

論 点 整 理

- 1 精神医療の基本的方向性
- 2 精神病床の役割と機能分化等のあり方
 - (1) 病院、病床機能等を検討する方向性
 - (2) 患者の病態と機能分化のあり方
 - ① 基本的考え方
 - ② 急性病棟・専門病棟
 - ③ リハビリテーション
 - ④ 療養病棟
 - ⑤ 痴呆病棟
 - (3) 公私等の病院の役割分担
- 3 精神病床の人員配置基準のあり方
- 4 受入条件が整えば退院可能な7万2千人について病床機能区分として対応する方向
 - ① 入院期間の違いに応じた施策の方向
 - ② 年齢、状態等の違いに応じた施策の方向
 - ③ 本人の意向に応じた施策の方向
- 5 現在の病床区分を前提とした、現行の病床算定式の見直しの方向
- 6 地域医療体制のあり方
 - (1) 精神保健福祉法等に関する事項
 - ① 入院形態について
 - ② 処遇方法について
 - ③ 精神医療審査会について
 - ④ 指導監査・第三者評価について
 - ⑤ その他、医療の質に関する事項
 - (2) 医療法、医療計画等に関する事項
 - ① 通院医療体制等
 - ② 精神科救急医療体制等
 - ③ その他、医療の質に関する事項

これまでの検討会における意見を事務局として整理したもの

1 精神医療のあり方等に関する意見

- 既に病気になった方もさることながら、今後も病気になる方が一定の確率でいる訳であり、これらの方々が現在の精神医療を受けることが幸せとは考えていない。幸せな精神医療を受けられるような方向付けができることを期待（第1回）。
- 精神疾患にかかったとしても、誰もが安心して暮らせる地域社会でなければならない。地域住民の一人として当たり前のように医療が受けられるということは極めて大事（第1回）。
- ぜひ変わらなければ意味がない、それでも現実に基づいた議論をしていきたい。これだけ精神疾患、メンタルヘルスのニーズが広まっている時代なので、誰が明日なってもおかしくないという認識のもとで、自分の問題、当事者の問題として議論していきたい（第1回）。
- 一般の人が軽く入院して急性期だと言われる場合もあり、軽いノイローゼで長期入院になり慢性期障害になり精神障害となる場合もある。ユーザーも安心してかけられる医療が必要なのに、精神病患者は決して医療に安心してかかっていない。まず、安心してかけられる医療が欲しい（第1回）。
- 病棟現場に足を踏み入れれば入れるほど感じるのは、精神障害者の入院されている方々の人権は、こんなに踏みにじられて良いのかと絶句している。ものを言いにくい環境だからこそ、そのままにされてきたんだろうというふうに思わざるを得ない。これがこのまま続いていいとはとても思わない（第1回）。
- 社会保障審議会の障害者部会が出した基本的考え方を踏まえて、どれだけ精神病床が一般病床と差別がなくなるかがポイントと考える。できるだけ精神病床の機能分化、病床削減等を通じて、今後の良いあり方が検討できればと考えている（第1回）。
- これまでも一般病床と精神病床の格差がほとんど埋まらない状況があったが、これが繰り返されるのであれば、こういう検討会を何回開いても意味がない。前向きに変えていくことを前提に議論を進めていきたい（第1回）。
- これまで検討結果に基づき種々展開されていくであろうことを期待してきた訳ですが、率直に言って精神医療の幅が広がっただけで数字を見る限りはあまり変化がない。でも環境は整ったと実は思っており、既に出そろっている問題をどのように実際に力と変えていくかという点でこの検討会に期待している（第1回）。

- これまでの検討は、病床を減らして地域に患者を帰していくという中で、社会復帰施設を充実することはかなり語られてきているが、外来医療、地域医療の充実については大変不十分だったのではないかと（第1回）。
- 精神病床削減分をどのような地域資源に転化できるかということ推測して、それに基づいた地域資源の整備を計画して実行するということが重要。例えば、何床ぐらいが自然減で、何床ぐらいがグループホーム・援護寮等の新設で対応できるか。何床ぐらいがACT等で対応できるか、老人施設に移行できるかとか、こういう推測がやはり必要。その際、日本は民間の精神科病院が多いが、設置主体ごとに一定の比率で削減を行うということが必要（第5回）。
- 精神病床削減は、誘導方法を考慮しないと、なかなか進まないだろう。たとえば、国立・都道府県立は行政的な命令によって行うことができる。日本においては、ただ減らすのではなくて、地域の施設とか支援システムに転化するモデル事業を率先して行うということが、国公立病院については必要（第5回）。
- 病床削減をするということは介護保険の転換等で病院の看板を変えて病床の削減をするのではなくて、7万2,000人の社会的入院者の一人一人を本当に地域に返すこと（第5回）。

2 精神病床の役割と機能分化等のあり方に関する意見等

(1) 病院、病床機能等を検討する方向性に関する意見等

- 自らが望んで行けるような環境や教育状況などが地域にあまりになさすぎた。こうした面も含めて変えていく作業を伴いながら、私たちが望むときに必要とする医療・治療の環境を作りたい。不必要なものは転換して、地域でのサポート体制というふうに、高齢化社会が進み、障害者も増加していく社会にマッチした姿に変えて欲しい（第1回）。
- 精神病患者はリハビリの対象物等ではなく人間であり、そうした病気や障害を抱えた人たちのために、うちはこうだから、あだからという問題ではなく、精神病床を減らして欲しい（第1回）。
- それぞれの病棟機能の役割、そのゴールが見えるような形で議論され、地域社会や社会復帰施設につながり、また社会復帰施設も精神障害者の方を抱え込むのではなく、地域社会にきちんと送り出していくという行動がとられるような形であればありがたい（第1回）。
- 入院して本当に退院できるのか、社会的入院にならないか等と思わせないような医

療をしっかりとしなければならないと考える。現実のままで行くとすれば、7万2千人の方もそのままだろうし、新たな社会的入院も生み出すだろうから、それをしないためにこの検討会があると考えている（第1回）。

- 昔に比べると精神病院そのものはきれいになり、人権的な配慮もよくなり、社会復帰施設も整備されてきているが、歴史的に様々な役割を担ってきた精神病院そのものがずっと残っていることは事実であり、今後どのように変わっていくのかが問われているのではないかと（第1回）。
- 地域医療・ケア・サポートの問題、施設の問題、精神病床の機能分化、これらが一定となって進まない、病床を単に減らせといわれてもおそらく行き場のない人たちの問題など、精神病床削減ありきだけで進む問題ではない。
日本の精神医療が構造的な問題、なぜ長期在院者が生まれたのか、そしてどうしていくのかも議論されないといけない（第1回）。
- 病床の機能分化を進めるのは非常に難しい問題であり、病棟単位では非常に医療の無駄が出る可能性があることも含め、診療報酬上でまず区分して、それで良いとわかった時点で医療法に切り替えていくという手法が現実的なのではないかと（第1回）。
- 保険者としては患者本位にやって欲しい、保険料を大切に使うって欲しいというのが当然あるわけであり、課題としては、病床数をいかに減らしていくか、平均在院日数をいかに減らしていくかである。その方法論をどう詰めていくか、具体的な施策に反映させていくかだと考えている（第1回）。
- （小さい病院、あるいは地域ケアを行う病院の役割にも着目して）病床の機能分化を図る場合に、病棟単位ではなくて、病床単位で考えていくことも必要（第3回）
- 第4次医療法改正で精神病床以外のところの検討のとき、日本は病床は多いが、人口当たりの医師数なり、看護職の数は、ヨーロッパ諸国と比較しても決して低くない。つまり、いかに機能分化をして集約していくか。したがって、精神病床以外の医療の提供体制の改革というのは、病床を減らして機能分化をして、人員配置を厚くしていくという方向で動いている。もし精神病床に限定して考えるときも、日本の現状というのはそういう状態だというふうに認識していいのか（第3回）。
- 現在のマンパワーをそのままにして病床数を減らすと、それなりの機能強化ができる。病床当たりの人員投入は増える。つまり、資源は濃縮されるということになる。統計的にそうですし、また、政策としても、その方向で進んでいる。つまり、機能分化をして、急性期には資源を投入していこうというふうになっている。その方向は、一般病床も精神病床も合致している（第3回）。

- いわゆる1ヶ月に5人ぐらいしか入院がないような病院については、そうした病院の機能というのをも改めて1つの枠組みとして考えてみる必要があるのではないか（第3回）。
- 一体どこで精神病の治療をするのかという考えが必要。大学では精神病の治療はほとんどしていただけない。そういうところで育っていきますから、なかなか若い精神科医が育ってこないという問題がある。やはり病床というものはもっと病床に近づけるべきで、それ以外のメディカルなモデルが余り要らない方々については、今度は居住環境とか生活環境の問題を議論すべき（第4回）。
- 治療の場ということと、暮らすための場ということはきちんと分けて、保険の種類も含めて議論されていかないといけないのではないか（第4回）。

（2）患者の病態と機能分化のあり方に関する意見等

① 基本的考え方

- 急性期治療が必要な方には急性期治療の場を、退院に向けたサポートの必要な方には退院に向けたプログラムをきちんとたてて欲しい。そうしたものが不要な方には、福祉プログラムという形で精神障害者も限らずに、高齢者も他の障害者も含めて地域の中で一体の総合的な福祉プログラムという形で分けるべきである（第1回）。
- 患者の数・入院数は減っているかも知れないが、いろんなどころに行くと、入退院の数がすごく増えている。退院はするが、すぐに再入院することが多くなっている（第1回）。
- 精神科のある総合病院では、大半が三次救急、二次救急を担い、どちらかと言えば生命維持を前提に起こっており、今後は、後背病院がないというアクセスの問題が大きな課題になってくる。また、福祉サービスの提供等のアクセスを図る上で、米国のナーシングホーム等に類似する施設の有無、現行の社会復帰施設の役割なども示して議論すべきである（第1回）。
- 総合病院の精神科は、一般医療とともに行う身体合併症への機能とか、精神科救急医療も可能であり、それぞれの医療機関によって発揮できる機能はかなり違うと思う。その点を明確にして、いいところを伸ばしていくことが必要。また、一律の質の向上は難しいので、できるところから、スリム化して質の向上を図ることが必要。精神病床は減らすが、それに要する医療費は同じとすれば、質の向上は大いに図れるのではないか（第1回）。
- 長期在院の方は別の施設に入ってもらい、外来で診療所の医師に診察を受けるよう

なこともできるのではないか（医師の重点配置の観点から）（第1回）。

- 患者の特徴を踏まえた患者グループ別の将来予測が必要（第2回）。
- 入院患者層は大きく4群に考えられる。それぞれいろいろな特徴があり、考えていく方策もいろいろな特徴が出てくるのではないか（第2回）。
 - ・1950年代以降に精神科病床が急増したとき、ちょうど精神障害の好発年齢を迎えた方は入院をされ、入院が長引いたため退院がますます難しくなり、更に長期化しているグループ（歴史的長期在院者）。
 - ・最近、新しく入院される患者さんのほとんどは短期で退院されるという実態があり、これからの患者層としているグループ。
 - ・これからも生まれながらにして生活機能レベルが低く、もしくは生活機能レベルが発病によって著しく低くなっているために、入院が長期化せざるを得ないグループ（長期在院化予備群）。
 - ・最近、精神科医療を利用されるようになってきている高齢者、特に痴呆患者のグループ。

② 急性病棟・専門病棟

- 実際に必要な急性期の治療病棟というのが、あまりにも数が少ないと感じている（第1回）。
- 急性期病床については、より医療密度の濃い仕組みを作っていくということが大事（第2回）。
- 急性期の病棟あるいは病床をもう少し全国的にふやしていかなくてはいけない。機能分化は進んできたが、現在の急性期病棟の数はちょっと足りない（第3回）。
- （急性期病棟が広がらない）ネックは、急性期の病棟自体に長期の重症の患者さんがいて、なかなか回転しないベッドがあるという問題を抱えていらっしゃると思う。そういう点とか地域差などを考えて、幾つかの基準をつくって増やしていくという考え方をする必要（第3回）。
- （急性期病棟には）質が担保されないといけない。48：1という基準では救急急性期は絶対にやれない。当然、一般科と同様に、16：1が急性期治療では基本だろうというふうに考えるが、診療報酬上、32：1等の傾斜配置等も可能かもしれませんが。これは医者だけではなく、看護基準に関しても、質を確保する（第3回）。
- 急性期という形でどれだけ回転していくのかという問題も出てくるときに、現在のように40～60床の間で急性期病棟を位置づけていって、小さな病院はそれで本当に

取れるのかどうか。例えば 100 床未満の病院もあるわけですから。そういう意味では、例えば「病床単位」の中で 16：1 という世界を入れてきてもいいだろうと。つまり、その病棟の中では少なくとも医師の数は増えるわけですね。そういう考え方も 1 つあるのではないか（第 3 回）。

○ 特に急性期の病床は、入院の長期化を防いでいくためにも、人員の手当てをきちんとしてケアをしていかないといけない（第 3 回）。

○ 急性期病棟の機能は、精神科救急とか精神科急性期治療を遂行する機能がある。総合病院精神科病棟の場合には、これに加えて身体合併症の急性期治療機能を有するだろう（第 5 回）。

③ リハビリテーション

○ 社会復帰リハビリテーション病床などといったような地域ケアとの段差をなくすという方向も引き続き大事。もちろん、地域ケアの強化が大前提にある（第 2 回）。

○ 7 万 2,000 人の問題ですが、恐らくこの中には、さまざまなニーズを持った患者さんがいらっしゃる。ただ、従来の専門病床ということを考えてみると、療養病床と痴呆病床しかなくて、選択肢が非常に限られている。やはり社会的にもう少しリハビリを一生懸命やれば何とか地域生活が可能な患者さんに対しては、もっとコメディカルを含めたリハビリ機能が充実されるべき（第 3 回）。

○ 1 つは 1 年未満のグループ、それから 1 年以上のグループで、1 年以内のグループというのは、いわゆる残存曲線から見ても、1 年以内に 8 割近い人が退院しているということで、その人たちの対応に関しては、急性期対応、医療の質の向上とインテンシブなリハビリテーション、そこでかなり解決できるのではないか（第 3 回）。

○ 精神科リハビリテーション病棟ですが、やや遷延化して、半年では治療が完結しない対象群も結構いるため、濃密なリハビリテーションや心理・福祉的な援助が必要な患者を対象とする（第 5 回）。

④ 療養病棟

○ 機能分化が進んでいると言われているが、療養病棟の広がりが一番目につく。これは、収容型の医療の現場がそのまま広がって、包括点数がつけられただけで終わっているように思えてならない。そうだとすれば、福祉の方に転換していく方策を検討し、医療保険で賄うべきもの、介護保険で賄うべきものとの厳然と区別していくという議論があって欲しい（第 1 回）。

- ニューロングステイの患者さんをどうするかということは非常に大きく我々に立ち
はだかってくる大きな問題（第2回）。
- 慢性重症例の治療病棟も必要。慢性活動性の病態を有する患者というのが一定数い
て、治療に反応しにくい患者を対象とする。欧米などでも、こういったグループに
対する積極的な治療というのは行われている。こういうグループに対して入院期間
を限定しないでアクティブに治療して、社会復帰に持っていくというような取り組
みが必要（第5回）。
- 精神療養病棟は現在、入院期間の限定がないために、どうしても退院へのモチベー
ションが下がってしまう。病院の経営には貢献しているかもしれないが、社会復帰
という観点ではちょっと問題がある。将来的には、リハビリテーション病棟とか目
的性を持った病棟に変えていくべきではないか（第5回）。
- 慢性重症等慢性期の病棟・病床も更に分化の必要性がある。なぜなら、今の療養病
床あるいは療養病棟が、退院に向けたインセンティブをどうも持ちにくい構造にな
っているが、ここを何とかして縮小していくという方向につながるため（第5回）。

⑤ 痴呆病棟

- 日本の精神病床は確かに数は多いが、米国等ではナーシングホーム等が含まれてい
ないという説明があったが、その他米国では痴呆の方は精神病床にはカウントされて
いないが、日本では痴呆等も精神病床にカウントされている（第1回）。
- 痴呆症の方というのは精神科病床の患者グループの中に位置させるということで果
たしていいのかという疑問を持っている（第2回）。
- 老人性痴呆病棟は、急性の幻覚妄想等を伴う例は急性期病棟で対応可能だろう。一
般的には、痴呆は老人の一般病棟あるいは老人保健施設、特養あるいは在宅でケア
する方向にありますから、徐々に一般の痴呆対応の例に倣って精神病棟の役割から
少しずつ外していくべきか（第5回）。
- 特に処遇上の問題から言うと、痴呆の患者さんは急性期専門状態等を除けば、やは
り施設で処遇される場合も精神病院の中で処遇される場合も同一の処遇基準であっ
てほしいと思う。精神病床として本来カウントすべきかどうかは、やはりもう少し
議論を煮詰めた方がいいのではないか（第5回）。
- 痴呆は、これから高齢化社会でだんだん増えていく。そうすると、新たに痴呆だけ
を対象とする精神科病院というのは増えている。ですから、精神病床の中に含めて
いくと、どんどん増えていき減っていかない。ですから、精神病床ではなくて、別

な形での処遇ということが必要かなという感じがする（第5回）。

（3）公私等の病院の役割分担に関する意見等

- 国公立病院は政策医療（措置入院率等）にどの程度タッチしているのか（第1回）。
- 公私病院の役割の在り方で、これは非常に大きいと思う。本来、政策医療的なものをやるのが公的病院の役割だと思うので、その辺りの検討も入れておかないと、民間と公的と一緒に議論するというのは非常に粗っぽい議論になる（第2回）。
- 公的な病院でも、公的な単科病院と公的な総合病院では役割が違うと思う。公的な単科病院のほうは、措置入院とか精神科の専門的な治療に特化すべきだろうし、総合病院の精神科は、ベッド数が若干多いところもあるが、やはりプライマリーケアとか、救急とかに特化していくべきだろう（第3回）。
- 公私というだけではなくて、総合病院と単科病院という区分も必要だと思う。総合病院は病院数はそんなに増やさなくても、ベッド数を縮小して、その中でやれるような診療報酬基準を設定していただくと、総合病院と単科病院の連携はうまくいくのではないかと（第3回）。
- 問題は、今年から特定機能病院（DPC）が導入されたが、精神科は外された。そうすると、いわゆる総合病院の中での精神科が幾らがんばっても診療報酬が上がらない。学問的な評価ではなく、診療報酬上、他科からばかにされるんだと。我々はとてもたまらないという学者の御意見もある（第3回）。
- 単科の精神病院では、3次救急、あるいはコンプレケーションの患者さんの対応はとてできないので、総合病院の精神科に委ねたいと思うが、その連携が非常にうまくいかない。なぜかという、総合病院の中での精神科の機能というのが、単科の精神病院とは質の違うところでまたがんばっておられるのではないかとということで、その辺が非常に今後の問題点になるのではないかと（第3回）。
- （総合病院は）ある程度救急とか合併症などに特化したような、短期入院でやっていくべきだろう。やや長期になって専門的にじっくり治療するのは、公的・民間を問わず、やはり精神科の専門病院でお願いするというふうなスタンスでいる（第3回）。
- 公私病院の役割というのは非常に大きいわけで、機能分化ができないという部分は、やはり患者さんの重症度も実は大きく関与しているだろうというふうに思う。重症度というのは措置入院という部分だろう。本来であれば、公的病院が精神保健福祉法上は取らなければいけないことになっている。そこで入院させて患者さんを診て

いかなければいけない（第3回）。

- 総合病院の精神病棟には初期診療機能がある。他科医療と連携した初期診断、初期治療、身体疾患との鑑別に有効。混乱している患者がすべて統合失調症というわけではなく、中には脳腫瘍であったり、甲状腺機能亢進症みたいな内部疾患であることもある。こういうものを初期の段階できちんと鑑別診断しておく。やはり精神科医だけでは困難で、他科の医師とともに連携しながら診断をしていくという機能が総合病院にはある（第5回）。

3 精神病床の人員配置基準のあり方に関する意見等

- 看護師の問題はほぼ解決しつつあると思うが、医師数については毎年200名程度の精神科医しか養成されないなかで、全ての病床を16:1とするために70年を要する。現実を踏まえた出発も必要である（第1回）。
- 精神科の医師が48名の患者を担当することは不可能であり、新入院であれば数名～10名程度が限界ではないかと思うが、しかしながら、精神科医を大勢養成するという夢のような議論をしてもしょうがない。
少なくとも、精神科救急あたりには10:1くらいの配置など、医師の重点的な配置も必要なのではないか（第1回）。
- 精神科の医師数が48:1という現状では本当の病棟の中で相談することもできずに、ただ時間を無為に過ごすしかないという声が一番多い声として届いている（第1回）。
- 国際的には、医療の質を担保する仕組みというのは大きく3つないし4つというふうに言われている。1つ目は、構造的な施設基準で、施設、人員配置、面積など。2つ目は、専門家のスタンダードというもので、ガイドラインや認定医制度といったような仕組みがある。3つ目に第三者による評価で、日本医療機能評価機構やISO、精神科病院のピアレビュー、オンブズマン制度など、さまざまな仕組みが我が国でも今、進められている。また、国際的には患者さんの選択というのも大事だというふうに言われている（第2回）。
- 退院を促進することによって、結果的にもしベッドが空くとしたら、そういう空いたところの医療スタッフを再配置することによって、我々が人員配置基準の向上を目指した再構築をしなければならないだろう。その状態像に応じた病床機能分化による治療提供体制というものを新しくつくるべき（第3回）。
- 医師の数などかなり地域差が激しいことは皆さん、意見が一致されている。全国的な質のレベルを上げていく意味では、診療報酬などでの経済誘導というのは必要（第

3回)。

- もう少し質を担保するのが、看護師の数ということであれば、もう少し上のレベルの看護基準というものもきちんと出して、そうすることによって現場の努力というものを引き出すということも必要だろう(第3回)。
- 7:1のその他看護というところも結構たくさんあって、そこに含まれている患者数はとてもたくさんある。それが、通常の2:1というふうなところが上で頭を押さえているのだとすれば、もう少し上の基準を示すことで、看護の裁量の枠を広げることで、その辺ももう少し潤うのではないかとということも考えられる。実際には、その他看護というものは基本的にはなくしていく方向で考えていくべき(第3回)。
- 7:1というのは、もし70床だとすると、その他看護でいくと10人でよいということになる。夜勤を含めて、10人で70人を看る。これは本当に医療機関ですかと、自分でも疑いたくなるようなことがある(第3回)。
- 医師が、仕事に対するプライドを持つことができるというのは、背後に人を大事に思えるようなゆとりがあって初めて、目の前の病む人に対する姿勢としてきちんとしたインフォームド・コンセントが可能な状態になり得るのではないかと。現在の人員配置で、現実的に発生しているものは、目の前の1人1人の患者の状態や人生設計等が忘れ去られているということの結果としての長期入院、当事者にしてみれば、そのまま放置されている、そういう時間が余りにも多いなと感じている(第4回)。

4 受入条件を整えば退院可能な7万2千人について病床機能区分として対応する方向に関する意見等

① 入院期間の違いに応じた施策の方向

- 7万2000人のうち1年未満の入院期間の方が2万1400人もいらっしゃる。これらの入院患者は、社会的機能を持っておられて退院されている。
(1年を超える)長期の入院の患者さんをどう対応したらいいのかというところで、大きな問題になっているのではないかと(第2回)。
- 入院期間が1年以上と長引くと退院を希望される方が現実には減ってしまうという、これは臨床的な体験と一致する部分。特に長期に入院されている方の場合ですと、いろいろな社会支援に対する知識が十分に持てない状況に置かれているということが非常に大きい要素。実際、長く入院されていて、当初は退院を渋られているけれども、リハビリ活動をやって何とか地域で生活できると、やはり二度と戻りたくない、何とか地域生活を続けたいという方がたくさんいらっしゃる。これは長期の方で直接は退院に不安を持っている方でも、そういう働きかけは非常に大切であるこ

と、そういうバックがあるんだということを理解して解釈しないといけない（第3回）。

- 問題は1年以上の退院の方。大まかに考えると2つのグループがあるように思う。要するに、地域のリハビリで支えていける部分、かなりADLが自立している、あるいは医療ニーズが少ない、この方たちはいわゆる地域生活支援の内容を充実させることで対応できる。もう1つのグループとして、ADLの低い、あるいは医療ニーズのある方、この方々にどう対応していくか、その問題がある（第3回）。
- 1年未満という患者さんたちは社会的な機能をしっかりと持ったまま退院していかれるから、地域で生活もしっかりとできる。問題は、長期の入院の患者さんたちをどういう形でサポートしていくのかというのが大きな問題（第3回）。

② 年齢、状態等の違いに応じた施策の方向

- いわば歴史的長期在院患者とおっしゃられる方々の社会的な受け皿については時限的な枠組みでの施策が必要であるのかどうかを考えるのは、現在の社会的入院患者の受け皿をどう考えるかということと大変深い関係があるかと思う（第2回）。
- まさしく長期在院の患者さんたちがあと10年したらどうなっていくのかということも考えていかないと、こういう人たちを社会的入院だから云々という形の中で、例えば法的に整備をしていっていいのかどうかということも、やはりきちんと議論しなければいけない話（第2回）。
- 我々がこの20年以上入院した人たちを退院させるための受け皿づくりということで、いわゆる社会復帰施設と言うか、援護寮や福祉ホームをつくる。そうすると、今度はそこにずっと居続けてオールドオールドロングステイ・ペイシエントができていかなさうかという懸念をする。そういう意味で、私はやはり脱施設化というか、施設からどう出していくかという意味では、社会福祉施設をつくるということもその観点の中で考えていかなければいけない気がする（第2回）。
- 問題は1年以上の退院の方。大まかに考えると2つのグループがあるように思う。要するに、地域のリハビリで支えていける部分、かなりADLが自立している、あるいは医療ニーズが少ない、この方たちはいわゆる地域生活支援の内容を充実させることで対応できる。もう1つのグループとして、ADLの低い、あるいは医療ニーズのある方、この方々にどう対応していくか、その問題がある（第3回、再掲）。
- 医療ニーズ、あるいはADLの低い、特に高齢の方に多いということは、どういふふうに対応していくか。これは、単に地域のリハビリだけでは難しい。むしろ環境の整った、何か新たな施設類型といったものも考慮する必要があるだろう（第3回）。

- 7万 2,000 人の問題ですが、恐らくこの中には、さまざまなニーズを持った患者さんがいらっしゃる。ただ、従来の専門病床ということを見ると、療養病床と痴呆病床しかなくて、選択肢が非常に限られている。やはり社会的にもう少しリハビリを一生懸命やれば何とか地域生活が可能な患者さんに対しては、もっとコメディカルを含めたりハビリ機能が充実されるべきでしょうし、それから、医学的に重症の患者さんで長期療養が必要な方には、またそれなりの対応がどうしても必要になってくる。その選択肢が、療養病棟と痴呆病棟という2つだけではどうも対応が無理になってきつつあるのではないか。やはり新しい類型を考えていかなければいけない時期にきているのではないか（第3回）。
- 自立できない、要するにADLが低下してきている人たちはパーセントとしてはそんなに多くない。そうすると、この方々は介護保険制度の中でも明らかにやれるはず。ですから、そういう社会資源を使うということも可能であろう。例えば老健にしても、特養にしても（第3回）。
- もう1つの自立されている方々をどうサポートしていくのかという中で、まずは居住をどう確保していくのかということ。地域で生活していくための昔からある社会資源の必要性というものも検証していく必要性がある（第3回）。
- やはりお一人お一人の状況を考えながら退院に向けてやっていかなければいけない（第3回）。

③ 本人の意向に応じた施策の方向

- 今後の議論に非常に重要なポイントとして、本人の意向を重視すべきことがある（第2回）。
- 精神障害者というのは病院の中で長年、隔離政策でいるため、情報をほとんど持っていない。その中で聞いて回答を得る。基準が何もない人に聞きようがないから、仕方がないからということもあるかもしれないが、とりあえずは実際に回答を得ている人のほとんどは病院の中で賢いと呼ばれるような、病院にとって良い人が書く、回答する、もしくは作業所では家族会が代筆する。ほとんどそういう状態（第2回）。
- 条件が整えば退院可能という7万 2,000 という数字をどういうふうに受けとめるのか。きめ細かにそれぞれの方のニーズをフォローしないと、選択肢が今の段階では少な過ぎる。それを、どこまで個別にフォローできるのかということ（第3回）。

5 現在の病床区分を前提とした、現行の病床算定式の見直しの方向に関する意見等