



医療データ分析コンサルタントの 病院経営戦略コラム

Vol.18

2022年度診療報酬改定 DPC制度は何が変わったか

■DPC制度、今回の改定で変わった点はインパクト大!?

2022年度診療報酬改定では、新興感染症対策のための感染対策向上加算や、高い診療実績を求める急性期充実体制加算の新設など、目玉と言えるような項目の関心が高い。一方、DPC/PDPS（以降、DPC制度）は制度として成熟しつつあり、穏やかな改定となった感が強い。

改定のポイントを列挙する。

➤ 医療機関別係数の見直し

①地域医療係数における体制評価係数について、BCP、新型コロナウイルス感染症対策などを評価するように変更

➤ 算定ルールの見直し

②点数設定方式D（以降、D方式）の対象疾患拡大

③一部の疾患について他院からの転院の有無で分岐設定

④点数設定方式A（以降、A方式）の期間Ⅰの点数引き上げ

➤ 退院患者調査の見直し

⑤様式1の入力見直し（呼吸不全のP/F比、心不全の左室駆出率、解離性大動脈瘤のスタンフォード分類など）

⑥外来EFの入力見直し（外来で包括される地域包括診療料等の実施された診療行為等の入力）

様式1の作成に携わっている診療情報管理士などにとっては、⑤様式1の見直しは影響が大きい。また、医事課で入院患者を担当していれば、②D方式の拡大や③転院有無での分岐設定は漏れなくチェックしておきたい。逆に言えば、その程度の見直ししかなかった改定である。

しかし、地味に影響が大きいのは、④A方式の期間Ⅰの点数引き上げである。

■いまさら聞けない「点数設定方式」

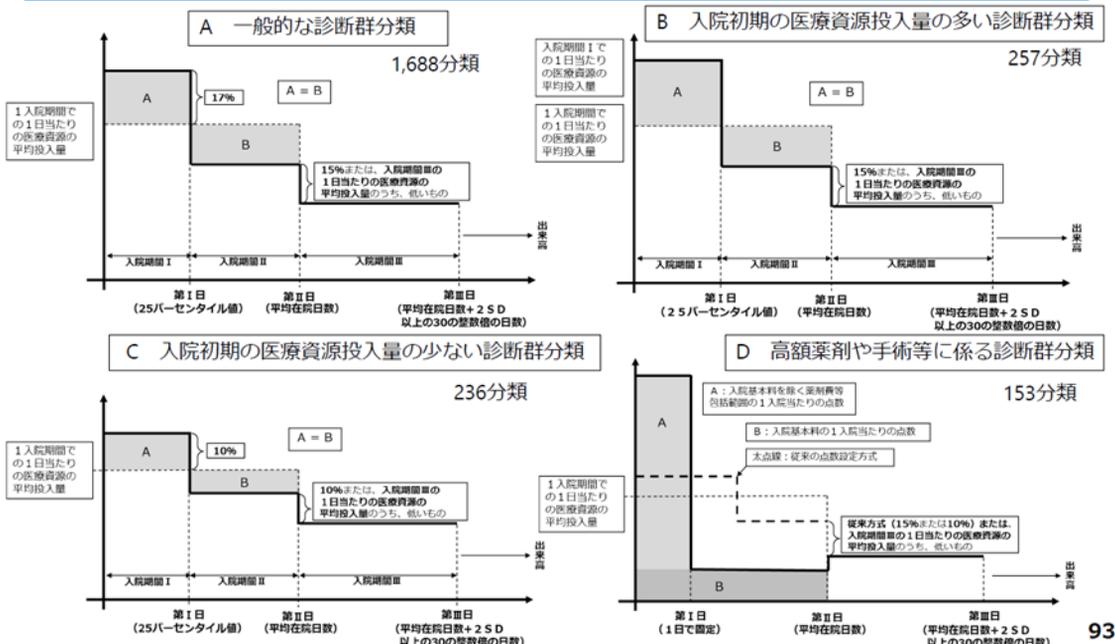
点数設定方式にはAからDまで4種類ある。それぞれの特徴は次ページ資料1のとおりである。

◆資料1 DPC制度4つの点数設定方式

令和4年度診療報酬改定

1日当たり点数の設定方法（4つの点数設定方式）

▶ 入院初期に要する医療資源投入量等に応じた4つの点数設定方式により点数が設定される。



厚生労働省「令和4年度診療報酬改定説明」(22年3月4日開催)資料より引用

代表例を挙げる。1入院の平均点数に違いがあるため単純な比較は難しいが、A、B、Cの各方式を比較すると期間Ⅰと期間Ⅱの点数比率に差異がある。B方式は期間Ⅰの点数が高く、C方式は期間Ⅰの点数が低い。またD方式は期間Ⅰの日数が1日で、かつ期間Ⅰの点数が高い。さらには期間Ⅱより期間Ⅲの点数が高くなることも多い。

◆表1 各点数設定方式の代表的な例

点数設定方式	DPCコード	DPCコード名	入院日(日)			点数(点)		
			期間Ⅰ	期間Ⅱ	期間Ⅲ	期間Ⅰ	期間Ⅱ	期間Ⅲ
A方式	160800xx01xxx	股関節・大腿近位の骨折人工骨頭挿入術 肩、股等	11	22	60	2,609	1,851	1,573
B方式	050050xx9900x0	狭心症、慢性虚血性心疾患手術なし手術・処置等1なし手術・処置等2なし他の病院・診療所の病棟からの転院以外	2	5	30	4,038	2,254	1,916
C方式	020160xx97xxx0	網膜剥離手術あり片眼	4	8	30	2,383	1,950	1,755
D方式	060020xx9907xx	胃の悪性腫瘍手術なし手術・処置等2あり	1	5	30	41,578	1,820	3,168

電子点数表(2022年度制度)を基に作成

これらの点数方式は、疾患の医療資源投入量の特徴を踏まえて設定されている。D方式は高額な抗がん剤の化学療法等で多用される。入院1日目に高額な点数が設定されることで、患者がどのタイミングで退院したとしても、抗がん剤の費用を病院の持ち出しとなってしまうことを防げる。D方式ができる前は、高額な抗がん剤投与症例であってもA方式やB方式の点数設定だったため、費用の持ち出しになることを避けようと在院日数を延ばすケースすらあった。D方式は不要な入院を強いられることのない患者にとっても、費用の持ち出しを避けられる病院にとっても、ありがたい制度と言える。

2022年度改定ではA方式の期間Ⅰの点数が引き上げられた。具体的には、期間Ⅰの点数は、2020年度制度において1入院期間の平均医療資源投入量の15%増しがであったのに対し、2022年度制度では17%増しとなった。例として、表2に060210xx99000xヘルニアの記載のない腸閉塞のコードで比較した。

◆表2 060210xx99000x ヘルニアの記載のない腸閉塞手術なし手術・処置等1なし手術・処置等2なし定義副傷病なしの2020年度制度と2022年度制度比較

点数設定方式	入院日(日)			点数(点)		
	期間Ⅰ	期間Ⅱ	期間Ⅲ	期間Ⅰ	期間Ⅱ	期間Ⅲ
A. 2020年度制度 (期間Ⅰ 15%増)	4	8	30	2,966	2,192	1,863
B. 2022年度制度 (期間Ⅰ 17%増)	4	8	30	3,049	2,163	1,839
C. 2020年度制度 (期間Ⅰ 15%増) 平均医療資源投入量はBと同じ	4	8	30	2,977	2,215	1,883

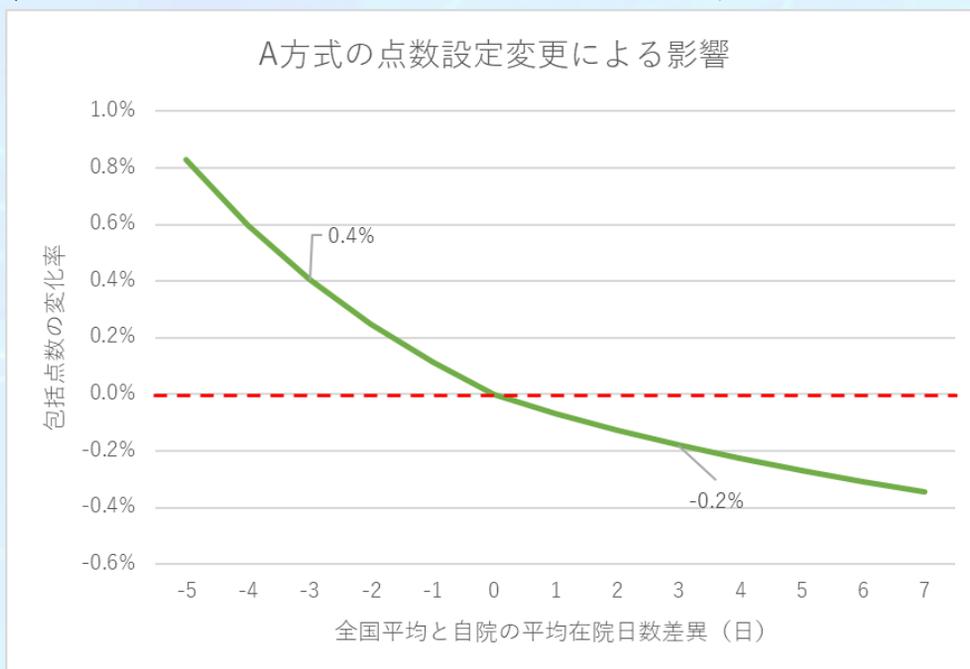
電子点数表(2020年度制度、2022年度制度)を基に作成、試算

期間Ⅰ・Ⅱ・Ⅲの日数は改定前後で変わっていない。一方、点数は、期間Ⅰが2,966点から3,049点にアップし、期間Ⅱは2,192点から2,163点に下がった(表2 AとBの比較)。平均医療資源投入量を同じとして、期間Ⅰの点数の15%増しと17%増しの比較も行った(表2 BとC)。やはり期間Ⅰは2,977点から3,049点にアップし、期間Ⅱは下がっている。

■平均的な疾患構成の病院を想定してシミュレーションしてみた

この2%の違いは地味かもしれない。疾患構成が全国のDPC病院の平均と同じ病院を仮定し、A方式が15%増しから17%増しになることで、年間の入院包括点数がどの程度変化するかシミュレーションを行った(グラフ1)。自院の平均在院日数が短い病院ほど、期間Ⅰのアップを享受でき、平均在院日数の長い病院ほど、期間Ⅱ・期間Ⅲの減少の影響を受ける。例えば、平均在院日数が全国平均より3日短い病院では、年間の入院包括点数が0.4%アップするのに対し、平均在院日数が3日長い病院では、0.2%減となってしまう。例えば、年間入院包括点数3億点、医療機関別係数1.5の病院ならば、平均在院日数が全国平均より3日短いと1,800万円の増収、3日長いと800万円の減収となる。

◆グラフ1 A方式の点数設定変更による包括点数の変化率



電子点数表(2020年度制度、2022年度制度)、DPC公開データ(2020年度実績)を基に試算

さらに、平均在院日数の短い病院は、すでに効率性係数で評価されている。それに加え、今回の改定ではA方式の見直しがプラスに働くことになる。つまり、今回の改定は、効率的な病床利用を促す色の濃い改定と言える。

A方式の2%の違いは試算しても地味だった。とは言え、金銭的なインパクトは決して無視できない。DPC制度は理解し難い点が多いことも事実である。しかし、制度を良く理解することで、経営にプラスとなるきっかけが見つかることもまた事実である。ぜひ制度の理解を深めていただきたい。

以上



執筆者 渡辺 優 氏

<主な所属組織と肩書き>

株式会社メディチュア 代表取締役

野村ヘルスケア・サポート&アドバイザー株式会社 シニアコンサルタント

株式会社MMオフィス コンサルタント

株式会社ウォームハーツ 顧問

株式会社医用工学研究所 アドバイザーシニアコンサルタント 等

<現在の主な活動>

医療データ分析（各種統計データ、院内データ等）

コンサルティング、業務支援、大学非常勤講師執筆、寄稿等