

チェック表9

栄養改善体制 チェック表

事業所番号 08

事業所名

<p>当該事業所の職員として、又は、外部(他の介護事業所、医療機関又は栄養ケアステーション)との連携により、管理栄養士を1名以上配置しているか。</p>	<p>はい・いいえ</p>
<p>管理栄養士の資格証及び勤務形態一覧表(別紙7)を添付しているか。</p> <p>※1 外部との連携により配置している場合も、勤務形態一覧表に管理栄養士の氏名及び勤務時間を記載するとともに、備考欄に連携先の事業所等の名称を記載してください。</p> <p>※2 外部との連携を証明する委託契約書の写し等を添付してください。</p>	<p>はい・いいえ</p>
<p>利用者の栄養状態を利用開始時に把握し、(医師)、管理栄養士、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者が共同して、利用者ごとの摂食・嚥下機能及び食形態にも配慮した栄養ケア計画を作成することとしているか。</p>	<p>はい・いいえ</p>
<p>利用者ごとの栄養ケア計画に従い管理栄養士等が栄養改善サービスを行っているとともに、利用者の栄養状態を定期的に記録することとしているか。</p>	<p>はい・いいえ</p>
<p>利用者ごとの栄養ケア計画の進捗状況を定期的に評価することとしているか。</p>	<p>はい・いいえ</p>
<p>運営基準に基づき事業所の運営規程に定められた利用定員を遵守するとともに、人員基準に定められた職種、員数の職員を配置することとしているか。</p>	<p>はい・いいえ</p>

注:対象となる「栄養ケアステーション」は、公益社団法人日本栄養士会又は都道府県栄養士会が設置する「栄養ケアステーション」に限る。