



令和2年度診療報酬改定の概要 (総論)

厚生労働省保険局医療課

- ※ 本資料は現時点での改定の概要をご紹介するためのものであり、必ずしも最終的な施行内容が反映されていない場合があります。算定要件・施設基準等の詳細については、関連する告示・通知等をご確認ください。
- ※ 本資料は、HP掲載時に適宜修正する場合がありますのでご注意ください。

令和2年度診療報酬改定について

診療報酬改定

1. 診療報酬 + 0.55%

※1 うち、※2を除く改定分 + 0.47%

各科改定率 医科 + 0.53%

歯科 + 0.59%

調剤 + 0.16%

※2 うち、消費税財源を活用した救急病院における勤務医の働き方改革への特例的な対応 + 0.08%

2. 薬価等

① 薬価 ▲ 0.99%

※ うち、実勢価等改定 ▲ 0.43%

市場拡大再算定の見直し等 ▲ 0.01%

② 材料価格 ▲ 0.02%

※ うち、実勢価等改定 ▲ 0.01%

勤務医への働き方改革への対応について

診療報酬として 公費 126億円程度

地域医療介護総合確保基金として 公費 143億円程度

なお、勤務医の働き方改革への対応については、今後、医師に対する時間外労働の上限規制の適用及び暫定特例水準の適用終了に向けて、上限を超える時間外労働ができる限り早期に解消されるよう、医療機関による労働時間短縮を促進する制度的対応等とあわせ、診療報酬及び地域医療介護総合確保基金の対応を検討する。

令和2年度診療報酬改定の基本方針（概要）

改定に当たっての基本認識

- ▶ 健康寿命の延伸、人生100年時代に向けた「全世代型社会保障」の実現
- ▶ 患者・国民に身近な医療の実現
- ▶ どこに住んでいても適切な医療を安心して受けられる社会の実現、医師等の働き方改革の推進
- ▶ 社会保障制度の安定性・持続可能性の確保、経済・財政との調和

改定の基本的視点と具体的方向性

1 医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進【重点課題】

【具体的方向性の例】

- ・ 医師等の長時間労働などの厳しい勤務環境を改善する取組の評価
- ・ 地域医療の確保を図る観点から早急に対応が必要な救急医療体制等の評価
- ・ 業務の効率化に資するICTの利活用の推進

3 医療機能の分化・強化、連携と地域包括ケアシステムの推進

【具体的方向性の例】

- ・ 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価
- ・ 外来医療の機能分化
- ・ 質の高い在宅医療・訪問看護の確保
- ・ 地域包括ケアシステムの推進のための取組

2 患者・国民にとって身近であって、安心・安全で質の高い医療の実現

【具体的方向性の例】

- ・ かかりつけ機能の評価
- ・ 患者にとって必要な情報提供や相談支援、重症化予防の取組、治療と仕事の両立に資する取組等の推進
- ・ アウトカムにも着目した評価の推進
- ・ 重点的な対応が求められる分野の適切な評価
- ・ 口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応の充実、生活の質に配慮した歯科医療の推進
- ・ 薬局の対物業務から対人業務への構造的な転換を推進するための所要の評価の重点化と適正化、院内薬剤師業務の評価
- ・ 医療におけるICTの利活用

4 効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上

【具体的方向性の例】

- ・ 後発医薬品やバイオ後続品の使用促進
- ・ 費用対効果評価制度の活用
- ・ 市場実勢価格を踏まえた適正な評価等
- ・ 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価（再掲）
- ・ 外来医療の機能分化、重症化予防の取組の推進（再掲）
- ・ 医師・院内薬剤師と薬局薬剤師の協働の取組による医薬品の適正使用の推進

令和2年度診療報酬改定の概要

I 医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進

1. 地域医療の確保を図る観点から早急に対応が必要な救急医療提供体制等の評価
2. 医師等の長時間労働などの厳しい勤務環境を改善する取組の評価
3. タスク・シェアリング/タスク・シフティングのためのチーム医療等の推進 **(NST)**
4. 業務の効率化に資するICTの利活用の推進
(情報通信機器を用いた外来栄養食事指導)

II 患者・国民にとって身近であって、安心・安全で質の高い医療の実現

1. かかりつけ機能の評価
2. 患者にとって必要な情報提供や相談支援の推進
3. 地域との連携を含む多職種連携の取組の強化
(摂食嚥下支援加算、個別栄養食事管理加算)
4. 重症化予防の取組の推進
5. 治療と仕事の両立に資する取組の推進
6. アウトカムにも着目した評価の推進
7. 重点的な対応が求められる分野の適切な評価
(連携充実加算、外来化学療法での外来栄養食事指導)
8. 医薬品、医療機器、検査等におけるイノベーション等の新たな技術を含む先進的な医療技術の適切な評価と着実な導入
9. 口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応の充実、生活の質に配慮した歯科医療の推進
10. 薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた評価、薬局の対物業務から対人業務への構造的な転換を推進するための所要の評価の重点化と適正化、院内薬剤業務の評価
11. 医療におけるICTの利活用

III 医療機能の分化・強化、連携と地域包括ケアシステムの推進

1. 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価 **(早期栄養介入管理加算、回復期リハビリテーション病棟入院料)**
2. 外来医療の機能分化
3. 質の高い在宅医療・訪問看護の確保
(在宅患者訪問褥瘡管理指導料)
4. 地域包括ケアシステムの推進のための取組の評価 **(入院時支援加算、栄養情報提供加算、診療所での栄養食事指導)**
5. 医療従事者間・医療機関間の情報共有・連携の推進

IV 効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上

1. 後発医薬品やバイオ後続品の使用促進
2. 費用対効果評価制度の活用
3. 市場実勢価格を踏まえた適正な評価等
4. 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価（再掲）
5. 外来医療の機能分化、重症化予防の取組の推進
6. 医師・院内薬剤師と薬局薬剤師の協働の取組による医薬品の適正使用の推進
7. 医薬品、医療機器、検査等の適正な評価

* 赤字は、栄養関係の改定項目

情報通信機器を用いた 外来栄養食事指導

沖縄県栄養士会の事業概要

離島等での栄養ケア支援体制を強化するために、沖縄県本島栄養士会事務所と離島診療所間でICTを使った栄養指導の実現可能性等をモデル事業として実施。

【対象者】

平成24年度 男性2名、女性4名
(37～70歳の糖尿病、脂質異常症、腎機能障害等)
平成25年度 男性2名、女性2名
(45～93歳の糖尿病、腎不全、高血圧症、脂質異常症)



↑ 管理栄養士による
指導



↑ 指導対象者の状況

【実施方法】

離島診療所の医師の指示により、沖縄県栄養士会の管理栄養士が30分～1時間程度、webカメラを使用して指導を実施。

【課題等】

- ・通常の会話に比べて「音が聞き取りにくい」及び通信状況により音声途切れるため、ゆっくり大きな声で話すことが必要。
- ・ICTの環境が整っていても対象者の多くが高齢者のため、ICT機器の使用法の習得が必要。
- ・指導用の画面が小さいと指導に使用する食品モデル等の媒体を対象者が見えないため、大きな画面が必要。
- ・指導者と対象者の双方に共通の指導媒体・教材が必要。

[対象・方法等]

2型糖尿病患者に対して、対面形式での個別栄養食事指導と遠隔形式の個別栄養指導が代謝状態及び食行動に与える効果を比較検証した事例。



図 テレビカンファレンスシステムを利用した遠隔栄養指導した例

糖尿病患者の治療中断について

中医協 総 - 2
元 . 1 1 . 8

- 糖尿病患者には、一定程度の治療中断患者がいる。
- 治療中断の理由は、仕事や家族の介護・教育等日常生活が忙しいため受診の時間が取れないが多く、長期出張などで遠隔地に滞在していた、経済的内遊、診察日が仕事の休みと合わない・通院間隔を指示されなかった等の診療体制に関すること、自分は軽度・薬を飲みたくない・通院が面倒等の本人の意思の順であった。
- また、通院中断者に電話連絡による対応を行うことにより、再来院するケースが45.9%とされている。

表 治療中断理由

理由	内訳	人数	合計(%)
多忙	仕事	42	58(38.2)
	家族	11	
	上記以外の	5	
	日常生活		
生活背景の 客観的変化	遠隔地	17	32(21.1)
	経済	9	
	診療体制	6	
	本人の意思	誤った考え	
服薬拒否		3	
面倒		3	
コメントなし			37(24.3)
合計			152

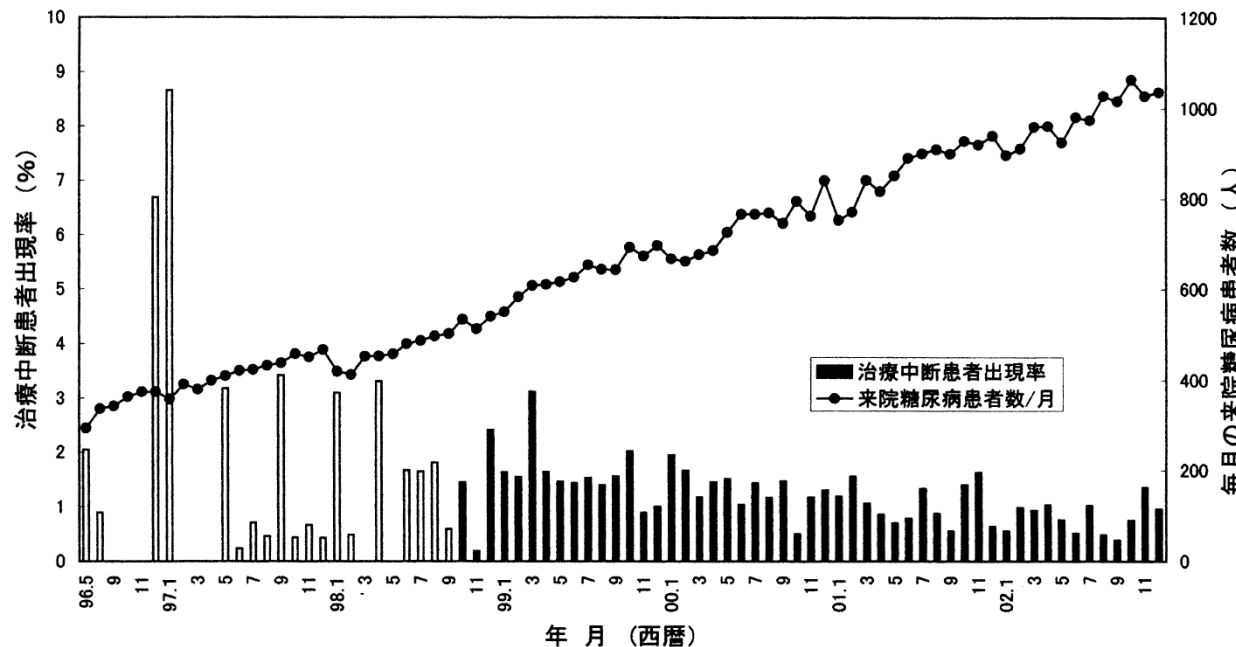


図 来院糖尿病患者数と治療中断患者出現率

注) 治療中断患者出現率 = 治療中断患者 / 総来院者数 × 100

治療中断患者：通院を医療上の理由ではなく指示に従わず3か月間放置していることがわかった患者数

治療中断者331名中、152名が再来院（45.9%）し、治療中断理由を調査した。

ICTを用いた栄養指導の効果について

中医協 総 - 2
元 . 1 1 . 8

- 管理栄養士が情報通信機器を用いて、糖尿病等の患者に対し、遠隔栄養指導を行ったところ、通常治療群と比較して、介入群において、有意に減量効果があった。

【対象者】 糖尿病、糖尿病予備軍、高血圧、高脂血症と診断されたBMI30以上の59名を無作為に遠隔栄養指導群(n=29、平均年齢58.6±8.1歳)と通常治療群(n=30、平均年齢59.3±7.4歳)に分け検討を行った。

【方法】 遠隔栄養指導群は、管理栄養士が情報通信機器(ビデオカンファレンスシステム等)を用い、セルフモニタリング内容(毎週の体重や果物・野菜の摂取状況)等を基に遠隔栄養指導を毎週行い、研究期間(12週間)中に管理栄養士が介入を行わなかった通常治療群と比較。

【結果】12週目に遠隔栄養指導群が通常治療群と比較して、5%以上体重が減少した者が有意に多かった。

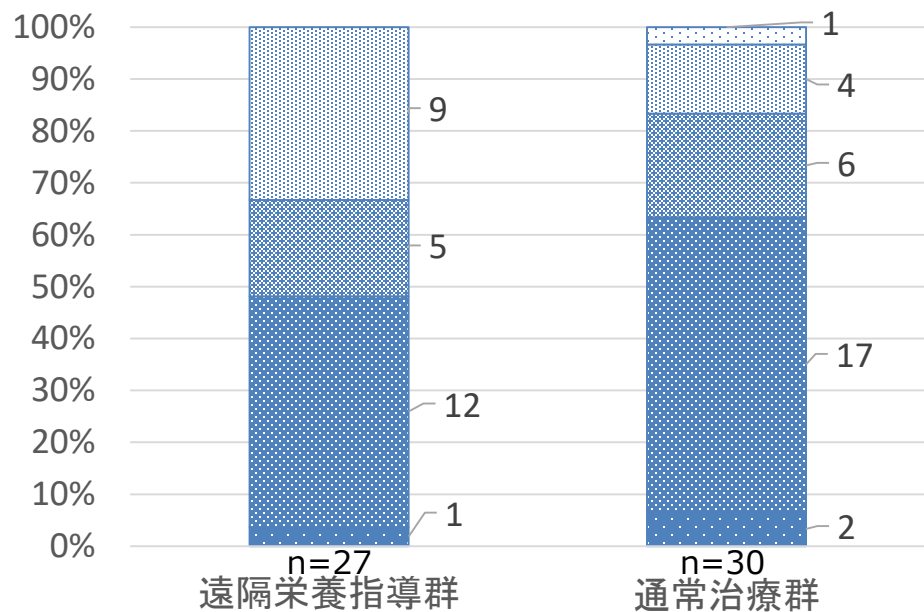


図 6週目におけるベースライン体重と比較した体重変化

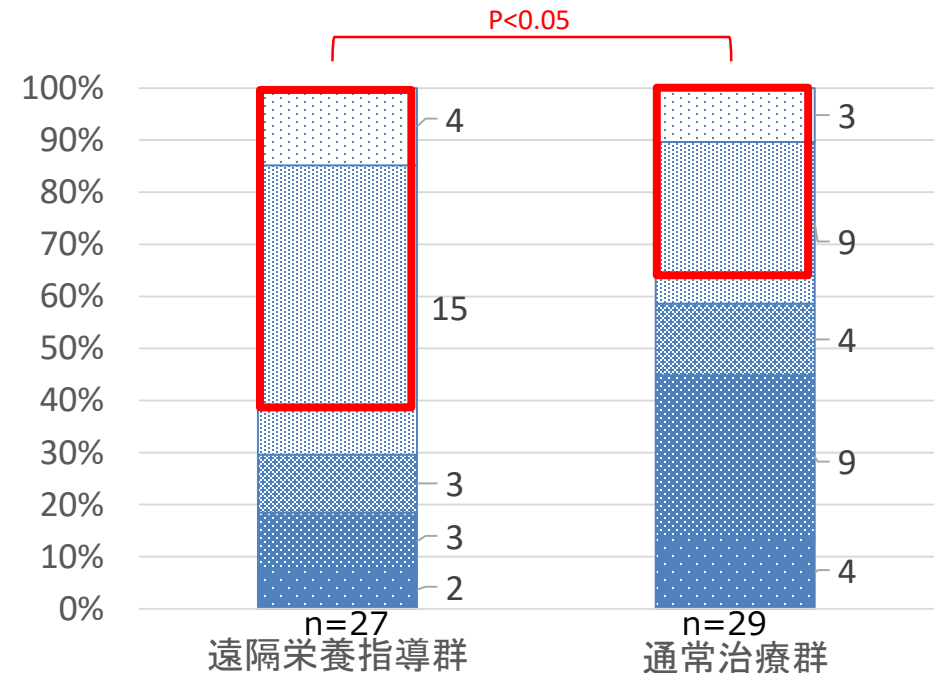


図 12週目におけるベースライン体重と比較した体重変化

外来栄養食事指導(情報通信機器の活用)の見直し

外来栄養食事指導料の見直し

➤ 栄養食事指導の効果を高めるため、外来における栄養食事指導における継続的なフォローアップについて、情報通信機器等を活用して実施した場合の評価を見直す。

現行

【外来栄養食事指導料】

イ 初回	260点
ロ 2回目以降	200点

[算定要件]

注 別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、医師の指示に基づき管理栄養士が具体的な献立等によって指導を行った場合に、初回の指導を行った月にあっては月2回に限り、その他の月にあっては月1回に限り算定する。

改定後

【外来栄養食事指導料】

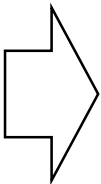
イ 初回	260点
ロ 2回目以降	
(1) 対面で行った場合	200点
(2) 情報通信機器を使用する場合	180点

[算定要件]

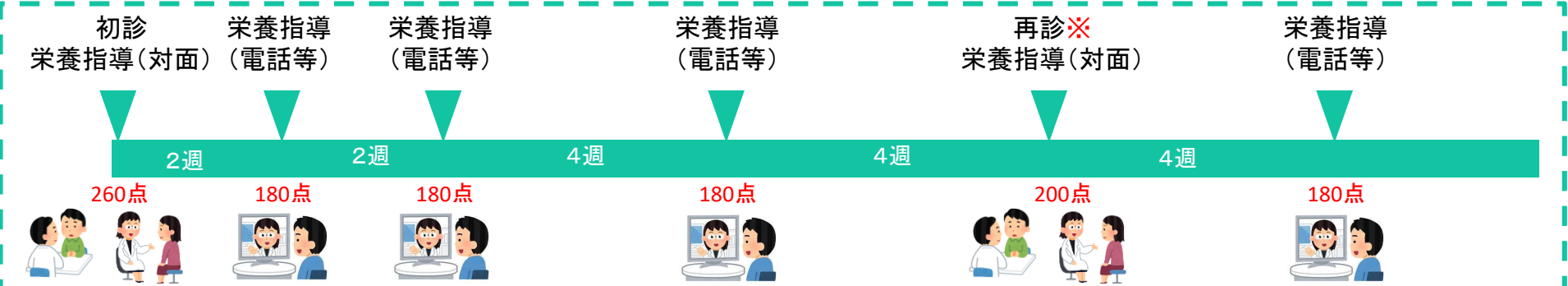
注1 別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、医師の指示に基づき管理栄養士が具体的な献立等によって指導を行った場合に、初回の指導を行った月にあっては月2回に限り、その他の月にあっては月1回に限り算定する。

2 ロの(2)については、医師の指示に基づき管理栄養士が電話等によって必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。





算定の例



※: 外来受診時は、対面での栄養食事指導を実施

摂食嚥下支援加算

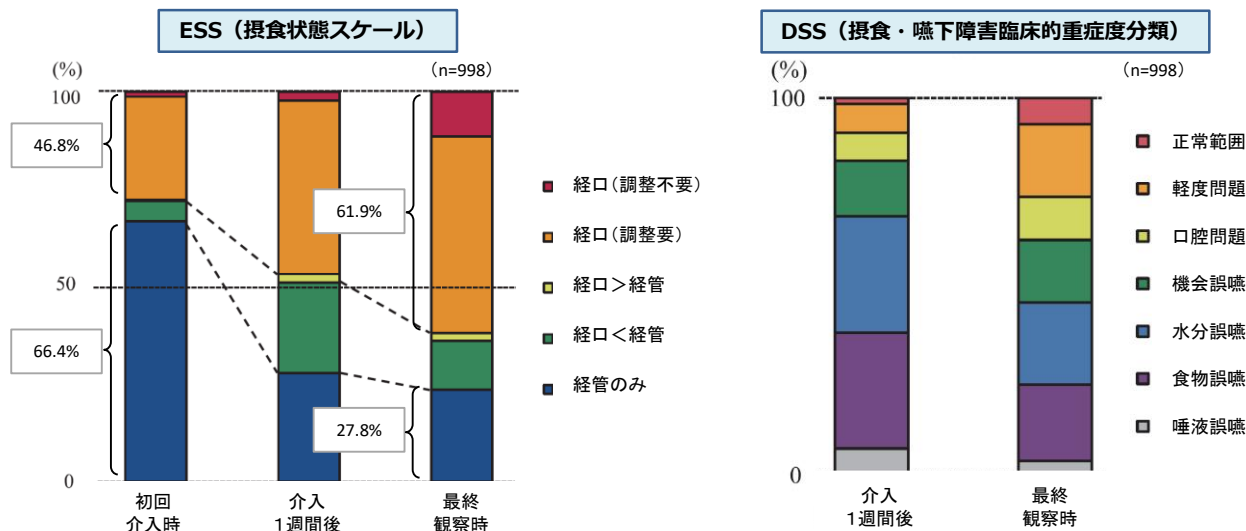
摂食・嚥下チームの介入による効果①

中医協 総-4

元. 11.27

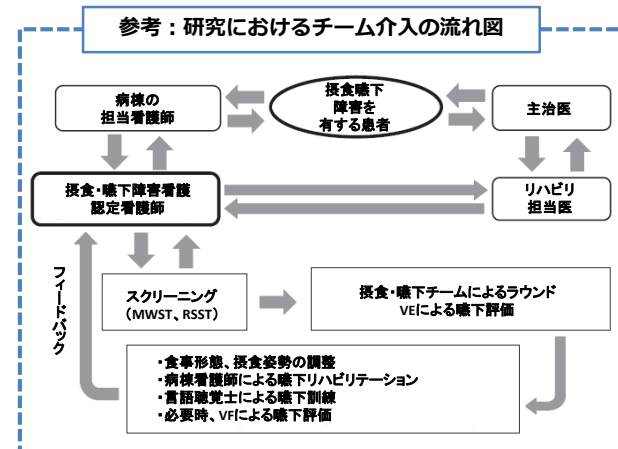
- 医師、歯科医師、摂食・嚥下障害看護認定看護師、言語聴覚士、管理栄養士、歯科衛生士による多職種から構成される摂食・嚥下チームの介入により、摂食・嚥下機能の維持・改善に効果がみられている。

■ 摂食・嚥下チームの介入による効果



- ・経口で摂取可能な患者の割合が増加
・ESSスコア改善43.0%、不変54.6%、悪化2.4%

- ・摂食・嚥下障害の重症度が低い患者の割合が増加 ($p<0.001$)



<研究の概要>

- 対象：摂食・嚥下障害を有する患者998名
【性別】男性638名、女性360名 【年齢】平均74歳
【主傷病】脳卒中46.0%、その他の脳疾患15.9%、呼吸器疾患7.8% 等
- 最終観察時までの日数：平均24日 (1~337日)
- 介入内容：嚥下リハビリテーションの実施10.1%、
言語聴覚士による摂食訓練の実施14.9%、
上記両方の実施14.9%
認定看護師によるフォローのみ33.9%

【参考】摂食・嚥下チームにおける各職種の役割例

職種の例	計画・評価等	嚥下評価	嚥下訓練	口腔の管理	患者・家族への指導	その他
医師、歯科医師	○嚥下機能の総合評価 ○診療計画の立案 ○リハビリ方針の決定 ○摂食姿勢、介助方法、食具、食事形態の検討	○嚥下内視鏡検査 ○嚥下造影	○実施内容の評価	○歯科診療	○摂食時の注意点、口腔ケア、 嚥下訓練の方法等の指導	
摂食・嚥下障害看護認定看護師		○嚥下機能の観察・評価 ○反復唾液嚥下テスト(RSST) ○改訂水のみテスト(MWST) ○食物テスト	○リハビリ計画の立案 ○嚥下訓練の実施 ○実施内容の評価	○口腔状態の評価 ○口腔ケア		○病棟看護師への指導 ○外来看護師や在宅における関係者との連携
言語聴覚士						
理学療法士、作業療法士						
管理栄養士						○食事形態等の工夫の対応
薬剤師						○嚥下機能に影響を及ぼす薬剤の抽出、処方提案 ○服用薬の剤形や服用方法等の提案
歯科衛生士				○口腔衛生管理		

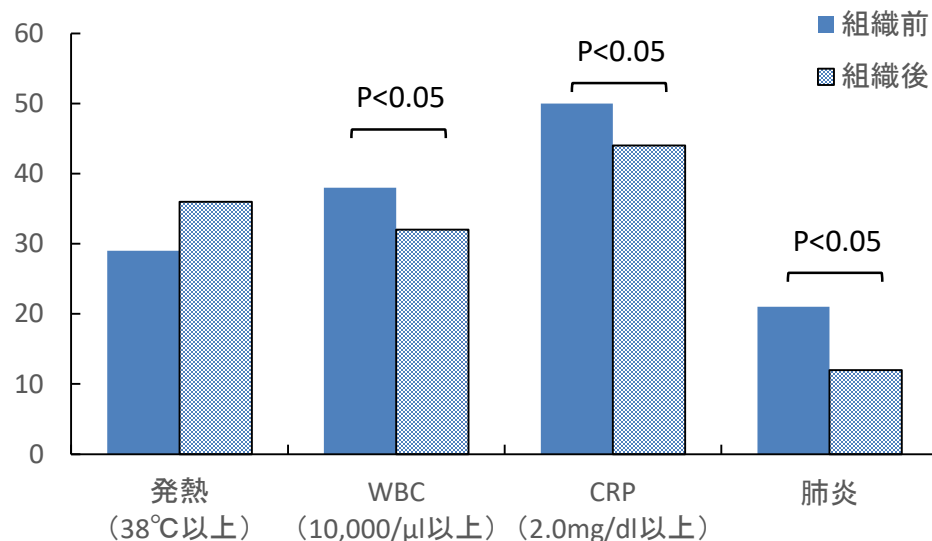
- 脳卒中患者のうち多職種で構成される嚥下チームが組織された後では、入院期間中のWBC及びCRPの基準値以上の患者、肺炎患者数が有意に少ない。
- 嚥下チームが介入することが、肺炎発症の減少に有意に関係している。

【対象・方法】

2009年4月から2014年3月までに入院した急性期脳卒中患者を対象とした。

医師、歯科医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士、歯科衛生士、薬剤師から構成される嚥下チームが組織された2009年4月～2011年3月までをチーム組織前（n=132、平均年齢70.0±12.2歳）とし、2011年4月～2014年3月までをチーム組織後（n=173、平均年齢70.1±11.5歳）として比較・検討を行った。

表 入院期間中の各項目の患者数



※：WBC：White blood cell、CRP：C-reactive protein

表 肺炎との関係をコックス比例ハザードモデルを用いた一変量解析

	ハザード比	95%信頼区間	P値
入院時NIHSS※ (1ポイント増加毎)	1.11	1.08－1.14	<0.0001
嚥下チームの介入	0.39	0.18－0.81	0.01

※：National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS) は、脳卒中重症度評価スケールであり、点数が高いほど重症度も高くなり、最大42点。

多職種チームによる摂食嚥下リハビリテーションの評価

摂食機能療法の加算の見直し

➤ 摂食嚥下障害を有する患者に対する多職種チームによる効果的な介入が推進されるよう、摂食機能療法の経口摂取回復促進加算について要件及び評価を見直す。

現行

【摂食機能療法】

- 経口摂取回復促進加算1 185点
- 経口摂取回復促進加算2 20点
- (治療開始日から6月を限度として摂食機能療法に加算)

【算定対象】

- ・ 鼻腔栄養を実施している患者(加算1のみ)
- ・ 胃瘻を造設している患者

【算定要件】

- ・ 内視鏡嚥下機能検査又は嚥下造影を実施(月1回以上)
- ・ 検査結果を踏まえ、多職種カンファレンスを実施(月1回以上)
- ・ カンファレンスの結果に基づき、リハビリテーション計画の見直し、嚥下調整食の見直しを実施

【施設基準】

- ・ 専従の常勤言語聴覚士 1名以上
- ・ 加算1:
胃瘻新設の患者 2名以上
鼻腔栄養又は胃瘻の患者の経口摂取回復率 35%以上
- ・ 加算2:
胃瘻の患者の経口摂取回復率 30%以上

改定後

【摂食機能療法】

- 摂食嚥下支援加算 200点
(週1回に限り摂食機能療法に加算)

【算定対象】

- ・ 摂食嚥下支援チームの対応によって摂食機能又は嚥下機能の回復が見込まれる患者

【算定要件】

- ・ 摂食嚥下支援チームにより、内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影の結果に基づいて、摂食嚥下支援計画書を作成
- ・ 内視鏡嚥下機能検査又は嚥下造影を実施(月1回以上)
- ・ 検査結果を踏まえ、チームカンファレンスを実施(週1回以上)
- ・ カンファレンスの結果に基づき、摂食嚥下支援計画書の見直し、嚥下調整食の見直し等を実施 等

【施設基準】

- ・ 摂食嚥下支援チームを設置 *の職種は、カンファレンスの参加が必須
 - 専任の常勤医師又は常勤歯科医師 *
 - 専任の常勤看護師(経験5年かつ研修修了) *
 - 専任の常勤言語聴覚士 *
 - 専任の常勤薬剤師 *
 - **専任の常勤管理栄養士 ***
 - 専任の歯科衛生士
 - 専任の理学療法士又は作業療法士
- ・ 入院時及び退院時の嚥下機能の評価等について報告



連携充実加算、外来化学療法での 外来栄養食事指導

がん外来化学療法患者の栄養状態等について

中医協 総－ 1
元. 1 1 . 2 2

- 外来化学療法を実施している患者のうち、栄養介入が必要な患者の割合は、約2～4割であった。
- 外来化学療法を実施している患者の栄養に関する主訴として、約半数の患者が食欲不振、体重減少、味覚障害であった。

表 外来化学療法患者の栄養状態

	乳がん (n=78)	造血器腫瘍 (n=63)	大腸がん (n=56)
年齢 中央値(範囲)	57歳 (29～79)	67歳 (21～88)	69歳 (30～82)
MUST※			
Low risk	61人(78.2%)	47人(74.6%)	30人(53.6%)
Medium risk	10人(12.8%)	12人(19.0%)	9人(16.1%)
High risk	7人(9.0%)	4人(6.3%)	17人(30.4%)

栄養介入が必要

※MUST(Malnutrition Universal Screening Tool)は、BMI、最近3～6か月間の体重減少率、最近5日間の栄養摂取状況をスコア化した簡易栄養スクリーニング法である。

BMI(20以上=0、18.5～20.0=1、18.5未満=2)、
体重減少率(5%未満=0、5～10%=1、10%以上=2)、
栄養摂取状況(食事摂取が十分でない=2、そうでない場合=0)

【判定基準】スコアの合計が、0=Low risk、1=Medium risk、2≥High risk

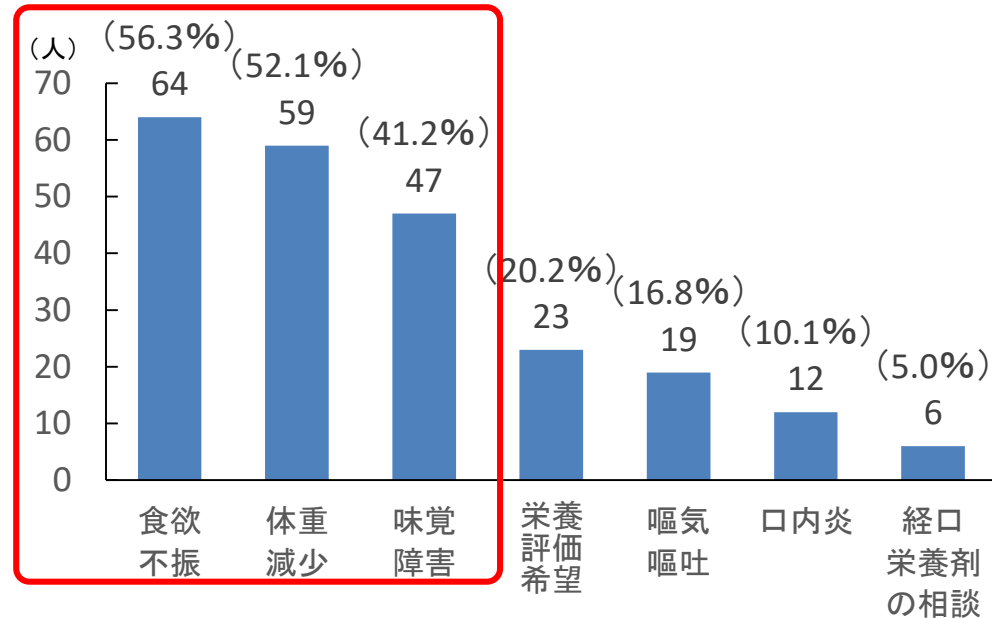


図 外来化学療法患者の栄養に関する主訴（複数回答）

【対象・方法】

外来化学療法を実施しており、栄養外来を受診した114名の患者（膵臓がん25%、胃がん19%、大腸がん18%、胆道がん10%、乳がん9%、咽頭がん5%、食道がん4%、肺がん4%、リンパ腫2%、その他4%）に対し、受診時の問診により主訴を確認。

専門的な知識を有した管理栄養士による指導効果①

中医協 総 - 1
元. 1 1. 2 2

- がん患者に対して、専門的な知識を有した管理栄養士が患者の症状等に合わせた栄養食事指導を実施した場合、体重が維持される。
- 専門的な知識を有した管理栄養士が栄養指導を継続的に行った場合、食事からの必要栄養量の摂取割合が維持される。

【対象・方法】

がんと診断され、入院治療開始時から1年間わたり栄養食事指導を受けた61名を対象とした。

がん病態栄養専門管理栄養士認定資格者が継続して栄養食事指導を行った群(認定指導者群)39名(平均年齢66歳±10歳)と認定資格を有していない管理栄養士が栄養食事指導を実施した群(非認定者指導群)22名(平均年齢63±12歳)に分け、体重や経口の栄養摂取の状況等を比較検討した。

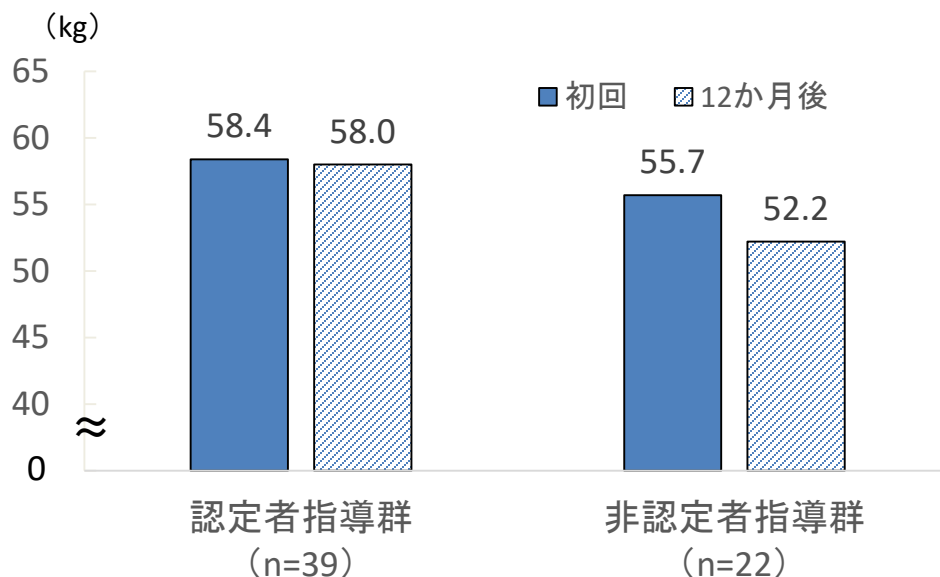


図 栄養食事指導の初回及び12か月後の体重変化

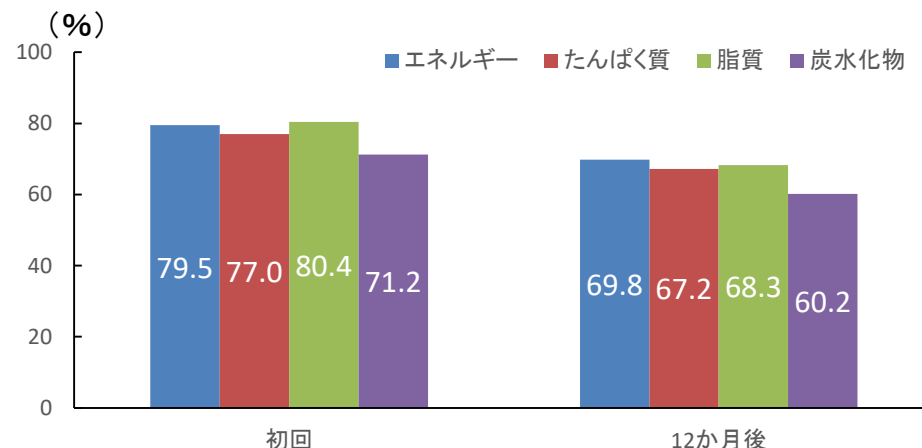


図 認定者指導群の食事からの必要栄養量の摂取割合

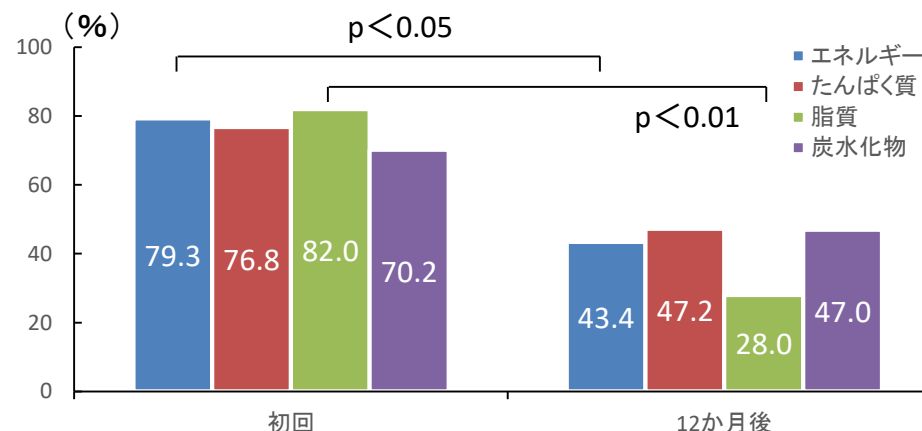


図 非認定者指導群の食事からの必要栄養量の摂取割合

専門的な知識を有した管理栄養士による指導効果②

中医協 総－1
元．11．22

- 外来化学療法を実施しているがん患者に専門的な知識を有した管理栄養士が患者の症状等に合わせて(短時間を含む)栄養指導を実施した場合、栄養指導を実施していない場合と比較して、体重減少率が有意に低い。
- 外来栄養食事指導料を算定できなかった栄養食事指導の平均時間は、 5 ± 5 分であった。
- 味覚障害出現患者における食事摂取低下の割合が継続群において維持・改善傾向がみられた。

【対象者】 外来化学療法室において抗がん剤治療を実施している消化器疾患患者を対象にがん病態栄養専門管理栄養士が栄養食事指導を継続的に実施した継続群42名と、栄養食事指導を継続しなかった非継続群36名とした。

【方 法】 薬剤投与までの間若しくは薬剤投与開始後に、患者の訴え等を加味した栄養食事指導を患者の症状に合わせて実施(外来栄養食事指導料の算定要件の指導時間よりも短い指導を含む)し、体重等を比較検討した。

※外来栄養食事指導料を算定したのは93件であり、平均指導時間は、 30 ± 10 分であり、外来栄養食事指導料を算定できなかった995件の平均指導時間は、 5 ± 5 分であった。

【対象・方法】 外来化学療法室において抗がん剤治療を実施している患者のうち、味覚障害を訴えた患者を対象にがん病態栄養専門管理栄養士が栄養食事指導を継続的に実施した継続群111名と、栄養食事指導を継続しなかった非継続群92名として、アンケート調査を実施した。

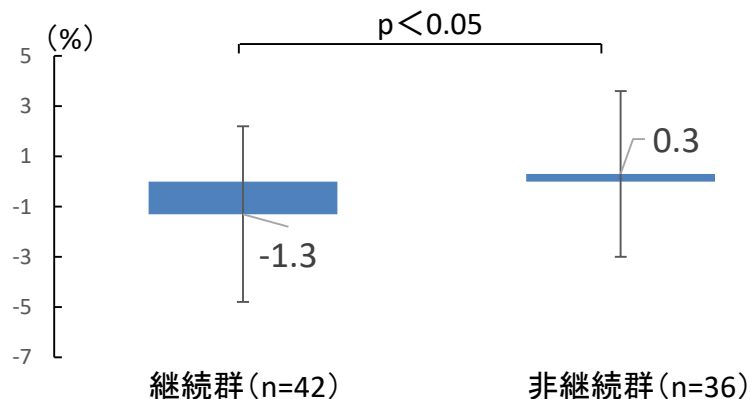


図 継続的な栄養食事指導の有無による体重減少率

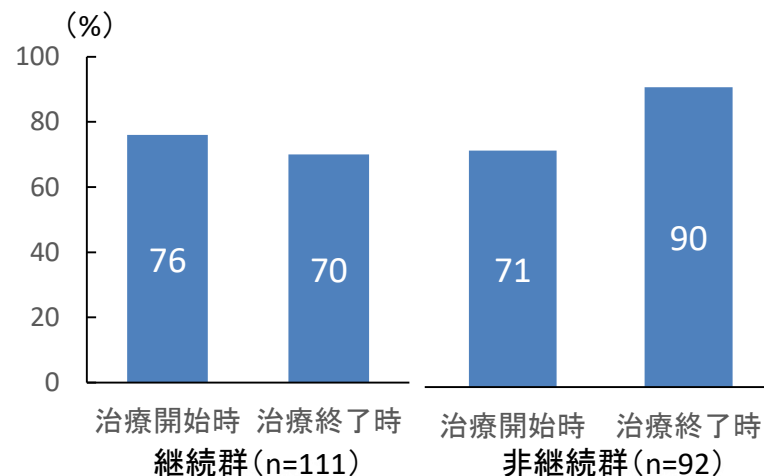
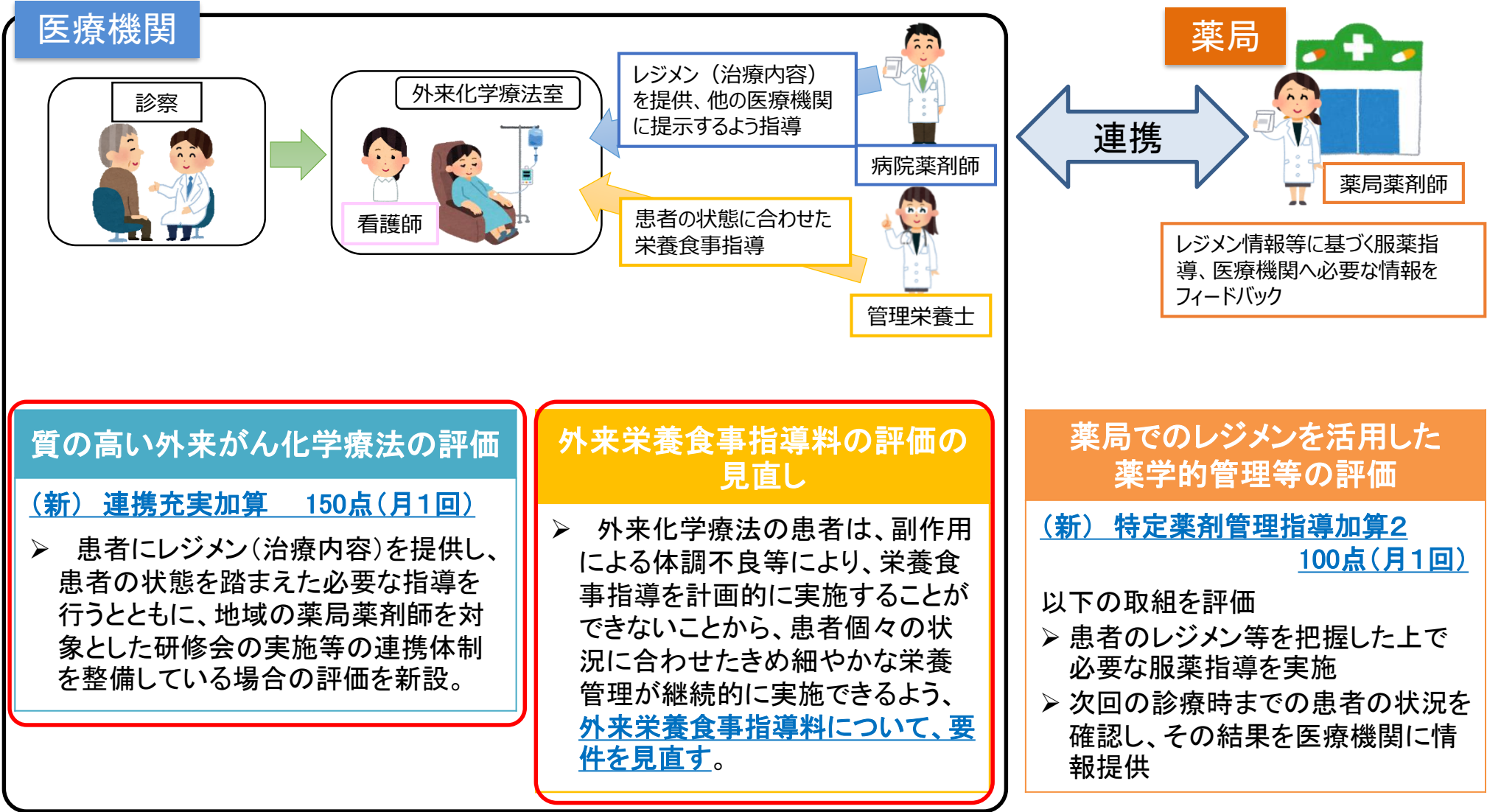


図 味覚障害出現患者における食事摂取低下の割合

外来がん化学療法の質向上のための総合的な取組



質の高い外来がん化学療法の評価

- 患者にレジメン(治療内容)を提供し、患者の状態を踏まえた必要な指導を行うとともに、地域の薬局薬剤師を対象とした研修会の実施等の連携体制を整備している場合の評価を新設する

外来化学療法加算1(抗悪性腫瘍剤を注射した場合)

(新) 連携充実加算 150点(月1回)



[算定要件]

- (1) 化学療法の経験を有する医師又は化学療法に係る調剤の経験を有する薬剤師が、抗悪性腫瘍剤等の副作用の発現状況の評価するとともに、副作用の発現状況を記載した治療計画等の文書を患者に交付すること。

※ 患者に交付する文書には、①実施しているレジメン、②レジメンの実施状況、③抗悪性腫瘍剤等の投与量、④主な副作用の発現状況、⑤その他医学・薬学的管理上必要な事項が記載されていること。

- (2) 療養のため必要な栄養の指導を実施する場合には、管理栄養士と連携を図ること。

[施設基準]

- (1) 外来化学療法加算1に規定するレジメンに係る委員会に管理栄養士が参加していること。

- (2) 地域の保険薬局等との連携体制として、次に掲げる体制が整備されていること。

ア 当該保険医療機関で実施される化学療法のレジメンをホームページ等で閲覧できるようにしておくこと。

イ 当該保険医療機関において地域の薬局薬剤師等を対象とした研修会等を年1回以上実施すること。

ウ 保険薬局等からのレジメンに関する照会等に応じる体制を整備すること。また、当該体制について、ホームページや研修会等で周知すること。

- (3) 外来化学療法を実施している医療機関に5年以上勤務し、栄養管理(悪性腫瘍患者に対するものを含む。)に係る3年以上の経験を有する専任の常勤管理栄養士が勤務していること。

外来化学療法での栄養管理の評価

外来栄養食事指導料の見直し

- 外来化学療法の患者個々の状況に合わせたきめ細やかな栄養管理が継続的に実施できるよう、外来栄養食事指導料について、要件を見直す。

現行

【外来栄養食事指導料】

- イ 初回 260点
- ロ 2回目以降 200点

[算定要件]
(新設)

[施設基準]
(新設)

改定後

【外来栄養食事指導料】

- イ 初回 260点
- ロ 2回目以降
 - (1) 対面で行った場合 **200点**
 - (2) 情報通信機器を使用する場合 180点

[算定要件]

注2 別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関において、外来化学療法を実施している悪性腫瘍を有する当該患者に対して、医師の指示に基づき、外来化学療法加算連携充実加算の施設基準に該当する管理栄養士が具体的な献立等によって月2回以上の指導をした場合に限り、2回目にロの(1)の点数を算定する。ただし、外来化学療法加算を算定した日と同日であること。

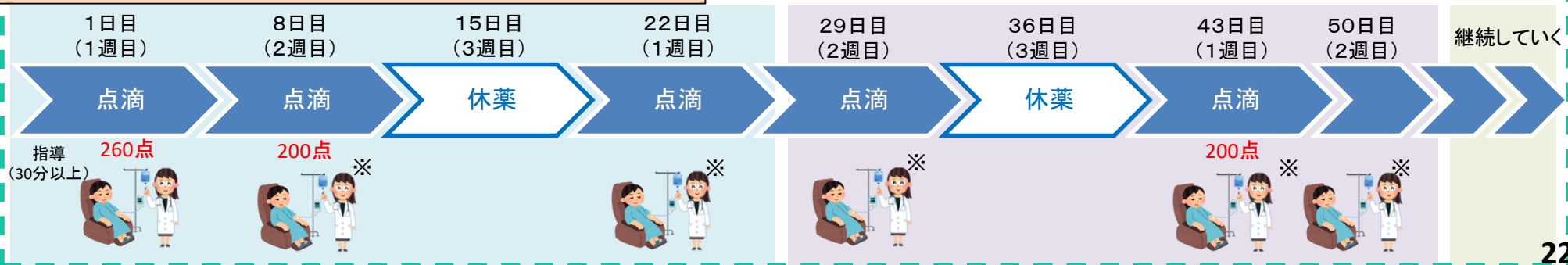
[施設基準]

- (1) 外来化学療法を実施するための専用のベッド(点滴注射による化学療法を実施するに適したリクライニングシート等を含む。)を有する治療室を保有し、専任の常勤管理栄養士が1人以上配置されていること。
- (2) (1)に掲げる管理栄養士は、医療関係団体等が実施する悪性腫瘍に関する栄養管理方法等の習得を目的とした研修を修了していることが望ましい。



週1回の点滴を2週連続行い、3週目休薬を繰り返す場合の例

※:指導(時間要件なし)



早期榮養介入管理加算

- 日本版重症患者の栄養療法ガイドラインにおいて、ICU入室24～48時間以内に経腸栄養を開始することを推奨されている。
- ICUにおいて、入室後48時間以内に栄養投与を開始した場合、48時間以降に栄養投与を開始した分と比較して、死亡率が有意に低い。

日本版重症患者の栄養療法ガイドライン

<目的>

重症患者治療の臨床現場で遭遇する様々な病態において医療者に治療の選択肢とその根拠を提示し、治療方針決定の一助となること等

<栄養管理の必要性>

重症患者の病態や病期に応じた栄養管理を行うことを強く推奨する。

<栄養投与ルート>

栄養投与ルートは、経腸栄養を優先することを強く推奨する。

<経腸栄養>

重症病態に対する治療を開始した後、可及的に**24時間以内、遅くとも48時間以内に経腸栄養を開始**することを推奨する。

出典：日本集中治療医学会重症患者の栄養管理ガイドライン作成委員会．日本版重症患者の栄養療法ガイドライン．日本集中医学会誌．2016.23.185-281

ICUにおける早期栄養投与の効果

<対象者>

2日間以上人工呼吸器が必要である患者を48時間以内に栄養投与を開始した早期群(707名、平均64.8歳)と48時間以降に栄養投与を開始した遅延群(467名、平均62.8歳)の2群に分け予後を観察した。

<結果>

48時間以内に栄養投与を開始した早期群では、それ以降に開始した遅延群と比較して死亡率が有意に低い。

表 経腸栄養の開始時期の違いによる臨床結果の比較

	早期群 (n=707)	遅延群 (n=467)	P値
ICUの死亡患者数 (割合)	159(22.5%)	132(28.3%)	0.03
病院の死亡患者数 (割合)	239(33.8%)	205(43.9%)	<0.01
ICU在室日数	27.0±12.2	25.9±12.0	0.14

出典：American Journal of Critical Care. 2010.19(3).261-268

【対象者】

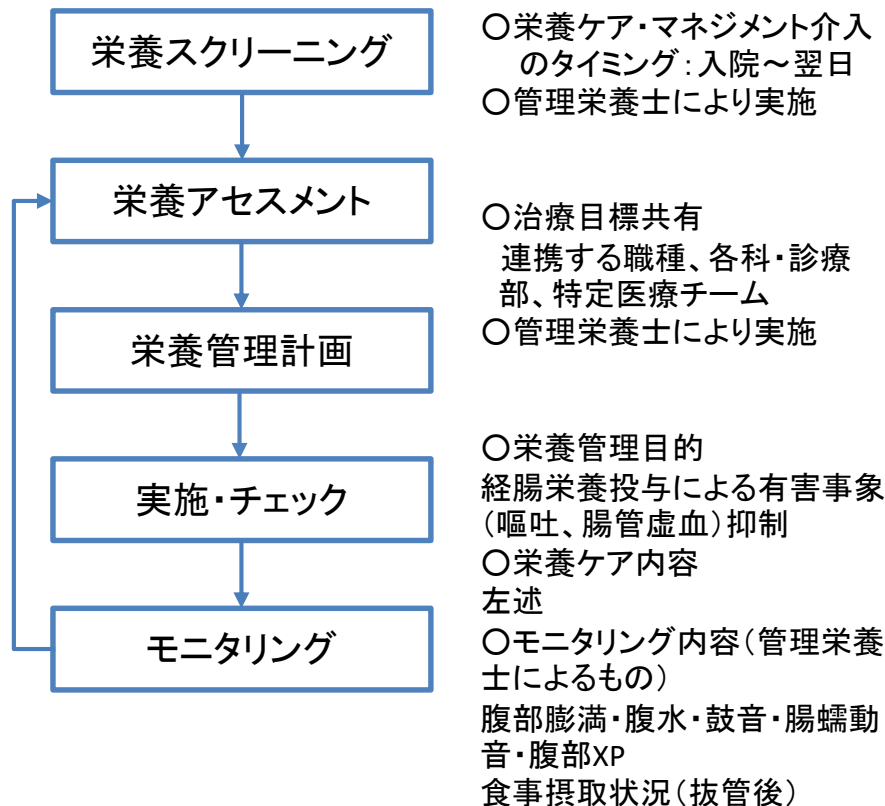
ICU入室中に栄養管理を行った患者(外科手術後1泊入室の患者は除く)

2011年度(360名、平均年齢70.4±13.7歳)、2017年度(295名、平均年齢69.2±14.2歳)

【方法】

早期経腸栄養プロトコルを用いた栄養ケア・マネジメントを導入し、その運用前後の①48時間以内経腸栄養開始率、②28日死亡率、③平均在ICU日数、④平均在院日数の違いを比較。

栄養ケア・マネジメント(栄養管理内容)



管理栄養士による栄養介入内容 (早期経腸栄養プロトコル)

【ICU等入室時】

- ・栄養スクリーニング(48時間以内)の実施
- ・栄養アセスメントの実施
- ・栄養管理計画の作成(多職種協働における回診に基づき治療目的を共有)腸管機能評価を実施し、48時間以内に経腸栄養投与を開始
- ・再アセスメントの実施(胃管からの逆流の有無等)

【経腸栄養投与開始後】

- ・モニタリングの実施
胃管廃液量の確認、循環動態の確認、注入頭位の確認等
- ・目標エネルギー量の設定
- ・再アセスメントの実施

【経腸栄養投与方法】

- ・流量10ml/hから8時間毎に同流量ずつ50ml/hまで増量
- ・50ml/h以上にて有害事象なければ間歇投与

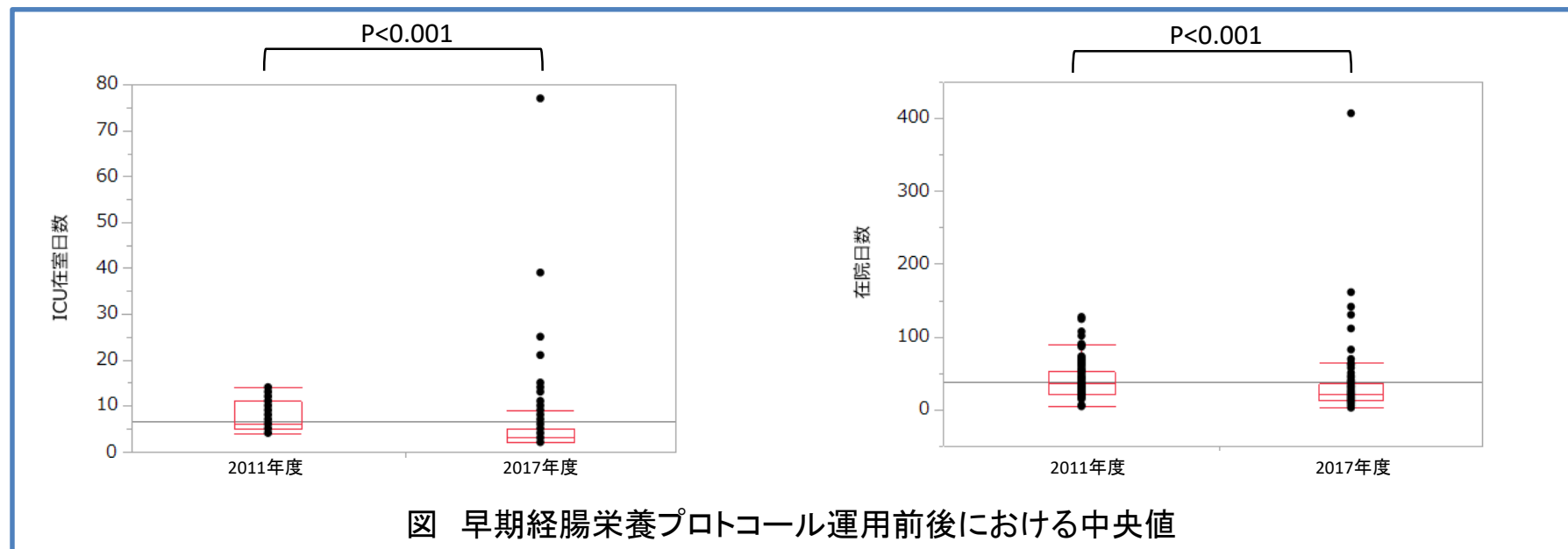
特定集中治療室等における管理栄養士の介入効果②

中医協 総 - 1
元. 1 1 . 1 5

- 早期経腸栄養プロトコルを用いて48時間以内に管理栄養士が介入し経腸栄養を開始することにより、死亡率が有意に低下するとともに、平均在ICU室日数、平均在院日数が、有意に減少する。

	運用前2011年(n=360)	運用後2017年(n=295)	有意差 (Wilcoxon順位検定)
48時間以内経腸栄養開始率(%)	36.2	61.5	$P < 0.01^*$
28日死亡率(%)	20.7	6.7	$P < 0.02^*$
平均在ICU室日数(中央値)	$7.8 \pm 3.5 (6)$	$5.5 \pm 8.8 (3)$	$P < 0.001^{**}$
平均在院日数(中央値)	$40.6 \pm 24.3 (35)$	$33.1 \pm 46.7 (22)$	$P < 0.001^{**}$

*F検定後T検定 **Wilcoxon順位和検定



特定集中治療室での栄養管理の評価

ICUにおける早期の経腸栄養による栄養管理に係る評価

- 患者の早期離床、在宅復帰を推進する観点から、特定集中治療室において、早期に経腸栄養等の栄養管理を実施した場合について、早期栄養介入管理加算を新設する。

(新) 早期栄養介入管理加算 400点(1日につき)



[算定要件]

特定集中治療室に入室後早期から経腸栄養等の必要な栄養管理が行われた場合は、7日を限度として、所定点数に加算する。

[留意事項]

日本集中治療医学会の「日本版重症患者の栄養療法ガイドライン」に沿った栄養管理を実施すること。また、入室患者全員に栄養スクリーニングを実施し、抽出された患者に対し、次の項目を実施すること。なお、アからウは入室後48時間以内に実施すること。

ア 栄養アセスメント

イ 栄養管理に係る早期介入の計画を作成

ウ 腸管機能評価を実施し、入室後48時間以内に経腸栄養等を開始

エ 経腸栄養開始後は、1日に3回以上のモニタリングを行い、その結果を踏まえ、必要に応じて計画の見直すとともに栄養管理を実施
オ 再アセスメントを実施し、胃管からの胃内容物の逆流の有無等の確認

カ アからオまでの内容を診療録等に記載すること。なお、エに関しては、経腸栄養の開始が入室後何時間目であったのか記載すること。

加えて、上記項目を実施する場合、特定集中治療室の医師、看護師、薬剤師等とのカンファレンス及び回診等を実施するとともに、早期離床・リハビリテーションチームが設置されている場合は、適切に連携して栄養管理を実施すること。

当該加算の1日当たりの算定患者数は、管理栄養士1名につき、10人以内とする。また、当該加算及び栄養サポートチーム加算を算定する患者数は、管理栄養士1名につき、合わせて15人以内とする。

[施設基準]

特定集中治療室に次の要件を満たす管理栄養士が専任で配置されていること。

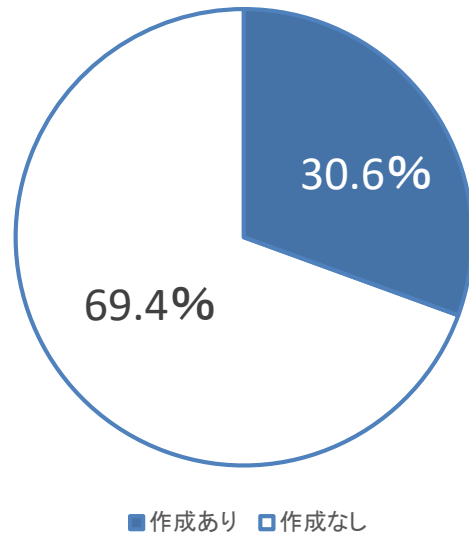
- ① 栄養サポートチーム加算の施設基準にある研修を修了し、栄養サポートチームでの栄養管理の経験を3年以上有すること。
- ② 特定集中治療室における栄養管理の経験を3年以上有すること。
- ③ 特定集中治療室管理料を算定する一般病床の治療室における管理栄養士の数は、当該治療室の入院患者の数が10又はその端数を増すごとに1以上であること。

栄養情報提供加算

転院先等への栄養管理の情報提供

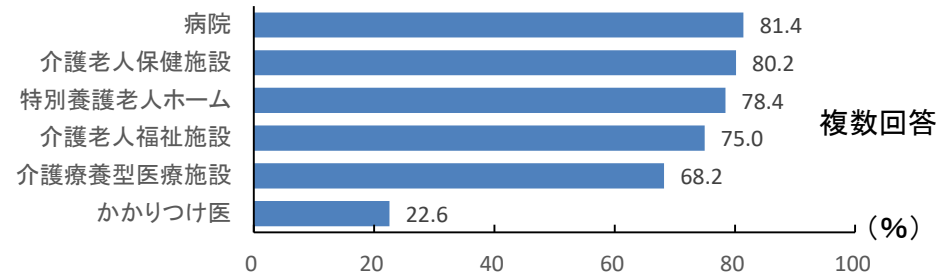
中医協 総-2
元. 11. 8

- 退院・転院むけ、栄養情報提供書を作成している病院は約3割である。
- 栄養情報提供書の提供先は、病院、介護老人保健施設等が約8割であるが、かかりつけ医は、約2割であった。
- 転院先等への栄養管理の情報提供として多いのは、摂食嚥下機能低下、経管栄養等の患者の栄養管理に関するものである。



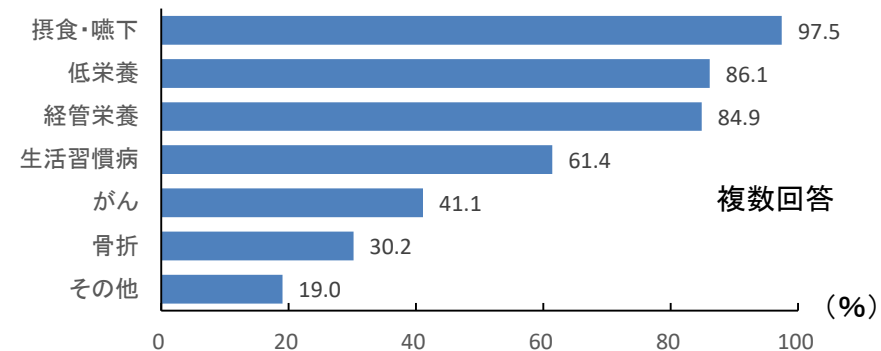
対象：日本栄養士会会員が勤務する全国2,903病院

図 退院・転院にむけ、栄養情報提供書を作成しているか



対象：左図で「作成している」と回答した887病院のうち、本設問に無回答であった57病院を除く830病院

図 栄養情報提供書をどこに提供しているか



対象：左図で「提供している」と回答した887病院のうち、本設問に無回答であった56病院を除く831病院

図 どのような患者の栄養情報を転院先等に提供しているか

栄養管理に関する情報提供の効果について

中医協 総-2
元. 11. 8

- 栄養情報提供書を提供している場合、提供していない場合と比較して、栄養管理計画・栄養ケアプランの作成に係る時間が有意に減少している。
- 栄養管理に関する情報提供を行った施設において、転帰直後より転院前の食形態やとろみに関する情報を参考に食形態の変更を行っていた。

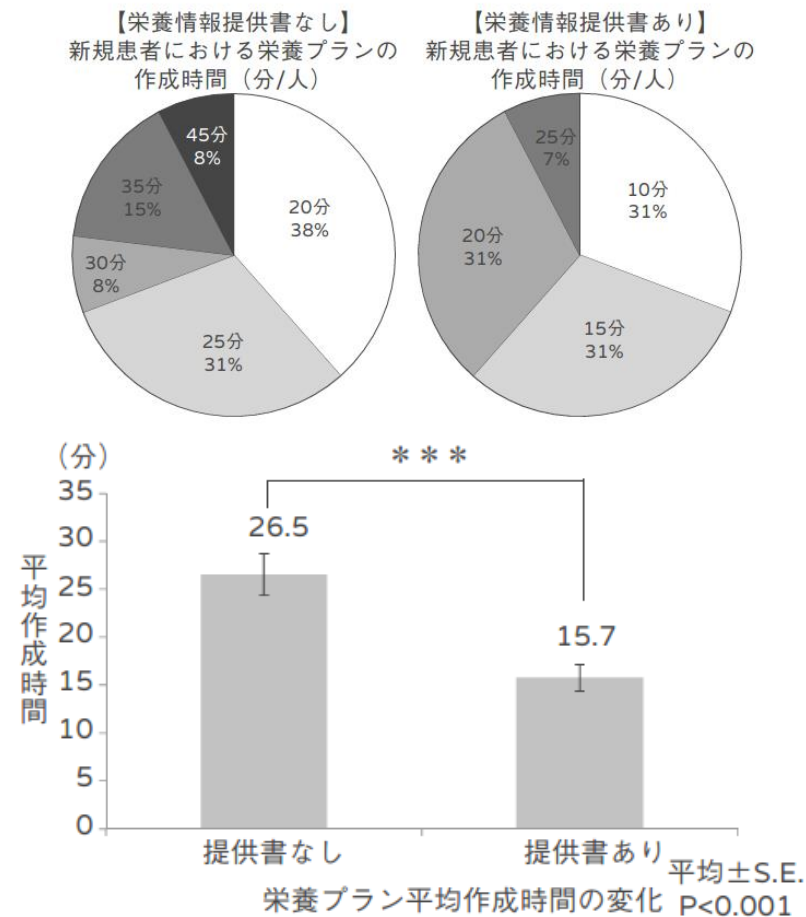


表 栄養管理に関する情報提供書の送付先の転院後の食形態及びとろみ調整食品の変更対応の有無

対応	送付時からの変更	転帰直後	1～6か月以内	有意差 (転帰直後 VS 1～6か月以内)
食形態	あり	36	8	n.s
	なし	118	38	
とろみ調整食品	あり	12	6	n.s
	なし	144	41	

出典: 田中ら、日本栄養士会雑誌62(9)、479-487(2019)

栄養情報の提供に対する評価の新設

入院中の栄養管理に関する情報の提供に係る評価

- 入院医療機関と在宅担当医療機関等との切れ目ない栄養連携を図る観点から、退院後も栄養管理に留意が必要な患者について、入院中の栄養管理等に関する情報を在宅担当医療機関等に提供した場合の評価として、栄養情報提供加算を新設する。

(新) 栄養情報提供加算 50点



[算定要件]

別に厚生労働大臣が定めるものに対して、栄養指導に加え退院後の栄養・食事管理について指導し、入院中の栄養管理に関する情報を示す文書を用いて患者に説明するとともに、これを他の保険医療機関又は介護老人保健施設、介護老人福祉施設、介護療養型医療施設、介護医療院、指定障害者支援施設等若しくは福祉型障害児入所施設の医師又は管理栄養士に対して提供する。



入院医療機関



＜入院中の栄養管理に関する情報＞

- ・必要栄養量
- ・摂取栄養量
- ・食事形態(嚥下食コードを含む。)
- ・禁止食品
- ・栄養管理に係る経過 等



在宅担当医療機関等

診療所での栄養食事指導

- 外来栄養食事指導の算定回数は、無床診療所において、年々微増している。
- 在宅患者訪問栄養食事指導料の算定回数においても、無床診療所での算定件数は少ないが、近年、微増している。

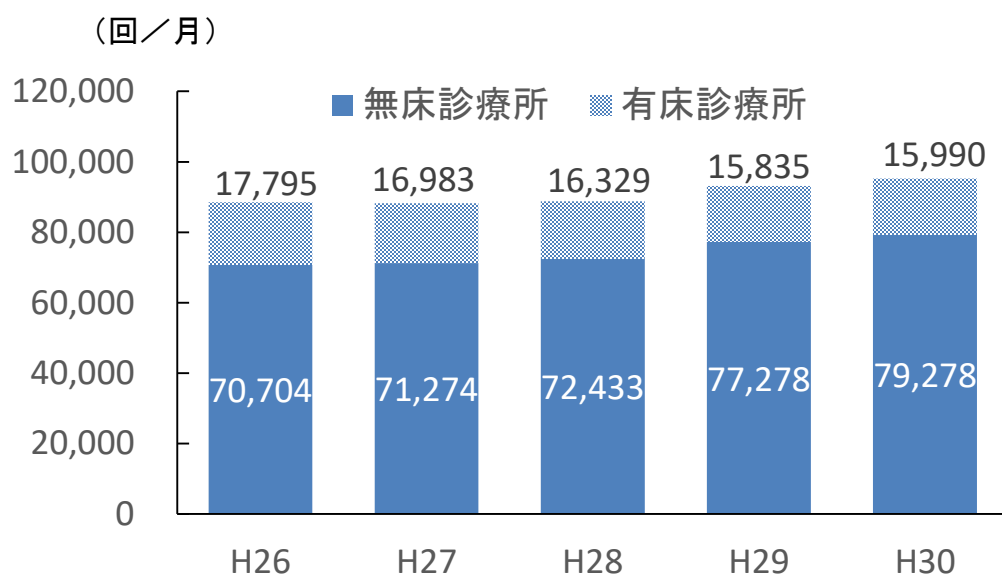


図 診療所における外来栄養食事指導の算定回数の推移

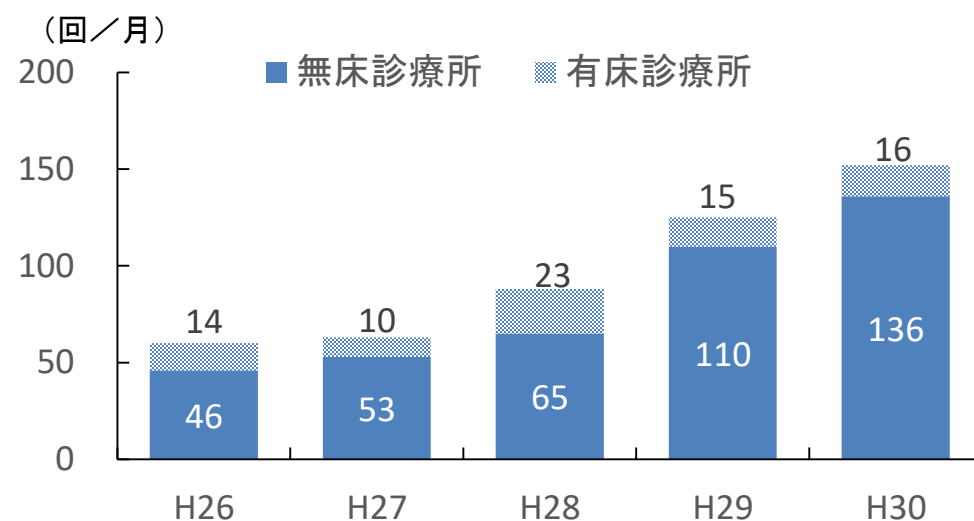


図 診療所における在宅患者訪問栄養食事指導の算定回数の推移

管理栄養士の従事者数及び栄養指導の状況

中医協 総－4
元． 1 1 . 27

- 一般診療所の常勤換算管理栄養士数は、一般診療所の施設数と比較して、少ない状況である。
- 他方、糖尿病に関心が高い診療所等においては、管理栄養士の雇用率が75%～78%と高く、栄養指導の実施状況が高い。

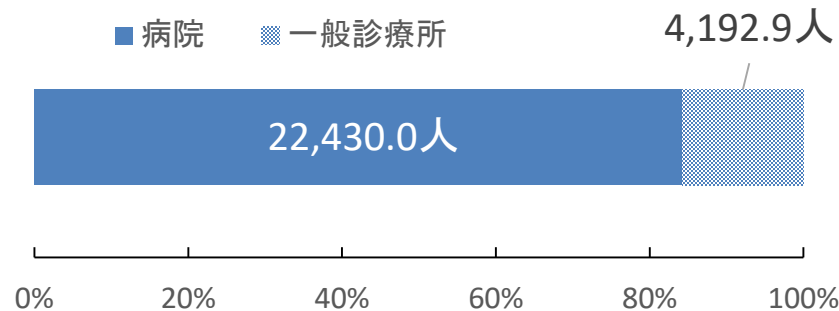


図 平成29年度の病院、診療所における管理栄養士常勤換算従事者数

出典：平成29年度医療施設調査（10月1日時点）

【対象等】

糖尿病に関心が高い全国123の大学病院、1,155の一般病院、448の診療所・開業医家に対して、アンケート調査を実施。

表 調査対象医療機関における管理栄養士を雇用している施設の割合

	1982年	1992年	2002年
大学病院	100%	100%	100%
一般病院	100%	100%	100%
診療所・開業医家	75%	78%	78%

表 調査対象医療機関における栄養指導の実施状況

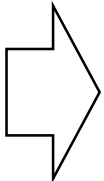
	個人指導	集団指導
大学病院	91%	87%
一般病院	94%	84%
診療所・開業医家	84%	54%

栄養食事指導の見直し

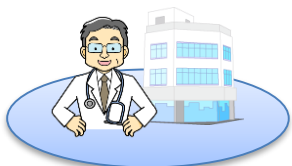
外来栄養食事指導料、在宅患者訪問栄養食事指導料の見直し

- 外来・在宅患者に対する栄養食事指導を推進する観点から、診療所における外来栄養食事指導料及び在宅患者訪問栄養食事指導料について、他の医療機関及び栄養ケア・ステーションの管理栄養士が栄養指導を行った場合を評価する。

現行	
【外来栄養食事指導料】	
イ 初回	260点
ロ 2回目以降	200点
【在宅患者訪問栄養食事指導料】	
1 単一建物診療患者が1人の場合	530点
2 単一建物診療患者が2人～9人の場合	480点
3 1及び2以外の場合	440点



改定後	
【外来栄養食事指導料】	
イ 外来栄養食事指導料1	(1) 初回 260点 (2) 2回目以降 200点
ロ <u>外来栄養食事指導料2</u>	<u>(1) 初回 250点</u> <u>(2) 2回目以降 190点</u>
【在宅患者訪問栄養食事指導料】	
1 <u>在宅患者訪問栄養食事指導料1</u>	
イ 単一建物診療患者が1人の場合	530点
ロ 単一建物診療患者が2人～9人の場合	480点
ハイ及びロ以外の場合	440点
2 <u>在宅患者訪問栄養食事指導料2</u>	
イ 単一建物診療患者が1人の場合	<u>510点</u>
ロ 単一建物診療患者が2人～9人の場合	<u>460点</u>
ハイ及びロ以外の場合	<u>420点</u>
[外来栄養食事指導料2、在宅患者訪問栄養食事指導料2の算定要件]	
診療所において、特別食を医師が必要と認めたものに対し、 <u>当該保険医療機関以外(日本栄養士会若しくは都道府県栄養士会が設置し、運営する「栄養ケア・ステーション」又は他の医療機関に限る)の管理栄養士が、当該保健医療機関の医師の指示に基づき対面で必要な栄養指導を行った場合に算定する。</u>	



診療所



在宅等



栄養ケア・ステーション
他の医療機関

NST

栄養サポートチーム加算の概要

栄養サポートチーム加算 200点（週1回）

栄養管理を要する患者に対して、医師、看護師、薬剤師、管理栄養士等が共同して必要な診療を行った場合について、週1回に限り、所定の点数を算定する。

【対象患者】

栄養サポートチーム加算は、栄養管理計画を策定している患者のうち、次のアからエまでのいずれかに該当する者について算定できる。

- ア 栄養管理計画の策定に係る栄養スクリーニングの結果、血中アルブミン値が3.0g/dL以下であって、栄養障害を有すると判定された患者
- イ 経口摂取又は経腸栄養への移行を目的として、現に静脈栄養法を実施している患者
- ウ 経口摂取への移行を目的として、現に経腸栄養法を実施している患者
- エ 栄養サポートチームが、栄養治療により改善が見込めると判断した患者

【算定要件】

栄養サポートチームは、以下の診療を通じ、栄養状態を改善させ、また、必要に応じて経口摂取への円滑な移行を促進することが必要である。

- ア 栄養状態の改善に係るカンファレンス及び回診が週1回程度開催されており、栄養サポートチームの構成員及び必要に応じて、当該患者の診療を担当する保険医、看護師等が参加している。
- イ カンファレンス及び回診の結果を踏まえて、当該患者の診療を担当する保険医、看護師等と共同の上で、別紙様式5又はこれに準じた栄養治療実施計画を作成し、その内容を患者等に説明の上交付するとともに、その写しを診療録に添付する。
- ウ 栄養治療実施計画に基づいて適切な治療を実施し、適宜フォローアップを行う。
- エ 治療終了時又は退院・転院時に、治療結果の評価を行い、それを踏まえてチームで終了時指導又は退院時等指導を行い、その内容を別紙様式5又はこれに準じた栄養治療実施報告書として記録し、その写しを患者等に交付するとともに診療録に添付する。
- オ 当該患者の退院・転院時に、紹介先保険医療機関等に対して診療情報提供書を作成した場合は、当該報告書を添付する。

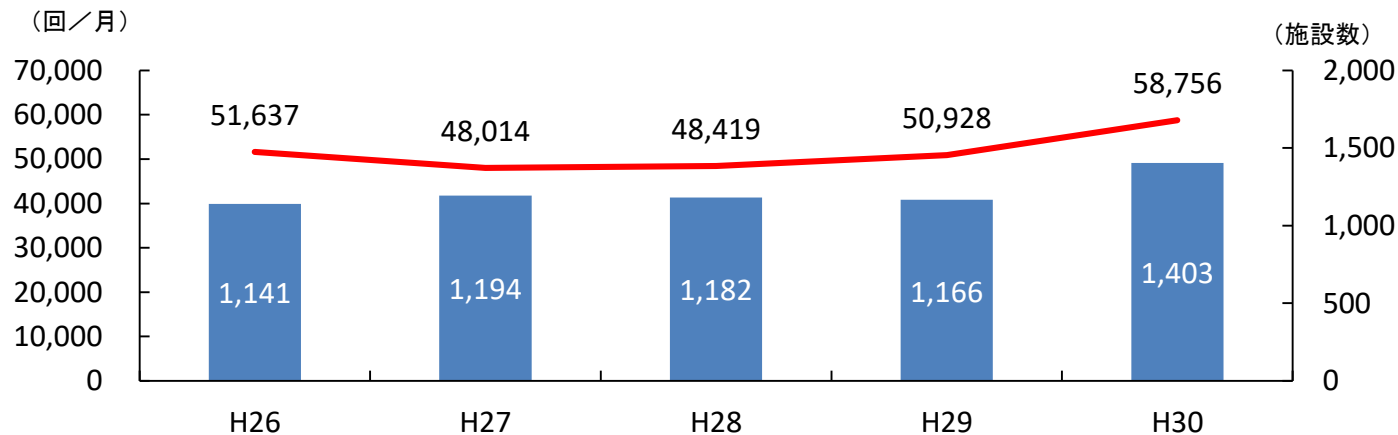


図 栄養サポートチーム加算の届出施設数と算定回数の推移

出典：社会医療診療行為別統計・調査（各年6月審査分）、保険局医療課調べ（各年7月1日）

栄養サポートチーム加算の算定可能な入院料等について

- 当該加算は、平成22年度診療報酬改定において新設され、平成24年度改定から算定可能な入院料の範囲が広がった。
- また、平成26年度改定において、医療資源の少ない地域に配慮し、専従要件を緩和した評価が新設された。
- 平成30年度改定では、より効率的な医療提供を可能とするため、より弾力的な運用が可能なように医療従事者の専従要件の見直しがされた。

○：算定可、×：算定不可

	基本入院料								特定入院料	
	一般病棟入院料	療養病棟入院料	結核病棟入院基本料	精神病棟入院基本料	特定機能病院入院基本料 (一般病棟)	特定機能病院入院基本料 (結核病棟)	特定機能病院入院基本料 (精神病棟)	専門病院入院基本料	特定一般病棟入院料	その他の入院料
平成22年	○ (7対1、10対1のみ)	×	×	×	○	×	×	○ (7対1、10対1のみ)	×	×
平成24年～	○	○	×	×	○	×	×	○	○	×
備考	平成26年度改定より医療資源の少ない地域に配慮した評価が追加 平成30年度改定より専従要件を緩和									

結核患者の状況

- 血清Alb値が低いほど死亡退院率が有意に高い。
- また、血清Alb値が低いほど静脈栄養施行率が高く、栄養補給を加味した栄養管理の必要性が示唆されている。

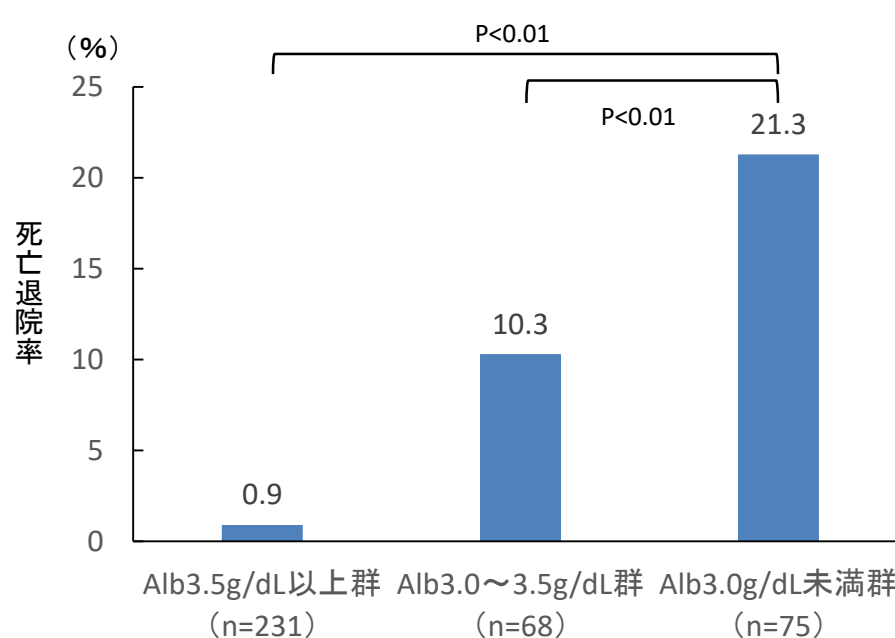


図 血清Alb値別の死亡退院率

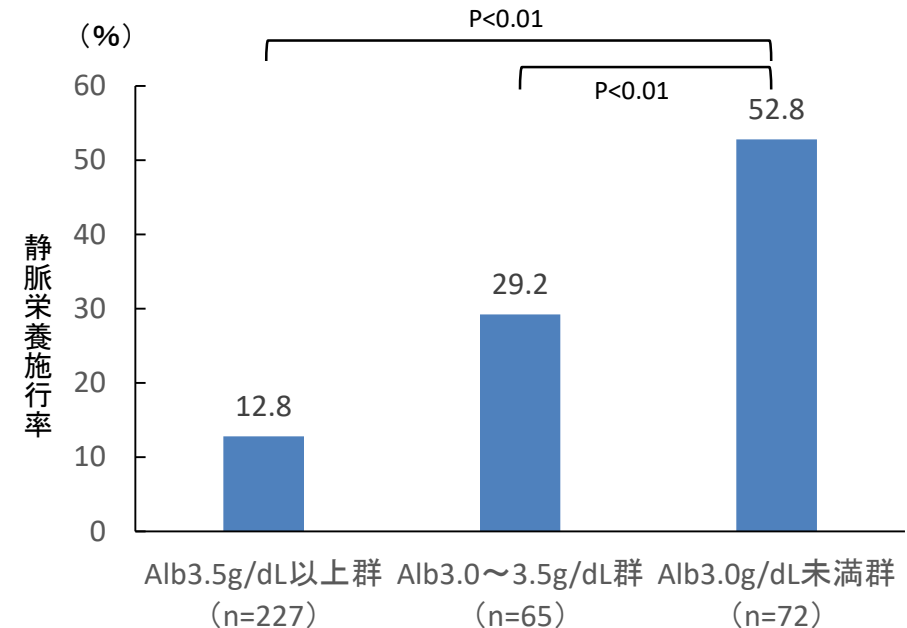


図 血清Alb値別の静脈栄養施行率

対象期間: 2005年4月~2006年3月

対象者: 結核病棟に入院し、結核菌培養検査陽性であった374名(平均年齢64.0歳)

出典: 武内ら、静脈経腸栄養. Vol28, No3, 827-832, 2013

結核治療における栄養管理の有用性について

- 肺結核患者は高頻度で低栄養状態にあり、低栄養状態にある患者の予後は不良である。
WHO Guideline: Nutritional care and support for patients with tuberculosis
- 低栄養の肺結核入院患者は入院期間が長いことが示されている。

武内 海歌, 鞍田三貴, 林清二, 他 : 肺結核患者の入院時栄養評価(第1報). 静脈経腸栄養. 2013; 28: 131-6

- 結核病棟の患者に対して栄養サポートチームが介入することで入院期間の有意な短縮を認めた（中央値で35日の短縮）。

《対象と方法》

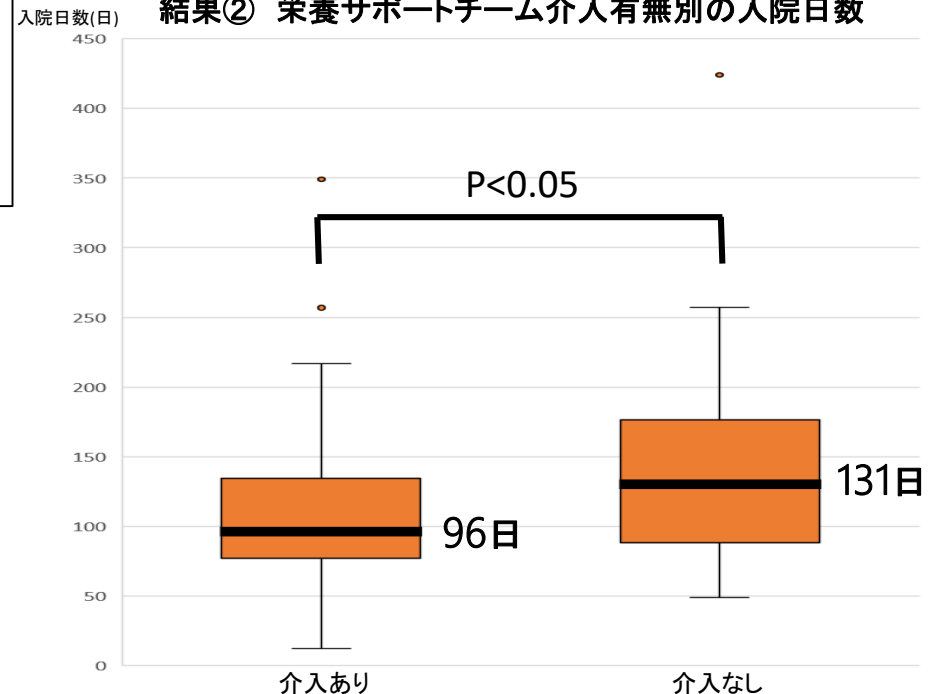
国立病院機構東京病院（2005-2011）および国立病院機構近畿中央呼吸器センター（2018-2019）の結核病棟に入院した患者（死亡退院者を除く。）のうち、血中Alb値が3.0g/dl以下の患者について集計した。

検定方法はWilcoxonの順位和検定を用いた。

結果① 患者背景

	介入あり	介入なし
人数	53人	45人
男性割合	50.9%	71.1%
平均年齢	79.4歳	71.5歳
平均Alb値	2.3g/dl	2.4g/dl
入院日数中央値	96日	131日

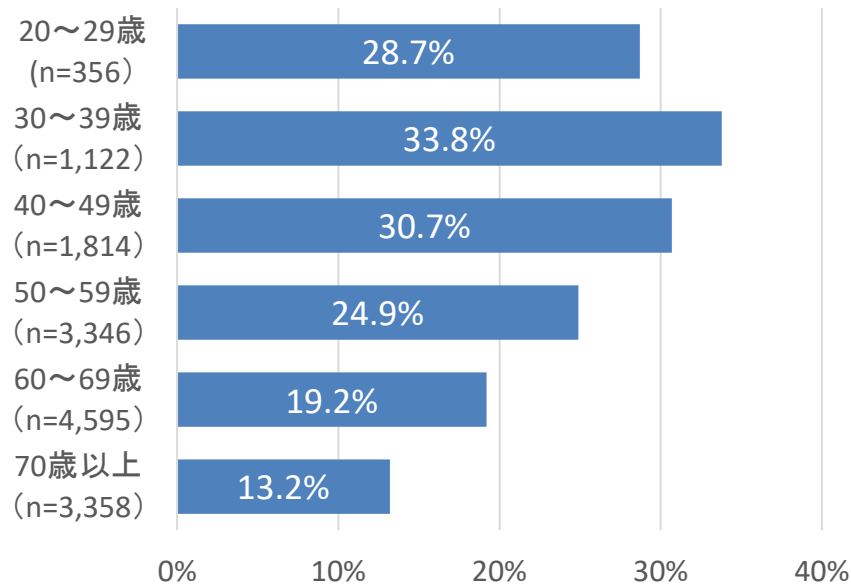
結果② 栄養サポートチーム介入有無別の入院日数



統合失調症入院患者の状況

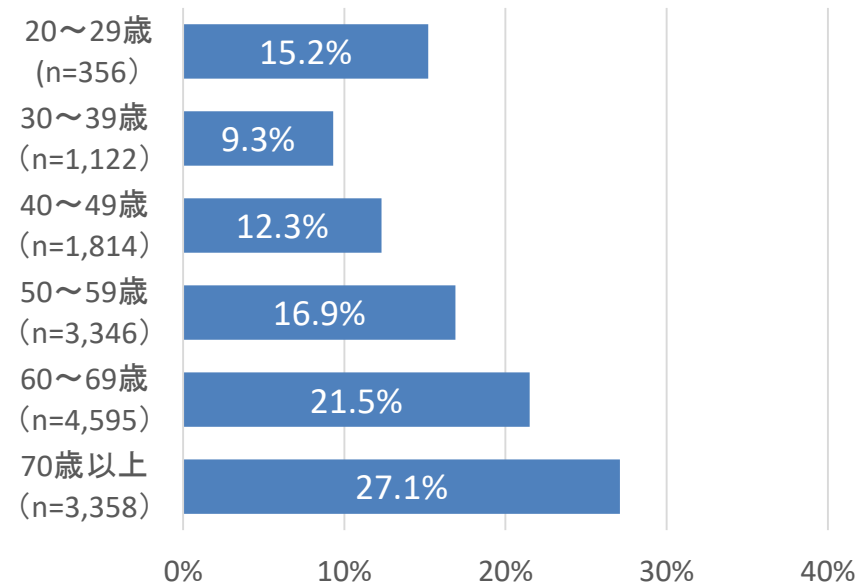
- 統合失調症患者のうち、肥満の割合は、21.9%であり、また年代別の割合は、30歳代が33.8%と最も高く、年齢が上がるにつれ割合は減少している。
- 統合失調症患者のうち、るい瘦の割合は、19.5%であり、また年代別では、年代が上がるにつれ割合が増加し、70歳以上が27.1%である。

図 統合失調症入院患者の年代別の肥満の状況



※ 統合失調症14,591例中の肥満3,199例(21.9%)

図 統合失調症入院患者の年代別のるい瘦の状況



※ 統合失調症14,591例中のるい瘦2,849例(19.5%)

統合失調症患者に対する栄養サポートによる効果について

- 統合失調症患者に対して、栄養サポートチームが介入することによりBMI、空腹時トリグリセライド値、空腹時血糖値、空腹時総コレステロール値が異常であった患者割合が、有意に減少したという報告がある。

〔対象者〕 デイケア通所中の統合失調症患者41名(平均年齢41.7歳)

〔方法〕 医師、管理栄養士、外来看護師、訪問看護師、薬剤師等からなる栄養サポートチームが、スクリーニング、アセスメントを基にチームカンファレンスを実施し、各職種がそれぞれ介入を実施。管理栄養士は、自己栄養管理ができるように調理を含めた栄養指導等を実施。

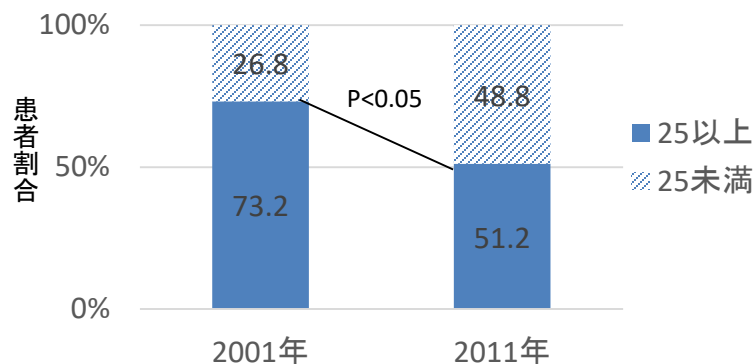


図 BMIの異常を示す患者割合の変化

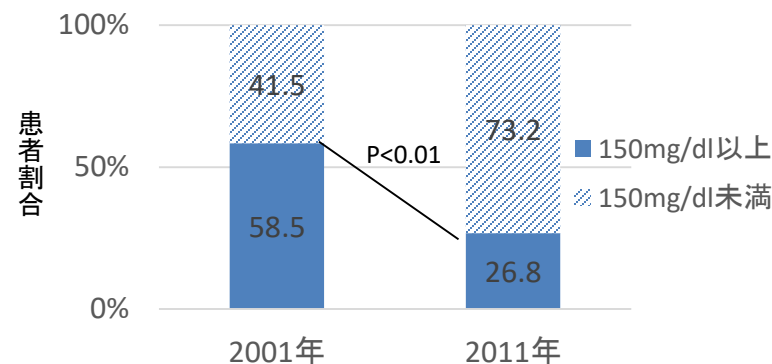


図 空腹時トリグリセリド値の異常を示す患者割合の変化

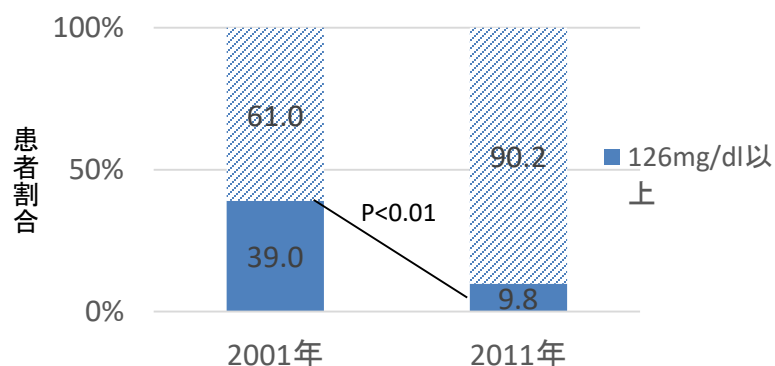


図 空腹時血糖値の以上を示す患者割合の変化

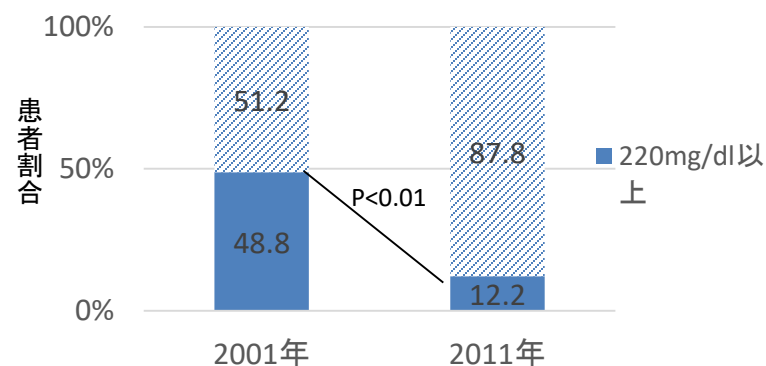


図 空腹時総コレステロール値の異常を示す患者割合の変化

出典: 井戸ら、臨床精神薬理Vol16,8(2013)1193-1200

栄養サポートチーム加算の見直し

栄養サポートチーム加算の見直し

- 結核病棟や精神病棟の入院患者に対する栄養面への積極的な介入を推進する観点から栄養サポートチーム加算の対象となる病棟を見直す。

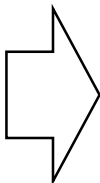


現行

[算定可能病棟]

急性期一般入院料1～7、地域一般入院料1～3、特定機能病院入院基本料(一般病棟)、専門病院入院基本料(7対1、10対1、13対1)、療養病棟入院基本料1、2

ただし、療養病棟については、入院日から起算して6月以内に限り算定可能とし、入院1月までは週1回、入院2月以降6月までは月1回に限り算定可能とする。



改定後

[算定可能病棟]

急性期一般入院料1～7、地域一般入院料1～3、特定機能病院入院基本料(一般病棟)、専門病院入院基本料(7対1、10対1、13対1)、療養病棟入院基本料1、2、結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料(結核病棟、精神病棟)

ただし、療養病棟、結核病棟、精神病棟については、入院日から起算して6月以内に限り算定可能とし、入院1月までは週1回、入院2月以降6月までは月1回に限り算定可能とする。

個別栄養食事管理加算

緩和ケア診療加算等の要件の見直し

➤ 緩和ケア診療加算について、がん患者に対する栄養食事管理の取組を評価する。

緩和ケア診療加算
(新) 個別栄養食事管理加算 70点(1日につき)

[算定要件]

- (1) 緩和ケア診療加算を算定している悪性腫瘍の患者について、緩和ケアチームに管理栄養士が参加し、患者の症状や希望に応じた栄養食事管理を行った場合に算定する。
- (2) 緩和ケア診療実施計画に基づき実施した栄養食事管理の内容を診療録に記載又は当該内容を記録したものを診療録に添付する。

[施設基準]

緩和ケアチームに、緩和ケア病棟において悪性腫瘍患者の栄養食事管理に従事した経験又は緩和ケア診療を行う医療機関において栄養食事管理(悪性腫瘍患者に対するものを含む。)に係る3年以上の経験を有する専任の管理栄養士が参加していること。

届出医療機関数及び算定回数

	届出医療機関数	算定回数
個別栄養食事管理加算	(届出不要)	9,065

(出典) 算定回数:平成30年社会医療診療行為別統計(平成30年6月審査分)

表 緩和ケア診療加算及び個別栄養食事管理加算の対象疾患について

	悪性腫瘍	後天性免疫不全症候群	末期心不全
緩和ケア診療加算	○	○	○
個別栄養食事管理加算	○	×	×

心不全患者の栄養状態と栄養管理の内容等について

中医協 総-3
元. 1 2. 4

- 心不全患者における栄養評価・管理に関するステートメントにおいて、心不全のステージが進行し、終末期に近づくにつれ栄養状態が悪化することから、栄養サポートを実施することが示されている。
- 栄養療法においては、栄養状態を保ち、心不全の増悪を予防し予後の改善を目指し、適正なエネルギー量を摂取しつつ、食塩摂取量が適正化が重要となる。また、栄養状態が悪化している場合には、適正なエネルギー摂取の優先度が高くなる。

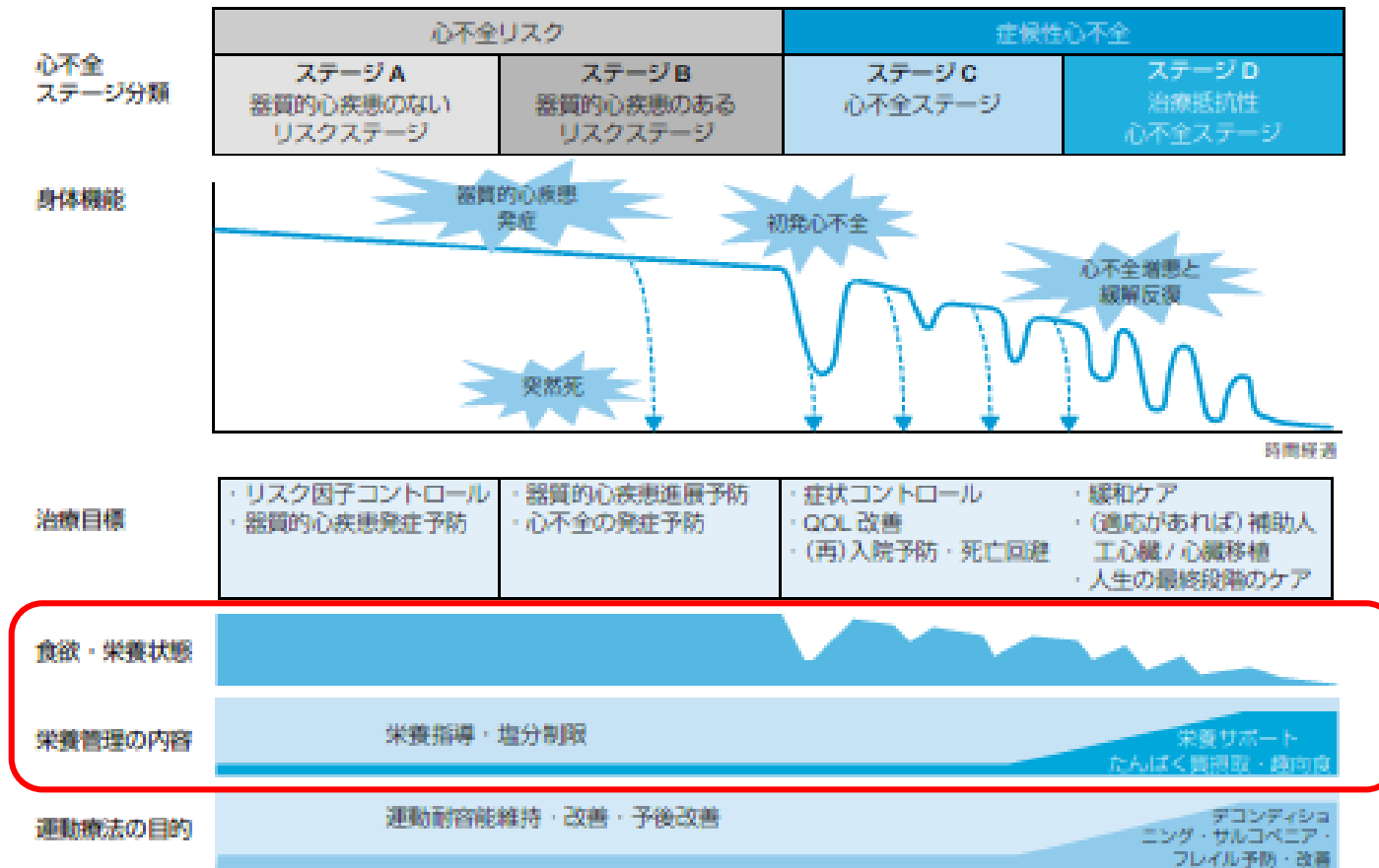


図 VI-3 慢性心不全の経過と栄養状態・栄養管理・運動療法の位置づけの概略

文献 102) 厚生労働省. 脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る診療提供体制の在り方について（平成 29 年 7 月）. より改定

- 心不全の栄養療法における多職種連携において、管理栄養士の役割としては、栄養状態の判定、栄養管理、指導を行うこととされている。
- 心不全患者における栄養評価・管理に関するステートメントにおいて、心不全末期には、個々に合わせた適切な食事の検討を行う必要があるとされている。

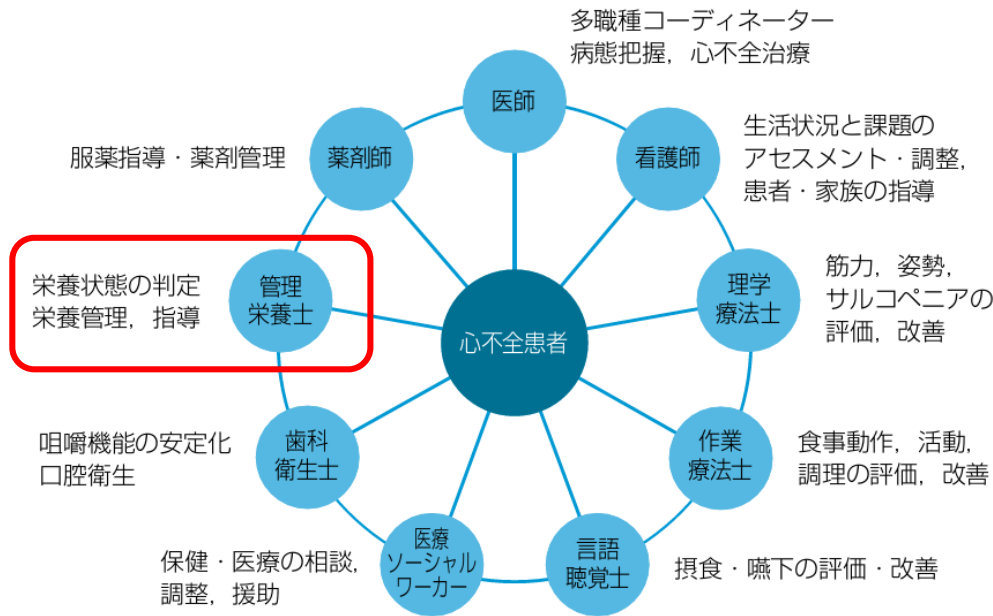


図 VII-2 心不全の栄養療法における多職種連携

心不全患者における栄養評価・管理に関するステートメント

心不全終末期には、減塩食から普通食へ切り替えることにより、食事摂取量が増加する症例にも遭遇する。多職種でカンファレンスを行い、食事に関する価値観や習慣、食事摂取の必要性、食嗜好など患者および家族の思いを情報共有し、個々に合わせた適切な食事の検討を行う必要があり、一律な過度の減塩はすべきではない。

なお、最期には食欲が自然と進行性に低下するが、この時期に強制栄養法を実施すべきではない。また、終末期での食事摂取量低下に対する一律な輸液は、呼吸困難や浮腫などのうっ血症状をかえって悪化させることがあるため、勧められない。

個別栄養食事管理加算の見直し

個別栄養食事管理加算の見直し

- 患者の症状や希望に応じたきめ細やかな栄養食事支援を推進する観点から、緩和ケア診療加算について個別栄養食事管理加算の対象患者に後天性免疫不全症候群及び末期心不全患者を追加する。

現行

【個別栄養食事管理加算
（緩和ケア診療加算の注加算）】

〔算定要件〕

別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、悪性腫瘍を有する当該患者に対して、緩和ケアに係る必要な栄養食事管理を行った場合には、個別栄養食事管理加算として、70点を更に所定点数に加算する。

〔施設基準〕

イ（略）

ロ 当該体制において、悪性腫瘍患者の個別栄養食事管理に係る必要な経験を有する管理栄養士が配置されていること。

〔対象患者〕

悪性腫瘍

改定後



【個別栄養食事管理加算
（緩和ケア診療加算の注加算）】

〔算定要件〕

別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、緩和ケアを要する患者に対して、緩和ケアに係る必要な栄養食事管理を行った場合には、個別栄養食事管理加算として、70点を更に所定点数に加算する。

〔施設基準〕

イ（略）

ロ 当該体制において、緩和ケアを要する患者に対する個別栄養食事管理に係る必要な経験を有する管理栄養士が配置されていること。

〔対象患者〕

悪性腫瘍、後天性免疫不全症候群、末期心不全

回復期リハビリテーション病棟入院料

- 専任管理栄養士の病棟配置が努力義務である入院料1を算定している施設では、管理栄養士が配置されている施設の割合は、82.0%である。
- 管理栄養士の病棟配置の要件がない入院料2～4を算定している施設では、管理栄養士が配置されている施設の割合は、約50%である。

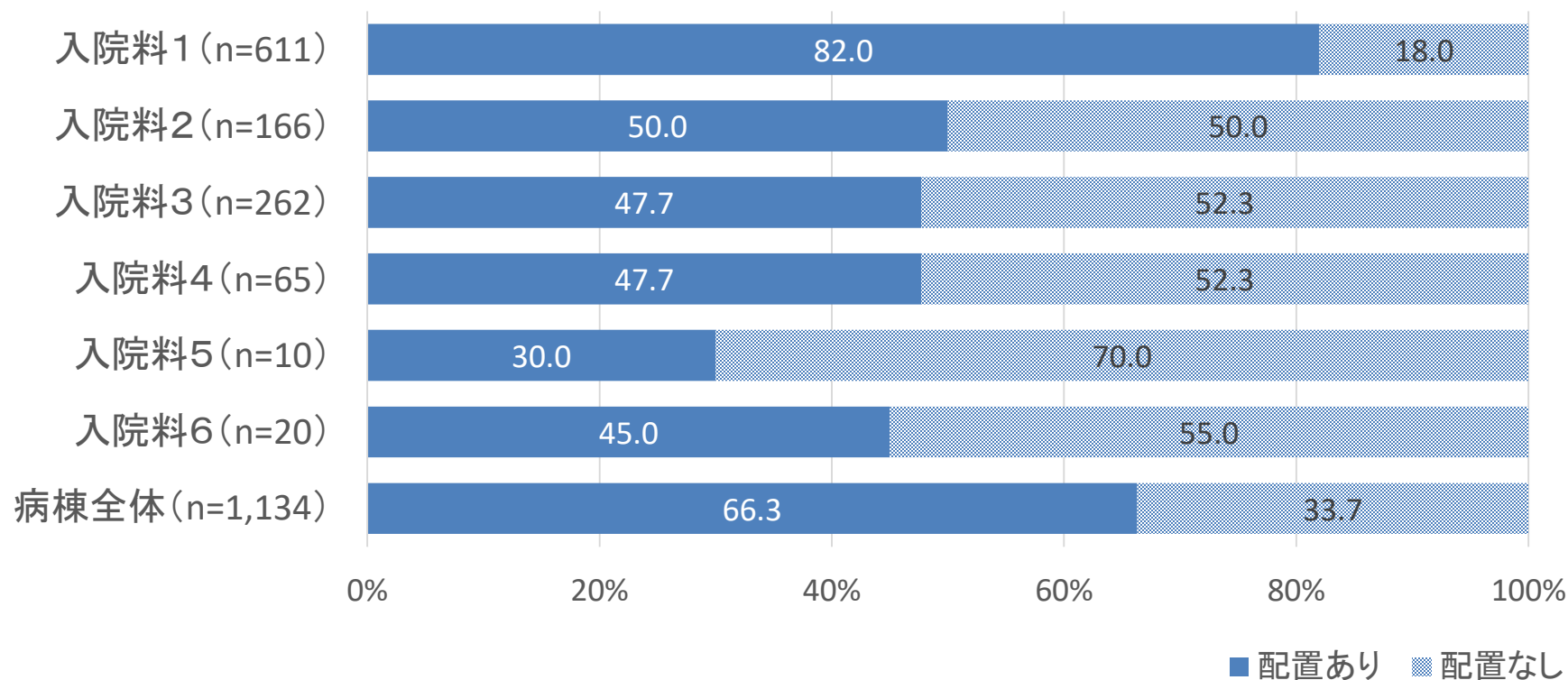
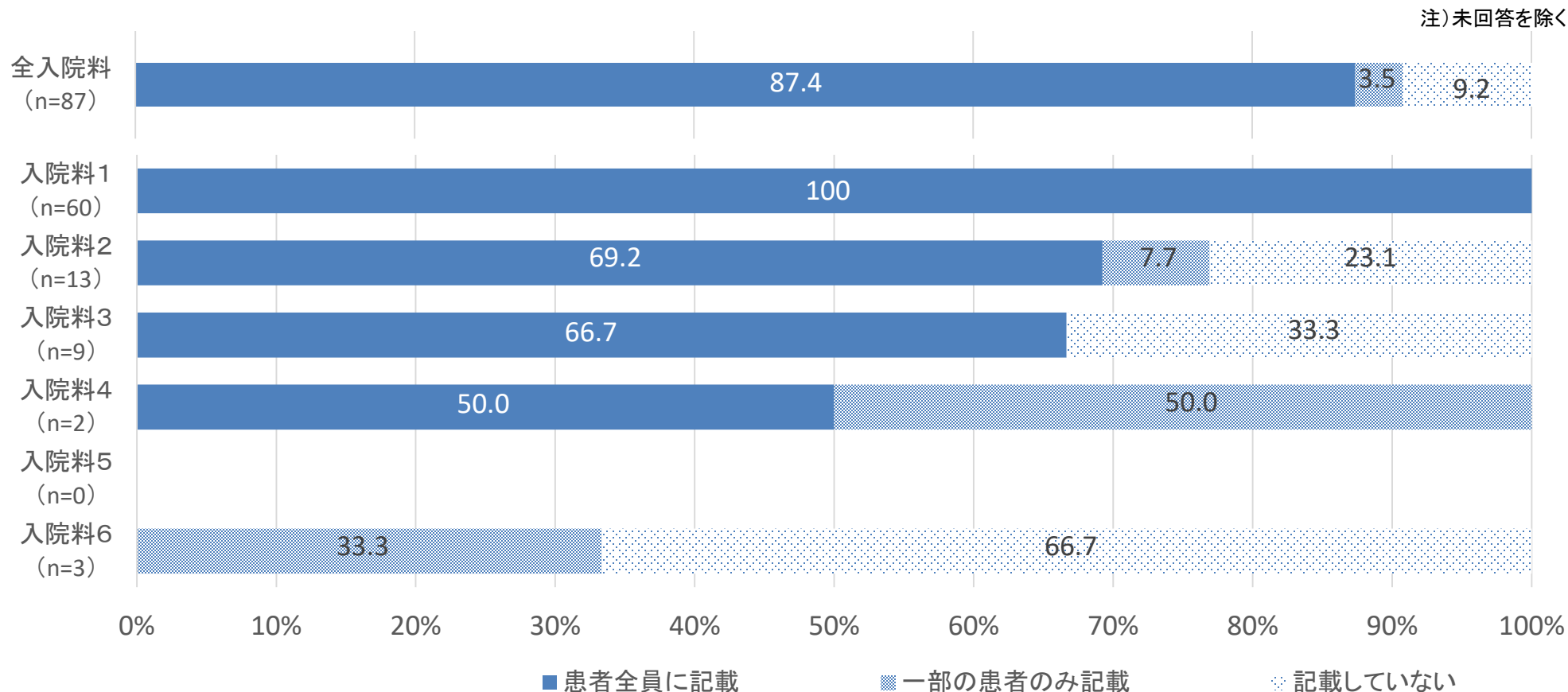


図 回復期リハ病棟入院料別の専従または専任管理栄養士配置状況

リハビリテーション計画書の栄養項目の記載状況

診調組 入ー1
元 7 2 5

- 管理栄養士が病棟配置されている場合、リハビリテーション計画書の栄養項目を全員に記載している割合は、全入院料で87.4%である。
- 入院料別では、栄養項目記載が必須の入院料1は100%であり、記載が必須ではない入院料では、入院料2が69.2%、入院料3が66.7%である。



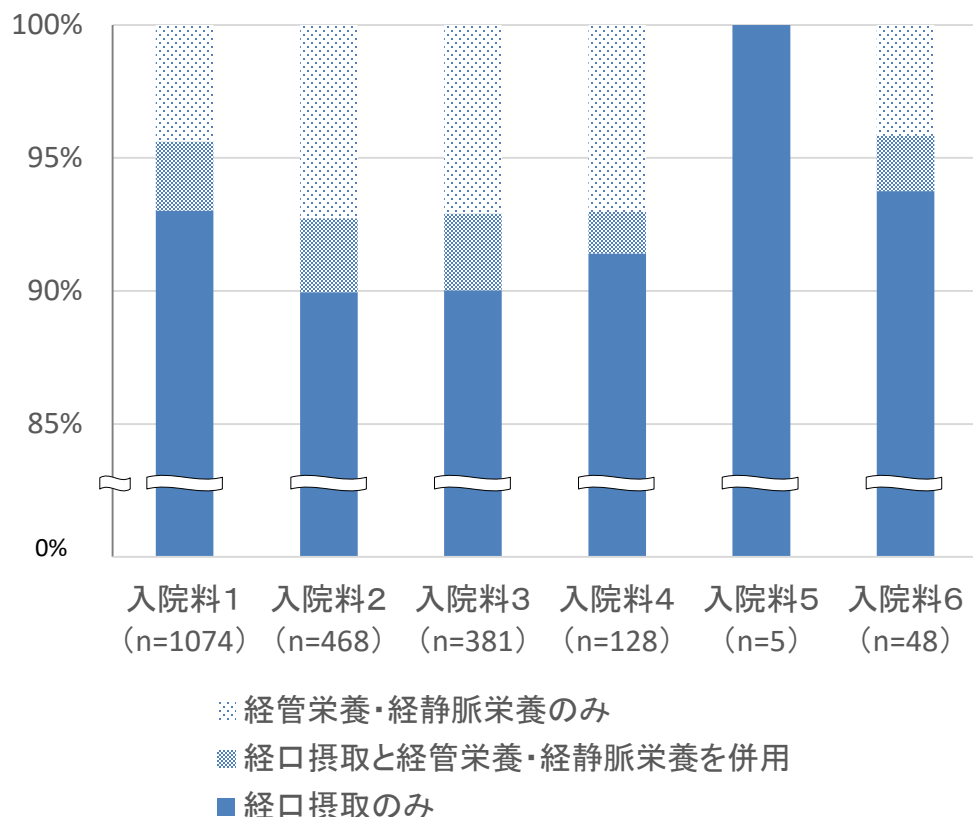
管理栄養士の病棟配置されている場合のリハビリテーション計画書の栄養項目記載の状況

回復期リハビリテーション病棟における栄養摂取の状況

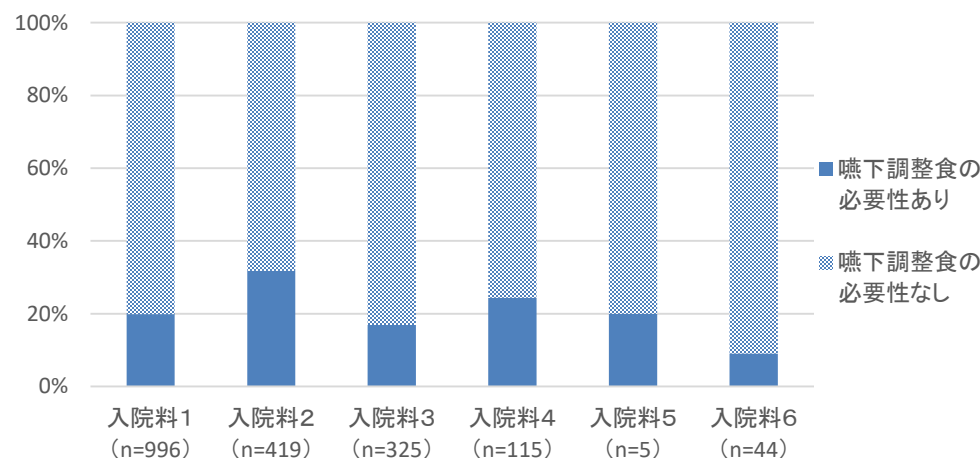
診調組 入-1
元 7 2 5

- 栄養摂取の状況は、入院料での違いはみられず、約9割の患者が経口摂取のみである。
- 経口摂取のみの患者のうち、嚥下調整食が必要な患者は、いずれの入院料でも約2割である。
- 経管栄養等のみ、経口摂取と経管栄養等を併用している場合、経管・経静脈栄養の状況に入院料での違いはみられず、経鼻胃管の割合が高く、約6割である。

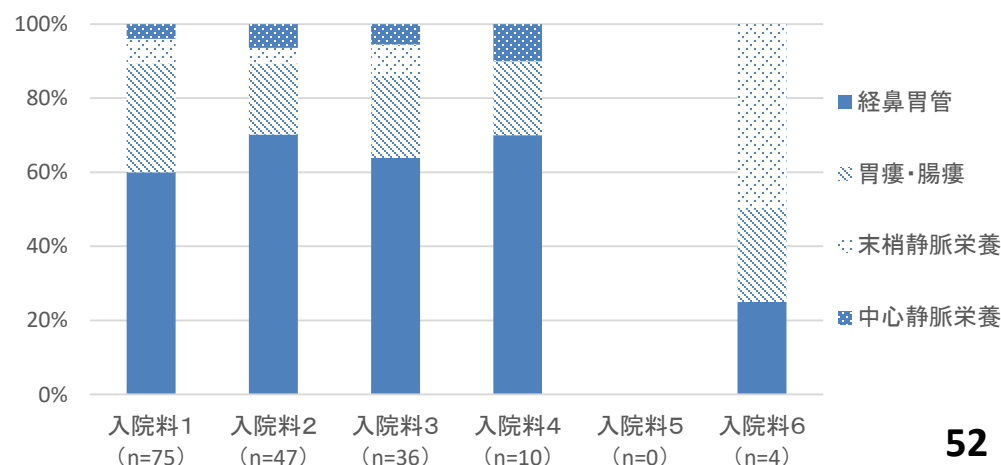
栄養摂取の状況



経口摂取のみの患者のうち嚥下調整食の必要性



経管・経静脈栄養の状況

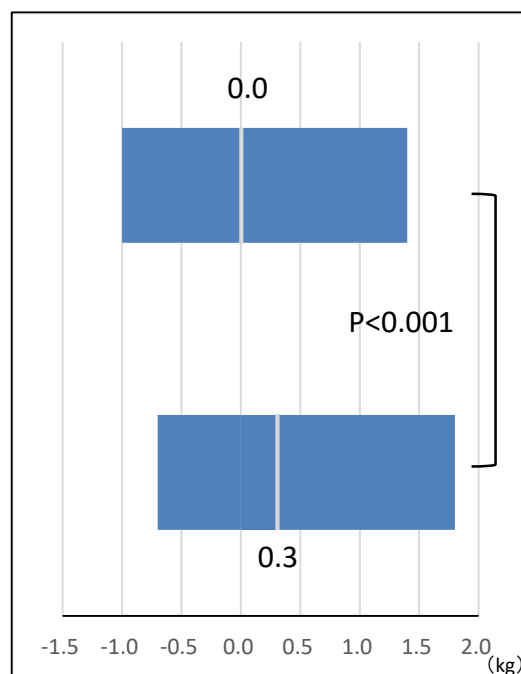


○ 専従管理栄養士が1名以上配置されている病棟に入院している患者は、専従管理栄養士の配置が1名未満の病棟に入院している患者と比較して、退院時の体重変化量、退院時のBMI変化量及び退院時のFIM総得点が有意に高値であった。

【対象・方法】

回復期リハビリテーション病棟に入院した20歳以上かつ入院時BMIが18.5未満の患者(5,843名:平均年齢82歳)を専従管理栄養士が1名以上配置されている病棟に入院していた群と管理栄養士の配置が1名未満だった群に分け、退院時の体重等をアウトカムとして単変量解析を実施。

図 退院時の体重変化量



管理栄養士の病棟
配置が1名未満
(n=4,555)

管理栄養士の病棟
配置が1名以上
(n=1,288)

図 退院時のBMI変化量

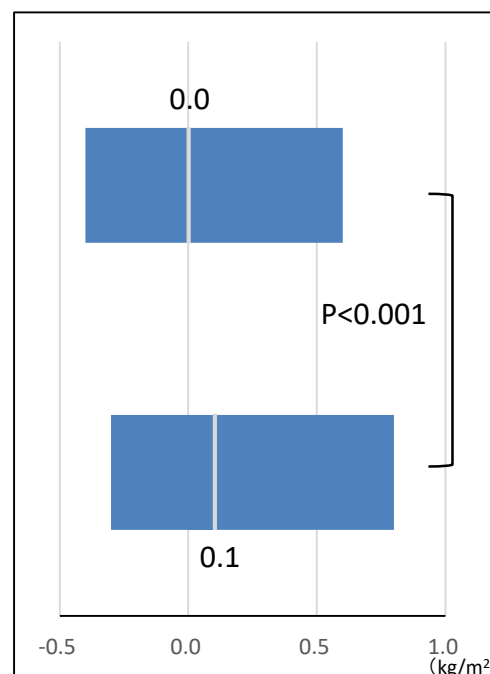
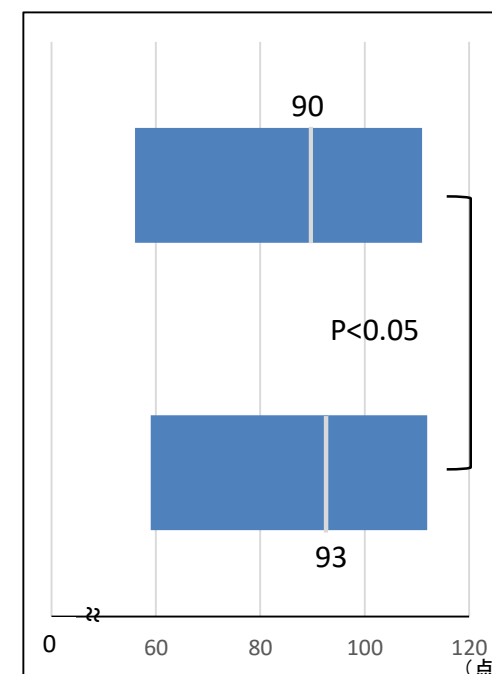


図 退院時のFIM総得点



— 中央値

回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準等について

➤ 回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準について、以下のとおり見直す。

- 入院料1及び入院料3におけるリハビリテーション実績指数の見直し
- 管理栄養士の配置に係る要件の見直し 等

	入院料1	入院料2	入院料3	入院料4	入院料5	入院料6
医師	専任常勤1名以上					
看護職員	13対1以上(7割以上が看護師)		15対1以上(4割以上が看護師)			
看護補助者	30対1以上					
リハビリ専門職	専従常勤のPT3名以上、 OT2名以上、ST1名以上		専従常勤の PT2名以上、OT1名以上			
社会福祉士	専任常勤1名以上		－			
管理栄養士	専任常勤1名	専任常勤1名の配置が望ましい				
リハビリ計画書の栄養項目記載	必須	管理栄養士が配置されている場合:実施することが望ましい				
リハビリテーション実績指数等の 院内掲示等による公開	○					
データ提出加算の届出	○			○(※経過措置あり)		
休日リハビリテーション	○		－ ※休日リハビリテーション提供体制加算あり			
「重症者」(*1)の割合	3割以上		2割以上		－	
重症者における 退院時の日常生活機能評価 ※()内はFIM総得点	3割以上が4点(16点)以上改善		3割以上が3点(12点)以上改善		－	
自宅等に退院する割合			7割以上			
リハビリテーション実績指数	40以上	－	35以上	－	30以上	－
点数 ※()内は生活療養を受ける場合	2,129点 (2,115点)	2,066点 (2,051点)	1,899点 (1,884点)	1,841点 (1,827点)	1,736点 (1,721点)	1,678点 (1,664点)

実績部分

*1 日常生活機能評価10点以上又はFIM総得点55点以下

回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準の見直し

管理栄養士の配置に係る見直し

- 入院料1について、常勤の専任管理栄養士の配置を要件とする。
- 入院料2～6について、管理栄養士の配置が望ましいこととする。



現行

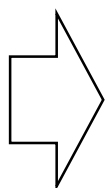
[施設基準(回復期リハビリテーション病棟入院料)]

(2) 回復期リハビリテーション病棟入院料1の施設基準
(新設)

2 回復期リハビリテーション病棟入院料1及び2の施設基準

(1) また、回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定しようとする病棟では、当該病棟に専任の管理栄養士1名以上の常勤配置を行うことが望ましいこと。

3 回復期リハビリテーション病棟入院料3、4、5及び6の施設基準
(新設)



改定後

[施設基準(回復期リハビリテーション病棟入院料)]

(2) 回復期リハビリテーション病棟入院料1の施設基準

□ 当該病棟に専任の常勤の管理栄養士が1名以上配置されていること。

2 回復期リハビリテーション病棟入院料1及び2の施設基準

(1) 回復期リハビリテーション病棟入院料2を算定しようとする病棟では、当該病棟に専任の管理栄養士1名以上の常勤配置を行うことが望ましいこと。

3 回復期リハビリテーション病棟入院料3、4、5及び6の施設基準

(1) 当該病棟に専任の管理栄養士1名以上の常勤配置を行うことが望ましいこと。

在宅患者訪問褥瘡管理指導料

在宅患者訪問褥瘡指導管理料 750点

重点的な褥瘡管理を行う必要が認められる患者に対して、多職種が共同して、褥瘡管理に関する計画的な指導管理を行った場合には、初回のカンファレンスから起算して6月以内に限り、当該患者1人につき2回に限り所定の点数を算定する。

【対象患者】

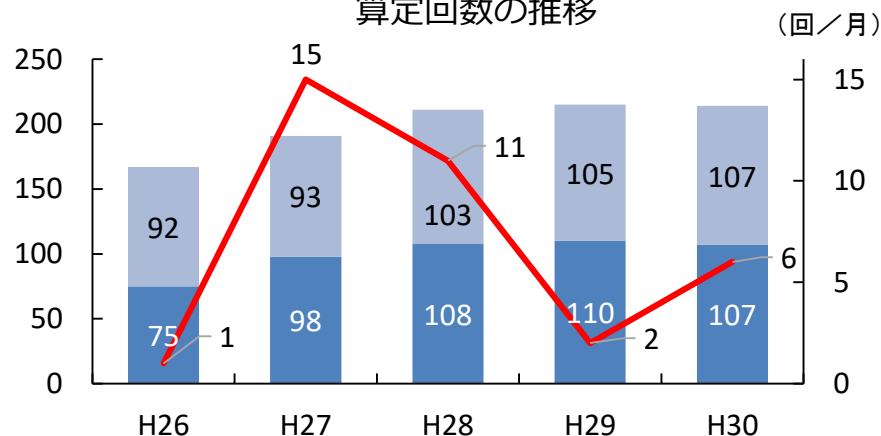
○重点的な褥瘡管理が必要な者とは、ベッド上安静であって、既にDESIGN-Rによる深さの評価がd2以上の褥瘡を有する者であって、かつ、次に掲げるアからカまでのいずれかを有する者をいう。

- ア ショック状態のもの
- イ 重度の末梢循環不全のもの
- ウ 麻薬等の鎮痛・鎮静剤の持続的な使用が必要であるもの
- エ 強度の下痢が続く状態であるもの
- オ 極度の皮膚脆弱であるもの
- カ 皮膚に密着させる医療関連機器の長期かつ持続的な使用が必要であるもの
- キ 褥瘡に関する危険因子があつて既に褥瘡を有するもの

【算定要件】

- ① 当該保険医療機関に以下の3名から構成される在宅褥瘡対策チームが設置されていること。
 - ア 常勤医師
 - イ 保健師、助産師、看護師、又は准看護師
 - ウ 管理栄養士
- ② 在宅褥瘡対策チームのア又はイ(准看護師を除く。)のいずれか1名以上については、以下のいずれの要件も満たす在宅褥瘡管理者であること。
 - ア 5年以上医師又は看護師として医療に従事し、褥瘡対策について1年以上の経験を有する者
 - イ 在宅褥瘡ケアに係る所定の研修を修了している者
- ③ 在宅褥瘡対策チームは、以下の内容を実施すること。
 - ア 初回訪問時に、在宅褥瘡管理者を含む在宅褥瘡対策チームの構成員が患家に一堂に介し、褥瘡の重症度やリスク因子についてのアセスメントを行い、褥瘡の指導管理方針について、カンファレンスを実施し、在宅褥瘡診療計画を立案する。
 - イ 在宅褥瘡対策チームの各構成員は、月1回以上、計画に基づき、適切な指導管理を行い、その結果について情報共有する。
 - ウ 初回訪問後3月以内に、褥瘡の改善状況、在宅褥瘡診療計画に基づく指導管理の評価及び、必要に応じて見直しのためのカンファレンスを行う。
- ④ 1年間のケアの実績を報告する。

図 在宅患者訪問褥瘡指導管理料の届出施設数と算定回数の推移



出典：社会医療診療行為別統計・調査（各年6月審査分）、7.1報告

褥瘡有病率の推移及び治療に要した期間について

- 褥瘡有病率の経年推移を見ると、10年前は在宅患者において高い有病率であったものが、近年は一般病棟と同等程度まで減少している。一方で、近年は緩やかな低下に留まっている。
- 褥瘡の治癒に要した平均期間は、ステージⅡにおいて24.8日と1か月を切るが、ステージⅢ、Ⅳにおいては、平均が4ヶ月を超える。また、ステージⅢ、Ⅳにおいては標準偏差が大きい。

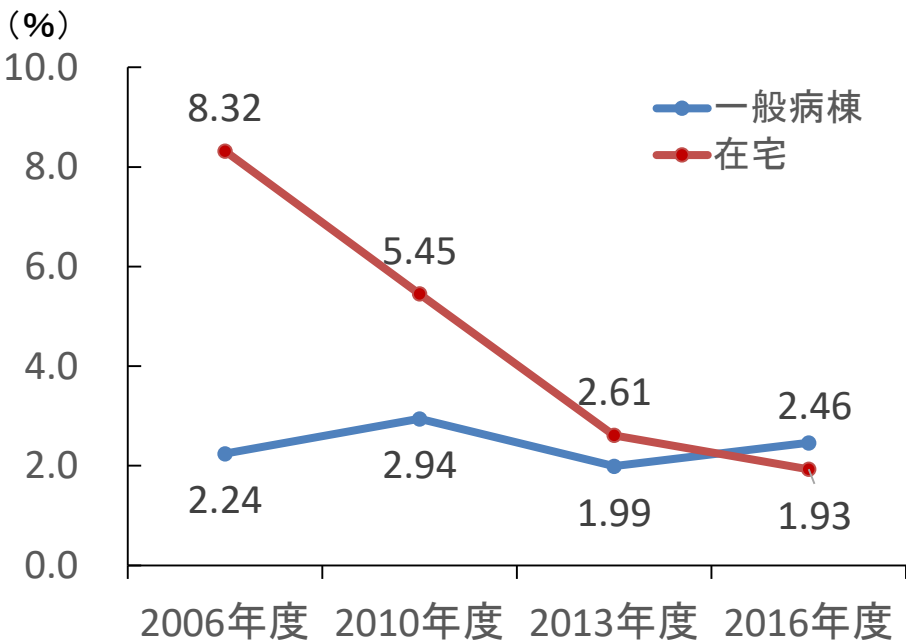


図 褥瘡有病率の推移

図 褥瘡の治癒に要した期間

ステージ※	褥瘡数	治癒に要した期間(日)		
		平均	標準偏差	中央値
I	29	13.3	5.0	12
Ⅱ	52	24.8	11.0	21
Ⅲ	34	136.8	83.8	91
Ⅳ	24	223.5	98.4	182

※IAET（International Association for Enterstomal Therapy）分類

出典：褥瘡会誌（2001）229-236

出典：第1回～第4回日本褥瘡学会実態調査結果より
 （保険局医療課にて作成）

在宅患者訪問褥瘡管理指導料の見直し

在宅患者訪問褥瘡管理指導料の見直し

➤ 在宅における褥瘡管理を推進する観点から、在宅患者訪問褥瘡管理指導料について、管理栄養士の雇用形態等を含め、要件を見直す。

現行

【在宅患者訪問褥瘡管理指導料】

〔算定要件〕

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、重点的な褥瘡管理を行う必要が認められる患者に対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医、管理栄養士、看護師又は連携する他の保険医療機関等の看護師が共同して、褥瘡管理に関する計画的な指導管理を行った場合には、初回のカンファレンスから起算して6月以内に限り、当該患者1人につき2回に限り所定点数を算定する。

(7) 「注1」については、初回カンファレンスを起算日として3月以内に評価カンファレンスを実施した場合に算定できる。3月以内の評価カンファレンスの結果、継続して指導管理が必要と認められた場合に限り、初回カンファレンス後4月以上6月以内に実施した2回目の評価カンファレンスについても実施した場合に、算定することができる。

〔対象患者〕

重点的な褥瘡管理が必要な者とは、ベッド上安静であって、既にDESIGN-Rによる深さの評価がd2以上の褥瘡を有する者であって、かつ、次に掲げるアからカまでのいずれかを有する者をいう。

ア ショック状態のもの

イ 重度の末梢循環不全のもの

ウ 麻薬等の鎮痛・鎮静剤の持続的な使用が必要であるもの

エ 強度の下痢が続く状態であるもの

オ 極度の皮膚脆弱であるもの

カ 皮膚に密着させる医療関連機器の長期かつ持続的な使用が必要であるもの

キ 褥瘡に関する危険因子があつて既に褥瘡を有するもの

改定後

【在宅患者訪問褥瘡管理指導料】

〔算定要件〕

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、重点的な褥瘡管理を行う必要が認められる患者に対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医、管理栄養士 又は当該保険医療機関以外の管理栄養士、看護師又は連携する他の保険医療機関等の看護師が共同して、褥瘡管理に関する計画的な指導管理を行った場合には、初回のカンファレンスから起算して6月以内に限り、当該患者1人につき 3回 に限り所定点数を算定する。

(7) 「注1」については、初回カンファレンス時に算定できる。また、初回カンファレンスを起算日として3月以内に評価カンファレンスを実施した場合に 2回目 のカンファレンスとして算定できる。2回目のカンファレンスの結果、継続して指導管理が必要と認められた場合に限り、初回カンファレンス後4月以上6月以内に実施した3回目の評価カンファレンスについても実施した場合に、算定することができる。

〔対象患者〕

重点的な褥瘡管理が必要な者とは、ベッド上安静であって、既にDESIGN-Rによる深さの評価がd2以上の褥瘡を有する者であって、かつ、次に掲げるアからカまでのいずれかを有する者をいう。

ア 重度の末梢循環不全のもの

イ 麻薬等の鎮痛・鎮静剤の持続的な使用が必要であるもの

ウ 強度の下痢が続く状態であるもの

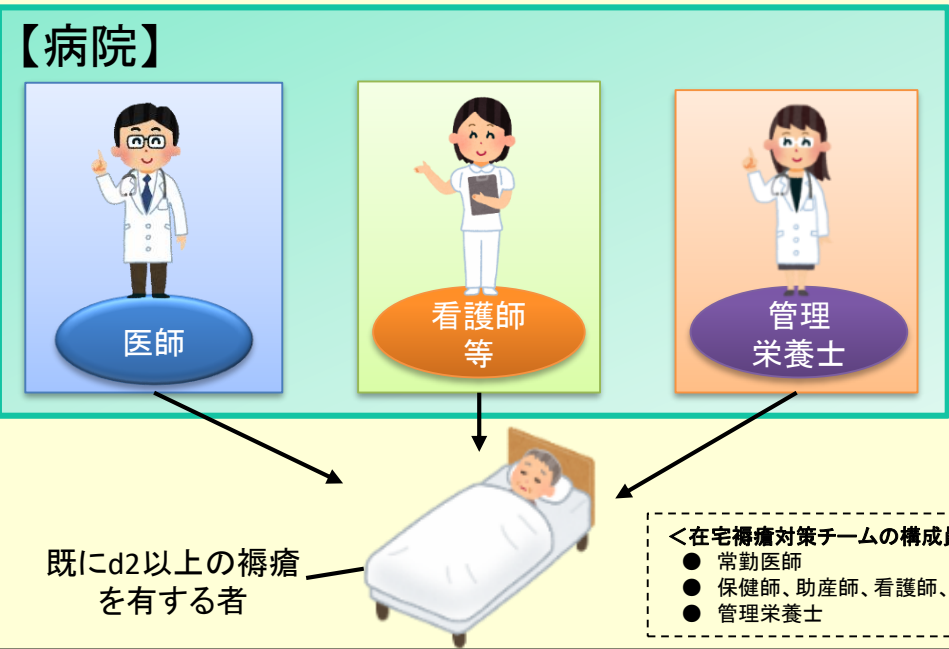
エ 極度の皮膚脆弱であるもの

オ 皮膚に密着させる医療関連機器の長期かつ持続的な使用が必要であるもの

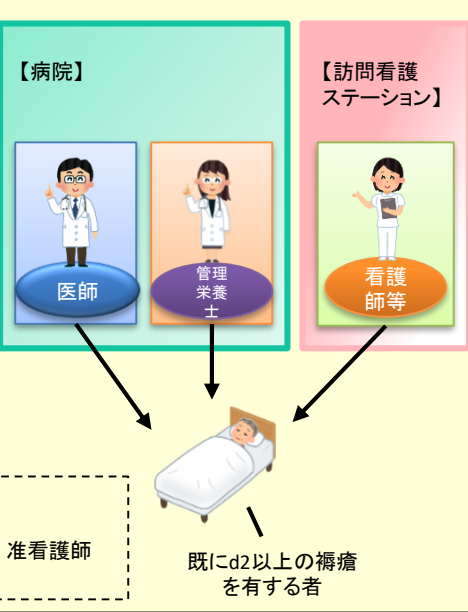
在宅褥瘡対策チームによる実施体制及び実施内容(イメージ)

実施体制(例)

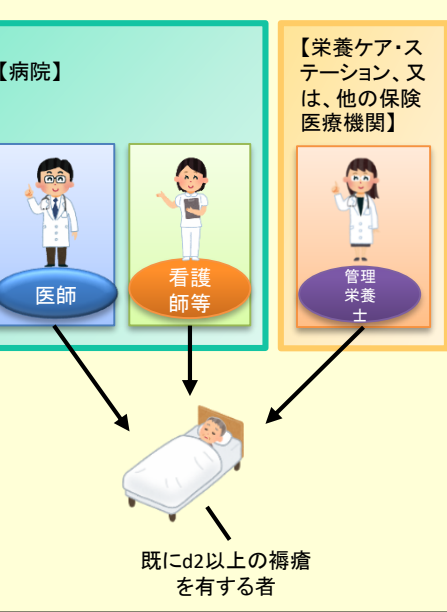
＜例1＞基本的な体制



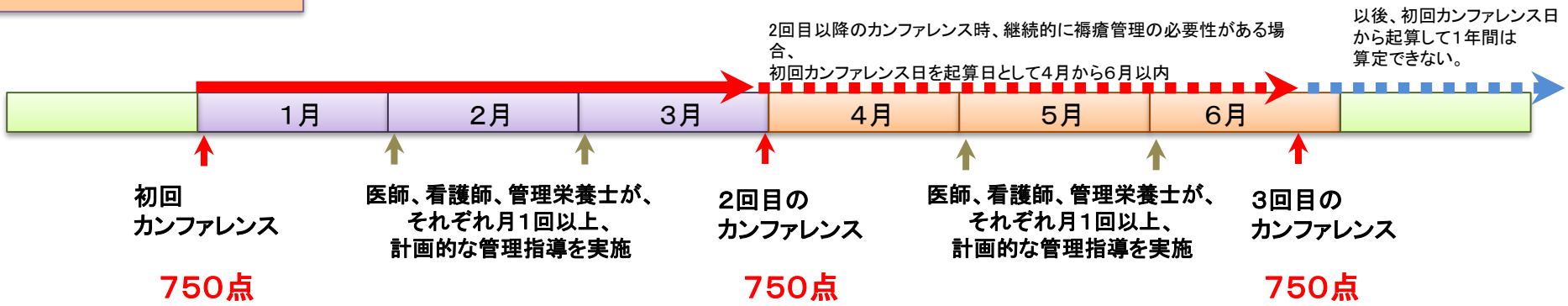
＜例2＞訪問看護ステーションと連携した場合の体制



＜例3＞栄養ケア・ステーションと連携した場合の体制



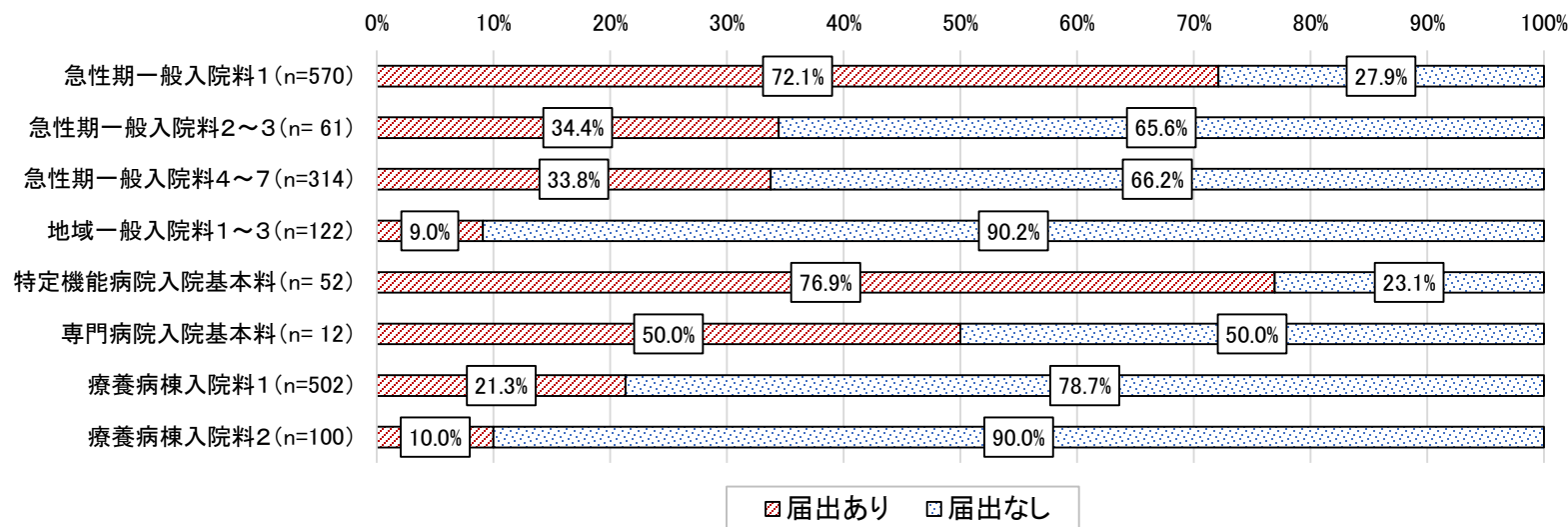
実施内容(例)



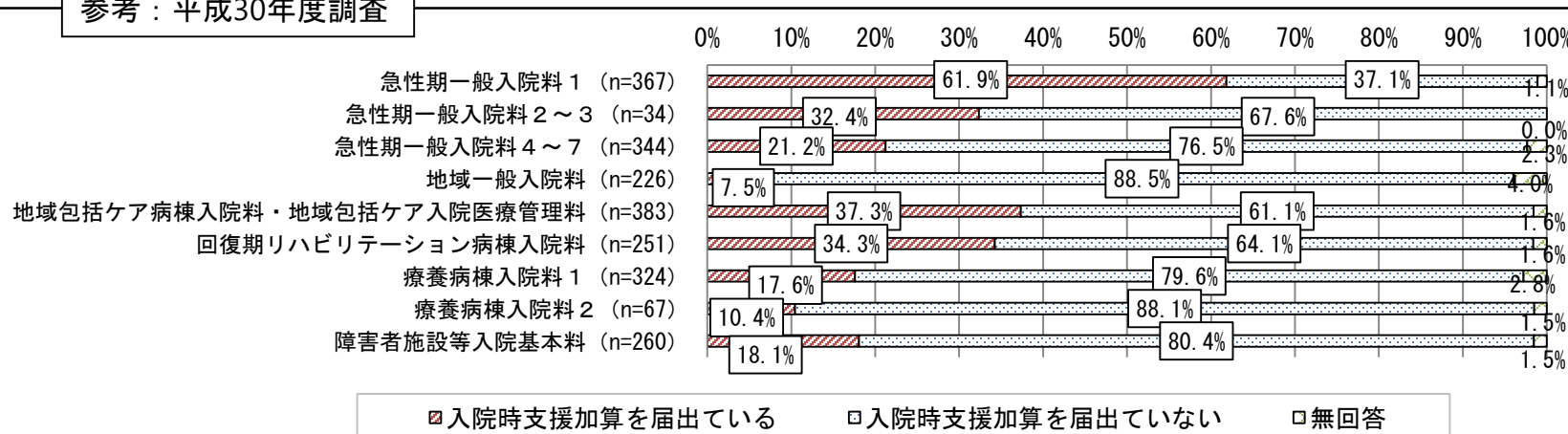
入院時支援加算

○ 入院時支援加算は、急性期一般入院料 1 及び特定機能病院での届出が多かった。

入院時支援加算の届出状況



参考：平成30年度調査



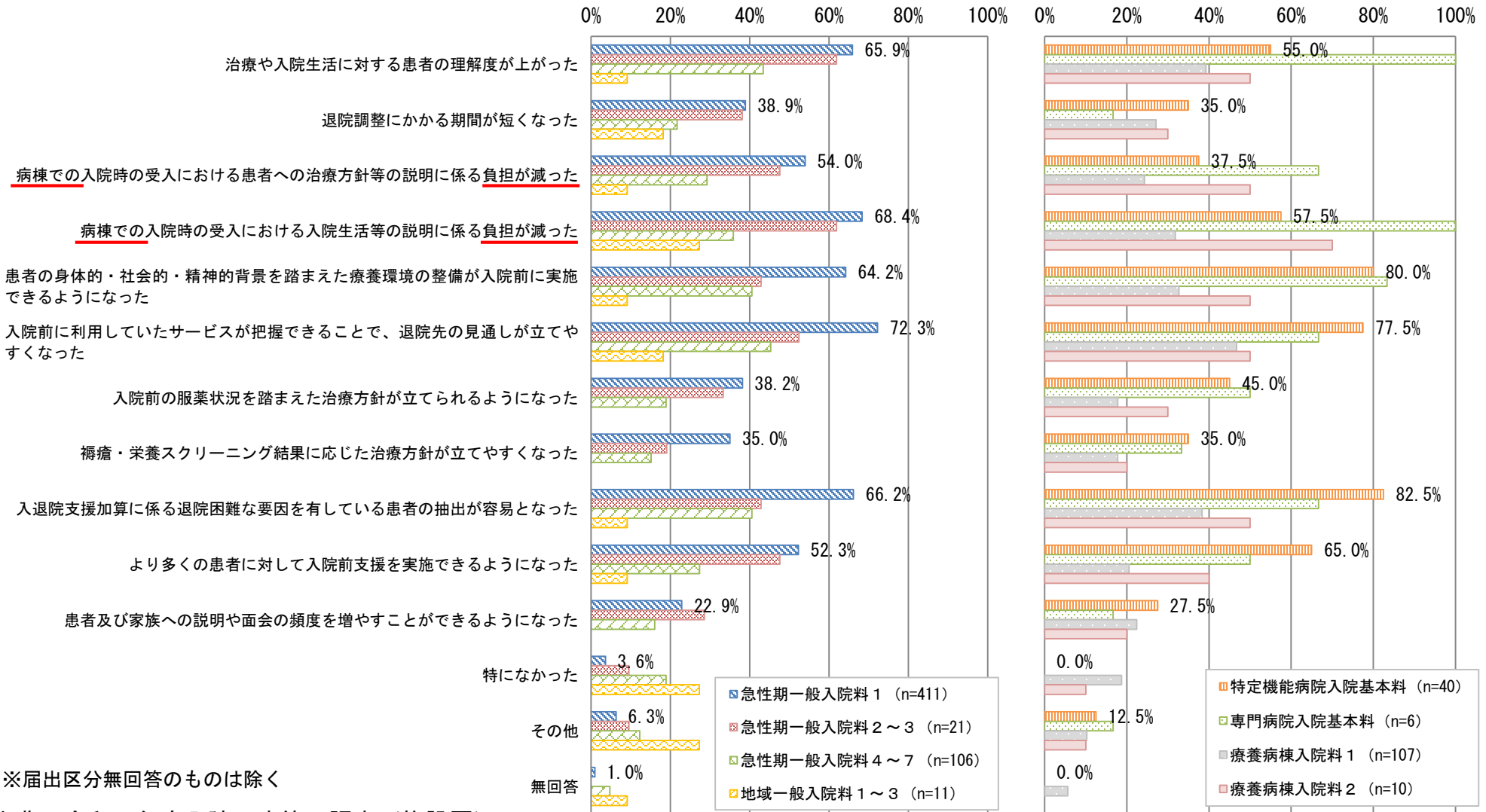
入院時支援加算の届出による効果

診調組 入-1
元. 10. 3 (改)

- 入院時支援加算の届出による効果として、「入院前に利用していたサービスが把握できることで、退院先の見通しが立てやすくなった」等が特に多かった。

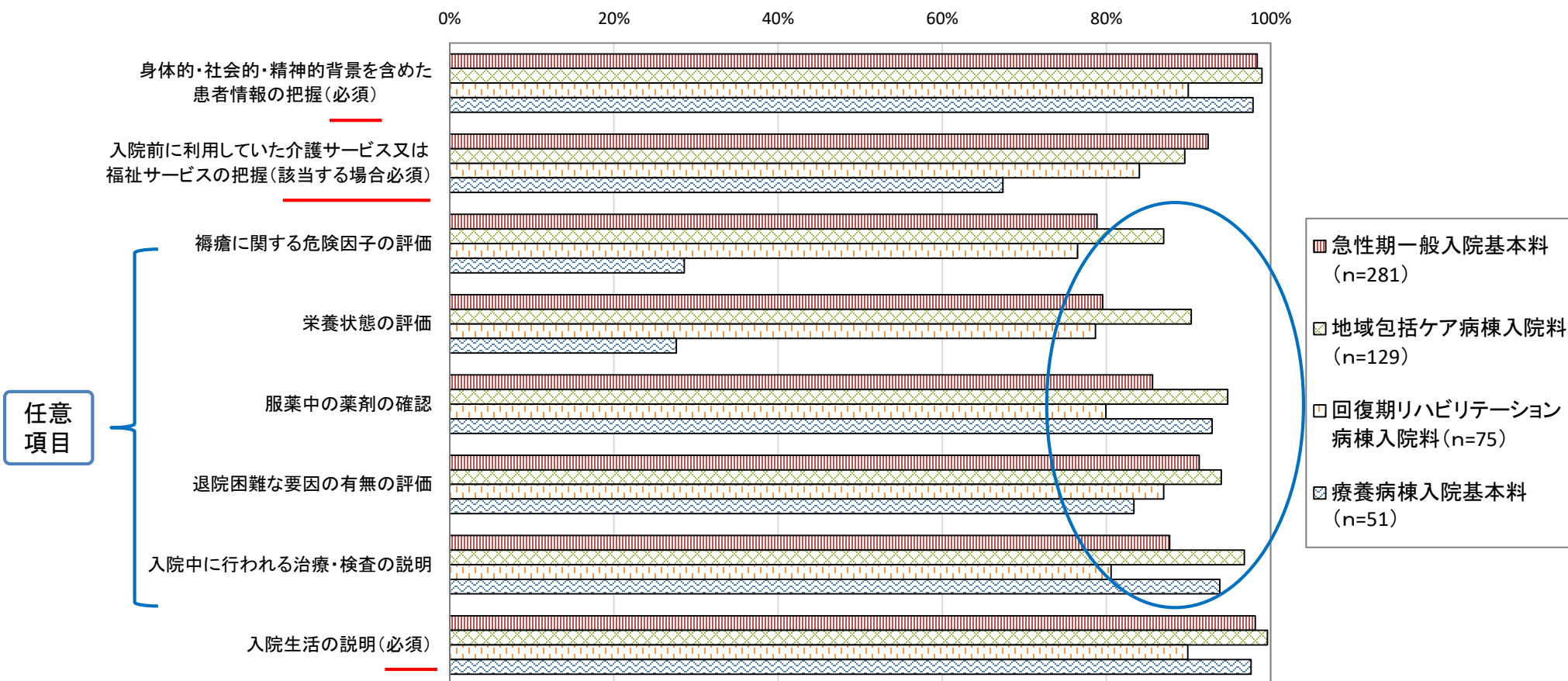
入院時支援加算の届出による効果

(複数回答)



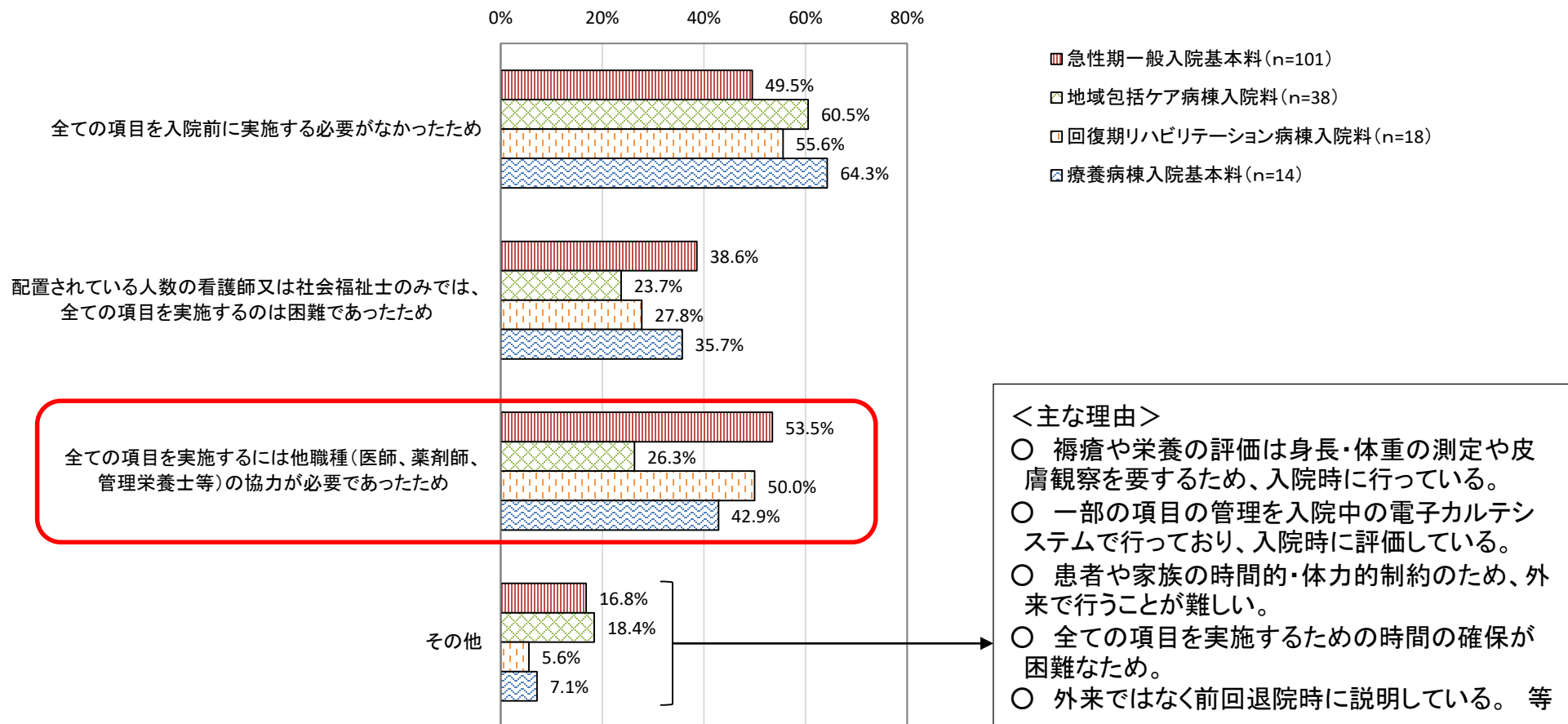
- 入院時支援加算を算定した患者に入院前に実施した事項をみると、いずれの入院料においても8割以上実施されている項目が多かったが、療養病棟入院基本料を届出ている施設においては、「褥瘡に関する危険因子の評価」「栄養状態の評価」の実施割合が低かった。

入院前に実施した事項(複数回答)



- 入院時支援加算の算定にあたり実施していない事項があった場合の理由をみると、「全ての項目を入院前に実施する必要がなかったため」「全ての項目を実施するには他職種(医師、薬剤師、管理栄養士等)の協力が必要であったため」が多かった。

入院時支援加算の算定にあたり実施していない事項があった理由(複数回答)



入院前の支援の項目と関連する主な項目

中医協 総－ 1
元． 1 1． 29

- 入院時支援加算における項目ア～クに関する内容について、入院後に患者評価及び管理を行う取組を評価している加算等がある。

入院時支援加算の項目 (入院前に実施するもの)		関連する主な報酬項目 赤字：評価を行うタイミングに関する記載 青字：患者又は家族に説明・交付するもの	
必須	ア 身体的・社会的・精神的背景を含めた患者情報の把握	○総合評価加算 ・病状の安定が見込まれた後できるだけ早期に、患者の基本的な日常生活能力、認知機能、意欲等について総合的な評価を行う ・総合的な機能評価の結果を患者及び家族等に説明して診療録に記載する	
	イ 入院前に利用していた介護サービス又は福祉サービスの把握		
任意	ウ 褥瘡に関する危険因子の評価	○褥瘡対策の基準（通則） ・自立度が低い患者について褥瘡の危険因子の評価を行い、専任の医師及び看護職員が褥瘡対策の診療計画の作成、実施及び評価 ・褥瘡対策に関する診療計画書を作成	○褥瘡ハイリスク患者ケア加算 ・ハイリスク患者に対して予防治療計画に基づく総合的な褥瘡対策を継続して実施 ・褥瘡リスクアセスメント票・褥瘡予防治療計画書を作成
	エ 栄養状態の評価	○栄養管理体制の基準（通則） ・入院時に患者の栄養状態を医師、看護職員、管理栄養士が共同して確認、特別な栄養管理の必要性について入院診療計画書に記載 ・特別な栄養管理の必要性のある患者に対して栄養管理計画書を作成・交付	○栄養サポートチーム加算 ・栄養管理計画の策定に係る栄養スクリーニングの結果、栄養障害の状態にある患者等が対象 ・栄養治療実施計画兼栄養治療実施報告書を交付
	オ 服薬中の薬剤の確認	○病棟薬剤業務実施加算 ・入院時に持参薬を確認し、入院中に使用する薬剤について、書面で医師に提案を行い、診療録に添付する	
	カ 退院困難な要件の有無の評価	○入退院支援加算 ・加算 1 3 日以内に退院困難な患者を抽出 7 日以内に面談、カンファレンス 7 日以内に退院診療計画作成 ・加算 2 7 日以内に退院困難な患者を抽出 できるだけ早期に面談、カンファレンス 7 日以内に退院診療計画作成	
	キ 入院中に行われる治療・検査の説明	○入院診療計画書の基準（通則） ・入院の際に総合的な診療計画を策定 ・入院後 7 日以内に入院診療計画書を交付（外来でもよい）	
必須	ク 入院生活の説明		

入院前からの支援をさらに強化したイメージ

中医協 総-1
元. 11. 29

外来

入退院支援部門

入院前の支援
(項目ア〜ク)

必要な職種
と連携

患者背景等の
総合評価

褥瘡評価

栄養評価

薬剤確認

退院困難な要因
の確認

両立支援

患者サポート

入退院支援部門と
同じ窓口の場合も

計画書等の交付は
入院前でも可

計画書

アセスメントに基づいて
入院後に必要な対応

入院

病棟

アセスメントに基づいた
入院後の医学管理

評価に基づく対応

褥瘡対策

褥瘡ハイリスク患者ケア加算

栄養管理

栄養サポートチーム加算

薬剤調整

病棟薬剤業務実施加算

退院調整

入退院支援加算

円滑な入院医療の提供
病棟負担軽減

入退院支援の取組の推進

入院時支援加算の見直し

- 関係職種と連携して入院前にア～クの項目を全て実施し、病棟職員との情報共有や患者又はその家族等への説明等を行う場合の評価をさらに評価する。

現行	
【入院時支援加算】	
入院時支援加算 200点（入院中1回）	

ア	身体的・社会的・精神的背景を含めた患者情報の把握（必須）
イ	入院前に利用していた介護サービス又は福祉サービスの把握（該当する場合は必須）
ウ	褥瘡に関する危険因子の評価
エ	栄養状態の評価
オ	服薬中の薬剤の確認
カ	退院困難な要件の有無の評価
キ	入院中に行われる治療・検査の説明
ク	入院生活の説明（必須）

改定後	
【入院時支援加算】	
イ	（新）入院時支援加算1 230点 ← 項目ア～クを全て行う場合
ロ	入院時支援加算2 200点



総合機能評価加算の新設

- 入退院支援加算について、高齢者の総合的な機能評価を行った上で、その結果を踏まえて支援を行う場合の評価を行う。

その他の改定項目

入院時食事療養等に係る帳票及び病院の人員等の基準

中医協 総 - 2
元 . 1 2 . 6

<入院時食事療養費の留意事項通知等に記載がある帳票について>

- | | |
|---------------------|-----------|
| ・喫食調査 | ・食事せん |
| ・栄養管理計画 | ・検食簿 |
| ・提供食数(日報、月報) | ・献立表 |
| ・患者入退院簿 | ・食料品消費日計表 |
| ・患者年齢構成表 | ・給与栄養目標量 |
| ・食品納入・消費・在庫等に関する諸帳簿 | |

<医療法施行規則における病院の人員等の基準について>

○医療法施行規則

- ・第19条第2項 法第21条第3項の厚生労働省令で定める基準(病院の従業者及びその員数に係るものに限る。)であって、都道府県が条例を定めるに当たって従うべきものは、次のとおりとする。

第4号 栄養士 病床数百以上の病院にあつては、一

- ・第22条の2第1項 法第22条の2第1号の規定による特定機能病院に置くべき医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の従業員の員数は次に定めるところによる。

第5号 管理栄養士 一以上

入院基本料等の通則(栄養管理体制にかかる算定要件)

中医協 総 - 2
元 . 1 2 . 6

告示

- (1) 当該病院である保険医療機関内に、常勤の管理栄養士が1名以上配置されていること。
- (2) 入院患者の栄養管理につき必要な体制が整備されていること。

通知

- (1) 当該病院である保険医療機関(特別入院基本料等を算定する病棟のみを有するものを除く。)内に、常勤の管理栄養士が1名以上配置されていること。
- (2) 管理栄養士をはじめとして、医師、看護師、その他医療従事者が共同して栄養管理を行う体制を整備し、あらかじめ栄養管理手順(栄養スクリーニングを含む栄養状態の評価、栄養管理計画、定期的な評価等)を作成すること。
- (3) 入院時に患者の栄養状態を医師、看護職員、管理栄養士が共同して確認し、特別な栄養管理の必要性の有無について入院診療計画書に記載していること。
- (4) (3)において、特別な栄養管理が必要と医学的に判断される患者について、栄養状態の評価を行い、医師、管理栄養士、看護師その他の医療従事者が共同して、当該患者ごとの栄養状態、摂食機能及び食形態を考慮した栄養管理計画(別添6の別紙23 又はこれに準じた様式とする。)を作成していること。なお、救急患者や休日に入院した患者など、入院日に策定できない場合の栄養管理計画は、入院後7日以内に策定することとする。
- (5) 栄養管理計画には、栄養補給に関する事項(栄養補給量、補給方法、特別食の有無等)、栄養食事相談に関する事項(入院時栄養食事指導、退院時の指導の計画等)、その他栄養管理上の課題に関する事項、栄養状態の評価の間隔等を記載すること。また、当該計画書又はその写しを診療録に貼付すること。
- (6) 当該患者について、栄養管理計画に基づいた栄養管理を行うとともに、栄養状態を定期的に記録していること。
- (7) 当該患者の栄養状態を定期的に評価し、必要に応じて栄養管理計画を見直していること。
- (8) 特別入院基本料等及び短期滞在手術等基本料1を算定する場合は、(1)から(7)までの体制を満たしていることが望ましい。
- (9) (1)に規定する管理栄養士は、1か月以内の欠勤については、欠勤期間中も(1)に規定する管理栄養士に算入することができる。なお、管理栄養士が欠勤している間も栄養管理のための適切な体制を確保していること。
- (10) 当該保険医療機関(診療所を除く。)において、管理栄養士の離職又は長期欠勤のため、(1)に係る基準が満たせなくなった場合、地方厚生(支)局長に届け出た場合に限り、当該届出を行った日の属する月を含む3か月間に限り、従前の入院基本料等を算定できる。

入院時食事療養等に係る帳票等の見直し（案）

中医協 総－ 2
元． 1 2． 6

考え方（案）

- 栄養管理体制を整備している施設では、栄養管理手順に基づき管理栄養士等が患者毎に栄養管理を実施していることから、集団としての栄養管理を行う上で必要な帳票については、必ず備えるべき帳票から除外する。（有床診療所においては、栄養管理実施加算を算定している施設）
- ただし、栄養管理体制が整備されていない施設においては管理栄養士等が患者毎に栄養管理を実施していないと考えられることから、引き続き、帳票の作成等を求める。（有床診療所にあつては、栄養管理実施加算を算定していない施設）
- なお、食事の提供に関する業務の一部又は全部を委託している場合は、委託契約の内容に合わせた食事療養の質が確保されていることを保険医療機関が確認するための帳票を定め、必ず備えるべき帳票から除外された帳票であっても作成すること。
- また、電子カルテやオーダーリングシステム等により電子的に必要な情報が変更履歴等を含めて作成・保管等されている場合、紙での保管は不要とする。

帳票等名称	管理栄養士による 栄養管理を実施	管理栄養士による 栄養管理を未実施	備考
喫食調査	要（一部除外）	要	患者毎に栄養管理を実施している場合は、除外。
食事せん	要	要	
栄養管理計画	要	要	
検食簿	要	要	
提供食数（日報、月報）	除外	要	病院として管理しており、必要に応じて確認ができること。
献立表	要	要	
患者入退院簿	除外	要	病院として管理しており、必要に応じて確認ができること。
食料品消費日計表	除外	要	
患者年齢構成表	要（一部除外）	要	特別治療食等により個別に栄養管理をしている場合は、除外。
給与栄養目標量	要（一部除外）	要	特別治療食等により個別に栄養管理をしている場合は、除外。
食品納入・消費・在庫等に関する帳簿	除外	要	病院として食材料の管理を実施し、求めに応じて確認できること。

入院時食事療養費の見直し

入院時食事療養費に係る帳票等の見直し

➤ 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する見直しを行う。

- 電子カルテやオーダーリングシステム等により電子的に必要な情報が変更履歴等を含めて作成し、保管等されている場合、紙での保管は不要とする。
- 栄養管理体制を整備している施設では、栄養管理手順に基づき管理栄養士等が患者毎に栄養管理を実施していることから、集団としての栄養管理を行う上で必要な帳票については、必ず備えるべき帳票から除外する。(有床診療所においては、栄養管理実施加算を算定している施設)
- ただし、栄養管理体制が整備されていない施設においては管理栄養士等が患者毎に栄養管理を実施していないと考えられることから、引き続き、帳票の作成等を求める。(有床診療所にあつては、栄養管理実施加算を算定していない施設)

	必ず備えるべき帳票から除外される要件	帳票等名称
①	患者の入退院等の管理をしており、必要に応じて入退院患者数等の確認ができる場合	提供食数(日報、月報等)、患者入退院簿
②	栄養管理体制の基準を満たし、患者ごとに栄養管理を実施している場合	喫食調査
③	特別治療食等により個別に栄養管理を実施している場合	患者年齢構成表、給与栄養目標量
④	食材料等の購入管理を実施し、求めに応じてその内容が確認できる場合	食料品消費日計表、食品納入・消費・在庫等に関する帳簿

※ 食事の提供に関する業務の一部又は全部を委託している場合は、委託契約の内容に合わせた食事療養の質が確保されていることを保険医療機関が確認するための帳票を定め、必ず備えるべき帳票から除外された帳票であっても整備すること。

入院時食事療養費の見直し

入院時食事療養費の適時適温に係る見直し

現行

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、病床数が概ね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い。

保温食器等を用いた適温の食事の提供が行われていること。
即ち、適温の食事の提供のために、保温・保冷配膳車、保温配膳車、保温トレイ、保温食器、食堂のいずれかを用いており、入院患者全員に適温の食事を提供する体制が整っていること。
なお、電子レンジ等で一度冷えた食事を温めた場合は含まない。
また、食堂における適温の食事の提供とは、その場で調理を行っているか、又は保温庫等を使用している場合をいう。保温食器は名称・材質の如何を問わず、保温機能を有する食器であれば差し支えない。
また、クックチル、クックフリーズ、真空調理(真空パック)法により料理を行う過程において急速冷却し、提供する際に再度加熱する場合は、電子レンジ等で一度冷えた食事を温めた場合にはあたらない。

改定後

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。

保温食器等を用いた適温の食事の提供が行われていること。
即ち、適温の食事の提供のために、保温・保冷配膳車、保温配膳車、保温トレイ、保温食器、食堂のいずれかを用いており、入院患者全員に適温の食事を提供する体制が整っていること。
なお、上記適温の食事を提供する体制を整えず、電子レンジ等で一度冷えた食事を温めた場合は含まないが、検査等により配膳時間に患者に配膳できなかった場合等の対応のため適切に衛生管理がされていた食事を電子レンジ等で温めることは、差し支えない。また、食堂における適温の食事の提供とは、その場で調理を行っているか、又は保温庫等を使用している場合をいう。保温食器は名称・材質の如何を問わず、保温機能を有する食器であれば差し支えない。
また、クックチル、クックフリーズ、真空調理(真空パック)法により料理を行う過程において急速冷却し、提供する際に再度加熱する場合は、電子レンジ等で一度冷えた食事を温めた場合にはあたらない。

栄養食事指導に係る対象患者の見直し

栄養食事指導にかかる特別食の追加

現行

外来栄養食事指導料、入院栄養食事指導料、集団栄養食事指導料及び在宅患者訪問栄養食事指導料に規定する特別食

- 腎臓食
- 肝臓食
- 糖尿食
- 胃潰瘍食
- 貧血食
- 脾臓食
- 脂質異常症食
- 痛風食
- てんかん食
- フェニールケトン尿症食
- 楓糖尿症食
- ホモシチン尿症食
(新設)

- ガラクトース血症食
- 治療乳
- 無菌食
- 小児食物アレルギー食(外来栄養食事指導料及び入院栄養食事指導料に限る。)
- 特別な場合の検査食(単なる流動食及び軟食を除く。)

改定後

外来栄養食事指導料、入院栄養食事指導料、集団栄養食事指導料及び在宅患者訪問栄養食事指導料に規定する特別食

- 腎臓食
- 肝臓食
- 糖尿食
- 胃潰瘍食
- 貧血食
- 脾臓食
- 脂質異常症食
- 痛風食
- てんかん食
- フェニールケトン尿症食
- 楓糖尿症食
- ホモシチン尿症食
- 尿素サイクル異常症食
- メチルマロン酸血症食
- プロピオン酸血症食
- 極長鎖アシル-CoA脱水素酵素欠損症食
- 糖原病食
- ガラクトース血症食
- 治療乳
- 無菌食
- 小児食物アレルギー食(外来栄養食事指導料及び入院栄養食事指導料に限る。)
- 特別な場合の検査食(単なる流動食及び軟食を除く。)

