様式第6号（その3）（第4条関係）

特定給食施設栄養管理報告書（介護保険施設・社会福祉施設用）　　　　　　　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（あて先）岐阜市長

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| (1) | 施設の名称 |  |
| 施設の所在地 | 〒 |
| 施設設置者（職名・氏名） |  |
| 施設管理者（職名・氏名） |  |
| 栄養管理部門名 |  |
| 栄養管理責任者（職名・氏名） |  |
| 施設の電話番号・FAX番号 | 電話　　　　　　　　　　　　　　　　FAX |
| 代表E－mail |  |

下記のとおり健康増進法第24条第1項の規定により報告をします。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| (2)　施設種別 | | 1　介護老人保健施設　2　介護医療院　3　老人福祉施設　4　社会福祉施設 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (3)　組織の位置付け | | 1　栄養部　2　診療部　3　事務部　4　その他（　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | (4)　組織図 | | | | | 1　有　2　無 | |
| (5)　 栄養管理業務担当部門（給食）の理念・方針・目標 | | 1　有　2　無 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (6)　食数（1日平均）  \*おやつを除く。 | | 定員 | | | 朝 | | | | 昼 | | | | | | 夕 | | | | その他 | | | | | 合計 | | | | 備考 |
| 入所者 | |  | | |  | | | |  | | | | | |  | | | |  | | | | |  | | | |  |
| 日中利用者 | |  | | |  | | | |  | | | | | |  | | | |  | | | | |  | | | |  |
| 配食 | |  | | |  | | | |  | | | | | |  | | | |  | | | | |  | | | |  |
| その他 | |  | | |  | | | |  | | | | | |  | | | |  | | | | |  | | | |  |
| 職員 | |  | | |  | | | |  | | | | | |  | | | |  | | | | |  | | | |  |
| 合計 | |  | | |  | | | |  | | | | | |  | | | |  | | | | |  | | | |  |
| (7)　給食の運営方式 | | 1　直営  2　委託 | | | 委託先名称 | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 委託先所在地 | | | | | | | | | | 〒 | | | | | | | | | | | | | |
| 【委託契約書類】1　有　2　無  【委託内容】1　献立作成　2　材料購入　3　調理　4　配膳　5　下膳  6　食器洗浄　7　施設外調理　8　その他（　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (8)　従事者 | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | 在籍年数 | | | | | 勤務状況 | | | | | 勤務形態 | | |  | | 勤務状況 | | | |
| 代表 | （施設側）管理栄養士・栄養士 | | | |  | | | | | | | | | | | 年 | | | | | 常勤・非常勤 | | | | | 専任・兼任 | | |  | |  | | | |
| （受託側）管理栄養士・栄養士 | | | |  | | | | | | | | | | | 年 | | | | | 常勤・非常勤 | | | | | 専任・兼任 | | |  |  | |
|  | | 施設側（人） | | | | | 受託側（人） | | | | | | | (9)　従事者の研修会　1　有　2　無  1　管理栄養士・栄養士1人当たりの平均参加回数（　　　　　回）／年  【内容】  2　調理従事者1人当たりの平均参加回数（　　　　　回）／年  【内容】 | | | | | | | | | | | | | | |
| 常勤 | 非常勤 | | | | 常勤 | | | 非常勤 | | | |
| 管理栄養士 | |  |  | | | |  | | |  | | | |
| 栄養士 | |  |  | | | |  | | |  | | | |
| 調理師 | |  |  | | | |  | | |  | | | |
| 調理員 | |  |  | | | |  | | |  | | | |
| その他 | |  |  | | | |  | | |  | | | |  | | | |
| 合計 | |  |  | | | |  | | |  | | | |  | | | |
| (10)　栄養管理等について検討する会議  1　有　2　無 | | 【名称】（　　　　　　　　　　　　　　　　）【実施回数】（　　　　　　）回／週・月・年  【構成職種】1　施設長　2　医師　3　管理栄養士　4　栄養士　5　調理師・員  　　　　　　6　受託業者　7　介護担当者　8　利用者代表　9　その他（　　　　）  合計　　　人  【目的】 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (11)　栄養ケア・マネジメントの実施 | | 1　有　2　無 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (12)　介護報酬、障害福祉サービス等報酬の算定  1　有　2　無 | | 1　栄養マネジメント加算　2　経口移行加算　3　経口維持加算　4　療養食加算  5　低栄養リスク改善加算　6　再入院時栄養連携加算　7　その他（　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (13)　利用者の把握  1　有　2　無  （　　　年　　月現在） | |  | | | | ～　　歳 | | | | | | ～　　歳 | | | | | | ～　　歳 | | | | | ～　　歳 | | | | 合計 | |
| 男 | | | |  | | | | | |  | | | | | |  | | | | |  | | | |  | |
| 女 | | | |  | | | | | |  | | | | | |  | | | | |  | | | |  | |
| 身長の把握　1　有　2　無 | | | | | | | | | | | | | | | 体重の把握　1　有　2　無 | | | | | | | | | | | |
| 疾病状況等の把握　　脂質異常症（　　　）人　　高血圧（　　　）人　高血糖（　　　）人  　1　有　2　無　　　貧血（　　　）人　骨粗鬆症（　　　）人　その他（　　　）人 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (14)　栄養補給法 | | 経口栄養法（　　　　）人　経腸栄養法（　　　　）人 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (15)　食種 | | 常食（　　　）人　軟食（　　　）人　流動食　（　　　）人　療養食加算対象食　（　　）　人 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (16)　栄養量と評価等  最も提供数の多い食種名（　　　　　　　）  給与栄養目標量設定年月（　　　年　　月）  給与栄養目標量算出方法（設定根拠） | |  | | | | | | 給与栄養目標量 | | | | | | 給与栄養量 | | | | | | 事後評価 | | | | | | | | |  | | | | |
| エネルギー（kcal） | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | 【喫食量（残食量）の把握】  1　有　2　無  【嗜好（満足度）調査の実施】  1　有　2　無 | | | | | 【栄養量に対する課題及び改善策】 | | | |  | | | | |
| たんぱく質（g） | | | | | |  | | | | | |  | | | | | |
| 脂質（g） | | | | | |  | | | | | |  | | | | | |
| カルシウム（㎎） | | | | | |  | | | | | |  | | | | | |
| 鉄（㎎） | | | | | |  | | | | | |  | | | | | |
| ビタミンA (μg） | | | | | |  | | | | | |  | | | | | |
| ビタミンB１（㎎） | | | | | |  | | | | | |  | | | | | |
| ビタミンB２（㎎） | | | | | |  | | | | | |  | | | | | |
| ビタミンC（㎎） | | | | | |  | | | | | |  | | | | | |
| 食物繊維（g） | | | | | |  | | | | | |  | | | | | |
| 食塩相当量（g） | | | | | |  | | | | | |  | | | | | |
| 炭水化物エネルギー比（％） | | | | | |  | | | | | |  | | | | | |
| 脂質エネルギー比（％） | | | | | |  | | | | | |  | | | | | |
| たんぱく質エネルギー比（％） | | | | | |  | | | | | |  | | | | | |
| (17)　栄養成分表示  1　有　2　無 | | 1　エネルギー　2　たんぱく質　3　脂質　4　炭水化物　5　食塩相当量  6　その他（　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (18)　テーマ献立の導入  1　有　2　無 | | 1　行事食　2　郷土食　3　その他（　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (19)　健康・栄養情報の提供  1　有　2　無 | | 1　献立の掲示・配布　2　ポスター掲示　3　リーフレット配布　4　実物展示  5　食卓（卓上）メモ　6　その他（　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (20)　栄養指導  1　有　2　無 | |  | | 入所者 | | | | | | | | | 通所者 | | | | | | | | | その他（家族等） | | | | | | |
| 個別指導 | | 延　　　　　人 | | | | | | | | | 延　　　　　人 | | | | | | | | | 延　　　　　　　人 | | | | | | |
| 集団指導 | | 回　　　人 | | | | | | | | | 回　　　人 | | | | | | | | | 回　　　　　人 | | | | | | |
| (21)　食材料費 | | 1人1日当たり（　　　　　　　　）円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (22)　給食日誌 | | 1　有　2　無 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (23)　検食簿 | | 1　有（検食者の職種名　　　　　　　　　　）　2　無 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (24)　作業指示書 | | 1　有　2　無 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (25)　非常時危機管理対策 | | 事故（食中毒）時対策マニュアル　1　有　2　無 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 非常災害時対策マニュアル　1　有　2　無 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 備蓄食品　1　有　2　無 | | | | | | | | | 水（　　）ℓ（　　）日分・食品（　　）人分を（　　）日分 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 保管場所　1　有　2　無 | | | | | | | | | 1　厨房内　2　防災保管庫　3　その他（　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 非常時用献立　1　有　2　無 | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (26)　施設の自己評価・課題及び改善策 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (27)　報告書作成者 | | 所属名　　　　　　　　　　　職名・氏名　　　　　　　　　　　　　電話 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

備考　食数が1回20食未満かつ1日50食未満の施設は(1)、(6)、(7)、(8)及び(27)の項目を報告してください。