

失敗した時の振り返りの記録

ヒューマンエラー要因分析シート 作成者名：山田 一郎 報告日：20××年10月15日
(*：エラー等の原因として重要と思われる要因をしほりこみ、重要度順に①から③まで記載する。複数が同じ順番可能)

エラー等の概要（誰がどうして、結果どうなったか）：（発生日時：20××年10月14日 10時15分頃） エラーの種類：該当（複数可）にチェック ☐ やり忘れ、 ☒ やり間違い、 ☐ 作業手順違い、 ☐ 作業時期違い、 ☐ 不要作業実施	
調査担当者が、製品Aの調合作業中、副原料XとYを逆の順番で投入したため、「ダマ」が生じた。製造課長の指示により、当該のミックスは廃棄し、作り直した。	
要因分析（その他の要因がある場合は右欄に記載）	具体的状況（該当するNo.と実態）と重要度（①から③）
作業指示 1. 指示は適切な者から適切な者へなされたか 2. 必要な事項は全て指示されたか 3. 必要な者全員に指示されたか 4. どうしてそうすべきかを伝えたか（必要な場合） 5. 受け手に誤解が生じない指示だったか 6. 指示の方法（口頭、文書）は適切だったか 7. 作業途中適時に必要なフォローをしたか	(2) 仕込み順は「仕込み指示書」に上から順に番号付きで記載されており、このことは作業標準にも記載してある。仕込み指示書は課長確認の上、調査担当者に渡されていて問題なし) 7 担当者は2回目の作業であったが、人手が足りないことと、初回の訓練で十分理解できたと評価したため、他のものがフォローしていなかった
作業手順書 1. 当該作業は作業標準（SOP）に記載されているか（ある場合SOP No.を右欄に記載） 2. 誤解の生じない分かり易い内容/文章か 3. 記載どおりに実施して無理や誤りが生じないか 4. 当該作業がどのSOPに記載されているか明確か	(1) 作業標準あり、調査003) 2 原料を投入する順番が決められている理由は記載されておらず、間違いを防ぐ手順（作業台に置いた左から順に投入）も間違い防止に十分なものではなかった (2)
作業 1. 作業内容（手順）を誤りなく理解していたか 2. なぜそうすべきかを理解していたか 3. SOP(または指示)どおりの作業をしたか 4. 必要な区切り毎に確認して作業したか 5. 不明/不安な点は周りに確認したか 6. 他に考え事等をしていなかったか 7. 疲れていなかったか/慌てていなかったか	2, 3 担当者はこの作業は2回目で、初回に訓練担当者が作業標準を示して指示書の順番どおりに投入するよう説明したが、その理由まで教えていなかった (3) 7 後工程担当者から電話でせかされ、やや慌てて作業をした。担当者がその電話で作業台を離れて戻った時に、並べていた副原料小袋の左のXから入れるべきところ、右のYから投入した
作業環境 1. 明るさ、温度などの環境は作業しやすい状態か 2. 作業の動線に無理はないか 3. 作業の順番に無理はないか(引継含む) 4. 並行/連続して行う作業はあったか、それらの区分けは十分か 5. 適時、作業を確認するしくみはあるか、それはエラー防止に十分か 6. 誤りを防ぐ表示や区分けはあったか、それはエラー防止に十分か	6 副原料は、小袋に計量した後、投入順に左から作業台に並べることにしていたが、見た目は同じようであり、間違いやすかった (1)
機器／機材 1. 機器／機材に不具合はなかったか 2. 機器／器材は扱いやすいか 3. 機器／器材は誤使用しにくい 4. 機器／機材を誤使用したときに危険や不良を防ぐ仕様になっているか	(器材には問題はなかった)
記録 1. 作業区切りごとに記録される様式か 2. 誰が何の作業をしたか明確か 3. 記載項目に過不足はないか 4. 誤った作業をしにくい様式か 5. 記録から誤りを速やかに発見できるか	(副原料を投入する度にチェックする様式で問題はなかったが、そのことを担当者に十分理解させていなかった。また、すべてチェックした後では、記録から投入順の誤りを発見できる様式ではないが、下記の対策を徹底すれば記録様式の変更は必要ないと判断した)
対策 重要な要因（①～③）に対して、いつまでに誰が何をすれば、再発防止できるか、どうやって効果を確認するか。 (以下を考慮すること：1. 誤りが生じうる作業をなくす、2. 誤りが生じにくい仕組みとする、3. 誤りを速やかに発見しその影響を低減する仕組みを導入する、4. 誤りをしないよう訓練をする) ① に対して、副原料を計量して入れた小袋に「副原料X投入順1」、「副原料Y投入順2」の意味で「X:1」、「Y:2」と記載することにする ② に対して、作業標準に、逆に投入するとダマが生じるため、X→Yの順で投入すること、小袋に「X:1」、「Y:2」と記載すること、および今回あったトラブルを注意事例として記載する ③ に対して、改訂した作業標準を職場全員に示して、教育訓練を行う 担当者に対する教育（説明）は発生当日に実施済み。他の調査担当者に聞き取りしたところ、順番があることとその理由は皆把握していた。 上記①～③の対策は、いずれも10月30日までに実施し、改定した作業標準は調査職場全員で確認し、教育訓練記録に残す。	
課長コメント（指示）：（氏名） ミックスの廃棄はありましたが、より間違いにくい作業へ改善され、作業標準の記載についても、今後の教育訓練において説明と理解をより確実なものとするできると判断します。今後も失敗やエラーを前向きにとらえて、改善にむずびつけていきましょう。 斉藤 太郎	

失敗やうっかりミス（ヒューマンエラー）は、どんなに注意しても起こるものです。「これからは気を付けよう」と呼びかけるだけの対策では、また同じような失敗をしがちです。

この表は、失敗の原因を、作業指示、作業手順書、作業、作業環境、機器/器材、記録に分けて、失敗しやすい状態がなかったかを考える記録の例です。この表にはありませんが、改善の効果を一定期間の後に確認して記録を残すことも大切です。

失敗を繰り返さないために大切なことのひとつは、失敗した人を責めない風土をすることです。「失敗は改善のネタ」ととらえ、何が起こったのか、何が足りなかったのかなどを、前向きに考えることで、より良い対策を立てることができます。また、このような記録は失敗した本人が作成するのではなく、例えば主任などが、失敗した人の気持ちを気遣いながら、うまく聞き出し、原因を追究して作成しましょう。失敗と積み重ねた改善の記録は、「職場の財産」といえます。

なお、品質のISO 9001:2015には、「製造及びサービスの提供を、管理された状態で実行しなければならない（8.5.1）」とあり、管理された状態に含めるべき事項のひとつとして「ヒューマンエラーを防止するための処置を実施する」が挙げられています。



<豆知識>

5M+Eとm-SHELLモデル

5M+Eを聞いたことのある人は多いと思います。製造における「ばらつきや不良の要因」となる、人（Man）、機械（Machine）、材料（Material）、方法（Method）、測定（Measurement）の五つのMに、環境（Environment）を加えたものです。さらにマネジメント（Management）を加える場合もあります。これらの要因が変わったときにトラブルや失敗が起きがちだと言われます。いつもと違うときに、いつもと違うことが起こるものです。

また似た考えに、m-SHELLモデルがあります（上の図）。マニュアルなどのSoftware、機械などのHardware、作業環境のEnvironment、二つのLはLivewareで当事者とそれ以外の人、それらを取りまく m はマネジメントです。事故やトラブルはこれらが絡み合って起こるという考えです。エドワーズのSHELLモデル、ホーキンスのSHELLモデルに河野龍太郎がmを加えました。

製品の微生物検査記録

製品微生物検査確認記録			確認者		高田
製品名	〇〇		××		...
検査名	大腸菌群	一般細菌	...	...	...
希釈	1g/10 ml	1g/10 ml	...	...	...
培養開始日時	3/1 10:50	3/1 10:50	...	...	...
培養終了日時	3/2 06:50	3/3 10:50	...	...	...
培養担当者	山本	山本	...	...	...
判定日時	3/2 07:00	3/3 11:00	...	...	...
コロニー数 (CFU/培地)	0	1	...	...	...
判定結果	陰性	10 CFU/g	...	...	...
判定担当者	斉藤	斉藤	...	...	...
コメント: 製品〇〇で一般細菌1 CFU/培地が検出された。基準内であるが、通常は0であるため、主任に報告した。(斉藤) 報告を受け高田品質管理課長に連絡。製造課にて製造機器の汚れ点検を行うとのこと。(松田)					

製品の微生物検査を行っている事業所も多いと思います。その記録の例です。

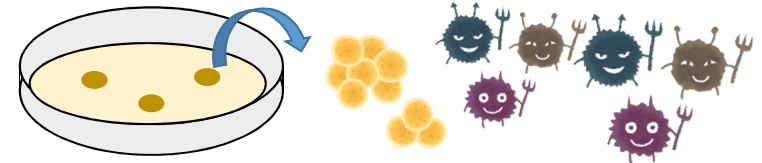
培地にサンプルの希釈液を接種し、インキュベータで培養しますが、培養開始時刻と終了時刻を記入しています。開始時刻は実施記録ですが、終了時刻は「この時刻にインキュベータから出す」という予定を記入していることになります。そうして、実際に判定を行った時刻を判定担当者が記載することで、適切な時間で培養が行われたことを示す記録となります。

また、希釈倍率を記載した上で、コロニー数（CFU/培地：CFUはColony Forming Unitの略で、コロニー形成単位と呼ばれ、培地上に細菌の集団が何個見られたかを示します）と判定結果の両方の欄があります。前者は見たままの結果で、後者はその結果から判断した内容です。それぞれ一次データと二次データといえます。検査などの記録では、判定結果だけでなく、一次データを記録することが重要です。

製品や中間製品の成分などの検査、工程での管理項目の測定でも同じです。大切なことは、一次データを記録すること（メモから記録用紙に転記した場合は、最初のメモが一次データです）、だれがどの範囲を検査・測定したかを明確にすることです。微生物培養の場合は、培養担当者と判定担当者が異なる場合が多いので、それぞれがサインする理由は分かりやすいと思います。成分の検査などで、サンプルをはかり取った人と、その後の測定をした人が異なる場合などでも考え方は同じです。

微生物検査は製品に問題がないことを保証するものとの考えもありますが、むしろ、製造工程に問題がなかったことを確認（検証）する意味合いが大きいです。抜き取り検査で全ての製品を保証することは難しいからです。そこで、この例では基準内であってもいつもと違って菌が検出されたことを主任に報告しています。コメント欄に、主任から課長を通じて製造課で対処することになったことまでを記録しておくことで、対応の全体が見えます。

なお、検査結果の精度を確認する手段として、外部機関による技能評価試験などを利用することも有効です。



<豆知識>

微生物検査の「公定法」と自主検査

事業者が自ら出荷の際などに行う微生物検査は自主検査です。一方、保健所などの行政機関が行う検査は、食品等の事業者への指導や指示の根拠となる検査です。行政機関が行う検査は公に定められた方法（公定法）で行う必要がありますが、自主検査は必ずしも公定法で行う必要はありません。

迅速培養法や培養によらない微生物検査もありますから、出荷までの時間と検査に要する時間との関係や、人手、コストなどを考えて検査方法を選択することになります。

ただし、それぞれの扱う食品に関して、公定法と同等の結果が出る検査方法でなければいけません。公定法と基本的には同等であるとのデータは、メーカーから入手できます。それを参考にして、自分たちの製品ではどうかを検討します。製品に菌を接種して試験を行う場合は、専用の場所で、周囲を汚染させないように、十分気を付けて実施しなければなりません。検査機関に依頼することも検討しましょう。

作業の変更を指示したときの記録

作業変更指示書

作成：20XX年YY月05日 山田

作業名：充填後製品の風味確認

変更内容：充填後製品の風味確認を、製造担当者1名と品質管理担当者2名で実施することとする（現在は品管も1名）。

変更理由：いつもと風味が違うという指摘が消費者から寄せられた。当該品を確認したところ、風味は正常範囲内で、衛生性にも問題なかったが、より感度を高めて風味確認を行うために、確認者を増やすこととした。

変更日：20XX年YY月10日

変更周知方法：この変更指示書を製造担当および品管担当者に回覧するとともに、朝礼で変更内容を話して周知する。速やかな変更が必要なため、手順書改訂前に変更するが、改訂後に手順書を回覧して再度周知する。

改訂手順書：充填作業手順書、風味確認手順書

手順書改訂日：20XX年YY月20日（予定）

改訂記録様式：充填サンプル採取記録、製品風味確認記録

改訂記録様式承認日：20XX年YY月01日

確認					承認
YY月07日 松野	YY月06日 宮川	YY月06日 山本	YY月06日 高橋	YY月05日 伊藤	YY月05日 佐藤

作業を変更する際に、関係者にその内容を周知する記録の例です。トラブルは、何かが変わったときに起こりがちです。変更を分かっている人とわかっていない人がいると、製品の品質だけでなく、安全上の問題も起こる可能性があります。必要な人全員に必要な情報を周知し、その記録を残すことが大切です。

何について、いつからどのように変更するのかをしっかりと伝えましょう。また、変更の理由を記載しています。どうして変更する必要があるのかを理解し、納得することは、それを守ろうという意識につながりますし、記憶にも残りやすくなります。

なおこの例では、速やかに作業を変更するため、手順書の改訂前に変更を指示しています。手順書を改訂し、それを周知してから作業を変更するのであれば、この例のような記録は必要なく、手順書確認の記録で十分でしょう。

作業等を変更する場合にどのように承認や周知をするかを決めておく「変更管理」は、トラブルなどで基準や決まりを守れなかった時にどう処置するかを決めておく「逸脱管理」とともに、何かが変わる時やいつもと違うときに適切な対応が行われたことを確認する「検証」に関連する取り組みとすることができます。

作業を変更する時には、その作業を記録する「記録の様式」も変更する場合があります。この様式例には、変更する記録様式の名称のみを記載しています。大幅な様式変更であれば、変更の詳細と、担当者が確認したことを、別の記録として残すことも検討しましょう。「記録様式の変更と承認の記録」のシートを参考にしてください。

食品事業者に求められる、衛生上の「管理運営要領」に記載している事項を変更する場合には、衛生監視指導の際などでの説明資料としても重要な記録になります。



<豆知識>

是正処置（改善処置）と予防処置

品質監査の際などに「是正処置と予防処置を行った事例を見せてください」と言われることがあるかもしれません。是正処置（Corrective Action）と予防処置（Preventive Action）とを合わせて「CAPA」と呼ばれることもあります。

トラブルはどうしても起きてしまい、それに対処しますので、是正処置の記録は出せる場合が多いでしょう。しかし、予防処置となると、なかなか思い当たらないものです。

食品の品質や安全に関わる運営の仕組み全体が予防処置だ、という考え方もあります。品質の国際規格であるISO 9001では、2015年版から予防処置に関する独立した要求事項はなくなりました（ISO 14001も同様です）。

要求事項にはなくても、問題の発生を予め防ぐ取り組みは、日常的に行っているはずです。この例で挙げた作業変更の周知や、トラブルに対して直接の修正をした後に、原因を追究したり類似のトラブルがないかを考えて問題の発生を防ぐことも、予防処置とすることができます。

温度計の精度確認（校正）記録

温度計精度確認記録 確認日：20XX年YY月ZZ日 実施者：丸山

1. 氷水および沸騰水蒸気で確認

温度計番号	氷水	沸騰水蒸気	判定	
A1	0.0 °C	100.0 °C	○	
B1	0.5 °C	98.5 °C	×	
...	...	...	...	

2. 標準温度計 (No. AB302D/証明書期限：20AA年BB月CC日) と比較

温度計番号	標準温度計	温度計表示	差(°C)	判定
冷蔵庫No.1	8.2 °C	8.5 °C	+ 0.3	○
温蔵庫No.1	51.2 °C	50.5 °C	- 0.7	○
...	...	...	...	...

判定基準：1. および2. とも±1.0 °C

コメント：B1の沸騰水蒸気温度が基準の±1.0 °Cを超えていたので、使用禁止とし、予備の温度計と交換した。丸山

責任者確認：温度計B1は、殺菌前の予備加熱（80 °C程度）確認用であることから、1.5 °C程度低く測定されていても、最終製品の品質に影響はないと判断する。20XX年YY月ZZ日 佐々木

温度計が適切な値を示さないと、その工程で適正な温度管理が行われたことにはなりません。定期的な温度計の精度確認が必要です。ここで示した表はその確認記録の例です。

表の上側は、氷水と沸騰水蒸気で確認しています。それぞれ、0 °C、100 °Cであれば、正しい値を示す温度計であることが確認できます。沸騰水蒸気で確認する時には、電気ケトルを用いて、注ぎ口の中にセンサーを入れて測定します（なお測定場所の海拔や気圧によっては、100 °Cにならないこともあります）。直火にヤカンでは、輻射熱の影響を受けることがあります。

温度計の精度確認で、一番手間がかからない方法は、国家または国際標準といった基準に対してどれくらい正確な値を出すことができるかを示す証明書と、その基準に連なる体系図（トレーサビリティ体系図）付きの温度計を購入することです。しかし費用がかかります（証明の有効期間は1年のものがほとんどですので、期間ごとに業者に校正してもらうことも必要です）。

一方、トレーサビリティ付きの標準温度計や精度確認済みの温度計などと、他の温度計の測定値を比較する方法もあります。左表の下側がその例です。

大切なことは、「適」とする範囲（求められる精度）と、「不適」であった場合にどのような処置をするかを、あらかじめ決めておくことです。この例にはありませんが、記録用紙に不適時の対処法を記載しておく、と、速やかに対応できます。

それぞれの温度計に求められる精度は、測定値がどれくらい違っていると、製品等の安全性や品質にどのような影響があるかで決まります。また、温度計（温度センサ）の種類やクラスによって精度が異なりますので、求められる精度に応じた温度計（温度センサ）を選択することも大切です。

不適であった場合は、その間に作られた製品についても、その安全性や品質にどのような影響があったのかを考えて処置することになります。

精度確認の頻度もこれらによって決まりますが、1年に1回としている場合が一般的なようです。



<豆知識>

誤差やばらつきと不確かさ

測定で「真の値」そのものをとらえることはできません。ある測定器が他の測定器と完全に同じ値を示すことは、まずありませんし（誤差またはかたより）、同じ測定器で何度か測ると、その度に少し違った値が出たりします（ばらつき）。

このような、測定値の正確さに影響を及ぼすものを一括して、「不確かさ」と呼びます。測定値はある範囲でゆれ動くもので、今回の測定値はたまたまその中のひとつです。基準値を設定する時や結果を判断する時には、このような考え方が必要です。

一方、リスクマネジメントでは、リスクとは「目的に対する不確かさの影響」だと定義されます。不確かさの程度とその影響の大きさに応じて、そのリスクにどのように備えておくかを考えます。食の安全の分野でも、同じように考えることが重要だと思います。

振り返りの記録

振り返りの記録 報告日：20XX年YY月ZZ日 作成者：井上

消費者苦情の発生：3件/6箇月発生。

異物苦情2件（A月B日、C月D日。いずれも毛髪）：混入場所を特定できなかったが、入室時の粘着ローラーがけ徹底を指示した。

風味苦情1件（E月F日いつもと違う）：当該品に異常はなかったが、風味確認担当を2名から3名に増やした。

規格や基準逸脱からの発生：1件/6箇月発生。

原料脱脂粉乳の検収時に1袋の破れがあった（G月H日）。原料メーカーに報告を求めたところ、積み込み時に運送会社の担当者がフォークリフトの爪で突き刺したとのこと。全員に注意喚起し、荷積みの手順書に今回の事例を追記して周知したとのこと、その後の発生なし。引き続き供給元とすることに問題ないとする。

トラブルの発生：1件/6箇月発生。

製造前に、加温装置が設定の温度まで上昇しなかった。業者を呼んで修理した。加温装置は老朽化しており、不具合の再発が考えられるため、更新を検討するべきではないか。

記録の確認：記載不備3件。

出社時の健康確認記載漏れ2件。記録確認時に記載漏れを発見できなかったため、✓を付けて確認するよう確認者に注意を促した。

温度測定記録で、誤記訂正に日付なし1件。職場で訂正のルールを改めて周知した。

...

コメント：職場で確認と改善がうまく回っていると感じます。加温装置の更新について、次年度の予算で検討します。記録のありかたについては、定期的に教育訓練するとともに、記録しやすい様式とすることも含めて検討してください。YY月II日 丸山

衛生管理の計画を立て、実際に取り組んでみるとうまくいくところ、そうでないところが出てきます。定期的に振り返り、それを計画の見直しにつなげましょう。上の表は半年間の状態を振り返った記録の例です。

計画どおりにできたか、計画に無理があったりその計画では不十分などはないかを、記録を確認して振り返りましょう。苦情や、規格や基準からの逸脱、トラブルの件数とその内容を記載する様式としています。これらを過去の状態と比べるなどして、自分たちの取り組みを評価し、不十分などを見つけましょう。

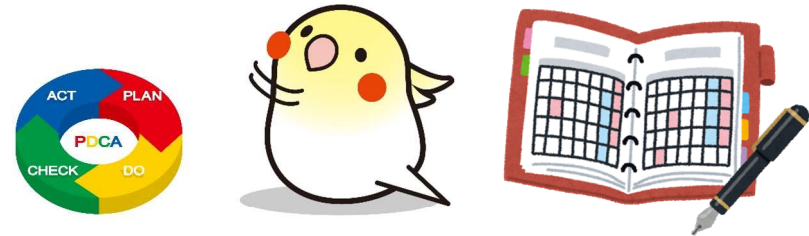
この例は、職場のリーダークラスが作成することを想定していますが、作成にあたって職場の話し合いで皆の意見を求めると、メンバーの主体的な取り組みをうながすことができます。

こうして作成した記録を、事業所の責任者に報告しています。こうすることで、半年間の品質や衛生管理の状態がどうであったか、現場の状況を責任者に伝え、設備・機器や人手、運営体制に関して、どう優先順位をつけて対処するか、次の計画にどう盛り込むかなどの判断材料にしてもらいます。

どのような頻度で何を振り返るかは、その職場の現状に応じて設定してください。

年間の品質衛生計画を立てて、年度末に振り返ることもあるでしょう。また、毎日の記録を責任者が確認してサインすることも振り返りのひとつと考えることができます。週単位や月単位の記録でも同様です。

大切なことは、振り返りの中から、次への改善のきっかけを見つけようとする意識だと思います。



<豆知識>

妥当性確認と検証

妥当性確認（validation）と検証（verification）はどう違うの？と思っている人は多いかも知れません。国際規格において食品安全のISO 22000と品質のISO 9001とで、妥当性確認の定義の文言が異なることも、分かりにくい原因かもしれません。

ISO 22000:2018の定義では、妥当性確認とは「＜食品安全＞管理手段（又は、管理手段の組み合わせ）が重要な食品安全ハザードを効果的に管理できる証拠を得ること」で、コーデックスのHACCPシステムの定義に沿った考え方です。「自分たちが決めたHACCPプランにおける管理手段が食品安全の実現に有効であることの実施前の確認」と、いえるでしょう。

一方、検証は「客観的証拠を提示することによって、規定要求事項が満たされていることを確認すること」で、ISO 9001と同じ定義です。「自分たちがこうあるべきと決めた事が、実現できていることの実施後の確認」と考えると良いと思います。

保存品の保管記録

保存品保管記録：20XX年08月 ＜保管場所：10℃設定保管庫＞						確認： 持田
製造日	製品名	賞味 期限	保管 最終日	保管 担当者	保管後 官能	官能 確認者
08/01	A	08/15	08/16	西川	○	津田
08/01	B	08/15	08/16	西川	○	津田
08/01	C	08/21	08/22	西川	○	宮川
08/01	D	08/21	08/22	西川	△	宮川
08/02	A	08/16	08/17	東	○	津田
08/02	B	08/16	08/17	東	○	津田
...	...	...	...	...	...	...
コメント：08/01製造のDで軽度の劣化臭を感じた。課長に連絡し、品管2名を含む5名で風味を確認した。やや古臭い味との意見が2名あったが、いずれも正常範囲との評価だった。8/22宮川						

製品を保存品として保管している事業所は多いと思います。その保管と、保管後の官能（風味や見た目など）確認の記録の例です。保存品は、工程で問題が生じた可能性に製造後に気づいたり、消費者からの苦情があり検査が必要な場合などに備えるためのものです。そのため、同じ製造日でも原材料や製造設備などが異なる場合は、ロット（均質な製品の集まり）ごとに、確認に必要な数の製品サンプルを保管します。

この例では賞味期限の翌日まで保管していますが、いつまで保管するかは、その製品の賞味期限の長さや、賞味期限を過ぎてから消費者苦情が発生する可能性などによって決めます。

この例では、保管後に官能検査をしています。品質管理担当者が微生物などの検査を行っている事業所も多いでしょう。出荷時製品検査項目の全てではなくても、少なくとも官能については、特に製造担当者も確認し、自分たちの製造した製品が消費者の手元にある間にどのような状態になっているかを意識しましょう。

官能検査で異常が感じられた時には、速やかに責任者に報告し、複数名で確認したり、理化学試験や微生物試験をするなどにより、問題の有無を判断し、結果に応じた対処をしましょう。

弁当屋、仕出し屋、給食施設などでは、食中毒が発生した時の原因追及などのために「検食の保存」が必要です。「大量調理施設衛生管理マニュアル」には、「原材料及び調理済み食品を食品ごとに50g程度ずつ清潔な容器（ビニール袋等）に入れ、密封し、-20℃以下で2週間以上保存すること。なお、原材料は、特に、洗浄・殺菌等を行わず、購入した状態で、調理済み食品は配膳後の状態で保存すること。」と記載されています。

また「学校給食衛生管理基準」では、その日の給食を、摂食開始の30分前までに責任者が試食することを検食と言っています。人に有害と思われる異物の混入がないか、調理過程において加熱及び冷却処理が適切に行われているか、食品の異味、異臭その他の異常がないか、一食分としてそれぞれの食品の量が適当か、味付け、香り、色彩並びに形態等が適切か、及び、児童生徒の嗜好との関連はどのように配慮されているかを確認し、その結果を記録するとともに、異常があった場合には給食を中止し、共同調理場等に連絡することとしています。



<豆知識>

消費期限、賞味期限の設定

消費期限は安全に食べられる期限で、賞味期限は品質が変わらずにおいしく食べられる期限とすることができます。

これらの期限は、原則として製品ごとに、設定のための試験を行って決めます。厚生労働省と農林水産省が作成した「食品期限表示の設定のためのガイドライン」あるいは業界団体が作成した、より詳細なガイドラインに基づいて試験を行います。

「食品の特性に配慮した客観的な項目（指標）」を用いて、品質等が保たれることが確認できた期限に一定の安全係数を掛けて設定します。安全係数は0.8あるいは0.7としている業界が多いようです。

「客観的な項目」とは、理化学試験や微生物試験など数値化することが可能な項目ですが、官能検査であっても、適切な試験担当者によって適確な手法で実施され数値化された場合は、客観的な項目とすることが可能です。

また、特性が類似している食品の試験・検査結果等を参考に、期限を設定することも可能とされています。