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６年４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前年度平均利用者数　　　　　人

　　（併設短期入所がある場合は併設短期入所の前年度平均利用者数　　　人）

②人員配置状況(令和６年４月分)

令和６年４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）職員の負担軽減及び定着支援のための取り組み

　　①現在、職員の負担を軽減するために取り組んでいることをご記入ください。

　　②現在、職員の定着支援のため取り組んでいることをご記入ください。

※上記①②において、これまでに介護ロボットを使用したことがある場合は、使用機器や使用場面、使用した感想も併せてご記入ください。

（２）事業所が抱える課題と介護ロボットに期待する効果について

　①職員の負担軽減や職場環境、介護サービスの質の面で、現在事業所が抱える課題についてご記入ください。

②現時点でどのような介護ロボットの導入をイメージしていますか。該当するものに○をつけてください。（複数回答可）

　　ⅰ　移乗支援（装着型）　　ⅱ　移乗支援（非装着型）　　ⅲ　移動支援

　　ⅳ　排泄支援　　　　　　　ⅴ　見守り支援

　③介護ロボットを導入した際、介護ロボットの利用対象者及び使用場面について、想定している内容をご記入ください。

　④介護ロボットを導入して期待する効果をご記入ください。

　　ア　介護サービスの質の向上の観点から期待する効果

イ　職員の負担軽減や職場環境の改善の観点から期待する効果

（３）効果検証の実施体制について

　①効果検証を行うためには、多数の職員の協力が必要となります。効果検証を実施するための人員体制についてご記入ください。

　　ア　効果検証の実施の中心となる職員の想定（職種など具体的に）

　　イ　効果検証に関わる職種や人数、連携体制（具体的に）

　②効果検証を行うにあたっては、職員が新たな介護ロボットの使用に慣れていなかったり、導入前後のアンケート調査の実施等により、職員に負担が生じることが想定されます。そうした負担への配慮についてご記入ください。

　　ア　介護ロボットを使用することへの抵抗感を減らしたり、使用経験のない職員が円滑に使用できるようにしたりするための取り組み

　　イ　効果検証を実施する際の職員の事務負担増等への配慮

【参考】

　効果検証で使用してみたい介護ロボットがありましたらご記入ください。

　介護ロボットの名称：

　メーカー名：

　（注）効果検証のために導入する機器については、協力事業所に選定された後、事業所の課題と機器の適合性等についてなごや福祉用具プラザと調整の上決定していただきます。そのため、必ずしもご記入いただいた機器での効果検証とならない可能性もあります。