厚生労働省 ひと、くらし、みらいのために Ministry of Health, Labour and Welfare

| 社保審－介護給付費分科会 | 資料４ |
| --- | --- |
| 第264回（R８.９.３） | |

# 口腔・栄養、一体的取組

厚生労働省 老健局
Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

１．口腔・栄養関連加算の概況

２．令和6年度介護報酬改定の内容

３．関連する各種意見・サービス提供等の状況

４．現状と課題及び論点

1．口腔・栄養関連加算の概況

2．令和6年度介護報酬改定の内容

3．関連する各種意見・サービス提供等の状況

4．現状と課題及び論点

# 全サービスにおける口腔関連の加算等の概要

＊ 介護予防も含む

**施設**

介護老人福祉施設
介護老人保健施設
介護医療院
地域密着型介護老人福祉施設

**［基本サービス］口腔衛生の管理**

**＜口腔衛生管理加算＞**
**Ⅰ：90単位/月、Ⅱ（LIFE）：110単位/月**
LIFE活用
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
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
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（協力歯科医療機関を設定）：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
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

一体的取組 LIFE活用
［老健］
**リハビリテーションマネジメント計画書情報加算(Ⅰ)：53単位/月**
［介護医療院］
**理学療法 注７、作業療法 注７、言語聴覚療法 注５：20単位/月**
［特養・地密特養］
**個別機能訓練加算(Ⅲ)：20単位/月**

**短期**

短期入所生活介護＊
短期入所療養介護＊

**訪問**

訪問介護、訪問看護＊、訪問リハ＊、定期巡回

**＜口腔連携強化加算＞**
**50単位/月**
内容：事業所と歯科医療機関の連携体制整備、介護職員等による口腔の健康状態の評価の実施、評価内容の歯科医療機関及び介護支援専門員への情報提供
サービス担当者：看護師、リハビリテーション専門職、介護職員等

**居宅**

特定施設＊

**［基本サービス］口腔衛生の管理**

地密特定施設
認知症対応型共同生活介護＊

**＜口腔衛生管理体制加算＞30単位/月**
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
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・栄養スクリーニング加算＞**
（口腔及び栄養）：**20単位/回**
サービス内容：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、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：介護職員等

**＜居宅療養管理指導費＞**
**（歯科医師）517単位、487単位、441単位/回（月2回）**
サービス内容：介護支援専門員に対するケアプラン作成等に必要な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

**（歯科衛生士等）362単位、326単位、295単位/回（月４回）**
**（がん末期の利用者は月６回）**
**（通所利用者についても算定可能）**
サービス内容：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

**多機能**

小規模多機能型居宅介護＊
看護小規模多機能型居宅介護

**＜口腔機能向上加算＞** LIFE活用
**（月2回）Ⅰ：150単位/回、**
**Ⅱイ（リハ・栄養）：155単位/回、**
**Ⅱ・Ⅱロ（LIFE）：160単位/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、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

**通所**

通所リハ＊

通所介護
地密通所介護
認知症対応型通所介護＊

一体的取組［通所リハ］ LIFE活用
**リハビリテーションマネージメント加算（ハ）（1）：793単位、（2）：473単位/月**

# 全サービスにおける栄養関連の加算等の概要

＊ 介護予防も含む
※：加算の対象

## 施設

介護老人福祉施設
介護老人保健施設
介護医療院
地域密着型介護老人福祉施設

**［基本サービス］**
**栄養ケア・マネジメント**
※未実施の場合：14単位/日 減算

**栄養マネジメント強化加算　11単位/日** 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

**退所時栄養情報連携加算　70単位/回**　※他の介護保険施設、自宅、医療機関に移動した入所者で、特別食を必要とする者又は低栄養状態にある者
管理栄養士が、入所者の栄養管理に関する情報を、栄養情報提供書を用いて移動先の施設等に提供

**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**　※特別食・嚥下調整食を必要とする者
入所者が医療機関に入院し、特別食または嚥下調整食を必要とする場合に、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

**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

一体的取組 LIFE活用
［老健］
**リハビリテーションマネジメント計画書情報加算（Ⅰ）：53単位/月**

［介護医療院］
**理学療法 注７、作業療法 注７、言語聴覚療法 注５：20単位/月**

［特養・地密特養］
**個別機能訓練加算(Ⅲ)：20単位/月**

## 通所

通所リハ＊

通所介護
地密通所介護
認知症対応型通所介護＊

**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**
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

一体的取組［通所リハ］ LIFE活用
**リハビリテーションマネージメント加算(ハ)(1)：793単位、(2)：473単位/月**

**栄養アセスメント加算 50単位/月** 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**　※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

**居宅療養管理指導**
**Ⅰ：545単位、487単位、444単位**
**Ⅱ：525単位、467単位、424単位/回**
※通院が困難な者で、特別食を必要とする者又は低栄養状態にある者
※急性増悪等により一時的に頻回の栄養管理を行う必要があると医師が判断した者（限定条件の下、追加訪問可）
計画的な医学的管理を行っている医師の指示に基づき，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

## 多機能

看護小規模多機能型居宅介護

## 居宅

小規模多機能型居宅介護＊

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＊

**口腔・栄養スクリーニング加算（口腔及び栄養）：20単位/回**
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

**＜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

# 介護保険施設の算定状況

| | 単位数<br>（令和6年6月以降） | 算定単位数<br>（単位：千単位） | 件数<br>（単位：千件） | 算定率<br>（件数ベース） | 算定事業所数 | 算定率<br>（事業所ベース） |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 介護老人福祉施設 | | 18,273,769 | 17,503 | – | | – |
| 栄養管理基準減算* | −14単位/日 | −4199 | 299.9 | 1.7% | 199 | 2.3% |
| 退所時栄養情報連携加算 | 70単位/月 | 21 | 0.3 | 0.0% | 97 | 1.1% |
| 再入所時栄養連携加算 | 200単位/人 | 18 | 0.1 | 0.0% | 59 | 0.7% |
| 栄養マネジメント強化加算* | 11単位/日 | 74122 | 6739.2 | 38.5% | 3425 | 40.0% |
| 経口移行加算* | 28単位/日 | 96 | 3.4 | 0.0% | 79 | 0.9% |
| 経口維持加算（Ⅰ） | 400単位/月 | 18873 | 47.2 | 0.3% | 2228 | 26.0% |
| 経口維持加算（Ⅱ） | 100単位/月 | 2989 | 29.9 | 0.2% | 1312 | 15.3% |
| 口腔衛生管理加算（Ⅰ） | 90単位/月 | 2199 | 24.4 | 0.1% | 697 | 8.1% |
| 口腔衛生管理加算（Ⅱ） | 110単位/月 | 9752 | 88.7 | 0.5% | 1891 | 22.1% |
| 療養食加算 | 6単位/回<br>（3回/日まで） | 25511 | 1417.3※ | 8.1%※ | 4536 | 53.0% |
| 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 | | 2,224,602 | 1,962 | – | | – |
| 栄養管理基準減算* | −14単位/日 | −1067 | 76.2 | 3.9% | 97 | 3.8% |
| 退所時栄養情報連携加算 | 70単位/月 | 1 | 0 | 0.0% | 7 | 0.3% |
| 再入所時栄養連携加算 | 200単位 | 3 | 0 | 0.0% | 7 | 0.3% |
| 栄養マネジメント強化加算* | 11単位/日 | 9460 | 860 | 43.8% | 1103 | 43.0% |
| 経口移行加算* | 28単位/日 | 11 | 0.4 | 0.0% | 11 | 0.4% |
| 経口維持加算（Ⅰ） | 400単位/月 | 1776 | 4.4 | 0.2% | 427 | 16.6% |
| 経口維持加算（Ⅱ） | 100単位/月 | 266 | 2.7 | 0.1% | 254 | 9.9% |
| 口腔衛生管理加算（Ⅰ） | 90単位/月 | 274 | 3 | 0.2% | 183 | 7.1% |
| 口腔衛生管理加算（Ⅱ） | 110単位/月 | 1069 | 9.7 | 0.5% | 497 | 19.4% |
| 療養食加算 | 6単位/回<br>（3回/日まで） | 2055 | 114.2※ | 5.8%※ | 835 | 32.5% |

（注1）*は日数を集計している。「算定率（件数ベース）」は、各加算の件数÷総件数により求めたもの。
（注2）※（「件数」及び「算定率（件数ベース）」）はすべての事業所において1日3回算定したと仮定し、3回分を1件として計算したもの。
（注3）「算定率（事業所ベース）」は、各加算の請求事業所数÷総請求事業所数により求めたもの。
（注4）色分けは、「算定率（事業所ベース）」において、70%以上の加算を緑色、3%以下の加算を赤色と機械的にしている。

【出典】介護給付費等実態統計（令和7年11月審査分）及び介護保険総合データベースの任意集計（令和7年11月審査分（令和7年10月サービス提供））より老健局老人保健課にて作成

# 介護保険施設の算定状況

| | 単位数<br>（令和6年6月以降） | 算定単位数<br>（単位：千単位） | 件数<br>（単位：千件） | 算定率<br>（件数ベース） | 算定事業所数 | 算定率<br>（事業所ベース） |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 介護老人保健施設 | | 11,614,731 | 9,861 | – | | – |
| 栄養管理基準減算* | −14単位/日 | −1,216 | 86.9 | 0.9% | 50 | 1.2% |
| 退所時栄養情報連携加算 | 70 単位/回 | 114 | 1.6 | 0.0% | 467 | 11.4% |
| 再入所時栄養連携加算 | 200単位/回 | 28 | 0.1 | 0.0% | 81 | 2.0% |
| 栄養マネジメント強化加算* | 11単位/日 | 50,435 | 4,585.0 | 46.5% | 1960 | 47.7% |
| 経口移行加算* | 28単位/日 | 310 | 11.1 | 0.1% | 252 | 6.1% |
| 経口維持加算（Ⅰ） | 400単位/月 | 17,261 | 43.2 | 0.4% | 2155 | 52.5% |
| 経口維持加算（Ⅱ） | 100単位/月 | 3,495 | 34.9 | 0.4% | 1617 | 39.4% |
| 口腔衛生管理加算（Ⅰ） | 90単位/月 | 944 | 10.5 | 0.1% | 284 | 6.9% |
| 口腔衛生管理加算（Ⅱ） | 110単位/月 | 8,631 | 78.5 | 0.8% | 1442 | 35.1% |
| 療養食加算 | 6単位/回<br>（3回/日まで） | 44,539 | 2,474.4※ | 25.1%※ | 3759 | 91.6% |
| 介護医療院 | | 2,055,080 | 1,544 | – | | – |
| 栄養管理基準減算* | −14単位/日 | −346 | 24.7 | 1.6% | 40.0 | 4.3% |
| 退所時栄養情報連携加算 | 70単位/回 | 6 | 0.1 | 0.0% | 29 | 3.1% |
| 再入所時栄養連携加算 | 200単位/回 | 3 | 0.0 | 0.0% | 5 | 0.5% |
| 栄養マネジメント強化加算* | 11単位/日 | 6,742 | 612.9 | 39.7% | 364 | 39.1% |
| 経口移行加算* | 28単位/日 | 149 | 5.3 | 0.3% | 62 | 6.7% |
| 経口維持加算（Ⅰ） | 400単位/月 | 2,716 | 6.8 | 0.4% | 330 | 35.5% |
| 経口維持加算（Ⅱ） | 100単位/月 | 498 | 5.0 | 0.3% | 229 | 24.6% |
| 口腔衛生管理加算（Ⅰ） | 90単位/月 | 286 | 3.2 | 0.2% | 94 | 10.1% |
| 口腔衛生管理加算（Ⅱ） | 110単位/月 | 1,327 | 12.1 | 0.8% | 259 | 27.8% |
| 療養食加算 | 6単位/回<br>（3回/日まで） | 5,881 | 326.7※ | 21.1%※ | 777 | 83.5% |

（注1）*は日数を集計している。「算定率（件数ベース）」は、各加算の件数÷総件数により求めたもの。
（注2）※（「件数」及び「算定率（件数ベース）」）はすべての事業所において1日3回算定したと仮定し、3回分を1件として計算したもの。
（注3）「算定率（事業所ベース）」は、各加算の請求事業所数÷総請求事業所数により求めたもの。
（注4）色分けは、「算定率（事業所ベース）」において、70%以上の加算を緑色、3%以下の加算を赤色と機械的にしている。

【出典】介護給付費等実態統計（令和7年11月審査分）及び介護保険総合データベースの任意集計（令和7年11月審査分（令和7年10月サービス提供））より老健局老人保健課にて作成

# 通所系サービスの算定状況

| | 単位数<br>（令和6年6月以降） | 算定単位数<br>（単位：千単位） | 件数<br>（単位：千件） | 算定率<br>（件数ベース） | 算定事業所数 | 算定率<br>（事業所ベース） |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 通所介護 | | 11,705,867 | 13,442 | – | | – |
| 栄養アセスメント加算 | 50単位／月 | 1,832 | 37.0 | 0.3% | 679 | 2.8% |
| 栄養改善加算 | 200単位／回<br>（月2回を限度） | 667 | 3.0 | 0.0% | 143 | 0.6% |
| 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ） | 5単位／回<br>（6月に1回を限度） | 258 | 13.0 | 0.1% | 1,028 | 4.2% |
| 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ） | 20単位／回<br>（6月に1回を限度） | 21 | 4.0 | 0.0% | 367 | 1.5% |
| 口腔機能向上加算（Ⅰ） | 150単位／回<br>（月2回を限度） | 12,918 | 86.0 | 0.6% | 1,851 | 7.6% |
| 口腔機能向上加算（Ⅱ） | 160単位／回<br>（月2回を限度） | 32,149 | 201.0 | 1.5% | 2,822 | 11.6% |
| 地域密着型通所介護 | | 3,660,540 | 4,149 | – | | – |
| 栄養アセスメント加算 | 50単位／日 | 313 | 6.0 | 0.1% | 203 | 1.1% |
| 栄養改善加算 | 200単位／回<br>（月2回を限度） | 232 | 1.0 | 0.0% | 57 | 0.3% |
| 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ） | 20単位／回<br>（6月に1回を限度） | 58 | 3.0 | 0.1% | 362 | 2.0% |
| 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ） | 5単位／回<br>（6月に1回を限度） | 5 | 1.0 | 0.0% | 142 | 0.8% |
| 口腔機能向上加算（Ⅰ） | 150単位／回<br>（月2回を限度） | 5,983 | 40.0 | 1.0% | 1,087 | 6.1% |
| 口腔機能向上加算（Ⅱ） | 160単位／回<br>（月2回を限度） | 14,058 | 88.0 | 2.1% | 1,664 | 9.3% |
| 療養通所介護 | | | | – | | – |
| 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ） | 20単位／回<br>（6月に1回を限度） | 58 | 2.9 | 0.0% | 362 | 2.0% |
| 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ） | 5単位／回<br>（6月に1回を限度） | 5 | 0.9 | 0.0% | 142 | 0.8% |

（注1）「算定率（件数ベース）」は、各加算の件数÷総件数により求めたもの。
（注2）「算定率（事業所ベース）」は、各加算の請求事業所数÷総請求事業所数により求めたもの。
（注3）色分けは、「算定率（事業所ベース）」において、70%以上の加算を緑色、3%以下の加算を赤色と機械的にしている。
【出典】介護給付費等実態統計（令和7年11月審査分）及び介護保険総合データベースの任意集計（令和7年11月審査分（令和7年10月サービス提供））より老健局老人保健課にて作成

# 通所系サービスの算定状況

| | 単位数<br>（令和6年6月以降） | 算定単位数<br>（単位：千単位） | 件数<br>（単位：千件） | 算定率<br>（件数ベース） | 算定事業所数 | 算定率<br>（事業所ベース） |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 認知症対応型通所介護 | | 626,856 | 504 | － | | － |
| 栄養アセスメント加算 | 50単位／月 | 90 | 2.0 | 0.4% | 86 | 3.3% |
| 栄養改善加算 | 200単位／回<br>（月2回を限度） | 18 | 0.0 | 0.0% | 8 | 0.3% |
| 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ） | 20単位／回<br>（6月に1回を限度） | 12 | 1.0 | 0.2% | 108 | 4.1% |
| 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ） | 5単位／回<br>（6月に1回を限度） | 1 | 0.0 | 0.0% | 23 | 0.9% |
| 口腔機能向上加算（Ⅰ） | 150単位／回<br>（月2回を限度） | 270 | 2.0 | 0.4% | 90 | 3.4% |
| 口腔機能向上加算（Ⅱ） | 160単位／回<br>（月2回を限度） | 379 | 2.0 | 0.4% | 98 | 3.7% |
| 介護予防認知症対応型通所介護 | | | | － | | － |
| 栄養アセスメント加算 | 50単位／月 | 2 | 0.0 | 0.0% | 20 | 4.9% |
| 栄養改善加算 | 200単位／月 | 0 | 0.0 | 0.0% | 1 | 0.2% |
| 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ） | 20単位／回<br>（6月に1回を限度） | 0 | 0.0 | 0.0% | 5 | 1.2% |
| 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ） | 5単位／回<br>（6月に1回を限度） | 0 | 0.0 | 0.0% | 1 | 0.2% |
| 口腔機能向上加算（Ⅰ） | 150単位／月 | 2 | 0.0 | 0.0% | 6 | 1.5% |
| 口腔機能向上加算（Ⅱ） | 160単位／月 | 4 | 0.0 | 0.0% | 13 | 3.2% |

（注1）「算定率（件数ベース）」は、各加算の件数÷総件数により求めたもの。
（注2）「算定率（事業所ベース）」は、各加算の請求事業所数÷総請求事業所数により求めたもの。
（注3）色分けは、「算定率（事業所ベース）」において、70%以上の加算を緑色、3%以下の加算を赤色と機械的にしている。
【出典】介護給付費等実態統計（令和7年11月審査分）及び介護保険総合データベースの任意集計（令和7年11月審査分（令和7年10月サービス提供））より老健局老人保健課にて作成

# 通所系サービスの算定状況

| | 単位数<br>（令和6年6月以降） | 算定単位数<br>（単位：千単位） | 件数<br>（単位：千件） | 算定率<br>（件数ベース） | 算定事業所数 | 算定率<br>（事業所ベース） |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 通所リハビリテーション | | 3,388,863 | 3,578 | – | | – |
| 栄養アセスメント加算 | 50単位/月 | 2,254 | 45.1 | 1.3% | 856 | 11.3% |
| 栄養改善加算 | 200単位/回 | 474 | 2.4 | 0.1% | 182 | 2.4% |
| 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ） | 20単位/回 | 211 | 10.6 | 0.3% | 745 | 9.7% |
| 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ） | 5単位/回 | 21 | 4.2 | 0.1% | 377 | 4.9% |
| 口腔機能向上加算（Ⅰ） | 150単位/回 | 1,396 | 9.3 | 0.3% | 442 | 5.8% |
| 口腔機能向上加算（Ⅱ）イ | 155単位/回 | 2,489 | 16.1 | 0.4% | 378 | 4.9% |
| 口腔機能向上加算（Ⅱ）ロ | 160単位/回 | 3,716 | 23.2 | 0.6% | 796 | 10.4% |
| 介護予防通所リハビリテーション | | | | – | | – |
| 栄養アセスメント加算 | 50単位/月 | 1110 | 22.2 | 11.3% | 983 | 13.2% |
| 栄養改善加算 | 200単位/月 | 56 | 0.3 | 0.2% | 76 | 1.0% |
| 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）** | 20単位/回 | 78 | 3.9 | 2.0% | 548 | 7.3% |
| 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）** | 5単位/回 | 9 | 1.8 | 0.9% | 271 | 3.6% |
| 口腔機能向上加算（Ⅰ）** | 150単位/月 | 235 | 1.6 | 0.8% | 240 | 3.2% |
| 口腔機能向上加算（Ⅱ）** | 160単位/月 | 736 | 4.6 | 2.3% | 569 | 7.6% |

（注1）**は件数を集計している。「算定率（件数ベース）」は、各加算の件数÷総件数により求めたもの。
（注2）「算定率（事業所ベース）」は、各加算の請求事業所数÷総請求事業所数により求めたもの。
（注3）色分けは、「算定率（事業所ベース）」において、70%以上の加算を緑色、3%以下の加算を赤色と機械的にしている。
【出典】介護給付費等実態統計（令和7年11月審査分）及び介護保険総合データベースの任意集計（令和7年11月審査分（令和7年10月サービス提供））より老健局老人保健課にて作成

# 居宅系サービスの算定状況

| | 単位数（令和6年6月以降） | 算定単位数（単位：千単位） | 件数（単位：千件） | 算定率（件数ベース） | 算定事業所数 | 算定率（事業所ベース） |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 看護小規模多機能居宅介護 | | 733,721 | 25.1 | － | | － |
| 栄養アセスメント加算 | 50単位／月 | 73 | 1.5 | 6.0% | 72 | 6.3% |
| 栄養改善加算 | 200単位／回（1月に2回を限度） | 18 | 0.1 | 0.4% | 9 | 0.8% |
| 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）** | 20単位／回（6月に1回を限度）／回 | 14 | 0.7 | 2.8% | 70 | 6.1% |
| 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）** | 5単位（6月に1回を限度）／回 | 1 | 0.1 | 0.4% | 17 | 1.5% |
| 口腔機能向上加算（Ⅰ）** | 150単位／回（月2回を限度）） | 132 | 0.5 | 2.0% | 45 | 3.9% |
| 口腔機能向上加算（Ⅱ）** | 160単位／回（月2回を限度） | 423 | 1.6 | 6.4% | 97 | 8.4% |
| 特定施設入居者生活介護 | | 5,908,092 | 8,087 | － | | － |
| 口腔・栄養スクリーニング加算 | 20単位／回（6月に1回を限度） | 184 | 9 | 0.11% | 733 | 12.07% |
| 地域密着型特定施設入所者生活介護 | | 197,754 | 253 | | | |
| 口腔衛生管理体制加算 | 30単位／月 | 51 | 2 | 0.67% | 73 | 19.89% |
| 口腔・栄養スクリーニング加算 | 20単位／回（6月に1回を限度） | 8 | 0 | 0.16 | 34 | 9.26% |
| 介護予防特定施設入居者生活介護 | | | | － | | － |
| 口腔・栄養スクリーニング加算** | 20単位／回（6月に1回を限度） | 13 | 0.7 | 2.0% | 363 | 7.74% |
| 小規模多機能型居宅介護（短期利用含む。） | | 2,324,457 | 102 | － | | |
| 口腔・栄養スクリーニング加算 | 20単位／回 | 71 | 3.6 | 3.5% | 419 | 7.6% |
| 介護予防小規模多機能型居宅介護（短期利用含む。） | | | | | | |
| 口腔・栄養スクリーニング加算** | 20単位／回 | 8 | 0.4 | 3.5% | 176 | 4.7% |
| 認知症対応型共同生活介護（短期利用含む。） | | 6,556,117 | 6,526 | － | | － |
| 栄養管理体制加算 | 30単位／月 | 976 | 32.5 | 0.5% | 1,969 | 13.7% |
| 口腔衛生管理体制加算 | 30単位／月 | 2,285 | 76.2 | 1.2% | 4,612 | 32.1% |
| 口腔・栄養スクリーニング加算 | 20単位／回 | 191 | 9.6 | 0.1% | 1,227 | 8.5% |
| 介護予防認知症対応型共同生活介護（短期利用含む。） | | | | － | | － |
| 栄養管理体制加算 | 30単位／月 | 4 | 0.1 | 0.3% | 125 | 12.8% |
| 口腔衛生管理体制加算 | 30単位／月 | 9 | 0.3 | 0.9% | 259 | 26.4% |
| 口腔・栄養スクリーニング加算 | 20単位／回 | 1 | 0.0 | 0.0% | 35 | 3.6% |

（注1）**は件数を集計している。「算定率（件数ベース）」は、各加算の件数÷総件数により求めたもの。（注2）「算定率（事業所ベース）」は、各加算の請求事業所数÷総請求事業所数により求めたもの。
（注3）色分けは、「算定率（事業所ベース）」において、70%以上の加算を緑色、3%以下の加算を赤色と機械的にしている。

【出典】介護給付費等実態統計（令和7年11月審査分）及び介護保険総合データベースの任意集計（令和7年11月審査分（令和7年10月サービス提供））より老健局老人保健課にて作成

# 短期、訪問系サービスの算定状況

| | 単位数（令和6年6月以降） | 算定単位数（単位：千単位） | 件数（単位：千件） | 算定率（件数ベース） | 算定事業所数 | 算定率（事業所ベース） |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 短期入所生活介護 | | | | | | – |
| 口腔連携強化加算 | 50単位／回（1月に1回を限度） | 182 | 4.0 | 0.1% | 274 | 2.6% |
| 療養食加算 | 8単位／回（3回／日まで） | 1,052 | 44.0※ | 1.2%※ | 838 | 7.9% |
| 介護予防短期入所生活介護 | | | | – | | – |
| 口腔連携強化加算 | 50単位／回（1月に1回を限度） | 3 | 0.1 | 0.2% | 23 | 0.5% |
| 療養食加算 | 8単位／回（3回／日まで） | 4 | 0.2※ | 0.3%※ | 28 | 0.7% |
| 短期入所療養介護 | | 428,386 | 318.0 | – | | – |
| 口腔連携強化加算 | 50単位／回（1月に1回を限度） | 33 | 0.7 | 0.2% | 90 | 2.5% |
| 療養食加算 | 8単位／回（3回／日まで） | 1,155 | 48.1※ | 15.1%※ | 1,734 | 48.6% |
| 介護予防短期入所療養介護 | | 4,191 | 3.8 | – | | – |
| 口腔連携強化加算 | 50単位／回（1月に1回を限度） | 0 | 0.0 | 0.0% | 6 | 1.1% |
| 療養食加算 | 8単位／回（3回／日まで） | 8 | 0.3※ | 8.7%※ | 74 | 13.0% |
| 訪問介護 | | 9,478,750 | 30,369.9 | – | 35,376 | – |
| 口腔連携強化加算 | 50単位／回（1月に1回を限度 | 133 | 2.7 | 0.0% | 203 | 0.6% |
| 訪問看護 | | | | – | 236 | – |
| 口腔連携強化加算 | 50単位／回（1月に1回を限度 | 89 | 1.8 | 0.0% | 236 | 1.4% |
| 訪問リハビリテーション | | 529,383 | 1,604 | – | 56 | – |
| 口腔連携強化加算 | 50単位／回（1月に1回を限度） | 26 | 0.5 | 0.0% | 56 | 1.0% |
| 定期巡回 | | 918,606 | 151.9 | – | 1,435 | – |
| 口腔連携強化加算** | 50単位／回（1月に1回を限度） | 57 | 1.1 | 0.8% | 50 | 3.5% |

（注1）**は件数を集計している。「算定率（件数ベース）」は、各加算の件数÷総件数により求めたもの。
（注2）※（「件数」及び「算定率（件数ベース）」）はすべての事業所において1日3回算定したと仮定し、3回分を1件として計算したもの。
（注3）「算定率（事業所ベース）」は、各加算の請求事業所数÷総請求事業所数により求めたもの。
（注4）色分けは、「算定率（事業所ベース）」において、70%以上の加算を緑色、3%以下の加算を赤色と機械的にしている。

【出典】介護給付費等実態統計（令和7年11月審査分）及び介護保険総合データベースの任意集計（令和7年11月審査分（令和7年10月サービス提供））より老健局老人保健課にて作成

１．口腔・栄養関連サービスの概況

**２．令和6年度介護報酬改定の内容**

３．関連する各種意見・サービス提供等の状況

４．現状と課題及び論点

# 全サービスにおける口腔関連の加算等の概要

R6改定新設加算
＊ 介護予防も含む

**施設**
- 介護老人福祉施設
- 介護老人保健施設
- 介護医療院
- 地域密着型介護老人福祉施設

**［基本サービス］**
**口腔衛生の管理**
**（口腔の健康状態の評価）**

**短期**
- 短期入所生活介護＊
- 短期入所療養介護＊

**訪問**
- 訪問介護、訪問看護＊、訪問リハ＊、定期巡回

**居宅**
- 特定施設＊

**［基本サービス］**
**口腔衛生の管理**

- 地密特定施設
- 認知症対応型共同生活介護＊

**多機能**
- 小規模多機能型居宅介護＊
- 看護小規模多機能型居宅介護

**通所**
- 通所リハ＊
- 通所介護
- 地密通所介護
- 認知症対応型通所介護＊

---

**＜口腔衛生管理加算＞** LIFE活用
**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
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
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（協力歯科医療機関を設定）：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
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

一体的取組 LIFE活用
［老健］
**リハビリテーションマネジメント計画書情報加算（Ⅰ）：53単位/月**
［介護医療院］
**理学療法 注７、作業療法 注７、言語聴覚療法 注５：20単位/月**
［特養・地密特養］
**個別機能訓練加算（Ⅲ）：20単位/月**

**＜口腔連携強化加算＞**
**50単位/月**
内容：事業所と歯科医療機関の連携体制整備、介護職員等による口腔の健康状態の評価の実施、評価内容の歯科医療機関及び介護支援専門員への情報提供
サービス担当者：看護師、リハビリテーション専門職、介護職員等

**＜居宅療養管理指導費＞**
**（歯科医師）517単位、487単位、441単位/回（月2回）**
サービス内容：介護支援専門員に対するケアプラン作成等に必要な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

**（歯科衛生士等）362単位、326単位、295単位/回（月４回）**
**（がん末期の利用者は月６回）**
**（通所利用者についても算定可能）**
サービス内容：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**
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
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・栄養スクリーニング加算＞**
（口腔及び栄養）：**20単位/回**
サービス内容：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、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：介護職員等

**＜口腔機能向上加算＞** LIFE活用
**（月2回）Ⅰ：150単位/回、**
**Ⅱイ（リハ・栄養）：155単位/回、**
**Ⅱ・Ⅱロ（LIFE）：160単位/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、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

一体的取組［通所リハ］ LIFE活用
**リハビリテーションマネージメント加算（ハ）（1）：793単位、（2）：473単位/月**

# 全サービスにおける栄養関連の加算等の概要

R6改定新設加算
＊ 介護予防も含む
※：加算の対象

## 施設

介護老人福祉施設
介護老人保健施設
介護医療院
地域密着型介護老人福祉施設

**［基本サービス］**
**栄養ケア・マネジメント**
※未実施の場合：14単位/日 減算

**栄養マネジメント強化加算　11単位/日** 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

**退所時栄養情報連携加算　70単位/回**　※他の介護保険施設、自宅、医療機関に移動した入所者で、特別食を必要とする者又は低栄養状態にある者
管理栄養士が、入所者の栄養管理に関する情報を、栄養情報提供書を用いて移動先の施設等に提供

**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**　**※特別食・嚥下調整食を必要とする者**
入所者が医療機関に入院し、**特別食または嚥下調整食を必要とする場合**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

**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

一体的取組 LIFE活用
［老健］
**リハビリテーションマネジメント計画書情報加算（Ⅰ）：53単位/月**

［介護医療院］
**理学療法 注７、作業療法 注７、言語聴覚療法 注５：20単位/月**

［特養・地密特養］
**個別機能訓練加算(Ⅲ)：20単位/月**

## 通所

通所リハ＊

通所介護
地密通所介護
認知症対応型通所介護＊

**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**
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

一体的取組［通所リハ］ LIFE活用
**リハビリテーションマネージメント加算(ハ)(1)：793単位、(2)：473単位/月**

**栄養アセスメント加算 50単位/月** 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**　※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

**居宅療養管理指導**
**Ⅰ：545単位、487単位、444単位**
**Ⅱ：525単位、467単位、424単位/回**
※**通院**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
**※急性増悪等により一時的に頻回の栄養管理を行う必要があると医師が判断した者（限定条件の下、追加訪問可）**
計画的な医学的管理を行っている医師の指示に基づき，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

## 多機能

看護小規模多機能型居宅介護

小規模多機能型居宅介護＊

**口腔・栄養スクリーニング加算（口腔及び栄養）：20単位/回**
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

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＊

**＜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

# 2.（1）⑮　訪問系サービス及び短期入所系サービスにおける口腔管理に係る連携の強化

## 概要

【訪問介護、訪問看護★、訪問リハビリテーション★、短期入所生活介護★、短期入所療養介護★、定期巡回・随時対応型訪問介護看護】

○　訪問介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、短期入所生活介護、短期入所療養介護及び定期巡回・随時対応型訪問介護看護において、職員による利用者の口腔の状態の確認によって、歯科専門職による適切な口腔管理の実施につなげる観点から、事業所と歯科専門職の連携の下、介護職員等による口腔衛生状態及び口腔機能の評価の実施並びに利用者の同意の下の歯科医療機関及び介護支援専門員への情報提供を評価する新たな加算を設ける。
【告示改正】

## 単位数

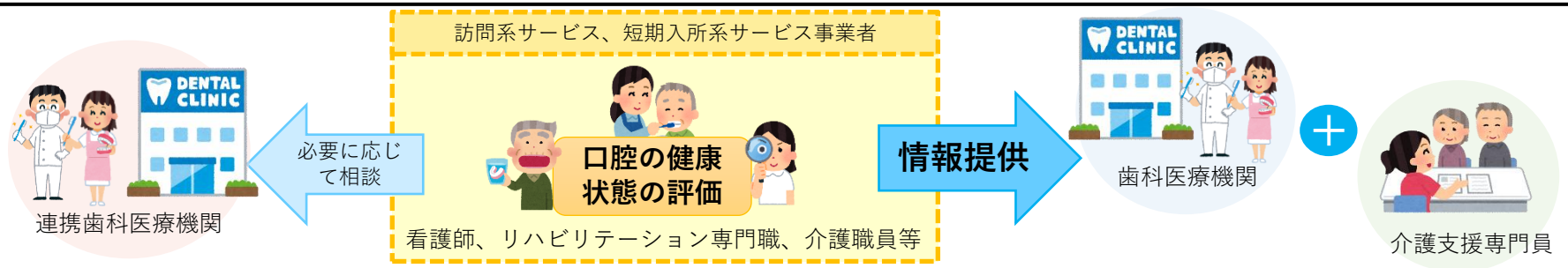
＜改定前＞
なし

▶

＜改定後＞
**口腔連携強化加算**　50単位/回（新設）
※１月に１回に限り算定可能

## 算定要件等

○　事業所の従業者が、口腔の健康状態の評価を実施した場合において、利用者の同意を得て、歯科医療機関及び介護支援専門員に対し、当該評価の結果を情報提供した場合に、１月に１回に限り所定単位数を加算する。（新設）
○　事業所は利用者の口腔の健康状態に係る評価を行うに当たって、診療報酬の歯科点数表区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料の算定の実績がある歯科医療機関の歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、当該従業者からの相談等に対応する体制を確保し、その旨を文書等で取り決めていること。



# 2.（1）⑰　特定施設入居者生活介護における口腔衛生管理の強化

## 概要

【特定施設入居者生活介護★】

○　全ての特定施設入居者生活介護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、入居者の状態に応じた適切な口腔衛生管理を求める観点から、特定施設入居者生活介護等における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、基本サービスとして行うこととする。その際、３年間の経過措置期間を設けることとする。【省令改正】

## 単位数

＜改定前＞
口腔衛生管理体制加算　30単位/月

▶

＜改定後＞
廃止

## 基準

＜運営基準（省令）＞（※３年間の経過措置期間を設ける）

・　「利用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、各利用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。

＜運営基準等における対応＞




※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回以上実施し、当該技術的助言及び指導に基づき入居者の口腔衛生の管理体制に係る計画を作成する。

# 2.（1）⑱　介護保険施設における口腔衛生管理の強化

## 概要

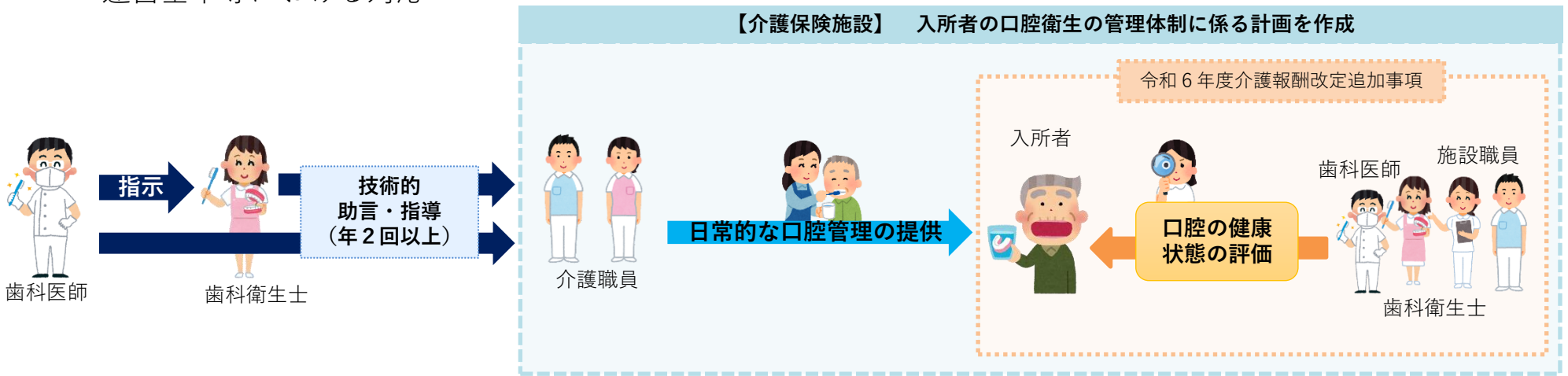
【介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人保健施設、介護医療院】

○　介護保険施設において、事業所の職員による適切な口腔管理等の実施と、歯科専門職による適切な口腔管理につなげる観点から、事業者に利用者の入所時及び入所後の定期的な口腔衛生状態・口腔機能の評価の実施を義務付ける。【通知改正】

## 算定要件等

○　当該施設の従業者又は歯科医師若しくは歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が入所者毎に施設入所時及び入所後月に１回程度の口腔の健康状態の評価を実施すること。
○　技術的助言若しくは指導又は口腔の健康状態の評価を行う歯科医師若しくは歯科医師の指示を受けた歯科衛生士においては、当該施設との連携について、実施事項等を文書等で取り決めを行うこと。

＜運営基準等における対応＞



# 2.（1）㉑　退所者の栄養管理に関する情報連携の促進

## 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、介護医療院】

○　介護保険施設から、居宅、他の介護保険施設、医療機関等に退所する者の栄養管理に関する情報連携が切れ目なく行われるようにする観点から、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に提供することを評価する新たな加算を設ける。【告示改正】

## 単位数

＜改定前＞
なし

▶

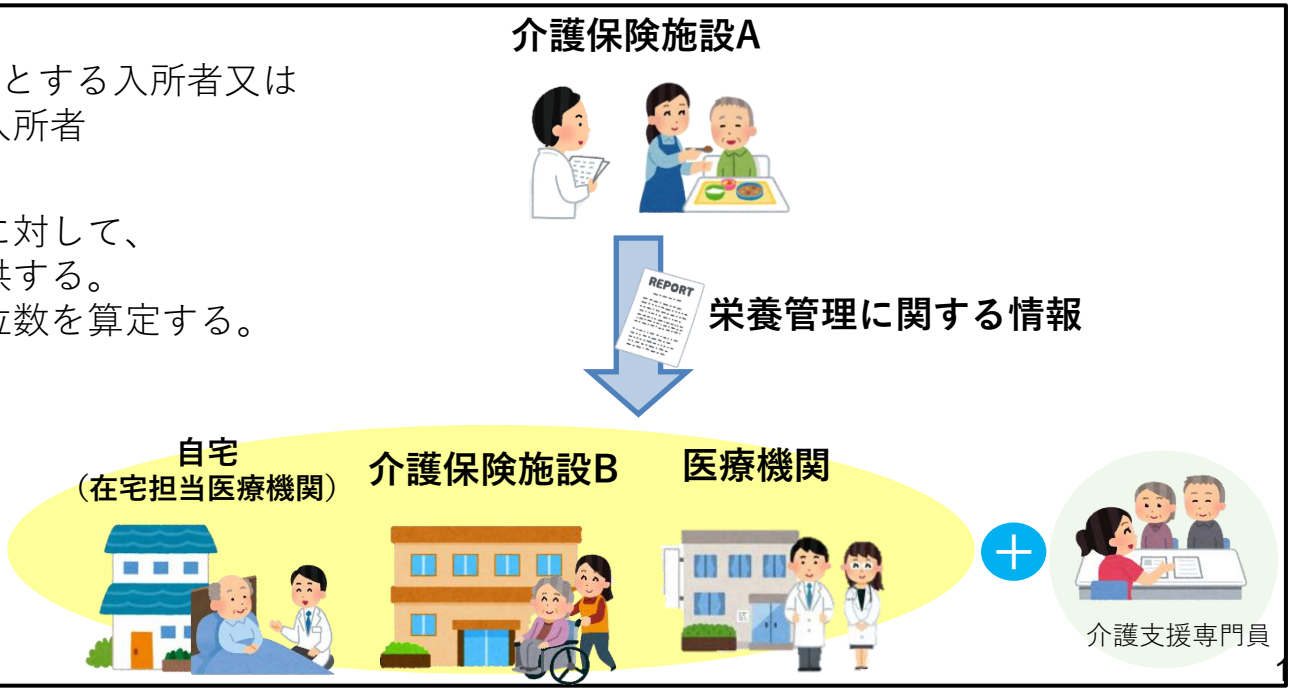
＜改定後＞
**退所時栄養情報連携加算**　70単位/回（新設）

## 算定要件等

○対象者
・厚生労働大臣が定める特別食※を必要とする入所者又は低栄養状態にあると医師が判断した入所者

○主な算定要件
・管理栄養士が、退所先の医療機関等に対して、当該者の栄養管理に関する情報を提供する。
・１月につき１回を限度として所定単位数を算定する。

※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病食、 肝臓病食、糖尿病食、胃潰瘍食、貧血食、膵臓病食、脂質異常症食、痛風食、嚥下困難者のための流動食、経管栄養のための濃厚流動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。）



# 2.（1）㉒　再入所時栄養連携加算の対象の見直し

## 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、介護医療院】

○　再入所時栄養連携加算について、栄養管理を必要とする利用者に切れ目なくサービスを提供する観点から、医療機関から介護保険施設への再入所者であって特別食等を提供する必要がある利用者を算定対象に加える。
【告示改正】

## 算定要件等

○対象者

＜改定前＞

二次入所において必要となる栄養管理が、一次入所の際に必要としていた栄養管理とは大きく異なる者。

▶

＜改定後＞

厚生労働大臣が定める特別食※等を必要とする者。

※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腎臓病食、 肝臓病食、糖尿病食、胃潰瘍食、貧血食、膵臓病食、脂質異常症食、痛風食、嚥下困難者のための流動食、経管栄養のための濃厚流動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．口腔・栄養関連サービスの概況

２．令和６年度介護報酬改定の内容

**３．関連する各種意見・サービス提供等の状況**

４．現状と課題及び論点

# 口腔・栄養に関連する各種意見

**令和６年度介護報酬改定に関する審議報告（令和５年12月19日社会保障審議会介護給付費分科会）（抄）**

**【口腔】**

○訪問サービスや居宅サービスにおける口腔の連携強化に対する評価の新設について適切な効果検証等を実施し、介護事業者と歯科医療機関の効果的な連携の在り方について引き続き検討していくべきである。

○運営基準における口腔衛生の管理体制の実施について適切な効果検証等を実施し、口腔管理に係る歯科専門職を含めた効果的な多職種連携の在り方について引き続き検討していくべきである。

**2040 年に向けたサービス提供体制等のあり方に関するとりまとめ（令和７年７月25日「2040 年に向けたサービス提供体制等のあり方」検討会）（抄）**

（２）地域包括ケアとその体制確保のための医療介護連携

○ 85歳以上の複合ニーズを抱える者や独居高齢者が増えていくと、急変し病院に入院し、治療後、すぐに自宅に在宅復帰することが難しい。このため、退院して在宅復帰するまでの老人保健施設、地域の中小病院等の医療機関の役割が重要である。在宅ケアのためには、医療が緊急に必要となったときに対応できる機能が重要であり、訪問診療を行う医療機関、急性期に入院できる一般病院、訪問看護事業所、ショートステイ等で在宅を支える老人保健施設、緊急時に対応できる地域の体制整備と人材確保策が必要である。また、在宅ケアには訪問看護、訪問介護やケアマネジャーによる支援、ケアを提供しやすい住まい、口腔管理、薬剤管理や栄養指導も必要である。利用者への質の高いサービス提供のため、医療と介護が緊急時も含めて連携して支える体制を構築することが重要である。そのためには、地域において、医療機関と介護事業者との間で情報共有や顔の見える体制を構築し、互いの果たす機能や役割を理解しつつ、コミュニケーションの強化が必要である。また、地域包括ケアシステムを深化させていくためには、地域でかかりつけ医機能が発揮され、医療と介護、生活支援サービス等の切れ目ない連携が行われることが重要である。

# 介護分野における歯科専門職の就業者数

○ 令和６年度の、全国の届出「歯科医師数」103,652人のうち、就業場所について主たる施設の種別が、介護老人保健施設と回答した歯科医師は44人、介護医療院と回答した歯科医師は６人であった。
○ 令和６年度の、就業歯科衛生士149,579人について、「介護保険施設等」の就業歯科衛生士数は1,533人であった。

## 歯科医師の就業場所

| 歯科医師の就業場所（主たる施設の種別） | 人数（人） | 割合（%） |
|---|---|---|
| 病院 | 11,563 | 11.2 |
| 診療所 | 88,703 | 85.6 |
| 介護老人保健施設 | 44 | 0.0 |
| 介護医療院 | 6 | 0.0 |
| 上記以外の従事者 | 1,503 | 1.5 |
| その他 | 1,832 | 1.8 |
| （不詳） | 1 | 0.0 |
| 総数 | 103,652 | 100.0 |

【出典】令和６年度医師・歯科医師・薬剤師統計より老健局老人保健課作成

## 歯科衛生士の就業場所

| 歯科衛生士の就業場所 | 人数（人） | 割合（%） |
|---|---|---|
| 診療所 | 135,499 | 90.6 |
| 保健所 | 768 | 0.5 |
| 都道府県 | 123 | 0.1 |
| 市区町村 | 1,929 | 1.3 |
| 病院 | 7,675 | 5.1 |
| 介護保険施設等※ | 1,533 | 1.0 |
| 歯科衛生士学校又は養成所 | 1,123 | 0.8 |
| 事業所 | 433 | 0.3 |
| その他 | 496 | 0.3 |
| 総数 | 149,579 | 100.0 |

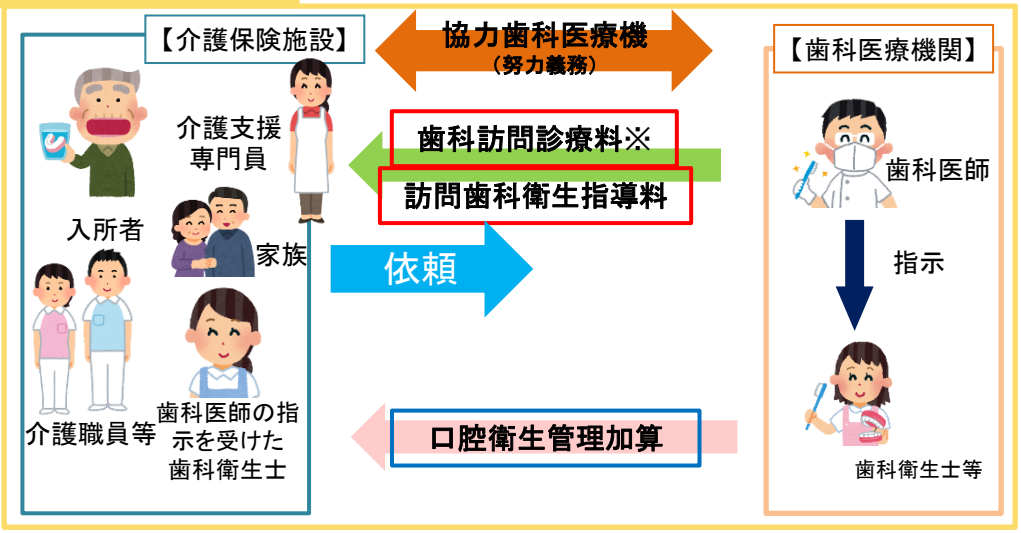
※「介護保険施設等」とは、「介護老人保健施設」「介護医療院」「指定介護老人福祉施設」「居宅介護支援事業所」等をいう。

【出典】令和６年度衛生行政報告例（就業医療関係者）より老健局老人保健課作成

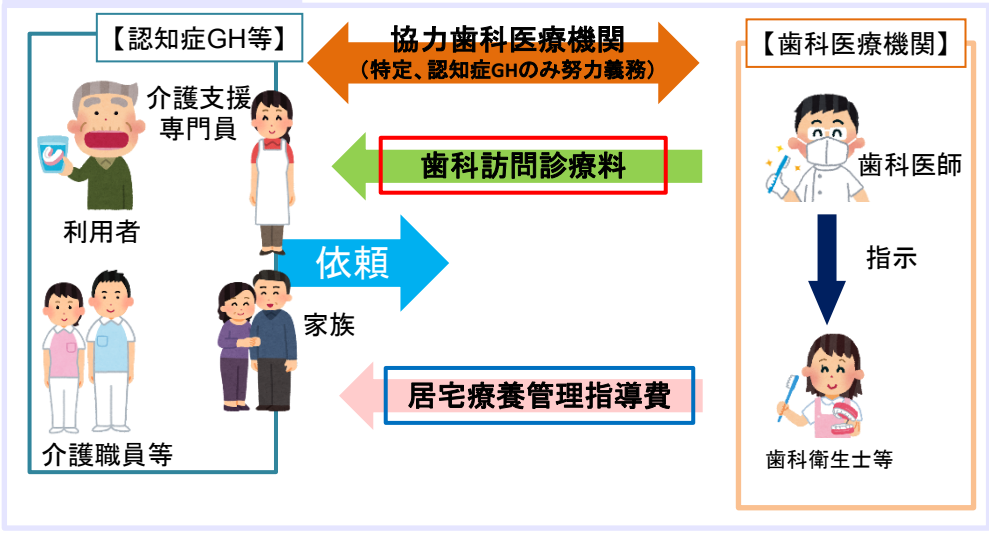
# 口腔の評価・管理のイメージ（医療介護連携）

○　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。

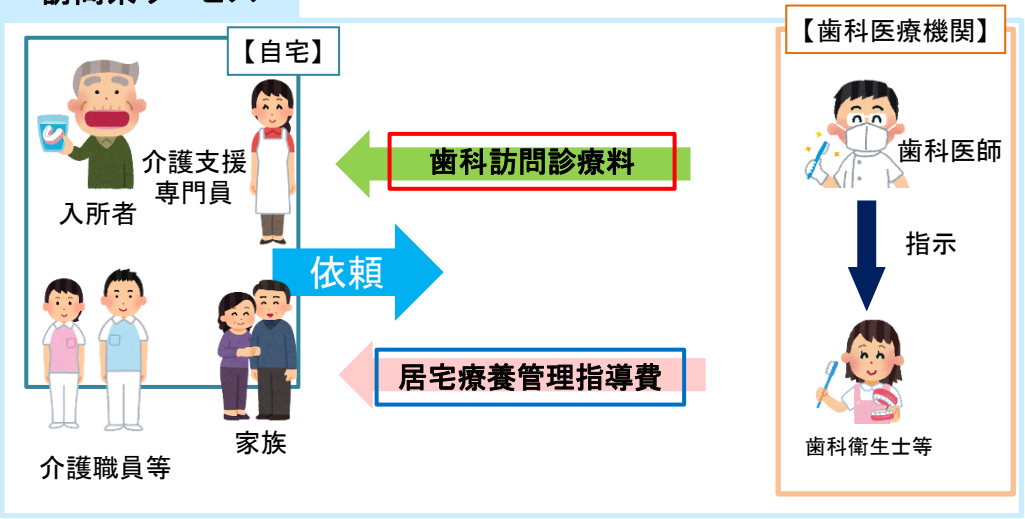
## 施設系サービス



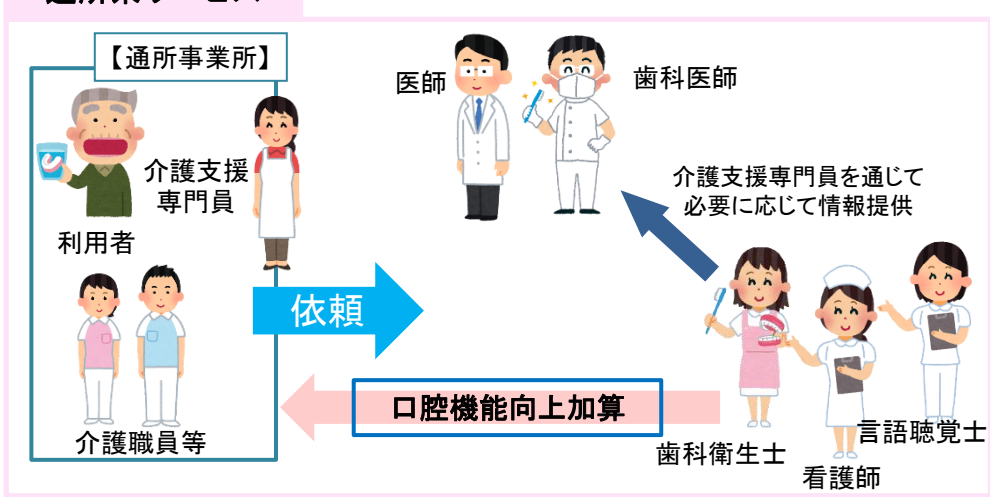

## 居宅系サービス




## 訪問系サービス




## 通所系サービス



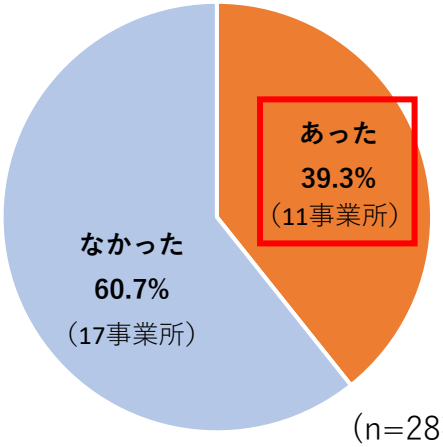

※必要な場合に発生

介護報酬　　診療報酬

# 口腔連携強化加算を算定した効果について

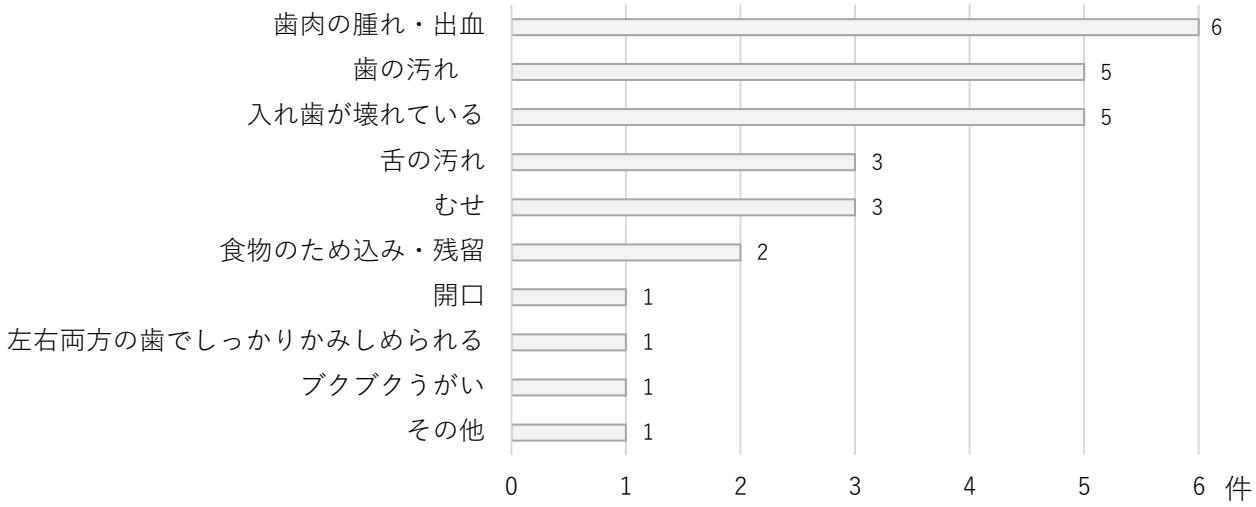
○　令和６年度の調査で、口腔連携強化加算を算定したことがあるとした事業所に対し、口腔の健康状態の評価を行うようになったことで、新たに歯科受診へつながったケースの有無を尋ねたところ、39.3%の事業所が「歯科受診につながったケースがあった」と回答した。

口腔の健康状態の評価を行うようになったことで、
新たに歯科受診へつながったケースがあった事業所




（n=28事業所）

歯科受診につながったケースの具体的な内容（n=11事業所、複数回答）



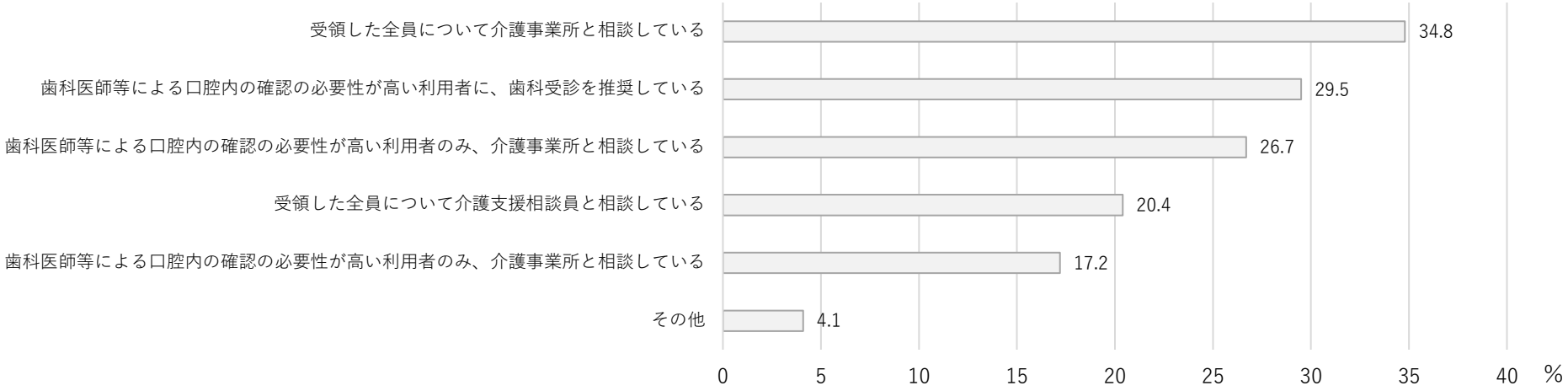

調査方法：全国10,006の訪問系及び短期入所系サービスを提供する事業所を対象とした郵送調査を実施
回答率は16.3%（1,629事業所）で、そのうち口腔連携強化加算を算定したことがあると回答した事業所は37事業所

【出典】令和６年度老人保健健康増進等事業「訪問系および短期入所サービスにおける口腔の連携強化に関する調査研究事業」より老人保健課にて作成

# 口腔連携強化加算に係る歯科医療機関と介護事業所等との連携について

○　令和６年度の調査で、口腔連携強化加算に係る口腔の健康状態の評価及び情報提供書を受領したことがあると回答した在宅療養支援歯科診療所・在宅療養支援歯科病院の、口腔連携強化加算に係る情報提供書を受領した後の対応について、「受領した全員について介護事業所と相談している」が34.8％で最も多かった。

口腔連携強化加算に係る情報提供書受領後の対応　（n=319歯科医療機関、複数回答）




調査方法：全国8,958の在宅療養支援歯科診療所・在宅療養支援歯科病院を対象とした郵送調査を実施

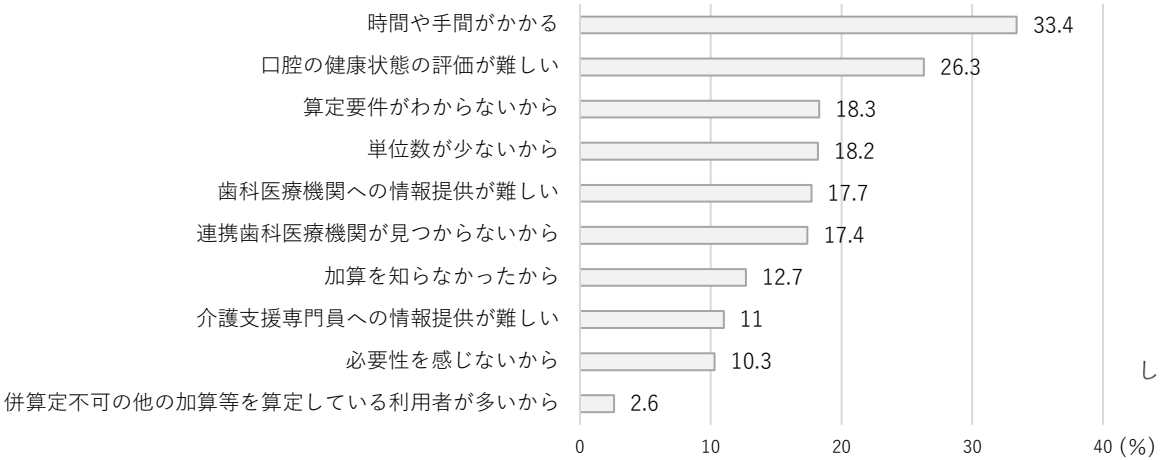
【出典】令和６年度老人保健健康増進等事業「訪問系および短期入所サービスにおける口腔の連携強化に関する調査研究事業」より老人保健課にて作成

# 口腔連携強化加算の算定が困難な理由（事業所）

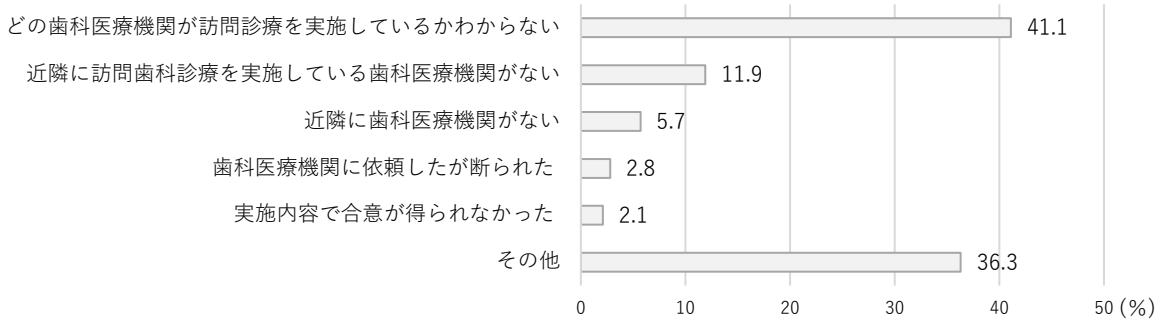
○ 令和６年度の調査で、口腔連携強化加算を算定していないと回答した事業者に対し、算定しない理由を尋ねたところ、「時間や手間がかかる」が33.4％で最も多く、次いで「口腔の健康状態の評価が難しい」が26.3%、「算定要件がわからないから」が18.3%、「単位数が少ないから」が18.2%であった。
○ 口腔連携強化加算を算定したことがあると回答した事業者に対し、評価が難しい項目を尋ねたところ、「開口」と「舌の汚れ」が20.9%で最も多く、次いで「歯の汚れ」が19.4%であった。

## 口腔連携強化加算を算定したことが**ない**事業所

### 口腔連携強化加算を算定しない理由（n=1,557事業所、複数回答）

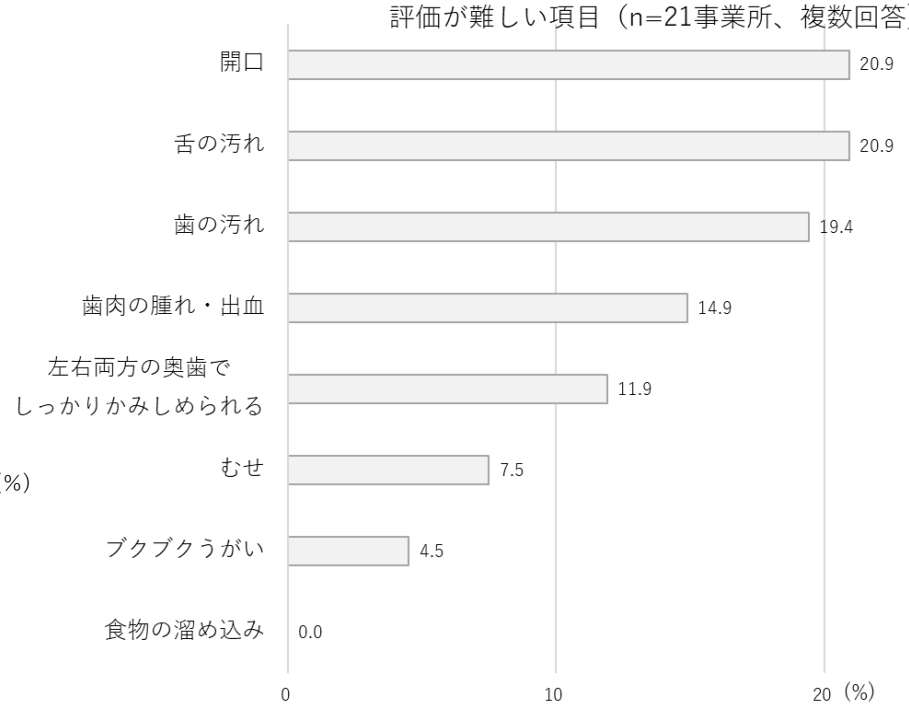



### 連携歯科医療機関が見つからない場合の理由（n=559事業所、複数回答）




## 口腔連携強化加算を算定したことが**ある**事業所

### 評価が難しい項目（n=21事業所、複数回答）

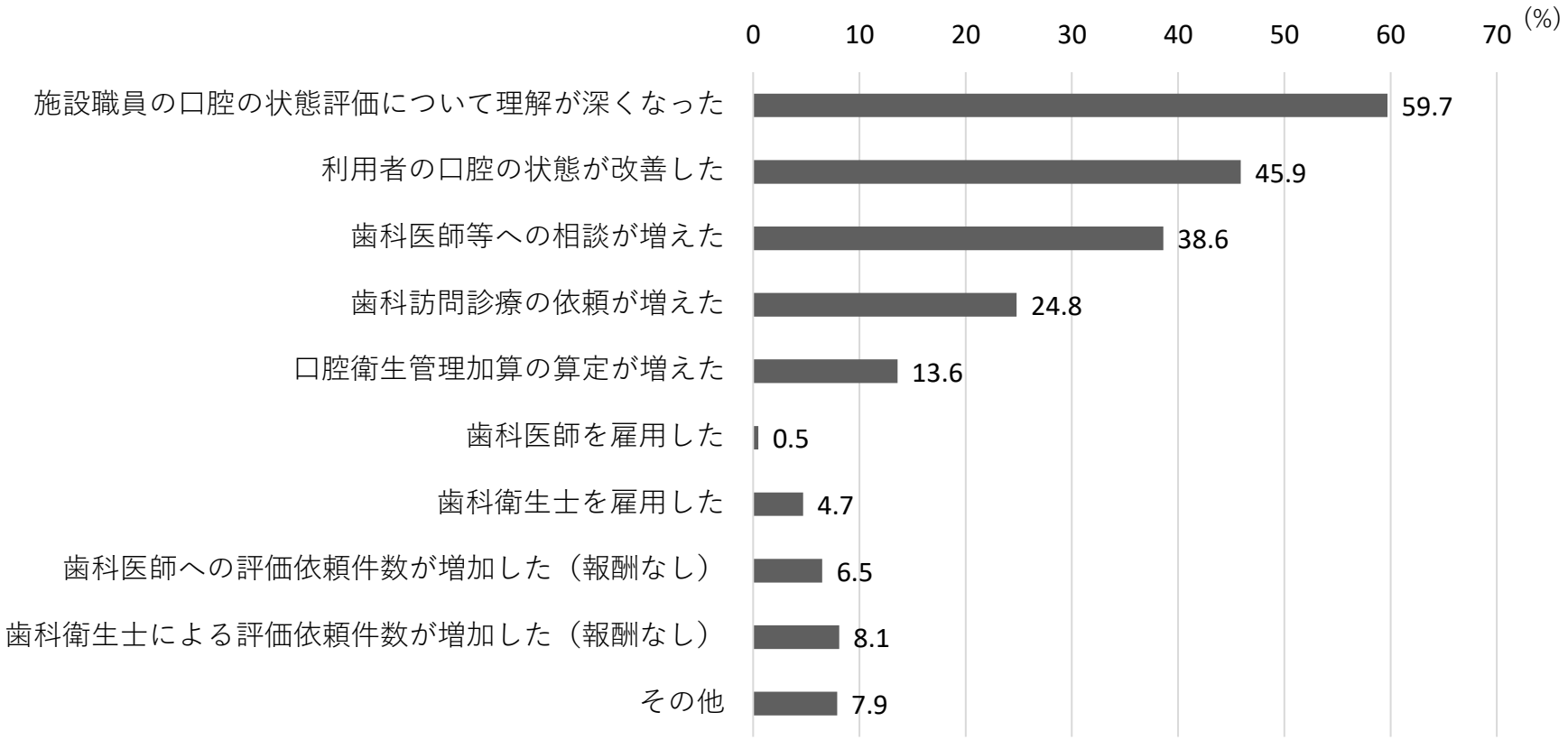



調査方法：全国10,006の訪問系及び短期入所系サービスを提供する事業所を対象とした郵送調査を実施。回答率16.3%（1,629事業所）
回答率は16.3%（1,629事業所）で、そのうち口腔連携強化加算を算定したことがあると回答した事業所は37事業所
【出典】令和６年度老人保健健康増進等事業「訪問系および短期入所サービスにおける口腔の連携強化に関する調査研究事業」より老人保健課にて作成

# 施設入所時及び入所後月に1回程度の口腔の健康状態の評価を実施したことによる変化

○　令和６年度改定において施設入所時及び入所後の定期的な口腔衛生状態・口腔機能の評価の実施が義務づけられたが、令和６年度の調査で、介護保険施設に、施設入所時及び入所後月に１回程度の口腔の健康状態の評価の実施による変化を尋ねたところ、「施設職員の口腔の状態評価について理解が深くなった。」が最も多く59.7%、次いで「利用者の口腔の状態が改善した。」が45.9%であった。

月１回程度の口腔の健康状態の評価の実施による変化（n=1904施設、複数回答）



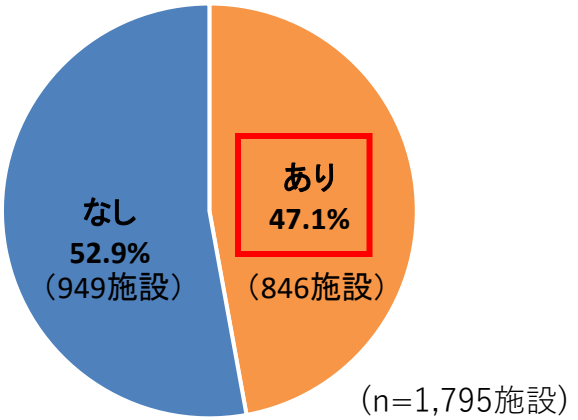

調査方法：全国13,706の介護保険施設を対象とした郵送調査を実施。回答率14.8%（2,027施設）

【出典】令和６年度老人保健健康増進等事業「介護保険施設等における口腔衛生の管理体制の在り方に関する調査研究事業」より老人保健課にて作成

# 介護保険施設における口腔の健康状態の評価について

○　令和６年度の調査で、介護保険施設に、口腔の健康状態の評価を行うようになったことで新たに歯科受診へつながったケースの有無を尋ねたところ、「あり」が47.1%であり、新たに歯科受診へつながった内容としては、「入れ歯が壊れている」が60.5%で最も多く、次いで「歯肉の腫れ・出血」が42.8%、「歯の汚れ」が26.5%であった。

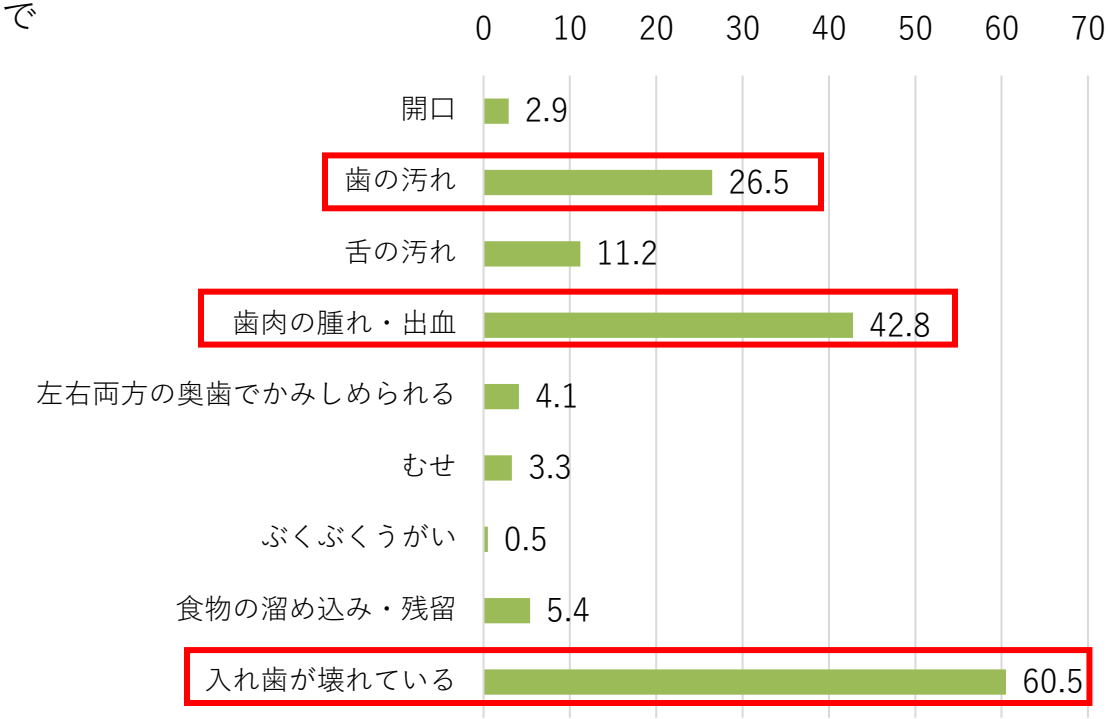
口腔の健康状態の評価を行うようになったことで
新たに歯科受診へつながったケースの有無




（n=1,795施設）

口腔の健康状態の評価から新たに歯科受診へつながった内容

（n=785）　（複数回答）




調査方法：全国13,706の介護保険施設を対象とした郵送調査を実施。回答率14.8%（2,027施設）

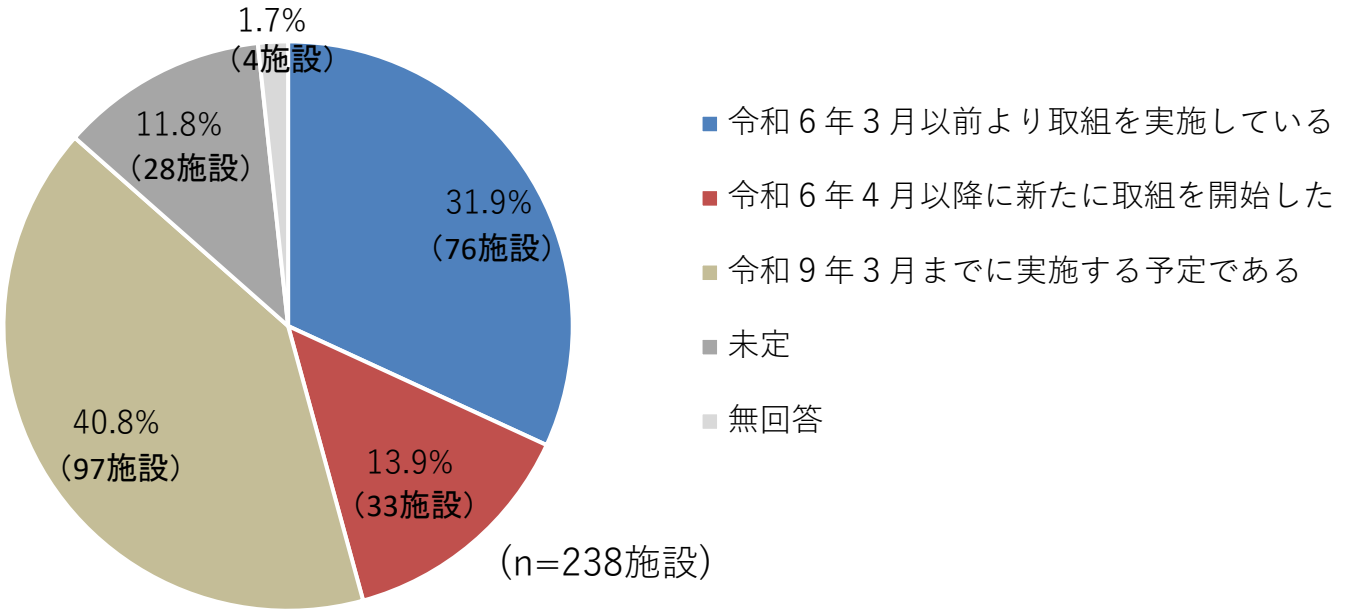
【出典】令和６年度老人保健健康増進等事業「介護保険施設等における口腔衛生の管理体制の在り方に関する調査研究事業」より老人保健課にて作成

# 特定施設入所者介護における口腔衛生の管理の取組状況

○ 特定施設入所者生活介護については、令和６年度介護報酬改定時に、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、基本サービスとして行うこととした。＜経過措置３年＞

○ 令和７年度に実施した調査では、口腔衛生の管理の取組状況について、令和６年３月以前から実施している施設は31.9%、令和６年４月以降に開始した施設は13.9%、令和９年３月までに開始する予定である施設は40.8%、未定の施設は11.8%であった。

口腔衛生の管理の取組状況




（n=238施設）

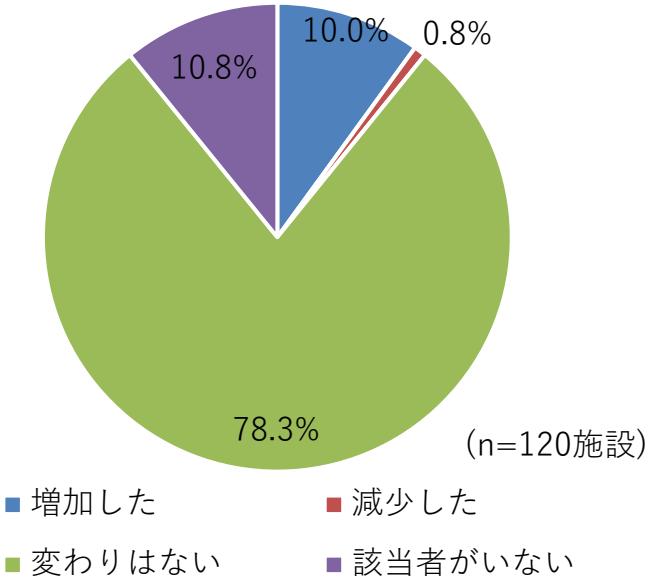
調査方法：全国1,516の特定施設を対象とした郵送調査を実施。回答率15.7%（238施設）

【出典】令和７年度老人保健健康増進等事業「特定施設等における 口腔・栄養管理体制の調査検討事業 事業」より老人保健課にて作成

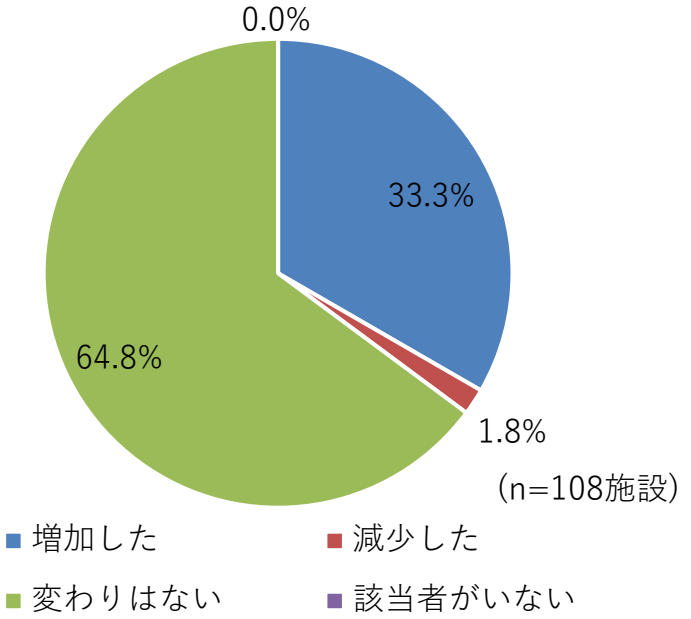
# 特定施設入所者介護における口腔衛生の管理の実施による効果

○　特定施設において、口腔衛生の管理の取り組みを実施している施設はそうでない施設と比べて、歯科訪問診療を依頼する入所者数が増加した施設が多い傾向にあった。

口腔衛生の管理の取組の実施が**ない**施設の
歯科訪問診療を依頼した入所者数の変化※




口腔衛生の管理の取組の実施が**ある**施設の
歯科訪問診療を依頼した入所者数の変化※




※令和６年４月以降の変化について回答したもの

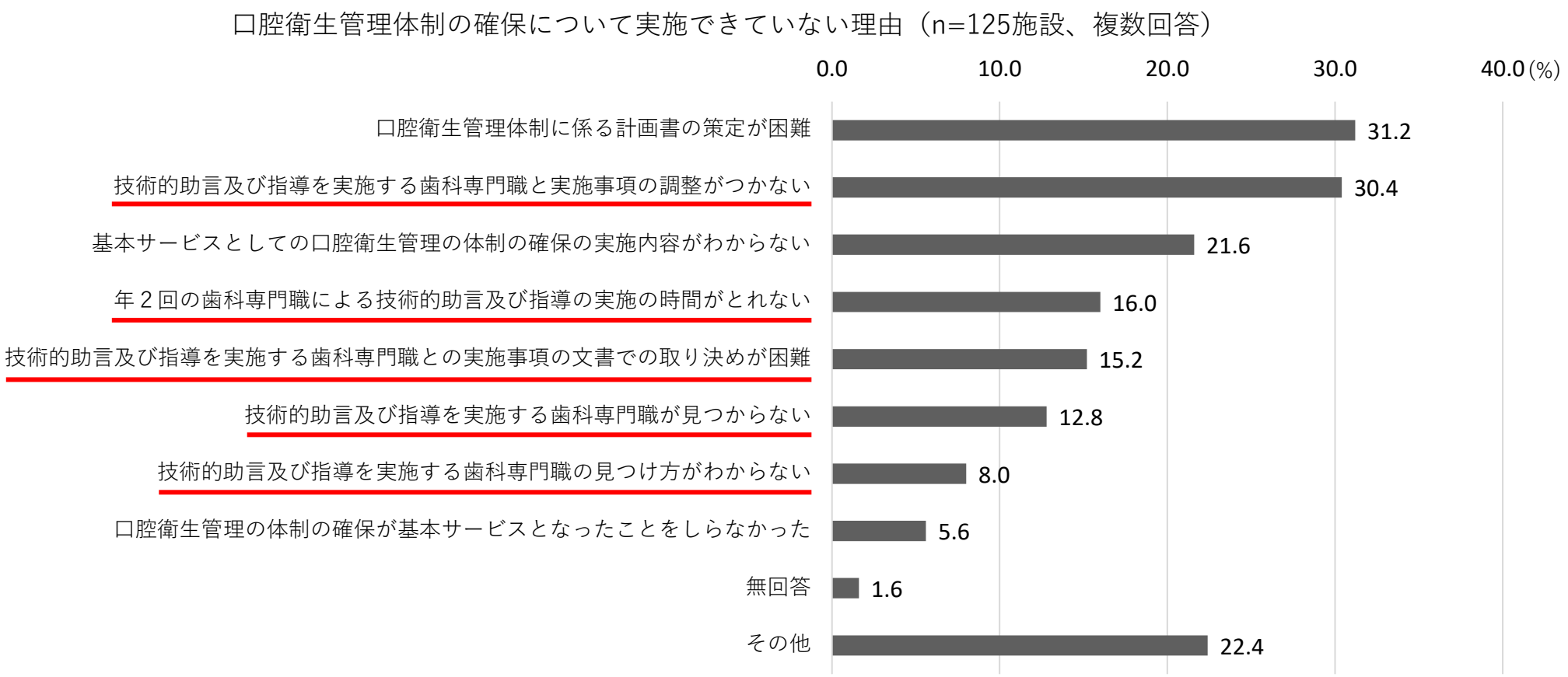
調査方法：全国1,516の特定施設を対象とした郵送調査を実施

回答率15.7%（238件　提供するサービスの内訳：特定施設サービス（70施設）、介護予防特定施設サービス（４施設）、両方のサービス（162施設））

【出典】令和７年度老人保健健康増進等事業「特定施設等における 口腔・栄養管理体制の調査検討事業 事業」より老人保健課にて作成

# 特定施設入所者介護における口腔衛生の管理の実施における課題

○ 令和７年度の調査で、口腔衛生の管理の取組について、「令和９年３月までに実施する予定である」、または「未定」と回答した施設に、口腔衛生管理の体制の確保について実施できていない理由を尋ねたところ、「歯科専門職」との連携が困難であるといった回答が多く見られた。



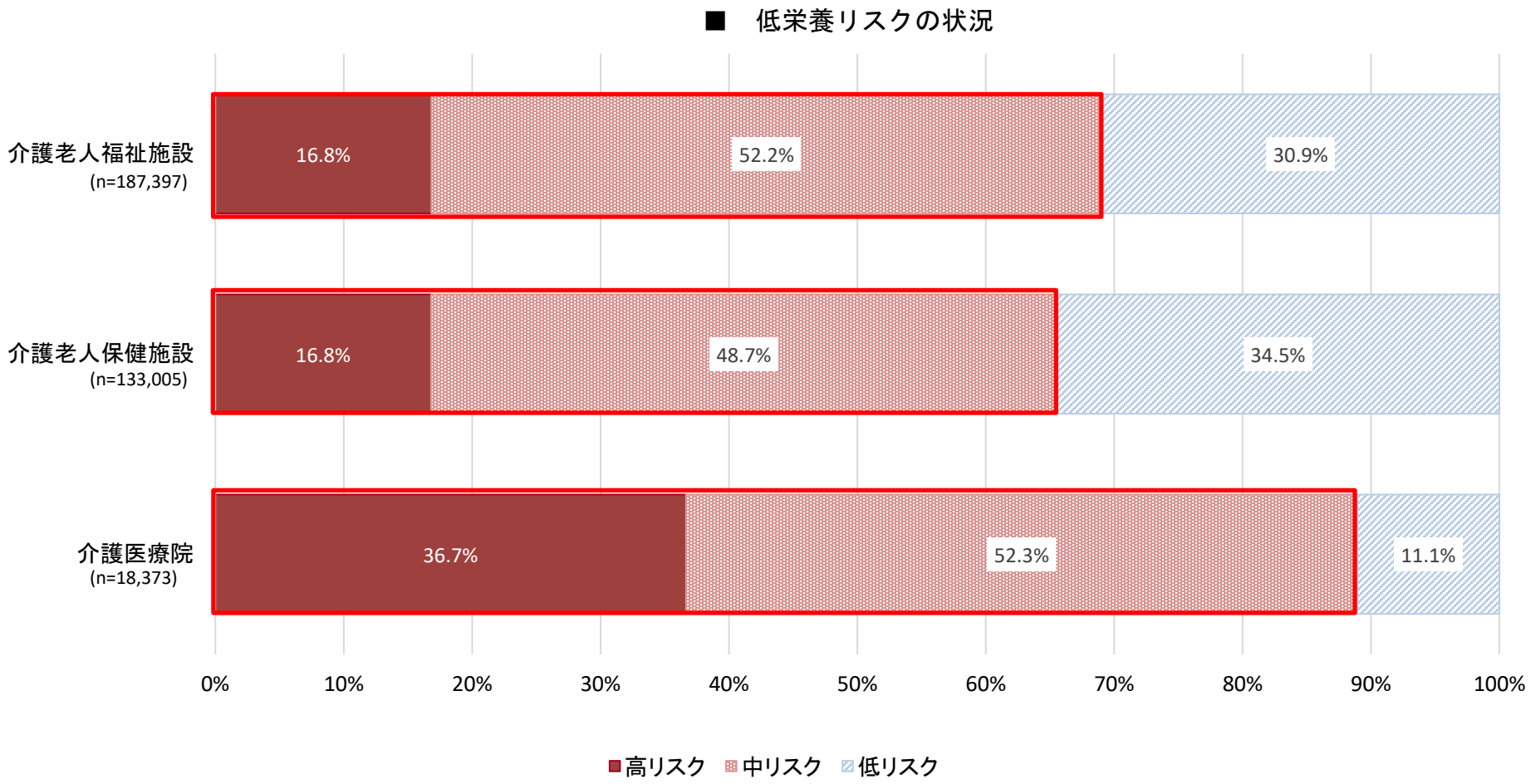

調査方法：全国1,516の特定施設を対象とした郵送調査を実施

回答率15.7%（238件　提供するサービスの内訳：特定施設サービス（70施設）、介護予防特定施設サービス（４施設）、両方のサービス（162施設））

【出典】令和７年度老人保健健康増進等事業「特定施設等における 口腔・栄養管理体制の調査検討事業 事業」より老人保健課にて作成

# 介護保険施設における低栄養リスクの状況

○　低栄養リスクが中・高リスクの者は、介護老人福祉施設入所者で 69.0%、介護老人保健施設入所者で 65.5%、介護医療院入所者で 89.0% であった。




※対象者：介護保険施設（介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院）において、「栄養・摂食嚥下スクリーニング・アセスメント・モニタリング」の項目をLIFEに情報提出している入所者 338,775 名

【出典】介護保険総合データベースのLIFEデータ（令和7年1月分）を集計し、老健局老人保健課にて作成

# 低栄養状態のリスクの判断

○ 低栄養状態のリスクの判断は、平成17年に制度に導入されて以来、大きな見直しをしてない。低栄養の診断基準は、GLIM (Global Leadership Initiative on Malnutrition) 基準が国際的に用いられており、診療報酬においては、入院時の栄養管理体制の基準において、GLIM基準による栄養状態の評価を導入している。

○ 介護保険制度における低栄養状態のリスクの判断は、GLIM基準の「栄養スクリーニング」に当たる項目を評価していることに加え、これまで血清アルブミン値が用いられてきたところであるが、血清アルブミン値は炎症等の影響も受けることから、国際的な低栄養の判断には用いられなくなっている。

## 現在の低栄養状態のリスクの判断

全ての項目が低リスクに該当する場合には、「低リスク」と判断する。高リスクにひとつでも該当する項目があれば「高リスク」と判断する。それ以外の場合は「中リスク」と判断する。

BMI、食事摂取量、栄養補給法については、その程度や個々人の状態等により、低栄養状態のリスクは異なることが考えられるため、対象者個々の程度や状態等に応じて判断し、「高リスク」と判断される場合もある。

| リスク分類 | 低リスク | 中リスク | 高リスク |
|---|---|---|---|
| BMI | 18.5～29.9 | 18.5 未満 | |
| 体重減少率 | 変化なし<br>（減少3%未満） | 1 か月に3～5%未満<br>3 か月に3～7.5%未満<br>6 か月に3～10%未満 | 1 か月に 5%以上<br>3 か月に 7.5%以上<br>6 か月に 10%以上 |
| 血清アルブミン値 | 3.6g/dl 以上 | 3.0～3.5g/dl | 3.0g/dl 未満 |
| 食事摂取量 | 76～100% | 75%以下 | |
| 栄養補給法 | | 経腸栄養法<br>静脈栄養法 | |
| 褥　瘡 | | | 褥瘡 |

出典：「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の実施及び一体的取組について」（令和6年3月 15 日付老高発 0315 第2号 老認発 0315 第2号 老老発 0315 第2号）

## GLIM基準

栄養スクリーニング※

※検証済みのスクリーニングツールを使用（例：MUST、NRS-2002、MNA-SF等）

↓

栄養リスクあり

↓

低栄養診断

**表現型基準**（フェノタイプ基準）

【意図しない体重減少】
- 6ヶ月以内：＞5%
- 6ヶ月以上：＞10%

【低BMI】
- 70歳未満：＜18.5
- 70以上：＜20

【筋肉量減少】
- 筋肉量の減少※

＋

**病因基準**（エチオロジー基準）

【食事摂取量減少／消化吸収低下】
- 必要栄養量の50%以下の食事摂取量が1週間以上
- 食事摂取量減少が2週間以上
- 消化吸収に悪影響を及ぼす慢性的な消化管の状態

【疾病負荷／炎症】
- 急性疾患や外傷による炎症
- 慢性疾患による炎症

※CTなどの断層画像、バイオインピーダンス分析、DEXAなどによって評価、下腿周囲長などの身体計測値でも代用可
（人種に適したサルコペニア診断に用いる筋肉量減少の基準値を使用）

表現型基準1項目以上 ＋ 病因基準1項目以上

↓

低栄養と診断

↓

重症度判定

| | 意図しない体重減少 | 低BMI | 筋肉量減少 |
|---|---|---|---|
| 重度低栄養と診断される項目 | ■ 過去6ヶ月以内：＞10%<br>■ 過去6ヶ月以上：＞20% | ■ 高度な減少 | ■ 高度な減少 |

表現型基準の3項目で、より高度な基準値を超えたものが一つでもある場合は重度低栄養と判定され、一つも該当しない場合は中等度低栄養と判定

【出典】日本栄養治療学会GLIMワーキンググループ作成(2024.10.10改訂版)より、老健局老人保健課にて作成

# 栄養管理体制の基準の明確化（入院料通則の改定①）

## 栄養管理体制の基準の明確化

➢ 退院後の生活を見据え、入院患者の栄養管理体制の充実を図る観点から、栄養管理体制の基準を明確化する。

### 現行

【入院基本料等の施設基準等】

５ 栄養管理体制の基準

(1)　（略）

(2) 管理栄養士をはじめとして、医師、看護師、その他医療従事者が共同して栄養管理を行う体制を整備し、あらかじめ栄養管理手順（栄養スクリーニングを含む栄養状態の評価、栄養管理計画、定期的な評価等）を作成すること。

(3)～(9)　（略）

### 改定後

【入院基本料等の施設基準等】

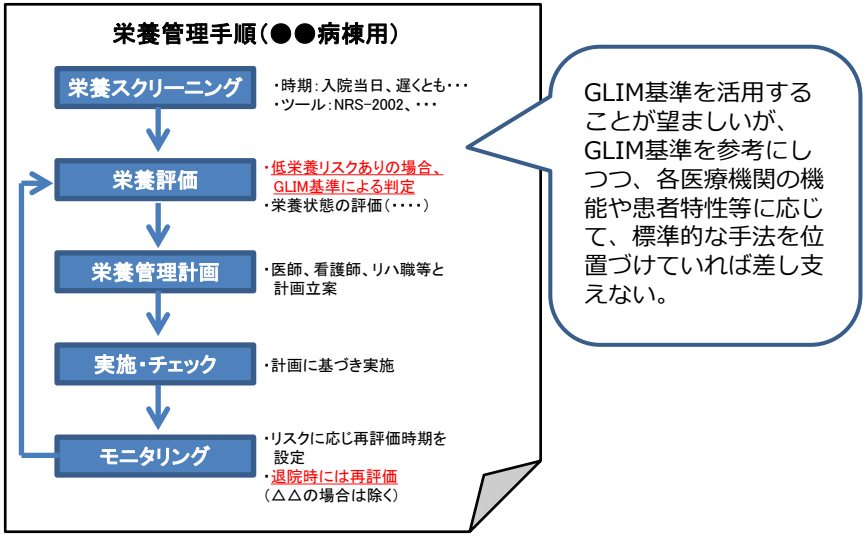
５ 栄養管理体制の基準

(1)　（略）

(2) 管理栄養士をはじめとして、医師、看護師、その他医療従事者が共同して栄養管理を行う体制を整備し、あらかじめ栄養管理手順（**標準的な**栄養スクリーニングを含む栄養状態の評価、栄養管理計画、**退院時を含む**定期的な評価等）を作成すること。

(3)～(9)　（略）

**イメージ**　各医療機関の機能や患者特性等に応じて栄養管理手順に位置づける




**<参考> GLIM(Global Leadership Initiative on Malnutrition)基準**

2018年に世界の栄養学会（ESPEN:欧州, ASPEN:北米, PENSA:アジア, FELANPE:南米）が低栄養の診断基準としてGLIM基準を策定

**●栄養スクリーニング**

・全ての対象者に対して栄養スクリーニングを実施し、低栄養リスクのある症例を特定
・検証済みのスクリーニングツール（例：MUST、NRS-2002、MNA-SFなど）を使用

↓

**低栄養リスクあり**

↓

**●低栄養診断**

| 表現型基準（フェノタイプ基準） | | | 病因基準（エチオロギー基準） | |
|---|---|---|---|---|
| 意図しない体重減少 | 低BMI | 筋肉量減少 | 食事摂取量減少、消化吸収能低下 | 疾病負荷／炎症 |
| それぞれの項目で１つ以上に該当 | | | ＋ それぞれの項目で１つ以上に該当 | |

↓

**低栄養と判定**

↓

**重症度判定（中等度低栄養、重度低栄養）**

※詳細は、日本栄養治療学会（JSPEN）HP「GLIM基準について」を参照

# 介護保険施設における栄養スクリーニング・アセスメントの状況

○ 栄養スクリーニング・アセスメント項目は多くの施設で適切に把握されていたが、入所前の体重や食事摂取量、血液検査値などは他事業所情報に依存する部分があった。
○ 入所中の再スクリーニング・アセスメントは、全ての項目で実施している施設は約８割であり、定期的に実施していない項目は、血清アルブミンが最も多く約２割だった。

**■ BMIの把握**

（複数回答可）

| | 特養(n=369) | | 老健(n=281) | |
|---|---|---|---|---|
| | n | (%) | n | (%) |
| 自施設で測定した身長と体重から算出する | 324 | (87.8) | 262 | (93.2) |
| 他事業所から得られた情報を用いる | 215 | (58.3) | 162 | (57.7) |
| 把握しない | 0 | (0.0) | 0 | (0.0) |
| その他 | 9 | (2.4) | 8 | (2.8) |

**■ 体重減少率の把握**

（複数回答可）

| | 特養(n=369) | | 老健(n=281) | |
|---|---|---|---|---|
| | n | (%) | n | (%) |
| 自施設で測定した体重(現体重)と入所前の情報(過去の体重)を組み合わせて算出する | 317 | (85.9) | 249 | (88.6) |
| 他事業所から得られた情報を用いる | 106 | (28.7) | 91 | (32.4) |
| 把握しない | 26 | (7.0) | 16 | (5.7) |
| その他 | 8 | (2.2) | 8 | (2.8) |

**■ 血清アルブミンの把握**

（複数回答可）

| | 特養(n=369) | | 老健(n=281) | |
|---|---|---|---|---|
| | n | (%) | n | (%) |
| 自施設(併設医療機関を含む)で採血する | 199 | (53.9) | 153 | (54.4) |
| 他事業所から得られた情報を用いる | 208 | (56.4) | 176 | (62.6) |
| 把握しない | 54 | (14.6) | 41 | (14.6) |
| その他 | 12 | (3.3) | 9 | (3.2) |

**■ 食事摂取量の把握**

（複数回答可）

| | 特養(n=369) | | 老健(n=281) | |
|---|---|---|---|---|
| | n | (%) | n | (%) |
| 自施設で評価した食事摂取量から算出する | 326 | (88.3) | 264 | (94.0) |
| 他事業所から得られた情報を用いる | 132 | (35.8) | 105 | (37.4) |
| 把握しない | 6 | (1.6) | 0 | (0.0) |
| その他 | 2 | (0.5) | 1 | (0.4) |

**■ 必要栄養量(エネルギー・たんぱく質など)の把握**

（複数回答可）

| | 特養(n=369) | | 老健(n=281) | |
|---|---|---|---|---|
| | n | (%) | n | (%) |
| 自施設で評価した情報から算出する | 341 | (92.4) | 266 | (94.7) |
| 他事業所から得られた情報を用いる | 133 | (36.0) | 108 | (38.4) |
| 把握しない | 0 | (0.0) | 1 | (0.4) |
| その他 | 2 | (0.5) | 1 | (0.4) |

**■ 入所中の再スクリーニング・再アセスメントの定期的な実施の有無と実施していない項目**

（複数回答可）

| | 特養(n=369) | | 老健(n=281) | |
|---|---|---|---|---|
| | n | (%) | n | (%) |
| すべての項目で実施している | 302 | (81.8) | 216 | (76.9) |
| 一部の項目で実施していない | 67 | (18.2) | 65 | (23.1) |
| 定期的に実施していない項目（複数回答可）※特養・老健の合計で多い順 | | | | |
| 血清アルブミン値 | 60 | (16.3) | 62 | (22.1) |
| BMI | 14 | (3.8) | 8 | (2.8) |
| 体重減少率 | 13 | (3.5) | 9 | (3.2) |
| 褥瘡 | 5 | (1.4) | 8 | (2.8) |
| 必要栄養量 | 6 | (1.6) | 6 | (2.1) |
| 嚥下調整食の必要性の有無 | 6 | (1.6) | 5 | (1.8) |
| 栄養補給法 | 3 | (0.8) | 7 | (2.5) |
| 食事時の摂食・嚥下状況 | 3 | (0.8) | 5 | (1.8) |
| 食事摂取量 | 2 | (0.5) | 5 | (1.8) |

調査方法：全国の80 床以上の介護老人福祉施設1,594施設、介護老人保健施設1,157施設を対象に、WEB 調査による横断調査

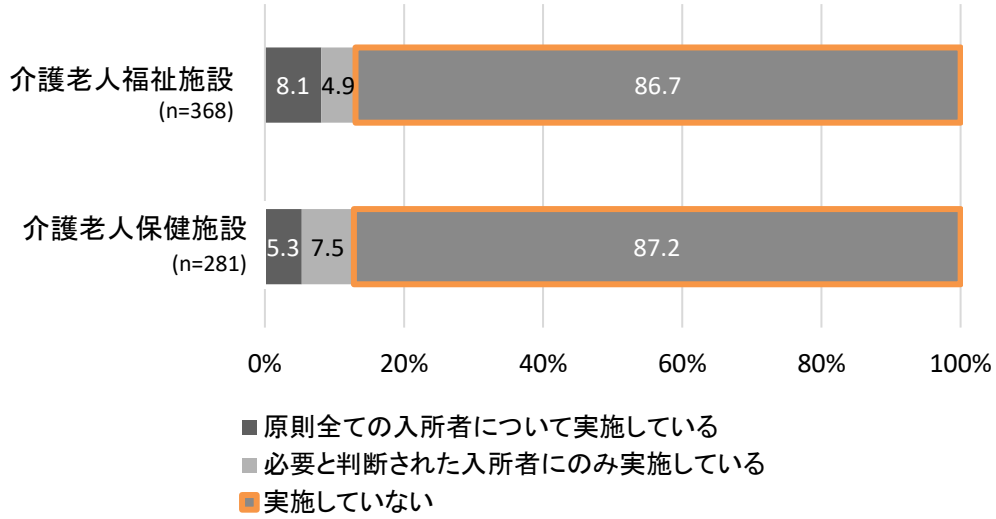
【出典】令和7年度厚生労働科学研究費補助金「高齢者の自立支援・重度化防止に資する栄養ケア・マネジメントの推進に向けた低栄養状態の把握手法のための研究」より老健局老人保健課にて作成

# 介護保険施設におけるGLIM基準の利用状況

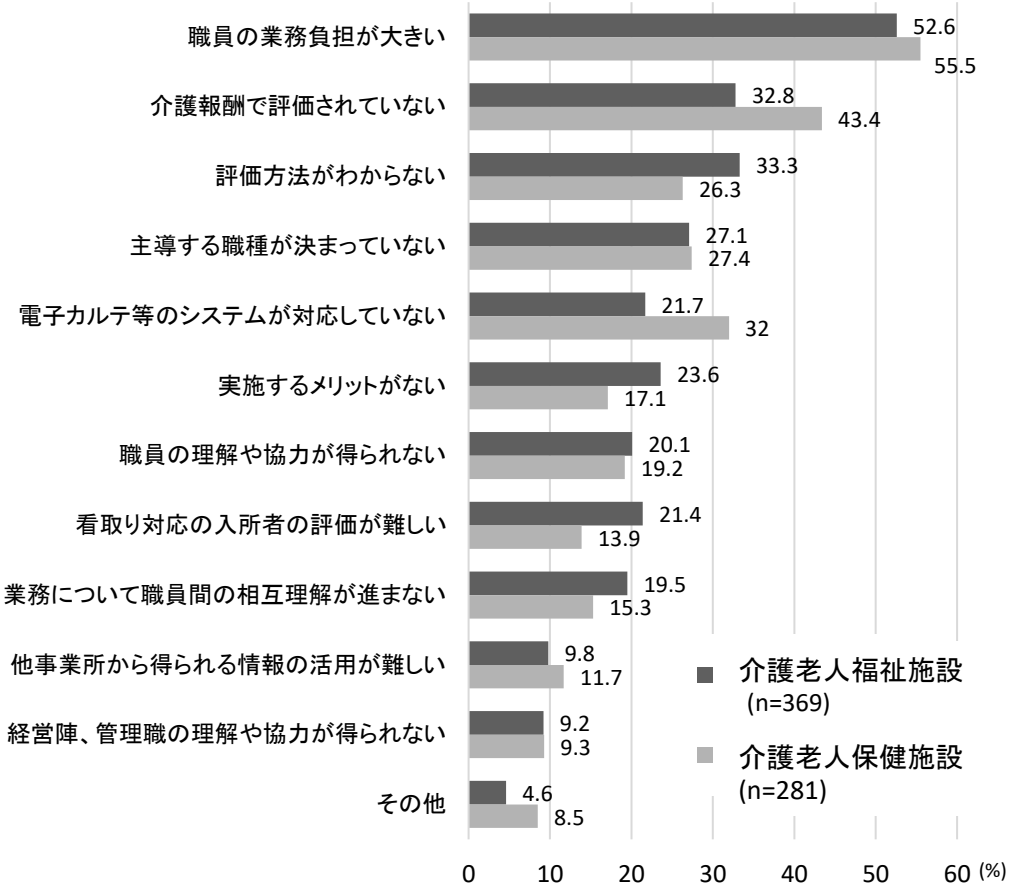
○ GLIM基準による低栄養診断の実施状況は、「実施していない」が介護老人福祉施設で 86.7%、介護老人保健施設で 87.2%であった。

○ GLIM 基準を利用又は導入する上での課題は、「職員の業務負担が大きい（介護職員や看護職員等を含む）」が5割を超え、次に「介護報酬で評価されていない」、「評価方法がわからない」だった。

■ GLIM基準による低栄養診断の実施状況




■ GLIM 基準を利用又は導入する上での主な課題




調査方法：全国の80 床以上の介護老人福祉施設1,594施設、介護老人保健施設1,157施設を対象に、WEB 調査による横断調査

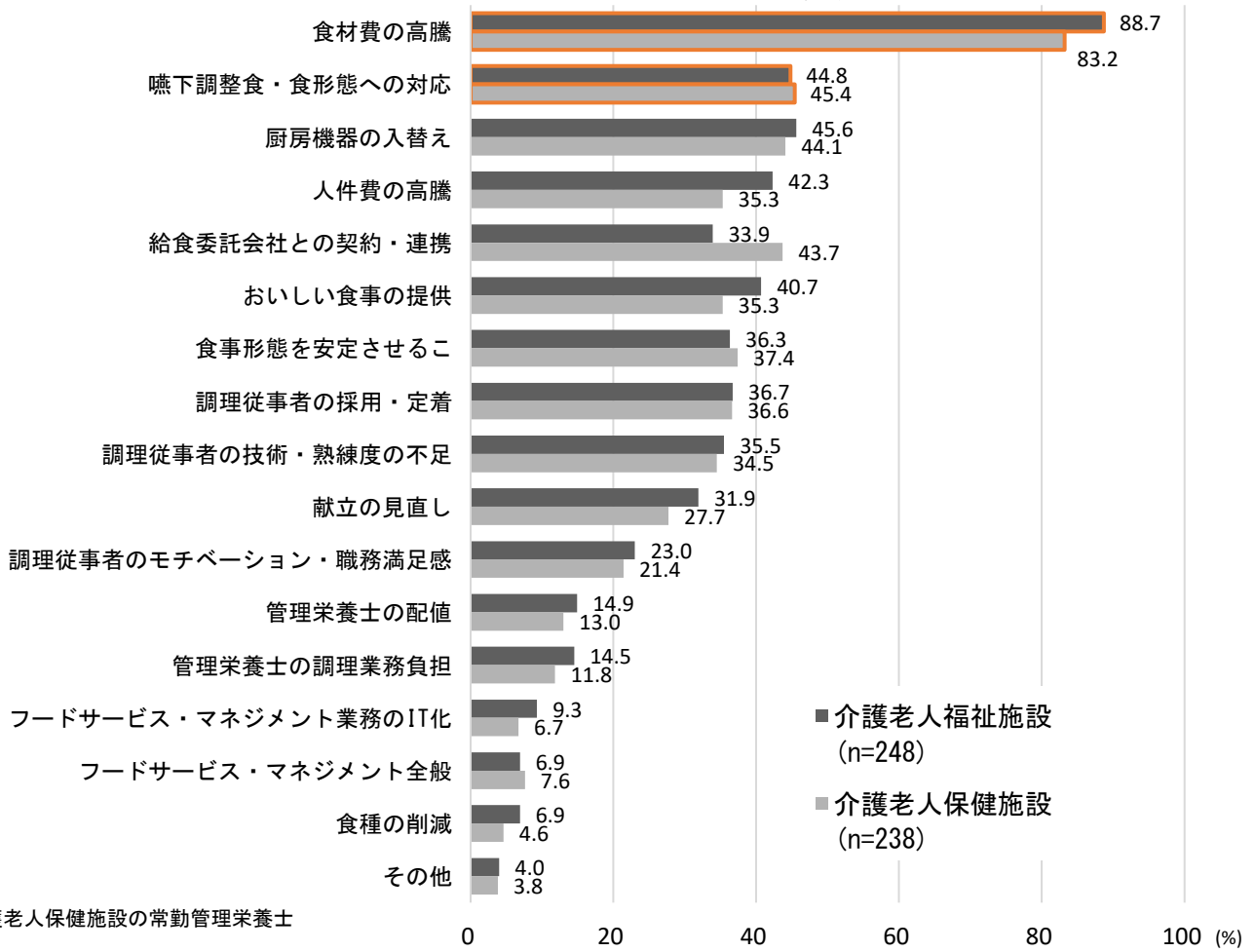
【出典】令和7年度厚生労働科学研究費補助金「高齢者の自立支援・重度化防止に資する栄養ケア・マネジメントの推進に向けた低栄養状態の把握手法のための研究」より老健局老人保健課にて作成

# 介護保険施設におけるフードマネジメントに関する困りごと

○　フードマネジメント※に関する困りごとは、「食材費の高騰」が最も高く、介護老人福祉施設で88.7%、介護老人保健施設で83.2%であり、次に「嚥下調整食・食形態への対応」が高く、介護老人福祉施設で44.8%、介護老人保健施設で45.4%であった。

※　本調査での「フードマネジメント」とは、介護保険施設における適切な栄養・食事管理、品質管理、労務管理等、効果的な給食オペレーション等に関わる一連のマネジメント業務を指す

■　フードマネジメントに関する困りごと（複数回答）

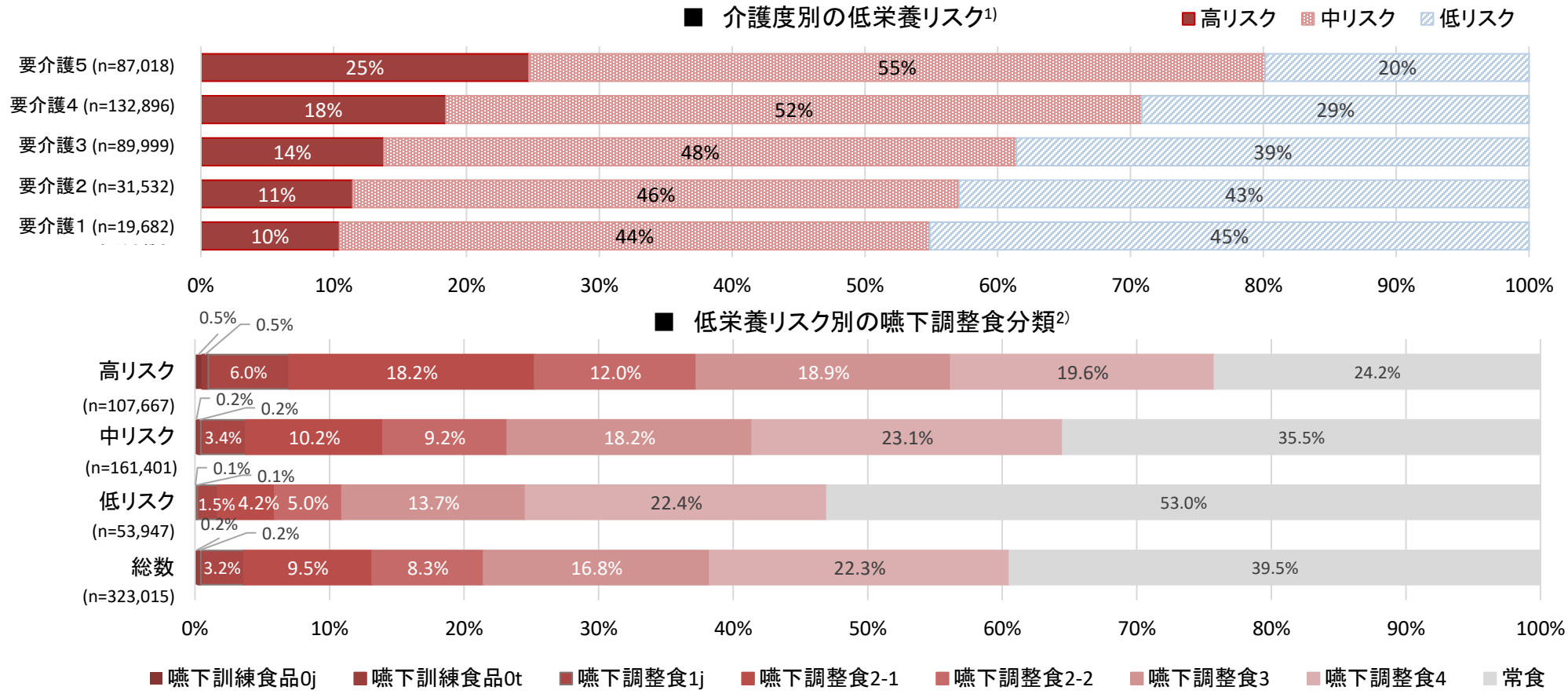



対象者：全国の80床以上の介護老人福祉施設及び介護老人保健施設の常勤管理栄養士

【出典】令和7年度老人保健健康増進等事業「嚥下機能に配慮した食事提供の評価に関する調査研究事業」より老健局老人保健課にて作成

# 要介護度別低栄養リスクの状況及び低栄養リスク別嚥下調整食の提供状況

○　低栄養リスクが高リスク者の割合は、要介護度が重度なほど高かった。
○　低栄養リスクが高くなるほど、常食の割合が減り、低栄養リスク別の嚥下調整食分類では、全ての低栄養リスクにおいて「嚥下調整食４」が最も多かった（高リスク者で 19.6% 、中リスク者で 23.1%、低リスク者22.4% ）。次いで、「嚥下調整食３」が高リスク者で 18.9% 、中リスク者で 18.2%、低リスク者で13.7% であった。



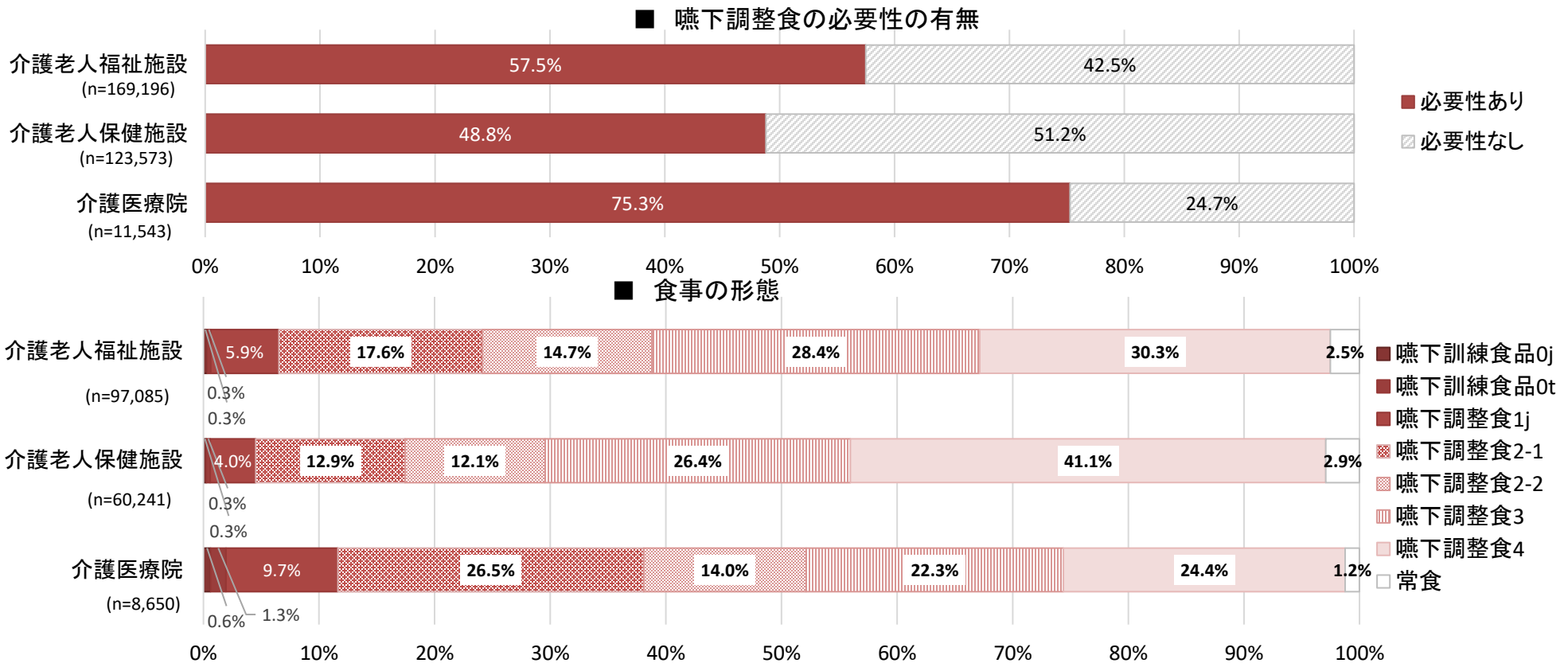

※1 対象者：介護保険施設（介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院）において、「栄養・摂食嚥下スクリーニング・アセスメント・モニタリング」の項目をLIFEに情報提出している入所者 361,127名
※2 対象者：介護保険施設（介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院）において、「栄養・摂食嚥下スクリーニング・アセスメント・モニタリング」の項目をLIFEに情報提出している入所者 323,015名

【出典】介護保険総合データベースのLIFEデータ（令和７年１月分）を集計し、老健局老人保健課にて作成

# 嚥下調整食の必要性がある利用者の状況

○ 嚥下調整食の必要性がある者の割合は、介護老人福祉施設が 57.5%、介護老人保健施設が 48.8%、介護医療院が 75.3% であった。

○ 嚥下調整食の必要性がある者のうち、嚥下調整食を摂取している者の食事の形態は、介護老人福祉施設及び介護老人保健施設で「嚥下調整食４」が 30.3%、41.1%、介護医療院で「嚥下調整食2-1」が 26.5% で最も多く、次いで、全ての施設で「嚥下調整食３」であった（介護老人福祉施設：28.4%、介護老人保健施設：26.4%、介護医療院：22.3%）。




※対象者：介護保険施設（介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院）において、「栄養・摂食嚥下スクリーニング・アセスメント・モニタリング」項目をLIFEに提出している経口摂取（一部経口若しくは経口のみの者）している入所者 304,312名

【出典】介護保険総合データベースのLIFEデータ（令和７年１月分）を集計し、老健局老人保健課にて作成

# （参考）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

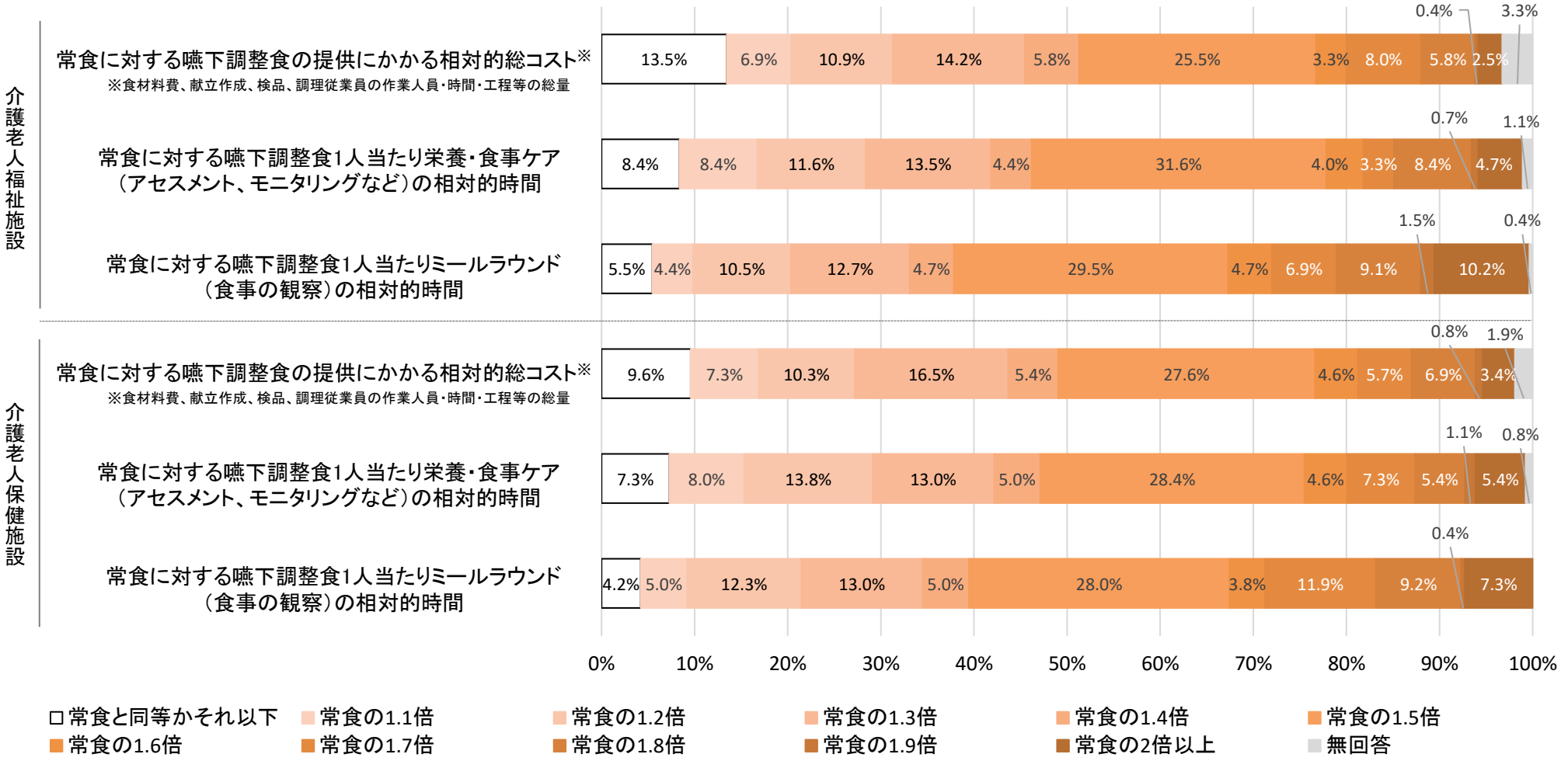
○　国内の病院・施設・在宅医療及び福祉関係者が共通して使用できることを目的として、嚥下調整食分類が示されており、栄養・摂食嚥下スクリーニング・アセスメント・モニタリング様式や科学的介護推進体制加算のLIFE提出項目等においても当該分類のコードを活用している。

| コード | | 名称 | 形態 | 目的・特色 | 主食の例 |
|---|---|---|---|---|---|
| 0 | j | 嚥下訓練食品 0j | 均質で、付着性・凝集性・かたさに配慮したゼリー<br>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<br>少量をすくってそのまま丸呑み可能<br>残留した場合にも吸引が容易<br>たんぱく質含有量が少ない | |
| | t | 嚥下訓練食品 0t | 均質で、付着性・凝集性・かたさに配慮したとろみ水<br>（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<br>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<br>たんぱ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<br>（少量をすくってそのまま丸呑み可能）<br>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<br>0j 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 2－1 | 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<br>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<br>（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 2－2 | 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<br>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<br>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<br>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 |

【出典】「日本摂食嚥下リハビリテーション学会誌　25(2):135-149, 2021」により老健局老人保健課にて作成

# 嚥下機能に配慮した食事提供への対応状況

○　嚥下調整食の提供に当たって、嚥下調整食の提供に係る「総コスト」及び「栄養・食事ケアの時間」、「ミールラウンドの時間」は、常食よりも相対的に増えると回答する施設が大半であった。




対象施設：全国の80 床介護老人福祉施設275施設、介護老人保健施設261施設

【出典】令和7年度老人保健健康増進等事業「嚥下機能に配慮した食事提供の評価に関する調査研究事業」より老健局老人保健課にて作成

# 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、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）

### 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、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**

**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１ｊ | 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**<br>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**<br>600μのメッシュに通し、なめらかにしたもの | **カレーライス**<br>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 | **棒々鶏**<br>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**<br>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/

**［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］**

○　検食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。

# （参考）療養食加算について

**【概要】**
利用者の病状等に応じて、主治の医師より利用者に対し疾患治療の直接手段として発行された食事箋に基づき、管理栄養士又は栄養士の管理の下、厚生労働大臣の定める療養食を提供したときに算定（１食当たりの算定）

**【単位数】**
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
：**６単位/食**

短期入所生活介護、短期入所療養介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
：**８単位/食**

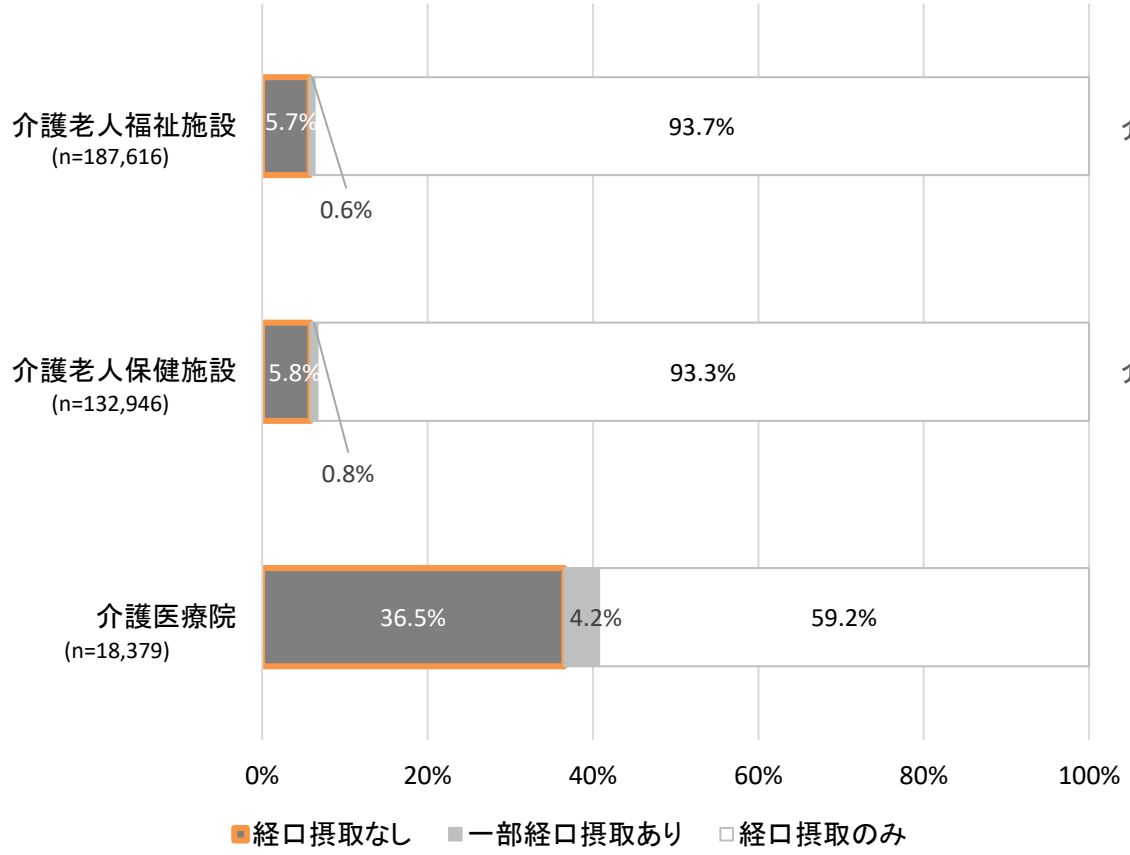
**[対象となる食種]**
- 糖尿病食
- 腎臓病食
- 肝臓病食
- 胃潰瘍食（流動食除く）
- 貧血食
- 膵臓病食
- 脂質異常症食
- 痛風食
- 特別な場合の検査食

# 栄養摂取の方法

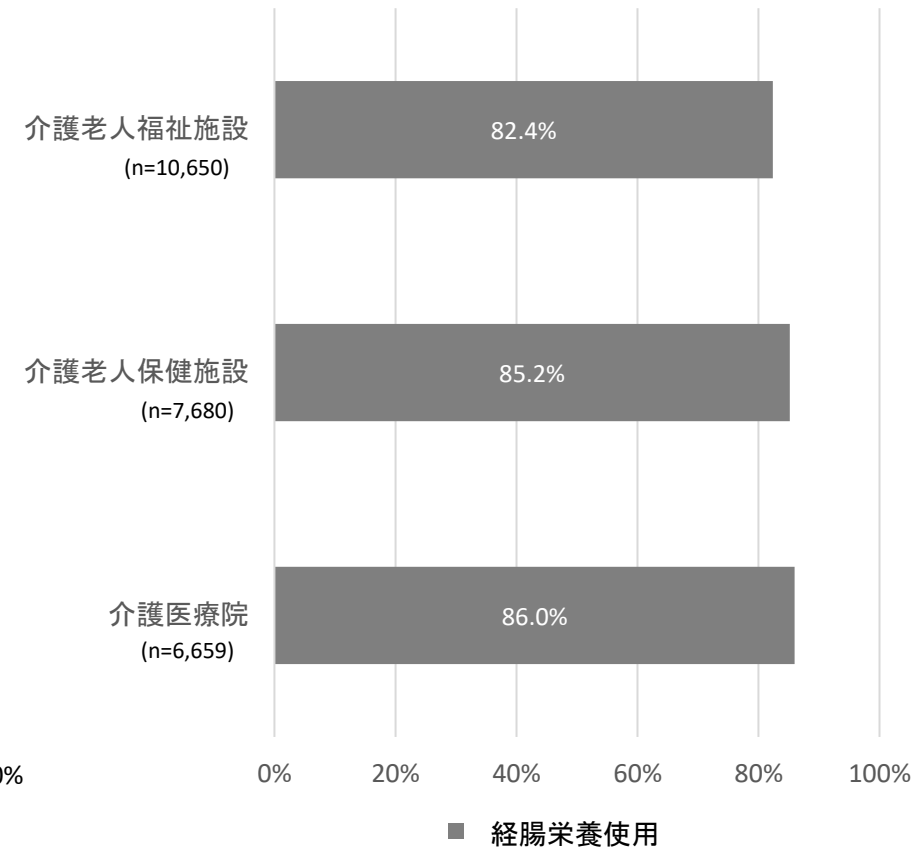
○ 栄養摂取の方法について、経口摂取していない者の割合は、介護老人福祉施設で 5.7%、介護老人保健施設で 5.8%、介護医療院で 36.5%であった。

○ 経口摂取していない者における経腸栄養の割合は、介護老人福祉施設で 82.4%、介護老人保健施設で 85.2%、介護医療院で 86.0%であった。

■ 介護施設別の経口摂取の有無




■ 経口摂取してない者における経腸栄養の割合



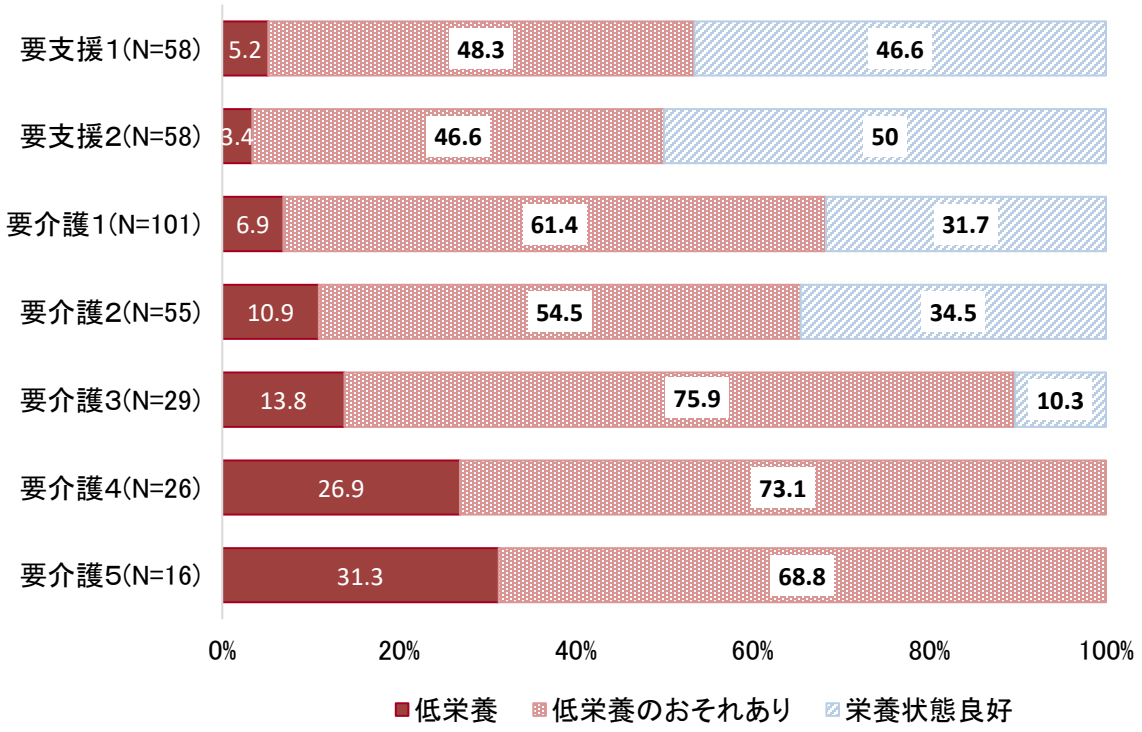

対象者：介護保険施設（介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院）において、「栄養・摂食嚥下スクリーニング・アセスメント・モニタリング」の項目をLIFEに情報提出している入所者 338,941名

【出典】介護保険総合データベースのLIFEデータ（令和7年1月分）を集計し、老健局老人保健課にて作成

# 通所系サービスおける低栄養の状況

○　「低栄養のおそれあり」及び「低栄養」の状態である者の割合は、要支援者は50％以上、要介護者は70％以上であった。
○　通所サービスにおいて、低栄養の評価を行っていない事業所の割合は、通所介護事業所が 23.9％、通所リハビリテーション事業所が 19.5％、看護小規模多機能型居宅介護事業所が 8.4％であった。

■ 低栄養の状況

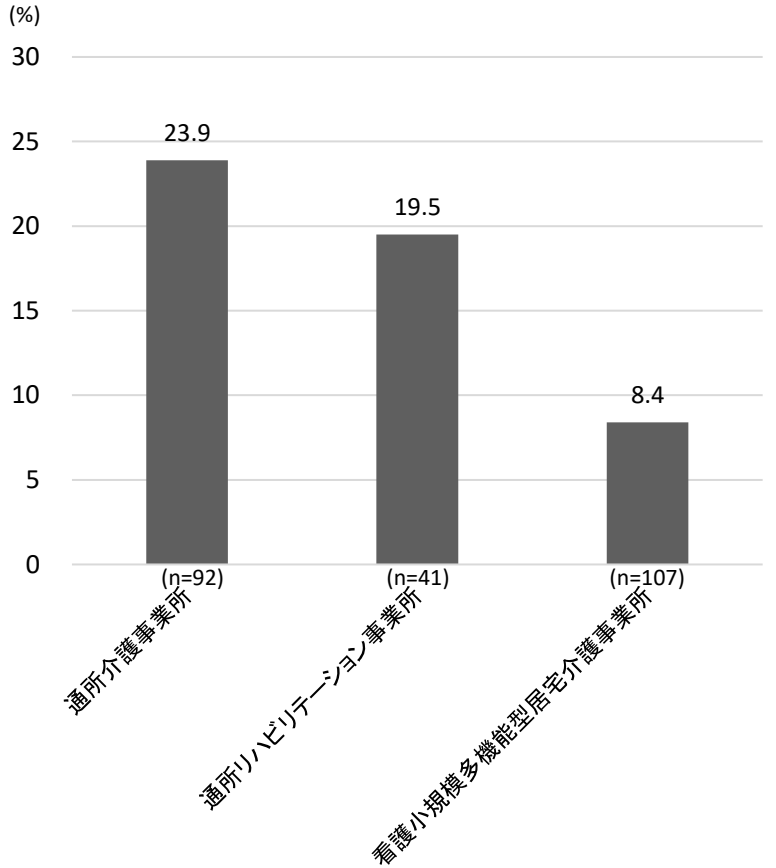



対象者：通所サービスや居宅サービスを利用する65歳以上の高齢者343名
本調査では、身体・健康の質問※及びMNAによって栄養状態を判定

※「食事量減少の有無」「過去3ヶ月間での体重減少の有無」「自立歩行の可否」「過去3ヶ月間での精神的ストレスなどへの罹患経験の有無」「神経・精神的問題の有無」の5項目

【出典】令和4年度老人保健健康増進等事業「ICT等を活用した在宅高齢者の栄養・食生活支援に関する調査研究事業」より老健局老人保健課にて作成

■ 低栄養の確認をしていない事業所割合



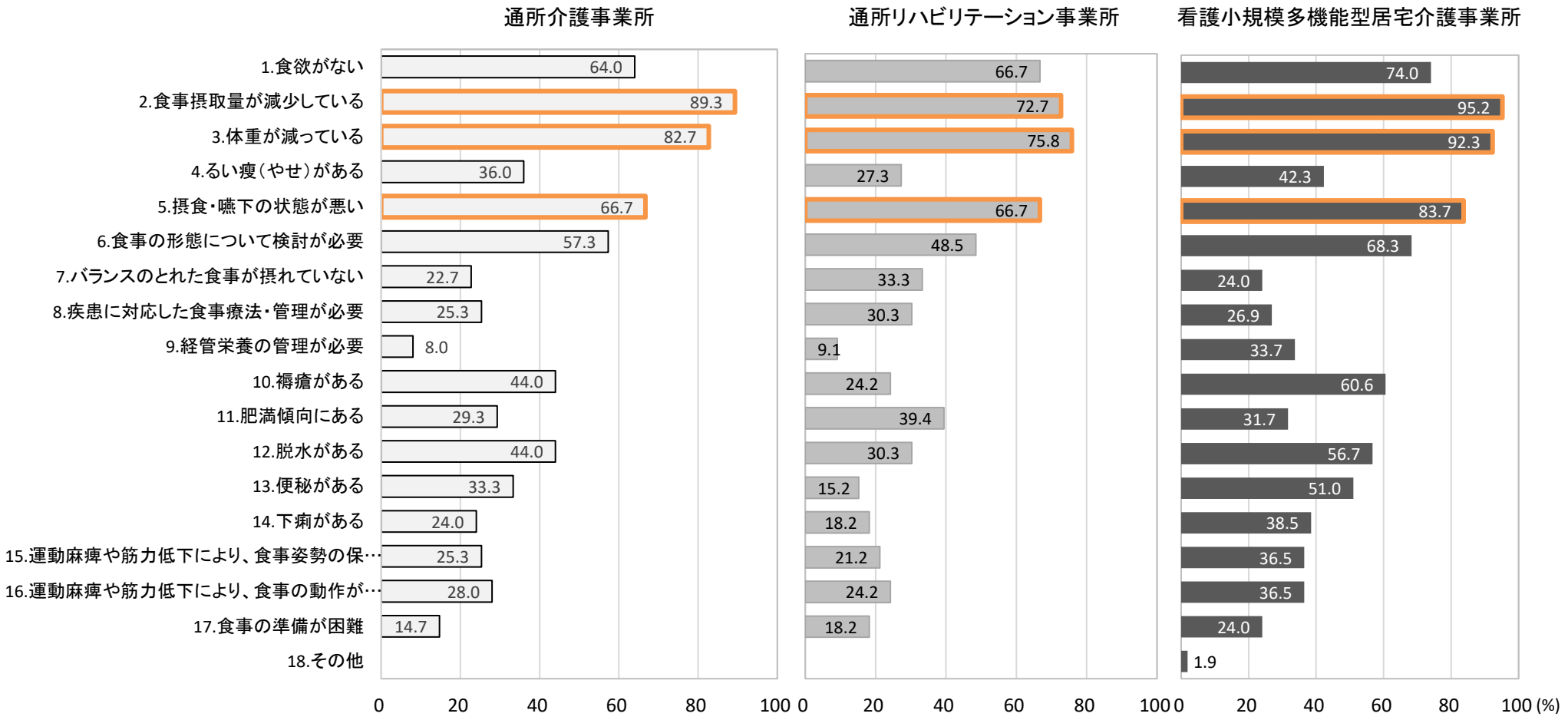

対象施設：通所介護事業所、通所リハビリテーション事業所、看護小規模多機能型居宅介護事業所の 240 事業所

【出典】令和7年度老人保健健康増進等事業「在宅における栄養管理・口腔管理の充実に関する調査研究事業」より老健局老人保健課にて作成

# 通所介護、通所リハビリテーション、看護小規模多機能型居宅介護における食事・栄養状態の課題等

○　食事・栄養状態の課題として確認している項目は、「食事摂取量が減少している」、「体重が減っている」、「摂食・嚥下の状態が悪い」等が多かった。

■　食事・栄養状態の課題として確認している項目

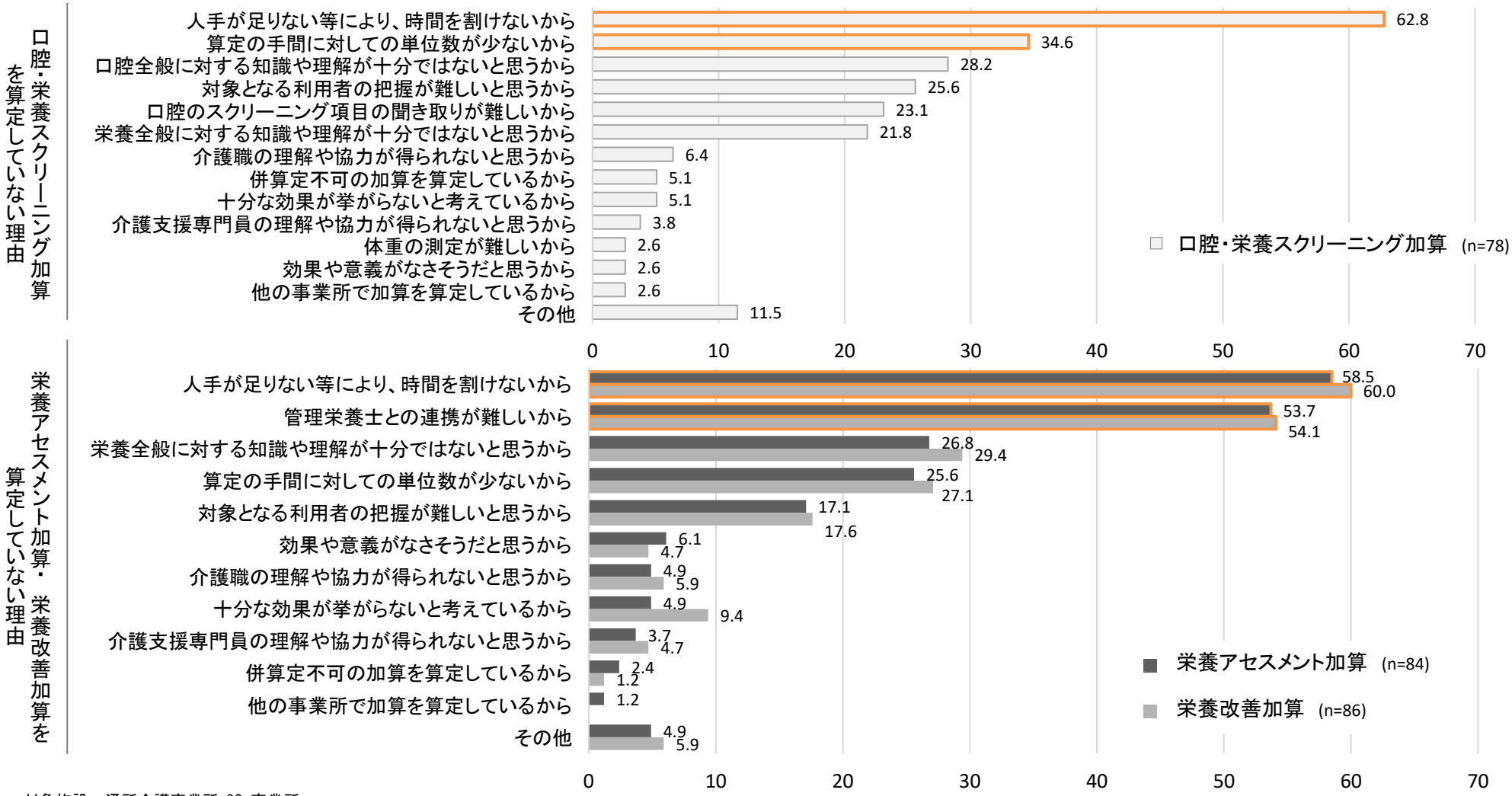



対象施設：通所介護事業所（n=92）、通所リハビリテーション事業所（n=41）、看護小規模多機能型居宅介護事業所（n=107）の 240 事業所

【出典】令和7年度老人保健健康増進等事業「在宅における栄養管理・口腔管理の充実に関する調査研究事業」より老健局老人保健課にて作成

# 加算算定が困難な主な理由

○　口腔・栄養スクリーニング加算を算定していない理由は、「人手が足りない等により、時間を割けない」が62.8%、次いで「算定の手間に対しての単位数が少ない」が34.6%だった。
○　栄養アセスメント加算及び栄養改善加算を算定していない理由は、「人手が足りない等により、時間を割けない」が約６割、次いで「管理栄養士との連携が難しい」が約５割であった。




対象施設：通所介護事業所 92 事業所

【出典】令和7年度老人保健健康増進等事業「在宅における栄養管理・口腔管理の充実に関する調査研究事業」より老人保健課にて作成

１．口腔・栄養関連サービスの概況

２．令和６年度介護報酬改定の内容

３．関連する各種意見・サービス提供等の状況

**４．現状と課題及び論点**

# 口腔・栄養に係る現状と課題

## 現状と課題

（口腔）

- 口腔連携強化加算を算定したことがある事業所において、39.3%の事業所が新たに「歯科受診につながったケースがあった」と回答した。
- 口腔連携強化加算に係る口腔の健康状態の評価及び情報提供書を受領した後の歯科医療機関の対応は、「受領した全員について介護事業所と相談している」が34.8％で最も多かった。
- 口腔連携強化加算を算定していない理由は、「時間や手間がかかる」が33.4％で最も多く、次いで「口腔の健康状態の評価が難しい」が26.3%、「算定要件がわからないから」が18.3%、「単位数が少ないから」が18.2%であった。
- 介護保険施設において、施設入所時及び入所後月に１回程度の口腔の健康状態の評価の実施による変化として、「施設職員の口腔の状態評価について理解が深くなった。」が最も多く59.7％、次いで「利用者の口腔の状態が改善した。」が45.9％であった。
- 介護保健施設が、口腔の健康状態の評価を行うようになったことで新たに歯科受診へつながったケースがあると回答した介護保険施設は47.1%であった。
- 特定施設における口腔衛生の管理の取組状況について、令和６年３月以前から実施している施設は31.9％、令和６年４月以降に開始した施設は13.9％、令和９年３月までに開始する予定である施設は40.8％、未定の施設は11.8％であった。
- 特定施設において、口腔衛生管理の取り組みを実施している施設はそうでない施設と比べて、歯科訪問診療を依頼する入所者数が増加した施設が多い傾向にあった。
- 特定施設における口腔衛生管理の体制の確保について実施できていない理由として、「歯科専門職」との連携が困難であるといった回答が多く見られた。

# 口腔・栄養に係る現状と課題

## 現状と課題

（栄養）

■ 栄養管理は、個々の利用者の健康状態や栄養状態に応じ、多職種が連携して行う栄養ケア・マネジメントを基本としつつ、低栄養状態や摂食嚥下機能が低下した利用者に対する丁寧な栄養支援を行っている。

■ 低栄養リスクが中・高リスクの者の割合は、介護老人福祉施設 69.0%、介護老人保健施設 65.5%、介護医療院 89.0% であった。

■ 低栄養状態のリスクの判断は、平成17年に制度に導入されて以来、大きな見直しをしてない。低栄養の診断基準は、GLIM基準が国際的に用いられており、診療報酬においては、GLIM基準による栄養状態の評価を導入している。

■ 介護保険制度における低栄養状態のリスクの判断は、GLIM基準の「栄養スクリーニング」に当たる項目を評価していることに加え、これまで血清アルブミン値が用いられてきたところであるが、血清アルブミン値は炎症等の影響も受けることから、国際的な低栄養の判断には用いられなくなっている。

■ フードマネジメントに関する困りごとは、「食材費の高騰」が最も高く、介護老人福祉施設 88.7%、介護老人保健施設 83.2%であり、次に「嚥下調整食・食形態への対応」で、介護老人福祉施設 44.8%、介護老人保健施設健 45.4%であった。

■ 嚥下調整食の必要性がある者の割合は、介護老人福祉施設 57.5%、介護老人保健施設 48.8%、介護医療院が 75.3%であった。

■ 嚥下調整食の提供に当たって、嚥下調整食の提供に係る「総コスト」及び「栄養・食事ケアの時間」、「ミールラウンドの時間」は、常食よりも相対的に増えると回答する施設が大半であった。

■ 栄養摂取の方法について、経口摂取をしていない者の割合は、介護老人福祉施設 5.7%、介護老人保健施設 5.8%、介護医療院 36.5%であった。経口摂取していない者における経腸栄養の割合は、介護老人福祉施設で 82.4%、介護老人保健施設で 85.2%、介護医療院で 86.0%であった。

■ 通所サービスにおいて、低栄養の評価を行っていない事業所の割合は、通所介護事業所が23.9%、通所リハビリテーション事業所が19.5%、看護小規模多機能型居宅介護事業所が 8.4%であった。

■ 栄養アセスメント加算及び栄養改善加算を算定していない理由は、「人手が足りない等により、時間を割けない」が約 6 割、次いで「 管理栄養士との連携が難しい」が約 5 割であった。

# 口腔・栄養に係る論点

**論点**

■ 介護事業所の職員と歯科専門職との連携をより促すために、どのような方策が考えられるか。

■ 施設の入所者のさらなる口腔機能向上や口腔衛生の管理促進のために、どのような方策が考えられるか。

■ 高齢者の栄養管理の充実を図る観点から、利用者の適切な栄養状態の評価や取組を推進するためには、どのような方策が考えられるか。

■ 入所者の嚥下機能に応じた食事の提供を含め、施設で提供される食事を適切に評価するためには、どのような方策が考えられるか。

■ 令和６年度改定における審議報告も踏まえ、利用者のわかりやすさという観点や介護サービス事業者の事務負担軽減の観点から、算定率が低い加算や算定率の高い加算についてどのように考えるか。

1. リハビリテーション・機能訓練、栄養、口腔の一体的取組の概況

2. 令和6年度介護報酬改定の内容

3. 関連する各種意見・サービス提供等の状況

4. 現状と課題及び論点

**１．リハビリテーション・機能訓練、栄養、口腔の一体的取組の概況**

２．令和６年度介護報酬改定の内容

３．関連する各種意見・サービス提供等の状況

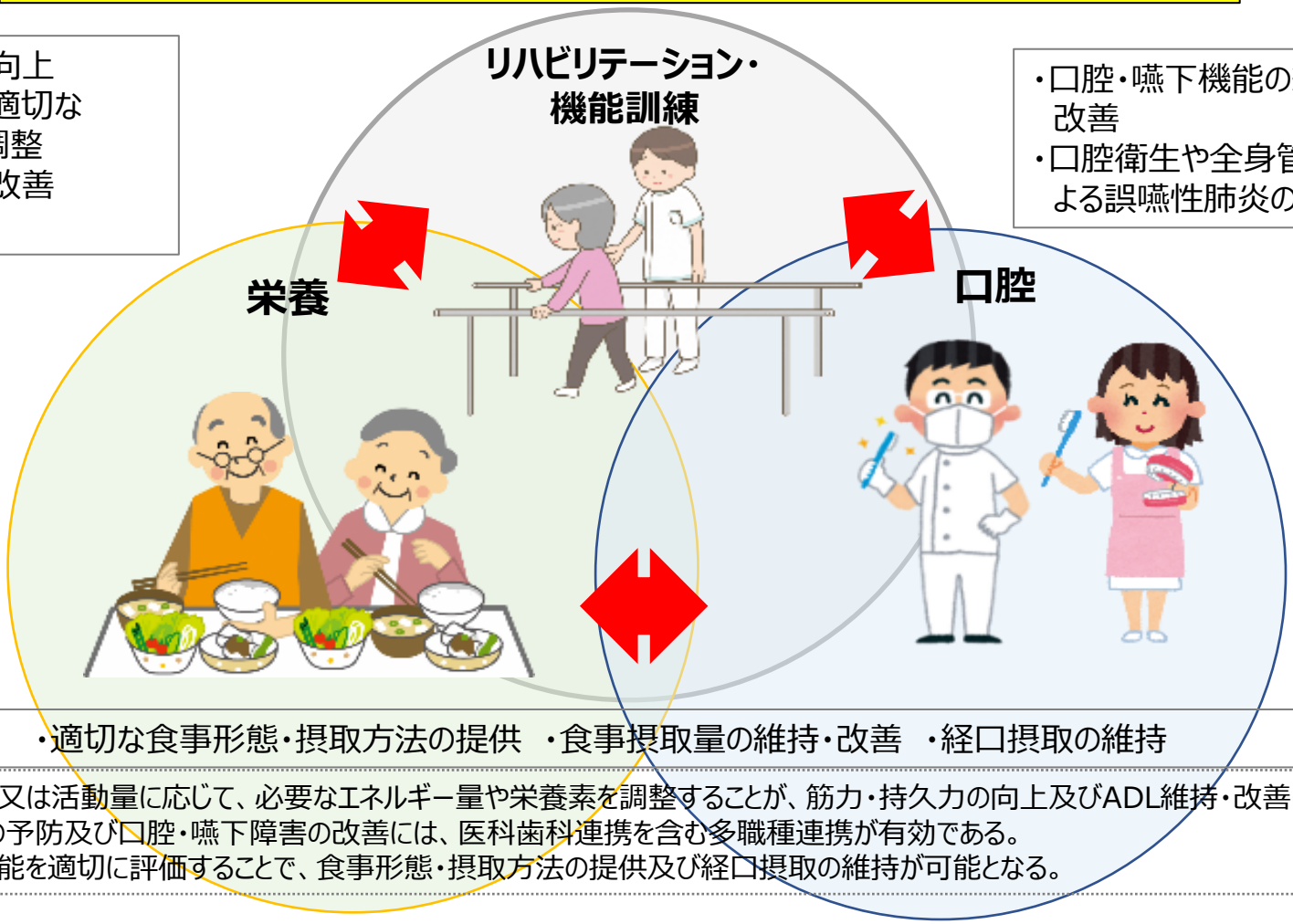
４．現状と課題及び論点

# 自立支援・重度化防止を効果的に行うための取組の連携

リハビリ、栄養、口腔の取組は一体となって運用されることで、より効果的な自立支援・重度化予防につながることが期待される。

**医師、歯科医師、リハ専門職、管理栄養士、歯科衛生士等の多職種による総合的なリハ、機能訓練、口腔・栄養管理**

・筋力・持久力の向上
・活動量に応じた適切な栄養摂取量の調整
・低栄養の予防・改善
・食欲の増進




・口腔・嚥下機能の維持・改善
・口腔衛生や全身管理による誤嚥性肺炎の予防

・適切な食事形態・摂取方法の提供　・食事摂取量の維持・改善　・経口摂取の維持

- リハビリの負荷又は活動量に応じて、必要なエネルギー量や栄養素を調整することが、筋力・持久力の向上及びADL維持・改善に重要である。
- 誤嚥性肺炎の予防及び口腔・嚥下障害の改善には、医科歯科連携を含む多職種連携が有効である。
- 口腔・嚥下機能を適切に評価することで、食事形態・摂取方法の提供及び経口摂取の維持が可能となる。

# 主なリハ・栄養・口腔関係加算等における各種計画書・会議の要件

○リハビリテーション、栄養、口腔に関係する加算等の要件としている各種計画作成・会議参加者について、医師、歯科医師、リハビリテーション専門職、管理栄養士、歯科衛生士等の参加が規定されている。

| | 加算名 | 計画等 | 対象サービス | 実施者 | 会議・計画作成参加者 |
|---|---|---|---|---|---|
| リハビリテーション・機能訓練 | （基本報酬） | リハビリテーション計画 | 介護老人保健施設<br>介護医療院<br>通所リハビリテーション | 医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士 | ※計画作成者<br>医師及び理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士 |
| | リハビリテーションマネジメント加算 | リハビリテーション会議<br>（リハビリテーション計画） | 通所リハビリテーション | 医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士 | ※会議参加者<br>利用者、家族、医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、その他の職種 |
| | リハビリテーションマネジメント計画書情報加算 | （リハビリテーション計画） | 介護老人保健施設 | 実施者の規定なし | |
| | 理学療法、作業療法、言語聴覚療法<br>※特別診療費 | 理学療法実施計画<br>作業療法実施計画<br>言語聴覚療法実施計画 | 介護医療院 | 医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士 | ※計画作成者<br>医師 |
| | 個別機能訓練加算 | 個別機能訓練計画 | 介護老人福祉施設 | （配置・実施）<br>機能訓練指導員 | ※共同して計画を作成<br>機能訓練指導員、看護職員、介護職員、生活相談員、その他の職種 |
| 栄養 | （基本報酬） | 栄養ケア計画 | 介護老人福祉施設<br>介護老人保健施設<br>介護医療院 | 管理栄養士 | ※共同して計画を作成<br>医師、管理栄養士、歯科医師、看護師、介護支援専門員、その他の職種 |
| | 栄養マネジメント強化加算 | （栄養ケア計画） | 介護老人福祉施設<br>介護老人保健施設<br>介護医療院 | （配置）<br>管理栄養士 | ※共同して計画を作成<br>医師、歯科医師、管理栄養士、看護師、介護支援専門員、その他の職種 |
| | 栄養アセスメント加算 | （栄養ケア計画） | 通所リハビリテーション | 管理栄養士、その他の職種が共同して実施 | ※共同して計画を作成<br>管理栄養士、看護職員、介護職員、生活相談員、その他の職種 |
| 口腔 | （基本報酬） | 口腔衛生管理体制計画 | 介護老人福祉施設<br>介護老人保健施設<br>介護医療院 | 介護職員又は歯科医師、歯科衛生士 | ※歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士の指示に基づき、計画を作成 |
| | 口腔衛生管理加算 | 口腔衛生管理体制計画 | 介護老人福祉施設<br>介護老人保健施設<br>介護医療院 | 歯科衛生士 | ※歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士の指示に基づき、計画を作成 |
| | 口腔機能向上加算 | 口腔機能向上管理指導計画 | 通所リハビリテーション | （配置・実施）言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員 | ※共同して計画を作成<br>言語聴覚士、歯科衛生士、看護職員、介護職員、生活相談員、その他の職種 |

# リハビリテーション・機能訓練、栄養、口腔の一体的取組の算定状況

| | 単位数<br>（令和６年６月以降） | 算定単位数<br>（単位：千単位） | 回数<br>（単位：千回） | 算定率<br>（回数ベース） | 請求事業所数 | 算定率<br>（事業所ベース） |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 通所リハビリテーション | | 3388863 | 3578.0 | - | 7655 | - |
| リハビリテーションマネジメント加算（ハ） | (1)793 (2)473単位/月 | 25,138 | 46.5 | 1.3% | 788 | 10.3% |
| 介護予防通所リハビリテーション** | | 733205 | 196.8 | - | 7474 | - |
| 一体的サービス提供加算** | 480単位/月 | 2342 | 4.9 | 2.5% | 258 | 3.5% |
| 介護老人保健施設* | | 11,614,731 | 9,861.3 | - | 4105 | - |
| リハビリテーションマネジメント計画書情報加算（Ⅰ） | 53単位/月 | 2,247 | 42.4 | 0.4% | 692 | 16.9% |
| 介護医療院* | | 2,055,080 | 1,544.1 | - | 930 | - |
| 理学療法注７、作業療法注７、言語聴覚療法注５ | 20単位/月 | 3.4 | 5.3 | 0.3% | 171 | 18.4% |
| 介護老人福祉施設* | | 18273769 | 17502.7 | - | 8566 | - |
| 個別機能訓練加算（Ⅲ） | 20単位/月 | 604 | 30.2 | 0.2% | 543 | 6.3% |
| 地域密着型介護老人福祉施設* | | 2224602 | 1962.3 | - | 2568 | - |
| 個別機能訓練加算（Ⅲ） | 20単位/月 | 48 | 2.4 | 0.1% | 117 | 4.6% |

（注1）「算定率（回数ベース）」は、各加算の回数÷総回数により求めたもの。
（注2）*は日数、**は件数を集計している。
（注3）「算定率（事業所ベース）」は、各加算の請求事業所数÷総請求事業所数により求めたもの。
【出典】介護給付費等実態統計（令和7年11月審査分）及び介護保険総合データベースの任意集計（令和7年11月審査分（令和7年10月サービス提供））より老健局老人保健課作成

1．リハビリテーション・機能訓練、栄養、口腔の一体的取組の概況

**2．令和6年度介護報酬改定の内容**

3．関連する各種意見・サービス提供等の状況

4．現状と課題及び論点

# 2.(1)①訪問・通所リハビリテーションにおけるリハビリテーション、口腔、栄養の一体的取組の推進①

## 概要

【訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション】

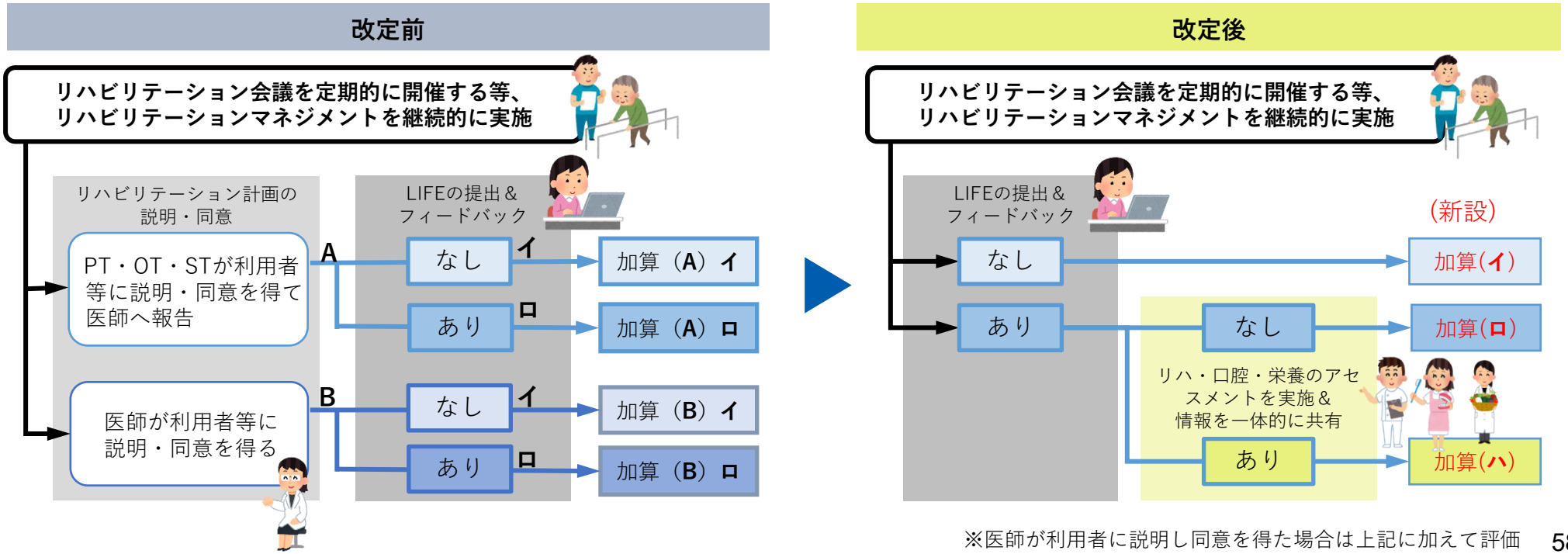
○　リハビリテーション・口腔・栄養を一体的に推進し、自立支援・重度化防止を効果的に進める観点から、通所リハビリテーションにおけるリハビリテーションマネジメント加算について、以下の要件を満たす場合を評価する新たな区分を設ける。

ア　口腔の健康状態の評価及び栄養アセスメントを行っていること。

イ　リハビリテーション計画等の内容について、リハビリテーション・口腔・栄養の情報を関係職種の間で一体的に共有すること。その際、必要に応じてLIFEに提出した情報を活用していること。

ウ　共有した情報を踏まえ、リハビリテーション計画について必要な見直しを行い、見直しの内容について関係職種に対し共有していること。

また、報酬体系の簡素化の観点から、通所リハビリテーション、訪問リハビリテーションのリハビリテーションマネジメント加算（B）の要件について新規区分とし、加算区分を整理する。【告示改正】




※医師が利用者に説明し同意を得た場合は上記に加えて評価

# 2.(1)①訪問・通所リハビリテーションにおけるリハビリテーション、口腔、栄養の一体的取組の推進③

## 単位数

○　**通所リハビリテーション**

＜改定前＞

リハビリテーションマネジメント加算(A)イ
　同意日の属する月から６月以内 560単位/月,６月超 240単位/月
リハビリテーションマネジメント加算(A)ロ
　同意日の属する月から６月以内 593単位/月,６月超 273単位/月
リハビリテーションマネジメント加算(B)イ
　同意日の属する月から６月以内 830単位/月,６月超 510単位/月
リハビリテーションマネジメント加算(B)ロ
　同意日の属する月から６月以内 863単位/月,６月超 543単位/月

＜改定後＞

リハビリテーションマネジメント加算(イ)
　同意日の属する月から６月以内 560単位/月,６月超 240単位/月
リハビリテーションマネジメント加算(ロ)
　同意日の属する月から６月以内 593単位/月,６月超 273単位/月
廃止

廃止

リハビリテーションマネジメント加算(ハ)（新設）
　同意日の属する月から６月以内 793単位/月,６月超 473単位/月

※医師が利用者またはその家族に説明した場合　上記に加えて270単位
（新設・Bの要件の組み替え）

## 算定要件等

○　**通所リハビリテーション**

＜リハビリテーションマネジメント加算(イ)＞　現行のリハビリテーションマネジメント加算(A)イ と同要件を設定。

＜リハビリテーションマネジメント加算(ロ)＞　現行のリハビリテーションマネジメント加算(A)ロ と同要件を設定。

＜リハビリテーションマネジメント加算(ハ)＞（新設）
・リハビリテーションマネジメント加算(ロ)の要件を満たしていること。
・事業所の従業者として、又は外部との連携により管理栄養士を１名以上配置していること。
・利用者ごとに、多職種が共同して栄養アセスメント及び口腔の健康状態の評価を行っていること。
・利用者ごとに、言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員がその他の職種の者と共同して口腔の健康状態を評価し、当該利用者の口腔の健康状態に係る解決すべき課題の把握を行っていること。
・利用者ごとに、関係職種が、通所リハビリテーション計画の内容の情報等や、利用者の口腔の健康状態に関する情報及び利用者の栄養状態に関する情報を相互に共有すること。
・共有した情報を踏まえ、必要に応じて通所リハビリテーション計画を見直し、当該見直しの内容を関係職種に対して情報提供していること。

＜リハビリテーション事業所の医師が利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得た場合＞
・現行の(B)の医師の説明に係る部分と同要件を設定。

# 通所リハビリテーションにおけるリハビリテーションマネジメント

○　リハビリテーションマネジメントは、調査、計画、実行、評価、改善（以下、「SPDCA」という）のサイクルの構築を通じて、心身機能、活動、参加にバランス良く働きかけるリハビリテーションが提供できているか、継続的に管理することにより、質の高いリハビリテーションの提供を目指すものである。

○　介護報酬においては、基本報酬の算定要件及び各加算において評価を行っている。

## 基本報酬



**医師の詳細な指示**

リハビリテーションの目的に加え、以下のいずれか１以上の指示を行う
・開始前、実施中の留意事項　・中止基準
・負荷量等



**計画の進捗状況の確認・計画の見直し**

・初回評価はおおむね２週間以内
・以降は概ね３月ごとに評価
・必要に応じて計画を見直す



**居宅訪問**

利用開始から１月以内に、利用者の居宅を訪問し、診療・検査等を行うよう努める



**継続利用時の説明・記載**

医師が３月以上の継続利用が必要と判断
⇒計画書に以下を記載し、説明を行う
・継続利用が必要な理由　・具体的な終了目安
・その他のサービスの併用と以降の見通し



**他事業所との連携**

ケアマネジャーを通じて、その他のサービス従業者に、リハビリテーションの観点から、日常生活上の留意点、介護の工夫などの情報を伝達する。

## リハビリテーションマネジメント加算

(イ)の要件



**リハビリテーション会議**

以下の頻度でリハビリテーション会議を開催し、計画を見直す
・利用開始から６月以内　：１月に１回以上
・利用開始から６月超　　：３月に１回以上



**指導・助言**

介護の工夫に関する指導、日常生活上の留意点を助言する
・他サービスの従業者と居宅を訪問し、従業者に対して行う
・居宅を訪問し、家族に対して行う



**ケアマネジャーへの情報提供**



**説明と同意**

(ロ)の要件



**LIFE提出**

(ハ)の要件



**口腔アセスメント**



**栄養アセスメント**



**リハ・口腔・栄養の情報活用**

# 2.（1）②介護保険施設におけるリハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の一体的取組の推進①

## 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、介護医療院】

○　リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養を一体的に推進し、自立支援・重度化防止を効果的に進める観点から、介護老人保健施設におけるリハビリテーションマネジメント計画書情報加算、介護医療院における理学療法、作業療法及び言語聴覚療法並びに介護老人福祉施設における個別機能訓練加算（Ⅱ）について、以下の要件を満たす場合について評価する新たな区分を設ける。【告示改正】

ア　口腔衛生管理加算（Ⅱ）及び栄養マネジメント強化加算を算定していること。

イ　リハビリテーション実施計画等の内容について、リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の情報を関係職種の間で一体的に共有すること。その際、必要に応じてLIFEに提出した情報を活用していること。

ウ　共有した情報を踏まえ、リハビリテーション計画または個別機能訓練計画について必要な見直しを行い、見直しの内容について関係職種に対し共有していること。

## 単位数

**【介護老人保健施設】**

＜改定前＞
リハビリテーションマネジメント計画書情報加算 33単位/月

＜改定後＞
**リハビリテーションマネジメント計画書情報加算（Ⅰ）** 53単位/月 (新設)
リハビリテーションマネジメント計画書情報加算（Ⅱ） 33単位/月
※加算（Ⅰ）、（Ⅱ）は併算定不可

**【介護医療院】**

＜改定前＞
理学療法 注６、作業療法 注６、言語聴覚療法 注４ 33単位/月

＜改定後＞
理学療法 注６、作業療法 注６、言語聴覚療法 注４ 33単位/月
**理学療法 注７、作業療法 注７、言語聴覚療法 注５** 20単位/月(新設)
※加算（Ⅰ）、（Ⅱ）は併算定可

**【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】**

＜改定前＞
個別機能訓練加算（Ⅰ） 12単位/日
個別機能訓練加算（Ⅱ） 20単位/月

＜改定後＞
個別機能訓練加算（Ⅰ） 12単位/日 (変更なし)
個別機能訓練加算（Ⅱ） 20単位/月 (変更なし)
**個別機能訓練加算（Ⅲ）** 20単位/月 (新設)
※加算（Ⅰ）、（Ⅱ）、（Ⅲ）は併算定可

# 2.（1）②介護保険施設におけるリハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の一体的取組の推進②

**算定要件等**　【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、介護医療院】

**【介護老人保健施設】＜リハビリテーションマネジメント計画書情報加算（Ⅰ）＞**（新設）
**【介護医療院】＜理学療法 注７、作業療法 注７、言語聴覚療法 注５＞**（新設）

○　入所者ごとのリハビリテーション計画書の内容等の情報を厚生労働省に提出していること。必要に応じてリハビリテーション計画の内容を見直す等、リハビリテーションの実施に当たって、当該情報その他リハビリテーション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。
　※上記は介護老人保健施設の場合。介護医療院については、理学療法 注６、作業療法 注６又は言語聴覚療法 注４を算定していること。
○　口腔衛生管理加算（Ⅱ）及び栄養マネジメント強化加算を算定していること。
○　入所者ごとに、医師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、歯科衛生士、看護職員、介護職員その他の職種の者が、リハビリテーション計画の内容等の情報その他リハビリテーションの適切かつ有効な実施のために必要な情報、入所者の口腔の健康状態に関する情報及び入所者の栄養状態に関する情報を相互に共有すること。
○　共有した情報を踏まえ、必要に応じてリハビリテーション計画の見直しを行い、見直しの内容について、関係職種間で共有していること。

**【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】**
**＜個別機能訓練加算（Ⅲ）＞**（新設）

○　個別機能訓練加算（Ⅱ）を算定していること。
○　口腔衛生管理加算（Ⅱ）及び栄養マネジメント強化加算を算定していること。
○　入所者ごとに、理学療法士等が、個別機能訓練計画の内容等の情報その他個別機能訓練の適切かつ有効な実施のために必要な情報、入所者の口腔の健康状態に関する情報及び入所者の栄養状態に関する情報を相互に共有していること。
○　共有した情報を踏まえ、必要に応じて個別機能訓練計画の見直しを行い、見直しの内容について、理学療法士等の関係職種間で共有していること。

# 2.（1）③　リハビリテーション・個別機能訓練、口腔管理、栄養管理に係る一体的計画書の見直し

## 概要

【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、介護医療院】

○　リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の一体的取組を推進する観点から、リハビリテーション・個別機能訓練、口腔管理、栄養管理に係る一体的計画書の見直しを行う。【通知改正】

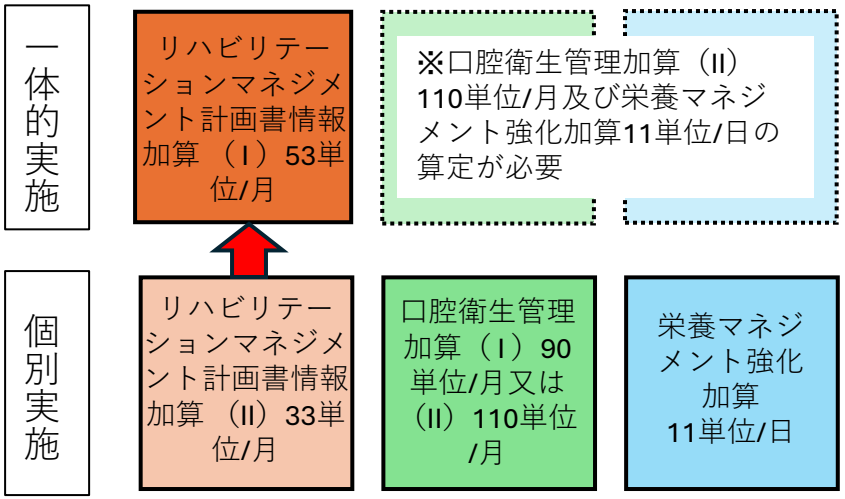
## 算定要件等

○　リハビリテーション・個別機能訓練、口腔、栄養に係る一体的計画書について、記載項目を整理するとともに、他の様式におけるLIFE提出項目を踏まえた様式に見直し。

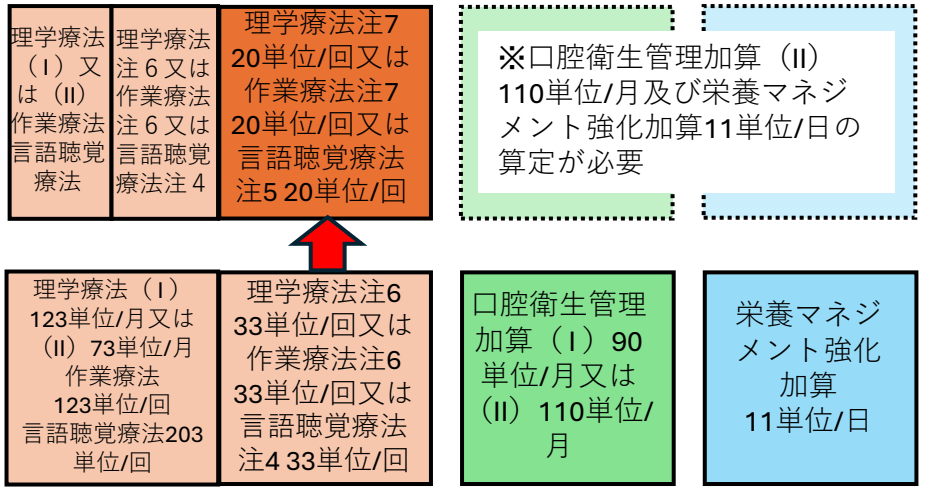
# 令和６年度改定におけるリハ・栄養・口腔の一体的取組の加算

リハビリテーション・機能訓練、栄養、口腔の加算について、一体的取組時の加算の併算定の概要を図で示した

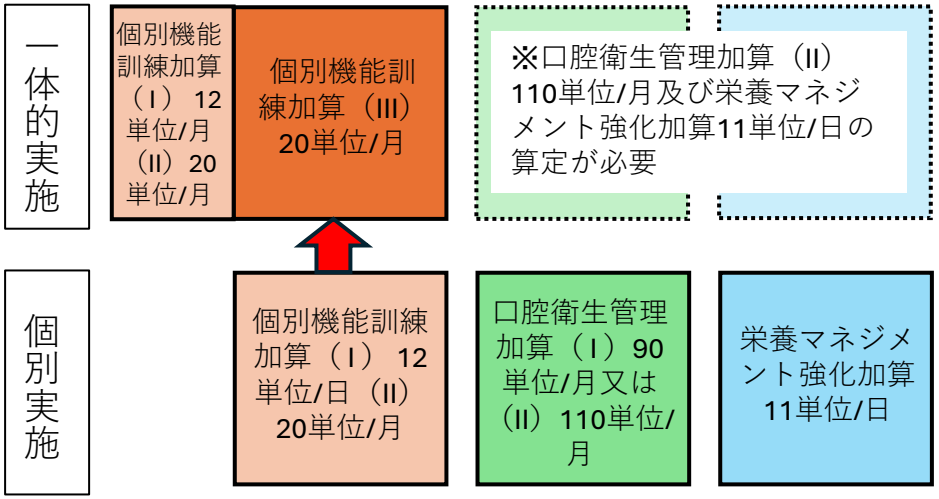
## 【介護老人保健施設】



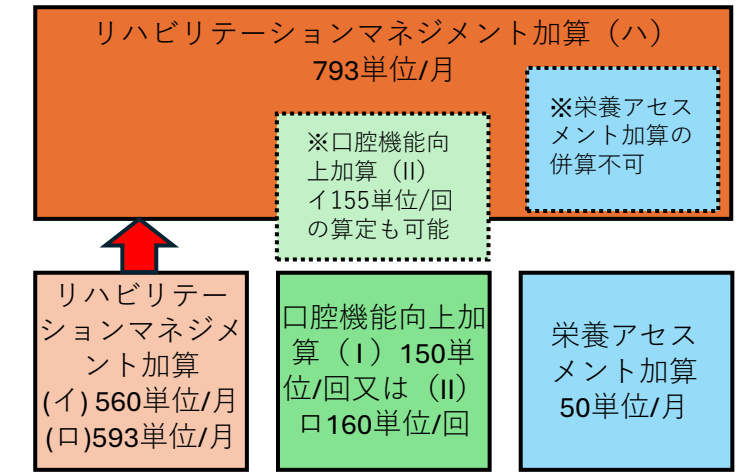

## 【介護医療院】




## 【介護老人福祉施設】




## 【通所リハビリテーション】




※医師がリハ計画を説明し、同意を得た場合＋270単位/月

1．リハビリテーション・機能訓練、栄養、口腔の一体的取組の概況

2．令和6年度介護報酬改定の内容

**3．関連する各種意見・サービス提供等の状況**

4．現状と課題及び論点

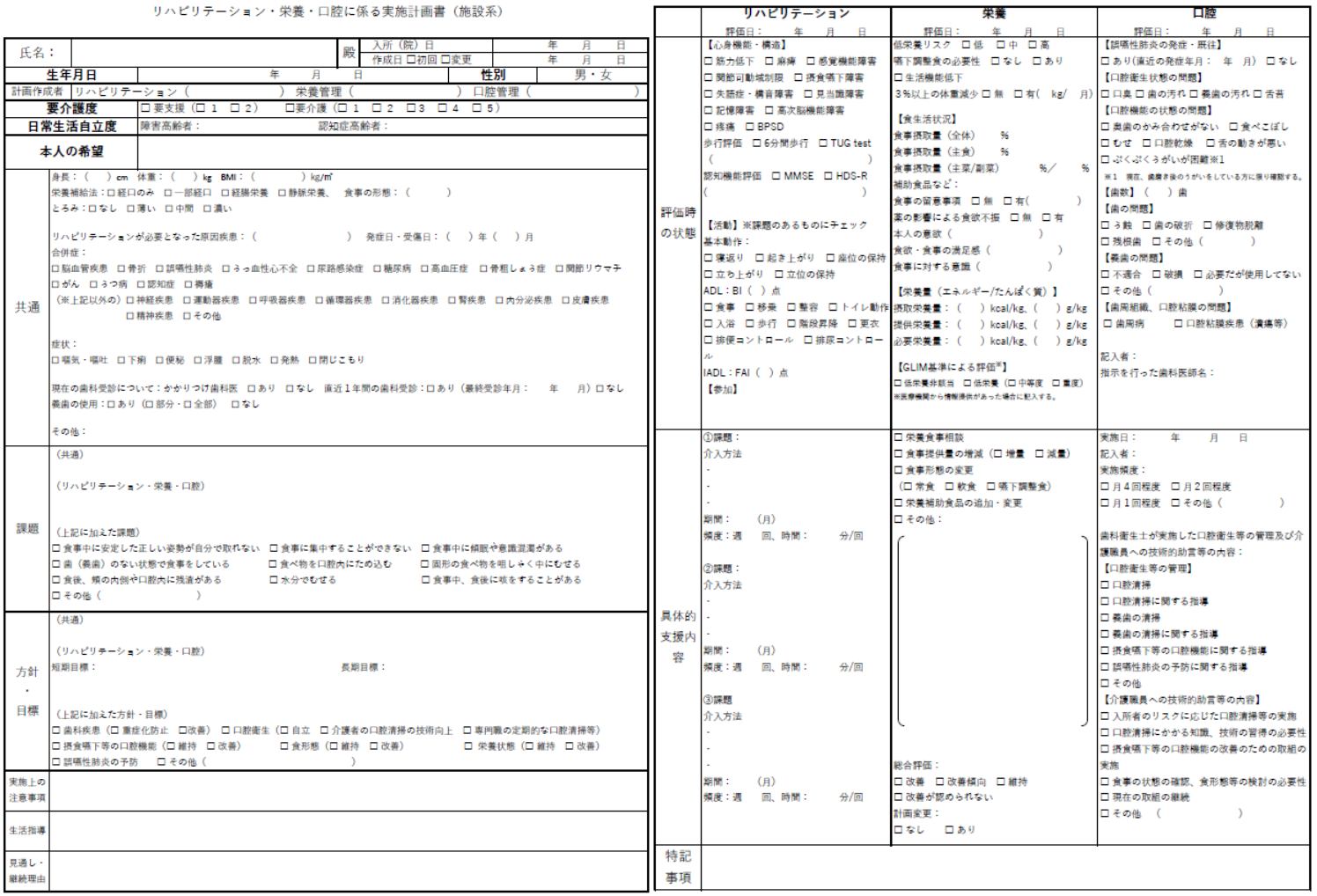
# リハビリテーション・機能訓練、栄養、口腔の一体的取組に関連する各種意見

**令和６年度介護報酬改定に関する審議報告（令和５年12月19日社会保障審議会介護給付費分科会）**

**【リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の一体的取組】**

○　今回の介護報酬改定において、リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の一体的取組を更に推進することとしたが、今回の改定を踏まえ、その取組状況や効果を把握し、必要な対応について引き続き検討していくべきである。

# リハビリテーション・機能訓練、栄養、口腔の一体的取組の計画様式



リハビリテーション・栄養・口腔に係る実施計画書（施設系）

| 氏名： | | 殿 | 入所（院）日 | 年 月 日 |
|---|---|---|---|---|
| | | | 作成日 □初回 □変更 | 年 月 日 |
| 生年月日 | 年 月 日 | 性別 | 男・女 | |
| 計画作成者 | リハビリテーション（ ） 栄養管理（ ） 口腔管理（ ） | | | |
| 要介護度 | □要支援（□1 □2） □要介護（□1 □2 □3 □4 □5） | | | |
| 日常生活自立度 | 障害高齢者： 認知症高齢者： | | | |
| 本人の希望 | | | | |

**共通**

身長：（ ）cm 体重：（ ）kg BMI：（ ）kg/m²
栄養補給法：□経口のみ □一部経口 □経腸栄養 □静脈栄養、 食事の形態：（ ）
とろみ：□なし □薄い □中間 □濃い

リハビリテーションが必要となった原因疾患：（ ） 発症日・受傷日：（ ）年（ ）月
合併症：
□脳血管疾患 □骨折 □誤嚥性肺炎 □うっ血性心不全 □尿路感染症 □糖尿病 □高血圧症 □骨粗しょう症 □関節リウマチ
□がん □うつ病 □認知症 □褥瘡
（※上記以外の）□神経疾患 □運動器疾患 □呼吸器疾患 □循環器疾患 □消化器疾患 □腎疾患 □内分泌疾患 □皮膚疾患
□精神疾患 □その他

症状：
□嘔気・嘔吐 □下痢 □便秘 □浮腫 □脱水 □発熱 □閉じこもり

現在の歯科受診について：かかりつけ歯科医 □あり □なし 直近1年間の歯科受診：□あり（最終受診年月： 年 月）□なし
義歯の使用：□あり（□部分・□全部） □なし

その他：

**課題**

（共通）

（リハビリテーション・栄養・口腔）

（上記に加えた課題）
□食事中に安定した正しい姿勢が自分で取れない □食事に集中することができない □食事中に傾眠や意識混濁がある
□歯（義歯）のない状態で食事をしている □食べ物を口腔内にため込む □固形の食べ物を咀しゃく中にむせる
□食後、頬の内側や口腔内に残渣がある □水分でむせる □食事中、食後に咳をすることがある
□その他（ ）

**方針・目標**

（共通）

（リハビリテーション・栄養・口腔）
短期目標： 長期目標：

（上記に加えた方針・目標）
□歯科疾患（□重症化防止 □改善） □口腔衛生（□自立 □介護者の口腔清掃の技術向上 □専門職の定期的な口腔清掃等）
□摂食嚥下等の口腔機能（□維持 □改善） □食形態（□維持 □改善） □栄養状態（□維持 □改善）
□誤嚥性肺炎の予防 □その他（ ）

| 実施上の注意事項 | |
|---|---|
| 生活指導 | |
| 見通し・継続理由 | |

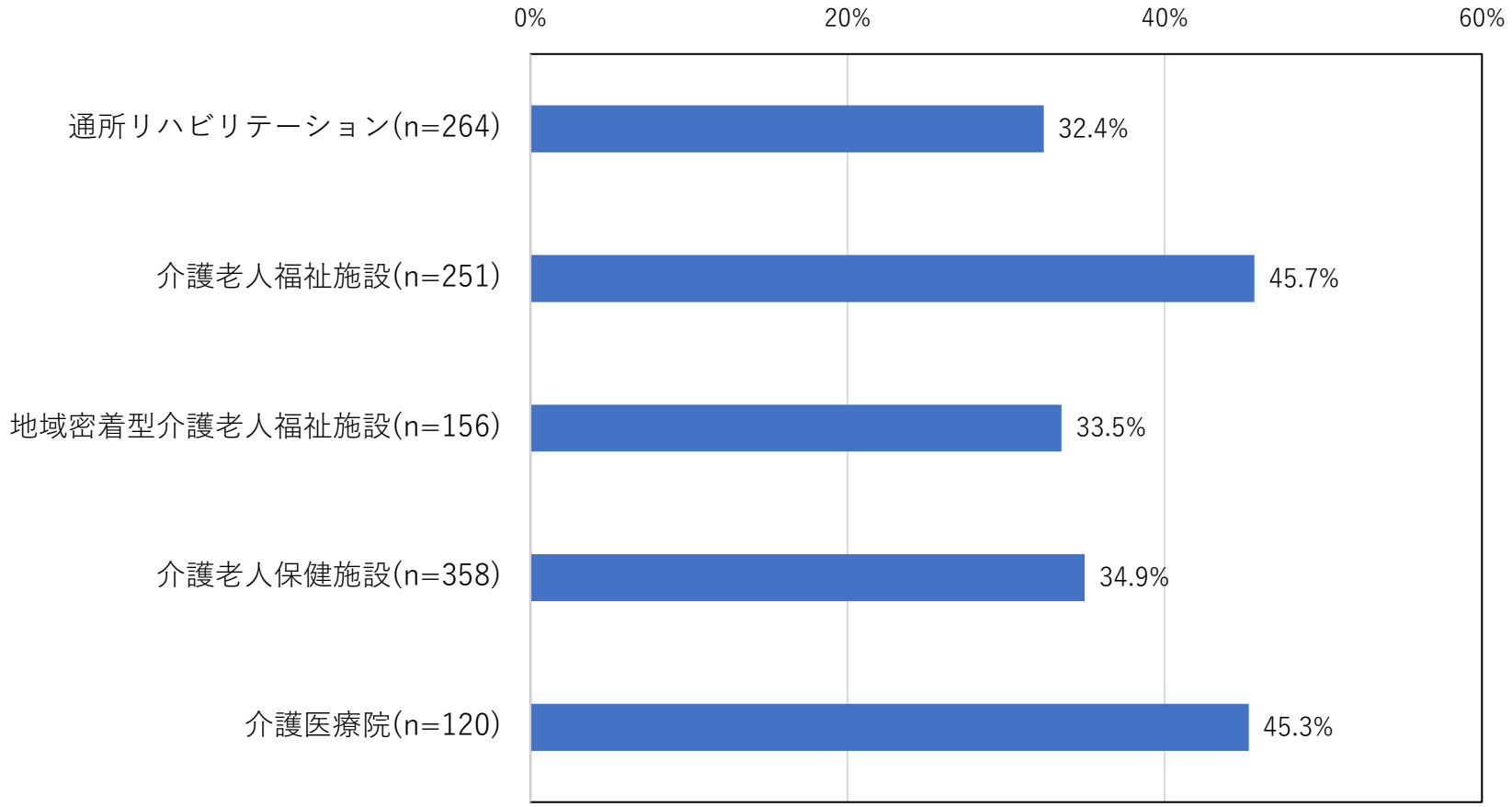
| | リハビリテーション<br>評価日： 年 月 日 | 栄養<br>評価日： 年 月 日 | 口腔<br>評価日： 年 月 日 |
|---|---|---|---|
| 評価時の状態 | 【心身機能・構造】<br>□筋力低下 □麻痺 □感覚機能障害<br>□関節可動域制限 □摂食嚥下障害<br>□失語症・構音障害 □見当識障害<br>□記憶障害 □高次脳機能障害<br>□疼痛 □BPSD<br>歩行評価 □6分間歩行 □TUG test<br>（ ）<br>認知機能評価 □MMSE □HDS-R<br>（ ）<br>【活動】※課題のあるものにチェック<br>基本動作：<br>□寝返り □起き上がり □座位の保持<br>□立ち上がり □立位の保持<br>ADL：BI（ ）点<br>□食事 □移乗 □整容 □トイレ動作<br>□入浴 □歩行 □階段昇降 □更衣<br>□排便コントロール □排尿コントロール<br>IADL：FAI（ ）点<br>【参加】 | 低栄養リスク □低 □中 □高<br>嚥下調整食の必要性 □なし □あり<br>□生活機能低下<br>3％以上の体重減少 □無 □有（ kg/ 月）<br>【食生活状況】<br>食事摂取量（全体） %<br>食事摂取量（主食） %<br>食事摂取量（主菜/副菜） %／ %<br>補助食品など：<br>食事の留意事項 □無 □有（ ）<br>薬の影響による食欲不振 □無 □有<br>本人の意欲（ ）<br>食欲・食事の満足感（ ）<br>食事に対する意識（ ）<br>【栄養量（エネルギー/たんぱく質）】<br>摂取栄養量：（ ）kcal/kg、（ ）g/kg<br>提供栄養量：（ ）kcal/kg、（ ）g/kg<br>必要栄養量：（ ）kcal/kg、（ ）g/kg<br>【GLIM基準による評価※】<br>□低栄養非該当 □低栄養（□中等度 □重度）<br>※医療機関から情報提供があった場合に記入する。 | 【誤嚥性肺炎の発症・既往】<br>□あり（直近の発症年月： 年 月）□なし<br>【口腔衛生状態の問題】<br>□口臭 □歯の汚れ □義歯の汚れ □舌苔<br>【口腔機能の状態の問題】<br>□奥歯のかみ合わせがない □食べこぼし<br>□むせ □口腔乾燥 □舌の動きが悪い<br>□ぶくぶくうがいが困難※1<br>※1 現在、義歯や歯のうがいをしている方に限り確認する。<br>【歯数】（ ）歯<br>【歯の問題】<br>□う蝕 □歯の破折 □修復物脱離<br>□残根歯 □その他（ ）<br>【義歯の問題】<br>□不適合 □破損 □必要だが使用していない<br>□その他（ ）<br>【歯周組織、口腔粘膜の問題】<br>□歯周病 □口腔粘膜疾患（潰瘍等）<br>記入者：<br>指示を行った歯科医師名： |
| 具体的支援内容 | ①課題：<br>介入方法<br>・<br>・<br>・<br>期間： （月）<br>頻度：週 回、時間： 分/回<br>②課題：<br>介入方法<br>・<br>・<br>・<br>期間： （月）<br>頻度：週 回、時間： 分/回<br>③課題<br>介入方法<br>・<br>・<br>・<br>期間： （月）<br>頻度：週 回、時間： 分/回 | □栄養食事相談<br>□食事提供量の増減（□増量 □減量）<br>□食事形態の変更<br>（□常食 □軟食 □嚥下調整食）<br>□栄養補助食品の追加・変更<br>□その他：<br>総合評価：<br>□改善 □改善傾向 □維持<br>□改善が認められない<br>計画変更：<br>□なし □あり | 実施日： 年 月 日<br>記入者：<br>実施頻度：<br>□月4回程度 □月2回程度<br>□月1回程度 □その他（ ）<br>歯科衛生士が実施した口腔衛生等の管理及び介護職員への技術的助言等の内容：<br>【口腔衛生等の管理】<br>□口腔清掃<br>□口腔清掃に関する指導<br>□義歯の清掃<br>□義歯の清掃に関する指導<br>□摂食嚥下等の口腔機能に関する指導<br>□誤嚥性肺炎の予防に関する指導<br>□その他<br>【介護職員への技術的助言等の内容】<br>□入所者のリスクに応じた口腔清掃等の実施<br>□口腔清掃にかかる知識、技術の習得の必要性<br>□摂食嚥下等の口腔機能の改善のための取組の実施<br>□食事の状態の確認、食形態等の検討の必要性<br>□現在の取組の継続<br>□その他 （ ） |
| 特記事項 | | | |

リハビリテーション・栄養・口腔に係る実施計画書（施設系）

共通項目として、本人の希望、疾患や食事状況、課題、方針・目標、個別の項目として、リハビリテーション、栄養、口腔それぞれのアセスメント、介入計画を記載する様式を示している

# 一体的様式の使用割合

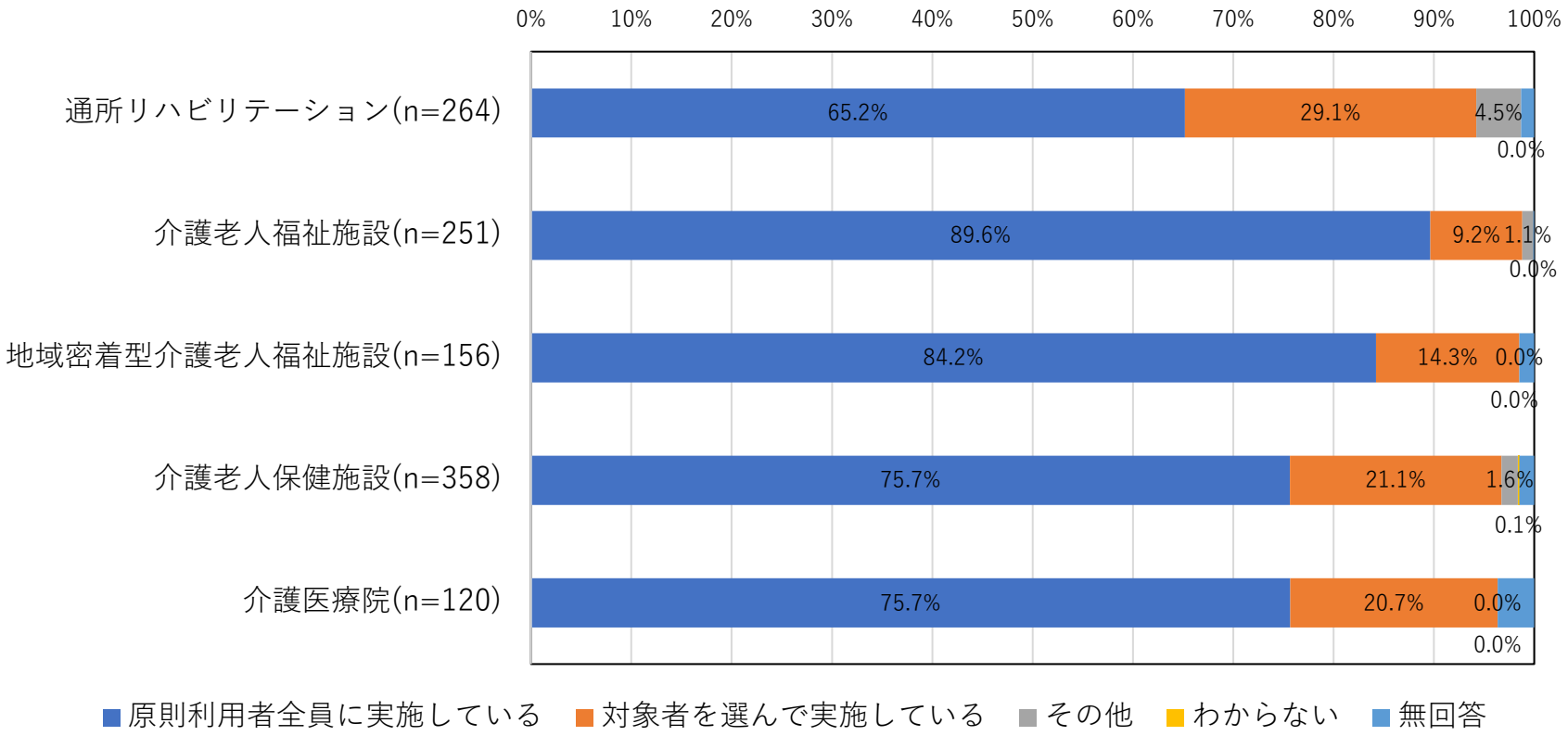
○　一体的取組の加算を算定している事業所・施設において、一体的様式を使用している割合は、約４割である。




【出典】令和６年度改定検証調査「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の実施及び一体的取組に関する調査研究事業」より老健局老人保健課作成

# 一体的取組の対象者の選定有無

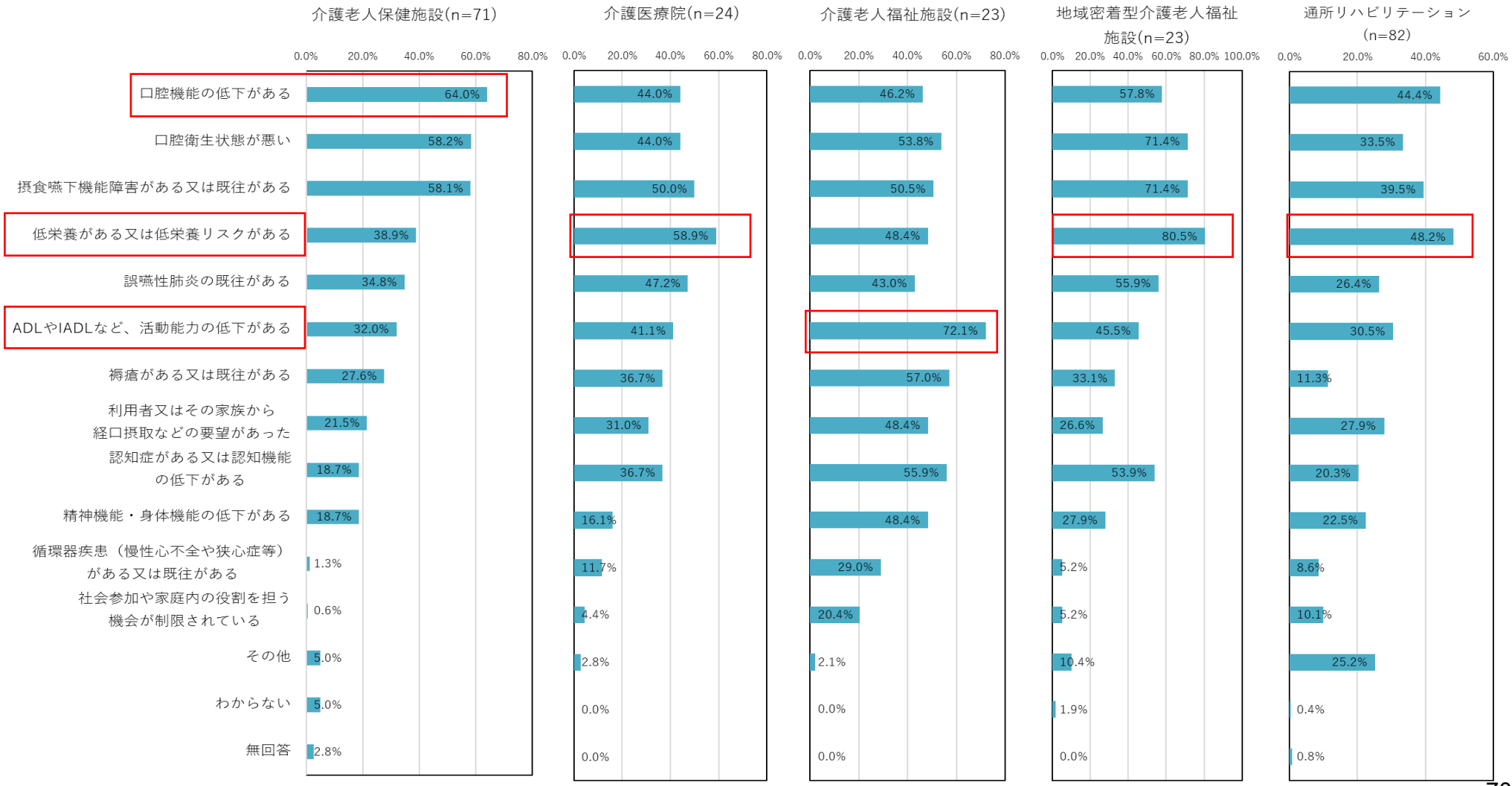
○　一体的取組実施の対象者の選定について、「原則全員に実施している」と回答した事業所・施設は６～９割である。




【出典】令和６年度改定検証調査「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の実施及び一体的取組に関する調査研究事業」より老健局老人保健課作成

# 一体的取組の対象者を選んでいる場合、対象者の選定基準（複数回答）

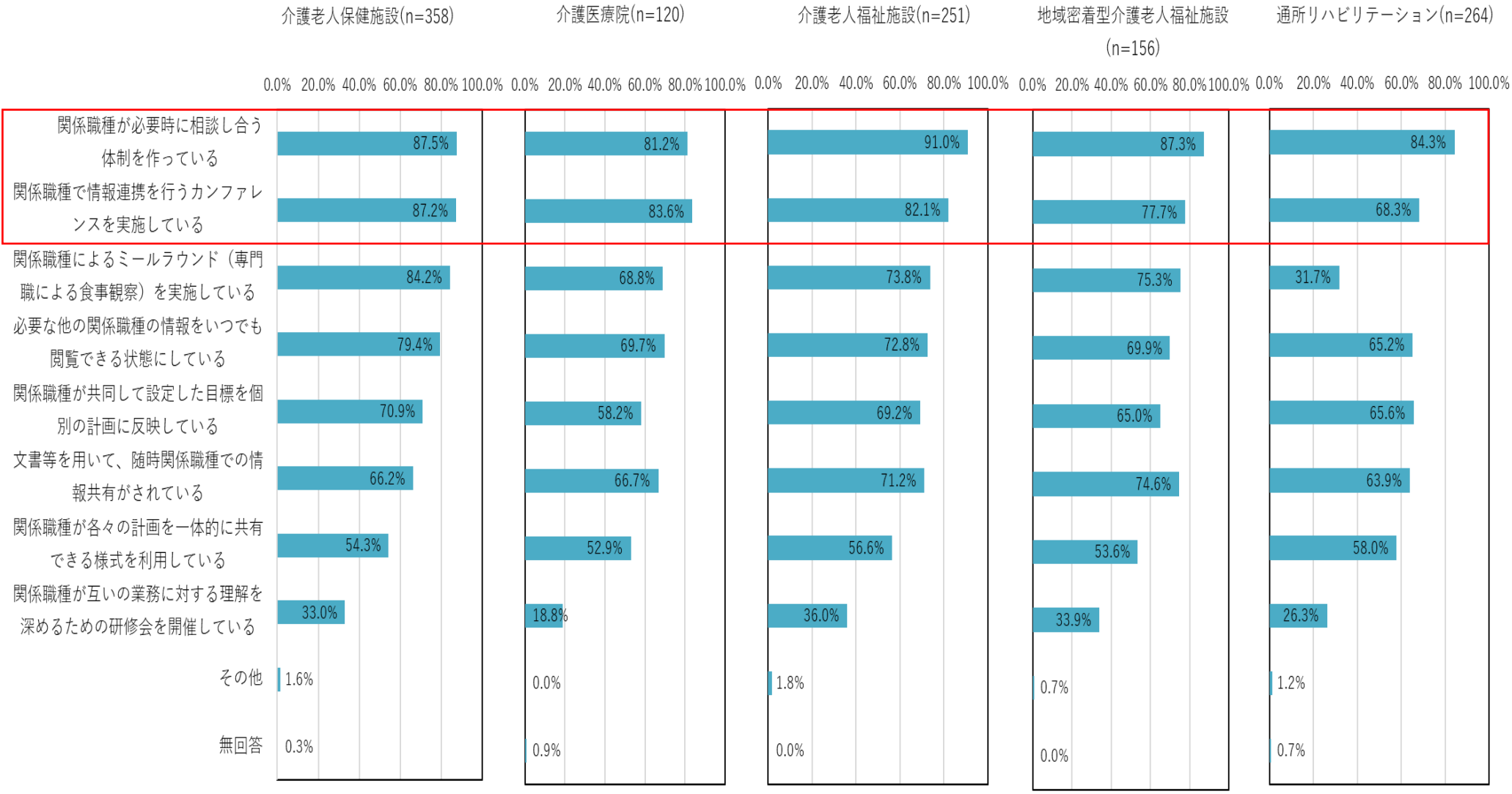
○　一体的取組実施の対象者を選んでいると回答した事業所・施設に対象者の選定基準を調査した。介護老人保健施設は「口腔機能の低下がある」が最も高く64.0%、介護医療院は「低栄養がある又は低栄養リスクがある」58.9%、介護老人福祉施設は「ADLやIADLなど、活動能力の低下がある」72.1%、地域密着型介護老人福祉施設は「低栄養がある又は低栄養リスクがある」80.5%、通所リハビリテーションは「低栄養がある又は低栄養リスクがある」48.2%だった。




【出典】令和６年度改定検証調査「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の実施及び一体的取組に関する調査研究事業」より老健局老人保健課作成

# 一体的取組として実施している内容

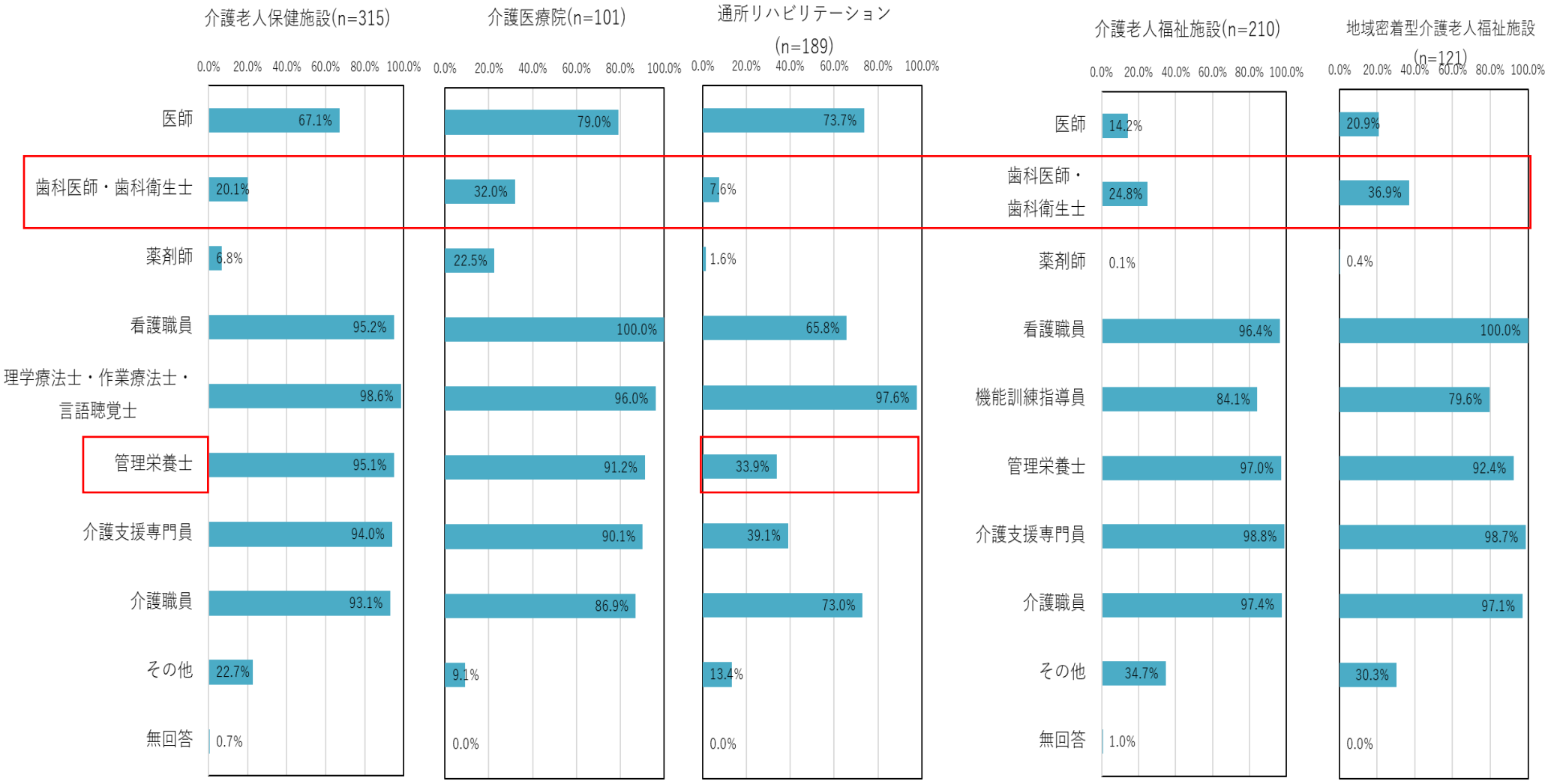
○　一体的取組を実施している事業所・施設において、実施している内容は、「関係職種が必要時に相談し合う体制を作っている」「関係職種で情報連携を行うカンファレンスを実施している」が８割以上であった。




【出典】令和６年度改定検証調査「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の実施及び一体的取組に関する調査研究事業」より老健局老人保健課作成

# 一体的取組のカンファレンスの参加職種

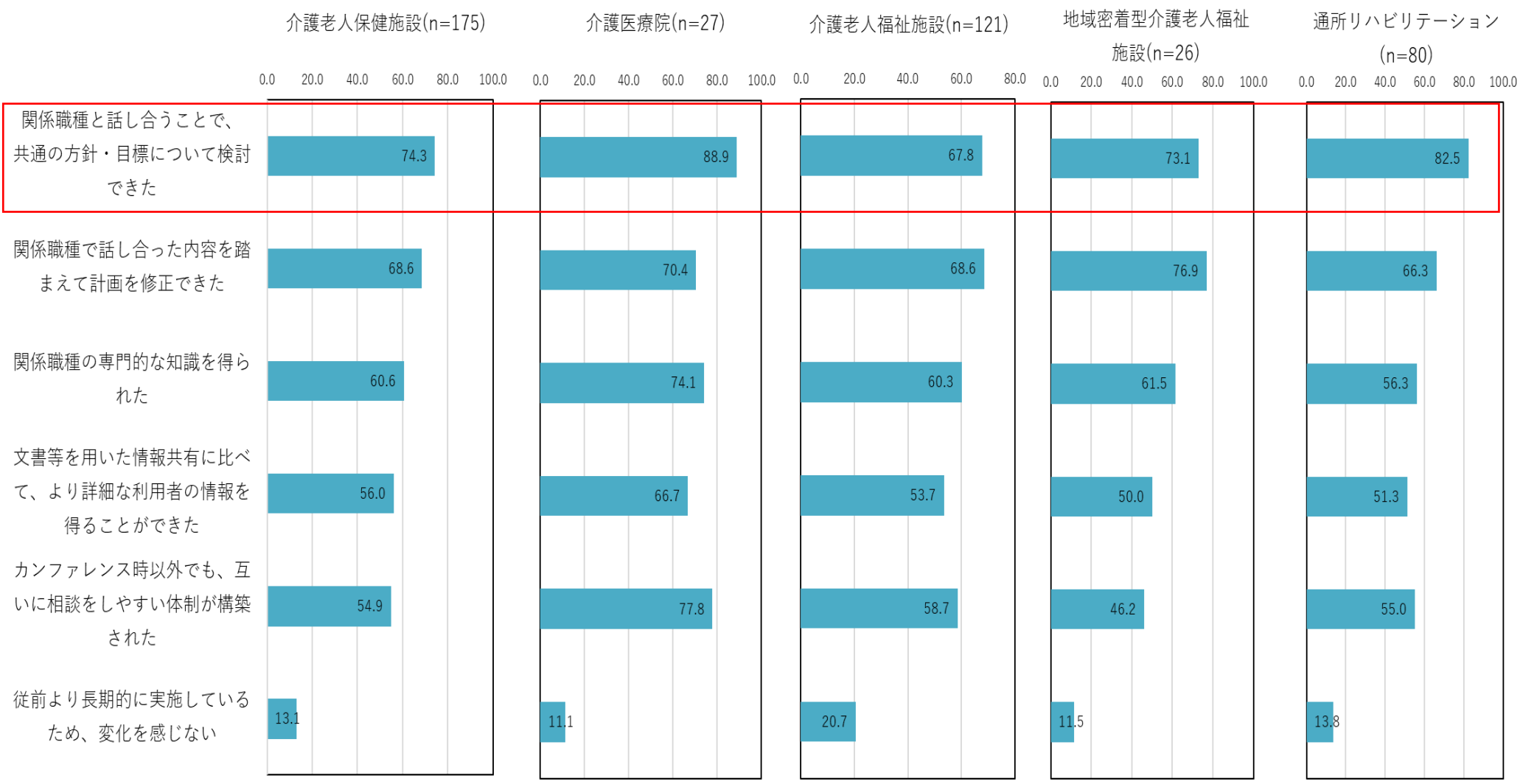
○　一体的取組の中で、関係職種で情報連携を行うカンファレンス実施時の主な参加職種を調査した。リハビリテーション専門職、機能訓練指導員の参加が８～９割であり、施設系サービスで管理栄養士は９割参加していた。一方、通所リハビリテーションでは管理栄養士の参加は３割であり、歯科医師・歯科衛生士は１～３割であった。




【出典】令和６年度改定検証調査「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の実施及び一体的取組に関する調査研究事業」より老健局老人保健課作成

# 一体的取組のカンファレンスを通じた効果

○　一体的取組の中で、関係職種で情報連携を行うカンファレンス実施により、関係職種と情報連携を行った効果について調査した。「関係職種と話し合うことで、共通の方針・目標について検討できた」という回答が７～８割であった。




【出典】令和６年度改定検証調査「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の実施及び一体的取組に関する調査研究事業」より老健局老人保健課作成

# 一体的取組の効果（利用者に対する効果）

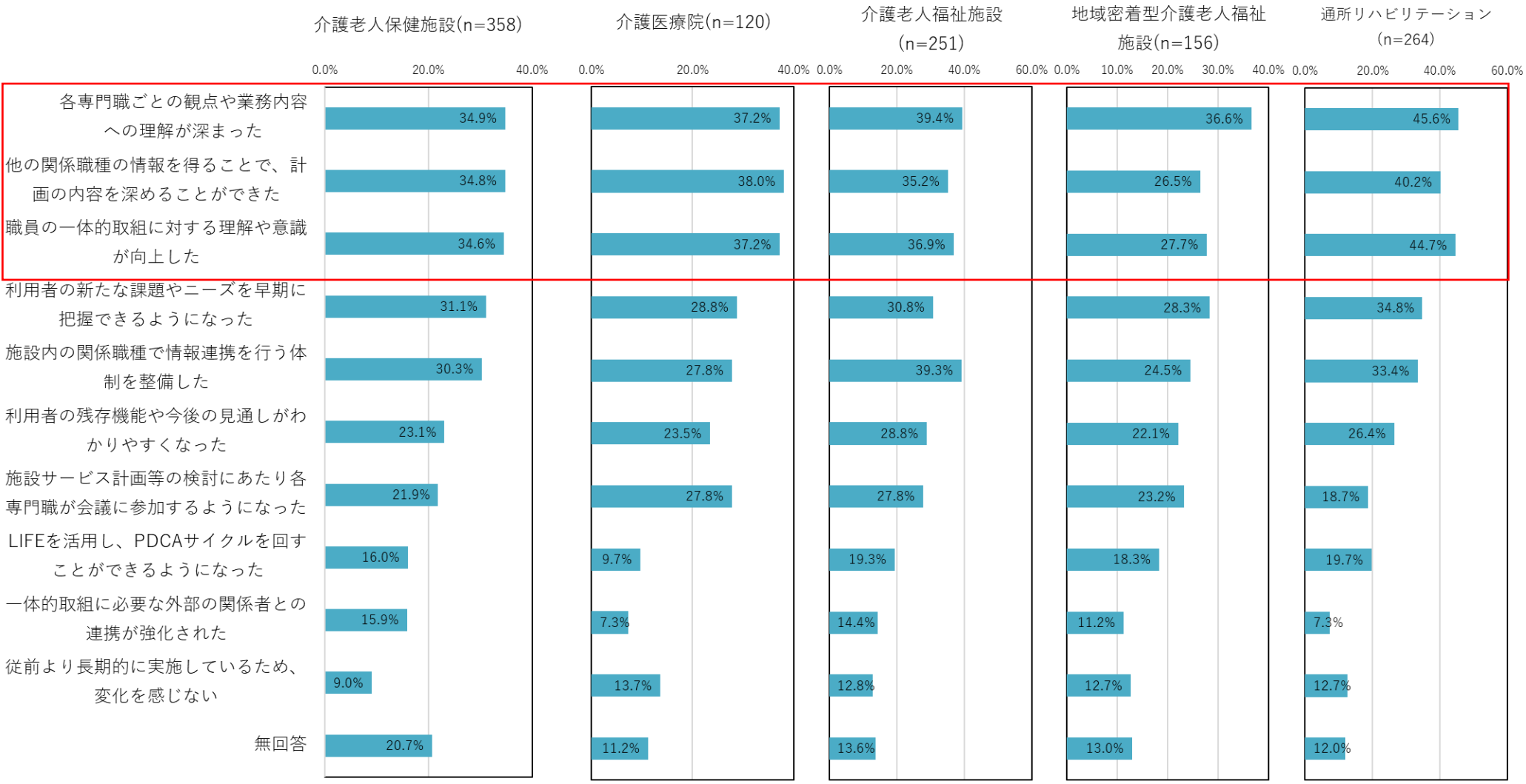
○　一体的取組を実施している事業所・施設に対し、実施したことによる変化や、感じられた効果について、利用者に対する効果を調査した。介護老人保健施設、介護医療院、地域密着型介護老人福祉施設では「口腔衛生状態の維持・改善につながった」が最も高く、４～５割、介護老人福祉施設は「誤嚥性肺炎の予防やリスクが高い利用者の早期発見につながった」が５割、通所リハビリテーションでは「利用者のリハビリテーション・栄養・口腔の関わりに対する理解や意識が向上した」が４割だった。




【出典】令和６年度改定検証調査「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の実施及び一体的取組に関する調査研究事業」より老健局老人保健課作成

# 一体的取組に対する効果（事業所・施設に対する効果）

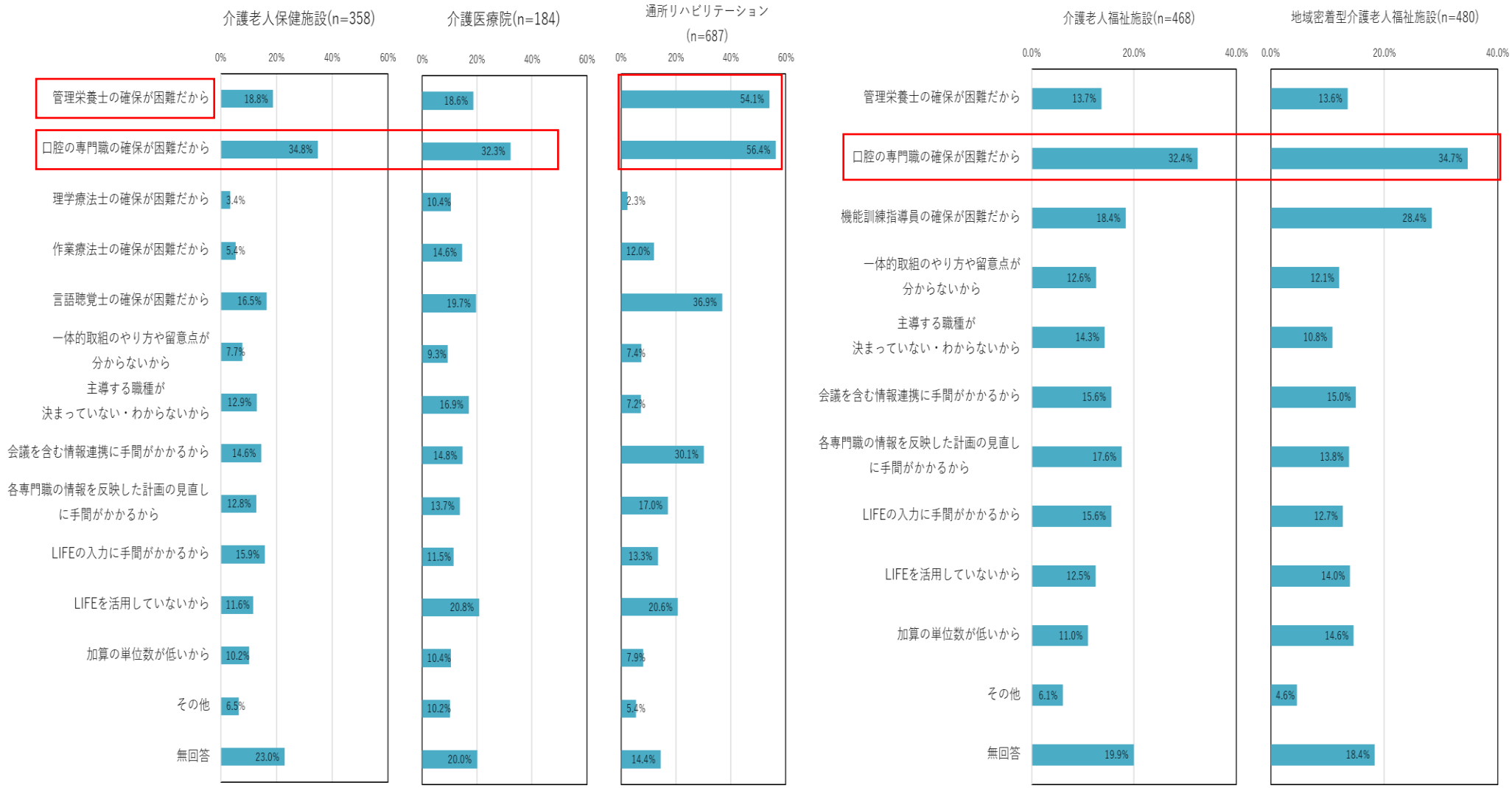
○　一体的取組を実施している事業所・施設に対し、実施したことによる変化や、感じられた効果について、事業所の体制の変化・職員への効果を調査した。「各専門職ごとの観点や業務内容への理解が深まった」「ほかの関係職種の情報を得ることで、計画の内容を深めることができた」「職員の一体的取組に対する理解や意識が向上した」が３～４割であった。




【出典】令和６年度改定検証調査「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の実施及び一体的取組に関する調査研究事業」より老健局老人保健課作成

# 一体的取組に係る加算の非算定理由

○　取組の加算を未算定の理由を調査した。介護老人保健施設、介護医療院、介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設では「口腔の専門職の確保が困難だから」が３割、通所リハビリテーションでは「管理栄養士の確保が困難だから」「口腔の専門職の確保が困難だから」が５割であった。




【出典】令和６年度改定検証調査「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の実施及び一体的取組に関する調査研究事業」より老健局老人保健課作成

1. リハビリテーション・機能訓練、栄養、口腔の一体的取組の概況

2. 令和6年度介護報酬改定の内容

3. 関連する各種意見・サービス提供等の状況

**4. 現状と課題及び論点**

# リハビリテーション・機能訓練、栄養、口腔の一体的取組の現状と課題

## 現状と課題

■ リハビリテーション・機能訓練の上位加算として、リハビリテーション・機能訓練の計画等、栄養状態、口腔の健康状態に関する情報を関係職種間で相互に共有することを評価している。

■ 令和６年度改定検証調査、リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の実施及び一体的取組に関する調査研究事業において、一体的取組の対象者を選定している際は、口腔機能の低下があるという基準が多く、取組の現状として、関係職種が必要時に相談しあう体制作りが最も多かった。一体的取組の加算非算定の理由として、専門職の確保が困難という意見が多かった。

■ 介護報酬は、累次の改定により、加算の種類が増加するとともに、加算の取得要件が複雑化しており、令和６年度改定における審議報告においても、「利用者のわかりやすさという観点や介護サービス事業者の事務負担軽減の観点から、報酬体系の簡素化について、引き続き検討していくべき」とされている。

## 論点

■ リハビリテーション・機能訓練、栄養、口腔の一体的取組の推進について、どのように考えるか。

■ 令和６年度改定における審議報告も踏まえ、利用者のわかりやすさという観点や介護サービス事業者の事務負担軽減の観点から、加算についてどのように考えるか。