

所定療養疾患施設療養費算定について

介護老人保健施設において、入所者様の医療ニーズに対応する観点から所定の疾患を発症した場合における施設での医療について、以下の要件を満たした場合に評価されることになりました。厚生労働省大臣が定める基準に基づき、所定疾患施設療養費の算定状況を公表いたします。

所定療養疾患施設療養費算定について

対象となる入所者の状態は次の通りです。

肺炎
尿路感染症
带状疱疹（抗ウイルス剤の点滴注意を必要とする場合に限る）

上記で治療が必要となった入所者に対し、治療管理として投薬、検査、注射処置などが行われた場合に算定します。また1回に連続する7日を限度とし、月0回に限り算定します。

診断名、診断を行った日、実施した投薬、検査、注射、処置の内容等を診療録に記載します。

請求に際して、診断、行った検査、治療内容等を記載する。

算定開始後は、治療の実施状況について公表する。

令和 元年度算定状況 期間：平成31年4月1日～令和2年3月31日

診断名		平成31年4月～令和2年3月						
		4月	5月	6月	7月	8月	9月	小計
肺炎	人数	0	0	0	0	1	0	1
	治療日数	0	0	0	0	1	0	1
尿路感染症	人数	0	0	0	0	0	0	0
	治療日数	0	0	0	0	0	0	0
带状疱疹	人数	0	0	0	0	0	0	0
	治療日数	0	0	0	0	0	0	0

診断名		平成31年4月～令和2年3月						
		10月	11月	12月	1月	2月	3月	小計
肺炎	人数	1	0	0	0	1	1	3
	治療日数	3	0	0	0	5	7	15
尿路感染症	人数	0	0	0	0	0	0	0
	治療日数	0	0	0	0	0	0	0
带状疱疹	人数	0	0	0	0	0	0	0
	治療日数	0	0	0	0	0	0	0

診断名	年月	治療日数	検査内容	実施した治療
肺炎	令和元年8月	1	血液検査・レントゲン	ラクテック500+ロセクイン点滴施行5日間。
	令和元年10月	3	血液検査・レントゲン	
			血液検査・レントゲン	
			血液検査・レントゲン	