

所定疾患施設療養費算定状況の公表について

平成24年4月の介護報酬改定により、介護老人保健施設において、入所者様の医療ニーズに適切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致します。

所定疾患施設療養費について

(1)対象となる入所者様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射を必要とする場合に限る)

(2)上記で治療が必要となった入所者様に対し治療管理として投薬、注射、処置等が行われた場合に算定する。また1回に連続する7日を限度とし、月1回に限り算定する。

(3)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する。

(4)請求に際して、診断、行った検査、治療内容等記載する。

(5)算定開始後は、治療の実施状況について、前年度の当該加算の算定状況を公表する。

主な治療内容

| | |
|------|---|
| 肺炎 | 血液検査・尿検査・血中酸素濃度の測定・抗生剤の内服・抗生剤の点滴注射・水分補給(経口・点滴)など診察結果をもとに適宜必要な治療を行う。 |
| 尿路感染 | 血液検査・血中酸素濃度の測定・抗生剤の内服・抗生剤の点滴注射・水分補給(経口・点滴)・酸素など診察結果をもとに適宜必要な治療を行う。 |
| 带状疱疹 | 皮膚科受診し、带状疱疹にて施設での対応可能と判断され、内服薬のみではなく、抗ウイルス剤の点滴注射の指示が出た場合のみ算定可能。 |

所定疾患施設療養費算定状

| 診断名/年月 | 平成30年度 | | | | | | | | | | | |
|--------|--------|----|----|----|----|----|-----|-----|-----|----|----|----|
| | 4月 | 5月 | 6月 | 7月 | 8月 | 9月 | 10月 | 11月 | 12月 | 1月 | 2月 | 3月 |
| 肺炎 | 人数 | | | 1 | 2 | | | | | | | |
| | 治療日数 | | | 5 | 18 | | | | | | | |
| 尿路感染 | 人数 | 4 | 4 | 5 | 3 | | 1 | 1 | | 1 | | 1 |
| | 治療日数 | 27 | 24 | 22 | 18 | | 7 | 7 | | 8 | | 5 |
| 带状疱疹 | 人数 | | | | | | | | | | | |
| | 治療日数 | | | | | | | | | | | |

平成31年4月1日現在