



令和4年度診療報酬改定の概要 (栄養関係)

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しますためのものであり、必ずしも最終的な施行内容が反映されていない場合等があります。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4年度診療報酬改定について

診療報酬改定

1. 診療報酬 +0.43%

- ※1 うち、※2～5を除く改定分 +0.23%
 - 各科改定率 医科 +0.26%
 - 歯科 +0.29%
 - 調剤 +0.08%
- ※2 うち、看護の処遇改善のための特例的な対応 +0.20%
- ※3 うち、リフィル処方箋（反復利用できる処方箋）の導入・活用促進による効率化 ▲0.10%（症状が安定している患者について、医師の処方により、医療機関に行かずとも、医師及び薬剤師の適切な連携の下、一定期間内に処方箋を反復利用できる、分割調剤とは異なる実効的な方策を導入することにより、再診の効率化につなげ、その効果について検証を行う）
- ※4 うち、不妊治療の保険適用のための特例的な対応 +0.20%
- ※5 うち、小児の感染防止対策に係る加算措置（医科分）の期限到来 ▲0.10%
なお、歯科・調剤分については、感染防止等の必要な対応に充てるものとする。

2. 薬価等

- ① 薬価 ▲1.35%
 - ※1 うち、実勢価等改定 ▲1.44%
 - ※2 うち、不妊治療の保険適用のための特例的な対応 +0.09%
- ② 材料価格 ▲0.02%

なお、上記のほか、新型コロナ感染拡大により明らかになった課題等に対応するため、良質な医療を効率的に提供する体制の整備等の観点から、次の項目について、中央社会保険医療協議会での議論も踏まえて、改革を着実に進める。

- ・ 医療機能の分化・強化、連携の推進に向けた、提供されている医療機能や患者像の実態に即した、看護配置7対1の入院基本料を含む入院医療の評価の適正化
- ・ 在院日数を含めた医療の標準化に向けた、DPC制度の算定方法の見直し等の更なる包括払いの推進
- ・ 医師の働き方改革に係る診療報酬上の措置について実効的な仕組みとなるよう見直し
- ・ 外来医療の機能分化・連携に向けた、かかりつけ医機能に係る診療報酬上の措置の実態に即した適切な見直し
- ・ 費用対効果を踏まえた後発医薬品の調剤体制に係る評価の見直し
- ・ 薬局の収益状況、経営の効率性等も踏まえた多店舗を有する薬局等の評価の適正化
- ・ OTC類似医薬品等の既収載の医薬品の保険給付範囲の見直しなど、薬剤給付の適正化の観点からの湿布薬の処方の適正化

令和 4 年度診療報酬改定について

看護における処遇改善について

看護職員の処遇改善については、「コロナ克服・新時代開拓のための経済対策」（令和 3 年 11 月 19 日閣議決定）及び「公的価格評価検討委員会中間整理」（令和 3 年 12 月 21 日）を踏まえ、令和 4 年度診療報酬改定において、地域でコロナ医療など一定の役割を担う医療機関（注 1）に勤務する看護職員を対象に、10 月以降収入を 3 % 程度（月額平均 12,000 円相当）引き上げるための処遇改善の仕組み（注 2）を創設する。これらの処遇改善に当たっては、介護・障害福祉の処遇改善加算の仕組みを参考に、予算措置が確実に賃金に反映されるよう、適切な担保措置を講じることとする。

（注 1）救急医療管理加算を算定する救急搬送件数 200 台／年以上の医療機関及び三次救急を担う医療機関

（注 2）看護補助者、理学療法士・作業療法士等のコメディカルの処遇改善にこの処遇改善の収入を充てることができるよう柔軟な運用を認める。

令和4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

- ▶ 新興感染症等にも対応できる医療提供体制の構築など医療を取り巻く課題への対応
- ▶ 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・国民に身近であって、安心・安全で質の高い医療の実現
- ▶ 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

社会保障の機能強化と持続可能性の確保を通じて、安心な暮らしを実現し、成長と分配の好循環の創出に貢献するという視点も重要。

改定の基本的視点と具体的方向性

（１）新型コロナウイルス感染症等にも対応できる効率的・効果的で質の高い医療提供体制の構築【重点課題】

【具体的方向性の例】

- 当面、継続的な対応が見込まれる新型コロナウイルス感染症への対応
- 医療計画の見直しも念頭に新興感染症等に対応できる医療提供体制の構築に向けた取組
- 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等
- かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師の機能の評価
- 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）安心・安全で質の高い医療の実現のための医師等の働き方改革等の推進【重点課題】

【具体的方向性の例】

- 医療機関内における労務管理や労働環境の改善のためのマネジメントシステムの実践に資する取組の推進
- 各職種がそれぞれの高い専門性を十分に発揮するための勤務環境の改善、タスク・シェアリング／タスク・シフティング、チーム医療の推進
- 業務の効率化に資するICTの利活用の推進、その他長時間労働などの厳しい勤務環境の改善に向けての取組の評価
- 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確保
- 令和3年11月に閣議決定された経済対策を踏まえ、看護の現場で働く方々の収入の引上げ等に係る必要な対応について検討するとともに、負担軽減に資する取組を推進

（３）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】

- 患者にとって安心・安全に医療を受けられるための体制の評価や医薬品の安定供給の確保等
- 医療におけるICTの利活用・デジタル化への対応
- 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について、国民の安心・安全を確保する観点からの適切な評価
- 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
- 薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた適切な評価、薬局・薬剤師業務の対物中心から対人中心への転換の推進、病棟薬剤師業務の評価

（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等（再掲）
- 重症化予防の取組の推進
- 医師・病棟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等の推進
- 効率性等に応じた薬局の評価の推進

医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

7. 働き方改革の推進

8. 入院に係る横断的個別事項

診療報酬における栄養項目に関する評価の主な変遷

○ 近年、診療報酬における栄養項目に関する評価として、入院に関して、管理栄養士が主にベッドサイドで行う業務が増加している。

入院での評価

平成18年	平成20年	平成22年	平成24年	平成26年	平成28年	平成30年	令和2年
栄養管理実施加算			栄養管理実施加算の入院基本料へ要件化				
						回復期リハビリテーション病棟入院料1における栄養管理の充実	回復期リハビリテーション病棟入院料における栄養管理の充実
							早期栄養介入管理加算
		栄養サポートチーム加算					
		摂食障害入院医療管理加算					
					認知症ケア加算		
入院栄養食事指導料							
							栄養情報提供加算

主に入院以外での評価

外来・在宅患者訪問栄養食事指導料							
			糖尿病透析予防指導管理料				
			在宅患者訪問褥瘡管理指導料				
					個別栄養食事管理加算		
					在宅半固形栄養経管栄養法指導管理料		
						摂食嚥下支援加算	
						連携充実加算	6

入院基本料等加算の簡素化①

栄養管理実施加算の簡素化

- 栄養管理実施加算を算定している医療機関が多いことから、栄養管理体制の確保を入院基本料及び特定入院料の要件とし、診療報酬体系の簡素化を行う。

[入院基本料及び特定入院料の施設基準]（新たに追加された栄養管理に関する項目）

- ① 栄養管理を担当する常勤の管理栄養士が1名以上配置されていること。ただし、有床診療所は非常勤であっても差し支えない。
- ② 管理栄養士をはじめとして、医師、看護師、その他の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を作成すること。
- ③ 入院時に患者の栄養状態を医師、看護師、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された患者について、栄養管理計画を作成していること。
- ⑤ 栄養管理計画には、栄養補給に関する事項、その他栄養管理上の課題に関する事項、栄養状態の評価間隔等を記載すること。
- 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 特別入院基本料及び短期滞在手術料1を算定する場合は、①～⑦までの体制を満たしていることが望ましい。
- ⑨ 当該保険医療機関において、①の基準が満たせなくなった場合、当該基準を満たさなくなった日の属する月を含む3か月に限り、従来の入院基本料等を算定できる。
- ⑩ 平成24年3月31日において、栄養管理実施加算の届出を行っていない医療機関については、平成26年3月31日までの間は地方厚生(支)局長に届け出た場合に限り、①の基準を満たしているものとする。

「医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進について」

(平成22年4月30日付け医政局長通知)(抜粋)

2. 各医療スタッフが実施することができる業務の具体例

(3) 管理栄養士

近年、患者の高齢化や生活習慣病の有病者の増加に伴い、患者の栄養状態を改善・維持し、免疫力低下の防止や治療効果及びQOLの向上等を推進する観点から、傷病者に対する栄養管理・栄養指導や栄養状態の評価・判定等の専門家として医療現場において果たし得る役割は大きなものとなっている。

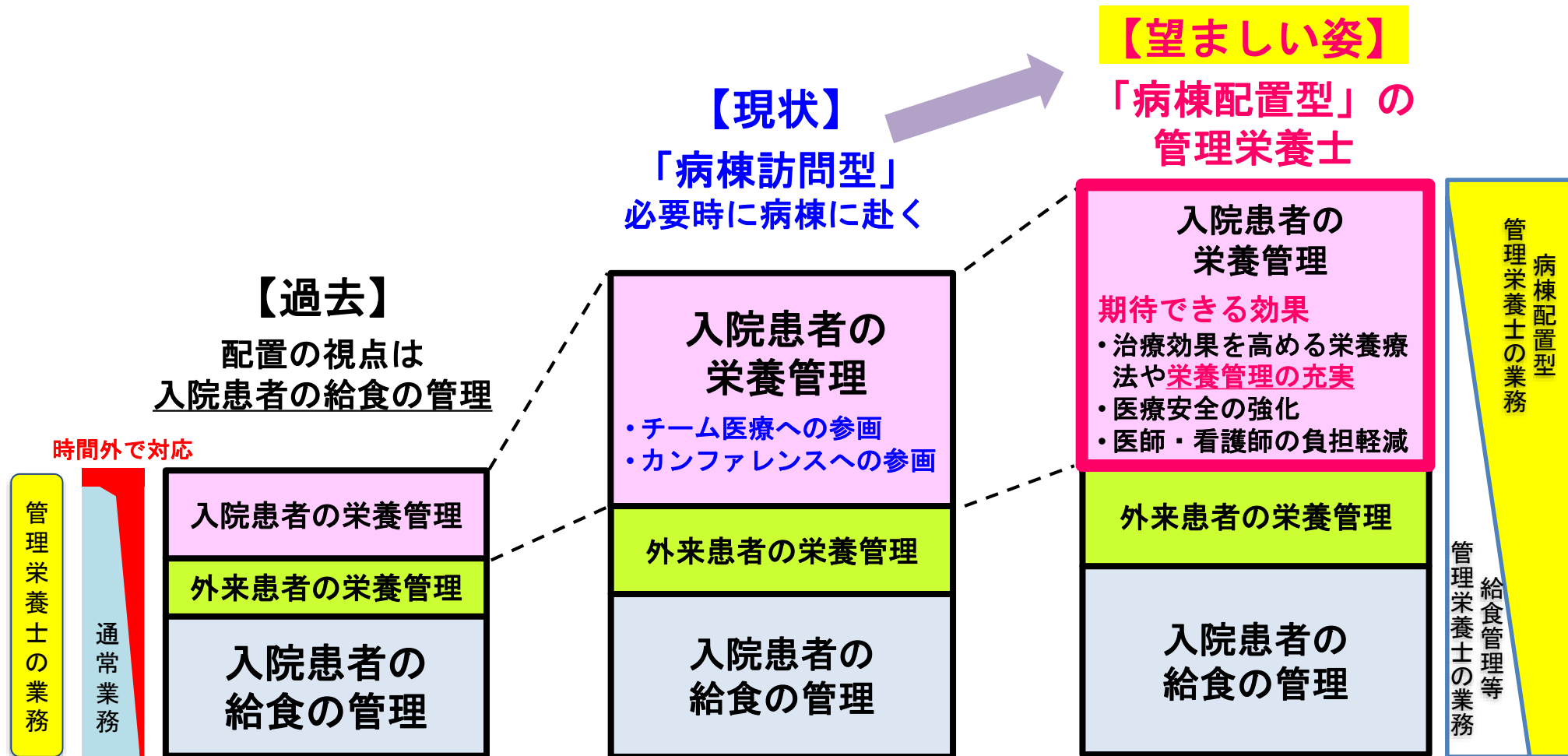
以下に掲げる業務については、現行制度の下において管理栄養士が実施することができることから、管理栄養士を積極的に活用することが望まれる。

- ① 一般食(常食)について、医師の包括的な指導を受けて、その食事内容や形態を決定し、又は変更すること。
- ② 特別治療食について、医師に対し、その食事内容や形態を提案すること(食事内容等の変更を提案することを含む。))。
- ③ 患者に対する栄養指導について、医師の包括的な指導(クリティカルパスによる明示等)を受けて、適切な実施時期を判断し、実施すること。
- ④ 経腸栄養療法を行う際に、医師に対し、使用する経腸栄養剤の種類を選択や変更等を提案すること。

管理栄養士の業務のイメージ

中医協 総-2-2
3 . 1 1 . 1 2

- チーム医療が定着する前は、管理栄養士の業務は、給食管理が主であった。
- 近年は、病棟での業務の増加等により、入院患者の栄養管理の業務が主になってきている。
- 入院患者の栄養管理を更に充実させるため、管理栄養士が病棟配置されることが望ましいと考えられる。



入院患者に対する栄養管理に係る主な評価について

中医協 総-2-2
3 . 1 1 . 1 2

- 栄養管理に対する主な評価は、以下のとおり。
- 主に低栄養状態の患者など、介入時点の栄養状態に着目した指導に対して評価を行っている。

入院前



外来栄養食事指導料

(初回260点、2回目以降200点／月1回)
管理栄養士が医師の指示に基づき、**栄養指導が必要な患者**に対して食事計画案などを交付し、初回は概ね30分以上、2回目以降は概ね20分以上指導を実施
または、外来化学療法を実施している患者に関しては、月2回以上の指導を実施

入院時支援加算

(200、230点／退院時1回)
入院予定患者に対して治療方針、服薬中の薬の確認、栄養スクリーニングを入院前に実施

入院中

入院栄養食事指導料

(初回260点、2回目200点／週1回・入院中2回)
管理栄養士が医師の指示に基づき、**腎臓食等の特別食が必要な患者、がん患者、摂食・嚥下機能が低下した患者、低栄養状態にある患者**に対して食事計画案などを交付し、初回は概ね30分以上、2回目は概ね20分以上指導を実施



栄養情報提供加算

(50点／入院中1回)
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し、在宅担当医療機関等に情報提供を実施

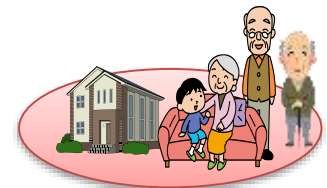
栄養サポートチーム加算

(200点／週1回)
医師、看護師、薬剤師、管理栄養士等からなるチームを編成し、**低栄養患者等**の栄養状態改善の取組を実施した場合を評価

早期栄養介入管理加算

(400点／1日)
特定集中治療室の**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、栄養アセスメント、栄養管理に係る早期介入の計画を作成、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

退院後



外来栄養食事指導料 (再掲)

在宅患者訪問栄養食事指導料

(440～530点／月2回)
在宅で療養を行っており通院が困難であって、**腎臓食等の特別が必要な患者、がん患者、摂食・嚥下機能が低下した患者、低栄養状態にある患者**に対して、管理栄養士が医師の指示に基づき食事計画案などを交付し、栄養管理に係る指導を概ね30分以上実施

- 管理栄養士の業務のうち、入院患者への業務に関する時間は、全業務時間の約3割であった。
- 管理栄養士の病棟業務時間が長い(病棟業務のエフォートが高い)ほど、医師等の業務支援対応時間が有意に長い傾向であった。

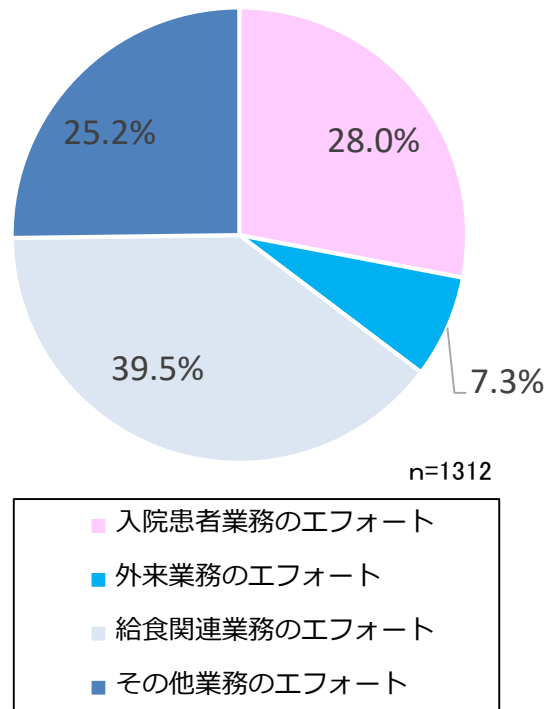


表 病棟業務時間割合別の医師等の業務支援対応時間

病棟業務への エフォート	N	医師等の業務支援対応時間				P for trend
		平均値	中央値	IQR		
80%以上	57	73.5	70.0	30.4	96.2	<0.001
50-79%	274	49.4	42.4	22.8	69.0	
1-49%	626	17.1	9.1	0	25.3	
0%	355	0.2	0	0	0	

※業務量調査のうち、
 ①入院患者対応(医師等の業務支援)
 ②栄養指導業務の医師への提案
 ③チーム医療の際の患者情報収集
 ④アレルギー等の聞き取り
 の時間を集計

(Jonckheere-Terpstra trend test)

図 管理栄養士の業務内容別割合

- 管理栄養士の病棟業務は、入院栄養食事指導とベッドサイドで行うその他の栄養管理業務に分類できる。
- 医師、看護師等と連携して実施するその他の栄養管理業務は、管理栄養士が病棟配置された場合には、管理栄養士が主体的に実施し、患者への食事提供等、治療方針に合わせた速やかな介入・支援が可能となる。

現行

管理栄養士が実施

医師、看護師等と連携して実施

給食管理業務

献立作成
発注・在庫管理
等



外来栄養食事指導

食生活状況の把握
病態に応じた食事内容の指導
食生活の改善・是正



病棟での業務

入院栄養食事指導

入院前の食生活状況の把握
病態に応じた食事内容の指導
食生活の改善・是正
栄養情報提供書の作成



その他の栄養管理業務



① 栄養評価

食生活等の入院前の情報収集
食物アレルギーの確認
栄養状態の評価
・身体所見、画像所見の評価
・電解質の評価
・病態、循環動態の評価 等

② 栄養計画

入院診療計画書の確認、作成
栄養管理計画書の作成、再評価
・食種選択(栄養量、食事形態)
・経腸栄養メニュー作成

④ モニタリング

食事摂取状況、摂取栄養量、
水分出納、腹部症状、循環動態、
血液検査値、画像所見、
ADL・活動量・体重変動の確認

③ 栄養介入

ミールラウンド
喫食量、食事形態の確認
食事摂取不良患者への対応
栄養補助食品の紹介・提案
食欲低下時の対応
医師への栄養メニュー提案

病棟配置

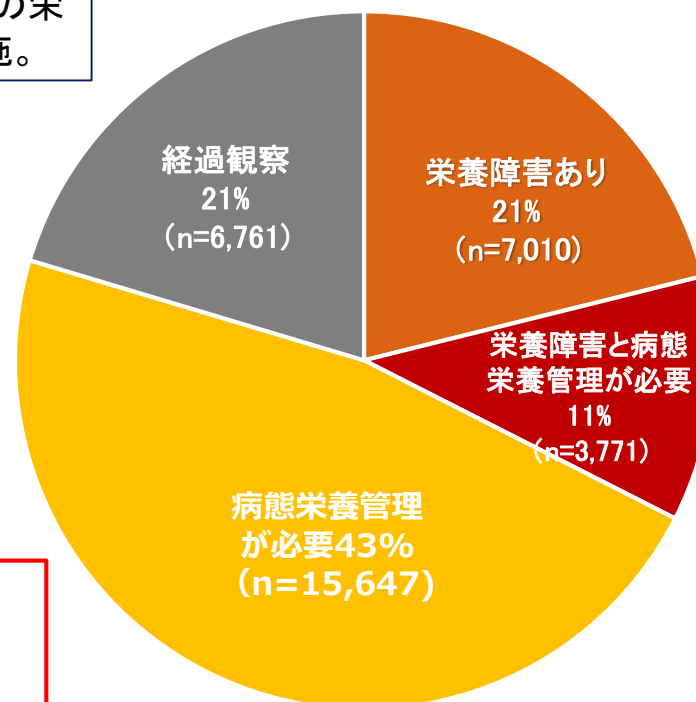
「その他の栄養管理業務」を治療方針や
摂取状況等に応じて、速やかに介入・支援が可能

患者の病態・状態に応じた、
きめ細やかな栄養管理の実施

○ 全体の21%の患者に栄養障害が認められ、病態栄養管理の必要な割合は43%、栄養障害かつ病態栄養管理が必要な患者は11%であった。全体の約80%の患者に栄養管理の必要性があった。

【方法】

2018年度に特定機能病院に入院した患者 33,189名を対象として、入院時の栄養管理の必要性について調査を実施。



A. 栄養障害判定基準

- ・ 血清アルブミン値3.0g/dL以下
 - ・ やせ
(BMI18.5未満 ※小児はカウプ指数等で判定)
 - ・ 浮腫・腹水あり
 - ・ 褥瘡あり
 - ・ %AC、%TSF、%AMC 60%以下
 - ・ 入院時食事摂取量7割以下
 - ・ 入院時絶食管理
(経管・経静脈栄養管理) など
- により管理栄養士が総合的に判定

B. 病態に対する栄養管理が必要

- ・ 特別治療食が必要とされる患者
(胃・腸疾患、肝・胆疾患、膵臓疾患、心臓疾患、腎臓疾患、糖尿病、肥満症、脂質異常症など)
- ・ その他、病態に応じた栄養管理が必要とされる患者(悪性腫瘍、呼吸器疾患など)

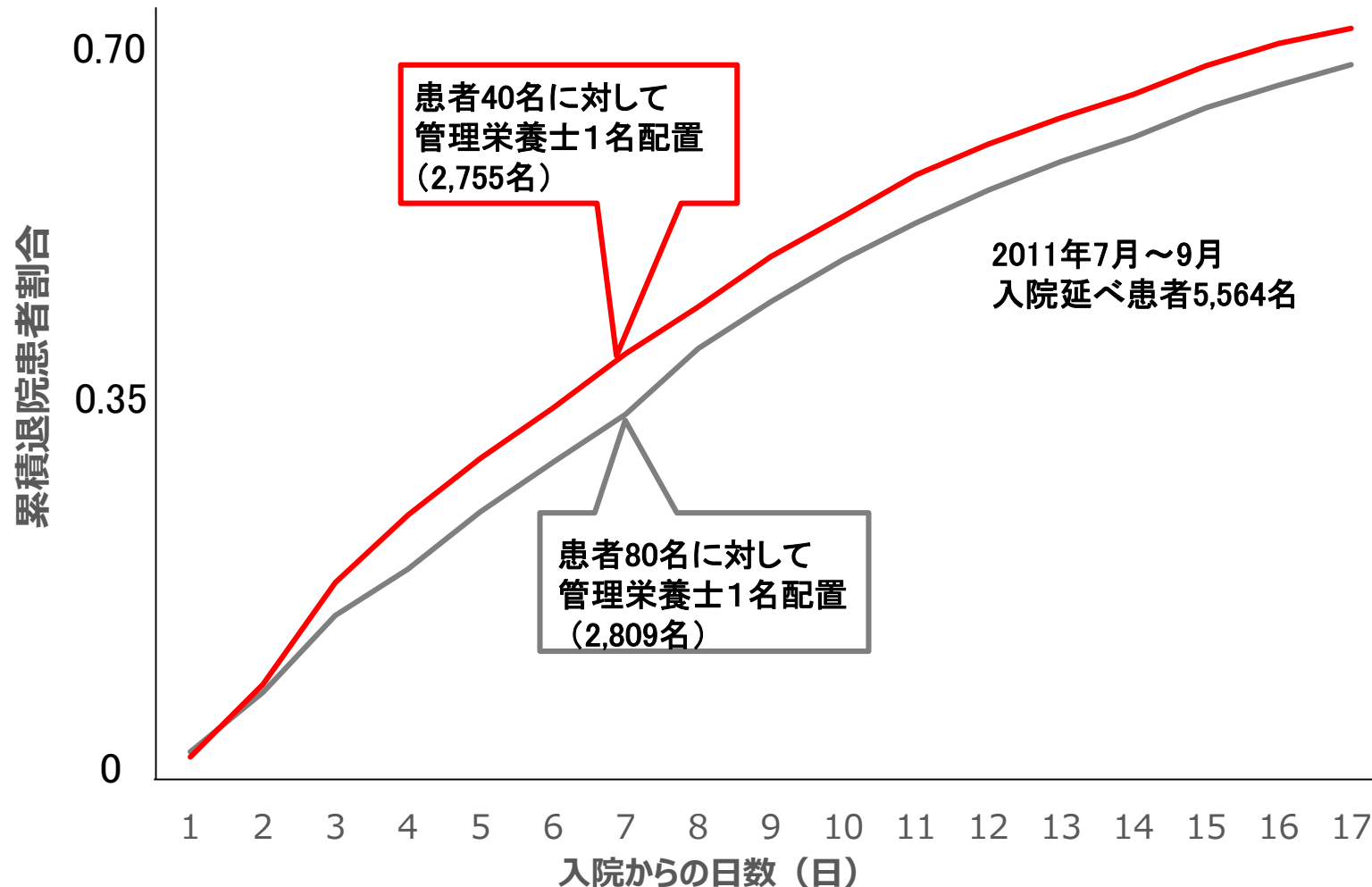
管理栄養士の病棟業務の効果等①

中医協 総-2-2
3 . 1 1 . 1 2

○ 栄養ケアを強化し、患者40人に対して管理栄養士1人を配置している病院の方が、早期退院が推奨され、在院日数は、短縮されていた。

【対象と方法】

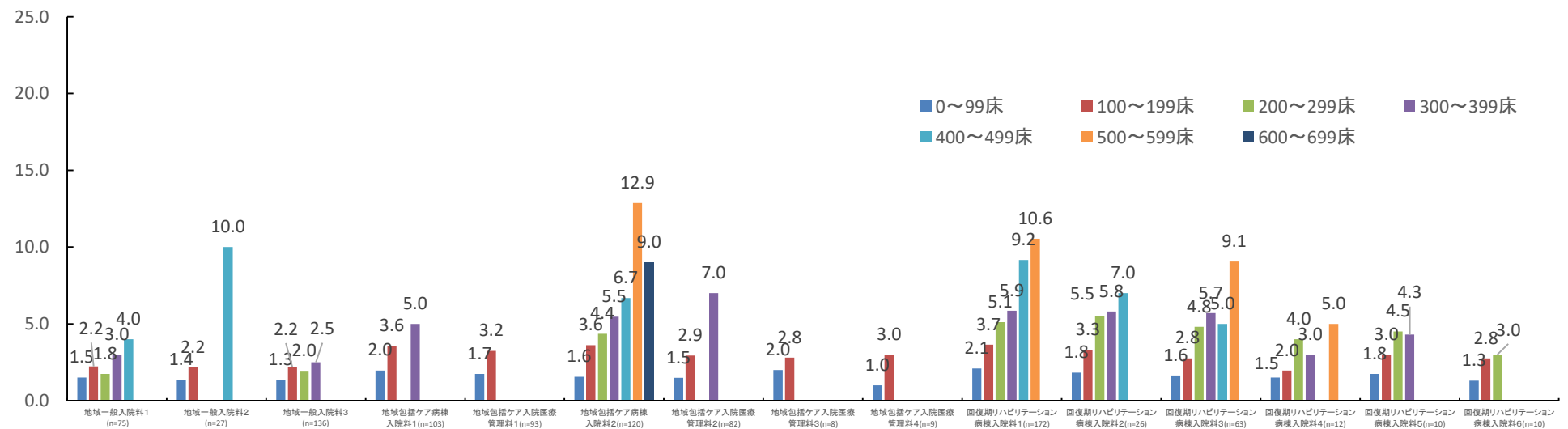
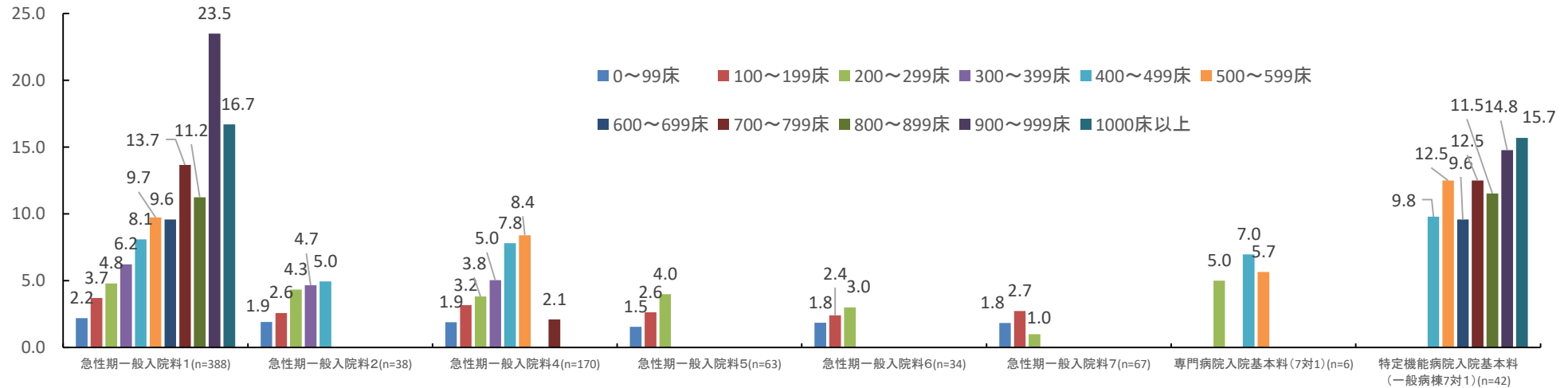
2011年度、特定機能病院に入院した患者5,564名を対象に、管理栄養士1人に対して40人の患者の栄養ケアを担当した場合と80名の栄養ケアを担当した場合の累積退院患者の割合を比較。



管理栄養士の配置の状況

中医協 総－２－２
３．１１．１２

- 管理栄養士数は、急性期一般入院料、地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料においては、病床規模に応じて、多く配置されていた。
- 特定機能病院入院基本料においては、病床規模による差が比較的小さかった。



病棟における栄養管理体制に対する評価の新設

- 患者の病態・状態に応じた栄養管理を推進する観点から、特定機能病院において、管理栄養士が患者の状態に応じたきめ細かな栄養管理を行う体制について、入院栄養管理体制加算を新設する。
- 退院後の栄養食事管理に関する指導を行い、入院中の栄養管理に関する情報を他の保険医療機関等に提供した場合について評価する。

(新) 入院栄養管理体制加算 270点（入院初日及び退院時）

[対象患者]

特定機能病院入院基本料を算定している患者

[算定要件]

(1) 特定機能病院入院基本料を現に算定している患者に対して、**管理栄養士が必要な栄養管理を行った場合**に、入院初日及び退院時にそれぞれ1回に限り所定点数に加算する。この場合において、**栄養サポートチーム加算**及び**入院栄養食事指導料**は別に算定できない。

入院栄養管理体制加算については、病棟に常勤管理栄養士を配置して患者の病態・状態に応じた栄養管理を実施できる体制を確保していることを評価したものであり、**病棟の管理栄養士は、次に掲げる管理を実施**する。

- ア **入院前の食生活等の情報収集、入退院支援部門との連携、入院患者に対する栄養スクリーニング、食物アレルギーの確認、栄養状態の評価及び栄養管理計画の策定**を行う。
- イ 当該病棟に入院している患者に対して、**栄養状態に関する定期的な評価、必要に応じたミールラウンド、栄養食事指導又は当該患者の病態等に応じた食事内容の調整等の栄養管理**を行う。
- ウ **医師、看護師等**と連携し、当該患者の**栄養管理状況等について共有**を行う。

(2) 別に厚生労働大臣が定める患者に対して、退院後の栄養食事管理について指導するとともに、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し、これを他の保険医療機関、介護老人保健施設等又は指定障害者支援施設等若しくは福祉型障害児入所施設と共有した場合に、退院時1回に限り、**栄養情報提供加算**として**50点**を更に所定点数に加算する。

[施設基準]

- (1) 当該病棟において、**専従の常勤の管理栄養士が1名以上配置**されていること。
- (2) **入院時支援加算に係る届出を行っている保険医療機関**であること。
- (3) 栄養情報提供加算の対象患者は、疾病治療の直接手段として、医師の発行する食事箋に基づき提供された適切な栄養量及び内容を有する特掲診療料の施設基準等別表第三に掲げる特別食を必要とする患者、がん患者、摂食機能若しくは嚥下機能が低下した患者又は低栄養状態にある患者であること。

医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

1. 急性期入院医療の評価

- ① 急性期充実体制加算の新設
- ② 一般病棟用重症度、医療・看護必要度の見直し
- ③ 急性期医療の質を高める取組に係る評価

2. 高度急性期入院医療の評価

- 術後の病態は4つの相に分けることができ、それぞれで大きく異なるため、各相に対応した栄養管理が必要になる。

第1相 (Injury Phase) : 術後の2～4日間

- ・筋たんぱく質の崩壊が著明に進み、エネルギー源としては内因性の栄養が利用される。
- ・消費エネルギー量すべてを栄養として投与するのではなく、やや少なめの栄養投与を行う。

第2相 (Turning Point) : 術後3～7日に開始し1～2日間持続

- ・筋たんぱく質の崩壊が低下し、適切なエネルギー投与でたんぱく質合成が高まる。
- ・内因性のエネルギー産生は低下するが持続している。
- ・エネルギー・たんぱく質の投与量を増やし、目標投与量を目指す。

第3相 (Muscle Strength) : 第2相の1～2日後から2～5週間持続

- ・たんぱく質合成が亢進し、骨格筋が増加する。
- ・必要なエネルギー・たんぱく質を不足なく投与する。

第4相 (Fat Gain) : 数カ月持続

- ・体脂肪量が回復する。
- ・必要なエネルギー・たんぱく質を不足なく投与する。

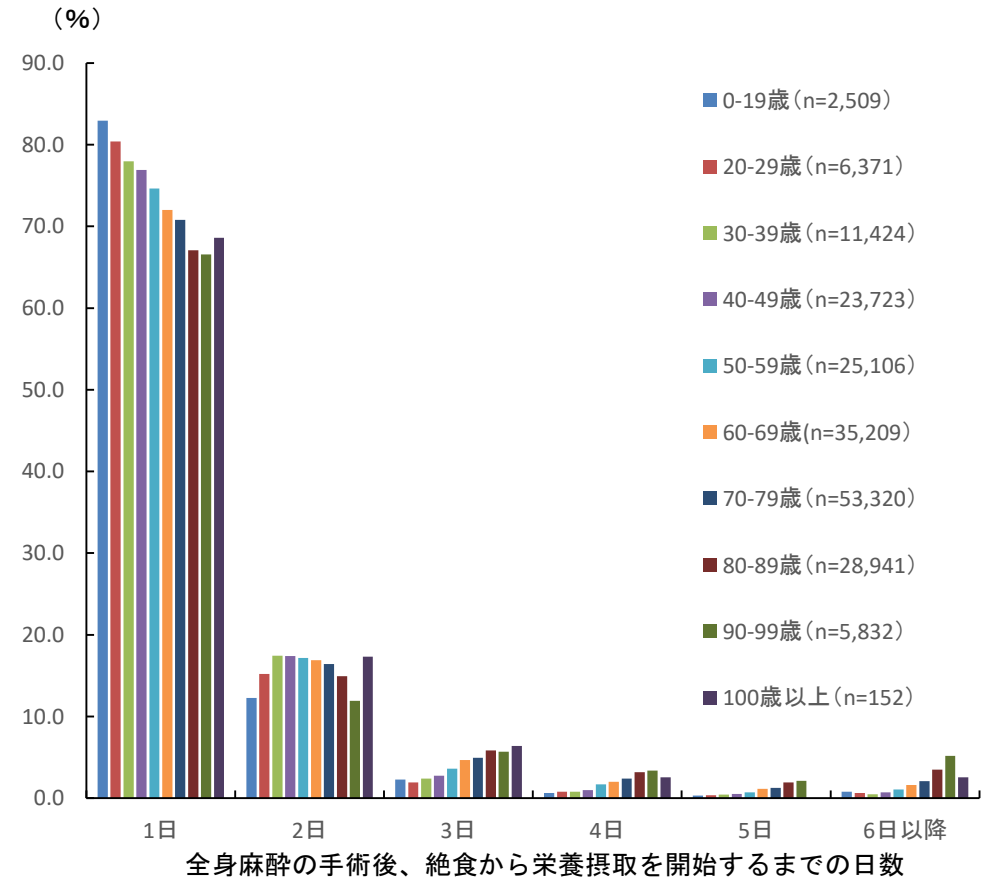
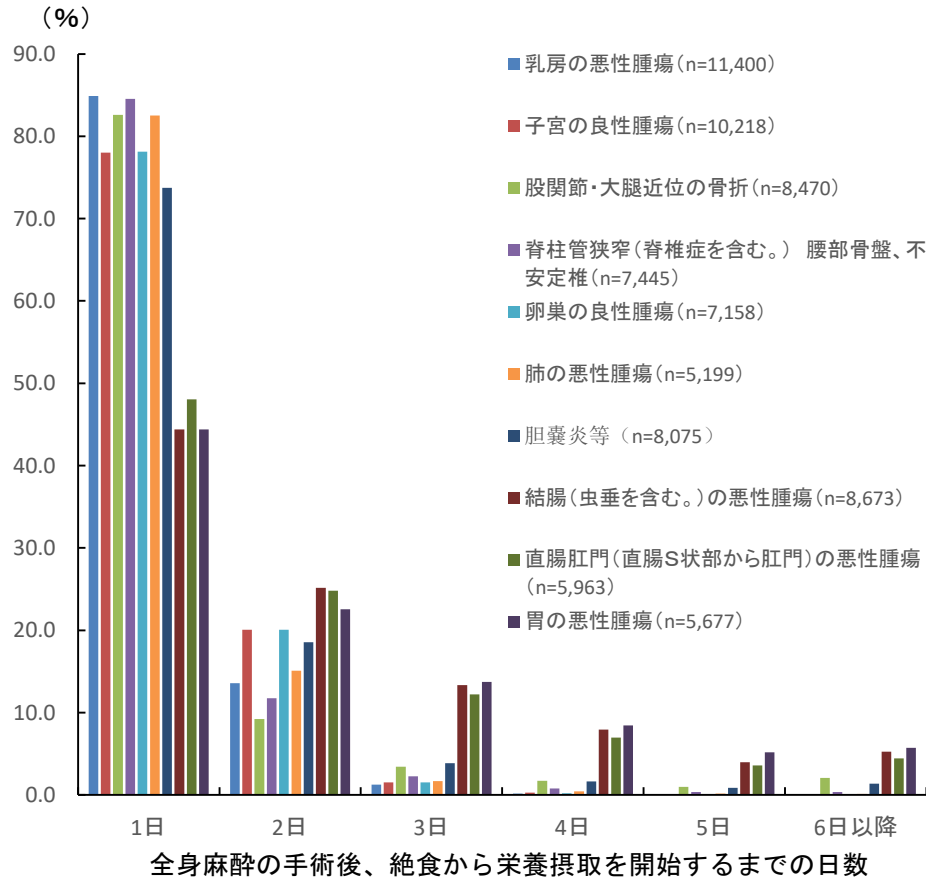
術後の重篤な合併症発生・手術の侵襲度・患者の併存疾患によって、各相の進展は大きく変化するため毎日刻々と変化する病態の観察が必要である。

また、第1相が遷延する場合、栄養投与量の不足状態が続くと重篤な栄養不良を引き起こす。特に病態をきめ細かく観察し、第2相、第3相で行うべき栄養管理開始を検討する。

術後の栄養摂取開始の状況

中医協 総—1—2
3 . 1 0 . 2 7

- 全身麻酔の手術を行った患者が絶食等から、経口摂取、経管栄養等を開始するまでの日数の疾患別の患者割合は、消化器疾患において、開始までの日数のかかる患者割合が高い傾向である。
- 全身麻酔の手術を行った患者が絶食等から、経口摂取、経管栄養等を開始するまでの日数の年齢階級別の患者割合は、年齢が上がるほど開始までの日数のかかる患者割合が高い傾向である。



2020 年度データ(2020 年4 月1 日入院以降症例)の新評価表において、「L008 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔(加算は含まずに本体のみ)」を行った日(複数ある場合は最初)に、重症度、医療・看護必要度の「B 患者の状態等」で「食事摂取(患者の状態)が2:全介助」かつ「食事摂取(介助の実施)が0:実施無し」の患者が、重症度、医療・看護必要度の「B 患者の状態等」で「食事摂取(患者の状態)が2:全介助」かつ「食事摂取(介助の実施)が0:実施無し」から変更されるまでの日数別患者割合

○ 静脈経腸栄養ガイドライン等において、周術期(術前、術後)の栄養管理に関して、具体的な方法が示されている。

静脈経腸栄養ガイドライン第3版(抜粋) (日本臨床栄養代謝学会:JSPEN)

- 1) 術前の栄養状態の評価
- 2) 栄養状態不良な場合、術後に栄養のリスクが存在する場合には、術前からの栄養療法の施行(経口サプリメントの投与、免疫経腸栄養剤、腸を使えない場合の静脈栄養など)が必要
- 3) 術後早期からの経口摂取再開、経腸栄養の開始
- 4) 術後1週間以上、経口摂取・経腸栄養を施行できない場合は完全静脈栄養の施行
- 5) 経腸栄養でエネルギー必要量を満たせない場合は静脈栄養の併用
- 6) 術後に経腸栄養を行う場合は、標準組成を第一選択とするが、栄養不良・大侵襲手術患者では免疫経腸栄養剤を考慮

Clinical nutrition in surgery(抜粋) (欧州臨床栄養代謝学会:ESPEN)

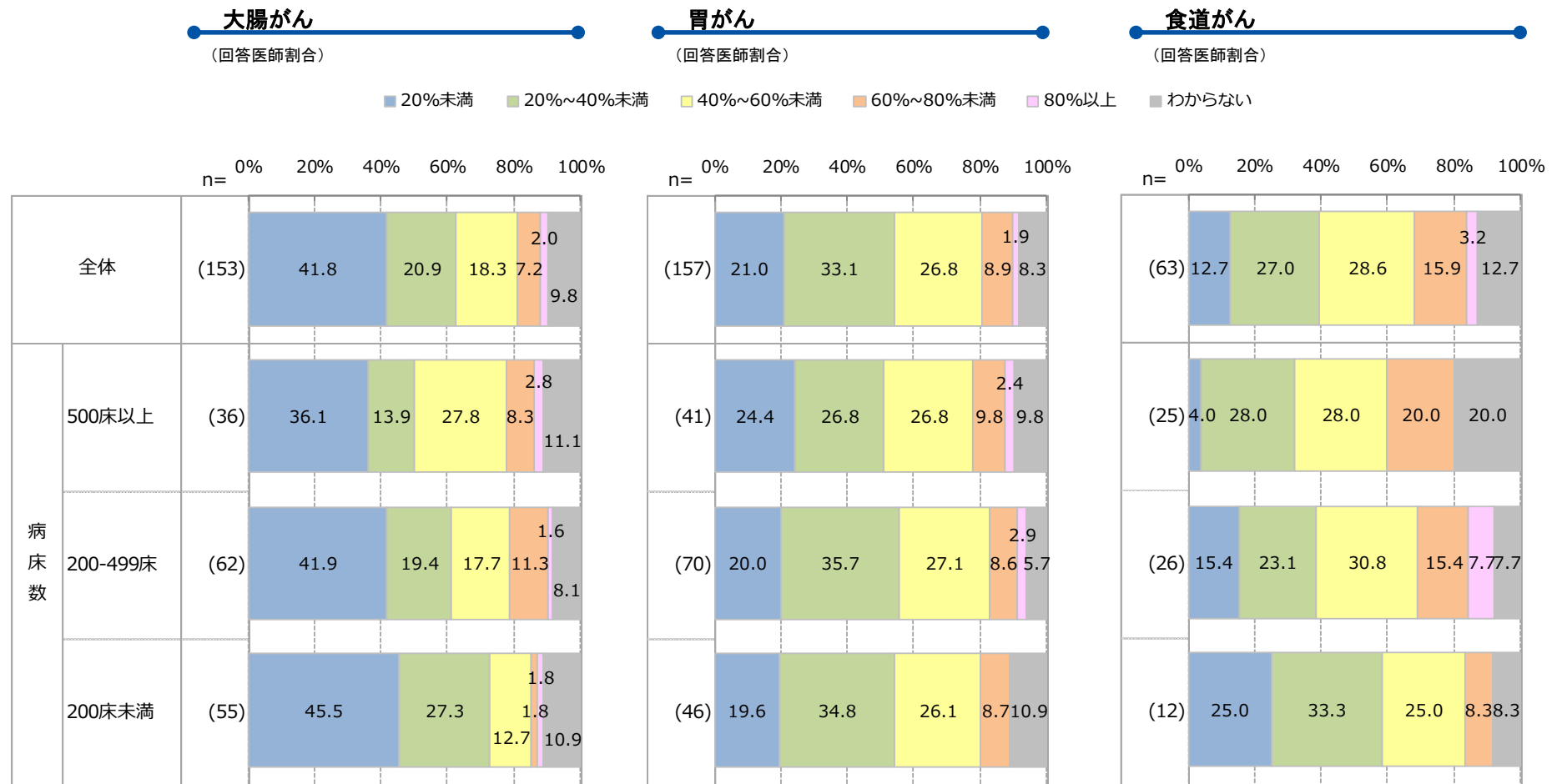
- 1) 術前の絶飲食を避ける
- 2) 個々の患者の忍容性、手術のタイプに応じて経口摂取
- 3) Major surgeryにおいては、術前・術後に栄養状態を評価
- 4) 低栄養患者、低栄養のリスクがある患者(周術期に5日より長く経口摂取ができないと予想される場合、7日より長く推奨量の50%を摂取できないと予想される場合)には遅滞なく周術期の栄養管理(経口あるいは経腸を第一選択とした栄養療法:エネルギーは25-30 kcal/kg、たんぱく質は1.5 g/kg ideal body weight)を行う。)
- 5) 7日より長く、経口あるいは経腸栄養で必要量の50%のエネルギーを投与できない場合は、補助的な静脈栄養投与を開始する
- 6) 低栄養の、がん手術患者には周術期に免疫栄養剤を投与する
- 7) 重度栄養障害を有する患者では、たとえがん手術であっても7-14日間の術前栄養療法を行う
- 8) 可能であれば、経口・経腸栄養を優先する
- 9) 通常食で必要量の栄養を摂取できない場合は栄養状態が良好であっても術前に経口的な栄養サプリメントを投与する

術前の経口栄養剤の摂取の状況

中医協 総-1-2
3 . 1 0 . 2 7

- 術前に栄養管理を実施するため経口栄養剤が出されている患者について、栄養剤の半分以下しか摂取できていない患者の割合が、病床規模にかかわらず一定程度存在している。

図 術前管理を行った患者での経口栄養剤のアドヒアランス：提供量の半分以下しか摂取できていない患者の割合



(n=30未満は参考値として掲載)

- 術後の経口摂取再開までの日数が短い場合、在院日数が有意に短い。
- 大腿骨近位部骨折のように術後すぐに経口摂取の開始が可能な手術においても、適切な栄養管理を実施することにより、術後の合併症発生率や死亡率が有意に低下する。

【対象・方法等】

全国242施設、20,858例の胃切除患者において周術期栄養管理が術後経過に及ぼす影響に関する調査を実施。

【対象・方法等】

大腿骨近位部骨折患者80名を術後に通常食のみ摂取させたコントロール群(40名)、術後3日間1,000kcal／日の静脈栄養を追加し、その後7日間の400kcal／日の経口栄養剤を追加した栄養療法群(40名)に分け、術後合併症等を検証。

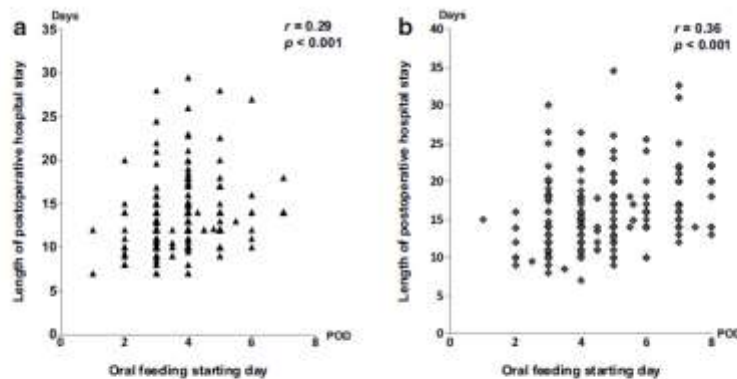
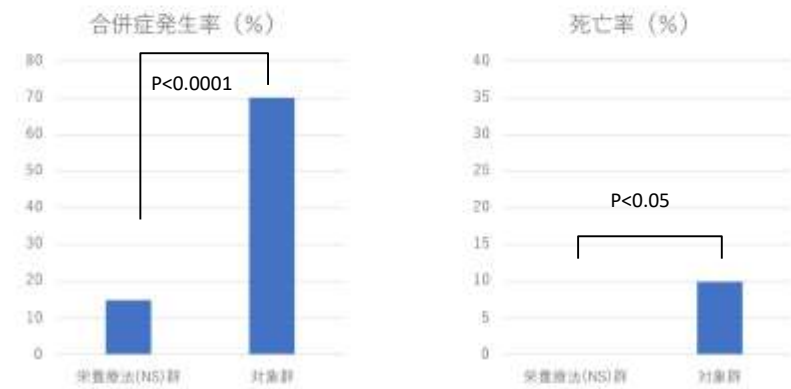


Fig. 7 Relationship between the oral feeding starting day and length of postoperative hospital stay ($n = 236$). a Relationship between the oral feeding starting day and length of postoperative hospital stay in distal gastrectomy (including laparoscopic surgery) analyzed by

Spearman's rank correlation coefficient. b Relationship between oral feeding starting day and length of postoperative hospital stay in total gastrectomy (including laparoscopic surgery) analyzed by Spearman's rank correlation coefficient. POD postoperative day



栄養療法(NS)群：1日1000 kcalの静脈内栄養を3日間施行した後、400kcalの経口栄養補助食品を7日間投与
対象群：通常の病院の飲食

出典：Shimizu N, Hatao F, Fukatsu K, Aikou S et al. Results of a nationwide questionnaire based survey on nutrition management following gastric cancer resection in Japan.

Surg Today (2017) 47:1460–1468.

出典：Magnus Eneroth, Ulla-Britt Olsson, Karl-Göran Thorngren. Nutritional Supplementation Decreases Hip Fracture-related Complications. CLINICAL ORTHOPAEDICS AND RELATED RESEARCH. 451(2006) 212–217.

周術期の栄養管理の推進

- 周術期における適切な栄養管理を推進する観点から、管理栄養士が行う周術期に必要な栄養管理について、周術期栄養管理実施加算を新設する。

(新) 周術期栄養管理実施加算 270点（1手術に1回）

[算定対象]

全身麻酔を実施した患者

[算定要件]

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、手術の前後に必要な栄養管理を行った場合であって、区分番号L008に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を伴う手術を行った場合は、周術期栄養管理実施加算として、270点を所定点数に加算する。

- (1) 周術期栄養管理実施加算は、専任の管理栄養士が医師と連携し、周術期の患者の日々変化する栄養状態を把握した上で、術前・術後の栄養管理を適切に実施した場合に算定する。
- (2) 栄養ケア・マネジメントを実施する際には、日本臨床栄養代謝学会の「静脈経腸栄養ガイドライン」又はESPENの「ESPEN Guideline : Clinical nutrition in surgery」等を参考とし、以下の項目を含めること。なお、必要に応じて入院前からの取組を実施すること。
「栄養スクリーニング」、「栄養アセスメント」、「周術期における栄養管理の計画を作成」、「栄養管理の実施」、「モニタリング」、「再評価及び必要に応じて直接的な指導、計画の見直し」
- (3) (2) の栄養ケア・マネジメントを実施する場合には、院内の周術期の栄養管理に精通した医師と連携していることが望ましい。

この場合において、特定機能病院入院基本料の注11に規定する入院栄養管理体制加算並びに救命救急入院料の注9、特定集中治療室管理料の注5、ハイケアユニット入院医療管理料の注4、脳卒中ケアユニット入院医療管理料の注4及び小児特定集中治療室管理料の注4に規定する早期栄養介入管理加算は別に算定できない。

[施設基準]

- (1) 当該保険医療機関内に周術期の栄養管理を行うにつき十分な経験を有する専任の常勤の管理栄養士が配置されていること。
- (2) 総合入院体制加算又は急性期充実体制加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。

医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

1. 急性期入院医療の評価

2. 高度急性期入院医療の評価

- ① 重症患者対応体制強化加算の新設
- ② 重症患者初期支援充実加算の新設
- ③ 高度急性期医療の質を高める取組に係る評価
- ④ 重症度、医療・看護必要度の見直し

早期栄養介入管理加算の見直し

早期栄養介入等の現状について

中医協 総－1－2
3 . 1 0 . 2 7

- 令和2年4月～9月に早期栄養介入管理加算を算定した医療機関は、徐々に増加し、232施設であり、一人当たりの算定回数は、2.53～2.75回と推計される。
- 早期栄養介入管理加算が算定出来ない、HCU、CCU、SCU等を有している約6割弱の施設において、栄養管理が実施されている。

表 早期栄養介入管理加算の実績について

令和2年	算定医療機関数	算定件数	算定回数	算定回数／算定件数
4月	79	809	2,097	2.59
5月	118	1,146	3,150	2.75
6月	174	2,228	5,865	2.63
7月	195	2,462	6,631	2.69
8月	232	3,030	8,246	2.72
9月	232	3,047	7,719	2.53

※NDBデータより算定状況を集計

(参考) 特定集中治療室の平均在室日数

	平均日数
平成30年度	3.5
令和元年度	3.5
令和2年度	3.4

※NDBデータより集計(特定集中治療室管理料1～3を算定した日数から、在室日数を算出)

表 HCU, SCU, CCUにおける管理栄養士による栄養管理の実施状況

有効回答42施設

	施設数	%
早期栄養介入管理加算 (ICU)を算定している	23	54.8
HCU,SCU,CCUにおける栄 養管理を実施している	24	57.1
HCU	16	38.1
CCU	9	21.4
SCU	7	16.7

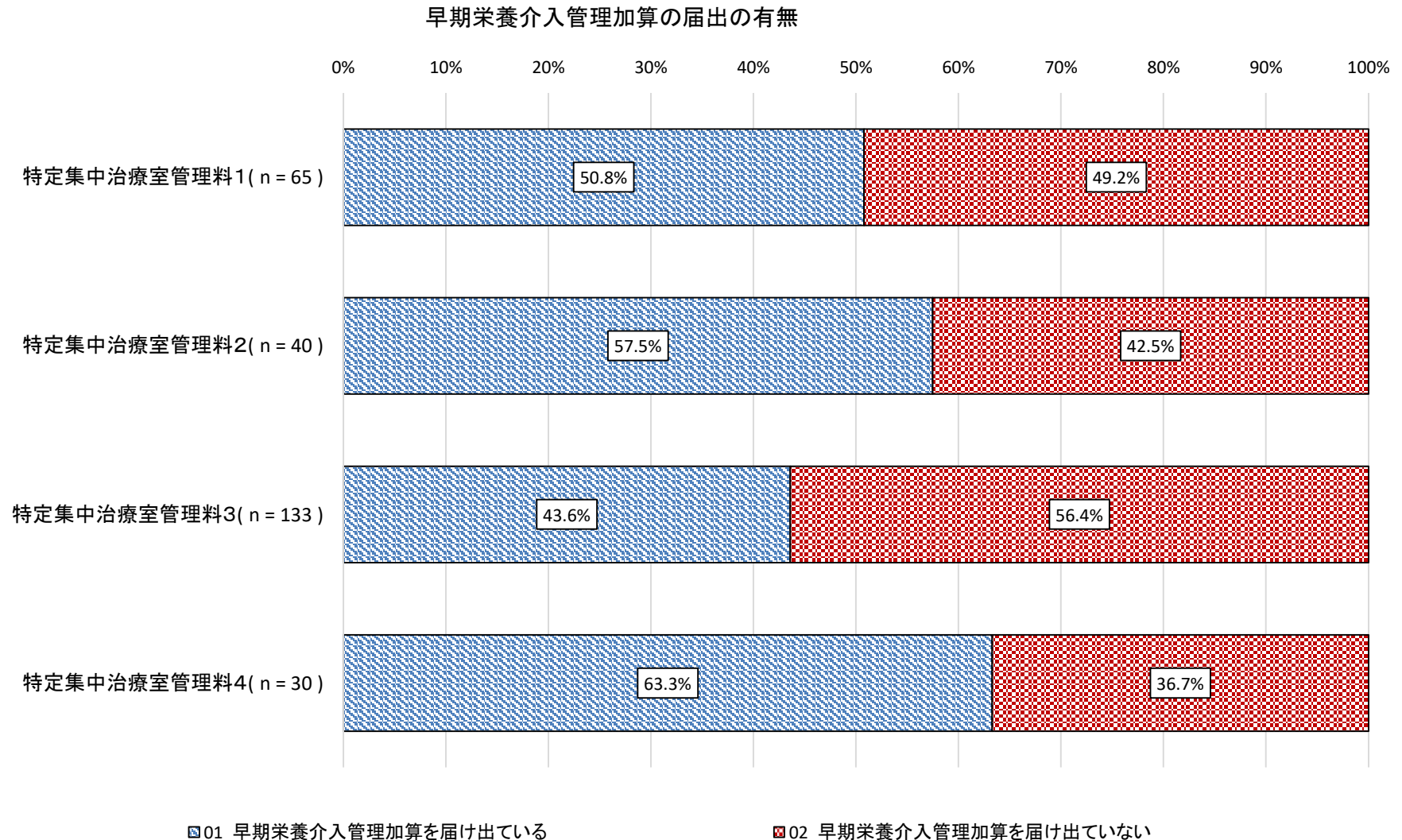
※学会開催の研修会を受講した管理栄養士に対してwebアンケート調査を実施。

出典：日本健康・栄養システム学会調べ

早期栄養介入管理加算の届出状況

中医協 総－1－2
3 . 1 0 . 2 7

○ 特定集中治療室管理料1～4において約半数の医療機関において、届出がされていた。

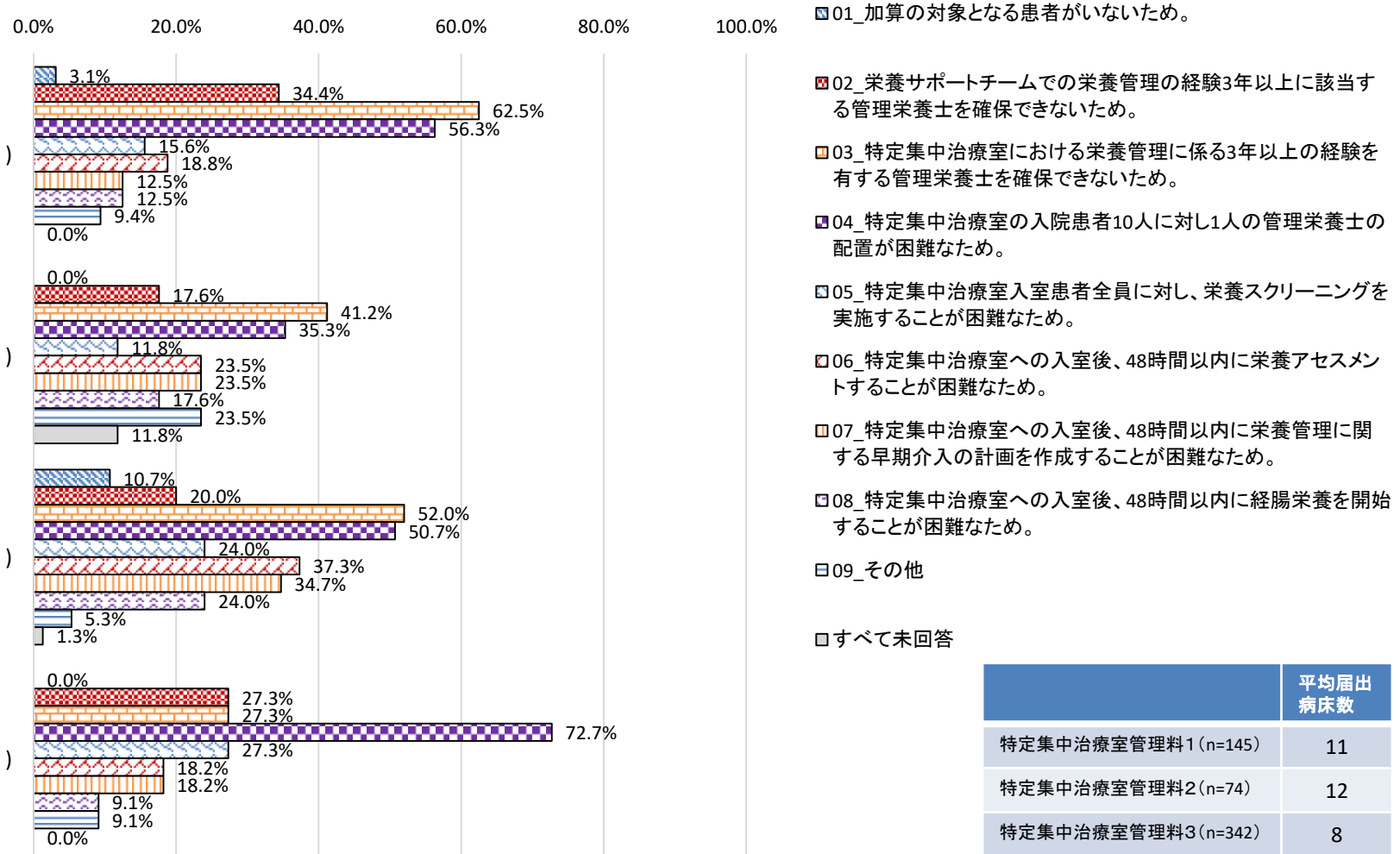


早期栄養介入管理加算の届出をしていない理由

中医協 総-1-2
3 . 1 0 . 2 7

○ 届出をしていない理由としては、「特定集中治療室における栄養管理に係る3年以上の経験を有する管理栄養士が確保できないため」、「特定集中治療室の入院患者10人に対して1人の管理栄養士の配置が困難なため」が多かった。

早期栄養介入管理加算を届け出していない理由



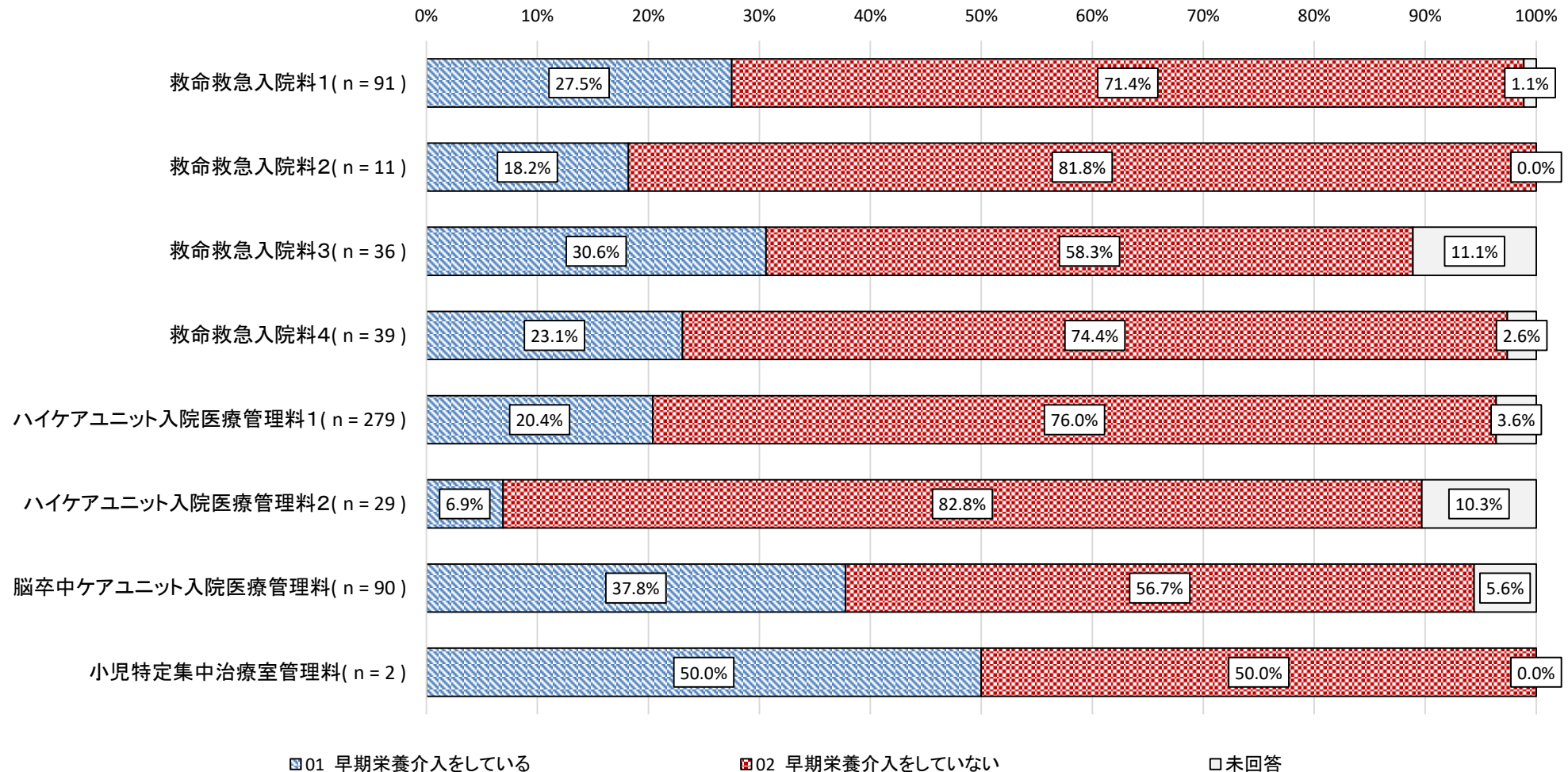
	平均届出 病床数
特定集中治療室管理料1 (n=145)	11
特定集中治療室管理料2 (n=74)	12
特定集中治療室管理料3 (n=342)	8
特定集中治療室管理料4 (n=63)	10

早期からの栄養管理の実施状況

中医協 総－１－２
３．１０．２７

○ 救命救急入院料１～４、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料においても様々な施設において栄養管理を早期から実施していた。

栄養管理に係る早期介入の状況（令和３年６月１日時点）

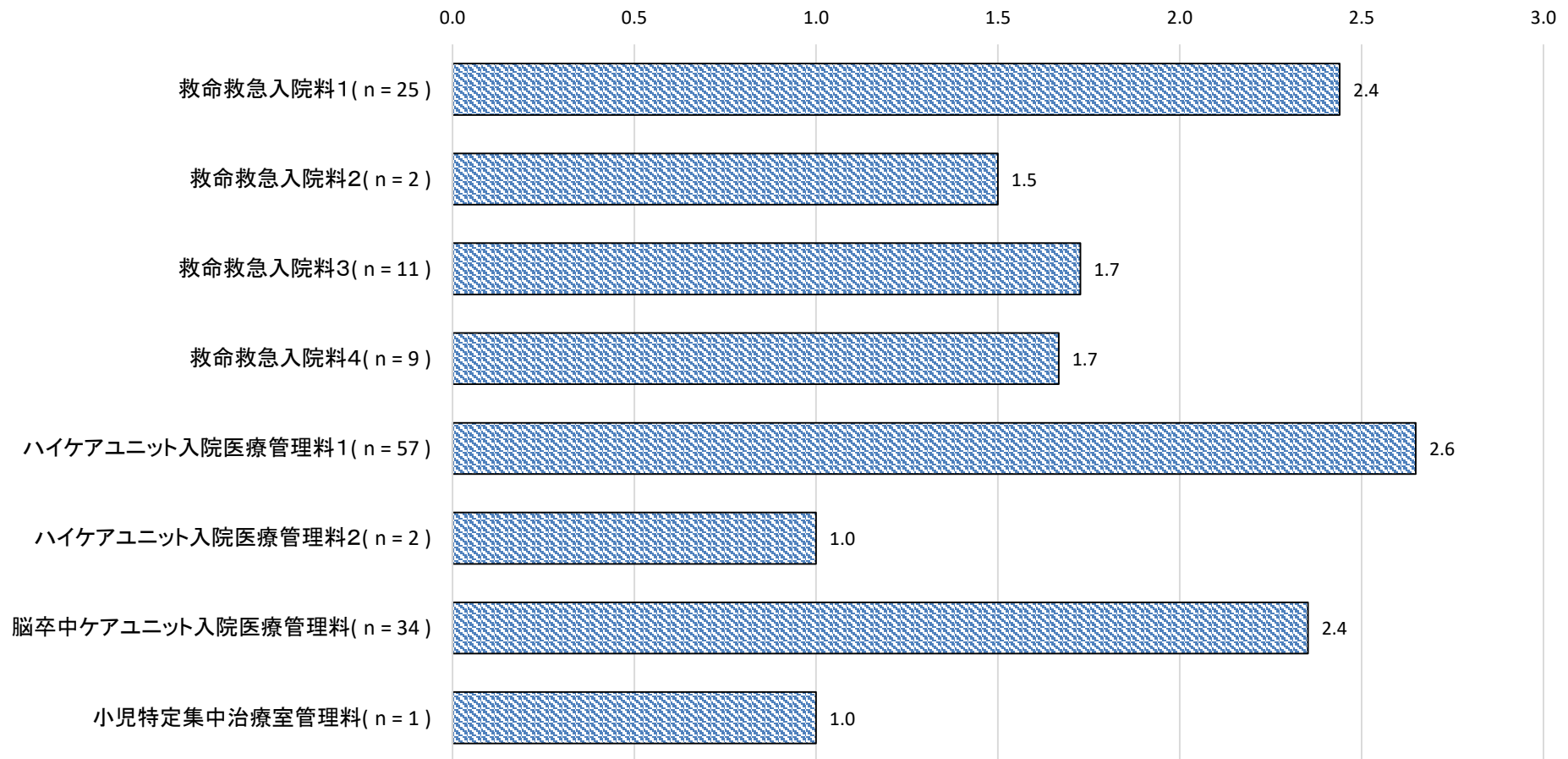


早期からの栄養管理に関わる管理栄養士数

中医協 総－1－2
3 . 1 0 . 2 7

○ 各入院料において、早期からの栄養管理に関わる管理栄養士数は、1名以上であった。

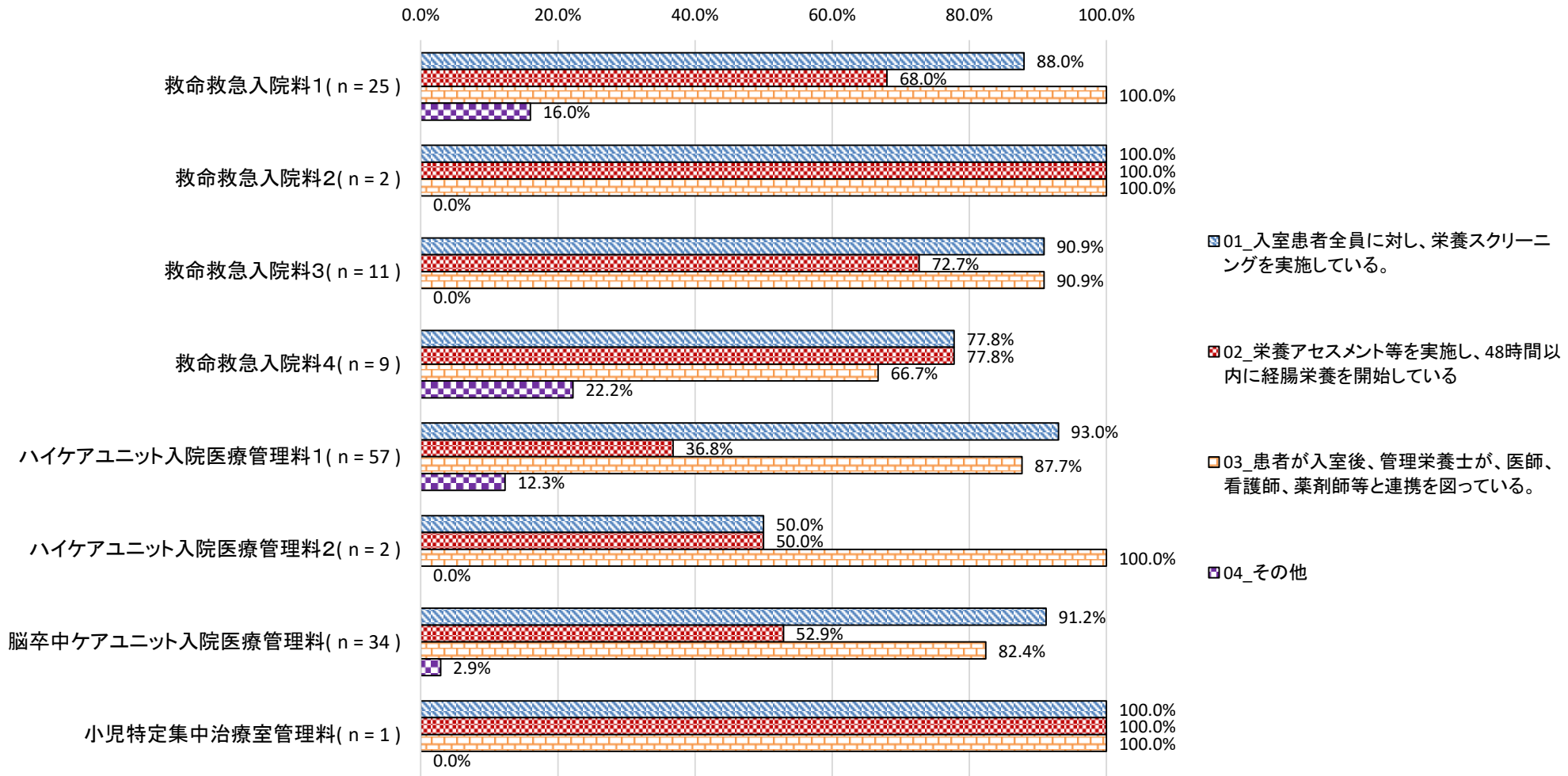
栄養管理に係る早期介入に関わる管理栄養士の人数(一治療室あたり)



早期からの栄養管理の実施内容

中医協 総-1-2
3 . 1 0 . 2 7

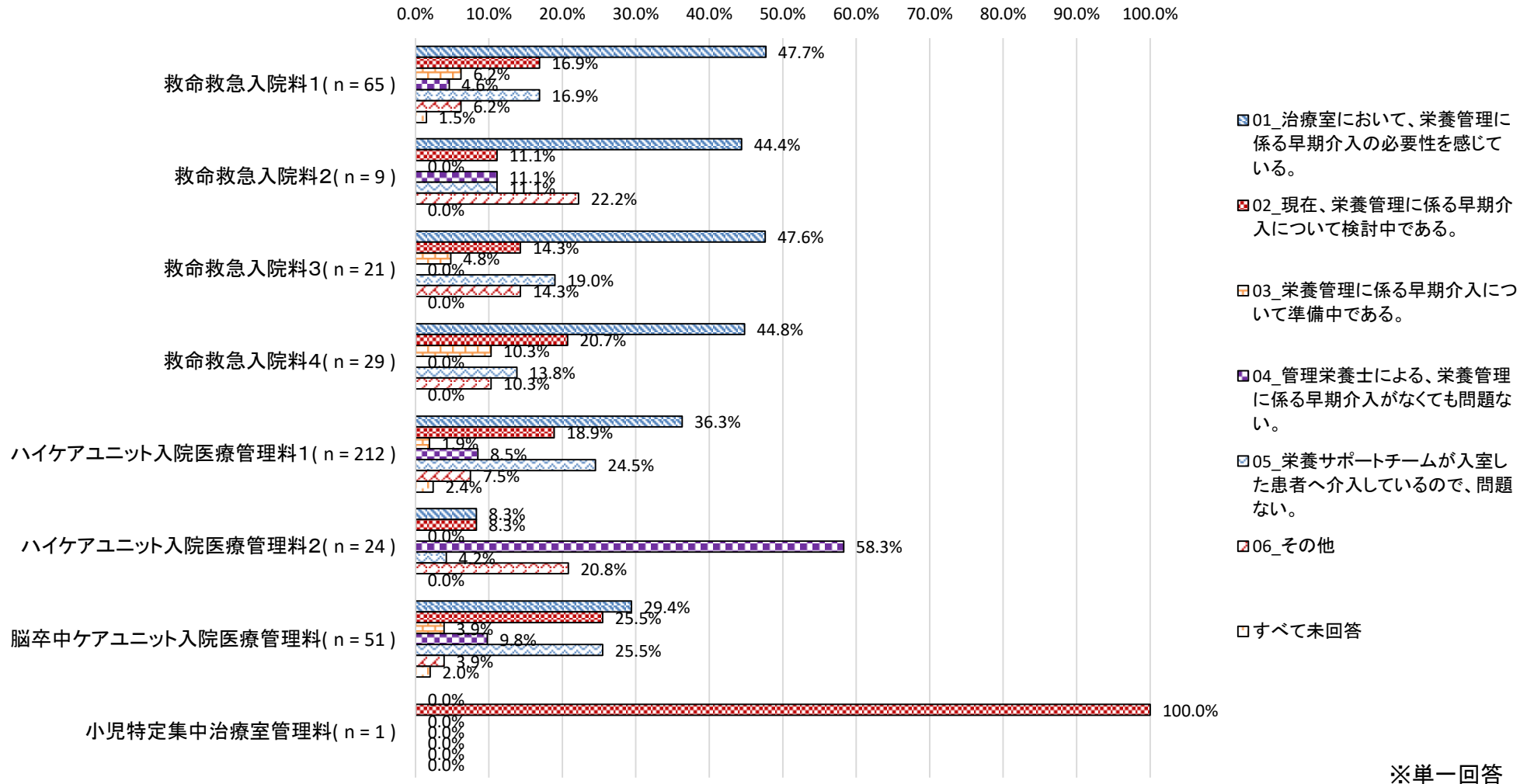
- 早期栄養介入管理加算を算定していない治療室において、早期からの栄養管理に関する介入内容は、「入室患者全員に対し、栄養スクリーニングの実施している」、「患者が入室後、管理栄養士が、医師、看護師、薬剤師等と連携を図っている」は8割を越えていた。
- 「栄養アセスメント等を実施し、48時間以内に経腸栄養を開始している」は、ばらつきが見られたが、ほとんどの入院料において5割を越えていた。



今後の意向について

中医協 総-1-2
3 . 1 0 . 2 7

- 救命救急入院料において、「治療室において、栄養管理に係る早期介入の必要性を感じている」を選択した医療機関は4割を越えていた。
- 栄養管理に係る早期介入について検討中、準備中である医療機関を合わせると、約2割である。



早期からの回復に向けた取組への評価

職種要件・算定要件の見直し

- 入室後早期から実施する離床に向けた取組を更に推進するため、早期離床・リハビリテーションに関わる職種に言語聴覚士を追加する。

早期栄養介入管理加算の算定要件の見直し

- 早期栄養介入管理加算について、経腸栄養の開始の有無に応じた評価に見直す。

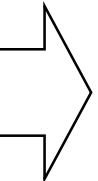
現行

【早期栄養介入管理加算】
【算定要件】

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病室に入院している患者に対して、入室後早期から経腸栄養等の必要な栄養管理を行った場合に、早期栄養介入管理加算として、入室した日から起算して7日を限度として400点を所定点数に加算する。

【施設基準】

- ・当該治療室内に集中治療室における栄養管理に関する十分な経験を有する専任の管理栄養士が配置されていること。



改定後

【早期栄養介入管理加算】
【算定要件】

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病室に入院している患者に対して、入室後早期から必要な栄養管理を行った場合に、早期栄養介入管理加算として、入室した日から起算して7日を限度として250点（入室後早期から経腸栄養を開始した場合は、当該開始日以降は400点）を所定点数に加算する。ただし、区分番号B001の10に掲げる入院栄養食事指導料は別に算定できない。

【施設基準】

イ 当該治療室内に集中治療室における栄養管理に関する十分な経験を有する専任の管理栄養士が配置されていること。

ロ 当該治療室において早期から栄養管理を行うにつき十分な体制※が整備されていること。

※ 当該治療室において、早期から栄養管理を実施するため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」を参考にして院内において栄養管理に係る手順書を作成し、それに従って必要な措置が実施されていること。また、栄養アセスメントに基づく計画を対象患者全例について作成し、必要な栄養管理を行っていること。

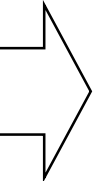
早期からの回復に向けた取組について算定対象となる治療室の見直し

- 特定集中治療室以外の治療室においても、患者の入室後早期から離床に向けた総合的な取組を行っている実態及びその効果を踏まえ、早期離床・リハビリテーション加算及び早期栄養介入管理加算の対象となる治療室を見直す。

現行

特定集中治療室管理料 1～4

- ・早期離床・リハビリテーション加算
500点（1日につき）（14日まで）
- ・早期栄養介入管理加算
400点（1日につき）（7日まで）



改定後

特定集中治療室管理料 1～4
救命救急入院料 1～4
ハイケアユニット入院医療管理料 1、2
脳卒中ケアユニット入院医療管理料
小児特定集中治療室管理料

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 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、その写しを診療録等に添付する。
- 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等に添付する。
- 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。

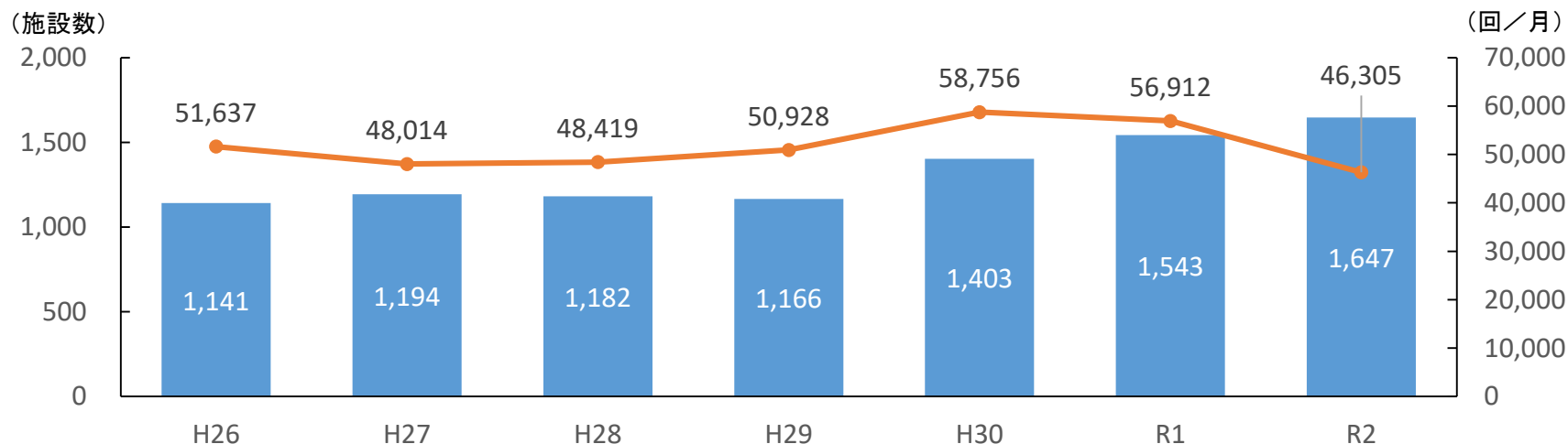


図 栄養サポートチーム加算の届出施設数と算定回数の推移

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

中医協 総-2

3. 11. 19

- 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。
- 令和2年度改定において、結核病棟、精神病棟も算定可能となった。

○: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	障害者施設等入院基本料	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	○	○	×	×	○	×	×	○	×	○	×
令和2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										

- 栄養サポートチームの介入終了時、一般病棟よりも障害者病棟において改善した割合が高い。
- 栄養サポートチームの介入により、障害者病棟において、BMI及び血清アルブミン値が有意な改善が認められた。

【対象・方法等】

2011年度～2013年度に呼吸器病棟（肺がん、肺結核、COPD等）（114名）を一般病棟、神経筋病棟（神経難病、筋ジストロフィー等）（153名）を障害者病棟として、各病棟に入院した患者に対する栄養サポートチームの介入の有用性について比較検討。

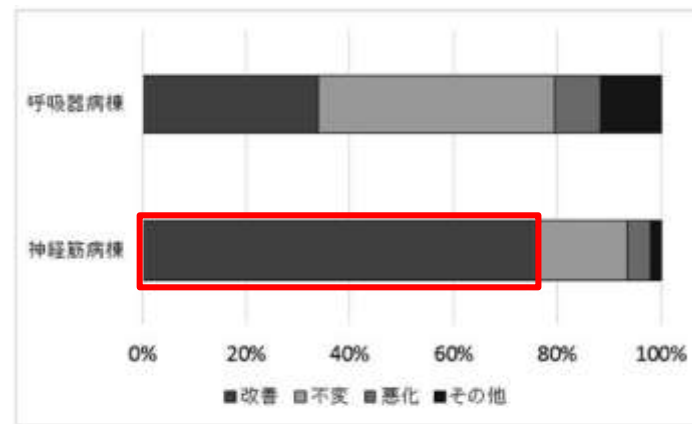


図1 病棟種別 NST 介入終了時の評価（2011年度-2013年度）

【改善】血清Alb値が3.0g/dl以上となった場合
 【不変】血清Alb値が3.0g/dlに達しなかった場合
 【悪化】血清Alb値が介入前より低下、病状悪化
 や死亡により介入中止の場合
 【その他】上記以外

表2 NST 介入前後の BMI と血清 Alb 値（2011年度-2013年度）

		NST 介入前	NST 介入後	
呼吸器病棟 (n=68)	BMI	18.08 ± 4.08	17.98 ± 4.15	ns
	血清 Alb 値 (g/dl)	2.57 ± 0.33	2.60 ± 0.41	ns
神経筋病棟 (n=93)	BMI	17.04 ± 3.55	17.40 ± 3.71	p=0.01
	血清 Alb 値 (g/dl)	2.80 ± 0.32	3.04 ± 0.43	p<0.001

患者の状態に応じた入院医療の評価について

障害者施設等入院基本料等における脳卒中患者の評価

➤ 障害者病棟に入院する重度の意識障害を有さない脳卒中の患者について、療養病棟入院料の評価体系を踏まえた評価に見直す。また、特殊疾患病棟入院料についても同様の取扱いとする。

現行

【障害者施設等入院基本料】

〔算定要件〕（抜粋・例）

1	7対1入院基本料	1,615点
2	10対1入院基本料	1,356点
3	13対1入院基本料	1,138点
4	15対1入院基本料	995点

【特殊疾患入院医療管理料】

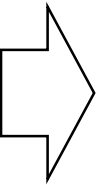
〔算定要件〕（抜粋・例）

特殊疾患入院医療管理料	2,070点
-------------	--------

【特殊疾患病棟入院料】

〔算定要件〕（抜粋・例）

1	特殊疾患病棟入院料 1	2,070点
2	特殊疾患病棟入院料 2	1,675点



改定後

【障害者施設等入院基本料】

〔算定要件〕（重度の意識障害を有さない脳卒中の患者の場合）

注12 イ 7対1入院基本料又は10対1入院基本料

(1)	医療区分2の患者に相当するもの	1,345点
(2)	医療区分1の患者に相当するもの	1,221点

□ 13対1入院基本料

(1)	医療区分2の患者に相当するもの	1,207点
(2)	医療区分1の患者に相当するもの	1,084点

ハ 15対1入院基本料

(1)	医療区分2の患者に相当するもの	1,118点
(2)	医療区分1の患者に相当するもの	995点

【特殊疾患入院医療管理料】

〔算定要件〕（重度の意識障害を有さない脳卒中の患者の場合）

注6	イ 医療区分2の患者に相当するもの	1,717点
	ロ 医療区分1の患者に相当するもの	1,569点

【特殊疾患入院医療管理料】

〔算定要件〕（重度の意識障害を有さない脳卒中の患者の場合）

注6 イ 特殊疾患病棟入院料 1

(1)	医療区分2の患者に相当するもの	1,717点
(2)	医療区分1の患者に相当するもの	1,569点

□ 特殊疾患病棟入院料 2

(1)	医療区分2の患者に相当するもの	1,490点
(2)	医療区分1の患者に相当するもの	1,341点

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を算定できる病棟に、障害者施設等入院基本料を算定する病棟を加える。

褥瘡対策の見直し

入院基本料等加算の簡素化④

褥瘡患者管理加算の簡素化

	(旧)入院基本料における褥瘡対策	褥瘡患者管理加算	(新)入院基本料における褥瘡対策
対象者	日常生活の自立度が低い入院患者(自立度がJ1～A2の場合、評価表作成は不要)	褥瘡に関する危険因子のある患者及び既に褥瘡を有する患者	日常生活の自立度が低い入院患者(自立度がJ1～A2の場合、評価表作成は不要) + <u>褥瘡に関する危険因子のある患者及び既に褥瘡を有する患者</u>
人員要件	褥瘡対策に係る専任の医師及び専任の看護職員から構成される褥瘡対策チームの設置	褥瘡対策に係る専任の医師及び褥瘡看護に関して5年以上の臨床経験を有する専任の看護師	褥瘡対策に係る専任の医師及び褥瘡看護に <u>関して臨床経験を有する専任の看護職員</u> から構成される褥瘡対策チームの設置
様式	褥瘡に関する危険因子評価票 ○褥瘡の有無 ○日常生活自立度 ・基本的動作能力 ・栄養状態低下 など	褥瘡対策に関する診療計画書 ○危険因子評価票の内容 ○褥瘡の状態の評価 ○看護計画	<u>褥瘡患者管理加算の様式を使用</u>
体制		患者の状態に応じて、褥瘡対策に必要な体圧分散式マットレス等を適切に選択し使用する体制が整えられていること。	<u>患者の状態に応じて、褥瘡対策に必要な体圧分散式マットレス等を適切に選択し使用する体制が整えられていること。</u>
その他			<u>褥瘡対策チームの構成メンバー等による褥瘡対策に係る委員会の定期的な開催が望ましい。</u>

入院基本料に包括

褥瘡対策に関する評価の主な変遷

中医協 総-2-2
3 . 1 1 . 1 2

○ 褥瘡対策に関する評価を各改定において、実施してきている。

平成22年	平成24年	平成26年	平成28年	平成30年	令和2年
褥瘡管理加算		★褥瘡管理加算の入院基本料へ要件化			
訪問看護管理療養費		★褥瘡患者数等の報告を追加			
褥瘡ハイリスク患者ケア加算		★対象患者の拡大			
褥瘡評価実施加算		★褥瘡対策加算への見直し			
		在宅患者訪問褥瘡管理指導料 ★新設			
			★見直し		★見直し
		ADL維持向上等体制加算			
			★院内褥瘡発生率の基準の見直し		
				★新設:入院時支援加算	

【告示】

7 入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策及び栄養管理体制について、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限り、第1節（特別入院基本料等を含む。）及び第3節の各区分に掲げる入院料の所定点数を算定する。

【留意事項通知】

11 入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策及び栄養管理体制について、別に厚生労働大臣が定める基準に適合している場合に限り入院基本料（特別入院基本料、月平均夜勤時間超過減算、夜勤時間特別入院基本料及び重症患者割合特別入院基本料（以下「特別入院基本料等」という。）及び特定入院基本料を含む。）、特定入院料又は短期滞在手術等基本料3の算定を行うものであり、基準に適合していることを示す資料等を整備しておく必要がある。

【施設基準告示】

四 褥瘡対策の基準

- (1)適切な褥瘡対策の診療計画の作成、実施及び評価の体制がとられていること。
- (2)褥瘡対策を行うにつき適切な設備を有していること。

【施設基準通知】

4 褥瘡対策の基準

- (1)当該保険医療機関において、褥瘡対策が行われていること。
- (2)当該保険医療機関において、褥瘡対策に係る専任の医師及び褥瘡看護に関する臨床経験を有する専任の看護職員から構成される褥瘡対策チームが設置されていること。
- (3)当該保険医療機関における日常生活の自立度が低い入院患者につき、別添6の別紙3を参考として褥瘡に関する危険因子の評価を行い、褥瘡に関する危険因子のある患者及び既に褥瘡を有する患者については、(2)に掲げる専任の医師及び専任の看護職員が適切な褥瘡対策の診療計画の作成、実施及び評価を行うこと。ただし、当該医師及び当該看護職員が作成した診療計画に基づくものであれば、褥瘡対策の実施は、当該医師又は当該看護職員以外であっても差し支えない。また、様式については褥瘡に関する危険因子評価票と診療計画書が別添6の別紙3のように1つの様式ではなく、それぞれ独立した様式となっても構わない。
- (4)褥瘡対策チームの構成メンバー等による褥瘡対策に係る委員会が定期的開催されていることが望ましい。
- (5)患者の状態に応じて、褥瘡対策に必要な体圧分散式マットレス等を適切に選択し使用する体制が整えられていること。
- (6)毎年7月において、褥瘡患者数等について、別添7の様式5の4により届け出ること。

- 褥瘡発生予防の全身管理として、対象者の栄養状態、基礎疾患をアセスメントし、栄養療法、基礎疾患の管理を選択・実施する。
- 褥瘡発生後の全身管理として、対象者の栄養状態、基礎疾患、全身療法が必要な感染褥瘡をアセスメントし、栄養療法、基礎疾患の管理、抗菌薬の全身投与を選択・実施する。

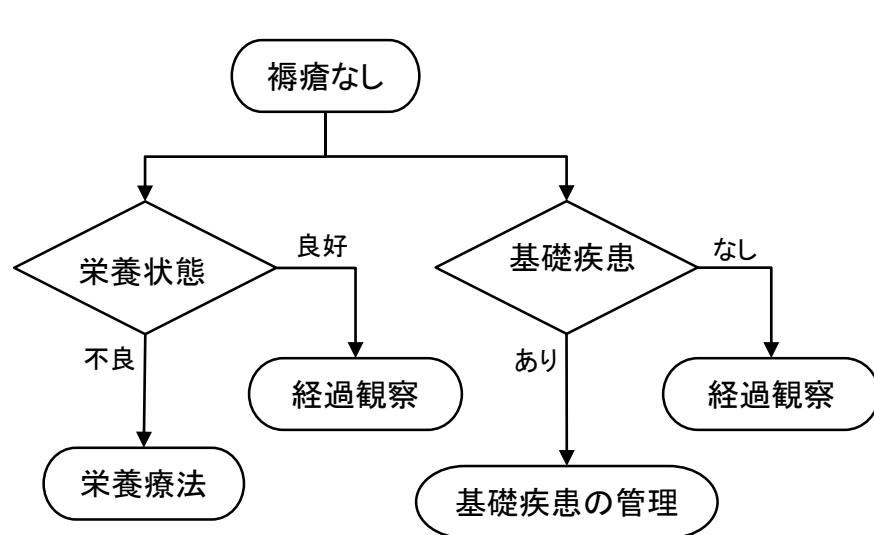


図 発生予防全身管理のアルゴリズム

対象者の栄養状態、基礎疾患をアセスメントし、栄養療法、基礎疾患の管理を選択・実施する。

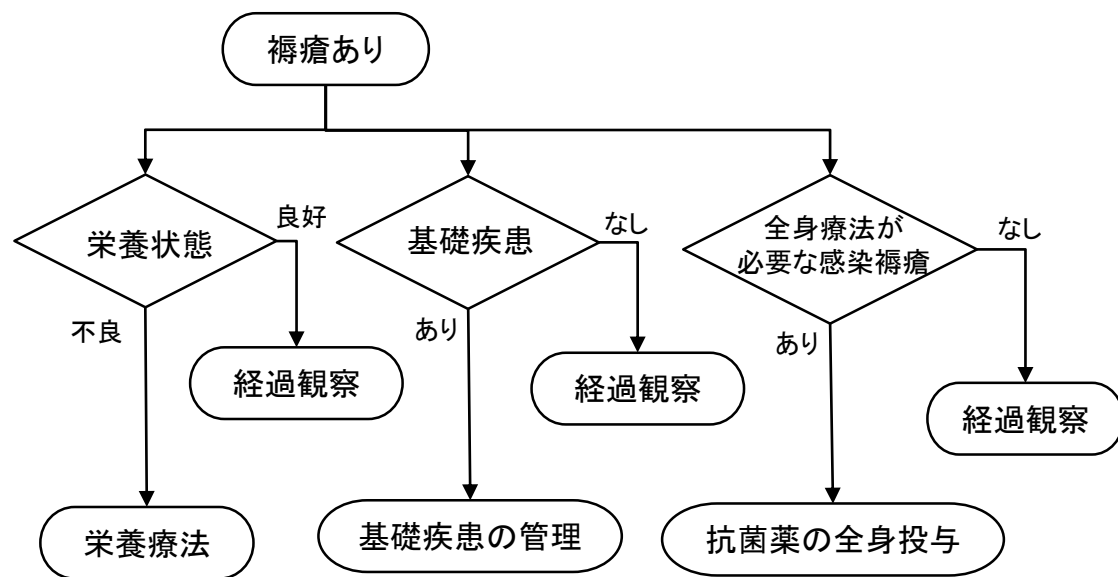


図 発生後全身管理のアルゴリズム

対象者の栄養状態、基礎疾患、全身療法が必要な感染褥瘡をアセスメントし、栄養療法、基礎疾患の管理、抗菌薬の全身投与を選択・実施する。

褥瘡患者の全身管理について

中医協 総－２－２
３．１１．１２

表 褥瘡患者の全身管理に関するClinical Question

Clinical Question		推奨度※	推奨文
発生予防 全身管理	褥瘡発生の危険因子として、どのような基礎疾患を考慮すればよいか。	C1	うつ血性心不全、骨盤骨折、脊髄損傷、糖尿病、脳血管疾患、慢性閉塞性肺疾患などを考慮してもよい。
		B	周術期管理においては、特に糖尿病を考慮することが勧められる。
	低栄養患者の褥瘡予防にはどのような栄養介入を行うとよいか。	B	蛋白質・エネルギー低栄養状態(PEM)の患者に対して、疾患を考慮したうえで、高エネルギー、高蛋白質のサプリメントによる補給を行うことが勧められる。
	経口摂取が不可能な患者の栄養補給はどのようにすればよいか。	C1	必要な栄養量を経腸栄養で補給するが、不可能な場合は静脈栄養による補給を行ってもよい。
	褥瘡発生の危険因子となる低栄養状態を確認する指標には何があるか。	C1	炎症や脱水などがなければ血清アルブミン値を用いてもよい。
		C1	体重減少率を用いてもよい。
		C1	食事摂取率(食事摂取量)を用いてもよい。
		C1	高齢者には、MNA (mini nutritional assessment) およびMNA-Short Form (SF) を用いてもよい。
		C1	COUNT (controlling nutritional status) を用いてもよい。
		C1	主観的包括的栄養評価(SGA)を用いてもよい。
発生後 全身管理	褥瘡患者には栄養評価を行ったほうがよいか。	C1	栄養評価を行い、必要な省令には栄養介入を行ってもよい。
	褥瘡患者にはどのような栄養補給を行うのがよいか。	B	褥瘡治療のための必要エネルギーとして、基礎エネルギー消費量(BEE)の1.5倍以上を補給することが勧められる。
		B	必要量に見合った蛋白質を補給することが勧められる。
	褥瘡患者に特定の栄養素を補給することは有効か。	C1	亜鉛、アスコルビン酸、アルギニン、L-カルノシン、n-3系脂肪酸、コラーゲン加水分解物など疾患を考慮したうえで補給してもよい。
	褥瘡患者に対して栄養の専門職及びチームの介入は行ったほうがよいか。	C1	管理栄養士や栄養サポートチーム(NST)の介入を行ってもよい。
	褥瘡患者の栄養補給の評価に体重を用いてもよいか。	B	浮腫、脱水がなければ、体重増加を用いることが進められる。

※推奨度の分類 A:十分な根拠があり、行うよう強く勧められる。B:根拠があり、行うよう勧められる。C1:根拠は限られているが、行ってもよい。C2:根拠がないので勧められない。D:無効ないし有害である根拠があるので、行わないよう勧められる。

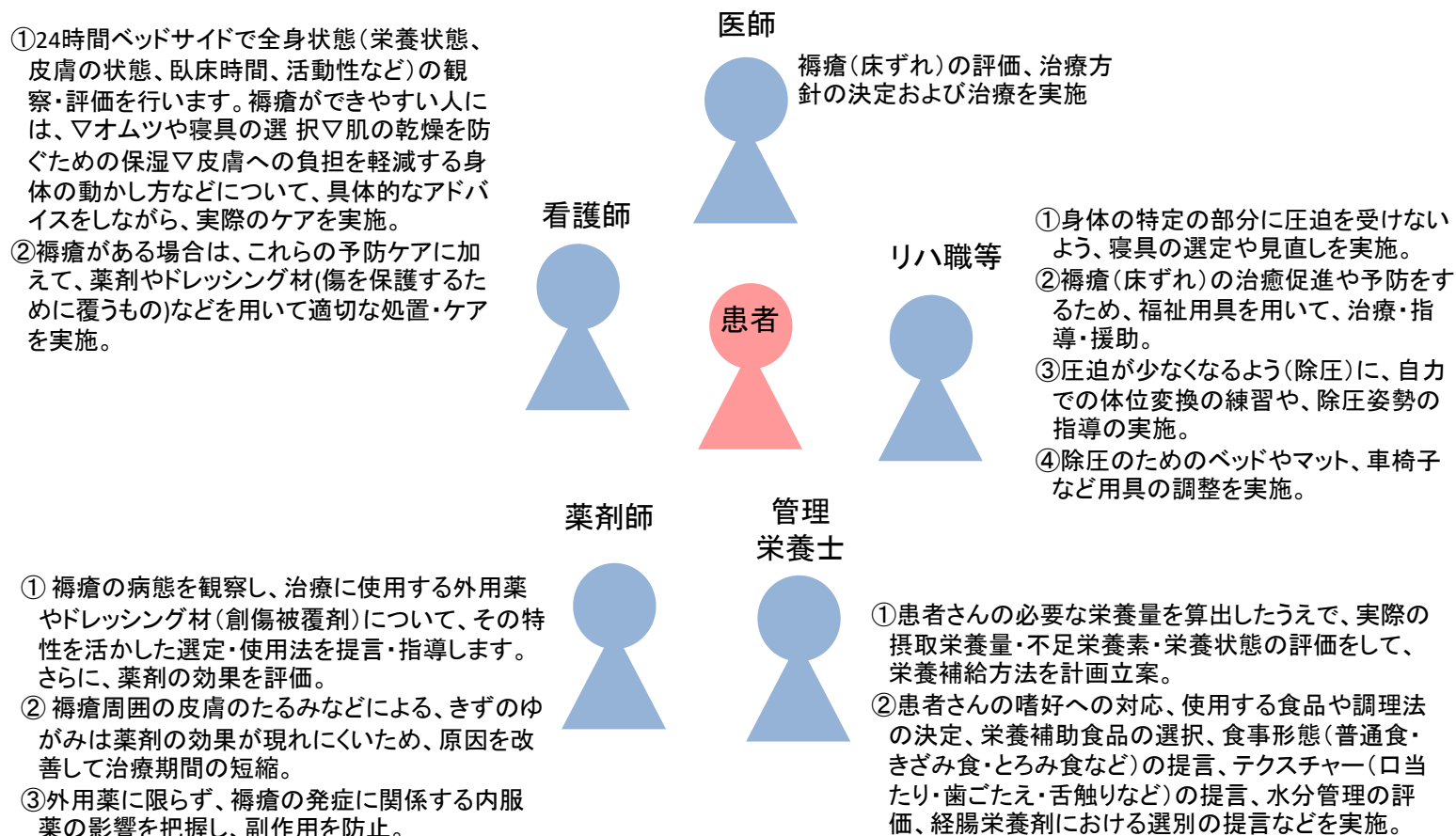
褥瘡患者の薬学的介入について

中医協 総－２－２
３．１１．１２

表 褥瘡患者の外用薬と抗菌薬に関するClinical Question

Clinical Question		推奨度※	推奨文
保存的治療 外用薬	急性期の褥瘡にはどのような外用薬を用いたらよいか	C1	酸化亜鉛、ジメチルイソプロピルアズレン、白色ワセリンなどの創面保護効果の高い油脂性基剤の外用薬やスルファジアジン銀のような水分を多く含む乳剤性基剤(O/W)の外用薬を用いてもよい。
	深部損傷褥瘡(DTI)が疑われる場合、どのような外用薬を用いたらよいか	C1	毎日の局所観察を怠らないようにし、酸化亜鉛、ジメチルイソプロピルアズレンなどの創面保護効果の高い油脂性基剤の外用薬を用いてもよい。
	発赤・紫斑にはどのような外用薬を用いたらよいか	C1	創面の保護が大切であり、酸化亜鉛、ジメチルイソプロピルアズレンなどの創面保護効果の高い油脂性基剤の外用薬を用いてもよい。
	水疱にはどのような外用薬を用いたらよいか	C1	創の保護目的に酸化亜鉛、ジメチルイソプロピルアズレンなどの創面保護効果の高い油脂性基材の外用薬を用いてもよい。
	びらん・浅い潰瘍にはどのような外用薬を用いたらよいか	C1	酸化亜鉛、ジメチルイソプロピルアズレンを用いてもよい。上皮形成促進を期待してアルプロスタジルアルファデクス、ブクラデシンナトリウム、リゾチーム塩酸塩を用いてもよい。
	疼痛を伴う場合に外用薬は有用か	C1	外用薬には創部の疼痛を除去する効果はないが、創面を適切な浸潤環境に保つことで疼痛を緩和できる。ジメチルイソプロピルアズレンなどの創面保護効果の高い油脂性基剤の外用薬やスルファジアジン銀、トレチノイントコフェリルなどの水分を多く含む乳剤性基剤(O/W)の外用薬を用いてもよい。
	滲出液が多い場合、どのような外用薬を用いたらよいか	B	滲出液吸収作用を有するカデキシマー・ヨウ素、ポビドンヨード・シュガーを用いることが勧められる。
		C1	デキストラノマー、ヨウ素軟膏を用いてもよい。
	滲出液が少ない場合、どのような外用薬を用いたらよいか	C1	感染創ではスルファジアジン銀、非感染創ではトレチノイントコフェリルなどの水分を多く含む乳剤性基剤(O/W)の外用薬を用いてもよい。
	褥瘡に感染・炎症を伴う場合、どのような外用薬を用いたらよいか。	B	感染抑制作用を有するカデキシマー・ヨウ素、スルファジアジン銀、ポビドンヨード・シュガーを用いることが勧められる。
		C1	フラジオマイシン硫酸塩・結晶トリプシン、ポビドンヨード、ヨウ素軟膏、ヨードホルムを用いてもよい。
	臨界的定着により肉芽形成期の創傷治癒遅延が疑われる場合、どのような外用薬を用いたらよいか	C1	抗菌作用を有するカデキシマー・ヨウ素、ポビドンヨード・シュガー、ヨウ素軟膏もしくはスルファジアジン銀を用いてもよい。
	肉芽形成が不十分で肉芽形成を促進させる場合、どのような外用薬を用いたらよいか	B	肉芽形成促進作用を有するアルクロキサ、トラフェルミン、トレチノイントコフェリル、ポビドンヨード・シュガーを用いることが勧められる。
		C1	アルプロスタジルアルファデクス、ブクラデシンナトリウム、リゾチーム塩酸塩を用いてもよい。
	肉芽が十分に形成され創の縮小を図る場合、どのような外用薬を用いたらよいか。	B	創の縮小作用を有するアルクロキサ、アルプロスタジルアルファデクス、トラフェルミン、ブクラデシンナトリウム、ポビドンヨード・シュガーを用いることが勧められる。
		C1	酸化亜鉛、ジメチルイソプロピルアズレン、幼牛血液抽出液、リゾチーム塩酸塩を用いてもよい。
発生後 全身管理	壊死組織がある場合、どんな外用薬を用いたらよいか	C1	カデキシマー・ヨウ素、スルファジアジン銀、デキストラノマー、プロメラン、ポビドンヨード・シュガー、ヨードホルムを用いてもよい。
	ポケットを有する場合、どのような外用薬を用いたらよいか	C1	ポケット内に壊死組織が残存する場合は、まず創面の洗浄化を図る。また、滲出液が多ければポビドンヨード・シュガーを用いてもよい。滲出液が少なければトラフェルミン、トレチノイントコフェリルを用いてもよい。
発生後 全身管理	抗菌薬の全身投与が必要な感染褥瘡において、どのような抗菌薬の使用が適切か	C1	速やかに想定される起炎菌に適応した抗菌薬の投与を考慮し、感受性試験の結果に基づき、より適切な抗菌薬を投与してよい。
アウトカム マネジメント	褥瘡の治癒促進に、病院ではどのような対策が有効か	C1	多職種で構成する褥瘡対策チームを設置してもよい。
		C1	褥瘡ハイリスク患者加算を導入してもよい。
		C1	皮膚・排泄ケア認定看護師を配置してもよい。

※推奨度の分類 A:十分な根拠があり、行うよう強く勧められる。B:根拠があり、行うよう勧められる。C1:根拠は限られているが、行ってもよい。C2:根拠がないので勧められない。D:無効ないし有害である根拠があるので、行わないよう勧められる。

予防・早期発見適切な褥瘡管理褥瘡の改善・治癒

褥瘡対策チームによる回診の実施状況

診調組 入-3
3 . 1 0 . 1

○ 褥瘡対策チームによる回診の実施状況は、以下のとおりであった。

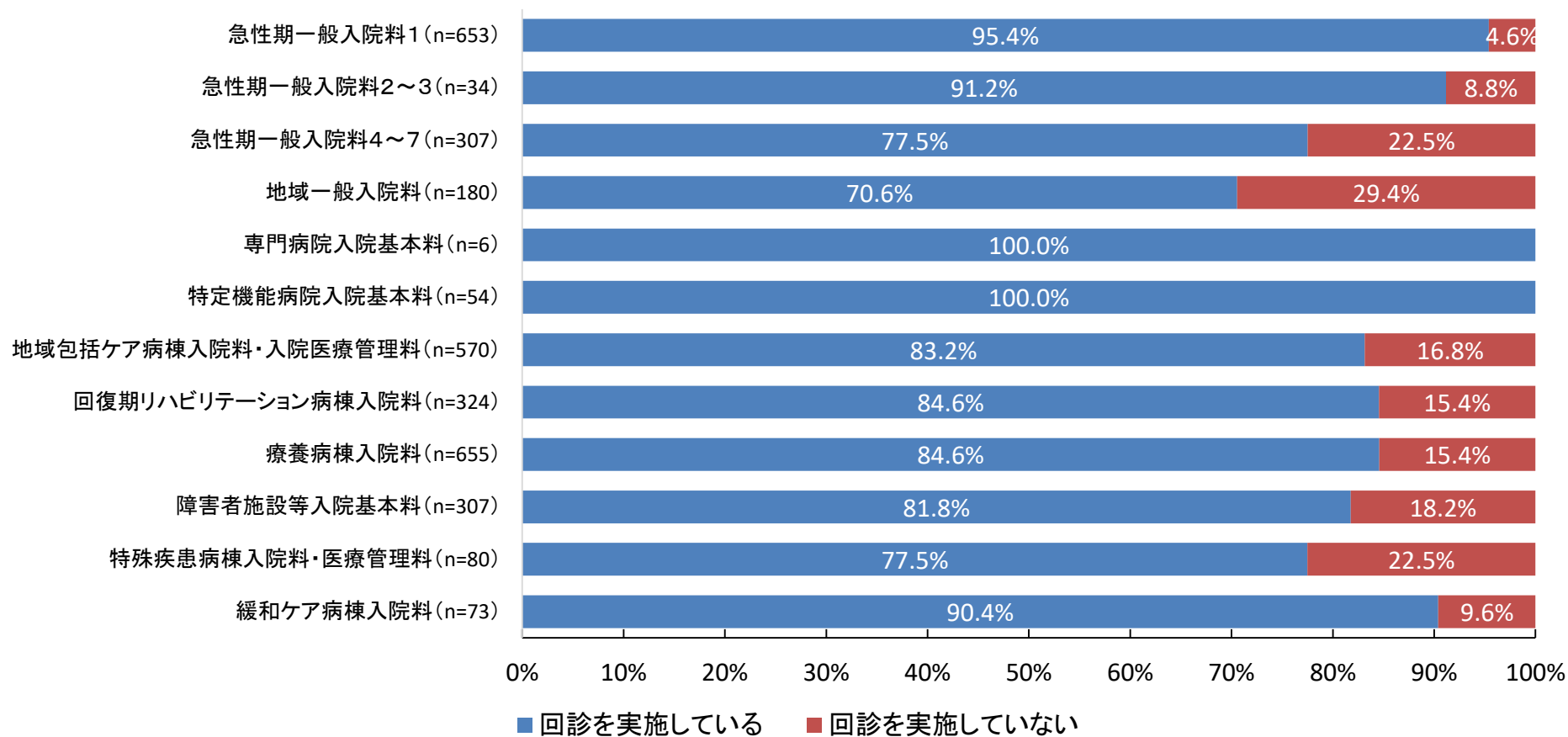


図 褥瘡対策チームによる回診の実施状況

褥瘡対策に関する院内研修の開催状況

診調組 入－3
3 . 1 0 . 1

○ 褥瘡対策に関する院内研修の実施状況は、以下のとおりであった。

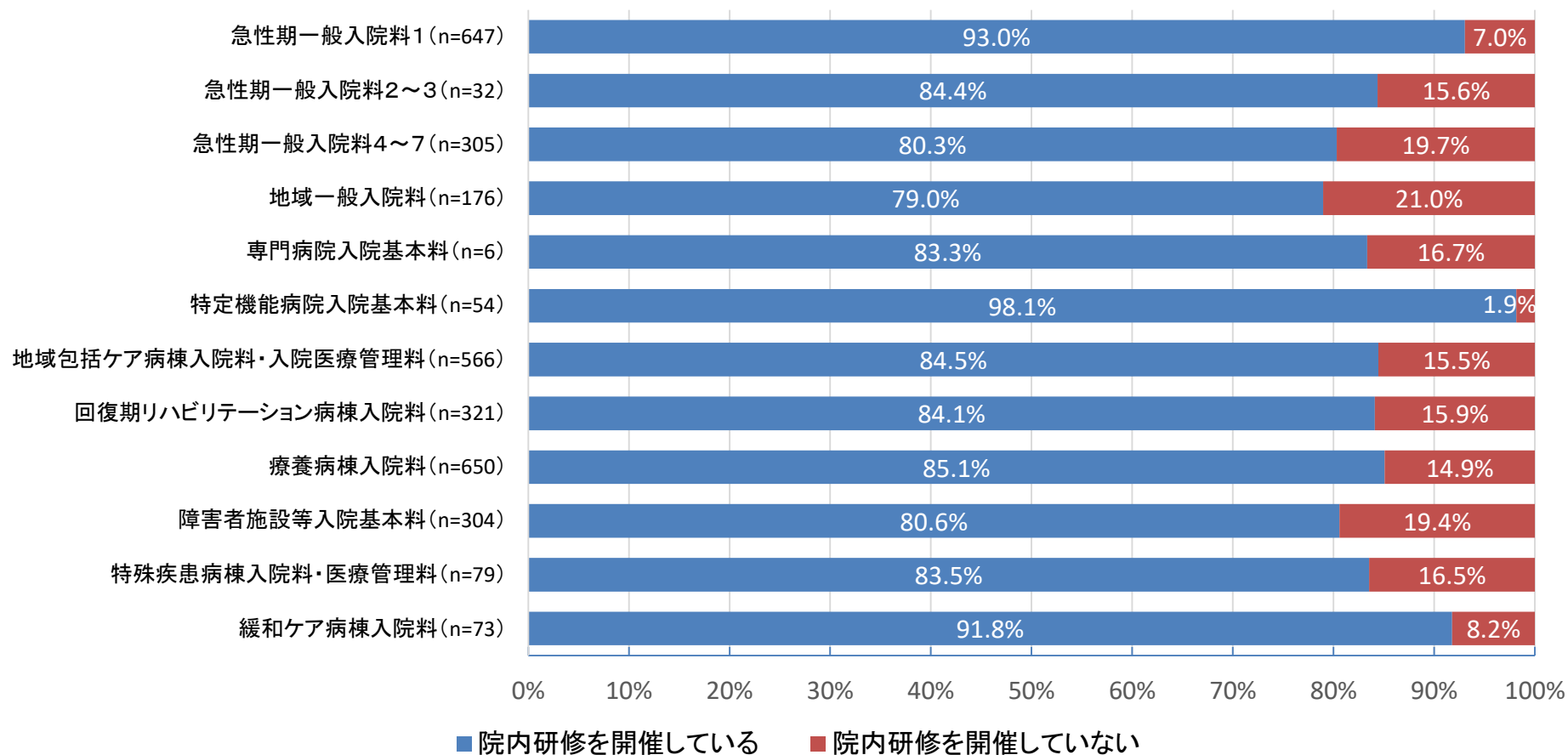


図 褥瘡対策に関する院内研修の開催状況

褥瘡対策の状況

診調組 入-3
3. 10. 1

○ 褥瘡対策チームを構成する職種として、基準に規定されていない薬剤師、管理栄養士、理学療法士等がいずれの入
院料においても一定程度、参画していた。

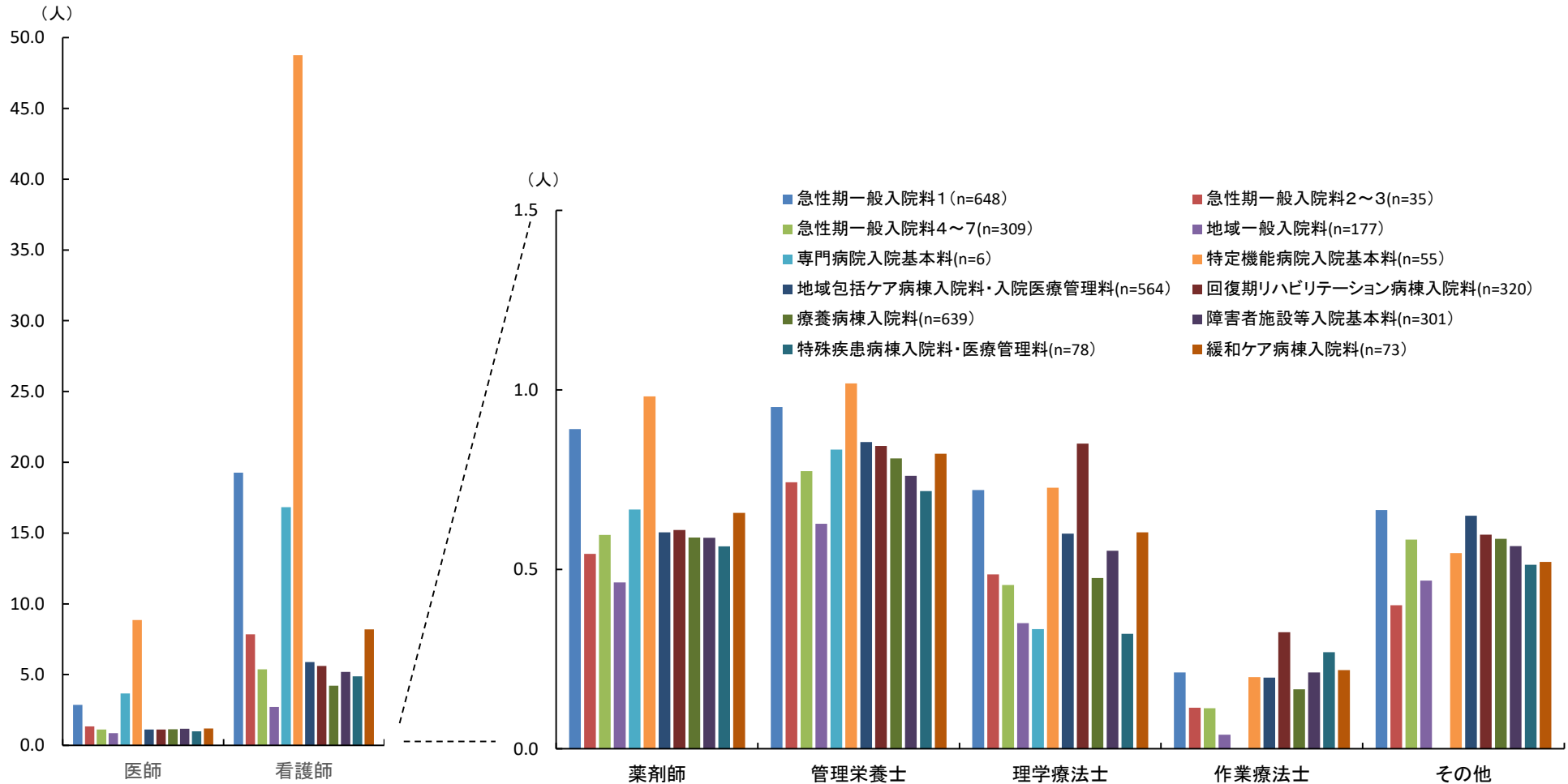


図 入院料別の褥瘡対策チームを構成する職員数

出典: 令和3年度入院医療等の調査(施設票)

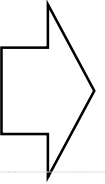
褥瘡対策の見直し

褥瘡対策基準の見直し

➤ 入院患者に対する褥瘡対策を推進する観点から、褥瘡対策の実施内容を明確化する。

現行

【入院基本料及び特定入院料に係る褥瘡対策】
〔施設基準〕
4 褥瘡対策の基準
(新設)



改定後

【入院基本料及び特定入院料に係る褥瘡対策】
〔施設基準〕
4 褥瘡対策の基準
(1)～(3) (略) (変更なし)
(4) 褥瘡対策の診療計画における薬学的管理に関する事項及び栄養管理に関する事項については、当該患者の状態に応じて記載すること。必要に応じて、薬剤師又は管理栄養士と連携して、当該事項を記載すること。なお、診療所において、薬学的管理及び栄養管理を実施している場合について、当該事項を記載しておくことが望ましい。
(5) 栄養管理に関する事項については、栄養管理計画書をもって記載を省略することができること。ただし、この場合は、当該栄養管理計画書において、体重減少、浮腫等の有無等の別添6の別紙3に示す褥瘡対策に必要な事項を記載していること。
(6)～(8) (略) (変更なし)

褥瘡対策に関する診療計画書(2)										
氏名		殿 男・女)		年 月 (歳)						
<薬学的管理に関する事項> ☐ 対応の必要無し										
褥瘡の発症リスクに影響を与える可能性のある薬剤の使用 ☐ 無 ☐ 有 (催眠鎮静剤、抗不安剤、麻薬、解熱鎮痛消炎剤、利尿剤、腫瘍用薬、副腎ホルモン剤、免疫抑制剤、その他())										
薬学的管理計画	<すでに褥瘡を有する患者> 薬剤滞留の問題 ☐ 無 ☐ 有									
<栄養管理に関する事項> ☐ 対応の必要無し ☐ 栄養管理計画書での対応										
栄養評価	評価日		年 月 日							
	体重		kg(測定日 /)		BMI		kg/m2		体重減少 (無・有)	
	身体所見		浮腫 (無・有 (胸水・腹水・下肢)・不明)							
	検査等 検査している 場合に記載		☐ 測定無し Alb値()g/dL 測定日(/)		☐ 測定無し Hb値()g/dL 測定日(/)		☐ 測定無し CRP ()mg/dL 測定日(/)			
	栄養補給法		経口・経腸 (経口・経鼻・胃瘻・腸瘻)・静脈			栄養補助食品の使用 (無・有)				
栄養管理計画										

摂食嚥下支援加算の見直し

摂食嚥下支援加算の概要と算定状況

中医協 総 - 7 - 2
3 . 1 1 . 1 7

H004 摂食機能療法

注3 摂食嚥下支援加算

200点

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に対して、医師・看護師・言語聴覚士・薬剤師・管理栄養士等が共同して、摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な指導管理を行った場合に、週に1回に限り摂食機能療法の点数に加算する。

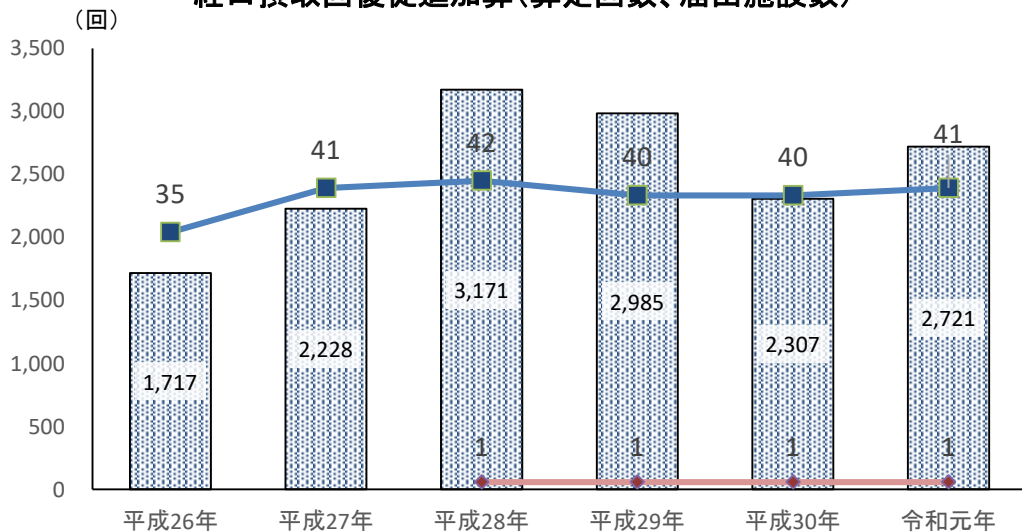
【施設基準】

- 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

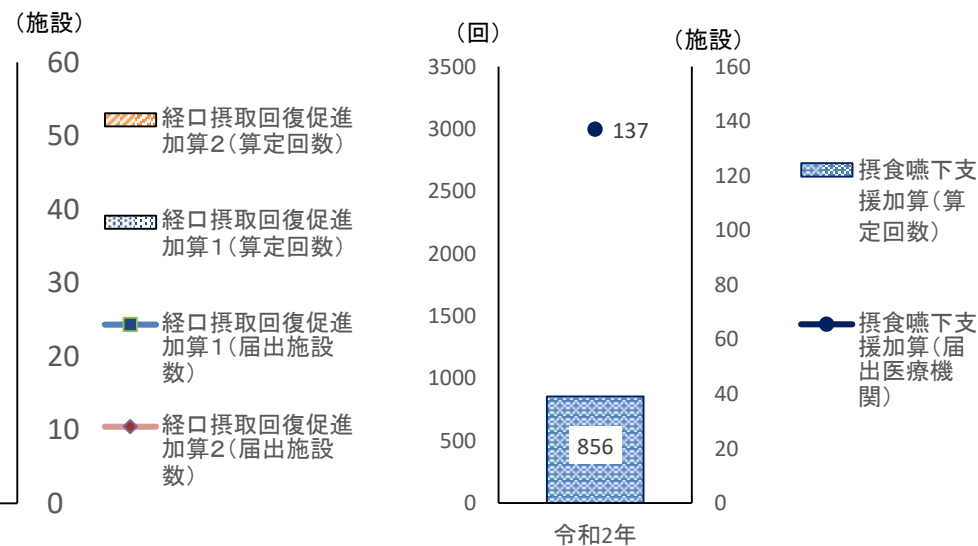
【算定要件】

- 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

経口摂取回復促進加算(算定回数、届出施設数)



摂食嚥下支援加算(算定回数、届出施設数)



出典(算定回数): 社会医療診療行為別統計(平成27年より)、社会医療診療行為別調査(平成26年まで)(各年6月審査分)

出典(届出施設数): 保険局医療課調べ(各年7月1日時点)

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

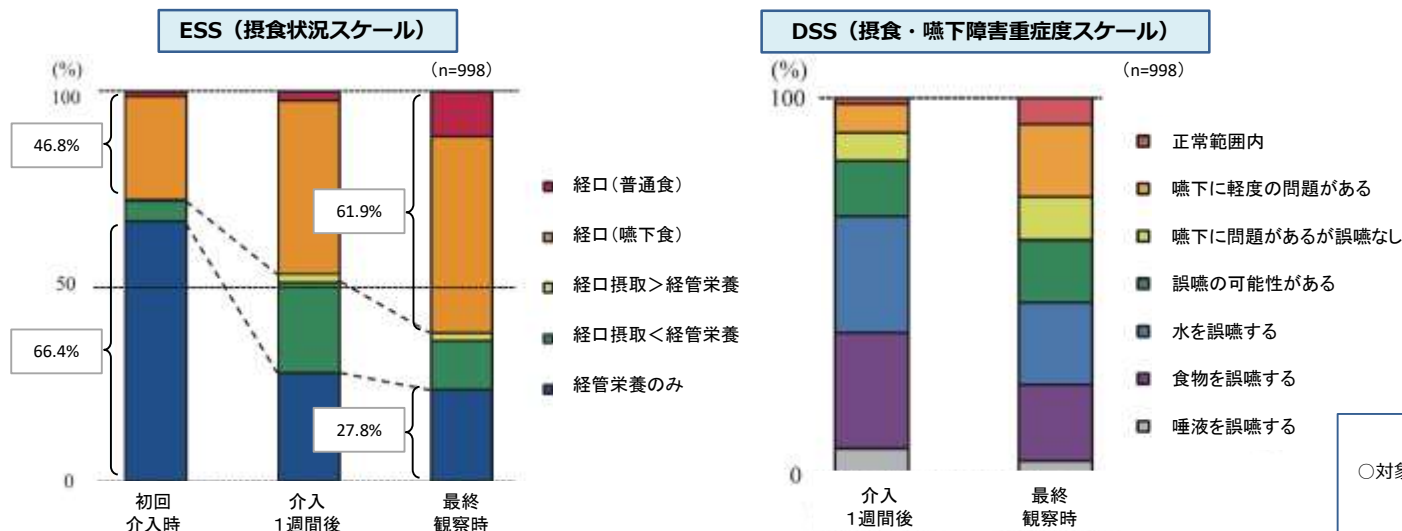
[施設基準]

- ・ 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



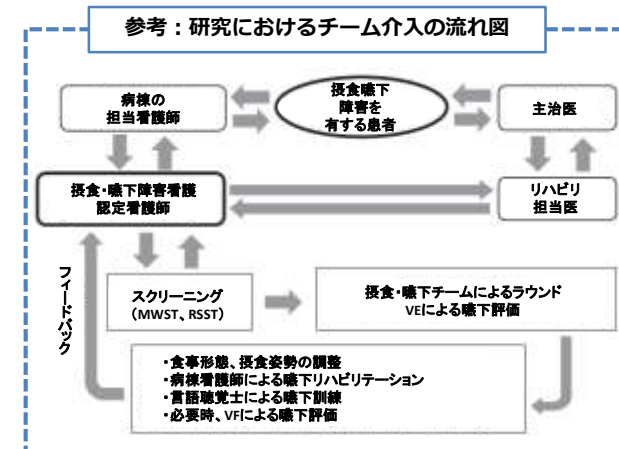
○ 医師、摂食・嚥下障害看護認定看護師、言語聴覚士、管理栄養士等による多職種から構成される摂食・嚥下チームの介入により、摂食・嚥下機能の維持・改善に効果がみられている。

■ 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	口腔ケア	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	○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 ○食事形態等の工夫の対応 ○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
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		
言語聴覚士						
理学療法士、作業療法士						
管理栄養士						
薬剤師						
歯科衛生士				○口腔ケア		

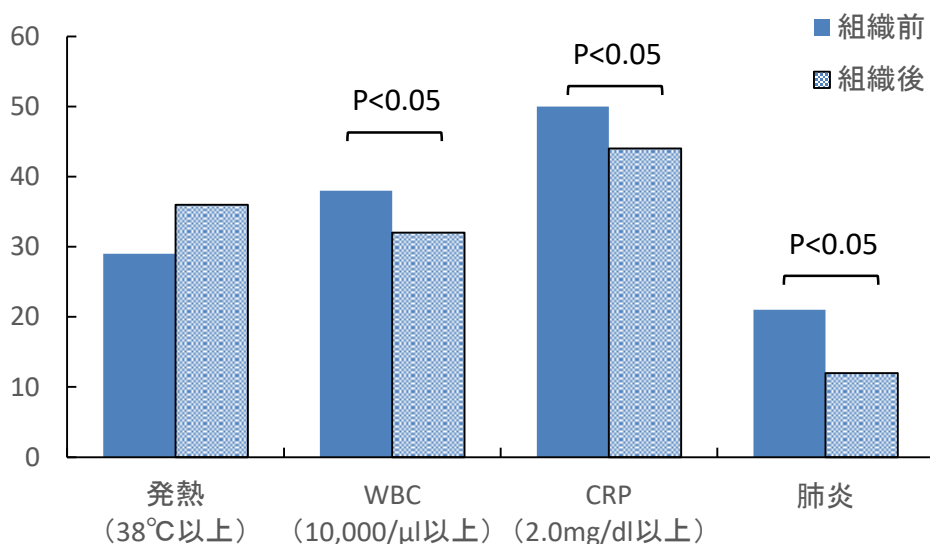
- 脳卒中患者のうち多職種で構成される嚥下チームが組織された後では、入院期間中のWBC及びCRPの基準値以上の患者、肺炎患者数が有意に少ない。
- 嚥下チームが介入することが、肺炎発症の減少に有意に関係している。

【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。

摂食嚥下支援の取組状況

中医協 総－7－2
3 . 1 1 . 1 7

- 摂食嚥下支援加算の届出施設は約1割であった。
- 摂食嚥下支援加算の満たすことが難しい施設基準は、最も多いものが「摂食嚥下支援チームの設置」であり、満たすことが難しいチームの構成職種は、看護師（経験5年以上かつ適切な研修を修了した者）、歯科衛生士、言語聴覚士の順に多かった。

- 届出をしている
- 届出をしていないが、今後届出の予定がある
- 届出をしておらず、今後の届出は検討中
- 届出をしておらず、今後も届出の予定はない
- 無回答

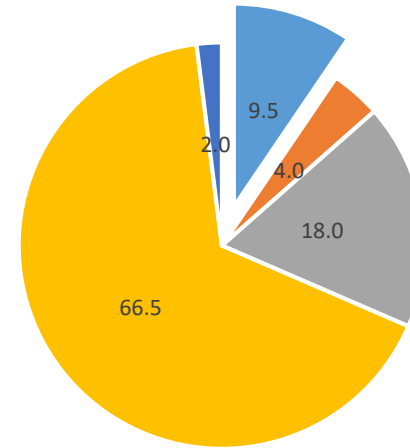


図 摂食嚥下支援加算の届出状況 (R3.7.1時点)

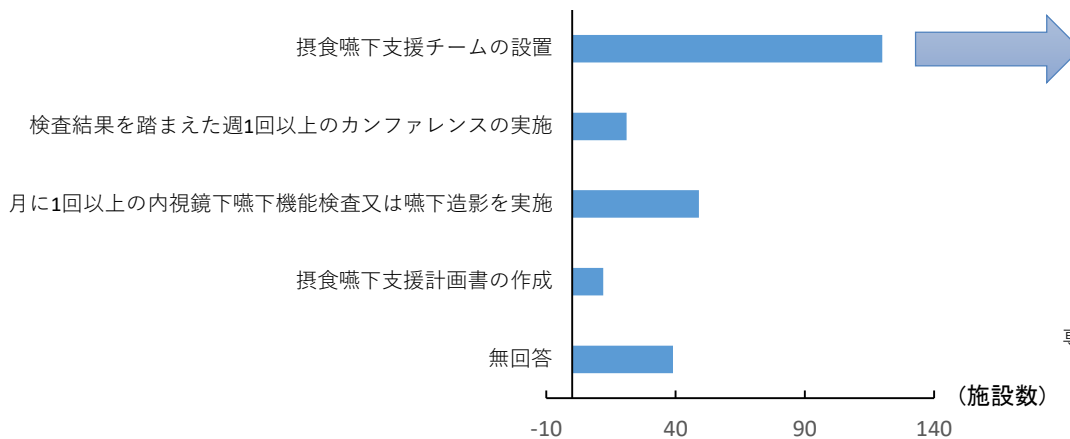


図 満たすことが難しい摂食嚥下支援加算の施設基準 (複数回答)

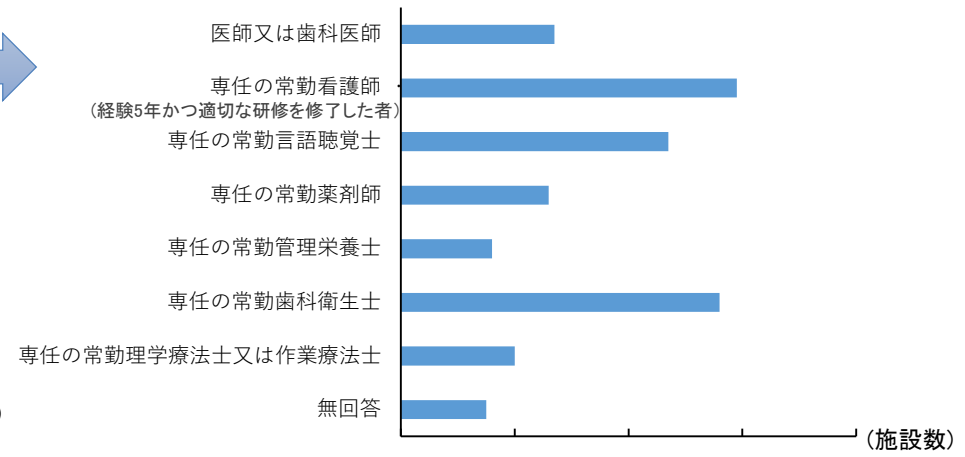


図 満たすことが難しい摂食嚥下支援チームの構成職種 (複数回答)

摂食嚥下支援加算に係る適切な研修について

中医協 総一 7 - 2
3 . 1 1 . 1 7

○ 摂食嚥下支援加算の施設基準における適切な研修の内容については、日本看護協会の認定看護師教育課程「脳卒中リハビリテーション看護」分野の研修内容に含まれている。

摂食嚥下支援加算に関する施設基準における「摂食嚥下障害看護に係る適切な研修」

ア 国又は医療関係団体等が主催する研修であること。
(600 時間以上の研修期間で、修了証が交付されるもの)

イ 摂食嚥下障害看護に必要な専門的な知識・技術を有する
看護師の養成を目的とした研修であること。

ウ 講義及び演習は、次の内容を含むものであること。

(イ) 摂食嚥下障害の原因疾患・病態及び治療

(ロ) 摂食嚥下機能の評価とその方法、必要なアセスメント

(ハ) 摂食嚥下障害に対する援助と訓練

(ニ) 摂食嚥下障害におけるリスクマネジメント

(ホ) 摂食嚥下障害のある患者の権利擁護と患者家族の
意思決定支援

(ヘ) 摂食嚥下障害者に関連する社会資源と関連法規

(ト) 摂食嚥下リハビリテーションにおける看護の役割と
チームアプローチ

エ 実習により、事例に基づくアセスメントと摂食嚥下障害看護
関連領域に必要な看護実践を含むものであること。

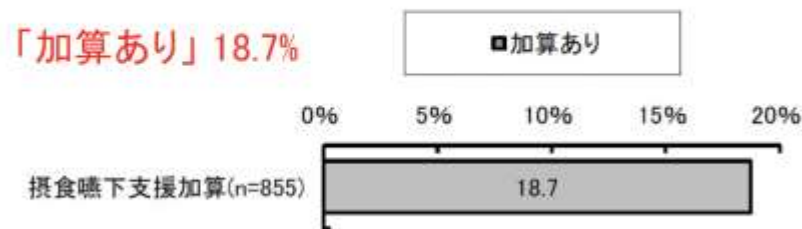
出典：日本看護協会ホームページをもとに保険局医療課が作成

脳卒中リハビリテーション看護				
	教科目名		関連する単元(抜粋)	要件対応箇所
共通科目 (※摂食・嚥下障害看護及び 脳卒中リハビリテーション看護 共通)	1. 医療安全学:医療倫理	必修		
	2. 医療安全学:医療安全管理	必修		
	3. 医療安全学:看護管理	必修		
	4. チーム医療論(特定行為実践)	必修		
	5. 相談(特定行為実践)	必修		
	6. 臨床薬理学:薬理作用	必修		
	7. 指導	必修		
	8. 特定行為実践	選択		
	9. 臨床薬理学:薬物動態	選択		
	10. 臨床薬理学:薬物治療・管理	選択		
	11. 臨床病態生理学	選択		
	12. 臨床推論	選択		
	13. 臨床推論:医療面接	選択		
	14. フィジカルアセスメント:基礎	選択		
	15. フィジカルアセスメント:応用	選択		
	16. 疾病・臨床病態概論	選択		
	17. 疾病・臨床病態概論:状況別	選択		
	18. 医療情報論	選択		
	19. 対人関係	選択		
専門基礎科目	1. 脳卒中リハビリテーション看護概論	必修	・脳卒中リハビリテーション看護における看護倫理 ・脳卒中リハビリテーション看護におけるチーム医療	(ホ)(ト)
	2. 脳卒中の病態生理と診断および治療	必修	・脳と神経の構造とメカニズム ・脳卒中重篤化回避のための病態生理の理解と管理	(イ)
	3. 脳卒中機能障害とその評価	必修	・脳神経系に関連するフィジカルアセスメント ・脳卒中による障害発生メカニズム ・脳卒中における脳/神経機能のアセスメント	(イ)(ロ)
	4. 脳卒中患者・家族の理解	必修	・患者・家族の理解のための諸理論	(ホ)
専門科目	1. 脳卒中急性期重篤化回避の支援技術	必修	・急性期合併症予防の支援技術 ・急性期から始める廃用症候群予防技術	(ハ)(ニ)
	2. 早期離床と日常生活活動自立に向けた支援技術	必修	・日常生活活動自立への支援技術	(ハ)(ニ)
	3. 生活再構築のための支援技術	必修	・運動機能障害者の生活再構築支援 ・高次脳機能障害者の生活再構築支援	(ハ)(ニ)
	4. 脳卒中患者への社会的な支援技術	必修	・脳卒中患者の全人的ケアと社会的支援 ・脳卒中患者が活用可能な社会資源 ・社会復帰に向けた多職種チームの結成と協働	(ヘ)(ホ)(ト)
学内演習・臨地実習	学内演習	必修	・事例による看護過程の展開 ・チームカンファレンスの企画・運営	(イ)~(ト)
	臨地実習	必修		(イ)~(ト)

- 回復期リハビリテーション病棟の調査(2020年)によると、入棟時に経腸栄養であった患者のうち、退棟時に3食経口摂取が可能となり、経腸栄養から離脱できた患者は、当該加算の算定回数「0回」37.9%に対し、「1回以上」63.2%であった。(図2)
- 摂食嚥下支援加算を算定している病院のうち、摂食嚥下認定看護師の配置は27%で、残りの73%の病院は経過措置の適用により算定している。(図3-1)

1. 算定病院の割合(病院ベース n=855)

図 2.10 摂食嚥下支援加算



2. 算定有無による経口摂取獲得割合(患者ベース 入棟時経腸栄養有 n=244)

表 D-11-3 摂食嚥下支援加算算定の回数別にみた経腸栄養の有無

		入棟時経腸栄養有		
		計	退棟時経腸栄養有	退棟時経腸栄養無
0回	有効数	206	128	78
	%	100.0	62.1	37.9
1回以上	有効数	38	14	24
	%	100.0	36.8	63.2
合計	有効数	244	142	102
	%	100.0	58.2	41.8

退棟時経口摂取獲得 算定「無」37.9% vs 算定「有」63.2%

3-1. 摂食嚥下認定看護師の配置



3-2. 脳卒中リハ認定看護師の配置



療養病棟入院基本料について

中 医 協 総 - 2
3 . 8 . 2 5

療養病棟入院料 1

【施設基準】

①看護配置:20:1以上 ②医療区分2・3の患者が8割以上

	医療区分3	医療区分2	医療区分1
ADL区分3	1, 813点	1, 414点	968点
ADL区分2	1, 758点	1, 386点	920点
ADL区分1	1, 471点	1, 232点	815点

医療区分

医療区分3	【疾患・状態】 ・スモン ・医師及び看護師により、常時監視・管理を実施している状態（他に医療区分2又は3に該当する項目がある場合） 【医療処置】 ・24時間持続点滴 ・中心静脈栄養 ・人工呼吸器使用 ・ドレーン法 ・胸腹腔洗浄 ・発熱を伴う場合の気管切開、気管内挿管 ・感染隔離室における管理 ・酸素療法（常時流量3L/分以上を必要とする状態等）
医療区分2	【疾患・状態】 ・筋ジストロフィー ・多発性硬化症 ・筋萎縮性側索硬化症 ・パーキンソン病関連疾患 ・その他の難病（スモンを除く） ・脊髄損傷（頸髄損傷） ・慢性閉塞性肺疾患（COPD） ・疼痛コントロールが必要な悪性腫瘍 ・肺炎 ・尿路感染症 ・リハビリテーションが必要な疾患が発症してから30日以内 ・脱水かつ発熱を伴う状態 ・体内出血 ・頻回の嘔吐かつ発熱を伴う状態 ・褥瘡 ・末梢循環障害による下肢末端開放創 ・せん妄 ・うつ状態 ・暴行が毎日みられる状態（原因・治療方針を医師を含め検討） ・医師及び看護師により、常時監視・管理を実施している状態（他に医療区分2又は3に該当する項目がない場合） 【医療処置】 ・透析 ・発熱又は嘔吐を伴う場合の経腸栄養 ・喀痰吸引（1日8回以上） ・気管切開・気管内挿管のケア ・頻回の血糖検査 ・創傷（皮膚潰瘍 ・手術創 ・創傷処置） ・酸素療法（医療区分3に該当するもの以外のもの）
医療区分1	医療区分2・3に該当しない者

療養病棟入院料 2

【施設基準】

①看護配置20:1以上 ②医療区分2・3の患者が5割以上

	医療区分3	医療区分2	医療区分1
ADL区分3	1, 748点	1, 349点	903点
ADL区分2	1, 694点	1, 322点	855点
ADL区分1	1, 406点	1, 167点	751点

ADL区分

ADL区分3: 23点以上
ADL区分2: 11点以上～23点未満
ADL区分1: 11点未満

当日を含む過去3日間の全勤務帯における患者に対する支援のレベルについて、下記の4項目に0～6の範囲で最も近いものを記入し合計する。

新入院（転棟）の場合は、入院（転棟）後の状態について評価する。

（ 0. 自立、1. 準備のみ、2. 観察、3. 部分的援助、4. 広範な援助、5. 最大の援助、6. 全面依存 ）

項目	支援のレベル
a ベッド上の可動性	0～6
b 移乗	0～6
c 食事	0～6
d トイレの使用	0～6
（合計点）	0～24

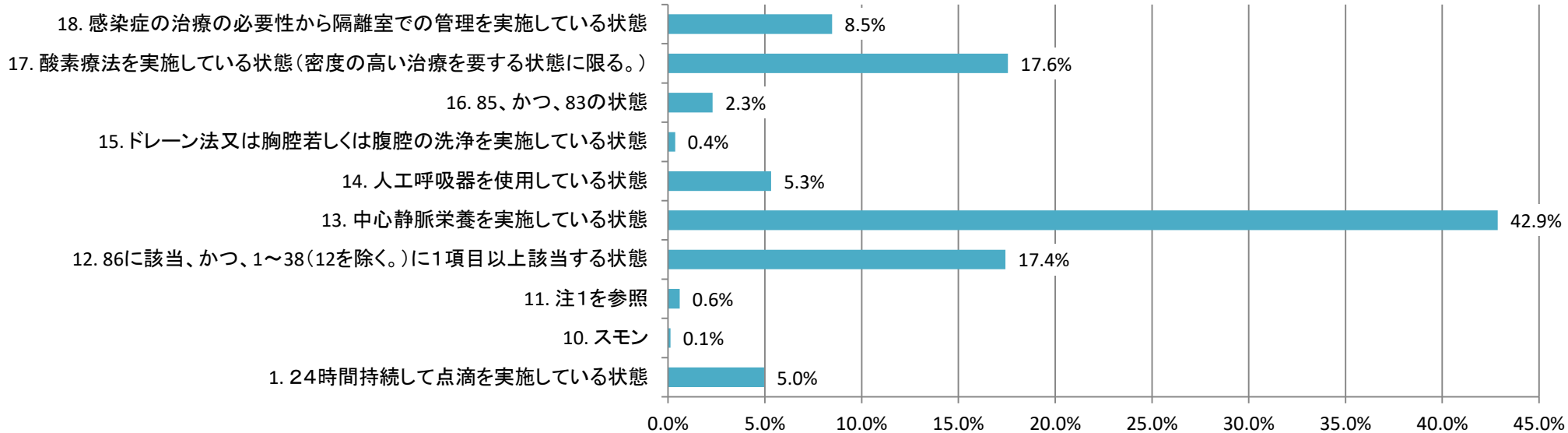
医療区分3における1項目該当の場合の該当項目

中医協 総-1-2
3 . 1 0 . 2 7

○ 医療区分3において、1項目に該当している患者の該当項目は、中心静脈栄養が多かった。

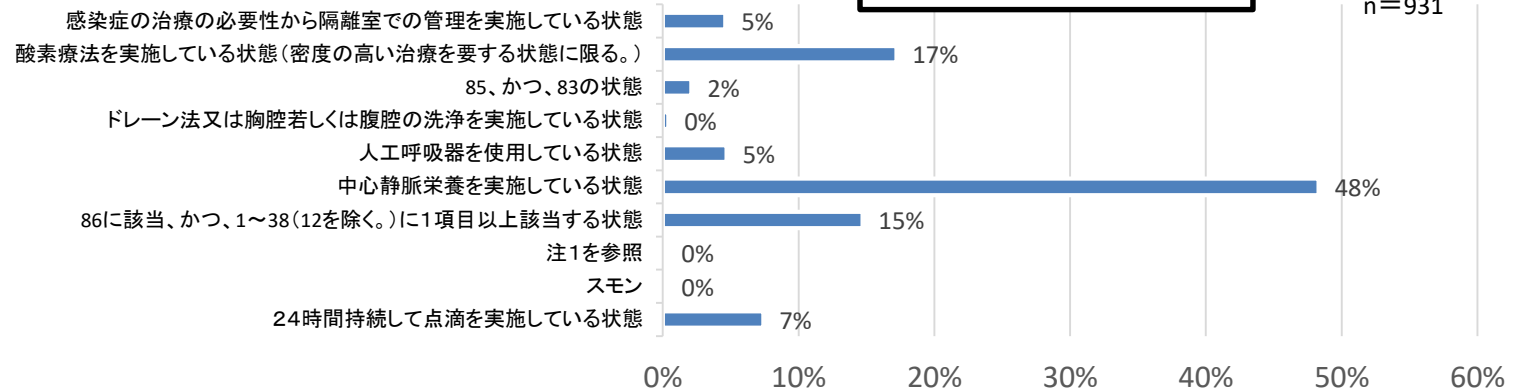
医療区分3の1項目該当の場合の該当項目（構成割合）

n=826



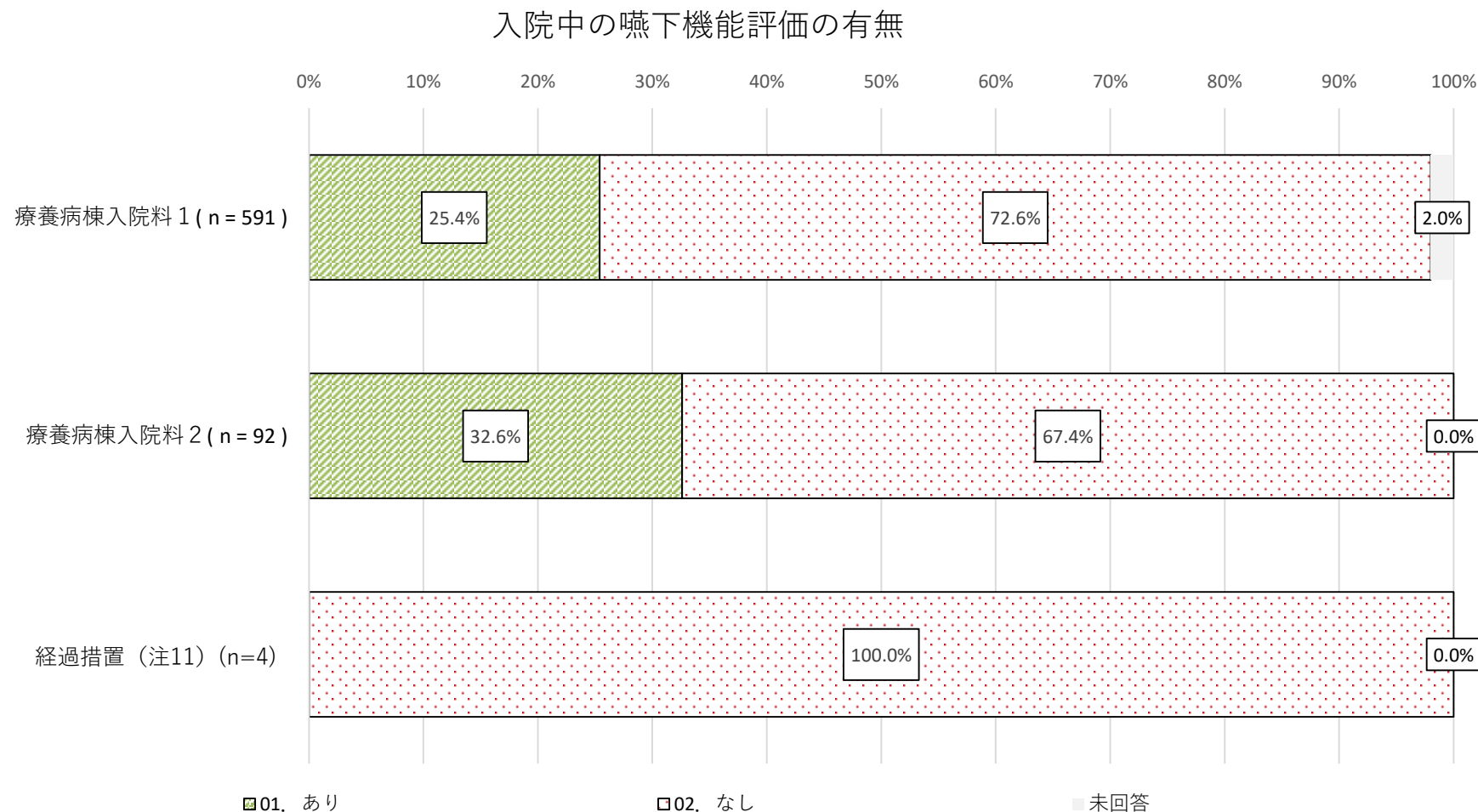
参考：平成30年度調査

n=931



- 81 脱水に対する治療を実施している状態
- 82 頻回の嘔吐に対する治療をしている状態
- 83 発熱がある状態
- 84 経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行われている状態
- 85 気管切開又は気管内挿管が行われている状態
- 86 医師及び看護職員により、常時、監視及び管理を実施している状態
- 91 身体抑制を実施している

○ 入院中の嚥下機能評価の実施状況は以下の通りであった。

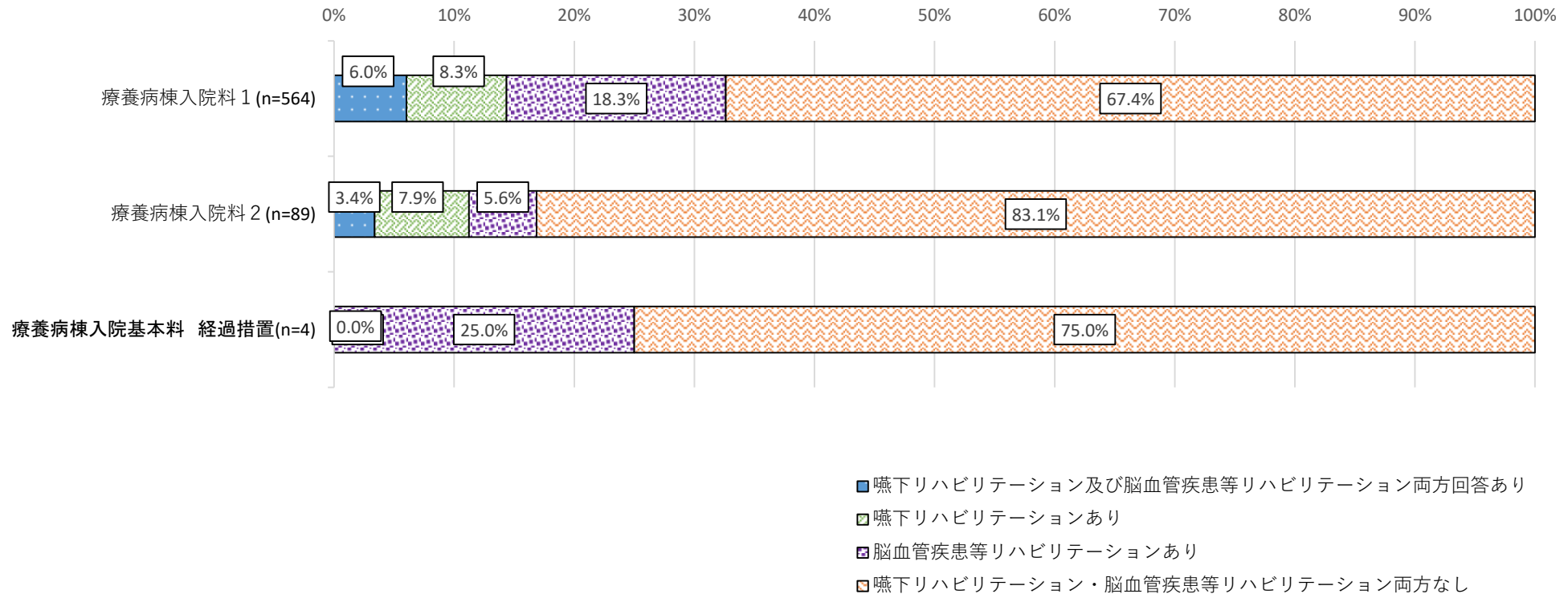


中心静脈栄養を実施している患者における嚥下リハビリ等の実施割合

- 中心静脈栄養を実施している患者のうち、嚥下リハビリ又は脳血管疾患等リハビリテーションを入院中に実施されたことのある患者は以下のとおり。
- 入院料1では32.6%、入院料2では16.9%、経過措置(注11)では25.0%の患者が、嚥下リハビリ・脳血管疾患等リハビリテーションのどちらか又は両方を実施されていた。

診調組	入 - 2	参考 1
3	1	0
		1

入院料別の嚥下リハビリ等の実施割合

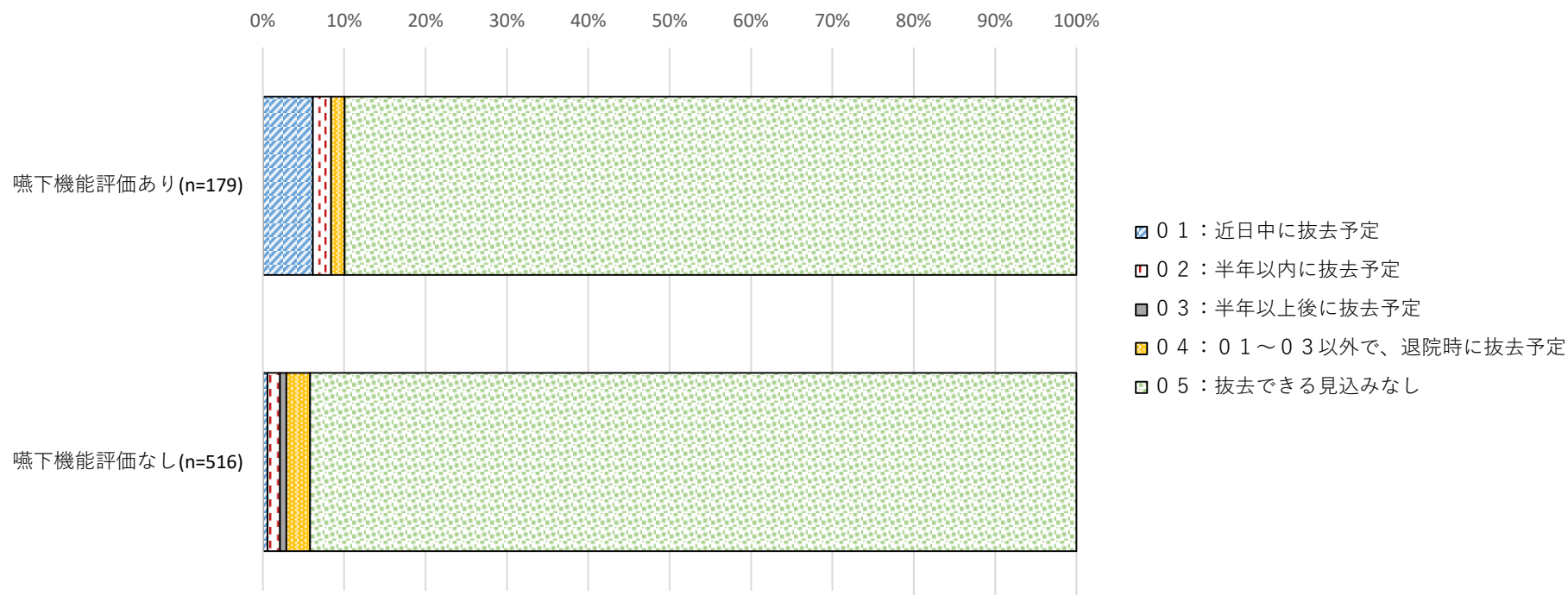


嚥下機能評価の有無別にみた、中心静脈カテーテル抜去の見込み

○ 中心静脈栄養を実施している患者について、嚥下機能評価の有無別に、抜去の見込みを比較した。嚥下機能評価ありの方がなしに比較して抜去予定のある患者の割合が高かった。例として近日中～半年以内に抜去予定との回答を比較すると、評価ありは8%、評価なしは3%であった。

中医協 総－1－2
3 . 1 0 . 2 7

嚥下機能評価有無別にみた中心静脈カテーテル抜去の見込み



出典：令和2年度入院医療等における実態調査（患者票）

- (千葉県摂食嚥下ネットワークHPより一部抜粋し医療課にて作成)

摂食嚥下支援加算の見直し①

摂食嚥下支援加算の見直し

➤ 中心静脈栄養や鼻腔栄養等を実施している患者の経口摂取回復に係る効果的な取組を更に推進する観点から、摂食嚥下支援加算について、名称、要件及び評価を見直す。

現行	改定後												
【摂食嚥下支援加算（摂食機能療法）】 摂食嚥下支援加算 200点（週1回） 〔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 ➢ 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 *の職種は、カンファレンスの参加が必須 入院時及び退院時の嚥下機能の評価等について報告	<u>（改）【摂食嚥下機能回復体制加算（摂食機能療法）】</u> <table><tr><td><u>摂食嚥下機能回復体制加算1</u></td><td><u>210点（週1回）</u></td></tr><tr><td><u>摂食嚥下機能回復体制加算2</u></td><td><u>190点（週1回）</u></td></tr><tr><td><u>摂食嚥下機能回復体制加算3</u></td><td><u>120点（週1回）</u></td></tr></table> 〔算定要件〕 ①内視鏡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 ②嚥下造影又は内視鏡下嚥下機能検査を実施（月1回以上） ③検査結果等を踏まえカンファレンスを実施（週1回以上） ④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 〔施設基準〕 <table><tr><th>加算1</th><th>加算2</th><th>加算3</th></tr><tr><td> <u>摂食嚥下支援チームの設置</u>（ST以外は全員専任） ・ <u>医師又は歯科医師、適切な研修を修了した看護師又は専従の言語聴覚士、管理栄養士</u> ・ カンファレンスに参加：必要に応じてその他職種 摂食機能療法の算定可能医療機関 ・ 鼻腔栄養、胃瘻、又は中心静脈栄養の患者の<u>経口摂取回復率35%以上</u> ・ <u>摂食機能又は嚥下機能に係る療養についての実績等を地方厚生局長等に報告</u> </td><td> ・ <u>摂食機能又は嚥下機能に係る療養について実績等を地方厚生局長等に報告</u> </td><td> <u>専任の医師、看護師又は言語聴覚士</u> 療養病棟入院基本料のうち、療養病棟入院料1又は入院料2を算定している病棟 ・ <u>中心静脈栄養を実施している患者のうち、「嚥下機能評価を実施の上、嚥下リハビリテーション等を行い、嚥下機能が回復し、中心静脈栄養を終了した患者」が1年に2人以上</u> ・ <u>摂食機能又は嚥下機能に係る療養についての実績等を地方厚生局長等に報告</u> </td></tr></table>	<u>摂食嚥下機能回復体制加算1</u>	<u>210点（週1回）</u>	<u>摂食嚥下機能回復体制加算2</u>	<u>190点（週1回）</u>	<u>摂食嚥下機能回復体制加算3</u>	<u>120点（週1回）</u>	加算1	加算2	加算3	<u>摂食嚥下支援チームの設置</u>（ST以外は全員専任） ・ <u>医師又は歯科医師、適切な研修を修了した看護師又は専従の言語聴覚士、管理栄養士</u> ・ カンファレンスに参加：必要に応じてその他職種 摂食機能療法の算定可能医療機関 ・ 鼻腔栄養、胃瘻、又は中心静脈栄養の患者の<u>経口摂取回復率35%以上</u> ・ <u>摂食機能又は嚥下機能に係る療養についての実績等を地方厚生局長等に報告</u>	・ <u>摂食機能又は嚥下機能に係る療養について実績等を地方厚生局長等に報告</u>	<u>専任の医師、看護師又は言語聴覚士</u> 療養病棟入院基本料のうち、療養病棟入院料1又は入院料2を算定している病棟 ・ <u>中心静脈栄養を実施している患者のうち、「嚥下機能評価を実施の上、嚥下リハビリテーション等を行い、嚥下機能が回復し、中心静脈栄養を終了した患者」が1年に2人以上</u> ・ <u>摂食機能又は嚥下機能に係る療養についての実績等を地方厚生局長等に報告</u>
<u>摂食嚥下機能回復体制加算1</u>	<u>210点（週1回）</u>												
<u>摂食嚥下機能回復体制加算2</u>	<u>190点（週1回）</u>												
<u>摂食嚥下機能回復体制加算3</u>	<u>120点（週1回）</u>												
加算1	加算2	加算3											
<u>摂食嚥下支援チームの設置</u>（ST以外は全員専任） ・ <u>医師又は歯科医師、適切な研修を修了した看護師又は専従の言語聴覚士、管理栄養士</u> ・ カンファレンスに参加：必要に応じてその他職種 摂食機能療法の算定可能医療機関 ・ 鼻腔栄養、胃瘻、又は中心静脈栄養の患者の<u>経口摂取回復率35%以上</u> ・ <u>摂食機能又は嚥下機能に係る療養についての実績等を地方厚生局長等に報告</u>	・ <u>摂食機能又は嚥下機能に係る療養について実績等を地方厚生局長等に報告</u>	<u>専任の医師、看護師又は言語聴覚士</u> 療養病棟入院基本料のうち、療養病棟入院料1又は入院料2を算定している病棟 ・ <u>中心静脈栄養を実施している患者のうち、「嚥下機能評価を実施の上、嚥下リハビリテーション等を行い、嚥下機能が回復し、中心静脈栄養を終了した患者」が1年に2人以上</u> ・ <u>摂食機能又は嚥下機能に係る療養についての実績等を地方厚生局長等に報告</u>											

摂食嚥下支援加算の見直し②

➤ 経口摂取回復に係る効果的な取組を更に推進する観点から、要件及び評価を見直し、名称を摂食嚥下機能回復体制加算に変更する。

摂食嚥下機能回復体制加算

		摂食嚥下機能回復体制加算 1	摂食嚥下機能回復体制加算 2	摂食嚥下機能回復体制加算 3
算定要件	対象患者	摂食嚥下支援チームによる摂食・嚥下機能回復に係る取組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		
	算定可能な従事者	◆ 摂食嚥下支援チームの設置（ST以外は全員専任） ・ 医師又は歯科医師 ・ 適切な研修を修了した看護師※専従の言語聴覚士 （※摂食・嚥下障害看護認定看護師、脳卒中リハビリテーション看護認定看護師） ・ 管理栄養士 ◆ カンファレンスに参加：その他職種も		◆ 専任の医師、看護師又は言語聴覚士
	算定対象とする医療サービスの内容	①内視鏡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 ②嚥下造影又は内視鏡下嚥下機能検査を実施（月1回以上） ③検査結果等を踏まえカンファレンスを実施（週1回以上） ④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		
	日数・回数の要件	1回／週		
施設基準	対象病棟・病床	摂食機能療法の算定可能医療機関		療養病床入院基本料のうち、療養病棟入院料 1 又は入院料 2 を算定している病床
	実績等	・ <u>鼻腔栄養、胃瘻、又は中心静脈栄養の患者の経口摂取回復率 35%以上</u> ・ <u>実績（FIM 及びFOIS）の記録（全員・月に1回以上）</u>	・ <u>実績（FIM及びFOIS）の記録（全員・月に1回以上）</u>	・ <u>中心静脈栄養を実施している患者のうち、「嚥下機能評価を実施の上、嚥下リハビリテーション等を行い、嚥下機能が回復し、中心静脈栄養を終了した患者」が1年に2人以上</u> ・ <u>実績（FIM及びFOIS）の記録（全員・月に1回以上）</u>
経過措置		現に摂食嚥下支援加算を算定している医療機関については、半年間に限り、引き続き加算 1 を算定できる。		

摂食嚥下支援加算の見直し③

(経口摂取に回復させている割合の計算方法)

経口摂取に回復した患者数

=

栄養方法が経口摂取のみの状態に回復した患者

(1か月以上栄養方法が経口摂取のみの患者)

[1年以内注]

自院導入患者数

+

紹介患者数

自院で新たに「鼻腔栄養導入」、「胃瘻造設」、「中心静脈栄養開始」

+ 紹介された「鼻腔栄養」、「胃瘻」「中心静脈栄養」の患者

(「自院で摂食機能療法を実施した患者に限る」)

注) 回復率は、鼻腔栄養導入、胃瘻造設した日又は中心静脈栄養を開始した日から起算して1年以内に回復したもので計算する。

分子及び分母から除くもの

① 1年以内※に死亡した患者

(ただし、栄養方法が経口摂取のみの状態に回復した上で死亡した患者は、分子分母に加える。)

② 1か月以内※に経口摂取に回復した患者

③ 1年以上※経過してから、他の保険医療機関から紹介された患者

※ 鼻腔栄養を導入した日、胃瘻を造設した日又は中心静脈栄養を開始した日から起算

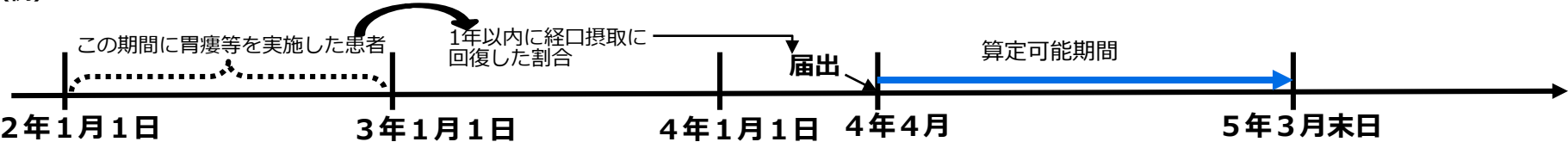
④ 減圧ドレナージ目的 (消化器疾患等の患者で胃瘻造設を行う場合に限る。)

⑤ 成分栄養剤の経路目的 (炎症性腸疾患の患者で胃瘻造設を行う場合に限る。)

⑥ 食道、胃噴門部の狭窄等

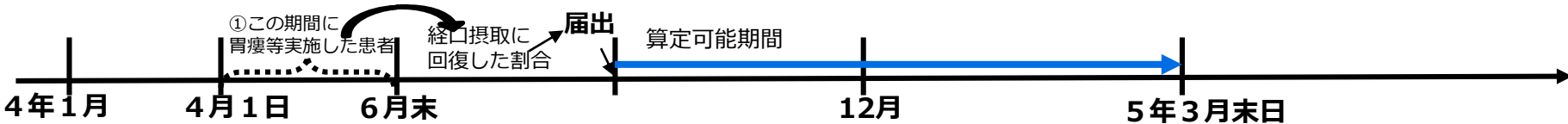
(届出に関する取り扱い)

【通常の場合】 前々年の1月～12月に胃瘻等実施した患者の回復率で届出
(例)



【新規届出の場合】 直近2年のいずれかの4月～6月に胃瘻等実施した患者の回復率で届出可。
(例)

- ① 令和4年4月～6月に胃瘻等実施した患者の回復率で届出可。(令和3年4月～6月でも可)
- ② 継続は、令和4年1月～12月に胃瘻等実施した患者の回復率で判断(令和3年1月～12月でも可)



外来栄養食事指導料の見直し

- 外来化学療法室における栄養相談内容としては、食欲不振、体重減少、味覚障害等が多い。
- 抗がん剤の副作用は、症状により発症時期が異なり、栄養管理・指導ポイントは、症状毎に異なっている。

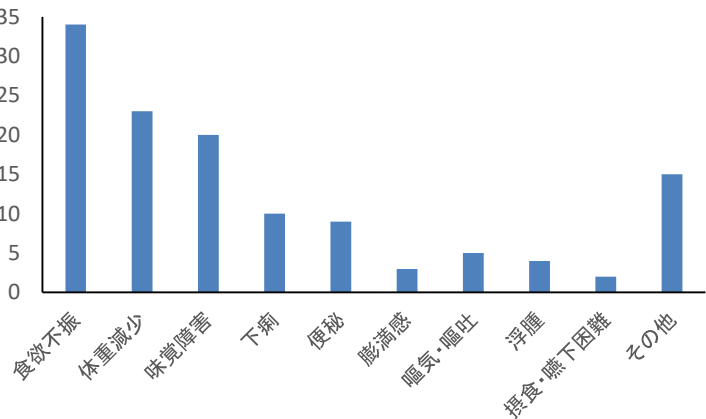


図 外来化学療法室における栄養相談内容

出典：堤ら、日本静脈経腸栄養学会雑誌33(4)：1019-024:2018

表 各症状と栄養管理・指導ポイント

症状	栄養管理・指導ポイント
悪心・嘔吐	・さっぱりとしたのどごしのよいものを選択する。 ・“におい”を抑えた食品調理を選択する。 ・消化が良く、刺激の少ない食品・調理を選択する。 ・一回量は少なめに、感触を加える。 ・体調のよいときを見計らって摂取する。
味覚障害(味覚鈍化、味覚過敏、異味症、感覚への違和感)	・味覚障害の症状を把握する。 ・違和感のある味やにおいを避け、食べやすい味・風味を利用する。 ・好きな香り・うま味を利用し、メニューを工夫する。 ・滑らかな口当たりの食材・料理を選択する。
口腔粘膜障害	・簡単に潰せる軟らかい食品・料理を選択する。 ・薄い味付けを心がける。 ・水分を多く含む滑らかな形態にする。 ・食事の温度は人肌程度に調整する。
下痢	・腸に刺激を与える食品を控える。 ・温かく消化吸收のよい食品・料理を選択する。 ・十分な水分摂取に努める。 ・水溶性食物繊維・乳酸菌を適量摂取する。
便秘	・水溶性・不溶性食物繊維の豊富な食事をとる。 ・十分な水分摂取を心がける。 ・脂質を適度に摂取する。 ・乳酸菌食品をとり、腸内環境を整える。
貧血	・鉄運を豊富に含む食品を選択する。 ・十分なエネルギーとたんぱく質の補給を心がける。 ・ビタミンCと鉄を同時に摂取し、吸収率を上げる。 ・食事中、食事前後は濃い緑茶・コーヒーは控える。 ・食事のみで改善がむずかしい場合は鉄剤の必要性を伝える。

表 抗がん剤副作用の発症時期及び症状

期間	症状
投与当日	アレルギー反応(顔面紅潮、灼熱感、発汗など)、めまい、発熱、血管痛、耳下腺痛、悪心・嘔吐など
1～3日	発疹、全身倦怠感、食欲不振、悪心・嘔吐など
7～14日	口内炎、下痢、食欲不振、胃部重圧感、白血球・血小板の減少など
14～28日	臓器障害(骨髄、内分泌腺、心臓、肝臓、腎臓など)、膀胱炎、皮膚角質化、色素沈着、脱毛、神経症状など
2～6か月	肺線維症、うつ血性心不全など

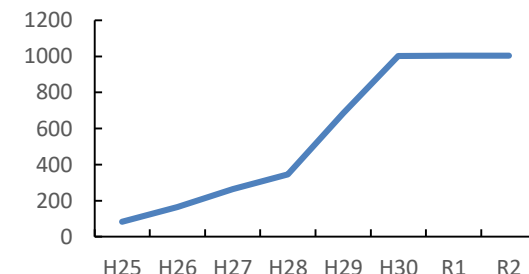
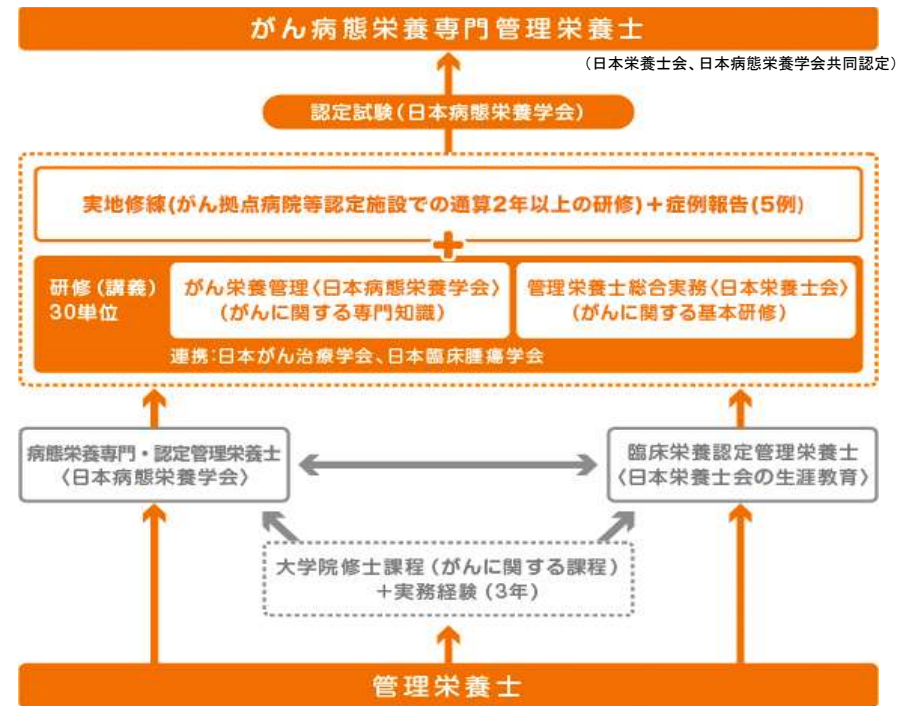
- がんの栄養療法に関する専門的知識を有するとともに、患者の状態等に応じた栄養療法に関する高度な知識と技術を有するものとして、管理栄養士として一定の経験を有した後、必要な研修及び2年以上の実地修練を行った場合に、がん病態栄養専門管理栄養士として認定される制度がある。

がん病態栄養専門管理栄養士とは

がん病態栄養専門管理栄養士とは、がんの栄養療法に関する専門的知識を有するとともに、研究や臨床で求められる高い倫理性、情報収集能力、対人関係形成能力、洞察力を合わせ持ち、がんサバイバーの身体機能の向上やステージに応じた栄養療法に関する高度な知識と技術を有する管理栄養士である。また、医療チームの一員として、がん患者への円滑な治療を推進すべく、栄養に関わる問題の解決策について多職種に対し提議、提案を行い、がん患者や家族に対する実践的な栄養指導を担うものである。

- 1) がん患者の栄養障害を適切に評価・予測し、がんの罹患部位や症状、手術療法、化学療法、放射線療法等、治療に伴う有害事象の軽減に向けて、個々に応じたきめ細かな栄養管理、栄養指導ができる。
- 2) 治療中・治療後の薬物療法やリハビリテーション、個人の体質・、心理等を考慮した生活療養の指導を行うことができる。
- 3) がんの病態に応じた栄養素等の代謝を理解し、輸液・経腸栄養を含めた栄養の投与に関する提案と調整ができる。
- 4) がん患者における摂食・嚥下障害の発生要因に関する知識を有し、その食形態の提案と調整ができる。
- 5) 緩和ケアに関する知識を有し、全人的な視点に立った支援ができる。
- 6) 最新の栄養情報や臨床情報・ガイドライン等を、国内外のデータベースや文献から得て活用できる。
- 7) がんの予防や診断・治療における問題を抽出し、科学的に解析するとともに、新たなエビデンスの構築に向けて情報の発信ができる。
- 8) 以上のような高度な知識及び技術を有する者として、いずれのステージにおいてもがん治療が効果的に継続できるように努めるとともに、実践内容の検証、改善及びその発信を通じて、がん栄養療法の向上に大きく貢献することができる。

がん病態栄養専門管理栄養士の認定フロー



がん病態栄養専門管理栄養士の認定者数(累計)

- がん病態栄養専門管理栄養士が配置されている場合、配置前と比較して、退院時の食事摂取割合の改善、体重の減少割合、入院日数の無延長が有意に影響を受けていた。

【対象と方法】

A病院において2015年度から2020年度（2015年4月1日～2021年3月31日）の期間に、消化器腫瘍外科に入院した18歳以上の胃がん患者（DPC病名が「060020 胃の悪性腫瘍」）858名を対象として、入院中の栄養管理体制において、がん病態栄養専門管理栄養士の配置整備がなかった2015～2017年度と、配置を行った2018～2020年度の入院中の栄養状態および食事摂取量等の変化について、比較検討を行った。

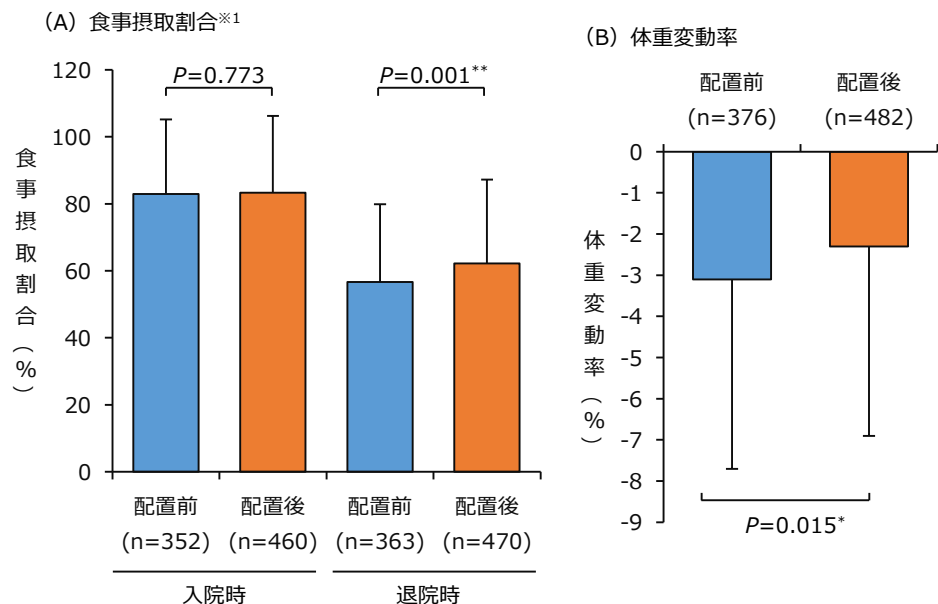


図 食事摂取割合および体重変動率の比較

	多変量解析		
	オッズ比	(95%信頼区間)	P値
入院時年齢	1.034	(1.02-1.05)	<0.001
体重減少率	0.928	(0.89-0.96)	<0.001
食事摂取割合（入院時）	0.990	(0.98-1.00)	0.011
食事摂取割合（退院時）	1.020	(1.01-1.03)	<0.001
がん病態栄養専門管理栄養士配置の有無	4.235	(3.02-5.92)	<0.001

表 入院日数の延長に影響を与える因子の分析

モデル χ^2 検定 $P < 0.001$, 判別率 70.5%

目的変数：DPC期間Ⅰ・DPC期間Ⅱを入院日数の延長なし(=1)、DPCⅢ・DPC期間Ⅲ超を入院日数の延長あり(=2)とした。

説明変数：入院時年齢、がん病態栄養専門管理栄養士配置（なし=1、あり=2）、BMI（入院時）、BMI（退院時）、体重変動率、Alb（入院時）、Alb（退院時）、総リンパ球数（入院時）、総リンパ球数（退院時）、食事摂取割合（入院時）、食事摂取割合（退院時）から、ステップワイズ法（変数増加法）で変数選択を行った。

※1 栄養管理法が経口摂取であった患者を対象とした。

* $P < 0.05$, ** $P < 0.01$

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)



外来栄養食事指導料注2の算定について

中医協 総 - 1
3 . 1 0 . 2 2

○ 外来栄養食事指導料注2については、レジメンによって、月2回の指導ができないため、算定ができない場合が生じる。

表 外来栄養食事指導料注2の算定例

	1w	2w	3w	4w	1w	2w	3w	4w	1w	2w	3w	4w	1w	2w	3w	4w	1w	2w	3w	4w	1w	2w	3w	4w	備考	算定回数／6月
例1	①			②			①			①			①			②			①			①			1投2休	2
例2		①			①			②			①			①			①			②			①		1投2休	2
例3			①			①			①			②			①			①			①			②	1投2休	2
例4				①			①			①			①			②			①			①			1投2休	1
例5	①	②		③	①		②	③		①	②		①	②		③	①		②	③		①	②		2投1休	6
例6		①	②		①	②		③	①		②	③		①	②		①	②		③	①		②	③	2投1休	6
例7			①	②		①	②		①	②		③	①		②	③		①	②		①	②		③	2投1休	6
例8				①	①		②	③		①	②		①	②		③	①		②	③		①	②		2投1休	5
例9	①	②	③		①	②	③		①	②	③		①	②	③		①	②	③		①	②	③		3投1休	6
例10		①	②	③		①	②	③		①	②	③		①	②	③		①	②	③		①	②	③	3投1休	6
例11			①	②	①		②	③	①		②	③	①		②	③	①		②	③	①		②	③	3投1休	6
例12				①	①	②		③	①	②		③	①	②		③	①	②		③	①	②		③	3投1休	5

※数字は、月内の指導回数

※算定可能な2回目の指導を赤字

表 5大がんに関する一般的なレジメンのうち3週に1回投与のレジメン数

	収載レジメン数	うち3週に1回投与のレジメン数	収載割合	備考
肺がん	27	14	51.9%	
胃がん	11	5	45.5%	
大腸がん	22	3	13.6%	
乳がん	14	9	64.2%	
肝がん※	—	—	—	収載されているものが全て経口剤であった。

出典:「がん化学療法レジメンハンドブック」(改訂第6版(2019年3月発行), 日本臨床腫瘍薬学会監修)

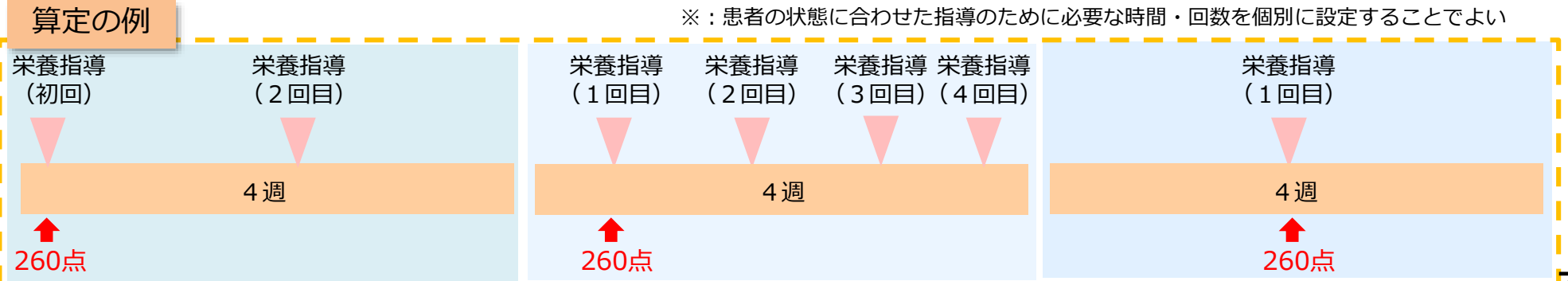
※現在有効性が最も高いとされているのは「アテゾリズマブ+ペバシズマブ」で3週に1回投与のレジメンとなっている。

外来化学療法に係る栄養管理の充実

外来栄養食事指導料の要件の見直し

➤ 外来化学療法を実施するがん患者の治療において、専門的な知識を有する管理栄養士が患者の状態に応じた質の高い指導を実施した場合について、新たな評価を行う。

現行	改定後
【外来栄養食事指導料】 イ 外来栄養食事指導料 1 【算定要件】 (新設) 【施設基準】 (新設)	【外来栄養食事指導料】 【算定要件】 注3 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、外来化学療法を実施している悪性腫瘍の患者に対して、医師の指示に基づき当該保険医療機関の専門的な知識を有する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限り、月1回に限り260点を算定する。 【留意事項】 専門的な知識を有した管理栄養士が医師の指示に基づき、外来化学療法を実施している悪性腫瘍の患者ごとにその生活条件、し好を勘案した食事計画案等を必要に応じて交付し、療養のため必要な指導を行った場合に算定する。 【施設基準】 (1) 悪性腫瘍の栄養管理に関する研修を修了し、かつ、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の管理栄養士が配置されていること。 (2) (1)に掲げる悪性腫瘍の栄養管理に関する研修とは、次の事項に該当する研修のことをいう。 ア 医療関係団体等が実施する300時間以上の研修であること。 イ 悪性腫瘍の栄養管理のための専門的な知識・技術を有する管理栄養士の養成を目的とした研修であること。

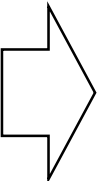


情報通信機器等を用いた外来栄養食事指導の評価の見直し

外来栄養食事指導料の要件の見直し

➤ 初回から情報通信機器等を用いて栄養食事指導を行った場合の評価を見直す。

現行	
【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	
①対面で行った場合	200点
②情報通機器を用いた場合	180点
□ 外来栄養食事指導料 2	
(1) 初回	250点
(2) 2回目以降	190点
[算定要件]	
注3 イの(2)の②については、保険医療機関の医師の指示に基づき当該保険医療機関の管理栄養士が電話又は情報通信機器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。	
注4 □については、診療所において、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、保険医療機関の医師の指示に基づき当該保険医療機関以外の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。	
(新設)	



改定後	
【外来栄養食事指導料】	
イ 外来栄養食事指導料 1	□ 外来栄養食事指導料 2
(1) 初回	(1) 初回
①対面で行った場合 260点	①対面で行った場合 250点
②情報通機器等を用いた場合 235点	②情報通機器等を用いた場合 225点
(2) 2回目以降	(2) 2回目以降
①対面で行った場合 200点	①対面で行った場合 190点
②情報通機器等を用いた場合 180点	②情報通機器等を用いた場合 170点
[算定要件]	
注4 イの(1)の②及び(2)の②については、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、保険医療機関の医師の指示に基づき当該保険医療機関の管理栄養士が電話又は情報通信機器によって必要な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。	
注5 □の(1)の①及び(2)の①については、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、保険医療機関(診療所に限る。)の医師の指示に基づき当該保険医療機関以外の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。	
注6 □の(1)の②及び(2)の②については、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、保険医療機関(診療所に限る。)の医師の指示に基づき当該保険医療機関以外の管理栄養士が電話又は情報通信機器によって必要な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。	