**介護ソフトに係る確認書**

|  |  |
| --- | --- |
| ベンダー名（企業名） |  |
| 代表者名 |  |
| 担当者名 |  |
| 担当者連絡先 |  |

１　導入する（している）介護ソフトについて

（１）ソフト名

|  |
| --- |
|  |

（２）対象サービス

　　[ ] 　在宅系　　[ ] 　通所系　　[ ] 　入所系　　[ ] 　その他

（３）機能

　　[ ] 　記録業務　　[ ] 　情報共有業務　　[ ] 　請求業務

**※補助対象となる介護ソフトは、上記業務が一気通貫で行うことができる必要があります。**

（４）他社のソフトと連携することで一気通貫となる場合は、以下に連携先ソフト名、企業名、連携内容を記載してください。

|  |
| --- |
|  |

２　その他の要件について

（１）「科学的介護情報システム（LIFE）と介護ソフト間におけるCSV情報連携の標準仕様（令和３年３月18日）」を実装した介護ソフトであるか

　[ ] 　実装している　　　[ ] 　実装予定　　※予定時期：令和　　年　　月

（２）「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（令和２年３月26日）」を実装しているか

　　[ ] 　実装している　　　[ ] 　実装予定　　※予定時期：令和　　年　　月

（３）厚生労働省の「セキュリティ基準」に準じているか

　　[ ] 　準じている　　　　[ ] 　準じていない

（４）音声入力を推奨しているか

　　[ ] 　推奨している　　　[ ] 　推奨していない

（５）日中のサポート体制を常設しているか

　　[ ] 　常設している　　　[ ] 　常設していない

（６）研究開発品ではなく、企業が保証する商用の製品か

　　[ ] 　商用の製品である　　　[ ] 　商用の製品でない

*※本様式は導入する（している）介護ソフトのベンダー等において記載してください。*