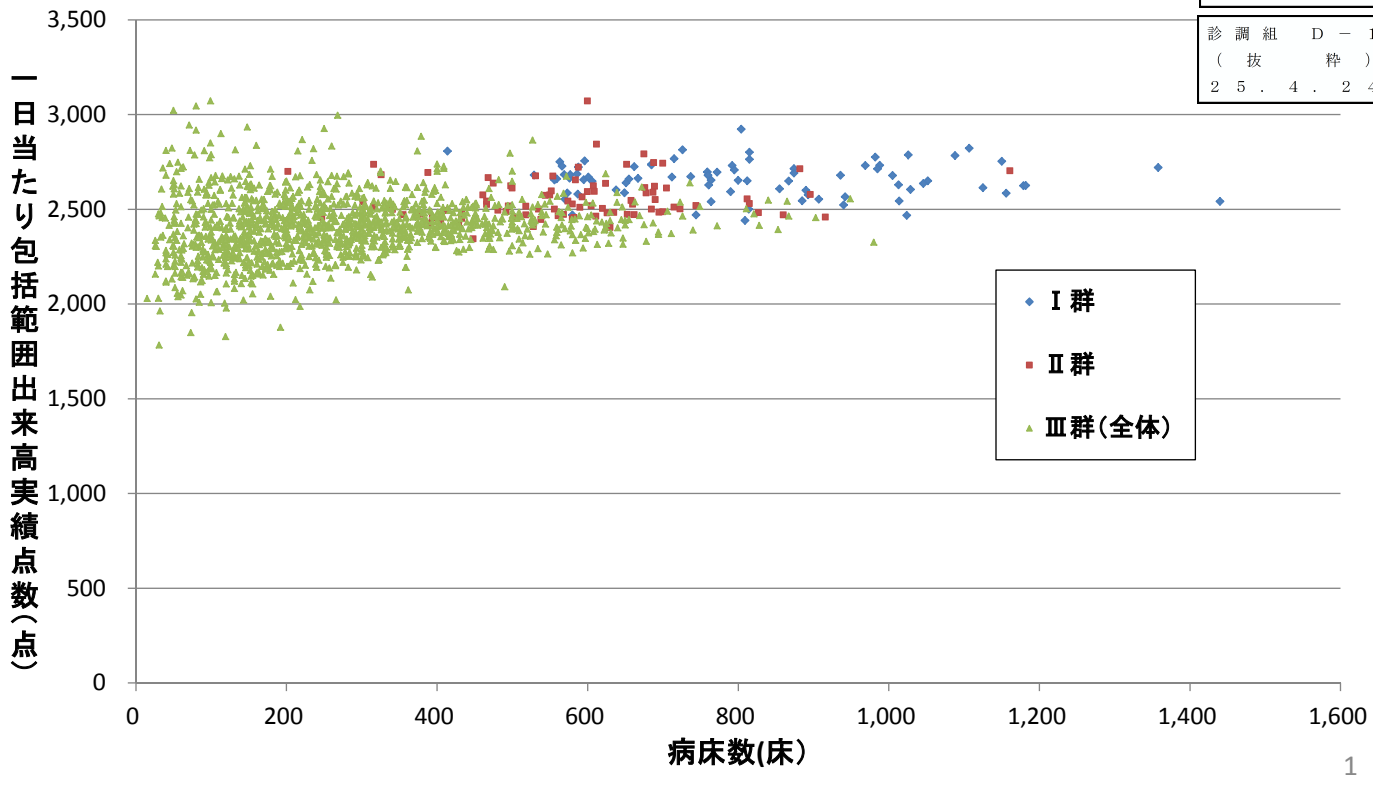


(1) 平成23年度から平成24年度にかけてⅢ群全体の傾向について

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

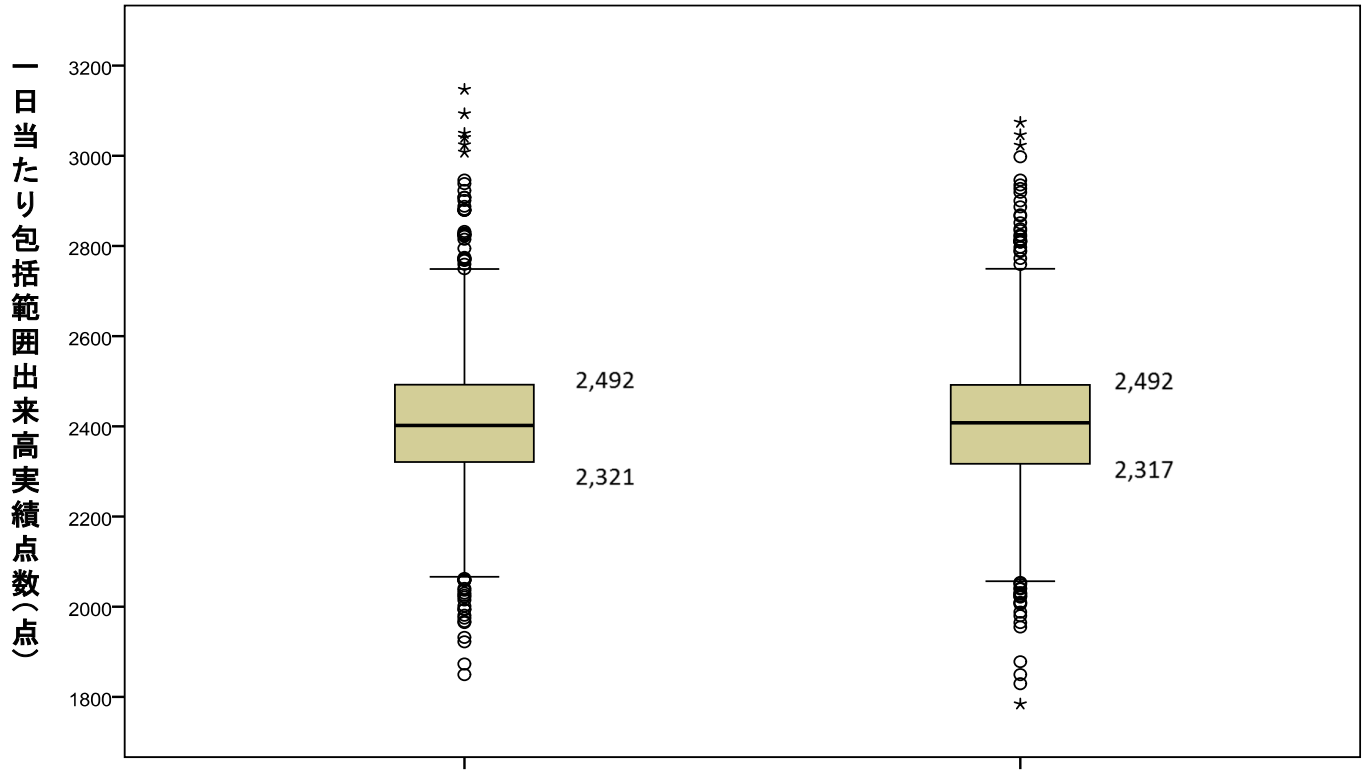
[図1] 病床数と一日あたり包括範囲出来高実績点数 (患者数補正後・医療機関別) (全医療機関群)



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

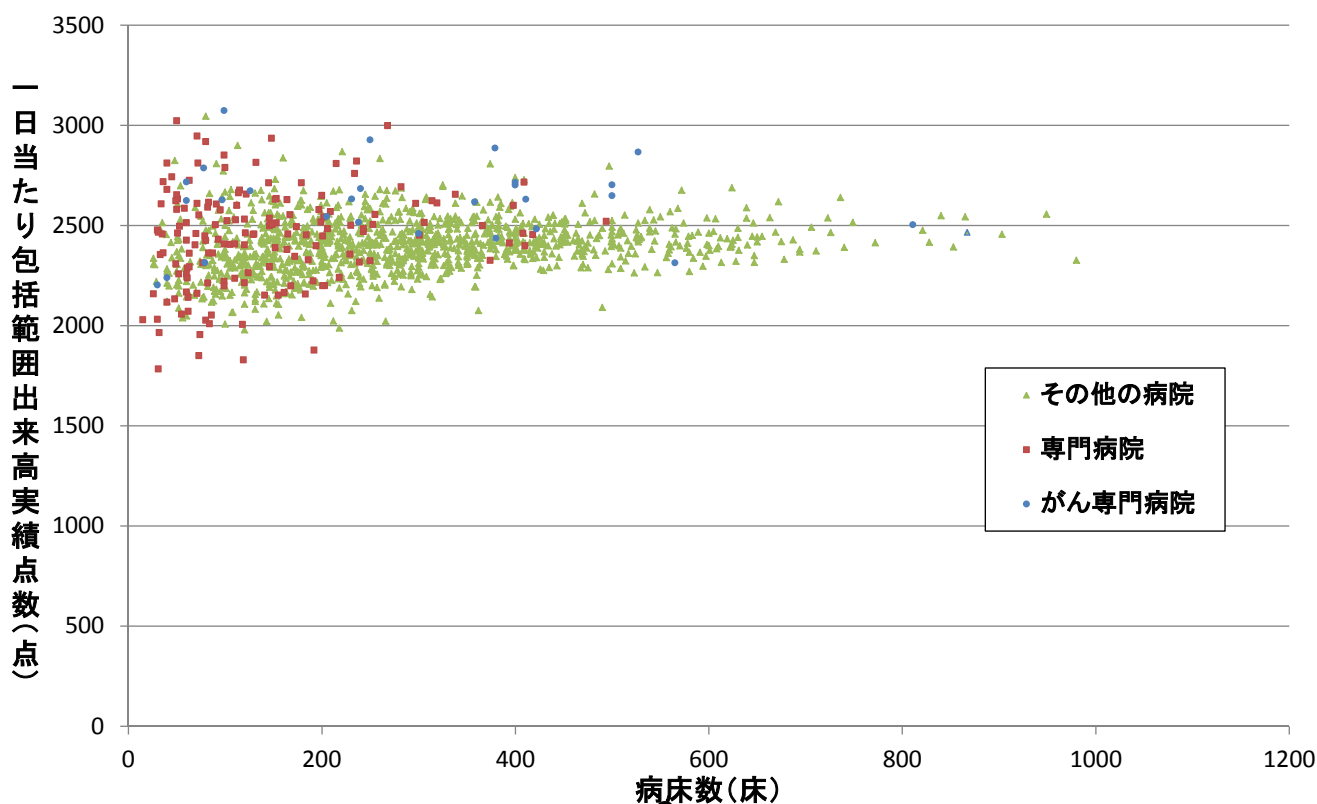
平成23年度データ	
がん専門病院	26施設
専門病院	159施設
その他の病院	1,141施設
合計	1,326施設

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

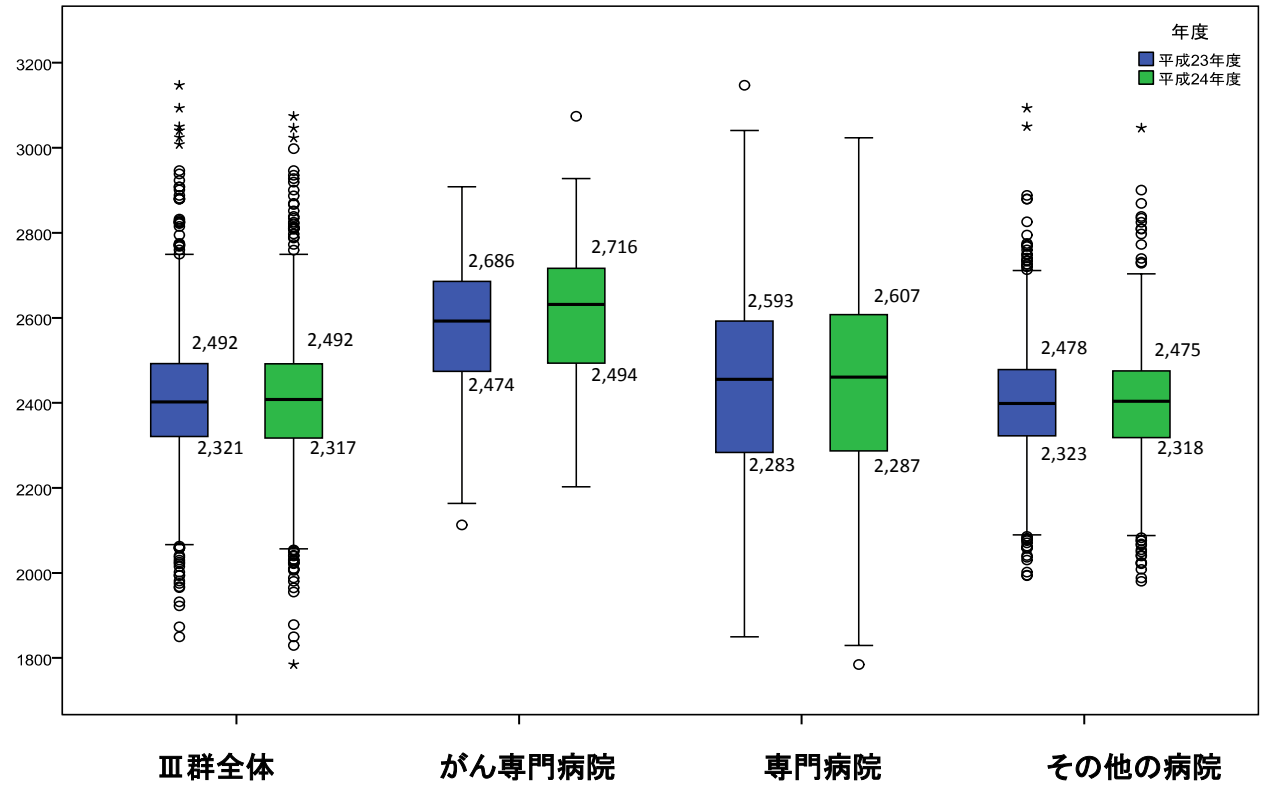
【図3】 平成24年度病床数と一日あたり包括範囲出来高実績点数
(患者補正後・医療機関別)(DPC病院Ⅲ群・類型①)



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)



5

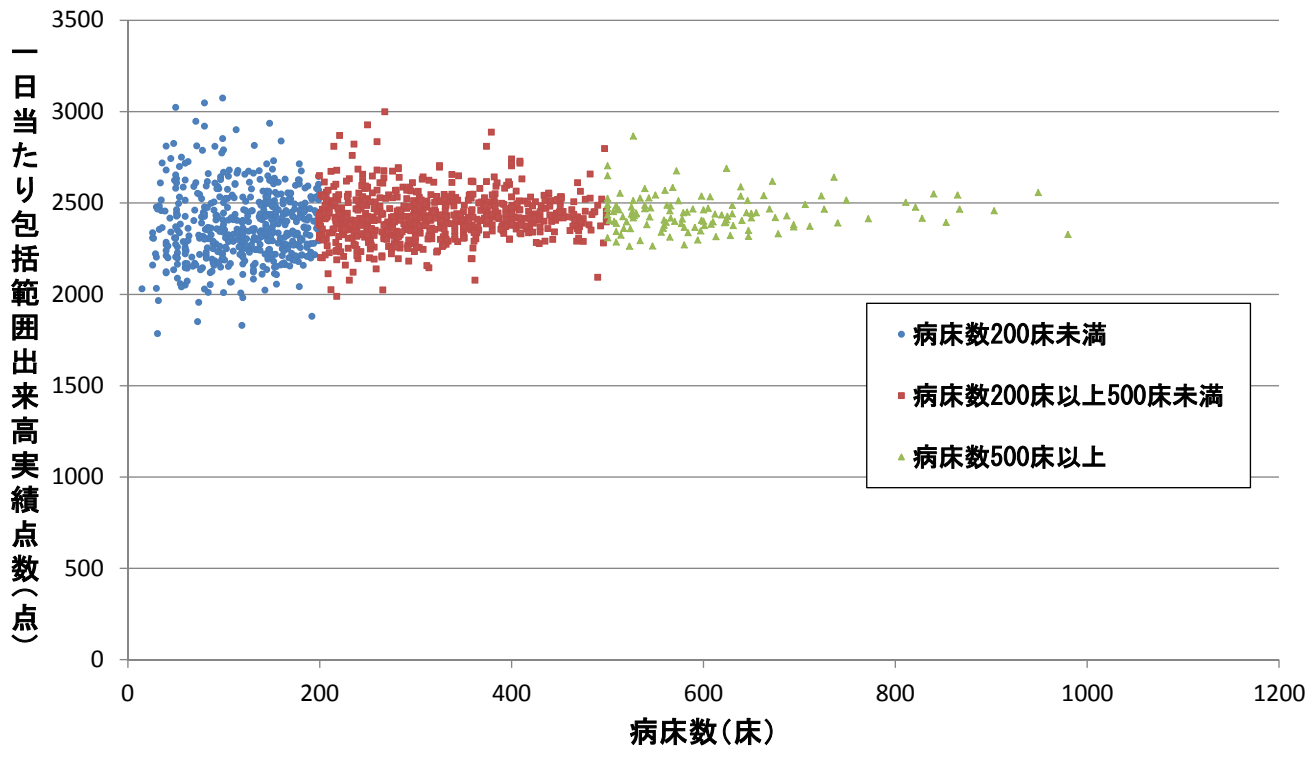
(2) Ⅲ群病院の類型別集計 ②中規模・小規模病院

○各類型の医療機関数

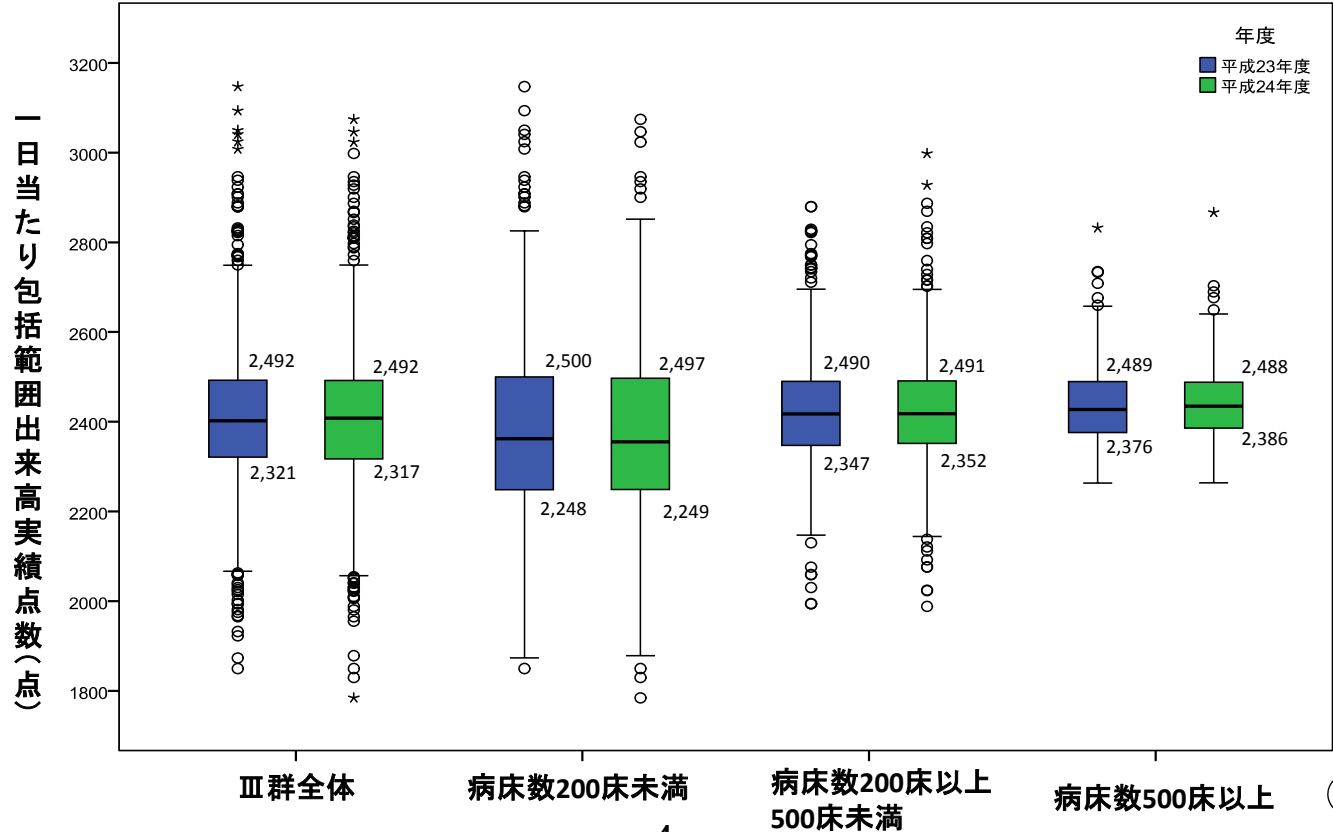
平成23年度データ	
200床未満	516施設
病床数200床以上500床未満	682施設
病床数500床以上	128施設
合計	1,326施設

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
合計	1,326施設

【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

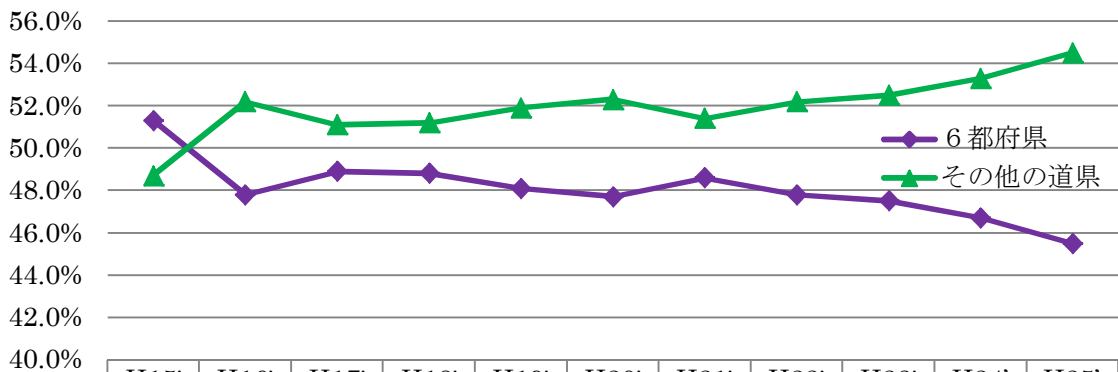
○都市部の6都府県（東京都、神奈川県、愛知県、京都府、大阪府、福岡県）以外の道県の採用実績の割合は、平成16年度の新制度導入後、過去最大となりました。

・ 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

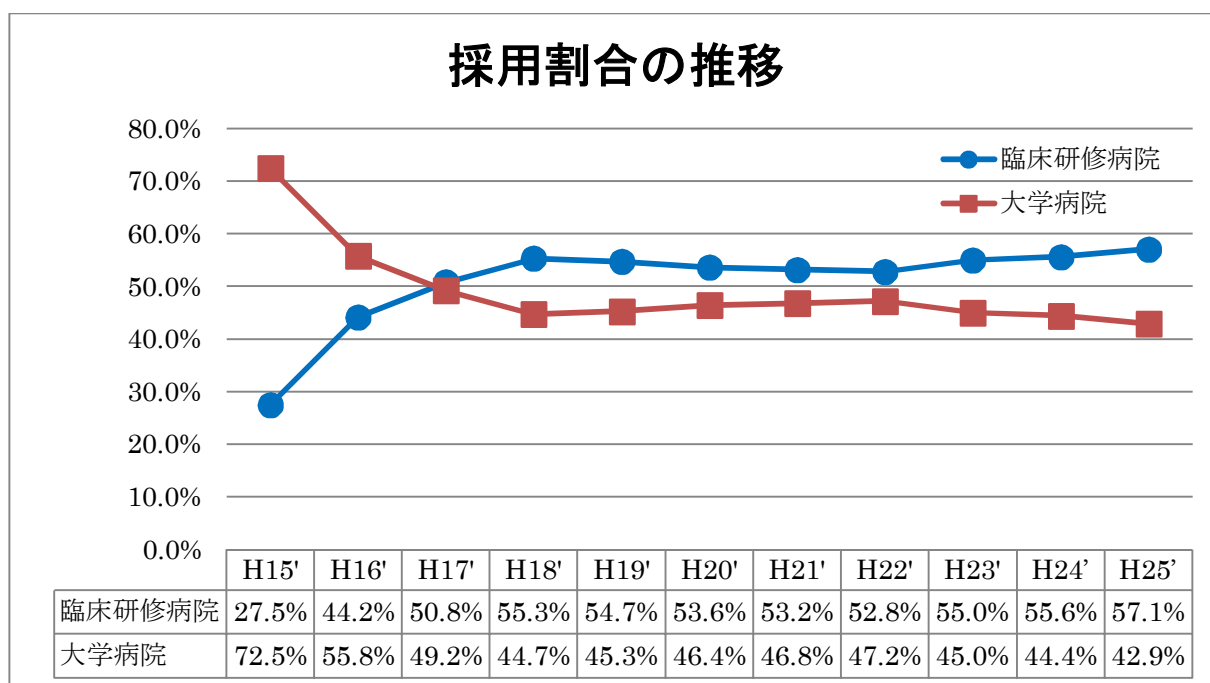
○大学病院の採用実績の割合は、昨年度より減少しました。

○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	前年度との増減
	①	②	()	③	()	③-①	③-②
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（＝[後発医薬品の数量]／（[後発医薬品のある先発医薬品の数量]+[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を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

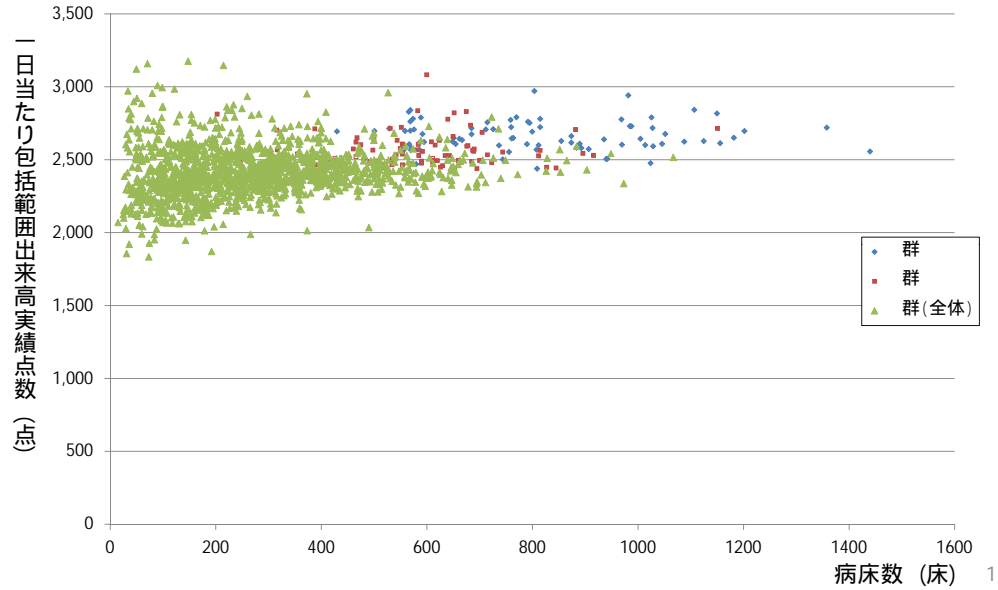
平成 24 年診療報酬改定では、調整係数の基礎係数・機能評価係数Ⅱへの置換えに伴う個別の医療機関別係数の変動について、激変緩和の観点から、医療機関別係数の変動の影響による推計診療報酬変動率(出来高部分も含む)に基づき、2.0%を超えて変動しないよう暫定調整係数を調整した。

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。

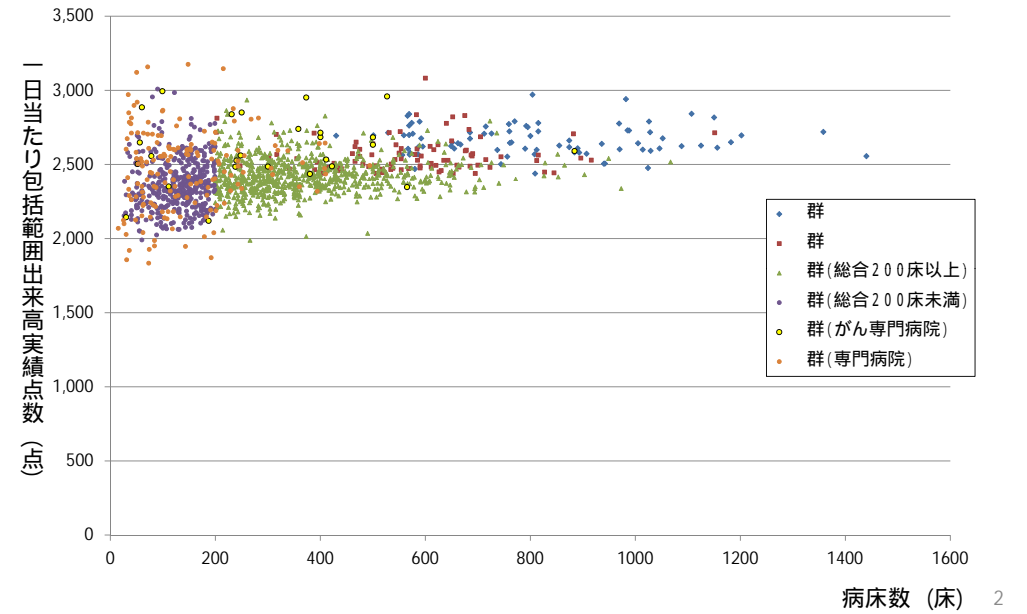
上記のような状況も含め、今後の段階的な暫定調整係数の廃止(基礎係数と機能評価係数Ⅱへの置換え)に伴う、最終的な置換え完了を見据えながら、改定時の激変緩和措置について、どのように考えるか、今後、引き続き検討する必要がある。

<参考1>

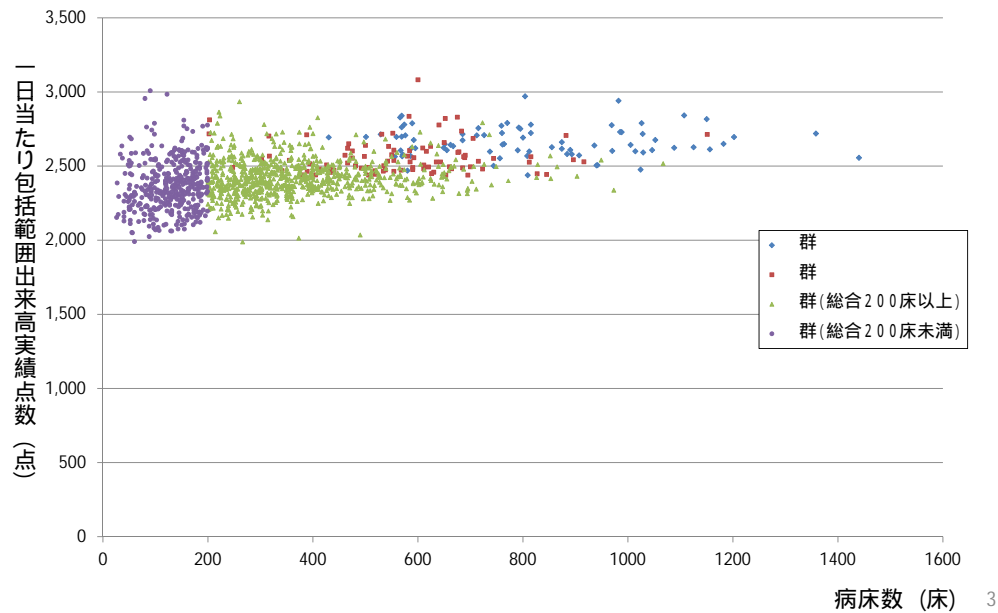
病床数と一日あたり包括範囲出来高実績点数 (患者数補正後・医療機関別)
(全医療機関群)



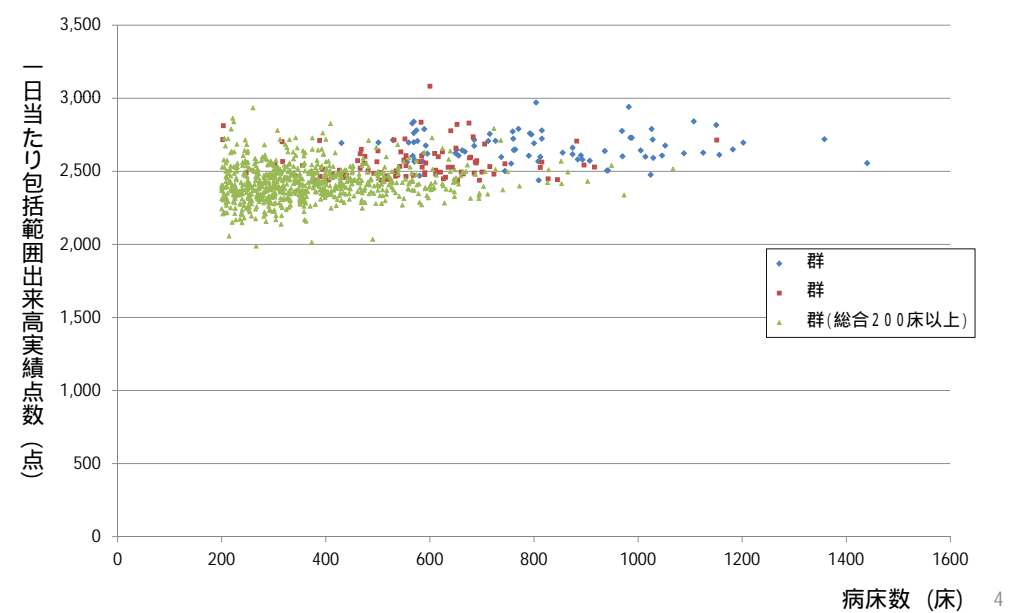
病床数と一日あたり包括範囲出来高実績点数 (患者数補正後・医療機関別)
(全医療機関群 - 群機能別)



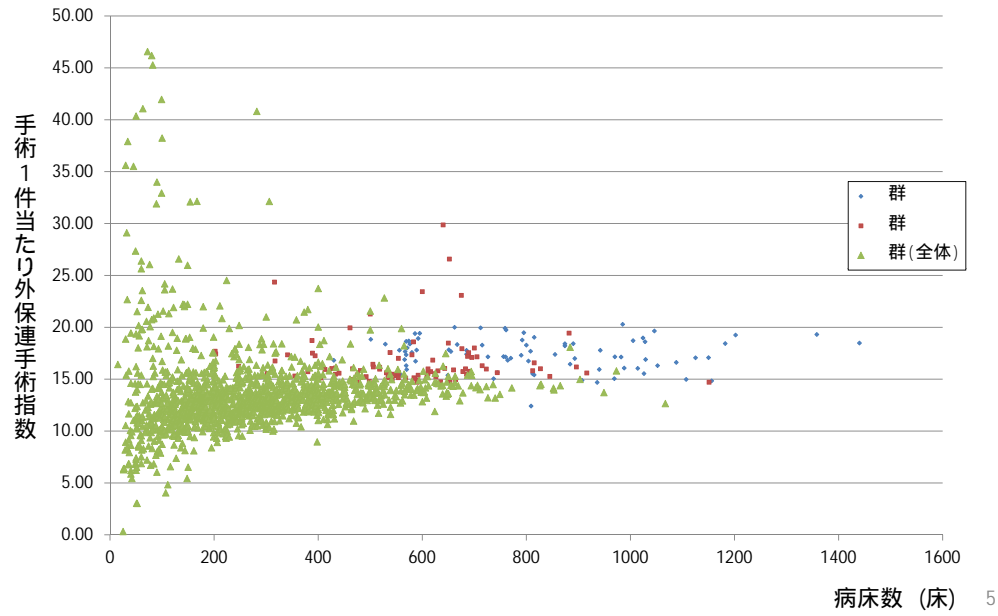
病床数と一日あたり包括範囲出来高実績点数 (患者数補正後・医療機関別)
(全医療機関群 - 群がん専門、専門病院以外)



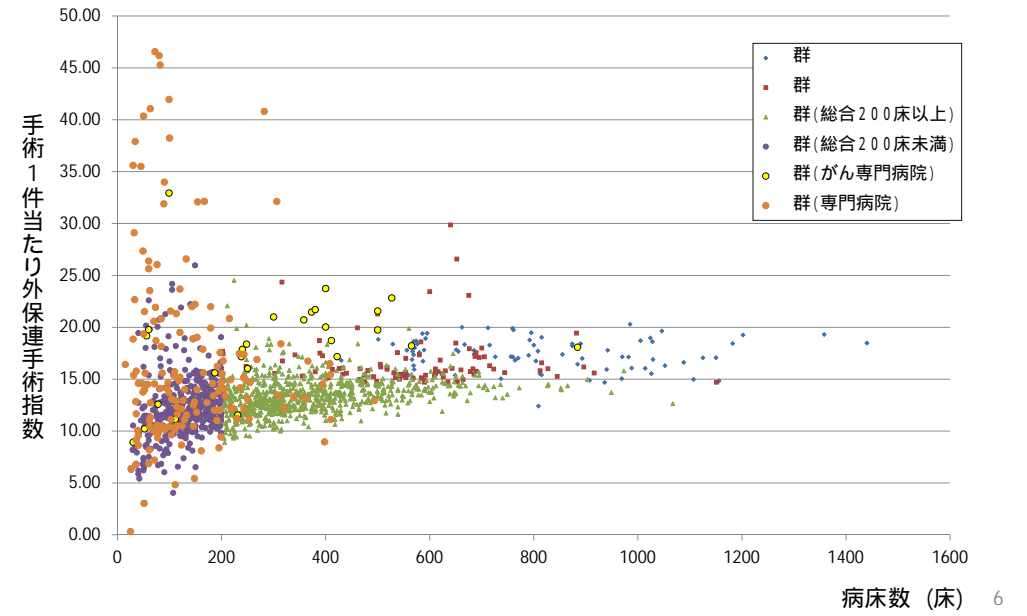
病床数と一日あたり包括範囲出来高実績点数 (患者数補正後・医療機関別)
(全医療機関群 - 群がん専門、専門病院以外、200床以上のみ)



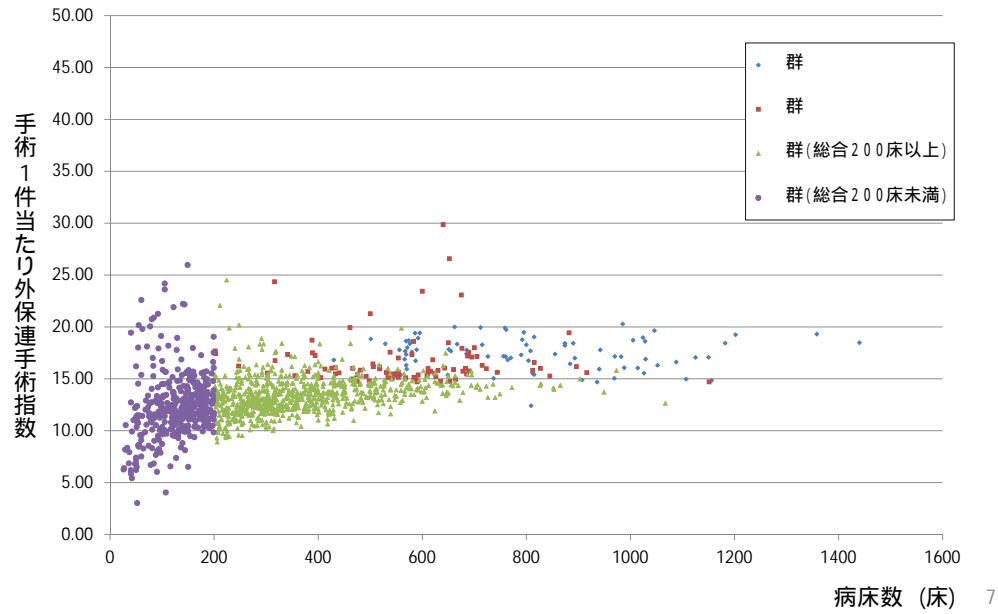
病床数と手術1件あたり外保連手術指数 (医療機関別)
(全医療機関群)



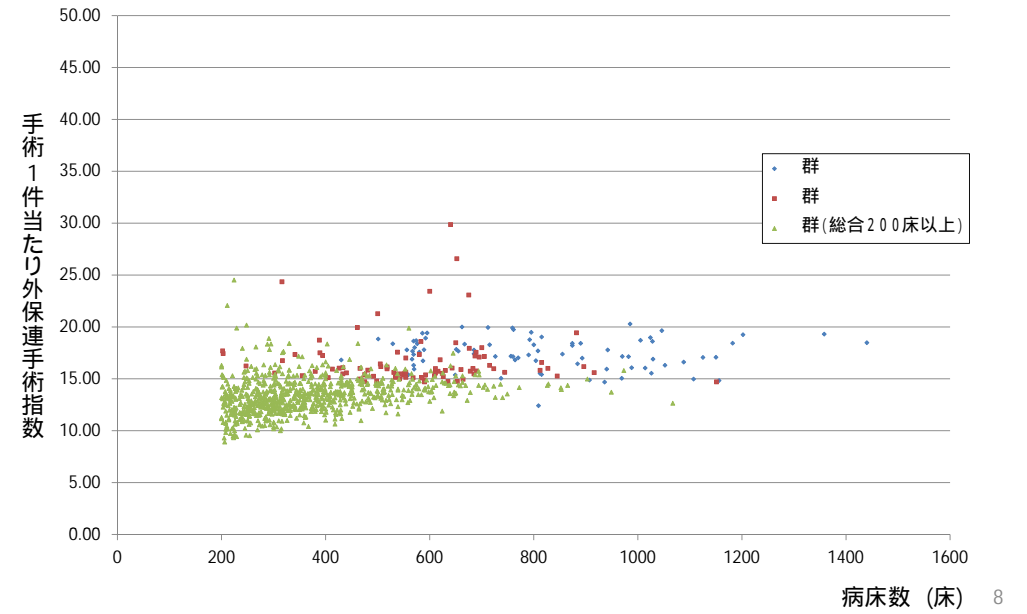
病床数と手術1件あたり外保連手術指数 (医療機関別)
(全医療機関群 - 群機能別)



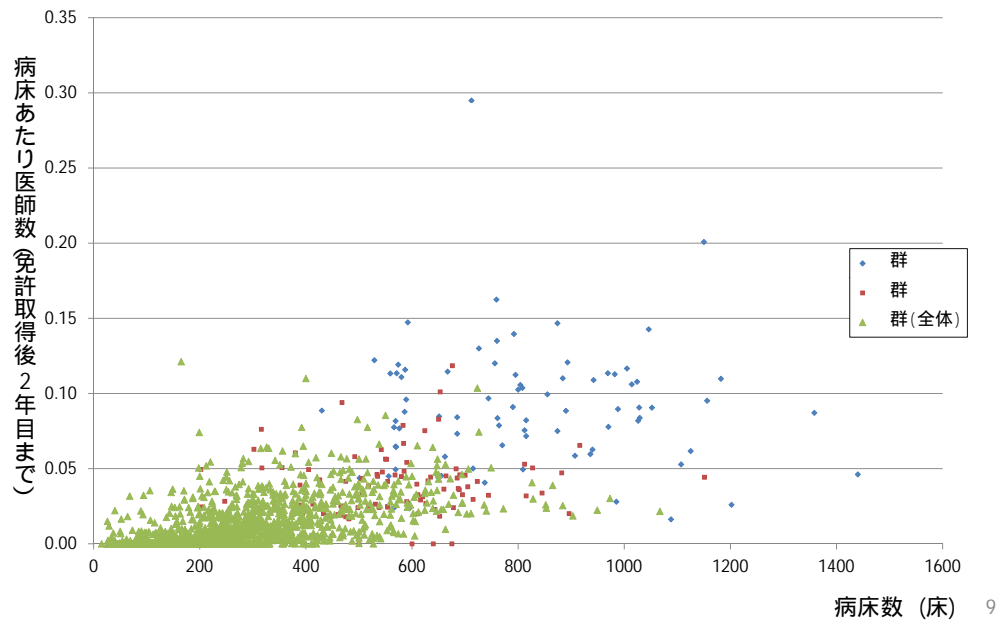
病床数と手術1件あたり外保連手術指数 (医療機関別)
(全医療機関群 - 群がん専門、専門病院以外)



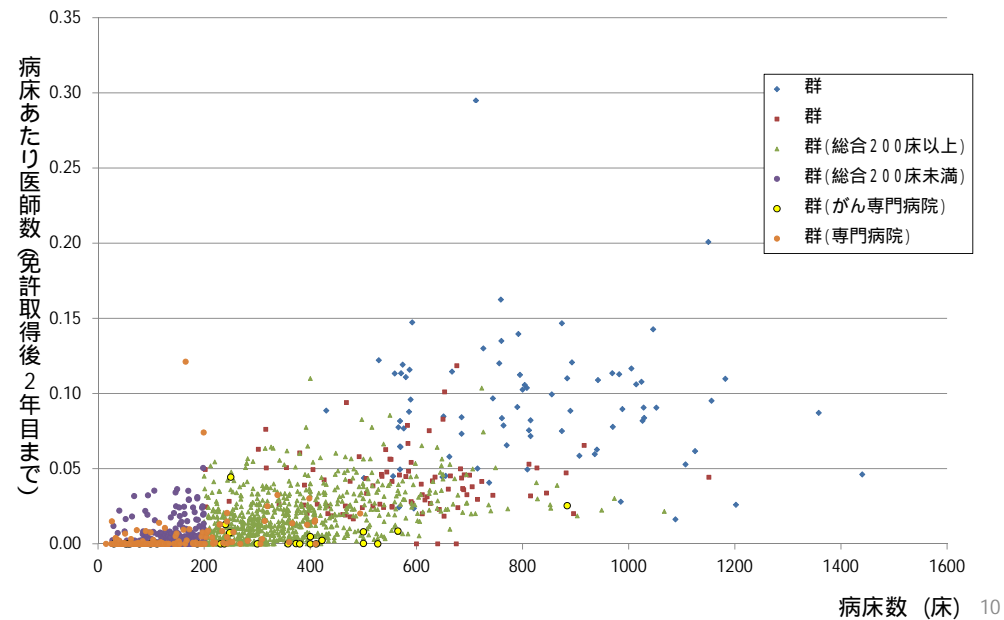
病床数と手術1件あたり外保連手術指数 (医療機関別)
(全医療機関群 - 群がん専門、専門病院以外、200床以上のみ)



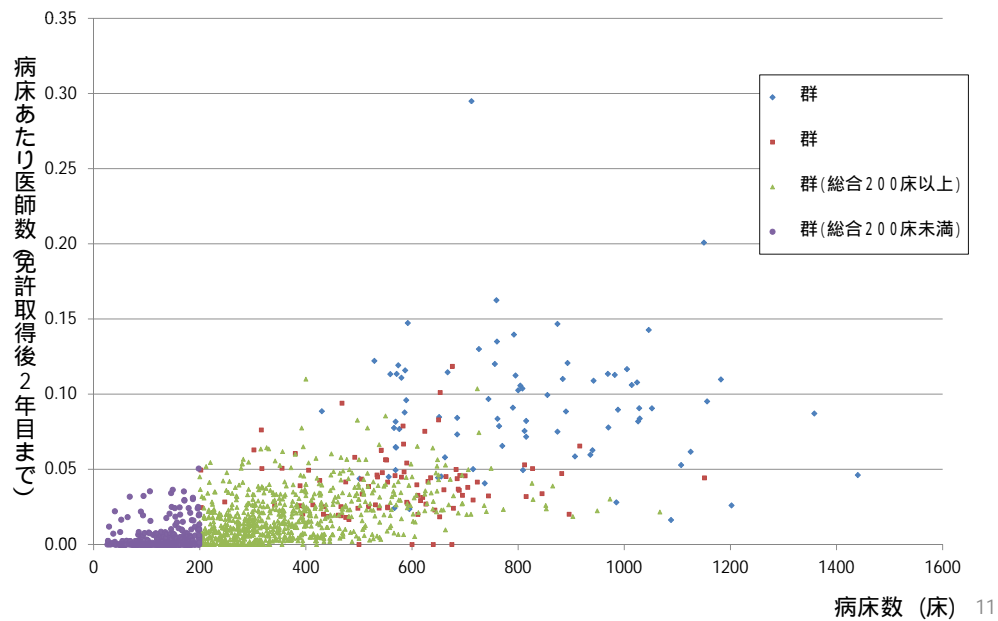
病床数と病床あたり医師数(免許取得後2年目まで・医療機関別)
(全医療機関群)



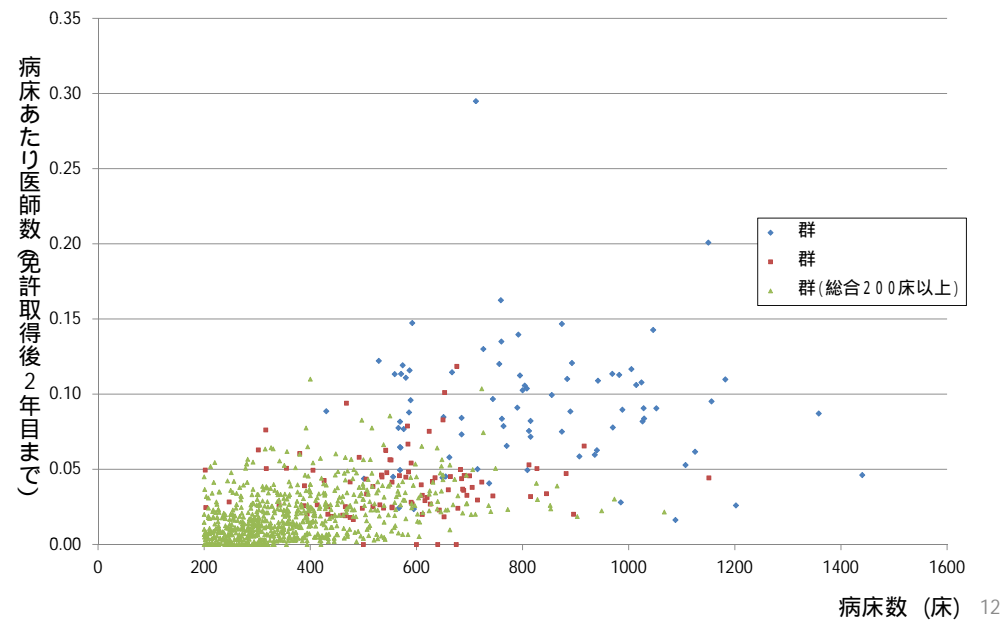
病床数と病床あたり医師数(免許取得後2年目まで・医療機関別)
(全医療機関群 - 群機能別)



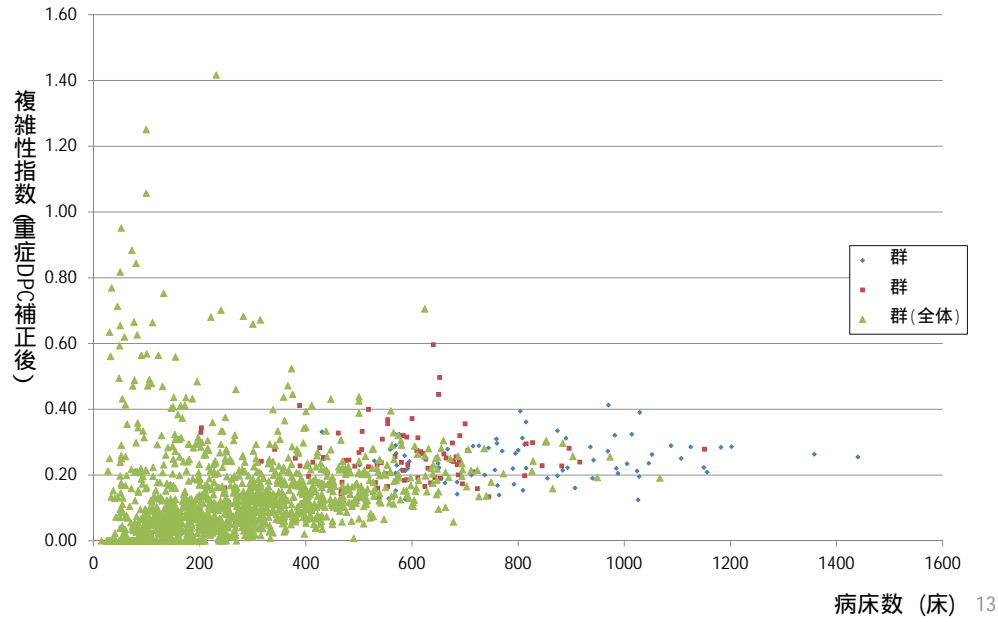
病床数と病床あたり医師数(免許取得後2年目まで・医療機関別)
(全医療機関群 - 群がん専門、専門病院以外)



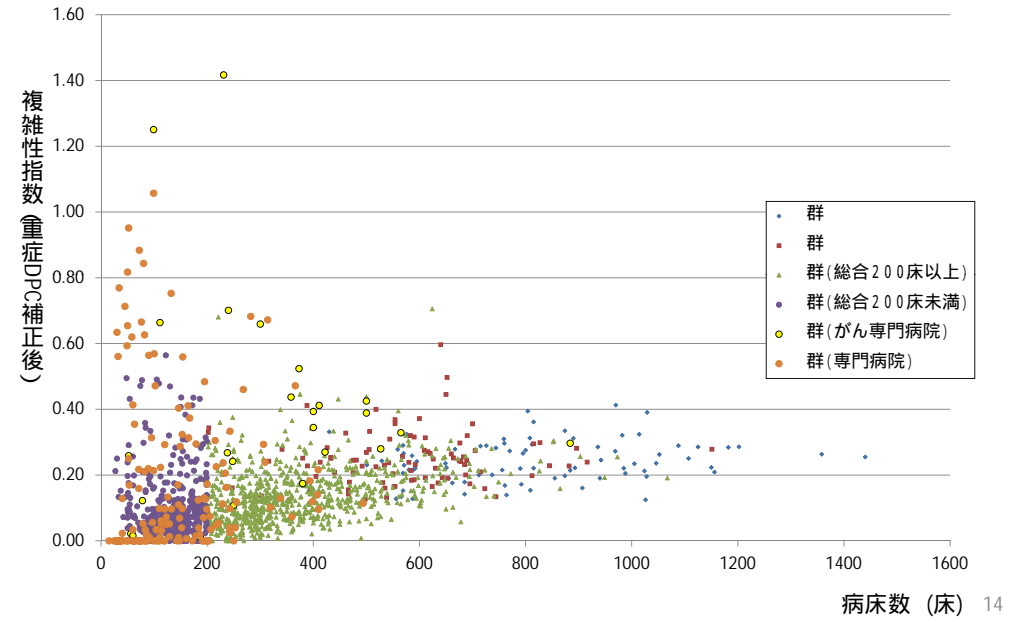
病床数と病床あたり医師数(免許取得後2年目まで・医療機関別)
(全医療機関群 - 群がん専門、専門病院以外、200床以上のみ)



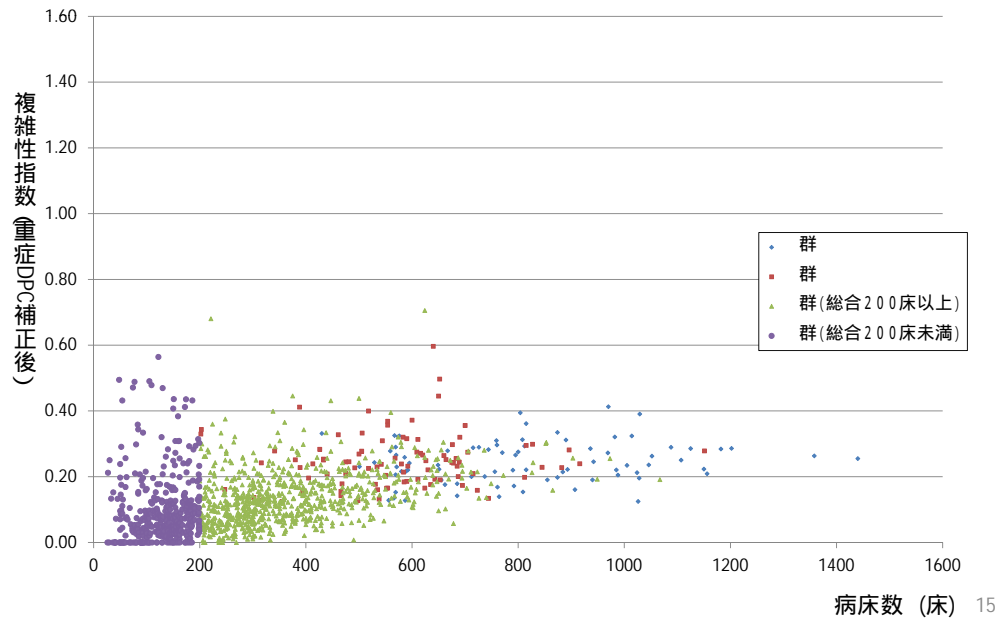
病床数と複雑性指数 (重症DPC補正後・医療機関別)
(全医療機関群)



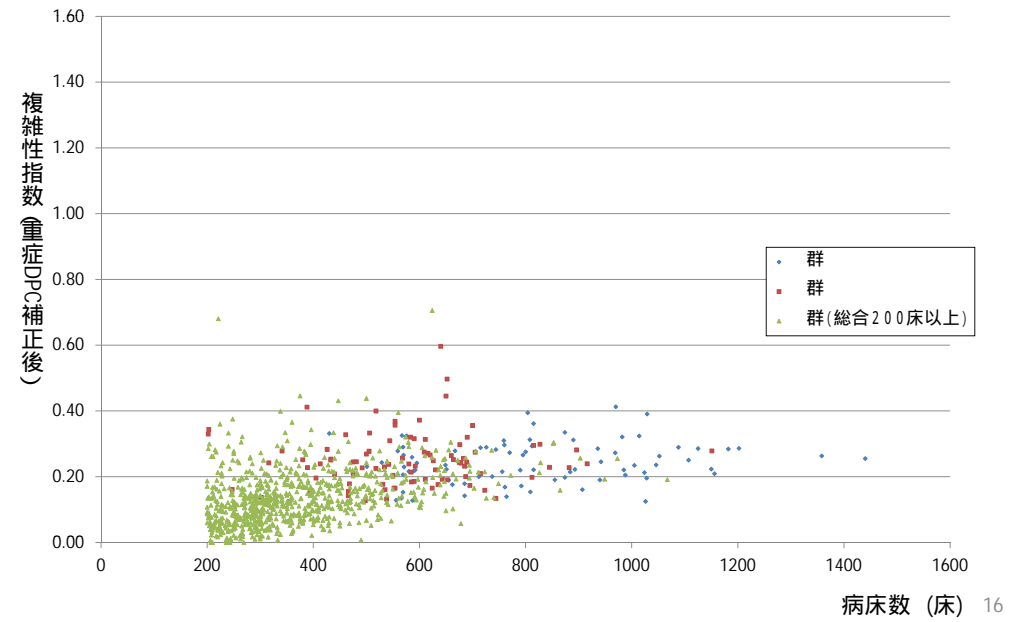
病床数と複雑性指数 (重症DPC補正後・医療機関別)
(全医療機関群 - 群機能別)



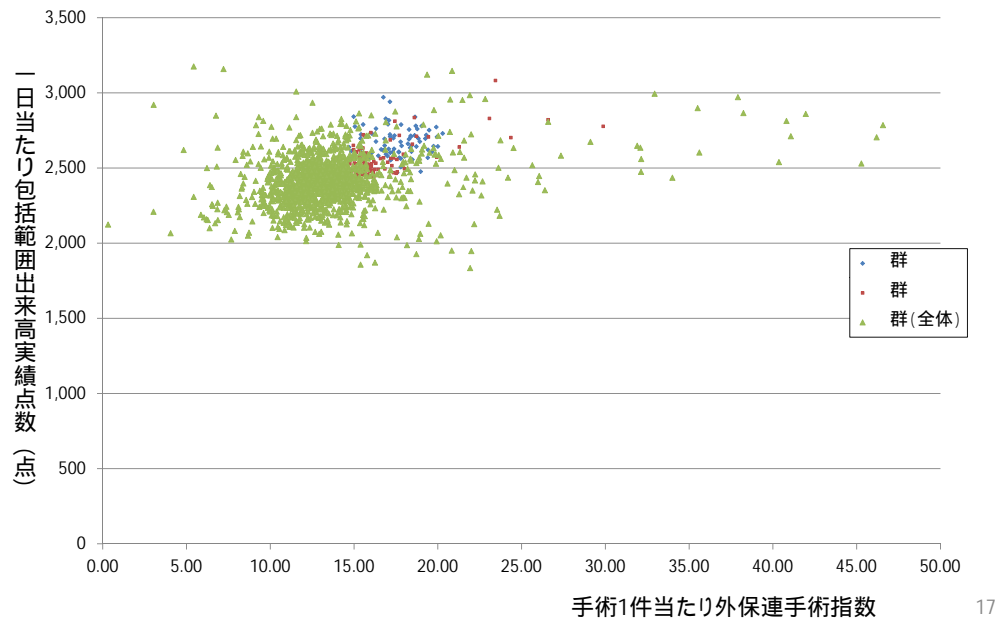
病床数と複雑性指数 (重症DPC補正後・医療機関別)
(全医療機関群 - 群がん専門、専門病院以外)



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)

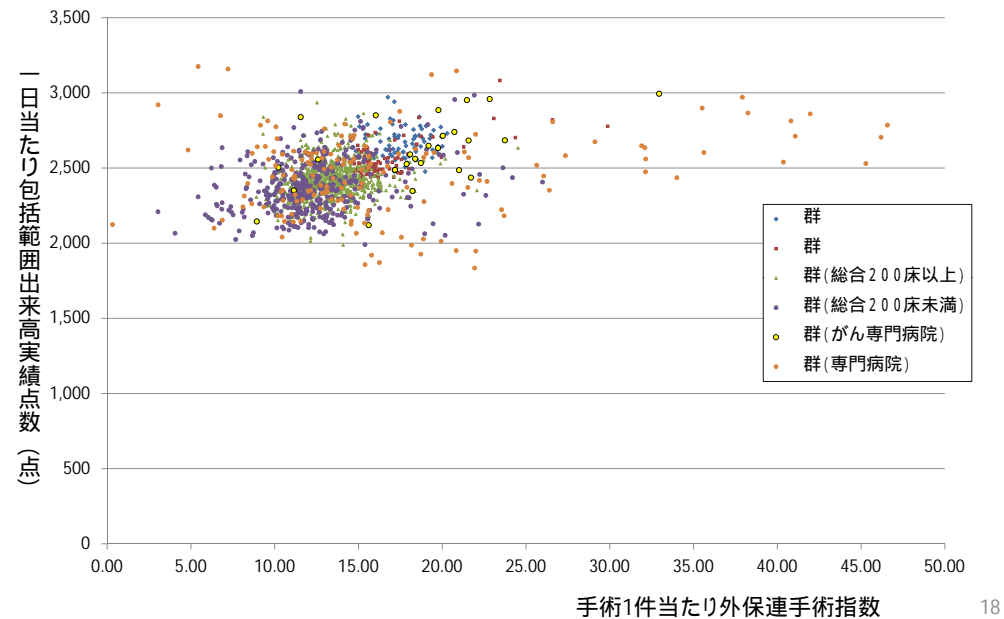


手術1件あたり外保連手術指数と一日あたり包括範囲出来高実績点数
(患者数補正後・医療機関別) (全医療機関群)



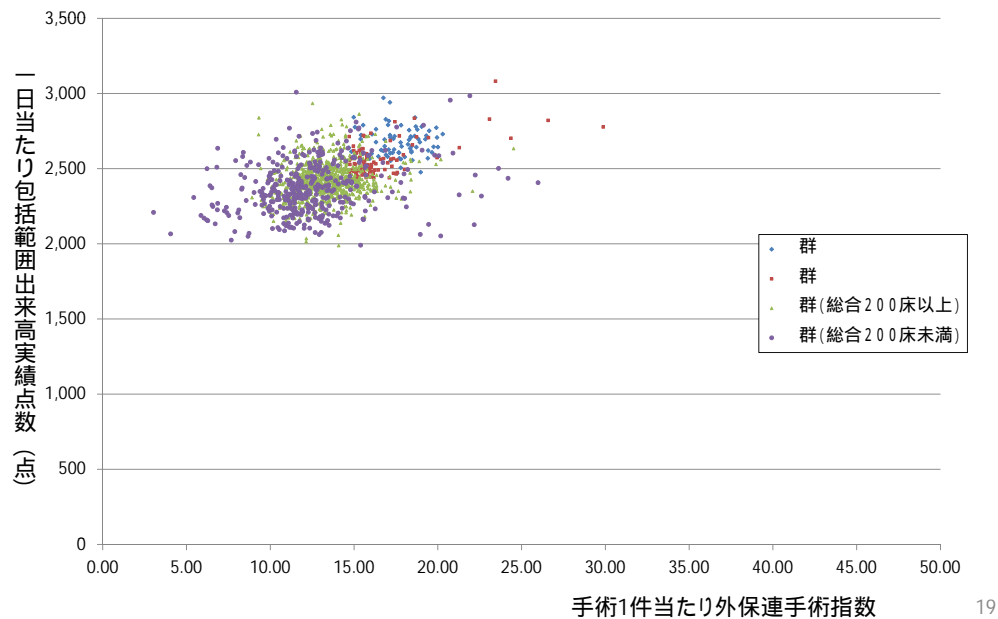
17

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)



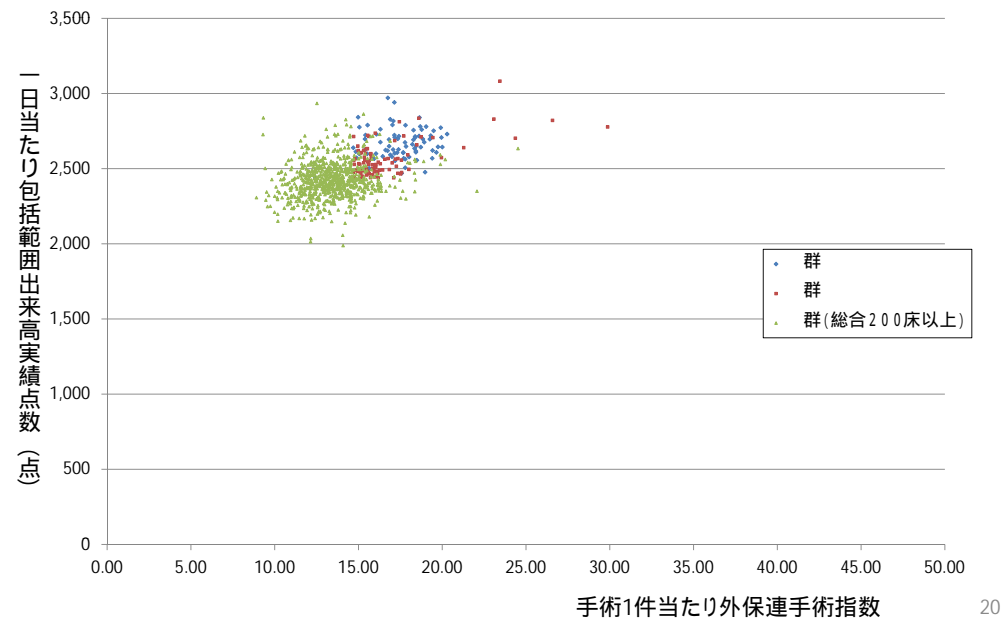
18

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)



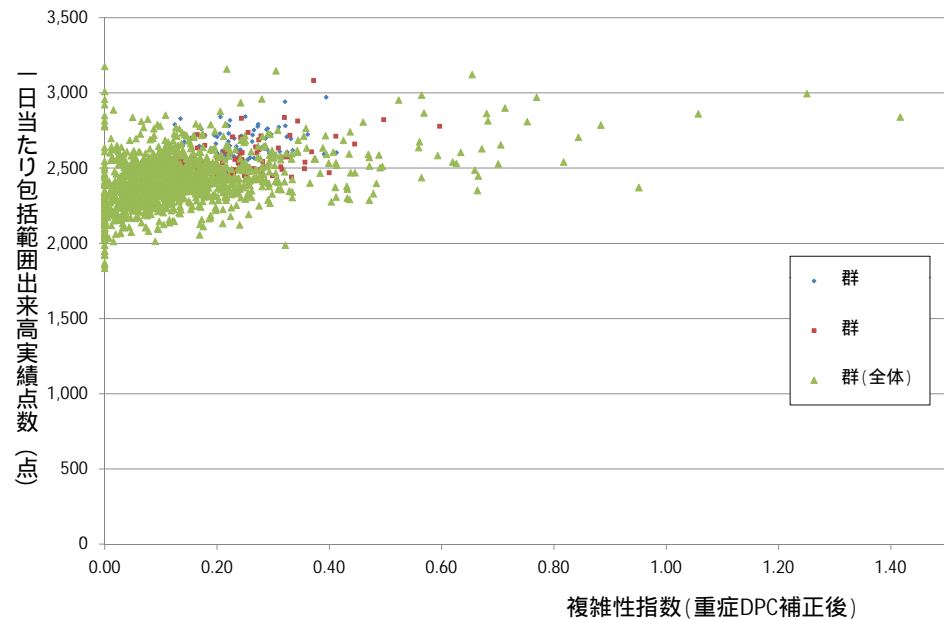
19

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)



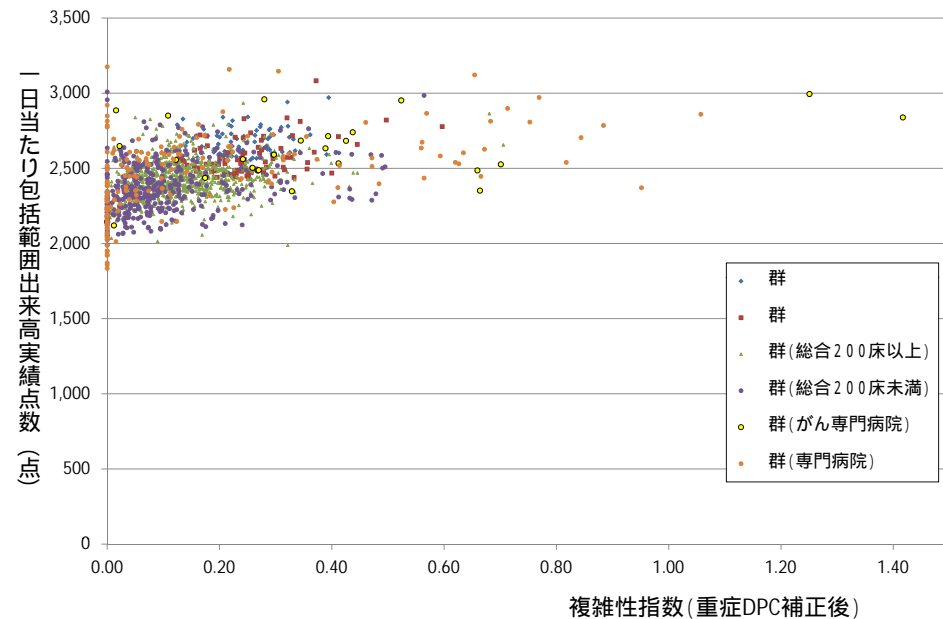
20

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)



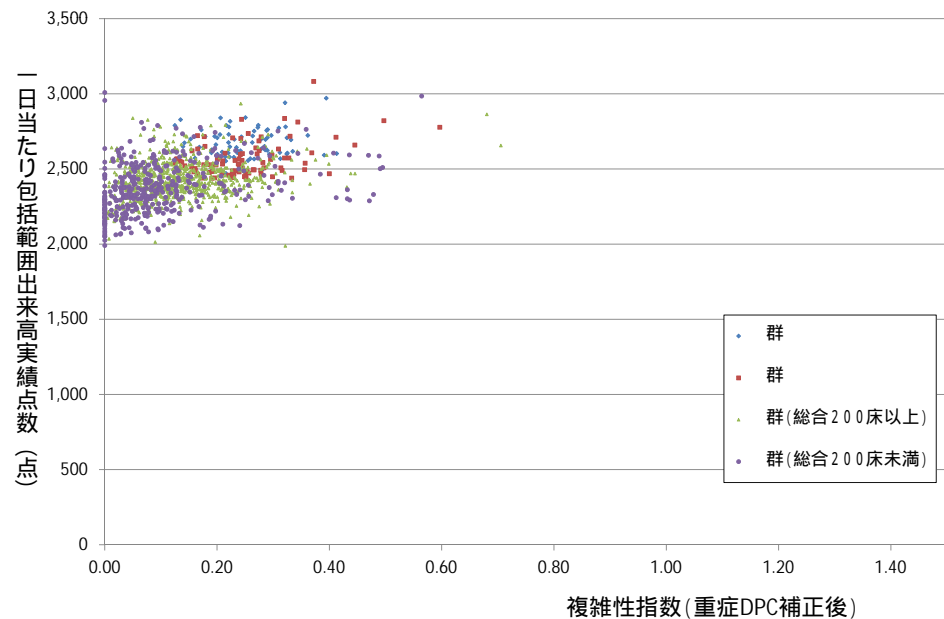
21

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)



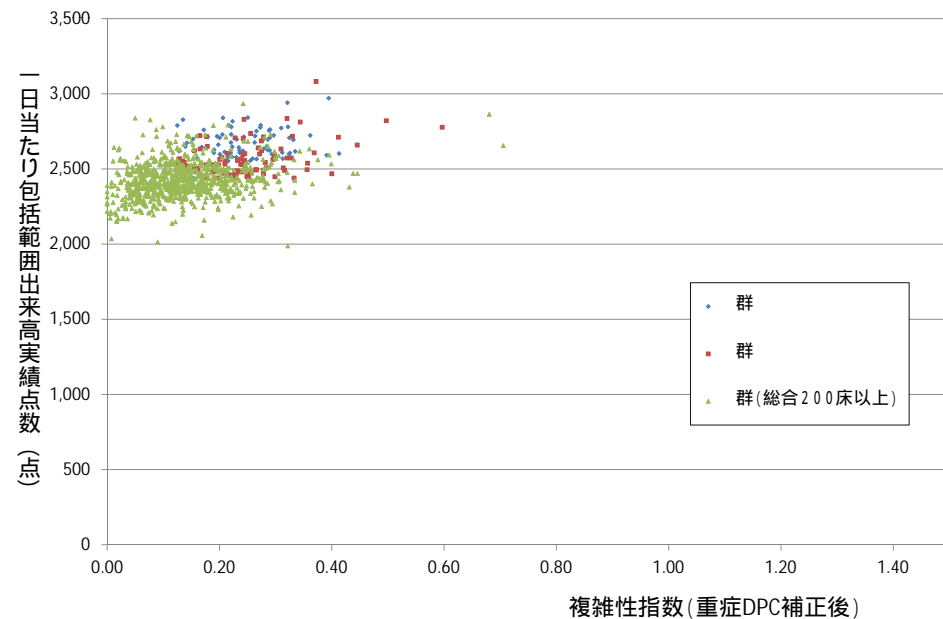
22

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

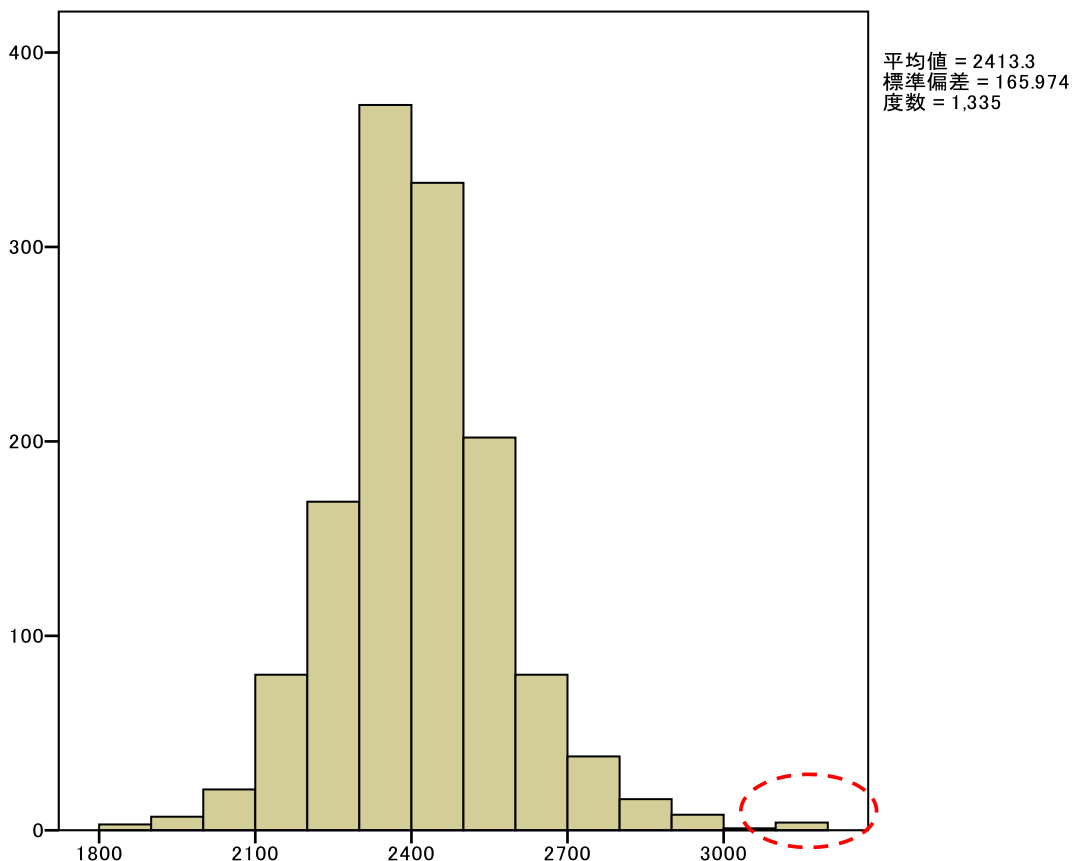
各類型の定義について

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
合計	1,335施設

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)

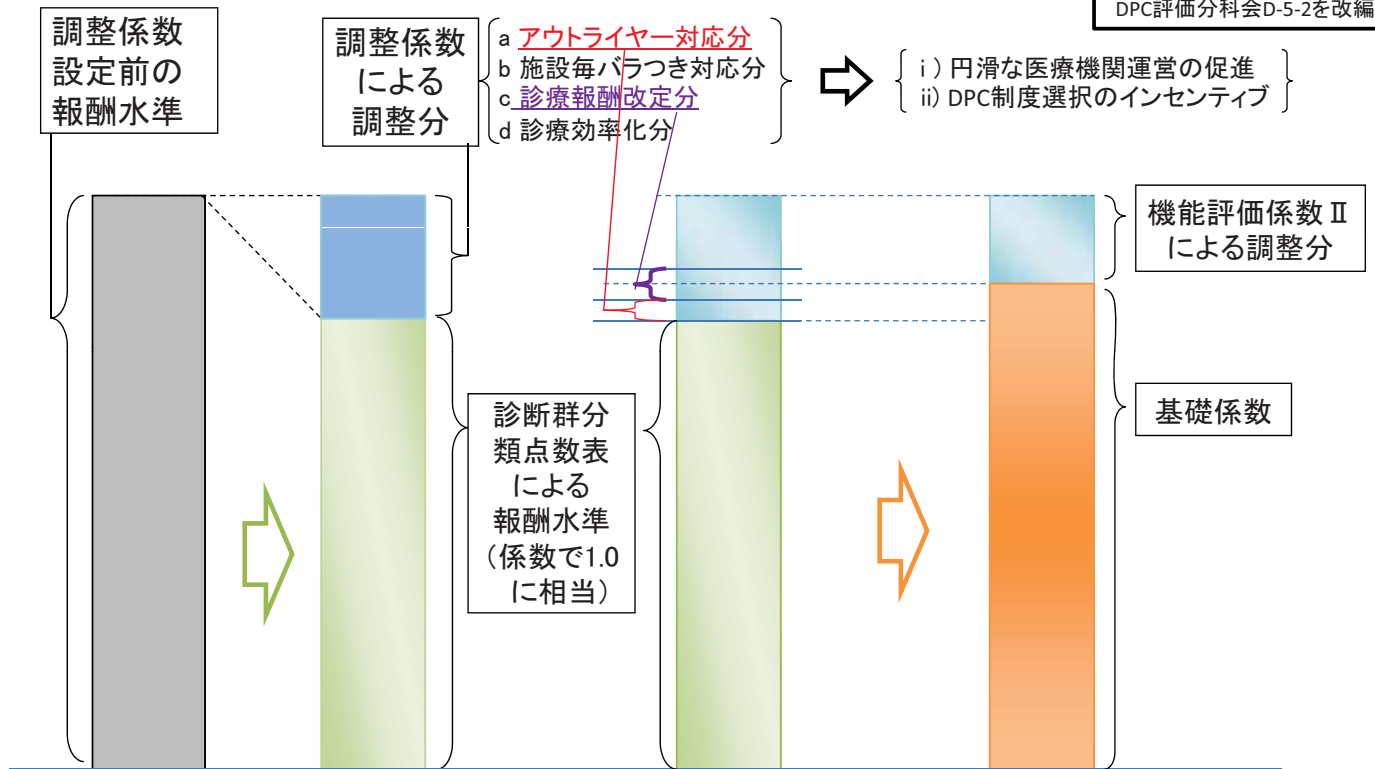
(3)機能評価係数Ⅱ・群別評価導入(医療機関群別評価の体系化)

- 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

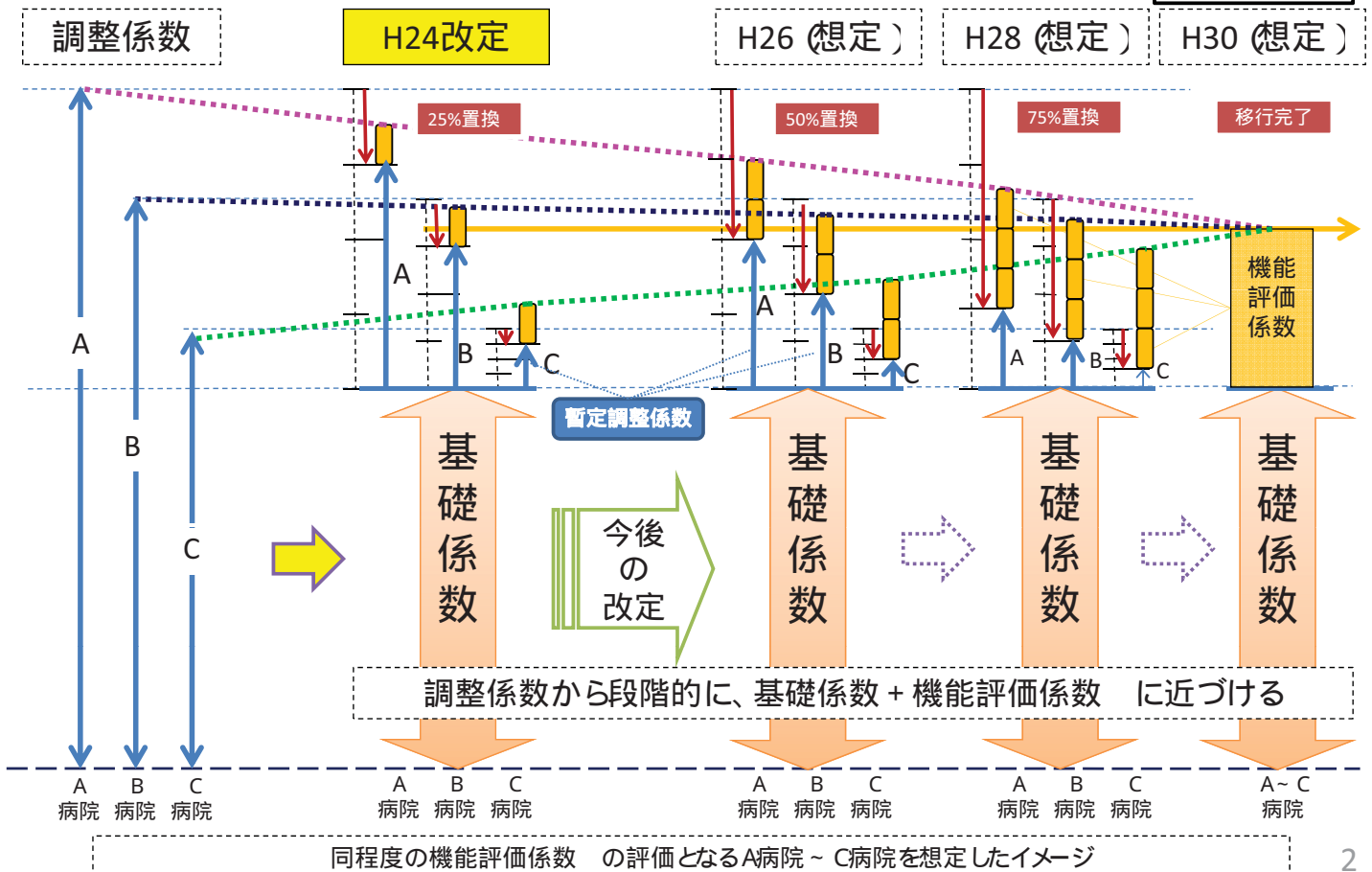
個別の医療機関におけるイメージ

平成22年12月16日
DPC評価分科会D-5-2を改編

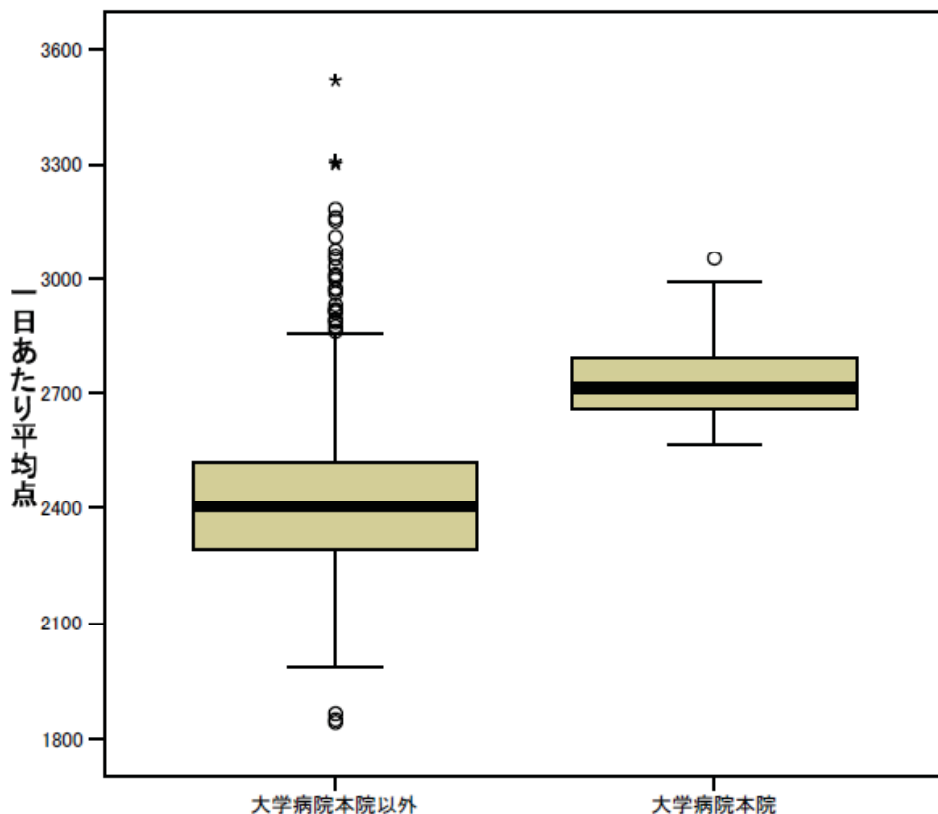


【図2】 調整係数から基礎係数 + 機能評価係数 への移行

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

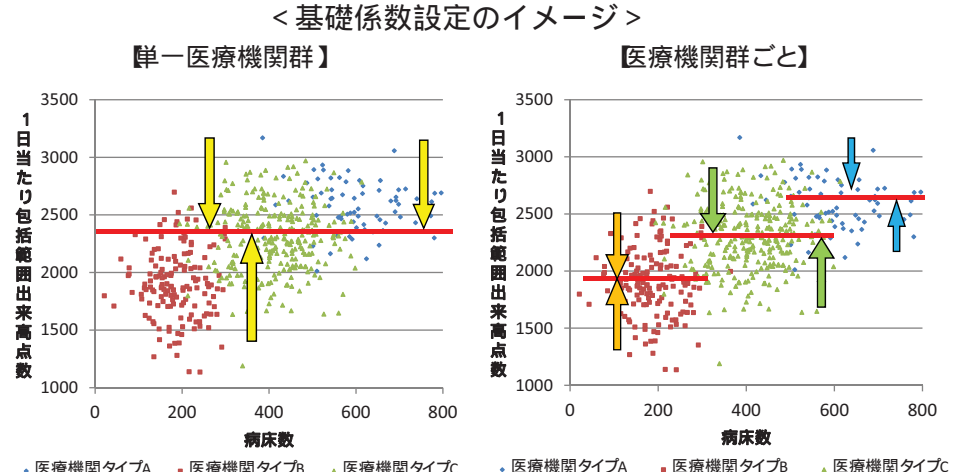
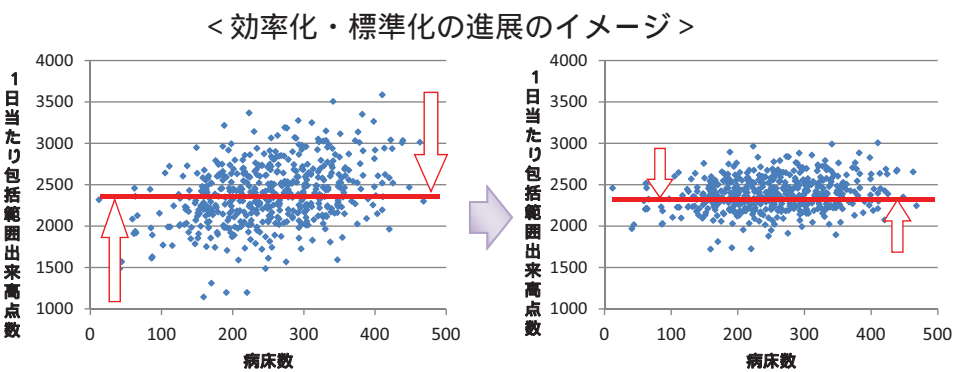
【図4】 医療機関群別に基礎係数を設定する理由

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。

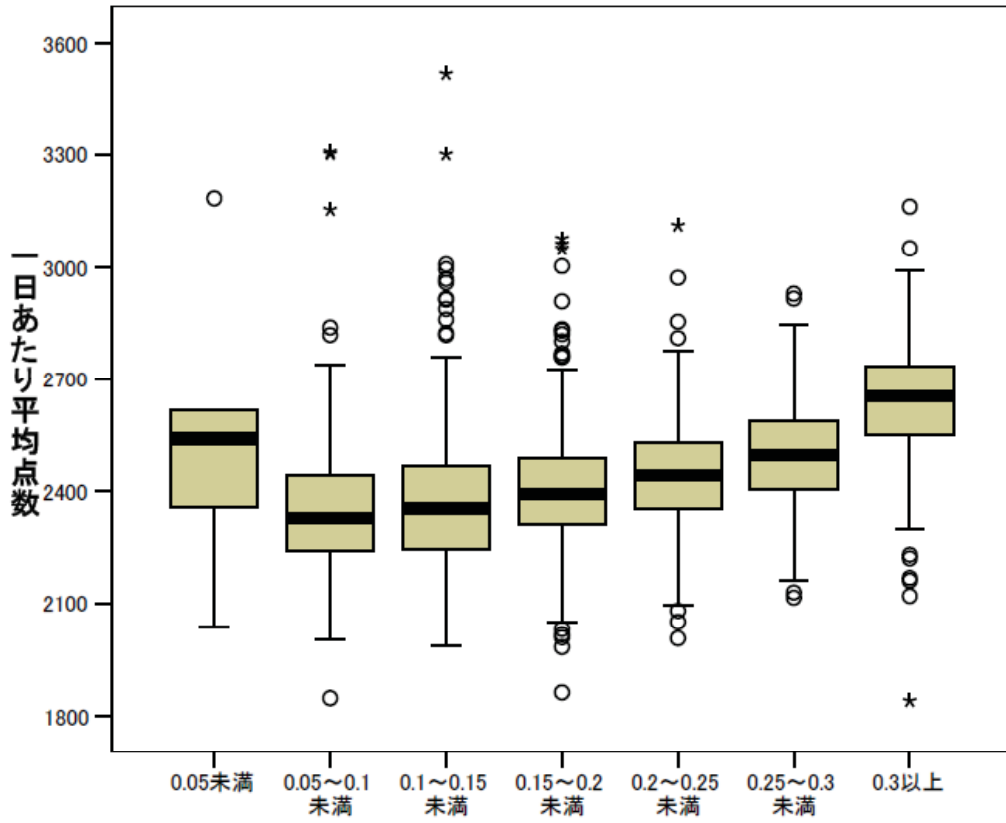
例えば、より重症な患者への対応やより先進的な技術の実践といった、他の施設とは異なる機能や役割を担う医療機関に、他と同程度の効率化・標準化を求めることは、これらの役割や機能を担うインセンティブがなくなってしまふ懸念がある。

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)。



【図5】 DPC算定病床あたりの医師密度と1日あたり平均点

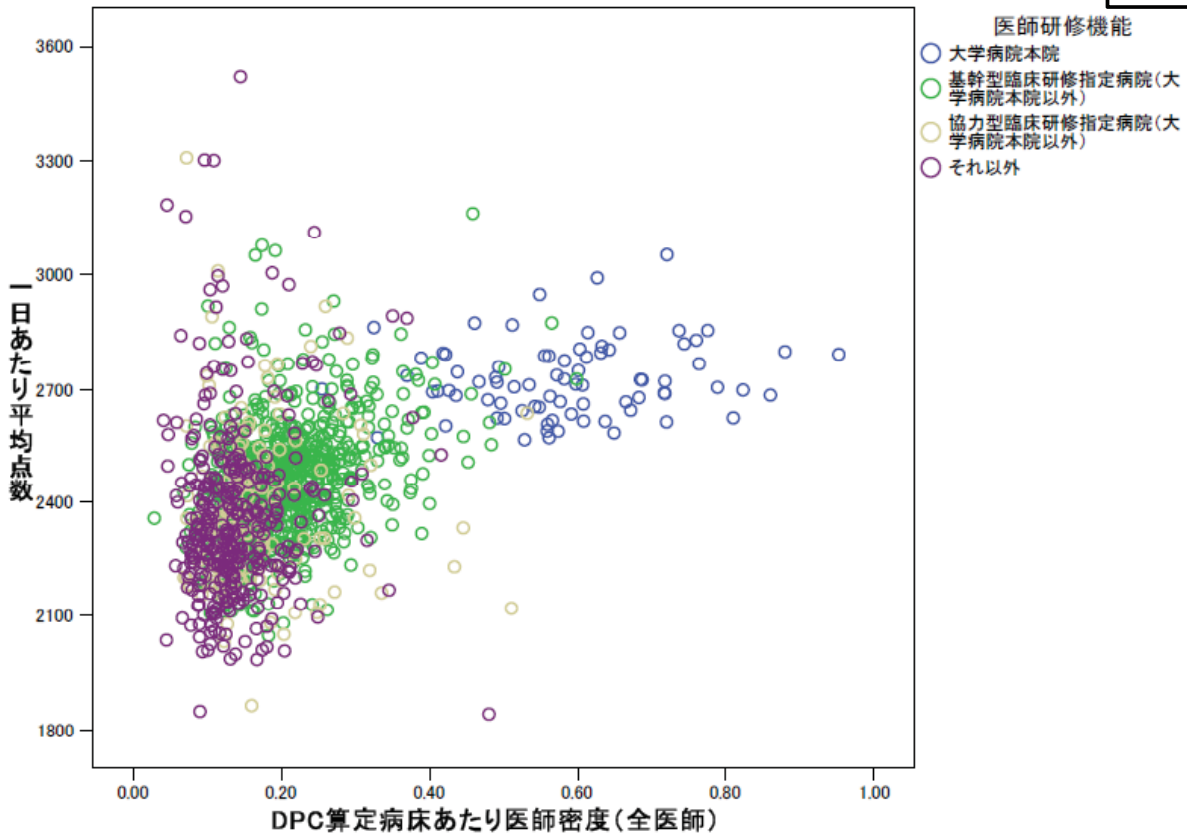
平成23年7月6日
DPC評価分科会D-4-2



5

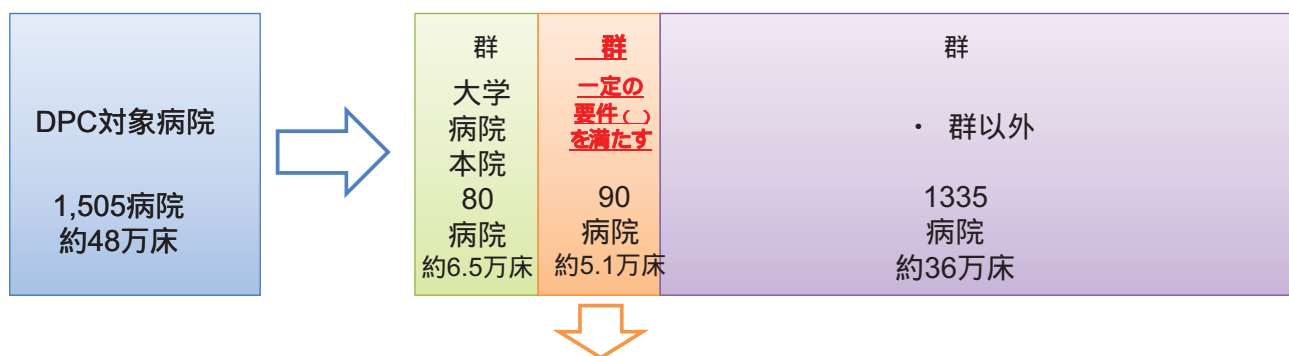
【図6】 DPC算定病床あたりの医師密度と1日あたり平均点

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

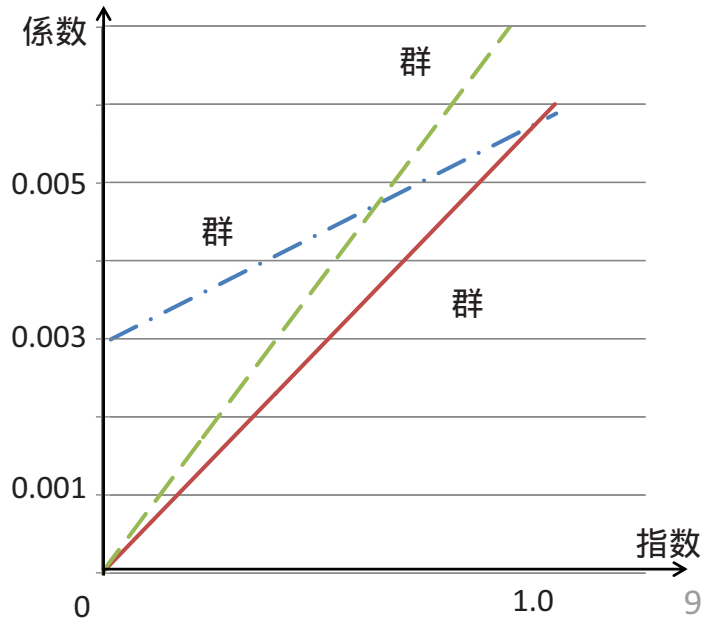
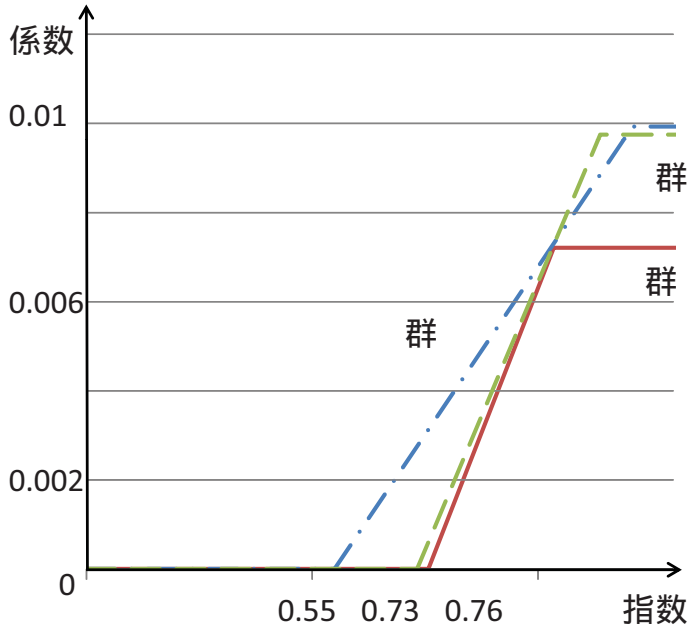
平成24年6月20日
DPC評価分科会D-2-2

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

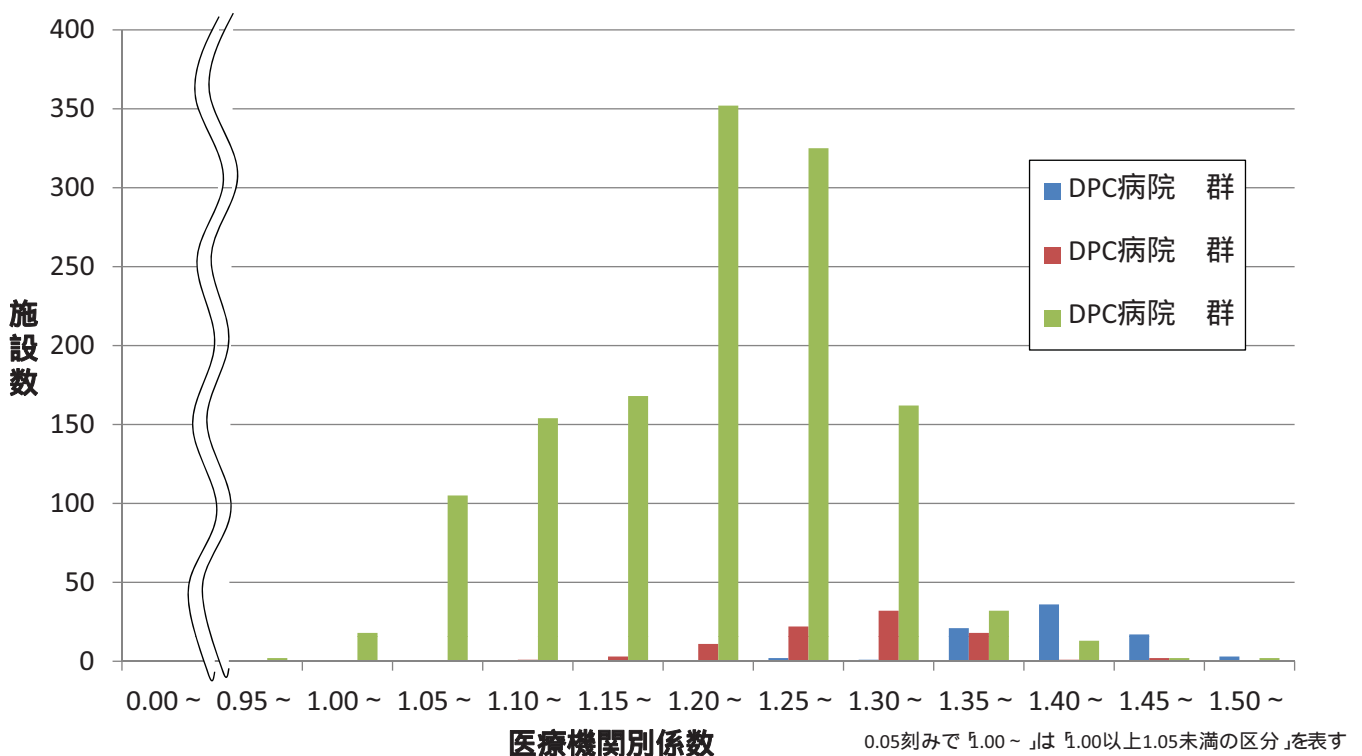
カバー率指数と係数の関係

	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。

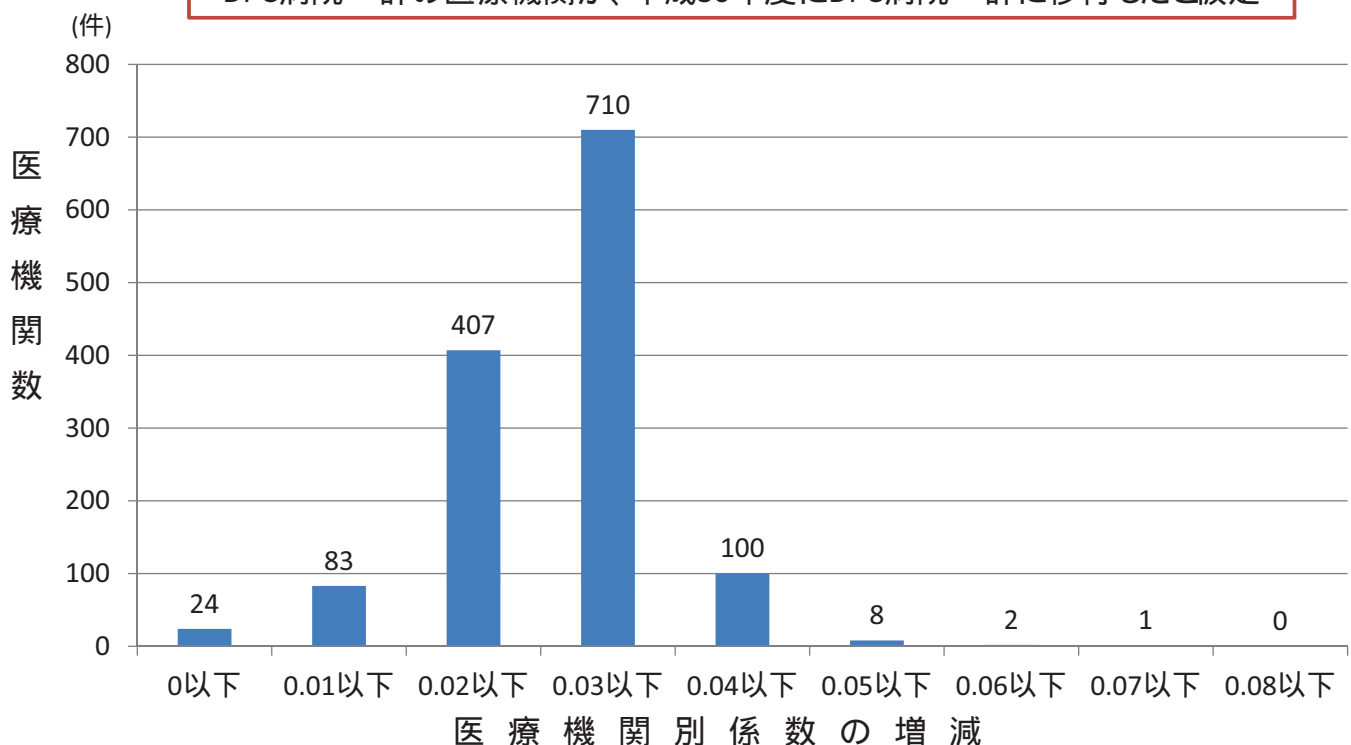
【図11】 外保連指数の低い手術の各医療機関群ごとの実施割合(例)

	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