

記入例

東京都知事 殿

※1法人1枚提出

水色のセルは、自動入力されます。

緑色のセルに、記入してください。

令和 5 年 ○ 月 × 日

- 各様式における法人名・所在地・代表者名は、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。代表者名には、職氏名を記載してください。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。
- なお、所在地等の法人情報に変更が生じた場合は、書類の提出が必要になる場合がありますので、速やかにメールにてご連絡ください。

法人名： 社会福祉法人〇〇会  
 所在地： 東京都新宿区西新宿二丁目8番●号  
 代表者職氏名： 理事長 東京 太郎

印

令和5年度デジタル機器導入促進支援事業補助金 交付申請書

印鑑証明と同じ印鑑で押印してください。

標記の補助金について、令和5年度介護現場改革促進事業補助金交付要綱第5条に基づき

下記の2内訳の補助金交付申請額の合計が入力されると自動計算されます。

記

1 補助金交付申請額 金 3,103,000 円

※2 補助金交付申請額の合計額を転記してください

2 内訳

一致

	事業所名	事業所番号	事業所種別	補助金交付申請額 合計額を転記してください
1	X介護事業所（訪問介護）	13〇〇〇〇〇〇〇〇	訪問介護	725,000
2	X介護事業所（通所介護）	13□□□□□□□□	通所介護	1,528,000
3	Y介護事業所	13△△△△△△△△	訪問介護	850,000
4				
5				
6				
合 計				3,103,000 ※2

事業所名が同一である場合は、サービス名が分かるように記入してください。

交付申請書1枚に書ききれない場合は、行を追加してください。

\*法人の事務取扱者（必ず記入してください）

書類送付先は、東京都から郵送する補助金関係書類の送付先が上記の法人所在地と異なる場合は、記載願います。

書類送付先	〒〇〇〇-〇〇〇〇 東京都新宿区西新宿〇-×-△		
部署名	社会福祉法人〇〇会 総務課		
ふりがな	かいご はなこ	事業申請数	3
お名前	介護 花子		
TEL	03-5320-****		
メール	kaigohanako@kaigo.co.jp		

※別紙様式において、「交付要綱」とは、令和5年度介護現場改革促進事業補助金交付要綱をいうものとする。

**記入例**

※1事業所1枚作成

水色のセルは、自動入力されます。  
緑色のセルに、記入してください。

(事業所種別) **訪問介護**  
(事業所名) **X介護事業所(訪問介護)**

積算調書

1. 本事業の申請回数【選択】  
2回目以上

【該当事業所のみ記入】  
令和2年度(ICT機器活用による介護事業所の負担軽減支援事業補助金)又は過年度に本事業の補助を受けた場合に選択

事業所名は、原則として指定を受けた内容と一致

2. 職員数【選択】  
1人以上20人以下

3. 過年度申請時の職員数【選択】※過年度に交付を受けたことがある場合は選択  
1人以上10人以下

【該当事業所のみ記入】  
過年度に受けた補助金額の合計を記入

【該当事業所のみ記入】  
対象経費の支払い時に金額換算可能な各種ポイントが付与又は利用された場合、ポイント相当額は「寄附金その他…」に計上すること。

4. 選定額等の積算

(単位:円)

	補助基準額 (A)	補助上限額 (B = A × 3/4)	過年度既交付額 (C)	差引後 補助上限額 (D = B - C)	対象経費の 実支出(予定)額 (E)	寄附金その他 の収入額 (F)	差引後 実支出(予定)額 (G = E - F)	申請額 (H = G × 3/4)	選定額 (I)
交付要綱表4の第1欄に掲げる経費(介護業務支援システム導入等経費)	1,334,000	1,000,000	500,000	500,000	1,850,000	0	1,850,000	1,387,000	500,000
交付要綱別表5の第1欄に掲げる経費(介護業務支援システム導入前後のコンサルティング経費等)	1,000,000	750,000		750,000	300,000	0	300,000	225,000	225,000
合計					2,150,000				725,000

(注1) 事業所ごとに作成すること。

(注2) 交付要綱別記1の表4の第2欄に定める、事業所の職員数に応じた補助基準額を記載すること。事業所の職員一覧及び職員数は、別紙4-5に記載すること。

(注3) A欄「補助基準額」は、介護業務支援システム導入等経費については「令和2年度ICT機器活用支援事業費補助金交付要綱別表1-1」、「令和3年度デジタル機器導入促進支援事業」又は「令和4年度デジタル機器導入促進支援事業」の交付を受けたことがある場合に「2. 職員数」と「3. 過年度申請時の職員数」を比較して職員数の最も少ない区分により算定する。

(注4) B欄「補助上限額」、H欄「申請額」は、千円未満を切り捨てた額とすること。

(注5) C欄「過年度既交付額」は、介護業務支援システム導入等経費については「令和2年度ICT機器活用支援事業費補助金交付要綱別表1-1」、「令和3年度デジタル機器導入促進支援事業」又は「令和4年度デジタル機器導入促進支援事業」を申請した事業所が、交付を受けた金額(コンサルティング経費を除く。)を記載すること。

(注6) I欄「選定額」には、D欄「差引後補助上限額」とH欄「申請額」を比較していずれか小さいほうを記載すること。

(注7) I欄「選定額」の金額の合計を、様式第4号「交付申請書」の事業所別補助金交付申請額に転記すること。

記入例

※1事業所1枚

水色のセルは、自動入力されます。

緑色のセルに、記入してください。

(事業所種別)

訪問介護

(事業所名)

X介護事業所(訪問介護)

## 積算内訳書

1. 交付要綱別表4又は表5に掲げる経費(介護業務支援システム導入等経費又は介護業務支援システム導入前後のコンサルティング経費等)

内容	製造メーカー 又は コンサルティング会社	商品名(型番号まで記載) ※コンサルティング経費等の場合は記載不要	支出(予定)月	単価(円)	数量	支出(予定)額(円)
介護業務支援システム(ソフトウェアやクラウドサービス)の導入経費	〇〇株式会社	××システム	1月	1,000,000	1	1,000,000
ハードウェア(タブレット端末等)の導入経費	〇〇株式会社	〇Pad	1月	100,000	5	500,000
Wi-Fi環境整備に必要なネットワーク機器の導入経費	△株式会社	〇〇Wi-Fi	1月	50,000	5	250,000
給与などのバックオフィスの導入経費	〇株式会社	〇〇給与システム	1月	100,000	1	100,000
介護業務支援システムの選定に関するコンサルティング経費	□□株式会社		10月	300,000	1	300,000
合計						2,150,000

(注1) 事業所ごとに作成すること。

(注2) 支出(予定)額小計の金額と別紙4-1のE欄「対象経費の実支出(予定)額」が合致すること。

(注3) 見積書やカタログ等を添付し、補助対象経費の内容について具体的にわかるようにすること。  
支出(予定)額の積算、内訳等が確認できないものは、対象として認めない。

(注4) 行数が足りない場合には、適宜行を追加すること。

## 記入例

令和5年度デジタル機器導入促進支援事業費補助金  
導入計画書

※1事業所1枚

## 1 事業所の基本情報

## 1-1 事業所概要

事業所名称	X介護事業所（訪問介護）	事業所指定年月日	令和4年 4月 1日
事業所所在地	〒0000-0000 東京都新宿区西新宿〇-X-△		

## 1-2 現在の事業所の状況

交付申請時点の人数を記載してください。

要介護度別 利用者数	要介護1	2人	要介護2	5人
	要介護3	5人	要介護4	2人
	要介護5	1人	利用者数合計	15人

## 2 法人・事業所における検討状況、組織体制

## 2-1 補助申請前の内部での検討結果

介護業務支援システムを導入するに当たり、法人・事業所の内部でどのような検討を行いましたか。 ⇒複数回答可。「その他」を選択した場合、具体的に記載してください。	<input type="checkbox"/> 外部セミナーへの参加等により、介護業務支援システム導入への理解を深めた。
	<input checked="" type="checkbox"/> 担当者会議の開催等により、職員間で意見交換を行った。 <input checked="" type="checkbox"/> 職員向けの説明会開催等により、現場の理解を得た。 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (具体的に記載) システムを先行的に導入している他事業者から、導入する上で苦労したことやそれをどのように乗り越えたかについて話を聞き、現場の不安を払拭した。

## 2-2 介護業務支援システム導入後の組織体制

介護業務支援システムを導入した後、法人・事業所内で活用するために、今後どのように組織体制を整備する予定ですか。 ⇒複数回答可。「その他」を選択した場合、具体的に記載してください。	<input checked="" type="checkbox"/> 利用手順や導入後の管理体制等について、マニュアル等を整備する。 <input checked="" type="checkbox"/> 説明会等を開催し、実際に使用する職員に使用方法等を説明する。 <input checked="" type="checkbox"/> ICTリダーの選任等により、職員の疑問に対応する体制を整備する。
	<input type="checkbox"/> その他 (具体的に記載)

※申請時に既に介護業務支援システムを導入済み場合は、さらなる活用をしていくために予定している取組を選択又は記載

## 3 申請する介護業務支援システムについて

## 3-1 現状の課題と介護業務支援システムの導入により期待される効果

介護業務支援システムを導入することにより解決したいと考えている課題と、課題に対する介護業務支援システム導入により期待される効果と、数値目標がある場合目標値を具体的に記載してください。記録・情報共有・請求業務までが一気通貫となる機能を有する介護ソフトを新たに導入する場合や、導入済みのソフトに機能を追加し一気通貫とする場合は、以下の表に掲げる課題1から3までの少なくとも1つに記載してください。バックオフィス業務のためのソフトを導入する場合は課題4に、ハードウェアの導入、通信環境整備を行う場合は課題5に記載してください。

【課題】	課題	介護業務支援システム導入等により期待される効果	目標値
1 記録業務に係る課題 2 情報共有業務に係る課題 3 請求業務に係る課題 4 バックオフィス業務（業務効率化に資する勤怠管理、シフト表作成、人事、給与、ホームページ作成などの業務）に係る課題 5 ハードウェア、Wi-Fi環境整備に係る課題			
課題1 (記録業務に係る課題)	事業所外でのケアの記録ができないため、訪問先から直接業務報告をできない。その結果、訪問を終えたら情報共有のために都度事業所に戻ってくる手間が発生している。	介護ソフトの導入により、訪問先で記録し、記録した内容をそのまま事業所に送信することで、訪問後、都度事業所に戻ってくる手間がなくなる。	記録に係る業務時間が、1か月当たり60分削減（職員1人当たりの平均）
課題2 (情報共有業務に係る課題)	職場内外における情報の共有方法が統一化されていないため、情報の共有に手間と時間を要する。その結果、情報の伝達が遅れ、業務着手に遅れが生じる。	介護ソフトの導入により、一元的なデータベース上で情報の共有ができるようになり、迅速な業務対応の実現が可能となる。	職員間の連絡に要する時間が、1か月当たり7割削減
課題3 (請求業務に係る課題)	請求に必要な実績データを、紙の記録から転記して作成しており、内容の抜けやミスも発生している。	介護ソフトの導入により、転記なしで間違いもなく実績データを作成することができる。	請求に係る業務時間が、1か月当たり8割削減（職員1人当たりの平均）
課題4 (バックオフィス業務に係る課題)	シフト表を紙媒体で管理しているため、各職員がリアルタイムにシフト共有を行うことができない。	介護ソフトの導入により、シフト表をデータベースで一元管理し、職員間で同時に閲覧することができる。	職員間のシフト共有に要する時間が1か月当たり6割削減
課題5 (ハードウェア、Wi-Fi環境整備に係る課題)	管理者が事業所内にいないとシフト調整ができないため、他事業所での勤務日には即時にシフト調整ができず、業務効率が悪い。	タブレット端末の購入により、管理者が事業所外からも端末を使用し即時にシフト調整を行うことができる。	管理者のシフト調整に要する時間が1か月当たり6割削減

#### 4 介護業務支援システム導入前後のコンサルティングについて

本補助において、介護業務支援システム導入前後のコンサルティングに係る経費を申請する場合のみご回答ください。

コンサルティングの内容 ⇒複数回答可。申請する内容に✓を付けてください。	<input checked="" type="checkbox"/> 機器の選定に関するコンサルティング ⇒ (1) <input type="checkbox"/> 導入した介護業務支援システムを活用した業務改善に関するコンサルティング ⇒
コンサルティング会社	
(1) 機器の選定に関するコンサルティング活用 の目的 ⇒複数回答可。「その他」を選択した場合、具 体的に記載してください。	<input checked="" type="checkbox"/> どの機器を導入すれば良いか、事業所の状況に則した個別的・専門的なアドバイスがほしい。 <input type="checkbox"/> その他 (具体的に記載)
(2) 導入した介護業務支援システム等を活用 した業務改善に関するコンサルティング活用 の目的 ⇒複数回答可。「その他」を選択した場合、具 体的に記載してください。	<input type="checkbox"/> 導入した介護業務支援システム、機器等の業務改善に対して効果的な活用方法、事業所の状況に則した個別的・専門的なアドバイスがほしい。 <input type="checkbox"/> その他 (具体的に記載)

#### 5 介護ソフトの導入状況及び今回の申請内容

次の①～③のいずれかを選択してください。

①	<input type="checkbox"/> 「記録」「情報共有」「請求」業務に関する介護ソフトを全く活用していないため、今回、「記録」「情報共有」「請求」業務を一気通貫で行うことができ る介護ソフトの導入について申請する(※複数のシステムを連携 して導入する場合は、業務用ソフトを併せて申請する場合を含	→ 別添1に記入
②	<input type="checkbox"/> 既に「記録」「情報共有」「請求」業務に関する介護ソフトを導入しているが、今回、「記録」「情報共有」「請求」業務を一気通貫となっていないため、 WiFi環境整備、バックアップ等 ①～③のいずれか1つを選択し、選択に応じて、 別添1～3のいずれか1枚にご記入ください。	→ 別添2に記入
③	<input type="checkbox"/> 既に「記録」「情報共有」「請求」業務に関する介護ソフトを導入しているが、今回、介護ソフトの申請は	→ 別添3に記入

※上記①～③のいずれの場合についても、以下のソフトウェアの導入を併せて申請する場合を含む。

- ・「入退院時情報連携標準仕様」を実装したソフトウェア
- ・「訪問看護計画等標準仕様」を実装したソフトウェア
- ・厚生労働省が別途定める方式による財務諸表のデータ出力機能を有するソフトウェア

別添 1

## 別紙 4-3 「4 介護ソフトの導入状況及び今回の申請内容」の④に☑した場合

ア 今回申請する一気通貫の機能を有する介護ソフト ※(ア)か(イ)どちらかを記入

(ア)単体で一気通貫となる介護ソフト

商品名	メーカー	機能 ※全てに☑が必要
××システム		<input checked="" type="checkbox"/> 記録 <input checked="" type="checkbox"/> 情報共有 <input checked="" type="checkbox"/> 請求

(イ)複数のシステムを連携させることで、一気通貫となる介護ソフト

※機能欄について、合計で「記録」「情報共有」「請求」の全てに☑が必要

商品名	メーカー	機能 ※どれかに☑が必要
		<input type="checkbox"/> 記録 <input type="checkbox"/> 情報共有 <input type="checkbox"/> 請求
商品名	メーカー	機能 ※どれかに☑が必要
		<input type="checkbox"/> 記録 <input type="checkbox"/> 情報共有 <input type="checkbox"/> 請求
商品名	メーカー	機能 ※どれかに☑が必要
		<input type="checkbox"/> 記録 <input type="checkbox"/> 情報共有 <input type="checkbox"/> 請求

介護ソフトの利用方法を記入してください。(どのような場面で、誰が、どのように利用するか 等)

訪問介護を行う際に、介護職員がサービス提供の内容を記録し、他の職員と共有を行うことに利用する。  
 また、サービス提供の記録情報を、請求に必要な実績データとして活用する。

イ 今回申請するタブレット等ハードウェア(該当する場合のみ記載)

商品名	メーカー	数量・数及びその算出根拠
○Pad (タブレット端末)	○○株式会社	5台 現在、訪問介護の職員、15名の内、5名がタブレット端末がなく介護ソフトの利用が行なえない。端末を5台追加し、全ての職員が介護ソフトを使用できるようにするため。
ハードウェアにインストールする介護ソフト		
	××システム	台数の根拠について、合理的な理由ではなく過剰と認められる場合などには、対象外となることがあります。

ハードウェアと介護ソフトとの連携した利用方法を記入してください。(どのような場面で、誰が、どのように利用するか 等)

訪問先で介護職員が端末を使用し××システム上での介護の記録作成、記録共有を行うことに利用する。

ウ 今回申請するWi-Fi環境整備(該当する場合のみ記載)

商品名(工事名)	メーカー	数量・数及びその算出根拠(工事の必要性)
○○Wi-Fi	△株式会社	5台 訪問先でタブレット端末を使って××システム上で記録を行えるようにするため。

エ 今回申請するバックオフィス業務用ソフト(該当する場合のみ記載)

商品名	メーカー	数量・数及びその算出根拠
○○給与システム	○株式会社	1台

バックオフィス業務用ソフトの利用方法を記入してください。(どのような場面で、誰が、どのように利用するか 等)

毎月の給与計算処理において、給与担当者が計算処理を行う際に出退勤の記録を電子化して給与計算に活用する。

オ 今回申請する以下に記載のいずれかのソフトウェア(該当する場合のみ記載)

- ・「入退院時情報連携標準仕様」を実装したソフトウェア
- ・「訪問看護計画等標準仕様」を実装したソフトウェア
- ・厚生労働省が別途定める方式による 財務諸表のデータ出力機能を有するソフトウェア

商品名	メーカー	ソフトウェアの種類
		<input type="checkbox"/> 「入退院時情報連携標準仕様」を実装したソフトウェア <input type="checkbox"/> 「訪問看護計画等標準仕様」を実装したソフトウェア <input type="checkbox"/> 厚生労働省が別途定める方式による 財務諸表のデータ出力機能を有するソフトウェア

ア 導入済みの介護ソフト ※アとウを合計すると「記録」「情報共有」「請求」全てに☑が必要

商品名	メーカー	機能
××システム		<input checked="" type="checkbox"/> 記録 <input checked="" type="checkbox"/> 情報共有 <input type="checkbox"/> 請求
商品名	メーカー	機能
		<input type="checkbox"/> 記録 <input type="checkbox"/> 情報共有 <input type="checkbox"/> 請求
商品名	メーカー	機能
		<input type="checkbox"/> 記録 <input type="checkbox"/> 情報共有 <input type="checkbox"/> 請求

イ 導入済みの介護ソフトを活用して、どのような方法で「記録」「情報共有」「請求」の業務を一気通貫で行えるようになるのか、記載してください。

導入済みの××システムで記録、情報共有を図れているが、請求行為が行なえないため、請求を行なえるシステムを追加することで一气通貫を図る。

ウ 今回申請する介護ソフト(該当する場合のみ記載)

商品名	メーカー	機能
〇〇システム		<input type="checkbox"/> 記録 <input type="checkbox"/> 情報共有 <input checked="" type="checkbox"/> 請求

エ 「記録」「情報共有」「請求」業務が一気通貫となった介護ソフトの利用方法とを記載してください(どのような場面で、誰が、どのように利用するのか 等)

××システムにより訪問介護の現場職員の記録、情報共有を図り、その情報をサービス提供責任者が取りまとめ、〇〇システムにより請求を行う。

オ 今回申請するタブレット等ハードウェア(該当する場合のみ記載)

商品名	メーカー	数量・数及びその算出根拠
○Pad (タブレット端末)	○○株式会社	5台 現在、訪問介護の職員、15名の内、5名がタブレット端末がなく介護ソフトの利用が行なえない。端末を5台追加し、全ての職員が介護ソフトを使用できるようにするため。
ハードウェアにインストールする介護ソフト		
	××システム	台数の根拠について、合理的な理由ではなく過剰と認められる場合などには、対象外となることがあります。

ハードウェアと介護ソフトとの連携した利用方法を記入してください。(どのような場面で、誰が、どのように利用するか 等)

訪問先で介護職員が端末を使用し××システム上での介護の記録作成、記録共有を行うことに利用する。
---

カ 今回申請するWi-Fi環境整備(該当する場合のみ記載)

商品名 (工事名)	メーカー	数量・数及びその算出根拠 (工事の必要性)
○Wi-Fi	△株式会社	5台 訪問先でタブレット端末を使って××システム上で記録を行えるようにするため。

キ 今回申請するバックオフィス業務用ソフト(該当する場合のみ記載)

商品名	メーカー	数量・数及びその算出根拠
○給与システム	○株式会社	1台

バックオフィス業務用ソフトの利用方法を記入してください。(どのような場面で、誰が、どのように利用するか 等)

毎月の給与計算処理において、給与担当者が計算処理を行う際に出退勤の記録を電子化して給与計算に活用する。
---

ク 今回申請する以下に記載のいずれかのソフトウェア (該当する場合のみ記載)

- ・「入退院時情報連携標準仕様」を実装したソフトウェア
- ・「訪問看護計画等標準仕様」を実装したソフトウェア
- ・厚生労働省が別途定める方式による 財務諸表のデータ出力機能を有するソフトウェア

商品名	メーカー	ソフトウェアの種類
		<input type="checkbox"/> 「入退院時情報連携標準仕様」を実装したソフトウェア <input type="checkbox"/> 「訪問看護計画等標準仕様」を実装したソフトウェア 厚生労働省が別途定める方式による 財務諸表の <input type="checkbox"/> データ出力機能を有するソフトウェア

## ア 導入済みの介護ソフト

商品名	メーカー	機能 ※全体として「記録」「情報共有」「請求」全てに☑が必要
××システム		<input checked="" type="checkbox"/> 記録 <input checked="" type="checkbox"/> 情報共有 <input type="checkbox"/> 請求
〇〇システム		<input type="checkbox"/> 記録 <input type="checkbox"/> 情報共有 <input checked="" type="checkbox"/> 請求
		<input type="checkbox"/> 記録 <input type="checkbox"/> 情報共有 <input type="checkbox"/> 請求

## イ 今回申請するタブレット等ハードウェア(該当する場合のみ記載)

商品名	メーカー	数量・数及びその算出根拠
〇Pad (タブレット端末)	〇〇株式会社	5台 現在、訪問介護の職員、15名の内、5名がタブレット端末がなく介護ソフトの利用が行なえない。端末を5台追加し、全ての職員が介護ソフトを使用できるようにするため。
ハードウェアにインストールする介護ソフト		
	××システム	台数の根拠について、合理的な理由ではなく過剰と認められる場合などには、対象外となることがあります。

ハードウェアと介護ソフトとの連携した利用方法を記入してください。(どのような場面で、誰が、どのように利用するか 等)

訪問先で介護職員が端末を使用し××システム上での介護の記録作成、記録共有を行うことに利用する。

ウ 今回申請するWi-Fi環境整備(該当する場合のみ記載)

商品名(工事名)	メーカー	数量・数及びその算出根拠(工事の必要性)
〇〇Wi-Fi	△株式会社	5台 訪問先でタブレット端末を使って××システム上で記録を行えるようにするため。

エ 今回申請するバックオフィス業務用ソフト(該当する場合のみ記載)

商品名	メーカー	数量・数及びその算出根拠(工事の必要性)
〇〇給与システム	〇株式会社	1台

台数の根拠について、合理的な理由ではなく過剰と認められる場合などには、対象外となることがあります。

バックオフィス業務用ソフトの利用方法を記入してください。(どのような場面で、誰が、どのように利用するか 等)

毎月の給与計算処理において、給与担当者が計算処理を行う際に出退勤の記録を電子化して給与計算に活用する。

オ 今回申請する以下に記載のいずれかのソフトウェア(該当する場合のみ記載)

- ・「入退院時情報連携標準仕様」を実装したソフトウェア
- ・「訪問看護計画等標準仕様」を実装したソフトウェア
- ・厚生労働省が別途定める方式による財務諸表のデータ出力機能を有するソフトウェア

商品名	メーカー	ソフトウェアの種類
		<input type="checkbox"/> 「入退院時情報連携標準仕様」を実装したソフトウェア <input type="checkbox"/> 「訪問看護計画等標準仕様」を実装したソフトウェア <input type="checkbox"/> 厚生労働省が別途定める方式による財務諸表のデータ出力機能を有するソフトウェア

今回申請する または 申請しないが使用している介護業務支援システムについて

<p>【以下の①～⑫の全てを満たす必要があります】 ※④については、「<b>居宅介護支援事業所と訪問介護などのサービス標準仕様</b>」という。）の連携対象となる介護サービス事業所のみ。</p>	<p>以下の①～⑫の全てを満たす必要があります</p>
<p>①導入する又は既に導入している介護ソフトは、記録・情報共有・請求を一通行う（一気通貫となる）機能を有するか。 ※複数の介護ソフトを連携させることや、既に導入済みである介護ソフトに新たに業務機能を追加する場合も一気通貫（転記等の業務が発生しなくなる）となるか。</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> 記録・情報共有</p>
<p>②導入する又は既に導入している介護ソフトが日中のサポート体制を常設しているか。（有償・無償を問わない）</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> 常設している</p>
<p>③導入する又は既に導入している介護ソフトが「科学的介護情報システム（Long-term care Information system For Evidence; LIFE（ライフ）。以下「LIFE」という。）の標準仕様に準拠したものであるか（予定を含む）。</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> 準拠したものである。</p>
<p>④「ケアプラン標準仕様」の連携対象となる介護サービス事業所の場合、最新版のケアプラン標準仕様に準拠し、以下の a～e 全てのCSVファイルの出力・取込機能を実装した介護業務支援システムであるか。 a 利用者補足情報 b 居宅サービス計画1表 c 居宅サービス計画2表 d 第6表（サービス利用第6表）、実績情報 e 第7表（サービス利用票別表） ⇒いずれかを選択 （イを選択した場合、メーカー又は販売先の会社等に、対応予定を確認して対応予定時期を記載すること。令和5年度内に対応予定でない場合には、対象外）</p>	<p><input type="checkbox"/> ア 実装している。 <input checked="" type="checkbox"/> イ 実装していない。 <input type="checkbox"/> ウ 申請事業所は、ケアプラン標準仕様の連携対象外である。</p> <p>（イを選択した場合） 対応予定時期 令和6年1月</p>
<p>⑤本事業により介護ソフトを導入した事業所においては、LIFEによる情報収集に協力する意思を有するか。 なお、本事業においてタブレット端末等のみを導入する場合も同様とする。</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> 協力する意思を有する。</p>
<p>⑥タブレット端末等のハードウェアを導入する場合、必ず介護ソフトをインストールの上、業務にのみ使用するか。 ※ 補助目的以外の使用の防止及び私物と区別するため、業務用であることを明確に判別するための表示（シール等による貼付）を行うなど事業所において工夫すること。</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> 介護ソフトをインストールの上、業務にのみ使用する。</p>
<p>⑦「介護サービス事業における生産性向上に資するガイドライン」、「居宅サービス事業所におけるICT機器・ソフトウェア導入に関する手引き」や「介護ソフトを選定・導入する際のポイント集」を参考に、ICTを活用した事業所内の業務改善に取り組むか。 ● 介護サービス事業における生産性向上に資するガイドライン （掲載先 <a href="https://www.mhlw.go.jp/stf/kaigo-seisansei.html">https://www.mhlw.go.jp/stf/kaigo-seisansei.html</a>） ● 介護ソフトを選定・導入する際のポイント集 （掲載先 <a href="https://www.mhlw.go.jp/stf/kaigo-ict.html">https://www.mhlw.go.jp/stf/kaigo-ict.html</a>）</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> 取り組む。</p>
<p>⑧独立行政法人情報処理推進機構（IPA）が実施する「SECURITY ACTION」の「★一つ星」または「★★二つ星」のいずれかを申請事業所単位で宣言しているか。 （URL：<a href="https://security-shien.ipa.go.jp/security/index.html">https://security-shien.ipa.go.jp/security/index.html</a>） ※事業所単位で単一の法人番号を有していない場合には、事業所の代表者を「個人事業主」として申し込むこと。 ※宣言した後、「自己宣言者サイト」にログインし、申込み状況を印刷して添付すること。 ・ 「SECURITY ACTION」の概要説明 <a href="https://www.ipa.go.jp/security/security-action/">https://www.ipa.go.jp/security/security-action/</a> ・ 「新5分でできる！情報セキュリティ自社診断」 <a href="https://www.ipa.go.jp/files/000055848.pdf">https://www.ipa.go.jp/files/000055848.pdf</a></p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> 宣言をし、申し込み状況を印刷して添付した。</p>
<p>⑨医療情報システムの安全管理に関するガイドライン第6.0版（令和5年5月）を参考に、個人情報保護の観点から十分なセキュリティ対策を講じているか。</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> 十分なセキュリティ対策を講じている。</p>
<p>⑩本事業において申請を行った介護事業所については、導入翌年度及び導入翌々年度に、導入製品の内容や導入効果等を報告するか。 ※報告方法については別途、都からお知らせいたします。</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> 報告する。</p>
<p>⑪他の介護事業者からの照会に応じるか。</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> 応じる。</p>
<p>⑫導入する介護ソフトやタブレット端末・スマートフォン等のハードウェア、Wi-Fiルーター等について、研究開発品ではなく、企業が保証する商用の製品であるか。</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> 企業が保証する商用の製品である。</p>

<b>【以下の⑬を導入するかは、任意です。】</b>	
<p>⑬ 上記①～⑫の要件を満たした上で、次のいずれかのソフトウェアを導入するか。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・「入退院時情報連携標準仕様」を実装したソフトウェア</li> <li>・「訪問看護計画等標準仕様」を実装したソフトウェア</li> <li>・厚生労働省が別途定める方式による財務諸表のデータ出力機能を有するソフトウェア</li> </ul>	<input type="checkbox"/> 「入退院時情報連携標準仕様」を実装したソフトウェア <input type="checkbox"/> 「訪問看護計画等標準仕様」を実装したソフトウェア <input type="checkbox"/> 厚生労働省が別途定める方式による財務諸表のデータ出力機能を有するソフトウェア <input checked="" type="checkbox"/> 導入しない。
<b>【以下の⑭～⑰いずれかの最低1つを満たす必要があります】</b>	
<p>⑭ LIFE標準仕様に準じて介護ソフトから出力されたCSVファイルを、LIFEのCSV取込機能により、LIFEにデータを提供するか（予定を含む。）。</p>	<input checked="" type="checkbox"/> 提供している。 <input type="checkbox"/> 提供を予定している。 <small>(提供を予定しているを選択した場合、その時期を記載)</small> 令和 年 月
<p>⑮ ケアプランデータ連携システムの利用申請の有無について</p>	<input type="checkbox"/> 利用申請している。 <input checked="" type="checkbox"/> 利用申請していない。
<p>⑯ 「ケアプランデータ連携システム」等を利用して、ケアプラン標準仕様に準じて出力されたCSVファイルにより、同一事業所に加えて、異なる事業所間や地域の関係機関間においても、居宅サービス計画書やサービス提供記録等のデータ連携を行うか（予定を含む。）。          なお、ここでいう「データ連携」は、公益社団法人国民健康保険中央会が運用する「ケアプランデータ連携システム」等のデータ連携サービスを利用して、異なる介護ソフトベンダーのユーザー間で居宅サービス計画書やサービス利用票のデータ連携を行う場合を想定しており、同一の介護ソフトベンダーが提供する介護ソフトウェア間のみでデータ連携されるサービスは対象とならない。</p>	<input type="checkbox"/> データ連携を行っている。 <input checked="" type="checkbox"/> データ連携を予定している。 <small>(データ連携を予定しているを選択した場合、その時期を記載)</small> 令和6年1月 <small>データ連携内容を選択(予定も含む) 【複数選択可】</small> <input checked="" type="checkbox"/> サービス計画書 <input checked="" type="checkbox"/> サービス利用票(提供票) <input type="checkbox"/> バイタルデータ <input type="checkbox"/> 介護給付費明細書・請求書 <input checked="" type="checkbox"/> サービス提供記録 <input checked="" type="checkbox"/> 出退勤表 <input checked="" type="checkbox"/> シフト表 <input checked="" type="checkbox"/> 業務日誌 <input type="checkbox"/> その他 <small>(その他を選択した場合は以下に記載)</small> <small>データ連携先を選択(予定も含む) 【複数選択可】</small> <input checked="" type="checkbox"/> 同一事業所内 <input checked="" type="checkbox"/> 自法人内他事業所 <input checked="" type="checkbox"/> 他法人事業所 <input type="checkbox"/> その他 <small>(その他を選択した場合は以下に記載)</small>
<p>⑰ 本補助金を活用することにより、文書量の半減を実現できるか。</p>	<input checked="" type="checkbox"/> 文書量が半減以上の効果がある。 削減割合をいずれか選択 <input type="checkbox"/> 5割～6割 <input checked="" type="checkbox"/> 6割～7割 <input type="checkbox"/> 7割～8割 <input type="checkbox"/> 8割～9割 <input type="checkbox"/> 9割～10割 <small>削減される文書の種類 【複数選択可】</small> <input checked="" type="checkbox"/> 利用者ごとの計画作成や記録に係る書類(例:アセスメントシート) <input checked="" type="checkbox"/> 介護報酬の請求に関する文書(例:サービス提供表) <input checked="" type="checkbox"/> 実施記録(例:送迎の記録、入浴の記録) <input checked="" type="checkbox"/> 加算に係るチェックシート、スクリーニング様式等 <input type="checkbox"/> その他 <small>(その他を選択した場合は以下に記載)</small>

以下の⑭～⑰いずれかの最低1つを満たす必要があります

事業所名： **X介護事業所（訪問介護）**

### 職員一覧

1 交付申請時点において対象事業所にて勤務し、ICTの活用が見込まれる職員の一覧

No.	氏名	No.	氏名
1	○○○ ○○	16	◆◆ ☆☆
2	×× ×××	17	◎◎◎ ○○
3	□□□ □□	18	□□□ ●●
4	◇◇ ◇◇	19	
5	●●● ●●	20	
6	■ ■ ■ ■	21	
7	▲▲ ▲	22	
8	△△ △△△	23	
9	◆◆ ◆◆	24	
10	☆☆☆ ☆☆	25	
11	◎◎◎ ◎◎	26	
12	○○○ ××	27	
13	□□□ ◇◇	28	
14	●●● ■ ■	29	
15	▲▲ △	30	

(注1) 交付申請時点において対象事業所にて勤務し、ICTの活用が見込まれる職員を記入すること。

(注2) 職員が事業所に勤務していることが確認できる書類（直近1ヶ月のシフト表等）を添付すること。

(注3) 訪問介護員や居宅介護支援専門員等の直接処遇職員だけでなく、ICTの活用が見込まれる管理者や生活相談員等の職員も記入して差し支えない。

(注4) 他事業所との兼務等している場合も、事業所において勤務し、ICTの活用が見込まれる場合には、対象として差し支えない。

職員数に応じて、別紙4-1の2 職員数を選択してください。

取得している者や

任意様式に記入すること。

2 上記1の職員一覧に記入した職員数合計

18

人※

※職員数に応じて、補助基準額を決定すること。

記入

※1法人1枚

## 誓約書

東京都知事 殿

令和5年度介護現場改革促進事業補助金交付要綱（令和5年3月31日4福保高介第2293号。  
（以下「要綱」という。）第5条の規定に基づく補助金の交付の申請を行うに当たり、以下（1）から（5）の事項をここに誓約します。

- （1）当該申請により補助金等の交付を受けようとする者（法人その他の団体にあつては、代表者、役員又は使用人その他の従業員若しくは構成員を含む。）が東京都暴力団排除条例第2条第2号に規定する暴力団、同条第3号に規定する暴力団員又は同条第4号に規定する暴力団関係者（以下「暴力団員等」という。）に該当せず、かつ将来にわたつても該当しないこと。
- （2）交付要綱による補助金の交付と対象経費を重複して、他の補助金等の交付を受けていないこと。
- （3）補助金の対象経費の支出に関する契約の相手方から寄付を受けていないこと。
- （4）補助金の対象経費の支出に関する契約に当たり、入札の実施や複数の見積書の比較など適切な手続きにより契約の相手方を決定すること。
- （5）法人として、社会福祉法（昭和26年法律第45号）、老人福祉法（昭和38年法律第133号）、介護保険法（平成9年法律第123号）又はこれらの法律に基づく命令に違反する事実がないこと。

また、この誓約に違反又は相違があり、要綱別記2補助条件8（1）の規定により補助金等の交付の決定の取消しを受けた場合において、要綱別記2補助条件9の規定に基づき返還を命じられたときは、これに異議なく応じることを誓約します。

あわせて、知事が必要と認めた場合には、暴力団員等であるか否かの確認のため、警視庁へ照会がなされることに同意します。

令和 5 年 ○ 月 × 日

所在地 東京都新宿区西新宿二丁目8番●号

法人名 社会福祉法人○○会

代表者職氏名 理事長 東京 太郎

印

\*法人その他の団体にあつては、主たる事務所の所在地、名称及び代表者の氏名を記入すること。

事業所名称： X介護事業所（訪問介護）

歳入歳出予算（見込）書抄本

1 歳入の部

(単位：円)

区 分	予算（見込）額	備 考
東京都補助金	725,000	
自己資金	1,425,000	
合 計	2,150,000	

2 歳出の部

区 分	予算（見込）額	備 考
機器購入費	1,850,000	××システム：1,000,000円 ○Pad：500,000円 ○○Wi-Fi：250,000円 ○○給与システム：100,000円
コンサルティング経費	300,000	委託料：300,000円
合 計	2,150,000	

本書は、原本と相違ないことを証明します。

令和 5 年 ○月 ×日

法人名： 社会福祉法人○○会

代表者職氏名： 理事長 東京 太郎

印

印鑑証明と同じ印鑑で  
押印してください。