

栄養ケア・ステーションからこんにちは！

にこにこ通信



Vol.22

発行/2024年 7月

発行者/(公社)新潟県栄養士会 栄養ケア・ステーション 上越支部

介護報酬・診療報酬の算定額が改定になりました！

上越圏域では、平成28年より多くの先生方からご依頼(指示書)を頂き、訪問栄養食事指導を実施しております(契約医療機関数15件、訪問回数109回)今後とも宜しくお願い致します。

★要介護被保険者に対し、医療保険と介護保険で同様のサービスがある場合は、介護保険が優先しますので、医療保険での算定はできません。

保険適用と内容の比較一覧 (R6年4月1日・R6年6月1日改定)

	あり ←	要介護認定	→ なし
適用保険	介護保険 居宅療養管理指導		医療保険 在宅患者訪問栄養食事指導
算定額	(1) 545単位(1単位=10円)		530点(1点=10円)
実施機関	居宅療養管理指導事業所		医療機関
管理栄養士の所属等	居宅療養管理指導事業所に所属する常勤または非常勤 ※「居宅療養管理指導事業所は医師が管理者の場合に限る」		主治医と同一の医療機関に所属する常勤または非常勤
医師の指示事項	共同で作成した栄養ケア計画に基づき指示等を行う		少なくとも熱量、蛋白質量、脂質量、脂質構成(不飽和脂肪酸/飽和脂肪酸比)について具体的指示を含める
対象食	腎臓病食、肝臓病食、糖尿病食、胃潰瘍食、貧血食、膵臓病食、脂質異常症食、痛風食、てんかん食、心臓疾患などに対する減塩食、特別な場合の検査食、十二指腸潰瘍に対する潰瘍食、消化管術後に対する潰瘍食、クローン病及び潰瘍性大腸炎による腸管機能の低下に対する低残渣食、高度肥満症に対する治療食、高血圧に対する減塩食		フェニールケトン尿症食、楓糖尿食、ホモスチン尿食、ガラクトース血症食、治療乳、無菌食、がん、摂食嚥下機能低下、低栄養
給付限度		月2回	
対象者	通院が困難な方 (注)少なくとも家族・介助者の助けを借りずに通院できる人は算定できない		



【新潟県栄養士会 上越支部 / 支部長 内山】

住所: 上越市寺町1丁目15-44 (新潟県立高田特別支援学校)

TEL 025-524-6461

< 問い合わせ先 >

上越地域在宅医療推進センター内

TEL 025-520-7500 / FAX 025-520-8686

※電話相談日 第1・火曜日 9:30~12:00 担当者(管理栄養士)が駐在しております

在宅訪問栄養ケア申込書 兼 栄養食事指導指示書 (FAX 可)

依頼先:上越栄養ケアステーション 行 Tel:025-520-7500 Fax:025-520-8686	紹介元医療機関:令和 年 月 日 医療機関名: _____ 主治医名: _____ 所在地: _____ Tel./Fax.: _____
--	---

フリガナ 対象者氏名	様 (男・女)	生年月日: T / S. 年 月 日	年齢: 歳
住所	〒	☎ ()	*不在時連絡先:

適 応 保 険	<input type="checkbox"/> 医療保険	<input type="checkbox"/> 介護保険 (介護申請されている方は、介護保険優先です。)
訪問栄養食事指導が必要な理由		

<治療状況と、栄養食事指導指示内容>

栄養食事指導対象の疾患名	<input type="checkbox"/> 糖尿病 (インスリン ・ 経口薬 ・ 投薬なし) <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 高尿酸血症 <input type="checkbox"/> 慢性腎臓病 <input type="checkbox"/> 低栄養 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下障害 その他 ()	
栄養量の指示	<input type="checkbox"/> 病態に対し適正な栄養量を管理栄養士が算出すること。	<input type="checkbox"/> エネルギーKcal. <input type="checkbox"/> たんぱく質g <input type="checkbox"/> 脂質g <input type="checkbox"/> 塩分.....g <input type="checkbox"/> 水分ml
依頼事項	<input type="checkbox"/> 食事アセスメント <input type="checkbox"/> ヘルパーと協働で指導 <input type="checkbox"/> 生活習慣の見直し <input type="checkbox"/> 食事指導(治療食) <input type="checkbox"/> 調理指導 <input type="checkbox"/> その他()	
特記事項 (栄養面での目標など)	<input type="checkbox"/> 検査データを、別紙に添付します。	

_____様(医療機関名) 令和 年 月 日

お申込みいただき、有難うございました。上記の申込みを受理いたしました。

在宅訪問登録管理栄養士が下記のように決定いたしましたので、取り急ぎ報告いたします。

在宅訪問登録管理栄養士	住所:
氏名:	電話番号:

*追って本人から履歴書と管理栄養士登録証の写しを(持参・郵送)いたします。

上越栄養ケアステーション 訪問栄養食事指導部門担当: _____ 印

公益社団法人新潟県栄養士会上越支部