

介護業務における労働環境改善支援事業
介護ロボット等導入計画書(介護ロボット等)

作成年月日	令和 年 月 日
担当者名	
担当者連絡先	

法人名	(フリガナ) 〃		
代表者	役職	氏名	(フリガナ)
法人所在地	〒	—	
施設・事業所名	(フリガナ) 〃		
施設・事業所所在地	〒	—	
サービス種別		指定(許可)年月日	平成 年 月 日
定員(※)	人(床)	利用者数(1日当たり)	人
業務改善が必要な状況			
施設・事業所における現状			
取り組むべき課題			
課題抽出のために実施した会議等	構成メンバー (役職名を記入)		構成人数 人
	実施日 (第1回目)	令和 年 月 日	実施回数 回

※ 定員について、利用定員数がないサービスにあつては、1日当たり平均利用者数(直近3事業年度平均)を記入すること。

導入委員会の開催状況	構成メンバー (役職名を記入)		構成人数	人	
	導入前 (第1回目)	令和 年 月	導入前の実施予定回数	回	
	導入後の検証 (実施予定時期)	令和 年 月	検証時の実施予定回数	回	
介護ロボットを導入する利用者を担当する職員への事前研修		実施予定時期	令和 年 月		
課題解決のために導入する介護ロボットの内容	介護ロボットの種類	導入予定のロボット (具体名が決まっている場合は記入)			
	導入台(セット)数	見守りセンサーを導入する場合、 通信環境整備の予定の有無(○印を記入)			
	<small>移乗介助・入浴支援</small>台 <small>上記以外</small> (セット)	予定あり		予定なし 整備済み	
	事業の着手日(予定)	事業の完了日(予定日)			
	令和 年 月 日	令和 年 月 日			
	具体的な事業内容(介護ロボット導入後3年間について)				
①達成すべき目標					
②導入すべき機器					
③期待される効果等					
(参考)					
同種・同様の介護ロボットの導入実績(○印を記入)	有り		導入台数	台 無し	
過去の補助実績(県の介護ロボットに係る補助金、○印を記入)	H28		H29	H30 R元	
労働局の助成金等、他の補助事業や貸付等の活用予定	有り		無し		