

第1章

献立の考え方
療養食への展開方法

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）



取り組むなら今がチャンス！

- 栄養マネジメント強化加算算定により、管理栄養士・栄養士が複数配置になった
- 同一法人内の管理栄養士・栄養士で定期的に集まれる
 - 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

Ⅰ 献立を考える前の準備

1. 目標栄養量の算出

(1) 入所者の傾向を把握する (2026.5.1修正)

① 給与栄養目標量計算

② 荷重平均成分表作成

使用ツール

- ・ 栄養管理ソフト
 - ①・②とも栄養管理ソフトで計算できるものが多い
- ・ 「給食施設のための栄養管理の手引き（保健センター作成）」
 - 給与栄養目標量算出により**施設の基準栄養量(=常食)**が把握できる

介護保険施設では、給与栄養目標量に関する書類は不要とされていますが、**基本献立の栄養量を確認**するために算出します。
書類の保管や提出の必要はありません。

※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」

◎手順

★「給食施設のための栄養管理の手引き(令和2年4月改定)」使用の場合

必要な場合は、管轄区保健センターの保健予防課保健感染症係管理栄養士までお問い合わせください

① P58「給与栄養目標量算出表(その2)」を作成し、**施設の基準栄養量を算出**

- 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 ※「栄養・衛生管理関係 帳票フォーマット」参照
- 介護保険施設の利用者は、ほぼ全員Ⅰに該当すると考えてよい

② 荷重平均成分を作成

- 算出できない場合、難しい場合は、P62「日本食品成分表2015年版(七訂) 食品類別荷重平均成分表(名古屋市給食施設用)」を利用する

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・クックチルの食品の購入している場合**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・メニューを設定する

(2) エネルギー産生栄養素バランスで考える

(2026.5.1修正)

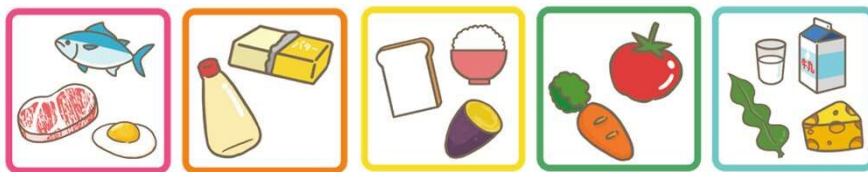
施設の基準栄養量（「給与栄養目標量算出表(その2)」の計算値）から、**たんぱく質、脂質の割合を調整する**

ポイント!

たんぱく質18~23%、脂質<25%、糖質<60%
食塩6.5~10g ※10gは超えない

→食事摂取基準2025：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**と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55g 脂質45g の場合

	たんぱく質 P	脂質 F	糖質 C
施設の基準栄養量 (給与栄養目標量算出表 計算値等)	55g 14.6%	45g 27.0%	225g 60.0%
日本人の食事摂取基準2025 エネルギー産生バランス	48.7g~75g 13~20%	33.3g~50.0g 20~30% (飽和脂肪酸≤7%)	187.5g~243.7g 50~65%

- たんぱく質は基準内の最低エネルギーの設定で割合を上げておくとエネルギー量が上がっても調整しやすい
- 食事摂取基準改定時には見直しをおこなう

◎糖尿病診療ガイドライン2024 (2026.5.1追加)

必要栄養量は**目標BMI**をもとに算出する

- ①多職種(主に医師・看護師、コメディカル)で目標BMIを設定
- ②目標BMIと必要なエネルギー量を食事箋で指示を受ける
- ③②に基づき**栄養ケア・マネジメント**を実施

◎糖質を60%以下にするのはなぜ？

常食を日本人の食事摂取基準に合わせておくと
療養食加算の条件に合った献立が作成しやすいため

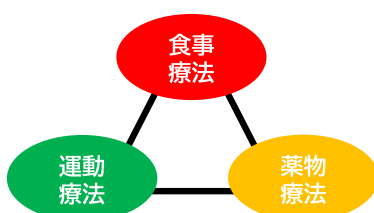
ポイント！

- 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 ②ADL自立		①軽度認知障害～軽度認知症 または ②手段的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%)

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、手段的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）、手段的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、重篤な併存疾患を有し、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

目標総エネルギー摂取量目安を算出する際に使用する標準体重と目標体重 (2026.5.1追加)

用語	高齢者糖尿病診療ガイドライン2023	糖尿病診療ガイドライン2024	日本人の食事摂取基準2025
標準体重			BMI 22kg/m ² の体重
目標体重	65歳未満 BMI 22kg/m ² の体重 65～74歳 BMI 22～25kg/m ² の体重 75歳以上※ BMI 22～25kg/m ² の体重 ※現体重に基づきフレイル、(基本的)ADL低下、併存疾患、体組成、身長短縮、摂食状況や代謝状態の評価を踏まえ、適宜判断	65歳未満 BMI 22kg/m ² の体重 65歳以上 BMI 22～25kg/m ² の体重	BMI 20～25kg/m ² (標準体重を起点)
目標とするBMIの範囲			18～49歳： BMI 18.5～24.9kg/m ² 50～64歳： BMI 20.0～24.9kg/m ² 65歳以上： BMI 21.5～24.9kg/m ²

各ガイドライン等と言い回しは異なるが同じ場合が多いので、混乱しないように腎臓病診療ガイドライン2024は標準体重(BMI 22kg/m²)の体重を使用

★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

◎ (参考) 糖尿病の栄養素摂取比率 (2026.5.1修正)

- 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
- 80歳以上の肥満高齢者における減量の効果に関してはエビデンスがない
- 75歳以上の高齢者ではやせ気味の方が死亡リスクが高くなる
- 75歳以上の高齢者またはフレイルがある患者の場合は、体重を減らさないようにし、十分なエネルギー摂取とたんぱく質摂取が望ましい

※ 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 2025 年版 (成人の基準)

炭水化物 50~60%エネルギー、脂質 20~30%エネルギー、たんぱく質 13~20%エネルギー (飽和脂肪酸 7%以下)

※ 「高齢者糖尿病診療ガイドライン2023」の「3 バランスのとれた食事」より

炭水化物 50~60%エネルギー、脂質 20~30%エネルギー、たんぱく質 15~20%エネルギー

炭水化物エネルギー比65%≦ → TG高値

※ 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 : 高齢者糖尿病診療ガイドライン2023・糖尿病診療ガイドライン2019・2024

糖尿病の食事の考え方を踏まえて、施設の基準 栄養量を考えてみましょう

(3) 主食の基準量を決める

		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 (2026.5.1修正)

例)施設の基準栄養量を1500kcal たんぱく質55g 脂質45gで想定した場合

①主食の基準をごはん150g(米67g)にした場合

※糖尿病食品交換表3単位

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

たんぱく質 55g - 4.1g×3食 = 42.7g/日 → 14.2 (≒15)g/食

脂質 45g/日 → 15g/食

糖質 260kcal - (15g×4kcal + 15g×9kcal) = 65kcal/食

主食の糖質量 : 240kcal ÷ 4kcal/g = 60g/食

副食の糖質量 : 65kcal ÷ 4kcal/g = 16.2 (≒15) g/食

1日あたりのエネルギーの目安

エネルギー 1500kcal たんぱく質 55g 脂質 45g 糖質 225g …①

(主食240kcal + 副食260kcal) × 3食

(主食60g + 副食15g) × 3食

	たんぱく質 P	脂質 F	糖質 C
エネルギー%	55g	45g	225g
	14.7%	27.0%	60.0%

健康食の基準はクリアしているが、たんぱく質の基準量が少なく
主食量を少なくした時の栄養量の基準はクリアしない

②エネルギー1500kcal、たんぱく質65g、脂質40g、糖質を235gで 想定した場合

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

たんぱく質 65g - 4.1g × 3食 = 52.7g/日 → 17.5 (≒20)g/食

脂質 40g/日 → 13.3 (≒15) g/食

主食の糖質量 : 240kcal ÷ 4kcal/g = 60g/食

副食の糖質量 : 65kcal ÷ 4kcal/g = 16.2 (≒15) g/食

	たんぱく質 P	脂質 F	糖質 C
エネルギー%	65g	40g	235g
	17.3%	24.0%	62.7%

健康食の基準クリア

③②の基準をごはん100g (米45g) に置き換えた場合

※糖尿病食品交換表2単位

エネルギー 160kcal × 3食 + 780kcal/日 → 1260kcal (1300kcal)

たんぱく質 (2.7g + 17.5g) × 3食 → 60.6 (≒60)g

脂質 40g/日

糖質 235g - (20g × 3) = 175g

主食の糖質量 : 160kcal ÷ 4kcal/g = 40g/食

副食の糖質量 : 65kcal ÷ 4kcal/g = 16.2 (≒15) g/食

	たんぱく質 P	脂質 F	糖質 C
エネルギー%	60g	40g	175g
	18.5%	27.7%	53.8%

健康食の基準クリア

1食あたりごはん50g(米20g程度)が増えると、糖質量が60g/日増えるため、健康食の基準は保てなくなる



1. 主食量を細分する 例)ごはん75gを設定する
2. 副食を1/2量にする (おすすめ)

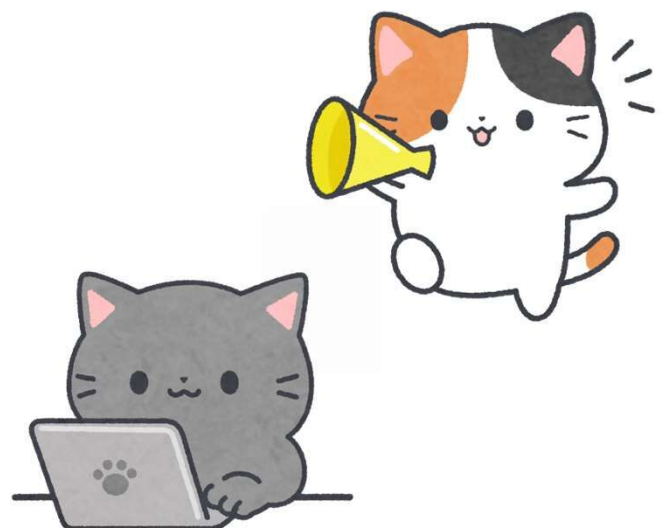
などの調整が必要になる

副食量が同じで主食量が異なる場合、%エネルギーが変化するのは**エネルギー量**と**糖質量**

※米…脂質を含まない たんぱく質は微量のため誤差範囲

**健康食の基準が維持できる範囲であれば、
主食量の調節で献立は調整可能**

ここまで理解できたら、施設独自の食事基準
(食事箋)を作成してみましょう！



(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	65	40	235
1食あたり(主食なし)	260	15	13	

◆ 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. 給食材料の発注・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

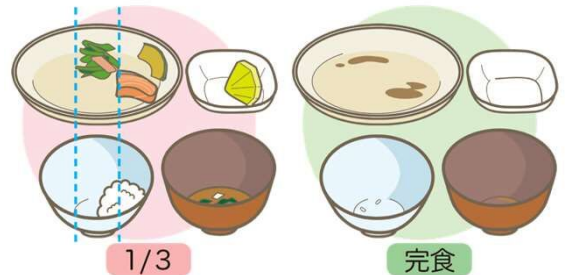
II 献立作成のポイント

献立作成時の注意事項 (2026.5.1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

→主食の種類によって水分量は異なるため炊飯時の加水や汁物の水の量や、副食から摂取する「水」の量を見積もるときに注意が必要



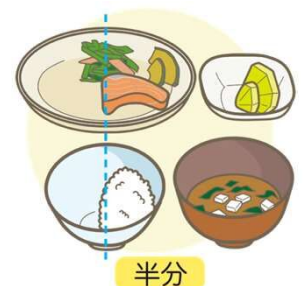
- ◆ 彩りと味付けを考慮

- 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
→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



- 献立の組み合わせ方に問題はないか
→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、予算も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、食事でも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、ボロボロするもの	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。高血圧症に対しての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10g/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140mg/dL以上、またはHDLコレステロール値が40mg/dL未満、または中性脂肪値が150mg/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
 コース→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

糖尿病診療ガイドライン2024・高齢者糖尿病診療ガイドライン 2023からみる食事療法の考え方 (2026.5.1修正)

□糖尿病診療ガイドライン2024 ◆高齢者糖尿病診療ガイドライン2023
◎日本人の食事摂取基準2025

①食事療法

- 1型糖尿病および2型糖尿病の血糖コントロールのために食事療法が推奨される(推奨グレードA)
- ◆ 指示エネルギー量の50~60%を炭水化物から摂取し、たんぱく質は20%までとして、残りを脂質とするが、脂質の割合が25%を超える場合は飽和脂肪酸を減じるなど脂肪酸組成に配慮する
- ◆ 野菜や魚の摂取が多いバランスのよい食事パターンが勧められる

②炭水化物

- 過体重・肥満を2型糖尿病の血糖コントロールのためにエネルギー摂取量の制限が推奨される（推奨グレードA）
- 総エネルギー摂取量の適正化を主とした食事の是正は、日本人の2型糖尿病発症予防に有効
- ◆ 炭水化物の摂取不足や摂取過剰にならないように注意

③たんぱく質

- ◆ たんぱく質の摂取不足によるフレイルやサルコペニアの発症に注意
- ◆ フレイル・サルコペニアの予防のためには十分なたんぱく質を摂る
- ◆ たんぱく質摂取制限の腎症の進展抑制に対する効果は明らかではない（推奨グレードU）

④脂肪酸

- 一価・多価不飽和脂肪酸と食物繊維の摂取や適性なエネルギー制限が推奨（推奨グレードA）
- 糖尿病患者の脂質異常症に対して食事療法が推奨される（推奨グレードA）
- 高LDL-C血症は冠動脈疾患発症の強いリスクファクター
- 高TG血症・低HDL-C血症は細小血管症のリスクファクター
- n-3系脂肪酸総体でのイベント抑制効果は確立していないと考えられる
- ◆ 飽和脂肪酸の過剰摂取、n-3系多価不飽和脂肪酸(EPA・DHA)の摂取不足は認知機能低下と関連する可能性がある（推奨グレードB）

⑤食物繊維

- 2型糖尿病の血糖コントロールのために積極的な食物繊維摂取は有効（推奨グレードB）
- 食物繊維や食事性マグネシウムの摂取は2型糖尿病の発症リスクを低下させる

⑥ビタミン・ミネラル

- ◆ ビタミンB群、ビタミンA、緑黄色野菜の摂取不足は認知機能低下と関連する可能性がある（推奨グレードB）
- ◆ カルシウムの摂取不足は骨密度低下と関連（推奨グレードB）
- ◆ ビタミンD摂取量と骨密度との関連について一致した結果が得られていない（推奨グレードU）

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2025に準拠）
- ◆ 減塩は血圧を改善する（推奨グレードB）
- ◆ 減塩による心血管疾患の発症について一致した結果が得られていない（推奨グレードU）

⑧甘味料

- 非栄養性甘味料をショ糖の代わりに使用することで摂取総エネルギーを減らすことができると考えられるが、1型および2型糖尿病の血糖コントロールに対する非栄養性甘味料の影響は十分に確認されていない
- 甘味糖類(ショ糖、果糖、ブドウ糖など)のみならず人工甘味料添加のジュースや果物ジュースであっても、2型糖尿病の発症リスクを上昇させる

⑨アルコール

- 少量の飲酒であっても**控えるべき**

⑩その他

- 1型糖尿病の血糖コントロールに応用カーボカウントは有効（推奨グレードB）
- 2型糖尿病の血糖コントロールのために低GI食は有効（推奨グレードB）

◎高齢者糖尿病(65歳以上の糖尿病)の特徴

(2026. 5. 1追加)

- 食後高血糖や低血糖を起こしやすく、低血糖に対する脆弱性を有する
- 腎機能障害やポリファーマシーから薬剤の有害作用出やすい
- 動脈硬化に起因する合併症が多い
- 認知機能障害、フレイル、サルコペニア、ADL低下、転倒、うつ状態などの老年症候群をきたしやすい

- 「目標体重」を一律に定めるのではなく、現体重に基づき、年齢や臓器障害など患者の属性や代謝状態を評価しつつ、目安となる体重を段階的に再設定するなど柔軟に配慮してよい
- 高血糖や低血糖は血管合併症の発生と関係があり、低血糖予防に十分配慮しながら適切に高血糖是正を行うことは血管合併症の発症・進行の抑制に寄与しうる（推奨グレードB）
※P9「高齢者糖尿病の血糖コントロール目標」参照
- 適正な総エネルギー摂取量とバランスを図る食事療法は、高血糖や脂質異常症、肥満の是正に有効
- 運動療法は血糖コントロールやADL、認知機能の維持のために推奨（推奨グレードA）
- 高血圧コントロールは細小血管症と大血管症の、脂質異常症管理は大血管症の発症・進行抑制に有効



介護施設に入所している高齢者糖尿病は低血糖、救急外来受診、入院、褥瘡が多いため、認知機能やADL、併存疾患、サポート体制などを考慮したうえで適切な血糖目標値を設定する

2 腎臓病(たんぱく質・塩分調整)

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	塩分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 (2026.5.1修正)

ステージ (GFR)	エネルギー (kcal/kgBW/日)	たんぱく質 (g/kgBW/日)	食塩 (g/日)	K (mg/日)
ステージ G1 (GFR ≥ 90)	25~35	過剰な摂取をしない	<6.0	制限なし
ステージ G2 (GFR 60~89)		過剰な摂取をしない		制限なし
ステージ G3a (GFR 45~59)		0.8~1.0		制限なし
ステージ G3b (GFR 30~44)		0.6~0.8		≤2,000
ステージ G4 (GFR 15~29)		0.6~0.8		≤1,500
ステージ G5 (GFR < 15)		0.6~0.8		≤1,500

注: エネルギーや栄養素は、適正な量を設定するために、合併する疾患(糖尿病、肥満など)のガイドラインなどを参照して病態に応じて調整する。性別、年齢、身体活動度などにより異なる。

注: 体重は基本的に標準体重(BMI=22)を用いる。

(慢性腎臓病に対する食事療法基準 2014年版¹より一部改変)

※ステージ5D 透析療法期

別表						
ステージ 5D	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)
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

◎サルコペニアを合併したCKDの食事療法におけるたんぱく質の考え方と目安 (2026.5.1追加)

CKD ステージ (GFR)	たんぱく質 (g/kgBW/日)	サルコペニアを合併したCKDにおけるたんぱく質の考え方 (上限の目安)
G1 (GFR≧90)	過剰な摂取を避ける	過剰な摂取を避ける (1.5 g/kgBW/日)
G2 (GFR 60~89)		
G3a (GFR 45~59)	0.8~1.0	たんぱく質制限を緩和するCKD (1.3 g/kgBW/日) と、 優先するCKD (該当ステージ推奨量の上限) が混在する
G3b (GFR 30~44)		
G4 (GFR 15~29)	0.6~0.8	たんぱく質制限を優先するが病態により緩和する (緩和する場合: 0.8 g/kgBW/日)
G5 (GFR<15)		

注) 緩和するCKDは、GFRと尿蛋白量だけではなく、腎機能低下速度や末期腎不全の絶対リスク、死亡リスクやサルコペニアの程度から総合的に判断する。
(慢性腎臓病に対する食事療法基準 2014年版の補足³より一部改定)

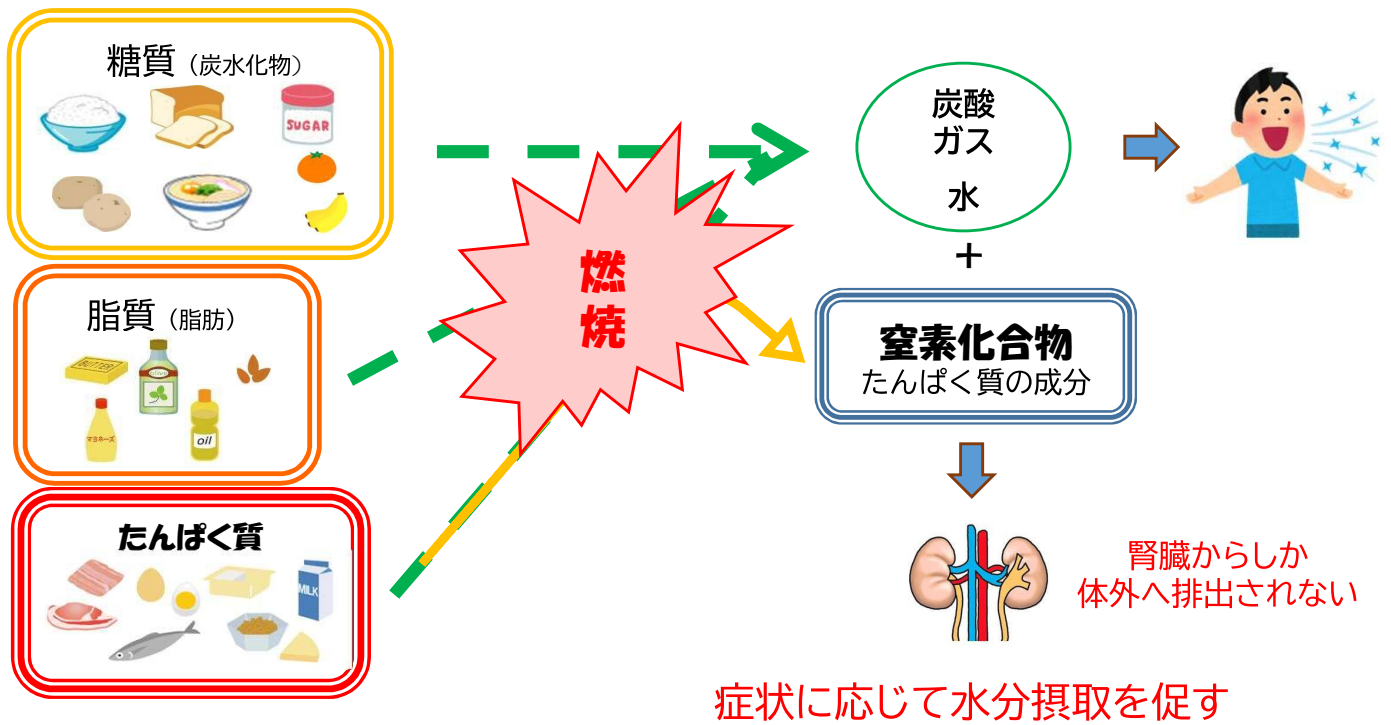
◎CKDの重症度分類 (2026.5.1修正)

原疾患	蛋白尿区分	A1	A2	A3
糖尿病関連腎臓病	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
高血圧性腎硬化症 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 高度低下~末期腎不全	<15		

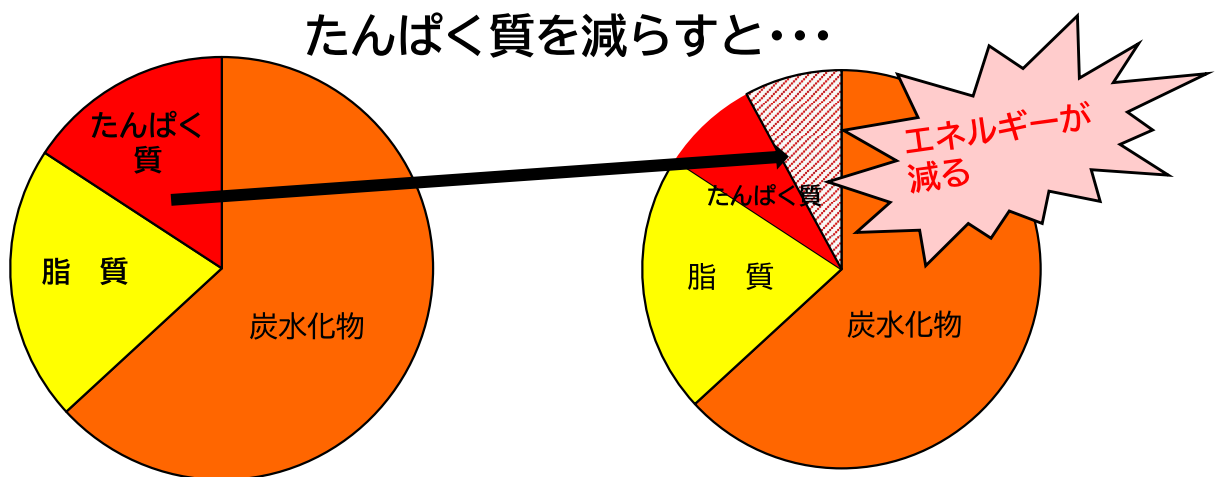
重症度は原疾患・GFR区分・蛋白尿区分を合わせたステージにより評価する。CKDの重症度は死亡、末期腎不全、心血管死亡発症のリスクを ■ のステージを基準に、■、■、■ の順にステージが上昇するほどリスクは上昇する。
(KDIGO CKD guideline 2012 を日本人用に改変)

注: わが国の保険診療では、アルブミン尿の定量測定は、DMまたはDM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カ月に1回に限り認められている。DM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。

※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？

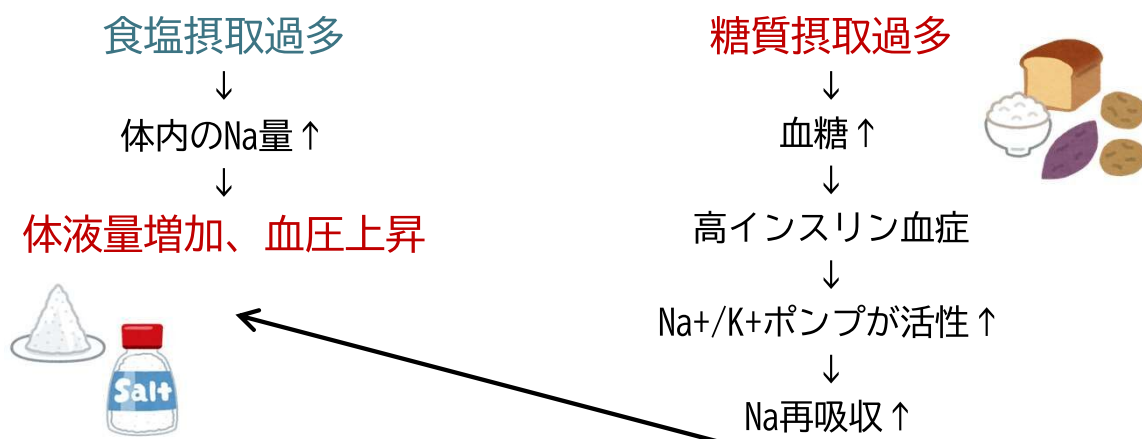


必要エネルギーが不足していると
たんぱく質がエネルギー源として使われてしまう

3 心臓病(エネルギー・塩分調整) (2026.5.1修正)

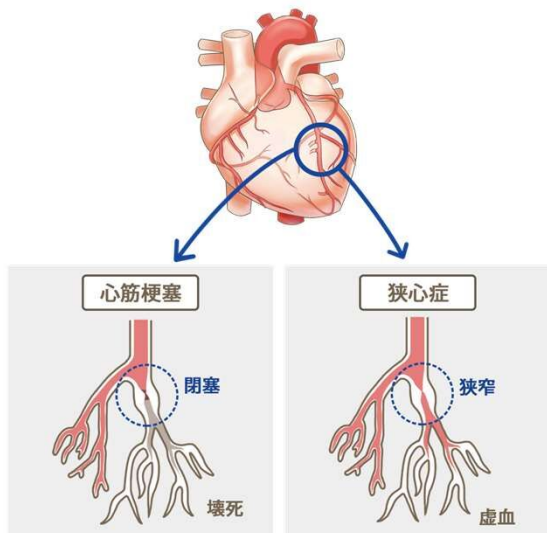
項目	内容
配慮する栄養素	糖質(エネルギー)、食塩<6g
献立作成本数	1~2本 ①1000~1300kcal 食塩<6g ②1400~1700kcal 食塩<6g
展開	① ②の糖質が多いメニューを差し替え、もしくは減量 揚げ物→焼き物 汁物差し替え 蒸し物+たれ※ ※たれ: 「2 腎臓病」参照 ② 汁物差し替え
間食・飲料	糖質の多い食品は減量してたんぱく質性食品と組み合わせる
注意点	必要に応じてたんぱく質強化ゼリー(栄養補助食品)を有効活用

◎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

※心筋梗塞と狭心症



※心不全の原因



4 脂質異常症(エネルギー・脂質調整)

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 卵を多く使用するメニューは差し替え 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 卵を多く使用するメニューは差し替え 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ω-3摂取目的から差し替えずに提供 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)

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 (2026.5.1修正)

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日当たりの推奨量(10mg/dL)を満たすこと 栄養補助食品等を追加
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	

ま と め

(2026.5.1修正)

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
- ◆ 常食を、療養食が立てやすいエネルギー・産生栄養素バランスに整え、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

★おまけ★ 施設内で共有しましょう

◎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★