

第1章

献立の考え方
療養食への展開方法
衛生管理

療養食加算の変遷

- 2005年 23単位/日
 - →診療報酬より算定額が高かった
 - (診療報酬76円/食、228円/日) ※報酬額は2021年も同様
- 2015年 18単位/日
- 2018年 **6単位/回**

療養食加算は算定していますか？

療養食加算を算定している施設

特養59.7%、地密型41.2%、老健・介護医療院92.9%

(令和3年度介護報酬改定説明会資料)

療養食を準備していない理由は？

- 献立を別に立てるのが大変
- 今は必要とされていない？
…実は、考え方がわからない(でも言えない)



取り組むチャンスがあればチャレンジを！

- 介護保険施設では、栄養マネジメント強化加算を算定すると、前年度の平均入所者数に基づき管理栄養士・栄養士を複数配置にすることができる
- 同一法人内の管理栄養士・栄養士で定期的に集まっている

→分担して考えられるので効率的

目次

I. 献立を考える前の準備

II. 献立作成のポイント

III. 療養食の展開方法

IV. 衛生管理

Ⅰ 献立を考える前の準備

1. 目標栄養量の算出

(2024. 5. 1修正)

(1) 入所者の傾向と施設の基準を把握する

① 給与栄養目標量計算

② 荷重平均成分表作成

①・②とも栄養管理ソフトで計算できるものが多い

- ・ 給与栄養目標量は、**基本献立の栄養量を確認**するために算出します
- ・ 介護保険施設では、給与栄養目標量に関する書類は不要ですが、保健センターに提出した場合は保管してください
- ・ 障害者支援施設は、毎年作成して見直すことをお勧めします
- ・ 障害福祉サービス事業所は、作成の必要がある施設は作成してください

※厚生労働省通知

平成17年9月7日 健習発第0907001号、老老発第0907001号

「栄養ケア・マネジメントの実施に伴う帳票の整理について」

令和3年3月16日 老認発0316第3号、老老発0316第2号

「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理及び口腔管理の実施に関する基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」

◎目標栄養量算出の手順(手計算の場合)

- ① 「栄養・衛生管理関係 帳票フォーマット(リンク)」のページから「給与栄養目標量算出表(その2)」ダウンロードして計算する
 - ・ 昨年度の平均入所者数に基づく年齢別の人数を該当する身体活動レベルに挿入して計算
 - ・ 身体活動レベルは、「第2章 栄養ケア・マネジメントの手順、利用者への配慮事項」P13を参照
- ② 荷重平均成分を作成
 - ・ 概ね(1季節1か月、4ヶ月分程度)の実施献立から食品別に使用量を計算し、各食品群別に100%の構成比率を求めてその比率を重量(g)に置き換え、それぞれの栄養量を算出した合計を求める
- ③ 算出した数値に基づいて目標栄養量を設定する
 - ・ 給食業務を**全部委託・クックチルの食品を購入している場合**も、業者に数値を示し、この数値に基づいた献立作成を依頼する

(2) 成分栄養で考える(PFCバランス)

(2023. 8. 1修正)

施設基準 (「給与栄養目標量算出表(その2)」の計算値) から
たんぱく質、脂質の割合を調整する

ポイント!

たんぱく質18~23%、脂質<25%、糖質<60%
食塩7~10g ※10gは超えない

→食事摂取基準2020 : 男性7.5g未満、女性6.5g未満

★施設の目標栄養量を上記の割合に設定しておくで**療養食が作成しやすくなる**

例)給与栄養目標量算出表の計算値が

1500kcal たんぱく質65g 脂質30g の場合

	たんぱく質 P	脂質 F	糖質 C
給与栄養目標量算出表 計算値	65g 17.3%	30g 18.0%	たんぱく質・脂質エネルギー を差し引いた残りと考える 64.7%
糖尿病診療ガイドライン 日本人の食事摂取基準2020	67.5~86g 13~20%	<41.6g 20~30% (飽和脂肪酸≤7%)	<225g 50~60%
調整後 糖質はたんぱく質・脂質エネルギー を差し引いた残りと考えなくてよい	70g 19%	35g 21%	225g 60%

- 調整値は、糖尿病診療ガイドライン、日本人の食事摂取基準2020ともPFCの基準を満たしている
- 栄養素のバランスの目安量は、健常人の平均摂取量に基づいて勘案してよい ※日本人の食事摂取基準(2020年版)成人の基準より
炭水化物 50~60 %/エネルギー
たんぱく質 13~20 %/エネルギー
脂質 20~30 %/エネルギー (飽和脂肪酸 7 %/エネルギー以下)
- 食事摂取基準改定時には見直しをおこなう

◎糖質を60%以下にするのはなぜ？

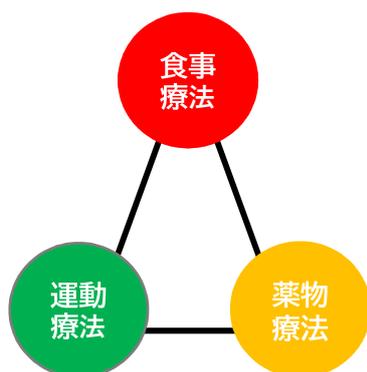
常食を糖尿病の食事摂取基準に合わせれば
糖尿病の療養食加算の条件に合った献立が作成しやすくなる

ポイント！

- エネルギー量は主食の量で調節するが、1本の献立で調整できるのは300kcalが限度
→年齢別の給与栄養目標量の最大と最小が300kcalの範囲で収まれば基本献立は1本で可
- 常食と同じ内容であっても、食種の名称は変えておく ※食種：食事箋の名称

高齢者は加齢により身体機能に加え耐糖能も低下
→ADLの低下がみられる場合、認知症がある場合はHbA1cの目標値は高めに設定

糖尿病治療の3本柱



薬物療法…治療が必要な場合は投与
※副作用により重症高血糖を起こすことがある

運動療法…ADLや機能の問題上、実施が難しい場合がある



食事療法はどんな場合も必須

高齢者糖尿病の血糖コントロール目標

患者の特徴・健康状態 ^(注1)	カテゴリーI	カテゴリーII	カテゴリーIII	
	①認知機能正常 かつ ②ADL自立	①軽度認知障害～軽度認知症 または ②手動的ADL低下、基本的ADL自立	①中等度以上の認知症 または ②基本的ADL低下 または ③多くの併存疾患や機能障害	
重症低血糖が危惧される薬剤(インスリン製剤、SU薬、グリニド薬など)の使用	なし ^(注2)	7.0%未満	7.0%未満	8.0%未満
	あり ^(注3)	65歳以上75歳未満 7.5%未満(下限6.5%) 75歳以上 8.0%未満(下限7.0%)	8.0%未満(下限7.0%)	8.5%未満(下限7.5%)

治療目標は、年齢、罹病期間、低血糖の危険性、サポート体制などに加え、高齢者では認知機能や基本的ADL、手動的ADL、併存疾患なども考慮して個別に設定する。ただし、加齢に伴って重症低血糖の危険性が高くなることに十分注意する。

注1：認知機能や基本的ADL（着衣、移動、入浴、トイレの使用など）、手動的ADL（買い物、食事の準備、服薬管理、金銭管理など）の評価に関しては、日本老年医学会のホームページ（<http://www.jpgeriatric-soc.or.jp/>）を参照する。エンドオブライフの状態では、著しい高血糖を防止し、それに伴う脱水や急性合併症を予防する治療を優先する。

注2：高齢者糖尿病においても、合併症予防のための目標は7.0%未満である。ただし、適切な食事療法や運動療法だけで達成可能な場合、または薬物療法の副作用なく達成可能な場合の目標を6.0%未満、治療の強化が難しい場合の目標を8.0%未満とする。下限を設けない。カテゴリーIIIに該当する状態で、多剤併用による有害作用が懸念される場合や、重症な併存疾患を有し、社会的サポートが乏しい場合などには、8.5%未満を目標とすることも許容される。

注3：糖尿病罹病期間も考慮し、合併症発症・進展阻止が優先される場合には、重症低血糖を予防する対策を講じつつ、個々の高齢者ごとに個別の目標や下限を設定してもよい。65歳未満からこれらの薬剤を用いて治療中であり、かつ血糖コントロール状態が表の目標や下限を下回る場合には、基本的に現状を維持するが、重症低血糖に十分注意する。グリニド薬は、種類・使用量・血糖値などを勘案し、重症低血糖が危惧されない薬剤に分類される場合もある。

【重要な注意事項】糖尿病治療薬の使用にあたっては、日本老年医学会編「高齢者の安全な薬物療法ガイドライン」を参照すること。薬剤使用時には多剤併用を避け、副作用の出現に十分に注意する。

日本糖尿病学会・日本老年医学会 2016年

《参考》糖尿病経口治療薬一覧 (2023.10.2追記)

低血糖症状を起こしやすい薬剤



種類	一般名	商品名	種類	一般名	商品名
ピグアナイド薬	メトホルミン塩酸塩	グリコラン メトグルコ	α-グルコシダーゼ阻害薬	アカルボース	グルコバイ グルコバイOD
	フホルミン塩酸塩	ジバトス ジバトンS		ボグリボース	ベイスン ベイスンOD
チアソリジン薬	ピオグリタゾン塩酸塩	アクトス アクトスOD		ミグリトール	セイブル セイブルOD
スルホニル尿素 (SU) 薬	グリベンクラミド	オイグルコン タオニール	SGLT2阻害薬	イプラグリフロジン-プロリン	スーグラ
	グリクラジド	グリミクロン グリミクロンHA		ダパグリフロジンプロピレングリ コール水和物	フォシーガ
	グリメピリド	アマール アマールOD		ルセオグリフロジン水和物	ルセフィ
速効型インスリン分泌促進薬 (グリニド薬)	ナテグリニド	スターシス ファステック		トホグリフロジン水和物	アプルウェイ テベルザ
	ミチグリニドカルシウム水和物	グルファスト		カナグリフロジン水和物	カナグル
レバグリニド	シュアポスト	エンバグリフロジン		ジャティアンス	
DPP-4阻害薬	シタグリプチンリン酸塩水和物*	クラクティブ シヤヌビア	配合薬	シタグリプチンリン酸塩水和物/ イプラグリフロジンをプロリン	スージャスR配合錠
	ビルダグリプチン*	エクア		ピオグリタゾン塩酸塩/ メトホルミン配合錠	メタクトR配合錠
	アログリプチン安息香酸塩*	ネシーナ		ピオグリタゾン塩酸塩/ グリメピリド配合錠	ソニアスR配合錠
	リナグリプチン*	トラゼンタ		テネグリプチン臭化水素酸塩 水和物/カナグリフロジン水和 物配合錠	カナリアR配合錠
	テネグリプチン臭化水素酸塩 水和物*	テネリア		アログリプチン安息香酸塩/ピオ グリタゾン塩酸塩	リオベルR配合錠
	アナグリプチン*	スイニー		アログリプチン安息香酸塩/ メトホルミン塩酸塩	イニシンクR配合錠
	サキサグリプチン水和物*	オングリザ		ビルダグリプチン/メトホルミン塩 酸塩	エクメットR配合錠
	トレラグリプチンコハク酸塩**	ザファテック		ミチグリニドカルシウム水和物/ ボグリボース	グルベスR配合錠
	オマリグリプチン**	マリゼバ			

*: 1日1~2回服用、**: 週1回服用

出典：日本糖尿病学会 編・著「2018-2019 糖尿病治療ガイド」P52~P58、MSD Diabetes Solutions「主な経口血糖降下薬一覧」、
糖尿病リソースガイド (<http://dm-ng.net/1/001/010800/list/>) を基にMRI作成

GLP-1阻害薬

- ビクトーザ (リラグルチド)
- ビデュリオン・バイエッタ (エキセナチド)
- リクスミア (リシキセナチド)
- トルリシティ (デュラグルチド)
- オゼンピック (セマグルチド)

注射薬であって
インスリンではない！

★糖尿病があっても カレーや揚げ物は食べていいのか？

いいです 調整できれば問題ありません

- 常食と糖尿病食の内容の区別は飲料や間食で調整可能
- **糖尿病食 = 健康が維持できる常食**と考える
- 介護保険施設等高齢者が生活する施設では、食事は生活の中で楽しみの1つであり楽しみながら栄養補給や健康管理をすることが求められる

◎糖尿病の栄養素摂取比率

- 糖尿病の予防・管理のための望ましいエネルギー産生栄養素比率について、これを設定する明確なエビデンスはない。
- 患者の身体活動量、併発症の状態、年齢、嗜好性などに応じて、適宜柔軟に対応する。

※栄養素のバランスの目安は、健常人の平均摂取量に基づいて勘案してよい。

日本人の食事摂取基準 2020 年版（成人の基準）

炭水化物 50～60%エネルギー、タンパク質13～20%エネルギー、脂質20～30%エネルギー（飽和脂肪酸 7%以下）

※「日本糖尿病学会の食事療法に関する提言」（2013年）の目安

炭水化物 50～60%エネルギー、タンパク質20%エネルギー以下、残りを脂質

脂質≤25%エネルギー → 多価不飽和脂肪酸を増やすなど、脂肪酸の構成に配慮する

※栄養素の摂取比率は、個人の嗜好性ひいては地域の食文化を反映している。食事療法を長く継続するためには、**個々の食習慣を尊重しながら、柔軟な対応**をしなければならない。

日本糖尿病学会：糖尿病診療ガイドライン2019

(3) 主食の基準量を決める

(2023. 8. 1追記)

※日本食品標準成分表<七訂>の数値 <八訂>ではごはん150gは230kcalを推奨

		重量 (g)						
種類		米	ごはん	軟飯	粥	重湯	5分粥	ペーस्ट粥 ※
吸水率(%)			2.2	3.0	5.2	18	10.3	5.2
		炊きあがり量 (g)						
kcal	糖尿病 交換表 単位	米	ごはん	軟飯	粥	重湯	5分粥	ペーस्ट粥 ※
20	0.25	6				110	60	
40	0.5	12	25	35	60	220	120	60
80	1	23	50	70	120		240	120
160	2	45	100	140	230		460	230
240	3	67	150	200	350			350
320	4	90	200	270	470			470

※ペーस्ट粥はどの主食で調整し、加水・嚥下補助剤の使用によって異なる

提供量が多すぎる

◆ 米の量を同じにすれば主食形態が変わっても栄養量は維持できる

◆ 他の主食も同様の方法で考え方で提供量を見直す

→給食用のパンや麺類は1単位(80kcal)で調整しているものが多い

(4) 副食1食当たりの栄養価を把握

例) 施設基準を1500kcal たんぱく質70g 脂質35g 糖質225gにした場合

① 主食の基準をごはん150g(米67g、糖尿病食品交換表3単位)にすると

→ エネルギー 1500kcal - 240kcal×3食 = 780kcal/日 → 260kcal/食

たんぱく質 70g - 4.1g×3食 = 57.7g/日 → 19.2 (≒20)g/食

脂質 35g/日 → 11.6 (≒12g)/食

糖質 225g - 52g×3食 = 69g/日 → 23 (≒20g)/食

1食あたりの副食エネルギーの目安

エネルギー 260kcal たんぱく質 20g 脂質 12g 糖質 20g

②主食の基準をごはん100g(米45g、糖尿病食品交換表2単位)にすると

→エネルギー 1500kcal - 150kcal×3食 = 1050kcal/日 → 350kcal/食
たんぱく質 70g - 2.7g×3食 = 61.9g/日 → 20.6 (≒20)g/食
脂質 35g/日 → 11.6 (≒12g)/食
糖質 225g - 34.9g×3食 = 120.3g/日 → 40.1 (≒40g)/食

1食あたりの副食エネルギーの目安

エネルギー 350kcal たんぱく質 20g 脂質 12g 糖質 40g



例) 施設基準を1500kcal たんぱく質70g 脂質35g 糖質225gの場合

- ①主食150g/食 → エネルギー 260kcal たんぱく質 20g 脂質 12g 糖質 20g
- ②主食100g/食 → エネルギー 350kcal たんぱく質 20g 脂質 12g 糖質 40g

①は3食の食事だけで栄養量が充足できるが、間食があるとエネルギーが過多になる

②の場合の副食のエネルギー量

1500kcal - 150kcal×3食 - 150kcal (間食) = 900kcal/日 → 300kcal/食

あらかじめ間食のエネルギー量を考慮しておき、間食で食事で不足する栄養素と糖質を補正する

(5) 基準栄養量に基づき献立を作成

献立作成時は1日当たりの栄養量で考える

- ・ 過不足を超えない程度の数値でとどめられればよい
- ・ 1週間～10日の平均栄養量が基準栄養量程度になれば問題ない

		エネルギー (kcal)	たんぱく質 (g)	脂質 (g)	糖質 (g)	食塩 (g)
過不足 (±)	食事のみ	150	15	10	20/日	<10g/日
	間食込み	100	10	8		

厳守

例)目標栄養量

	エネルギー (kcal)	たんぱく質 (g)	脂質 (g)	糖質 (g)
1日あたり(主食あり)	1500	70	35	225
1食あたり(主食なし)	300	20	12	

◆ 献立は立て直す必要はなく、既存の献立を見直していく

→1食あたりの栄養量の差異が大きい献立を調整

- ・ 調理方法の見直し 例)揚げ物、炒め物→焼き物、煮物、蒸し物
- ・ 食材料の見直し 例)ばら肉・小間切→もも肉またはヒレ肉
- ・ 分量の調整
- ・ 栄養補助食品で調整 1個80kcal(または100kcal)のものが多い

◆ 主食の提供量見直しにあたっては、多職種からの意見を参考にして調理担当者と実施できるところを調整する

(6) 献立の実施

別表2 諸規程、帳簿類の整備状況

帳簿類	帳簿の有無		帳簿類	帳簿の有無	
	有	無		有	無
1. 入所者名簿			1. 献立表(予定・実施)		
2. 入所検討委員会議事録			2. 給食材料の買注・納品 ・請求書類		
3. 入所者台帳					

1. 予定献立表

施設長の許可(決裁)を得てから発注をかける

2. 実施献立表

食材料の変更や調理指示等、当日食事提供に関する内容を記載したもの

※ 1 と 2 は分けて保管しておく

II 献立作成のポイント

献立作成時の注意事項

(2023. 8. 1修正)

- ◆ 毎食副食の栄養量を同じにせず、1日で目安量が充足できるように調整し、**和洋折衷**にすると療養食に展開しやすい
→調理作業や3食のバランスを考える
- ◆ 水分量の把握は忘れずに
→**主食の内容によって水分量は異なる**
- ◆ 彩りと味付けを考慮
 - 調理後、盛り付けた時をイメージして献立を考える
→難しいときはソース、添野菜や食器を活用する
 - 全ての料理がしょうゆ味だと、献立全体が茶色に見えて彩りが悪いうえ食塩摂取量が増える
- ◆ 作業効率、衛生管理
 - 軟弱野菜を休日明けや納品休み日の翌日の献立に使用していないか
→もやし、みつば、レタス等は長時間冷蔵庫で保管するのを避けるため、月曜日や休日明けの献立に入れない
 - 旬を外れた食材を使用すると食材料費は上がるため、どうしても使用したい場合は冷凍野菜を活用する
 - 1食の中で**同じ食材が重なっていないか**
→使い込み等の調理ミスにつながる
 - 調理担当者のシフトや出勤者数に合っているか
→献立作成後、調理担当者の責任者に内容確認をしておく
 - 調理内容と厨房機器に問題はないか
→マンパワー（人数、経験、専門性）や厨房機器（コンロの数、鍋の大きさ、スチコンの稼働）が献立内容に合っているか
 - 献立の組み合わせ方に問題はないか
→個別対応に問題なく対応できるか
→下処理や調理、盛り付けに手間がかかる献立が重複していないか
→特に行事食等の場合は注意が必要

当然ですが、予算は一番に考慮する必要があります

※にくにくしい、ぎょうぎょうしい、らんらんしている、まめまめしい

肉肉

魚魚

卵卵

豆豆

アブラギッシュな献立の見直し

- ◆ 肉・魚・卵類・乳製品・大豆製品を使った料理の数
 - すべての料理に含まれていないか、材料が偏っていないか
 - 例) ・1食で豚肉、ウインナー、ベーコン、ハムを重複使用すると肉類だらけになるだけでなく食塩摂取量、コレステロールがup
 - ・同様に魚類、練り物、ツナ缶等の重複使用に注意が必要
 - ・大豆製品は植物性食品だが重なり過ぎに注意が必要
- ◆ 揚げ物、炒め物、ドレッシングやマヨネーズ、バター類などが使用してある料理
 - 1食のうち2品までになっているか

忘れちゃ
いけない

減塩に関する考慮事項

☞ だしの素の種類

→かつお節や昆布、食塩無添加の顆粒やだしパックに切り替え

☞ 味付けの工夫

→食塩含量の少ない調味料を活用

例) ケチャップ、マヨネーズ、香味野菜、酸味、香辛料など

☞ 「こうばしさ」のある料理を活用

→揚げ物、焼き物などを取り入れる

→煮物や炒め物を主菜にする場合、副菜内容に考慮が必要

☞ 魚は生魚を利用、魚肉加工品は1食1品程度

→干物、塩サバ(鮭)は塩蔵品より、生魚に軽く塩を振った方がよい

→分量を減らして朝食で使用

☞ 漬物、佃煮、ふりかけ類は1日に1~2種類まで

→使用したい場合は調味料として活用

☞ 野菜は塩ゆでしない

→献立表に記載がなくても使用していないか確認を

咀嚼しにくい方、食事でむせる方が食べにくい食品

特徴	食べにくい食材・料理
繊維の多いもの	ごぼう、れんこん、たけのこ、葉物野菜の茎部分、パイナップル
生野菜	ニンジン、きゅうり、千切りキャベツ
噛みにくいもの	せんべい、ナッツ、いり大豆、漬け物
弾力が強いもの	こんにゃく、イカ、タコ、かまぼこ
スポンジ状のもの	高野豆腐、がんもどき
酸味の強いもの	酢の物、柑橘類
噛んだときに水分が多くでるもの	柑橘類、おでんの大根
粉末状のもの	きなこ
パラパラ、ボソボソするもの	焼き魚、肉そぼろ、ゆで卵、チャーハン、フライの衣、食パン
のどに詰まりやすいもの	もち、こんにゃく、ロールパン
口の中にはりつくもの	のり、わかめ、葉物野菜の葉の部分
喉へ流れこみやすいもの	水、お茶、みそ汁などの汁物

出典：国立長寿医療研究センター・東浦町作成「健康長寿教室テキスト第2版」2020. P30

食品別・食べやすくするひと工夫

 **肉**

- ・適度に脂身のある部位を使用する
- ・かたく、噛み切りにくい筋には切れ目を入れる。皮を取り除く
- ・薄切り肉やひき肉は巻いたり団子状にするなど、厚みを出すとうい

野菜 

- ・繊維と垂直に切る
- ・隠し包丁を入れる
- ・皮を取り除いたり、繊維の多い茎などは切り落とす
- ・芋類（山芋、里芋など）のすりおろしたものはとろみづけやつなぎにもよい

魚 

- ・塩麹などに漬け込む
- ・蒸す（水分が加わり食べやすくなる）
- ・塩は直前にふる
- ・表面に小麦粉や片栗粉をまぶしてから調理する
- ・加熱しすぎないようにする

その他

- ・圧力鍋を使用する
- ・酵素の働きを利用する（パイナップル、キウイなど）
- ・あんをかける

など

参考文献：主婦と生活社発行 藤谷順子・江頭文江監修 改訂版 図解 かみにくい・飲み込みにくい人の食事(2017)
医歯薬出版 嚥下調整食 学会分類2013に基づく回復期リハビリテーション病棟の嚥下調整食レシピ集105 (2017)

III 療養食への展開方法

療養食加算が算定できる病名と留意点

腎臓食	心臓疾患（食塩相当量が総量（1日量）6g未満の減塩食の場合）および、妊娠高血圧症候群などに対して減塩食療法を行う場合（日本高血圧学会、日本妊娠高血圧学会などの基準に準じた内容の場合）は、腎臓食に準じて取り扱うことができる。高血圧症に対する減塩食療法を行う場合には認められない。
肝臓食	肝臓腫瘍、肝炎食、肝硬変食、閉鎖性黄疸食（胆石症および胆嚢炎による閉鎖性黄疸の場合も含む）などをいう。
糖尿食	①適正なエネルギー、②適正なバランス、③合併症に合わせた配慮
胃潰瘍食	十二指腸潰瘍の場合も胃潰瘍食として取り扱ってよい。手術前後の高カロリー食は加算の対象とならないが、梗塞の大きな消化管手術の術後において胃潰瘍食に準ずる食事を提供する場合は、特別食の加算可。また、クローン病、潰瘍性大腸炎などにより腸管の機能が低下している患者に対する低残渣食は特別食の算定可。
貧血食	鉄分の欠乏により血中ヘモグロビン濃度が10 g/dL以下の症例が対象。
肺臓食	①脂質制限、②刺激物の回避、③消化のよいものの選択、④脂溶性ビタミンの補充
脂質異常症食	空腹時定常状態におけるLDLコレステロール値が140 mg/dL以上、またはHDLコレステロール値が40 mg/dL未満、または中性脂肪値が150 mg/dL以上の症例が対象。高度肥満症（肥満度が+70%以上またはBMIが35以上）に対して食事療法を行う場合もここに含まれる。
痛風食	①プリン体の摂取制限、②適正なエネルギー摂取、③適正範囲内のアルコール摂取、④水分摂取、⑤アルカリ性食品の摂取（尿路結石の予防）

ニュートリー(株)HP「医療従事者お役立ち情報」より改編

療養食を作成するにあたって

- **食種によって重視する栄養素は異なる**
→現在運用している献立の1日分の栄養量を見直してみる
- 栄養量の充足率は基準量に対して±10%程度ならば問題ない
→1週間もしくは10日程度で基準栄養量が整うように考える
- 設定栄養量は1000～1800kcal（上限は入所者の状況に合わせる）の間に収まるが、主食で調整できるのは300kcalが限界のため、利用者の年齢層に幅があり、かつ、食数の多い施設は**献立は2本**用意しておくとし、**献立は1本**は常食から展開②し、もう1本は潰瘍食などで使えるメニュー中心①にしておくとし、相互で調整しやすく、献立数が増え過ぎない
- 同じ献立であっても種類や部位を変える、分量調整、調理方法の変更で対応する
→例) 肉料理 フライ→パン粉焼き みそ焼き→塩焼きや蒸し焼き
ロース→ももやヒレ、ささ身 魚や肉は発注時に大きさを指定
たれをからめて調理→加熱調理後、上からたれやソースをかける
- 汁物は、分量の調整のほか差し替えしやすい献立を利用、栄養補助食品類の活用で対応する
- 間食にウェイトを置く場合は、その内容を見越して食事内容を調整する
- 具体的なバランスを見ながらPFCの割合を検討する

1 糖尿病(エネルギー調整)

項目	内容
配慮する栄養素	糖質（エネルギー）
献立作成本数	1本 1000～1300kcal 2本 ①1000～1300kcal ②1400～1700kcal(常食)
展開	① 糖質が多いメニューを差し替え、もしくは減量 主菜の煮物、焼き物→②のメニューと同じ内容（揚げ物等） ② 常食（＝糖尿病食） ※主食量で調整 例) ごはん：50g・100g・150g の3分類
間食・飲料	糖質の多い食品は減量してたんぱく質性食品と組み合わせる
注意点	

◎糖尿病の食事療法

1. 目標体重(kg)^{※1}の計算 身長(m) × 身長(m) × 22～25 ※65歳以上の場合
2. 必要エネルギー量(kcal)の算出
目標体重(kg) × 身体活動レベルと病態によるエネルギー係数^{※2}(kcal)

身体活動レベルと病態による
エネルギー係数 (kcal)

身体活動量	kcal
低い 大部分が座位の静的活動	25～30
中等度 座位中心だが通勤・家事、軽い運動を含む	30～35
高い 力仕事、活発な運動習慣がある	35～40

※1 75歳以上の後期高齢者では現体重に基づき、フレイル、(基本的)ADL低下、併発症、体組成、身長短縮、摂食状況や代謝状況の評価を踏まえ適宜判断する

※2 高齢者のフレイル予防では、身体活動レベルよりも大きい係数を設定できる。また、肥満で減量をはかる場合には、身体活動レベルより小さい係数を設定できる。目標体重と現体重との間に乖離がある場合は、身体活動レベルと病態によるエネルギー係数を参考に柔軟に係数を設定する

※食事療法の考え方

①食事療法

- ・ 糖尿病の管理には、食事療法を中心とする生活習慣の是正が有効である (推奨グレードA)
- ・ 食事療法の実践にあたって、管理栄養士の指導が有効である (推奨グレードA)

②炭水化物

- ・ 純粋果糖(果物)は一定量までは糖尿病に影響を与えない
1単位程度の摂取はお勧めしてよい
- ・ ショ糖を含んだ甘味やジュースは、血糖コントロールの悪化、メタボリックシンドロームの助長を招く可能性があり、控えるべき
- ・ 炭水化物量は、たんぱく質及び脂質エネルギーの残りをアルコールを含めた合計で考える (日本人の食事摂取基準2020)

③たんぱく質

- 20%エネルギーを超えるたんぱく質摂取は、動脈硬化性疾患などによる総死亡率の増加をきたす可能性あり
- たんぱく質摂取量は、糖尿病(性)腎症の発症リスクにならない

④脂質

- 総脂質量と糖尿病発症リスクとの関係は明らかではないが動物性脂質（飽和脂肪酸）の摂取は糖尿病発症リスクとなる
- n-3系脂肪酸の有効性は確認されていない

⑤食物繊維

- 食物繊維は**糖尿病状態の改善に有効**
- 炭水化物量とは**無関係に20g/日以上摂取**

⑥ビタミン・ミネラル

- ビタミン・ミネラルが及ぼす影響は明らかではない

⑦食塩

- 摂取目標量は、**男性7.5g/日未満、女性6.5g未満**（日本人の食事摂取基準2020に準拠）
- 高血圧・顕性腎症合併例では、**6.0g/日未満**

⑧甘味料

- ショ糖の摂取量は糖尿病発症のリスクになるが、人工甘味料の糖尿病発症リスクならびに血糖コントロールに及ぼす影響は十分に確認ができていない

⑨アルコール

- 摂取量の上限として**25g/日**を目安として、個々の飲酒習慣によって個別化
- 発泡酒などでは含有される炭水化物のエネルギーに留意
- インスリン療法中の患者では急性効果としての低血糖に注意
→**上記が管理できれば**飲酒は許容

★アルコール量の計算式

$$\text{お酒の量(mL)} \times \text{度数または\%} / 100 \times \text{比重 } 0.8 = \text{純アルコール量(g)}$$

→お酒の量を125で割って度数をかける

⑩その他

- インスリン療法中の患者にカーボカウントを指導することは血糖コントロールに有効

◎糖尿病予防の結果が報告されている食習慣

- **食物繊維が多い野菜やたんぱく質性食品を主食より先に食べ、よく噛んで食べる**
→食後血糖上昇抑制、高血糖の是正、HbA1c低下、体重減少
- **遅い時間帯の夕食摂取、就寝前の夜食**
→肥満助長、血糖コントロール不良の原因
- **朝食欠食**
→肥満助長、血糖コントロール不良の原因、2型糖尿病・動脈硬化のリスク↑

シフトワーカーは
体重増・2型糖尿病の発症のリスク↑
★夜勤明け 私に必要 食事指導★

2 腎臓病(たんぱく調整・塩分調整) (2023.8.1修正)

項目	内容
配慮する栄養素	食塩<6g たんぱく質 ※たんぱく質を減量する分、エネルギーは高めに設定
献立作成本数	1本 たんぱく質①30~45g 2本 ①1200~1400kcal たんぱく質 ≤40g 食塩<6g ②1400~1600kcal たんぱく質 40g< 食塩<6g
展開	常食の主菜を減量(1/2~2/3程度) ② 主菜の煮物 → 焼き物、揚げ物、炒め物、蒸し物 + たれ※ ※たれ: ホワイトソース、カレーソース、おろしたれ、ごまだれ等 ③ 汁物なし ④ 主食: 50g・100g・150g の3分類 ※50g・100gは糖尿病性腎症でも活用可能
間食・飲料	食塩の多い食品を避ける
注意点	①の主食は低たんぱくごはんを使用すると調整しやすい 必要に応じてMCT入りゼリー(栄養補助食品)など脂質を有効活用

◎慢性腎臓病(CKD)の食事療法

1. 標準体重(kg)の計算 身長(m) × 身長(m) × 22
2. 必要エネルギー量(kcal)の算出 標準体重(kg) × 身体活動量(kcal)
3. たんぱく質量の計算 標準体重(kg) × 体重1kgあたりの必要量(g)

身体活動量(kcal)

身体活動量	kcal
低い	25~30
中等度	30~35
高い	35~40



下記
慢性腎臓病ステージによる食事療法基準の
「たんぱく質」欄参照

※慢性腎臓病ステージによる食事療法基準

ステージ (GFR)		エネルギー量 (kcal/kgBW/日)	たんぱく質 (g/kgBW/日)	食塩 (g/日)	カリウム (mg/日)
ステージ1	(GFR ≥ 90)	25 ~ 35	過剰な摂取をしない	3 ≤ かつ < 6	制限なし
ステージ2	(GFR 60~89)		過剰な摂取をしない		制限なし
ステージ3a	(GFR 45~59)		0.8 ~ 1.0		≤ 2,000
ステージ3b	(GFR 30~44)		0.6 ~ 0.8		≤ 1,500
ステージ4	(GFR 15~29)		0.6 ~ 0.8		≤ 1,500
ステージ5	(GFR < 15)		0.6 ~ 0.8		≤ 1,500
ステージ5D	透析療法中	別表			

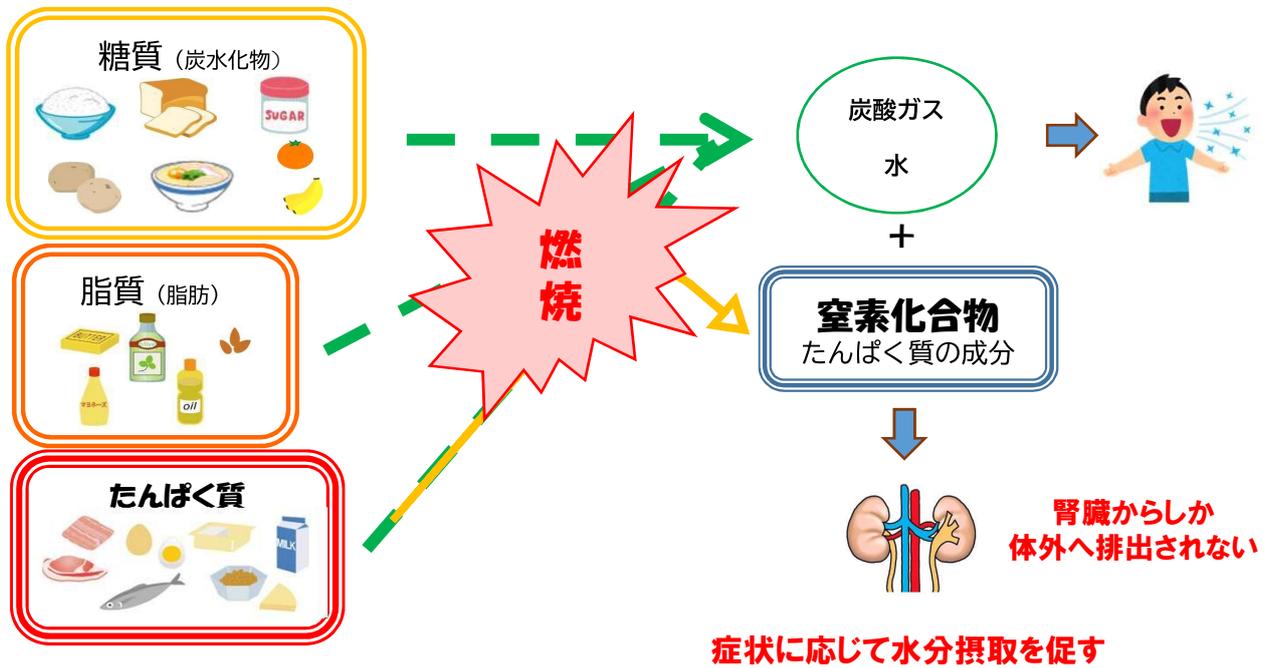
別表	エネルギー量 (kcal/kg/日)	たんぱく質 (g/kg/日)	食塩 (g/日)	水分	カリウム (mg/日)	リン (mg/日)
ステージ5D						
血液透析 (週3回)	30 ~ 35*1,2	0.9 ~ 1.2*1	< 6*3	できるだけ少なく	≤ 2,000	≤ たんぱく質(g) × 15
腹膜透析	30 ~ 35*1,2	0.9 ~ 1.2*1	PD除水量(L) × 7.5 + 尿量(L) × 5	PD除水量+尿量	制限なし	≤ たんぱく質(g) × 15

*1 体重は基本的に標準体重(BMI=22)

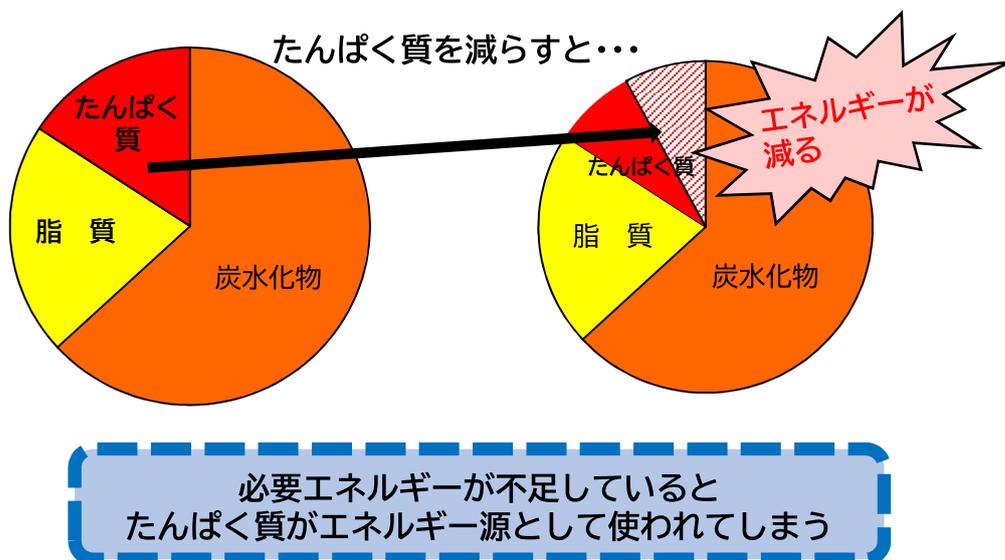
*2 性別、年齢、合併症、身体活動度により異なる

*3 尿量、身体活動度、体格、栄養状態、透析間体重増加を考慮して適宜調整する

※たんぱく質制限が必要なのはなぜ？



※エネルギーアップが必要なのはなぜ？



3 心臓病(エネルギー・塩分調整)

項目	内容
配慮する栄養素	糖質（エネルギー）、食塩<6g
献立作成本数	1~2本 ①1000~1300kcal 食塩<6g ②1400~1700kcal 食塩<6g
展開	① ②の糖質が多いメニューを差し替え、もしくは減量 揚げ物→焼き物 汁物差し替え 蒸し物 + たれ※ ※たれ：「2 腎臓病」参照 ② 汁物差し替え
間食・飲料	糖質の多い食品は減量してたんぱく質性食品と組み合わせる
注意点	必要に応じてたんぱく質強化ゼリー（栄養補助食品）を有効活用

◎減塩に糖質の適量摂取制限が必要なのはなぜ？



減塩を考える場合、**食塩**だけでなく**糖質摂取量**にも注意が必要

4 脂質異常症(エネルギー・脂質調整) (2023.10.2修正)

項目	内容
配慮する栄養素	糖質(エネルギー) 脂質(動物性)
献立作成本数	2本 ①1000~1300kcal ②1400~1700kcal
展開	①・②とも、卵を多く使用するメニューは差し替え ① 主菜：植物性たんぱく質が多いメニューに差し替え 脂質：バター、マーガリン、マヨネーズ→植物油 ② 動物性たんぱく質→動物性・植物性たんぱく質を取り混ぜ、 部位の調整 脂質：バター、マーガリン、マヨネーズ→植物油
間食・飲料	バター、生クリーム、マーガリン使用のメニューは差し替えか減量
注意点	必要に応じてたんぱく質強化ゼリー(栄養補助食品)を有効活用 青魚は積極的に提供 HDL↓… ω -3・ ω -6摂取 中性脂肪↑…糖質制限 LDL↑…動物性脂肪制限 動物性脂肪 = コレステロール 植物性油脂は適度に使用

5 潰瘍食・低残渣食(脂質・繊維調整) (2023.8.1修正)

項目	内容
配慮する栄養素	脂質 食物繊維
献立作成本数	1本 ①1000~1400kcal
展開	① 主菜→煮物、焼き物、蒸し物に差し替え 野菜は食物繊維の少ないものを選択 食物繊維の多い食品は裁断方法に配慮 ② たんぱく質性食品は脂質の少ない部分のものに差し替え
間食・飲料	脂質含有量の少ない食品を使用するが、糖質主体の食品ばかりにならないように注意が必要
注意点	必要に応じてたんぱく質強化ゼリー(栄養補助食品)を有効活用 青魚は ω -3摂取目的から1/2量にして提供

①は軟菜食として別献立を準備してもよい

常食が脂っぽくて苦手、咀嚼能力の低下などがある場合に対応でき、介護食に展開しやすい

6 貧血食

項目	内容
配慮する栄養素	鉄 ビタミンC ビタミンB ₁₂ 葉酸 亜鉛
献立作成本数	1本 栄養補助食品
展開	・ 鉄の1日当たりの所要量を満たすこと 男性10mg/dL、女性18mg/dLを超えるように栄養補助食品を追加
間食・飲料	ビタミンCが補給できる飲料や間食で栄養補助食品を提供
注意点	

余裕があれば…

7 糖尿病性腎症(エネルギー・たんぱく調整)

項目	内容
配慮する栄養素	糖質(エネルギー) 食塩<6g たんぱく質
献立作成本数	2本 ①1000~1300kcal たんぱく質 ≤40g 食塩<6g ②1400~1700kcal たんぱく質 40g< 食塩<6g
展開	① 主菜を②のメニューにして減量(1/2~2/3程度) 汁物差し替え ② 主菜を減量(1/2~2/3程度) 汁物差し替え
間食・飲料	糖質の多い食品は減量 食塩量の少ないものを選択
注意点	①の主食は低たんぱくごはんを使用すると調整しやすい

※糖尿病性腎症と慢性腎臓病の食事療法はほぼ同じ

◎CKDの重症度分類

原疾患	蛋白尿区分	A1	A2	A3
糖尿病	尿アルブミン定量 (mg/日)	正常	微量アルブミン尿	顕性アルブミン尿
	尿アルブミン/Cr比 (mg/gCr)	30未満	30~299	300以上
高血圧 腎炎 多発性嚢胞腎 移植腎 不明 その他	尿蛋白定量 (g/日)	正常	軽度蛋白尿	高度蛋白尿
	尿蛋白/Cr比 (g/gCr)	0.15未満	0.15~0.49	0.50以上
GFR区分 (mL/分 /1.73m ²)	G1 正常または高値	≥90		
	G2 正常または軽度低下	60~89		
	G3a 軽度~中等度低下	45~59		
	G3b 中等度~高度低下	30~44		
	G4 高度低下	15~29		
	G5 末期腎不全(ESKD)	<15		

糖尿病性腎症は尿アルブミン定量で診断するがGFR区分が低くなれば尿蛋白でも診断する

重症度は原疾患・GFR区分・蛋白尿区分を合わせたステージにより評価する。CKDの重症度は死亡、末期腎不全、心血管死発症のリスクを緑■のステージを基準に、黄■、オレンジ■、赤■の順にステージが上昇するほどリスクは上昇する。(KDIGO CKD guideline 2012を日本人用に改変)

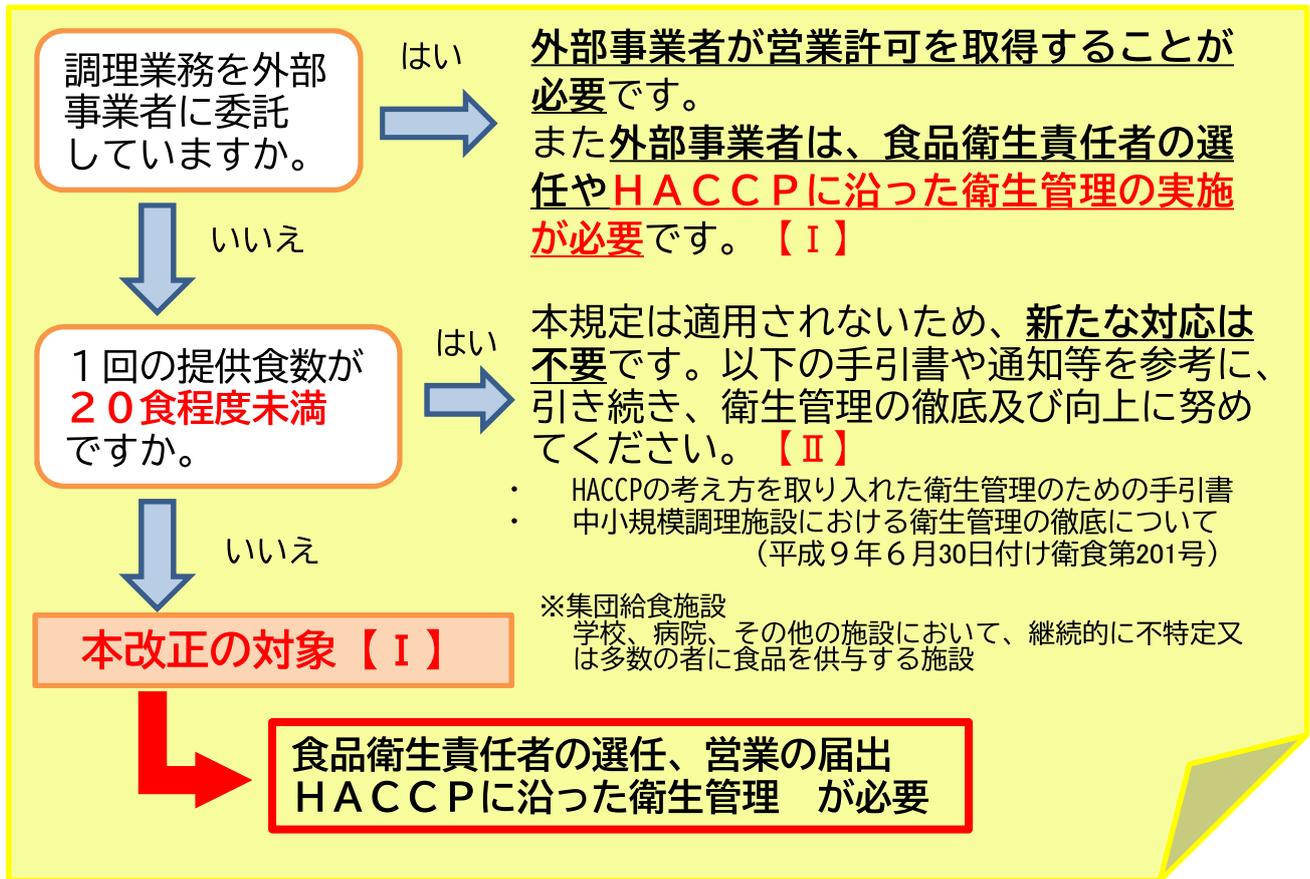
注：わが国の保険診療では、アルブミン尿の定量測定は、糖尿病または糖尿病性早期腎症であって微量アルブミン尿を疑う患者に対し、3か月に1回に限り認められている。糖尿病において、尿定性で1+以上の明らかな尿蛋白を認める場合は尿アルブミン測定は保険で認められていないため、治療効果を評価するために定量検査を行う場合は尿蛋白定量を検討する。

日本腎臓学会：CKD診療ガイドライン2012

IV 衛生管理

集団給食施設の取扱いについて

(2023. 8. 1修正)



【Ⅰ】食品衛生責任者の選任、営業の届出、HACCPに沿った衛生管理が必要な場合（1回の提供食数が20食程度以上）

（ア）食品衛生責任者の選任

食品衛生責任者の資格

- ・ 調理師、製菓衛生師、栄養士、船舶料理士、食品衛生管理者又は食品衛生監視員等の資格を有する者
- ・ 食品衛生責任者養成講習会（計6時間以上の所定の講習会）
→資格のない食品衛生責任者は、都道府県等が開催する養成講習会を受講すれば食品衛生責任者になることができる
※名古屋市でも今後開催予定あり

（イ）営業の届出

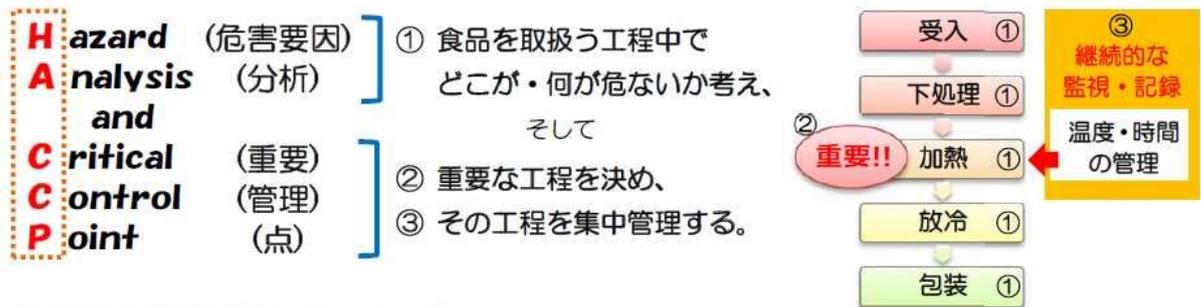
届出内容：届出者の氏名、施設の所在地、営業の形態、主として取り扱う食品等に関する情報、食品衛生責任者の氏名

- ・ 所管区保健センターで手続、もしくは食品衛生申請システムによりオンラインで届出・修正が可能



(ウ) HACCPに沿った衛生管理

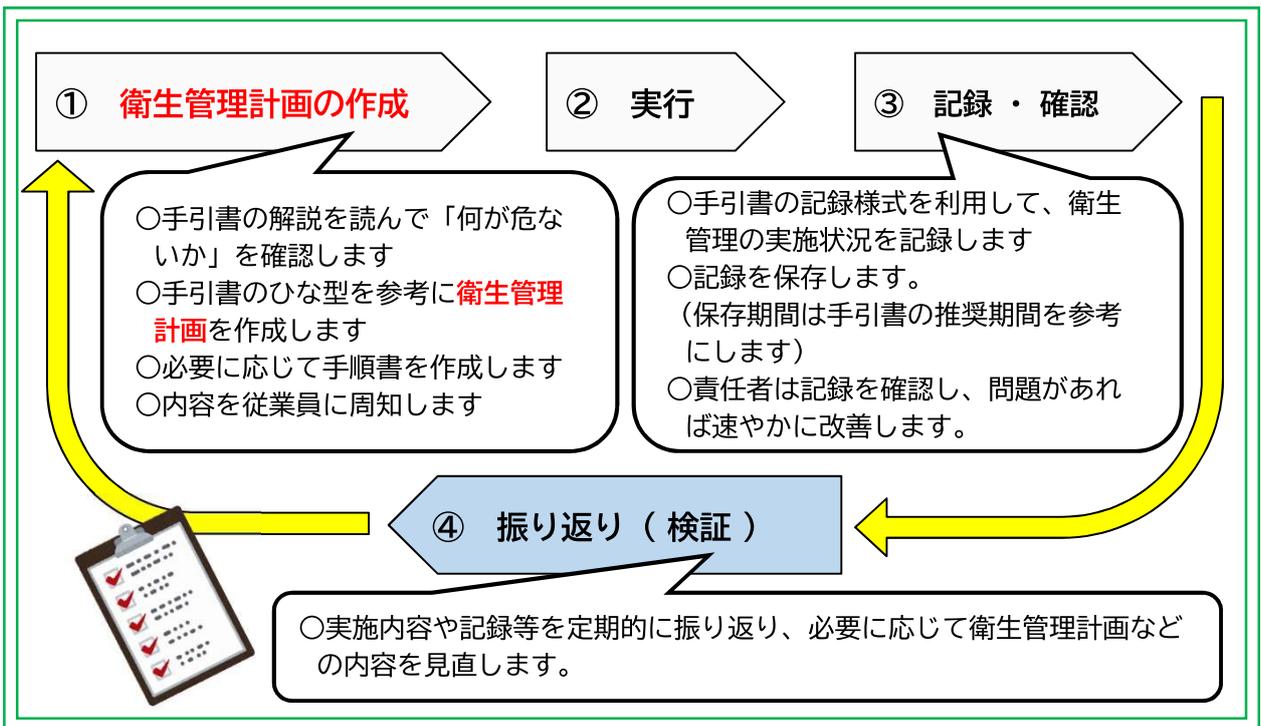
○HACCPとは国際的に認められている衛生管理の方法です。



給食施設は「HACCPの考え方を取り入れた衛生管理」の対象

HACCPの考え方を取り入れた衛生管理とは…
 事業者団体が作成し、厚生労働省が内容を確認した手引書を利用して、一般的な衛生管理を主体としつつ、温度管理等の手順を定め、簡便な記録を行う
現在実施している衛生管理の方法を「見える化」する

↓ 何をするかというと…



事業者団体が作成した手引書とは

(2023. 8. 1修正)

○「HACCPの考え方を取り入れた衛生管理」の取り組みに対応するために業界団体が作成したもの

→自分の業態に合った手引書を参考に作成

【手引書の例】

- ・小規模な一般飲食店事業者向け手引書
- ・旅館・ホテル向け手引書
- ・多店舗展開する外食事業者向け手引書
- ・医療・福祉施設を対象とするセントラルキッチンにおける手引書
- ・HACCPの考え方を取り入れた衛生管理のための手引書 ～委託給食事業者～
- ・大量調理施設衛生管理マニュアル（平成9年3月24日付け衛食第85号別添）など

(構成)

- ・危害要因（ハザード）
- ・管理ポイント
- ・衛生管理計画の例
- ・実施記録の様式例 など

直営で給食業務を運営している施設における 衛生管理計画の作成方法

(2024. 4. 1修正)

① 1回の提供食数が20食程度以上で3食提供している施設

以下の手引書を参考に、衛生管理計画及び点検用帳票を作成することを推奨

[HACCPの考え方を取り入れた衛生管理のための手引書～委託給食事業者～](#)

※施設でクックチルやクックフリーズの作業による調理を実施している場合は

[医療・福祉施設を対象とするセントラルキッチンにおける手引書](#)

も参考にする



[衛生管理計画フォーマット](#) を参考に、衛生管理計画を作成

衛生管理計画に基づいた点検用帳票を作成し、日々の作業時に記載する

② 1回の提供食数が1～2食の施設(居宅サービス・日中活動系事業所等)

[衛生管理計画を作成する方法\(例\)](#)

[衛生管理計画\(例\)](#)

[衛生点検記録簿](#)

[衛生点検表](#)

※ [青線](#)のフォーマット類及び衛生管理計画作成に関する資料は、「[栄養・衛生管理関係 帳票フォーマット](#)」に掲載しています

以下の場合には食品衛生法の規定の対象となります

(2024. 4. 1修正)

- 外部事業者によって調理された（クックチルやクックフリーズ等）食事を施設で加熱して提供する場合
- 自施設の職員が施設内のユニットやキッチン等で加熱や盛付を行っている場合
※炊飯(洗米を含む)や汁物の調理のみを行う場合も同様

施設で衛生管理計画を作成・実行するにあたっての注意点

- 衛生管理計画に定めた実施内容や記録が、実際の業務と合っているか
→計画上の手順と実際の手順が異なる、記録することとなっている項目を記録していない 等
- 全てを施設内で調理しない場合の衛生管理計画は、市が例として示している様式や各業界団体が作成している手引書から、自施設に関係のない（実施の必要がない）項目を除いて作成する。また、自施設の状況に合った内容とする
- 実施内容や記録に問題があれば、必要に応じて衛生管理計画を見直す

【Ⅱ】規定が適用されない場合（1回の提供食数が20食程度未満）

(2024. 4. 1修正)

NAGOYAかいごネット 令和3年10月4日掲載
小規模介護保険関係施設における食品衛生の基本方針について（通知）
（令和3年10月4日介護保険課長通知）

ウェルネットなごや 令和3年11月19日掲載
小規模障害者施設における食品衛生の基本方針について（通知）
（令和3年11月19日障害者支援課長通知）

1回の提供食数が**20食程度未満**の少数特定の者に食事を提供する施設の衛生管理に関する方針 ※給食の運営が**直営・委託を問わない**

→下記の作業に介護職員・生活支援員等が各ユニット等で従事する場合は、**ユニットごとに衛生点検**を実施する

調理・配膳例)

- 炊飯(洗米を含む)や汁物を調理・配膳する場合
- クックチルやクックフリーズ等の食品を調理・配膳する場合

様式例 [衛生管理チェックシート](#)

※「栄養・衛生管理関係 帳票フォーマット」及び次ページ参照

衛生管理項目

1. 施設及び設備の衛生管理

- ① 手洗設備は石けんやペーパータオル等及び消毒液を備えること。なお、できる限り専用の手洗い設備を設置すること。
- ② 調理を行う施設は常に清潔に保ち、整理整頓、清掃、消毒を行うこと。
- ③ 調理施設の規模や設備、調理従事者数等を十分に勘案し、能力に適した食数や献立等にすること。
- ④ 調理等に使用する水は、飲用に適する水を使用すること。
- ⑤ 食品残渣、使用済容器等は、汚液、汚臭等がもれない方法により衛生的に処理すること。

2. 調理従事者及び喫食者の衛生管理

- ① 施設責任者は、調理従事者の健康状態を確認し、下痢やおう吐、皮膚の化膿性疾患等の症状がある場合には、調理作業に従事させないこと。
- ② 調理従事者はこまめに手指の洗浄及び消毒を行うこと。また、手洗い後のタオルは個人持ちとし、共用にはしないこと。
- ③ 調理従事者はエプロン、マスク、使い捨て手袋等を必要に応じて着用すること。
- ④ 喫食者に対し、食事前に必ず手洗いをするように呼びかけること。または手指の清拭を行うこと。

3. 食品等の取扱い

- ① 原材料は必要な分だけ購入し、品質、鮮度、表示等について点検すること。
- ② 購入した食品は保存方法を守って適切な温度で保管すること。また、他の食品を汚染しないよう衛生的に保管すること。
- ③ 調理器具等はこまめに洗浄・消毒し衛生的に保つこと。また、衛生面や安全面を考慮した場所へ保管すること。
- ④ 食器の洗浄及び消毒は、家庭用食器乾燥機など用い、衛生的に洗浄、乾燥及び保管すること。
- ⑤ まな板、包丁等は肉魚用、野菜用と用途別に用意し、食材や用途によって使い分けるなど、二次汚染防止に努めること。
- ⑥ ふきん及びスポンジは、作業終了後に消毒及び乾燥させること。
- ⑦ 調理作業前及び肉や魚、卵を取り扱った後には、石けんを使用して念入りに手洗いを行うこと。なお、調理作業時の手洗いは、トイレ使用後に使用する場所とは別途にすることが望ましい。
- ⑧ 加熱せずに提供する食品や調理済みの食品に触れる際は、素手で取り扱わず、清潔な調理器具又は使い捨て手袋を使用することが望ましい。
- ⑨ 作り置きや前日調理は避け、調理後は時間を置かずにできる限り早く提供すること。
- ⑩ 加熱調理する食品は中心温度75℃以上1分以上（ノロウィルス食中毒を防止するためには中心温度85～95℃で90秒以上）、十分に加熱できているか中心温度計を用いて確認することが望ましい。中心温度を測定しない場合でも、中心部まで十分な加熱できているか確認すること。
- ⑪ 保存食は不要とする。
- ⑫ 食事前の検食は不要とするが、味見など事前の確認は行うこと。

【フォーマット】 (2023.8.1修正)

食品衛生チェックリスト

年

月分

※確認事項 (各チェック項目について「○」、「△」、「×」をつける)

食事時間帯	月			火			水			木			金			土			日			
	朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕	
担当者 (調理責任者)																						
調理開始時間	：	：	：	：	：	：	：	：	：	：	：	：	：	：	：	：	：	：	：	：	：	：
調理終了時間	：	：	：	：	：	：	：	：	：	：	：	：	：	：	：	：	：	：	：	：	：	：
1 手洗い設備に石けんや消毒液を備えていますか																						
2 施設は整理整頓、清掃消毒を行っていますか																						
3 施設の規模や設備、調理従事者数を十分に勘案し、能力に適した食数や献立等に行っていますか																						
4 調理従事者の健康状態や手指の傷の有無を点検していますか																						
5 調理従事者はこまめに手指の洗浄及び消毒を行っていますか																						
6 調理従事者は身だしなみ (爪を短く切る、腕時計や指輪などの装身具を外すなど) を整え、必要に応じてエプロン、マスク、使い捨て手袋等を着用していますか																						
7 喫食者に対し、食事前に必ず手洗いを行うよう呼びかけていますが、または手指の清拭を行っていますか																						
8 原材料は品質鮮度、表示等について点検し、必要な量だけ購入していますか																						
9 購入した食品は保存方法を守って適切な温度で保管されていますか。また、他の食品を汚染しないよう衛生的に保管されていますか																						
10 魚介類や野菜・果物は流水でよく洗っていますか。冷蔵庫・冷凍庫から出した原材料は速やかに下処理や調理を行っていますか																						
11 調理作業前及び肉や魚、卵を取り扱った後には、石けんを使用して念入りに手洗いを行っていますか																						
12 調理器具等はこまめに洗浄・消毒され適切に使い分けがされていますか																						
13 ふきん及びスポンジは、作業終了後に消毒及び乾燥させていますか																						
14 作り置きや前日調理は避け、調理後は時間を置かずにできるだけ早く提供していますか																						
15 加熱調理する食品は中心温度75℃以上1分以上 (ノロウイルス食中毒を防止するためには中心温度85～95℃で90秒以上) になっていますか。中心温度を測定しない場合は、中心部まで十分な加熱できていますか																						
16 食事提供前に、異味・異臭・異物がないことを確認していますか																						
○の数の合計 (/16)																						
特記事項																						

NAGOYAかいごネット、ウェルネットなごやからダウンロード可能

ユニット等で調理業務に従事する介護職員等の 検便実施の目安について

ユニット等 … 1回の提供食数が20食程度未満の少数特定の者に食事を提供する施設

根拠通知 HACCP に沿った衛生管理の監視指導等実施要綱

令和3年5月28日 3健食第72号 (食品衛生課通知)

別添:「営業者が実施する自主検査等の目安」より

【ユニット】 1回100食以上又は1日250食以上の集団給食施設 (大量調理施設を除く。)

以外の業種別手引書に則って検便を行う施設 に該当

【必須】 赤痢菌、サルモネラ属菌、腸管出血性大腸菌0157

【必要に応じ】 ノロウイルス (10月から3月)、他の食中毒菌、経口感染症の病原体
以上について、目安として年1回以上検便を実施

※検便は、あくまでも毎日の健康確認を補完するものであることに留意

食品衛生 (2023. 8. 1修正)

食中毒や感染症に関するマニュアルを確認するとともに、手洗いの徹底等を基本とした予防対策をお願いします。

給食業務が直営・委託に関わらず、衛生管理計画や関係帳票(委託の場合は委託会社が作成)は適宜目を通して確認するようにしてください。

◎食中毒予防の3原則



① 微生物をつけない・・・「洗う！分ける！」

- ・ 次ページの【手洗いのタイミング】時には手洗いを徹底する
- ・ 調理場、調理器具は常に清潔を保つ。調理器具は使用の都度洗浄し、必要に応じて消毒する
- ・ 食品を保管する際は、他の食品に付いた細菌が付着しないよう密封容器に入れるかラップをかける。冷蔵庫内は食材ごとに置き場所を分ける

② 微生物を増やさない・・・「低温保存！早めに提供！」

- ・ 原材料は、保存方法を守って保存する。
- ・ 調理途中の食品も常温に放置せず、冷蔵庫へ保管し、早めに提供する。
- ・ 調理後の食品は、急速に冷却するか、温蔵する。
- ・ 冷蔵庫は10℃以下（生食用鮮魚介類の場合は4℃以下）、冷凍庫は-15℃以下に保つ。温度計を備え付け、定期的に温度をチェックし、記録する。

③ 微生物をやっつける・・・「加熱調理！殺菌！」

- ・ 食材の中心部の温度が、75℃で1分以上加熱する（ノロウイルスに汚染されているおそれのある食品は、中心部が85℃～90℃で90秒以上加熱）。
- ・ まな板、包丁、ふきんなどの調理器具は、洗剤でよく洗ってから次亜塩素酸ナトリウム溶液や熱湯により消毒・殺菌する。
- ・ 野菜及び果物を加熱せずに提供する場合、次亜塩素酸ナトリウム等により殺菌処理をしてから提供する。

保存食は、原材料及び調理済み食品を食品ごとに清潔な容器(ビニール袋等)に入れ密封し、-20℃以下で2週間以上保存する ※20食程度/回以上提供の施設)

◎手洗いの方法

～手洗いは食中毒予防の基本です～

- ・手洗いにより菌やウイルスを洗い流す
- ・②～⑧については2回繰り返すのが効果的（2度洗い）



①爪を切り、時計・指輪等はずす。石けん・ペーパータオルを準備する。



②水で手をぬらし、石けんをつけて手のひらをよくこする。



③手の甲を伸ばすようにこする。



④指先・爪の間を念入りにこする。



⑤指の間を洗う。



⑥親指と手のひらをねじり洗いする。



⑦手首も忘れずに洗う。



⑧十分に水で流す。

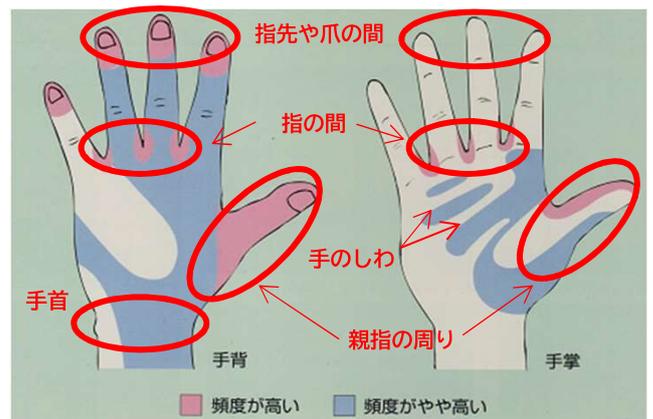


⑨ペーパータオルでふきとって、よく乾かす。

【手洗いのタイミング】

<p>作業場に入る前</p>	<p>食品に直接触れる作業を行う前</p>	<p>調理済食品を扱う前 盛付け作業を行う前</p>
<p>作業を変更する時</p>	<p>顔や頭に触れた後</p>	<p>器具やふきんに触れた後</p>
<p>廃棄物処理等の作業後</p>	<p>トイレの後</p>	<p>食事の前 外から帰って来た時 動物に触れた後</p>

【手洗いミスの発生しやすい箇所】



洗い残しやすいところを意識して洗いましょう

食事内容の充実と効率よく療養食加算を算定するための工夫

- ◆ 給与目標栄養量は要・不要に関わらず、施設の基準献立を作成する時には算出する
- ◆ 食事摂取基準が変わった時には給与目標栄養量を見直す
- ◆ 常食から療養食が立てやすいPFCバランスに整え、食塩量が10gを超えない献立を作成する
食事摂取基準が改定される度に目標量が下がっていることに注意
- ◆ 常食から療養食への展開を簡素化する
- ◆ 減塩が必要な療養食の場合は、食塩6g未満を厳守
- ◆ 食材の組み合わせや部位変更、分量調整等をフル活用する
- ◆ 利用者の年齢層に幅があり、かつ、食数が多い施設では献立は2本用意すると活用しやすい
- ◆ 対応範囲は、多職種及び調理担当者と話し合っ

◎療養食加算の介護報酬額の引き下げを防ぎましょう

HACCPに沿った衛生管理の実施

- ◆ 1回の提供食数が20食程度以上と未満で対応が異なる
- ◆ 施設または委託業者の作成した衛生管理計画に基づいて衛生管理を実施
- ◆ 衛生管理計画に規定される実施記録等の帳票名と、実際に使用している帳票名と相違がないか確認し、必要があれば見直す