

日メ協第7号
2023年3月6日

関係各位

公益社団法人 日本メディカル給食協会
会長 平井 英司

(一財)医療関連サービス振興会指定患者給食
受託責任者資格認定講習会の開催について

2023年度の標記講習会を、別添「実施要綱」に基づき開催することにいたしましたので、ご連絡申し上げます。

申込み手続きにつきましては、別添「実施要綱」及び「受講申込みにあたっての留意点」（別紙5）を十分に参照のうえ、記入誤りのないようご留意ください。

なお、各会場の定数の関係もあり、受講予定者数に達した場合は締切日前であっても受付を締め切らせていただきますので、あらかじめ御承知くださいますようお願い申し上げます。

また、受講票発送のスケジュール上、申込締切日を厳守されますようお願い申し上げます。

2023年度

(一財)医療関連サービス振興会指定 患者給食受託責任者資格認定講習会 実 施 要 綱

1. 趣 旨

患者給食の業務委託においては、病院と受託者間の円滑な運営を維持するため、受託側に相当の知識及び経験（下記）を有する受託責任者を配置することが定められています。（医療法施行規則第9条の10第1号）

このため当協会では相当の経験を有する者（下記2の受講資格）を対象に、相当の知識を習得するためのカリキュラムによる講習会を開催し有資格者の養成及び認定を行っております。

相当の知識とは下記の事項に関する知識が規定されています。（平成5年2月15日健政発第98号局長通知）

- ① 病院の社会的役割、病院の組織、医療従事者の資格と業務
- ② 病院の栄養部門の現状と病院内のその他の組織との連携
- ③ 疾病の診療と患者等の食事の提供の役割及び治療食の必要性
- ④ 栄養指導の重要性
- ⑤ 病院における患者等に対するサービスの意義と食事の提供サービスの課題
- ⑥ 栄養管理と食事の提供の評価
- ⑦ 食品衛生と労働安全衛生
- ⑧ HACCPに関する専門的知識

なお、(一財)医療関連サービス振興会の「医療関連サービスマーク」認定申請の要件として、当協会では資格認定した受託責任者を配置することが定められていますのでご注意ください。（但し、医療法施行規則においては必ずしも有資格者ではなく、同等の知識を持つ者と定められています。）

2. 受講資格

当協会では相当の経験の規定（平成5年2月15日健政発第98号局長通知）と(一財)医療関連サービス振興会の医療関連サービスマーク認定要件に基づき、次の(1)～(4)の受講資格で審査をします。

- (1) 管理栄養士または栄養士の資格を有し、患者給食業務に従事した経験を有する者
(栄養士の場合、新卒者を除く)
- (2) 調理師資格を取得後、通算2年以上患者給食業務に従事した経験を有する者

(3) 学校教育法に基づく高等学校卒業以上の学歴を有し卒業後、患者給食業務に通算3年以上従事した経験を有する者

(4) 前各号と同等以上の学歴及び技能を有するものとして患者給食受託責任者資格認定委員会が認めた者（学校教育法に基づく中学校卒業以上の学歴を有し卒業後、患者給食業務に通算10年以上従事した経験を有する者）

文中の「患者給食業務」とは、**病院・診療所・介護老人保健施設の3つの施設**、またはこれらの施設の給食を調理しているセントラルキッチンでの経験に限定します。それ以外の社会福祉施設（特別養護老人ホーム等）は、医療法で医師の常駐が義務づけられていないため、この場合の患者給食業務（医師のもとでの食事提供業務）とはみなさず対象となりません。

3. 講習内容 別紙（1）

（1）講 義 2日間

（2）演 習 1ヶ月（通信教育）

4. 開催期間

6月6日（火）～ 6月23日（金）

5. 講義会場、日時、受講予定者数・・・別紙（2）

別紙（2）については、後日送付する受講票と一緒に各受講生に必ずお渡し下さい。

6. 申請受付期間

4月3日（月）～ 4月17日（月）（必 着）

7. 修了証明及び認定書・・・別紙（3）

8. 受講料 1人 29,700円（教材費を含む、消費税込み）

会員会社は教材費等を協会が負担しますので、7,700円

（但し、会員会社に勤務していても個人受講の場合は29,700円）

※ 受講料のお支払いについては、後日受講票とともに請求書・払込取扱票（郵便局専用）を郵送しますので期限までにお振込みください。

9. 申請手続

(1) 提出書類

① 受講申込書・受講資格証明書

・別紙（会員用4-1） ・別紙（非会員用4-2）

※「受講申込みにあたっての留意点(別紙5)」をよく読み、受講資格を理解してから「申込書記入例」を参照のうえ作成してください。

② 本人確認書類の写し（下記のうちいずれか一つ、ご準備ください）

健康保険被保険者証、運転免許証、住民票、戸籍謄本・抄本、個人番号カード
（=マイナンバーカード）等

※ 個人番号通知カードは不可

(2) 提出先・問合せ先

公益社団法人 日本メディカル給食協会
患者給食受託責任者資格認定講習会事務局

〒101-0033

東京都千代田区神田岩本町15-1 CYK 神田岩本町7階

TEL 03-5298-4161 / FAX 03-5298-4162

10. 受講資格審査結果通知

(1) 5月中旬に受講票郵送

(2) 受講申込者の取消連絡は、5月9日（火）までとします。

【ご参考】受講申込書・受講資格証明書は、協会ホームページ『3/13 付お知らせ』より Word・Excel・PDF 形式のファイルがダウンロードできます。そちらもご活用ください。

なお、申込書印刷の際には、入力内容を再度確認のうえで出力し、会社印を押印して協会まで必ず郵送してください。（メール・FAX では受付していません）

講習会教科内容(予定)

教科科目	時間	教科内容
第Ⅰ章 患者給食業務委託に関する法規等について	9	医療制度の現状 病院の社会的役割と組織 医療従事者の資格と業務 栄養部門の現状と他部門との連携 診療報酬制度と点数表 入院時食事療養費制度 病院における患者等に対するサービスの意義 患者等への食事提供業務の意義と課題 患者等への食事提供業務委託の概要 医療法に定める委託基準について 受託給食契約書からの計画と運営 介護保険制度の概要
第Ⅱ章 衛生管理・健康安全管理について	9	食品の衛生管理の重要性 衛生管理システム(GMP, HACCP等) 施設・設備の衛生管理 調理作業の衛生管理 食材及び食品の保管の衛生管理 食中毒の予防 院外調理 危機管理体制 職場の健康と安全 健康診断と管理 感染症の予防・対応 労働対策 労働安全衛生法等労働関係法規 日常的な健康の自己管理
第Ⅲ章 栄養・食事管理について	9	栄養管理の重要性 栄養評価 栄養補給法 食事管理 薬と食事の相互作用 健康や栄養に関する表示制度 栄養食事指導 主な疾患の食事療法 介護施設における栄養管理 これからの栄養管理 医療の中でよく使われる用語
第Ⅳ章 業務管理・経営管理及び人事管理について	9	業務管理(標準作業書と作業計画) 食材管理(購入・検収・保管・払出) 施設・設備管理(衛生管理を除く) 病院の給食経営管理 受託責任者の業務管理 人事管理 受託責任者としての日常の人事管理業務 教育・研修 従業員の評価
合計	36	(ただし、このうち2日間以上は講義とする)

2023年度

【福岡会場】

		第1回講義	第2回講義
受講予定者 400名	日時	6月6日(火) 13:00~16:10	6月7日(水) 9:30~12:30
	会場	福岡国際会議場 (2階・多目的ホール) 〒812-0032 福岡市博多区石城町2-1	同 左

【東京会場】

		第1回講義	第2回講義
受講予定者 1000名	日時	6月12日(月) 13:00~16:10	6月13日(火) 9:30~12:30
	会場	東京ビッグサイト (7階・国際会議場) 〒135-0063 東京都江東区有明3-11-1	同 左

【大阪会場】

		第1回講義	第2回講義
受講予定者 800名	日時	6月15日(木) 13:00~16:10	6月16日(金) 9:30~12:30
	会場	大阪国際交流センター (大ホール) 〒543-0001 大阪市天王寺区上本町8-2-6	同 左

【札幌会場】

		第1回講義	第2回講義
受講予定者 200名	日時	6月22日(木) 13:00~16:10	6月23日(金) 9:30~12:30
	会場	北海道自治労会館 (5階・大ホール) 〒060-0806 札幌市北区北6条西7丁目5-3	同 左

* 2023年度講習会はWEBでの開催予定はありません。

第 99999 号

修了証明及び認定書

氏名 協会 花子

生年月日 ××××年××月××日

あなたは公益社団法人日本メディカル
給食協会主催の患者給食受託責任者
資格認定講習の課程を修了したことを証明する

××××年×月××日

公益社団法人日本メディカル給食協会

会長 平井英司

患者給食受託責任者としての資格認定
について適当であると認める

××××年×月××日

公益社団法人日本メディカル給食協会

患者給食受託責任者
資格認定委員会委員長

中村康彦

受講申込みにあたっての留意点

〔 受講申込書作成要領 〕

初めに受託責任者の資格は、個人に対して生涯の資格となります。

一度、患者給食受託責任者の資格を取得された方は、消滅（喪失）することはありません。会社を退社または患者給食受託責任者継続講習会を受講していないという理由で、資格を喪失するものではありません。

この点を充分留意され、受託責任者の資格を既に取得している方は、申込みさねぬようお願い申し上げます。なお、この資格を既に取得しているか不明の場合は、当協会事務局まで連絡のうえご確認ください。

1. 受講申込書・受講資格証明書 別紙(会員用 4-1)・別紙(非会員用 4-2)

各社ご担当者は、受講希望者に受講申込書・受講資格証明書 別紙(会員用 4-1)、別紙(非会員用 4-2)及び受講申込書作成要領(別紙 5)をコピーしてお渡しください。

受講申込書は、原則、本人がご記入ください(鉛筆記入不可)。

ご担当者が代筆する場合は、氏名漢字・生年月日・ふりがなに誤りが無いよう、本人確認書類(健康保険被保険者証または運転免許証等)の写しから転記してください。また協会より内容についてお問合せすることもありますので、

受講申込書は必ずコピーをとって保管してください。

※ 途中申込を取消しされても、受講申込書・受講資格証明書等申請書類は返却しません。「個人情報保護に関する法律」を遵守し、書類は協会にて処分します。

2. 記入方法(記入例参照)

① 「受講希望会場」を○で囲む(または選択する)。

② 「受講申込者氏名」「ふりがな」「生年月日(和暦)」を記入してください。

なお、受講申込書記載の氏名と本人確認書類の氏名の漢字が異なる場合、本人確認書類の氏名を優先します。

- ・(例) 申込書氏名→渡辺、本人確認書類氏名→渡邊の場合、「渡邊」で登録。
- ・人名外字は常用漢字に置換して登録させていただく場合がありますのでご了承ください。

本人確認のため、『本人確認書類の写し』をご提出ください。

- ・本人確認書類の種類については、本文書5.②(次頁)をご確認ください(提示書類のうちいずれか1つ)。

③ 「患者給食業務従事歴」

審査対象となる業務歴は病院・診療所・介護老人保健施設(介護医療院含む)の3施設、またはこれらの施設の給食を調理しているセントラルキッチンとなります。(実施要綱2)

病院とは医師または歯科医師が、公衆又は特定多数人のため医業又は歯科医業を行なう場所であって、20人以上の患者を入院させるための施設を有するものをいう。病院は傷病者が、科学的でかつ適正な診療を受けることができる便宜を与えることを主たる目的として組織され、かつ、運営されるものでなければならない。(医療法[定義]第1条の5)

また、社会福祉施設の中で、上記の条件を充たしていれば、施設の名称が病院でなくても、「種別」欄は病院に○を付して下さい(医師が常駐していて、診療科目を標榜している施設でベッド20床以上の場合のみ。ただし、特別養護老人ホーム等は該当しません。)。

- (1) 「施設の名称」・「住所（市町村まで）」を記入。「種別」のいずれかを○で囲む。
- (2) 「勤務期間」を西暦で記入。
 - ・ 現在勤務している場合、最終行に必ず『2023/4』と記入(従来の「至現在」の表記はしないでください)。
- (3) 「勤務年数」を施設ごとに算出（2023年4月末日時点）し、「合計①欄」勤務年数の総合計を記入。
 - ※ 協会ホームページの Excel 版申込書の勤務年数および合計①(=合計従事歴年月数)は自動計算を設定しています。

④ 取得免許資格等について（申込書の(1)～(3)、複数欄の記入も可）

- (1) 管理栄養士・栄養士の資格を取得している方（合計従事歴年月数は別紙4-1, 4-2の下欄枠外参照）
 - ・ 「資格別」の管理栄養士または栄養士を☑する。（※ 管理栄養士の栄養士情報は不要）
 - ・ 「免許番号」、「取得年月日(西暦)」を記入。
 - ・ <栄養士のみ>上記に加え「都道府県名」、「資格を取得した学校・養成施設」及び「卒業年月(西暦)」記入。
- (2) 調理師の資格を取得している方（調理師資格取得後、患者給食業務従事歴2年以上）
 - ・ 調理師の欄の「免許番号」、「都道府県名」、「取得年月日(西暦)」を記入。
 - ※ なお、業務従事歴が資格取得後2年に満たない場合は、↓下記(3)も必ず記入してください。
- (3) 上記(1), (2)の資格は持っていないが、高校卒業以上の学歴を有し、患者給食業務歴3年以上の方
 中学校卒業の学歴を有し、患者給食業務歴10年以上の方
 - ・ 「学校名」、「卒業年月(西暦)」を記入。

⑤ 会社証明欄には、「郵便番号」、「住所」、「会社名」、「代表者名」、「担当者名」(必須)、「担当者TEL/FAX」を記入の上、必ず会社印を押印してください。

なお、個人で申込みされる場合は、会社証明欄に業務経歴の証明として、以前勤務していた会社または現在勤務されている会社のどちらかに記入・会社印の押印をお願いしてください。

以上、①～⑤に記載された内容に不備があった場合は、当協会より各社ご担当者にご連絡をします。必ずご担当者の氏名、TEL/FAXの記入漏れが無いようにご留意ください。

3. 会社で申し込まれる場合、申込が1名でも別紙(6)を記入し添付してください。その際、会社住所・電話番号等は担当者の勤務している所の情報を記入してください。（受講票を確実に担当者に届けるため）

4. 個人で受講を申し込まれる方は、別紙(7)を記入し添付してください。

5. 【応募書類】下記①～③（個人申込の場合は①・②・④）の書類をそろえて協会宛に郵送してください。

- ① 受講申込書・受講資格証明書 別紙(会員用4-1) or 別紙(非会員用4-2)
- ② 本人確認書類の写し
 (健康保険被保険者証、運転免許証、マイナンバーカード、戸籍謄本・抄本、住民票のいずれか1つ)
 - ・ 本人確認書類について、お名前・生年月日が鮮明で判読可能なものを添付してください。
 - ・ 個人番号通知カード不可
- ③ <法人申込専用>別紙(6) 受講申込会場別内訳
- ④ <個人申込専用>別紙(7) 受講料請求先および修了証の送付先届
 - ◆ 受講申込書は郵送のみの受付です。FAX・メールによる受付はできません。

ご不明な点などありましたら、協会講習会事務局までご連絡ください。

公益社団法人 日本メディカル給食協会

〒101-0033 東京都千代田区神田岩本町15-1 C Y K神田岩本町7階

・電話 03-5298-4161