

施設基準

●看護体制について

(1) 地域包括ケア病棟 32床（地域包括ケア病棟入院料：地域包括ケア病棟入院料1）（地包ケア1）第9号 R6.10.1
【看護配置13：1】

- 1日に8人以上の看護職員（看護師及び准看護師）が勤務しております。
 - ①朝8時30分～夕方16時30分まで、看護職員1人当たり8人以内の患者様を受け持ちます。
 - ②夕方16時30分～朝8時30分まで、看護職員1人当たり16人以内の患者様を受け持ちます。

(2) 療養病棟 45床（療養病棟入院基本料：療養病棟入院料1）（療養入院）第17号 R7.2.1
【看護配置20：1】

- 1日に7人以上の看護職員（看護師及び准看護師）と7人以上の看護補助者が勤務しております。
 - ①朝8時30分～夕方16時30分まで、看護職員1人当たり15人以内、看護補助者1人当たり9人以内の患者様を受け持ちます。
 - ②夕方16時30分～朝8時30分まで、看護職員1人当たり23人以内、看護補助者1人当たり45人以内の患者様を受け持ちます。

●入院時食事療養費について

当院は、入院時食事療養（Ⅰ）及び入院時生活療養（Ⅰ）の届出を行っております。
入院のお食事は、管理栄養士により患者様にご満足頂けるように、適時（朝食 7時45分、昼食 12時、夕食 6時）、適温等管理されたお食事を提供致しております。

●施設基準届出一覧

- | | | |
|--|-------|----------|
| ● 医療DX推進体制整備加算(医療DX) | 第325号 | R7.4.1 |
| ● 機能強化加算(機能強化) | 第94号 | R4.4.1 |
| ● 診療録管理体制加算3(診療録3) | 第38号 | H18.11.1 |
| ● 療養病棟療養環境加算2(療養2) | 第144号 | R5.4.1 |
| ● 医療安全対策加算2(医療安全2) | 第72号 | R6.9.1 |
| ● 感染対策向上加算3(感染対策3) | 第9号 | R7.1.1 |
| ● 患者サポート体制充実加算(患サポ) | 第26号 | H24.4.1 |
| ● データ提出加算(データ提) | 第39号 | H27.4.1 |
| ● 入退院支援加算1(入退支) | 第88号 | R6.10.1 |
| ● 認知症ケア加算(認ケア) | 第23号 | R2.4.1 |
| ● 協力対象施設入所者入院加算(協力施設) | 第3号 | R6.6.1 |
| ● 外来栄養食事指導料の注3に規定する基準(がん専栄) | 第4号 | R5.7.1 |
| ● がん性疼痛緩和指導管理料(がん疼) | 第8号 | H22.4.1 |
| ● 外来腫瘍化学療法診療料2(外化診2) | 第5号 | R4.4.1 |
| ● ニコチン依存症管理料(ニコ) | 第56号 | H29.7.1 |
| ● がん治療連携指導料(がん指) | 第64号 | H22.4.1 |
| ● 肝炎インターフェロン治療計画料(肝炎) | 第9号 | H22.4.1 |
| ● 別添1の「第14の2」の1の(3)に規定する在宅療養支援病院(支援病3) | 第15号 | R4.10.1 |
| ● 往診料の注10に規定する介護保険施設等連携往診加算(介保連) | 第2号 | R6.6.1 |
| ● 在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料(在医総管1) | 第31号 | H18.4.1 |
| ● 在宅がん医療総合診療料(在総) | 第100号 | H25.11.1 |
| ● 検体検査管理加算(Ⅰ)(検Ⅰ) | 第76号 | H20.4.1 |
| ● CT撮影及びMRI撮影(C・M) | 第72号 | H24.4.1 |
| ● 外来化学療法加算2(外化2) | 第10号 | H22.5.1 |
| ● 脳血管疾患等リハビリテーション料Ⅱ(脳Ⅱ) | 第201号 | R4.5.1 |
| ● 運動器リハビリテーション料Ⅰ(運Ⅰ) | 第148号 | R4.5.1 |
| ● 呼吸器リハビリテーション料Ⅰ(呼Ⅰ) | 第66号 | H26.12.1 |
| ● 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)(外在ベⅠ) | 第90号 | R6.6.1 |
| ● 入院ベースアップ評価料29(入ベ29) | 第3号 | R6.6.1 |

●選定療養費

(1) 当院での特別の療養環境の提供（差額室料）によりご負担していただく病室は、下記の通りです。

部屋	病室番号	金額
個室	210・310	5,500円(税込)
	213・216	3,300円(税込)
2人室	308・311・312・313・315	1,100円(税込)

●診療情報の提供に関する費用

- (1) 診療録のコピー料 10円(税込)
(2) CT、レントゲンCD-R代金 210円(税込)

●保険外負担に関する事項

(1) 証明書代 別途窓口案内