

2024年度JKA補助事業 福祉機器(介護・リハビリ機器)について、2回目の自己評価を実施してください。

・提出期限：2026年1月30日(金)

・提出先：m2024hyoka@keirin-autorace.or.jp

《2024年度JKA補助事業 自己評価書(2回目) 記入のしかた・記入例について》

\* **青字部分**は記入例です。記入の際、参考にしてください。

\* **水色箇所**は記入箇所、**ピンク色の項目**は選択肢の中からひとつを選択していただく項目、**緑色の項目**は複数選択可の選択項目となります。

\* 以下の【記入にあたっての注意点】もご一読のうえ、ご記入ください。

2024年度自己評価書(2回目) 様式・記入例 ↓

【記入にあたっての注意点】

|      |         |     |        |             |       |              |
|------|---------|-----|--------|-------------|-------|--------------|
| 整理番号 | 2024M - | 110 | 補助事業者名 | 社会福祉法人 ○○○会 | 補助事業名 | 福祉機器の整備(○○○) |
|------|---------|-----|--------|-------------|-------|--------------|

2024年度 JKA補助事業 自己評価書(2回目)

作成日 2026 年 1 月 20 日 作成者 競輪 花子

1. JKA補助 福祉機器について (2024年度補助事業で整備された介護・リハビリ機器についてご記入ください。)

|            |                                                                                                                       |
|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 導入機器名      | 見守り支援○○○ (AB-1234, CDE-56)                                                                                            |
| 導入形態       | <input type="radio"/> 更新 (同種機器入替) <input checked="" type="radio"/> 新規 (初めて導入) <input type="radio"/> 増設 (複数台目の機器として導入) |
| 機器配備施設名    | ○○○苑                                                                                                                  |
| 施設の所在地     | 東京都港区港南一丁目2番70号                                                                                                       |
| 施設の対象者     | <input type="radio"/> 障がい児・者 <input checked="" type="radio"/> 高齢者 <input type="radio"/> その他                           |
| 導入機器の特徴・用途 | 動作検知を活用することによって、ベッドからの転落や徘徊などによる利用者の安全を見守ることができる。介護従事者の負担軽減のためのサポート機器としても活用できる。                                       |

| 利用開始日       | 2024 年 9 月 25 日 | ①        |
|-------------|-----------------|----------|
| 運用月         | 稼働日数 (日)        | 利用回数 (回) |
| 1 2024年 6月  |                 |          |
| 2 2024年 7月  | ②               | ③        |
| 3 2024年 8月  |                 |          |
| 4 2024年 9月  | 5               | 28       |
| 5 2024年 10月 | 26              | 134      |
| 6 2024年 11月 | 30              | 140      |
| 7 2024年 12月 | 27              | 144      |
| 8 2025年 1月  | 25              | 135      |
| 9 2025年 2月  | 24              | 115      |
| 10 2025年 3月 | 31              | 144      |
| 計           | 416             | 2,132    |

① 稼働日数が10日に満たない月がある場合、その理由と事業者様自身が稼働状況をどのように判断されているかをお書きください。また、上記利用状況について、特記事項がございましたらご記入ください。(例:「一時退所者がいたため、使用人数に変動あり。」等)

利用開始月の2024年9月については、利用開始日が月末の25日であったため、稼働日数が10日に満たなかった。基本は入所者がいる限り全日稼働しており、利用開始月以外は稼働日「10日未満となった月はないので問題ないと考えている。ただし、一時退所者がいる場合など使用人数に変動の可能性もあり。

② 当該機器の導入前後を比較して、どのような効果がありましたか。“その他”にチェックした場合、その内容を“その他”右神にご記入ください。

| 選択                                  | 効果                   | 選択                       | 効果                   |
|-------------------------------------|----------------------|--------------------------|----------------------|
| <input type="checkbox"/>            | 施設利用者本人の衛生状態が向上した。   | <input type="checkbox"/> | 施設職員の精神的負担が軽減された。    |
| <input type="checkbox"/>            | 施設利用者本人の身体的負担が軽減された。 | <input type="checkbox"/> | サービスの質が向上した。         |
| <input checked="" type="checkbox"/> | 施設利用者本人の精神的負担が軽減された。 | <input type="checkbox"/> | より効率的な運用が可能になった。     |
| <input type="checkbox"/>            | 施設利用者家族の身体的負担が軽減された。 | <input type="checkbox"/> | より安価なサービスの提供が可能になった。 |
| <input type="checkbox"/>            | 施設利用者家族の精神的負担が軽減された。 | <input type="checkbox"/> | 稼働日数が増加した。           |
| <input type="checkbox"/>            | 施設職員の身体的負担が軽減された。    | <input type="checkbox"/> | 運用コストが下がった。          |
| <input type="checkbox"/>            | その他 ⇒                |                          |                      |

③ 上記②で選択した“導入の効果”の中で最も効果があったと思われるものを一つ挙げ、その詳細をご記入ください。

最も効果があったこと ⇒ 施設職員の精神的負担が軽減された。

機器を導入した結果、介護従事者が室内巡回をしていない時間帯でも、入所者の状況を確認できるようになり、他の業務に時間を有効利用することができるようになった。

◆整理番号、補助事業者名(法人名)、補助事業名(カッコ内○○○部分 介護機器 など)を記入してください。

◆作成日、作成者名を記入してください。

◆機器名、メーカー名等を記入してください。

◆あてはまるものをひとつ選択してください。  
**【注意】**「新規」については、JKA補助かどうか、また、機械の種類に関わらず、今回、法人所有の同機能の福祉機器を初めて導入した場合のみ選択してください。「同機能の福祉機器自体は以前より所有しているが、JKAの補助を受けて導入したのは初めて」という場合や、「この種類の機器を導入したのは初めて」といった場合は「新規」には該当しません。

◆今回導入した福祉機器を配備した施設名を記入してください。また、その施設の所在地(住所)も記入してください。

◆あてはまるものをひとつ選択してください。  
**【注意】**ふたつ以上あてはまる場合(例えば、障がい児・者、高齢者ともに対象者である場合等)は、「その他」を選択してください。

※「その他」を選択した場合は、その詳細を記入してください。(例:障がい児・者、高齢者ともに など)

◆今回導入した機器の特徴(その機器の強みなど)と用途を記入してください。

◆① 今回導入した福祉機器の利用を開始した日にちを記入してください。

◆② 今回導入した福祉機器を稼働させて使用した日数を月ごとに記入してください。  
 例)1日のうちに3回活用できた場合でも、「1」と数えます。

◆③ 今回導入した福祉機器を利用した回数を月ごとに記入してください。  
 例)1日のうちに3回活用できた場合、その日の利用回数は「3」と数えます。

◆稼働日数が10日に満たない月がある場合、その理由を記入してください。  
 (なぜその月は稼働日数が少なかったのか、またその理由として改善が必要と思われる場合、今後どうしていく予定か、など)  
 また、利用状況についての特記事項があれば記入してください。  
 (例:「一時退所者がいたため、使用人数に変動あり。」等)

◆複数選択可です。効果があった項目について、あてはまるものすべてにチェックを入れてください。

※「その他」を選択した場合、その詳細を記入してください。  
 (例:施設の利用者が増加した など)

◆上記②で選択した項目のうち、最も効果があったと思われるものをひとつ選択してください。  
 (プルダウンで選択できます)

◆上記「最も効果があったこと」で選択した項目について、具体的にどのような効果があったのか、その詳細を記入してください。

2. 以下の評価項目について、ご記入ください。

個別の評価項目について、交付書封套添付の『事前計画／自己評価書(3/5) 4. 補助事業の事前計画』の、達成状況等を把握し、ご記入ください。  
○ 採点基準については、2024年度補助事業実施に関する事務手続要領『別冊評価要領』自己評価スコアリングガイドをご確認ください。

|                                            |  |                                                                                                                      |      |        |
|--------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|--------|
| (1) 受益者<br>(ニーズ)                           |  | 入所者にとって転倒事故は身近に起こりやすいとても気がかりな要素であるが、介護従事者が入所者一人に対して24時間付き添うことはできない。従って、見守りセンサーを導入することで、入所者本人や介護従事者に大きな安心をもたらすことができる。 |      | 採点     |
| (2) 事業<br>内容                               |  | 事業の<br>発展性                                                                                                           |      | 採点     |
| (3) 達成<br>目標                               |  | 事業の<br>成果・波及                                                                                                         |      | 採点     |
| ※自己評価1<br>回目から変化<br>があった場合に<br>ご記入くださ<br>い |  | 達成値                                                                                                                  | 達成状況 | 具体的な内容 |

◆1回目の自己評価の際と同様に、事前計画／自己評価書(3/5)の目標に対し、どれだけ達成できたかを記入してください。  
採点欄については、別シートのスコアリングガイドを参照の上、採点してください。  
(点数はプルダウンで選択できます)

◆(3)達成目標については、1回目の自己評価時から達成状況などに変化があった場合、変化があった後(現在)の状況について記入してください。  
!!注意!! 達成状況のパーセンテージについては、1回目の自己評価時との比較ではなく、事前計画／自己評価書(3/5)記入の内容と比較して算出してください。

3. 当該機器の導入、運用に関する課題がございましたらご記入ください。

大きな課題は特にないが、当該機器のより効率的な運用方法を検討し、更なる業務効率化に努めたい。

◆機器を導入した際に問題となったことや、機器の運用についての課題があれば記入してください。

4. 実際に当該機器を利用した感想(職員の声、利用者の声、利用者ご家族の声 等)お聞かせください。

職員:とても使いやすく、負担軽減が実感できた。利用者にも安心を与えられてうれしい。  
利用者:いつも見守られている気がする。  
利用者家族:安心して家族を預けられる。自宅介護での家族の負担も減って助かっている。

◆実際に今回導入した福祉機器を使用して介助を行っている施設職員、実際に今回導入した福祉機器を利用している施設利用者及びその家族の声などを記入してください。

5. 当該機器や当該機器を利用した活動について、メディア等で紹介された事例がございましたらご記入ください。

特になし

◆導入した機器自体についてや、機器を利用して行う介護活動について、新聞や雑誌、テレビやラジオ等メディアで紹介された事例があれば記入してください。  
特になければ「特になし」と記入してください。

6. 事業分野を取り巻く状況や課題をお聞かせください。また、JKAI以外で福祉機器への助成を行っている補助団体についてご存知であればお教えください。

社会福祉法の改正により、地域貢献活動が義務化され、今後の事業展開も多様化していくことが予想されるが、社会保障費の抑制等の影響や地域の高齢化による人材不足など、ますます深刻になっていくと考えられる。  
利用者の重度化など、必要とされる支援が増え、職員の負担も増えている。今後、機械化・ロボット化により職員の負担軽減、利用者へのサービス向上が進むことを期待している。介護現場のニーズに沿った機器ができるとよい。  
福祉機器への助成を行っている団体として知っているのは〇〇〇財団。

◆事業分野(福祉・介護業界等)での問題点や課題等を記入してください。  
また、国の施策、それに対する影響等がありましたら併せて記入してください。  
◆補助を受けたことがある・ないに関わらず、福祉機器の助成等を行っている団体をご存知であれば団体名を記入してください。

7. 上記1～6についての補足や、JKAIに対するご要望等がございましたら、ご記入ください。

設備・備品等が必要となっても費用が高額で全額自己負担は厳しい状況であるため、今後も福祉機器に対しての補助を続けてほしい。

◆この自己評価の補足や、JKAIに対する要望等を記入してください。

以上となります。 ありがとうございます。 m2024hyoka@keirin-autoreco.or.jp までご連絡ください。

【福祉機器(介護・リハビリ機器)】