

2025 年 7 月 2 日

厚生労働省保険局長 鹿沼 均 様

公益社団法人 日本栄養士会
代表理事会長 中村 丁次

令和 8 年度社会保障制度（診療報酬）の改定に係る要望書

我が国では、がん、糖尿病および心不全などといった慢性疾患の増加に加え、急速に進行する高齢化と共に急増しているサルコペニア・フレイル、そして低栄養や摂食嚥下障害を合併する者への対応などが大きな課題となっています。これらの課題に応じた適切な栄養管理の必要性が医療現場で高まっており、適切な栄養管理は医療の質向上と患者の QOL の維持増進につながるとされています。

このようなことから、高齢患者の摂食・嚥下機能に配慮した食事管理、入院時の患者の病態・状態に応じたきめ細やかな栄養管理、がん化学療法中の栄養食事指導、さらに多疾患併存患者への個別対応など、多様なニーズに応じた高度な栄養管理が求められています。

これら高度な栄養管理の中心を担うのが管理栄養士・栄養士であり、適切な栄養管理を持続的かつ効果的に推進するためには、管理栄養士・栄養士の専門性に応じた処遇改善はもとより、医療現場での役割に対する診療報酬上の適切な評価が不可欠です。

以上を踏まえ、令和 8 年度診療報酬改定において以下の 4 点について制度的対応を講じていただきたく、要望いたします。

要 望 事 項 一 覧

- 1 管理栄養士・栄養士の処遇改善
- 2 入院時食事療養費の引上げと嚥下調整食の特別食加算適用
- 3 急性期一般入院料への「入院栄養管理体制加算」の拡充
- 4 がんの専門的知識を有する管理栄養士による入院栄養食事指導の要件緩和

要望内容

1 管理栄養士・栄養士の処遇改善

管理栄養士・栄養士の賃金引上げが確実に実現されるよう、令和 8 年度診療報酬改定における必要な改定率の確保と、賃金引上げにつながる措置を要望します。

近年、産業界では政府方針に沿った賃金引上げが進み、2024 年の春闘では民間主要企業の平均賃上げ率 5.33%¹⁻¹⁾、人事院勧告でも 2.76%の上昇が示されています¹⁻²⁾。しかし、医療機関等は公定価格によって運営されており、物価高騰の影響を受けてもそのコストを価格に転嫁することができません。そのため民間主要企業並の賃金引上げを行いたくても困難な状況にあります。

また、令和 4 年賃金構造基本統計調査によると、医師・歯科医師・薬剤師・看護師を除く医療関係職種の給与は全産業平均よりも低く、特に管理栄養士・栄養士の給与は全産業平均より月額 5.8 万円、さらに医師・歯科医師を除く医療職種の平均よりも月額 7.2 万円低いという実態が明らかとなっています¹⁻³⁾。

このような状況が継続すれば、医療現場における管理栄養士・栄養士の人材確保はますます困難となり、多様なニーズに応じた高度な栄養管理の質の担保や安全な食事を提供するための給食管理の体制に大きな支障をきたすことにつながります。その結果、医療そのものの継続が困難な状態になると考えられます。

つきましては、きめ細やかな適切な栄養管理と安全な食事の提供を継続的に実現するためにも、診療報酬改定において管理栄養士・栄養士の賃金引上げにつながる確実な措置をお願い申し上げます。

1-1) 厚生労働省. 第 1 表令和 6 年 民間主要企業春季賃上げ要求・妥結状況. 2024.

https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_41871.html (2025 年 6 月アクセス)

1-2) 人事院. 国家公務員給与等に関する報告及び勧告. 2024.

<https://www.jinji.go.jp/content/000005451.pdf> (2025 年 6 月アクセス)

1-3) 厚生労働省. 令和 4 年 賃金構造基本統計調査 結果の概況. 2023.

https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?stat_infid=000040029196 (2025 年 6 月アクセス)

2 入院時食事療養費の引上げと嚥下調整食の特別食加算適用

入院時食事療養費のさらなる引上げ、嚥下調整食の特別食加算適用を要望します。

(1) 入院時食事療養費の引上げ

これまで約 30 年間、さまざまな理由で増額が困難であった食事療養費は、直近 2 年間で 1 食あたり 50 円引上げられ、給食運営の大きな一助となっています。しかし、それを上回る物価上昇が続き、食材料費・人件費などが高騰している現状では、病院給食の運営は極めて厳しい状況にあります。令和 5 年度の調査では、入院時食事療養費による収入と実際の支出（食材料費・人件費等）の差額は患者 1 人 1 日あたり－594 円であることが明らかとなり²⁻¹⁾、深刻な赤字構造が示されています。

近年の診療報酬改定では、入院患者に対する栄養介入について新たな評価が設けられました。しかし、入院患者の高齢化などに伴い、手間のかかる食事提供や栄養補助食品の使用も増加傾向にあり、これらの対応には給食業務の負担や食材費等のコストが増大する実情があります。そのため、物価上昇や入院患者の高齢化にかかる基礎的なコストの増加は、栄養管理の質向上はもとより、その維持さえも困難になるおそれがあります。

このような状況のため、給食受託会社の撤退によって食事提供が困難となる医療機関も発生しています。物価上昇や入院患者の高齢化にかかる基礎的なコストの増加に伴う給食管理体制の不安定化は医療の質や病院経営に直接的な影響を及ぼしかねません。さらに、ひいては医療機関の経営悪化は地域医療体制の維持にも悪影響を及ぼす恐れがあるため、喫緊の課題として対応が求められます。

「給食管理の安定なくして、入院患者の栄養管理の質向上なし。給食管理の安定なくして、地域医療体制の継続なし。」との認識のもと、医療の根底を支える食事療養費について、実情に見合った評価とさらなる充実が図られるよう、適切な措置をお願い申し上げます。

(2) 嚥下調整食の特別食加算適用

誤嚥性肺炎は在院日数の長期化や²⁻²⁾、医療費の増加要因となることから^{2-2,2-3)}、早期の栄養介入や適切な食形態による予防的対応が極めて重要とされています²⁻⁴⁾。現在、慢性期病院では入院患者の約 35%、回復期リハビリテーション病院では約 20%、一般病院でも約 10%が嚥下調整食を必要としており²⁻⁵⁾、すでに多くの医療機関で嚥下調整食の導入・提供が進められています。

嚥下調整食の提供には、単なる調理対応のみならず、管理栄養士による専門的な指示や多職種との連携が不可欠です。摂食嚥下機能が低下した患者では、個別の栄養アセスメント、食形態の調整、必要に応じた補助食品の選定など、きめ細かな支援が求められています²⁻⁶⁾。こうした対応には高度な専門性と相応の労力を要する一方、調理の人員や時間のみならずコスト面での負担も大きく^{2-7,2-8)}、これらの嚥下調整食の提供にかかる実務負担が診療報酬上で十分に評価されていない現状があります。

とくに、「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」²⁻⁹⁾に準拠した嚥下調整食の提供は、嚥下機能や栄養状態の維持・改善に資するだけでなく²⁻¹⁰⁾、在宅・施設・病院間での食形態の統一を図ることができ、スムーズな後方連携を可能にします²⁻¹¹⁾。これは、早期退院や在宅復帰、地域包括ケアシステムの推進にも寄与する非常に重要な取り組みであり、医療の質や効率性の向上の観点から診療報酬上で明確に位置づけられるべきであると考えます。

こうした現場の実情と取り組みの意義を踏まえ、「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」に準拠して提供される嚥下調整食について、特別食加算（76 円/食）適用をお願い申し上げます。

-
- 2-1) 公益社団法人 日本栄養士会 医療事業推進委員会. 2023 年度（令和 5 年度）入院時食事療養の収支等に関する実態調査【結果の概要】. 2024.
 - 2-2) 小原仁. 入院後発症した誤嚥性肺炎の追加的医療費と在院日数：DPC データを用いた観察研究. 日本医療マネジメント学会誌：17(3)：123-128, 2016.
 - 2-3) 道脇幸博, 角保徳. 70 歳以上の高齢者の誤嚥性肺炎に関する総入院費の推計値. 老年歯科医学：28(4)：366-368, 2013.
 - 2-4) Ueshima J, Shimizu A, Maeda K, et al. Nutritional management in adult patients with dysphagia: Position paper from Japanese Working Group on Integrated Nutrition for Dysphagic People. JAMDA, 23(10): 1676-1682, 2022.
 - 2-5) 公益社団法人 日本栄養士会 医療事業部. 平成 30 年度 全国病院栄養部門実態調査報告書. 2019.
 - 2-6) 伊東七奈子, 内田智久, 宇田川実, 他. 経口摂取における医療安全. 日本静脈経腸栄養学会雑誌：34(3)：173-178, 2019.
 - 2-7) 上島順子, 白井祐佳, 前田圭介, 他. 嚥下調整食提供に関するコストと課題—全国病院アンケート調査報告—. 日本摂食嚥下リハビリテーション学会誌：28(2)：67-78, 2024.
 - 2-8) 栢下淳, 大越ひろ, 前田広土, 他. 嚥下調整食の作製にかかる費用の調査. 日本摂食嚥下リハビリテーション学会誌：15(2)：209-213, 2011.
 - 2-9) 栢下淳, 藤島一郎, 藤谷順子, 他. 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. 日本摂食嚥下リハビリテーション学会誌：25：135-149, 2021.
 - 2-10) Shimizu A, Momosaki R, Kayashita J, et al. Impact of multiple texture-modified diets on oral intake and nutritional status in older patients with pneumonia: A retrospective cohort study. Dysphagia, 35: 574-582, 2020.
 - 2-11) 田中友梨, 菅原文香, 川原哉絵, 他. 管理栄養士の入退院支援参画における有用性についての検証. 日本栄養士会雑誌：62(9)：479-487, 2019.

3 急性期一般入院料への「入院栄養管理体制加算」の拡充

「入院栄養管理体制加算」について急性期一般入院料 1～3 においても算定可能とし、1 病棟に 1 名以上の管理栄養士の病棟配置の拡充を要望します。

医療における管理栄養士の配置の観点について、かつては給食の管理を主としていましたが、近年では入院患者に対するきめ細かな栄養管理が主体となり、この業務を更に充実させることが求められており、管理栄養士が病棟配置されることが望ましいとされています³⁻¹⁾。また管理栄養士が病棟配置された場合には、医師、看護師等と連携して実施する栄養管理業務を管理栄養士が主体的に実施することができ、患者への食事提供等、治療方針に合わせた速やかな介入・支援が可能となり、医師・看護師業務のタスクシェア・タスクシフティングの促進が期待されます。

このような背景から、令和 4 年度の診療報酬改定では特定機能病院において、管理栄養士の病棟における栄養管理体制に対する評価として、入院栄養管理体制加算が新設されました³⁻¹⁾。特定機能病院における入院時の栄養状態において、全体の約 8 割が栄養管理を必要とする状態にあると報告されており³⁻¹⁾、入院栄養管理体制加算により病棟に管理栄養士が配置されることで患者の栄養改善が促進されることが期待されています。

しかし、管理栄養士が病棟で主体的に栄養管理を実施することは、特定機能病院のみならず、他の病院機能種でも不可欠です。特に一般病院は日本の病院の約 9 割を占め³⁻²⁾、一般病院における管理栄養士の病棟配置が進むことで、入院時の患者への適切な栄養ケアの提供や地域包括医療を提供する医療機関と後方施設の連携強化が示されています³⁻³⁾。また、一般病院を対象に管理栄養士の配置の有無別に体重減少抑制効果についての検討結果からも、管理栄養士の病棟配置あり群で入院中の体重減少が有意に抑制されたと報告されています³⁻⁴⁾。

このようなことから、入院時の患者の病態・状態に応じた、きめ細やかな栄養管理の実施を推進する観点から、病棟における栄養管理の評価である「入院栄養管理体制加算」について、急性期一般入院料 1～3 においても算定可能とし、1 病棟に 1 名以上の管理栄養士の病棟配置の拡充を要望します。

3-1) 厚生労働省、中医協 総-2-2、入院（その 3）入院横断的個別事項、2021

<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000853842.pdf>（2025 年 6 月アクセス）

3-2) 厚生労働省、令和 2（2020）年医療施設（静態・動態）調査（確定数）・病院報告の概況

<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/20/>

3-3) 田中友梨，菅原文香，川原哉絵，他．管理栄養士の入退院支援参画における有用性についての検証 日本栄養士会雑誌：62(9)：479-487，2019.

3-4) 本川佳子，須永将広，宮崎純一，他．一般病院における管理栄養士の病棟配置体制が入院時の体重減少抑制に及ぼす影響．日本臨床栄養学会誌：44(2)：85-89，2022.

4 がんの専門的知識を有する管理栄養士による入院栄養食事指導の要件緩和

がん化学療法を目的に入院した患者に対し、がんの専門的知識を有する管理栄養士による入院栄養食事指導の時間要件の緩和を要望します。

がん治療中の栄養管理は、治療の継続やQOLの維持に深く関わる重要な医療行為です⁴⁻¹⁾。特に化学療法中は、悪心・嘔吐、口内炎、食欲不振および下痢などの副作用によって、栄養状態が著しく悪化するリスクが高く⁴⁻²⁾、がん患者の栄養支援には専門的知識を有する管理栄養士の介入が不可欠です。がん診療連携拠点病院をはじめとした多くの医療機関では、こうした専門性に基づいた栄養食事指導が外来・入院を問わず実践されています^{4-3,4-4)}。

化学療法を目的とする入院は、初回導入時に限らず、副作用への対応や全身状態の変化への対処など、継続的支援を求められることが多く、入院中においても栄養支援の重要性が高まっています^{4-5,4-6)}。現行制度では、外来化学療法を受ける患者の場合、がんの専門的知識を有する管理栄養士による栄養食事指導は、時間要件を問わず外来栄養食事指導料（注3）として評価されています。一方、入院栄養食事指導には「初回 30 分以上もしくは継続 20 分以上」の時間要件があるため、化学療法を目的とした短期入院では、診療や検査が過密で要件を満たすのが難しく、また長時間の面談は患者の負担にもなり得ます。

専門資格を有する管理栄養士が外来・入院・退院後まで継続して介入することは、患者の安心感や信頼性の向上、治療に寄与します。実際に、専門管理栄養士が入院患者に関与した場合、退院時の経口摂取割合や体重の維持、在院日数の延長回避などに有意な改善が認められたとする報告もあり⁴⁻⁷⁾、入院中における専門的な栄養介入の意義が示されています。

このような状況を踏まえ、外来と同様に入院で化学療法を受けるがん患者に対し、がんの専門的知識を有する管理栄養士による入院栄養食事指導について、時間要件の緩和をお願い申し上げます。

4-1) Rock CL, Thomson CA, Sullivan KR, et al. American Cancer Society nutrition and physical activity guideline for cancer survivors. CA Cancer J Clin : 72(3) : 230–262, 2022.

4-2) De van der Schueren MAE, Laviano A, Blanchard H, et al. Systematic review and meta-analysis of the evidence for oral nutritional intervention on nutritional and clinical outcomes during chemo(radio)therapy: current evidence and guidance for design of future trials. Ann Oncol : 29(5) : 1141–1153, 2018.

4-3) 松原弘樹, 河合美佐子, 宮内眞弓, 他. がん診療連携拠点病院の食事対応に対する調査—食欲不振者向け食種の開発実態—. 日本病態栄養学会誌 : 27(1) : 111–124, 2024.

4-4) 瀧本郁子, 住村恵, 長野可奈子, 他. がん病態栄養専門管理栄養士による緩和ケア病棟の実態調査と課題の抽出. 日本病態栄養学会誌 : 20(3) : 237–241, 2017.

4-5) 岡垣雅美, 練谷弘子. がん患者に対する悪液質予防に向けた栄養介入の実践. 京都府立医科大学雑誌 : 131(10) : 841–846, 2022.

4-6) 佐々木めぐみ, 山崎知子, 佐藤正幸, 他. 化学療法施行患者に対する栄養介入の意義～栄養士の立場から～. 日本静脈経腸栄養学会雑誌 : 33(4) : 995–999, 2018.

4-7) 厚生労働省, 中医協 総-1, 個別事項（その2）がん・疾病対策について, 2021
<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000846192.pdf> (2025 年 6 月アクセス)