

訪問介護事業所に最新の介護テクノロジーを！

そのお悩み、専門家と一緒に解決しませんか？



令和8年度 訪問介護モデル事業所 育成事業のご案内

費用
無料！

事業内容

富山県の訪問介護事業所を対象に、介護テクノロジー（ICT・ロボット等）を活用した地域の先進モデルを育成する事業です。専門アドバイザーが約8ヶ月間伴走し、課題分析から最適な機器の活用支援について支援します。

さらに、この取組内で発生する導入費用は、
最大500万円まで全額補助（※消費税除く）されます。



こんな事業所におすすめ

- ・ICTを導入したいが、費用面で悩んでいる
- ・自社に合う機器の選び方や、課題の洗い出し方が分からない
- ・以前システムを導入したが、現場に定着せず挫折した
- ・専門家のアドバイスを受けながら、本気で業務改善をしたい

申込方法について

- 申込締切
令和8年7月10日（金） 必着
- 申込方法
参加申込書（様式1）に必要事項をご記入のうえ、当センター宛てに【郵送】【FAX】【メール】のいずれかでお送りください。
詳細は募集要綱をご覧ください。

ウェブサイト

<https://toyama-kaitech.jp/>
要綱・申込書はこちらからDLできます ▶

お問合せ

とやま介護テクノロジー普及・推進センター
〒930-0094 富山市安住町5-21
富山県総合福祉会館2階
TEL：076-432-6305 FAX：076-432-6307



令和8年度訪問介護モデル事業所育成事業 募集要綱

1 目的

介護テクノロジー（ICT・ロボット等）の導入が進んでいない訪問介護事業所を対象に、専門家（アドバイザー）の伴走支援のもと、テクノロジーの導入による生産性向上を実現し、地域のモデルとなる事業所を育成するもの。

2 実施主体

社会福祉法人富山県社会福祉協議会

富山県福祉カレッジ とやま介護テクノロジー普及・推進センター

3 対象事業所

県内の訪問介護事業所であり、以下の要件を満たす事業所

- (1) 本事業の目的を理解し、組織を挙げて主体的に業務改善に取り組む意思があること
- (2) 本事業のモデル事業所として、取組みの内容や成果の共有にご協力いただけること
- (3) 以下のいずれかに該当すること
 - ① 既に導入している介護テクノロジー機器等を、さらに効果的に活用して業務改善を目指す事業所
 - ② 今後新たに介護テクノロジー機器等を導入し、業務改善に取り組みたい事業所

4 募集事業所数

2事業所

5 取組期間

約6か月から8か月

6 実施内容

- (1) 取組期間中に3回程度アドバイザーと当センター職員が選定事業所に訪問し、課題分析・介護テクノロジー機器の選定・導入後の活用法の指導等の支援を行う。
- (2) チャット等を活用し、随時事業所からの相談に対応する。

7 申込方法

参加申込書（様式1）に必要事項を記入して、令和8年7月10日（金）までに当センターに郵送またはFAX・メール送信する。

8 選定方法・決定通知

アドバイザー等と協議のうえ対象事業所を選定し、令和8年7月下旬までに申込者宛てに結果を通知する。

9 その他

- ・取組内で発生する機器・ソフト等の導入費用については、富山県面的支援によるモデル施設の育成・モデル地域づくり事業補助金（補助率10/10※消費税は除く 補助上限500万円）の適用を可能とする。※補助制度の詳細は選定後に別途通知
- ・事業当日に記録および広報用として写真撮影を行う。撮影した写真は、個人が特定されないよう加工を施したうえで、SNS等の広報媒体に掲載する場合があるためあらかじめ承諾されたい。
- ・事業終了後、可能な範囲で他事業所からの問い合わせや見学への対応をお願いすることがある。

10 問い合わせ先

とやま介護テクノロジー普及・推進センター

〒930-0094 富山市安住町5-21 富山県総合福祉会館2階

TEL：076-432-6305 FAX：076-432-6307

令和8年度訪問介護モデル事業所 育成事業参加申込書

法人名・事業所名		管理者名：
施設所在地	〒	問合せ担当者名：
電話番号		FAX番号：
メールアドレス	@	

■事業参加にあたり、貴施設・事業所の現状をお聞かせください。

利用者数	現在 人		
職員数	現在 人	※下記の業務に関わる職員数を教えてください。	
	サービス提供責任者	人	
	訪問介護員（ヘルパー）	人	
	その他（事務職員等）	人	

■相談内容 各項目の該当するものに○をつけてください。介護テクノロジー等の導入についての悩みについては具体的な課題等を記載下さい。

項 目	状 況	具体的な内容
生産性向上に取り組む委員会 立ち上げについて	() あり () なし	設置済の場合、活動内容など：
介護テクノロジー導入 について	() 導入あり () なし	具体的機器（入浴補助・移動支援等）：
I C T 導入について	() 導入あり () なし	具体的ソフト・機器（記録・チャット等）：
介護テクノロジー等補助金 について	() 申請経験あり () なし	活用した補助金名など：
今後導入したい・する予定の 介護テクノロジー等につい て	() あり () なし	具体的に検討しているもの：
伴走支援を通して 解決したい課題	●現在の課題について☑を入れてください（複数選択可） ☐職員間の情報共有（報告・連絡・相談） ☐訪問ルート・シフト管理の効率化 ☐記録業務の負担軽減 ☐直行直帰の推進やテレワークの活用 ☐労務管理・勤怠管理 ☐自由記述（ ）	

■以下の点について同意いただける場合は☑を記入してください。

☐ 記録・広報用の写真撮影および SNS 等への掲載（個人を特定できない加工を含む）を承諾する。

■管理者等の本事業参加に対する考えについてお聞かせください。

--