

令和5年度 給食関係セルフチェックリスト

対象施設: 給食を提供する児童養護施設、児童自立支援施設、乳児院、児童心理治療施設

施設名	
作成日	
作成者(職氏名)	

※当日の確認及び指導は各保健所が行うため、提出後は、当課より所管保健所宛てに転送させていただきます。

事 項	チェック内容等	確認結果			備 考
		はい	いいえ	非該当	
1 栄養管理	①栄養給与目標量を設定しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2 給食内容	①給食に関する方針を定めているか。 【具体的な方針】	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(1) 一般	<div style="border: 1px solid black; height: 50px; width: 100%;"></div>				
	②適温給食の配慮がなされているか。 【具体的な方法】	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<div style="border: 1px solid black; height: 50px; width: 100%;"></div>				
	③入所者の状況にあった適切な介助(介助器具、職員体制)が行われているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	④入所者がくつろいで食事できるよう配慮されているか。 【具体的な方法】	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<div style="border: 1px solid black; height: 50px; width: 100%;"></div>				
(2) 給食関係経費	①給食関係者は、施設の当該年度の給食関係経費(給食費、調理器具等の購入費用等)を把握しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	②給食関係者は、貯蔵庫の棚卸しを的確に行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(3) 予定献立表	①献立表作成の手順を経ているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	②管理者及び関係職員の承認を得ているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	③業者への発注量が適正かどうかの確認を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(4) 実施献立内容	①新鮮な材料を用いて、バランスのとれた食事が提供されているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	②献立内容は変化に富んでいるか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	児童福祉施設設備運営 基準第11条第2項
	③使用量と純使用量が区別されているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	④献立変更時の訂正は行われているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

事項	チェック内容等	確認結果			備考
		はい	いいえ	非該当	
3 嗜好の把握	⑤献立表は調理員に呈示されているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	⑥食品材料の検収においては、数量だけでなく、品質、容器、包装の状態も確認されているか。 【検収者職氏名】 職名 <input type="text"/> 氏名 <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	①年1回以上の嗜好調査が行われているか。 【具体的な方法】 <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	行政指導監査通知 別紙1 2-(1)-第1-1-(3)-イ
4 検食	②残食調査は、残食人員、残食量、残食理由等の実態を把握し、結果が記録されているか。 【具体的な方法】 <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	行政指導監査通知 別紙1 2-(1)-第1-1-(3)-イ
	③嗜好調査、残食調査の結果は献立に反映されているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	行政指導監査通知 別紙1 2-(1)-第1-1-(3)-イ
	①検食を実施しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	行政指導監査通知 別紙1 2-(1)-第1-1-(3)-イ
5 個人別配慮	②検食簿は整備されているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	③検食結果が具体的に記録されているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	④検食が食事前に行われているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5 個人別配慮	⑤入所者に提供されたものと同じ(食器も含めて)ものが検食されているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	⑥検食結果は活用されているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	①入所児の状況に応じて調理方法等に配慮がされているか。 【具体的な方法】 <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	行政指導監査通知 別紙1 2-(1)-第1-1-(3)-ウ

事項	チェック内容等	確認結果			備考																																																																					
		はい	いいえ	非該当																																																																						
6 栄養指導	①入所児に対して必要な栄養指導が行われているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																						
	②調理従事職員の栄養、衛生知識の向上を図っているか。 【具体的な方法】 <div style="border: 1px solid black; height: 50px; width: 100%;"></div>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																						
7 衛生管理	①調理従事前に、身体、頭髮、手指、爪が清潔であるか等の衛生チェックを行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																						
	②調理従事者の専用の消毒、手洗い設備はあるか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																						
	③給食関係者の検便(病原性大腸菌O157の検査を含む。)は毎月実施されているか。 【職員の菌検査の実施状況(令和4年度)】	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																						
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">実施月</th> <th colspan="2">対象人員</th> <th colspan="2">実施人員</th> </tr> <tr> <th>調理員等</th> <th>その他</th> <th>調理員等</th> <th>その他</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>4月</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>5月</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>6月</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>7月</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>8月</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>9月</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>10月</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>11月</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>12月</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>1月</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>2月</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>3月</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	実施月	対象人員			実施人員		調理員等	その他	調理員等	その他	4月					5月					6月					7月					8月					9月					10月					11月					12月					1月					2月					3月							
	実施月		対象人員			実施人員																																																																				
		調理員等	その他	調理員等		その他																																																																				
	4月																																																																									
	5月																																																																									
	6月																																																																									
	7月																																																																									
8月																																																																										
9月																																																																										
10月																																																																										
11月																																																																										
12月																																																																										
1月																																																																										
2月																																																																										
3月																																																																										
④食器消毒を毎日実施しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																							
⑤食材及び食器の洗浄は十分に行われているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																							
⑥調理場、調理機器は清潔に保たれているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																							
⑦水道水の色、濁り、においを毎日検査しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																							
⑧水道水を受水槽に貯める場合や井戸水等を殺菌・ろ過して使用する場合、残留塩素を始業前及び終業後に毎日検査しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																							
⑨井戸水を使用している場合、「宮崎県飲用井戸等衛生対策要領」に基づく水質検査を実施しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>検査年月日</th> <th>検査委託先</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	検査年月日	検査委託先																																																																								
検査年月日	検査委託先																																																																									
⑩井戸水を飲料用として使用している場合、塩素系消毒器を設置しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																							

社会福祉施設における衛生管理について(別添)大量調理施設衛生管理マニュアル

社会福祉施設における衛生管理について(別添)大量調理施設衛生管理マニュアル

県飲用井戸等衛生対策要領(昭和62年4月施行)

事 項	チェック内容等	確認結果			備考								
		はい	いいえ	非該当									
8 保存食	①鼠族昆虫の駆除は行われているか。 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">実施年月日</th> <th>実施方法等</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	実施年月日	実施方法等							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	児童福祉施設等における衛生管理の改善充実及び食中毒発生の予防について
	実施年月日	実施方法等											
①保存食は、原材料及び調理済み食品を食品ごとに50g程度ずつ清潔な容器(ビニール袋等)に密封して入れ、-20℃以下で2週間以上保存しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
9 食品の保存	①調理後、食品を放冷する場合には、速やかに中心温度を下げるよう工夫しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
10 届出	②調理済み食品は二次汚染を受けないように保存しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
	①集団給食施設の届出(変更)が保健所にされているか。 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">届出年月日</td> <td> </td> </tr> </table>	届出年月日		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
届出年月日													
11 管轄保健所の指導状況	①保健所による立入調査を受けたか。 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">調査年月日(直近)</td> <td> </td> </tr> </table>	調査年月日(直近)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
	調査年月日(直近)												
	②文書による指導事項はあったか。 【指導事項】 <table border="1" style="width: 100%; height: 50px; border-collapse: collapse;"> <tr><td> </td></tr> </table>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
③上記②の指導事項は、現在改善されているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										