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３
第276回（R８.11.20）	

口腔・栄養、一体的取組（改定の方向性）

厚生労働省 老健局

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

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

※第256回以降の介護給付費分科会でいただいたご意見について事務局の責任で整理したもの

＜口腔＞

○口腔の健康状態の評価には専門性が必要である一方、それを契機に歯科受診や口腔状態の改善につながることから、介護職だけで対応するのではなく歯科専門職・歯科医療機関につなぐ仕組みを強化するとともに、口腔連携強化加算の加算要件や報酬を見直すべきではないか。

○歯科医師・歯科衛生士等と連携すること自体を評価するだけではなく、専門職による評価・助言を介護職が日々の口腔ケアや食事支援に反映し、利用者の変化を専門職へ共有して再評価につなげるという循環を構築・評価することが重要ではないか。

＜栄養＞

○アルブミンは低栄養の指標ではなく炎症マーカーであることから、低栄養の指標からは除外すべき。

○GLIM基準は低栄養の診断基準であり、医療現場で診断に用いるものであり、介護現場では、医療現場からGLIM基準の情報提供があった際に、その診断をケアに生かすかが重要。まだ議論されていない分野であるため、今後の研究を進めていく必要がある。

（嚥下調整食）

○食事について、令和８年度診療報酬改定で嚥下調整食の評価が新設され、食事のテクスチャーや見た目を考慮したレベルの高い嚥下調整食の評価したものであるため、介護保険施設においても同様の視点で導入するべきである。

○診療報酬で評価されている嚥下調整食を介護報酬においても評価するということは賛成である。

（通所系サービスにおける栄養管理）

○通所系サービスで低栄養が確認される現状に対し、本来は訪問介護や訪問看護など訪問系スタッフが早期に気づくべき課題であり、訪問系サービスの充実が必要である。

＜一体的取組＞

○口腔・栄養・リハビリテーションの専門職が連携することで、高齢者のケアの質や状態の維持・向上が期待できる一方、歯科専門職や管理栄養士等との連携・人材確保が難しいため、必要な専門職を確保・配置できる仕組みや体制上の評価を検討すべきではないか。

○リハビリテーション・栄養・口腔の介入をそれぞれ実施していることだけではなく、各分野の専門職が実際に連携して利用者への支援を行うことを「一体的取組」として評価する仕組みを検討すべきではないか。また、施設・通所サービスだけでなく、訪問サービスを含めて取組を広げることも検討してはどうか。

これまでの分科会における主なご意見

介護給付費分科会における関係団体等意見交換会においては、以下について要望があった。

【日本医療法人協会】

○介護保険施設等の入所者の食事療養の質の向上を図る観点から、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提供する場合の特別な材料費や調理の工夫等の評価

【全日本病院協会】

○介護保険サービスにおいても、嚥下障害を有する利用者に対する安全かつ適切な食事提供を継続できるよう、「嚥下調整食加算（仮称）」を創設

【日本栄養士会】

○摂食嚥下機能が低下した入所者に対して、安全な経口摂取と必要な栄養素を摂取し、食べる楽しみ・生活を継続できるよう嚥下調整食を療養食加算の対象として評価

○必要な専門的栄養支援につながる機会を確保するため、機能強化型認定栄養ケア・ステーションを外部管理栄養士の連携先として評価

○介護分野で働く管理栄養士・栄養士の処遇改善や、食材料費・人件費等の実態を踏まえた適切な見直し

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、一体的取組　目次

論点①：口腔連携強化加算の見直し・・・

口腔連携強化加算（訪問系サービス、短期入所系サービス）

【口腔連携強化加算】　50単位/回

（短期入所生活介護*、短期入所療養介護、訪問介護、訪問看護*、訪問リハ*、定期巡回（*介護予防含む））

○　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ていること。



算定要件等

【基準告示】

○　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。

○　当該利用者について、栄養状態のスクリーニングを行い、口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)を算定している場合を除き、口腔・栄養スクリーニング加算を算定している場合、口腔の健康状態の評価の結果、居宅療養管理指導が必要であると歯科医師が判断し、初回の居宅療養管理指導を行った日の属する月を除き、指定居宅療養管理指導事業所が歯科医師又は歯科衛生士が行う居宅療養管理指導費を算定している場合、当該事業所以外の介護サービス事業所において、当該利用者について、口腔連携強化加算を算定している場合は算定できない。

【算定告示】

○　別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして、電子情報処理組織を使用する方法により、都道府県知事（市町村長）に対し、老健局長が定める様式による届出を行った指定訪問介護事業所の従業者が、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、当該評価の結果の情報提供を行ったときは、口腔連携強化加算として、１月に１回に限り所定単位数を加算する。

【算定通知】

○　必要に応じて、厚生労働大臣が定める基準における歯科医療機関（以下「連携歯科医療機関」という。）の歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士に口腔の健康状態の評価の方法や在宅歯科医療の提供等について相談すること。なお、連携歯科医療機関は複数でも差し支えない。

○　歯科医療機関への情報提供に当たっては、利用者又は家族等の意向及び当該利用者を担当する介護支援専門員の意見等を踏まえ、連携歯科医療機関・かかりつけ歯科医等のいずれか又は両方に情報提供を行うこと。

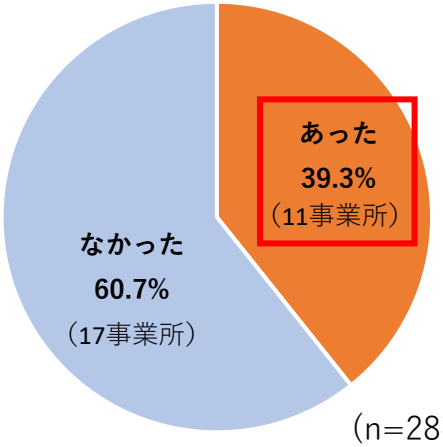
○　口腔の健康状態の評価は、それぞれ次に掲げる確認を行うこと。ただし、ト及びチについては、利用者の状態に応じて確認可能な場合に限って評価を行うこと。

イ　開口の状態、ロ　歯の汚れの有無、ハ　舌の汚れの有無、ニ　歯肉の腫れ、出血の有無、ホ　左右両方の奥歯のかみ合わせの状態
ヘ　むせの有無、ト　ぶくぶくうがいの状態、チ　食物のため込み、残留の有無

口腔連携強化加算を算定した効果について

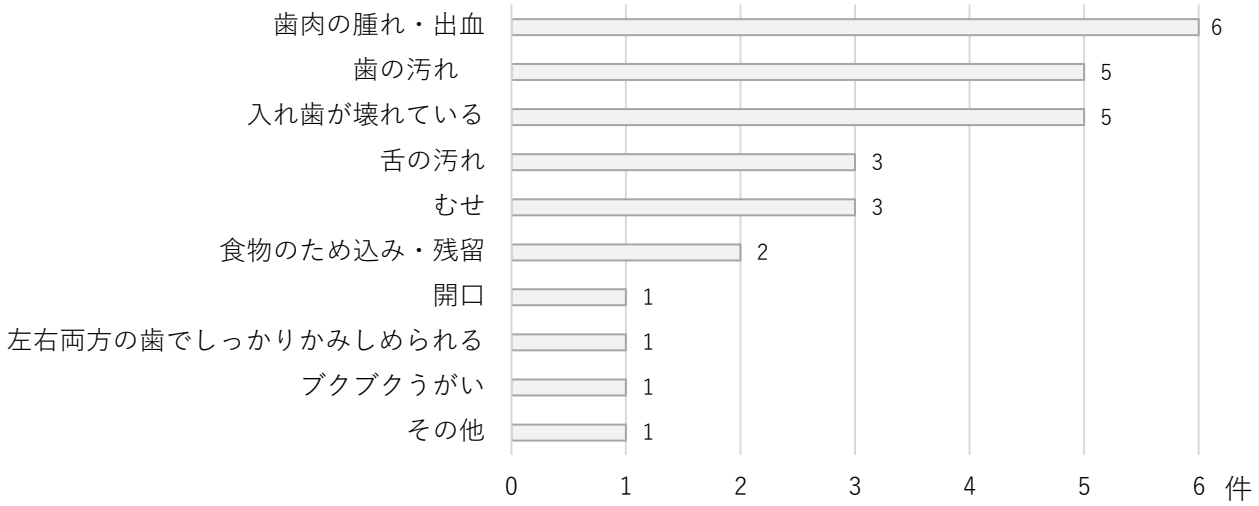
○　令和６年度の調査で、口腔連携強化加算を算定したことがあるとした事業所に対し、口腔の健康状態の評価を行うようになったことで、新たに歯科受診へつながったケースの有無を尋ねたところ、39.3%の事業所が「歯科受診につながったケースがあった」と回答した。

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

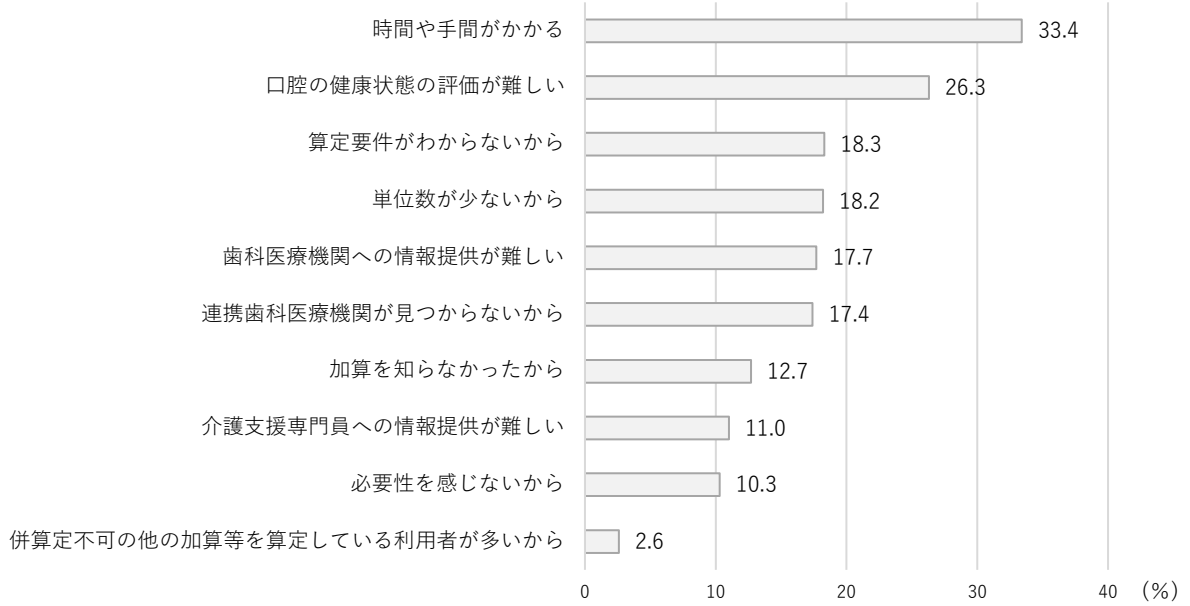
【出典】令和６年度老人保健健康増進等事業「訪問系および短期入所サービスにおける口腔の連携強化に関する調査研究事業」より老人保健課にて作成

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％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）



口腔連携強化加算の算定要件（抜粋）

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。

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

口腔連携強化加算における口腔の健康状態の評価及び情報提供書

○　口腔連携強化加算の算定要件として、以下様式等を用いて口腔の健康状態の評価をそれぞれ利用者について行うこととされている。

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

年　月　日

情報提供先（歯科医療機関・居宅介護支援事業所）

名称　　介護事業所の名称

担当　　殿　　所在地

電話番号

FAX番号

管理者氏名

記入者氏名

利用者氏名	（ふりがな） 年　月　日生	男・女	〒　－ 連絡先　（　）
基本情報	要介護度	□ 要支援（□ 1　□ 2）　□ 要介護（□ 1　□ 2　□ 3　□ 4　□ 5）	
	基礎疾患	□ 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	
	誤嚥性肺炎の発症・既往	□ あり（直近の発症年月：　年　月）　□ なし	
	麻痺	□ あり（部位：□ 手　□顔　□その他）　□ なし	
	摂食方法	□ 経口のみ　□ 一部経口　□ 経管栄養　□ 静脈栄養	
	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	
	口腔清掃の自立度	□ 自立　□ 部分介助（介助方法：　）　□ 全介助	
	現在の処方	□ あり（薬剤名：　）　□ なし	

【口腔の健康状態の評価】

項目番号	項目	評価	評価基準
1	開口	□できる　□できない	・上下の前歯の間に指2本分（縦）入る程度まで口があかない場合（開口量３ｃｍ以下）には「できない」とする。
2	歯の汚れ	□ なし　□ あり	・歯の表面や歯と歯の間に白や黄色の汚れ等がある場合には「あり」とする。
3	舌の汚れ	□ なし　□ あり	・舌の表面に白や黄色、茶、黒色の汚れなどがある場合には「あり」とする。
4	歯肉の腫れ、出血	□ なし　□ あり	・歯肉が腫れている場合（反対側の同じ部分の歯肉との比較や周囲との比較）や歯磨きや口腔ケアの際に出血する場合は「あり」とする。
5	左右両方の奥歯でしっかりかみしめられる	□できる　□できない	・本人にしっかりかみしめられないとの認識がある場合または義歯をいれても奥歯がない部分がある場合は「できない」とする。
6	むせ	□ なし　□ あり	・平時や食事時にむせがある場合や明らかな「むせ」はなくても、食後の痰がらみ、声の変化、息が荒くなるなどがある場合は「あり」とする。
7	ぶくぶくうがい※1	□できる　□できない	・歯磨き後のうがいの際に口に水をためておけない場合や頬を膨らませない場合や膨らました頬を左右に動かせない場合は「できない」とする。
8	食物のため込み、残留※2	□ なし　□ あり	・食事の際に口の中に食物を飲み込まずためてしまう場合や飲み込んだ後に口を開けると食物が一部残っている場合は「あり」とする。
その他	（自由記載）		・歯や粘膜に痛みがある、口の中の乾燥、口臭、義歯の汚れ、義歯がすぐに外れる、口の中に薬が残っている等の気になる点があれば記載する。

※1　現在、歯磨き後のうがいをしている場合に限り確認する。（誤嚥のリスクも鑑みて、改めて実施頂く事項ではないため空欄可）

※2　食事の観察が可能な場合は確認する。（改めて実施頂く事項ではないため空欄可）

歯科医師等※による口腔内等の確認の必要性	□ 低い　□ 高い	・項目1－8について「あり」または「できない」が１つでもある場合は、歯科医師等による口腔内等の確認の必要性「高い」とする。 ・その他の項目等も参考に歯科医師等による口腔内等の確認の必要性が高いと考えられる場合は、「高い」とする。

※　歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士

歯科医療機関への連絡事項	（自由記載）
介護支援専門員への連絡事項	（自由記載）

様式に記入する基本情報（任意）

要介護度	□ 要支援（□ 1　□ 2）　□ 要介護（□ 1　□ 2　□ 3　□ 4　□ 5）
基礎疾患	□ 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
誤嚥性肺炎の発症・既往	□ あり（直近の発症年月：　年　月）　□ なし
麻痺	□ あり（部位：□ 手　□顔　□その他）　□ なし
摂食方法	□ 経口のみ　□ 一部経口　□ 経管栄養　□ 静脈栄養
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
口腔清掃の自立度	□ 自立　□ 部分介助（介助方法：　）　□ 全介助
現在の処方	□ あり（薬剤名：　）　□ なし

※「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（訪問通所サービス、居宅療養管理指導及び福祉用具貸与に係る部分）及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」別紙様式６

論点①　口腔連携強化加算の見直し

論点①

■ 口腔連携強化加算は、歯科治療が必要である在宅療養者に治療が行われていない状況に対し、訪問サービスと短期入所サービスの、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のための情報連携を評価するものとして令和６年度介護報酬改定において新設された。

■ 口腔連携強化加算を算定する事業所は、口腔の健康状態に係る評価を行うに当たって、歯科医療機関に相談できる体制を確保することとなっている。

■ 令和６年度介護報酬改定時に、「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」ことが論点であったことを踏まえ、介護支援専門員への情報提供についてどのように考えるか。

■ 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％で最も多かった。

対応案

■ 口腔連携強化加算の見直しとして、情報連携先については、歯科医療機関のみの場合も算定出来ることとしてはどうか。また、様式の入力に関する事務負担を軽減するため、様式に記載する基本情報の簡素化を行ってはどうか。

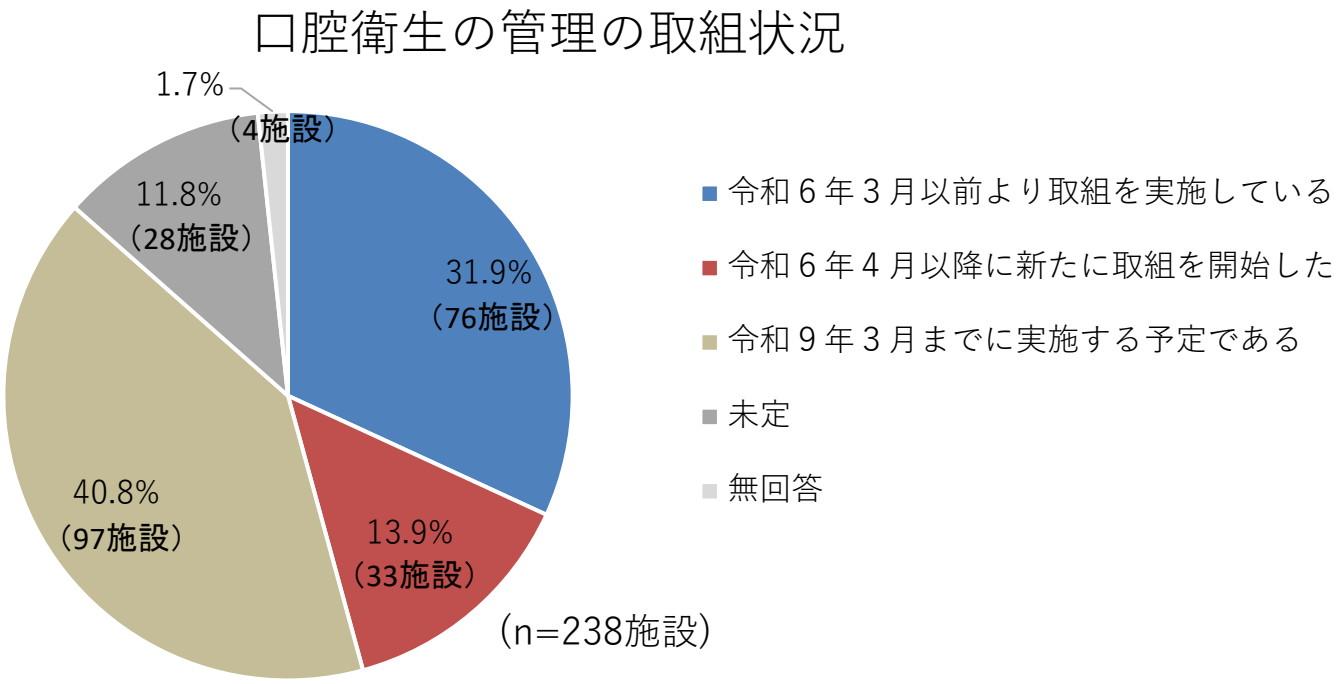
口腔・栄養、一体的取組　目次

論点①：口腔連携強化加算の見直し・・・

特定施設入所者生活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。



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」より老人保健課にて作成

地域密着型特定施設入所者生活介護、認知症対応型共同生活介護（予防含む）における口腔衛生管理体制加算の算定状況

○ 地域密着型特定施設入所者生活介護、認知症対応型共同生活介護（予防含む）における口腔衛生管理体制加算の算定率は、地域密着型特定施設入所者生活介護が19.8%、認知症対応型共同生活介護が32.1%、介護予防認知症対応型共同生活介護が26.4%であった。

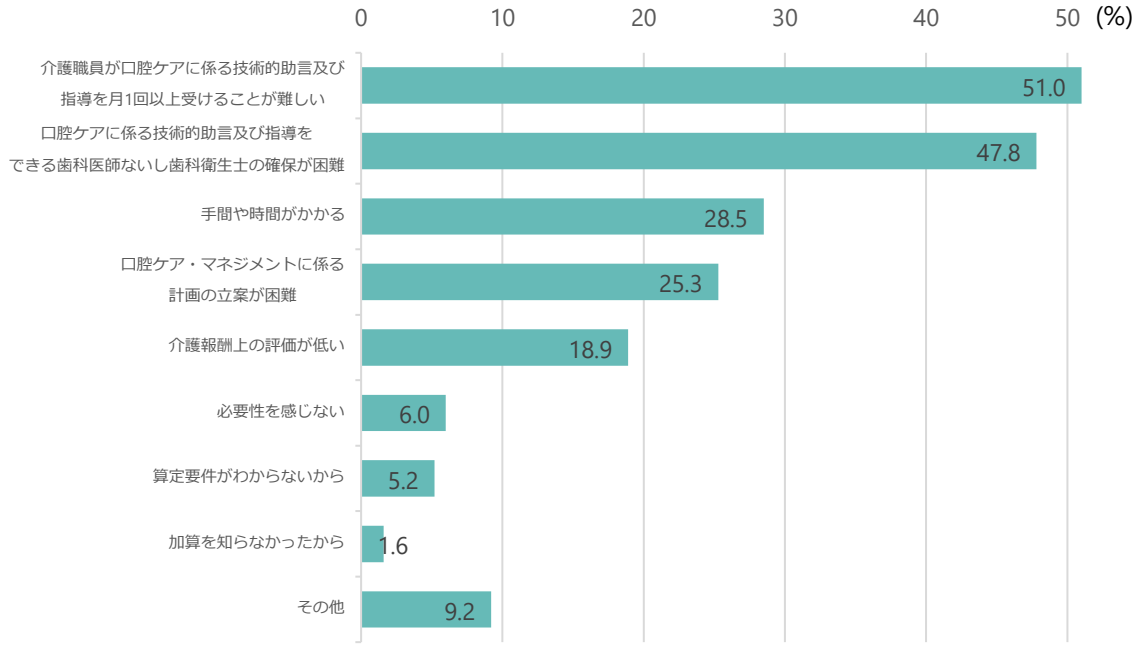
○ 令和６年度の調査で、口腔衛生管理体制加算を算定していないと回答した施設に対し、算定しない理由を尋ねたところ、「介護職員が口腔ケアに係る技術的助言及び指導を月１回以上受けることが難しい」が51.0%で最も多く、次いで「口腔ケアに係る技術的助言及び指導をできる歯科医師ないし歯科衛生士の確保が困難」が47.8%であった。

口腔衛生管理体制加算の算定率（事業所ベース）

地域密着型特定施設入所者生活介護	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
19.8%	32.1%	26.4%

【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

口腔衛生管理体制加算を算定していない理由（n=248施設、複数回答）



調査方法：全国1,794の、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、地域密着型特定施設入所者生活介護サービスを提供する施設を対象とした郵送調査を実施。回答率22.0%（394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」より老健局老人保健課にて作成

論点②　口腔衛生の管理について

論点②

■ 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。

■ 令和９年３月で経過措置が終了する予定だが、現状の口腔衛生の管理の取組状況等を踏まえ、経過措置についてどう考えるか。

対応案

■ 入所者の状態に応じた口腔衛生の管理を維持する観点から、予定通り経過措置を終了することとしてはどうか。

口腔・栄養、一体的取組　目次

論点①：口腔連携強化加算の見直し・・・

介護職員等が実施している口腔、栄養のスクリーニング項目

○　介護報酬の加算で介護職員等が行っている口腔の健康状態や、栄養状態の評価項目を示した。

○　スクリーニングを求めている加算やサービスにより評価項目、項目数が異なる。

口腔の健康状態の評価項目

評価等	算定対象サービス	口腔の健康状態の評価項目
口腔・栄養スクリーニング加算（８項目）	特定施設*、地密特定施設、認知症対応型共同生活介護*、小規模多機能型居宅介護*（*介護予防含む）	• 開口 • 歯の汚れ • 舌の汚れ • 歯肉の腫れ・出血 • 左右両方の奥歯でしっかりかみしめられる • むせ • ブクブクうがい • 食物のため込み・残留
口腔・栄養スクリーニング加算（３項目）	看護小規模多機能型居宅介護、通所リハビリテーション*、通所介護、地密通所介護、認知症対応型通所介護*（*介護予防含む）、療養通所介護費、短期利用療養通所介護費	• 硬いものを避け、柔らかいものばかり食べる • 入れ歯を使っている • むせやすい
科学的介護推進体制加算（４項目）	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、特定施設*、地密特定施設、認知症対応型共同生活介護*、小規模多機能型居宅介護*、看護小規模多機能型居宅介護、通所リハビリテーション*、通所介護、地密通所介護、認知症対応型通所介護*（*介護予防含む）	• 歯の汚れ • 歯肉の腫れ・出血 • 義歯の使用 • むせ

栄養状態の評価項目

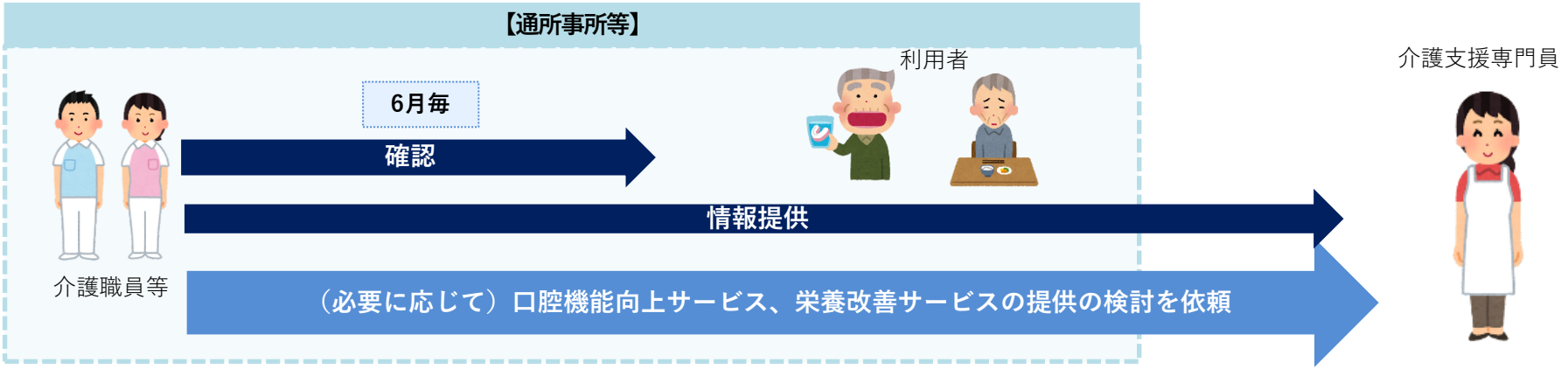
評価等	算定対象サービス	栄養状態の評価項目
口腔・栄養スクリーニング加算（６項目）	特定施設*、地密特定施設、認知症対応型共同生活介護*、小規模多機能型居宅介護*（*介護予防含む）、看護小規模多機能型居宅介護、通所リハビリテーション*、通所介護、地密通所介護、認知症対応型通所介護*（*介護予防含む）、療養通所介護費、短期利用療養通所介護費	• 身長／体重 • BMI • 直近１～６カ月における３％以上の体重減少 • 直近６カ月間における２～３kgの体重減少 • 血清アルブミン値 • 食事摂取量
科学的介護推進体制加算（８項目）	介護老人保健施設、介護医療院、介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設、特定施設*、地密特定施設、認知症対応型共同生活介護*、小規模多機能型居宅介護*、看護小規模多機能型居宅介護、通所リハビリテーション*、通所介護、地密通所介護、認知症対応型通所介護*（*介護予防含む）	• 身長／体重（通所・居住サービスは身長／体重のみ） • 低栄養のリスクレベル • 栄養補給法 • 食事形態 • とろみ • 食事摂取量 • 必要栄養量 • 提供栄養量

口腔・栄養スクリーニング加算の概要

【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　通所系サービス・看多機
20単位/回　居住系サービス・小多機

（特定施設*、地密特定施設、認知症対応型共同生活介護*、小規模多機能型居宅介護*、看護小規模多機能型居宅介護、通所リハ*、通所介護、地密通所介護、認知症対応型通所介護*（*介護予防含む）、療養通所介護費、短期利用療養通所介護費）

○　利用者の口腔の健康状態のスクリーニング又は栄養状態のスクリーニングを行い、介護支援専門員に情報提供していること。



算定要件等

【基準告示】
〈口腔・栄養スクリーニング加算、口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ〉①及び②の実施
① 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について確認を行い、当該利用者の口腔の健康状態に関する情報（当該利用者の口腔の健康状態が低下しているおそれのある場合にあっては、その改善に必要な情報を含む。）を当該利用者を担当する介護支援専門員に提供していること。
② 利用開始時及び利用中６月ごとに利用者の栄養状態について確認を行い、当該利用者の栄養状態に関する情報（当該利用者が低栄養状態の場合にあっては、低栄養状態の改善に必要な情報を含む。）を当該利用者を担当する介護支援専門員に提供していること。
〈口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱ〉①もしくは②のいずれかの実施

【算定告示】
別に厚生労働大臣が定める基準に適合する指定通所介護事業所の従業者が、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のスクリーニング又は栄養状態のスクリーニングを行った場合に、口腔・栄養スクリーニング加算として、次に掲げる区分に応じ、１回につき次に掲げる単位数を所定単位数に加算する。ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定せず、当該利用者について、当該事業所以外で既に口腔・栄養スクリーニング加算を算定している場合にあっては算定しない。

【算定通知】
○ 口腔・栄養スクリーニング加算の算定を行う事業所については、サービス担当者会議で決定することとし、原則として、当該事業所が当該加算に基づく口腔スクリーニング又は栄養スクリーニングを継続的に実施する。

論点③　口腔の健康状態、栄養状態の評価について

論点③

- 口腔・栄養スクリーニング加算については、介護職員等が利用者の口腔の健康状態のスクリーニング、栄養状態のスクリーニングを行い、介護支援専門員に情報提供していることを要件としている。
- 口腔の健康状態、栄養状態の評価を求めている介護報酬の加算が複数あるが、加算等やサービスにより評価項目、項目数が異なる。
- 口腔・栄養スクリーニング加算では、６月に１回のスクリーニングを要件としているが、科学的介護推進体制加算では少なくとも３月に１回の評価を求めている。

対応案

- 口腔の健康状態、栄養状態のスクリーニングについては複数加算で評価を行うのではなく、介護職員等が行う評価を統一し、多くの利用者でスクリーニングの実施を推進するため、口腔・栄養スクリーニング加算を廃止し、科学的介護推進体制加算で評価を行い、スクリーニングを行った結果、専門職の介入が必要とされた利用者については、専門職や介護支援専門員への情報共有を行うこととしてはどうか。
- その上で、介護職員等が行う口腔の健康状態、栄養状態のスクリーニングについては、介護現場での活用可能性を考慮し評価項目の見直しを検討してはどうか。

口腔・栄養、一体的取組　目次

論点①：口腔連携強化加算の見直し・・・

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いない。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 （減少3%未満）	1 か月に3～5%未満 3 か月に3～7.5%未満 6 か月に3～10%未満	1 か月に 5%以上 3 か月に 7.5%以上 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 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% ■ 過去6ヶ月以上：＞20%	■ 高度な減少	■ 高度な減少

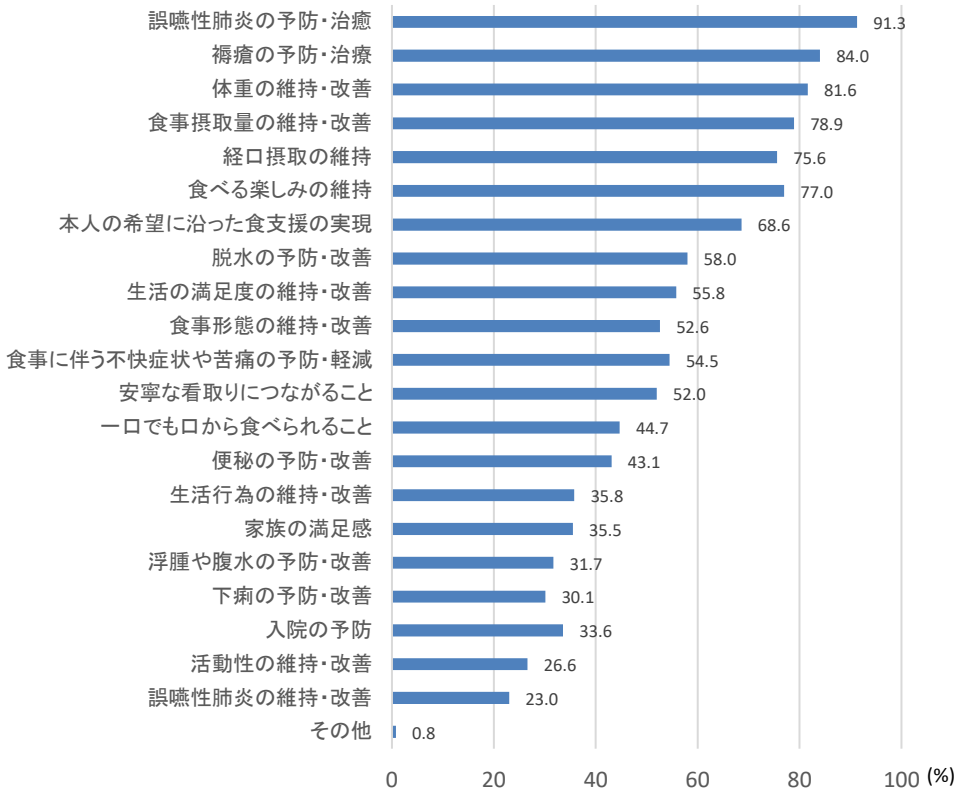
表現型基準の3項目で、より高度な基準値を超えたものが一つでもある場合は重度低栄養と判定され、一つも該当しない場合は中等度低栄養と判定

【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

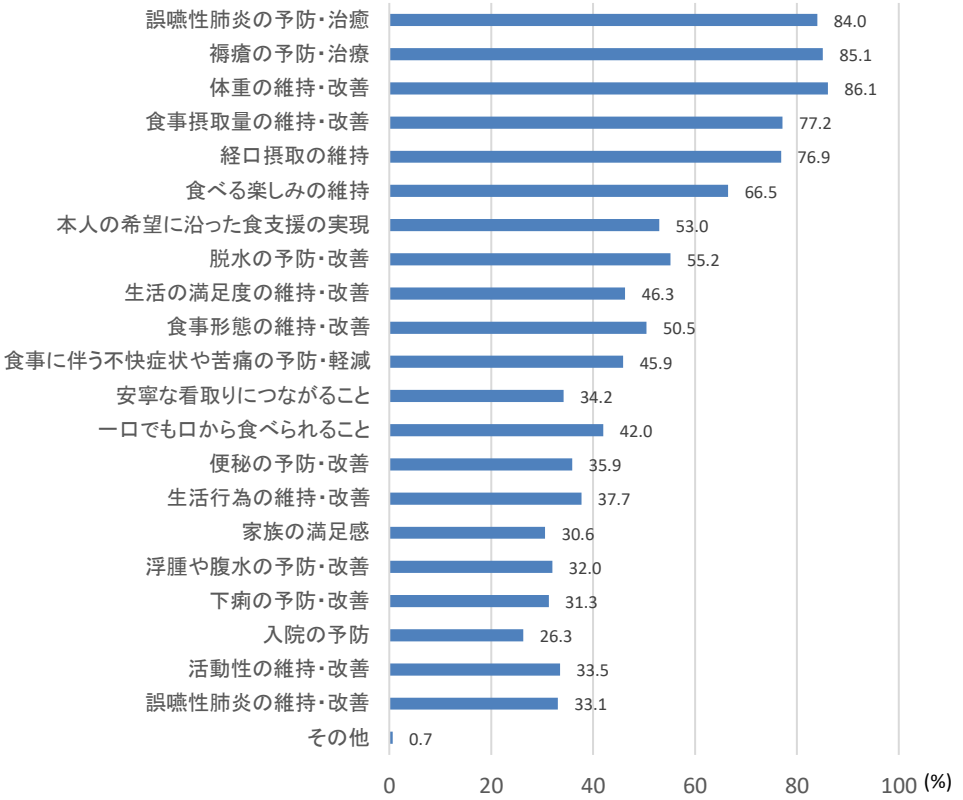
介護度の高い利用者に必要な栄養ケア・マネジメントについて

○　栄養スクリーニングは、低栄養又は低栄養リスクのある者を早期に把握し、栄養アセスメント及び栄養介入につなげるプロセスである中、要介護度４及び５の利用者に対する栄養ケア・マネジメントにおける効果として重要な項目として、誤嚥性肺炎や褥瘡の予防・治療、体重の維持・改善が挙げられた一方、単に低栄養リスクの判定や栄養改善にとどまらず、食べる楽しみの維持や本人の希望・価値観の確認等、本人の意思尊重を含む包括的なケアについても挙げられた。

■　要介護4及び5の入所者に対する栄養ケア・マネジメントにおいてどのような効果が重要と考えるか（介護老人福祉施設）(n=369)



■　要介護4及び5の入所者に対する栄養ケア・マネジメントにおいてどのような効果が重要と考えるか（介護老人保健施設)(n=281)



※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施設を対象にしたWEB 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

栄養アセスメント加算と栄養改善加算加算について

○　通所系サービスの利用者が算定できる栄養アセスメント加算は、スクリーニング・アセスメントの結果、解決すべき栄養管理上の課題に応じた栄養食事相談や情報提供を行うこととともに、低栄養又はそのおそれのある利用者は、栄養改善加算の検討をすることになっている。栄養改善加算は、スクリーニング・アセスメント・栄養介入までの一連の取組が要件となっている。

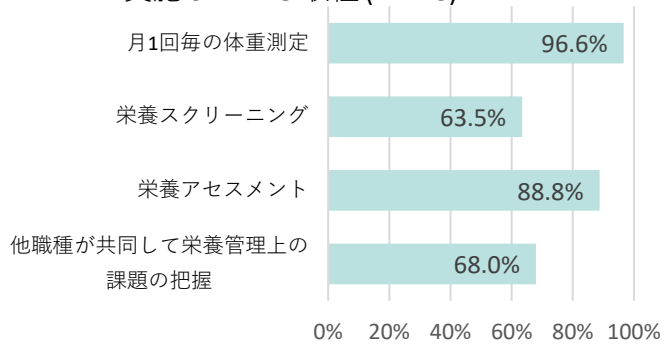
○　栄養アセスメント加算から栄養改善加算に移行した利用者の割合は、31.5%であった。

＜通所系サービスにおける栄養関連加算の概要＞

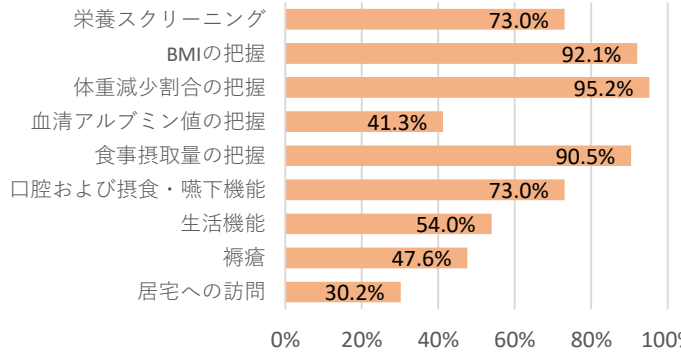
（通所介護、地域密着型通所介護、療養通所介護、認知症対応型通所介護、介護予防認知症対応型通所介護、通所リハ、介護予防通所リハ、看護小規模多機能居宅介護）

加算名	対象者	スクリーニング	アセスメント	栄養介入
栄養アセスメント加算 ※LIEF提出要件 50単位/月	すべての利用者	・低栄養状態のリスクを，利用開始時に把握し、多職種が共同して、３ヶ月に１回以上栄養アセスメントを実施。 ・管理栄養士等が共同して、利用者ごとの摂食・嚥下機能及び食形態にも配慮しつつ、解決すべき**栄養管理上の課題の把握**を行う。 ・**低栄養状態にある利用者又はそのおそれがある利用者は**、介護支援専門員との情報共有を行い、**栄養改善加算の検討するように依頼**する。		・**必要に応じ解決すべき栄養管理上の課題に応じた栄養食事相談、**情報提供等を行う。
栄養改善加算 200単位/回 (3月以内の期間に限り1月に2回を限度)	・BMI18.5未満である者 ・過去６か月以内に３%以上又は２～３kg以上の体重減少が認められる者 ・血清アルブミン値が3.5g/dl以下である者 ・食事摂取量が不良（75%以下）である者 ・その他低栄養状態にある又はそのおそれがあると認められる者※ ※口腔及び摂食･嚥下機能、生活機能の低下、褥瘡、食欲の低下、閉じこもり、認知症、うつのような問題を有する者については、上記のいずれかの項目に該当するかどうか、適宜確認すること。	・低栄養状態のリスクを，利用開始時に把握する。 ・管理栄養士が中心となって、利用者ごとの摂食・嚥下機能及び食形態にも配慮しつつ、**栄養状態に関する解決すべき課題の把握**を行い、多職種と共同して、栄養ケア計画を作成する。 ・利用者の栄養状態に応じて、おおむね３ヶ月ごとの体重測定等により、栄養状態の評価を行い、その結果を介護支援専門員や主治の医師に情報提供をする。		・栄養ケア計画に基づき、**管理栄養士等が利用者ごとに栄養改善サービスを提供**すること。 ・必要に応じて、利用者の居宅を訪問し、管理栄養士等が栄養改善サービスを行い、栄養状態を定期的に記録する。

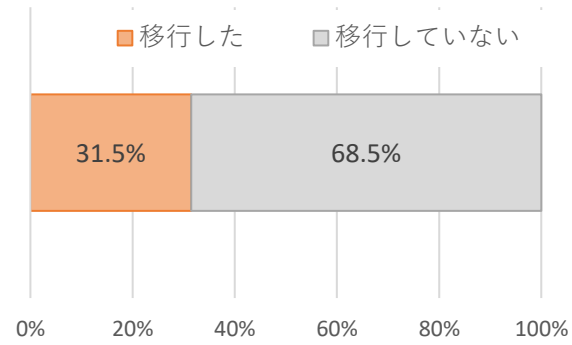
■栄養アセスメント加算において実施している取組 (n=178)



■ 栄養改善加算において実施している取組 (n=63)



■ 栄養アセスメント加算から栄養改善加算への移行状況 (n=178)



※調査対象：通所介護事業所 (n=12,377)及び通所リハビリテーション事業所 (n=3,842)**を対象にしたWeb調査**

【出典】令和８年度老人保健健康増進等事業「在宅における栄養管理の充実に関する調査研究事業（中間集計値）」より老健局老人保健課にて作成

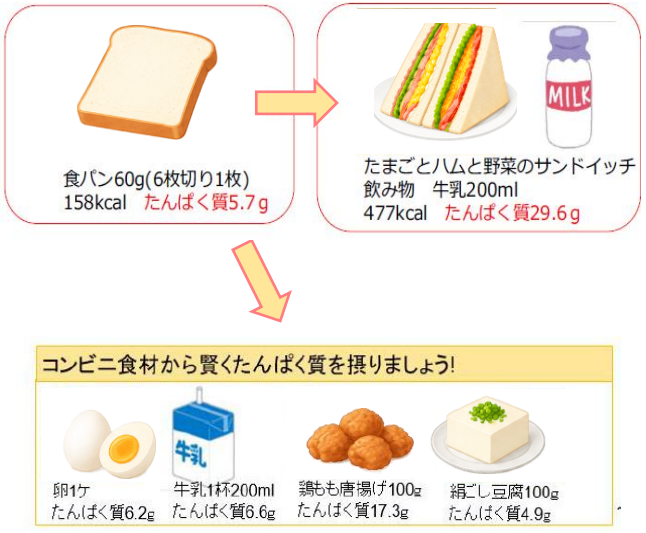
（参考）通所事業所における管理栄養士による栄養・食事支援の取組事例

＜栄養スクリーニング･アセスメント＞

病歴：	現病歴・既往歴・手術や入院の有無
体重：	現体重・通常体重・体重減少・体重増加
食事の内容：	食事の回数、摂取栄養量(主食の摂取量、副食の摂取量)、水分摂取量、嗜好
食事の準備：	調理担当者。ご本人様の場合⇒買い物(坂道や階段の状況、重い物の運搬が困難、商店が少ない、買い物の経験が不足)、支度(体力や気力の低下で食事の支度が困難、調理経験不足、食品の衛生管理が困難)
食事の留意事項：	食事療法の必要性、食物アレルギー、服薬
口腔・嚥下：	食事時の摂食・嚥下状況(小さくして食べる、飲み込みに問題)
食欲・食事の満足度：	いつから食事の満足度が低下したのか満足度が低下した頃に何か身体や生活の変化があったのか聞き取り例：「あなたにとって食欲の最もある状態を5、ない状態を1とすると、あなたの現在の状態はどの位ですか？」
食事に対する意識：	利用者及び家族等の食や栄養に対する知識･調理･食べることへの認識などの主観的な事項。聞き取り例：「お食事を作ったり、ちゃんと栄養をとらなければいけないという気持はありますか？」食事づくりができるか、食事づくりの意欲があるか、食事づくりを支援する人がいるか、栄養等を考えて食べているかなども確認しながら聞き取る。
介護サービス：	他の介護サービス等の有無をチェックする。現在利用されている、訪問介護等による食事介助、配食サービスなど調理支援の状況、本人の意向を確認する。

＜支援内容(栄養アセスメント加算)＞

栄養･食事相談、情報提供
（低栄養対策　中食を活用して、しっかり食べましょう）



＜支援内容(栄養改善加算)＞

【栄養ケア計画書の作成】

1日当たりの不足している推定摂取量：
エネルギー(-550kcal）、たんぱく質（-20ｇ）、水分（-420ml）

栄養診断：
P（問題）：エネルギー摂取量不足
E（原因）：炭水化物、タンパク質摂取量不足、
S（兆候・症状）：6か月間の体重減少6.4Kg

栄養ケア計画：
＃1.必要栄養量エネルギー1,750kcal/日、たんぱく質60ｇ/日、水分1,620ml/日とする。昼食にエネルギー推定摂取量500kcal程度を主食、主菜、副菜を摂ることができる。
＃2.体重を1か月で1kg増加、3か月後に3kg増加できる
○管理栄養士が月1回訪問し昼食献立を妻と一緒に作成（初回-2回目の訪問時）、その後の状況確認やアドバイスを妻に行う（3-6回目の訪問時）
○本人に通所時に昼食の大切さやおいしく食べているかと声かけする、食事量や体重の改善がみられたら称賛する。
○通所のリハビリテーション職員とエネルギーの出納バランスについて検討し、摂取量や体重が改善するまでリハビリテーションと食事摂取量との調整を随時行う。

＜体重減少（6か月間の体重減少6.4kg）による低栄養が改善した事例＞

【　アセスメント（現状）➡　訪問時のアドバイス　】

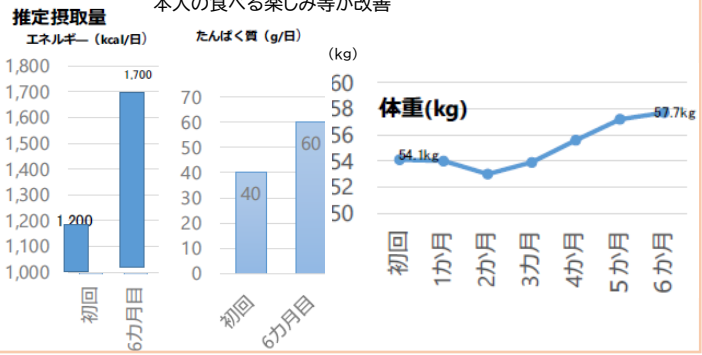
- 通所がある日（週3日）の朝食欠食 ➡ 栄養量の不足を理解して頂いた（担当者会議やリハ会議の際に、ほかの職種も同じ説明を行っていた）
- 通所が無い日の食事内容の見直し ➡ クリームあんみつを間食の位置づけとし、食べられる献立で昼食献立を提案した


初回（朝食）約8.7g


2ヶ月経過（朝食）約11.2g


6か月経過（朝食）約20g

【　成　果　】 6か月後にエネルギー、たんぱく質の摂取量、体重及び本人の食べる楽しみ等が改善

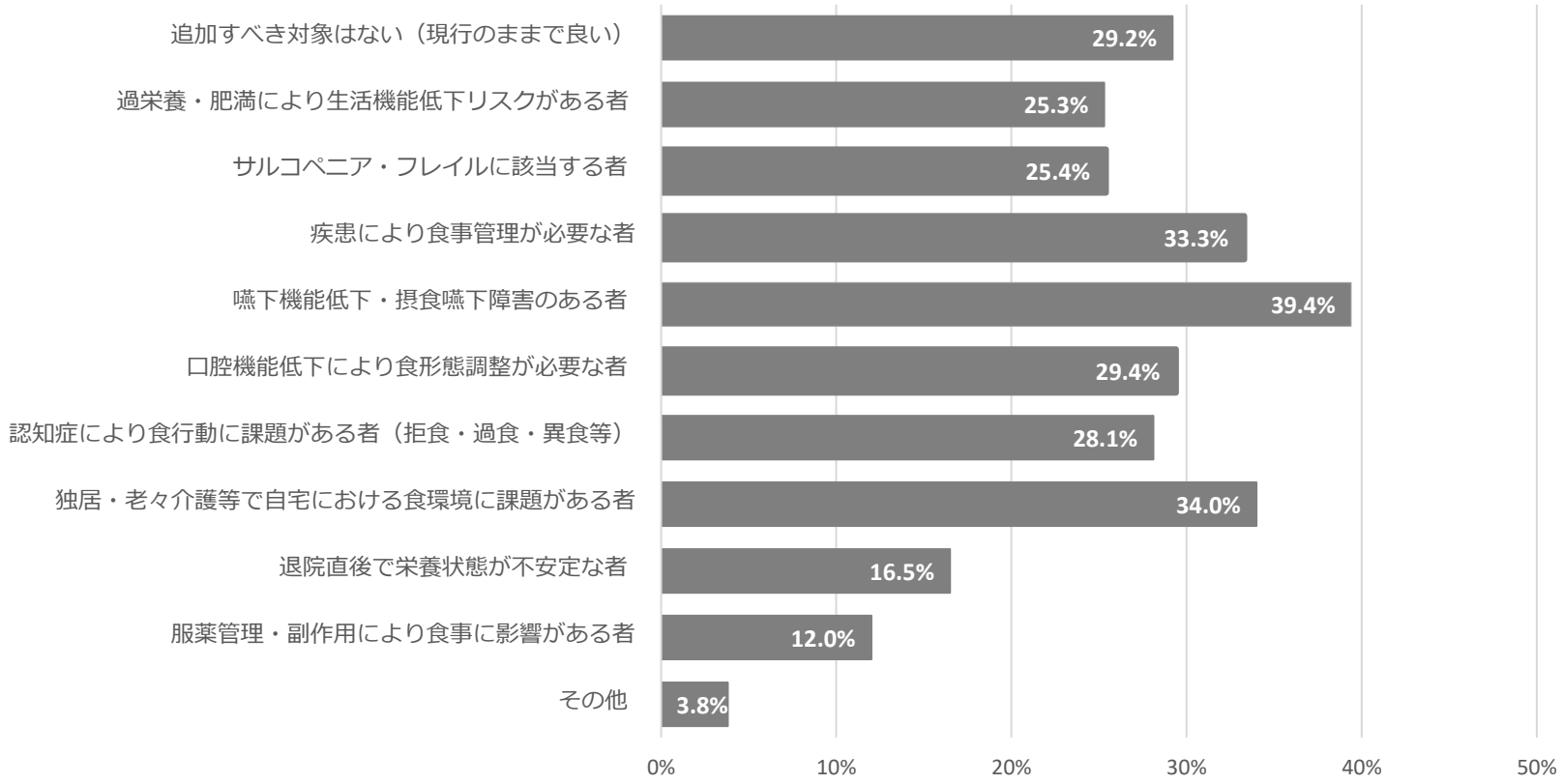


【出典】令和２年度老人保健健康増進等事業「認知症対応型共同生活介護における栄養管理のあり方に関する調査研究事業」研修会資料より老健局老人保健課にて作成

栄養改善加算の対象者について

○　通所系サービスの利用者が算定できる栄養改善加算について、算定対象は、低栄養状態にある又はそのおそれがあると認められる者であるところ、「嚥下機能低下・摂食嚥下障害のある者」や「口腔機能低下により食形態調整が必要な者」、「サルコペニア・フレイルに該当する者」等、栄養改善加算の対象者として認識されていない状況が示された。

■　栄養改善加算の対象とすべきと考える対象者の状況（複数回答）(n=2,411)



※調査対象：通所介護事業所（n=12,377）及び通所リハビリテーション事業所（n=3,842）**を対象にしたWeb調査**

【出典】令和８年度老人保健健康増進等事業「在宅における栄養管理の充実に関する調査研究事業（中間集計値）」より老健局老人保健課にて作成

論点④　栄養ケア・マネジメントに関する取組の見直し

論点④

■ 低栄養の診断基準において、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。また、栄養スクリーニングは、要介護度の違いによらず低栄養又は低栄養リスクのある者を把握しているが、実際の栄養介入においては、単に低栄養リスクの判定や栄養改善にとどまらず、食べる楽しみの維持や本人の希望・価値観等を把握の上、包括的なケアが提供されている中、低栄養状態のリスクの判断についてどのように考えるか。

■ 通所系サービスにおける栄養改善加算では、スクリーニング・アセスメント・栄養介入までの一連の取組が要件となっている中、栄養アセスメント加算において、スクリーニング・アセスメントの結果、低栄養又はそのおそれのある利用者は、栄養改善加算の検討をすることになっている。栄養アセスメント加算から栄養改善加算に移行した割合は、 31.5%であった。栄養アセスメント加算と栄養改善加算の概念や実施内容が重複している状況をどのように考えるか。

■ 栄養改善加算の対象として認識されていない低栄養のリスクになり得る者に、「嚥下機能低下・摂食嚥下障害のある者」や「口腔機能低下により食形態調整が必要な者」、「サルコペニア・フレイルに該当する者」が挙げられたことについて、どのように考えるか。

対応案

■ 低栄養状態のリスクの評価に際しては、国際的な動向を踏まえ血清アルブミン値は削除してはどうか。また、栄養ケア・マネジメントは、単なる低栄養リスクの判定やそれを踏まえた自立支援・重症化予防にとどまらず、利用者の状況を総合的に把握した上で必要なケアが提供されていること等を踏まえ、栄養ケア計画の作成に当たっては、要介護度等も踏まえて包括的なケアの必要性について含めることを明確にし、適切なケアが提供できるようにしてはどうか。

■ 通所系サービスにおける栄養アセスメント加算と栄養改善加算の取組内容が重複している部分を整理し、栄養アセスメント加算を廃止して、栄養改善加算に統廃合することとしてはどうか。

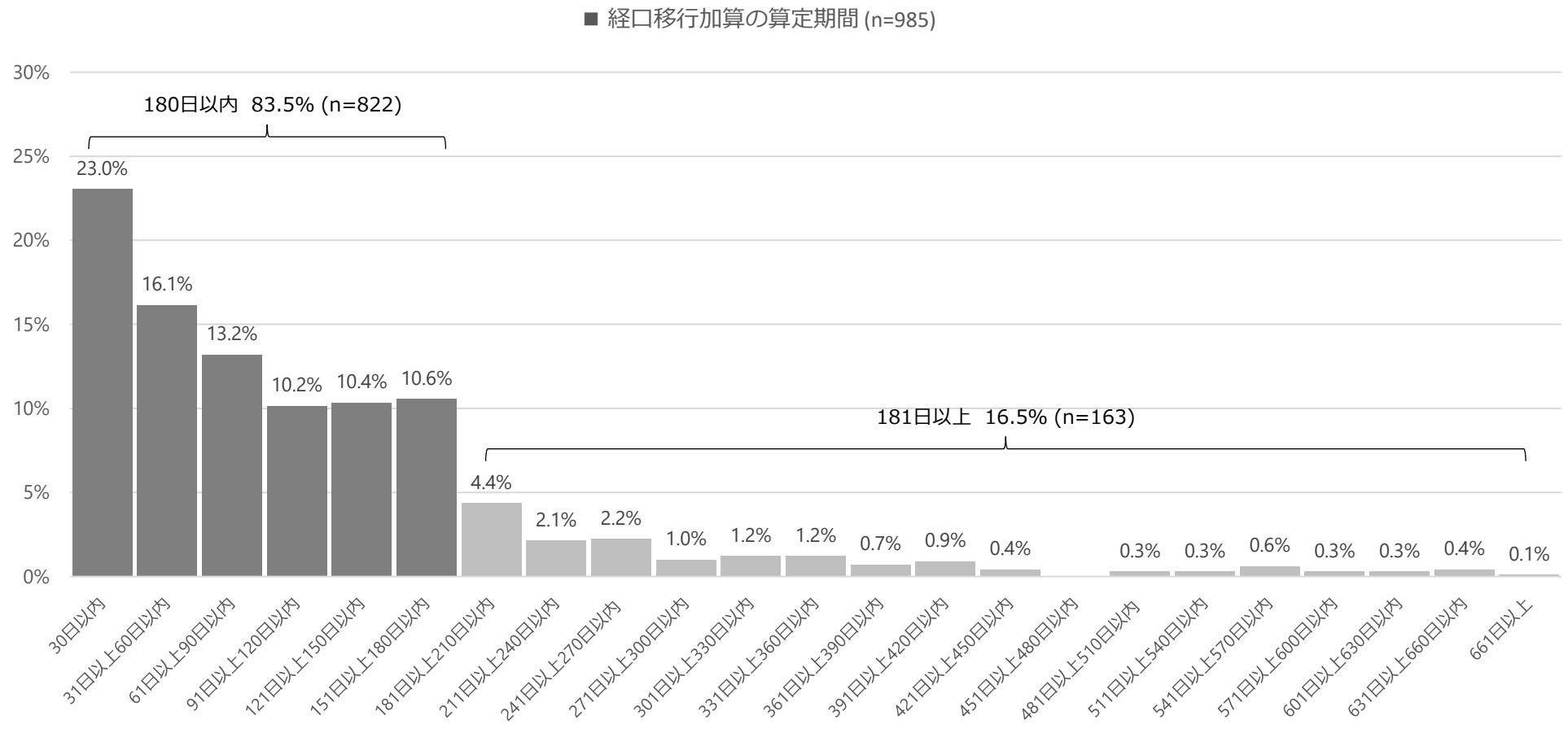
■ 栄養・食事支援を推進する観点から、栄養改善加算の対象として、低栄養のリスクになり得る 「嚥下機能低下・摂食嚥下障害のある者」、「口腔機能低下により食形態調整が必要な者」、「サルコペニア・フレイルに該当する者」を明確化してはどうか。

口腔・栄養、一体的取組　目次

論点①：口腔連携強化加算の見直し・・・

経口移行加算の算定期間等

○　経口移行加算の算定期間は、要件の上限として定めている180日以内が 83.5%、181日以上が 16.5%であった。



（参考）経口移行加算の概要（28単位/日）：現に経管により食事を摂取している者が、経口による食事の摂取を進めようとする者に対して、経口移行計画を策定し、当該計画に基づく栄養管理及び支援が実施された場合に180日以内の期間に限り算定できる。なお、180日を超えた期間に行われた場合であっても、医師の指示に基づき継続して経口による食事の摂取を進めるための栄養管理及び支援が必要とされる者に対しては、引き続き当該加算を算定することができる。

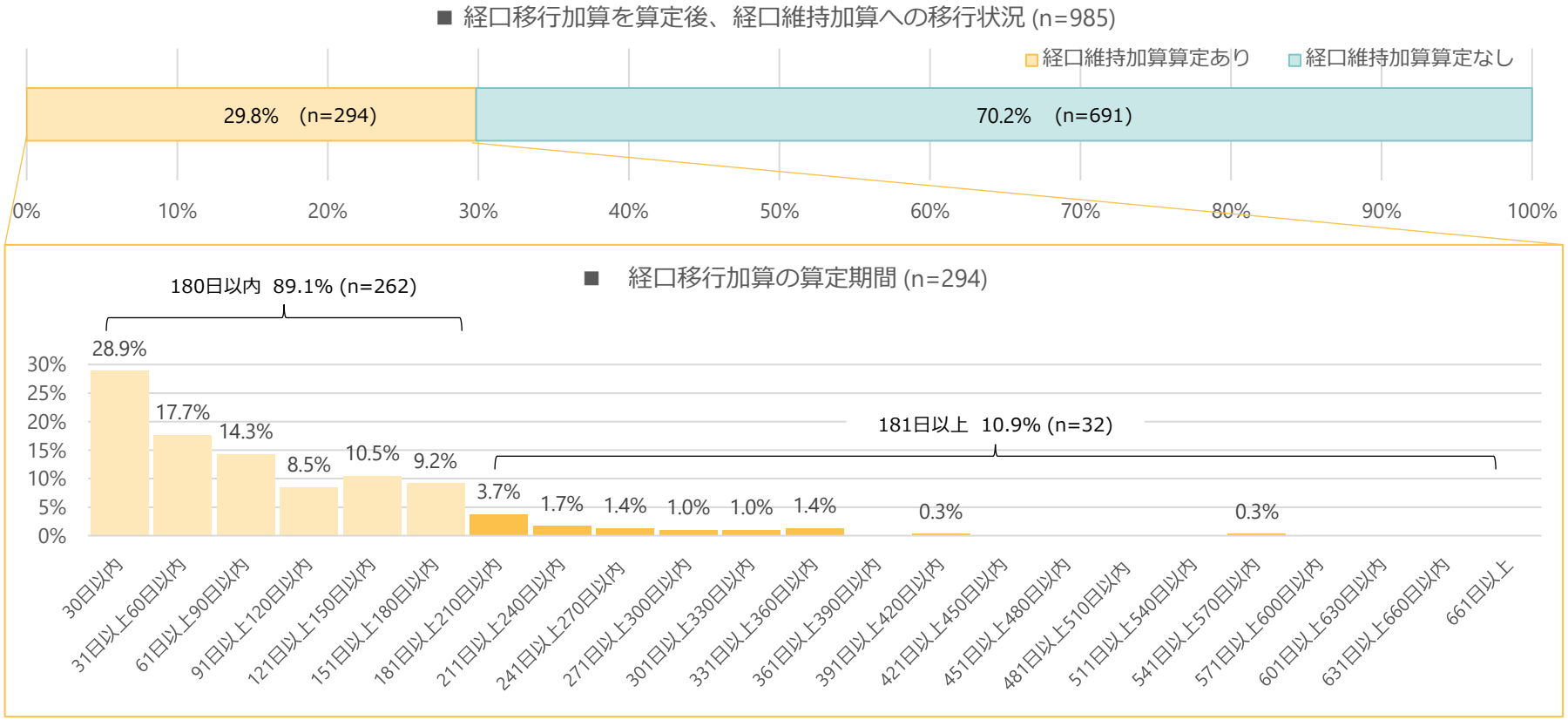
※令和6年5月～令和8年3月審査分に経口移行加算を算定している者のうち、入所(院)年月日が令和6年4月1日以降で、退所(院)年月日のデータがある者を対象とした。ただし、入所(院)年月日のデータが複数存在する者は除外し、985名を集計対象とした。

【出典】介護保険総合データベースを集計（令和６年５月審査分～令和８年３月審査分）し、老健局老人保健課にて作成

経口移行加算の算定期間等

○　経口移行加算を算定後、経口維持加算を算定している者の割合は 29.8%であった。

○　経口維持加算を算定している者のうち、経口移行加算の算定期間が180日以内が 89.1%、181日以上が 10.9%であった。



（参考）経口維持加算（Ⅰ）の概要（400単位/月）：現に経口により食事を摂取する者であって、摂食機能障害を有し、水飲みテスト等により誤嚥が認められることから、継続して経口による食事の摂取を進めるための特別な管理が必要である者に対して、多職種で食事の観察及び会議を行い、入所者ごとに経口維持計画を作成及び見直しをし、計画に従った栄養管理を行った場合に算定。

※令和6年5月～令和8年3月審査分に経口移行加算を算定している者のうち、入所(院)年月日が令和6年4月1日以降で、退所(院)年月日のデータがある者を対象とした。ただし、入所(院)年月日のデータが複数存在する者は除外し、985名を集計対象とした。

【出典】介護保険総合データベースを集計（令和６年５月審査分～令和８年３月審査分）し、老健局老人保健課にて作成

経口移行加算から経口維持加算への支援の流れ（イメージ）

経口移行加算：28単位／日　　**経口維持加算：(Ⅰ)400単位／月　(Ⅱ)100単位／月**

～経管栄養から経口摂取へ多職種連携で切れ目のない支援を継続～

1　経管により食事を摂取している

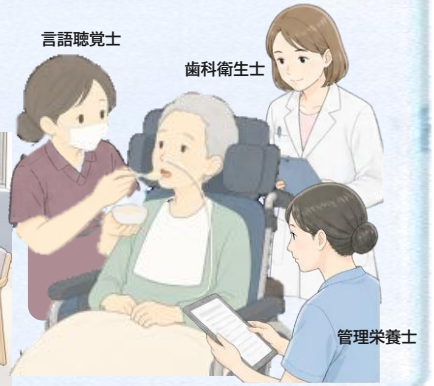


食事を経管から
摂取している状態

2　経口移行計画に基づき、栄養管理及び支援の実施

以下の項目を確認
- 全身状態
- 覚醒維持
- 嚥下反射
- 嚥下時の「むせ」の有無





3　経口摂取へ移行



4　経口により食事を摂取している

＋

摂食機能障害を有し、
誤嚥が認められる者※

※誤嚥が認められる者とは、
- 水飲みテスト
- 頸部聴診法
- 造影撮影
- 内視鏡検査　等

により、誤嚥が認められる者

5　食事の観察や会議等を実施し、「特別な管理」の方法等を示した経口維持計画に基づき、栄養管理を実施



※特別な管理とは
- 誤嚥の防止
- 食物形態の調整
- 摂食方法等に
  おける適切な配慮



6　経口摂取を維持・安定



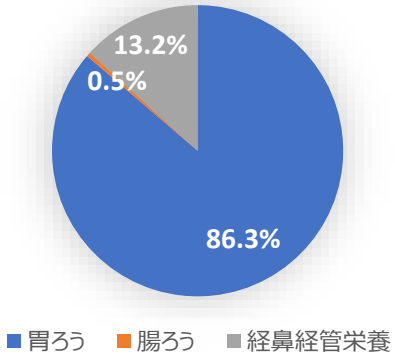
継続的に評価を行い、
安全に経口摂取を保持

経管栄養を実施している入所者状況と入所後の経過期間

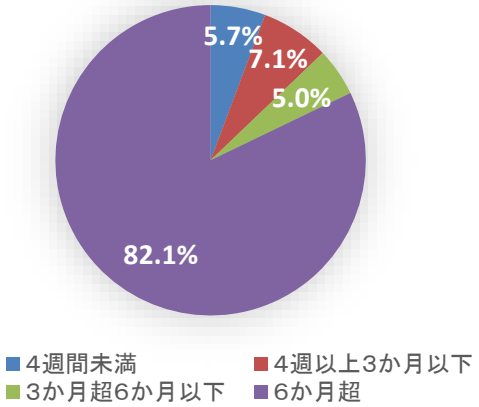
○　経管栄養を実施している入所者のうち、経鼻経管栄養の割合は、介護老人福祉施設が13.2%、介護老人保健施設が20.0%、介護医療院58.4 %であった。
○　経鼻経管栄養を実施している入所者について、入所日から調査日までの経過期間をみると、「6 か月超」が最も多く、介護老人福祉施設が82.1%、介護老人保健施設が66.0%、介護医療院73.7 %であった。

介護老人福祉施設

■　経管栄養の種類別割合（n=1,057 ）

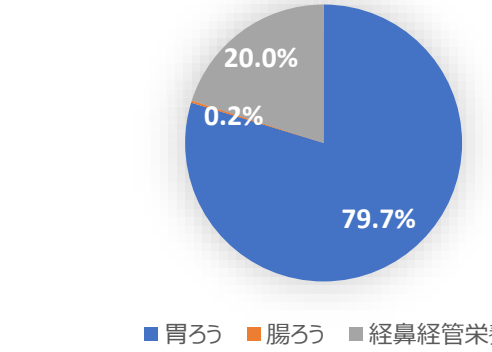


■　経鼻経管栄養を実施している入所者の入所後の経過期間（n=140）

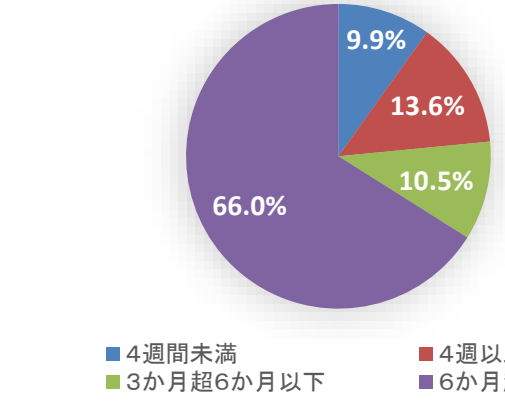


介護老人保健施設

■　経管栄養の種類別割合（n=808）

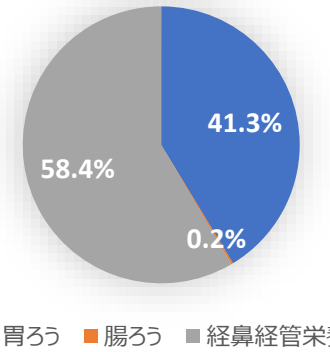


■　経鼻経管栄養を実施している入所者の入所後の経過期間（n=162）

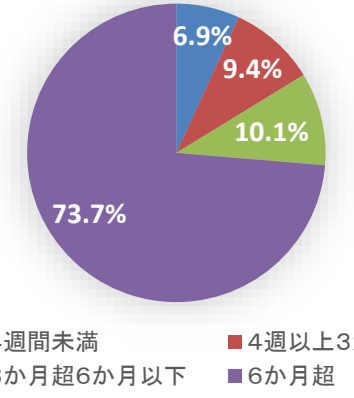


介護医療院

■　経管栄養の種類別割合（n=3,516）



■　経鼻経管栄養を実施している入所者の入所後の経過期間（n=2,055）



【出典】令和８年度老人保健健康増進等事業「リハビリテーション・機能訓練、栄養、口腔の一体的取組に係る実態調査」（速報値）により老健局老人保健課にて作成

（参考）経管栄養の実施期間等に応じたアクセスの選択

○「静脈経腸栄養ガイドライン 第３版」では、経口摂取が第一選択であること、経口摂取が不十分な場合、経管栄養を考慮することに加え、経管栄養が短期間の場合は経鼻アクセスを選択し、４週間以上の長期になる場合又は長期になることが予想される場合は、消化管瘻アクセス（可能な場合は胃瘻が第一選択）を選択することとされている。
○また、同ガイドラインでは、留置期間が長期間の場合は、消化管瘻アクセス（胃瘻、空腸瘻、PTEG）を選択することとされており、長期の在宅経腸栄養管理では、原則として胃瘻又は腸瘻を用いることとされている。



（高齢者）栄養投与ルートの選択は？（推奨度・エビデンスレベル：AⅢ・AⅡ）

経口摂取が第一選択で、食事摂取量の増加、補食の推進を図る。
経口摂取が不十分な場合、経管栄養を考慮する。

経腸栄養のアクセスはどのように選択するか？（推奨度・エビデンスレベル：BⅡ）

経管栄養が短期間の場合は、**経鼻アクセス** を選択する。

４週間以上の長期になる場合や**長期になることが予想される場合**は、**消化管瘻アクセス** を選択する。
（可能な場合は胃瘻が第一選択）

経管栄養経路はどのように選択するか？（推奨度・エビデンスレベル：BⅢ・BⅡ）

留置期間が短期間の場合は**経鼻アクセス**、**長期間の場合**には**消化管瘻アクセス**（胃瘻、空腸瘻、PTEG）を選択する。
第一選択は、アクセスが簡便かつ生理的な**胃アクセス**である。

在宅栄養療法の方法は？（推奨度・エビデンスレベル：AⅡ）

原則として、**長期の在宅経腸栄養管理**では**胃瘻／腸瘻**を用いる。

※推奨度は、A「強く推奨する」、B「一般的に推奨する」、C「任意でよい」に分類。臨床研究論文のエビデンスレベルは、Ⅰ「最低１つの無作為化比較対照試験（RCT）又はメタアナリシスによる実証」、Ⅱ「RCTではない比較試験又はコホート研究による実証」、Ⅲ「症例集積研究又は専門家の意見」に分類。

【出典】 日本静脈経腸栄養学会編「静脈経腸栄養ガイドライン 第３版」（2013年）17頁、51頁、172頁及び386頁

論点⑤　経口移行加算及び経口維持加算の見直し

論点⑤

■ 経口移行加算は、現に経管により食事を摂取している者が、経口による食事の摂取を進めようとする者に対して、栄養管理及び支援が実施された場合に180日以内の期間に限り算定できるが、180日を超えた場合であっても、医師の指示に基づき継続して必要とされる者に対しては、引き続き当該加算を算定することができる。また、現に経口により食事を摂取している者であって、摂食機能障害を有し、継続して経口による食事の摂取を進めるための特別な管理が必要である者に対しては、経口維持加算を算定できるとなっており、経口移行の取組により経管を抜去し、経口に移行した後は、経口維持加算を算定することにより、特別な管理を続けることが可能な仕組みになっている。

■ 経口移行加算の算定期間は、180日以内が 83.5%、181日以上が 16.5%であった。経口移行加算を算定後、経口維持加算を算定している者の割合は 29.8%であり、そのうち、経口移行加算の算定期間が180日以内が 89.1%、181日以上が 10.9%であった。

■ 静脈経腸栄養ガイドラインでは、経鼻経管栄養は短期間の場合に選択する方法とされており、４週間以上の長期になる場合又は長期になることが予想される場合には、他の栄養アクセスを選択することとされているところ、経鼻経管栄養を実施している入所者について、入所日から調査日までの経過期間をみると、「６か月超」が最も多く、約７割から８割であった。

■ 最期まで口から食べることを支援するに当たり、経口移行加算及び経口維持加算について、どのような対応が考えられるか。

対応案

■ 経口移行を促す観点から、経口移行加算から経口維持加算に移行した初期段階での支援を充実させるため、経口移行加算算定による取組により、経管栄養から経口による食事の摂取に移行し、継続的に経口摂取が可能になった場合の特別な評価を、経口維持加算で新たに評価することとしてはどうか。

■ 経鼻経管栄養から経口に移行する場合、経口移行加算の算定期間は、４週間までとし、胃ろう・腸ろう、静脈栄養で、医師の指示がある場合は、最大180日まで算定できることとしてはどうか。

口腔・栄養、一体的取組　目次

論点①：口腔連携強化加算の見直し・・・

介護保険施設における栄養管理及び食事の提供の基準概要

○　介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設、介護老人保健施設及び介護医療院における運営に関する基準においては、「入所者ごとの摂食・嚥下機能及び食形態にも配慮した栄養ケア計画を作成」し、「栄養ケア計画に従い、管理栄養士が栄養管理を行う」ことや、「個々の入所者の栄養状態に応じて、摂食・嚥下機能及び食形態にも配慮した栄養管理を行う」ことが規定されている。

介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準について（平成12年３月17日老企第44号）（抄）

栄養管理

基準省令第17条の２は、介護老人保健施設の入所者に対する栄養管理について、管理栄養士が、入所者の栄養状態に応じて、計画的に行うべきことを定めたものである。ただし、栄養士のみが配置されている施設や栄養士又は管理栄養士を置かないことができる施設については、併設施設や外部の管理栄養士の協力により行うこととする。

栄養管理について、以下の手順により行うこととする。

イ 入所者の栄養状態を施設入所時に把握し、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の者が共同して、**入所者ごとの摂食・嚥下機能及び食形態にも配慮した栄養ケア計画を作成**すること。栄養ケア計画の作成に当たっては、施設サービス計画との整合性を図ること。なお、栄養ケア計画に相当する内容を施設サービス計画の中に記載する場合は、その記載をもって栄養ケア計画の作成に代えることができるものとすること。

ロ 入所者ごとの**栄養ケア計画に従い、管理栄養士が栄養管理を行う**とともに、入所者の栄養状態を定期的に記録すること。

ハ 入所者ごとの栄養ケア計画の進捗状況を定期的に評価し、必要に応じて 当該計画を見直すこと。

ニ（略）

食事の提供

(1)食事の提供について（基準省令第19条）

個々の入所者の栄養状態に応じて、**摂食・嚥下機能及び食形態にも配慮した栄養管理を行う**とともに、入所者の栄養状態、身体の状況並び病状 及び嗜好を定期的に把握し、それに基づき計画的な食事の提供を行うこと。 また、入所者の自立の支援に配慮し、できるだけ離床して食堂で行われるよう努めなければならないこと。

(2)～(4)（略）

(5)療養室関係部門と食事関係部門との連携について

食事の提供については、入所者の嚥下や咀嚼の状況、食欲など心身の状態等を当該入所者の食事に的確に反映させるために、療養室関係部門と食事関係部門との連絡が十分とられていることが必要であること。

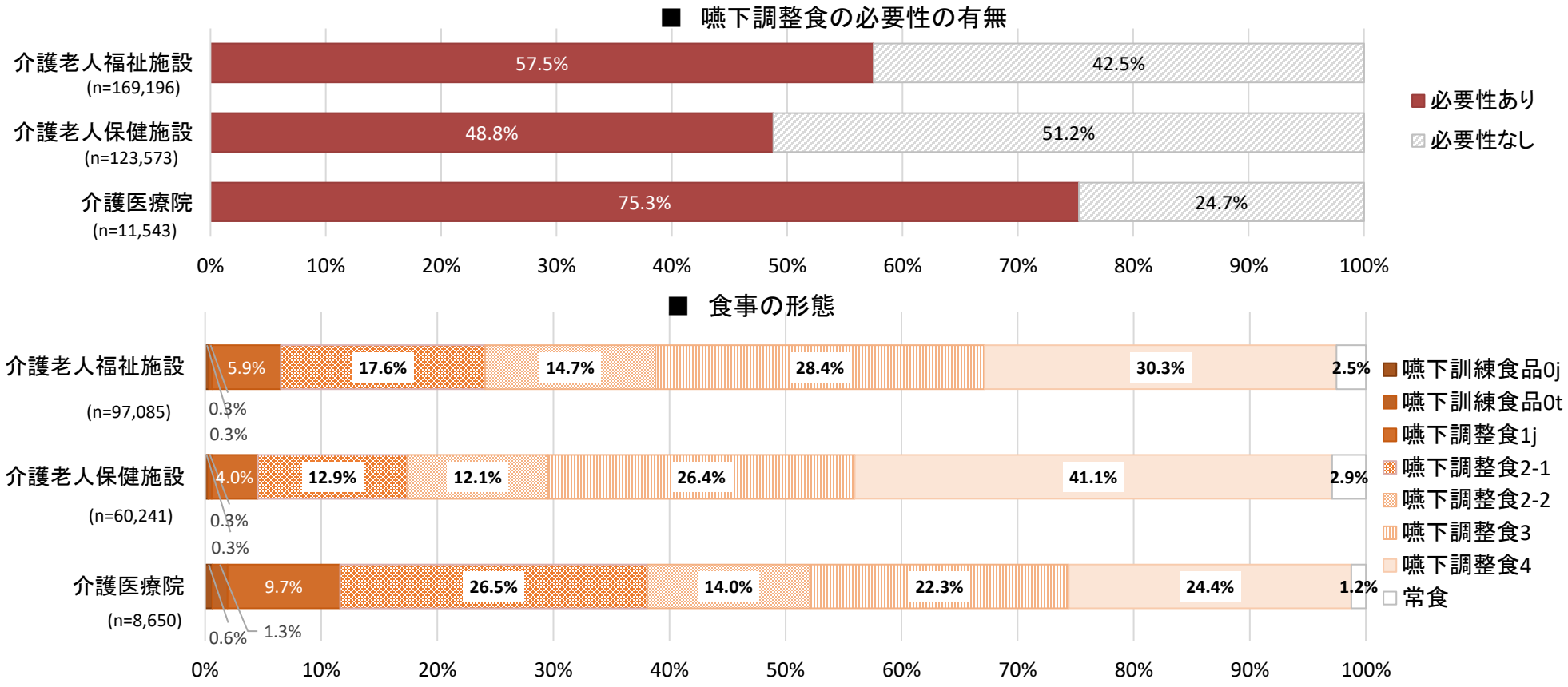
(6)（略）

(7) 食事内容の検討について

食事内容の検討について 食事内容については、当該施設の医師又は栄養士若しくは管理栄養士を含む会議において検討が加えられなければならないこと。

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、栄養マネジメント強化加算を算定している施設（「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）であり経口摂取（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

嚥下調整食の課題等

○　嚥下調整食は、安全な経口摂取に有用である一方、調理過程での加水によりエネルギー・たんぱく質密度が低下したり、食事の絶対量が増えたりすることで、必要な栄養素量の摂取ができないことがあり、低栄養リスクが高くなるとの報告がある。
○　一方、嚥下調整食の見た目を工夫したり、栄養素を強化して調理したりすることで、摂取栄養量が増加するとの報告もある。

摂食嚥下機能を踏まえた食事の課題

○　食材を単に刻んだだけの食事では、食塊形成ができにくく、咽頭で散らばったり、口腔内残留が増える。食品の硬度、凝集性、付着度を適切に調整することが重要。
出典：Steele CM, et al. *Dysphagia.* 2015; 30(1):2.

○　物性の調整過程で栄養素密度の低下が生じる。常食と比べて栄養素摂取量の低下につながる。
出典：Wu XS, et al. *Healthcare (Basel).* 2020; 21;8(4):579.

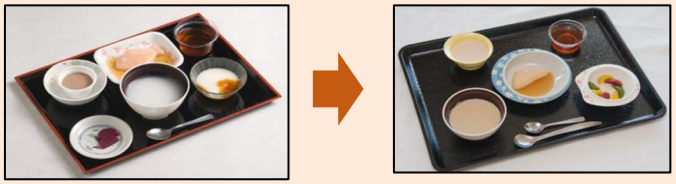
適切に調整した嚥下調整食の工夫

○ 食事の見た目の改善や栄養強化で摂取栄養量が増加
出典：Ueshima J, et al. *J Am Geriatr Soc*. 2025; doi: 10.1111/jgs.19468
Wu XS, et al. *Healthcare (Basel).* 2020; 21;8(4):579.

栄養強化嚥下調整食の導入事例

＜嚥下調整食（学会コード３）の例＞

○栄養強化の工夫点
・主食（左下）はMCTオイルとプロテイン入り味付き粉末を添加し、味付き粥にしている
・魚（真ん中）はたんぱく質強化の商材を使用
・野菜ゼリー（右下）はドレッシングに食用オイルとプロテイン粉末を添加
・デザート（左上）は生クリームを添加



○栄養素等量の変化

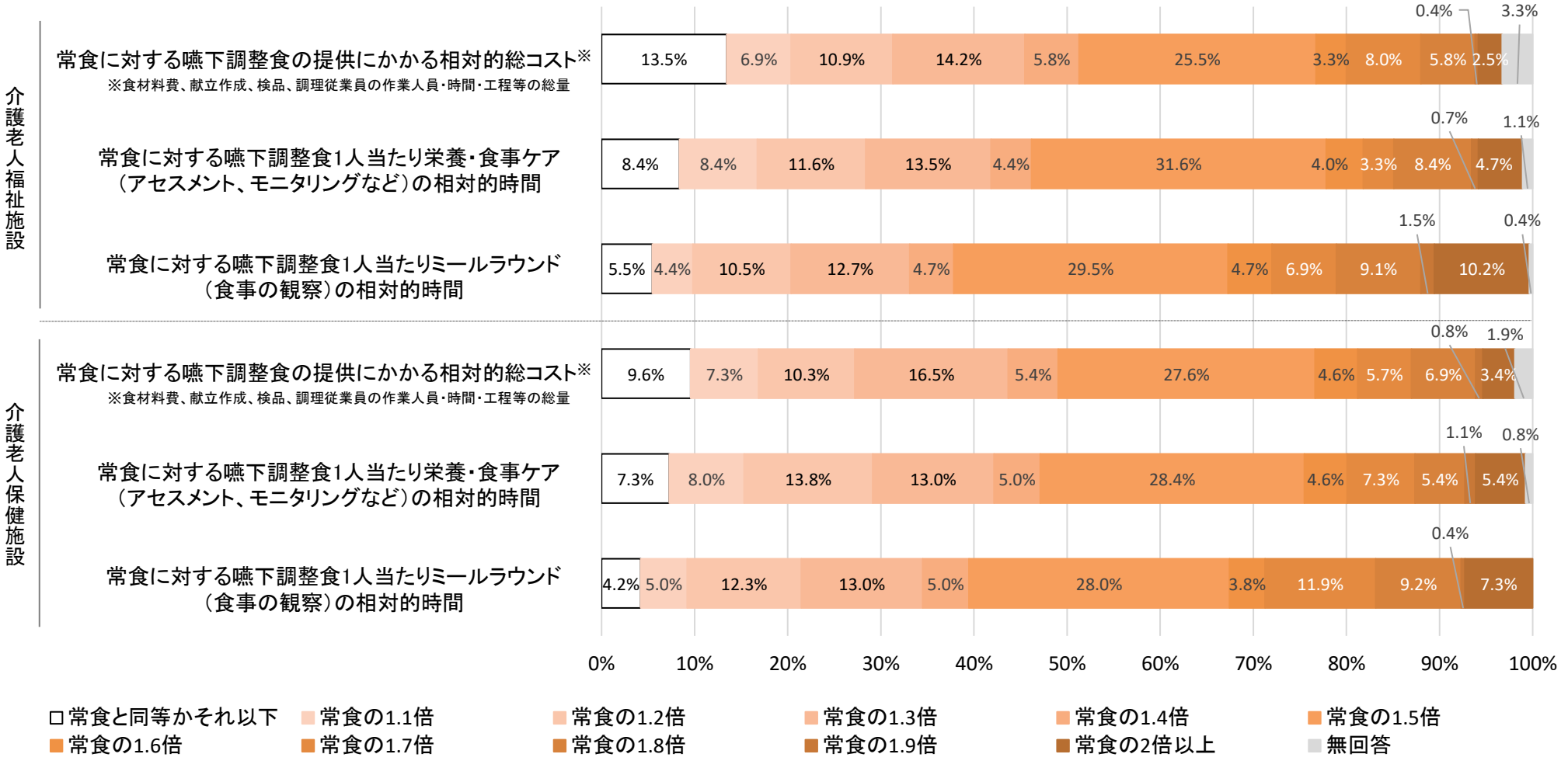
エネルギー374Kcal、たんぱく質10.6ｇ、脂質12.2ｇ、炭水化物54.2ｇ、食塩相当量1.9ｇ

エネルギー523Kcal、たんぱく質20.9ｇ、脂質19.8ｇ、炭水化物68.1ｇ、食塩相当量2.6ｇ

引用：老年栄養ドットコムhttps://geriatrics.jp/tmd/#jireiを基に老健局老健課で作成

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。



調査結果の対象施設：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

嚥下調整食を提供するに当たっての施設の状況について

○　摂食嚥下の評価を実施している施設は、介護老人福祉施設が 39.0%、介護老人保健施設が 70.7%で、評価方法は、「改訂水飲みテスト」が最も多かった。
○　きざみ食の提供は、ほぼ全ての施設において提供されている。
○　嚥下調整食に不足する栄養量を補うための強化食品の活用状況は、１割から３割程度であった。

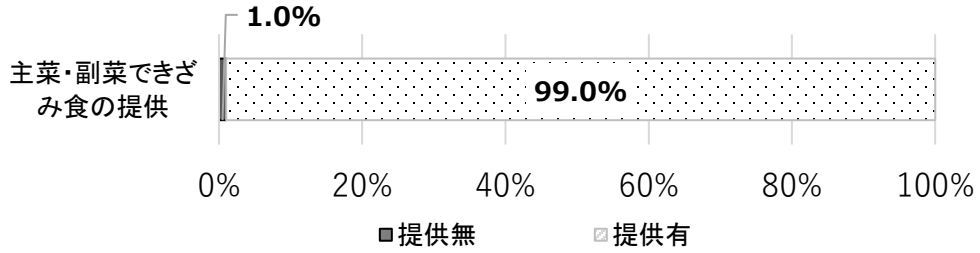
■　嚥下機能の評価の有無と評価方法

	評価有	評価無	無回答
介護老人福祉施設　N=82	39.0%	58.5%	2.4%
介護老人保健施設　N=41	70.7%	29.3%	0%

	嚥下造影	嚥下内視鏡	反復唾液飲込テスト	改訂水飲みテスト	フードテスト	その他
介護老人福祉施設 N=32	18.8%	18.8	25.0%	68.8%	37.5 %	18.8%
介護老人保健施設 N=29	24.1%	17.2%	44.8%	79.3%	48.3 %	31.0%

【出典】「日本家政学会誌　75 (10)：500–509, 2024」により老健局老人保健課にて作成

■きざみ食の提供状況



※対象施設：全国の80 床以上の介護老人福祉施設275施設及び介護老人保健施設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

■　嚥下調整食に不足する栄養量を補うための強化食品の活用状況

	ｴﾈﾙｷﾞｰ強化食品（炭水化物系）	エネルギー強化食品（脂質系）	たんぱく質強化食品	ビタミン・ミネラル強化食品
介護老人福祉施設 N=854	17.5%	14.7%	25.9%	17.1%
介護老人保健施設 N=685	18.7%	14.1%	26.5%	19.2%
介護医療院 N=52	19.2%	19.2%	19.2%	32.7%

【出典】令和８年度老人保健健康増進等事業「嚥下調整食の提供に関するコスト調査研究事業（中間報告）」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 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** 600μのメッシュに通し、なめらかにしたもの	**カレーライス** 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** 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** 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。

美味しく安全で適切な栄養量を有する嚥下調整食の工夫

○　美味しく安全で適切な栄養量を有する嚥下調整食は、彩り、味のメリハリ、温度、適切な食形態、栄養量を確保する調理法などの様々な工夫が行われている。

美味しく安全で適切な栄養量を有する嚥下調整食の５つのポイント

◆**彩り**

食材と食器の配色に配慮し、盛り付けやソースのかけ方にも工夫を

◆**味のメリハリ**

だし、ハーブ、発酵調味料など香りとコクで味にメリハリを

◆**温度**

保温・保冷食器などで適温を保ち、香りを立たたせり、飲み込みの促しを

◆**適切な食形態**

一人一人の摂食嚥下機能に合ったかたさ、なめらかさ、まとまりやすさ

◆**栄養量を確保する調理法**

栄養強化や調理過程で水分の添加を控える工夫などで、栄養密度をアップ

学会コード※	料理例	工夫
嚥下調整食 1 j	 **トマトゼリー** トマトジュースをゼリー状に固めたもの	• トマトの色と形をそのまま再現 • 水分が分離しないよう、使用するゲル化剤の種類や量、温度を調整する • 冷たく提供することで、物性を安定させ、飲み込みやすくする
嚥下調整食 2－1	 **にんじんのグラッセ** 600μのメッシュに通し、なめらかにしたもの	• にんじんの彩りをいかす • バターを加えることで、コクを出し、栄養量もアップ • 温かく提供して、より香りを立たせる
嚥下調整食 2－2	 **カレーライス** 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	• 白い粥とカレーの彩りをいかし盛りつける • スパイスの香りと味のメリハリで食欲促進 • カレールーは具も一緒にミキサーにかけることで栄養密度をアップ
嚥下調整食 3	 **棒々鶏** 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	• 鶏肉ときゅうりにソースをかけ、常食と変わらない印象で盛りつける • ソースをかけることで、香りが引き立つ • 鶏肉にたんぱく質粉末を追加して栄養強化
嚥下調整食 4	 **鮭とほうれん草のグラタン** 歯茎で押しつぶせる程度のやわらかさにしたもの	• 鮭とほうれん草の彩りをいかし盛りつける • チーズの香りと生クリームのコクを味わう • 脂ののった鮭を選び、ほうれん草は酵素を使ってやわらかく茹で、繊維を断つように切る

※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

出典：老年栄養ドットコム　https://geriatrics.jp/　を基に医療課にて作成

診療報酬における特別食加算（嚥下調整食）の要件等

算定要件等

- 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が提供された場合に算定すること。
- 加算の対象となる嚥下調整食は、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を参考に安全で嚥下しやすいよう適切に調整されたテクスチャー（硬さ、付着性、凝集性等）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。なお、単にピューレやペースト状にしたもの、常食を刻んだだけのものや刻みにとろみをかけただけのもの、主食のみを嚥下調整食とした場合は該当しない。ただし、安全な食形態で、常食と同等の要件を満たしていれば、市販品を使用することは差し支えない。
- 食事としての見た目も常食に近づくよう配慮し、提供前に目視等により多量の離水や食形態の変化がないか確認すること。
- 対象患者に対して、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の有無や摂取量等を確認し、提供している嚥下調整食の内容及び量が適しているか判断すること。常食が適していると判断された場合は、速やかに食事の変更を行うこと。

施設基準

- 特別食加算を算定し嚥下調整食を提供する場合は、下記の①から④までを全て満たしていること。

① 当該保険医療機関で提供する嚥下調整食の食形態について、日本摂食嚥下リハビリテーション学会嚥下調整食分類2021に沿った一覧を作成していること。一覧は、コードと嚥下調整食の名称の対応のみではなく、例となる献立の写真や説明、目安となる栄養量（エネルギー、たんぱく質等）も示すこと。

② 医師、管理栄養士又は栄養士による検食が毎日１食は行われ、食形態、見た目、味が適しているか確認の上、その所見が検食簿に記入されていること。

③ 物性だけでなく、盛り付け、味や香り、適切な温度、栄養量等を含め、適切な嚥下調整食を提供するため、定期的に、嚥下調整食に関わる管理栄養士、言語聴覚士、調理師等による試食会やカンファレンスが行われていること。

④ 嚥下調整食に係る責任者は、嚥下調整食のテクスチャーや調理方法等に関する実習を伴う適切な研修（嚥下調整食に関する専門的な知識及び技術を有する管理栄養士が、研修内容に関与している場合に限る。）を修了した当該保険医療機関の管理栄養士であること。また、嚥下調整食に関わる調理師等についても同様の研修を修了していることが望ましいこと。なお、当該研修は、医療関係団体及び調理関係団体等が主催し、当該団体から修了証が交付されるものであること。

疑義解釈

- 特別食加算における嚥下調整食の対象となる「摂食機能又は嚥下機能が低下した患者」とは、内視鏡下嚥下機能評価や嚥下造影により嚥下機能の低下が確認できる者に限られるか。

（答）内視鏡下嚥下機能評価や嚥下造影は必須ではないが、医師、看護師、言語聴覚士、管理栄養士等の多職種で評価を行う等により、適切な栄養量及び内容を有する嚥下調整食が必要であると医師が判断し、食事箋を発行した患者が対象である。

論点⑥　療養食加算の見直し（嚥下調整食）

論点⑥

■ 令和８年度診療報酬改定において、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した。

■ 介護保険施設における食事の提供に当たっては、個々の利用者の栄養状態に応じて、摂食・嚥下機能及び食形態にも配慮した栄養管理を行うことが規定されており、各施設において嚥下調整食の必要性がある利用者に提供されている。

■ 単に安全性だけに配慮した嚥下調整食を摂取し続けることで、低栄養リスクが高まることが報告されている。一方、常食に比べて嚥下調整食は、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」が相対的に増えると回答する施設が大半であり、嚥下調整食の提供に当たっての実施体制の確保が必要になる。

■ 嚥下調整食に不足する栄養量を補うための強化食品の活用状況は、１割から３割程度であった。

■ 美味しく安全で適切な栄養量を有する嚥下調整食を提供することについて、どのような対応が考えられるか。

対応案

■ 適切な栄養管理を推進する観点から、利用者の状態に応じて、美味しく安全で適切な栄養量を有する嚥下調整食を提供する場合について、新たに評価してはどうか。

口腔・栄養、一体的取組　目次

論点①：口腔連携強化加算の見直し・・・

リハビリテーション・栄養・口腔の一体的取組のイメージ

リハビリテーション、栄養、口腔の一体的取組は、医師、歯科医師、リハビリテーション専門職、管理栄養士、歯科衛生士等の多職種が一体となって運用されることで、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。

リハビリテーション・機能訓練



- 心身機能、ADLの維持・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



- 口腔機能、嚥下機能の維持・改善
- 口腔衛生状態の改善による歯科疾患又は誤嚥性肺炎の予防

- リハビリテーションの負荷又は活動量に応じて、必要な栄養素等を調整することが、心身機能の維持・向上及びADL維持・改善に重要である。
- 必要な栄養素等量の調整や口腔機能・摂食嚥下機能の評価により、利用者の状態に適した食事形態・摂取方法の提供及び経口摂取の維持が可能となる。
- 口腔機能・嚥下障害の改善及び口腔衛生状態の改善による誤嚥性肺炎の予防には、医科歯科連携を含む多職種連携が有効である。





栄養

- 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





口腔

リハビリテーション専門職、機能訓練指導員の対応内容

○　リハビリテーション専門職、機能訓練指導員の施設、事業所での対応内容を調査し一体的取組の加算算定有無で示した。

一体的取組の加算算定あり

	心身機能の評価	ＡＤＬ、ＩＡＤＬの評価	社会参加の状況の確認、評価	環境の調整	リハビリテーション、個別機能訓練内容の調整
介護老人保健施設(n=126)	99.2	98.4	83.3	96.8	99.2
介護医療院(n=50)	88.0	98.0	62.0	86.0	98.0
介護老人福祉施設(n=177)	89.3	93.8	56.5	86.4	96.6
地域密着型介護老人福祉施設(n=39)	94.9	92.3	59.0	79.5	100.0
通所リハビリテーション(n=153)	98.7	98.7	90.8	93.5	98.7

	リハビリテーション会議（カンファレンス）の実施	ミールラウンド	課題解決に向けた他職種による評価や介入の依頼	その他	
介護老人保健施設(n=126)	96.0	74.6	92.9	7.1	
介護医療院(n=50)	86.0	50.0	76.0	6.0	
介護老人福祉施設(n=177)	54.2	85.3	7.9	7.9	
地域密着型介護老人福祉施設(n=39)	46.2	82.1	15.4	15.4	
通所リハビリテーション(n=153)	100.0	45.1	86.9	6.5	

一体的取組の加算算定なし

	心身機能の評価	ＡＤＬ、ＩＡＤＬの評価	社会参加の状況の確認、評価	環境の調整	リハビリテーション、個別機能訓練内容の調整
介護老人保健施設(n=91)	92.3	96.7	73.6	91.2	94.5
介護医療院(n=130)	80.8	88.5	45.4	72.3	91.5
介護老人福祉施設(n=114)	85.1	91.2	43.9	77.2	92.1
地域密着型介護老人福祉施設(n=218)	70.2	64.7	26.1	54.1	56.0
通所リハビリテーション(n=85)	90.6	96.5	87.1	92.9	98.8

	リハビリテーション会議（カンファレンス）の実施	ミールラウンド	課題解決に向けた他職種による評価や介入の依頼	その他	
介護老人保健施設(n=91)	90.1	56.0	85.7	7.7	
介護医療院(n=130)	81.5	36.9	72.3	1.5	
介護老人福祉施設(n=114)	41.2	77.2	2.6	2.6	
地域密着型介護老人福祉施設(n=218)	26.1	49.5	4.6	4.6	
通所リハビリテーション(n=85)	92.9	22.4	78.8	1.2	

【出典】令和８年度老人保健健康増進等事業「リハビリテーション・機能訓練、栄養、口腔の一体的取組に係る実態調査」より**老健局**老人保健課にて作成

栄養関連職種の施設、事業所での対応内容

○　栄養関連職種の施設、事業所内での対応内容を調査し一体的取組の加算算定有無で示した。

一体的取組の加算算定あり

	ミールラウンド	食事提供量の調整	栄養素等摂取量の調整	栄養補助食品の調整	食事形態の調整
介護老人保健施設(n=126)	96.0	96.0	96.0	96.0	94.4
介護医療院(n=50)	84.0	96.0	92.0	92.0	88.0
介護老人福祉施設(n=177)	98.3	97.7	95.5	96.0	98.3
地域密着型介護老人福祉施設(n=39)	92.3	97.4	92.3	94.9	97.4
通所リハビリテーション(n=153)	56.2	76.5	74.5	55.6	75.8

	食器や食具の調整	経口移行の支援	経口維持の支援	課題解決に向けた他職種による評価や介入の依頼	その他
介護老人保健施設(n=126)	83.3	58.7	85.7	91.3	5.6
介護医療院(n=50)	68.0	60.0	72.0	82.0	8.0
介護老人福祉施設(n=177)	87.6	46.3	76.8	91.5	5.1
地域密着型介護老人福祉施設(n=39)	82.1	46.2	84.6	94.9	5.1
通所リハビリテーション(n=153)	55.6	20.9	41.8	64.7	4.6

一体的取組の加算算定なし

	ミールラウンド	食事提供量の調整	栄養素等摂取量の調整	栄養補助食品の調整	食事形態の調整
介護老人保健施設(n=91)	92.3	96.7	97.8	97.8	95.6
介護医療院(n=130)	80.0	92.3	90.8	92.3	90.8
介護老人福祉施設(n=114)	91.2	95.6	97.4	95.6	95.6
地域密着型介護老人福祉施設(n=218)	89.4	94.0	93.6	94.0	94.0
通所リハビリテーション(n=85)	30.6	47.1	41.2	34.1	50.6

	食器や食具の調整	経口移行の支援	経口維持の支援	課題解決に向けた他職種による評価や介入の依頼	その他
介護老人保健施設(n=91)	82.4	51.6	69.2	81.3	3.3
介護医療院(n=130)	74.6	50.0	62.3	73.1	0.0
介護老人福祉施設(n=114)	85.1	39.5	77.2	87.7	5.3
地域密着型介護老人福祉施設(n=218)	76.1	34.9	67.4	80.7	3.2
通所リハビリテーション(n=85)	41.2	9.4	14.1	24.7	7.1

【出典】令和８年度老人保健健康増進等事業「リハビリテーション・機能訓練、栄養、口腔の一体的取組に係る実態調査」より**老健局**老人保健課にて作成

歯科専門職の施設、事業所での対応内容

○　歯科専門職の施設、事業所での対応内容を調査し一体的取組の加算算定有無で示した。

一体的取組の加算算定あり

	アセスメントや計画作成	口腔機能の評価	口腔清掃・介入	嚥下訓練	ミールラウンド	課題解決に向けた他職種による評価や介入の依頼	その他
介護老人保健施設(n=126)	73.0	81.0	79.4	28.6	44.4	62.7	5.6
介護医療院(n=50)	58.0	70.0	78.0	14.0	18.0	42.0	8.0
介護老人福祉施設(n=177)	72.3	81.9	87.0	42.4	46.3	67.8	6.2
地域密着型介護老人福祉施設(n=39)	56.4	69.2	76.9	30.8	30.8	56.4	7.7
通所リハビリテーション(n=153)	27.5	30.7	26.8	13.1	10.5	20.9	4.6

一体的取組の加算算定なし

	アセスメントや計画作成	口腔機能の評価	口腔清掃・介入	嚥下訓練	ミールラウンド	課題解決に向けた他職種による評価や介入の依頼	その他
介護老人保健施設(n=91)	38.5	57.1	57.1	15.4	22.0	27.5	6.6
介護医療院(n=130)	33.8	46.9	50.8	5.4	8.5	22.3	2.3
介護老人福祉施設(n=114)	62.3	74.6	77.2	24.6	30.7	51.8	0.0
地域密着型介護老人福祉施設(n=218)	33.9	49.1	52.8	13.8	13.8	28.4	6.0
通所リハビリテーション(n=85)	3.5	7.1	3.5	4.7	0.0	2.4	7.1

【出典】令和８年度老人保健健康増進等事業「リハビリテーション・機能訓練、栄養、口腔の一体的取組に係る実態調査」より**老健局**老人保健課にて作成

職種間での相談内容の状況①（リハビリテーション専門職、機能訓練指導員からの相談内容）

○　リハビリテーション専門職、機能訓練指導員から歯科専門職への相談内容を調査した。

○　相談内容として、施設系では「義歯の使いづらさ、歯の痛み」に関する相談が多く、一体的取組を行っていない施設では「情報提供は行っていない」という回答が多い。

一体的取組の加算算定あり

	食事中にむせ、ため込みなどがあるため、口腔内の評価について相談	口の中の汚れや、口臭などがあるため、口腔ケアについて相談	義歯の使いづらさや、歯の痛みなどがあるため、歯科治療の必要性について相談	退所後（自宅で）の口腔ケアについて本人・家族などへの指導を相談	情報提供は行っていない	その他
介護老人保健施設(n=126)	57.9	65.9	77.8	36.5	12.7	3.2
介護医療院(n=50)	38.0	66.0	68.0	10.0	14.0	4.0
介護老人福祉施設(n=177)	64.4	65.0	67.2	6.8	15.8	5.1
地域密着型介護老人福祉施設(n=39)	64.1	69.2	71.8	10.3	17.9	0.0
通所リハビリテーション(n=153)	33.3	35.3	42.5	31.4	36.6	7.8

一体的取組の加算算定なし

	食事中にむせ、ため込みなどがあるため、口腔内の評価について相談	口の中の汚れや、口臭などがあるため、口腔ケアについて相談	義歯の使いづらさや、歯の痛みなどがあるため、歯科治療の必要性について相談	退所後（自宅で）の口腔ケアについて本人・家族などへの指導を相談	情報提供は行っていない	その他
介護老人保健施設(n=91)	44.0	45.1	51.6	15.4	27.5	1.1
介護医療院(n=130)	31.5	42.3	43.8	10.8	42.3	0.8
介護老人福祉施設(n=114)	57.0	51.8	54.4	5.3	24.6	6.1
地域密着型介護老人福祉施設(n=218)	42.2	49.5	56.0	3.7	24.8	3.7
通所リハビリテーション(n=85)	17.6	14.1	12.9	12.9	64.7	3.5

【出典】令和８年度老人保健健康増進等事業「リハビリテーション・機能訓練、栄養、口腔の一体的取組に係る実態調査」より**老健局**老人保健課にて作成

職種間での相談内容の状況②（リハビリテーション専門職、機能訓練指導員からの相談内容）

○　リハビリテーション専門職、機能訓練指導員から栄養関係職種への相談内容を調査した。

○　相談内容として、「食形態の調整」が多い結果となった。

一体的取組の加算算定あり

	運動負荷を上げるためや、体重減少など、入所者の身体の状態に応じた食事の量や内容について相談	食事の動作や、嚥下障害の状態に応じた食事形態の調整について相談	入所者の食欲や嗜好、認知機能に応じた食事内容や補助食品などの調整について相談	退所後（自宅で）の食事内容や調理方法について本人・家族などへの指導を相談	情報提供は行っていない	その他
介護老人保健施設(n=126)	69.8	92.1	81.0	62.7	4.0	0.8
介護医療院(n=50)	56.0	78.0	66.0	16.0	8.0	0.0
介護老人福祉施設(n=177)	58.2	89.8	67.8	7.9	5.6	4.0
地域密着型介護老人福祉施設(n=39)	71.8	89.7	76.9	7.7	2.6	2.6
通所リハビリテーション(n=153)	62.7	77.8	60.8	73.2	2.0	1.3

一体的取組の加算算定なし

	運動負荷を上げるためや、体重減少など、入所者の身体の状態に応じた食事の量や内容について相談	食事の動作や、嚥下障害の状態に応じた食事形態の調整について相談	入所者の食欲や嗜好、認知機能に応じた食事内容や補助食品などの調整について相談	退所後（自宅で）の食事内容や調理方法について本人・家族などへの指導を相談	情報提供は行っていない	その他
介護老人保健施設(n=91)	67.0	79.1	67.0	48.4	6.6	1.1
介護医療院(n=130)	37.7	64.6	57.7	18.5	23.8	0.0
介護老人福祉施設(n=114)	50.0	71.1	57.0	10.5	13.2	5.3
地域密着型介護老人福祉施設(n=218)	45.0	65.6	57.3	3.7	17.9	2.8
通所リハビリテーション(n=85)	32.9	45.9	32.9	25.9	32.9	1.2

【出典】令和８年度老人保健健康増進等事業「リハビリテーション・機能訓練、栄養、口腔の一体的取組に係る実態調査」より**老健局**老人保健課にて作成

職種間での相談内容の状況③（栄養関連職種からの相談内容）

○　栄養関係職種からリハビリテーション専門職、機能訓練指導員への相談内容を調査した。

○　一体的取組の加算を算定している施設系サービスでは、自助具の利用や座位保持に関する相談が多かった。

一体的取組の加算算定あり

	飲み込みの状態に応じた嚥下訓練（飲み込みに係る練習など）を相談	食具が合っていないため、自助具の利用について相談	食事の際に座位保持が難しいため相談	退所後の自宅などの食事環境（食事姿勢、自助具など）ついて本人・家族などへの指導を相談	情報提供は行っていない	その他
介護老人保健施設(n=126)	64.3	82.5	77.8	60.3	4.8	4.8
介護医療院(n=50)	60.0	56.0	60.0	22.0	10.0	8.0
介護老人福祉施設(n=177)	52.0	75.7	88.7	7.9	2.3	2.8
地域密着型介護老人福祉施設(n=39)	59.0	69.2	82.1	10.3	5.1	5.1
通所リハビリテーション(n=153)	54.2	48.4	41.2	56.2	10.5	7.8

一体的取組の加算算定なし

	飲み込みの状態に応じた嚥下訓練（飲み込みに係る練習など）を相談	食具が合っていないため、自助具の利用について相談	食事の際に座位保持が難しいため相談	退所後の自宅などの食事環境（食事姿勢、自助具など）ついて本人・家族などへの指導を相談	情報提供は行っていない	その他
介護老人保健施設(n=91)	60.4	69.2	71.4	47.3	8.8	0.0
介護医療院(n=130)	46.2	45.4	45.4	21.5	25.4	6.2
介護老人福祉施設(n=114)	49.1	64.9	74.6	7.9	7.9	4.4
地域密着型介護老人福祉施設(n=218)	41.7	50.5	55.0	3.2	22.0	2.3
通所リハビリテーション(n=85)	24.7	28.2	25.9	18.8	48.2	1.2

【出典】令和８年度老人保健健康増進等事業「リハビリテーション・機能訓練、栄養、口腔の一体的取組に係る実態調査」より**老健局**老人保健課にて作成

職種間での相談内容の状況④（栄養関連職種からの相談内容）

○　栄養関連職種から歯科専門職への相談内容を調査した。

○　一体的取組の算定を行っている施設系サービスでは、「義歯の使いづらさや、歯の痛み」に関する相談が６割を超え、取組の算定を行っていないサービスでは、行っているサービスと比較すると「情報提供は行っていない」と回答する割合が高かった。

一体的取組の加算算定あり

	食事中にむせ、ため込みなどがあるため、口腔内の評価について相談	口の中の汚れや、口臭があるため、口腔ケアについて相談	義歯の使いづらさや、歯の痛みがあるため、歯科治療の必要性について相談	退所後（自宅で）の口腔ケアについて本人・家族などへの指導を相談	情報提供は行っていない	その他
介護老人保健施設(n=126)	61.9	50.8	68.3	30.2	15.1	1.6
介護医療院(n=50)	30.0	36.0	60.0	10.0	28.0	0.0
介護老人福祉施設(n=177)	74.6	63.3	74.6	5.6	8.5	4.5
地域密着型介護老人福祉施設(n=39)	59.0	66.7	71.8	10.3	20.5	5.1
通所リハビリテーション(n=153)	26.8	20.9	27.5	19.0	52.9	5.2

一体的取組の加算算定なし

	食事中にむせ、ため込みなどがあるため、口腔内の評価について相談	口の中の汚れや、口臭があるため、口腔ケアについて相談	義歯の使いづらさや、歯の痛みがあるため、歯科治療の必要性について相談	退所後の口腔ケアについて本人・家族などへの指導を相談	情報提供は行っていない	その他
介護老人保健施設(n=91)	39.6	33.0	48.4	14.3	30.8	1.1
介護医療院(n=130)	26.2	22.3	27.7	5.4	53.1	4.6
介護老人福祉施設(n=114)	62.3	57.9	63.2	7.9	18.4	5.3
地域密着型介護老人福祉施設(n=218)	47.7	43.6	48.2	3.2	27.1	3.2
通所リハビリテーション(n=85)	8.2	7.1	9.4	5.9	71.8	0.0

【出典】令和８年度老人保健健康増進等事業「リハビリテーション・機能訓練、栄養、口腔の一体的取組に係る実態調査」より**老健局**老人保健課にて作成

職種間での相談内容の状況⑤（歯科専門職からの相談内容）

○　歯科専門職から、リハビリテーション専門職、機能訓練指導員への相談内容を調査した。

一体的取組の加算算定あり

	口腔ケア時に移乗、座位保持が難しいため相談	食事、歯磨き動作などがうまくできないため相談	飲み込みの状態に応じた嚥下訓練（飲み込みに係る練習など）を相談	退所後（自宅で）の食事姿勢、食事動作、歯磨き動作などについて本人・家族などへの指導を相談	情報提供は行っていない	その他
介護老人保健施設(n=126)	45.2	50.0	52.4	40.5	17.5	1.6
介護医療院(n=50)	34.0	38.0	34.0	12.0	34.0	2.0
介護老人福祉施設(n=177)	66.7	61.0	44.1	5.6	13.6	3.4
地域密着型介護老人福祉施設(n=39)	53.8	46.2	43.6	5.1	25.6	7.7
通所リハビリテーション(n=153)	22.9	28.1	27.5	28.8	46.4	7.8

一体的取組の加算算定なし

	口腔ケア時に移乗、座位保持が難しいため相談	食事、歯磨き動作などがうまくできないため相談	飲み込みの状態に応じた嚥下訓練（飲み込みに係る練習など）を相談	退所後の食事姿勢、食事動作、歯磨き動作などについて本人・家族などへの指導を相談	情報提供は行っていない	その他
介護老人保健施設(n=91)	25.3	26.4	35.2	15.4	44.0	4.4
介護医療院(n=130)	20.8	22.3	20.8	6.9	50.8	5.4
介護老人福祉施設(n=114)	41.2	44.7	32.5	7.9	33.3	5.3
地域密着型介護老人福祉施設(n=218)	28.4	40.4	27.1	3.2	35.3	4.1
通所リハビリテーション(n=85)	7.1	8.2	10.6	8.2	69.4	1.2

【出典】令和８年度老人保健健康増進等事業「リハビリテーション・機能訓練、栄養、口腔の一体的取組に係る実態調査」より**老健局**老人保健課にて作成

職種間での相談内容の状況⑥（歯科専門職からの相談内容）

○　歯科専門職から栄養関係職種への相談内容を調査した。

一体的取組の加算算定あり

	入れ歯を使っていない、奥歯がないなど口の中の状態に応じた食事形態の調整を相談	口腔内の治療中に必要な栄養量が摂取できるような食事内容の調整を依頼	食べ方、噛む動作、飲み込みの状態に応じた食事内容や補助食品などの調整について相談	退所後（自宅で）の食事内容や調理方法の本人・家族などへの指導について相談	情報提供は行っていない	その他
介護老人保健施設(n=126)	68.3	55.6	58.7	34.1	15.1	3.2
介護医療院(n=50)	50.0	28.0	34.0	10.0	32.0	4.0
介護老人福祉施設(n=177)	80.8	65.5	75.7	6.8	6.8	0.6
地域密着型介護老人福祉施設(n=39)	66.7	59.0	59.0	2.6	20.5	0.0
通所リハビリテーション(n=153)	30.7	26.1	28.8	22.2	49.7	5.2

一体的取組の加算算定なし

	入れ歯を使っていない、奥歯がないなど口の中の状態に応じた食事形態の調整を相談	口腔内の治療中に必要な栄養量が摂取できるような食事内容の調整を依頼	食べ方、噛む動作、飲み込みの状態に応じた食事内容や補助食品などの調整について相談	退所後の食事内容や調理方法の本人・家族などへの指導について相談	情報提供は行っていない	その他
介護老人保健施設(n=91)	45.1	31.9	38.5	14.3	35.2	3.3
介護医療院(n=130)	23.8	18.5	22.3	6.2	54.6	4.6
介護老人福祉施設(n=114)	59.6	49.1	56.1	6.1	24.6	5.3
地域密着型介護老人福祉施設(n=218)	49.5	38.5	47.2	1.8	26.6	3.7
通所リハビリテーション(n=85)	8.2	5.9	9.4	3.5	69.4	1.2

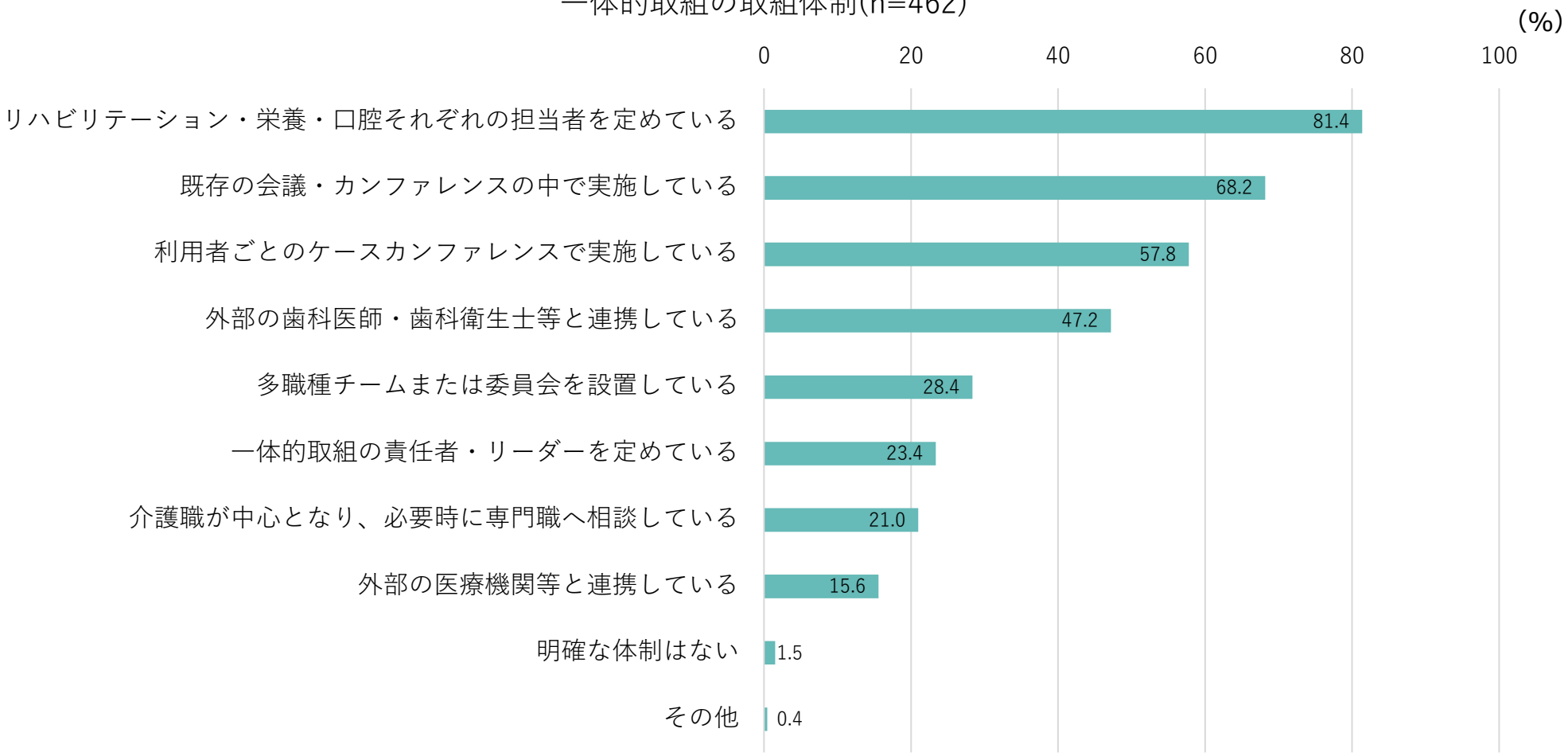
【出典】令和８年度老人保健健康増進等事業「リハビリテーション・機能訓練、栄養、口腔の一体的取組に係る実態調査」より**老健局**老人保健課にて作成

一体的取組の状況

○　一体的取組を算定している事業所での取組体制の状況を調査した。

○　「リハビリテーション・栄養・口腔それぞれの担当を決めている」81.4%、「既存の会議・カンファレンスの中で実施している」68.2%、という体制作りが実施されている。

一体的取組の取組体制(n=462)

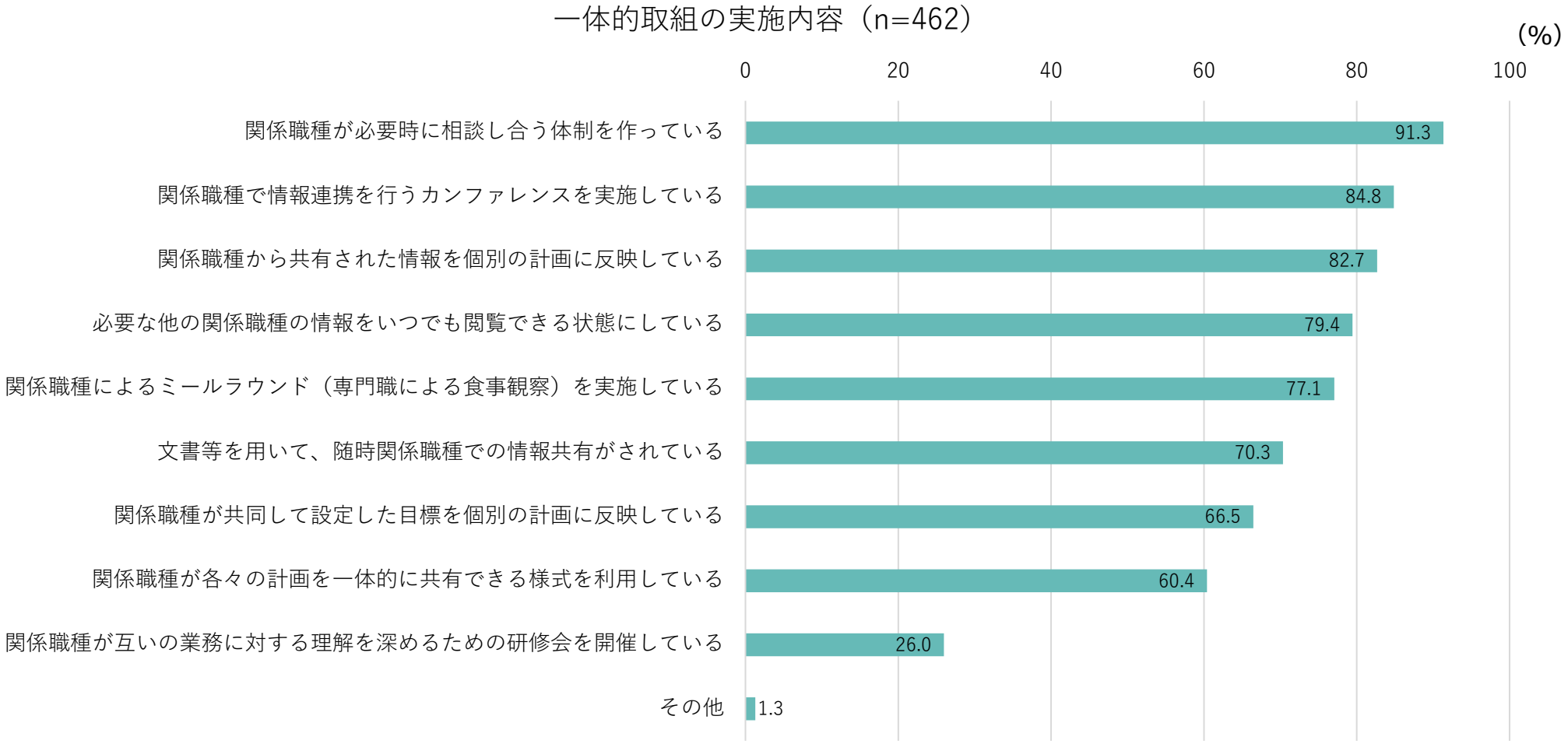


【出典】令和８年度老人保健健康増進等事業「リハビリテーション・機能訓練、栄養、口腔の一体的取組に係る実態調査」より**老健局**老人保健課にて作成

一体的取組の実施内容

○　一体的取組を算定している事業所に対し、実施内容を調査した。

○　関係職種間での相談体制やカンファレンスの実施、共有された情報の個別計画への反映が８割を超えている。

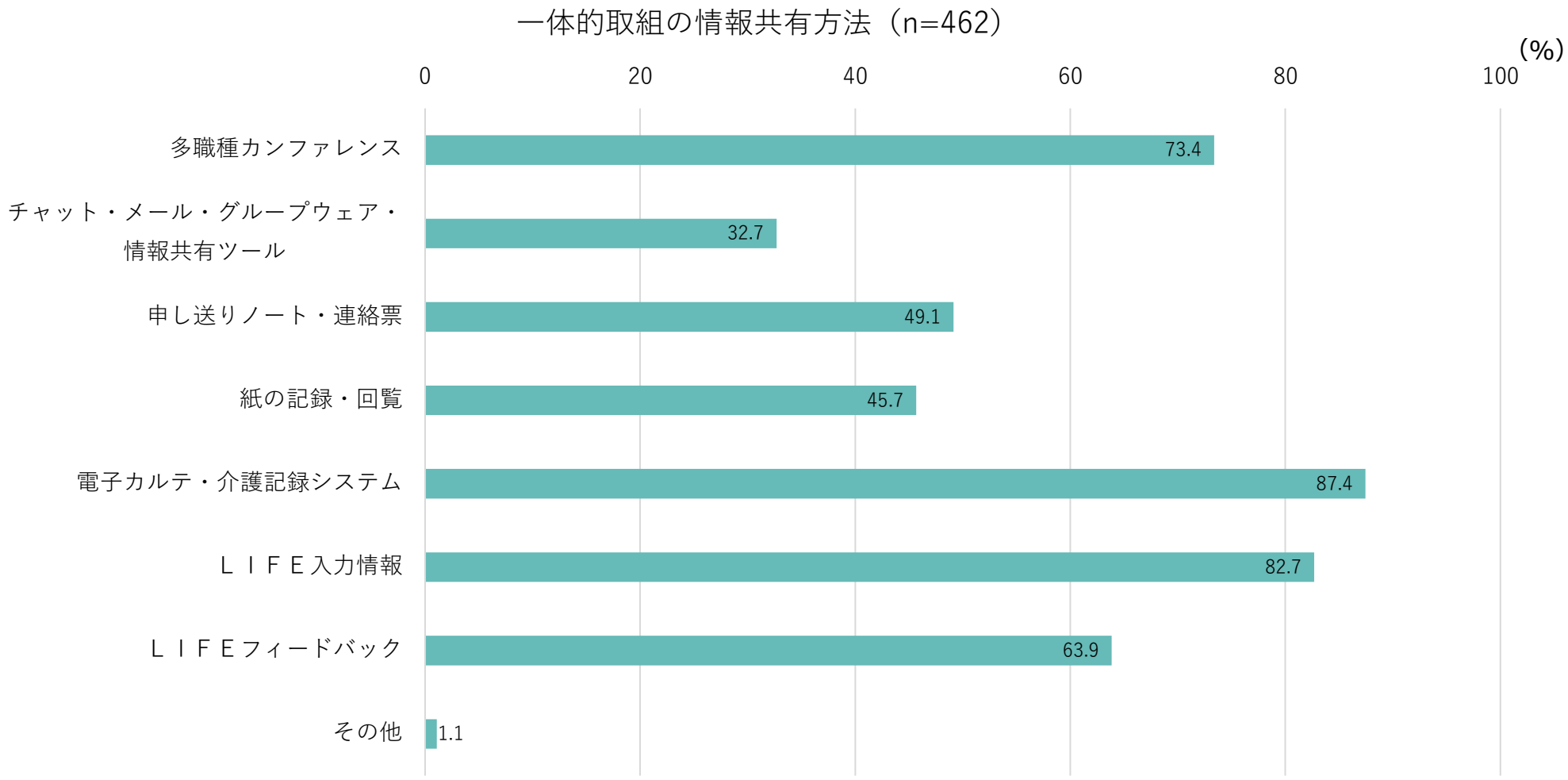


【出典】令和８年度老人保健健康増進等事業「リハビリテーション・機能訓練、栄養、口腔の一体的取組に係る実態調査」より**老健局**老人保健課にて作成

一体的取組時の情報共有方法

○　一体的取組を行っている施設、事業所に対し実施内容を調査した。

○　情報共有の方法として、「多職種カンファレンス」が73.4％で実施しており、「電子カルテ・介護記録システム」「LIFE入力情報」での情報共有は８割ほどである。

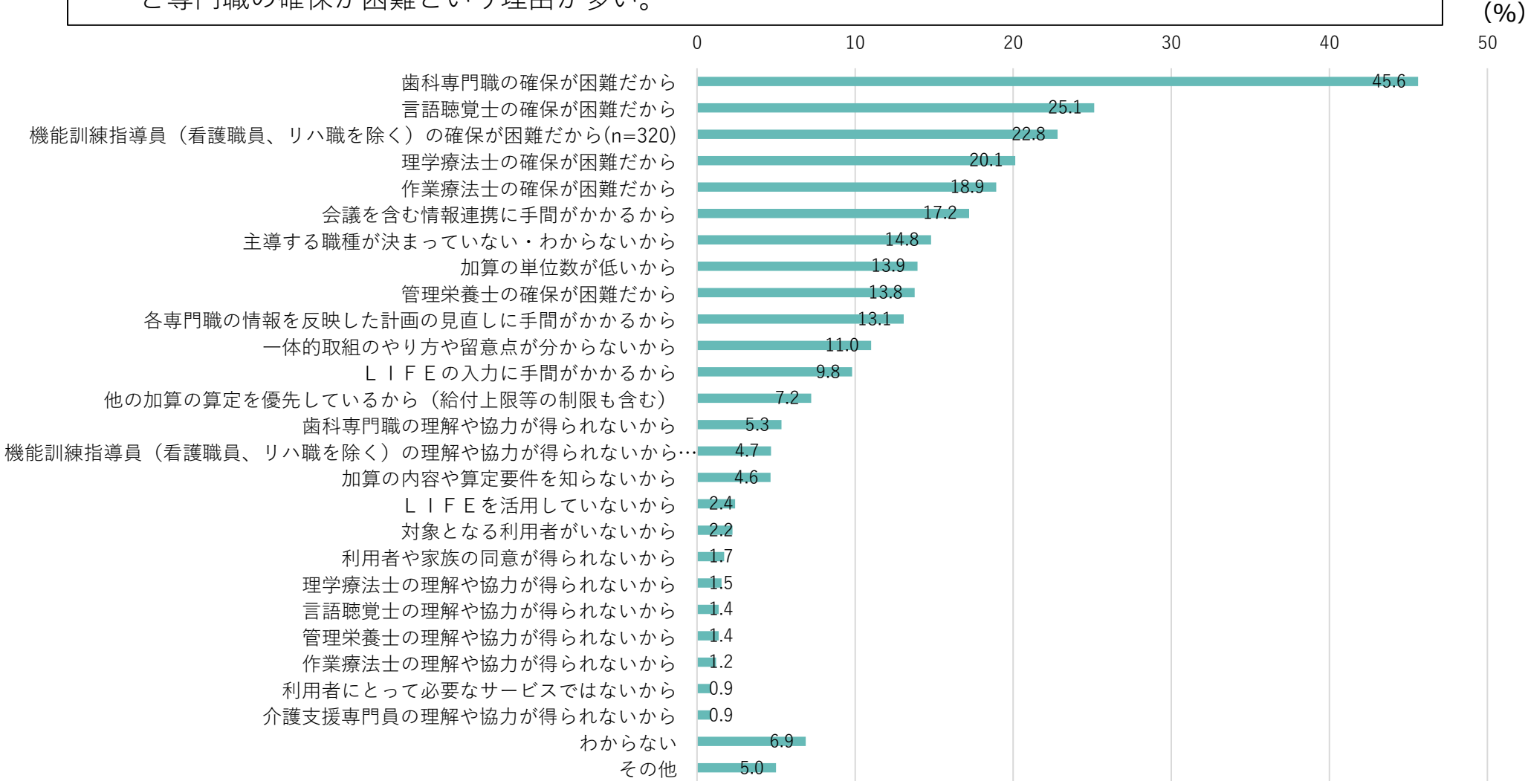


【出典】令和８年度老人保健健康増進等事業「リハビリテーション・機能訓練、栄養、口腔の一体的取組に係る実態調査」より**老健局**老人保健課にて作成

一体的取組を算定していない理由

○　一体的取組の未算定事業所（n=581）に対し、算定していない理由を調査した。

○　算定していない理由として、「歯科専門職の確保が困難」45.6%「言語聴覚士の確保が困難」25.1%など専門職の確保が困難という理由が多い。



【出典】令和８年度老人保健健康増進等事業「リハビリテーション・機能訓練、栄養、口腔の一体的取組に係る実態調査」より**老健局**老人保健課にて作成

リハビリテーション、栄養、口腔の連携事例①

毎日のミールラウンドを通じた日々のコミュニケーション・多職種協議により、介護職員への一体的取組の浸透

＜サービス＞介護老人保健施設　＜利用定員＞80名

＜施設職員＞医師、看護職員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、介護職員、管理栄養士、介護支援専門員、歯科衛生士、社会福祉士

月１回の栄養会議を通じた情報共有・支援計画の立案・見直し

▼会議の様子



- 栄養会議には、医師、看護師、リハビリテーション専門職、管理栄養士、歯科衛生士が参加。
- 管理栄養士が利用者別に３か月前までの体重変化・変化率、BMI、食事形態・食事量、補助食品の内容、療養食加算の有無を一覧化した会議資料を作成。スクリーニング対象の利用者の情報、新規入所者の情報、退所者の情報も会議資料として準備。

会議以外にも利用者の食事状況に関する気づきや相談事項は都度、気づいた職員が言語聴覚士に声を掛け、現場の介護・看護職員、管理栄養士とともに食事形態の変更等を随時検討・見直しを実施。

毎日のミールラウンドでの利用者の食事状況の確認による職員間での気づきの共有・相談・改善策を実施



◀ミールラウンドの様子

- 言語聴覚士が中心となり、一体的取組による多職種連携を推進。毎日のミールラウンド（管理栄養士、言語聴覚士・看護職員・介護職員が実施）での気づきをすぐに共有し、改善に向けた相談・対応を即時に実施

例：食事の姿勢が崩れやすい利用者について、理学療法士・作業療法士に相談。車いす調整やクッションを用いて座位姿勢を調整。
食事中うとうとしていてなかなか食事が進まない利用者について、夜間の睡眠状況や、薬剤の状況について看護師に確認し、薬の影響が想定される場合は医師にも相談。または管理栄養士を中心に、食事形態を変える、時間帯を変えて補助食品を提供してみるなど食事の対応を変えるなど、現場の介護職員とも相談し、一緒に改善策を検討・実施。

＜多職種連携による効果・気付き＞

口腔ケアのセッティングの様子▶



- 一体的取組を通じて、専門職の観察の視点が現場の介護職員にも行き届き、自発的な言語聴覚士への報告頻度が増えた。また、介護職員からは「主食の白米が見えづらいため食器の内側の色を変えて欲しい」、「自分ですくいやすい食器に変えて欲しい」、「食事時間が40分以上かかるため量を半分にして補助食品を付けてはどうか」など、管理栄養士への提案もある。
- 歯科衛生士が月２回全利用者の口腔内を確認し、歯のぐらつきや汚れが残りやすいところなどの留意点を利用者別に取りまとめ、現場の介護職員に周知している。食事介助から口腔ケアまで、日々の取組を通じ、現場の介護職員の意識づけになっている。

【出典】令和８年度老人保健健康増進等事業「リハビリテーション・機能訓練、栄養、口腔の一体的取組に係る実態調査」より**老健局**老人保健課にて作成

リハビリテーション、栄養、口腔の連携事例②

多職種が毎日のミールラウンドに参加することでその場で情報共有・相談が実現し即時対応が実現

＜サービス＞介護老人保健施設　＜利用定員＞150名

＜施設職員＞医師、看護職員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、介護職員、管理栄養士、介護支援専門員、歯科衛生士（非常勤）

リハビリテーション・栄養・口腔の取組に関するプロジェクトチームを発足



◀ミールラウンドの様子

- 以前から「リハビリテーション・栄養・口腔」に関わる職種間の連携は毎日のミールラウンドなども通じて、取り組んでいた。
- 言語聴覚士、理学療法士、管理栄養士、歯科衛生士、事務職によるプロジェクトチームを発足。これまでの取組を整理し、書類作成・確認などの役割分担を実施。

歯科衛生士：口腔内環境の確認を行うとともに、必要があれば看護・介護職員や歯科医師との連携を図る。

管理栄養士：食事の摂取状況の観察や確認を実施。状況に応じた食事形態の調整を各職種と検討し実施。

言語聴覚士：摂食嚥下機能のアセスメント及び訓練の実施。

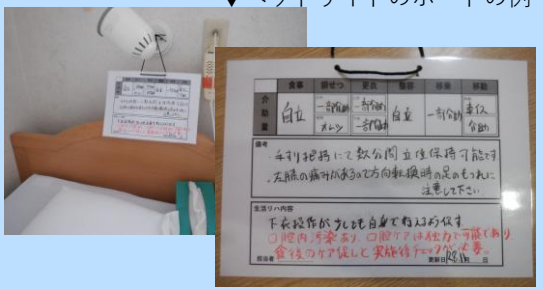
毎日のミールラウンド時に多職種による情報共有・相談を実施し、即時に対応

- 毎日、言語聴覚士と管理栄養士が各フロアの巡回。都度、情報共有や相談が行われ、その場で解決できる事柄はその場で助言・検討・対応まで実施。ケアプランの見直しが求められる場合には、介護支援専門員に相談し、サービス担当者会議の開催につなげている。
- ミールラウンドには、言語聴覚士、理学療法士、作業療法士、歯科衛生士、管理栄養士、介護福祉士、介護支援専門員、介護職員、看護師が参加。
- 一体的取組に関する記録は全職種が閲覧できる。
- 利用者個別の留意点については、利用者のベッドサイドに情報共有ボード設置。利用者のケアに入ると常に目に入るため、情報共有に役立っている。

＜多職種連携による効果・気付き＞

- 歯科衛生士（非常勤）が介入することで、利用者の口腔内の環境が保たれている。歯科衛生士には一体的取組の様式以外に、利用者個々の歯の状況（自歯、欠損、義歯など）を図（シェーマ）で視覚的に把握できる記録を作成してもらっている。文字情報とともに、利用者の観察や介入時の留意点、ケアの見直しに役立っている。
- ベッドサイドのボードも活用することで食事介助に対する介看護・介護職員の意識向上につながっている。

▼ベッドサイドのボードの例



【出典】令和８年度老人保健健康増進等事業「リハビリテーション・機能訓練、栄養、口腔の一体的取組に係る実態調査」より**老健局**老人保健課にて作成

リハビリテーション、栄養、口腔の連携事例③

職員間の日常的なコミュニケーション・専門職による定期的なアセスメントによるケアの見直し

＜サービス＞介護医療院　＜利用定員＞19名

＜施設職員＞医師、看護職員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、介護職員、管理栄養士、歯科衛生士、ケアマネジャー

専門職による定期的なアセスメント

- リハビリテーション専門職
  - 月に1回：食事時の姿勢、食べ方、食事の速さを観察し、食事形態や嚥下機能を評価。
- 管理栄養士
  - 月に1回：体重、血液検査、食事形態、食事摂取量から栄養状態を判断。
  - 低栄養の場合は栄養補助食品の導入や摂取エネルギーの調整を行う。
- 歯科衛生士
  - 月に2回：口腔ケア・口腔の状態確認
  - 日々の口腔ケアは看護職員が実施。気になる点は随時共有し、適宜外部の歯科医師に連携。

月に一度のカンファレンスでの情報共有を受け、各職種が計画書を見直す

- 利用者の状態の評価内容について、リハビリテーション専門職がリハビリテーションの様式、看護職員が栄養、口腔の各様式へ記入したうえで、全職種が集まり、ケアの見直し方針を話し合っている。
- 文書等を用いて随時関係職種で情報共有ができる状態にしている。
- 関係職種が情報共有を行う事で、各計画の見直しを行っている。

月に一度の多職種によるカンファレンスでケアの見直し方針を話し合う様子▶



＜多職種連携による効果・気付き＞

- 低栄養状態のリスクが高い利用者の早期発見、褥瘡の予防や、治癒の促進につながった。
- 口腔ケアに力を入れており、全利用者へ起床時のうがいと食後の歯磨きで1日に4回の口腔ケアを実施している。そのためか誤嚥性肺炎の診断を受ける利用者は少ない。

【出典】令和８年度老人保健健康増進等事業「リハビリテーション・機能訓練、栄養、口腔の一体的取組に係る実態調査」より**老健局**老人保健課にて作成

リハビリテーション、栄養、口腔の連携事例④

介護老人保健施設　40代　女性　要介護５

「３か月で自宅復帰」を目標に、本人・家族とともに多職種でリハビリテーションを支援

＜経過＞脳梗塞を発症し、医療機関に入院。回復期リハビリテーション病院を経て、介護老人保健施設に入所。入院中は介助を受け食事をしていたが、入所後は介助皿や自助具の利用、食事環境調整により自力摂取可能になった。奥歯がなく、十分な咀嚼ができなかったため、やわらかい食事だった。退所後の生活を見据え、上下の入れ歯を作り、咀嚼がしっかりできるようになったことで食事形態の改善につながった。本人・家族の尽力もあり、３か月半で自宅復帰。退所後は通所リハビリテーションを利用。

情報共有

リハビリテーション
- 口の体操と口腔ケアに注力したリハビリテーションを実施
- 理学療法、作業療法において、筋力増強訓練、歩行訓練等を強化

情報共有

栄養
- 本人の希望や体重変化を踏まえた献立の立案
- ミールラウンドを通じた食事動作や食形態の確認

情報共有

口腔
- 朝・昼の口腔ケアを通じた口腔環境の確認
- 歯の状態等を踏まえ、食事動作等をリハ職へ相談



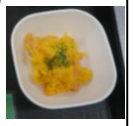
リハビリテーション専門職・管理栄養士・歯科衛生士の相互の情報共有を通じた在宅復帰支援

「３か月半で自宅復帰」

介入前
- 食事形態：きざみ食（コード３）
- 口腔環境：奥歯欠損
- 歩行：両片麻痺により不安定
- 高次脳機能障害、構音障害あり



介入後
- 食事形態：きざみ食(コード４)
- 口腔環境：上下の入れ歯作成
- 歩行：介助歩行
- 高次脳機能障害、構音障害あり



- ➢ 管理栄養士・看護・介護職員：ミールラウンド実施（夕食時）。
- ➢ 歯科衛生士（※不在時は言語聴覚士が代行）：朝食または昼食時にミールラウンド実施。奥歯がないことで咀嚼が不十分だったため、歯科受診により入れ歯の作成を提案。
- ➢ 管理栄養士：やせの改善に向けて、エネルギー摂取量を増やすための主食の形態や内容を調整。本人の希望（１日１回パンを食べたい）も取り入れ、食べることが楽しみになるよう工夫し、退所時には体重が３kg程度増加。
- ➢ 理学療法士・作業療法士：言語聴覚士と一緒に食事場面を確認し、食事動作について協議・支援。階段昇降や筋力増強訓練等を通じた筋力向上を支援。

- ■ リハビリテーションに関する進捗は週１回、医師の診察を踏まえ、医師・看護師・相談員・リハビリテーション専門職で会議を実施。
- ■ 食事動作が不安定で当初食べこぼしが多かったが、食事動作の訓練等を通じ、自身で上手く食べられるようになった。
- ■ 「３か月で自宅復帰」の目標達成に向けて多職種で段取りを組み、計画的に支援

自宅での生活環境を整備するため、施設の相談員・リハビリテーション専門職、居宅の介護支援専門員、福祉用具専門相談員が自宅訪問し、生活動線の確認、住宅改修の検討、福祉用具の選定を実施（退所前に早期に取り組めた）

【出典】令和８年度老人保健健康増進等事業「リハビリテーション・機能訓練、栄養、口腔の一体的取組に係る実態調査」より**老健局**老人保健課にて作成

リハビリテーション、栄養、口腔の連携事例⑤

通所リハビリテーション　90代　女性　要介護３

在宅での食事内容の詳細な把握と多職種連携により、低栄養リスクを改善

＜経過＞消化器症状が出現。医療機関に受診、特記すべき疾患は指摘されなかったが、その後も症状が遷延。
食欲低下と倦怠感のため、４か月程度介護保険サービスの利用が減少し、短期間に著しく体重が減少し低栄養リスクが悪化。

情報共有

リハビリテーション
- 活動量、四肢の状態、握力を評価。
- 通常は月１回のところ月２回の体重測定とし、関係職種へ連携。

情報共有

栄養
- 低栄養リスク、欠食・摂取量の状況、不足エネルギー量、食事バランスを評価・連携。

情報共有

口腔
- ２～３か月に１度の口腔状態を評価。かかりつけ歯科医への受診状況の確認。

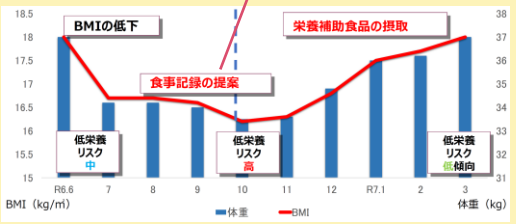
介入前
- BMI：16.3
- 低栄養リスク：高
- ２週間のうち５日欠食あり

約９カ月で低栄養リスクが「高」から「中」へ改善

介入後
- BMI：18.3
- 低栄養リスク：中
- 欠食なし

【介入計画】
- 食事記録を本人・家族につけてもらい、欠食・摂取量の状況、不足エネルギー量、食事バランスを詳細に把握。
- 通所リハビリテーション利用時の食事摂取支援と並行し、栄養補助食品の提案やMCTオイルの紹介を家族に実施。
- エネルギー不足や食事バランスをまとめた資料でフィードバックし、本人・家族の状況理解と支援継続の必要性を促す。
- 咀嚼力や舌の運動機能、嚥下機能の低下について、理学療法士と連携しながらモニタリング。口腔内の清掃方法に加え、食事前の口腔内のマッサージを指導。
- 利用者の状態に応じて活動量・運動負荷を調整するとともに、送迎時にご家族へ活動に関する助言を実施。
- 自宅の住環境を確認し、福祉用具の導入検討や環境調整にも関わることで、転倒予防等を支援。

事業所独自のパンフレットを個別に作成。
自宅での食事内容を詳細に把握。
例えば、ご飯の量について60g、120g、160g等の写真を用いて、本人・家族が回答しやすいよう工夫。
本人・家族の協力を得にくい場合は、介護職員や送迎を担当するリハビリテーション専門職等と情報共有し、できる限り家庭での様子を把握するように努めた。



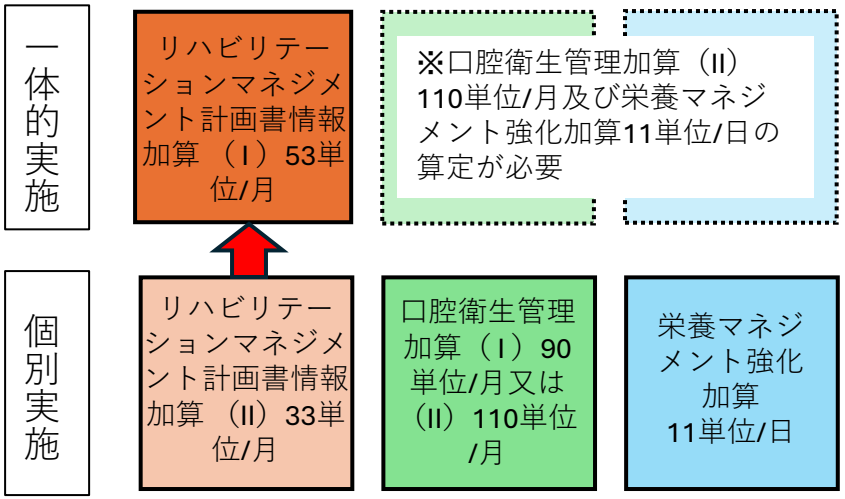
- LIFEのフィードバックで低栄養リスクが高い利用者をスクリーニングしていたことがきっかけで介入を開始。
- 多職種の一体的な介入により生活機能が向上し、在宅生活の安定と社会参加の継続が可能となった。
- １日３食のリズムを維持する意識付けを継続した「支援強化期間」が、本人・家族の行動変容のカギとなった。
- リハビリテーション会議に加え、介護支援専門員等の外部関係者にも電話等で利用者の状況をこまめに共有することで、取組への理解を深めてもらい、連携して支援を行いやすい関係を構築。

【出典】令和８年度老人保健健康増進等事業「リハビリテーション・機能訓練、栄養、口腔の一体的取組に係る実態調査」より**老健局**老人保健課にて作成

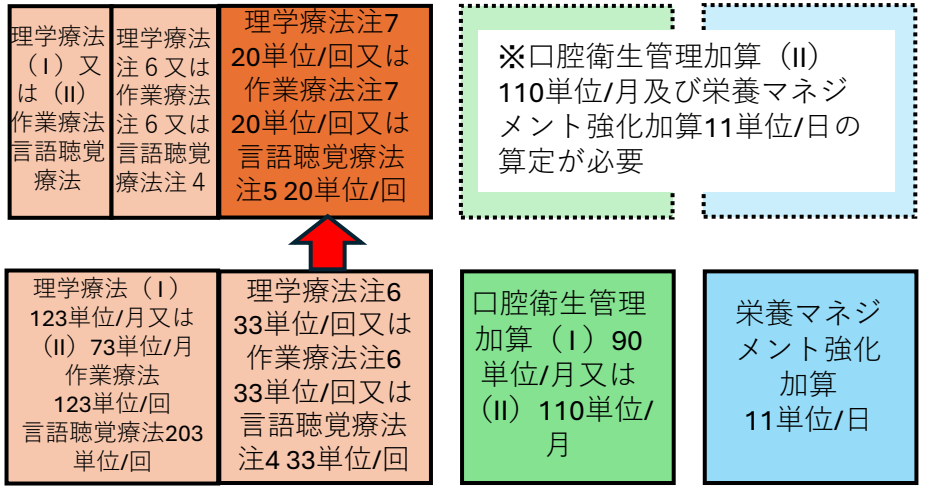
令和６年度改定におけるリハ・栄養・口腔の一体的取組の加算

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

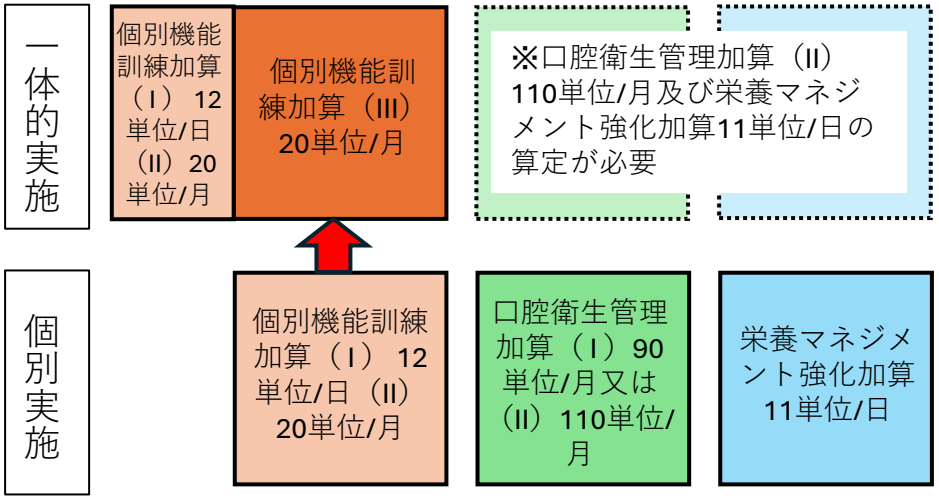
【介護老人保健施設】



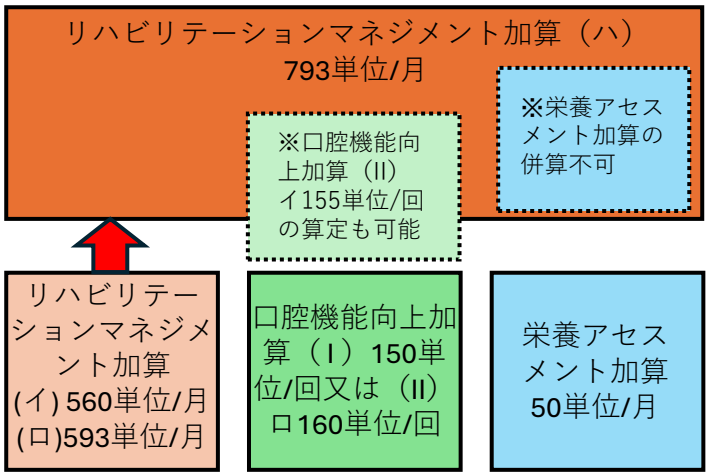
【介護医療院】



【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

論点⑦　一体的取組について

論点⑦

■ 医師、歯科医師、リハビリテーション専門職、管理栄養士、歯科衛生士等の多職種が一体となって、リハビリテーション・栄養・口腔の一体的取組が運用されることで、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ている。

■ 現行では、リハビリテーション（個別機能訓練）の加算において、入所者、利用者のリハビリテーション（個別機能訓練）、栄養、口腔に関する情報を相互に共有することを評価しており、各領域の介入内容については、各加算で評価を行っている。

■ 一体的取組の実施内容としては、関係職種間での相談体制やカンファレンスの実施、共有された情報の個別計画への反映が８割を超えている。

■ リハビリテーション・栄養・口腔の一体的取組をより効果的に運用するためにどのような方策が考えられるか。

対応案

■ 加算の併算定状況等の構造の見直しを行い、リハビリテーションマネジメント計画書情報加算（Ⅰ）、理学療法注７・作業療法注７・言語聴覚療法注６、リハビリテーションマネジメント加算（ハ）、個別機能訓練加算（Ⅲ）を再編し、リハビリテーション・栄養・口腔の取組を一体的に実施した際の評価を新たに設け、一体的取組の推進のため、専門職間での情報共有のみでなく、共有された内容を個別の計画に活用し、より効果的な自立支援・重度化予防につながる介入を行うことを評価してはどうか。なお、介護医療院における新たに設ける評価については、理学療法等が特別診療費であることを踏まえた整理としてはどうか。

令和9年度改定におけるリハ・栄養・口腔の一体的実施の加算見直しイメージ

リハビリテーション・機能訓練、栄養、口腔の取組について、加算構造の見直しイメージを示した。

【介護老人保健施設】

一体的実施	一体的取組実施加算（P） 個別加算との併算定不可		
個別実施	リハビリテーションマネジメント計画書情報加算	口腔衛生管理加算（Ⅰ）又は（Ⅱ）	栄養マネジメント強化加算

【介護医療院】

理学療法（Ⅰ）又は（Ⅱ） 作業療法 言語聴覚療法	理学療法注6又は 作業療法注6又は 言語聴覚療法注4	一体的取組実施加算（P） 口腔、栄養の個別加算との併算定不可	
理学療法（Ⅰ）又は（Ⅱ） 作業療法 言語聴覚療法	理学療法注6又は 作業療法注6又は 言語聴覚療法注4	口腔衛生管理加算（Ⅰ）又は（Ⅱ）	栄養マネジメント強化加算
※特別診療費		※介護報酬	

【介護老人福祉施設】

一体的実施	一体的取組実施加算（P） 個別加算との併算定不可		
個別実施	個別機能訓練加算（Ⅰ）（Ⅱ）	口腔衛生管理加算（Ⅰ）又は（Ⅱ）	栄養マネジメント強化加算

【通所リハビリテーション】

一体的取組実施加算（P） 個別加算との併算定不可			
リハビリテーションマネジメント加算(イ)又は(ロ)	口腔機能向上加算（Ⅰ）又は（Ⅱ）	栄養アセスメント加算	

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等の概要

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

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

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

＜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

＜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

＜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

＜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

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

＊ 介護予防も含む

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（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）
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（3回/日まで）	25511	4251.9	24.3%	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（3回/日まで）	2055	342.6	17.5%	835	32.5%

（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

介護保険施設の算定状況

	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）
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	44,539	7,423.2	75.3%	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/日	5,881	980.2	63.5%	777	83.5%

（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（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）
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（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（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（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（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（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（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（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（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（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（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（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（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（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）
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（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（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（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（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（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（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（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（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）
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）「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）「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（1日に3回を限度）	1,052	132.0	3.6%	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（1日に3回を限度）	4	0.5	1.0%	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／日	1,155	144.4	45.4%	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／日	8	1.0	26.3%	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）「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

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 介護医療院 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 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 （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 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 ※特別診療費	理学療法実施計画 作業療法実施計画 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 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） 機能訓練指導員	※共同して計画を作成 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 介護老人保健施設 介護医療院	管理栄養士	※共同して計画を作成 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 介護老人保健施設 介護医療院	（配置） 管理栄養士	※共同して計画を作成 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		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 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 介護老人保健施設 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 介護老人保健施設 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 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（令和６年６月以降）	**算定単位数（単位：千単位）**	**回数（単位：千回）**	算定率（回数ベース）	**請求事業所数**	算定率（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