

取組6

宿泊型自立訓練の地域移行・地域支援機能の強化

改正障害者自立支援法の施行に伴い、平成24年度からは**宿泊型自立訓練と就労継続支援などの日中活動サービスやショートステイの事業等**を組み合わせ**て実施しやすくするとともに、新たに創設する地域移行支援・地域定着支援を組み合わせ**て実施すること等により、病院・入所施設からの地域移行・地域生活への定着を一層促進。

～H24.3.31

H24.4.1～

▲ 改正障害者自立支援法の施行・新体系移行の期限

精神障害者生活訓練施設、知的障害者通勤寮など旧体系施設

(昼夜を通じた社会復帰のため訓練等)

※旧体系施設については、平成24年4月から新体系へ移行

地域移行・地域生活支援機能の強化を図る観点等から**宿泊型自立訓練の規制を見直し**

- ① **標準利用期間が3年の場合の報酬設定の見直し等**
 ・ 長期入院していた者等の減額単価（162単位）の適用時期を現行の2年から標準利用期間である3年を超える場合に延長。
 ・ 支給決定プロセスの見直しに伴い、長期入院者に加え、長期のひきこもりなど長期の支援が必要な場合は、標準利用期間を3年とするよう、自治体・事業者等に周知。
- ② **短期入所を行う場合の要件緩和（空床の利用）**
 宿泊型自立訓練等においても、必要な人員を配置した場合には、空床等を利用して短期入所事業が実施できるよう、基準を見直し。
- ③ **看護職配置加算の創設**
 医療的な支援を充実させるため、看護職員の配置を評価する加算を創設。 など

宿泊型自立訓練

(夜間における地域生活のための訓練等)

※ 看護職の配置を評価

＋ 事業者の選択により、次のサービスを組み合わせる実施

日中活動サービスの実施

(自立訓練(生活訓練)、就労継続支援B型など)

ショートステイの実施

(再入院の予防・悪化時の受け入れなど)

地域移行支援・地域定着支援の実施

(新生活の準備支援、24時間の相談支援体制、緊急時対応など)

連携

★相談支援の充実

- ・ ケアマネジメントの導入によりサービス利用計画書を重視
- ・ 相談支援体制の強化(地域移行支援・地域定着支援の個別給付化)など

取組7

『今後の認知症施策の方向性について』の概要

今後目指すべき基本目標～ケアの流れを変えよう～

- 「認知症の人は、精神科病院や施設を利用せざるを得ない」という考え方を改め、「認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で暮らし続けることができる社会」の実現を目指す。
- この実現のため、新たな視点に立脚した施策の導入を積極的に進めることにより、これまでの「ケアの流れ」を変え、むしろ逆の流れとする標準的な認知症ケアパス（状態に応じた適切なサービス提供の流れ）を構築することを、基本目標とする。

1 標準的な認知症ケアパスの作成・普及

認知症の人やその家族が、認知症と疑われる症状が発生した場合に、いつでも、どのような医療や介護サービスを受ければよいか理解できるよう、標準的な認知症ケアパスの作成と普及を推進する。

2 早期診断・早期対応

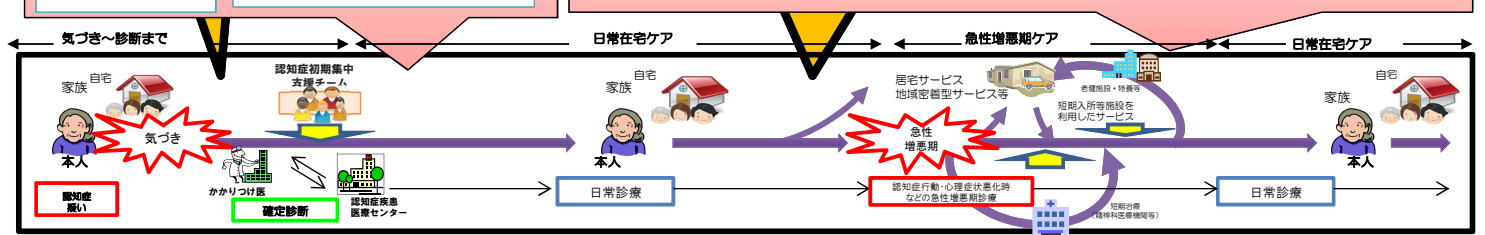
- 「認知症初期集中支援チーム」の設置
 認知症の人や家族に関わり、アセスメント、家族支援などの初期支援を包括的・集中的に行い、自立生活のサポートを行う事業をモデル的に実施する。
- かかりつけ医の認知症対応力の向上
 認知症の人の日常の医療をかかりつけ医が担えるよう、その認知症対応力の向上を図る。
- 「身近型認知症疾患医療センター」の整備
 かかりつけ医と連携し、そのバックアップを担う医療機関を整備し、早期の的確な診断、介護との連携を確保する。

3 地域での生活を支える医療サービスの構築

- 「認知症の薬物治療に関するガイドライン」の策定
 不適切な薬物使用により長期入院することのないように、実践的なガイドラインを策定し、普及を図る。
- 一般病院での認知症の人の手術、処置等の実施の確保
 一般病院勤務の医師・看護師をはじめとする医療従事者が、認知症ケアについて理解し適切な対応ができるよう研修を拡充する。
- 精神科病院に入院が必要な状態の明確化
 医療従事者、介護関係者を含めた有識者等により十分な調査、研究を行う。
- 精神科病院からの円滑な退院・在宅復帰の支援
 「退院支援・地域連携クリティカルパス(退院に向けての診療計画)」の作成等を通じて、退院後に必要な介護サービス等が円滑に提供できる仕組みづくりを推進する。
- 一般病院・介護保険施設等での認知症対応力の向上
 「身近型認知症疾患医療センター」の職員が行動・心理症状等に対する困難な事例へのアドバイスや訪問をし、専門的な医療を提供する。

4 地域での生活を支える介護サービスの構築

- 認知症にふさわしい介護サービスの整備
 「グループホーム」小規模多機能型居宅介護」などの地域密着型サービスの拡充を図る。
- 認知症行動・心理症状が原因で在宅生活が困難となった場合の介護保険施設等での対応
 認知症の症状が悪化し、在宅での対応が困難となった場合には、介護保険施設等の地域の介護サービスがその担い手となることを推進していく。
- 「グループホーム」の活用を推進
 「グループホーム」の事業所が、その知識・経験・人材等を生かして、在宅で生活する認知症の人やその家族への相談や支援を行うことを推進する。



5 地域での日常生活・家族の支援の強化

- 「認知症サポーターキャラバン」の継続的な実施
 「認知症サポーター」の養成を引き続き進めるとともに、その自主的な活動が、認知症の人を支える地域づくりへと広がりをみせるよう支援していく。
- 「認知症地域支援推進員」の設置
 全国の市町村に、介護と医療の連携を強化し、認知症施策の推進役を担う「認知症地域支援推進員」を設置する。
- 家族に対する支援
 認知症の人のアセスメント、サービス提供等を行う際には、認知症の人だけでなく、家族への支援の視点を含めたサービス提供が行われるようにする。
- 市民後見人の育成と活動支援
 全国の自治体で権利擁護の確保や、市民後見人の育成と活動支援が実施されるよう、その取組の強化を図る。

6 若年性認知症の特性に配慮し、支援のためのハンドブックを作成、配布するとともに、本人や関係者等が交流できる居場所づくりの設置等を促進する

7 認知症の人への医療・介護を含む一体的な生活の支援として「認知症ライフサポートモデル」を策定し、これらを踏まえ医療・介護サービスを担う人材を育成する

精神科医療の機能分化と質の向上等に関する検討会

＜今後の方向性に関する意見の整理＞

平成24年6月28日

精神科医療の機能分化と質の向上等に関する検討会 今後の方向性に関する意見の整理（平成24年6月28日）（概要）

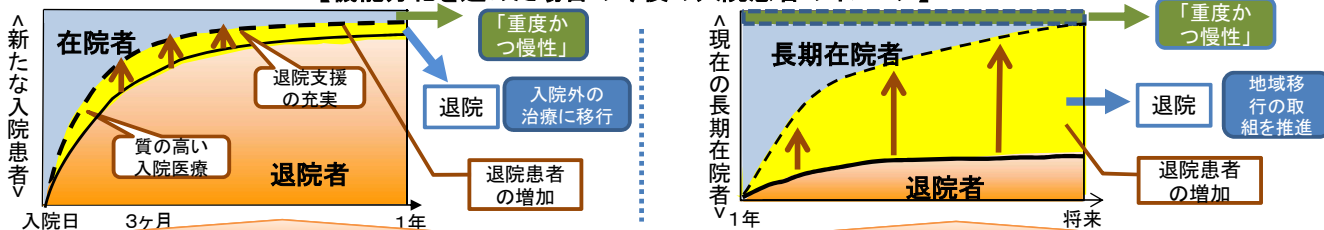
＜精神科医療の現状＞

- 新規入院者のうち、約6割は3か月未満で、約9割は1年未満で退院。一方、1年以上の長期在院者が約20万人（入院者全体の3分の2）
- 精神病床の人員配置は、医療法施行規則上、一般病床よりも低く設定（医師は3分の1、看護職員は4分の3）

＜精神病床の今後の方向性＞

- 精神科医療へのニーズの高まりに対応できるよう、精神科入院医療の質の向上のため、精神疾患患者の状態像や特性に応じた精神病床の機能分化を進める。
- 機能分化にあたっては、退院後の地域生活支援を強化するため、アウトリーチ（訪問支援）や外来医療などの入院外医療の充実も推進する。
- 機能分化は段階的に行い、人材・財源を効率的に配分するとともに、地域移行をさらに進める。結果として、精神病床は減少する。

【機能分化を進めた場合の今後の入院患者のイメージ】



- 3か月未満について、医師・看護職員は一般病床と同等の配置とし、精神保健福祉士等の退院支援に関わる従事者の配置を規定する。
- 3か月～1年未満について、医師は現在の精神病床と同等の配置とし、看護職員は3対1の配置を基本としつつ、そのうち一定割合は、精神保健福祉士等の従事者の配置を可能とする。精神保健福祉士等の退院支援に関わる従事者の配置を規定する。
- 重度かつ慢性について、調査研究等を通じ患者の基準を明確化し、明確かつ限定的な取り扱いとする。
- 精神科の入院患者は、「重度かつ慢性」を除き、1年で退院させ、入院外治療に移行させる仕組みを作る。

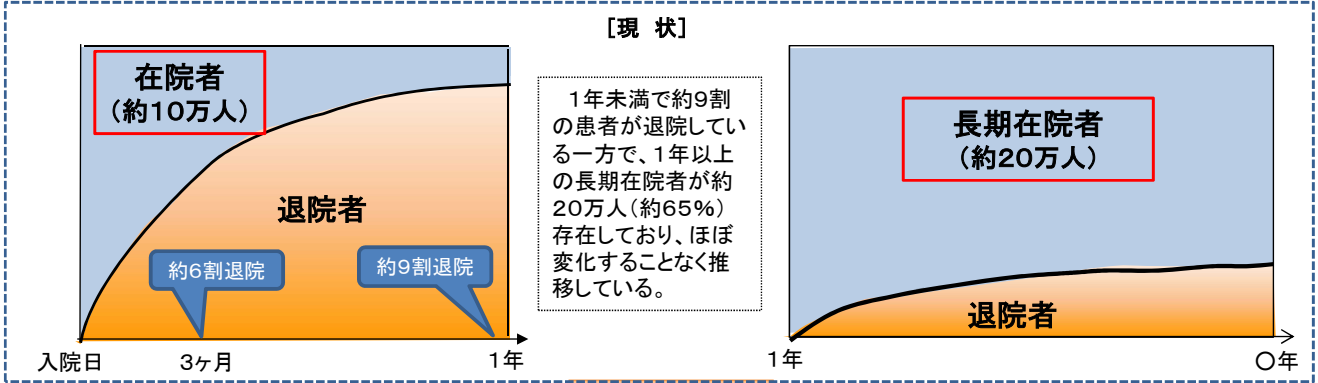
- 現在の長期在院者について、地域移行の取組を推進し、外来部門にも人員の配置が実現可能な方策を講じていくと同時に、地域移行のための人材育成を推進する。
- 医師は現在の精神病床の基準よりも少ない配置基準とし、看護職員、精神保健福祉士、作業療法士、理学療法士、看護補助者（介護職員）等の多職種で3対1の人員配置基準とする。
- さらに、開放的な環境を確保し、外部の支援者との関係を作りやすい環境とすることで、地域生活に近い療養環境にする。

以上のように、機能分化を着実に進めていくことにより、今後、精神科医療の中心となる急性期では一般病床と同等の人員配置とし、早期退院を前提としたより身近で利用しやすい精神科医療とする

精神病床の現状と今後の方向性

精神病床の今後の方向性

- 精神科医療へのニーズの高まりに対応できるよう、精神科入院医療の質の向上のため、精神疾患患者の状態像や特性に応じた精神病床の機能分化を進める。
- 機能分化にあたっては、退院後の地域生活支援を強化するため、アウトリーチ（訪問支援）や外来医療などの入院外医療の充実も推進する。
- 機能分化は段階的に行い、人材・財源を効率的に配分するとともに、地域移行をさらに進める。結果として、精神病床は減少する。



今後の新たな入院患者への精神科医療

- ・精神科入院医療の人員体制を充実する
- ・退院支援のための人員体制を充実する
- ・重度かつ慢性の患者を除き、できるだけ早期に退院し、新たな長期入院者をつくらない

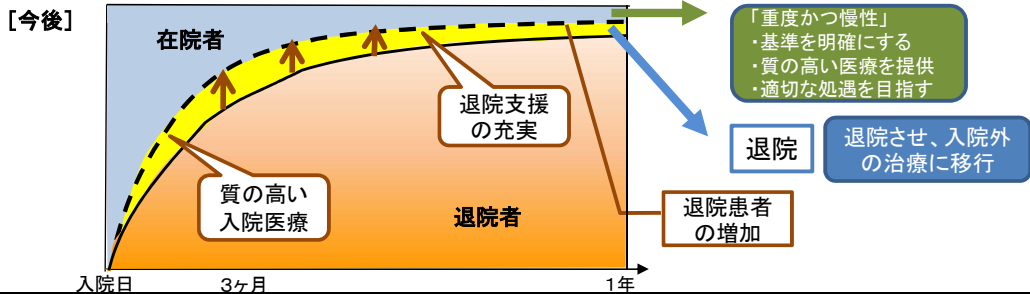
- ・重度かつ慢性の患者には、質の高い医療を提供する

現在の長期入院者への対応

- ・住居の整備等、地域移行の取組を重点的に推進する
- ・退院支援、生活支援に重点をおいた人員配置とする
- ・地域移行を進めるため、より地域生活に近い療養環境とする

上記の機能分化を着実に進めていくことにより、今後、精神科医療の中心となる急性期では一般病床と同等の人員配置とし、早期退院を前提としたより身近で利用しやすい精神科医療とする

新たな入院患者への精神科医療

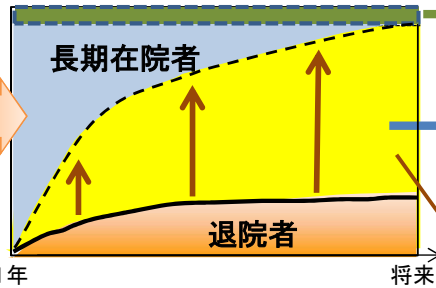


	3か月未満(精神症状が活発で入院治療が必要な患者)	3か月～1年未満(急性期の症状はある程度改善しているが、リハビリテーションや退院後の生活環境調整等に時間を要する患者)
人員体制、地域移行の取組など	<ul style="list-style-type: none"> ○安全で質の高い入院医療を提供できるようにするため、チーム医療を前提とした上で、医療法施行規則上、 ・医師・看護職員について一般病床と同等の配置とする ・精神保健福祉士、作業療法士等の退院支援に関わる従事者の配置を規定する 	<ul style="list-style-type: none"> ○生活機能の向上などの退院支援をより充実させる観点から、医療法施行規則上、 ・医師は、現在の精神病床と同等の配置とする ・看護職員で3対1の配置を基本としつつ、そのうち一定割合は、精神保健福祉士や作業療法士等の従事者の配置を可能とする ・精神保健福祉士、作業療法士等の退院支援に関わる従事者の配置を規定する
	重度かつ慢性 （地域で生活することが非常に困難な状態にあり、長期に入院治療が必要な患者）	
	<ul style="list-style-type: none"> ○「重度かつ慢性」の患者の基準については、調査研究等を通じて明確化するとともに、新たな長期在院患者を増やすことのないよう明確かつ限定的な取り扱いとする ○「重度かつ慢性」の患者については、質の高い医療を提供し適切な処遇を目指すとともに、新たな治療やアウトリーチ（訪問支援）などにより地域移行を可能にするモデルを検討する ○人員体制については、①対象を医療の必要性が高い患者とするならば一般病床と同様の配置にすべきとの意見、②多職種で3対1の人員配置とし、状態に応じた職種を配置できるようにすべきとの意見、があった 	
その他	<ul style="list-style-type: none"> ○機能分化は、実現可能な方策を講じながら、地域の状況を考慮しつつ、段階的に進めていく ○機能分化を進みやすくするため、一つの病棟で複数の状態像の患者のミックスが可能となるような仕組みを検討する ○アウトリーチ（訪問支援）やデイケアなどの外来医療の充実や、医療と福祉の複合的なサービスや、入院中から退院後の準備を地域と連携して始める方法など、新たな1年以上の長期在院者を作らないための取り組みを推進する。併せて、新たな長期在院者を作らないことを明確にするため、「重度かつ慢性」を除き、精神科の入院患者は1年で退院させ、入院外治療に移行させる仕組みを作る ○機能分化については状況を確認しつつ、一定期間ごとに見直ししていく 	

現在の長期在院者への対応

【今後】

- ・地域移行の取組を推進する
- ・生活支援、退院支援に重点をおいた人員配置とする
- ・地域生活に近い療養環境とする



「重度かつ慢性」へ分類

適切な処遇を目指す

退院

地域移行の取組みをより一層促進する

退院患者の増加

	現在の長期在院者（「重度かつ慢性」を除く）（精神症状や行動障害はある程度落ち着いており医療の必要性は高くないが、生活機能障害が重い等により、必要なサービス支援や適切な退院先が地域にないなどのためこれまで退院できなかった患者）	
地域移行の取組	<ul style="list-style-type: none"> ○長期在院者の地域移行を推進するため、 <ul style="list-style-type: none"> ・できる限り、退院、地域移行が進むような取組を重点的に行う ・アウトリーチ（訪問支援）やデイケアなどの外来部門にも人員の配置が実現可能な方策を講じていくと同時に、地域移行のための人材育成を推進する ・高齢者で要介護度が高い場合に、精神疾患のある人でも、退院して介護サービス等が使いやすくなるような方策を検討する 	<p>人員体制</p> <ul style="list-style-type: none"> ○退院支援や生活支援などの患者像に応じた支援を提供できるよう、医療法施行規則上、 <ul style="list-style-type: none"> ・医師は、現在の精神病床の基準よりも少ない配置基準とする ・看護職員、精神保健福祉士、作業療法士、理学療法士、看護補助者（介護職員）等の多職種で3対1の配置基準とする
その他の意見	<ul style="list-style-type: none"> ○地域移行を進めるためには、医療、福祉、介護などでできるだけ選択肢が多い方がいい ○地域の受け皿として、医療と福祉のサービスを複合的に提供できるような新たな仕組みを検討すべき ○長期高齢の在院者の受け皿として、精神病床でも介護老人保健施設に転換できるようにすべきとの提案があった。これに対して、精神疾患がある人でも、介護保険の対象かどうか状態像に応じて個別に判断すべき、介護保険の対象にならない者は引き続き医療や障害福祉サービス等で対応すべきとの意見があった。 ○地域移行を進めるためには、退院しても安心して暮らせる住居の確保が極めて重要である ○長期在院者の地域移行の状況を確認しつつ、一定期間ごとに見直していくべき 	<p>療養環境</p> <ul style="list-style-type: none"> ○長期の療養や地域移行のためには、より地域生活に近い環境が適切であるとの観点から、 <ul style="list-style-type: none"> ・開放的な環境を確保する ・外部の支援者との関係を作りやすい環境とする ・長期在院者のための病棟では、原則として、隔離や身体拘束は行わないこととする

新たな入院患者への対応に関する主な意見①

	3ヶ月未満	3ヶ月～1年未満	重度かつ慢性
人員体制、地域移行の取組など	<ul style="list-style-type: none"> ・身体管理など医療を提供する観点から、一般病床と同等の配置が必要（堀江構成員、樋口構成員、長野構成員、川崎構成員、小川構成員、天賀谷構成員） ・看護師は最低でも一般科と同じ3対1は必要（計見参考人、武川参考人） ・精神医療は一般医療と異なるので、多職種あわせて3対1の人員配置基準にするべき（山崎構成員、千葉構成員、三上構成員） ・多職種での人員配置基準は反対。看護配置3対1で、多職種は上乗せして配置すべき。医師は16対1必要（長野構成員） ・看護師配置と多職種配置は分けて考えるべき（小川構成員、菊池代理人、広田構成員） ・精神保健福祉士や臨床心理技術者等の多職種を配置基準に入れてほしい（門屋構成員） ・早期の退院のためには、急性期から退院支援にかかわる精神保健福祉士や作業療法士等の職種を配置し、精神保健福祉士の担当患者は10人までとするべき（長野構成員） ・退院調整は看護師ではなく、精神保健福祉士等が行うなど、チーム医療を推進するべき（山崎構成員） ・急性期にはさまざまな患者がいるので、患者の状態に応じた治療ができるよう個室も必要（計見参考人、武川参考人） ・入院生活は濃密な体制で行うべき。病室は個室を基本とし、ユニット単位での配置も認めるべき。医療観察法水準とまではいかなくても、それを目指すべき（千葉構成員） ・自宅への退院を目指すことを治療の目標とすべきであり、精神保健福祉士等の地域に退院させるための人員も必要（計見参考人） ・入院患者への内服指導等、薬剤師も大切であり、薬剤師の配置についても考えるべき（中沢構成員） ・重症の隔離室から出せない患者には、力があり技術を持つスタッフも必要（千葉構成員） 	<ul style="list-style-type: none"> ・退院支援の観点では、多職種で3対1の人員配置にするべき（千葉構成員、山崎構成員、佐々木構成員） ・看護配置3対1とした上で、退院支援などの多職種を上乗せして配置すべき。医師は16対1を目指すべき（中島構成員） ・症状が不安定な場合にも対応できるように、看護配置3対1は必要（天賀谷構成員、菊池代理人） ・財源や人員に限りがある中で、精神病床全てを看護師3対1にするのは短期的には無理であり、まずは多職種で3対1とするべき（千葉構成員） ・患者の状態により必要な支援が異なるため、看護師だけではなく、多職種による支援が必要（千葉構成員） ・看護師配置と多職種配置は分けて考えるべき（小川構成員、菊池代理人、広田構成員）【再掲】 ・多職種による退院支援と地域でのサポートが連携し、できるだけ早く退院させ、1年で地域移行すべき（川崎構成員、小川構成員、長野構成員、門屋構成員） ・外部から病院に支援が入る仕組みを考える必要がある（長野構成員、門屋構成員） ・患者の状態に応じた受け皿が必要（樋口構成員） ・自宅への退院を目指すことを治療の目標とすべきであり、精神保健福祉士等の地域に退院させるための人員も必要（計見参考人）【再掲】 ・1年未満で退院させることが、症状を慢性化させないために非常に重要（日本精神保健福祉士協会、川崎構成員） ・新たな長期入院患者を作らないことが重要（千葉構成員、川崎構成員） ・新たな長期入院患者を作らないことがまず重要であり、それと現状の長期高齢入院患者にどう対応するかは分けて考えるべき（長野構成員） ・多職種配置では、看護補助者を配置するべきではない（中島構成員） 	<ul style="list-style-type: none"> ・重複障害や重度の精神障害のある患者と考えれば、一般病床と同等の配置が必要（樋口構成員、中島構成員、小川構成員） ・現在は人員が不十分なため保護室が利用されている面もあり、1対1で人員がつくような配置にする必要がある（長野構成員） ・海外の長期重症病棟は、急性期に準ずる看護師中心の配置である（佐々木構成員） ・重度かつ慢性でも、精神疾患と身体疾患で状態像が異なるため分けて考えるべきで、身体は看護師3対1、精神は多職種で3対1の配置とするべき（三上構成員） ・重度の患者をみるためにはある程度の抑止力が必要なため、看護師だけではなく、多職種で3対1の配置が必要（千葉構成員） ・重症の隔離室から出せない患者には、力があり技術を持つスタッフも必要（千葉構成員）【再掲】 ・重度かつ慢性の患者には手厚い人員体制が必要であり、看護配置は最低3対1必要（天賀谷構成員） ・財源や人員に限りがある中で、精神病床全てを看護師3対1にするのは短期的には無理であり、まずは多職種で3対1とするべき（千葉構成員）【再掲】 ・重度かつ慢性には重複障害（知的障害等）が含まれるが、長期の対応が必要であり、アウトリーチでの対応も必要（樋口構成員） ・治療効果のない重症者は医療機関にいてもいいと思うが、それ以外の患者はなるべく地域で、訪問支援によってみていくことが望ましい方向（川崎構成員） ・看護補助者ではなく、何らかの資格（例えば介護）を有した職種で、多職種3対1の配置にするべき（中島構成員） ・身体合併症は、身体科に対応すべき（樋口構成員） ・精神症状が軽症や中等症でも、身体合併症が重度ならば、7対1、10対1で対応すべき（三上構成員） ・重度かつ慢性について、環境要因により作られたものは対象から外すべき（長野構成員） ・重度かつ慢性の中に身体疾患をどう位置づけるかも検討が必要（三上構成員） ・重度かつ慢性について、①の意味は3ヶ月未満と同様の配置にすべきと考えている（小川構成員） ・アウトリーチではなく、ホームヘルパー等を入れるべき（広田構成員） ・少なくとも現時点ではアウトリーチが必要（中島構成員）

新たな入院患者への対応に関する主な意見②

	3ヶ月未満	3ヶ月～1年未満	重度かつ慢性
人員体制など	<ul style="list-style-type: none"> ・精神保健福祉士は、各病棟1名以上の配置が望まれる(日本精神保健福祉士協会) ・作業療法士は、作業療法士1名で1日に患者50人までとされているが、実態に合わせて患者20～25人程度を担当するような配置が望まれる(日本作業療法士協会) ・身体疾患を合併する患者を受け入れる精神病床は、一般病床の人員配置をベースに、さらに精神医療のスタッフを追加する必要がある(平安構成員、中島構成員) ・入院期間は平均在院日数で考えた方がわかりやすい。その際、重度かつ慢性の患者は、平均在院日数の算定から除くべき(三上構成員) 		
その他	<ul style="list-style-type: none"> ・人材が不足しており、新しい人員配置にするためには十分な移行期間が必要。医療法でやるのか診療報酬でやるのか、地域で考えるときには整理が必要。(中沢構成員) ・機能分化を進める際、小さい病棟は複数に分けられないので、一つの病棟で複数の患者をミックスさせ人員を傾斜できるような仕組みを検討する必要がある(千葉構成員、佐々木構成員、長野構成員) ・現在人員は限られており、現実的な人員配置にするべき(菅間構成員) ・いまだに1病棟当たりの病床数が70床であったり、畳部屋や鉄格子がある病院もある。そうした療養環境も改善させていくべき(小川構成員) ・社会的入院の是正や、医療法の精神科特例を撤廃する、という理念を記載すべき(堀江構成員、伊澤構成員) <p><入院期間に関する意見></p> <ul style="list-style-type: none"> ・多職種による退院支援と地域でのサポートが連携し、できるだけ早く退院させ、1年で地域移行すべき(川崎構成員、小川構成員、長野構成員、門屋構成員)【再掲】 ・1年未満で退院させることが、症状を慢性化させないために非常に重要(日本精神保健福祉士協会、川崎構成員)【再掲】 ・退院の支援や受け皿が整っていない状態で、入院医療の上限を1年にするのは難しい(三上構成員) ・入院医療を1年で区切ることは難しい。重度慢性を除いて、1年以上入院するような患者がいないように取り組む、という表現にしてはどうか(千葉構成員) ・入院医療の上限を1年で明確にし、期限を区切る必要がある。入院1年目に審査等を行い、判断するべき(中島構成員) <p><人材の質に関する意見></p> <ul style="list-style-type: none"> ・人員配置は、単に人を増やせばよいということではなく、配置される人材が、当事者の目線になれる者であることが大事(堀江構成員) ・人が多ければよいということではない。医療の質をよくする必要がある(山本眞理参考人) ・専門職は病院内だけではなく、地域に出て役割を担っていくべき。専門職のスキルアップが重要(堀江構成員、広田構成員) <p><機能分化の進め方に関する意見></p> <ul style="list-style-type: none"> ・病棟別の機能分化だけではなく、病床数が少なくても機能分化できるような方法もなければ、地方の精神科医療は崩壊してしまう(長野構成員) ・精神病床の人員配置を充実させる方向性を進めるためには、それに合う診療報酬が必要(平安構成員、武川参考人) ・人員配置の充実が必要だが、限りある財源の中で、短期的に実現するためには、機能分化が必要であり、慢性期病棟から、急性期病棟や外来医療への人材の再配置を考える必要がある(福田構成員) ・病床削減が先か受け皿整備が先かという議論はやめ、腹をくくって、必要なサービスがあるなら自立支援協議会で協議を進めながら整備を進めるべき(伊澤構成員) ・経過措置の期間について当分の間ではなく、具体的に明示すべき(小川構成員) ・人員の充足状況や入退院の状況等、今後2～3年毎に検証を行うべき(長野構成員) 		

現在の長期在院者への対応に関する主な意見

	現在の長期在院者
地域移行の取組	<ul style="list-style-type: none"> ・3年くらいで地域移行させざるべきと考えるが、介護の受け入れ体制の整備等を考慮しても、長くて5年くらいで地域移行させるべき(堀江構成員) ・地域移行を行った後も病院が24時間対応できるような体制にするべき(中島構成員) ・地域移行を進めるといふ点はゆるがせない方針として、そのための選択肢は多い方が良い(長野構成員) ・今の長期入院者は、これからであればそうならなかったはずの人たちであり、より積極的な解決を図ることが必要(長野構成員) ・地域移行を進めるためには、医療と福祉を総合的に提供できるような新たな仕組みを作る必要がある(千葉構成員) ・介護施設でないとだめということではなく、在宅型の施設やアパートなどに退院させていくことを考えるべき(中島構成員) ・現状の長期高齢入院患者についても、できるだけ退院を目指していくことが重要(長野構成員) ・退院後の住居の確保が大切。住宅施策についても考えるべき(広田構成員、中島構成員)
人員体制	<ul style="list-style-type: none"> ・生活支援などの精神科ケアの特性を考えれば、看護職だけでなく多職種での配置基準を考えていくべき(佐々木構成員、中島構成員) ・患者の状態により必要な支援が異なるため、看護師だけでなく、多職種による支援が必要(千葉構成員) ・重度の生活障害を持つ入院患者に対し、作業療法士の果たす役割は大きい(中島構成員) ・急性期や亜急性期は一般病床に近づけるとして、ここは過渡的なものとして療養病床の配置を踏襲するべき(小川構成員) ・介護が必要な者は介護施設でみるべきだが、そのような人は多くはない。介護の対象でないが医療が必要な人を想定し、例えば医師100対1など、介護施設の配置を加味した類型を医療で作るべき(三上構成員) ・長期療養者をみる病棟では、隔離や身体拘束はいらないので、指定医よりも退院支援の観点から精神保健福祉士を配置すべき(山崎構成員) ・夜間の患者の急変に対応できる看護職員を確保すべき(小川構成員)
療養環境	<ul style="list-style-type: none"> ・療養環境を整えるために、必要な情報を入院患者に十分に伝えることができるような人員配置にするべき。院内スタッフだけではなく、病院の外部からも支援者が関われる環境が必要である(伊澤構成員) ・本人の意向が大切であり、そのために選択肢を示すこと、様々なサービスの情報が伝わること、体験することが重要である(野澤構成員) ・閉鎖病棟や保護室等があるような病棟ではなく、退院を目指すような、生活の場に近い開放的な環境が必要(山本深雪参考人) ・退院に向けて地域とのつながりを構築できるよう、ピアサポーター、地域関係者、相談支援専門員などが自由に出入りできる環境が必要(山本眞理参考人) ・長期療養者について、隔離や身体拘束を12時間以上できるとの条項は適用すべきではない(山本構成員) ・長期療養をみる病棟では、隔離や身体拘束はいらないので、指定医よりも退院支援の観点から精神保健福祉士を配置すべき(山崎構成員) <p>【再掲】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・長期療養をみる病棟の指定医配置はいらぬということであり、指定医ではない若い医師を配置すべきという誤解がないようにすべき(平安構成員)
その他	<p><介護老人保健施設への転換に関する意見></p> <ul style="list-style-type: none"> ・現在の長期高齢患者の受け皿として、精神医療と介護の両方に対応できるような施設(転換老健)を作ることについて検討するべき(千葉構成員) ・介護が必要な者は介護施設でみるべきだが、そのような人は多くはない。介護の対象でないが医療が必要な人を想定し、例えば医師100対1など、介護施設の配置を加味した類型を医療で作るべき(三上構成員)【再掲】 ・海外でも転換型の施設を作っている国はあるが、介護保険でみている国もあれば医療保険でみている国もあり、どちらでもよい。入院患者の高齢化も進んでおり、転換老健も選択肢のひとつとして考慮する必要があるのではないかと(佐々木構成員) ・結局、患者を施設に閉じ込めるようなものであれば、転換老健には反対(広田構成員)