

南魚沼市食の自立支援事業実施要領

(趣旨)

第1条 この要領は、南魚沼市地域支援事業実施要綱（平成18年告示第100号。以下「要綱」という。）第4条の規定により、地域支援事業のうち「食の自立支援事業」（以下「事業」という。）の実施に関し必要な事項を定める。

(対象者)

第2条 事業の対象者は、南魚沼市に住所を有する次に該当する者であって、栄養改善が必要であり、加齢や障害などにより調理等が困難な者とする。

- (1) 65歳以上の独り暮らしの者
- (2) 65歳以上の高齢者のみの世帯の者
- (3) 65歳以上の高齢者であって、身体障害者手帳、精神障害者保健福祉手帳又は療育手帳の交付を受けた者のみと同居の者
- (4) 前3号に掲げる者のほか、市長が特に必要と認めた者

(事業の内容)

第3条 事業の内容は、安否確認を兼ねた昼食の配食サービスとし、利用は毎週月曜日から金曜日までの希望する5日以内とする。ただし、その日が祝日及び年末年始（12月29日から翌年1月3日までを含む。）に当たる場合は、配食サービスを休みとする。

(申請等)

第4条 事業の利用を希望する者は、利用申請書（様式1）を市長に提出しなければならない。

- 2 市長は、前項の申請を受理したときは、アセスメント票（様式3）により申請者の実態を調査し、その可否を決定し、申請者に通知するものとする。
- 3 アセスメントは、地域包括支援センターの職員またはケアマネジャーが行うことができる。

(利用者負担金)

第5条 前条第2項の規定により事業の利用の決定を受け、配食サービスを利用した者（以下「利用者」という。）は、要綱別表に定める利用者負担金（当面の間、1食につき300円）を負担するものとする。

(届出等)

第6条 利用者は、次のいずれかに該当するときは、様式1又は利用変更・廃止申請書（様式2）により、速やかにその旨を市長に届出なければならない。

- (1) 転居したとき
- (2) 第2条に規定する該当者でなくなったとき
- (3) 入院し、又は施設に入所したとき
- (4) 事業を受ける必要のなくなったとき
- (5) 6か月以上休止した後に利用を再開しようとするとき
- (6) 事業の内容の変更を希望するとき

- 2 利用者の都合により配食サービスの利用を変更するときは、変更を希望する前日の17

時までには事業の実施者へ連絡をするものとする。ただし、希望する日の前日が土日祝日及び年末年始の場合は、当該日前の開庁日の17時までとする。

- 3 利用者は、第1項の届出及び前項の連絡が、前項に定める時間以降のものについては、配食サービスの提供の有無にかかわらず、要綱に定める利用者負担金を負担するものとする。

(解除)

第7条 市長は、次のいずれかに該当するときは、事業の実施を解除し、又は停止することができる。

- (1) 第2条に規定する対象者でなくなったとき
- (2) 要綱別表に規定する利用者負担金を納入しないとき
- (3) 前3号に規定するほか、市長が事業の実施が困難と認めたとき

(委託)

第8条 市長は、要綱第3条に規定するもののほか、この事業を社会福祉法人その他民間事業者に委託して実施することができる。

(その他)

第9条 この要領に定めるほか、必要な事項は市長が別に定める。

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、令和3年4月1日から施行する。

附則

この要領は、令和5年5月1日から施行する。

(様式1)

南魚沼市食の自立支援事業利用申請書

年 月 日

南魚沼市長 あて

下記のとおり、南魚沼市食の自立支援事業の利用を申し込みます。

今回の申請に対し、事業の実施に必要な情報を委託事業者及び南魚沼市地域包括支援センターに提供することに同意します。

利用者氏名 _____

利用者代理人 _____

利用者	ふりがな 氏名		生年 月日	大正・昭和 年 月 日			
	住所	南魚沼市	介護度	認定なし・申請中 要支援1・2 要介護1・2・3・4・5			
	電話						
	世帯 状況	単身世帯 ・ 高齢者のみ世帯 ・ その他 ()					
緊急 連絡 先	ふりがな 氏名		続柄				
	住所						
	電話	(固定電話)	(携帯電話)				
希望 利用 内容	曜日と回数 ※希望する曜日に○	合計	月	火	水	木	金
		食					
	利用開始日	令和 年 月 日					
特記 事項	食事形状等	普通 ・ おかゆ ・ おかずのみ ・ きざみ ()					
	アレルギーや 配達時の注意事項等						
担当 者	事業所名						
	担当者名						
	連絡先						

※添付書類

利用申請書(様式1)・アセスメント票(様式3)・利用者基本情報・ケアプラン(作成している人のみ)

※事務処理欄

決裁	課長	参事	包括支援班		担当 地域包括	結果	検討日
			主幹	班			(. .)
							承認 ・ 却下
総合事業・任意事業							

(様式2)

南魚沼市食の自立支援事業利用変更・廃止申請書

年 月 日

南魚沼市長 あて

下記のとおり申請します。

利用者	ふりがな 氏名			生年 月日	大正・昭和 年 月 日		
	住所	南魚沼市		電話			
	世帯 状況	単身世帯 ・ 高齢者のみ世帯 ・ その他 ()					
現在の 利用状況 ※曜日に○	合計	月	火	水	木	金	
	食						
変更後の 利用状況 ※曜日に○	合計	月	火	水	木	金	
	食						
その他の変更							
変更・廃止日	年 月 日 () から 変更・廃止						
理由							
記入者	事業所						
	氏名						

※事務処理欄				
決裁	課長	参事	包括支援班	
			主幹	班

(様式3)

南魚沼市「食」の自立支援事業アセスメント票

対象者氏名	作成日	作成者事業所	作成者氏名
	年 月 日		

	確認項目	具体的確認事項
身体状況・健康状況	主観的健康観	現在の健康状態 □よい □まあよい □普通 □あまりよくない □よくない
	ADL	□自力 □部分介助が必要 □全介助が必要 □その他 () ※食事、整容動作、トイレ、入浴、歩行 等
	IADL	□自力 □部分介助が必要 □全介助が必要 □その他 () ※買い物、調理、掃除、洗濯、服薬管理、金銭管理 等
	身長、体重、BMI	身長 () cm)、体重 () kg)、BMI () 6 ヶ月間で2~3kg 以上の体重減少があった □なし □あり
	主な食事療法の要否・内容・程度	医師・管理栄養士等による食事療法の指示 □なし □あり (具体的内容:)
		食物アレルギー □なし □あり (内容:)
摂食嚥下機能 (咀嚼、歯・義歯等の状態を含む)	半年前に比べて固いものが食べにくくなった □はい □いいえ	
	口の渴きが気になる □はい □いいえ	
	お茶や汁物等でむせることがある □はい □いいえ	
食に関する状況	食欲の程度、食事回数	食欲 □全くない □ない □ふつうだ □ある □とてもある
		朝食 □食べない □食べる (内容:)
		昼食 □食べない □食べる (内容:)
		夕食 □食べない □食べる (内容:)
		間食 □食べない □食べる (内容:)
	摂食 □常食 □刻み □ペースト状 □ピューレ状 □とろみづけ	
買物・調理の状況	買物や食事の準備上の支障 □支障なし □支障はないが困難 □支障あり 困難又は支障がある場合の内容 ()	
	調理関連で可能な行為 □火気管理 □電子レンジの使用 □食材や食器等の洗浄	
社会参加の状況 (外出頻度、閉じこもり傾向等)	週に1回以上は外出している □はい □いいえ	
	昨年と比べて外出の回数が減っている □はい □いいえ	
	就業又は何らかの地域活動をしている □はい □いいえ	
孤食・共食、ソーシャルサポートの状況	一緒に食べる人 (朝) □あり□なし (昼) □あり□なし (夕) □あり□なし	
	困り事や心配事があるとき、家族を含めた周りの人からサポートを受けることができる □はい □いいえ	

配食サービス利用した場合の週間プラン

(自分、家族、介護サービスなど、どのように食事を用意するかについて記入してください。)

	日	月	火	水	木	金	土
朝食							
昼食							
夕食							