

# 鹿児島県介護生産性向上総合相談センター

## 介護ロボット試用貸出実施要領

### 1 目的

介護サービスを提供する事業所又は施設(以下「介護事業所」という。)における業務の効率化, 介護サービスの質の向上その他の生産性の向上に資する取組を支援するため, 介護事業所に実際の介護ロボットに触れ, 活用を体験してもらうことにより, 介護ロボットの普及を促進することを目的とする。

### 2 貸出対象者

鹿児島県内の介護事業所とする。

### 3 貸出対象とする介護ロボット

厚生労働省が作成する「介護ロボットの試用貸出リスト」に掲載されている機器とする。

### 4 貸出期間・貸出台数・費用負担

#### (1) 貸出期間

貸出期間は, 2週間から1ヶ月を目安とする。

ただし, 最長でも2ヶ月までとする。

#### (2) 貸出台数

1事業所1機器あたり原則3台までとする。

#### (3) 費用負担

貸出に係る費用は, 鹿児島県介護生産性向上総合相談センター(以下「センター」という。)から開発企業への謝金の支払いを行うため, 無償とする。

### 5 貸出手続き

#### (1) 貸出申請

試用貸出を受けようとする者(以下「申請者」という。)は, 「試用貸出申込書」(別紙様式1)によりセンターへ申請するものとする。

なお, 申請の受付は毎年度1月末をもって終了とする。

#### (2) 貸出決定

① センターは, 貸出申請を受理した後, 申請内容を精査し, 適切と認める場合は当該介護ロボットの開発企業へ取次ぎを行う。

② 取次後は, 開発企業と申請者間で貸出に係る詳細の調整を行う。

③ 調整後, 開発企業は, 「試用貸出決定書」(別紙様式2)により, 貸出の決定をセンターに通知する。

### (3) 貸出終了後

- ① 申請者は、試用貸出終了後「試用貸出アンケート」(別紙様式3)を遅滞なくセンターに提出する。
- ② センターは、アンケートを確認した後、開発企業へ謝金を支払う。

## 6 開発企業への謝金支払い

### (1) 謝金単価

#### ① 基本単価

貸出期間が30日以内の場合は貸出1台あたり3万円,貸出期間が31日間以上の場合は貸出1台あたり6万円とする。

#### ② 遠隔地加算

遠隔地への試用貸出については、本来の謝金に追加して上限3万円の実費を支払う。

- ・ 対象地域:離島振興法第二条第一項の規程により指定された離島振興対策実施地域,奄美群島振興開発特別措置法第一条に規定する奄美群島

- ・ 対象経費:輸送費及びその他必要と認める経費とし,領収書等の証憑が確認できるものに限る。

### (2) 謝金支払

センターは、開発企業から提出された「謝金支払請求書」(別紙様式4)及び「振込口座確認票」(別紙様式5)の内容を確認し、謝金を支払う。

## 7 その他

この介護ロボット試用貸出実施要領に定めるもののほか、必要な事項は鹿児島県保健福祉部高齢者生き生き推進課と協議の上、センターの代表者が別に定めるものとする。

## 附 則

この要領は、令和6年6月1日から施行する

## 試用貸出申込書

## 【申込者】

所属先名称(法人名・事業所名):

代表者(管理者)氏名:

介護ロボットの試用貸出について、以下のとおり申し込みます。

## 1. 申込者情報

所属先種別 ※1つを選択	1 介護老人福祉施設 2 介護老人保健施設 3 介護医療院 4 訪問介護 5 訪問入浴介護 6 訪問介護 7 訪問リハビリテーション 8 居宅療養管理指導 9 通所介護 10 通所リハビリテーション 11 短期入所サービス 12 小規模多機能型居宅介護 13 看護小規模多機能型居宅介護 14 夜間対応型訪問介護 15 定期巡回・随時対応型訪問介護 16 認知症対応型通所介護 17 認知症対応型共同生活介護 18 障害者施設(高齢者の介護) 19 その他(サービス種別 )
担当者(申込者)氏名	
担当者(申込者)職種	1 施設長 2 ケアマネジャー 3 介護職員 4 生活相談員 5 看護職員 6 機能訓練指導員 7 その他( )
住所等連絡先	〒
	TEL
	FAX
	E-mail
保険加入の有無※	1 加入している 2 加入していない
留意事項の 確認チェック	裏面の留意事項を確認しました。 代表者氏名: _____

※申込者が機器を破損もしくは紛失し損害賠償を負った場合、それを補償する保険への加入の有無。

## 2. 借用物情報

試用貸出を行う 企業名※	
希望機器名(機種)	
希望個数(台・セット)	_____個 (台・セット)
借用の目的 (○はいくつでも)	1 利用者に対するサービスの質を向上させたい 2 利用者の自立支援に繋がりたい 3 利用者の安全性向上に繋がりたい 4 業務やサービスを効率化させたい 5 介護職員の負担軽減に繋がりたい 6 その他( )
希望する借用期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日
試用貸出リスト	1 掲載されている 2 掲載されていない

※試用貸出リストに記載されている「問い合わせ先」の企業名を記入してください。開発企業と試用貸出企業は異なる場合がございます。

### <留意事項>

#### 【「試用貸出申込書」の記入に関する留意事項】

- ・「試用貸出申込書」について、以下をご留意ください。
  - 記入内容へ漏れや誤記が無いか内容の確認を行ってください。
  - 試用貸出の対象となる介護ロボット 1 種類につき、1 枚の試用貸出申込書を作成すること。同じ開発企業からの介護ロボットであっても、試用貸出リストの掲載が異なる製品の場合は、試用貸出申込書を分けてください。
  - 押印は不要であることから原本の送付は必須ではなく、電子データの提出も可能と致します。

#### 【試用貸出時の留意事項】

- ・借用にあたって、まずは機器の使用目的を明確にし、目的に合った使用方法等をご検討ください。
- ・借用した機器の使用にあたっては、必要に応じてご利用者及びそのご家族の合意を取ってください。
- ・借用にあたっては、機器の使い方とリスクについてのレクチャーを必ず受けて下さい。
- ・借用にあたって借用者の費用負担はございません。なお、借用費用以外の詳細な条件は貸出者にご調整頂きますようお願いいたします。
- ・借用・返却の際には、破損等が無いかの確認を行ってください。破損・紛失が生じた場合は賠償責任が発生する可能性があります。
- ・事故発生時の保証に関して、以下を御確認下さい。
  - 試用貸出の対象となる機器が、PL 法(製造物責任法)で守られていることを確認して下さい。
  - 事故が起こった際に、製品に起因するのか、使い方に起因するかもめるケースがあるため、使用状況の記録を確実に行うようにして下さい。  
※記載項目例:対象者の身長・体重等の身体データ、普段の介護状況、使用場面、使用时间・頻度、介護者付添有無
- ・申込書記載内容につきましては、借用者への連絡及び匿名化した統計以外には使用致しません。
- ・機器使用時の事故について、センターでは一切の責任を負いませんのでご承知下さい。

(別紙様式2)

(試用貸出企業用)  
試用貸出決定書

令和 年 月 日

鹿児島県介護生産性向上総合相談センター様

企業名:

代表者氏名:

申込者(法人名・事業所名)

から提出のあった試用貸出の申し込みについて、下記のとおり決定したので、報告します。

試用貸出申込書 受理日	令和 年 月 日	
貸出についての 決定	1 貸出実施 2 貸出見送り	
	機器名(機種)	
	貸出個(台・セット)数	個(台・セット)
	貸出期間	令和 年 月 日~令和 年 月 日
	申込者が希望する 貸出台数から減少した理由 もしくは貸出見送りの理由	

※貸出実施の決定を行った場合は、別紙様式4の謝金支払請求書及び別紙様式5の振込口座確認票に必要事項を記載頂き、試用貸出終了後に提出くださいますようお願い致します。

## 介護ロボットの試用貸出アンケート

メールアドレス	
法人名	
事業所名	

問1 記載者			
問1-1 記載者役職 氏名		問1-2 記載者職 種 (○は1つ)	1. 施設長 2. ケアマネジャー 3. 介護職員 4. 生活相談員 5. 看護職員 6. 機能訓練指導員 7. その他 (            )
問2 借り受けた介護ロボ ット名		問3 借受期間/台数	年 月 日～ 年 月 日 台

問4 介護ロボットを借りた当初の目的(当てはまるものをすべて選択して下さい)	
1.	利用者に対するサービスの質を向上させたい
2.	利用者の自立支援につなげたい
3.	利用者の安全性向上につなげたい
4.	業務やサービスを効率化させたい
5.	介護職員の業務負担軽減につなげたい
6.	その他:

問5 介護ロボットを使用した対象者(介護を受ける方又は介護者)の情報(対象者が複数いる場合は最も多く使用した方の情報をご記載ください。)			
問5-1 性別 (○は1つ)	1. 男性 2. 女性	問5-2 年 齢 (○は 1つ)	1. 20歳未満      6. 61～70歳 2. 21～30歳     7. 71～80歳 3. 31～40歳     8. 81～90歳 4. 41～50歳     9. 91歳以上 5. 51～60歳

問5-3 介護度(○は1つ) ※対象者が介護者の場合は記載不要です。	要支援1   要支援2   要介護1   要介護2   要介護3   要介護4   要介護5
---------------------------------------	--

問5-4 対象者の身体状況・使用環境(自由記述)	
※記載例: 転倒リスクの高い入居者・ベッドサイドに設置し使用 体重の重い入居者をよく移乗介護する介護者・移乗介護前に装着して使用 等	

問6 使用頻度等	
問6-1 使用頻度 (自由記述)	1日   回数   週   回数   月   回数   その他(            )
問6-2 利用効果の高かった利用パターン(自由記述:他機器との組み合わせ、機器未使用者とのシフト変更等)	

問7 介護ロボットについての感想

問7-1 介護ロボットの満足度(〇は1つ)	
10 ← 9 8 7 6 5 4 3 2 → 1 満足度高 ← 満足度低	
問7-2 介護ロボットの安全性(〇は1つ)	1. 思っていたよりも安全 2. 想定通り 3. 思っていたよりも危険
問7-3 介護ロボットの大きさ(〇は1つ)	1. 思っていたよりも大きい 2. 想定通り 3. 思っていたよりも小さい
問7-4 介護ロボットの操作感(〇は1つ)	1. 思っていたよりも簡単 2. 想定通り 3. 思っていたよりも複雑
問7-5 介護ロボットを使用した効果 (該当するものに全てに〇を付けてください)	1. 利用者に対するサービスの質が向上した 2. 利用者の自立支援に繋がった 3. 利用者の安全性向上に繋がった 4. 業務やサービスが効率化した 5. 介護職員の負担軽減に繋がった 6. その他( )
問8 介護ロボットの要改善点(該当するもの全てに〇をつけてください)	
1. 介護ロボットの外形(重量・大きさ・形等)に関する改善 2. 介護ロボットの機能(操作感・性能等)に関する改善 3. 介護ロボットを使用するための環境整備(Wi-Fi環境・場所の確保等)に関する改善 4. その他 ( )	
問9 導入意向	
問9-1 導入意向 (〇は1つ)	1. ぜひ導入を検討したい      3. 他の介護ロボットを試してみたい 2. 今後導入を検討してみてもよい      4. 導入は難しい
問9-2 導入意向の理由(自由記述)(問9-1の選択肢を選んだ理由を教えてください。)	
問10 その他介護ロボットに関する意見・感想(自由記述)	

アンケートは以上です。ご協力下さいまして誠にありがとうございました。  
 なお、ご記載していただいた個人情報は、鹿児島県の定める個人情報取扱特記事項に従い適切に取り扱います。

(別紙様式4)

(試用貸出企業用)  
謝金支払請求書

令和 年 月 日

鹿児島県介護生産性向上総合相談センター 様

企業名：

代表者名：

住所：

登録番号：

1 請求金額

税込合計金額(F)	内消費税(10%)
円	円

貸出機器名	個(台・セット)	貸出期間
		令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日

2 請求内訳

謝金(基本)	(単価※1) _____ 円 × _____ 個(台・セット)	=	円(A)
遠隔地加算 (追加) ※2	輸送費等実費※3	=	円(B)
	実費超過額(B-A) ※4	=	円(C)
	(追加上限額)30,000円 × _____ 個(台・セット)	=	円(D)
	(C)と(D)を比較して小さい方の額(追加請求可能額)	=	円(E)
請求額(合計)	(A) + (E)	=	円(F)

※1 貸出期間 1~30日:30,000円, 31日~:60,000円

※2 対象地域:離島振興法第二条第一項の規程により指定された離島振興対策実施地域

奄美群島振興開発特別措置法第一条に規定する奄美群島

※3 輸送費及びその他必要と認める経費の合計額。根拠証憑を必ず添付すること

※4 計算結果がマイナスとなる場合は、「0」と記載ください



(別紙様式5)

(試用貸出企業用)  
振込口座確認票

1 口座情報

事業名	介護生産性向上推進総合事業		
貴社名			
振込先金融機関	フリガナ		
	口座名義		
	◆銀行等の場合		
		銀行	本店
		金庫	支店
	預金種別	普通 総合 当座 その他( )	
	口座番号		
	◆ゆうちょ銀行の場合		
	ゆうちょ銀行		店名
	口座種別		
記号番号	—		
貴社	〒	Tel	
所在地			

2 連絡先

企業名	<input type="checkbox"/> 上記, 口座情報に記載の企業名と同様 <input type="checkbox"/> 上記, 口座情報に記載の企業名とは異なる(以下へ記載下さい) 企業名:
部署名	
担当者名	
メールアドレス	
電話番号	