

様式 43 の 6

摂食嚥下支援加算の施設基準に係る届出書添付書類（7月報告）

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こととした。
- 「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（各患者の算定期間の合計を「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、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）

様式 43 の 6 の 2

摂食嚥下支援加算の施設基準に係る届出書添付書類

摂食嚥下支援チーム

区分	氏名	該当するものに○、 若しくは年数を記載
ア 専任の常勤医師又は常勤歯科医師		() 医師 () 歯科医師
イ 摂食嚥下機能障害を有する患者の 看護に従事した経験を5年以上有 し、摂食嚥下障害看護に係る適切な 研修を修了した専任の常勤看護師		経験年数 () 年
ウ 専任の常勤言語聴覚士		() 経口摂取回復促進加算 1 又は 2 で届け出ている者
エ 専任の常勤薬剤師		
オ 専任の常勤管理栄養士		
カ 専任の歯科衛生士		
キ 専任の理学療法士又は作業療法士		() 理学療法士 () 作業療法士

[記載上の注意]

- 1 ア及びキについては、該当する職種に○を付すこと。
- 2 イについては、経験年数を記載し、摂食嚥下障害看護に係る適切な研修を修了していることが確認できる文書を添付すること。ただし、摂食嚥下支援チームの看護師が複数名いる場合は、それぞれについて必要な文書を添付すること。
- 3 イについては、令和2年3月31日において現に令和2年度改定前の経口摂取回復促進加算1又は2に係る届出を行っている保険医療機関が、当該加算の施設基準に規定する「専任の常勤言語聴覚士」として令和2年3月31日において届出を行っていた言語聴覚士を摂食嚥下支援チームに配置することで、看護師を当該チームの構成員に含まない場合は、記載する必要はないこと。ただし、ウの「経口摂取回復促進加算1又は2で届け出ている者」に○を付すこと。
- 4 カについては、当該チームに歯科医師が参加している場合に限り、必要に応じて記載すること。