

#### IV. 公民の役割分担

長年にわたり公民の役割分担が論じられてきたが、EBMの確立や疾患別・重症度別分類が実用化され、国公立病院も民間病院と同様に原価に基づいた診療報酬制度で運営することが基本となれば、公民ともに同等の条件で経営されることとなり、医療提供体制の効率化が促進されることとなろう。また、政策医療・高度先進医療の提供は、公民等設立母体による分担だけではなく、機能により分担されるべきであり、運用上は病棟単位で認定が行なわれることが望ましい。

近年、国立病院の整理・統合に伴う民間医療機関への移譲、公立病院の運営民営化等が散見されている。国公立病院への運営助成金等が各領域で問題視されるようになってきているため、今後は国公立病院の民営化、民間の運営方式の活用が促進されるであろう。

## V. 入院医療提供体制の整備

現行医療制度では、入院医療提供体制は医療機関毎に機能分化していることが多い。しかし、今後の効率的な医療提供体制を構築する場合、医療機関単位ではなく病棟単位で機能分化することが必要である。以下では想定される医療機能を概説する。

### (1) 特定機能病棟

現在、大学病院本院や一部の国立病院が特定機能病院に認定されている。しかし、そこで行われている診療の大半は一般病院の診療と同じである。特定機能の名称を用いる場合には高度先進医療に特化するべきであり（例：移植医療、遺伝子治療、特殊な癌治療等）、他の病院でも行えるような標準化された診療を行うべきではない。今後は医療機関単位ではなく病棟単位で、取り扱う疾患・診療行為等を十分調査した上で認定すべきである。この場合、現在の特定機能病院は、高度先進医療に特化した特定機能病棟と、現行の病床の大部分を占める急性期病棟に区分されることになる。

特定機能病棟の診療報酬は、個々の診療アウトカム評価・コストデータ等が整うまでは個別に定める必要がある。

### (2) 急性期病棟

今後、急性期病棟は高密度の急性期医療に特化した病棟に分化されて行くことになる。そこで提供される医療は、EBMに基づき個々の病院で作成されたクリニカルパス等を用いた診療が普及して行くことが期待される。また、急性期医療に特化するためには現行をはるかに上回る人的配置も必要である。

診療報酬は、疾患別・重症度別分類による包括的診療報酬制度（1入院単位）が基本と考えられるが、個々の患者の併存症・合併症に十分配慮すべきである。

急性期病棟を有する病院は、十分な人的配置と機器・設備を備える病院が中心となるが、専門病院（例：眼科、耳鼻科、整形外科等）もこれに該当する。

### (3) 地域一般病棟

地域一般病棟は、2001年9月に四病院団体協議会 高齢者医療制度・医療保険制度検討委員会の報告で提唱されたカテゴリーである。地域に特化した医療機関・介護施設等のネットワーク機能が主体となる。

リハビリテーション機能、ケアマネジメント機能、急性期病棟からの受け入れ、在宅医療の後方支援等を行い、比較的軽症の急性期医療（例：軽～中等度の肺炎、一般的な骨折、脳梗塞、慢性疾患の急性増悪等）にも対応可能な病棟である。

診療報酬は、疾患別・重症度別分類による包括的診療報酬制度（1入院単位）が望ましい。各地域における中小規模病院が積極的に参加することで、高齢者を中心に利用者のニーズに合った医療提供が可能となる。

### (4) 回復期リハビリテーション病棟

2000年4月に創設された回復期リハビリテーション病棟は、リハビリテーション医療に特化したものであり、その需要の高さから各地で認可病棟が増えつつある。

診療報酬は状態別分類による包括的診療報酬（1日単位）が望ましい。

### (5) 特殊疾患療養病棟

現行診療報酬体系において、特殊疾患療養病棟は重症身体障害・難病等限られた疾患を対象として運営されている。しかし、常時医療を必要とする多くの長期入院患者が、急性期病棟においてしか入院医療が継続できないという現状を考えると、医療必要度が高くかつ長期入院を要する患者（例：重症呼吸器疾患、重度肝硬変、身体障害を有する透析患者、MRSA感染患者等）を受け入れられるように制度変更することが必要である。

診療報酬は、状態別分類による包括的診療報酬（1日単位）が望ましく、各地域で医療保険対応の療養病床が当該病棟に転換するこ