

ここに
注目

速報！令和8年度診療報酬改定

栄養管理に関わる改定のポイント

令和8年度診療報酬改定が行われ、令和6年度の改定に続き管理栄養士に関わる業務について大きく評価が見直されました。業務を行う上で押さえておくべきポイントについてご紹介します。

健康にアイデアを
meiji



監修：宮崎純一先生
群馬県済生会前橋病院 栄養科
栄養士長／(公社)日本栄養士会
医療事業推進委員会 委員長

令和8年度 診療報酬改定における栄養関連分野のポイント

令和8年度診療報酬改定においては、基本方針として以下の4点が掲げられています。

- I 現下の雇用情勢も踏まえた人材確保・働き方改革等の推進
- II 2040年頃を見据えた医療機関の機能の分化・連携と地域における医療の確保、地域包括ケアシステムの推進
- III 安心・安全で質の高い医療の推進
- IV 効率化・適正化を通じた医療保険制度の安定性・持続可能性の向上

このうち、栄養関連の項目は主に基本方針のI、Ⅲにて評価がなされていますが、ここではそれらの中から特に押さえておくべき項目について紹介します。

- ◆入院医療に関する主な改定項目・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ ポイント①～⑧
- ◆外来・在宅医療に関する主な改定項目・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ ポイント⑨・⑩
- ◆その他・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ ポイント⑪

入院医療に関する主な改定項目

ポイント①

入院時食事療養 I・II、入院時生活療養 I・II の食事提供に関わる費用の額が引き上げられました。

【I-1 医療機関等が直面する人件費や、医療材料費、食材料費、光熱水費及び委託費等といった物件費の高騰を踏まえた対応】

②入院時の食費及び光熱水費の基準の見直し

第1 基本的な考え方

食材料費や光熱・水道費の上昇等を踏まえ、入院時の食費及び光熱水費の基準額を引き上げる。

第2 具体的な内容（抜粋）

1. 入院時食事療養 (I)・(II) の費用の額及び入院時生活療養 (I)・(II) のうち食事の提供たる療養の費用の額について、それぞれ1食当たり40円引き上げる。
2. 入院時生活療養 (I)・(II) のうち温度、照明及び給水に関する適切な療養環境の形成たる療養の費用の額について、1日当たり60円引き上げる。

●改定

【食事療養及び生活療養の費用額算定表】（抜粋）

第一 食事療養

1 入院時食事療養 (I) (1食につき)

- (1) (2) 以外の食事療養を行う場合
- (2) 流動食のみを提供する場合

730円
665円

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
- (2) 流動食のみを提供する場合

596円
550円

第二 生活療養

1 入院時生活療養 (I)

- (1) 健康保険法第六十三条第二項第二号イ及び高齢者の医療の確保に関する法律第六十四条第二項第二号イに掲げる療養（以下「食事の提供たる療養」という。）(1食につき)

イ □以外の食事の提供たる療養を行う場合 644円
□ 流動食のみを提供する場合 590円

- (2) 健康保険法第六十三条第二項第二号ロ及び高齢者の医療の確保に関する法律第六十四条第二項第二号ロに掲げる療養（以下「温度、照明及び給水に関する適切な療養環境の形成たる療養」という。）(1日につき) 458円

2 入院時生活療養 (II)

- (1) 食事の提供たる療養 (1食につき) 510円
- (2) 温度、照明及び給水に関する適切な療養環境の形成たる療養 (1日につき) 458円

今回の改定では、医療における食事の重要性と、食事提供体制の維持という観点が改めて示されました。入院中の食事は治療の一環でもあり、その提供体制を支える方向性が示された点は意義が大きいと考えます。



ポイント②

入院時食事療養費の特別食加算の算定要件において、嚥下調整食が加わりました。また特別料金の支払を受ける食事が明確化されました。

【I-1 医療機関等が直面する人件費や、医療材料費、食材料費、光熱水費及び委託費等といった物件費の高騰を踏まえた対応】

③入院時の食事療養に係る見直し

第1 基本的な考え方

入院時の食事療養の質の向上を図る観点から、おいしく安全な食形態で適切な栄養量を有する嚥下調整食について新たな評価を行うとともに、多様なニーズに対応できるよう、特別料金の支払を受けることができる食事の要件を見直す。

第2 具体的な内容

1. 入院時食事療養費に係る食事療養等の特別食加算の対象として、おいしく安全な食形態で適切な栄養量を有する嚥下調整食を新たに評価する。

●新設

【算定要件】(抜粋)

【入院時食事療養及び入院時生活療養の食事の提供たる療養の基準等】

入院時食事療養及び入院時生活療養の食事の提供たる療養に係る特別食

(一) (略)

(二) 嚥下調整食

摂食機能又は嚥下機能が低下した患者に対して、医師の発行する食事箋に基づき提供された適切な栄養量及び内容を有する嚥下調整食

2. 入院患者の多様なニーズに対応できるよう、特別料金の支払を受けることができる食事について、以下の見直しを行う。

- (1) 基本メニュー以外のメニューを準備するためにかかる追加的な費用について標準額を削除し、保険医療機関が柔軟に妥当な額を設定できることとする。
- (2) 患者の自由な選択と同意に基づき、行事食やハラル食等の宗教に配慮した食事を提供した場合も、特別の料金の支払いを受けることができることを明確化する。

【施設基準等】(抜粋)

2 入院時食事療養 (I) 又は入院時生活療養 (I) 等の届出

入院時食事療養 (I) 又は入院時生活療養 (I) の届出に当たっては、下記の全ての事項を満たすものであることとする。

(1) ~ (4) (略)

(5) 特別食加算を算定し嚥下調整食を提供する場合は、下記の①から④までを全て満たしていること。

- ①当該保険医療機関で提供する嚥下調整食の食形態について、日本摂食嚥下リハビリテーション学会嚥下調整食分類2021に沿った一覧を作成していること。一覧は、コードと嚥下調整食の名称の対応のみで

はなく、例となる献立の写真や説明、目安となる栄養量 (エネルギー、たんぱく質等) も示すこと。

②医師、管理栄養士又は栄養士による**検査が毎日1食**は行われ、食形態、見た目、味が適しているか確認の上、その所見が検査簿に記入されていること。

③物性だけでなく、盛り付け、味や香り、適切な温度、栄養量等を含め、適切な嚥下調整食を提供するため、定期的に、**嚥下調整食に関わる管理栄養士、言語聴覚士、調理師等による試食会やカンファレンスが行われていること。**

④**嚥下調整食に係る責任者は、嚥下調整食のテクスチャーや調理方法等に関する実習を伴う適切な研修** (嚥下調整食に関する専門的な知識及び技術を有する管理栄養士が、研修内容に関与している場合に限る。) **を修了した当該保険医療機関の管理栄養士**であること。また、嚥下調整食に関わる調理師等についても同様の研修を修了していることが望ましいこと。なお、当該研修は、医療関係団体及び調理関係団体等が主催し、当該団体から修了証が交付されるものであること。

【留意事項】(抜粋)

- ①加算の対象となる嚥下調整食は、日本摂食嚥下リハビリテーション学会嚥下調整食分類2021を参考に安全で嚥下しやすいよう適切に調整されたテクスチャー (硬さ、付着性、凝集性等) と、食欲を促す食感とを両立した食形態であり、献立として、常食と同等の盛り付け、味や香り、適切な温度、栄養量に配慮されたものであること。なお、単にピューレやペースト状にしたもの、常食を刻んだだけのものや刻みにとろみをかけただけのもの、主食のみを嚥下調整食とした場合は該当しない。ただし、安全な食形態で、常食と同等の要件を満たしていれば、市販品を使用することは差し支えない。
- ②食事としての見た目も常食に近づくよう配慮し、提供前に目視等により多量の離水や食形態の変化がないか確認すること。
- ③対象患者に対して、定期的に多職種によるミールラウンドを行い、嚥下調整食の必要性の有無や摂取量等を確認し、提供している嚥下調整食の内容及び量が適しているか判断すること。常食が適していると判断された場合は、速やかに食事の変更を行うこと。

嚥下調整食については、食形態の調整だけでなく、見た目や栄養量への配慮が改めて示された点がポイントだと考えます。食事としての質を保つことの重要性が制度上でも整理された改定といえるのではないのでしょうか。



ポイント③

急性期病棟で看護職員や他の医療職種 (管理栄養士を含む) が協働して病棟業務を行う体制について、「看護・多職種協働加算」が新設されました。

【I-2-3 タスク・シェアリング/タスク・シフティング、チーム医療の推進】

①多職種が専門性を発揮して病棟において協働する体制に係る評価の新設

第1 基本的な考え方

更なる生産年齢人口の減少に伴って医療従事者確保の制約が増す中でも、患者像に合わせた専門的な治療やケアを提供し、患者のADLの維持・向上等に係る取組を推進するため、重症度、医療・看護必要度の高い高齢者等が主に入棟する病棟において、看護職員や他の医療職種が協働して病棟業務を行う体制について、新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

急性期一般入院料4及び急性期病院B一般入院料のうち、急性期一

般入院料1と同等の重症度、医療・看護必要度等を満たす病棟において、当該病棟における看護配置基準を超えて看護職員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士又は臨床検査技師のいずれかを配置し、各医療職種が専門性を発揮しながら協働する場合に算定できる「看護・多職種協働加算」を新設する。

●新設

看護・多職種協働加算 (1日につき)

1 看護・多職種協働加算1

277点

2 看護・多職種協働加算2

255点

《参考》各職種が専門性を活かして行う業務の例

看護職員	入院患者に対する看護
理学療法士	随時、入院生活で患者が実際に活動する場面に合わせた評価、指導、訓練室でのリハビリテーションを生活場面で自ら行えるようになるための支援等を実施
作業療法士	
言語聴覚士	
管理栄養士	入院生活で患者が実際に食事や活動する場面を活用した食事状況の観察、食欲や嗜好の確認、必要栄養量や摂取栄養量の評価、食事変更の提案、食形態の調整、食事に関する相談対応等
臨床検査技師	適時の検体検査等の実施、結果の確認、異常値等の報告、検査室等病棟外で行うべき検査の調整等、検査の円滑な実施に資する業務

ポイント④

入院栄養管理体制加算における管理栄養士の専従配置の要件が見直され、患者退院後も病棟業務に影響のない範囲で継続的な支援を行えるようになりました。

【I-2-5 診療報酬上求める基準の柔軟化】

②感染対策向上加算等における専従要件の見直し

設基準

第1 基本的な考え方（抜粋）

医療現場を取り巻く人手不足の状況を踏まえ、業務効率化の観点から、医療安全対策加算、感染対策向上加算及び入院栄養管理体制加算における専従に係る基準を見直す。

(1) 当該病棟に、専従の常勤管理栄養士が1名以上配置されていること。ただし、当該病棟での栄養管理業務に影響のない範囲において、当該病棟から退院した患者の外来栄養食事指導等の継続的な支援を行うことは差し支えない。

第2 具体的な内容（抜粋）

1～2.（略）

(2)（略）

3. 管理栄養士の病棟への専従配置が要件となっている入院栄養管理体制加算について、病棟での業務に影響のない範囲において、当該病棟から退院した患者の外来栄養食事指導等の継続的な支援を行って差し支えないこととする。

入院中の栄養管理と退院後の外来栄養食事指導をより円滑につなげることができる仕組みが示された意義は大きいと考えます。患者さんにとっても継続性のある栄養管理につながることが期待されます。また、当該病棟に入棟予定の患者さんについても、入退院支援部門と連携し、入院前の栄養状態の評価等を行うことも差し支えないので、入院前後での介入ができることになります。



●改定

[施設基準]（抜粋）

特定機能病院入院基本料の注10に規定する入院栄養管理体制加算の施

ポイント⑤

療養病棟入院基本料における経腸栄養管理加算について、対象となる患者の要件が見直されました。

【I-2-5 診療報酬上求める基準の柔軟化】

④質の高い摂食嚥下機能回復に係る取組の推進

第1 基本的な考え方（抜粋）

療養病棟入院基本料における経腸栄養管理加算について、対象となる患者の要件を見直す。

はイに該当し、医師が適切な経腸栄養の管理と支援が必要と判断した者である。経腸栄養を行っている場合は、経口栄養又は中心静脈栄養を併用する場合においても算定できる。

第2 具体的な内容（抜粋）

1～2.（略）

ア 入院前から又は入院後2週間以上、中心静脈栄養による栄養管理を実施しており、経腸栄養への移行を目的とする場合

3. 経腸栄養管理加算について、入院前から経腸栄養を行っておらず中心静脈栄養で管理されていた患者を算定対象とする。また、経口摂取が不可となった場合に、適切なプロセスを経て中心静脈栄養ではなく経腸栄養を選択した場合についても加算の算定が可能であることを明確化する。

イ 経口摂取が不可能となった又は経口摂取のみでは必要な栄養補給ができなくなり、入棟後に経腸栄養を開始した場合

●改定

[算定要件]

[注11]に規定する経腸栄養管理加算の算定対象となる患者は、次のア又

この改定では、経腸栄養管理加算の対象となる患者さんの考え方が整理されました。実際の臨床現場での栄養管理の流れを踏まえ、制度の理解がしやすくなったと感じています。



ポイント⑥

地域包括医療病棟におけるリハビリテーション・栄養・口腔連携加算の体系が見直されました。

【Ⅱ-1-1 患者のニーズ、病院の機能・特性、地域医療構想を踏まえた医療提供体制の整備】

⑨地域包括医療病棟の見直し

第1 基本的な考え方（抜粋）

リハビリテーション・栄養管理・口腔管理の一体的な取組を推進する観点から、加算の体系を見直す。

第2 具体的な内容（抜粋）

1. (略)
2. リハビリテーション・栄養管理・口腔管理の一体的な取組を更に推進するため、リハビリテーション・栄養・口腔連携加算の体系を見直す。

●改定

【地域包括医療病棟入院料】

〔算定要件〕

注1～10（略）

注11 リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理を連携・推進する体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、当該基準に係る区分に従い、リハビリテーション・栄養・口腔連携加算として、リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理に係る計画を作成した日から起算して14日を限度として次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。この場合において、区分番号 A233 - 2に掲げる栄養サポートチーム加算は別に算定できない。

イ リハビリテーション・栄養・口腔連携加算1

110点

ロ リハビリテーション・栄養・口腔連携加算2

50点

【施設基準】（抜粋）

- 加算2のプロセス・アウトカム評価（加算1は不変）
 - ・退院までに疾患別リハビリテーションを実施された患者のうち、入棟後3日までに開始した患者が8割以上
 - ・土曜日・日曜日・祝日における1日あたりの疾患別リハビリテーションの提供単位数が平日の7割以上
 - ・退院時に ADL が低下した患者の割合が5%未満
 - ・院内で発生した褥瘡のある患者の割合が2.5% 未満

今回の見直しは主にリハビリテーション領域における評価の整理に伴うものであると思われますが、栄養を含めた多職種連携の取り組みを引き続き進めていくことが重要だと考えます。



ポイント⑦

リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算の体系が見直され、地域包括ケア病棟においてリハビリテーション・栄養・口腔連携加算が新設されました。

【Ⅱ-2-3 リハビリテーション・栄養管理・口腔管理等の高齢者の生活を支えるケアの推進】

①リハビリテーション・栄養管理・口腔管理の一体的な取組の更なる推進

第1 基本的な考え方（抜粋）

リハビリテーション・栄養管理・口腔管理の一体的な取組を更に推進する観点から、リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算の算定要件を見直す。

更に、地域包括ケア病棟においてもリハビリテーション・栄養・口腔連携加算を算定可能とする。

第2 具体的な内容

1. リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算の算定要件及び施設基準を見直すとともに、リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算2を新設する。あわせて、リハビリテーション・栄養・口腔連携加算についても同様の見直しを行う。

●改定

【リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算】

1 リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算1

(1日につき) 150点

2 リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算2

(1日につき) 90点

2. 地域包括ケア病棟における質の高いリハビリテーション・栄養管理・口腔管理の一体的な取組を推進する観点から、地域包括ケア病棟においてもリハビリテーション・栄養・口腔連携加算を算定可能と

する。また、当該加算を算定する患者について、入院栄養食事指導料及び栄養情報連携料の算定を可能とする。

●改定（抜粋）

【地域包括ケア病棟入院料】

〔算定要件〕

注1～6（略）

- 7 診療に係る費用（注3から注6まで及び注8に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、包括期充実体制加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、特定感染症患者療養環境特別加算、特定薬剤治療環境特別加算、口腔管理連携加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、身体的拘束最小化推進体制加算、データ提出加算、入退院支援加算（1のロに限る。）、医療的ケア児（者）入院前支援加算、認知症ケア加算、薬剤総合評価調整加算、排尿自立支援加算、協力対象施設入所者入院加算及び医療提供機能連携確保加算、区分番号 B001の10に掲げる入院栄養食事指導料（注14に掲げる加算を算定する患者に限る。）、区分番号 B011の6に掲げる栄養情報連携料（注14に掲げる加算を算定する患者に限る。）（以下略）

8～13（略）

- 14 リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理を連携・推進する

体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、リハビリテーション・栄養・口腔連携加算として、リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理に係る計画を作成した日から起算して14日を限度として30点を所定点数に加算する。

地域包括ケア病棟では、多職種連携による支援が重要になります。今回の改定は、こうした連携体制を制度として評価する方向性を示したものと考えると考えます。



《参考》リハビリテーション・栄養管理・口腔管理の一体的取組の全体像

A233 リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算		A304 地域包括医療病棟 リハビリテーション・栄養・ 口腔連携加算		(新) A308-3 地域包括ケア病棟 リハビリテーション・栄養・ 口腔連携加算
加算 1		(新) 加算 2	加算 1	(新) 加算 2
対象病棟	急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料、 専門病院入院基本料		地域包括医療病棟	
専従・専任 配置	専従の療法士 1 名、専任の療法士 1 名、 専任の管理栄養士 1 名		病棟の配置職員のみ (療法士専従 2 名、 管理栄養士専任 1 名)	
専従者の 兼務規定	専従者は、他の業務の 専従者との兼務は不可		病棟内の入院医療管理料を 算定する病床の専従者との兼務可	
業務内容	48 時間以内の評価、リハビリテーション・栄養管理・口腔管理の評価と計画についての定期的なカンファレンス 口腔管理を提供する体制と歯科診療との連携体制（望ましい要件）、指導内容を診療録に記録			
3 日以内 リハ実施割合	疾患別リハを実施した患者のうち、3 日以内に開始した患者が 8 割以上			(新) 入棟患者のうち、3 日以内に 開始した患者が 6 割以上
休日リハ 実施割合	8 割以上	(新) 7 割以上	8 割以上	(新) 7 割以上
ADL 低下割合	3 %未満	(新) 5 %未満	3 %未満	(新) 5 %未満
褥瘡	2.5%未満			
疾患別リハの 算定制限	専従・専任：9 単位まで		専従：6 単位まで	
点数 (14 日間)	150 点	(新) 90 点	(新) 110 点	(新) 50 点

ポイント⑧

急性心不全の入院患者に対する早期からの多職種介入について、心不全再入院予防継続管理料が新設されました。

【Ⅲ-1 患者にとって安心・安全に医療を受けられるための体制の評価】

⑭慢性心不全の再入院予防の評価の新設

第1 基本的な考え方

心不全治療による再入院予防を推進する観点から、急性心不全で入院した患者に対して、早期から多職種による介入を実施し、退院後も必要な治療を地域で連携して実施した場合について、新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

呼吸困難等の症状を伴う急性心不全を発症し入院した患者に対し、地域連携に係る要件を満たした保険医療機関が、多職種により心不全の再入院予防の取組を行う場合の評価を新設する。

●新設

B001・10 心不全再入院予防継続管理料

イ 心不全再入院予防継続管理料1 1,000点

ロ 心不全再入院予防継続管理料2

(1) 6回目まで 700点

(2) 7回目以降 225点

ハ 心不全再入院予防継続管理料3

(1) 6回目まで 400点

(2) 7回目以降 225点

別添1 医科診療報酬点数表に関する事項

(1) (抜粋)

心不全を主病として入院した患者に対して、専任の医師、当該医師の指示を受けた専任の看護師又は保健師及び管理栄養士 (以下「心不全再入院予防チーム」という。) が、関係学会より示されているガイドラインに基づいて患者の心機能の評価、原疾患の精査及びリスク評価を行い、薬物治療に加え、療養指導、食事指導及び運動指導等を必要に応じて個別に実施した場合に、「1」については入院中に1回、「2」及び「3」については初回算定日より1年を限度として月に1回に限り算定する。

(2) 「1」について、心不全を主病として別に厚生労働大臣が定める

施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出た病棟に入院した患者であって、アからウまでを満たす場合に算定できる。

ア 心不全に対し、関係学会より示されているガイドラインに基づいて心機能の評価、原疾患の精査、リスク評価及び必要な治療等が実施されていること。

イ 当該入院中に「A300」救命救急入院料、「A301」特定集中治療室管理料、「A301-2」ハイケアユニット入院医療管理料、「A301-3」脳卒中ケアユニット入院医療管理料若しくは「A301-4」小児特定集中治療室管理料に掲げる早期離床・リハビリテーション加算又は「H000」心大血管疾患リハビリテーション料を算定していること。

ウ 当該入院中に「B001」の「10」入院栄養食事指導料又は「B008」薬剤管理指導料のうち、いずれか1つを算定していること。

- (3) 「2」については、初回算定日の6月以内に「1」を算定していた入院中の患者以外の患者であって、心不全を主病とするものに対し、関係学会より示されているガイドラインに基づき、心不全再入院予防チームが治療効果の評価等を実施し、薬物治療に加え、医師の指示のもと、心不全に関する当該患者に必要な療養指導、食事指導又は運動指導（以下「療養指導等」という。）のうちいずれかを1つ以上を個別に合計30分以上実施した場合に算定する。なお、当該管理料を算定する日に実施した外来栄養食事指導料、在宅療養指導料及び心大血管疾患リハビリテーション

料に定める指導は当該療養指導等に含まれるものとし、別途算定できない。

- (4) 「3」については、初回算定日の6月以内に「1」又は「2」を算定していた入院中の患者以外の患者であって、心不全を主病とするものに対し、関係学会より示されているガイドラインに基づき、治療効果の評価等を実施し、必要な治療を継続して実施した場合に算定する。

- (5) 当該管理を実施すべき指導の実施に当たっては、心不全再入院予防チームは、心不全のリスク要因に関する評価を行い、その結果に基づいて、指導計画を作成する。当該管理を実施する心不全再入院予防チームは、心不全のリスク要因に関する評価結果、指導計画及び実施した指導内容を診療録、療養指導記録又は栄養指導記録に添付又は記載する。

- (6) 「1」を算定した患者が退院し、入院していた保険医療機関と同一の保険医療機関又は当該保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関の外来を受診した場合について、「1」を算定した同一月において「2」は算定できない。

- (7) 「B000」特定疾患療養管理料（心不全を主病とする場合に限る。）及び「B001-2-9」地域包括診療料（慢性心不全以外の慢性疾患等も有する患者について算定する場合を除く。）は同月内に算定できない。また、「2」については、同一の患者につき、「B001」の「9」外来栄養食事指導料、「B001」の「11」集団栄養食事指導料、「B001」の「13」在宅療養指導料に、心大血管疾患リハビリテーション料は、同一日に算定できない。

外来・在宅医療に関する主な改定項目

ポイント⑨

退院直後の訪問栄養食事指導に関する評価が新設されました。

【Ⅱ-5-1 地域において重症患者の訪問診療や在宅看取り等を積極的に担う医療機関・薬局の評価】

③退院直後の訪問栄養食事指導に関する評価の新設

第1 基本的な考え方

入院中に栄養管理の必要性が高い患者が、安心・安全に在宅療養に移行し、在宅療養を継続できるよう支援する観点から、退院直後の一定期間に入院医療機関が行う訪問栄養食事指導について、新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

退院直後に、入院保険医療機関の管理栄養士が患者等を訪問し、患者又はその家族等退院後に患者の在宅療養支援に当たる者に対して、退院後の在宅における栄養管理や食生活に関する指導を行った場合の評価を新設する。

●新設

退院後訪問栄養食事指導料（1回につき）

530点

〔対象患者〕

疾病治療の直接手段として、医師の発行する食事箋に基づき提供された適切な栄養量及び内容を有する別表第三に掲げる特別食を必要とする患者、がん患者、摂食機能若しくは嚥下機能が低下した患者又は低栄養状態にある患者

別表第三 退院後訪問栄養食事指導料に規定する特別食

腎臓食、肝臓食、糖尿食、胃潰瘍食、貧血食、痔臓食、脂質異常症食、痛風食、てんかん食、フェニールケトン尿症食、楓糖尿症食、ホモシスチ

ン尿症食、尿素サイクル異常症食、メチルマロン酸血症食、プロピオン酸血症食、極長鎖アシル-CoA脱水素酵素欠損症食、糖原病食、ガラクトース血症食、治療乳、無菌食、小児食物アレルギー食及び特別な場合の検査食（単なる流動食及び軟食を除く。）

〔算定要件〕

保険医療機関を退院した別に厚生労働大臣が定めるものに対して、円滑な在宅療養への移行及び在宅療養の継続のため、保険医療機関の医師の指示に基づき、当該保険医療機関の管理栄養士が患者等を訪問し、具体的な献立等によって栄養管理に係る指導を行った場合に、当該保険医療機関を退院した日から起算して1月以内（退院日を除く。）の期間に限り、4回を限度として算定する。この場合において、区分番号B001の9に掲げる外来栄養食事指導料及び区分番号C009に掲げる在宅患者訪問栄養食事指導料は別に算定できない。

退院後の一定期間に在宅で栄養食事指導を行える制度が新設されたことは、入院から在宅までの栄養管理をつなぐ仕組みとして意義があると考えます。訪問先は患者だけでなく、管理栄養士が配置されていない介護保険施設又は指定障害者支援施設等も対象となっています。1ヶ月後、引き続き栄養食事指導が必要な場合は、外来栄養食事指導や在宅患者訪問栄養食事指導、居宅療養管理指導などで切れ目のない支援が必要だと思います。



外来栄養食事指導における情報通信機器又は電話による指導の評価が見直されるとともに、情報通信機器による指導のみでも算定を可能とする要件が明確化されました。

【Ⅲ・3・2 外来、在宅医療等、様々な場面におけるオンライン診療の推進】

⑥情報通信機器等を用いた外来栄養食事指導料の見直し

第1 基本的な考え方

情報通信機器等を用いた外来栄養食事指導を推進する観点から、外来栄養食事指導料について、情報通信機器又は電話による指導の評価を見直すとともに、情報通信機器による指導のみでも算定を可能とする要件の明確化を図る。

第2 具体的な内容

1. 情報通信機器等を用いた外来栄養食事指導料について、2回目以降に情報通信機器又は電話により追加的な指導を行った場合の区分を新設する。
2. 情報通信機器による指導の実施に当たって、事前に対面による指導と情報通信機器による指導を組み合わせた指導計画を作成し、当該計画に基づいて指導を実施する場合に加えて、対面又は情報通信機器のいずれかによる指導計画を作成した場合も算定可能であることを明確化する。

●改定

【外来栄養食事指導料】

[算定要件]

9 外来栄養食事指導料

イ 外来栄養食事指導料1

- (1) 初回 (略)
- (2) 2回目以降

①対面で行った場合	200点
②情報通信機器を用いた場合 ※電話は廃止	180点
③ (1)の①又は②の追加的な指導を行った場合	50点

ロ 外来栄養食事指導料2

- (1) 初回 (略)
- (2) 2回目以降

①対面で行った場合	190点
②情報通信機器を用いた場合 ※電話は廃止	170点
③ (1)の①又は②の追加的な指導を行った場合	45点

注1～6 (略)

- 7 イの(2)の③については、入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、保険医療機関の医師の指示に基づき当該保険医療機関の管理栄養士が情報通信機器又は電話によってイの(1)の①又は②に追加して必要な指導を行った場合に、

月1回に限り算定する。ただし、イの(2)の①又は②を算定した同一月は算定できない。

- 8 ロの(2)の③については、入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、保険医療機関(診療所に限る。)の医師の指示に基づき当該保険医療機関以外の管理栄養士が情報通信機器又は電話によってロの(1)の①又は②に追加して必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。ただし、ロの(2)の①又は②を算定した同一月は算定しない。

[算定要件(通知)]

(1)～(11)(略)

(12)「注4」及び「注6」については、以下の要件を満たすこと。

- ア (略)
- イ 外来受診と同日に外来栄養食事指導を実施する場合は必ず対面にて指導を行うこと。
- ウ 情報通信機器による指導の実施に当たっては、事前に対面若しくは情報通信機器のいずれかによる指導計画又は対面による指導と情報通信機器による指導を組み合わせた指導計画を作成し、当該計画に基づいて指導を実施する。また、外来受診時等に受診結果等を基に、必要に応じて指導計画を見直すこと。なお、当該保険医療機関を退院した患者に対して、初回から情報通信機器による指導を実施する場合は、当該指導までの間に指導計画を作成すること。

エ・オ (略)

- (13) 「注7」及び「注8」については、管理栄養士が(1)の患者に対し、2回目以降、情報通信機器又は電話を活用した追加的な指導を行った場合に算定できる。なお、指導時間にかかわらず、必要な指導が行われた場合は算定可能である

情報通信機器を用いた栄養食事指導の制度が整理され、電話によるフォローも評価された点は、外来診療の中で活用の幅が広がる改定であると考えます。



その他

ポイント⑪

栄養保持を目的とした医薬品の保険給付の要件が見直されました。

【Ⅳ - 4 - 3 医学的妥当性や経済性の視点も踏まえた処方箋の推進】

① 栄養保持を目的とした医薬品の保険給付の適正化

第1 基本的な考え方

保険給付の適正化の観点から、栄養保持を目的とした医薬品の保険給付の要件を見直す。

第2 具体的な内容

薬効分類が「たん白アミノ酸製剤」に分類される医薬品のうち、効能又は効果が「一般に、手術後患者の栄養保持」であり、用法及び用量に「経口投与」が含まれる栄養保持を目的とした医薬品を処方する場合については、以下の患者に対する使用に限り、その理由を処方箋及び診療報酬明細書に記載することで保険給付の対象とすることを明確化する。

- ・手術後の患者
- ・経管により栄養補給を行っている患者
- ・疾病の治療のために必要であり、他の食事では代替できないなど、医師が特に医療上、栄養保持を目的とした医薬品の使用の必要があると判断した患者

●改定

【第5部 投薬】

通則

6 入院中の患者以外の患者に対して、栄養保持を目的とした医薬品を投薬した場合は、区分番号 F000に掲げる調剤料、区分番号 F100に掲げる処方料、区分番号 F200に掲げる薬剤、区分番号 F400に掲げる処方箋料及び区分番号 F500に掲げる調剤技術基本料は算定しない。ただし、当該患者が、手術後の患者である場合又は経管により栄養補給を行っている患者である場合はその旨を、必要な栄養を食事により摂取することが困難な患者である場合その他これに準ずる場合であって、医師が当該栄養保持を目的とした医薬品の投与が必要であると判断した患者に投薬する場合はその理由を処方箋及び診療報酬明細書に記載することで算定可能とする。

12 「通則6」の栄養保持を目的とした医薬品とは、薬効分類がたん白アミノ酸製剤に分類される医薬品のうち、効能又は効果が「一般に、手術後患者の栄養保持」であるものであって、用法及び用量に経口投与が含まれるものをいう。

今回の改定について



- ◆今回の改定では、栄養関連項目が引き続き複数取り上げられ、栄養管理の重要性が制度の中で継続して評価されていることが確認されました。
- ◆一方で、制度としては評価されていても、現場で十分に活用されていない項目があることも、これまでの課題として指摘されています。
- ◆診療報酬の評価を実際の医療の中で生かしていくためには、各医療機関で算定体制を整え、まずは一例でも実際の運用につなげていくことが重要になると考えます。
- ◆また今回の改定では、多職種連携や外来・在宅との連携を意識した制度も示されており、入院から退院後まで切れ目のない栄養管理体制の整備が期待されます。
- ◆制度を活用しながら、管理栄養士が医療チームの中で専門性を発揮していくことも今後の重要なポイントになると考えます。

(公社) 日本栄養士会では、令和8年度診療報酬改定に関する研修会を開催中です。詳細は日本栄養士会ホームページをご確認ください。
その他、今回の改定について管理栄養士・栄養士の理解を深めるための情報もホームページから発信しています。(https://www.dietitian.or.jp/data/)

速報! 令和8年度診療報酬改定

ここに注目! 栄養管理に関わる改定のポイント

参考資料: 令和8年度診療報酬改定関係資料(厚生労働省ホームページ)より