

# 配 食 サ ー ビ ス 仕 様 書

この仕様書は、下関市配食サービス助成事業実施要綱に定めるサービスの提供に関し、必要な事項を定めるものとする。

## 1 サービスの内容

### (1) サービスを提供する前の確認及び説明の実施

利用者にサービスを提供する登録事業者（以下「実施事業者」という。）は、あらかじめ、利用者及びその家族等に対して、次のア～キの事項について確認及び説明を行うとともに、個人情報の取扱い等については、同意書（以下「同意書」という。）への必要事項の記載及び署名を受けた上で、同意書を得ること。

ア 配食の内容（食材、調理形態、主治医からの指示等）

イ 配食の受け渡し方法等（時間、場所、再度の配食可能時間、取消しの場合等）

ウ 緊急連絡先等（利用者の家族等、担当の地域包括支援センター、担当の介護支援専門員、かかりつけの医療機関等）

エ 利用者の心身の状況、日常生活動作等

オ 利用者が負担する料金の徴収方法

カ 台風、集中豪雨、雪その他の事情によりサービスの提供ができない場合の連絡体制

キ その他必要事項（緊急時における連絡先及び救急搬送先等）

### (2) サービスの提供時間等

実施事業者がサービスを提供する食事は、昼食又は夕食とし、次のア、イに定める時間に、その配食を行うこと。ただし、利用者が希望する場合等理由があるときはこの限りでない。

ア 昼食 午前11時から午後1時まで

イ 夕食 午後4時30分から午後6時30分まで

### (3) サービスを提供する際の安否確認の実施

ア 実施事業者の配食する者（以下「配達員」という。）は、配食時において、利用者の安否確認に係る声かけ等を次のとおり行うこと。

(ア) 利用者と面会し、体調等に関して声かけ等を行い、異常がなければ、所定の用紙に利用者からサービスを提供した証として押印又は署名（サイン）（以下「押印等」という。）を受ける。

ただし、利用者が認知症、心身の状況等により、配食時における押印等を利用者自身で行うことが困難な場合においては、配達員が当該利用者に代わって押印することを認める。また、各月における最後の配食日において1月分をまとめて押印等を受けるときは、利用者及びその家族（以下「利用者等」という。）の承諾を得る。

(イ) 配達員は、利用者が認知症、心身の状況等により、居宅の玄関先等で配食を受けることが困難な場合においては、利用者等の承諾を得て、配達員が居室まで配食し、必要に応じて、配食容器の蓋を開けるなどの支援を行う。

(ウ) 実施事業者は、その他食事の配食時において、特別な対応が必要と思われる利用者については、その対応方法等について、下関市福祉部長寿支援課と協議を行う。

イ 配達員は、配食時における利用者の異常の有無を確認するため、次の事項を確認すること。

(ア) 室内に人の気配があるか。

(イ) 室内の電気は点いているか。

(ウ) テレビ等の音は聞こえているか。

(エ) 郵便受けに郵便物や新聞が溜まっていないか。

(オ) ガス、電気メーターが作動しているか。

(カ) 門や雨戸の具合は平常と同じか。

(キ) 洗濯物は、数日間同じものが干した状態ではないか。

ウ 配達員は、配食時に利用者の安否確認ができない場合は、次のとおり対処すること。

(ア) 不在の配達連絡票等を利用者宅に置く等して、所属の実施事業者を利用者不在の旨を連絡し、配達員又は所属の実施事業者が利用者の緊急連絡先等に所在等の照会を行う。また、原則として、時間をおいて再度利用者宅を訪問し、所在等を確認するものとす

る。

(イ) 食中毒の防止のため、食事は利用者宅に置いて帰らない。

(ウ) 利用者の所在の確認等により長時間が経過した場合は、食中毒の防止のため、再度の配食は行わない。

(エ) 利用者の所在が確認できた場合は、再度の配食が可能であれば配食する。(再度の配食可能時間は、各実施事業者で設定する)。

(オ) 利用者の所在が確認できない場合は、担当の地域包括支援センターに連絡(電話連絡及び別記様式「安否確認対応管理・報告票」のファクシミリによる送信)をする。

エ 配達員は、緊急時の対応が必要と思われる場合は、所属の実施事業者に連絡をし、自身又は所属の実施事業者から緊急連絡先等へ連絡を行うこと。また、必要に応じて、消防署又は警察署に連絡する。

オ 緊急時の対応を行ったときは、配達員又は実施事業者は、その対応状況について、速やかに下関市福祉部長寿支援課に報告を行うこと。

カ 配達員は、利用者の健康状態等に異常が有る場合等は、速やかに関係機関に連絡する等必要な措置を講ずること。

#### (4) 廃棄物の処理

実施事業者は、サービスを提供することによって生じた廃棄物は、自らの責任において適正に処理すること。

#### (5) 栄養改善プログラムの実施

実施事業者は、要綱第5条第2号のサービスを提供する場合における栄養改善プログラムの実施方法については、次のとおり行うこと。

ア 栄養改善プログラムを実施する職員は、管理栄養士とする。

イ 利用者等に、介護予防の観点から、栄養改善に関する説明を行う。

ウ 地域包括支援センターが策定した課題分析・目標設定等に基づき、利用者への事前アセスメントを行う。

エ 事前アセスメントに基づき、利用者の栄養改善に係る個別のサービス計画書を作成する。

オ 毎月、利用者の食事の摂取状況等について確認を行い、適正な栄養改善が図れるよう、当該利用者に必要な助言等を行う。なお、利用者の状況により、必要な場合は適宜訪問を行う。

カ 地域包括支援センター、かかりつけ医及び他の実施事業者等の関係者と連携を図り、必要な場合には、関係機関等が開催する会議に出席する。

キ 市長の指定するサービス提供期間満了日前のおおむね1月間に、再度アセスメントを行い、サービスの効果について評価を行う。

ク ウからキまでに掲げる実施状況については、地域包括支援センターに必要書類を提出し、報告を行う。

## 2 留意事項

実施事業者は、安全にサービスを提供するために、事故発生時の対応を含む安全管理マニュアルを整備し、常に安全管理に配慮すること。

## 3 その他

前各項に定めるもののほか、サービスの提供について必要な事項は、市と実施事業者が協議の上決定する。

## 安否確認対応管理・報告票

1 安否確認事案の概要

(1) 対応日 年 月 日

(2) 利用者 住 所 下関市 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_

(3) 対応者 実施事業者 \_\_\_\_\_  
担当包括 下関市 \_\_\_\_\_ 地域包括支援センター

2 安否確認状況

確 認 時	対応者	対 応 状 況
配達時確認 ( 時 分頃) ( 時 分頃)	配達者名  連絡先(携帯) ( ) -	面会できないときの確認事項 (該当に○印) ア 人の気配があるか 有・無 イ 電気は点いているか 点灯・消灯 ウ テレビ等の音は聞こえるか 有・無 エ 郵便・新聞が溜まっているか 有・無 オ メーターは作動しているか 速・遅・停 カ 門や雨戸の具合は平常か 平常・異常 キ 洗濯物は干したままか 有・無 その他確認した事項 (補足事項、面会した時の様子など) [ ]
電話連絡 ( 時 分頃)	対応者名  連絡先( ) -	連絡先：利用者・緊急連絡先・消防・警察・その他( ) 対応状況 (電話繋がらず、入院中、旅行中、救急を依頼など) [ ]
安否確認不能連絡 ( 時 分頃)		対応を地域包括支援センターに引継
再度の電話連絡 ( 時 分頃)	対応者名  連絡先( ) -	連絡先：利用者・緊急連絡先・その他( ) 対応状況 (電話繋がらず、帰宅、入院中、旅行中など) [ ]
訪 問 ( 時 分頃)	対応者名  連絡先( ) -	対応した内容 (該当の記号に○印) ア 家の周囲の確認、声かけ、開口部の調査 イ 扉に落下するメモを挿入 ウ 入室(同行者: ) その他対応状況 (帰宅、救急を依頼など) [ ]