

令和 8 年度診療報酬改定の概要（栄養関連項目）

1. 令和 8 年度診療報酬改定の概要

2. 栄養管理・食事療養に関する主な改定事項

※ 現時点での改定の概要をご紹介するためのものであり、算定要件・施設基準等の詳細については、告示・通知等をご確認ください。

診療報酬における栄養管理に関する評価の主な変遷（入院）

診療組 入-1参考
7 . 6 . 2 6

入院での評価

平成18年	平成20年	平成22年	平成24年	平成26年	平成28年	平成30年	令和 2 年	令和 4 年	令和 6 年	
入院栄養食事指導料						※対象拡大 ※指導時間・点数見直し	栄養情報提供加算			
栄養管理実施加算			栄養管理実施加算の入院基本料への要件化						※栄養管理手順の 明確化	
			栄養サポートチーム加算 ※(H24,R2,R4)対象拡大							
			摂食障害入院医療管理加算							
						回復期リハ病棟入院料における栄養管理の充実 ※(H30)入院料1：努力義務 ※(R2)入院料1：必須、1以外：努力義務		※GLIM基準による 栄養評価		
						(入退院支援加算)入院時支援加算／退院時共同指導料※管理栄養士追加				
						(緩和ケア診療加算)個別栄養食事管理加算				
						(摂食機能療法) 摂食嚥下支援加算		(摂食機能療法) 摂食嚥下機能回復体制加算		
						早期栄養介入管理加算 ※(R4)対象拡大				
						周術期栄養管理実施加算				
						入院栄養管理体制加算(特定機能病院)				
						地域包括医療病棟 入院料※専任配置				
						リハビリテーション・栄 養・口腔連携体制加算				
						経腸栄養管理加算 (療養病棟)				
						栄養情報連携料				
【凡例】 栄養食事指導 高度な栄養管理 チーム医療 医療介護連携 入院基本料等										

診療報酬における栄養管理に関する評価の主な変遷（入院以外）

診療組 入－1参考
7 . 6 . 2 6

外来での評価

在宅での評価

平成18年	平成20年	平成22年	平成24年	平成26年	平成28年	平成30年	令和 2 年	令和 4 年	令和 6 年
外来栄養食事指導料					※対象拡大 ※指導時間・点数見直し		※(R2)情報通信機器の活用 ※(R2)外部管理栄養士の評価	※外来化学療法での評価 (R2:要件見直し、R4:専門管理栄養士の評価)	
			糖尿病透析予防指導管理料						
							(外来腫瘍化学療法診療料)連携充実加算		
									慢性腎臓病透析予防指導管理料
在宅患者訪問栄養食事指導料					※対象拡大 ※要件見直し		※(R2)外部管理栄養士の評価		
			在宅患者訪問褥瘡管理指導料						
									在支病・在支診 訪問栄養食事指導 の体制整備要件化

【凡例】

栄養食事指導

チーム医療

施設基準

令和 8 年度診療報酬改定の基本方針の概要

改定に当たっての基本認識

- ▶ 日本経済が新たなステージに移行しつつある中での物価・賃金の上昇、人口構造の変化や人口減少の中での人材確保、現役世代の負担の抑制努力の必要性
- ▶ 2040年頃を見据えた、全ての地域・世代の患者が適切に医療を受けることが可能かつ、医療従事者も持続可能な働き方を確保できる医療提供体制の構築
- ▶ 医療の高度化や医療DX、イノベーションの推進等による、安心・安全で質の高い医療の実現
- ▶ 社会保障制度の安定性・持続可能性の確保、経済・財政との調和

改定の基本的視点と具体的方向性

（１）物価や賃金、人手不足等の医療機関等を取りまく環境の変化への対応

【重点課題】

【具体的方向性】

- 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
- 賃上げや業務効率化・負担軽減等の業務改善による医療従事者の人材確保に向けた取組
 - ・医療従事者の処遇改善
 - ・業務の効率化に資する ICT、AI、IoT等の利活用の推進
 - ・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
 - ・医師の働き方改革の推進／診療科偏在対策
 - ・診療報酬上求める基準の柔軟化

等

（２）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

【具体的方向性】

- 患者の状態及び必要と考えられる医療機能に応じた入院医療の評価
- 「治し、支える医療」の実現
 - ・在宅療養患者や介護保険施設等入所者の後方支援機能（緊急入院等）を担う医療機関の評価
 - ・円滑な入退院の実現
 - ・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
- かかりつけ医機能、かかりつけ歯科医機能、かかりつけ薬剤師機能の評価
- 外来医療の機能分化と連携
- 質の高い在宅医療・訪問看護の確保
- 人口・医療資源の少ない地域への支援
- 医療従事者確保の制約が増す中で必要な医療機能を確保するための取組
- 医師の地域偏在対策の推進

等

（３）安心・安全で質の高い医療の推進

【具体的方向性】

- 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
- アウトカムにも着目した評価の推進
- 医療DXやICT連携を活用する医療機関・薬局の体制の評価
- 質の高いリハビリテーションの推進
- 重点的な対応が求められる分野（救急、小児・周産期等）への適切な評価
- 感染症対策や薬剤耐性対策の推進
- 口腔疾患の重症化予防等の生活の質に配慮した歯科医療の推進、口腔機能発達不全及び口腔機能低下への対応の充実、歯科治療のデジタル化の推進
- 地域の医薬品供給拠点としての薬局に求められる機能に応じた適切な評価、薬局・薬剤師業務の対人業務の充実化
- イノベーションの適切な評価や医薬品の安定供給の確保等

等

（４）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

【具体的方向性】

- 後発医薬品・バイオ後続品の使用促進
- OTC類似薬を含む薬剤自己負担の在り方の見直し
- 費用対効果評価制度の活用
- 市場実勢価格を踏まえた適正な評価
- 電子処方箋の活用や医師・病院薬剤師と薬局薬剤師の協働の取組による医薬品の適正使用等の推進
- 外来医療の機能分化と連携（再掲）
- 医療DXやICT連携を活用する医療機関・薬局の体制の評価（再掲）

等

令和8年度診療報酬改定について（令和7年12月24日大臣折衝事項）

1. 診療報酬 +3.09%（R8年度及びR9年度の2年度平均。R8年度+2.41%、R9年度+3.77%）（R8年6月施行）

※1 うち、賃上げ分 **+1.70%**（2年度平均。R8年度+1.23%、R9年度+2.18%）

- ・医療現場での生産性向上の取組と併せ、R8・R9にそれぞれ3.2%（看護補助者、事務職員は5.7%）のベアを実現するための措置
- ・うち、改定率の0.28%分は、医療機関等における賃上げ余力の回復・確保を図りつつ幅広い職種での賃上げを確実にするための特例的な対応

※2 うち、物価対応分 **+0.76%**（2年度平均。R8年度+0.55%、R9年度+0.97%）

- ・特に、R8以降の物価上昇への対応として+0.62%（R8年度+0.41%、R9年度+0.82%）を充て、施設類型ごとの費用関係データ等に基づき配分。（病院+0.49%、医科診療所+0.10%、歯科診療所+0.02%、保険薬局+0.01%）
- ・また、改定率の0.14%分は、高度医療機能を担う病院（大学病院を含む）が物価高の影響を受けやすいこと等を踏まえた特例的な対応

※3 うち、食費・光熱水費分 **+0.09%**（入院時の食費基準額の引上げ（40円/食）、光熱水費基準額の引上げ（60円/日））

- ・患者負担の引上げ：食費は原則40円/食（低所得者は所得区分等に応じて20～30円/食）、光熱水費は原則60円（指定難病患者等は据え置き）

※4 うち、R6改定以降の経営環境の悪化を踏まえた緊急対応分 **+0.44%**

- ・配分に当たっては、R7補正予算の効果を減じることのないよう、施設類型ごとのメリハリを維持（病院+0.40%、医科診療所+0.02%、歯科診療所+0.01%、保険薬局+0.01%）

※5 うち、後発医薬品への置換えの進展を踏まえた処方や調剤に係る評価の適正化、実態を踏まえた在宅医療・訪問看護関係の評価の適正化、長期処方・リフィル処方の取組強化等による効率化 **▲0.15%**

※6 うち、※1～5以外の分 **+0.25%** 各科改定率：医科+0.28%、歯科+0.31%、調剤+0.08%

2. 薬価等

薬価： **▲0.86%**（R8年4月施行）
材料価格： **▲0.01%**（R8年6月施行）
合計： **▲0.87%**

3. 診療報酬制度関連事項

- ① R9年度における更なる調整及びR10年度以降の経済・物価動向等への対応の検討
- ②賃上げの実効性確保のための対応
- ③医師偏在対策のための対応
- ④更なる経営情報の見える化のための対応

4. 薬価制度関連事項

- ① R8年度薬価制度改革及びR9年度の薬価改定の実施
- ②費用対効果評価制度の更なる活用

令和8年度医科診療報酬改定の主なポイント

1. 賃上げや物価への対応

- 賃上げに向けた評価
 - ・令和8・9年度での各3.2%（看護補助者等は5.7%）の賃上げに向けたベースアップ評価料の見直し（点数の見直し、夜勤手当への充当を可能にする）
- 物価動向への対応
 - ・令和8・9年度の物価上昇に対応する「物価対応料」の創設、入院時の食費・光熱水費基準額の引上げ 等

2. 急性期・高度急性期入院医療の見直し

- 急性期・高度急性期の医療機関機能に応じた評価の見直し
 - ・急性期病院一般入院基本料の新設、特定機能病院入院基本料の見直し
 - ・急性期総合体制加算の新設（既存評価を改組し、総合性と手術等の集積性を持つ病院を評価）
 - ・特定集中治療室管理料等の見直し（救急搬送や全身麻酔を実績要件化）
- 多職種が病棟で協働する体制の評価

3. 包括期・慢性期入院医療の見直し

- 「治し、支える医療」の実現に向けた各評価の見直し
 - ・地域包括医療病棟の見直し（高齢者特性に配慮した要件見直しなど）
 - ・回復期リハビリテーション病棟の見直し（実績指数要件の対象拡大など）
 - ・療養病棟入院基本料の医療区分要件の見直し
- 質の高い包括期入院医療の評価
 - ・生活に配慮した支援を強化するための入退院支援加算1の引上げ
 - ・身体的拘束の最小化を組織的に行う際の評価の新設

4. 業務効率化・負担軽減等に向けた取組

- ICT等の活用による業務効率化・負担軽減
 - ・見守りや記録等でICTを組織的に活用した際の看護配置基準の柔軟化
 - ・生成AI等を組織的に活用した際の医師事務作業補助体制加算の柔軟化
- やむを得ない事情で看護要員が不足する場合の取扱いの柔軟化

5. 人口の少ない地域・医師偏在対策

- 人口少数地域で医療提供機能確保のための評価の新設
 - ・医療提供機能連携確保加算の新設（人口少数地域での外来・在宅医療の確保の支援や、緊急入院の受入体制がある病院を評価）
- 診療科偏在対策の推進
 - ・地域医療体制確保加算2の新設（若手医師が減少し、体制確保が必要な診療科の医師を対象として、勤務環境や処遇を改善する取組を評価）
 - ・外科医療確保特別加算の新設（長時間高難度手術の実施体制を整備し、外科医の勤務環境や処遇を改善しつつ手術を行う場合を評価）

6. 外来医療の機能分化・強化等

- 外来の機能分化の推進
 - ・特定機能病院等の外来診療料等の減算に係る逆紹介割合の基準の見直し
 - ・特定機能病院等からの紹介患者の初診に関する加算の新設
- 外来に係る評価の見直し
 - ・生活習慣病管理料の包括範囲や地域包括診療加算等の対象患者の見直し
 - ・時間外対応加算の引上げ、名称変更

7. 質の高い在宅医療・訪問看護の推進

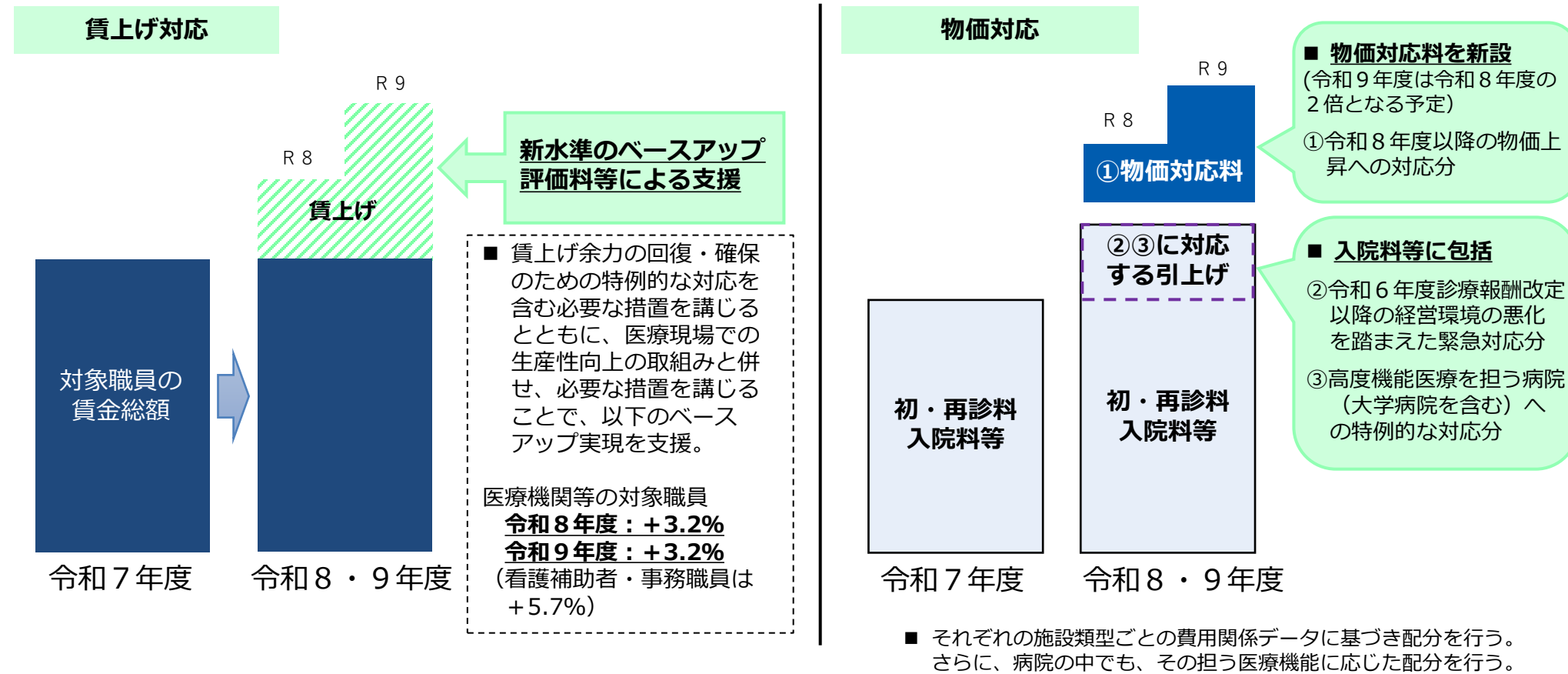
- 在宅医療に関する評価の見直し
 - ・地域で在宅医療における積極的役割を担う医療機関の更なる評価
- 訪問看護に関する評価の見直し
 - ・同一建物に居住する利用者の人数等に応じたきめ細かな評価への見直し
 - ・地域と連携した精神科訪問看護体制を評価

8. 重点的な対応が求められる各分野での対応（救急、小児・周産期、精神医療、DX・オンライン診療など）

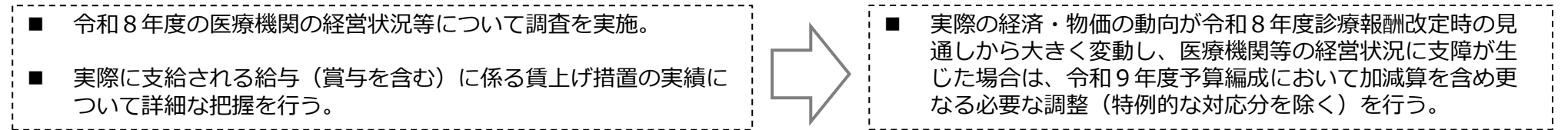
- 救急医療
 - ・救急外来医療の24時間提供体制の評価の拡充（救急外来医学管理料の新設）
 - ・救急患者連携搬送料について、民間救急等を活用した転院搬送や下り搬送の受入側を評価
- 小児・周産期医療
 - ・妊産婦にとって安心できる療養環境の確保と妊娠・産後のケアを一貫して行う体制の評価（産科管理加算）
 - ・小児科以外で成人移行医療を実施の際に難病外来指導管理料を算定可
- 精神医療（続き）
 - ・急性期病院精神科病棟入院料の新設（地域ごとの急性期の病院機能を確保する観点から、病院の機能に着目し、体制整備も含めた入院料を新設する。）
 - ・精神科地域密着多機能体制加算の新設（小規模医療機関等で外来医療や障害福祉サービスを一体的に提供する取組を評価）
- 医療DX・オンライン診療の評価の見直し
 - ・電子的診療情報連携体制整備加算の新設（医療DXに係る評価を改組）
 - ・D to P with N での訪問看護の同時実施可、別途訪問時の評価を新設

賃上げ・物価対応に係る全体像

【基本的な考え方】



【令和 8 年度以降の対応】



賃上げに向けた評価の見直し（概要）

ベースアップ評価料の対象の拡大

- 入院医療、外来医療及び在宅医療等の医療提供体制を支える、保険医療機関等に勤務する幅広い職員の人材確保及び確実な賃上げを実施する観点から、ベースアップ評価料の対象となる職員を拡大する。
 - 事務職員、40歳未満の医師・歯科医師・薬局薬剤師も対象とする。（経営者、役員等は除く。）
- 歯科診療報酬において、歯科技工所の歯科技工士の確実な賃上げを図る観点から、歯科技工所ベースアップ支援料を新設する。
- 調剤報酬において、薬局の薬剤師及び事務職員等の確実な賃上げを図る観点から、調剤ベースアップ評価料を新設する。

ベースアップ評価料の評価体系の変更

- 外来・在宅ベースアップ評価料、歯科外来・在宅ベースアップ評価料及び訪問看護ベースアップ評価料について、継続的に賃上げを実施している保険医療機関とそれ以外の保険医療機関において異なる評価を行う。
- 全てのベースアップ評価料について、令和8年度及び令和9年度において段階的な評価とする。

入院料の見直し

- 継続的な賃上げに係る評価を行う観点から、入院基本料等を引き上げる。
- 令和6年度及び令和7年度において賃上げを実施している等の保険医療機関とそれ以外の保険医療機関を区別する観点から、入院基本料等に減算規定を新設する。

賃上げに係る評価の使途の見直し

- 夜勤職員の確保を行う観点から、看護職員処遇改善評価料及びベースアップ評価料による収入を、夜勤手当の増額に用いることを可能とする。

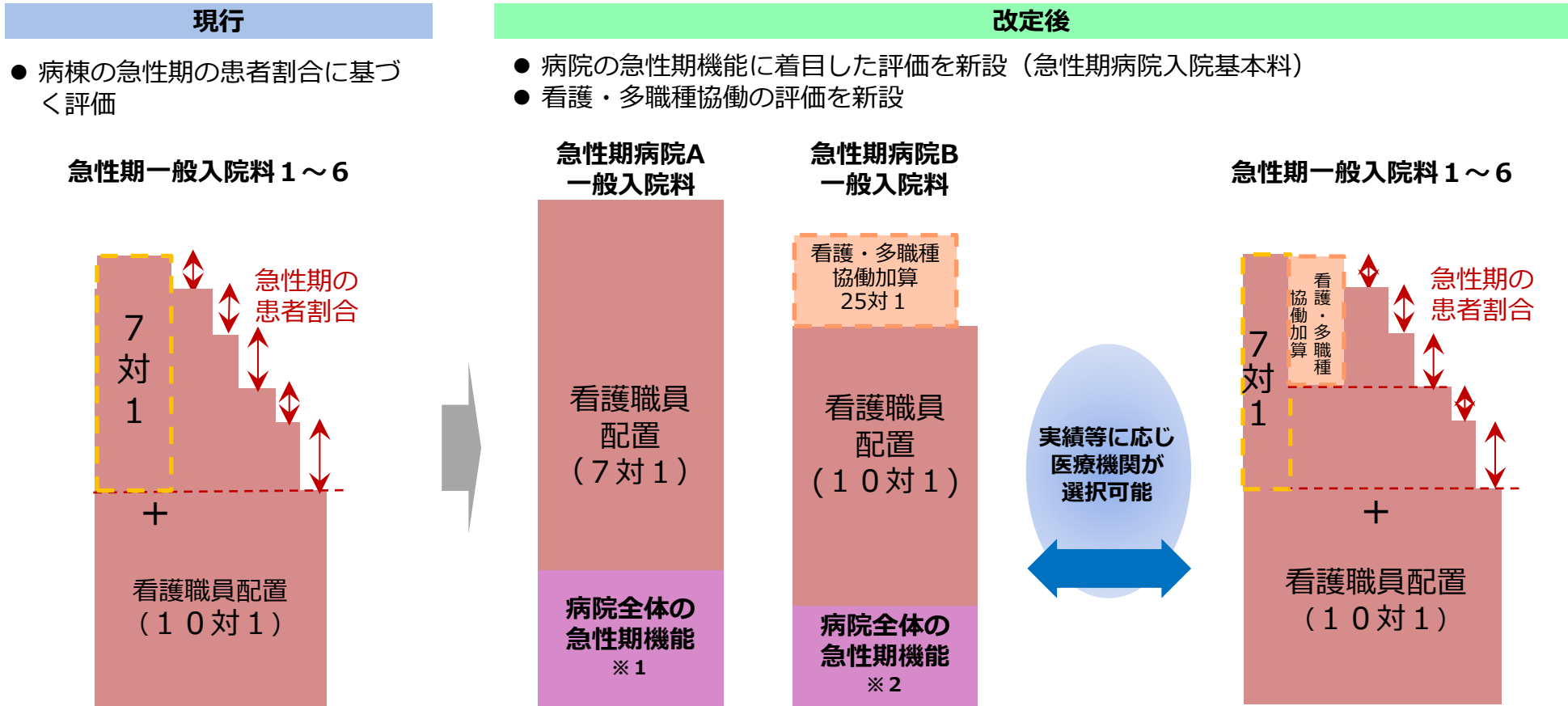
1. 令和 8 年度診療報酬改定の概要

2. 栄養管理・食事療養に関する主な改定事項

※ 現時点での改定の概要をご紹介するためのものであり、算定要件・施設基準等の詳細については、告示・通知等をご確認ください。

急性期における評価の見直し

- 地域で病院が果たしている救急搬送の受入や手術等の急性期機能に着目し、地域ごとの急性期の病院機能を確保する観点から、**病院の機能に着目した急性期病院一般入院基本料を新設**。
- 高齢者等が主に入棟する病棟において、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、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を評価する、**看護・多職種協働加算を新設**。



※ 1 救急搬送2000件かつ全身麻酔手術1200件
※ 2 4つのうちいずれか（救急搬送1500件、救急搬送500件かつ全身麻酔手術500件、人口20万人未満地域の最大救急搬送病院（救急搬送1000件以上）、離島地域の最大救急搬送病院）

* 看護・多職種協働加算は入院料 4 に加算。

多職種が病棟で協働する体制の評価

看護・多職種協働加算の新設

- 地域の急性期医療を担う保険医療機関において、患者の早期退院やADLの維持、向上をめざし、看護職員を含む多職種（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）が協働して専門的な指導や診療の補助を行う体制を評価する加算を新設する。



(新) 看護・多職種協働加算（1日につき）

- | | | |
|---|---|-------------|
| 1 | <u>看護・多職種協働加算 1</u> （急性期一般入院料4を算定する病棟の場合） | <u>277点</u> |
| 2 | <u>看護・多職種協働加算 2</u> （急性期病院B一般入院料を算定する病棟の場合） | <u>255点</u> |

[算定要件]

看護職員を含む多職種が協働して適時かつ適切に専門的な指導及び診療の補助を行う体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者のうち、急性期一般入院料4を算定している患者については看護・多職種協働加算1を、急性期病院B一般入院料を算定する患者については看護・多職種協働加算2を、それぞれ所定点数に加算する。

[施設基準]

- 当該病棟において、1日に患者に指導及び診療の補助を行う看護職員及び他の医療職種の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が25又はその端数を増すごとに1以上であること。（曜日や時間帯による傾斜配置可能）
- 重症度、医療・看護必要度の該当患者割合に係る指数、平均在院日数、在宅復帰率及び常勤の医師の員数が急性期一般入院料1と同等の基準を満たすこと。入院料における看護職員の最小必要数+本加算による看護職員配置数の7割以上が看護師であること。
- 医療機関内で多職種協働の目標や各職種が行う業務内容、情報共有の方法等について、文書で整理し、配置される多職種間で共有していること。
- 病院の医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。

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 作業療法士 言語聴覚士	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
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

看護・多職種協働加算における職員配置の例

➤ 看護・多職種協働加算は、**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。

〔施設基準〕

- 当該病棟において、1日に患者に指導及び診療の補助を行う看護職員及び他の医療職の数は、常時、当該病棟の**入院患者の数が25又はその端数を増すごとに1以上**であること。
- **急性期一般入院料4又は急性期病院B一般入院料を算定する病棟**であること。

配置人数の例（イメージ）

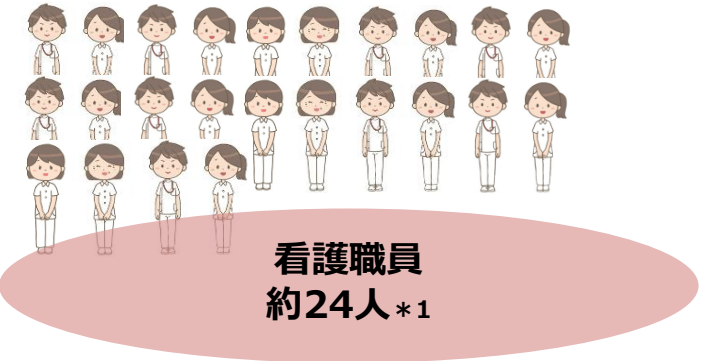
- 急性期病院B一般入院料
- 急性期一般入院料4

1病棟50床の場合

看護・多職種
協働加算
25対1



看護職員
配置
(10対1)

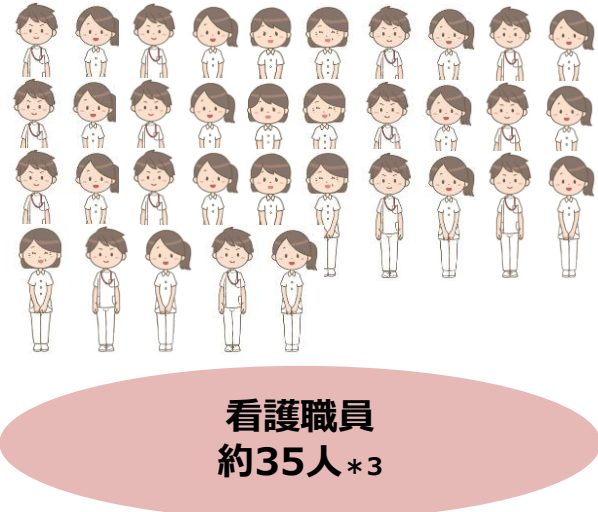


(参考)

- 急性期病院A一般入院料
- 急性期一般入院料1

1病棟50床の場合

看護職員
配置
(7対1)



*1 10対1配置：患者50人に対して、常時看護職員5人。
 $365日 \times 3勤務 = 1095勤務帯 / 年間$ $365日 \div 7日 = 52.142 (年52週)$
 $週40時間 \times 年52週 - 休暇や祝日35日 \times 8時間 = 年間労働時間1,800時間$
必要な看護職員数 $\rightarrow 1095勤務帯 \times 8時間 \div 5 / 1800時間 = 24.3人 (24人)$

*2 25対1配置：患者50人に対して、常時看護職員・多職種2人。
 $365日 \times 3勤務 = 1095勤務帯 / 年間$ $365日 \div 7日 = 52.142 (年52週)$
 $週40時間 \times 年52週 - 休暇や祝日35日 \times 8時間 = 年間労働時間1,800時間$
必要な看護職員数 $\rightarrow 1095勤務帯 \times 8時間 \times 2 / 1800時間 = 9.73人 (10人)$

*3 7対1配置：患者50人に対して、看護職員7.14→約7.2人。
 $365日 \times 3勤務 = 1095勤務帯 / 年間$ $365日 \div 7日 = 52.142 (年52週)$
 $週40時間 \times 年52週 - 休暇や祝日35日 \times 8時間 = 年間労働時間1,800時間$
必要な看護職員数 $\rightarrow 1095勤務帯 \times 8時間 \times 7.2人 / 1800時間 = 35.04人 (35人)$

その他の専従要件の柔軟化

医療安全対策加算等における専従業務に従事する時間の柔軟化

- 感染対策向上加算における**感染対策チームの専従者**、**抗菌薬適正使用支援チームの専従者**及び医療安全対策加算 1 に規定する**専従の医療安全管理者**について、専従業務に従事する時間が当該保険医療機関の所定労働時間に満たない場合には、**月16時間までに限り、当該業務の実施時間以外に他の業務に従事することは差し支えない**こととする。

現行

【医療安全対策加算】

【施設基準】

- 1 医療安全対策加算 1 に関する施設基準
(1) 医療安全管理体制に関する基準
ア 当該保険医療機関内に、医療安全対策に係る適切な研修を修了した専従の看護師、薬剤師その他の医療有資格者が医療安全管理者として配置されていること。なお、ここでいう適切な研修とは、次に掲げる全ての事項に該当するものをいう。

改定後

【医療安全対策加算】

【施設基準】

- 1 医療安全対策加算 1 に関する施設基準
(1) 医療安全管理体制に関する基準
ア 当該保険医療機関内に、医療安全対策に係る適切な研修を修了した専従の看護師、薬剤師その他の医療有資格者が医療安全管理者として配置されていること。**なお、(2)に掲げる医療安全管理者の行う業務に従事する時間が当該保険医療機関の定める所定労働時間に満たない場合には、月16時間までに限り、当該業務の実施時間以外に他の業務に従事することは差し支えない。また、ここでいう適切な研修とは、次に掲げる全ての事項に該当するものをいう。**

入院栄養管理体制加算における管理栄養士の専従要件の柔軟化

- 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。

現行

【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】

【施設基準】

- (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。

改定後

【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】

【施設基準】

- (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。**

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

リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算の評価の見直し及び加算2の新設

- 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・口腔連携体制加算について更に評価するとともに、施設基準を緩和した加算2を新設する。
- 加算2に従事する専従の理学療法士等においては、「A251」排尿自立支援加算、「A230-4」精神科リエゾンチーム加算、「H004」摂食嚥下機能回復体制加算における業務についても兼務できることとする。
- B I の測定に係る研修において、併せて F I M の測定に関する内容を含むことが望ましいこととする。

現行

【リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算】
リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算
(1日につき) 120点

〔施設基準〕

- プロセス・アウトカム評価
 - ・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8割以上
 - ・退院時にA D Lが低下した患者の割合が3%未満
 - ・院内で発生した褥瘡のある患者の割合が2.5%未満

- 当該保険医療機関において、B I の測定に関わる職員を対象としたB I の測定に関する研修会を年1回以上開催すること。

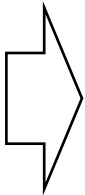
改定後

【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

〔施設基準〕

- 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A D L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

- 当該保険医療機関において、B I の測定に関わる職員を対象としたB I の測定に関する研修会を年1回以上開催すること。なお、当該職員研修会においては、併せて機能的自立度評価法（Functional Independence Measure）（以下「F I M」という。）の測定に関する内容も含むことが望ましい。

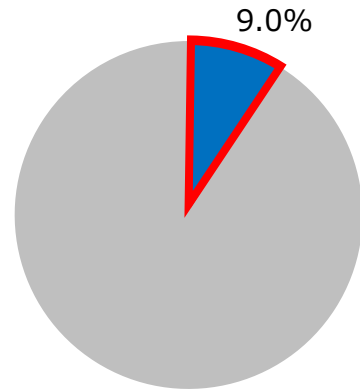


リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算に関する状況

診調組 入-1
7.5.22改

- リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算を届け出ていると回答した医療機関は、9.0%であった。
- 届け出していない理由としては、「常勤専従の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を2名以上配置（うち1名は専任でも可）することが困難なため」、「土日祝日における1日あたりの疾患別リハビリテーション料の提供単位数が平日の提供単位数の8割以上を満たさないため」が多かった。

■ リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算の届出状況（n=1,065）



■ 届け出ている
■ 届け出していない

■ リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算を届け出していない理由：（n=924）



※1 うち1名は専任でも可

※2 リハビリテーション医療における経験を3年以上有し、適切な研修を受けていること

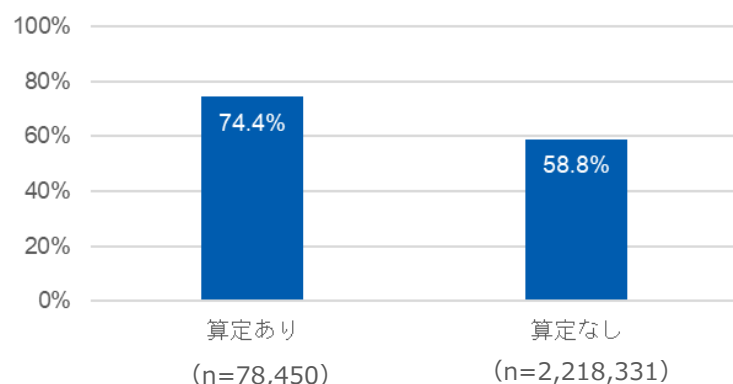
出典：令和6年度入院・外来医療等における実態調査（施設調査票（A票））

- リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算の算定ありの患者のほうが、低栄養の入力割合と入院栄養食事指導料の算定患者割合が高かった。
- また、算定ありの患者のほうが、入院時の低栄養の割合が高かった。

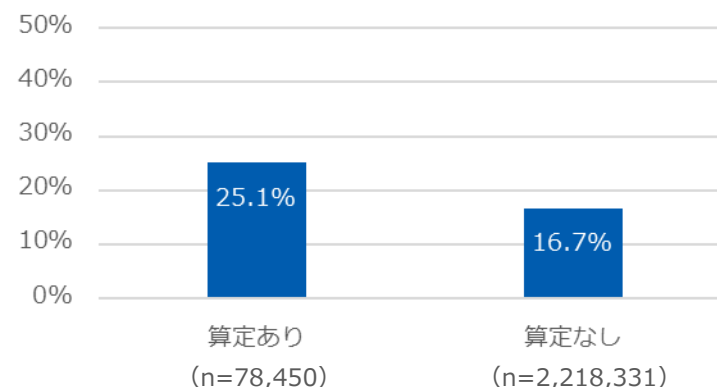
リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算の算定有無別

■ 低栄養（GLIM基準による評価）の入力割合※

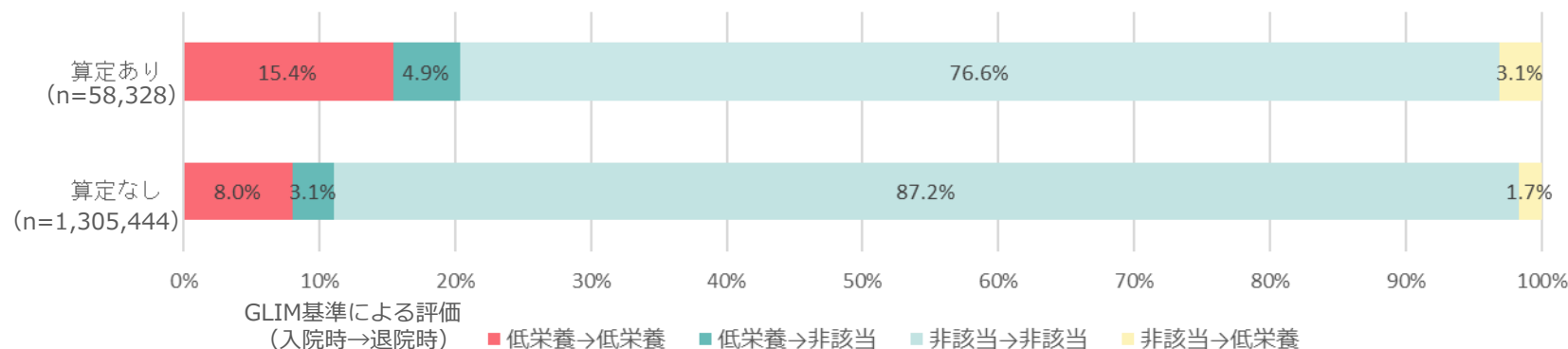
※対象症例に占める低栄養の有無に関するデータを様式1に入力していた割合



■ 入院栄養食事指導料の算定患者割合

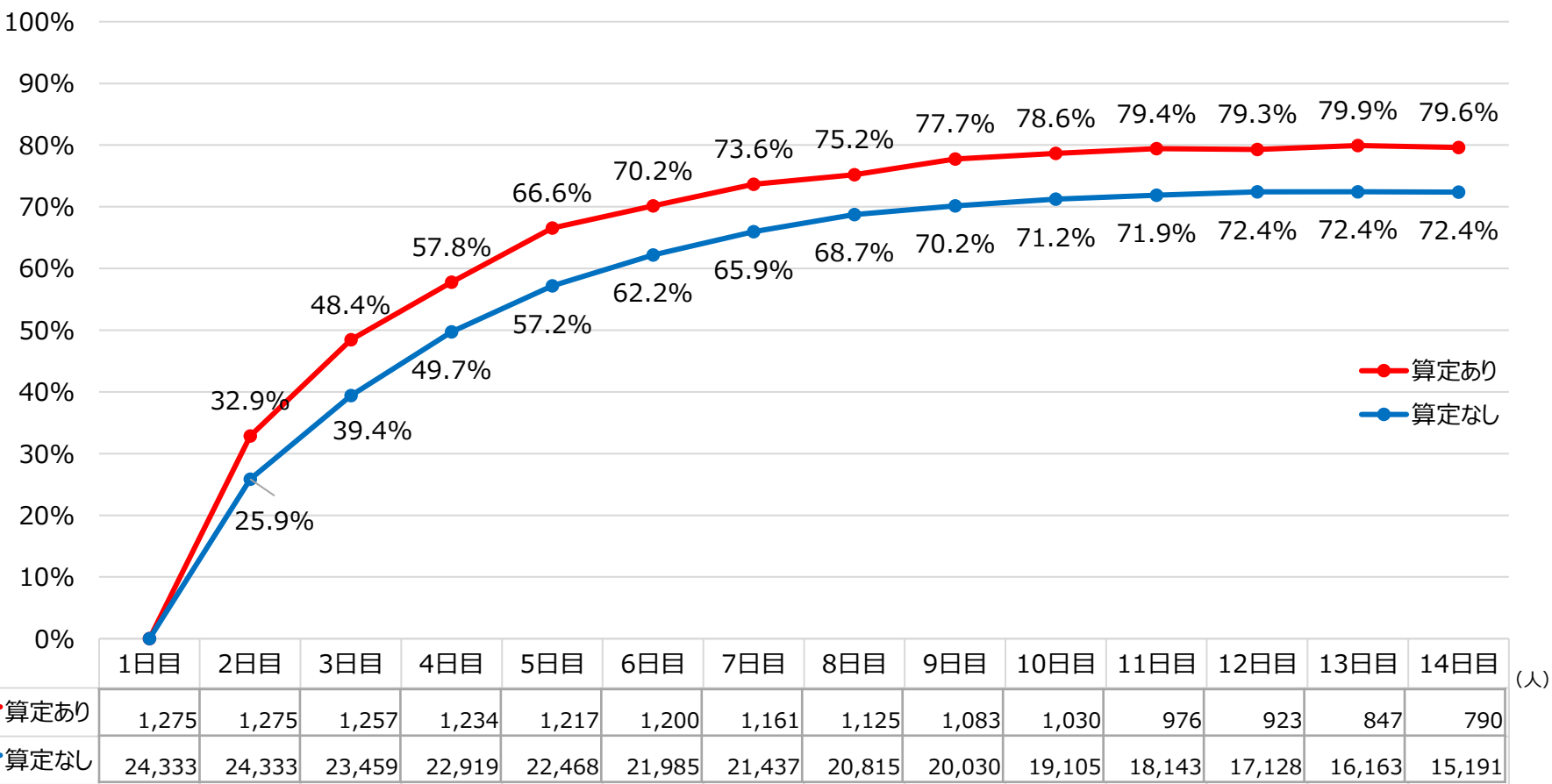


■ 入退院時の低栄養状態の変化



○ 入院初日に禁食だった誤嚥性肺炎患者が入院3日目に食事を取っている割合は、体制加算算定ありで48.4%、算定なしで39.4%、入院7日目では算定ありで73.6%、算定なしで65.9%であり、いずれの時点も算定ありのほうが高かった。

リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算の算定有無別 入院初日に禁食だった誤嚥性肺炎患者が食事を取っている割合



※入院時食事療養(Ⅰ)(Ⅱ)又は入院時生活療養(Ⅰ)(Ⅱ)食事の提供たる療養(流動食のみ含む)の算定が1回/日以上ある者を「食事を取っている」とした。

地域包括ケア病棟におけるリハビリテーション・栄養管理・口腔管理の一体的取組

地域包括ケア病棟入院料におけるリハビリテーション・栄養・口腔連携加算の新設

- **地域包括ケア病棟**においても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、地域包括ケア病棟の配置等に合わせた**リハビリテーション・栄養・口腔連携加算を新設**する。

(新) リハビリテーション・栄養・口腔連携加算 30点

〔算定要件〕

注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。

〔施設基準〕

- **専任**の常勤の**管理栄養士が1名以上配置**（専任として配置される病棟は、1名につき1病棟まで）
 - 経験・件数要件を満たす**常勤医師が1名以上勤務**していること
 - 適切な口腔ケアの提供、口腔状態に係る課題を認めた場合に、歯科への受診を促す体制（望ましい要件）
 - プロセス・アウトカム評価
 - ア 入棟した患者のうち、**入棟後3日目までに疾患別リハビリテーションを実施した患者の割合が6割以上**
 - イ **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**
 - ウ 院内で発生した褥瘡のある患者の割合が2.5%未満
- **当該加算を算定する患者**について、**「B001の10」入院栄養食事指導料及び「B011の6」栄養情報連携料の算定を可能**とする。

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

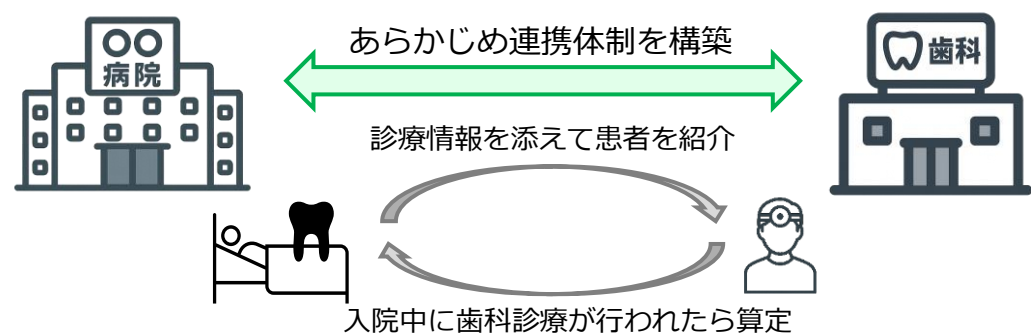
	A233 リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算		A304 地域包括医療病棟 リハビリテーション・栄養・ 口腔連携加算		(新) A308-3 地域包括ケア病棟 リハビリテーション・栄養・ 口腔連携加算
	加算 1	(新) 加算 2	加算 1	(新) 加算 2	
対象病棟	急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料、 専門病院入院基本料		地域包括医療病棟		地域包括ケア病棟
専従・専任配置	専従の療法士 1 名、専任の療法士 1 名 専任の管理栄養士 1 名		病棟の配置職員のみ (療法士 専従 2 名、 管理栄養士 専任 1 名)		専任の管理栄養士 1 名 + 病棟の配置職員 (療法士 専従 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	専従者は、原則他の業務 との専従者との兼務不可 だが、 <u>チームに係る加算 の専従者との兼務は可能</u>	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		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 入院医療管理料の場合、病棟のリ ハ栄養口腔体制加算との兼務可
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				<u>入棟患者のうち、3日以内に 開始した患者が6割以上</u>
休日リハ 実施割合	8割以上	<u>7割</u> 以上	8割以上	<u>7割</u> 以上	<u>7割</u> 以上
ADL低下割合	3%未満	<u>5%</u> 未満	3%未満	<u>5%</u> 未満	—（要件なし）
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		×（病棟の専従者のため算定不可）
点数 (14日間)	<u>150点</u>	<u>90点</u>	<u>110点</u>	<u>50点</u>	<u>30点</u>

歯科医療機関との連携の推進

口腔管理連携加算の新設

- 入院患者が有する口腔状態の課題への質の高い対応を推進する観点から、医科点数表により診療報酬を算定する保険医療機関が、歯科医療機関とあらかじめ連携体制を構築し、口腔状態の課題を有する入院患者が歯科診療を受けられるよう連携を行った場合の評価として、口腔管理連携加算を新設する。

(新) 口腔管理連携加算 600点



[算定要件]

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関に入院している患者のうち、口腔状態に係る課題のために医科における治療上の課題を生じており、医師等が入院中の歯科受診が必要と判断した者について、連携体制を構築している他の歯科医療機関に対し、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行い、入院中に歯科診療が行われた場合に、歯科診療が行われた日に入院中1回に限り算定する。この場合において、区分番号B009診療情報提供料(I)は、所定点数に含まれるものとする。

[施設基準]

- 歯科診療を行わない保険医療機関であって、歯科診療を行う別の保険医療機関と入院中の患者に対する歯科訪問診療に係る連携体制を構築していること。歯科訪問診療を依頼する方法等について文書により提供を受けていること。
- 連携体制を構築していることについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示及びウェブサイトに掲載していること。
- 過去1年間に以下の実績を有すること。
 - ア 入院中の患者に対し、連携歯科医療機関から歯科訪問診療を受けた実績が3件以上
 - イ 退院時に「B009」の注14に規定する歯科医療機関連携加算1を算定した実績が3件以上
- 入院後速やかに口腔状態に係る課題を評価する体制や、口腔状態に問題があれば、入院中の受診を必要としない場合であっても、退院後に歯科への受診を促す体制が整備されていることが望ましい。

非がん患者に対する緩和ケアの評価の見直し①

末期呼吸器疾患患者及び末期腎不全患者に対する緩和ケア

- 末期呼吸器疾患患者及び終末期の腎不全患者等に対する質の高い緩和ケアを評価する観点から、緩和ケアに係る評価の対象に末期呼吸器疾患患者及び終末期の腎不全患者を加える。

現行

【A226-2 緩和ケア診療加算】

【B001 24 外来緩和ケア管理料】

【算定要件（通知）】

- (1) (中略) 悪性腫瘍、後天性免疫不全症候群又は末期心不全の患者のうち、疼痛、倦怠感、呼吸困難等の身体的症状又は不安、抑うつなどの精神症状を持つ者に対して、当該患者の同意に基づき、症状緩和に係るチームによる診療が行われた場合に算定する。

【C108 在宅麻薬等注射指導管理料】

3 心不全又は呼吸器疾患の場合 1,500点

注3 3については、1又は2に該当しない場合であって、緩和ケアを要する心不全又は呼吸器疾患の患者であって、入院中の患者以外の末期の患者に対して、在宅における麻薬の注射に関する指導管理を行った場合に算定する

改定後

【A226-2 緩和ケア診療加算】

【B001 24 外来緩和ケア管理料】

【算定要件（通知）】

- (1) (中略) 悪性腫瘍、後天性免疫不全症候群、末期心不全、末期呼吸器疾患又は末期腎不全の患者のうち、疼痛、倦怠感、呼吸困難等の身体的症状又は不安、抑うつなどの精神症状を持つ者に対して、当該患者の同意に基づき、症状緩和に係るチームによる診療が行われた場合に算定する。

【C108 在宅麻薬等注射指導管理料】

3 心不全、呼吸器疾患又は腎不全の場合 1,500点

注3 3については、1又は2に該当しない場合であって、緩和ケアを要する心不全、呼吸器疾患又は腎不全の患者であって、入院中の患者以外の末期の患者に対して、在宅における麻薬の注射に関する指導管理を行った場合に算定する。

※ 注入ポンプ加算、携帯型ディスポーザブル注入ポンプ加算についても同様

【対象患者】

- 末期呼吸器疾患の患者とは、以下のアからウまでのいずれにも該当するものをいう。
 - ア 呼吸器疾患に対して適切な治療が実施されている。
 - イ 在宅酸素療法やNPPV（非侵襲的陽圧換気）を継続的に実施している。
 - ウ 過去半年以内に10%以上の体重減少を認める。
- 末期腎不全の患者とは、以下のアからエまでのいずれにも該当するもの又はア、イ及びオに該当するものをいう。
 - ア 腎不全に対して適切な治療が実施されている。
 - イ 器質的な腎障害により、適切な治療に関わらず慢性的に日本腎臓学会CKD重症度分類Stage G5以上に該当し、腎代替療法を必要とする状態。
 - ウ 血液透析療法又は腹膜透析療法を実施している。
 - エ Palliative Performance Scale（PPS）が40%以下である。
 - オ 腎代替療法を必要とする状態であるが、透析療法の開始又は継続が困難である。

質の高い摂食嚥下機能回復に係る取組の推進②

療養病棟における経腸栄養管理加算の見直し

- 療養病棟で、栄養摂取に係る適切なプロセスを経て経腸栄養を実施する場合に算定可能な経腸栄養管理加算について、当該病院へ入院前から中心静脈栄養で管理されていた患者は、その期間を問わず加算の算定を可能とする。また、経口摂取が不可となった場合に、栄養摂取方法の決定に係る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。

現行

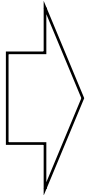
【経腸栄養管理加算】

[算定要件]

(19) 「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。ただし、入棟前の1か月間に経腸栄養が実施されていた患者については算定できない。

ア 長期間、中心静脈栄養による栄養管理を実施している患者

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った患者



改定後

【経腸栄養管理加算】

[算定要件]

(20) 「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。

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

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

慢性心不全の再入院予防の評価の新設

心不全再入院予防継続管理料の新設

➤ 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。

(新) 心不全再入院予防継続管理料

1 心不全再入院予防継続管理料 1	1,000点	(入院中 1 回に限り算定)
2 心不全再入院予防継続管理料 2	6 回目まで 700点 7 回目以降 225点	(1 年を限度として月に 1 回・外来で算定)
3 心不全再入院予防継続管理料 3	6 回目まで 400点 7 回目以降 225点	(1 年を限度として月に 1 回・外来で算定)

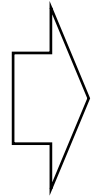
	管理料 1 (入院中)	管理料 2 (外来)	管理料 3 (外来)
主な施設基準	○一般病棟入院基本料、7 対 1 入院基本料、10 対 1 入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）又は専門病院入院基本料に限る。）に係る届出 ○心不全再入院予防チーム（心不全指導の経験を 3 年（医師は 5 年）以上有する常勤の医師、看護師又は保健師、管理栄養士）の設置（いずれかは研修を修了した者であることが望ましい） ○常勤の薬剤師及び理学療法士の配置 ○心大血管疾患リハビリテーション料に係る届出 ○院内職員、3 を算定する保険医療機関等を対象とした研修会を年に各 1 回以上実施		○心不全再入院予防チーム（心不全指導の経験を 3 年（医師は 5 年）以上有する医師、看護師又は保健師、うち 1 名以上は常勤）の設置 ○栄養食事指導を行うことが可能な体制の整備 ○管理料 1 又は 2 の医療機関が主催する研修会への参加
主な算定要件	○心不全を主病とする患者に対し、以下を全て満たす場合に算定 ・心不全に対し、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を実施されていること。 ・当該入院中に早期離床・リハビリテーション加算又は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。 ・当該入院中に入院栄養食事指導料又は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。	○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、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	○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、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
	○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、その結果に基づき指導計画を作成する。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		

情報通信機器等を用いた外来栄養食事指導料の見直し

情報通信機器又は電話による追加的な指導の評価

- 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。

現行		
【外来栄養食事指導料】		
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 情報通信機器等を用いた場合	180点	
（新設）		
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 情報通信機器等を用いた場合	170点	
（新設）		



改定後		
【外来栄養食事指導料】		
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	

[算定要件]

管理栄養士が（1）の患者に対し、対面又は情報通信機器を用いて指導を実施した上で、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。

退院直後の訪問栄養食事指導に関する評価の新設

退院後訪問栄養食事指導料の新設

- 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、退院直後に、入院保険医療機関の管理栄養士が患家等を訪問し、患者又はその家族等に対して、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。

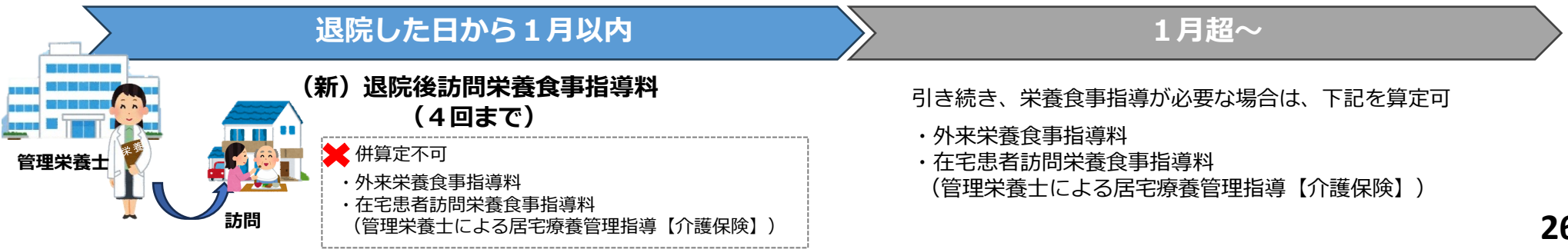
(新) 退院後訪問栄養食事指導料 (1 回につき) 530点

[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、摂食機能又は嚥下機能が低下した患者、低栄養状態にある患者**

[算定要件]

- 保険医療機関を退院した対象患者に対して、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家等を訪問し、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 B 0 0 1 の 9 に掲げる外来栄養食事指導料及び区分番号 C 0 0 9 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。



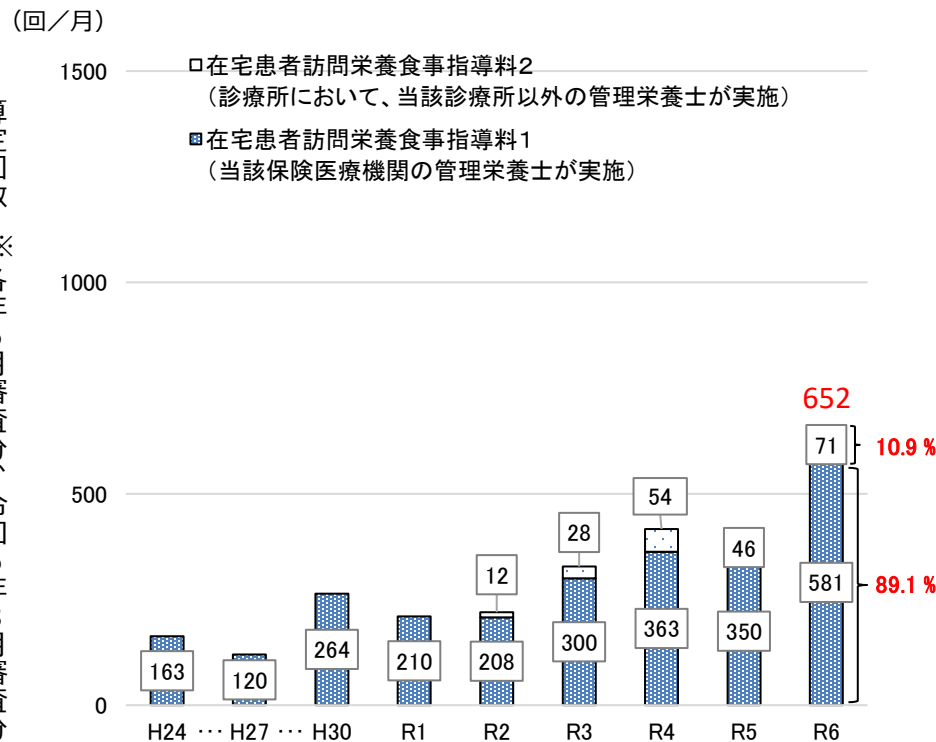
訪問栄養食事指導の実施状況

中医協 総-2
7. 8. 27 改

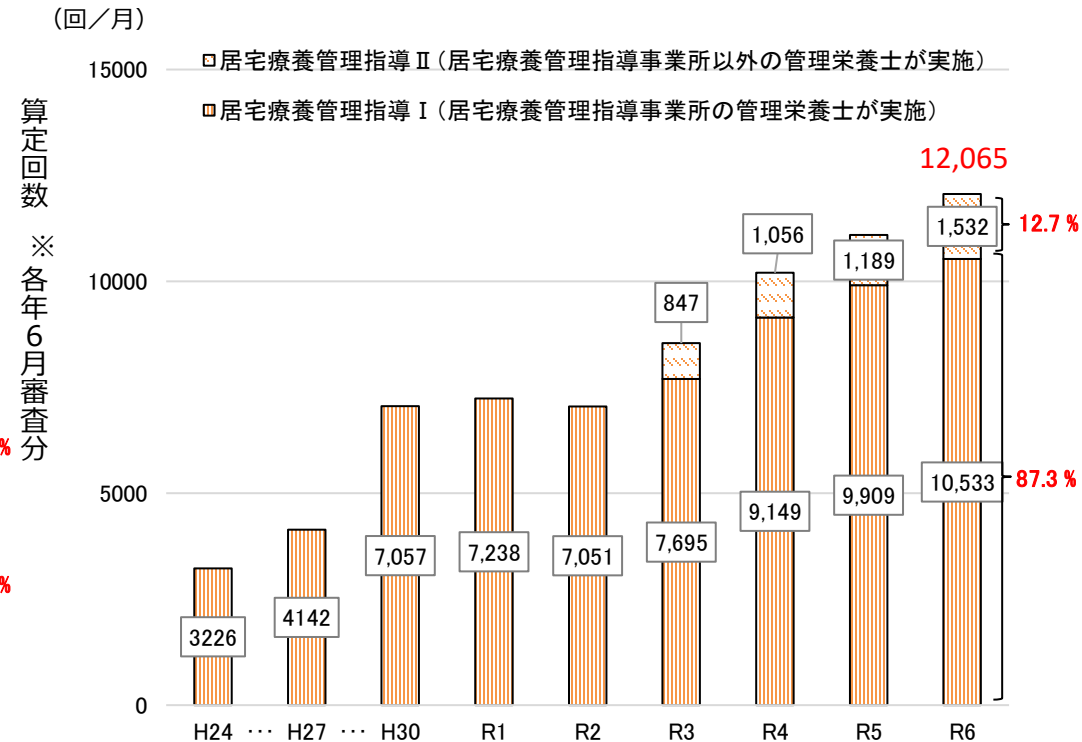
- 令和6年の算定回数は、平成24年と比べると、医療保険、介護保険とも約4倍に増加しているものの、医療保険では652回／月と極めて少ない。
- 診療所においては、外部（他の医療機関や栄養ケア・ステーション※）の管理栄養士との連携による訪問栄養食事指導が評価されているが、全体の約1割に留まっている。

※日本栄養士会又は都道府県栄養士会が設置し、運営する栄養ケア・ステーション

在宅患者訪問栄養食事指導（医療保険）



居宅療養管理指導（介護保険）



注) 在宅療養を行っている患者に係る訪問栄養食事指導については、対象患者が要介護又は要支援認定を受けている場合には介護保険扱いとなり、認定を受けていない場合には医療保険扱いとなる。

- 令和7年地方分権改革に関して、特に退院直後など、医師の判断により、適切な時期に必要な訪問栄養食事指導が受けられるよう、医療保険適用要件の見直しが提案されている。

提案事項：在宅医療（訪問栄養指導）における医療保険適用要件の見直し

＜提案団体からの見解＞ 提案団体：高松市、三豊市

2040年問題に備え、患者を医療施設から在宅へ繋いでいくうえで、食と栄養は非常に重要なファクターであり、療養上適切な食事の管理が困難で、自宅退院することができない患者も増えている中、訪問栄養指導を行うことで、患者本人や食事を作る家族が、安心して在宅療養ができるようサポートすべきと考える。

保険医療機関が居宅療養管理指定事業所とみなされるため、介護保険による居宅療養管理指導（管理栄養士が行う場合）の算定は可能であることは承知している。しかしながら、居宅療養管理指導では、ケアマネージャーとのやり取りや栄養ケア計画書の作成、サービス担当者会議への出席等、管理栄養士の業務負担が大きいばかりか、指導を実施するまでに相当の時間を要することになり、特に退院直後の介護サービスが利用できるまでの間は患者への対応が遅れることになる。

また一方で、医療保険による在宅患者訪問栄養指導料の算定要件である「通院困難」が支障となり、算定対象とできる該当患者が少ない実状がある。さらに、本市の当該市立病院所在地のような人口減少地域には栄養ケア・ステーションがない地域もあり、住民が必要なサービスを受けられない実態があることも十分にご理解いただきたい。

このようなことから、在宅療養支援病院・診療所に限らず、すべての病院の管理栄養士を活用し、どのような地域でも個々の患者状態に合わせて、医師の判断により、適切な時期に必要な訪問栄養指導が受けられるよう、在宅医療の推進のためにも、医療保険適用要件の見直しを積極的に進めていただきたい。

- 在宅療養者の介護者（家族等）は、「何をどれくらい食べさせたら良いのか分からない」「食べてくれず食事量が少ない」などの困りごとがあり、管理栄養士の食支援により食事作りの負担が改善したとの報告がある。

■ 在宅療養者の介護者の食に関する困りごとと管理栄養士の食支援により食事作りの負担が改善した理由

項目	人数	理由	回答人数
食に関する介護者の困りごと （複数回答可）	139	何をどれくらい食べさせたら良いのか分からない	49
		食べてくれず食事量が少ない	45
		むせ込みがある	32
		適切な食事形態が作れない	31
		誤嚥しやすい	23
		食に関する多くの悩みが解決しない	14
		食べないことへの不安	7
		時間がかかる嚥下調整食は作れない	7
		治療食の作り方が分からない	3
		下痢	2
		食事に時間がかかる	1
管理栄養士の食支援により 介護者の食事作りの負担が 改善した理由（複数回答可）	145	実践的な調理指導が受けられた	80
		栄養に関する情報提供や相談ができた	67
		市販品の利用方法や栄養指導が受けられた	65
		レシピ提案により、嚥下調整食の作れるレシピが増えた	27
		介護者の食に関する悩みが無くなった	27
		食事作りが楽になった	16
		食事量が増えた	10

地域包括ケアシステム推進のための取組の強化⑪

退院直後の在宅療養支援に関する評価

- 医療ニーズが高い患者が安心・安全に在宅療養に移行し、在宅療養を継続できるようにするために、退院直後の一定期間、退院支援や訪問看護ステーションとの連携のために、入院していた医療機関から行う訪問指導について評価する。

(新) 退院後訪問指導料 580点(1日につき)

(新) 訪問看護同行加算 20点

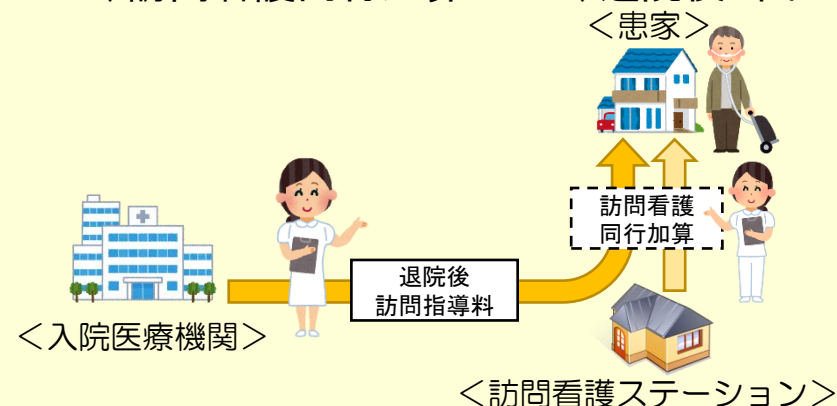
[算定要件]

- ① 対象患者: 別表第8又は認知症高齢者の日常生活自立度判定基準Ⅲ以上※

※要介護被保険者等及び看護師等が配置されている特別養護老人ホーム・指定障害者支援施設等の入所者(ただし保険医療機関を除く。)も算定可能とする。

- ② 算定回数: 退院後1か月以内に限り、5回を限度として算定する。

- ③ 在宅療養を担う訪問看護ステーション又は他の保険医療機関の看護師等と同行し、指導を行った場合には、訪問看護同行加算として、退院後1回に限り、所定点数に加算する。



別表第8

- 在宅悪性腫瘍等患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態にある者
 - 以下のいずれかを受けている状態にある者
 - 在宅自己腹膜灌流指導管理
 - 在宅血液透析指導管理
 - 在宅酸素療法指導管理
 - 在宅中心静脈栄養法指導管理
 - 在宅成分栄養経管栄養法指導管理
 - 在宅自己導尿指導管理
 - 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者
 - 真皮を超える褥瘡の状態にある者
 - 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者
- 在宅人工呼吸指導管理
在宅持続陽圧呼吸療法指導管理
在宅自己疼痛管理指導管理
在宅肺高血圧症患者指導管理

入院時の食費・光熱水費の基準の見直し

入院時の食費・光熱水費の基準の見直し

- 入院時の食費の基準については、令和6年6月から1食当たり30円、令和7年4月から1食当たり20円の引上げを行ったが、令和7年4月以降も食材費等が上昇していることを踏まえ、**1食当たり40円引き上げる。**

※ 令和8年6月1日施行。令和7年度の食材費等の上昇に対しては、別途、令和7年度補正予算「重点支援地方交付金」による支援も活用可能。

		現行		改定後
自己負担 (1食当たり)	総額 (1食当たり)	690円	+40円 ➡	730円
	一般所得者の場合	510円	+40円 ➡	550円
	住民税非課税世帯の場合	240円	+30円 ➡	270円
	住民税非課税かつ所得が一定基準に満たない70歳以上の場合	110円	+20円 ➡	130円

- 近年の光熱水費の上昇等を踏まえ、入院時の光熱水費の基準（対象は療養病床に入院する65歳以上の者）を**1日当たり60円引き上げる。**

※ 令和8年6月1日施行。

		現行		改定後
自己負担 (1日当たり)	総額 (1日当たり)	398円	+60円 ➡	458円
	自己負担 (1日当たり)	370円	+60円 ➡	430円

※ 指定難病患者等については、自己負担はなく、据え置き。

入院時の食事療養に係る見直し①

嚥下調整食の評価

➤ 入院時の食事療養の質の向上を図る観点から、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。

現行

特別食加算 1食につき76円 (1日につき3食を限度)

二 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

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腎臓食、肝臓食、糖尿食、胃潰瘍食、貧血食、脾臓食、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、ガラクトース血症食、治療乳、無菌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。)

(新設)

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(イメージ)



学会コード(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)

嚥下調整食1 j	嚥下調整食2-1	嚥下調整食2-2	嚥下調整食3	嚥下調整食4
				
トマトゼリー トマトジュースをゼリー状に固めたもの	にんじんのグラッセ 600μのメッシュに通し、なめらかにしたもの	カレーライス 全粥とカレーをそれぞれミキサーにかけ、まとまりやすくしたもの	棒々鶏 食材をミキサーにかけ舌で押しつぶしができるムース状にしたもの	鮭とほうれん草のグラタン 歯茎で押しつぶせる程度のやわらかさにしたもの

(写真) 老年栄養ドットコム <https://geriatrics.jp/>

改定後

特別食加算 1食につき76円 (1日につき3食を限度)

二 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) 治療食

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腎臓食、肝臓食、糖尿食、胃潰瘍食、貧血食、脾臓食、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、ガラクトース血症食、治療乳、無菌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。)

(二) 嚥下調整食

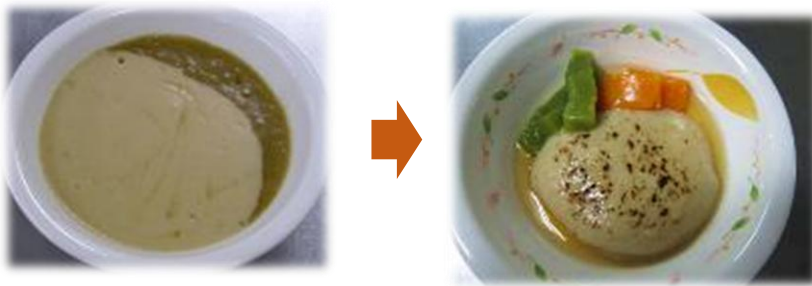
摂食機能又は嚥下機能が低下した患者に対して、医師の発行する食事箋に基づき提供された適切な栄養量及び内容を有する嚥下調整食

- 【主な算定要件】**
- 加算の対象となる嚥下調整食は、
 - ・ **安全性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。**
 - **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等を確認し、常食が適している場合は、速やかに食事変更を行うこと。**
- 【主な施設基準】**
- 検査が毎日行われるとともに、**定期的に多職種による試食会やカンファレンス**が開催されていること。
 - **責任者は、一定の要件を満たした実習を伴う研修を修了した当該保険医療機関の管理栄養士であること。**

見た目や栄養量等に配慮した嚥下調整食の提供による効果

診療組 入-2
7. 8. 21

- 見た目を改善し、適切な栄養量を確保した嚥下調整食の提供により、エネルギー摂取量の増加やADLの改善が認められたとの報告がある。



※イメージ

見た目改善と栄養強化で摂取栄養量が増加

1日増加分：エネルギー273.8 kcal
たんぱく質12.4 g

Wu XS, et al. *Healthcare (Basel)*. 2020; 21;8(4):579.
Pu D, et al. *Geriatrics (Basel)*. 2021;6(4):108.

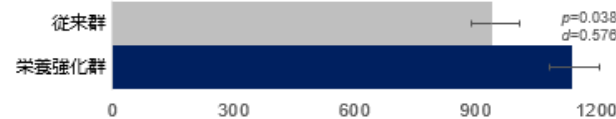
＜嚥下障害患者への栄養介入研究＞

従来の嚥下調整食 VS 見た目や栄養量等に配慮した嚥下調整食（栄養強化群）

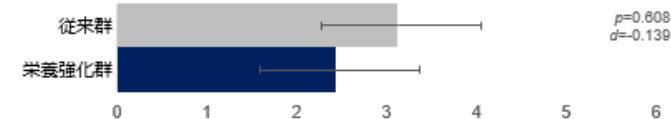


栄養強化群でエネルギー摂取量の増加、ADLの改善を認めた

エネルギー摂取量(kcal/day)



入院中の体重減少率(%)



退院時ADL (Barthel Index) スコア (points)



ADL改善度 (Barthel Index利得) (points)



Ueshima J, et al. *J Am Geriatr Soc*. 2025; doi: 10.1111/jgs.19468

美味しく安全で適切な栄養量を有する嚥下調整食の工夫

中医協 総-2
7. 1. 1. 7

- 美味しく安全で適切な栄養量を有する嚥下調整食は、彩り、味のメリハリ、温度、適切な食形態、栄養量を確保する調理法などの様々な工夫が行われている。

美味しく安全で適切な栄養量を有する 嚥下調整食の5つのポイント

◆彩り

食材と食器の配色に配慮し、盛り付けやソースのかけ方にも工夫を

◆味のメリハリ

だし、ハーブ、発酵調味料など香りとコクで味にメリハリを

◆温度

保温・保冷食器などで適温を保ち、香りを立たせり、飲み込みの促しを

◆適切な食形態

一人一人の摂食嚥下機能に合ったかたさ、なめらかさ、まとまりやすさ

◆栄養量を確保する調理法

栄養強化や調理過程で水分の添加を控える工夫などで、栄養密度をアップ

学会コード※	料理例	工夫
嚥下調整食 1 j	 トマトゼリー トマトジュースをゼリー状に固めたもの	- トマトの色と形をそのまま再現 - 水分が分離しないよう、使用するゲル化剤の種類や量、温度を調整する - 冷たく提供することで、物性を安定させ、飲み込みやすくする
嚥下調整食 2-1	 にんじんのグラッセ 600μのメッシュに通し、なめらかにしたもの	- にんじんの彩りをいかす - バターを加えることで、コクを出し、栄養量もアップ - 温かく提供して、より香りを立たせる
嚥下調整食 2-2	 カレーライス 全粥とカレールーをそれぞれミキサーにかけ、まとまりやすくしたもの	- 白い粥とカレーの彩りをいかし盛りつける - スパイスの香りと味のメリハリで食欲促進 - カレールーは具も一緒にミキサーにかけることによって栄養密度をアップ
嚥下調整食 3	 棒棒鶏 食材をミキサーにかけ舌で押しつぶしができるムース状にしたもの	- 鶏肉ときゅうりにソースをかけ、常食と変わらない印象で盛りつける - ソースをかけることで、香りが引き立つ - 鶏肉にたんぱく質粉末を追加して栄養強化
嚥下調整食 4	 鮭とほうれん草のグラタン 歯茎で押しつぶせる程度のやわらかさにしたもの	- 鮭とほうれん草の彩りをいかし盛りつける - チーズの香りと生クリームのコクを味わう - 脂ののった鮭を選び、ほうれん草は酵素を使ってやわらかく茹で、繊維を断つように切る

※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

食事療養等における特別食加算（嚥下調整食） 要件抜粋

算定要件

- 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。
- 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。
- 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。

施設基準

- 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食が毎日1食は行われ、食形態、見た目、味が適しているか確認の上、その所見が検食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。

入院時の食事療養に係る見直し②

特別料金の支払を受けることができる食事の見直し

- 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。
- 患者の自由な選択と同意に基づき、行事食やハラー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。

<特別料金の支払いを受けることができる食事>

入院患者に提供される食事に関して多様なニーズがあることに対応して、患者から特別の料金の支払を受ける特別メニューの食事（以下「特別メニューの食事」という。）を別に用意し、提供した場合は、下記の要件を満たした場合に妥当な範囲内の患者の負担は差し支えない。

主な要件

- ◆ 特別メニューの食事の提供に際しては、患者への十分な情報提供を行い、患者の自由な選択と同意に基づいて行われる必要があり、患者の意に反して特別メニューの食事が提供されることのないようにしなければならないものであり、患者の同意がない場合は通常の食費の支払を受けることによる食事（以下「標準食」という。）を提供しなければならない。
- ◆ 特別メニューの食事は、通常の食費では提供が困難な高価な材料を使用し特別な調理を行う場合や標準食の材料と同程度の価格であるが、異なる材料を用いるため別途費用が掛かる場合などであって、その内容が通常の食費の額を超える特別の料金の支払を受けるのにふさわしいものでなければならない。なお、患者のニーズに応じて、行事食やハラール等の宗教に対応した食事を提供した場合も含まれる。また、特別メニューの食事を提供する場合は、当該患者の療養上支障がないことについて、当該患者の診療を担う保険医の確認を得る必要がある。なお、複数メニューの選択については、あらかじめ決められた基本となるメニューと患者の選択により代替可能なメニューのうち、患者が後者を選択した場合に限り、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として、保険医療機関が設定した社会的に妥当な額の支払を受けることができること。この場合においても、入院時食事療養又は入院時生活療養の食事の提供たる療養に当たる部分については、入院時食事療養費及び入院時生活療養費が支給されること。
- ◆ 当該保険医療機関は、特別メニューの食事を提供することにより、それ以外の食事の内容及び質を損なうことがないように配慮する。
- ◆ 栄養補給量については、当該保険医療機関においては、患者ごとに栄養記録を作成し、医師との連携の下に管理栄養士又は栄養士により個別的な医学的・栄養学的管理が行われることが望ましい。

栄養保持を目的とした医薬品の保険給付の適正化

栄養保持を目的とした医薬品の保険給付の適正化

➤ 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以下の通り見直す。

入院中の患者以外の患者に対して、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栄養保持を目的とした医薬品を投薬した場合については、

- ・ 手術後の患者である場合はその旨
- ・ 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
- ・ 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保険給付の対象とする。

現行		改定後
【第5部 投薬】 通則 1～5 (略) (新設)		【第5部 投薬】 通則 1～5 (略) <u>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。</u>

栄養保持を目的とした医薬品（令和8年3月現在）

- | | | |
|-------------|-----------------|---------------|
| ・イノラス配合経腸用液 | ・エネーボ配合経腸用液 | ・エンシュア・H |
| ・エンシュア・リキッド | ・ツインラインNF配合経腸用液 | ・ラコールNF配合経腸用液 |