

下記の箇所につきまして、誤りがございましたので謹んでお詫びし訂正いたします。

また、一部内容につき、関連法規改正に基づく情報更新をいたします。

頁	行、箇所	誤	正
12	↓ 19 行	(以下の文章を挿入)	
		3) 金 給食運営のすべてにお金が必要である。人を雇用するための人件費によって、雇用できる人の技能や人数が決まってくる。食材料を購入するための食材料費の中で、必要な量と質の食材料が整う。設備の購入費や修繕費など、施設を維持していくにも費用がかかっている。このように、資金がなくては給食の運営はできない。また、予算(収入)以上の支出でも、給食の運営は維持できない。どのくらいの予算の中で運営するのか、限りある予算の中で適切に分配し費用を割り当て使用することになる。	
		3) 設 備	4) 設 備
		4) 方 法	5) 方 法
		5) 情 報	6) 情 報
82	表 3-14	(次頁の表に差し替え)	
107	↑ 6 行	1 人 1 m ² 以上が望ましい	1 人 1 m ² 以上とすること
157	囲み記事	(以下に差し替え)	
<div style="border: 1px solid pink; padding: 10px;"> <p>食材料原価の低減のための分析方法の事例</p> <p>①ある一定期間において購入金額の大きい食材から順に並べる。</p> <p>②各食材の購入金額構成比を算出して、累計していく。</p> <p>③累計した数値に基づき、</p> <p style="margin-left: 20px;">A グループ：各食材料の購入金額構成比の累計が80%までの食材。</p> <p style="margin-left: 20px;">B グループ：各食材料の購入金額構成比の累計が80%を超え95%までの食材。</p> <p style="margin-left: 20px;">C グループ：各食材料の購入金額構成比の累計が95%を超える食材。</p> <p>④A グループの食材料を重点的に管理して、食材料納入業者とコスト低減の交渉を実施する、C グループの食材料のアイテムを絞るなど、食材料費の低減、在庫管理業務の省力化を図る。</p> </div>			
192	表 9-1 ↑ 1 行	患者 19 人以上	患者 19 人以下

表 3-14 主な食中毒の病因物質の特性

種類	病因物質	主な原因食品・感染源	ヒトへの影響		菌の特性と予防措置	
			潜伏期間	症状		
細菌性	感染型 ^{*1}	サルモネラ属菌	● 食肉およびその加工品、鶏卵、複合調理食品	12～48時間 (平均18時間)	悪心、嘔吐に始まり、次いで腹痛、下痢、発熱(38～40℃)	● 10℃以下の食品中ではほとんど増殖できない ● 熱に弱い
		カンピロバクター	● 鶏肉、その他食肉、飲料水	1～7日	下痢(水溶性便あるいは粘血便)、腹痛、まれに嘔吐、発熱	● 少量菌で発症 ● 30℃以下で発育不可 ● 微好気性で通常の大気中で発育不可
		腸管出血性大腸菌(ベロ毒素産生性大腸菌)	● 牛肉、レバー、野菜の浅漬け、サラダ類	7～10日	激しい腹痛、下痢(新鮮血を伴う水様性便)、重症の場合、溶血性尿毒症症候群	● 少量菌で発症 ● 熱に弱い ● 10℃以下の食品中ではほとんど増殖できない
		腸炎シブリオ	● 海産魚介類、折詰弁当、漬物等	平均12時間	激しい下痢(水様性、粘液便、まれに出血)、腹痛、嘔吐、発熱	● 室温下(20℃以上)で急増し、10℃以下では発育不可、わずかな時間でも低温管理を徹底 ● 熱に弱い
		ウェルシュ菌	● カレー、うどんつけ汁等、食肉や魚介類の加熱調理食品	8～20時間 (平均12時間)	腹部膨満感に始まり、主症状は腹痛、下痢、まれに嘔吐や発熱	● 10℃以下では発育不可 ● 芽胞は耐熱性で通常の加熱調理では死滅しない ● 大量調理における加熱後の急冷不完全による発生事例が多い、加熱後にすぐに喫食しない場合には急冷して低温保存を徹底
		下痢型セレウス菌	● 乳、魚介加工品、野菜スープ、プリン等、種々雑多な食品	8～16時間	腹痛を伴う下痢、ウェルシュ菌食中毒の症状に類似	● 芽胞は耐熱性で通常の加熱調理では死滅しない ● 加熱後にすぐに喫食しない場合には急冷して低温保存を徹底
	毒素型 ^{*2}	黄色ブドウ球菌	● ヒトや動物の皮膚や粘膜、化膿創 ● おにぎり等の穀類やその加工品、弁当類等	30分～6時間 (平均3時間)	主症状は悪心、嘔吐、腹痛、下痢、通常、無発熱、嘔吐型セレウス菌の症状に類似	● 10℃以下の食品中ではほとんど増殖できない ● 毒素のエンテロトキシン(A型)は熱に強く、100℃30分の加熱でも失活しない ● 食品取扱者の十分な手洗いによる手指からの菌の除去、傷のある手指での作業回避が重要
		ボツリヌス菌	● いずし、辛子れんこん、レトルト食品(密封包装された調理食品)等	12～36時間 (毒素により不定)	悪心、嘔吐、下痢のような消化器症状がみられ、その後、視力障害、発声困難、呼吸困難などの麻痺症状、致死率が高い	● 嫌気性菌 ● 芽胞は耐熱性で通常の加熱調理では死滅しない ● 毒素(ボツリヌス毒素)はきわめて強い毒性を示す、80℃30分、100℃10分で不活化
		嘔吐型セレウス菌	● 穀類やその加工品(焼飯、ピラフ、パスタ等)	30分～5時間 (平均3時間)	悪心と嘔吐が主症状、ときどき腹部の痙攣や下痢がある、わが国では下痢型よりも嘔吐型のほうが多い	● 芽胞は耐熱性で通常の加熱調理では死滅しない、加熱調理後にすぐに喫食しない場合には急冷して低温保存を徹底
ウイルス性	ノロウイルス	● 二枚貝(カキ等) ● 調理従事者を介して二次汚染された雑多な非加熱食品	24～48時間	突然の悪心、嘔吐に始まり、次いで激しい下痢、腹痛	● 少量菌で発症、症状改善後も1週間程度(長い場合で1ヵ月程度)ウイルス排出が続く ● 85～90℃90秒間以上の加熱で不活化 ● 不顕性感染者を前提とした調理従事者への対策の徹底	
化学物質	ヒスタミン	● マグロ、カツオ、サバ、イワシ、アジ等の赤身魚やその加工品	30分～1時間	顔面、とくに口の周りや耳たぶの紅潮、頭痛、じんま疹、発熱など、アレルギー様の症状	● いったん生成されたヒスタミンは調理加熱程度の温度では分解されない、低温管理等により鮮度管理し、ヒスタミンの生成を抑制することが重要	
自然毒	動物性	フグ	● フグの内臓、皮に存在するテトロドトキシン	20分～3時間	知覚麻痺、運動麻痺、発声不能、嚥下困難、呼吸困難、チアノーゼ	● フグの内臓(卵巣、肝臓等)、皮に存在する ● 致死率が高い
		麻痺性貝毒	● イ貝、ホタテ貝等に蓄積された貝毒	5～30分	知覚麻痺、運動麻痺、ときに呼吸困難	● 二枚貝が有毒プランクトンの摂取により毒化して、中毒を引き起こす
	植物性	毒きのこ	● つぎよだけ、いっぼんしめじ、てんぐたけ等	2～10時間	胃腸障害、コレラ様症状、神経系障害、脳症状等	● きのこの種類によって、毒成分、毒性の強さ、主症状は異なる
		じゃがいも	● じゃがいもの芽などに含まれるソラニン、チャコニン	30分～3時間	腹痛、嘔吐、虚脱、めまい、呼吸困難等	● 毒成分は芽や緑色をした皮に含まれるため、芽の出ているところや病変部を取り除いて皮をむく
寄生虫	アニサキス	● 海産の魚類(サバ、アジ、イカ、イワシ、サケ等)の生食	1時間～36時間(多くは8時間以内)	急激な心窩部痛、悪心、嘔吐	● 生きたまま経口摂取されたアニサキス幼虫が、胃壁や腸壁に侵入し発症。幼虫自身は加熱(60℃1分)あるいは低温処理(-20℃以下で数時間)で不活化	

*1 感染型：食品内で増殖した原因菌を摂取し、腸管内で感染することによって発症する

*2 毒素型：食品内で原因菌が産生した毒素を摂取することによって発症する

頁	行, 箇所	
196	表 9-4	(以下の表に差し替え)

表 9-4 栄養食事指導料の点数と算定条件(指導および回数)

食事指導料	点数	条件
外来栄養食事指導料	初回 260点 2回目以降 200点	外来患者, 30分以上, 月2回に限り 外来患者, 20分以上, 月1回
入院栄養食事指導料 1	初回 260点 2回目以降 200点	入院患者, 30分以上 入院患者, 20分以上, 週1回を限度
入院栄養食事指導料 2 ¹⁾	初回 250点 2回目以降 190点	入院患者, 30分以上 入院患者, 20分以上, 週1回を限度
集団栄養食事指導料	月1回 80点	入院患者および外来患者, 患者15人以下, 40分以上を基準とする
糖尿病透析予防指導管理料 ²⁾	月1回 350点	外来糖尿病患者のうちヘモグロビンA1cがJDS値で6.1%以上または内服やインスリン製剤を使用している者であって, 糖尿病腎症第2期以上の患者
在宅患者訪問栄養食事指導料 ³⁾		
1. 単一建物診療患者が1人の場合	530点	1. 在宅で療養を行っている通院困難な患者(ある建物内に当栄養食事指導の対象となる患者が1人の場合), 30分以上 2. 在宅で療養を行っている通院困難な患者(ある建物内に当栄養食事指導の対象となる患者が1日に2~9人の場合)
2. 単一建物診療患者が2~9人の場合	480点	
3. 1および2以外の場合	440点	

- 1) 有床診療所において当該診療所以外(栄養ケア・ステーションおよび他の保険医療機関に限る)の管理栄養士が当該診療所の医師の指示に基づき, 対面指導を行った場合に算定できる。
- 2) 指導管理料は, 専任の医師, 当該医師の指示を受けた専任の看護師(もしくは保健師), および管理栄養士が「透析診断チーム」を組織し, 当該患者に対して日本糖尿病学会の「糖尿病治療ガイドライン」等に基づき個別に指導した場合に算定できる。
- 3) 医師の指示に基づき, 管理栄養士が患者を訪問し, 食事の用意や摂取に関する具体的な指導を行った場合に算定できる。

頁	行, 箇所	誤	正
197	図 9-1 上図 入院時食事療養(Ⅱ)	(2)市販の流動食のみを経管栄養法で提供 455 円	(2)市販の流動食のみを経管栄養法で提供 460 円
197	表 9-5	(以下に差し替え)	




表 9-5 入院時食事療養(Ⅰ)による収入例

[事例 1] 4日間入院し, 1日目の夕食から4日目の朝食まで喫食した事例。
いずれも食堂を利用し, 糖尿病食を食べた場合。

	1日目 夕食 (円)	2日目 朝食・昼食・夕食 (円)	3日目 朝食・昼食・夕食 (円)	4日目 朝食 (円)	合計収入 (円)
算定					
入院時食事療養(Ⅰ)	640	1,920(640×3)	1,920	640	5,120
特別食加算	76	228(76×3)	228	76	608
食堂加算	50	50	50	50	200
保険医療機関収入(1日あたり)	766	2,198	2,198	766	5,928
自己負担額	460	1,380(460×3)	1,380	460	3,680
保険請求額(入院時食事療養費)	306	818	818	306	2,248

199	表 9-7 ↑ 1 行	その他 特定栄養素の付加あるいは制限を必要とする疾患, 上記に属さない疾患	嚥下食 嚥下困難な患者に対する食事(軟食, とろみ剤を使用する食事など)
205	↓ 14 行	他職種協働	多職種協働
210	↑ 4 行	2007(平成 19)年	2019(令和元)年

頁	行, 箇所	
211	図 9-4	(以下の図に差し替え)

		離乳の開始 離乳の完了			
		以下に示す事項は、あくまでも目安であり、子どもの食欲や成長・発達の状況に応じて調整する。			
		離乳初期 生後5～6か月頃	離乳中期 生後7～8か月頃	離乳後期 生後9～11か月頃	離乳完了期 生後12～18か月頃
食べ方の目安		○子どもの様子を見ながら1日1回1さじずつ始める。 ○母乳や育児用ミルクは飲みただけ与える。	○1日2回食で食事のリズムをつけていく。 ○いろいろな味や舌ざわりを楽しむように食品の種類を増やしていく。	○食事リズムを大切に、1日3回食に進めていく。 ○共食を通じて食の楽しい体験を積み重ねる。	○1日3回の食事リズムを大切に、生活リズムを整える。 ○手づかみ食べにより、自分で食べる楽しみを増やす。
調理形態		なめらかにすりつぶした状態	舌でつぶせる固さ	歯ぐきでつぶせる固さ	歯ぐきで噛める固さ
1回当たりの目安量					
I	穀類 (g)	つぶしがゆから始める。すりつぶした野菜等も試してみる。	全がゆ 50～80	全がゆ 90～軟飯80	軟飯80～ ご飯80
II	野菜・ 果物 (g)		20～30	30～40	40～50
III	魚 (g)		10～15	15	15～20
	又は肉 (g)		10～15	15	15～20
	又は豆腐 (g)		30～40	45	50～55
	又は卵 (個)	卵黄 1～ 全卵 1 / 3	全卵 1 / 2	全卵 1 / 2～ 2 / 3	
	又は乳製品 (g)	50～70	80	100	
歯の萌出の 目安			乳歯が生え始める。	1歳前後で前歯が8本生えそろう。 離乳完了期の後半頃に奥歯（第一乳臼歯）が生え始める。	
摂食機能の 目安		口を閉じて取り込みや飲み込みができるようになる。 	舌と上あごで潰していくことができるようになる。 	歯ぐきで潰すことができるようになる。 	歯を使うようになる。

※衛生面に十分に配慮して食べやすく調理したものを与える

図 9-4 離乳食の進め方の目安

[厚生労働省：授乳・離乳の支援ガイド, p34, 2019より引用]