

利用申込のご案内

医療法人 神明会
介護老人保健施設 ラ・アケソニア
施設長 前倉 亮治

拝啓、貴下ますます御健勝のこととお喜び申し上げます。
この度は、当施設のご利用をご検討いただきまして、誠に有難うございます。
ご利用に際しましての必要書類は下記のものとなっております。
なお、見学・相談等のご希望につきましては、お気軽にお問い合わせ下さい。

「必要書類」

1. 利用申込書
2. アンケート用紙（両面）
3. 診療情報提供書 → 《3ヶ月以内のものが必要となります》
当施設の医師が拝見し必要と判断した場合、
血液検査などをお願いする事がございます。
ご協力お願いいたします。
4. 心電図 → データ添付をお願いします。
5. 認定情報

ご家族や担当ケアマネージャーとご相談の上、ご記入いただき下記送付先
までご返送または、ご持参下さいますように、よろしくお願い申し上げます。

送 付 先

〒562-0012

箕面市白島1丁目19-3

介護老人保健施設 ラ・アケソニア

入所・ショートステイ担当：長井・吉野・宮本・高橋

訪問リハ担当：荒木 佃

デイケア担当：椎葉・宮田・中村

TEL： 072-727-6514

072-727-4165（ダイヤ直通）

FAX： 072-727-3765

所定疾患施設療養費Ⅱ算定状況

介護老人保健施設において、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Ⅱの算定状況を公表いたします。

【 算定条件 】

- 1 所定疾患施設療養費Ⅱは、肺炎等により治療を必要とする状態となった入所者様に対し、治療管理として投薬、検査、注射、処置等が行われた場合に、1回に連続する10日を限度とし、月1回に限り算定するものであるため、1月に連続しない1日を10回算定することは認められないものであること。
- 2 所定疾患施設療養費と緊急時施設療養費は同時に算定することはできないこと。
- 3 所定疾患施設療養費の対象となる入所者の状態は次のとおりであること。
 - イ 肺炎（検査を実施した場合のみ）
 - ロ 尿路感染症（検査を実施した場合のみ）
 - ハ 带状疱疹
 - ニ 蜂窩織炎
 - ホ 慢性心不全の増悪（注射又は酸素投与等の処置を実施した場合のみ）
- 4 算定する場合にあつては、診断名及び診断に至った根拠、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ておくこと。
- 5 請求に際して、診断、行った検査、治療内容等を記載すること。
- 6 当該加算の算定開始後は、治療の実施状況について公表することとする。公表に当たっては、介護サービス情報の公表制度を活用する等により、前年度の当該加算の算定状況を報告すること。

【 令和 6 年度算定状況（令和 6 年 4 月 1 日 ～ 令和 7 年 3 月 31 日） 】

イ 肺炎

	4 月	5 月	6 月	7 月	8 月	9 月	10 月	11 月	12 月	1 月	2 月	3 月	合計
件数	1	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	4
日数	6	1	0	0	0	0	4	0	0	3	0	0	14

ロ 尿路感染症

	4 月	5 月	6 月	7 月	8 月	9 月	10 月	11 月	12 月	1 月	2 月	3 月	合計
件数	0	2	0	0	4	1	2	6	4	7	3	2	31
日数	0	2	0	0	20	5	8	18	18	40	22	10	143

ハ 带状疱疹

	4 月	5 月	6 月	7 月	8 月	9 月	10 月	11 月	12 月	1 月	2 月	3 月	合計
件数	0	0	0	1	3	0	0	1	2	1	0	0	0
日数	0	0	0	6	24	0	0	8	12	5	0	0	0

ニ 蜂窩織炎

	4 月	5 月	6 月	7 月	8 月	9 月	10 月	11 月	12 月	1 月	2 月	3 月	合計
件数	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
日数	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

ホ 慢性心不全の増悪

	4 月	5 月	6 月	7 月	8 月	9 月	10 月	11 月	12 月	1 月	2 月	3 月	合計
件数	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
日数	0	0	0	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0

※ 疾患別の主な治療内容（投薬、検査、注射、処置等の内容）

肺炎	聴診、血液検査、胸部 X P、抗生剤の点滴注射(生食+クラフォラン、生食+セフトラックス) 内服(セフカペンピボキシル塩酸塩錠、アムロキシソール錠、ロキソプロフェン Na、レバミピド、レボフロキサシン、ベラプロスト Na 投与)、など診察結果に基づいた必要な治療
尿路感染	検尿、一般沈査、抗生剤の点滴注射（生食+クラフォラン、カロナール、ソルデム 3A メトクロプラシド、セフゾン、ファロム）、内服(レボフロキサシン錠、セフカペンピボキシル塩酸塩錠、アセトアミノフェン、クラビット、フロモックス投与)など診察結果に基づいた必要な治療
带状疱疹	アシクロビル、点滴（アシクロビル、生食）、軟膏（アシクロビル）など診察結果に基づいた必要な治療
慢性心不全の増悪	ラシックス、ハーフジゴキシン、ベルソムラ、フランドルテープなど診察結果に基づいた必要な治療