

「病院給食を再考する」

公益財団法人慈愛会 理事長/社会福祉法人慈愛会 理事長

今村 英仁

目次

第1部：病院団体（全日本病院協会）での取り組み

第2部：入院時食事療養費制度の改正と30円増額の意味

第3部：実践的な提案と未来への展望

1. (1) 病院給食問題の区分 ~病院給食部門の収支状況と、給食委託業の市場規模等について~

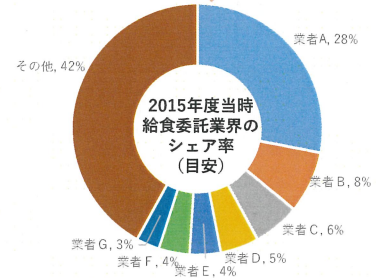
- 中央社会保険医療協議会（中医協）の分科会の一つである「入院医療等の調査・評価分科会」〔2017（平成29）年10月18日開催〕で「入院時食事療養の収支等に関する実態調査」の調査結果（下表）が報告された。
- ここから病院給食問題の議論が始まった。

患者1人1日当たりの給食部門の平均収入額（外部委託等別）

	全面委託				一部委託				完全直営			
	H16	(H16)	H29	H29-H16 差	H16	(H16)	H29	H29-H16 差	H16	(H16)	H29	H29-H16 差
給食部門の収入	2,101	1,963	1,793	▲ 308	2,001	1,869	1,774	▲ 227	2,064	1,927	1,769	▲ 295
医療保険収入	2,066	1,928	1,736	▲ 330	1,987	1,855	1,754	▲ 233	2,021	1,884	1,740	▲ 281
入院時食事療養費	2,066	1,928	1,734	▲ 332	1,987	1,855	1,753	▲ 234	2,021	1,884	1,739	▲ 282
食事療養費	1,787	1,656	-	-	1,686	1,562	-	-	1,743	1,615	-	-
食事療養費(市販流動食に係る減額適用者以外)	-	-	1,514	-	-	-	1,516	-	-	-	1,547	-
食事療養費(市販流動食に係る減額適用者)	-	-	157	-	-	-	137	-	-	-	113	-
特別食加算	109	97	61	▲ 44	101	94	77	▲ 24	106	98	64	▲ 42
食費加算	22	22	28	6	24	24	33	9	19	19	22	3
特別管理食加算-H18廃止	146	146	-	-	168	168	-	-	148	148	-	-
選択メニュー加算-H18廃止	7	7	-	-	7	7	-	-	4	4	-	-
特別メニューに係る食事収入	-	-	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0
その他の給食関係収入	35	35	60	25	14	14	22	8	43	43	32	▲ 11
給食部門の費用	1,933	-	2,454	521	2,190	-	2,530	340	2,348	-	2,475	127
給与費	194	-	292	98	676	-	487	▲ 189	1,166	-	1,102	▲ 64
給食用材料費	126	-	231	105	562	-	497	▲ 65	659	-	655	▲ 4
医療消耗器具備品費	4	-	12	8	22	-	40	18	24	-	35	11
委託費	1,206	-	1,349	143	488	-	961	473	47	-	19	▲ 28
設備関係費(減価償却費・各種賃借料)	109	-	76	▲ 33	104	-	89	▲ 15	113	-	82	▲ 31
減価償却費	75	-	55	▲ 20	95	-	74	▲ 21	103	-	37	▲ 66
経費	291	-	530	239	329	-	576	247	271	-	611	340
光熱水費	273	-	502	229	291	-	539	248	208	-	566	358
その他の費用	2	-	6	4	8	-	7	▲ 67	67	-	9	▲ 56
収支差額	168	-	▲ 66	▲ 829	▲ 189	-	▲ 757	▲ 568	▲ 284	-	▲ 701	▲ 422
病院数	36	-	69	33	50	-	57	7	44	-	30	▲ 14
平均許可病床数	203	-	268	65	317	-	252	▲ 65	220	-	219	▲ 1

上の表から平成16年と平成29年を比較して収支が悪化した原因は、

- 単価減による減収
- 委託費増加（厨房を委託している施設）
- 光熱水費増加



給食委託業界の2015年度の市場規模が約3,700億円と言われていた。令和4年3月現在で、一般財団法人医療関連サービス振興会がサービスマークを発行する院内調理患者等給食業務を行う業者は約170社ある。全国にチェーン展開する会社やローカルに限定して活動する業者が混在している。寡占化しにくい構造や市場規模は今も大きく変わっていないと思われる。

一般財団法人医療関連サービス振興会がサービスマーク
医療法第15条の3で医療機関の委託に係る基準が規定されている。当会では良質な医療関連サービスの提供に必要な要件を「認定基準」として定め、この基準を満たすサービスに対して認定する制度が「医療関連サービスマーク制度」。

出典：厚生労働省 中央社会保険医療協議会（診-1参考2） 入院時の食事療養費に係る給付に関する調査結果（速報）概要（平成29年11月17日）、P23を一部改変

1. (1) 病院給食問題の区分 ~食品衛生法の一部改正とHACCP対応問題~

- 食品衛生法の一部改正法が平成30年6月に公布、令和2年6月に施行、1年間の猶予期間を経て、令和3年6月に完全施行された。
- 病院給食では、平成9年以降、HACCPの概念に基づいて厚生労働省から通知されている「大量調理施設衛生管理マニュアル」（平成9年3月24日作成、最終改正：平成29年6月16日）により衛生管理を行ってきた。
- 上の①により、病院でもHACCPの厳格な衛生管理が必要となるのが大きな焦点となった。

食品衛生法等の一部を改正する法律（平成30年6月13日公布）の概要

○改正の趣旨	我が国の食をとりまく環境変化や国際化等に対応し、食品の安全を確保するため、広域的な食中毒事案への対策強化、事業者による衛生管理の向上、食品による健康被害情報等の把握や対応を的確に行うとともに、国際整合的な食品用器具等の衛生規制の整備、実態等に応じた営業許可・届出制度や食品リコール情報の報告制度の創設等の措置を講ずる。
○改正の概要	<ol style="list-style-type: none"> 広域的な食中毒事案への対策強化 国や都道府県等が、広域的な食中毒事案の発生や拡大防止等のため、相互に連携や協力を行うこととともに、厚生労働大臣が、関係者で構成する広域連携協議会を設置し、緊急を要する場合には、当該協議会を活用し、対応に努めることとする。 HACCP（ハザップ）*に沿った衛生管理の制度化 原則として、すべての食品等事業者は、一般衛生管理に加え、HACCPに沿った衛生管理の実施を求める。ただし、規模や業種等を考慮した一定の事業者については、取り扱う食品の特性等に応じた衛生管理とする。 * 事業者が食中毒菌汚染等の危害要因を把握した上で、原材料の入荷から製品出荷までの全工程の中で、危害要因を除去低減させるために特に重要な工程を管理し、安全性を確保する衛生管理手法。先進国を中心に義務化が進められている。 特別の注意を必要とする成分等を含む食品による健康被害情報の収集 健康被害の発生を未然に防止する見地から、特別の注意を必要とする成分等を含む食品について、事業者から行政への健康被害情報の届出を求める。 国際整合的な食品用器具・容器包装の衛生規制の整備 食品用器具・容器包装について、安全性を評価した物質のみ使用可能とするポジティブリスト制度の導入等を行う。 営業許可制度の見直し、営業届出制度の創設 実態に応じた営業許可業種への見直しや、現行の営業許可業種（政令で定める34業種）以外の事業者の届出制の創設を行う。 食品リコール情報の報告制度の創設 事業者が自主回収を行う場合に、自治体へ報告する仕組みの構築を行う。 その他（乳製品・水産食品の衛生証明書の添付等の輸入要件化、自治体等の食品輸出関係事務に係る規定の創設等）

出典 厚生労働省ホームページ「食品衛生法の改正について」<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000197196.html>

HACCP（Hazard Analysis and Critical Control Pointの略）とは、食中毒を未然に防ぐために危害分析を行い、重要管理点と管理基準を設定して管理する一連の活動を体系化したものである。

（具体的には例えば、加熱調理は75℃に達して1分以上加熱する、食中毒菌の発育至適温度帯約20℃～50℃を速やかに回避すべく、60分以内に中心温度を10℃付近に冷却する、調理器具類は全面を流水して80℃で5分以上加熱殺菌するなどを行う）

1. (1) 病院給食問題の区分 ~全日本病院協会(全日病)の病院給食問題解決に向けた活動~

実施年月	内容
2018(平成30)年7月	病院給食をテーマとした全日本病院協会主催「2025年に生き残るための病院経営セミナー」を開催。定員100名に対して147名の参加があり、テーマの重要性について再認識した。
2018(平成30)年11月	厚生労働省医薬・生活衛生局の生活衛生・食品安全審議官、食品監視安全課長と食品衛生法改正の影響について協議し、病院団体としてのHACCP導入手引きを作成する場合の申請手順等について確認した。
2018(平成30)年11月	全日本病院協会内に病院給食のあり方(HACCP対応)検討特別委員会(以下「全日病特別委員会」という)を発足。
2019(平成31)年11月 ~2019年(平成31年)1月	全日病特別委員会にて、上述のHACCP導入手引きについて、また、調理スタッフの確保が今後ますます厳しくなるという認識の下、入院時食事療養費制度改正による負担軽減策等について検討した。喫緊の課題は入院時食事療養費制度の改善要望書をまとめることだと結論付けた。
2019(平成31)年1月25日	厚生労働省保険局医療課長へ入院時食事療養費制度に係る提言書を提出。
2019(令和元)年9月	四病院団体協議会(以下、「四病協」)にて病院給食に係る提言について協議された。
2019(令和元)年11~12月	以下の会議で入院時食事療養費制度等について四病協の代表と厚生労働省保険局医療課で、あるいは中医協内で協議された。 ・社会保障審議会・医療部会(第70回) ・中央社会保険医療協議会総会(中医協総会)(第439回) ・社会保障審議会・医療部会(第71回)

全日病では、主に以下について対応した。

- ・ 2018(平成30)年11月に、厚生労働省(医薬・生活衛生局)と食品衛生法改正に伴う対応について協議を行った。
- ・ 2019(平成31)年1月に、厚生労働省(保険局)へ入院時食事療養費制度に係る改善要望書を提出した。

更に四病院団体協議会(四病協)として以下について対応した。

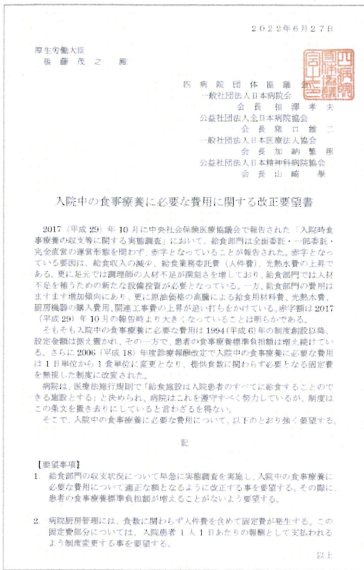
- ・ 2022(令和4)年6月に、厚生労働省(保険局)へ入院中の食事療養に必要な費用に関する改善要望書を提出した

1. (1) 病院給食問題の区分 ~厚生労働省に提出した改善要望書と、改善に至ったもの~

入院時食事療養費制度のルール原文	改善要望内容	改善チェック	改正内容
調理方法、味付け、盛り付け、配膳等について患者の嗜好を配慮した食事が提供されており、嗜好品以外の飲食物の摂取(補食)は、原則として認められない。なお、果物類、菓子類等病状に影響しない程度の嗜好品を適量摂取することは差し支えない。	化学療法・認知症などによる食思低下や緩和ケア病棟において、持ち込み食は許可されている状況もある。全ての患者の嗜好に合わせて、また食べられるタイミングで病院から食事を提供することは困難であり、文言削除または「患者の状態に応じて、医師の許可があればこれに従わない。ただし、衛生的に…」など補足してはどうか。	×	改善されず。
医師、管理栄養士又は栄養士による検査が毎食行われ、その所見が検査簿に記入されている。	医師が、配膳前(=診療中)に検査を行うことは困難。現場で栄養士による検査は行われており、多職種連携の立場から現品確認は医師の責任の下に権限移譲する形を許容してはどうか。	○	入院時食事療養費に係る検査は、医師、管理栄養士、栄養士のいずれかが実施すれば、よいのか。 (答) そのとおり(令和2年3月31日の稟議解釈より)
加算の対象となる特別食は、疾病治療の直接手段として、医師の発行する食事せんに基づいて提供される患者の年齢、病状等に対応した栄養量及び内容を有する治療食、無菌食及び特別な場合の検査食をいうものであり、治療乳を除く乳児の人工栄養のための調乳、離乳食、幼児食等並びに治療食のうちで単なる流動食及び軟食は除かれる。	前回の前回診療報酬改定時、栄養指導料対象に嚥下調整食が追加となっている。嚥下調整食は人手・材料費・加工の手間などがかかるため、特別加算食に「嚥下調整食」を追加してはどうか。 また、食品アレルギーをもつ患者さんは増えており、個々への対応は給食管理業務を煩雑化している要因のひとつ。作業にかかる人・物・場所を区別するなど、現場の負担は大きいため、特別加算食に「アレルギー対応食」を追加してはどうか。	×	改善されず。
提供食数(日報、月報)、食事せん、献立表、患者入退院簿、食料品消費日計表等の入院時食事療養及び入院時生活療養の食事の提供した療養関係の帳簿が整備されている。ただし、これらの名称及び様式については当該保険医療機関の実情に適したものを採用して差し支えない。なお、関係事務業務の省力化を図るために、食品納入・消費・在庫等に関する諸帳簿は、各保険医療機関の実情を勘案してできる限り一本化を図るなどとして、簡素合理化に努める。	介護報酬においては、栄養ケア・マネジメントを実施している場合、帳票類が整理可能となっている。 診療報酬においても個別の栄養管理計画を行うようになっており、帳票類の整理(簡素合理化)を図ってよいのではないかと。	○	医療従事者の負担軽減及び業務の効率化の観点から、入院時食事療養費で求めている帳票等について、電子的データでの保管及び、患者毎に個別に栄養管理が実施されている場合に必ず備えるべき帳票から除外される見直しを行う。 《必ず備えるべき帳票から除外される要件》 ・ 提供食数(日報、月報等) ・ 患者入退院簿 ・ 喫食調査 ・ 患者年齢構成表 ・ 給与栄養目標量 ・ 食料品消費日計表 ・ 食品納入・消費・在庫等に関する帳簿
適時の食事の提供に関しては、実際に病棟で患者に夕食が配膳される時間が、原則として午後6時以降とする。ただし、 病棟数が概ね500床以上であって、かつ、当該保険医療機関の構造上、厨房から病棟への配膳車の移動にかなりの時間を要するなどの当該保険医療機関の構造上等の特別な理由により、やむを得ず午後6時以降の病棟配膳を厳守すると不都合が生じると認められる場合には、午後6時を中心として各病棟で若干のばらつきを生じることがやむを得ない。 この場合においても、最初に病棟において患者に夕食が配膳される時間は午後5時30分より後である必要がある。また、全ての病棟で速やかに午後6時以降に配膳できる体制を整備するよう指導に努められた。	18時以降配膳の場合、喫食時間1時間と考えた場合、下膳は19時以降その後洗浄作業開始終業は21時以降となり人員確保が難しく、拘束時間伸長、職場環境劣悪要因、結果難航。また病棟配膳が主である現在、夜勤帯の病棟人員も少なく看護部業務も現在圧迫している状況。特に食事介助者が多い病棟は、更に喫食時間が伸長状況であり、看護部・栄養科業務を圧迫している。 「適時」を、現行の「18時以降」から「概ね18時」に変更してはどうか。	○	適時の食事の提供に関しては、実際に病棟で患者に夕食が配膳される時間が、原則として午後6時以降とする。ただし、当該保険医療機関の施設構造上、厨房から病棟への配膳に時間を要する場合には、午後6時を中心として各病棟で若干のばらつきを生じることがやむを得ない。この場合においても、最初に病棟において患者に夕食が配膳される時間は午後5時30分より後である必要がある。 ※「500床以上の場合」や、「移動に要する時間」など限定的だった条件が削除された。

全日病特別委員会の5つの改善要望の内、3つについて改正内容に反映される結果となったが、抜本的な解決策にはなっておらず、成果を出すには至っていない。

1. (1) 病院給食問題の区分 ~厚生労働省に改めて改善要望書を提出~



- ✓ 令和4年6月27日に、四病院団体協議会（日本病院会、全日本病院協会、日本医療法人協会、日本精神科病院協会）として、「入院中の食事療養に必要な費用に関する改正要望書」を後藤茂之の厚生労働大臣（当時）に提出（厚労省保険局医療課長等が対応）。

○本文

2017（平成29）年10月に中央社会保険医療協議会で報告された「入院時食事療養の収支等に関する実態調査」において、給食部門は全面委託・一部委託・完全直営の運営形態を問わず、赤字となっていることが報告された。赤字となっている要因は、給食収入の減少、給食業務委託費（人件費）、光熱水費の上昇である。更に足元では調理師の人材不足が深刻さを増しており、給食部門では人材不足を補うための新たな設備投資が必要となっている。しかし、給食部門の費用はますます増加傾向にあり、更に原油価格の高騰による給食用材料費、光熱水費、厨房機器の購入費用、関連工事費の上昇が追い打ちをかけている。赤字額は2017（平成29）年10月の報告時より大きくなっていることは明らかである。

そもそも入院中の食事療養に必要な費用は1994（平成6）年の制度創設以降、設定金額は据え置かれ、その一方で、患者の食事療養標準負担額は増え続けている。さらに2006（平成18）年度診療報酬改定で入院中の食事療養に必要な費用は1日単位から1食単位に変更となり、提供食数に関わらず必要となる固定費を無視した制度に改定された。

病院は、医療法施行規則で「給食施設は入院患者のすべてに給食することのできる施設とする」と決められ、病院はこれを遵守すべく努力しているが、制度はこの条文を置き去りにしていると言わざるを得ない。

そこで、入院中の食事療養に必要な費用について、以下のとおり強く要望する。

【要望事項】

1. 給食部門の収支状況について早急に実態調査を実施し、適正な入院中の食事療養に必要な費用について適正な額となるように改正する事を要望する。その際に、患者の食事療養標準負担額が増えることがないように要望する
2. 病院厨房管理には、食数に関わらず人件費を含めて固定費が発生する。この固定費部分については、入院患者1人1日あたりの報酬と支払われるよう制度変更する事を要望する

➡ 厚生労働省内でも問題意識を持っていることを確認した。
財源確保等も含め、病院給食に関する問題等を相談させてほしい、という返答を頂いた。

1. (1) 病院給食問題の区分 ~2021年3月11日全日病WEBセミナーのアンケートで寄せられたご意見~

■2021年3月11日全日病WEBセミナーのアンケートで多くのご意見を寄せられたが、多くの現場で様々な問題・課題に直面していることが伺える。我々は、この苦境からどこに活路を見出せばよいのか。

お金の問題についてのご意見

- ✓ 機器類の経年劣化が目立ち、新たな投資が必要。
- ✓ 給食帳票類が煩雑（➡電子カルテと連結させた栄養管理システムの導入）
- ✓ 温冷配膳車を導入していないため、温度管理がスタッフの負担となっている。
- ✓ 食料費が高騰している。
- ✓ 朝食の質が悪く、患者様から苦情が多い（朝食にお金をかけるという観点から）。
- ✓ 委託会社も赤字になっている。

人や生産管理システム等の問題についてのご意見

- ✓ 患者様の高齢化により、病態管理に加え食形態調整などが追加となり、提供内容が複雑になっている。また、高齢者が多くなれば、作業効率を考えると軟菜食寄りの常食にしたいところだが、それでは常食の摂取が可能な患者様からクレームが来てしまう。
- ✓ 厨房スタッフの高齢化により、厨房業務の効率化（現業務からの円滑な切り替え）が簡単ではなくなっている。
- ✓ 採用難に加えて、早朝出勤が多く、厨房スタッフの負担になっている。
- ✓ どの問題もあるが対応できている。あえて言えば、栄養部の次のリーダーが育つかどうかにより、給食のレベルが左右される。
- ✓ 管理栄養士を雇っても産休育休が多く業務量に対してマンパワーが安定しない。
- ✓ 限られた人員と金額の中で質の良い食材を使用した美味しい治療食作り。
- ✓ 嚥下調整食が均一ではない。また、自院の嚥下調整食(食事形態)が、学会分類コードに準じているのか、判断が難しいこと。
- ✓ アレルギー対応の患者様が増加している。
- ✓ 市場の食品価格が高騰しているため、給食の質の確保にはより一層の工夫が必要となっている。

病院と委託会社の関係に係る問題についてのご意見

- ✓ 嚥下調整食など、高度なスキルを必要とする業務を委託業者に依頼したいが、リスクが比較的高い業務は担ってもらえない。
- ✓ 委託会社は業務の制約があり、派遣されるスタッフの能力も十分とは言えない。
- ✓ 食事の質を上げたいが給食委託会社は意欲的に取り組んでもらえない。
- ✓ 委託給食会社の人員不足により献立がワンパターン化している

➡ 現場主導の改善だけでは解決できない。

目次

第1部：病院団体（全日本病院協会）での取り組み

第2部：入院時食事療養費制度の改正と30円増額の意味

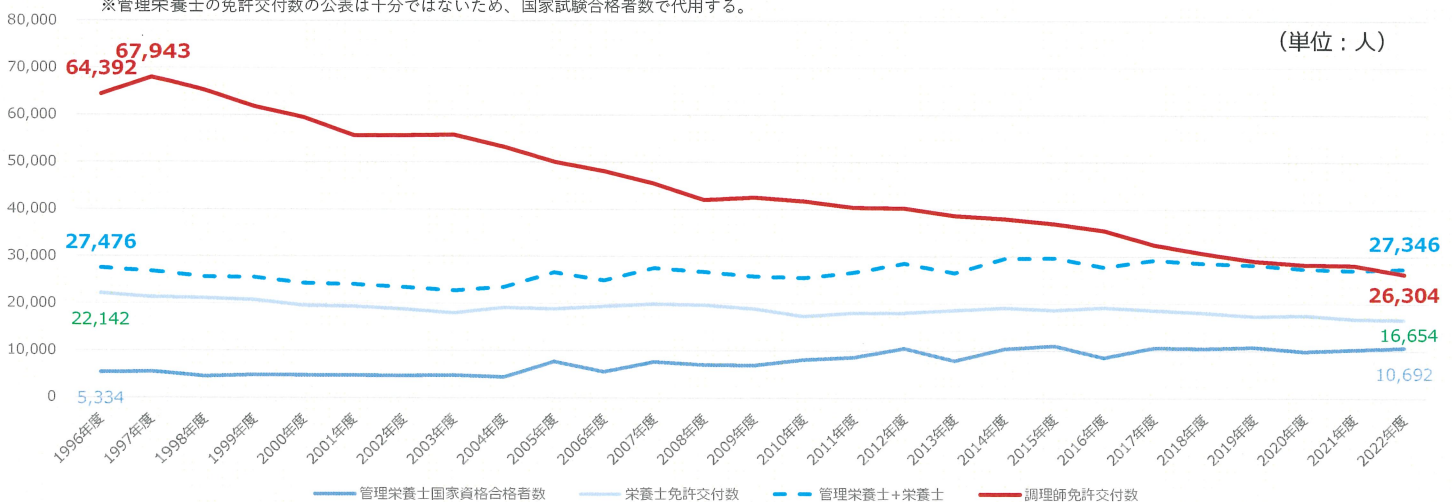
第3部：実践的な提案と未来への展望

2. (1) 病院給食管理（厨房問題）とその解決に向けて

～調理師の人材不足を裏付けるデータ～

✓ 管理栄養士の国家試験合格者数、栄養士、調理師の免許交付数

※管理栄養士の免許交付数の公表は十分ではないため、国家試験合格者数で代用する。



【現状の課題】

- ✓ 調理師の免許交付数は約20年間で半分以下である。
- ✓ 調理師の確保が難しくなり、代わりに栄養士が厨房業務の担い手となりつつある。管理栄養士がそれを一部補完している。

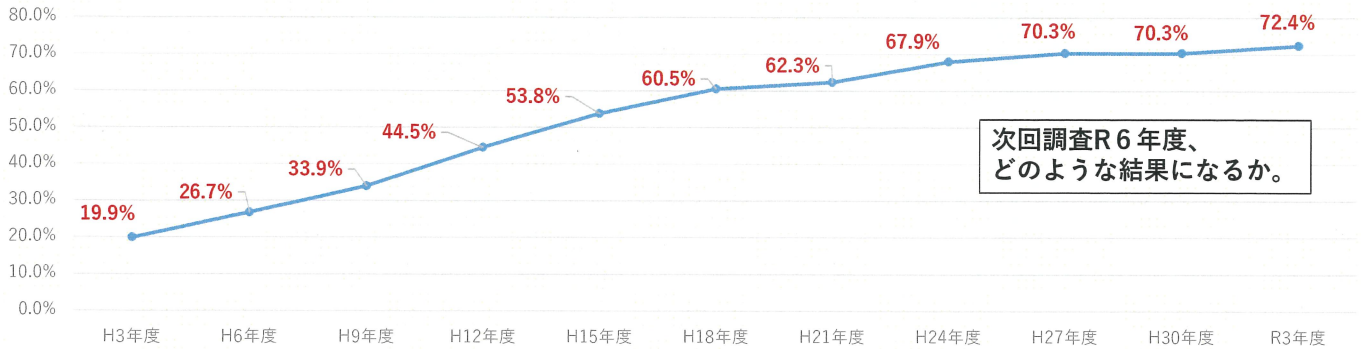
- 管理栄養士国家資格合格者数は以下の1)2)に基づいて筆者作成
- 1) 日本栄養士会編：管理栄養士 栄養士 必携 2019年度版, pp452, 第一出版, 2019,
- 2) 厚生労働省：管理栄養士・栄養士関係 - 管理栄養士国家試験実施状況, <https://www.mhlw.go.jp/content/000785426.pdf>
- 調理師数は、衛生行政報告例に基づいて筆者作成
- なお、2010年については東日本大震災の影響により、宮城県在全市町村の数値は含まれていない。

※人材不足と働き方改革

2. (1) 病院給食管理（厨房問題）とその解決に向けて

～病院厨房業務の委託率の推移～

✓ 一部委託、全部委託の合計



次回調査R6年度、
どのような結果になるか。

出所：一般社団法人 医療サービス振興会「医療関連サービス実態調査」より



「病院給食人材不足の現状と対策」

公益社団法人日本メディカル給食協会会長 山本裕康氏

「近年、われわれ受託側から委託料の改定や契約の見直しなどを依頼することが多数生じており、折り合いがつかなければ撤退という双方にとって最悪のケースに至る状況が出てきている」

出所：病院vol.78 No.4 2019

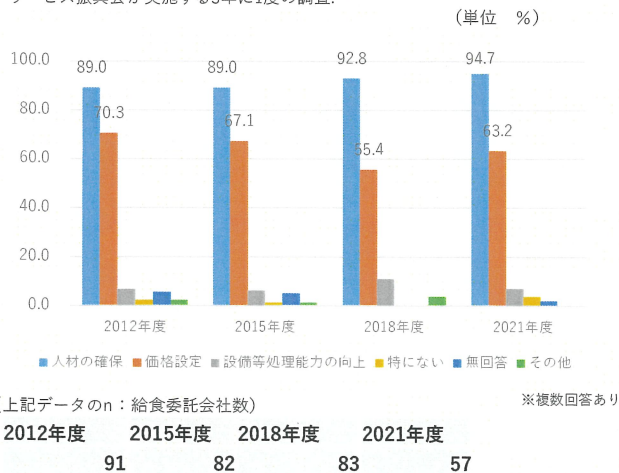
11

2. (1) 病院給食管理（厨房問題）とその解決に向けて

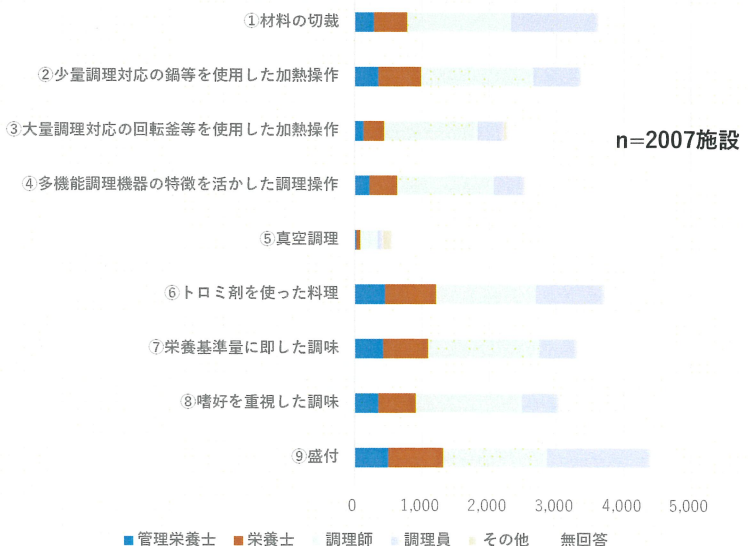
～給食委託会社の状況と厨房における管理栄養士の実態～

✓ 給食委託会社からみた給食サービスの課題

※医療関連サービス実態調査報告書とは、一般財団法人医療関連サービス振興会が実施する3年に1度の調査。



✓ 病院の厨房で調理作業を担う職種別スタッフ数



・複数回答可
・数字は「担当している」と回答した施設数を示す
・真空調理の無回答数は実施施設が少ないことによるもの

給食委託会社も人材不足に陥っている
その他複数の要因が重なり、結果的に管理栄養士も厨房業務の担い手になっている

右グラフ出典 厚生労働行政推進調査事業費補助金 循環器・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業：「特定給食施設等における適切な栄養管理業務の運営に関する研究（研究代表者 市川陽子）」令和元年度 総括・分担研究報告書、令和2年5月、2020
https://ichikawa-his-research-grant19-21.com/index.php/result_2019/

12

2. (1) 病院給食管理（厨房問題）とその解決に向けて

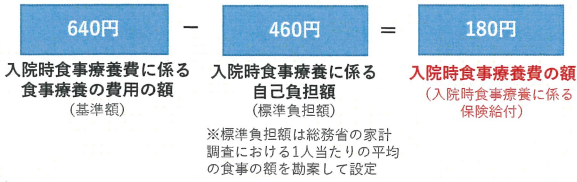
～医療保険制度における給食について（制度の変遷）～

- 1994（平成6）年に病院給食が診療報酬制度から外れる。ただし、保険給付は存続している。
- 2006（平成18）年に入院時食事療養費に係る食事療養の費用の額の算定に関する基準（以下、「入院時食事療養に関する制度」という。）が「1日につき」から「1食につき」の算定方法に変更となった。
- 同年に特別管理加算（常勤管理栄養士1名上配置、適時適温等を評価）1日200円が廃止になった。
 - 1日200円の内、常勤管理栄養士1名以上の人件費を同年に新設された栄養管理実施加算（1日12点＝120円）で評価。平成24年に入院料に包括化。
 - 残り1日80円が適時適温のための調理機器代等ということになるが、これを入院時食事療養内で負担することになった。

〔現在の法的根拠〕

健康保険法 第85条、国民健康保険法 第52条、船員保険法 第61条、
国家公務員共済組合法 第55条の3、地域公務員共済組合法 第57条の3、
高齢者の医療の確保に関する法律 第74条、等

〔現在の計算方法（1食あたり）〕



中央社会保険医療協議会 総会563回（2023年11月10日）：
厚生労働省保険局医療科長

「入院時に必要な食費は、1食当たりの総額と、自己負担分を国が定めて、その差額を保険給付としまして、入院時食事療養費という形で支給している」

上の例で、180円部分が入院時食事療養費

出典 中央社会保険医療協議会 総会563回（2023年11月10日） 議事録

〔制度の変遷〕

年	内容
1950（昭和25）年	中央社会保険医療協議会発足 →入院料に「完全給食」が盛り込まれる。
1958（昭和33）年	「完全給食」から「基準給食」へ変更。 (入院料に盛り込まれている状況は変更なし)
1994（平成6）年	入院時食事療養に関する制度を新設。（1,900円/日） →給食が保険給付の対象ではあるものの、診療報酬制度から外された。
1998（平成10）年	消費税増税（3→5%）に対応し+20円（1,920円/日）
2005（平成17）年10月	介護報酬制度において施設の食費、生活費を自己負担化 →介護報酬から給食費が切り離される。
2006（平成18）年	診療報酬・介護報酬同時改定 入院時食事療養に関する制度の一部改定。 ① 入院時食事療養費等（1）の算定が、1日につき1,920円→1食につき640円へ変更 ② 特別食加算の算定が、1日につき350円→1食につき76円に変更。 ③ 特別管理加算（常勤管理栄養士1名上配置、適時適温等を評価）1日200円を廃止。
2016（平成28）年	平均的な家計の食費を勘案して、一般の標準負担額が260円→360円に変更となった。
2018（平成30）年	一般の標準負担額が360円→460円に変更。

13

2. (1) 病院給食管理（厨房問題）とその解決に向けて

～医療保険制度における給食について（制度の変遷）～



入院時食事療養費制度の変遷	自己負担額（一般）の変遷	1食あたり	保険給付分
1994（平成6）年度 1,900円/日 特別食加算 350円/日 食堂加算 50円/日 特別管理加算 200円/日 選択メニュー加算 50円/日	1994（平成6）年10月～1996（平成8）年9月 →1日当たり600円	200円	433円/食
1998（平成10）年度 1,920円/日（+20円） ※その他は変更なし 3%⇒5%に対応	1996（平成8）年10月～2000（平成12）年12月 →1日当たり760円（+160円）	253円（+3円）	387円/食
2006（平成18）年度 640円/食 (1日当⇒1食当に算定方法変更) 特別食加算 76円/食 食堂加算 50円/食 →3食投資で228円/日 選択メニュー加算 50円 特別管理加算 200円	2001（平成13）年1月～2006（平成18）年3月 →1日当たり780円（+20円）	260円（+7円）	380円/食
2016（平成28）年度 5%⇒8% 8%⇒10% 対応なし 市販の標準流動食 640円⇒575円（△65円）	2006（平成18）年4月～2016（平成28）年3月 →1食当たり260円	360円（+100円）	280円/食
令和6年度改定で670円/食（+30円）に変更	～食材費+調理費、を 窓口負担とする～ 2016（平成28）年4月～2018（平成30）年3月 →1食当たり360円（+100円）	460円（+100円）	180円/食
	2018（平成28）年4月～2024（令和6）年5月 →1食当たり460円（+100円）	490円（+30円）	180円/食
	2024（令和6）年6月～ →1食当たり490円（+30円）		670円/食

1994年に開始された制度は、2024年に30年の節目を迎える。
この間、1998年に消費税の増税に伴い、1日あたりの金額が20円増額された。
さらに、令和6年度の改定では、開始から30年を経て、さらに増額が行われることになった。

※2024年4月～5月は地域医療介護総合確保基金（医療分）で対応。病床数×3,200円により算出し、1食あたり30円相当としている。

14

2. (1) 病院給食管理（厨房問題）とその解決に向けて

～介護保険制度における給食との比較～

〔介護保険制度の給食に係る主な沿革〕

年	内容
2000（平成12）年	介護保険法施行。 介護給食は「基準食事サービス費」として保険給付の対象となる。 ※構造は入院時食事療養に関する制度とよく似ている（右表）
2005（平成17）年	保険財政を理由に保険給付の対象外となった。 特定入所者介護サービス費（以後、「補足給付」という。）を制度化。
2014（平成26）年	補足給付の対象範囲を一部除外するなど見直しが行われた。 ・一定額超の預貯金を持っている方を対象から除外するなど。
2021（令和3）年	さらに、補足給付の対象範囲について見直しが行われた。 基準費用額を変更し制度の精緻化を図る。

2000（平成12）年介護保険制度発足後は保険給付としていたが、2005（平成17）年に保険給付から除外された。一方、低所得者の自己負担額を「補足給付」という形で補助されるようになった。

✓ 補足給付費を計算する際の基準費用額が設定されている。

- 平成17年の社会保障審議会介護給付費分科会で「栄養管理相当分」を保険給付として残り、「食材費＋調理費相当分」を利用者負担とする、と説明されている。

✓ 令和3年8月に月額1,392円から月額1,445円（＋53円）に増額された

- 設定当時は月額1,380円だった。
- 平成26年4月の消費税5%→8%への増税の際は据え置かれた。
- 平成29年10月の消費税8%→10%への増税で月額1,392円（＋12円）となった。
- 令和3年8月から月額1,445円（＋53円）となった。

○中央社会保険医療協議会 総会563回
（2023年11月10日）：

厚生労働省保険局医療科長

「（入院時に必要な食費について）自己負担の関係は、食材費に加えまして調理費の部分も、基本的には自己負担という形で変遷しているが、平成30年4月に460円という形で設定されて、それ以来、その額が続いているという状況となっている」

（中略）

「介護保険におきまして、入所者の食費の基準費用額、補足給付との関係で設置をされているものもあるが、こちらを1食当たりで換算すると約482円となっている」

（中略）

「現行の入院時の食費は、食材費及び調理費として1食当たり460円の自己負担としている。介護保険の食費の自己負担は、先ほどの補足給付との関係で設定されて基準では、1食当たり約482円とされており、入院時の食費との差は22円となっている」

○中央社会保険医療協議会 総会571回
（2023年12月8日）：

厚生労働省保険局医療科長

「食材費等の高騰を踏まえた対応を行う観点から、入院時の食費につきまして、例えば、30円引き上げることとしてはどうかという形で御提案してございます」

出典 中央社会保険医療協議会 総会563回（2023年11月10日） 議事録
中央社会保険医療協議会 総会571回（2023年12月8日） 議事録

15

2. (1) 病院給食管理（厨房問題）とその解決に向けて

～介護保険制度における給食について（補足給付費）～

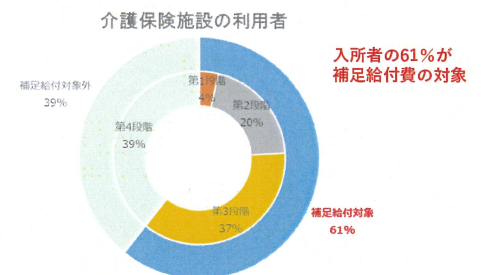
施設入所サービスの例

利用者負担段階	対象者	令和3年7月まで		令和3年8月以降	
		預貯金等の資産要件	補足給付費による給付額（月額）	預貯金等の資産要件	補足給付費による給付額（月額）
第1段階	・生活保護受給者 ・世帯（世帯を分離している配偶者を含む。以下同じ。）全員が市町村民非課税である高齢福祉年金受給者		1,092円	単身： 1,000万円以下 夫婦： 2,000万円以下	1,145円 （＋53円）
第2段階	・世帯全員が市町村民税非課税であって、年金収入金額合計所得金額が80万円以下	単身： 1,000万円以下 夫婦： 2,000万円以下	1,002円	単身： 650万円以下 夫婦： 1,650万円以下	1,055円 （＋53円）
第3段階①	・世帯全員が市町村民税非課税、かつ、本人年金収入等80万円超120万円以下		742円	単身： 550万円以下 夫婦： 1,550万円以下	795円 （＋53円）
第3段階②	・世帯全員が市町村民税非課税かつ本人年金収入等120万円超		742円	単身： 500万円以下 夫婦： 1,500万円以下	85円 （▲657円）
第4段階 （補足給付の対象外）	・世帯に課税者がいる者 ・市町村民税本人課税者		1,392円		1,445円 （＋53円）

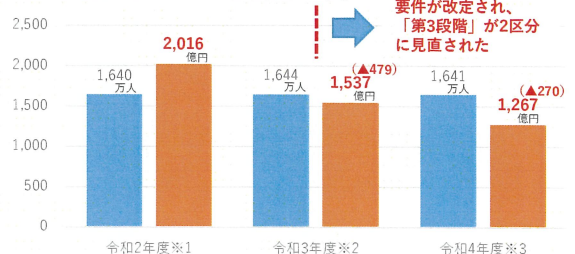
- 補足給付費の給付要件が令和3年8月より変更になっている（上表）。
- 補足給付費は介護保険財源で賄われている。

- 令和3年度の制度改正により、補足給付費による令和4年度の保険給付額が令和2年度に比べて年間約749億円（右グラフの479億円＋270億円）減少している。
- 介護保険制度の持続可能性については制度の発足以来検討されているが、補足給付費に関しても財源の確保やあり方が焦点となっている。

【2019年3月サービス提供分】



介護サービス受給者数のうち、補足給付費の対象となるサービス受給者の年間累計と補足給付費による年間保険給付額の推移



■ 介護サービス受給者数のうち、補足給付費の対象となるサービス受給者の年間累計（万人/年）
■ 年間保険給付額（億円/年）

※1 令和2年度：令和2年5月審査分～令和3年4月審査分
※2 令和3年度：令和3年5月審査分～令和4年4月審査分
※3 令和4年度：令和4年5月審査分～令和5年4月審査分

出典：令和3年度介護保険事業状況報告年報

16

2. (2) カネの話 ～医療施設の収入

※月次収入（6月審査分）から算出

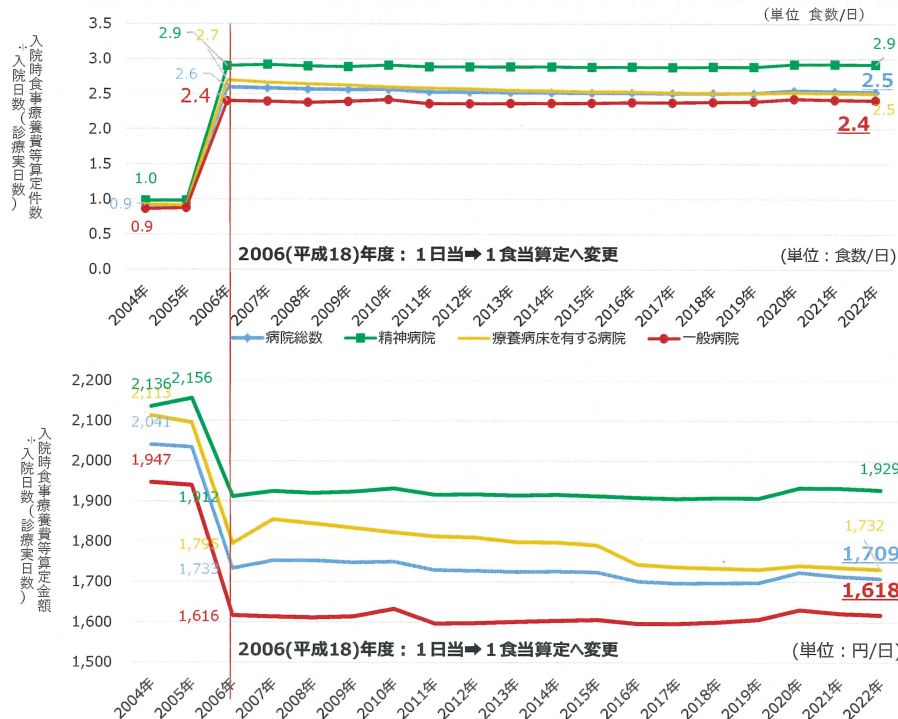
【病院給食】

- ✓ 病院の食種数は二次医療圏を担う急性期病院群で150～200食種
- ✓ 保険給付により値段設定できない（1食640円等）。
- ✓ 一般病院では1日1人当**2.4食**となっている。
→ **1,618円/日の収入**となっている。
- ✓ 病院全体（病院総数）は**2.5食**となっている。
→ **1,709円/日の収入**となっている。

【介護給食】

- ✓ 食種数は10～20食種
- ✓ 保険給付ではないため、値段設定できる。
- ✓ 補足給付の基準額**1,392円/日**だが、介護保険法の改正で令和3年8月より**1,445円/日**へ増額。
※介護報酬の療養食加算は含まれていない。

- ① **病院と、介護保険の1日の食費収入を比較すると264円の差となっている。**
- ② **介護給食問題も深刻だが、提供内容の複雑さを考えれば、病院給食問題の方がより深刻な状況といえる。**

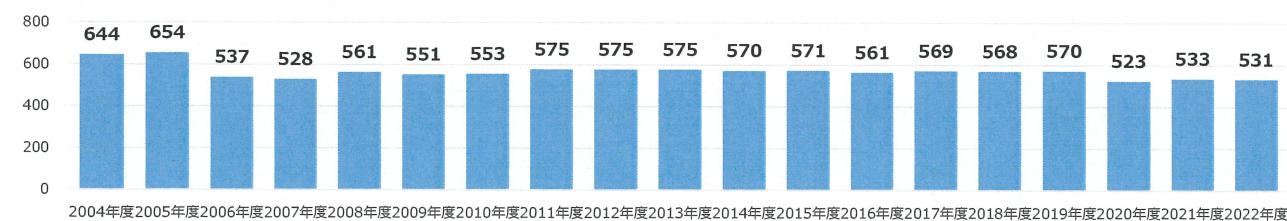


17

2. (2) カネの話 ～医療施設の収入

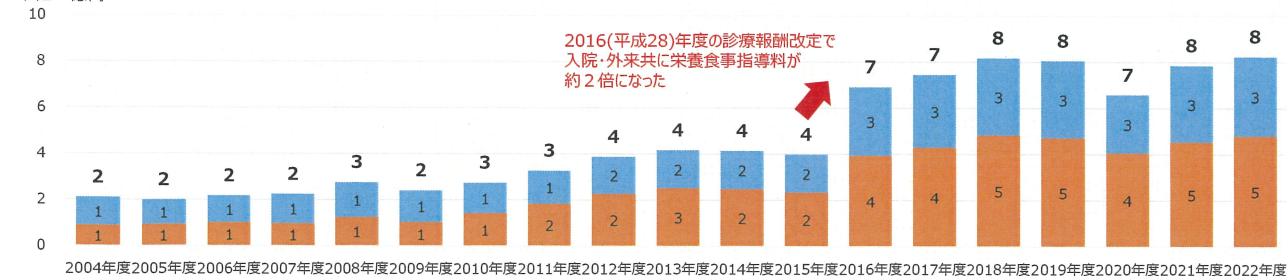
①月次収入（6月審査分）の推移：「入院時食事療養費に係る食事療養の費用の額」

単位：億円



②月次収入（6月審査分）の推移：「臨床栄養管理(栄養管理実施加算除く)」

単位：億円



- 臨床栄養管理に係る入院収入の対象：
- ・ 入院栄養食事指導料
 - ・ 集団栄養食事指導料（入院）
 - ・ 栄養サポートチーム加算
 - ・ 早期栄養介入管理加算
 - ・ 緩和ケア診療加算
 - ・ 個別栄養食事管理加算
 - ・ 後期高齢者退院時栄養・食事管理指導料（2008年～2009年）
- 臨床栄養管理に係る入院外収入の対象：
- ・ 外来栄養食事指導料
 - ・ 集団栄養食事指導料（外来）
 - ・ 在宅患者訪問栄養食事指導料

月500～600億円の「入院時食事療養費に係る食事療養の費用の額」の収入に対して、「臨床栄養管理（栄養管理実施加算除く）」に係る収入は月10億円にも満たない

出典 厚生労働省：社会医療診療行為別統計（旧：社会医療診療行為別調査）を用いて筆者作成 <https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&hitoukei=00450048&tstat=000001029602> (2022/5/2)

18

2. (2) カネの話 ～医療施設の収入

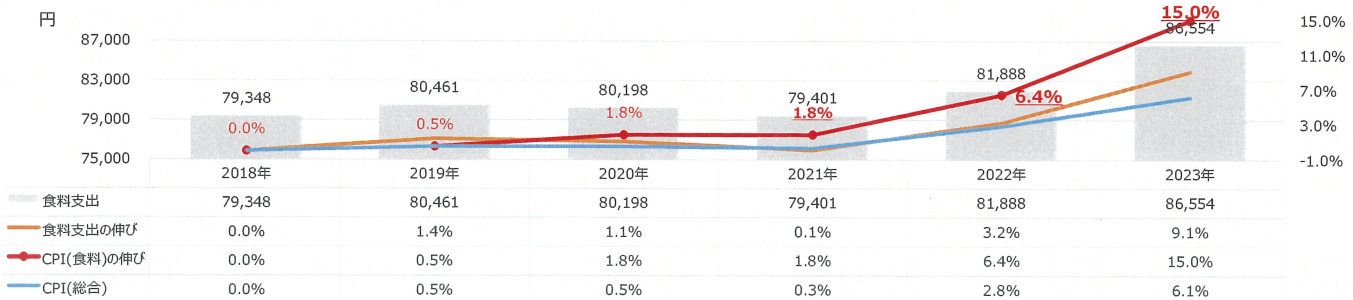
病院給食の委託単価は、公定価格(1,920円)を上回る状況。昨今の食材料費等の高騰によりその差は拡大。

■病院給食費の委託単価【医療分野】

	2018年	2021年	2022年
病院給食の委託単価	1,796円	1,962円	1,997円
入院時の食費の総額 (1,920円)との差額	▲124円 (▲6%)	42円 (+2%)	77円 (+4%)

家計の食費支出は近年大幅に上昇が続く。

■消費者物価指数・食費支出の動向

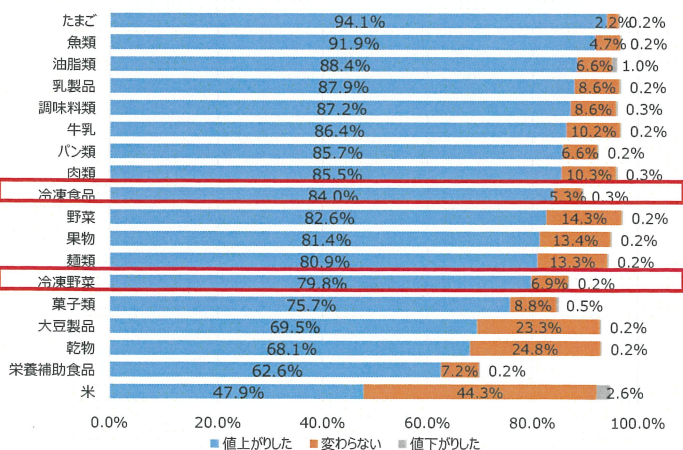


出典 厚生労働省：中央社会保険医療協議会 総会563回（2023年11月10日） 資料「総-2」、総務省「消費者物価指数」、総務省「家計調査」を基に編集

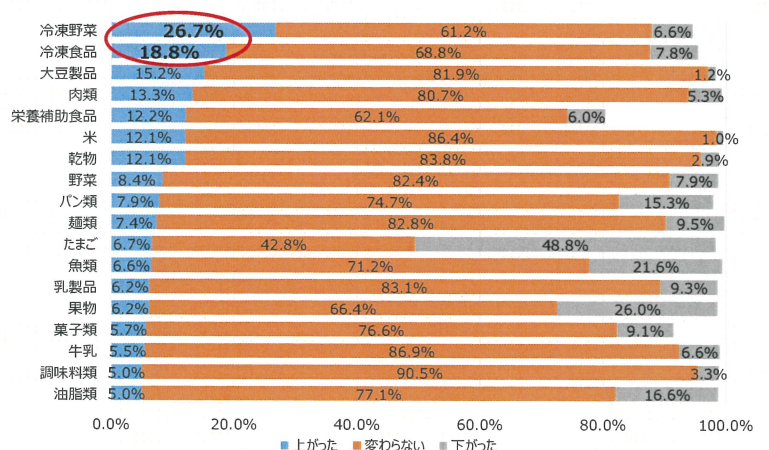
19

2. (2) カネの話 ～医療施設の収入

【食材価格の変化】



【直近1年間の使用頻度の変化】



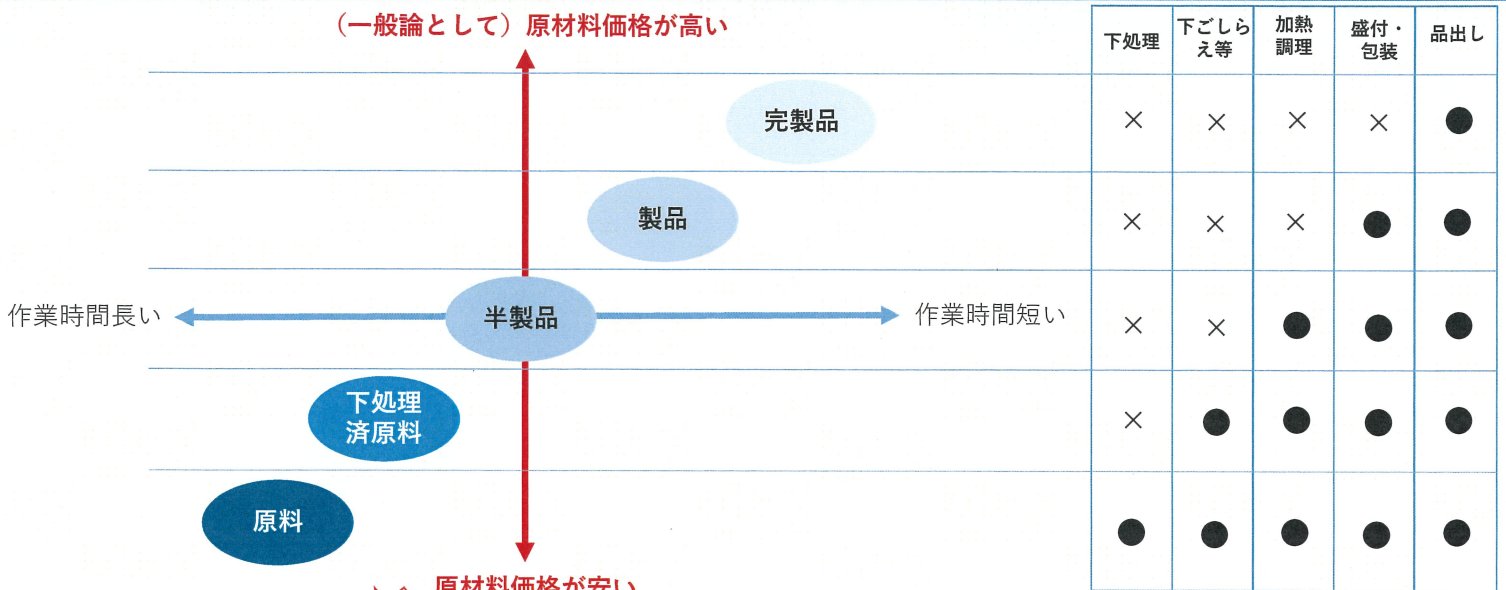
「食材価格の変化」から、多くの食材で「値上がりした」と回答された。冷凍食品も例外ではないものの、「直近1年間の使用頻度の変化」から、相対的に冷凍食品・冷凍野菜の使用頻度は2割前後上がっているとの回答がある。

- 調査概要
- ・調査期間：2023/7/24～2023/8/2
- ・調査対象：給食のコスト管理を行っている全国の管理栄養士・栄養士580名
ただし、「わからない」の回答はグラフから省略
- ・調査方法：Webを活用したアンケート

出典：株式会社SMS 物価高騰による施設等の給食への影響調査、を基に筆者編集
https://www.bm-sms.co.jp/news-press/prs_20230912_eichie_research/

20

2. (2) カネの話 ～食材の供給形態



先述のとおり、原材料価格の上昇傾向を受けて、長期保存が可能な食材を仕入れることでコストが管理しやすくなっている。

病院がどこまで対応するかを改めて検討していく必要がある(後述)。

出典：中澤建也「成功する！デリ・総業経営～製造小売化のすすめ」(株)デリシステム・プランニングを基に筆者編集 21

経済財政運営と改革の基本方針2023(骨太の方針2023)

～令和5年6月16日閣議決定を一部抜粋

第1章 マクロ経済運営の基本的考え方

1. 本基本方針の考え方
2. 環境変化に対応したマクロ経済運営
3. 持続可能な成長の実現に向けた経済構造の強化

第2章 新しい資本主義の加速

1. 三位一体の労働市場改革による構造的賃上げの実現と「人への投資」の強化、分厚い中間層の形成
2. 投資の拡大と経済社会改革の実行
 - (1) 官民連携による国内投資拡大とサプライチェーンの強靱化
 - (2) グリーン転換(GX)、デジタル転換(DX)等の加速
 - (3) スタートアップの推進と新たな産業構造への転換、インパクト投資の促進
 - (4) 官民連携を通じた科学技術・イノベーションの推進
 - (5) インバウンド戦略の展開
3. 少子化対策・こども政策の抜本強化
4. 包摂社会の実現
5. 地域・中小企業の活性化

第3章 我が国を取り巻く環境変化への対応

1. 国際環境変化への対応
 - (1) 外交・安全保障の強化
 - (2) 経済安全保障政策の推進
 - (3) エネルギー安全保障の強化
 - (4) 食料安全保障の強化と農林水産業の持続可能な成長の推進
 - (5) 対外経済連携の促進、企業の海外ビジネス投資促進
2. 防災・減災、国土強靱化、東日本大震災等からの復興
3. 国民生活の安全・安心

第4章 中長期の経済財政運営

1. 中長期の視点に立った持続可能な経済財政運営
2. **持続可能な社会保障制度の構築**
3. 生産性を高め経済社会を支える社会資本整備
4. 国と地方の新たな役割分担等
5. 経済社会の活力を支える教育・研究活動の推進

第5章 当面の経済財政運営と令和6年度予算編成に向けた考え方

1. 当面の経済財政運営について
2. 令和6年度予算編成に向けた考え方

次期診療報酬・介護報酬・障害福祉サービス等報酬の同時改定においては、**物価高騰・賃金上昇**、経営の状況、支え手が減少する中での人材確保の必要性、患者・利用者負担・保険料負担への影響を踏まえ、患者・利用者が必要なサービスが受けられるよう、必要な対応を行う。

その際、第5章2における「令和6年度予算編成に向けた考え方」※を踏まえつつ、持続可能な社会保障制度の構築に向けて、当面直面する地域包括ケアシステムの更なる推進のための医療・介護・障害サービスの連携等の課題とともに、以上に掲げた医療・介護分野の課題について効果的・効率的に対応する観点から検討を行う。

- ※ 第5章2②で引用されている骨太方針2021においては、社会保障関係費について、基盤強化期間における方針、経済・物価動向等を踏まえ、その方針を継続することとされている。
(参考) 第5章当面の経済財政運営と令和6年度予算編成に向けた考え方
2. 令和6年度予算編成に向けた考え方
 - ② 令和6年度予算において、本方針、骨太方針2022及び骨太方針2021に基づき、経済・財政一体改革を着実に推進する。
- ただし、重要な政策の選択肢をせざるべきことがあってはならない。

中央社会保険医療協議会 総会563回(2023年11月10日)：
厚生労働省保険局医療科長

「約30年間入院時の食事療養費については、見直しが行われていないということで、近年、特に病院の給食部門というのは赤字となっていて、給食業者のほうも提供困難となっている現実があるということで、骨太の方針に基づき、基本的には、値上げをしていくべきであるといった御意見を多くいただいている」
(中略)

「骨太の方針2023、今年の6月16日に閣議決定されたものでございますが、診療報酬の関係で申し上げますと、この改定においては、物価高騰などの影響を踏まえながら、必要な対応を行っていきとされている」

出典 内閣府サイト「経済財政運営と改革の基本方針2023」(2023年6月26日)
中央社会保険医療協議会 総会563回(2023年11月10日) 資料「総-2」
中央社会保険医療協議会 総会563回(2023年11月10日) 議事録

2. (3) 「30円増額」の意味について整理する①

「入院時の食費の見直しについて」

- 食材費等の高騰を踏まえた対応を行う観点から、家計における食事支出や介護保険の食費も参照しつつ、入院時の食費を一食当たり30円引上げ。
 - 住民税非課税世帯の場合には20円、所得が一定基準に満たない場合には10円の自己負担引上げ。
 - 施行日は令和6年6月1日とする。
- ※令和6年3月までは重点支援地方交付金により対応。令和6年4月・5月については地域医療介護総合確保基金により対応。

	従前	令和6年6月1日以降	保険給付分(従前比)	
総額	640円	670円 (+30円)	180円 (±0)	
うち、自己負担	一般所得者の場合	460円	490円 (+30円)	180円 (±0)
	住民税非課税世帯の場合	210円	230円 (+20円)	440円 (+10)
	住民税非課税かつ所得が一定基準に満たない70歳以上の場合	100円	110円 (+10円)	560円 (+20)

「R6年度の診療報酬改定等に関する大臣折衝事項（令和5年12月20日）」

診療報酬改定の改定率(本体) +0.88% (R6年6月1日施行)・・・国費 800億円程度
(令和6年度予算額。以下同じ)

- ① 看護職員、病院薬剤師その他の医療関係職種（下記※に該当する者を除く）について、R6年度にベア+2.5%、R7年度にベア+2.0%を実施していくための特例的な対応 +0.61%
- ② 入院時の食費基準額の引上げ（1食当たり30円）の対応（うち、患者負担については、原則、1食当たり30円、低所得者については、所得区分等に応じて10～20円）+0.06%

【参考1】
左の数値から、+0.01%は約9.1億円の増加。
+0.06%は約54.6億円となる。

一般所得者の自己負担額が30円増額されるとはいえ、
今回の改定で低所得者への補填として、国費は約54.6億円の支出増加が見込まれている。

出典 中央社会保険医療協議会 総会574回（2023年12月20日）資料「総-7 令和6年度診療報酬改定の改定率等について」
第174回社会保障審議会医療保険部会（令和6年1月19日）「【資料3】令和6年度予算案（保険局関係）の主な事項等について」

2. (3) 「30円増額」の意味について整理する② ～2022年6月審査分から試算する

(単位：円)

	2022年6月の 算定回数 (病院+有床診療所)	1食当算定金額			月間の算定金額		
		従前	改定後	増減額	従前	改定後	増減額
入院時食事療養 小計	65,134,626	-	-	-	41,195,252,913	43,149,291,693	1,954,038,780
入院時食事療養 (I) (1食につき) 流動食のみ以外の 食事療養を行う場合	58,686,744	640	670	30	37,559,516,160	39,320,118,480	1,760,602,320
入院時食事療養 (I) (1食につき) 流動食のみを提供す る場合	5,436,551	575	605	30	3,126,016,825	3,289,113,355	163,096,530
入院時食事療養 (II) (1食につき) 流動食のみ以外の 食事療養を行う場合	967,558	506	536	30	489,584,348	518,611,088	29,026,740
入院時食事療養 (II) (1食につき) 流動食のみを提供す る場合	43,773	460	490	30	20,135,580	21,448,770	1,313,190
入院時生活療養 小計	15,087,112	-	-	-	8,056,943,988	8,509,557,348	452,613,360
入院時生活療養 (I) 食事療養 (1食につき) 流動食の み以外の食事の提供たる療養を行う場合	9,765,382	554	584	30	5,410,021,628	5,702,983,088	292,961,460
入院時生活療養 (I) 食事療養 (1食につき) 流動食の みを提供する場合	5,147,447	500	530	30	2,573,723,500	2,728,146,910	154,423,410
入院時生活療養 (II) (1食につき) 食事療養	174,283	420	450	30	73,198,860	78,427,350	5,228,490
総計	80,221,738	-	-	-	49,252,196,901	51,658,849,041	2,406,652,140

- 30円増額により、1ヶ月分として約24億円増額することが見込まれる（10円増額で約8億円増額）
- 年間で考えると、この増額分を12倍して約288億円になる（10円増額で約96億円増額）
- つまり、保険給付分※が増額される場合、この程度の追加支出が見込まれることになる

※例えば、「入院時食事療養費 (I) 流動食のみ以外の場合」で180円から210円に30円増額する等。

出典 厚生労働省：社会医療診療行為別統計を用いて筆者作成

目次

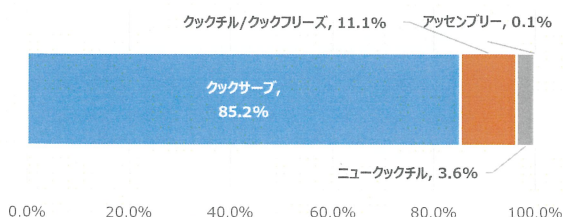
第1部：病院団体（全日本病院協会）での取り組み

第2部：入院時食事療養費制度の改正と30円増額の意味

第3部：実践的な提案と未来への展望

3. (1) 調理システム（給食の生産管理システム）について

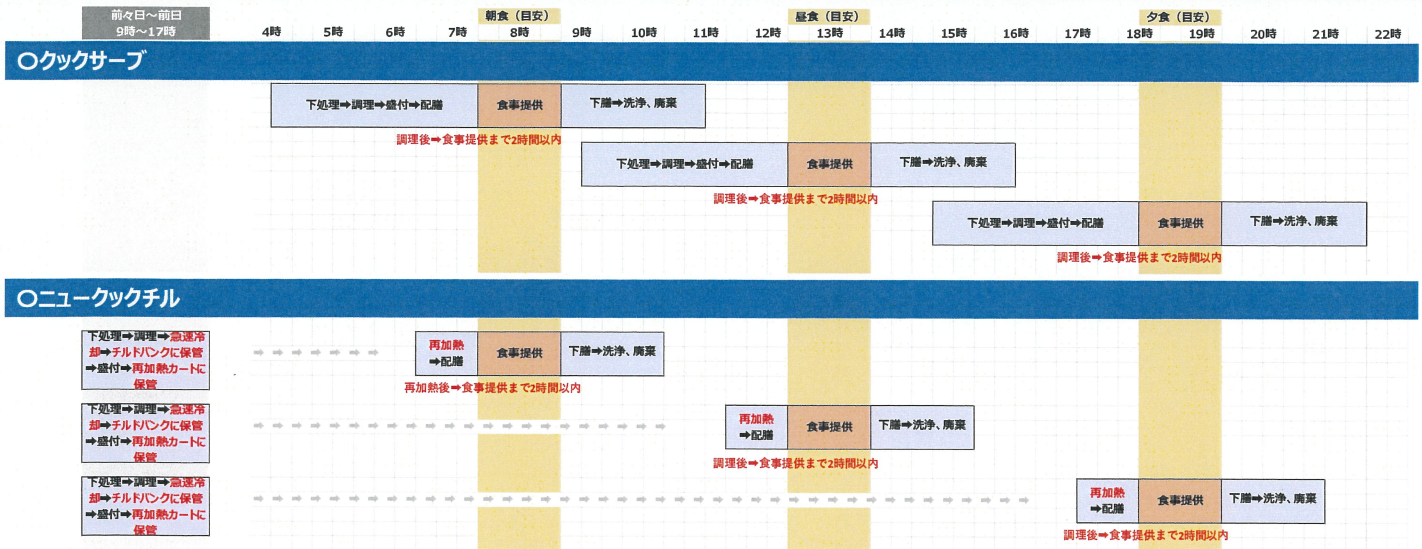
システム名	内容
1.クックサーブシステム	食材料の調達から調理加工、提供サービスまですべての工程を行う、従来からのシステム。
2.給食施設内レディードシステム	調理品の生産日と提供日が異なる。
①クックチル	1968年、スウェーデンで開発。加熱調理した食品を急速冷却（90分以内に0～3℃）、氷温冷蔵保管（0～3℃）し、必要時に再加熱（通常は中心温度75℃で1分以上等）して提供する方法。
②クックフリーズ	1969年、スウェーデンで開発。加熱調理直後の食品を急速冷凍（-18℃）し、保管して提供直前に再加熱（中心温度は同上）する方法。
③真空調理	1979年、フランスで開発。食品を真空パックし、減圧して空気を抜いて、低温加熱した後、急速冷却して氷温冷蔵保管し、必要時に再加熱して提供する方法。
3.ニュークックチル	上述の2の調理技法に加えて、配膳車（再加熱カート）に事前に盛りつけ配膳し、氷温冷蔵しておいたものを配膳車（再加熱カート）を利用して再加熱する。
4.カミサーシステム（セントラルキッチンシステム）	上述の3（あるいは2）での調理技法で調理し、氷温冷蔵・冷凍保管を行い、配送運搬・保管して、その後は再加熱して提供する。 1996（平成8）3月26日に公布・施行された医療法施行規則の一部改正、同年4月24日に出された「院外調理における衛生管理ガイドラインについて」（厚労省）により対応が可能となった。
5.アッセンブリーサーブシステム	できあがった食品を購入し、提供時に加熱するシステム。配膳人員のみが必要。 （いわゆる完全調理済み食品を組み合わせる方法）
6.新調理システム	複数の手法をそれぞれの厨房が抱える条件に最も適したシステムとして運用する仕組み。



n=1922施設

厚生労働行政推進調査事業費補助金 循環器・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業：「特定給食施設等における適切な栄養管理業務の運営に関する研究（研究代表者 市川陽子）」令和元年度 総括・分担研究報告書、令和2年5月、9-17, 2020
https://ichikawa-hls-research-grant19-21.com/index.php/result_2019/

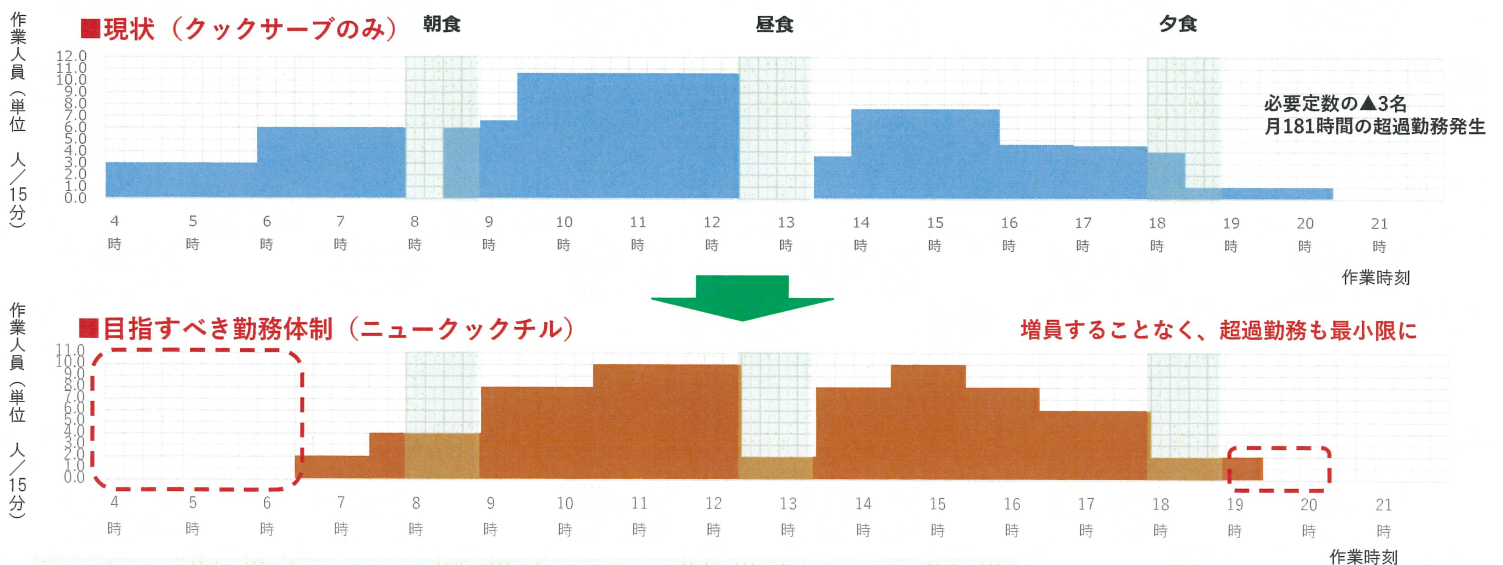
3. (1) ニュークックチルの1日の作業工程イメージ



- ① 調理後2時間以内に喫食する必要があり、クックサーブの勤務時間が間延びする要因となっている
→ニュークックチル導入
- ② ただし、ニュークックチル導入には高額な費用が発生する。
 - ・ 再加熱カート、急速冷却機、チルドバンクや再加熱カートの置き場確保等

3. (1) クックサーブからニュークックチルへ変更とした場合の労働時間の変化

✓ 厨房における平均的な作業人時（食器洗浄作業除く）とあるべき勤務体制



いわゆる作り置きができるので、日を分けて作業することができる。
働き方改革につながる取り組みと言える。

3. (1) クックフリーズの検討と冷凍技術の比較

冷却と凍結の違い：

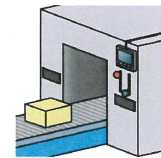
- **冷却**：食品を凍結点以下にはさせずに、特定の温度まで熱を積極的に取り除く工程。これにより、食品を新鮮な状態で保持しながら、微生物の増殖を遅らせることができる。
- **凍結**：食品の中心温度を一般に -18°C 以下まで下げる工程。品質維持と工程の効率化を目的とし、所定の時間内に温度を下げる。凍結により、食品の保存期間を大幅に延ばすことが可能になる。

凍結設備の選択：

- 凍結設備は取り扱う食品の形状、大きさ（特に厚さ）、包装・容器の有無、処理量、加工工程、作業効率化（自動化）、**搬送方法が自動搬送（インライン式）か手動搬送（バッチ式）**、凍結温度などの条件から各種方式を選択することになる。

主な凍結設備：

- **空気式（エアブラスト式）**：
冷風を吹き付けて凍結させる方法。
- **液体式（ブライン式）**：
ブライン凍結と言われ、古くから食塩ブラインあるいは60%濃度のアルコール中に直接浸漬（しんせき）して凍結させる方法。
- **金属接触式（コンタクト式）**：
アルミニウム製の冷凍板を十数枚上下に重ねて、その冷凍板の間に差し込みつつ、上部から油圧で押し付けながら凍結させる方法。
- **液化ガス式（液体窒素等）**：
液体窒素（沸点： -196°C ）、液化炭酸ガス（同 -78.5°C ）は、非常に低い温度で液体の状態を保っている。液化ガスのもつ低温と、液体が気体になる際に吸収する熱（気化潜熱）を利用して凍結させる方法。



自動搬送（インライン式）の例
→図はいわゆるベルトコンベヤ



手動搬送（バッチ式）による液体式（ブライン式）の急速凍結機
（図はきやまセントラルキッチン
のスライドより再掲）

出典 公益社団法人日本冷凍空調学会「改訂 食品冷凍技術」 29

3. (1) 再加熱を要する調理システムの課題と必要な衛生管理対策

保健所の報告によれば、近年クックチル法を用いた際にウエルシュ菌による食中毒の事例が増加している → Food Codeからその原因を考える

Food Codeは、FDA（Food and Drug Administration, 米国食品医薬品局）が5年毎に更新しているもので最新は2022年版。食品の安全と正しい表示を保証し公衆衛生を守るための基準であり、5年ごとに更新されている。
The Food Code is a model for safeguarding public health and ensuring food is unadulterated and honestly presented when offered to the consumer.

3-403.11 Reheating for Hot Holding. の項目

加熱調理された食品を再加熱した場合の**病原性細菌**の成長の可能性は、生の食品よりも大きいです。これは、調理中に生の製品上で病原体の成長を競合により阻害する菌が殺されるためです。**温度管理の乱用が発生した場合、その後の再汚染により、病原体が競争せずに増殖することが可能になります**

The potential for growth of pathogenic bacteria is greater in reheated cooked foods than in raw foods. This is because spoilage bacteria, which inhibit the growth of pathogens by competition on raw product, are killed during cooking. Subsequent recontamination will allow pathogens to grow without competition if temperature abuse occurs.

上の病原性細菌は、主にウエルシュ菌やセレウス菌を指している。

ウエルシュ菌感染症

【概要】

- **潜伏期間**：多くの場合6～18時間で、平均して10時間後に発症。24時間を超える発症は極めて稀。
- **臨床症状**：主要な症状は腹痛及び下痢。一部の症例で腹部膨満感を伴うが、嘔吐や発熱は少ない。**症状は軽度で、通常1～2日で自然回復する。**

【予防措置】

- **食品中の菌の増殖を阻止すること**。特に加熱後の食品は迅速に冷却し、冷蔵保管が推奨される。**再加熱を要する際は、適切な加熱を施す**。大量調理においては前日の調理物を室温で放置することを避けるべき。

セレウス菌感染症

【概要】

- **臨床症状と潜伏期間**：セレウス菌による食中毒は、嘔吐型と下痢型の二種類に分類される。嘔吐型は主に食品内で生成された毒素により発症し、潜伏期間は30分から5時間で嘔吐が主症状。下痢型は食品内で増殖した菌が摂取され、腸内での増殖と共に産生された毒素によって引き起こされる。潜伏期間は6～15時間と長く、主症状は下痢である。

【予防措置】

- セレウス菌による食中毒予防も、食品中の菌の増殖を抑制することにある。加熱調理後は迅速に冷却し、冷蔵保存を行うこと。**再度消費する際には、十分な加熱を確実に行うことが重要である**。特に大規模な調理の際は、前日の調理品を室温で放置しないよう注意を要する。

厨房スタッフへの教育を通じて、温度（Temperature）と時間（Time）を軸とした衛生管理（通称：TT管理）の厳格な遵守及び汚染された機器や不適切な個人衛生（例：手洗いの不徹底）への対策（二次汚染防止策等）が鍵となる。

出典：FDA「Food Code2022」 <https://www.fda.gov/food/fda-food-code/food-code-2022>
国立感染症研究所ホームページ「ウエルシュ菌感染症とは」「セレウス菌感染症とは」を基に筆者編集

各種調理法等まとめ

名称	事業所ごとの役割
クックサーブ	調理後、ただちに食事提供する従来の調理法。 当法人は全てこの方法を採用している。

冷蔵（冷凍）保存が可能な方式への変更

名称	各工程									
	①食材 入荷・検収	②食材保存	③下処理・ 下ごしらえ 等	④加熱調理	⑤急速冷却	→	⑥完調品 冷蔵保存 <small>(保存期間 5日間まで)</small>	→	⑦再加熱	⑧盛付・ト レイメイク
クックチル <small>(保存期間 5日間まで)</small>										
ニュークックチル <small>(保存期間 5日間まで)</small>										
クックフリーズ <small>(一般的には保存期間 8週間まで*)</small>										
製造を外部業者へ アウトソーシング (冷凍完調品) <small>(一般的には保存期間 8週間まで*)</small>										

提供

※ 一般社団法人 日本医療福祉セントラルキッチン協会：HACCPの考え方を取り入れた衛生管理の手引書（2020年6月改訂）p97に掲載されている、英国保健局（Department of Health）が公表しているクックチル・クックフリーズのガイドライン（Chilled and Frozen Guidelines on Cook-Chill and Cook-Freeze Catering Systems、1993年第3版）引用
「クックフリーズした食品の保存期間は食品の種類により異なるが一般的には8週間までであれば栄養または食味において目立った損失はないと考えられる。この期間を過ぎると高脂肪の食品では異臭が出る可能性があるが他の食品はこれより長い期間保存しても問題はない」とされている。

31

3. (1) 給食業務の合理化に向けた検討状況の小括

名称	事業所ごとの調理方式
クックサーブ	調理後、ただちに食事提供する従来の調理法。 当法人は全てこの方法を採用している。

名称	事業所ごとの役割
クックサーブ	①食材入荷・検収、②食材保存、③下処理・下拵え等、④加熱調理、⑤盛付・トレーセット、⑥提供
クックチル <small>(自法人で生産)</small>	①食材入荷・検収、②食材保存、③下処理・下拵え等、④加熱調理、⑤急速冷却、⑥冷蔵保存、⑦再加熱、⑧盛付・トレーセット、⑨提供
ニュークックチル <small>(自法人で生産)</small>	①食材入荷・検収、②食材保存、③下処理・下拵え等、④加熱調理、⑤急速冷却、⑥盛付・トレーセット、⑦冷蔵保存、⑧再加熱、⑨提供 <small>※クックチルの③の手順を⑥に入れ替えることで作業効率上がる</small> ※2019～2021年度 今村総合病院で導入検討 →導入コスト：4～5億円（2021年時点）を要する。加えて、約10年で機器更新の必要あり
クックフリーズ <small>(自法人で生産)</small>	①食材入荷・検収、②食材保存、③下処理・下拵え等、④加熱調理、⑤急速冷却、⑥急速冷凍、⑦冷凍保存、⑧解凍、⑨再加熱、⑩盛付・トレーセット、⑪提供 ※2023年度の法人プロジェクトでは、セントラルキッチンの建設も検討を重ねたが、 建設費の高騰により、実現は事実上困難になっている。
冷凍完調品 <small>(外部業者からの購入)</small>	①食材入荷・検収、②製品冷蔵保存、③解凍、④再加熱、⑤盛付・トレーセット、⑥提供 ※企業と冷凍完調品の今後の取り組み等も含めて協議を重ねている。

32

3. (3) 病院給食問題の区分 ～病院給食部門内の大きな業務範囲～

病院給食部門の役割を大きく分ければ以下の二つとなる。

- **病院給食管理（厨房業務）：**

病院給食管理（厨房業務）：栄養ケア計画に基づいて、合理的、かつ、衛生的な調理方法により、嗜好に配慮しつつ、対象者の臨床的な多様性、個別性に対応した食事提供を目指す。

- **臨床栄養管理（ベッドサイド業務）：**

臨床栄養管理（ベッドサイド業務）：患者の病態と栄養状態を評価、判定後、栄養ケア計画を作成し、その計画に基づいて、給食業務と連携し、病院給食の提供、また、栄養補給を行う。そして、その成果をモニターする。

出典 中村丁次「臨床栄養学者 中村丁次が紐解くジャパン・ニュートリション」

33

3. (3) 病院給食問題の区分 ～病院給食部門に従事する資格者と主な業務内容～

✓ 厨房問題と臨床栄養管理に分ける理由①（人の問題）

病院給食部門の構成員	根拠法	業務内容
管理栄養士	栄養士法	栄養の欠乏だけでなく過剰への対応や病態に応じた栄養補給法の確立が求められる現代にあつては、ますます科学的な観点での臨床栄養業務が必要となっている。
栄養士	栄養士法	栄養士法では「栄養の指導に従事することを業とする者」と規定されているが、管理栄養士との棲み分けの結果、今は厨房スタッフの重要な構成員となっている。
調理師	調理師法	年々、調理師不足は深刻さを増しており、確保が困難になっている。
調理員	法による規定なし	厨房スタッフの重要な構成員ではあるが、調理のできるスタッフは稀である。調理の周辺業務を担う場合が多い。

臨床栄養管理

病院給食管理（厨房業務）

境界線が曖昧

管理栄養士はより臨床栄養管理に特化した業務が求められる一方、厨房スタッフが確保できずに管理栄養士が厨房業務を補完するという逆行現象が起きている。

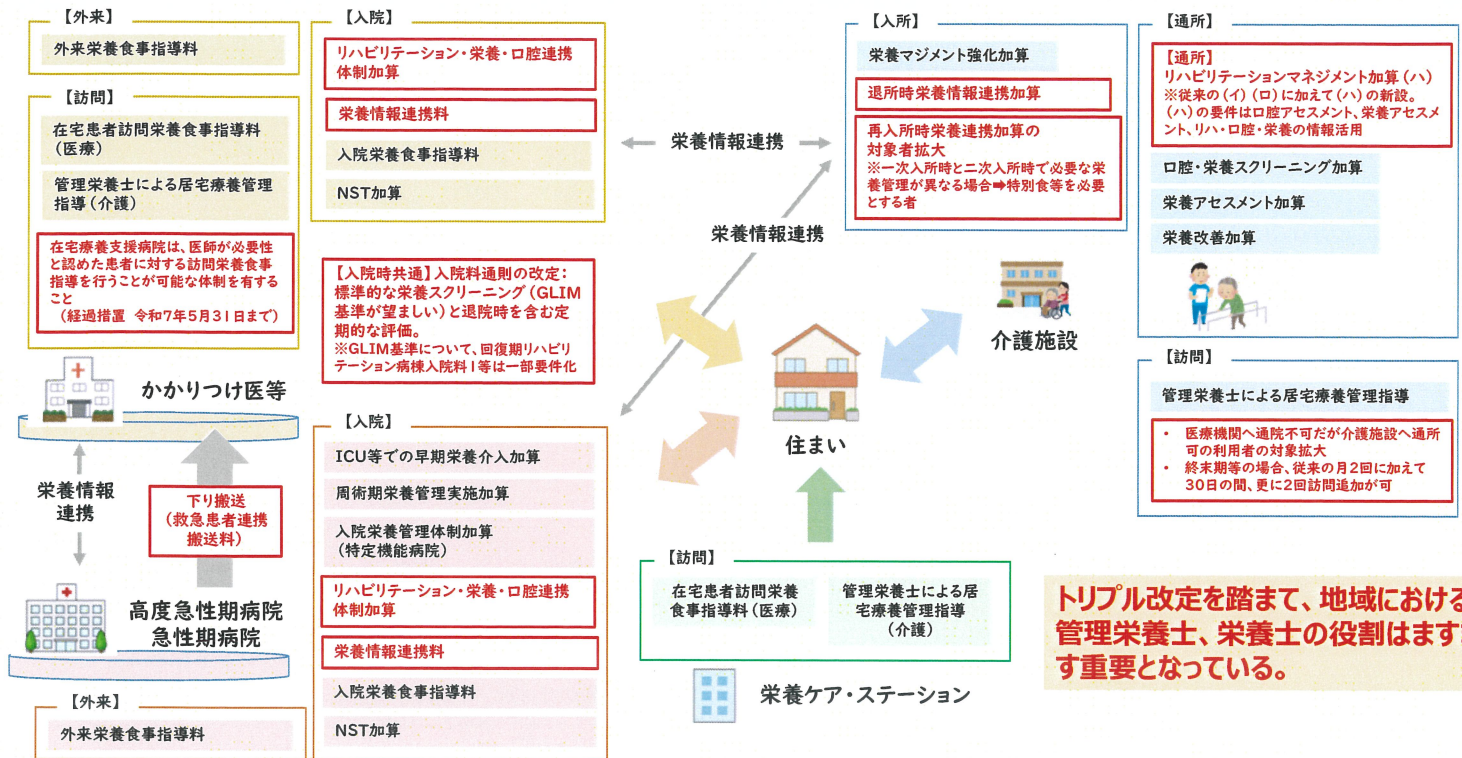
本来、この二つは一緒には扱えないため、分けて考える必要がある。

34

3. (3) 臨床栄養管理の方向性

～地域包括ケアシステムと地域住民の栄養管理（管理栄養士、栄養士の役割）

※赤枠赤字は令和6年度トリプル改定で評価された主な内容



まとめ ～病院経営者からみた病院給食の課題解決に向けた方針

○病院給食管理（厨房問題）

- ・【ヒト】厨房業務の担い手をどのように考えるか。
- ・【モノ】どのような調理システム（給食の生産管理システム）を導入していくか。
- ・【カネ】入院時食事療養に関する制度の問題をどのように解決していくか。
一方、建設費の高騰により自法人だけでセントラルキッチン建設は事実上困難になっている。

■病院給食については、既存のシステムに捉われない構造改革が必要

○臨床栄養管理

- ・【ヒト】医学知識をどのように身に付けていくか。
- ・【カネ】診療報酬の収入をどのように増やしていくか。

■臨床栄養の担い手となる管理栄養士の育成が必要

病院給食管理と臨床栄養管理の更なる連携も必要