

連携拠点病院、地域がん診療病院又は小児がん拠点病院に入院した患者（小児がん拠点病院に入院した患者については、20歳未満のものに限る。）について、当該入院中1回に限り、入院初日に算定する。なお、悪性腫瘍の疑いがあるとされ、入院中に悪性腫瘍と診断された患者については、入院初日に限らず、悪性腫瘍と確定診断を行った日に算定する。

- (6) 当該加算の対象患者は、(5)に定める患者であり、別の保険医療機関からの紹介を受け、当該がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院又は小児がん拠点病院で通院治療を行った後入院した患者を含むものであること。なお、悪性腫瘍以外の疾患で別の保険医療機関から紹介を受け、当該がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院又は小児がん拠点病院において悪性腫瘍と診断された患者は含まれない。
- (7) (1)から(3)までの規定に関わらず、がん診療連携拠点病院及び特定領域がん診療連携拠点病院のうち特例型に指定された病院に入院した患者（特定領域がん診療連携拠点病院については、当該特定領域の悪性腫瘍の患者に限る。）については、がん拠点病院加算の1のイの所定点数に代えて300点を、地域がん診療病院のうち特例型に指定された病院に入院した患者については、がん拠点病院加算の1のロの所定点数に代えて100点を、それぞれ所定点数に加算する。
- (8) 「注2」に規定する加算は、がんゲノム医療を牽引する高度な機能を有する医療機関として、遺伝子パネル検査等の実施及び治療への活用、遺伝性腫瘍等の患者に対する専門的な遺伝カウンセリングの実施、がんゲノム情報に基づく臨床研究・治験の実施等の体制を評価したものであり、がんゲノム医療中核拠点病院又はがんゲノム医療拠点病院において算定する。
- (9) がん拠点病院加算を算定した場合は、「B005-6-3」がん治療連携管理料は算定できない。

A233 リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算

- (1) リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算は、急性期医療において、当該病棟に入院中の患者のADLの維持、向上等を目的に、早期からの離床や経口摂取が図られるよう、リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理に係る多職種による評価と計画に基づき、医師、看護師、当該病棟に専従及び専任の理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士（以下この項において「専従の理学療法士等」という。）、当該病棟に専任の管理栄養士及びその他必要に応じた他の職種により、以下のアからエまでに掲げる取組を行った場合に、患者1人につきリハビリテーション・栄養管理・口腔管理に係る計画を作成した日から起算して14日を限度に算定できる。ただし、やむを得ない理由により、入棟後48時間を超えて計画を策定した場合においては、当該計画の策定日にかかわらず、入棟後3日目を起算日とする。

ア 当該病棟に入棟した患者全員に対し、原則入棟後48時間以内にADL、栄養状態、口腔状態について別紙様式7の2又はこれに準ずる様式を用いた評価に基づき、リハビリテーション・栄養管理・口腔管理に係る計画を別紙様式7の4又はこれに準ずる様式を用いて作成すること。なお、リスクに応じた期間で定期的な再評価を実施すること。退棟時においても別紙様式7の2又はこれに準ずる様式を用いた評価を行うこと及びリスクに応じた期間で再評価を実施することが望ましいこと。

イ 入院患者のADL等の維持、向上等に向け、リハビリテーション・栄養管理・口腔管

理の評価と計画についてのカンファレンスが定期的に行われていること。なお、カンファレンスにおいては、必要に応じ、想定される退棟先の環境を踏まえた退棟後に起こりうるリスク、転倒リスクを踏まえた転倒防止対策、患者の機能予後、患者が再び実現したいと願っている活動や社会参加等について共有を行うこと。当該病棟におけるカンファレンスの内容を記録していること。

ウ 適切な口腔ケアを提供するとともに、口腔状態に係る課題（口腔衛生状態の不良や咬合不良等）を認めた場合は必要に応じて当該保険医療機関の歯科医師等と連携する又は歯科診療を担う他の保険医療機関への受診を促すこと。

エ 指導内容等について、診療録等に要点を簡潔に記載すること。

(2) 当該病棟の専従の理学療法士等は、当該病棟の患者に対し（1）のアからエまでの取組を実施するとともに、以下に掲げる疾患別リハビリテーション等の提供等により、全ての入院患者に対するADLの維持、向上等を目的とした指導を行うこととし、疾患別リハビリテーション等の対象とならない患者についても、ADLの維持、向上等を目的とした指導を行うこと。このため、専従の理学療法士等は1日につき9単位を超えた疾患別リハビリテーション料等の算定はできないものとする。

ア 「H000」心大血管疾患リハビリテーション料

イ 「H001」脳血管疾患等リハビリテーション料

ウ 「H001-2」廃用症候群リハビリテーション料

エ 「H002」運動器リハビリテーション料

オ 「H003」呼吸器リハビリテーション料

カ 「H004」摂食機能療法

キ 「H005」視能訓練

ク 「H007」障害児（者）リハビリテーション料

ケ 「H007-2」がん患者リハビリテーション料

コ 「H007-3」認知症患者リハビリテーション料

サ 「H008」集団コミュニケーション療法料

(3) 専任の管理栄養士は、（1）のアからエまでの取組を実施するとともに、次に掲げる栄養管理を実施すること。

ア リハビリテーション・栄養管理・口腔管理に係る計画の作成に当たって、原則入棟後48時間以内に、患者に対面の上、入院前の食生活や食物アレルギー等の確認を行うとともに、GLIM基準を用いた栄養状態の評価を行うこと。

イ 週5回以上、食事の提供時間に、低栄養等のリスクの高い患者を中心に食事の状況を観察し、食欲や食事摂取量等の把握を行うこと。問題があった場合は、速やかに医師、看護師等と共有し、食事変更や食形態の調整等の対応を行うこと。

ウ 多職種のカンファレンスにおいて、患者の状態を踏まえ、必要に応じ食事調整（経口摂取・経管栄養の開始を含む。）に関する提案を行うこと。

A233-2 栄養サポートチーム加算

(1) 栄養サポートチーム加算は、栄養障害の状態にある患者や栄養管理をしなければ栄養障害の状態になることが見込まれる患者に対し、患者の生活の質の向上、原疾患の治癒促進及び感染症等の合併症予防等を目的として、栄養管理に係る専門的知識を有した多職種か