

事業所様向け 配食サービス制度の概要について

令和6年5月
沼津市介護保険課

【はじめに】

現在、配食サービスは沼津市全体で約1000名の方がご利用されています。
事業所様には利用者様へのアセスメントや申請書の作成・提出をお願いしておりますが、申請方法や書式、記入方法等について、お問い合わせを多数お受けしています。
そこで、沼津市の配食制度および申請方法について、以下のとおりご案内を作成しました。
ご申請の際は本書をご参考のうえ、ご作成・ご記入いただくようお願いいたします。

【制度の対象者】

沼津市の配食サービス事業は、原則として買物・調理が困難であるため栄養バランスのとれた食事の確保ができず、独居などで安否確認を必要とする高齢者世帯に対するサービスです。栄養改善のみが目的の方、同居の世帯員が食事を賄える状態にある方などは対象外となりますので、対象者の状態をよく見極めたうえでご申請ください。

【利用者負担額】

配食事業は、毎年8月1日を事業の区切りとし、その前年の所得に係る所得税額をもって、下表のとおり利用者負担額を決定します。配食事業者は1食あたり700円(一部地域は800円)で食事の配達および安否確認を行い、そのうちの一部を利用者負担額として利用者本人が負担します。
利用者負担額については、必要な場合は直接利用者様にご確認ください。

利用世帯の階層区分		利用者負担額 (1食当たり)
A	生活保護法による被保護者が属する世帯	250円
B	生計中心者の前年の所得に係る所得税の額が35,000円以下の世帯	250円
C	生計中心者の前年の所得に係る所得税の額が35,001円以上42,000円以下の世帯	430円
D	生計中心者の前年の所得に係る所得税の額が42,001円以上55,000円以下の世帯	490円
E	生計中心者の前年の所得に係る所得税の額が55,001円以上94,000円以下の世帯	550円
F	生計中心者の前年の所得に係る所得税の額が94,001円以上170,000円以下の世帯	610円
G	生計中心者の前年の所得に係る所得税の額が170,001円以上の世帯	670円

1食当たりの単価と利用者負担額との差額は、公金により補われます。
利用者様が必要とする分の配食を適切に利用できるよう、制度の趣旨をご理解いただいた上での申請をお願いします。

【利用期間】

- 8月1日から翌年7月31日までの12か月間を配食事業の利用期間としており、いつの申請でも利用期間は7月31日までで決定します。期間内は、特殊な事情がない限り利用者負担額を変更しません。
- 新たに利用する方、継続して利用する方、期間内に曜日や配食事業者の変更をされた方も、すべて翌年7月31日で期間が終了します。翌年8月以後も利用を希望する場合、更新申請が必要になります。
- 更新申請のお知らせは、長寿福祉課 各事業所レターボックスに、6月頃配布します。
- 電子書式をご希望の場合は、沼津市 HP からダウンロードするか介護保険課宛にその旨を電子メールにてお知らせください。メールの場合は、後日返信メールに添付いたします。

【申請書類】

対象者	申請内容	申請書類
(介護度あり) 特別配食	新規開始	介護保険配食サービス利用申請書 介護保険特別給付配食サービス 食のアセスメント票
	内容変更 (配食事業者変更、曜日変更等)	特別給付配食サービス変更届書
	配食終了 (施設入所、転出、死亡等)	特別給付配食サービス変更届書
(介護度なし) 地域支援事業	新規開始	地域支援事業利用申請書(開始に○をつける) 食の自立支援事業アセスメント票
	内容変更 (配食事業者変更、曜日変更等)	地域支援事業利用申請書(変更に○をつける) 食の自立支援事業アセスメント票(変更利用調整シート)
	配食終了 (要介護認定による特配切替、施設入所、転出、死亡等)	地域支援事業利用申請書(中止に○をつける)

※注意点

- 特別配食と地域支援事業で書式が異なります。特に、地域支援事業の内容変更は、利用申請書を忘れがちですのでご注意ください。
 - 特別配食の内容変更・配食終了時と、地域支援事業の配食終了時は、介護保険課から配食事業者へ連絡は行いません。事前に配食事業者との連絡調整を忘れず行ってください。
 - 地域支援事業の内容変更時、変更開始日(いつから変更するか)を記載する欄がありません。空いている箇所に変更する日を記入してください(別頁「地域支援事業 食の自立支援事業アセスメント票(変更利用調整シート)記入例」をご参考ください)。
 - 地域支援事業での配食を利用中の方が要介護認定を受けた場合、認定日の翌月から特別配食に切り替わります。地域支援事業の終了申請と、特別配食の新規申請をしてください。
 - 特別な事情がない限り、月内での配食事業者の変更は認めておりません。翌月1日からとさせていただきます。
- やむを得ず月内の変更を行う必要がある場合、事前に介護保険課へご相談ください。

【新規開始 申請書の記入例】(例として特別配食としますが、地域支援事業の場合も同様です。)

介護保険配食サービス利用申請書

以下のとおり、関係書類を添えて配食サービスの利用を申請します。

(宛先) 沼津市長		申請者	住 所		沼津市八幡町97 電話 951-3440			
3年 8月 1日			氏 名		駿東 花子 ※1			
対象者	住 所	沼津市御幸町16-1			電話 924-5100			
	氏 名	沼津 太郎		性別	男・女			
	生年月日	S25年4月1日		要介護 要支援認定	要支援2			
介護保険 被保険者番号		0000123456						
家族構成	氏 名	続柄	年齢	職 業	氏 名	続柄	年齢	職 業
	沼津花子 ※2	妻	75	無職				
前年所得税の課税状況		1 生活保護受給中 2 非課税 3 課税有 (課税額 円)						

安否確認の必要性もこちらにご記入ください。

※3 申請理由	対象者は腰椎圧迫骨折からの腰痛と、高齢による下肢筋力低下により、買物・調理が行えない。申請者が生活全般を支援しているが、仕事で訪問できない月～金の配食を希望。
※4 特記事項	妻は要介護1、アルツハイマー型認知症のため同様に買物・調理が行えず、特別配食を利用中。
利用予定の事業所名	沼津給食棟 ※5

※本申請書には、以下の書類を添付してください。

- ・食のアセスメント票 (第6号様式)
- ・所得税の課税額が確認できる書類 (源泉徴収票など)

介護保険配食サービス利用のために必要があるときは、配食サービス利用予定事業所等に、私の所得階層の判定結果及び住民情報等を通知することに同意します。

令和3年 8月 1日

氏名 沼津 太郎

【記入時の注意点】

※1 申請者

申請者は原則、本人としてください。決定通知書は申請者宛に発送しますが、本人が受取困難な場合は家族を申請者としてください。

また、本人が住民票と別地に生活の実態がある場合、下記の「申立書」の提出が必要です。

※2 家族構成

対象者(利用する本人)は記入不要です。したがって、独居の場合は空欄となります。

同一家屋に居住する家族がいる場合、その方の氏名等を記入してください。

※3 申請理由

食を確保できない理由を、「①どの疾病により」「②どの部位に」「③どのような症状があるため」「④買物・調理が行えない」とし、独居または高齢者世帯による⑤安否確認の必要性についてご記入ください。

(例)①高齢による②下肢筋力低下で③歩行器での支持がないと立位を保てず④買物・調理が行えない
①②レビー小体型認知症で③理解・判断力低下。④調理器具が使えず、買物も行えない
⑤独居で頻繁に様子を見に来られる家族がおらず、安否確認が必要である

「独居のため」「糖尿病のためバランスの良い食事が必要」「認知症で食事が作れないため」等の記載内容では、制度に適合する利用者かを判断できないため、事業所の担当者様へ詳細を問い合わせます。問い合わせに要する時間だけ配食の開始が遅れるだけでなく、**申請書の再提出を依頼することや、状況によっては、申請を却下する場合があります。**対象者は制度の対象となるか、要件に当てはまるかをご確認のうえ、ご記入ください。また、家族など生活支援者の支援頻度等もこちらにご記入ください。

※4 特記事項

例のように同居家族も配食を利用している場合や、逆に利用していない場合の理由などは、こちらにご記入ください(例:夫は自分の食は確保できるが、容易に嚥下できる妻用の軟食調理はできない、など)。配偶者や家族が入院中、施設入所中などの場合も、こちらにご記入ください。

65歳未満の世帯員がいる場合、その方が対象者の食事を提供できない理由を詳細にご記入ください。申請理由や状況について、改めてヒアリングさせていただくことがあります。

※5 利用予定の事業所名

まごころ弁当は「沼津店」「三島駿東店」がありますので、店名まで記載してください。

●申立書について

下記のような特殊な事情がある場合、申請書と併せて「申立書」を添付してください。

○やむを得ない事情により、対象者が住民票と別地に居住している

その他、配食がどうしても必要と考えられる案件については、個別にご相談ください。

また、新規申請だけでなく、6～7月の年次更新時にも、再度申立書の提出が必要です。

【アセスメント票 記入例】(例として特別配食としますが、地域支援事業の場合も同様です。)

更新時、前年と全く同じアセスメント票が見受けられます。アセスメントは毎年実施し、配食が必要な状況を確認の上、申請書を提出してください。

また、アセスメント票の写しは配食事業者へFAXするため、容易に判読できるようご記入ください。

介護保険特別給付配食サービス 食のアセスメント票			
記入年月日	3年 8月 1日 (新規)・継続		
アセスメント票担当者	事業所名 さんさん居宅介護支援事業所		
	氏名 東部 一郎	電話	055-934-4789
対象者	住所 沼津市御幸町 16-1		
	氏名 沼津 太郎 (男・女)		
	生年月日 昭和25年 4月 1日 (70歳)		
要介護状態等区分	要支援 1・2 (2) 要介護 1・2・3・4・5		
安否確認者	氏名	駿東 花子	続柄 長女
	住所	沼津市八幡町97	
	電話	951-3440	携帯電話 090-1234-5678
現在の疾患名等	現病歴	既往歴	
	腰椎圧迫骨折	慢性心不全、糖尿病	
通院・往診状況	1. 未受診 (2) 通院 1回/月・週 3. 往診 回/月・週		
医師の指示、保健指導内容 (食に関すること)	糖尿病の悪化を防ぐため、摂取カロリーに気を付ける		
四肢機能	1. なし (2) 問題あり(加齢による下肢筋力の低下)		
視力	(1) なし 2. 問題あり		
聴力	1. なし (2) 問題あり(聞き返し多い、テレビの音が大きい)		
最近6ヶ月の体重の増減	1. 変化なし 2. 減った(Kg) (3) 増えた(3 Kg)		
低栄養状態	(1) なし 2. あり(具体的に)		
口腔機能(入れ歯)の状況	(1) なし 2. あり(部分・全部)		
閉じこもり状態	1. なし (2) あり(具体的に 通院以外の外出がほとんどない)		
認知症状	(1) なし 2. あり(具体的に)		
抑うつ状態	(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)		
調理設備	(1) 十分 2. 不十分		
買物	1. できる (2) できない 3. やらない 腰痛と下肢筋力低下で、一人で外出できない		
調理	1. できる (2) できない 3. やらない 温めや即席めんを作れる程度		
片付け	1. できる (2) できない 3. やらない		

		対象者	沼津 太郎						
ごみ出し	1. できる(一部分・ほとんど全て) (2) できない								
献立作成	1. できる (2) できない 3. やらない								
配膳・下膳	1. できる (2) できない 3. やらない								
火の消し忘れ	(1) なし 2. あり(具体的に)								
食品の管理	(1) できる 2. できない 3. やらない								
調理済食品利用	(1) できる(一部分・ほとんど全て) 2. できない								
外食利用	(1) なし 2. あり								
食事に関する支援	親族	1. なし (2) あり(通い支援・差し入れ・買い物援助・その他)							
	ヘルパー	(1) なし 2. あり(具体的に)							
	その他	(1) なし 2. あり(具体的に)							
摂食状況	朝食	1. 食べない (2) 食べる(内容: パン、牛乳)							
	昼食	1. 食べない (2) 食べる(内容: 即席めん、冷凍食品など)							
	夕食	1. 食べない (2) 食べる(内容: 即席めん、冷凍食品など)							
	間食	1. 食べない (2) 食べる(内容: せんべい、ヨーグルトなど)							
食事時間	(1) 規則正しい 2. 不規則(理由)								
食物アレルギー	1. なし (2) あり(具体的に ビーナッツ)								
現在利用しているサービスの状況	通所介護	(1) なし 2. あり(週 回) (月・火・水・木・金・土・日)							
	訪問介護	1. なし (2) あり(週 1 回) (月・火・水・木・金・土・日)							
	訪問看護	(1) なし 2. あり(週 回) (月・火・水・木・金・土・日)							
決定週間プラン		月	火	水	木	金	土	日	備考
	昼食	○	○	○	○	○			
	夕食								
課題									
・夫婦のみ世帯だが、妻が認知症のため、長女の支援が及ばない平日の生活に不安が残る									
・圧迫骨折で夫が家事を行えなくなってしまうため、その支援が必要									
目標									
・通所リハを開始し、腰痛と筋力低下の回復に取り組み、ADLの改善を図る									
・配食の利用により、糖尿病の悪化を防ぐ									
*食のアセスメントの内容を関係者に提示することを同意します。									
		氏名	沼津 太郎						

【個別項目の注意点】

「アセスメント票担当者」

事業所名は正式名称でご記入ください(「社会福祉法人」等の法人格は不要です)。

「安否確認者」

配達する曜日に利用者が留守の場合、配食事業者は安否確認者に連絡します。

連絡を受けられる方の氏名、住所、連絡を受けやすい番号を、正確にご記入ください。

「四肢機能」「買物」「調理」「片付け」「ごみ出し」「献立作成」「配膳・下膳」

○まれに、申請書とアセスメント票の内容が食い違う申請があります。

(例:申請書「圧迫骨折の後遺症で買物・調理困難」 ⇒ アセスメント票「買物:できる」

申請書「認知症の悪化で買物・調理困難」 ⇒ アセスメント票「認知症状:なし」など)

申請書の内容や、アセスメント票の項目間で齟齬がないよう、ご確認をお願いします。

○**各項目「2 ある」「2 できない」の場合は、具体的な状況をカッコ内の余白に記入してください。**

また、状況によって可能な場合も、それぞれの項目の余白に、その状況を補記してください(「支援者がいればできる」「痛みがない日はできる」「温め程度しかできない」など)。

また選択肢の「3 やらない」は「身体機能的には可能だが、実施しない」場合のものです。その状況について補記をお願いします(認知症により保清意識がない、意欲低下が著しい、など)。

「摂食状況」

食事の内容で「**惣菜**」「**おかず**」等の記載は、**自作か出来合いか判然としないため、やめてください。**

「焼き魚」「冷凍食品」「家族の差し入れ」「スーパーで購入」等、大まかでも内容が分かる記載をお願いします。

「食物アレルギー」

対象者の生命にかかわる重要な事項です。記入漏れのないようご確認ください。

「現在使用しているサービスの状況」「決定週間プラン」

1日型の通所介護を利用する日は、配食を利用できません。食事が出ない半日型を利用する日は配食可能ですが、それが分かるよう、曜日の上に「半日」とご記入ください。

配食は1日1食を限度とし、週を通じて昼・夕どちらかです(月は昼食、火は夕食…とはできません)。

家族その他の支援の状況、通所介護利用日などと齟齬が生じないようご確認ください。

【特別給付配食サービス 変更届書の記入例】

特別給付配食サービス変更届書

変更開始年月日	令和 3 年 9 月 1 日									
アセスメント担当者	事業者名	さんさん居宅介護支援事業所								
	氏名	東部 一郎	電話	055-934-4789						
対象者	住所	沼津市御幸町16-1								
	氏名	沼津 太郎 (男・女)								
	生年月日	大正・昭和 25 年 4 月 1 日生 (70 歳)								
要介護状態区分等	要支援：1・② 要介護：1・2・3・4・5									
安否確認者	氏名	駿東 花子	続柄	長女						
	住所	沼津市八幡町97								
	電話	055-951-3440	携帯電話	090-1234-5678						
事業調整	(理由)	週2回 火・木曜日にデイサービスを開始するため								
		被保険者番号:0000123456 配食業者:沼津給食株								
現在の利用サービス	通所介護	①なし ②あり(週 回) (月・火・水・木・金・土・日)								
	訪問介護	1. なし ②あり(週 1 回) (月・火・水・木・金・土・日)								
	訪問看護	①なし ②あり(週 回) (月・火・水・木・金・土・日)								
《 変更前 》										
決定週間プラン		月	火	水	木	金	土	日	備考	
	昼食	○	○	○	○	○				
	夕食									
	通所介護									
《 変更後 》										
決定週間プラン		月	火	水	木	金	土	日	備考	
	昼食	○		○		○				
	夕食									
	通所介護		○		○					
*食のアセスメントの内容を関係者に提示することを同意します。		氏名		沼津 太郎						

【個別項目の注意点】

「変更開始年月日」

最下段《変更後》のプランが適用となる日付を記入してください。提出日・記入日は不要です。

「事業調整」

変更の理由と、可能であれば被保険者番号・配食業者を記入してください。

【地域支援事業 食の自立支援事業アセスメント票(変更利用調整シート)記入例】

食の自立支援事業アセスメント票(変更利用調整シート)											
記入年月日	令和3 年 8 月 30 日										
アセスメント票担当者	事業者名	さんさん居宅介護支援事業所									
	氏名	東部 一郎	電話	934-4789							
対象者	住所	沼津市御幸町16-1 (男・女)									
	氏名	沼津 太郎							対象者電話	924-5100	
	生年月日	M・T・⑤ 25 年 4 月 1 日生 (70 歳)									
安否確認者	氏名	駿東 花子	続柄	長女							
	住所	沼津市八幡町97									
	電話	951-3440	携帯電話	090-1234-5678							
委託業者(新)	沼津給食株										
委託業者(旧)											
食物アレルギー	1. なし ②あり(具体的に ビーナッツ)										
食事に関する支援	親族	1. なし ②あり(通い支援・ <u>差し入れ</u> ・ <u>買い物援助</u> その他)									
	ヘルパー	①なし ②あり(具体的に									
	その他	①なし ②あり(具体的に									
事業調整	変更内容	火・木曜配食の中止									
	理由	家族が昼食の支援を行えるようになったため							変更開始日 令和3年9月1日		
現在利用しているサービスの状況	通所介護	①なし ②あり(月・火・水・木・金・土・日)									
	訪問介護	①なし ②あり(月・火・水・木・金・土・日)									
決定週間プラン		月	火	水	木	金	土	日	備考		
	昼食	○		○		○					
	夕食										
	通所介護		○		○						
*食のアセスメントの内容を関係者に提示することを同意します。		氏名		沼津 太郎							

【個別項目の注意点】

「記入年月日」

特別配食の変更と異なり、様式を記入した日になります。申請書の空いている箇所に、最下段

「決定週間プラン」が適用になる日を記入してください。

※地域支援事業は、この用紙に加えて申請書も提出してください(書式は新規申請と共通です)