介護ロボット導入支援事業事前協議用

協議様式第２号

補助事業計画書

|  |  |
| --- | --- |
| 事業者名 |  |
| 事業所名 | 【事業所番号： 　　　　　　】 |
| 介護サービスの種類 |  | 定員数 |  |
| 介護ロボットの製品名通信環境整備の製品名導入時期及び台数 | [製品名][導入時期]　　令和　年　月　日　[導入台数] |
| 購入又はリースの別　※該当する方に○を記入 | 　購　入・リース（契約期間　　　年　　　月～　　　年　　　月） |
| 事業概要（現在の問題点・導入台数の妥当性・職員との導入意義の共有） |  |
| 機器を導入することにより達成する目標（機器導入の翌年から３年間、年度毎） | 〇導入後（翌年）1年目〇２年目〇３年目 |
| 期待される効果等 | 〇導入後（翌年）1年目〇２年目〇３年目 |
| 効果検証の方法（効果に関するデータを客観的な評価指標に基づいて記録） | 例）介護時間の短縮、直接・間接負担の軽減効果、介護従事者（利用者）の満足度、収支の改善等について、日々の活用状況が確認できる日誌等を用いるなど他の介護サービス事業者等の参考となるべき内容等 |

　事業・導入スケジュール

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 期間（予定） | 内　　　容 | 経費概要 | 備考 |
| 　　年　　月　　日～　　年　　月　　日 |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

※スケジュール作成の留意点について

　スケジュールにおける導入・活用・効果検証にあたり、実施方法、体制づくり、業務の見直し等について、以下の点を反映させること

ア業務の状況分析・問題点の洗い出し、イ機種選定・導入計画の検討、ウ導入担当者・チーム体制整備（導入・活用・効果検証の各担当者）、エ実際に機器を使用する者（介護職員等）の意見聴取、オ機器導入時期、カ職員の習熟及び教育・研修計画（マニュアル整備等）、キ導入によるケア方法の見直し予定、ク効果検証の実施、ケ効果検証の結果に基づいた業務改善の取組検討（実績報告から３年目までの取組）