

院内掲示事項

<D P C対象病院に関する事項>

当院は入院費の算定にあたり、包括評価と出来高評価を組み合わせて計算する“D P C対象病院”となっております。

※医療機関別係数（令和 8 年 1 月現在）1.4822

（基礎係数 1.0451+機能評価係数Ⅰ0.3371+機能評価係数Ⅱ0.0695

+救急補正係数 0.0305+激変緩和係数 0.0000）

<情報通信機器を用いた診療について>

当院産婦人科では、再診患者さんを対象としたオンライン診療を行っております。

ただし、初診の方へのオンライン診療は実施しておりません。

<医療情報取得加算について>

マイナンバーカードを用いたオンライン資格確認による電子資格確認を行う体制を有しています。質の高い診療を実施するために十分な情報（受診歴、薬剤情報、特定健診情報その他必要な診療情報）を取得し、同情報を活用して診療を行います。

<医療D X推進体制整備加算について>

医療D X推進体制整備について下記の通り対応を行う予定となっております。

- (1) オンライン請求を行っております。
- (2) オンライン資格確認を行う体制を有しております。
- (3) 電子資格確認を利用して取得した診療情報を、診察室で閲覧又は活用できる体制を有しております。
- (4) 電子処方箋を発行する体制を有しております。
- (5) 電子カルテ情報共有サービスを活用できる体制を今後導入予定としています。
- (6) マイナンバーカードの保険証利用の使用において、ポスター掲示・声かけを行っております。

<診療明細書発行体制加算について>

当院では、医療の透明化や患者さんへの情報提供を積極的に推進していく観点から領収書発行の際に、個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書を発行しております。

公費負担医療の対象者である患者さん等、一部負担金の支払いが無い患者さんについても発行いたします。（患者さんの療養に関する費用の負担の全額が公費により行われるものを除く。）

明細書には、使用した薬剤の名称や行われた検査の名称が記載されるようになっております。

明細書の発行を希望されない方は会計窓口にごその旨お申し出下さい。

<入院基本料に関する事項>

病棟毎の 1 日に勤務する看護職員数及び、時間帯毎の看護職員一人あたりの受け持ち患者数は下記のようになっております。※当日の入院患者数によって、受け持ち患者数は変動することがあります。

| 病棟名 | 1日に勤務する看護職員数 | 日勤帯 (8:45～17:00) | 準夜帯 (16:45～0:30) | 深夜帯 (0:00～9:00) |
|-------------------------|--------------|---------------------|---------------------|--------------------|
| 2東病棟(急性期一般入院料1) | 13 人以上 | 2 名以内 | 5 名以内 | 5 名以内 |
| 2西病棟(急性期一般入院料1) | 19 人以上 | 4 名以内 | 9 名以内 | 9 名以内 |
| 3東病棟(急性期一般入院料1) | 18 人以上 | 4 名以内 | 10 名以内 | 10 名以内 |
| 3西病棟(急性期一般入院料1) | 17 人以上 | 6 名以内 | 13 名以内 | 13 名以内 |
| 4東病棟(急性期一般入院料1) | 19 人以上 | 5 名以内 | 12 名以内 | 12 名以内 |
| 4西病棟(急性期一般入院料1) | 18 人以上 | 5 名以内 | 12 名以内 | 12 名以内 |
| ICU病棟(ハイケアユニット入院医療管理料1) | 15 人以上 | 2 名以内 | 2 名以内 | 2 名以内 |
| 病棟(脳卒中ケアユニット入院医療管理料) | 6 人以上 | 3 名以内 | 3 名以内 | 3 名以内 |

また、入院患者 50 人に対して 1 人以上の看護補助者を配置しています。

<入院時食事療養費について>

当院は関東信越厚生局神奈川事務局に、入院時食事療養（Ⅰ）を算定すべき食事療養の基準に係る届出を行っております。

入院時食事療養費に関する特別管理により食事の提供を行っており、療養のための食事は管理栄養士の管理の下に、適時（朝食：午前 8 時、昼食：午後 0 時、夕食：午後 6 時）適温で提供しております。

令和7年4月1日から

| 一般（70歳未満） | 70歳以上の高齢者 | 標準負担額（1食当たり） | |
|---------------------------------|------------------|-----------------|------|
| 一般（下記以外） | 一般（下記以外） | 510円 | |
| 低所得者（住民税非課税） | 低所得者Ⅱ（※1） | 過去一年間の入院期間90日以内 | 240円 |
| | | 過去一年間の入院期間90日超 | 190円 |
| 該当なし | 低所得者Ⅰ（※2） | | 110円 |
| 低所得者Ⅱに該当しない 小児慢性特定疾病又は指定難病患者 | 低所得ⅠⅡに該当しない指定難病患 | | 300円 |

※1 低所得Ⅱ：世帯全員が住民税非課税であって「低所得Ⅰ」以外のもの。

※2 低所得Ⅰ：世帯全員が住民税非課税であって、世帯の各所得が必要経費の控除を差し引いた時に 0 円となるもの、あるいは老齢福祉年金受給者。

<後発医薬品使用体制加算について>

当院では、後発医薬品の使用促進を図るとともに、医薬品の安定供給に向けた取組を実施しています。医薬品の供給不足等が発生した場合に、処方等の変更等に関して、適切な対応ができる体制を整備しております。

医薬品の供給状況によっては、患者さんにお渡しするお薬が変更となる可能性がございます。

変更にあたっては医師・薬剤師より説明致しますので、ご理解ご協力をお願いいたします。

＜一般名処方について＞

当院では、後発医薬品のある医薬品について、特定の医薬品名を指定するのではなく、薬剤医薬品の成分をもとにした一般名処方を行う場合があります。一般名処方によって患者さんの負担軽減される場合があるほか、特定の医薬品の供給が不足した場合であっても、患者さんに必要な医薬品が提供しやすくなります。

一般名処方について、ご不明な点などがありましたら医師または薬剤師までご相談ください。

ご理解ご協力のほどよろしくお願いいたします。

※一般名処方とは

お薬の「商品名」ではなく、「有効成分の名称」を処方せんに記載することです。これにより、有効成分、効能効果が同じお薬が複数ある場合には、保険薬局の薬剤師と相談して、選択することができます。

＜地域歯科診療支援病院歯科初診料に関する掲示事項について＞

当院では安全で良質な医療を提供し、患者さんに安心して治療を受けていただくために、口腔外バキュームの設置や器具の交換などを通じて院内感染防止対策を実施しております。

＜歯科外来診療医療安全対策加算 2 に関する掲示事項について＞

当院では安全で良質な医療を提供し、患者さんに安心して治療を受けていただくために、各医療安全に関する指針の整備を行っています。また、当院は医科歯科併設の保険医療機関のため、当病院の救急外来及び各科外来と連携をし、緊急時の対応をする体制を整えています。

＜院内トリアージについて＞

当院救急外来では、看護師が問診表を確認し、患者様の緊急度を判断し、より早期に診察を要する方から優先して診察をする院内トリアージを実施しております。

＜外来腫瘍化学療法診療料 1 の施設基準にかかわる掲示＞

▼専任の医師、看護師又は薬剤師が院内に常時 1 人以上配置され、本診療料を算定している患者から電話等による緊急の相談等に 24 時間対応できる連絡体制が整備されている。

▼急変時等の緊急時に入院できる体制が確保されている。

▼実施される化学療法のレジメン（治療内容）の妥当性を評価し、承認する委員会を開催している。

<医料点数表第2章第10部手術の通則の5及び6に掲げる手術一覧>

当院では、下記のとおりの手術症例数があります。(期間：令和6年1月～令和6年12月)

| 区分 | 手術名(区分1) | 件数 |
|----|----------------|-----|
| ア | 頭蓋内腫瘍摘出術等 | 4 |
| イ | 黄斑下手術等 | 0 |
| ウ | 鼓室形成手術等 | 0 |
| エ | 肺悪性腫瘍手術等 | 0 |
| オ | 経皮的カテーテル心筋焼灼術等 | 147 |
| 合計 | | 151 |

| 区分 | 手術名(区分2) | 件数 |
|----|---------------|----|
| ア | 靱帯断裂形成手術等 | 45 |
| イ | 水頭症手術等 | 13 |
| ウ | 鼻副鼻腔悪性腫瘍手術等 | 0 |
| エ | 尿道形成手術等 | 0 |
| オ | 角膜移植術 | 0 |
| カ | 肝切除術等 | 1 |
| キ | 子宮附属器悪性腫瘍等手術等 | 2 |
| 合計 | | 61 |

| 区分 | 手術名(区分3) | 件数 |
|----|-----------------|----|
| ア | 上顎骨形成術等 | 9 |
| イ | 上顎骨悪性腫瘍等手術等 | 4 |
| ウ | ハセドウ甲状腺全摘(亜全摘)術 | 0 |
| エ | 母指化手術等 | 0 |
| オ | 内反足手術等 | 0 |
| カ | 食道切除再建術等 | 0 |
| キ | 同種死体腎移植術等 | 0 |
| 合計 | | 13 |

| 区分 | 手術名 | 件数 |
|----|--------------------------|----|
| | 脊髄刺激装置植込術及び 脊髄刺激装置交換術 | 0 |

| 区分 | 手術名(区分4) | 件数 |
|----|-------------------|-----|
| | 胸腔鏡若しくは腹腔鏡を用いる手術等 | 681 |

| 区分 | 手術名(区分5) | 件数 |
|----|---|-----|
| ア | 人工関節置換術 | 26 |
| イ | 乳児外科施設基準対象手術 | 0 |
| ウ | ペースメーカー移植術及び ペースメーカー交換術 | 73 |
| エ | 冠動脈、大動脈バイパス移植術 (人工心肺を使用しないものを 含む)及び体外循環を要する手術 | 31 |
| オ | 経皮的冠動脈形成術 (特殊カテーテルによるもの) | 7 |
| | 経皮的冠動脈形成術 | 48 |
| | 1)急性心筋梗塞に対するもの | 17 |
| | 2)不安定狭心症に対するもの | 7 |
| | 3)その他のもの | 24 |
| | 経皮的冠動脈ステント留置術 | 128 |
| | 1)急性心筋梗塞に対するもの | 28 |
| | 2)不安定狭心症に対するもの | 29 |
| | 3)その他のもの | 71 |
| | 経皮的冠動脈粥腫切除術 | 3 |
| 合計 | | 316 |

<自費項目について>

保険外負担に関する事項

当院では、個室使用料、証明書・診断書などにつきまして、その利用日数に応じた実費のご負担をお願いしております。 ＊全て税込価格となります。

1) 特別療養の提供

| 区分 | 室料 | 病棟 | 病室 | 設備 |
|-----|---------|---|---|-----------------------|
| 特別室 | 36,630円 | 2階西病棟 3階西病棟 4階東病棟 4階西病棟 | 253 368 418 468 | バス・トイレ・シャワー ミニキッチン |
| 1人室 | 27,500円 | 3階東病棟 3階西病棟 4階東病棟 4階西病棟 | 316 317 366 367 416 417 466 467 | シャワー・トイレ |
| 1人室 | 22,000円 | 2階東病棟 | 205 | |
| 1人室 | 16,500円 | 2階西病棟 3階東病棟 3階西病棟 4階東病棟 4階西病棟 | 261 262 263 265 266 267 311 312 313 315 361 362 363 365 411 412 413 415 461 462 463 465 | |
| 2人室 | 11,000円 | 3階東病棟 | 318 | バス・トイレ・シャワー |

2) 診断書・証明書料及びエックス線写真フィルム複写料

| 種類 | 文書料 | 種類 | 文書料 | 種類 | 文書料 |
|-------------------|--------|--------------------|--------|-------------------------|--------|
| 一般診断書（病院書式） | 4,400 | 保険会社書式診断書 | 8,800 | 身体障害者手帳申請用診断書 | 8,800 |
| 一般診断書（英文） | 11,000 | 保険給付を受けるための病院書式診断書 | 8,800 | 身体障害者手帳申請用診断書（リハビリ計測あり） | 11,000 |
| 健康診断書 | 5,500 | 保険会社障害診断書 | 11,000 | 精神障害者手帳用診断書 | 5,500 |
| 公安委員会運転免許診断書（認知症） | 7,700 | 手術点数確認書 | 3,300 | 自立支援医療（精神通院）診断書 | 5,500 |
| 公安委員会運転免許診断書 | 4,400 | 自賠責診断書 | 7,700 | 指定難病臨床調査個人票 | 6,600 |
| 成年後見制度用診断書 | 11,000 | 自賠責明細書 | 7,700 | 障害年金診断書 | 8,800 |
| 健康診断再検査結果（他院の再検） | 2,200 | 後遺障害診断書 | 11,000 | 障害年金診断書（リハビリ計測あり） | 11,000 |
| 死亡診断書（1通目） | 5,500 | 医療費控除用証明書 | 2,200 | エックス線写真複写（CDR） | 1,100 |
| 死亡診断書（2通目） | 3,300 | 受診状況等証明書 | 4,400 | エックス線写真複写（DVD） | 2,200 |

（※詳細は各科受付にてお尋ね下さい。）

3) 制限回数を超えるリハビリの保険外併用療養費

疾患別リハビリテーションの標準的算定日数を超えた場合、月 13 単位を限度として保険適用になりますが、それを超えて行う場合は保険外併用療養費「選定療養」となり、1 単位（呼吸器リハビリ）1,750 円、（運動器リハビリ）1,850 円、（廃用症候群リハビリ）1,800 円、（心大血管疾患リハビリ）2,050 円、（脳血管疾患等リハビリ）2,450 円となります。

4) カルテ開示に係る費用

診療情報開示手数料 受診中 3,300 円 / 受診期間以外の場合 5,500 円

診療録 紙/1 枚につき 22 円 CD-R / 1 枚 3,300 円

検査結果（X線フィルム）

全サイズ 660 円 / レントゲンフィルム袋料 1 枚 110 円

CD-R 1 枚 550 円 / DVD 1 枚 1,100 円

開示運搬費用（診療情報倉庫保管分搬出費用） 1 件 550 円

コピー料金 1 枚 22 円

5) その他保険外負担に係る費用

オムツ代 一枚 220 円 ストマ 一個 205～419 円

テレビカード 一枚 1,000 円 診察券再発行料 一枚 220 円

医師面談手数料 一回 11,000 円 （保険会社が求める医師との面談等）

公的な手続き等の代行に係る費用（横浜市内） 3,300 円

セカンドオピニオン 相談時間 30 分以内 22,000 円 / 30 分以上 60 分まで 33,000 円

6) 時間外診察負担に係る費用

以下の時間帯において、ご自身の利便性からや緊急性の低い軽症な方が受診された場合には保険診療分とは別に 5,500 円（税込）を徴収いたします。

平日 18 時～8 時 / 土曜日 12 時～次の平日 8 時 * 日曜・祝日・年末年始は終日

7) 初診に係る費用の徴収

他の保険医療機関等からの紹介状がなく、当院に直接来院した場合については一部負担金とは別に特別の料金（選定療養費）5,500 円（税込）を徴収することになります。ただし、緊急その他やむを得ない事情により、他の保険医療機関等からの紹介によらず来院した場合は、この限りではありません。

この費用は、病院と診療所の機能分担を推進する観点から、自己の選択に係るものとして、初診料を算定する初診に相当する療養部分についてその費用を徴収することができると定められたものです。

選定療養費は「初期の治療は地位域の医院やかかりつけ医で、高度の専門医療は病院で行う」という、外来機能の明確化及び医療機関の連携を推進する目的として、厚生労働省により定められ徴収が義務づけられております。

8) 入院期間が 180 日を超える場合の徴収

同じ症状による通算のご入院が 180 日を超える場合（難病患者等診療加算を算定する患者を除く）、180 日を超えた日からの入院が選定療養対象となり、1 日につき 2,728 円（税込）が特定療養費として患者様の負担となります。

ただし、180 日を超えて入院されている患者さんであっても、15 才未満の患者さんや難病、人工呼吸器を使用している状態など厚生労働省が定める状態に有る患者さんは健康保険が適用されます。

9) 診療報酬に掲げる療養以外での間歇スキャン式持続血糖測定器の使用の実施について

| 医療機器販売名 | 徴収額 |
|-----------------------|-------|
| FreeStyleリブレ2 Rreader | 7,798 |
| FreeStyleリブレ2 センサー | 7,480 |

10) 前歯部の金属歯冠修復に使用する金合金又は白金加金の支給に係わる費用（税込）

| 歯冠修復 | インレー | アンレー | クラウン | ブリッジ |
|-----------------|---------|---------|----------|----------|
| セラミック | 45,100円 | 63,800円 | 89,100円 | 60,500円 |
| e-max | 39,600円 | 58,300円 | 95,700円 | 95,700円 |
| ジルコニア | — | 75,900円 | 110,000円 | 110,000円 |
| ジルコニアセラミック | — | — | 165,000円 | — |
| 金属メタル+セラミック | — | — | 165,000円 | — |
| 貴金属(プラチナ)+レジン前装 | — | — | 165,000円 | — |
| 金属(パラジウム)+レジン前装 | — | — | 110,000円 | — |
| ゴールド | — | — | — | — |

11) 金属床による総義歯の提供に関する費用（税込）

| 部分床義歯 | Co-Cr床 | Ti床 | ノンメタルクラス プデンチャー (メタルレス) | (レスト付き) |
|---------|----------|----------|-------------------------------|----------|
| 1～2（片側） | 215,600円 | 260,700円 | 89,100円 | 101,200円 |
| 2～4 歯 | 306,900円 | 359,700円 | 114,400円 | 121,000円 |
| 5～8 歯 | 336,600円 | 341,000円 | 126,500円 | 133,100円 |
| 9～14 歯 | 367,400円 | 392,700円 | 151,800円 | 165,000円 |
| 全部床義歯 | 367,400円 | 475,200円 | — | — |