

- 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・コンセントが可能になる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ど感じている（第4回）。

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間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いだろ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リ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なくてはなら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とめるとするか。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

- 宮城県では全国同様に病床利用率は落ちているが、逆に病床数は、ここ1年ほどで1,000床(痴呆病棟と療養病棟)ほど増加すると見込まれている。現在の地域医療計画、病床算定方式は、今となって見れば、必ずしも妥当ではない面がある。山形県、埼玉県でも同様のことが生じている(第1回)。
- 地域医療計画における基準病床と既存病床は随分と違う。それが結果的に影響・歪み(例えば平均在院日数が長くなっている等)を起こしているのではないかと(第1回)。
- 一般病床・療養病床にかかる算定式との主な違いは、入院率及び平均在院日数推移率についてである。入院率については、第4次医療法改正で一般病床・療養病床では、地域間格差等に対応するために地方ブロック入院率のほかに、都道府県入院率及び全国基準率を設定された一方、精神病床は、第1次医療法改正以降、一律に地方ブロック率を採用している。また、第4次医療法改正で、平均在院日数の全国的な短縮化傾向を踏まえ、一般病床・療養病床にその概念が導入されている(第4回)。
- 現行の精神病床にかかる病床算定式は、短期で退院する患者群と、歴史的長期在院患者が併存するという精神病床の患者動態の実態を踏まえた算定式になっていないこと、入院期間、いわゆる平均在院日数等は徐々に短縮の傾向にあるが、これが基準病床の算定に反映されていないのではないかとということ、基準病床数に地域差が非常に大きいのではないかとということの問題がある(第4回)。

- そもそも一般病床における入院率と精神病床における入院率が同じ性質のものでないとしたら、ただ導入するということは不十分な面があるため、それを整理していく必要があるだろう。精神病床に平均在院日数推移率を適用する場合もその平均在院日数の減少率というものが適用できるかどうかという点も要検討（第4回）。
- 精神病床で地方ブロック率が適用されているが、当該圏の入院率が地方ブロックより低い場合には高い入院率が適用されるため、そこで過剰な病床数が発生するのではないかという問題がある。また、二次医療圏を適用した場合には、二次医療圏単位に精神病床を確保するという動機付けになり、逆に結果としては、病床の更なる増加ということが起こってくる（第4回）。
- 新たな入院患者については、一般病床に近い患者動態を示している。それから、入院患者残留率は、入院期間が1年に近づくにしながら低下度が小さくなる。入院期間1年以上の患者さんは退院の可能性が極めて小さくなって、その患者動態は著しく1年未満の患者さんと異なっている。そのため、平均在院日数や退院患者の平均在院日数が著しく延長するのが現状（第4回）。
- 一般病床と同様の構造の算定式を精神病床に適用する場合には、退院可能性の高い1年未満の入院患者を対象とすることが適切と思われ、この場合、一般病床のように在院率を用いるのではなくて、入院率、新たな入院の発生といったものを用いるのがよいのではないか（第4回）。
- 1年未満入院患者の平均在院日数も大きな変化がないことから、平均在院日数の減少率をそのまま算定式に導入することは難しいと思われる。それから、新たな入院の発生状況、生まれた算定式の構築が可能か、これは更に都道府県を単位にして、もう少し検討していく必要があるのではないか（第4回）。
- 1年以上の在院患者については、ある時点での患者数を基礎に当該患者の動態、退院状況は退院促進目標等を反映する計算式の仕組みが考えられる。これは、現実にかこうした1年以上で退院できにくい患者が相当数いるという事実を踏まえた上で、ニーズ調査等の結果等を踏まえたその在り方というものを構築していかなければいけないというもの。当面は入院期間で区分することが現実的ではあるが、将来的にはその患者の病態等、例えば高齢の患者数が相当増加しているといった現実等も考慮する必要。また、病床が区分されるのであれば、その区分ごとに対応をすることが適正ではないか（第4回）。
- 基準病床数に地域差があるが、精神病床の多い都道府県は、人口万対病床数の中に任意入院患者、65歳以上の患者、在院機関が長期にわたる患者、器質性精神障害が多い特徴がある（第4回）。

- 都道府県別の差の見られた部分は、いわゆる歴史的長期在院患者等を中心とした患者群である可能性が高い。つまり、高齢である、任意入院であるといった部分から見た場合に、ある時期に入院なり、長期に退院できなかった人たちが中心に構成している可能性が高いと。これらの患者群の退院社会復帰には、一定の対策が必要であることに配慮することが必要である一方で、高齢の在院患者が増加していることや今後の精神保健福祉対策の方向も考慮する必要がある。勿論、その中に痴呆性疾患の人も5万人程度入っているということもある。今後の精神保健福祉対策の方向や介護保険制度の動向等を踏まえながら、長期入院に用いられている病床数の是正を進めていくことが必要（第4回）。
- 都道府県別の入院患者残留曲線はその減少率に若干の差があるものの、すべての都道府県で入院後3ヵ月以内の減少率が大きい曲線を形成しており、短期については、新たな入院の発生状況、退院状況に都道府県差のある可能性はあるものの、一般病床と同様の算定状況は十分可能ではないかと考えられる（第4回）。
- 医療計画が持つ基準病床数というものが、医療計画が導入されたときと現時点で持つ意味が変わってきているのではないか。当時、供給が需要を生むという考え方で、過剰病床を何とか制限しようという考えがあった。現在では、一般病床についても基準病床数を取り払った場合、無制限に病床が増えるかということについては、相当疑問を呈する人が多い（第4回）。

6 地域医療体制のあり方に関する意見等

(1) 精神保健福祉法等に関する事項

① 入院形態について

- 夜間外開放、個別閉鎖処遇、終日閉鎖処遇のそれぞれの入院形態別の内訳が検討の出発点と考えており、こうした処遇内容別の病床数などはないか（第1回）。
- 全国の措置入院率1%というのは知っているが、その中身をもう少し掘り下げたい。地域差がある（第2回）。
- （措置入院の受入状況を考えるに当たっては）1年間で新規に発生した措置患者さんをどれだけ引き受けているかということが一番大切なこと（第2回）。
- 各都道府県間で入院形態ごとの割合の差を認めるが、そういった入院形態の割合の差は、それぞれの県の人口10万人当たりの精神病床数に起因するわけではない（第4回）。

- どの入院形態についても、人口 10 万対病床が多い都道府県は、在院期間が長い患者の割合が多くなっている（第 4 回）。

② 処遇方法について

- 精神病院には、おりが付いている。「がちゃ」つとかぎが閉まる。任意入院者は開放処遇で扱うこととなっても、実際はそういうことは行われていない。かぎをかける必要はないのではないか。私はこのことに対しては構造物の転換が必要だと思う（第 2 回）。
- まずそういう構造をしている建物の転換が必要。人間は環境によって生きるわけで、自由な環境であったらそんなに難しいことを考えなくても、例えば私たち患者も外に自由に出ていろいろなりハビリを自分でしていると思う。まず、根本的な考えとして、患者、いわゆる入院者があり、慢性期病床、どの病棟の構造物に対してもこの中で自由開放にしたらどうなるかという考えの基点を持って政策的課題を提出していただきたい（第 2 回）。
- 精神障害者の「檻と分厚い鉄の扉の鍵」の隔離治療が精神障害者にどんなに我々精神障害者の人権侵害を与えているか、を考慮し、「檻と分厚い鉄の扉の鍵」を具体的に開放し「精神障害者の人権を最大限に尊重する」精神病床づくりへ進める検討が必要（第 2 回）。
- 個別の患者さんに提供する医療の質は専門家が担保する必要がある、最終的には現在の医療水準に見合う専門職のスタンダードによるところが大きいと考えらる。
（医療の方向性から医療の質の担保を考えた場合）医療の急性期の状態のときは治療が優先するので、必要な行動制限などが行われる。しかし、病状が安定して社会復帰の段階になると行動制限の必要性は低下し、逆に QOL の改善の必要性が高くなる。医療の方向性として、行動制限などはそのほかの代替的な方法がない場合に、より少ない方法でより短く行う方向へ向かっていくことは間違いない。一方、QOL の改善の必要性は、より早い段階で考慮していく必要があることも確かな方向であろう（第 2 回）。
- 任意入院の割合とその開放処遇の割合とは、数字上も一致していない。現状においては、自由意志によるサインがなされたという形でもって、本人の申し出による閉鎖処遇というような、本人は拒否することができない形での入院時のサインをとる現状になっている（第 4 回）。
- 任意入院の開放処遇の徹底というのが推し進められる必要がある。現状では、入院形態の違いによる入院後の処遇を病棟のスタッフが余り意識していない。入院治療

をしようという本人の意思があるという任意入院という入院形態の中においては、もう一度、適切な処遇方法について見直される必要がある（第4回）。

③ 精神医療審査会について

- 入院しているものにとって、唯一の入院の不服や、処遇改善を申し出ることができる機関となっているのが精神医療審査会である。しかし、病棟には「精神保健福祉センターの連絡先」が貼ってあり、そのほとんどが知られていない。精神病床にいる患者にとってはその体制も問題点だが、訴えてもまともに審議されない現精神医療審査会の機能の未成熟さが主な問題点ではないか（第2回）。
- 精神病床の機能分化に伴う「精神医療における人権の確保」を実現するため、精神医療審査会の機能の充実と公平さを求める論議が必要（第2回）。

④ 指導監査・第三者評価について

- 実際の監査調査は、事前通達監査でもあり、私たち患者は入院中から、病院で「監査の当日だけ、監査にそう事実をつくり、監査を受けている様」を目の当たりにする。実施する県や市町村の適当さや、保健所のおざなり監査により精神病床にいる精神障害者の生活は以前として変わらない。地域で精神病床等が適正運営されているかを、実際に監査するしくみ作りに関する議論が必要（第2回）。
- 大阪で行っている精神医療オンブズマンは、入院中の患者が思う声をきちんと届けることができるようにという人権擁護の仕組みの実践形態。情報の交換、入院患者への訪問支援活動、医療機関における療養環境の視察、行政施策実施にかかる改善・要望等を行っている（第4回）。
- 退院促進に向けた力として、オンブズマンの仕組みなどのような院内より押し出す力、病院が地域の中にある以上、地域の中で退院促進に必要な力、例えば作業所や生活支援センターなど、地域で安定させられる力、また、情報を届ける支援員のような方々、院外から迎えに行く力が一緒になりながら、共同して一緒に動いていくことが重要ではないか（第4回）。
- 日精協にもピアレビュー委員会というものを立ち上げ、病棟機能評価機構の精神科版のバージョンをつくり、ピアレビューをやっていこう、各支部で対応しようではないかということ去年から申し合わせ、実行している。広島県ではコンシューマーの方も入っていただき、病院の評価を行ってもらおうということで、実行に移したところ（第4回）。
- 精神医療等が適正に運営されているかということ第三者機関が見つめ直す機関を

別に組み直す必要があることを、今までの経験の中で強く感じる（第4回）。

⑤ その他、医療の質に関する事項

- 精神障害者死亡率に関し、OECDの比較データとして示して欲しい（注：データはない）。諸外国は最近、死亡率が向上していると聞いている（第1回）。
- 病院、地域において、自殺を含めどのような病名で死んでいったか示して欲しい（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）（再掲）。
- 自分たちが受ける治療計画のきちんとした説明とか、入院前にインフォームド・チョイスという形で自分たちが選べる環境が欲しいというふうに思っている。入院時の権利擁護の運用、薬の日本における多剤併用の弊害をいかになくして単剤に切り替えていくのかというふうな関わり方を求めている（第3回）。
- 大和川病院事件のデータにしろ、電話相談にしろ、病棟を訪問しているときの声にしろ最も多いのが、医師の診察、説明がきちんとない、その声が最も多いということ（第4回）。
- 医療の質の課題としては、サービスの内容の違いがわかる情報（例えば、入所医療機関に対して1人の常勤医師が受け持っている患者数、1人のケースワーカーが受け持っている患者数、任意入院の折の8時間開放処遇となっている患者さんの割合、5年以上入院となっている患者さんの割合、3か月未満で退院している患者さんの割合、OTや心理の常勤人数等）、きちんと治療できる環境ではないと患者たちが思っていることに裏打ちされる医師の不足、診察がないという現状、看護師の不足等のため、病棟から外へ出ることができないという現状、PSWの不足により、退院に向けたさまざまな調整をすることができないため、病院からの退院をあきらめざるを得なかった施設症があること、圧倒的な閉鎖処遇があることである（第4回）。
- 医療機関によって、入院時に支払うお金が同じ金額であったとしても、さまざまな違い、また、だんだん開きが出てきているなどというのを実感している。同じ金額を支払いながら、どのような医療を受けることができるのかというサービスの質につ

いて把握したいという心理が働くのは当然（第4回）。

- 長期入院が多過ぎることに関する当事者の受け止め方として、入院している方々から最も多く届いている声は、個人ごとの治療計画書をもっていない、聞いていない、渡されていない、説明等はない、やりとり等がなかったというもの（第4回）。
- 退院したいけれども協力してくれる人がいないという声も本当に多く聞く。このことの解決には、ソーシャルワーカーの配置を充実し、家族関係の調整であったり、家族との関係が切れている場合は、御本人の名前での住む場探しや地域での生きるときのサポーターになっていただける関係機関を探していく、そうした支援が求められていると思っている（第4回）。

（2）医療法、医療計画等に関する事項

① 通院医療体制等

- 通院者から見れば、病院デイケアも病院と同じであり、病床の問題を考えるのであれば、その後の病院への通院の部分の数字も具体的に知りたい（第1回）。
- 地域ケアを担う診療所の課題は、往診とか訪問看護をどう充実していくか、精神保健福祉士を中心としたコメディカルによる地域ケアをどう進めていくか、入院・入所による短期間のケアができるような力をどうつけていくかという3点である（第1回）。
- 同じ人が地域の中、病院の中、あちこちの病院を退院をしながらも回っている（第2回）。
- 場をまちの中にどう移していくかということが大きい課題としてあり、1つはデイケア、もう1つは往診とか、訪問看護ということをどう充実させていくかということ（第3回）。
- グループホームだけではサポートし切れない。もう少し医療の支えがありながら、なおかつ生活支援ができるような、医療と生活支援が少し協力し合えるようなものが、例えば診療所などが運営できるようになれば少し見通しができるのか。例えば福祉ホームB型みたいなものが、診療所が運営できるような可能性があるとか、有床診療所という、診療所が若干の病床を持って、そして軽い救急のようなものに対応していくというようなことが本当はできればいい（第3回）。
- 医療計画で重要なことは、病診連携だとか病病連携だとか救急医療の体制だとか、そういう精神科の地域での診療を含めた体制をどうするかという、患者側から見た

ときの医療の供給体制というものをいかに計画としてつくっていくかということではないか（第4回）。

② 精神科救急医療体制等

- 精神科救急における相談業務は非常に大切な部門だと思うが、これをとり外して24時間医療相談体制事業ををわざわざ立ち上げた。これによりかえって、救急システムとの連携が阻害されるのではないかと心配しており、この辺も一度整理して欲しい（第1回）。
- 平成7年に発足した救急システム（輪番制、連絡調整会議、後送システム、移送）については、単科の精神病院では二次救急まで経験しても、三次救急等になると能力を超えており、こうした後送システムとの連携がうまくいっていないのではないかと考えている（第1回）。
- 救急を含めて、急性期治療というのは一番大切になる問題。これがどのような地域でも急性期医療のケアというか、急性期医療のアクセサビリティが保証されることが非常に必要ではないか（第3回）。

③ その他、医療の質に関する事項

（他の検討会に検討を委ねる事項）

- 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）。（再掲）
- 福岡県の実態調査では、グループホーム、援護寮等の社会復帰施設は、約70%が医療関係が経営をしており、はっきり言ってたらい回しされている。施設から施設に入れられ、結局現状はあまり変わらない。この病気に入ったら出口がない（第1回）。
- 不動産における賃貸契約の保証人制度を、他の検討会の場でも良いので検討していただきたい（第1回）。
- （精神疾患の高齢者の方の）ショートステイは介護保険で給付されることとなったが、精神科におけるショートステイは、安易に入院させない、医療費を削減するというためのクライシスインターベーションとして必要と考えられ、単身者の精神障害者も使えるような仕組みとして欲しい（第1回）。
- 社会復帰施設の充実及び地域生活支援体制の確立というものと、病院の病床機能分化を進めるということの間にももしもタイムラグがあれば、各諸外国で既に失敗例があるように悲惨な目に遭うから、これを同時進行して成功させなければいけない（第3回）。