事業計画書

１　応募事業所に関する基本情報

（１）事業所概要

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 |  |
| サービス種別 |  |
| 所在地 |  |
| 定員 |  |

（２）事業所における状況

　　①利用者（入居者）数（令和元年７月１日現在）

　　　　　　（単位：人）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 要介護度 | 要支援１ | 要支援２ | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 | 計 |
| 人　数 |  |  |  |  |  |  |  |  |

②人員配置状況(令和元年７月分)

令和元年７月における人員配置状況について、下表に常勤換算数でご記入ください。（該当する職種のみ）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 職種 | 常勤換算数（人） | 職種 | 常勤換算数（人） |
| 施設長（管理者） |  | 栄養士 | 　　　　　 |
| 医師 |  | 介護支援専門員・計画作成担当者 |  |
| 生活相談員 |  | 支援相談員 |  |
| 看護職員 |  | 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士 |  |
| 介護職員 |  | 薬剤師 |  |
| 機能訓練指導員 |  |  |  |
|  |  |  |  |

　 ※必要に応じて行を追加してください。

２　事業計画

（１）応募の目的

|  |
| --- |
| 今回の応募の動機や目的及び効果検証の取組みにかかる意欲を記載してください。 |
|  |

（２）効果検証を実施する際の体制

|  |
| --- |
| 今回の介護ロボット導入効果検証にあたって、どのような人員体制（職種や人数、連携体制等）を予定しているのか具体的に記載してください。 |
|  |

（３）事業所における現状と課題

|  |
| --- |
| ①現在、応募事業所において実施している介護従事者の負担軽減や定着支援に関する取組み、工夫等について記載してください。（これまでに介護ロボットを導入した実績がある場合はその機器名や活用状況等も記載してください。） |
| （負担軽減について）（定着支援について） |

|  |
| --- |
| ②介護従業者の負担軽減や定着支援、介護の質の向上の観点から、現在応募事業所が抱える課題を記載してください。 |
|  |

|  |
| --- |
| ③　②の課題を解決するために介護ロボットに期待する効果を記載してください。 |
|  |

（４）採択された場合に使用する介護ロボットについて

採択された場合に、効果検証に使用する介護ロボットについて、ご記入ください。（該当する番号に〇をつけ、必要事項を記入）

１　効果検証に使用したい機器が決まっている

機器名：

台数　：

□購入済み　　　□購入予定　　□リース等を予定

　２　効果検証に使用したい機器は決まっていない。採択後に購入又はリース等を行う。　（予算　　　　　　　　円）