

摂食嚥下機能回復体制加算に係る報告書

都道府県名						
医療機関コード※						
保険医療機関名						

※レセプトに記載する7桁の数字を記載すること

摂食嚥下機能回復体制加算 1・ 2・ 3 (該当するものにを付すること)

1. 嚥下機能の実績 (加算1 (⑨以外に記載) 又は加算3 (⑨に記載) に限る。加算2は記載不要。)

(1) 実績期間 実績期間 年 月 ~ 年 月 備考:		
(2) 摂食嚥下機能回復体制加算に係る経口摂取回復率		
①	a. 1年間(1.の実績期間)に他の医療機関等から紹介された鼻腔栄養を実施している患者、胃瘻を造設している患者、又は中心静脈を実施している患者であって、当該医療機関において摂食機能療法を実施した者(転院、退院した者を含む) b. 1年間(1.の実績期間)に当該医療機関において鼻腔栄養を導入した患者、胃瘻を造設した患者、又は中心静脈を開始した患者(転院、退院した者を含む) ただし、a、bのいずれにおいても②から⑦までに該当する患者を除く。	人
②	鼻腔栄養等を導入した日から起算して1年以内に死亡した患者(栄養方法が経口摂取のみの状態に回復した患者を除く)	人
③	鼻腔栄養等を導入した日から起算して1ヶ月以内に栄養方法が経口摂取のみの状態に回復した患者	人
④	①のaに該当する患者であって、当該医療機関に紹介された時点で、鼻腔栄養等を導入した日から起算して1年以上が経過している患者	人
⑤	消化器疾患等の患者であって、減圧ドレナージ目的で胃瘻造設を行った患者	人
⑥	炎症性腸疾患の患者であって、成分栄養剤の経路として胃瘻造設が必要であった患者	人
⑦	食道、胃噴門部の狭窄、食道穿孔等の食道や胃噴門部の疾患によって胃瘻造設が必要であった患者	人
⑧	摂食機能療法を開始した日から起算して1年以内に栄養方法が経口摂取のみである状態へ回復した患者(ただし、②から⑦までに該当する患者を除く)	人
⑧ / ① = 割		
⑨	中心静脈栄養を実施していた患者のうち、嚥下機能が回復し、中心静脈栄養を終了した患者(加算3に限る)	人

[記載上の注意]

- (1)は原則として報告時点の前年1月~12月の一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、その理由を備考に記載すること。
例) 令和4年8月1日に当該加算に係る届出を行ったため、令和4年8月から令和4年12月の実績を記載する事とした。

摂食嚥下機能回復体制加算 2

届出の有無 (有・ 無) (をつける。以下は有の場合のみ記載すること)

自院実施患者紹介患者の別 (<input checked="" type="checkbox"/> をつける)	VF/VEの実施場所 (<input checked="" type="checkbox"/> をつける)	患者 性別	患者 年齢	1の②~⑦の いずれかに該 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
<input type="checkbox"/> 自院 <input type="checkbox"/> 紹介	<input type="checkbox"/> 自院 <input type="checkbox"/> 紹介								日
<input type="checkbox"/> 自院 <input type="checkbox"/> 紹介	<input type="checkbox"/> 自院 <input type="checkbox"/> 紹介								日
<input type="checkbox"/> 自院 <input type="checkbox"/> 紹介	<input type="checkbox"/> 自院 <input type="checkbox"/> 紹介								日
<input type="checkbox"/> 自院 <input type="checkbox"/> 紹介	<input type="checkbox"/> 自院 <input type="checkbox"/> 紹介								日
<input type="checkbox"/> 自院 <input type="checkbox"/> 紹介	<input type="checkbox"/> 自院 <input type="checkbox"/> 紹介								日
<input type="checkbox"/> 自院 <input type="checkbox"/> 紹介	<input type="checkbox"/> 自院 <input type="checkbox"/> 紹介								日
<input type="checkbox"/> 自院 <input type="checkbox"/> 紹介	<input type="checkbox"/> 自院 <input type="checkbox"/> 紹介								日
<input type="checkbox"/> 自院 <input type="checkbox"/> 紹介	<input type="checkbox"/> 自院 <input type="checkbox"/> 紹介								日
<input type="checkbox"/> 自院 <input type="checkbox"/> 紹介	<input type="checkbox"/> 自院 <input type="checkbox"/> 紹介								日
<input type="checkbox"/> 自院 <input type="checkbox"/> 紹介	<input type="checkbox"/> 自院 <input type="checkbox"/> 紹介								日
<input type="checkbox"/> 自院 <input type="checkbox"/> 紹介	<input type="checkbox"/> 自院 <input type="checkbox"/> 紹介								日

摂食嚥下機能回復体制加算 3

届出の有無 (有・ 無) (をつける。以下は有の場合のみ記載すること)

自院実施患者紹介患者の別 (<input checked="" type="checkbox"/> をつける)	VF/VEの実施場所 (<input checked="" type="checkbox"/> をつける)	患者 性別	患者 年齢	1の②~⑦の いずれかに該 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
<input type="checkbox"/> 自院 <input type="checkbox"/> 紹介	<input type="checkbox"/> 自院 <input type="checkbox"/> 紹介								日
<input type="checkbox"/> 自院 <input type="checkbox"/> 紹介	<input type="checkbox"/> 自院 <input type="checkbox"/> 紹介								日
<input type="checkbox"/> 自院 <input type="checkbox"/> 紹介	<input type="checkbox"/> 自院 <input type="checkbox"/> 紹介								日
<input type="checkbox"/> 自院 <input type="checkbox"/> 紹介	<input type="checkbox"/> 自院 <input type="checkbox"/> 紹介								日
<input type="checkbox"/> 自院 <input type="checkbox"/> 紹介	<input type="checkbox"/> 自院 <input type="checkbox"/> 紹介								日
<input type="checkbox"/> 自院 <input type="checkbox"/> 紹介	<input type="checkbox"/> 自院 <input type="checkbox"/> 紹介								日
<input type="checkbox"/> 自院 <input type="checkbox"/> 紹介	<input type="checkbox"/> 自院 <input type="checkbox"/> 紹介								日
<input type="checkbox"/> 自院 <input type="checkbox"/> 紹介	<input type="checkbox"/> 自院 <input type="checkbox"/> 紹介								日
<input type="checkbox"/> 自院 <input type="checkbox"/> 紹介	<input type="checkbox"/> 自院 <input type="checkbox"/> 紹介								日
<input type="checkbox"/> 自院 <input type="checkbox"/> 紹介	<input type="checkbox"/> 自院 <input type="checkbox"/> 紹介								日
<input type="checkbox"/> 自院 <input type="checkbox"/> 紹介	<input type="checkbox"/> 自院 <input type="checkbox"/> 紹介								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。