

平成 27 年 6 月 18 日

厚生労働省

保険局長 唐澤 剛 様

保険局医療課長 宮寄 雅則 様

公益社団法人 日本栄養士会

代表理事会長 小松 龍史

## 平成 28 年度診療報酬改定に関する要望書

全ての国民に安全で質の高い医療を推進するためには、管理栄養士が病棟における栄養管理を担う職種として、広く周知されることが喫緊の課題です。平成 28 年度診療報酬改定にあたり、管理栄養士の病棟業務に対する適正な配置等、下記の重点要望の実現について、強く要望いたします。

### 重 点 要 望

1. チーム医療の充実を図るため、病棟に管理栄養士を常駐し、入院患者の状態に応じた質の高い栄養管理を行う体制を新設していただきたい。
2. がん患者が増加する中、がんに関する専門医、専門看護師、専門薬剤師などによるチーム医療は大きな役割を果たしている。その場ががんを専門とした専門管理栄養士が存在し、高度な診療内容を推進することに対し評価をしていただきたい。
3. 栄養食事指導が生活習慣病の重症化を予防することが示され、初期からの頻回な継続教育の重要性が明らかであるために、栄養食事指導点数評価の充実および指導回数要件緩和をお願いしたい。
4. 入院患者が超高齢化し、栄養食事指導が必要とされる疾病も多様化しているため、特別食加算および栄養食事指導の算定対象疾患の拡充をしていただきたい。
5. 病診連携による栄養食事指導の充実を図るべく、栄養食事指導依頼箋発行料の新設をお願いしたい。
6. 超高齢化社会を見据えて在宅での栄養介入を充実させるために、在宅訪問栄養食事指導の要件を緩和していただきたい。

## **1. 管理栄養士の病棟常駐に対する評価（100点/週1回）**

### **第1章 基本診療料、第2部 入院料等、第1節**

#### **入院基本料への加算 管理栄養士病棟業務加算 新設**

近年入院患者をはじめ外来、在宅患者の栄養管理の重要性が認識され、診療報酬上もその評価がされている。入院患者に対する栄養管理を行うためには本来各病棟を担当する管理栄養士が存在し、十分な栄養管理、指導を行うことが理想である。しかし、現状は約80床程度に1名の管理栄養士の配置でしかなく、更なる充足が望まれる（50床に1人程度）。そこで管理栄養士を病棟常駐にすることで、迅速かつ日常的に継続した入院患者の栄養指導、栄養管理、食形態の対応を行うことや病診連携などのシームレスな栄養管理が可能となる。また、このことで、医師、看護師の病棟での業務負担軽減も達成できる。1)~5)

## **2. がん病態専門管理栄養士配置に対する評価**

### **1) 第1章 基本診療料、第2部 入院料等、第2節 入院基本料等加算、A226-2**

#### **緩和ケア診療加算（1日につき）400点 職種の追加**

##### **既存加算条件への管理栄養士追記、がん拠点病院等の要件への管理栄養士の追記**

近年急激に患者数が増加しているがん患者（緩和ケア領域含む）に対し、必要な診療を行った場合に、当該患者（略）について、所定点数に緩和ケア診療加算が算定できる。ここでの緩和ケアチームメンバーは専門の知識を持った医師、看護師、薬剤師であるが、さらに、専門の知識を持ったがん病態専門管理栄養士を加えていただきたい。また、加えて地域拠点病院、地域がん診療病院を含む拠点病院へのがん病態専門管理栄養士の配置を要件としていただきたい。1)6)7)

### **2) 第2章 特掲診療料、第1部 医学管理等、B001 23**

#### **がん患者指導管理料 200点 新設**

##### **医師または管理栄養士ががん患者に対して、栄養管理の必要性や具体的な食事内容について文書等により説明を行った場合**

がん拠点施設や地域がん拠点病院等で、高度な専門の知識を持った管理栄養士が適切な栄養食事指導や栄養管理を行うことで患者QOLの向上を図ることを目的とする。また、この評価は病院勤務医および看護師の業務負担軽減が達成でき、さらに医療費削減効果が望める。1)6)7)8)

・がん病態栄養専門管理栄養士

（日本病態栄養学会・日本栄養士会共同認定、2014年開始、2015年4月現在認定者数約200人）

### **3. 栄養食事指導料評価の充実**

第2章 特掲診療料、第1部 医学管理等、B001 9ならびに10、11  
外来、入院および集団栄養食事指導料評価の充実、実施回数の要件緩和

・外来および入院栄養食事指導料

1回目15分以上130点を、30分以上260点に見直し

2回目以降を、15分以上200点に見直し

・集団栄養食事指導料

1回40分以上80点を、100点に見直し

栄養食事指導については、早期からの頻回、継続的な取り組みの重要性が示されている。しかし、現在の診療報酬では入院および外来栄養指導算定料要件（外来初回月2回、以降1回/月、入院中は2回まで）により、充実した栄養食事指導に結びつけるまでには至らない。早期からの頻回指導の効果としては、特定保健指導等において疾病予防、重症化予防に貢献できることが示されていることから、栄養食事指導算定料要件を見直すことで同様の効果が期待できる。<sup>1)9)10)</sup>

また、栄養食事指導の効果が示されているにもかかわらず、評価は平成6年以降約20年見直しがされていないことから、評価の変更をお願いしたい。

### **4. 特別食対象疾患の拡大**

第2章 特掲診療料、第1部 医学管理等、B001 9ならびに10  
特別食対象疾患の拡大

入院患者が超高齢化し、疾病構造が多様化し調理にかかわる作業が煩雑となっている。しかし、特別食加算対象食の見直しは長く実施されておらず、社会保障審議会医療保険部会においても見直しの必要性が指摘されている。そこで、現状にあわせた見直しを行うことで有益な治療に結び付けたい。また、それらの疾患を栄養食事指導対象疾患としていただきたい。

#### **\*追加対象食と効果**

##### **1) 嚥下困難者に対する(摂食)嚥下調整食**

現在、原因別死亡疾患の第3位は肺炎であり、その多くは誤嚥性肺炎である。多くの患者は嚥下障害を有しており、早期から嚥下食を提供することで誤嚥性肺炎患者を減少させることが可能である。<sup>1)11)12)13)</sup>

##### **2) がん化学療法実施中の患者に対する化学療法食**

がん化学療法にて治療中の患者は食思不振、悪心、嘔吐などのその副作用を起こしやすい。そのような患者に対し、低栄養予防の観点から、きめ細やかな食への対応を行うことで患者QOL向上に貢献できる。<sup>1)6)7)8)</sup>

##### **3) 食物アレルギー患者に対するアレルギー物質除去食**

食物アレルギー患者に対し、食事誤配膳から学校給食においては死亡事例が発生している。近年、食物アレルギー患者はその内容が多岐、増加傾向にあり、事故発生リスクは高くなる一方である。食物アレルギー食を特別食扱いにすることで事故防止につながると同時に、入院および外来時に栄養食事指導を徹底することで、家庭における事故防止にもつなげることが可能となる。

<sup>1)14)</sup>

#### 4) 慢性閉塞性肺疾患（COPD）の特別食対象疾患への追加（栄養食事指導に限る）

慢性閉塞性肺疾患（COPD）患者はその病態から代謝が亢進し、低栄養に陥りやすい。低栄養＝死亡リスクが高いことは周知の事実であり、適切な栄養食事指導を行うことで死亡リスクを抑えることが可能となる。<sup>1)15)</sup>

### 5. 病診連携における栄養食事指導の実現

#### 第2章 特掲診療料、第1部 医学管理等、B001 9

##### 栄養食事指導依頼箋発行料 50点 新設

有床診療所、かかりつけ医施設には糖尿病、腎臓病、循環器疾患患者が多く受診している。しかし、管理栄養士が常勤で勤務するケースは極めて少ない（栄養管理実施加算包括化で明確化）。したがって、患者に対する十分な栄養食事指導は行われていない。この体制では十分な指導効果は期待できないことから、かかりつけ医から地域基幹病院に栄養食事指導依頼箋を発行し、継続的な栄養食事指導を充実させるため、その実施に関わる栄養食事指導依頼箋発行料を新設していただきたい。病診連携による栄養食事指導の実現により、タイムリーな栄養食事指導の実施が可能となり、疾病重症化予防の実現、地域医療連携システムの強化が期待できる。<sup>1)16)</sup>

### 6. 在宅患者訪問栄養食事指導実施における要件の緩和

#### 第2章 特掲診療料、第1部 医学管理等、C009

##### 在宅患者訪問栄養食事指導料 実施要件緩和

在宅患者訪問栄養食事指導料算定要件として、「医師が当該患者に特掲診療料の施設基準等に規定する特別食を提供する必要性を認めた場合であって、当該医師の指示に基づき、管理栄養士が患家を訪問し、患者の生活条件、嗜好等を勘案した食品構成に基づく食事計画案又は具体的な献立を示した栄養食事指導せんを患者又はその家族等に対して交付するとともに、当該指導せんに従った調理を介して実技を伴う指導を30分以上行った場合に算定する」とある。しかし「実技を伴う指導」について患者から拒否されるケースがあり、このことが「在宅患者訪問栄養食事指導」普及を妨げる原因の一つと考えられる（平成25年6月、社会医療診療行為別調査実績：114件）。一方、介護保険における居宅療養管理指導は、「別に厚生労働大臣が定める特別食を必要とする利用者又は低栄養状態にあると医師が判断した者に対して、医師、歯科医師、管理栄養士、看護師、薬剤師その他の職種の方が共同して、利用者ごとの摂食・嚥下機能及び食形態にも配慮した栄養ケア計画を作成していること」とあり、疾病予防はもちろん、低栄養対策も含めた自立支援を目的としており、調理指導は必須要件となっていない。今後、医療における在宅患者訪問栄養食事指導充実の観点から、「実技を伴う指導」の要件を見直していただくとともに、低栄養患者に対する取り組みや摂食・嚥下機能および食形態にも配慮した栄養ケアについても評価していただきたい。

要件を緩和することで、普及が遅れている在宅患者訪問栄養指導が積極的に行われ、在宅患者の疾病重症化予防はもとより、患者の低栄養早期発見および早期対応に貢献できる。<sup>1)17)</sup>

## 参考資料

- 1) (公社)日本栄養士会医療事業部. 平成 26 年度全国病院栄養部門実態調査報告書 (2015)
- 2) Imfeld K, Keith M, Stoyanoff L, Fletcher H, Miles S, McLaughlin J. Diet order entry by registered dietitians results in a reduction in error rates and time delays compared with other health professionals. *J Acad Nutr Diet*. 2012, 112 (10) : 1656 - 61
- 3) Roberts SR. Improving patient outcomes through registered dietitian order writing. *Nutr Clin Pract*. 2013, Oct ; 28 (5) : 556 - 65
- 4) 藤井文子. 病院における管理栄養士数による医療効果, 医療安全および患者への影響調査. *臨床栄養*. 124 (5) : 580 - 586 (2014)
- 5) (公社)日本栄養士会医療事業部. 平成23・24年度政策経費事業報告書 チーム医療推進における管理栄養士の関わりの重要性および病棟への管理栄養士適正配置に関する調査研究 (2012)
- 6) 曾根敦子他. 化学療法による食欲不振の検討と食欲改善のための食事の開発. *癌と化学療法*. 37 (11) : 2217 - 2220 (2010)
- 7) 安武健一郎他. がん化学療法時の食欲不振に対する特別食を用いた食事摂取支援. *日本医療マネジメント学会雑誌*. 7 (2) : 309 - 314 (2006)
- 8) 奥田彩希他. ターミナル期における対応食の成果と課題. *日本慢性期医療協会誌*. 22(6) : 84 - 88 (2015)
- 9) 山縣邦弘他. 厚生労働科研費補助金総合研究報告書 FROM-J 研究. 厚生労働省 (2014)
- 10) 中川幸恵他. 2 型糖尿病患者で観察される栄養指導効果に対する罹病期間並びに指導頻度の影響. *糖尿病*. 57 巻 11 号, 813 - 819 (2014)
- 11) 藤井文子他. 嚥下食の標準化による地域一体型栄養サポートチームの構築 勉強会と料理教室による食の地域連携. *日本病態栄養学会誌*. 16 巻 2 号, 179 - 189 (2013)
- 12) 栢下淳. 嚥下調整食の作製にかかる費用の調査. *日本栄養・食糧学会誌*. 64 (4) : 247 - 247 (2011)
- 13) 藤谷順子他. 日本摂食嚥下リハビリテーション学会嚥下調整食分類 2013. *日摂食嚥下リハ会誌*. 17 (3) : 255 - 267 (2013)
- 14) 鈴木智恵子. アレルギー食の献立につて. *IRYO*. 48 (9) : 735 - 738 (1994)
- 15) 奥田順子. 多職種の協力のもと. 慢性呼吸不全患者に在宅訪問栄養食事指導を行い栄養改善を認めた事例. *臨床栄養*. 123 (6) : 738 - 742 (2013)
- 16) 井上貴美子他. 糖尿病地域連携における管理栄養士の役割. *日本病態栄養学会誌*. 12 (3) : 217 - 221 (2009)
- 17) (公社)日本栄養士会. 地域における訪問栄養食事指導ガイド (2015)