

博豊会脊椎病院

(一般病院／病床数 78 床／保険医療機関)

令和 8 年度 診療報酬改定

当院が算定する項目・施設基準のご案内

1. 保険医療機関である旨

当院は、健康保険法に基づく保険医療機関です。

医療機関名：博豊会脊椎病院 病床数：78 床（一般病床）診療科：整形外科・脳神経外科 等

2. 入院基本料に関する事項

当院は、急性期一般入院料 4 を算定する病院です。看護師等の配置状況等は次の通りです。

項目	内容
入院料の種類	急性期一般入院料 4
算定点数（令和 8 年 6 月～）	1,597 点／日
看護職員配置	10 対 1（入院患者 10 人に対し看護職員 1 人以上）
平均在院日数	16 日以内（直近 3 か月）
重症度、医療・看護必要度	施設基準を満たす旨

3. 届出を行っている施設基準・算定項目一覧

当院は、地方厚生局へ以下の施設基準の届出を行い、令和8年6月1日より下記の項目を算定します。

項目名	コード	点数 (R8)	算定単位
急性期一般入院料 4	A100	1,597 点	1 日につき
データ提出加算 1 (200 床未満)	A245	215 点	入院初日
医療安全対策加算 2	A234	60 点	入院初日
診療録管理体制加算 2 (旧加算 3→新加算 2 に名称変更)	A207	30 点	入院初日
せん妄ハイリスク患者ケア加算	A247-2	100 点	入院中 1 回
医師事務作業補助体制加算 2 (20 対 1)	A207-2	790 点	入院初日
電子的診療情報連携体制整備加算 3 (旧 医療 DX 推進体制整備加算)	新設	4 点	初診時
療養環境加算	A219	25 点	1 日につき
患者サポート体制充実加算	A234-3	70 点	入院初日
後発医薬品使用体制加算 3	A243	77 点	入院初日
入院ベースアップ評価料		148 点	1 日につき

4. 各項目の概要と施設基準

(1) 急性期一般入院料 4 1,597 点/日

算定点数	1,597 点/日
対象	当院に入院される全患者様
施設基準の 主な要件	看護職員配置 10 対 1 以上/重症度、医療・看護必要度 基準該当/平均在院日数 21 日以内 等
R8 改定での 変更	1,462 点 → 1,597 点

(2) データ提出加算 1 (200 床未満) 215 点/入院初日

算定点数	215 点 (入院初日に 1 回)
対象	全入院患者 (DPC データの作成・提出体制を整備)
施設基準の主 な要件	厚労省が指定する形式 (DPC データ) の作成・提出体制/ データの正確性確保/提出実績

(3) 医療安全対策加算 2 60 点/入院初日

算定点数	60 点 (入院初日に 1 回)
対象	全入院患者様
施設基準の主 な要件	医療安全管理に係る研修を受けた専任の薬剤師・看護師等を配置/ 医療安全管理委員会の設置/インシデント収集・分析体制 等
R8 改定での 変更	30 点 → 60 点

(4) 診療録管理体制加算 2 30 点/入院初日 (旧 加算 3 → 新 加算 2 名称変更)

算定点数	30 点 (入院初日に 1 回)
対象	全入院患者様
施設基準の主な要件	診療記録管理者の専任配置/カルテ管理 (紙・電子) の体制整備/ /医療情報システム安全管理責任者の配置/サイバーセキュリティ 対応強化 (R6→R8 で要件追加)
R8 改定での変更	「診療録管理体制加算 3 (30 点)」が「同 加算 2 (30 点)」に 名称変更 (点数据置)

(5) せん妄ハイリスク患者ケア加算 100 点/入院中 1 回

算定点数	100 点 (入院中 1 回)
対象	急性期一般病棟入院患者のうち、せん妄リスク因子の確認を行い ハイリスクと判定された患者
施設基準の主な要件	せん妄リスク因子のチェックリスト整備/対策の実施体制/ 関係職種研修

(6) 医師事務作業補助体制加算 2 (20 対 1) 790 点/入院初日

算定点数	790 点 (入院初日に 1 回)
対象	全入院患者様
施設基準の主な要件	医師の事務作業を補助する専従の者を入院患者 20 人に対し 1 人以上 配置/業務範囲の文書化/6 か月以上の研修を実施 等

(7) 電子的診療情報連携体制整備加算 3 4点/初診時（新設・医療DX推進体制整備加算からの移行）

算定点数	4点（初診時に算定）
対象	外来初診の患者様
施設基準の主な要件	電子処方箋・電子カルテ情報共有サービスを活用した診療情報連携体制/マイナ保険証によるオンライン資格確認等システムの活用/医療情報の取得・活用に関する院内掲示の実施
R8改定での変更	「医療DX推進体制整備加算」と「医療情報取得加算」が廃止され、「電子的診療情報連携体制整備加算（1=15点/2=9点/3=4点）」に再編

(8) 療養環境加算 25点/日

算定点数	25点（1日につき・在院日数分）
対象	全入院患者様
施設基準の主な要件	1床当たり病室の面積が8平方メートル以上である等、療養環境について一定の基準を満たすこと

(9) 患者サポート体制充実加算 70点/入院初日

算定点数	70点（入院初日に1回）
対象	全入院患者様
施設基準の主な要件	患者・家族からの相談に幅広く対応するための専門部門の設置/相談内容の記録・分析・改善体制/患者サポート窓口の周知

(10) 地域支援・医薬品供給対応加算 3 77 点/入院初日

算定点数	77 点（入院初日に 1 回）
対象	全入院患者様
施設基準の主な要件	後発医薬品の使用割合が一定以上であること／後発医薬品の使用に関する院内掲示の 実施／医薬品供給不足時の対応体制
R8 改定での変更	後発医薬品使用体制加算 3 が名称変更

(11) 入院ベースアップ評価料 148 点/日（55 点 → 148 点）

算定点数（R8 改定後）	148 点/日
算定単位	入院患者 1 日につき（在院日数分の積み上げ）
先行算定開始	令和 8 年 2 月（先行適用） → 令和 8 年 6 月から新点数 148 点に移行
対象	全入院患者様

【ベースアップ評価料に基づく賃金改善目標】（公表事項）

対象職員区分	賃金改善率（令和 8 年度）
看護師・コメディカル（医療技術職員等）	+3.2%/年
看護補助者・事務職員（その他職員）	+5.7%/年

※ 当院は、入院ベースアップ評価料を令和 8 年 2 月より算定を開始し、令和 8 年 6 月以降は改定後の 148 点で算定しています。対象職員の賃金改善は計画的に実施しています。

5. 後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用について

当院は、医療の質を確保しつつ医療費の効率化を図るため、後発医薬品の使用を積極的に推進しています。

当院の使用方針

- 後発医薬品の使用割合が一定以上となるよう、薬剤師・医師が連携して取り組んでいます。
- 医薬品の供給が不足した場合は、適切な代替薬への変更等の対応を行います。
- 投与する薬剤を変更する可能性があり、変更する場合には患者さまに十分な説明を行います。
- ご不明な点は、医師・薬剤師にお気軽にお尋ねください。

6. 医療 DX 推進・電子的診療情報連携について

当院は、質の高い診療を実施するために必要な情報を取得・活用し、医療 DX を推進しています。

当院の取り組み

- マイナ保険証（マイナンバーカードの保険証利用）によるオンライン資格確認システムを導入しています。
- 他院での処方情報や受診歴等の情報を、患者さまの同意のもと取得・活用します。
- 電子カルテ情報共有サービスを活用した診療情報連携を行っています。
- マイナ保険証のご利用にご協力をお願いいたします。

7. 明細書発行体制について

当院では、医療の透明化や患者さまへの情報提供を一層推進する観点から、領収証発行の際に、個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書を無料で発行しています。

明細書の発行を希望されない方は、受付窓口までお申し出ください。