

## 次世代介護機器導入推進事業 提出書類一覧

### (事業計画書提出時)

記入例

法人名は印鑑証明書の表記と一致させてください。

事業計画の提出にあたり、こちらで提出書類をチェックの上、一緒にご提出下さい。

プルダウンから該当のサービスを選択してください。

法人名： 医療法人社団〇〇会	サービス種別： 介護老人保健施設
事業所名： 介護老人保健施設〇〇	事業所指定を受けた名称と一致させてください。

番号	提出書類名	提出時 チェック 欄	備考
1	次世代介護機器導入推進事業提出書類一覧(本票)	✓	全てに✓が入るようにしてください。
2	事業計画書の提出について(様式 推進-1)	✓	
3	補助金所要額調書(様式 推進-2)	✓	
4	次世代介護機器導入計画書(様式 推進 3)	✓	
5	導入する機器のパンフレット・カタログ等	✓	
6	導入する機器の見積書の写し	✓	

その他、必要に応じて書類の提出をお願いすることがあります。

各様式における法人名・法人所在地は、原則として印鑑証明書の表記と一致するよう記載してください。

また、事業所名・事業所所在地は、原則として事業所指定を受けた内容と一致するよう記載してください。

ただし、法人・事業所の所在地について、建物名や部屋番号を追加記載することは差し支えありません。

東京都知事 殿

申請者

所在地

東京都新宿区西新宿二丁目8番1号

法人名

医療法人社団〇〇会

代表者職氏名

理事長 新宿 花子

印

代表者の氏名の前に  
職名を記載してください。

令和3年度次世代介護機器導入推進事業費補助の事業計画書の提出について

標記について、下記のとおり提出します。

印鑑証明書の印と同一  
の印としてください。

記

1 申請額  
金 1,030,000 円

様式推進－2を作成すると自  
動入力されます。

2 事業所名  
介護老人保健施設〇〇

3 事業所種別  
介護老人保健施設

プルダウンから該当のサー  
ビス種別を選択してください。

4 事業所番号  
××××××××××

5 事業所所在地  
東京都〇〇市〇〇町〇丁目〇番〇号

事業所指定を受けた住所と  
一致させてください。

6 添付資料

- ・ 世代介護機器導入推進事業費補助 補助金所要額調書（様式 推進－2）
- ・ 次世代介護機器導入推進事業費補助 導入計画書（様式 推進－3）
- ・ 導入する機器のパンフレット・カタログ等
- ・ 導入する機器の見積書の写し
- ・ その他資料等

担当者

所属	
氏名	
TEL	
e-mail	

様式 推進-2

記入例

法人名	医療法人社団〇〇会
事業所名	介護老人保健施設〇〇

法人名・事業所名は、様式推進-1を作成すると自動入力されます。

次世代介護機器導入推進事業費補助 補助金所要額調書

(1) 補助率 7/8 (目的要件 . . .)

項番	機器名 (製造業者名)	目的要件	補助基準額 (A)	対象経費の 実支出予定額 (B)	寄附金その他の収 入額 (C)	差引後実支出 予定額 (D = B - C)	選定額 (E)	1台当たりの 補助所要額 (F = E × 7/8)	台数 (G)	補助所要額 小計 (H = F × G)	購入・リースの区 分	リースの月数
1	( 社 )	入浴支援	1,334,000	800,000	0	800,000	800,000	700,000	1	700,000	購入	
2												
3												
4												
台数合計 (I) ・ 補助所要額合計 (J)									1	700,000		

網掛けのある欄に入力してください。白色の欄は、自動入力されます。

目的要件は、プルダウンから選択してください。

網掛けの欄に入力

網掛けの欄に入力

網掛けの欄に入力。購入リースの区分はプルダウンから選択してください。

(2) 補助率 3/4 (目的要件 . . .)

項番	機器名 (製造業者名)	目的要件	補助基準額 (K)	対象経費の 実支出予定額 (L)	寄附金その他の収 入額 (M)	差引後実支出 予定額 (N = L - M)	選定額 (O)	1台当たりの 補助所要額 (P = O × 3/4)	台数 (Q)	補助所要額 小計 (R = P × Q)	購入・リースの区 分	リースの月数
1	( 社 )	移動支援	600,000	120,000	0	120,000	120,000	90,000	2	180,000	リース	4か月
2	( 社 )	排泄支援	600,000	100,000	0	100,000	100,000	75,000	2	150,000	購入	
3												
4												
台数合計 (S) ・ 補助所要額合計 (T)									4	330,000		

網掛けのある欄に入力してください。白色の欄は、自動入力されます。

目的要件は、プルダウンから選択してください。

網掛けの欄に入力

網掛けの欄に入力

網掛けの欄に入力。購入リースの区分はプルダウンから選択してください。

(注)

- 金額は、全て円単位で記載すること。
- 機器名ごとに1行で作成すること。ただし、A欄からF欄まで及びK欄からP欄までについては、1台当たりの額で記載すること。
- E欄には、A欄とD欄を比較して少ない方の額を記載すること。また、O欄には、K欄とN欄を比較して少ない方の額を記載すること。
- F欄には、E欄の額に補助率を乗じて得た額を記載すること。また、P欄には、O欄の額に補助率を乗じて得た額を記載すること。ただし、いずれも千円未満の端数が生じた場合は切り捨てること。

「次世代介護機器導入推進事業費補助」(補助率8分の7又は4分の3)の対象事業所となるためには、他の施設のモデルとなる「アドバンス施設」として、東京都の事業にご協力いただくことが必要です。

下記の【アドバンス施設の役割】をご理解の上、本計画書を作成してください。

アドバンス施設に関する貴事業所の方針等について、下記「3 アドバンス施設としての協力体制」に記載していただく必要があります。

**【アドバンス施設の役割】**

公益財団法人東京都福祉保健財団(以下、財団という。)が実施する「アドバンスセミナー」の受講(3回程度を予定)(必須)  
 アドバンスセミナーで出される課題への対応(必須)  
 財団が実施する各種セミナー(生産性向上セミナー、導入前セミナー等)において、機器導入を検討する事業者に対し、  
 自事業所の取組や機器の活用事例等を情報提供  
 財団が企画する公開見学会で、機器導入を検討する事業者に対し、実際の機器活用現場を見る機会を提供  
 財団が作成する事例集(事例動画)への協力

及び は原則として必須です。 から までは、事業所の状況に応じ御協力いただきます。  
 上記以外の協力を依頼する場合があります。

**1 法人・事業所の基本情報**

1-1 法人・事業所概要		年 月 日 時点				
法人名	本計画書の作成日を入力してください。					
法人種別						
事業所名						
事業所種別(選択)	クリーム色の欄に入力をしてください。 事業所種別は、プルダウンから選択してください。					
事業所所在地						
利用定員						
要介護度別利用者数	要介護1		要介護2		要介護3	
	要介護4		要介護5		要支援	
	合計	0人				
職員数(常勤換算)						

利用定員数が無いサービス種別の場合、直近3か月の利用実績平均人数(小数点以下切り上げ)を記載してください。  
 職員数は、介護職員、看護職員、介護支援専門員、医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、事務職員の合計を記載してください(常勤換算)。

**2 導入・活用に向けた計画**

2-1 導入すべき次世代介護機器(今回申請する機器)

別紙2-1「積算調書」のとおり。(本欄に記入の必要はありません。)
-----------------------------------

2-2 次世代介護機器の導入状況(導入済みの機器)  
 今回申請する次世代介護機器以外で、導入済であって今後も継続的な活用を予定している次世代介護機器がある場合は、以下に記入してください。

機器名	製造業者名 (メーカー名)	機器の目的要件 (選択)	導入時期 (選択)	台数
機器の目的要件・導入時期は、プルダウンから選択してください。				

機器の目的要件( ~ )の定義については、厚生労働省の「介護ロボット導入支援事業実施要綱」の別紙「ロボット技術の介護利用における重点分野の定義」をご確認ください。

2-3 次世代介護機器の導入・活用により達成すべき目標(解決すべき課題)  
 (1) 今回申請する次世代介護機器を導入することにより解決したいと考えている事業所の課題と、その原因を記載してください。

事業所の実態に則して記載してください。

(2) 課題を解決するために、導入する機器をどのように利用するのか、業務内容・利用場面、想定している対象(利用者・職員)を含めて具体的に記載してください。

事業所の実態に則して記載してください。

(3) 機器導入に当たって、利用者・家族への説明や同意の取得をどのように行う予定か、記載してください。

事業所の実態に則して記載してください。

(4) 今回申請する機器の台数の根拠について記載してください。

事業所の実態に則して記載してください。

#### 2-4 次世代介護機器導入に向けた検討体制

機器導入に向けた検討体制や検討のプロセスについて、記載してください。

(例: 検討チームの立ち上げ、経営者層と現場職員との意見交換、職員・利用者アンケートの実施 等)

事業所の実態に則して記載してください。

#### 2-5 次世代介護機器の導入・活用により期待される効果

(1) 今回申請する次世代介護機器の導入・活用により期待される効果について、「職員の負担軽減」という視点から該当するものに○を記入してください(複数選択可)。

機器導入によって得られた効果については、導入から3年間、導入効果報告書により報告していただくことになります。

介護職員の腰痛予防		介護職員の不安の軽減	
訪室回数の削減、見回り業務の効率化		介護職員の業務への意欲や満足度の向上	
人身体制の見直し		職員の休憩時間の確保	
介護職員によるリスク管理の効率化			
その他【上記以外の場合、自由記述】			

該当するものにプルダウンから○を記載してください(複数選択可)。上記以外の場合は自由記述欄に記載してください。

(2) 今回申請する次世代介護機器の導入・活用により期待される効果について、「利用者のケアの質の維持・向上」という視点から該当するものに○を記入してください(複数選択可)。

機器導入によって得られた効果については、導入から3年間、導入効果報告書により報告していただくことになります。

利用者の心身や活動の状態の把握		利用者の生活リズムの把握	
ケアプランの見直し		利用者への対応時間の増加	
利用者に合わせて対応が可能		利用者の転倒、転落、ヒヤリハットの減少	
利用者に提供できるサービスの増加		利用者の身体的負担の軽減	
利用者とのコミュニケーションの増加		利用者の不安の軽減	
利用者の満足度の向上		利用者の家族等の満足度の向上	
その他【上記以外の場合、自由記述】			

該当するものにプルダウンから○を記載してください(複数選択可)。上記以外の場合は自由記述欄に記載してください。

(3) 今回申請する次世代介護機器の導入・活用により期待される効果について、「利用者の自立支援」という視点から該当するものに○を記入してください(複数選択可)。

機器導入によって得られた効果については、導入から3年間、導入効果報告書により報告していただくことになります。

利用者の身体機能の向上		利用者が自分でできることの増加	
利用者のADLの向上		利用者の活動範囲の拡大	
その他【上記以外の場合、自由記述】			

該当するものにプルダウンから○を記載してください(複数選択可)。上記以外の場合は自由記述欄に記載してください。

#### 2-6 効果に関する目標設定

上記2-5(1)(2)(3)で選択した期待される効果に関し、具体的な数値目標を設定するものについて記載してください。  
(例:腰痛のある職員の割合〇% 〇%、夜間帯の巡回 回 〇回、利用者満足度 % 〇% 等)

事業所の実態に則して記載してください。

### 2-7 次世代介護機器導入後の取組

本項目の記載に当たっては、「介護サービス事業所における生産性向上に資するガイドライン(パイロット事業改定版)」(厚生労働省老健局・令和2年3月発行)を参考にしてください。 <掲載先: <https://www.mhlw.go.jp/stf/kaigo-seisansei.html> >

今回申請する次世代介護機器を効果的に活用するために、導入後にどのような体制や方法で効果検証を行うのか、効果検証に関わる人の役割・役割・職種等を含めて、具体的に記載してください。

事業所の実態に則して記載してください。

### 3 アドバンス施設としての協力体制

(1) アドバンス施設となった場合に、自事業所のどのような取組や特徴を、モデル事例として他の施設に情報提供していきたいと考えますか、上記2-3から2-7までの内容を踏まえ、記載してください。

事業所の実態に則して記載してください。

(2) 1ページ目に記載の【アドバンス施設の役割】の ~ について、アドバンス施設となった場合に積極的に協力したいと考えるものについて、○を記載してください(複数選択可)。

各種セミナーでの情報提供	
公開見学会での現場見学の機会の提供	
事例集(事例動画)への協力	

該当するものにプルダウンから○を記載してください(複数選択可)。

### 4 次世代介護機器導入支援事業への切替え希望

審査の結果、本事業の補助対象事業所として採択されなかった場合に、次世代介護機器導入支援事業(補助率4分の3又は2分の1)の応募として取り扱うことができます。この取扱いの希望の有無について、どちらかに○を記載してください。

導入支援事業への切替えを希望する	
導入支援事業への切替えを希望しない	

いずれかにプルダウンから○を記載してください。