

2.1.3 委託実施基準

自治パートナーは、2000 年 9 月に KPMG コンサルティング社 (KPMG) に当該ハンドブックに掲載する計算スキームの作成を委託した。計算方法の開発にあたっては、自治パートナーによる下記の基準が守られなければならない：

計算スキームは自治パートナーの基準に立って構築される

モジュール単位の評価：相対ウェイトを算出するには、DRG 研究協会の統一された基礎データが必要である。このような背景から症例別データセットには、費用部門ごとの費用種類からの、統一的に定められた分類の枠組みに従って分類された粗症例費用が含まれていなければならない。

個別症例計算：粗症例費用の算出は、実際の費用を、全費用ベースで個々の症例に分配したものに基いて行う。

日常データをベースとして過去に溯って調査：粗症例費用の算出に際しては、主として参加病院において日常的に使用されるデータのみを調査するものとする。患者に付随するデータを記録することは想定していない。

100%評価の実施：計算スキームはデータ調査対象期間に治療された全患者が粗症例費用の算出に含まれるように構成する。

計算スキームの柔軟性：計算スキームは、データ状況と費用給付計算の仕上げ状態が異なる様々な病院が、粗症例費用の算出に参加することができるように柔軟性を有していなければならない。

費用範囲限定方法の説明：非 DRG 関連支出の範囲を限定する方法を、計算ハンドブックに詳細に示す。

電子データ処理技術を用いて実行可能なコンセプト作り：計算スキームは、病院内部の情報システムを適合させるための基礎として、または計算ソフトのプログラミングとして引用されうるように構成する。

自治パートナーの基準を考慮して 2001 年 4 月に KPMG によって提出された計算ハンドブックと計算方法論が実際に使えるかどうか、実践に耐えるかどうかをチェックするために、2001 年 4 月から 11 月にかけて 27 の算定参加病院による方法プレテストが実施された。DRG のプロジェクト機関、データ受入機関である GTI-AG ならびにコンサルティング会社として GEBERA、GS₆G、msg systeme、PWC、Solidaris、WRG がプレテストに加わった。その役目は主として計算の際に病院を支援すること、ならびに手引のための改善提案を作成することである。プロジェクト作業から計算ハンドブックと計算方法論に関する数多くの具体的な改善提案が生まれた。

計算方法をチェックするための方法プレテストから、ハンドブックに対する教授法と方法論の改善提案が生まれた

方法論的観点から、費用範囲限定の個別の観点、費用部門計算、費用負

担者計算にかかわる解決提案が作成された。その中でも特筆すべきなのは、個別費用の分類、外来給付の分類、費用部門差引勘定方式等である。費用負担者差引勘定の領域では給付データと費用データの差引勘定の基準値に関する提案が具体化され、一部は新たに定義された。ハンドブック Version 1.0 に比べるとこれらの提案は、守るべき基準と単なる勧告以上のものを含んでいる。

ハンドブックの教授理論は、方法論的観点と並んで、計算ハンドブックに対する改善提案のためのもう一つの大事な出発点である。この中には特にハンドブックのグラフィックの改訂、頁数を付けた見出し語索引の作成、チェックリストの統合、記録作成の必要条件の強調、実践に即した例の改訂、病院内部のプロジェクト組織を表わす際のプレテストで得られた経験の考慮等が含まれる。

GS_bG と GEBERA には、手引の最終的な改訂を委託した。当該ハンドブック Version 2.0 は、プレテストの認識と結果を実施に移したものである。

2.2 計算の目的と実施方法

計算スキームの目的は、分類評価の調整と並んで DRG 制度の中での症例別治療費用の算出である。計算の基礎となるのは、DRG 制度によって報酬が支払われる給付量を顧慮して整えられる病院内部に存在する給付・費用データである。一つの治療症例の DRG 関連給付にかかわる DRG 関連費用を、粗症例費用と称する。

目的は、分類評価の調整と並んで、相対ウェイト算出の基礎となる粗症例費用の計算である

粗症例費用は DRG 制度のための相対ウェイト算出の出発点となる。相対ウェイトの算出とその後の更新は、選抜された病院で計算された粗症例費用に支えられており、DRG 研究協会がそれを担っていく。そのために参加病院は、定められた調査期間に治療された全患者の粗症例費用を、電子データ処理を使って DRG 研究協会（ないしは独立のデータ機関）に引き渡す。治療費用の計算は、実際の費用をベースにした完全費用評価に従って行う。病院の症例別データセットの中では治療費用を、費用モジュールを単位として区分する。粗症例費用算出のためのスキームのモジュール単位評価を、以下の表に示す。

表1：症例別データセットのために定義された費用モジュール

		費用種類グループ																								
		費用種類グループ1…人件費 — 医師による業務費			費用種類グループ2…人件費 — 看護業務			費用種類グループ3…人件費 — 臨床検査業務／機能業務			費用種類グループ4 a…物件費 — 医薬品			費用種類グループ5…物件費 — 植込み組織と移植片			費用種類グループ6 a…物件費 — その他の医療必需品			費用種類グループ6 b…物件費 — その他の医療必需品 (個別費用／実際の消費)			費用種類グループ7…医療インフラの人件費および物件費			費用種類グループ8…非医療インフラの人件費および物件費
		人件費			物件費						インフラ費用															
費用部門グループ	費用部門グループ1： 通常病棟	ベッド 管理 領域	1.1	1.2	1.3	1.4a	1.4b	-	1.6a	1.6b	1.7	1.8														
	費用部門グループ2： 集中治療病棟		2.1	2.2	2.3	2.4a	2.4b	2.5	2.6a	2.6b	2.7	2.8														
	費用部門グループ3： 透析病棟		3.1	3.2	3.3	3.4a	3.4b	-	3.6a	3.6b	3.7	3.8														
	費用部門グループ4： 手術セクション	検査・ 治療 領域	4.1	-	4.3	4.4a	4.4b	4.5	4.6a	4.6b	4.7	4.8														
	費用部門グループ5： 麻酔		5.1	-	5.3	5.4a	5.4b	-	5.6a	5.6b	5.7	5.8														
	費用部門グループ6： 分娩室		6.1	-	6.3	6.4a	6.4b	-	6.6a	6.6b	6.7	6.8														
	費用部門グループ7： 心臓病診断／療法		7.1	-	7.3	7.4a	7.4b	7.5	7.6a	7.6b	7.7	7.8														
	費用部門グループ8： 内視鏡診断／療法		8.1	-	8.3	8.4a	8.4b	8.5	8.6a	8.6b	8.7	8.8														
	費用部門グループ9： 放射線		9.1	-	9.3	9.4a	9.4b	9.5	9.6a	9.6b	9.7	9.8														
	費用部門グループ10： 検査室		10.1	-	10.3	10.4a	10.4b	-	10.6a	10.6b	10.7	10.8														
	費用部門グループ11： その他の診断・療法セクション		11.1	11.2	11.3	11.4a	11.4b	11.5	11.6a	11.6b	11.7	11.8														
	費用部門グループ12： 基本費用部門		-	-	-	-	-	-	-	-	-	12.8														

注意：ハイフン（-）記号の付いた費用モジュールは、データ納入には関係がない。

症例別データセットの中に粗症例費用を表わすために、表 1 の中に挙げられた 99 の費用モジュールが定義されている。モジュール 1.1 から 11.6b は、費用種類グループ 4b、5 および 6b に関連する個別費用のための費用モジュールを除く、患者治療の共通経費の症例別分類に該当する。さらに医療インフラおよび非医療インフラの費用のための費用モジュール（モジュール 1.7 から 11.8）が定義されている。モジュール 12.8 は、簡易費用部門割当方式または混合方式を使う場合にのみ該当する。非 DRG 関連費用情報については、必要に応じて適切な費用モジュールを定める - 血液因子製剤のための非 DRG 関連個別費用は、モジュール 99.10 として挙げられる（別表 7 の DRG データセット参照）。

計算スキームでは、共通経費の症例別分類について、病院のデータ状況に左右される計算基準値を定める際の基準量を選択するために複数の選択肢が部分的に認められている。最低必要条件という意味での費用モジュールを計算するために定められたデータについては、第 5 章で詳しく説明する（別表 5 も参照）。費用負担者計算にかかわる計算基準値を定める際に基準量を選ぶための必要条件については、費用モジュール 2.1（集中治療病棟における医師による業務の person fee）を例に取り以下に説明する。

基準量選択のための基準は別表 5 で最終的に定義されている

表 2：モジュール 2.1 のために必要な給付・費用データ

		人件費 - 医師による業務	
		症例別データ	費用部門関連データ
集中治療病棟	給付データ 選択肢 1	集中治療時間、監視、治療、人工呼吸に従ってウェイトを付与	
	給付データ 選択肢 2	集中治療時間	
	費用データ 選択肢 1	ウェイトを付与した集中治療時間ごとの費用	集中治療病棟の医師による業務の総費用
	費用データ 選択肢 2	集中治療時間ごとの費用	

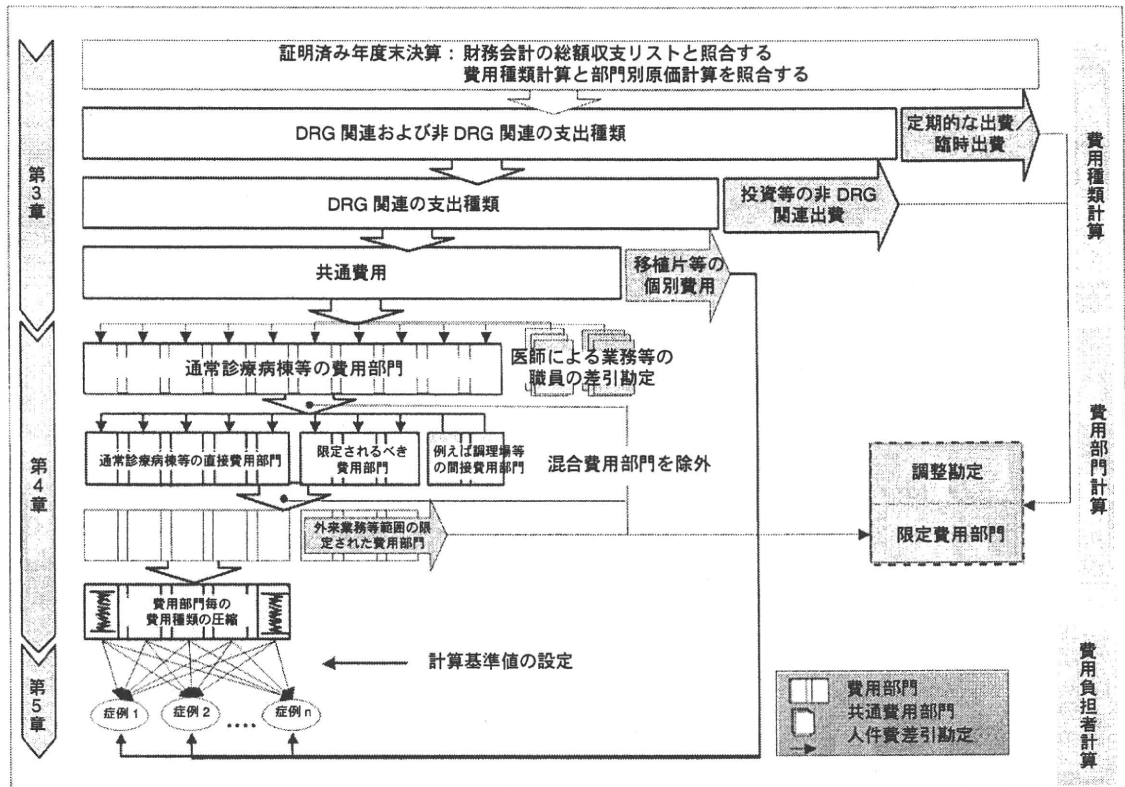
症例別給付・費用情報は、個別の治療症例への費用分類に使われる。費用部門関連給付・費用情報をベースにして給付毎の計算基準値を算出する。基礎となるのは全対象期間（通常は 1 業務年度）の費用と給付に関する費用部門データである。その際注意しなければならないのは、DRG に関連する給付と費用のみが含まれるということである。計算結果が利用できるかどうかは、直接費用部門の中で提供される給付データの質に大きく左右される。

計算の出発点は、病院会計命令の費用種類に従って区分された財務会計の支出種類、症例別に分類された個別費用ならびに費用部門計算の中で費用部門に従って区分された共通経費であり、ここでは費用部門計画は病院会計命令の費用部門枠に合っていないなければならない。

当該ハンドブックには、上述の費用情報を前提とした粗症例費用の算出が詳しく述べられている。次の図は、計算の方法論的な流れを示してい

る（別表1も参照）。

図2：DRG 関連症例費用を算出するための計算ステップの一覧



次の計算ステップが中心的な意味を持ち、第3章から第5章に描かれたDRG 症例費用の計算においてかなりの作業割合を占めている：

主要計算ステップ一覧：	章
> 費用部門計算と費用種類計算との照合	3
> 非 DRG 関連支出の除外	3
> 個別費用の症例別分類	3
> 人件費の差引勘定	4
> 費用部門の差引勘定	4
> 限定費用部門の除外	4
> 症例別費用分類	5

2.3 計算の基準期間

費用負担者計算における症例別費用分類の基礎となるのは、原則として同じ期間から得られた費用・給付情報である（時間的一致）という原則が、計算の基準期間として適用される。ただし第1回目の計算においては、この時間的一致の原則に従う必要はない。第1回目の計算と称されるのは、DRG のドイツ相対ウェイトを初めて算出するためのドイツの病院における粗症例費用の1年未満の（費用・給付ベース 2001/2002）計算である。1年未満で計算する理由は、一つには立法者が定めた DRG 制度導入のための時間枠がぎりぎりだからである。もう一つの理由は

第1回目の計算は時間的に一致していても、不一致でもかまわない

2001 年中に公表された一般・特殊コーディングガイドラインに基づくコーディングが 2002 年から実施されるからである。時間的な不一致は計算にとって以下のような意味を持つ：

- ▶ 費用部門の計算基準値は、2001 業務年度の費用・給付データをもとに定められる。
- ▶ 共通経費の症例別分類は、2002 業務年度の調査期間中に受取った給付に 2001 業務年度から得られた計算基準値を乗じたものをもとに行われる。
- ▶ 2002 業務年度の調査期間に収集された個別費用は 2001 業務年度をベースにして評価する。

ただし 2001 業務年度と 2002 業務年度の直接費用部門の構造が一致しない、もしくは内容的にも構造的にも違っている（例えば新たな給付の提供）場合には、期間が合っていないければ、実施が難しくなる可能性がある。第 1 回算出については代替方式として時間的に一致しないデータ伝送も時間的に一致するデータ伝送も認められなければならない。一年未満の計算において時間的な一致が守られていれば、証明済み年度末決算はもはや粗症例費用算出の出発点とはならない。2004 年からは年間を通して計算することが予定されている（費用・給付ベース 2003）ので、その時点から時間的な一致が適用されるだけでなく、証明済み（ないしは暫定的な）年度末決算が計算の開始点となる。

2.4 粗症例費用算出のための前提条件

その病院に連邦入院支給基準額命令（BPflV）が適用される限りにおいて、連邦粗症例費用の算出にはいかなる病院も参加することができる。その前提条件は、当該指針に従って計算を実施することである。粗症例費用の算出に参加する病院は以下の条件を満たさなければならない：

電子データ処理における必要条件

- ▶ 電子データ処理による費用種類計算 — 病院会計命令（KHBV）の基準を満たすもの。費用種類の分類の詳しさに対して要求される必要条件は低いため、通常は病院によって満たされる。
- ▶ 電子データ処理による費用部門計算 — これを行う際には、費用部門計画が、病院会計命令（KHBV）の費用部門計画に適合していなければならない。費用は、費用部門上で費用種類に従って分類されていなければならない。その際、電子データ処理システムによって、費用部門上に追加の費用種類が設定できなければならない。
- ▶ 病院情報システムの中に電子データ処理による費用負担者計算を構築する。
- ▶ 給付を受ける患者に直接費用を費用発生原因に即して分類するための基礎として、直接費用部門において電子データ処理に

よる記録システムを使用する(病院の内部情報システムの一環として、場合によっては単独システムを採用)

- 社会保障法典第五編第 301 条の基準を考慮したうえで、病院の内部情報システムによって症例別データセットを準備する能力がある。
- 症例別データセットに含まれる費用情報をユーロで表記する。

財務会計情報に対する必要条件

- 財務会計および/または費用計算における非 DRG 関連支出の分類を可能にする情報が存在すること。

費用計算情報に対する必要条件

- 事業所内給付差引勘定を実施するための給付情報が存在すること。
- 病院の中で使われる費用部門計画を作成する場合には、費用部門作成の基本となる基準(統一の責任領域、費用発生の一貫の基準量、空間的に除外された領域)が考慮されなければならない。

プロジェクトの企画準備

プロジェクトの企画準備については、病院によって事情が異なるため特に必要条件が設定されているわけではない。しかし第6章には、プロジェクトの企画準備に関する注意ならびにプロジェクトグループの決定および人的資源の準備に関する提起について述べる。

第1回計算に関する注意

時間的な不一致が認められているため、粗症例費用の第1回算出にあたっては、さらに以下の前提条件が満たされていなければならない。

- 業務年度2001年と2002年における直接費用部門の構造が一致していること
- 業務年度2001年と2002年における事業所内給付差引勘定と症例別費用分類の基礎として使われる給付データの構造が一致していること

2.5 計算ハンドブックの内容と構成

計算ハンドブックは内容的に以下のような構成になっている：

第1章は、マネージメント・サマリーから構成されている。ここには計算スキームの主要な特徴と DRG 関連症例費用の具体的な算出に関する概要がまとめられている。

第2章では、開始状況のほかに計算ハンドブック作成のための大枠条件について説明している。ここでは法的な根拠、自治パートナー間の合意、計算方法のための基準が、詳細に述べられている。計算の目的、実施方

法、基準期間が示されているほか、特に費用・給付計算および電子データ処理システムの拡大状況にかかわる算出病院に対する基礎的前提条件について述べてある。

第 3 章は費用計算について説明している。ここでは DRG 関連費用と給付を定義し、算出する。証明済み年度末決算と財務会計の総額収支リストとの照合ならびに費用部門計算と費用種類計算との照合について記述してある。さらに非 DRG 関連支出の分類を示す。費用部門レベルで数多くの例をもとに DRG 関連費用を算出することによって、すでにここで費用部門計算との関連付けを行う。

第 4 章は、費用部門計算について述べる。費用部門計算の過程で人件費差引勘定と間接費用部門の直接費用部門への費用割当に関する方法の 3 つの選択肢（事業所内給付差引勘定、簡易割当方式、混合方式）が示されている。

第 5 章は、費用負担者計算から構成される。症例別費用分類に関する規則が表されており、その中には、個別費用の直接分類ならびに共通経費を費用負担者へ分配するための計算基準値を算定するための基準量の選択が含まれる。

第 6 章では、データの引渡しについて述べる。必要な症例別、病院別データセットに関する情報が詳しく説明してある。

第 7 章には、粗症例費用の算出する際の実施方法、特に病院内部のプロジェクト企画準備の実施に関する構成上の注意が記されている。これに加えて算定参加病院に対する記録作成の必要条件を示してある。

当該計算ハンドブックは、以下の点に注意して作成されている：

指針作りには、方法論の理解と計算の実施しやすさが必要となる。そのため費用種類計算、費用部門計算、費用負担者計算について述べた章（第 3 章～第 5 章）には、実施されるべき作業と計算状況が一目でわかるような概観図と主要作業ステップを冒頭に示す。各章の章末には、利用者が計算ステップの見直し、実施された作業のチェックを簡単に行えるチェックリストを添える。別表 1.2 には計算を完全に実施するための全体チェックリストを添付する。

方法論の基礎については、注意と例を挙げて読者に説明している。ハンドブックという趣旨から、方法論的な説明の後に、実際に利用する際の手助けとして主要な作業ステップを示す。作業ステップは、各節の記述の後に、チェックリストの中にまとめた形で一括して示してある。これらのために以下のマークを使用している：

- 注意： ①
例： Ⓜ
作業ステップ： ☑

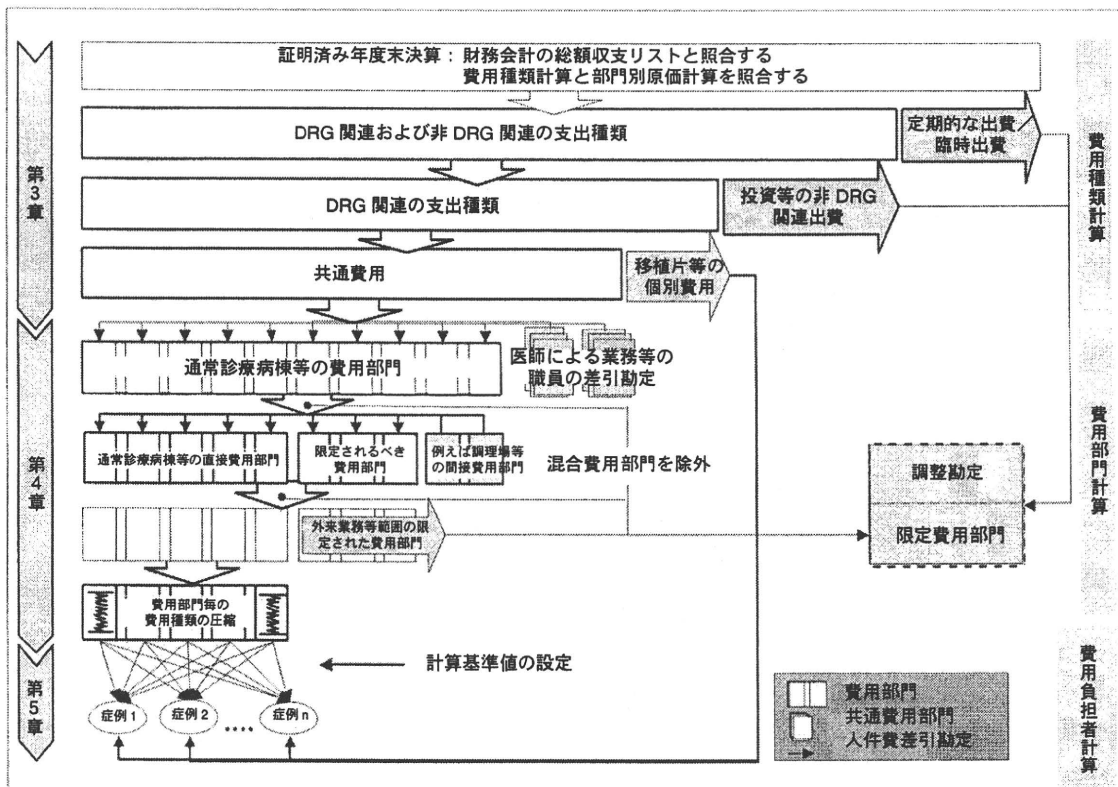
通常テキスト中のこれ以外の全記述に対しては、次のマークを使用している：

列挙： ン

3. DRG 関連給付と費用の算出（費用種類計算）

第 3 章で実施される作業は、次のグラフの中に目立つように濃い色で示してある。

図 3：計算ステップ一覧：費用種類計算



この章では DRG 関連費用と給付を定義し、算出する。そのために費用を個別費用と共通経費に分けているが、後者は第 4 章の費用部門計算のための基礎となる。以下の作業ステップは、DRG 関連費用を算出するための費用種類計算の一貫として実施すべき作業を示している：

第 3 章の主要計算ステップ一覧：	章
➢ 証明済み年度末決算の収益損失計算と財務会計の総額収支リストとの照合	3.4.3.1
➢ 費用種類計算と費用部門計算との照合	3.4.3.2
➢ 過不足があった場合の修正記帳	3.4.3.1
	3.4.3.2
➢ 非 DRG 関連支出の調整勘定ないしは限定費用部門への除外	3.4.3.3
	3.4.3.4
	3.4.4.3
	3.4.5
	3.4.6

第 3 章には DRG 関連費用を算出するための費用部門計算過程の作業も表わされていることに注意しなければならない。ここで重要なのは、費用部門のカテゴリー別分類ならびに混合費用部門の非 DRG データ関連支出を除外するための原則と例である。混合費用部門には、DRG 関連

出と非 DRG 関連支出の両方が含まれる。これらの作業は、実際の計算の際には第4章で、人件費差引勘定の後に行われるが、テーマ上、第3章で取扱う。詳しくは、以下の該当する各節の中で説明する。

3.1 第3章のはじめに

粗症例費用の計算は、DRG 関連給付と費用のみに基づいて行う。そのため計算の前段階で非 DRG 関連給付および非 DRG 関連支出を算出し、除外する。別表2にはその範囲を確定のための構成要件がまとめてある。



3.2 DRG 関連給付と費用の定義

3.2.1 DRG 関連給付

病院資金調達法第17b条によれば、DRG制度の包括払い報酬によって、ある治療症例のための一般的な完全入院および部分入院による病院給付に対する支払いが行われる。ここから、精神科職員命令（PsychPV）第1条第2項に則り精神病棟で提供される給付が除外される。さらに精神身体学と精神療法医学のための施設での給付も DRG を通じては報酬が支払われない（立法手続はまだ終了していない）ことを念頭におく必

完全入院および部分入院による病院給付は DRG 関連である

要がある。病院の完全入院給付と部分入院給付（病院給付）は、連邦入院支給基準額命令（BPfIV）第 2 条第 1 項の中に定義されている。この条項では、この概念の中に特に医師による治療、病人看護、医薬品・療法手段・補助具の給付（病院での給付に必要な限りにおいて）ならびに宿泊施設と食事を含めている。

このほかに、粗症例費用の計算に際しては、入院前、入院後の治療段階での給付も対象とされる。完全入院に加えて、これと結びついた入院前および／または入院後治療給付も含む完全入院治療症例においては、症例費用の算出の過程で、入院前ないしは入院後ならびに完全入院治療中のすべての給付と費用を、1 個の症例データセットの中にまとめる。入院前治療を受けたが、その後完全入院に至らなかった患者については、粗症例費用の算出の過程で独立した症例として計算する。これらについては、DRG 研究協会に対して引き渡されるデータセットの中で、そうした症例であることを記す（別表 7 を参照）。

入院前給付と入院後給付も追加で含まれる

病院給付は、一般病院給付と、選択給付とに分けられる。一般病院給付とは、個別症例における病院の給付能力を考慮したうえで、患者に対する目的に適った十分な医療給付のために必要な病院給付のことである（連邦入院支給基準額命令第 2 条第 2 項）。選択給付とは、病院によってもたらされる以外の入院給付のことである（これについては連邦入院支給基準額命令第 22 条を参照）。これらの給付は、DRG 制度の報酬支払範囲の中では補填されない。付添人への給付についても、その付添人が付き添って入院をする医学的な根拠がない場合には同様に扱われる。

次の表には、もう一度、DRG 関連および非 DRG 関連給付を分けて挙げる。

表 3 : DRG 関連性の有無による一般病院給付の区別

DRG 関連給付	非 DRG 関連給付
<ul style="list-style-type: none"> > 完全入院給付 > 部分入院給付 > 完全入院に結びついた入院前、入院後給付 	<ul style="list-style-type: none"> > 精神病棟で提供される給付 > 精神身体医学および精神療法医学のための施設での給付（見込み） > 外来給付 > 完全入院に至らなかった入院前給付

3.2.2 DRG 関連費用

計算スキームの中には、病院の DRG 関連費用という概念のもとで、一般病院給付の提供に関連して発生するあらゆる費用がまとめられている。ここに含まれないのは、以下の費用である。

DRG に関連するのは、一般病院給付に関連して生じる費用である

- > 精神科職員命令第 1 条第 2 項に則り、精神病棟における給付提供に関連して発生する費用（これは場合によっては精神身体医学と精神療法医学にも適用される）
- > 現在適用されている病院資金調達法の体系のもとでは、入院支給基準額において考慮されない費用

- ▶ 病院資金調達法の体系ないしは連邦入院支給基準額命令に従って、別個の報酬が合意されている、またはその他の公的な助成が与えられる給付に関連して発生する費用

選択給付の費用は、計算スキームの中では DRG 関連費用と同様に扱われる。従って選択給付の費用は除外する必要はない。

注意：

- ① 計算の際には、入院前、入院後の治療段階の現在の費用も、追加で考慮される。
- ① 一般病院給付および一般病院給付の提供に関連して生じる費用（「入院支給基準額に該当する費用」）の定義については、主として病院資金調達法および連邦入院支給基準額命令が基準となる。
- ① 粗症例費用の算出は、DRG 関連支出のみをもとにして行う。
- ① データセットの中で証明された様々な金額（ユーロ）を互いに比較できるような形にするためには、あらゆる病院において非 DRG 関連支出を除外する際に、計算ハンドブックに表された規則に従った統一の実施方法を用いることが必要である。

3.3 DRG 関連給付の算出

病院の費用部門において提供され、記録された個別給付は、粗症例費用計算の基礎となる。ここでは、病院の各費用部門について、第 3.2.1 章で説明した DRG 関連給付の定義をもとに、粗症例費用計算にあたって、その費用部門で提供された給付量のうちの程度が算入されるかをチェックすることが必要である。このほか別表 2 は、非 DRG 関連給付と費用の範囲を確定する際に考慮すべき構成要件の一覧を示している。

各費用部門について DRG 関連給付の割合を算出する

症例別費用分類は、給付が直接患者に提供される全費用部門における費用負担者計算の一環として行われる。これらの費用部門の DRG 関連共通経費を差引勘定するには、給付ごとの計算基準値を定める（第 5 章参照）。直接費用部門の中にこの計算基準値を定める際には、DRG 関連給付と費用だけしか考慮することはできない。DRG 制度を通じて報酬が支払われない給付は、計算基準値を定める前に除外する。必要な場合には給付統計から、費用負担者計算のための計算基準値を算出し、あるいは費用部門差引勘定のための差引勘定コード表を定める前に、期間に合わない給付を取り除く。

非 DRG 関連給付は、直接費用部門における費用基準値算出の際には考慮されない

例：

- ⑤ リューマチ科に重点を置く、ある専門病院の作業療法部門は、入院患者だけでなく隣接するリハビリ・クリニックの患者にも給付を提供している。その業務年度に 5,700 件の給付がもたらされた。そのうち入院患者には 3,500 件の給付が、リハビリ・クリニックの患者

には 2,200 件の給付がおこなわれた。費用負担者のための計算基準値を出す際には、入院患者に提供された 3,500 件の DRG 関連給付しか使うことはできない。

- ❖ 費用部門「医療文書業務」の職員が、決算の終了した業務年度に、入院患者のために約 7,500 通、外来患者のために約 1,500 通の文書を作成した。費用部門「医療文書業務」の費用は、事業所内給付差引勘定の過程で「内科」「外科」「外来」の各費用部門に分配される。費用部門「医療文書業務」によって編纂された全部で 9,000 通の文書を、差引勘定コードとして使う。その際、DRG 関連給付をもたらさない「外来」費用部門にも、外来患者のために作成された 1,500 通の手紙の費用を分類する。

作業ステップ:

- 費用負担者計算を実施する前に、直接費用部門の給付統計から、非 DRG 関連給付を取り除く。
- 各直接費用部門の清算済みの給付統計を DRG 記録の中に入れる。
- 費用部門差引勘定の過程で差引勘定コードを算出する際に、非 DRG 関連給付を考慮しなければならないかどうかをチェックする。

3.4 DRG 関連費用の算出

次節では、DRG 関連給付にかかわる DRG 関連費用を算出するために必要な作業ステップについて述べる。ここでは最初に費用種類計算と費用部門計算間のデータの一致ならびに非 DRG 関連支出の除外を目標とする費用種類計算過程における作業を紹介する。費用部門計算過程における作業には、費用部門のカテゴリ分類および非 DRG 関連支出の算出と費用部門レベルでの除外が含まれるが、例を挙げて以下に説明する。費用部門レベルでの除外は、時間的には人件費の差引勘定の後に実施されるものであり、4.2 章で説明する。

3.4.1 DRG 関連の個別費用

個別費用は、治療症例に直接かつ費用発生原因に即して分類することができる。これらの費用が DRG 関連症例に対する一般病院給付の提供と結びついて生じるなら、DRG に関連していると言える。この計算スキームにおいては、高額な物品の個別費用分類が想定されている。その際、症例別個別費用分類を義務づけられている以下の物品グループが、拘束力を持って定められている:

- 植込み組織
- 移植片
- プロテーゼ (血管)

個別費用は症例に直接割り当てられる

- 心臓ペースメーカー／除細動器
- セメント (骨)
- 骨 (代用物質)
- 心臓カテーテル／レントゲンカテーテル
- 血液製品
- 造影剤
- 細胞増殖抑制剤
- 免疫抑制剤
- 抗生物質
- 高額な第三者による給付

これらの物品グループの中で、高額な医療必需品または医療機関給付に関する限り、これらの費用は費用負担者計算の中で患者に分類される。上記以外にも、新たな物品グループや医療機関給付を個別費用へ分類することは、いつでも可能である。

血友病患者のための凝固因子製剤の費用は非 DRG 関連の個別費用として把握すべきであり、共通経費から除外する。これらの費用は限定費用項目に分類する。さらにこれらの凝固因子製剤のための非 DRG 関連の限定個別費用は、データ伝送の際にモジュール 99.10 として申告する (別表 7 の DRG データセットを参照)。

血友病患者のための凝固因子製剤は、非 DRG 関連個別費用として除外する

個別費用の把握と分類は、実務では次の 2 つの方法から選んで実施することができる：

優先順位第 1 位の方法：症例別個別費用分類

個別費用を、患者に直接割り当てる。これは、財務会計から費用負担者別に把握し、分類することによって、ならびに費用部門を通じて分類することによっても行うことができる：

1. 費用部門を通じた分類：

電子データ処理システムの中には、個別費用についてその金額を費用部門の借方に記帳すると同時に費用発生の原因となった患者に割り当てるようになっているものもある。症例別費用分類は、具体的な個別給付の提供に関連して行われる。この方式では個別費用は二重に、すなわち費用部門計算だけでなく費用負担者計算の中にも記録されていることになる。そのため DRG 関連費用を算出する前に、直接、間接費用部門から個別費用を差引く必要がある。

例：

- ⑤ 手術倉庫に植込み組織をストックする。費用部門「手術セクション」

の借方にこの植込み組織の費用を記帳する。ある患者に手術が施され、この植込み組織の一つを使う。この症例の借方に、この植込み組織の費用を記帳し、費用部門からは同金額の費用を差引く。

2. 財務会計からの分類

個別費用の割り当ては、費用負担者別の記入として、すなわち費用部門を通じて差引勘定を行うことなく (病院会計命令 (KHBV) の規定とは異なって) 直接に行われる。この場合には治療症例から、必要に応じて割り当てられた非 DRG 関連個別費用 (例えば血友病患者の凝固因子製剤) が差引かれる。

例 :

- ❶ 入院患者のために、めずらしい、非常に高価な医薬品が必要である。この医薬品は病院の薬局ではストックされておらず、卸売商から購入しなければならない。この費用はその症例に直接に割り当てられる。その病棟の費用部門を通じた差引勘定は行われぬ。

優先順位第 2 位の方法 : 病院独自の標準を使って個別費用の分類を行う (臨床分配モデル)

症例別個別費用の直接分類が不可能な場合には、同質の患者グループに対する病院独自の標準 (診断および/または処置によって定義) を作る。上述の物品グループの費用をこの標準を通じて患者に分配する。根拠のある例外症例においては、医療必需品と上記物品グループの医療機関給付に対して標準を一つだけ作ることも可能である (あらゆる症例に均等分配)。これは一般差引勘定評価にもかかわらず、個別費用の中の費用モジュールないしは別表 5 の中に表わす。

例 :

- ❶ 計算期間の最後に勘定部門 6613 「植込み組織」の下部勘定項目に股関節体内プロテーゼ (41 個) の費用、総額 38,000 GE (金銭単位) が記帳された。この物品グループの費用は、費用発生原因に即して個別費用として症例別に割り当てなければならない。病院のデータ処理システムでは直接算入が技術的に無理なので、標準化された費用算入を行う。総費用は、体内プロテーゼ 1 個あたり平均価格 926.83 GE ($38,000 \text{ GE} / 41 = 926.83 \text{ GE}$) を導き出すもととなる値である。この金額を個別費用として、相当する治療症例である股関節体内プロテーゼの移植に、粗症例費用算出の過程で割り当てる。それに伴いこの費用は股関節体内プロテーゼの勘定から差引かれる。
- ❷ 外科病棟の患者には通常、腸の手術の後、特定の抗生物質が投与される。この医薬品は高額なので、個別費用の割り当てが想定されている。給付提供の過程で症例別の費用を直接に算入することはない。それにもかかわらずこの物品グループの個別費用割り当てを実施できるようにするために、病院独自の標準を作る。給付記録をも

とに、こうした治療を何人のどのような患者が受けたかが文書化されている。平均価格を出すことによってこれらの費用をそれぞれの治療症例に分配することができる。

注意 :

- ① 個別費用を費用発生原因に即して割り当てるための前提条件は、使用された給付記録システムが個別給付を症例別に証明できることである。
- ① 外部で購入した給付のために (例えば検査室での検査) 症例関係が構築される限りにおいて、ここでもそのために生じる作業コストを考慮したうえで個別費用の割り当てが可能である。
- ① 直接割り当てられた商品の評価は、購入費用 (総価格) に従って行われる。それと並んで調達費用が提供されない場合には、スライド式の平均価格に応じた評価が認められている。
- ① 物質経済システムを投入する場合には、このシステムから算出される最新の購入価格またはスライド式平均価格を用いることをお勧めする。スライド式平均価格を使ったシステムによる評価を行う前に、システム導入の際に保管されていたストックと平均価格を、無作為抽出して、その妥当性をチェックするのがよい。
- ① 個別費用は症例別のデータセットの中で、別々の費用モジュールを単位として表わす (これについては 5.6 章および別表 5 を参照)。

作業ステップ :

- あなたの病院において個別費用として差引勘定される費用を算出する。
- 費用部門の借方に個別費用の額を記帳しているかどうかチェックする。以下に述べる作業ステップは、費用部門の借方記入が行われる場合にのみ実施する。
- 記帳された個別費用の額を費用種類と費用部門ごとに算出する。費用発生部門の正確な特定ができない場合には、個別費用をおおよその見積りで費用部門に割り当てることができる。
- 費用部門毎に記帳した費用を費用種類ごとに個別費用の分だけ控除する。限定費用部門で相殺記入が行われる。
- 実施方法を後からたどることができるように、実施された作業ステップを記録する。

3.4.2 DRG 関連の共通経費

共通経費とは、費用負担者に、費用発生原因に即して割り当てることができない費用のことである。この経費は、費用部門計算を通じ、費用負担者計算における計算基準値を使って症例に算入する。共通経費には例えば管理費が含まれる。

DRG 関連の共通経費は、費用部門計算を通じて、かつ費用負担者計算における計算基準値を使って症例に算入される

みせかけの共通経費を共通経費に分類する。これは原則的には症例に直接算入できる費用のことである。しかしながらこれらの費用は、費用計算の過程で共通経費として扱う。その理由は、直接に算入するデータ上の根拠が欠けている、または個別の物品の経済的重要性が低いからである。みせかけの共通経費としては、例えば病棟における包帯類およびその他の消耗品の費用などがある。

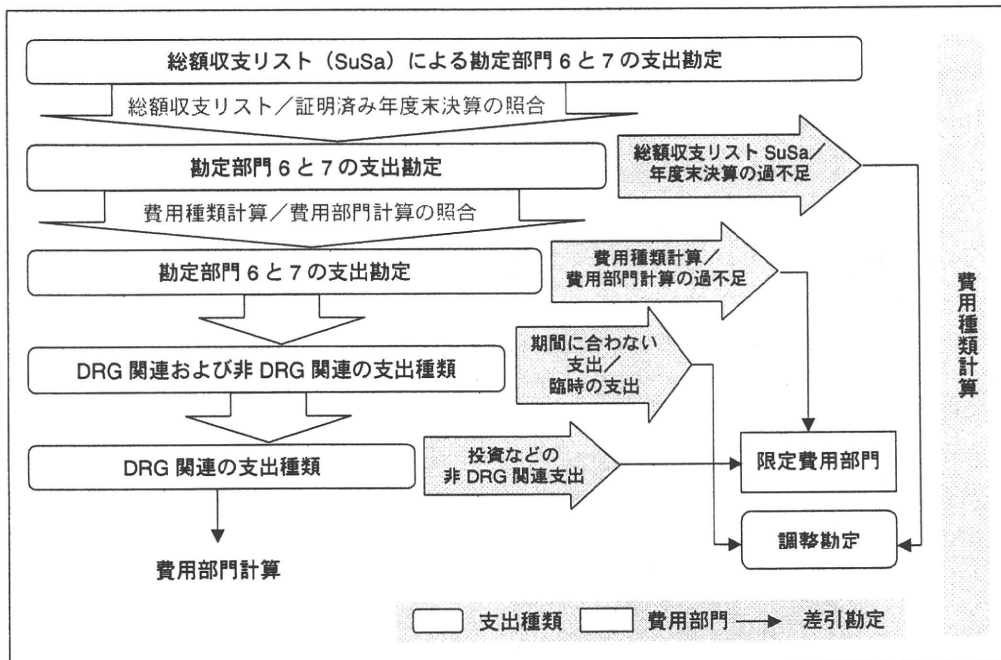
DRG 関連の共通経費という概念には、一般的な病院給付の提供に関連して発生するすべての共通経費がまとめられている。ただし 3.2.2 章で述べた例外は考慮しなければならない。

病院の選抜給付領域における共通経費を費用負担者別に割り当てる際の実施方法は第 5 章に記されている。

3.4.3 DRG 関連費用を算出するための費用種類計算における作業

この節では、DRG 関連費用の算出するための費用種類計算における作業ステップを説明する。これにはまず財務会計データと費用計算の間の照合を行う。続いて期間に合わない臨時の非 DRG 関連支出を除外する。以下の図は、実施される作業の一覧である。

図 4 : DRG 関連費用を算出するための費用種類計算における作業ステップ



3.4.3.1 証明済み年度末決算の損益計算と財務会計の総額収支との照合

DRG 関連計算のための出発点は (証明済みの) 年度末決算の作成の基礎となった財務会計の (最新の) 総額収支リストである。このリストで証明された病院会計命令の勘定部門 6 と 7 の支出は、証明済みの年度末決算の損益計算におけるこれに相当する支出と一致しなければならない。それにもかかわらず過不足が確認された場合には、費用種類計算において修正記帳が行われなければならない。そのためには調整勘定を設けることが必要である。調整勘定で過不足を調整するための相殺記入を行う。

病院会計命令の勘定部門 6 と 7 については総額収支リストと損益計算のデータが一致しなければならない

財務会計は、病院の業務上の出来事を記録するために使われる。財務会計においては粗症例計算の過程では記帳を行ってはならない。そのためもう一つ独立した記帳グループを設け、生産的な記帳グループのデータをコピーするのが賢明である。新たに設けた記帳グループでは DRG 計算の過程で必要な記帳を行う。もう一つの方法としては、それが使用されたデータ処理環境の中で、または外部の解決方法として存在する場合に限り、生産システムに対応する、粗症例費用算出のためのテストシステムを使うこともできるだろう。そのための前提条件は、財務会計のデータを生産システムからテストシステムにコピーすることである。

作業ステップ:

- 証明済み年度末決算損益計算のコピーと財務会計の (最新の) 総額収支リストのコピーを DRG 記録の中に取り込む。

- 最新の総額収支リストの中で証明された支出が年度末決算の損益計算の中で証明された支出と一致しているかどうかをチェックする。一致した場合には、下記に述べる作業は行う必要はない。
- 過不足が確認された場合には DRG 計算のために設けられた記帳グループの中に調整勘定を設け、過不足調整のための相殺記入を行う。
- 過不足の原因を確かめる。引き続いて過不足を清算する。その後の作業は、過不足の原因を突き止めることができない場合にのみ実施する。
- 過不足の生じた原因のおおよその検討をつける。引き続き過不足の清算を行い、調整勘定に相殺記入を行う。
- 実施方法をあとからたどることができるように、実施された作業ステップを記録する。

3.4.3.2 費用種類計算と費用部門計算との照合

財務会計の支出勘定において証明された支出の総額が、費用計算における支出の総額と一致しないことが往々にしてある。ソフトウェアシステムの中には、財務会計において費用部門の借方記入を行わなくとも支出の記入が可能なものがある。さらに年度末決算作業における記帳を、費用部門計算における財務会計の支出勘定の上ではいつも後からたどるとは限らない。

DRG 関連費用を算出する前に、費用種類計算と費用部門計算の照合が必要である

これらを背景として、(財務会計における) 費用種類計算と費用部門計算の調整が必要となる。費用部門計算の中で証明された支出の総額は、費用部門の借方に記入されていない個別費用を考慮したうえで、財務会計の相当する勘定において証明された支出の総額と一致しなくてはならない。過不足を確認する場合には、費用部門計算において修正記帳を行わなければならない。過不足を調整するための相殺記入は、限定費用部門で行う。限定費用部門は、すべての非 DRG 関連支出をまとめて記録するために、粗症例費用計算の過程で設ける。

作業ステップ:

財務会計と費用計算を照合するためには:

- 財務会計の中に記録される支出の総額を DRG 記録の総額収支リストをもとに算出する。
- 費用部門の総額収支リストを作成し、このリストを DRG 記録のために使う。
- 費用部門の借方に記入されない個別費用の総額を算出する。