

様式 43 の 6

摂食嚥下支援加算の施設基準に係る届出書添付書類（7月報告）

1 実績期間

実績期間	年 月 ～ 年 月
備考	

2 摂食嚥下支援加算を算定した患者の嚥下機能の評価等

患者数	名		
-----	---	--	--

算定期間	平均値	最大値	最小値
患者一人あたりの 算定期間（週）			

F0IS	平均値	最大値	最小値
入院時			
退院時			
改善度			

【記載上の注意】

- 「1」については、原則として報告時点の前年度1年間の実績を記載することとし、それ以外の期間とした場合には、その理由を備考欄に記載すること。
例）令和2年8月1日に当該加算に係る届出を行ったため、令和2年8月から令和3年3月の実績を記載することとした。
- 「2」の「患者数」は、「1」の期間内に摂食嚥下支援加算を算定した総患者数を記載すること。
- 「2」の「患者一人あたりの算定期間」は、平均値（各患者の算定期間の合計を「2」の「患者数」で除したもの）、最大値及び最小値を記載すること。
- 「2」の「F0IS」は、平均値（各患者の入院時、退院時のF0IS及び改善度（退院時のF0ISから入院時のF0ISを減じたもの）の合計を「2」の「患者数」で除したもの）、最大値及び最小値を記載すること。
- 「2」の「F0IS」は、以下の表を参照すること。

【F0IS; Functional Oral Intake Scale】

Level	状態
1	経口摂取なし
2	経管栄養と、わずかな量の食事
3	経管栄養と、均一な物性の食事（ゼリー食、ペースト食 等）の併用
4	均一な物性の食事のみ（経管栄養の併用なし）
5	さまざまな物性の食事を経口摂取しているが、特別な準備等が必要 （例：きざみ食のトロミかけ 等）
6	特別な準備は不要だが、特定の食品の制限がある（軟菜食 等）
7	常食の経口摂取（制限なし）