

ヴィジュアル
Visual

栄養学
テキスト

監修

津田謹輔 帝塚山学院大学学長・人間科学部教授

伏木 亨 龍谷大学農学部教授

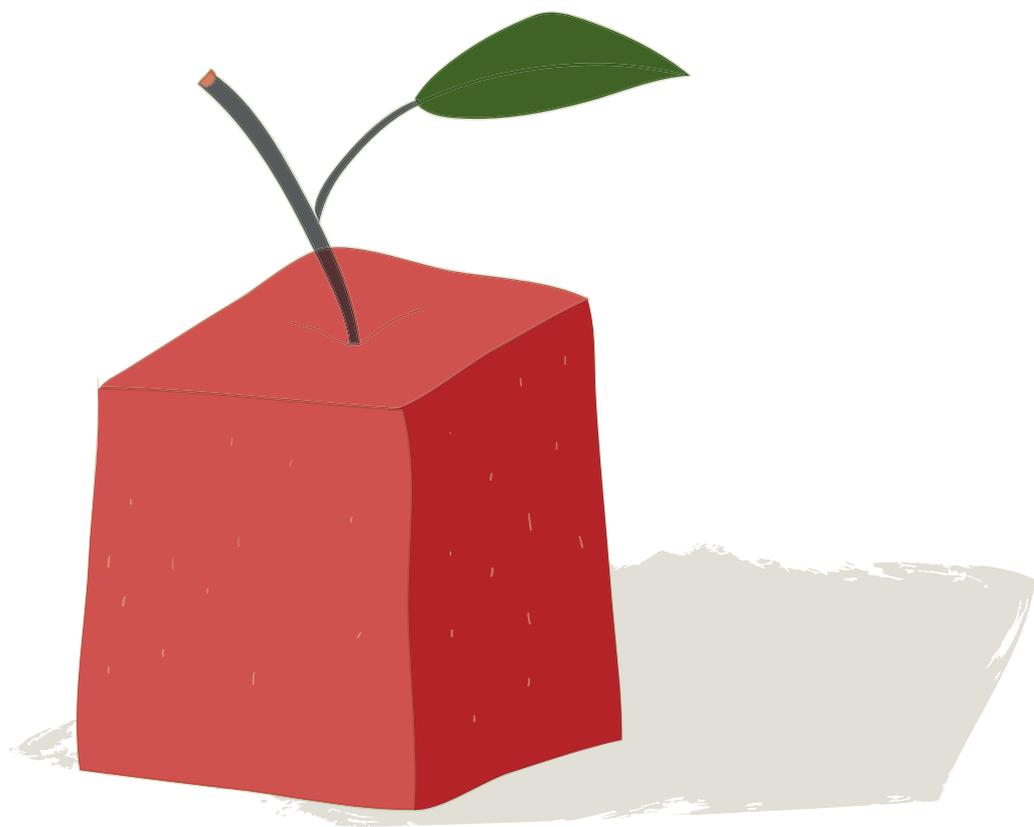
本田佳子 女子栄養大学栄養学部教授

編集

本田佳子

臨床栄養学

I 総論



中山書店

はじめに

食事と健康とは密接に関係しています。食事は生きる喜びと力を与えてくれる一方、偏った食事や暴飲暴食は健康を害し、疾病の原因ともなります。適切な食事は成長を促し、健康を増進・回復させますが、不適切な食事は発育の不良や疾病の増悪をもたらします。臨床栄養学は栄養学と医学・医療を融合し、疾病の治療や予防を担うものです。

現在の医療は、医師が単独で治療にあたるのではなく、看護師、薬剤師、管理栄養士など他の医療スタッフと合同で医療を行う「チーム医療」が推進されています。管理栄養士は、それぞれの領域のプロフェッショナルと連携しながら、さまざまな疾病についての栄養食事療法のマネジメントを行っています。

本書「臨床栄養学 I 総論」(基礎編)は第1部と第2部に分かれており、「第1部 臨床栄養学と栄養ケア」では、栄養ケアの基礎、栄養アセスメント、栄養ケアプランの作成と実施などを解説しています。「第2部 治療と栄養ケア」では、発熱などの症候への栄養ケア、新生児期・乳幼児期の栄養ケア、外科手術などからの回復を促す栄養ケア、終末期の栄養ケアについて解説しています。さらに付録では、平成28年度の主な改定を盛り込んで、診療報酬制度について解説しています。

本書の続編である「臨床栄養学 II 各論」(疾患編)では、疾患別の栄養ケアを解説しています。総論と各論をあわせて、臨床栄養学の全体を学べる構成になっています。

医学の進歩や介護・福祉などの制度改革、疾病構造の変化や食生活の多様化に応じて、臨床栄養学はさらに発展し続けることでしょう。しかし、栄養学を疾病の予防と治療に役立てるといふ臨床栄養学が追求するものやその意義は不変です。臨床では患者さんと向き合い、訴えに傾聴し、ケアやキュアを介して患者さんの応答から学ぶ姿勢を持ち続けることが大切です。

本書の執筆を、臨床医、栄養研究や臨床医学系の教育に関わる諸先生、そして臨床栄養学の実践者である第一線で活躍の管理栄養士の諸先生にお願いしました。ご多用のなか執筆の労をとってくださった諸先生に、感謝の意を表し、厚く御礼申し上げます。

本書が管理栄養士・栄養士の学生の教科書にとどまらず卒後の臨床活動においても活用されることを願っています。また看護師、薬剤師、臨床検査技師などの研修の参考書としても利用され、臨床栄養学の共通理解につながることを期待しています。

2016年3月吉日

編者 本田佳子

目次

第1部 臨床栄養学と栄養ケア

1章	栄養ケアの基礎	2
1	臨床栄養学の意義 ————— 津田 謹輔	2
1	1 栄養学確立への道のり	2
2	2 栄養学から臨床栄養学へ	2
3	3 疾病構造の変化と栄養指導	3
4	4 臨床栄養学の意義と教育目標	3
5	5 医療としての臨床栄養	3
2	医療と臨床栄養 ————— 津田 謹輔	7
1	1 医療・介護制度の基本	7
2	2 医療における臨床栄養	7
3	福祉・介護と臨床栄養 ————— 石川 祐一	10
1	1 わが国の介護福祉制度	10
2	2 介護保険制度における栄養ケア・ マネジメントと介護予防	12
3	3 訪問栄養食事指導	13
4	4 介護制度下におけるチームケア	13
2章	栄養アセスメント	15
1	栄養アセスメントの意義 ————— 岩川 裕美・矢野真友美	15
1	1 栄養アセスメントとは	15
2	2 栄養状態と低栄養	15
3	3 栄養アセスメントの必要性	16
4	4 栄養評価と栄養サポートチーム (NST) ...	17
2	栄養アセスメントの方法 ————— 岩川 裕美・矢野真友美	19
1	1 主観的評価	19
2	2 客観的評価 (ODA)	19
3	3 身体状況の観察	22
3	栄養アセスメントの実際 —————	23
3-1	臨床診査 ————— 奈良 信雄	23
1	1 臨床診査の意義	23
2	2 自・他覚症状の観察の仕方	23
3	3 医療面接 (問診) の仕方	23
4	4 臨床診査のまとめ方	24
3-2	臨床検査 ————— 奈良 信雄	25
1	1 臨床検査の意義	25
2	2 臨床検査の内容	25
3	3 栄養状態の評価指標と病態の評価指標 ...	30
3-3	身体計測 ————— 岡本 智子	31
1	1 身体計測の意義	31
2	2 身長・体重計測	31
3	3 上腕, 肩甲骨下部および下腿計測	33
4	4 ウエスト周囲長, ヒップ周囲長の計測 ...	34
5	5 特殊な機器を用いた身体計測	35
3-4	摂食状態 ————— 加藤 チイ	37
1	1 摂食状態評価の意義	37
2	2 摂食機能	37
3	3 食事調査	38
4	4 実施方法	38
5	5 評価方法	40

3章

栄養ケアプランの実施

42

1 栄養ケアプランの目標	恩田 理恵	42	
1 栄養ケアプランの目標設定	42	2 栄養ケアプランの構成要素	43
2 栄養ケアプランの作成	恩田 理恵	48	
1 問題志向型システム (POS)	48	3 栄養ケア報告書の作成	50
2 他職種との連携	50		
3 栄養ケアの実施			52
3-1 静脈栄養法	宮澤 靖		52
1 静脈栄養の適応と栄養投与ルート	52	3 輸液の種類と選び方	53
2 静脈栄養剤の投与方法の種類	53	4 副作用, 合併症	54
3-2 経腸栄養法	宮澤 靖		56
1 経腸栄養の適応と栄養投与ルート	56	3 経腸栄養剤の種類と選び方	57
2 経腸栄養剤の投与方法の種類	57	4 副作用, 合併症	59
3-3 経口栄養法	朝倉比都美		61
1 病院食の分類と栄養基準	61	3 院内約束食事箋	63
2 食品構成表	63	4 献立作成	63
3-4 栄養教育	朝倉比都美		67
1 意義と目的	67	4 効果的な実施方法	68
2 教育形態と特徴	67	5 指導記録	70
3 診療報酬上の栄養食事指導	68		
3-5 栄養カウンセリング	金内 則子		71
1 栄養カウンセリングの意義と目的	71	5 カウンセリング理論	73
2 コミュニケーション	71	6 患者 (クライアント) との関係性と 専門職としての役割	76
3 カウンセリング技法	72		
4 カウンセリングのプロセス	73		
3-6 クリニカルパス	鈴木 薫子・石川 祐一		79
1 クリニカルパスとは	79	4 クリニカルパスの意義	81
2 クリニカルパスと栄養管理・栄養食事 指導	79	5 クリニカルパスの作成の流れ	81
3 クリニカルパスと医療安全	79	6 クリニカルパスによる効果と地域連携	83
3-7 特別用途食品, 保健機能食品	梅垣 敬三		84
1 食品表示制度の概要	84	2 特別用途食品および保健機能食品の 利用法	86
3-8 栄養ケアと薬物療法	朝倉比都美		89
1 薬物の体内動態	89	3 薬物が食物摂取に与える悪影響	90
2 食品や栄養と薬物の相互作用	89		
4 モニタリングと評価	恩田 理恵		93
1 臨床症状や栄養状態のモニタリング	93	3 栄養ケアプランの修正	96
2 栄養ケアの評価 (再評価)	94		

第2部 治療と栄養ケア

4章	症候への栄養ケア	98
1	発熱 ————— 佐藤 博亮 98	
1	症候の概要 …………… 98	3 治療・栄養ケア …………… 99
2	鑑別診断 …………… 99	
2	ビタミン欠乏症 ————— 佐藤 博亮 100	
1	症候の概要 …………… 100	3 治療・栄養ケア …………… 104
2	鑑別診断 …………… 102	
3	下痢 ————— 斎藤 恵子 105	
1	症候の概要 …………… 105	4 栄養食事療法の基本方針 …………… 107
2	診断 …………… 106	5 栄養アセスメント・モニタリング …………… 108
3	栄養生理 (病態栄養) …………… 106	6 栄養食事管理目標と実際 …………… 108
4	便秘 ————— 斎藤 恵子 110	
1	症候の概要 …………… 110	4 栄養食事療法の基本方針 …………… 111
2	診断 …………… 111	5 栄養アセスメント・モニタリング …………… 112
3	栄養生理 (病態栄養) …………… 111	6 栄養食事管理目標と実際 …………… 112
5	褥瘡 ————— 幣 憲一郎 115	
1	症候の概要 …………… 115	5 栄養アセスメント・モニタリング …………… 118
2	診断 …………… 116	6 栄養食事管理目標と実際 …………… 118
3	治療・栄養ケア …………… 116	7 栄養指導のポイント …………… 120
4	栄養食事療法の基本方針 …………… 118	
5章	新生児期・乳幼児期の栄養ケア	122
1	新生児 …………… 122	3 低出生体重児 …………… 125
2	正期産児 …………… 123	4 乳幼児健康診査 …………… 128
6章	回復を促す栄養ケア	129
1	外科療法と栄養ケア ————— 佐藤 照子 129	
1	栄養評価と適応 …………… 129	3 症例 …………… 131
2	栄養管理の実際 …………… 130	
2	化学療法と栄養ケア ————— 中濱 孝志 133	
1	がん化学療法とは …………… 133	4 化学療法施行時の栄養管理 …………… 135
2	がん化学療法時の栄養管理の必要性 …………… 134	5 症例 …………… 136
3	副作用と支持療法 …………… 134	
3	放射線療法と栄養ケア ————— 中濱 孝志 138	
1	放射線療法の概要 …………… 138	3 放射線療法時の栄養管理 …………… 139
2	放射線療法と副作用 (有害事象) …………… 138	4 症例 …………… 141

1 状況の評価, 診断	143	3 終末期医療の決定プロセスに関する	
2 患者の苦痛と家族の苦痛	144	ガイドライン	144
		4 栄養ケア	145

付 録 150

診療報酬制度	石川 祐一	150
索引		154

Column

- 終末期栄養ケアのエピソード ... 148



栄養ケアの基礎

1

栄養ケアの基礎



- 臨床栄養学の意義、ホメオスタシスへの栄養支援の効果を学ぶ
- 生命倫理の基本原則と患者・障害者の権利を理解する
- 医療・介護福祉制度の基本と、栄養管理、食事指導、栄養ケア、チーム医療の概要を学ぶ
- 診療報酬における特別加算の治療食の種類、栄養食事指導料算定の条件、入院基本料の算定条件を理解する



- ✓ 臨床栄養学は疾病の成因・病態を栄養学的側面から究明し、治療と予防に役立てる学問であり、内部環境の恒常性維持に果たす食事の役割は大きく、疾病に応じた栄養支援が必要である。
- ✓ 医療者は、患者の意思・価値観を尊重しつつ、医療提供の方針について合意形成に努める。
- ✓ チーム医療(栄養サポートチームなど)では、医師、看護師、薬剤師などと合同で、栄養管理を行う。
- ✓ 日本の医療保険は国民皆保険、フリーアクセス(医療機関を自由に選べる)、現物給付が特徴であり、療養に必要な医療が提供され、被保険者(患者)は医療保険者に保険料を支払う。
- ✓ 介護保険は自己申請であり、市町村で「要介護」と認定されると、介護サービスを利用できる。

1 臨床栄養学の意義

1 栄養学確立への道のり

- アリストテレスは、「生命体とは受け取りそして出すものである」という言葉を残している。すなわち、生きることの本態は、物質を取り込み、代謝し、排泄することにあると考えた。
- 生きていくうえで最も重要なことは「食」である。食物が不足すれば餓死する。人類は餓えとの闘いのなかで進化してきた。
- 食べることの意味が栄養学とよばれる学問になるのは18~19世紀になってからである。現在ではあたりまえのようにになっている食品のエネルギー(熱量)について、食品中の栄養素が体内で燃焼してエネルギーを発生していることに初めて注目したのは、18世紀のラボアジェである。
- その後、食物が消化吸収され、糖質やたんぱく質、脂質などの栄養素に分解されるしくみが次第に解明されていった。
- 日本では、脚気をめぐり感染説と栄養説が対立した歴史がある。ビタミンなど微量栄養素の存在が明らかになるのは20世紀になってからである。
- このように、さまざまな出来事、長い歴史を経て、徐々に栄養学が確立されてきた。

生きていくうえで
最も重要なのは
「食」なんだ！



2 栄養学から臨床栄養学へ

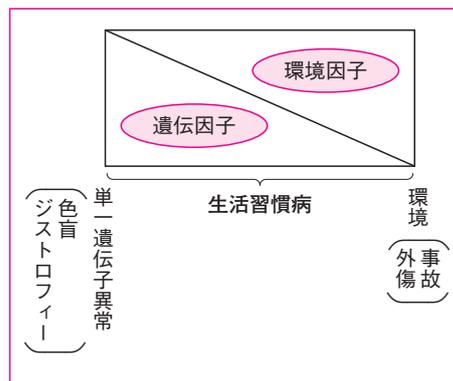
- 栄養学の確立とともに、人々の健康や疾病と食事との関連に関心が高まってきた。
- 日本の栄養学は、はじめ農学や家政学分野で、その後基礎医学を巻き込み発展し、次第に臨床へと展開してきた。
- 臨床医学において、栄養は主に内科で扱われたが、栄養学として系統的に取り扱われ

ることは少なく、臨床栄養学は遅れていた。

- 臨床の分野においては、栄養欠乏症が重視される時代が長く続いた。しかし、現在の日本では、栄養過剰が問題になってきている。
- 次第に健康や疾病と栄養との関連に関心が高まり、栄養が健康人の健康増進だけでなく、疾病の予防や治療において重要であることが広く認識されるようになってきた。
- 日本の平均寿命は年々延び続け、長寿の基盤に栄養学の進歩に基づく食生活の改善が重要な役割を演じている。
- このような健康人の健康増進は栄養学の大きな役割の一つである。

3 疾病構造の変化と栄養指導

- 日本の疾病構造が変化して、急性疾患から慢性疾患へと移行した。これは同時に、医療者任せの疾病から自己管理が必要な疾病への移行を意味している。
- 昭和初期までは、結核などの感染症が死因の上位を占めていたが、抗生物質発見、衛生状況の改善や栄養状態の向上とともに感染症による死亡は減少した。代わって死亡の上位を占めるようになったのは、がん、心疾患、脳血管障害である。心疾患と脳血管障害は動脈硬化疾患とまとめることができる。
- 動脈硬化疾患の危険因子として、高血圧、糖尿病、脂質異常症、肥満などがある。これらは生活習慣病あるいは非感染性疾患(NCDs: non-communicable diseases)と総称される。
- 生活習慣病の多くは、その発症に遺伝要因と環境要因がかかわっている。遺伝要因と環境要因の重みは個人により異なる^①。
- 近年、分子生物学の進歩により、栄養素による遺伝子発現機構が明らかにされつつある。また個人の遺伝子の差異により、栄養素の代謝が異なることも明らかになってきている。たとえば、葉酸代謝にかかわる遺伝子であるメチレンテトラヒドロ葉酸還元酵素に多型性があり、日本人の15%は葉酸欠乏になりやすいタイプの遺伝子TT型をもつ^{*1}。このような遺伝子の多型性により、個人の特性に応じた栄養指導を行う時代が近づいている。



① 疾病の成り立ち

4 臨床栄養学の意義と教育目標

- 臨床栄養学を学ぶには、まず「人体の構造と機能および疾病の成り立ち」でヒトの正常状態を習得して、そのうえでさまざまな疾病の成因、病態生理、症状、診断、治療法を理解する必要がある。
- 栄養は多くの疾病における発症・進展にかかわる重要な因子である。
- 栄養療法は、薬物療法などと並ぶ重要な治療法である。
- 臨床栄養学は、さまざまな疾病について、その成因・病態を栄養学的側面から究明し、それに基づいた治療ならびに予防を目的とする分野である。
- 臨床栄養は、疾病の予防、治療に及ぶ。
- 臨床栄養学の教育目標を②にまとめた。

5 医療としての臨床栄養

- 食はきわめて個人的な行為であるが、一方ではその人が生きている時代、国や地域あ

●MEMO●

平均寿命は2013年、男性が80.2歳、女性が86.6歳となり、男性が初めて80歳を上回った。

【用語解説】

生活習慣病：「食習慣、運動習慣、休養、喫煙、飲酒などの生活習慣が、その発症・進展に關与する疾患群」である。

*1 葉酸欠乏は、ホモシステインが上昇し、血管平滑筋細胞が増殖し動脈硬化をきたしやすい。したがって、葉酸欠乏をきたさないようにするためには、TT型遺伝子をもつ場合、葉酸の摂取量を増加させる指導が必要になる。

② 臨床栄養学の教育目標

- 傷病者の病態や栄養状態の特徴に基づいて、適切な栄養管理を行うために、栄養ケアプランの作成、実施、評価に関する総合的なマネジメントの考え方を理解する
- 具体的な栄養状態の評価・判定、栄養補給、栄養教育、食品と医薬品の相互作用について修得する
- 特に各種計測による評価・判定方法やベッドサイドの栄養指導などについては実習を活用して学ぶ
- また医療・介護制度やチーム医療における役割について理解する
- さらにライフステージ別、各種疾患別に身体状況(口腔状態を含む)や栄養状態に応じた具体的な栄養管理方法について修得する

(管理栄養士学校指定規則の一部を改正する省令[平成13年文部科学省・厚生労働省令第3号]より)

て中心的な役割を担う。

- NST 設立増加の背景を ③ に示す。NST 設立増加の大きな誘因の一つは、病院において栄養管理が経費節減につながることであった。経費節減効果の根拠を具体的に ④ に示す。
- NST における管理栄養士の役割はまず栄養評価であり、栄養アセスメントの手技と評価法を習得する必要がある。
- 管理栄養士は、基本的栄養管理方法である静脈栄養、経腸栄養、経口栄養のそれぞれの長所・短所を習得し、各患者に適した栄養補給方法を考慮しなければならない。
- 管理栄養士は、必要エネルギー量や必要なたんぱく質量など、基本的栄養管理プランを作成できる力が求められる。

クリニカルパスの効果的運用のために

- クリニカルパスを効果的に運用するためには、医師、看護師、栄養士など医療にかかわる人たちによるチーム医療が最も必要とされる。
- クリニカルパスのメリット・デメリットを ⑤ に示す。

栄養管理におけるリスクマネジメント

- 栄養管理におけるリスクマネジメントは、① 栄養不良が原因の病気や治癒遷延の防止、② 栄養管理上の合併症の防止である。
- まず、栄養不良をいち早く発見すること。そのために患者の栄養障害をスクリーニングし、対象となる患者に対して栄養アセスメントを行う。
- 適切で合併症のない栄養療法を行う。
- 栄養管理のチーム医療、すなわち NST で対応することにより、リスクマネジメントの質が向上して患者の QOL が高まる。

臨床栄養における傷病者の権利

- チーム医療においては、患者本人の視点に立つことが重要である。相談と説明を行うだけでなく、チームミーティングへの患者本人・家族の参加を促す。
- 医療者は患者の意思決定支援の重要性を理解し、医療提供の方針に関して合意形成に努める。合意形成において最も重視すべきは患者本人の意思・価値観である。終末期や認知機能障害などにより患者本人から意思・価値観を確認することが困難な場合で



NST で管理栄養士が果たす役割！
 ① 患者の栄養評価
 ② 患者に適した栄養補給法の選択
 ③ 基本的栄養管理プランの作成

【用語解説】

パス (path) : もともと工業界において生産性を上げるために、各工程の順番や時間の経過をフローで示し、作業開始から終了までの時間的効率性を考慮したものである。

クリニカルパス (clinical path) : 「患者状態と診療行為の目標、および評価・記録を含む標準診療計画であり、標準からの偏位を分析することで医療の質を改善する手法」のことである (日本クリニカルパス学会定義)。

③ 病院における NST 設立増加の背景

- 病院において栄養管理が経費削減につながる事が知られ始めた
- NST の存在が病院機能評価認定条件となった
- 社会的入院 (入院日数が長いほど病院収入が減るしくみ) を減らす
- 日本静脈経腸栄養学会・日本病態栄養学会で NST 施設認定が行われている
- DPC (診断群分類) * の導入
- NST 活動に対し、保険上の加算が与えられた
 → 栄養管理実施加算 (2006年4月※2012年に入院基本料に包括化)
- チーム医療に対する加算の新設 → NST 加算 (2010年4月)

* DPC : diagnosis procedure combination
 診断と治療行為を組み合わせた分類で、DPC によって定められた点数により1日の医療費が算定される。
 (鞍田三貴、チーム医療、栄養サポートチーム、本田佳子ほか編、臨床栄養学 基礎編、羊土社；2012、p.24より)

④ NST による経済効果

1. 疾患に対する治療効果による節約

- 治療効果の改善
- 予後の改善
- 合併症の低減
- 入院期間の短縮
- 薬剤使用 (抗生剤など) の減少

2. 栄養療法自体の節約効果

- ルート変更による節約
- 栄養製剤による節約
- 器材の選択による節約
- 病院食の工夫 (ハーフ食の導入、残食の軽減) による節約

(日本病態栄養学会編、病態栄養専門師のための病態栄養ガイドブック、改訂第4版、メディカルレビュー社；2013より)

⑤ クリニカルパスのメリット・デメリット

クリニカルパスのメリット

- 質の高い均一な医療の提供
- 不要な指示の削除
- 入院期間の短縮
- 標準からの変動・異常を容易に見え、対応可能
- チーム医療の促進
- 異職種間のコミュニケーションの促進
- 医療情報の公開・共有
- 教育オリエンテーションツールとして利用可能
- インフォームド・コンセントの充実
- EBM に基づいた医療への発展

クリニカルパスのデメリット

- 作成・導入に時間と労力が必要
- 早すぎる退院となる可能性がある
- 病床の稼働率が低下する可能性
- 治療法の固定化
- バリエーションに対しては無効

EBM : evidence based medicine

(日本病態栄養学会編、病態栄養専門師のための病態栄養ガイドブック、改訂第4版、メディカルレビュー社；2013より)

6 老衰やアルツハイマー病終末期患者への人工的水分・栄養補給についての見解

米国老年医学会

- アルツハイマー病の終末期では、「適切な口腔ケアを行い、小さな氷のかけらを与えて水分補給をする程度が望ましい。死を間近にした患者は空腹やのどの乾きを覚えない」としている

米国アルツハイマー協会

- 「アルツハイマー病で嚥下困難になった患者への最も適切なアプローチは、死へのプロセスを苦痛のないものにする事である」としている

日本老年病学会[†]

- 「生きていることは良いことであり、多くの場合本人の益になる—このように評価するのは、本人の人生をより豊かにし得る限り、生命はより長く続いたほうが良いからである。医療・介護・福祉従事者は、このような価値観に基づいて、個別事例ごとに、本人の人生をより豊かにすること、少なくともより悪くしないことを目指して、本人のQOLの保持・向上および生命維持のために、どのような介入をする、あるいはしないのがよいかを判断する」とし、人工的水分・栄養補給について、次の諸点に配慮するとしている
 - ①経口摂取の可能性を適切に評価し、人工水分・栄養摂取導入の必要性を確認する。
 - ②人工的水分・栄養補給導入に関する諸選択肢(導入しないことも含む)を、本人の人生にとっての益と害という観点で評価し、目的を明確にしつつ、最善のものを見出す。
 - ③本人の人生にとっての最善を達成するという観点で、家族の事情や生活環境についても配慮する。」

†：日本老年病学会。高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン—人工的水分・栄養補給の導入を中心として (http://www.l.u-tokyo.ac.jp/dls/cleth/guideline/1203GL_final_0312c.pdfより(検索2016年2月16日))

あっても、患者本人の価値観を家族や医療チームが想定し、合意形成を目指す(インフォームド・コンセント)。

人工栄養法導入について

- 経皮内視鏡的胃瘻造設術(PEG〔ペグ〕：percutaneous endoscopic gastrostomy)による胃瘻栄養補給法は、医学的に優れ、簡単で便利な方法である*⁴。
- 老衰やアルツハイマー病の終末期などの場合、人工的水分・栄養補給を行うかどうか、あるいはそのまま継続するかどうかは難しい判断である(6)。人工栄養補給を行わない、あるいは中止するということには、「餓死させる」という非倫理的行為ではないかという思いがつかまとう。
- 医療者は、人生最終段階において胃瘻栄養法で生きる意味を、患者一人ひとりの価値観・死生観から考える必要がある。

【用語解説】

インフォームド・コンセント：医療行為を受ける患者が、治療の内容についてよく説明を受け十分理解したうえで(informed)、患者が自らの自由意志に基づいて医療従事者と方針について合意する(consent)ことである。

*⁴ ペグによる胃瘻栄養法は、従来一般に行われていた人工的水分・栄養補給法である経鼻経管栄養法と比べて、患者への身体的負担が少なく、患者の日常的不快感や苦痛が軽減された。

カコモンに挑戦 !!

◆ 第29回-173

病院の栄養管理に関わる診療報酬に関する記述である。正しいのはどれか。2つ選べ。

- (1) 入院基本料は、栄養士の配置が要件である。
- (2) 入院診療計画書には、特別な栄養管理の必要性の有無を記載する。
- (3) 入院時食事療養(I)では、「食事は医療の一環として提供されるべきものである」とされている。
- (4) 入院時食事療養(I)の特別食加算は、患者の自己負担による。
- (5) 栄養サポートチーム加算は、月1回の回診が要件である

◆ 第28回-173

入院時食事療養の実施に関する記述である。正しいのはどれか。1つ選べ。

- (1) 入院時食事療養費は、介護保険から給付される。
- (2) 食事療養部門の指導者は、非常勤の管理栄養士が就任できる。
- (3) 食事の提供たる療養の費用は、1日につき算定する。
- (4) 食事療養標準負担額は、療養環境の事項を含む。
- (5) 特別メニューの食事提供は、医師の確認を得る。

解答&解説

◆ 第29回-173 正解(2)(3)

解説：正文を提示し、解説とする。

- (1) 入院基本料は、管理栄養士の配置が要件である。栄養管理を担当する常勤の管理栄養士1名以上、有床診療所では非常勤でも可である。
- (2) 入院診療計画書には、特別な栄養管理の必要性の有無を記載する。
- (3) 入院時食事療養(I)では、「食事は医療の一環として提供されるべきものである」とされている。
- (4) 入院時食事療養(I)の特別食加算は、1食76円であるが、自己負担ではない。
- (5) 栄養サポートチーム加算は、週1回程度の対象患者に対する栄養カンファレンスと回診の開催が算定要件である。

◆ 第28回-173 正解(5)

解説：正文を提示し、解説とする。

- (1) 入院時食事療養費は、医療保険から給付される。
- (2) 食事療養部門の指導者は、常勤の管理栄養士・栄養士が就任できる。
- (3) 食事の提供たる療養の費用は、1食につき算定する。
- (4) 食事療養標準負担額は、食事環境の事項を含む。
- (5) 特別メニューの食事提供は、医師の確認を得る。