

南大隅町「食」の自立支援事業実施要綱  
平成17年3月31日告示第14号

(趣旨)

第1条 この要綱は、在宅の高齢者等が健康で自立した生活を送ることができるよう、食事の提供を伴う生きがい対応型デイサービス事業等の「食」に関わるサービスや高齢者訪問給食サービスを、「食」の自立の観点から十分なアセスメントを行ったうえで計画的、有機的につなげて提供するために、必要な事項を定めるものとする。

(事業の委託)

第2条 この事業におけるアセスメント調査及び高齢者訪問給食サービスについては、社会福祉法人等の委託先(以下「社会福祉法人等」という。)に委託することができる。

(対象者)

第3条 この事業の対象者は、南大隅町に住所を有する者で、在宅でおおむね65歳以上の単身世帯、高齢者のみの世帯又はこれに準ずる世帯に属する高齢者及び身体障害者のうち、新規に高齢者訪問給食サービスを希望する者、現に食関連サービスを利用している者及び食に関する支援が必要と考えられる者とする。

(配食回数)

第4条 この事業の配食回数は、利用調整の結果を経て決定する。

(休日)

第5条 事業を実施しない日は、災害その他の事情により特に町長が認める日とする。

(申請)

第6条 給食を希望する者は、「食」の自立支援事業利用申請書(様式第1号)を町長に提出しなければならない。

(アセスメントの実施)

第7条 町長は、前条による申請があったときは、「食」の自立支援事業一次アセスメント票(様式第2号。以下「一次アセスメント票」という。)により、対象者の心身の状況、その置かれている環境、対象者、その家族等の希望等の情報を収集、分析しなければならない。

2 町長は、一次アセスメント票の結果、より詳細なアセスメントを実施してサービス内容の調整を行う必要がある場合は、「食」の自立支援事業二次アセスメント票(様式第3号。以下「二次アセスメント票」という。)により必要な情報を収集することができる。

(利用調整)

第8条 町長は、一次アセスメント票の結果によりサービス調整会議(以下「会議」という。)を開催し、その結果を考慮し、高齢者訪問給食サービス、生きがい対応型デイサービス、IADL訓練事業、高齢者食生活改善事業のほか、インフォーマルサービスも含めた社会資源の状況を勘案して、一次アセスメント結果・利用調整シート(様式第4号)により、「食」の自立の観点から食関連サービスの利用調整を行うことができる。ただし、明らかに緊急を要するサービス提供が必要と認められる場合は、サービスを開始した後、会議へ報告することにより会議を経たものとする。ことができる。

2 町長は、二次アセスメント票により利用調整を行う場合は、収集した情報に基づき会議を開催し、その結果を考慮し、二次アセスメント結果・利用調整シート(様式第5号)により、サービス利用調整の枠組みを判定しなければならない。

3 町長は、食関連サービスの利用調整の記録を既存の居宅介護サービス計画又は介護予防プランに反映させる形で作成しなければならない。

(再アセスメントの実施)

第9条 町長は、定期的(おおむね3か月から6か月程度)にサービスの実施状況、利用者の状態等を確認し、必要に応じて、サービスの再調整を行わなければならない。

(利用者の決定)

第10条 町長は、第8条による食関連サービスの利用調整の結果、自立支援の観点から高齢者訪問給食サービスを利用することが適切であると認める者については、利用を決定し、「食」の自立支援事業利用許可(不許可)決定通知書(様式第6号)により申請者に通知するとともに、「食」の自立支援事業サービス提供(中止・中断)依頼書(様式第7号)により社会福祉法人等へ依頼するものとする。

(配食と安否確認)

第11条 高齢者訪問給食サービスは、利用者の居宅に定期的に訪問して栄養のバランスのとれた食事を提供するとともに、当該利用者の安否確認を行う。

(給食の一時中断及び中止)

第12条 利用者が高齢者訪問給食サービスを一時的に中断しようとする場合は中断する配食日の3日前までに、中止しようとする場合は中止する日の1週間前までに「食」の自立支援事業利用中止(中断)届(様式第8号)により町長に届け出なければならない。

2 町長は、前項による届出があった場合は、直ちに、「食」の自立支援事業サービス提供(中止・中断)依頼書(様式第7号)により社会福祉法人等の長に通知するものとする。

(給食の費用等)

第13条 高齢者訪問給食サービス費用の個人負担分(以下「給食費」という。)は、事業の実施に伴う原材料等の実費相当分とし、1食当たり400円以内で、社会福祉法人等の業務内容により決定する。

2 給食費は、当該月分の配食数に応じ精算し、翌月15日までに社会福祉法人等へ納入しなければならない。

3 給食を中止する場合は、食数に応じ精算し、速やかに、給食費を社会福祉法人等へ納入しなければならない。

(その他)

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。

附 則

この告示は、平成17年3月31日から施行する。

様式第1号(第6条関係)

「食」の自立支援事業利用申請書

年 月 日

南大隅町長 様  
申請者(利用者)住所 南大隅町 (自治会)  
氏名 ④  
電話番号 — —  
生年月日 年 月 日 (歳)

南大隅町「食」の自立支援事業を利用したいので申請します。

- 1 配食希望年月日 年 月 日から
- 2 配食希望
1. 毎日2食
2. 1日1食 (1. 昼食のみ希望・2. 夕食のみ希望)  
利用希望日(月・火・水・木・金・土・日)
3. 1日2食 (昼食・夕食とも希望)  
利用希望日(月・火・水・木・金・土・日)
- 3 配食を希望する理由
1. 寝たきり(それに準ずる状態)
2. 高齢、心身の障害、傷病等の理由により調理困難
3. 交通手段等の事情により食材買出し等困難
4. 栄養状態に不安がある。
5. その他(簡潔に記入のこと。)

- 4 家族状況
1. 一人住まい 2. 高齢者夫婦世帯 3. 高齢者のみの世帯

4. 子（未婚）と同居 5. 子（及びその家族）と同居 6. その他

5 介護度認定申請状況

1. なし 2. 申請中 3. あり [ 非該当 ・ 要支援 ・ 介護度 ( ) ]

緊急時の連絡先(主な連絡先)	氏名 住所	続柄 ( ) 電話
----------------	----------	--------------

様式第2号(第7条関係)

「食」の自立支援事業一次アセスメント票

I 基本項目

相談年月日	年 月 日 ( 回 )	担当者 ( )
対象者	氏名 住所 南大隅町 ( )	性別 男 ・ 女 ( ) 振興会 電話
生年月日	年 月 日生	歳
聞き取り相手	本人 ・ 家族 (続柄 ) ・ 他 ( )	
福祉手帳	なし ・ あり ( 身障 級 ・ 知的 級 ・ 精神 級 )	
介護認定申請	なし ・ 申請中 ・ あり [非該当 ・ 要支援 ・ 介護度 ( )]	
サービスの利用状況	なし { サービス名 ・ 利用頻度 } あり { }	
経済状況	年金の種類 ( ) ・ 各種サービスの自己負担が (できる ・ できない)。 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯	
相談内容		

II 家族状況

家族構成	1 単身 2 高齢者夫婦世帯 3 高齢者世帯 4 その他 ( )			
家族状況	1 日中不在 2 在宅 ・ 交流あり 3 在宅 ・ 交流なし			
食事支援	1 同居家族 2 親族 (通い支援 ・ 食事差し入れ ・ 買物援助) 3 支援なし			
□ 一 ○	家 族 氏 名	続 柄	住 所	電 話

III 生活状況

(1)ADL	歩 行	1自立 2一部介助 3全介助 [ ]
	食 事	1自立 2一部介助 3全介助 [ ]
	排 泄	1自立 2一部介助 3全介助 [ ]
	入 浴	1自立 2一部介助 3全介助 [ ]
	着 替 え	1自立 2一部介助 3全介助 [ ]
(2)IADL	整 容	1自立 2一部介助 3全介助 [ ]
	掃 除	1・2・3 ( ) 配 ・ 下膳 1・2・3 ( )
	洗 濯	1・2・3 ( ) ゴミ出し 1・2・3 ( )
	献 立	1・2・3 ( ) 火気管理 1・2・3 ( )
	買 い 物	1・2・3 ( ) 食品管理 1・2・3 ( )
(3)その他 (食関係)	調 理	1・2・3 ( ) 金銭管理 1・2・3 ( )
	電 話	1・2・3 ( )
	食 事 回 数	回/日 ( 外食の頻度 回/週)
	一 緒 に 食 べ る 人	朝: 1あり 2なし 昼: 1あり 2なし 夜: 1あり 2なし
	調 理 ・ 食 事 設 備	1十分 2不十分 ( )
特記事項	食 材 ・ 食 品 入 手 先	1なし 2あり (食品店 ・ コンビニ ・ スーパー ・ 移動販売 ・ )

IV 健康管理状況

(1) 主病名	1. なし 2. あり [ ]
かかりつけ医 ( )	
(2) 主な既往疾患	1. なし 2. あり (① 年前 ② 年前) (①・②)の治療(有・無) (①・②)の入院(有・無) (①・②)の手術(有・無)
(3) 治療状況	通院(定期 回/月・週、不定期) 往診(定期 回/月・週、不定期)
(4) 服薬の有無	1. なし 2. あり
(5) 服薬管理	1 自立 2 一部介助 3 全介助
(6) 視力 (眼鏡 有・無)	1 普通 2 弱視 3 全盲
(7) 聴力 (補聴器 有・無)	1 普通 2 やや難聴 3 難聴
(8) 意志疎通	1. 支障なし 2. 支障あり [ ]
(9) 口腔状況	1. 義歯あり(残存歯 本) 2. 義歯なし(残存歯 本)
(10) 口腔ケア	歯磨き等の実施 1. している。 2. まれにしかしない。 3. しない。
(11) 口腔内の問題	1. なし 2. あり [ ]
(12) えん下 ・ そしゃく問題	1. なし 2. あり [ ]
(13) BMI	1. (体重 kg) ÷ (身長 m) <sup>2</sup> = ( ) 2. 測定不能
(14) 最近6か月の体重の増減	1. 減った。(約 kg) 2. 変化なし 3. 増えた。(約 kg) 4. 不明
(15) 喫煙	1. しない。 2. する。 [1日 本 ]
(16) 飲酒	1. しない。 2. する。 [1日 合程度]
(17) 睡眠障害	1. なし 2. あり [ ]
(18) めまい	1. なし 2. あり [ ]
(19) 痛み	1. なし 2. あり [部位 日常生活に支障 1. なし 2. あり]
(20) しびれ	1. なし 2. あり [部位 日常生活に支障 1. なし 2. あり]
(21) 麻ひ	1. なし 2. あり [部位 日常生活に支障 1. なし 2. あり]
(22) 転倒	1. なし 2. あり [ 時期, 場所, 頻度 ]
(23) 骨折	1. なし 2. あり [時期 ・ 部位]
(24) 物忘れ	1. なし 2. 時々あり 3. あり
(25) 周囲の人への関心	1. あり 2. なし
(26) 精神状況	1. 問題なし 2. 問題あり [ ]
(27) 問題行動	1. なし 2. あり [ ]
特記事項	

V 社会的活動状況

(1) 友人・近所・別居家族・親戚との交流	1. あり	2. なし
(2) 心配事等の相談相手	1. あり ( )	2. なし
(3) 普段外出する。	1. する。	2. しない。移動手段 [ ]
(4) 1週間当たりの外出の頻度	[ ]	回
(5) 他人と話をすることを避けたり面倒になっている。	1. いる。	2. いない。
(6) 孤独感を感じることは少ない。	1. 少ない。	2. 多い。
(7) 銀行等でお金の出し入れは自分でする。	1. する。	2. しない。
(8) 普段電話を使う。	1. 使う。	2. 使わない。
(9) テレビや雑誌を見る。	1. 見る。	2. 見ない。
(10) 健康に関する記事や番組に関心がある。	1. ある。	2. ない。
(11) 日中寝ころんでいることは少ない。	1. 少ない。	2. 多い。
(12) 日常の中で趣味や楽しみがある。	1. ある。	2. ない。
(13) 老人クラブに参加する。	1. する。	2. しない。
(14) 地域活動に参加している。	1. している。	2. していない。
(15) 健康の為に心がけていることがある。	1. ある。	2. ない。
特記事項		

VI 住環境

住宅の形態	1. 一戸建て(平屋・階建)	2. 集合住宅(平屋・階建 階)
本人の寝室	1. あり(専用・兼用 階、別棟)	2. なし
トイレ	(屋内・屋外) [和式・洋式・その他 ( )]	
浴室	屋内・屋外・その他 ( )	
(1) 室内環境	1. 良い	2. 悪い ( )
(2) 段差の有無	1. なし	2. あり ( )
(3) 滑りやすい箇所	1. なし	2. あり ( )
(4) 手すりの設置	1. なし	2. あり ( )
(5) 夜間照明	1. あり	2. なし
(6) 家屋に面した道路問題	1. なし	2. あり ( )
(7) 生活圏内の公的機関の問題	1. なし	2. あり ( )
(8) 生活圏内の公共交通機関の問題	1. なし	2. あり ( )
(9) 気候・風土の問題	1. なし	2. あり ( )
特記事項		

「食」の自立支援に関する総合判断

1 承認 2 継続承認 3 調整後承認 4 二次アセスメントへ 5 他サービスへ 6 不承認/辞退

様式第3号(第7条関係)

「食」の自立支援事業二次アセスメント票

氏名 男・女 調査日 年 月 日 調査者

本人・食の自立に関する問題	A1 身体機能・疾病による困難	
	食物アレルギー	1 なし 2 あり(アレルギー: )
	治療食・配慮食を要する食事の必要	1 なし 2 あり(指示内容: ) (疾病名: )
	食の自立に影響する	1 困難なし 2 困難あり(麻痺・拘縮・しびれ・痛み・その他は特記へ記載)

四肢機能障害	下肢の状態	1 困難なし 2 困難あり(麻痺・拘縮・しびれ・痛み・その他は特記へ記載)
食欲		1 普通 2 問題あり(理由: )
食事回数		____回/日(朝食が抜ける場合は起床時間____時頃)
低栄養		1 なし 2 あり(具体的に: )
排泄	(便秘気味)	1 なし 2 あり____回/週、下剤は何( )を____回/週
	(下痢気味)	1 なし 2 あり____回/週
水分摂取		1 足りている。2 足りていない。(具体的に: )
A2 精神機能・知的障害による困難		
抑うつ状態		1 なし 2 あり(具体的に: )
閉じこもり状態		1 なし 2 あり(具体的に: )
不安傾向		1 なし 2 あり(具体的に: )
依存傾向		1 なし 2 あり(具体的に: )
痴呆		1 なし 2 あり(具体的に: )
知的障害		1 なし 2 あり(具体的に: )
A3 し好・し癖・習慣・食生活状況		
食資源	外食利用	1 なし 2 あり(____回/週・月、種類:和食・洋食・中華料理・うどん、そば等)
	配食サービス	1 なし 2 あり(____回/週、提供機関:公・私 )
いつもの食事内容	朝食	1 食べない。2 食べる。(内容: )
	昼食	1 食べない。2 食べる。(内容: )
	夕食	1 食べない。2 食べる。(内容: )
	間食	1 食べない。2 食べる。(内容: )
し好・食行動	食事時期	1 規則正しい 2 不規則(理由: )
	食形態	1 普通 2 工夫が必要 [刻み・ペースト状・ピューレ状・ゼリー状・その他( )]

	一緒に食べる人	朝 ( ) 昼 ( ) 夜 ( )	選択肢：1 孤食 2 家族 3 親族 4 知人
	し 癖	A 飲酒：1 問題あり 2 問題なし	B 喫煙：1 あり 2 なし
A	A 4 食に関する意欲の低下 (生活後退)	1 なし 2 あり ( )	
	A 5 食の援助とサービスを使いこなす力	1 あり 2 なし ( )	
B 介護者 (家族・親族・近隣を含む) の問題	B 1 介護者の食事の知識・技能・意欲		
	食知識	1 十分 2 不十分 (具体的に： )	
	調理技能	1 十分 2 不十分 (具体的に： )	
	調理意欲	1 十分 2 不十分 (具体的に： )	
	B 2 家族とのコミュニケーション	1 良い 2 悪い (具体的に： )	
	B 3 介護者の状況		
	身体機能・状態	1 問題なし 2 問題あり (具体的に： )	
生活状況	1 問題なし 2 問題あり (a 就労 b 他に要介護家族あり c 家が遠い)		
介護負担	1 重い (具体的に： ) 2 中位 (具体的に： ) 3 少し		
C 食事関連生活手段	C 1 家計・食費		
	食費	1 十分 2 不十分 (具体的に： )	
	C 2 住居・調理設備・食事環境の問題		
	調理設備	熱源	1 十分 2 不十分 (具体的に： )
		台所	1 使用しやすい。2 使用しにくい。(具体的に： )
	食事場所	1 食堂 2 居間 3 寝室 4 その他 ( )	
	衛生状態	1 良い 2 悪い (具体的に： )	
C 3 外出・買い物などの交通手段			
交通手段	歩行・自転車・自家用車・電車・バス・タクシー・その他		
D 地域問題	D 1 孤立状況	1 問題なし 2 問題あり (具体的に： )	
	D 2 食に関する地域資源	1 問題なし 2 問題あり (具体的に： )	
	D 3 家族・社会のインフォーマルな地域関係	1 問題なし 2 問題あり (具体的に： )	
特記事項	コメント		

様式第4号 (第8条関係)

一次アセスメント結果・利用調整シート  
氏名 \_\_\_\_\_ 男・女 \_\_\_\_\_ 歳

1 申請希望内容							
① 新規	配食 ( ) 回/週 ( ) 食/日						
② 現在	他食関連サービス ( ) ( ) 回/月・週						
	配食 ( ) 回/週 ( ) 食/日						
	他食関連サービス ( ) ( ) 回/月・週						
2 調整の理由							
3 調整変更の指示							
① 配食	( ) 回/週 ( ) 食/日						
理由							
② 他サービス	( ) ( ) 回/月・週						
理由							
③ 他サービス	( ) ( ) 回/月・週						
理由							
④ 他サービス	( ) ( ) 回/月・週						
理由							
⑤ 他サービス	( ) ( ) 回/月・週						
理由							
4 利用不承認/本人辞退	理由						
5 決定週間プラン (本人・家族・親戚・私費配食等も記入する。)							
	日	月	火	水	木	金	土
朝食							
昼食							
夕食							

(食プラン作成者： \_\_\_\_\_ )

様式第5号 (第8条関係)

二次アセスメント結果・利用調整シート  
氏名 \_\_\_\_\_ 男・女 \_\_\_\_\_ 歳

1 申請希望内容

① 新規 { 配食 ( ) 回/週 ( ) 食/日  
他食関連サービス ( ) ( ) 回/月・週

② 現在 { 配食 ( ) 回/週 ( ) 食/日  
他食関連サービス ( ) ( ) 回/月・週

2 調整の理由 {

3 調整変更の指示

①配食 ( ) 回/週 ( ) 食/日  
理由 { 本人の合・否 (理由 ) }

②他サービス ( ) ( ) 回/月・週  
理由 { 本人の合・否 (理由 ) }

③他サービス ( ) ( ) 回/月・週  
理由 { 本人の合・否 (理由 ) }

④他サービス ( ) ( ) 回/月・週  
理由 { 本人の合・否 (理由 ) }

⑤他サービス ( ) ( ) 回/月・週  
理由 { 本人の合・否 (理由 ) }

4 利用不承認/本人辞退  
理由 {

5 決定週間プラン (本人・家族・親戚・私費配食等も記入する。)

	日	月	火	水	木	金	土
朝食							
昼食							
夕食							

(食プラン作成者： )

様式第6号 (第10条関係)

「食」の自立支援事業利用許可 (不許可) 決定通知書

第 年 月 日

様

南大隅町長 印

あなたが、 年 月 日付けで利用申請された南大隅町「食」の自立支援事業については、下記のとおり、決定したので通知します。

記

1 利用を認めます。

利用者	氏名		生年月日	
	住所	南大隅町	性別	
配食日等	利用日	毎日・月・火・水・木・金・土・日		
	詳細事項	2食 ・ 昼食のみ ・ 夕食のみ		
配食開始日	年 月 日			
自己負担料	1食当たり 円 (実費相当額)			
連絡先	自宅・その他			

( ) 利用回数の増

※注意事項

- ・食中毒を防ぐため、ご飯やおかずを別の容器に移し替えないこと。
- ・食べ残したものを翌日まで食べないこと。
- ・都合により給食を一時中断するときは、必ず3日前までに申し出ること。
- ・給食を中止するときは、必ず1週間前までに申し出ること。

2 利用を認めません。  
(理由)

様式第7号 (第10条・第12条関係)

第 年 月 日

様

南大隅町長

印

「食」の自立支援事業サービス提供 (中止・中断) 依頼書

下記の者への訪問給食サービスの提供 (中止・中断) を依頼します。

記

1 訪問サービス提供 (中止) の時期

氏名	住所	利用開始 (中止) 年月日
	南大隅町	

2 訪問サービス中断の時期

年 月 日から 年 月 日まで

※ 添付書類（提供時のみ）

南大隅町「食」の自立支援事業利用許可（不許可）決定通知書（写）

様式第8号（第12条関係）

年 月 日

南大隅町長 様

住 所 南大隅町 \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) 自治会  
氏 名 \_\_\_\_\_ @  
電 話 \_\_\_\_\_

「食」の自立支援事業利用中止（中断）届

私は、下記の理由により、訪問給食サービスを中止（中断）したいので届け出ます。

記

---

---

---

---

中止（中断）の時期 年 月 日から 年 月 日まで