（別紙様式１６）

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（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６年８月１日に当該加算に係る届出を行ったため、令和６年８月から令和６年12月の実績を記載する事とした。

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、「－」を記載すること。

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　）（☑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（☑をつける）	VF/VEの実施場所（☑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
☐　自院　☐　紹介	☐　自院　☐　紹介								日
☐　自院　☐　紹介	☐　自院　☐　紹介								日
☐　自院　☐　紹介	☐　自院　☐　紹介								日
☐　自院　☐　紹介	☐　自院　☐　紹介								日
☐　自院　☐　紹介	☐　自院　☐　紹介								日
☐　自院　☐　紹介	☐　自院　☐　紹介								日
☐　自院　☐　紹介	☐　自院　☐　紹介								日
☐　自院　☐　紹介	☐　自院　☐　紹介								日
☐　自院　☐　紹介	☐　自院　☐　紹介								日
☐　自院　☐　紹介	☐　自院　☐　紹介								日

医療機関コード							

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（☑をつける）	VF/VEの実施場所（☑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
☐ 自院 ☐ 紹介	☐ 自院 ☐ 紹介								日
☐ 自院 ☐ 紹介	☐ 自院 ☐ 紹介								日
☐ 自院 ☐ 紹介	☐ 自院 ☐ 紹介								日
☐ 自院 ☐ 紹介	☐ 自院 ☐ 紹介								日
☐ 自院 ☐ 紹介	☐ 自院 ☐ 紹介								日
☐ 自院 ☐ 紹介	☐ 自院 ☐ 紹介								日
☐ 自院 ☐ 紹介	☐ 自院 ☐ 紹介								日
☐ 自院 ☐ 紹介	☐ 自院 ☐ 紹介								日
☐ 自院 ☐ 紹介	☐ 自院 ☐ 紹介								日
☐ 自院 ☐ 紹介	☐ 自院 ☐ 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（☑をつける）	VF/VEの実施場所（☑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
☐ 自院 ☐ 紹介	☐ 自院 ☐ 紹介								日
☐ 自院 ☐ 紹介	☐ 自院 ☐ 紹介								日
☐ 自院 ☐ 紹介	☐ 自院 ☐ 紹介								日
☐ 自院 ☐ 紹介	☐ 自院 ☐ 紹介								日
☐ 自院 ☐ 紹介	☐ 自院 ☐ 紹介								日
☐ 自院 ☐ 紹介	☐ 自院 ☐ 紹介								日
☐ 自院 ☐ 紹介	☐ 自院 ☐ 紹介								日
☐ 自院 ☐ 紹介	☐ 自院 ☐ 紹介								日
☐ 自院 ☐ 紹介	☐ 自院 ☐ 紹介								日
☐ 自院 ☐ 紹介	☐ 自院 ☐ 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。

医療機関コード							