【様式５】

**ICT導入計画書**

令和　　年　　月　　日

【事業所の基本情報】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ICT機器の製品名 | 導入時期 | 導入台数 |
|  | 年　　月　　日 |  |
| 【ICT機器を導入する目的】 | | |
|  | | |
| 【ICT機器の導入により期待される効果】 | | |
| (時間外勤務の縮減、サービスの質の向上、多事業者間・多職種間の情報共有等、具体的に書いてください。） | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 法人名 | | 介護サービス事業所名 | | | | 介護サービスの種別 | | |
|  | |  | | | |  | | |
| 申請要件 【要件１】介護現場の生産性向上を目指した研修会への参加（動画視聴含む）  【要件２】(公財)介護労働安定センター奈良支部　介護ロボット・ＩＣＴ相談窓口の活用  ※あてはまる申請要件に丸印をしてください。 | | | | | | | | |
| ICT機器の製品名 | | 導入時期 | | | | 導入台数 | | |
|  | | 年　　月　　日 | | | |  | | |
| ①過去に本補助金交付を受けて介護ソフトやICT機器等を購入した場合は、補助金交付年度および種別や台数等を記入すること。②また、現在すでに自費で介護ソフトやICT機器等を購入しており請求業務が一気通貫となっている場合は、種別や台数等を記入すること。※補助金の交付がない場合や介護ソフトやICT機器の導入実績が無い場合もその旨記載すること。 | | | | | | | | |
| ①  ② | | | | | | | | |
| 事業所職員数 | | | | | | | | |
|  | 常勤  専従　A | | 常勤  兼務 |  | 非常勤 | |  | 合計  A＋B＋C |
| うち算入職員数　B | うち算入  職員数C |
| 1. 介護職員 |  | |  |  |  | |  |  |
| 1. 介護職員以外 |  | |  |  |  | |  |  |
| ①＋ ② | | | | | | | |  |

【ICT等機能】以下の該当する項目に、”○”をつけてください。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. 記録業務、情報共有業務、請求業務等を一気通貫で行えるか。 | | | | | | |
|  | YES | | |  | | NO |
| 1. ケアプラン連携標準仕様の対象となる介護サービス事業所の場合、ケアプランに準拠した介護ソフトであるか。 | | | | | | |
|  | YES |  | NO |  | ケアプラン連携標準仕様の対象となる介護サービス事業所以外 | |

　　※ケアプラン標準仕様連携対象サービスの場合、別添１の「最新版のケアプラン標準仕様への対応状況確認書」を添付すること。

【LIFE対応関係】以下の該当する項目に、”○”をつけてください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ①「LIFE」の利用申請を行っていますか、もしくは利用申請を行う予定ですか。 | | | |
|  | YES |  | NO | |
| ②CSV連携の標準仕様を実装した介護ソフトを導入する予定ですか。 | | | |
|  | YES |  | NO | |
| ③データ登録方法はCSV取込機能を利用する。 | | | |
|  | YES |  | NO その他( )  ※具体的に記入してください。 | |

※①で「YES」と回答されている場合は申込はがきの写し、メール記録等の写しを提出すること。

　※②で「YES」と回答されている場合は、提出するカタログの該当箇所をマーカーで線引きすること。

　※③で「YES」と回答されている場合は、別添２の「LIFEのCSV取込機能への対応状況確認書」を添付すること。

【ケアプランデータ連携システム関係】以下の該当する項目に、”○”をつけてください。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ①ケアプランデータ連携システムの利用申請は行っているか、もしくは予定しているか。 | | | | | | |
|  | YES | | |  | | NO |
| ②ケアプランデータ連携システムでの連携をおこなっているか、もしくは予定しているか。 | | | | | | |
|  | | YES | | |  | NO |
| ③ケアプランデータ連携システム以外のシステムを使ったデータ連携は行っているか、もしくは予定しているか。 | | | | | | |
|  | | YES | | |  | NO |
| ④②または③で「YES」を選択した場合、以下の項目をご記入ください。  ※②③どちらも「YES」の場合は②と③分けて入力すること | | | | | | |
| データ連携の内容 | | |  | | | |
| データ連携先（データ連携を行う予定の事業所等を記載） | | |  | | | |
| データ連携方法 | | |  | | | |

【文書削減関係】以下の該当する項目に、”○”をつけてください。

|  |  |
| --- | --- |
| 文書量削減　見込まれる削除割合（　　　　割） | |
|  | 利用者ごとの計画作成や記録に係る書類（例：アセスメントシート、会議録） |
|  | 介護報酬の請求に関する文書（例：サービス提供表、介護給付費明細書） |
|  | 実施記録（例：送迎の記録、入浴の記録） |
|  | 加算に係るチェックシート、スクリーニング様式等 |
|  | その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

|  |
| --- |
| 【介護ソフト・ICT機器等導入後の有効性を高める取組について】 |
| （機器導入後のフォローアップの内容や支援体制等について、具体的に記入してください） |
| 【本事業により収支改善が図られた場合の、職員への還元方法・及び周知方法を記載してください】 |
|  |
| 申込要件対応後、事業所内でどのように活用されたか具体的に記入してください。  【要件１】介護現場の生産性向上を目指した研修会への参加（動画視聴含む）  　※①モデル事業所への伴走支援の申込有無等、②研修会参加後の相談窓口活用等、③その他事業所内で  　　　の活用等  【要件２】(公財)介護労働安定センター奈良支部　介護ロボット・ＩＣＴ相談窓口の活用 |
|  |