

函館市生活支援ハウス運営事業実施要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、高齢者に対して、居住機能、介護支援機能および交流機能を総合的に提供することにより、高齢者が安心して健康で明るい生活を送れるよう支援し、もって高齢者の福祉の増進を図ることを目的とする生活支援ハウス運営事業（以下「事業」という。）の実施に関し、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、函館市とする。ただし、利用者およびサービス内容の決定を除き、事業の運営の一部を介護保険法（平成9年法律第123号）第8条第7項に規定する通所介護を行う事業所（以下「通所介護事業所」という。）を設置および経営し、かつ、生活支援ハウスを設置および経営する者（以下「受託者」という。）に委託するものとする。

(実施施設)

第3条 事業は、別表1に掲げる生活支援ハウス（以下「施設」という。）において実施するものとする。

(利用対象者)

第4条 事業を利用することができる者は、市内に居住する原則として60歳以上の、次の各号のいずれにも該当する者で、市長が利用対象者として認定した者とする。

- (1) ひとり暮らしの者、夫婦のみの世帯に属する者その他家族による援助を受けることが困難な者
- (2) 高齢等のため居宅において独立して生活することに不安のある者
- (3) 市民税非課税世帯に属する者

2 前項の規定にかかわらず、次の各号のいずれかに該当する者は除くものとする。

- (1) 常時医療管理下に置かなければならない者
- (2) 介護保険法に規定する要介護認定で要介護1から5相当の者。ただ

し、市長が特に認めた場合はこの限りでない。

(3) 他人に迷惑を及ぼす恐れがある者その他共同生活に適さないと認められる者

(4) その他市長が不相当と認める者

(事業の内容)

第5条 事業の内容は、次に掲げるサービス等とする。

(1) 利用者に対し、生活拠点としての住居を提供すること。

(2) 利用者に対する各種相談、助言を行うとともに緊急時の対応を行うこと。

(3) 利用者が虚弱化等に伴い、通所介護、訪問介護等介護サービスおよび保健福祉サービスを必要とする場合は、必要に応じ、利用手続きの援助等を行うこと。

(4) 利用者と地域住民との交流を図るための各種事業および交流のための場の提供等を行うこと。

(利用定員)

第6条 施設の利用定員は、別表1のとおりとする。

(職員の配置等)

第7条 受託者は、併設の指定通所介護事業所の職員のほか、利用人員に応じて、次に掲げる生活援助員を施設に配置するものとする。

(1) 利用人員5名以下の施設 常勤1名

(2) 利用人員6名以上10名以下の施設 常勤1名、非常勤1名

(3) 利用人員11名以上の施設 常勤2名、非常勤1名

2 前項の利用人員は、当該年度の前年度の平均を用いることとする。ただし、新たに事業を開始し、もしくは再開し、または増床した場合など、これにより難い合理的な理由がある場合には、他の適切な方法により利用人員を推定するものとする。

3 生活援助員は、指定通所介護事業所等の職員の協力を得て、第5条第2号から第4号までに定める事業を行うほか、居住部門の管理を行うものとする。

4 生活援助員は、原則として、介護職員初任者研修等一定の研修を

受講するものとする。

(利用の申請)

第8条 事業を利用しようとする者は、次に掲げる書類を市長に提出しなければならない。

- (1) 生活支援ハウス利用申請書（別記第1号様式）
- (2) 健康診断書（別記第2号様式）
- (3) 収入申告書（別記第3号様式）
- (4) 年金等の源泉徴収票の写し
- (5) 年金等の振込記帳のある預金通帳の写しその他収入の金額のわかるもの
- (6) 必要経費のわかるもの
- (7) 戸籍に関する証明書
- (8) その他市長が必要と認める書類

(利用の決定等)

第9条 市長は、前条の申請があったときは、申請者およびその世帯の状況等を調査し、利用対象者の認定について判断する。

2 市長は、前項の規定により利用対象者と認定した場合において、施設に入居できる見込みとなったときは、受託者に利用事前依頼書（別記第4号様式）を送付するものとする。

3 受託者は、前項の依頼書の送付を受けたときは、すみやかに利用対象者と面接のうえ、利用対象者の状況等を確認し、利用依頼承諾（不承諾）通知書（別記第5号様式）により市長に通知するものとする。

4 前項において、受託者は、利用対象者について事業の利用が不相当と認められる事情がある場合等には、その利用を不承諾とすることができることとする。

5 市長は、前4項の規定により、利用の可否を決定し、申請者（または利用対象者）に利用決定（却下）通知書（別記第6号様式）により、申請者（または利用対象者）および受託者に通知するものとする。

(利用の取り消し)

第10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、事業の

利用を取り消すことができる。

(1) 利用者が退去申出書（別記第7号様式）により、市長に届け出たとき

(2) 第4条第1項の要件に該当しなくなったとき

(3) 入院等により、施設以外の場所で生活等をする期間が3か月以上にわたることが明らかなきとき、または3か月を超えるに至ったとき

(4) その他市長が施設の利用を取り消す必要があると判断したとき

2 受託者は、利用者が前項各号のいずれかに該当すると認められるときは、速やかにその旨を市長に報告するものとする。

3 市長は、第1項の規定により施設の利用を取り消すときは、取消通知書（別記第8号様式）により通知するものとする。

（利用料）

第11条 利用者の利用料については、次の各号に定める額の合計額とする。

(1) 別表第2に掲げる利用者負担月額

(2) 事業の利用に伴う光熱水費（実費負担相当額）

2 利用者が月の途中で施設に入居し、または退去した場合の利用者負担額は、次により算定した額とする。ただし、10円未満の端数は、切捨てる。

$$\text{利用者負担月額} \times \frac{\text{当該月の実入居日数}}{\text{当該月の実日数}}$$

3 利用料は、納入通知書により指定期日までに納入しなければならない。

4 利用者は、前年の年金等の収入額および必要経費の額を、第8条第3号から第6号の書類により、毎年、市長に申告するものとする。

（委託料）

第12条 市長は、受託者に対し、毎年度予算の範囲内において、別途締結する委託契約に基づき委託料を支払うものとする。

（諸事業との連携等）

第13条 市長は、事業の運営にあたっては、通所介護、訪問介護等介護サービスおよび保健福祉サービスに関する諸事業との連携を図り実施するものとする。

(秘密の保持)

第14条 受託者は、利用者のプライバシーの確保に十分配慮し、正当な理由がなく、その業務に関して知り得た秘密を他に漏らしてはならない。

(その他)

第15条 この要綱に定めるもののほか、事業の実施に関し必要な事項は、別に定める。

附 則

この要綱は、平成13年8月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成15年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成20年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成22年4月1日から施行する。

附 則

1 この要綱は、平成25年4月1日から施行する。

2 平成25年3月31日において現に入居している者および同日までに第8条の規定による申請をした者に対する第4条の規定の適用については、同条中「不安のある者で、かつ、市民税非課税世帯の者」とあるのは「不安のある者」とする。

附 則

この要綱は、平成26年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成28年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成29年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成30年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成31年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和 2 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。

別表1（第3条関係）

名 称	定員	所 在 地	法 人 名
旭ヶ岡の家生活支援ハウス	9人	旭岡町78番地	社会福祉法人函館カリタスの園
生活支援ハウスシンフォニー	12人	中野町74番地1	社会福祉法人禎人会

別表第2（第11条関係）

対 象 収 入 に よ る 階 層 区 分		利用者負担月額
A	1,200,000円以下	0円
B	1,200,001円 ～ 1,300,000円	4,000円
C	1,300,001円 ～ 1,400,000円	7,000円
D	1,400,001円 ～ 1,500,000円	10,000円
E	1,500,001円 ～ 1,600,000円	13,000円
F	1,600,001円 ～ 1,700,000円	16,000円
G	1,700,001円 ～ 1,800,000円	19,000円
H	1,800,001円 ～ 1,900,000円	22,000円
I	1,900,001円 ～ 2,000,000円	25,000円
J	2,000,001円 ～ 2,100,000円	30,000円
K	2,100,001円 ～ 2,200,000円	35,000円
L	2,200,001円 ～ 2,300,000円	40,000円
M	2,300,001円 ～ 2,400,000円	45,000円
N	2,400,001円以上	50,000円

備考 この表において「対象収入」とは前年の収入（社会通念上収入として認定することが適当でないものを除く。）から租税・社会保険料・医療費等の必要経費を控除した額をいう。

なお、夫婦で入居する場合については、夫婦の収入および必要経費を合算し、合算額の2分の1をそれぞれ個々の対象収入とし、その額が150万以下の該当する場合の夫婦それぞれの利用料については、上記表の額から30%減額した額を利用料とする。

この場合、100円未満の端数は、切捨てる。

生活支援ハウス利用申請書

年 月 日

函館市長

	住 所	函館市	町 丁目	番	号
利用希望者 (申請者)	署名又は 記名押印				
	生年月日		年 月 日	(歳)
	電 話			局	番

	住 所				
身元引受人	署名又は 記名押印				
	申請者との関係				
	電 話			局	番

次のとおり生活支援ハウスを利用したいので申請します。

なお、この申請に関し、利用の決定に必要な範囲で収入等に関する調査を行うことについて同意します。

添付書類

- 1 健康診断書（別記第2号様式）
- 2 収入申告書（別記第3号様式）
- 3 年金等の源泉徴収票の写し
- 4 年金等の振込記帳のある預金通帳の写しその他収入の金額のわかるもの
- 5 必要経費のわかるもの
- 6 戸籍に関する証明書
- 7 その他市長が必要と認める書類

1. 希望施設

第1希望	<input type="checkbox"/> 旭ヶ岡の家	<input type="checkbox"/> シンフォニー	居室の種別
第2希望	<input type="checkbox"/> 旭ヶ岡の家	<input type="checkbox"/> シンフォニー	<input type="checkbox"/> 単身用 <input type="checkbox"/> 夫婦用

2. これまでの経過と申請理由

(1) 出生地	
(2) 学歴	
(3) 職歴	
(4) 結婚歴	年 月 日 子供 人 相手氏名 ()
	年 月 日 子供 人 相手氏名 ()
(5) 申請の理由	
<p>※現在の悩みや困っていることなど、あてはまるもの全てに☑してください。</p> <input type="checkbox"/> 市内に身寄りがなく不安である。 <input type="checkbox"/> 民間施設・住宅は経済面から入居が困難である。 <input type="checkbox"/> 在宅サービスを利用しても在宅生活に不安がある。 <input type="checkbox"/> 住宅に問題があり、生活できない。 <input type="checkbox"/> 家族が「高齢」「障害」「疾病」「就労」「子育て」などにより支援が困難である。 <input type="checkbox"/> 施設や病院等から退所を求められているが、自宅での生活に不安がある。 <input type="checkbox"/> 遠方に身内が住んでいるが、地元を離れるのは不安がある。 <input type="checkbox"/> 上記にあてはまる悩みはない。	

3. 現在の状況

(1) 要介護度	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 対象外 <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> チェックリスト該当 <input type="checkbox"/> あり (要支援 1・2) (有効期間 平成 年 月 日～平成 年 月 日) <input type="checkbox"/> 新規申請中 <input type="checkbox"/> 更新申請中 <input type="checkbox"/> 区分変更申請中
(2) 身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (種 級、障害名)
(3) 住宅	<input type="checkbox"/> 自家 (<input type="checkbox"/> 一戸建て <input type="checkbox"/> マンション等) <input type="checkbox"/> 借家 (<input type="checkbox"/> 公住 <input type="checkbox"/> アパート等 <input type="checkbox"/> 長屋 <input type="checkbox"/> 一戸建て) <input type="checkbox"/> 家族 () の (<input type="checkbox"/> 持家 <input type="checkbox"/> 借家) に居住 <input type="checkbox"/> 入院 (入所) 中 (施設名)
(4) 日常生活の援助をしてくれている人	<input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる (氏名 続柄)

4. 日常生活動作の状況

(1) 歩行	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> つかまれば歩ける	<input type="checkbox"/> 杖歩行	<input type="checkbox"/> 歩行器	<input type="checkbox"/> 車いす
	<input type="checkbox"/> 杖・歩行器・車いすで、なおかつ介助が必要				
(2) 排泄	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 誘導	<input type="checkbox"/> 一部介助		
(3) 食事	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助		
(4) 入浴	<input type="checkbox"/> 自宅で自立	<input type="checkbox"/> 自宅で見守り	<input type="checkbox"/> 自宅で一部介助	<input type="checkbox"/> デイで入浴	<input type="checkbox"/> 拒否
(5) 着脱衣	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助		

5. 精神の状態

(1) 日常生活の様子		
<input type="checkbox"/> 下記に該当するものはない		
<input type="checkbox"/> 認知症の中核症状がある ※ある場合、あてはまる項目に○をつけてください		
財布や鍵など、物を置いた場所がわからなくなることがある	いつも ある	時々 ある
周りの人から「いつも同じ事を聞く」など、もの忘れがあると言われる	いつも ある	時々 ある
5分前に聞いた話を思い出せないことがある	いつも ある	時々 ある
今日が何月何日かわからないときがある	いつも ある	時々 ある
予約日とは違う日に病院に通うことがある	いつも ある	時々 ある
自分の部屋がわからないことがある	いつも ある	時々 ある
(2) その他の症状		
<input type="checkbox"/> 下記に該当するものはない <input type="checkbox"/> 下記に該当するものがある		
<input type="checkbox"/> 火の不始末	<input type="checkbox"/> 火の不始末をする事がある	<input type="checkbox"/> 頻繁に火の不始末をする事がある
	<input type="checkbox"/> その他 ()	
<input type="checkbox"/> 自傷行為	<input type="checkbox"/> 自分の衣服を裂く・破く	<input type="checkbox"/> 自分の体を傷つける
	<input type="checkbox"/> 自殺を図る	
	<input type="checkbox"/> その他 ()	
<input type="checkbox"/> 攻撃的行為	<input type="checkbox"/> 攻撃的な言葉を吐く	<input type="checkbox"/> 乱暴なふるまいを行う
	<input type="checkbox"/> 他人に暴力をふるう	
	<input type="checkbox"/> その他 ()	
<input type="checkbox"/> 不穏興奮	<input type="checkbox"/> 時々興奮し騒ぎ立てる	<input type="checkbox"/> いつも興奮し騒ぎ立てる
	<input type="checkbox"/> その他 ()	
<input type="checkbox"/> 不潔行為	<input type="checkbox"/> 衣服等を汚す	<input type="checkbox"/> 場所を構わず放尿・放便する
	<input type="checkbox"/> その他 ()	
<input type="checkbox"/> 失禁	<input type="checkbox"/> 時々失禁する	<input type="checkbox"/> いつも失禁する
	<input type="checkbox"/> その他 ()	
<input type="checkbox"/> 徘徊	<input type="checkbox"/> 時々部屋でうろうろすることがある	<input type="checkbox"/> 屋内をあてもなく歩きまわる
	<input type="checkbox"/> 屋外をあてもなく歩きまわる	<input type="checkbox"/> その他 ()
<input type="checkbox"/> その他		

(3) 病歴 現在治療中のものや、過去に手術をした疾病などを記入してください。	病名	(年 月～) 通院中(病院)・服薬中・治療終了・手術(年)
	病名	(年 月～) 通院中(病院)・服薬中・治療終了・手術(年)
	病名	(年 月～) 通院中(病院)・服薬中・治療終了・手術(年)
	病名	(年 月～) 通院中(病院)・服薬中・治療終了・手術(年)
	病名	(年 月～) 通院中(病院)・服薬中・治療終了・手術(年)

6. 経済の状況

(1) 定期的な収入 ※年金（遺族年金・障害年金を含め全て）や給与	名 称	金額（年額）	備 考
(2) 負債			
(3) 生活保護	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（昭和・平成 年 月 日保護受給開始）		
(4) 課税状況	<input type="checkbox"/> 生活保護法による被保護世帯 <input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯		

7. 家族の状況

(1) 同居家族の状況					
氏 名	続柄	年齢	職業	電話番号	備 考
	本人				
(2) 別居家族の状況（配偶者・子など全員）					
氏 名	続柄	年齢	職業	電話番号	住 所
※市記入欄					
※市記入欄					
※市記入欄					
※市記入欄					
※市記入欄					

健康診断書 (生活支援ハウス用)

氏名	男・女	生年月日	(歳)			
住所						
身 体 の 状 況	現在の疾病状況	病名・発症年月・服薬の有無・治癒状況 (または「治療内容」など)				
	既往症	病名・発症年月・現状				
	結核	有 (感染の危険性: 有・無 / 治療の必要性: 有・無) ・ 無				
	肝炎	HBS抗原 +・-				
		HCV抗体 +・-				
	その他の感染症	無・有 MRSA 疥癬 その他 ()				
	膀胱・直腸障害	無・有 尿失禁 (有・無) 便失禁 (有・無)				
	起居動作の状況	歩行 (可・否) 起立 (可・否) 起座 (可・否) 寝たきり				
	栄養状態等	良・中等・不良	身長	cm	体重	kg
	精神疾患または認知症の状態	無・有	疾患名: 精神・神経症状			
認 知 症 の 中 核 症 状	・短期記憶 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり ・日常の意思決定を行うための認知能力 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input type="checkbox"/> 判断できない ・自分の意思の伝達能力 <input type="checkbox"/> 伝えられる <input type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 具体的要求に限られる <input type="checkbox"/> 伝えられない					
	認 知 症 の 周 辺 症 状	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 幻覚・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 性的問題行動 <input type="checkbox"/> その他()			
検 査 の 状 況	検尿	糖 ()	蛋白 ()	ウロビリノーゲン ()	潜血 ()	
	血圧	(/)				
	レントゲン所見	撮影日 (年 月 日) 所見 ()				
	その他の所見 (血液検査等)					
医 学 的 判 定	1 要入院 2 要通院 (生活支援ハウスの利用: 可・否) 3 入通院不要 (生活支援ハウスの利用は可能) 4 入院中であるが生活支援ハウスの利用により退院可能 (退院後: 要通院・通院不要)					
生活支援ハウス利用に関する所見						
上記のとおり診断します。 年 月 日						
			住所	印		
			医療機関名			
			医師名			

【医療機関の皆様へ】

生活支援ハウスは、独立して生活することに不安がある60歳以上の方で、自炊ができる程度に自立した方が利用できます (他に収入条件などがあります)。施設の職員配置は、10名程度の利用者に対し1名から2名の生活援助員 (日中のみ) であり、その主な業務は安否確認、相談対応、福祉サービスなどの利用手続の援助等となっています。

収入申告書

年 月 日

函館市長

住 所

署名または
記名押印

私の 年中の収入について下記のとおり申告します。
なお、生活支援ハウスの利用にあたり、必要な税務関係の調査に同意します。

入所施設名		世帯	単身 ・ 夫婦
種類		金 額 (年額)	
収 入	恩給・年金等収入 () 年金 老齢福祉年金 通算老齢年金 厚生年金 遺族年金 その他収入	円	
	計		
必 要 経 費	租税 医療費 社会保険料 介護保険料 その他必要経費	円	
	計		
差引額 (収入－必要経費)			
※認 定	階層	円	

※欄は記入しないでください

別記第4号様式(第9条関係)

生活支援ハウス運営事業利用事前依頼書

公文記号
年 月 日

様

函館市長

標記の件について、下記のとおり貴施設の利用を依頼したく連絡いたしますので
よろしくをお願いします。

利用 対象 者	氏名		電話番号		
	住所				
	本人の状況	別紙資料のとおり			
	身元引受人 の連絡先	氏名		電話番号	
		住所		本人との関係	
備考					

別記第5号様式（第9条関係）

利用依頼承諾（不承諾）通知書

年 月 日

函館市長

所在地
受託者 名 称
長の氏名 印

年 月 日付で依頼のあった者の利用については、承諾します。（次の理由により承諾できません。）

依頼のあった者の氏名	
利用開始予定年月日	年 月 日
(承諾できない理由)	

別記第6号様式(第9条関係)

生活支援ハウス運営事業利用決定(却下)通知書

公文記号
年 月 日

(対象者) 様

(受託者) 様

函館市長

生活支援ハウスの利用について、次のとおり決定(却下)したので通知します。

対 象 者	氏 名	様 (年 月 日生)		
	住 所	函館市	町 丁目	番(地) 号
利用する 生活支援 ハウス	法人名			
	名称			
	所在地			
利用開始日	年 月 日			
利 用 料	1か月あたり		円	
	[内訳]			
	(1)利用者負担額	1か月あたり	円	
(2)光熱水費	1か月あたり	円		
却下の場合 その理由				
備 考	利用料については、後日函館市から送付する納入通知書により納付してください。			

別記第7号様式（第10条関係）

生活支援ハウス事業退去申出書

年 月 日

函館市長

住 所

申出人（施設名）

署名または
記名押印

次のとおり退去しますので、届け出ます。

退去をする日	年 月 日
退去する理由	

別記第8号様式（第10条関係）

生活支援ハウス事業利用取消通知書

公文記号

年 月 日

(対象者) 様

(受託者) 様

函館市長

次のとおり，生活支援ハウスの利用を取り消しますので，通知します。

対象者氏名	(年 月 日生)
施設名	
利用取消年月日	年 月 日
取消の理由	
備考	