

摂食機能療法の保険請求について

(_____ 病棟で実施)

H19. .

N S T 看護部

摂食機能療法の保健請求フロー

看護師・主治医より嚥下リハビリの開始をN S Tに連絡

N S T看護部は状況を把握し必要なら介入する

「摂食機能療法指示箋」を記入

病棟看護師は、「摂食機能療法指示箋」に摂食機能療法日を記入、サインして、クランクへコピー（1部）を依頼する。また、「摂食機能療法実施記録」を開始する。

病棟クランクはコピーを医事課へ送付し、原本はカルテに綴じこむ
（「摂食機能療法指示箋」は、綴じ込み順位 12 リハビリテーション計画書の次へ、「摂食機能療法実施記録」は、綴じ込み順位 38 各種フローシートの最後に綴じこむ）

医事課は摂食機能療法開始日より3月間保険請求を行う

摂食機能療法実施記録の記載方法

1. 原則、日勤看護師が実施した内容を番号で記載する。

実施した結果、アセスメントや詳しく記載する必要があるときは、看護記録2号用紙に記載する。

【記載例】計画が立案されている場合は _____ で

フォーカスの場合は 摂食機能療法 _____ と記載し、内容を書く。

1) 実施時間は摂食機能療法として関わった時間を記載する。

2) 実施内容の欄には、摂食機能療法指示箋に基づき、実施したことを番号で記載する。

口腔ケア 頸部聴診 改訂水のみテスト 摂食訓練（食事介助） 摂食訓練（食事監視・自立への援助） 構音訓練 座位訓練・ポジショニング その他（ _____ ）

3) 「2号用紙に記載の有無の欄」は、2号用紙に記載したときは「有」、記載していないときには「無」を _____ で囲む