令和７年　月　日

令和７年度

指導監査事前提出資料

栄養・衛生管理関係書類

（児童養護施設、児童心理治療施設）

法人名

施設名

住 所

記入者（職種）　　　　　（）

連絡先（電話）

Ｅメールアドレス

本資料のほか、下記の書類を提出してください

① 当年度5月の連続した１週間分の基本食種献立表

（連続して１週間以上、１人当たりの食品量が記載されたもの）

② 調理担当者の勤務表等

**記入方法**

選択式…該当する項目の□をチェック(☑または■)

記入式…枠内にご記入ください。

１．給食管理状況

（１）運営状況

① 運営方式

|  |  |
| --- | --- |
| □直営 | □業務委託　　　　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　） |
|  | ↓　業務委託の場合、以下にも記入してください。 |
| **業者名** |  |
| **所在地** |  |
| **委託内容****（該当するものすべてにチェック）** | □献立作成　□食材購入　□調理（盛り付け含む）　□食器洗浄　□施設外調理　□その他（　　　　　　　） |
| **担当者** | 所属 |  | 職種・氏名 |  |
| **巡回・指導等** | □有（　　　　　回／月）　　□無 |
| **最新委託契約日** | 　　　　　　年　　　月　　　日 |

② 調理方法

|  |  |
| --- | --- |
| □施設内調理 | □施設外調理（外部搬入）　□両方を組み合わせている |
|  | ↓　施設外調理の場合、以下にも記入してください。 |
|  | **調理方式** | □クックサーブ　　□クックチル□クックフリーズ　□真空調理 |
| **搬入元** | 施設・業者名（　　　　　　　　　　　　　　　　　）所在地（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

（２）給食管理面の状況

　 ① 届出関係

ア）集団給食開始届(届出済み証)

|  |  |
| --- | --- |
| **届年月日** | 　　　　年　　　月　　　日 |
| **届出者** |  |
| **届出番号** |  |

イ）委託給食の場合（該当する場合のみご記入ください。）

飲食店営業許可（営業許可済証）

|  |  |
| --- | --- |
| **許可年月日** | 　　　 年　　　月　　　日 |
| **申請者** |  |
| **許可番号** |  |

② 職員の配置状況

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **資格** | **採用年月** | **担当業務** | **勤務形態** | **所属** |
| ① | □管理栄養士 □栄養士□調理師　　□なし | S・H・R年月 | □栄養　□調理 □盛付　□配膳□洗浄□その他（　　　　） | □専任 □兼任 | □施設□委託 |
| □常勤 □非常勤 |
| ② | □管理栄養士□栄養士□調理師　　□なし | S・H・R年月 | □栄養　□調理 □盛付　□配膳□洗浄□その他（　　　　） | □専任 □兼任 | □施設□委託 |
| □常勤 □非常勤 |
| ③ | □管理栄養士 □栄養士□調理師　　□なし | S・H・R年月 | □栄養　□調理 □盛付　□配膳□洗浄□その他（　　　　） | □専任 □兼任 | □施設□委託 |
| □常勤 □非常勤 |
| ④ | □管理栄養士 □栄養士□調理師　　□なし | S・H・R年月 | □栄養　□調理 □盛付　□配膳□洗浄□その他（　　　　） | □専任 □兼任 | □施設□委託 |
| □常勤 □非常勤 |
| ⑤ | □管理栄養士□栄養士□調理師　　□なし | S・H・R年月 | □栄養　□調理□盛付　□配膳□洗浄□その他（　　　　） | □専任 □兼任 | □施設□委託 |
| □常勤 □非常勤 |

※ 勤務形態欄には、専任・兼任の別及び常勤・非常勤についてもチェックしてください。

 専任は当該施設のみに常時勤務する場合とし、他の施設(合同厨房の場合はここに含まれる)にも勤務している場合は兼任とします。

※ 所属欄には、運営内容に関わらずパート等も含め全員についてチェックしてください。

③ 平日の1日の平均食数

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **朝　食** | **昼　食** | **夕　食** | **弁　当** | **計** | **おやつ** | **備　　考** |
| **入所児** |  |  |  |  |  |  |  |
| **(再掲)グループケア等** |  |  |  |  |  |  |  |
| **短期入所** |  |  |  |  |  |  |  |
| **通所** |  |  |  |  |  |  |  |
| **職員** |  |  |  |  |  |  |  |
| **他(　　　　　　)** |  |  |  |  |  |  |  |
| **他施設へ搬出（　　　　　）** |  |  |  |  |  |  |  |
| **計** |  |  |  |  |  |  |  |

※入所児（グループケア等）は、本体施設・調理室にて調理した食事を小規模グループケア及び地域小規模児童養護施設の児童に提供した食数を再掲してください。

※児童養護施設以外（小規模保育事業等）への搬出は他施設へ搬出欄に記入してください。

（３）小規模グループケア等の状況

　　① 食事提供の状況（寮舎ごとに記載）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 施設種類 | 寮舎名 | 児童数 | 性別 | 年齢 | 食事の提供方法（※） | 調理担当職員氏名 |
| 小規模グループケア |  |  | □男□女 | 歳～歳 | □本体施設からの搬入□一部調理(頻度：　　　　)□全て調理 |  |
|  |  | □男□女 | 歳～歳 | □本体施設からの搬入□一部調理(頻度：　　　　)□全て調理 |  |
| 地域小規模児童養護施設 |  |  | □男□女 | 歳～歳 | □本体施設からの搬入□一部調理(頻度：　　　　)□全て調理 |  |
|  |  | □男□女 | 歳～歳 | □本体施設からの搬入□一部調理(頻度：　　　　)□全て調理 |  |

※「食事の提供方法」について

「本体施設から搬入」・・・原則は本体施設の調理施設で調理された食品を提供する場合。

「一部調理」・・・原則は本体施設で調理された食品を提供するが、一部は寮舎で調理する場合。（　）内の頻度には、週１回・日曜日朝食、月１回・月曜日夕食など具体的に記載のこと。

「全て調理」・・・ほぼ毎日・毎食（平日昼食の弁当含む）を、寮舎で調理している場合。

② 以下は、上記①にて寮舎内で一部/全て調理を行っている施設のみ記入してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 食材の手配 | □本体施設の調理室より分配□各寮舎で直接発注□購入（□毎日・□週に　　回程度）□その他（　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 献立の作成 | □有　　　　　　□無 |
| 献立内容を把握 | □している⇒把握方法〔給食日誌・その他(　　　　　　　)　〕□していない |
| 献立内容へアドバイス | □している⇒方法〔　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕　　　　　⇒内容〔　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕□していない |
| 給与栄養量の算定・評価 | □している　　　□していない |
| 衛生管理の記録(小規模グループケア等での記録) | □有 ⇒〔 体調チェック・手洗い・冷蔵庫温度・その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　)　〕□無 |

（４）栄養に関する情報提供・支援

　　　食育の取組状況（具体的に）

　（５）栄養管理状況

　① 栄養管理に関する会議（給食委員会）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 実施回数 | 回／年 | 会議録の保存 | □有　　　　□無 |
| 構成職種 | □施設長　　　　　□事務職員　□生活支援員　□指導員・保育士　□医師　　　□看護職員□管理栄養士・栄養士　□調理師・調理員　□受託業者スタッフ　□その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 目　 的 | □栄養管理における課題の把握と課題解決のための改善策の検討□適切な栄養管理を行うための関係部門の連携強化　□食育の取組□献立内容の検討　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

　　　② 定期的に身体状況の変化を把握する（身長体重曲線の作成、肥満度の確認等）など、

　　　　 総合的な栄養評価

|  |
| --- |
| □している（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　□していない |

③ 施設の給食栄養摂取状況　※当年度５月の給食栄養摂取状況についてご記入ください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 定員数 | 　　　人 | 在籍者数(※15日現在) | 0～2歳 | 3～5歳 | 6～7歳 | 8～9歳 | 10～11歳 | 12～14歳 | 15～20歳 | 計 |
| 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 給食延べ食数 | 　　　　　　食 | 食種別食数内訳 | 普通食（　　　食）・その他（　　　食）ｱﾚﾙｷﾞｰ食（卵　　食・牛乳　　食・その他　　食） |
| 基本となる食種の栄養摂取状況（１人１日平均）　　※施設基準の作成年月：令和　　年　　月作成※基本となる食種の対象区分または対象年齢区分（　　　　　歳、性別：男・女） |
| 栄養素名 | 施設基準栄養量 | 給与栄養量 | 食品群名 | 施設基準食品構成 | 給与食品量 |
| エネルギー  |  | kcal |  | kcal | 穀類 | 米 |  | ｇ |  | ｇ  |
| たんぱく質 |  | ｇ |  | ｇ | 小麦・麦 |  | ｇ |  | ｇ |
| たんぱく質ｴﾈﾙｷﾞｰ比 |  | ％ |  | ％ | いも類 |  | ｇ |  | ｇ |
| 脂質ｴﾈﾙｷﾞｰ比 |  | ％ |  | ％ | 砂糖類 |  | ｇ |  | ｇ |
| 飽和脂肪酸ｴﾈﾙｷﾞｰ比 |  | ％ |  | ％ | 大豆・大豆製品及びその他の豆類 |  | ｇ |  | ｇ |
| 炭水化物ｴﾈﾙｷﾞｰ比 |  | ％ |  | ％ | みそ |  | ｇ |  | ｇ |
| 食物繊維 |  | ｇ |  | ｇ | 緑黄色野菜 |  | ｇ |  | ｇ |
| ビタミンＡ |  | μgRAE |  | μgRAE | その他の野菜 |  | ｇ |  | ｇ |
| ビタミンＢ1 |  | ㎎ |  | ㎎ | 果実類 |  | ｇ |  | ｇ |
| ビタミンＢ2 |  | ㎎ |  | ㎎ | 藻類 |  | ｇ |  | ｇ |
| ビタミンＣ |  | ㎎ |  | ㎎ | 魚介類 |  | ｇ |  | ｇ |
| 食塩相当量 |  | ｇ |  | ｇ | 肉類 |  | ｇ |  | ｇ |
| カリウム |  | ㎎ |  | ㎎ | 卵類 |  | ｇ |  | ｇ |
| カルシウム |  | ㎎ |  | ㎎ | 牛乳 |  | ｇ |  | ｇ |
| 鉄 |  | ㎎ |  | ㎎ | 乳製品 |  | ｇ |  | ｇ |
| 使用した食品群別荷重平均栄養量表 | 油脂類 |  | ｇ |  | ｇ |
| 施設独自・その他（　　　　　　　　　　　） | 菓子類 |  | ｇ |  | ｇ |
| 1人1日当たり材料費（報告月分） | 金額円 | （　　　　） |  |  |  |  |
| （　　　　） |  |  |  |  |
| 備考 |

２　給食実施状況

1. 給食に関する方針等

① 施設として食事提供について心がけていること

② 適温給食の配慮及び対応（該当するものすべて）

|  |  |
| --- | --- |
| 方　　法 | □保温・保冷配膳車（　　台）　□保温庫（　　台）　□保冷庫（冷蔵庫）（　　台） 　□保温トレイ（　　枚）□保温食器（　　種類）　　　　□保温ボックス□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

③ 主食の形態（月報等作成月の1週間あたりの回数）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **ご　飯** | **パ　ン** | **麺　類** | **混　合** | **他（　　　　　　　　　）** |
| **朝　食** |  |  |  |  |  |
| **昼　食** |  |  |  |  |  |
| **夕　食** |  |  |  |  |  |

④ 個人対応提供食（アレルギー除去食、代替食、治療食等）

　〔当年度5月現在〕

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **種　類** | **内　　　容** | **人　数** | **状　　況** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

⑤ 主な行事食の実施状況（前年度実績）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **月　日** | **行　事　内　容** | **１食あたりの食材費** | **本人負担の有無** | **備　考** |
|  |  | 円 | □有　　□無 |  |
|  |  | 円 | □有　　□無 |  |
|  |  | 円 | □有　　□無 |  |
|  |  | 円 | □有　　□無 |  |
|  |  | 円 | □有　　□無 |  |

⑥ 外食、外注の実施状況（前年度実績）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **月　日** | **行　事　内　容** | **１食あたりの食材費** | **本人負担の有無** | **備　考** |
|  |  | 円 | □有　　□無 |  |
|  |  | 円 | □有　　□無 |  |
|  |  | 円 | □有　　□無 |  |
|  |  | 円 | □有　　□無 |  |
|  |  | 円 | □有　　□無 |  |

⑦ 嗜好調査

|  |  |
| --- | --- |
| **実施回数** | （　　　）回／年　　（　　　・　　・　　）月　 |
| **調査結果のまとめ** | □有　　□無　 |
| **調査方法** | □アンケート　□聞き取り　□個別に把握　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| **調査結果の活用** | □有（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　□無 |

⑧ 残食調査（喫食量調査）

|  |  |
| --- | --- |
| **実施回数** | （　　　）回／日　　　□朝　□昼　□夕　□おやつ |
| **記　録** | □有　　□無　 |
| **調査方法** | □個別に把握　□全体で把握（ □計量　 □目視 ）　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| **調査結果の活用** | □有（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　□無 |

（２）事務管理状況

　　① 給食材料費

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **年間の給食材料費** | **１人／日の平均給食材料費** |
| **前年度実績** | 円 | 円 |
| **当年度予算** | 円 | 円 |

　 ② 職員給食の実施状況（1食あたりの負担額）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **朝　食** | **昼　食** | **夕　食** | **合　計** | **徴収額の算出根拠** |
| **負担額** | 　　円 | 円 | 　　円 | 　　円 |  |
| **１日平均利用者数** | 　　人 | 　　人 | 　　人 | 　　人 | － |

* 当年度の4月の状況について職員給食を実施している施設のみ記入してください。
* 負担額は、本人負担について記入してください。

　　　③ 原材料の検収の記録

|  |  |
| --- | --- |
| □無 | □有　 |
|  | ↓　有の場合、以下にも記入してください。 |
|  | **記録内容** | □納品時刻　　□期限表示　　□数量　　□鮮度□包装　　　　□品温　　　　□異物　 |

④ 検食の実施状況

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **食事時間** | **検食時間** | **検食者の職種名** | **１回あたりの検食者数** | **記録の有無** |
| **朝食** | 　　時　　分 | 　　時　　分 |  | 人 | □有　□無 |
| **昼食** | 　　時　　分 | 　　時　　分 |  | 人 | □有　□無 |
| **夕食** | 　　時　　分 | 　　時　　分 |  | 人 | □有　□無 |
| **おやつ** | 　　時　　分 | 　　時　　分 |  | 人 | □有　□無 |
| **他（　　　）** | 　　時　　分 | 　　時　　分 |  | 　　　人 | □有　□無 |

３　衛生管理状況

（１）検便の実施状況

|  |  |
| --- | --- |
| **実施状況** | □月１回（　 　月～　　月は月２回）　□その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| **対象者** | □調理担当者　□管理栄養士・栄養士　□その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| **検査項目** | □赤痢菌　□サルモネラ菌　□腸チフス菌　□パラチフス菌　腸管出血性大腸菌(□O-157　□O-26　□O-111)　　□ノロウイルス□その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| **検査実施****機関** | 名称 |  |
| 所在地 |  |

（２）保存食の実施状況

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **区　分** | **食　　　事** | **間　　食　　等** |
| **調理済** | **原材料** | **調理済** | **原材料** |
| **保存食実施の有無** | □有　□無 | □有　□無 | □有　□無 | □有　□無 |
| **保存日数** | （　　　　）日 |
| **保存温度** | （　　　　）℃ |

（３）調理室と関係エリアでの専用手洗い等の状況

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **調理担当者の専用手洗い** | □有　□無 | **爪ブラシ** | □有　　□無 |
| **手洗い用石けんの名称** |  | **手指用消毒液** | 名称：ﾉﾛｳｲﾙｽに：□対応 　□非対応→□対応予定有　　　　　□対応予定無 |
| **調理担当者の専用トイレ** | □有　□無 | **トイレ内手洗い** | □有　　□無 |

（４）調理室と関係エリアでのねずみや昆虫の駆除作業実施状況(最新3回分)（　　　回／年）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **実施年月日** | **実施内容** | **実施場所** | **実施者** |
| 　　年　　月　　日 |  |  |  |
| 　　年　　月　　日 |  |  |  |
| 　　年　　月　　日 |  |  |  |

４　非常時(感染症・非常災害発生時)の食事提供を継続的に実施するための計画(対応マニュアル)

|  |  |
| --- | --- |
| **業務継続計画****（非常時の食事提供対応****マニュアル含む）** | □有（　　　　　年　　　　　月 作成 ・ 改訂 ）　　□無□策定中（　　　　　年　　　　　月 作成予定 ） |
| **上記計画の定期的見直し** | □有（頻度：　　　　　　　　　　　　　　）　　□無 |
| **他の給食施設等との連携** | □有（　　　　　　　　　　　　　　）　　□無 |
| **食料、飲料水等の備蓄** | □有（　　　　人分　×　　　　日分）　　□無 |
| **食料、飲料水等の保管場所** | □厨房食品保管庫　　□施設敷地内保管庫（　　　　　　　　　　　　　　　）□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| **備蓄を活用した献立** | □　有　（　　　種類　×　　　日分） 　　□　無 |

５　施設全体の衛生管理状況

（１）給水設備の状況

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| □水道直圧式 | □井戸水 | □受水槽方式 |

　　　　　　　　↓　以下にも記入してください。

|  |  |
| --- | --- |
| **受水槽容量** | ｍ３ |
|  | **前回実施年月日** | **実施した業者** |
| **定期清掃** | 年　　月　　日 |  |
| **管理状況の定期検査****※(最新)の厚生労働省登録簿収載****検査機関による検査結果（報告書）** | 年　　月　　日 |  |

（２）施設全体の大掃除実施状況（直近3回分）（　　　回／年）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **実施年月日** | **実施内容** | **実施場所** | **実施者** |
| 　　年　　月　　日 |  |  |  |
| 　　年　　月　　日 |  |  |  |
| 　　年　　月　　日 |  |  |  |

（３）入浴設備・加湿器の衛生管理状況

　　① 入浴設備の管理状況（直近3回分）（　　　回／年）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **実施年月日** | **実施内容** | **実施場所** | **実施者** |
| 　　年　　月　　日 |  |  |  |
| 　　年　　月　　日 |  |  |  |
| 　　年　　月　　日 |  |  |  |

　　② 循環式浴槽の設置状況

|  |  |
| --- | --- |
| □無 | □有　（　　　か所） |
|  | ↓　有の場合、以下にも記入してください。 |
| **レジオネラ属菌等の衛生検査** | □有（　　年　　月　　日実施）　□無 |

③ 加湿器の設置状況及び管理状況

|  |  |
| --- | --- |
| □無 | □有　（設置場所：　　　　　　　　　　　　　　）（　　　　か所） |
|  | ↓　有の場合、以下にも記入してください。 |
| **加湿器のタンクの水の交換頻度** | □毎日排水　　　　　□使用時に交換　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　） |

（４）入所児（者）への衛生管理状況

|  |  |
| --- | --- |
| **手洗い用石けんの名称** |  |
| **手指用消毒液の名称** |  |
| **共用場所での手拭は****どのようにしていますか****（〇で囲むor記入）** | 共用洗面所 | 布タオル、ペーパータオル、その他（　　　　　　　　）エアータオル(□コロナ・ノロウイルス対策で使用停止中) |
| 共用トイレ | 布タオル、ペーパータオル、その他（　　　　　　　　）エアータオル(□コロナ・ノロウイルス対策で使用停止中) |
| **歯ブラシ等の保管状況** | □個人で保管管理　　□一括管理 |