

社会保障審議会 介護給付費分科会（第232回）	資料 5
令和5年11月27日	

## 口腔・栄養（改定の方向性）

厚生労働省 老健局

1. これまでの分科会における主なご意見
2. 論点及び対応案
3. 参考資料



1. これまでの分科会における主なご意見

2. 論点及び対応案

3. 参考資料

# これまでの分科会における主なご意見(口腔・栄養)①

※ 第217回以降の介護給付費分科会で頂いた  
ご意見について事務局において整理したもの

## <口腔・栄養>

(口腔・栄養)

- QOLの実現には、質の高い口腔管理・栄養管理が必須であり、ICTなどテクノロジーを活用した情報連携をはじめとして、柔軟な多職種連携を可能にしていく必要がある。
- 医師・医療機関との連携や管理栄養士等の確保が大きな課題であり、特に離島や中山間地域の事業所においても、それらの機関・専門職の連携・確保ができるように、ICTの活用や導入費用といった財政的支援等が必要。
- 口腔衛生管理あるいは栄養管理については、誤嚥性肺炎の予防あるいはQOLの向上に非常に重要。
- 口腔・栄養関係の各加算については算定が低い要因をよく分析した上で、必要な見直しを図っていくべき。
- 専門職の配置は効果もあるとのことから、推進いただきたい。
- 専門職が関わることによって効果が上がっているということがあるのであれば、加算や人員配置について対応をお願いしたい。
- 加算の算定状況について、その要因を精査して見直していくべき。
- 医療・介護従事者が栄養・口腔への意識を高め、潜在的なニーズへの気づきも高めること。また、介護支援専門員のケアプラン策定においても、リハビリテーション・栄養・口腔への意識を高めていただくようなプロセスを導入することも必要。

## これまでの分科会における主なご意見(口腔・栄養)②

### <口腔・栄養>

※ 第217回以降の介護給付費分科会で頂いたご意見について事務局において整理したもの

#### (口腔)

- できるだけ多職種も理解できるスクリーニングや、早めに専門職につなげる仕組みの検討が必要。
- 通所介護の口腔機能向上加算や施設の口腔衛生管理加算で、歯科衛生士等が口腔機能を評価・指導することで、適切な管理や歯科治療へつなぐことができるため、口腔ケアに関する加算へのインセンティブの強化が必要。
- 口腔管理等が必要な高齢者において、歯科治療に結びつくよう、定期的なアセスメントや情報提供、連携の充実に図っていくべき。
- 歯科医療機関と介護支援専門員との連携については、医療介護連携推進事業の際のように、例えば保険者様、市町村、それぞれの地域で相互に顔の見える関係づくりの構築が、引き続き必要である。
- 平成30年の介護保険施設等を対象に口腔衛生管理体制加算が基本サービスとされたところ、居宅サービスにおいても、同様の形態で何か普及を図るなど、社会資源の有効活用がありうるのではないか。
- 口腔について、介護施設の多くを含めて、在宅系サービスにおいて配置がなく不在であり、連携が不可欠である。歯科衛生士の介入においては、歯科医師からの介入指示を含めた、歯科医師の診察の担保も必要。
- 誤嚥性肺炎の防止についての議論の更なる活性化とともに、施設退所後の口腔変化にも対応できるよう、診療所や病院の歯科医療機関と介護事業所とケアマネジャーとの連携体制の構築が不可欠である。在宅医療提供可能な歯科医療機関が少ない地域においては、診療につなげるための介護計画の立案、あるいはニーズに応じて歯科衛生士の居宅療養管理指導を介護計画に位置づけるかどうかの検討を、システム化することも解決への一助ではないか。

#### (栄養)

- 在宅、高齢者施設、医療機関での連携強化のためには、栄養に関する情報を共有ツール、例えば栄養ケアマネジメント強化加算のLIFEの入力項目や、栄養ケア計画等の内容を活用したツールの作成が有効。
- 通所系サービスにおいて管理栄養士の介入や連携が促進のため、定員数が少ない場合に、専従要件をある程度緩和する、または併設の居宅サービス事業所等で一定数は担当できるようにするなどにより人員確保を図るよう検討してはどうか。
- 余力のある医療機関や老健から管理栄養士を派遣して、居宅療養管理指導の取組の活性化など、在宅支援サービスを支えることも検討していく必要がある。

## これまでの分科会における主なご意見(口腔・栄養)③

※ 第217回の介護給付費分科会で頂いたご意見  
について事務局において整理したもの

※ 第226回介護給付費分科会における事業者団体ヒアリングにおいては、公益社団法人日本栄養士会から、以下について要望があった。

- (1) 「リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の一体的取組」に対する評価
- (2) 「機能強化型認定栄養ケア・ステーション」の管理栄養士を外部の管理栄養士として「栄養アセスメント加算」、  
「栄養改善加算」、  
「栄養管理体制加算」、「居宅療養管理指導Ⅱ」の連携先として評価

1. これまでの分科会における主なご意見



2. 論点及び対応案

3. 参考資料

# 口腔・栄養 目次

論点 1.	訪問サービス、短期入所サービスにおける口腔管理の連携に対する評価	9
論点 2.	介護保険施設入所者等の口腔管理の充実	15
論点 3.	口腔衛生管理体制加算の見直し	19
論点 4.	居宅療養管理指導（歯科衛生士等が行う場合）における 終末期がん患者等の利用者への対応	24
論点 5.	医療と介護における栄養管理に関する情報連携	28
論点 6.	再入所時栄養連携加算の対象の見直し	33



# 論点① 訪問サービス、短期入所サービスにおける口腔管理の連携に対する評価

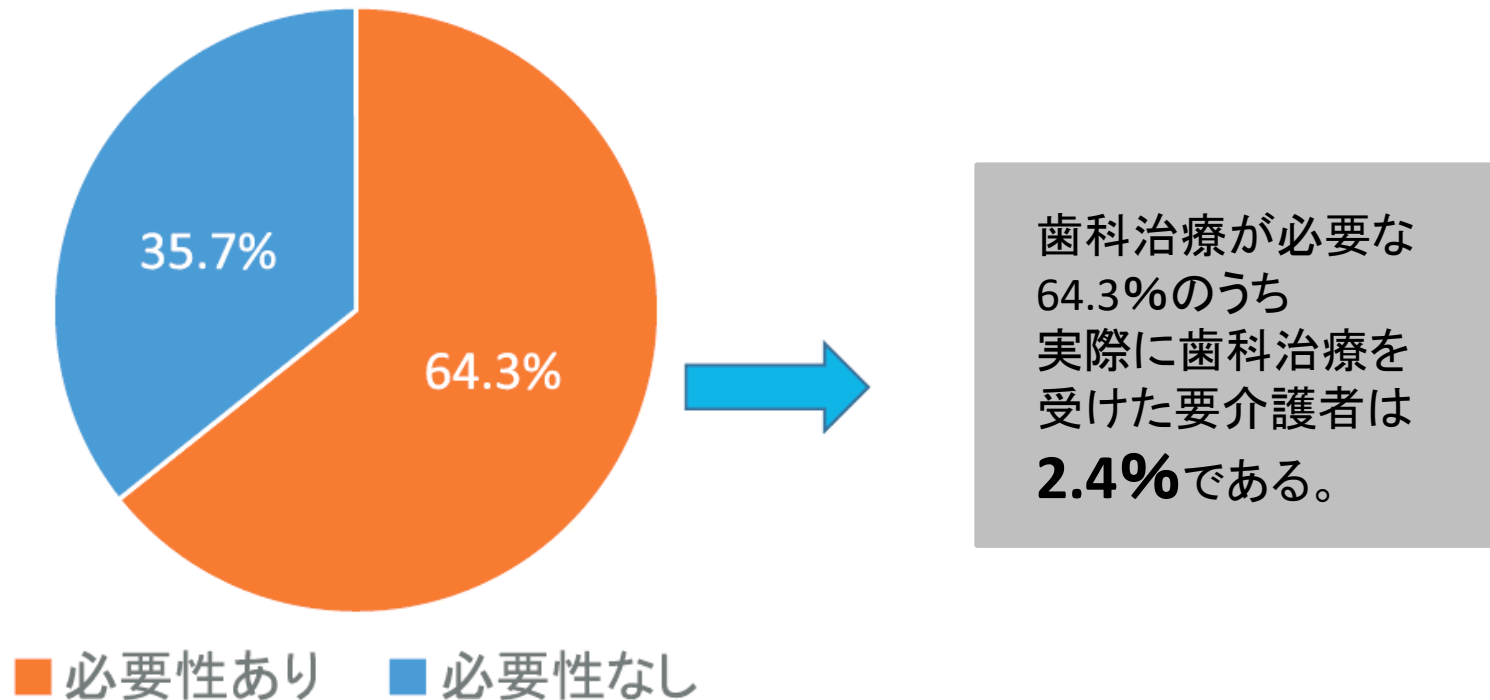
## 論点①

- 高齢者は歯科治療が必要である者においても、治療が行われていない現状がある。特に在宅療養者においては、治療が行われていない割合が多い。
- 訪問サービスや短期入所サービスにおいては、口腔に問題がある利用者の把握や歯科医療機関との連携における評価はない。
- 歯科医師に対して利用者の口腔に関する情報提供を行った介護支援専門員は約3割であり、情報提供しなかった理由として、「担当する歯科医師に伝えるべき情報を取得していないため」であった。
- 歯科医療従事者に相談できる環境が口腔アセスメント実施を促している可能性があるとした報告がある。
- 在宅療養者において個々の口腔の状態を効率的に把握し、適切な口腔管理や口腔の状態の改善の取組につなげていく観点から、どのような対応が考えられるか。

## 対応案

- 訪問介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、短期入所生活介護及び短期入所療養介護サービスにおいて、歯科医療機関と介護事業所の連携のもと、介護職員等も実施可能な口腔アセスメント指標に基づき、利用者毎の口腔アセスメントの実施及び利用者同意のもと歯科医療機関並びに介護支援専門員への情報提供を評価してはどうか。

- 要介護高齢者（N=290,平均年齢86.9±6.6歳）の調査では、歯科医療や口腔健康管理が必要である高齢者は64.3%であったが、そのうち、過去1年以内に歯科を受療していたのは、2.4%であった。



















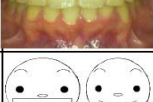







※歯科治療(義歯・う蝕・歯周疾患・粘膜疾患・保湿)の必要性の有無を歯科医師が判定

※要介護高齢者:特定地域の在宅療養、認知症グループホーム、通所サービス、療養病棟、老人保健施設、特別養護老人ホームの入所、利用者など

# 口腔の状態の簡易評価指標の例

- OHATは、認知症の人を含む居宅介護施設居住者の口腔の状態の簡易な評価指標として報告され、OHATの日本語版（OHAT-J）も報告されている。
- OHAT-Jは「看護師や介護福祉士による評価と、基準となる歯科衛生士の評価との間に中等度以上の一致性を示した。」とする報告がある。

ORAL HEALTH ASSESSMENT TOOL 日本語版 (OHAT-J)							(Chalmers JM, 2005; 松尾, 2016)
ID:	氏名:		評価日: / /				
項目	0 = 健全	1 = やや不良	2 = 病的	スコア			
口唇	 正常, 湿潤, ピンク	 乾燥, ひび割れ, 口角の発赤	 腫脹や腫痛, 赤色斑, 白色斑, 潰瘍性出血, 口角からの出血, 潰瘍				
舌	 正常, 湿潤, ピンク	 不整, 亀裂, 発赤, 舌苔付着	 赤色斑, 白色斑, 潰瘍, 腫脹				
歯肉・粘膜	 正常, 湿潤, ピンク	 乾燥, 光沢, 粗造, 発赤 部分的な(1-6歯分)腫脹 義歯下の一部潰瘍	 腫脹, 出血(7歯分以上) 歯の動揺, 潰瘍 白色斑, 発赤, 圧痛				
唾液	 湿潤, 漿液性	 乾燥, べたつく粘膜, 少量の唾液 口渇感若干あり	 赤く干からびた状態 唾液はほぼなし, 粘性の高い唾液 口渇感あり				
残存歯 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	 歯・歯根の う蝕または破折なし	 3本以下の う蝕, 歯の破折, 残根, 咬耗	 4本以上のう蝕, 歯の破折, 残根 非常に強い咬耗 義歯使用無しで3本以下の残存歯				
義歯 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	 正常 義歯, 人工歯の破折なし 普通に装着できる状態	 一部位の義歯, 人工歯の破折 毎日1-2時間の装着のみ可能	 二部位以上の義歯, 人工歯の破折 義歯紛失, 義歯不適のため未装着 義歯接着剤が必要				
口腔清掃	 口腔清掃状態良好 食渣, 歯石, プラークなし	 1-2部位に 食渣, 歯石, プラークあり 若干口臭あり	 多くの部位に 食渣, 歯石, プラークあり 強い口臭あり				
歯痛	 疼痛を示す 言動的, 身体的な兆候なし	 疼痛を示す言動的な兆候あり: 顔を引きつらせる, 口唇を噛む 食事しない, 攻撃的になる	 疼痛を示す身体的な兆候あり: 頬, 歯肉の腫脹, 歯の破折, 潰瘍 歯肉下膿瘍。言動的な徴候もあり				
歯科受診 (要・不要)	再評価予定日 / /		合計				

Japanese Translation: Koichiro Matsuo permitted by The Iowa Geriatric Education Center

available for download: <https://www.ohcw-tmd.com/research/> revised Sept 1, 2021

日本語版作成: 東京医科歯科大学大学院地域・福祉口腔機能管理学分野 教授 松尾 浩一郎

- (出典)
- Chalmers JM, King PL, Spencer AJ, Wright FA, Carter KD: The oral health assessment tool-validity and reliability. Australian dental journal. 50:191-199. 2005.
  - 松尾浩一郎, 中川量晴. 口腔アセスメントシートOral Health Assessment Tool日本語版(OHAT-J)の作成と信頼性, 妥当性の検討. 障害者歯科. 37:1-7. 2016.
  - Oral Health Assessment Tool (OHAT)日本語版. Available from: <https://www.ohcw-tmd.com/research>

# 口腔の状況の確認の有効性

- 全国の37箇所の介護老人福祉施設の入所者（n=889）を対象として、口腔の簡易評価項目と転機（1年以内の死亡若しくは入院）と食形態（常食から嚥下調整食への移行）を調査した結果、「ぶくぶくうがい」、「口腔周囲筋」、「むせ」等は転機と食形態の両方に関与がみられた。
- 口腔簡易指標の観察は特に食形態の管理において有効な情報となることが示唆された。

簡易評価	転機	常食－嚥下調整食	
		縦断	横断
言語 (1: 良好, 2: 不良)	●		
流涎 (1: なし, 2: あり)	●		
口臭 (1: なし, 2: あり)	●		
咀嚼運動 (1: 良好, 2: 不良)			
舌運動 (1: 良好, 2: 不良)		●	
口腔周囲筋(1: 良好, 2: 不良)	●	●	
口角の左右非対称な運動 (1: 良好, 2: 不良)			
嚥下 (1: 可能, 2: 不可)			
むせ(1: なし, 2: あり)	●		●
嚥下後の声質の変化 (1: 異常なし, 2: 異常)			
嚥下後の呼吸観察 (1: 良好, 2: 不良)	●		
ぶくぶくうがい (1: 可能, 2: 不可能)	●	●	●
口腔内残渣 (1: なし, 2: あり)	●		

## ◆ 口腔周囲筋の動き

1-可能



しっかり締められる  
息も抜けない

2-不全



やろうとしてくれるが  
顔面の運動障害や  
脱力気味で息が抜けてしまう

3-不可

協力してくれる  
ができない

4-不明

拒否、応答なし  
指示入らない

## ◆ ぶくぶくうがいの可否

リンシング(ぶくぶくうがい、空うがいで可)

口唇閉鎖、口腔と咽頭の遮断などそれぞれの器官の運動が正常であることが、ぶくぶくうがいのできる条件となる。

1)できる	頬を何度も膨らまし、同時に早く動かすことができる。
2)不十分	頬の膨らましが小さい。舌の動きが遅い。1、2回しか頬を膨らますことができない。
3)できない	唇を閉じることができない。頬を膨らますことができない。舌を動かすことができない。
4)不明	指示が入らない、測定不能

# 歯科医療機関と介護支援専門員の連携

- 歯科医師に対して利用者の口腔に関する情報提供を行った介護支援専門員は約3割だった。
- 介護支援専門員から、歯科医師・歯科衛生士に情報提供を依頼し、実際に情報提供を受けた割合は約5割だった。
- 情報提供しなかった理由として、「担当する歯科医師に伝えるべき情報を取得していないため」、「その他」が多く、「その他」の内容としては「本人・家族が対応したため」「該当する利用者がいないため」「必要がなかった」などが多かった。

## 調査の概要

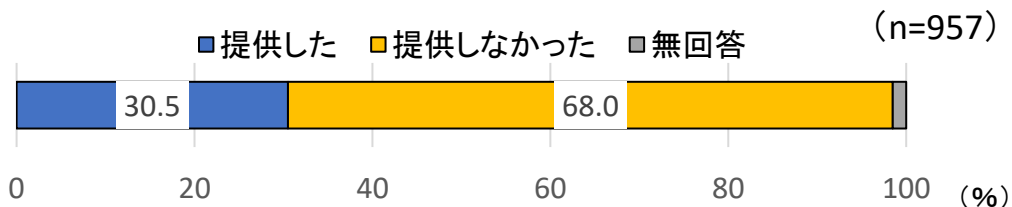
調査対象：一般社団法人日本介護支援専門員協会会員の中から無作為抽出した介護支援専門員2,000名

回収結果：回収数1,087(回収率54.4%)、有効回答数957(有効回答率47.9%)

調査期間：令和元年12月3日～令和2年1月10日

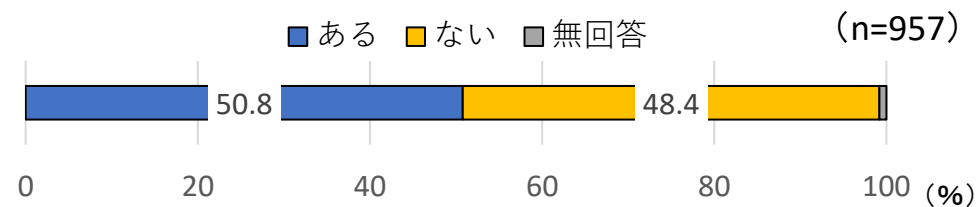
## 歯科医師に口腔に関する情報提供をした介護支援専門員の割合 (介護支援専門員調査)

※対象期間：平成31年4月～令和元年9月の半年間調査



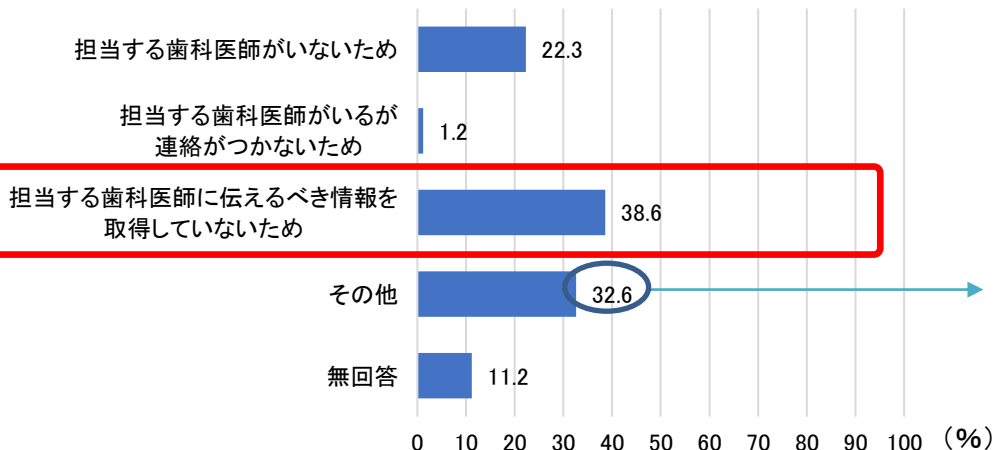
## 歯科医師・歯科衛生士に情報提供を依頼し、実際に提供を受けた割合 (介護支援専門員調査)

※対象期間：平成31年4月～令和元年9月の半年間調査



## 介護支援専門員が、口腔に関する情報を歯科医師に提供しなかった理由(複数回答)

(n=651)



その他の内容として、「本人・家族が対応したため」「該当する利用者がいないため」「必要がなかった」「自ら歯科受診しているため」「本人や家族の了承が得られなかった」等

# 口腔の状況の確認と歯科専門職種との連携の相関性

- 全国の1,000の訪問看護事業所を対象とした研究において、「口腔アセスメント実施レベルと有意な相関が認められた因子は口腔アセスメントツール利用レベル、歯科医師相談レベル、歯科衛生士相談レベル、および歯科医師・歯科衛生士相談レベルであり、歯科医師・歯科衛生士相談レベルの相関係数が0.361と最も高かった。」という報告がある。
- また、「歯科医療従事者に相談できる環境が口腔アセスメント実施を促している可能性がある」と報告している。

表4 口腔アセスメント実施レベルと関連因子との相関性\*

因子	相関係数**	p値**
年齢	0.006	0.935
看護職の経験年数	0.010	0.885
訪問看護師の経験年数	0.061	0.382
口腔アセスメントツール認識レベル	0.131	0.061
口腔アセスメントツール利用レベル	0.153	0.028
歯科医師相談レベル	0.346	<0.001
歯科衛生士相談レベル	0.279	<0.001
歯科医師・歯科衛生士相談レベル	0.361	<0.001

\*: 未回答除く, \*\*: Spearman の順位相関係数

調査対象事業所数: 1,000事務所  
抽出方法: 無作為抽出  
回答依頼職種: 看護師  
分析対象者: 206名  
有効回答率: 20.6%

## 論点② 介護保険施設入所者等の口腔管理の充実

### 論点②

- 介護保険施設入所者において、一部の入所者は歯科専門職の介入が必要な状況であっても、介入されていない状況であった。
- 入所者の全員に対して口腔のスクリーニングを実施していない施設は、老健では46.1%、介護医療院では41.8%であった。
- 口腔のスクリーニングを実施していない理由は「口腔のスクリーニングの指標がない」等の理由が挙げられた。
- 限られた人材で入所者の口腔の状態を把握し、入所者の状態に応じた丁寧な口腔衛生管理を充実させる観点から、どのような対応が考えられるか。

### 対応案

- 介護保険施設等の入所者毎の口腔状態の確認の実施を運営基準の口腔衛生の管理に位置づけ、介護職員等においても実施可能な口腔のアセスメントの簡易指標を示してはどうか。  
(※ 特定施設及び認知症対応型共同生活介護（予防も含む）等においては口腔・栄養スクリーニング加算の要件とする。)

# 介護保険施設における専門的な歯科介入

- 東京都と愛知県の10箇所の介護老人福祉施設を対象とした調査において、歯科専門職種が口腔衛生管理加算の対象と判断した入所者について、算定されていない利用者の割合は27.2%であった。
- 入所者毎に評価した場合、一部の入所者は歯科専門職の介入が必要な状況であっても、介入されていない状況であった。

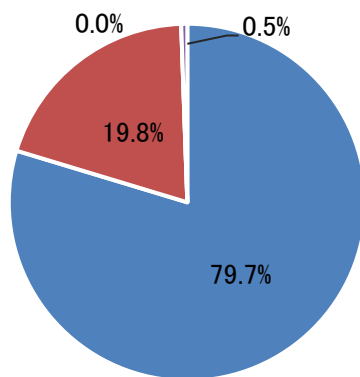
	算定中である		算定対象であるが実施できていない		算定対象ではない	
	n	%	n	%	n	%
口腔衛生管理加算	172	30.2	155	27.2	242	42.5
経口維持管理加算Ⅰ	63	11.1	88	15.4	403	70.7
経口維持管理加算Ⅱ	63	11.1	88	15.4	403	70.7
経口移行加算	1	0.2	0	0.0	567	99.5
栄養マネジメント加算	232	40.7	1	0.2	335	58.8
療養食加算	4	0.7	2	0.4	562	98.6
低栄養リスク改善加算	0	0.0	2	0.4	558	97.9



# 口腔内スクリーニングの実施状況と口腔衛生管理加算の関連

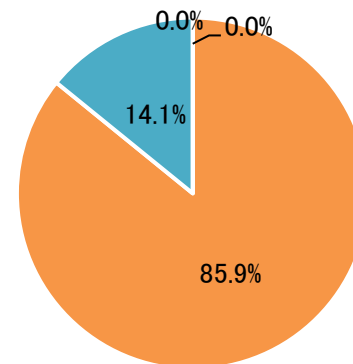
- 口腔衛生管理加算の算定が有る事業所における口腔内スクリーニングの実施は、老健及び介護医療院ともに「全員に実施している」が各々79.7%、85.9%と最も多かった。
- 口腔衛生管理加算の算定が無い事業所における口腔内スクリーニングの実施は、老健では「実施していない」が40.9%と最も多く、介護医療院では「全員に実施している」が42.1%と最も多かった。

口腔衛生管理加算の算定が有る事業所における口腔内スクリーニングの実施状況



老健

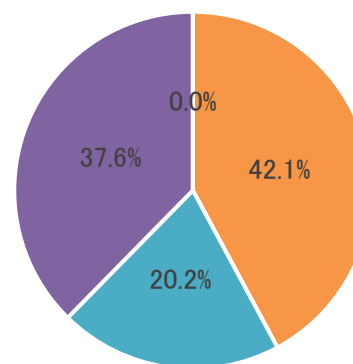
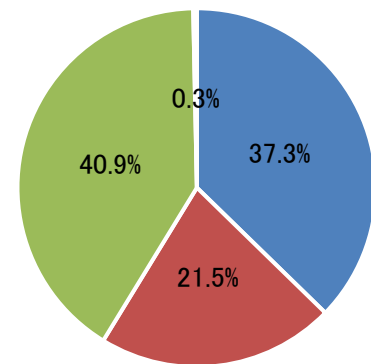
(n=503)



介護医療院

(n=294)

口腔衛生管理加算の算定が無い事業所における口腔内スクリーニングの実施状況

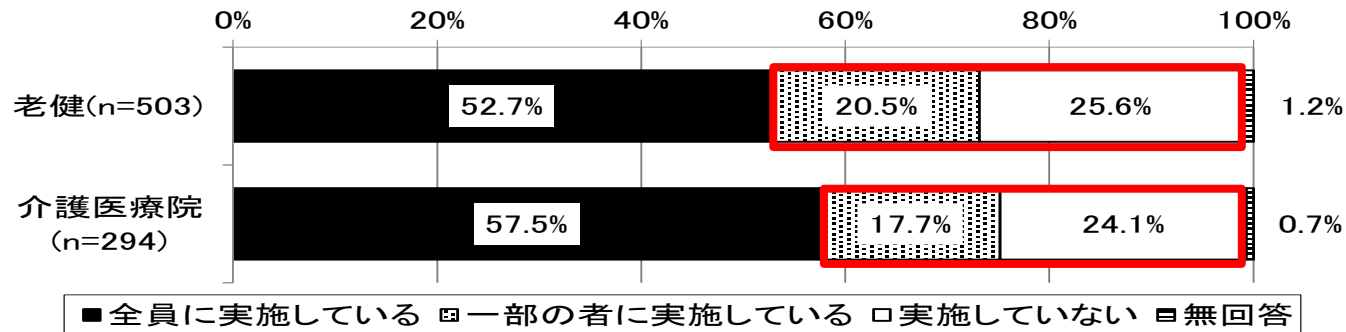


- 全員に実施している
- 一部の者に実施している
- 実施していない
- 無回答

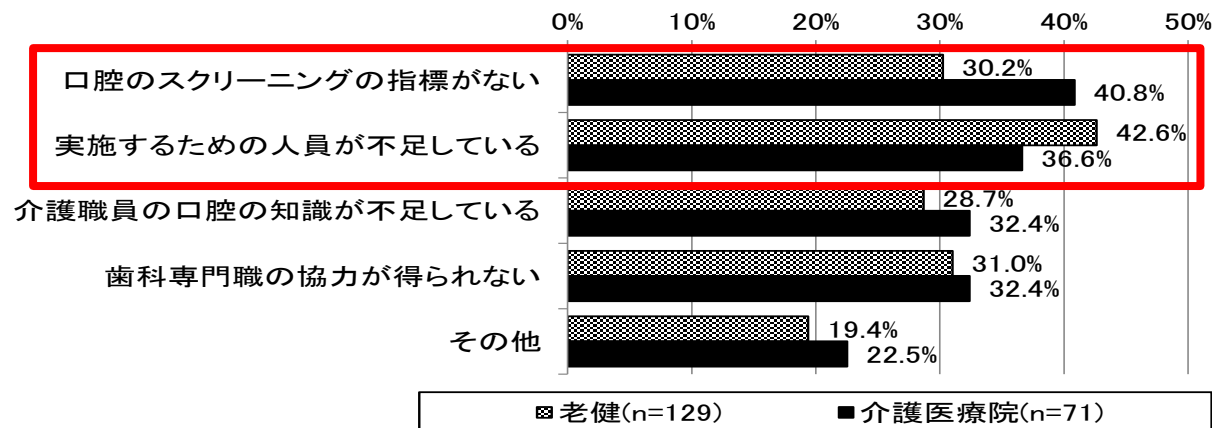
# 介護保険施設における口腔内スクリーニングの実施

- 口腔のスクリーニングを入所者の全員に対しては実施していない施設は、「一部の者に実施している」、「実施していない」合わせて、老健では46.1%、介護医療院では41.8%であった。
- 口腔内スクリーニングを「実施していない」場合の理由は、老健では「実施するための人員が不足している」が42.6%、介護医療院では「口腔のスクリーニングの指標がない」が40.8%であった。

入所者全員に対する口腔内のスクリーニングの実施状況



(「実施していない」を選択した場合) 口腔内のスクリーニングを実施していない理由(複数回答)



## 論点③ 口腔衛生管理体制加算の見直し

### 論点③

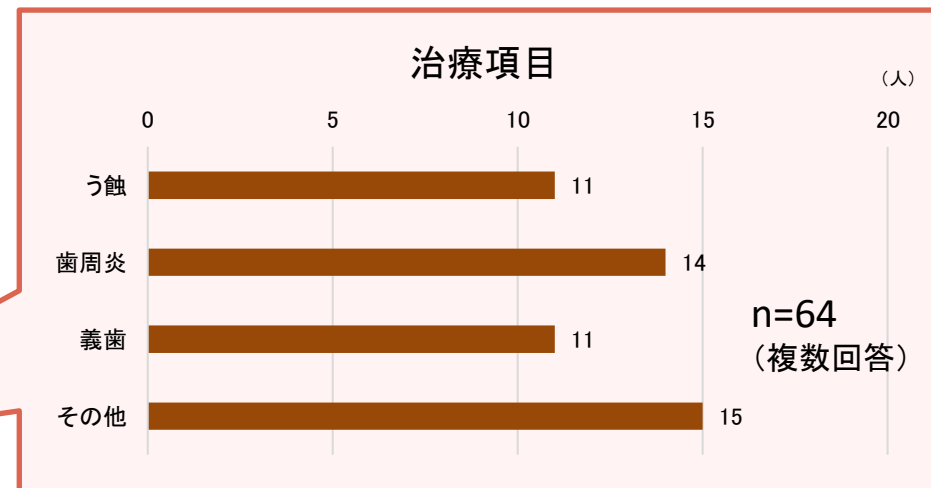
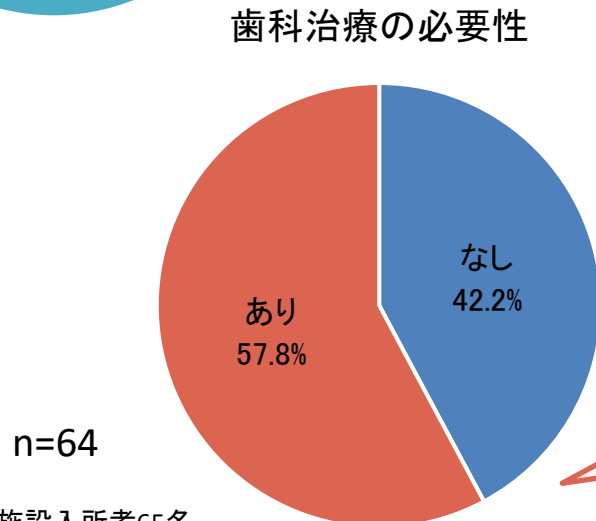
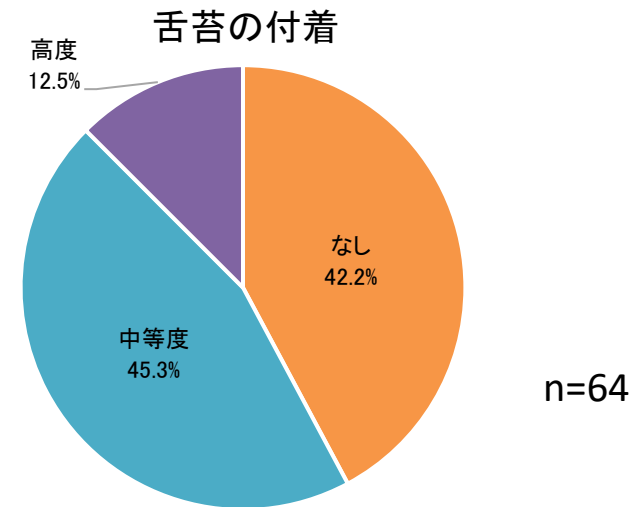
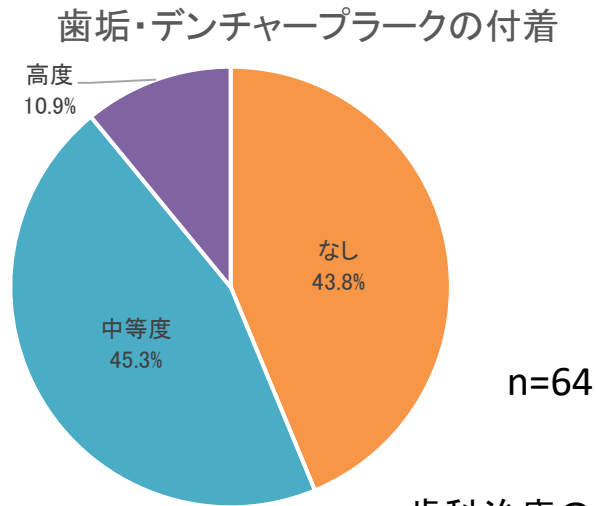
- 特定施設において、利用者の57.8%に歯科治療の必要性があるが、定期的な口腔のアセスメントを受けていたのは26.2%であった。
- 入所者毎の口腔の状況の確認は大部分の利用者がされておらず、口腔衛生管理における取組において更なる推進が必要である。
- 口腔衛生管理体制加算の算定率は特定施設入居者生活介護で43.2%、介護予防特定施設入居者生活介護46.2%である。（※算定率：加算請求事業所数／請求事業所数×100）
- 特定施設において、入所者の状態に応じたより丁寧な口腔衛生管理を充実させる観点から、どのような対応が考えられるか。

### 対応案

- 特定施設入居者生活介護サービス及び介護予防特定施設入居者生活介護サービスにおいて、口腔衛生管理体制を確保するよう促すとともに、入所者の状態に応じた丁寧な口腔衛生の管理を更に充実させる観点から、口腔衛生管理体制加算は廃止し、同要件を一定緩和した上で、基本サービス費の要件とすることとしてはどうか。

# 居住系サービス利用者の口腔の問題点

- 特定施設において、利用者の56.2%は歯垢・デンチャープラークの付着がみられ、57.8%に舌苔の付着がみられた。
- 利用者の57.8%に歯科治療の必要性があり、う蝕や義歯、歯周炎などの治療を要する状態であった。

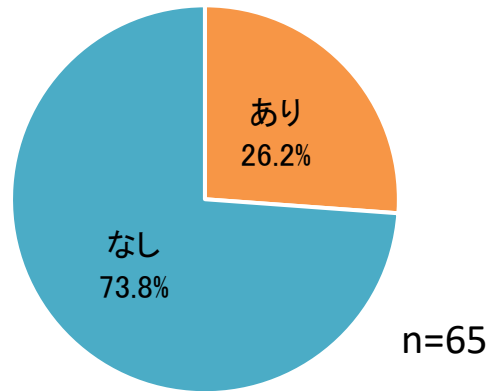


調査対象者: 特定施設入所者65名

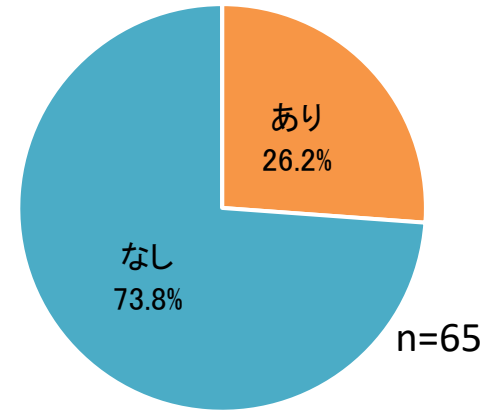
# 居住系サービスにおける口腔管理

- 特定施設において、利用者の73.8%は定期的な口腔の状況の確認及び歯科衛生士による口腔衛生管理を受けていなかった。
- 歯科専門職による個別プラン作成は95.4%の利用者が実施されていなかった。

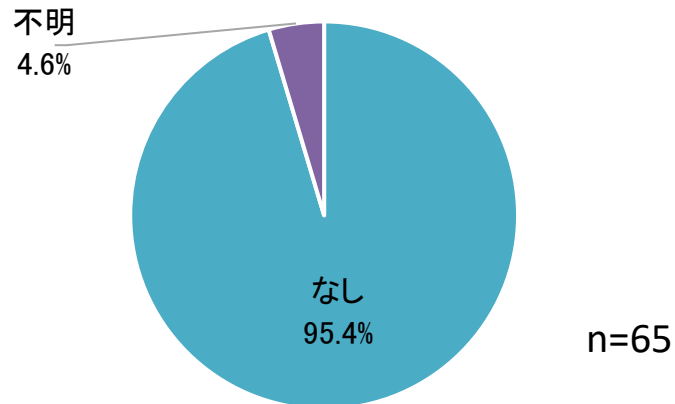
定期的な口腔のアセスメントの有無



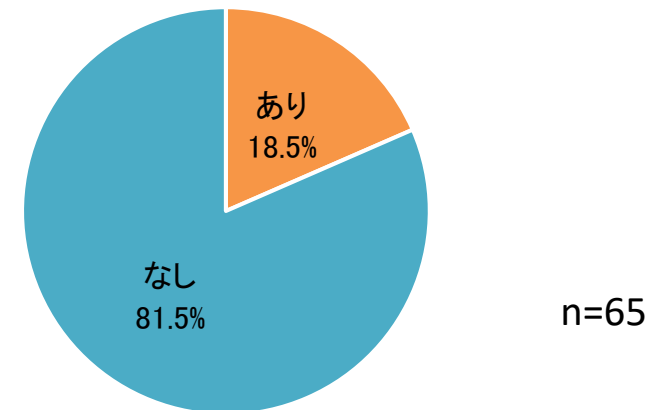
歯科衛生士による口腔衛生管理の有無



歯科専門職による個別プラン作成の有無



歯科治療の有無(過去6月以内)

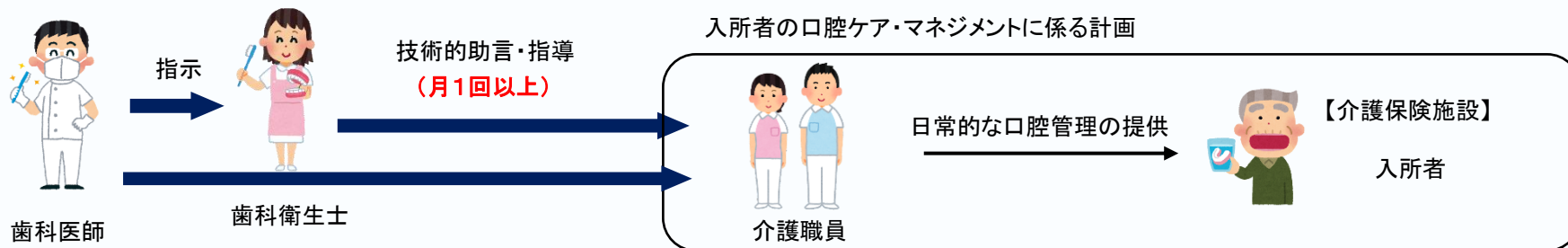


調査対象者: 特定施設入所者65名

## 口腔衛生管理体制加算(居住系サービス)

### 【口腔衛生管理体制加算】 30単位/月

- 歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、介護職員に対する口腔ケアに係る技術的助言及び指導を月一回以上実施。これに基づき、施設職員は口腔ケア・マネジメント計画を立案。



【告示】 歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、介護職員に対する口腔ケアに係る技術的助言及び指導を月1回以上行っている場合に、1月につき所定単位数を加算する。

#### 【留意事項通知】

- ① 「口腔ケアに係る技術的助言及び指導」とは、当該施設における入所者(入院患者)の口腔内状態の評価方法、適切な口腔ケアの手技、口腔ケアに必要な物品整備の留意点、口腔ケアに伴うリスク管理、その他当該施設において日常的な口腔ケアの実施にあたり必要と思われる事項のうち、いずれかに係る技術的助言及び指導のことをいうものであって、個々の入所者の口腔ケア計画をいうものではない。
- ② 「入所者の口腔ケア・マネジメントに係る計画」には、以下の事項を記載すること。
  - イ 当該施設において入所者の口腔ケアを推進するための課題
  - ロ 当該施設における目標
  - ハ 具体的方策
  - ニ 留意事項
  - ホ 当該施設と歯科医療機関との連携の状況
  - ヘ 歯科医師からの指示内容の要点(当該計画の作成にあたっての技術的助言・指導を歯科衛生士が行った場合に限る。)
  - ト その他必要と思われる事項
- ③ 医療保険において歯科訪問診療料又は訪問歯科衛生指導料が算定された日の属する月であっても口腔衛生管理体制加算を算定できるが、介護職員に対する口腔ケア・マネジメントに係る技術的助言及び指導又は入所者の口腔衛生管理に係る計画に関する技術的助言及び指導を行うにあたっては、歯科訪問診療又は訪問歯科衛生指導の実施時間以外の時間帯に行うこと。

#### 各施設サービス 加算算定率

特定施設入居者生活介護	介護予防特定施設入居者生活介護	地域密着型特定施設入居者生活介護	認知症対応型共同生活介護	介護予防認知症対応型共同生活介護
43.2%	46.2%	24.9%	25.0%	21.0%

※算定率: 加算請求事業所数 / 請求事業所数 × 100

# 3. (1)⑭ 施設系サービスにおける口腔衛生管理の強化

## 概要

【介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人保健施設、介護療養型医療施設（一部除く）、介護医療院】

- 施設系サービスにおいて口腔衛生管理体制を確保するよう促すとともに、状態に応じた丁寧な口腔衛生管理を更に充実させるため、口腔衛生管理体制加算を廃止し、同加算の算定要件の取組を一定緩和した上で、3年の経過措置期間を設け、基本サービスとして、口腔衛生の管理体制を整備し、入所者ごとの状態に応じた口腔衛生の管理を行うことを求める。【省令改正、告示改正】
- 口腔衛生管理加算について、CHASEへのデータ提出とフィードバックの活用による更なるPDCAサイクルの推進・ケアの向上を図ることを評価する新たな区分を設ける。【告示改正】

## 単位数

< 現行 >

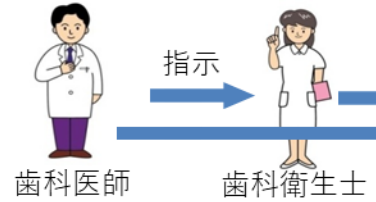
< 改定後 >

口腔衛生管理体制加算 30単位/月 ⇒ 廃止  
 口腔衛生管理加算 90単位/月 ⇒ 口腔衛生管理加算（Ⅰ）90単位/月（現行の口腔衛生管理加算と同じ）  
 口腔衛生管理加算（Ⅱ）110単位/月（新設）

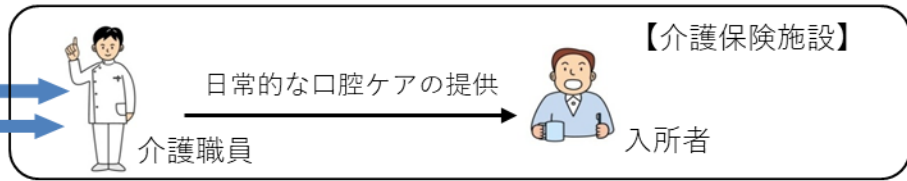
## 基準・算定要件

- < 運営基準（省令） >（※3年の経過措置期間を設ける）
- ・ 「入所者の口腔の健康の保持を図り、自立した日常生活を営むことができるよう、口腔衛生の管理体制を整備し、各入所者の状態に応じた口腔衛生の管理を計画的に行わなければならない」ことを規定。
  - ※ 「計画的に」とは、歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、介護職員に対する口腔衛生に係る技術的助言及び指導を年2回以上実施することとする。
- < 口腔衛生管理加算（Ⅱ） >
- ・ 加算（Ⅰ）の要件に加え、口腔衛生等の管理に係る計画の内容等の情報を厚生労働省に提出し、口腔衛生等の管理の実施に当たって、当該情報その他口腔衛生等の管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。

< 運営基準等における対応 >



< 口腔衛生等の管理に係る計画 >



## 論点④ 居宅療養管理指導（歯科衛生士等が行う場合）における 終末期がん患者等の利用者への対応

### 論点④

- 要介護認定者に対する歯科衛生士による口腔衛生管理の実施について、自宅、社会福祉施設、身体障害者施設等においては居宅療養管理指導（歯科衛生士等が行う場合）、介護保険施設等においては口腔衛生管理加算及び診療報酬上の訪問歯科衛生指導料で評価している。
- 要介護の状態になるとADLの低下による口腔清掃能力の低下だけでなく、口腔機能の低下による唾液分泌の減少による自浄作用の低下も起こり、口腔衛生状況が悪化する。さらには、終末期がん患者においては、全身状態の低下とともに口腔衛生管理の頻度が増加する報告がある。
- 診療報酬の看取り加算算定患者において、看取り加算算定日の1月以内の歯科診療の診療日数は、月4日を超える場合も一定数存在する。
- 利用者の状態に応じた居宅療養管理指導（歯科衛生士等が行う場合：月4回まで）の口腔管理の評価の在り方についてどのように考えるか。

（※ なお、第561回中央社会医療協議会総会（令和5年10月27日）において、患者の状態に応じた訪問口腔衛生指導等の口腔管理の評価のあり方について議論がなされた。）

### 対応案

- 終末期がん患者等の利用者について居宅療養管理指導（歯科衛生士等が行う場合）の算定回数上限を緩和してはどうか。



- 要介護の状態になるとADLの低下による口腔清掃能力の低下だけではなく、口腔機能の低下による唾液分泌の減少による自浄作用の低下も起こり、口腔衛生状況が悪くなる。そして、人生の最終段階に近づくにつれ、その傾向は顕著になる。
- 在宅の終末期がん患者の口腔管理開始から死亡までの期間の歯科介入の内容を調べた調査では、介入内容は全身状態の低下とともに口腔衛生管理の頻度が増加し、口腔管理の開始から死亡までの期間は、31日以上90日未満が多かった。

## 人生の最終段階における身体状況から生じる口腔への影響

### 1. 意識障害

脳血管障害・認知症・神経難病の進展により生じる意識障害  
→ う蝕や残存歯による裂傷や褥瘡、それに伴う感染  
原始反射の出現などによる咀嚼障害

### 2. 栄養障害

経口摂取不可能や消化吸収作用の減弱、経管栄養でも十分な栄養補給ができない  
→ 脱水による口腔乾燥、健常では罹患しない粘膜疾患

### 3. 循環不全、易出血性の亢進

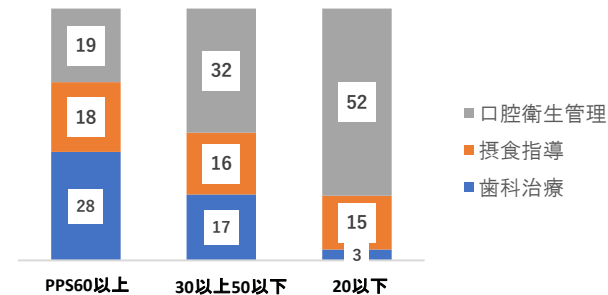
DICなどの凝固因子欠乏、血管抵抗性の低下など簡単に出血してしまう状態  
→ 口腔内からの不正出血や粘膜の抵抗性低下

出典：阪口英夫「人生の最終段階における口腔管理」、  
日本障害者歯科学会誌40:119-123,2019を元に保険局医療課で作成

## 在宅終末期がん患者に対する口腔健康管理の状況

- 対象：2019年3月から2020年12月までの間に歯科訪問診療により口腔管理を開始した在宅終末期がん患者34名中の24名（年齢：51歳から90歳）  
※途中中断および追跡終了時点で継続していた者を除く。
- 方法：死亡するまで歯科訪問診療にて口腔管理を実施  
患者の全身状態をPPS(Palliative Performance Scale)を用い、次の3区分で評価し、訪問時に行った管理内容を検討
  - ・起居が可能で意識が清明、経口摂取もほぼ正常な60以上の者
  - ・臥床しがちになり意識に混乱がみられ経口摂取量も減少する30以上50以下の者
  - ・常に臥床となり傾眠傾向となり数口程度しか経口摂取できなくなる20以下の者
- 在宅終末期がん患者に実施した歯科治療の内容
  - ・全身状態の悪化に伴い、歯科治療の頻度は減少し、口腔衛生管理の頻度が増加
  - ・身体機能と歯科治療内容の間には有意な関連 ( $p < 0.05$ ,  $\chi^2$ 乗検定)

< のべ診療回数 >



※のべ診療回数：  
1回の診療時に「歯科診療、摂食指導、口腔衛生管理」のどれを提供したか積み上げたもの。1回の治療で複数の内容を実施した場合はそれぞれ計上。

### ■ 訪問開始から患者が死亡するまでの期間

10日未満:2人 10日以上30日以下:5人 31日以上90日未満:11人  
90日以上:6人

出典：日本歯科大学口腔リハビリテーション多摩クリニック 菊谷教授提供資料を元に25  
保険局医療課で作成

# 終末期がん患者に対する歯科医療の必要性

- 緩和ケア病棟や緩和ケアチームを対象としたアンケート調査(医師又は看護師が回答)において、歯科医師による専門的な歯科治療が頻回に必要なと回答した施設は約27%、歯科専門職による専門的な口腔のケアが頻回に必要なと回答した施設は約62%だった。
- 緩和ケア病棟に入院するがん患者を対象として歯科医師が口腔内の診査を行った調査において、歯科治療が必要と判断された患者の割合は半数を超えていた。

## ■緩和ケア病棟入院患者の歯科治療や口腔管理 (dental services) の必要性 (医師又は看護師に対するアンケート調査)

(N=210)

		N(%)	95% C.I.
General need of dental services	Absolutely necessary	78 (37.1%)	31,44
	Highly necessary	67 (31.9%)	26,38
	Necessary	51 (24.3%)	18,30
	Relatively necessary	14 (6.7%)	3,10
	Relatively unnecessary	0	0
	Unnecessary	0	0
Need of specific dental services			
Dental treatment	Often	57 (27.1%)	21,33
	Sometimes	142 (67.6%)	61,74
	Never	6 (2.9%)	1,5
Oral care	Often	131 (62.4%)	56,69
	Sometimes	72 (34.3%)	28,41
	Never	5 (2.4%)	0,4

## ■緩和ケア病棟入院がん患者の歯科治療の必要性 (歯科医師の診査による調査)

	n	%
不要	38	44.2
必要	48	55.8
全体	86	100

- ・調査対象: 日本国内の緩和ケアを行う病院 436施設 (緩和ケア病棟 244施設、緩和ケアチーム 192チーム)
- ・調査手法: アンケート調査
- ・回答者: 医師又は看護師
- ・回答数: 210施設

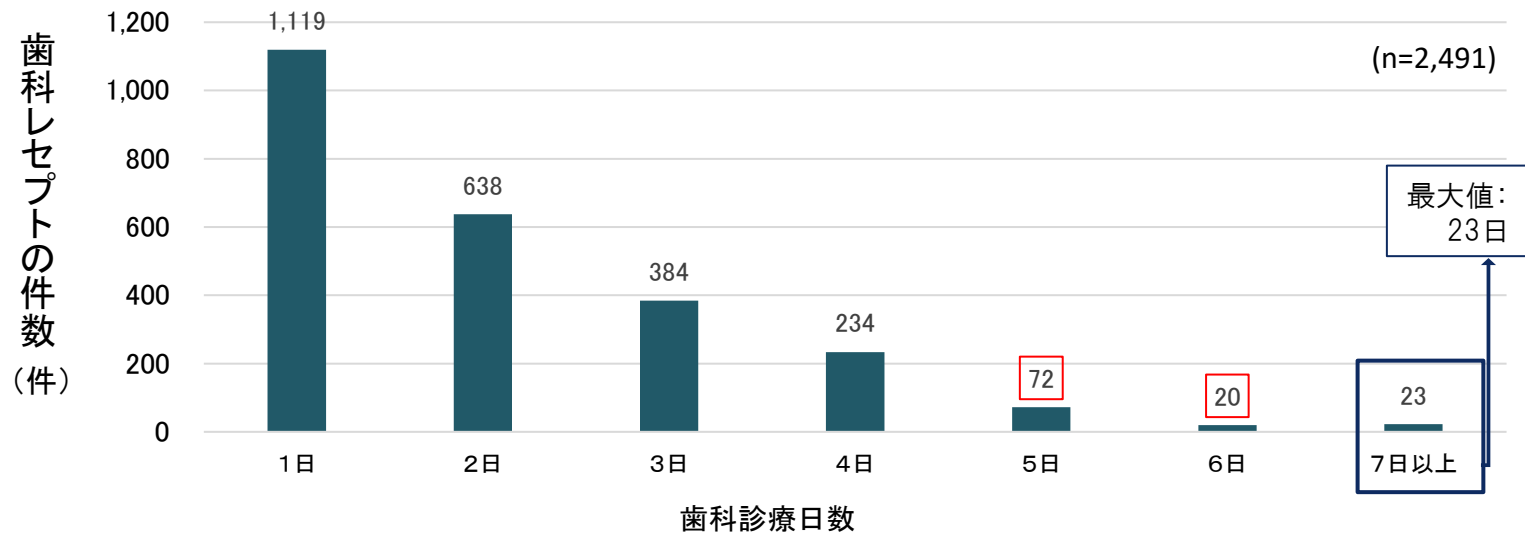
- ・調査対象: 日本国内の緩和ケアを行う病院 5施設 (緩和ケア病棟3施設、ホスピス2施設)の患者
- ・調査手法: 5施設の入所者に対し、歯科医師による歯科検診の実施等を含む調査を実施
- ・回答数: 本調査への協力に同意したがん患者86名

# 看取り加算を算定している患者への歯科訪問診療の実施状況

○ 診療報酬の看取り加算が算定された患者について、看取り加算算定日の1月以内に歯科診療を行った割合は約16%であり、診療日数は1日が最も多かったが、5日及び6日も一定数存在する。

## 看取り加算算定の1月以内の歯科診療の頻度

- 看取り加算算定の算定件数: **15,758件**(令和4年5月)
- 看取り加算算定の算定から1月以内に請求があった歯科レセプトの算定件数: **2,491件(15.8%)**



※令和4年5月に「看取り加算」が算定された医科レセプトのうち、看取り加算算定の1月以内に発生した歯科レセプトの診療実日数別件数  
出典: NDBデータ(令和4年5月診療分)

## 論点⑤ 医療と介護における栄養管理に関する情報連携

### 論点⑤

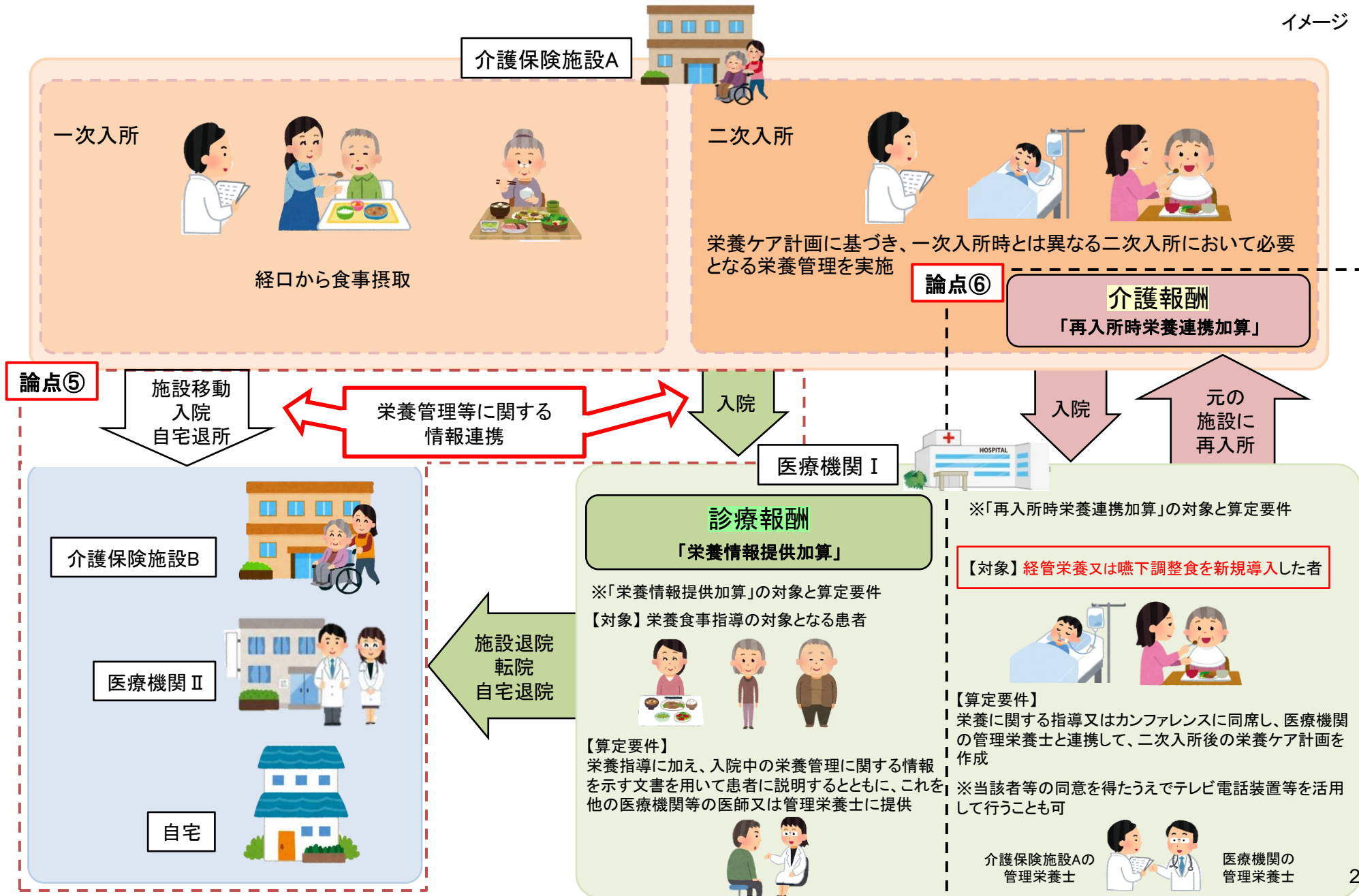
- 診療報酬では、入院中の栄養管理等に関する情報を入院医療機関から介護保険施設等の医師又は管理栄養士に提供した場合の評価として、栄養情報提供加算が令和2年に創設された。
- 一方、介護報酬においては、栄養管理等に関する情報連携の評価として再入所時栄養連携加算があるが、その対象者は、再入所の場合と限定的である。
- また、介護保険施設において、医療機関に入院する入所者の栄養情報を医療機関に毎回提供している施設が一定数あることや、栄養情報の連携が、看護師等の業務時間削減や適切な食形態での食事提供等の栄養管理に繋がっているとの報告がある。
- 同時報酬改定に向けた第1回意見交換会においては、医療機関と介護保険施設等との連携が重要であるとの意見があった。
- 介護保険施設と医療機関等で円滑に栄養に関する情報共有や管理栄養士間の連携が図られ、切れ目のない支援が行われるために、介護保険施設の入所者の栄養管理に関する情報連携についてどのような方策が考えられるか。

### 対応案

- 介護保険施設の管理栄養士が、介護保険施設の入所者等の栄養管理に関する情報について、他の介護保険施設や医療機関等の医師又は管理栄養士、及び介護支援専門員に文書等で提供することを新たに評価してはどうか。

# 栄養情報連携に係る診療報酬・介護報酬上の評価

イメージ



## 栄養情報の提供に対する評価の新設

### 入院中の栄養管理に関する情報の提供に係る評価

- 入院医療機関と在宅担当医療機関等との切れ目ない栄養連携を図る観点から、退院後も栄養管理に留意が必要な患者について、入院中の栄養管理等に関する情報を在宅担当医療機関等に提供した場合の評価として、栄養情報提供加算を新設する。

**(新) 栄養情報提供加算 50点**



[算定要件]

別に厚生労働大臣が定めるものに対して、栄養指導に加え退院後の栄養・食事管理について指導し、**入院中の栄養管理に関する情報を示す文書**を用いて患者に説明するとともに、これを**他の保険医療機関又は介護老人保健施設、介護老人福祉施設、介護療養型医療施設、介護医療院、指定障害者支援施設等若しくは福祉型障害児入所施設の医師又は管理栄養士に対して提供**する。



入院医療機関



**<入院中の栄養管理に関する情報>**

- ・必要栄養量
- ・摂取栄養量
- ・食事形態(嚥下食コードを含む。)
- ・禁止食品
- ・栄養管理に係る経過 等



在宅担当医療機関等

# 介護保険三施設における入所者・退所者の状況

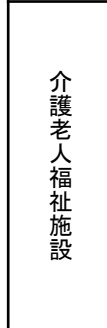
令和5年8月7日

家庭	32.0%
介護老人福祉施設	4.9%
その他の社会福祉施設	5.6%
介護老人保健施設	16.6%
介護医療院	
医療機関	22.8%
その他	5.3%
不詳	12.8%

100.0%  
32.0%  
4.9%  
5.6%  
16.6%  
22.8%  
5.3%  
12.8%



(退所者数:8,018人)



平均在所日数: 1177.2日(1284.5日)

100.0%  
2.2%  
1.9%  
0.4%  
0.4%  
0.1%  
23.7%  
69.0%  
0.9%  
1.4%

家庭	2.2%
介護老人福祉施設	1.9%
その他の社会福祉施設	0.4%
介護老人保健施設	0.4%
介護医療院	0.1%
医療機関	23.7%
死亡 ※	69.0%
その他	0.9%
不詳	1.4%

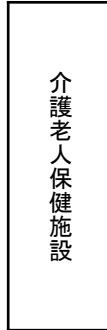
※死亡の内訳として、施設内での死亡が65.1%、入院先での死亡が34.9%

家庭	33.6%
介護老人福祉施設	0.9%
その他の社会福祉施設	0.9%
介護老人保健施設	2.4%
介護医療院	0.1%
医療機関	48.5%
その他	2.4%
不詳	11.2%

100.0%  
33.6%  
0.9%  
0.9%  
2.4%  
48.5%  
2.4%  
11.2%



(退所者:23,106人)



平均在所日数 309.7日(299.9日)

100.0%  
36.3%  
9.1%  
3.2%  
1.7%  
0.1%  
33.3%  
10.6%  
5.0%  
0.8%

家庭	36.3%
介護老人福祉施設	9.1%
その他の社会福祉施設	3.2%
介護老人保健施設	1.7%
介護医療院	0.1%
医療機関	33.3%
死亡 ※	10.6%
その他	5.0%
不詳	0.8%

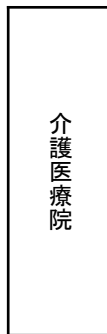
※死亡の内訳として、施設内での死亡が92.9%、入院先での死亡が7.1%

家庭	8.2%
介護老人福祉施設	0.4%
その他の社会福祉施設	0.4%
介護老人保健施設	6.5%
介護医療院	
医療機関	74.2%
その他	5.6%
不詳	4.7%

100.0%  
8.2%  
0.4%  
0.4%  
6.5%  
74.2%  
5.6%  
4.7%



(退所者:1,184人)



平均在所日数 189.1日

100.0%  
7.8%  
3.9%  
1.7%  
9.9%  
19.8%  
52.2%  
4.3%  
0.4%

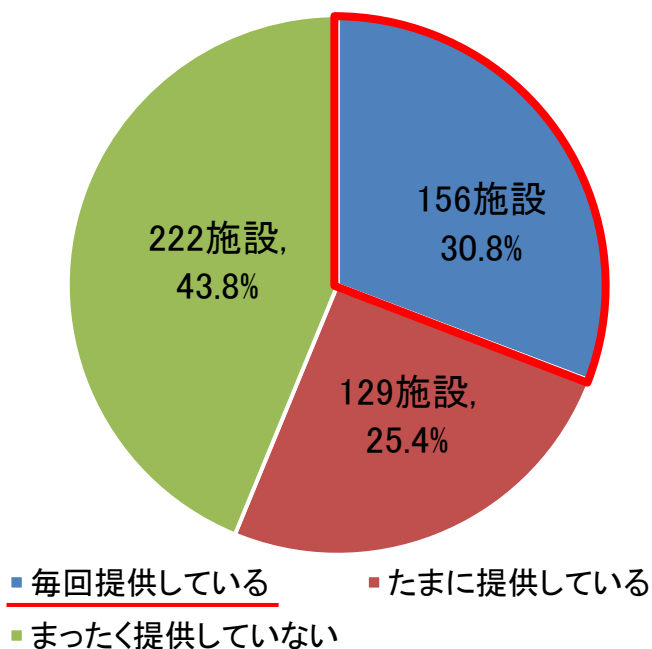
家庭	7.8%
介護老人福祉施設	3.9%
その他の社会福祉施設	1.7%
介護老人保健施設	9.9%
介護医療院	
医療機関	19.8%
死亡 ※	52.2%
その他	4.3%
不詳	0.4%

※死亡の内訳として、施設内での死亡が100%

# 栄養情報提供書の提供状況

- 介護保険施設から医療機関へ入院する際に栄養情報提供書を毎回提供している施設は30.8%。
- 栄養情報提供書によって情報連携して良かったことについて、看護師等の業務時間が短縮したとの意見や食形態のミスマッチの減少等、適切な栄養管理に繋がれたとの意見があった。

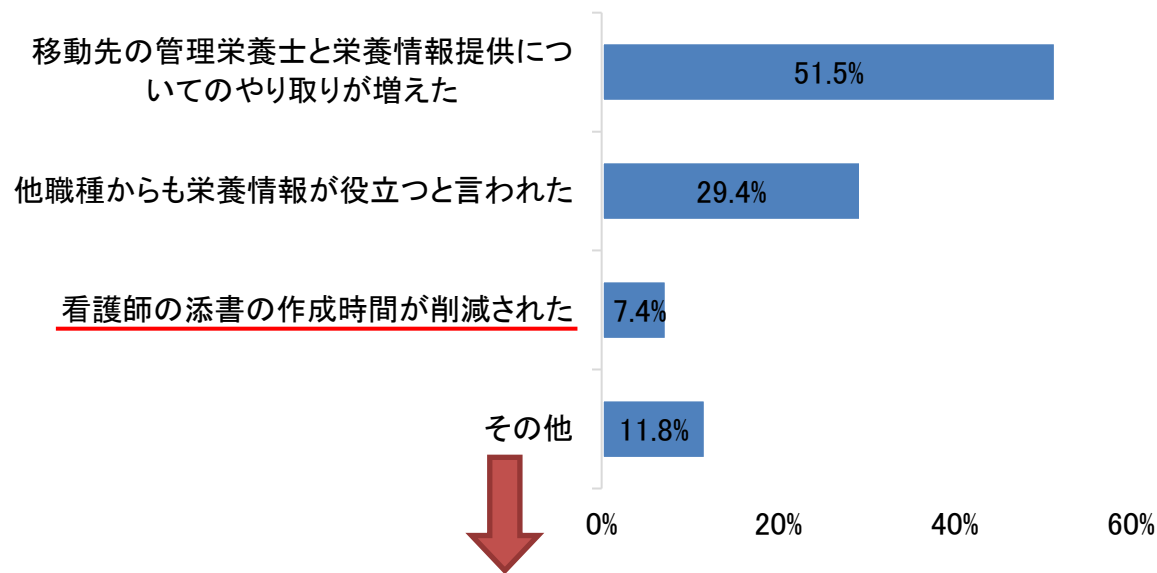
図 医療機関に栄養情報提供書を提供しているか



対象：介護保険施設 507施設（介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院）

【出典】介護保険施設における実態調査（公益社団法人日本栄養士会；2022年度）  
をもとに老人保健課にて作成

図 情報連携して良かったこと



〔その他の回答例〕

- ・担当医から現状が分かりやすいと言われた
- ・直近の食事提供経過と摂食状況を、医師の診断場面で活用いただいていると聞いた
- ・支援相談員の手持ち資料にもなり、先方とのやり取りで活用いただいている
- ・栄養アセスメントの時間が短縮し、食形態のミスマッチが減った
- ・利用者の食事量が維持された



## 論点⑥ 再入所時栄養連携加算の対象の見直し

### 論点⑥

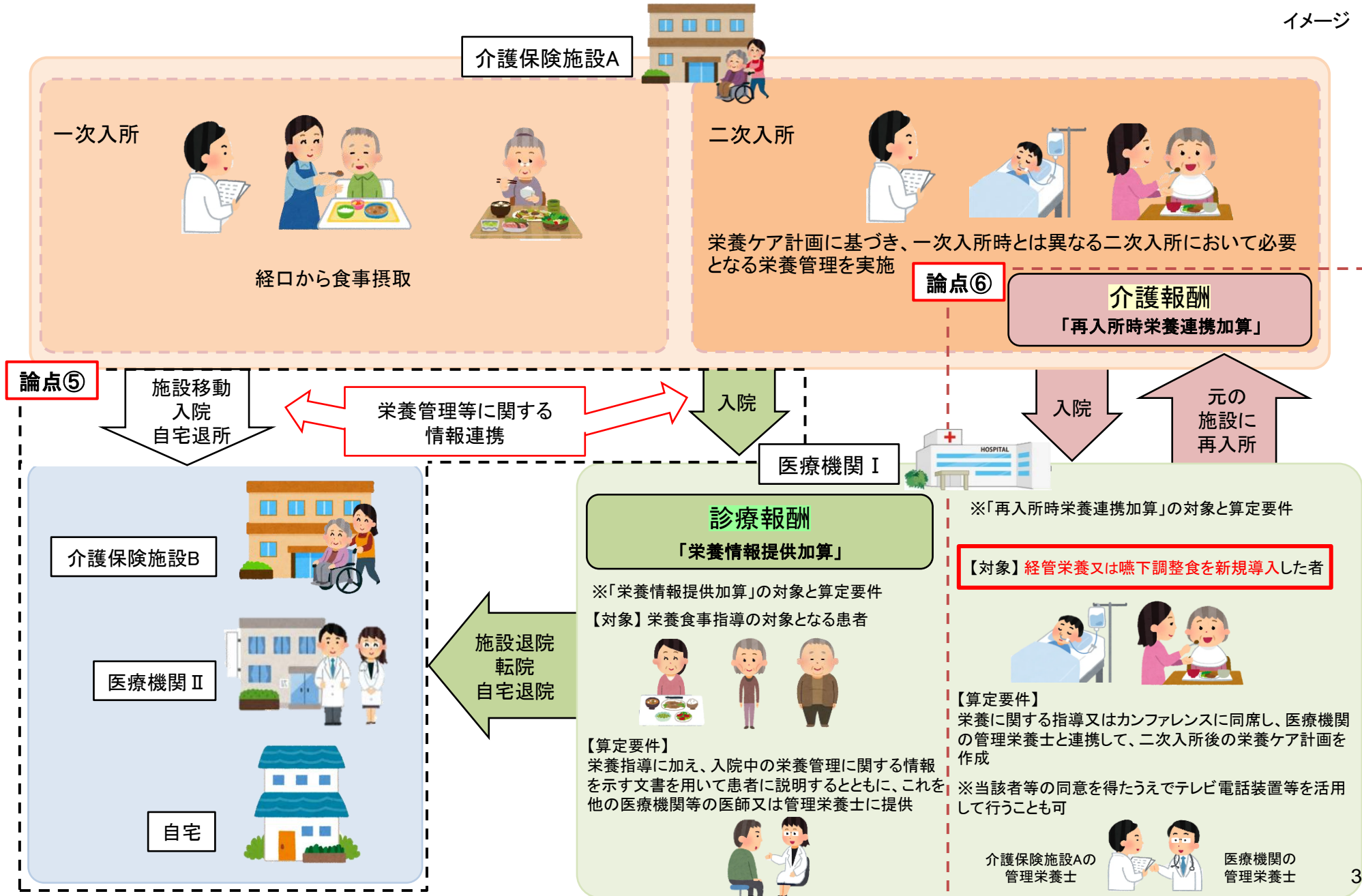
- 平成30年介護報酬改定において、介護保険施設の入所者が医療機関に入院し、施設入所中とは大きく異なる栄養管理が必要となった場合について、介護保険施設の管理栄養士が当該医療機関の管理栄養士と連携して、より専門的な再入所後の栄養管理に関する調整や受け入れ準備を行った場合の評価がなされた。
- 再入所時栄養連携加算の対象は、入院中に経管栄養または嚥下調整食が新規導入となった入所者となっており、対象が限定的である。
- また、医療機関の入院患者のうち特別食加算の算定割合は約3割で、介護保険施設での療養食加算の算定割合も約3割と、特別な栄養管理が必要な対象者が一定程度いる。
- こうした中、介護保険施設において、医療機関からの受け入れの際に、施設での栄養管理に関して病院管理栄養士と療養食等の具体的な内容や栄養補助食品の種類等の相談をしている割合は約4割である。
- 栄養管理を必要とする利用者に切れ目無くサービスを提供するためにどのような方策が考えられるか。

### 対応案

- 再入所時栄養連携加算の対象について、現行に加え、療養食を提供する必要性がある入所者等としてはどうか。

# 栄養情報連携に係る診療報酬・介護報酬上の評価

イメージ



# 再入所時栄養連携加算の算定状況等

- 再入所時栄養連携加算を算定している施設の割合は、介護老人保健施設は18.8%、介護老人福祉施設は11.5%、介護医療院は10.0%であった。
- 再入所時栄養連携加算を算定していない施設について、算定するつもりはあるができないと回答した割合は50%前後であった。
- 再入所時栄養連携加算を算定していない理由として「加算の対象となる再入所者がいないため」が介護老人保健施設は31.0%、介護老人福祉施設は41.8%、介護医療院は51.1%であった。

図 再入所時栄養連携加算の算定の有無

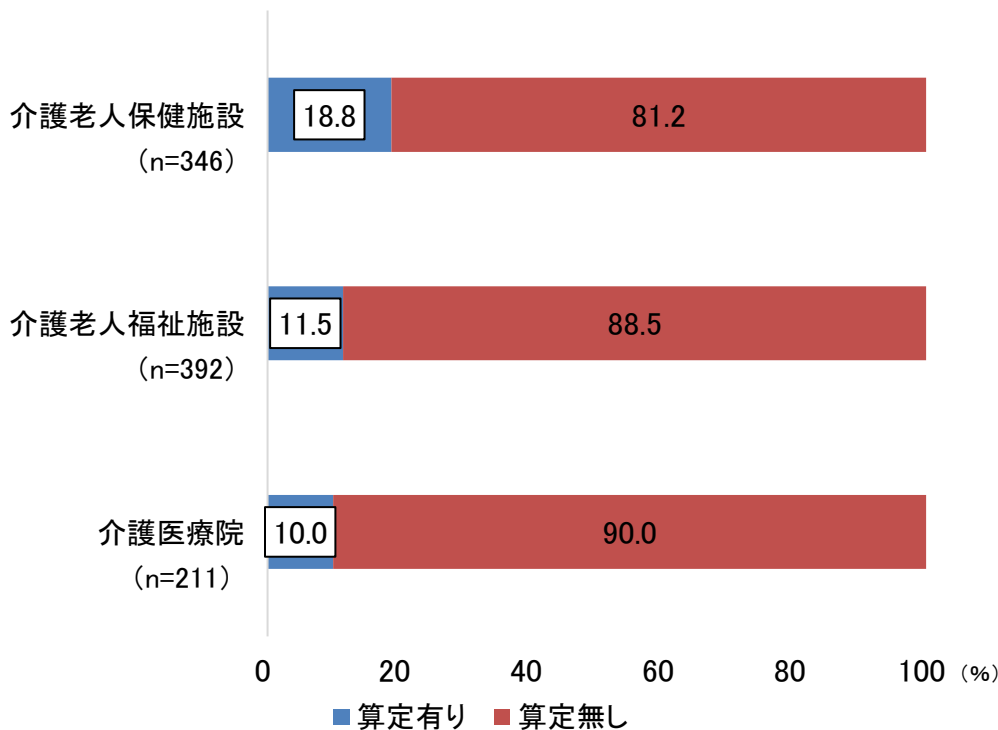


図 再入所時栄養連携加算の算定の意向

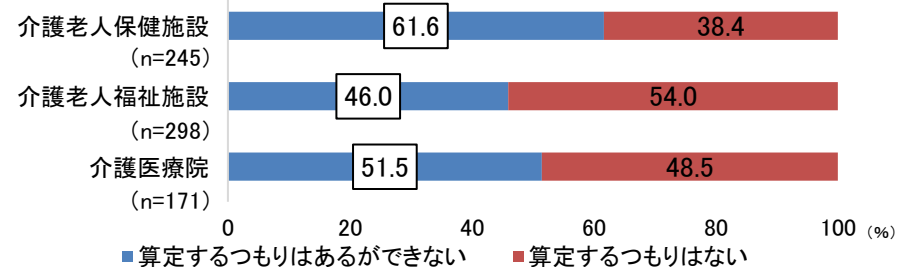
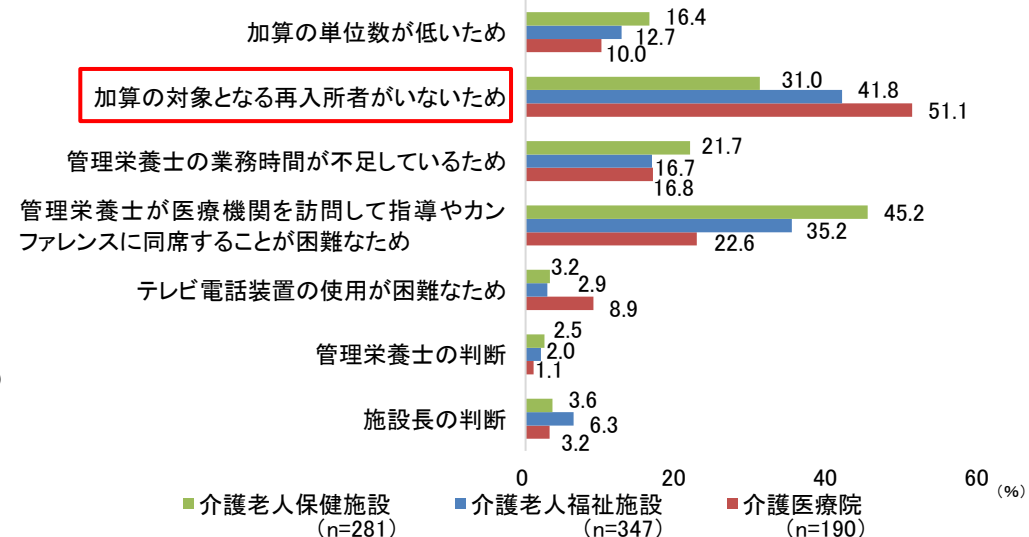
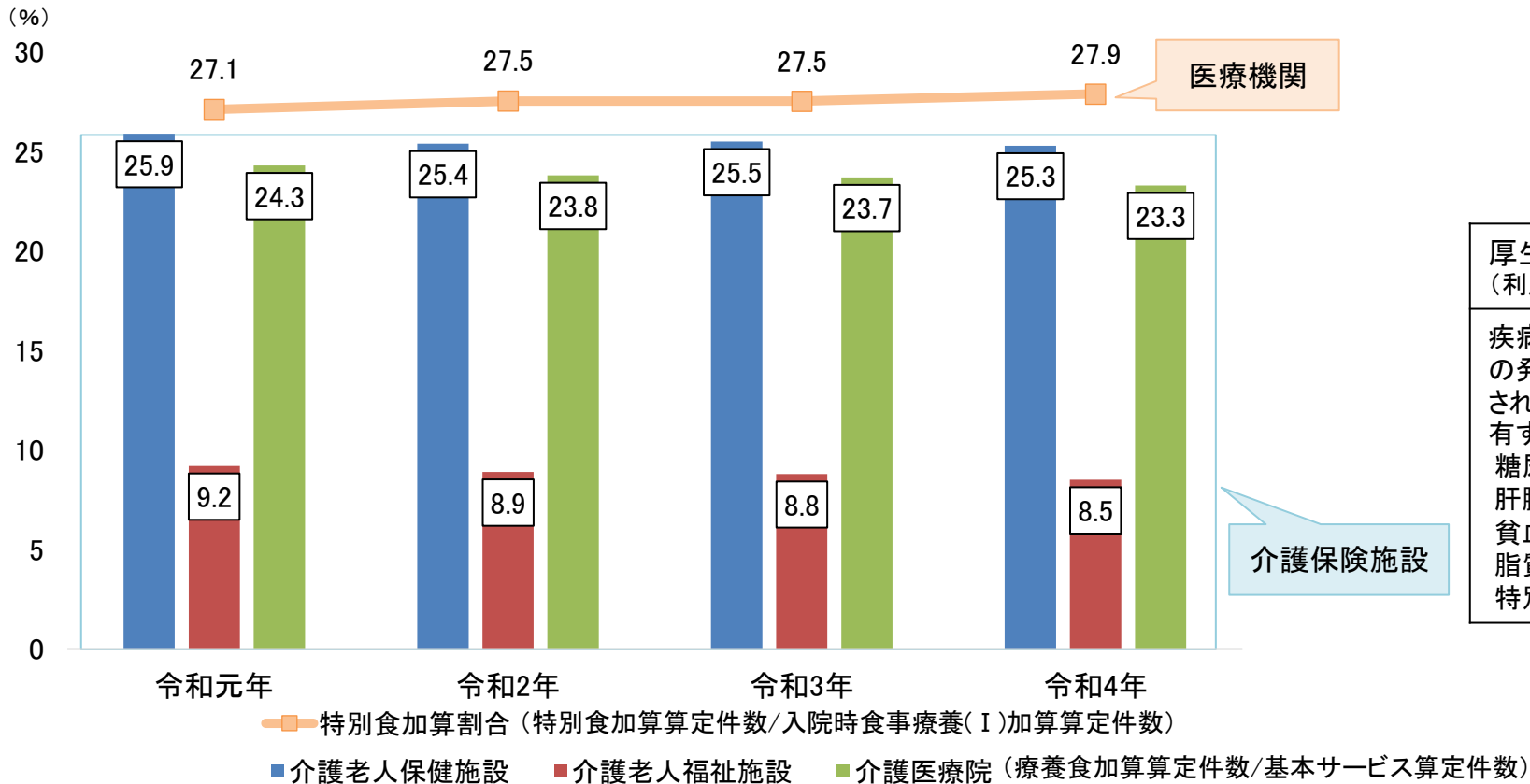


図 再入所時栄養連携加算を算定していない理由 (複数回答可)



# 医療機関における特別食加算の算定割合および 介護保険施設における療養食加算の算定割合

- 医療機関において入院時食事療養費(Ⅰ)を算定している患者のうち、特別食加算を算定している割合は約27%
- 介護保険施設において療養食加算を算定している割合は、介護老人保健施設と介護医療院は約25%、介護老人福祉施設は約9%。



厚生労働大臣が定める療養食  
(利用者等告示・六十)

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

糖尿病食、腎臓病食  
 肝臓病食、胃潰瘍食  
 貧血食、膵臓病食  
 脂質異常症食、痛風食、  
 特別な場合の検査食

# 医療機関からの受け入れ時における連携状況

- 医療機関からの受け入れ時に施設での栄養管理に関して病院管理栄養士と「よく相談する」または「時々相談する」と回答した割合は44.1%であった。
- 施設での栄養管理に関して病院管理栄養士との具体的な相談内容は、「退院時の食種・食事形態（嚥下調整食を除く）」や「入院中の栄養管理経過」が70%以上で、その他の具体的な事例としては「療養食等の具体的な内容（指示内容、献立、使用食材等）」や「栄養補助食品の種類や、療養食の制限の方法・内容」等があった。

図 医療機関からの受け入れ時における施設での栄養管理に関する病院管理栄養士との相談状況

(対象施設: 全国の介護老人福祉施設(n=122)及び介護老人保健施設(n=119)の計241施設)

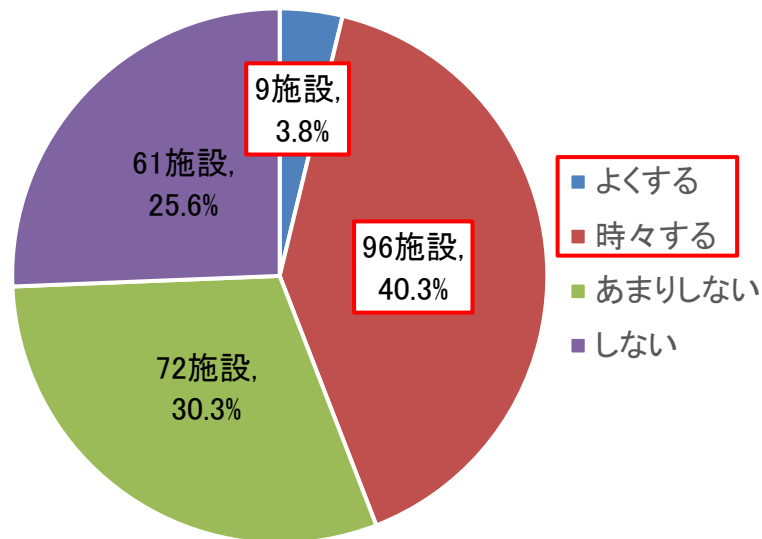
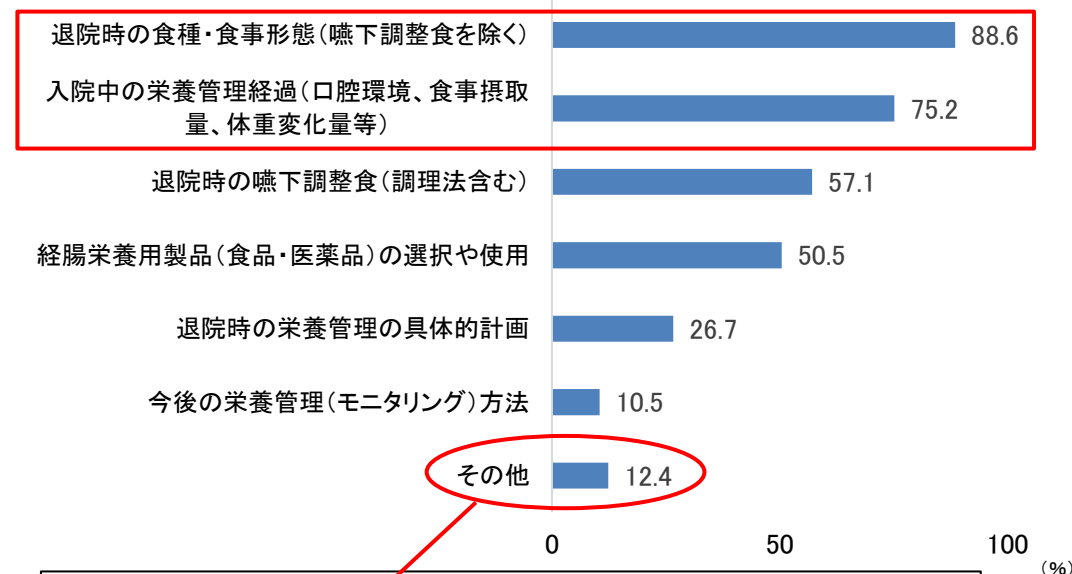


図 施設での栄養管理に関する病院管理栄養士との具体的な相談内容

(複数回答可)

(対象施設: 病院管理栄養士と相談をよくする、あるいは時々すると回答した105施設)



[その他の回答例]

- ・療養食等の具体的な内容(指示内容、献立、使用食材等)
- ・栄養補助食品の種類や、療養食の制限の方法・内容
- ・今までの施設で対応したことがない療養食の場合や制限が厳しい場合

1. これまでの分科会における主なご意見

2. 論点及び対応案



3. 参考資料

# 全サービスにおける口腔関連の加算

## 施設サービス

介護老人福祉施設  
介護老人保健施設  
介護療養型医療施設  
介護医療院  
地域密着型介護老人福祉施設

基本サービス費に包括化  
口腔衛生管理体制加算

### <口腔衛生管理加算>

I : 90単位/月、II (LIFE) : 110単位/月、

サービス内容:入所者に対する専門的口腔ケアを月2回以上 (H30回数緩和:月4回以上⇒月2回以上)  
入所者に係る口腔ケアについて介護職員に対する具体的な技術的助言及び指導、相談対応 (H30要件追加)  
サービス担当者:歯科医師の指示を受けた歯科衛生士

### <経口移行加算>

28単位/日

サービス内容:経管栄養の入所者への経口移行計画の策定  
サービス担当者:医師、歯科医師、管理栄養士、看護師、介護支援専門員等

### <経口維持加算>

I : 400単位/月、II : 100単位/月

サービス内容:摂食機能障害の入所者への食事観察及び会議等の実施、経口維持計画の策定 (要件緩和:原則6月廃止)  
サービス担当者:医師、歯科医師、管理栄養士、看護師、介護支援専門員等

## 居宅・介護予防サービス

訪問サービス  
(介護予防含む)

特定施設入居者生活介護(介護予防含む)  
認知症対応型共同生活介護(介護予防含む)  
地域密着型特定施設入居者生活介護

通所サービス  
(介護予防含む)

### <居宅療養管理指導費>

サービス内容:  
(歯科医師) 516単位、486単位、440単位/回  
介護支援専門員に対するケアプラン作成等に必要の情報提供や利用者等に対する居宅サービスを利用する上での留意点、介護方法等についての指導及び助言等

(歯科衛生士) 361単位、325単位、294単位/回  
口腔清掃の指導、有床義歯の清掃又は摂食・嚥下訓練に関する実地指導等

サービス担当者:  
歯科医師、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士等

### <口腔衛生管理体制加算>

30単位/月  
(H30新設)

内容:日常的な口腔ケアに係る介護職員への技術的助言/指導  
(個々の入所者の口腔ケアを言うものではない)  
サービス担当者:歯科医師、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士

### <口腔機能向上加算>

I : 150単位/回 (月2回)、  
II (LIFE) : 160単位/回  
(月2回)

サービス内容:口腔清掃の指導もしくは実施、又は摂食・嚥下訓練の指導もしくは実施  
サービス担当者: 歯科衛生士、看護師、言語聴覚士

### <口腔・栄養スクリーニング加算>

I (口腔及び栄養) : 20単位/回、II (口腔又は栄養) : 5単位/回

サービス内容:介護サービス事業所の従業員が、利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の口腔の健康状態・栄養状態について確認を行い、当該情報を利用者を担当する介護支援専門員に提供  
サービス担当者:介護職員  
対象サービス:通所介護、通所リハビリテーション※、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護※、看護小規模多機能型居宅介護、小規模多機能型居宅介護※、認知症対応型共同生活介護、特定施設入所者生活介護※、地域密着型特定施設入所者生活介護  
(※介護予防サービスも含む)

歯科医療機関が算定

介護施設・事業所が算定

R3改定で新設

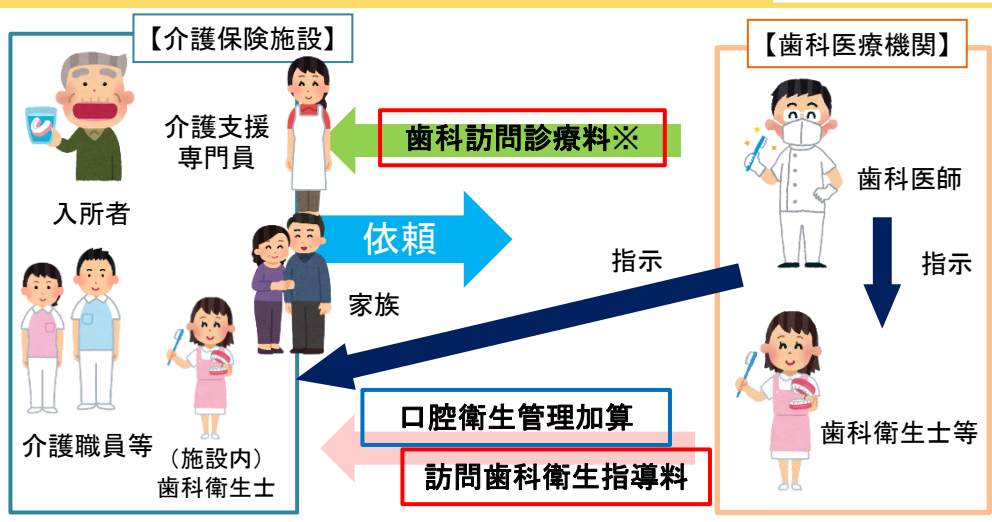
赤字: R3改定で新設又は大規模な改正事項

青字: H30改定で新設又は大規模な改正事項

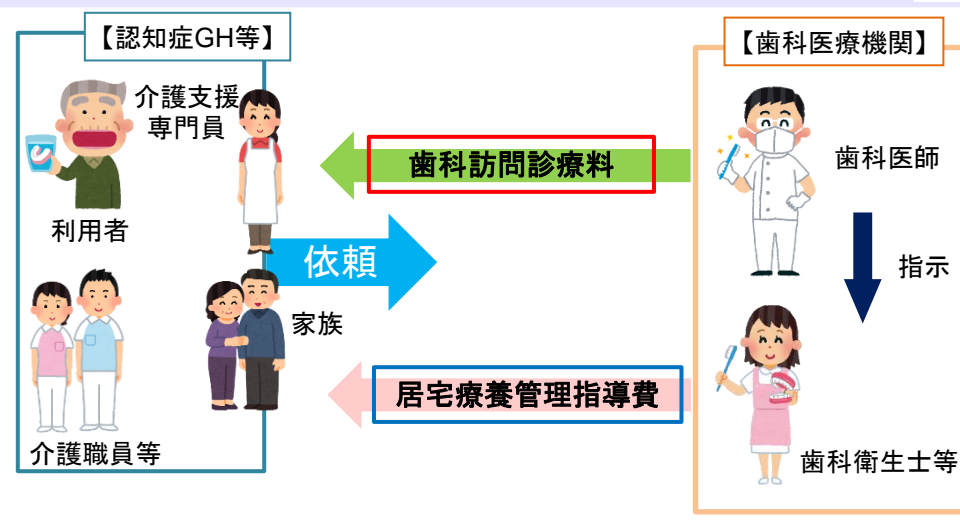
# 在宅医療・介護連携における口腔の管理(イメージ)

○ 歯科医療関係者の介護における就業人数は少なく、歯科医療機関と介護の連携が重要である。

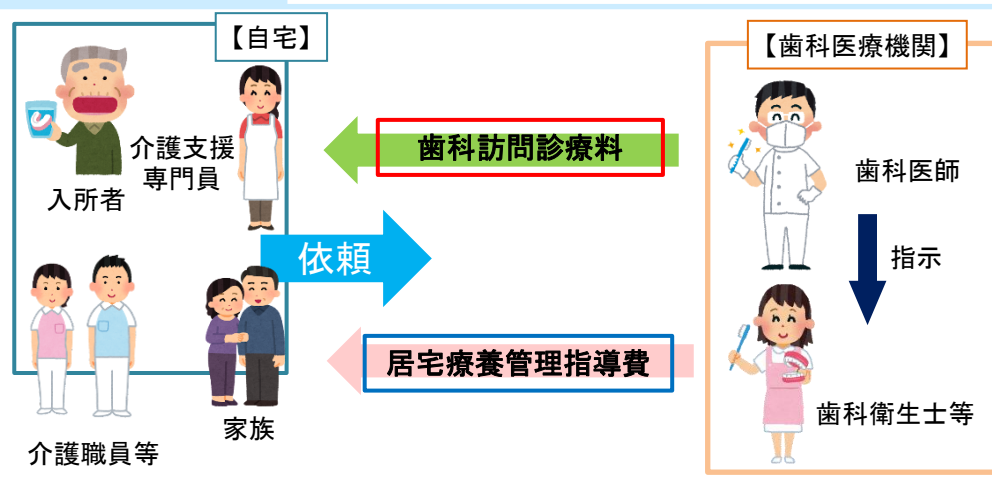
## 施設系サービス 歯科医療機関との連携(基本サービス)



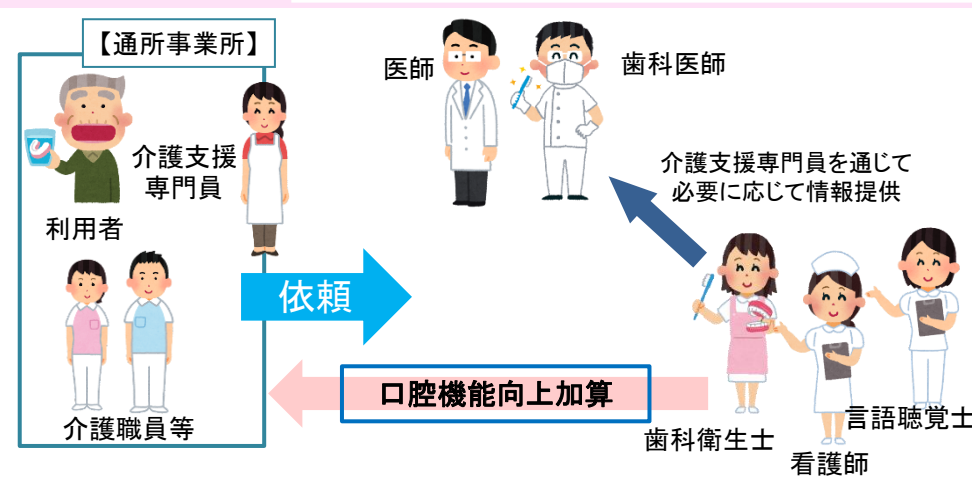
## 居住系サービス 歯科医療機関との連携(口腔衛生管理体制加算)



## 居宅系サービス



## 通所系サービス



※必要な場合に発生

介護報酬

診療報酬



# 全サービスにおける栄養関連の加算

□ R3改定で新設

赤字：R3改定事項

※：加算の対象

社会保障審議会  
介護給付費分科会（第224回）

資料3

令和5年9月15日

施設サービス

介護保険施設

**栄養マネジメント強化加算 11単位/日** ※利用者全員

**LIFE活用**

管理栄養士を規定の常勤換算数以上配置し、低栄養状態のリスクが高い入所者への丁寧な栄養ケア（週3回以上の食事観察や退所時の栄養情報連携等）を行う

**経口移行加算 28単位/日** ※経口摂取困難者

経管栄養を行っている入所者ごとに多職種で経口移行計画を作成し、計画に従った栄養管理・支援を管理栄養士等が実施

**経口維持加算Ⅰ：400単位/月、Ⅱ：100単位/月** ※摂食嚥下障害者

摂食機能障害を有し、誤嚥が認められる入所者ごとに多職種で経口維持計画を作成し、計画に従った栄養管理を管理栄養士等が実施

**再入所時栄養連携加算 200単位/日 ICT活用** ※入院中に大きく栄養管理を変更した者

入所者が医療機関に入院し、以前の施設入所時とは大きく異なる栄養管理が必要となった場合に、その介護保険施設の管理栄養士が医療機関の管理栄養士と連携し、再入所後の栄養管理に関する調整を実施

**基本サービスに包括化  
栄養マネジメント加算**

※未実施の場合14単位/日減算（R6.3.31まで経過措置）

**療養食加算 6単位/回** ※療養食が必要な者

厚生労働大臣が定める療養食について、1日3回を限度として、管理栄養士又は栄養士によって管理された食事を提供

通所サービス

通所介護

通所リハビリテーション

地域密着型通所介護

認知症対応型通所介護

（介護予防通所リハビリテーション  
介護予防認知症対応型通所介護）

**看護小規模多機能型居宅介護**

**口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ（口腔及び栄養）：20単位/回**

**Ⅱ（口腔又は栄養）：5単位/回** ※利用者全員

介護サービス事業所の従業者が、利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の口腔の健康状態や栄養状態について確認を行い、それらの情報について利用者を担当する介護支援専門員に提供

**栄養アセスメント加算 50単位/月** ※利用者全員

**LIFE活用**

管理栄養士が多職種と共同して栄養アセスメント（利用者ごとの低栄養状態のリスク及び解決すべき課題を把握）を実施し、利用者等への相談に応じる

**栄養改善加算 200単位/回 現行要件＋必要に応じ訪問** ※低栄養状態又はおそれのある者

栄養改善を目的として管理栄養士等が共同して作成した利用者ごとの栄養ケア計画に従い、必要に応じて居宅訪問等を実施し、栄養管理を行うとともに、定期的な栄養ケア計画の進捗状況の評価を実施

併算不可

居宅サービス

小規模多機能型居宅介護

認知症対応型共同生活介護

特定施設入所者生活介護

地域密着型特定施設入所者生活介護

（介護予防小規模多機能型居宅介護  
介護予防認知症共同生活介護  
介護予防特定施設入所者生活介護）

**口腔・栄養スクリーニング加算（口腔及び栄養）：20単位/回** ※利用者全員

介護サービス事業所の従業者が、利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の口腔の健康状態・栄養状態について確認を行い、それらの情報について利用者を担当する介護支援専門員に提供

**居宅療養管理指導**

**（Ⅰ）（Ⅱ）**

**外部との連携**

※通院又は通所が困難な者で、特別食を必要とする者又は低栄養状態にある者

計画的な医学的管理を行っている医師の指示に基づき、当該利用者を訪問し、栄養管理に係る情報提供及び指導又は助言を実施

**<認知症GH> 栄養管理体制加算 30単位/月**

※助言等を受ける事業所

認知症グループホームの介護職員に対し、管理栄養士（外部との連携を含む）が日常的な栄養ケアに係る技術的助言及び指導を月に1回以上実施

# 介護保険施設における各加算の算定状況

社会保障審議会  
介護給付費分科会（第224回）

資料3

令和5年9月15日

(%)

	口腔衛生管理 加算(Ⅰ)	口腔衛生管理 加算(Ⅱ)	経口維持加算Ⅰ	経口維持加算Ⅱ	経口移行加算	再入所時栄養 連携加算	療養食加算	栄養マネジメント 強化加算
介護老人福祉施設	10.3	9.7	24.2	13.8	1.4	0.5	57.0	22.5
介護老人保健施設	11.4	16.2	49.1	34.8	6.9	0.9	93.2	26.4
介護医療院	12.5	14.0	33.3	22.2	8.9	0.3	85.0	23.3
介護療養型医療施設	10.8	—	18.0	9.1	4.9	—	66.5	—
地域密着型介護老人福祉施設	7.6	9.3	15.4	8.4	0.5	0.2	38.4	28.4

※算定率：加算請求事業所数／請求事業所数×100

出典：「介護給付費等実態統計」老健局老人保健課による特別集計  
(R3.4～R4.3 12ヶ月平均)

# 通所・居宅サービス施設における各加算の算定状況

(%)

	口腔・栄養 スクリーニング 加算(I)	口腔・栄養 スクリーニング 加算(II)	口腔機能向上 加算(I)	口腔機能向上 加算(II)	口腔衛生管理 体制加算	栄養アセスメント 加算	栄養改善加算	栄養管理体制 加算
通所サービス								
通所介護	3.4	1.1	8.3	4.9	—	1.5	0.6	—
通所リハビリテーション	8.5	4.1	10.2	7.5	—	7.2	2.5	—
介護予防通所リハビリテーション	5.8	2.1	2.6	1.7	—	6.4	0.4	—
地域密着型通所介護	1.5	0.5	5.5	3.9	—	0.6	0.2	—
認知症対応型通所介護	3.2	0.8	4.1	2.0	—	2.4	0.4	—
介護予防認知症対応型通所介護	1.0	0.2	1.8	1.3	—	4.3	0.2	—
居宅サービス								
看護小規模多機能型居宅介護	4.9	1.8	1.9	5.3	—	4.2	0.7	—
特定施設入居者生活介護	9.2	—	—	—	43.2	—	—	—
介護予防特定施設入居者生活介護	5.8	—	—	—	46.2	—	—	—
小規模多機能型居宅介護	4.6	—	—	—	—	—	—	—
介護予防小規模多機能型居宅介護	2.1	—	—	—	—	—	—	—
認知症対応型共同生活介護	4.5	—	—	—	25.9	—	—	10.3
介護予防認知症対応型共同生活介護	2.0	—	—	—	21.0	—	—	9.2
地域密着型特定施設入居者生活介護	5.2	—	—	—	24.9	—	—	—

※算定率：加算請求事業所数／請求事業所数×100


出典：「介護給付費等実態統計」より老健局老人保健課作成  
(R3.4～R4.3 12ヶ月平均)

# 再入所時栄養連携加算の概要および算定状況

		平成30年	令和3年
報酬単価(単位)		400 (新設)	200 (要件等見直し)
算定要件等		介護保険施設の入所者が医療機関に入院し、施設入所時とは大きく異なる栄養管理が必要となった場合(経管栄養又は嚥下調整食の新規導入)であって、介護保険施設の管理栄養士が当該医療機関での栄養食事指導に同席し、再入所後の栄養管理について当該医療機関の管理栄養士と相談の上、栄養ケア計画の原案を作成し、当該介護保険施設へ再入所した場合に算定。	「施設の管理栄養士が当該者の入院する医療機関を訪問の上、当該医療機関での栄養に関する指導又はカンファレンスに同席し、当該医療機関の管理栄養士と連携して、二次入所後の栄養ケア計画を作成する」とする要件について、 <u>テレビ電話等のICT活用を認める。</u>
月平均算定率(%)		平成30年度	令和3年度
	介護老人福祉施設	0.9	0.5
	介護老人保健施設	1.5	0.9
	介護医療院	0.2	0.3
	地域密着型 介護老人福祉施設	0.5	0.2

※算定率:加算請求事業所数/請求事業所数×100

【出典】:「介護給付費等実態統計」老健局老人保健課による特別集計

 H30改定で新設又は大きな改正があったもの

施設サービス

- 介護老人福祉施設
- 介護老人保健施設
- 介護療養型医療施設
- 介護医療院
- 地域密着型介護老人福祉施設

## <口腔衛生管理体制加算>

内容：日常的な口腔ケアに係る介護職員への技術的助言／指導  
(個々の入所者の口腔ケアを言うものではない)  
サービス担当者：歯科医師、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士  
報酬単位数：30単位／月

## <口腔衛生管理加算>

サービス内容：入所者に対する専門的口腔ケアを月2回以上(H30:回数緩和:月4回以上⇒月2回以上)  
入所者に係る口腔ケアについて介護職員に対する具体的な技術的助言及び指導、相談対応(H30:要件追加)  
サービス担当者:歯科医師の指示を受けた歯科衛生士  
報酬単位数：90単位／月

各加算の算定状況(H30.4～H31.3 12か月平均) ※算定率:加算請求事業所数／請求事業所数×100

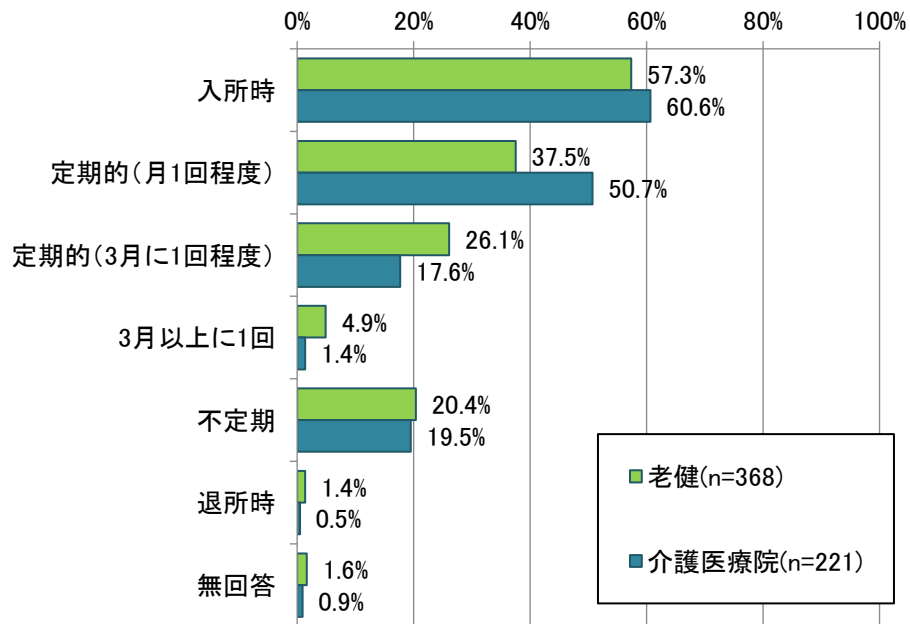
(%)

	口腔衛生管理体制加算	口腔衛生管理加算
介護老人福祉施設	57.7	13.5
介護老人保健施設	57.4	19.6
介護医療院	62.5	32.2
介護療養型医療施設	28.5	12.0
地域密着型介護老人福祉施設	42.1	10.8

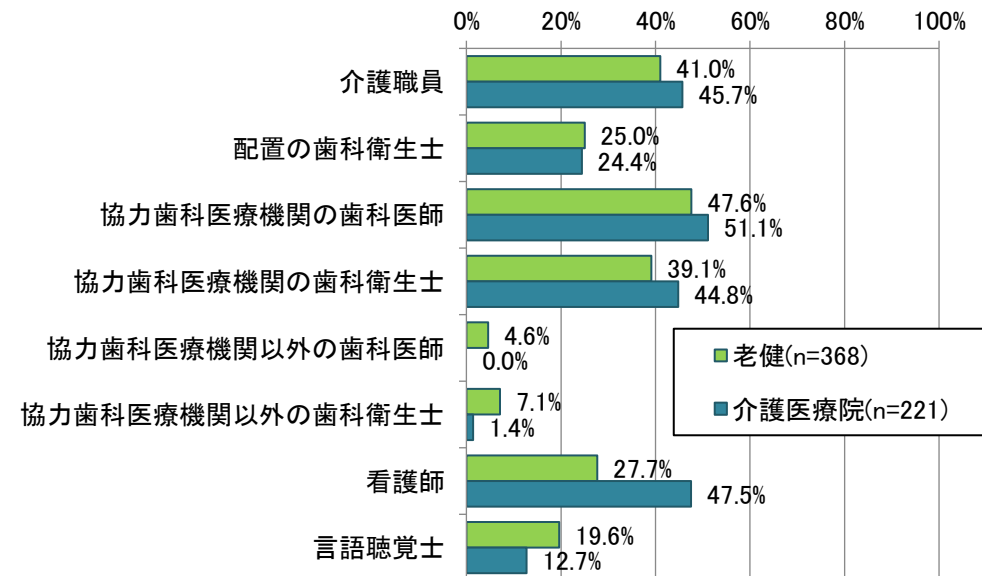
# 口腔内スクリーニングの実施時期及び職種

- 口腔内スクリーニングの実施時期は老健及び介護医療院ともに「入所時」が各々57.3%、60.6%と最も多く、次いで「定期的（月1回程度）」が各々37.5%、50.7%と多かった。
- 口腔内のスクリーニングを実施している職種は、老健では「協力歯科医療機関の歯科医師」が47.6%、「介護職員」が41.0%、介護医療院では「協力歯科医療機関の歯科医師」51.1%、「看護師」が47.5%であった。

口腔内のスクリーニングの実施時期



口腔内のスクリーニングを実施している職種(複数回答)



出典: 令和5年度 検証調査 介護老人保健施設及び介護医療院におけるサービスの提供実態等に関する 調査研究事業

# 口腔衛生管理の有効性

- 全国30以上の介護保険施設入所者の縦断調査の結果、現在歯数が多い者ほど肺炎の発症が多く、歯科衛生士による口腔衛生管理を受けている者の方が、肺炎の発症が少ないという結果であった。
- 常食を摂取していた256名について、その後1年間に5%以上の体重減少と関連があったのは、年齢とベースライン時の体重、肺炎の既往と、歯科衛生士による口腔衛生管理と歯科受診の有無であった。

1年間の肺炎発症の有無に関するポアソン回帰分析

(n=504)	PRR	95%信頼区間	P-value
年齢	1.010	0.971 – 1.051	0.609
性別 (男性)	1.509	0.794 – 2.866	0.209
Berthel Index	0.988	0.973 – 1.003	0.116
Body mass index	0.954	0.862 – 1.056	0.363
Clinical dementia rating			
0, 0.5	Reference		
1	0.879	0.202 – 2.381	0.560
2	0.879	0.135 – 1.863	0.303
3	0.879	0.188 – 1.963	0.405
糖尿病の既往	0.449	0.147 – 1.372	0.160
現在歯数	1.042	1.009 – 1.076	0.013
口腔衛生管理サービスあり	0.388	0.217 – 0.694	0.001

PRR = Adjusted prevalence rate ratio

1年間の5%以上の体重減少の有無に関するポアソン回帰分析 (常食摂取者)

(n=256)	PRR	95% 信頼区間	P-value
年齢	1.03	1.00 – 1.06	0.024
性別 (女性)	0.93	0.58 – 1.48	0.748
体重 (kg) ベースライン	1.02	1.00 – 1.04	0.045
Berthel Index	1.00	0.99 – 1.01	0.945
Clinical Dementia Rating			
0, 0.5	Reference		
1	2.49	0.93 – 6.67	0.068
2	3.21	1.26 – 8.19	0.015
3	2.92	1.08 – 7.88	0.034
機能歯数	0.99	0.97 – 1.01	0.160
定期的歯科管理	0.48	0.24 – 0.95	0.036
肺炎の既往	3.72	2.34 – 5.92	< 0.001
脳血管疾患の既往	1.10	0.73 – 1.65	0.649
糖尿病の既往	1.07	0.65 – 1.74	0.796
うつ病の既往	0.02	0.03 – 1.31	0.093