

## DPC制度（DPC/PDPS）に係るこれまでの検討状況について

### （中間報告）

平成25年10月16日

診療報酬調査専門組織 DPC評価分科会

分科会長 小山 信彌

#### [概要]

- DPC制度（DPC/PDPS）については、平成24年度診療報酬改定答申書附帯意見において、今後3回の改定を目途に継続する段階的な調整係数の置き換えを引き続き計画的に実施することとされている。

（参考）平成24年度診療報酬改定 答申書附帯意見（DPC/PDPS 関連部分 抜粋）  
10 DPC制度については、医療機関群の設定、機能評価係数Ⅱの見直し等の影響を踏まえながら、今後3回の改定を目途に継続する段階的な調整係数の置き換えを引き続き計画的に実施すること。（以下略）

- 平成24年8月22日の中医協総会において、基礎係数・機能評価係数Ⅱの次回改定（平成26年度）対応に係る基本方針と今後の検討課題について了承され、今後の検討課題について引き続きDPC評価分科会で検討を進めることとされた。

<平成24年8月22日中医協総会での了承された事項（概要）>

- ① 基礎係数・機能評価係数Ⅱによる評価体系の基本骨格
  - 平成24年度改定の経緯も踏まえ、医療機関群別の基礎係数と各施設の実績に基づく機能評価係数Ⅱ（一部病院群別）という評価体系の基本骨格は維持する。
- ② 医療機関群の設定
  - 現行のⅠ群（大学病院本院）及びⅡ群（Ⅰ群に準じる病院）は、引き続き維持する。
  - 現行のⅡ群の要件である、「診療密度」、「医師研修」、「高度な医療技術」、「重症患者に対する診療」について全てⅠ群（大学病院本院）の最低値（但し、外れ値を除く）をクリアする、という考え方については、引き続き維持する。

（次ページにつづく）

- なお、「高度な医療技術の実施」については、現行の外保連手術指数による評価を基本としつつ、以下の点については、予め明確化する。
  - 実施された手術のうち、外保連手術指数との結び付けが不可能と判断された手術については、評価の対象外とする（現行の考え方を維持）。
  - 外保連手術指数の集計においては、様式 1 に記載された手術のうち、複数の記載がある場合については、最も外保連手術指数が高い手術の指数に基づき評価する。

③ 機能評価係数Ⅱの評価体系

- 現行の6項目による評価（うちカバー率、複雑性、地域医療は群別の評価）の体系自体は原則維持する。

<平成 24 年 8 月 22 日中医協総会での了承された次回改定（平成 26 年度）に向けた検討課題（概要）>

② 医療機関群の設定

- I 群及びⅡ群以外の病院（Ⅲ群）に関する医療機関群設定のあり方については、今後の実績を踏まえて検討する。
- それぞれの要件の具体的な評価手法については、現行の評価手法を基本としつつ、今後の実績を踏まえた必要な見直しについて検討することとする。

③ 機能評価係数Ⅱの評価体系

- 新規評価項目の追加については今後、引き続き検討することとする。
- 各項目の具体的な評価手法（指数から係数への変換等）については、今後の実績や医療機関の機能分担・連携の進展状況等も踏まえながら、必要に応じて見直すこととする。

- 以降、計 9 回の DPC 評価分科会での検討を経て、以下の事項に関する一定の検討結果および今後の検討事項・スケジュールについてとりまとめ、中医協総会に報告する。

1. 基礎係数（医療機関群に関連する事項を含む）について
2. 機能評価係数Ⅱについて
3. その他
4. 今後の検討事項・スケジュール

## 1. 基礎係数（医療機関群に関連する事項を含む）について

### （1）Ⅲ群のあり方について

- Ⅲ群の細分化は行わないこととしてはどうか。

#### <考え方>

- Ⅲ群に含まれている病院には、専門病院や地域の中核病院等、役割や効率性・複雑性等の観点から非常に大きなバリエーションがあり、それらを平均的に評価することは問題があるのではないかという意見があった。
- 一方、効率性や複雑性が低い小さな病院であっても、地域に密着して果たしている役割があり、そういった役割を担う病院が基礎係数で評価されるという観点から現行のⅢ群の評価方法のままでも良いのではないかという意見があった。
- また、例えば「専門病院」という枠組みで見た場合であっても、専門病院の中に脳疾患専門病院や整形外科専門病院等多様な機能を持った病院が含まれており、一定の基準を設定することは難しいのではないかという意見があった。
- 加えて、そもそも医療機関群そのものを変更することではバラつきを補正することにはならず、さまざまなバリエーションについては、機能評価係数によって評価していくべきではないかという意見があった。

### （2）Ⅱ群の要件について

#### ① 【実績要件2】医師研修の実施について

##### （ア）臨床研修制度への影響評価を踏まえた対応について

- 現行の臨床研修医数を用いる評価方法については、引き続き継続することとしてはどうか。

#### <考え方>

- 平成24年度診療報酬改定の中医協附帯意見において、「臨床研修制度を含めた他制度への影響についても十分に調査・検証するとともに、見直し等が必要な場合には速やかに適切な措置を講じること。」とされている。
- 平成22年度から25年度までの4年間にわたり臨床研修医数の分布について集計を行ったが、基礎係数（医療機関群別による評価）の考え方が導入された平成24年度以降についても、医療機関群別に見た臨床研修医の分布の傾向について現時点では大きな変化は認められていない。

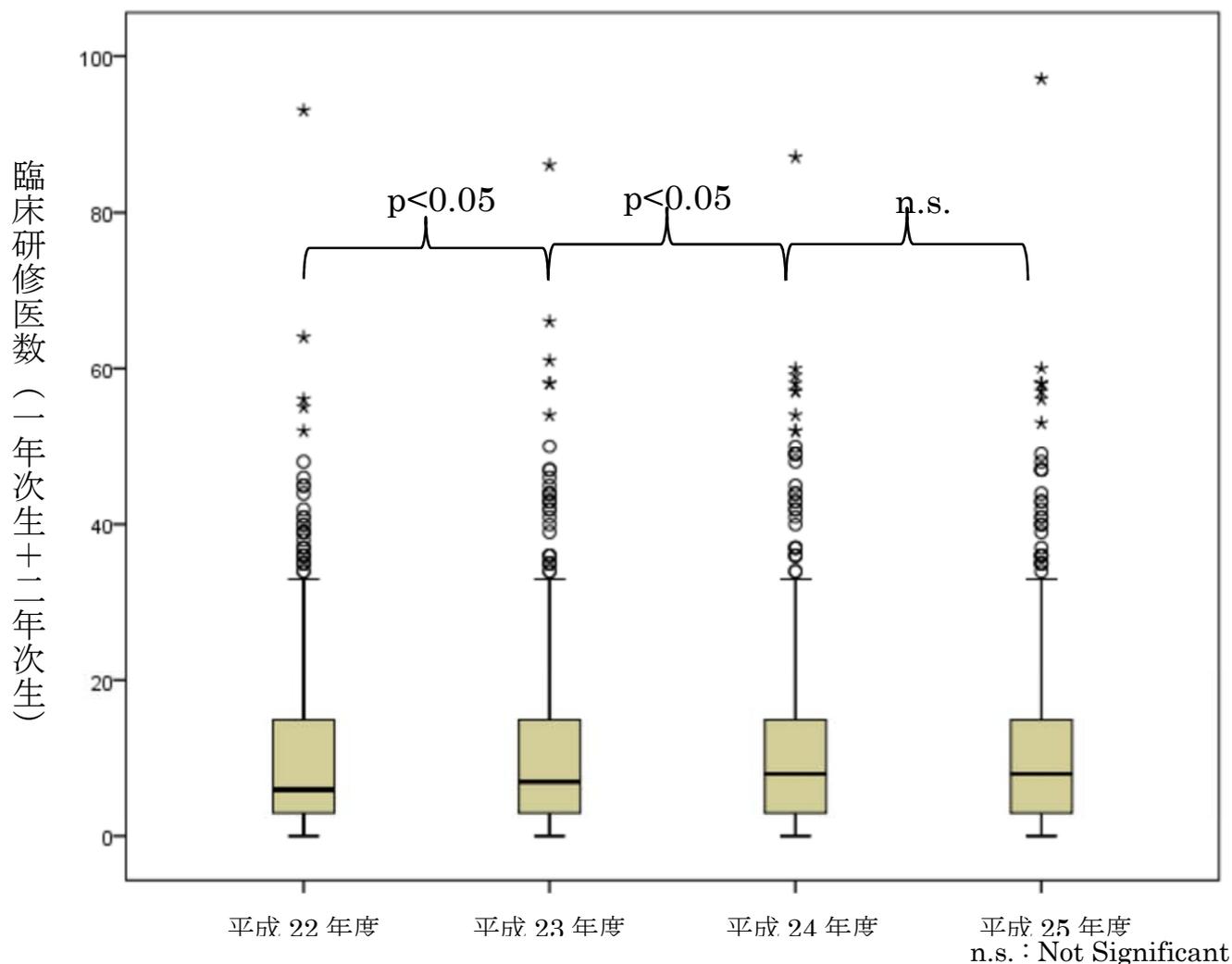
(参考：臨床研修制度への影響のための集計結果)

【図表 1】臨床研修医数全体からみた DPC 病院群別のシェア

H22 年から H25 年の間に参加している臨床研修指定病院の占める年度別割合	合計			
	H22 年度	H23 年度	H24 年度	H25 年度
①DPC 病院 I 群(大学病院本院)	42.0%	41.0%	39.6%	38.9%
②DPC 病院 II 群( I 群に準ずる病院)	13.3%	13.4%	13.4%	13.5%
③DPC 病院 III 群(その他)	39.6%	40.6%	41.8%	42.4%
④DPC 病院( II + III) 群(②+③)	52.9%	53.9%	55.2%	55.9%
⑤DPC 対象病院全体(①+②+③)	94.9%	94.9%	94.9%	94.8%

【図表 2】DPC II 群 + III 群の臨床研修医数の中央値有意差検定

### II 群 + III 群病院の臨床研修医数



仕様

・ DPC 対象病院 : H22 年から H25 年の間 DPC 対象病院かつ H22 年 H25 年臨床研修指定病院

(イ) 臨床研修実績の評価方法について

- 臨床研修実績の評価方法については、協力型臨床研修病院の研修実績を含めず、基幹型臨床研修指定病院の採用数の実績のみによって算出することとしてはどうか。

<考え方>

- 基幹型臨床研修病院の採用数の実績に加え、協力型臨床研修病院の研修実績も加味して評価している。
- 基幹型臨床研修病院としての研修医の採用実績については、正確に把握することが可能であるが、協力型臨床研修病院としての研修医の受け入れ数については、(時期による受け入れ人数の増減等により) 正確な状況を継続的に把握することが難しい。

## 2. 機能評価係数Ⅱについて

### (1) 基本的な考え方

○ 機能評価係数Ⅱの基本的な考え方については、平成 24 年度改定における考え方を引き続き維持することとしてはどうか。

平成 24 年度改定における機能評価係数Ⅱの基本的な考え方について  
(平成 23 年 9 月 21 日 DPC 評価分科会 D-1-3 抜粋・一部改変)

- DPC 参加による医療提供体制全体としての効率改善等へのインセンティブ (医療機関が担うべき役割や機能に対するインセンティブ) を評価する。
- 係数は、当該医療機関に入院する全 DPC 対象患者が負担することが妥当なものとする。

#### 1. 全 DPC 対象病院が目指すべき望ましい医療の実現

○主な視点

- ①医療の透明化 (透明化)
- ②医療の質的向上 (質的向上)
- ③医療の効率化 (効率化)
- ④医療の標準化 (標準化)

#### 2. 社会や地域の実情に応じて求められている機能の実現 (地域における医療資源配分の最適化)

○主な視点

- ①高度・先進的な医療の提供機能 (高度・先進性)
- ②総合的な医療の提供機能 (総合性)
- ③重症患者への対応機能 (重症者対応)
- ④地域で広範・継続的に求められている機能 (5 疾病等)
- ⑤地域の医療確保に必要な機能 (5 事業等)

【(参考) 現行の機能評価係数Ⅱの 6 項目の考え方】

診調組 D-2-1 (一部改変)  
23. 10. 14

①	データ提出指数
②	効率性指数
③	複雑性指数
④	カバー率指数
⑤	救急医療指数
⑥	地域医療指数

1. 全 DPC 対象病院が目指すべき望ましい医療の実現

2. 社会や地域の実情に応じて求められている機能の実現 (地域における医療資源配分の最適化)

## (2) 現行6項目の見直し

- 現行6項目の見直しについては、各指数について、以下のような観点から見直しの検討を進めて行くこととしてはどうか。
- 平成24年度通年のDPCデータによる検証を踏まえ検討を進めることとしてはどうか。

### ① データ提出指数

- データの質を評価する新たな方法等について検討することとしてはどうか。

#### <考え方>

- 現行の「部位不明・詳細不明コード」の使用割合による評価方法については、ほとんどの医療機関が基準（20%未満）をクリアしている。
- DPCデータの質に関連して、質が低く分析対象とはならないデータを多数提出している医療機関があるという指摘、支払いに関係のない副傷病はほとんど記載されていないという指摘、様式1の記載内容はレセプトとの記載内容との整合性によって評価すべきという指摘等がある。
- これらの指摘を踏まえ、適切な副傷病の記載や、各様式間の矛盾のない記載等について、データ提出指数の評価対象とすることについて検討を進めることとしてはどうか。

### ② 効率性指数

- 後発医薬品の使用割合による評価の導入について検討することとしてはどうか。

#### <考え方>

- DPC/PDPSにおいては、包括範囲の使用薬剤は後発医薬品に置き換えるインセンティブがあるものと考えられるが、退院時処方や手術中に用いる薬剤等、別途出来高算定が可能となっている薬剤についても後発医薬品の使用を評価すべきという視点がある。
- 社会保障・税一体改革大綱（平成24年2月17日閣議決定）に基づいて作成されている「後発医薬品のさらなる使用促進のためのロードマップ」において、後発品の数量シェア60%以上が目標値として設定されている。

(参考) 後発医薬品の数量シェア

$$= \frac{\text{[後発医薬品の数量]}}{\text{([後発医薬品のある先発医薬品の数量] + [後発医薬品の数量])}}$$

- 包括部分は二重インセンティブとなるため出来高部分の使用薬剤割合に評価対象をしぼるべきという意見、また後発医薬品の使用割合による評価を導入する場合であっても現行の効率性指数の中に入れるべきではないという意見等、引き続き議論すべき論点が提示された。
- また、後発医薬品の使用については、DPC 対象病院だけでなく全医療機関で進めるべきであり、医科点数表による評価体系との整合性に配慮すべきという意見があった。

### ③ 地域医療指数

- 体制評価指数については、従来の「4 疾病・5 事業」に加え、「精神疾患」を加えた「5 疾病・5 事業」について、評価項目の導入を検討することとしてはどうか。

#### <考え方>

- 平成 24 年 4 月 1 日より、新たな厚生労働省告示が適用され、都道府県は従前の「4 疾病・5 事業」に加え、新たに「精神疾患」および「居宅等における医療（在宅医療）」（「5 疾病・5 事業および在宅医療」）について医療計画を定めるものとされたことを踏まえ、従前の「4 疾病・5 事業」に加え、「精神疾患」および「在宅医療」を評価対象とすることについて議論を行った。
- 「精神疾患」については、高齢化が進んで認知症の患者が増えていること、また救急で精神疾患をベースに持っている患者が増えていること等を踏まえ、DPC 病院における精神科の役割を評価すべきではないかという意見があった。
- 一方、「在宅医療」については、医療機能の分化・連携に向けた取り組みが進んでいる中で、急性期の位置づけである DPC 対象病院が在宅医療で評価されることが果たして望ましいのかについて疑問があるという意見、「在宅療養支援病院」が 200 床未満の医療機関が対象であること等から現時点では DPC 対象病院を在宅医療の観点から評価する指標を作るのは難しいのではないかという意見があった。

### ④ その他の指数（複雑性指数、カバー率指数、救急医療指数）

- 現行の評価方法を基本としつつ、必要な見直しを行うこととしてはどうか。

### 3. その他

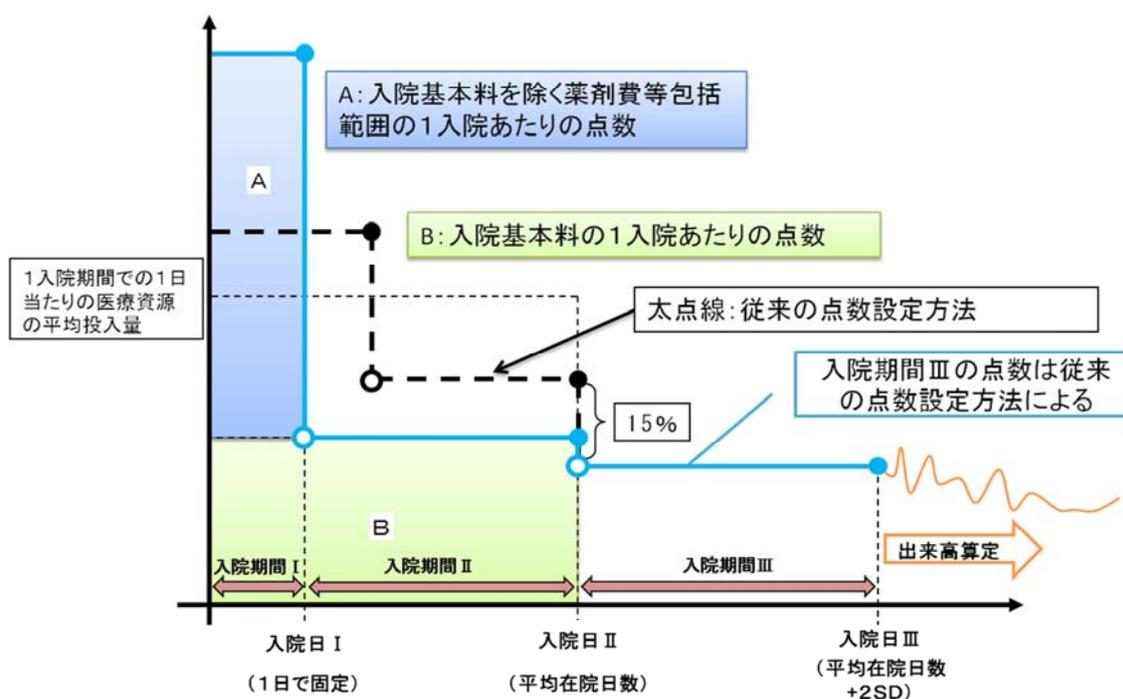
基礎係数、機能評価係数Ⅱ以外の事項についても、一定の検討結果をとりまとめたので報告する。

#### (1) 算定ルール等について

##### ① 高額薬剤に対応するために導入された点数設定方式について

- 前回改定で試行的に導入した高額薬剤に対応するための点数設定方式について、当該点数設定方式を導入した22の診断群分類については、平成24年度通年のDPCデータによる検証を踏まえ、次回改定以降も当該点数設定方式を引き続き適用することについて検討することとしてはどうか。
- 高額な薬剤を使用する診断群分類だけでなく、高額な材料を用いる検査（心臓カテーテル検査等）等についても当該点数設定方式を適用することについて検討することとしてはどうか。

(参考) 平成24年度改定で高額薬剤に対応するため導入された新たな点数設定方式



#### <考え方>

- 在院日数遷延を防止する観点から、平成24年度改定において、入院基本料を除く薬剤費等包括範囲の点数を入院期間Ⅰの点数に組込む設定を22の診断群分類において試行的に導入した。
- 試行的に導入した22の診断群分類のうち、20の診断群分類で平均在院日数の短縮を認めている。

- (参考) 新たな点数設定方式を導入した 22 の診断群分類における、平成 23 年度と 24 年度で比較した平均在院日数の変化について

H24 年診断群分類	分類名等	H23 年	H24 年	差
020200xx99x3xx	黄斑、後極変性 ベガブタニブナトリウムあり	2.28	2.13	-0.15
020200xx99x4xx	黄斑、後極変性 ラニビズマブあり	2.52	2.44	-0.08
040040xx9907xx	肺の悪性腫瘍 ペメトレキセドナトリウム水和物あり	15.05	13.83	-1.22
040040xx9908xx	肺の悪性腫瘍 ベバシズマブあり	12.95	12.46	-0.49
040050xx99x4xx	胸壁腫瘍、胸腺腫瘍 ペメトレキセドナトリウム水和物あり	14.71	14.01	-0.70
060020xx99x40x	胃の悪性腫瘍 パクリタキセルまたはドセタキセルあり	9.21	8.89	-0.32
060035xx99x4xx	大腸の悪性腫瘍 FOLFILI 療法あり	4.38	4.31	-0.06
060035xx99x50x	大腸の悪性腫瘍 ベバシズマブなどあり	4.56	4.47	-0.09
060040xx99x5xx	直腸肛門の悪性腫瘍 FOLFOX 療法あり	4.32	4.32	0.01
060040xx99x60x	直腸肛門の悪性腫瘍 ベバシズマブなどあり	4.43	4.29	-0.15
070470xx99x3xx	関節リウマチ エタネルセプトあり	17.38	18.43	1.04
070470xx99x4xx	関節リウマチ アダリムマブ、ゴリムマブあり	14.95	13.46	-1.49
070470xx99x5xx	関節リウマチ アバタセプト、トシリズマブあり	4.69	4.56	-0.14
070470xx99x6xx	関節リウマチ インフリキシマブあり	3.27	2.97	-0.29
070470xx99x7xx	関節リウマチ インフリキシマブ(強直性脊椎炎の場合)あり	4.90	3.98	-0.91
080140xxxxx2xx	炎症性角化症 インフリキシマブあり	2.93	2.66	-0.27
090010xx99x4xx	乳房の悪性腫瘍 パクリタキセルまたはドセタキセルありなど	6.10	5.63	-0.47
090010xx99x5xx	乳房の悪性腫瘍 トラスツズマブあり	4.78	4.67	-0.11
090010xx99x60x	乳房の悪性腫瘍 パクリタキセル(アルブミン懸濁型)あり	6.30	4.94	-1.37
120010xx99x50x	卵巣・子宮附属器の悪性腫瘍 カルボプラチン+パクリタキセルありなど	5.57	5.24	-0.33
120010xx99x60x	卵巣・子宮附属器の悪性腫瘍 ドキソルビシン塩酸塩リボソーム製剤あり	5.29	4.86	-0.43
130030xx99x5xx	非ホジキンリンパ腫 イブリツモマブチウキセタン塩化イットリウムあり	13.35	11.86	-1.49

- ※平成 23 年度は平成 23 年 4～9 月分、平成 24 年度は平成 24 年 4～9 月分のデータを使用

② 退院後3日以内に再入院となった場合の算定ルールについて

- 一連と見なされる3日以内の再入院を1入院として取り扱うルールについては、平成24年度通年DPCデータによる検証等を踏まえ、適切な見直しに向けて引き続き検討することとしてはどうか。

<考え方>

- 3日以内に再入院となった症例については、前回入院の「医療資源を最も投入した傷病名」と再入院の際の「入院の契機となった傷病名」の診断群分類番号上6桁コードが同一である場合、前回入院と一連の入院であるものとみなし、入院期間の起算日は初回入院の入院日として算定することとされている。
- 一連と見なすか否かの判断において再入院の際の「入院の契機となった傷病名」に基づいて判断することの妥当性、また「3日」という日数設定の妥当性等について検討を行った。
- 当該ルールを見直す場合は、医科点数表の入院基本料の起算日のルールとの整合性にも配慮すべきではないかという意見があった。

(※参考①、②は平成24年4月1日以降入院で7月1日～7月31日に退院した症例を追跡)

参考①

前回入院時の「医療資源を最も投入した傷病名」と再入院時の「入院の契機となった傷病名」の一致しない症例の件数とその率（再入院までの日数別）

再入院までの期間(日)	1日目	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目	7日目	8日目	9日目	10日目
件数	1,072	1,307	1,436	1,515	1,534	1,626	1,638	1,401	1,347	1,336
比率	56.7%	57.0%	55.8%	39.7%	31.4%	29.1%	35.5%	42.6%	40.1%	35.2%

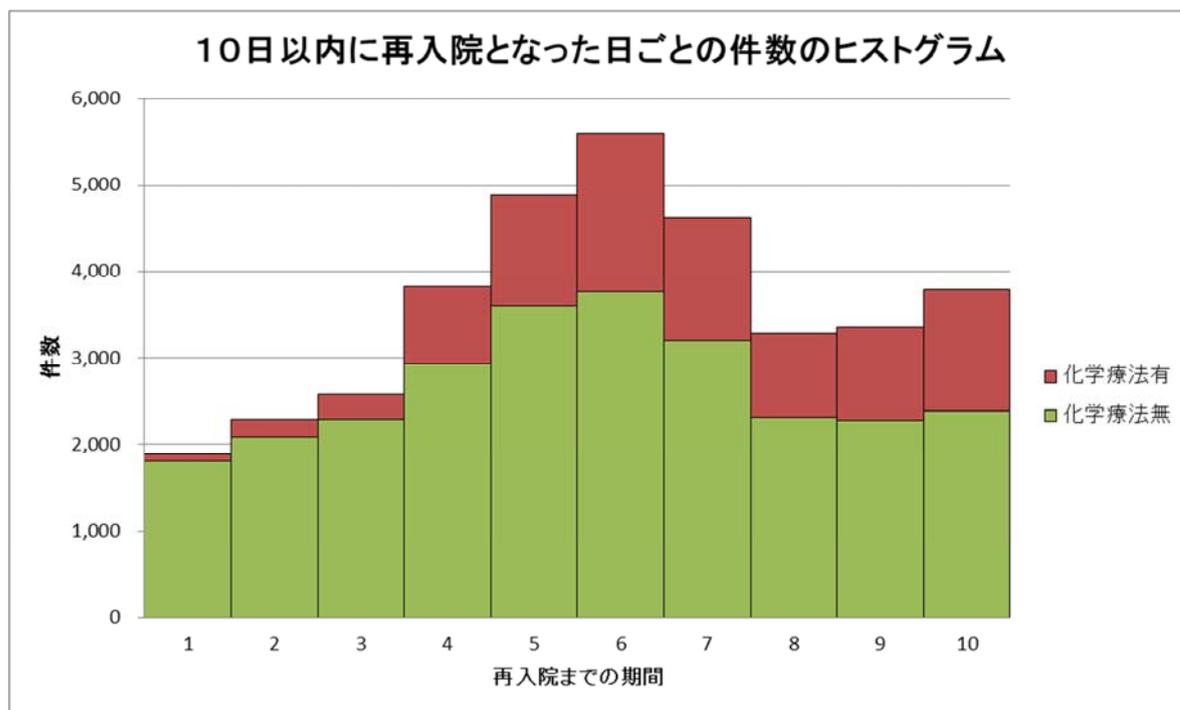
参考②

前回入院時の「医療資源を最も投入した傷病名」と再入院時の「入院の契機となった傷病名」の一致しない症例のうち、前回入院時の「医療資源を最も投入した傷病名」と再入院時の「医療資源を最も投入した傷病名」の一致する症例の件数とその率（再入院までの日数別）

再入院までの期間(日)	1日目	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目	7日目	8日目	9日目	10日目
件数(※)	84	134	142	149	142	169	154	118	121	115
比率(※)	7.8%	10.3%	9.9%	9.8%	9.3%	10.4%	9.4%	8.4%	9.0%	8.6%

参考③

10日以内に再入院となった日ごとの件数のヒストグラム（再入院時の化学療法あり・なし別）



(2) 退院患者調査の様式1の記録方式の見直し

○ 次回改定以降は、退院患者調査の様式1はより拡張性の高い記録方式によって提出することとしてはどうか。

<考え方>

- 退院患者調査の見直しのうち、システム改修等を伴う技術的事項については、導入に時間を要することから、早期に方針を確定させる必要がある。
- 現行の様式1は、患者1名につき1行のデータ記録方式により厚生労働省に提出することとされているが、調査項目数に制限をかける必要があること、調査項目の変更を行った際に変更前のデータと突合がしにくいといった問題点が指摘されており、より拡張性の高い、項目名も同時に記録するデータ記録方式に変更すべきという意見があった。

#### 4. 今後の検討事項とスケジュール

- 今回の中間報告の結果を踏まえ、次回改定に向けた下記の検討課題について引き続き DPC 評価分科会において具体的整理・検討を進め、平成 25 年 12 月を目途に検討結果を中医協総会へ報告することとしてはどうか（整理・検討を進める中で、中医協総会に諮るべき事項等が生じた場合は、適宜中医協総会へ中間報告する）。
- 激変緩和措置等、改定全体の影響を考慮する必要性がある事項については、改定全体の方針が定まってから中医協総会で議論することとしてはどうか。

・次回改定（平成 26 年度）に向けて中医協総会及び DPC 評価分科会において検討を要する事項について

##### (1) 基礎係数（医療機関群のあり方）について

- II 群要件の具体的な算出方法について 等

##### (2) 機能評価係数 II について

- 現行の 6 項目の評価方法について
- 医療機関別群別評価のあり方について
- 指数から係数への変換方法 等
- 各係数への報酬配分（重み付け）のあり方 等

##### (3) 診断群分類の見直し

- 新たな技術に対応した見直し
- 副傷病の見直し 等

##### (4) 算定ルール等の見直し

- 3 日以内再入院ルールの見直しについて
- 点数設定方法 D（高額薬剤に対応するために導入した点数設定方式）の適用のあり方について
- 特定入院期間を過ぎるまで行われなかった高額な材料・薬剤を用いる検査の取り扱いについて 等

##### (5) その他

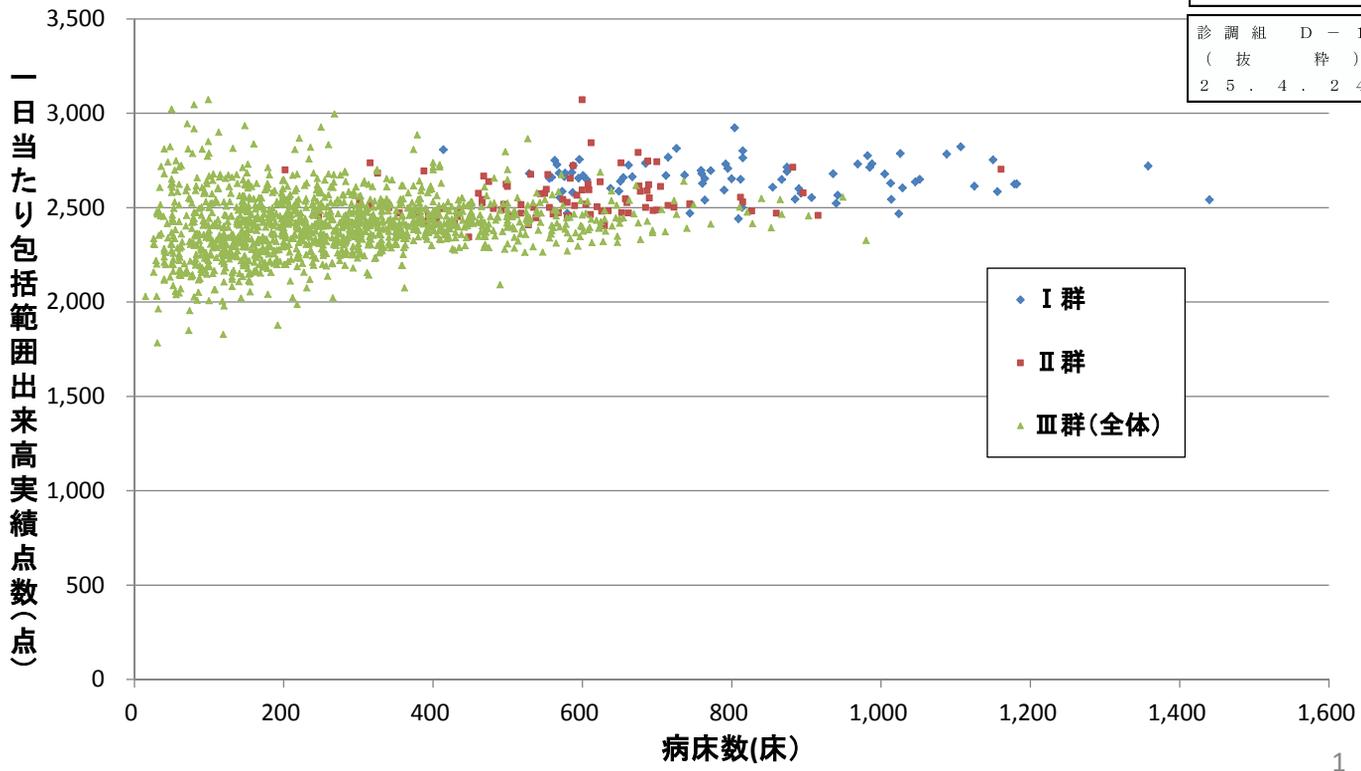
- 暫定調整係数の計画的な置き換えのための検証について
- 激変緩和措置のあり方
- DPC 導入の影響評価にかかる調査（退院患者調査）の見直しについて  
様式 1 の見直し 等
- 適切なコーディングの推進について 等

(1) 平成23年度から平成24年度にかけてⅢ群全体の傾向について

中医協	総	-	1	-	1
参					考
2	5	.	1	0	. 1 6
診	調	組	D	-	5
参					考
2	5	.	9	.	2 0
診	調	組	D	-	1
(	抜				粹)
2	5	.	4	.	2 4

平成24年度データ

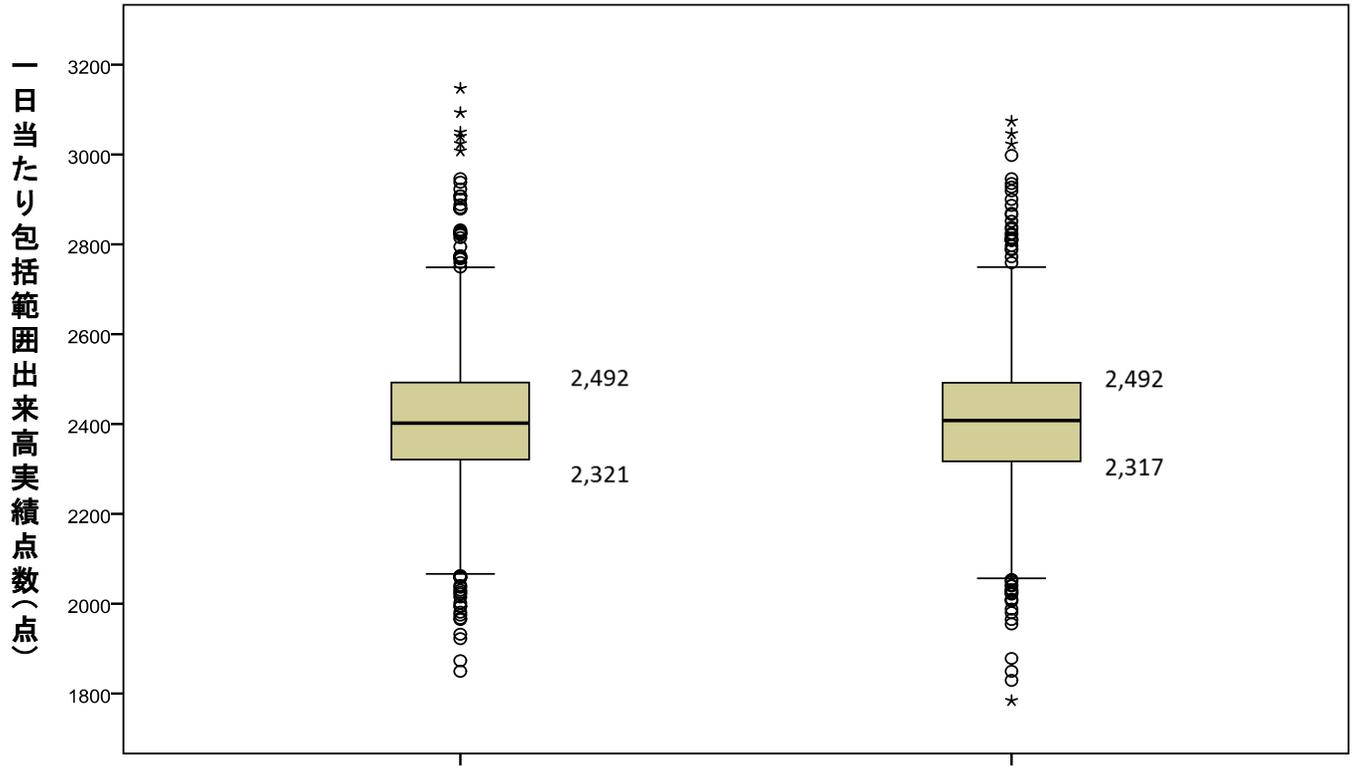
[図1] 病床数と一日あたり包括範囲出来高実績点数 (患者数補正後・医療機関別) (全医療機関群)



平成23年度データ

平成24年度データ

【図2】 一日あたり包括範囲出来高実績点数 (患者数補正後・医療機関別) (DPC病院Ⅲ群・経年比較)



平成23年度

平成24年度

## (2) Ⅲ群病院の類型別集計 ① 専門病院

○各類型の定義について

がん専門病院	入院患者に占めるがん患者の割合が40%以上
専門病院	がん専門病院以外の病院で、入院患者に占める特定MDCの患者の割合が40%以上
その他の病院	上記以外の病院

○各類型の医療機関数

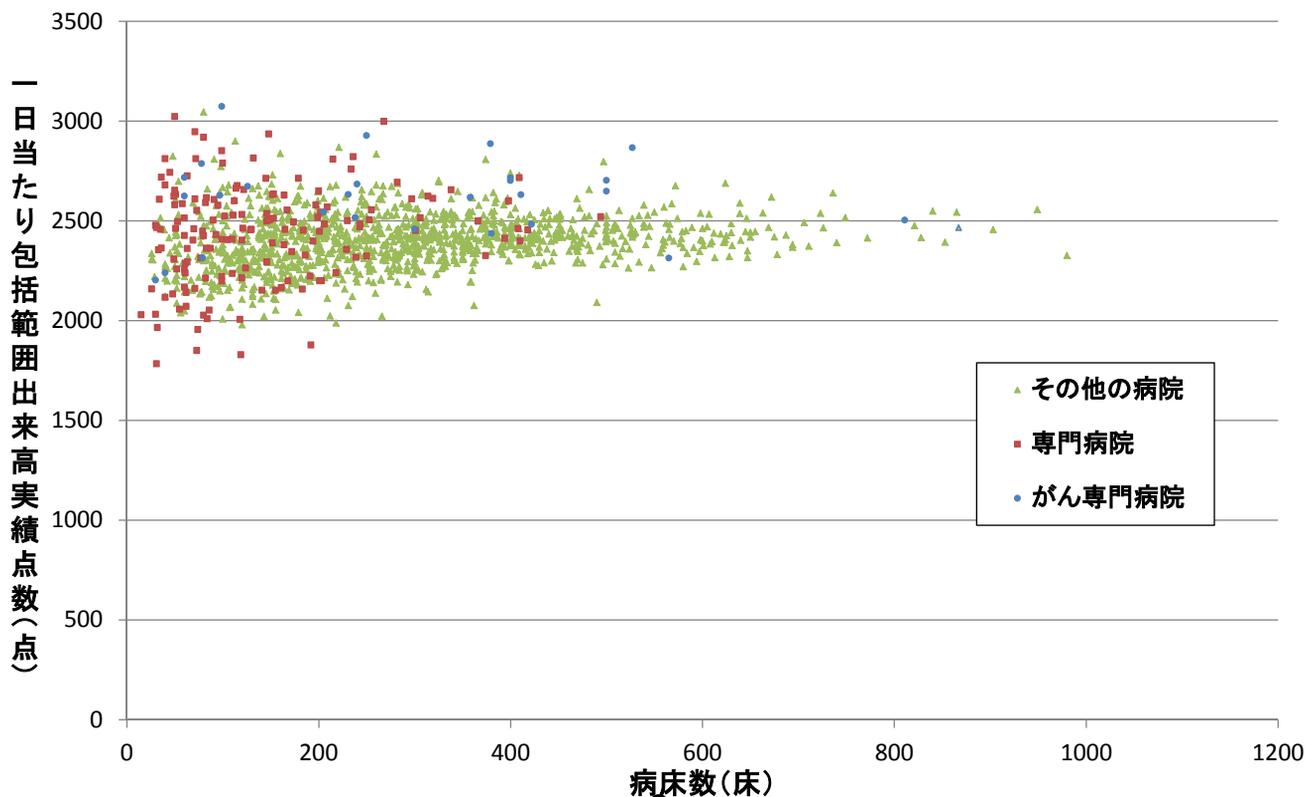
平成23年度データ	
がん専門病院	26施設
専門病院	159施設
その他の病院	1,141施設
合計	1,326施設

平成24年度データ	
がん専門病院	28施設
専門病院	154施設
その他の病院	1,144施設
合計	1,326施設

3

平成24年度データ

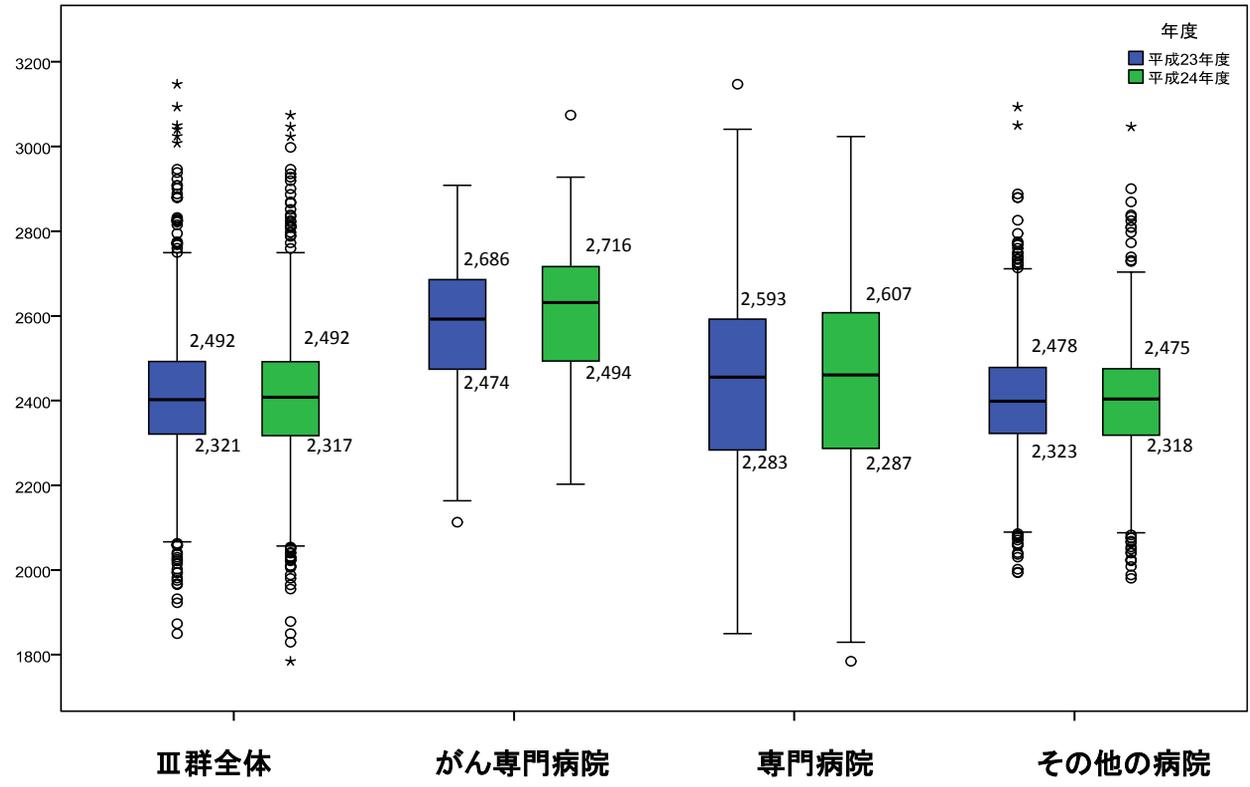
【図3】 平成24年度病床数と一日あたり包括範囲出来高実績点数  
(患者補正後・医療機関別)(DPC病院Ⅲ群・類型①)



4

【図4】各類型(専門病院等)と一日あたり包括範囲出来高実績点数(患者数補正後・医療機関別)(DPC病院Ⅲ群・経年比較)

一日あたり包括範囲出来高実績点数(点)



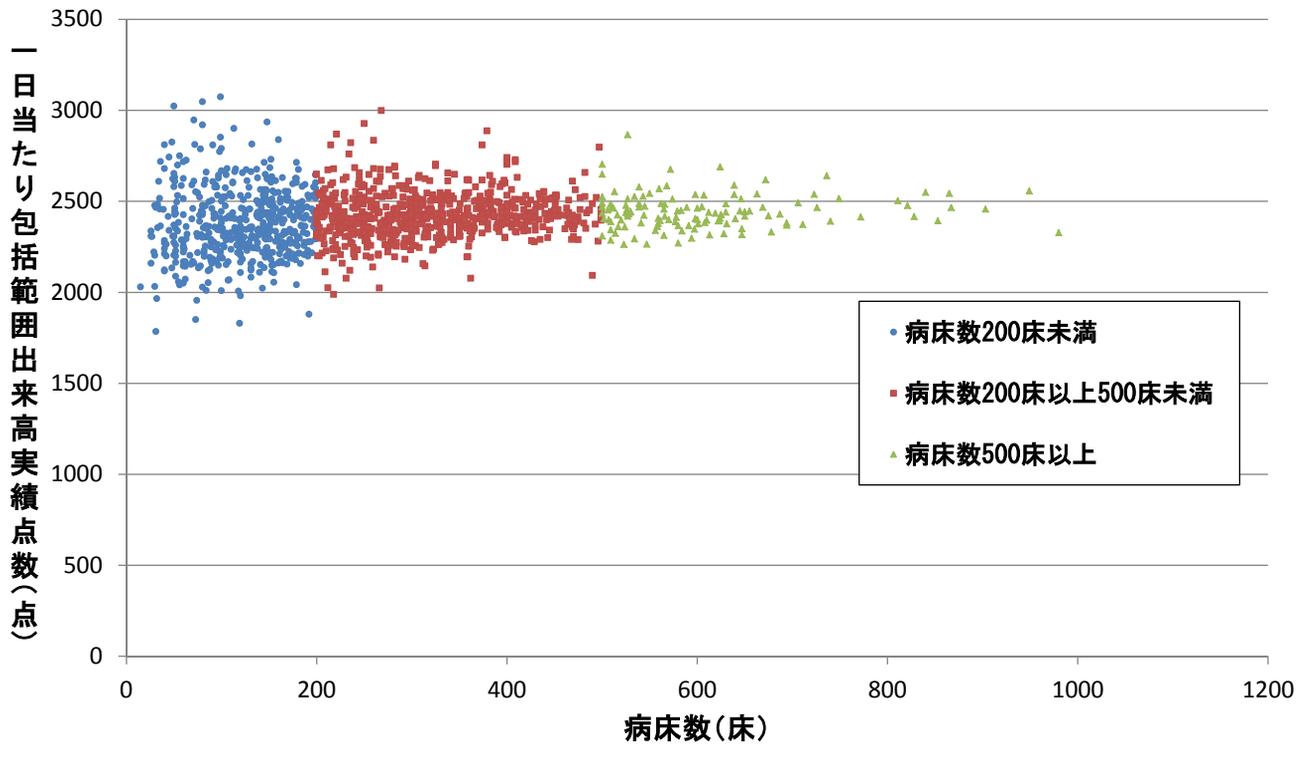
## (2) Ⅲ群病院の類型別集計 ②中規模・小規模病院

○各類型の医療機関数

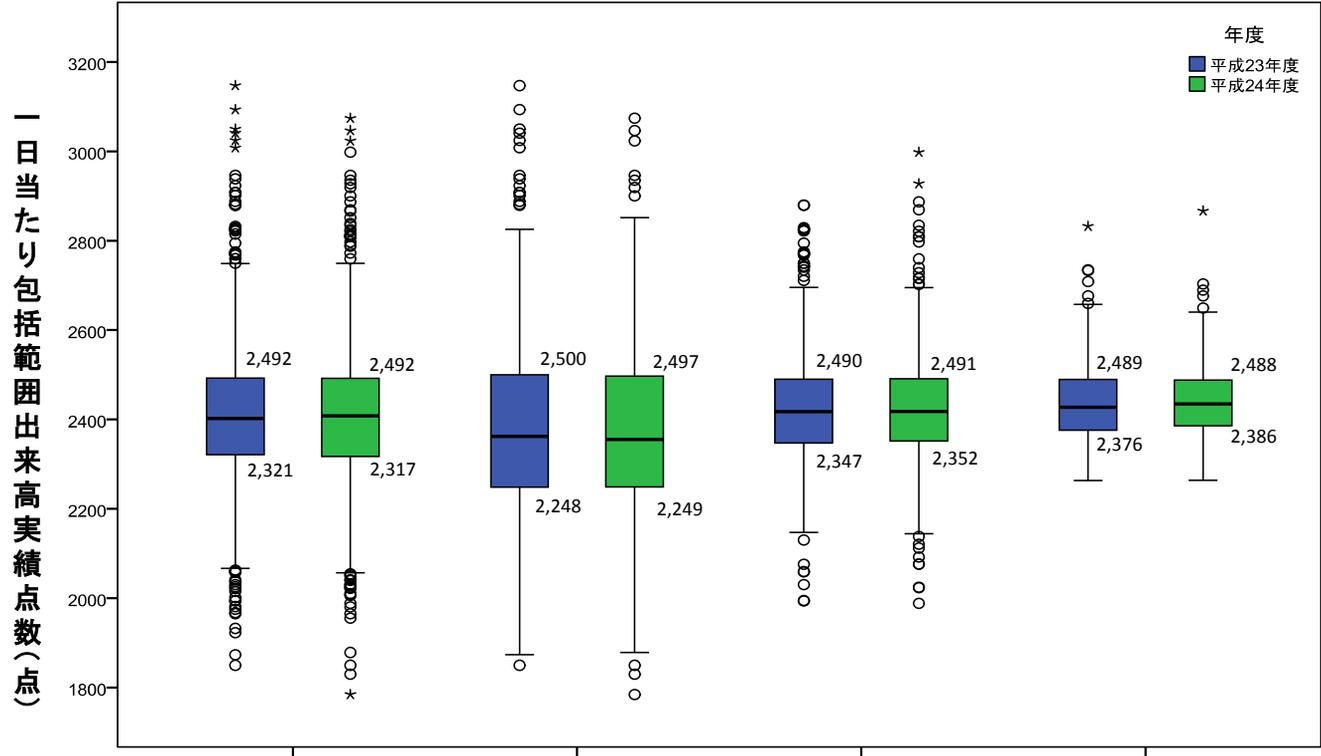
平成23年度データ	
200床未満	516施設
病床数200床以上500床未満	682施設
病床数500床以上	128施設
<b>合計</b>	<b>1,326施設</b>

平成24年度データ	
200床未満	517施設
病床数200床以上500床未満	681施設
病床数500床以上	128施設
<b>合計</b>	<b>1,326施設</b>

【図5】 病床数と一日あたり包括範囲出来高実績点数(患者補正後・医療機関別)  
(DPC病院Ⅲ群 類型②)



【図6】 各類型(病床数別)と一日あたり包括範囲出来高実績点数  
(患者数補正後・医療機関別)(DPC病院Ⅲ群・経年比較)



## 臨床研修医の採用実績について

平成25年度の研修医の採用実績の概要は以下のとおりです。

### 1. 地域別の状況

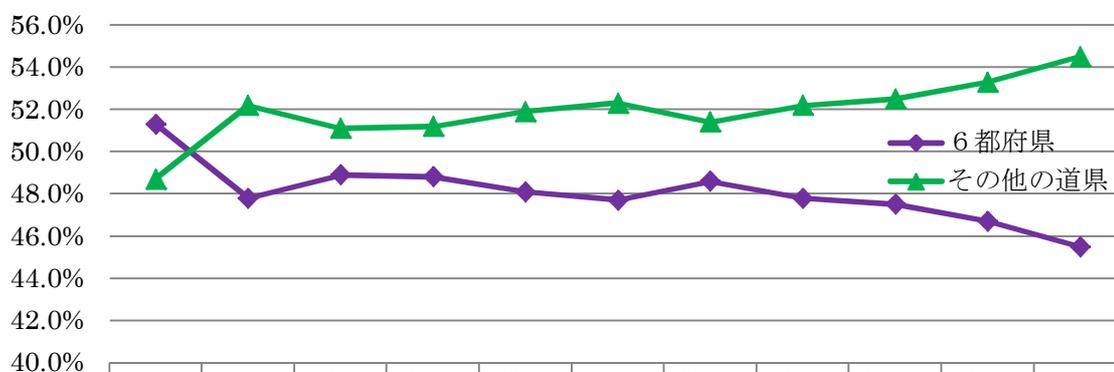
○都市部の6都府県（東京都、神奈川県、愛知県、京都府、大阪府、福岡県）以外の道県の採用実績の割合は、平成16年度の新制度導入後、過去最大となりました。

#### ・ 6都府県とその他の道県の研修医採用人数の推移

(人)

	H15'	H16'	H17'	H18'	H19'	H20'	H21'	H22'	H23'	H24'	H25'
6都府県	4,193	3,526	3,680	3,766	3,640	3,689	3,715	3,585	3,643	3,584	3,493
その他の道県	3,973	3,846	3,846	3,951	3,920	4,046	3,929	3,921	4,029	4,095	4,181
計	8,166	7,372	7,526	7,717	7,560	7,735	7,644	7,506	7,672	7,679	7,674

### 採用割合の推移



	H15'	H16'	H17'	H18'	H19'	H20'	H21'	H22'	H23'	H24'	H25'
6都府県	51.3%	47.8%	48.9%	48.8%	48.1%	47.7%	48.6%	47.8%	47.5%	46.7%	45.5%
その他の道県	48.7%	52.2%	51.1%	51.2%	51.9%	52.3%	51.4%	52.2%	52.5%	53.3%	54.5%

#### ※ 特に研修医の採用実績が増えた県

	平成 24 年度	平成 25 年度	対前年度
・ 宮城県	99 人	→ 117 人	+18.2%
・ 福島県	57 人	→ 76 人	+33.3%
・ 茨城県	101 人	→ 129 人	+27.7%
・ 新潟県	75 人	→ 95 人	+26.7%
・ 佐賀県	50 人	→ 60 人	+20.0%

## 2. 臨床研修病院と大学病院別の状況

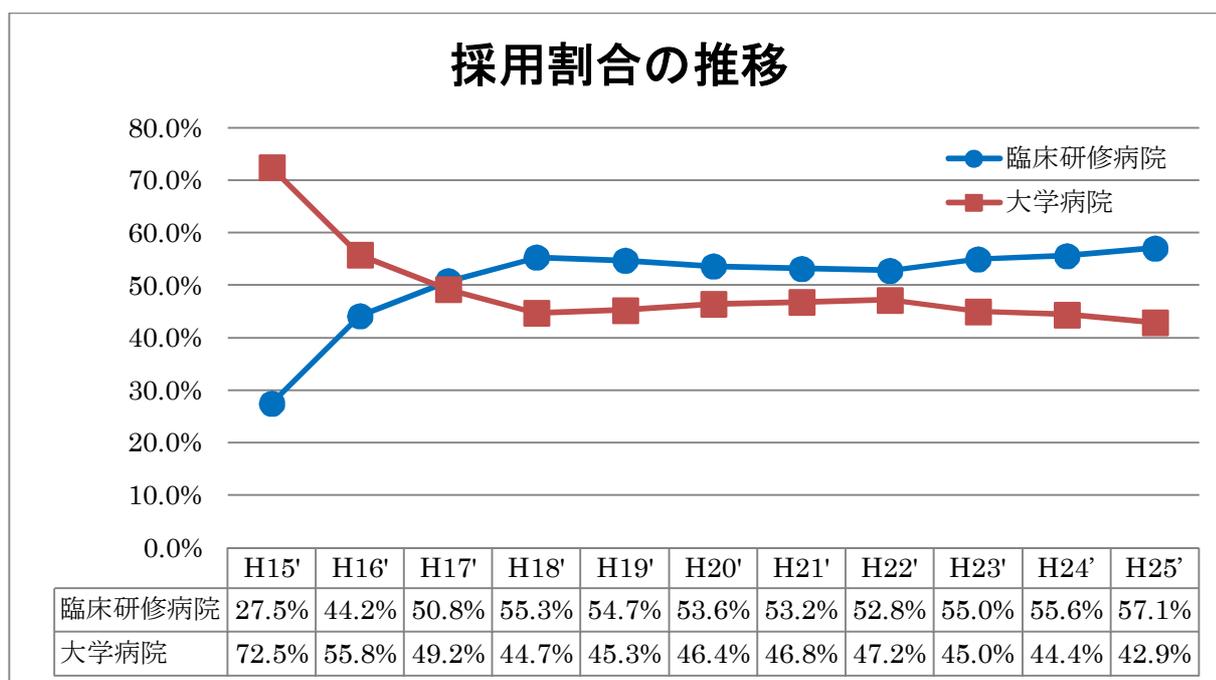
○大学病院の採用実績の割合は、昨年度より減少しました。

○大学病院では、昨年度より採用人数が増加した病院と減少した病院の数がほぼ同数です。

### ・ 臨床研修病院・大学病院別の研修医採用人数の推移

(人)

	H15'	H16'	H17'	H18'	H19'	H20'	H21'	H22'	H23'	H24'	H25'
臨床研修病院	2,243	3,262	3,824	4,266	4,137	4,144	4,069	3,961	4,222	4,267	4,383
大学病院	5,923	4,110	3,702	3,451	3,423	3,591	3,575	3,545	3,450	3,412	3,291
計	8,166	7,372	7,526	7,717	7,560	7,735	7,644	7,506	7,672	7,679	7,674



### ※大学病院の状況

- ・ 昨年度より採用人数が増加 51病院 (43.6%)
- ・ 昨年度より採用人数が減少 55病院 (47.0%)
- ・ 昨年度と採用人数が同じ 8病院 (6.8%)
- ・ 平成25年度から募集を開始 3病院 (2.6%)

## 研修医の採用人数(都道府県別)

(人)

都道府県	平成15年度	平成24年度		平成25年度		平成15年度 との差 ③-①	前年度 との増減 ③-②
	①	②	③	④	⑤		
北海道	288	264	(3)	267	(0)	△ 21	3
青森県	56	64	(0)	72	(0)	16	8
岩手県	38	67	(1)	61	(0)	23	△ 6
宮城県	88	99	(1)	117	(1)	29	18
秋田県	61	70	(3)	62	(1)	1	△ 8
山形県	56	60	(0)	61	(1)	5	1
福島県	79	57	(0)	76	(0)	△ 3	19
茨城県	85	101	(3)	129	(1)	44	28
栃木県	119	105	(3)	120	(1)	1	15
群馬県	119	82	(0)	86	(0)	△ 33	4
埼玉県	118	236	(3)	252	(6)	134	16
千葉県	268	289	(11)	294	(11)	26	5
東京都	1,707	1,327	(55)	1,280	(53)	△ 427	△ 47
神奈川県	404	554	(11)	544	(14)	140	△ 10
新潟県	89	75	(1)	95	(1)	6	20
富山県	59	60	(0)	46	(0)	△ 13	△ 14
石川県	95	112	(1)	93	(4)	△ 2	△ 19
福井県	48	59	(0)	61	(0)	13	2
山梨県	54	48	(0)	47	(0)	△ 7	△ 1
長野県	104	110	(3)	100	(0)	△ 4	△ 10
岐阜県	116	111	(1)	105	(0)	△ 11	△ 6
静岡県	109	159	(1)	168	(0)	59	9
愛知県	436	459	(10)	455	(14)	19	△ 4
三重県	77	90	(1)	93	(0)	16	3
滋賀県	83	78	(3)	75	(2)	△ 8	△ 3
京都府	411	236	(11)	264	(12)	△ 147	28
大阪府	689	592	(14)	560	(12)	△ 129	△ 32
兵庫県	310	324	(1)	321	(3)	11	△ 3
奈良県	101	86	(3)	86	(2)	△ 15	0
和歌山県	68	71	(1)	81	(2)	13	10
鳥取県	51	39	(0)	37	(1)	△ 14	△ 2
島根県	30	47	(1)	46	(1)	16	△ 1
岡山県	146	132	(6)	149	(3)	3	17
広島県	181	131	(0)	129	(0)	△ 52	△ 2
山口県	93	71	(2)	78	(2)	△ 15	7
徳島県	68	54	(4)	44	(0)	△ 24	△ 10
香川県	50	58	(3)	52	(4)	2	△ 6
愛媛県	65	73	(0)	70	(2)	5	△ 3
高知県	47	50	(0)	47	(0)	0	△ 3
福岡県	546	416	(5)	390	(7)	△ 156	△ 26
佐賀県	58	50	(3)	60	(3)	2	10
長崎県	105	81	(3)	88	(4)	△ 17	7
熊本県	115	107	(3)	91	(0)	△ 24	△ 16
大分県	54	50	(1)	57	(0)	3	7
宮崎県	50	58	(1)	47	(1)	△ 3	△ 11
鹿児島県	91	89	(1)	75	(0)	△ 16	△ 14
沖縄県	81	128	(5)	143	(6)	62	15
計	8,166	7,679	(183)	7,674	(175)	△ 492	△ 5

※ 平成24年度及び平成25年度採用実績の( )は、採用実績のうち、小児科、産科プログラムで採用された人数の再掲

## 研修医の採用実績の推移(臨床研修病院・大学病院)

年 度	区 分	マッチ結果(人)	比率(%)	採用実績(人)	比率(%)
平成15年度	臨床研修病院			2,243	27.5
	大 学 病 院			5,923	72.5
	計			8,166	100.0
平成16年度	臨床研修病院	3,193	41.2	3,262	44.2
	大 学 病 院	4,563	58.8	4,110	55.8
	計	7,756	100.0	7,372	100.0
平成17年度	臨床研修病院	3,784	47.3	3,824	50.8
	大 学 病 院	4,216	52.7	3,702	49.2
	計	8,000	100.0	7,526	100.0
平成18年度	臨床研修病院	4,184	51.7	4,266	55.3
	大 学 病 院	3,916	48.3	3,451	44.7
	計	8,100	100.0	7,717	100.0
平成19年度	臨床研修病院	4,148	51.2	4,137	54.7
	大 学 病 院	3,946	48.8	3,423	45.3
	計	8,094	100.0	7,560	100.0
平成20年度	臨床研修病院	4,087	50.9	4,144	53.6
	大 学 病 院	3,943	49.1	3,591	46.4
	計	8,030	100.0	7,735	100.0
平成21年度	臨床研修病院	3,999	50.9	4,069	53.2
	大 学 病 院	3,859	49.1	3,575	46.8
	計	7,858	100.0	7,644	100.0
平成22年度	臨床研修病院	3,959	50.3	3,961	52.8
	大 学 病 院	3,916	49.7	3,545	47.2
	計	7,875	100.0	7,506	100.0
平成23年度	臨床研修病院	4,167	52.1	4,222	55.0
	大 学 病 院	3,831	47.9	3,450	45.0
	計	7,998	100.0	7,672	100.0
平成24年度	臨床研修病院	4,205	52.9	4,267	55.6
	大 学 病 院	3,746	47.1	3,412	44.4
	計	7,951	100.0	7,679	100.0
平成25年度	臨床研修病院	4,299	54.4	4,383	57.1
	大 学 病 院	3,609	45.6	3,291	42.9
	計	7,908	100.0	7,674	100.0

※ 採用実績数については、厚生労働省医政局医事課調べ

※ 採用実績数には、中断者の受入数は含まない。

※ マッチ結果については、マッチング未参加者(自治医科大学、防衛医科大学校卒業生等)を含まない。

## 後発医薬品のさらなる使用促進のためのロードマップ

平成25年4月5日  
厚生労働省

### I. さらなる使用促進の必要性

- 後発医薬品（ジェネリック医薬品とも言う。）は、先発医薬品の特許終了後に、先発医薬品と品質・有効性・安全性が同等であるものとして厚生労働大臣が製造販売の承認を行っている医薬品である。
- 一般的に開発費用が安く抑えられることから、先発医薬品に比べて薬価が低くなっており、後発医薬品を普及させることは、患者負担の軽減や医療保険財政の改善に資するものであるが、後発医薬品を普及させることの本来的意義は、こうした医療費の効率化を通じて限られた医療費資源の有効活用を図り、国民医療を守ることにある。
- したがって、平成19年に策定した「後発医薬品の安心使用促進アクションプログラム」に基づいて、平成24年度までに後発医薬品の数量シェア30%以上にすることを目標に、後発医薬品の普及を図ってきた。
- しかし、後発医薬品の数量シェアについては、平成23年9月の薬価調査では22.8%と低い水準にあったが、平成25年3月末の後発医薬品の数量シェアについて、薬価調査の実績ベース（低位推計）、調剤メディアス（「最近の調剤医療費（電算処理分）の動向」）の実績ベース（高位推計）、及び両者の按分（中位推計）により試算すると、低位推計で24.8%、中位推計で25.6%であり、高位推計でも26.3%にとどまり、いずれも目標には到達していない。

\* 推計方法の詳細については、別添参考資料を参照。

- こうした状況もあり、社会保障・税一体改革大綱（平成24年2月17日閣議決定）の中においても、「後発医薬品推進のロードマップを作成し、診療報酬上の評価、患者への情報提供、処方せん様式の変更、医療関係者の信頼性向上のための品質確保等、総合的な使用促進を図る」ことが盛り込まれたところである。
- 以上のことから、後発医薬品のさらなる使用を促進するため、現在の使用促進策に係る課題を明らかにするとともに、新たな目標を設定して、今後、行政、医療関係者、医薬品業界など国全体で取り組む施策として「後発医薬品のさらなる使用促進のためのロードマップ」を策定する。

## II 新たな目標の設定の考え方とモニタリングの強化

<新たな目標の設定について>

- 新たな目標の設定にあたっては、国際的な比較が容易にできることも踏まえ、後発医薬品に置き換えられる先発医薬品及び後発医薬品をベースとした数量シェアとすることとする。
  - \* 後発医薬品の数量シェア（= $\frac{[\text{後発医薬品の数量}]}{([\text{後発医薬品のある先発医薬品の数量}] + [\text{後発医薬品の数量}])}$ ）
  - \* 以下、数量シェアについては上記の方法に用いた数値を用いることとし、アクションプログラムにおけるすべての医薬品をベースとした数量シェアの数値については旧指標と言う。
- 欧米諸国は我が国に比べて後発医薬品の使用が遥かに進んでいるが、相対的に我が国に近い水準であるフランスやスペイン並みの数量シェアである60%について、前述の平成25年3月末の数量シェアを試算した手法で到達時点を推計すると、低位推計では平成25年4月から約7年3ヶ月後、中位推計で同じく約5年後、高位推計で同じく約4年1ヶ月後となる。

- また、アクションプログラムにおいては、平成 17 年 9 月時点における数量シェアである 16.8%（旧指標）を平成 25 年 3 月末までに 30%（旧指標）にすることを目標として掲げていたが、この伸び率を前提に 60%に到達する時期を推計すると、平成 25 年 4 月から約 5 年後となる（推計の出発点は、平成 23 年 9 月の薬価調査における後発医薬品の数量シェア）。
- 上記を踏まえ、後発医薬品の数量シェアの新たな目標については、平成 30 年 3 月末までに 60%以上とする。

#### <モニタリングの強化>

- ロードマップについては、適宜、モニタリングを行い、使用促進策に係る現状と課題を把握し、その課題を解決することにより効果的・効率的な実施を図ることとする。
- 後発医薬品の品質の信頼性を確保するための施策、医療保険制度におけるインセンティブ方策など今後の更なる促進策については、モニタリングの結果等を踏まえ、適宜追加し、実施する。また、新たな目標についても同様にモニタリングするとともに、その結果や参考としたフランスを始めとする諸外国の動向をもとに、例えば新たな促進策の効果や薬価調査の結果などを踏まえ、見直しを行う。
- なお、これまでのアクションプログラムでの取組も継続するとともに、当該取組のモニタリングも引き続き行う。

## 基礎係数・機能評価係数Ⅱの次回改定対応に係る基本方針と 今後の検討課題について (案)

### 1. 基本方針(案)

#### (1) 背景

- 平成30年度での調整係数の置換えに向けた計画的な移行を推進するためには、DPC 対象病院の制度に対する理解と可能な限りの予見性の確保が不可欠である。
- このため、特に次期改定(平成26年度)での診療実績評価の対象期間(平成24年10月から)を踏まえ、基礎係数・機能評価係数Ⅱの次回改定対応に係る基本方針について可能な限り早期にDPC 対象病院に対して提示することとする。

なお、最終的な次回改定での具体的な対応案については、今後の診療実績を踏まえた検討結果に基づき、平成25年秋頃までにとりまとめる。

「DPC 制度に関する今後の検討方針について」(平成24年6月20日・分科会)

#### (2) 具体的な内容

##### 【考え方】

- 基礎係数と機能評価係数Ⅱの組み合わせは機能分化を推進しつつ、調整係数を廃止するための基本的な枠組みとして重要(診療密度が高い施設について、多角的な観点から一定の役割を求める仕組みが不可欠)
- 見直しについては、一定の実績を踏まえた必要性に応じて、今後、更に検討すべき課題

##### 【平成26年度改定対応に係る基本方針の具体案】

#### ① 基礎係数・機能評価係数Ⅱによる評価体系の基本骨格

- 平成24年度改定の経緯も踏まえ、医療機関群別の基礎係数と各施設の実績に基づく機能評価係数Ⅱ(一部病院群別)という評価体系の基本骨格は維持することとしてはどうか。

#### ② 医療機関群の設定

- 現行のⅠ群(大学病院本院)及びⅡ群(Ⅰ群に準じる病院)は、引き続き維持することとしてはどうか。また、Ⅰ群及びⅡ群以外の病院(Ⅲ群)に関する医療機関群設定のあり方については、今後の実績を踏まえて、平成26年度改定の対応において検討することとしてはどうか。

- 現行のⅡ群の要件である、「診療密度」、「医師研修」、「高度な医療技術」、「重症患者に対する診療」について全てⅠ群(大学病院本院)の最低値(但し、外れ値を除く)をクリアする、という考え方については、引き続き維持することとしてはどうか。なお、「高度な医療技術」については、もともとの概念が必要とされる医療資源量の大きい技術を念頭においたものであり、必ずしも技術の難易度が反映されたものではなく、誤解も招きやすいとの指摘を踏まえ、今後、名称については「医療資源必要度の高い技術」と改めてはどうか(評価の考え方は変更なし)。

また、それぞれの要件の具体的な評価手法については、現行の評価手法を基本としつつ、今後の実績を踏まえた必要な見直しについて、平成26年度改定の対応において検討することとしてはどうか。

- なお、「医療資源必要度の高い技術」については、現行の外保連手術指数による評価を基本としつつ、以下の点については、予め明確化してはどうか。

- ① 実施された手術のうち、外保連手術指数との結び付けが不可能と判断された手術については、下表の通り、全体に占める割合が少なく殆ど影響がないと考えられることから、評価の対象外とする(現行の考え方)。

全手術件数*	外保連手術指数との結び付けが不可能と判断された手術件数	割合
5,052,786	102,843	2.04 %

\*様式1に記載されていた全ての手術のうち、輸血等を除いたもの

- ② 外保連手術指数の集計においては、様式1に記載された手術のうち、複数の記載がある場合については、最も外保連手術指数が高い手術の指数に基づき評価する。

### ③ 機能評価係数Ⅱの評価体系

- 現行の6項目による評価(うちカバー率、複雑性、地域医療は群別の評価)の体系自体は原則維持することとし、新規評価項目の追加については今後、引き続き検討することとしてはどうか。

- 各項目の具体的な評価手法(指数から係数への変換等)については、今後の実績や医療機関の機能分担・連携の進展状況等も踏まえながら、必要に応じて見直すこととしてはどうか。

## 2. 基礎係数・機能評価係数Ⅱに係る今後の検討課題(案)

- (1) 平成26年度改定に向けた課題(今後の診療実績等を踏まえた必要な見直しは除く)

- DPC 病院Ⅲ群のあり方

DPC 病院Ⅰ群及びⅡ群以外の病院(Ⅲ群)については、病床規模や診療特性などの医療提供体制において、非常に多様な施設が含まれていると考えられる。これらのⅢ群に該当する施設についての基礎係数設定のあり方に関して、機能評価係数Ⅱによる評価との組み合わせも含めて、どのように考えるか、検討する必要がある。

- (2) 平成30年度目途の調整係数置換え完了に向けた中長期的な課題

- DPC/PDPS 対象病院のあり方(小規模病院、専門病院などの評価のあり方を含む)

DPC 制度(DPC/PDPS)は、平成15年に特定機能病院82病院を対象に導入され、その後順次対象病院を拡大してきた(平成24年7月現在1503病院)。このため、病床規模の大きな特定機能病院から、小規模病院やいわゆる単科専門病院等、制度導入時には念頭になかったような幅広い診療形態の病院が参加している。

DPC/PDPS は、診療科や疾患などのケースミックスが異なる病院について、DPC を活用したケースミックスの補正により、病院全体としての診療内容の評価体系を構築することが重要な意義と考えられ、このようなケースミックスの補正や病院全体としての評価を可能とするためには、一定数の症例や一定の診療分野の広がり前提とせざるを得ないものと考えられる。

このような観点も踏まえつつ、今後の調整係数の置換え完了に向け、特に小規模病院や特定の診療科に特化した専門病院などの取扱いも含めた、DPC/PDPS 対象病院のあり方について、どのように考えるか検討する必要がある。

○ 医療機関における診療内容等の変動(バラつき)と基礎係数・機能評価係数Ⅱによる調整分の推移(個別医療機関におけるバラつきに対する評価のあり方)

調整係数による個別施設単位での調整の廃止と、医療機関の機能を評価した機能評価係数Ⅱと基礎係数への置き換えを、今後段階的に進める中で、個別医療機関ごとの診療内容のバラつきについて、一定程度、収斂していくことが期待される。これらのバラつきについて、今後の経過とともに、機能評価係数Ⅱによる調整幅の中で吸収できる程度に収束していくか注視しつつ、必要に応じた最終的な対応について検討する必要がある。

○ 激変緩和措置のあり方

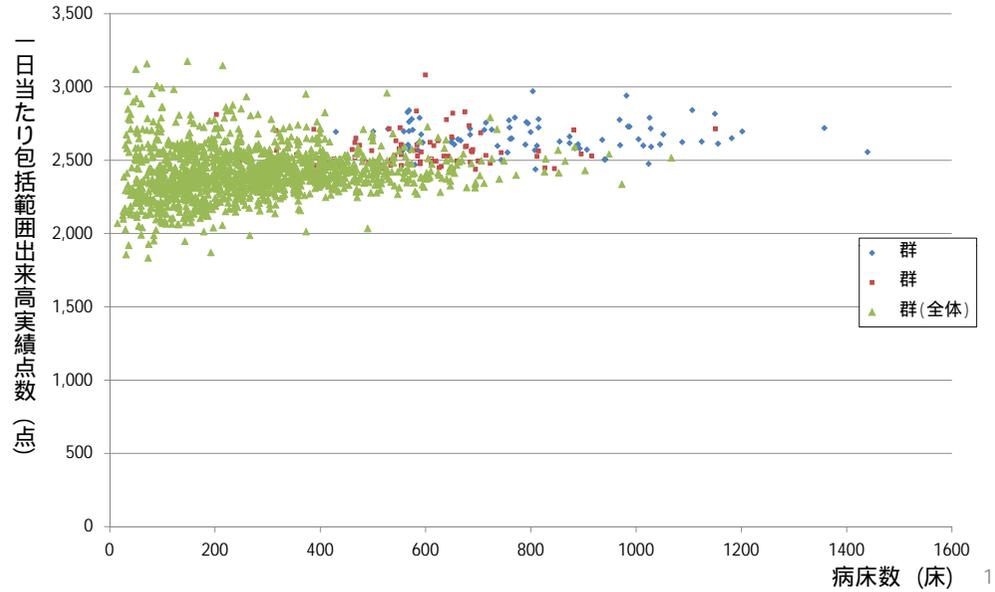
平成 24 年診療報酬改定では、調整係数の基礎係数・機能評価係数Ⅱへの置換えに伴う個別の医療機関別係数の変動について、激変緩和の観点から、医療機関別係数の変動の影響による推計診療報酬変動率(出来高部分も含む)に基づき、2.0%を超えて変動しないよう暫定調整係数を調整した。

これらの激変緩和の対象となった施設については、引き続き段階的に実施される置換えについてどのように対処するか、各施設が今後の運営の中でそれぞれの施設の特性に応じて検討する必要があるが、平成30年を目途とする最終的な完全移行の段階において、それまでの改定で猶予された変動分が集積している可能性もある。この場合、減額変動を緩和して猶予した施設については、最終的に出来高算定を選択する余地があるものの、増額変動を緩和して猶予した施設については、施設が希望しない場合 DPC 制度に残留することとなり、結果的に大幅な変動が最終段階で集中する可能性がある。

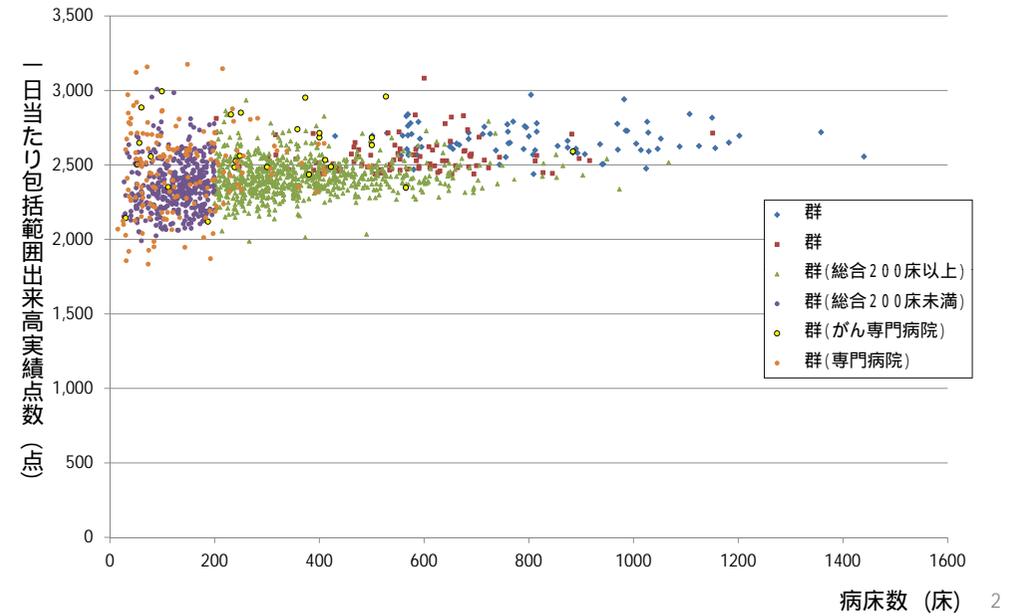
上記のような状況も含め、今後の段階的な暫定調整係数の廃止(基礎係数と機能評価係数Ⅱへの置換え)に伴う、最終的な置換え完了を見据えながら、改定時の激変緩和措置について、どのように考えるか、今後、引き続き検討する必要がある。

<参考1>

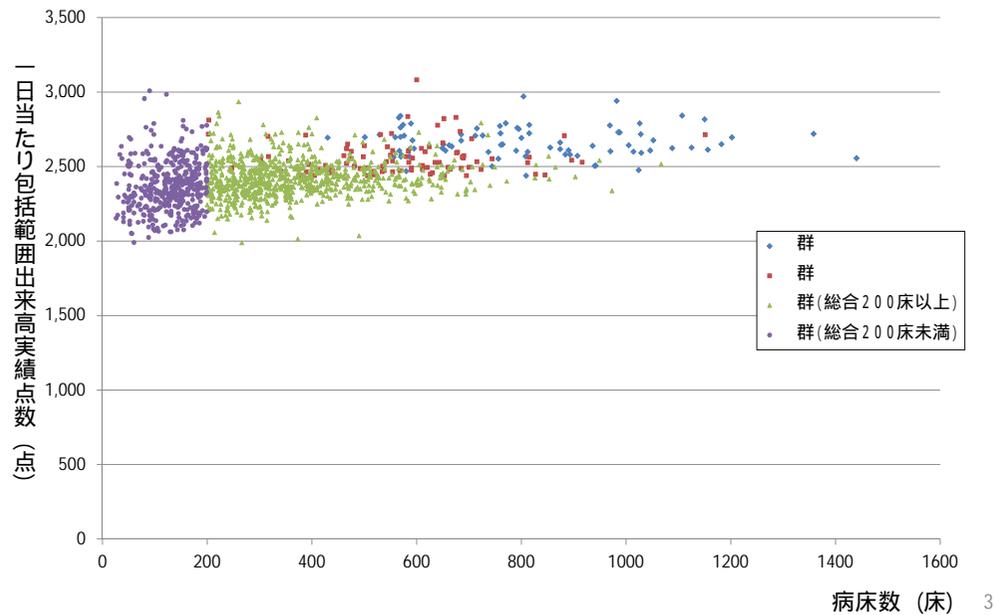
病床数と一日あたり包括範囲出来高実績点数 (患者数補正後・医療機関別)  
(全医療機関群)



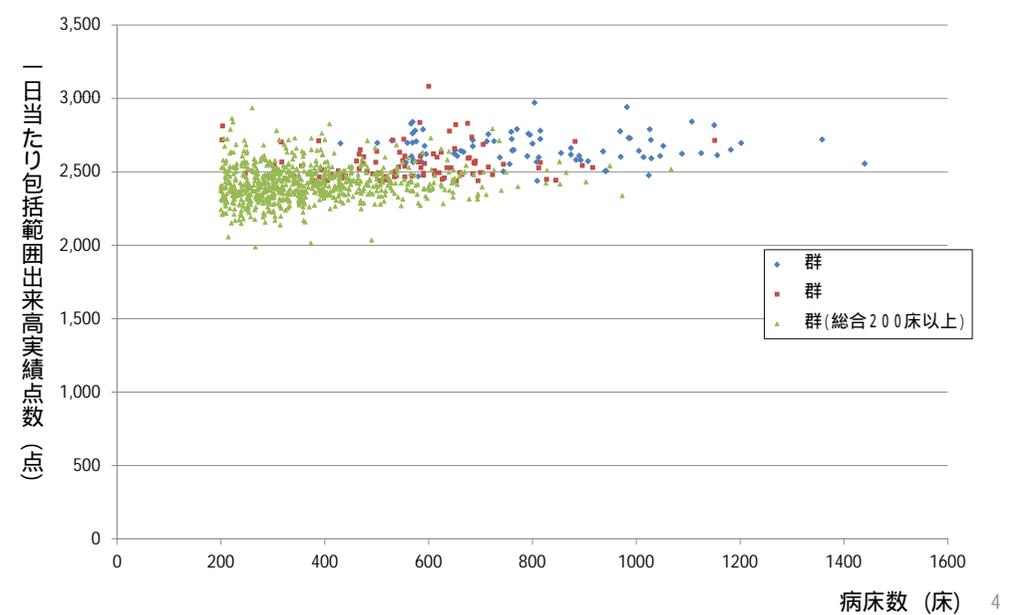
病床数と一日あたり包括範囲出来高実績点数 (患者数補正後・医療機関別)  
(全医療機関群 - 群機能別)



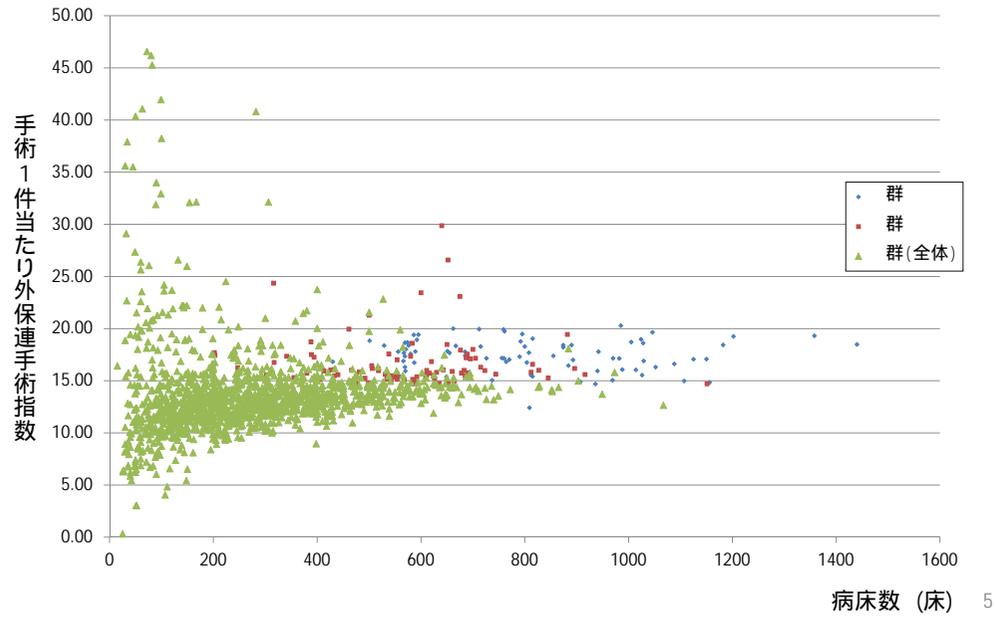
病床数と一日あたり包括範囲出来高実績点数 (患者数補正後・医療機関別)  
(全医療機関群 - 群がん専門、専門病院以外)



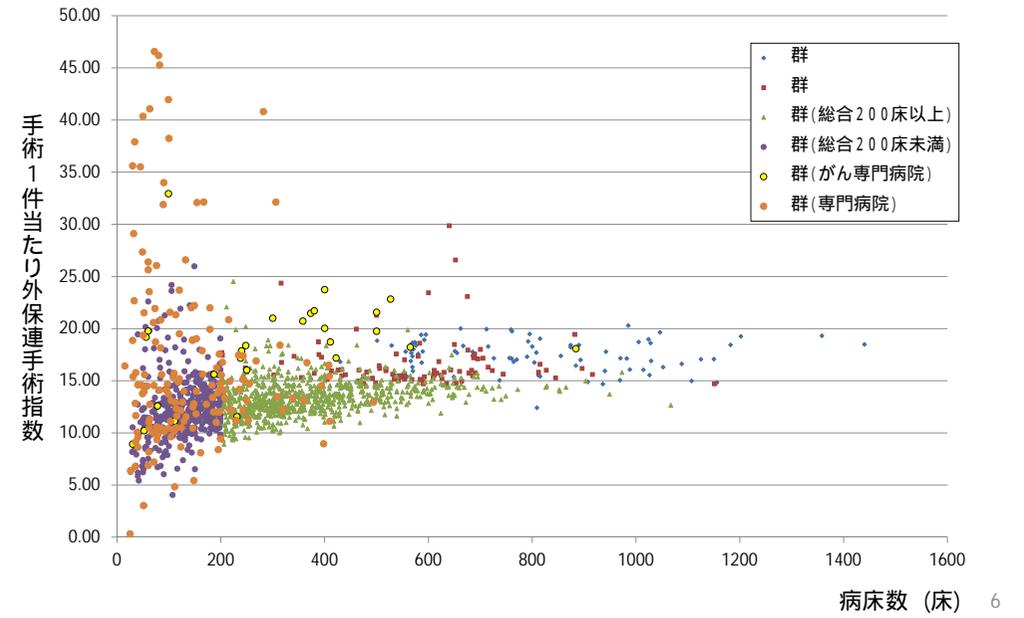
病床数と一日あたり包括範囲出来高実績点数 (患者数補正後・医療機関別)  
(全医療機関群 - 群がん専門、専門病院以外、200床以上のみ)



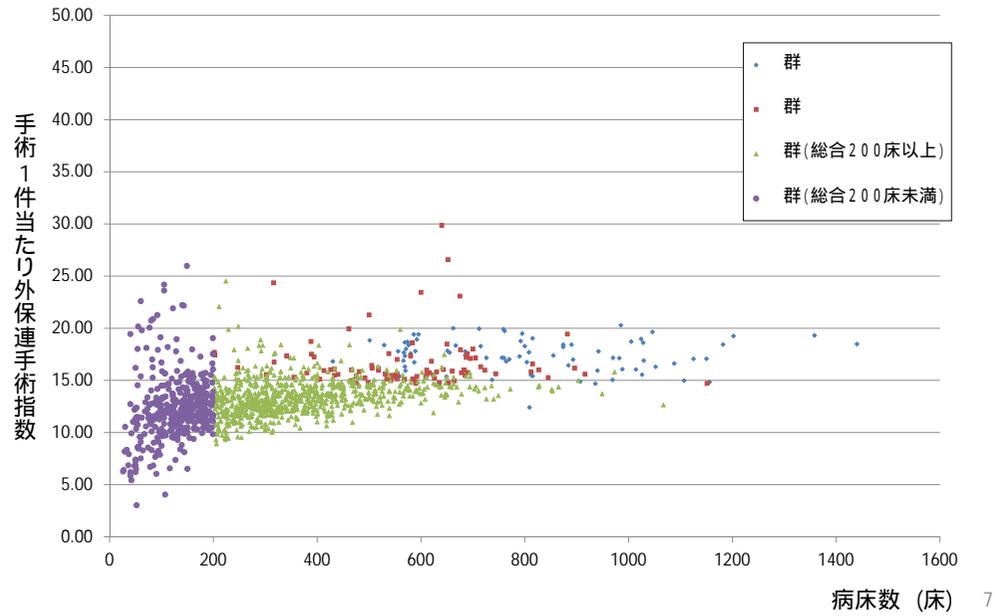
病床数と手術1件あたり外保連手術指数 (医療機関別)  
(全医療機関群)



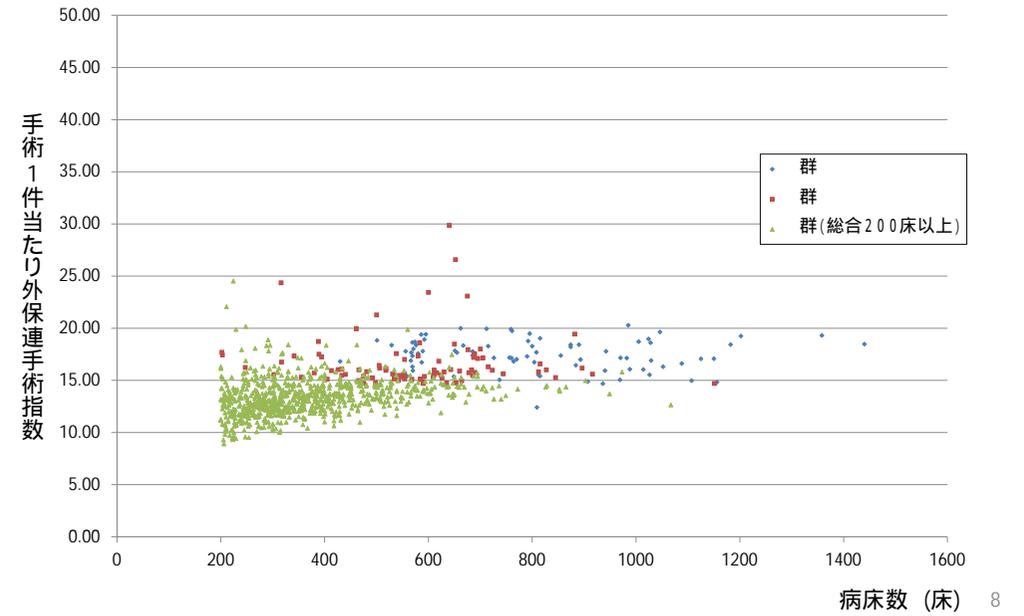
病床数と手術1件あたり外保連手術指数 (医療機関別)  
(全医療機関群 - 群機能別)



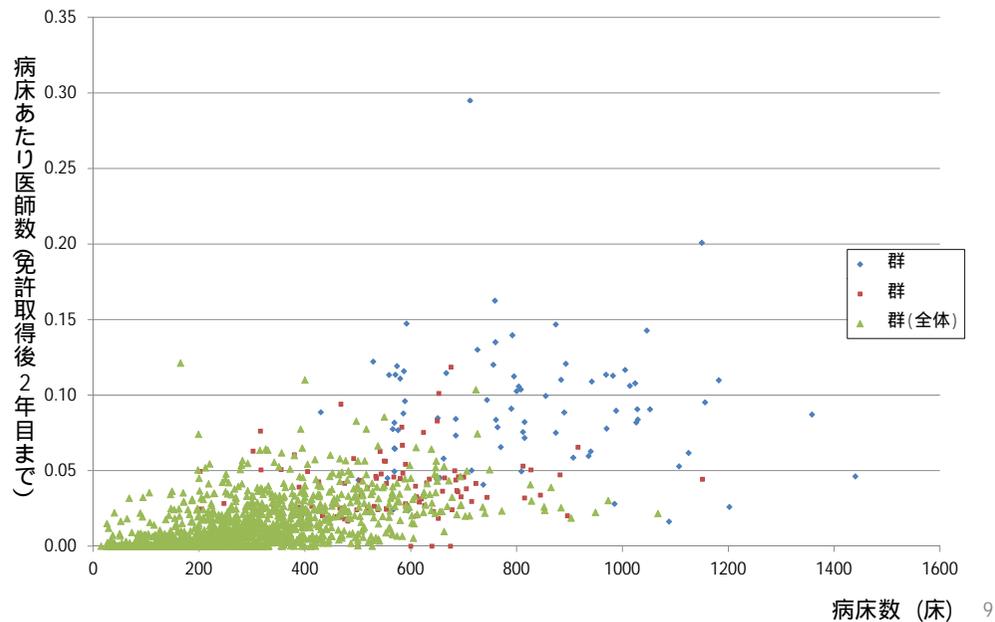
病床数と手術1件あたり外保連手術指数 (医療機関別)  
(全医療機関群 - 群がん専門、専門病院以外)



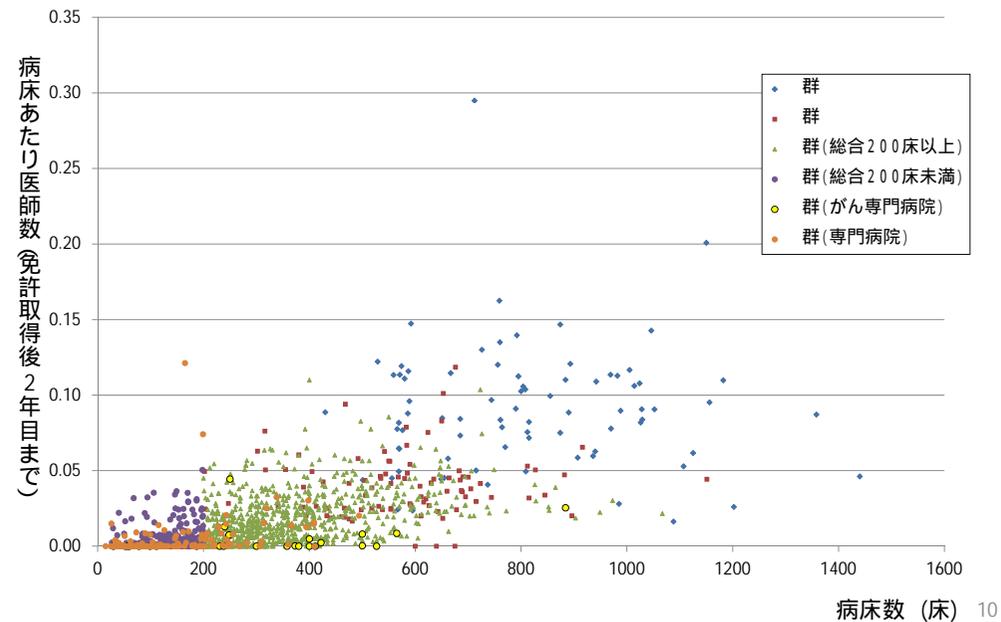
病床数と手術1件あたり外保連手術指数 (医療機関別)  
(全医療機関群 - 群がん専門、専門病院以外、200床以上のみ)



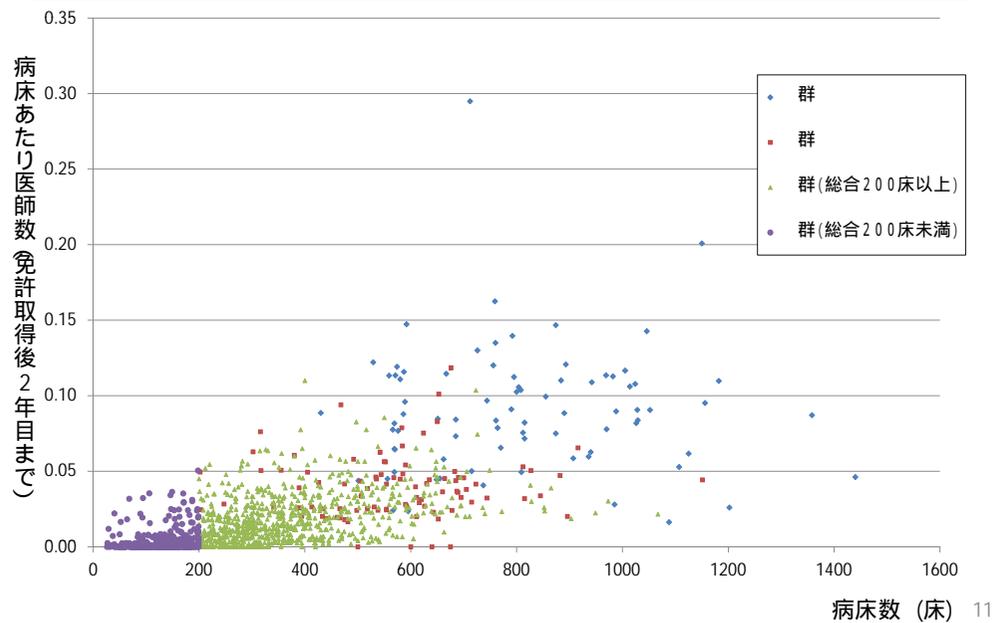
病床数と病床あたり医師数(免許取得後2年目まで・医療機関別)  
(全医療機関群)



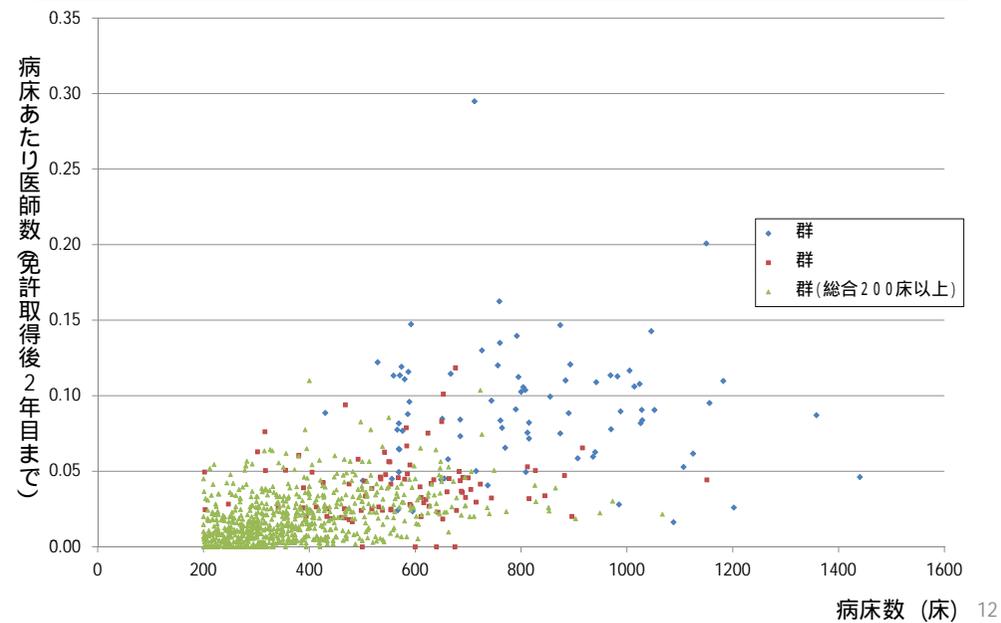
病床数と病床あたり医師数(免許取得後2年目まで・医療機関別)  
(全医療機関群 - 群機能別)



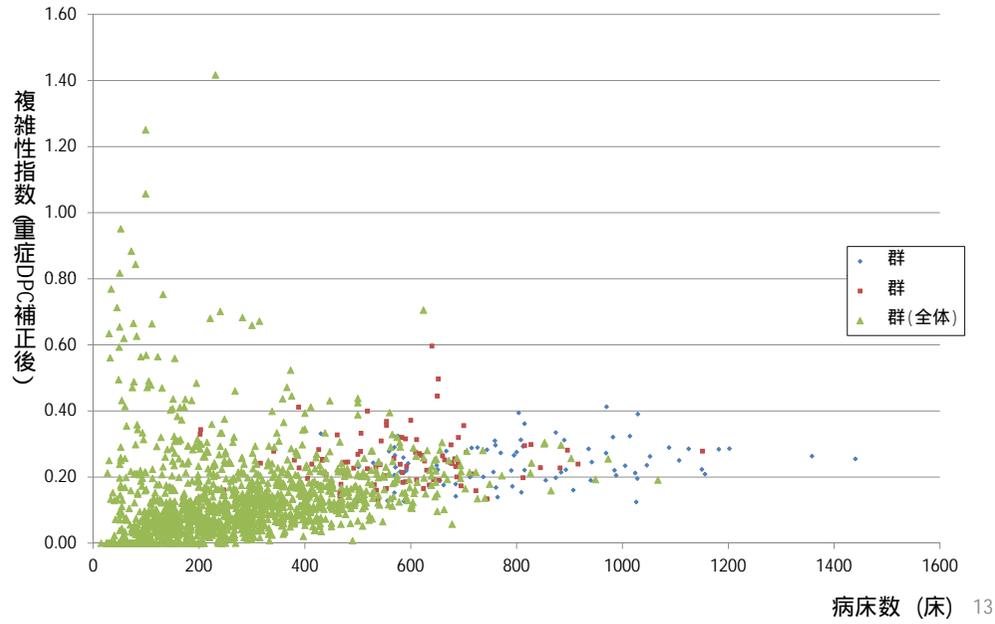
病床数と病床あたり医師数(免許取得後2年目まで・医療機関別)  
(全医療機関群 - 群がん専門、専門病院以外)



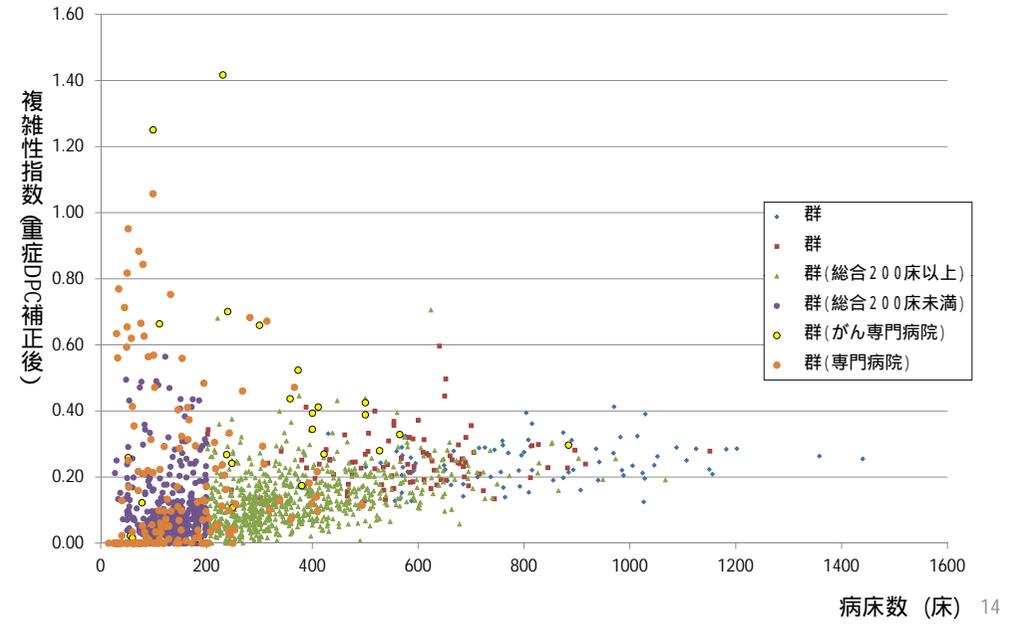
病床数と病床あたり医師数(免許取得後2年目まで・医療機関別)  
(全医療機関群 - 群がん専門、専門病院以外、200床以上のみ)



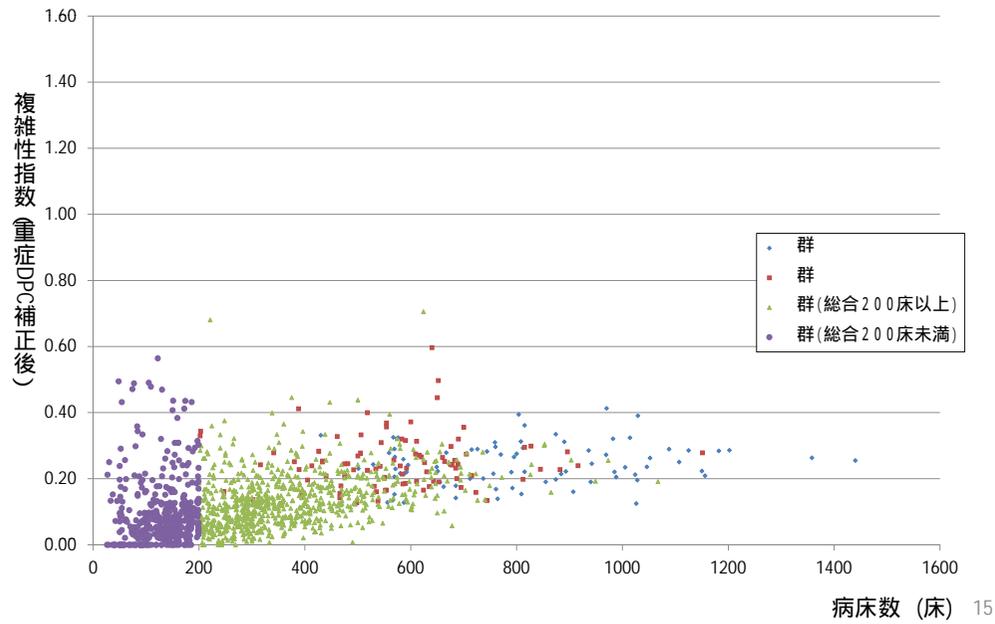
病床数と複雑性指数 (重症DPC補正後・医療機関別)  
(全医療機関群)



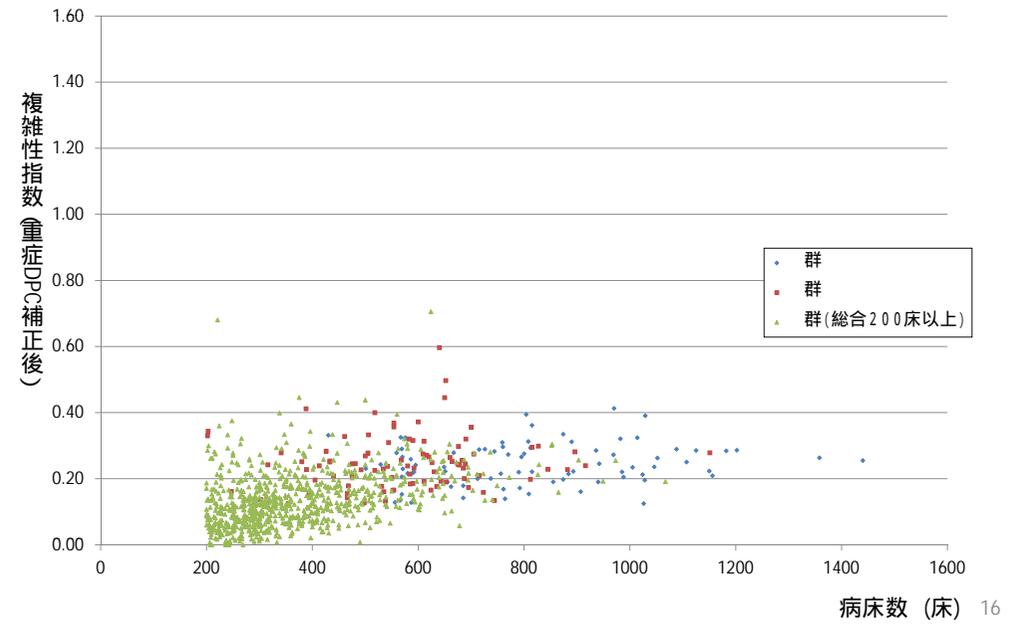
病床数と複雑性指数 (重症DPC補正後・医療機関別)  
(全医療機関群 - 群機能別)



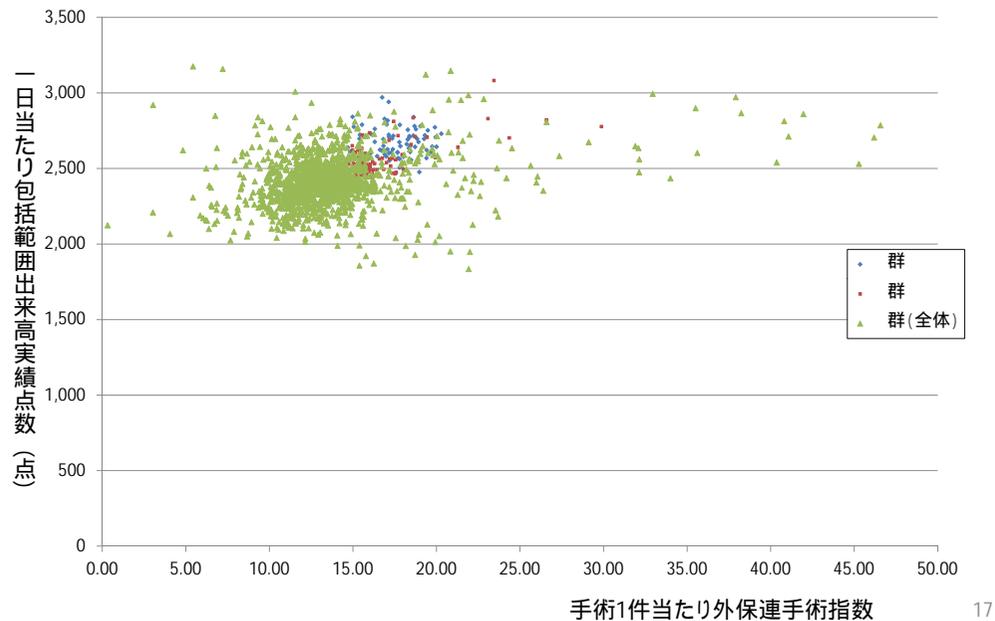
病床数と複雑性指数 (重症DPC補正後・医療機関別)  
(全医療機関群 - 群がん専門、専門病院以外)



病床数と複雑性指数 (重症DPC補正後・医療機関別)  
(全医療機関群 - 群がん専門、専門病院以外、200床以上のみ)

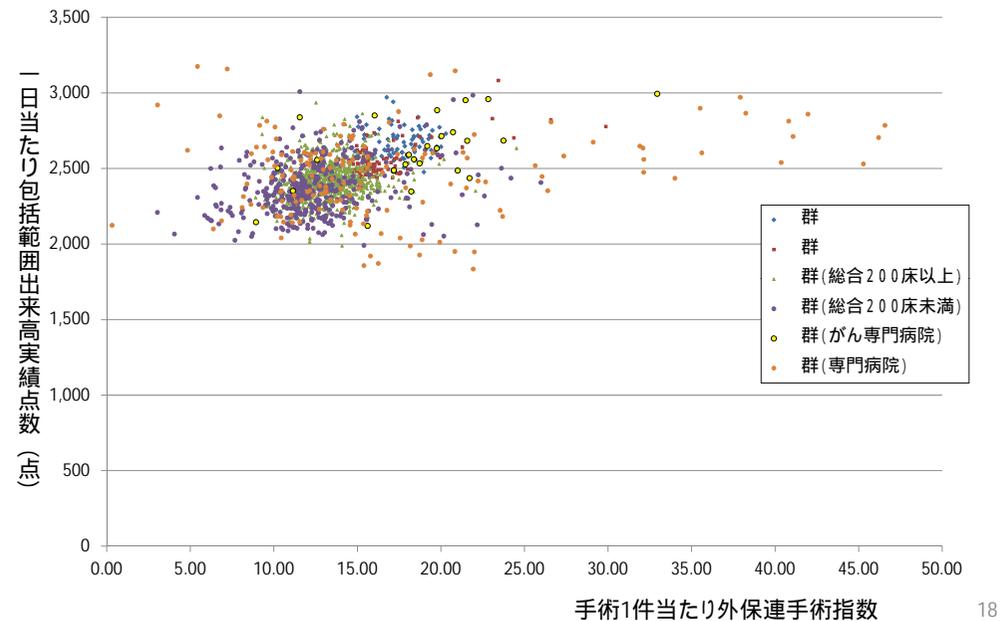


手術1件あたり外保連手術指数と一日あたり包括範囲出来高実績点数  
(患者数補正後・医療機関別) (全医療機関群)



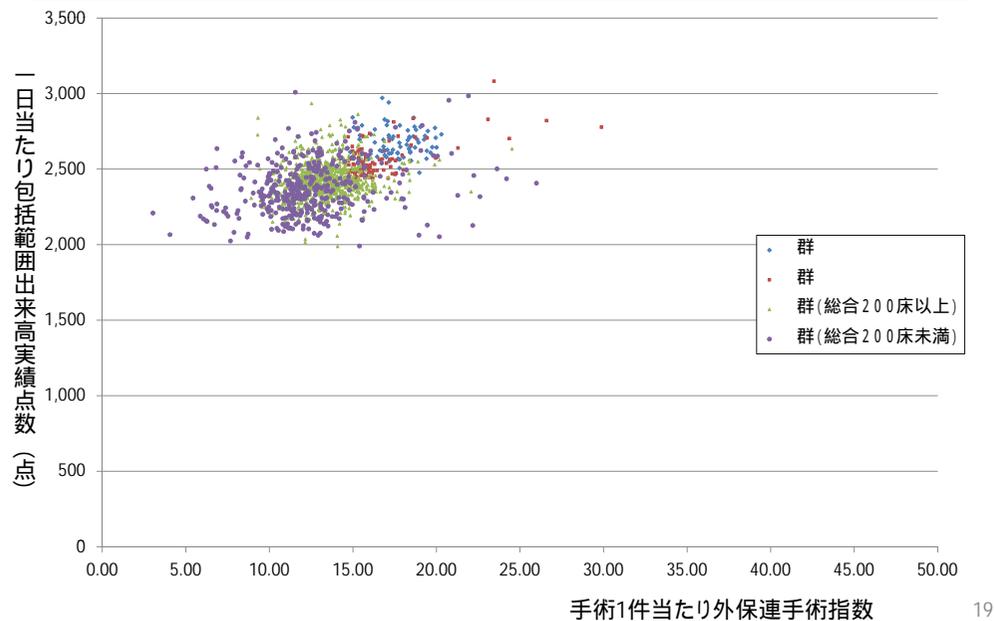
17

手術1件あたり外保連手術指数と一日あたり包括範囲出来高実績点数  
(患者数補正後・医療機関別) (全医療機関群 - 群機能別)



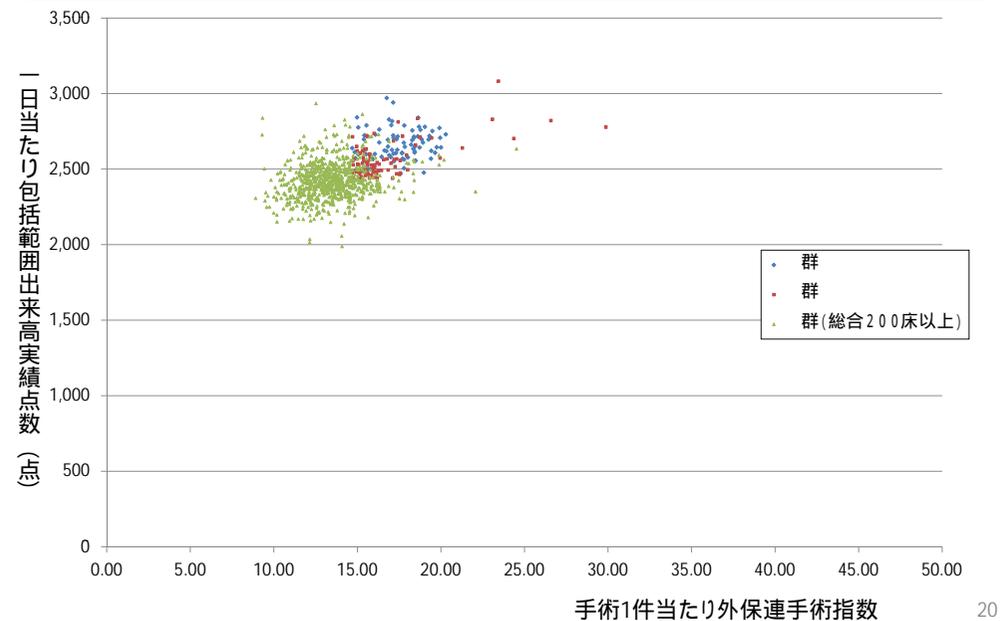
18

手術1件あたり外保連手術指数と一日あたり包括範囲出来高実績点数  
(患者数補正後・医療機関別) (全医療機関群 - 群がん専門、専門病院以外)



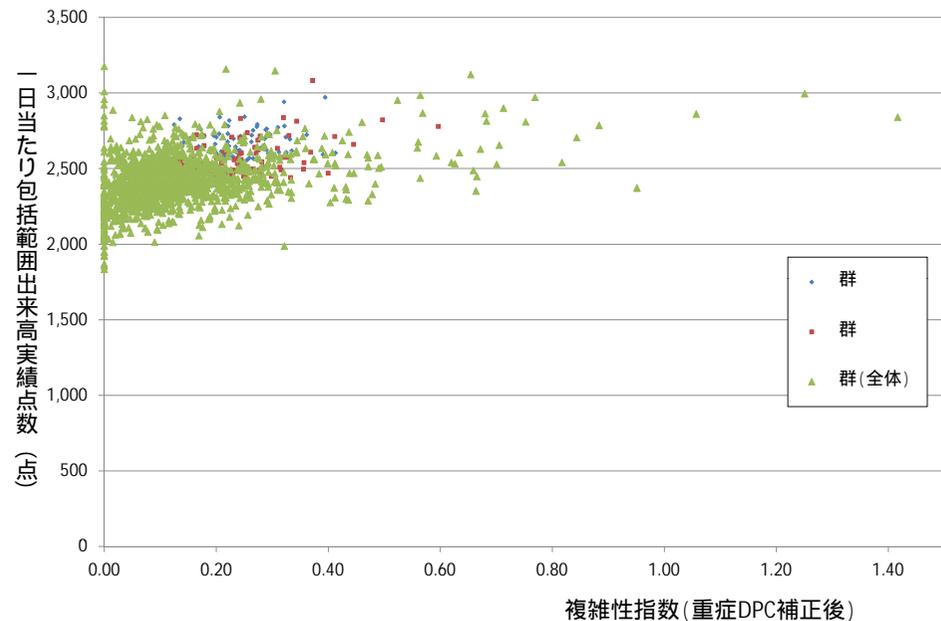
19

手術1件あたり外保連手術指数と一日あたり包括範囲出来高実績点数  
(患者数補正後・医療機関別) (全医療機関群 - 群がん専門、専門病院以外、200床以上のみ)



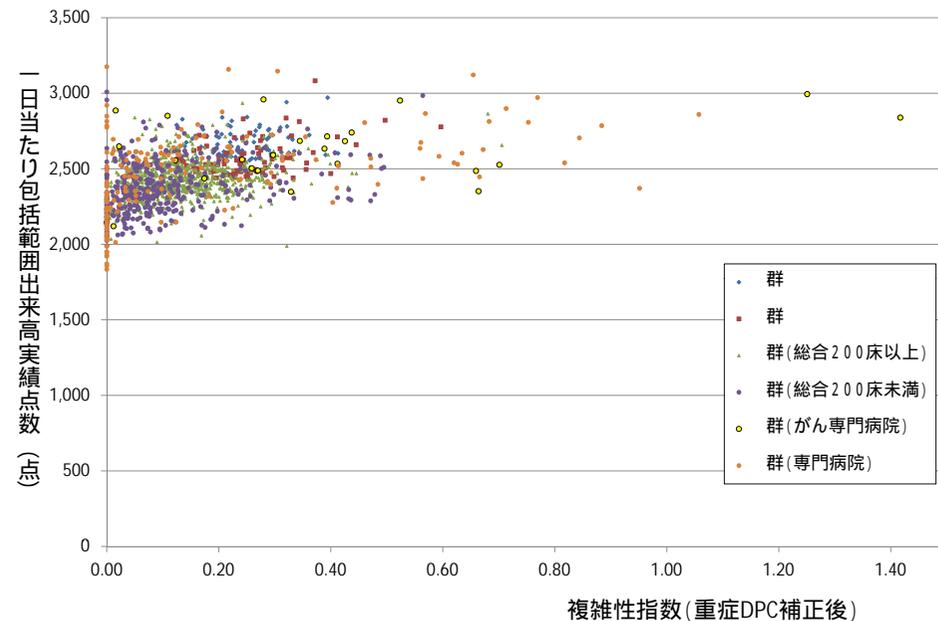
20

複雑性指数(重症DPC補正後)と一日あたり包括範囲出来高実績点数  
(患者数補正後・医療機関別) (全医療機関群)



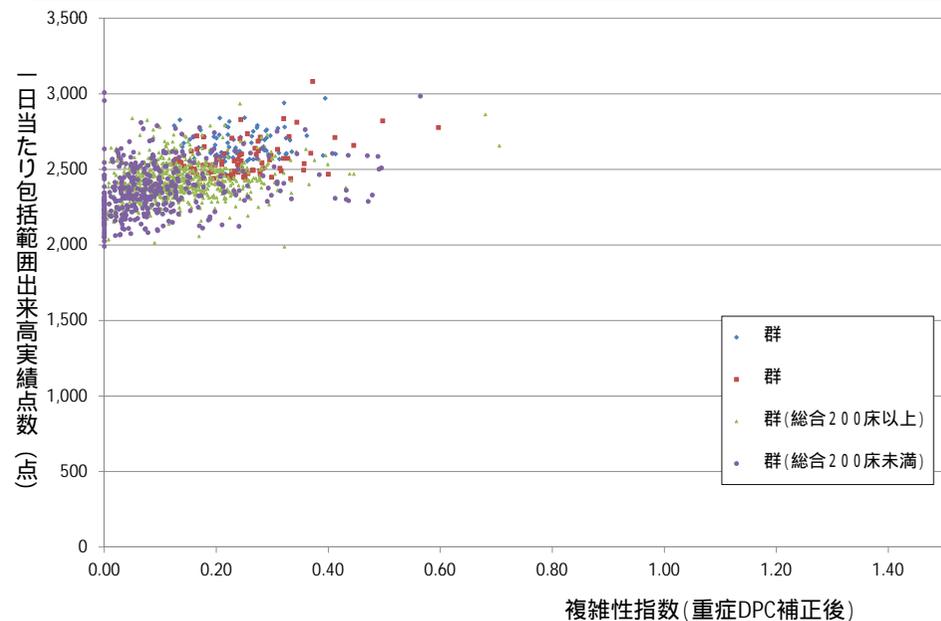
21

複雑性指数(重症DPC補正後)と一日あたり包括範囲出来高実績点数  
(患者数補正後・医療機関別) (全医療機関群 - 群機能別)



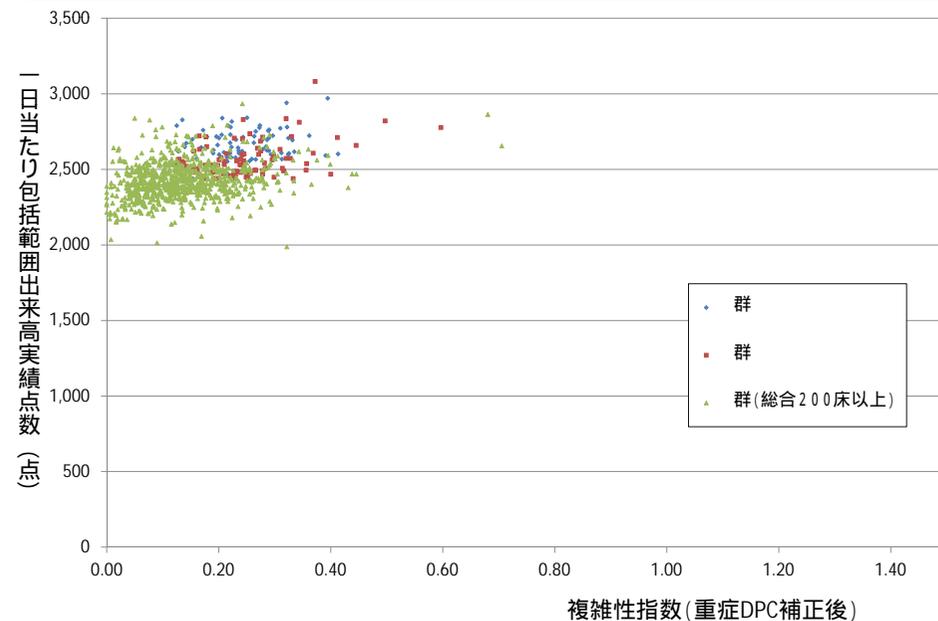
22

複雑性指数(重症DPC補正後)と一日あたり包括範囲出来高実績点数  
(患者数補正後・医療機関別) (全医療機関群 - 群がん専門、専門病院以外)



23

複雑性指数(重症DPC補正後)と一日あたり包括範囲出来高実績点数  
(患者数補正後・医療機関別) (全医療機関群 - 群がん専門、専門病院以外、200床以上のみ)



24

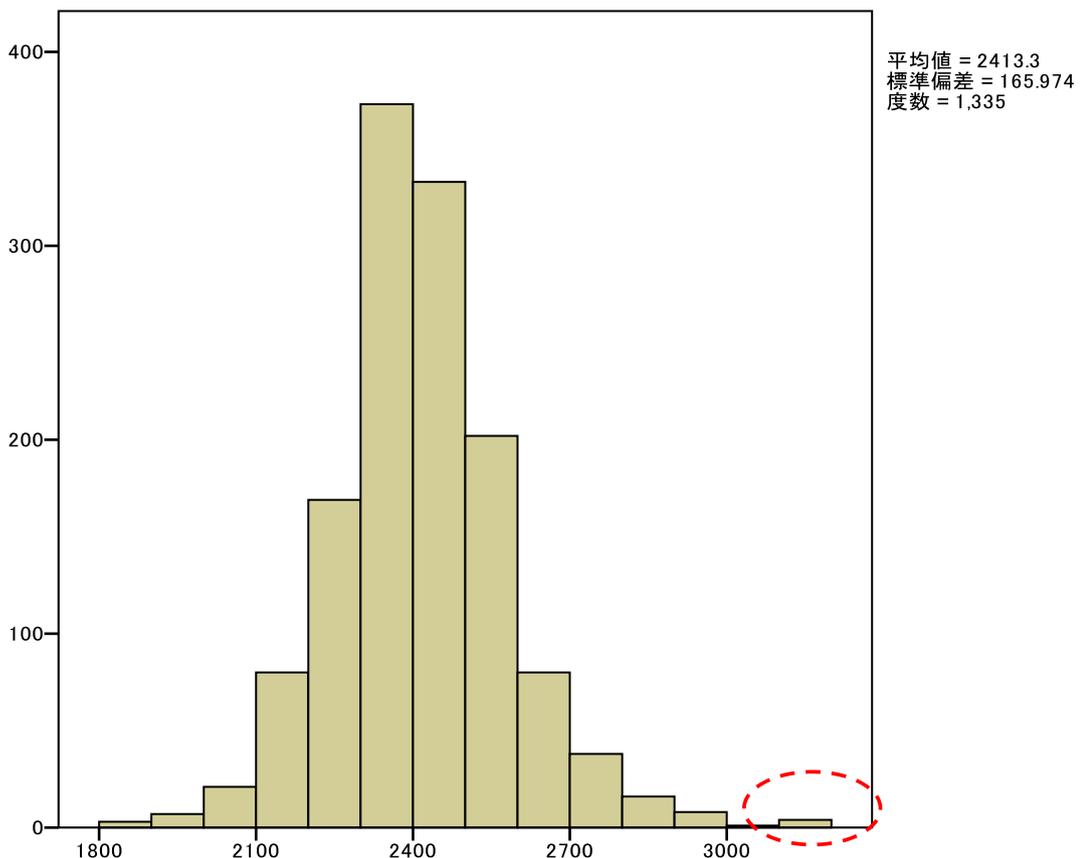
### 各類型の定義について

がん専門病院	入院患者に占めるがん患者の割合が40%以上
専門病院	がん専門病院以外の病院で、入院患者に占める特定MDCの患者の割合が40%以上
総合病院	上記以外の病院

### 各類型の医療機関数

がん専門病院	26施設
専門病院	159施設
総合病院(200床未満)	392施設
総合病院(200床以上)	758施設
<b>合計</b>	<b>1,335施設</b>

### 一日あたり包括範囲出来高実績点数ヒストグラム(DPC病院 群・患者数補正後)



## 基礎係数・機能評価係数Ⅱによる評価の考え方

平成24年度改定において整理された、調整係数の置換えに対応する基礎係数と機能評価係数Ⅱの設定に係る検討経過(概要)は次の通り。

### (1)調整係数の置き換えと引き続き求められる役割

- 制度導入時の激変緩和のために設定された調整係数は、過去の報酬水準を継続して反映するという弊害が生じることから、調整係数による個別施設単位での調整を廃止し、医療機関の機能を評価する新たな係数として組み替えることとされた。
- 一方で、調整係数の運用を通じた、(a) アウトライヤーへの対応、(b) 施設毎のバラツキの対応、(c) 診療報酬の改定への対応、(d) 診療効率化分の対応、に由来する診療報酬を個別施設単位で一括して「調整分」として支払う機能を担っており、これらの支払の結果として i) 円滑な医療機関運営の促進、と ii) DPC 制度選択のインセンティブ、という効用が生じてきたと考えられた。(D-2 別添 【図 1】参照)
- これら2つの効用(円滑な医療機関運営の促進とDPC 制度選択のインセンティブ)を残しつつ、過去の報酬水準を維持する個別調整から、全体平均の報酬(基本的な診療機能に対応する「基礎係数」)に診療実績に基づく調整分(「機能評価係数Ⅱ」)を加味する報酬体系に移行することとされた。(D-2 別添 【図 2】参照)

### (2)基礎係数における医療機関群の設定

- 基本的な診療機能に対応して設定する、包括範囲に係る直近の出来高点数相当の平均値(基礎係数)について、例えば、大学病院本院は、包括範囲の1日当たり出来高点数(診療密度)が明らかに異なっており、これらは、より重症な患者への対応や、より高度な技術の実践といった、他の施設とは異なる機能や役割を担っていることに由来するものと考えられた。(D-2 別添 【図 3】参照)
- このような医療機関に他と同程度の効率化・標準化を求めることは、これらの役割や機能を維持することが困難になる恐れがあることから、DPC/PDPS 参加病院を幾つかの医療機関群に分類し、それぞれの医療機関群毎に基礎係数を設定することとし、大学病院本院については役割や機能が明らかに他施設と異なることから別群とされた。(D-2 別添 【図 4】参照)

- 大学病院本院以外については、種々の機能や指標に着目して検討した結果、診療密度と病床当たりの医師配置密度(「医師密度」)が関連していることが示唆され、大学病院本院に相当するような一定以上の医師密度・診療密度を有する医療機関群についても別群として設定することが検討された。(D-2 別添 【図 5】、【図 6】参照)
- 一方で、医師密度や診療密度を単独で評価することについては、単に医師が配置されていることや単に診療密度が異なること(濃厚診療)の評価につながる懸念、更に医師獲得競争を惹起する可能性が指摘されたため、特に高い医師密度が必要と考えられるような機能や役割、具体的には、医師研修、高度な医療技術、重症患者に対する診療、といった要件について、全て I 群(大学病院本院)の最低値(但し、外れ値を除く)をクリアする医療機関を DPC 病院 II 群として設定した。(D-2 別添 【図 7】参照)

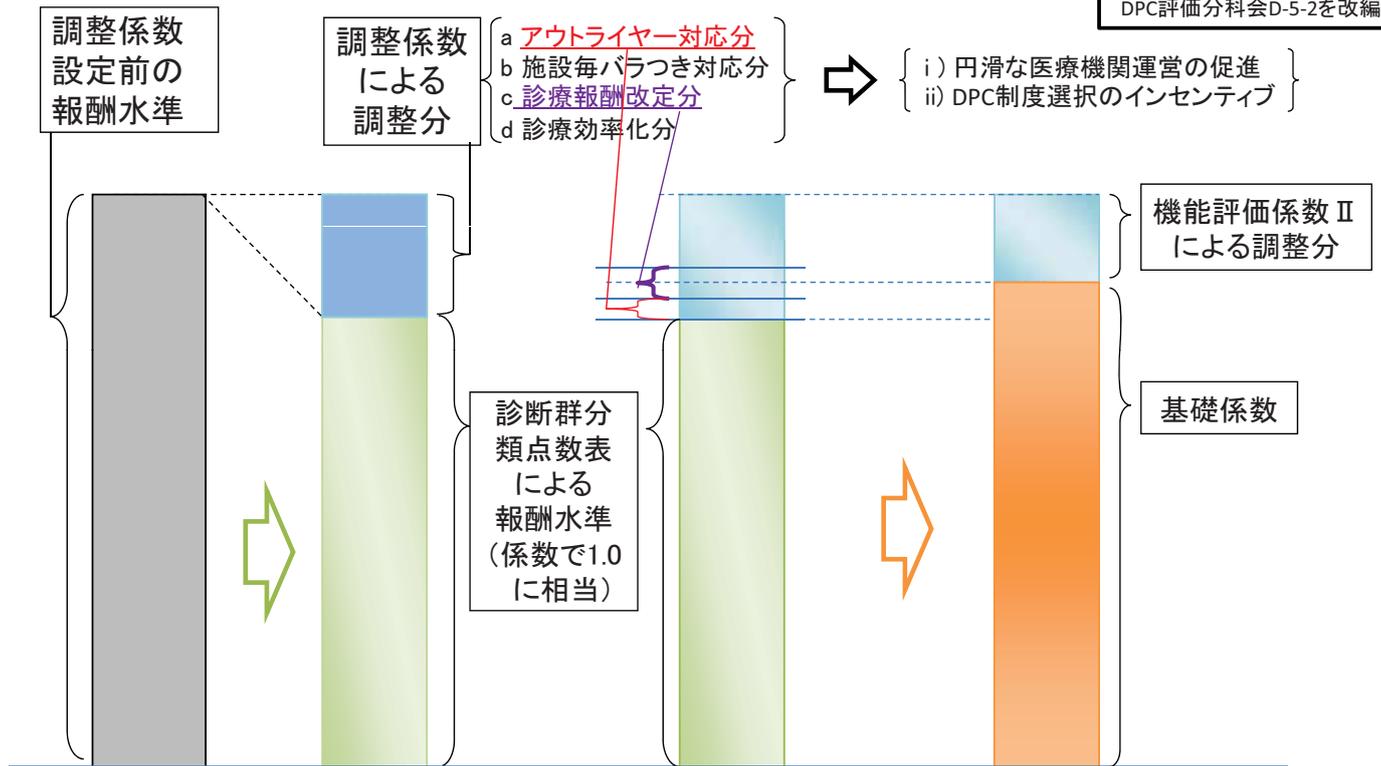
### (3)機能評価係数Ⅱ・群別評価導入(医療機関群別評価の体系化)

- 機能評価係数Ⅱの項目(6項目)は評価の視点から、全ての医療機関が目指すべき望ましい医療の実現と、社会や地域の実情に応じて求められる機能の実現、に大別され、後者の視点から、カバー率係数、複雑性係数、地域医療係数については、病院群別の評価体系が導入された(救急医療係数については現行評価手法の性質から、現時点では群別評価は導入されていない)。また、カバー率の評価において、専門病院が不利になるとの指摘を踏まえ、Ⅲ群のカバー率評価については、カバー率の低い施設の評価が一定以下にならないような補正が導入された。(D-2 別添 【図 8】参照)
- 基礎係数・機能評価係数Ⅱの群別評価により、診療密度が高い施設について、多角的な観点から一定の役割を求める仕組みが導入され、各施設の機能や役割に応じた、より適切な係数評価と機能分化・連携が推進されることとなる。(機能や役割に応じた適切な医療機関群としての評価により、各施設がⅡ群となることが病院運営において必ずしも有利になるとは限らない。)(D-2 別添 【図 9】～【図 12】参照)
- また、6項目以外の追加項目の導入については、「診療情報活用の評価(データ提出指数見直しとも関連)」について、診療内容の透明化や改善の促進が期待できることから、公表する項目及び様式等も含めて、今後、引き続き検討することとされた。

# 【図1】 調整係数の役割と基礎係数・機能評価係数Ⅱ

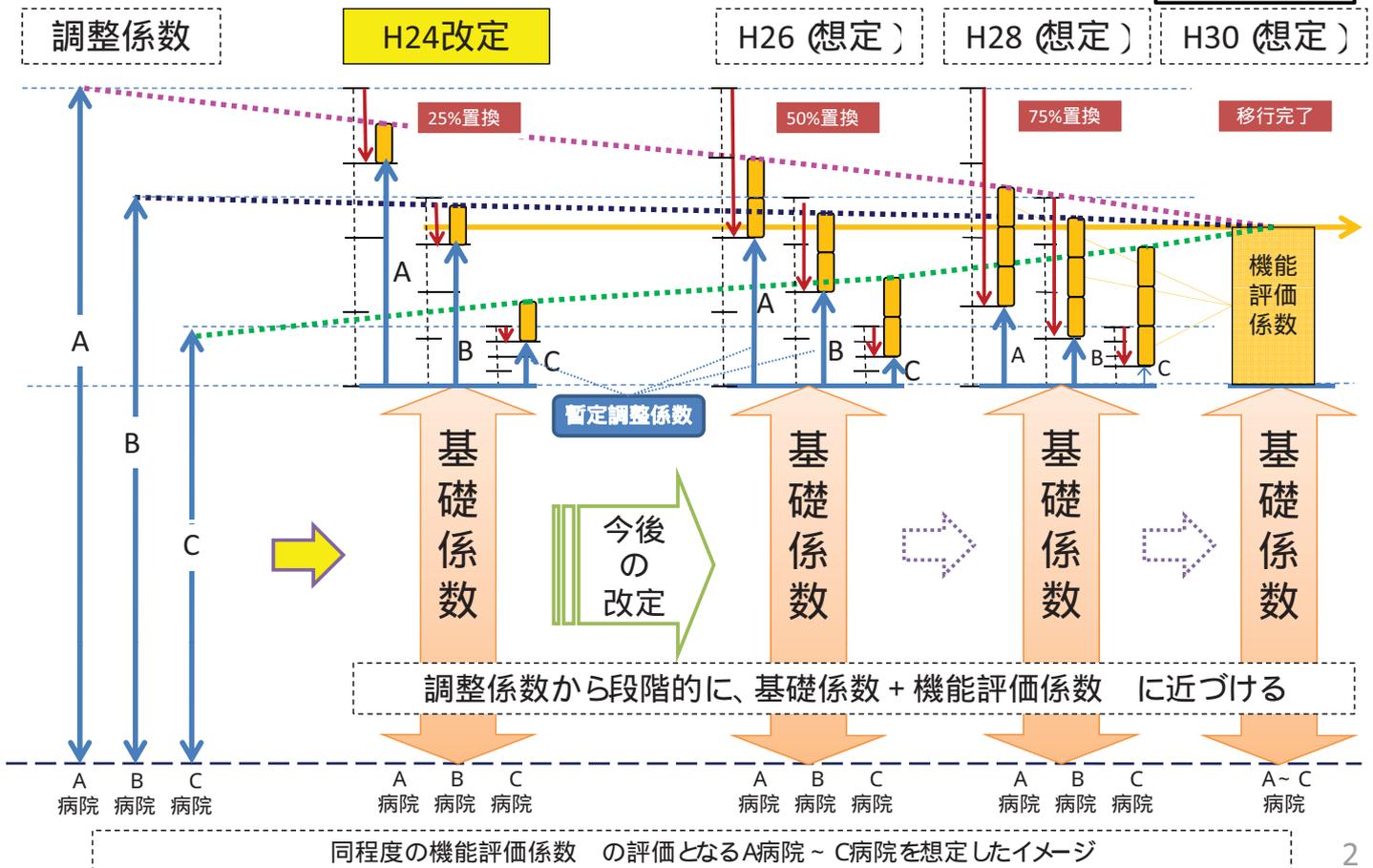
個別の医療機関におけるイメージ

平成22年12月16日  
DPC評価分科会D-5-2を改編

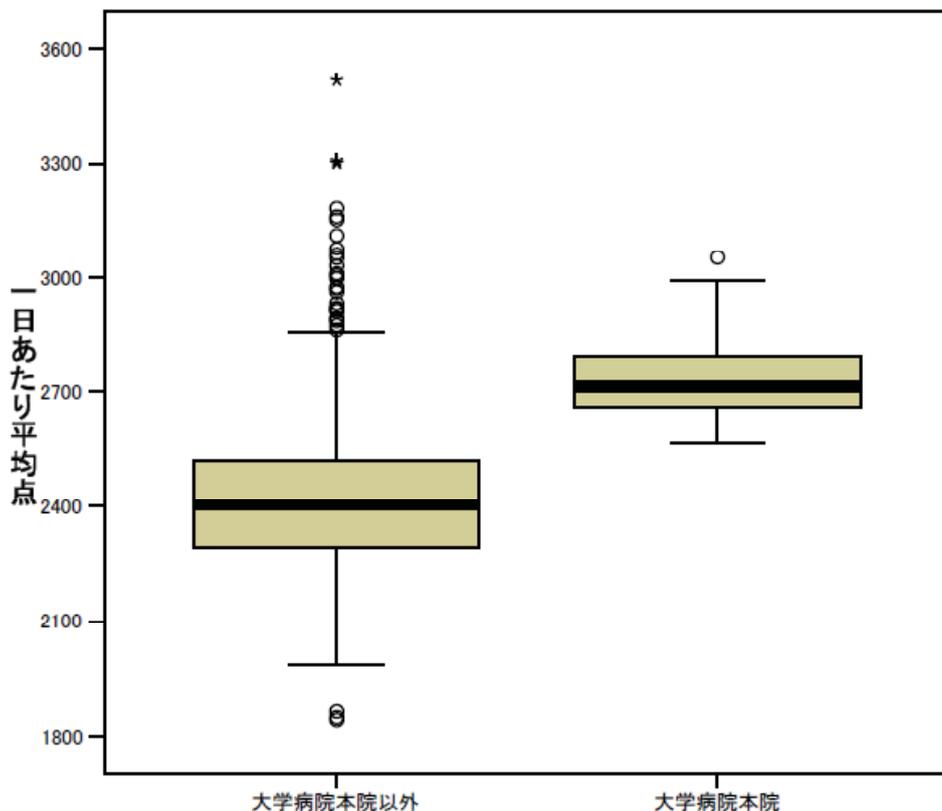


# 【図2】 調整係数から基礎係数 + 機能評価係数 への移行

平成24年4月25日  
DPC評価分科会D-2



### 【図3】 大学病院本院における1日あたり平均点数



平成23年4月14日  
DPC評価分科会D-8

### 【図4】 医療機関群別に基礎係数を設定する理由

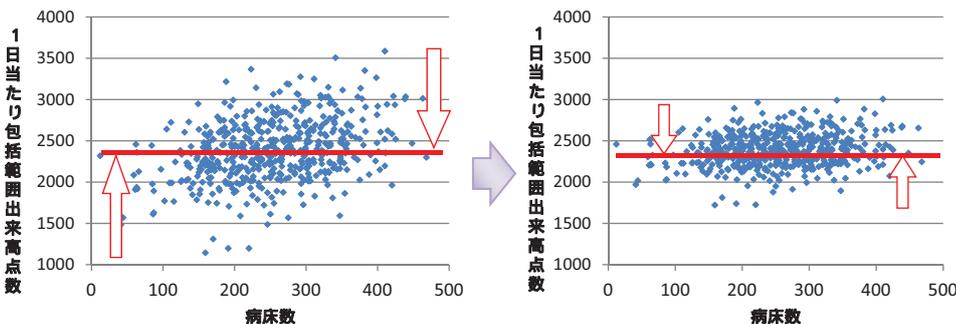
平成23年11月18日  
中医協総会 総-2-2

同一の基礎係数が設定される医療機関に対しては、同程度の効率化・標準化が促進され、中長期的には同一基礎係数の対象機関について、一定の診療機能や診療密度等に収斂していくことが期待されることになる。

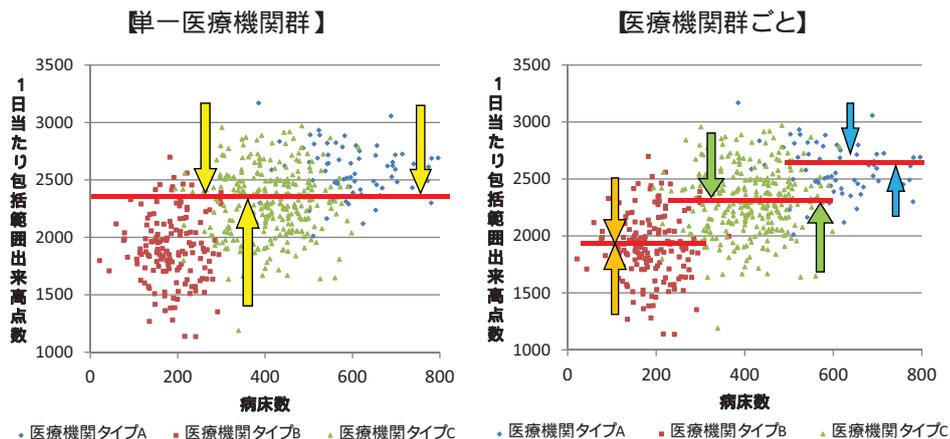
例えば、より重症な患者への対応やより先進的な技術の実践といった、他の施設とは異なる機能や役割を担う医療機関に、他と同程度の効率化・標準化を求めることは、これらの役割や機能を担うインセンティブがなくなってしまう懸念がある。

このような弊害に対応するため、一定の合理的な役割や機能の差が認められる医療機関について、基礎係数を分けて設定することが妥当と考えられる(医療機関群に対応した基礎係数の設定)。

< 効率化・標準化の進展のイメージ >

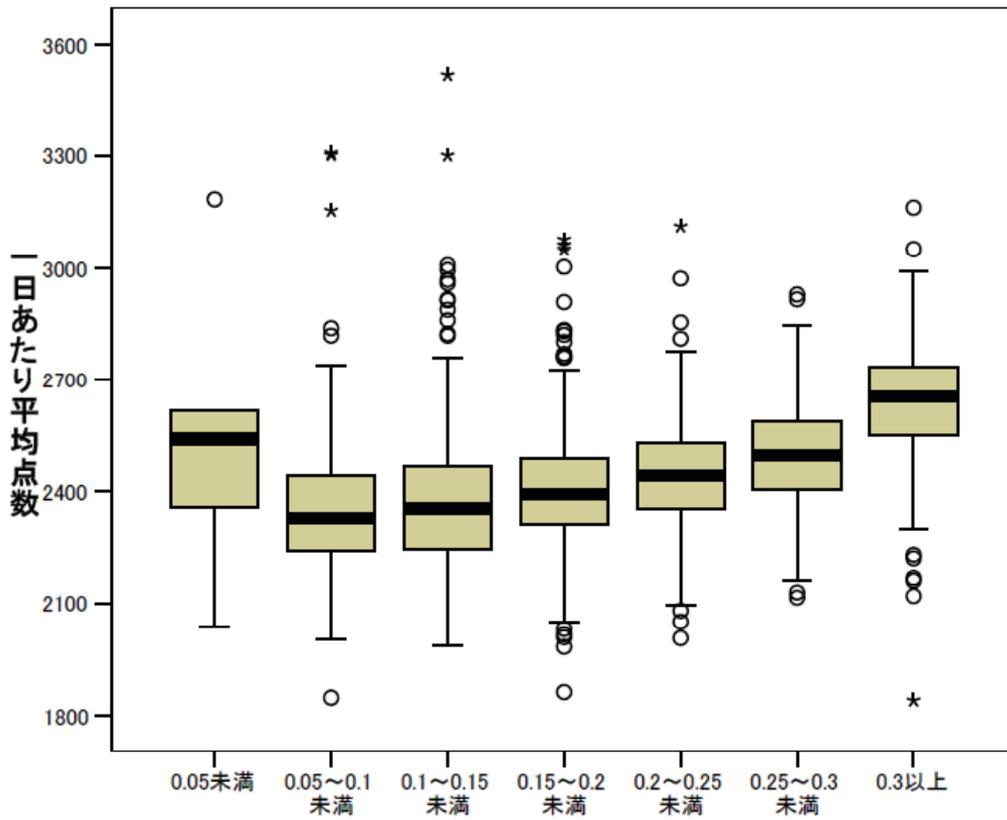


< 基礎係数設定のイメージ >



【図5】 DPC算定病床あたりの医師密度と1日あたり平均点

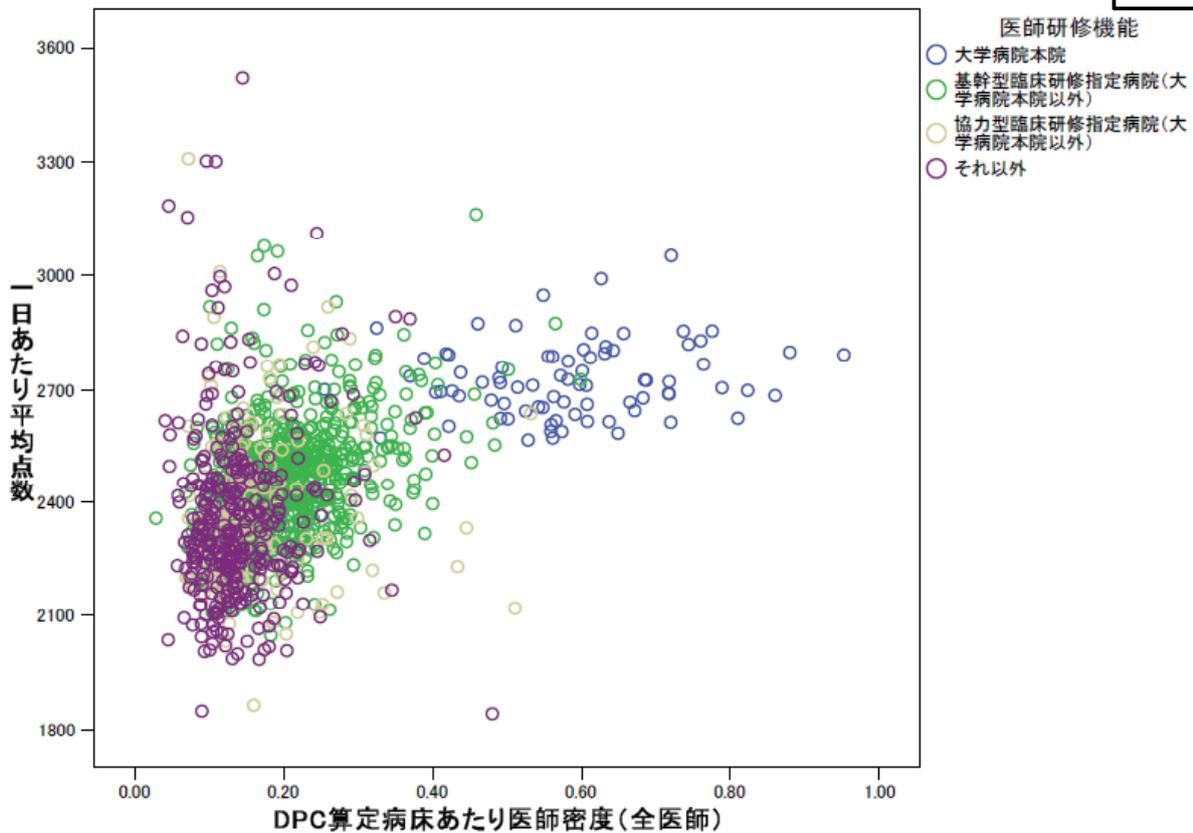
平成23年7月6日  
DPC評価分科会D-4-2



5

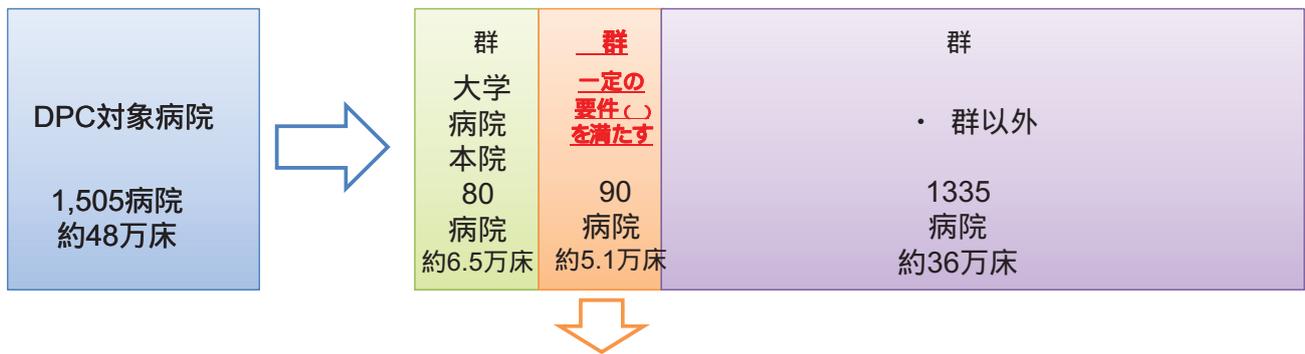
【図6】 DPC算定病床あたりの医師密度と1日あたり平均点

平成23年7月6日  
DPC評価分科会D-4-2



6

## 【図7】基礎係数の導入と医療機関群の設定 (DPC病院 群～群)



**DPC病院 群の要件 (以下の 実績要件1～4) を全て満たす病院)**  
(大学病院本院に準じた診療密度と一定の機能を有する病院)

実績要件 (特定機能病院は実績要件2を満たしたものと取扱う)	
	各要件の具体的指標
実績要件1】診療密度	1日当たり包括範囲出来高平均点数 (患者数補正後)
実績要件2】医師研修の実施	届出病床当たりの医師数 (免許取得後2年目まで)
実績要件3】 高度な医療技術の実施 右3つを全て満たす	手術1件あたりの外保連手術指数 (協力医師数補正後) DPC算定病床当たりの外保連手術指数 (協力医師数補正後) 手術実施件数
実績要件4】 重症患者に対する診療の実施	複雑性指数 (重症DPC補正後)

7

## 【図8】平成24年改定における調整係数見直しに係る基本方針 (抜粋)

### (3) 機能評価係数

#### 基本的考え方

- ・ DPC/PDPS参加による医療提供体制全体としての効率改善等へのインセンティブを評価
- ・ 具体的には、機能評価係数が評価する医療機関が担うべき役割や機能に対するインセンティブとして次のような項目を考慮する。なお、係数は当該医療機関に入院する全DPC対象患者が負担することが妥当なものとする。

1) 全DPC対象病院が目指すべき望ましい医療の実現

#### < 主な視点 >

- 医療の透明化 (透明化)
- 医療の質的向上 (質的向上)
- 医療の効率化 (効率化)
- 医療の標準化 (標準化)

2) 社会や地域の実情に応じて求められている機能の実現 (地域における医療資源配分の最適化)

#### < 主な視点 >

- 高度 先進的な医療の提供機能 (高度 先進性)
- 総合的な医療の提供機能 (総合性)
- 重症者への対応機能 (重症者対応)
- 地域で広範 継続的に求められている機能 (4疾病等)
- 地域の医療確保に必要な機能 (5事業等)

#### 具体的方法

- ・ 中医協の決定に基づき一定の財源を各係数毎に按分し、各医療機関の診療実績等に応じた各医療機関へ配分額を算出する。最終的に算出された配分額を医療機関別係数に換算する。
- ・ 原則としてプラスの係数とする。
- ・ DPCデータを活用した「係数」という連続性のある数値により評価ができるという特徴を生かして、段階的な評価のみではなく、連続的な評価も考慮する。
- ・ 評価に当たっては、診療内容への影響を考慮しつつ、必要に応じて係数には上限値・下限値を設ける。

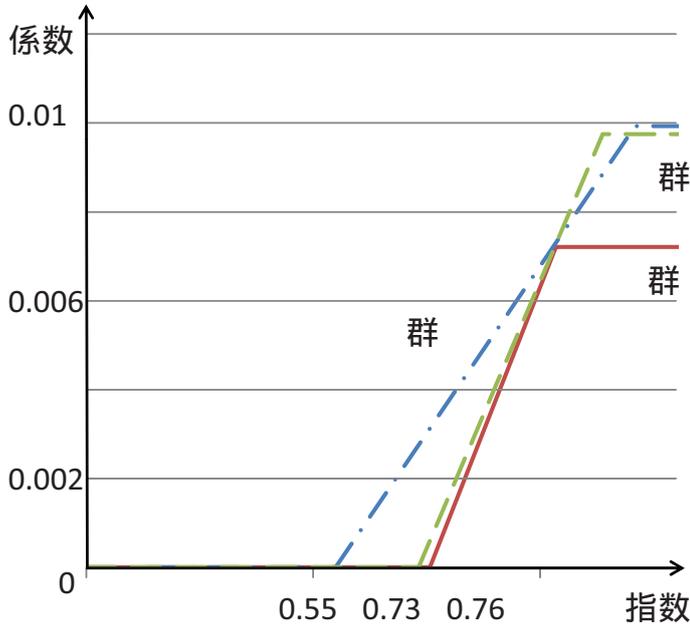
8

## 【図9】 複雑性係数、カバー率係数の群別評価の概要

平成24年6月20日  
DPC評価分科会D-2-2

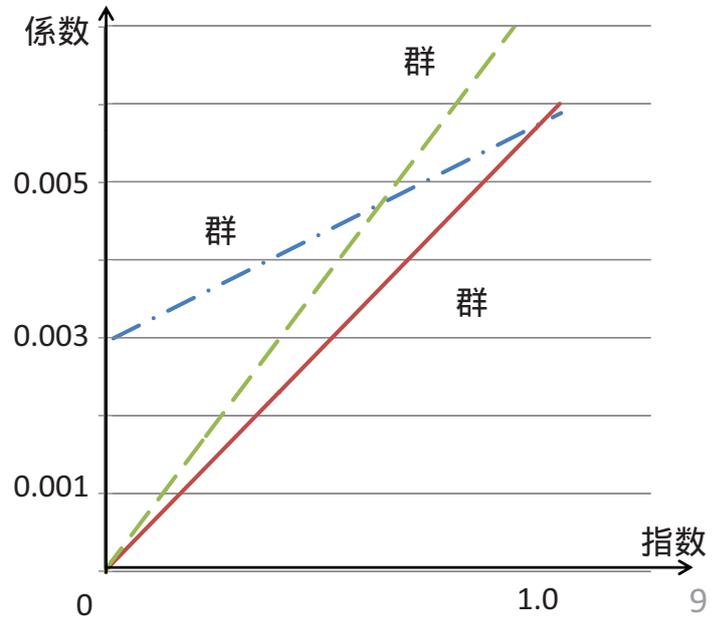
### 複雑性指数と係数の関係

	下限値(指数) (2.5%tile値)	下限値 (係数)	上限値(指数) (97.5%tile値)	上限値 (係数)
群	0.75711	0	1.03499	0.00721
群	0.73212	0	1.13795	0.00975
群	0.54937	0	1.20940	0.00993



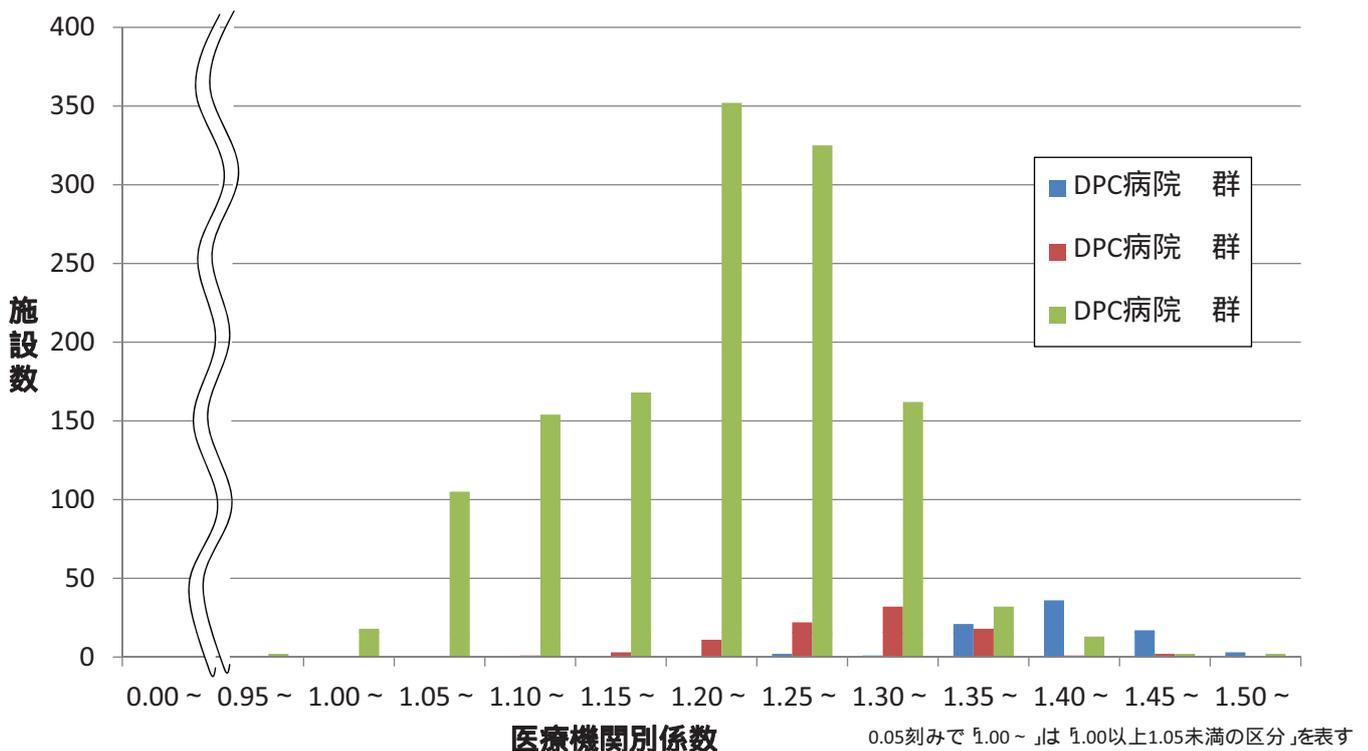
### カバー率指数と係数の関係

	最小値 (指数)	最小値 (係数)	最大値 (指数)	最大値 (係数)
群	0	0.00230	1	0.00600
群	0	0.00174	1	0.00778
群	0	0.00299	1	0.00588



## 【図10】 医療機関別係数の分布 (医療機関群別)

平成24年6月20日  
DPC評価分科会D-2-2



医療機関別係数 = 平成24年度基礎係数 + 平成24年度暫定調整係数 + 機能評価係数 + 平成24年度機能評価係数  
機能評価係数 = 暫定調整係数設定時の項目にH24年度診療報酬改定後の機能評価係数の値を適用。

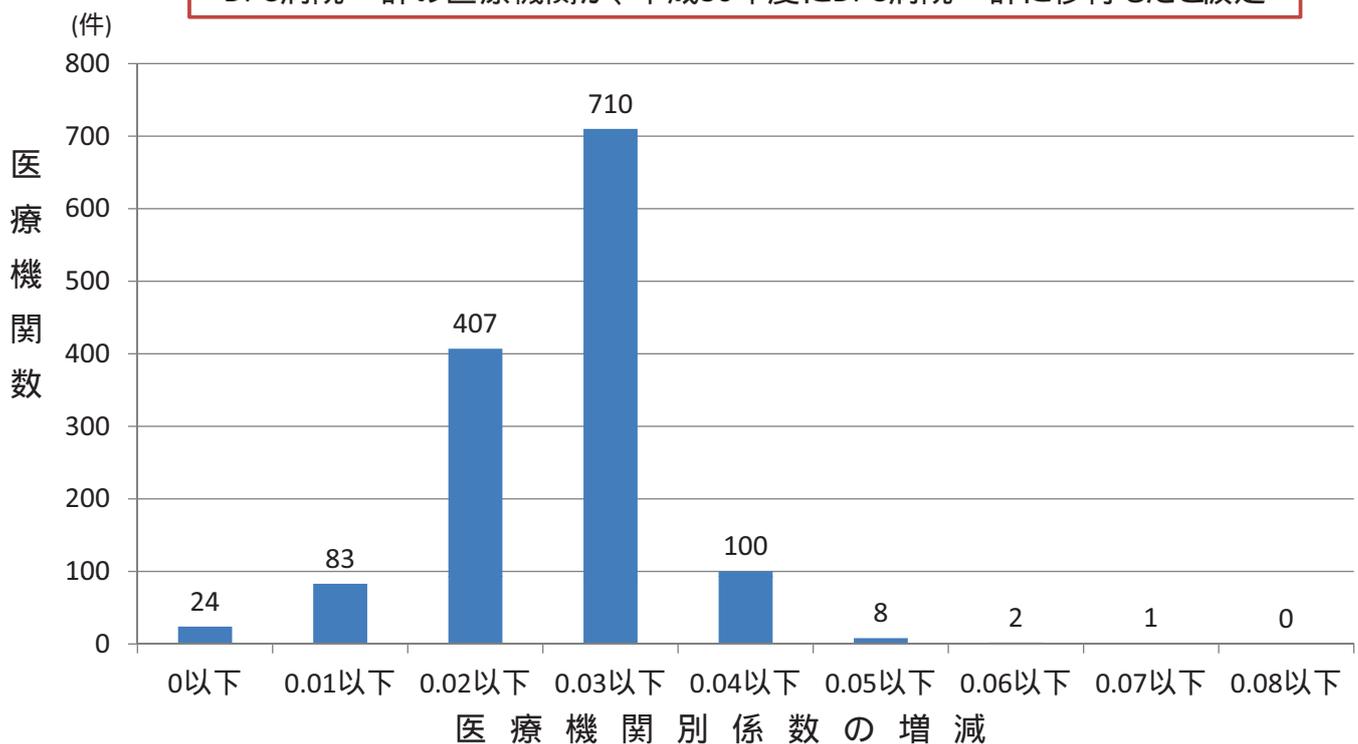
【図11】 外保連指数の低い手術の各医療機関群ごとの実施割合(例)

	外保連指数	群			群			群			合計			
		施設数	件数	合計手術数に占める割合*	施設数	件数	合計手術数に占める割合*	施設数	件数	合計手術数に占める割合*	施設数	件数	合計手術数に占める割合*	
K718 虫垂切除術	1 虫垂周囲膿瘍を伴わないもの	3.36	76	931	0.1%	88	2,698	0.4%	1,092	19,295	0.6%	1,256	22,924	0.5%
	2 虫垂周囲膿瘍を伴うもの	3.36	75	617	0.1%	84	1,261	0.2%	1,065	9,399	0.3%	1,224	11,277	0.2%
	合計		78	1,548	0.2%	89	3,959	0.6%	1,154	28,694	0.9%	1,321	34,201	0.7%
K6335 ヘルニア手術 (鼠径ヘルニア)	3.36	80	6,022	0.8%	89	10,541	1.6%	1,226	74,919	2.2%	1,395	91,482	1.9%	

\* 該当手術を1件以上実施している施設における全手術の合計件数に占める割合

【図12】 DPC病院 群から 群に移行した場合のシミュレーション (平成30年度)

DPC病院 群の医療機関が、平成30年度にDPC病院 群に移行したと仮定



\* 平成30年度に暫定調整係数がすべて機能評価係数 (現在の評価指標と同様)に移行したと仮定