

品川区障害者巡回入浴サービス事業実施要綱

制定	平成	4年	4月	1日		
改正	平成	7年	4月	10日		要綱第3号
改正	平成	10年	3月	18日		要綱第7号
改正	平成	12年	3月	27日		要綱第44号
改正	平成	12年	7月	1日		要綱第144号
改正	平成	19年	3月	27日		要綱第61号
改正	平成	21年	3月	25日		要綱第291号
改正	平成	22年	7月	15日		要綱第93号
改正	平成	26年	4月	1日		要綱第86号
改正	平成	27年	4月	1日		要綱第185号
改正	平成	27年	12月	28日	区長決定	要綱第539号
改正	平成	29年	6月	8日	部長決定	要綱第97号
改正	平成	31年	2月	1日	部長決定	要綱第157号
改正	令和	4年	1月	11日	部長決定	要綱第10号
改正	令和	4年	3月	9日	部長決定	要綱第50号

(目的)

第1条 この要綱は、品川区障害者地域生活支援事業実施要綱（平成18年10月要綱第143号、以下「支援要綱」という。）に定めるほか、入浴が困難な在宅の重度心身障害者（児）（以下「障害者」という）に対し巡回入浴車を派遣し入浴の機会を提供することにより、障害者の福祉の向上と家族の負担の軽減を図ることを目的とする。

(巡回入浴車派遣内容)

第2条 巡回入浴車派遣内容は、次の各号のとおりとする。

- (1) 洗体、洗髪、洗顔をすること。
- (2) 清拭に関する指導をすること。
- (3) その他必要な措置をすること。

(対象者)

第3条 巡回入浴車派遣（以下「派遣」という）の対象者は、家庭および公衆浴場等での入浴が極めて困難な障害者で次の各号の一に該当する者とする。

- (1) 身体障害の程度が2級以上の者または知的障害の程度が2度以上の者

- (2) その他区長が特に必要と認める者
- 2 前項の規定にかかわらず、次の各号に掲げる者は派遣の対象としないものとする。
- (1) 社会福祉施設および病院等に入所、または入院している者
 - (2) 感染症にかかっている者
 - (3) 心臓、血管系統の疾病にかかっている者等で、入浴が不適當な者
 - (4) 医師に入浴の了解が得られない者
 - (5) 巡回入浴車の給湯可能な地域外に居住している者
 - (6) その他区長が派遣を適當でないと認める者

(申請)

第4条 派遣を希望する者は、医師の了解を得たうえ、巡回入浴車派遣申請書（第1号様式）に念書（第2号様式）を添えて区長に申請するものとする。

(派遣の決定等)

第5条 区長は、前条の申請を受理したときは、第3条に規定する資格要件を調査し、派遣の可否を決定する。

- 2 区長は、派遣することが適當と認められるときは、巡回入浴車派遣決定通知書（第3号様式）、また派遣することが適當でないと認めるときは、巡回入浴車派遣申請却下通知書（第4号様式）により申請者に通知するものとする。

(派遣回数)

第6条 前条による派遣の決定を受けた者（以下「利用者」という）に対する当該年度の派遣回数は、本人の状態を把握し、状況に応じた必要な回数とする。但し上限を104回とし、予算の範囲内とする。

(利用者負担金)

第7条 利用者は、派遣にかかる費用を負担しなければならない。

2 利用者の負担については、経費の一割とし、支援要綱第3条による軽減を受けることができる。

3 前項の経費の額は、事業の委託にかかる額を基に福祉部長が別に定める。

(負担金の納付)

第8条 前条による利用者負担金は、区長が発行する納付書により納付するものとする。

(変更の届け)

第9条 利用者（死亡のときはその家族）は次の各号の一に該当する場合、速やかに、巡回入浴車派遣変更届（第6号様式）を区長に届け出るものとする。

- （1）派遣を辞退するとき。
- （2）利用者が死亡したとき。
- （3）社会福祉施設に入所し、または病院等に入院したとき。
- （4）住所の変更があったとき。

（派遣の取消し）

第10条 区長は、次の各号の一に該当する場合は、巡回入浴車派遣解除通知書（第7号様式）により利用者（死亡のときはその家族）に通知し派遣の取り消しをするものとする。

- （1）前条の1号～3号に該当するとき。
- （2）医師が入浴を不適當と認めたとき。
- （3）その他派遣を行うことが不適當と認められるとき。

（家族の協力）

第11条 区長は、第5条により派遣の決定を受けた利用者の入浴にあたってその家族による立ち会いおよび協力を求めるものとする。ただし、区長が特に認めるときは、この限りでない。

（業務の委託）

第12条 区長は、別に締結する契約により、専門技術を有する者に業務委託するものとする。

（入浴時の安全管理）

第13条 区長は、派遣の実施にあたり委託業者に対し、利用者の入浴時の健康状態を観察するとともにその安全管理をはかるため、巡回入浴車派遣実施状況報告書（第5号様式）の提出を求めるものとする。

（委 任）

第14条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は別に定める。

付 則

この要綱は、平成4年4月1日から施行する。

付 則

この要綱は、平成7年4月1日から施行する。

付 則

この要綱は、平成10年4月1日から施行する。

付 則

この要綱は、平成12年4月1日から施行する。

付 則

この要綱は、平成12年7月1日から施行する。

付 則

この要綱は、平成19年4月1日から施行する。

付 則

この要綱は、平成21年4月1日から施行する。

付 則

1 この要綱は、平成22年8月1日から施行する。

2 第6条にかかる平成22年度の派遣回数は47回とする。

付 則

この要綱は、平成26年4月1日から施行する。

付 則

この要綱は、平成27年4月1日から施行する。

付 則

この要綱は、平成28年1月1日から施行する。

付 則

この要綱は、平成29年7月1日から施行する

付 則

この要綱は、平成31年2月1日から適用する。

付 則

この要綱は 令和 4年1月11日から適用する。

付 則

この要綱は 令和 4年4月1日から適用する。

障害者巡回入浴サービス申請書

品川区長 あて		申請日		年	月	日
(申請者) 住所 氏名 対象者との続柄 電話						
下記のとおり障害者巡回入浴サービスの申請をします。 <input type="checkbox"/> 巡回入浴サービスの利用者負担額の算定のため、課税証明書等収入証明書の添付に代わり、マイナンバーを利用し品川区が他機関へ地方税関係情報を照会することに同意します。						
対 象 者	住 所					
	フリガナ 氏 名		個人番号			
	生年月日	年 月 日				
	電 話					
<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳	手帳番号	第 号				
	障害種別	視覚、聴覚・平衡機能、音声言語、肢体不自由、内部				
	障害等級	種 級				
	交付年月日	年 月 日				
	障 害 名					
<input type="checkbox"/> 愛の手帳	手帳番号	第 号				
	障害程度	種 度				
	交付年月日	年 月 日				
月額負担上限額に関する認定	<input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 非課税 [低所得1 ・ 低所得2] <input type="checkbox"/> 課 税 [住民税所得割 16万円未満 ・ 16万円以上]					
世帯範囲の特例に関する認定	<input type="checkbox"/> 下記のいずれにも当てはまるため、住民票に記載された世帯ではなく、申請者のみまたは申請者およびその配偶者のみの世帯とすることを申請します。 1. 税制上、同一の世帯に属する親、兄弟、子ども等が障害者を扶養控除の対象としていない。 2. 健康保険制度において、同一の世帯に属する親、兄弟、子ども等の被扶養者になっていない。					
生活保護への移行予防措置に関する認定	<input type="checkbox"/> 生活保護への移行防止（定率負担減免措置）を希望します。					

(裏面に続きます)

(裏面)

世帯の状況	氏 名	年 齢	続柄	個 人 番 号 (※)	入浴介添の可否
		歳			<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否
		歳			<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否
		歳			<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否
		歳			<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否
		歳			<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否

※所得を判断する際の世帯の範囲について

1 8歳以上の障害者→本人およびその配偶者

1 8歳未満の障害児→本人およびその保護者が属する住民基本台帳上の世帯

日常生活と身体の状態	病 気		現在の病名 () 既往症 ()		
	現在のようになったのは	年.....月頃から (原因)		
	発作	度 合	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 軽いがある <input type="checkbox"/> ある		
		あ る 場 合	<input type="checkbox"/> 緊張したとき <input type="checkbox"/> リラックスした時 <input type="checkbox"/> 突発的		
	食 事		<input type="checkbox"/> 自分でできない <input type="checkbox"/> 自分でできる		
	排 便		<input type="checkbox"/> 自分でできない <input type="checkbox"/> 自分でできる		
	言 語		<input type="checkbox"/> 話せる <input type="checkbox"/> 少し話せる <input type="checkbox"/> 話せない		
	意 思 の 疎 通		<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 少しある <input type="checkbox"/> ない		
	座 位 の 姿 勢		<input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> できる		
	起 居 の 動 作		<input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> できる		
	床 ず れ		<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 少しある <input type="checkbox"/> ある		
	石鹼によるアレルギー		<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある		
	失 禁		<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある		
	伝 染 性 の 病 気		<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある		
	脳 卒 中 の 既 往		<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある		
	心臓血管系統の病気		<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある		
	入 浴 の 状 況		<input type="checkbox"/> 入浴していない (ヶ月) <input type="checkbox"/> 清拭程度 <input type="checkbox"/> 入浴している		
	特 記 事 項				

● 添付書類

1. 念書

2. 入浴に関する医師の意見書

年 月 日

品川区長 あて

〔入浴対象者〕 住 所

氏 名

〔申 請 者〕 住 所

氏 名

対象者との続柄 ()

念 書

私は、上記の () について巡回入浴サービスの申請
※入浴対象者氏名
をいたしました。入浴にあたって下記の事柄を堅く守ります。

記

1. 申請書提出にあたって医師と相談のうえ、入浴の了解を得ること。
2. 入浴の際は、必ず家族または介添人を立ち会わせるとともに、その協力にあたること。
3. 入浴対象者が入浴を希望しても身体の状態など悪影響をおよぼす恐れのあるときは、入浴を中止すること。

第 号
年 月 日

様

品川区長

品川区障害者巡回入浴サービス決定通知書

年 月 日付で申請のありました巡回入浴サービスについては、
下記のとおり派遣することに決定いたしましたので通知します。

記

1. 開始時期 年 月から

2. 実施回数 年間 回(週 回まで)

3. 利用者負担金 利用1回あたりの負担金額 円
(月額負担上限額 円)

4. その他

次の場合は、速やかに連絡してください

- 1 病気その他で入浴できないとき
- 2 容態に変化を生じたとき
- 3 入院または施設入所したとき
- 4 住所を変更したとき
- 5 自宅または公衆浴場での入浴が可能になったとき

第 号
年 月 日

様

品川区長

品川区障害者巡回入浴サービス申請却下通知書

年 月 日付で申請のありました巡回入浴サービスについては、
下記の理由により却下いたしましたので通知します。

記

1. 理 由

巡回入浴サービス実施状況報告書

品川区

番号	氏 名	住 所	入浴	体温	脈拍	血圧	特記事項	確認欄
			前				年 月 日実施	
			後					
			前					
			後					
			前					
			後					
			前					
			後					
			前					
			後					
			前					
			後					
			前					
			後					
			前					
			後					
			前					
			後					
			前					
			後					

品川区障害者巡回入浴サービス変更届

年 月 日

品川区長 あて

〔入浴対象者〕 住 所

氏 名

〔申 請 者〕 住 所

氏 名

対象者との続柄（ ）

下記のとおり巡回入浴サービスの申請内容が変更になったので届けます。

記

（該当する□内に“レ”印を付け所要事項を記入してください。）

☐ 住所変更

旧住所 品川区

新住所

☐ 入院・入所

入院・入所先名称

所在地

☐ 死亡 年 月 日

☐ 辞退 理由

☐ その他

変更が発生した日 年 月 日

第 号
年 月 日

様

品川区長

品川区障害者巡回入浴サービス解除通知書

下記の理由により、巡回入浴サービスを 年 月 日付で
解除いたしましたので、通知します。

記

1. 解除理由