

平成 31 年度 介護・生活支援 ロボット展示会・ 導入相談会

開催日

第2回 2019年
6月24日(月)

10:00~16:00

会場：ユニコムプラザさがみはら「セミナールーム 2」



相模原市南区相模大野 3 丁目 3 番 2 号
bono 相模大野サウスモール 3 階

色々なロボット機器

移乗支援

○装着

・ロボット技術を用いて介助者のパワーアシストを行う装着型の機器



○非装着

・ロボット技術を用いて介助者による抱え上げ動作のパワーアシストを行う非装着型の機器



移動支援

○屋外

・高齢者等の外出をサポートし、荷物等を安全に運搬できるロボット技術を用いた歩行支援機器



○屋内

・高齢者等の屋内移動や立ち座りをサポートし、特にトイレへの往復やトイレ内での姿勢保持を支援するロボット技術を用いた歩行支援機器



○装着

・高齢者等の外出をサポートし、転倒予防や歩行等を補助するロボット技術を用いた装着型の移動支援機器



排泄支援

○排泄物処理

・排泄物の処理にロボット技術を用いた設置位置調節可能なトイレ



○トイレ誘導

・ロボット技術を用いて排泄を予測し、的確なタイミングでトイレへ誘導する機器



○動作支援

・ロボット技術を用いてトイレ内での下衣の着脱等の排泄の一連の動作を支援する機器



見守り・コミュニケーション

○施設

・介護施設において使用する、センサーや外部通信機能を備えたロボット技術を用いた機器のプラットフォーム



○在宅

・在宅介護において使用する、転倒検知センサーや外部通信機能を備えたロボット技術を用いた機器のプラットフォーム



○生活支援

・高齢者等とのコミュニケーションにロボット技術を用いた生活支援機器



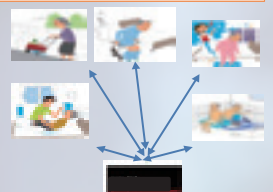
入浴支援

・ロボット技術を用いて浴槽に出入りする際の一連の動作を支援する機器



介護業務支援

・ロボット技術を用いて、見守り、移動支援、排泄支援をはじめとする介護業務に伴う情報を収集・蓄積し、それを基に、高齢者等の必要な支援に活用することを可能とする機器



主催：公益社団法人かながわ福祉サービス振興会

※出典 経済産業省・厚生労働省

お問合せ先

公益社団法人 かながわ福祉サービス振興会
 かなふく人財センター 介護ロボット推進本部
 TEL:045-662-9538 E-mail:robot@kanafuku.jp



(公社)かながわ福祉サービス振興会 行き

045-671-0295

時 間	内 容	対象者
10:00 ~	開会	介護・生活支援ロボットの導入を検討される (介護サービス事業所、障害福祉サービス事業所等) 常時(午前10時~午後4時) 出展メーカーとの 個別相談会を実施!
10:15 ~ 10:30	【第1部】 講演 (テーマ:介護・生活支援ロボット導入の現状)	
10:35 ~ 11:50	【第2部】 出展メーカー 4社によるプレゼンテーション ① 移乗介助ロボット、② 排泄支援ロボット、③ 入浴支援ロボット、 ④ 見守り・コミュニケーションロボット、⑤ その他	
11:50 ~ 12:50	休憩	
12:50 ~ 14:25	【第3部】 出展メーカー 5社によるプレゼンテーション (同上)	
14:25 ~ 14:40	休憩	
14:40 ~ 15:55	【第4部】 出展メーカー 4社によるプレゼンテーション (同上)	

主な出展ロボット (予定)

① ナノミストバス ベッドタイプ、② 流せるポータくん3号、③ 愛移乗くんII、④ マッスルスーツ、⑤ パワーアシストハンド&レッグ、⑥ シルエット見守りセンサ、⑦ サクサ・スマートケア、⑧ 見守り支援システム「Care Bird」、⑨ HAL®介護支援用(腰タイプ)、⑩ 見守りライフ、⑪ 見守りシステム ケアワン、⑫ 服薬支援システム服やっくん、⑬ 自動寝返り支援ベッド、⑭ 移乗サポートロボットHug L1、⑮ PALRO、⑯ ROBOHELPER SASUKE、⑰ 非接触バイタルセンサー、⑱ 離床・見守りセンサー、⑲ リコーみまもりベッドセンサーシステム、⑳ Dream Care、㉑ aams.介護、㉒ 見守り支援システム「眠りSCAN」

※状況により出展するロボットが変更になることを予めご了承下さい。

※出展メーカーとの「個別相談会」を常時(午前10時~午後4時)開催します。「個別相談会」をご希望の方は、下記の申込書に、ご記入下さい。

平成 31 年度 介護・生活支援ロボット展示会・導入相談会参加申込書

開催日	第2回:6月24日(月)	
個別相談会	希望する	希望しない
	※該当する箇所に○を付けて下さい。	
	「希望する」と回答した方に伺います。上記の「主な出展ロボット(予定)」から選択し、機器名をご記入下さい(複数回答可)。 (機器名: _____)	
法人名		
施設名		
サービス種別	① 特別養護老人ホーム ② 介護老人保健施設 ③ 有料老人ホーム ④ 訪問介護 ⑤ デイサービス ⑥ 居宅介護支援 ⑦ その他 (_____)	
	※該当する箇所に○を付けて下さい。	
参加者ご氏名	1人目:	2人目:
	3人目:	4人目:
ご職業	① 介護職 ② 看護職 ③ ケアマネジャー ④ 相談員 ⑤ その他 (_____)	
	※該当する箇所に○を付けて下さい。	
連絡先	電話番号:	FAX:
ご住所	〒 _____	

※法令に定めのある場合を除いて、事前の承諾がない限り個人情報を目的以外の用途で開示・提供致しません。