

岩国市障害者訪問入浴サービス事業実施要領  
(趣旨)

第1条 この要領は、家庭で入浴することが困難な在宅の重度身体障害者に対し、身体の清潔保持及び心身の機能を維持するとともに、その家族の負担を軽減し、もって福祉の増進を図ることを目的として、岩国市障害者訪問入浴サービス事業（以下「事業」という。）を実施することについて、必要な事項を定めるものとする。

(実施主体)

第2条 事業の実施主体は、岩国市とする。ただし、市長は、事業の全部又は一部を適切な事業運営が確保できると認められる法人、在宅入浴サービスガイドライン（昭和63年9月16日老福第27号、社更第187号老人保健福祉部長、社会局長連名通知）の要件を満たす民間事業者等（以下「事業者」という。）に委託することができる。

(利用対象者)

第3条 事業の利用対象者（以下「対象者」という。）は、市内に居住し、かつ、住民基本台帳法（昭和42年法律第81号）の規定に基づき住民基本台帳に記載されている者で、次の各号のいずれにも該当する在宅の障害者等（介護保険法（平成9年法律第123号）による要支援者又は要介護者に該当する者を除く。）とする。ただし、市長が特に必要と認めた者については、この限りでない。

- (1) 身体障害者福祉法（昭和24年法律第283号）第15条第4項に規定する身体障害者手帳の交付を受けた者で、身体障害者福祉法施行規則（昭和25年厚生省令第15号）別表第5号身体障害者障害程度等級表に定める1級に該当する者のうち、両上肢及び両下肢の機能の障害を有する者又はこれに準ずる肢体不自由のある者で、家庭で入浴することが困難な者
- (2) 事前に医師の診断を受け、医師が入浴を許可し、家族又はこれに準ずるもの（以下「家族等」という。）が対象者の健康状態を把握できている者
- (3) 入浴時に、原則として、対象者の入浴の可否の判断ができ、かつ、入浴介助ができる家族等がいる者

(事業実施方法)

第4条 事業の実施方法は、原則として、入浴車を家庭に派遣し、家族等の介助を得て入浴させる方法により行うものとする。

(申請)

第5条 事業を利用しようとする者又はその家族等（以下「申請者」という。）は、岩国市障害者訪問入浴サービス事業利用申請書（様式第1号。以下「申請書」という。）を市長に提出しなければならない。ただし、次に掲げる者は、申請をすることができない。

- (1) 医師が不適当と診断した者
- (2) 問題行動等を起こすおそれのある者
- (3) 前2号に掲げるもののほか、市長が事業を実施すべきでないと判断した者

(決定及び却下)

第6条 市長は、前条の規定による申請書を受理した場合は、その内容を審査し、利用を決定又は却下したときは、岩国市障害者訪問入浴サービス事業利用決定（却下）通知書（様式第2号。以下「決定通知書」という。）により申請者に通知するものとする。

(変更及び廃止)

第7条 申請者は、次の各号のいずれかに該当するときは、岩国市障害者訪問入浴サービス事業利用変更（廃止）届（様式第3号）により、速やかに市長に届け出なければならない。

- (1) 前条の規定により事業の利用を決定した者（以下「利用者」という。）の住所等を変更したとき。
- (2) 利用者の心身状況に大きな変化があったとき。
- (3) 事業の利用を中止しようとするとき。
- (4) 利用者が病院に入院し、又は施設に入所したとき。
- (5) 前各号に掲げるもののほか、第5条に規定する申請書に記載された事項に変更が生じたとき。

(決定の取消し)

第8条 市長は、利用者が次の各号のいずれかに該当するときは、第6条の規定による利用決定を取り消すことができる。

- (1) 事業の利用対象者でなくなったとき。
- (2) 不正又は虚偽の申請により利用決定を受けたとき。
- (3) 前2号に掲げるもののほか、市長が利用を不相当と認めたとき。

(利用の方法)

第9条 利用者が事業を利用しようとするときは、決定通知書を事業者に提示し、事業者に直接依頼するものとする。

(利用者負担金)

第10条 事業の利用に要する費用は別表に掲げるとおりとし、利用者又はその家族等は、利用者負担金として事業の利用に要する費用の10分の1に相当する額を事業者に支払うものとする。この場合において、1円未満の端数が生じたときは、当該端数は、切り捨てるものとする。

2 市長は、利用者が次の各号のいずれかに該当する世帯に属するときは、前項に規定する利用者負担金を免除するものとする。この場合において、世帯認定方法は、障害者総合支援法に基づく介護給付費等の支給決定に係る世帯認定方法を準用する。

- (1) 生活保護法（昭和25年法律第144号）に基づく生活扶助を受けている世帯
- (2) 当該年度（4月から6月までの間の利用については、前年度とする。）の市民税が非課税である世帯

(委託料)

第11条 市長は、事業を実施した事業者に対し、委託料として、別表に掲げる事業の利用に要する費用の額から前条の規定により支払われた利用者負担金の額を控除した額を支払うものとする。

(職員の配置)

第12条 事業者は、利用者に対して適切なサービスを提供できるよう、職員の勤務の体制を定めるものとし、サービス提供に当たる際の職員構成は、事業を適正に運営するため、次の各号のいずれかの構成とする。

- (1) 看護職員1人及び介護職員2人以上の配置
- (2) 入浴により利用者の身体の状態等に支障を来すおそれがないと認められる場合は、主治医の意見を確認した上で、介護職員3人以上の配置

(事業者の責務)

第13条 事業者は、サービス提供時に事故が発生したときは、市長、家族等に速やかに連絡するとともに、必要な措置を講じなければならない。

(帳簿の整備)

第14条 事業者は、事業の運営に関し、常に必要な諸帳簿を整備し、事業終了後5年間保存しなければならない。

(その他)

第15条 この要領に定めるもののほか、必要な事項は、別に定める。

附 則

この要領は、平成20年10月3日から施行する。

附 則

この要領は、平成23年4月1日から施行する。

附 則

この要領は、平成24年7月9日から施行する。

附 則

- 1 この要領は、平成28年3月23日から施行する。

(経過措置)

- 2 この要領の施行の際、現に提出されているこの要領による改正前の岩国市訪問入浴サービス事業実施要領による地域生活支援事業障害福祉サービス等利用申請書（次項において「旧様式」と

いう。)は、この要領による改正後の岩国市移動支援事業実施要領による岩国市障害者訪問入浴サービス事業利用申請書とみなす。

- 3 この要領の施行の際、現にある旧様式による用紙については、当分の間、これを取り繕って使用することができる。

附則の次に次の別表を加える。

別表（第10条、第11条関係）

| 区分         |                       | 利用に要する費用（1回当たり） |
|------------|-----------------------|-----------------|
| 全身浴<br>の場合 | 看護職員1人及び<br>介護職員2人の場合 | 12,500 円        |
|            | 介護職員3人の場合             | 11,875 円        |
| 清拭又は部分浴の場合 |                       | 8,750 円         |

## 様式第 1 号（第 5 条関係）

## 岩国市障害者訪問入浴サービス事業利用申請書

年 月 日

岩 国 市 長 様

岩国市障害者訪問入浴サービス事業を利用したいので、次のとおり申請します。

|                          |       |                           |      |                   |  |     |  |
|--------------------------|-------|---------------------------|------|-------------------|--|-----|--|
| 申<br>請<br>者              | フリガナ  |                           | 生年月日 | 年 月 日             |  |     |  |
|                          | 氏 名   | 個人番号：                     |      |                   |  |     |  |
|                          | 居 住 地 | 〒 電話番号（ ） —<br>FAX番号（ ） — |      |                   |  |     |  |
|                          | フリガナ  |                           | 生年月日 | 年 月 日             |  |     |  |
| 支 給 申 請 に 係 る<br>児 童 氏 名 | 個人番号： | 続 柄                       |      |                   |  |     |  |
| 身体障害者<br>手帳番号            |       | 療育手帳<br>番 号               |      | 精神障害者保健<br>福祉手帳番号 |  | 疾病名 |  |

|                                                          |                   |                                                       |       |                        |           |  |
|----------------------------------------------------------|-------------------|-------------------------------------------------------|-------|------------------------|-----------|--|
| サ<br>ー<br>ビ<br>ス<br>利<br>用<br>の<br>状<br>況                | 障 害 福 祉<br>関係サービス | 障 害 支 援<br>区分の認定                                      | 有・無   | 区分等 1 2 3 4 5 6<br>非該当 | 有効<br>期間  |  |
|                                                          |                   | 利用中のサービスの種類と内容等                                       |       |                        |           |  |
| 介 護 保 険<br>サ ー ビ ス                                       | 要介護認定             | 有・無                                                   | 要介護度  | 要支援（ ）・要介護             | 1 2 3 4 5 |  |
|                                                          | 利用中のサービスの種類と内容等   |                                                       |       |                        |           |  |
| 申<br>請<br>す<br>る<br>支<br>援<br>の<br>種<br>類<br>・<br>内<br>容 | 種 類               | 利用目的                                                  |       |                        |           |  |
|                                                          |                   | 希望利用量                                                 | 回 / 月 |                        |           |  |
|                                                          | 内 容<br>(利用施設等)    |                                                       |       |                        |           |  |
| 主治医の同意                                                   |                   | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |       |                        |           |  |

岩国市障害者訪問入浴サービス事業利用決定（却下）通知書

様

岩国市長 印

岩国市障害者訪問入浴サービス事業の利用について次のとおり決定したので、  
通知します。

決定

|          |      |        |                    |      |       |
|----------|------|--------|--------------------|------|-------|
| 登録番号     |      |        |                    |      |       |
| 利用決定者    | フリガナ |        |                    | 生年月日 | 年 月 日 |
|          | 氏 名  |        |                    |      |       |
|          | 居住地  |        |                    |      |       |
| フリガナ     |      |        |                    | 生年月日 | 年 月 日 |
| 利用決定児童氏名 |      |        |                    |      |       |
| 所得区分     |      | 有効期間   | 年 月 日から<br>年 月 日まで |      |       |
| 費用負担     |      | 上限利用回数 | 回／1 か月             |      |       |
| 備 考      |      |        |                    |      |       |

注意事項

- 1 本事業を利用する際は、この通知書を委託事業者に提示してください。
- 2 記載事項等に変更があったときには、岩国市長にその旨を届け出てください。

却下

|      |  |
|------|--|
| 却下理由 |  |
|------|--|

様式第3号（第7条関係）

岩国市障害者訪問入浴サービス事業利用変更（廃止）届

年 月 日

岩 国 市 長 様

次のとおり 変更 ・ 廃止 をしますので、届け出ます。

|                          |       |                           |     |                   |       |     |  |
|--------------------------|-------|---------------------------|-----|-------------------|-------|-----|--|
| 申<br>請<br>者              | フリガナ  |                           |     | 生年月日              | 年 月 日 |     |  |
|                          | 氏 名   | 個人番号：                     |     |                   |       |     |  |
|                          | 居 住 地 | 〒 電話番号（ ） —<br>FAX番号（ ） — |     |                   |       |     |  |
|                          | フリガナ  |                           |     | 生年月日              | 年 月 日 |     |  |
| 支 給 申 請 に 係 る<br>児 童 氏 名 | 個人番号： |                           | 続 柄 |                   |       |     |  |
| 身体障害者<br>手帳番号            |       | 療育手帳<br>番 号               |     | 精神障害者保健<br>福祉手帳番号 |       | 疾病名 |  |

1 変更

| 変 更 事 項 | 変 更 前 | 変 更 後 |
|---------|-------|-------|
| 氏 名 等   |       |       |
| 居 住 地 等 |       |       |
| そ の 他   |       |       |

※変更した内容を証する書類を添付してください。

2 廃止

|         |  |
|---------|--|
| 廃 止 理 由 |  |
|---------|--|

