

## 「特定給食施設等栄養管理報告書」記入要領

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奈良県特定給食施設等指導実施要領により報告を求めるものです。

管轄保健所長が指定する期日の内容について記入し、管轄保健所長が指定する日までに提出してください。報告者は施設管理者(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。

なお、報告内容については県の監査部門と共有することがありますのでご了承ください。

(別紙様式4-3・・・社会福祉施設・介護保険施設等)

給食施設設置者	年月日	当該年6月1日現在の状況を記入してください。
	※ 設置者とは、市町村立であれば市町村長、法人であれば理事長等法人の代表者となります。	
	設置者住所	法人にあつては、主たる事業所の所在地
設置者氏名	法人にあつては、法人名及び理事長等法人の代表者の職名・氏名 (例)市立保育園： ●●市 市長○○ 事業所 : ●●株式会社 代表取締役社長○○ 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。
	所在地	施設の所在地、郵便番号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。その他の場合は記入してください。 社会福祉施設を選択した場合は、詳細の施設種類を記入してください。 老人福祉施設を選択した場合は、詳細の施設種類を○で選択してください。
	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、部署名、職名、氏名を記入してください。
	電話番号(他)	施設の電話番号、FAX 番号、メールアドレスを記入してください。
	入所定員等数	入所者、デイサービス、配食サービス、ショートステイ、その他の別に、その定員を記入してください。その他がある場合は、その他の内容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)の規定により「奈良県知事による管理栄養士必置の指定」の有無について、○で選択してください。
	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、下欄に委託業者名称・施設内受託責任者の職種と氏名を記入してください。委託内容は該当するものを○で選択し、その他の場合は記入してください。
	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。
	食数	朝昼夕、その他ごとの食数について、報告日の前月の1日当たりの平均食数を記入してください。 ※当該施設以外へ提供している食数は含めません。 ※おやつ等朝昼夕の食事以外は、その他で計上してください。
施設外への給食提供	当該施設以外への給食提供の有無について、○で選択してください。提供している場合、施設名等と食数(報告日の前月の平均1日当たりの食数)を記入してください。 ※例えば、特別養護老人ホームと軽費老人ホームが併設で同一厨房において給食提供をしている場合も該当します。	

体制整備	栄養管理等に関する会議(給食関係会議)	開催回数を記入してください。 会議を構成する職種は該当するものを○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。施設内研修も含まれます。 委託の場合は、委託業者が実施する研修会等について、施設側による参加実績および内容の確認の有無を○で選択してください。
危機管理		危機管理等の対応の有無について該当するものを○で選択してください。非常食糧等の備蓄量を記入してください。 ※食事に関するインシデント事例の報告については、報告実績の有無に関わらず、インシデント事例発生時の報告体制が整備されている場合は有を選択してください。 ※事故時(食中毒等)および非常災害対策マニュアルは、施設全体としてではなく給食部門としての危機管理マニュアルのことを指します。(マニュアルは非常時等に給食部門が対応できる内容となっていれば、施設全体のマニュアルでもかまいません。)
計画および実施	栄養アセスメントの実施率	実施率を記入してください。
	栄養ケア計画の実施	実施の有無について、○で選択してください。
	ケア会議への栄養士参画状況	施設におけるケア会議への栄養士の参画有無について、○で選択してください。
	栄養量および食品構成(常食)	常食の栄養量および食品構成について、 ①栄養素ごとに一人1日あたりの給与栄養目標量及び実給与栄養量を記入してください。複数の給与栄養目標量を設定している場合、最も食数の多い食事の給与栄養目標量を記入してください。 ②食品構成の一人1日あたりの食品群別目標量及び食品群別平均給与量を記入してください。 ※実給与量については、前月分を記入してください。 ※栄養量の数値については、日本食品標準成分表2020年版(八訂)に準じます。(端数は四捨五入)。
	食材料費	常食一人1日あたりの前月分の実食材料費(税込)を記入してください。その他の経費は含めません。(業務委託の契約金ではありません。)
	食事時間	朝昼夕の食事時間を記入してください。
評価	給与栄養量の評価	年間の実施回数を記入してください。
	喫食者による食事評価	年間の実施回数を記入してください。
	検食の実施	実施の有無について、○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。
栄養情報の提供	栄養情報の提供	入所者・外来者および地域住民への栄養情報の提供について、それぞれの実施の有無について、○で選択してください。
	栄養成分表示を記載した献立表の掲示	栄養成分表示を記載した献立表の掲示の有無について、該当するものを○で選択してください。
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。