

正誤表・更新情報

本書中に訂正・更新箇所等がございました。お手数をお掛けしますが、下記ご参照頂けますようお願い申しあげます（2013年1月21日）

■第1刷（2012年5月1日発行）の修正箇所

頁	場所	修正前	修正後	補足	掲載
●基礎編●第2章					
23	図1タイトル	NSTの流れ（一例）	チーム医療での管理栄養士の活動		13/01/21
23	図1	【22】の算定	【22】の策定	診療報酬の改訂に伴い、変更	13/01/21
23	右段解答22	22 栄養管理実施加算	22 栄養管理計画	診療報酬の改訂に伴い、変更	13/01/21
24	上から7行目	【30】の算定	【30】の策定	診療報酬の改訂に伴い、変更	13/01/21
24	左段解答30	30 栄養管理実施加算	30 栄養管理計画	診療報酬の改訂に伴い、変更	13/01/21
25	表1	下記※1を参照		診療報酬の改訂に伴い、変更	13/01/21
25	右段解答14～16	14 栄養管理実施加算 15 NST加算 16 専従	14 栄養管理計画の策定 15 NST加算 16 15 17 糖尿病指導	表1の差しかえに伴い、【16】 【17】の箇所が変更になります	13/01/21
26	上から1行目	● 栄養食事指導は、患者ごとの生活条件などを配慮した食品構成に基づく食事計画案または、具体的な献立例を含む栄養食事指導箋を配布したうえで、【17】分以上行うことが必要となる。	● 栄養食事指導は、患者ごとの生活条件、嗜好を勘案した食事計画案などを必要に応じて交付し、概ね15分以上行うことが必要となる。	診療報酬の改訂に伴い、変更	13/01/21
26	左段解答17	17 糖尿病指導		診療報酬の改訂に伴い、【17】の箇所が変更になりました	13/01/21
26	上から17行目と18行目の間		● いずれの指導も指導後に指導内容と指導時間を診療録に記載する。	診療報酬の改訂に伴い、一文追加	13/01/21
26	上から24行目	3) 医療保険制度における栄養管理 ① 栄養管理実施加算の概要 ● 栄養管理実施加算（1日につき【38】点）は、入院患者ごとに作成された栄養管理計画に基づいた栄養管理の実施を評価したものである。加算には、表3に示す事項の実施が要件となる。 ● 食事提供がなく食事療養に関する算定がない中心静脈栄養などを行っている患者であっても、栄養管理計画に基づいた適切な栄養管理が行われていれば、算定対象となる。 ● 栄養管理計画を入院後【39】日以内に策定することで、入院日にさかのぼって算定することができる。 ● 栄養管理計画書は、必ずしも【30】による記載でなくてもよい。なお、栄養管理は、管理栄養士をはじめとして、医師や、医師の指導のもとで薬剤師、看護師、その他の医療従事者が共同して行う。	3) 入院基本料における栄養管理 ① 栄養管理計画の策定 ● 入院患者において診療計画で特別な栄養管理が必要な場合には栄養管理のための計画を行い、書面をもってその内容を示す。 ● 栄養管理計画の策定にあたり、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、有床診療所における管理栄養士は、常勤でなくてもよいという条件となる。 ● 栄養管理計画の策定の実際では、患者入院時に栄養評価を行い、医師、管理栄養士、薬剤師、看護師その他の医療従事者が共同して患者の栄養状態や【38】および食形態を考慮することが求められる。入院日に栄養管理計画を策定できない場合は、入院後【39】日以内に策定する。（重要） ● 栄養管理計画に基づいた患者の栄養管理の実施後、栄養状態についての定期的な記録・評価・必要に応じた見直しを行う。	診療報酬の改訂に伴い、変更 【38】の箇所が変更になります	13/01/21
26	左段解答38	38 12	38 摂食機能	【38】の箇所が変更になりました	13/01/21
26	下から2行目	● 栄養カンファレンスの実施（1日当たりの算定患者）は、1チームにつきおおむね【41】名以内を目安とする。	● 栄養カンファレンスの実施（1日当たりの算定患者）は、1チームにつきおおむね30名以内を目安とする。	【41】の箇所が変更になります	13/01/21

27	上から1行目	<p>● NSTとして稼動するためには、少なくとも栄養管理についての所定の研修を終了した常勤の【42】、【43】、【44】、【45】の4職種のメンバーにより構成され、いずれか1名は【46】であることが必要である。</p> <p>● NSTによる回診には、栄養管理についての所定の研修を終了した【42】、【43】、【44】、【45】の4職種が参加しなかった場合は、算定できない。</p>	<p>● NSTとして稼動するためには、少なくとも栄養管理についての所定の研修を終了した常勤の医師、看護師、【41】、【42】の4職種のメンバーにより構成され、いずれか1名は【43】であることが必要である。</p> <p>● NSTによる回診には、栄養管理についての所定の研修を終了した医師、看護師、【41】、【42】の4職種が参加しなかった場合は、算定できない。</p>	診療報酬の改訂に伴い、変更。 【41】～ 【46】の箇所が変更になります	13/01/21
27	下から1行目	● 各種の加算の概要を表1に示す。	<p>● 【44】の少ない地域に配慮し、専従要件を緩和し加算できる(地域指定:100点／回、週1回)。算定は、厚生労働大臣が定める全国の二次医療圏地域における保険医療機関であり、かつ栄養管理にかかる所定の研修を修了した、専任かつ常勤の医師、看護師、薬剤師および専任の管理栄養士により構成された栄養サポートチームが設置されている施設において、1日1チームにつき概ね15人以内の患者数を算定とする。</p> <p>③糖尿病透析予防指導管理料</p> <p>● 糖尿病透析予防指導管理料(【45】点／回、月1回)は、外来における糖尿病患者の透析移行の予防を目的とし、医師、看護師または保健師、管理栄養士等が連携して、重点的な医学管理を行うことで算定できる。</p> <p>● 算定は、①ヘモグロビンA1c(HbA1c)が6.1%(JDS値)以上、6.5%(国際基準値)以上、②内服薬やインスリン製剤を使用している外来糖尿病患者、③糖尿病性腎症第【46】期以上の患者(透析療法を行っている者を除く)とする。①②③の要件に該当する患者に対して、透析予防診療チームが透析予防の指導管理を行った場合となる。</p> <p>● 算定を行う施設には、医師、看護師または保健師、管理栄養士から構成される透析予防診療チームが設置、糖尿病教室などの実施や実施内容の報告などの3つの要件が必要となる。</p> <p>● 各種の加算の概要を表1に示す。</p>		13/01/21
26～27	右段解答41～46	41 30 42 医師 43 看護師 44 薬剤師 45 管理栄養士 (42～45は順不同) 46 専従	41 薬剤師 42 管理栄養士 (41、42は順不同) 43 専従 44 医療資源 45 350 46 2	【41】～ 【46】の箇所が変更になりました	13/01/21
27	表2左から2列目、下から3行目(小児食物アレルギー食の栄養指導料)	○	○(×集団指導)	診療報酬の改訂に伴い、変更	13/01/21
28	表3	下記※2を参照		診療報酬の改訂に伴い、変更	13/01/21
28	左段解答60、61	60 栄養スクリーニング 61 栄養管理計画	60 管理栄養士 61 診療録	表3の差し替えに伴い、【60】、【61】の箇所が変更になりました	13/01/21
29	Coffee Break 1つ目、1行目	栄養管理実施加算やNST加算など	栄養管理計画の策定やNST加算など	診療報酬の改訂に伴い、変更	13/01/21
29	Coffee Break 2つ目、10行目	《入院時食事療養(I)および特別食加算:提供した食事回数分》(栄養管理実施加算:入院日数分)。	《入院時食事療養(I)および特別食加算:提供した食事回数分》。	診療報酬の改訂に伴い、変更	13/01/21
34	演習問題Q3	<p>Q3 栄養管理実施加算とNST加算に関する記述である。正しいのはどれか。</p> <p>a. 中心静脈栄養による栄養補給では、食事提供がなされていないため、栄養管理実施加算対象にはならない。</p> <p>b. 栄養管理実施加算は、入院後7日以内に栄養管理計画を策定することで、入院日にさかのぼって算定できる。</p> <p>c. 栄養管理実施加算の栄養管理計画書の記述は、管理栄養士によるものでなくてはならない。</p>	<p>Q3 栄養管理計画の策定とNST加算に関する記述である。正しいのはどれか。</p> <p>a. 栄養管理計画書は、管理栄養士が作成しなければならない。</p> <p>b. 栄養管理計画書は、患者ごとの栄養状態、摂食機能および食形態を考慮して作成しなければならない。</p> <p>c. 栄養管理計画の策定は、入院日に作成しなくてはならない。</p>	診療報酬の改訂に伴い、変更	13/01/21

●基礎編●第3章

37	図1	下記※3を参照		13/01/21
37	上から2行目	体重の変化、食物摂取の変化、嘔吐・下痢・食欲不振などの有無、ADL (activities of daily living、日常生活活動作)、浮腫・褥瘡・腹水の有無などを	体重の変化と期間、食事摂取状況および食事内容の変化、消化器症状の有無や継続時間、活動の状況、疾患によるストレス程度、身体状況などを	13/01/21
37	上から8行目	そこでは医療面接による既往歴や家族歴、また	そこでは医療面接による自覚症状、主訴、現病歴・現症、既往歴や家族歴、生活歴、また	13/01/21

●基礎編●第4章

47	「学習の前に」の上から7行目	問診(自覚症状)	自覚症状、主訴	13/01/21
47	「学習の前に」の上から8行目	バイタルサイン、		削除 13/01/21
47	「学習の前に」の上から9行目	現病歴・現症、薬剤、QOLなど	現病歴・現症、既往歴、家族歴、生活歴、QOLなど	13/01/21
52	上から8行目	【18】日と短いので	【18】時間と短いので	13/01/21
52	左段解答16	7	1. 9	13/01/21
52	左段解答18	0. 5～1. 0	12～16	13/01/21
61	上から5行目	【62】・【63】の欠乏が生じ、【64】の分解と【65】の異化亢進が起こり、顕著なやせの状態である。 ●【66】は、タンパク質・必須アミノ酸の欠乏状態で、【67】、【68】、【69】を伴い発症する。【70】、【71】は顕著に低下する ⁵⁾ 。 ●【72】は、【61】と【66】の両方を発症している場合で、臨床での低栄養状態はこのタイプが多い。	【62】の欠乏が生じ、【63】の分解と【64】の異化亢進が起こり、顕著なやせの状態である。 ●【65】は、タンパク質・必須アミノ酸の欠乏状態で、【66】、【67】、【68】を伴い発症する。【69】、【70】は顕著に低下する ⁵⁾ 。 ●【71】は、【61】と【65】の両方を発症している場合で、臨床での低栄養状態はこのタイプが多い。	【62】を削除。 以下番号くり上げ 13/01/21
61	下から1行目	【73】の発症の要因となる。	【72】の発症の要因となる。	13/01/21
61	左段解答	61 マラスムス 62 タンパク質 63 エネルギー (62, 63は順不同) 64 体脂肪 65 骨格筋タンパク質 66 クワシオコール 67 浮腫 68 低アルブミン血症 69 高度脂肪肝 (67～69は順不同) 70 血清アルブミン 71 総リソ球数 (70, 71は順不同) 72 マラスムス性クワシオコール 73 生活習慣病	61 マラスムス 62 エネルギー 63 体脂肪 64 骨格筋タンパク質 65 クワシオコール 66 浮腫 67 低アルブミン血症 68 高度脂肪肝 (66～68は順不同) 69 血清アルブミン 70 総リソ球数 (69, 70は順不同) 71 マラスムス性クワシオコール 72 生活習慣病	13/01/21

●基礎編●第5章

65	「2-A治療食と介護食」1行目	●治療食は、【04】の一環として位置づけられ、疾病回復をより効果的にするために提供される食事である。多くの場合は、患者ごとの【05】を評価、判定する栄養アセスメントを行い、【06】のもとに介入されている。 ●介護食は、高齢社会となった現状において、なくてはならない食事である。高齢者は、【07】や【08】・【09】の問題、発熱や病気、身近な人の死などのライフイベントによる【10】、また、買い物や食事づくりが困難になるなどを原因として、習慣的な【11】が低下し、エネルギー量やタンパク質が不足して【12】状態に陥りやすくなる。	●治療食は、【04】の一環として位置づけられ、疾病回復をより効果的にするために提供される食事である。患者ごとの【05】を評価し、【06】のもとに行われる。 ●介護食は、【07】や【08】・【09】の問題、【10】の低下から習慣的に【11】が低下し、エネルギー量やタンパク質が不足して【12】状態に陥る。	13/01/21
----	-----------------	--	--	----------

65	右段解答10, 11	10 食欲低下 11 栄養摂取量	10 身体機能 11 食事摂取量		13/01/21
66	「2-B治療食の種類」1行目	【14】から発行される食事処方を	【14】からの食事指示を		13/01/21
67	「3-A目的」2行目	安定した栄養補給を行い、【02】を維持・改善するために行う。経腸栄養補給法の種類として【03】、【04】、【05】がある。経静脈栄養補給に比べて【06】かつ簡便で栄養効果も得られる栄養補給法である。	安定した栄養補給により、【02】を維持・改善するために行う。経腸栄養補給法の種類には【03】、【04】、【05】がある。経静脈栄養補給に比べて【06】かつ簡便な栄養補給法である。		13/01/21
67	「3-A目的」6行目	消化管機能を評価し、栄養補給を慎重に開始する。【07】経腸栄養補給は【08】を改善するエビデンスからその有用性が明らかにされている ⁷⁾⁸⁾	消化管機能を評価する。これらの患者への【07】の経腸栄養補給の開始は【08】を改善することのエビデンスが示されている ⁷⁾⁸⁾		13/01/21
67	「3-C投与経路」1行目	● 経口経路は、自らの栄養摂取の意欲が必要であり、【01】が正常で安定していることも大切である。	● 消化管が機能している場合には、【01】を行うことが原則である。	【01】の箇所が変更になりました	13/01/21
67	右段解答01(下から8行目)	01 嘔下反射	01 経腸栄養		13/01/21
68	上から2行目	● 経鼻経管法は、①腸管を使って栄養補給ができるにもかかわらず食事が【13】、②食べられるが、【14】が少なく栄養必要量が確保できない、③適応期間が【15】と判断された場合、適応される経腸栄養補給法である。	● 経鼻経管法は、①腸管は使用できるにもかかわらず、経口から食事が【13】、②【14】が少なく栄養必要量が確保できない、③適応期間が【15】の短期間と判断された場合に用いられる。		13/01/21
68	上から7行目	● 生理的な投与経路であり、経静脈栄養に比べて【16】(高血糖、胆汁うつ帯、脂肪肝、ビタミン欠乏)が起きにくい。		削除	13/01/21
68	上から9行目	【17】を予防し	【16】を予防し		13/01/21
68	上から11行目	● 身体への侵襲が少なく、	● 身体への【17】が少なく、	穴埋めに変更	13/01/21
68	下から5行目	● 鼻腔、口腔内に違和感があり、経口摂取訓練の妨げになりやすい。 ● チューブの【20】。	● 鼻腔、口腔内に違和感があり、【20】の妨げになりやすい。	一文削除、穴埋めの箇所変更	13/01/21
68	下から3行目	● 消化器症状(腹部膨満感、腹痛、嘔吐、下痢)。	● 消化器症状(腹部膨満感、腹痛、嘔吐、下痢)の出現。	穴埋め箇所が変更になりました	13/01/21
68	左段解答16, 17	16 代謝性合併症 17 バクテリアルトランスロケーション(bacterial translocation:BT)	16 バクテリアルトランスロケーション(bacterial translocation:BT) 17 浸襲	穴埋め箇所が変更になりました	13/01/21
68	左段解答20	20 自己抜去	20 経口摂取訓練	穴埋め箇所が変更になりました	13/01/21
72	「4-C投与経路」4行目	(【04】以内)	(【04】未満)		13/01/21
73	「4-D-1)高力口リーエンジニアリング」3行目	【03】前後が標準的である。	【03】が標準的である。		13/01/21
73	右段解答03	03 150	03 150～200		13/01/21

●基礎編●第7章

87	図1	下記※4を参照		13/01/21
87	図1タイトル	栄養ケアの流れ	栄養ケアマネジメントにおける栄養ケア計画・実施のフローチャート	13/01/21
87	右段解答04	04 経過観察(モニタリング)	04 モニタリング	13/01/21
88	「1)①タンパク質の設定」3行目	体タンパク質の損失や低栄養状態での十分な補充、また【15】や【16】時など低タンパク量での調整が必要な場合などがある。	体タンパク質の損失や低栄養状態での十分な補充が必要な場合や、一方、【15】や【16】時などタンパク質の調整が必要な場合などがある。	13/01/21
89	図2中央辺り ("【09】栄養"の上)	短期 (4～6週間以内)	短期 (6週間未満)	13/01/21
89	図2中央辺り ("【10】腸瘻"の上)	長期 (4～6週間以上)	長期 (6週間以上)	13/01/21
89	図2右側辺り ("末梢静脈栄養"の上)	短期 (2週間以内)	短期 (2週間未満)	13/01/21

90	「1)栄養食事療法の実際」6行目	・最も自然な方法で口から食物を摂取し、【09】を楽しみながら継続することができる ・食材の【10】、【11】を調節すること、また【12】の工夫により栄養素、栄養量を調節できる	・すぐに【09】はみられないが、【10】ことで効果が期待できる ・【11】の向上あるいは保持に有用 ・本人や家族、介護者が【12】を受け、実施できる	問題差しかえ	13/01/21
90	左段解答9~12	09 味覚 10 種類 11 量 (10, 11は順不同) 12 調理法	09 治療効果 10 長く続ける 11 QOL 12 指導		13/01/21
90	「2)①経口栄養」3行目	i . 一般食	i . 一般治療食		13/01/21
90	「2)①経口栄養」4行目	● 一般食は	● 一般治療食は		13/01/21
90	下から9行目	一般食同様に【26】で	一般治療食同様に【26】で		13/01/21
90	左段解答17	17 一般食	17 一般治療食		13/01/21
90	左段解答20	20 食事箋	20 栄養食事指導依頼書		13/01/21
91	上から9行目	1日1,000~1,200 kcal程度	1日700~1,400 kcal程度		13/01/21
91	「③ii. 末梢静脈栄養(PPN)」1行目	【45】日間	【45】週間未満		13/01/21
91	右段解答45	45 7~10	45 2		13/01/21
91	「③ii. 末梢静脈栄養(PPN)」5行目	1,000~1,200 kcal/日	700~1,400 kcal/日		13/01/21
96	下から6行目	●カルテ(電子)・【25】によって、問診観察、身体計測値、【26】、治療内容などを理解する。栄養食事調査で、【27】、【28】、食生活状況、身体活動量、栄養食事指導と栄養食事療法の【29】、心理状態、性格、感情、学習能力、【30】、ADLなどを把握する。栄養状態・病態と栄養摂取量・食生活状況との関連などを総合してアセスメントする。	●カルテ(電子)・【25】によって、自覚症状、主訴、現病歴・現症、既往歴、家族歴、生活歴、身体観察、身体計測値、【26】、治療方針などを理解する。【27】、【28】、食生活状況、身体活動量、栄養食事指導と栄養食事療法の【29】、心理状態、【30】、ADLなどを把握する。これらを総合してアセスメントする。		13/01/21

●疾患別編●第1章

116	表2	下記※5を参照	動脈硬化性疾患予防ガイドラインの改訂に伴い、変更	13/01/21
116	「2)①栄養評価」4行目	● LDLコレステロール	● 総コレステロール	動脈硬化性疾患予防ガイドラインの改訂に伴い、変更
116	「2)①栄養評価」6行目	● LDLコレステロールは【13】	● LDLコレステロールは【14】	動脈硬化性疾患予防ガイドラインの改訂に伴い、変更。 差しかえ後の表2中の穴埋めに追加があります。これに伴い、番号くり下げ
116	左段解答09~12	09 40 10 未満 11 150 12 以上	09 120~139 10 40 11 未満 12 150 13 以上	差しかえ後の表2中の穴埋めに追加があります。これに伴い、番号くり下げ
116	左段解答13	13 フリードワルドの式	14 フリードワルドの式	
116	下から1行目	(ただし中性脂肪 400 mg/dL以下の場合に適応)	※トリグリセライドが400 mg/dL未満の場合に使用する。トリグリセライドが400 mg/dL以上や食後採血の場合は、nonHDL-コレステロール(TC-HDL-C)を使用する。nonHDL-コレステロールの基準値は、LDL-コレステロール+30 mg/dLである。	動脈硬化性疾患予防ガイドラインの改訂に伴い、変更
117	上から2行目	●動脈硬化性疾患の予防ガイドライン(2007年)の「脂質異常症における食事療法」による(表3)。まず第1段階を進め、第1段階で血清【14】の改善が得られない場合は第2段階に進む。	●動脈硬化性疾患の予防ガイドライン(2012年)の「動脈硬化性疾患予防のための食事」による(表3)。また、脂質異常症の病型別による食事療法のポイントを表4に示す。	動脈硬化性疾患予防ガイドラインの改訂に伴い、変更

117	右段解答14	14 脂質		問題の差しかえに伴い、削除	13/01/21
117	表3	下記※6を参照		動脈硬化性疾患予防ガイドラインの改訂に伴い、変更	13/01/21
117	表3の後	下記※7を参照		新規に表4追加	13/01/21
117	右段解答16~24	16 25~30 17 大豆タンパク 18 20~25 19 植物性・魚類性脂肪 20 300 mg 21 20 22 200 mg 23 3/4/3 24 50	16 20~25 17 4.5 18 7 19 200 20 n-3系多価不飽和脂肪酸 21 50~60 22 6 23 25 24 トランス	表3の差しかえに伴い、問題が変更となっています	13/01/21
118	「1)③診断」6行目	(表4、図2)	(表5、図2)	表4の追加に伴い、表番号、以下くり下げ	13/01/21
118	表4タイトル	表4 ● 肥満度分類	表5 ● 肥満度分類		13/01/21
123	下から6行目	②症状(表5)	②症状(表6)		13/01/21
123	表5タイトル	表5 ● ビタミンの欠乏症および過剰症の症状	表6 ● ビタミンの欠乏症および過剰症の症状		13/01/21
126	「8-1)臨床医学の復習」1行目	①疾患の原因(表7)	①疾患の原因(表8)		13/01/21
126	表7タイトル	表7 ● アシドーシス／アルカローシスをきたす原因	表8 ● アシドーシス／アルカローシスをきたす原因		13/01/21
135	文献3)	3)「動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2007年版」(日本動脈硬化学会編), 日本動脈硬化学会, 2007	3)「動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2012年版」(日本動脈硬化学会編), 日本動脈硬化学会, 2012	動脈硬化性疾患予防ガイドラインの改訂に伴い、変更	13/01/21

●疾患別編●第6章

170	表1	下記※8を参照	CKD診療ガイドの改訂に伴い、変更	13/01/21
170	表1タイトル	表1 ● CKDのステージ分類	表1 ● CKDの重症度分類	CKD診療ガイドの改訂に伴い、変更
170	左段解答09~11	09 60 10 59 11 15	09 原疾患 10 60 11 59 12 15	表1の差しかえに伴い、問題が変更となっています
171	表2	下記※9を参照	CKD診療ガイドの改訂に伴い、変更	13/01/21
171	右段解答01~06	01 0.5 02 59 03 3 04 2,000 05 0.6 06 15	01 60 02 59 03 15 04 35 05 0.6 06 25 07 3 08 1,500	表2の差しかえに伴い、問題が変更となっています
179	文献4)	4)「CKD 診療ガイド」(日本腎臓学会編), 東京医学社, 2007	4)「CKD 診療ガイド」(日本腎臓学会編), 東京医学社, 2012	13/01/21

別冊 演習問題【解答 & 解説】

2	「第2章 A3」解説	a. 食事提供がなく食事療養に関する算定がない中心静脈栄養などを行っている患者であっても、栄養管理計画に基づいた適切な栄養補給が行われていれば、算定対象となる	a. 栄養管理計画書は、医師、管理栄養士、薬剤師、看護師その他の医療従事者が入院時に栄養評価を行い、共同して作成する。	13/01/21
2	「第2章 A3」解説	b. 栄養管理加算は、入院後7日以内に栄養管理計画を策定することで、入院日にさかのぼって算定できる	b. 栄養管理計画書は、患者ごとの栄養状態、摂食機能および食形態を考慮して作成しなければならない。	13/01/21
3	「第2章 A3」解説	c. 栄養管理実施加算の栄養管理計画書の記述は、必ずしも管理栄養士によるものでなくてもよい。	c. 栄養管理計画を入院日に策定できない場合は、入院後7日までに策定する。	13/01/21

図表

*1 診療報酬の改訂に伴い、下記の表へ差しかえをお願いいたします(赤で囲った部分が変更箇所です)。

表1 ● 管理栄養士・栄養士の業務に関する診療報酬

	診療報酬	要件
食事療養	[⁰⁶] 640円/食	1日3食を限度とする。一定の要件を満たす保険医療機関での加算が認められる
	入院時食事療養(Ⅱ)	506円/食 1日3食を限度とする
	入院時生活療養(Ⅰ)	554円/食 食事提供の療養として、一定の要件を満たす長期療養を行う保険医療機関での加算が認められる。1日3食を限度とする
	入院時生活療養(Ⅱ)	420円/食 1日3食を限度とする
	[⁰⁷] 76円/食	1日3食を限度とし、対象とする治療食に限る(ただし、栄養食事指導の対象となる治療食とは若干異なる)
	食堂加算	50円/日 食堂床面積は病床1床当たり0.5m ² 以上を確保する
栄養食事指導	外来栄養食事指導料	130点/回 初回の月は月2回、その他の月は月1回とする。食事計画案(栄養食事指導書でもよい)の配布と1回の指導は15分以上とする
	入院栄養食事指導料	130点/回 週1回かつ入院中は2回を限度とする。食事計画案(栄養食事指導書でもよい)の配布と1回の指導は15分以上とする
	集団栄養食事指導料	80点/回 月1回かつ入院中は2回を限度とする。指導時の対象者は15人以下、1回の指導時間は[¹⁰]分以上とする
	在宅患者訪問栄養食事指導料	月2回までとする。食事計画案や具体的な献立を示した栄養食事指導書の配布と[¹¹](調理)を伴う[¹²]分以上の指導が必要となる。交通費は[¹³]負担とする
	1. 同一建物居住者以外の場合	530点/回
	2. 同一建物居住者の場合	450点/回
栄養管理	[¹⁴] 入院基本料および特定入院料にて包括	当該保険医療機関では1名以上の常勤の管理栄養士の配置、有床診療所の管理栄養士は常勤でなくともよい。医師、管理栄養士、薬剤師、看護師その他の医療従事者共同による栄養管理計画の作成、それに基づく栄養管理の実施・記録・必要に応じた見直しがなされていること
	[¹⁵] 200点/週	週1回程度のNSTのカンファレンスと回診、栄養治療実施計画の策定、チーム診療が必要である。栄養管理についての所定の研修を修了した常勤の医師、看護師、薬剤師、管理栄養士が参加する(いずれか1名は専従)
	100点/週(地域指定)	厚生労働大臣が定める全国30の二次医療圏の地域における保険医療機関で、栄養管理にかかる所定の研修を修了した、専任かつ常勤の医師、看護師、薬剤師および専任の管理栄養士から構成される栄養サポートチームが設置されていること。1日当たりの算定患者数は、1チームにつき概ね[¹⁶]人以内とする
指導管理	糖尿病透析予防指導管理料	350点/回、月1回 [¹⁷] の経験を有する専任の医師、看護師または保健師、栄養管理士から構成される透析予防診療チームによる透析予防にかかる指導管理を行った場合とする

(2012年9月現在)

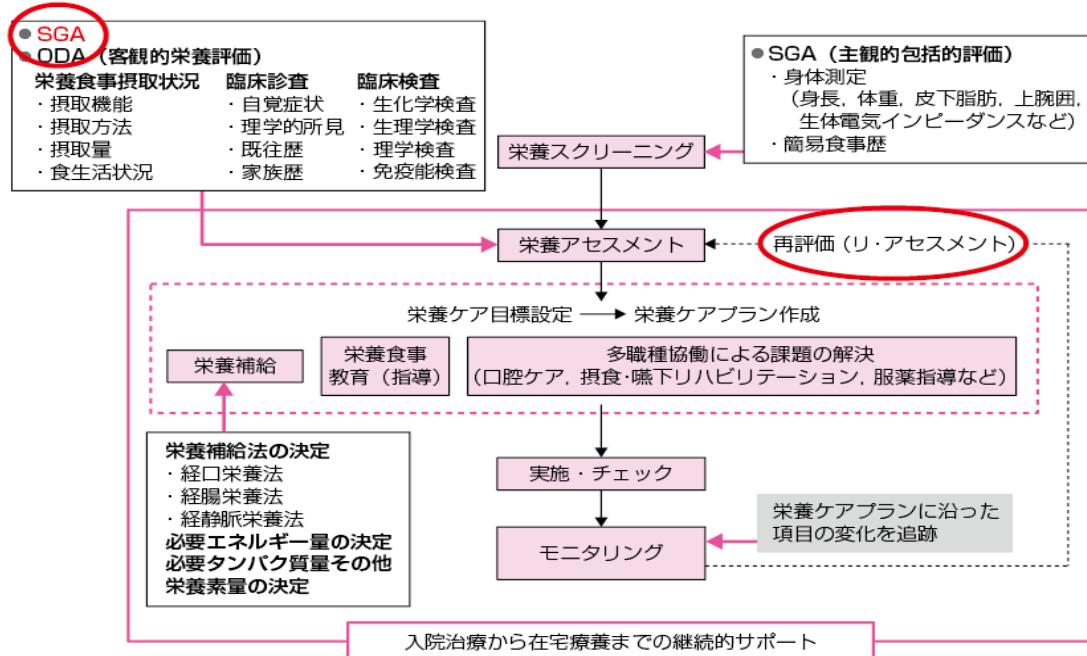
診療報酬についての最新の情報は厚生労働省ホームページ (<http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryuhoken/iryuhoken12/>) を参照

※2 診療報酬の改訂に伴い、下記の表へ差しかえをお願いいたします(赤で囲った部分が変更箇所です)。

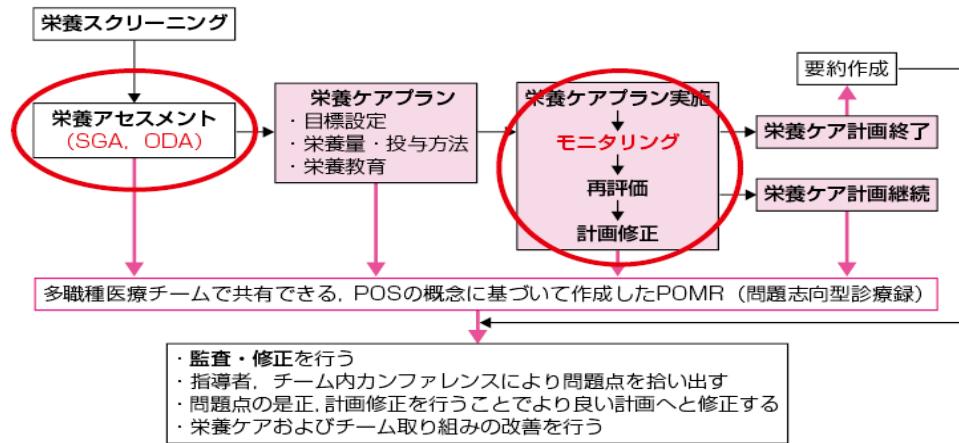
表3 ● 栄養管理実施加算に必要な実施事項

手順	内容
1. 【 ⁶⁰ 】の配置	常勤の管理栄養士が1名以上配置されていること。有床診療所においては、常勤でなくてもよい。
2. 栄養管理計画の策定	患者の入院時に栄養状態の評価を行い、医師、管理栄養士、薬剤師、看護師その他の医療従事者が共同して、患者ごとの栄養状態、摂食機能および食形態を考慮した栄養管理計画を作成していること。入院日に策定できない場合は、入院後7日以内に策定する。栄養管理計画書の写しを【 ⁶¹ 】に添付する。
3. 栄養管理計画の実施・記録・見直し	栄養管理計画に基づいた患者ごとの栄養管理を行い、栄養状態を定期的に記録していること。患者の栄養状態を定期的に評価し、必要に応じて当該計画を見直していること。
4. 経過措置に関する補足	栄養管理を実施する

※3



※4



※5 「動脈硬化性疾患予防ガイドライン」の改訂に伴い、下記の表へ差しかえをお願いいたします。

表2 ● 脂質異常症の診断基準（空腹時採血）

LDL コレステロール	[⁰⁷] mg/dL [⁰⁸ 以上 or 未満]	高 LDL コレステロール血症
	[⁰⁹] mg/dL	境界域高 LDL コレステロール血症
HDL コレステロール	[¹⁰] mg/dL [¹¹ 以上 or 未満]	低 HDL コレステロール血症
トリグリセライド	[¹²] mg/dL [¹³ 以上 or 未満]	高 トリグリセライド 血症

(文献3より)

※6 「動脈硬化性疾患予防ガイドライン」の改訂に伴い、下記の表へ差しかえをお願いいたします。

表3 ● 動脈硬化性疾患予防のための食事

1. [¹⁵] の維持を心がける
2. 脂質エネルギー比率を [¹⁶] %にする
飽和脂肪酸エネルギー比率を [¹⁷] %以上, [¹⁸] %未満にする
コレステロール摂取量を [¹⁹] mg/ 日未満に抑える
3. [²⁰] 脂肪酸の摂取を増やす
4. 炭水化物エネルギー比率を [²¹] %とし、食物繊維の摂取を増やす
5. 食塩の摂取は [²²] g/ 日未満を目標にする
6. アルコール摂取を [²³] g/ 日以下に抑える

(文献3より)

※7 「動脈硬化性疾患予防ガイドライン」の改訂に伴い、下記の表を追加してください。

表4 ● 脂質異常症の病型別による食事療法

高 LDL コレステロール血症	<ul style="list-style-type: none">● LDL コレステロールを上昇させる飽和脂肪酸、コレステロール, [²⁴] 脂肪酸を減らす● LDL コレステロールの低下作用がある食品、特に水溶性食物繊維、食物ステロールの摂取をふやす
高 トリグリセライド 血症	<ul style="list-style-type: none">● 炭水化物エネルギー比率をやや低めにする● アルコールの過剰摂取を制限する● n-3 系多価不飽和脂肪酸の摂取を多くする
高カイロミクロン血症	<ul style="list-style-type: none">● 脂質エネルギー比率を 15 %以下に特に制限する● 脂質は中鎖脂肪酸や n-3 系多価不飽和脂肪酸を主に用いる
低 HDL コレステロール血症	<ul style="list-style-type: none">● [²⁴] 脂肪酸や n-6 系多価不飽和脂肪酸の過剰摂取を避ける● トリグリセライドに異常がなければ飲酒を制限の必要はない

※8 「CKD診療ガイド」の改訂に伴い、下記の表へ差しかえをお願いいたします。

表1 ● CKD の重症度分類

[⁰⁹]	[⁰¹] 区分	A1	A2	A3
糖尿病	尿アルブミン定量 (mg/日) 尿アルブミン/Cr比 (mg/gCr)	正常	微量アルブミン尿	顕性アルブミン尿
	30未満	30～299	300以上	
高血圧 腎炎 多発性囊胞腎 移植腎 不明 その他	尿タンパク定量 (g/日) 尿タンパク/Cr比 (g/gCr)	正常	軽度 [⁰¹]	高度 [⁰¹]
	0.15未満	0.15～0.49	0.50以上	
[⁰²] 区分 (mL/分/ 1.73 m ²)	G1 正常または 高値	≥ 90		
	G2 正常または 軽度低下	[¹⁰] ~ 89		
	G3a 軽度～中等 度低下	45~[¹¹]		
	G3b 中等度～高 度低下	30~44		
	G4 高度低下	[¹²] ~ 29		
	G5 末期腎不全 (ESKD)	<[¹²]		

CKDの重症度は死亡、末期腎不全、心血管死亡発症のリスクを[⁰²]のステージを基準に、[⁰¹]、[⁰²]、[⁰³]の順にステージが上昇するほどリスクは上昇する。
(文献2より)

※9 「CKD診療ガイド」の改訂に伴い、下記の表へ差しかえをお願いいたします。

表2 ● 成人の慢性腎臓病の食事療法基準（日本腎臓学会 2012年）

ステージ	エネルギー (kcal/kg ^{*1} /日)	タンパク質 (g/kg ^{*1} /日)	脂質 (%)	食塩 (g/日)	カリウム (mg/日)
G1 (GFR ≥ 90)		過剰にならないよう 注意			
G2 (GFR [⁰¹] ~ 89)					
G3a (GFR 45~[⁰²])	推奨：25~[⁰⁴] 肥満症例では体重に 応じて20~25を指 導してもよい	推奨0.8~1.0	20~ [⁰⁶]	[⁰⁷] 以上 6未満	[⁰⁸] 以下
G3b (GFR 30~44)					
G4 (GFR [⁰³] ~ 29)		推奨[⁰⁵] ~ 0.8 * ²			
G5 (GFR < [⁰³])					

注)・水分の過剰摂取や極端な制限は有害である

- ・24時間蓄尿による食塩摂取量、タンパク質摂取量の評価を定期的に実施することが望ましい
- ・肥満の是正に努める(BMI < 25をめざす)
- ・禁煙はCKDの進行抑制と心血管疾患(CVD)の発症抑制のために必須である
- ・適正飲酒量はエタノール量として、男性では20~30 mL/日(日本酒1合)以下、女性は10~20 mL/日以下である

*¹ 1kg : [身長(m)²] × 22 として算出した標準体重、性別、年齢、身体活動レベルにより推定エネルギー必要量は異なる

*² 実施にあたっては十分なエネルギー摂取量確保と、医師および管理栄養士による管理が不可欠である
(文献2より)