介護ロボット導入支援事業交付申請用

別記様式第１号

事　業　計　画　書

１　事業実施者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | 代表者 | 事業所名 |  |
| 所 在 地 | 〒 |
| 職・氏名 | 職：　　　　　　　　　　氏名： |
| 電話番号 |  |
| 担当者 | 所 属 名 | 　 |
| 氏　 名 |  |
| 電話番号 |  |
| メ ー ル |  |

事業実施者は、次に掲げる事項のいずれにも該当しないことを誓約します。

（１）山形県競争入札参加資格指名停止要綱に基づく指名停止措置を受けている

（２）山形県税（山形県税に附帯する税外収入を含む。）又は消費税を滞納している

（３）本店、支店及び事業所の代表者が暴力団員、又は暴力団員等である

申請者　所在地

補助事業者名

代表者職氏名

２　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 |

３　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）