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・ 8 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Oすること。

1. 嚥下機能の実績

<u>1.嚥下</u>	機能の実	績							
(1) 5	雷出種別								
• 新規	現届出	(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				
						関等から紹介された	ト臭晩労姜太宝体		
						ヺ゙ ゚゚ ずがらねれられれ き、又は中心静脈る			
				•		機能療法を実施し			
		を含む)		1000	C 135 TX	一成形が女と大心し			
1			期間)	に当該	医療棒	幾関において鼻腔タ	 栄養を導入した患	人	
						を開始した患者(
	を含む								
			におし	いても②	から(⑦までに該当する ♬	患者を除く。		
<u> </u>	鼻腔栄	養等を導入した	た日か	ら起算	して	1 年以内に死亡し#	た患者(栄養方法	ı	
2	が経口摂	取のみの状態に	こ回復	した患	者を除	} <)		人	
3	鼻腔栄	養等を導入した	た日か	ら起算	して	1ヶ月以内に栄養ス	方法が経口摂取の		
<u> </u>	みの状態に回復した患者								
4	① ၈ a	に該当する患	者でま	あって、	当該[医療機関に紹介され	れた時点で、鼻腔		
•						ニが経過している患			
(5)		疾患等の患者 ⁻	であっ	て、減	圧ドし	ノナージ目的で胃 腫	裏造設を行った患	人	
•	者								
6			であっ	て、成	分栄養	養剤の経路として [胃瘻造設が必要で │	人	
	あった患	•		>>/		\ \\\\ \\\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \			
7				道穿孔	等の1	食道や胃噴門部の細胞	医患によって胃瘻	人	
		要であった患者		1. > +7.	/ -/-	W-1- W-			
8						て 1 年以内に栄養ス 3 キャにまか		人	
	かじめる	<u> </u>	こ思有	(1212)	U, (2	から⑦までに該当	9 る思有を除く)		
(8 / (1) =	重						
		•	-	13					
	中心静	脈栄養を実施	してし	いた患者	のうす	ち、嚥下機能が回行	复し、中心静脈栄		
9		した患者(加						人	
	皮に小く」		,- O 10	- IX O /					

[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®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								田
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				日
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。