

豊中市在宅給食サービス事業実施要綱

(目的)

第1条 在宅給食サービス事業（以下「事業」という。）は、食事づくりが困難な在宅の高齢者が健康で自立した生活を送ることができるよう、在宅給食サービスを食の自立の観点からアセスメント及び利用調整を行ったうえで計画的かつ有機的につなげることによって、栄養のバランスのとれた食事を定期的に提供することを通じて、介護予防及び要介護状態又はその重度化の予防を図るとともに、配食時に安否確認等を実施し、高齢者等が地域で安心して暮せるよう食の自立支援を図ることを目的とする。

(事業実施)

第2条 市は、事業のうち在宅給食サービスを年間3,000食以上の配食が可能で適切な事業運営が確保できると認められる医療法人、民間事業者等（以下「実施団体」という。）にそれぞれ委託するものとする。

(委託料)

第3条 第2条の規定により委託を受けた実施団体は、各月分ごとに請求書等を市に提出し、市は提出された請求書に基づき、委託料を支払うものとする。

(事業内容等)

第4条 事業は、次の各号により実施する。

- (1) 食の自立の観点から低栄養状態の確認及び心身の状況を確認するため在宅給食サービスアセスメント票(様式第2号)により在宅給食サービスの利用にかかるアセスメントを実施すること。
- (2) 在宅給食サービスを含めて食に関連するサービスの利用調整を実施すること。
- (3) 在宅給食サービスの配食は、1人当たり週1食以上とすること。
- (4) 在宅給食サービスの実施状況、利用者の状態等を確認すること。

(利用対象者)

第5条 事業の利用対象者（以下「対象者」という。）は市内に居住し、食事づくりが困難な在宅の高齢者で自立支援の観点から在宅給食サービスを利用することが適切であると認められる次の各号のいずれかに該当する者とする。

- (1) 65歳以上のひとり暮らしの高齢者
- (2) 65歳以上の高齢者のみの世帯の構成員
- (3) その他市長が必要と認めた者

(利用申込み)

第6条 事業を受けようとする者（以下「申込者」という。）は、豊中市在宅給食

サービス事業利用申込書（様式第1号）に必要な事項を記入のうえ、市に提出するものとする。

（利用決定）

第7条 市長は、前条による申込みがあったときは、申込者のアセスメント票等を審査のうえ、その結果を受けて、豊中市在宅給食サービス事業利用該当通知書（様式第3号）又は豊中市在宅給食サービス事業利用非該当通知書（様式第4号）により申込者に通知する。

（利用の停止及び廃止）

第8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、事業を停止又は廃止するものとする。

- (1) 死亡したとき。
- (2) 市内に居住しなくなったとき。
- (3) 第5条の規定に該当しなくなったとき。
- (4) 入院等長期不在となったとき。
- (5) 利用者等から停止又は廃止の申し出があったとき。
- (6) その他、市長が必要でないと認めたとき。

（利用料の負担）

第9条 利用者は、配食にかかる経費を除く原材料費、調理費の実費相当額を負担するものとする。

（事故防止）

第10条 事業を受託した実施団体は、事業の実施に当たり、食中毒事故等が生じないよう万全の対策を講じるとともに事故が発生した場合は、速やかに市に報告しなければならない。

2 受託者は、前項の事故に対処できるに足る損害賠償保険等に参加しなければならない。

（帳簿等の整備及び監査）

第11条 事業を受託した実施団体は、事業にかかる収入及び支出に関する帳簿及び証拠書類等を常に整備し、その執行について市の指示及び検査に応じなければならないものとする。

（その他）

第12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、市長が別に定める。

附 則

この要綱は、平成8年4月1日から実施する。

この要綱は、平成10年4月1日から実施する。

この要綱は、平成10年8月1日から実施する。

この要綱は、平成12年4月1日から実施する。

この要綱は、平成15年4月1日から実施する。

この要綱は、平成16年4月1日から実施する。

この要綱は、平成18年4月1日から実施する。

この要綱は、平成20年4月1日から実施する。

この要綱は、平成22年4月1日から実施する。

この要綱は、平成23年4月1日から実施する。

この要綱は、平成26年4月1日から実施する。

この要綱は、平成27年4月1日から実施する。

この要綱は、令和2年4月1日から実施する。

この要綱は、令和4年4月1日から実施する。

(様式第1号)

豊中市在宅給食サービス事業利用申込書

年 月 日

豊 中 市 長 あて

住所 豊中市 _____
氏名 _____
電話 _____ () _____

給食サービスを利用したいので、次のとおり申し込みします。

利用者	住所	豊中市		
	名前		電話	()
	生年月日	・	・	(才)
世帯の状況	1. 一人暮らしの高齢者 2. 高齢者のみの世帯 3. その他 ()			
希望する理由				
配食希望曜日	(昼食) 月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 ・ 日			
	(夕食) 月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 ・ 日			
希望する給食内容				
希望する業者名				
緊急連絡先	名前	電話	()	
	(希望者との関係)			
介護度	自立・要支援1・2 要介護1・2・3・4・5 未申請			
居宅介護支援事業者				
障害者手帳	身障 級 ・ 精神 級級・療養費 ()			

※豊中市在宅給食サービス委託事業者へ上記の内容及びサービス利用に関する必要な情報を提供することに同意します。

名 前 _____

(様式第2号)

在宅給食サービスアセスメント票

基本情報

利用者名	男・女	年 月 日生(歳)
住所	家族構成図	
電話番号		
介護度	自立 / 要支援1・2 / 要介護1・2・3・4・5 / 未申請 / 申請中	
障害手帳	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(身障 級・精神 級・療育 級)	

アセスメント

調査年月日	年 月 日	担当者名:	[市 / CM / 包括]		
居宅介護支援事業所等	(電話:)				
聞き取り相手	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族() <input type="checkbox"/> その他()				
希望理由					
利用しているサービス状況	<input type="checkbox"/> 利用なし <input type="checkbox"/> 利用あり(下記にチェック及び利用曜日に○をつける) <input type="checkbox"/> 訪問介護(月火水木金土日) <input type="checkbox"/> 訪問看護(月火水木金土日) <input type="checkbox"/> 訪問リハ(月火水木金土日) <input type="checkbox"/> 通所介護(月火水木金土日) <input type="checkbox"/> 通所リハ(月火水木金土日) <input type="checkbox"/> その他のサービス				
健康状況及び基本チェックリスト	視力	<input type="checkbox"/> 普通に見える(字・人の顔)	<input type="checkbox"/> あまり見えない(人の姿がわかる)	<input type="checkbox"/> ほとんど見えない	
	聴力	<input type="checkbox"/> 普通に聞こえる(人の話が聞こえる)	<input type="checkbox"/> あまり聞こえない(耳元なら聞こえる・補聴器使用)	<input type="checkbox"/> ほとんど聞こえない	
	言葉	<input type="checkbox"/> 普通に話せる	<input type="checkbox"/> 少し話せる	<input type="checkbox"/> 単語程度話せる	<input type="checkbox"/> 話せない
	歩行	<input type="checkbox"/> 普通に歩ける	<input type="checkbox"/> 杖などを使用	<input type="checkbox"/> 介助で歩ける	<input type="checkbox"/> 歩けない
	両手	<input type="checkbox"/> 普通に動く(両手とも動く)	<input type="checkbox"/> 少し不自由(右手・左手が動きにくい)	<input type="checkbox"/> 著しく不自由(両手とも動きにくい)	
	疾患等	<input type="checkbox"/> 通院(回/週・月) <input type="checkbox"/> 往診(回/週・月) <input type="checkbox"/> 未受診			
	医師の指示等	医師の指示: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		服薬: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
	BMI	(体重 kg) ÷ (身長 m) ÷ (身長 m) = ()			
	最近3ヶ月間の体重増減	<input type="checkbox"/> 変化なし <input type="checkbox"/> 増えた <input type="checkbox"/> 減った			
	家族の支援	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 同居の家族 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 別居の親族【 <input type="checkbox"/> 通支援(回/週・月) <input type="checkbox"/> 差し入れ(回/週・月) <input type="checkbox"/> 買物支援(回/週・月)】			
食に関する状況	買物(含食費管理)	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 要配慮(<input type="checkbox"/> 荷物を持って歩けない <input type="checkbox"/> 近くに購入店等がない <input type="checkbox"/> 認知症等によりできない <input type="checkbox"/> その他()			
	調理(含火気管理)	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 要配慮(<input type="checkbox"/> 四肢機能障害等により調理できない <input type="checkbox"/> 認知症等により調理・火気管理ができない <input type="checkbox"/> 調理設備等が不十分 <input type="checkbox"/> その他()			
	摂食	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 要配慮(<input type="checkbox"/> 口唇・舌などの麻痺 <input type="checkbox"/> 誤嚥 <input type="checkbox"/> 義歯不使用 <input type="checkbox"/> その他()			
	自立意欲	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり()			
	食事回数	食/日(外食の頻度 回/週)			
特記事項・コメント					

※市記入欄

総合判断	<input type="checkbox"/> 承認 <input type="checkbox"/> 継続承認 <input type="checkbox"/> 調整後承認 <input type="checkbox"/> 二次アセスメント <input type="checkbox"/> 他のサービスへ <input type="checkbox"/> 不承認/辞退
------	---

(様式第3号)

第 号
年(年) 月 日

豊中市在宅給食サービス事業利用該当通知書

様

豊中市長

付けで申し込みのありました、豊中市在宅給食サービス事業の利用につきまして、下記のとおり通知します。

利用者	住所	豊中市						
	名前							
開始年月日								
配食曜日	曜日	月	火	水	木	金	土	日
	昼							
	夜							
注意事項	給食サービスが不要な場合は必ず前日の正午までにご連絡ください。連絡のない場合は費用をいただきます。 * 利用料金は、下記の業者にお支払いください。 連絡先 電話番号 所在地							

※下記の場合は、 課まで連絡ください。

・配食の曜日等に変更があるとき、配食の廃止もしくは休止のとき、入院もしくは入所するとき

連絡先 豊中市 課 TEL06-6858-

(様式第4号)

第 号
年 (年) 月 日

豊中市在宅給食サービス事業利用非該当通知書

様

豊 中 市 長

年 月 日付けで申込みのありました豊中市在宅給食サービス事業
の利用につきまして、次の理由により非該当となりましたので通知します。

【理 由】

(問合せ先) 豊中市 課 係

〒561-8501 豊中市中桜塚3-1-1

Tel 06-6858-

Fax 06-6858-