

様式 43 の 6

摂食嚥下機能回復体制加算 1・2・3（いずれかに○）の  
施設基準に係る届出書添付書類

摂食嚥下支援チーム等

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又 は専従の言語聴覚士		経験年数 ( ) 年 看護師 ( ) 言語聴覚士
ウ 専任の管理栄養士		

[記載上の注意]

- 1 ア及びイについては、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（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）を添付すること。ただし、摂食嚥下支援チーム等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。

様式 43 の 6 の 2

摂食嚥下機能回復体制加算 1・2・3（該当するもの全てに○）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○すること。

1. 嚥下機能の実績

(1) 届出種別		
<ul style="list-style-type: none"> <li>・新規届出（実績期間 年 月～ 年 月）</li> <li>・再度の届出（実績期間 年 月～ 年 月）</li> </ul>		
(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	
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	
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つては、経鼻経管を抜去した上で、1か月以上



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 （○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
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。