

## 2020 年度診療報酬改定提案書～「要望通り反映」A 区分一覧～

(加盟学会アンケートより)

↓技術名をクリックで各提案書ページにジャンプします↓

| 未/既 | 学会名      | 提案書番号  | 区分    | 技術名                                | 頁 |
|-----|----------|--------|-------|------------------------------------|---|
| 既   | 日本結核病学会  | 227202 | A 基本料 | <a href="#">栄養サポートチーム加算</a>        | 2 |
| 既   | 日本精神神経学会 | 285202 | A 基本料 | <a href="#">A233-2 栄養サポートチーム加算</a> | 6 |

**【A区分提案専用】A基本診療料提案書（保険既記載）**

|                          |  |   |
|--------------------------|--|---|
| 整理番号 ※事務処理用              | 227202   |   |
| 申請技術名                    | 栄養サポートチーム加算  |   |
| 申請団体名                    | 日本結核病学会  |   |
| 本技術または本技術に類似した技術の提案実績の有無 | 有  |   |
| 「実績あり」の場合                | 過去に提案した年度及び技術名（直近の技術のみ記載）  | 提案年度（西暦）：2017年度<br>提案当時の技術名：栄養サポートチーム加算 |
|                          | 追加のエビデンスの有無  | 無                                       |
| 診療報酬区分                   | A 第2部 第1節 入院基本料  |   |
| 診療報酬番号                   | A233-2   |   |
| 再評価区分（複数選択可）             | <input checked="" type="checkbox"/> 1-A 算定要件の拡大（適応疾患等の拡大） <input type="checkbox"/> 2-A 点数の見直し（増点） <input type="checkbox"/> 4 保険収載の廃止<br><input type="checkbox"/> 1-B 算定要件の拡大（施設基準） <input type="checkbox"/> 2-B 点数の見直し（減点） <input type="checkbox"/> 5 新規特定保険医療材料等に係る点数<br><input type="checkbox"/> 1-C 算定要件の拡大（回数制限） <input type="checkbox"/> 3 項目設定の見直し <input type="checkbox"/> 6 その他（1～5のいずれも該当しない）   |   |
|                          | 「6 その他」を選んだ場合に記載   |   |
| 技術の概要（200字以内）            | 該当する結核病棟入院患者について栄養サポートチームのケアを受ける。ア 栄養管理計画によ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、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、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   |   |
| 再評価が必要な理由                | 栄養サポートチームの目的は、栄養障害の状態にある患者や栄養管理をしなければ栄養障害の状態になることが見込まれる患者に対し、患者の生活の質の向上、原疾患の治癒促進及び感染症等の合併症予防等を目的として、栄養管理に係る専門的知識を有した多職種からなるチーム（以下「栄養サポートチーム」という。）が診療することを評価したものである。と定められており、栄養サポートチームの利益は既に多くの診療領域で認知されているため、加算が決定されたと認識される。高齢者、免疫抑制宿主、糖尿病等の、栄養的に不利な疾患を有している患者が入院している結核病棟において、結核病棟という理由のみで、栄養サポートチームの診療報酬が得られないことは、患者への必要性を厚生労働省が無視され、結核病棟に入院される患者を差別化していることになるため、再考願いたい。従来、排菌停止が早まるかという点のみ強調されてきて議論がされてきたが、入院患者の利益を考えると、栄養サポートを受けることがフレイル予防や全身状態の改善につながるために行われているサポートである。 |   |

**【評価項目】**

|   |   |
|---|---|
| ①再評価すべき具体的な内容（根拠や有効性等について記載）                      | 栄養サポートチームの恩恵を結核病棟入院患者が受けることを可能とし、かつ、診療報酬上お認めいただきたい。根拠<br>1) 結核患者の約60%は70歳以上の高齢者であること。<br>2) 結核患者の13%は糖尿病を合併していること。<br>3) 結核発病は免疫低下によって生じるため、発病リスクの高い疾患は、HIV/AIDS患者、血液透析患者、移植患者、副腎皮質ステロイド薬投与者、免疫抑制薬投与者、等であり、それらの患者は結核発症前にすでに栄養サポートチームの恩恵を受けている。  |
| ②現在の診療報酬上の取扱い<br>・対象とする患者<br>・技術内容<br>・点数や算定の留意事項 | 対象とする患者<br>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<br>技術内容<br>ア 栄養状態の改善に係るカンファレンス及び回診を患者一人当たり週1回開催する。<br>イ カンファレンス及び回診の結果を踏まえ栄養治療実施計画を作成する。<br>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。<br>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う。<br>オ 褥瘡対策チーム、感染対策チーム、緩和ケアチーム、摂食・嚥下対策チーム等と連携し、患者に対する治療及びケアを充実させる。<br>点数<br>入院中回診し支持を行った場合週1回 200点加算<br>現行一般病棟で行われている算定と同様に扱う |
| 診療報酬区分（再掲）  | A 第2部 第1節 入院基本料   |
| 診療報酬番号（再掲）  | A233-2  |
| 技術名   | 栄養サポートチーム加算   |

|  |   |  |
|--|---|--|
| <p>③再評価の根拠・有効性</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・治療率、死亡率やQOLの改善等</li> <li>・学会のガイドライン上の位置づけ等</li> </ul> | <p>根拠</p> <p>1) 結核患者の約60%は70歳以上の高齢者であること。</p> <p>2) 結核患者の13%は糖尿病を合併していること。</p> <p>3) 結核発病は免疫低下によって生じるため、発病リスクの高い疾患は、HIV/AIDS患者、血液透析患者、移植患者、副腎皮質ステロイド薬投与者、免疫抑制薬投与者、等であり、それらの患者は結核発症前にすでに栄養サポートチームの恩恵を受けている。</p> <p>有効性</p> <p>栄養サポートチーム加算について有効であるために一般病棟では加算の対象となっている。結核患者が身体的に一般病棟の入院患者と栄養学的に異なるとは考え難い。また、栄養サポートは秋まで患者の全身状態の改善を目指したものであり、現在まで議論されてきた「排菌期間の短縮」を論点とするのは、人道上誤りである。</p>  |  |
| <p>④普及性の変化</p> <p>※下記のように推定した根拠</p>  | <p>根拠</p> <p>1) 結核患者の患者は高齢化の一途をたどっており、約60%は70歳以上の高齢者であること。</p> <p>2) 結核発病は免疫低下によって発症が促進される。発病リスクの高い疾患は、HIV/AIDS患者、血液透析患者、移植患者、副腎皮質ステロイド薬投与者、免疫抑制薬投与者、等であり、それらの患者は結核発症前にすでに栄養サポートチームの恩恵を受けている。</p> <p>2017年新規登録結核患者数は16789例、喀痰塗抹陽性である患者数は6359例、70歳以上の高齢者は64.5%を占め、特に栄養状態が悪化しやすい糖尿病患者は全結核患者の14%である。高齢者の重症度は不明であるが、現行複十字病院では高齢者の胃管やIVH管理例は病棟の10%程度であるため、70歳以上の高齢者数の10%程度が対象となると計算した。</p> |  |
| <p>年間対象者数の変化</p>   | <p>前の症例数（人）</p> <p>0人</p>   | <p>後の症例数（人）</p> <p>400人</p>  |
| <p>年間実施回数の変化等</p>  | <p>前の回数（回）</p> <p>0回</p>  | <p>後の回数（回）</p> <p>3600回</p>  |
| <p>⑤技術の成熟度</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・学会等における位置づけ</li> <li>・難易度（専門性等）</li> </ul>                | <p>栄養サポートチームはあらかじめ他病棟において運用され、難易度は問題とならない。</p> <p>栄養サポートチームは完成された技術である。</p>   |  |
| <p>・施設基準（技術の専門性等を踏まえ、必要と考えられる要件を、項目毎に記載すること）</p>   | <p>施設の要件<br/>(標榜科、手術件数、検査や手術の体制等)</p>   | <p>栄養管理体制に関する以下の事項につき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</p> <p>栄養サポートチーム加算の施設基準</p> <p>イ 栄養管理に係る診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。</p> <p>ロ 当該加算の対象患者について栄養治療実施計画を作成するとともに、当該患者に対して当該計画が文章により交付され、説明がなされるものであること。</p> <p>ハ 当該患者の栄養管理に係る診療の終了時に栄養治療実施報告書を作成するとともに、当該患者に対して当該報告書が文書により交付され、説明がなされるものであること。</p> <p>ニ 病院勤務医を負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。</p> <p>当該保険医療機関内に、以下から構成される栄養管理に係るチーム（以下「栄養サポートチーム」という。）が設置されていること。また、以下のうちのいずれか一人は千十瀬あること。</p> <p>ア 栄養管理に係る所定の研修を修了した専任の常勤医師</p> <p>イ 栄養管理に係る所定の研修を修了した専任の常勤看護師</p> <p>ウ 栄養管理に係る所定の研修を修了した専任の常勤薬剤師</p> <p>エ 栄養管理に係る所定の研修を修了した専任の常勤管理栄養士</p> |
| <p>人的配置の要件<br/>(医師、看護師等の職種や人数、専門性や経験年数等)</p>   | <p>既に病院内に作成された栄養サポートチームを運用するので新規の配置はない。</p>   |  |
| <p>その他<br/>(遵守すべきガイドライン等その他の要件)</p>  | <p>診療報酬にすでに定められた施設基準に従う。</p>  |  |
| <p>⑥安全性</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・副作用等のリスクの内容と頻度</li> </ul>                                    | <p>問題なし</p>   |  |
| <p>⑦倫理性・社会的妥当性<br/>(問題点があれば必ず記載)</p>   | <p>社会的に妥当であり、倫理的に問題ない。</p>  |  |
| <p>⑧点数等見直しの場合</p>  | <p>見直し前</p> <p>見直し後</p> <p>その根拠</p>   | <p>0点</p> <p>200点</p> <p>一般病棟と同等</p>   |
| <p>⑨関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術</p>   | <p>区分</p> <p>番号</p> <p>技術名</p> <p>具体的な内容</p>  | <p>区分をリストから選択</p> <p>特になし</p> <p>特になし</p> <p>特になし</p>  |
| <p>⑩予想影響額</p>  | <p>プラスマイナス</p> <p>予想影響額（円）</p> <p>その根拠</p>  | <p>プラス</p> <p>72,000,000円</p> <p>本邦の喀痰塗抹患者数 6359例 全結核患者のうち70歳以上の高齢者は60%であり、その約10%を対象とした。2カ月9回指導を受けることとした。</p>  |
| <p>⑪算定要件の見直し等によって、新たに使用される医薬品、医療機器又は体外診断薬</p>  | <p>なし</p>   |  |
| <p>⑫その他</p>  | <p>なし</p>   |  |
| <p>⑬当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等</p>  | <p>日本呼吸器学会</p>  |  |

|         |                      |  |
|---------|----------------------|--|
| ⑬参考文献 1 | 1) 名称                | 高齢期の健康と科学的根拠に基づく支援対策の重要性 (2016年7月19日 関東信越厚生局研修講義)  |
|         | 2) 著者                | 桜美林大学老年学総合研究所 国立長寿医療研究センター 鈴木隆雄  |
|         | 3) 概要 (該当ページについても記載) | <a href="https://koueikyoku.mhlw.go.jp/kantoshinetsu/houkatsu/documents/semina-siryou.pdf">https://koueikyoku.mhlw.go.jp/kantoshinetsu/houkatsu/documents/semina-siryou.pdf</a><br>高齢者は低栄養に陥りやすく、運動トレーニングとアミノ酸摂取によって、筋機能や運動機能が改善、筋量と筋力が共に改善する割合は、アミノ酸摂取によ2倍に、さらに運動とアミノ酸摂取を両方行うことにより4.9倍に増加する。アミノ酸摂取のサルコペニア対策における意義・効果を認めた。生活習慣病等の重症化予防や低栄養、運動機能・認知機能の低下など、フレイルの進行を予防する取組がより重要であり、高齢者の特性に応じた健康状態や生活機能の適切なアセスメントと適切な介入支援が必要。 |
| ⑭参考文献 2 | 1) 名称                | 肺結核患者の入院時栄養評価  |
|         | 2) 著者                | 武内海歌 他   |
|         | 3) 概要 (該当ページについても記載) | 静脈経腸栄養 2013;28:131-136<br>NH0近畿中央呼吸器疾患センター肺結核入院例374例中死亡退院率は6.7%であったが、アルブミン値別で3.5g/dL以上の高値群では0.9%、3.0~3.5g/dLの中間群10.3%、3.0g/dL未満の低値群21.3%であり、低値群は優位に死亡していた。   |
| ⑮参考文献 3 | 1) 名称                | 初回治療肺結核患者の排菌陰性化遅延を予測する 入院時栄養因子の検討  |
|         | 2) 著者                | 武内海歌、他   |
|         | 3) 概要 (該当ページについても記載) | 結核 2013 ; 88:697 - 702<br>近畿中央胸部疾患センターに入院した初回治療TB患者554名を対象とし検討。菌陰性化遅延因子を検討した結果、入院時BMI18.5kg/m2未満, Alb3.0g/dL以下, CRPO.3 mg/dL以上, HbA1c (NGSP) 6.5%以上, RDA%エネルギー87%未満, 喀痰塗抹検査2+~3+が陰性化遅延因子として抽出された。TB患者の入院時栄養アセスメントは入院時HbA1c (NGSP), CRP, BMIを指標として陰性化遅延を予測できる可能性が示唆された。   |
| ⑯参考文献 4 | 1) 名称                | 結核患者の入院時の栄養状態と退院時の転帰および 結核の長期予後の関係に関する前向き観察研究  |
|         | 2) 著者                | 永田忍彦、他   |
|         | 3) 概要 (該当ページについても記載) | 結核, 86, 453-457, 2011<br>NH0大牟田病院にて結核患者107名について入院時にBMI, 末梢血リンパ球数, アルブミン濃度, ツベルクリン反応の硬結径より栄養状態を評価し, 退院時の転帰および結核の最終予後との関係について前向きに調査した。入院時の栄養状態が悪いほど, すべての死因による死亡退院率, 結核が原因となった死亡退院率とも高率であった。低栄養状態の改善が結核患者の予後を改善する。   |
| ⑰参考文献 5 | 1) 名称                | NSTのアウトカム  |
|         | 2) 著者                | 富永久美乃  |
|         | 3) 概要 (該当ページについても記載) | 臨床栄養2014 ;124:53-58.<br>くまもと森都総合病院 (JENIT 西日本九州病院) NST内科チームでは, 高齢で, 感染にともなう発熱脱水, 食思不振による低栄養患者が多く, NSTが栄養治療により改善が見込めると判断した患者が64%を占める。少食で廃用症候群からなかなか抜け出せない患者も, NST介入により脱水改善摂取量の増加, リハビリテーションの促進につなげられ, 介入終了時の改善は71%で, 推定摂取エネルギーおよび総リンパ球数に有意な改善が認められた。NST加算を開始した2011年度以降では, 平均在院日数が平均0.9日短縮し, 医療費減少に貢献すると考えられた。   |

# 結核病棟における栄養サポートチーム加算 適応拡大

目的 1)結核死亡例の減少 2)在院日数の減少による医療費削減 3)高齢者、糖尿病患者、免疫抑制疾患合併患者の予後改善

患者の現状) 70歳以上の高齢者は結核患者の約60%を占め、高齢化傾向が進んでいる。糖尿病合併者は14.5%存在する。  
 栄養管理が必須な集団である。国立病院機構近畿中央病院における初回治療肺結核患者374例の血清アルブミン3.0 g/dl未満と低値であった患者の割合は75例 (20.0%)であった。血清アルブミン値の低下は結核死亡率と関連し栄養状態の悪化が排菌期間の延長に関連すると推測されている。

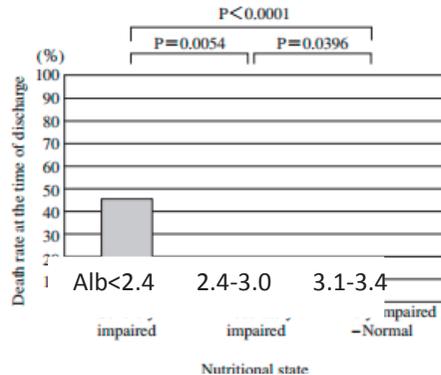
導入の効果) 平均在院日数は68.8日であり、慢性感染症であり、急性期疾患より毎日の栄養摂取が患者に影響する。  
 高齢者は経口摂取・内服困難で、誤嚥を生じ、胃管や中心静脈経路から栄養摂取を行う場合も多い。  
 NSTによる栄養管理は、歩行維持、予後改善につながり、菌陰性化の短縮で早期退院が図られ、在院日数の短縮化から医療費削減につながる。

\* 一般病床入院の場合はNSTの恩恵を受けることができるため公平化が保たれる。  
 呼吸器内科医が減少し、特に結核病床管理にあたる医師への負担は大きく、NSTにより医師負担の軽減が望める。

## 算定 対象患者に対し週一回栄養サポートチームのチーム加算適応拡大をお願いしたい。

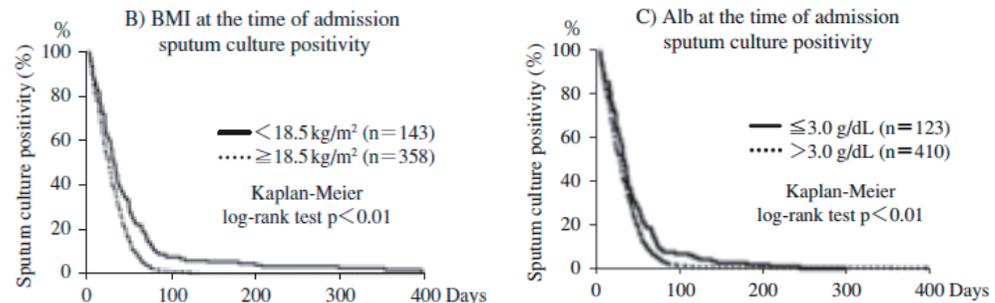
効果) 栄養状態の改善が図られ、結核死亡数が減少し、在院日数の減少による医療費削減が期待できる。

血清アルブミン値と結核死亡率は関連する



永田 忍彦、他、結核患者の入院時の栄養状態と退院時の転帰および結核の長期予後の関係に関する前向き観察研究、結核,86, 453-457,2011.

「栄養状態が悪いと菌陰性化が遅延する」ので入院期間が延長する



武内海歌、鞍田三貴、林清二：初回治療肺結核患者の排菌陰性化遅延を予測する入院時栄養因子の検討、結核 88, : 697-702, 2013

| 【A区分提案専用】A基本診療料提案書（保険既収載） |  |
|---------------------------|--|
| 整理番号 ※事務処理用               | 285202   |
| 申請技術名                     | A233-2 栄養サポートチーム加算   |
| 申請団体名                     | 日本精神神経学会   |
| 本技術または本技術に類似した技術の提案実績の有無  | 有  |
| 「実績あり」の場合                 | 過去に提案した年度及び技術名（直近の技術のみ記載）<br>提案年度（西暦）：2015年度より毎年度提出<br>提案当時の技術名：栄養サポートチーム加算  |
|                           | 追加のエビデンスの有無<br>有   |
| 診療報酬区分                    | A 第2部 第2節 入院基本料等加算   |
| 診療報酬番号                    | A233-2   |
| 再評価区分（複数選択可）              | <input type="checkbox"/> 1-A 算定要件の拡大（適応疾患等の拡大） <input type="checkbox"/> 2-A 点数の見直し（増点） <input type="checkbox"/> 4 保険収載の廃止<br><input checked="" type="checkbox"/> 1-B 算定要件の拡大（施設基準） <input type="checkbox"/> 2-B 点数の見直し（減点） <input type="checkbox"/> 5 新規特定保険医療材料等に係る点数<br><input type="checkbox"/> 1-C 算定要件の拡大（回数制限） <input type="checkbox"/> 3 項目設定の見直し <input type="checkbox"/> 6 その他（1～5のいずれも該当しない） |
| 「6 その他」を選んだ場合に記載          |  |
| 技術の概要（200字以内）             | 保険既収載技術である、A233-2 栄養サポートチーム加算の算定対象となっていない精神病床への適応拡大を要望する。  |
| 再評価が必要な理由                 | 精神病床においても、栄養サポートチーム加算の実施の有用性が高いため。   |

## 【評価項目】

|  |  |
|--|--|
| ①再評価すべき具体的な内容（根拠や有効性等について記載）                         | 栄養サポートチーム加算の実施により、精神病床においても抗MRSA薬及び抗菌薬の薬剤購入額の有意な減少及び誤嚥性肺炎の治癒・未治癒の人数を集計した結果、NST介入群において、治癒の人数が有意に多く、未治癒の人数が有意に少なかった等の有意性が確認された。ゆえに、精神病床においても栄養サポートチームの実施は有用であるため、栄養サポートチーム加算を算定できるよう、要望する。   |
| ②現在の診療報酬上の取扱い<br>・対象とする患者<br>・技術内容<br>・点数や算定の留意事項    | 申請技術である栄養サポートチーム加算（以下「NST加算」という。）は、栄養障害の状態にある患者や栄養管理をしなければ栄養障害の状態になることが見込まれる患者に対し、患者の生活の質の向上、原疾患の治癒促進及び感染症等の合併症予防を目的として、栄養管理に係る専門的知識を有した多職種からなるチームが診療することを評価したものであり、算定対象は新設された平成22年改定時には一般病棟や専門病院の7対1、10対1入院基本料のみであったが、平成24年改定時には一般病棟の13対1、15対1入院基本料、専門病院の13対1入院基本料及び療養病棟入院基本料（入院日から起算して6ヶ月以内のみ、入院2月以降は月1回に限り）においても算定可能となり、対象範囲が拡大された経緯がある。特に、療養病棟が算定可能となったのは、平成23年12月7日中医協総会（第211回）において示された1例報告によるものであった。その当時、精神病床についても適応拡大の検討がなされ、多くの出席委員が賛成していたが、療養病棟のようなエビデンスが示されていないという理由で今後の検討課題となった。そこで、平成28年改定時、療養病棟と同様に精神病床での1例報告をお示しし、精神病床への適応拡大を要望したが、採択されなかった経緯がある。その後、NST介入効果をより明確にできるよう、NST介入群と非介入群での比較調査を行い、抗MRSA薬及び抗菌薬購入額及び誤嚥性肺炎の改善率を調査した。 |
| 診療報酬区分（再掲）   | A 第2部 第2節 入院基本料等加算   |
| 診療報酬番号（再掲）   | A233-2   |
| 技術名  | 栄養サポートチーム加算  |
| ③再評価の根拠・有効性<br>・治癒率、死亡率やQOLの改善等<br>・学会のガイドライン上の位置づけ等 | NST介入群と非介入群での比較調査を実施した結果、抗MRSA薬購入額月額218,800円（H26年）から月額11,000円（P<0.001（H27年））及び抗菌薬購入額月額270,600円（H26年）から月額195,700円（P<0.05（H27年））と有意に減少し、年間購入額を1床当たり53,000円抑制することができた。また、誤嚥性肺炎の改善率についても、介入群・非介入群における治癒・未治癒の人数を集計し、 $\chi^2$ 乗検定を行った結果、有意差が認められた（ $\chi^2=4.05, P<0.05$ ）。このように、誤嚥性肺炎の改善のみならず、NST実施に伴って医薬品購入額を抑制することができるという、医療経済効果も確認できた（⑭参考文献1 別紙「要望事項」3ページから4ページ）。   |
| ④普及性の変化<br>※下記のように推定した根拠                             | ・月当たり実施回数は、⑭参考文献2「NST加算 年間対象患者数・実施回数の算定根拠に用いた引用データ一覧」より、月3,150回、年50,270回増加する。  |
| 年間対象者数の変化<br>前の症例数（人）<br>後の症例数（人）                    | 算定者なし<br>50,270  |
| 年間実施回数<br>前の回数（回）<br>後の回数（回）                         | 算定者なし<br>50,270  |

|   |  |
|---|--|
| <p>⑤技術の成熟度<br/>・学会等における位置づけ<br/>・難易度（専門性等）</p>        | <p>医療関係団体等が実施する栄養管理のための専門的な知識・技術を有する医師の養成を目的とした10時間以上を要する研修を修了した常勤医師並びに日本静脈経腸栄養学会が認定した教育施設において、合計40時間の実施修練を修了した常勤看護師、常勤薬剤師、常勤管理栄養士（うち1人は専従）から構成される栄養サポートチームが当該医療機関内に設置されている必要がある（現行のNST加算の算定要件と同様）。</p>  |
| <p>・施設基準<br/>（技術の専門性等を踏まえ、必要と考えられる要件を、項目毎に記載すること）</p> | <p>施設の要件<br/>（標榜科、手術件数、検査や手術の体制等）<br/>現在の栄養サポートチーム加算の算定要件と同様</p> <p>人的配置の要件<br/>（医師、看護師等の職種や人数、専門性や経験年数等）<br/>現在の栄養サポートチーム加算の算定要件と同様</p> <p>その他<br/>（遵守すべきガイドライン等その他の要件）<br/>現在の栄養サポートチーム加算の算定要件と同様</p>  |
| <p>⑥安全性<br/>・副作用等のリスクの内容と頻度</p>                       | <p>栄養サポートを多職種でチームとなって実施するものであり、副作用等のリスクはない。</p>  |
| <p>⑦倫理性・社会的妥当性<br/>（問題点があれば必ず記載）</p>                  | <p>問題なし</p>  |
| <p>⑧点数等見直しの場合</p>                                     | <p>見直し前 200<br/>見直し後 200<br/>その根拠 見直し前後で変化なし（不変）</p>   |
| <p>⑨関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術</p>                        | <p>区分をリストから選択 特になし</p> <p>番号<br/>技術名<br/>具体的な内容<br/>-</p>  |
| <p>⑩予想影響額<br/>その根拠</p>                                | <p>プラスマイナス<br/>-<br/>予想影響額（円） 66,410,000</p> <p>（増加する医療費（栄養サポートチーム加算の算定による医療費増加分））<br/>・増加する医療費は、下記参考文献2「NST加算 年間対象患者数・実施回数の算定根拠に用いた引用データ一覧」より、年間実施回数50,270回 1回2,000円（200点）=100,540,000円の支出</p> <p>（減少する医療費（薬剤費））<br/>・算定病床数は、下記参考文献2「NST加算 年間対象患者数・実施回数の算定根拠に用いた引用データ一覧」より、年間37,800床より、月平均3,150床（37,800/12）。<br/>・1床当たり年53,000円の薬剤購入額の抑制が見込まれることから、3,150床×53,000円=166,950,000円の経費削減効果が見込まれる。</p> <p>（結果）<br/>上記より、年間予想影響額は、100,540,000円-166,950,000円=-66,410,000円となる。</p> |
| <p>⑪算定要件の見直し等によって、新たに使用される医薬品、医療機器又は体外診断薬</p>         | <p>なし</p>  |
| <p>⑫その他</p>   | <p>なし</p>  |
| <p>⑬当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等</p>                         | <p>日本総合病院精神医学会、日本精神科病院協会</p>   |
| <p>⑭参考文献1</p>   | <p>1) 名称 別紙<br/>2) 著者 直江 寿一郎<br/>3) 概要（該当ページについても記載） 別紙「要望事項」3ページ及び4ページ参照</p>  |
| <p>⑮参考文献2</p>   | <p>1) 名称 別紙<br/>2) 著者 -<br/>3) 概要（該当ページについても記載） 別紙「年間対象患者数・実施回数の算定根拠に用いた引用データ一覧」参照</p>   |
| <p>⑯参考文献3</p>   | <p>1) 名称 -<br/>2) 著者 -<br/>3) 概要（該当ページについても記載） -</p>   |
| <p>⑰参考文献4</p>   | <p>1) 名称 -<br/>2) 著者 -<br/>3) 概要（該当ページについても記載） -</p>   |
| <p>⑱参考文献5</p>   | <p>1) 名称 -<br/>2) 著者 -<br/>3) 概要（該当ページについても記載） -</p>   |

## 栄養サポートチーム加算について (Nutrition Support Team:NST)

- 一般病床（平成22年改定で新設：週1回200点 1チーム概ね30人まで）及び療養病床（平成24年改定で新設：入院日から起算して6ヶ月以内、入院2月以降は月1回に限り算定可）においては算定ができるものの、精神病床においては算定が認められていない。
- 非定型抗精神病薬登場後、統合失調症の陽性症状、陰性症状、認知機能への幅広い効果や錐体外路症状の少なさを精神科医が実感し、結果として患者のQOLの改善をもたらし、幅広く使用されるようになったが、その一方で、副作用として食欲亢進・体重増加に再び注目が集まったのも非定型抗精神病薬の登場後である。
- 食欲亢進・体重増加の副作用は生活習慣病である肥満や糖尿病、メタボリックシンドロームの温床となり、これらの予防はQOLの向上や健康な生活を実現するために重要である。NSTによる多職種による栄養指導は、これらの予防に効果的かつ有用であるのにもかかわらず、精神病床においては算定ができない状況である。NSTは病床種別に関わらず有用なものであることから、精神病床でのNST加算が算定可能となるよう、強く要望するものである。
- 米田ら（臨床精神薬理 16:1193-1200,2013）によると、2002年以降にデイケア通所中の外来患者41名に10年にわたりNSTを実施したところ、BMI、空腹時血糖値、空腹時トリグリセリド値、空腹時総コレステロール値の全てにおいて有意に減少し、メタボリックシンドロームの罹患率についても2005年14.6%であったものが2011年7.3%に改善し、NST実施10年後に全ての調査項目が改善している。
- 継続的なNSTの施行によるメタボリックシンドロームの罹患率の改善は生活習慣病の発症リスクを軽減し、治療費を抑えることに貢献する。
- 現時点で精神科病床におけるNST実施可能病床数は15,000床、算定回数にして月3,150回程度と思われる。加算が認められることによって算定病床数が増加し、算定回数が増加したとしても、生活習慣病のリスクの軽減、合併症の減少等の効果が期待でき、結果薬剤使用量の減少など、治療費を抑えることができるため、結果的に医療コストを抑えることができる。