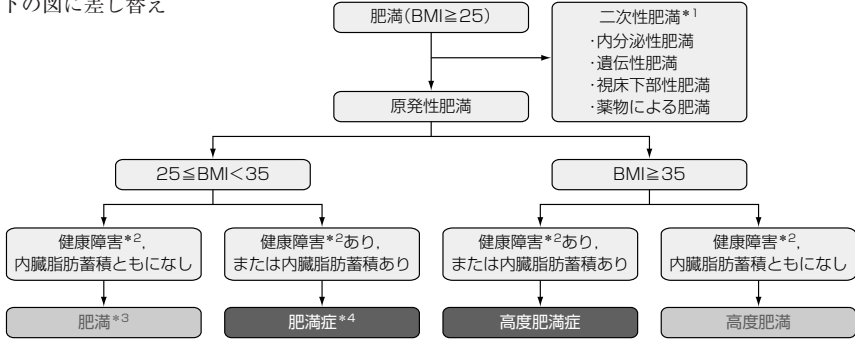


頁	箇所																		
64	表3-1	<p>以下の表に差し替え</p> <p>表3-1 肥満症の診断に必要な健康障害</p> <div style="border: 1px solid gray; padding: 5px;"> <ol style="list-style-type: none"> 1) 耐糖能障害 (2型糖尿病・耐糖能異常など) 2) 脂質異常症 3) 高血圧 4) 高尿酸血症・痛風 5) 冠動脈疾患 6) 脳梗塞・一過性脳虚血発作 7) 非アルコール性脂肪性肝疾患 8) 月経異常・女性不妊 9) 閉塞性睡眠時無呼吸症候群・肥満低換気症候群 10) 運動器疾患 (変形性関節症：膝関節・股関節・手指関節, 変形性脊椎症) 11) 肥満関連腎臓病 </div> <p>(日本肥満学会編：肥満症診療ガイドライン2022, 2022より)</p>																	
65	図3-2	<p>以下の図に差し替え</p>  <p>図3-2 肥満症診断のフローチャート</p> <p>*1常に念頭において診療。詳細は原典p.14「二次性肥満の判定と評価」参照のこと。*2表3-1に相当。*3BMI≥25の肥満のうち、高度ではない肥満。*4BMI≥25の肥満のうち、高度ではない肥満症。</p> <p>(日本肥満学会編：肥満症診療ガイドライン2022, 2022より)</p>																	
67	表3-3	<p>以下の表に差し替え</p> <p>表3-3 脂質異常症診断基準</p> <table border="1" data-bbox="234 1119 1113 1365"> <tbody> <tr> <td rowspan="2">LDL コレステロール (LDL-C)</td> <td>140mg/dL以上</td> <td>高LDLコレステロール血症</td> </tr> <tr> <td>120~139mg/dL</td> <td>境界域高LDLコレステロール血症**</td> </tr> <tr> <td>HDL コレステロール (HDL-C)</td> <td>40mg/dL未滿</td> <td>低HDLコレステロール血症</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">トリグリセリド (TG)</td> <td>150mg/dL以上 (空腹時採血*)</td> <td rowspan="2">高トリグリセリド血症</td> </tr> <tr> <td>175mg/dL以上 (随時採血*)</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">Non-HDL コレステロール</td> <td>170mg/dL以上</td> <td>高non-HDLコレステロール血症</td> </tr> <tr> <td>150~169mg/dL</td> <td>境界域高non-HDLコレステロール血症**</td> </tr> </tbody> </table> <p>*基本的に10時間以上の絶食を「空腹時」とする。ただし水やお茶などエネルギーのない水分の摂取は可とする。空腹時であることが確認できない場合を「随時」とする。</p> <p>**スクリーニングで境界域高LDL-C血症、境界域高non-HDL-C血症を示した場合は、高リスク病態がないか検討し、治療の必要性を考慮する。</p> <ul style="list-style-type: none"> ● LDL-CはFriedewaldの式 (TC (総コレステロール) - HDL-C - TG/5) で計算する (ただし空腹時採血の場合のみ)。または直接法で求める。 ● TGが400mg/dL以上や随時採血の場合はnon-HDL-C (=TC - HDL-C)かLDL-C直接法を使用する。ただしスクリーニングでnon-HDL-Cを用いる時は、高TG血症をとまなわれない場合はLDL-Cとの差が+30mg/dLより小さくなる可能性を念頭においてリスクを評価する。 ● TGの基準値は空腹時採血と随時採血により異なる。 ● HDL-Cは単独では薬物介入の対象とはならない。 <p>(日本動脈硬化学会編：動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022年版, 2022より作成)</p>	LDL コレステロール (LDL-C)	140mg/dL以上	高LDLコレステロール血症	120~139mg/dL	境界域高LDLコレステロール血症**	HDL コレステロール (HDL-C)	40mg/dL未滿	低HDLコレステロール血症	トリグリセリド (TG)	150mg/dL以上 (空腹時採血*)	高トリグリセリド血症	175mg/dL以上 (随時採血*)	Non-HDL コレステロール	170mg/dL以上	高non-HDLコレステロール血症	150~169mg/dL	境界域高non-HDLコレステロール血症**
LDL コレステロール (LDL-C)	140mg/dL以上	高LDLコレステロール血症																	
	120~139mg/dL	境界域高LDLコレステロール血症**																	
HDL コレステロール (HDL-C)	40mg/dL未滿	低HDLコレステロール血症																	
トリグリセリド (TG)	150mg/dL以上 (空腹時採血*)	高トリグリセリド血症																	
	175mg/dL以上 (随時採血*)																		
Non-HDL コレステロール	170mg/dL以上	高non-HDLコレステロール血症																	
	150~169mg/dL	境界域高non-HDLコレステロール血症**																	

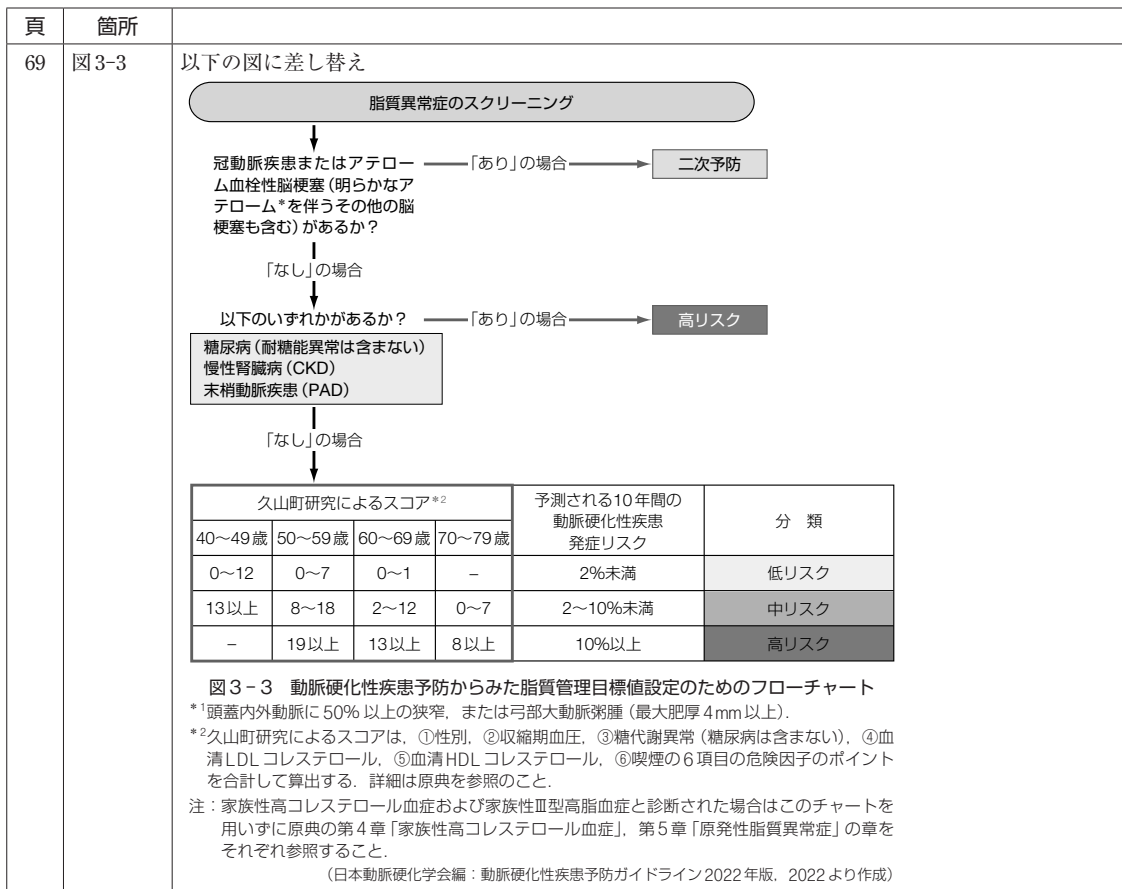


表3-7 以下の表に差し替え

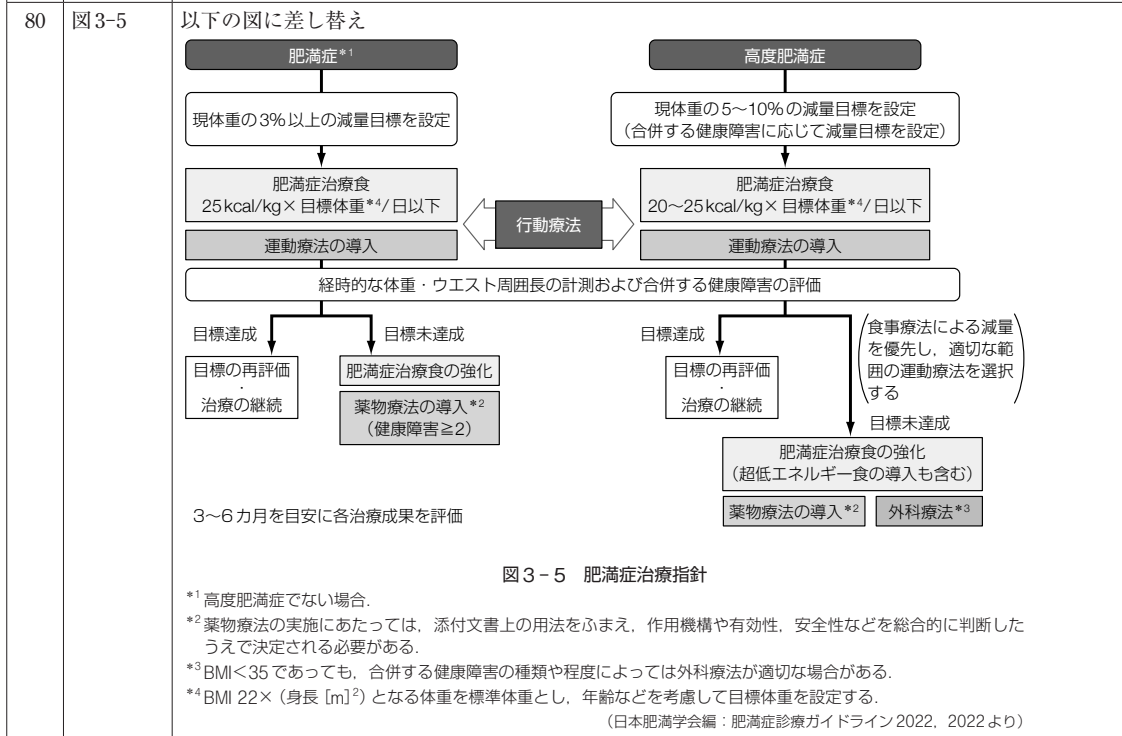
表3-7 リスク区分別脂質管理目標値

治療方針の原則	管理区分	脂質管理目標値 (mg/dL)			
		LDL-C	Non HDL-C	TG	HDL-C
一次予防 まず生活習慣の改善をおこなった後、薬物療法の適用を考慮する	低リスク	<160	<190	<150 (空腹時) ^{*3} <175 (随時)	≥40
	中リスク	<140	<170		
	高リスク	<120 <100 ^{*1}	<150 <130 ^{*1}		
二次予防 生活習慣の是正とともに薬物治療を考慮する	冠動脈疾患またはアテローム血栓性脳梗塞(明らかなアテローム ^{*4} を伴うその他の脳梗塞を含む)の既往	<100 <70 ^{*2}	<130 <100 ^{*2}		




- ^{*1}糖尿病において、PAD、細小血管症(網膜症、腎症、神経障害)合併時、または喫煙ありの場合に考慮する(原典第3章5.2参照)。
- ^{*2}「急性冠症候群」、「家族性高コレステロール血症」、「糖尿病」、「冠動脈疾患とアテローム血栓性脳梗塞(明らかなアテロームを伴うその他の脳梗塞を含む)」の4病態のいずれかを合併する場合に考慮する。
- 一次予防における管理目標達成の手段は非薬物療法が基本であるが、いずれの管理区分においてもLDL-Cが180mg/dL以上の場合は薬物治療を考慮する。家族性高コレステロール血症の可能性も念頭に置いておく(原典第4章参照)。
- まずLDL-Cの管理目標値を達成し、次にnon-HDL-Cの達成を目指す。LDL-Cの管理目標を達成してもnon-HDL-Cが高い場合は高TG血症を伴うことが多く、その管理が重要となる。低HDL-Cについては基本的には生活習慣の改善で対処すべきである。
- これらの値はあくまでも到達努力目標であり、一次予防(低・中リスク)においてはLDL-C低下率20~30%も目標値としてなり得る。
- ^{*3}10時間以上の絶食を「空腹時」とする。ただし水やお茶などエネルギーのない水分の摂取は可とする。それ以外の条件を「随時」とする。
- ^{*4}頭蓋内外動脈の50%以上の狭窄、または弓部大動脈粥腫(最大肥厚4mm以上)。
- 高齢者については原典第7章を参照。

(日本動脈硬化学会編: 動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022年版, 2022より)

70	表3-8	以下の表に差し替え
表3-8 生活習慣の改善すべき項目		
禁煙	禁煙は必須、受動喫煙を防止	
体重管理	定期的に体重を測定する BMI<25であれば適正体重を維持する BMI≥25の場合は、摂取エネルギーを消費エネルギーより少なくし、体重減少を図る	
食事管理	適切なエネルギー量と、三大栄養素（たんぱく質、脂質、炭水化物）およびビタミン、ミネラルをバランスよく摂取する 飽和脂肪酸やコレステロールを過剰に摂取しない トランス脂肪酸の摂取を控える n-3系多価不飽和脂肪酸の摂取を増やす 食物繊維の摂取を増やす 減塩し、食塩摂取量は6g未満/日を目指す	
身体活動・運動	中等度以上 ^{*1} の有酸素運動を中心に、習慣的に行う（毎日合計30分以上を目標） 日常生活の中で、座位行動 ^{*2} を減らし、活動的な生活を送るように注意を促す 有酸素運動の他にレジスタンス運動や柔軟運動も実施することが望ましい	
飲酒	アルコールはエタノール換算で1日25g ^{*3} 以下にとどめる 休肝日を設ける	
^{*1} 中等度以上とは3METs以上の強度を意味する。METsは安静時代謝の何倍に相当するかを示す活動強度の単位。 ^{*2} 座位行動とは座位および臥位におけるエネルギー消費量が1.5METs以下のすべての覚醒行動。 ^{*3} およそ日本酒1合、ビール中瓶1本、焼酎半合、ウイスキー・ブランデーダブル1杯、ワイン2杯に相当する。 （日本動脈硬化学会編：動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022年版、2022より）		



頁	箇所																	
201	表 8-6	<p data-bbox="217 120 402 141">以下の表に差し替え</p> <p data-bbox="428 151 916 172" style="text-align: center;">表 8-6 食物アレルギーの原因食物別の特徴と除去の考え方</p> <table border="1" data-bbox="233 182 1112 1252"> <tbody> <tr> <td data-bbox="233 182 314 365">卵</td> <td data-bbox="314 182 1112 365"> <ul style="list-style-type: none"> ●鶏卵アレルギーは卵白のアレルゲンが主原因で、加熱卵黄（少量の卵白が付着するもの）は摂取可能な児が多い。 ●卵白の主要な原因たんぱく質は容易に加熱変性するため、加熱温度・加熱時間・治療方法によって食べられる場合がある。その一方で、加熱鶏卵が摂取可能でも、加熱が不十分な鶏卵や生の場合などでは症状が出る可能性がある。 ●加工食品の原材料である卵殻カルシウム（焼成・未焼成製品）は、ほとんど鶏卵たんぱく質を含まないため摂取することができる。 ●うすらの卵は、食品表示法において特定原材料「卵」の範囲に含まれる。 </td> </tr> <tr> <td data-bbox="233 365 314 593">牛乳</td> <td data-bbox="314 365 1112 593"> <ul style="list-style-type: none"> ●牛乳のアレルゲンは、加熱によるアレルゲン性の変化を受けにくい。 ●牛乳以外のやぎ乳やめん羊乳などは、牛乳と強い交差抗原性*があり、使用できない。 ●アレルギー用ミルク（特別用途食品・ミルクアレルゲン除去食品）には、牛乳たんぱく質を酵素分解した「加水分解乳」と、アミノ酸混合物を使用した「アミノ酸乳」があり、その選択は、医師の指示に従う。 ●新生児・乳児消化管アレルギー患者や重症な牛乳アレルギー患者は、加水分解乳で症状が誘発される可能性がある。 ●ペプチドミルクにはアレルゲンが残存しており、牛乳アレルギー児には使用できない。 ●加工食品の原材料には、「乳」の文字をもつ紛らわしい表記が多いので注意が必要である。 ●乳糖には、ごく微量（数μg/g）のたんぱく質が含まれる場合があるが、加工食品中の原材料レベルでの除去が必要な場合はまれである。摂取可否については医師に確認する。 </td> </tr> <tr> <td data-bbox="233 593 314 733">小麦</td> <td data-bbox="314 593 1112 733"> <ul style="list-style-type: none"> ●大麦やライ麦などの麦類と小麦は交差抗原性*が知られているが、すべての麦類の除去の必要性は少ない。 ●麦茶は大麦が原材料で、たんぱく質含有量はごく微量のため、除去が必要なのはまれである。 ●米やほかの雑穀類（ひえ、あわ、きび、たかきびなど）は、摂取することができる。 ●しょうゆの原材料に使用される小麦は醸造過程でアレルゲンが消失するので、基本的にしょうゆの除去は不要である。 ●食物依存性運動誘発アナフィラキシーの原因食物として、もっとも頻度が高い。 </td> </tr> <tr> <td data-bbox="233 733 314 851">大豆</td> <td data-bbox="314 733 1112 851"> <ul style="list-style-type: none"> ●大豆アレルギーで、ほかの豆類の除去が必要なのは非常に少ないので、豆類をひとつくりに除去する必要はない。 ●大豆油は症状なく摂取できることが多い。 ●しょうゆやみそは、醸造過程で大豆アレルギーの大部分が分解される。 ●PFASでは、豆腐が摂取可能であっても、豆乳のみ症状が誘発されることがある。 </td> </tr> <tr> <td data-bbox="233 851 314 1011">魚</td> <td data-bbox="314 851 1112 1011"> <ul style="list-style-type: none"> ●魚は魚種間で交差抗原性*があるが、すべての魚の除去が必要とは限らないので、問診や経口負荷試験で摂取可能な魚を見つけることが望ましい。 ●魚は、鮮度が低下すると魚肉中にヒスタミンが作られ、かゆみ、じんましんなどの症状をもたらすことがある。これは食物不耐症であり、食物アレルギーとは異なる病態で、区別して考える。 ●小児はまれであるが、魚に寄生したアニサキスが原因のアレルギーが報告されている。 ●青魚、赤身魚など、魚皮や身の色などの区別による除去には根拠がない。 ●かつお、いりこなどのだしの除去は、不必要なことが多い。 </td> </tr> <tr> <td data-bbox="233 1011 314 1084">魚卵</td> <td data-bbox="314 1011 1112 1084"> <ul style="list-style-type: none"> ●乳幼児期では初めていくらを摂取して症状が誘発される場合がある。 ●魚卵類（いくら、たらこ、ししゃもの卵、わかさぎの卵、かすのこ、とびこなど）は、ひとつくりにして除去する必要はない。 </td> </tr> <tr> <td data-bbox="233 1084 314 1157">甲殻類</td> <td data-bbox="314 1084 1112 1157"> <ul style="list-style-type: none"> ●甲殻類（とくにえび）は食物依存性運動誘発アナフィラキシーの原因食物として頻度が高い。 ●えび・かになどの甲殻類間や、いか・たこなどの軟体類間、貝類間に交差抗原性*があるが、甲殻類、軟体類、貝類をひとつくりにした除去は不要。血液検査、食物経口負荷試験などで個々に症状の有無を確認する。 </td> </tr> <tr> <td data-bbox="233 1157 314 1252">落花生</td> <td data-bbox="314 1157 1112 1252"> <ul style="list-style-type: none"> ●ピーナッツは豆類であり、木の実（ナッツ）類とまとめて除去する必要はない。食物経口負荷試験などによって個々に症状の有無を確認する。 ●ローストする（炒る）ことでアレルゲン性が高まる。 ●ピーナッツオイルを含めた除去が必要である。 </td> </tr> </tbody> </table> <p data-bbox="233 1257 1112 1299">*交差抗原性：異なるアレルゲンに同じ形をした部位があると特異的IgE抗体はそれらのアレルゲンに結合し（交差抗原性）、アレルギー症状が出ること</p> <p data-bbox="558 1303 1112 1324" style="text-align: right;">（厚生労働科学研究班による食物アレルギーの栄養食事指導の手引き 2022 より作成）</p>	卵	<ul style="list-style-type: none"> ●鶏卵アレルギーは卵白のアレルゲンが主原因で、加熱卵黄（少量の卵白が付着するもの）は摂取可能な児が多い。 ●卵白の主要な原因たんぱく質は容易に加熱変性するため、加熱温度・加熱時間・治療方法によって食べられる場合がある。その一方で、加熱鶏卵が摂取可能でも、加熱が不十分な鶏卵や生の場合などでは症状が出る可能性がある。 ●加工食品の原材料である卵殻カルシウム（焼成・未焼成製品）は、ほとんど鶏卵たんぱく質を含まないため摂取することができる。 ●うすらの卵は、食品表示法において特定原材料「卵」の範囲に含まれる。 	牛乳	<ul style="list-style-type: none"> ●牛乳のアレルゲンは、加熱によるアレルゲン性の変化を受けにくい。 ●牛乳以外のやぎ乳やめん羊乳などは、牛乳と強い交差抗原性*があり、使用できない。 ●アレルギー用ミルク（特別用途食品・ミルクアレルゲン除去食品）には、牛乳たんぱく質を酵素分解した「加水分解乳」と、アミノ酸混合物を使用した「アミノ酸乳」があり、その選択は、医師の指示に従う。 ●新生児・乳児消化管アレルギー患者や重症な牛乳アレルギー患者は、加水分解乳で症状が誘発される可能性がある。 ●ペプチドミルクにはアレルゲンが残存しており、牛乳アレルギー児には使用できない。 ●加工食品の原材料には、「乳」の文字をもつ紛らわしい表記が多いので注意が必要である。 ●乳糖には、ごく微量（数μg/g）のたんぱく質が含まれる場合があるが、加工食品中の原材料レベルでの除去が必要な場合はまれである。摂取可否については医師に確認する。 	小麦	<ul style="list-style-type: none"> ●大麦やライ麦などの麦類と小麦は交差抗原性*が知られているが、すべての麦類の除去の必要性は少ない。 ●麦茶は大麦が原材料で、たんぱく質含有量はごく微量のため、除去が必要なのはまれである。 ●米やほかの雑穀類（ひえ、あわ、きび、たかきびなど）は、摂取することができる。 ●しょうゆの原材料に使用される小麦は醸造過程でアレルゲンが消失するので、基本的にしょうゆの除去は不要である。 ●食物依存性運動誘発アナフィラキシーの原因食物として、もっとも頻度が高い。 	大豆	<ul style="list-style-type: none"> ●大豆アレルギーで、ほかの豆類の除去が必要なのは非常に少ないので、豆類をひとつくりに除去する必要はない。 ●大豆油は症状なく摂取できることが多い。 ●しょうゆやみそは、醸造過程で大豆アレルギーの大部分が分解される。 ●PFASでは、豆腐が摂取可能であっても、豆乳のみ症状が誘発されることがある。 	魚	<ul style="list-style-type: none"> ●魚は魚種間で交差抗原性*があるが、すべての魚の除去が必要とは限らないので、問診や経口負荷試験で摂取可能な魚を見つけることが望ましい。 ●魚は、鮮度が低下すると魚肉中にヒスタミンが作られ、かゆみ、じんましんなどの症状をもたらすことがある。これは食物不耐症であり、食物アレルギーとは異なる病態で、区別して考える。 ●小児はまれであるが、魚に寄生したアニサキスが原因のアレルギーが報告されている。 ●青魚、赤身魚など、魚皮や身の色などの区別による除去には根拠がない。 ●かつお、いりこなどのだしの除去は、不必要なことが多い。 	魚卵	<ul style="list-style-type: none"> ●乳幼児期では初めていくらを摂取して症状が誘発される場合がある。 ●魚卵類（いくら、たらこ、ししゃもの卵、わかさぎの卵、かすのこ、とびこなど）は、ひとつくりにして除去する必要はない。 	甲殻類	<ul style="list-style-type: none"> ●甲殻類（とくにえび）は食物依存性運動誘発アナフィラキシーの原因食物として頻度が高い。 ●えび・かになどの甲殻類間や、いか・たこなどの軟体類間、貝類間に交差抗原性*があるが、甲殻類、軟体類、貝類をひとつくりにした除去は不要。血液検査、食物経口負荷試験などで個々に症状の有無を確認する。 	落花生	<ul style="list-style-type: none"> ●ピーナッツは豆類であり、木の実（ナッツ）類とまとめて除去する必要はない。食物経口負荷試験などによって個々に症状の有無を確認する。 ●ローストする（炒る）ことでアレルゲン性が高まる。 ●ピーナッツオイルを含めた除去が必要である。
卵	<ul style="list-style-type: none"> ●鶏卵アレルギーは卵白のアレルゲンが主原因で、加熱卵黄（少量の卵白が付着するもの）は摂取可能な児が多い。 ●卵白の主要な原因たんぱく質は容易に加熱変性するため、加熱温度・加熱時間・治療方法によって食べられる場合がある。その一方で、加熱鶏卵が摂取可能でも、加熱が不十分な鶏卵や生の場合などでは症状が出る可能性がある。 ●加工食品の原材料である卵殻カルシウム（焼成・未焼成製品）は、ほとんど鶏卵たんぱく質を含まないため摂取することができる。 ●うすらの卵は、食品表示法において特定原材料「卵」の範囲に含まれる。 																	
牛乳	<ul style="list-style-type: none"> ●牛乳のアレルゲンは、加熱によるアレルゲン性の変化を受けにくい。 ●牛乳以外のやぎ乳やめん羊乳などは、牛乳と強い交差抗原性*があり、使用できない。 ●アレルギー用ミルク（特別用途食品・ミルクアレルゲン除去食品）には、牛乳たんぱく質を酵素分解した「加水分解乳」と、アミノ酸混合物を使用した「アミノ酸乳」があり、その選択は、医師の指示に従う。 ●新生児・乳児消化管アレルギー患者や重症な牛乳アレルギー患者は、加水分解乳で症状が誘発される可能性がある。 ●ペプチドミルクにはアレルゲンが残存しており、牛乳アレルギー児には使用できない。 ●加工食品の原材料には、「乳」の文字をもつ紛らわしい表記が多いので注意が必要である。 ●乳糖には、ごく微量（数μg/g）のたんぱく質が含まれる場合があるが、加工食品中の原材料レベルでの除去が必要な場合はまれである。摂取可否については医師に確認する。 																	
小麦	<ul style="list-style-type: none"> ●大麦やライ麦などの麦類と小麦は交差抗原性*が知られているが、すべての麦類の除去の必要性は少ない。 ●麦茶は大麦が原材料で、たんぱく質含有量はごく微量のため、除去が必要なのはまれである。 ●米やほかの雑穀類（ひえ、あわ、きび、たかきびなど）は、摂取することができる。 ●しょうゆの原材料に使用される小麦は醸造過程でアレルゲンが消失するので、基本的にしょうゆの除去は不要である。 ●食物依存性運動誘発アナフィラキシーの原因食物として、もっとも頻度が高い。 																	
大豆	<ul style="list-style-type: none"> ●大豆アレルギーで、ほかの豆類の除去が必要なのは非常に少ないので、豆類をひとつくりに除去する必要はない。 ●大豆油は症状なく摂取できることが多い。 ●しょうゆやみそは、醸造過程で大豆アレルギーの大部分が分解される。 ●PFASでは、豆腐が摂取可能であっても、豆乳のみ症状が誘発されることがある。 																	
魚	<ul style="list-style-type: none"> ●魚は魚種間で交差抗原性*があるが、すべての魚の除去が必要とは限らないので、問診や経口負荷試験で摂取可能な魚を見つけることが望ましい。 ●魚は、鮮度が低下すると魚肉中にヒスタミンが作られ、かゆみ、じんましんなどの症状をもたらすことがある。これは食物不耐症であり、食物アレルギーとは異なる病態で、区別して考える。 ●小児はまれであるが、魚に寄生したアニサキスが原因のアレルギーが報告されている。 ●青魚、赤身魚など、魚皮や身の色などの区別による除去には根拠がない。 ●かつお、いりこなどのだしの除去は、不必要なことが多い。 																	
魚卵	<ul style="list-style-type: none"> ●乳幼児期では初めていくらを摂取して症状が誘発される場合がある。 ●魚卵類（いくら、たらこ、ししゃもの卵、わかさぎの卵、かすのこ、とびこなど）は、ひとつくりにして除去する必要はない。 																	
甲殻類	<ul style="list-style-type: none"> ●甲殻類（とくにえび）は食物依存性運動誘発アナフィラキシーの原因食物として頻度が高い。 ●えび・かになどの甲殻類間や、いか・たこなどの軟体類間、貝類間に交差抗原性*があるが、甲殻類、軟体類、貝類をひとつくりにした除去は不要。血液検査、食物経口負荷試験などで個々に症状の有無を確認する。 																	
落花生	<ul style="list-style-type: none"> ●ピーナッツは豆類であり、木の実（ナッツ）類とまとめて除去する必要はない。食物経口負荷試験などによって個々に症状の有無を確認する。 ●ローストする（炒る）ことでアレルゲン性が高まる。 ●ピーナッツオイルを含めた除去が必要である。 																	

頁	箇所																									
87	表 3-16	<p>以下の表に差し替え</p> <p style="text-align: center;">表 3-16 動脈硬化疾患予防のための食事療法</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 過食に注意し、適正な体重を維持する <ul style="list-style-type: none"> ● 総エネルギー摂取量 (kcal/日) は、一般に目標とする体重 (kg) × 身体活動量 (軽い労作で 25~30、普通の労作で 30~35、重い労作で 35~) を目指す 2. 肉の脂身、動物脂、加工肉、鶏卵の大量摂取を控える 3. 魚の摂取を増やし、低脂肪乳製品を摂取する <ul style="list-style-type: none"> ● 脂肪エネルギー比率を 20~25%、飽和脂肪酸エネルギー比率を 7% 未満、コレステロール摂取量を 200mg/日未満に抑える ● n-3 系多価不飽和脂肪酸の摂取を増やす ● トランス脂肪酸の摂取を控える 4. 未精製穀類、緑黄色野菜を含めた野菜、海藻、大豆および大豆製品、ナッツ類の摂取量を増やす <ul style="list-style-type: none"> ● 炭水化物エネルギー比率を 50~60% とし、食物繊維は 25g/日以上以上の摂取を目標とする 5. 糖質含有量の少ない果物を適度に摂取し、果糖を含む加工食品の大量摂取を控える 6. アルコールの過剰摂取を控え、25g/日以下に抑える 7. 食塩の摂取は 6g/日未満を目標にする <p>* 18~49 歳：[身長 (m)]² × 18.5~24.9kg/m²、50~64 歳：[身長 (m)]² × 20.0~24.9kg/m²、65~74 歳：[身長 (m)]² × 21.5~24.9kg/m²、75 歳以上：[身長 (m)]² × 21.5~24.9kg/m² とする。 (日本動脈硬化学会編：動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022 年版、2022 より)</p>																								
313	表 17-7	<p>以下の表に差し替え</p> <p style="text-align: center;">表 17-7 褥瘡の深達度分類の比較</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;"></th> <th style="width: 35%;">DESIGN-R® 深さ (2020)</th> <th style="width: 50%;">NPIAP/EPUAP 分類 (2019)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>d0 皮膚損傷・発赤なし</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>d1 持続する発赤</td> <td>ステージ I：消退しない発赤 通常骨突出部位に限局された領域に消退しない発赤を伴う損傷のない皮膚。色素の濃い皮膚には明白な消退は起こらないが、周囲の皮膚と色が異なることがある</td> </tr> <tr> <td></td> <td>d2 真皮までの損傷</td> <td>ステージ II：部分欠損 黄色壊死組織 (スラフ) を伴わない、創底が薄赤色の浅い潰瘍として現れる真皮の部分欠損。水泡蓋が破れていないもしくは開放した/破裂した、血清で満たされた水泡を呈することもある</td> </tr> <tr> <td></td> <td>D3 皮下組織までの損傷</td> <td>ステージ III：全層皮膚欠損 全層組織欠損。皮下脂肪は確認できるが、骨、腱、筋肉は露出していない。組織欠損の深度がわからなくなるほどではないがスラフが付着していることがある。ポケットや瘻孔が存在することもある</td> </tr> <tr> <td></td> <td>D4 皮下組織を超える損傷</td> <td>ステージ IV：全層組織欠損 骨、腱、筋肉の露出を伴う全層組織欠損。スラフまたはエスカー (黒色壊死組織) が創底に付着していることがある。ポケットや瘻孔を伴うことが多い</td> </tr> <tr> <td></td> <td>DU 壊死組織で覆われ深さ判定が不能</td> <td>判定不能：深さ不明 潰瘍底がスラフ (黄色、黄褐色、灰色、緑色または茶色) やエスカー (黄褐色、茶色または黒色) に覆われている全層組織欠損</td> </tr> <tr> <td></td> <td>DDTI 深部損傷褥瘡 (DTI) 疑い</td> <td>深部損傷褥瘡疑い：深さ不明 圧力やせん断力によって生じた皮下軟部組織の損傷に起因する。限局性の紫または栗色の皮膚変色または血泡</td> </tr> </tbody> </table>		DESIGN-R® 深さ (2020)	NPIAP/EPUAP 分類 (2019)		d0 皮膚損傷・発赤なし			d1 持続する発赤	ステージ I：消退しない発赤 通常骨突出部位に限局された領域に消退しない発赤を伴う損傷のない皮膚。色素の濃い皮膚には明白な消退は起こらないが、周囲の皮膚と色が異なることがある		d2 真皮までの損傷	ステージ II：部分欠損 黄色壊死組織 (スラフ) を伴わない、創底が薄赤色の浅い潰瘍として現れる真皮の部分欠損。水泡蓋が破れていないもしくは開放した/破裂した、血清で満たされた水泡を呈することもある		D3 皮下組織までの損傷	ステージ III：全層皮膚欠損 全層組織欠損。皮下脂肪は確認できるが、骨、腱、筋肉は露出していない。組織欠損の深度がわからなくなるほどではないがスラフが付着していることがある。ポケットや瘻孔が存在することもある		D4 皮下組織を超える損傷	ステージ IV：全層組織欠損 骨、腱、筋肉の露出を伴う全層組織欠損。スラフまたはエスカー (黒色壊死組織) が創底に付着していることがある。ポケットや瘻孔を伴うことが多い		DU 壊死組織で覆われ深さ判定が不能	判定不能：深さ不明 潰瘍底がスラフ (黄色、黄褐色、灰色、緑色または茶色) やエスカー (黄褐色、茶色または黒色) に覆われている全層組織欠損		DDTI 深部損傷褥瘡 (DTI) 疑い	深部損傷褥瘡疑い：深さ不明 圧力やせん断力によって生じた皮下軟部組織の損傷に起因する。限局性の紫または栗色の皮膚変色または血泡
	DESIGN-R® 深さ (2020)	NPIAP/EPUAP 分類 (2019)																								
	d0 皮膚損傷・発赤なし																									
	d1 持続する発赤	ステージ I：消退しない発赤 通常骨突出部位に限局された領域に消退しない発赤を伴う損傷のない皮膚。色素の濃い皮膚には明白な消退は起こらないが、周囲の皮膚と色が異なることがある																								
	d2 真皮までの損傷	ステージ II：部分欠損 黄色壊死組織 (スラフ) を伴わない、創底が薄赤色の浅い潰瘍として現れる真皮の部分欠損。水泡蓋が破れていないもしくは開放した/破裂した、血清で満たされた水泡を呈することもある																								
	D3 皮下組織までの損傷	ステージ III：全層皮膚欠損 全層組織欠損。皮下脂肪は確認できるが、骨、腱、筋肉は露出していない。組織欠損の深度がわからなくなるほどではないがスラフが付着していることがある。ポケットや瘻孔が存在することもある																								
	D4 皮下組織を超える損傷	ステージ IV：全層組織欠損 骨、腱、筋肉の露出を伴う全層組織欠損。スラフまたはエスカー (黒色壊死組織) が創底に付着していることがある。ポケットや瘻孔を伴うことが多い																								
	DU 壊死組織で覆われ深さ判定が不能	判定不能：深さ不明 潰瘍底がスラフ (黄色、黄褐色、灰色、緑色または茶色) やエスカー (黄褐色、茶色または黒色) に覆われている全層組織欠損																								
	DDTI 深部損傷褥瘡 (DTI) 疑い	深部損傷褥瘡疑い：深さ不明 圧力やせん断力によって生じた皮下軟部組織の損傷に起因する。限局性の紫または栗色の皮膚変色または血泡																								

(2023 年 4 月)

頁	箇所	旧	新
313	左段, 最終行	NPUAP	EPUAP/NPIAP 分類
314	左段, 2～5 行目	<ul style="list-style-type: none"> さらに栄養状態が低いとその危険度は増すといわれており、血清アルブミン値 3g/dL 以下、ヘモグロビン値 11g/dL 以下の場合をいい、2つ重なるととくに危険度が高い。 	<ul style="list-style-type: none"> 低栄養状態により、その危険度は高まるといわれている。低栄養状態を確認する指標を下記に示す。 <ul style="list-style-type: none"> 血清アルブミン値：3.5g/dL 以下（※浮腫や脱水や炎症がない場合） 体重減少率：大幅な体重減少として、6カ月以内に 10% 以上の減少、または 1カ月以内に 5% 以上の減少 上腕周囲長 血清ビタミン D 値 食事摂取率：50% 以下 MNA®, MNA®-SF（※高齢者の場合） CONUT (Controlling Nutritional Assessment) 主観的包括的栄養評価 (SGA) 血清アルブミン値 3g/dL 以下、ヘモグロビン値 11g/dL 以下の 2つが重なるととくに低栄養状態となる危険性が高い。
322	左段, 17 行目	(新規追加)	<ul style="list-style-type: none"> 褥瘡患者に対しても、栄養評価をおこない、適切な栄養管理をおこなうことで、栄養状態の改善に寄与することができる。
322	左段, 最終行	(新規追加)	<ul style="list-style-type: none"> たんぱく質・エネルギー低栄養状態 (PEM) の患者は、通常の食事だけでは十分な栄養摂取が難しいため、疾患を考慮したうえで、高エネルギー、高たんぱく質のサプリメントによる補給が推奨される。
322	右段, 12 行目	(新規追加)	<ul style="list-style-type: none"> 褥瘡予防・管理ガイドライン（第 5 版）では、褥瘡治療に必要な栄養量として、エネルギー 30kcal/日以上、たんぱく質 1.0g/kg/日以上を提案している。ただし、重症度によりストレスの程度が異なるので、個別に判定することが重要である。
322	右段, 脚注	(新規追加)	<p>特定の栄養素の補給▶エビデンスが確立されているわけではないが、褥瘡予防・管理ガイドライン（第 5 版）では、褥瘡患者に対して、疾患を考慮したうえで、亜鉛、アスコルビン酸、アルギニン、L-カルノシン、n-3 脂肪酸、コラーゲン加水分解物、β-ヒドロキシβ-メチル酪酸、α-ケトグルタル酸オルニチンなどを補給してもよいとしている。</p>
323	左段, 3 行目	(新規追加)	<ul style="list-style-type: none"> 浮腫や脱水がなければ、栄養補給の効果判定に体重増加量を用いることが勧められる。
339	左段, 9 行目	病院 (病棟) も対象となった。	病院 (病棟)、令和 4 (2022) 年度からは障害者施設等入院基本料を算定する病棟も対象となった。

頁	箇所	旧	新																															
345	右段, 5行目	(新規追加)	<ul style="list-style-type: none"> 大学病院などの特定機能病院において、病棟に常勤管理栄養士を配置し、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するものとして、令和4年4月に入院栄養管理体制加算が新設された。 																															
345	右段, 下から 9行目	(新規追加)	<ul style="list-style-type: none"> 初回の外来栄養食事指導は対面に限定されていたが、令和4(2022)年4月より情報通信機器も活用できることになった。 																															
346	表3-2	以下の表に差し替え																																
		表3-2 管理栄養士・栄養士に関係のある診療報酬																																
		<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>診療報酬</th> <th>概要</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="10">食事サービス</td> <td>入院時食事療養費 (I) 640円/食 575円/食 (流動食のみを経管栄養法で提供する場合)</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> 常勤の管理栄養士または栄養士が食事療養部門の責任者または指導者となっていること、適時・適量での食事提供できることなどが施設基準の基本要件。 食事の提供に関する業務については第三者に委託可。 1日に3食を限度として算定。 ※入院時食事療養費の患者の自己負担額は460円/食。 </td> </tr> <tr> <td>入院時生活療養費 (I) 554円/食 500円/食 (流動食のみを経管栄養法で提供する場合)</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> 入院時食事療養費 (I) を算定する保険医療機関以外の保険医療機関に入院している患者が対象。 食事の提供に関する業務については第三者に委託可。 1日に3食を限度として算定。 ※入院時食事療養費の患者の自己負担額は460円/食。 </td> </tr> <tr> <td>入院時食事療養費 (II) 506円/食 460円/食 (流動食のみを経管栄養法で提供する場合)</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> 入院時食事療養費 (I) を算定する保険医療機関以外の保険医療機関に入院している患者が対象。 食事の提供に関する業務については第三者に委託可。 1日に3食を限度として算定。 ※入院時食事療養費の患者の自己負担額は460円/食。 </td> </tr> <tr> <td>入院時生活療養費 (II) 420円/食</td> <td></td> </tr> <tr> <td>特別食加算 76円/食</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> 入院時食事療養費 (I) または入院時生活療養費 (I) の届出をおこなった保険医療機関において、医師の発行する食事箋に基づき、特別食が提供された場合に加算。 対象となる治療食は腎臓食、肝臓食、糖尿食、胃潰瘍食 (流動食を除く)、貧血食、膀胱食、脂質異常症食、痛風食、てんかん食、フェニルケトン尿症食、楓糖尿 (メープルシロップ尿症) 食、ホモシタン尿症食、ガラクトース血症食、治療乳。 </td> </tr> <tr> <td>食堂加算 50円/日</td> <td>1病床当たり0.5㎡以上、病床単位で算定。</td> </tr> <tr> <td rowspan="5">栄養食事指導</td> <td>外来栄養食事指導料 1 260点 (初回、概ね30分以上、対面でおこなった場合) 235点 (初回、概ね30分以上、情報通信機器等を用いた場合) 200点 (2回目以降、概ね20分以上、対面でおこなった場合) 180点 (2回目以降、概ね20分以上、情報通信機器を用いた場合)</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> 外来栄養食事指導料 1 は当該保険医療機関の管理栄養士 (非常勤でも可能) がおこなった場合に算定。 初回の指導をおこなった月においては月2回に限り、その他の月においては月1回に限り算定。 対象者は特別食を必要とされた患者、がん患者、摂食機能または嚥下機能が低下した患者、低栄養状態にある患者。 </td> </tr> <tr> <td>260点 (外来化学療法を実施している悪性腫瘍の患者に対し指導をおこなった場合)</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> 外来化学療法を実施している悪性腫瘍の患者に対し、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おこなった場合に限り、回数にかかわらず月1回算定。所要時間の基準はない。 悪性腫瘍の栄養管理に関する研修を修了し、かつ、3年以上の栄養管理 (悪性腫瘍患者を含む) の経験をもつ専任の常勤管理栄養士がおこなった場合に算定。 </td> </tr> <tr> <td>外来栄養食事指導料 2 250点 (初回、概ね30分以上、対面でおこなった場合) 225点 (初回、概ね30分以上、情報通信機器等を用いた場合) 190点 (2回目以降、概ね20分以上、対面でおこなった場合) 170点 (2回目以降、概ね20分以上、情報通信機器を用いた場合)</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> 診療所で当該医療機関以外の医療機関または日本栄養士会・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に所属する管理栄養士がおこなった場合が該当。 対象者は特別食を必要とする患者、がん患者、摂食機能もしくは嚥下機能が低下した患者、低栄養状態にある患者。 </td> </tr> <tr> <td>入院栄養食事指導料 1 260点 (初回、概ね30分以上) 200点 (2回目、概ね20分以上)</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> 当該保険医療機関の管理栄養士がおこなった場合は入院栄養食事指導料 1、診療所で当該医療機関以外の医療機関または日本栄養士会・都道府県栄養士会の栄養ケアステーションに所属する管理栄養士がおこなった場合は入院栄養食事指導料 2として、入院中に2回に限り週1回算定。 対象者は特別食を必要とする患者、がん患者、摂食機能もしくは嚥下機能が低下した患者、低栄養状態にある患者。 </td> </tr> <tr> <td>入院栄養食事指導料 2 250点 (初回) 190点 (2回目)</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> 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、障害者支援施設等の医師または管理栄養士と共有した場合に、入院中1回にかぎり、栄養情報提供加算として50点を所定点数に加算される。 管理栄養士が医師の指示に基づき、集団指導をおこなった場合、患者1人当たり月1回 (入院中2回) まで算定。 対象患者 15人/回以下で指導時間は40分/回を超えることが要件。対象範囲は特別食。 </td> </tr> <tr> <td>集団栄養食事指導料 80点/回</td> <td></td> </tr> <tr> <td>糖尿病透析予防指導管理料 350点 (外来月1回)</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> HbA1c 6.5% (NGSP値) 以上、または内服薬やインスリンを使用している糖尿病発症第2期以上の外来患者 (透析療法をおこなっている者を除く) に対して、医師、看護師 (または保健師) および管理栄養士による透析予防診療チームが透析予防にかかわる指導管理をおこなった場合に算定。 </td> </tr> </tbody> </table>		診療報酬	概要	食事サービス	入院時食事療養費 (I) 640円/食 575円/食 (流動食のみを経管栄養法で提供する場合)	<ul style="list-style-type: none"> 常勤の管理栄養士または栄養士が食事療養部門の責任者または指導者となっていること、適時・適量での食事提供できることなどが施設基準の基本要件。 食事の提供に関する業務については第三者に委託可。 1日に3食を限度として算定。 ※入院時食事療養費の患者の自己負担額は460円/食。	入院時生活療養費 (I) 554円/食 500円/食 (流動食のみを経管栄養法で提供する場合)	<ul style="list-style-type: none"> 入院時食事療養費 (I) を算定する保険医療機関以外の保険医療機関に入院している患者が対象。 食事の提供に関する業務については第三者に委託可。 1日に3食を限度として算定。 ※入院時食事療養費の患者の自己負担額は460円/食。	入院時食事療養費 (II) 506円/食 460円/食 (流動食のみを経管栄養法で提供する場合)	<ul style="list-style-type: none"> 入院時食事療養費 (I) を算定する保険医療機関以外の保険医療機関に入院している患者が対象。 食事の提供に関する業務については第三者に委託可。 1日に3食を限度として算定。 ※入院時食事療養費の患者の自己負担額は460円/食。	入院時生活療養費 (II) 420円/食		特別食加算 76円/食	<ul style="list-style-type: none"> 入院時食事療養費 (I) または入院時生活療養費 (I) の届出をおこなった保険医療機関において、医師の発行する食事箋に基づき、特別食が提供された場合に加算。 対象となる治療食は腎臓食、肝臓食、糖尿食、胃潰瘍食 (流動食を除く)、貧血食、膀胱食、脂質異常症食、痛風食、てんかん食、フェニルケトン尿症食、楓糖尿 (メープルシロップ尿症) 食、ホモシタン尿症食、ガラクトース血症食、治療乳。 	食堂加算 50円/日	1病床当たり0.5㎡以上、病床単位で算定。	栄養食事指導	外来栄養食事指導料 1 260点 (初回、概ね30分以上、対面でおこなった場合) 235点 (初回、概ね30分以上、情報通信機器等を用いた場合) 200点 (2回目以降、概ね20分以上、対面でおこなった場合) 180点 (2回目以降、概ね20分以上、情報通信機器を用いた場合)	<ul style="list-style-type: none"> 外来栄養食事指導料 1 は当該保険医療機関の管理栄養士 (非常勤でも可能) がおこなった場合に算定。 初回の指導をおこなった月においては月2回に限り、その他の月においては月1回に限り算定。 対象者は特別食を必要とされた患者、がん患者、摂食機能または嚥下機能が低下した患者、低栄養状態にある患者。 	260点 (外来化学療法を実施している悪性腫瘍の患者に対し指導をおこなった場合)	<ul style="list-style-type: none"> 外来化学療法を実施している悪性腫瘍の患者に対し、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おこなった場合に限り、回数にかかわらず月1回算定。所要時間の基準はない。 悪性腫瘍の栄養管理に関する研修を修了し、かつ、3年以上の栄養管理 (悪性腫瘍患者を含む) の経験をもつ専任の常勤管理栄養士がおこなった場合に算定。 	外来栄養食事指導料 2 250点 (初回、概ね30分以上、対面でおこなった場合) 225点 (初回、概ね30分以上、情報通信機器等を用いた場合) 190点 (2回目以降、概ね20分以上、対面でおこなった場合) 170点 (2回目以降、概ね20分以上、情報通信機器を用いた場合)	<ul style="list-style-type: none"> 診療所で当該医療機関以外の医療機関または日本栄養士会・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に所属する管理栄養士がおこなった場合が該当。 対象者は特別食を必要とする患者、がん患者、摂食機能もしくは嚥下機能が低下した患者、低栄養状態にある患者。 	入院栄養食事指導料 1 260点 (初回、概ね30分以上) 200点 (2回目、概ね20分以上)	<ul style="list-style-type: none"> 当該保険医療機関の管理栄養士がおこなった場合は入院栄養食事指導料 1、診療所で当該医療機関以外の医療機関または日本栄養士会・都道府県栄養士会の栄養ケアステーションに所属する管理栄養士がおこなった場合は入院栄養食事指導料 2として、入院中に2回に限り週1回算定。 対象者は特別食を必要とする患者、がん患者、摂食機能もしくは嚥下機能が低下した患者、低栄養状態にある患者。 	入院栄養食事指導料 2 250点 (初回) 190点 (2回目)	<ul style="list-style-type: none"> 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、障害者支援施設等の医師または管理栄養士と共有した場合に、入院中1回にかぎり、栄養情報提供加算として50点を所定点数に加算される。 管理栄養士が医師の指示に基づき、集団指導をおこなった場合、患者1人当たり月1回 (入院中2回) まで算定。 対象患者 15人/回以下で指導時間は40分/回を超えることが要件。対象範囲は特別食。 	集団栄養食事指導料 80点/回		糖尿病透析予防指導管理料 350点 (外来月1回)	<ul style="list-style-type: none"> HbA1c 6.5% (NGSP値) 以上、または内服薬やインスリンを使用している糖尿病発症第2期以上の外来患者 (透析療法をおこなっている者を除く) に対して、医師、看護師 (または保健師) および管理栄養士による透析予防診療チームが透析予防にかかわる指導管理をおこなった場合に算定。 	
	診療報酬	概要																																
食事サービス	入院時食事療養費 (I) 640円/食 575円/食 (流動食のみを経管栄養法で提供する場合)	<ul style="list-style-type: none"> 常勤の管理栄養士または栄養士が食事療養部門の責任者または指導者となっていること、適時・適量での食事提供できることなどが施設基準の基本要件。 食事の提供に関する業務については第三者に委託可。 1日に3食を限度として算定。 ※入院時食事療養費の患者の自己負担額は460円/食。																																
	入院時生活療養費 (I) 554円/食 500円/食 (流動食のみを経管栄養法で提供する場合)	<ul style="list-style-type: none"> 入院時食事療養費 (I) を算定する保険医療機関以外の保険医療機関に入院している患者が対象。 食事の提供に関する業務については第三者に委託可。 1日に3食を限度として算定。 ※入院時食事療養費の患者の自己負担額は460円/食。																																
	入院時食事療養費 (II) 506円/食 460円/食 (流動食のみを経管栄養法で提供する場合)	<ul style="list-style-type: none"> 入院時食事療養費 (I) を算定する保険医療機関以外の保険医療機関に入院している患者が対象。 食事の提供に関する業務については第三者に委託可。 1日に3食を限度として算定。 ※入院時食事療養費の患者の自己負担額は460円/食。																																
	入院時生活療養費 (II) 420円/食																																	
	特別食加算 76円/食	<ul style="list-style-type: none"> 入院時食事療養費 (I) または入院時生活療養費 (I) の届出をおこなった保険医療機関において、医師の発行する食事箋に基づき、特別食が提供された場合に加算。 対象となる治療食は腎臓食、肝臓食、糖尿食、胃潰瘍食 (流動食を除く)、貧血食、膀胱食、脂質異常症食、痛風食、てんかん食、フェニルケトン尿症食、楓糖尿 (メープルシロップ尿症) 食、ホモシタン尿症食、ガラクトース血症食、治療乳。 																																
	食堂加算 50円/日	1病床当たり0.5㎡以上、病床単位で算定。																																
	栄養食事指導	外来栄養食事指導料 1 260点 (初回、概ね30分以上、対面でおこなった場合) 235点 (初回、概ね30分以上、情報通信機器等を用いた場合) 200点 (2回目以降、概ね20分以上、対面でおこなった場合) 180点 (2回目以降、概ね20分以上、情報通信機器を用いた場合)	<ul style="list-style-type: none"> 外来栄養食事指導料 1 は当該保険医療機関の管理栄養士 (非常勤でも可能) がおこなった場合に算定。 初回の指導をおこなった月においては月2回に限り、その他の月においては月1回に限り算定。 対象者は特別食を必要とされた患者、がん患者、摂食機能または嚥下機能が低下した患者、低栄養状態にある患者。 																															
		260点 (外来化学療法を実施している悪性腫瘍の患者に対し指導をおこなった場合)	<ul style="list-style-type: none"> 外来化学療法を実施している悪性腫瘍の患者に対し、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おこなった場合に限り、回数にかかわらず月1回算定。所要時間の基準はない。 悪性腫瘍の栄養管理に関する研修を修了し、かつ、3年以上の栄養管理 (悪性腫瘍患者を含む) の経験をもつ専任の常勤管理栄養士がおこなった場合に算定。 																															
		外来栄養食事指導料 2 250点 (初回、概ね30分以上、対面でおこなった場合) 225点 (初回、概ね30分以上、情報通信機器等を用いた場合) 190点 (2回目以降、概ね20分以上、対面でおこなった場合) 170点 (2回目以降、概ね20分以上、情報通信機器を用いた場合)	<ul style="list-style-type: none"> 診療所で当該医療機関以外の医療機関または日本栄養士会・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に所属する管理栄養士がおこなった場合が該当。 対象者は特別食を必要とする患者、がん患者、摂食機能もしくは嚥下機能が低下した患者、低栄養状態にある患者。 																															
		入院栄養食事指導料 1 260点 (初回、概ね30分以上) 200点 (2回目、概ね20分以上)	<ul style="list-style-type: none"> 当該保険医療機関の管理栄養士がおこなった場合は入院栄養食事指導料 1、診療所で当該医療機関以外の医療機関または日本栄養士会・都道府県栄養士会の栄養ケアステーションに所属する管理栄養士がおこなった場合は入院栄養食事指導料 2として、入院中に2回に限り週1回算定。 対象者は特別食を必要とする患者、がん患者、摂食機能もしくは嚥下機能が低下した患者、低栄養状態にある患者。 																															
入院栄養食事指導料 2 250点 (初回) 190点 (2回目)		<ul style="list-style-type: none"> 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、障害者支援施設等の医師または管理栄養士と共有した場合に、入院中1回にかぎり、栄養情報提供加算として50点を所定点数に加算される。 管理栄養士が医師の指示に基づき、集団指導をおこなった場合、患者1人当たり月1回 (入院中2回) まで算定。 対象患者 15人/回以下で指導時間は40分/回を超えることが要件。対象範囲は特別食。 																																
集団栄養食事指導料 80点/回																																		
糖尿病透析予防指導管理料 350点 (外来月1回)	<ul style="list-style-type: none"> HbA1c 6.5% (NGSP値) 以上、または内服薬やインスリンを使用している糖尿病発症第2期以上の外来患者 (透析療法をおこなっている者を除く) に対して、医師、看護師 (または保健師) および管理栄養士による透析予防診療チームが透析予防にかかわる指導管理をおこなった場合に算定。 																																	

頁	箇所	旧	新																										
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>診療報酬</th> <th>概要</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> 入院栄養管理体制加算 270点(入院初日及び退院時に1回) </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> ・大学病院などの特定機能病院において、病棟に常勤管理栄養士を配置し、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場合についての評価。 ・特定機能病院入院基本料を算定している患者が対象。 ・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を行った場合、入院初日及び退院時にそれぞれ1回に限り加算。 ・栄養サポートチーム加算及び入院栄養食事指導料との併用はできない。 ・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により患者に説明し、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される。 </td> </tr> <tr> <td> 周期性栄養管理体制加算 270点(1手術に1回) </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> ・管理栄養士が行う周期性に必要な栄養管理についての評価。 ・全身麻酔を伴う手術を行った患者が対象。 ・別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合している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に1つの手術につき1回加算される ・特定機能病院における入院栄養管理体制加算や特定集中治療室入院時の早期栄養介入管理加算は別に算定できない。 </td> </tr> <tr> <td> 早期栄養介入管理加算 250点/日(入室後早期から必要な栄養管理を行った場合、入室から7日を限度) </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> ・特定集中治療室管理科、救命救急入院科、ハイケアユニット入院医療管理科、脳卒中ケアユニット入院医療管理科、小児特定集中治療室管理科の対象となる治療室が対象となる ・入院栄養食事指導料は別に算定できない </td> </tr> <tr> <td> 摂食障害入院医療管理加算 200点/日(入院30日まで) 100点/日(入院31～60日) </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> ・体重減少が著しい摂食障害患者を対象に必要な治療をおこなった場合に入院基本料に加算される。 ・摂食障害の専門的治療の経験を有する常勤の医師、臨床心理技術者、管理栄養士などが当該保険医療機関に配置されていることが要件。 </td> </tr> <tr> <td> 緩和ケア診療加算として個別栄養食事管理加算 70点/日 </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> ・緩和ケア診療加算を算定している悪性腫瘍、後天性免疫不全症候群または末期心不全の患者に対し、緩和ケアチームに管理栄養士が参加し、栄養食事管理をおこなった場合に算定。 ・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または添付する。 ・緩和ケア病棟において栄養食事管理の経験や緩和ケア診療をおこなう医療機関で3年以上の経験を有する管理栄養士が緩和ケアチームに参加していることが要件。当該管理栄養士は専任であって差し支えない。 </td> </tr> <tr> <td> 回復期リハビリテーション病棟入院料1 2,129点 2,115点(生活療養を受ける場合) </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> ・適切な栄養管理の推進のため、回復期リハビリテーション病棟入院料1の施設基準において努力義務であった常勤の専任管理栄養士の配置が令和2年度改定より必須要件となった。 ・①リハビリテーション実施計画(または総合実施計画)の作成には、管理栄養士が参加し、栄養状態を踏まえた計画を作成すること、②管理栄養士を含む医師、看護師等の医療従事者が、入棟時の栄養状態の確認、定期的な評価および計画の見直しを、共同でおこなうこと、③とくに重点的な栄養管理が必要な患者については、栄養状態に関する再評価を週1回以上おこなうこと、が要件。 ・入院栄養食事指導料を別に算定できる。 </td> </tr> <tr> <td> 回復期リハビリテーション病棟入院料2～6 2,066～1,078点 2,051～1,664点(生活療養を受ける場合) </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> ・回復期リハビリテーション病棟入院料2～6においては配置規定がなかったが、専任配置が努力義務となり、重点的に栄養管理の必要な患者に適切に介入できる体制が強化された。 </td> </tr> <tr> <td> 在宅患者訪問栄養食事指導料1 530点(単一建物診療患者が1人) 480点(単一建物診療患者が2～9人) 440点(上記以外) </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> ・当該保険医療機関の管理栄養士がおこなった場合は在宅患者訪問栄養食事指導料1、診療所で当該医療機関以外の医療機関または日本栄養士会・都道府県栄養士会の栄養ケアステーションに所属する管理栄養士がおこなった場合は在宅患者訪問栄養食事指導料2に該当。 ・医師の指示に基づき、管理栄養士が患者を訪問し、栄養食事指導に従い、食事の用意や摂取等に関する具体的な指導を30分以上おこなった場合に算定。 ・対象者は特別食を必要とする患者、がん患者、摂食機能もしくは嚥下機能が低下した患者、低栄養状態にある患者。 </td> </tr> <tr> <td> 在宅患者訪問栄養食事指導料2 510点(単一建物診療患者が1人) 460点(単一建物診療患者が2～9人) 420点(上記以外) </td> <td></td> </tr> <tr> <td> 退院時共同指導料1(在宅医療側から入院医療側へ) 1,500点(厚生労働大臣が定める施設基準に適合する在宅療養支援診療所) 900点(上記以外) </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> ・入院中の患者に対し、退院後の在宅療養を担う医療機関の医師または医師の指示を受けた看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士等もしくは社会福祉士が、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、入院中の医療機関の医師、看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士等または社会福祉士と共同しておこなううえで、文書により情報提供した場合に、入院中1回に限り、退院後の在宅療養を担う保険医療機関において算定。ただし、別に定める疾病等について、入院中2回算定可。 </td> </tr> <tr> <td> 退院時共同指導料2(入院医療側から在宅医療側へ) 400点 </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> ・入院医療側が在宅医療側に対し、退院時共同指導料1と同様に実施する場合も算定可。 </td> </tr> <tr> <td> 在宅患者訪問褥瘡管理指導料 750点 </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> ・重点的な褥瘡管理をおこなう必要が認められる在宅療養中褥瘡患者に対して、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、看護師また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おこなった場合に、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。 </td> </tr> </tbody> </table>	診療報酬	概要	入院栄養管理体制加算 270点(入院初日及び退院時に1回)	<ul style="list-style-type: none"> ・大学病院などの特定機能病院において、病棟に常勤管理栄養士を配置し、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場合についての評価。 ・特定機能病院入院基本料を算定している患者が対象。 ・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を行った場合、入院初日及び退院時にそれぞれ1回に限り加算。 ・栄養サポートチーム加算及び入院栄養食事指導料との併用はできない。 ・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により患者に説明し、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される。 	周期性栄養管理体制加算 270点(1手術に1回)	<ul style="list-style-type: none"> ・管理栄養士が行う周期性に必要な栄養管理についての評価。 ・全身麻酔を伴う手術を行った患者が対象。 ・別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合している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に1つの手術につき1回加算される ・特定機能病院における入院栄養管理体制加算や特定集中治療室入院時の早期栄養介入管理加算は別に算定できない。 	早期栄養介入管理加算 250点/日(入室後早期から必要な栄養管理を行った場合、入室から7日を限度)	<ul style="list-style-type: none"> ・特定集中治療室管理科、救命救急入院科、ハイケアユニット入院医療管理科、脳卒中ケアユニット入院医療管理科、小児特定集中治療室管理科の対象となる治療室が対象となる ・入院栄養食事指導料は別に算定できない 	摂食障害入院医療管理加算 200点/日(入院30日まで) 100点/日(入院31～60日)	<ul style="list-style-type: none"> ・体重減少が著しい摂食障害患者を対象に必要な治療をおこなった場合に入院基本料に加算される。 ・摂食障害の専門的治療の経験を有する常勤の医師、臨床心理技術者、管理栄養士などが当該保険医療機関に配置されていることが要件。 	緩和ケア診療加算として個別栄養食事管理加算 70点/日	<ul style="list-style-type: none"> ・緩和ケア診療加算を算定している悪性腫瘍、後天性免疫不全症候群または末期心不全の患者に対し、緩和ケアチームに管理栄養士が参加し、栄養食事管理をおこなった場合に算定。 ・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または添付する。 ・緩和ケア病棟において栄養食事管理の経験や緩和ケア診療をおこなう医療機関で3年以上の経験を有する管理栄養士が緩和ケアチームに参加していることが要件。当該管理栄養士は専任であって差し支えない。 	回復期リハビリテーション病棟入院料1 2,129点 2,115点(生活療養を受ける場合)	<ul style="list-style-type: none"> ・適切な栄養管理の推進のため、回復期リハビリテーション病棟入院料1の施設基準において努力義務であった常勤の専任管理栄養士の配置が令和2年度改定より必須要件となった。 ・①リハビリテーション実施計画(または総合実施計画)の作成には、管理栄養士が参加し、栄養状態を踏まえた計画を作成すること、②管理栄養士を含む医師、看護師等の医療従事者が、入棟時の栄養状態の確認、定期的な評価および計画の見直しを、共同でおこなうこと、③とくに重点的な栄養管理が必要な患者については、栄養状態に関する再評価を週1回以上おこなうこと、が要件。 ・入院栄養食事指導料を別に算定できる。 	回復期リハビリテーション病棟入院料2～6 2,066～1,078点 2,051～1,664点(生活療養を受ける場合)	<ul style="list-style-type: none"> ・回復期リハビリテーション病棟入院料2～6においては配置規定がなかったが、専任配置が努力義務となり、重点的に栄養管理の必要な患者に適切に介入できる体制が強化された。 	在宅患者訪問栄養食事指導料1 530点(単一建物診療患者が1人) 480点(単一建物診療患者が2～9人) 440点(上記以外)	<ul style="list-style-type: none"> ・当該保険医療機関の管理栄養士がおこなった場合は在宅患者訪問栄養食事指導料1、診療所で当該医療機関以外の医療機関または日本栄養士会・都道府県栄養士会の栄養ケアステーションに所属する管理栄養士がおこなった場合は在宅患者訪問栄養食事指導料2に該当。 ・医師の指示に基づき、管理栄養士が患者を訪問し、栄養食事指導に従い、食事の用意や摂取等に関する具体的な指導を30分以上おこなった場合に算定。 ・対象者は特別食を必要とする患者、がん患者、摂食機能もしくは嚥下機能が低下した患者、低栄養状態にある患者。 	在宅患者訪問栄養食事指導料2 510点(単一建物診療患者が1人) 460点(単一建物診療患者が2～9人) 420点(上記以外)		退院時共同指導料1(在宅医療側から入院医療側へ) 1,500点(厚生労働大臣が定める施設基準に適合する在宅療養支援診療所) 900点(上記以外)	<ul style="list-style-type: none"> ・入院中の患者に対し、退院後の在宅療養を担う医療機関の医師または医師の指示を受けた看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士等もしくは社会福祉士が、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、入院中の医療機関の医師、看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士等または社会福祉士と共同しておこなううえで、文書により情報提供した場合に、入院中1回に限り、退院後の在宅療養を担う保険医療機関において算定。ただし、別に定める疾病等について、入院中2回算定可。 	退院時共同指導料2(入院医療側から在宅医療側へ) 400点	<ul style="list-style-type: none"> ・入院医療側が在宅医療側に対し、退院時共同指導料1と同様に実施する場合も算定可。 	在宅患者訪問褥瘡管理指導料 750点	<ul style="list-style-type: none"> ・重点的な褥瘡管理をおこなう必要が認められる在宅療養中褥瘡患者に対して、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、看護師また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おこなった場合に、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。 	<p>※入院時生活療養費は療養病床に入院する65歳以上の者が対象。</p> <p style="text-align: right;">(令和4年4月改定)</p>
診療報酬	概要																												
入院栄養管理体制加算 270点(入院初日及び退院時に1回)	<ul style="list-style-type: none"> ・大学病院などの特定機能病院において、病棟に常勤管理栄養士を配置し、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場合についての評価。 ・特定機能病院入院基本料を算定している患者が対象。 ・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を行った場合、入院初日及び退院時にそれぞれ1回に限り加算。 ・栄養サポートチーム加算及び入院栄養食事指導料との併用はできない。 ・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により患者に説明し、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される。 																												
周期性栄養管理体制加算 270点(1手術に1回)	<ul style="list-style-type: none"> ・管理栄養士が行う周期性に必要な栄養管理についての評価。 ・全身麻酔を伴う手術を行った患者が対象。 ・別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合している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に1つの手術につき1回加算される ・特定機能病院における入院栄養管理体制加算や特定集中治療室入院時の早期栄養介入管理加算は別に算定できない。 																												
早期栄養介入管理加算 250点/日(入室後早期から必要な栄養管理を行った場合、入室から7日を限度)	<ul style="list-style-type: none"> ・特定集中治療室管理科、救命救急入院科、ハイケアユニット入院医療管理科、脳卒中ケアユニット入院医療管理科、小児特定集中治療室管理科の対象となる治療室が対象となる ・入院栄養食事指導料は別に算定できない 																												
摂食障害入院医療管理加算 200点/日(入院30日まで) 100点/日(入院31～60日)	<ul style="list-style-type: none"> ・体重減少が著しい摂食障害患者を対象に必要な治療をおこなった場合に入院基本料に加算される。 ・摂食障害の専門的治療の経験を有する常勤の医師、臨床心理技術者、管理栄養士などが当該保険医療機関に配置されていることが要件。 																												
緩和ケア診療加算として個別栄養食事管理加算 70点/日	<ul style="list-style-type: none"> ・緩和ケア診療加算を算定している悪性腫瘍、後天性免疫不全症候群または末期心不全の患者に対し、緩和ケアチームに管理栄養士が参加し、栄養食事管理をおこなった場合に算定。 ・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または添付する。 ・緩和ケア病棟において栄養食事管理の経験や緩和ケア診療をおこなう医療機関で3年以上の経験を有する管理栄養士が緩和ケアチームに参加していることが要件。当該管理栄養士は専任であって差し支えない。 																												
回復期リハビリテーション病棟入院料1 2,129点 2,115点(生活療養を受ける場合)	<ul style="list-style-type: none"> ・適切な栄養管理の推進のため、回復期リハビリテーション病棟入院料1の施設基準において努力義務であった常勤の専任管理栄養士の配置が令和2年度改定より必須要件となった。 ・①リハビリテーション実施計画(または総合実施計画)の作成には、管理栄養士が参加し、栄養状態を踏まえた計画を作成すること、②管理栄養士を含む医師、看護師等の医療従事者が、入棟時の栄養状態の確認、定期的な評価および計画の見直しを、共同でおこなうこと、③とくに重点的な栄養管理が必要な患者については、栄養状態に関する再評価を週1回以上おこなうこと、が要件。 ・入院栄養食事指導料を別に算定できる。 																												
回復期リハビリテーション病棟入院料2～6 2,066～1,078点 2,051～1,664点(生活療養を受ける場合)	<ul style="list-style-type: none"> ・回復期リハビリテーション病棟入院料2～6においては配置規定がなかったが、専任配置が努力義務となり、重点的に栄養管理の必要な患者に適切に介入できる体制が強化された。 																												
在宅患者訪問栄養食事指導料1 530点(単一建物診療患者が1人) 480点(単一建物診療患者が2～9人) 440点(上記以外)	<ul style="list-style-type: none"> ・当該保険医療機関の管理栄養士がおこなった場合は在宅患者訪問栄養食事指導料1、診療所で当該医療機関以外の医療機関または日本栄養士会・都道府県栄養士会の栄養ケアステーションに所属する管理栄養士がおこなった場合は在宅患者訪問栄養食事指導料2に該当。 ・医師の指示に基づき、管理栄養士が患者を訪問し、栄養食事指導に従い、食事の用意や摂取等に関する具体的な指導を30分以上おこなった場合に算定。 ・対象者は特別食を必要とする患者、がん患者、摂食機能もしくは嚥下機能が低下した患者、低栄養状態にある患者。 																												
在宅患者訪問栄養食事指導料2 510点(単一建物診療患者が1人) 460点(単一建物診療患者が2～9人) 420点(上記以外)																													
退院時共同指導料1(在宅医療側から入院医療側へ) 1,500点(厚生労働大臣が定める施設基準に適合する在宅療養支援診療所) 900点(上記以外)	<ul style="list-style-type: none"> ・入院中の患者に対し、退院後の在宅療養を担う医療機関の医師または医師の指示を受けた看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士等もしくは社会福祉士が、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、入院中の医療機関の医師、看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士等または社会福祉士と共同しておこなううえで、文書により情報提供した場合に、入院中1回に限り、退院後の在宅療養を担う保険医療機関において算定。ただし、別に定める疾病等について、入院中2回算定可。 																												
退院時共同指導料2(入院医療側から在宅医療側へ) 400点	<ul style="list-style-type: none"> ・入院医療側が在宅医療側に対し、退院時共同指導料1と同様に実施する場合も算定可。 																												
在宅患者訪問褥瘡管理指導料 750点	<ul style="list-style-type: none"> ・重点的な褥瘡管理をおこなう必要が認められる在宅療養中褥瘡患者に対して、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、看護師また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おこなった場合に、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。 																												
347	左段、2行目	(新規追加)	<ul style="list-style-type: none"> ・外来化学療法をおこなっている悪性腫瘍の患者に対する外来栄養食事指導は、令和4年4月より実施回数にかかわらず月1回に限り260点が算定されることになった。 																										
348	左段、3行目	(新規追加)	<ul style="list-style-type: none"> ・障害者施設等入院基本料を算定している患者については月1回算定できる。 																										

(2023年4月)