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9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7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7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7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8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1.3474（基礎係数1.0583+機能評価係数Ⅰ0.193+機能評価係数Ⅱ0.0844+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温で提供しています。
（ 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ご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
・口腔管理連携加算
・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
感染対策条項加算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1
・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
島根県出雲市塩冶町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
島根県出雲市塩冶町89－1
電話　0853－23－2111（代表）
島根県立中央病院
島根県出雲市姫原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
島根県出雲市塩冶町89－1
電話　0853－23－2111（代表）
島根県立中央病院
島根県出雲市姫原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
・ハイリスク妊産婦連携指導料1
・薬剤管理指導料
・検査画像情報提供加算及び電子的診療情報評価料
・医療機器安全管理料1
・救急患者連携搬送料
・在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料に規定する
持続陽圧呼吸療法充実管理体制加算
遠隔モニタリング加算
・持続血糖測定器加算
・BRCA1/2遺伝子検査
連携保険医療機関
島根大学医学部附属病院
島根県出雲市塩冶町89－1
電話　0853－23－2111（代表）
・先天性代謝異常症検査
・HPV核酸検出及びHPV核酸検出（簡易ジェノタイプ判定）
・検体検査管理加算（Ⅱ）
・胎児心エコー法
・ヘッドアップティルト試験
・小児食物アレルギー負荷検査
・画像診断管理加算2
・遠隔画像診断
・CT撮影及びMRI撮影
・冠動脈CT撮影加算
・心臓MRI撮影加算
・小児鎮静化MRI撮影加算
・抗悪性腫瘍剤処方管理加算
・外来化学療法加算1
・無菌製剤処理料
・心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）
連携保険医療機関
島根大学医学部附属病院
島根県出雲市塩冶町89－1
電話　0853－23－2111（代表）
・脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）
・運動器リハビリテーション料（Ⅰ）
・呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）
・がん患者リハビリテーション料
・集団コミュニケーション療法料
・エタノールの局所注入　副甲状腺治療
・エタノールの局所注入　甲状腺治療
・人工腎臓
・導入期加算1
・透析液水質確保加算及び慢性維持透析液濾過加算
・下肢末梢動脈疾患指導管理加算
連携保険医療機関
島根大学医学部附属病院
島根県出雲市塩冶町89－1
電話　0853－23－2111（代表）
・ストーマ合併症加算
・脊髄刺激装置植込術及び脊髄刺激装置交換術
・食道縫合術（穿孔、損傷）（内視鏡によるもの）、内視鏡下胃、十二指腸穿孔瘻孔閉鎖術、胃瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、小腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、結腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、腎（腎盂）腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、尿管腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、膀胱腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、腟腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）
・ペースメーカー移植術及びペースメーカー交換術
・膀胱水圧拡張術及びハンナ型間質性膀胱炎手術（経尿道）
・医科点数表第2章第10部手術通則16に掲げる手術
・輸血管理料Ⅱ
・輸血適正使用加算
・人工肛門・人工膀胱造設術前処置加算
・胃瘻造設時嚥下機能評価加算
・吸入麻酔又は静脈麻酔による深鎮静
（声門上器具又は気管挿管による気道確保を行わないもの）
・麻酔管理料（Ⅰ）
・看護職員処遇改善評価料55
・外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）の注5
・入院ベースアップ評価料130
・入院時食事療養（Ⅰ）入院生活療養（Ⅰ）
・酸素の購入単価
・訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）の注3

医科点数表第2章第10部手術の通則の5及び6に掲げる手術

区分1

手術名	令和7年実施件数
頭蓋内腫瘤摘出術等	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 肺静脈隔離術	0

区分2

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

区分3

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（両葉）	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

区分4

手術名	令和7年実施件数
腹腔鏡下及び腹腔鏡下手術	100

その他の区分

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

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）

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

項目	金額（税込額）
特別室料	特別室A　1日につき8,800円
	特別室B　1日につき5,500円
	特別室C　1日につき3,300円
	特別室A　1日につき2,200円
診断書(1)	特老入所用、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
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
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3,300円
診断書(4)	恩給用その他これに類する診断書
診断書(5)	自動車損害賠償保険用その他これに類する診断書
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
診断書(7)	自賠責後遺症用その他これに類する診断書
出生証明書	戸籍用　1通につき3,300円
死亡診断書(1)	戸籍用　1通につき3,300円
死亡診断書(2)	生命保険用　1通につき5,500円
死体検案書	1通につき5,500円
病歴書	1通につき2,200円
自賠責診療明細書	1通につき3,300円
証明書(1)	入院期間証明用その他これに類する証明書
証明書(2)	医療費支払証明（支払期間6箇月未満のもの）その他これに類する証明書
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
証明書(4)	医療費支払証明（支払期間6箇月以上のもの）その他これに類する証明書
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
診察券料(再発行)	1枚につき　110円
分娩料	1児につき　160,000円とし、双児以上の場合においては、1児増すごとに65,000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23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8時から午後10時まで並びにこれらの日以外の日（以下「平日」という。）の午前0時から午前8時30分まで及び午後5時15分から午後10時までの分娩については1児につき174,000円とし、双児以上の場合においては、1児増すごとに72,000円を加算し、すべての日の午前零時から午前8時まで及び午後10時から午後12時までの分娩については188,000円とし、双児以上の場合においては、1児増すごとに79,000円を加算する。
人工妊娠中絶料	妊娠12週未満　1件につき　66,000円
	妊娠12週から20週未満　1件につき　88,000円
	妊娠20週以上　1件につき　121,000円
避妊リングの挿入	1件につき　33,000円
避妊リングの抜去	1件につき　16,500円
人工授精料	1回につき　13,200円
巻き爪治療(巻き爪マイスター)	巻き爪治療(巻き爪マイスター)1回目　11,000円
	巻き爪治療(巻き爪マイスター)2回目以降　7,700円
	巻き爪マイスター(追加使用分)　5,500円
	巻き爪治療(リネイルグル)5,500円
人間ドック	短期人間ドック　1泊2日　69,850円
	外来人間ドック　男　1日　44,000円
	外来人間ドック女　1日　49,500円
	脳ドック　1件につき　44,000円
	前立腺がん　2,200円
	子宮がん　6,600円
	骨密度　5,500円
	ABC(胃がんリスクチェック)検診　3,630円
	腫瘍マーカーセット(男性)　4,400円
	腫瘍マーカーセット(女性)　4,400円
	血液型コース　1,100円
	頸部動脈超音波検査　5,500円
	血圧脈波検査　1,100円
	ロックスインデックス検査　16,500円
	sd－LDL(超悪玉コレステロール)検査　4,180円
	MCI(軽度認知障害)スクリーニング　24,750円
	肺年齢(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
	上記の他、委託契約に定められた額
検診検査料(1回につき)	肝臓コース　1,320円
	貧血コース　770円
	糖尿病コース　1,320円
	脂肪コース　1,320円
	腎臓コース　1,100円
	メタボリックシンドロームコース　3,415円
	血液型コース　1,100円
	ABC検診　3,630円
	腫瘍マーカー(男性)　7,260円
	腫瘍マーカー(女性)　7,260円
	アミノインデックス(男性5種)　24,750円
	アミノインデックス(女性5種)　24,750円
	肝炎ウイルスコース　3,740円
産前、産後産科検診料	1回につき　初診　5,000円
	1回につき　再診　4,000円
乳がん検診	市町村との委託契約に定められた額
妊婦一般健康診査	市町村との委託契約に定められた額
妊婦HBs抗原検査	市町村との委託契約に定められた額
妊婦超音波検査	市町村との委託契約に定められた額
細菌性膣症検査	1回につき　2,095円
妊婦禁煙外来診療料(1回につき)	1回目　3,300円
	2回目以降　2,750円
乳児一般健康診査	市町村との委託契約に定められた額
先天性代謝異常検査	先天性代謝異常検査採血料　1回につき　4,000円
新生児聴力検査	1日につき　8,500円
新生児管理保育料	1日につき　5,000円
乳房マッサージ料	1回につき　1,650円　ただし、非課税取扱時は1，500円 診療時間（平日午前8時30分から午後5時15分をいう。）以外は、550円（ただし、非課税取扱時は500円）加算する。
新生児検診料	1回につき　3,500円
放射線撮影・受託料	診療報酬点数表に準じて算定した額
健康診断料	診療報酬点数表1点に単価16.5円を乗じて算定した額
フィルム複写料	1枚につき　1,100円
薬剤容器料	水薬容器300cc以上　1本につき　110円
	噴霧器　1個につき　550円
病衣料(医療保険入院)	1日につき　66円　ただし、非課税取扱時は60円
病衣料(介護保険入院)	廃止
介護療養型病棟に係る居住費	廃止
介護療養型病棟に係る食費	廃止
紙おむつ使用料	新生児用　1日につき　440円　ただし、非課税取扱時は400円
	Aセット　1日につき　275円　ただし、非課税取扱時は250円
	Bセット　1日につき　495円　ただし、非課税取扱時は450円
尿取りパッド	1枚につき　30円
外来紙おむつ使用量	1枚につき　110円
お産セット	1セットにつき　3,400円
医療材料料	医療材料の実費に相当する額
薬価未収載医薬品	医薬品の実費に相当する額
セカンドオピニオン提供料	1回につき　16,500円
その他診療料	診療報酬点数表に準じて算定した額
予防接種料	二種混合ワクチン　1回につき　8,800円
	三種混合ワクチン　1回につき　6,600円
	四種混合ワクチン　1回につき
	1回目　12,100円　2回目以降　8,800円
	破傷風予防接種　1回につき　6,600円
	麻疹予防接種　1回につき　8,800円
	BCG接種　1回につき　11,000円
	耳下腺炎予防接種　1回につき　8,800円
	風疹予防接種　1回につき　8,800円
	水痘予防接種　1回につき　9,900円
	インフルエンザ予防接種(初診)　1回につき　7,700円
	インフルエンザ予防接種(再診)　1回につき　3,300円
	小児インフルエンザ予防接種　1回につき　4,400円
	日本脳炎　1回につき　8,800円
	A型肝炎ワクチン　1回につき　11,000円
	B型肝炎ワクチン　1回につき　8,800円
	小児B型肝炎ワクチン　1回につき　7,700円
	狂犬病ワクチン　1回につき　15,400円
	肺炎ワクチン　1回につき　9,900円
	小児肺炎球菌ワクチン　1回につき
	1回目　13,200円　2回目以降　9,900円
	15価小児肺炎球菌ワクチン　1回につき
	1回目　14,300円　2回目以降　9,900円
	20価小児肺炎球菌ワクチン　1回につき
	1回目　14,300円　2回目以降　9,900円
	高齢者肺炎球菌ワクチン　1回につき　14,300円
	子宮頸がんワクチン　1回につき
	1回目　18,700円　2回目以降　15,400円
	インフルエンザ菌予防接種　1回につき
	1回目　9,900円　2回目以降　6,600円
	ロタウイルス胃腸炎ワクチン　1回につき
	1回目　16,500円　2回目以降　13,200円
	不活化ポリオワクチン接種　1回につき
	1回目　11,000円　2回目以降　8,005円
	麻しん風しん混合ワクチン　1回につき　11,000円
	エバシェルド筋注　1回につき　3,100円
	帯状疱疹ワクチン　1回につき
	1回目　24,200円　2回目以降　19,800円
	新型コロナワクチン　1回につき　14,300円
	上記の他、委託契約に定められた額
面談料	1回につき　3,300円
人工透析食事料	1食につき　550円
患家等訪問交通費	1kmにつき　22円
訪問リハビリテーション・訪問看護に係る交通費	市外訪問の場合　1kmにつき　22円
保険外併用療養費	入院期間が180日を超える入院に係る特別の額として厚生労働大臣が定める基準
医療療養型病棟に係る生活療養費	健康保険法第63条の2第2項及び高齢者の医療の確保に関する法律第75条第2項
訪問看護の時間外加算料金	平日で90分を超える訪問看護　30分につき　1,100円
	平日以外の訪問看護　30分につき　2,200円
訪問看護の保険適応外料金（大田市立病院使用料及び手数料条例第2条第2項第1号から第6号まで及び同項第8号に掲げる給付を受けることができない場合の訪問看護の料金をいう。）	平日の午前0時から午前6時まで　30分につき　6,600円
	平日の午前6時から午前8時まで　30分につき　5,500円
	平日の午前8時から午後6時まで　30分につき　4,400円
	平日の午後6時から午後10時まで　30分につき　5,500円
	平日の午後10時から午後12時まで　30分につき　6,600円
	平日以外の午前0時から午前8時まで　30分につき　7,700円
	平日以外の午前6時から午前8時まで　30分につき　6,600円
	平日以外の午前8時から午後6時まで　30分につき　5,500円
	平日以外の午後6時から午後10時まで　30分につき　6,600円
	平日以外の午後10時から午後12時まで　30分につき　7,700円