

(参考様式1)

申請額算出内訳表(ロボット介護機器普及支援事業)

消費税除いた額

(単位:円)

法人名	施設の名称	サービス種別	導入機器名	導入台数 (台)	総事業費 A	1台(1式)当たりの 経費 B	対象経費の 実支出額 C	基準額 D
							0	0
							0	0
							0	0
							0	0
			通信環境整備費				0	0
合計				0	0		0	0

補助所要額	0
-------	---

(注1)導入する機器ごとに行を分けて記入してください。なお通信環境整備費については、1行にまとめてください。

(注2)Bには消費税を除いた額をご記載ください。

(参考様式2)

精算額算出内訳表(ロボット介護機器普及支援事業)

(単位:円)

法人名	施設の名称	サービス種別	導入機器名	導入台数 (台)	総事業費	1台(1式)当たりの 経費	対象経費の 実支出額	基準額	交付決定額
					A	B	C	D	E
							0	0	/
							0	0	
							0	0	
							0	0	
			通信環境整備費				0	0	
合計				0	0		0	0	

交付精算額	0
-------	---

(注1) 導入する機器ごとに行を分けて記入してください。なお通信環境整備費については、1行にまとめてください。

(注2) Bには消費税を除いた額をご記載ください。

(注3) Eには、県から通知された交付決定額をご記載ください。

(参考様式3)

歳入歳出予算・決算書抄本

(歳入)		(歳出)	
県補助金			
一般財源			
歳入合計		歳出合計	

令和 年 月 日

(法人名)

(代表者職名) (代表者名)

(参考様式4)

ロボット介護機器普及支援事業 実施計画書

1 導入機器名	
2 補助要件	
(1) 補助金要項の別表より、目的要件、技術的要件、市場要件を満たす介護ロボットか。	
<input checked="" type="radio"/> はい	・ <input type="radio"/> いいえ
(2) 機器を導入するにあたって、事業所・施設内で検討を行ったか。また導入計画を作成したか。	
<input checked="" type="radio"/> はい	・ <input type="radio"/> いいえ
(3) 機器の導入計画及び実績報告を県に報告するほか、導入後3年間の使用状況報告を行うことに同意するか。	
<input checked="" type="radio"/> はい	・ <input type="radio"/> いいえ
(4) 県からの要請があった場合、導入事業の内容について、他施設の参考として活用することに同意するか。	
<input checked="" type="radio"/> はい	・ <input type="radio"/> いいえ
3 LIFEの利用申請の有無 (予定がある場合も○)	LIFE登録年月
4 機器の導入希望理由等	
※ 施設・事業所における介護業務の課題等をふまえた上でご記載ください。	
5 機器の使用目的	
※ 4で記入した課題等の解決方法等も併せてご記載ください。	
6 効果及び目標	
※ 具体的な数値等の目標も、あわせてご記載ください。	
7 実施体制 (予定)	

ロボット介護機器普及支援事業 実績報告

【実施内容】					
(1) 導入機器名					
(2) 実施期間					
(3) 使用業務 (3つ以上ある場合は、最も多い業務を選択してください)					
(4) 使用頻度					
(5) 具体的な使用状況をご記載ください。特に(3)と(4)で「その他」を選択した場合は、介護ロボットを使用する業務や頻度について具体的にご記載ください。					
<ul style="list-style-type: none"> ・ ・ ・ 					
【導入効果】		とてもよく当てはまる	当てはまる	あまり当てはまらない	当てはまらない
(1) 当てはまる場所に「○」を付けてください。					
・ 業務時間の削減、効率化が達成できた。		○			
・ 職員の身体的、精神的な負担軽減につながった。		○			
・ 利用者のケア向上につながった。			○		
・ 職場環境が改善されたと感じる。				○	
・ 離職率が下がった。					○
→ (任意) ●ロボット導入前年度の離職率			%	●報告年度の離職率	%
・ 生産性向上が図られたことで、収支の改善につながった。					○
(2) 導入したロボットについて、当てはまると思った導入効果すべてに「○」を付けてください。		※ 具体的な導入効果についてご記載ください。(詳細な時間等が把握できていない場合は目安で結構です。)			
		ロボット導入前		ロボット導入後	
	オムツ・シート交換する時間が短縮できた。	1人あたりの業務時間(交換時間)	時間/日	時間/日	
	移乗において、2人介助の回数が減った。	2人介助の回数	回/日	回/日	
	職員の腰痛防止につながった。	腰痛の職員数	人	人	
	利用者の自立支援を促せた、またADL維持向上につながった。	具体的な事例			
	ロボットが利用者の補助、相手をすることで職員の付き添い時間が減った。	1人あたりの業務時間(付き添い時間)	時間/日	時間/日	
	排泄誘導・支援に係る業務時間が減った。	1人あたりの業務時間(排泄支援する時間)	時間/日	時間/日	
	夜間の訪室・巡回数が減った。	夜間の訪問回数(定時+随時)	回/日	回/日	
	夜間に直接介護する時間が減った。	1人あたりの業務時間(介護・巡回・移動)	時間/日	時間/日	
	事故防止につながった。	介護事故・ヒヤリハットの件数	回/月	回/月	
	入浴支援に係る業務時間が減った。	1人あたりの業務時間(入浴支援する時間)	時間/日	時間/日	
	介護業務支援用の機器を導入したことで、介護記録の入力時間を削減できた。	1人あたりの業務時間(記録入力する時間)	時間/日	時間/日	

(参考様式5)

ロボット介護機器普及支援事業 実績報告

(3) (2) で選択した導入効果について、具体的にご記載ください。また具体的な事例等があれば、それをご記載ください。

- ・
- ・
- ・

【今後の課題】

(1) 介護ロボットについて、今後活用していく上での課題だと考えているもの全てに「○」を付けてください。

	機能や性能が不十分である。		保管場所が限られている。
	素材や形状、大きさ、重量に問題がある。		操作できる職員が限られている。
	耐久性に問題がある。		操作に慣れるまで時間がかかる。
	想定していた動作等ができない。		事業所の利用者側の不理解、恐怖感がある。
	設定や準備に時間がかかる。		事業所の利用者の事故やトラブルの原因に成り得る。
	故障や不具合が生じやすい。		導入数が足りない。
	操作方法が分かりにくい。		ロボットの維持にコストがかかる。
	メンテナンスが困難、または手間がかかる。		その他

(2) (1) について、具体的な課題をご記載ください。

- ・
- ・

【今後の取組】

機器導入後の効果や課題等を踏まえてご記載ください。(今後の活用方法、課題に対する解決法など)

- ・
- ・

【事業所の状況】LIFEへの情報提供に協力している。

* 機器の活用状況が確認できる写真等を添付してください。