別紙１－１（様式第１号関係）

介　護　ロ　ボ　ッ　ト　導　入　計　画

令和　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　報告担当者職・氏名

　　　　　　　　　　　　　　　報告担当者連絡先（電話）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 (メール)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 法人名 | | 介護サービス事業所名 | | 介護サービスの種別 |
|  | | （事業所番号：　　　　　　　　　　） | |  |
| 介護ロボットの種別 | | 介護ロボットの製品名 | | |
|  | |  | | |
| 購入又はリース・レンタルの別 | | リース・レンタルの場合の契約（予定）期間（原則として３年以上） | | |
|  | | 令和　　年　月　～令和　　年　月 | | |
| 導入台（セット）数 | 購入又はリース・レンタルに要する経費の内訳 | | | |
|  |  | | | |
| 介護職員等の人員体制 | | | | |
| 【介護ロボット等導入前】 | | | 【介護ロボット等導入後】 | |
| 【介護ロボット導入スケジュール】 | | | | |
| 【介護ロボット導入により達成すべき目標】（3年間目途） | | | | |
| 【利用者のケアの質の向上及び職員の負担軽減に資する具体的な取組】 | | | | |
| 【介護ロボット等導入により期待される効果等】 | | | | |
| 【見守りセンサー・インカムやスマートフォン等のICT機器・介護記録ソフトの3点を活用する場合、その詳細】 | | | | |