

様式第1号（第5条関係）

令和8年度島根県介護テクノロジー定着支援事業費補助金交付申請書

第 号
年 月 日

島根県知事 様

所在地 〒

事業主体名
代表者職氏名

令和8年度において標記事業を下記のとおり実施したいので、島根県介護テクノロジー定着支援事業費補助金交付要綱第5条の規定により、関係書類を添えて申請します。

記

- | | | | |
|---|-----------------------------|---------|------|
| 1 | 交付申請額 | 金 | 円 |
| 2 | 介護テクノロジー導入計画 | 別紙（1） | のとおり |
| 3 | 経費所要額調書 | 別紙（2） | のとおり |
| 4 | 収支予算書 | 別紙（3） | のとおり |
| 5 | 業務改善計画 | 別紙（4） | のとおり |
| 6 | 最新版のケアプランデータ連携標準仕様への対応状況確認書 | 別紙参考様式1 | のとおり |
| 7 | LIFEのCSV取り込み機能への対応状況確認書 | 別紙参考様式2 | のとおり |

（注）6、7は該当事業所のみ作成すること。

（添付書類）

- ・見積書写し（補助対象経費がどの項目・金額か分かるようにマーカー、メモ等で明示すること）
- ・「介護現場革新サポートセンターしまね」への相談票（同じものを「介サポしまね」へ送付する必要はなし）
- ・介護保険法又は老人福祉法に基づき指定又は許可を受けたことを証する書類
- ・SECURITY ACTIONを宣言したことが分かる資料（自己宣言メールの写し等）
- ・その他参考となる資料（職員数一覧、導入する機器等のカタログ等）

別紙（１）（様式第１号関係）

介護テクノロジー導入計画

事業主体名（法人名等）	社会福祉法人 ●●●	
介護サービス事業所名	特別養護老人ホーム ●●●	
事業所のサービス種類	介護老人福祉施設	
担当者名	●● ●●	
連絡先	電話番号	XXXX-XX-XXXX
	メールアドレス	xxx@xxxx

申請内容	<input checked="" type="checkbox"/> 介護テクノロジー等 <input type="checkbox"/> パッケージ型導入 <input type="checkbox"/> 業務改善 ※該当する□にチェックを入れること
------	--

【補助要件等（共通）】

1 介護現場革新サポートセンターしまねが、令和8年5月28日及び令和8年6月19日に実施する「生産性向上（基礎）研修会」を受講した。（オンライン公開している「生産性向上の取組に関する研修動画」の動画視聴も可） 受講（視聴）者 職・氏名：施設長 ●● ●● 受講（視聴）年月日：令和8年7月●日	<input checked="" type="checkbox"/>
または、「コンサルティング会社等による業務改善」による支援を受ける予定がある。	<input type="checkbox"/>
2 本事業による導入・活用により、業務の改善・効率化等が進められ、職員の業務負担軽減やサービスの質の向上など生産性向上が図られるとともに、収支の改善が図られた場合には、職員の賃金へも適切に還元することとし、その旨を職員等に周知する。	<input checked="" type="checkbox"/>
3 LIFEによる情報収集に協力する。	<input checked="" type="checkbox"/>
4 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」又は「★★二つ星」のいずれかを宣言している。（SECURITY ACTION 自己宣言の完了が確認できる書類を添付すること。）	<input checked="" type="checkbox"/>
5 厚生労働省等が実施する効果検証事業等に可能な限り協力する。	<input checked="" type="checkbox"/>
（補助金実施要綱6③に掲げるサービス（施設系サービス）を行う事業所等の場合に記載） 6 利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会を設置している。	<input checked="" type="checkbox"/>
（補助金実施要綱6④に掲げるサービス（居宅系サービス）を行う事業所等の場合に記載） 7 令和8年度内に「ケアプランデータ連携システム等（※）」の利用を開始する。または、既に利用を開始している。	<input type="checkbox"/>

※「居宅介護支援費に係るシステム評価検討会」において、ケアプランデータ連携システムと同等の機能とセキュリティを有するシステムとして認められたもの（まめネット（しまね医療情報ネットワーク）の「ケアプラン交換サービス」）を含む。	
8 令和9年2月19日までに納品が完了するものである。	<input checked="" type="checkbox"/>

【介護テクノロジー等の導入】（当該事業の補助を申請する場合に記載すること。）

介護テクノロジー等の製品名		導入台（セット）数	
見守りセンサー●●●		10台（セット）	
Wi-Fi 環境整備		一式	
タブレット端末		3台（セット）	
インカム		20台（セット）	
購入又はリースの別	購入	購入（予定）時期	令和8年10月
		リースの契約（予定）期間	年 月 から 年 月 まで
導入スケジュール、実施体制	●月 事業所内の●●委員会において、現状分析や導入機器の選定 ●月 導入に向けた準備（業務フローの作成等）、利用者・職員への周知 ●月 補助金交付決定後、機器等の発注 ●月 機器の納入、Wi-Fi 環境整備工事の完了 ●月 購入先業者による操作説明研修会 以後、●か月に1回程度●●委員会において効果検証と活用方法の見直し		
導入する意義・目的、期待する効果（導入効果を示す評価指標を定めること。）	夜間の訪室回数の減少により、職員の負担軽減や、入居者の転倒リスクの低減ができる。 【評価指標：夜間の平均訪室回数、入居者の満足度】		
（介護ソフトを導入する場合に記載） 導入する介護ソフトは、記録業務、情報共有業務、請求業務を一気通貫（転記等の業務が発生しないこと）で行うことが可能となっているものである。 ※過去に導入した介護ソフトにより既に一气通貫となっている場合は、 <input checked="" type="checkbox"/> を記入した上で、介護ソフトの製品名を記載すること。		<input type="checkbox"/>	
		ソフト名 <small>（介護ソフト導入済の場合）</small>	
（居宅介護支援事業所、介護予防支援事業所、居宅サービス事業所、介護予防サービス事業所が介護ソフトを導入する場合に記載） 国民健康保険中央会が実施するベンダー試験の結果及び厚生労働省が情報提供する「介護ソフト機能調査」の結果において、（1）「ケアプランデータ連携標準仕様」に準じたCSVファイルの出力・取込機能を有していること、（2）国民健康保険中央会が運営する「ケアプランデータ連携システム」の活用促進の		<input type="checkbox"/>	

<p>ためのサポート体制が整っていること。</p>	
<p>(施設サービス事業所、地域密着型サービス事業所における地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護事業所が介護ソフトを申請する場合) 厚生労働省が情報提供する「介護ソフトの機能調査結果」において、厚生労働省 HP (科学的介護情報システム (LIFE) について) に掲載されている「CSV 連携仕様書 (LIFE)」に準じた CSV ファイルの出力機能を有していることが確認できるものであること。</p>	<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p>
<p>研究開発品ではなく、企業が保証する商用の製品である。</p>	<p style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/></p>

経費所要額調書

・ 行や列の追加・削除をしないでください。
 ・ 赤字のセルの数式を改変しないでください。

交付申請書(様式第1号)の記載と同じ内容を転記してください。

法人名: 社会福祉法人 ●●●●
 法人所在地: 〒●●●●-●●●● ●●市●●町●●番地
 法人代表者職氏名: 理事長 ●● ●●
 交付申請日: 令和8年7月●日

事業所名: 特別養護老人ホーム●●●●
 サービス種別: 介護老人福祉施設
 職員数: 0

担当者: ●● ●●
 電話番号: XXXX-XX-XXXX
 メールアドレス: XXX@XXXX

補助対象外経費や、寄付金その他収入額がある場合には、これらを控除した金額を記入してください(以下、同様)。

「介護業務支援」に係る介護ソフトの申請を行う場合は、別シートの「職員数一覧」を、先に入力してください(数字は自動反映されます)。「介護業務支援」に係る介護ソフトの申請を行わない場合は、入力不要です(「0」のままでも可)。

■ 介護テクノロジー(「介護業務支援」に係る介護ソフト・バックオフィスソフト以外)

(単位: 円)

種別(1) ※プルダウンリストから選択	種別(2) ※種別(1)が「その他」の場合のみ、プルダウンリストから選択	製品名 (本体機器)	1台あたりの金額(税抜)		付帯する通信環境整備 (Wi-Fi環境整備、モデム・ルーター、アクセスポイント、システム管理サーバー、ネットワーク構築等 等)	金額(税抜)	付帯して導入するPC・タブレット端末等		経費合計 $A \times B + C + D \times E = F$	本体機器1台あたりの補助対象経費(税抜) $F / B = G$	$G \times 4 / 5$ (千円未満切捨て)	1台当たりの補助限度額	補助基本額 (HまたはIのいずれか低い額)	補助金所要額 $J \times B$
			A	B			D	E						
⑨見守り・コミュニケーション(施設)		見守りセンサー●●●●	100,000	10	Wi-Fi環境整備一式	500,000	タブレット端末●●●●	125,000	1,875,000	187,500	150,000	300,000	150,000	1,500,000
その他	職員間の情報共有や職員の移動負担の軽減など効果的・効率的なコミュニケーションを図るための機器(インカム等)	インカム●●●●	20,000	20					400,000	20,000	16,000	1,000,000	16,000	320,000
									0	0	0		0	0
									0	0	0		0	0
									0	0	0		0	0
									0	0	0		0	0
														1,820,000

■ 介護テクノロジー(「介護業務支援」に係る介護ソフト・バックオフィスソフト)

(単位: 円)

種別 ※プルダウンリストから選択	製品名(本体機器)・導入台数	補助対象経費(税抜)	付帯する通信環境整備 (Wi-Fi環境整備、モデム・ルーター、アクセスポイント、システム管理サーバー、ネットワーク構築等 等)	金額(税抜)	付帯して導入するPC・タブレット端末等	1台あたりの金額(税抜) 12.5万円以内	導入台数	経費合計 $K + L + M \times N = O$	Oの合計額 $\times 4 / 5$ (千円未満切捨て)	職員数に応じて必要なライセンス数変動する等、職員数により合計金額が変動する契約か(該当する場合は「O」)	令和8年度中に「ケアプランデータ連携システム」等により5事業所以上とデータ連携を実施予定(該当する場合は「O」)	補助限度額	補助基本額 (PまたはQのいずれか低い額)	補助金所要額
								0						
								0						
								0	0			2,500,000	0	0
								0						
								0						
								0	0			2,650,000	0	0
								0						
								0						

介護ソフトの導入と合わせて、実施要綱4(1)イの支援(※)を活用する場合は、上欄ではなく下欄に入力してください。

※介護ソフト・バックオフィスソフトの導入に伴い、一体的に使用するための「付帯する通信環境整備」及び「付帯して導入するPC・タブレット端末等」をあわせて申請するもの。

■ 介護テクノロジーのパッケージ型導入

(単位：円)

区分	種別 ※プルダウンリストから 選択	製品名(本体機 器)・導入台数	補助対象経費 (税抜) S	付帯する通信環境整備 (Wi-Fi環境整備、モデム・ ルーター、アクセスポイン ト、システム管理サーバー、 ネットワーク構築等 等)	金額 (税抜) T	付帯して導入 するPC・タブ レット端末等	1台あたりの 金額 (税抜) 12.5万円以内 U	導入 台数 V	経費合計 $S+T+U \times V=W$	Wの合計額 $\times 4/5$ (千円未満切捨て) X	補助限度額 Y	補助基本額 (XまたはYのいず れか低い額) Z	補助金所要額 Z	
														0
「介護業務支援」に該当 するもの	⑬介護業務支援								0					
									0					
										0				
										0				
										0				
										0	0	10,000,000	0	0
上記と連動することで効 果が高まるもの									0					
									0					
									0					
									0					
									0					
									0					

■ 介護テクノロジー導入と一体的に行う業務改善

(単位：円)

区分	委託業務等の内容	補助対象経費 (税抜) α	α の合計額 $\times 4/5$ (千円未満切捨て) β	補助限度額 γ	補助基本額 (β または γ のいず れか低い額)	補助金所要額
コンサルティング会社等による業務改善支援						
「介護現場革新サポートセンターしまね」による業務改善支援			0	480,000	0	0

補助金所要額の合計	円 1,820,000
-----------	----------------

別紙（3） 収支予算書

【収入の部】

別紙（2）の合計額から、自動で転記されます。

	予算額（円）
県補助金額	1,820,000
事業者負担額	765,000
寄付金その他の収入額（●●●）	
計	2,585,000

その他のものがある場合は、（）内に具体的に記入してください。
（支出の部も同様）

【支出の部】

	予算額（円）
備品購入費	2,035,000
使用料及び賃借料（リースの場合）	
工事費（通信環境整備のための配線工事等）	550,000
業務委託料・報償費・負担金	
その他の支出（●●●）	
計	2,585,000

- ※ 収入の部と支出の部の合計は、必ず一致するよう入力してください。
- ※ 赤字のセルには数式が入っているため、改変しないようご注意ください。
- ※ 収入の部、支出の部ともに、合計額は消費税込みの総事業費となるようにしてください。

- ⇒該当する選択肢の横に○印をつけてください
- ⇒プルダウンメニューから該当する選択肢を1つ選んでください
- ⇒文字等を直接入力してください

○ 介護テクノロジー定着支援事業 業務改善計画様式

(ア)事業所の基本情報

(1)	事業所番号	XXXXXXXXXX
(2)	事業所名	特別養護老人ホーム●●●
(3)	事業所所在都道府県	32島根県
(4)	事業所所在住所	●●市●●町●●番地
(5)	サービス種別	510_介護老人福祉施設
(6)	利用者数(申請時点)	11~20名
(7)	職員数(申請時点)	31~40名

(イ)事業計画

①-1 事業所の課題

複数選択可	<input type="checkbox"/>	記録業務に要する時間が長い	<input type="checkbox"/>	文書の量が多い
	<input type="checkbox"/>	事業所内の情報共有が非効率	<input type="checkbox"/>	他事業所との情報共有が非効率
	<input type="checkbox"/>	職員の心理的負担が大きい	<input type="checkbox"/>	超過勤務が多い
	<input type="checkbox"/>	記録が不正確・不十分		
	<input type="checkbox"/>	その他		(自由記述)

①-2 導入する機器等

※導入済み機器は「●」を、今年度導入予定機器は「○」を入力ください

複数選択可	<input checked="" type="checkbox"/>	介護ソフト等	<input checked="" type="checkbox"/>	モバイルPC
	<input type="checkbox"/>	タブレット情報端末	<input checked="" type="checkbox"/>	スマートフォン
	<input checked="" type="checkbox"/>	通信環境機器等	<input type="checkbox"/>	インカム
	<input checked="" type="checkbox"/>	介護ロボット(見守りセンサー以外)	<input type="checkbox"/>	見守りセンサー
	<input type="checkbox"/>	その他		(自由記述)

② 参考にした資料等

複数選択可	<input type="checkbox"/>	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
	<input type="checkbox"/>	介護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
	<input type="checkbox"/>	介護ソフトを選定・導入する際のポイント集
	<input type="checkbox"/>	介護ロボットのパッケージ導入モデル
	<input type="checkbox"/>	介護現場で活用されるテクノロジー便覧
	<input type="checkbox"/>	プラットフォーム窓口や介護生産性向上総合相談センター
<input type="checkbox"/>	その他	(自由記述)

③ 研修等への参加状況

複数選択可	<input type="checkbox"/>	厚生労働省主催 介護現場における生産性向上推進フォーラム(オンデマンド視聴を含む)
	<input type="checkbox"/>	厚生労働省主催 介護現場における生産性向上ビギナーセミナー(オンデマンド視聴を含む)
	<input type="checkbox"/>	日本介護福祉士会主催 デジタル・テクノロジー基本研修
	<input type="checkbox"/>	その他

④ 機器等の導入と併せて実施する取組

複数選択可	<input type="checkbox"/>	職場の環境整備の見直し(整理整頓等)
	<input type="checkbox"/>	業務の明確化と役割分担の見直し(業務全体の流れの再構築、テクノロジーの活用等)
	<input type="checkbox"/>	業務手順書・マニュアルの作成(申し送り等の標準化等)
	<input type="checkbox"/>	記録・報告様式の見直し
	<input type="checkbox"/>	情報共有の方法の見直し
	<input type="checkbox"/>	OJTの仕組みづくり(研修の実施等)
	<input type="checkbox"/>	理念・行動指針の徹底
<input type="checkbox"/>	その他	(自由記述)

⑤-1 文書量を半減させる予定の文書の書類

複数選択可	<input 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、サービス担当者会議録)
	<input type="checkbox"/>	介護報酬の請求に関する文書(例:サービス提供表、介護給付費明細書)
	<input type="checkbox"/>	実施記録(例:送迎の記録、入浴の記録)
	<input type="checkbox"/>	加算に係るチェックシート、スクリーニング様式等(例:各種スクリーニング様式等)
	<input type="checkbox"/>	その他

⑤-2 文書の具体的な枚数

⑥ ケアプランデータ連携システム等(※)の利用

※「居宅介護支援費に係るシステム評価検討会」において、ケアプランデータ連携システムと同等の機能とセキュリティを有するシステムとして認められたもの(まめネット(しまね医療情報ネットワーク)の「ケアプラン交換サービス」)を含む。

同システムの利用開始状況	利用していない
同システムでの連携先事業所数	

⑦ 利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会を設置している

設置有無	設置
------	----

⑧-1 LIFEの利用

択一	
----	--

⑧-2 データ登録している方法

<input type="checkbox"/>	インポート(CSV取込)機能の活用	<input type="checkbox"/>	LIFE上での直接入力
--------------------------	-------------------	--------------------------	-------------

⑨ セキュリティ対策

「SECURITY ACTION」宣言	択一	「★一つ星」又は「★★二つ星」のいずれかを宣言している(同等の対策含む)
---------------------	----	--------------------------------------

御見積書

特別養護老人ホーム●●● 御中

株式会社□□□□□

〒xxx-xxxx

TEL: xxxx-xx-xxxx

FAX: xxxx-xx-xxxx

下記の通り、御見積り申し上げます。

件名: 見守りセンサー●●●ほか

支払期限: 令和●年●月●日

振込先: ●●●

合計金額	¥2,695,000
------	------------

内容	数量	単価	金額
見守りセンサー●●●	10	¥100,000	¥1,000,000
Wi-Fi環境整備一式	1	¥500,000	¥500,000
タブレット端末●●●	3	¥150,000	(上限125,000) ¥450,000
インカム●●●	20	¥20,000	¥400,000
書棚 → 申請対象外	1	¥100,000	¥100,000
		小計	¥2,450,000
		消費税	¥245,000
		合計	¥2,695,000

備考

--

<相談票>

島根県介護テクノロジー定着支援事業 関連

法人名	社会福祉法人 ●●●	
事業所名	特別養護老人ホーム ●●●	
相談者（代表者）氏名	●● ●●	
連絡先	電話番号	XXXX-XX-XXXX
	メールアドレス	xxx@xxxx

【相談内容について】

問1 島根県介護テクノロジー定着支援事業に係る介護テクノロジー等の導入にあたり、懸念事項や専門家へ相談したいことはありますか。

1. ある

2. ない

問2 問1で『1. ある』と回答した場合、相談内容・困りごとの詳細【自由記述】

※ 相談等の内容によっては、「介護現場革新サポートセンターしまね」と情報を共有して対応します。

この他に、下記書類も必要ですのでご注意ください。

- ・ 介護保険法又は老人福祉法に基づき指定又は許可を受けたことを証する書類
- ・ SECURITY ACTION を宣言したことが分かる資料（自己宣言メールの写し等）
- ・ その他参考となる資料（職員数一覧、導入する機器等のカタログ等）

※ 「職員数一覧」は「介護業務支援」に係る介護ソフトの申請を行う場合のみ必要です。