

20030075 (資料1-5)

平成15年度厚生労働科学研究費補助金（政策科学推進研究事業）研究報告書

急性期入院医療試行診断群分類を活用した調査研究

（課題番号 H13-政策-034）

資料集 1 - 5

オーストリアLKF資料

平成 16 年 3 月

主任研究者 松田 晋哉

オーストリア病院－大型医療機器プラン ÖKAP/GGP 2001

保険制度および病院財政支援の新規構造改革に関する
15a B-VG に基づく協定の添付文書

2002年1月1日現在

構造基金の委託により、オーストリア保健制度協会（ÖBIG）作成
ウィーン 2001年12月

オーストリア保険制度協会（ÖBIG）プロジェクトチーム：

エーベルハルト・ダンマイル、エリーザベート・エッガー、ゲルハルト・フュレプ、ヴァルトラウト・グラッツ、アントン・フラヴァ、ラインハルト・ケルン、シュテファン・ミルトシュー、ミヒャエラ・モリッツ、クラウディア・ネメト、トーマス・ネルダ、アンナ・パル、エファ・シャッフエンベルガー、マンフレート・ヴィリンガー

編集担当：

ヨハネス M. トライトゥル

プロジェクト事務局：

ナタリー・クリストゥル、マリア・レーナー、スザンヌ・リカルツ

目次

| | |
|--------------------------------|-----|
| 略号一覧..... | VI |
| 序論..... | VII |
| 1. 方向性、計画策定の原則および方法..... | 1 |
| 第1部ーオーストリア病院プラン（ÖKAP）..... | 1 |
| 第1章ー通常医療領域..... | 1 |
| 1. はじめに..... | 1 |
| 2. 方向性および計画策定の原則..... | 1 |
| 3. 計画策定法および結果..... | 3 |
| 4. 急性老人医学／リハビリテーション（AG/R）..... | 5 |
| 5. 緩和医療科（PAL）..... | 6 |
| 6. 心身医学科（PSO）..... | 7 |
| 第2章ー集中治療領域（新生児科を含む）..... | 9 |
| 1. はじめに..... | 9 |
| 2. 方向性および計画策定の原則..... | 9 |
| 3. 計画策定法..... | 9 |
| 第3章ー精神科プラン..... | 12 |
| 1. はじめに..... | 12 |
| 2. 方向性および計画策定の原則..... | 12 |
| 3. 計画策定法および構造充実度管理基準..... | 13 |
| 4. 外来施設と補助施設およびその業務..... | 13 |
| 第4章ー専門分野別給付提供計画策定..... | 15 |
| 1. はじめに..... | 15 |
| 2. 計画策定の原則..... | 15 |
| 3. 計画策定法..... | 15 |
| 4. 構造充実度管理基準..... | 16 |
| 5. 専門分野毎の給付提供計画策定の補完..... | 16 |
| 第5章ー細分化給付提供計画..... | 17 |
| 1. はじめに..... | 17 |
| 2. 方向性および計画策定の原則..... | 17 |
| 3. 給付領域および計画策定基盤の定義..... | 17 |
| 4. 給付領域の定義..... | 18 |
| 腫瘍学領域の医療（ONK）..... | 18 |
| 幹細胞移植（SZT）..... | 20 |
| 核医学的治療（NUK）..... | 21 |
| 心臓外科（HCH）..... | 21 |
| 小児循環器科（KKAR）..... | 22 |
| 肝移植（LTX）..... | 23 |
| 腎移植（NTX）..... | 24 |
| 脳卒中治療室（SU）..... | 25 |

| | |
|--|-----------|
| 慢性血液透析 (DIA)..... | 26 |
| 第2節—オーストリア大型医療機器プラン (GGP) | 28 |
| 1. はじめに | 28 |
| 2. 計画策定の原則 | 28 |
| 3. 計画策定法 | 29 |
| 4. 医療機器別問題点 | 30 |
| 2. 構造充実度管理基準に関するガイドライン | 33 |
| 正規看護領域—域内医療の新しい組織形態 | 34 |
| 専門医療センター (FSP) および各診療科の構造充実度管理基準 | 34 |
| デイケアセンター (TK) の構造充実度管理基準..... | 35 |
| 正規看護領域—特殊医療領域 | 35 |
| 構造充実度管理基準—急性老人医学／リモビライゼーション (AG/R) | 36 |
| 構造充実度判断基準—緩和治療 (PAL)..... | 38 |
| 構造充実度管理基準—心身医学専門医療センター、心身医学精神療法科 (PSO) | 40 |
| 構造充実度管理基準—総合病院精神科の分散型専門部門 | 41 |
| 集中治療領域 (新生児医学を含む) | 41 |
| 構造充実度管理基準 集中治療領域—麻酔科 (AN) | 42 |
| 構造充実度管理基準 集中治療領域—学際分野 ¹ | 44 |
| 構造充実度管理基準 集中治療領域—内科 (IM) | 47 |
| 構造充実度管理基準 集中治療領域—神経内科および脳神経外科 (NEU/NC) | 49 |
| 構造充実度管理基準 集中治療領域—小児青少年科 (KIJU) | 51 |
| 構造充実度管理基準 集中治療領域—新生児科 (NEO) | 53 |
| 給付提供計画および大型医療器具プランの詳細..... | 54 |
| 構造充実度管理基準—腫瘍学領域の医療..... | 55 |
| 構造充実度管理基準—幹細胞移植 (SZT) | 57 |
| 構造充実度管理基準—核医学治療病棟 (NUKT) | 58 |
| 構造充実度管理基準—心臓外科 (HCH) | 59 |
| 構造充実度管理基準—小児循環器科 (KKAR) | 60 |
| 構造充実度管理基準—肝移植 (LTX) | 61 |
| 構造充実度管理基準—腎移植 (NTX) | 62 |
| 構造充実度管理基準—脳卒中治療室 (SU) | 63 |
| 構造充実度管理基準—血液透析センター* (DIA)..... | 64 |
| 構造充実度管理基準—心カテーテル専門病棟 (COR) *..... | 66 |
| 構造充実度管理基準—放射線療法 (STR) | 67 |
| 専門分野に応じた給付提供プラン—専門分野別給付提供範囲と構造充実度管理基準 | 68 |
| 1. 給付提供 (手術の部) | 68 |
| 2. 構造充実度管理基準..... | 68 |
| 整形外科 | 69 |
| 災害外科 | 74 |

| | |
|------------------------|----|
| 泌尿器科 | 80 |
| 眼科 | 83 |
| 頭頸部外科・耳鼻咽喉科..... | 85 |
| 3. 表－2005年度の目標設定 | 88 |

略号一覧

| | | | |
|------|------------------|-------|-------------------------|
| AG/R | 急性老人医学／リモビリゼーション | LIN | 直線加速装置 |
| AN | 麻酔学および集中治療 | LIT | 衝撃波碎石装置 |
| AU | 眼科 | LTX | 肝移植 |
| B-VG | オーストリア憲法 | MKC | 口腔・顎骨・顔面外科 |
| CH | 外科 | MR | 核磁気共鳴装置 |
| COB | コバルト遠隔照射装置 | NC | 脳神経外科 |
| COR | 心カテーテル検査装置 | NEO | 新生児科 |
| CT | コンピュータ断層撮影装置 | NEU | 神経内科 |
| DER | 皮膚科 | NICU | 新生児集中治療室 |
| DIA | 慢性血液透析 | NIMCU | 新生児中間監視室 |
| DSA | デジタル減算血管造影装置 | NTX | 腎移植 |
| ECT | 放射型コンピュータ断層撮影装置 | NUK | 核医学 |
| ESWL | 体外衝撃波碎石装置 | NUKT | 核医学治療病棟 |
| FLS | 専門分野別給付範囲 | ÖKAP | オーストリア病院プラン |
| FSP | 専門医療センター | ONK | 腫瘍学領域の医療 |
| GEM | 混合型 | ONKF | 腫瘍学領域の医療センターを付設した内科専門部門 |
| GGH | 産婦人科 | ONKS | 腫瘍学専門センター |
| GGP | オーストリア大型医療機器プラン | ONKZ | 腫瘍学センター |
| GH | 産科 | OR | 整形外科 |
| GYN | 婦人科 | PAL | 緩和治療 |
| HCH | 心臓外科 | PCH | 形成外科 |
| HNO | 頭頸部外科・耳鼻咽喉科 | PET | 陽電子放射断層撮影装置 |
| ICD | 国際疾病分類 | PSO | 心身医学 |
| ICU | 集中治療室 | PSY | 精神医学 |
| IM | 内科 | PUL | 呼吸器科 |
| IMCU | 中間監視室 | RZ | リハビリセンター |
| KA | 病院 | SRN | 放射線療法-放射線腫瘍科および核医学 |
| KAG | 連邦病院法 | STR | 放射線療法-放射線腫瘍科および高電圧療法装置 |
| KCH | 小児外科 | SU | 脳卒中治療室 |
| KI | 小児科 | SZT | 幹細胞移植 |
| KJNP | 小児青少年精神神経科 | TK | デイケアセンター |
| KKAR | 小児循環器科 | UC | 災害外科 |
| LAP | 給付提供計画 | URO | 泌尿器科 |
| LDF | 給付重視型診断名 | | |

序論

法的根拠

保険制度と病院財政支援の新規構造改革に関し 15a B-VG に基づいて成立した連邦政府と各州との協定に従い、オーストリア病院-大型医療機器プラン（ÖKAP/GGP）の給付提供計画への拡大発展を推し進め、同時にかかる計画策定を評価し、必要に応じて連邦政府と各州との合意の下にかかる計画を見直す。ÖKAP/GGP に関する以降の見直し、給付提供プランへの拡大発展のほか、健康制度に関するその他の部分計画は、本協定の有効期間中、連邦政府と各州との合意の下に、その都度構造委員会が決定し、しかるべき方法で公示する。

以上の決定に従って、従来の ÖKAP/GGP に、2000 年末にはすでに連邦政府と各州との間で合意していた内容（所在地、専門分野、病床上限、給付提供計画の基本項目の決定のほか、各部門、専門医療センターおよびデイケアセンターの構造充実度管理基準）を、構造充実度管理基準のガイドラインに補足した。このほか、従来のものに、2001 年度に構造委員会が決定した ÖKAP/GGP の変更を考慮した。

2002 年 1 月 1 日現在の ÖKAP/GGP 2001 の構成

2002 年 1 月 1 日現在有効な ÖKAP/GGP 2001 は、3 部構成となっている。

第 1 章には、方向性、計画策定の原理および計画策定の方法を記載してある。同章第 1 部ではオーストリア病院プラン（ÖKAP）の問題を扱い、一般治療領域、集中治療領域、精神医学治療計画、専門分野別給付提供計画および給付提供計画の細目の 5 項目で、それぞれ項目別の情報を記載している。第 2 部は、オーストリア大型医療機器プラン（GGP）の問題に充てている。

第 2 章では、域内医療提供の新たな組織形態（各部門、専門医療センター、デイケアセンター）に関する構造充実度管理基準のガイドラインがすでに確立されており、この既存のガイドラインに加えて、特殊医療領域（急性老人医学／リモビライゼーション、緩和治療、心身医学および精神医学部門の各地分散化）、集中治療（新生児医学を含む）および給付提供計画や大型医療機器計画の細目に関する構造充実度管理基準のガイドラインのほか、専門分野別給付提供計画に対応した「専門分野別給付提供範囲」という枠内での構造充実度管理基準のガイドラインを補完した。

第 3 章の表には、個々の所在地ないし診療領域について詳細な決定内容を 2005 年目的展望とともに掲げた。

構造充実度管理基準のガイドライン

2001 年 1 月より有効な ÖKAP/GGP では、構造委員会が 2001 年 12 月 17 日に決定、第 2 章にも提示し、内容的に合意を見ている構造充実度管理基準のガイドラインを拡大した。このガイドラインの変更は、

15a B-VG の条項に基づく上記協定の失効（2004 年）まで引き続き実施し、構造および財政への影響に関する検証の結果と一致する財政的枠組条件を明らかにする必要がある。構造委員会は法的問題を検証、解決して、遅くとも 2002 年夏までにガイドライン変更の具体案を決定する。

集中治療領域の構造充実度管理基準をめぐる現行のガイドラインは、ÖKAP/GGP 1999 からすでにくぶん変更を加えたテキストでも、さしあたりこれまでどおり勧告項目とされている。整形外科、災害外科、泌尿器科、眼科などの専門分野の専門別給付提供範囲および構造充実度基準、新規組織形態（各部門、専門医療センター、各地分散型デイケアセンター）の HNO 決定による給付提供範囲および構造充実度基準に関する現行のガイドラインは、2002 年 1 月 1 日以来すでに ÖKAP/GGP との関連の下で用いられるようになってきている。このほか、専門部門については、災害外科領域のショック治療室チームの急性医療および維持と、泌尿器科領域の組織病理学的所見とに関して 2001 年 1 月 1 日以降有効な決定を含めて、2001 年 1 月 1 日にはすでに決定されている給付提供範囲は、現行のガイドラインではさらに引き続き ÖKAP/GGP との関連の下で適用されるようになってきている。このようなかたちで拘束力をもたせた決定は、特殊な組織化形態での段階的給付提供実現の前提となるものであり、この関係で予定されるパイロットプロジェクトの前提となるものである。

ÖKAP/GGP の有効範囲

ÖKAP/GGP に含まれる決定事項は、保険制度の新規構造改革および病院財政支援に関し、15a B-VG に基づいて連邦政府と各州との間に成立した協定の第 2 項に言及されているすべての病院に適用される。

評価および継続

必要性評価法および構造充実度判断基準は、オーストリア保険制度協会（ÖBIG）に設置した専門委員会との共同作業により、連邦政府と各州とが作業の進め方およびその結果に関して常時情報交換するかたちで作成した。

全般的な方向性、構造充実度管理基準のガイドラインおよび第 3 章（表）に掲げた所在地、専門組織、病床上限および給付提供計画策定は、事実上の変更に関して常時検証する。ÖKAP/GGP は絶えず拡大発展させ、常時評価し、必要に応じて連邦政府と各州との合意の下に、連邦各州の境界を超えた計画策定評価を追求しながら、その見直しをはかる。

1. 方向性、計画策定の原則および方法

第1部－オーストリア病院プラン（ÖKAP）

第1章－通常医療領域

1. はじめに

通常医療領域とは、集中治療領域を除くすべての病床領域を言う。急性老人医学／リモビリゼーション、緩和治療および心身医学にはじめて体系的に導入されることになる医療提供組織も、この通常医療領域に分類する。精神医学もこれと同じ扱いとするが、特殊な計画策定の体系を必要とするため、独自に1章を設けた（第3章－精神医学計画、参照）。

2. 方向性および計画策定の原則

ÖKAP は、入院医療組織を全面変更する場合に以下の通り考慮すべき方向性と、計画策定の原則に立脚する。

- 入院救急医療は、医療提供能力があって必要に応えることができ、その医療提供範囲を相互に調整しあう病院によって確約されるべきものである。
- 救急病院は、できる限り均一かつ最高にして、オーストリア国民にとり経済的かつ医学的に有効な医療を保証するべきものである。
- この計画の対象となる病院は、医療提供の一部を外来とりハビリ領域に移行させることによって、今後の負担軽減をはかり、通院回数および入院期間を医学的必要不可欠な最小限の程度にまで減少させる。
- 公営病院および民間公益病院の領域では、専門部門を孤立させて配置するような開設および経営の続行は避けるようにする。やむをえぬ事情がある例外に限っては、この規定から除外する。
- 専門部門、各科および専門医療センターの開設および経営の続行にあたっては、ÖKAP で定義する最小病床数を考慮する。やむをえぬ事情がある例外に限っては、この規定から除外する。最小規模部門の開設に伴う共同診察医の職務拡大によって、救急病院の医療提供に質的低下を来たすことがあってはならない。
- 医療の充実度を保証し、病院を経済的に運営する目的を鑑み、§ 2a KAG の意図（すでに入院加療中の患者に追加診断および治療を実施する場合の補完機能および補助機能）による共同診察医の職能については、その権利を熟考したうえで、これを制限することが必要である。いわゆる「共同診療科」の新設は認めないものとする。
- 精神医学 (PSY)、急性老人医学／リモビリゼーション (AG/R)、緩和治療 (PAL) および心身医学 (PSO) の施設は、各病院に分散するかたちで新設ないし増設するものとする。以上の組織については、構造委員会が 2001 年 12 月に構造充実度管理基準のガイドラインを決定した。このガイドラインの変更は、15a B-VG に基づく協定の有効期間中引き続き実施し、構造および財政への影響に関する検証

の結果と一致する財政的枠組条件を明らかにする必要がある。構造委員会は法的問題を検証、解決して、遅くとも 2002 年夏までにガイドライン変更の具体案を決定する。

- 口腔・顎骨・顔面外科、形成外科、災害外科、呼吸器科、急性老人医学／リモビライゼーションおよび心身医学などの専門分野では、必要性が明らかである場合には、該当する専門分野のうちいくつかの部門を優先させるかたちで、少なくとも 3 名の専門医（うち 1 名は主任、1 名は副主任）を配置する診療科を導入することができる。各科の開設にあたっては第 2 章に記載の構造充実度管理基準を遵守すること。呼吸器科に関しては、パイロットプロジェクトの枠内でのみ診療科の開設が可能であり、給付提供範囲もこれに伴って制限される。
- 眼科、頭頸部外科・耳鼻咽喉科、整形外科および泌尿器科などの専門分野では、人口密度が低いためにあらゆる部門にわたって開設維持することができない地域や、必要な専門分野の部門が近くにないために受診することができない地域の医療提供の空白を補うため、医療提供範囲は限られるが、8 床から最大 14 床を備え、少なくとも 2 名の専門医（うち 1 名は主任、もうひとり副主任）を配置した専門医療センターを導入する。専門医療センターは、ÖKAP に定めた所在地に計画し、パイロットプロジェクトのかたちで少なくとも 1 年の評価期間を経たのち正式に開設できるものとする。§ 2a KAG の意図の範囲にない共同診察医の職は、指定地域のあらゆる病院の専門医療センターの開設と同時に廃止する。専門医療センターの開設にあたっては、第 2 章に記載の構造充実度管理基準を遵守する。
- デイケアセンターは、十分な病床が調達できる当該専門分野の部門、診療科または専門医療センターの所在地、または以上の部門、診療科または専門医療センターと組織的つながりのある施設に、医療提供範囲を制限するかたちで開設することができる。これにより、段階的域内医療提供の前提条件を確保して、完全入院用病床の今後いっそうの減少をはかり、滞在期間および入院日数を減少させて、経費削減効果が得られるようにする。特設デイケアセンターは、ÖKAP の規定に沿う所在地に計画し、パイロットプロジェクトのかたちで少なくとも 1 年の評価期間を経たのち正式に開設できるものとする。デイケアセンターの開設にあたっては、第 2 章に記載の構造充実度管理基準を遵守する。
- 特に複数の病院が同一の医療提供領域にある場合、または病院間を結ぶ道路の距離が 20km を超えない場合、給付提供の改善および有効活用のほか、医学的経済的相乗効果の実現のため、病院間の協力体制を強化する必要がある。協力体制のあり方としては、個々の部門間で連携するかたちと、病院全体が連携するかたちとがある。
- 特に設備投資費や維持費がかさむ外来給付領域（たとえば、放射線治療施設）では、給付提供の同一地方での重複を避けながら、共有設備運用の改善をめざす域内／域外セクター間の協力体制を強化する必要がある。この件に関する企画はパイロットプロジェクトのかたちで検証、評価するものとする。
- 患者数が少ないために医療提供に十分な効果が発揮できず、経済効率の悪い病院については、ÖKAP/GGP の次回見直しまでに、従来のものに代わる医療提供形態に変更するための企画を作成する。その場合、新たなモデル（たとえば、特設デイケアセンターおよび外来部、短期医療ステーション、情報提供、調整ならびに異分野情報交換機能をもつ医療センターなど）も選択肢に含めておく。

- 第 3 章（表）に掲げた所在地および専門分野の部門数および専門分野別病床数は、超えてはならない上限を示したものであり、今後の開設および開業の認可手続きにあたって考慮するものとする。
- ÖKAP の目的および計画策定は、基本的に 2005 年を視野に置いたものである。遅くともこの時期までに、ÖKAP の目的および内容をその都度更新しながら、各州病院プランの方向で実現をめざすものとする。

3. 計画策定法および結果

病床を導入しようとする組織（第 3 章－表参照）の所在地およびその収容能力については、地域の人口構造と人口密度、道路事情からみた交通の便、既存の入院施設の活用状況のほか、最新医療の動向を考慮しながら決定する。

計画策定段階の目標値－通常医療領域および集中治療領域

| 専門分野 | 交通の便、 所要時間(分) | BMZ (最小) | BMZ (最大) | BB1998による BMZ | 最小病床数 |
|---------------------------------|------------------|-----------------|-----------------|--------------------|-------------------|
| 外科 | 30 | 0.75 | 1.13 | 1.17 ¹⁾ | 30 |
| 脳神経外科 | 60 | 0.05 | 0.08 | 0.06 | 30 |
| 集中治療領域 | 30 | - ²⁾ | - ²⁾ | 0.06 ³⁾ | 6 ⁴⁾ |
| 内科 | 30 | 1.29 | 1.93 | 1.90 | 30 |
| 産婦人科／助産科 | 30 | 0.33 | 0.50 | 0.59 | 25 |
| 神経科 | 45 | 0.25 | 0.37 | 0.28 | 30 |
| 精神科 | 60 | 0.30 | 0.50 | 0.70 ⁵⁾ | 30 |
| 小児科 | 45 | 0.19 | 0.28 | 0.38 ⁶⁾ | 25 |
| 小児外科 | * | - ⁷⁾ | - ⁷⁾ | - ⁸⁾ | * |
| 皮膚科 | 60 | 0.09 | 0.13 | 0.12 | 30 |
| 眼科 | 45 | 0.09 | 0.13 | 0.14 | 25 ¹²⁾ |
| 頭頸部外科・耳鼻咽喉科 | 45 | 0.11 | 0.17 | 0.17 | 25 ¹²⁾ |
| 泌尿器科 | 45 | 0.12 | 0.18 | 0.19 | 25 ¹²⁾ |
| 形成外科 | * | - ⁷⁾ | - ⁷⁾ | - ⁸⁾ | 15 ⁹⁾ |
| 呼吸器科 | * | 0.13 | 0.19 | 0.19 | 30 ⁹⁾ |
| 整形外科 | 45 | 0.24 | 0.34 | 0.25 | 30 ¹²⁾ |
| 災害外科 ¹⁰⁾ | 30 | 0.40 | 0.60 | 0.52 | 20 ⁹⁾ |
| 放射線腫瘍科 | 60 | - ⁷⁾ | - ⁷⁾ | - ⁸⁾ | * |
| 核医学科 | 60 | - ⁷⁾ | - ⁷⁾ | - ⁸⁾ | * |
| 口腔・顎骨・顔面外科 | * | - ⁷⁾ | - ⁷⁾ | 0.03 | 15 ⁹⁾ |
| 急性老人医学／リモビリゼーション ¹¹⁾ | * | 0.20 | 0.30 | - ⁸⁾ | 20 ⁹⁾ |
| 緩和治療科 ¹¹⁾ | * | 0.04 | 0.06 | - ⁸⁾ | 8 |
| 心身医学科 ¹¹⁾ | * | 0.05 | 0.07 | - ⁸⁾ | 12 ⁹⁾ |
| 救急用病床総数 ¹⁰⁾ | * | 4.80 | 7.20 | 6.85 | * |

略号：

BMZ＝病床指数（住民1,000人当たりの総病床数） BB＝病床報告

*＝病院までの所要時間および最小病床数に関する記載は省略するが、基本的に病床を導入しようとする部門は、その導入を計画に含めている病院に開設するものとする。

1)＝形成外科を含めて病床報告に記載されている外科

2)＝個々の病院ごとに専門分野別の必要病床数を算出

3)＝麻酔科専門病棟に割り当てる集中治療用病床

4)＝純然たるモニタリング室に4床

5)＝長期医療および特別医療を含む

6)＝小児外科を含めて病棟報告に記載されている小児科

7)＝目標-BMZの範囲に関する記載は省略

8)＝病床報告では、独立した専門分野として扱っていない

9)＝診療科として導入する場合、呼吸器科についてはあくまでパイロットプロジェクトのかたちで給付提供範囲を限定して実施する。

10)＝災害外科病院の病床を含む

11)＝参考値

12)＝専門医療センター（眼科、頭頸部外科・耳鼻咽喉科、泌尿器科、整形外科）に関しては、例外的特別規定

救急病院を拡大発展させる場合には、上記に掲げた一覧の計画策定値を指針として用いる。専門分野別に決定した病院までの所要時間、最小病床数および病床指数（BMZ）に対する適正範囲は、しかるべき根拠がある場合に限り、増減してもよいものとする。急性老人医学／リモビリゼーション、緩和

治療科および心身医学科の病床指数最小病床数は参考値である。

4. 急性老人医学／リハビリテーション (AG/R)

定義

急性老人医学／リハビリテーション (AG/R) には、直接専門分野のプライマリーケアを開始した老人科の患者のほか、他の部門の救急患者の治療継続が含まれる。老人医学に深い学識を有する学際的チームが、高齢患者の医学、機能、精神、認知および社会の側面にむらなく注意を払いながら、多面的な治療および看護を提供する。急性老人医学／リハビリテーションの目的は、急性疾患を治療し、十分に自立した生活を送るために機能を回復させて、これを維持し、これ以上機能が失われないようにして快生度を高め、地域社会への復帰をはかることにある。

急性老人医学／リハビリテーションの対象となる者は、以下の項目に該当する高齢患者である。

- 身体的疾患または精神的疾患の徴候がみられ、入院による急性治療が必要な者
- 機能喪失および場合により認知能力の喪失、または病的と言える精神の問題により、自立生活に制約または危険のある者
- 機能回復、機能維持または社会復帰の処置という点で必要とする者

急性老人医学／リハビリテーションは、内科または神経科の一部門または一診療科として開設することができ、具体的には同じ専門分野または他の専門分野の救急用病床からの転用による。

計画策定法

急性老人医学／リハビリテーション用病床の必要数を算定するには、救急領域に 24 日以上入院している 65 歳以上の患者数をもとに、リハビリを受けている患者をその 60%、急性老人医学／リハビリテーションでの平均入院日数を 28 日、有効活用率を 90% として公式に代入する。その結果、オーストリア全域の必要数は約 3,000 床という数字が得られ、この数字は人口の増大に伴い、2005 年には約 3,360 床になるものとみられる。

オーストリアでは急性老人医学／リハビリテーション施設はほとんど設立されていないため、その給付提供を段階的に作成する意向である。2005 年までの第一段階では、オーストリア全域で計約 60 の所在地に約 2,300 床を実現する予定である。この期間内に革新的な給付領域の実現に伴って集積した経験を、2006 年以降の急性老人医学／リハビリテーションの計画策定に投入する。

構造充実度管理基準

急性老人医学／リハビリテーションの領域については、構造委員会が 2001 年 12 月に構造充実度管理

基準のガイドラインを決定した。このガイドラインの変更は、15a B-VG に基づく協定の有効期間中引き続き実施し、構造および財政への影響に関する検証の結果と一致する財政的枠組条件を明らかにする必要がある。構造委員会は法的問題を検証、解決して、遅くとも 2002 年夏までにガイドライン変更の具体案を決定する。このガイドラインは今後、急性老人医学／リハビリテーションの部門および診療科が認可を得るための基本的前提条件となる。

5. 緩和医療科 (PAL)

定義

緩和医療施設 (PAL) とは、不治の疾患で死を迎えようとしている患者に医療を提供する施設である。緩和医療施設の目的は、患者の快生度を向上させ、家族・親戚の元に退院させることにある（これには入院救急医療領域以外に相応の医療行為が必要であり、両者の連携が必要である）。その内容は、症状コントロール（特に疼痛の緩和）および患者とその家族に対する心理社会的治療から成る。

治療および看護は、緩和医療に通じた学際的共同チームの担当となる。このチームは、身体的な必要性のほか精神面、社会福祉面、宗教面からみた必要性を考慮する。看護業務には、ボランティアが参加する。

緩和医療領域の対象となるのは、治癒の見込みがない進行性の疾患のため死が迫っている患者で、強度の疼痛、心理的苦痛または副作用の症状（たとえば、吐き気、食欲不振または呼吸困難など）に苦しむ患者である。

計画策定法

国際的経験値からみて、人口 100 万人あたりの緩和医療組織には 50 床が必要となる。これをオーストリアの人口に換算すると、約 400 床となる。緩和医療組織は少なくとも人口 200,000 人の入居者がある地域の救急病院内またはこれと連携するかたちで、8 床から 14 床を備えた専門部門内のステーション（緩和ステーション）として開設するのが好ましい。複数の病院に創設した緩和医療チームによる緩和医療面の看護を目的とする地域密着型モデルについても、パイロットプロジェクトとして検証、評価する。緩和医療組織は既存の医療分野の一部ではなく、緩和医療の起点となる部門に組織的に体系化するかたちで開設する。現実的には、他の専門領域でもはや不要となった救急用病床の転用によって、空間・設備を確保する。

構造充実度管理基準

緩和医療の領域については、構造委員会が 2001 年 12 月に構造充実度管理基準のガイドラインを決定した。このガイドラインの変更は、15a B-VG に基づく協定の有効期間中引き続き実施し、構造および財政への影響に関する検証の結果と一致する財政的枠組条件を明らかにする必要がある。構造委員会

は法的問題を検証、解決して、遅くとも 2002 年夏までにガイドライン変更の具体案を決定する。このガイドラインは今後、緩和医療の部門および診療科が認可を得るための基本的前提条件となる。

6. 心身医学科 (PSO)

定義

心身医学とは、患者の身体的条件と社会的条件とのかかわりのなかで精神状態の疾患をみるものである。心理社会的因子が、何らかの疾患の発症、症状持続、経過およびその克服に本質的な役割を演じており、特別に研修を受けていない一般の専門部門のスタッフでは対処できない場合（高度に精神医学的な疾患を随伴）には、心身医学的精神療法による医療が必要となる。その必要性は、一定の年齢グループ、診断および専門分野とは全く無関係である。古典的な精神医学的疾患は、心身医学の担当領域には含まれない。

心身医学的精神療法の医療提供は、段階別治療および広範囲にわたる給付（診断、適応決定、短期精神療法的介入、危機介入、入院精神療法、スタッフのための指導監督など）に及んでいる。その医療提供は、それぞれの病院で実施すべき相談ならびに連絡紹介業務のほか、心身医学専門医療センター、心身医学および精神療法の診療科にある病床から構成される。この差は、それぞれの科で提供される心身医学精神療法と身体的治療の強度の差によるものである。心身医学専門医療センターでは、専門的身体的治療の必要性が高い患者を対象としている。心身医学および精神療法の各診療科は、専門的身体的治療の必要性が低く合目的な入院精神療法の適応とされる患者に狙いを定めている。

心身医学専門医療センター、心身医学および精神療法の各診療科では、精神疾患を随伴する患者（たとえば、内科、小児-青少年科、皮膚科、産婦人科/助産科）の割合が高い専門分野内、または精神科の専門部門のかたちで、専ら従来の救急用病床を特別に転用することによって開設する。

計画策定法

現在、入院救急治療領域での心理社会的治療の必要率に関して信頼できるデータがない。このため、必要率を算出する根拠として、疫学試験に基づいて算出した人口 1,000 人当たり 0.06 床という病床指数を用いる。その結果、オーストリアで必要な心身医学用病床数は 480 という数字が得られる。

2005 年までには、各州の成人を対象とする心身医学および精神療法の診療科のほか、小児青少年科内の一部門というかたちで診療科を開設する。これに加えて、複数の所在地に心身医学専門医療センターを実現する。かかる開設は、パイロットプロジェクトのかたちで検証、評価する。

構造充実度管理基準

心身医学の領域については、構造委員会が 2001 年 12 月に構造充実度管理基準のガイドラインを決定

した。このガイドラインの変更は、15a B-VG に基づく協定の有効期間中引き続き実施し、構造および財政への影響に関する検証の結果と一致する財政的枠組条件を明らかにする必要がある。構造委員会は法的問題を検証、解決して、遅くとも 2002 年夏までにガイドライン変更の具体案を決定する。このガイドラインは今後、心身医学の部門および診療科が認可を得るための基本的前提条件となる。

第2章－集中治療領域（新生児科を含む）

1. はじめに

ÖKAP/GGP 1999 には、病院および専門分野別に集中治療施設の病床上限が記載されている。1999 年に集中治療に関する文書作成を導入した後、ÖKAP/GGP の見直しの過程で、これまでの計画策定の原案に修正追加する。

2. 方向性および計画策定の原則

広範囲にわたる集中治療の医療提供ないし監視を保証できるものでなければならない。長期間集中治療を受けている患者（特に、重篤な臓器不全）は、相応の集中治療設備を備えた病院に移送する。

3. 計画策定法

定義－小児および成人の集中治療領域

集中治療領域の課題は、集中治療、集中監視および集中看護に及ぶ。集中看護は、集中治療室にも集中監視室にも必要である。現場では、集中治療と集中監視とが重なり合うことがある（特に、保存療法では、外科手術の集中治療に比べるとこの重複が少ない）。

集中治療室（ICU）は、生命の維持に必要な機能が致命的なまでに障害されている患者を収容する治療室であり、その回復をはかるか、ないしは特別な集中治療の手段により、その状態を維持するべきものである。

中間監視ステーション（IMCU）は、広範囲にわたる手術を終えたばかりの患者、術前の重症患者および手術を必要としない重症患者の監視および治療をするための治療室である。生命機能が危険な状態にある患者には、このような監視が必要である。いわゆる「術後覚醒領域」には、術後監視領域に独自の病床を導入する領域がないため、無条件に中間監視ステーションを割り当てることはできない。中間監視ステーションは、たとえば人工呼吸器、血液濾過装置などによって重篤な臓器機能不全を治療するためのものではない。ただし、救急時には短期間（数日に限る）の集中治療（特に人工呼吸）を実施することになる。長期間集中治療を受ける必要がある患者は、集中治療ステーションに移送する。外科手術の内科監視ステーションは麻酔科の管理下に置くことになるが、一般外科部門のかたちで導入することもできる。

機械による呼吸補助は呼吸器科の中間監視ステーションにとって代表的な給付提供科目であるため、人工呼吸に関する制限は中間監視ステーションには適用されない。

定義－新生児の集中治療領域（新生児科、NEO）

新生児科は、小児科で最も大きく、ある意味では小児科のなかで独自の領域であり、予防医学に重点をおいた総合医療と並んで、新生児の診断および治療を業務内容としている。ここで新生児とは、生後 28 日までの子供を言う。

新生児科で扱う治療のひとつに、37 週以前に出生し、多くは 2,500g 未満の早産児の治療がある。早産児のほとんどは健康に問題はないが、未熟児であるため、呼吸および血液循環の補助、感染の予防および栄養補給を中心とする治療が必要である。このほか、未熟児でなくても、生命機能が十分でない場合や危険がある場合には、新生児科の対象となる。

構造充実度管理基準

成人の集中治療領域に関しては、（すでに ÖKAP/GGP 1999 に記載されている）構造充実度管理基準が作成され、LKF 2002 のかたちで集中治療室の 3 段階モデルに応用されている。小児および新生児の集中治療領域については、監視室および集中治療室に限り構造充実度管理基準に差を設けた。構造委員会が 2001 年 12 月に決定した集中治療領域の構造充実度管理基準のガイドラインは、これまでどおり勧告扱いとし、集中治療組織の認可を得るための基本的前提条件となっている。このガイドラインの変更は、15a B-VG に基づく協定の有効期間中引き続き実施し、構造および財政への影響に関する検証の結果と一致する財政的枠組条件を明らかにする必要がある。構造委員会は法的問題を検証、解決して、遅くとも 2002 年夏までにガイドライン変更の具体案を決定する。

必要病床数算出の方法

必要病床数を算出する出発点としたのは、基金対象病院内で予定している集中治療室および監視室組織の現状分析で、分析には経費統計 1998、診断および給付提供に関する記録 1998 のほか、集中治療に関する記録 1999 年上半期を用いた。

これと同時に、集中治療領域（ICU/IMCU）を便宜的に、部門構造および給付提供範囲、さらにはそれに伴い間接的に各病院の医療提供段階が重要な役割を演じている病院というかたちで位置づける。この便宜的に定めた等級と、集中治療記録での TISS 等級、各州による事実上の等級との目標-現状比較のかたちで、集中治療ステーション（ICU）ないし中間監視ステーション（IMCU）にかかわる集中治療領域を、現場の問題に即して分類、調整する。

次の段階では、所在地毎に算出した病床目標数を、実際の病床施設と比較する。分析的手法による必要病床数算出のパラメーター（入院数、入院日数および収容率、救急用病床数と集中治療用病床との比）を用い、目標値-病床指数および各州で拡大された医療提供組織を考慮して微調整する。

新生児科の必要数算出方法に関しては、上記の方法を適用する。このほか、既存の新生児科施設所在

地を評価するにあたっては、新生児科施設の自然分娩領域での国内外の最小出産数を考慮する（新生児科集中治療ステーションのある所在地については、自然分娩領域での出産が2,500以上。中間監視ステーションのある所在地については、自然分娩領域での出産が1,000以上）。

ÖKAP/GGPでは、病院毎に集中治療施設用病床上限数を集計して、「集中治療領域の病床」という項目に記載した。専門施設毎にこの結果を一覧表にし、「集中治療科」は“E”という記号で示してある。記号“E”で純然たる監視室を示す場合には、脚注にその旨を補足した。

第3章（表）には、「給付提供 IST/見出し“NEO”（新生児科）」の列の見出し「LAP-給付領域」とあるところに、当該所在地での新生児科開設の有無を、「はい」、「いいえ」で表示する欄がある。「給付提供 SOLL/見出し“NEO”（新生児科）」には、新生児集中治療領域に計画した病床数を記載してある。この病床数には、集中治療室（NICU）用病床と監視室（NIMCU）用の病床とが含まれている。新生児集中治療領域の枠内にある所在地では、脚注に記載の通り、監視室用病床のみを考慮に入れている。

準に基づいて治療後一括算定（LDF 治療後一括算定）を適用する。

⇒ 文書番号 1 に準拠した給付項目番号（MEL グループ）を付すことができる給付内容の提供を 1 つまたは 2 つ以上受けた患者には、その給付内容に基づき 191 の MEL グループのうちひとつを適用する（図-項目 3.3）。

- MEL グループでは、LKF モデルに関する文書番号 3 に準拠し、そこに記載されている他の基準に基づいて治療後一括算定（LDF 治療後一括算定）を適用する（図-項目 3.3.1）。
- 種別または数の点で複数の項目にわたる医療項目別給付を受けた患者には、この病棟入院での最高額の治療後一括算定（LDF 治療後一括算定）を提供する MEL グループを適用する。この治療後一括算定では、MEL グループ毎の給付要素を追加し、追加の個別給付項目に患者を分類する（図-項目 3.3.2）。

4.4 集中治療室の入院（図-項目 4）

集中治療室で治療を受けた患者には、1 日毎に加算点数を算定する（3.1 参照）。

4.5 上限を超える統計外入院患者（図-項目 5）

実際の入院期間が LDF グループ毎に決定した入院期間上限を上回る場合、以下の数式に従って実際の入院期間に応じて追加点数を漸減するが、1 日当たり 44 点を下ることはない。

主に 01 部門群の病棟に入院している精神科（HDG20.**）の患者および LDF グループ（MEL 28.**=小児青少年精神科および精神科）の患者の場合、以下の数式に従って 1 日当たりの最小点数を 131 点とする。算出に必要な情報は、LKF モデルに関する文書番号 3 および文書番号 4 に記載してある。

図：上限を超える統計外入院患者

$$\text{追加 (X)} = \text{TK} \times \frac{\text{BDOG}}{\text{X}}$$

X 患者が入院した日から X 日目までの入院日数；該当する LDF の入院期間上限を超えて入院していることが条件となる。

TK 該当する LDF の 1 日当たりの規定点数

BDOG 該当する LDF の入院日数上限

具体例：

実例を引用しながら、入院期間上限の統計外患者の点数算定を具体的に説明する。まず、HDG グループ HDG09.02 の主診断項目を適用する。このグループでは、患者は治療後一括算定 A に分類される。その総点数は、治療後一括算定分に入院日数上限を超えた入院日数分（10 日目、11 日目および 12 日目）の

追加点数を加えたものということになる。

図：患者データ

| | | |
|------------------|-------------|------|
| ICD-10の主診断項目 | 医療給付項目 | 入院日数 |
| C64 腎盂を除く腎の悪性新生物 | 6451 尿道腎鏡検査 | 12日 |

図：LKFモデルに関する文書番号4に準拠したデータの形式

| グループ | 治療後一括算定 A | 適用した LDF の1日あたりの点数 | 適用した LDF の入院日数上限 |
|----------|-----------|--------------------|------------------|
| HDG09.02 | 2,827 | 282点 | 9日 |

図：総点数の算出

$$\begin{aligned} \text{追加分 (10)} &= 282 \times \frac{9}{10} = 254 \\ \text{追加分 (11)} &= 282 \times \frac{9}{11} = 231 \\ \text{追加分 (12)} &= 282 \times \frac{9}{12} = 212 \end{aligned}$$

$$\text{点数} = \text{治療後一括算定分} + \text{追加分} = 2,827 + 254 + 231 + 212 = 3,524$$

4.6 デイケアセンターモデルに準拠した算定 (図-項目6)

- ⇒ デイケアセンターの症例（認可済みデイケアセンターおよび入院種別「K」）およびデイケアセンターのカタログに記載の給付項目ひとつを含む入院日数1日の症例は、共通規則に従い、同時算定する。その場合、デイケアセンターの症例には給付内容のほか、入院日数1日の1日あたりの点数が含まれている。
- ⇒ 同日に入退院した症例および退院種別「S」または「T」（死亡例、搬送）を付した症例はいずれも、下限を超える統計外入院患者のための既存のLKF点数算定規則に従って算定する。
- ⇒ 日数毎の財政支援（たとえば、精神科のデイケアセンター治療、老人医学、急性老人医学／リモビリゼーション、神経内科患者の急性治療および後治療、治療形式I（＝集中治療）およびR（＝リハビリ治療）を含む小児青少年精神科、緩和医療施設）による特別領域の症例は、それぞれの点数算定規則に従って算定する。
- ⇒ MEL グループ 22.XX（腫瘍学的治療）の症例はいずれも、それぞれの点数算定規則に従って算定する。
- ⇒ これ以外の同日入退院の症例には、給付内容全項目分と、統計外入院患者用LKF一点数算定規則に従って算定した1日分の50%を適用する。

4.7 下限に満たない統計外入院患者 (図-項目7)

実際の病棟入院日数が LDF グループ毎に決定した入院日数下限に満たず、認可済みのデイケアセンター給付内容を算定しない場合、以下の数式に従って実際の入院日数に応じて治療後一括算定額を減額する。算出に必要な情報は、LKF モデルに関する文書番号 3 および文書番号 4 に記載してある。

図：下限に満たない統計外入院患者

$$\text{点数/症例} = \text{LK} + \frac{(\text{LDFP} - \text{LK}) \times (\text{X} + 1)}{(\text{BDUG} + 1)}$$

X病院に入院した日数；LDF の入院日数下限に満たないことが条件である。
LK該当する LDF の給付内容
LDFP該当する LDF の治療後一括算定（LDF 治療後一括算定）
BDUG該当する LDF の入院日数下限

具体例

実例を引用しながら、入院期間上限の統計外患者の点数算定を具体的に説明する。まず、MEL 06.04 の主診断項目を適用する。このグループでは、患者は治療後一括算定 A に分類される。その総点数は、治療後一括算定分から規定分を減じたものとなる。

図：患者データ

| 医療項目別給付分類 | 年齢 | ICD-10 の主診断項目 | 入院日数 |
|------------|------|-------------------|------|
| 3268 直腸切除術 | 60 歳 | C20 直腸の悪性新生物、直腸膨大 | 9 日 |

図：LKF モデルに関する文書 3 に準拠したデータの形式

| グループ | 治療後 一括算定 A | LK | 適用した LDF の 入院日数上限 |
|-----------|---------------|---------|----------------------|
| MEL 06.04 | 13,918 点 | 5,609 点 | 12 日 |

図：総点数の算出

$$\text{点数} = 5,609 + \frac{(13,918 - 5,609) \times (9 + 1)}{12 + 1} = \underline{12,001}$$

4.8 集中治療室および特殊機能コード領域の第0日入院患者

4.8.1 集中治療室

集中治療室の第0日入院患者（同日に同一病棟に入退院）が集中治療室から退院種別「T」（他の病院へ搬送）または「S」（死亡退院）のいずれかで退院する場合にかぎり、分類したグループの該当する日数単位の算定（補正係数を用いて計算）を追加する。

4.8.2 特殊機能コード領域

第0日入院（同日に入退院）の総入院日数を含む患者および特殊機能コード（＝老人医療、急性老人医学／リハビリテーション、神経リハビリを含む神経内科患者の急性治療および後療法、緩和医療および緩和領域、小児青少年精神科領域（治療形式IおよびR）および精神科のデイケアセンター治療施設）を用いる部門／病棟に入院した患者は、その都度該当する特殊機能領域から日数毎に1日分の治療後一括算定を用いて点数算定する。

総入院日数が1日以上となる患者および特殊機能コードを用いる部門／病棟に入院している患者は、この部門でその都度該当する特殊機能領域から1日毎に治療後一括算定を用いて点数算定する（入院日数0日＝第0日治療後一括算定）。

付録

集中監視室の有効活用率に関する説明

LKFモデル2002では、成人を対象とする集中治療モデルおよび新生児科と小児科を対象とする集中治療モデルを根本的に変更した。

LKFモデル2002以降、集中監視と集中治療との間の集中治療に差が生じている。そのため、成人を対象とする集中監視室のために特殊パラメータによる追加的な記録を断念するなど、何らかの根本的な変更が伴う。このグループには、2003年にもスタッフ因子に応じた等級および構造充実度判定基準を用いた等級化を実施する。集中治療室の場合、等級条件は引き続き集中治療に関する記録、スタッフ因子および構造特徴の実現と関連づけていく。追加点数の算定については、今後も補正係数を用いる。

この補正係数と同じく、集中監視室に関しては有効活用率を導入した。有効活用率は、現状－有効活用率80%から適用し、次のように算出する：

通常有効活用率（80%）／現状有効活用率

（係数の上限を1.0とする）

この係数のパラメータ算出についても、補正係数に準ずるものを想定しており、現状－有効活用率は、1年間の監察期間中、主に用途対応式病床の結果を見ながら算出する。

これに関しては、LKF2003モデルの説明8ページの記載「この場合にも、次のLKF－承認の更新までには12ヵ月を置き、LKF－算定年の前年分を6ヵ月以上残していなければならない。この規定は、集中監視室に対しても集中治療室に対しても適用される」を参照していただきたい。

例1：（用途対応式）集中監視用病床：8
2920 現状入院日数、記録期間 365 日

平均入院病床数：8.0 床が有効活用率 100%に相当する
80%を上回る有効活用率は、このため有効活用率を適用する

有効活用率：80%/100%=0.80

入院日数当たりの実際の点数：322×0.80=258

例2：（用途対応式）集中監視用病床：8
2000 現状入院日数、記録期間 365 日

平均入院病床数：5.5 床が有効活用率 68.5%に相当する
80%を下回る有効活用率は、このため有効活用率を適用しない

入院日数あたりの実際の点数：322

有効活用率の算出には、パラメータ病床、入院日数および記録期間をスコアプログラムのメニュー項目<改定><医療給付領域>を入力する。

