

令和7年度介護サービス事業所ICT導入支援事業（ICT導入計画書）

県では、介護事業所等が介護ソフトなどのICT等を導入する際の支援を行うことにより、介護記録・情報共有・報酬請求等の業務の効率化や介護サービスの質の向上を図ることとしております。

今年度、介護サービス事業所ICT導入支援事業の補助金を希望される場合は、必ず計画書を提出してください。

※ 同じ法人で複数の事業所がある場合は、各事業所ごとに回答してください。

印は必須項目です。必ずご記入ください。

⚠ 文字を変換するときに、🌀 環境依存文字は使用することはできませんので、ご注意ください。

⚠ ブラウザの「戻る」「更新」ボタンを使用すると正しく処理できませんので、使用しないでください。

⚠ 60分間通信がない（ページ移動がない）場合、タイムアウトとなり入力内容が破棄されます。ご記入に時間がかかる場合は一時保存をご利用ください。

【1】法人名

法人名を記入してください。

例）社会福祉法人〇〇，医療法人△△

（全角50文字まで）

社会福祉法人〇〇〇

【2】施設・事業所名称

事業所等の名称を記入してください。

例）特別養護老人ホーム〇〇

〇〇通所介護事業所

ホームヘルパーステーション〇〇

（200文字まで）

特別養護老人ホーム〇〇〇

【3】事業所番号

貴事業所等の介護事業所番号を記入してください。

例）46〇〇〇〇〇〇〇〇

（半角英数10文字まで）

4600000000

【4】サービス種別

介護予防サービスは、介護サービス種類に含めます。

☒ 介護老人福祉施設

☐ 介護老人保健施設

☐ 介護医療院

☐ 訪問介護

☐ 訪問入浴介護

☐ 訪問看護

1 法人で複数サービスでの応募は、サービス種別ごとに応募（入力）してください。

1 法人で複数サービスの応募については、それぞれの応募について【34】に応募したサービス種別をすべて記入してください。

【テストモード】 デーション

- ☐ 居宅療養管理指導
- ☐ 通所介護
- ☐ 通所リハビリテーション
- ☐ 短期入所生活介護
- ☐ 短期入所療養介護
- ☐ 特定施設入居者生活介護
- ☐ 福祉用具貸与
- ☐ 特定福祉用具販売
- ☐ 認知症対応型共同生活介護
- ☐ 地域密着型特定施設入居者生活介護
- ☐ 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
- ☐ 認知症対応型通所介護
- ☐ 夜間対応型訪問介護
- ☐ 小規模多機能型居宅介護
- ☐ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護
- ☐ 看護小規模多機能型居宅介護
- ☐ 地域密着型通所介護
- ☐ 居宅介護支援
- ☐ その他

【5】事業所の職員数

貴事業所等の職員数を記入して下さい。

例) 30名

※ 職員数は、計画書作成時点の常勤換算した職員数を記入してください（小数点以下は四捨五入）。

※ 居宅を訪問してサービスを提供する職員（訪問介護員、居宅介護支援専門員等）及び管理者や生活相談員等の職員にうちては、従事する職務の性質上、実人数（常勤・非常勤の別は問わない）としても差し支えありません。

(50文字まで)

20 名

【6】導入予定機器等

(4個まで選択可能)

- ☒ (1) 介護ソフト等
- ☒ (2) タブレット情報端末
- ☒ (3) 通信環境機器等
- ☒ (4) その他

【7】(1) 介護ソフト等【製品名等】

※ 記録業務、情報共有業務、請求業務を一気通貫で行うことが可能となっているもの。

※ 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については、下記を要件とします。

- ・ ケアブ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
- ・ 公益社団法人国民健康保険中央会が運営する「ケアブランデータ連携システム」の活用促進のためのサポート体制が整っていること

(200文字まで)

製品名等 介護ソフト〇〇〇 (株式会社□□)

介護ソフトは製品名、メーカーまで入力してください。

【8】(1) 介護ソフト等【導入(予定)】年月日

例) 令和7年12月15日

(200文字まで)

導入(予定)等年月日 令和7年10月20日

【9】(1) 介護ソフト等【導入(予定)金額】

金額 1000000

円(税込)

【10】(2) PC, タブレット端末等【製品名等】

(200文字まで)

製品名等 〇〇インチiPad Air Fi-hi (5台)

製品名、導入数まで入力してください。

【11】(2) PC, タブレット端末等【導入(予定)年月日】

例) 令和7年12月15日

(200文字まで)

導入(予定)等年月日 令和7年10月20日

【12】(2) PC, タブレット端末等【導入(予定)金額】

金額 200000

円(税込)

【13】(3) 通信環境整備にかかる経費【製品名等】

(200文字まで)

製品名等 ルーターFi-HiHiWNR-3000 (3機)

製品名、導入数まで入力してください。

【14】(3) 通信環境整備にかかる経費【導入(予定)年月日】

例) 令和7年12月15日

(200文字まで)

導入(予定)等年月日 令和7年10月20日

【15】(3) 通信環境整備にかかる経費【導入(予定)金額】

金額 150000

円(税込)

【16】(4) その他【製品名等】

(200文字まで)

製品名等 勤怠管理システム〇〇〇 (株式会社□□)

製品名、メーカーまで入力してください。

税込み

【デストモード】他【導入（予定）年月日】

例）令和7年12月15日

（200文字まで）

導入（予定）等年月日 令和7年10月20日

【18】（4）その他【導入（予定）金額】

金額 300000

円（税込）

税込み

【19】申請予定額（合計）

1650000 円（税込）

自動計算

【20】介護ソフトの基準額

（1）～（4）職員数に応じて変動する介護ソフト及び（5）それ以外の方式の契約から選択してください。

- ☐（1）職員数1名以上10名以下 1,000,000円
- ☒（2）職員数11名以上20名以下 1,500,000円
- ☐（3）職員数21名以上30名以下 2,000,000円
- ☐（4）職員数31名以上 2,500,000円
- ☐（5）それ以外の方式の契約 2,500,000円

（1）～（4）を選択する場合は、【5】で入力した「事業所の職員数」と一致していること。

【21】ケアブランデータ連携システムによるデータ連携（令和7年度中、5事業所以上）

訪問介護事業所等の居宅サービス事業所又は居宅介護支援事業所（介護予防も含む。）であって、令和7年度中にケアブランデータ連携システムにより5事業所以上とデータ連携を実施する場合は、基準額に5万円が加算されます。

- ☐実施する。
- ☒実施しない。

【23】導入する意義・目的

（9999文字まで） 具体的に記入してください。

・スタッフに介護ソフトをインストールしたタブレット端末を携帯させ、介護記録をタブレット端末で行い、入力したデータを情報共有や請求業務に活用し、介護記録を転記することがないようにし、業務の効率化を図る。（記入例）

【24】導入により達成すべき目標

（9999文字まで） 具体的に記入してください。

- ・一人あたりの間接業務の時間（移動や書類の記入など、直接ケアにあたらない時間）を一月単位で60分短縮する。
- ・サービス提供記録、アセスメント結果やモニタリングに関する記録等の書類を1月単位で6割削減する。（記入例）

【25】導入により期待される効果

(9999文字まで) **具体的に記入してください。**

- ・介護記録の転記をなくすことで、職員に余裕が生まれ、専門業務に専念する時間が増える。

(記入例)

【26】補助要件

次に掲げるすべてを満たすことを補助要件とします。

※（１）及び（２）の対象となるサービスについては、交付要綱別表を確認してください。

(7個まで選択可能) **７項目すべてを満たすことが補助要件となります。**

- ☒ （１）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（名称は問わない）を設置すること。
- ☒ （２）ケアプランデータ連携システムの利用を開始すること
- ☒ （３）本事業によるＩＣＴの導入・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こと。
- ☒ （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」のいずれかを宣言すること。加えて、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ること。なお、SECURITY ACTION対象外の事業所については、同等の対策（一つ星or二つ星）を講じていることを宣言すること。
- ☒ （５）厚生労働省が発行する「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」等の資料を参考に業務改善に取り組み、実施要綱７「業務改善計画の作成及び効果の報告・公表」に基づき、業務改善計画を作成すること。
- ☒ （６）科学的介護情報システム（LIFE）による情報収集に協力すること。
- ☒ （７）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こと。

【27】添付ファイルの種類

添付するファイルを選択してください。

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申請する場合は、（３）最新版のケアプラン標準仕様への対応状況確認書を添付してください。（別紙様式は県ホームページに掲載）

(3個まで選択可能)

- ☒ (1) 見積書（あれば契約書、納品書、領収書） ※事業所ごとのもの
- ☒ (2) カタログ・パンフレット
- ☒ (3) 最新版のケアプラン標準仕様への対応状況確認書（別紙様式）

【28】 添付ファイルの保存（見積書等）

【27】の（1）で選択した見積書（あれば契約書、納品書、領収書）のファイルを保存してください。
（最大アップロードサイズ: 10MB）

ファイルを選択してください。

選択

申請する対象経費の見積書等のアップロード（必須）

【29】 添付ファイルの保存（カタログ・パンフレット）

【27】の（2）で選択したカタログ・パンフレットのファイルを保存してください。
（最大アップロードサイズ: 10MB）

ファイルを選択してください。

選択

申請する対象経費のカタログ・パンフレットのアップロード

【30】 添付ファイルの保存

【27】の（3）で選択した最新のケアプラン標準仕様への対応状況確認書（別紙様式）のファイルを保存してください。
（最大アップロードサイズ: 10MB）

ファイルを選択してください。

選択

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申請する場合は、別紙様
式をアップロードしてください。
※別紙様式は、県ホームページに掲載してあります。

【31】 貴施設・事業所の住所

例) 〒000-0000 鹿児島県鹿児島市〇〇〇〇〇

- ※ 発送等に使用する場合もあります。
- 郵便番号も必ず記入してください。

〒

(200文字まで)

000-0000

住所

(200文字まで)

鹿児島県鹿児島市〇〇〇〇〇

【32】 貴施設・事業所の電話番号、メールアドレス

連絡がつく電話番号、メールアドレスを記入してください。

- ※ 発送等に使用する場合もあります。確実に連絡がとれる連絡先を記載してください。
- ※ 電話番号はハイフンなしで記載してください。

電話番号

(200文字まで)

0000000000

メールアドレス

(200文字まで)

〇〇〇@〇〇.〇〇.〇〇

【33】 担当者名

御連絡する必要がある時に、記入いただいた担当者様へおたずねします。

(全角10文字まで)

〇〇 〇〇

【34】 その他

(記入例) 1 法人で3サービスの応募しています。(介護老人福祉施設, 通所リハビリテーション, 短期入所生活介護)

(全角200文字まで)

1 法人で3サービスの応募しています。
(介護老人福祉施設, 通所リハビリテーション, 短期入所生活介護)

1 法人で複数サービスの応募をする場合は、
それぞれの応募について、すべての応募する
サービスを記入してください。

お問い合わせ先

部署名	鹿児島県高齢者生き生き推進課介護保険室
電話番号	099-286-2687
メールアドレス	k-jigyos@pref.kagoshima.lg.jp

鹿児島県電子申請共同運営システム (e (イー) 申請)