訪問栄養

１．対象疾患

・がん　・摂食機能または嚥下機能が低下　・低栄養状態　・糖尿病　・腎臓病　・脂質異常症　・肝臓病
・胃・十二指腸潰瘍　・高血圧　・心疾患　・高度肥満症　・膵臓疾患　・貧血　・痛風　等

２．提供するサービス内容

（１）管理栄養士による居宅療養管理指導

主治医の指示に基づき、管理栄養士が利用者の居宅を訪問し、利用者ごとの摂食・嚥下機能及び食形態にも配慮した栄養ケア計画に基づいて指導を行います。

① 介護予防に関する食事・栄養支援
② 疾病の重症化予防（糖尿病など）の食生活支援
③ 摂食嚥下困難者に関する食事支援
④ 特別な調理に関する支援

※ ご不明な点やご心配な事があれば、お気軽にご相談下さい。

３．利用料

（１）介護保険の適用を受けるサービス（利用料１～3 割が自己負担）

１月に２回を限度として、

① 単一建物診療患者が１人の場合は、訪問１回につき　545 円（1 割の場合）
② 単一建物診療患者２人～9 人以下の場合は、487 円（1 割の場合）
③ ①及び②以外の場合　444 円（1 割の場合）

（２）医療保険の場合

④ 単一建物診療患者が１人の場合は、訪問１回につき　530 円（1 割の場合）
⑤ 単一建物診療患者２人～9 人以下の場合は、480 円（1 割の場合）
⑥ ①及び②以外の場合　440 円（1 割の場合）

（３）その他の費用

交通費、保険適応外のもの、調理等に係る食材費は全額自費負担となります。

交通費　１提供あたり 200 円
コインパーキング代　利用分

（４）支払方法

現金（訪問当日）又はお振込みください。お振込みの場合は毎月１０日までに請求書を発行しますので、その月の月末までにお支払いとなります。
当院の訪問診療を受けている場合は、一括して請求となりますのでご案内します。

4.カルテ

当院に受診歴がない場合、カルテを作らせていただきます。

ご利用の希望は主治医または介護支援専門員（ケアマネージャー）へ相談していただき、当院の栄養科へ連絡ください。

赤心堂病院栄養科　049-242-1181
メールアドレス　eiyoukanrika@sekishindo.or.jp

訪問栄養食事指導の流れ（当院患者様以外）

地域における多職種から栄養ケアのニーズ

・地域包括支援センター、ホームヘルパー
・訪問看護ステーション、訪問リハビリ
・薬局、訪問薬剤師
・訪問歯科、歯科衛生士　　など

介護支援専門員＝家族・本人への説明
（栄養食事指導について）
※　かかりつけ医師へ相談（必要に応じて）
◇基本情報・支援計画等の情報提供

指示書

かかりつけ医からの指示（依頼）
訪問栄養食事指導依頼状（様式②）
在宅栄養ケア情報提供書兼栄養指導指示書（様式①）
⇒　**赤心堂病院へ依頼**

◎栄養ケアユニット（赤心堂病院）
管理栄養士が介護支援専門員訪問看護等と連携。情報収集。

訪問栄養食事指導の依頼
・**栄養ケアユニット　⇒　担当管理栄養士**
または⇒訪問管理栄養士（地域のフリーと契約）

多職種カンファレンス等への参加

訪問管理栄養士
担当介護支援専門員と日程を調整し
訪問栄養食事指導の準備

本人と家族への説明
・契約書
・重要事項説明書
・その他

訪問栄養食事指導の実施
月２回まで（3~6ヶ月後評価）
栄養ケアユニット管理栄養士
（または、訪問管理栄養士）
担当　介護支援専門員（初回のみ）等

実施後栄養ケアユニットでの協働カンファレンス
・報告書（様式）
・食事アセスメント
・MNA-SF の結果
・栄養ケアプラン（モニタリング評価含む）

実施後（報告）
栄養指導報告書　⇒　主治医
⇒（紹介の場合）かかりつけ医師
⇒　担当介護支援専門員

様式①

在宅訪問栄養ケア情報提供書　兼　栄養食事指導指示書（FAX 可）

依頼先：　赤心堂病院 連絡先：　栄養ケアユニット（栄養管理科） Tel: 049-243-9519（直）　Fax：　049-242-1035(代) Mail: eiyoukanrika@sekishindo.or.jp	紹介元医療機関：　指示日　　年　　月　　日 医療機関名　： 主治医名　　： 所　在　地　： Tel. / Fax.　：

フリガナ 患者氏名	様（男・女）	生年月日：T ./　S. 年　　月　　日	年齢： 歳
住　所	〒	TEL　　（　　） ＊不在時連絡先：	
担当 介護支援 専門員 （必須）	氏名： 所属：	連絡先：　TEL： FAX： Mail：	
実施予定日時	年　　月　　日・未 定	（ 午前 ・ 午後 ）　　時頃から ・　未 定	

1.適 応 保 険	□医療保険　　□介護保険（介護申請されている方は、介護保険優先です）
2.訪問栄養食事指導の目的	□疾病の理解　□食生活の改善　□疾病の重症化予防 □食事の選択方法　□調理・加工方法　□食事全般への支援 □その他（　　）

<治療状況と、栄養食事指導指示内容>

3.栄養食事指導対象の　疾患名	□糖尿病（インスリン ・ 経口薬 ・ 投薬なし）□脂質異常症　□高血圧症 □高尿酸血症　□慢性腎臓病　□がん（　　） □低栄養　□摂食・嚥下障害　□その他（　　）	
4.栄養量の指示	□病態に対し適正な栄養量を管理栄養士が算出すること。	□エネルギー ……Kcal. □たんぱく質 ……g　□ 脂質 ……g □塩分……g　□ 水分 ……ml
5.依頼事項	□食事アセスメント　□ ヘルパーと協働で指導　□ 生活習慣の見直し □食事指導（治療食）□ 調理指導　□その他（　　）	
6.特記事項	※訪問必要理由： □検査データ　□薬剤情報　□（　　）を、別紙に添付します。	

様（医療機関名）　　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。

担当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　　管理栄養士　　氏名

様式②

送信先　　FAX　049-242-1035　　または、
　　Mail　eiyoukanrika@sekishindo.or.jp

社会医療法人社団尚篤会
栄養ケアユニット　赤心堂病院
病院長　市川　誠

訪問栄養食事指導依頼状

患者（　　）様について、訪問栄養食事指導が必要ですので、別紙　様式①　在宅訪問栄養ケア情報提供書兼栄養食事指導指示書を添付して依頼いたします。

なお、貴院所属の管理栄養士が対象者に対して十分な説明を行い、本人・家族等の了解を得たうえで実行可能な指導を開始してください。

患者情報については、担当の介護支援専門員に依頼してください。

コメント：

年　　月　　日

主治医

医療機関

連絡先　TEL　　FAX

E-mail