

「特定給食施設等栄養管理報告書」記入要領

(別紙様式1・・・病院・診療所)

この報告書は、給食施設における給食運営及び栄養管理等の状況を把握するために、健康増進法第24条第1項および奈良市健康増進法施行細則第5条の規定により報告を求めるものです。

保健所長が指定する期日の内容について記入し、保健所長が指定する日までに提出してください。報告義務者は施設管理者（当該施設長）とします。従って、委託給食の場合も委託者である当該施設長が報告してください。

この報告書は2部作成し、1部を保健所へ提出し、1部を施設で保管してください。

【Excelファイルの色分けについて】

※ オレンジ色：セルを選択して数値等直接入力してください。

水色：プルダウンリストがありますので該当する項目のセルを選択し、プルダウンリストから「○(マル)」を選択してください。

	年月日	報告書の作成日を記入してください。
設置者	※設置者とは、市立の施設であれば「市長」、法人であれば「理事長等の法人の代表者」を指します。	
	設置者住所	法人にあっては、主たる事業所の所在地
	設置者氏名	法人にあっては、法人名および理事長等法人の代表者の補職名・氏名 (例) 事業所：〇〇株式会社 代表取締役社長〇〇 施設：社会福祉法人△△ 理事長△△ 民間機関：医療法人□□ 理事長□□
基本情報	施設名	施設の正式名称(法人名)を記入してください。
	施設種類	該当するものを○で選択してください。
	所在地等	施設の所在地、郵便番号および電話番号、FAX番号、E-mailアドレスを記入してください。
	管理者名	施設管理者(当該施設長)の職名と氏名を記入してください。
	栄養管理責任者	施設の栄養管理責任者について、その職と氏名を記入してください。
	健康増進法第21条の規定による指定	健康増進法第21条第1項の規定による管理栄養士必置施設指定の有無について、該当するものを○で選択してください。
	入院時食事療養費	入院時食事療養費の区分について、該当するものを○で選択してください。
	定員	許可病床数を記入してください。
	給食の運営方式	業務委託の有無について該当するものを○で選択してください。 業務委託ありの場合は、契約書の有無を○で選択し、下記(注1)の部分に、委託先名称・所在地・代表者氏名・院内受託責任者を記入してください。 委託内容は該当するものすべて○で選択し、その他の場合は記入してください。
	給食従事者数	従事者人数をその職種別に、施設側、委託先それぞれについて記入してください。 * 「常勤」とは、当該施設においてほかの正規職員と同様な勤務形態(目安として1日6時間以上かつ月20日以上)の勤務)にある場合をいいます。 * 管理栄養士・栄養士・調理師は有資格とします。 * 管理栄養士であるものは、栄養士に含めません。 また、栄養士・調理師の資格を併せ持っている場合は、いずれか主な業務の資格について記入してください。 * 委託先とは、当該施設に従事している職員数であり、委託先本社等の職員数ではありません。
	食事の種類と食数	食種ごと、朝昼夕、その他ごとの食数について、報告月の平均1日当たりの食数を記入してください。 また、経管栄養の食数については再掲してください。
(注2)院外への給食提供	当該施設以外へ給食を提供している場合、施設名と食数を漏れなく記入してください。 また、食種区分の(注2)の欄に院外へ提供する合計食数を記入してください。	
体制整備	栄養管理部門の位置づけ	該当するものを○で選択してください。 組織図の有無について該当するものを○で選択してください。
	給食運営の方針および目標の設定	給食運営の方針および目標の設定の有無について該当するものを○で選択してください。 「有」の場合は、その周知の状況と内容について該当するものをそれぞれ○で選択してください。

体制整備	栄養管理等に関する会議（給食関係会議）	施設における会議について、会議名称と、その開催目的、開催回数を記入してください。 複数の会議がある場合は、全て記入してください。会議を構成する職種は該当する者全てを○で選択してください。
	従事者の研修（人材育成）	施設側と委託先、管理栄養士（栄養士）と調理師（員）を区別して、それぞれ前年度実績の参加回数を記入してください。 また、その内容について、該当するものを○で選択し、その他の場合は記入してください。施設内研修も含まれます。
計画・実施および評価	院内約束食事箋	院内約束食事箋の最終改正年月を記入してください。
	栄養アセスメントの実施	実施率を記入してください。また、スクリーニングの項目について、該当するものを○で選択してください。
	献立表	栄養管理に課題のある利用者に提供される献立のうち、提供食数の多い献立1週間分を添付し、献立の種類を記入してください（例：糖尿病食など）。特になければ常食の献立を添付してください。
	給与栄養量の評価	年間の実施回数を記入してください。また、その評価対象の食種を記入してください。
	患者による食事評価	年間の実施回数を記入してください。また、その方法について該当するものを○で選択し、その他の場合は記入してください。 対象者および人数についても記入してください。
	検食	検食者の職種について該当するものを○で選択してください。
	喫食量調査	方法について該当するものを○で選択し、その他の場合は記入してください。
	特別食加算等の実施	保険における加算をとっているものを○で選択してください。
	チーム医療の参画状況	栄養士の参画状況について該当するものを○で選択し、その他の場合は記入してください。
	食事時間	朝昼夕の食事時間を記入してください。
	適温の方法	該当するものを○で選択してください。
	食材料費	一人1日あたりの報告月の食材料費を記入してください。その他の経費は含めません。
	課題と評価	施設における食事提供や栄養に関する課題と、それに対する取組と評価を自由に記入してください。 特になければ空欄で結構です。
情報提供・栄養指導	健康・栄養情報の提供	入院・外来者および地域住民を対象とした健康・栄養情報の提供の有無について該当するものを○で選択し、提供しているもので該当するものをすべて○で選択してください。 また、栄養成分表示をしているものを○で選択してください。
	栄養指導の状況	入院患者、外来患者、訪問指導別に、それぞれ個人、集団に分けて指導人数を前年度実績で月平均の数を計上してください。 診療報酬算定の有無は問いません。
危機管理		危機管理等の対応について該当するものを○で選択してください。 非常食糧等の備蓄が「有」の場合は、その量を記入してください。
報告書作成者		報告書作成者の担当部署名、職名、氏名を記入してください。 施設の所在地と報告所作成者の連絡先が異なる場合は、住所、連絡先TELを記入してください。