

# 島本町身体障害者等訪問入浴サービス事業実施要綱

(平成16年 4月 1日)  
最近改正 令和4年 4月 1日

## (目的)

第1条 この要綱は、地域における身体障害者等の生活を支援するため、訪問入浴サービスを提供し、身体障害者等の身体の清潔の保持、心身機能の維持等を図り、もって福祉の増進を図ることを目的とする。

## (定義)

第2条 この要綱における用語の定義は、次の各号に掲げるとおりとする。

- (1) 身体障害者等 身体障害者及び難病患者
- (2) 身体障害者 身体障害者福祉法（昭和24年法律第283号）第15条に規定する身体障害者手帳の交付を受けている者
- (3) 難病患者 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行令（平成18年政令第10号）第1条に規定する疾病による障害のある者
- (4) 訪問入浴サービス 身体障害者等の居宅を訪問し、浴槽を提供して行う入浴の介護

## (実施事業者)

第3条 町長は、介護保険法（平成9年法律第123号）における指定訪問入浴介護事業者のうち、適切なサービス提供ができるものを訪問入浴サービス事業者として登録するものとする。

2 前項の規定による登録を受けようとする者は、島本町地域生活支援事業者の登録等に関する要綱の規定により、町長に申請しなければならない。

## (対象者)

第4条 事業の利用対象者は、町内に住所を有する在宅の身体障害者等であって、次の各号に該当する者とする。

- (1) 本事業を利用しなければ入浴が困難である者
- (2) 医師が入浴を可能と認めた者
- (3) 原則として、入浴時に介護者の立ち会いが可能である者

2 前項の規定にかかわらず、介護保険法又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成17年法律第123号）に基づく他のサービスにより入浴が可能となる者は、利用対象者から除くものとする。

## (事業の実施体制)

第5条 事業を行う者（以下「サービス提供事業者」という。）は、事業の実施に必要な看護師又は准看護師、介護職員、管理者等の人員体制を整備し、必要な浴槽類等の設備及び備品を備え、適切な事業運営に努めなければならない。

## (利用の申請)

第6条 事業を利用しようとする者又はこれを現に扶養している者（以下「申請者」という。）は、身体障害者等訪問入浴サービス利用申請書（様式第1号）に次に掲げる書類を添えて、町長に提出するものとする。

- (1) この事業の利用に関する主治医の意見書。ただし、他の書類等で確認できるなど町長が特に認めたときは、意見書の添付を省略することができる。
- (2) その他町長が必要と認める書類

## (利用の決定)

第7条 町長は、前条に規定する申請を受けたときは、当該対象者の身体状況、介護の状況等を調査し、利用の可否、利用頻度を決定するものとする。

2 町長は、前項の規定による決定をしたときは、身体障害者等訪問入浴サービス利用決定通知書（様式第2号）により申請者に通知するものとする。

（費用負担）

第8条 利用者の費用負担額は、無料とする。

2 前項の規定にかかわらず、サービス提供事業者は、利用者の選定により提供される特別な浴槽水等に係る費用及び当日中止の際の実費負担については、利用者に対して請求することができる。

3 サービス提供事業者は、前項の費用の額に係るサービスの提供に当たっては、あらかじめ、利用者又はその家族に対し、当該サービスの内容及び費用について説明を行い、利用者の同意を得なければならない。

（事業実施上の留意事項）

第9条 サービス提供事業者は、事業の実施に当たり、次の事項に留意するものとする。

(1) サービスの提供に当たっては、提供するサービスの質の評価を行い、常にその改善を図らなければならない。

(2) サービスの提供に当たっては、常に利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえ、必要なサービスを提供するものとする。

(3) サービスの提供に当たっては、懇切丁寧に行うことを旨とし、利用者又はその家族に対し、サービスの提供方法等について、理解しやすいように説明を行うものとする。

(4) サービスの提供に当たっては、介護技術の進歩に対応し、適切な介護技術をもってサービスの提供を行うものとする。

(5) 現にサービスの提供を行っているときに利用者に病状の急変等が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治医又はあらかじめサービス提供事業者が定めた協力医療機関への連絡を行う等の必要な措置を講じなければならない。

（監査及び帳簿等の整備）

第10条 サービス提供事業者は、事業に係る収入及び支出を明らかにした帳簿を備え、その他必要な帳簿等支出書類を常に整理し、かつ、当該帳簿及び証拠書類を事業完了後5年間保管しなければならない。

2 町長は、必要と認めたときは、事業の実施について監査、指示又は検査を行うことができる。

（訪問入浴サービス費及び請求方法）

第11条 訪問入浴サービス費の額は、1回当たり12,600円とし、利用者の身体状況により部分入浴又は清拭を実施した場合も同様とする。

2 サービス提供事業者は、当該訪問入浴サービスに要した費用について、サービスを提供した月の翌月10日までに請求するものとする。

3 前項の規定による請求を行う場合には、訪問入浴サービス費の明細及び提供実績記録を確認することができる書類を添付するものとする。

（支払い）

第12条 町長は、サービス提供事業者から前条の規定による請求があったときは、審査の上、支払うものとする。

（その他）

第13条 この要綱に定めるもののほか、事業の実施に当たり必要な事項は、町長が別に定める。

附 則

この要綱は、平成16年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成18年10月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成23年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成24年7月9日から施行する。

附 則

この要綱は、平成25年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和4年4月1日から施行する。

## 身体障害者等訪問入浴サービス利用申請書

年 月 日

島本町長 様

申請者 住所  
氏名  
電話

(対象者との続柄 )

次のとおり訪問入浴サービスの利用を申請します。

### 1 利用対象者

氏 名		男 ・ 女	年 月 日生( )歳
住 所	島本町	電話番号	
対 象 区 分	<input type="checkbox"/> 身体障害者	障害名( ) 等級( )級	
	<input type="checkbox"/> 難病患者	疾病名( )	

### 2 希望する理由・回数等

申 請 理 由			
希 望 す る 回 数 等	回 数	週( )回	
	曜 日	※希望する(都合のよい)曜日を全て○で囲んでください。 月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 ・ 日	
	時 間 帯	※希望する(都合のよい)時間帯を記入してください。 ①第一希望 ( )時～ ( )時 ②第二希望 ( )時～ ( )時	
	開始時期		
その他、利用に当たって希望すること			

### 3 医療の状況

主 治 医	医療機関名	(連絡先)		
	医師氏名	(診療科目)	科 (氏名)	
	受診頻度	年・月・週( )回	方法( 通院 ・ 往診 )	
他の受診医療機関				
主な疾病・症状				
最近した入院・手術				
服 薬 状 況	(有 ・ 無) ある場合は内容・頻度( )			
医療器具・医療行為の状況				

#### 4 家族の状況

氏名	対象者との続柄	職業	↓※○を付けてください。	
			主たる介護者	訪問入浴時の付き添い者
緊急連絡先	①	(宛先) (電話番号)		
	②	(宛先) (電話番号)		

#### 5 身体及び介護の状況

↓※該当する項目にチェックしてください。

寝返り	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 自立
起き上がり	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 自立
車いす等への移乗	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 自立
着替え	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 自立
食事をとる	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 自立
排せつ(トイレ)	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 自立
屋内の移動	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 自立
屋外の移動	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 自立
福祉用具等の使用	<input type="checkbox"/> 車いす、 <input type="checkbox"/> 電動車いす、 <input type="checkbox"/> 装具、 <input type="checkbox"/> つえ、 <input type="checkbox"/> 介護用ベッド <input type="checkbox"/> その他( )		
他のサービスの利用	<input type="checkbox"/> ホームヘルパー、 <input type="checkbox"/> ガイドヘルパー、 <input type="checkbox"/> ショートステイ、 <input type="checkbox"/> 訪問看護、 <input type="checkbox"/> その他( )		

#### ( 同意書 )

この申請に係る病状や身体状況等の調査内容、緊急連絡先等について、サービス提供に必要な範囲で、サービス提供事業者へ情報提供することに同意します。

申請者氏名

## 身体障害者等訪問入浴サービス利用決定通知書

年 月 日

様

島本町長

年 月 日付けで申請のありました訪問入浴サービスの利用について、次のとおり決定しましたので通知します。

対 象 者	住 所	
	氏 名	
利 用 の 可 否	可 ・ 否	
	(利用できない場合は、その理由)	
利 用 頻 度	週 回	
開 始 時 期		
備 考	(1) 病気その他の事情により入浴できないときは、速やかにサービス提供事業者まで連絡してください。当日キャンセルの場合は、別に実費負担が生じることがあります。 (2) この事業の利用を中止又は休止しようとするときは、速やかに島本町役場まで連絡してください。	