

とで、急性期病棟の運営を支援できるとともに慢性期入院医療の考え方が確立すると考えられる。

(6) 緩和ケア病棟

各地に増えつつある緩和ケア病棟であるが、2002年4月より外来における緩和ケア治療が可能となった。今後は、短期滞在型入院と在宅医療の支援機能が充実し、利用者の病態変化に即応できる緩和ケア医療の提供が期待される。

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。

(7) 結核病棟・感染症病棟

近年、結核は再興感染症として患者数が増加しており、また感染症法1類・2類等の感染症患者を主体とした入院病棟も必要である。これらの患者数の動向を常時調査し病床数、その他体制整備を行う必要がある。

(8) 精神病棟

現行医療法上の規定は精神病床であるが、診療報酬の上では入院基本料算定精神病棟の他、特定入院料を算定する病棟として精神科急性期治療病棟・精神療養病棟・老人性痴呆疾患治療病棟・老人性痴呆疾患療養病棟に機能分化している。

今後の精神医療の質の向上には、次の点が重要である。

- ①短期集中的な急性期医療の充実
- ②体系的な精神科リハビリテーションを行う治療体制
- ③ストレス関連疾患、児童思春期精神疾患、痴呆性疾患、中毒性疾患等の治療形態の多様化
- ④退院を促進するための社会復帰施設の充実

これらの病棟（施設）機能分化を進めると同時に、病棟（施設）間での連携を推進し、地域における総合的な精神医療・福祉体制を構築する必要がある。そのためには、地域に密着し急性期から慢性

期の精神医療を担ってきた中小規模の精神科病院が、地域におけるネットワーク機能の中心となることが期待される。

以上、入院医療提供体制の整備について述べたが、病院の配置・病床数は地域によって実情が異なる。ひとつの大規模病院がすべての入院医療を提供しているような地域もあり、このような場合上記の病棟を併せ持つケア・ミックス型の病院になることも考慮する必要がある。

また、2003年8月までに届出することとなっている病床区分（一般病床と療養病床）では、本報告における特定機能病棟・急性期病棟・地域一般病棟が一般病床に属し、回復期リハビリテーション病棟・特殊疾患療養病棟が療養病床に属すと考えられる。緩和ケア病棟は今後機能拡大も予想されるが、現行では療養病床の1型と見なすことが適当である。

VI. 外来医療提供体制の整備

外来機能は、プライマリケア機能・専門医機能に分けられる。今後は専門医により治療方針の策定、セカンド・オピニオンが行われ、プライマリケア医により治療が行われる、というコンサルテーション機能も推奨される。

外来医療はこのように機能分化されていることが望ましいが、わが国の外来機能は分化されているとは言い難い。診療所もプライマリケア中心のものから各種専門医療を行うものまであり、病院の外来においてもプライマリケアを行っているものもある。また、1人の医師がプライマリケアと専門医の両者を担っていることも稀ではない。

わが国の医療はフリーアクセスを基本としてきたが、利用者の病院志向が強いため、外来患者は大病院に集中している。それに対して、診療報酬改定の度に病院外来集中抑制の経済誘導を試みようとしているが、実際に導入される制度は意図と反対に逆誘導となっており効果は上がっていない。

一方、病院に外来患者が集中することによる病院機能・人的資源の分散も見受けられる。今後、特に急性期病棟において高密度の急性期医療を提供して行くためには、現行をはるかに上回る十分な人的配置の集中が求められる。そのためにも病院は入院機能と外来機能を明確に分離し、それを利用者へ提示する必要がある。

医療機関の広告規制緩和等により情報提供が推進され、個々の医療機関が自院の外来機能を判りやすく提示することにより、利用者が的確に医療機関を選択できるようになり、外来の機能分化が促進されていくことが期待される。

また、在宅医療もさらに充実させる必要がある。地域における医療機関・介護施設のネットワーク機能は、入院医療に偏りがちな高齢者医療の在宅療養推進に大きく貢献するものと考えられる。