【申請書と一緒に必ず提出してください】

ＩＣＴ導入支援事業費補助金要件適合確認チェックリスト

|  |  |
| --- | --- |
| 届出法人名 |  |
| 作成担当者 |  |
| 連絡先（必ずつながる電話番号） |  |
| 確認項目 | 記入欄 | チェック欄(○×) |
| 1 | 導入する又は導入している介護ソフトが記録業務、情報共有業務（事業所内外の情報連携含む。）請求業務を一気通貫で行うことが可能となっているか。※転記等の業務が発生する場合は補助対象となりません。 | 【介護ソフト名】導入済・導入予定どちらか。※一気通貫となることが確認できるカタログ・仕様書等を添付 |  |
| 2 | 申請者が居宅介護支援事業所、訪問介護事業所等（居宅介護支援事業所や介護予防支援事業所の介護支援専門員が作成する居宅サービス計画や介護予防サービス計画に基づきサービス提供をするものに限る。）の場合には、導入する介護ソフトが「居宅介護支援事業所と訪問介護などのサービス提供事業所間における情報連携の標準仕様」に準じたものになっているか。※令和２年度においては、対応予定で申請可能。 | 【未対応の場合、介護ソフト販売会社に対応予定を確認して内容を記載してください。】※標準仕様に対応していることが確認できる仕様書等を添付 |  |
| 3 | 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ているか。（事前にベンダーと確認して対応策を検討しているか）【例】・個人情報保護に関する規程の整備・公表についての検討・物理的安全管理措置（盗難等予防対策、個人情報を取り扱う端末を限定など）・技術的安全管理措置（アクセス権限管理、不正データの存否の定期的な確認など） | 【対策内容】 |  |
| 4 | 導入する又は既に導入している介護ソフトが日中のサポート体制を常設しているか。 | 【コールセンター等連絡先】 |  |
| 5 | 導入する又は既に導入している介護ソフトが科学的介護情報システム「LIFE」に対応し、「LIFE」による情報収集に協力しているか。 | 【未対応の場合、介護ソフト販売会社に対応予定を確認して内容を記載してください。】 |  |
| 【参考】本事業で導入するタブレット端末の以下の利用の有無 | あてはまるところに○を付けてください。 |
| 職員の出退勤を管理する既存のソフトウェア等をインストールし、記録業務・情報共有業務・請求業務に加えて補助的にバックオフィス業務で利用 | 　　　　　　　　有　・　無　・本事業とは別に整備予定　 |
| テレビ会議システム等を用いて離れた場所にいる介護施設利用者家族等が利用者と面会を行う際に利用 | 有　・　無　・本事業とは別に整備予定 |