

医療事業部のしおり

糖尿病治療ガイドライン 2014－2015（差し替え版）

高血圧治療ガイドライン 2014（差し替え、追加版）

慢性腎臓病に対する食事療法基準 2014 年版（新規）

付属資料

※ 平成 24 年度に出しました「医療事業部のしおり」の差し替え版です。上記のガイドラインの部分を差し替えて（加えて）お使いください。

公益社団法人 日 本 栄 養 士 会

医 療 事 業 部

目 次

はじめに	0-3
------	-----

公益社団法人日本栄養士会医療事業部企画運営委員長 石川 祐一

糖尿病治療ガイドライン 2014ー2015（差し替え版）	1-1
------------------------------	-----

高血圧治療ガイドライン 2014（差し替え、追加版）	2-1
----------------------------	-----

慢性腎臓病に対する食事療法基準 2014 年版（新規）	5-1
-----------------------------	-----

平成 26 年度診療報酬改定について	b-1
--------------------	-----

付属資料

協議会発足とあゆみ	付 1
-----------	-----

食事療法学会・セミナーのあゆみ	付 8
-----------------	-----

政策課題への取り組み	付 13
------------	------

医療事業部会員数の推移	付 15
-------------	------

編集後記

* ガイドラインはすべて、平成 26 年 10 月現在のものを記載しております。その後の改定情報は、各学会ホームページ等でご確認ください。

1. はじめに

「医療事業部のしおり」は毎年 1 回発行し、医療にかかわる管理栄養士、栄養士が手に取って活用することで、日々の業務の一助にさせていただく事を目的とし発行しております。内容は、その時々におけるタイムリーな内容とすべく医療事業部企画運営員が検討を重ね作成してまいりました。

特に平成 25 年 3 月に発行した「診療ガイドラインの抜粋初版」は大変好評をいただきました。このことは、他の職域の方々からの問い合わせも多数いただいたことから明らかです。

エビデンスに基づく診療の推進のためには、我が国もガイドラインが必要とことから、毎年のように各種学会から診療ガイドやガイドラインが発刊されております。皆様も様々な情報から診療ガイド、ガイドラインが改定になったことは知っていてもその内容を十分に把握できていないケースもあると思います。しかし我々管理栄養士も一読すべきものであり、医療に従事するものとして共通理解をしなければならないものであると考えます。

今回は平成 25 年配布の「医療事業部のしおり」を Brush up すべく、以降改訂された診療ガイド、診療ガイドライン、食事療法基準から重要な部分について引用、改変し整理させていただきました。

前回同様、冊子としてファイリング、差し替えができるようにしておりますので、改訂部分を差し替えていただき、内容について確認いただきたくお願いいたします。日々の業務に「医療事業部のしおり」を活用いただければ幸いです。

また、去年は診療報酬改定がありました。管理栄養士に関しても、いくつかの項目について改訂、新設がされています。

1. 常勤の管理栄養士を確保できない病院に対する「入院基本料等の見直し」
2. 有床診療所の機能に着目した評価として「栄養管理実施加算の設置」、「入院栄養食事指導料の見直し」
3. 在宅医療での「在宅患者訪問褥瘡管理指導料の新設」
4. 胃瘻での「経口摂取回復促進加算」において、多職種推奨に伴う管理栄養士の参画

これらの内容についても詳細な情報を掲載させていただきました。ご一読いただき、かかわる項目について理解を深めていただきたいと思います。

一方、今回の「医療事業部のしおり」では、これまで医療事業部が取り組んできた様々な活動についても整理し、掲載させていただいております。

医療事業部（旧全国病院栄養士協議会）の活動、歩みはもとより、全国研修会（食事療法学会）・セミナー、政策課題への取り組みなどこれまでの諸先輩役員が何を行ってきたのかご理解をいただければ幸いです。

医療事業部ならではの、この一冊が会員の皆様の業務の糧となり、活用いただけることを期待しております。

公益社団法人日本栄養士会 医療事業部企画運営委員長 石川 祐一

2. 診療ガイドラインの抜粋

I. 糖尿病

A) 目次（ガイドラインに掲載されている、目次の名目一覧を掲載）

糖尿病治療ガイド 2014－2015

1. 糖尿病 疾患の考え方

- A. 糖尿病とは
- B. 糖尿病に関する指標
 - 1. 平均血糖値を反映する指標
COLUMN HbA1c の
国際標準化に伴う表記法の変更
 - 2. インスリン分泌能の指標
 - 3. インスリン抵抗性の指標
 - 4. 脂質代謝の指標
- C. 糖尿病の分類
 - 1. 糖尿病の成因分類
 - 2. 糖尿病における成因（発症機序）と病態（病期）

2. 診断

- A. 病歴聴取の注意点
 - 1. 現病歴
 - 2. 既往歴
 - 3. 家族歴
 - 4. 治療歴
 - 5. 病気に関する知識と生活歴
- B. 身体所見のポイント
 - 1. 皮膚
 - 2. 眼
 - 3. 口腔
 - 4. 下肢
 - 5. 神経系
- C. 診断のための検査
 - 1. 糖代謝異常の判定区分と判定基準
 - 2. 75 g OGTT（75 g 経口ブドウ糖負荷試験）
- D. 糖尿病診断
- E. 境界型とメタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）
 - 1. 境界型とは
 - 2. 境界型の識別
 - 3. 境界型を見出したときの取り扱い

3. 治療

- A. 治療目標とコントロール指標
 - 1. 糖尿病治療の目標
 - 2. コントロールの指標
 - 2. 自己管理行動を促進する心理・行動学的方法
 - 3. 心理的問題の扱い方
 - 4. チーム医療の重要性
 - B. 治療方針の立て方
 - 1. インスリン非依存状態
 - 2. インスリン依存状態
 - C. 糖尿病患者教育とチーム医療
 - 1. 糖尿病患者教育
 - D. 災害への備えと災害時の対応
 - 1. 病院・診療所・医療者レベルでの備えまたは対応
 - 2. 糖尿病患者レベルでの備えまたは対応
- COLUMN 糖尿病に関連するわが国の団体

4. 食事療法

A. 食事療法の進め方

1. 適正なエネルギー摂取量の指示
2. 場算算の取れた食品構成

B. 食事療法の実際

1. 食品交換表

2. 患者への食事指示

3. 食事療法の評価と指導

C. 合併症の予防のために

5. 運動療法

1. 運動の種類
2. 運動の強度
3. 運動の負荷量
4. 運動の頻度
5. 運動療法指導上の注意点
6. 運動の種類と消費エネルギー
7. 運動療法を禁止あるいは制限した方がよい場合

6. 薬物療法

A. 経口薬療法

1. スルホニル尿素 (SU) 薬
2. 速効型インスリン分泌促進薬
3. α -グルコシダーゼ阻害薬
4. ビグアナイド薬
5. チアゾリジン薬
6. DPP-4 阻害薬
7. SGLT2 阻害薬
8. 配合薬

B. 注射薬療法

1. インスリン療法

2. インスリン以外の注射薬：GLP-1 受容体作動薬

C. その他の薬物療法

1. 糖尿病に合併した高血圧

2. 糖尿病に合併した脂質異常症

7. 低血糖およびシックデイ

A. 低血糖

1. 症状
2. 高血糖性の昏睡との識別
3. 低血糖の誘因
4. 低血糖時の対応
5. 再発予防

B. シックデイ

1. シックデイとは
2. シックデイ対応の原則
3. 入院加療が急速に必要な場合

8. 糖尿病合併症とその対策

A. 糖尿病合併症とは

B. 急性合併症

1. 糖尿病ケトアシドーシス
2. 高浸透圧高血糖症候群
3. 感染症

C. 慢性合併症

1. 糖尿病網膜症
2. 糖尿病腎症
3. 糖尿病神経障害
4. 動脈硬化性疾患
A. 冠静脈疾患

B. 脳血管障害

C. 末梢動脈性疾患 (PAD)

5. 糖尿病足病変
6. 手の病変
7. 歯周病
8. 認知症

COLUMN 糖尿病と癌

D. 合併症の検査

1. 急性合併症のための検査
2. 慢性合併症のための検査

9. ライフステージごとの糖尿病

A.小児・思春期における糖尿病

1. 1 型糖尿病
2. 2 型糖尿病

B.妊娠と糖尿病

C.高齢者の糖尿病

10. 専門医に依頼すべきポイント

A.糖尿病専門医に依頼する場合

1. 血糖コントロール不良
2. 教育入院
3. 急性合併症
4. 手術

B.他科専門医に依頼する場合

1. 眼科
2. 腎臓内科、泌尿器科

3. 神経内科、皮膚科、外科

4. 循環器科

5. 泌尿器科

6. 整形外科

7. 精神科

8. 歯科

9. 感染症

C.地域連携、病診連携

付録

特定健診・特定保健指導の進め方ー糖尿病予防の立場から

自己検査用グルコース測定器一覧表

血糖降下薬一覧表

参考書

B) 糖尿病の分類

●糖尿病は成因と病態の両面から分類される。

(表 1) 糖尿病と糖代謝異常^{注 1)}の成因分類^{注 2)}

I. 1 型 膵β細胞の破壊、通常は絶対的インスリン欠乏に至る

A. 自己免疫性

B. 突発性

II. 2 型 インスリン分泌低下を主体とするものと、インスリン抵抗性が主体で、それにインスリンの相対的不足を伴うものなどがある

III. その他の特定の機序、疾患によるもの

A. 遺伝因子として遺伝子異常が同定されたもの

① 膵β細胞機能にかかわる遺伝子異常

② インスリン作用の伝達機構にかかわる遺伝子異常

B. 他の疾患、条件に伴うもの

① 膵外分泌疾患

② 内分泌疾患

③ 肝疾患

④ 薬剤や化学物質によるもの

⑤ 感染症

⑥ 免疫機序によるまれな病態

⑦ その他の遺伝的症候群で糖尿病を伴うことの多いもの

IV. 妊娠糖尿病

注 1) 一部には、糖尿病特有の合併症をきたすかどうかを確認されていないものも含まれる

注 2) 現時点ではいずれにも分類できないものは、分類不能とする

出典 日本糖尿病学会：糖尿病の分類と診断基準に関する委員会報告(国際標準化対応版).糖尿病 55(7),490,2012)

H) 食事療法の実際

～食品交換表～

- 食品交換表は、主に含まれている栄養素によって食品を4群6表に分類(図6)し、食品の含むエネルギー量 80kcal を1単位と定め、同一表内の食品を同一単位で交換摂取できるように作られている。
- 食事指示票に従い、それぞれの表から適正量(指示された単位分)を摂取することにより、適切な1日のエネルギー摂取と栄養バランスのとれた食品構成が容易に達成できる。
- 同一表に属する食品は、類似の栄養成分をもつ食品としてお互いに交換できるので、食事内容を多彩にすることが容易になる。違う表の食品とは交換してはならない。

(図6) 食品分類表

食品分類	食品の種類	1単位(80kcal)あたりのエネルギー量
炭水化物を多く含む食品(Ⅰ群)	表1 ●穀類 ●いも ●炭水化物の多い野菜と根菜 ●豆(大豆を除く)	18 2 0
	表2 ●くだもの	19 1 0
たんぱく質を多く含む食品(Ⅱ群)	表3 ●魚介 ●大豆とその製品 ●卵、チーズ ●肉	1 8 5
	表4 ●牛乳と乳製品(チーズを除く)	7 4 4
脂質を多く含む食品(Ⅲ群)	表5 ●油脂 ●脂質の多い根菜 ●多脂性食品	0 0 9
ビタミン、ミネラルを多く含む食品(Ⅳ群)	表6 ●野菜(炭水化物の多い一部の野菜を除く) ●海藻 ●きのこ ●こんにゃく	14 4 1
	調味料 ●みそ、みりん、砂糖など	12 3 2

日本糖尿病学会編・著：糖尿病食事療法のための食品交換表,第7版,日本糖尿病協会・文光堂,13頁,2013 より引用

～患者への食事指示～

- 患者に適したエネルギー摂取量や栄養素の配分を決定する。食品交換表に示されている炭水化物 60%、55%、50%の指示単位配分例を参考に、患者の合併症、肥満度、嗜好などに配慮する。

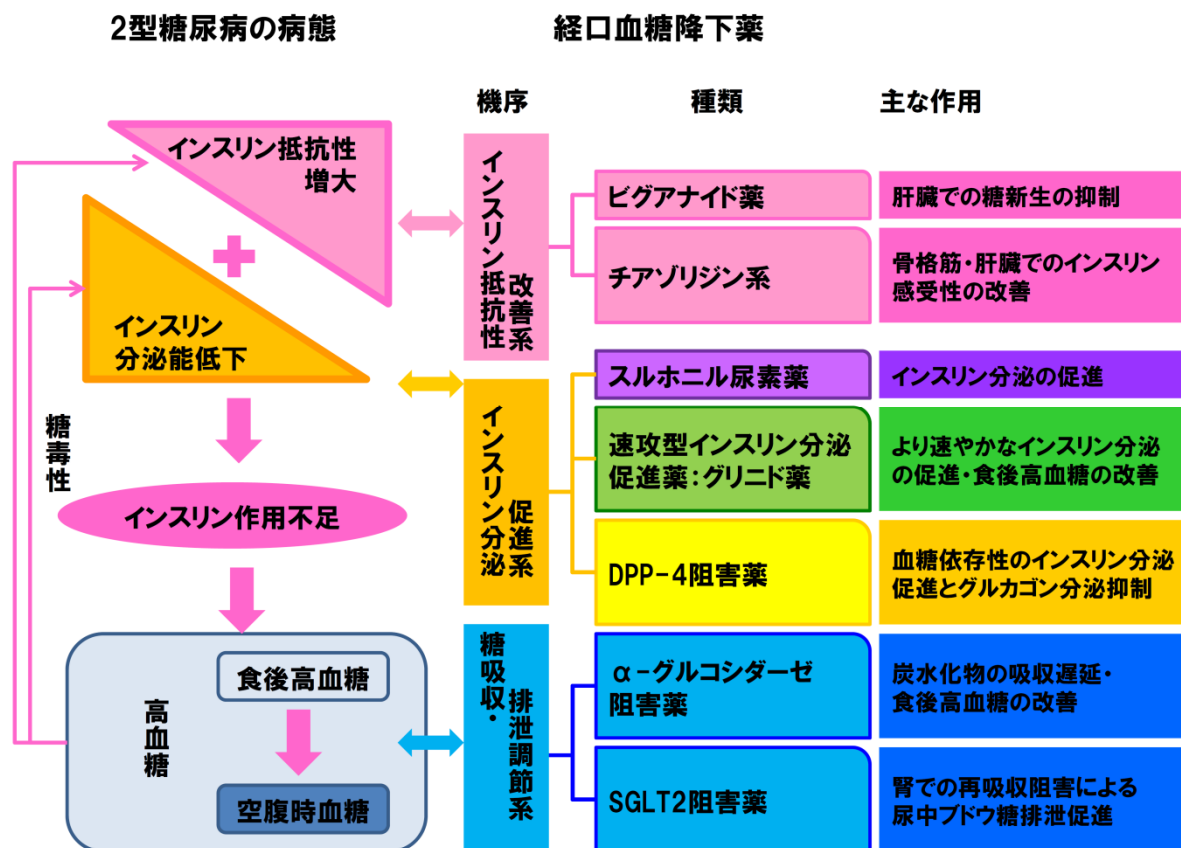
～食事療法の評価と指導～

- 食事療法の遵守の程度や患者に適したエネルギー摂取量や栄養素の配分を、糖尿病治療の経過とともに定期的に評価する。必要な場合には、1日の指示単位や栄養素の配分などの「食事指示」変更を行う。
- 「食事指示」は患者の病態、年齢などに配慮し、血糖値の正常化と体重の標準体重へのなだらかな移行、身体活動力の維持が目標になる。
- 毎日ほぼ決まった時間(起床時排尿後など)に体重を測定し記録する。

出典 (本文について)日本糖尿病学会編・著 糖尿病治療ガイド 2014-2015,文光堂,2014 P.40-41 B 食事療法の実際より引用

I) 経口薬療法

(表6) 病態に合わせた経口血糖降下薬の選択



出典 日本糖尿病学会編・著 糖尿病治療ガイド 2014-2015, 文光堂, 2014 P.29 図9 より引用

J) 糖尿病腎症生活指導基準

病期	生活一般	治療・食事・生活のポイント
第1期 (腎症前期)	● 普通生活	● 糖尿病食を基本とし、血糖コントロールに努める ● 降圧治療 ● 脂質管理 ● 禁煙
第2期 (早期腎症期)	● 普通生活	● 糖尿病食を基本とし、血糖コントロールに努める ● 降圧治療 ● 脂質管理 ● 禁煙 ● たんぱく質の過剰摂取は好ましくない
第3期 (顕性腎症期)	● 普通生活	● 適切な血糖コントロール ● 降圧治療 ● 脂質管理 ● 禁煙 ● たんぱく質制限食
第4期 (腎不全期)	● 軽度制限	● 適切な血糖コントロール ● 降圧治療 ● 脂質管理 ● 禁煙 ● 低たんぱく食 ● 貧血治療
第5期 (透析療法期)	● 軽度制限 ● 疲労の残らない範囲の生活	● 適切な血糖コントロール ● 降圧治療 ● 脂質管理 ● 禁煙 ● 透析療法または腎移植 ● 水分制限（血液透析患者の場合、最大透析間隔日の体重増加を6%未満とする）

食事

病期	総エネルギー kcal/kg/日	たんぱく質 g/kg 体重/日	食塩相当量 g/日	カリウム g/日
第1期	25～30	1.0～1.2	高血圧があれば 6g 未満	制限せず
第2期	25～30	1.0～1.2	高血圧があれば 6g 未満	制限せず
第3期	25～30	0.8～1.0	6g 未満	制限せず (高カリウム血症 があれば<2.0)
第4期	25～35	0.6～0.8	6g 未満	<1.5
第5期	血液透析(HD)：30～35	0.9～1.2	6g 未満	<2.0 軽度制限
	腹膜透析：30～35	0.9～1.2	PD 徐水量 (L) ×7.5+尿量 (L) ×5 (g)	原則制限しない

出典 日本糖尿病学会 糖尿病性腎症合同委員会「糖尿病性腎症病期分類 2014 の策定(糖尿病性腎症病期分類改訂)について,糖尿病 57(7),529-534,2014 に基づいて作成

日本糖尿病学会編・著 糖尿病治療ガイド 2014-2015,文光堂,2014 P.80-81 図 22 より引用・抜粋

【参考・引用文献】

- ・ 日本糖尿病学会 糖尿病治療ガイド 2012-2013,文光堂,2012
- ・ 日本糖尿病学会編・著 糖尿病治療ガイド 2014-2015,文光堂,2014
- ・ 日本糖尿病対策推進会議編 糖尿病治療のエッセンス 2012,P9 経口血糖降下薬の特徴(表 2)

II. 高血圧

A) 目次(高血圧治療ガイドライン 2014 に掲載されている、目次の名目一覧を掲載)

高血圧治療ガイドライン 2014

第1章 第 1 章高血圧の疫学

1. 国民の血圧の現状と推移
2. 高血圧と各種疾患との関連
 - 1) 高血圧による脳卒中・心疾患リスク上昇
 - 2) 高血圧とその他の病態および総死亡
 - 3) 危険因子の集積、メタボリックシンドロームと心血管病リスク
 - 4) 種々の血管指標と心血管病リスク
3. 日本人の高血圧の特徴
 - 1) 多い食塩摂取量
 - 2) 肥満とメタボリックシンドロームの増加
4. 公衆衛生上の高血圧対策

第2章 血圧測定と臨床評価

1. 血圧測定
 - 1) 診察室血圧測定
 - 2) 診察室外血圧測定
2. 高血圧の診断
 - 1) 血圧値の分類
 - 2) 血圧測定と高血圧診断手順
3. 家庭血圧、ABPM に基づく高血圧
 - 1) 白衣高血圧
 - 2) 仮面高血圧
 - 3) 血圧日内変動異常
4. 血圧変動性
5. 脈拍
6. 検査と診断
 - 1) 病歴
 - 2) 診察(身体所見)
 - 3) 臨床検査
 - 4) 臓器障害の評価

第 3 章 治療の基本方針

1. 治療の目的
2. 治療対象
3. 予後評価と管理計画のためのリスクの層別化
 - 1) 心血管病の危険因子、臓器障害
 - 2) リスクの層別化
4. 初診時の高血圧管理計画
5. 降圧目標
6. 治療法の選択
 - 1) 生活習慣の修正
 - 2) 降圧薬治療
7. その他の留意事項
 - 1) 長期治療
 - 2) QOL への配慮
 - 3) コンコーダンス、アドヒアランス
 - 4) 抗血栓薬服用中の高血圧患者の血圧管理
 - 5) 降圧療法の費用対効果

第 4 章 生活習慣の修正

1. 食塩制限
2. 栄養素と食品
3. 適正体重の維持
4. 運動
5. 節酒
6. 禁煙
7. その他の生活習慣の修正
8. 生活習慣の複合的な修正
9. 特定保健用食品

第 5 章 降圧薬治療

1. 降圧薬選択の基本
 - 1) 第一選択薬
 - 2) 降圧薬の使い方
 - 3) 薬物相互作用
 - 4) 降圧薬の減量と中止
2. 併用療法
 - 1) 併用療法のメリット
 - 2) 併用療法における降圧薬の組み合わせ
3. 配合剤
4. 各種降圧薬の特徴と主な副作用
 - 1) Ca 拮抗薬
 - 2) ARB
 - 3) ACE 阻害薬
 - 4) 直接的レニン阻害薬 (DRI)
 - 5) 利尿薬
 - 6) β 遮断薬 (含 α β 遮断薬)
 - 7) α 遮断薬
 - 8) アルドステロン拮抗薬、K 保持性利尿薬
 - 9) 中枢性交感神経抑制薬
 - 10) 古典的な血管拡張薬
5. 治療抵抗性高血圧およびコントロール不良高血圧の対策
 - 1) 定義と頻度
 - 2) 治療抵抗性を示す要因と対策
 - 3) 腎神経焼灼術

第 6 章 臓器障害を合併する高血圧

1. 脳血管障害
 - 1) 超急性期・急性期
 - 2) 亜急性期
 - 3) 慢性期
 - 4) 無症候期
2. 心疾患
 - 1) 冠動脈疾患
 - 2) 心不全
 - 3) 心肥大
3. 腎疾患
 - 1) 腎機能と血圧
 - 2) 慢性腎臓病 (CKD) の診断とその意義
 - 3) 糖尿病性腎症 (糖尿病合併 CKD)
 - 4) 生活習慣の修正
 - 5) 降圧薬治療
 - 6) 透析患者
4. 血管疾患
 - 1) 大動脈瘤
 - 2) 動脈硬化性末梢動脈閉塞症

第 7 章 他疾患を合併する高血圧

1. 糖尿病
2. 脂質異常症
3. 肥満
4. メタボリックシンドローム
 - 1) 特定健康診査・特定保健指導における血圧管理
5. 睡眠時無呼吸症候群
6. 痛風・高尿酸血症
7. 気管支喘息および慢性閉塞性肺疾患
8. 肝疾患

第 8 章 高齢者高血圧

1. 高齢者高血圧の特徴
2. 高齢者高血圧の基準と疫学研究成績
3. 診断
 - 1) 血圧動揺性を考慮した診断
 - 2) 二次性高血圧の鑑別
 - 3) 標的臓器障害や合併症の診断

4. 治療

- 1) 高齢者高血圧の治療効果
- 2) 降圧薬治療の対象と降圧目標
- 3) 生活習慣の修正
- 4) 降圧薬の選択
- 5) 高齢者の特殊性に基づくその他の留意点

第 9 章 認知症

1. 血圧と認知機能・認知症
2. 認知症合併高血圧

第 10 章 女性の高血圧

1. 妊婦と関連した高血圧
(妊婦高血圧症候群)
 - 1) 診断
 - 2) 治療
 - 3) 降圧薬療法の降圧目標
 - 4) 降圧薬選択
 - 5) 各種降圧薬
 - 6) 静注薬
 - 7) その他
 - 8) 分娩直後の注意点
 - 9) 授乳に関する降圧薬

2. 更年期の血圧

- 1) 更年期の血圧上昇の機序
- 2) 妊娠高血圧症候群との関連
- 3) 更年期女性診療における母子手帳の重要性

第 11 章 小児の高血圧

1. 小児および高校生の高血圧の特徴
2. 血圧測定
3. 小児高血圧の病態
4. 肥満と高血圧
5. 胎児期の栄養と高血圧
6. 小児・高校生の本態性高血圧の問題点

7. 小児期における高血圧の一次予防

- 1) 食事
- 2) 運動

8. 高血圧の管理

- 1) 非薬物療法
- 2) 薬物療法
- 3) 特殊な場合の治療

第 12 章 特殊条件下高血圧

1. 血圧緊急症および切迫症の診断と治療

- 1) 定義と分類、および概要
- 2) 治療の原則
- 3) 高血圧性脳症
- 4) 脳血管障害
- 5) 高血圧性急性左心不全
- 6) 急性冠症候群（急性心筋梗塞、不安定狭心症）に重傷高血圧が合併
- 7) 大動脈解離
- 8) 褐色細胞腫クリーゼ
- 9) 加速型 - 悪性高血圧

2. 一過性の血圧上昇

3. 外科手術前後の血圧管理

- 1) 術前の高血圧の評価
- 2) 周術期の降圧薬の使用
- 3) 歯科手術と血圧管理

第 13 章 二次性高血圧

概論とスクリーニング

1. 腎実質性高血圧

- 1) 慢性糸球体腎炎
- 2) 多発性嚢胞腎
- 3) 虚血性腎症

2. 腎血管性高血圧

- 1) 診断の手がかり
- 2) 確定診断のための検査
- 3) 治療

3. 内分泌性高血圧

- 1) 原発性アルドステロン症（PA）
- 2) その他のミネラルコルチコイド過剰症
- 3) クッシング症候群
- 4) 褐色細胞腫・パラガングリオーマ
- 5) その他の内分泌性高血圧

4. 血管性（脈管性）高血圧

- 1) 大動脈炎症候群（高安動脈炎）
- 2) その他の血管炎性高血圧
- 3) 大動脈縮窄症
- 4) 心拍出量増加を伴う血管性高血圧

5. 脳・中枢神経系疾患による高血圧

6. 遺伝性高血圧

7. 薬剤誘発性高血圧

- 1) 非ステロイド性抗炎症薬（NSAIDs）
- 2) カンゾウ（甘草）、グリチルリチン
- 3) グルココルチコイド
- 4) その他

B) 検査と診断

1. 高血圧の検査は個人の心血管リスクの総合評価と二次性高血圧の診断につながる検査を費用対効果を考慮して行う。
2. 心血管リスクの総合評価には、家庭血圧を含む血圧レベルに加え、新たなリスクとしてメタボリックシンドロームと慢性腎臓病（CKD）に関連する因子と、臓器障害の評価を行う。
3. 臓器障害の評価は、糖尿病や心血管疾患の既往がある高リスク患者においては、正常高血圧症から行う。
4. 臓器障害の特殊検査は、心臓エコー、頸動脈エコー、頭部 MRI 検査を代表とし、推奨される検査を、適宜行う。
5. 問診、身体所見、一般臨床検査を重視し、二次性高血圧が疑われる場合は、特殊スクリーニング検査を行う。

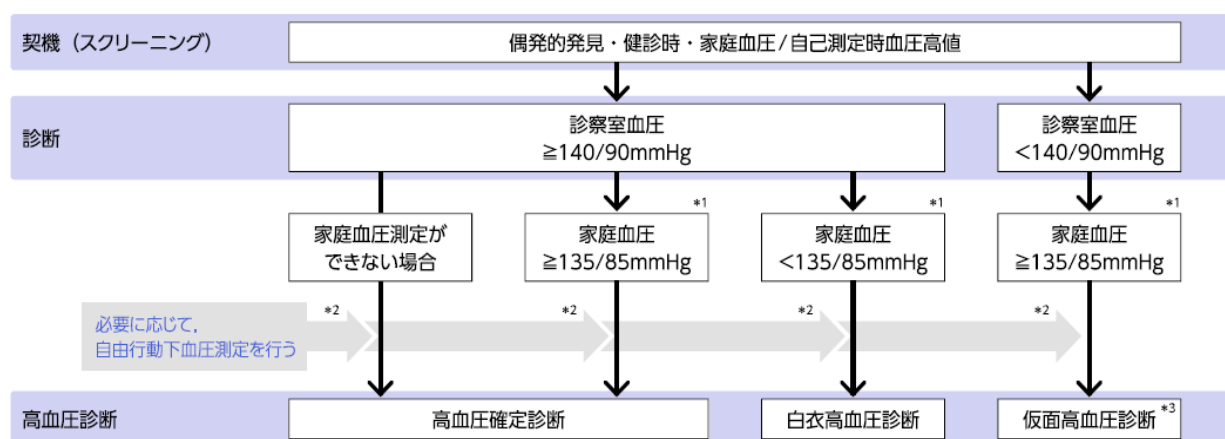
高血圧治療ガイドライン 2014 P.25 POINT2b【検査と診断】より引用

（表 1）異なる測定法における高血圧基準（単位 mmHg）

	収縮期血圧	拡張期血圧
診察室血圧	≥140	かつ/または ≥90
家庭血圧	≥135	かつ/または ≥85
自由行動下血圧		
24 時間	≥130	かつ/または ≥80
昼間	≥135	かつ/または ≥85
夜間	≥120	かつ/または ≥70

高血圧治療ガイドライン 2014 P.20 表 2-6 異なる測定法における高血圧基準 より引用

（図 1）血圧測定と高血圧診断手順



※¹ 診察室血圧と家庭血圧の診断が異なる場合は家庭血圧の診断を優先する。自己測定血圧とは、公共の施設にある自動血圧計や職域、薬局などにある自動血圧計で、自己測定された血圧を指す

※² 自由行動下血圧の高血圧基準は、24 時間平均 130/80mmHg 以上、昼間平均 135/85mmHg 以上、夜間平均 120/70mmHg 以上である。自由行動下血圧測定が実施可能であった場合、自由行動下血圧基準のいずれかが以上を示した場合、あるいは仮面高血圧と判定される。またすべてが未満を示した場合は正常あるいは白衣高血圧と判定される。自由行動下血圧測定の適応は下記を参照

※³ 個の診断手順は未治療高血圧対象にあてはまる手順であるが、仮面高血圧は治療中高血圧にも存在することに注意する必要がある

高血圧治療ガイドライン 2014 P.21 図 2-1 血圧測定と高血圧診断手順 より引用

自由行動下血圧の適応

自由行動下血圧測定が利用可能で以下の適応がある場合、必要に応じてこれを実施する

1. 家庭血圧が 135/85mmHg を前後する、あるいは診察室血圧が 140/90mmHg を前後し、判断が困難な場合
2. 家庭血圧が 125-134/80-84mmHg の正常高値を示す場合
3. 家庭血圧の変動が大きい場合
 - a 家庭血圧で、白衣高血圧が確定しない場合
 - b 家庭血圧で、仮面高血圧が確定しない場合
 - c 職場高血圧が疑われ、職場で血圧自己測定が行えない場合
 - d 家庭血圧で治療抵抗性の診断が確定しない場合
 - e 夜間高血圧、non-dipper、riser が疑われ、家庭血圧で夜間血圧が測定されない場合
4. 血圧短期変動性を問題にする場合
 - a 偶発的で一過性の高血圧、低血圧が認められる場合
 - b 家庭血圧、診察室血圧が大きく動揺する場合

高血圧治療ガイドライン 2014 P.19 表 2-4 自由行動下血圧の適応 より引用

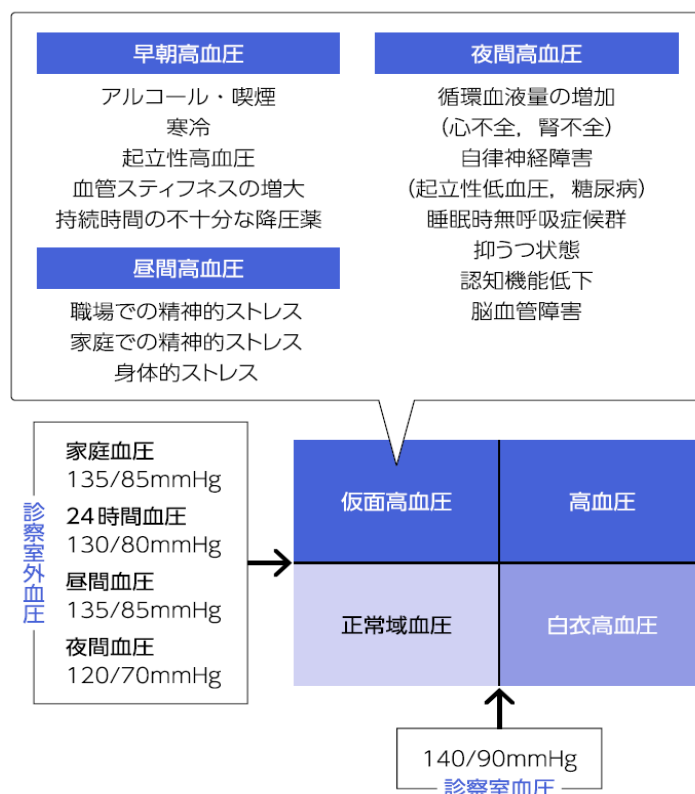
(表 2) 降圧目標

	診察室血圧	家庭血圧
若年、中年、前期高齢者患者	140/90mmHg 未満	135/85mmHg 未満
後期高齢者患者	150/90mmHg 未満 (忍容性があれば 140/90mmHg 未満)	145/85mmHg 未満(目安) (忍容性があれば 135/85mmHg 未満)
糖尿病患者	130/80mmHg 未満	125/75mmHg 未満
CKD 患者(蛋白尿陽性)	130/80mmHg 未満	125/75mmHg 未満(目安)
脳血管障害患者 冠動脈疾患患者	140/90mmHg 未満	135/85mmHg 未満(目安)

注 目安で示す診察室血圧と家庭血圧の目標値の差は、診察室血圧 140/90mmHg、家庭血圧 135/85mmHg が、高血圧の診断基準であることから、この二者の差をあてはめたものである

高血圧治療ガイドライン 2014 P.35 表 3-3 高血圧目標 より引用

(図2) 仮面高血圧に含まれる病態とその因子



高血圧治療ガイドライン 2014 P.23 図 2-2 仮面高血圧に含まれる病態とその因子 より引用

(表3) 診察室血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

リスク層 (血圧以外の予後影響因子)	Ⅰ度高血圧 140-159/90-99mmHg	Ⅱ度高血圧 160-179/100-109mmHg	Ⅲ度高血圧 ≥180/≥110mmHg
リスク第一層 (予後影響因子がない)	低リスク	中等リスク	高リスク
リスク第二層 (糖尿病以外の1-2個の危険因子, 3項目を満たす MetSのいずれかがある)	中等リスク	高リスク	高リスク
リスク第三層 (糖尿病, CKD, 臓器障害/心血管病, 4項目を満たす MetS, 3個以上の危険因子のいずれかがある)	高リスク	高リスク	高リスク

高血圧治療ガイドライン 2014 P.33 表 3-2 診察室血圧に基づいた心血管病リスク層別化 より引用

＊ リスク第二層のメタボリックシンドロームは予防的な観点から以下のように定義する。正常高値以上の血圧レベルと腹部肥満（男性 85cm、女性 90cm 以上）に加え、血糖値以上（空腹時血糖 110～125mg/dl、かつまたは糖尿病に至らない耐糖能異常）、あるいは脂質代謝異常のどちらかを有するもの。両者を有する場合はリスク第三層とする。他の危険因子がなく腹部肥満と脂質代謝異常があれば血圧レベル以外の危険因子は 2 個でありメタボリックシンドロームと合わせて危険因子 3 個とは数えない。

(表4) 成人における血圧値の分類 (mmHg)

分類		収縮期血圧	拡張期血圧
正常域血圧	至適血圧	<120	かつ <80
	正常血圧	120-129	かつ/または 80-84
	正常高値血圧	130-139	かつ/または 85-89
高血圧	I度高血圧	140-159	かつ/または 90-99
	II度高血圧	160-179	かつ/または 100-109
	III度高血圧	≥180	かつ/または ≥110
	(孤立性)収縮期高血圧	≥140	かつ <90

高血圧治療ガイドライン 2014 P.19 表2-5 成人における血圧値の分類 より引用

C) 生活習慣の修正のポイント

(表5) 生活習慣の修正項目

1. 減塩	6g/日未満
2. 食塩以外の栄養素	野菜・果物の積極的摂取* コレステロールや飽和脂肪酸の摂取を抑える 魚（魚油）の積極的摂取
3. 減量	BMI（体重(kg)÷[身長(m)] ² ）が25未満
4. 運動	心血管病のない高血圧患者が対象で、有酸素運動を中心に定期的に（毎日30分以上を目標に）運動を行う
5. 節酒	エタノールで男性20-30ml/日以下 女性10-20ml/日以下
6. 禁煙	（受動喫煙の防止も含む）

生活習慣の複合的な修正はより効果的である

* 重篤な腎障害を伴う患者では高K血症をきたすリスクがあるので、野菜・果物の積極的摂取は推奨しない。糖分の多い果物の過剰な摂取は、特に肥満者や糖尿病などのカロリー制限が必要な患者では勧められない。

高血圧治療ガイドライン 2014 P.40 表4-1 生活習慣の修正項目 より引用

(表6) 食塩摂取量評価のガイドライン

実施者	評価法	位置づけ
高血圧専門施設	24時間尿による排泄量測定 管理栄養士による秤量あるいは24時間思い出し食事調査	信頼性は高く望ましい方法であるが、煩雑である。 患者の協力や施設の能力があれば推奨される
一般医療施設	起床後第2尿、随時尿でのNa、Cr測定、食事摂取頻度調査、食事歴法（24時間尿Cr排泄量測定値を含む計算式による推定 ^{*1} ）	信頼性はやや劣るが、簡便であり、実際の評価法として推奨される
患者本人	夜間尿での計算式を内蔵した電子式食塩センサーによる推定 ^{*2}	信頼性はやや低い、簡便で患者本人が測定できることから推奨される

*1 以下の計算式を用いる

起床第2尿：24時間尿Na排泄量(mEq/日) = 16.3 × [第2尿Na(mEq/L) ÷ 第2尿Cr(mg/dl) ÷ 10 × 24時間尿Cr排泄量予測値]^{0.5}

24時間尿Cr排泄量予測値(mg/日)

男性：体重(kg) × 15.12 + 身長(cm) × 7.39 - 年齢 × 12.63 - 79.90

女性：体重(kg) × 8.58 + 身長(cm) × 5.09 - 年齢 × 4.72 - 74.95

随時尿：24時間尿Na排泄量(mEq/日) = 21.98 × [随時尿Na(mEq/L) ÷ 随時尿Cr(mg/dl) ÷ 10 × 24時間尿Cr排泄量予測値]^{0.392}

24時間尿Cr排泄量予測値(mg/日) = 体重(kg) × 14.89 + 身長(cm) × 16.14 - 年齢 × 2.043 - 2244.45

*2 試験紙や簡単な塩分計による方法は、簡便であるが定量性や信頼性は低く、利用は減塩に対する意識の強化程度にとどまるため、この表には含めない

高血圧治療ガイドライン 2014 P.41 表4-2 食塩摂取量評価のガイドライン より引用

● 食塩制限

食塩過剰摂取が血圧上昇と関連があることは以前より INTERSALT などの観察研究によって指摘されてきた。さらに DASH-Sodium をはじめとする多くの欧米の介入試験でも、減塩の降圧効果は証明されている。これらの介入試験の成績を見ると、少なくとも 6.5g/日まで食塩摂取量を落とさなければ有意の降圧は達成できていない。なお、TONE では降圧薬中止後の正常血圧維持に有効である減塩は 5.6g/日以下であった。これらを根拠に欧米のガイドラインでは 6g/日未満あるいはそれ以下の減塩を推奨しており、2012 年に発表された WHO のガイドライン(一般向け)では 5g/日未満が強く推奨されている。しかし、本ガイドラインでは、本邦の実情を考慮して減塩目標値を 6g/日未満とする。食塩 6g/日食に関しては日本高血圧学会減塩委員会のレシピなどが参考になる。

石器時代の人類の食塩摂取量は 0.5-3g/日であったという報告もあり、生物としての人類にとっては少ない食塩摂取量がむしろ妥当であるとの意見もあるが、介入試験で安全性が確認されているのは平均 3.8g/日である。最近の欧米の食事に関するガイドラインや勧告では目標あるいは理想の食塩摂取量として 3.8g/日未満をあげており、より低い食塩摂取量を目指している。多くの疫学研究やそのメタアナリシスでは食塩過剰摂取は心血管病リスクを増加することが報告されており、4 つの 6 か月以上の長期の経過観察が行われた介入試験を集めたメタアナリシスや介入試験終了後の長期経過観察研究でも、同様のことが示されている。これらの報告で用いられた介入試験における減塩の程度は 6g/日程度までであるので、厳格な減塩の心血管病リスク抑制効果については今後の検討が必要である。なお、疫学研究の成績を整理すると、減塩は冠動脈疾患リスクに比べて、脳卒中リスクを強力に抑える傾向がある。これは脳卒中には血圧の影響が非常に大きい、冠動脈疾患では血圧以外の因子の影響も大きいことによる可能性がある。

本邦における平均食塩摂取量は依然 10g/日を超えており、さまざまな機会を通じて減塩の必要性が知らされているにもかかわらず、多くの高血圧患者で 6g/日未満の目標値を達成できていない。しかし、減塩はその程度に応じて降圧が期待できるので、少しずつ食塩摂取量を減らすべく長期的な指導を行う(減塩 1g/日ごとに収縮期血圧が約 1mmHg 減少するというメタアナリシスの成績がある)。また減塩も厳しすぎると脱水などを生じて、かえって身体的悪影響を及ぼすことがあるので、高齢者や慢性腎臓病(CKD)患者など腎の Na 保持能の低下している場合や夏季など水分が失われやすいときには注意が必要である。なお、食塩摂取量はエネルギー摂取量が多いほど多くなることが知られており、エネルギー制限は減塩につながる。

現在、本邦では加工食品の栄養成分表示は食塩相当量でなく、Na 表示にするように決められている。しかし、食事の指導は食塩量(g)で行われているので、食塩相当量に換算しなければならない。Na 量は 2.54 倍すると食塩相当量となるが、実地臨床では簡略化して 2.5 倍で計算してよい。なお、食塩摂取量は個人差があるので、個人の食塩摂取量を配慮した減塩指導が必要になる。前もって食塩摂取量の評価を行うと、効率的である。一般医療施設では早朝第 2 尿や随時尿における Na/クレアチニン(Cr)比などでの評価が实际的である。これは 24 時間尿 Cr 排泄量推計値を含む計算式により信頼性向上を図ることができる。ただし、計算式による値でも限界があるので、複数回の測定を施行し、食事の聞き取りなども併せて行う。

理想的な減塩を本人や関係者の努力だけで実施するのは、現在の社会環境では困難なことが多く、政策的な取り組みが必要である。なお、本邦での食塩摂取量のうち 90%はしょうゆ、みそを含む加工食品からの摂取であるため、減塩目標達成には、加工食品中の食塩含有量を

減らす取り組みが必要である。また、幼少期の減塩は長期的にみて血圧上昇を抑制する可能性があることが報告されている。本邦の幼小児は食塩摂取量が多く、幼小児や母親などに対する教育・指導を充実・改善すべきである。

● 栄養素と食品

米国において野菜、果物、低脂肪乳製品が豊富な（飽和脂肪酸とコレステロールが少なく、Ca、K、Mg、食物繊維が多い）DASH 食の介入試験が行われ、有意の降圧効果が示された。DASH 食の成分のうち、K の降圧効果については、その作用が弱いために米国心臓協会（AHA）の高血圧の食事療法の報告など一部のガイドラインでしか取り上げられていない。しかし、食塩過剰摂取の血圧上昇作用に対する K の拮抗作用は顕著である。食品加工の際に Na が添加され K が失われていくことから、加工食品が汎用されている先進国では K の積極的摂取を推奨すべきである。実際、疫学研究で Na/K 摂取比が心血管病リスク増加や全死亡に重要であるという報告もある。2012 年に発表された WHO のガイドラインでは K 摂取量 3510mg/日以上を推奨している。ただし、重篤な腎障害を伴う者は高 K 血症をきたすリスクがあるので、K を多く含む野菜・果物などの積極的摂取は勧められない。一方、Ca や Mg は硬水を飲んでいる地域の住民で血圧が低いという疫学研究から降圧効果が期待され、小規模の介入試験が行われたが、わずかな降圧しか認めなかった。DASH 食パターンの意義は、降圧効果が弱い栄養素でも組み合わせると、有意の降圧が期待できるという点にある。

本邦においては DASH 食の効果を示した成績は乏しく、また日本人の普段の食事では DASH 食に相当するような食品構成を実現するレシピも十分ではないが、健常人を対象とした『食事バランスガイド』が参考になる。これでは食品のカウントが DASH 食に準じた形でなされており、野菜が 1 日 5～6SV（serving）、果物が 2SV（例えばりんご 1 個）とされている。詳細は引用文献を参照されたい。なお、糖分が多い果物の過剰な摂取はエネルギー摂取量の制限が必要な患者（肥満者など）ではむしろ注意すべきである。DASH 食は Na 利尿作用を有し、メタボリックリスクの軽減作用がある可能性が指摘されている。最近、Mg 摂取量の多い集団ではメタボリックシンドロームの頻度が少ないという疫学研究が示されているので DASH 食の後の作用には Mg の関与が推測される。なお、DASH 食と類似の食事として地中海ダイエットが知られているが、この食事でも降圧・心血管リスクの改善が報告されている。

INTERMAP の成績によると n-3 多価不飽和脂肪酸（魚油に多く含まれる）の摂取量が多いものは血圧が低い傾向にあり、介入試験のメタアナリシスでは、魚油は高用量（3g/日以上）の摂取が必要であるものの、その摂取増加は高血圧患者に降圧効果をもたらすことが示されている。参考までに、『食事バランスガイド』では魚は 1 日 2SV（1 切れ）とされている。さらに、本邦のコホート研究（JPHC 研究）では魚の摂取が多いものほど心筋梗塞発症が少ないことが報告されている。一方、最近行われた n-3 脂肪酸（エイコサペンタエン酸[EPA]とドコサヘキサエン酸[DHA]が中心）摂取の介入試験では心血管病のリスク減少効果を認めなかったが、本邦においては高純度 EPA 製剤では冠動脈疾患リスクが減少したという報告もあり、その種類・量などに加えて、地域差（日本人はもともと魚の摂取量が多い）も考慮してさらなる検討が必要と思われる。

また、高血圧患者を対象にした OmniHeart では、蛋白質または不飽和脂肪酸に富む食事は炭水化物に富む食事と比べ血圧が軽度低下し、メタボリックリスク改善にも有用であったと報告されている。不飽和脂肪酸の有用性は DASH とも共通する成績である。蛋白質の積極的摂取や炭水化物の摂取制限なども含めた食事パターンの意義については、今後さらなる検討

が必要であると思われる。食物繊維の降圧効果を示したメタアナリシスも報告されている。なお、抗酸化食品などの血圧への効果に関してはガイドラインで推奨できるほどのエビデンスはない。

● 適正体重の維持

肥満は高血圧の重要な発症要因であるので、肥満者は体格指数（BMI：[体重（kg）]÷[身長（m）]²）で 25kg/m²未満を目指して減量し、非肥満者はこのレベルを維持する。肥満は高血圧のみならず糖・脂質・尿酸代謝異常、脳梗塞、脂肪肝、月経異常や妊娠合併症、睡眠時無呼吸症候群や肥満低喚気症候群、整形外科的疾患、肥満関連腎症なども合併する。肥満関連腎症は最近注目されており、肥満、特に高度肥満ではそれ自体が蛋白尿とその後進行する腎機能低下の原因になるという。また、肥満は CKD の悪化要因でもある。腎機能悪化は高血圧をさらに重篤にするので、体重管理は重要である。内臓脂肪が多い者ほど高血圧、脂質異常症、高血糖が多いという報告があるので、ウエスト周囲長（男性 85cm 未満、女性 90cm 未満）も考慮して減量を行うべきである。

肥満解消による降圧効果は確立されており、最近のメタアナリシスでも約 4kg の減量で -4.5/-3.2mmHg の有意の降圧が得られた。肥満を伴う高血圧患者にはまずはじめに減量を勧めるべきであるが、急激な減量は有害事象をきたす可能性があることや 4kg 程度の減量で有意の降圧の得られることを考慮して、長期的計画のもとに無理のない減量を行うべきである。なお、小児肥満は高血圧の重要な原因であり、特に小児に対しては肥満防止のための適切な指導・教育を行うべきである。

● 節酒

飲酒習慣は血圧上昇の原因となる。大量の飲酒は高血圧に加えて脳卒中やアルコール性心筋症、心房細動、夜間睡眠時無呼吸などを引き起こすだけでなく、癌の原因にもなり死亡率を高める。高血圧患者では小量の飲酒はむしろ心血管病のリスクを改善し、飲酒量と心血管リスクは U 型の関係を示すという疫学研究がある。しかし、少量の飲酒の心血管保護効果については、そのメカニズムを含め今後の検討が必要である。

アルコール単回投与は数時間持続する血圧低下につながるが、長期に続けると血圧は上昇に転じる。飲酒量を 80%ほど減すると 1-2 週間のうちに降圧を認めるとされている。メタアナリシスでもアルコール制限の降圧効果が示されている。大量飲酒者は急激な節酒により血圧上昇をきたすことがあるが、節酒を継続すれば降圧が得られる。エタノールで男性 20～30mL（およそ日本酒 1 合、ビール中瓶 1 本、焼酎半合弱、ウイスキー・ブランデーダブル 1 杯、ワイン 2 杯弱に相当）/日以下、女性はその約半分の 10～20mL/日以下にすべきである。

● 特定保健用食品

「特定保健用食品」は、健康増進法第 26 条第 1 項の許可または同法第 29 条第 1 項の承認（消費者庁長官）を受けて、食生活において特定の保健の目的で摂取するものに対し、その摂取により当該保健の目的が期待できる旨を表示する食品をいう。特定保健用食品の審査で要求している有効性の科学的根拠のレベルには届かないが、一定の有効性が確認され、限定的な科学的根拠である旨の表示をする食品は「条件付き特定保健用食品」と呼び、それぞれマーク表示がある。血圧に有効とされる食品の降圧機序として ACE 阻害活性に基づくものが多いが、摂取に際しては表示されている「1 日当たりの摂取目安量」を遵守するとともに、妊婦や腎障害を有する場合には注意喚起をする必要がある。また特定保健用食品の摂取が、

降圧薬の代替となるものではないことも指導する。すでに降圧薬を服用している患者でこれらの食品を使用したい場合には、医師と相談するよう注意喚起を行う。

特定保健用食品の情報は消費者庁 (<http://www.caa.go.jp/foods/index4.html>) あるいは独立行政法人国立健康・栄養研究所 (<http://hfnet.nih.go.jp/contents/detail773.html>) で検索することができる。

高血圧治療ガイドライン 2014 P.39～44 より引用

(表 7) 主要降圧薬の積極的適応

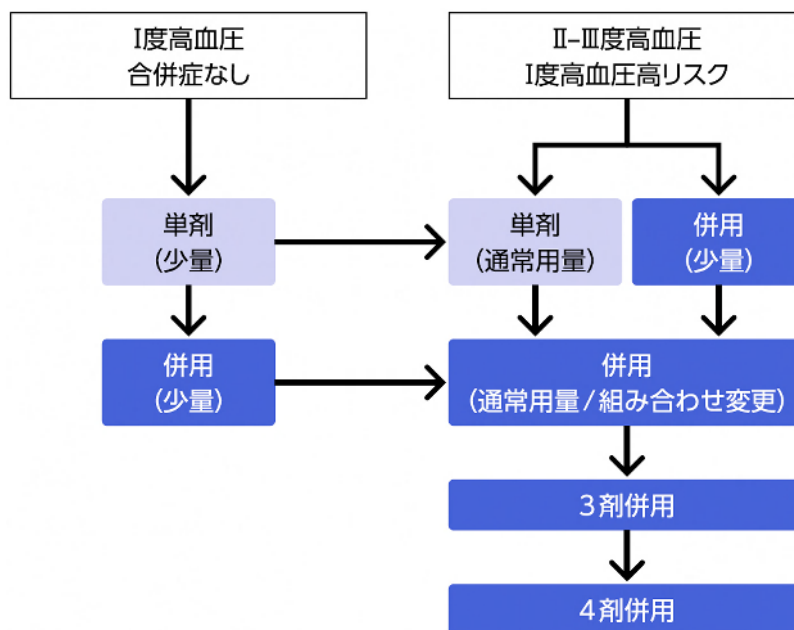
	Ca拮抗薬	ARB/ACE 阻害薬	サイアザイド系 利尿薬	β遮断薬
左室肥大	●	●		
心不全		● ^{*1}	●	● ^{*1}
頻脈	● (非ジヒドロピリジン系)			●
狭心症	●			● ^{*2}
心筋梗塞後		●		●
CKD (蛋白尿-)	●	●	●	
(蛋白尿+)		●		
脳血管障害慢性期	●	●	●	
糖尿病/MetS ^{*3}		●		
骨粗鬆症			●	
誤嚥性肺炎		● (ACE阻害薬)		

^{*1} 少量から開始し、注意深く漸増する。 ^{*2} 冠攣縮性狭心症には注意

^{*3} メタボリックシンドローム

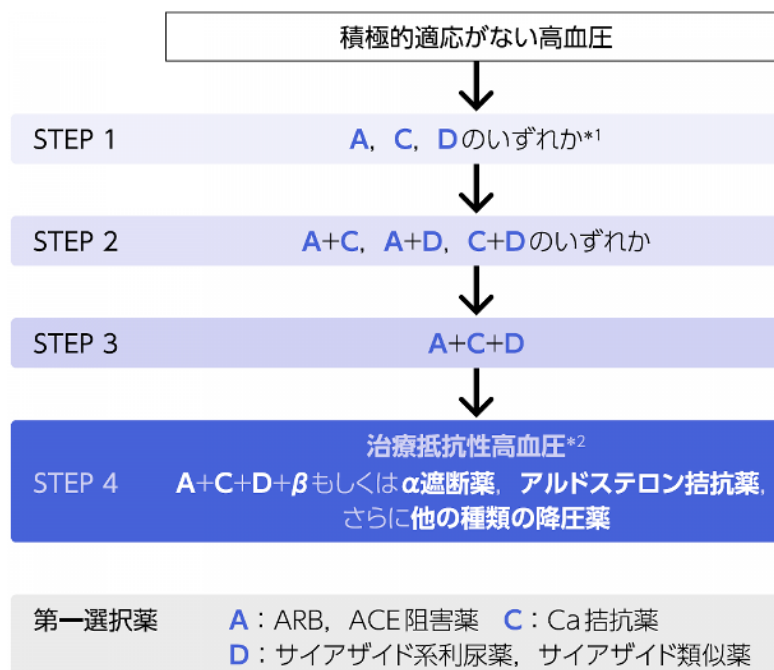
高血圧治療ガイドライン 2014 P.46 表 5-1 主要降圧薬の積極的適応 より引用

（図3）降圧目標を達成するための降圧薬の使い方



高血圧治療ガイドライン 2014 P.47 図 5-1 高血圧目標を達成するための降圧薬の使い方 より引用

（図４）積極適応がない場合の高血圧治療の進め方



*1 高齢者では状要領の 1/2 から開始、1-3 ヶ月の間隔で増量

*2 5 節「治療抵抗性高血圧およびコントロール不良高血圧の対策」を参照

高血圧治療ガイドライン 2014 P.47 図 5-2 積極的適応がない場合の高血圧治療の進め方 より引用

D) 臓器障害を合併する高血圧

● 脳血管障害

本邦では、高血圧性臓器障害に占める脳血管障害の頻度が高く、人口構造の高齢化の進行と相まって、脳血管障害患者、特に脳梗塞患者が増加しつつある。脳血管障害患者では急性期に高血圧を合併している割合が高く、急性期の血圧管理をどのように行うのがまず問題となる。特に超急性期における脳梗塞の再灌流療法（血栓溶解療法や血管内治療）時の降圧療法のあり方も重要な臨床的課題となっている。さらに高血圧は脳血管障害患者の再発に関与する最も重要な危険因子であり、再発予防を目的とした高血圧管理が必要である。脳血管障害を合併する高血圧患者では、臨床病型、発症後の時間、重症度、年齢、抗血栓薬の使用状況などを考慮し、降圧対象、降圧目標を決める。また高齢高血圧患者では無症候性脳血管障害を高率に合併することが知られており、無症候性脳血管障害を合併する高血圧患者の血圧管理も重要である。

高血圧治療ガイドライン 2014 P.58 1.脳血管障害 より引用

● 心疾患

心臓は高血圧の重要な標的臓器の一つである。収縮期および拡張期の圧負荷の増大により、心肥大・心筋間質の線維化などの心筋リモデリングや冠動脈内皮障害が生じる。加えて、脂質異常症、糖尿病、喫煙などの危険因子の併存と相まって、冠動脈硬化症や心筋虚血の危険性が増す。冠動脈硬化や心筋リモデリングの進展により、冠動脈疾患、心不全、不整脈、突然死が生ずる。

近年増加している心房細動は心原性脳塞栓症のリスクを著明に増加させるため、心血管事故発症率・死亡率が約 2-5 倍に増大する。高血圧は心房細動発症の最も重要な危険因子である。特に左室肥大と左房拡大が心房細動新規発症の独立した危険因子である。降圧治療によって左室肥大が退縮すると心房細動発症が減少する。また、高血圧は慢性心房細動患者における脳卒中や動脈塞栓症のリスクをも増大させる。

心疾患合併高血圧では抗血栓薬（抗血小板薬、抗凝固薬）を服用している患者が増加している。これら抗血栓薬の服用は出血性合併症、特に頭蓋内出血の発症を増加させるため、抗血栓薬を服用している患者においては厳格な血圧管理が必要となる。

したがって、心疾患合併高血圧においては心血管死亡率および心血管事故発症率を減少させるためには血圧を十分に下げることが重要となる。

高血圧治療ガイドライン 2014 P.64 2.心疾患 より改変

● 腎疾患

高血圧と腎臓は相互に密接に関連し、高血圧の成因に腎臓はきわめて重要な役割を果たす。一方、高血圧は腎障害を引き起こして CKD の原因となり、いったん CKD が発症すると高血圧が重症化するという悪循環が形成される。また、CKD では夜間の降圧が消失するなどの日内リズムの異常がみられ、心血管病(CVD)発症の危険因子となっている。さらに、CKD には睡眠時無呼吸症候群が高率に合併しており、高血圧の重症化の原因になることも指摘されている。CKD の原疾患の治療とともに 24 時間にわたる血圧の厳格な管理が重要となる。

腎機能は 30 歳代から加齢とともに低下するが、日本の健診受診者のデータから推測される加齢による GFR の低下は、0.3mL/分/年程度ときわめて小さいと報告されている。一方、高血圧を合併する場合は 4-8mL/分/年の低下にもなりうる。日本の健診データから、蛋白尿の出現や GFR 60mL/分/1.73 m²未満の CKD の発症には、加齢や糖尿病とともに、高血圧が強い危険因子であることが明らかになった。

本邦の慢性透析患者の主な原疾患は糖尿病性腎症、慢性糸球体腎炎および腎硬化症である。慢性透析患者数は増加の一途をたどっているが、その主な原因は糖尿病性腎症と腎硬化症であり、近年、慢性糸球体腎炎による新規透析導入患者は減少している。末期腎不全（ESRD）の発症に寄与する強い因子は血圧レベルと尿蛋白量であることが知られている。地域住民を対象とした前向きコホート研究では、ESRD の発症は至適血圧群で最も少なく、血圧レベルが高い群になるほど高率となっており、J 型現象はみられていない。

高血圧治療ガイドライン 2014 P.67-68 3.腎疾患 より引用

● 血管疾患

血管疾患として大動脈瘤と動脈硬化性末梢動脈閉塞症があげられる。大動脈瘤の中でも急性大動脈解離は高血圧緊急症の一つであり、迅速な降圧、心拍数コントロール、鎮痛および絶対安静を必要とする。収縮期血圧を 100-120mmHg にコントロールする。慢性期大動脈解離では、収縮期血圧管理目標を 130-135mmHg 未満とする。

大動脈瘤はその多くが無症状であるため、健診や診察時に偶然発見されることが多い。しかしながらいったん破裂するとその死亡率はきわめて高く、たとえ切迫破裂で来院しても不安定な血行動態のためその救命率は低い。

動脈硬化性末梢動脈閉塞症では、計画的な運動プログラムの実践が望まれ、厳格な降圧を含めた危険因子の除去により心血管イベントの予防が期待できる。

高血圧治療ガイドライン 2014 P.73-74 血管疾患 より改変

E) 他疾患を合併する高血圧

● 糖尿病

1. 糖尿病合併高血圧の降圧目標は 130/80mmHg 未満とする。

家庭血圧では 125/75mmHg 未満を降圧目標とする。

ただし、動脈硬化性冠動脈疾患、末梢動脈疾患合併症例においては、降圧に伴う臓器灌流低下に対する十分な配慮が必要である。医療施設以外の血圧評価などを積極的に行うことが望ましい。

2. 血圧が 140/90mmHg 以上ではただちに降圧薬を開始するが、130-139/80-89mmHg で生活習慣の修正によって降圧目標達成が見込める場合は、3 か月を超えない範囲で生活習慣の修正を試みる。ただし、生活習慣の修正で降圧目標が困難と考えられる場合にはただちに降圧薬を開始する。

3. 糖尿病合併高血圧患者における降圧薬選択に際しては、ARB、ACE 阻害薬が第一選択薬として推奨される。

血圧管理に Ca 拮抗薬、少量のサイアザイド系利尿薬が併用される

労作性狭心症や陳旧性心筋梗塞合併例では、β 遮断薬も心保護作用を有し、血圧管理に使用可能である。

高血圧治療ガイドライン 2014 P.75 POINT7a【糖尿病】より引用

● 脂質異常症

1. 脂質異常症を伴う高血圧症の降圧薬選択においては脂質代謝改善効果を有する、あるいは増悪作用のない薬剤である、ARB、ACE 阻害薬や Ca 拮抗薬、α 遮断薬が好ましい適応となる。

高血圧治療ガイドライン 2014 P.75 POINT7a【脂質異常症】より引用

● 肥満

1. 肥満を伴う高血圧症では、食事療法や運動療法による減量が降圧効果を発揮する。
2. 降圧薬は代謝面での特徴から ARB、ACE 阻害薬が勧められる。

高血圧治療ガイドライン 2014 P.79 POINT7b【肥満】より引用

● メタボリックシンドローム

1. メタボリックシンドロームは、本邦においても心血管疾患発症の重要な危険因子であり、他の危険因子の管理とともに、厳格な血圧管理が推奨される。
2. 降圧薬の選択では内臓脂肪型肥満は正やインスリン抵抗性改善に対する配慮が必要であり、ARB、ACE 阻害薬が推奨される。
3. 特定健診・特定保健指導における階層化において、I 度高血圧で心血管病の危険因子を有する場合は受診勧奨とする。I 度高血圧でその他の危険因子がない場合情報提供となるが、その場合には高血圧の診断を伝えると同時に、生活習慣の修正を指導を指導し、3 か月後に医療機関での再検査を強く勧める。

高血圧治療ガイドライン 2014 P.79 POINT7b【メタボリックシンドローム】より引用

● 睡眠時無呼吸症候群

1. 昼間の眠気に加え、夜間頻尿、夜間呼吸困難、夜間発症の心血管イベント、治療抵抗性高血圧では、積極的に閉塞性睡眠時無呼吸症候群(OSAS)を疑う。
2. 血圧変動の増大を伴う non-dipper・riser 型夜間高血圧を示すことが多く、家庭血圧測定で「早朝高血圧」を示す高血圧患者では、積極的に OSAS を疑う。
3. OSAS を合併する高血圧患者では、減塩・減量と並行して、持続陽圧呼吸(CPAP)療法などを行い、夜間高血圧を含めたより厳格な降圧療法を行う。

高血圧治療ガイドライン 2014 P.83 POINT7c【睡眠時無呼吸症候群】より引用

● 痛風・高尿酸血症

1. 高尿酸血症を合併する高血圧では、血清尿酸値 7mg/dL を超えるもので、エネルギー摂取の制限による肥満の解消、持続的な有酸素運動の習慣、プリン体含量の極端に多い食事、酒、食塩・果糖過剰摂取の制限などの生活指導を開始する。
2. 8mg/dL 以上では生活習慣の修正を行いながら尿酸降下薬の投与開始を考慮する。降圧療法中の血清尿酸値の管理目標は 6mg/dL 以下の維持を目指す。
3. 尿酸代謝に好ましい降圧薬を用いる。サイアザイド系利尿薬やループ利尿薬は高尿酸血症をきたすので、痛風を起こす可能性の高い患者で使用せざるをえない場合は、血清尿酸値の推移に注意する。Ca 拮抗薬とロサルタンは高血圧患者の痛風発症リスクを減少させる。
4. ACE 阻害薬、ARB、Ca 拮抗薬、α 遮断薬は尿酸代謝に悪影響を及ぼさない。ロサルタンは尿酸排泄促進作用を併せ持つため、尿酸値が低下する。
5. 尿酸降下薬の選択は病型分類に基づいて行うが、腎障害の有無によって治療薬、投与量を慎重に決定する。

高血圧治療ガイドライン 2014 P.85 POINT7d【痛風・高尿酸血症】より引用

● **気管支喘息および慢性閉塞性肺疾患**

1. 気管支喘息を持つ患者では、 β 遮断薬および α β 遮断薬は使用しない。
2. ACE 阻害薬は空咳の副作用があり、気管支喘息による咳と区別が難しいことがあるため、気管支喘息をもつ患者では推奨できない。
3. 気管支喘息をもつ患者に対して、Ca 拮抗薬、ARB、少量の利尿薬は使用可能である。
4. 慢性閉塞性肺疾患をもつ患者に対して、Ca 拮抗薬、ACE 阻害薬、ARB、少量の利尿薬は使用可能である。
5. 慢性閉塞性肺疾患をもつ患者に対して、 β 遮断薬の投与は可能であるが、選択的 β_1 遮断薬を使用する。

高血圧治療ガイドライン 2014 P.86 POINT7e【気管支喘息および慢性閉塞性肺疾患】より引用

● **肝疾患**

1. 重症の肝機能障害では肝代謝型の降圧薬の血中濃度が上昇するため、投与量の減量などの調整が必要である。
2. β 遮断薬は肝硬変患者の消化管出血と死亡のリスクを低下させる可能性がある。
3. RA 系阻害薬は肝臓の線維化を抑制する可能性がある。

高血圧治療ガイドライン 2014 P.86 POINT7f【肝疾患】より引用

【参考・引用文献】

日本高血圧学会高血圧ガイドライン作成委員会 編 高血圧治療ガイドライン 2014

V 慢性腎臓病に対する食事療法基準(成人)

- エネルギーは、性、年齢、身体活動レベルなどを考慮するが、25～35kcal/kg 標準体重/日で指導し、身体所見や検査所見などの推移により適時に変更する。
- たんぱく質は、標準的治療としては、ステージ G3a では 0.8～1.0g/kg 標準体重/日、ステージ G3b 以降では 0.6～0.8g/kg 標準体重/日で指導する。糖尿病性腎症などではステージ G4 以降で 0.6～0.8g/kg 標準体重/日の指導としてもよい。より厳格なたんぱく質制限は、特殊食品の使用経験が豊富な腎臓専門医と管理栄養士による継続的な患者指導のための整備された診療システムが不可欠である。十分なエネルギーの確保が必要で、サルコペニア、Protein-energy wasting (PEW)、フレイルなどの発症に十分に注意する。
- 食塩は、ステージにかかわらず 6g/日未満とし、3g/日未満の過度の食塩制限は推奨しない。ただし、ステージ G1～G2 で高血圧や体液過剰を伴わない場合には、過剰摂取を避けることを優先し、日本人の食事摂取基準の性別の目標量を当面の達成目標としてもよい。
- カリウムは、ステージ G3a までは制限せず、G3b では 2,000mg/日以下、G4～G5 では 1,500mg/日以下を目標とする。ただし、血清カリウム値を参考に薬剤の副作用や合併症をチェックし、必要に応じて制限することが重要である。また、たんぱく質の制限によりカリウムも制限されるため、具体的な食事指導には画一的ではない総合的な対応が必要である。
- リンは、たんぱく質の指導と関連して考慮し、1日の総摂取量と検査値をあわせて評価し、必要に応じてリン吸着薬も使用して、血清リン値を基準値内に保つようにする。また、食品のリンの利用率やリン/たんぱく質比なども考慮する。
- 透析療法期の食事療法基準は、別表とする。

慢性腎臓病に対する食事療法基準 2014 P.1 慢性腎臓病に対する食事療法基準(成人) より引用

(表1) CKD ステージによる食事療法基準

ステージ(GFR)	エネルギー (kcal/kgBW/日)	たんぱく質 (g/kgBW/日)	食塩 (g/日)	カリウム (mg/日)
ステージ1 (GFR $\geq$ 90)	25~35	過剰な摂取をしない	3 $\leq$ <6	制限なし
ステージ2 (GFR 60~89)		過剰な摂取をしない		制限なし
ステージ3a (GFR 45~59)		0.8~1.0		制限なし
ステージ3b (GFR 30~44)		0.6~0.8		$\leq$ 2,000
ステージ4 (GFR 15~29)		0.6~0.8		$\leq$ 1,500
ステージ5 (GFR<15) 5D (透析療法中)		0.6~0.8		$\leq$ 1,500
別表				

注) エネルギーや栄養素は、適正な量を設定するために、合併する疾患（糖尿病、肥満など）のガイドラインなどを参照して病態に応じて調整する。性別、年齢、身体活動度などにより異なる。

注) 体重は基本的に標準体重（BMI=22）を用いる。

慢性腎臓病に対する食事療法基準 2014 P.2 表1 CKD ステージによる食事療法基準 より引用

(表2) CKD ステージによる食事療法基準

ステージ5D	エネルギー (kcal/kgBW/日)	たんぱく質 (g/kgBW/日)	食塩 (g/日)	水分	カリウム (mg/日)	リン (mg/日)
血液透析 (週3回)	30~35 ^{注1,2)}	0.9~1.2 ^{注1)}	<6 ^{注3)}	できるだけ少なく	$\leq$ 2,000	$\leq$ たんぱく質(g) $\times$ 15
腹膜透析	30~35 ^{注1,2,4)}	0.9~1.2 ^{注1)}	PD除水量(L) $\times$ 7.5 +尿量(L) $\times$ 5	PD除水量 +尿量	制限なし ^{注5)}	$\leq$ たんぱく質(g) $\times$ 15

注1) 体重は基本的に標準体重（BMI=22）を用いる。

注2) 性別、年齢、合併症、身体活動度により異なる。

注3) 尿量、身体活動度、体格、栄養状態、透析間体重増加を考慮して適宜調整する。

注4) 腹膜吸収ブドウ糖からのエネルギー分を差し引く。

注5) 高カリウム血症を認める場合には血液透析同様に制限する。

慢性腎臓病に対する食事療法基準 2014 P.2 表2 CKD ステージによる食事療法基準 より引用

(表3) CKD エネルギー摂取に関する各国のガイドライン

ガイドライン	セクション	出版年	推奨量
KDOQI Clinical Practice Guidelines and Clinical Practice Recommendations	Nutrition in Chronic Renal Failure	2000	35kcal/kgBW/日(60歳未満のGFR<25mL/分) 30~35kcal/kgBW/日(60歳以上のGFR<25mL/分)
French National Agency for Accreditation and Evaluation in Healthcare. Clinical Practice Guidelines	Treatment strategies to slow the progression of chronic renal failure in adults	2004	30~35kcal/kgBW/日
The CARL Guidelines. Caring for Australasians with Renal Impairment	Nutrition and Growth in Kidney Disease	2005	35kcal/kgBW/日 30~35kcal/kgBW/日(低い身体活動レベルの者、高齢者)
ESPEN Guidelines on Parenteral Nutrition: Adult Renal Failure	Parenteral Nutrition in stage III-IV non-dialyzed CKD	2009	30~35kcal/kgBW/日以上 (安定しているCKD)
UK Renal Association. Clinical Practice Guideline	Nutrition in CKD	2010	30~35kcal/kgBW/日
Academy of Nutrition and Dietetics. Evidence-Based Nutrition Practice Guideline. Chronic Kidney Disease	CKD Energy Intake	2010	23~35kcal/kgBW/日

慢性腎臓病に対する食事療法基準 2014 P.4 表3 CKD のエネルギー摂取量に関する各国のガイドラインより引用

(表 4) PEW (Protein-energy wasting) の診断基準

定義	
血液生化学	血清アルブミン<3.8g/dL 血清プレアルブミン(トランスサイレチン)<30mg/dL(維持透析患者のみ) 血清コレステロール<100 mg/dL
体格	BMI<23kg/m ² 体重減少(減量をせず)3 カ月で 5%、6 カ月で 10% 体総脂肪率<10%
筋肉量	筋肉量の減少 3 カ月で 5%、6 カ月で 10% 上腕筋周囲径の減少(50 パーセントイルより 10%の低下) クレアチニン産生量
食事量	食事療法をしない状況でたんぱく質摂取量が<0.8g/kg/日が 2 カ月以上(維持透析患者)。 <0.6g/kg/日(ステージ 2-5 の CKD) 食事療法をしない状況でエネルギー摂取量が<25kcal/kg/日が少なくとも 2 カ月以上

慢性腎臓病に対する食事療法基準 2014 P.5 表 4 PEW(Protein-energy wasting)の診断基準 より引用
(Fouque D, et al. A proposed nomenclature and diagnostic criteria for protein-energy wasting in acute and chronic kidney disease. Kidney Int 2008 ; 73 : 391-8.)

(表 5) 食品中のリン／たんぱく質比 (mg/g)

リン／たんぱく質比(mg/g)				
<5	5～10	10～15	15～25	25<
卵白 鶏ひき肉	鶏もも肉 鶏むね肉 鶏ささみ 牛もも肉 牛肩ロース 豚ロース 豚もも肉 中華めん ハンバーグ	まぐろ(赤身) かつお 鮭 納豆 油揚げ 全卵 ウィンナー 米飯 豆乳	そば 木綿豆腐 魚肉ソーセージ ロースハム ヨーグルト(加糖)	ヨーグルト(無糖) 牛乳 プロセスチーズ

(文部科学省科学技術・学術審議会資源調査分科会報告「日本食品標準成分表 2010」より算出)

慢性腎臓病に対する食事療法基準 2014 P.8 表 5 食品中のリン／たんぱく質比 より引用

補足 進行する CKD の目安

ステージG4は末期腎不全の危険因子であるが、G3は末期腎不全より死亡率のほうが高い一方で、その2%がG5へ進行または腎代替療法を必要することから、進行するCKDとして認識する必要がある。

ステージG2では尿蛋白陰性よりも尿蛋白陽性(試験紙法 $\geq 1+$)の末期腎不全発症率が約15倍上昇することから、尿蛋白の存在が進行因子となると考えられる(図1 CKDステージ及び蛋白尿の有無と末期腎不全発症率との関係)。

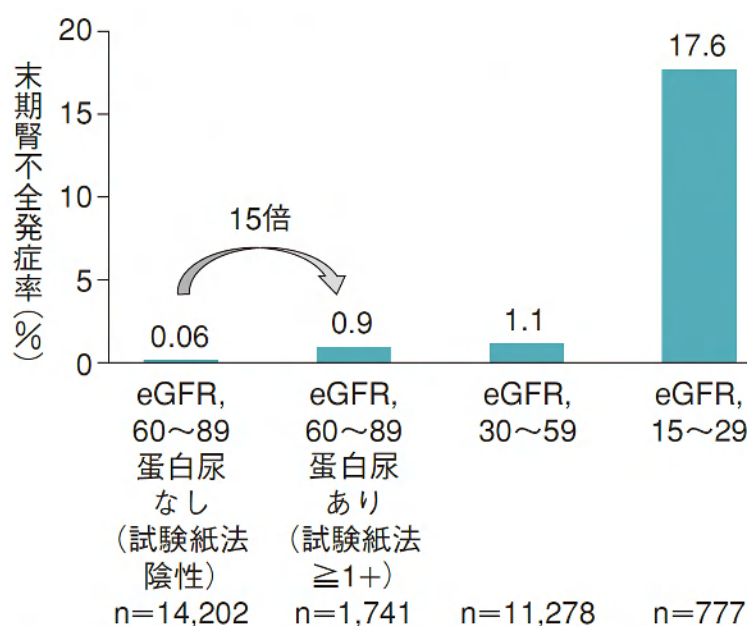
CKD 重症度分類で明らかなように、死亡、末期腎不全、心血管死亡発症のリスクは、同じGFRでも尿蛋白量により異なる。顕性アルブミン尿(300mg/gCr以上)あるいは高度蛋白尿(0.5g/gCr以上)で、その後のおのこのリスクは増加する。また、ある時点における尿蛋白量だけでなく、治療介入後の尿蛋白減少率も、GFR低下速度と有意に相関する可能性が示唆されている。ACE阻害薬使用/非使用の非糖尿病患者を対象としたメタ解析でも、登録時の尿蛋白のみならず、治療後の尿蛋白量が多いほど末期腎不全のリスクが高まることが示されている。

それでは、時々刻々と変化する尿蛋白量とGFRについて、進行するCKDの識別に有用なカットオフ値はどうであろうか?尿蛋白量については、上記の基準のほかにも、臨

床研究の対照群として尿蛋白量で1g/日以下あるいは30mg/gCrを採用している報告があり、現時点では明確な数値は一定ではない。一方、GFRについては、GFRの低下率はCKDの年齢、性別、CKDステージ、基礎疾患によって異なるが、CKD全体として $-1.01\text{mL}/\text{分}/1.73\text{m}^2/\text{年}$ というわが国の報告がある。CKDのうち単一の疾患かつ臨床経過が観察しやすい1型糖尿病において、その分布と5年後の末期腎不全発症率から、GFR低下率が $-3.5\text{mL}/\text{分}/1.73\text{m}^2/\text{年}$ まではGFRは安定であるが、 $-6.6\text{mL}/\text{分}/1.73\text{m}^2/\text{年}$ より大きい症例では末期腎不全発症のリスクが高いと報告されている。CKDの原疾患別に、進行するCKDを示唆するGFR低下率についての検討が必要と考えられる

慢性腎臓病に対する食事療法基準 2014 P.9 補足 進行する CKD の目安 より引用

図 1 CKD ステージおよび蛋白尿の有無と末期腎不全発症率との関係



慢性腎臓病に対する食事療法基準 2014 P.10

図 3 CKD ステージおよび蛋白尿の有無と末期腎不全発症率との関係 より引用

(Keith DS, et al. Longitudinal follow-up and outcomes among a population with chronic kidney disease in a large managed care organization. Arch Intern Med 2004 ; 164 : 659-63.)

補足 推定エネルギー必要量の算出方法

『日本人の食事摂取基準（2010年版）』では、推定エネルギー必要量は基礎代謝量と基準体重の積で算出している。基礎代謝量は、個々で測定するのは容易ではないため、gold standardである二重標識水法で測定した総エネルギー消費量を実体重で除して基礎代謝基準値を算出し、これに基準体重を乗じて算出している。基準体重は、性別および年齢階級別の中央値で、階級内における最も典型的な基準体位を表し、現在の日本人の現状としてはBMI 22 で算出される標準体重より一般的に大きい。一方、身体活動レベルは、総エネルギー消費量を基礎代謝量で除して算出するが、健常者のデータから3つに区分した身体活動量の平均を、それとは別に実施した質問票による活動度から具体的な行動量を推定している。

『日本人の食事摂取基準（2015 年版）』では、対象は健康な個人ならびに健康な人を中心として構成されている集団とし、高血圧、脂質異常、高血糖、腎機能低下に関するリスクを有していて、自立した日常生活を営んでいる者を含む者となっている。リスクを有する場合として対象とする範囲は、検査値が基準範囲内もしくは保健指導レベルにある者で、腎機能低下に関しては軽度のCKD が対象となっていることが、

2010年版と異なる新しい点である。関連する治療ガイドライン等の栄養管理指針がある場合には、それに準拠するとの考え方は従来通りである。重要な変更点として、推定エネルギー必要量については、無視できない個人間差が要因として多数存在するため、性・年齢階級・身体活動レベル別に単一の値として示すことが困難であるとの見解から、2010年版に記載されていた算定方法などは参考資料として記述された。すなわち、エネルギーの摂取量と消費量のバランスを維持する指標としてBMIを優先し、年齢別の望ましいBMIの範囲を維持できるようにエネルギー摂取を調整することを推奨している。そのBMI については、『CKD における適正な体重に関する検討報告』の章に記述した。

慢性腎臓病に対する食事療法基準 2014 P.9 補足 推定エネルギー必要量の算出方法 より引用

補足 サルコペニア、Protein-energy wasting (PEW)、フレイルの用語解説

1) サルコペニア

サルコペニアとは、狭義では加齢に伴う骨格筋の減少に対して用いられるが、広義ではCKDなどの慢性疾患に伴う筋肉量の減少に対しても用いられる。定義は「四肢骨格筋量が健全な若年成人の平均値よりも2 標準偏差以下に減少した場合」である。サルコペニアの診断には、筋肉量だけでなく、筋力あるいは身体機能の低下が必要である。アジアのワーキンググループの診断アルゴリズム¹⁾では、通常歩行速度（カットオフ値：0.8m/秒未満）と握力（男性26kg未満、女性18kg未満）を測定することから提唱している。サルコペニアの主な臨床症状は転倒と骨折であるため、サルコペニアは要介護・要支援状態となる大きな要因であり、認知機能の低下や生命予後に影響する。

CKDでは、①代謝性アシドーシスによる筋蛋白分解の亢進、②筋内アンジオテンシンⅡの増加による筋蛋白分解の亢進、③筋サテライト（幹）細胞の減少、④筋ミオスタチンの増加による筋蛋白合成の阻害などの機序により、サルコペニアを高率に合併する。全米健康栄養調査（NHANES III）によれば、生体インピーダンス（BIA）法で検討すると、推算糸球体濾過量＜60mL/分/1.73m²またはアルブミン尿≥30mg/gCrを有するCKDでは、約半数に筋肉量減少（プレサルコペニア）を認めた。さらに、50歳以上の血液透析患者（平均64 歳）を対象として、BIA法による筋肉量と握力でサルコペニアの有無を横断的に調べると、プレサルコペニアは9.5%、サルコペニアは33.7%（男性39.0%、女性29.3%）にみられた。

2) Protein—energy wasting (PEW)

CKDでは経口摂取量の低下のみならず、尿毒素の蓄積、代謝亢進、炎症、酸化ストレス、インスリン抵抗性など複数の要因が関与し、体蛋白（骨格筋）やエネルギー源（体脂肪）が減少する。そこで、2006年にメキシコで開催された第12回国際腎栄養代謝学会において、専門家チームが会議を開催し、CKDの栄養障害は「protein-energy wasting (PEW)」と呼ぶことを提案した（解説、「たんぱく質」の章、文献5）。

PEWの診断基準（解説、「たんぱく質」の章、表4）の4つのカテゴリーのうち、1つ以上の項目を満たすカテゴリーが3つ以上ある場合、PEWと診断する。評価時の注意点としては、①血清アルブミンの測定はBCG 法であること、②ネフローゼ症候群、消化管からの蛋白漏出、肝硬変がある場合にはアルブミンのカットオフ値は使えないこと、③脂質降下薬を内服中はコレステロールのカットオフ値は使えないこと、④日本人ではBMIがもっと低いほうがよい可能性があること、⑤浮腫のない状態で体重が減っていること、などである。

その後の検証で、血液透析患者の生命予後に対する予測力は、血清アルブミン単独と複数の項目の組合せで差がなかったことより、各項目のカットオフ値は見直しする必要性が指摘されている。

3) フレイル

フレイルとは、複数の生体機能(身体能力、移動能力、バランス能力、持久力、栄養状態、活動性、認知機能、気分)に障害が起きた結果、ストレス因子からの回復や抵抗力が低下し、有害事象に対して虚弱になる生物学的な症候群と捉えられる。現在、動揺性のニュアンスを含むフレイルが日本老年医学会の用語として決定している。

サルコペニアでは筋肉量、筋力、身体機能の低下に、PEW では栄養状態の悪化に注目するのに対し、フレイルでは筋肉量や栄養状態以外に、移動能力、バランス・運動処置能力、認知機能、持久力、活力の低下や疲労感、失禁、薬の服用など、さまざまな身体面・精神面の要素を含めている。

サルコペニアは、フレイルの身体的な一要因と考えられる。Linda Friedが提唱した定義では、①体重減少、②著しい疲労感の自覚、③筋力（握力など）の低下、④歩行速度の低下、⑤活動レベルの低下、の5項目のうち、3つ以上を満たす場合にフレイルとしている。一方で、フレイルの評価法には認知機能、神経徴候、心肺機能などを含むものがあり、現在でもフレイルの定義や診断基準についてコンセンサスが得られていない。

CKDでは、40歳未満からフレイルが出現し、ステージの進行とともにその頻度が増える⁷⁾、フレイルの前段階（プレフレイル）まで含めると、透析導入時には約80%の患者がフレイルを合併しており、生命予後と関連する。

慢性腎臓病に対する食事療法基準 2014 P.10-11

補足 サルコペニア、Protein-energy wasting(PEW)、フレイルの用語解説 より引用

平成 26 年度診療報酬改定について

平成 26 年度診療報酬について平成 26 年 3 月 31 日厚生労働省からその内容が公表されました。
管理栄養士・食事に関する主な項目を挙げています。

平成26年度診療報酬改定の概要

「平成26年度診療報酬改定について」(平成26年3月5日保発0305第1号) (別添1)

● 病院の栄養管理体制について

常勤の管理栄養士を確保できない病院に対する入院基本料等の見直し

平成 24 年度改定で病院の入院基本料等に栄養管理実施加算を包括化した際に設けられた、常勤の管理栄養士 1 名以上の配置に係る経過措置について、一部の病院で常勤の管理栄養士が確保されていない実態を踏まえ以下の見直しを行う。

1. 常勤の管理栄養士の配置に関する経過措置を平成 26 年 6 月 30 日まで延長する。
2. 平成 26 年 7 月 1 日以降、常勤の管理栄養士を確保できない場合。
非常勤の管理栄養士または、常勤の栄養士を確保している場合、入院料の所定点数からの 40 点（1 日につき）を控除した点数により算定。（ただし、平成 24 年 3 月 31 日において、①の経過措置に係る届出を行った医療機関に限る。）

● 有床診療所の機能に着目した評価

栄養管理実施加算の設置

- ・ 管理栄養士の確保が難しい実態を踏まえ、栄養管理について、入院料への包括化を見直し、栄養管理に関する評価を再度設ける

（新）栄養管理実施加算 12 点（1 日につき）

〔算定要件〕

常勤の管理栄養士が 1 名以上配置されていること、等

入院栄養食事指導料の見直し

- ・ 栄養ケアステーションや他の医療機関と連携し、入院患者の栄養管理指導を行った場合の評価を新設する。

【現行】			【改訂後】	
入院中栄養食事指導料 (入院中 2 回まで)	130 点	→	入院栄養食事指導料 1	130 点
			入院栄養食事指導料 2	125 点

〔入院栄養食事指導料 2 の算定要件〕

- ・ 診療所において、入院中の患者であって、特別食を医師が必要と認めたものに対し、当該保険医療機関以外（栄養ケアステーション又は他の医療機関に限る）の管理栄養士が、医師の指示に基づき対面で必要な栄養指導を行った場合に算定する。

※ 栄養管理実施加算と入院栄養食事指導料を併算定することはできない。

● 在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療

(新) 在宅患者訪問褥瘡管理指導料 750 点

〔算定要件〕

- ① 当該保険医療機関に以下の 3 名から構成される在宅褥瘡対策チームが設置されていること。
ア 常勤医師 イ保健師、助産師、看護師、又は、准看護師 ウ常勤管理栄養士(診療所は非常勤でも可)
- ② 在宅褥瘡対策チームのア又はイ(准看護師を除く。)のいずれか 1 名以上については、以下のいずれの要件も満たす在宅褥瘡管理者であること。
ア 5 年以上医師又は看護師として医療に従事し、褥瘡対策について 1 年以上の経験を有する者
イ 在宅褥瘡ケアに係る所定の研修を修了している者
- ③ 在宅褥瘡対策チームは、以下の内容を実施すること。
ア 初回訪問時に、在宅褥瘡管理者を含む在宅褥瘡対策チームの構成員が患家に一堂に介し、褥瘡の重症度やリスク因子についてのアセスメントを行い、褥瘡の指導管理方針について、カンファレンスを実施し、在宅褥瘡診療計画を立案する。
イ 在宅褥瘡対策チームの各構成員は、月 1 回以上、計画に基づき、適切な指導管理を行い、その結果について情報共有する。
ウ 初回訪問後 3 月以内に、褥瘡の改善状況、在宅褥瘡診療計画に基づく指導管理の評価及び、必要に応じて見直しのためのカンファレンスを行う。
※ 3 月以内の評価カンファレンスの結果、継続して指導管理が必要と認められた場合に限り、2 回目の評価カンファレンスを実施できる。
- ④ 1 年間のケアの実績を報告する。

在宅患者訪問褥瘡管理指導料に関する施設基準

- (1) 当該保険医療機関に以下の 3 名から構成される在宅褥瘡対策チームが設置されていること。
ア 常勤の医師
イ 保健師、助産師、看護師又は准看護師
ウ 常勤の管理栄養士(診療所にあつては、非常勤の管理栄養士でもよい。)
ただし、ア及びウについては、常勤職員(診療所の管理栄養士を除く。)であること。また、当該保険医療機関の医師と管理栄養士が、当該患者に対して継続的に訪問看護を行う訪問看護ステーションの看護師と連携して在宅褥瘡対策を行う場合、及び、他の保険医療機関等の看護師(准看護師を除く。)を(2)に掲げる褥瘡管理者とする場合に限り、当該看護師を在宅褥瘡対策チームの構成員とすることができる。なお、必要に応じて、理学療法士、薬剤師等が配置されていることが望ましい。
- (2) 在宅褥瘡対策チームのア又はイ(准看護師を除く。)のいずれか 1 名以上については、以下のいずれの要件も満たす在宅褥瘡管理者であること。ただし、イに掲げる所定の研修については、平成 26 年 9 月 30 日までは、当該規定を満たしているものとする。
ア 5 年以上医師又は看護師として医療に従事し、褥瘡対策について 1 年以上の経験を有する者
イ 在宅褥瘡ケアに係る所定の研修を修了している者
ただし、当該保険医療機関に在宅褥瘡管理者の要件を満たす者がいない場合にあつては、区分番号「C005」在宅患者訪問看護・指導料及び「訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法」の区分番号「01」訪問看護基本療養費の注 2 に規定される他の保険医療機関等の褥瘡ケアに係る専門の研修を修了した看護師を在宅褥瘡管理者とすることができる。
- (3) (2)のイにおける在宅褥瘡ケアに係る所定の研修とは、学会等が実施する在宅褥瘡管理のための専門的な知識、技術を有する医師、看護師等の養成を目的とした 6 時間以上を要する講

義及び褥瘡予防・管理ガイドラインに準拠した予防、治療、ケアの実施に関する症例報告 5 事例以上の演習を含む研修であり、当該学会等より修了証が交付される研修であること。

● 胃瘻について

経口摂取回復促進加算

高い割合で経口摂取に回復させている場合の摂食機能療法の評価の見直しを行う。

現行 摂食機能療法 185 点 → 改定後 摂食機能療法 185 点

(新) 経口摂取回復促進加算 185 点

施設基準

専従の常勤言語聴覚士 1 名以上

経口摂取回復率 35%以上（鼻腔栄養・胃瘻造設患者の回復率をいう）

※ 栄養方法が経口摂取のみである状態とは、以下の状態をいう。

ア 鼻腔栄養の患者にあつては、経鼻経管を抜去した上で、1 か月以上にわたって栄養方法が経口摂取のみである状態

イ 胃瘻の患者にあつては、胃瘻抜去術又は胃瘻閉鎖術を実施しており、かつ、1 か月以上にわたって栄養方法が経口摂取のみである状態

※ 栄養方法が経口摂取である状態に回復した日とは、鼻腔栄養の患者にあつては、経鼻経管を抜去した日、胃瘻の患者にあつては、胃瘻抜去術又は胃瘻閉鎖術を実施した日とする。ただし、上の条件を満たすこと。

4. 胃瘻等について②

2. 経口摂取回復促進加算

➤ 高い割合で経口摂取に回復させている場合の摂食機能療法の評価の見直しを行う。

【現行】

摂食機能療法	185点
—	—



【改定後】

摂食機能療法	185点
(新) 経口摂取回復促進加算	185点

【施設基準】

- (1) 専従の常勤言語聴覚士が1名以上
(2) 経口摂取回復率35%以上（鼻腔栄養・胃瘻造設患者の回復率をいう。定義は次頁）等

【算定要件】

- (1) 鼻腔栄養又は胃瘻の患者に対して実施した場合に算定
(2) 月に1回以上嚥下造影または内視鏡下嚥下機能検査を実施
(3) 月に1回以上、医師、リハビリテーションを行う言語聴覚士等を含む多職種によるカンファレンス等を行い、計画の見直し、嚥下調整食の見直し等を実施
(4) 治療開始日から起算して6月以内に限り算定
(5) 当該加算を算定する月においては、内視鏡下嚥下機能検査・嚥下造影は算定できない。（胃瘻造設の判断のためのものを除く。）等



➤ これまで評価が不明確だった、胃瘻抜去術の技術料を新設する。

【現行】

胃瘻閉鎖術	12,040点
—	—



胃瘻閉鎖術	12,040点	※ 外科的に造設された胃瘻について、開腹や腹腔鏡操作等により胃瘻閉鎖を行った場合に算定
(新) 胃瘻抜去術	2,000点	※ 胃瘻カテーテルを抜去し、閉鎖した場合に算定

134

参考) <http://www.pt-ot-st.net/>

(診療報酬改定)

参考：厚生労働省保険局医療課

平成 26 年度診療報酬改定関連通知の一部訂正及び官報掲載事項の一部訂正について

<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000042452.pdf#search=%E5%B9%B3%E6%88%9026%E5%B9%B4%E5%BA%A6%E8%A8%BA%E7%99%82%E5%A0%B1%E9%85%AC%E6%94%B9%E5%AE%9A+%E9%A3%9F%E4%BA%8B>

疑義解釈（その 1）

（問17）入院料等の通則8に掲げる栄養管理体制について減算されていた保険医療機関が、常勤の管理栄養士を配置した場合の減算措置は、いつから解除されるのか。

（答） 届出を行った月の翌月1日から解除される。

疑義解釈（その 2）

（問18）平成24年3月31日において栄養管理実施加算を算定していない病院で、常勤の管理栄養士の配置に関する経過措置が平成26年6月30日まで延長され、平成26年7月1日以降、常勤の管理栄養士が確保できない場合、減算の点数を算定することとなったが、この要件である「非常勤の管理栄養士または常勤の栄養士」が離職して要件を満たさなくなった場合は、特別入院基本料の算定となるのか。

（答） 常勤の管理栄養士が離職して要件を満たさなくなった場合については、届出をした場合に限り3か月間に限り、従前の入院基本料等を算定できることとしているが、「非常勤の管理栄養士または常勤の栄養士」が離職して要件を満たさなくなった場合は、特別入院基本料の算定となる。

疑義解釈（その 3）

（問91）手術前等において食事を提供せず、経口補水液のみを提供する場合や主として経静脈的に栄養されている患者に対し、腸内環境整備のためにわずかな栄養素のみを投与する場合等、当該患者に対して必要なエネルギーをまかなうための食事を提供していない場合について入院時食事療養費を算定することは可能か。

（答） 算定できない。

参考：厚生労働省保険局医療課 疑義解釈資料の送付について（その 1）

<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000044577.pdf#search=%E7%96%91%E7%BE%A9%E8%A7%A3%E9%87%88+%E9%A3%9F%E4%BA%8B>

全国病院栄養士協議会の発足と活動のあゆみ

◎昭和 57 年度

57.	11.12(金)	仮称「明日の医療部会を語る会」開催(日本栄養士会に対する申し入れ決定)
	11.22(月)	医療部会長から日本栄養士会長に意見書提出(日本栄養士会内に病院栄養士の新会設立の件)
	12.11(土)	日本栄養士会緊急部長会(医療部会からの申し出検討・承認)
	12.13(月)	日本栄養士会長回答文書(病栄協設立承認の件)
58.	1.13(木)	病栄協設立発起人会準備会(全国関係者,竹橋会館)
	1.14(金)	第2回「明日の医療部会を語る会」(病栄協設立発起人会)(設立準備委員・起草委員決定)
	2. 5(土)	日本栄養士会理事会(病栄協承認される)
	2.26(土)	～27(日) 日本栄養士会評議員会(病栄協承認される)
	3.12(土)	～13(日) 第2回食事療法学会(東京・日本教育会館)
会員に病栄協の件報告・承認を得る。カンパ 389,000 円		

◎昭和 58 年度

58.	4.14(木)	医療部会拡大委員会(病栄協第1回理事会)
	6.10(金)	～11(土) 日本栄養士会第 24 回通常総会(青森)で病栄協正式承認される
59.	3.10(土)	～11(日) 第3回食事療法学会(京都・国立京都国際会館)

◎昭和 59 年度

59.	7.20(金)	医療法に定める給食施設設置義務の存続強化要望書提出
	8.21(火)	医療職俸給表(二)適用栄養士の処遇改善についての要望書および患者給食業務直営原則見直しに対する意見書提出
59.	11.21(水)	社会保険診療報酬点数改正にかかわる要望書提出
	3. 9(土)	～10(日) 第4回食事療法学会(千葉・千葉県教育会館)

◎昭和 60 年度

60.	12.16(月)	厚生省関係部局および関係団体へ「社会保険診療報酬点数改正にかかわる要望」および「医療法改正に伴う同法施行規則の一部改正にかかわる要望」等の提出・説明
61.	3. 8(土)	～9(日) 第5回食事療法学会(愛知・名古屋港湾会館)

◎昭和 61 年度

61.	4. 8(火)	病院給食委託化問題に関する病栄協関係資料の提出および病栄協関係の資料の提出(社)日本病院会給食委員会への病栄協役員の推薦
	4. 9(水)	病院給食委託化問題についての陳情
	4.29(火)	緊急全国代表者会議(委託化問題)
	5.26(月)	栄養士法および栄養改善法に関しての要望(厚生省保健医療局長宛)
	12. 4(木)	社会保険診療報酬に関する要望、四病団体病院給食委託研究会
62.	2.16(月)	病院栄養部門機能の強化等の要望(厚生省)
	3.14(土)	～15(日) 第6回食事療法学会(群馬・水上館)
	3.19(木)	～20(金) 入院食費の患者負担問題について懇談(厚生省幸田事務次官外)

◎昭和 62 年度

62.	4. 3(金)	厚生省国民医療総合対策本部との懇談
	5.14(木)	厚生省国民医療総合対策本部との懇談
	7.13(月)	厚生省国民医療総合対策本部との懇談
	8.21(金)	厚生省国民医療総合対策本部中間答申への要望
	10.12(月)	社会保険診療報酬点数改正の要望
	10.19(月)	基準給食制度について厚生省と懇談
63.	3. 1(火)	社会保険診療報酬点数改正内容について、厚生省医療課と懇談
	3.19(土)	～20(日) 第7回食事療法学会(兵庫・西山記念会館)

3.22(火)	病院給食委託業者の公益法人設立問題について、厚生省指導課と懇談 特別注文食の運用について厚生省医療課と懇談
---------	--

◎昭和 63 年度

63.	8.25(木)	厚生政務次官等へ入院老人食費の一部自己負担化に関する意見書提出
	9.14(水)	～22(木) 老人入院患者の食費負担問題について、老人保健審議会委員に要望
	9	～12 月 老人保健審議会委員へ入院老人食費の一部自己負担に関する意見書提出
元.	3.17(金)	～18(土) 第 8 回食事療法学会（神奈川・箱根小涌園）
	3.30(木)	厚生省健康政策局指導課長と懇談

◎平成元年度

元.	6. 7(水)	厚生省保険局医療課と「基準給食見直し案」について懇談
	6.21(水)	自民党の「医療政策研究会」に参加
	9.11(月)	「社会保険診療報酬に関する要望」について、厚生省保険局医療課と懇談
	10.11(水)	「社会保険診療報酬点数改正にかかわる要望書」を厚生省医療課へ提出
	11.13(月)	「基準給食制度見直しに関する要望書」を厚生大臣・厚生省保険局長・医療課長・健康増進栄養課長へ提出
	12.16(土)	「医療法改正にかかわる要望書」を厚生省健康政策局長・総務課長・指導課長・健康増進栄養課長へ提出
2.	1.22(月)	「病院給食センター化・食費自己負担反対意見書」を厚生省大臣官房審議官・指導課長・総務課長・健康増進栄養課長へ提出
	3.10(土)	～11(日) 第9回食事療法学会(熊本・熊本県立劇場)

◎平成 2 年度

2.	12. 7(金)	「社会保険診療報酬点数改正にかかわる要望書」を厚生省医療課長・健康増進栄養課長へ提出
3.	3. 9(土)	～10(日) 第 10 回食事療法学会(三重・四日市市文化会館)

◎平成 3 年度

3.	4. 5(金)	第 23 回日本医学会総会にシンポジスト等を派遣、多数の会員が参加
	10. 8(火)	「患者給食費自己負担反対要望書」を厚生省保険局長・医療課長・健康増進栄養課長へ提出
	10.21(月)	「社会保険診療報酬点数改正にかかわる要望書」を厚生省医療課長・健康増進栄養課長へ提出
4.	2.24(月)	「社会保険診療報酬の改訂」の詳細について、厚生省医療課・健康増進栄養課・大臣官房審議官と懇談

◎平成 4 年度

4.	7.11(土)	「医療法改正にかかわる要望書」を厚生省健康政策局総務課長・健康増進栄養課長・衆議院厚生委員会・医療審議会へ提出
	11.13(金)	「病院給食施設に関する意見書」を厚生省健康政策局総務課長・健康増進栄養課長・医療関連サービス基本問題検討委員会座長へ提出 「社会保険診療報酬点数改正にかかわる要望書」を厚生省医療課長・健康増進栄養課長へ提出
5.	3. 6(土)	～7(日) 第 12 回食事療法学会(徳島・徳島県郷土文化会館)
	3.18(木)	「病院給食施設に関する意見書」を医療関連サービス基本問題検討会各委員へ提出
	3.25(木)	上記意見書を厚生省指導課医療関連サービス室長・医療基本問題調査会会長に提出

◎平成 5 年度

5.	4. 8(木)	「『病院食も「おいしさ」追求』の報道内容に対する意見書」を厚生省健康政策局長・指導課長・医療関連サービス室長・保健医療局長・健康増進栄養課長へ提出
	5.26(水)	「患者給食費自己負担反対に対する意見書」を厚生省保険局長・医療課長・健康増進栄養課長へ提出
	9.21(火)	「患者給食費の自己負担拡大に反対し、保険給付による病院給食の充実を求める」署名(569,206

		名)を大内啓伍厚生大臣へ提出 「患者給食費自己負担反対に対する要望書」を厚生大臣、厚生省保険局長・企画課長・保健医療局長・健康増進栄養課長へ提出 「病院給食を医療法に基づき病院内の給食施設で提供することを求める」署名(552,029名)を大内啓伍厚生大臣へ提出 「病院給食施設に関する意見書」を厚生大臣、厚生省健康政策局長・指導課長・医療関連サービス室長・保健医療局長・健康増進栄養課長へ提出
10.15(金)		「社会保険診療報酬点数改正にかかわる要望書Ⅰ」を厚生省医療課長・健康増進栄養課長へ提出
12.24(金)		「社会保険診療報酬点数改正にかかわる要望書Ⅱ」を厚生省保険局長・医療課長・保健医療局長・健康増進栄養課長へ提出 「病院給食用米の安定供給に関する要望書」を食糧庁長官・業務部需給課長・厚生省保健医療局長・健康増進栄養課長へ提出
6.	3. 5(土)	～6(日) 第13回食事療法学会(北海道・札幌市民会館)

◎平成6年度

6.	6.15(水)	「社会保険診療報酬点数改正に関わる要望書」を厚生省保険局長・医療課長・保健医療局長・健康増進栄養課長へ提出
	7.21(木)	「平成6年10月改正社会保険診療報酬の実施に伴う要望書 入院時食事療養(Ⅰ)」を厚生省保険局医療課長・健康増進栄養課長へ提出
	12. 1(水)	「病院栄養部門および栄養士実態調査」の実施を開始
7.	3. 4(土)	～5(日) 第14回食事療法学会(山口・宇部市渡辺翁記念会館)

◎平成7年度

7.	7.13(木)	「医療法改正に関わる要望書」を厚生省健康政策局長・総務課長・指導課長・医療関連サービス室長・保険局医療課長・保健医療局長・健康増進栄養課長へ提出 「社会保険診療報酬点数改正に関わる要望書」を厚生省保険局長・医療課長・保健医療局長・健康増進栄養課長へ提出 「医療用食品加算の廃止についての要望書」を厚生省保険局医療課長へ提出
8.	3. 9(土)	～10(日) 第15回食事療法学会(東京・きゅりあん(品川区立総合区民会館))

◎平成8年度

8.	7.23(木)	「医療法改正に関わる陳情書」を自由民主党政務調査会社会部会長・年金問題調査会会長・医療基本問題調査会会長・衆議院議員伊吹文明先生・社会福祉環境関係団体委員長・厚生省保健医療局健康増進栄養課長へ提出
	7.23(木)	「入院時食事療養費における食材料費の消費税負担についての陳情書」を自由民主党政務調査会社会部会長・年金問題調査会会長・医療基本問題調査会会長・衆議院議員伊吹文明先生・社会福祉環境関係団体委員長・厚生省保健医療局健康増進栄養課長へ提出
	10.30(木)	「社会保険診療報酬点数改定に関する要望書」を厚生省保険局長・医療課長・保健医療局長・健康増進栄養課長へ提出
9.	3. 8(土)	～9(日) 第16回食事療法学会(青森・弘前市民会館)

◎平成9年度

9.	7. 3(木)	「平成9年度医療保険改革についての陳情書」を衆議院議員小沢辰男・熊代昭彦・江藤晟一・住博司・参議院議員今井澄・清水嘉与子・石井道子各先生、医療基本問題調査会長、厚生省地域保健・健康増進栄養課長・生活習慣病対策室長、日本医師会長、日本病院会長、全国病院団体連合代表幹事、全国自治体病院協議会長、全日本病院協会会長、全国保険医団体連合会長、日本医療法人協会会長、日本精神病院協会会長、全国公私病院連盟会長、河北総合病院河北博文理事長、放送大学沖縄地域学習センター尚弘子センター長へ提出
	10.22(水)	「遺伝子組換え食品使用表示についての要望書」を農林水産省食品流通局長へ提出

11.11(火)	「社会保険診療報酬改定に関わる要望書」を厚生省保険局長・医療課長・保健医療局長・地域保健・健康増進栄養課長・生活習慣病対策室長へ提出
11.17(月)	「医療法改正に関わる陳情書」を厚生省健康政策局長・総務課長・保健医療局長・地域保健・健康増進栄養課長・生活習慣病対策室長へ提出
12.18(木)	「介護支援専門員(ケアマネジャー)の養成についての要望書」を医療保険福祉審議会会長・制度企画部会長・運営部会長・老人保健福祉部会長他委員へ提出
10. 2. 6(金)	「中央社会保険医療協議会における審議事項に関する要望書」を中央社会保険医療協議会竹内實・櫻井秀也・上田慶二各委員、厚生省保険局長・医療課長・保健医療局長・地域保健・健康増進栄養課長・生活習慣病対策室長、日本医師会長へ提出
3. 7(土)	～8(日) 第17回食事療法学会(鹿児島・鹿児島市民文化ホール)

◎平成10年度

10. 6. 1(月)	「栄養部門実態調査」の実施(2年に1度)を開始
11. 5(木)	「医療保険制度の改革にかかわる陳情書」を厚生省保険局長・企画課長・医療課長・健康政策局長・総務課長・指導課長・保健医療局長・地域保健・健康増進栄養課長・生活習慣病対策室長・老人保健福祉局長・老人保健課長・自由民主党社会部会長・医療基本問題調査会長・民主党厚生部会医療制度改革小委員会座長・医療保険福祉審議会制度企画部会診療報酬体系見直し作業委員会委員長へ提出
11. 2. 5(金)	「社会保険診療報酬改定にかかわる要望書」を厚生省保険局長・医療課長・保健医療局長・地域保健・健康増進栄養課長・生活習慣病対策室長・老人保健福祉局長・老人保健課長・日本医師会長・日本病院会長・全国病院団体連合代表幹事・全国自治体病院協議会長へ提出
2.12(金)	「医療法改正にかかわる陳情書」を厚生省健康政策局長・総務課長・指導課長・保健医療局長・地域保健・健康増進栄養課長・生活習慣病対策室長・保険局長・医療課長・日本医師会長・日本病院会長・全国病院団体連合代表幹事・全国自治体病院協議会長・日本医療法人協会会長・全日本病院協会会長・日本精神病院協会会長へ提出
2.17(水)	～7(日) 第18回食事療法学会(静岡・静岡市民文化会館中ホール)
3. 6(土)	

◎平成11年度

11. 11.11(木)	「社会保険診療報酬改定にかかわる要望書」を厚生省保険局長・医療課長・保健医療局長・地域保健・健康増進栄養課長・生活習慣病対策室長・老人保健福祉局長・老人保健課長・日本医師会長・日本病院会長・全国病院団体連合代表幹事・全国公私病院連盟会長へ提出
1.18(木)	
2. 6(月)	「医療法改正にかかわる陳情書」を厚生省健康政策局長・総務課長・保健医療局長・地域保健・健康増進栄養課長・生活習慣病対策室長・日本医師会長・日本病院会長・全国病院団体連合代表幹事・医療審議会総会各委員へ提出
2. 8(水)	
1.17(水)	
1.18(木)	
2. 7(火)	
2. 8(水)	
12. 3. 4(土)	～5(日) 第19回食事療法学会(愛媛・愛媛県県民文化会館サブホール)

◎平成12年度

12. 11	11月を“栄養指導推進月間”として活動を展開
12.14(木)	「社会保険診療報酬改定にかかわる要望書」を厚生省保険局長・医療課長・保健医療局長・地域保健・健康増進栄養課長・生活習慣病対策室長・日本医師会長・日本病院会長・全国病院団体連合代表幹事・全国自治体病院協議会長・全日本病院協会会長・日本医療法人協会会長・日本精神病院協会会長・四病院団体協議会へ提出
13. 1.19(金)	「医療法改正にかかわる陳情書」を厚生省健康政策局長・総務課長・保健医療局長・地域保健・健康増進栄養課長・生活習慣病対策室長・日本医師会長・日本病院会長・全国病院団体連合代表幹事・全国自治体病院協議会長・全日本病院協会会長・日本医療法人協会会長・日本精神病院協会会長・四病院団体協議会へ提出
12. 12.14(木)	
12.15(金)	
13. 1.19(金)	～4(日) 第20回食事療法学会(福島・福島県文化センター)
1.23(火)	
3. 3(土)	

◎平成13年度

13.	10.10(水)	「医療法等にかかわる陳情書」を厚生労働省医政局長・総務課長・健康局長・生活習慣病対策室長へ提出
	12.18(火)	「社会保険診療報酬改定にかかわる要望書」を厚生労働省保険局長・医療課長・健康局長・生活習慣病対策室長へ提出
14.	3. 2(土)	～3(日) 第 21 回食事療法学会(福岡・アクロス福岡シンフォニーホール)

◎平成 14 年度

15.	1.29(水)	医療保険制度の体系の在り方「診療報酬体系の見直し」に関する意見を厚生労働省保険局総務課へ提出
	3.20(木)	「社会保険診療報酬改定にかかわる要望書」を厚生労働省保険局長・医療課長・健康局長・生活習慣病対策室長へ提出
		「医療法等にかかわる陳情書」を厚生労働省医政局長・総務課長・健康局長・生活習慣病対策室長へ提出
	3. 1(土)	～2(日) 第 22 回食事療法学会(岐阜・長良川国際会議場)

◎平成 15 年度

15.	8. 1(金)	「生活習慣病等の重症化に対する予防技術に関わる栄養・食事療法ならびに栄養・食事指導効果について」を厚生労働省医療課長へ提出
	9.25(木)	「社会保険診療報酬改定にかかわる要望書」を厚生労働省保険局長・医療課長・医政局長・健康局長・生活習慣病対策室長・日本医師会長・日本病院会長・日本医療法人協会会長・日本精神病院協会会長へ提出
	9.30(火)	
	12.17(水)	「『いわゆる給食差益』報道に対する意見書」を厚生労働省保険局長・医療課長・医政局長・経済課長・医療関連サービス室長・健康局長・生活習慣病対策室長・広報室・日比谷クラブ・日本医師会長・日本病院会長・全日本病院協会会長・日本医療法人協会会長・日本精神病院協会会長・全国自治体病院協議会長・日本看護協会会長・日本薬剤師会長・医療関連サービス振興会理事・日本メディカル給食協会会長・「医事新報」・「臨床栄養」へ提出
	12. 4(木)	
	12.17(水)	
	12.26(金)	
	12.17(水)	「医療法等にかかわる陳情書」を厚生労働省医政局長・総務課長・健康局長・生活習慣病対策室長・日本病院会長・全日本病院協会会長・日本医療法人協会会長・日本精神病院協会会長へ提出
	12.26(金)	
	11.17(月)	「生活習慣病および栄養障害の重症化予防に関する栄養士の技術」を診療報酬調査専門組織・医療技術評価分科会にて発表
16.	2.28(土)	～29(日) 第 23 回食事療法学会(大阪・大阪国際会議場)

◎平成 16 年度

16.	8.20(金)	「栄養部門の採算性評価の実態調査」ならびに「管理栄養士・栄養士の業務量調査」の実施
17.	2.18(金)	「社会保険診療報酬改定にかかわる要望書」を厚生労働省保険局長・医療課長・健康局長・生活習慣病対策室長へ提出
		「医療法等にかかわる陳情書」を労働省医政局長・総務課長・健康局長・生活習慣病対策室長へ提出
	2.26(土)	～27(日) 第 24 回食事療法学会(大分・ビーコンプラザ)

◎平成 17 年度

17.	6.28(火)	「医療技術再評価希望書(保険既収載技術用)」を厚生労働省保険局医療課へ提出(日本病院管理学会名)
	10. 3(月)	「社会保険診療報酬改定にかかわる要望書」を厚生労働大臣・厚生労働省大臣官房審議官(医療保険担当)・保険局医療課長・健康局長・厚生労働大臣官房参事官(社会保険、健康担当)・生活習慣病対策室長へ提出
		「医療法等にかかわる陳情書」を厚生労働大臣・医政局長・総務課長・健康局長・厚生労働大臣官房参事官(社会保険、健康担当)・生活習慣病対策室長へ提出
	11.28(月)	「医療構造改革厚生労働省試案への意見」を厚生労働大臣へ提出
18.	1.26(木)	「平成 18 年度診療報酬改定に関する意見」を中央社会保険医療協議会診療報酬基本問題小委員会へ提出
	2.25(土)	～26(日) 第 25 回食事療法学会(神奈川・パシフィコ横浜会議センター)

3.18(土)		病院における栄養管理実施加算中央リーダー研修会を開催(東京・日本赤十字看護大学)
◎平成 18 年度		
18.	5～6	新設された「栄養管理実施加算」に対応するため、全国 7 ブロックにおいて、診療報酬改定全国ブロックセミナーを開催(参加者 10,009 名)
	11.20(月)	「療養病床に入院する高齢者の食費・居住費の負担に対する意見」を厚生労働大臣へ提出 「平成 19 年度予算に関する要望」を自由民主党厚生労働部会・厚生関係団体委員会合同会議へ提出
19.	3.23(金)	「社会保険診療報酬改定にかかわる要望書」を厚生労働大臣・保険局長・厚生労働省大臣官房審議官(医政、医療保険担当)・医療課長・健康局長・生活習慣病対策室長へ提出
	3. 3(土)	～4(日) 第 26 回食事療法学会(岩手・盛岡市民文化大ホール)
◎平成 19 年度		
19.	10.22(月)	「社会保険診療報酬改定にかかわる要望書」を厚生労働大臣・保険局長・厚生労働省大臣官房審議官(医療保険、医政担当)・医療課長・健康局長・生活習慣病対策室長へ提出 「医療法等にかかわる陳情書」を厚生労働大臣・医政局長・厚生労働省大臣官房審議官(医療保険、医政担当)・総務課長・健康局長・生活習慣病対策室長へ提出
	11 月	“栄養指導推進月間”を改め“栄養管理推進月間”として活動を展開
20.	3. 8(土)	～9(日) 第 27 回食事療法学会(岡山・川崎医療福祉大学)
	3.16(日)	後期高齢者医療制度と診療報酬改定に関する研修会を開催(東京・日本赤十字看護大学)
◎平成 20 年度		
21.	1.16(金)	「社会保険診療報酬改定にかかわる要望書」を厚生労働大臣・保険局長・厚生労働省大臣官房審議官(医療保険、医政担当)・医療課長・健康局長・生活習慣病対策室長へ提出
	3. 7(土)	～8(日) 第 28 回食事療法学会(茨城・茨城県民文化センター)
◎平成 21 年度		
21.	7.16(木)	「社会保険診療報酬改定にかかわる要望書」を厚生労働省保険局医療課長・健康局総務課生活習慣病対策室長へ提出
22.	1.5(火)	「平成 22 年度予算、税制に関する要望」を民主党幹事長へ提出
22.	3.6(土)	～7(日) 第 29 回食事療法学会(宮崎・フェニックス・シーガイア・リゾートワールドコンベンションセンターサミット)
◎平成 22 年度		
23.	1.28(金)	「医療保険・介護保険に関する要望」を厚生労働省健康局総務課生活習慣病対策室室長・社団法人日本医師会会長へ提出
23.	3.12(土)	～13(日) 第 30 回食事療法学会(石川・石川県立音楽堂)中止 ※東日本大震災により
◎平成 23 年度		
23.	4.28(木)	「平成 24 年度診療報酬改正および税制改正に関する要望」日本医師会常任理事へ提出
23.	7.28(木)	「平成 24 年度診療報酬改定に関する要望書」を厚生労働省保険局長・保険局医療課長へ提出
	8 月	細川律夫厚生労働大臣宛 チーム医療推進に関する要望書をチーム医療推進協議会として提出
	8.16(火)	厚生労働省保険局 外口 崇平局長宛 24 年度診療報酬改定に関する要望書(チーム医療推進に関して)をチーム医療推進協議会として提出
23.	10.8(土)	「平成 24 年度診療報酬改正および税制改正に関する要望」を民主党福岡県総支部連合会へ提出
23.	10.13(木)	「栄養管理実施加算包括化反対」に対する要望をチーム医療推進協議会代表へ提出
23.	11.9(水)	「栄養管理実施加算に関する意見」を厚生労働省健康局総務課生活習慣病対策室室長へ提出

23.	11.21(月)	「チーム医療推進に向けた管理栄養士の役割について」を民主党 チーム医療小委員会委員長へ提出
24.	3.10(土)	～11 日(日) 第 31 回食事療法学会(東京・帝京平成大学・沖永記念ホール) 厚労省に対し病棟管理栄養士制度創設に対する要望を関連学会連名にて提出

◎平成 24 年度

24.	5.18(金)	厚生労働省からの「栄養管理実施加算包括化に伴う管理栄養士確保に対する要請依頼」受け入れ
	5.19(火)	日本医師会へ「栄養管理実施加算包括化に伴う管理栄養士確保に対する協力体制」について協力申し入れ
	9.7(金)	厚生労働省健康局がん対策・健康増進課との打ち合わせ
25.	3.2(土)	～3(日)第 32 回食事療法学会(長野・軽井沢プリンスホテル ウェスト メインバンケットホール長野)
	3.8(金)	経済産業省が取り組むヘルスケア産業振興についての意見交換
	3.18(月)	中央社会保険医療協議会診療報酬改定結果検証に関わる調査委員会参加

◎平成 25 年度

25.	5.15(水)	日本動脈硬化学会理事、医療・保険委員会委員長と「管理栄養士・栄養士の業務」に対する意見交換
	5.16(木)	「病棟管理栄養士制度の創設に関する要望書の提出にかかるお願い」を特定非営利活動法人日本栄養改善学会、公益社団法人日本栄養・食糧学会、一般社団法人日本健康・栄養システム学会、日本静脈経腸栄養学会、一般社団法人日本糖尿病学会、一般社団法人日本動脈硬化学会、一般社団法人日本病態栄養学会、日本臨床栄養学会へ提出
	5.24(金)	厚生労働省栄養指導室との打ち合わせ
	6.14(金)	厚生労働省栄養指導室との打ち合わせ
	6.21(金)	全国保険医団体連合会 住江 憲勇 会長他 2014 診療報酬改定「栄養管理実施加算包括化に伴う管理栄養士配置対応」に向けた保団連要求(案)に対する意見交換
	6.26(水)	厚労省チーム医療推進方策 WG 参考人出席
	8.26(月)	厚労省チーム医療推進方策 WG 参考人出席
	9.26(木)	厚労省チーム医療推進方策 WG 参考人出席
	10.1(火)	「食事療養費自己負担の増額に関する意見」を表明(ホームページ、雑誌他)
	12.5(木)	厚労省チーム医療推進方策 WG ヒアリングにて管理栄養士業務拡大要望
	12.12(木)	日本医師会鈴木常任理事との面談
	12.18(水)	病態栄養学会清野理事長との面談
26.	3.8(土)	～9 日(日)第 33 回食事療法学会(長崎・長崎ブリックホール) 中協平成 25 年度医療評価技術提案書(COPD 患者の栄養指導料新設)を日本呼吸器療法学会等と共同提案

◎平成 26 年度

26.	4.14(月)	厚生労働省保険局保健課に対し「食事療養費自己負担増」に対する意見書提出
	5.14(水)	厚生労働省健康局がん対策・健康増進課栄養指導室との情報交換
	5.28(水)	厚生労働省保険局保健課に対し「食事療養費自己負担増」に対する資料提出 健康局がん対策・健康増進課栄養指導室との情報交換
	6.26(木)	公明党山口那津男代表宛チーム医療推進協議会として要望書提出
	9.25(木)	厚生労働省健康局がん対策・健康増進課栄養指導室との情報交換
	7.25(金)	「食事療養費自己負担に対する当会の考え方」を日本医師会へ提出
26.	9.29(月)	厚生労働省第 14 回チーム医療推進方策検討ワーキンググループ(関係団体からの各要望事項) 参考人として出席
	11.12(水)	厚生労働省健康局がん対策・健康増進課栄養指導室との情報交換
	12.3(水)	厚生労働省武田俊彦大臣官房審議官(医療保険担当)、唐澤剛保険局長に診療報

27.	3.8(土)	酬の要望(病態栄養学会と連携) ～9 日(日)第 34 食事療法学会(仙台市:仙台国際センター)
-----	--------	---

食事療法学会・セミナーのあゆみ

◎食事療法学会年表

回次	開催期間	開催場所	テーマ	学会長
第1回	昭和57年3月6～7日	東京:こまばエミナース	臨床栄養充実のために	—
第2回	昭和58年3月12～13日	東京:日本教育会館	臨床栄養充実のために	
第3回	昭和59年3月10～11日	京都市:国立京都国際会館	—	森田英子
第4回	昭和60年3月9～10日	千葉市:千葉県教育会館	—	鈴木啓二
第5回	昭和61年3月8～9日	名古屋市:名古屋港湾会館	食の倫理と実践	亀谷和
第6回	昭和62年3月14～15日	群馬県:水上館	食事療法の進路	福島志津子
第7回	昭和63年3月19～20日	神戸市:西山記念会館	あしたを拓く ^{ひらく} 医と食	坂本孝子
第8回	平成元年3月17～18日	神奈川県:箱根小涌園	誇りある食の指導者をめざして	佐藤富美子
第9回	平成2年3月10～11日	熊本市:熊本県立劇場	—	奥村玲子 (守田治美)
第10回	平成3年3月9～10日	四日市市:四日市市文化会館	治療食に光を! アメニティに創造を!	中村千輝
第11回	平成4年3月7～8日	新潟市:新潟県民会館	真の臨床栄養を求めて、21世紀への飛躍	風間芳男
第12回	平成5年3月6～7日	徳島市:徳島県郷土文化会館	未来へつなげ“医療における食・文化”	原田満智子
第13回	平成6年3月5～6日	札幌市:札幌市民会館	きこえますか ^{いのち} 鼓動が・みえますか ^{いのち} 生命の炎が	相馬愛子
第14回	平成7年3月4～5日	宇部市:宇部市渡辺翁記念会館	今、語ろう日本病院栄養士の未来	石田睦恵
第15回	平成8年3月9～10日	東京:きゅりあん (品川区立総合区民会館)	求めよう! 専門性と心の豊かさ	藤本信子
第16回	平成9年3月8～9日	弘前市:弘前市民会館	縄文の里から —21世紀へのアプローチ—	駿河盛
第17回	平成10年3月7～8日	鹿児島市:鹿児島市民文化ホール	医食同源—語ろう 今・未来—	立川俱子
第18回	平成11年3月6～7日	静岡市:静岡市民文化会館	集え、ふじの国へ! めざせ医と食の専門性を	大川知子
第19回	平成12年3月4～5日	松山市:愛媛県県民文化会館	しまなみ海道発—21世紀へつなぐ医と食—	一色保子
第20回	平成13年3月3～4日	福島市:福島県文化センター	うつくしま 21世紀の提言 —医と食を考える—	中村啓子
第21回	平成14年3月2～3日	福岡市:アクロス福岡 シンフォニーホール	筑紫の国から輝く未来へ —医・食・癒—「よか」学会	秀平キヨミ
第22回	平成15年3月1～2日	岐阜市:長良川国際会議場	飛びたとう輝く未来へ・医と食 —日本の真ん中岐阜から—	長江きぬ子
第23回	平成16年2月28～29日	大阪市:大阪国際会議場	水の都「大阪」食の街「なにわ」 —医と食の新しい未来を目指して—	前田浩史
第24回	平成17年2月26～27日	別府市:ビーコンプラザ	あったか別府 医と食も…豊の国より	土谷洋子
第25回	平成18年2月25～26日	横浜市: パシフィコ横浜会議センター	浪漫漂う『港』食を楽しむ『横浜』 —みなとみらいから医と栄養士の未来を招け!—	梅澤真由美
第26回	平成19年3月3～4日	盛岡市:盛岡市民文化ホール	医と食のイーハトーヴをめざして —光と風の国 岩手から発進—	平澤郁子
第27回	平成20年3月8～9日	倉敷市:川崎医療福祉大学	語ろう医と食の共生! 晴れの国岡山で	河原和枝
第28回	平成21年3月7～8日	水戸市: 茨城県立県民文化センター	医と食の新時代 —梅の郷 水戸からのメッセージ—	石川祐一

第29回	平成22年3月6～7日	宮崎市:フェニックス・シーガイア・リゾートワールドコンベンションセンターサミット	どげんかせんといかん！医を活かし 命育む食に集う ―神話の国宮崎―	吉田祥子
第30回 (中止)	平成23年3月12～13日	金沢市:石川県立音楽堂	医食従 集学による予防と治癒の探究 ―心技体の継承 加賀百万石・金沢―	中川明彦
第31回	平成24年3月10～11日	豊島区:沖永記念ホール 帝京平成大学	すべての患者の栄養管理の充実を目指 して―チーム医療の一員としての力を 発揮しよう―	石川祐一
第32回	平成25年3月6～7日	佐久郡軽井沢町:軽井沢プリ ンスホテル ウェスト メインバ ンケットホール長野	いのちに寄り添う―急性期から慢性期・ 在宅までの栄養管理―	馬島園子
第33回	平成26年3月8～9日	長崎市:長崎ブリックホール	西洋医学発祥の地長崎から―栄養士が 発信する 食とこころ―	篠崎彰子
第34回	平成27年3月28～29日	仙台市:仙台国際センター	ありがとう 伊達の国から新たな一歩	南 文子
第35回 (予定)	平成28年3月5～6日	名古屋市:愛知県産業労働 センター・ウインクあいち	未来に向けた医と食の創造―人・まち・ 自然がつながる交流・創造都市 愛知 からの発信―	市江美津昭

◎病院栄養管理セミナー年表

回 次	開催期間	開催場所	テーマ
第1回	(東)昭和 60 年 9 月 27 日・28 日 (西)昭和 60 年 8 月 30 日・31 日	神奈川県・箱根ホテル小涌園 京都市・京都エミナース	
第2回	(東)昭和 61 年 8 月 23 日・24 日 (西)昭和 61 年 9 月 27 日・28 日	盛岡市・愛真館 福岡市・ホテルステーションプラザ	
第3回	(東)昭和 62 年 9 月 26 日・27 日 (西)昭和 62 年 8 月 22 日・23 日	東 京・サテライトホテル後樂園 箕面市・箕面観光ホテル	病院栄養管理コストコントロール、メニュー選択の新しい方法
第4回	(東)昭和 63 年 8 月 27 日・28 日 (西)昭和 63 年 9 月 24 日・25 日	東 京・サテライトホテル後樂園 京都市・京都エミナース	これからの病院栄養管理と 基準給食
第5回	(東)平成元年 9 月 9 日・10 日 (西)平成元年 8 月 26 日・27 日	東 京・お茶の水コミュニティハウス 京都市・京都エミナース	病院栄養管理のシステム化を 考えよう
第6回	(東)平成 2 年 12 月 8 日・9 日 (西)平成 2 年 8 月 25 日・26 日	仙台市・宮城自治労会館 京都市・京都エミナース	新しい患者給食に対応する ためセミナー -病院給食はどう変わるか-
第7回	平成 3 年 8 月 24 日・25 日	京都市・京都エミナース	行政改革と病院栄養管理の ゆくえ
第8回	(東)平成 4 年 9 月 13 日 (西)平成 4 年 9 月 6 日	東 京・日本健康・栄養会館 福岡市・三和化学研究所福岡メディカルホール	特別管理給食加算をめぐる -特に適温管理について-
第9回	(東)平成 5 年 9 月 29 日 (西)平成 5 年 9 月 18 日	東 京・東京厚生年金会館 神戸市・神戸国際会議場	入院栄養食事指導料の獲得 -生き残る鍵は病棟進出と 臨床栄養指導-
第10回	(東)平成 6 年 10 月 14 日 (西)平成 6 年 10 月 7 日	東 京・全社連会館 岡山市・オルガホール	社会保険診療報酬改正に ついて
第11回	(東)平成 7 年 9 月 29 日 (西)平成 7 年 9 月 22 日	新潟市・メルパルク新潟 福岡市・三和化学研究所福岡メディカルホール	栄養食事指導の充実を 目指して
第12回	(東)平成 8 年 9 月 14 日 (西)平成 8 年 9 月 7 日	福島市・福島県青少年会館 大阪市・あべのメディックス	栄養指導記録の書き方
第13回	(東)平成 9 年 9 月 20 日 (西)平成 9 年 9 月 27 日	浦和市・埼玉県県民健康センター 広島市・広島県立生涯学習センター	病院栄養管理の実際
第14回	(東)平成 10 年 9 月 19 日 (西)平成 10 年 9 月 12 日	横浜市・神奈川県立かながわ労働プラザ 神戸市・兵庫県民会館	病院フードサービス マネージメント
第15回	(東)平成 11 年 9 月 18 日 (西)平成 11 年 9 月 25 日	仙台市・仙台市福祉プラザ 高知市・高知電気ビル	効果的な栄養指導の実際

◎臨床栄養学術セミナー年表

回 次	開催期間	開催場所	テーマ
第1回	(東)昭和62年1月31日・2月1日 (西)昭和62年6月20日・21日	東 京・日本栄養会館 京都市・京都大学楽友会館	心臓病のすべて
第2回	(東)昭和62年11月14日・15日 (西)昭和63年4月30日・5月1日	東 京・池袋センターシティホテル 大阪市・富士通関西システムラボラトリー	栄養アセスメントについて
第3回	昭和63年11月26日・27日	東 京・東京医科歯科大学	栄養指導のすべてがわかるセミナー
第4回	平成元年11月18日・19日	東 京・日本ユニシス株式会社 東京ベイ開発センター	新しい学術的話題に対するセミナー ー栄養所要量と栄養管理ー
第5回	平成2年11月17日・18日	神戸市・神戸製鋼所 健康保険組合中央体育館	腎疾患のすべて
第6回	平成3年11月23日・24日	静岡市・静岡県立中央図書館	肝臓のすべて
第7回	平成4年11月14日・15日	東 京・東京女子医科大学 第一臨床講堂	肥満のすべて
第8回	平成5年11月13日・14日	東 京・東京女子医科大学 第一臨床講堂	いま、なぜアレルギーか
第9回	平成6年12月3日・4日	宇都宮市・栃木県 総合文化センター栃木会館	糖尿病のすべて
第10回	平成7年11月11日・12日	東 京・国立国際医療センター内 国際医療局5階大会議室	骨粗鬆症のすべて
第11回	平成8年11月16日・17日	名古屋市・愛知県産業貿易館 西館大会議場	高脂血症のすべて
第12回	平成9年11月29日・30日	浜松市・アクシティ浜松41会議室	消化器のすべてー胃・腸ー
第13回	平成10年11月14日・15日	三島市・東レ総合研修センター	腎臓のすべて
第14回	平成11年12月4日・5日	豊中市・千里ライフサイエンスセンター	栄養指導に役に立つ臨床 検査データの見方
第15回	平成13年12月8日・9日	東 京・国立国際医療センター 国際医療局5階大会議室	がん治療の最前線 ーがん患者の栄養障害、その管理ー
第16回	平成14年11月30日・12月1日	広島市・中国電力(株)本社大講堂	高齢者の栄養管理
第17回	平成15年10月18日・19日	金沢市・北國新聞会館	糖尿病の治療 ー食事療法と薬物療法ー
第18回	平成16年10月9日・10日	東 京・女子栄養大学駒込校舎	小児栄養
第19回	平成17年7月23日	大阪市・大阪リバーサイドホテル	周産期の栄養
第20回	平成18年11月18日	東 京・共立女子大学	肥満の新しい臨床
第21回	平成19年10月6日・7日	福岡市・福岡県看護教育研修センター	栄養生化学と臨床
第22回	平成20年11月16日	大阪市・大手前栄養学院専門学校	CKD(慢性腎臓病)診療ガイド
第23回	平成21年10月3日	仙台市・フォレスト仙台	低栄養の栄養管理 ～COPDと褥瘡について～
第24回	平成22年7月3日・4日	港区・東京慈恵会医科大学	糖尿病治療～最新的话题～
第25回	平成23年7月9日・10日	文京区・東京医科歯科大学	周術期の栄養管理～消化器がんを中心に～

回 次	開催期間	開催場所	テーマ
第 26 回	平成 24 年 12 月 8 日	文京区・東京医科歯科大学	摂食・嚥下障害、在宅訪問栄養食事指導
第 27 回	平成 25 年 6 月 15 日	文京区・東京医科歯科大学	糖尿病食事療法について
第 28 回	平成 26 年 11 月 15 日	文京区・東京医科歯科大学	CKD(慢性腎臓病)を学ぶ

◎病院栄養士マネジメントセミナー年表

回 次	開催期間	開催場所	テーマ
第 1 回	平成 15 年 6 月 21 日・22 日	札幌市・アパホテル札幌	病院栄養士マネジメントの意識改革
第 2 回	平成 16 年 7 月 3 日・4 日	広島市・広島県立生涯学習センター	業務運営の活性化とコスト・機能評価
第 3 回	平成 17 年 11 月 26 日・27 日	東京・東京グリーンホテル水道橋	栄養ケア・マネジメント
第 4 回	〈北海道・東北〉 平成 18 年 6 月 3 日	仙台市・艮陵会館	病院における栄養管理実施加算
	〈関東甲信越〉 平成 18 年 7 月 29 日	前橋市・群馬県民会館	〃
	〈京浜〉 平成 18 年 5 月 18 日	品川区・きゅりあん	〃
	〈東海・北陸〉 平成 18 年 6 月 11 日	名古屋市・ 東邦ガス今池ガスビルホール	〃
	〈近畿〉 平成 18 年 6 月 25 日	大阪市・大阪リバーサイドホテル	〃
	〈中国・四国〉 平成 18 年 5 月 21 日	岡山市・オルガホール	〃
	〈九州〉 平成 18 年 6 月 24 日	那覇市・沖縄県総合福祉センター	〃
第 5 回	〈大阪会場〉 平成 19 年 7 月 14 日	大阪市・大阪リバーサイドホテル	栄養管理実施加算の実際
	〈東京会場〉 平成 19 年 7 月 21 日	江東区・TFTビル	〃
第 6 回	平成 21 年 1 月 18 日	豊島区・女子栄養大学駒込校舎	栄養士に求められる管理能力
第 7 回	平成 21 年 7 月 11 日	京都市・京都テルサ	入院患者に対する栄養管理の 更なる充実を目指して

◎スキルアップセミナー年表

回 次	開催期間	開催場所	テーマ
平成 23 年度	平成 23 年 11 月 12 日	文京区・東京医科歯科大学	脂質異常症
平成 24 年度	平成 24 年 10 月 13 日・14 日	文京区・東京医科歯科大学	平成 24 年度診療報酬改定への対応
平成 25 年度	平成 25 年 11 月 16 日・17 日	千代田区・自治労会館	糖尿病を中心とした栄養指導
平成 26 年度	平成 26 年 11 月 15 日・16 日	文京区・東京医科歯科大学	感染管理、医療安全、災害対策

政策課題への取り組み

◎平成 17 年度

1	管理栄養士の栄養管理に関する技術の評価に関すること ① 生活習慣病・栄養障害の重症化予防に関する研究の実施と文献収集 ② 栄養食事指導技術料に関する調査と解析 ③ 入院患者に対する栄養管理に関する調査と解析 ④ 新しい業務の開拓に関する調査と解析
2	入院時食事療養費に関すること ① 病院食管理に対する技術の調査と解析

◎平成 18 年度

1	医療制度改革への対応に関すること ① 栄養部門の実態に関する調査と解析 ② 医療保険制度の改正に対応した研修会の実施
2	管理栄養士の栄養食事指導の有用性に関すること ① 疾病別の栄養食事指導内容の標準化を目指した調査と記録フォーマットの作成

◎平成 19 年度

1	医療制度改革への対応に関すること ① 新設栄養管理実施加算（診療報酬点数）に関する調査
2	管理栄養士の栄養食事指導の有用性に関すること ① 栄養食事指導を効果的に行うための研究 （疾患別栄養食事指導内容の標準化と記録フォーマットの作成）

◎平成 20 年度

1	医療制度改革への対応に関すること ① 栄養部門の実態に関する調査と解析 ② 平成 22 年度社会保険診療報酬点数要望に関する調査
---	--

◎平成 21 年度

1	医療制度改革への対応に関すること ① 平成 22 年度社会保険診療報酬点数要望に関する調査（継続）
2	管理栄養士の栄養食事指導の有用性に関すること ① 標準化された栄養食事指導の有用性に関する調査研究

◎平成 22 年度

1	医療制度改革への対応に関すること ① 栄養部門の実態に関する調査と解析
2	管理栄養士の栄養食事指導の有用性に関すること ① 栄養食事指導が効果的であることを証明する研究(継続) (『栄養食事指導マニュアル～平成 19 年度政策経費事業』を使用した研究)

◎平成 23 年度

1	管理栄養士の栄養食事指導の有用性に関すること ① チーム医療推進における管理栄養士の関わりの重要性及び病棟への管理栄養士の適正配置に関する調査研究」
---	---

◎平成 24 年度

1	医療制度改革への対応に関すること ① 栄養部門実態調査 管理栄養士の栄養食事指導の有用性に関すること ① チーム医療推進における管理栄養士の関わりの重要性及び病棟への管理栄養士の適正配置に関する調査研究
---	--

◎平成 25 年度

1	医療制度改革への対応に関すること ① 嚥下対応食(嚥下調整食)に関するアンケート調査 ② 医療 慢性閉塞性肺疾患(COPD)に関する論文検索
---	--

◎平成 26 年度

1	医療制度改革への対応に関すること ① 栄養部門実態調査
---	--------------------------------

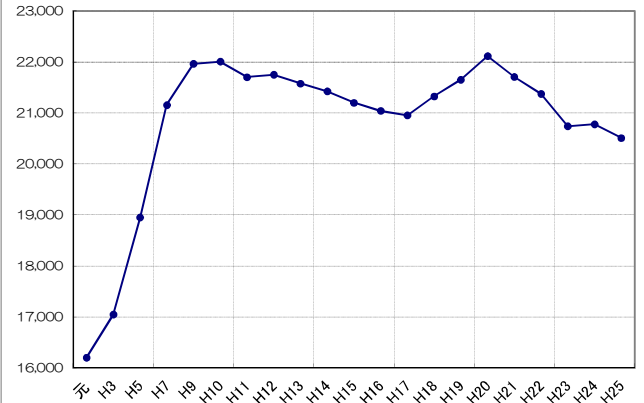
医療事業部会員数の推移

	昭和 60年度	昭和 61年度	昭和 62年度	昭和 63年度	平成 元年度	平成 2年度	平成 3年度	平成 4年度	平成 5年度	平成 6年度	平成 7年度	平成 8年度	平成 9年度	平成 10年度	平成 11年度	平成 12年度	平成 13年度	平成 14年度	平成 15年度	平成 16年度
北海道	848	916	995	1,016	1,033	1,044	1,094	1,144	1,171	1,246	1,272	1,320	1,312	1,271	1,253	1,258	1,263	1,274	1,215	1,212
青森	180	179	186	188	180	186	193	185	188	201	196	190	202	187	187	191	200	190	204	203
岩手	184	190	188	196	218	239	230	227	241	241	259	252	249	250	254	261	273	270	258	259
宮城	226	237	257	257	260	248	258	241	257	259	288	295	304	308	304	326	329	333	330	329
秋田	177	185	186	199	201	196	206	196	203	208	219	220	222	225	225	234	235	232	220	226
山形	117	130	131	145	141	144	142	144	154	164	172	176	185	179	194	200	207	208	199	210
福島	298	289	287	298	309	317	312	323	362	351	374	372	366	347	348	355	363	353	347	337
茨城	213	239	264	280	305	332	347	359	377	382	397	410	413	433	419	433	431	422	424	421
栃木	105	123	127	151	140	146	163	194	217	229	291	354	360	333	335	331	328	320	315	303
群馬	247	255	303	336	342	347	353	359	409	455	430	424	424	389	386	368	357	334	342	347
埼玉	278	298	330	366	385	411	440	472	517	591	623	658	671	662	607	608	592	602	598	602
千葉	338	354	362	403	441	423	426	439	505	533	590	609	626	610	576	564	549	549	553	530
東京	790	826	873	960	1,036	1,092	1,147	1,215	1,341	1,458	1,542	1,643	1,669	1,674	1,720	1,743	1,734	1,727	1,698	1,693
神奈川	542	570	617	653	691	706	721	750	816	857	902	896	929	968	932	942	942	905	909	904
新潟	265	263	288	304	316	334	345	358	369	375	394	395	402	405	394	403	377	370	368	368
富山	147	156	162	174	201	203	206	209	236	242	251	249	251	262	268	268	266	265	253	268
石川	190	233	243	256	255	263	250	268	272	305	316	316	315	313	317	326	312	314	292	295
福井	152	155	166	176	188	206	210	218	221	231	246	264	269	264	260	265	270	250	256	264
山梨	99	102	112	117	122	128	138	139	153	162	158	160	154	167	170	162	165	163	166	168
長野	325	341	351	354	337	345	350	372	381	392	420	430	430	435	450	430	436	412	426	433
岐阜	171	203	206	239	236	235	242	245	236	252	296	305	302	311	291	284	290	310	308	313
静岡	305	328	351	349	355	369	406	451	484	501	523	546	568	577	577	609	608	591	551	540
愛知	522	577	610	632	645	657	665	716	759	809	841	822	788	792	753	743	706	711	712	694
三重	202	211	212	238	241	239	241	243	251	253	266	274	272	276	254	254	241	243	232	234
滋賀	91	102	106	114	118	112	111	124	142	139	141	156	157	161	152	150	148	149	155	159
京都	252	283	308	321	331	351	363	409	396	425	443	414	415	399	385	358	348	350	347	342
大阪	701	719	762	864	899	933	991	1,081	1,127	1,195	1,237	1,237	1,285	1,291	1,263	1,241	1,238	1,252	1,227	1,220
兵庫	505	537	573	591	644	610	587	636	652	688	712	721	720	695	718	715	670	646	639	638
奈良	109	119	129	132	144	147	140	154	155	170	177	190	187	182	188	184	182	183	180	179
和歌山	153	157	153	154	166	172	182	192	186	205	213	216	205	213	206	205	195	189	185	192
鳥取	96	105	108	114	121	119	116	126	135	141	156	148	142	135	131	138	125	126	123	123
島根	102	110	112	114	125	134	128	132	142	149	163	169	175	180	191	194	190	182	195	189
岡山	418	453	483	501	514	532	535	585	617	629	660	665	698	698	725	740	684	655	658	643
広島	236	246	265	275	326	357	400	435	484	497	532	572	582	588	596	588	608	614	612	608
山口	252	261	275	266	298	308	318	326	331	345	364	376	385	388	394	391	373	375	370	380
徳島	105	121	122	126	135	143	136	160	163	170	179	198	191	194	181	195	199	201	188	189
香川	193	198	209	218	219	214	212	216	223	230	251	257	259	246	260	268	273	285	277	275
愛媛	198	207	235	256	271	311	300	321	320	343	400	411	414	415	401	399	409	407	415	409
高知	177	226	239	236	246	267	255	259	285	285	298	289	284	287	286	285	297	287	284	279
福岡	674	740	832	895	930	986	968	987	1,034	1,136	1,187	1,193	1,245	1,221	1,217	1,246	1,295	1,323	1,364	1,337
佐賀	214	225	237	223	244	276	278	289	297	305	318	338	337	321	319	316	311	309	282	272
長崎	234	248	270	295	303	314	329	346	349	371	388	427	422	454	453	461	453	462	445	417
熊本	382	467	490	503	494	524	489	496	526	557	627	624	577	621	588	581	591	567	605	590
大分	205	218	224	231	225	227	244	261	275	298	339	361	354	365	357	366	363	367	346	355
宮崎	213	213	205	222	238	250	245	268	292	281	290	298	294	317	344	353	355	346	332	325
鹿児島	473	476	491	520	545	532	532	556	577	616	667	735	784	822	701	637	600	583	561	553
沖縄	57	61	76	93	90	126	106	127	122	140	151	160	170	179	175	183	199	220	237	214
合計	12,961	13,852	14,711	15,551	16,204	16,755	17,050	17,953	18,950	20,012	21,159	21,735	21,965	22,010	21,705	21,752	21,580	21,426	21,203	21,041
対前年度増減	—	891	859	840	653	551	295	903	997	1,062	1,147	576	230	45	△ 305	47	△ 172	△ 154	△ 223	△ 162
対前年度増減比	5.9	6.9	6.2	5.7	4.2	3.4	1.8	5.3	5.6	5.6	5.7	2.7	1.1	0.2	-1.4	0.2	-0.8	-0.7	-1.1	-0.8
日栄計	29,311	32,369	34,641	36,541	38,003	39,843	41,402	43,565	46,332	48,681	50,981	52,743	53,956	54,581	54,537	55,595	56,024	56,211	56,994	56,922

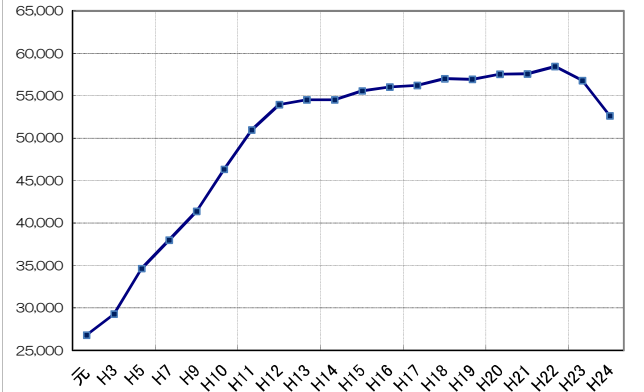
医療事業部会員数の推移

	平成 17年度	平成 18年度	平成 19年度	平成 20年度	平成 21年度	平成 22年度	平成 23年度	平成 24年度	平成 25年度	対24年度 比較増減
北海道	1,279	1,275	1,295	1,274	1,276	1,259	1,230	1,197	1,140	△ 57
青森	210	213	219	223	231	221	218	217	209	△ 8
岩手	249	255	254	240	236	232	229	239	240	1
宮城	331	346	365	390	373	369	332	358	353	△ 5
秋田	219	225	217	230	223	235	227	220	217	△ 3
山形	203	182	199	211	223	213	214	224	211	△ 13
福島	340	341	334	347	336	318	273	277	284	7
茨城	416	433	455	444	428	419	391	393	408	15
栃木	319	325	313	311	303	285	271	270	274	4
群馬	337	351	352	361	358	366	364	371	376	5
埼玉	601	593	623	622	598	564	549	552	556	4
千葉	514	501	505	532	521	521	523	502	505	3
東京	1,675	1,700	1,724	1,812	1,730	1,656	1,601	1,626	1,601	△ 25
神奈川	859	851	928	974	927	907	852	834	842	8
新潟	353	368	380	386	383	382	361	358	358	0
富山	271	278	280	267	284	277	275	285	283	△ 2
石川	259	277	274	291	275	286	291	291	274	△ 17
福井	261	270	268	271	251	255	252	273	282	9
山梨	166	160	161	157	174	174	174	175	154	△ 21
長野	429	431	459	466	467	456	455	452	442	△ 10
岐阜	300	286	296	316	310	320	310	320	312	△ 8
静岡	529	552	566	591	579	561	526	516	511	△ 5
愛知	677	729	740	783	795	823	811	824	848	24
三重	237	223	228	232	242	246	236	231	219	△ 12
滋賀	154	158	162	158	178	175	183	181	191	10
京都	370	393	400	393	383	363	356	367	363	△ 4
大阪	1,279	1,316	1,305	1,380	1,319	1,297	1,233	1,253	1,249	△ 4
兵庫	630	629	663	712	653	640	619	611	589	△ 22
奈良	189	194	197	195	190	182	185	182	176	△ 6
和歌山	174	177	185	176	177	180	162	165	152	△ 13
鳥取	122	117	118	119	116	114	105	102	97	△ 5
島根	188	194	197	198	197	194	184	186	198	12
岡山	665	656	671	687	679	691	673	647	654	7
広島	613	616	609	597	596	587	565	564	570	6
山口	375	383	394	409	408	401	383	385	369	△ 16
徳島	199	195	208	216	201	199	205	200	191	△ 9
香川	251	238	246	249	253	260	268	271	277	6
愛媛	421	433	443	434	437	446	410	415	400	△ 15
高知	290	311	315	311	294	282	272	284	266	△ 18
福岡	1,281	1,309	1,294	1,297	1,288	1,275	1,241	1,255	1,312	57
佐賀	269	281	285	295	307	302	287	292	180	△ 112
長崎	423	433	439	449	447	447	446	453	456	3
熊本	592	617	603	573	603	594	579	581	610	29
大分	334	347	331	331	326	304	324	323	313	△ 10
宮崎	334	368	348	371	384	353	348	332	260	△ 72
鹿児島	549	588	577	590	565	532	535	529	538	9
沖縄	217	211	229	246	227	216	214	199	202	3
合計	20,953	21,329	21,654	22,117	21,753	21,378	20,742	20,782	20,512	△ 270
対前年度増減	△ 88	376	325	463	△ 364	△ 375	△ 636	40	△ 270	
対前年度増減比	-0.4	1.8	1.5	2.1	-1.7	-1.8	-3.1	0.2	-1.3	
日栄計	57,557	57,572	57,685	58,452	56,941	55,359	53,288	52,634	51,420	

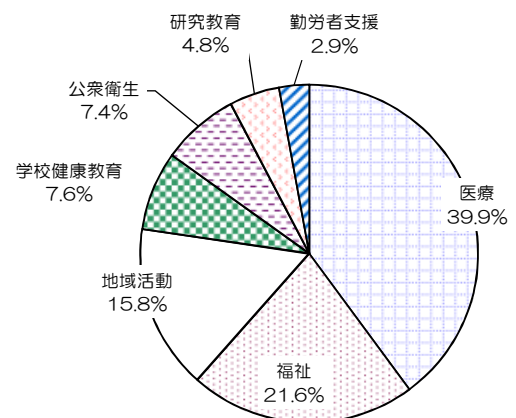
全国病院栄養士協議会会員数の推移



日本栄養士会会員数の推移



会員数の割合（平成25年度会員数）



編集後記

医療事業部のしおりをお届けします。各疾患のガイドラインの概要を平成 25 年 3 月に初版作成し、会員の皆様さんから高い評価をいただきました。今回は差し替え部分となりますので、是非、ご活用ください。この冊子の内容は（公社）日本栄養士会のホームページにもアップいたします。職域事業部のページからダウンロードも可能になりますので、今後入会される皆様にもご活用していただければ幸いです。

パスワード：sioril1111

編集委員（医療事業部 事業ワーキング）：西村一弘、原純也、渡辺啓子、中川幸恵、石井宏明、岡本康子、吉田祥子、柴崎政孝、石澤幸江、関根優子、徳永佐枝子、田川麗子、引野義之、上嶋稔子、藤井文子

編集責任者：医療事業部企画運営委員長 石川祐一