

主な施設認証・施設基準

1. 看護職員1人当たりの受け持ち患者数
- 一般病棟
- 3階南病棟では、看護職員1人当たりの受け持ち患者数は8人以内です。
- 5階北病棟では、看護職員1人当たりの受け持ち患者数は6人以内です。
- 5階南病棟では、看護職員1人当たりの受け持ち患者数は6人以内です。
- 地域包括ケア病棟
- 4階北病棟では、看護職員1人当たりの受け持ち患者数は8人以内です。
- 回復期リハビリテーション病棟
- 4階南病棟では、看護職員1人当たりの受け持ち患者数は11人以内です。
2. DPC対象病院について
- 当院は入院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て計算する“DPC対象病院”となっております。
- ※医療機関別係数1.3473(基礎係数1.0583+機能評価係数Ⅰ0.193+機能評価係数Ⅱ0.0843+救急補正係数0.0117)
3. 当病院においては、患者さんの負担による付添看護は、行っていません。
4. 当病院においては、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管理された食事を適時適量で提供しています。(朝食 午前8時、昼食 正午、夕食 午後6時)
5. 当病院においては、入院日数が180日を超えた(他の医療機関より転院した場合通算されます)患者様は保険外併用療養費として1人1日につき以下の費用を入院費とは別に負担いただくこととなります。この負担額は高額療養費の対象とはなりません。
- 急性期一般入院料4 2,629円 一般病棟特別入院基本料 1,155円
6. 後発医薬品(ジェネリック医薬品)があるお薬で、先発医薬品の処方を希望される場合は、特別の料金をお支払いいただきます。(令和6年10月より)
7. 当院の適合している各種施設基準
- 医療保険
- ・電子的診療情報連携体制整備加算1
 - ・電子的診療情報連携体制整備加算2
 - ・一般病棟入院基本料(急性期一般入院料4)
 - ・救急医療管理加算1
 - ・診療録管理体制加算1
 - ・医師事務作業補助体制加算1(20対1)
 - ・急性期看護補助体制加算(25対1)(看護補助者5割以上)
 - ・急性期看護補助体制加算の注4に規定する
 - ・看護補助体制充実加算1
 - ・看護職員夜間配置加算(16対1)
 - ・療養環境加算
 - ・重症者等療養環境特別加算
 - ・療養病棟療養環境加算1
 - ・医療安全対策加算1、医療安全対策地域連携加算1
 - ・医療安全対策加算の注2に規定する
 - ・医療安全対策地域連携加算1
 - ・感染対策向上加算1
 - ・感染対策策項加算1の注2に規定する指導強化加算
 - ・患者サポート体制充実加算
 - ・身体的拘束最小化推進体制加算
 - ・ハイリスク妊娠管理加算
 - ・ハイリスク分娩管理加算
 - ・地域支援・医療品供給対応体制加算2
 - ・データ提出加算2
 - ・入退院支援加算1
 - ・入退院支援加算の注7に規定する入院時支援加算
 - ・認知症ケア加算2
 - ・せん妄ハイリスク患者ケア加算
 - ・地域医療体制確保加算1
 - ・協力対象施設入所者入院加算
 - ・回復期リハビリテーション病棟入院料3
 - ・地域包括ケア病棟入院料1
 - ・地域包括ケア病棟入院料の注3に規定する看護職員配置加算
 - ・地域包括ケア病棟入院料の注5に規定する
 - ・看護補助・患者ケア体制充実加算3
 - ・心臓ペースメーカー指導管理料の注5に規定する
 - ・遠隔モニタリング加算
 - ・糖尿病合併症管理料
 - ・がん性疼痛緩和指導管理料
 - ・糖尿病透析予防指導管理料
 - ・乳腺炎重症化予防・ケア指導料
 - ・婦人科特定疾患治療管理料
 - ・一般不妊治療管理料
 - ・連携保険医療機関
 - ・島根大学医学部附属病院
 - ・島根県出雲市塩治町89-1
 - ・電話 0853-23-2111(代表)
 - ・二次性骨折予防継続管理料1
 - ・二次性骨折予防継続管理料2
 - ・二次性骨折予防継続管理料3
 - ・救急搬送医学管理料3
 - ・院内トリアージ実施体制加算
 - ・外来腫瘍化学療法診療料
 - ・療養・就労両立支援指導料の注3に規定する相談支援加算
 - ・開放型病院共同指導料
 - ・ハイリスク妊産婦共同管理料(Ⅰ)
 - ・連携保険医療機関
 - ・島根大学医学部附属病院
 - ・島根県出雲市塩治町89-1
 - ・電話 0853-23-2111(代表)
 - ・島根県立中央病院
 - ・島根県出雲市距離4丁目1番1
 - ・電話 0853-22-5111(代表)
 - ・がん治療連携指導料
 - ・連携保険医療機関
 - ・島根大学医学部附属病院
 - ・島根県出雲市塩治町89-1
 - ・電話 0853-23-2111(代表)
 - ・島根県立中央病院
 - ・島根県出雲市距離4丁目1番1
 - ・電話 0853-22-5111(代表)
 - ・松江赤十字病院
 - ・島根県松江市母衣町200番地
 - ・電話 0852-24-2111(代表)
 - ・肝炎インターフェロン治療計画料
8. 保険外負担に関する事項
- ・特別の療養環境の提供
- 当院では、以下のとおり特別の療養環境室(個室)を備えています。1日につき(税込)

手術名	令和7年実施件数
頭蓋内腫瘍摘出術等	1
黄斑下手術等	0
鼓室形成手術等	0
肺悪性腫瘍手術等	0
経皮的カテーテル心筋焼灼術	
肺動脈隔離術	0

手術名	令和7年実施件数
靱帯断裂形成手術等	0
水頭症手術等	0
鼻副鼻腔悪性腫瘍手術等	0
尿道形成手術等	0
角膜移植術	0
肝切除術等	2
子宮附属器悪性腫瘍手術等	0

手術名	令和7年実施件数
上顎骨形成手術等	0
上顎悪性腫瘍手術等	0
パセドウ甲状腺全摘(亜全摘)術(商業)	0
母指化手術等	0
内反足手術等	0
食道切除再建術等	0
同種死体腎移植術等	0

病棟	部屋数	利用料金(1日当たり)	主な設備
3階南病棟	5	5,500円	エアコン・トイレ・洗面・ロッカー・テレビカード無料
	3	3,300円	(母子同室)非課税時は、3,000円 エアコン・トイレ・洗面・ロッカー・テレビカード有料
4階北病棟	4	3,300円	エアコン・トイレ・洗面・ロッカー・テレビカード有料
4階南病棟	7	2,200円	エアコン・トイレ・洗面・ロッカー・テレビカード有料
5階北病棟	4	3,300円	エアコン・トイレ・洗面・ロッカー・テレビカード有料
5階南病棟	1	8,800円	エアコン・トイレ・洗面・ロッカー・テレビカード無料/バス・ミニキッチン
	3	5,500円	エアコン・トイレ・洗面・ロッカー・テレビカード無料

手術名	令和7年実施件数
腹腔鏡下及び腹腔鏡下手術	100

手術名	令和7年実施件数
人工関節置換術	7
乳児外科施設基準対象手術	0
ペースメーカー移植術及びペースメーカー交換術	16
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	0
経皮的冠動脈形成術	
経皮的冠動脈血栓切除術及び経皮的冠動脈ステント留置術	0

介護保険サービスの種類	通所リハビリテーション 訪問リハビリテーション 訪問看護ステーション
-------------	--

項目	金額(税込額)	項目	金額(税込額)
特別室料	特別室A 1日につき8000円	遺体処置料	入院中死亡の場合 1体につき 4400円
	特別室B 1日につき5000円		外死で死亡の場合 1体につき 8800円
	特別室C 1日につき3000円		訪問看護後死後処置の場合 1体につき11000円
	特別室A 1日につき2200円		外傷処置のある場合は2200円を加算する。
診断書(1)	特入所用、障害福祉年金、福祉手当、特別児童扶養手当等障害認定用 その他これに類する診断書	放射線撮影受託料	診療報酬点数表に準じて算定した額
			診療報酬点数表1点に準拠(85円)を以て算定した額
診断書(2)	特定疾患認定用、市民交通共済組合用、年金受給者現況用その他これに類する診断書又は院内様式による診断書	フィルム複写料	1枚につき 1100円
			薬剤容器料
診断書(3)	身体障害者手帳交付用その他これに類する診断書 1通につき3000円	病衣料医療保険入院	水素容器500cc以上 1本につき 110円
			噴霧器 1個につき 550円
診断書(4)	居宅用その他これに類する診断書	病衣料介護保険入院	1日につき 850円 ただし、非課税取扱時は78円
			廃止
診断書(5)	自動車損害賠償保障用その他これに類する診断書	介護療養型医療に係る居住費	廃止
			廃止
診断書(6)	生命保険用、裁判所提出用、傷害事件用その他これに類する診断書	介護療養型医療に係る食費	廃止
			新生児用 1日につき 440円 ただし、非課税取扱時は400円
診断書(7)	自費後遺症用その他これに類する診断書	紙おむつ使用料	Aセト 1日につき 275円 ただし、非課税取扱時は250円
			Bセト 1日につき 485円 ただし、非課税取扱時は450円
出生証明書	戸籍用 1通につき3000円	外來紙おむつ料	1枚につき110円
			1セトにつき 3400円
死亡診断書(1)	戸籍用 1通につき3000円	医療材料料	医療材料の実費に相当する額
			医薬品の実費に相当する額
死亡診断書(2)	生命保険用 1通につき5000円	セプトビュウ提供料	1回につき 16500円
			診療報酬点数表に準じて算定した額
死体検案書	1通につき500円	予防接種料	二種混合ワクチン 1回につき 8800円
			三種混合ワクチン 1回につき 6800円
病歴書	1通につき200円	四種混合ワクチン 1回につき	1回目 13200円 2回目以降 8800円
			五種混合ワクチン 1回につき
自費費診療明細書	1通につき3000円	破傷風予防接種	1回目 22000円 2回目以降 18700円
			破傷風予防接種 1回につき 7700円
証明書(1)	入院期間証明用その他これに類する証明書	麻疹予防接種	1回につき 8800円
			BCG接種 1回につき 13200円
証明書(2)	医療費支払証明(支払期間6ヶ月未満のもの)その他これに類する証明書	耳下腺炎予防接種	1回につき 8800円
			風疹予防接種 1回につき 8800円
証明書(3)	出産手当金・分娩費・育児手当金用、出産(死産)証明用、出産予定日証明用 その他これに類する証明書	水痘予防接種 1回につき 9900円	インフルエンザ予防接種
			初診 7700円 再診 3300円
証明書(4)	医療費支払証明(支払期間6ヶ月以上のもの)その他これに類する証明書	小児インフルエンザ予防接種 1回につき	1回目 6800円 2回目以降 3300円
			日本脳炎 1回につき 8800円
証明書(5)	証明書(1)、証明書(2)、証明書(3)、証明書(4)以外の証明書	人工授乳料	4種肝炎ワクチン 1回につき 11000円
			B型肝炎ワクチン 1回につき 8800円
診察券料(再発行)	1枚につき 110円	巻き爪治療(巻き爪メス)	小児B型肝炎ワクチン 1回につき 7700円
			狂犬病ワクチン 1回につき 12100円
分娩料	1児につき 188000円は、双児以上の場合には、1児増すごとに88000円を加算する。 ただし、日曜日、土曜日、国民の祝日に関する法律(昭和24年法律第178号)に規定する休日、1月2日、同月3日及び12月29日から同月31日までの日の午前0時から午後10時まで並びにこの日の日以外の日以て下平日とす。10午前0時から午前0時30分まで及び午後5時15分から午後10時までの分については1児につき14000円は、双児以上の場合には、1児増すごとに72000円を加算し、すべての日の午前零時から午前0時まで及び午後10時から午後12時までの分については188000円は、双児以上の場合には、1児増すごとに78000円を加算する。	巻き爪治療(リソールガル)	5500円
			5500円
人工妊娠中絶料	妊娠12週未満 1件につき 68000円	人間ドック	短時間人間ドック 1夜2日 6850円
	妊娠12週から20週未満 1件につき 88000円		外來人間ドック 男 1日 44000円
退院シートの挿入	妊娠20週以上 1件につき 121000円		外來人間ドック女 1日 49500円
退院シートの抜き	1件につき 33000円		留置カ 1件につき 44000円
人工授乳料	1回につき 13200円		前立腺腫 2200円
			子宮がん 6800円
巻き爪治療(巻き爪メス)	巻き爪治療(巻き爪メス)1回目 11000円		骨密度 5500円
	巻き爪治療(巻き爪メス)2回目以降 7700円		ABC胃がん及び大腸がん検診 3630円
巻き爪治療(巻き爪メス)	巻き爪メス(追加使用分) 5500円		腫瘍マーカーα(男性) 4400円
	巻き爪治療(リソールガル)5500円		腫瘍マーカーα(女性) 4400円
人間ドック	短時間人間ドック 1夜2日 6850円		血液型クロス 1,100円
	外來人間ドック 男 1日 44000円		頸部動脈超音波検査 5,500円
人間ドック	外來人間ドック女 1日 49500円		血圧脈波検査 1,100円
	留置カ 1件につき 44000円		ロウソクインデックス検査 18,500円
人間ドック	前立腺腫 2200円		MSD-LDL(超悪玉コレステロール)検査 4,180円
	子宮がん 6800円		MCV(軽度認知障害)スクリーニング 24,750円
人間ドック	骨密度 5,500円		前年齢(呼吸機能)検査 4,400円
	ABC胃がん及び大腸がん検診 3,630円		血圧脈波検査+sd-LDL(超悪玉コレステロール)検査 4,950円
人間ドック	腫瘍マーカーα(男性) 4,400円		上記の他、委託契約に定められた額
	腫瘍マーカーα(女性) 4,400円		
人間ドック	血液型クロス 1,100円		
	頸部動脈超音波検査 5,500円		
人間ドック	血圧脈波検査 1,100円		
	ロウソクインデックス検査 18,500円		
人間ドック	MSD-LDL(超悪玉コレステロール)検査 4,180円		
	MCV(軽度認知障害)スクリーニング 24,750円		
人間ドック	前年齢(呼吸機能)検査 4,400円		
	血圧脈波検査+sd-LDL(超悪玉コレステロール)検査 4,950円		
人間ドック	上記の他、委託契約に定められた額		
人間ドック	肝臓エース 1,320円		
	貧血エース 770円		
人間ドック	糖尿病エース 1,320円		
	脂肪エース 1,320円		
人間ドック	腎臓エース 1,100円		
	マタリカシアドロームエース 3,415円		
人間ドック	血液型クロス 1,100円		
	ABC検査 3,630円		
人間ドック	腫瘍マーカー(男性) 7,280円		
	腫瘍マーカー(女性) 7,280円		
人間ドック	アミンデクス(男性5種) 24,750円		
	アミンデクス(女性5種) 24,750円		
人間ドック	肝臓エースエース 3,740円		
	1回目 3,300円		
人間ドック	2回目以降 2,750円		
人間ドック	乳児一般健康診査		
	市町村の委託契約に定められた額		
人間ドック	先天性代謝異常検査		
	先天性代謝異常検査受託血液 1回につき 4000円		
人間ドック	新生児聴覚検査		
	1日につき 8500円		
人間ドック	新生児管理保育料		
	1日につき 5000円		
人間ドック	乳房マージナ		
	1回につき 1650円 ただし、非課税取扱時は1,500円		
人間ドック	診療報酬平日午前0時から午後5時15分をい、以外は、550円(ただし、非課税取扱時は500円)を加算する。		
人間ドック	新生児検診料		
	1回につき 3500円		

なお、衛生材料等の治療(看護)行為及びそれに密接に関連したサービス(物)についての費用の徴収や、「施設管理費」等の環境を目的とする費用の徴収は一切認められていません。