

~~もやもや~~

DPCよもやま話

連載
第2回

ゴールドenルールズ・コンサルティング (GR) 代表取締役

DPCマネジメント研究会 理事

芦田弘毅

機能評価指数と機能評価係数

皆さん、こんにちは！ 前回に引き続いての連載第2回！ 今回もどうぞよろしくお願ひします。

1. 指数と係数って、何が違うの？

前回は、効率性指数と複雑性指数についてお話ししましたが、「効率性指数と効率性係数って、何が違うの？」という質問をかなり受けます。つまり、「指数」と「係数」の関係性ですね。

まず、「複雑性」に関する2つの図(図1の棒グラフ)を見てほしいのですが、上が「指数」で、下が「係数」になっています。誤解を恐れず端的に書きますと、「指数」は、単純にそれぞれの指数計算式(ロジック)で出た値です。そして「係数」は、その「指数」を日当点に掛け算する際の値として調整された数値なので、「0.00628」とか、小数点3~5位に至る非常に細かい値になります。

今回、話題にしている機能評価係数Ⅱも、基礎係数などと合計されて、病院全体の係

数を表す「医療機関別係数」に組み込まれます。請求の際は、DPCコードごとに設定された入院期間ごとの日当点に掛け合わされる際にはそちら(医療機関別係数)が使われますから、指数ごとの数値の「粒子」を、係数化する過程でそろえているともいえます。

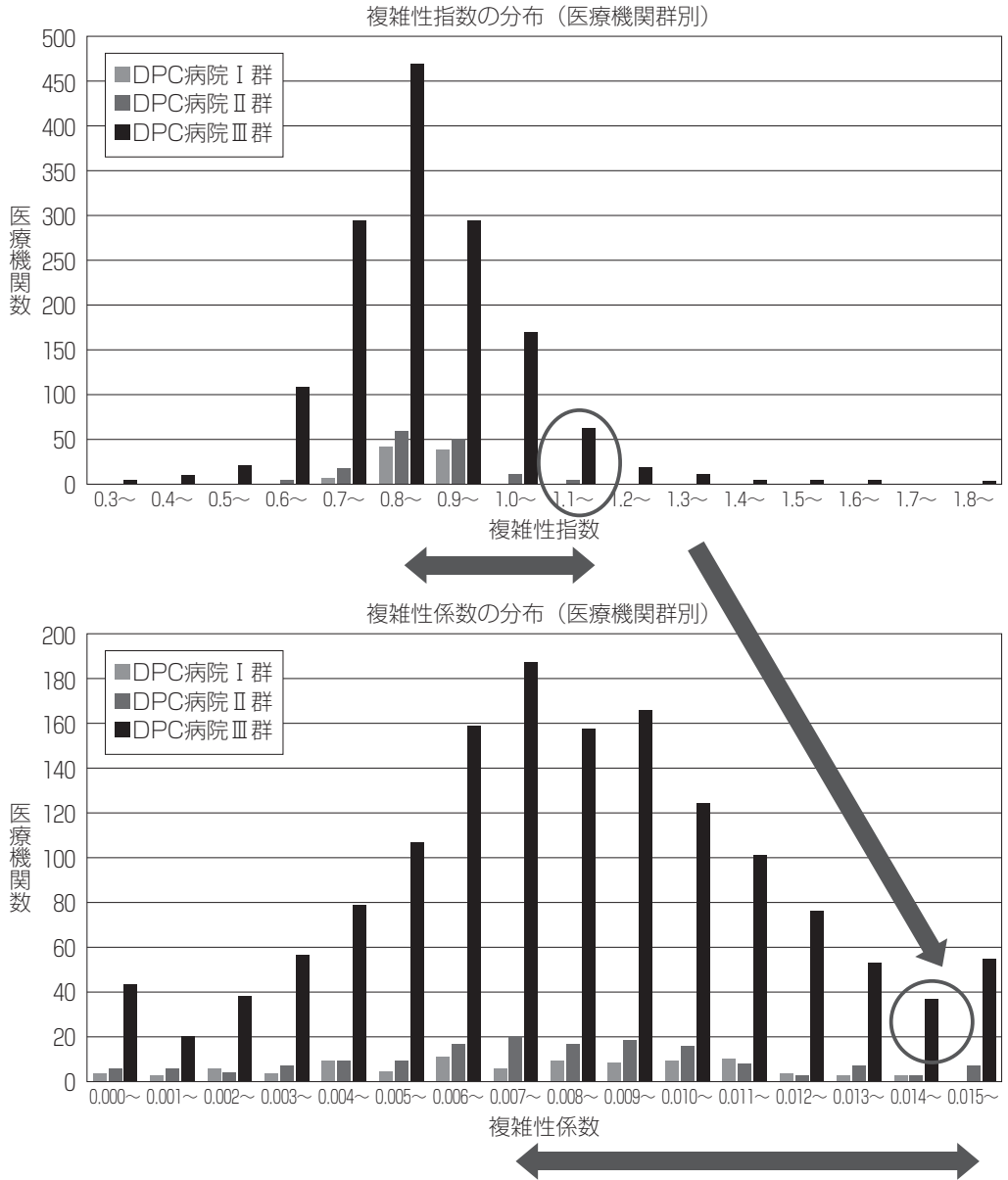
指数は、それぞれの項目ごとの値の大きさなどはまちまちですが、指数の大きいもの順による序列や、標準値(1)からの距離感が図れるので、指数によって係数の値が決められます。つまり、「係数」はその病院の順位だけでなく、統計学的な「距離感」、「偏りの差(偏差)」という考え方に基づいて、実際に加点されるポイントを表したもののなのです。

2. 係数もまた、統計学的アプローチ

今回も、「偏差」という考え方が出てき

図1 複雑性係数における指数⇒係数過程

高い指数だと、係数化の過程で、グッと、真ん中からの距離感が広がる。



厚生労働省：診調組D-3 28.5.25 一部改編

ましたが、ただ指数の順位だけで係数が順番に上から決まるのではなく、真ん中の値からの距離感(偏り)で決まるということも認識していただきたいです。

例えば、テストをした際、みんなが同じ

「数値」であれば、偏差に偏りは生じず、みんな偏差値は「50」になります。そんななか、1人だけ違って良い点数を取ると、1人だけ偏るわけですから、偏差値はぐっと高くなりますね。

別表 各機能評価係数Ⅱにおける係数調整

具体的な設定	指数		係数 最小値	評価の 考え方	標準化 (※4)
	上限値	下限値			
保険診療	(固定の係数値のため設定なし)			群ごとに評価	×
効率性	97.5%tile値	2.5%tile値	0	全群共通で評価	○
複雑性	97.5%tile値	2.5%tile値	0	群ごとに評価	○
カバー率	1.0	0 (※1)	0	群ごとに評価	×
救急医療	97.5%tile値	0 (※2)	0	全群共通で評価	×
地域医療 (定量)	1.0	0	0	群ごとに評価	×
(体制)	1.0	0	0		
後発医療品 (※3)	97.5%tile値	2.5%tile値	0	全群共通で評価	○
重症度	90%tile値	10%tile値	0	群ごとに評価	×

※1 専門病院・専門診療機能に配慮し、Ⅲ群では下限値・最小値を30%tile値とする。

※2 報酬差額の評価という趣旨から設定する。

※3 上限値は70%とする。

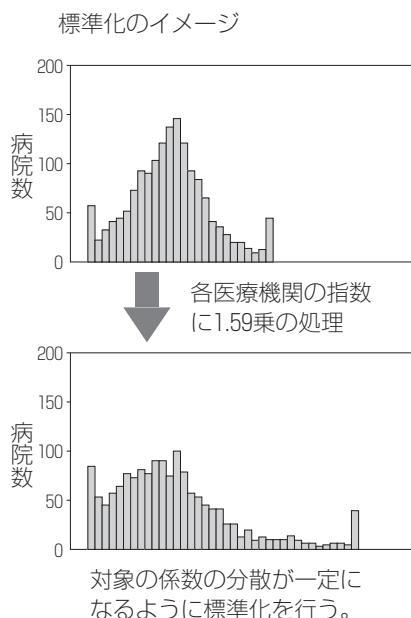
※4 分散が均等となるように標準化を行う（標準化対象の分散の平均値へ標準化）。

厚生労働省：診調組D-3 28.5.25 一部改編

学生時代、模試を受けて偏差値で一喜一憂していましたけれど、あれも簡単なテストで、自分がどれだけ会心の出来だったとしても、みんなが高い点を取ってしまえば、偏差値としては低い値が出るのと一緒です。逆に、難しいテストで自分の出来は悪かったのに、他人ももっとできなかつたりすると、偏差値が80近くになったりして異常値が出てくるのもその原理です。つまり、係数は群れから飛び抜けたもの勝ちなのです！

ただし、DPCの場合は数病院だけ飛び抜けて異常値が出ないように、係数によっては上位・下位2.5パーセントの病院のところなどで上限値・下限値が設定されていますので、やり過ぎてもあまり意味はあり

図2 乗算処理のイメージ



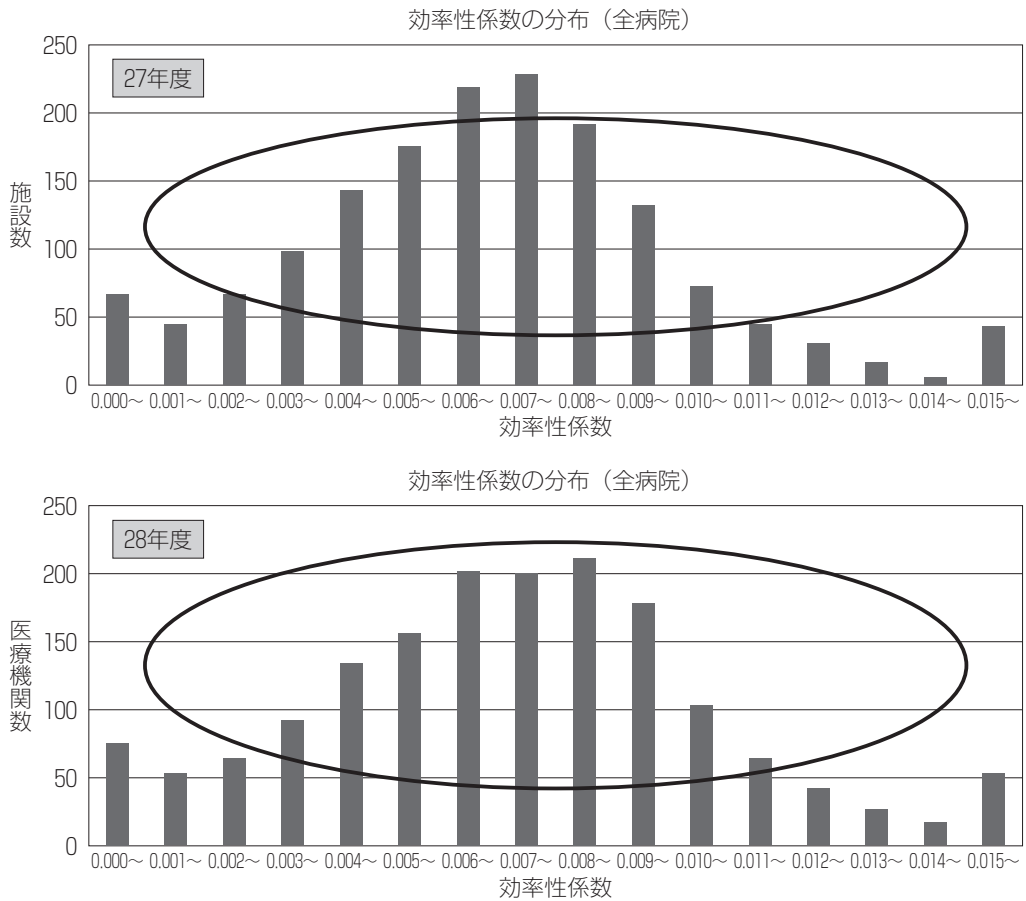
ません（別表）。

3. 今回から始まった 係数調整

この指数（序列）⇒係数化について、いくつかの課題というか、潜在的な不公平感につながりかねない問題があって、厚労省も対策はすでに打ちつつあります。

例えば、8つある機能評価係数Ⅱ（以下、機能係数Ⅱ）のうち、病院が努力で変えられる部分として「効率性係数」はとても大事なのですが、係数の性質上、中央のところに各病院の効率性指数が集中し過ぎて、在院日数を短くする大変さに対して機能係数Ⅱにおける数字の変化が乏しく、「やっ

図3 効率性係数の分布変化（27年度⇒28年度）



(上)：厚生労働省：診調組D-1-2 27.4.27

(下)：厚生労働省：診調組D-3 28.5.25

でもやらなくても一緒」的な世論になりはしないか、という心配がありました。

そこで、一部の係数に関しては、図2のように乗算処理を行うことで、指数の差異を係数化する際に増幅してメリハリをつけるようにしたということなのです。

簡単に言うと、例えば、3を普通に加えていくと、3、6、9、12……というペースですが、乗算処理をするということは、3の2乗=9、3の3乗=27、3の4乗=81……という加速ペースになるということです。

図3は、効率性係数の分布について、乗算処理をする前である平成27年度の分布と、乗算処理をした平成28年度の分布との違いです。

多少、真ん中への集中が横になだらかになっていると思います。これを手ぬるいと取るか、やり過ぎと取るかは立場ごとの判断でしょうが、何よりそうした「制度改定によって何がどう変わったのか」の認識が、病院の中で進んでいないのが問題でしょうね。