

厚生労働大臣が定める揭示事項 （令和7年6月1日現在）

当院は、厚生労働大臣の定める基準に基づいて診療を行っている『保険医療機関』です。

1 入院基本料に関する事項

当院は、一般病棟入院基本料（7対1入院基本料）を算定しており、入院患者7人に対して1名以上の看護師が配置されております。
なお、時間帯毎の配置人数は各病棟に揭示しております。

各病棟の看護職員（看護師）の配置について

2025年4月1日時点

■一般病棟			看護職員 1 人あたりの受け持ち患者数		
病棟名		病棟数	時間帯		
			8時30分～16時00分	16時00分～0時00分	0時00分～8時30分
3階	東病棟	44床	5人以内	15人以内	15人以内
4階	東病棟	44床	5人以内	15人以内	15人以内
5階	東病棟	48床	6人以内	16人以内	16人以内
5階	西病棟	25床	3人以内	7人以内	7人以内
6階	東病棟	48床	6人以内	16人以内	16人以内
6階	西病棟	52床	6人以内	18人以内	18人以内
7階	東病棟	30床	4人以内	10人以内	10人以内
7階	西病棟	49床	5人以内	12人以内	12人以内

■特定入院料病棟			看護職員 1 人あたりの受け持ち患者数		
病棟名		病棟数	時間帯		
			8時30分～16時00分	16時00分～0時00分	0時00分～8時30分
2階	救命救急センター	20床	5人以内	5人以内	5人以内
3階	ICU病棟	4床	2人以内	2人以内	2人以内
3階	HCU病棟	4床	4人以内	4人以内	4人以内
4階	HCU病棟	4床	4人以内	4人以内	4人以内
4階	NICU病棟	6床	3人以内	3人以内	3人以内
4階	小児病棟	27床	5人以内	14人以内	14人以内
7階	救急センター	8床	4人以内	4人以内	4人以内
7階	HCU病棟	4床	4人以内	4人以内	4人以内

2 D P C対象病院について

当院は、入医療費の算定にあたり、包括評価と出来高評価を組み合わせで計算する『D P C対象病院』です。

医療機関別係数：1. 5 8 6 0 【基礎係数：1. 0451 機能評価係数Ⅰ：0. 3866 機能評価係数Ⅱ：0. 1221】

3 各種施設基準に関する事項

当院は、別添1及び別添2の施設基準に基づいて診療を行っております。

4 保険外併用療養費に関する事項

① 初診に係る費用について

当院では初診であって他の病院又は診療所から紹介状（診療情報提供書）をお持ちでない患者さんの場合など、

通常の診療費のほかに初診時選定療養費として、7, 700円（税込）※いただいております。

※初診時選定療養費は健康保険の対象外です。

② 再診に係る費用について

当院では患者さんの症状や事情などに応じて他の医療機関を紹介する旨の申出をし、紹介を行った後に、患者さんご自身の都合で当院を継続受診された場合に、

診察の都度、通常の診療費のほかに再診時選定療養費として、3, 300円（税込）※いただいております。

※再診時選定療養費は健康保険の対象外です。

③ 特別療養環境室料について

特別療養環境室料は、原則として2人室までの病室を希望された場合にいただいております。

	単位	市内居住者	市外居住者	該当病室
特別室 A	1 日	13, 200 円	19, 800 円	313、 315、 513、 563、 622、 765、 766
特別室 B		9, 240 円	13, 860 円	408、 410、 455、 456、 511、 615、 710、 711
1 人 室 (9 室 9 床)		3, 960 円	5, 940 円	306、 307、 405、 510、 551、 552、 653、 655、 756
2 人 室 (30 室 60 床)		1, 980 円	2, 970 円	308、 310、 311、 322、 505、 506、 507、 508、 515、 553、 555、 556、 557、 562、 606、 607、 608、 610、 611、 612、 613、 656、 657、 658、 660、 708、 757、 758、 760、 761

	配置病棟	設備
特別室 A	3 東、5 東、5 西、6 東、7 西	テレビ、冷蔵庫、浴室、トイレ、洗面台 応接セット、ロッカー、流し台、収納棚、電話
特別室 B	4 東、4 西、5 東、6 東、7 東	テレビ、冷蔵庫、トイレ、洗面台、収納棚、電話 4 階東～7 階東 応接セット、ロッカー 4 階西 ソファ、小机

④ 180日超の入院に係る費用について

入院医療の必要のない患者さんで、患者さんの都合により180日を超えて入院している場合、

自己の選択によるものとして、1日につき2,720円(税込)をいただきます。

⑤ 多焦点眼内レンズを使用する白内障手術に係る費用について

多焦点眼内レンズを使用する白内障手術を受ける場合、当院では選定療養の費用として、通常の診療費とは別に片目につき以下の金額をご負担いただきます。

多焦点眼内レンズの種類	金額
2 焦点眼内レンズ	140, 000 円
2 焦点眼内レンズ（乱視用）	180, 000 円
3 焦点眼内レンズ	240, 000 円
3 焦点眼内レンズ（乱視用）	260, 000 円

5 保険外負担に関する事項

当院では、以下の項目についてその使用料・利用回数に応じた実費の負担をいただいております。詳細は1階ロビーの掲示をご確認ください。

- ① 文書料 : 診断書(病院所定) 2,200 円、診断書(特殊) 5,500 円、証明書(普通) 1,100 円、証明書(特殊) 3,300 円、
死亡診断書 3,300 円
- ② おむつ／枚 : 新生児用 30 円 成人用 100 円