

図5. 管理栄養士の1週間の延べ病棟滞在時間(問11①)

※常勤換算管理栄養士1人当たりとして算出

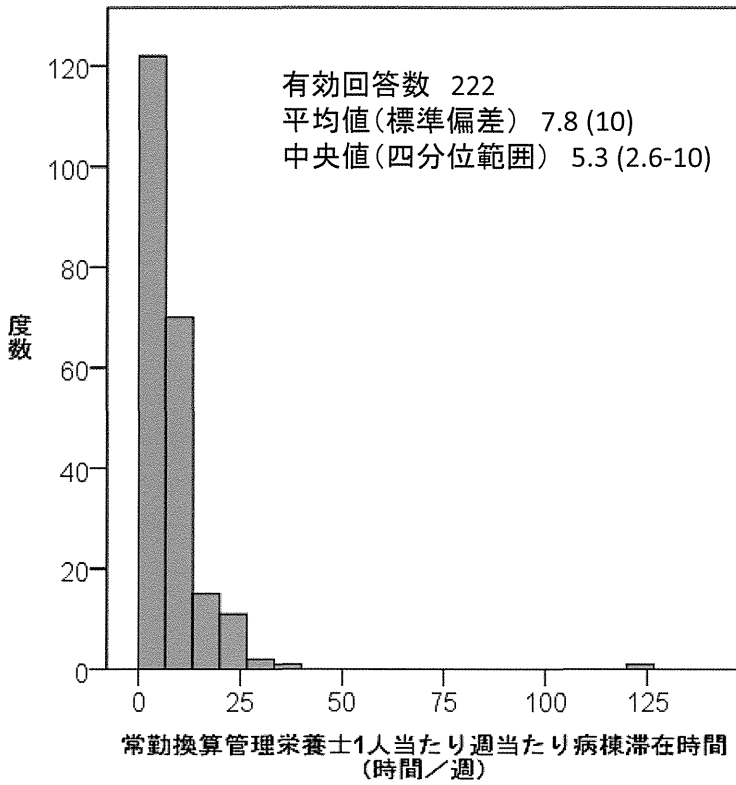


図6. 入院患者1人1回当たりの平均的な栄養指導時間(問11②)

※常勤換算管理栄養士1人当たり週当たり病棟滞在時間別に集計

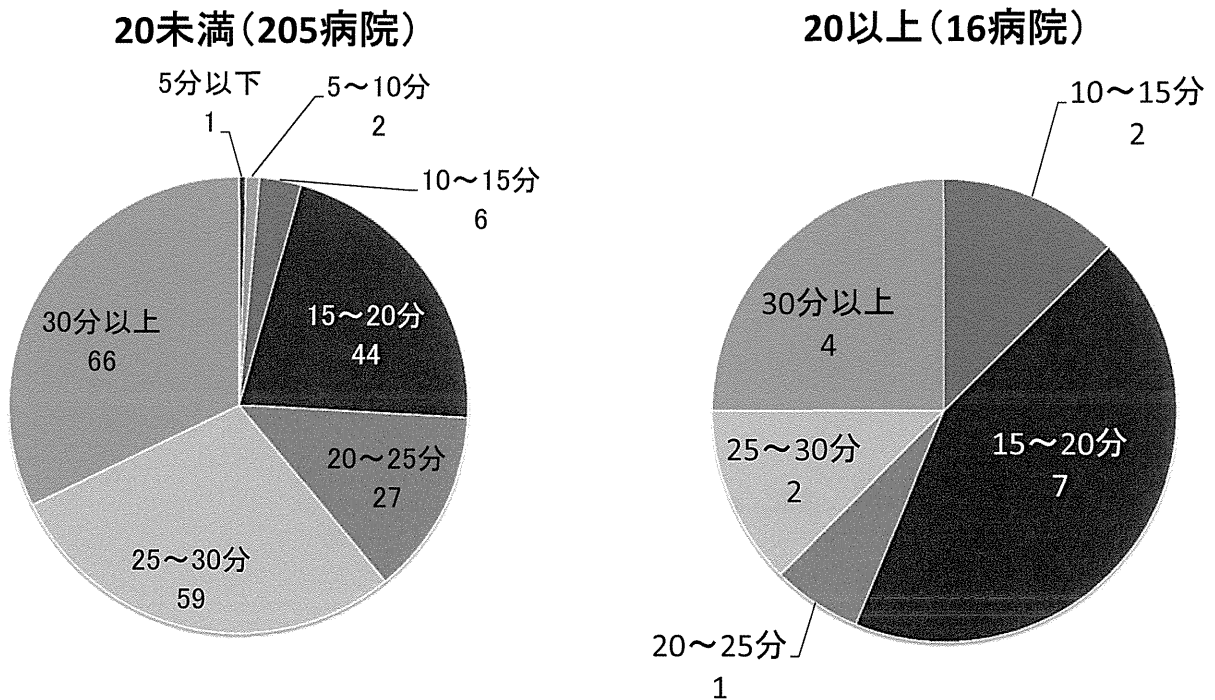
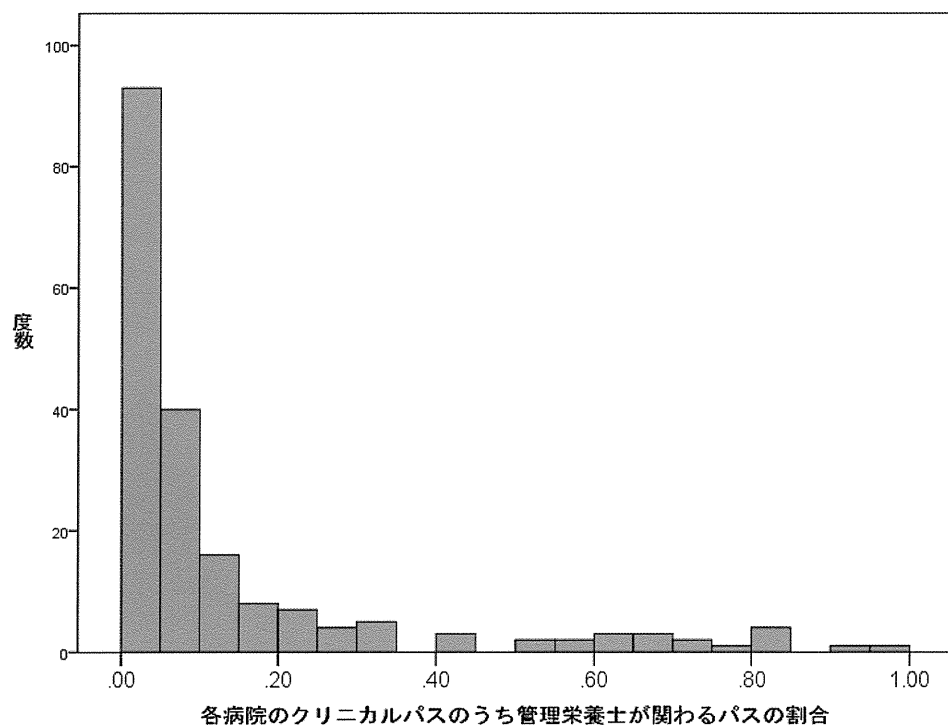


表3. 管理栄養士による担当病棟での業務実施状況の最頻値(問11③)

○:ほぼ実施、△:部分的、×:実施せず 注)各項目の最頻値を表示。	常勤換算管理栄養士1人当たり週当たり 病棟滞在時間(人・時間/週)		
	10未満 (160病院)	10以上 (62病院)	全体 (222病院)
1) 経腸栄養療法のプランニングへの関与及びその後の継続的アセスメント	△	△	△
2) 経静脈栄養療法のプランニングへの関与及びその後の継続的アセスメント	×	△	×
3) 一般食の内容等の決定(医師の包括的指示下)	△	○	△
4) 患者を対象とした、食事や栄養療法に関するヒアリング	△	○	△
5) 患者の状態に応じた、一般食の選択・変更の提案	△	○	○
6) 患者の状態に応じた、特別食の選択・変更の提案	△	○	○
7) 入院前の医療機関又は施設で行われていた栄養療法の確認	△	△	△
8) 他の医療機関又は施設に対する、退院・転院時の情報提供	△	△	△
9) 患者の食事に関する、他の医療スタッフへの助言	△	○	△
10) 経腸栄養療法を行う際の、経腸栄養剤の選択・変更の提案	△	△	△
11) 患者の嗜好調査及びその結果を踏まえた食事の変更	△	○	○
12) 病棟カンファレンスへの参加	△	△	△
13) 病棟回診への参加	△	△	△
14) 各種の医療チームの活動への参画	△	○	△
15) 患者及び家族に対する入院時・退院時の栄養指導	△	○	△
16) ハイリスク患者の栄養アセスメントについてのカルテ記載	△	○	△

(有効回答数 222)

図7. クリニカルパスのうち管理栄養士が関わるパスの割合(問11④)



(有効回答数 205)

図8. 管理栄養士が関わるクリニカルパスにおける実行率(問11④)

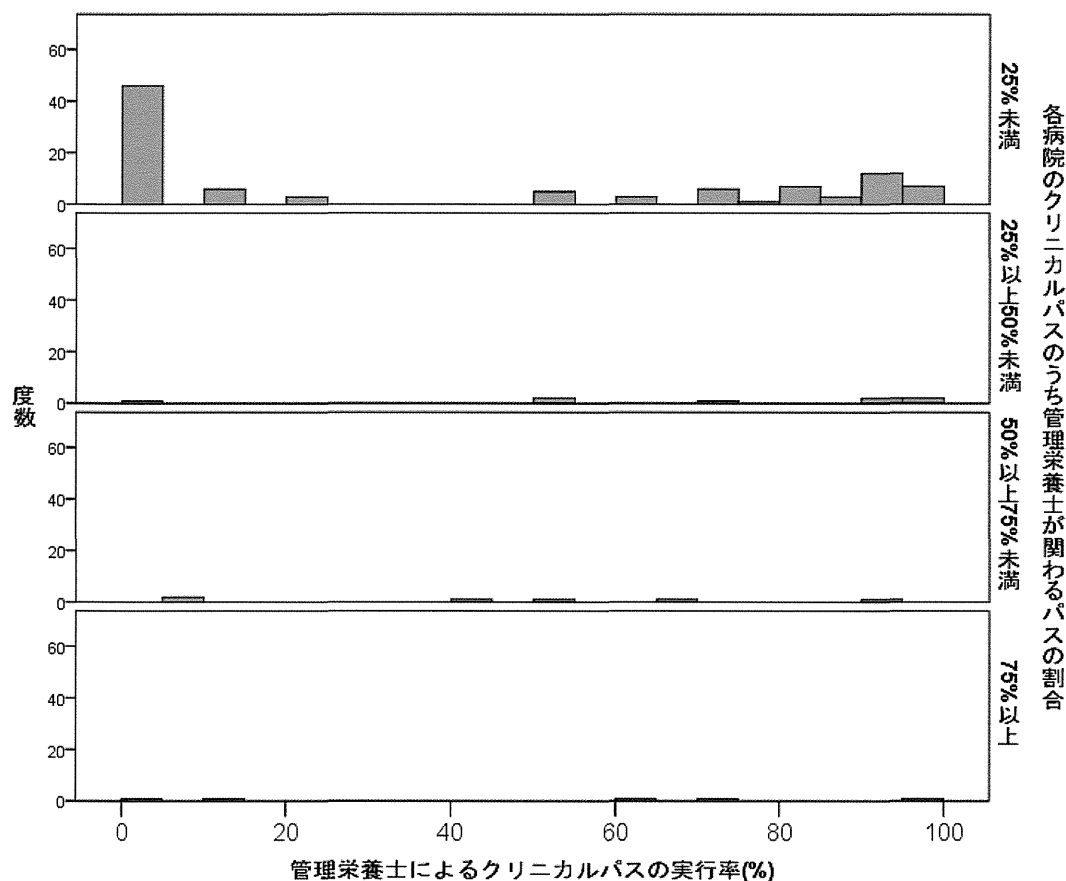


図9. 栄養指導・栄養管理を要する入院患者が多い診療科(問11⑤)

【3つまで選択】

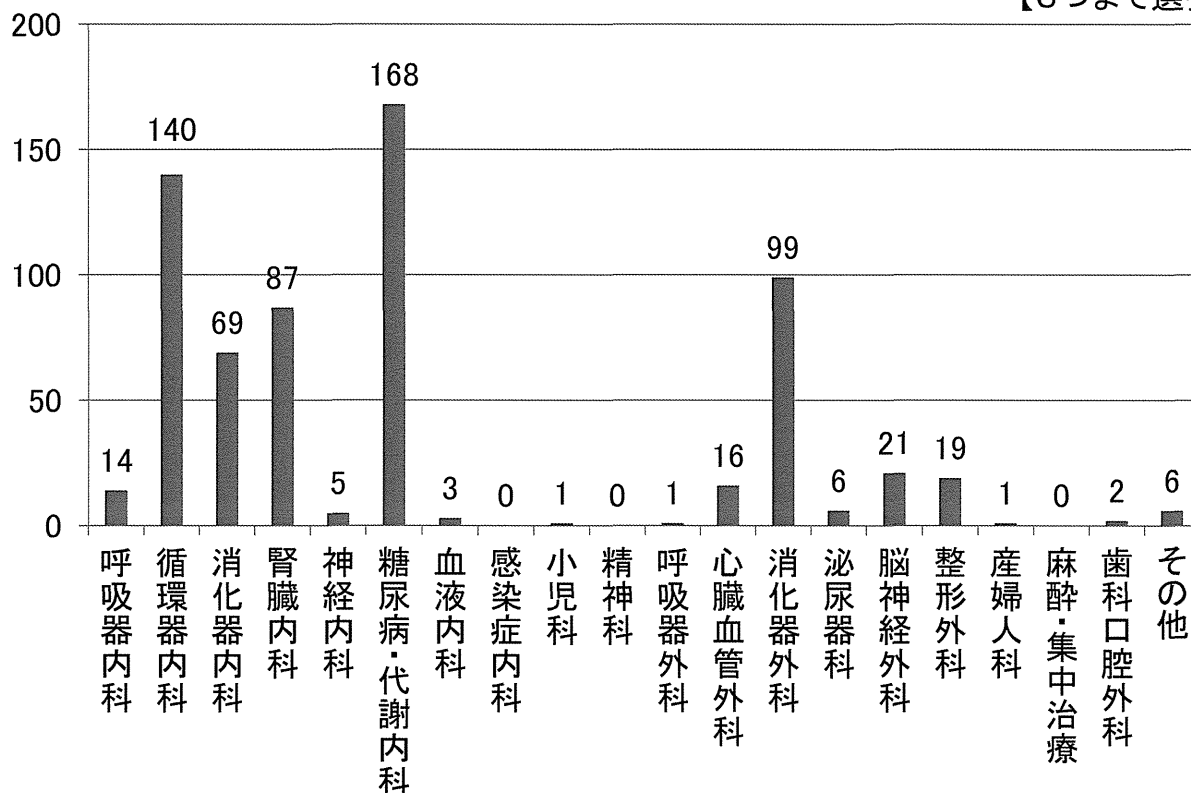


表4. NST加算の有無別にみたNST稼働病院におけるNST活動状況①

		加算なし 病院群	加算あり 病院群
病院数(本調査)	n	77	138
NST稼働年数	平均値(標準偏差)	7.3(2.4)	7.8(2.4)
NSTに医師・看護師・薬剤師・管理栄養士が揃っている	n	66	138
専従者あり	n	5	137*
専従者が管理栄養士	n	3	130
病院数(再調査)**	n	49	86
NST専従者の週当たり延べ従事時間(時/週)**	中央値(四分位範囲)	-	35(30-40)
1チームの専任者数** (専従者を含まない)	医師	中央値(四分位範囲)	1(1-2)
	看護師	中央値(四分位範囲)	3(1-6)
	薬剤師	中央値(四分位範囲)	1(1-1)
	管理栄養士	中央値(四分位範囲)	2(1-3)
専任者1人の平均的な 1週間のNST業務時間**	医師	中央値(四分位範囲)	1(1-2)
	看護師	中央値(四分位範囲)	1(0.5-2)
	薬剤師	中央値(四分位範囲)	1.5(1-2.5)
	管理栄養士	中央値(四分位範囲)	2(1.5-5)

*1病院は無回答 **再調査結果

注)「加算なし病院群: NSTが稼働しているが、NST加算算定対象のチームがない病院群
「加算あり病院群: NSTが稼働しており、NST加算算定対象のチームがある病院群

図10. NST加算を算定している病院における専従者1人の平均的な業務時間

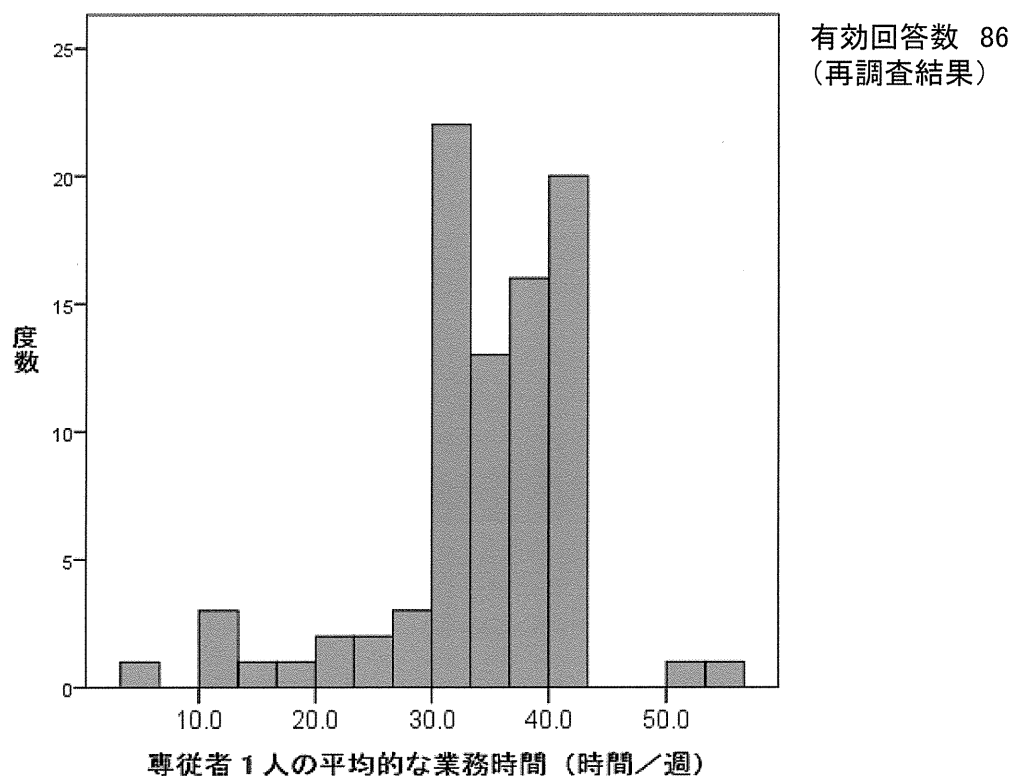
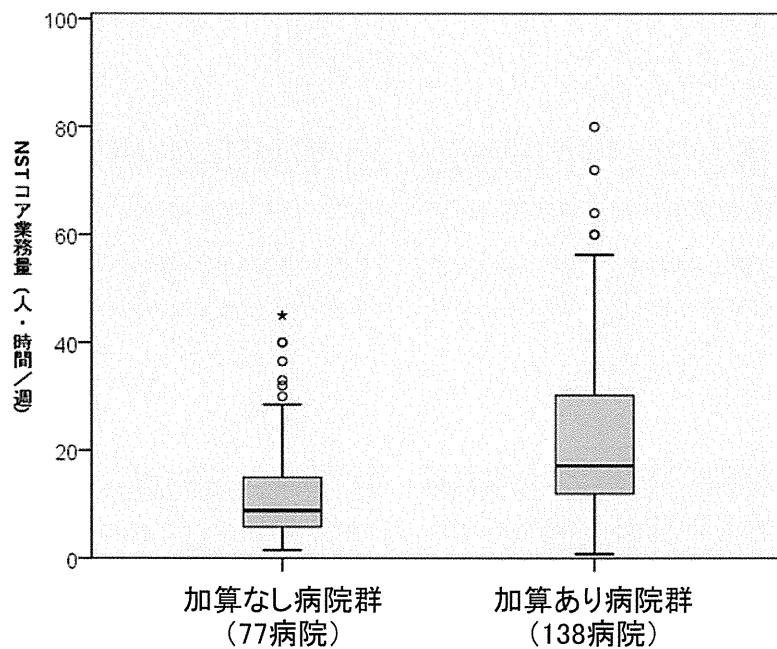


表5. NST加算の有無別にみたNST稼働病院におけるNST活動状況②

		加算なし 病院群	加算あり 病院群	
病院数		77	138	
NST カンファレンス	実施頻度(回/週)	中央値(四分位範囲)	1.0 (1.0-1.0)	1.0 (1.0-2.0)
	所要時間(分/回)	中央値(四分位範囲)	40 (30-60)	60 (30-60)
	参加人数	平均値(標準偏差)	7.9 (3.7)	8.7 (4.1)
	参加職種数	平均値(標準偏差)	5.1 (1.3)	5.5 (1.2)
NST回診	実施頻度(回/週)	中央値(四分位範囲)	1.0 (1.0-1.0)	1.0 (1.0-2.0)
	所要時間(分/回)	中央値(四分位範囲)	40 (30-60)	60 (30-60)
	参加人数	平均値(標準偏差)	6.4 (2.8)	7.4 (2.7)
	参加職種数	平均値(標準偏差)	4.7 (1.2)	5.3 (1.1)
NSTコア業務量(人・時間/週)		中央値(四分位範囲)	8.8 (5.8-15)	17 (12-30)

注) 「加算なし病院群: NSTが稼働しているが、NST加算算定対象のチームがない病院群
 「加算あり病院群: NSTが稼働しており、NST加算算定対象のチームがある病院群

図11. NSTコア業務量の分布(NST加算の有無別)



(極端なはずれ値の2病院を除いて表示)

図12. NSTコア業務量別にみたNST加算を算定しない理由
 (加算なし病院のみ回答。最も影響が大きい理由を1つのみ選択)

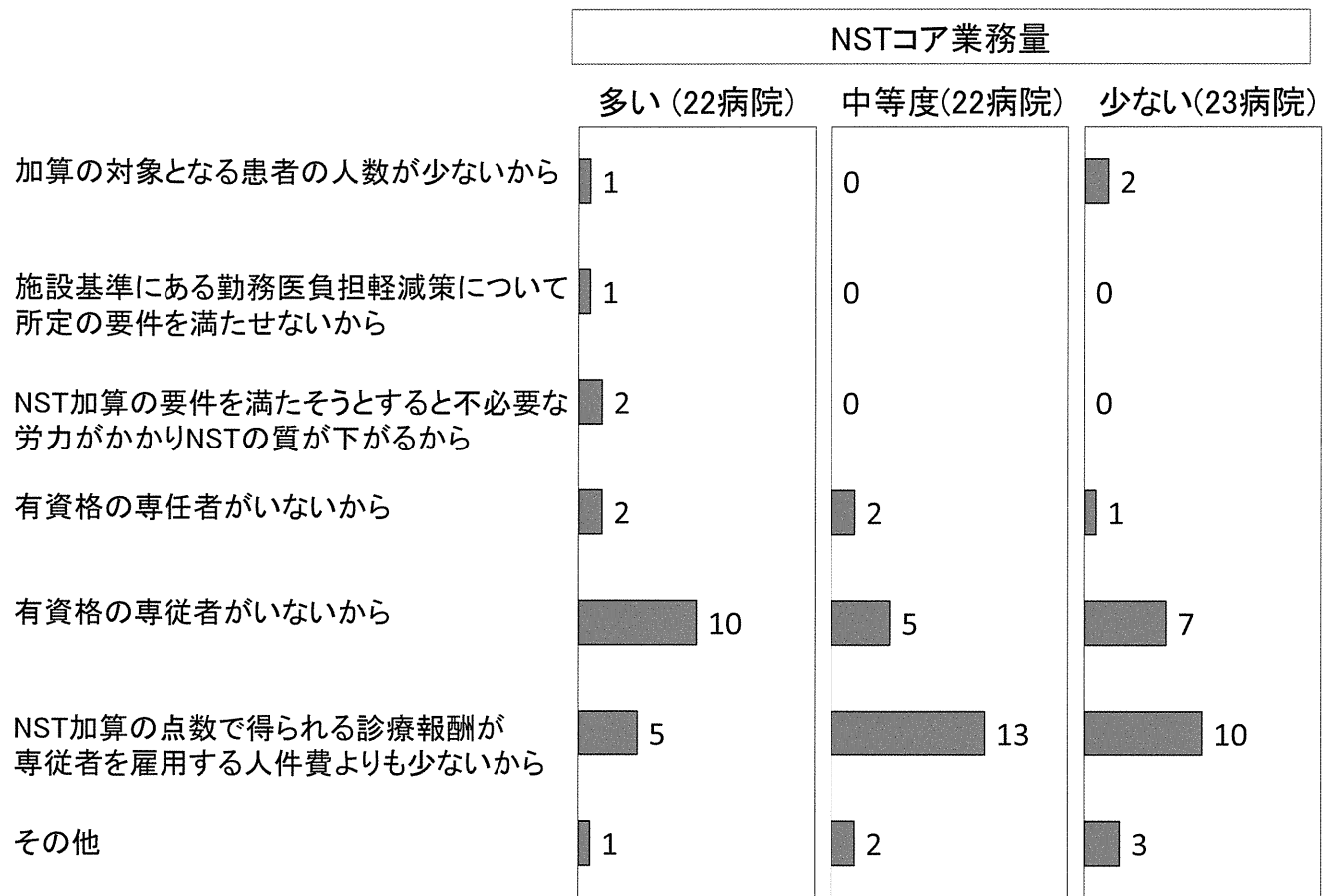


表6. NST加算の有無別にみたNST稼働病院におけるNST活動状況③

		加算なし 病院群	加算あり 病院群
病院数	n (%)	77	138
自院NST活動による 患者アウトカムの改善	データあり	10 (13%)	34 (25%)
	データなし実感あり	55 (71%)	88 (64%)
	データなし実感なし	12 (16%)	15(11%)
	無回答	0 (0%)	1 (0.7%)
自院NST活動による 医療コスト削減効果	データあり	1 (1.3%)	16 (12%)
	データなし実感あり	31 (40%)	63 (46%)
	データなし実感なし	45 (58%)	57 (41%)
	無回答	0 (0%)	2 (1.4%)

注) 「加算なし病院群: NSTが稼働しているが、NST加算算定対象のチームがない病院群
 「加算あり病院群: NSTが稼働しており、NST加算算定対象のチームがある病院群

表7. 自院のNST活動による患者アウトカムの改善の例

【「データあり」と回答した病院によるデータ概要の自由記載(抜粋)】

◎:「経営幹部に提示」と回答されていたもの

◎経管栄養患者の経口摂取併用率 8.7%→23.9%、PEG離脱率 6.4%→9.2%

◎介入時と退院時の主たる栄養投与経路の比較

(静脈栄養→経腸栄養へ63%) (経鼻胃管→経口へ26%、PEGへ19%)

◎ NST終了理由が「改善」だった群では、加算算定前と比べ、入院期間が4日短縮となり、Alb+0.3の改善があった。

◎経腸栄養食数が3454食(2005年)→15168食(2011年)と増加。

絶食日数が1030日(2005年)→718日(2011年)と減少。静脈栄養使用量が10497本(2005年)→4442本(2011年)

◎必要栄養量が充足している群と不足している群で疾患を大きく4つに分けAlbとADLの改善に差が出るかを比較し、「術後」と「肺炎」で改善に差がでた。

○2008年度と2011年度の使用量比較:高カロリー輸液504本減少。

○平成23年から25年の年ごとの月平均TPN製剤総在庫量は 163.0×10^3 、 84.1×10^3 、 53.1×10^3 kcalと減少した。

経口補助食品の総在庫量は 84.4×10^3 、 209.5×10^3 、 251.5×10^3 に増加。

○NST稼働開始時と5年後を比較し、Alb値の改善、軽快退院数の増加、在院日数の減少が見られた。

(Alb値 +0.3g/dl, 軽快退院11%増加、在院日数60.5日減)

○消化器内科における誤嚥性肺炎患者の在院日数短縮。術前栄養管理と術後合併症発生率抑制

表8. 自院のNST活動による医療コスト削減効果の例

【「データあり」と回答した病院によるデータ概要の自由記載(抜粋)】

◎:「経営幹部に提示」と回答されていたもの

◎経腸栄養剤を食品に変更し、医薬品経腸剤減少 -700円/人/日

◎薬剤扱いの半消化態栄養剤ではなく、食品の経腸栄養剤を使用することにより、稼働前に比べ、半消化態栄養剤の年間購入数が3588件減少した。

◎抗真菌剤購入額 394,899円→49,491円/18ヶ月

バンコマイシン製剤購入額 179,855円→38,738円/18ヶ月

◎ NSTが関わることによって高カロリー輸液処方件数が21年度は27年度に比べ約1200件減少。

◎絶食率の低下(H20 18.5%→H24 14.9%)、適切な治療食の提供(H20 51.5%→H24 85.1%)

◎ NST導入による輸液使用金額の変動。NST導入による抗菌剤使用の変動。

○感染チームより抗菌薬使用量が減少しているとの報告があった。

○2005年と2010年の比較 ①NST加算:+200万円/年増収 ②中心静脈栄養減少:+405万円/年

③経腸栄養増加:+409万円/年 ④抗菌薬使用量減少:+610万円/年(部分的に関与)

○術前、経口補水液使用により、輸液使用料の減少

○高カロリー輸液使用金額の半減

厚生労働科学研究費補助金（循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業）
分担研究報告書

全国多施設の DPC データを用いた
入院栄養食事指導料と栄養サポートチーム加算の算定割合に関する病院間比較

研究分担者 京都大学 大学院医学研究科 医療経済学分野 教授 今中 雄一

研究協力者 京都大学 大学院医学研究科 医療経済学分野

佐藤 礼子、國澤 進、佐々木 典子、猪飼 宏

研究要旨

栄養管理実施加算が入院基本料に包括化された現在、管理栄養士業務を評価した入院の診療報酬としては、管理栄養士単独の栄養指導に対する入院栄養食事指導料と、管理栄養士を含めた NST による介入を評価した NST 加算が中心となっている。しかし、現行制度下におけるこれらの点数の病院間格差については報告されていない。

全国 224 病院の平成 24 年 4 月～平成 25 年 3 月の 1 年間における入院症例の DPC データを分析した結果、入院栄養食事指導料や NST 加算について大きな病院間格差が認められた。また、これらの算定割合について、病床数や管理栄養士数との相関が認められなかった。病院間格差が生じている要因としては、診療報酬の算定プロセスの相違が大きく影響していると考えられる。

A. 背景

管理栄養士業務を評価した栄養関連診療報酬は、算定状況が病院毎に著しく異なっていることが分かっている。我々は平成 24 年度の本研究で、平成 23 年 3 月～平成 24 年 10 月の期間における全国 286 の QIP[※]協力病院の約 250 万の入院症例について DPC データを解析し、病床 100 床あたりの栄養関連の診療報酬の算定状況に極めて大きな病院間格差があることを明らかにした。平成 24 年診療報酬改定で栄養管理実施加算が入院基本料に包括化された現在、管理栄養士業務を評価した入院の診療報酬は入院栄養食事指導料^{*1}と栄養サポートチーム加算（NST 加算）^{*2}が中心となっているが、

これらの病院間格差に着目した分析は報告されていない。また、これらの点数がどのような症例で算定されているのかについてこれまで明らかにされたことはない。

QIP (Quality Indicator/ Improvement Project)とは、京都大学大学院医療経済学教室が運営しているプロジェクトであり、全国の協力病院から提供を受けた DPC のデータなどを利用して診療のプロセス・成果や経済性を反映する客観的な数値指標（パフォーマンス指標）を測定し、その情報を定期的に協力病院にフィードバックすることにより、参加施設における医療の質向上に寄与することを目的としている。

各病院が、自院の算定割合を他院と比較

することで管理栄養士による栄養指導やNST介入を増す余地のある領域を認識できれば、入院患者の栄養管理の向上に資すると考えられる。

※1 入院栄養食事指導料

特別食（腎臓食、糖尿食など）を必要とする入院患者に対して、医師の指示に基づき管理栄養士が具体的な献立によって概ね15分以上指導を行った場合に、入院中2回を限度として130点（週1回）を算定する。

※2 栄養サポートチーム加算（NST加算）

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保険医、看護師、薬剤師、管理栄養士等が共同して必要な診療を行った場合に200点（週1回）を算定する。

B. 研究目的

入院栄養食事指導料及びNST加算の算定割合に関する病院間のばらつきを明らかにする。また、病床規模や管理栄養士数との関係について探索的に検討する。

C. 研究方法

QIP参加病院で、平成24年4月～平成25年9月の期間に1ヶ月以上のDPCデータ提出があった全283病院に対して質問紙調査への協力を要請した。この協力要請に際して、質問紙調査結果とDPCデータ分析結果との関連を研究することを明記した。質問紙調査に回答があった224病院を本研

究（DPCデータ分析）の対象とした。これらの病院からQIPを通じて提供されているDPCデータについて、平成24年4月1日から平成25年3月31日の1年間に入院退院が含まれる症例のデータを抽出した。なお、本研究では同一患者の複数回入院を異なるものとして扱っているため、「患者」ではなく「症例」と表現する。

症例単位の情報としては年齢、性別、入院退院日、主傷病名（ICD10コード）、関連する診療報酬点数（「B001 10 入院栄養食事指導料」「A233-2 栄養サポートチーム加算」「G005 中心静脈注射」「J120 鼻腔栄養」）の算定回数を用いた。入院中に1回でもB001 10、A233-2、G005、J120の算定があった症例をそれぞれ「入院栄養食事指導料算定症例」「NST加算算定症例」「中心静脈栄養症例」「経管経腸栄養症例」とした。なお、J120は胃瘻使用時も算定できるため、経管経腸栄養には胃瘻使用も含まれている。

病院間の比較に際しては、算定割合を用いた。病床規模や稼働状況から影響を受けにくく、各病院でも算出しやすいと考えられたためである。それぞれの算出式は次のとおり。

・（全症例における点数Xの算定割合）

＝（Xが算定された全症例数）

／（全症例数）

・（Y疾患における点数Xの算定割合）

＝（点数Xが算定された全Y疾患症例数）

／（全Y疾患症例数）

なお、NST加算については、算定が一時的に0件となっている月が多くの病院で見られたため、算定割合を算出する際には、NST加算が1件以上算定されている月に限定して集計を行った。

各病院の一般稼働病床数や常勤換算管理栄養士数のデータについては、上記の質問紙調査の結果から得た。

ソフトウェアは IBM SPSS Statistics 20 を用いた。本研究は、京都大学医学研究科・医学部医の倫理委員会による承認を得て実施した（受付番号 E-1899）。

D. 研究結果

224 病院の 1,419,381 症例が分析対象となった。病院の所在地は 45 都道府県に分布した。224 病院のうち 187 病院（83%）は 12 ヶ月分全てのデータ提供があり、それ以外は 11 ヶ月分（3 病院）、9 ヶ月分（14 病院）、7 ヶ月分（1 病院）、6 ヶ月分（18 病院）、3 ヶ月分（1 病院）であった。

入院栄養食事指導料は全 224 病院が算定していた。NST 加算は 134 病院が算定しており、うち 57 病院（43%）は全 12 ヶ月で NST 加算を算定しており、それ以外は 11 ヶ月（29 病院）、10 ヶ月（7 病院）、9 ヶ月（12 病院）、8 ヶ月以下（29 病院、最少は 2 ヶ月の 3 病院）であった。

1. 各点数の算定症例の特徴

入院栄養食事指導料と NST 加算の算定がされた症例の特徴をそれぞれ表 1、表 2 に示す。入院栄養食事指導料は全症例の 10%で、NST 加算は全症例の 1.8%で算定されていた。入院栄養食事指導料は、男性の割合が高く、主傷病名としては心疾患、糖尿病、胃がん・大腸がんが多かった。NST 加算では、比較的高齢で、在院日数の長い症例が多く、中心静脈栄養又は経管経腸栄養実施症例が 3 分の 1 を占めた、主傷病名としては肺炎（特に誤嚥性肺炎）、脳梗塞・

脳内出血、胃がん・大腸がんが多かった。

2. 各点数の算定割合

入院栄養食事指導料、NST 加算に関する算定割合の病院間比較をそれぞれ図 1~4、図 5~7 に示す。縦棒 1 本が 1 病院を示しており、各算定割合の多寡で並びかえている。いずれについても大きな病院間格差がみられた。また、これらの算定割合についてはいずれも、一般稼働病床数及び常勤換算管理栄養士数との相関を認めなかった。

E. 考察

入院栄養食事指導料は生活習慣病患者に対する栄養指導が中心となっている一方で、NST 加算は誤嚥性肺炎等の高齢者が多くなっていた。NST 加算算定症例の主傷病名は多様で、NST の診療科横断的な活動を示している。また、誤嚥性肺炎等は高齢化で増加し得る患者像であり、NST の必要性は今後さらに高まると考えられる。

いずれの点数の算定割合にも著しい病院間格差を認めた。病床数や管理栄養士数との相関が認められなかった。病院間格差が生じている要因としては診療報酬の算定プロセスの相違が大きく影響していると考えられる。

F. 研究発表

なし

G. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

なし

表1. 入院栄養食事指導料算定症例の特徴

		入院栄養食事指導料 算定あり症例	算定なし症例
症例数	n (%)	144,854 (10%)	1,274,527 (90%)
退院(転院)時年齢	中央値(四分位範囲)	70 (61-78)	67 (45-78)
性別:男性	%	60%	53%
在院日数	中央値(四分位範囲)	13 (7-22)	8 (4-15)
中心静脈栄養(TPN)あり※1	%	6.4%	3.8%
経管経腸栄養(EN)あり※2	%	1.2%	2.7%
TPN又はENあり	%	6.9%	5.8%

※1: G005「中心静脈注射」を1回以上算定
 ※2: J120「鼻腔栄養」を1回以上算定
 (胃瘻使用を含む)

※3: 入院栄養食事指導料が算定された
 全144,854症例のうち各主傷病名の
 症例が占める割合

入院栄養食事指導料が算定された症例の 主要な主傷病名	症例数	(%)※3
① I20 狭心症	12,559	8.7%
② E11 インスリン非依存性糖尿病<NIDDM>	12,445	8.6%
③ C16 胃の悪性新生物	8,916	6.2%
④ I50 心不全	7,748	5.3%
⑤ N18 慢性腎不全	5,619	3.9%
⑥ I63 脳梗塞	5,326	3.7%
⑦ I21 急性心筋梗塞	4,445	3.1%
⑧ I25 慢性虚血性心疾患	3,973	2.7%
⑨ C18 結腸の悪性新生物	3,416	2.4%
⑩ K80 胆石症	3,313	2.3%
心疾患 (I20 + I50 + I21 + I25)	28,725	19.8%
胃がん・大腸がん (C16 + C18)	12,332	8.5%

表2. NST加算算定症例の特徴

		NST加算 算定あり症例	算定なし症例
症例数	n (%)	26,138 (1.8%)	1,393,243 (98%)
退院(転院)時年齢	中央値(四分位範囲)	80 (70-86)	67 (47-77)
性別:男性	%	50%	54%
在院日数	中央値(四分位範囲)	32 (20-54)	8 (4-15)
中心静脈栄養(TPN)あり※1	%	23%	3.7%
経管経腸栄養(EN)あり※2	%	20%	2.2%
TPN又はENあり	%	36%	5.4%

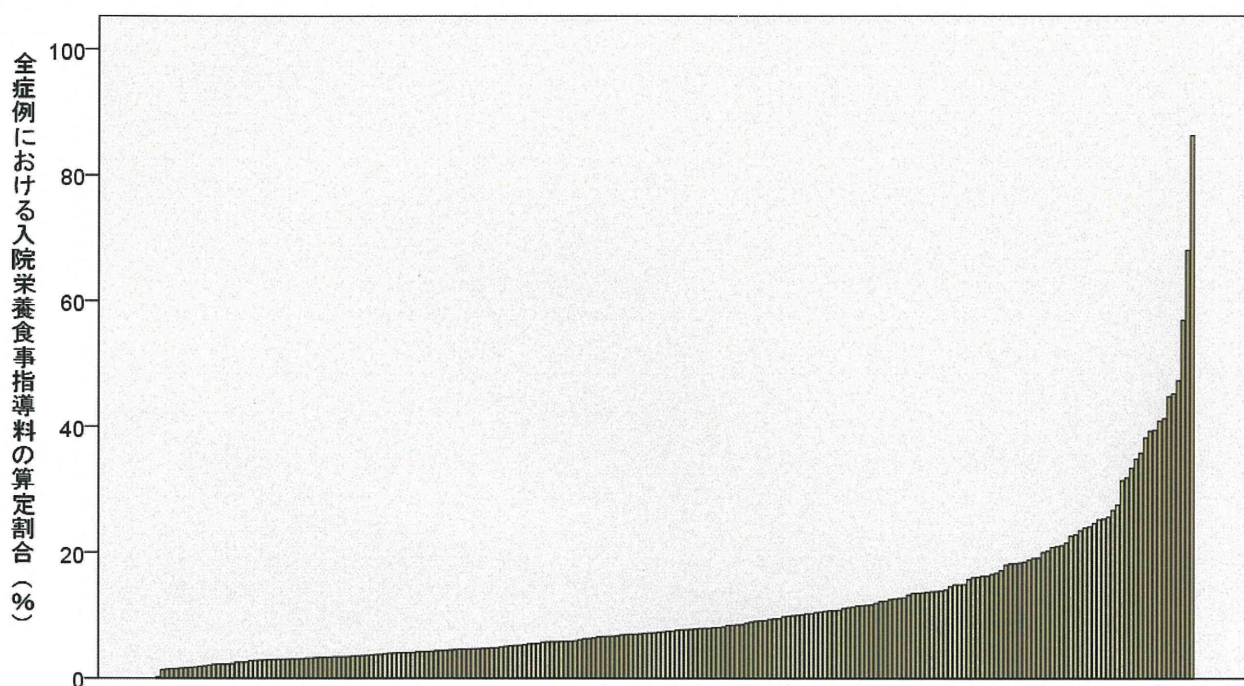
※1: G005「中心静脈注射」を1回以上算定
 ※2: J120「鼻腔栄養」を1回以上算定
 (胃瘻使用を含む)

※3: NST加算が算定された全26,138症例の
 うち各主傷病名の症例が占める割合

NST加算が算定された症例の 主要な主傷病名	症例数	(%)※3
① J69 固形物及び液状物による肺臓炎	2,814	10.8%
② I63 脳梗塞	1,306	5.0%
③ S72 大腿骨骨折	1,299	5.0%
④ I50 心不全	1,091	4.2%
⑤ C16 胃の悪性新生物	842	3.2%
⑥ J15 細菌性肺炎, 他に分類されないもの	633	2.4%
⑦ C18 結腸の悪性新生物	583	2.2%
⑧ C34 気管支及び肺の悪性新生物	573	2.2%
⑨ I61 脳内出血	569	2.2%
⑩ A41 その他の敗血症	541	2.1%
肺炎 (J69 + J15)	3,447	13.2%
脳梗塞・脳内出血 (I63 + I61)	1,875	7.2%
胃がん・大腸がん (C16 + C18)	1,415	5.4%

図1. 全症例における入院栄養食事指導料の算定割合

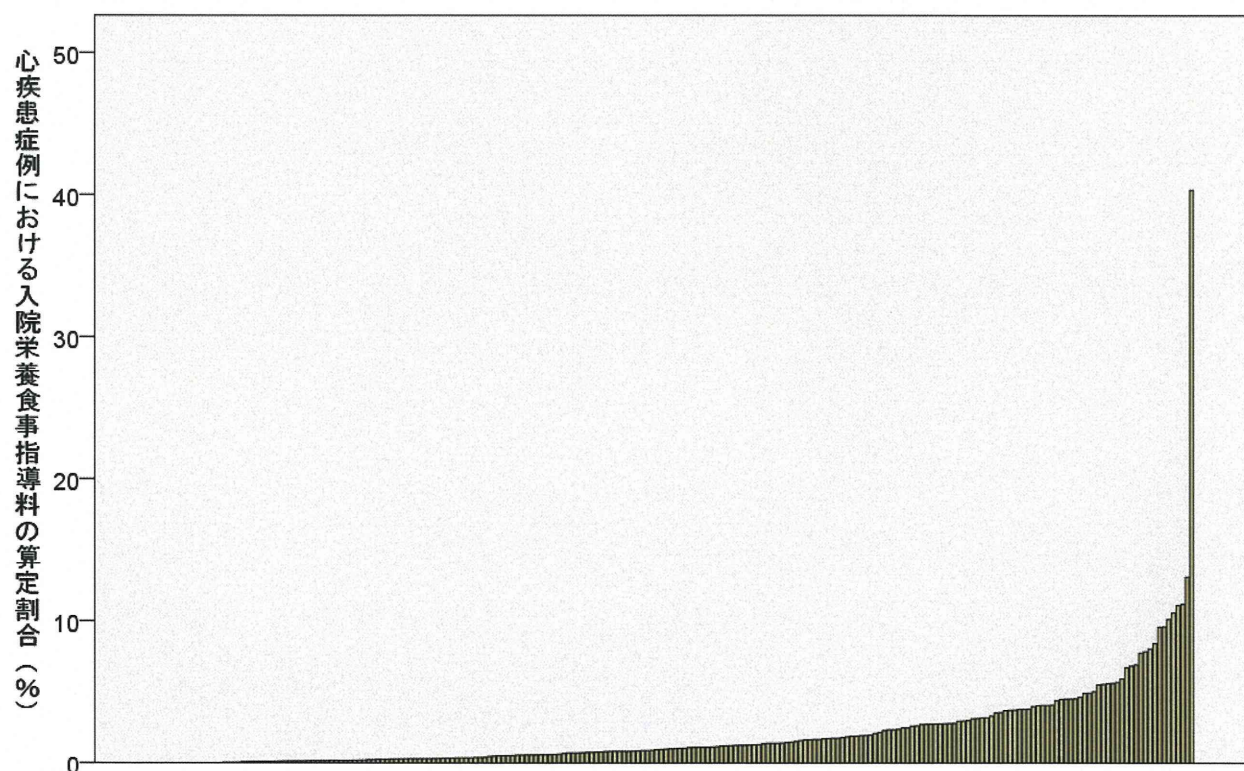
分析対象:224病院



注) 1病院が縦棒1本に相当。算定割合の順に並べている。

図2. 心疾患 (I20, I50, I21, I25) 症例における入院栄養食事指導料の算定割合

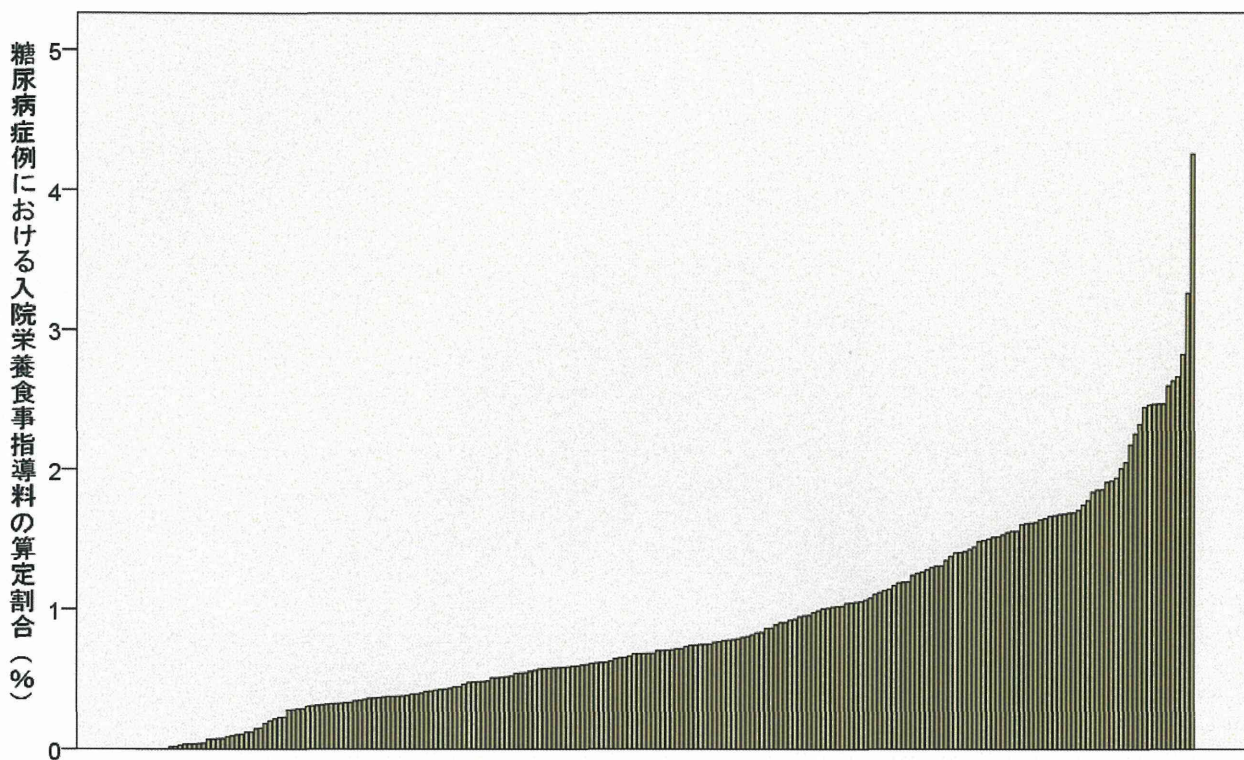
分析対象:224病院



注) 1病院が縦棒1本に相当。算定割合の順に並べている。

図3. 糖尿病(E11)症例における入院栄養食事指導料の算定割合

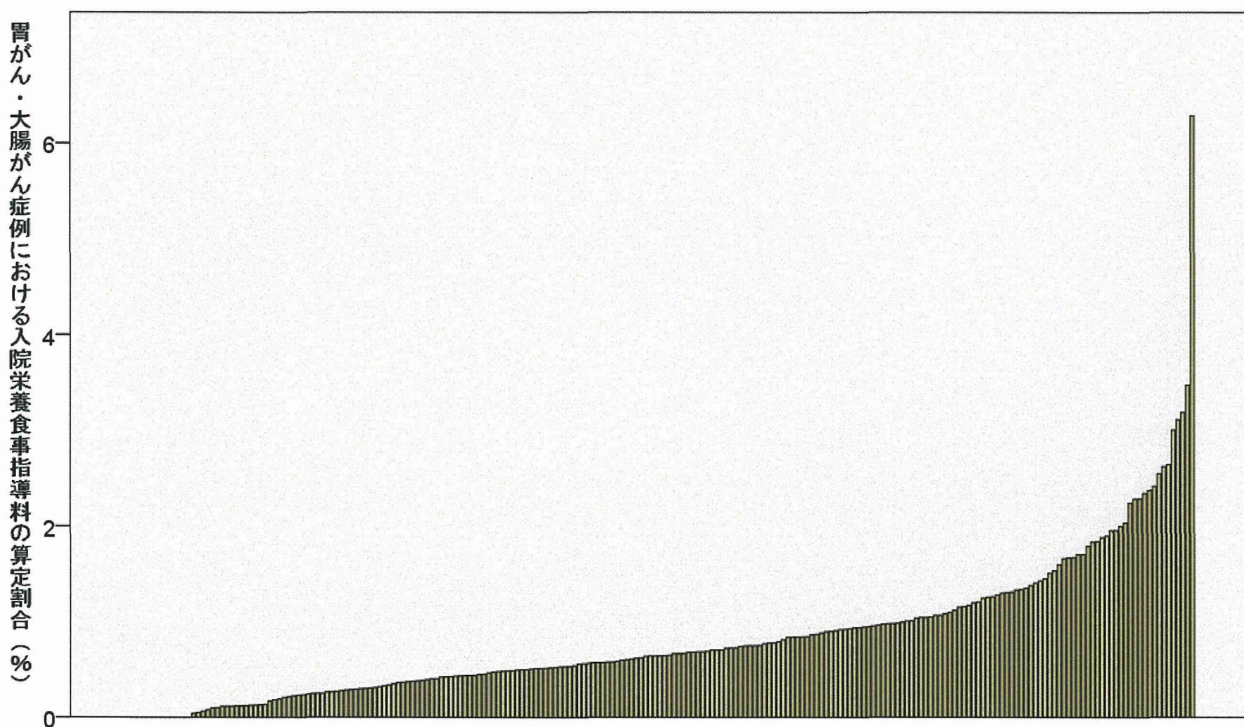
分析対象:224病院



注) 1病院が縦棒1本に相当。算定割合の順に並べている。

図4. 胃がん・大腸がん(C16, C18)症例における入院栄養食事指導料の算定割合

分析対象:224病院

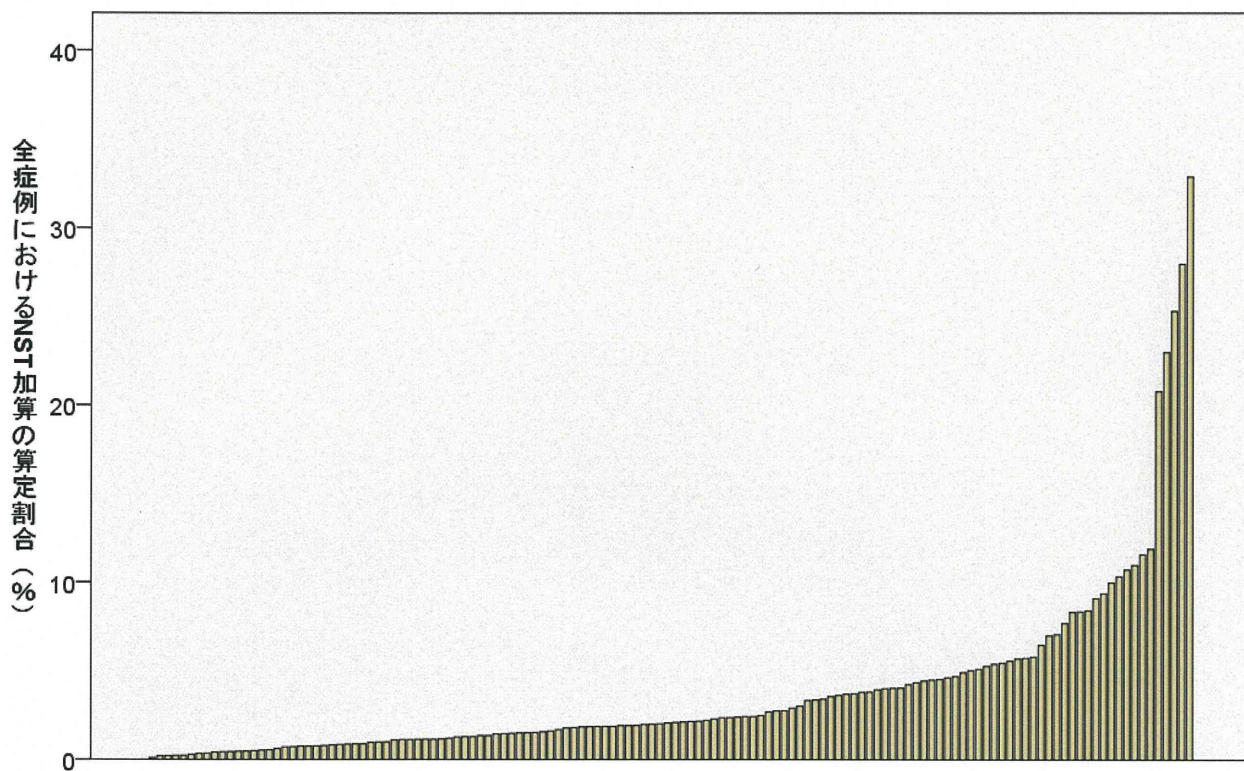


注) 1病院が縦棒1本に相当。算定割合の順に並べている。

図5-1. 全症例におけるNST加算の算定割合

分析対象: 134病院

(NST加算が1回以上算定されている月のデータのみを用いた集計)

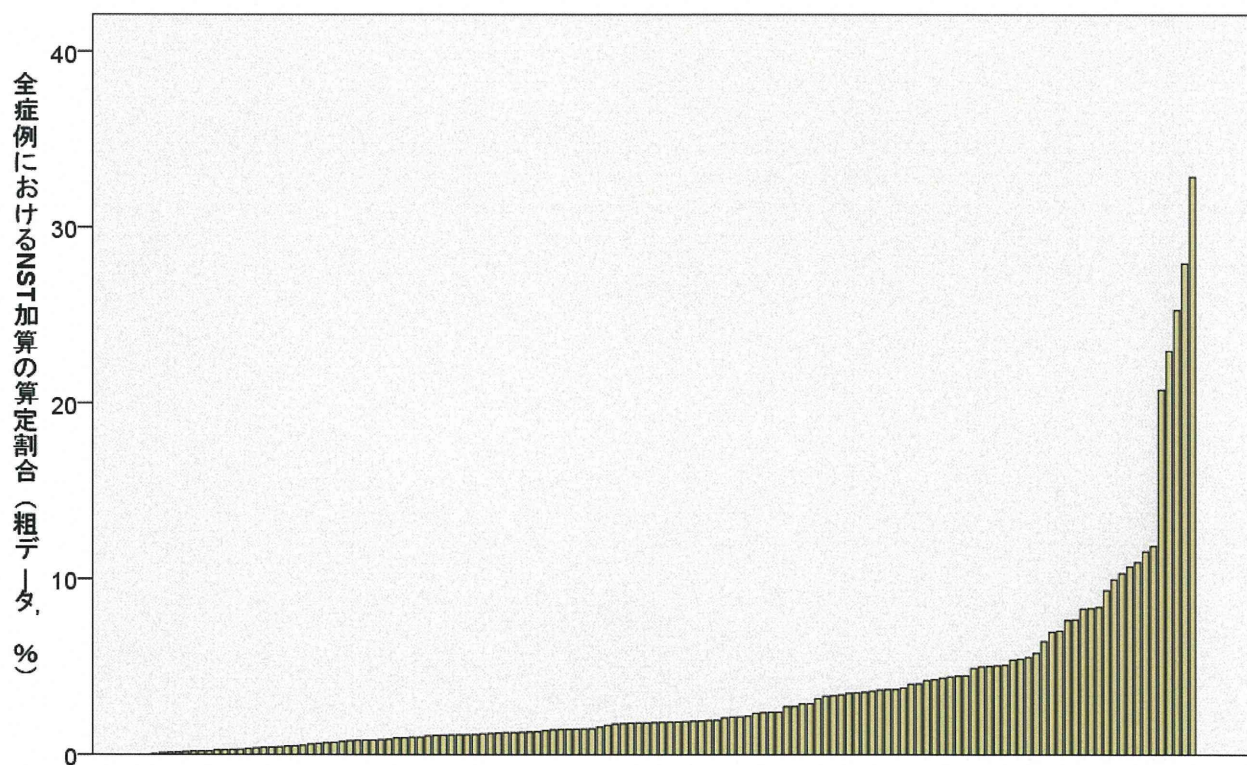


注) 1病院が縦棒1本に相当。算定割合の順に並べている。

図5-2. 【参考】全症例におけるNST加算の算定割合

分析対象: 134病院

(すべての月のデータを用いた集計)

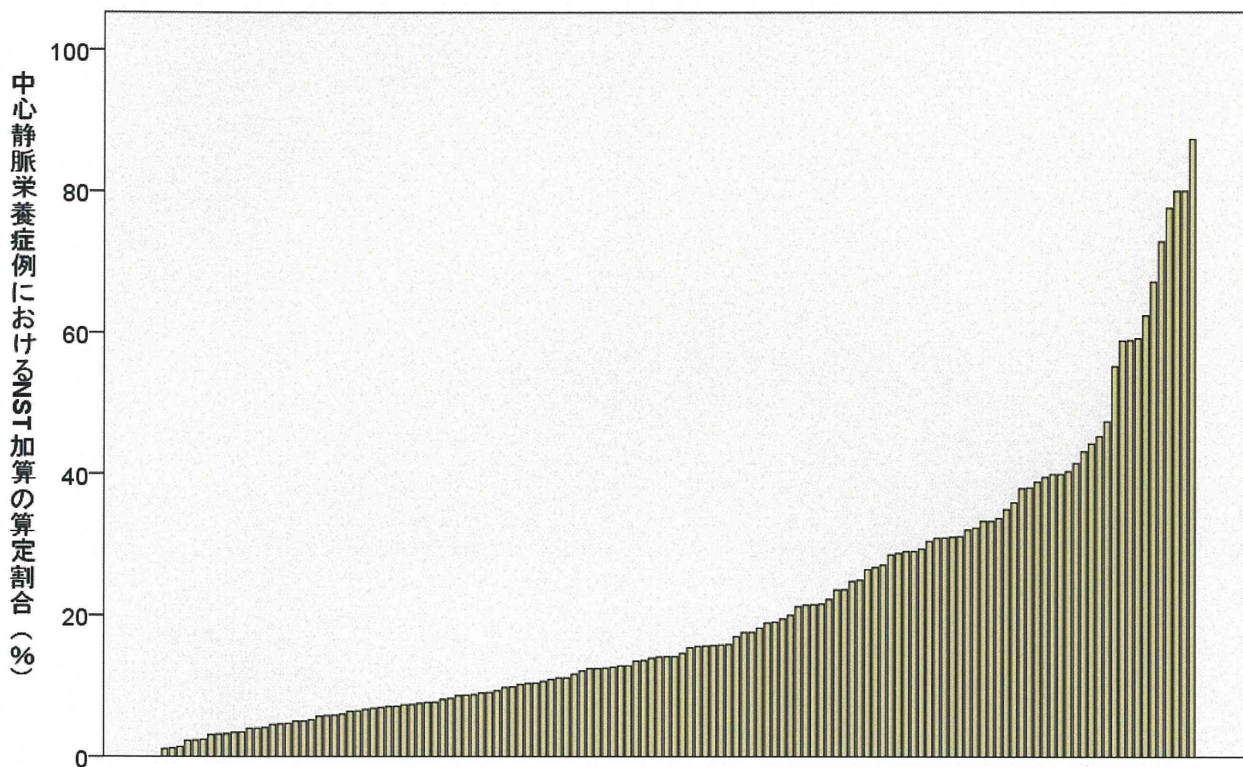


注) 1病院が縦棒1本に相当。算定割合の順に並べている。

図6. 中心静脈栄養症例におけるNST加算の算定割合

分析対象: 134病院

(NST加算が1回以上算定されている月のデータのみを用いた集計)

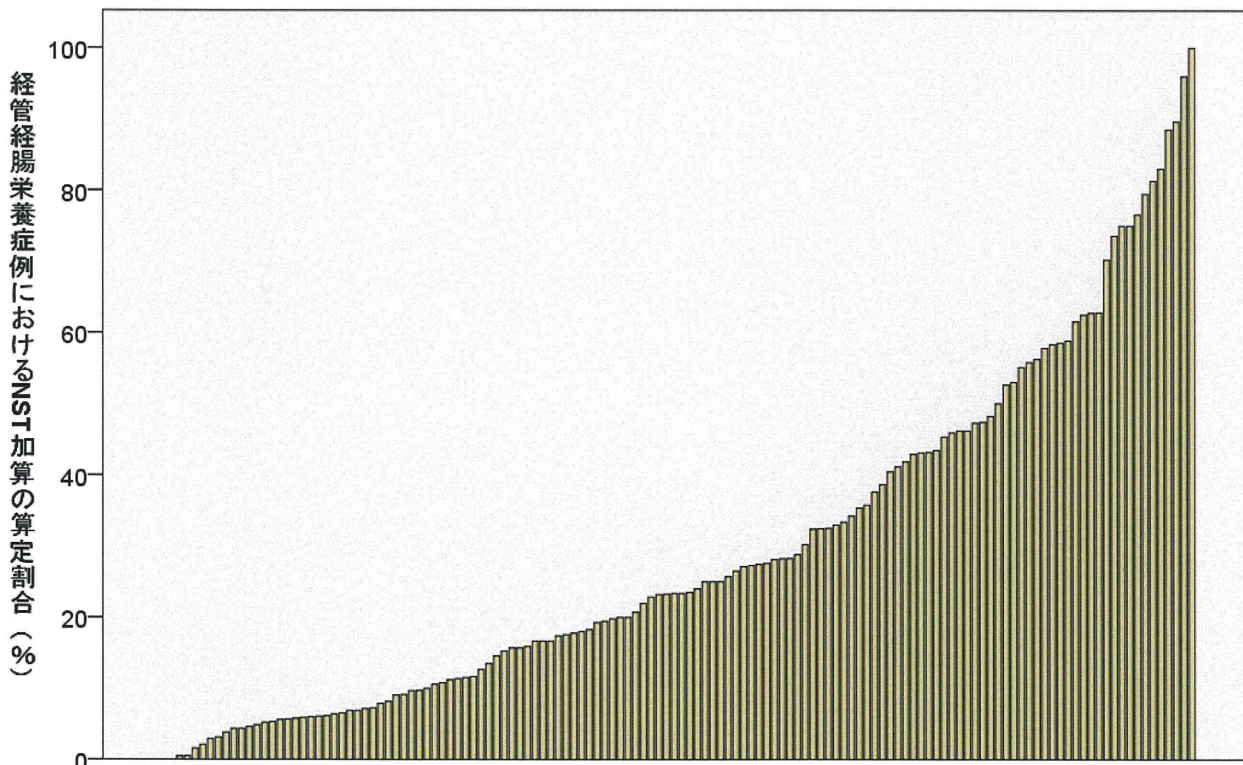


注) 1病院が縦棒1本に相当。算定割合の順に並べている。

図7. 経管経腸栄養症例におけるNST加算の算定割合

分析対象: 134病院

(NST加算が1回以上算定されている月のデータのみを用いた集計)



注) 1病院が縦棒1本に相当。算定割合の順に並べている。

厚生労働科学研究費補助金(循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業)
分担研究報告書

病院における管理栄養士とNSTの業務実態に関するインタビュー調査
—栄養関連診療報酬の算定を巡る促進要因と阻害要因の探索—

研究分担者 京都大学 大学院医学研究科 医療経済学分野 教授 今中 雄一

研究協力者 京都大学 大学院医学研究科 医療経済学分野

佐藤 礼子、國澤 進、佐々木 典子、猪飼 宏

研究要旨

5病院において主にNST専従管理栄養士を対象としたインタビュー調査を行った。その回答内容から、NST加算及び入院栄養食事指導料の算定に関わる促進要因及び阻害要因として考えられる概念を抽出して整理を試みた。管理栄養士やNSTが自主的に促進要因を増やす取組としては、業務を効率化したり診療報酬を積極的に算定したりすること等が考えられる。このような現場の取組を支援・強化するためには、対象症例抽出システムにおける①効率性(管理栄養士の病棟配置や電子カルテ機能の活用によって効率的に対象症例を抽出すること)と②積極性(予め院内で共有された要件を満たせば積極的に介入対象とすること)を高めることが重要と考えられる。こうした取組が病院レベルで推進されることによって、当該医療機関におけるチーム医療の活性化や栄養関連診療報酬の請求額増加につながることが期待される。

A. 背景

医療における栄養管理の重要性に対する認識が着実に増しているが、栄養関連診療報酬の算定状況は病院毎に大きく異なることが指摘されている。我々は、平成24年度の本研究で、全国286病院の約250万の入院症例についてDPCデータを解析し、病床100床あたりの栄養関連の診療報酬の算定状況に極めて大きな病院間格差があることを明らかにした。

栄養管理実施加算が入院基本料に包括された現在、栄養関係に特化した主要な診療報酬は入院栄養食事指導料と栄養サポートチーム加算(NST加算)である。我々は本年度の研究で、これら2つの診療報酬のそれぞれの算

定割合(各病院の全症例の中で当該診療報酬算定症例が占める割合)に病院間格差があることを示した。また、これらの算定割合は、施設規模や管理栄養士数とは関連していないことを明らかにした。以上から、病院における管理栄養士活動については、各診療報酬の算定に至るプロセスにおいて様々な促進要因と阻害要因が存在し、その有無が個々の病院によって異なるために算定状況の病院間格差が生じているのではないかと考えられた。

促進要因や阻害要因と考えられる状況を整理することで、個々の病院における改善に向けた取組に有意義な資料を提供することができ、ひいては管理栄養士活動の推進、勤務医等の負担軽減及び診療報酬請求額の増加

にも資すると期待される。

B. 研究目的

入院栄養食事指導料及び NST 加算の算定に関わる促進要因と阻害要因を探索する。

C. 研究方法

平成 25 年 10 月に質問紙調査を実施した「病院における管理栄養士及び栄養サポートチームの業務実態に関する調査」の協力が得られた病院のうち、承諾が得られた 5 病院を 2013 年 1～3 月に訪問し、主に NST 専従又は専任の管理栄養士に対する半構造化面接(1～2 時間)を行った。なお、可能な場合は NST 専任医師からもインタビューを行った。

インタビューで回答された各病院での状況を、NST 加算や入院栄養食事指導料の算定割合のデータに照らして、これらの診療報酬算定に関わる促進要因及び阻害要因と考えられる概念を抽出した。この分析に際しては、質的研究におけるテーマ分析の手法を参考とした。

D. 研究結果・考察

1. 対象病院の特徴

NST 加算の算定割合が比較的高い 2 病院と低い 3 病院の計 5 ヶ所でインタビューを実施した。対象病院の特徴を表 1 に示す。所在地域別にみると、関東地方(1 病院)、東海地方(1 病院)、近畿地方(3 病院)であった。

2. インタビュー結果概要

各病院でのインタビューで聴取した内容を、次の 7 項目に整理して概括した。

(1) 管理栄養士の病棟業務(現況)

(2) 管理栄養士の病棟業務に関するこれまでの経緯

(3) 入院栄養食事指導料の算定プロセス

(4) NST 加算の算定プロセス

(5) 自院での NST 加算の算定に関して課題と考えている事項

(6) 制度上の改善を求めること(診療報酬の増点以外)

(7) その他

【A 病院】

(1) 管理栄養士の病棟業務(現況)

- ・全病棟(約 50 床)に管理栄養士 1 名を配置している。一部の管理栄養士は 2 病棟を担当。
- ・各管理栄養士は、入院時のスクリーニングのほか、昼食時の病室訪問(ミールラウンド)をし、摂食状況や食事のミスマッチなどを日常的にチェックしている。
- ・病棟配置を導入したことで、無駄な絶食がなくなり、退院のタイミングに合わせた栄養指導ができるようになった。また、管理栄養士自身に病棟の担当という自覚が生まれ、「この病棟の患者さんを何とか良くしたい」という意欲につながっている。
- ・新人看護師に対する研修の場で、栄養科から説明を行う機会が設けられており、そこで「食事のことについては、中途半端に手を出さず、管理栄養士を呼ぶように」と徹底して伝えている。

(2) 管理栄養士の病棟業務に関するこれまでの経緯

- ・平成 18 年に栄養管理実施加算が導入されたことで管理栄養士の入院業務が膨大になったため、給食を外部委託とし、管理

栄養士の病棟配置を導入した。管理栄養士業務への理解があった当時の病院長から「人を増やして仕事を増やせ」と背中を押されたことが大きい。

- ・電子カルテの導入に伴いパソコンが業務に必須となったが、栄養担当部門の室にはパソコン自体が少なかったため、病棟にあるパソコンを使うようにした。その結果、管理栄養士はほとんどの時間を自然と病棟で過ごすようになり、病棟看護師も管理栄養士に相談しやすくなった。

(3) 入院栄養食事指導料の算定プロセス

- ・各病棟に配置されている管理栄養士が対象症例を抽出する。教育入院や術後など、特定のクリニカルパスが適用された患者については病棟看護師から管理栄養士に連絡が入るシステムになっている。
- ・管理栄養士は電子カルテにログインでき、医師が「患者希望で食事変更可」としてくれている場合は、管理栄養士が食事を変更できる。主治医への連絡・報告・提案は電子カルテのメール機能を活用して行っているが、電話よりも連携しやすい。

(4) NST 加算の算定プロセス

- ・NST 介入には主治医の許可がいる。
- ・〇〇外科病棟はNSTをうまく活用してくれる。熱心なリンクナースがいることと、〇〇外科医師は自分が栄養管理や輸液管理が苦手であるという自覚があり、任せてくれる傾向。〇〇外科系の医師も熱心で、栄養状態が手術の結果に影響するという理解があるためだろう。一方で〇〇内科は医師に“自分の考え”があり、介入不要と言われる。リンクナースが提案しても受

け入れない、といったケースが続くと、もうそうした話ができなくなる。

- ・1回のNST回診で回れるのは8～10件。

(5) 自院での NST 加算の算定に関して課題と考えている事項

- ・NST 介入のタイミングを早めたい。現状では入院後の低栄養スクリーニングが不十分で、NST 介入が遅れると改善しにくくなりモチベーション低下にもつながる。
- ・NST 専任医師の前任地の病院では、主治医が回診に参加することが多く、その場で様々な相談や提案ができた。当院ではそうした主治医との連携が課題。

(6) 制度上の改善を求めること(診療報酬の増点以外)

- ・管理栄養士の卒前教育をもう少し充実させてほしい。2週間の実習だけですぐ病院で働くというのは無理があり、臨床現場を知らなさ過ぎる。
- ・4職種が回診に揃わないとNST加算を算定できないのが厳し過ぎると感じる。NSTに対して急な介入要請があった場合は揃うことが難しい。
- ・病状に変化があっても同一症例ではNST加算と入院栄養食事指導料とが算定できないのは不合理。

(7) その他

- ・薬剤部が、他病院とともに開催している、新人薬剤師向けの「輸液の会」の案内を管理栄養士にもくれるので、新人管理栄養士はそこでも勉強させてもらっている。卒前教育が重要とは思いますが、病棟に行つてこそ目の前に点滴があつて問題意識が

出てくるので、卒後教育も重要。

- ・現場では、NST のアウトカム評価をする指標を出すのが困難。業務多忙でもあるし、どの指標で評価したらよいかの判断がつかない。

【B 病院】

(1) 管理栄養士の病棟業務(現況)

- ・一部の科限定の「配置病棟」と、「担当病棟」とがある。「配置病棟」では、担当の管理栄養士1名が全患者について入院から退院までフォローし、1回/2週の頻度で面談する。「担当病棟」では担当の管理栄養士1名がいるが敢えてカルテ上でのフォローにとどめている。理由は、担当病棟で、人手が足りないのに中途半端に関わると、主治医や病棟看護師の「管理栄養士が関わるといふならしっかり関わってほしい」という要請に応えきれなくなり信頼を失うため。
- ・病棟で管理栄養士の“顔が見える”ことで患者は給食を食べてくれるようになるし、給食に対する患者満足度も高まったと感じている。

(2) 管理栄養士の病棟業務に関するこれまでの経緯

- ・平成18年診療報酬改定における栄養管理実施加算の新設が契機となって、栄養担当部門として自主的に病棟配置へと動いた。公的病院なので、自発的に動かなければ変わらないと分かっていた。

(3) 入院栄養食事指導料の算定プロセス

- ・主治医から依頼がない限り、栄養指導を実施できない。

- ・主治医は個人差が非常に大きい。栄養の重要性をよく分かっている主治医は、管理栄養士を信頼してどんどん任せてくれるが、そうでない医師は無関心でまったく依頼がない。

(4) NST 加算の算定プロセス

- ・主治医が対象患者を抽出する。
- ・「配置病棟」では管理栄養士がチェックし、必要があれば看護師を介して主治医に伝える。
- ・NST 回診は週に20人くらい回っており、週30人が限界。

(5) 自院での NST 加算の算定に関して課題と考えている事項

- ・NST 回診をしていても算定対象にしていないケースがある。特に、低栄養の患者しか NST 加算の算定対象にしてはいけないと思っていたので、改めて見直したい。

(6) 制度上の改善を求めること(診療報酬の増点以外)

- ・病棟配置は必要だが、現在の教育状況で病棟配置を不用意に導入すると、管理栄養士業務の質が下がると思う。
- ・回復期病床の入院患者で NST 加算を算定できないのが問題。
- ・現行法では、医師の指示がないと管理栄養士は一切動けないので、「医師『又は管理栄養士』が発行する食事箋に基づき」というように法律を変えてほしい。

(7) その他

- ・理想的な病棟配置の規模は患者100人に管理栄養士1人で、そうすると1日10

件 30 分ずつの面談が可能。全患者に面談する必要はないと考えれば、患者 150 人に管理栄養士 1 人が現実的か。

【C 病院】

(1) 管理栄養士の病棟業務(現況)

- ・全病棟(約 50 床)に管理栄養士 1 名を配置している。
- ・明示された役割というものはなく、業務内容は各管理栄養士に任されている。
- ・給食を直営しており、管理栄養士も人手が足りないときは調理・衛生業務も担当するが、管理栄養士は通常は入院患者の栄養管理・栄養指導に注力するものという認識が共有されている。栄養士が給食管理をしっかり担ってくれているので、管理栄養士は病棟に出ていきやすい。
- ・管理栄養士に調理業務の経験があるからこそ、入院患者の給食についても迅速な個別対応ができる。

(2) 管理栄養士の病棟業務に関するこれまでの経緯

- ・当院の管理栄養士の医療職としてのスキルが元々高かったということはなく、必要性を感じて研修に行ったりして勉強している中ではあるが、「患者のところに行かないと話にならない」「ここ(調理室横の栄養担当部門の部屋)にこもっていてはだめだ」「行ってみないと課題も見えてこない」という強い問題意識があった。特に病院中枢からの指示はなかったが、栄養担当部門として必要性を感じて病棟毎に担当者を決めるようにした。平成 18 年診療報酬改定の栄養管理実施加算の新設も後押しになった。

・病院給食が直営であり以前から配膳のために病棟に行く機会が日常的にあり、また、入院患者の栄養指導も病室で行っていたので、管理栄養士が病棟に行くこと自体に不自然さはなかった。食事関係の相談に対応していく中で、次第に看護師との信頼関係が築かれていった。

(3) 入院栄養食事指導料の算定プロセス

- ・入院栄養食事指導料は、特別食をオーダーされた患者を管理栄養士が把握し抽出する。
- ・「特別食ならば算定対象」ということが 10 年以上前から院内で取り決められている。新規採用の医師にも、入職の時点でこのルールが説明される。

(4) NST 加算の算定プロセス

- ・主に管理栄養士が対象患者の抽出を行っている。褥瘡専門看護師、主治医、病棟看護師から病棟担当管理栄養士を通じて依頼がくることもある。
- ・管理栄養士からみて自分たちで対応できそうな患者を選んでおり、重症患者は NST 対象としていない。かつては、重症患者も NST の対象としていたが、週ごとに急変するなどして NST による改善効果が実感しにくく、NST のモチベーションが下がってしまったため。

(5) 自院での NST 加算の算定に関して課題と考えている事項

- ・管理栄養士は成果の数値化が正直なところ知識不足で苦手だが、当院のでは管理栄養士主導の NST だからこそ、管理栄養士が勉強していかねばと思っている。