

板橋区立福祉園入浴訓練実施要領

(平成 22 年 4 月 1 日 福祉部長決定)

(目的)

第 1 条 この要領は、板橋区立福祉園利用者（以下「利用者」という。）の入浴訓練に関し必要な事項を定めることにより、円滑な入浴訓練の実施に資することを目的とする。

(趣旨)

第 2 条 入浴訓練は、利用者が安全に安心して入浴することにより、清潔の保持、温水浴による精神の安定、緊張の緩和、身体機能の維持向上、生活意欲の増進等の効果をねらいとし、生活能力の向上を目指すものである。

(実施)

第 3 条 入浴訓練は、仰臥式機械入浴設備を保有する小豆沢福祉園長が実施する。

(対象者)

第 4 条 入浴訓練の対象者（以下「対象者」という。）は、次の各号の全てに該当する者とする。

- (1) 常時車椅子を利用し、家庭での入浴が困難な者
- (2) 仰臥式機械入浴設備による入浴が可能であり、安全性が確保される者

(実施候補者の推薦)

第 5 条 対象者の所属する福祉園（以下「所属福祉園」という。）の園長は、入浴訓練を希望する者のうちから、当該訓練を実施すべき候補者を推薦する。

(実施推薦)

第 6 条 各福祉園長は、前条の規定により推薦した対象者について、入浴訓練実施推薦書（別紙 1）に入浴訓練情報連絡表（別紙 2）を添付し、小豆沢福祉園長に依頼するものとする。医療的ケア対象者については、医療的ケア入浴訓練実施推薦書（別紙 3）を添付する。

(実施対象者の決定)

第 7 条 小豆沢福祉園長は、前条の規定に基づき提出された推薦書の内容を精査し、試行入浴日を通知する。試行入浴には、通常入浴に携わる家族の同行を原則とする。試行入浴後、実施の可否を決定し、入浴訓練実施（承認・不承認）書（別紙 4）により各福祉園長に通知する。

(個人情報)

第8条 入浴訓練に伴って取得した個人情報は、法令及び板橋区個人情報保護条例に基づき、厳格に管理する。

(報告)

第9条 小豆沢福祉園長は、訓練の実施報告を翌月末日までに障がい政策課長宛に報告する。

(その他)

第10条 この要領に定めるもののほか、入浴訓練の実施についての細目は、障がい政策課長が別に定める。

付 則

この要領は、平成22年4月1日から適用する。

付 則

この一部改正は、平成27年12月1日から適用する。

付 則

この一部改正は、令和2年7月16日から適用する。

付 則

この一部改正は、令和6年4月1日から適用する。

付 則

この一部改正は、令和7年4月1日から適用する。

入浴訓練実施推薦書

年 月 日

小豆沢福祉園長 様

〇〇〇福祉園
園長 〇〇 〇〇

下記のとおり、小豆沢福祉園の機械入浴設備を利用して、入浴訓練を受けたいので、
推薦します。

記

ふりがな 利用者氏名		男 女	生年月日 昭和・平成 年 月 日生
現住所	板橋区	電話番号	
障害の種類	1 身体障害者手帳 有・無 2 愛の手帳 有・無 3 その他		
障害名			級
			度
緊急連絡先	住所		
	氏名		
	利用者との関係		電話番号

入浴訓練情報連絡表

記入日： 年 月 日

記入者：

利用者氏名	福祉園	性別 男・女	生年月日 昭和・平成 年 月 日 (歳)
-------	-----	-----------	--------------------------

全身状況	・平熱℃ ・脈拍 ・血圧 ・身長cm 体重kg ・障害名
毎回の入浴の際に体調判断の基準とさせていただきますので、平常時の体温や血圧などを把握しておきたいと思います。	・現在の疾患 ・現在注意している点
医療的ケア歴（治癒歴）	なし ・ あり （ ） ○褥瘡 なし ・ あり （ ） ○傷 なし ・ あり （ ）
感染症歴（治癒歴）	なし ・ あり （ ） ○W a - R（梅毒）なし ・ あり ○H C V（C型肝炎）なし ・ あり ○H B V（B型肝炎）なし ・ あり ○M R S A なし ・ あり ○白癬菌 なし ・ あり
発作	あり ・ なし
発作ありの対応方法	
緊急時対応	
緊急時連絡先	
緊急時搬送先	

障がいの状況	言 語 : 会話可能 ・ 単語が話せる ・ 発声、発語のみ ・ 会話不可能 意思疎通: 理解できる ・ 少々理解できる ・ ほとんど理解できない ・ 不明 麻 痺 : 右麻痺 ・ 左麻痺 ・ 両下肢 ・ 四肢麻痺 拘 縮 : 上肢（右 左） ・ 下肢（右 左） 移動手段: 歩行 ・ 自立（補装具） ・ 一部介助 ・ 全介助 ・ 車いす利用 可動性 : 寝返り（可能 不可能） ・ 座位（可能 不可能） 起き上がり（可能 不可能） ・ 立位（可能 不可能） 食 事 : 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 排 泄 : 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助
入浴状態	回 数 週 回 入浴設備 普通浴槽 ・ リフト付き浴槽 ・ ヘルパー その他自宅外で受けているサービスの内容 入浴の方法 入浴の好み（お湯の温度など） 入浴時の注意点 ※家庭での入浴をする、しないの判断基準
備 考	

医療的ケア入浴訓練実施推薦書

年 月 日

小豆沢福祉園長 様

〇〇〇福祉園
園長 〇〇 〇〇

下記のとおり、小豆沢福祉園の機械入浴設備を利用して、入浴訓練を受けたいので、推薦します。

記

ふりがな 利用者氏名		男 女	生年月日 昭和・平成 年 月 日生
現住所	板橋区	電話番号	
障がいの種類	1 身体障害者手帳 有・無 2 愛の手帳 有・無 3 その他		
障がい名		級 度	
医療的ケアの 内容			
緊急連絡先	住所		
	氏名		
	利用者との関係		電話番号

入浴訓練実施（承認・不承認）書

年 月 日

〇〇福祉園

園長 〇〇 〇〇 様

小豆沢福祉園長

〇〇 〇〇

年 月 日付で推薦のあった入浴訓練の申請について、下記の通り決定します。

記

ふりがな 利用者氏名		男 女	生年月日 昭和・平成 年 月 日生
現住所	板橋区	電話番号	
備 考	医療的ケア なし ・ あり		

※利用方法については、別途お知らせいたします。