

令和6年度障害福祉分野の介護テクノロジー導入支援事業(介護ロボット等導入支援) 事業計画書

※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)

自治体名 _____

【基本情報】

フリガナ	
法人名	0
フリガナ	
事業所名	0
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)	
職員数(常勤換算数)【「全職員の月間勤務時間数」/「常勤職員の月間勤務時間数」にて算出(産休・育休、休職は除く)】	
参考情報: 令和元年度から令和6年度に係るロボット等導入支援事業補助実績(複数回補助を受けている場合、補助年度は最近を選択)	
(補助実績)	(補助年度)

【申請に当たっての確認事項】 ※4つの事項について記載内容を確認し、チェックすること。

- 導入経費の算定に当たっては、複数の業者から見積書を徴している。
- 介護ロボット等の導入によって得られた生産性向上による業務効率化及び職員の業務負担軽減により超過勤務手当等の経費に全額剰余が出た場合には、当該費用を利用者が受ける障害福祉サービス費の質の向上や職員の賃金改善に資する取組に適切に使用するとともに、その旨を職員等に周知する。
- 厚生労働省からの求めがあった場合は、ロボット等導入の効果分析や事例の公表等に対応する。
- 「福祉・介護職員等処遇改善加算」を算定しているか、あるいは交付申請後おおむね3ヶ月以内に取得見込みである。

事業計画

(1) 主な導入機器内容(種別・機器名等)

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

機器名: _____

機器の特徴: _____

(2) 機器を導入することにしたきっかけ及び目的(複数回答可)

きっかけ	目的
<input type="checkbox"/> 1 理事長等、法人幹部からの提案 <input type="checkbox"/> 4 導入に対する補助があるため <input type="checkbox"/> 2 施設長・管理者等、管理職からの提案 <input type="checkbox"/> 5 機器メーカーからの提案・提案 <input type="checkbox"/> 3 介護職等、現場職員からの提案 <input type="checkbox"/> 6 他の施設・事業所からの推薦・口コミ <input type="checkbox"/> 7 その他 (※その他を選択した場合に記入)	<input type="checkbox"/> 1 ケアの質の向上 (利用者の自立支援、社会参加・コミュニケーション機会の増加に向けたケアの実施、課題に基づいた支援の実施等) <input type="checkbox"/> 2 職員の精神的・肉体的負担軽減 <input type="checkbox"/> 5 職員の確保・離職防止・定着に資する取組の推進 <input type="checkbox"/> 3 業務の効率化 <input type="checkbox"/> 6 ヒヤリ/ハット・介護事故の防止 <input type="checkbox"/> 4 会議や他職種連携におけるロボットの活用 <input type="checkbox"/> 7 その他 (※その他を選択した場合に記入)

(3) 事業所が抱える課題

(4) ロボット機器等導入する業務内容(概要)

(5) ロボット機器等導入前の定量的指標及びロボット機器等導入により想定される定量的指標

① 前記(4)に係る現在(ロボット機器等導入前)の業務時間内訳

業務内容	A.業務従事者数	発生件数				
		B.ひと月当たり	C.年間発生件数(B×12)	D.1件当たりの平均処理時間(分)	人時間 E(A×C×D)	1人当たり業務時間 (C×D/A)
直接介護	1 移動・移乗・体位変換		0件	0分	0人時間	#DIV/0!
	2 排泄介護・支援		0件	0分	0人時間	#DIV/0!
	3 生活自立支援(※1)		0件	0分	0人時間	#DIV/0!
	4 行動上の問題への対応(※2)		0件	0分	0人時間	#DIV/0!
	5 その他の直接介護		0件	0分	0人時間	#DIV/0!
間接業務	6 巡回・移動		0件	0分	0人時間	#DIV/0!
	7 記録・文書作成・連絡調整等(※3)		0件	0分	0人時間	#DIV/0!
	8 見守り機器の使用・確認		0件	0分	0人時間	#DIV/0!
	9 その他の間接業務		0件	0分	0人時間	#DIV/0!
		0件	0件	0分	0人時間	#DIV/0!

② ロボット機器等導入後の前記(4)に係る想定業務時間内訳

業務内容	A.業務従事者数	発生件数				
		B.ひと月当たり	C.年間発生件数(B×12)	D.1件当たりの平均処理時間(分)	人時間 E(A×C×D)	1人当たり業務時間 (C×D/A)
直接介護	1 移動・移乗・体位変換		0件	0分	0人時間	#DIV/0!
	2 排泄介護・支援		0件	0分	0人時間	#DIV/0!
	3 生活自立支援(※1)		0件	0分	0人時間	#DIV/0!
	4 行動上の問題への対応(※2)		0件	0分	0人時間	#DIV/0!
	5 その他の直接介護		0件	0分	0人時間	#DIV/0!
間接業務	6 巡回・移動		0件	0分	0人時間	#DIV/0!
	7 記録・文書作成・連絡調整等(※3)		0件	0分	0人時間	#DIV/0!
	8 見守り機器の使用・確認		0件	0分	0人時間	#DIV/0!
	9 その他の間接業務		0件	0分	0人時間	#DIV/0!
		0件	0件	0分	0人時間	#DIV/0!

※1 入浴支援、利用者とのコミュニケーション、訴えの把握、日常生活の支援
 ※2 徘徊、不運行、昼夜逆転等に対する対応等
 ※3 利用者に関する記録等の作成、勤務票等の作成、申し送り、文書検査等

年間業務時間数想定削減率(%)

#DIV/0!

(6) 想定削減率が20%を超える場合は、その要因について記載すること。

(別紙1(3))

令和6年度障害福祉分野の介護テクノロジー導入支援事業(介護ロボット等導入支援) 積算内訳書

自治体名 _____

【基本情報】

法人名	
事業所名	
職員数(実数)	人
施設利用者数	人

実支出(予定)額: _____ - 円

機器導入費用 (合計)	初期設定に要する費用 (合計)	値引額 (合計)
-	-	

No.	導入内容	数量	単価	機器導入費用	初期設定に要する費用
1		台		0	
2		台		0	
3		台		0	
4		台		0	
5		台		0	
合計				-	-

機器の導入経費(購入費用及び初期設定費用)と認められない経費は対象外とする。

【対象外となる経費の例】

- ・Wi-Fi工事等通信環境整備に要する経費
- ・機器の配送料
- ・PC、タブレット及びその付属品
- ・工事費(設置費は可能)

備考 (特別な事情等があれば記載)	
----------------------	--

※ 本内訳書の資料として、複数の業者から徴した見積書の写し(PDFファイルに限る。)を添付すること。

(参考様式)

担当者調査票

事業名:介護ロボット等導入支援

法人名	0	
代表者職名		
代表者氏名		
法人所在地住所	〒	
施設・事業所名	0	
事業所番号		
サービス種別		
利用定員		
施設・事業所所在地住所	〒	
担当者連絡先	担当者氏名	
	電話番号	
	メールアドレス	