

特集

“食べる力”を 医療の中核へ

2026年度診療報酬改定は、 管理栄養士の評価をどこまで押し上げるのか

令和8年度(2026年度)診療報酬改定では、栄養管理の質向上、多職種連携の強化、在宅・外来栄養管理の拡充が3つの柱となっている。食材費の高騰や高齢患者の増加に対応し、入院から在宅まで、継続的な栄養ケアを評価する流れが明確になった。

入院栄養管理の質向上では、中心静脈栄養から経腸栄養への移行促進、GLIM基準の活用促進、嚥下調整食の評価、食費見直しなどが挙げられる。多職種連携の強化では、NST加算の再設計やリハビリ・栄養・口腔の三位一体(一体的取組)への評価が盛り込まれた。さらに、在宅・外来栄養管理の拡充として、退院後訪問やオンライン指導の強化などが示されている。

これらの内容から、今回の診療報酬改定は、栄養管理を「補助的業務」から「治療そのもの」へと位置づけを直す転換点となる可能性を秘めていると考えられる。これにより、管理栄養士の関与はより広範囲に求められ、急性期から在宅まで切れ目のない栄養支援が評価される方向性が明確となっている。

今回の診療報酬改定における栄養関連の内容を網羅的に整理し、「いま、何が評価されているのか」「管理栄養士はどこで専門性を発揮すべきか」を、「LESSON 1」の連載でおなじみの谷口英喜氏が、『今後の展望』を含めて読み解く。制度を知ること、現場を守り、未来をつくる第一歩となる。



谷口英喜氏

社会福祉法人恩賜財団
済生会横浜市東部病院
患者支援センター長
栄養部 担当部長
医師支援室 室長

改定内容(大枠・確定情報)

- ・入院時食事療養費 730円(+40円)
- ・外来栄養食事指導料(260点/180点 他)
- ・情報通信機器利用の要件明確化
- ・退院後訪問栄養食事指導料(530点)の新設
- ・心不全再入院予防継続管理料の新設
- ・嚥下調整食の特別食加算化



2 GLIM基準の活用促進

見直しの背景と目的

高齢患者の増加に伴い、低栄養の早期発見と対応が医療の質に直結することが重要となっている。令和6年度改定で、回復期リハビリテーション病棟入院料1においてGLIM基準の活用が必須化され、現場での導入が進みつつある。しかしながら、その活用方法や基準の不明瞭さも課題とされている。令和8年度改定では、導入状況や課題を踏まえたより実効性のある制度設計が焦点となっている。

見直しの要点

✓導入状況のばらつきへの対応

地域包括医療病棟では導入率が高い一方、特定機能病院では約40%にとどまるなど、施設間で導入状況にばらつきがある。実務にどのように取り入れたら良いかなどの疑問が多く聞かれており、更に管理栄養士や中間管理職の配置不足も障壁となっており、施設特性に応じた柔軟な対応が求められる。

✓評価負担の軽減と効率化

GLIM基準による評価には時間がかかるとする施設が多く、業務負担の軽減策が課題となっている。体重や筋肉量の測定など評価項目の簡素化やICT活用が今後の検討課題となる。

✓チーム医療の推進

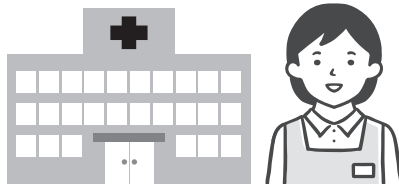
GLIM基準の導入により、多職種連携が進んだとする施設が50%以上にのぼり、栄養管理が「管理栄養士単独」から「多職種チームによる連携」へと進化。今後は、標準的な栄養管理体制の整備に加え、教育・研修体制の充実も重要とされる。

今後の展望

GLIM基準の運用は単なる評価方法の変更ではなく、医療現場全体の栄養意識の向上につながる。回復期リハビリテーション病棟や地域包括ケア病棟などで、入院時だけでなく治療経過・退院後を見据えた継続的な栄養評価が実質的に必須となる方向である。令和8年度改定では、現場の声を反映しつつ、実務に即した効果的な制度設計が期待されている。

1 入院栄養管理体制加算の基準見直し

特定機能病院入院基本料における入院栄養管理体制加算について、管理栄養士の病棟への専従配置が要件となっているが、病棟業務に支障のない範囲で当該病棟から退院した患者に対する外来栄養食事指導等の継続的な支援を行うことを可能とするよう、施設基準が見直された。



病棟への専従配置

見直しの背景と目的

✓退院後の栄養管理の継続

入院中に実施した栄養管理を退院後も継続的に支援できるよう、外来栄養食事指導などとの連携を図ることが求められている。

✓管理栄養士の専門性の活用

病棟に専従配置された管理栄養士が、退院後の患者に対しても継続的な栄養支援を行える体制を整備することが目的とされている。

見直しの要点

入院栄養管理体制加算の施設基準において、病棟専従の管理栄養士について、病棟業務に影響のない範囲で、当該病棟から退院した患者に対する外来栄養食事指導等の継続的な支援を実施して差し支えないこととされた。

入院栄養管理体制の見直しと退院後支援の強化

入院栄養管理体制の見直しにより、管理栄養士は退院後も継続して患者を支援できる体制へと進化する。GLIM基準の活用促進と合わせ、低栄養の早期発見から退院後まで一貫した栄養管理が求められる、栄養ケアの「継続性」と「実効性」が制度として強く意識された改定である。

※出典：令和7年度 第13回「入院・外来医療等の調査・評価分科会」で公表された調査結果

要点
2

退院後訪問栄養食事指導料の新設

退院後訪問栄養食事指導料の新設は、在宅療養への移行期における栄養管理の空白を埋める施策である。低栄養や嚥下障害患者に対し、管理栄養士が自宅で直接支援すること、再入院予防と生活の質向上を図る。医療と在宅をつなぐ新たな栄養支援の枠組みが示された。

2 新設される加算の概要

- 名称：退院後訪問栄養食事指導料
- 点数：退院日から起算して1月以内の期間に限り、4回を限度として算定する。

1回につき
530点

対象患者

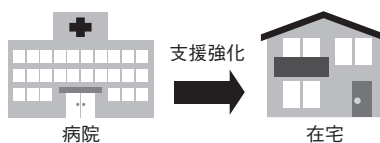
- 1 医師の食事箋に基づき特別食^{*}を必要とする患者
- 2 がん患者
- 3 摂食機能又は嚥下機能が低下した患者
- 4 低栄養状態にある患者

※ 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、膵臓食、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、ホモシステニン尿症食、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、糖尿病食、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。）

1 新設の背景と目的

入院中に栄養管理が必要だった患者が、退院後も安心して在宅療養を継続できるようにするため。特に、低栄養や摂食・嚥下障害を抱える患者の在宅支援を強化する狙いがある。



安心して在宅療養を継続

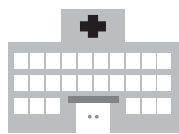
3 算定要件と実施条件

- 実施者
退院元の保険医療機関に所属する管理栄養士
- 訪問先
患者の自宅等(患家等)
- 指導内容
在宅での栄養管理や食生活に関する具体的な指導(例：献立の提案など)
- 実施期間
退院日の翌日から1月以内を限り、最大4回まで算定可能
- 医師の指示が必要
- 他の栄養食事指導料(外来・在宅)との併算定は不可



4 意義と期待される効果

- 退院後の栄養ケアの切れ目を防ぐことで、再入院の予防や生活の質の向上が期待される。



再入院の予防



生活の質の向上

- 管理栄養士が退院後も関与することで、継続的な栄養支援体制の構築が進む。



支援体制の構築

今後の展望

この新設加算は、医療と在宅の橋渡しをする「退院支援の強化策」の一環として位置づけられており、今後の地域包括ケアの中でも重要な役割を担うであろう。

今後の
展望

この改定は、「食べる・動く・話す」を支える多職種の連携を促進し、患者の生活の質を守るための重要な一歩である。より柔軟で実効性のある体制づくりが、医療現場に広がっていくことが期待されている。

2 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

(新) 看護・多職種協働加算(1日につき)

看護・多職種協働加算1

277点(急性期一般入院料4)

看護・多職種協働加算2

255点(急性期病院B一般入院料)

背景と目的

地域の急性期医療を担う医療機関において、医療従事者の確保が難しくなる中でも、患者の早期退院やADLの維持・向上を目指し、質の高い医療とケアを提供し続けるために、病棟での多職種協働の重要性が高まっている。

改定のポイント

✓加算の新設

「看護・多職種協働加算」が新たに導入され、看護師に加えてリハビリ職や管理栄養士、臨床検査技師が連携して病棟業務を行う体制が整っている場合に、診療報酬が加算される。

✓対象となる病棟

急性期一般入院料4、急性期病院B一般入院料

✓主な体制の条件

- 看護師の配置基準：入院基本料の看護職員10対1以上の配置に加え、看護職員を含む多職種職員25対1の配置。
- 当該病棟の患者層は急性期一般入院料1と同等の基準を満たしている。
- 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する。

1 リハビリテーション・栄養・口腔連携加算の見直し

背景と目的

高齢の入院患者の多くは、体力や食べる力が低下しやすく、早期の回復や生活機能(ADL)の維持・向上には、リハビリ・栄養・口腔ケアの連携が欠かせない。このため、医療現場での多職種連携をより推進し、質の高いケアを提供する体制を評価する仕組みが見直された。

改定のポイント

✓既存の加算の見直しと新設

- 「リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算」の算定要件と施設基準が見直され、より柔軟な運用が可能に。
- 新たに「加算2(1日90点)」が設けられ、人員配置や実績の要件を一部緩和しつつ、質の高い連携体制。

✓対象となる取り組み

- 医師・看護師・リハビリ職(理学療法士・作業療法士・言語聴覚士)・管理栄養士などが連携し、入院初期から患者の状態を評価し、計画的にリハビリ・栄養・口腔ケアを実施。
- 計画作成日から14日を上限に、加算が算定できる。

✓主な体制の条件(新設される加算2)

- 専従のリハビリ職が2名以上配置されていること(うち1名は専任でも可)。専任の管理栄養士が1名以上配置されていること。
- 土日祝日のリハ実施割合が7割以上であること。
- 退院又は転院時におけるADLが入院時と比較して低下した患者の割合が5%未満であること。
- BI(バーセルインデックス)やFIM(機能的自立度評価法)に関する職員研修を年1回以上実施していること。

期待される効果

- 患者の早期回復や生活機能の維持・向上を支援。
- 多職種の連携による質の高いケアの実現。
- 医療機関の取り組みを診療報酬で適切に評価。

リハビリ・栄養・口腔ケアの連携体制の見直しと新たな評価の新設

リハビリ・栄養・口腔ケアの連携強化と新加算の創設により、多職種協働が診療報酬上も明確に評価される時代に入った。さらに心不全患者への継続管理も含め、入院から外来・在宅まで一体的に支える体制が重視されている。「食べる・動く・話す」を支えるチーム医療の深化が問われる改定である。