

※ 宛名ラベルの右下の番号です

栄養管理状況報告書（病院・介護老人保健施設・社会福祉施設）

熊本市保健所長 （宛）

____年 ____月 ____日

報告者 氏名

（法人にあっては名称、代表者役職及び代表者名）

熊本市健康増進法施行細則第6条の規定により、次のとおり報告します。

施設名		施設種類		① 病院 ② 介護老人保健施設 ③ 老人福祉施設 ④ 障害者（児）福祉施設 ⑤ その他（ ）	
所在地		熊本市 区		設置者名	
管理栄養士指定施設		<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当		運営方式 <input type="checkbox"/> 直営 <input type="checkbox"/> 委託	
		連絡先		電話番号 () - FAX番号 () -	

A 基本情報	施設側（人）		委託先（人）			委託先（委託有の場合は記入）						
	給食従事者数	常勤	非常勤	施設専属	他施設兼務		名称	所在地				
				兼務している施設名								
	管理栄養士						委託内容 (複数可)	① 献立作成 ② 材料購入 ③ 調理、盛付（常食） ④ 調理、盛付（特食） ⑤ 配膳、下膳 ⑥ 食器洗浄 ⑦ その他（ ）				
	栄養士											
	調理師											
調理作業員												
合計						食事提供時間	朝 : _____ 昼 : _____ 夜 : _____					
食事の種類と定員数と食数		一般食（通所は含めない）				特別食・療養食（通所は含めない）			通所等			
____月 ____日 現在		入所（ ）人、ショートステイ（ ）人				通所（ ）人			その他（職員食など）			
		常食	軟食	えん下食	流動食	その他	腎臓食	糖尿病食	その他	デイケア	デイサービス	その他
朝食												
昼食												
夕食												
その他（夜食、間食等）												
合計												

B 体制整備	栄養管理部門		位置づけ	部門 ① 栄養部門 ② 診療部門 ③ 診療協力部門 ④ 看護・リハビリ部門 ⑤ その他（ ）								
	理念・目標		施設内での周知	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無								
	内容（複数可）		① QOL（生活の質）の向上 ② 疾病の改善 ③ 健康の保持増進 ④ 適切な栄養素の摂取 ⑤ 楽しい食事 ⑥ 安心安全な食事 ⑦ その他（ ）									
	栄養管理等に関する会議		目的（複数可）	① 有病者の治療 ② 適正体重者の増加 ③ 食事摂取の適正化 ④ 利用者の満足度の向上（献立内容、行事食等） ⑤ 利用者に適した健康・食に関する情報の提供 ⑥ 品質管理の向上 ⑦ 衛生管理の徹底 ⑧ その他（ ）								
		構成（複数可）	施設側 ① 管理者 ② 医師 ③ 看護師 ④ 薬剤師 ⑤ 管理栄養士/栄養士 ⑥ 調理師/調理作業員 ⑦ 患者/入所者 ⑧ 介護担当者 ⑨ 理学療法士/作業療法士/言語聴覚士 ⑩ 事務職 ⑪ その他（ ） 合計 _____ 名									
		委託先	① 管理栄養士/栄養士 ② 調理師/調理作業員 ③ その他（ ） 合計 _____ 名									
		回数	① 年1回 ② 年2～3回 ③ 年4～6回 ④ 年7～11回 ⑤ 年12回以上									
栄養管理等に関する連携体制		栄養アセスメントの実施		<input type="checkbox"/> 有（実施率 %） <input type="checkbox"/> 無				栄養管理実施/マシ' M)ト加算の算定		<input type="checkbox"/> 有（実施率 %） <input type="checkbox"/> 無		
		栄養サポートチームの設置		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				食堂の設置		<input type="checkbox"/> 有（利用率 %） <input type="checkbox"/> 無		
栄養管理等に関する連携体制（施設外）		連携先（複数可）	① 医療機関 ② 福祉施設 ③ 学校 ④ 事業所 ⑤ 医療保険組合 ⑥ その他（ ）									
		内容（複数可）	① 入院（入所）前の情報入手 ② 退院（退所）時の情報提供 ③ その他（ ）									
従事者の人材育成		職種（複数可）	① 管理栄養士 ② 栄養士 ③ 調理師 ④ 調理作業員 ⑤ その他（ ）									
		方法（複数可）	① 研修会の参加（施設内・施設外） ② 計画的な現場教育の実施 ③ その他（ ）									
非常時の対応	マニュアル	災害時		食中毒疑い発生時		他施設との非常時の連携体制		特別食・療養食への対応				
	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
	備蓄	備蓄の有無		量		熱源・水（飲用、料理用）の確保		保管場所の他部門職員への周知				
	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		（ ）人分を（ ）日分		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				

C アセスン	給食対象者の把握	内容（複数可）	① 性別 ② 年齢 ③ 身長 ④ 体重 ⑤ カウプ指数 ⑥ BMI ⑦ 生活習慣 ⑧ 生化学的検査値 ⑨ その他（ ）								
	評価及び結果のフィードバック	内容（複数可）	① 摂食量状況 ② 体重変化量、BMI ③ 提供栄養量 ④ 栄養素の摂取状況 ⑤ 利用者による食事評価 ⑥ 疾病改善状況 ⑦ 生活習慣改善状況 ⑧ その他（ ）								

メント・計画・評価

<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ※入院患者又は入所者（全食種）を対象	結果の活用方法 (複数可)	① 給与栄養目標量の見直し ② 献立の見直し ③ 食事の種類の見直し ④ 栄養教育の見直し ⑤ 食事形態や食器等の見直し ⑥ 食環境の見直し ⑦ その他 ()
	評価の共有 (複数可)	① 施設栄養士のみ ② 委託栄養士 ③ 調理師・調理従事者 ④ 他職種 ()
献立内容の評価 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ※入院患者又は入所者（全食種）を対象	評価方法 (複数可)	① 個別ヒアリング ② アンケート ③ 全体の残食調査 ④ その他 ()

基本となる食種 () の栄養摂取状況 (1人1日平均) (9月~11月実績)
 施設基準の作成年月: 平成 年 月 作成

栄養素名等	施設基準 (栄養量)	給与栄養量	食品群名	施設基準 (食品構成) (※任意)	給与食品量				
エネルギー	kcal	kcal	穀類	米	g				
たんぱく質	g	g		小麦・麦	g				
脂質 (脂肪エネルギー比)	%	%	いも類	g	g				
ビタミンA	μgRE	μgRE	砂糖類	g	g				
ビタミンB ₁	mg	mg	大豆・大豆製品・その他の豆類	g	g				
ビタミンB ₂	mg	mg	みそ	g	g				
ビタミンC	mg	mg	緑黄色野菜類	g	g				
カルシウム	mg	mg	その他の野菜類	g	g				
鉄	mg	mg	果実類	g	g				
食物繊維	g	g	藻類	g	g				
食塩相当量	g	g	魚介類	g	g				
カリウム	mg	mg	肉類	g	g				
給与栄養量算出根拠	① 日本人の食事摂取基準 ② 治療ガイドライン ③ その他 ()		卵類	g	g				
			牛乳	g	g				
			乳製品	g	g				
見直しの頻度	① 年1回 ② 年2~3回 ③ 年4~6回 ④ 年7~11回 ⑤ 年12回以上		油脂類	g	g				
			菓子類	g	g				
			その他 ()	g	g				
食事提供の方法の工夫	個人に合わせた対応 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	方法 (複数可)	① 量の調整 (主食・副菜・主菜) ② 機能に応じた形態調整 ③ アレルギーへの対応 ④ 栄養補助・強化食品利用 ⑤ その他 ()						
衛生管理の実施 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	内容 (複数可)	① 作業前の健康調査の実施・記録 ② 検収記録簿の作成 ③ 加熱食品の中心温度の測定・記録 ④ 調理済み食品の温度管理 ⑤ その他 ()							
利用者との関わり <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	方法 (複数可)	① 食事中の巡回、声かけ 【実施者 (複数可): 栄養士・調理師・調理従事者・その他 ()】 ② 他職種との定期的なラウンドの実施 (頻度: 回/週・月) 【同行者: ()】 ③ その他 ()							
対象者への健康・栄養情報の提供	献立表の掲示 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		メニューの栄養成分表示 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		メニューの食事バランスガイド表示 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
	栄養教育 (年間) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	個別	入院 (入所)		外来 (通所)		訪問		
			回数	延人数	回数	延人数		回数	延人数
集団		回数	延人数	回数	延人数				

E改善
 施設の自己評価
 今後改善したいことなど
 (栄養管理等担当者)

記入者	所属 (施設・委託)	職名	氏名	TEL
最終確認者 (自筆)	所属 (施設)	職名	氏名	TEL

栄養管理状況報告書（病院・介護老人保健施設・社会福祉施設） 記入等要領

様式第9号（その1）（第6条関係）

当様式について	①記入漏れが無いように確認すること →「口有 口無」がある項目は、必ずいずれかに☑を記入すること。「口有 口無」が無い項目は、全施設回答が必要です。 →「有」に☑が入ったら、付随する内容についてお尋ねする項目も、漏れなく記入すること。 「無」に☑が入ったら、付随する内容についてお尋ねする項目の記入は必要ありません。
	②必ず2枚とも提出してください →用紙は、A4判を使用してください。 →提出方法は、郵送や持参、FAXでも可。FAX以外の場合は、両面印刷でも可。
	③報告内容について、おたずねすることがあります →記入者、及び最終確認者の氏名は忘れずに記入し、写しをとりお手元に保管してから提出してください。
	④今後、提出案内は、いたしません →各施設の責任において、期限までに忘れず提出してください。
	⑤この報告様式は、原紙として保存し、毎年コピーして使用してください →熊本市ホームページ（「熊本市健康増進法施行細則」と検索）からもダウンロードできます。
	⑥記入にあたって、記入要領で確認しても不明な点がありましたら、熊本市食品保健課までご連絡ください。

項 目	記 入 方 法		
報告作成期間	その年の前年4月1日からその年3月31日まで。		
報告書提出期間	その年4月15日までに熊本市長に提出（送付先は、熊本市食品保健課）すること。		
施設No.	郵送封筒のあて名ラベル右下の番号を記入すること。		
報告年度	報告年度を記入すること。（例：H23）		
報告年月日	報告書提出年月日を記入すること。		
報告者	法人にあっては名称、代表者役職及び代表者名を記入すること。		
施設名	正式名称を記入すること。		
施設種類	該当する番号を1つを○で囲むこと。		
設置者名	施設の設置者を記入すること（管理者ではない）。 設置者が法人の場合は、名称、代表者役職及び代表者名を記入すること。		
管理栄養士指定施設	該当するほうに☑を入れること。（健康増進法第21条第1項の指定を受けている場合は該当）		
運営方式	該当するほうに☑を入れること。		
電話番号・FAX番号	栄養部門直通があれば、直通番号を記入すること。 直通番号が無い場合は、施設代表番号を記入すること。		
△基本情報	給食従事者数	1) 給食関係者の雇用先により、施設側及び委託先に区分し、職種ごとに常勤あるいは非常勤に分けて従事者数を記入すること。 2) 他施設の栄養管理を兼務している場合は、兼務している施設名を記入すること。 （例1）A施設に籍を置き、B施設の栄養管理も見ている管理栄養士の場合 →A施設報告書には、「施設側・常勤」欄に記入し、B施設報告書には、「委託先・他施設兼務」欄に記入すること。 （例2）委託会社の管理栄養士が、複数の施設の栄養管理を担当し、定期的に担当施設を巡回している場合 →担当している施設報告書に、「委託先・他施設兼務」欄に記入すること。 （例3）管理栄養士は、施設専属でそれぞれ配置されているが、A病院の厨房で同法人にて併設されているB福祉施設の給食を提供している場合 →A病院の報告書には、「施設側・常勤」欄に記入し、B福祉施設の報告書には、「委託先・他施設兼務」欄に記入すること。	
	委託先	名称	給食業務委託先会社の名称（委託契約書に記載されているもの）を記入すること。
		所在地	給食業務委託先会社の所在地を記入すること。
		委託内容	該当する番号を○で囲むこと（複数回答可）。
		食事提供時間	食事提供時刻について記入すること。
	食事の種類と定員数と食数		期間内での平均的な「ある1日」について記入すること。 （平均的な食事提供数を確認するため、工事や長期休暇及び行事の日など、通常の提供数と大きく異なる日を除く）
		定員数	入所（入院）、ショートステイ、通所（通院）ごとに、「施設の定員数（病院であれば病床数）」を記入すること。 現在の「在院（在所）者数」及び「利用者数」ではないので注意すること。
	食事の種類/食数	1) 食事の種類ごとに、ある1日の提供数を「朝食」、「昼食」、「夕食」、「その他」に分けて記入すること。 2) 食事の種類ごとに、1日の合計食数を記入すること。	

項 目		記 入 方 法	
B 体 制 整 備	栄養管理部門	位置づけ	施設内における栄養管理部署の所属部門について、該当する番号1つを○で囲むこと。
		理念・目標	栄養管理部門における「理念・目標」の有無について、該当するほうに☑を入れること。 「有」の場合→1) 施設内での周知の有無について、該当するほうに☑を入れること。 2) 施設内で定めている内容(目標)について、該当する番号を○で囲むこと。 (複数回答可)
	栄養管理等に関する会議		施設内で栄養管理等について検討する会議等を実施しているか、該当するほうに☑を入れること。 「有」の場合→「目的・構成・回数」についても回答すること。
	栄養管理等に関する連携体制	栄養アセスメントの実施	栄養アセスメントの実施について、該当するほうに☑を入れること。 「有」の場合→実施率についても記入すること。 (実施率=栄養アセスメント実施者数/入院(入所)者数×100)
		栄養管理実施/マネジメント加算の算定	栄養管理実施加算、または栄養ケアマネジメント加算の算定について、該当するほうに☑を入れること。 「有」の場合→実施率についても記入すること。 (実施率=栄養管理実施加算算定患者数/入院者数×100) (実施率=栄養ケアマネジメント加算算定者数/入所者数×100)
		食堂の設置	食堂の設置について、該当するほうに☑を入れること。 「有」の場合→利用率についても記入すること。 (利用率=利用者数/入院(入所)者数×100)
	栄養管理等に関する連携体制(施設外)		栄養管理等に関する他施設または施設外機関との連携体制の有無について、該当するほうに☑を入れること。 「有」の場合→「連携先・内容」についても回答すること。(複数回答可)
	従事者の人材育成		栄養管理部門に従事している者の人材育成の実施の有無について、該当するほうに☑を入れること。 「有」の場合→「職種・方法」についても回答すること。(複数回答可)
	非常時の対応		非常時(災害、食中毒等)に対する平常時からの対応の有無について、該当するほうに☑を入れること。 「有」の場合→「マニュアル・備蓄」についても回答すること。
	C ア セ ス メ ン ト ・ 計 画 ・ 評 価	給食対象者の把握	
評価及び結果のフィードバック		栄養に関する評価及び結果のフィードバックの実施の有無について、該当するほうに☑を入れること。 「有」の場合→「内容・結果の活用方法・評価の共有」についても回答すること。(複数回答可)	
献立内容の評価		献立内容に関する評価実施の有無について、該当するほうに☑を入れること。 「有」の場合→「評価方法」について、該当する番号を○で囲むこと。(複数回答可)	
D 実 施	基本となる食種の栄養摂取状況		1) 作成対象は、「一般食」、「特別食・療養食」のうち、一番提供の多い食種とし、その食種名も記入すること。 2) 栄養素別に1人1日当たりの施設基準(栄養量)及び給与栄養量を記入すること。 3) 食品群別に1人1日当たりの施設基準(食品構成)及び給与食品量を記入すること。 なお、「食品群別施設基準(食品構成)」の記入については、作成している施設のみ記入すること(任意記入)。 4) 施設基準の作成年月を記入すること。
	給与栄養量算出根拠		給与栄養目標量を設定する際の数値は何に基づくものか、該当する番号を○で囲むこと。 (複数回答可)
	見直しの頻度		施設の給与栄養量の見直しの頻度について、該当する番号1つを○で囲むこと。
	食事提供の方法の工夫		食事提供において個人に合わせた対応を実施しているか、該当するほうに☑を入れること。 「有」の場合→対応の方法について、該当する番号を○で囲むこと。(複数回答可)
	衛生管理の実施		衛生管理の実施の有無について、該当するほうに☑を入れること。 「有」の場合→実施内容について、該当する番号を○で囲むこと。(複数回答可)
	利用者との関わり		栄養管理部門と利用者との関わりの有無について、該当するほうに☑を入れること。 「有」の場合→方法について、該当する番号を○で囲むこと。(複数回答可) ①と回答した場合:実施者について、該当する項目を○で囲むこと。 (複数回答可) ②と回答した場合:実施頻度及び同行者の職種について記入すること。 ③と回答した場合:具体的な実施方法について記入すること。
	対象者への健康・栄養情報の提供	献立表の掲示	喫食者が確認できる場所に献立表の掲示をしているか、該当するほうに☑を入れること。 個別に献立表等を示している場合も、「有」とする。
		メニューの栄養成分表示	喫食者へ提示しているメニューへの、栄養成分表示の有無について、該当するほうに☑を入れること。 なお、エネルギー量の表示があれば「有」とする。
		栄養教育	栄養教育の実施の有無について、該当するほうに☑を入れること。 「有」の場合→個別及び集団の年間実施状況について、回数及び教育延人数を記入すること。
	E 改 善	施設の自己評価、今後改善したいことなど	
記入者		所属、職名、氏名、連絡先(あれば直通番号)を記入すること。	
最終確認者(自筆)		当報告書(「施設の報告」として提出するこの書類)の最終確認者が、自筆で記入すること。	