

平成27年 8月 11日

公益財団法人テクノエイド協会 殿

(要望者)

〒532-0003

住所 : 大阪府大阪市淀川区宮原3-4-30
ニッセイ新大阪ビル17階

事業者名 : 積水ホームテクノ株式会社

担当者所属 : 商品開発部 開発部

担当者名 : 齋藤 浩之

電話番号 : 06-6397-9747

電子メールアドレス : saitou026@sekisui.com

介護ロボット等モニター調査事業 交付金要望書

貴法人が福祉用具・介護ロボット実用化支援事業の一環として行う「介護ロボット等モニター調査事業」について、下記の書類を添付して申請します。

記

1. 介護ロボット等モニター調査計画書（別紙）
2. 会社概要（任意様式）
<http://www.sekisui-hometechno.co.jp/>
3. モニター調査を行う介護ロボット等の開発経過がわかる書類（任意様式）
※実績がない場合は、提出不要
『介護ロボット等モニター調査計画書』に機器の概要を記載しています。

(書類の取り扱い等について)

- ご提出いただく「モニター調査計画書（別紙）」は、介護施設等とのマッチングのために公開いたします。公開可能な範囲において、できる限り記載してください。
- 「モニター調査計画書（別紙）」は、介護施設等とのマッチングに際して、インターネット等を通じて登録協力施設等へ情報提供します。
- 依頼する案件について、モニター調査に協力いただける介護施設又は団体等が現れない場合には、実施できない場合もあることを予めご承知ください。

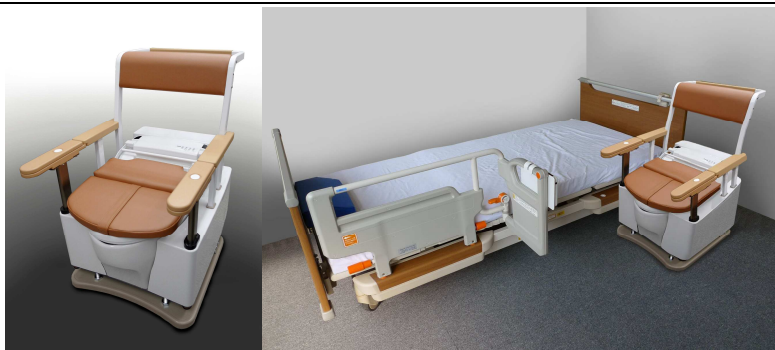
介護ロボット等モニター調査計画書

1. 申請者の概要

事業者名	積水ホームテクノ株式会社	
担当者名	齋藤 浩之	
担当者連絡先	住所	〒532-0003 大阪府大阪市淀川区宮原3-4-30 ニッセイ新大阪ビル17階
	電話	06-6397-9747
	電子メールアドレス	saitou026@sekisui.com
主たる業務	浴室及び水回り環境設備製品の企画・開発・販売・施工・メンテナンス	
主要な製品	戸建向け・介護用ユニットバス	
希望する施設等の種類・職種等	施設種類は特定しませんが、老人福祉施設か有料老人ホームで、夜間にポータブルトイレをご利用している施設様を希望します。	
希望するエリア	関東、関西	
その他		

2. 申請機器の概要 (可能な範囲でご記入ください。)

機器の名称(仮称)	wells水洗トイレ
機器の概要 (写真を添付すること)	<p><u>想定する使用者の状態像、使用環境</u></p> <p>【要介護高齢者】以下を禁忌として、該当しない方を想定します。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 背もたれやアームレストを使用しても座位姿勢を取れない方 ・ 重い心臓病の方 ・ 脳の疾病の方 ・ 臀部や大腿部に褥瘡がある方 ・ 認知症の方 <p>【介護者】以下を禁忌として、該当しない方を想定します。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ wellsトイレを移動する時(キャスターあり)に押せない方 ・ トイレリモコンのボタン操作がわからない方
	<p><u>機器の果たすべき目的</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 要介護高齢者が一人でトイレに移乗・排泄できる ・ 要介護高齢者が一人で排泄でき、排泄介助のために人を呼ぶ気兼ねをせずに済む ・ 水洗トイレで臭気低減でき、要介護高齢者と介護者共に快適に部屋で過ごせる ・ 水洗トイレで排泄物処理を介護者がしなくて済み、負担軽減となる
	<p><u>機器の機能、有用性</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 要介護高齢者が一人で移乗・排泄できるアームレスト ・ 小型真空ポンプによる、水洗機能つき ・ 小型真空ポンプをトイレと別設置することで、部屋の占有スペース最小化できる



※試作品のため、形状は変更することがあります。

比較すべき類似の機器あるいは方法およびそれに比べて優れている点

- ・ ポータブルトイレとの比較：被介護者が自分で操作できるアームレストと、水洗機能
- ・ 通常的水洗トイレとの比較：タンクレスかつ、真空ポンプが室外に置けるため、部屋の占有スペースが少ない

現在の開発状況と課題

機器に関するリスクアセスメント（安全性の評価と確保対策）

- ・ リスクアセスメントシートをモニター調査前にご提出いたします。

社外モニター調査の実施実績及びその結果

- ・ 「2015年度_積水ホームテクノ実証試験実績」をモニター調査前にご提出いたします。

現在の開発に関する課題

- ・ 機器移動用キャスターのロックが若干重たいです。
- ・ 以下のものを流すとwellsトイレが詰まりますので、流さないようご注意ください。
オムツ、尿パッド、ティッシュペーパー、トイレ用お掃除シートなど。

3. モニター調査したい内容（特に登録協力施設等へお願いしたい内容）

※記載にあたっては、募集要項のP9を参照してください。

※以下の項目についてモニター調査したい内容について記載してください。（今回要望しない項目は「特になし」としてください。）

※委員会等の審議により採択された場合には、協会及び専門家によるアドバイスを行います。

<p>利用対象者の適用範囲に関すること</p>	<p>【要介護高齢者】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 座位可能な要介護高齢者が、一人で、ベッドとwellsトイレの移乗し、一連の排泄動作をする回数が増えることを確認します。 ・ 実際に機器を設置してポータブルトイレの変わりに使用していただきます。 ・ 対象となる方：①か②でコミュニケーションが取れることがご参加の条件となります。 ①夜間にポータブルトイレを使用している方 ②夜間にトイレ誘導されている方 ※ 定期的にご参加者様を訪問し、使用に関してインタビューをします。
<p>利用環境の条件に関すること</p>	<p>【介護者】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ wellsトイレの利用について毎日記録をしていただきます ・ wellsトイレを予め保管する場所を決め、日中はそこへ移動していただきます。 ・ 要介護高齢者様の排泄の自立度変化を確認するために、夜間記録機器の録画開始・停止操作を行っていただきます。
<p>機器の利用効果に関すること</p>	<p>【利用効果】</p> <p>以下の効果を想定しております。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 要介護高齢者がベッドとトイレ間の移乗で、wellsトイレのアームレストを自分で昇降し、一人で移乗できる。 ・ 排泄中はwellsトイレのアームレストに凭れられ、転落防止となる。 ・ 要介護高齢者が一人でトイレに行く回数が増え、介護者が排泄介助をする回数が減る <p>【評価方法】</p> <p>週に1～2回訪問し、どのようにお使いか、使いにくい点はないか、要介護高齢者様・介護者様へインタビューします。</p> <p>また、モニター調査中は夜間記録機器を使い、ベッド横でポータブルトイレ・wellsトイレ使</p>

	<p>用時のみシルエットの連続画像を撮り、排泄動作の自立度の変化を確認します。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 普段の排泄動作をどの程度一人でできるか、1週間程度確認 ・ wellsトイレを導入して4週間程使用し、排泄動作の自立度の変化を確認
機器の使い勝手に関する事	<p>【要介護高齢者様】</p> <ol style="list-style-type: none"> ① アームレストを使い、移乗・姿勢保持・衣服の脱着・お尻を拭くなどの行い易さ ② 水洗トイレとして、ベッド横で使う満足度 <p>【介護者様】</p> <ol style="list-style-type: none"> ① wellsトイレの移動し易さ ② 排泄介助が必要な場合の、介助し易さ <p>【評価方法】</p> <p>「機器の利用効果」と同様、インタビューと夜間記録機器を用いて評価します。</p>
介護現場での利用の継続性に関する事	<p>試作品のため、長期使用の耐久性となっておりません。ご希望によりお使いになることは可能ですが、機器の状態を確認するため、一旦は機器を回収いたします。</p>
その他	<p>【実施について】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 要介護高齢者様のお部屋へwellsトイレ、室外（屋外）へポンプを設置します ・ wellsトイレを置きっぱなしにすることなく、毎日動かしていただき、要介護高齢者様が昼間は普通のトイレをご利用下さいますようお願いいたします。 ・ wellsトイレ設置には水道工事が必要となります。事前の下見や機器設置が可能な場合にご参加可能となります。 ・ 実施には細心の注意を払いますが、万が一の事故に備えて保険に加入します。

(注) 必要に応じて記載欄を増やしてください。