも余裕が生まれることで記録する情報の精度が上がり、ケアの質の向上につながる。

※対象事業(4)の場合は申請時点の情報について下記①~⑦も記載すること。	事業区分4号の場合は以下も記入
①ICTを導入する意義・目的 (記録、情報共有、請求業務を一気通貫で行うことで全職員の負担を軽減する。) ②LIFEの利用申請の有無(有・無) →無の場合:申請予定時期() ③(居宅介護支援事業所、訪問介護事業所等(居宅介護支援事業所や介護予防支援事業所の介護支援専門員が作成する居宅サービス計画や介護予防サービス計画に基づきサービス提供をするものに限る。))の場合のみ記載 ケアプラン標準仕様を実装した介護ソフトであるか(はい・いいえ) →「いいえ」の場合:実装予定時期() ④データ連携の有無(予定を含む) (有・無) ⑤④で有の場合 ・具体的なデータ連携の内容(ケアプラン、サービス提供票、介護記録、〇〇…) ・連携先(特別養護老人ホーム〇〇、〇〇(事業所名)) ・連携方法(クラウドまたはCSVデータによる) ⑥文書量を半減させる計画の有無(有・無) ⑦独立行政法人情報処理推進機構(IPA)が実施する「SECURITY ACTION」の宣言状況(★一つ星)・★★二つ星)	

(注)購入又はリース・レンタルの別はどちらかに○をしてください。