

## 入院基本料をめぐるあれこれ

		一般病棟入院基本料		老人一般病棟入院基本料	
		基本料	加減算	基本料	加減算
群	基本料1	1,209		1,209	
	基本料2	1,107	14日以内:+452(440)	1,107	14日以内:+422(410)
	基本料3	939	15日以上30日以内:+207(195)	939	15日以上30日以内:+187(175)
	基本料4	842	180日以上:-50	842	特定患者:928
	基本料5	783		783	
群	基本料3	974	14日以内:+312(300)	1,001	14日以内:+267(255)
	基本料4	880	15日以上30日以内:+167(155)	904	15日以上30日以内:+150(138)
	基本料5	820	180日以上:-30	844	特定患者:928(790)

数字は診療報酬の点数で1点は10円になる

群 平均在院日数28日以内・群 平均在院日数29日以上

基本料1～5 医師や看護師の人員配置などでの区分

上記表の()内は基本料5の場合の点数

特定患者 90日を超えて同一の保険医療機関（特別の関係にある保険医療機関を含む）の一般病棟に入院する、別に厚生労働大臣が定める状態にある者以外の患者

特定患者に対して行った検査・投薬・注射・リハビリテーション・処置などは所定点数に含まれる

入院期間の計算において、退院後同一傷病により同じ保険医療機関または特別の関係にある保険医療機関に入院した場合の入院期間は、当該保険医療機関の初回入院日を起算日として計算する。ただし次のいずれかに該当する場合は新たな入院日を起算日とする（いわゆる「リセット」）

退院後いったん治癒または治癒に近い状態にまでなってその後再発した場合

退院の日から起算して三ヶ月（悪性腫瘍などの場合は一ヶ月）以上の期間、同一傷病について、いずれの保険医療機関に入院または介護老人保健施設に入所（短期入所療養介護費を算定すべき入所を除く）することなく経過した場合

「特別の関係」とは開設者や代表者が同一であるなどの保険医療機関等（詳細な定義づけがある）のことであり、保険医療機関等とは病院、診療所、介護老人保健施設、指定訪問看護事業者など

群の基本料1の病室に...

若年者が入院して28日以内の場合  $1,209+452=1,661$

若年者が入院して90日を超えた場合  $1,209-50=1,159$  ( )

老年者が入院して29日を超えた場合  $1,209+187=1,396$

老年者が入院して90日を超えた場合 928 (しかも薬代などを含む)

## 入院費に関わる特定療養費とは

平成14年4月の診療報酬改訂で導入

入院期間が180日を超えると入院基本料の一定割合が保険の対象でなくなる

平成14年4月からは95%、平成15年4月から90%、平成16年4月から85%だけが診療報酬から支払われる

診療報酬から支払われる額以外のものを「特定療養費」という

特定療養費でよく知られているのはいわゆる「差額ベッド料」

特定療養費の額は保険医療機関が独自に設定できる（保険との差額分だけ徴収するわけではない）

上の場合で自己負担を計算すると

平成14年3月までは、1,159の3割負担で一日3,477円

平成16年4月以降は、 $1,159 \times 85\% \times 30\%$ が保険の自己負担で約2,955円。保険対象外は約1,738円だが、もし病院が特定療養費を2,000円としたら、自己負担は約4,955円となる

一ヶ月で、 $(4,955円-3,477円) \times 30日=44,340円$ の負担増となる