表 9：優先順位を付記した非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											
	非医療インフラ費用部門のための IBLV 差引勘定コード	看護日数	フルタイムスタッフ数	有効面積（㎡）	主たる費用	修復費用	物件費	作業場給付	食事支給日数	洗濯物の消費量	清掃給付	消費統計	倉庫統計
費用部門（例）	土地と外部施設を含む建物			1	2								
	病院の管理指導と管理（専任である場合に限り医師の指導を含む）		1		2								
	作業場				3	2		1					
	職員施設（病院の業務に必要な）		1		2								
	食事の提供	2							1				
	洗濯物の提供	2								1			
	中央清掃業務			2	3						1		
	エネルギー、水、燃料の供給			2	3							1	
	材料の運送				2		1						
	倉庫				3		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

間接費用部門の費用を推奨された差引勘定コード表に基づいて分配するのが不可能な場合には、他の差引勘定コード表を援用することができる。前提条件は、費用発生原因関連付けの原則を考慮することである。

注意：

ⓘ フルタイムスタッフ数が IBLV において差引勘定コードとして使用される限りにおいて、人件費差引勘定の過程でフルタイムスタッフの統計もまたこれに合わせて調整されることに注意しなければならない。

ⓘ 一つのセクション（例えばある診療科の病棟）の複数の費用部門に従事する職員の人件費は共通費用部門（「専門診療科の共通費用部門」等」に分類されることが多い。この共通費用部門の人件費は、人件費差引勘定（4.2 参照）の過程で分配する。必要に応じて共通費用部門に分類された物件費は IBLV において分配されるが、その場合には差引勘定コードとして受入直接費用部門に対する人件費のパーセンテージによる分配を使う。

粗症例費用計算においては、それぞれの費用負担者について直接費用部門の DRG 関連費用だけしか考慮することはできない。そのため IBLV の過程で間接費用部門から混合直接費用部門に差引勘定された費用の一部もまた非 DRG 関連として限定しなければならない。

間接費用部門のうち、直接混合費用部門に差引勘定された費用もまた、割合に応じて限定しなければならない

限定額のための基準は、個々の混合直接費用部門の全費用に占める限定されるべき直接費用のパーセントによる割合である。このパーセンテー

ジは第 3 章に述べた作業の結果から直接導き出される。

間接費用部門から分類される費用は、このパーセンテージを考慮して、直接混合費用部門と限定費用部門に分類する。

例：

- ある病院で放射線部門の費用部門の評価を行ったところ、直接に記帳された費用は 400,000 GE であった。第 3 章で述べた限定作業を実施した結果、100,000 GE が外来患者の治療のために非 DRG 関連として除外された。これはこの費用部門に直接に記帳された費用の 25%に相当する。

  混合直接費用部門「放射線」には、事業所内給付差引勘定の分配率に従い、間接費用部門「営繕および業務管理技術」の費用 20,000 GE が割り当てられる。この費用の一部は、外来患者に対する非 DRG 関連給付のためにも生じたものであることを考慮するために、直接費用部門「放射線」の全費用に対する非 DRG 関連費用のパーセントによる比率を、間接費用部門「営繕および業務管理技術」の費用 20,000 GE に移す。このため費用の 25%（5,000 GE）は限定費用部門に、15,000 GE が費用部門「放射線」に割り当てられる。

作業ステップ：

- ☑ 事業所内給付差引勘定を行う前に費用部門の総額収支リストを作成し、このリストを DRG 記録の中に入れる。
- ☑ 各間接費用部門について差引勘定コード表を作る。
- ☑ 費用分配のために選んだ方式に基づいて IBLV を実施する。この時少なくとも間接費用部門の費用を直接費用部門に分配する。
- ☑ DRG 記録に差引勘定コード表を付け加える。
- ☑ 間接費用部門の差引勘定した費用を割合に応じて混合直接費用部門に限定し、限定額を限定費用部門に記帳する。
- ☑ IBLV を実施した後、総額収支リストを作り、このリストを DRG 記録に付け加える。

4.4.2 簡易割当方式

簡易費用部門割当方式では、医療インフラの費用のみが、費用の発生原因に即した分配率で直接費用部門に分配される。非医療インフラの費用部門は、基本費用部門（共通費用部門）の中にまとめられる。その結果、差引勘定された医療インフラ費用は直接費用部門の中に表わされ、続いて適切な症例別基準量を用いて個々の治療症例に割り当てられる。非医療インフラの費用は、基本費用部門から治療症例に均等に分配される。

費用部門割当の過程で医療インフラの間接費用部門を、直接費用部門および必要に応じて限定費用部門に分配する。

簡易割当方式では、医療インフラの間接費用部門の費用を分配する

簡易割当方式では、間接費用部門を直接費用部門に費用差引勘定を行う際の直接費用部門同士の給付関係は考慮されない。さらに直接費用部門および限定費用部門は、給付を受け取る側の費用部門としてのみ費用部門割当に関わる。

医療インフラの間接費用部門の直接費用部門および必要な場合には限定費用部門への割当は、差引勘定コード表に基づいて行われる。病院は、費用の発生原因に即した費用分配という原則さえ守られていれば、自由に差引勘定コード表を決めることができる。この原則に従うと、基準量を変更すると割り当てられる費用もこれに比例して変更される。

費用分配のために差引勘定コードを作る

医療インフラの間接費用部門の費用分配は、データ状況から可能な限り、細分化された差引勘定コード表をもとに行わなければならない。医療インフラの費用部門のために推奨される差引勘定コード表については、以下の表にその例を示す。場合によっては各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りうる。この場合には優先順位の一番高い、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。

表 10：優先順位が付記された医療インフラの費用部門のための差引勘定コード表

		差引勘定コード表									
	医療インフラの費用部門のための差引勘定コード	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
費用部門（例）	看護業務管理		2	1							
	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

注意：

ⓘ フルタイムスタッフ数が差引勘定コードとして VUV において使用される場合には、人件費差引勘定の過程でフルタイム統計もこれに合わせて調整されることに注意しなければならない。

ⓘ 一つのセクションの複数費用部門のために（例えば診療科の病棟）従事している職員の人件費は共通費用部門（例えば「専門診療科の共通費用部門」）に分類されていることが多い。この共通費用部門の人件費は、人件費差引勘定（4.2 参照）の過程で分配する。必要に応じて共通費用部門に分類された物件費は VUV において分配されるが、その場合には差引勘定コードとして受入直接費用部門に対する人件費のパーセンテージによる分配を使う。

非医療インフラの間接費用部門の費用は、基本費用部門に分類される。この費用部門においては間接費用部門の全費用を費用種類グループ 8 のもとに表わす。

粗症例費用計算においては、それぞれの費用負担者について直接費用部門の DRG 関連費用だけしか考慮することはできない。そのため VUV の過程で間接費用部門から混合直接費用部門に差引勘定された費用の一部もまた非 DRG 関連として限定しなければならない。

間接費用部門のうち、直接混合費用部門に差引勘定された費用もまた、割合に応じて限定しなければならない

限定額のための基準は、個々の混合直接費用部門の全費用に占める限定されるべき直接費用のパーセントによる割合である。このパーセンテージは第 3 章に述べた作業の結果から直接導き出される。

間接費用部門から分類される費用は、このパーセンテージを考慮して、直接混合費用部門と限定費用部門に分類する。

例：

ある病院で放射線部門の費用部門の評価を行ったところ、直接に記帳された費用は 400,000 GE であった。第 3 章で述べた限定作業を実施した結果、100,000 GE が外来患者の治療のために非 DRG 関連として除外された。これはこの費用部門に直接に記帳された費用の 25%に相当する。

混合直接費用部門「放射線」には、事業所内給付差引勘定の分配率に従い、間接費用部門「品質保証」の費用 20,000 GE が割り当てられる。この費用の一部は、外来患者に対する非 DRG 関連給付のためにも生じたものであることを考慮するために、直接費用部門「放射線」の全費用に対する非 DRG 関連費用のパーセントによる比率を、間接費用部門「品質保証」の費用 20,000 GE に移す。このため費用の 25%（5,000 GE）は限定費用部門に、15,000 GE が費用部門「放射線」に割り当てられる。

基本費用部門についても DRG 関連費用の割合に応じて除外を行わなければならない。医療インフラの間接費用部門は、主として混合費用部門と限定費用部門のための給付も提供するからである。

例：

- 費用部門「作業場」は、病院での業務に加えて第三者に貸与した建物の維持補修も引き受ける。

基本費用部門からも、割合に応じた非 DRG 関連費用を差引く

この給付と関連して発生する費用は非 DRG 関連であり、割合に応じて除外されなければならない。除外額の基準となるのは、（医療インフラの間接費用部門の割当を行った後）直接費用部門に記帳された費用の総額に対する限定費用部門に記入された費用（限定費用部門から割り当てられた費用を含む、4.5 章参照）の比である。

例：

- ある病院では、基本費用部門に、非医療インフラの間接費用部門をまとめた結果、5,000,000 GE が記帳されている。（医療インフラの間接費用の割当を行った後）直接費用部門に記帳された費用の総額は、17,000,000 GE となる。限定費用部門には、限定費用部門の割当を行った後、1,700,000 GE が記帳されている。この額は直接費用部門に（費用部門割当を行った後）記帳された費用の 10%に相当する。そのため基本費用部門からは、割合に応じた非 DRG 関連費用 500,000 GE（0.1 * 5,000,000 GE = 500,000 GE）を控除し、限定費用の借方にこれと同額を記入する。

注意：

- ⓘ 職業訓練所のある病院では特別な手順を行う。ここでは、非医療インフラ費用部門の費用はすでに割合に応じて費用部門「職業訓練所」に分類されている（3.4.6 章参照）。そのため限定費用部門に割合に応じて分類された基本費用を、職業訓練所に分類された費用の分だけ減額しなければならない。

例：

- 前述の例の場合、費用部門「職業訓練所」には、医療インフラの間接費用部門の費用 60,000 GE が分類された。そのため基本費用部門の貸方には、500,000 GE ではなく、440,000 GE（500,000 GE – 60,000 GE = 440,000 GE）を記入する。これに伴い同額を限定費用項目の借方に記入する。

作業ステップ：

- ☑ 費用部門割当を実施する前の費用部門に関する総額収支リストを作成し、このリストを DRG 記録の中に入れる。

☑ 医療インフラの各間接費用部門について差引勘定コードを求める。これらの費用部門の費用をこの差引勘定コードに基づいて分配する。

☑ 使用された差引勘定コード表を、各 DRG 記録に記入する。

☑ 医療インフラの間接費用部門の費用を基本費用部門に分類する。

☑ 間接費用部門の差引勘定された費用を混合直接費用部門に割合に応じて限定し、限定額を限定費用部門に記入する。

☑ 基本費用部門の貸方に、非医療インフラの費用部門および混合費用部門ないしは限定費用部門の間の給付関係から生じる非 DRG 関連費用を割合に応じて記入する。

☑ 費用部門に分類された費用を示した、基本費用部門のための費用部門シートを作成する。

☑ 費用部門シートを DRG 記録の中に入れる。

☑ 割当計算を行った後、総額収支リストを作成し、DRG 記録に添付する。

4.4.3 混合方式

混合方式においては医療インフラの費用を費用の発生原因に即したコード表を通じて直接費用部門に分配し、続いて適切な症例別基準量を使って各治療症例に割り当てる。非医療インフラの各間接費用部門について費用の発生原因に即した差引勘定コード表がある場合には、これらの費用を医療インフラの費用と同じく直接費用部門に割り当てる。直接費用部門に費用の発生原因に即して割り当てることができない非医療インフラの残りの費用は、基本費用部門（共通費用部門）にまとめ、そこから均等に治療症例に分配する。

混合方式においては、医療インフラの間接費用部門および非医療インフラの一部を直接費用部門に、必要ならば限定費用部門に分配する。

混合方式では、間接費用部門の給付関係は、間接費用部門から直接費用部門への費用の差引勘定の際には相互に考慮しないことにする。さらに直接費用部門および限定費用部門は給付を受け取る側の部門としてのみ費用差引勘定に関わる。

医療インフラの間接費用部門から直接費用部門への割り当ておよび必要ならば限定費用への割当は、差引勘定コード表に基づいて行われる。病院は、費用の発生原因に即した費用分配を相応に考慮するという原則が守られている限りにおいて差引勘定コード表を自由に決めることができる。この原則に従うと、基準量を変更すると割り当てられる費用も

これに比例して変更される。

費用分配のために差引勘定コードを作る

医療インフラ費用部門のために推奨された差引勘定コードは、以下の表の中にその例が示されている。表からわかるように、場合によっては一つの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 11：優先順位を付記した医療インフラ費用部門のための差引勘定コード表

		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
費用部門（例）	看護業務管理		2	1							
	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

注意：

ⓘ フルタイムスタッフ数が混合方式において差引勘定コードとして使用される限りにおいて、人件費差引勘定の過程でフルタイムスタッフの統計もまたこれに合わせて調整されることに注意しなければならない。

ⓘ 一つのセクション（例えばある専門診療科の病棟）の複数の費用部門に従事する職員の人件費は共通費用部門（例えば「専門診療科の共通費用部門」）に分類されることが多い。この共通費用部門の人件費は、人件費差引勘定（4.2 参照）の過程で分配する。必要に応じて共通費用部門に分類された物件費は混合方式により分配されるが、その場合には差引勘定コードとして受入直接費用部門に対する人件費のパーセンテージによる分配を使う。

非医療インフラの間接費用部門の費用を差引勘定する際には、2 つの方法の間に違いが生じる。病院の非医療インフラの間接費用部門について費用の発生原因に即したコードがあり、これが費用を発生させる直接費用部門にも明確に分類されうる場合には、これらの費用は選んだコード

を通じて直接費用部門に分配される。しかしこれに該当しない場合には、これらの費用は共通費用部門である基本費用の中にまとめられる。両方の可能性について下記に説明する。

非医療インフラの間接費用部門の費用は、費用の発生原因に即したコードをもとに直接費用部門に割り当てる

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は表 12 に示されている。一つの費用部門に複数の差引勘定コードがある場合には、ここでも優先順位の高い、ないしは一番小さな数字のついた差引勘定コードを選ぶべきである。

表 12：優先順位を付記した非医療インフラ費用部門のための差引勘定コード表

		差引勘定コード表											
	非医療インフラ費用部門のための差引勘定コード	看護日数	フルタイムスタッフ数	有効面積（㎡）	主たる費用	修復費用	物件費	作業場給付	食事支給日数	洗濯物の消費量	清掃給付	消費統計	倉庫統計
費用部門（例）	土地と外部施設を含む建物			1	2								
	病院の管理指導と管理（専任である場合に限り医師の指導を含む）		1		2								
	作業場				3	2		1					
	職員施設（病院の業務に必要な）		1		2								
	食事の提供	2							1				
	洗濯物の提供	2								1			
	中央清掃業務			2	3						1		
	エネルギー、水、燃料の供給			2	3							1	
	材料の運送				2		1						
	倉庫				3		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

間接費用部門の費用を推奨された差引勘定コード表に基づいて分配するのが不可能な場合には、他の差引勘定コードを援用することができる。前提条件は、費用の発生原因に即した費用分配を相応に考慮するという原則を考慮することである。

非医療インフラの間接費用部門の費用を基本費用部門に割り当てる

費用コードを使って直接費用部門に割り当てられていない非医療インフラの間接費用部門は、基本費用部門に分類される。この費用部門においては間接費用部門の全費用が費用種類グループ 8 のもとで表わされる。

粗症例費用計算を行う場合、各費用負担者について直接費用部門の DRG 関連費用だけしか考慮することはできない。そのため混合方式の過程で

直接混合費用部門に差引勘定された間接費用部門の費

間接費用部門から混合直接費用部門に差引勘定された費用の一部もまた非 DRG 関連として限定しなければならない。

用もまた割合に応じて限定する

限定額の基準となるのは、個別混合直接費用部門の全費用に占める限定直接費用のパーセンテージによる割合である。このパーセンテージは第 3 章で説明した作業の結果から直接に導き出される。

間接費用部門に分類された費用は、このパーセンテージを考慮したうえで直接混合費用部門および限定費用部門に分類される。

例：

- ある病院では放射線科の費用部門の数値は、直接に記帳された 400,000 GE である。第 3 章で述べた限定作業を行った結果、外来患者の治療に使われた 100,000 GE が非 DRG 関連として除外された。これはこの費用部門に直接に記帳された費用の 25%に相当する。

  混合直接費用部門「放射線」には間接費用部門「営繕・業務管理技術」の費用 20,000 GE を混合方式の分配コードに従って割り当てる。この費用の一部が外来患者に対する非 DRG 関連給付のためにも発生したことを考慮するため、直接費用部門「放射線」の全費用に対する非 DRG 関連費用のパーセント比の分だけ、間接費用部門「営繕・業務管理技術」の費用 20,000 GE に移す。費用の 25%（5,000 GE）を限定費用部門に、15,000 GE を費用部門「放射線」に割り当てる。

基本費用部門についても、割合に応じた非 DRG 関連費用を除外する。非医療インフラの間接費用部門は、特に混合費用部門および限定費用部門に対する給付ももたらすからである。例えば費用部門「作業場」は第三者に賃貸された建物の保守も引き受けている。これらの給付に関連して生じる費用は、非 DRG 関連であり、割合に応じて除外しなければならない。除外額の基準となるのは、直接費用部門に記帳された費用の総額（医療インフラの間接費用部門の割当後）に対する限定費用部門に記帳された費用（限定されるべき費用部門から割り当てられた費用を含む、4.5 章参照）の比である。

基本費用部門からも、割合に応じた比DRG関連費用を差引く

例：

- ある病院では、基本費用部門に、直接費用部門に分配されなかった非医療インフラの間接費用部門をまとめた結果、3,500,000 GE が記帳されている。直接費用部門に記帳された費用の総額（医療インフラおよび非医療インフラの一部間接費用部門の割当後）は、18,500,000 GE となる。限定費用部門には、限定されるべき費用部門の割当後、1,850,000 GE が記帳されている。この額は直接費用部門に記帳された費用の 10%に相当する（費用部門割当の実施後）。そのため基本費用部門からは割合に応じた非 DRG 関連費用の 350,000 GE を控除し（0.1 * 3,500,000 GE = 350,000 GE）、限定費用部門には同額を加える。

注意：

ⓘ 職業訓練所のある病院には特別な手順が適用される。こうした病院ではすでに非医療インフラの費用部門の費用は、割合に応じて費用部門「職業訓練所」に分類されている（3.4.6 章参照）。限定費用部門に割合に応じて分類された基本費用から、この職業訓練所に分類された費用を減らさなければならない。

例：

上記の例をさらに進め、費用部門「職業訓練所」に非医療インフラの間接費用部門 60,000 GE の費用を分類した。そのため基本費用部門からは500,000 GE ではなく、440,000 GE のみ（500,000 GE – 60,000 GE = 440,000 GE）を差引く。限定費用部門には、その分を加える。

作業ステップ：

☑ 費用部門割当を実施する前に総額収支リストを作成し、このリストを DRG 記録に取り入れる。

☑ 医療インフラの間接費用部門について、および適切なコードを通じて費用の発生原因に即して直接費用部門に分類されうる非医療インフラの間接費用部門について差引勘定コードを求める。この費用部門の費用を差引勘定コードに基づいて分配する。

☑ 使われた差引勘定コードをそれぞれ DRG 記録の中に挙げる。

☑ 差引勘定コードによらずに直接費用部門に差引勘定される非医療インフラの間接費用部門の費用を基本費用部門に分類する。

☑ 間接費用部門の差引勘定された費用を混合直接に割合に応じて限定し、限定額を限定費用部門に記帳する。限定費用部門に限定額を記帳する。

☑ 基本費用部門の貸方に、非医療インフラの費用部門および混合ないしは限定費用部門の間の給付関係から生じる非 DRG 関連費用を割合に応じて記入する。

☑ この費用部門に割り当てられた費用を表わす、基本費用部門のための費用部門シートを作成する。

☑ 費用部門シートを DRG 記録の中に取り入れる。

☑ 割当計算を実施した後、総額収支リストを作成し、それを DRG 記録に付け加える。

4.5 限定されるべき費用部門の除外

費用部門差引勘定の後、限定されるべき費用を除外する

費用部門差引勘定を実施した後、それぞれの限定されるべき費用部門からその費用を差引く。該当する費用を限定費用部門に（共通費用部門）に記帳する。

作業ステップ：

☑ 限定されるべき費用部門から限定費用部門に振り替える（基本費用部門は順番からいうと最後に限定すべき費用部門であることを考慮する）。

☑ 貸方記入の前と後に限定されるべき費用部門のための総額収支リストを作成し、DRG 記録に総額収支リストを付け加える。

4.6 費用種類の費用種類グループへの圧縮

費用種類を費用種類グループにまとめる

費用部門差引勘定の後に、直接費用部門に記帳された費用種類をすでに設けられた費用部門グループにまとめる。病院会計命令（KHBV）の支出種類の費用種類グループへの分類は別表 4.1 に表されている。

この時、直接費用部門に記帳された主たる費用を費用種類グループ 7（医療インフラの人件費と物件費）および 8（非医療インフラの人件費と物件費）に分類するが、VUV ないしは混合方式を使って費用種類グループ 8 に加えられた費用はすべて、または部分的に基本費用部門に割り当てられている。

作業ステップ：

☑ 費用部門ごとに別表 4.1 の基準に従って費用種類を費用種類グループに分類する。

☑ 費用データを見やすくするため、必要な場合には、電子データ処理システムの中のその時点まで使用してきた費用種類を抹消する。

4.7 第 4 章に関するチェックリスト

第 4 章の最後に、計算を実施するための重要な作業ステップをチェックリストにまとめた。

表 13：第 4 章のチェックリスト

チェックリスト：粗症例費用を算出するための主要な作業ステップ	
作業ステップ	**章**
費用部門差引勘定を実施する	**4**
1. 業務種類「医師による業務」「看護業務」「臨床検査業務」「機能業務」における職員に関連する給付を他の費用部門のために提供する、ないしは他の費用部門から受け取る直接費用部門を割り出し、マークを付ける。	4.2
2. 費用を、給付を受け取る費用部門に分配するための基礎として、以下のものを利用して、直接費用部門の職員が他の費用部門のために従事する作業時間の割合を求める。 • 職員別の時間の記録 • 必要人員計算による見積り • その他の適切な統計または見積り	4.2
3. 算出された分配率をもとに給付を提供する費用部門から直接人件費を控除し、その分の給付を受け取る費用部門の借方に記入する（人件費差引勘定）。	4.2
4. 直接費用部門の中にそれぞれ 8 つの費用種類グループを設ける。	4.3.1
5. 医療インフラの間接費用部門が、費用部門差引勘定の過程で、直接費用部門の費用種類グループ 7 に確実に分類されるようにする。すなわち非医療インフラの費用部門が、費用種類 8 の費用部門差引勘定のための 3 つの選択肢の中から選んだいずれかの方法に従って、直接費用部門（IBLV)、新たに設けた基本費用部門（VUV)、あるいは直接費用部門と新たに設けた基本費用部門（混合方式）に分類されているかどうかをチェックする。	4.3.1
6. 費用部門差引勘定を実施する前に、圧縮費用部門が設置されているかどうかをチェックし、必要に応じて圧縮されるべき費用部門の費用を、それぞれ対応する圧縮費用部門に割り当てる。	4.3.2
選択肢 1：事業所内給付差引勘定（第 1 優先順位）	
7. 事業所内給付差引勘定（IBLV）を実施する前に費用部門のための総額収支リストを作成する。	4.4.1
8. 医療インフラおよび非医療インフラの各間接費用部門に差引勘定コードを割り当てる。	4.4.1
9. 3 つの方式（均等化方式、階段方式、増築方式）の中から一つを選び、それに基づいて IBLV を実施する：医療インフラと非医療インフラの間接費用部門の費用を、作成した差引勘定コードをもとに直接費用に分配する。	4.4.1
10. 間接費用の差引勘定した費用中の非 DRG 関連の割合を混合直接費用部門に限定し、限定額を限定費用部門に記帳する。限定額の基準となるのは、個別混合直接費用部門の全費用に占める限定直接費用のパーセンテージによる割合である。	4.4.1
11. IBLV を実施した後、総額収支リストを作成する。	4.4.1
選択肢 2：簡易割当方式（第 3 優先順位）	
7. 簡易割当方式を実施する前に費用部門のための総額収支リストを作成する。	4.4.2
8. 医療インフラの各間接費用部門に差引勘定コードを割り当てる。	4.4.2

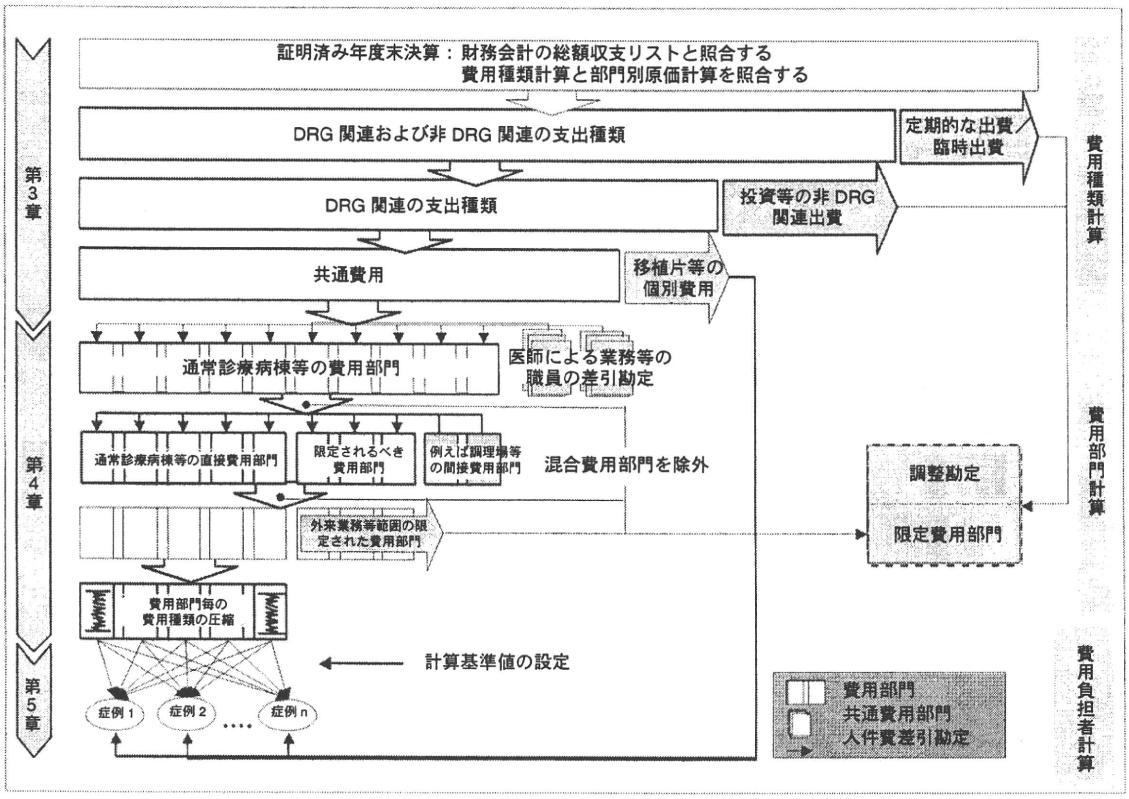
続き

作業ステップ	章
9. 簡易割当方式（VUV）を実施する：医療インフラの間接費用部門の費用を、作成された差引勘定コードに基づいて直接費用部門に分配する。非医療インフラの費用部門に記帳された費用を基本費用部門に割り当てる。	4.4.2
10. 間接費用部門の差引勘定された費用の非 DRG 関連の割合を混合直接費用部門に限定し、限定額を限定費用部門に記帳する。限定額の基準となるのは、個別混合直接費用部門の全費用に占める限定直接費用のパーセンテージによる割合である。基本費用部門の貸方に DRG 関連費用を割合に応じて記入し、限定額を限定費用部門に記帳する。	4.4.2
11. VUV を実施した後、総額収支リストを作成する。	4.4.2
選択肢 3：混合方式（第 2 優先順位）	
7. 混合方式を実施する前に総額収支リストを作成する。	4.4.3
8. 医療インフラの間接費用部門、および適切なコードを通じて費用発生原因に即して直接費用部門に分類されうる非医療インフラのために差引勘定コードを割り当てる。	4.4.3
9. 混合方式を実施する：医療インフラの間接費用部門ならびに非医療インフラの個別の間接費用部門の費用を、作成した差引勘定コードに基づいて直接費用部門に分配する。差引勘定コードを通じて直接費用部門に差引勘定されない非医療インフラの費用部門に記帳された費用を基本費用部門に割り当てる。	4.4.3
10. 間接費用部門の差引勘定された費用の非 DRG 関連の割合を混合直接費用部門に限定し、限定額を限定費用部門に記帳する。限定額の基準となるのは、個別混合直接費用部門の全費用に占める限定直接費用のパーセンテージによる割合である。基本費用部門の貸方に DRG 関連費用を割合に応じて記入し、限定額を限定費用部門に記帳する。	4.4.3
11. 混合方式の実施の後に総額収支リストを作る。	4.4.3
12 限定されるべき費用部門を限定費用部門に振り替える（基本費用部門は順番からいうと最後に限定されるべき費用部門であることを考慮する）。	4.5
13. 限定費用部門への振替の前後に限定されるべき費用部門のための総額収支リストを作成し、DRG 記録に総額収支リストを付け加える。	4.5
14. 別表 4.1 の基準に従い直接費用部門ごとに費用種類を費用種類グループに圧縮する。	4.6
15. 費用データを見やすくするため、電子データ処理システムの中のその時点まで使用してきた費用種類を抹消する。	4.6

5. 費用負担者計算：症例別費用分類

第 5 章では費用負担者計算について述べる。直接費用部門に記帳された DRG 関連費用は、費用発生原因に即して給付を受ける症例に分類される。図 7 はこの計算ステップを示したものである（濃い色の部分）。図にはさらに粗症例費用の算出のためにすでに実施した作業の全体像がまとめてある。

図 7：計算ステップの一覧：費用負担者計算



共通費用の症例別費用分類は、計算費用発生原因に即した基準量に基づいて設定された計算基準値を用いて行われる。対象となる各費用部門と費用種類に応じて選ばなければならない基準量を、第 5 章と別表 5 の中で規定し、多くの例を挙げて説明する。個別費用は各症例に直接割り当てる。費用負担者計算の実施後、症例別データセットに割り当てられた費用を費用モジュール単位に区分する。第 5 章で実施する作業をまとめると、次のようになる。

第 5 章の主要な計算ステップの一覧：	章
➢ 対象とすべき患者を確定する	5.3
➢ 直接費用部門に記帳した DRG 関連費用を、給付を受ける症例に費用発生原因に即して割り当てる	5.4
➢ 直接費用部門を直接費用部門に圧縮する	5.5
➢ 個別費用の分類	5.6

5.1 第 5 章のはじめに

病院で使用される費用差引勘定方式を顧慮し、この章では事業所内給付差引勘定を行う際の実施方法を述べていることに（4.4.1 章参照）注意を払わなければならない。簡易割当方式を使用する病院は、直接費用部門の中の費用種類グループ 1 から 7 しか使うことはできない。これらの病院および費用部門差引勘定に混合方式を選ぶ病院には、基本費用部門の差引勘定における実施方法を説明している 5.4.1.9 章が関係する。

5.2 使用すべき計算方式

直接費用部門ごとの計算基準値を、あらかじめ与えられた基準量をもとに定める

基準量を計算することによって症例別費用分類を行う。例えば通常病棟における看護業務の人件費のための PPR 分等の適切な基準量をもとに計算基準値を定める。費用種類と費用部門ごとに計算基準値を算定するための基準量を選ぶ。計算スキームによって、拘束力を持つ選択肢が定められているが、これについては多くの例を挙げ 5.4 章で説明する（別表 5 も参照）。これらの基準によって、結果の質、有効性、比較性が保証される。症例別費用分類の方法としては、原則的に基準量計算にウェイトを付与する方法とウェイトを付与しない方法の 2 つの選択肢がある。病院は、各直接費用部門について、病院それぞれのデータ状況に応じて、計算スキームの基準（別表 5 を参照）を考慮した上で適切な計算バリエーションを選ぶ。

ウェイトを付与しない基準量計算

ウェイトを付与しない基準量計算の際には、費用は、もたらされた給付に基づいて配分する

基準量計算にウェイトを付与しない場合には、まず各費用部門について計算基準値を求める。計算基準値は、ある症例がある費用部門の給付を利用する場合に、その症例の借方に記入される費用を定める。治療症例に分類されるその費用部門の費用は、その費用部門が受け取る給付件数に計算基準値を掛けたものである。ウェイトを付与しない基準量計算のための計算基準値は次のように求める：

$$KS = K / L$$

KS = 直接費用部門の計算基準値

K = 直接費用部門の DRG 関連費用（事業所内給付差引勘定を考慮）

L = 直接費用部門の DRG 関連の給付量

費用部門の症例別に分類された共通費用は、次のように求める：

$$kf = KS * lf$$

kf = 症例に分類される費用部門の共通費用

lf = 病院入院中に受けた給付件数

例：

物理療法部門において職員関連の給付統計を取ったところ、月毎にもたらされた給付は以下のようになった：

職員一人あたりの給付件数

職員	A	B	C	合計
1 月	530	408	550	1,488
2 月	420	210	340	970
3 月	380	410	265	1,055
...				
年間合計	6,800	4,900	5,800	17,500

この時、給付が物理療法部門の部屋で提供されるか、病棟で提供されるかどうかは区別しない。さらに給付の種類によっても区別されない。すなわちある患者へのマッサージは一人の患者に対する個人体操とまったく同様に 1 件の給付として数える。

費用部門「物理療法」は、年間で 17,500 件の給付（L）をもたらした。費用部門の DRG 関連費用を、事業所内給付差引勘定を考慮した結果 180,000 GE になると仮定すると、計算基準値（KS）は次のようになる：

KS: 180,000 GE / 17,500 = 10.29 GE（給付一件あたり）

一人の患者が入院中に 6 日間にわたって病院の体操トレーナーの指導のもとに毎日 1 回の個人体操を行う。この治療症例に割り当てられる物理療法の費用（kf）は、すでに算出してあった費用基準値（KS）に患者が受けた給付件数（lf）を乗じることによって求められる：

kf: 10.29 GE*6 = 61.74 GE

患者の症例別データセットには 61.74 GE という物理療法費用部門の共通費用（kf）が割り当てられる。

基準量計算にウェイトを付与しない場合には、実際に消費された医療資源の量を考慮することなくあらゆる治療症例に費用を均等に割り当てる。従ってこの方法には、給付提供の不均質性が直接費用部門の中で考慮されないという欠点がある。例えば病棟における個人体操のために必要な時間は約 30 分であるのに対して、ある患者に短波照射をするという物理療法での人員拘束時間は約 10 分である。

ウェイトを付与しない基準量計算は、実際に投入された医療資源の量を考慮することなく、費用を均等に分配する

ウェイトを付与した基準量計算

基準量計算にウェイトを付与する場合には、直接費用部門からもたらされた給付に、給付提供にかかわる医療資源の消費量に従ってウェイトを

ウェイトを付与した基準量計算においては費用分配の基礎となる給付にウェイト

付ける。これによって症例別費用分類の際に費用発生原因関連付けの原則を、基準量計算にウェイトを付けない場合と比べて、よりよく反映することができる。計算基準費は次のように定める：

を付ける

$$KS = K / LG$$

$$LG = L1*G1 + L2*G2 + \ldots + Ln*Gn$$

KS = 直接費用部門の計算基準値

K = 直接費用部門の DRG 費用（事業所内給付差引勘定を考慮）

LG = 費用部門のウェイトを付与した DRG 関連給付量

L1 = タイプ 1 の DRG 関連給付量

L2 = タイプ 2 の DRG 関連給付量

Ln = タイプ n の DRG 関連給付量

G1 = タイプ 1 のウェイト付与ファクター

G2 = タイプ 2 のウェイト付与ファクター

Gn = タイプ n のウェイト付与ファクター

症例別に分類された共通費用の算出には次の公式が使われる：

$$kf = KS * (lf1 * G1 + lf2 * G2 + \ldots + lfn * Gn)$$

kf = 症例に分類される費用部門の共通費用

lf1 = 入院中に受けたタイプ 1 の給付の件数

lf2 = 入院中に受けたタイプ 2 の給付の件数

lfn = 入院中に受けたタイプ n の給付の件数

例：

- 物理療法の給付統計においては、記録する際に、提供された給付に病院カタログに基づいてウェイトを付与する。この際給付統計に記入する前に、提供された各給付に病院カタログの中に規定された点数を以下のように乗じる：

給付の種類	給付あたりの点数（Gn）
個人体操	30
グループ体操	8
入浴	20
短波照射	5
その他	

前業務年度に対する物理療法の給付統計は、病院カタログに基づいて以下のように表わされる：

給付の種類	給付件数	給付あたりの点数	合計点数（LG）
個人体操	6,500	30	195,000
グループ体操	6,200	8	49,600
入浴	3,850	20	77,000
照射	950	5	4,750
合計	17,500		326,350

費用部門「物理療法」から提供されたウェイトを付与した給付（LG）は 326,350 給付点数になる。費用部門（K）の DRG 関連費用が、事業所内給付差引勘定を考慮した結果 180,000 GE になると仮定すると、計算基準値（KS）は以下のようになる：

KS: 180,000 GE / 326,350 = 0.55 GE （給付点数あたり）

患者に 6 日間にわたり提供された個人体操は、一日あたり 30 給付点数で評価されるため、この治療症例に対する給付点数は合計で 180 点となる。この治療症例に割り当てられる物理療法の費用（kf）は、その前に算出した費用額（KS）に患者に割り当てられた給付点数（lf）を乗じることによって出す：

kf: 0.55 GE * 180 = 99 GE

費用部門「物理療法」の給付は、患者の症例別データセットの中に 99 GE の費用として評価される。これだと、ウェイトを付与しない基準量計算の場合に比べ、患者に割り当てる費用は明らかに多くなる。というのは平均必要時間と比較して個人体操の場合には必要時間が多いからである。

ウェイトを付与した基準量計算による症例別費用分類は、差引勘定される費用部門からもたらされた給付が症例別に記録され、費用発生原因に即した給付あたりの費用分類のための評価基準が存在することを前提とする。ウェイトを付与した基準量計算による個別症例別の費用分類は、通常、電子給付記録システムで症例別給付記録を行う場合にのみ可能である。すでに電子データ処理の中には、例えば清算料率表（医師報酬規則（GOÄ）、ドイツ病院協会付帯費用表（DKG-NT）、統一評価基準（EBM）等）をもとにして、各給付について標準医療資源投入が入っていることが多い。

注意：

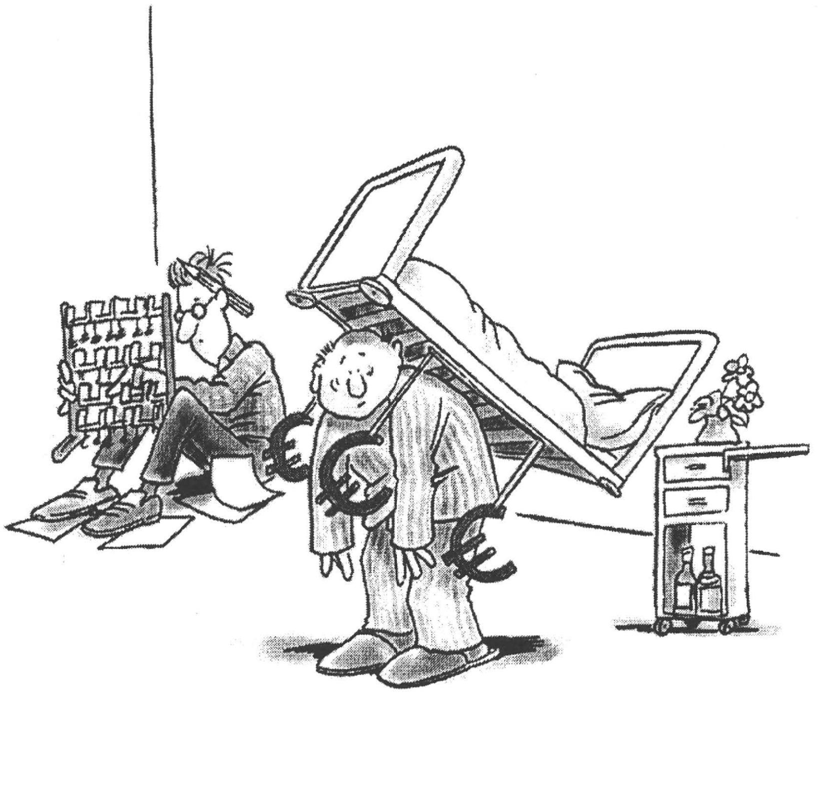
ⓘ 給付徴標である「症例計算」を使った、ウェイトを付与しない基準量計算における症例別費用分類は、検査・治療領域における計算スキームの基準にとっては十分ではない。こうしたことを背景に電子データ処理システムを、症例別費用分類（別表 5 を参照）がこれらの領域においてウェイトを付与した基準量計算に従って行われるように改良すべきである。

ⓘ 検査・治療領域における費用分配のためにウェイトを付与した基準量（例えば医師報酬規則による給付点数）を使用する場合には、病院ごとの費用構造を基礎とすべきである。病院とは関係のない給付点数評価（例えば医師報酬規則点数収益）はこの計算においては認められていない。

5.3 対象とする患者の確定

費用負担者計算においては一般病院給付を受けた患者のみを対象とする

計算スキームの趣旨における費用負担者は、その治療症例のためにもたらされた治療給付に関連して DRG 制度の報酬支払範囲に属する個別の治療症例である。それによって症例別費用分類には、一般病院給付を受けた全患者の症例データセットが含まれる（3.2.1 章の中の注意も参照）。一般病院給付のほかに他の給付を利用した患者においては、一般病院給付のみが考慮されうる。例えば、精神科職員命令第 1 条第 2 項による精神科病棟から、または精神病棟に移動した患者については、この病棟でもたらされら給付は、費用負担者計算に含まれず、移動日は入院日ないしは退院日と同等に扱われる。必要な場合には精神身体科と精神療法医学科のための給付についても同様に取り扱う。



例：

- 患者は、退院した後も医長の個人的な権限付与の範囲内で外来治療を受けた。費用計算においてはこの症例には入院中の給付に関連して発生した費用のみが分類される。

注意：

ⓘ 計算基準値を算出する前に、給付統計の、費用負担者計算に関与しない患者への給付分を清算する（3.3 章）。

ⓘ 病院情報システムの患者データベースの症例データセットに、信頼できる情報が含まれていない病院もある。このような症例データセットは、例えば生産的なデータベースに（許されないことだが）テスト患者を含めた、あるいは患者管理の中の症例データセットをうっかり含めた、または病院情報システムの患者データベースとサブシステムの患者データベースとの調整が不規則であるという理由によって生じる。費用負担者計算を実施する前に患者データベースをチェックし、不完全な、あるいは妥当性のないデータセットを取り除かなければならない。

作業ステップ：

☑ 費用負担者計算を実施する前に患者データベースから、一般病院給付を受けなかった患者を取り除く。

5.4 費用負担者計算の実施

次の表には、症例別費用分類のための計算基準値を定めるための全基準量が載っている。大部分の費用データと給付データには、優先順位を付けた 2 つの選択可能性を示してある。表 14 に挙げた各費用種類グループと費用部門グループのための基準量には拘束力がある。費用負担者計算では、ここに挙げた基準量以外は使わない。そのため例えば通常病棟における看護業務の人件費の費用分類（モジュール 1.2）を、給付徴標「看護日数」を使って行うのは不適切であり、この理由から認められない。基準量としてモジュール 1.2 には給付徴標「**PPR** 分」または第 2 優先順位として「適切な看護ランクシステムに従った看護分」が定められている。