

第3章－精神科プラン

1. はじめに

入院精神科医療の拡大に関するガイドラインは、ÖKAP/GGP 1999 に初めて記載された。1997年当初のÖKAP/GGPでは、その時点でステーション外の施設が精神科用病床の必要数に対していかなる効果を持ちうるかがよくわからなかったため、この点に関する記載は省かざるをえなかった。この情報不足を補うべく、「精神科医療における構造的必要性」と題する独自の試験を実施した。この試験の結果が、ÖKAP/GGP 1999の記載事項の基礎資料となり、以後見直し、最新情報の追加などにより更新している。

2. 方向性および計画策定の原則

精神科医療における必要病床数の算出は、急性、長期、慢性の精神疾患ないし精神障害の治療、リハビリおよび看護のほか、社会福祉面の充実に適切な組織を対象とするものである。かかる組織は、次の条件を満たすものでなければならない。

- 必要性の根拠

精神科医療の発展ないし拡大発展の出発点となるのは、患者の個性を尊重した適切な専門治療、看護および介護、信頼と尊敬、自らが選択した居住場所の確保、自らが選択した人間関係と役割、責任と自発性の回復、作業と有意義な仕事、物質的欲求など、一特に重篤な一精神病患者の焦眉の必要性である。

- 必要数の根拠

精神科医療は、質的にも量的にも十分で、かつ問題となる患者の必要性に対応したものでなければならない。患者への支援は、直接生活環境と体系的にかかわりをもたせ、できるだけ制約を少なくする。

- 地域密着および地域参加

精神病ないし精神障害のある患者には、一特に重篤で慢性の場合には一、これまでの環境で今後も生活を続けるのに必要な生活条件を確立するべく、必要な治療的補助ないし支援を続けることになる。長期的に社会参加ができるようにするためには、側面からの支援措置として広報活動および啓蒙活動が不可欠である。

- 「入院よりまず外来を」

特殊な「生活圏」（たとえば、病院）での給付提供や、居住地から離れた施設への転院よりも、直接生活環境（たとえば、自宅や職場）での治療やリハビリ医療の提供を考える。

- 基本医療提供への一本化

精神科の医療提供体系は、既存の総合内科／心理社会学の基礎医療にまとめて一本化する。これにより、総合病院に精神科専門部門の開設をめざし、社会福祉事業のこれまでの地域医療ネットに外来精神科業務をつなげる。

- 充実度確保

充実度を確保するべく、各州に経過重視の計画策定、調整、評価および給付提供の拡大発展に関する

るフォーラムを開設する。スタッフ構成にあたっては、「分会」という項目の下にグループ分けする。

- 地域化、全医療提供およびネットワーク化

地域密着および地域参加という意味では、地理的に地域を区切ってそれぞれの地域の医療提供を組織することによって、地域での供給が良好に実施され容易に利用できるようにすることが必要である。それぞれの地域はいずれも全的医療行為を提供する。これは適切な治療およびリハビリのために必要なあらゆる提供手段（収容法に基づく収容を含む）を駆使することを意味するものである。かかる給付提供は、看護の連続性を確保し地域の医療提供義務を果たすため、地域精神医学同盟のかたちで相互ネットワークを結び（施設、スタッフおよび組織のつながり）、相互の交通をはかるようにするものである。

- 運営参加

患者、その家族、専門職のヘルパーのほか、運営面では職員および行政責任者が、給付提供の具体化のほか、医療提供の発展および計画策定過程に参加する。

3. 計画策定法および構造充実度管理基準

ÖKAP/GGP 1999 で実施した医療提供状況の分析を出発点に、精神科の地方分散の原案を作成した。すでに挙げた医療提供の根拠およびガイドライン（項目 2 を参照）の趣旨から、総合救急病院の一部を選択し、その所在地に精神科の部門開設を予定している。その病床数は、病床指数（第 1 章、項目 3 参照）を基準に調整する。

総合病院の精神科の地域分散型専門部門については、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。

精神科特別領域（たとえば、依存症など）の医療は、これまで業務を実施してきた所在地を優先した。精神科施設の所在地決定にあたっては、病院運営者および州の計画策定の方向性を考慮する。

4. 外来施設と補助施設およびその業務

各州が連邦政府との合意の下に、精神病および精神障害の医療提供の単位とする地域を決定する。

それぞれの医療提供地域で、十分な数の半入院施設、外来施設および補助施設と業務を準備し、入院領域との調整をはかる。かかる施設と業務内容は、次の領域に集約できる。

- 心理社会学分野の業務
- 住居
- 作業

- 日課
- 精神科の外来専門医

かかる施設および業務内容は今後も調節をはかり、入院紹介先病院とのネットワーク化をはかる。

この施設とサービス内容を満たす数の構築と強化のための計画展望は、2005年をめぐりにしている。

2005年末までに、入院領域も含めて補助施設を隔々まで拡充するという方向性をめざす。ただし、隔々までの拡充は、連邦政府、州、自治体および社会保険運営者の財政的余力があってはじめて達成できるものである。

全州に一様なかたちで計画を具体化することが重要である。

第4章－専門分野別給付提供計画策定

1. はじめに

保険制度および病院財政支援の新規構造改革に関して 15a B-VG に基づく協定のかたちで、連邦政府と各州とはオーストリア病院・大型医療機器プラン（ÖKAP/GGP）を給付提供計画に拡大発展させることに合意した。

この協定の趣旨は、整形外科、災害外科、泌尿器科、眼科および頭頸部外科・耳鼻咽喉科の給付提供計画策定の結果を、ÖKAP/GGP 2001 に組み込むことにある。

2. 計画策定の原則

給付提供の計画策定推奨事項は、広範囲にわたってすでに ÖKAP/GGP で定義している原則を踏まえて作成するのがよい。こうして、かかる推奨事項は、どの地域にもできるかぎり一様な医療提供を保証し（医療提供の公平の原則）、構造充実度、プロセス充実度および結果充実度という観点から至適給付提供をめざし（充実度の原則）、効率のよい給付提供を保証する（効率の原則）ものとなる。

かかる推奨事項は、特に医療提供の公平の原則のほか、効率基準の原則を考慮しながら、できるかぎり地域格差のない医療提供というかたちで発展させていくべきものである（「医療提供の地域格差解消」）。特に充実度管理基準と効率基準を出発点として、病院の設備構造面ないし専門分野に応じた給付提供内容の細分化をめざす計画策定推奨事項を作成するのがよい（「段階別給付提供」）。

3. 計画策定法

専門分野別推奨事項作成の基盤となる作業は、域内領域でのこれまでの地域医療提供の状況を分析し、全国規模で比較することである。この作業の中心となるデータベースは、1992年から1999年までのオーストリア内各病院の診断資料および給付提供資料である。

上に挙げた専門分野につき、いわゆる専門分野別給付範囲（FLS）を作成し、構造充実度に左右され、そのため間接的に病院別医療課題に左右される専門分野別給付提供基準を提示した。給付提供範囲にはそれぞれの専門に相応するあらゆる給付提供が含まれており、域内のさまざまな段階の医療提供形態（総合部門、専門医療センター／各診療科／デイケアセンター）に応じて、その提供範囲を細かく調整するようにしている。

このため、上の医療提供形態によって異なる専門分野別給付範囲（FLS）は、医療提供機関の分類にあたって連邦全域に一律な出発点となるものであり、維持されてきた構造に応じて病院での給付提供計画を策定する基盤となるものである。

構造充実度管理基準に基づいて給付提供および収容能力を分類するほか、給付提供の量的発展を援用して、2005年を目標に専門部門で予測される収容能力の需要を算出する。その目的は、専門分野別給付提供の現状と構造充実度とをさらに深く考慮することによって、従来からの病床提供計画策定の方法を補完することにある。さらに、所在地レベルでの給付回数の経緯と対比させることにより、人口動態学的影響因子では説明できない地域の「統計外患者」を補正し、連邦全域の給付提供の調和をめざす。このため開発した試算法には、以下のパラメーターを用いている。

- 地方別人口動態の経緯
- 患者の年齢
- 入院回数の経緯、医療給付の有無は問わない
- 1992年から1999年までの平均入院日数の経緯

4. 構造充実度管理基準

2000年12月に構造委員会が決定し、2001年1月1日に発効した専門分野別給付範囲のガイドライン、整形外科、災害外科および泌尿器科などの専門分野の構造充実度管理基準に、2001年12月に構造委員会が眼科、頭頸部外科・耳鼻咽喉科をはじめとする専門分野の構造充実度管理基準に関して採択した決定が追加された。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、解決してガイドライン変更の具体案を決定する。

専門分野別給付範囲に関するこれまでのガイドラインと、整形外科、災害外科、眼科および頭頸部外科・耳鼻咽喉科などの専門分野に関する構造充実度管理基準のなかに位置づけた新しい組織形態（各診療科、専門医療センター、デイケアセンター）の給付提供範囲および構造充実度基準は、2002年1月1日からすでにÖKAP/GGPとの関連で実地に適用されている。このほか、専門分野についてすでに2001年1月1日に決定した給付提供範囲には、2001年1月1日に発効し、現行のガイドラインにある災害外科領域の救急治療とショック療法チームの維持、泌尿器科領域の病理組織学的検査に関する決定が含まれており、以上の決定についてはÖKAP/GGPの規定の下に引き続き実地に適用していく。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。

5. 専門分野毎の給付提供計画策定の補完

現在、給付提供計画策定に未だ吸収しきれていない専門分野の給付範囲のほか、その専門分野における給付提供の枠組条件は、整形外科、災害外科、泌尿器科、眼科および頭頸部外科・耳鼻咽喉科の構造充実度管理基準に関して公表されたガイドラインには、全く触れられていない。

ÖKAP/GGPの次回見直しの過程で、これ以外の専門分野（特に、外科および婦人科/助産科）をめぐって発生する優先順位に従って給付提供計画策定を補完する。

第5章－細分化給付提供計画

1. はじめに

給付提供計画を立地-収容力計画策定に組み込む方向を追求する過程で、ÖKAP/GGP 2001には第4章で扱う専門分野別給付提供計画策定の結果に加えて、給付提供計画策定のうち次の専門分野を選択して追加した。

- 腫瘍学領域の医療
- 幹細胞移植
- 核医学的治療
- 心臓外科
- 小児循環器科
- 肝移植
- 腎移植
- 脳卒中治療室
- 慢性血液透析

連邦全域で格差のない充実度を保証するには、構造充実度管理基準の決定が必要である。細分化給付提供計画策定に関しては、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ÖKAP/GGPとの関連の下に実地に適用する。したがって、この基準を厳守することは、それぞれの給付提供が認可を得るための基本的前提条件となる。

2. 方向性および計画策定の原則

「細分化給付提供計画策定」の目的は、個別的で複雑な医療提供に必要不可欠な所在地にして、かつその構造的前提条件に関して適切な所在地を定義し選別することにある。

細分化給付提供計画策定のそれぞれの給付提供領域で問題となるのは、複雑で経費がかさみ、そのために高額にならざるをえない（最先端の）医療提供であり、このような医療提供のできる所在地は比較的少ないため、超地域な（州の境界を超えたかたちでの）給付提供を計画し、調整をはかっていくことが重要である。

3. 給付領域および計画策定基盤の定義

次に、それぞれの給付領域について、最も重要な計画策定内容を簡単にまとめた。ここでは、それぞ

れの給付領域の簡単な定義、必要性評価に関する記述のほか、それぞれの計画策定パラメーターの説明が中心となっている。

細分化給付提供計画策定の全給付領域については、給付提供の現状（それぞれ 1998 年または 1999 年から適用可能）欄にある項目「LAP-給付提供計画策定」の表部分に、2005 年までを視野に入れた給付提供計画を掲げている（給付提供目標）。

4. 給付領域の定義

腫瘍学領域の医療（ONK）

腫瘍学領域の医療という項目では、悪性新生物（ICD コード 140～208）の早期発見、診断、治療およびその後の看護にかかわる全施設、スタッフを把握できるようにした。

腫瘍学センター、腫瘍学専門医療センターおよび内科の腫瘍学専門部門は、一定地域の癌患者の医療、看護および社会保障を特殊な組織単位で実施、調整し、できるかぎりの充実度を保証するものである。

- 癌患者の治療では、緊密な協働体制での手術、放射線および内科的（投薬による）腫瘍学により治療を保証し、最良の結果を得ることができるようにする。
- 癌患者の医療提供には、医学の専門分野が協働するだけでなく、さまざまな職業グループの参加が必要である。かかる協働は、開業医と専門医、外来-半外来-入院医療組織の腫瘍学担当医のほか、総合科および専門科の腫瘍学領域の看護にかかわる職種、心理社会学カウンセラーをはじめとする専門職にまで及ぶものである。

腫瘍の内科学的治療は基本的に、必要な専門教育を受け経験を積んだ医師の指揮下でのみ実施される。オーストリアでは「血液腫瘍学」を副専攻した内科専門医がこの指揮にあたる。診断の結果、悪性疾患の存在が確定した患者のほか、疾病経過に増悪がみられた場合には、学際的チームの担当となり、このチームが治療計画を決定する。この専門チームは、少なくとも外科（産婦人科、泌尿器科、皮膚科など、各器官の専門家）、内科腫瘍学および放射線腫瘍学から選出した医師で構成する。

癌の内科学的治療にはきわめて積極的なかたちで化学物質が用いられる。このため、次の項目に関する充実度基準を明らかにする必要がある。

- 医療担当スタッフの資格
- 治療を実施する病院の施設および設備
- 治療に付随する結果の監視

このほか、次の看護領域については、必要な財源を確保する。

- 腫瘍学領域の緩和医療
- 疼痛処置

- 栄養指導
- 理学療法
- 腫瘍学領域の精神医療および心理社会的医療

腫瘍で入院治療する病院の選択には、次の基準を考慮する。

- 病院の給付提供の重点（前年度の給付内容の分析）
- 各病院の既存の専門組織
- 特に、スタッフ配置および放射線腫瘍科の施設の開設可能性に関して充実度基準を十分に満たしていること
- 病院までの所要時間および守備範囲

特に大都市では、複数の病院がまとまって現状に応じて協働したり、給付提供内容を調節することによって、腫瘍学センターを構成することができる点が注目される。

腫瘍学領域の医療の拡大発展をめざし、三段階式医療モデルが開発されている。

- 第一段階－腫瘍学センター（ONKZ）
この段階の本領は、血液腫瘍学の研究および教育のほか、まれな腫瘍疾患または高額な診断や治療を必要とする癌の看護にある。一般に最先端医療の病院は専門医療センターの機能を同時に担っているため、地理的条件次第では、腫瘍学センターとして考慮の対象となる。
- 第二段階－腫瘍学専門センター（ONKS）
腫瘍学専門医療センターとは、一定の領域に分類される腫瘍学領域の医療を実施する施設を言う。この施設は、この領域の腫瘍学領域の医療を調整する場としての役割を果たすもので、腫瘍学センターや標準病院のほか開業医と緊密な連携を保ちつつ、この領域の外来業務を補完するものとなる。
- 第三段階－腫瘍学を扱う内科専門部門（ONKF）
この段階では、標準病院に予定される専門部門、外来および研究所のほか、病院内の腫瘍学の問題や開業医の問題に対処する学際的作業グループを組織することになる。ここからさらに、腫瘍学専門医療センターおよび腫瘍学センターとの協働を制度化する方向に進むことになる。

この腫瘍学領域の段階式医療組織の創設は、2005年までに終了する。

腫瘍学領域の医療に関しては、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ÖKAP/GGPとの関連の下に適用されることになる。この基準を遵守することは、病院が以上三段階のいずれかとして認可・分類されるための基本的な前提条件となるものである。

幹細胞移植 (SZT)

幹細胞移植 (SZT)では、良性または悪性の疾患または治療によって骨髄の機能が損なわれた場合、または骨髄由来の疾患で全骨髄の摘除による以外に治癒が望めない場合、造血機能を再建するため骨髄 (骨髄移植) または末梢血 (血液幹細胞移植) から得られる造血幹細胞を患者に移植する。いずれから幹細胞を採取するかによって、自己幹細胞移植にするか同種幹細胞移植にするかを決定する。自己幹細胞移植の場合は、患者自らの幹細胞を採取し、同種幹細胞移植の場合は、組織が一致する提供者から幹細胞を採取する。この場合、血縁関係の有無は問わない。

需要見込みを評価したところによれば、幹細胞移植では今後、自己細胞移植が増大するように思われる。これは、特に特定の悪性度の高い悪性リンパ腫および骨髄腫では、自己幹細胞移植が今や標準の適応とされている事実のほか、悪性度の低いリンパ腫および自己免疫疾患では、高齢者を幹細胞移植により治療する頻度が増大していることによるものである。同種幹細胞移植で給付回数が増大が見込まれるのは、いわゆるマイクロ移植の領域にかぎられる。しかし、現在の知見に基づけば、マイクロ移植は未だ実験的段階にあり、その治療費は従来の同種幹細胞移植とほぼ同じである。このような理由から、マイクロ移植を実施できるのは、同種幹細胞移植 (給付種類は“all”) について認可されているセンターに限られる。

ÖKAP/GGP の次回見直しでは、マイクロ移植に関する新たな分析を実施し、その結果を ÖKAP に追加する。これとの関係で、マイクロ移植が標準治療として定着すれば、現行の幹細胞移植センターへの支援枠に余裕をもたせ、現行の財源を必ず拡大できるようにする。

幹細胞移植に関しては、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。ÖKAP/GGP の枠内でこのガイドラインを変更するには、基本的には他の給付提供プランニングの分野の構造充実度管理基準と同じ原則が適用される。すなわち、かかる変更は 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、ÖKAP/GGP との関連の下に適用されることになる。以上の決定のうち、すでに社会保障世代省によって作成されている「幹細胞移植のガイドライン」の法的拘束力は引き続き有効である。この関係で、標準適応以外の治療はプロトコールに則った多施設試験に限り実施できることになる。

第 3 節 (表) に見出し「LAP-給付領域」とある所在地計画策定は、既存の構造充実度管理基準のほか、給付必要性評価を考慮に入れて作成し、最高限度枠を設けた次の 2 種類の給付項目を区別した。

- 「aut」 (自己幹細胞移植)
- 「all」 (同種幹細胞移植)

すでに決定している構造充実度管理基準を 2000 年 12 月 31 日までに満たすことができなかった所在地については、脚注にその旨を追記した。このような所在地については、見直し期間中に、必要性およ

び最高限度枠を設ける給付の内容、またはそのいずれかをもう一度評価する。

幹細胞移植の実施には、幹細胞移植センターが国内外で認可される必要がある。そのさい、同種幹細胞移植では血縁者と非血縁者とを区別するよう考慮し、血縁者の同種幹細胞移植について国内外の認可を得ている幹細胞移植センターにおいてのみ、非血縁者間の幹細胞移植を実施することができるようにする。

核医学的治療（NUK）

核医学による放射性核種治療では、未処理の放射性物質をいわゆる放射性医薬品という剤型で投与するという治療方法をとる。放射性医薬品は選択的に腫瘍内で高濃度に達する。この方法により、シンチグラフィにより腫瘍を診断することができるほか、このように使用した放射性医薬品を治療目的に用いることも可能である。現在、治療の種類には主として、良性、悪性の甲状腺疾患の放射性ヨウ素治療、骨転移による疼痛の緩和治療のほか、悪性血腫の腔内治療がある。これ以外の可能性についても、研究段階にあるものがある。

オーストリアでは、放射性核医学を用いる治療が年間約 2,000 件実施されている。現在実施可能施設が 11 あり、その収容能力は 3,000 例を超える。新しい治療形態の導入や人口構成の変化により、一般に入院治療数の増大が見込まれるが、今後放射線限界値が低く設定し直されることが予測されるため、この増分は相殺されるのではないと思われる。このため、今回の見直し期間については、医療にみる大きな地域格差の是正をはかりながら、現行の医療水準を維持するところから出発することになる。ÖKAP/GGP の次回見直しでは、核医学領域の治療を新たに分析し、その結果を ÖKAP に追加することになろうと思われる。

核医学領域の治療については、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、ÖKAP/GGP との関連の下で適用されることになる。

第 3 節（表）の見出し「LAP-給付領域」とある所在地計画策定は、既存の構造充実度管理基準のほか、給付必要性評価を考慮に入れて作成した。核医学治療用病床の現状および目標に基づいて、所在地を分類する。

心臓外科（HCH）

心臓外科は、心臓および心臓血管の手術を施行するための特殊な外科領域であり、非開胸下心臓手術と開胸下心臓手術とに分けられる。開胸下心臓手術では、心臓循環停止状態を解消するため心肺装置を使用して複雑な手術を施行することが多い。

必要性評価の結果からわかるように、人口 100 万人当たりの心臓外科手術施行例 1,000 例という国際的に認知されている数値が、オーストリアにも当てはまる。オーストリアでは心臓外科の基礎疾患、具体的には心臓循環疾患に東西格差があり、西部の方が心臓外科領域の給付提供の必要性は基礎統計をやや下まわっている。

現在、オーストリアでは 9 ヶ所の病院で心臓外科領域の給付提供を実施している。この地方分散型の配置は、病院までの所要時間という観点から大きな不都合のあるものではないが、計画策定の観点から言えば、この 9 施設間の距離はほぼ許容限界に近いものである。

心臓外科については、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、ÖKAP/GGP との関連の下で適用されることになる。

計画策定の中心となるパラメーターは、特定の心臓外科センターを使用した場合の手術に要する時間数である。このパラメーターを選択したのは、その方が（手術台数をパラメーターにする場合に比べて）計画策定の基盤ないし根拠としてふさわしく、それぞれの病院が柔軟に対応できる可能性が高いからである。

第 3 節（表）、「給付現状/HCH（心臓外科）の項目」にある見出し「LAP-給付領域」の箇所は、1999 年に特定の所在地で心臓外科の治療を実施したかどうかについて、「はい」と「いいえ」で答えるようになっている。「給付目標/HCH の項目」とある行は、給付提供計画策定に従って、心臓外科に該当する所在地で年間に実施する手術時間数を記入するようになっている。時間数は、心臓外科の給付提供回数に平均手術時間の 5 時間（準備および清掃に要する時間を含む）を乗じて算出する。

小児循環器科 (KKAR)

心カテーテル操作室では、基本的に診断および治療に必要な心臓学の処置を講じる（心臓学領域の観血的診断と手術とをひとまとめにしたものである）。そのためには、動脈（鼠経部であることが多い）を穿刺した後、ドレーン管を通じてカテーテルを心臓に到達させる。小児の場合、先天性心不全を治療するためには、動脈路に加えて静脈路を必要とすることがほとんどである。小児（0 歳から 18 歳までを言う）の心カテーテル検査は常に、成人より困難で危険が大きく、時間を要するものである。

小児心疾患のほとんどは先天性心不全である。西ヨーロッパでは、全新生児全体の約 0.8~1.0% が先天性心不全である。このうち、約 60% が姑息的心臓手術と矯正心臓手術またはそのいずれかを 1 回または複数回必要とする。

小児の心臓手術と小児循環器の心カテーテル検査／手術の比は、現在オーストリア全域で平均 1 対 1 である。しかし、この比は短期入院の場合に限ったものであり、特に採用する治療方法が変われば、この数値にも変化がみられるものと思われる。

小児循環器センターについては、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、ÖKAP/GGP との関連の下で適用されることになる。

第 3 節（表）には、「KKAR（小児循環器）」にある見出し「LAP-給付領域」で、該当する所在地で 1999 年に小児心臓病学領域の観血的診断および手術を実施したかどうかについて、「はい」と「いいえ」で答えるようになっている（「給付提供の現状」の項目には、この給付が給付提供計画策定に従って予定しているものかどうかを解答する欄がある（「給付目標」の行）。

肝移植（LTX）

肝移植は、さまざまな末期肝疾患に適応され、今日では定着した治療法となっている。一般に、レシピエントから不可逆的に損傷した肝を摘出し、死体肝を移植する。ドナーの肝臓が不足しているため、半分にして（「分割肝」）、2 例に移植することがある。また、生体肝移植も臓器の不足によるものである。この場合にはドナー（一般に移植を受ける小児の両親のいずれか）から肝臓の一部を摘出して移植する。

所在地勧告事項の重大根拠となるのは、一腎移植の領域と同じく—これまでに設立された移植センターが現実の需要に対応できるかどうかという質問に対する回答でもある。この場合、センターまでの所要時間は問題ではない。必要性を評価するにあたり基本となるのは以下の問題点である。

移植待ちリストに載っている患者数（ドナー臓器の不足により、リストによって移植に到ることはきわめてまれである）は、必要性を示す指標として適切ではない。そこで、特定の診断を受け、その疾患が原因で死亡した患者の数を指標として用いる。データベースとして、1995 年から 1998 年までのオーストリアの病院での診断記録および給付提供記録を用い、この記録に基づいて診断名および死亡年齢からみて肝移植が適応となっべき患者を推定した（「推定ドナー」）。こうして得られた「推定ドナー」は約 420 例である。既存のセンターでは、現在と同額の財源があればオーストリア全域で年間約 170 例の肝移植を施行することが可能である。ただし、2005 年まではこの数を消化するだけのドナーを見つけることはできないと思われる。2005 年までにこの数を超える場合には、既存のセンターへの融資額増額を予定している。以上のことから、2005 年までは肝移植センターを増設する必要はない。

第 3 節（表）には、「給付目標/LTX（肝移植）」にある見出し「LAP-給付領域」で、該当する所在地で

肝移植ができるかどうかについて、「はい」と「いいえ」で答えるようになっている。

肝移植の施行については、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、ÖKAP/GGP との関連の下で適用されることになる。この基準を遵守することは、「肝移植センター」として認可を受けるための基本的前提条件となる。

腎移植 (NTX)

慢性腎不全の治療には、第三者からの腎移植およびさまざまな透析法がある。腎移植は今日、選択治療とされており、その適応は患者自身の医学的問題およびスタッフの基準に基づいて判断される。移植術では、機能しなくなった腎臓の代わりに、健康な死体腎または生体腎を移植する。腎移植により健康者に近い快生度が得られるが、治癒することはない。移植腎はいずれはその機能を失い、血液透析となる。

腎移植は、移植外科またはしかるべき設備のある外科部門で施行することが可能である。

所在地報告事項の重大根拠となるのは、これまでに設立された移植センターが現実の需要に対応できるかどうかという質問に対する回答でもある。この場合、センターまでの所要時間は問題ではない。必要性を評価するにあたり基本となるのは以下の問題点である。

腎移植の年間必要数を知るのに中心となる指標は、実施前年の 12 月 31 日現在の移植待ちリストであるが、ドナー臓器の獲得を制限因子として考慮する必要がある。年間に必要となる移植件数の指数としては、前年の移植待ちリストに載った患者数を考慮する（要移植例数）。1995 年から 1999 年までの間に移植待ちリストに載った患者数は、年間平均約 400 例（年度による変動は少ない）が移植待ちリストに載った。既存のセンターでは、現在と同額の財源があればオーストリア全域で年間約 770 件の腎移植を実施することが可能である。現在移植待ちリストに載っている患者数（約 400 例）に見合うドナー臓器が得られたとしても、計画の実行も半ばを過ぎた段階で可能な数字にはほど遠い。したがって、2005 年までに腎移植センターを増設する必要はない。

第 3 節（表）には、「給付目標/NTX（腎移植）」にある見出し「LAP-給付領域」で、該当する所在地で腎移植ができるかどうかについて、「はい」と「いいえ」で答えるようになっている。

腎移植の施行については、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、ÖKAP/GGP との関連の下で適用されることになる。この基準を遵守することは、「肝移植センター」として認可を受けるための基本的前提条件となる。

脳卒中治療室 (SU)

脳卒中発作とは、突然、脳の血液循環が悪くなることである（虚血）。その原因は、脳に流れる血管が突然詰ったり、脳の血管が突然破れて出血することにある。このような障害を来すと、脳の神経細胞が酸素および栄養を維持できなくなって死滅する。

脳卒中発作を起こした患者にできるかぎりの医療を提供できるようにするには、脳卒中発作の治療を専門とする学際的チームが対象患者に速やかな専門的処置を実施することができる施設が必要である。このコンセプトが最も効率よく具現されるのは脳卒中治療室においてである。脳卒中治療室をテーマとするこれまでの無作為化試験では、死亡率に関しても後遺症に関しても、一般病棟での医療より有意に優れた結果が得られることが明らかにされている。さらに、神経学的予後も良好で、合併症発生率も低く、入院期間も短縮できることがわかっている。

脳卒中治療室の病床ないし所在地の必要性評価の出発点となるものは、オーストリアで観察された急性脳卒中発作の発生率である（データベースとして、オーストリア病院の診断記録および給付提供記録、各国の比較データを用いた）。この評価から、人口 1,000 人当たり 0.018~0.022 床という必要床数指数が得られた。脳卒中治療室所在地の決定は、神経科の部門をすでに設置しているかまたは設置を計画している病院で、——急性脳卒中発作の場合には特に重要となるが——病院までの所要時間に関する基準を満たしている病院に限るものとする。個々の所在地に予定する脳卒中治療室用病床数は、病床指数に常識的な所要時間の範囲に居住する人口を乗じて求める。

中期的ないし長期的には、脳卒中治療室所在地および脳卒中治療室用病床に対する需要の増大を見込む必要がある。このような傾向は、特に住民への啓蒙が進み（問題の徴候に早く気づくようになり、専門医の診察を受けることが重要であるという認識が高まった）、救急制度と病院との連携が強化され（特に、救急スタッフの教育および強化）、なかでも脳卒中治療室の地域分散の進行によるところが大きい。

脳卒中治療室については、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、ÖKAP/GGP との関連の下で適用されることになる。第 3 節（表）には、「給付目標/SU（脳卒中治療室）」にある見出し「LAP-給付領域」で、脳卒中治療室を予定している病院数を明らかにしている。

慢性血液透析 (DIA)

慢性（末期）腎不全の治療には、慢性血管透析、腹膜透析および腎移植のように、基本的に腎の機能を代償的に補助する方法がとられる。慢性血液透析では、臓器の分解産物および有害物質を「人工腎」の助けを借りて、血液から除去する。週 3 回、平均 4 時間の透析を生涯続ける必要がある。慢性血液透析は、域内または域外の透析センターで実施している。

2005 年までに必要となる慢性透析用施設の所在地計画策定および評価については、計画策定にあたって次のような事項に重点を置く。まず、患者の居住地から血液透析センターまでの距離は 45 分以内とするのが好ましい。慢性血液透析の需要は増加の一途を辿っている。オーストリアではほぼ地域格差のないかたちで透析センターを確保していることから、基本的には需要の増大には問題なく対処することが可能であり、既存のセンターでは治療室数や 1 週間当たりの治療実施回数の増大をはかっていくことになる。ちなみにこれに関しては、週 15 回の治療実施を基本に、治療室の必要数を算出する。センターの新設を勧告することがあるとすれば、それは既存のセンターに必要な増築ができない場合、または患者が一定以下の時間で通える範囲に透析センターの施設が少ない地域に、新たに透析センター新設する場合に限られる。いずれの場合も、各領域の患者にとって質的な観点から必要な最小数を備えなければならない。

モデル計算式を用いて、州別血液透析指数を算出した。州別指数は、2005 年までの透析センター当たりないし州当たりが必要とされる慢性血液透析センター数を算出したものである。次の表には、州別指数を掲げた。

2005 年度の州別血液透析センター指数

州名	血液透析センター指数 2005 年*
ブルゲンラント州	8.5
ケルンテン州	8.5
ニーダーエースタライヒ州	8.2
オーバーエースタライヒ州	9.5
ザルツブルク州	8.7
シュタイアーマルク州	10.4
チロル州	7.7
フォーアアルルベルク州	6.9
ウィーン州	7.1

* (医療対象となる) 人口 100,000 人当たりの血液透析センター数

計画策定の結果は、第 3 節 (表) に次のように記載した。「LAP-給付領域」には、項目「給付目標/DIA (慢性血液透析)」に、1999 年時点の血液透析数 (「給付現状 IST」) および 2005 年に向けた血液透析室 (「給付目標」の行) の目標数のほか、州毎に 1999 年の域内透析センター数および 2005 年の域内透析センターの必要数を記載した。また、州毎に域内と域外とに分けて 1999 年の透析センター数を掲げ

るとともに、その総数を掲げた。最後に、州毎に 2005 年までに必要な透析センター数の上限を域内と域外とに分けて算出するとともに、その総数を掲げた。

慢性血液透析については、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、ÖKAP/GGP との関連の下で適用されることになる。この基準を遵守することは、血液透析センターとして認可されるための基本的前提条件となる。

第2節—オーストリア大型医療機器プラン（GGP）

1. はじめに

GGP 2001 には、所在地推奨事項、「非基金病院」の装置設備および域外セクターを考慮した医療専門大型機器の台数に関する計画策定のほか、§2—州別金庫運営者の最大数に関して「非基金病院」および域外セクターの大型機器に対する奨励事項を記載してある。

GGP 2001 には、次の大型医療機器に関する計画策定内容を記載してある。

- コンピュータ断層撮影装置（CT）
- 核磁気共鳴装置（MR）
- デジタル減算血管造影装置（DSA）
- 冠動脈造影装置（心カテーテル検査装置）（COR）
- 衝撃波碎石装置（LIT）
- 高電圧療法装置（直線—曲線加速装置、コバルト遠隔療法装置、ガンマナイフ）（STR）
- 放射型コンピュータ断層撮影装置（ECT）
- 陽電子放射断層撮影装置（PET）

CT および LIT は今後、大型医療機器プランから除外することになるため、両者の質的ならびに量的記述は勧告扱いとする。大型医療機器のリストは、しかるべき根拠がある場合には、構造委員会が決定した後、見直し期間内に変更することができる。今後の大型医療機器リストに関するさらに詳しい説明は、項目「4. 医療機器別問題点」に記載してある。

2. 計画策定の原則

GGP の枠内で所在地推奨事項を作成するにあたり、以下の一般的計画策定の原則に則った。

- 医療技術大型機器は、それぞれの専門組織から発生する医学的問題を克服するのにこのような大型装置を必要とする病院に設置するものとする。（構造充実度管理基準）
- 国民の医療は、大型医療機器を使用するのに最適の所在地で、地方格差がなくできるだけ所要時間が短く（医療公平度判定基準）、経済効率の高いかたちで（経済性基準）実施するべきものとする。
- 経済性基準を考慮に入れ、所在地推奨事項の作成にあたって、域外セクターの医療効果のほか、域内域外間の協働の可能性を含めて考えた。
- 急速な技術発展を考慮に入れて、GGP の計画策定の照準を 2002 年末に定め、2 年毎に計画の見直しを行うものとした。
- 大学条項：専ら大学の教育および研究だけに用いる大学病院の大型医療機器は、大型医療機器プランには含めない。しかし、大型医療機器のほとんどは大学の教育および研究だけに使用されているものではなく、この大型医療機器プランの実施中は、大型医療機器プランに含まれる決定事項とは

別に、各州と国との間で協定を締結して調達することができる。ただし、このような措置を受けるためには、大型医療機器の医療での必要性とともに、大学の教育および研究に差し迫った必要性があることを明らかにしなければならない。この間に取り決めた大型医療機器は、ÖKAP の次回見直しで、大型医療機器プランの項目に加えるものとする。

3. 計画策定法

大型医療機器必要数の算定は、住民指数（大型医療機器当たりの人口に対する目標域）に基づいて行った。この値は、国内外の専門家の論評や著作を考慮し、国家事情のよく似たヨーロッパ諸国の基準値を援用しながら、2000年度の大型装置目標値、実稼動数および至適稼動数に基づいて算出した。

大型医療機器－計画策定基準値

大型医療機器の種別／利用法	所要時間（分）	人口基準値（領域）	2000年1月1日現在の大型医療機器1台当たりの人口
コンピュータ断層撮影装置（CT）	30	30,000 – 50,000	39,048
核磁気共鳴装置（MR）	60	60,000 – 100,000	95,094
デジタル減算血管造影装置（DSA）	60	120,000 – 180,000	115,471
冠動脈造影装置（COR）	60	200,000 – 300,000	248,707
衝撃波碎石装置（LIT）	120	520,000 – 780,000	673,580
高電圧療法装置（STR）	120	120,000 – 200,000	230,942
放射型コンピュータ断層撮影装置（ECT）*	45	60,000 – 80,000	77,349
陽電子放射断層撮影装置（PET）	60	300,000 – 500,000	898,107

* 「SPECT 機能のない」ガンマナイフを除く

所在地推奨事項の作成は三段階に分けて実施した。

1. 構造充実度管理基準および医療公平度判定基準に基づく医療機器設置所在地の予備選定
2. マクロ計画策定：選定した所在地のほか人口基準値を含めて、シミュレーションモデルに暫定的所在地を定め、医療機器の必要性に対する所在地別評価価値を求める。
3. ミクロ計画策定というかたちで、次の項目を含めて結果を評価し、所在地推奨事項を作成した。
 - 所在地候補の給付提供構造
 - 医療機器所在地の負担能力
 - 大型医療機器またはその周辺機器の設置施設での実稼動状況
 - 医療機器操作者の計画策定に対する意見
 - 域外セクターおよび「非基金病院」
 - 経済的観点

4. 医療機器別問題点

コンピュータ断層撮影装置 (CT)

オーストリアでは、良好かつ国際比較で見ても十分なコンピュータ断層撮影検査による医療提供を実現しており、地域格差もほぼ解消されている。このため、CT 検査装置を追加しても住民の医療充実度にはほとんど影響がなく、装置を運用する施設の構造充実度に影響する。このほか、CT は多くの点でもはや大型医療機器の基準（たとえば、購入経費、超地域的医療課題）に合わないものになっている。このような理由から、CT 検査装置は将来、大型医療機器プランから除外する。このため、現行の GGP では、CT の質的ならびに量的記述は勧告扱いとしている。

CT 検査は現在、放射線科の標準技術とされている。小規模の病院ほど、この領域では域外提供によって協働することになる。そうすることによって、類似組織の増設を回避するのがよく、これによって装置を十分に活用し、医学的にみた治療成績充実度を確保することができる。

域外領域でも、CT 検査はルーチンの技術とされている。域外 CT 検査装置の使用については、目的に即した使用形態を明らかにするものとする（たとえば、放射線科での集団検診）。融資契約による施設の数および所在地に関する決定は、双方（管轄区域の社会保険運営者と医師会）の間の合意が必要である。病床を管理する病院との協働を意図している域外提供者の問題は、融資契約締結時に別途考慮することになる。

核磁気共鳴装置 (MR)

核磁気共鳴装置の適応領域の拡大のほか、CT から MR への移行が増大したことにより、対応する人口基準値は 80,000～120,000 から 60,000～100,000 に低下した。

MR の領域は、域内と域外の領域間の連携を強化するべきものである。このため、類似組織の増設を回避するのがよく、これによって装置を十分に活用し、医学的にみた治療成績充実度を確保することができる。病床を管理する病院との協働を意図している域外提供者の問題は、融資契約締結時に別途考慮することになる。

デジタル減算血管造影装置 (DSA)

デジタル減算血管造影装置の計画策定は、これまでの形態を維持する。デジタル処理を行う従来の透視室を整理して、いわゆる「代替多目的装置」に転換する。大型医療機器リストの分類によれば、C 弓部がなく側部からの照射ができない代替多目的装置と、可動式（移動式）C 弓部システムは DSA 装置の定義には該当せず、したがって大型医療機器プランの意図する医療技術大型機器とみることはできない。

冠動脈造影装置－心カテーテル検査装置（COR）

既存の心カテーテル検査装置の利用状況が活発であり、需要が高まりつつあることから、4ヵ所のカテーテル検査施設をめぐる目標値を高くすることによって、オーストリア全域にわたって各地方での給付提供の拡大を推奨する。さらに、段階的医療提供の考え方を拡大発展させた。

心臓外科手術による医療提供は、合併症のリスクに応じて、4段階のモデルが考えられる。

- 医療段階 1： 観血的診断措置を講じる独立の心臓外科部門を設置していない病院の心カテーテル検査室。
- 医療段階 2： 独立の心臓外科部門はないが、病院の心カテーテル検査室で通常、観血的診断措置を講じている。心臓外科部門との提携協定（「心臓外科の待機的支援」）があれば、合併症のリスクが少ない患者に外科的処置を講ずることが可能である。患者選択にあたってのリスクの大きさは、心臓病学会の専門教育基準に基づいて豊富な経験があるとされる心臓外科専門医師が判断する。
- 医療段階 3： 独立の心臓外科を設置している病院の心カテーテル検査室。「外科センター」では、あらゆる観血的診断のほか、心臓外科の処置を講ずることが可能である。
- 医療段階 4： 独立の心臓外科を設置している病院で、24 時間体制の外科センター。

冠動脈造影装置については、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、ÖKAP/GGP との関連の下で適用されることになる。いずれの医療段階を採用するかは、その基準を満たしているかどうかによる。医療段階 4 については、このほか州毎に所在地 1ヵ所という推奨事項がある。大型医療機器プランの現見直し期間内に、大学病院（ないし中央病院）でのパイロット試験に基づいて医療段階 4 への転換の可能性を検証することになる。

衝撃波碎石装置（LIT）

次世代型衝撃波碎石装置は、多機能型泌尿器科処置機器に相当するもので、診断目的をはじめとする X 線監視下エンドユロロジー手術用透視装置を備えた独立の泌尿器科 X 線検査機器の代わりに利用することができるものである。さまざまな整形外科領域の適応症で体外衝撃波碎石装置（ESWL）の利用は増加の一途をたどっている。

体外衝撃波碎石装置は、さまざまな点で大型医療機器の基準を満たすことができないものとなっている。このような理由から、体外衝撃波碎石装置は今後、大型医療機器プランから除外することになる。このため、現行の大型医療機器プラン（GGP）に含まれる衝撃波碎石装置（LIT）領域の数量表示は勧告扱いとする。