

所定疾患施設療養費の算定状況の公表について

厚生労働省大臣が定める基準に基づき、毎年4月に前年度の当施設における所定疾患施設療養費の算定状況を公表いたします。

※所定疾患施設療養費とは、入所者の医療ニーズに適切に対応する観点から、所定の疾患(肺炎・尿路感染症・带状疱疹・蜂窩織炎)における施設での医療について、一定の要件を満たした場合に算定されるものです。

令和5年度の実績(令和5年4月1日～令和6年3月31日)

倉敷シルバーナーシングホーム(従来型)

10月(1名)

| 疾患名 | 治療日数 | 検査内容 | 投薬内容 |
|-----|------|------|---------------|
| 肺炎 | 1日 | 検血 | レボフロキサシン500mg |

12月(2名)

| 疾患名 | 治療日数 | 検査内容 | 投薬内容 |
|-------|------|------|-----------------------------|
| 尿路感染症 | 7日 | 全検血 | レボフロキサシン500mg カロナール200mg |

| 疾患名 | 治療日数 | 検査内容 | 投薬内容 |
|-------|------|-----------|-----------------------------|
| 尿路感染症 | 7日 | 全検血 検尿 | レボフロキサシン500mg カロナール200mg |

2月(1名)

| 疾患名 | 治療日数 | 検査内容 | 投薬内容 |
|------|------|------------|---------------------------|
| 蜂窩織炎 | 5日 | 抗原検査 検血 | クラビット500mg ラクテックG500ml |

3月(1名)

| 疾患名 | 治療日数 | 検査内容 | 投薬内容 |
|-----------|------|------|-------------------------------|
| 肺炎(誤嚥性肺炎) | 7日 | 検血 | レボフロキサシン500mg アンブロキソール15mg |

倉敷シルバーナーシングホーム(ユニット型)

12月(1名)

| 疾患名 | 治療日数 | 検査内容 | 投薬内容 |
|-------|------|------|-----------------------------|
| 尿路感染症 | 5日 | 検血 | レボフロキサシン500mg カロナール200mg |