

(別紙様式16)

## 摂食嚥下支援加算に係る報告書

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

### 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(令和2年4月1日から令和3年3月31日)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事とした。
- 「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(各患者の算定回数の合計を「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。なお、その際、小数点第一位まで記載することとし、小数点第二位を四捨五入すること。
- 「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)