

平成30年度診療報酬改定(速報) 改定のポイント、背景、現場への影響は？

平成30年度診療報酬改定に向けた 医療事業部の要望

(公社)日本栄養士会医療事業部(以下、医療事業部)においては平成28年12月から平成30年度診療報酬改定要望について項目の整理を進めてきました。戦略的に、医療事業部将来ビジョン(概念図：図1)の達成を目指した要望とすべく、以下の4項目を6月20日に(公社)日本栄養士会会長名で厚生労働省へ提出しました。要望の抜粋は以下の通りです。

- ・回復期リハビリテーション病棟及び急性期病棟などで管理栄養士が常駐して行う業務に関する評価をお願いしたい。
- ・入院時食事療養費について社会背景、経済状況等の変化を適切に反映した評価をお願いしたい。
- ・がん病態栄養専門管理栄養士の適切な活用及び配置をお願いしたい。
- ・管理栄養士による退院時における食事支援に関する評価をお願いしたい。

中医協での議論

診療報酬改定においては中央社会保険医療協議会

(以下、中医協)において議論が進められたが、今回の改定では4つの視点に基づき議論が進められています。

- ①地域包括ケアシステムの構築と医療機能の分化・強化・連携の推進(重点課題)
- ②新しいニーズにも対応できる安心安全で質の高い医療の実現・充実
- ③医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進
- ④効率化・適正化を通じた制度の安全性・持続可能性の向上

栄養関連では10月4日に、「がん」に関する議論があり、緩和ケアチームへの管理栄養士の参画が課題として挙げられました。また、10月25日には、「リハビリテーション」に対する議論があり、回復期リハビリテーション病棟における栄養管理の重要性が示され、「中略：リハビリテーションの提供、栄養管理等の取組状況も踏まえつつ、実績指数に基づく評価の在り方について、どのように考えるか」が、論点(案)とされています。

さらに11月10日には、診療報酬改定結果検証部会からの報告として「入院時の食事療養に係る給付に関する調査結果(速報)概要」が報告されました。

この報告は、前回改定時の答申付帯意見として「経腸栄養用製品を含めた食事療養に係る給付について

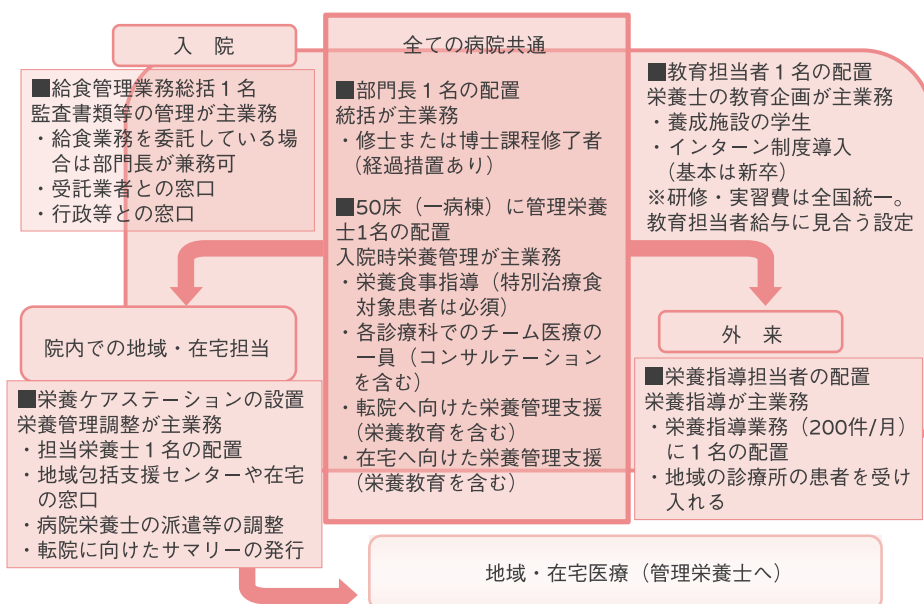


図1 医療事業部将来ビジョン(概念図)

調査を行い、その在り方について検討すること」に対応すべく全国800医療施設に対し厚生労働省が行った調査結果報告です。

この報告では給食部門の収支として、全面委託をしている医療施設では1日当たり661円の赤字であることが示され、さらに医療事業部が提供した実態調査の資料も引用され委託給食を行っている現場の厳しい現状も併せて示されました。この結果から少なくとも平成30年度改定において、これまで以上の入院時食事療養費の引き下げは困難であることが示され、今回の提供資料が引き下げ阻止に寄与できたのではないかと考えます。

12月6日には、地域包括ケアシステムの充実が求められる中、入院中の栄養管理が転院先医療機関や介護施設に情報提供されている施設は約3割でしかない現状が示された一方で、「栄養情報をつなぐ」ことが重要であることも議論となりました。

この時の資料として、(福)恩賜財団群馬県済生会前橋病院の宮崎純一氏が論文としてまとめ、「日本栄養士会雑誌」第60巻6月号に掲載された栄養情報提供書の例が活用されました。

これらのことから退院時支援が必要な患者に対し、管理栄養士が退院時共同指導にかかわることの必要性が示されました。また、それ以外にも働き方改革に対応すべく栄養サポートチームの専従要件の緩和なども議論されてきました。

改定に向けた医療事業部の対応

中医協の議論が進む中、医療事業部では、「栄養情報提供書の書き方」に対する研修を実施し、全国で3,000人以上の会員に参加をいただき、その必要性や記載のポイントについて周知を図りました。また、「栄養情報提供書」の様式については関連団体・学会等(全国国立大学病院栄養部門会議、(一社)日本健康・栄養システム学会、(一社)日本摂食嚥下リハビリテーション学会、(一社)日本静脈経腸栄養学会、(一社)日本病態栄養学会、(一社)日本在宅栄養管理学会、(公社)日本栄養士会福祉事業部等)に声かけをし、内容に対する議論を重ね、全ての団体総意のもとモデル様式を作成し、厚生労働省に対し活用を依頼しました。

このような経緯を経て答申がされたわけですが、今回の中医協の議論では医療事業部が要望した全ての項目が土俵に乗ったことはこれまでに例のない快挙であった

と考えます。

一方で、今回の改定は平成28年度改定のように、全ての医療施設の管理栄養士・栄養士が満足できる内容ではありませんでした。しかし、平成32(2020)年度改定に向けての「切り口」ができたという点では大きな成果であったと考えます。したがって、該当施設の管理栄養士・栄養士には取り組みの実成果を示すことが求められます。各施設での取組事例を論文としてまとめ、病院栄養士の業務の成果を「見える化」することが次期改定の大きな力になります。

最後に、今回の中医協の議論では医療事業部提供の資料(実態調査の結果や関連資料)が多数活用されています。これは会員の協力なくしては実現できなかったことであり、これまでの協力に感謝いたします。そして今後も自分たちの要望は自分たちが解決していくことを肝に銘じ、次期改定に向けた取り組みを進めていきます。

((公社)日本栄養士会医療事業部担当理事

石川祐一)

平成30年度診療報酬改定概要 (栄養関連抜粋)

中央社会保険医療協議会は、平成30年度診療報酬改定について、平成30年2月7日に厚生労働大臣に答申しました。栄養関連の主な変更事項は次のとおりです。※中央社会保険医療協議会総会(第389回)資料より抜粋。

【I-1 地域包括ケアシステム構築のための取組の強化-①】

①入退院支援の推進

骨子<I-1(1)>

第1 基本的な考え方

住み慣れた地域で継続して生活できるよう、患者の状態に応じた支援体制や地域との連携、外来部門と入院部門(病棟)との連携等を推進する観点から評価を充実する。

第2 具体的な内容

1. 現行の退院支援加算は、入院早期から退院後までの切れ目のない支援を評価していることから、加算の名称を「入退院支援加算」に見直す。
2. 入院を予定している患者が入院生活や入院後にどのような治療過程を経るのかをイメージでき、安心して入院医療を受けられるような、より優しく丁寧な医療を推進する観点から、外来において、入院中に行われる治療の説明、入院生活に関するオリエンテーション、持参薬の確認、褥瘡・栄養スクリーニング等を実施し、支援を行った場合の評価を新設する。

(新) 入院時支援加算 200点(退院時1回)

【算定対象】

- (1) 自宅等(他の保険医療機関から転院する患者以外)から入院する予定入院患者であること。

(2)入退院支援加算を算定する患者であること。

〔施設基準〕

(1)入退院支援加算の届出を行っている保険医療機関であること。

(2)入退院支援加算1、2又は3の施設基準で求める人員に加え、入院前支援を行う担当者を病床規模に応じた必要数、入退院支援部門に配置すること。

(3)地域連携を行うにつき十分な体制が整備されていること。

〔留意事項〕

入院の予定が決まった患者に対し、入院中の治療や入院生活に係る計画に備え、入院前に以下の内容を含む支援を行い、入院中の看護や栄養管理等に係る療養支援の計画を立て、患者及び関係者と共有すること。

- ①身体的・社会的・精神的背景を含めた患者情報の把握
- ②褥瘡に関する危険因子の評価
- ③栄養状態の評価
- ④持参薬の確認
- ⑤入院中に行われる治療・検査の説明
- ⑥入院生活の説明
- ⑦退院困難な要因の有無の評価

【I-1 地域包括ケアシステム構築のための取組の強化-⑥】

⑥関係機関の連携強化に向けた退院時共同指導料の見直し

骨子<I-1(6)>

第1 基本的な考え方

入院中の患者が退院後に安心して療養生活を送ることができるよう、関係機関間の連携を推進するため、退院時共同指導料について、医師及び看護職員以外の医療従事者が共同指導する場合も評価対象となるように見直す。また、入退院支援加算を算定する患者に係る退院後の診療等の療養に必要な情報の提供に対する評価について、算定対象を見直す。

第2 具体的な内容

1. 退院時共同指導において、医師及び看護職員以外の医療従事者が共同指導する場合も評価対象となるように見直す。

現 行	改定案
【退院時共同指導料1】 〔算定要件〕 注1 保険医療機関に入院中の患者について、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医又は当該保険医の指示を受けた看護師等が、当該患者が入院している保険医療機関に赴いて、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、入院中の保険医療機関の保険医又は看護師等と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該入院中1回に限り、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関において算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、当該入院中2回に限り算定できる。	【退院時共同指導料1】 〔算定要件〕 注1 保険医療機関に入院中の患者について、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医又は当該保険医の指示を受けた看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士等若しくは社会福祉士が、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、入院中の保険医療機関の保険医、看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士等又は社会福祉士と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該入院中1回に限り、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関において算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、当該入院中2回に限り算定できる。

現 行	改定案
【退院時共同指導料2】 〔算定要件〕 注1 入院中の保険医療機関の保険医又は看護師等が、入院中の患者に対して、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医若しくは当該保険医の指示を受けた看護師等又は当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医の指示を受けた訪問看護ステーションの看護師等(准看護師を除く。)と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該患者が入院している保険医療機関において、当該入院中1回に限り算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、当該入院中2回に限り算定できる。	【退院時共同指導料2】 〔算定要件〕 注1 入院中の保険医療機関の保険医、看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士等又は社会福祉士が、入院中の患者に対して、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医若しくは当該保険医の指示を受けた看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士等若しくは社会福祉士又は当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医の指示を受けた訪問看護ステーションの看護師等(准看護師を除く。)と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該患者が入院している保険医療機関において、当該入院中1回に限り算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、当該入院中2回に限り算定できる。

3. 退院時共同指導料2のうち、入退院支援加算を算定する患者に係る退院後の診療等の療養に必要な情報の提供に対する評価について、自宅以外の場所に退院する患者も算定可能とする。

現 行	改定案
【退院時共同指導料2】 〔算定要件〕 注4 注1の規定にかかわらず、区分番号A246に掲げる退院支援加算を算定する患者にあっては、当該保険医療機関において、疾患名、当該保険医療機関の退院基準、退院後に必要とされる診療等在宅での療養に必要な事項を記載した退院支援計画を策定し、当該患者に説明し、文書により提供するとともに、これを当該患者の退院後の治療等を担う別の保険医療機関と共有した場合に限り算定する。	【退院時共同指導料2】 〔算定要件〕 注4 注1の規定にかかわらず、区分番号A246に掲げる入退院支援加算を算定する患者にあっては、当該保険医療機関において、疾患名、当該保険医療機関の退院基準、退院後に必要とされる診療等の療養に必要な事項を記載した退院支援計画を策定し、当該患者に説明し、文書により提供するとともに、これを当該患者の退院後の治療等を担う別の保険医療機関と共有した場合に限り算定する。

【I-3 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価-⑫】

⑫回復期リハビリテーション病棟入院料の評価体系の見直し

骨子<I-3(12)>

第1 基本的な考え方

回復期リハビリテーション病棟において実施されているアウトカム評価の推進を図る観点から、回復期リハビリテーション病棟入院料の評価体系を見直すとともに、回復期リハビリテーション病棟における栄養管理の充実を図る観点から、一部の入院料について要件の設定を行う。

第2 具体的な内容

1. 回復期リハビリテーション病棟入院料の評価体系にリハビリテーションの実績指数を組み込む。これに伴い、リハビリテーション充実加算を廃止する。

※実績指数とは、回復期リハビリテーション病棟における1日あたりのFIM得点の改善度を、患者の入棟時の状態を踏まえて指数化したもの。

回復期リハビリテーション病棟入院料

(新) 1	回復期リハビリテーション病棟入院料1	2,085点
	(生活療養を受ける場合にあっては)	2,071点
(新) 2	回復期リハビリテーション病棟入院料2	2,025点
	(生活療養を受ける場合にあっては)	2,011点
(新) 3	回復期リハビリテーション病棟入院料3	1,861点
	(生活療養を受ける場合にあっては)	1,846点
(新) 4	回復期リハビリテーション病棟入院料4	1,806点
	(生活療養を受ける場合にあっては)	1,791点
(新) 5	回復期リハビリテーション病棟入院料5	1,702点
	(生活療養を受ける場合にあっては)	1,687点
(新) 6	回復期リハビリテーション病棟入院料6	1,647点
	(生活療養を受ける場合にあっては)	1,632点

〔施設基準〕

(1) 通則

- イ 回復期リハビリテーションの必要性の高い患者を8割以上入院させ、一般病棟又は療養病棟の病棟単位で行うものであること。
- ロ 回復期リハビリテーションを要する状態の患者に対し、一日当たり2単位以上のリハビリテーションが行われていること。
- ハ 当該病棟に専任の常勤医師が1名以上配置されていること。
- ニ 当該病棟において、1日に看護を行う看護職員の数、常時、当該病棟の入院患者の数が15又はその端数を増すごとに1以上であること。(回復期リハビリテーション病棟入院料1及び2にあっては13又はその端数を増すごとに1以上であること。)
- ホ 看護職員の最小必要数の4割以上が看護師であること。(回復期リハビリテーション病棟入院料1及び2にあっては7割以上が看護師であること。)
- ヘ 当該病棟において、一日に看護補助を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が30又はその端数を増すごとに1以上であること。
- ト 当該病棟に専任の常勤理学療法士が2名以上、常勤作業療法士が1名以上配置されていること。(回復期リハビリテーション病棟入院料1及び2にあっては専任の常勤理学療法士が3名以上、常勤作業療法士が2名以上、常勤言語聴覚士が1名以上配置されていること。)
- チ データ提出加算の届出を行っていること。(回復期リハビリテーション病棟入院料5及び6にあっては許可病床数200床以上の保険医療機関に限る。)

(2) 回復期リハビリテーション病棟入院料1の施設基準

- イ 当該病棟に専任の常勤社会福祉士等が1名以上配置されていること。
- ロ 休日を含め、週7日間リハビリテーションを提供できる体制を有していること。
- ハ 当該病棟において、新規入院患者のうち3割以上が重症の患者であること。
- ニ 重症の患者の3割以上が退院時に日常生活機能が改善していること。
- ホ 当該病棟において、退院患者のうち他の保険医療機関へ転院した者等を除く者の割合が7割以上であること。
- ヘ リハビリテーション実績指数が37以上であること。

(3) 回復期リハビリテーション病棟入院料2の施設基準

- (2)のイ、ロ、ハ、ニ及びホを満たすもの

(4) 回復期リハビリテーション病棟入院料3の施設基準

- イ 当該病棟において、新規入院患者のうち2割以上が重症の患者であること。

- ロ 重症の患者の3割以上が退院時に日常生活機能が改善していること。

- ハ 当該病棟において、退院患者のうち他の保険医療機関へ転院した者等を除く者の割合が7割以上であること。

- ニ リハビリテーション実績指数が30以上であること。

(5) 回復期リハビリテーション病棟入院料4の施設基準

- (4)のイ、ロ及びハを満たすもの

(6) 回復期リハビリテーション病棟入院料5の施設基準

- リハビリテーション実績指数が30以上であること。

(7) 回復期リハビリテーション病棟入院料6の施設基準

- (1)を満たすもの

- 3. 回復期リハビリテーション病棟において、患者の栄養状態を踏まえたリハビリテーションやリハビリテーションに応じた栄養管理の推進を図る観点から、一部の入院料について、以下の対応を行う。

- (1) 回復期リハビリテーション病棟入院料1について、管理栄養士が、リハビリテーション実施計画等の作成に参画することや、管理栄養士を含む医師、看護師その他医療従事者が計画に基づく栄養状態の定期的な評価や計画の見直しを行うこと等を要件とする。
- (2) 回復期リハビリテーション病棟入院料1について、当該病棟に専任の常勤管理栄養士が1名以上配置されていることが望ましいこととする。

〔算定要件〕

- (1) リハビリテーション実施計画又はリハビリテーション総合実施計画の作成に当たっては、管理栄養士も参画し、患者の栄養状態を十分に踏まえた計画を作成すること。なおその際、リハビリテーション実施計画書又はリハビリテーション総合実施計画書における栄養関連項目(※)については、必ず記載すること。

- (※) リハビリテーション実施計画書及びリハビリテーション総合実施計画書に、栄養状態等の記入欄を追加。

- (2) 管理栄養士を含む医師、看護師その他医療従事者が、入棟時の患者の栄養状態の確認、当該患者の栄養状態の定期的な評価及び計画の見直しを、共同して行うこと。

- (3) 栄養障害の状態にある患者、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その他の重点的な栄養管理が必要な患者については、栄養状態に関する再評価を週1回以上行うこと。

- (3) 回復期リハビリテーション病棟入院料1について、リハビリテーションの実施に併せ、重点的な栄養管理が必要な患者に対する管理栄養士による個別の栄養管理を推進する観点から、入院栄養食事指導料を包括範囲から除外する。

【I-5 質の高い在宅医療・訪問看護の確保-②】

② 訪問指導料における居住場所に応じた評価

骨子<I-5 (21)>

第1 基本的な考え方

在宅時医学総合管理料等で単一建物診療患者の人数に応じた評価が行われていることや、介護報酬の居宅療養管理指導費についても同様の評価となることを踏まえ、薬剤師及び管理栄養士の訪問指導料について、居住場所に応じたきめ細かな評価を実施する。

第2 具体的な内容

在宅患者訪問薬剤管理指導料及び在宅患者訪問栄養食事指導料について、単一建物診療患者の人数に応じた評価に見直す。

現 行	改定案
【在宅患者訪問栄養食事指導料】 1 同一建物居住者以外の場合 530点	【在宅患者訪問栄養食事指導料】 1 単一建物診療患者が1人の場合 530点

現 行	改定案
2 同一建物居住者の場合 450点	2 単一建物診療患者が2～9人の場合 480点
	3 1及び2以外の場合 440点
[同一建物居住者] 当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に訪問栄養食事指導を行う場合を「同一建物居住者の場合」という。	[単一建物診療患者の人数] 当該患者が居住する建築物に居住する者のうち、当該保険医療機関が在宅患者訪問栄養食事指導料を算定する者(当該保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関において算定するものを含む。以下同じ。)の人数を「単一建物診療患者の人数」という。 ただし、当該建築物において当該保険医療機関が在宅患者訪問栄養食事指導料を算定する者の数が、当該建築物の戸数の10%以下の場合又は当該建築物の戸数が20戸未満であって、在宅患者訪問栄養食事指導料を算定する者の数が2人以下の場合には、それぞれ単一建物診療患者が1人であるものとみなす。

【Ⅱ-1-1 緩和ケアを含む質の高いがん医療の評価-②】

② 緩和ケア診療加算等の要件の見直し

骨子<Ⅱ-1(2)>

第1 基本的な考え方

進行した心不全の患者に対する緩和ケアを評価する観点から、緩和ケア診療加算及び有床診療所緩和ケア診療加算について、末期心不全の患者を対象に追加する。また、緩和ケア診療加算について、がん患者に対する栄養食事管理の取組を評価する。

第2 具体的な内容

- 緩和ケア診療加算について、管理栄養士が緩和ケアチームに参加し、がん患者の緩和ケアを行った場合の評価として、個別栄養食事管理加算を新設する。

(新) 個別栄養食事管理加算 70点(1日につき)
[算定要件]

- 本加算は、緩和ケア診療加算を算定している悪性腫瘍の患者について、緩和ケアチームに管理栄養士が参加し、患者の症状や希望に応じた栄養食事管理を行った場合に算定する。
- 本加算を算定する場合は、緩和ケア診療実施計画に基づき実施した栄養食事管理の内容を診療録に記載する、又は当該内容を記録したものを診療録に添付する。

[施設基準]

緩和ケアチームに、緩和ケア病棟において悪性腫瘍患者の栄養食事管理に従事した経験又は緩和ケア診療を行う医療機関において3年以上栄養食事管理(悪性腫瘍患者に対するものを含む。)に従事した経験を有する管理栄養士が参加していること。

なお、当該管理栄養士については、緩和ケアチームに係る業務に関し専任であって差し支えない。

【Ⅲ-1 チーム医療等の推進(業務の共同化、移管等)等の勤務環境の改善-②】

② 医師等の従事者の常勤配置に関する要件の緩和

骨子<Ⅲ-1(2)>

第1 基本的な考え方

医師等の医療従事者の柔軟な働き方に対応する観点から、一定の領域の診療報酬について、常勤配置に係る要件の緩和を行う。

第2 具体的な内容

- 管理栄養士については、在宅患者訪問褥瘡管理指導料は、診療所の場合、非常勤職員でも算定可能となっており、この取扱いを病院にも適用する。

【Ⅲ-1 チーム医療等の推進(業務の共同化、移管等)等の勤務環境の改善-⑦】

⑦ 専従要件の緩和

骨子<Ⅲ-1(6)>

第1 基本的な考え方

より効率的な医療提供を可能とする観点から、医療従事者の専従要件について、医療提供の質の確保に配慮しつつ、より弾力的な運用が可能となるように見直す。

第2 具体的な内容

- チームで診療を提供する項目については、チームのいずれか1人が専従であればよいこととし、併せて、評価についても見直しを行う。また、担当する患者数が一定程度以下の場合は専任であっても差し支えないこととする。

現 行	改定案
【栄養サポートチーム加算】 [施設基準] 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1人は専従であること。	【栄養サポートチーム加算】 [施設基準] 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1人は専従であること。ただし、当該栄養サポートチームが診察する患者数が1日に15人以上である場合は、いずれも専任で差し支えない。
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	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
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	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
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	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
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	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

【Ⅳ-8 医薬品、医療機器、検査等の適正な評価-⑥】

⑥ 入院時食事療養費(Ⅱ)の見直し

骨子<Ⅳ-8(5)>

第1 基本的な考え方

流動食のみを経管栄養法で提供する場合の入院時食事療養費(Ⅱ)について、自己負担額が費用の額を超えないように見直す。

第2 具体的な内容

入院時食事療養費(Ⅱ)のうち455円となっているものについては、平成30年4月以降の入院時食事療養に係る自己負担の増額(460円)に伴い、自己負担額が費用の額を超えることとなるため、460円に見直す。

現 行	改定案
【食事療養及び生活療養の費用額算定表】 第1 食事療養 1 略 2 入院時食事療養(Ⅱ) (1食につき) (1)(2)以外の食事療養を行う場合 506円 (2)流動食のみを提供する場合 455円	【食事療養及び生活療養の費用額算定表】 第1 食事療養 1 略 2 入院時食事療養(Ⅱ) (1食につき) (1)(2)以外の食事療養を行う場合 506円 (2)流動食のみを提供する場合 460円