

令和7年7月2日

添付資料

令和8年度診療報酬改定で要望する事項

公益社団法人 日本栄養士会 代表理事会長 中村 丁次



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、高齢化と共に増加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が大きな課題である

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、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る

適切な栄養管理の持続的かつ効果的な推進には専門性に応じた処遇改善、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あり、令和8年度診療報酬改定においては次の4点を要望する

適切な栄養管理の持続的かつ効果的な推進に向け、 令和8年度診療報酬改定で要望する事項

要望Ⅰ

管理栄養士・栄養士の処遇改善

要望Ⅱ

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

要望Ⅲ

急性期一般入院料への「入院栄養管理体制加算」の拡充

要望Ⅳ

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 I

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する
- 産業界では政府方針に沿った賃上げが進み、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%¹⁻²⁾の上昇が示されているが、医療機関等は賃金引上げが困難な状況にある
- 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、医師・歯科医師除く医療職種の平均よりも月額7.2万円低い¹⁻³⁾【表1】
- このような現状が継続すると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になり、医療そのものの継続が困難になると考えられる

医療関係職種の賃金の状況（一般労働者、男女計）					中位値 総-6 5. 1 2. 8
		平均年齢（歳）	勤続年数（年）	賞与込み給与（万円）	
産業別	産業計	42.6	10.4	36.1	
	医師	39.3	3.9	97.1	
	歯科医師	35.8	4.3	61.3	
	薬剤師	39.2	7.2	45.6	
	保健師	41.2	8.1	37.6	
	助産師	42.3	9.8	47.9	
	看護師	39.4	7.8	40.7	
	准看護師	51.0	12.0	34.5	
	診療放射線技師	39.2	11.3	41.9	
	臨床検査技師	37.4	8.9	37.8	
	理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、視能訓練士	33.5	6.2	34.2	
	歯科衛生士	36.0	7.0	31.5	
	歯科技工士	41.4	10.7	34.0	
	栄養士	37.5	7.5	30.3	
	その他の保健医療従事者	38.2	7.8	34.4	

【出典】厚生労働省「令和4年賃金構造基本統計調査」に基づき保健局医療課において作成。
注1) 一般労働者とは、「短時間労働者」以外の者をいう。短時間労働者とは、1日の所定労働時間が一般の労働者よりも短い者、又は1日の所定労働時間が一般の労働者と同じでも1週間の所定労働日数が一般の労働者よりも少ない者をいう。
注2) 「賞与込み給与」は、「きまって支給する現金給与額（労働協約、就業規則等によってあらかじめ定められている支給条件、算定方法によって支給される現金給与額）」に、「年間賞与その他特別給与額（前年1年間（原則として1月から12月までの1年間）における賞与、期末手当等特別給与額（いわゆるボーナス）」）の1/12を加えて算出した額
注3) 産業別賃金は「10人以上規模企業における総額」を算出。なお、勤続年数には総額を合算して算出。総額を合算の産業別は、定年退職が7歳、勤続年数12.3年、賞与込み給与41.4万円

表1 医療関係職種の賃金の状況

出典：・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

– 5.8万円

医師・歯科医師除く
(平均)

勤続年数 7.8年
賞与込み給与 37.5万円

月7.2万円の差

要望Ⅱ

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

(1)入院時食事療養費の引上げ

- 入院時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要望する

- 約30年間、さまざまな理由で増額困難であった食事療養費は、この2年間で1食当り50円引上げられたしかし、それを上回る食材料費や人件費などは高騰し続けており病院給食の運営は極めて厳しい状況である
- 令和5年に実施された入院時食事療養費の収支等に関する実態調査²⁻¹⁾によると、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-594円と既に深刻な赤字構造が示されていた【図1】
- 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になる医療機関も発生しており、医療体制継続に大きな支障をおよぼす可能性が高い

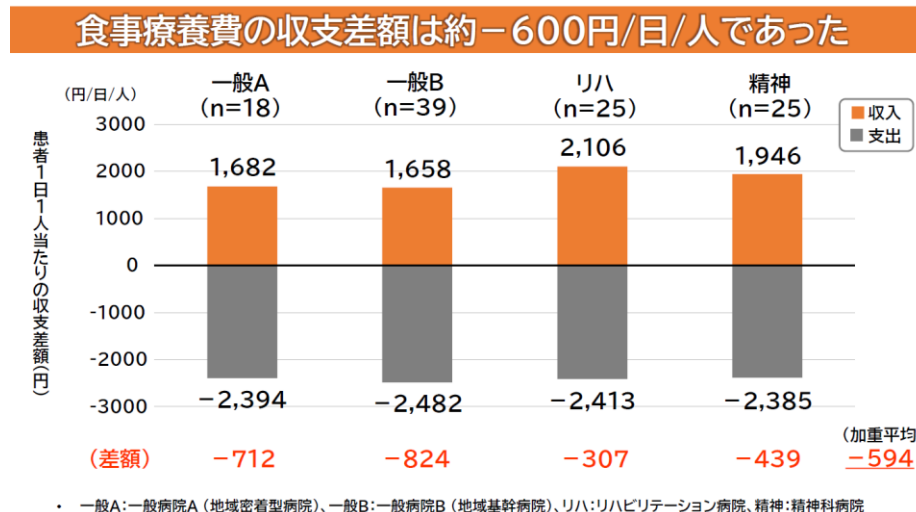


図1 病院機能種別の患者1日1人当たりの収支

出典：・日本栄養士会、2023年度入院時食事療養費の収支等に関する実態調査、2024

要望Ⅱ

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
(2)嚥下調整食の特別食加算適用

■「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) 適用を要望する

- 誤嚥性肺炎は在院日数の長期化²⁻²⁾や医療費の増加要因²⁻²⁾²⁻³⁾となることから、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である【表2】
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る
- 嚥下調整食提供には、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、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⁾、提供にかかる実務負担は診療報酬上で評価されていない【表3】
- 「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・改善に加え、早期退院や在宅復帰などスムーズな栄養連携が可能となる²⁻¹¹⁾

表2 誤嚥性肺炎の有無による在院日数と入院医療費の比較

	誤嚥性肺炎あり (n=45)	誤嚥性肺炎なし (n=45)	差 (95%信頼区間)	p値
在院日数	31.4日	14.2日	17.2日 (11.6日-22.8日)	p <0.001
入院医療費	1,448,120円	828,873円	619,247円 (396,985円-841,509円)	p <0.001

表3 普通食と嚥下調整食の1日当りの食材費比較

		中央値	IQR
普通食	n=895	764円	650-873円
最もコスト高の 嚥下調整食	n=417	840円	700-1,000円
高提供数の 嚥下調整食	n=417	785円	641-900円

出典：・小原仁,入院後に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.
・上島順子,他,嚥下調整食提供に関するコストと課題ー全国病院アンケート調査報告ー,日本摂食嚥下リハビリテーション学会誌：28(2),67-78,2024より引用作成

要望Ⅲ

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する

- 管理栄養士が病棟配置された場合、管理栄養士が主体的に栄養管理業務を実施することができるため、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・看護師のタスクシェア・タスクシフティングが促進される
- 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が「入院栄養管理体制加算」として、既に評価されている
- 管理栄養士の病棟配置は特定機能病院に限らず一般病院でも必要とされており、病棟配置促進で入院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期待できる³⁻³⁾
- 管理栄養士を病棟に配置することで入院中の体重減少を抑制できるため、感染症予防や医療費抑制が期待できる³⁻⁴⁾ 【表4】

表4 病棟配置有無別の体重減少量及び体重減少率

		病棟配置あり群 (n = 40)	病棟配置なし群 (n = 111)	P value
体重減少量	(kg)	1.1 (0.5 - 2.8)	3.5 (1.0 - 4.8)	0.002
体重減少率	(%)	3.1 (1.1 - 4.0)	5.9 (2.2 - 7.6)	0.002

Mann-Whitney U testを行い、中央値(四分位範囲)で示した

要望Ⅳ

「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する

- 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、がんの専門的知識を有する管理栄養士による、専門性に基づいた栄養食事指導が外来・入院問わず実践されている⁴⁻³⁾⁴⁻⁴⁾
- 現行制度では、外来化学療法を受ける患者が、がんの専門的知識を有する管理栄養士による外来栄養食事指導(注3)を受けた場合、時間要件を問わず評価されているが入院栄養食事指導料では「初回30分以上もしくは継続20分以上」の時間要件がある【表5】
- 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の有用性は広く示されている⁴⁻⁷⁾。
その一方、化学療法を目的とした短期入院等では診療や検査が過密であるため要件を満たすことが難しく、長時間の入院栄養食事指導は患者負担にもなり得る【表5】

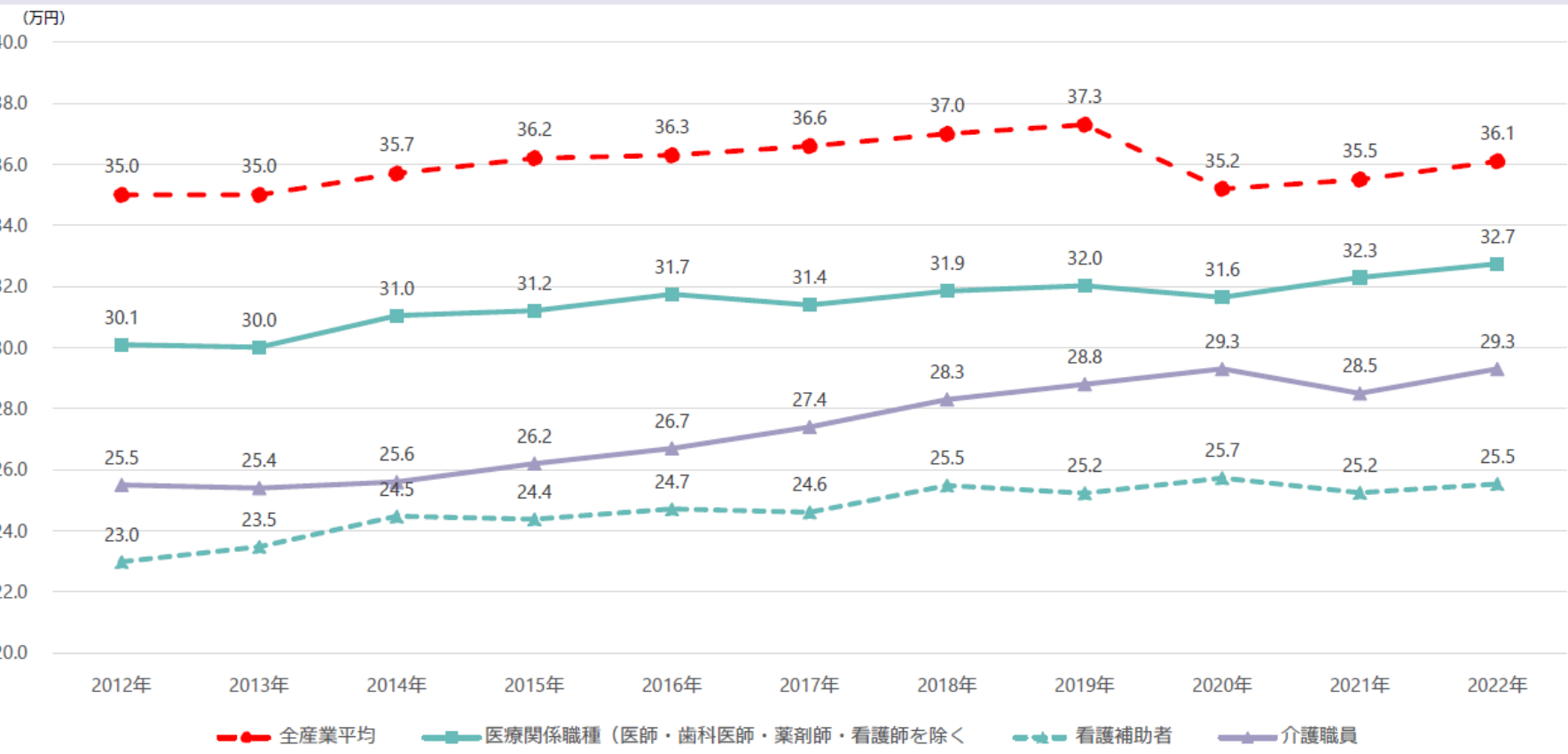
	外来栄養食事指導	入院栄養食事指導
目的	・ 栄養状態の維持・改善 ・ 副作用への対策 ・ セルフケアの支援	・ 栄養状態の維持・改善 ・ 副作用に応じた病院食調整 ・ セルフケアの支援
課題 	・ 限られた時間での診療や検査の合間では面談時間確保が難しい ・ 副作用下の長時間の面談は、患者の肉体的・精神的な負担	・ 短期入院が多く診療や検査が過密で面談時間確保が難しい ・ 副作用下の長時間の面談は、患者の肉体的・精神的な負担
課題に対する制度上の対策	 ◎ 専門知識を有する管理栄養士の指導は時間要件なし(患者の負担軽減)	 × 初回30分以上または継続20分以上の時間要件あり(患者の負担を伴う)

表5 がん患者における外来・入院栄養食事指導の比較

參考資料

医療関係職種の賞与込み給与の推移について

○ コメディカル（医師・歯科医師・薬剤師・看護師を除く医療関係職種）の給与の平均は全産業平均を下回っており、うち看護補助者については全産業平均を大きく下回っている状況。

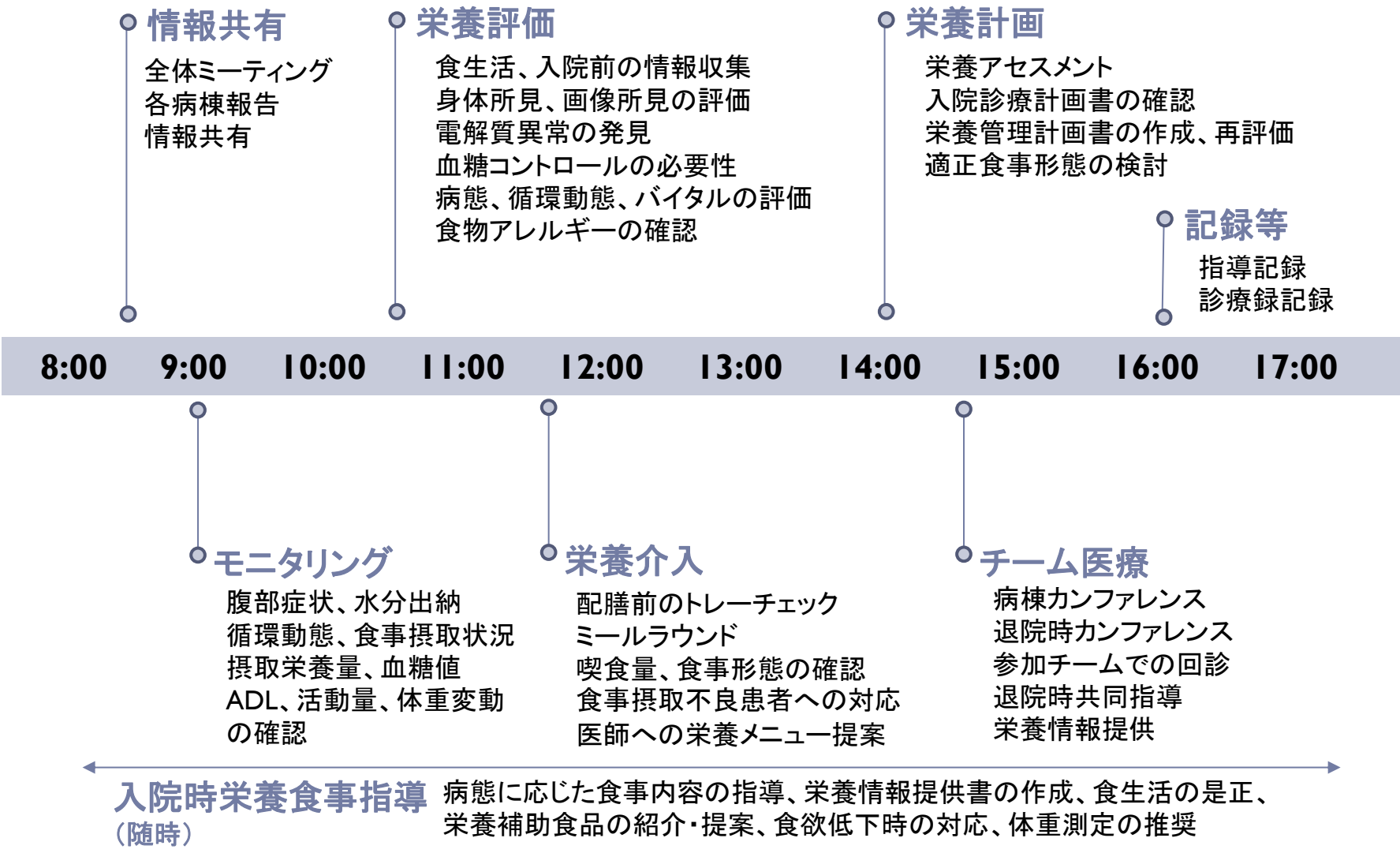


出典：厚生労働省「賃金構造基本統計調査」に基づき保険局医療課において作成。
注1）「賞与込み給与」は、「きまって支給する現金給与額（労働協約、就業規則等によってあらかじめ定められている支給条件、算定方法によって支給される現金給与額）」に、「年間賞与その他特別給与額（前年1年間（原則として1月から12月までの1年間）における賞与、期末手当等特別給与額（いわゆるボーナス）」の1/12を加えて算出した額。
注2）「10人以上規模企業における役職者」を除いて算出。「コメディカル」とは、「看護補助者、診療放射線技師・臨床検査技師・理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、視能訓練士、歯科衛生士、歯科技士、栄養士」の加重平均。

○ 日本摂食嚥下リハビリテーション学会により、嚥下調整食分類が示されている。

コード		名称	形態	目的・特色	主食の例
0	j	嚥下訓練食品 Oj	均質で、付着性・凝集性・かたさに配慮したゼリー 離水が少なく、スライス状にすくうことが可能なもの	重度の症例に対する評価・訓練用 少量をすくってそのまま丸呑み可能 残留した場合にも吸引が容易 たんばく質含有量が少ない	
	t	嚥下訓練食品 Ot	均質で、付着性・凝集性・かたさに配慮したとろみ水（原則的には、中間のとろみあるいは濃いとろみ* のどちらかが適している）	重度の症例に対する評価・訓練用少量ずつ飲むことを想定 ゼリー丸呑みで誤嚥したりゼリーが口中で溶けてしまう場合 たんばく質含有量が少ない	
1	j	嚥下調整食 1j	均質で、付着性、凝集性、かたさ、離水に配慮したゼリープリン・ムース状のもの	口腔外で既に適切な食塊状となっている （少量をすくってそのまま丸呑み可能） 送り込む際に多少意識して口蓋に舌を押しつける必要がある Oj に比し表面のざらつきあり	おもゆゼリー、ミキサー粥のゼリー など
2	1	嚥下調整食 2ー1	ピューレ・ペーストミキサー食など、均質でなめらかで、べたつかず、まとまりやすいもの スプーンですくって食べることが可能なもの	口腔内の簡単な操作で食塊状となるもの （咽頭では残留、誤嚥をしにくいように配慮したもの）	粒がなく、付着性の低いペースト状のおもゆや粥
	2	嚥下調整食 2ー2	ピューレ・ペーストミキサー食などで、べたつかず、まとまりやすいもので不均質なものも含む スプーンですくって食べることが可能なもの		やや不均質（粒がある）でもやわらかく、離水もなく付着性も低い粥類
3	嚥下調整食 3		形はあるが、押しつぶしが容易、食塊形成や移送が容易、咽頭でばらけず嚥下しやすいように配慮されたもの 多量の離水がない	舌と口蓋間で押しつぶしが可能なもの押しつぶしや送り込みの口腔操作を要し（あるいはそれらの機能を賦活し）、かつ誤嚥のリスク軽減に配慮がなされているもの	離水に配慮した粥など
4	嚥下調整食 4		かたさばらけやすさ貼りつきやすさなどのないもの 箸やスプーンで切れるやわらかさ	誤嚥と窒息のリスクを配慮して素材と調理方法を選んだものの歯がなくても対応可能だが、上下の歯槽提間で押しつぶすあるいはすりつぶすことが必要で舌と口蓋間で押しつぶすことは困難	軟飯・全粥 など

病棟配置された管理栄養士の1日の業務イメージ



要望Ⅲ 入院時の栄養スクリーニングと個別的な栄養管理による効果

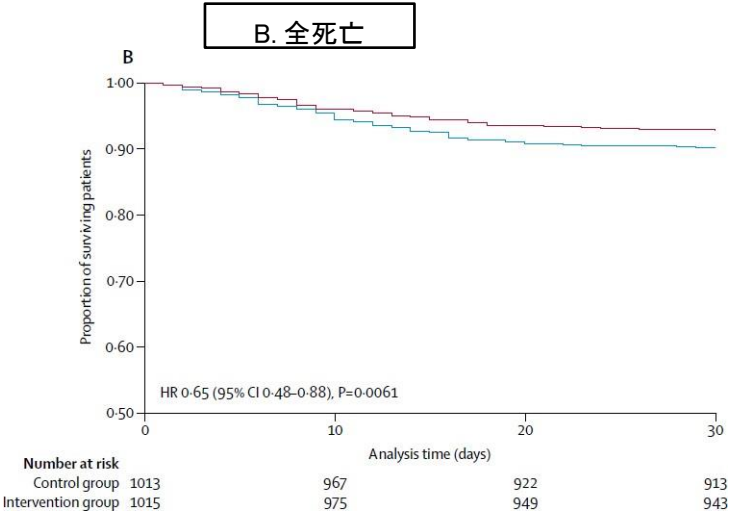
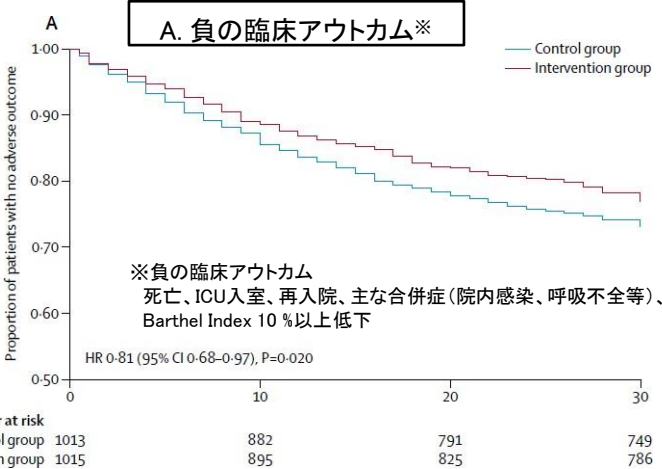
○ 急性期病院において入院後48時間以内に全ての患者に栄養スクリーニングを実施し、低栄養リスクがある患者に対し、管理栄養士が定期的に栄養摂取量の把握や栄養状態の評価を行い、個別の栄養管理を実施した場合、入院後30日以内の負の臨床アウトカムや全死亡率が低下したという報告がある。

【対象・方法】

対象：入院時の栄養スクリーニング(NRS2002)で低栄養リスクがあり、4日以上入院が見込まれた18歳以上の患者
 方法：8つの急性期病院において、介入群(目標を設定し、管理栄養士が個別的な栄養管理を実施)と対照群(通常の病院給食)を比較(RCT)

個別的な栄養管理

- ◆ 入院後48時間以内に、全ての患者に栄養スクリーニングを実施
- ◆ 栄養スクリーニングで低栄養リスクがあった患者に対して、
 - ✓ 訓練を受けた管理栄養士が、患者ごとの栄養目標(たんぱく質・エネルギー等)を設定し、栄養計画を作成
 - ✓ 経口栄養(患者の状態に応じた食事調整、プロテインパウダー等による栄養強化、補食の提供)と栄養補助食品による栄養管理を実施
 - ✓ 5日以内に経口栄養で1日の栄養目標の75%を達成できない場合は、経腸栄養や非経口栄養のサポートを推奨
 - ✓ 栄養摂取量は、管理栄養士が各患者の毎日の食事記録に基づき、24～48時間ごとに再評価
 - ✓ 退院時には、患者への食事カウンセリングを実施



出典：Schuetz P, et al :Lancet 393 : 2312—2321, 2019.

出典:厚生労働省.中医協総-2.入院(その7)入退院支援・栄養管理体制.2023 <https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/001178970.pdf>

○ 管理栄養士が病棟に配置されているほうが、入院後、管理栄養士が患者を訪問するまでの日数が短く、入院期間の体重減少量及び体重減少率が抑制されていた。

■ 病棟配置有無別の管理栄養士介入状況

		病棟配置あり群（n＝40）	病棟配置なし群（n＝111）	P value
管理栄養士訪問までの日数	（日）	1.0（1.0 - 1.5）	5.0（2.0 - 9.8）	<0.001
食事箋の変更回数	（回）	4.0（1.0 - 7.8）	5.0（2.0 - 8.0）	0.171
栄養指導の有無	あり	60.0%	45.0%	0.140
栄養指導の回数	（回）	1.0（1.0 - 2.0）	1.0（1.0 - 1.5）	0.526

Mann-Whitney U testを行い、中央値（四分位範囲）で示した

■ 病棟配置有無別の体重減少量及び体重減少率

		病棟配置あり群（n＝40）	病棟配置なし群（n＝111）	P value
体重減少量	（kg）	1.1（0.5 - 2.8）	3.5（1.0 - 4.8）	0.002
体重減少率	（％）	3.1（1.1 - 4.0）	5.9（2.2 - 7.6）	0.002

Mann-Whitney U testを行い、中央値（四分位範囲）で示した

対象者：一般病院10施設において、令和3年3月～7月までの期間に心不全、脳卒中、がん、誤嚥性肺炎等で入院した18歳以上75歳未満の患者をDPCコードで指定し522例を抽出（体重記録なし、BMI25以上等を除外）
調査項目：診療録調査（入院時体重、退院時体重、絶食期間、管理栄養士介入状況等）、栄養科アンケート調査（常勤管理栄養士数、給食業務委託状況等）

○ 施設基準で配置が求められている回復期リハビリテーション病棟入院料1以外では、管理栄養士が病棟に配置されている割合は低かった。

		急性期一般入院料1 (n=1,811)	急性期一般入院料2～3 (n=72)	急性期一般入院料4～6 (n=151)	専門病院入院基本料7対1 (n=25)	特定機能病院入院基本料一般病棟7対1 (n=453)	小児入院医療管理料* (n=86)	地域一般入院料1～2 (n=539)	地域一般入院料3 (n=25)	地域包括ケア病棟入院料・管理料1 (n=209)	地域包括ケア病棟入院料・管理料2 (n=151)	地域包括ケア病棟入院料・管理料3～4 (n=9)
配置あり	専従	2.0%	0.0%	12.6%	0.0%	4.6%	1.2%	4.1%	0.0%	8.6%	7.9%	0.0%
	専任	24.2%	15.3%	21.2%	28.0%	26.0%	17.4%	24.7%	28.0%	23.4%	21.2%	33.3%
配置なし		70.5%	84.7%	64.9%	72.0%	53.9%	73.3%	57.0%	72.0%	66.5%	64.9%	66.7%
無回答		3.3%	0.0%	1.3%	0.0%	15.5%	8.1%	14.3%	0.0%	1.4%	6.0%	0.0%

*病床単位で届け出ている場合を除く

		回復期リハビリテーション病棟入院料1 (n=241)	回復期リハビリテーション病棟入院料2 (n=34)	回復期リハビリテーション病棟入院料3 (n=72)	回復期リハビリテーション病棟入院料4 (n=8)	回復期リハビリテーション病棟入院料5～6 (n=2)	療養病棟入院料1 (n=395)	療養病棟入院料2 (n=79)	療養病棟入院基本料・経過措置 (n=9)	障害者施設等入院基本料1 (n=48)	障害者施設等入院基本料2～4 (n=122)	特殊疾患病棟入院料1 (n=12)	特殊疾患病棟入院料2 (n=13)	特殊疾患入院医療管理料 (n=3)	緩和ケア病棟入院料1 (n=17)	緩和ケア病棟入院料2 (n=14)
配置あり	専従	18.7%	17.6%	5.6%	12.5%	0.0%	13.4%	19.0%	11.1%	2.1%	10.7%	0.0%	7.7%	0.0%	0.0%	0.0%
	専任	67.2%	32.4%	33.3%	0.0%	0.0%	22.3%	7.6%	11.1%	12.5%	12.5%	16.7%	30.8%	33.3%	17.6%	28.6%
配置なし		12.4%	50.0%	58.3%	87.5%	100.0%	60.5%	70.9%	77.8%	85.4%	75.0%	83.3%	61.5%	66.7%	82.4%	71.4%
無回答		1.7%	0.0%	2.8%	0.0%	0.0%	3.8%	2.5%	0.0%	0.0%	1.8%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（病棟票）

出典：厚生労働省. 診調組入-3. (令和5年度第6回) 入院・外来医療等の調査・評価分科会. 2023 <https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/001326064.pdf>

要望Ⅲ

病棟配置されている管理栄養士による栄養管理実施内容

- 病棟配置されている管理栄養士による栄養管理として、栄養状態の評価や計画作成、モニタリング、食事の個別対応は、ほぼ実施されていた。
- 一方、栄養情報提供書の作成やミールラウンドは、他の項目と比べると、実施割合が低かった。

区分A (一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料等)	配置あり (n=720)	専従 (n=91)	専任 (n=629)
入院栄養食指導	89.3%	90.1%	89.2%
栄養情報提供書の作成	57.4%	54.9%	57.7%
栄養状態の評価	95.8%	94.5%	96.0%
栄養管理計画の作成、再評価	96.5%	95.6%	96.7%
食事摂取状況や摂取栄養量、身体状況等のモニタリング	94.0%	89.0%	94.8%
ミールラウンド	71.8%	64.8%	72.8%
食事形態の確認、調整	95.8%	94.5%	96.0%
食事摂取不良患者や食欲低下時の対応	93.5%	93.4%	93.5%
栄養補助食品の紹介・提案	93.5%	87.9%	94.3%
医師への栄養メニュー提案	85.3%	69.2%	87.6%
その他	20.0%	15.4%	20.7%

区分B (地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリ病棟入院料等)	配置あり (n=378)	専従 (n=93)	専任 (n=285)
入院栄養食指導	84.7%	80.6%	86.0%
栄養情報提供書の作成	61.1%	54.8%	63.2%
栄養状態の評価	95.8%	88.2%	98.2%
栄養管理計画の作成、再評価	96.0%	88.2%	98.6%
食事摂取状況や摂取栄養量、身体状況等のモニタリング	95.5%	90.3%	97.2%
ミールラウンド	82.5%	78.1%	85.6%
食事形態の確認、調整	96.6%	91.4%	98.2%
食事摂取不良患者や食欲低下時の対応	93.9%	84.9%	96.8%
栄養補助食品の紹介・提案	95.0%	90.3%	96.5%
医師への栄養メニュー提案	83.3%	76.3%	85.6%
その他	18.8%	7.5%	22.5%

区分C (療養病棟入院基本料等)	配置あり (n=160)	専従 (n=66)	専任 (n=94)
入院栄養食指導	55.0%	45.5%	61.7%
栄養情報提供書の作成	35.6%	24.2%	43.6%
栄養状態の評価	92.5%	92.4%	92.6%
栄養管理計画の作成、再評価	94.4%	98.5%	91.5%
食事摂取状況や摂取栄養量、身体状況等のモニタリング	85.0%	78.8%	89.4%
ミールラウンド	65.0%	57.6%	70.2%
食事形態の確認、調整	91.3%	90.9%	91.5%
食事摂取不良患者や食欲低下時の対応	83.1%	81.8%	84.0%
栄養補助食品の紹介・提案	78.1%	71.2%	83.0%
医師への栄養メニュー提案	60.0%	53.0%	64.9%
その他	4.4%	1.5%	6.4%

区分D (障害者施設等入院基本料等)	配置あり (n=53)	専従 (n=18)	専任 (n=35)
入院栄養食指導	43.4%	27.8%	51.4%
栄養情報提供書の作成	26.4%	11.1%	34.3%
栄養状態の評価	96.2%	94.4%	97.1%
栄養管理計画の作成、再評価	94.3%	94.4%	94.3%
食事摂取状況や摂取栄養量、身体状況等のモニタリング	83.0%	77.8%	85.7%
ミールラウンド	58.5%	61.1%	57.1%
食事形態の確認、調整	94.3%	88.9%	97.1%
食事摂取不良患者や食欲低下時の対応	79.2%	83.3%	77.1%
栄養補助食品の紹介・提案	75.5%	77.8%	74.3%
医師への栄養メニュー提案	66.0%	66.7%	65.7%
その他	11.3%	5.6%	14.3%

出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（病棟票）

出典：厚生労働省. 診調組入-3. (令和5年度第6回) 入院・外来医療等の調査・評価分科会. 2023 <https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/001326064.pdf>

- 外来化学療法室における栄養相談内容としては、食欲不振、体重減少、味覚障害等が多い。
- 抗がん剤の副作用は、症状により発症時期が異なり、栄養管理・指導ポイントは、症状毎に異なっている。

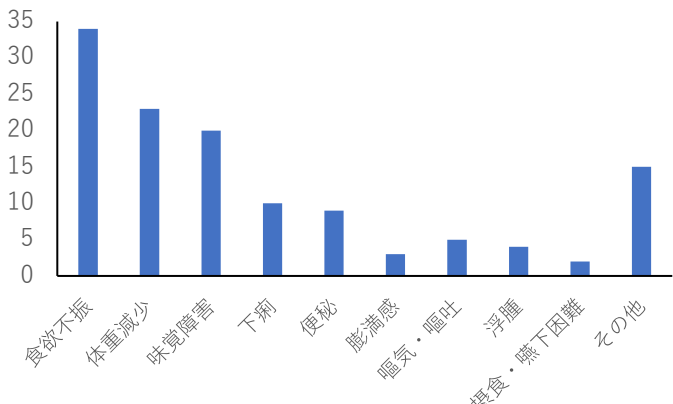


図 外来化学療法室における栄養相談内容

出典：堤ら、日本静脈経腸栄養学会雑誌33(4)：1019-024:2018

表 抗がん剤副作用の発症時期及び症状

期間	症状
投与当日	アレルギー反応（顔面紅潮、灼熱感、発汗など）、めまい、発熱、血管痛、耳下腺痛、悪心・嘔吐など
1～3日	発疹、全身倦怠感、食欲不振、悪心・嘔吐など
7～14日	口内炎、下痢、食欲不振、胃部重圧感、白血球・血小板の減少など
14～28日	臓器障害（骨髄、内分泌腺、心臓、肝臓、腎臓など）、膀胱炎、皮膚角質化、色素沈着、脱毛、神経症状など
2～6か月	肺線維症、うっ血性心不全など

表 各症状と栄養管理・指導ポイント

症状	栄養管理・指導ポイント
悪心・嘔吐	・さっぱりとしたのどごしのよいものを選択する。 ・“におい”を抑えた食品調理を選択する。 ・消化が良く、刺激の少ない食品・調理を選択する。 ・一回量は少なめに、感触を加える。 ・体調のよいときを見計らって摂取する。
味覚障害（味覚鈍化、味覚過敏、異味症、感覚への違和感）	・味覚障害の症状を把握する。 ・違和感のある味やにおいを避け、食べやすい味・風味を利用する。 ・好きな香り・うま味を利用し、メニューを工夫する。 ・滑らかな口当たりの食材・料理を選択する。
口腔粘膜障害	・簡単に潰せる軟らかい食品・料理を選択する。 ・薄い味付けを心がける。 ・水分を多く含む滑らかな形態にする。 ・食事の温度は人肌程度に調整する。
下痢	・腸に刺激を与える食品を控える。 ・温かく消化吸収のよい食品・料理を選択する。 ・十分な水分摂取に努める。 ・水溶性食物繊維・乳酸菌を適量摂取する。
便秘	・水溶性・不溶性食物繊維の豊富な食事をとる。 ・十分な水分摂取を心がける。 ・脂質を適度に摂取する。 ・乳酸菌食品をとり、腸内環境を整える。
貧血	・鉄運を豊富に含む食品を選択する。 ・十分なエネルギーとたんぱく質の補給を心がける。 ・ビタミンCと鉄を同時に摂取し、吸収率を上げる。 ・食事中、食事前後は濃い緑茶・コーヒーは控える。 ・食事のみで改善がむずかしい場合は鉄剤の必要性を伝える。

がん病態栄養専門管理栄養士について

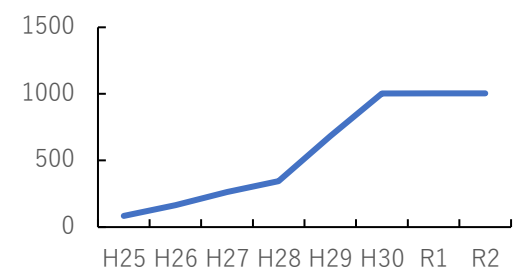
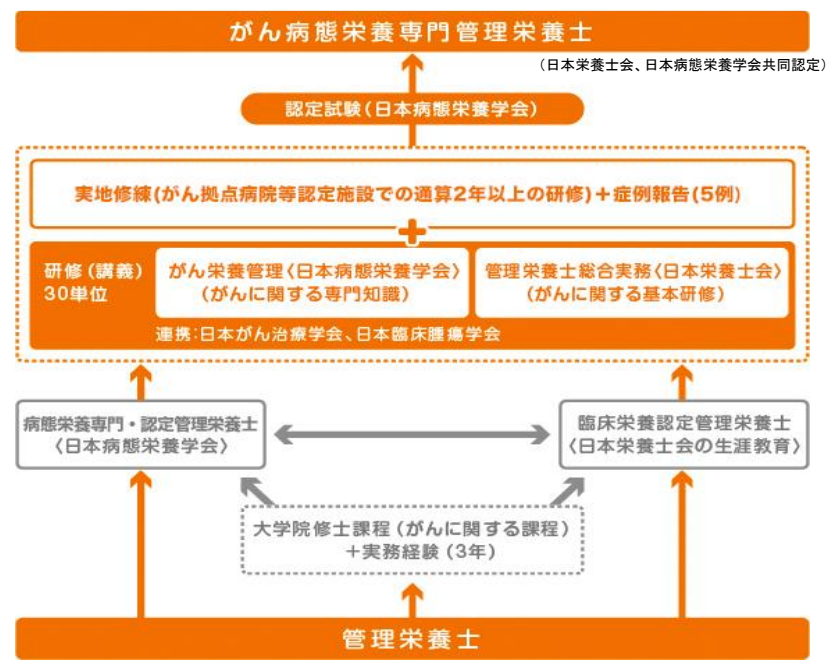
○ がんの栄養療法に関する専門的知識を有するとともに、患者の状態等に応じた栄養療法に関する高度な知識と技術を有するものとして、管理栄養士として一定の経験を有した後、必要な研修及び2年以上の実地修練を行った場合に、がん病態栄養専門管理栄養士として認定される制度がある。

がん病態栄養専門管理栄養士とは

がん病態栄養専門管理栄養士とは、がんの栄養療法に関する専門的知識を有するとともに、研究や臨床で求められる高い倫理性、情報収集能力、対人関係形成能力、洞察力を合わせ持ち、がんサバイバーの身体機能の向上やステージに応じた栄養療法に関する高度な知識と技術を有する管理栄養士である。また、医療チームの一員として、がん患者への円滑な治療を推進すべく、栄養に関わる問題の解決策について多職種に対し提議、提案を行い、がん患者や家族に対する実践的な栄養指導を担うものである。

- 1) がん患者の栄養障害を適切に評価・予測し、がんの罹患部位や症状、手術療法、化学療法、放射線療法等、治療に伴う有害事象の軽減に向けて、個々に応じたきめ細かな栄養管理、栄養指導ができる。
- 2) 治療中・治療後の薬物療法やリハビリテーション、個人の体質・、心理等を考慮した生活療養の指導を行うことができる。
- 3) がんの病態に応じた栄養素等の代謝を理解し、輸液・経腸栄養を含めた栄養の投与に関する提案と調整ができる。
- 4) がん患者における摂食・嚥下障害の発生要因に関する知識を有し、その食形態の提案と調整ができる。
- 5) 緩和ケアに関する知識を有し、全人的な視点に立った支援ができる。
- 6) 最新の栄養情報や臨床情報・ガイドライン等を、国内外のデータベースや文献から得て活用できる。
- 7) がんの予防や診断・治療における問題を抽出し、科学的に解析するとともに、新たなエビデンスの構築に向けて情報の発信ができる。
- 8) 以上のような高度な知識及び技術を有する者として、いずれのステージにおいてもがん治療が効果的に継続できるように努めるとともに、実践内容の検証、改善及びその発信を通じて、がん栄養療法の向上に大きく貢献することができる。

がん病態栄養専門管理栄養士の認定フロー



がん病態栄養専門管理栄養士の認定者数(累計)

○ がん病態栄養専門管理栄養士が配置されている場合、配置前と比較して、退院時の食事摂取割合の改善、体重の減少割合、入院日数の無延長が有意に影響を受けていた。

【対象と方法】
A病院において2015年度から2020年度（2015年4月1日～2021年3月31日）の期間に、消化器腫瘍外科に入院した18歳以上の胃がん患者（DPC病名が「060020 胃の悪性腫瘍」）858名を対象として、入院中の栄養管理体制において、がん病態栄養専門管理栄養士の配置整備がなかった2015～2017年度と、配置を行った2018～2020年度の入院中の栄養状態および食事摂取量等の変化について、比較検討を行った。

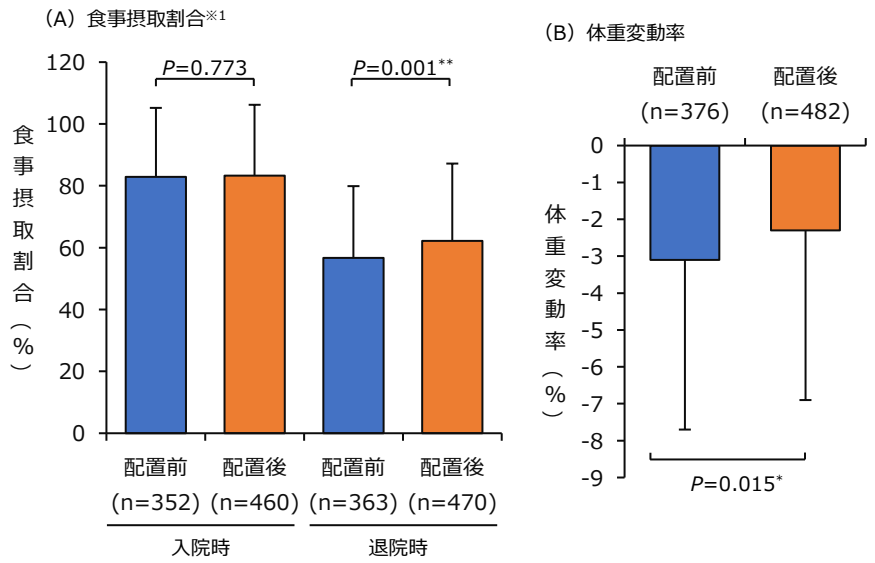


図 食事摂取割合および体重変動率の比較

※1 栄養管理法が経口摂取であった患者を対象とした。
*P<0.05, **P<0.01

	多変量解析		
	オッズ比	(95%信頼区間)	P値
入院時年齢	1.034	(1.02-1.05)	<0.001
体重減少率	0.928	(0.89-0.96)	<0.001
食事摂取割合（入院時）	0.990	(0.98-1.00)	0.011
食事摂取割合（退院時）	1.020	(1.01-1.03)	<0.001
がん病態栄養専門管理栄養士配置の有無	4.235	(3.02-5.92)	<0.001

表 入院日数の延長に影響を与える因子の分析

モデルχ²検定 P<0.001, 判別率 70.5%
目的変数：DPC期間Ⅰ・DPC期間Ⅱを入院日数の延長なし(=1)、DPCⅢ・DPC期間Ⅲ超を入院日数の延長あり(=2)とした。
説明変数：入院時年齢、がん病態栄養専門管理栄養士配置(なし=1,あり=2)、BMI(入院時)、BMI(退院時)、体重変動率、Alb(入院時)、Alb(退院時)、総リンパ球数(入院時)、総リンパ球数(退院時)、食事摂取割合(入院時)、食事摂取割合(退院時)から、ステップワイズ法(変数増加法)で変数選択を行った。