

来費用部門を、限定費用部門に分類する。入院給付と外来給付がもたらされる費用部門は、混合費用部門である。これら費用部門中の外来患者治療にかかわる費用を除外する。病院個々のデータ状況に応じ、以下の優先順位に従って様々な限定方式を適用することができる：  
は DRG 関連である

#### 優先順位 1 : 費用計算による限定

外来給付のための費用計算が存在する病院においては、混合費用部門は費用計算によって外来費用から清算されうる。

#### 優先順位 2 : ウェイトを付与した給付統計を用いた限定

この方法の基礎となるのは、全給付件数に占める外来患者に提供される給付件数である。給付は、必要に応じて、現行の給付カタログ（例えば医師報酬規則 (GOÄ)、ドイツ病院協会付帯費用表 (DKG-NT) または統一判定基準 (EBM)）をもとに評価する。同じ検査が、入院患者と外来患者では、とりわけ入院患者の移動度がかなり低いために消費される時間が異なるという事情を考慮すると、DRG 関連費用と給付の算出の際に入院給付に別々のウェイトを付与する必要がある。これは例えば病院ごとに移動性ファクターを決めることによって行うことができる。

#### 優先順位 3 : ウェイトを付与した給付統計を用いない限定

入院給付にウェイトを付与するために必要な情報が欠如している病院においては、ウェイトを付けない給付統計をもとに費用限定を行う。

#### 優先順位 4 : 収益控除方式

収益控除方式は、上記の優先順位 1 から 3 の方法が、費用・給付情報の欠如により実施不可能な場合にだけ、用いることができる。この場合には外来給付は、病院の外来業務から得られる収益の分だけ除外される。

#### 注意 :

- ① 病院の他の検査・治療領域で提供された外来給付も除外しなければならない。
- ① 社会保障法典第五編第 115b 条による外来手術も非 DRG 関連給付に分類する。

#### 例 :

- ⑤ 外来費用計算が行われない病院の場合には、外来患者に対する非 DRG 関連給付は、ウェイトを付与した給付統計を用いて限定することができる。外来給付は、事業所内の費用を管理するために、点数を掲載した病院カタログに従ってウェイトを付与する。給付点数の合計は 546,000 点である。外来患者の治療に対する給付点数は 364,000 点であると評価された。入院症例の治療に対する点数

182,000 点であった。外来に対する費用総額は同期間に 470,000 GE である。費用総額を給付点数の合計で割ると、給付点数あたり 0.86 GE というウェイトなしの評価が生じる (引き続き算定を行う場合には、費用額として 0.86080586 GE という正確な値を使用する)。以上から外来患者に対する非 DRG 関連支出である 313,333.33 GE ( $0.86080586 * 364,000 = 313,333.33$  GE) を除外する。

- ⑤ 給付点数にウェイトを付与する場合には、外来患者と入院患者に対する同一の給付の提供における費用集約度の違い (例えば時間消費、材料の投入) を考慮する。例えば外来患者の給付点数には、移動度ファクター 0.8 というウェイトが付与される。この 0.8 という移動度ファクターを上記の例にあてはめると、給付点数の新たな合計は 473,200 となり ( $0.8 * 364,000 + 182,000$ )、その結果、費用総額が 470,000 GE の場合、給付点数あたりの費用額は 0.99 GE となる ( $470,000 \text{ GE} / 473,200 = 0.99 \text{ GE}$ )。さらに算定を行う場合には、費用額の正確な値である 0.993237531 GE を使用する。そうしないと四捨五入の違いで著しい差が生じるからである)。以上から、外来患者に対する非 DRG 関連支出である 289,230.77 GE ( $0.993237531 \text{ GE} * 291,200 = 289,230.77 \text{ GE}$ ) を除外する。除外額は、ウェイトなしの額より低くなる。計算にあたっては、外来患者における給付提供の方が (例えば可動性がより高いという理由で) 費用がかからない点を考慮するからである。
- ⑥ 入院給付のウェイト付与に必要な情報がない場合には、費用限定はウェイトなしの給付統計をもとに行う。例えばある病院の救急外来は同時に中核受入れステーションの役割を果たしている。救急外来の給付は、病院カタログに従って記録する。病院カタログでは、点数は医療資源の消費に応じて各給付に割り当てられている。決算された事業年度にもたらされた給付の合計には、病院カタログに従うと 60,000 点という評価が与えられた。そのうち入院治療症例は 40,000 点、外来治療症例は 20,000 点であった。その事業年度には救急外来の費用部門には、250,200 GE の費用が割り当てられた。ここから 4.17 GE ( $250,200 \text{ GE} / 60,000 = 4.17 \text{ GE}$ ) という点数值が導き出された。この値を使って出された外来患者に対する給付 83,400 GE ( $4.17 \text{ GE} * 20,000 = 83,400 \text{ GE}$ ) を、非 DRG 関連支出として除外する。
- ⑦ ある病院では、給付統計をとっていないので、外来給付のための非 DRG 関連費用を限定するために収益控除方式を使用しなければならない。外来給付で得られた病院の収益は 350,000 GE である。この額を外来費用部門の総費用から控除し、非 DRG 関連として除外する。

### 3.4.6 職業訓練所および職業訓練手当に対する支出の除外

#### 職業訓練所

職業訓練所は、病院併設の国家公認の施設として定義されており、病院は職業訓練所の運営者または共同運営者でなければならない。該当する職業訓練職種は病院資金調達法第 2 条第 1a 項に規定されている。職業訓練所の費用および職業訓練手当に対しては、病院資金調達法第 17b 条の基準に従い、DRG 制度の枠内で加算の形で資金の調達が行われる。こうしたことを前提に職業訓練所の費用に関するデータは、費用部門別に DRG 研究協会に送る。

職業訓練所の費用は DRG 研究協会に別個に送る

#### 注意 :

- ① 費用部門「職業訓練所」は、費用部門別の費用を DRG 研究協会に送る前に、その前に置かれた費用部門「非医療インフラ」の費用の借方に割合に応じて記帳する。

#### 例 :

- ② 病院の建物 (有効面積 25,000m<sup>2</sup>) の一部 (有効面積 1,250m<sup>2</sup>、これは建物の全有効面積の 5%にあたる) が職業訓練所として使われている。31,250 GE が家屋費用部門に記帳されている。費用部門「職業訓練所」には家屋費用のうち 1,562.50 GE ( $0.05 * 31,250 \text{ GE} = 1,562.50 \text{ GE}$ ) が割り当てられている。家屋費用部門の貸方に、職業訓練所に対する非 DRG 関連支出の相当額を記入する。

#### 職業訓練手当

看護婦、看護師ならびに小児専門看護婦、小児専門看護師の職種における職業訓練生は、病院の人件費コード表に 1:7 の比率で算入する。すなわち人件費分配率の中で 7 人の職業訓練生が、職業訓練を終了した一人前のフルタイムスタッフ 1 人として取り扱われることを意味する。それぞれ 7 人の職業訓練生に対する職業訓練手当は、職業訓練手当の合計額が、相当する職業グループの職業訓練を終了したフルタイムスタッフ 1 人分の平均人件費を超える分だけ、非 DRG 関連として限定しなければならない。

#### 例 :

- ③ DRG 関連の職業訓練手当の算定 :

看護領域における職業訓練手当の合計	500,000 GE
看護領域における職業訓練生	職業訓練生 50 人
職業訓練生費一人あたりの平均報酬 (500,000 GE/50)	10,000 GE
7 人の職業訓練生に対する手当の合計額 (7 * 10,000 GE)	70,000 GE
看護業務におけるフルタイムスタッフ (VK) 一人あたりの平均人件費	40,000 GE
差 (70,000 GE - 40,000 GE)	30,000 GE
除外すべき職業訓練手当 (30,000 GE / 7 VK * 50 VK)	214,285.71 GE
DRG 関連の職業訓練手当 (40,000 GE / 7 VK * 50 VK)	285,714.29 GE

このほか看護助手に対する職業訓練手当は、病院の人件費分配比に 1:6 の比率で算入する。そしてこれに相当する限定を実施する。

**注意 :**

- ① 職業訓練生の宿舍の費用は、非 DRG 関連支出として、職業訓練所の費用部門から除外する。
- ① 一つの病院が複数の職業訓練所を運営している場合には、DRG 研究協会 (ないしは独立のデータ機関) にデータを送る前に、職業訓練所に関連する複数の費用部門を一つの費用部門にまとめる。
- ① 病院が運営する職業訓練所は一つであるが、費用部門が複数に分割されている場合には、同様に DRG 研究協会にデータを送る前に一つの費用部門にまとめる。

**作業ステップ :**

- DRG 関連職業訓練手当が、費用部門「職業訓練所」への分類がなされている場合には、これを費用部門「職業訓練所」から削除する。DRG 関連職業訓練手当を、職業訓練生が配置されている看護専門セクションに分類する。この看護専門セクションへの分類が不可能な場合には、DRG 関連職業訓練手当を看護専門領域の借方に均等に記入する。
- 「職業訓練所」費用部門に、非医療インフラ費用部門の給付が含まれる場合には、これらの費用部門の費用を「職業訓練所」に割合に応じて分類する。
- 「職業訓練所」費用部門から、必要な場合には、病院資金調達法第 2 条第 1a 項に挙げられた職種の職業訓練に関連のない支出を削除する。
- 「職業訓練所」費用部門の費用ならびに職業訓練所に関するそれ以外の情報を DRG 研究協会ないしは独立のデータ機関に送る (別表 7 参照)。

- 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。

### 3.5 第 3 章に関するチェックリスト

第 3 章の最後に計算実施の主要な作業ステップをチェックリストにまとめた。

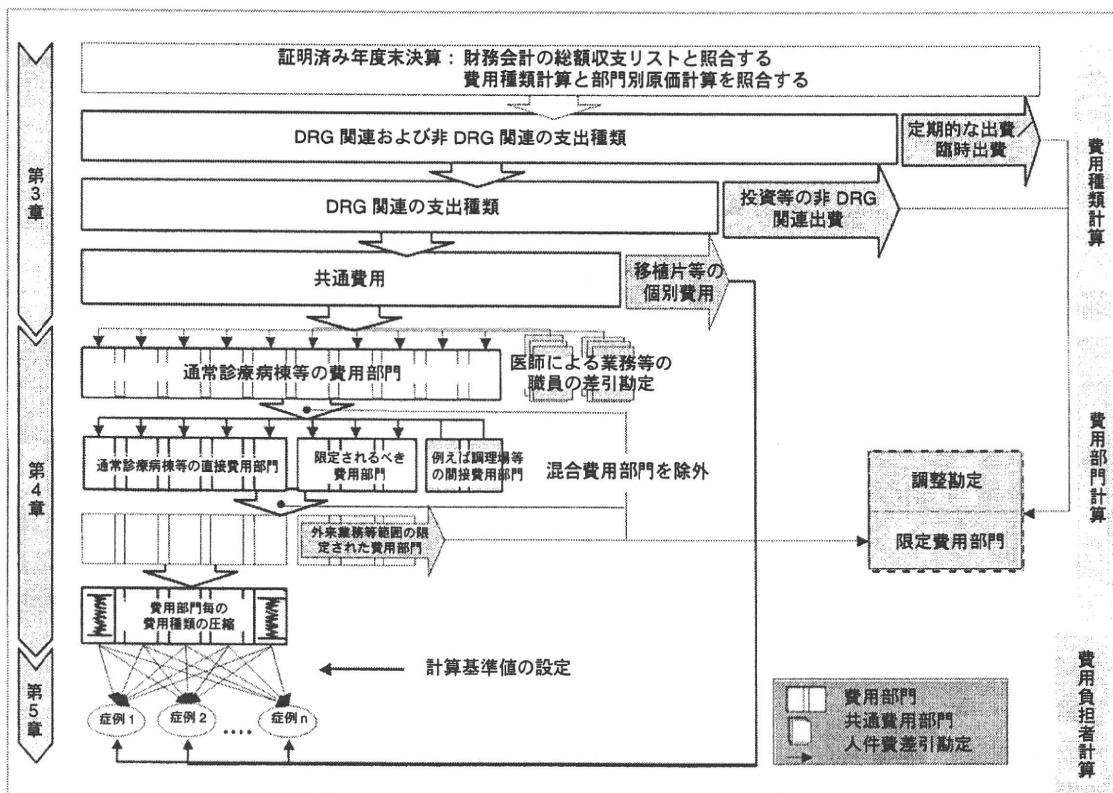
表 6：第 3 章のチェックリスト

チェックリスト：粗症例費用算出のための主要作業ステップ	
作業ステップ	章
<b>DRG 関連給付と費用の算出</b>	<b>3</b>
1. 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を、非 DRG 関連給付について清算する。	3.3
2. 非 DRG 関連給付を、費用部門差引勘定の一環として後から差引勘定コード表を決める際に、考慮しなければならないかどうかをチェックする。	3.3
3. 拘束力をもって定められた物品グループリスト（植込み組織、移植片、プロテーゼ（血管）、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）に従い、個別費用として差引勘定される費用を算出する。	3.4.1
4. 総額収支リストの中に表された支出が、年度末決算の損益計算の中で表された支出と一致するかどうかをチェックする（必要に応じて調整勘定に修正記帳する）。	3.4.3.1
5. 費用部門計算の中で表された支出総額に個別費用の総額を加えた額が、財務会計における支出総額と一致するかどうかをチェックする（必要に応じて限定費用部門に修正記帳する）。	3.4.3.2
6. 期間に合わない支出や臨時の支出の範囲を限定する（費用種類計算において調整勘定に記帳する、ないしは費用部門計算において限定費用部門の借方に記入する）。	3.4.3.3
7. 別表 2 の範囲確定のための構成要件一覧表に従い、非 DRG 関連費用の範囲を限定する（費用種類計算において調整勘定への記帳する、ないしは費用部門計算において限定費用部門に記入する）。	3.4.3.4
<b>作業ステップ 8 から 10 の前に人件費差引勘定を実施する。</b>	
8. 全費用部門を以下のように区分し、マークを付ける。 ・直接費用部門 ・医療インフラの間接費用部門 ・非医療インフラの間接費用部門 ・限定費用部門 ・混合費用部門	3.4.4.1 3.4.4.2
9. 適切な給付統計をもとに、個々の混合費用部門における非 DRG 関連給付の各割合を算出する（給付全体に占めるパーセンテージとして）。ここで算出されたパーセンテージをもとに、ある費用部門に分類された費用を、限定費用部門に振り替える。その際通常すべての費用種類を均等に減額する。	3.4.4.3
10. 費用部門「職業訓練所」から DRG 関連の職業訓練手当を削除し、職業訓練生が配属されている看護専門セクションに割り当てる（これが不可能な場合には、看護専門セクションの借方に DRG 関連の職業訓練手当を均等に記入する）。	3.4.6

#### 4. 費用部門計算

費用種類計算ならびに費用部門計算のための第一準備段階が首尾良く終了した後、費用部門計算を実施し、これに従って間接費用部門から直接費用部門に費用を割り当てる。図6は、費用部門計算の一環として実施される主要な計算ステップを示したものである（濃い色で強調されている部分）。さらにこの図から、利用者は現在、計算ステップのどの段階にいるのかが一目瞭然である。

図6： 計算ステップの一覧：費用部門計算



図からは、計算の過程で費用部門計算を考慮して実施される主要作業ステップがわかる。第4章では以下の事柄に付いて説明している：

第4章の主要計算ステップ一覧：	章
➤ 医師による業務、看護業務、臨床検査業務および機能業務の人件費を差引勘定する	4.2
➤ 間接費用部門の費用を、3つのうちいずれか一つの方式により、直接費用部門に分配する： ・ 事業所内給付差引勘定 ・ 簡易割当方式 ・ 混合方式	4.4 4.4.1 4.4.2 4.4.3
➤ 非 DRG 関連支出を除外し、混合費用部門に入れる	3.4.4.3
➤ 費用種類を費用部門毎の費用種類グループにまとめる	4.6

#### 4.1 第4章のはじめに

人件費差引勘定は、費用分配のための重要な準備作業ステップである。これは、混合費用に入れる非 DRG 関連費用の額を算出する前に行われ（3.4.4 章参照）、3つの選択式差引勘定方式を実施するための基礎となる。人件費差引勘定（4.2 章）と費用部門差引勘定の準備ステップ（4.3 章）に続けて、利用者は後述する3つの選択肢から差引勘定方式を1つ選ぶ。計算は、事業所内給付差引勘定（IBLV）、混合方式、簡易割当方式（VUV）の順に実施しなければならない。病院は、IBLV または混合方式による細分化された費用分類を実施するためには、基礎となるデータが十分ではない場合にのみ、簡易割当方式を選ぶことができる。

##### 選択肢 1：事業所内給付差引勘定（IBLV）

事業所内給付差引勘定では、間接費用部門全体の費用を、費用の発生原因に即した分配率を通じて直接費用部門に分配する。

##### 選択肢 2：簡易割当方式（VUV）

簡易割当方式においては、医療インフラの費用は、費用の発生原因に即した分配率を通じて直接費用部門へ分配する。非医療インフラの費用は、直接費用部門には分類せず、基本費用部門の中にまとめ、そこから看護日数に応じて各症例に分配する。

##### 選択肢 3：混合方式

混合方式では、医療インフラの費用を費用の発生原因に即した分配率をもとに直接費用部門に分配する。非医療インフラの費用は、一部は直接費用部門に（IBLV に従い）、一部は基本費用部門に（VUV に従い）割り当てる。

#### 4.2 人件費差引勘定

複数の費用部門で給付をもたらす職員の人件費は、共通費用部門に記帳されることが多い。これらの費用は、費用部門差引勘定の過程で共通費用部門から除外される。その時これら費用の分配基準は、受入れ側の費

人件費の分配は様々な費用部門により職員が使われる量に従う

用部門により職員が使われる量である。人件費差引勘定に含まれるのは、以下の人件費種類だけである：

- 医師による業務
- 看護業務
- 臨床検査業務
- 機能業務



人件費の分配には、以下に説明するようないくつかの可能性がある：

### 職員別の時間記録

職員が使われる量は、通常、その職員が受入れ側の費用部門のために従事する労働時間によって決まる。該当する部門に職員別の時間記録がある場合には、それを費用の発生原因に即した人件費分配の基礎として援用することができる。そのための前提条件として、時間記録の実施以来、



該当する部門で、例えば医長の交替に伴うような、基本的な組織変更が行われなかったことが必要である。

### 人員需要計算による評価

人員需要計算による評価の際には、給付別の人員需要の関係が、業務種類と費用部門ごとに病院個々の、または外部の基準によって決定される。以下の指数が示すような特徴を有する：

- ▶ **分/給付**：給付の評価は、分単位による人員拘束時間の申告（例えば 20 分/吸入治療）に基づき行われる。給付/年と給付あたりの平均人員拘束時間の積は、「分/年」の拘束時間になる。ある費用部門の年間給付をフルタイムスタッフの年間労働時間と対比する（労働日数 250 日、38.5 時間/週の場合に 98,160 分）ことにより、費用部門あたりの必要フルタイムスタッフの人数がわかる。
- ▶ **給付/スタッフおよび年**：基準を使って給付ごとの状態を評価する。これはフルタイムスタッフおよび年あたりの給付を確定することにより（例えば事務職員/年は 5,000 通の医師の書状を作成する）決まる。
- ▶ **平均利用病床/スタッフないしは症例/スタッフ**：これらの指数は給付およびフルタイムスタッフの必要人数の間接的な関係のみを示す。この時、例えば利用病床あたりの医師による一定の給付の確定（例えば病床あたりの通常病棟の医療人員）は、計画された/提供された給付の質にも量にも関係しないということに注意しなければならない。

これらの指数が説明するのは、通常労働時間に提供される給付についてだけである。準備業務の範囲内で生じる給付は、年間人件費の中で、すなわち価格単位の中でしか識別することができない。というのは人員需要計算による評価に従って算出されたフルタイムスタッフがこれらの給付を追加で提供しているからである。そのため提供された給付合計から準備業務に分類されるべき給付を控除することが必要である。実際にやってみると、部分考察（すなわち通常労働時間のみを考察する）は、全体考察（準備業務も含む）に比べ、人件費差引勘定において明らかな違いを生じることがわかる。とりわけ麻酔においては、手術室と集中治療病棟の間で異なる分配が生じ、婦人科/産科では、分娩室業務の給付割合における分配が、中核時間だけの場合と、準備業務も含めた場合とでは差が出る。

例：

- ❶ ある病院では、人員需要計算をもとに麻酔科の医師業務における人員需要を算出しているが、この人員需要計画は、人件費差引勘定の基礎としても使われなければならない。人員需要計算の基礎となるのは、通常労働時間内に提供された給付量である。麻酔科の医師は、

手術と集中治療病棟の給付領域だけのために業務を行う。手術セクションの面倒をみるために 640,000 麻酔分という給付単位が記録された。ここに示した例では、この時間の中には純粋な麻酔時間のほかに手術後の世話、回診、管理業務等のためのそれ以外の業務時間が含まれている。集中治療病棟では、算定期間の間に、平均で 7.1 症例に対して麻酔学的な医療が行われた。病院内部の査定では、診療症例 2 件に対して 1 人のフルタイムの医師が必要とされる集中治療、および診療症例 3 件に対して 1 人のフルタイムの医師が必要とされる集中治療監視という 2 つの異なる給付密度がある。これらの 2 つの異なる給付密度について症例別の記録をとっていないため、平均値を出す：すなわち 1 人のフルタイムの医師が 2.5 件の診療症例を担当する。フルタイム医師一人に対する年間の労働分時間の見積りは 98,160 分 (1,636 労働時間) となる。これを使うと人員需要は次のように算出することができる：

#### 人員需要の算出 (通常労働時間)

手術セクションの人員需要：

$$\frac{640,000 \text{ 麻酔分/年}}{98,160 \text{ 労働分/年/フルタイム医師}} = 6.52 \text{ 人}$$

集中治療病棟の人員需要：

$$\frac{7.1 \text{ 診療症例}}{2.5 \text{ 診療症例/フルタイム医師}} = 2.84 \text{ 人}$$

麻酔科の人員需要はフルタイム医師 9.36 人という結果が導き出される (6.52 VK + 2.84 VK = 9.36 VK)

#### 通常労働時間の人件費の分配

医師による麻酔業務に対して 2,100,000 GE の人件費が生じた。この合計額には 650,000 GE の準備業務時間のための費用が含まれている。従って通常労働時間に対しては 1,450,000 GE が費やされた。通常労働時間の費用は、算出されたフルタイムスタッフの人数を通じて分配され、以下のように算定される：

$$\text{手術セクション} : 1,450,000 \text{ GE} / 9.36 * 6.52 = 1,010,043 \text{ GE}$$

通常労働時間	算出されたフルタイムスタッフの人数	費用 (単位：GE)
手術セクション	6.52	1,010,043
集中治療病棟	2.84	439,957
合計	9.36	1,450,000

### 準備業務費用の分配

準備業務の費用 650,000 GE は、通常労働時間と比べて個別の給付領域に対する分配が異なるため、別個に取り扱う。(ただし当該例と違い、準備業務の間の必要時間が、通常労働時間のために算出された人員需要の比率に匹敵する場合には、準備業務費用は通常労働時間の費用と同様に分配しうる。) 準備業務費用の基礎となるのは、当該例では報酬目的(必要量に応じた準備業務時間の分類)のために、大まかな時間的間隔でつけられている準備業務記録である。この記録をもとにして時間的な必要量のパーセンテージ比率を算出すると、集中治療病棟については 65%、手術セクションについては 35% という結果となる。これに従って準備業務費用 (650,000 GE) を集中治療病棟 ( $0.65 * 650,000 \text{ GE} = 422,500 \text{ GE}$ ) および手術セクション ( $0.35 * 650,000 \text{ GE} = 227,500 \text{ GE}$ ) に分配する。

### 人件費差引勘定の結果

人件費差引勘定の結果として手術セクションには 1,237,543 GE ( $1,010,043 \text{ GE} + 227,500 \text{ GE}$ ) の費用を、集中治療病棟には 862,457 GE ( $439,957 \text{ GE} + 422,500 \text{ GE}$ ) の費用を割り当てる。

### 他の入院書類または見積りに基づく分配

時間記録をつけていない場合には、必要に応じて他の入院書類を人件費分配の基礎として援用することができる。適切な統計がない場合には、概算で見積もった各費用部門への職員の投入時間割合をもとにして、共通費用部門から差し引くことができる。

例：

- ⑥ 専門診療科「外科」の医師に対する人件費 493,500 GE は、共通費用部門「外科の一般費用部門」に分類されている。しかしながら外科医は、様々な費用部門、すなわち「病棟」「外来」「手術室」ならびにわずかではあるがそれ以外の費用部門のために給付を提供している。

共通費用部門を費用部門差引勘定の過程で減額する。共通費用部門の費用を医師が従事する費用部門に割り当てる。

職員別に時間を記録したものがない。そのため病院は、医師一人について各費用部門に分配される全労働時間における割合を見積もる。この見積りに関連して、受入れ側の費用部門の借方に医師による業務の人件費を次のように記入する：

表 7：業務時間に基づく人件費分配方式（例）

労働時間の見積り（週あたりの時間） （準備業務への従事時間も含む）								
外科	医師 1	医師 2	医師 3	医師 4	医師 5	合計	フルタイム スタッフの人数	費用（単位：GE）
病棟	23	23	20	10	13	89	1.99	196,413
外来	11	18	0	27	10	66	1.47	145,089
手術	10	7	20	5	20	62	1.38	136,206
その他の 費用部門	3	0	4	0	0	7	0.16	15,792
<b>合計</b>	<b>47</b>	<b>48</b>	<b>44</b>	<b>42</b>	<b>43</b>	<b>224</b>	<b>5.00</b>	<b>493,500</b>

費用部門への費用分配は、フルタイムスタッフ人数（VK）を使って行う。合計で 5VK が、労働時間の見積りをもとに各費用部門に分配される。例えば外来のフルタイムスタッフ人数は、次のように算出する：

$$5.00 / 224 * 66 = 1.47$$

これ以外のフルタイムスタッフ人数も同様の計算方法を使って導き出す。

こうして算出したフルタイムスタッフ人数をもとに費用を各費用部門に分配する。例えば病棟の費用は次のように算出する：

$$493,500 \text{ GE} / 5.00 * 1.99 = 196,413 \text{ GE}$$

これ以外の費用も同様の計算方法を使って導き出す。

この結果、専門診療科「外科」の医師の人件費 493,500 GE は、「病棟」（196,413 GE）、外来（145,089 GE）、「手術室」（136,206 GE）並びにわずかではあるがその他の費用部門（15,792 GE）に分配される。

共通費用部門のほかに直接費用部門も他の費用部門と職員にかかわる給付関係がありうる。これらの直接費用部門においては、この章で説明する方法論に従って、費用が割合に応じて差し引かれる。

**注意：**

- ① 人件費差引勘定においては、正規雇用された医師およびこれらの医師によって生じた費用のみを取り扱う。請求書を発行して給付を提供する、正規雇用されていない医師の費用は、共通費用部門「職員」ではなく、医療必需品に対する勘定グループ 66 の中の正規雇用されていない医師に対する謝礼の項目に記帳される（別表 4.1 参照）。

- ① 人件費差引勘定にあたって病院は、実際的に対処すべきであろう。他の費用部門に対する職員の給付がわずかな場合には、人件費差引勘定に際して考慮しなくてもよい。
- ① 共通費用部門に記帳された人件費は、例えば勤務計画、業務計画の評価に基づいても、あるいは給付統計をもとにしても、分配することができる。割合に応じた労働時間の見積りを、人件費分配の基礎とする場合には、見積りは、該当する領域の職員と協力して実施しなければならない。その際、見積りは、適切な人員配置に関する質問と関連があるとみなされないことに注意する。

さらに実際には、外来治療に関する質問の際には、診察時間のみが見積りに含まれることが多い。その際、外来の診断給付は無視される、もしくは診断給付領域への人員投入は、これに応じることなく、入院患者、外来患者別に細分化される。

- ① 人件費分配の基礎となるのは、請け負った業務を達成するために生じる職員の全労働時間である。この中には例えば準備業務時間または呼出し業務時間も含まれる。週 38 時間労働に基づく予定年間労働時間は、以下のように算出する：

年間労働日数            250

有給休暇を差し引く    30

生産的な労働日数       $220 * 7.5 \text{ 時間/日} = 1,650 \text{ 労働時間/年}$

さらにこの値から、この職種固有の病気や向上教育等に使われる不在時間を控除する。

- ① 病院が看護業務の人件費の発生部署に関する情報を有していない場合には、看護人件費を、もたらされた看護職員規則（PPR）分に依じて病棟領域に分配することが可能である。介護分あたりの費用は、病棟と専門診療科の間で、例えば様々な連邦公務員給与表（BAT）の等級のような給付とは関係のない基準に基づいて、著しく異なることがありうるので、各病棟と専門診療科に対する PPR 分には異なるウェイト付与を行うべきではない。そのかわりに病院全体に関係のある計算基準値「PPR 分あたりの費用」を算出する。
- ① 直接費用部門は、人件費差引勘定に関与する。間接費用部門および限定費用部門は、直接費用部門に対して職員にかかわる給付関連性がある場合にのみ、関与する。
- ① 休暇または高齢パートタイムのための引当金への供給額の職種別の構成に関しては、費用計算においてデータ保護法上の理由から詳細な情報が得られない場合が多い。人件費に対する引当金への供給額を分類するためには、2つの可能性がある：

優先順位1：職種グループ別にウェイトを付与することによって費用を分配する（例えば医師による業務には通常、高齢パートタイムが少ない）

優先順位2：全人件費をもとにコンスタントに分配する

- ① 人件費差引勘定は、費用部門レベルにおいて除外を実施する前に（3.4.4.3章および3.4.5章参照）を行う。

例：

- Ⓢ 小児科には3人の医師が配属されており、そのための人件費は215,580 GEである。小児科の医師は、外科と救急外来のために共同診察給付をそれぞれ同割合で提供している。共同診察給付のための週の平均必要時間は、医師一人当たり3時間と見積もられ、週40時間の通常労働時間の7.5%に相当する。以上から、外科と救急外来には、8,084.25 GEの費用が割り当てられる（ $0.075 * 215,580 \text{ GE} / 2 = 8,084.25 \text{ GE}$ ）。

作業ステップ：

- 該当する職種において職員にかかわる給付を他の費用部門に対してもたらず、ないしは他の費用部門から受ける直接費用部門を算出する。
- DRG 記録の費用部門計画中の人件費差引勘定に関わる費用部門にマークを付ける。
- 給付を受け取る側の費用部門の借方に割合に応じて人件費を記入したかどうかをチェックする。借方記入が行われていた場合には、以下に述べる作業は行わない。
- 直接費用部門の職員が他の費用部門で従事する作業時間の割合を概算で見積もる。
- 職員別の時間記録、人員需要計算上の見積りまたは他の適切な統計を、給付を受け取る側の費用部門へ費用を分配するための基礎として使うことができるかどうかをチェックする。必要な場合には、割合に応じた労働時間を概算で見積もる。
- 給付を提供する費用部門から、算出された分配率をもとに、直接人件費を差し引く。この分を、給付を受け取る側の費用部門の借方に記入する。
- 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。

### 4.3 費用部門差引勘定の準備

費用計算の準備作業には費用種類グループの形成ならびに間接費用部門と限定費用部門の圧縮が含まれる。

#### 4.3.1 費用種類グループの形成

費用種類は、IBLV、VUV または混合方式により費用部門差引勘定を実施した後に費用種類グループの中にまとめる。これによって病院における症例別費用分類の際だけでなく、DRG 研究協会における相対ウェイトの計算の際にも計算コストが削減される。以下の費用種類グループが定義されている（別表 5 の列を参照）。

直接費用部門の費用種類を  
8 つの費用種類グループに  
まとめる

- |                    |                                        |
|--------------------|----------------------------------------|
| <b>費用種類グループ 1</b>  | 人件費 - 医師による業務                          |
| <b>費用種類グループ 2</b>  | 人件費 - 看護業務                             |
| <b>費用種類グループ 3</b>  | 人件費 - 機能業務と臨床検査業務                      |
| <b>費用種類グループ 4a</b> | 医薬品のための物件費                             |
| <b>費用種類グループ 4b</b> | 医薬品（個別費用／実際の消費）のための物件費                 |
| <b>費用種類グループ 5</b>  | 植込み組織と移植片のための物件費                       |
| <b>費用種類グループ 6a</b> | 医療必需品の物件費（医薬品、植込み組織と移植片を除く）            |
| <b>費用種類グループ 6b</b> | 医療必需品の物件費（個別費用／実際の消費；医薬品、植込み組織と移植片を除く） |
| <b>費用種類グループ 7</b>  | 医療インフラの人件費と物件費                         |
| <b>費用種類グループ 8</b>  | 非医療インフラの人件費と物件費                        |

準備作業の過程で病院内に直接費用部門ごとに上記の 8 つの費用種類グループを形成する。医療インフラの間接費用部門の差引勘定された費用は、直接費用部門の費用種類グループ 7 に分類する。非医療インフラの間接費用部門の差引勘定された費用を分類する際には、費用部門差引勘定の選択肢の間で、区別がなされなければならない。事業所内給付差引勘定を実施する際にはこれを直接費用部門の費用種類グループ 8 に分類する。これに対して簡易割当方式では基本費用部門を作り、そこに後から非医療インフラの費用部門をまとめる。基本費用部門には、費用種類グループ 8 だけが含まれる。混合方式では非医療インフラの差引勘定された費用を、一部は直接費用部門の費用種類グループ 8 に、一部は基本費用部門に割り当てる。

その他の費用種類は、費用部門差引勘定を実施した後に費用種類グループ1から6へ圧縮する（4.6章参照）。

**作業ステップ：**

- 各直接費用部門の中に「費用種類1」から「費用種類グループ8」の名称を持つ8つの追加の費用種類を形成する。
- 費用部門差引勘定の過程で医療インフラの間接費用部門を、それぞれ直接費用部門の費用種類グループ7に分類する。非インフラの費用部門を、費用部門差引勘定方法を選択肢から選び、それに従って直接費用部門の費用種類グループ8に（IBLV）、または設置した基本費用部門に（VUV）、または直接費用部門と設置した基本費用部門に（混合方式）分類する。

**4.3.2 間接費用部門および限定費用部門の圧縮**

費用、給付に関連する事項を細かにコントロールするために、大病院は、部分的に非常に細分化されたところのある費用部門構造を持っている。粗症例費用の計算を簡略化するために費用部門を以下の原則に従って圧縮することをお勧めする：

- 費用が、直接費用部門および場合によっては限定費用部門に対して、それぞれ同一の差引勘定コードに基づいて分配される場合には、間接費用部門を一つにまとめることができる。
- 一つにまとめられた間接費用部門から限定費用部門への費用の分配が、同一の差引勘定コードに基づいて行われる場合には、限定費用部門を圧縮することができる。
- 直接費用部門は通常は一つにまとめることはない。

**例：**

- ❶ 費用部門「営繕」「塗装作業場」「電気設備」および「その他の作業場」は、平方メートル数をもとに受入費用部門と差引勘定する。これらの費用部門は、費用部門差引勘定を実施する前に圧縮費用部門「作業場」にまとめることができる。
- ❷ 比較的規模の大きな病院には、「レントゲン部門」および「コンピュータ断層撮影装置」の費用部門が設けられている。これらの費用部門は、「コンピュータ断層撮影装置」費用部門の分配の病院カタログをもとに行われるのに対して、「レントゲン部門」費用部門が医師報酬規則（GOÄ）点数をもとに患者に分配される場合には、一つにまとめるはならない。



**作業ステップ：**

- 費用部門差引勘定の実施前に圧縮費用部門を作るのが適切であるかどうかをチェックする。これ以降の作業ステップは、圧縮費用部門が作られる場合のみ実施される。
- どの費用部門を、それぞれどの圧縮費用部門にまとめるかを一目で分かるような表を作成する。
- 圧縮される費用部門の費用をそれぞれの圧縮費用部門に割り当てる。
- 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。

**4.4 費用部門差引勘定における選択肢**

計算ハンドブックには、費用部門差引勘定を実施するための方式の選択肢（事業者内給付差引勘定、簡易割当方式または混合方式）が掲載されており、利用者はこのうちの一つを選ぶことができる。以下にその方法が掲載されているので、利用者は自分の選んだ方法を説明した章を読む。病院は、できるだけ細分化された方法を選ぶべきであり（優先順位の説明を参照）、基礎データが、IBLV または混合方式による細分化された費用分類を実施するには不十分な場合のみ、簡易割当方式に決めるべきである。



事業所内給付差引勘定	第 1 優先順位	4.4.1 章
簡易割当方式	第 3 優先順位	4.4.2 章
混合方式	第 2 優先順位	4.4.3 章

#### 4.4.1 事業所内給付差引勘定

事業所内給付差引勘定 (IBLV) は、病院の全間接費用部門の費用を、費用の発生原因に即した差引勘定コード表をもとに直接費用部門に分配する。その結果、それぞれの直接費用部門の中で、医療インフラおよび非医療インフラの差引勘定した費用を証明し、引き続き、適切な症例別基準量を用いて、個別の治療症例に割り当てる。

*IBLV の過程で間接費用部門を直接費用部門に、場合によっては限定費用部門に記帳する*

IBLV においては、人件費差引勘定の段階でまだ行われていないなら、間接費用部門の費用を直接費用部門および限定費用部門に割り当てる。

IBLV には基本的に以下の 3 つの方法が考えられるが、病院の中で通常行われている方法を優先する：

- ▶ 均等化方式では費用部門の間の全給付関係を考慮する。
- ▶ 階段方式では間接費用部門の間の給付関係を部分的に考慮する。間接費用部門を順番に差引勘定していくが、そこではより高額な費用を含む費用部門を、最初に割り当てる。間接費用部門の間の給付関係は、まだ清算が行われていない費用部門のためだけの費用分配の過程で考慮する。
- ▶ 増築方式は、間接費用部門の間の給付交換を考慮しない。間接費用部門は直接費用部門だけに記帳される。

例：

- ⑤ 均等化方式：間接費用部門「病院管理」および「営繕および業務管理技術」は、均等化方式で考慮される給付を互いに提供しあう。
- ⑤ 階段方式：間接費用部門「資材管理」ならびに「営繕および業務管理技術」は、互いに給付を提供しあう。費用部門「資材管理」は、「営繕」によって必要とされる消耗品の当座の調達と備蓄を引き受ける。これに対して「営繕」は、倉庫の暖房と倉庫セクションにあるエレベータの保守を担当する。営繕は最も高額な費用を含んでいるので、最初に貸方に記入される。費用は、給付を受け取る側の費用部門に分配される。この中には費用部門「資材管理」も含まれており、この費用が割合に応じて借方に記入される。引き続き費用部門「資材管理」の費用が貸方に記入される。この費用部門の費用を分配する際には、その費用の割当がすでに行われた、あらゆる費用部門は考慮に入れないことにする。これは、費用部門「資材管理」が費用部門「営繕」のために給付を行うにもかかわらず、費用部門

「営繕」の借方には記入されないこと意味する。

- ⑤ 増築方式：費用部門「賃金会計」は、特に洗濯部門、中央殺菌室、レントゲン部門および専門診療科である外科と内科の職員のための給料計算を引き受けている。増築方式では、この費用部門は、「レントゲン室」「外科」「内科」と相殺される。「洗濯部門」と「中央殺菌室」への給付提供は、考慮しないものとする。

DRG 制度を考慮した相対ウェイトの計算のためには、増築方式による IBLV で基本的には十分である。経営管理という目的のためには、増築方式では不十分である。間接費用部門の間の全体的な給付関係が考慮されないままだからである。そのため増築方式を使っている病院は、少なくとも中期的に見れば、IBLV を階段方式または均等化方式に切り替えるべきであろう。

*IBLV においては相対ウェイト算出にとっては増築方式で十分である*

**注意：**

- ① 限定費用部門は、原則的には給付を受け取る部門としてのみ IBLV に関わってくる。
- ① 増築方式を用いる際には限定費用部門は考慮しなくともよい。
- ① 間接費用部門は直接費用部門および限定費用部門と相殺される。
- ① 間接費用部門同士の給付関係は、IBLV が階段方式または均等化方式で行われる場合に限り、考慮される。
- ① 直接費用部門同士の職員にかかわる給付関係は、人件費差引勘定の過程で考慮する（4.2章参照）。直接費用部門間のこれ以外の給付関係は、均等化方式が使われる場合には考慮される。
- ① 職業訓練所は事業所内給付差引勘定においては直接費用部門として取り扱われる。

**事業所内給付差引勘定の実施**

間接費用部門の直接費用部門への割当は、差引勘定分配率に基づいて行われる。差引勘定分配率を決定する際には、費用発生原因関連付けの原則を相応に考慮しなければならない。この原則に従って基準量が変更されると、その結果として振り替えられる費用もそれに応じて変更される。

*間接費用部門の振替の基礎となるのは差引勘定コード表である*

**例：**

- ⑤ 室料の振替の際には個別費用部門に分類された部屋の底面が、適切な差引勘定基準となる。これに対して室料を、給付を受け取る側の費用部門の職員数に従って差引勘定するのは適切でない。室料の上昇は、職員数の上昇に比例しないからである。

医療インフラの費用部門のために推奨された差引勘定コード表は、以下の表の中にその例が示されている。表では、場合によっては個別費用部門のために複数の差引勘定コードが作られることもある。この場合には表の中の優先順位が一番の差引勘定コード、すなわち一番小さな数字のついた差引勘定コードを選ぶのがよい。

表8：優先順位を付記した医療インフラ費用部門のための IBLV 差引勘定コード表

差引勘定コード表										
医療インフラ費用部門のための IBLV 差引勘定コード	症例件数	看護日数	フルタイム スタッフ数	主たる費用	差引勘定された人件費	医薬品費用	殺菌物ユニットの数	切開・縫合分+準備時間	集中治療室	看護された患者
医師の指導（専任ではない場合に限り）			1	2						
社会福祉業務、患者の世話	2			3						1
ベッドセンター	1									
患者の移送	2	1								
薬局／医薬品の支給						1				
中央殺菌室				3			1	2		
手術の共通費用部門				3	2			1		
内科の共通費用部門				2	1					
一般費用部門（集中治療）				2					1	

説明：1 = 優先順位が一番高い 2 = 優先順位が二番目に高い 3 = 優先順位が一番低い

非医療インフラの間接費用部門のための差引勘定コード表は、次ページの表に示されている。ここでも、一つの費用部門について複数の差引勘定コードが考慮の対象となる場合には、優先順位が一番高い、すなわち一番小さい数字のついた差引勘定コードを選ぶのがよい。