

# 厚生労働大臣の定める揭示事項

高知大学医学部附属病院

病院管理者 花崎 和弘

〒783-8505 南国市岡豊町小蓮185-1 TEL 088-866-5811(代表) / Fax 088-880-2227

1. 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。  
また当院は、医療機関であると共に、皆様の診療を通じて、医学の教育及び研究を行う施設でもあります。学生の臨床教育にご理解とご協力をお願いします。
2. 当院は、平成6年1月1日より「特定機能病院」として承認されております。特定機能病院は、高度の医療を提供すると共に、高度の医療技術の開発・研修などを行う病院であり、我が国の最先端の医療を担う病院として位置付けられています。
3. 入院基本料について  
(一般病棟)  
当院は「特定機能病院入院基本料（一般：7対1入院基本料）」の届出を行っております。  
当病棟では、（日勤、夜勤あわせて）入院患者7人に対して1人以上の看護職員を配置しております。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おります。  
(精神病棟)  
当院は「特定機能病院入院基本料（精神：13対1入院基本料）」の届出を行っております。  
当病棟では、（日勤、夜勤あわせて）入院患者13人に対して1人以上の看護職員を配置しております。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おります。
4. 入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥創対策及び栄養管理体制について  
当院では、入院の際に医師をはじめとする関係職員が共同して、患者さまに関する診療計画を策定し、7日以内に文書によりお渡ししております。また厚生労働大臣が定める院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策及び栄養管理体制の基準を満たしております。
5. DPC 対象病院について  
(一般病棟)  
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（大学病院本院群）”となっております。  
※医療機関別係数 1.6644（基礎係数 1.1182＋機能評価係数Ⅰ 0.4620＋機能評価係数Ⅱ 0.0772＋救急補正係数 0.0070）
6. 当院は四国厚生支局長に下記の届出を行っております。
  - 1) 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。  
当院は、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もとに、適時（夕食については午後6時以降）、適温で提供しております。また予め定められた日に患者さんに対して提示する複数のメニューから、好みの食事を選択できる「選択メニュー」を実施しております。

## 2) 基本診療料及び特掲診療料の施設基準等に係る届出

別紙「施設基準届出一覧」参照

### 7. 明細書発行体制について

医療の透明化や患者さんへの情報提供を推進していく観点から、領収書の発行の際に、個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書を公費負担医療の受給者で医療費の自己負担のない方も含めて無料で発行しております。

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、その代理の方への発行を含めて、明細書の発行を希望されない方は、窓口にてその旨お申し出ください。

### 8. 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は、その利用日数等に応じた実費のご負担をお願いしております。

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」や「物」についての費用の徴収や、「施設管理費」等の曖昧な名目での費用の徴収は一切認められていません。

#### 1) 特別療養環境の提供（全て1床室）

| 個室区分          | 費用       | 部屋数  | 病室名                                                                                                                                                                                          | 設備内容                                                                                                                                    |
|---------------|----------|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 特別室SS<br>(E棟) | 24,200 円 | 2 室  | E615 E713                                                                                                                                                                                    | バス / トイレ / 洗面所<br>/ ソファ・ベッド / 応接セ<br>ット / 机 / 椅子 / ロッカー<br>/ 床頭台 / キッチン /<br>電子レンジ / IH 調理器<br>/ テレビ (フルハイ内蔵)<br>/ 冷蔵庫 / インターネット用<br>配線 |
| 特別室SA<br>(E棟) | 13,200 円 | 2 室  | E413 E513                                                                                                                                                                                    | シャワー / トイレ / 洗面所<br>/ ソファ・ベッド / 机 /<br>椅子 / ロッカー / 床頭台<br>/ キッチン / IH 調理器 /<br>テレビ・冷蔵庫 (有料)<br>/ インターネット用配線                             |
| 特別室A<br>(D棟)  | 11,000 円 | 33 室 | D111 D112 D209 D210<br>D211 D216 D217 D223<br>D315 D316 D317 D318<br>D409 D410 D411 D415<br>D416 D510 D511 D516<br>D517 D609 D610 D611<br>D616 D617 D710 D711<br>D716 D717 D718 D816<br>D817 | シャワー / トイレ / 椅子 /<br>ロッカー / テレビ・冷蔵庫<br>(有料)                                                                                             |

| 個室区分         | 費用       | 部屋数  | 病室名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 設備内容                                                                                      |
|--------------|----------|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| 特別室A<br>(E棟) | 11,000 円 | 16 室 | E304 E305 E306 E307<br>E308 E318 E319 E405<br>E406 E420 E505 E506<br>E607 E608 E705 E706                                                                                                                                                                                                                                                         | シャワー / トイレ / 洗面所<br>/ ソファ・ベッド / 机 /<br>椅子 / コffee / 床頭台<br>/ テレビ・冷蔵庫（有<br>料） / インターネット用配線 |
| 特別室B<br>(D棟) | 7,700 円  | 59 室 | D101 D102 D103 D104<br>D110 D113 D202 D208<br>D215 D218 D219 D220<br>D221 D309 D310 D402<br>D407 D408 D417 D418<br>D421 D422 D425 D502<br>D503 D508 D509 D515<br>D518 D519 D520 D521<br>D523 D524 D527 D602<br>D607 D608 D615 D618<br>D619 D622 D623 D706<br>D707 D708 D709 D715<br>D719 D720 D721 D723<br>D724 D727 D801 D802<br>D821 D822 D825 | トイレ / コffee / テレビ・<br>冷蔵庫（有料）                                                             |
| 特別室B<br>(E棟) |          | 26 室 | E302 E303 E317 E403<br>E404 E412 E418 E419<br>E512 E517 E518 E519<br>E520 E521 E605 E606<br>E614 E619 E620 E621<br>E622 E623 E712 E718<br>E719 E720                                                                                                                                                                                              | トイレ / 洗面所 / ソファ・<br>ベッド / 椅子 / コffee<br>/ 床頭台 / テレビ・冷<br>蔵庫（有料） / インター<br>ネット用配線          |

## 2) 診断書・証明書料

別紙「諸料金一覧」参照

3) その他保険外負担に係る費用

※紙おむつ使用料 等

【大人用】

| 品名                   | 規格   | 1 枚   | 2 枚/組 | 3 枚/組 | 5 枚/組 |
|----------------------|------|-------|-------|-------|-------|
| アト テープ 止めタイプ         | S    | 91 円  | -     | -     | 418 円 |
|                      | M    | 102 円 | -     | -     | 458 円 |
|                      | L    | 112 円 | -     | -     | 529 円 |
|                      | LL   | 132 円 | -     | -     | 600 円 |
| アト R 巾すっきりフィットうす型パッド | S    | 86 円  | -     | -     | 397 円 |
|                      | M-L  | 91 円  | -     | -     | 437 円 |
|                      | L-LL | 102 円 | -     | -     | 478 円 |
| アト フラットタイプ           | -    | 50 円  | -     | 122 円 | -     |
| アト R 巾紙パッドに付ける尿取りパッド | -    | 40 円  | -     | -     | 143 円 |
| アト S 巾長時間安心パッド       | -    | 50 円  | -     | -     | 234 円 |
| アト S 巾軟便安心パッド        | -    | -     | 224 円 | -     | 478 円 |
| ハーフパッド               |      | 50 円  |       | 122 円 |       |

【小児用】

| 品名            | 規格 | 1 枚  |
|---------------|----|------|
| グーソ ラス肌敏感設計   | S  | 22 円 |
|               | M  | 24 円 |
|               | L  | 29 円 |
| メリーズ (テープタイプ) | S  | 23 円 |
|               | M  | 27 円 |
|               | L  | 33 円 |

【新生児用】

| 品名          | 規格  | 10 枚  | 1 日   |
|-------------|-----|-------|-------|
| グーソ 5S テープ  | -   | 924 円 | -     |
| グーソ 5S フラット | -   | 924 円 | -     |
| グーソ 4S テープ  |     | 484 円 |       |
| グーソ敏感肌設計 3S |     | 150 円 |       |
| グーソ敏感肌設計 4S |     | 605 円 |       |
| グーソ敏感肌      |     | 150 円 |       |
| メリーズ *      | 小さめ | 170 円 | -     |
|             | 大きめ | 170 円 | -     |
| 布おむつ        | -   | -     | 660 円 |

【その他】

| 品名                 | 規格 | 1 着     | 1 枚  |
|--------------------|----|---------|------|
| 寝衣代                | -  | 2,546 円 | -    |
| 紙パッド(肌きれいガード 羽根つき) | -  | -       | 20 円 |

※その他《歯科領域、産科領域（分娩介助料等）ほか》

別紙「諸料金一覧」参照

4) 特定機能病院及び地域医療支援病院（一般病床 200 床未満を除く）の初診及び再診に関する事項

【初診】

他の保険医療機関等からの紹介によらず、当院に直接来院した場合については初診に係る費用として、初診時に 7,700 円（歯科医師による初診の場合は 5,500 円）を徴収させていただきます。

【再診】

他の病院又は診療所に対し文書による紹介を行う旨の申出を行ったにもかかわらず、引き続き当院を受診される場合については選定療養として、再診時に 3,300 円（歯科医師による再診の場合は 2,090 円）を徴収させていただきます。

※ただし、緊急その他やむを得ない事情等により、他の保険医療機関からの紹介によらず来院した場合にあたってはこの限りではありません。

5) 入院期間が 180 日を超える場合の費用の徴収

健康保険法等の規定により、同じ病気で病院に通算して 180 日を超えて入院されている患者さん（難病や重症等の厚生労働省より定められた疾患や状態は除く。）については、入院基本料の 15%が健康保険等から病院に支払われなくなるため、入院 1 日につき 2,838 円を自己負担して頂く事となります。

6) 医科点数表等に規定する回数を超えて受けた診療

検査（腫瘍マーカー）

| 項目                  | 費用      |
|---------------------|---------|
| 前立腺特異抗原（PSA） 1 回につき | 1,331 円 |

7) 先進医療について

当院は、厚生労働大臣の定める施設基準に適合する病院として先進医療を実施しています。

別紙「諸料金一覧」参照

8) 金属床による総義歯の提供及びう蝕に罹患している患者の指導管理について

別紙「諸料金一覧」参照

9) 医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律で定める治験に係る療養

治験に関する診療の費用は治験依頼者が全額を負担します。患者さんはそれ以外の費用について通常の一部負担金をお支払い頂く事となります。