

経済産業省「ロボット介護機器導入実証事業」

# ロボット介護推進 プロジェクト

(様式記載例)

<問い合わせ先>

機器申請(様式1・2):

公益財団法人テクノエイド協会

TEL:03(3266)6883

Mail:robocare@techno-aids.or.jp

チーム申請(様式3~8):

株式会社インターリスク総研

TEL:03(5296)8918

Mail:robocare@ms-ad-hd.com



(様式1)

受付番号 *記載不要	
---------------	--

ロボット介護推進プロジェクト  
補助対象機器申請書

補助対象機器名称		ロボットスーツ〇〇	
申請者情報	フリガナ	インターロボットカブシキガイシャ	印
	企業名	インターロボット株式会社	
	フリガナ	ダイヒョウトリシマリヤクシャチョウ セイゾウタロウ	
	代表者名	代表取締役社長 製造太郎	
	所在地	(〒 101 — 00** ) 東京都千代田区神田淡路町 * * - * * * 〇〇ビル	
中小企業要件	● 中小企業      ○ その他 ↓ 中小企業を選択した場合、以下を記入		
	常時使用する従業員の数:	50 人      資本金:      20,000,000 円	
連絡担当窓口	部署名	介護ロボット推進部	
	フリガナ	セッチハナコ	
	担当者名	設置花子	
	連絡先電話番号	03 — **** — ****	
	FAX番号	03 — **** — ****	
	メールアドレス	<a href="mailto:123456@robotkaigo.jp">123456@robotkaigo.jp</a>	

中小企業の方は、中小企業要件に該当する旨の記載をお願いします。製造業の場合、資本金3億円以下又は従業員300人以下になります。

添付資料

法人概要資料の貼付	<input checked="" type="checkbox"/> 添付済み	申請資料とともに、添付資料を10部添付し、チェックをしてください。
直近三カ年分の財務諸表	<input checked="" type="checkbox"/> 添付済み	

※添付資料についても、申請書とともに各10部提出してください。



## ロボット介護推進プロジェクト 補助対象機器提案書

製品概要	補助対象機器名称	ロボットスーツ〇〇	公募要領P.31-32を確認頂き、該当する重点分野を選択してください。			
	製品型番	AZ-12345678				
	該当する重点分野	<input checked="" type="radio"/> 移動介助(装着型) <input type="radio"/> 移動介助(非装着型) <input type="radio"/> 移動支援 <input type="radio"/> 排泄支援 <input type="radio"/> 見守り支援				
	対象機器の特徴 <small>使用者の適応と禁忌についても説明すること</small>	<p>主に移乗など、重作業を頻繁に行う介護者を対象としたロボットスーツで、腰部の屈曲角度と屈曲加速度を計測し、前屈から後屈になるシーンで力をアシストする機構がついています。バッテリーで作動し、通常では概ね6時間の使用が可能です。</p> <p>本機器は通常の移乗の方法について習得済みの介護者が装着することを想定しています。身長は140cm以上の方を対象とします。要介護認定者や認知症を有する方は使用できません。</p>				
<p style="text-align: center;">使用者の適応と禁忌については審査基準になりますので、記載漏れの無いようにお願いします。</p> <p>○適応と禁忌</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・適応(indication)とは、その機器が、どのような状態の人のどのような状況に適するかである。これはその機器がターゲットとして想定している人の状態だけでなく、短期及び長期的なメリット・デメリットの検討に立って、どのような状態にある人であるかを、具体的かつ緻密に定めなければならない。</li> <li>・禁忌(contraindication)とは、その機器を使用してはならないのは、どのような状態の人のどのような状況であるかである。どのような人にはその機器は生活機能向上の効果が乏しい、あるいは逆にマイナスに作用する(従って提供すべきではない)かである。</li> <li>・適応・禁忌ともに、「人の状態」は病気・生活機能(「心身機能」・「活動」・「参加」)のどのレベルか、またそのどの項目か)について考え、同時にどのような状況で使用するのかも考える。</li> </ul> <p>出典: 開発コンセプトシート作成のポイント 大川先生・山田先生</p>						
重点分野の定義との整合性 <small>※重点分野の定義に関しては、公募要領参考資料「ロボット技術の介護利用における重点分野」を参照のこと</small>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・重量物を持ったときに腰部の力をアシストする機構になっているため、腰にかかる負荷を軽減することで腰痛になるリスクを軽減する</li> <li>・機器は体側部のベルトで固定するため、介助者が一人で着脱することが出来る</li> <li>・ベッド、便器、等の移乗を想定した力発揮に対するアシスト機構がついている。</li> </ul>			公募要領P.31-32を確認頂き、申請機器の特徴が各重点分野の記載項目と合致している旨を記載下さい。		
製品詳細	製品化(予定)年月	西暦 2013 年 10 月	これまでの販売台数(概数)	50 台		
	販売(予定)価格	150,000 円	おおよその設置料金	0 円		
	おおよその製造期間 <small>(素材発注から完成までの期間) =補助金交付決定から導入効果測定開始までの期間)</small>	約 2.0 カ月	TAISコード <small>※登録済みの場合に記載</small>			
	商品紹介URL	<a href="http://www.robotkaigo.jp">http://www.robotkaigo.jp</a>				



ロボット介護推進プロジェクト  
補助対象チーム提案書

導入機器	補助対象機器名称	ロボットスーツ〇〇
	機器型番	AZ-12345678
	該当する重点分野	<input checked="" type="radio"/> 移動介助(装着型) <input type="radio"/> 移動介助(非装着型) <input type="radio"/> 移動支援 <input type="radio"/> 排泄支援 <input type="radio"/> 見守り支援

製造事業者情報	フリガナ	インターロボットカブシキガイシャ		
	企業名	インターロボット株式会社		
	フリガナ	ダイヒョウトリシマリヤクシャチョウ セイゾウタロウ		
	代表者名・役職	代表取締役社長 製造太郎		印
	所在地	(〒 101 — 00** 東京都千代田区神田淡路町 * 〇〇ビル	中小企業の方は、中小企業要件に該当する旨の記載をお願いします。 製造業の場合、資本金3億円以下又は従業員300人以下になります。	
	中小企業要件	<input checked="" type="radio"/> 中小企業 <input type="radio"/> その他 ↓ 中小企業を選択した場合、以下を記入 常時使用する従業員の数: 50 人      資本金: 20,000,000 円		
連絡担当窓口	部署名	介護ロボット推進部		
	フリガナ	セッチハナコ		
	担当者名	設置花子		
	所属部署・役職	介護ロボット推進部・マネージャー		
	連絡先電話番号	03 — **** — ****		
	FAX番号	03 — **** — ****		
	メールアドレス	123456@robotkaigo.jp		

仲介者の数	2者
介護施設の数	10者

(様式3-ウラ)

チームの体制図 ※添付でも可  
(全体像の図示も願います。実施責任者、各担当者の従事内容、担当介護施設等を明確に)

**【製造事業者：  
インターロボット（株）】**

- ・チーム全体責任者  
〇〇 〇〇 担当：全体統括
- ・製造設置責任者 〇〇 〇〇  
担当：ロボット介護機器の  
製造・設置
- ・担当者① 〇〇 〇〇
- ・担当者② 〇〇 〇〇  
担当：ロボット介護機器の  
製造・設置
- ・担当者③ 〇〇 〇〇
- ・担当者④ 〇〇 〇〇  
担当：導入講習計画、  
導入効果測定計画  
の作成  
導入講習参加

**【仲介者A】**

- ・責任者 〇〇 〇〇  
担当：導入講習全体統括
- ・担当者⑤ 〇〇 〇〇  
担当：介護施設C  
導入講習の運営  
導入効果測定結果報告
- ・担当者⑥ 〇〇 〇〇  
担当：介護施設D  
導入講習の運営  
導入効果測定結果報告

**【介護施設C】**

- ・責任者 〇〇 〇〇  
担当：施設内導入活用統括
- ・担当者⑦ 〇〇 〇〇  
担当：導入講習参加  
利用予定者のケア
- ・担当者⑧ 〇〇 〇〇  
担当：導入講習参加  
利用予定者のケア  
導入効果測定への協力

・  
・  
・  
・  
・

・  
・  
・  
・  
・

**<各関係者の役割>**

- ・インターロボット（株） … ロボット介護機器の製造、導入講習計画・導入効果測定計画の作成、導入講習への参加、導入効果測定結果の報告を行う。
- ・仲介者A … 導入講習の実施、介護施設等への導入支援、導入効果測定の実施・データ保存、改良点の製造事業者へのフィードバックの実施等、製造事業者への導入効果測定結果の報告を行う。
- ・介護施設C … ロボット介護機器の活用、導入講習への参加、機器使用者への説明、導入効果測定への協力を行う。



(様式4)

受付番号 *記載不要	
---------------	--

ロボット介護推進プロジェクト  
製品製造・設置費用計画書

補助対象機器名称	ロボットスーツ〇〇	導入台数	200	台
----------	-----------	------	-----	---

費用の積算内訳 ※区分については、公募要領(別表1)を参照のこと。 ※税抜価格とすること。

I. 労務費

公募要領記載の「労務費単価の計算方法について」を参照のうえ、記載してください。

区分	細目	金額	積算内訳
人件費	氏名:〇〇 〇〇 等級20(2名)	835,800 円	1,990(円/時間)×7時間×30日×2名
	氏名:〇〇 〇〇 等級31(1名)	854,700 円	4,070(円/時間)×7時間×30日
	氏名:〇〇 〇〇 等級35(1名)	523,950 円	4,990(円/時間)×7時間×15日
		円	
補助員費	製造補助者(2名)	350,000 円	1,000(円/時間)×7時間×25日×2名
		円	
		円	
		円	
		円	
		円	
		円	
		円	

日当、宿泊費については、申請者の旅費規程に準ずる額を記載ください。

II. 事業費

区分	細目	金額	積算内訳
旅費	交通費	360,000 円	往復30,000×3回×4名
旅費	日当	64,800 円	3回×4名×1,800(円/1日1名)
旅費	宿泊費	108,000 円	3回×4名×9,000(円/1日1名)
設備費	工具器具	200,000 円	
物品購入費	購入費	720,000 円	ネジ(300円/本×2400本)
物品購入費	購入費	500,000 円	鋼材(1,000円/m×500m)
物品購入費	購入費	1,000,000 円	センサー(5,000円/台×200台)
外注費	部品製造	200,000 円	
その他諸経費	印刷費	12,000 円	印刷用紙、インク代
その他諸経費	発送費	20,000 円	発送費
		円	

製品製造・設置費用総額	5,749,250 円
補助率	● 2/3(中小企業)      ○ 1/2(その他)
補助額	3,832,000 円 ※補助額は千円未満切捨てになります。



ロボット介護推進プロジェクト  
導入講習 実施計画書

補助対象機器名称		ロボットスーツ〇〇	
<p>実施体制 (全体像の図示も願います。 実施責任者、各担当者(所属 機関、役職、資格・取得年を 記載)の従事内容、担当介護 施設等を明確に)</p>		<p>★・・・責任者</p>	
研修内容	講習の目的	<p>以下の目的を達成するために、講習を実施する。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・機器の使い方を理解する</li> <li>・緊急時の対応方法を理解する</li> <li>・機器使用中の効率的な移乗方法について体験・理解する</li> </ul>	
	研修時間	座学	90分
		実習	60分
	講習概要	実習	使用機材
想定する利用者像			<p>健常な介護スタッフ(成人) ※機器を用いない移乗について習得済であることを前提</p>
講習用教材概要		<ul style="list-style-type: none"> <li>・製品パンフレット</li> <li>・取扱説明書</li> </ul>	



ロボット介護推進プロジェクト  
導入効果測定 実施計画書

補助対象機器名称		ロボットスーツ〇〇																						
責任者	補助対象機器全体としての責任者名	設置花子																						
	所属機関名	インターロボット株式会社																						
	部署・役職	介護ロボット推進部																						
	資格(取得年)	機械設計技術者一級(2008年)																						
	所在地	(〒 101 — 00** )																						
		東京都千代田区神田淡路町 * * - * * * 〇〇ビル																						
	連絡先電話番号	03 — **** — ****																						
メールアドレス	123456@robotkaigo.jp																							
実施体制 (全体像の図示も願います。 実施責任者、各担当者の従事 内容、担当介護施設等を明確 に) ※別添可		<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>実施責任者</th> <th>担当者</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>仲介者A</td> <td>★〇〇 〇〇</td> <td>〇〇 〇〇、〇〇 〇〇、〇〇 〇〇</td> </tr> <tr> <td>仲介者B</td> <td>〇〇 〇〇</td> <td>〇〇 〇〇、〇〇 〇〇</td> </tr> <tr> <td>介護施設C</td> <td>〇〇 〇〇</td> <td>〇〇 〇〇、〇〇 〇〇、〇〇 〇〇</td> </tr> <tr> <td>介護施設D</td> <td>〇〇 〇〇</td> <td>〇〇 〇〇、〇〇 〇〇</td> </tr> <tr> <td>⋮</td> <td>⋮</td> <td>⋮</td> </tr> <tr> <td>⋮</td> <td>⋮</td> <td>⋮</td> </tr> </tbody> </table> <p>★統括責任者</p>			実施責任者	担当者	仲介者A	★〇〇 〇〇	〇〇 〇〇、〇〇 〇〇、〇〇 〇〇	仲介者B	〇〇 〇〇	〇〇 〇〇、〇〇 〇〇	介護施設C	〇〇 〇〇	〇〇 〇〇、〇〇 〇〇、〇〇 〇〇	介護施設D	〇〇 〇〇	〇〇 〇〇、〇〇 〇〇	⋮	⋮	⋮	⋮	⋮	⋮
	実施責任者	担当者																						
仲介者A	★〇〇 〇〇	〇〇 〇〇、〇〇 〇〇、〇〇 〇〇																						
仲介者B	〇〇 〇〇	〇〇 〇〇、〇〇 〇〇																						
介護施設C	〇〇 〇〇	〇〇 〇〇、〇〇 〇〇、〇〇 〇〇																						
介護施設D	〇〇 〇〇	〇〇 〇〇、〇〇 〇〇																						
⋮	⋮	⋮																						
⋮	⋮	⋮																						
進行予定表 (機器供給予定も含めて) ※別添可																								
報告書のまとめ方の予定(役割分担・時期等)		仲介者がデータを12月上旬までにとりまとめ、各仲介者のデータを12月中旬に製造事業者が集約し、12月下旬に事務局へ報告する予定																						
評価項目・方法 ※産業技術総合研究所から提供される効果測定に係る資料やツールを参考に計画してください。		(※)当協会ホームページに掲載(公募説明会実施日に掲載)の導入効果測定方法ガイドラインを参考に計画して下さい。																						

「有」の場合は、申請資料とともに10部添付してください。

添付資料	実施体制図	<input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無
	進行予定表	<input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無
	その他	<input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無
	書類名称	評価測定概要資料	

「有」の場合は、書類名称を必ず記載のうえ、申請資料とともに10部添付してください。

※添付資料についても、申請書とともに各10部提出してください。



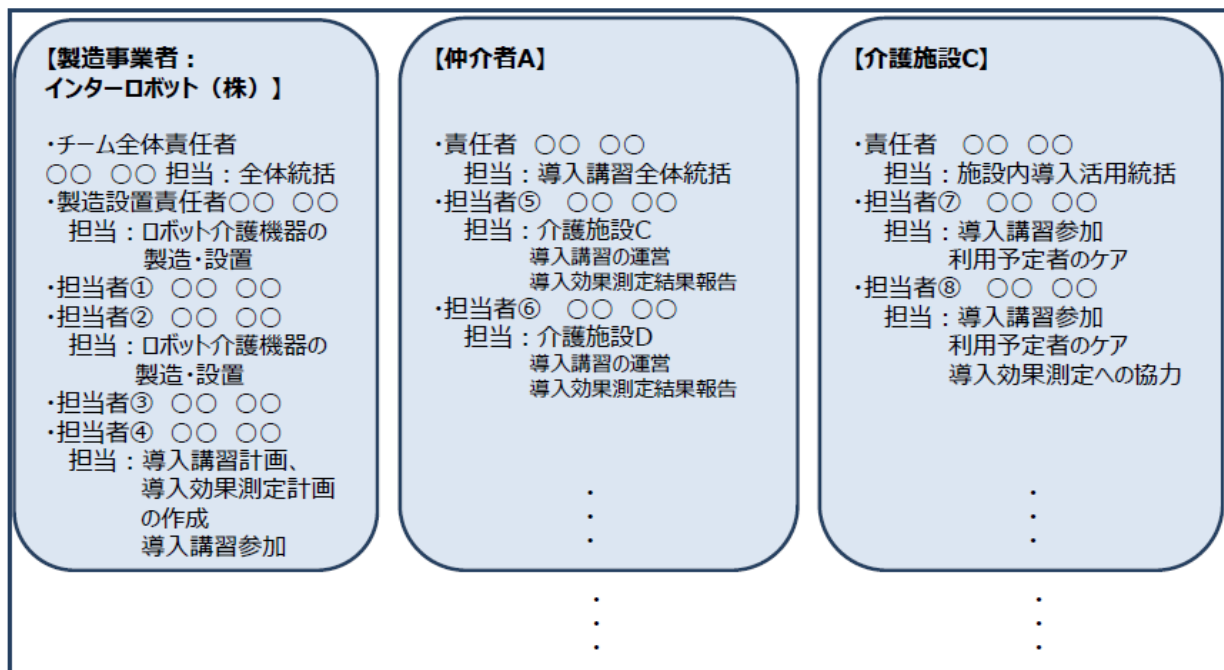
ロボット介護推進プロジェクト  
チーム提案書 仲介者情報書

補助対象機器名称	ロボットスーツ〇〇
----------	-----------

※仲介者1者(1法人)につき、1枚本紙を提出のこと。

仲介者情報	フリガナ	カブシキガイシャ〇〇〇〇〇				
	法人名	株式会社 〇〇〇〇〇				
	フリガナ	チュウカイタロウ				
	代表者名・役職	仲介 太郎 (取締役社長)	印			
	所在地	(〒 101 — 00** )				
		東京都千代田区神田淡路町 * * - * * * 〇〇ビル				
テクノエイド協会 実証支援機関登録	<input type="radio"/> 済	<input checked="" type="radio"/> 未	※「未」の仲介者はテクノエイド協会HPから実証支援機関の登録をお願いします。			
連絡担当窓口	事務所名	御茶ノ水事務所				
	部署名	ロボットケアグループ				
	フリガナ	チュウカイ ハナコ				
	担当者名	仲介 花子				
	所属部署・役職	ロボットケアグループ・マネージャー				
	所在地	(〒 101 — 00** )				
		東京都千代田区神田淡路町 * * - * * * 〇〇ビル				
	連絡先電話番号	03	—	****	—	****
	FAX番号	03	—	****	—	****
メールアドレス	<a href="mailto:123456@robotkaigo-chukai.com">123456@robotkaigo-chukai.com</a>					
実施体制 (担当者名・担当施設・資格・本件事業への従事割合等)	責任者:〇〇 〇〇(介護支援専門員 30%)—統括 担当者:〇〇 〇〇(資格なし 20%)—介護施設C、D					
これまでの福祉用具に係わる事業実績	なし					

仲介者の体制図 ※添付でも可  
(全体像の図示も願います。実施責任者、各担当者の従事内容、担当介護施設等を明確に)



<各関係者の役割>

- ・インターロボット（株） … ロボット介護機器の製造、導入講習計画・導入効果測定計画の作成、導入講習への参加、導入効果測定結果の報告を行う。
- ・仲介者A … 導入講習の実施、介護施設等への導入支援、導入効果測定の実施・データ保存、改良点の製造事業者へのフィードバックの実施等、製造事業者への導入効果測定結果の報告を行う。
- ・介護施設C … ロボット介護機器の活用、導入講習への参加、機器使用者への説明、導入効果測定への協力を行う。



(様式7-3)

費用の積算内訳 ※区分については、公募要領(別表2)を参照のこと。

※税抜価格とすること。

I. 労務費

区分	細目	金額	積算内訳
人件費	氏名:〇〇 〇〇 等級20(1名)	278,600 円	1,990(円/時間)×7時間×20日
	氏名:〇〇 〇〇 等級31(1名)	569,800 円	4,070(円/時間)×7時間×20日
	氏名:〇〇 〇〇 等級35(1名)	349,300 円	4,990(円/時間)×7時間×10日
		円	
補助員費	事務補助者(3名)	210,000 円	1,000(円/時間)×7時間×10日×3名
		円	
		円	
		円	
		円	
		円	
		円	
		円	
		円	
		円	

日当、宿泊費については、申請者の旅費規程に準ずる額を記載ください。

II. 事業費

区分	細目	金額	積算内訳
旅費	交通費	180,000 円	往復30,000×2回×3名
旅費	日当	10,800 円	2回×3名×1,800(円/1日1名)
旅費	宿泊費	54,000 円	2回×3名×9,000(円/1日1名)
会議費	会場費	100,000 円	会場借料、機材借料
会議費	飲物代	2,000 円	お茶代(200円×10名)
借料及び損料	リース費	200,000 円	記録用機器のリース(2台 1か月)
消耗品	筆記用具	1,000 円	講習用筆記用具
外注費		0 円	
印刷製本費		20,000 円	講習用資料・導入マニュアル費用
印刷製本費		100,000 円	報告書印刷・製本
その他諸経費	発送費	5,000 円	発送費
		円	
		円	
		円	
		円	
		円	

講習・効果測定費用(総額)	2,080,500 円
補助額	2,080,000 円

※補助額は千円未満切捨てになります。



ロボット介護推進プロジェクト  
チーム提案書 介護施設等情報書

補助対象機器名称	ロボットスーツ〇〇
----------	-----------

※介護施設1事業所につき、1枚本紙を提出のこと。

※※導入部所複数の場合は各々記入のこと。

事業所概要	法人名		介護付有料老人ホームB			
	施設名(事業所名)		御茶ノ水施設			
	サービス種別		<input checked="" type="checkbox"/> 入所 <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> その他(具体的に: _____)			
			<input checked="" type="checkbox"/> 通所 <input checked="" type="checkbox"/> デイサービス <input checked="" type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> その他(具体的に: _____)			
			<input type="checkbox"/> 入院			
			<input type="checkbox"/> 通院			
			<input type="checkbox"/> その他(具体的に: _____)			
	定員		100 名		※通所等サービス事業所は、月間の平均利用者数を記載のこと。	
	職員数	全数	常勤	19 名	非常勤	12 名
		内:介護福祉士	常勤	10 名	非常勤	6 名
その他介護職		常勤	名	非常勤	名	
介護支援専門員		常勤	名	非常勤	名	
社会福祉士		常勤	名	非常勤	名	
正看護師		常勤	2 名	非常勤	1 名	
准看護師		常勤	3 名	非常勤	2 名	
理学療法士		常勤	2 名	非常勤	2 名	
作業療法士		常勤	1 名	非常勤	0 名	
医師		常勤	1 名	非常勤	1 名	
導入予定台数		10 台				

(様式8-ウラ)

連絡担当窓口	担当者	フリガナ	カイゴ ハナコ			
		氏名	介護 花子			
		部署名	なし			
		役職	施設長			
	所在地	(〒 162 — 00**) )				
		東京都新宿区神楽河岸 * - * 〇〇ビル				
	連絡先電話番号	03	—	****	—	****
	FAX番号	03	—	****	—	****
メールアドレス	<a href="mailto:123456@robotkaigo-shisetsu.com">123456@robotkaigo-shisetsu.com</a>					
担当仲介者	組織名	株式会社 〇〇〇〇〇				
	仲介者からの経路・所要時間					
	担当者名	仲介 花子				
本事業参加の経過 (動機等)	移乗介助時における身体的な負担(腰痛)により、スタッフの離職や休職が発生しており、上記問題を改善すべく本事業参加にいたった。					
利用予定者の状態 (疾病・生活機能) 及び、人数	要介護3:40人、4:20人、5:20人 認知症:35人					
期待している効果	スタッフの身体的負担(腰痛)の改善と、被介護者のベッドからの離床頻度増加					
安全性確保のため 特に留意したいこと	当ホームでは、認知症の方が3割程度を占めている。認知症の方の移乗介助に機器(ロボットスーツ)を利用した場合、スーツの隙間に手をはさんでしまうといった問題が想定され、事故対応が発生する可能性がある。そのため、まずは認知症ではない方々への移乗介助にスーツを利用し、対象者を徐々に広げていきたいと考える。					