

I C T使用状況報告書

年 月 日

事業所種別		
導入する機器等		
I C Tの機能等	記録業務、情報共有業務（事務所内外の情報連携を含む。）、請求業務を一気通貫で行う機能の有無 ※	有 ・ 無
	「居宅介護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」に準じた仕様の適否	適 ・ 否
	タブレット端末等による音声入力機能の活用の有無	有 ・ 無
「L I F E」の利用申請の有無		有 ・ 無
SECURITY ACTIONの自己宣言（一つ星又は二つ星）をしている		有 ・ 無
購入又はリース・レンタルの別	購入時期	年 月
	リース・レンタル契約期間	年 月から
		年 月まで
I C T導入による効果等	<p>【I C Tの導入効果（導入による業務改善状況等）】</p> <p>① 1人あたり平均作業時間数（分/日） ② 作業人数（人/日） ③ 作業日数（ひと月あたり）</p> <p>〔導入前：① ② ③ 〕 〔導入後：① ② ③ 〕</p> <p>※業務時間の短縮、直接・間接負担の軽減効果、介護従事者（利用者）の満足度等、日々の利用状況が確認できる日誌等の活用や定点観測情報に基づいて具体的に記載すること。</p> <p>【文章量削減】</p> <p>※見込まれる削減割合（1事業所あたりの1ヶ月平均で削減できたおおよそ紙の枚数 「文書名〇〇、導入前〇〇枚→導入後〇〇枚（1ヶ月平均〇割削減）」を記載ください。</p>	
事業着手日	年 月 日	
事業完了日	年 月 日	

※導入済みの介護ソフトによって一気通貫になっている場合は「有」を囲むこと。