摂食嚥下機能回復体制加算 1 ・ 2 ・ 3 (該当するもの全てに〇) の施設基準に係る 届出書添付書類 (新規・7月報告)

(※) 既に加算1、2又は3のいずれかを届け出ている場合であって別の加算を届け出る場合については、新規に届け出る加算についてのみつすること。

1. 嚥下機能の実績

| 1. 熈ト | 機能の実 | 積 | | | | | | | | |
|-------|---|--|--------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|--|-----------------------------|---|
| (1)原 | a 出種別 | | | | | | | | | |
| • 新規 | 見届出 | (実績期間 | 年 | 月~ | 年 | 月) | | | | |
| • 再原 | 度の届出 | (実績期間 | 年 | 月~ | 年 | 月) | | | | |
| (2) | 摂食嚥下 | 機能回復体制 | 加算に | 係る経 | 口摂耳 | D 回復率 | | | | |
| 1 | してい 者 した者 b. 1年間 者 き含む | (1. の実績期 る患者、胃瘻 って、当該医療 を含む) (1. の実績! 瘻を造設した!) a、b のいずれ | を造設 景機関 期間) 景者、 | としてい において に当該 又は中心 | る患 ^を で摂食 医療を な静脈 | 者、又は中 機能療法 機関におい を開始した | 心静脈を を実施し いて鼻腔第 た患者(草 | 実施してた者 (転原 た者 (転原 を養を導入 転院、退防 | いる患 完、退院 、した患 記した者 | 人 |
| 2 | 鼻腔栄 | 養等を導入し 取のみの状態 | た日か | いら起算 | して | 1年以内に | | | | 人 |
| 3 | - · · · · · · · · · · · · · · · · · · · | 養等を導入し に回復した患 | | ら起算 | して | 1ヶ月以内 | に栄養力 | 5法が経口 | 摂取の | |
| 4 | | に該当する患 導入した日か | | | | | | | :、鼻腔 | |
| 5 | 消化器 者 | 疾患等の患者 | であっ | て、減 | 圧ドロ | ノナージ目 | 的で胃療 | 賃造設を行 | うった患 | 人 |
| 6 | 炎症性 あった患 | 腸疾患の患者 者 | であっ | て、成 | 分栄 | 養剤の経路 | 子として胃 | 릙瘻造設 か | が必要で | 人 |
| 7 | | 胃噴門部の狭 要であった患 | | 道穿孔 | 等の1 | 食道や胃噴 | 門部の疫 | €患によっ | て胃瘻 | 人 |
| 8 | | 能療法を開始 状態へ回復し | | | | | | | ••• | 人 |
| (| 8 / (| 1) = | Ę | 割 | | | | | | |
| 9 | | 脈栄養を実施 した患者(加 | | | のう | ち、嚥下機 | 態能が回復 | 夏し、中心 | 静脈栄 | 人 |

[記載上の注意]

- 1 (1)は特掲診療料施設基準通知第2の4の(11)に定めるところによるものである こと。
- 2 ②及び⑧の栄養方法が経口摂取のみである状態とは、内服薬又は水分を不定期に経口摂取以外の方法で摂取する状態を含む。
- 3 ⑧の「栄養方法が経口摂取のみである状態」とは以下の状態をいう。
 - ア 鼻腔栄養を実施している患者にあっては、経鼻経管を抜去した上で、1か月以上

にわたって栄養方法が経口摂取のみであるもの。

- イ 胃瘻を造設している患者にあっては、胃瘻抜去術又は胃瘻閉鎖術を実施した上で、 1か月以上にわたって栄養方法が経口摂取のみであるもの。
- ウ 中心静脈栄養を実施している患者にあっては、中心静脈栄養を終了した上で、1 か月以上にわたって栄養方法が経口摂取のみであるもの。
- 4 ⑨については、摂食嚥下機能回復体制加算3に該当する場合のみ記載すること。なお、該当していない場合は、「一」を記載すること。
- 5 新規届出又は再度の届出の場合は、「1. 嚥下機能の実績」のみ記載すること。

2. 嚥下機能の評価

摂食嚥下機能回復体制加算1

届出の有無(有・無)(有の場合のみ記載すること)

| 自院実施患者 紹介患者の別 (〇をつける) | VF/VEの実 施場所 (Oをつけ る) | 患者性別 | 患者年齢 | 1の②~⑦ のいずれに 該当するか *1 | FIM (開始時) (A) | FIM (直近) (B) | FOIS (開始時) (C) | FOIS (直近) (D) | 日数※2 |
|-----------------------------|-------------------------------|------|------|-------------------------------|---------------------|--------------------|----------------------|---------------------|------|
| 自院・紹介 | 自院・他院 | | | | | | | | 日 |
| 自院・紹介 | 自院・他院 | | | | | | | | 日 |
| 自院・紹介 | 自院・他院 | | | | | | | | 日 |
| 自院・紹介 | 自院・他院 | | | | | | | | 日 |
| 自院・紹介 | 自院・他院 | | | | | | | | 日 |
| 自院・紹介 | 自院・他院 | | | | | | | | 日 |
| 自院・紹介 | 自院・他院 | | | | | | | | 日 |
| 自院・紹介 | 自院・他院 | | | _ | | | | | 日 |
| 自院・紹介 | 自院・他院 | | | | | | | | 日 |
| 自院・紹介 | 自院・他院 | | | | | | | | 日 |

摂食嚥下機能回復体制加算2

届出の有無(有・無)(有の場合のみ記載すること)

| 自院実施患者 紹介患者の別 (〇をつける) | VF/VEの実 施場所 (〇をつけ る) | 患者性別 | 患者年齢 | 1の②~⑦ のいずれに 該当するか *1 | FIM (開始時) (A) | FIM (直近) (B) | FOIS (開始時) (C) | FOIS (直近) (D) | 日数 ^{※2} |
|-----------------------------|-------------------------------|------|------|-------------------------------|---------------------|--------------------|----------------------|---------------------|------------------|
| 自院・紹介 | 自院・他院 | | | | | | | | 日 |
| 自院・紹介 | 自院・他院 | | | | | | | | 日 |
| 自院・紹介 | 自院・他院 | | | | | | | | 日 |
| 自院・紹介 | 自院・他院 | | | | | | | | 日 |
| 自院・紹介 | 自院・他院 | | | | | | | | 日 |
| 自院・紹介 | 自院・他院 | | | | | | | | 日 |
| 自院・紹介 | 自院・他院 | | | | | | | | 日 |
| 自院・紹介 | 自院・他院 | | | | | | | | 日 |

| 自院・紹介 | 自院・他院 | | | | B |
|-------|-------|--|--|--|---|
| 自院・紹介 | 自院・他院 | | | | 日 |

摂食嚥下機能回復体制加算3

届出の有無(有・無)(有の場合のみ記載すること)

| 自院実施患者 紹介患者の別 (〇をつける) | VF/VEの実 施場所 (〇をつけ る) | 患者性別 | 患者年齢 | 1の②~⑦ のいずれに 該当するか ※1 | FIM (開始時) (A) | FIM (直近) (B) | FOIS (開始時) (C) | FOIS (直近) (D) | 日数**2 |
|-----------------------------|-------------------------------|------|------|-------------------------------|---------------------|--------------------|----------------------|---------------------|-------|
| 自院・紹介 | 自院・他院 | | | | | | | | 日 |
| 自院・紹介 | 自院・他院 | | | | | | | | 日 |
| 自院・紹介 | 自院・他院 | | | | | | | | 日 |
| 自院・紹介 | 自院・他院 | | | | | | | | 日 |
| 自院・紹介 | 自院・他院 | | | | | | | | 日 |
| 自院・紹介 | 自院・他院 | | | | | | | | 日 |
| 自院・紹介 | 自院・他院 | | | | | | | | 日 |
| 自院・紹介 | 自院・他院 | | | | | | | | 日 |
| 自院・紹介 | 自院・他院 | | | | | | | | 日 |
| 自院・紹介 | 自院・他院 | | | | | | | | 日 |

[記載上の注意]

- 1 ②~⑦に該当する場合のみ該当する番号を記載すること(※1)。
- 2 日数は、摂食嚥下支援計画書の作成時の測定と、直近の測定までの期間を記載すること。なお、FIMと FOIS は同日に測定すること。従って(A)から(B)及び(C)から(D)までの期間は、同じであること(※2)。
- 3 1. (1) に記入した期間の実績について記載すること。
- 4 新規届出の場合には、「2.嚥下機能の評価」は記載不要。