子ども食堂アドバイザー派遣事業実施要領

鹿児島県くらし保健福祉部子育て支援課

第１　目的

子どもたちに対して，無料又は安価で栄養のある食事や温かな団らんなどを提供する子ども食堂（以下「子ども食堂」という。）の開設及び運営に関して助言等を行う子ども食堂アドバイザー（以下「アドバイザー」という。）を派遣し，子ども食堂のさらなる普及及び円滑な運営を図るとともに，子ども食堂についての県民の理解と協力を得ることを目的とする。

第２　アドバイザーの要件

アドバイザーは，以下の要件のいずれかを満たす者に県が依頼するものとする。

１　鹿児島県子ども食堂登録制度実施要綱（令和元年６月11日施行，以下「県登録要綱」という。）に基づき登録された子ども食堂（以下「県登録子ども食堂」という。）の代表者又は運営において主要な役割を担っている者で，子ども食堂の普及に意欲があり，子ども食堂の開設や運営に関して適切な助言ができる者

２　子ども食堂が抱える個別の課題や相談に対して，適切な助言ができる者

３　子ども食堂の概要等について知見を有する者

第３　アドバイザーの活動・支援内容

アドバイザーは，第４の１の(1)の各号に規定するアドバイザーの派遣対象となるグループ（以下「申込者」という。）からの相談内容に応じて，子ども食堂開設マニュアルを活用しながら,アドバイザー自身の経験等を踏まえた以下の活動を行うことにより，子ども食堂の新規開設及び円滑な運営を支援するとともに，子ども食堂の新規開設に係る気運醸成及び子ども食堂に対する理解促進を図る。

１　子ども食堂の新規開設や運営に伴う次のような相談に対する具体的な助言及び支援

（１）子ども食堂のはじめ方（計画づくり，食材やボランティアスタッフの確保，資金の確保，衛生管理，安全確保，周知方法等）

（２）子どもや保護者との関わり方

（３）配慮が必要な子どもへの対応や個別支援

（４）地域で子どもに関わる者（学校，ＰＴＡ，民生委員・児童委員，子ども会，自治会），県・市町村，社会福祉協議会等との連携

（５）食事の提供以外の活動（学習支援や地域との交流）

（６）運営を継続するに当たっての個別課題への対応

（７）その他県が特に必要と認めた場合

２　子ども食堂の実例の紹介

３　県登録要綱に基づく登録の支援

４　各種補助金等の申請支援

第４　アドバイザーの派遣方法

１　派遣対象及び派遣回数等

アドバイザーの派遣対象，派遣回数及び派遣時間は以下のとおりとする。

なお，アドバイザーによる対応が困難なもの，営利・宗教・政治活動を目的とするもの，苦情・陳情を目的とするもの及び公序良俗に反するものには派遣しない。

（１）派遣対象

①　子ども食堂の開設を予定しているグループ

②　子ども食堂を学習したいグループ

③　子ども食堂を支援したいグループ

④　県登録子ども食堂

（２）派遣回数

県が必要と認める回数（１グループにつき通算２回以内）

（３）派遣時間

県が必要と認める時間（１回につき概ね６時間以内）

２　申込方法

別記第１号様式「子ども食堂アドバイザー派遣申込書」を記入の上，アドバイザーの派遣を希望する１ヶ月前までにメール，ＦＡＸ，郵送又は持参により県くらし保健福祉部子育て支援課に申し込むものとする。

３　派遣決定

県は，申込内容を基にアドバイザーと調整を行い，派遣の可否を決定の上，別記第２号様式「派遣決定通知書」により申込者に連絡する。

４　派遣の制限

アドバイザーの派遣は原則として申込順とし，予算額に達した時点で，本事業を終了する。

５　派遣費用

アドバイザーの派遣に要する旅費及び謝金については，県の関係規定等に基づき，県が負担する。

第５　実績報告

アドバイザーは，派遣後速やかに別記第３号様式「実績報告書」を県に提出する。

第６　その他

１　アドバイザーを派遣する際の事前準備は原則として申込者が行う。

２　アドバイザーに対する旅費及び謝金の支払いは，精算払いとする。

３　県は，アドバイザー派遣後，申込者にアンケートを実施する。

４　本事業を活用して子ども食堂を開設する者は，当該子ども食堂について，県登録要綱に基づき登録の届出を行うものとする。

附　則

この要領は令和２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４年４月１日から施行する。

別記第１号様式

子ども食堂アドバイザー派遣申込書

（申込先）鹿児島県くらし保健福祉部子育て支援課長

（申込日）令和　　年　　月　　日

● 申込者

団体・グループ名			
団体・グループの　種　類	□　子ども食堂の開設を予定しているグループ □　子ども食堂を学習したいグループ □　子ども食堂を支援したいグループ □　県登録子ども食堂		
氏　　名 （代表者又は連絡が取れる方）			
住　　所	〒		
Ｔ　Ｅ　Ｌ		Ｆ　Ａ　Ｘ	
Ｅメール			

● アドバイザーの派遣を希望する日時等

日　　時	令和　　年　　月　　日（　　）　　時　分～　　時　分
会　　場	住所： 会場名：
アドバイザーに助言してほしい内容 （具体的に記入してください。）	
参 加 者 数	約　　名

※個人情報は、本事業以外には使用しません。

※その他，グループの目的，活動内容が分かる資料があれば参考として添付してください。

別記第２号様式

令和　　年　　月　　日

様

鹿児島県くらし保健福祉部子育て支援課長

子ども食堂アドバイザーの派遣決定について（通知）

貴グループから申込みのありました子ども食堂アドバイザーの派遣について，下記のとおり決定しましたので通知します。

記

１　派遣日時

令和　　年　　月　　日（　　）　　時　　分～　　時　　分

２　派遣会場

３　派遣する子ども食堂アドバイザー

４　その他連絡事項

別記第３号様式

実績報告書

令和　年　月　日

鹿児島県くらし保健福祉部子育て支援課長　　殿

子ども食堂アドバイザー　氏名

派遣先団体等の名称	
派　遣　会　場	住所： 会場名：
参　加　人　数	名
派 遣 年 月 日	令和　年　月　日（　）　　：　　～　　：
派　遣　概　要	①　主な説明内容等 ②　主な質疑応答