

令和7年度福岡県介護DX支援事業費補助金

実績報告書 作成要領

○提出期限 令和8年1月31日（土）

○書類の提出先

- （1）委託先：麻生教育サービス株式会社
- （2）提出先：電子受付の提出先 ※委託先より個別に御案内いたします。

○書類の提出方法 電子受付

○問い合わせ先

本補助金のお問い合わせにつきましては、上記委託先までご連絡ください。
なお、お問い合わせにつきましては、原則WEB上にてご連絡いただきますよう
お願いいたします。

※お問い合わせ先

<https://aso-education.form.kintoneapp.com/public/dx-inquiry>

※福岡県への直接のお問い合わせはお控えください。

1 提出書類

以下①～⑪の書類を添付し、電子受付により提出すること。

このほか、必要に応じて、本県から追加資料の提出を求める場合がある。

なお、提出された書類は原則として返却しない。

提出書類		提出方法
①	基本情報入力シート	電子受付
②	補助要件適合確認シート	
③	提出書類チェックリスト	
④	福岡県介護DX支援事業費補助金実績報告書（様式6）	
⑤	経費所要額精算書（様式6-2）	
⑥	対象経費の精算額内訳（様式6-3）	
⑦	補助実績額算出シート	
⑧	補助対象事業に係る契約書等の写し ※注	
⑨	補助対象事業に係る領収書の写し ※注	
⑩	補助対象事業の概要を確認できるもの（写真等） ※注	
⑪	業務改善計画	

※注 提出書類については、以下の点について留意の上、書類を提出すること。

本補助金による取組の確認ができる書類	
①	<p>対象経費を注文したことが分かる書類の写し (原本不可)</p> <p>【例】注文書、契約書、注文メールの写し 等 ※注文（契約）した日付の記載があるものを提出すること。 (日付の記載がないものは無効。) ※口頭での発注とせず、メールや書面等により注文を行うこと。</p>
②	<p>対象経費の支払いをしたことが分かる書類の写し (原本不可)</p> <p>【例】領収書、インターネットバンキングの写し 等 ※支払の日付と金額の記載があるものを提出すること。 (日付の記載がないものは無効。)</p>
③	<p>対象経費の写真</p> <p>ア) <u>A. 重点分野に該当するテクノロジー及びB. 重点分野に該当しない その他の機器を導入した場合</u> • 導入機器の台数分の写真 ※段ボールに入った状態等梱包された状態での写真は不可。必ず開封の上、 写真を撮影し提出すること。</p> <p>イ) <u>C. 介護ソフトを導入した場合</u> • 導入したライセンス分、パソコン等の端末で介護ソフトを起動し、 撮影した写真 ※サーバーライセンス等を導入した場合で、上記に扱り難い場合、 ライセンスキーの写真、ライセンス証書の写し 等</p> <p>ウ) <u>重点分野に該当する機器の導入に付帯して導入する機器</u> • パソコン、タブレット端末、サーバー等付帯して導入した機器の 台数分の写真 ※介護ソフトの導入に付帯して導入したパソコン、タブレット端末、 スマートフォンは介護ソフトを立ち上げた状態で写真を撮影し提出 すること。 ※段ボールに入った状態等梱包された状態での写真は不可。必ず開封の上、 写真を撮影し提出すること。</p> <p>• Wi-Fi環境整備を実施した場合は、Wi-Fi環境整備の ために導入した機器等（アクセスポイント、ルーター等）の台数分の写真</p>

2 書類の作成例

以下は書類の作成例となっているため、参考に実績報告書を作成すること。

①基本情報入力シート

1 基本情報

⇒下表に必要事項を入力してください。記入内容が別紙様式に反映されます。

法人名	法人格	社会福祉法人
	法人格の位置	社名の前
	社名(法人格を除いた名称)	福岡県庁
法人住所	法人名	社会福祉法人 福岡県庁
	郵便番号	811-8577
	住所1(番地まで)	福岡県福岡市博多区東公園7番7号
法人代表者	住所2(建物名等)	
	職名	理事長
	氏名	福岡 太郎
報告事業所名	名称	特別養護老人ホーム 福岡県庁
報告事業所 事業所番号	事業所番号	4000000000
報告事業所住所	郵便番号	812-8577
	住所1(番地・住居番号まで)	福岡県福岡市博多区東公園7番7号
	住所2(建物名等)	
報告事業所サービス種別	サービス種別	介護老人福祉施設
	(特定施設入居者生活介護の場合)施設の区分	
	(地域密着型特定施設入居者生活介護の場合)施設の区分	

注1

2 申請情報

報告日	日付	令和7年12月10日
文書番号	事業所管理の文書番号	注2 福岡発番〇〇〇号
交付決定通知の枝番号	枝番号	注3 98

・基本情報入力シートに入力した内容が、他のシートに転記されるため、誤りがないように入力を行うこと。

※注1：サービス種別が「特定施設入居者生活介護」又は「地域密着型特定施設入居者生活介護」の場合、施設の区分を選択すること。

※注2：法人・事業所で外部に発出する文書に番号を付与している場合は、その番号を入力すること。(番号を付与していない場合は、入力不要)

※注3：県から送付された交付決定通知書の右上に記載している枝番号を入力すること。

(例) 7高ヶ推第2218号-98 ←ここの数字のみ入力

枝番号は「98」

②補助要件適合確認シート

補助要件適合確認シート

①報告する内容に従い、次の項目について回答してください。

〈報告内容確認〉

「A.重点分野に該当する介護テクノロジー(介護ソフトを除く)」を導入しましたか？	<input checked="" type="radio"/>
「B.重点分野に該当しないその他の機器」を導入しましたか？	<input checked="" type="radio"/>

導入した機器を全て選択してください。

・移乗や移動を支援する機器であり重点分野に該当しない機器（床走行式リフト、天井吊り下げリフト）	<input checked="" type="radio"/>
・介護施設等における調理支援などの職員の負担を軽減する機器（一括で調理支援を行う機器、加熱・冷蔵機能等を備えた配膳車や配膳ロボット等）	<input checked="" type="radio"/>
・移乗支援の場面で使用する生産性向上に資する福祉用具（スライディングボード、スライディングシート、スライディンググローブ）	<input checked="" type="radio"/>
・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）	<input checked="" type="radio"/>
・バックオフィスソフト（電子サインシステム、給与・勤怠管理等）	<input checked="" type="radio"/>
・バイタル測定が可能なウェアラブル端末	<input checked="" type="radio"/>

申請時点の利用定員数を入力してください。

※利用定員がないサービスの場合、利用者数を入力してください。

注1

100人

「C.介護ソフト」を導入しましたか？

令和7年度中に「ケアプ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しましたか？

いいえ

導入した介護ソフトはアカウント数によりライセンス料が変動しますか？

はい

申請時点の導入事業所の職員数を入力してください。

※職員数の考え方は、「令和7年度介護DX支援事業費補助金実施要領」の8ページを参照してください。

注1

31人

「D.介護テクノロジーのパッケージ型の導入」を導入しましたか？

「E.導入支援と一緒に実施する業務改善支援」を導入しましたか？

〈ケアプランデータ連携システムによる連携事業所〉

番号	事業所番号	事業所名
①		
②		
③		
④		
⑤		

注2

②該当する補助要件について、回答してください。（該当する補助要件は全て満たす必要があります。）

〈補助要件適合確認〉

A~E共通		
次のいずれかの支援を受けること		
生産性向上について、第三者（コンサル企業等）から個別の契約に基づく支援を受けましたか。	<input checked="" type="checkbox"/>	注3
福岡県介護DX支援センターが主催するセミナーへ参加した又は、オンデマンド配信動画を視聴しましたか。	<input checked="" type="checkbox"/>	はい
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ますか。	<input checked="" type="checkbox"/>	はい
「ケアプランデータ連携システム」の利用を開始していますか。	<input checked="" type="checkbox"/>	
「SECURITY ACTION」の「★一つ星」又は「★★二つ星」のいずれかを宣言していますか。	<input checked="" type="checkbox"/>	はい
以下の項目は、回答の必要はありませんが、補助金の要件となっておりますので、再度ご確認ください。		
本事業による機器等の導入・活用により、業務の改善・効率化等が進められ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し、その旨を職員等に周知すること。	<input checked="" type="checkbox"/>	
科学的介護情報システム（Long-term care Information system For Evidence;LIFE（ライフ））による情報収集に協力すること。	<input checked="" type="checkbox"/>	
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。	<input checked="" type="checkbox"/>	
補助を受けた翌年度から3年間、業務改善計画に対する効果を報告すること。	<input checked="" type="checkbox"/>	

※注1：交付申請書と同様の数値を入力すること。

※注2：「『ケアプ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した」と回答した場合、連携先の事業所情報を入力すること。

※注3：補助要件のため、全て「はい」を選択すること。

（要件を満たさない場合、補助金の交付を受けることはできない）

③提出書類チェックリスト

【実績報告書と一緒に提出してください】

福岡県介護DX支援事業費補助金実績報告に係る提出書類について

法人名	社会福祉法人 福岡県庁	事業所番号	4000000000
事業所名	特別養護老人ホーム 福岡県庁	サービス種別	介護老人福祉施設

※ 該当する項目全てに○をつけてください。

チェック欄	提出書類
○	基本情報入力シート
○	補助要件適合確認シート
○	様式6 福岡県介護DX支援事業費補助金実績報告書【注1】
○	様式6-2 経費所要額精算書 ※報告内容に応じて、作成すること
○	様式6-2(1) 経費所要額精算書 ※A又はBを導入した場合に作成
○	様式6-2(2) 経費所要額精算書 ※Cを導入した場合に作成
○	様式6-2(3) 経費所要額精算書 ※Dを導入した場合に作成
○	様式6-2(4) 経費所要額精算書 ※Eを導入した場合に作成
○	様式6-3 対象経費の精算額内訳
○	補助実績額算出シート
○	補助対象事業に係る契約書等の写し【注2】
○	補助対象事業に係る領収書の写し【注3】
○	補助対象事業の概要を確認できるもの(写真等)【注4】
○	業務改善計画

【注記】

注1	事業完了(=支払い)日(交付決定より前に事業が完了した場合は、交付決定通知を受領した日)から1か月以内又は令和8年1月31日のいずれか早い方の日付で提出してください。
注2	事業着手に当たっての売買(賃貸借)契約書の写しを添付してください。 契約書を作成していない場合は、注文請書等、発注・注文成立の日付が確認できる書類を添付願います。 補助対象となるのは、 令和7年4月1日から、令和8年1月31日までの日付のものです。
注3	事業完了(=支払い)が分かる領収書の写しを添付してください。 支払日が客観的に判明できれば、インターネットバンキング画面の写し等でも結構です。 補助対象となるのは、 令和8年1月31日までの日付のものです。
注4	導入内容に応じて、導入結果の確認ができる写真を提出してください。 A. 重点分野に該当するテクノロジー又はB. 重点分野に該当しないその他の機器を導入した場合(D. 介護テクノロジーのパッケージ型の導入の場合も同様) ・導入機器の台数分の写真 ※段ボールに入った状態等梱包された状態での写真は不可です。必ず開封の上、写真を撮影し提出してください。 C. 介護ソフトを導入した場合(D. 介護テクノロジーのパッケージ型の導入の場合も同様) ・導入したライセンス分、パソコン等の端末で介護ソフトを起動し、撮影した写真 ※サーバーライセンス等を導入した場合で、上記に扱り難い場合、ライセンスキーの写真、ライセンス証書の写し 等 (A、C、D共通)重点分野に該当する機器の導入に付帯して導入する機器 ・パソコン、タブレット端末、サーバー等付帯して導入した機器の台数分の写真 ※介護ソフトの導入に付帯して導入したパソコン、タブレット端末、スマートフォンは介護ソフトを立ち上げた状態で写真を撮影し提出すること。 ※段ボールに入った状態等梱包された状態での写真は不可。必ず開封の上、写真を撮影し提出すること。 ・Wi-Fi環境整備を実施した場合は、Wi-Fi環境整備のために導入した機器等(アクセスポイント、ルーター等)の台数分の写真

- 提出書類が揃っているか確認の上、チェックをつけること。

④福岡県介護DX支援事業費補助金実績報告書（様式6）

様式6（第14条関係）

福岡発番〇〇〇〇号
令和7年12月10日

福岡県知事 殿

所在地 福岡県福岡市博多区東公園7番7号
事業者名 社会福祉法人 福岡県庁
代表者名 理事長 福岡 太郎

令和7年度福岡県介護DX支援事業費補助金実績報告書

令和7年11月27日7高ヶ推第2218号-98で交付決定を受けた福岡県介護DX支援事業費補助金に係る実績報告について、福岡県介護DX支援事業費補助金交付要綱第14条の規定に基づき、下記の関係書類を添えて報告します。

記

- 1 導入事業所 事業所名：特別養護老人ホーム 福岡県庁
所在地：福岡県福岡市博多区東公園7番7号
 - 2 補助金精算額 金 8,335,000円
 - 3 経費所要額精算書（様式6-2）
 - 4 対象経費の精算額内訳（様式6-3）
 - 5 補助対象事業に係る契約書等の写し
 - 6 補助対象事業に係る領収書の写し
 - 7 その他添付書類
 - (1) 補助対象事業の概要を示す写真
 - (2) その他参考となる資料
- ・他のシートから転記されるため、入力は不要。

⑤経費所要額精算書（様式6-2）

【A. 重点分野に該当する介護テクノロジー又はB. 重点分野に該当しないその他の機器を導入した場合】

樣式 6-2 (1)

經費所要額精算書

事業所番号: 400000000
導入事業所名: 特別養護老人ホーム 福岡県庁
サービス種別: 介護老人福祉施設

【介護ロボットの導入（第4条第一号及び同条第二号に掲げる事業のうち介護ロボットを導入する事業）】

注1 (A) 欄については、内訳が記載されている領収書等を必ず添付すること。

2 (D) 欄は、次の表の左欄に掲げる区分に応じて、右欄の基準額と (C) 欄の額を比較して少ない方の額を記入すること。

区分	基準額
「移乗支援」又は「入浴支援」に該当する機器または「その他の機器」	1,000,000
上記以外	300,000

3 (G) 棚合計が、(F) 棚の台数を超えないこと。

4 (J) 欄は、概算払請求により受入を行った補助金額を記入すること。

※注1：導入した機器の名称を入力すること。

※注2：導入した機器の区分を選択すること。

(機器区分に選択誤りがある場合、金額が正常に計算されないため、注意すること。)

※注3：補助実績額算出シートで算出した金額を入力すること。

(交付申請時の累積金額と精算金額が同額の場合、交付申請時の金額をそのまま入力すること。)

※注4：導入台数を入力すること。

※注5：交付決定額を入力すること

(交付申請書類を確認) 入力すること

※注6：補助金受入額を入力すること

(概算払い請求を行っていない場合、「0」を入力すること)

【C. 介護ソフトを導入した場合】

様式6-2 (2)

経費所要額精算書

事業所番号：4000000000
導入事業所名：特別養護老人ホーム 福岡県庁
サービス種別：介護老人福祉施設

【介護ソフトの導入（第4条第一号に掲げる事業のうち介護ソフトを導入する事業）】

対象経費内訳	対象経費 実支出額	補助率	支出額× 補助率 (A×B)	導入事業所 職員数	基準額	選定額	交付 決定額	確定額	補助金 受入済額	差引 過不足額 (H-I)
注1	注2	(B)	(C)	(D)	(E)	(F)	(G)	(H)	(I)	(J)
○○介護ソフト	2,388,334	4分の3	1,791,000	31	2,500,000	1,791,000	1,791,000	1,791,000	0	1,791,000

注1 (A) 欄については、内訳が記載されている領収書等を必ず添付すること。

2 (C) 欄は、千円未満切捨て。

3 (E) 欄は、(D) 欄の職員数に応じて、下表のとおり。

職員数	基準額
1名以上10名以下	1,000,000円
11名以上20名以下	1,500,000円
21名以上30名以下	2,000,000円
31名以上	2,500,000円

4 職員数に応じて必要なライセンス数が変動するなど、職員数により合計金額が変動する契約の場合は、職員数に応じた基準額、それ以外の方式の契約の場合は一律250万円を基準額とする。また、別表2の①に定める事業所であって、令和7年度中に「ケアプ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5万円を加算する。

5 (F) 欄は、(C) 欄の額と (E) 欄の額を比較して少ない方の額を記入すること。

6 (H) 欄は、(F) 欄の額と (G) 欄の額を比較して少ない方の額を記入すること。

7 (I) 欄は、概算払請求により受入を行った補助金額を記入すること。

※注1：導入した介護ソフトの名称を入力すること。

※注2：補助実績額算出シートで算出した金額を入力すること。

(交付申請時の見積金額と精算金額が同額の場合、交付申請時の金額をそのまま入力すること。)

※注3：交付決定額を入力すること。

(交付申請書類を確認し、入力すること。)

※注4：補助金受入済額を入力すること。

(概算払い請求を行っていない場合、「0」を入力すること)

【D. 介護テクノロジーのパッケージ型の導入を行った場合】

様式6-2 (3)

経費所要額精算書

事業所番号 : 4000000000
 導入事業所名 : 特別養護老人ホーム 福岡県庁
 サービス種別 : 介護老人福祉施設

【介護テクノロジーのパッケージ型の導入（第4条第三号に掲げる事業）】

対象経費内訳	対象経費 実支出額	補助率	実支出額 ×補助率 (A × B) ※千円未満切捨て (C)	基準額 (D)	選定額 (E)	交付決定額 (F)	確定額 (G)	補助金 受入済額 (H)	差引過 不足額 (G - H) (I)
注1 介護業務支援機器A 介護業務支援機器B	注2 6,457,000	4分の3	4,842,000	10,000,000	4,842,000	4,589,000	4,589,000	0	4,589,000

注1 (A)欄については、内訳が記載されている領収書等を必ず添付すること。

2 (C)欄は、千円未満切捨て。

3 (E)欄は、(C)欄の額と(D)欄の額を比較して少ない方の額を記入すること。

4 (G)欄は、(E)欄の額と(F)欄の額を比較して少ない方の額を記入すること。

5 (H)欄は、概算払請求により受入を行った補助金額を記入すること。

※注1：導入した機器の名称を入力すること。

※注2：補助実績額算出シートで算出した金額を入力すること。

(交付申請時の見積金額と精算金額が同額の場合、交付申請時の金額をそのまま入力すること。)

※注3：交付決定額を入力すること。

(交付申請書類を確認し、入力すること。)

※注4：補助金受入済額を入力すること。

(概算払い請求を行っていない場合、「0」を入力すること)

【E. 導入支援と一体的に行う業務改善支援を実施した場合】

様式6-2 (4)

経費所要額精算書

事業所番号: 4000000000
導入事業所名: 特別養護老人ホーム 福岡県庁
サービス種別: 介護老人福祉施設

【業務改善支援 (第4条第四号に掲げる事業)】

対象経費内訳	対象経費 実支出額	補助率	実支出額 ×補助率 (A×B) ※千円未満切捨て	基準額	選定額	交付決定額	確定額	補助金 受入済額	差引過 不足額 (G-H)
注1	注2	(B)	(C)	(D)	(E)	注3	注4	(H)	(I)
業務改善支援	500,000	4分の3	375,000	450,000	375,000	375,000	375,000	0	375,000

注1 (A) 欄については、内訳が記載されている領収書等を必ず添付すること。

2 (C) 欄は、千円未満切捨て。

3 (E) 欄は、(C) 欄の額と (D) 欄の額を比較して少ない方の額を記入すること。

4 (G) 欄は、(E) 欄の額と (F) 欄の額を比較して少ない方の額を記入すること。

5 (H) 欄は、概算払請求により受入を行った補助金額を記入すること。

※注1 : コンサル会社等より受けた支援内容を入力すること。

※注2 : 業務改善支援に要した費用の金額を入力すること。

(交付申請時の見積金額と精算金額が同額の場合、交付申請時の金額をそのまま入力すること。)

※注3 : 交付決定額を入力すること。

(交付申請書類を確認し、入力すること。)

※注4 : 補助金受入済額を入力すること。

(概算払い請求を行っていない場合、「0」を入力すること)

⑥対象経費の精算額内訳（様式6－3）

様式6－3

--

対象経費の精算額内訳

事業所番号：4000000000

導入事業所名：特別養護老人ホーム 福岡県庁

サービス種別：介護老人福祉施設

交付の事業内容（第4条）：

区分	支出済額	積算内訳
A. 重点分野に該当する介護テクノロジー	2,000,000 円	A. 重点分野に該当する介護テクノロジーに係る経費 2,000,000円
B. 重点分野に該当しないその他の機器	107,500	B. 重点分野に該当しないその他の機器に係る経費 107,500円
C. 介護ソフト	2,388,334	C. 介護ソフトに係る経費 2,388,334円
D. 介護テクノロジーのパッケージ型導入	6,457,000	D. 介護テクノロジーのパッケージ型導入に係る経費 6,457,000円
E. 業務改善支援	500,000	E. 業務改善支援に係る経費 500,000円
合計	11,452,834	

・他のシートから転記されるため、入力箇所は不要。

⑦補助実績額算出シート

⑧補助対象事業に係る契約書等の写し

発注書

〒 123-1234 東京都世田谷区〇〇〇 1-2-3
株式会社サンプル 〇〇支社
営業部 担当者:△△ □□ 様

下記の通り発注申し上げます。

No : 123456-123

発行日： 2025/12/1

§ ● ● ● ● § JAPAN サンプル (ロゴ)

株式会社 日本サンプル

東京都杉並区○○○ 1-2-3

△△△ビル 1F 123

📞 03-1234-5678 📩 info@japansample.com

注 1

合計金額(税込)

¥2,000,000-

備考欄：

※注1：注文（契約）した日付の記載がある契約書、発注書等を提出すること。
(メール、FAX等の注文した日付のわかる資料でも可)

⑨補助対象事業に係る領収書の写し

領收書

〒 123-1234 東京都世田谷区〇〇〇 1-2-3

株式会社サンプル 〇〇支社

営業部 担当者: △△ □□ 様

下記の金額、正に領収いたしました。

No : 123456-123

発行日: 2025/12/5

注 1

§ ● ● ● ● § JAPAN サンプル(ロゴ)

株式会社 日本サンプル

東京都杉並区〇〇〇 1-2-3

△△△ビル 1F 123

📞 03-1234-5678 ✉ info@japansample.com

合計金額(税込)

¥2,000,000-

收入

印 紙

領收明細

備考欄：

※注1：支払いの日付と金額の記載がある領収書等を提出すること。

(参考)

福岡銀行 ふくぎんビジネスバンキングWeb

【状態：承認済み】

承認結果 <総合振込>

取引ID	*****	支払口座	*****	依頼者	*****	処理日時 2025年1月8日 15時00分13秒			
取引種別	総合振込		*****	承認者	*****	承認期限	2025年1月9日 16時00分		
振込指定日	2025年1月10日	委託者コード	*****	コメント	-	承認日時	2025年1月8日 15時00分		
取引名	*****	委託者名	*****	コメント	-	否認者	-		
■振込明細内容									
件数	***件	支払金額合計	*****円	先方負担手数料合計	*円	振込金額合計	*****円	振込手数料合計	*円
登録名 受取人名	金融機関名 支店名	科目	口座番号	EDI情報／顧客コード	支払金額（円）	先方負担手数料（円）	振込金額（円）	振込手数料（円）	
カ) サンプル カ)サンプル	- (0177) - (***)	普通	1234567	EDI: -	4,915,823	0	4,915,823	110	
カ) サンプル カ)サンプル	- (0177) - (***)	普通	1234567	EDI: -	4,915,713	0	4,915,713	110	
カ) サンプル カ)サンプル	- (0177) - (***)	普通	1234567	EDI: -	14,915,823	0	14,915,823	110	
*****	*****	*****	*****	*****	*****	*****	*****	*****	
*****	*****	*****	*****	*****	*****	*****	*****	*****	
*****	*****	*****	*****	*****	*****	*****	*****	*****	
*****	*****	*****	*****	*****	*****	*****	*****	*****	
*****	*****	*****	*****	*****	*****	*****	*****	*****	
*****	*****	*****	*****	*****	*****	*****	*****	*****	

帳票作成日時 2025年1月8日 15時00分18秒 ****

1/8 ページ

・支払いの確認書類は、インターネットバンキングの写し等の提出でも可。

ただし、次の点に留意すること。

- ①補助金の対象金額と支払い金額に相違がある場合（補助対象外の製品を同時に購入し、一括で支払いを行った場合）は、差額分の請求金額が確認できる書類（請求書等）を追加で提出すること。
- ②インターネットバンキングの写しが2ページ目以降である場合、支払い日付の記載がない場合があるため、その場合は1ページ目を追加で提出すること。

⑩補助対象事業の概要を確認できるもの

実績報告 写真用台紙(サンプル)

ページNo.

1

事業所名

特別養護老人ホーム 福岡県庁



写真



写真

撮影内容（機器名等）	数量	備考
みまもり機器	5	
カメラ	5	
スマートフォン	2	

撮影内容（機器名等）	数量	備考
アクセスポイント	7	
ルーター	2	
HUB	2	



写真



写真

撮影内容（機器名等）	数量	備考
タブレット	5	介護ソフトを立ち上げた画面

撮影内容（機器名等）	数量	備考



写真



写真

撮影内容（機器名等）	数量	備考

撮影内容（機器名等）	数量	備考

- 写真の納品形態は問わないが、撮影対象が鮮明に確認できる写真を提出すること。
- 審査の都合上、上記のような形態での提出が望ましい。
- 審査では以下の点を確認するため、留意されたい。

- ①導入した機器全ての写真が提出されているか。（写真に写る機器は導入した機器と同数か。）
 - ②導入した機器を梱包したままの状態で写真を撮影していないか。
 - ③介護ソフトを導入した場合、導入したライセンス分の介護ソフトを立ち上げた端末の写真が提出されているか。
 - ④Wi-Fi 環境整備の場合も、導入した機器の写真（アクセスポイント等）が添付されているか。
 - ⑤提出された写真が著しく不鮮明でないか。

⑪業務改善計画

⇒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

注1

△に○を付けてください。

○ 介護テクノロジー導入支援事業

○ 介護テクノロジー定

業務改善計画様式

(ア)事業所の基本情報

(1) 事業所番号	4000000000
(2) 事業所名	特別養護老人ホーム 福岡県庁
(3) 事業所所在都道府県	40福岡県
(4) 事業所所在住所	福岡県福岡市博多区東公園7番7号
(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)	91名～100名
(7) 職員数(申請時点)	31名～

(イ)事業計画

①-1 事業所の課題

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

①-2 導入する機器等

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

② 参考にした資料等

複数選択可	<input type="radio"/> 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="radio"/> 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="radio"/> 介護ソフトを選定・導入する際のポイント集 <input type="radio"/> 介護ロボットのパッケージ導入モデル <input type="radio"/> 介護現場で活用されるテクノロジー便覧 <input type="radio"/> 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="radio"/> その他	<input type="radio"/> (自由記述)
-------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------

③ 研修等への参加状況

複数選択可	<input type="radio"/> 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="radio"/> 厚生労働省主催 介護現場における生産性向上セミナー(オンデマンド視聴を含む) <input type="radio"/> 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="radio"/> その他	<input type="radio"/> (自由記述)介護DX支援センターの動画視聴
-------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------

④ 機器等の導入と併せて実施する取組

複数選択可	<input type="radio"/> 職場の環境整備の見直し(整理整頓等) <input type="radio"/> 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="radio"/> 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="radio"/> 記録・報告様式の見直し <input type="radio"/> 情報共有の方法の見直し <input type="radio"/> OJTの仕組みづくり(研修の実施等) <input type="radio"/> 理念・行動指針の徹底 <input type="radio"/> その他	<input type="radio"/> (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="radio"/> 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="radio"/> 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="radio"/> 実施記録(例:送迎の記録、入浴の記録) <input type="radio"/> 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="radio"/> その他	<input type="radio"/> (自由記述)
-------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------

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の利用

同システムの利用開始状況

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

⑧-1 LIFEの利用

採用

⑧-2 データ登録している方法

インポート(CSV/取込)機能の活用

LIFE上の直接入力

⑨ セキュリティ対策

「SECURITY ACTION」
注1 「★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)

※注1：自動入力のため、入力は不要。

※注2：交付申請時点の利用者数及び職員数を選択すること。

※注3：施設の状況に応じて、入力を行うこと。

なお、「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」については、委員会の設置を行っていない場合、入力は不要。(ただし、補助要件で設置が必須のサービス種別の場合は、必ず設置すること)