

患者さまへのお知らせ(療養担当規則等に基づく掲示事項)

厚生労働省令第7条において、保険医療機関は、見やすい箇所に保険医療機関である旨を標示しなければならない。

当院は保険医療機関の指定を受けています。

平成30年4月1日付厚生労働省告示第76号に基づく『厚生労働大臣の定める掲示事項』は下記のとおりです。
 保険医療機関においても、保険医療機関及び保険医療養担当規則(昭和32年厚生省令第15号)及び高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準(昭和58年厚生省告示第14号)の規定に基づき、院内の見やすい場所に届出内容の掲示を行うよう指導をするものであること。

[入院に関する事項]

1.当病棟では、1日に13人以上の看護職員(看護師及び准看護師)が勤務しています。
 1日に7人以上の看護補助者が勤務しています。

3013時間/30日÷8=12.55人
 1493.5時間/30日÷8=6.22人

なお、時間帯毎の配置はつぎのとおりです。
 ・朝8:00から夕方16:00まで、看護職員1人当たりの受け持ち数は4人以内です。
 看護補助者1人当たりの受け持ち数は10人以内です。

39.2人÷10×3=11.76人 39.2÷11.8=3.32
 39.2人÷10=3.92人 39.2÷4=9.8

・夕方16:00から朝8:00まで、看護職員1人当たりの受け持ち数は20人以内です。
 看護補助者1人当たりの受け持ち数は40人以内です。

39.2人÷2=19.6
 39.2人÷1=39.2

[九州厚生局長への届出事項に関する事項] 当院は、厚生労働大臣が定める以下の施設基準に適合し、九州厚生局長に届出を行って診療を行っています。

| (施設基準名称) | (届出受理年月日) | (届出受理番号) | (施設基準名称) | (届出受理年月日) | (届出受理番号) |
|--|-----------|----------------------|--|-----------|-------------|
| ○ 機能強化加算 | 令和4年5月1日 | (機能強化) 第595号 | ○ 在宅時医学総合管理料 | 平成20年4月1日 | (在総) 第385号 |
| ○ 医療DX推進体制整備加算 | 令和7年4月1日 | (医療DX) 第398号 | ○ 在宅がん医療総合診療料 | 平成26年5月1日 | (在総) 第600号 |
| ○ 一般病棟入院基本料10対1(一般、1棟、46床、急性期一般入院料2) | 令和6年10月1日 | (一般入院) 第325号 | ○ 時間内歩行試験 | 平成24年4月1日 | (歩行) 第13号 |
| ○ 救急医療管理加算 | 令和2年4月1日 | (救急医療) 第59号 | ○ CT透視下気管支鏡検査加算 | 平成24年6月1日 | (C気鏡) 第6号 |
| ○ 診療録管理体制加算 3 | 平成17年2月1日 | (診療録3) 第39号 | ○ 画像診断管理加算2 | 平成30年7月1日 | (画2) 第87号 |
| ○ 医師事務作業補助体制加算1(20対1補助体制加算) | 令和7年9月1日 | (事補1) 第78号 | ○ CT撮影及びMRI撮影(64列以上のマルチスライスCT) | 平成31年4月1日 | (C・M) 第242号 |
| ○ 急性期看護補助体制加算(夜間50対1・夜間看護体制加算・看護補助体制充実加算1) | 令和6年6月1日 | (急性看護) 第53号 | ○ 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅲ)(専用施設の面積:127.25㎡) | 平成24年4月1日 | (脳Ⅲ) 第39号 |
| 25対1(看護補助者5割以上) | | | 初期加算及び急性期リハビリテーション加算届出 | | |
| ○ 感染対策向上加算3 | 令和6年6月1日 | (届出を行う加算:連携強化加算) | ○ 運動器リハビリテーション料(Ⅱ)(専用施設の面積:127.25㎡) | 平成24年4月1日 | (運Ⅱ) 第160号 |
| | | 令和6年6月1日 (感染対策3) 第3号 | 初期加算及び急性期リハビリテーション加算届出 | | |

- データ提出加算1(口) (医療法上の許可病床数が200床未満) 平成27年1月1日 (データ提) 第54号
データ提出加算1
- 入退院支援加算1 (入院時支援加算有) 令和6年9月1日 (入退支) 第202号
- せん妄ハイリスク患者ケア加算 令和2年4月1日 (せん妄ケア) 第20号
- 協力対象施設入所者入院加算 令和6年6月1日 (協力施設) 第14号
- 地域包括ケア入院医療管理料1(30床)(看護職員配置加算・看護補助体制充実加算3) 令和6年10月1日 (地包ケア1) 第18号
- 入院時食事療養 I 昭和41年7月1日 (食) 第71号
- がん性疼痛緩和指導管理料 平成22年6月1日 (がん疼) 第51号
- ニコチン依存症管理料 平成29年7月1日 (ニコ) 第387号
- がん治療連携指導料 平成23年9月1日 (がん指) 第63号
- 別添1の「第14の2」の1の(1)に規定する在宅療養支援病院 令和4年11月1日 (支援病1) 第26号
- 診療科の注9に規定する介護保険施設等連携往診加算 令和6年6月1日 (介保連) 第13号
- 呼吸器リハビリテーション料(I)(専用施設の面積:127.25㎡) 初期加算及び急性期リハビリテーション加算届出 平成24年4月1日 (呼I) 第40号
- がん患者リハビリテーション料(専用施設の面積:127.25㎡) 令和3年12月1日 (がんリハ) 第72号
- 処置 休日加算1 平成26年4月1日 (医処休) 第4号
- 処置 時間外加算1 平成26年4月1日 (医処外) 第4号
- 処置 深夜加算1 平成26年4月1日 (医処深) 第4号
- 手術 休日加算1 平成26年4月1日 (医手休) 第5号
- 手術 時間外加算1 平成26年4月1日 (医手外) 第4号
- 手術 深夜加算1 平成26年4月1日 (医手深) 第4号
- 胃ろう造設術 (経皮的内視鏡下胃ろう造設術、腹腔鏡下胃ろう造設術を含む) 平成26年4月1日 (胃瘻造) 第34号
- 外来・在宅ベースアップ評価料(1) 令和6年6月1日 (外在ベ1) 第328号
- 入院ベースアップ評価料31 令和7年7月1日 (入ベ31) 第11号
- 酸素の単価(酸素の購入価格の届出) 令和8年4月1日 (酸素単) 第46665号
大型ボンベ算定単価:0.42円
小型ボンベ算定単価:2.35円

| 施設基準名称 | | | 受けられるサービス等 |
|--------------|-----------|------------|-------------------------|
| ○ ニコチン依存症管理料 | 平成29年7月1日 | (ニコ) 第387号 | 要件を満たす禁煙希望者に、禁煙治療を行います。 |

[一般病棟入院基本料に関する事項]

当院は、入院患者さま10人に対して1人以上の看護職員が、勤務しています。

当院は、患者さまの負担による「付添看護」は行っておりません。

[食事療養に関する事項]

当院は、入院時食事療養(Ⅰ)の届出を行っており、管理栄養士によって特別に管理された食事を適時(次の表示の時間)適温で提供しています。

朝食 ; 8時00分～
昼食 ; 12時00分～
夕食 ; 18時00分～

入院時食事療養費の見直しについて
【改正の内容】昨今の物価高騰の影響で、給食材料費や調理費(光熱水費)などは上昇し続けています。このような状況を踏まえ、令和7年4月1日から食事療養費が670円から690円へ改定されました。物価高騰などにもなう改定ですので、食事内容(メニュー)やサービスは、これまで通りです。ご理解の程よろしくお願い申し上げます。
令和6年6月1日～自己負担490円(食材費+調理費)保険給付180円(670円)
令和7年4月1日～自己負担510円(食材費+調理費)保険給付180円(690円※20円増)
令和8年6月1日～自己負担550円(食材費+調理費)保険給付180円(730円※40円増)

[特定療養費に関する事項] 1. 特別の療養環境の提供

当院では、次に掲げる料金の特別病室を用意しております。ご希望の方は、職員までお申し出ください。

| 種別 | 部屋番号 | 料金 |
|---------|--|-------------|
| 特別室(2室) | 312号室 316号室 | 1日につき5,000円 |
| 個室(12室) | 203号室 205号室 206号室 207号室 305号室 306号室 307号室 308号室 310号室 311号室 313号室 315号室 | 1日につき2,000円 |

(注)料金は、消費税を含む1人1日当たりの料金です。

令和8年4月

「個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書」の発行について

医療法人恵愛会上村病院

当院では、医療の透明化や患者への情報提供を積極的に推進していく観点から、平成22年4月1日より、領収証の発行の際に、個別の診療報酬の算定項目のわかる明細書を無料で発行することと致しました。

また、公費負担医療の受給者で医療費の自己負担のない方についても、希望される方についても、平成28年4月1日より、明細書を無料で発行することと致しました。

なお、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ものですので、その点、ご理解いただき、ご家族の方が代理で会計を行う場合のその代理の方への発行も含めて、自己負担のある方で明細書の発行を希望されない方は、会計窓口にてその旨お申し出下さい。

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お願いしています。

※紙オムツ 1枚につき M 91円 L 106円 尿取りパッド 91円 リハビリパンツ 70円

弾性ストッキング 650円

※ご自分でご準備しても大丈夫です。

エニマクリン食 1,550円

※付き添い寝具(付き添い申請が許可された場合) 1日につき 170円

※証明書類の交付 ア普通診断書料 1,100円 イ死亡診断書料 2,200円、ウ検案書 5,500円

ア入院診断書料(14日未満) 3,300円 イ入院診断書料(14日以上) 5,500円

死亡時画像診断検査実施料(家族の同意がある場合施行) 17,500円

※診療録等の開示手数料(その他詳細は窓口にて説明します。)

DVD-R 1枚1,100円、写し交付 A4判文書1枚当たり40円、要約書(医師説明付き)2,100円

※テレビ利用料 1日当たり 350円(税込)実費負担

※予防接種関係

| | | | | | |
|----------|--------------|--------|-----------------------|----|--------|
| 肺炎球菌ワクチン | 定期接種 | 3,000円 | MRワクチン | 一般 | 8,000円 |
| | 定期接種(生活保護の方) | 0円 | 麻疹ワクチン | 一般 | 5,000円 |
| | 任意接種 | 8,000円 | 風疹ワクチン | 一般 | 5,000円 |
| インフルエンザ | 一般(1回目) | 4,100円 | にんにく注射(シーパラ注・混合ビタミン剤) | 一般 | 1,650円 |
| | 一般(2回目) | 3,050円 | | | |
| | 65歳以上 | 1,300円 | | | |

新型コロナウイルス遺伝子検査(Abbott(アボット社) ID NOW (等温核酸増幅法による検査))

NEAR法(遺伝子増幅方法)

自費検査費用 17,000円(税込)

検査費用入院時患者様全額負担 8,000円(税込)

検査証明費代 3,300円(税込)