

# 第八次医療計画における精神病床の 基準病床数算定式及び指標例について

令和2-3年度厚生労働行政推進調査事業費補助金（障害者政策総合研究事業）  
「持続可能で良質かつ適切な精神医療とモニタリング  
体制の確保に関する研究」

竹島正、立森久照、河野稔明、奥村泰之、臼田謙太郎

# 研究班の目的と研究組織

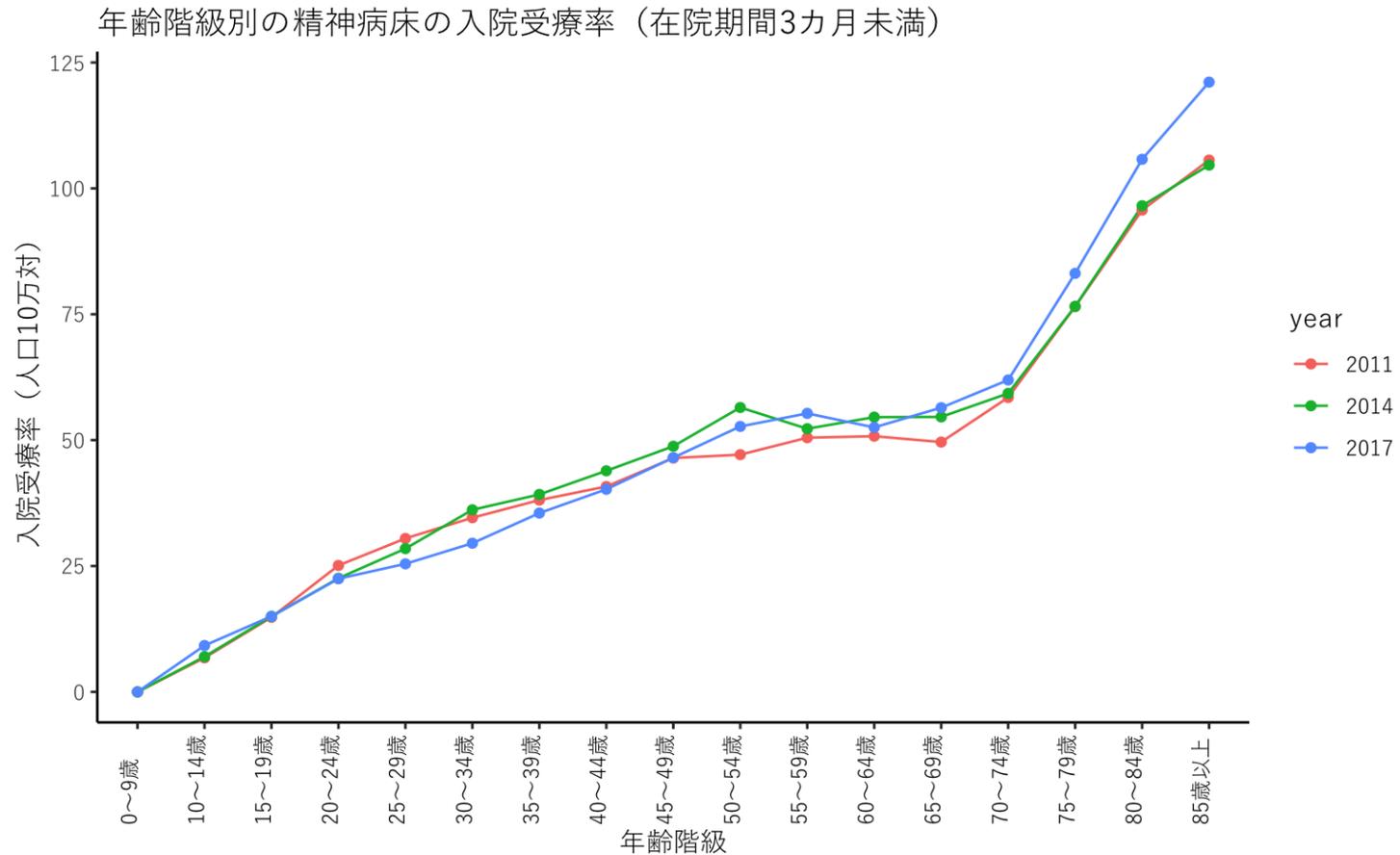
本研究は、わが国が本格的な人口減少と高齢化を迎える中、精神科と他の診療科との連携、地域の多様な生活支援との連携による良質かつ適切な精神医療の持続的な確保のための要件を明らかにすることを目的とする。また、その促進を図るモニタリングの体制と、医療計画における指標および基準病床数算定式を提案することを目的とする。

研究分担者（主たる研究機関）	研究課題名
竹島 正（大正大学）	良質かつ適切な精神医療の提供の指標に関する研究
立森 久照（NCNP）	精神医療の提供のモニタリングに関する研究
北村 立（石川県立高松病院）	地域における医療機関間の連携に関する研究
杉山 直也（NCNP）	精神科領域における実効的な行動制限最小化の普及に関する研究
福田 正人（群馬大学）	精神科入院患者の重症度に応じた医療体制の確保に関する研究
高瀬 顕功（大正大学）	精神医療の提供と地域支援の連携に関する研究
吉田 光爾（東洋大学）	精神保健医療福祉の可視化に関する研究

# 基準病床数算定式の検討



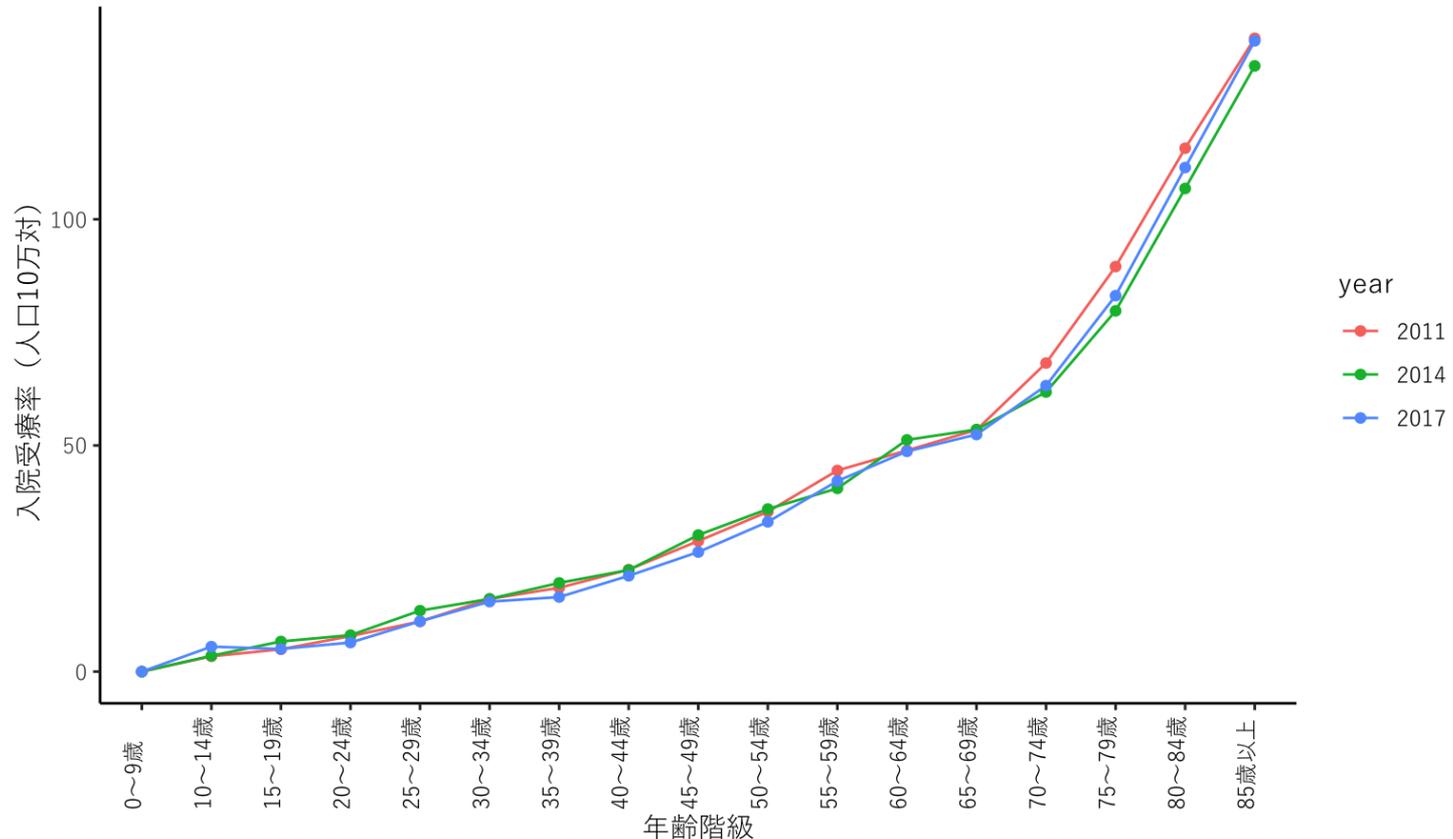
# 患者調査による年齢階級別入院受療率の推移（入院期間3カ月未満）



注：e-statに公開されている「患者調査」の推計入院患者数を分子、「人口推計」の総人口を分母として、入院受療率（人口10万対）を推計した

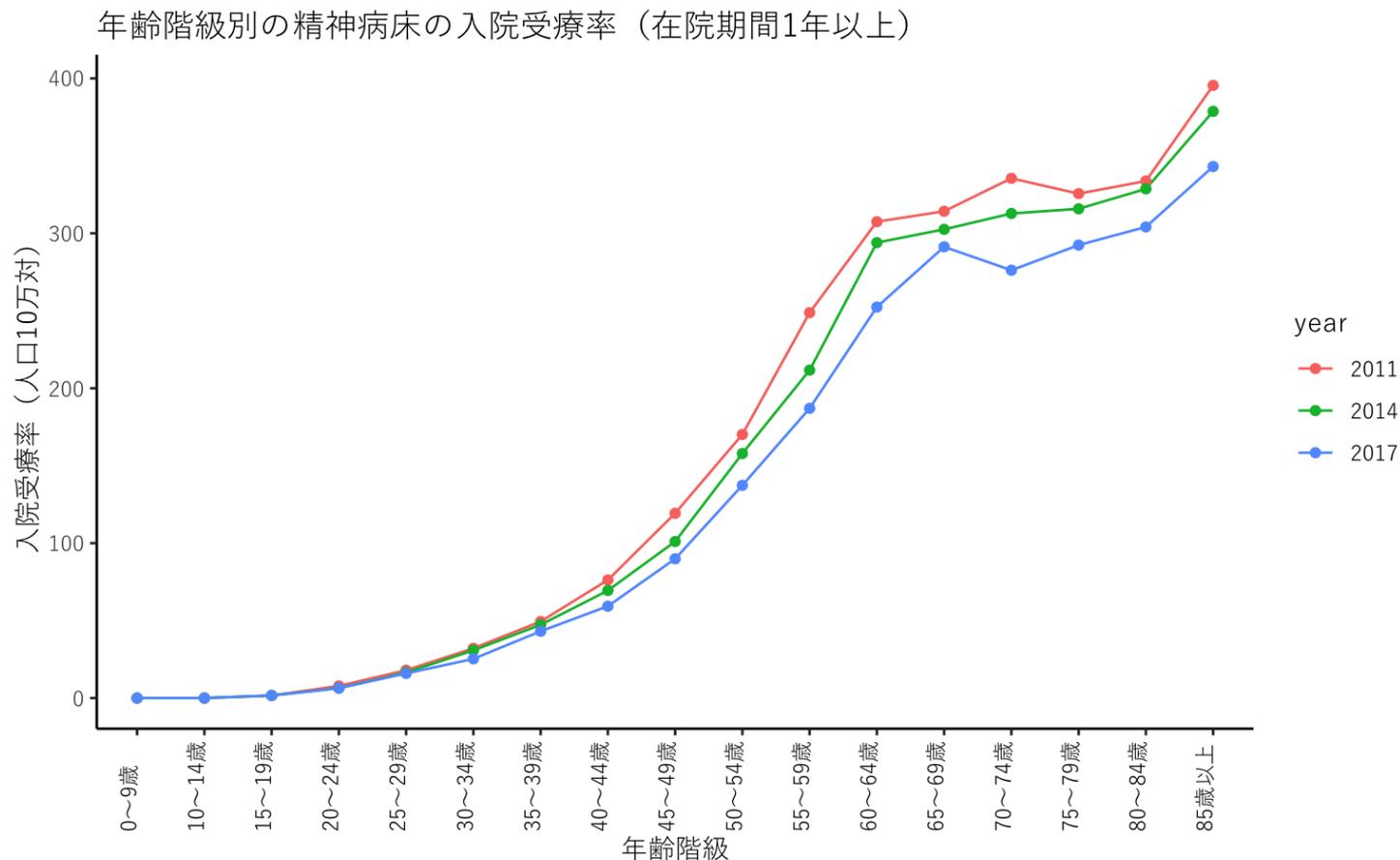
# 患者調査による年齢階級別入院受療率の推移（入院期間3カ月から1年）

年齢階級別の精神病床の入院受療率（在院期間3カ月-1年）



注：e-statに公開されている「患者調査」の推計入院患者数を分子、「人口推計」の総人口を分母として、入院受療率（人口10万対）を推計した

# 患者調査による年齢階級別入院受療率の推移（入院期間1年以上）

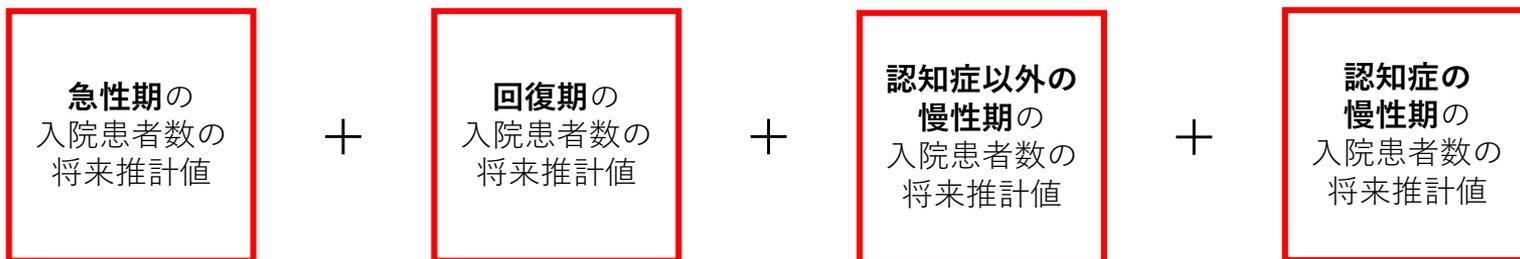


注：e-statに公開されている「患者調査」の推計入院患者数を分子、「人口推計」の総人口を分母として、入院受療率（人口10万対）を推計した

# 新算定式の考え方

- 近年、精神病床における入院患者数は減少傾向にある。
  - 精神科医療の進展や地域における基盤整備が進んだことにより、地域で生活を送る方が増えつつあると同時に、すでに全人口が減少局面にあり、精神科病院入院患者の年齢構成にも変化が見られている。
  - 新たな算定式においては、こうした点を踏まえて検討を進めることが必要。
- ⇒現在の基準病床数算定式の課題を解消するとともに、精神医療の発展の方向性を踏まえ、全国的に一定水準以上の医療を確保する算定式とする。

# 入院患者数の推計式（研究班提案）



- 基準病床数算定式/必要な病床数の推計式に必要な入院患者数の将来推計をこの「患者数の推計式」で行う。
- 患者数の推計式に必要な4つの入院患者数について、年齢階級別の増減率を見込んだ将来推計を算出
  1. 全ての精神障害の入院患者（急性期\*1）
  2. 全ての精神障害の入院患者（回復期\*2）
  3. 認知症以外の入院患者（慢性期\*3）
  4. 認知症の入院患者（慢性期\*3）
- 推計には、患者調査の特別集計を用い、患者調査の対象抽出に伴う誤差を補正するために病院報告の1日平均在院患者数を使用

\*1 在院期間3カ月未満

\*2 在院期間3カ月以上1年未満

\*3 在院期間1年以上

# 推計手順

1. 患者調査の特別集計を用いて都道府県ごと1歳階級の入院患者数を得る。
2. 25歳未満（慢性期の認知症では60歳未満）
  - X年の年齢Yの入院患者数は2017年の年齢Yの入院患者数と等しいとする。
3. 25歳以上（慢性期の認知症では60歳以上）
  - a. 全国値を用いて年齢Yのコホートの3年間の入院患者数の増減率を、2017年の年齢Y+3の入院患者数を2014年の年齢Yの入院患者数で除することで求める。
  - b. X年の年齢Yの入院患者数に年齢Yの増減率を乗することで、X+3年の年齢Y+3の入院患者数を推計する。
  - c. この手続きを繰り返すことで、2020年、2023年、2026年、2029年の入院患者数を推計する。
4. 2と3を合わせることで2020年、2023年、2026年、2029年の入院患者数の推計値を得る。

注：1の前に患者調査の各セルの入院患者数に「病院報告の1日平均在院患者数/患者調査の入院患者数の総計」をかけて、調査によって生じる誤差（標本誤差と非標本誤差の一部）を補正した。

# 各層における推計手順の図解

※実績とある箇所を含め、数値は架空

## 全国値

## 都道府県値

### 入院患者数

### 入院患者数増減率

(2017年÷2014年)

### 入院患者数

	実績		増減率 $r$
	2014	2017	
22歳	599	522	22歳→25歳 1.020
23歳	710	571	23歳→26歳 1.038
24歳	812	644	24歳→27歳 1.022
25歳	837	611	25歳→28歳 1.020
26歳	1063	737	26歳→29歳 1.031
27歳	994	830	27歳→30歳 0.936
28歳	1058	854	28歳→31歳 0.960
29歳	1129	1096	29歳→32歳 1.004
30歳	1119	930	30歳→33歳 1.010
31歳	1074	1016	31歳→34歳 1.034
32歳	1160	1133	32歳→35歳 1.106
33歳	1250	1130	33歳→36歳 0.979
34歳	1243	1111	34歳→37歳 :
35歳	1312	1283	35歳→38歳 :
36歳	1356	1224	36歳→39歳 :

	実績		推計			
	2017	2017	2020	2023	2026	2029
20~24歳	280	22歳 56.0 23歳 56.0 24歳 56.0	56.0	56.0	56.0	56.0
25~29歳	427	25歳 85.4 26歳 85.4 27歳 85.4 28歳 85.4 29歳 85.4	57.1 58.1 57.2 87.1 88.1	57.1 58.1 57.2 58.3 59.9	57.1 58.1 57.2 58.3 59.9	57.1 58.1 57.2 58.3 59.9
30~34歳	554	30歳 110.8 31歳 110.8 32歳 110.8 33歳 110.8 34歳 110.8	79.9 82.0 85.7 111.9 114.6	53.6 83.7 88.4 80.7 84.8	53.6 56.0 60.1 54.1 86.6	53.6 56.0 60.1 54.1 57.9
35~39歳	641	35歳 128.2 36歳 128.2	122.5 108.5	94.8 109.6	97.7 79.0	66.5 53.0

各歳において  
不変とする。

慢性期の認知症では境界を60歳とする。

3年前の3歳下の入院患者数に  
「入院患者数増減率」を乗じる。

推計手順の  
2の部分

推計手順の3-aの部分

5歳階級の入院患者数を  
1歳階級に按分する。

推計手順の3-bとcの部分

推計手順の1の部分

# 入院患者数の増減率

(推計手順の3-a)

- X年からX+3年の入院患者数の変化量にはこの3年間の年までの入院患者の年齢構成の変化や政策効果等の入院患者数に影響する要素が含まれている。
- 図に同じ色で示した対応する年齢の入院患者数の比を取ることで入院患者数の増減率を求める。
- 年齢ごとに影響が異なる可能性を考慮して、増減率は年齢ごとに計算する。
- 年齢ごとの入院患者数が少ない都道府県での増減率は推定が不安定なため一律全国値を用いる。

全国値			
入院患者数		入院患者数増減率	
	実績	実績	(2017年÷2014年)
	2014	2017	増減率 $r$
22歳	599	522	22歳→25歳 1.020
23歳	710	571	23歳→26歳 1.038
24歳	812	644	24歳→27歳 1.022
25歳	837	611	25歳→28歳 1.020
26歳	1063	737	26歳→29歳 1.031
27歳	994	830	27歳→30歳 0.936
28歳	1058	854	28歳→31歳 0.960
29歳	1129	1096	29歳→32歳 1.004
30歳	1119	930	30歳→33歳 1.010
31歳	1074	1016	31歳→34歳 1.034
32歳	1160	1133	32歳→35歳 1.106
33歳	1250	1130	33歳→36歳 0.979
34歳	1243	1111	34歳→37歳 ∴
35歳	1312	1283	35歳→38歳 ∴
36歳	1356	1224	36歳→39歳 ∴

※実績とある箇所を含め、数値は架空

# 増減率を使った将来推計

(推計手順の3-bとc)

- X年からX+3年の年齢ごとの変化が今後も一定であると仮定して、変化率を乗じていく。
- 25歳未満（慢性期の認知症では60歳未満）については、全国値においても年齢ごとの入院患者数が少ないために増減率が不安定であることを考慮して、都道府県ごとの最新の実測値（2017年）での入院患者数が将来も変わらないと仮定した。

## 全国値

入院患者数増減率  
(2017年÷2014年)

	増減率 $r$
22歳→25歳	1.020
23歳→26歳	1.038
24歳→27歳	1.022
25歳→28歳	1.020
26歳→29歳	1.031
27歳→30歳	0.936
28歳→31歳	0.960
29歳→32歳	1.004
30歳→33歳	1.010
31歳→34歳	1.034
32歳→35歳	1.106
33歳→36歳	0.979
34歳→37歳	⋮
35歳→38歳	⋮
36歳→39歳	⋮

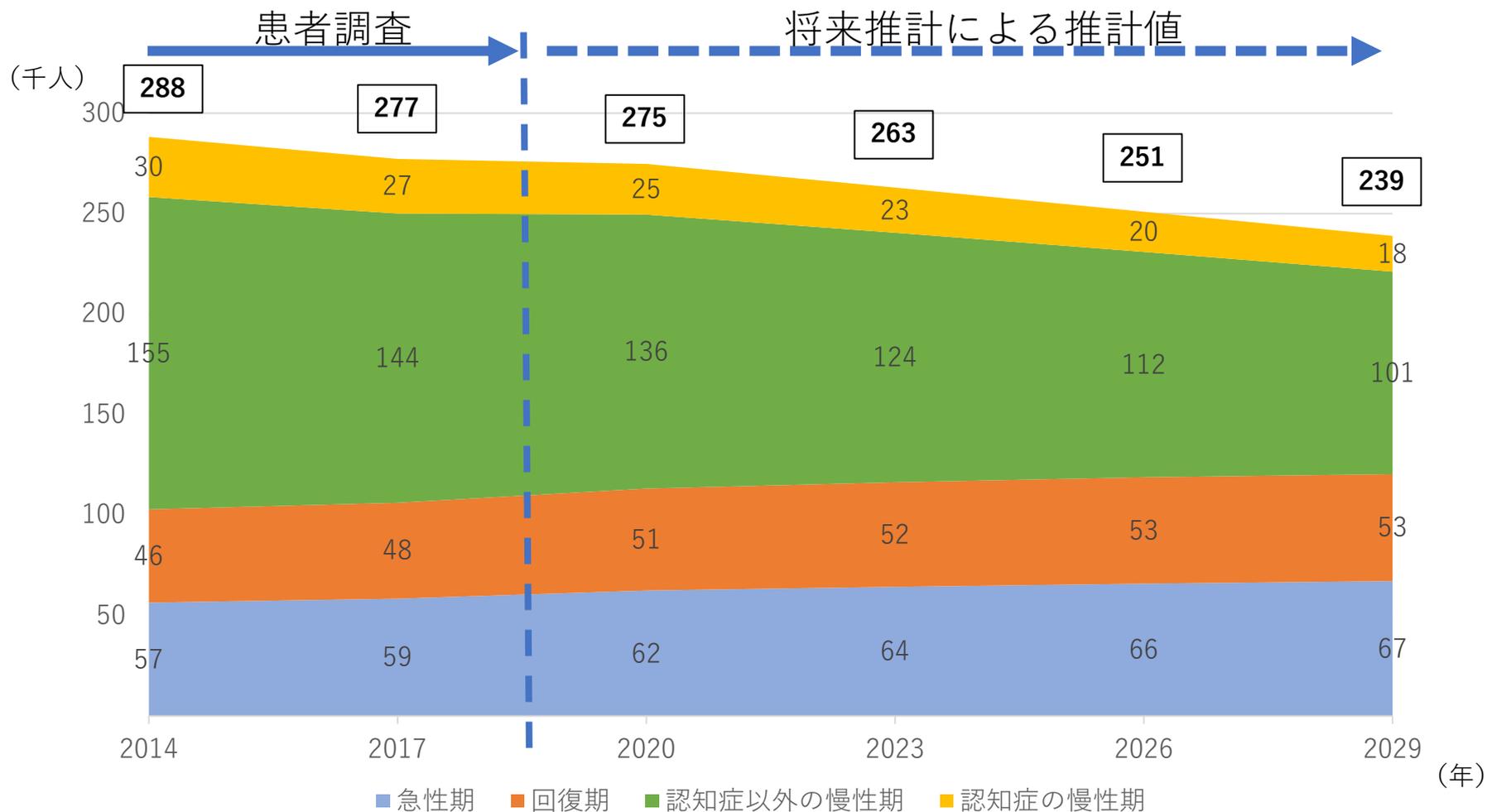
## 都道府県値

入院患者数

	実績 2017	推計 2020	推計 2023	推計 2026	推計 2029
22歳	56.0	56.0	56.0	56.0	56.0
23歳	56.0	56.0	56.0	56.0	56.0
24歳	56.0	56.0	56.0	56.0	56.0
25歳	85.4	57.1	57.1	57.1	57.1
26歳	85.4	58.1	58.1	58.1	58.1
27歳	85.4	57.2	57.2	57.2	57.2
28歳	85.4	87.1	58.3	58.3	58.3
29歳	85.4	88.1	59.9	59.9	59.9
30歳	110.8	79.9	53.6	53.6	53.6
31歳	110.8	82.0	83.7	56.0	56.0
32歳	110.8	85.7	88.4	60.1	60.1
33歳	110.8	111.9	80.7	54.1	54.1
34歳	110.8	114.6	84.8	86.6	57.9
35歳	128.2	122.5	94.8	97.7	66.5
36歳	128.2	108.5	109.6	79.0	53.0

※実績とある箇所を含め、数値は架空

# 入院患者数の将来推計結果



実測値（2014年と2017年）は患者調査の公表値から計算、推計値（2020年以降）は病院報告で補正済み

# 第8次医療計画における基準病床数算定式 (研究班提案)

$$\frac{\begin{array}{l} \text{急性期の患者数の推計値} \\ + \\ \text{回復期の患者数の推計値} \\ + \\ \text{認知症でない者の慢性期の患者数の推計値} \times (1-m) \\ + \\ \text{認知症である者の慢性期の患者数の推計値} \times (1-d) \\ + \\ \text{他の都道府県からの流入患者数} \\ - \\ \text{他の都道府県への流出患者数} \end{array}}{\text{精神病床利用率}}$$

慢性期の将来推定入院患者数の中で精神病床を利用しなくなる患者は、施設、在宅、一般病床などが想定される。また、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの推進による在宅あるいは施設で対応できる範囲が広がることが想定される。

今後、病床利用率や流出入等を考慮して、上に示した基準病床算定式（R6年）/必要な精神病床数の推計式（R8年以降）を用いて、基準病床数/必要な精神病床数を見積もることを提案する。

mおよびdについては研究班において検討中

- 新算定式のパラメータ  $(1-m)$  と  $(1-d)$  が表現しているのは、慢性期の将来推定入院患者数に掛け合わせることで慢性期の精神病床を利用する者の推計を算出することである。
- mが認知症以外、dが認知症に対応する。

# 新算定式における変更の理由

- 「算定式を用いる時点までの政策効果」、  
「患者の年齢構成の変化」等の影響を、  
「**入院患者数の推計式**」に反映できる。
- 「これからの政策効果」については、  
新たな係数（前述の $m$ 及び $d$ ）を設定することで、  
今後の取組による目標を設定できる。  
（ $m$ 及び $d$ については研究班において検討中）

# 指標例の検討

# 第七次医療法改正時における5疾患の指標例の構成

5疾患	指標例の分類	区分数	指標数
がん	予防・早期発見、治療、療養支援	3	44
脳卒中	予防、救護、急性期、回復期、維持期	5	25
心筋梗塞等の心血管疾患	予防、救護、急性期、回復期、慢性期・再発予防	5	24
糖尿病	予防、初期・安定期、合併症予防を含む専門医療、合併症治療	5	35
精神疾患	統合失調症、うつ・躁うつ病、認知症、児童・思春期精神疾患、発達障害、アルコール依存症、薬物依存症、ギャンブル等依存症、PTSD、高次脳機能障害、摂食障害、てんかん、精神科救急、身体合併症、自殺対策、災害精神医療、医療観察	17	96

## 【現行の精神疾患に関わる指標例における運用上の課題】

- 指標例におけるストラクチャー、プロセス、アウトカムの間につながり（ロジック、ストーリー）がわかりにくい。
- 他の4疾患と構造が異なるために、精神科と精神科以外の診療科の医療機関との連携を含む医療に関する事項の調整・対応の議論がしづらい。
- ストラクチャー、プロセス指標は、17疾患等について網羅的にあげられているが、都道府県において採用されているのは多くても半数程度である。
- アウトカム指標はすべて入院関連である。

# 研究班における指標例構成（案）の考え方

- 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築と多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築という方向性を踏まえつつ、他の4疾患の指標例の構造に近づけ、「予防・相談支援」「医療」「地域支援」を横軸、「ストラクチャー」、「プロセス」、「アウトカム」を縦軸とする。
- 指標例をとおして、自治体が、精神保健医療の提供体制や提供状況を点検・モニタリングできるようにする。自治体は、必要に応じて、都道府県をいくつかのブロックに分け、地域精神医療の提供体制や提供状況を確認することができる。
- 第七次医療計画の指標例の17疾患等は、**common disorders**の領域（うつ病、統合失調症、認知症など）、専門領域（依存症、摂食障害、発達障害、児童・思春期など）、政策領域（自殺対策、災害精神医療など）に大別する。そのうえで、**common disorders**の領域は身近な医療の確保、専門領域と政策領域は提供体制の確保を確認できるようにする。
- 都道府県が保有する情報をできるだけ活用できるようにして、都道府県の事務負担を小さくする。
- アウトカム指標は、（1）適切な予防・相談支援により精神科医療の必要な場合に速やかにその導入が行われること、（2）必要な場合に適切な地域支援につなぐことができること、（3）必要なときに速やかに入院治療が受けられるが入院期間は短縮されることを想定して、「時点退院率」「地域平均生活日数」「平均在院日数」、「『1年未満』に対する『1年以上5年未満』の患者数の比を挙げる。また、地域で孤立しないよう伴走することのできる地域支援体制により自殺死亡率は減少することが期待されることから「自殺死亡率」を挙げる。
- 提供される精神医療の内容としては、患者の状態に応じ、かつ行動制限を最小にした、適切な処遇が促進されることを挙げ、ストラクチャー、プロセスに組み込む。

# 指標例の構成案

	予防・相談支援	医療	地域支援
ストラクチャー プロセス	<ul style="list-style-type: none"> <li>市町村における精神保健相談の提供の機会とその実績</li> <li>相談支援の質の向上の機会とその実績</li> <li>一般医療と精神医療の連携基盤</li> <li>緊急対応の実績</li> <li>困難事例への支援</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>全般的な情況（<b>外来医療の提供、入院医療の提供</b>、措置入院への対応、入院医療における行動制限最小化）</li> <li><b>合併症、リエゾン診療、精神科と一般科の連携</b>（病院区分、<b>リエゾン診療の提供体制、合併症診療・精神科と一般科の連携</b>）</li> <li>拠点機能、専門医療</li> <li>精神科救急</li> <li>難治性精神疾患等への対応</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>地域支援に重要な精神科医療機能（精神科デイケア、訪問診療、往診、訪問看護等）</li> <li>医療継続</li> <li>医療機関における地域移行・地域定着体制</li> </ul>
アウトカム	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>新規入院における3か月、6か月、12か月時点の退院率</b></li> <li><b>地域平均生活日数</b></li> <li><b>平均在院日数</b></li> <li>「1年未満」に対する「1年以上5年未満」の患者数の比</li> <li>自殺死亡率</li> </ul>		

# 第八次医療計画における精神疾患の医療体制構築にかかる指標例の検討のためのアンケート調査（中間集計）

- 対象：各都道府県精神保健福祉主管課（47都道府県中25か所から回答）
- 調査方法：研究班より都道府県主管課にメールにて依頼
- 分析対象：令和4年2月1日～2月10日に回答のあった25都道府県分
- 調査の内容：「予防・相談支援」「医療」「地域支援」に係る研究班の指標例候補について以下を質問を行った。また、ほかに重要と考える指標例（自由記載）を尋ねた。
  - ✓ 指標例に組み込むことの意義：大きい、どちらともいえない、小さい
  - ✓ 指標例としての優先度：高い、どちらともいえない、小さい

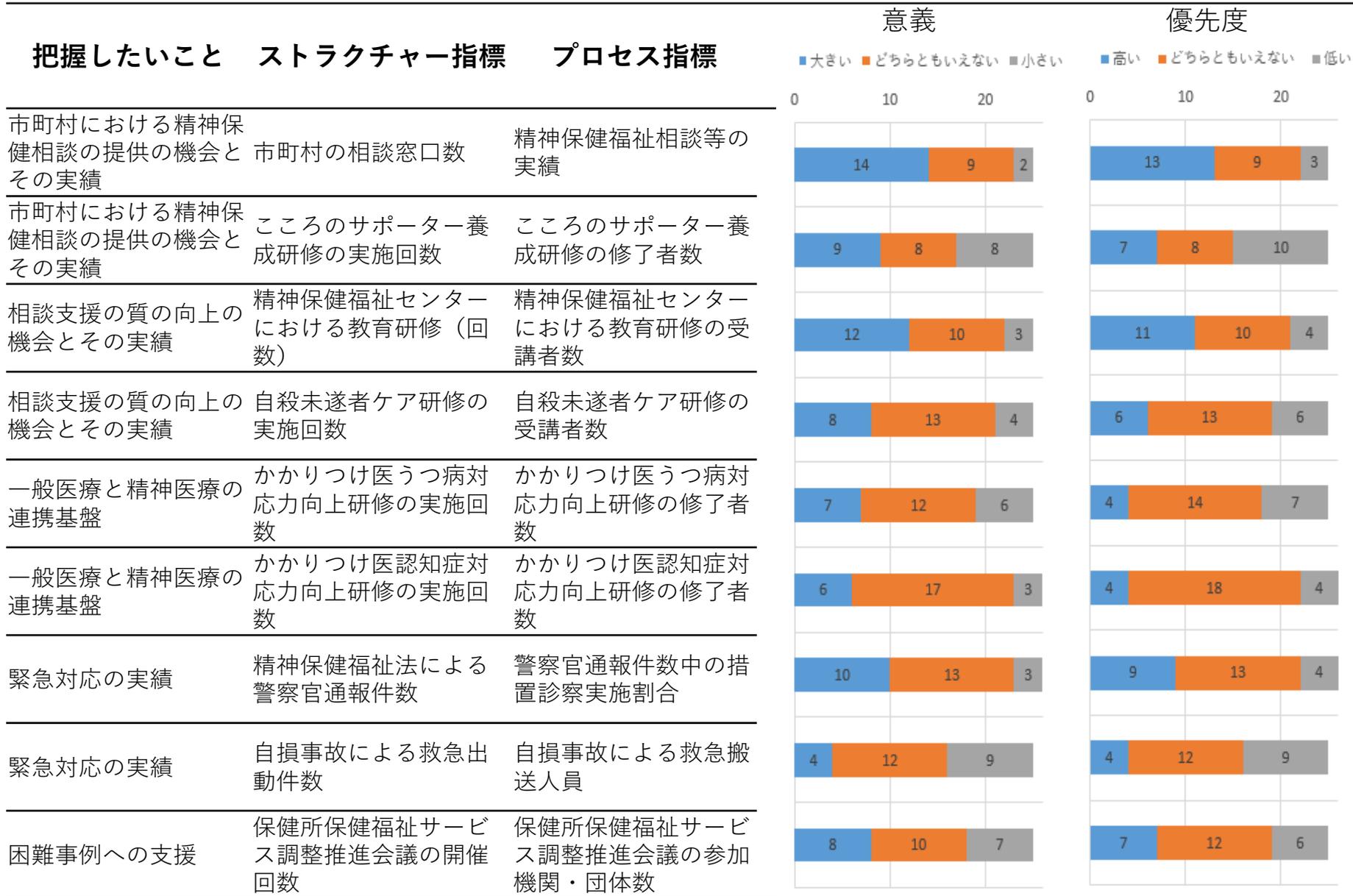
## 第八次医療計画における精神疾患の医療体制構築にかかる指標例の検討のためのアンケート調査（中間集計）まとめ

- 研究班での検討をもとに、指標例の考え方をまとめ、59項目の指標例候補について、都道府県の精神保健福祉担当課にアンケート調査を行った。
- 回答のあった26都道府県の59項目合計では「指標例に組み込むことの意義」は「大きい」40.2%、「どちらともいえない」48.0%、「小さい」8.2%、「無回答」3.6%であった。「指標例としての優先度」は「高い」32.4%、「どちらともいえない」52.9%、「小さい」8.9%、「無回答」5.7%であった。
- 都道府県によって回答は大きく異なり、ほとんどの項目について指標例に組み込むことの意義が大きい、優先度が高いと回答した都道府県がある一方で、ほとんどの項目について「どちらともいえない」と回答した都道府県があった。
- また「重要な項目であるが、現在の医療計画に記載されていない」という理由から意義が小さい、優先度が低いと回答したものがあつた。
- 都道府県に指標例の活用方法を示す必要がある。本研究班の報告書においては、研究班の成果物である指標例候補について、指標例に採用された場合の活用方法や見方をまとめておく必要があると考えられた。

⇒アンケート調査結果と研究班での議論をもとに研究班としての指標例（案）をまとめる予定

# アンケート結果（予防・相談支援）

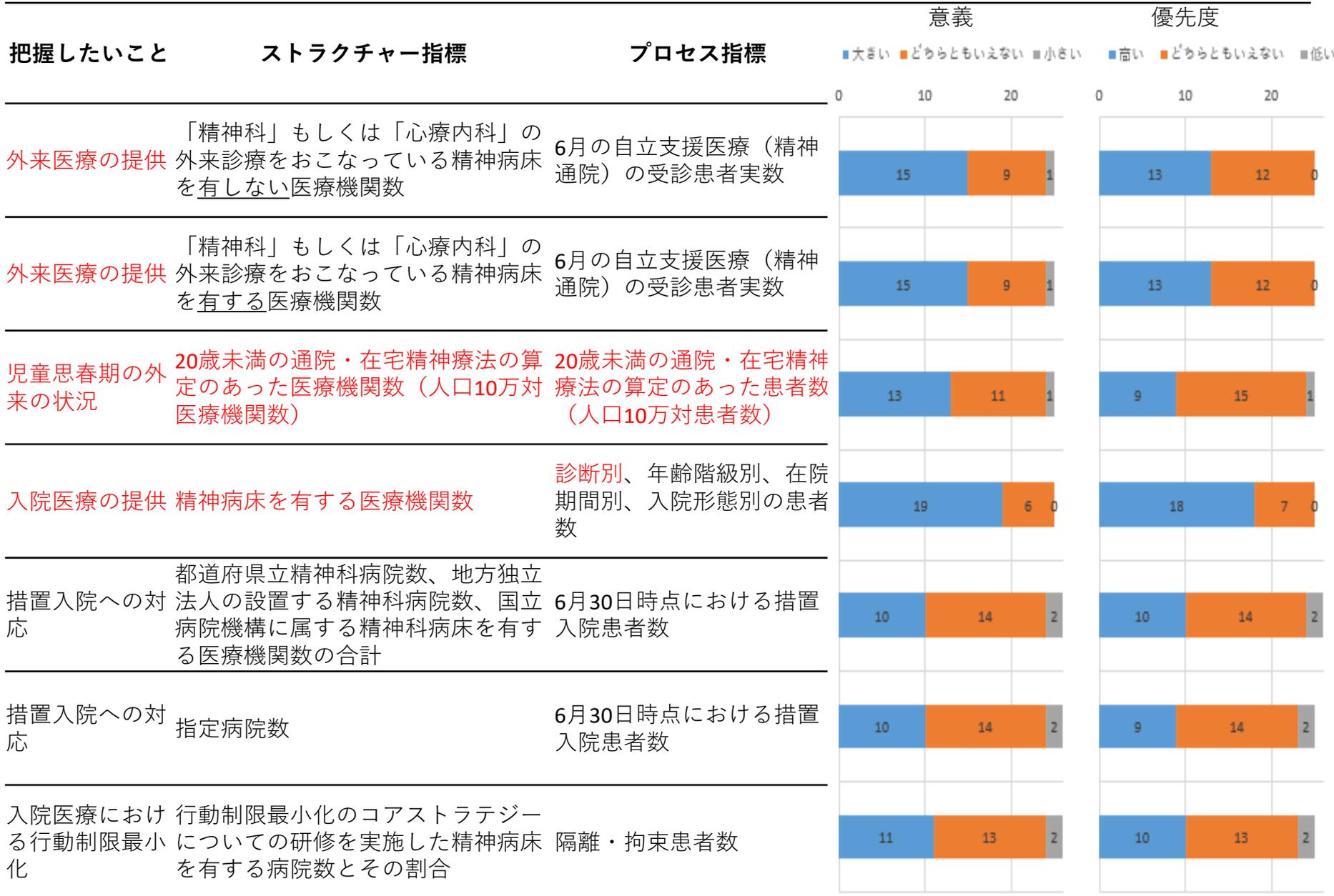
参考



※赤文字は現行の指標 黒文字は研究班提案の指標

# アンケート結果（医療：全般的な情況）

参考



※赤文字は現行の指標 黒文字は研究班提案の指標

# アンケート結果（医療：合併症、リエゾン診療、精神科と一般科の連携）

参考

把握したいこと	ストラクチャー指標	プロセス指標	意義			優先度		
			■大きい	■どちらともいえない	■小さい	■高い	■どちらともいえない	■低い
医療体制	精神病床を有する病院のうち的一般病院、地域医療支援病院、特定機能病院の割合	設定しない	8	15	2	5	16	3
医療機関におけるリエゾン診療の提供体制	総合入院体制加算（1、2）の届出のある医療機関数	設定しない	6	17	2	5	17	2
医療機関におけるリエゾン診療の提供体制	緩和ケアチーム加算の届出のある医療機関数	設定しない	4	16	5	2	17	5
精神病床を有する医療機関におけるリエゾン診療の提供	6月の精神科によるリエゾン診療（院内他科）に1件以上報告のあった精神病床を有する医療機関数	6月の件数の合計	7	15	3	4	18	2
精神病床を有する医療機関におけるリエゾン診療の提供	6月の精神科によるリエゾン診療（救命救急センター）に1件以上報告のあった精神病床を有する医療機関数	6月の件数の合計	6	16	3	4	17	3
一般病床におけるリエゾン診療の提供	一般病床における入院精神療法の算定された医療機関数	同じく患者数	6	17	2	5	18	1
リエゾン診療の提供	精神科リエゾンチーム加算の算定された医療機関数	同じく患者数	8	16	1	5	19	0
合併症診療・精神科と一般科の連携	精神病床における精神科身体合併症（精神科救急・合併症入院料/精神科身体合併症管理加算）の算定のあった医療機関数	同じく患者数	14	10	1	9	14	1
合併症診療の提供	一般病床における精神科身体合併症（精神疾患診療体制加算/精神科疾患患者等受入加算）の算定のあった医療機関数	同じく患者数	13	11	1	9	14	1

※赤文字は現行の指標 黒文字は研究班提案の指標

# アンケート結果（医療：拠点機能、専門医療）

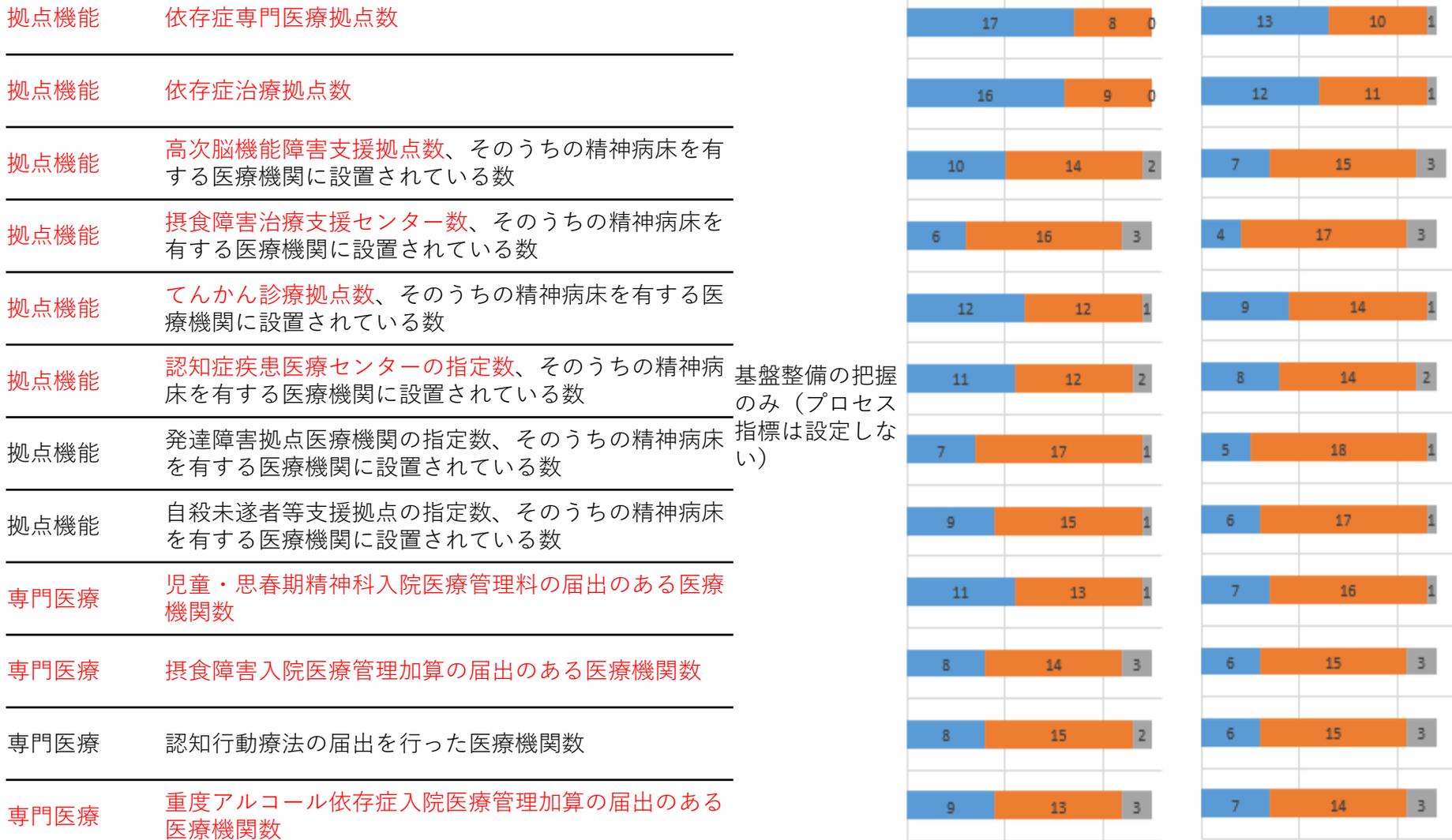
参考

把握したいこと

ストラクチャー指標

プロセス指標

■大きい ■どちらともいえない ■小さい ■高い ■低い

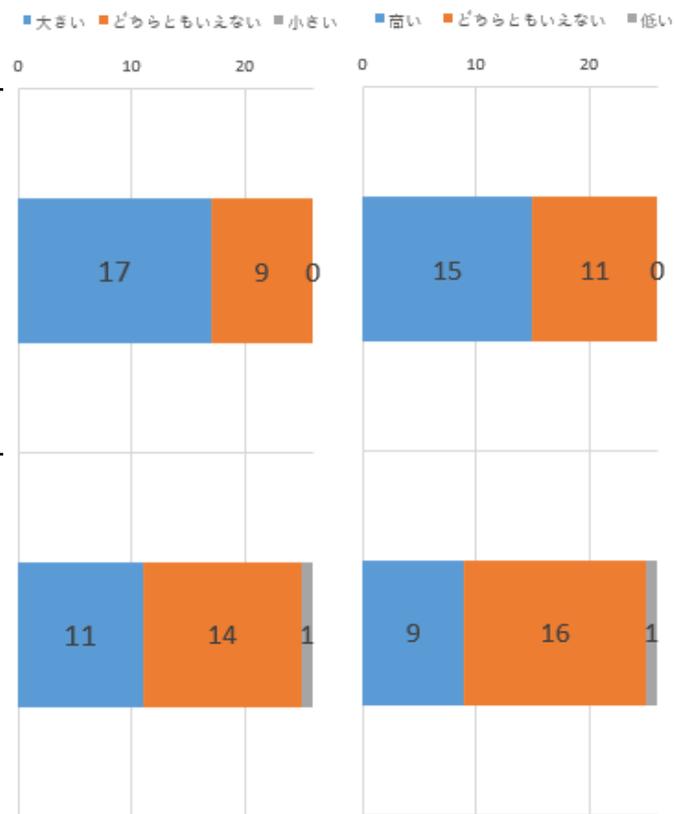


※赤文字は現行の指標 黒文字は研究班提案の指標

# アンケート結果（医療：精神科救急）

意義 優先度

把握したいこと    ストラクチャー指標    プロセス指標



精神科救急体制

精神科救急医療体制整備事業における身体合併症対応施設数、常時対応型精神科救急施設数、病院群輪番型精神科救急施設数、外来対応施設数

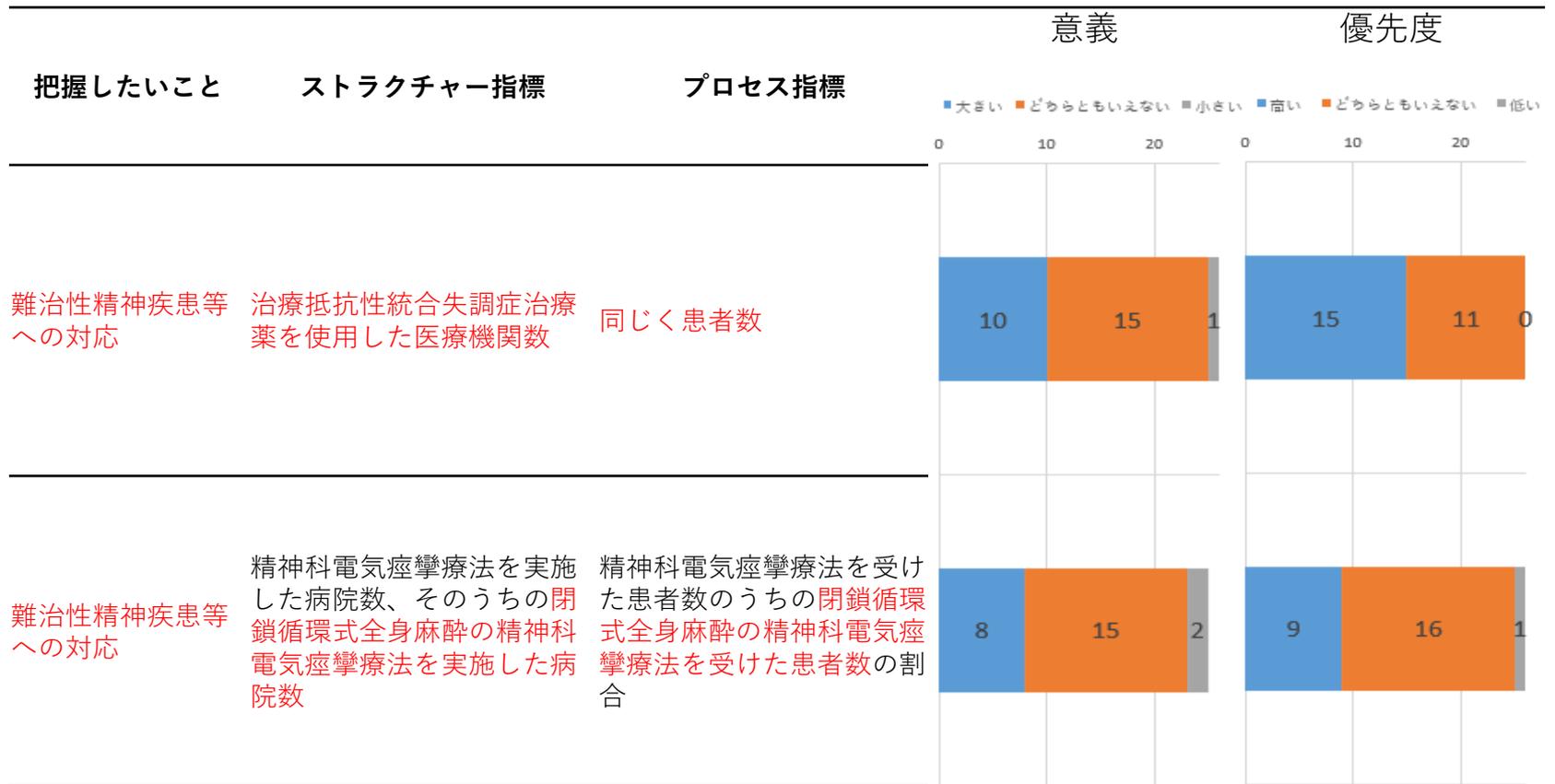
相談件数/受診件数/入院件数

精神科救急体制

精神科救急入院料の届出をおこなった精神病床を有する病院数、精神病床を有する病院数に占める割合

基盤整備の把握のみ (プロセス指標は設定しない)

# アンケート結果（医療：難治性精神疾患等への対応）



# アンケート結果（地域支援1）

参考

把握した  
こと

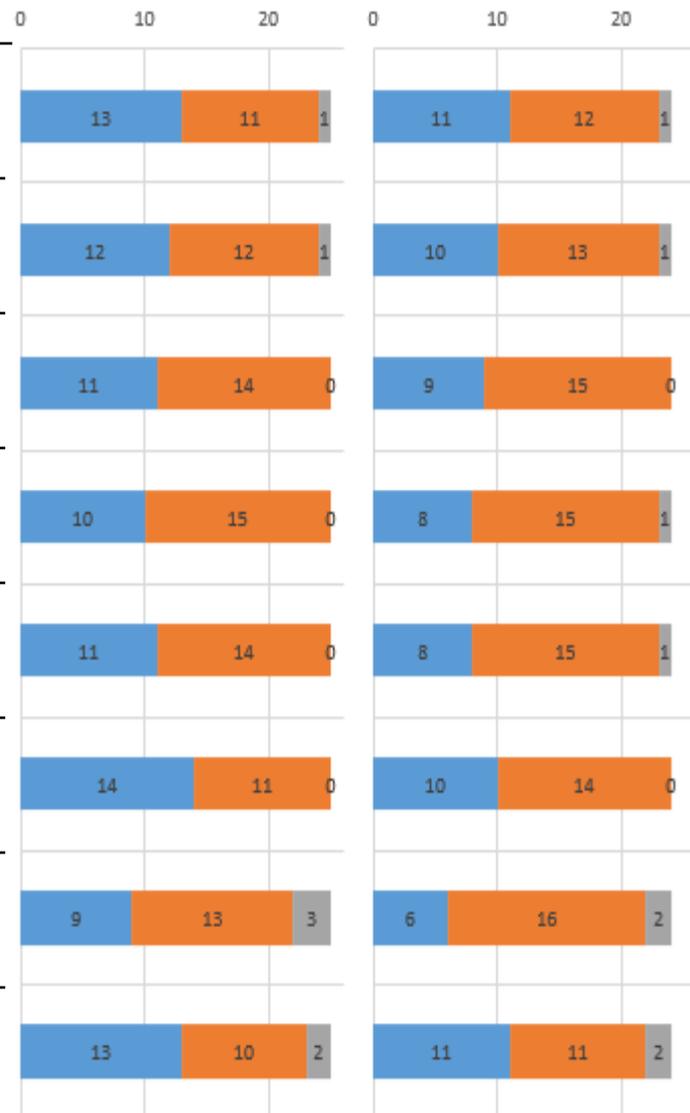
ストラクチャー指標

プロセス指標

意義

優先度

■大きい ■どちらともいえない ■小さい ■高い ■どちらともいえない ■低い



地域支援に  
重要な精神  
科医療機能

精神病床を有する医療機関のうち、常勤の精神保健福祉士の配置のある割合	1施設当たりの精神保健福祉士数の平均値、中央値
精神病床を有しない医療機関のうち、常勤の精神保健福祉士の配置のある割合	1施設当たりの精神保健福祉士数の平均値、中央値
精神科デイ・ケア、ショート・ケア、ナイト・ケア、デイ・ナイト・ケアのいずれかに届出のある医療機関数	基盤整備の把握のみ（プロセス指標は設定しない）
6月の精神科訪問診療1件以上の実績のある施設数（精神病床を有する医療機関、精神病床を有しない医療機関）	基盤整備の把握のみ（プロセス指標は設定しない）
6月の精神科往診1件以上の実績のある施設数（精神病床を有する医療機関、精神病床を有しない医療機関）	基盤整備の把握のみ（プロセス指標は設定しない）
精神科訪問看護を実施した施設数(医療機関数・訪問看護ステーション数)	精神科訪問看護を利用した患者数(医療機関・訪問看護ステーションの患者数)
医療観察法における指定通院医療機関数（医療機関数、訪問看護ステーション数、薬局数）	基盤整備の把握のみ（プロセス指標は設定しない）
DPAT先遣隊を登録する医療機関数	基盤整備の把握のみ（プロセス指標は設定しない）

※赤文字は現行の指標 黒文字は研究班提案の指標

# アンケート結果（地域支援2）

参考

把握した  
いこと

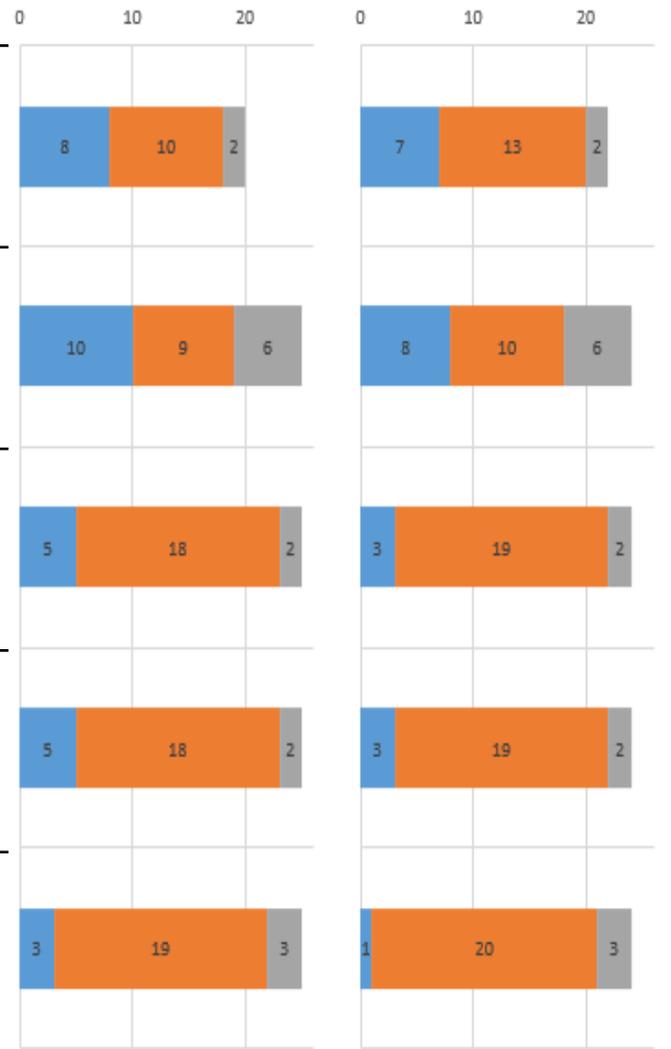
ストラクチャー指標

プロセス指標

意義

優先度

■大きい ■どちらともいえない ■小さい ■高い ■どちらともいえない ■低い



医療の継続

精神科退院早期のフォロー率

医療の継続への支援

措置症状消退届の提出された患者数

措置入院患者に対する退院後支援ガイドラインに基づく退院後支援実施の割合

医療機関における地域移行・地域定着体制

居住系障害者施設を有する医療機関の割合（精神病床を有する医療機関、精神病床を有しない医療機関）

基盤整備の把握のみ（プロセス指標は設定しない）

その他の障害者施設を有する医療機関の割合（精神病床を有する医療機関、精神病床を有しない医療機関）

基盤整備の把握のみ（プロセス指標は設定しない）

医療機関における地域移行・地域定着体制

介護施設を有する医療機関の割合（精神病床を有する医療機関、精神病床を有しない医療機関）

基盤整備の把握のみ（プロセス指標は設定しない）

# アンケート結果（アウトカム指標）

参考

アウトカム指標例	指標例に挙げた理由	意義	優先度
<p>新規入院における3か月、6か月、12か月時点の退院率</p>	<p>第七次医療計画のアウトカム指標である。入院の長期化に伴い社会復帰が難しくなる傾向があることを踏まえ指標とする。</p>		
<p>地域平均生活日数</p>	<p>第七次医療計画のアウトカム指標である。新経済・財政再生計画改革に精神障害者が精神科病院から退院後1年以内の地域での平均生活日数の増加が挙げられている。</p>		
<p>365日時点における平均在院日数</p>	<p>第七次医療計画のアウトカム指標である。NDB分析により1日単位の数値が公表されている。都道府県別では12か月時点の退院率との強い相関がある。</p>		
<p>「1年未満」に対する「1年以上5年未満の患者数」の比</p>	<p>「1地域移行・地域定着の取り組み推進の指標として設定する。」</p>		
<p>自殺死亡率</p>	<p>自殺死亡の多くは、死亡時に精神疾患の診断可能な状態である。地域で孤立しないよう伴走することのできる支援体制により自殺死亡率は減少することが期待される。</p>		