

ロジックモデルによる 医療計画の中間評価・見直し

— 新たな地域医療構想への活用可能性も視野に —



本日のAgenda

1. 医療計画と進捗評価

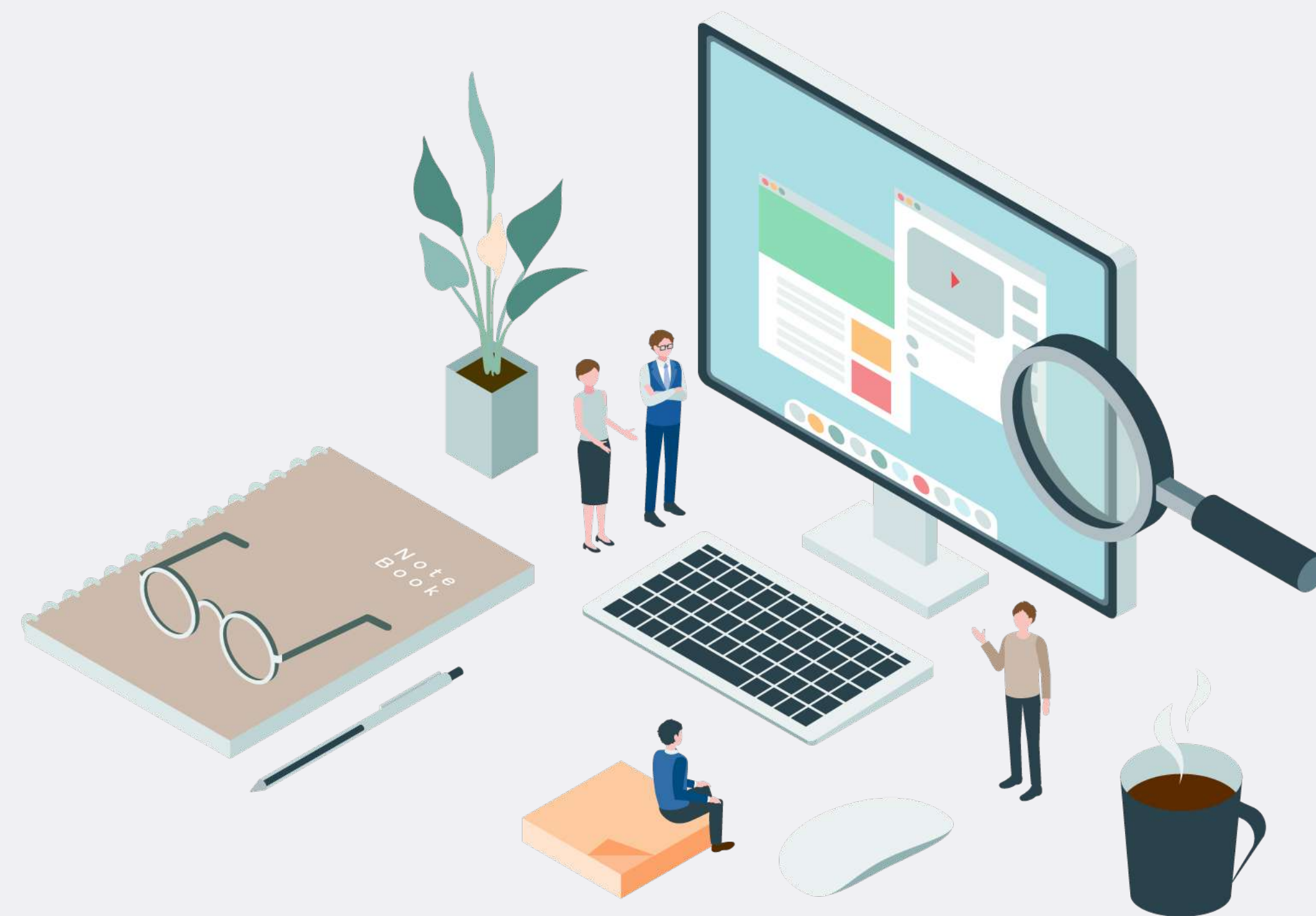
- 医療計画の概要
- 計画策定とロジックモデル

2. 進捗評価の実際

- 進捗評価サイクルと実施方法
- 進捗評価にあたってのポイント
- 評価様式と評価例
- 中間評価・改定（見直し）に向けて

3. 医療計画のロジックモデルを活用した 地域医療構想の検討

1. 医療計画と進捗評価





第1章

総説

計画策定の趣旨や基本的な方向性



第2章

沖縄県の医療の現状

人口、疾病、保健医療施設の状況



第3章

医療圏と基準病床数

北部・中部・南部・宮古・八重山の5圏域を2次医療圏として設定



第6章

沖縄県地域医療構想

効率的で質の高い医療提供体制の構築



第4章・第5章

本県の疾病・事業に係る医療提供体制

5 疾病



がん



脳卒中



心血管疾患



糖尿病



精神疾患

※脳卒中及び心血管疾患については、第二期循環器病対策推進計画を兼ねている

6 事業



救急医療



小児医療



周産期医療



災害医療



新興感染症



へき地医療



在宅医療

外来医療・医療機能の分化連携・医療安全



第7章

医療従事者の養成・確保



第8章

計画の進捗管理



計画期間

2024 (R6) 年度～2029 (R11) 年度
(6年間)



推進体制・方法

- ▶ 毎年、**各専門部会**において進捗評価を実施
- ▶ **ロジックモデル**を活用した計画策定と、個別施策の効果を確認する**プログラム評価**による進捗管理。

沖縄県医療審議会

(計画策定の諮問・答申)

沖縄県医療提供体制協議会

(計画策定・進捗評価による推進)

循環器対策
推進協議会

専門部会

→ 専門医、関係団体等で構成
→ 疾病・事業毎に専門家の視点で見る

脳卒中対策

心疾患対策

がん対策

糖尿病対策

精神疾患対策

救急医療

災害医療

小児医療

へき地医療

周産期医療

新興感染症

在宅医療

各地区医療提供体制協議会

→ 医療機関、市町村、関係団体で構成
→ 医療計画・医療構想・協議の場
(全領域において各地区の視点でみる)

北部地区

中部地区

南部地区

宮古地区

八重山地区

ロジックモデルを活用した計画策定



第1節 心疾患対策

1 目指す姿

- (1) 虚血性心疾患患者の年齢調整死亡率の減少
- (2) 大動脈緊急症の死亡率の減少
- (3) 心疾患患者が在宅等で安心して生活できている
- (4) 先天性心疾患患者が成人期に達しても安心して切れ目ない医療を受け、ることができ自立した社会生活を送れている

分野アウトカム

2 取り組む施策

(1) 救護

心血管疾患には、急に心臓の血管が詰まる急性心筋梗塞や、大動脈の血管壁が裂けることによって心臓に大きなダメージを与える大動脈解離などがありますが、どちらも突然死に至る場合がある緊急性の高い疾病です。死亡率を減少させ、予後を向上させるためには、発症から治療開始までの時間を短縮させることが重要になります。患者の側に居合わせた人は速やかに救急搬送要請を行うとともに、心肺停止状態となった場合は適切な救命処置が迅速に実施されることが必要です。

中間アウトカム

ア 発症時の速やかな救急要請、搬送の実施

(7) 県民に対する急性心筋梗塞の症状、発症時の対処法の普及、啓発

個別施策

急性心筋梗塞を疑う症状がある場合、本人又は周囲にいる人が速やかに救急搬送要請を行うとともに、心肺停止状態となった場合は周囲にいる人が心肺蘇生や電気的除細動（AED）を行うなど、適切な救命処置が迅速に実施されることで救命率が向上します。医療機関や関係団体の協力を得て、県民に対し急性心筋梗塞の初期症状と速やかな救急搬送要請の必要性及び救急時の対応に関する知識についての普及、啓発に取り組みます。

(2) 急性期医療

心血管疾患の急性期は命に関わる場合が多いため、急性心筋梗塞、大動脈解離、急性心不全ごとの病態に応じた治療を緊急に行う必要があります。

中間アウトカム

ア 虚血性心疾患の急性期医療の質の確保

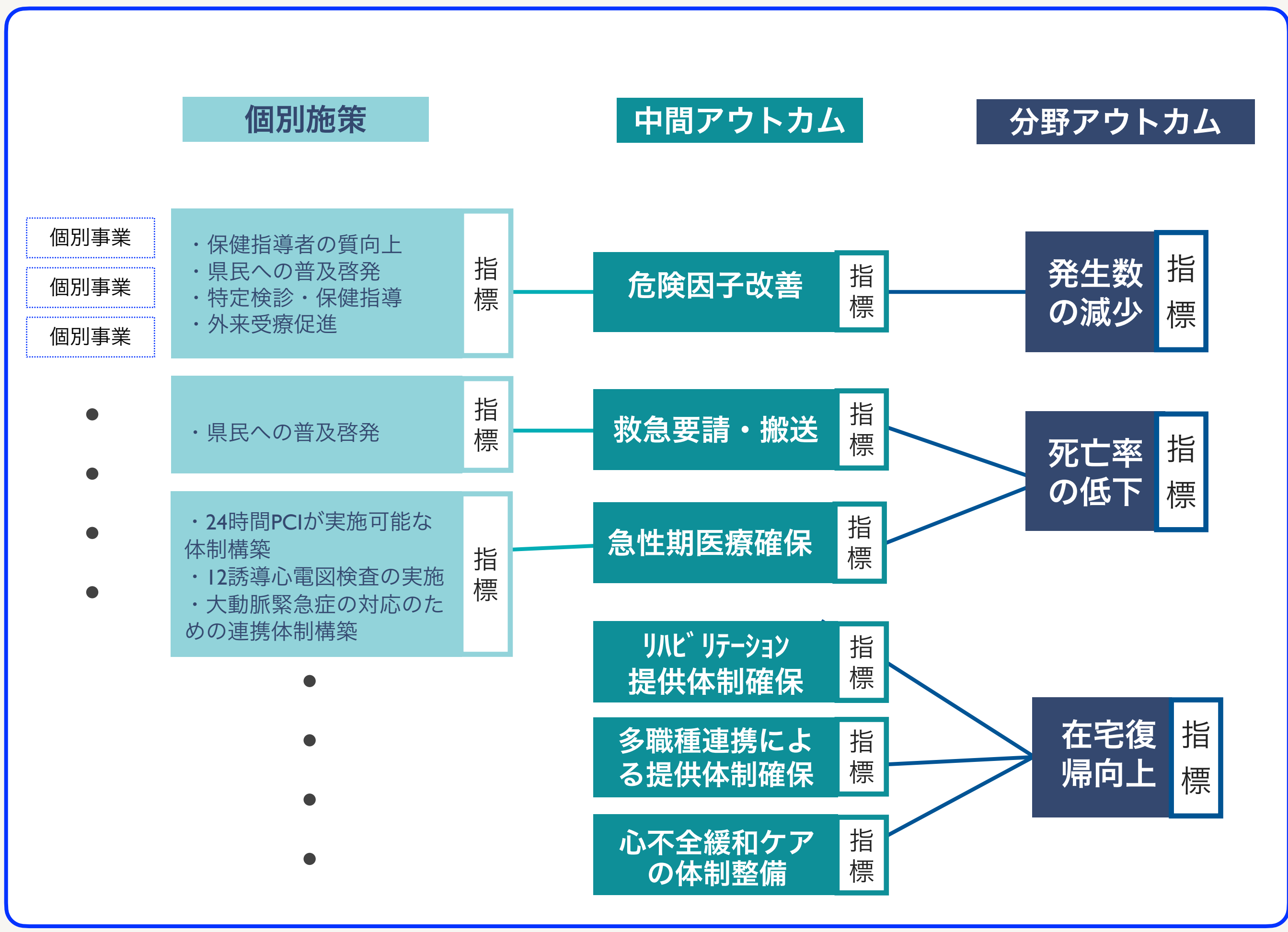
(7) 24時間PCIが実施可能な体制の整備

個別施策

急性心筋梗塞は、心臓の血管が詰まり血液が流れなくなることにより心臓が壊死を起こす疾病であり、一刻も早く詰まった血管を開通させ壊死を最小減にとどめる

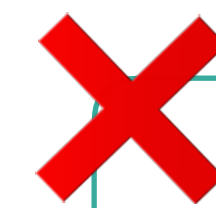
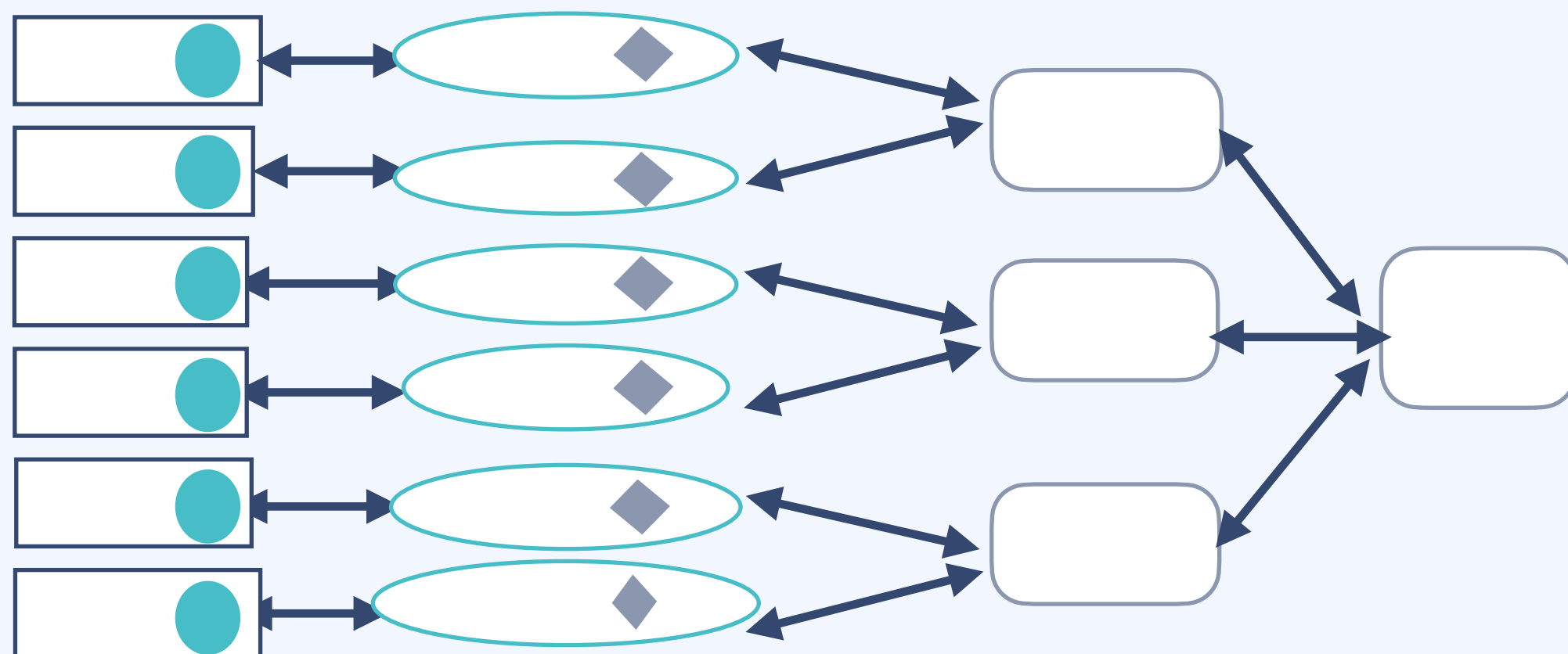
計画本文とロジックモデルの関係

ロジックモデルを描き下したものが計画本文。
作業手順としては、まずロジックモデルをつくり、文章で肉付けをして計画を策定する。

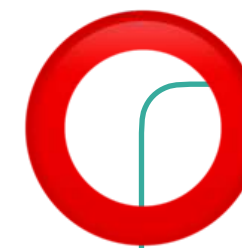


計画策定はスタートでしかない

ロジックモデル



完成度の高い計画をつくる
→計画策定がゴール



政策循環できる計画をつくる
→計画策定はスタート



実効性ある計画にするには
適切な評価が必要

プログラム評価

進捗評価の視点

- セオリー評価** 個別施策（事業）とその成果（中間アウトカム）、目指す姿（最終アウトカム）に整合性はあるか
- プロセス評価** 個別施策を着実に実施しているか
- インパクト評価** 個別施策（事業）がその成果（中間アウトカム）及び目指す姿（最終アウトカム）の達成にどの程度の効果をもたらしているか

進捗評価の方法

- 毎年度評価** 個別施策の進捗状況の把握、目標数値の推移確認、評価、必要に応じ計画の変更
- 中間評価** 毎年度評価に加え、他計画（介護保険事業、障害福祉計画等）との整合性を図り、必要に応じ計画の変更
- 最終評価** 毎年度評価を踏まえ、次期計画策定に反映

第8次沖縄県医療計画（第8章）抜粋

医療計画を着実に推進するため、毎年度、設定した指標の改善、取り組み状況を把握し、計画の進捗評価を行います。

評価にあたっては、施策の実施結果だけではなく、実施した施策が医療計画で目指す姿の実現にどのような効果をもたらしたかという観点から評価を行います。実施した施策の目指す姿の実現に向けた貢献度についての評価に基づき、施策の拡充、改善、期限設定、廃止、また、施策を実施する中で新たに生じた課題があれば新たな施策の検討を行うなど、必要な見直しを行いより実効性の高いものとしていきます。

厚生労働省局長通知「医療計画について」（抜粋）

医療計画の実効性を上げるためには、具体的な数値目標の設定と評価を行い、その評価結果に基づき、計画の内容を見直すことが重要である。

評価に当たっては、策定に関わった者以外の第三者による評価の仕組みを取り入れること等も有効である。さらに、施策及び事業の評価の際には、施策及び事業の結果（アウトプット）のみならず、地域住民の健康状態や患者の状態や地域の医療の質などの成果（アウトカム）にどのような影響（インパクト）を与えたかといった観点から、施策9の検討時に用いたロジックモデル等のツールを再度活用することにより施策及び事業の評価を行い、必要に応じて計画の内容を改善することが重要である。

医療法第30条の6（要約）

第1項 都道府県は、3年ごとに在宅医療等事項について、調査、分析及び評価を行い、必要があると認めるときは、医療計画を変更するものとする。

（中間評価）

第2項 都道府県は、6年ごとに医療計画に定める事項について、調査、分析及び評価を行い、必要があると認めるときは、医療計画を変更するものとする。（最終評価）

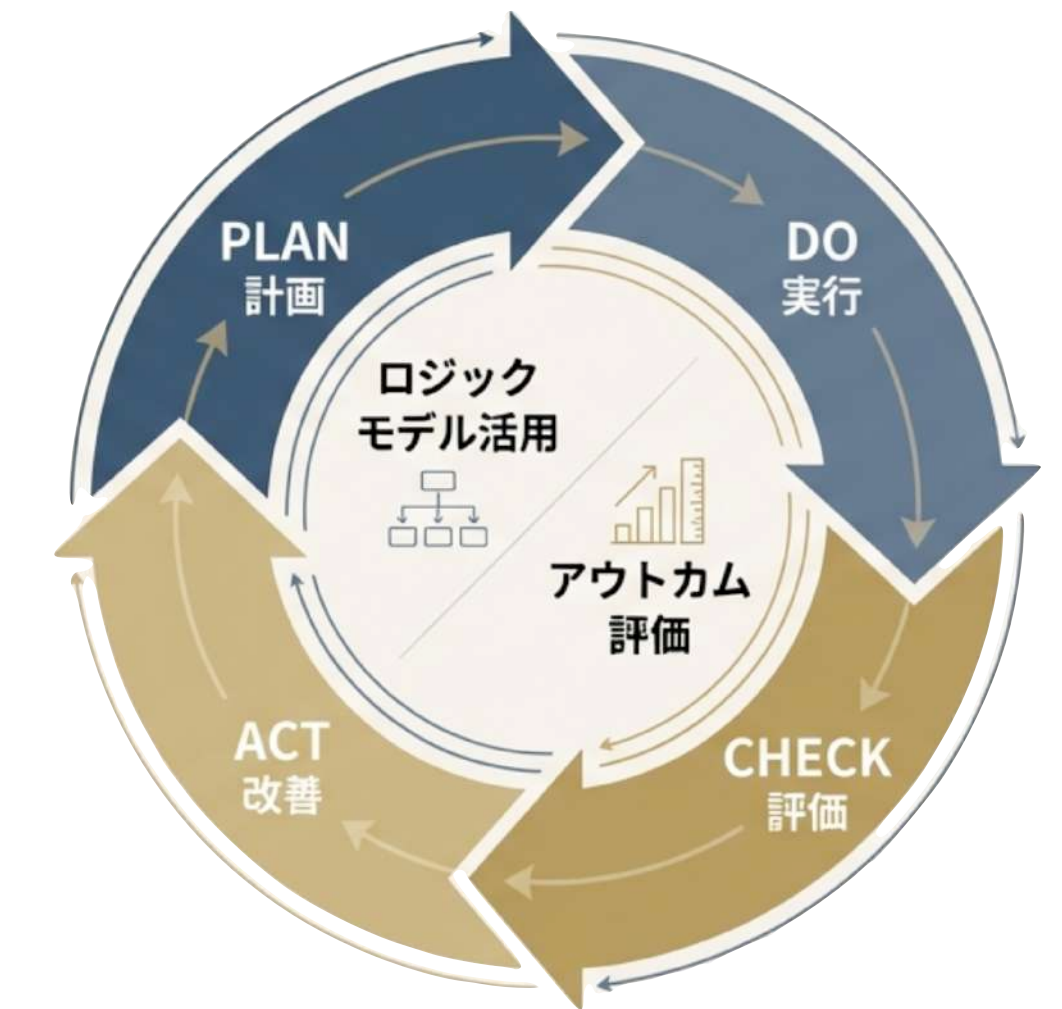
本県においては「沖縄県医療計画実施要綱・要領」により評価を行っていくこととする

(参考) 改正医療法 -医療計画と地域医療構想が一体となったPDCAサイクルの強化-

(衆議院の修正案において追加)

第三十条の八第二項

2 前項に定めるもののほか、厚生労働大臣は、医療計画において定められた第三十条の四第二項第四号から第六号までに掲げる事項の実施について、同項第一号の目標の設定並びに当該目標の達成のための実効性のある取組及び当該取組の効果に係る評価の実施が総合的に推進されるよう、都道府県に対し、必要な助言を行うものとする。



(参議院における付帯決議)

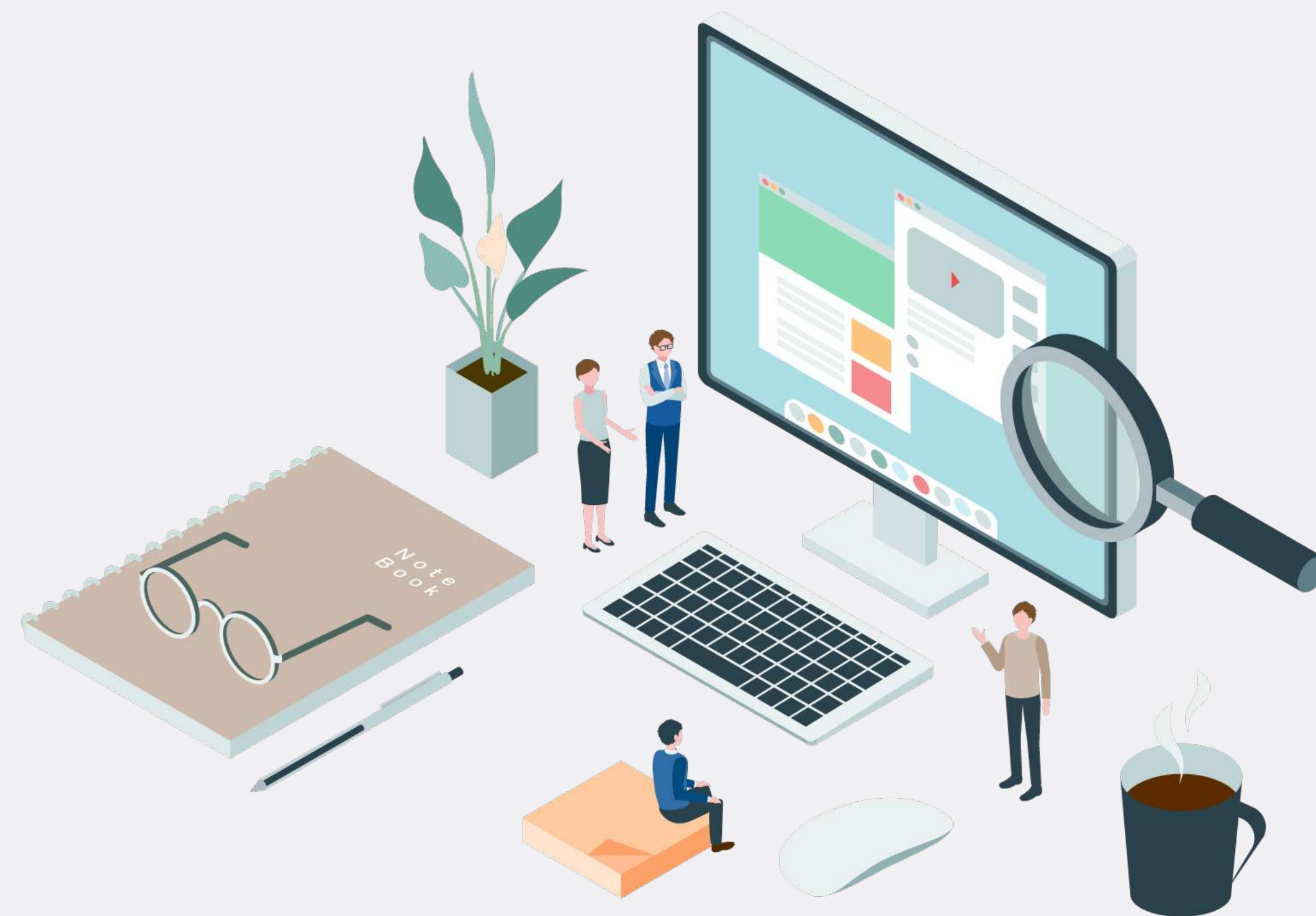
十二 医療計画のロジックモデル活用が出来ていない、あるいは、十分な取組が出来ていない都道府県における第八次医療計画での導入や改善を行うとともに、がん対策基本法の取組のように、五疾病六事業並びに在宅医療に係る厚生労働大臣の基本方針等における活用等並びに都道府県へのロジックモデル例の提示等の支援に取り組むこと。

さらに、ロジックモデルのアウトカムについて患者及び住民の健康状態等の改善を中核とすることの徹底、指標や医療圏等の単位ごとのデータ、評価に関する資料の提供や、都道府県職員等及び関係機関の職員を対象とした評価ガイドラインに基づく研修の実施に取り組むこと。

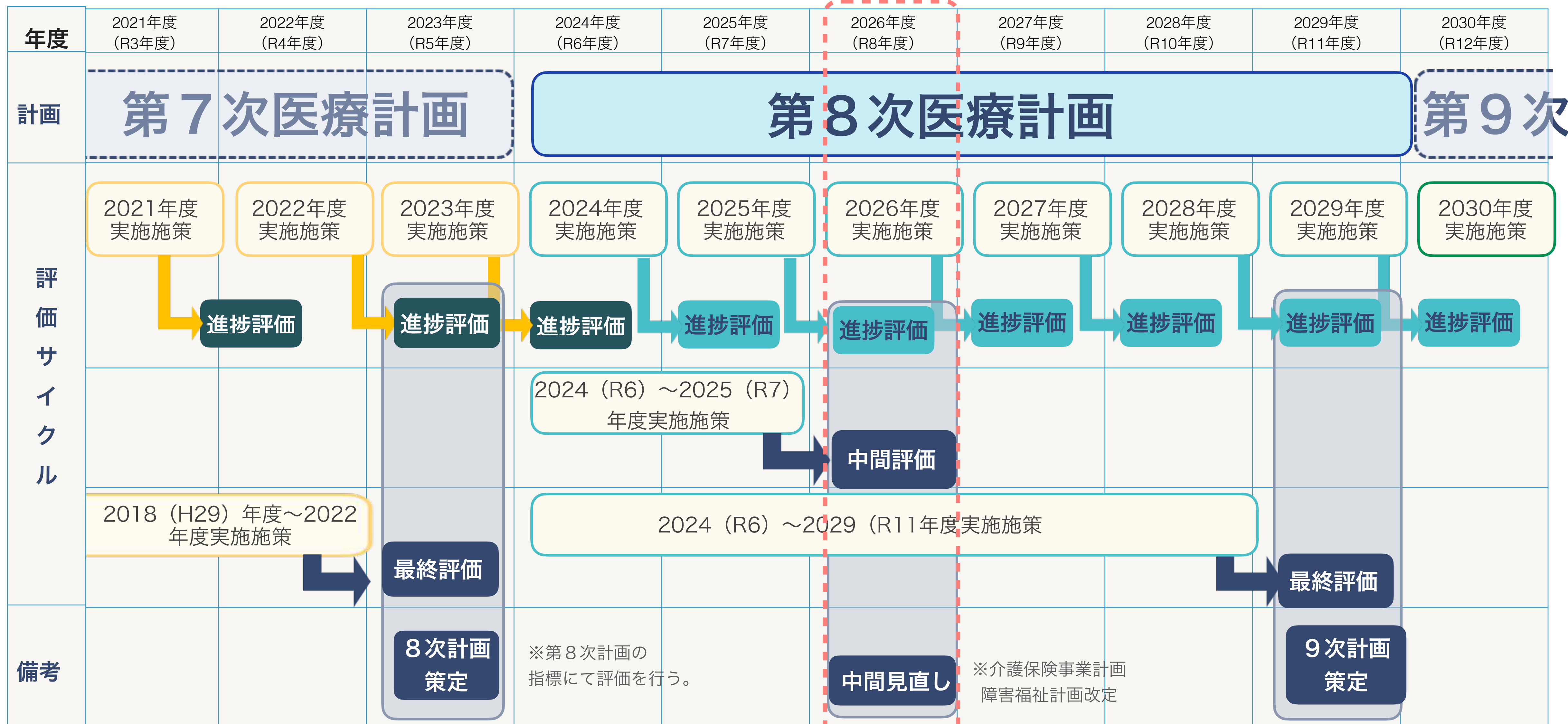
そして、ロジックモデルに関する必要かつ多様な指標の整備を進め、それらを用いた分析のための基盤整備、医療圏単位等の把握・分析に資する必要な取組を行うこと。

また、医療計画等の策定等に当たっては、実効的な医療計画の作成等を実現するために必要な都道府県職員の育成・確保の支援措置を検討し実施するとともに、患者・住民が主体的に参画・関与できる環境整備を進め、患者が質の高い医療を受けられているかの把握や、理解しやすいロジックモデル等の公表に関する取組の実施を図ること。ロジックモデルの活用について、障害者・障害児医療、難病医療等のほか、歯科口腔保健、健康増進計画、介護保険事業（支援）計画、子ども施策等に係る計画体系についても同様の取組を進めること。

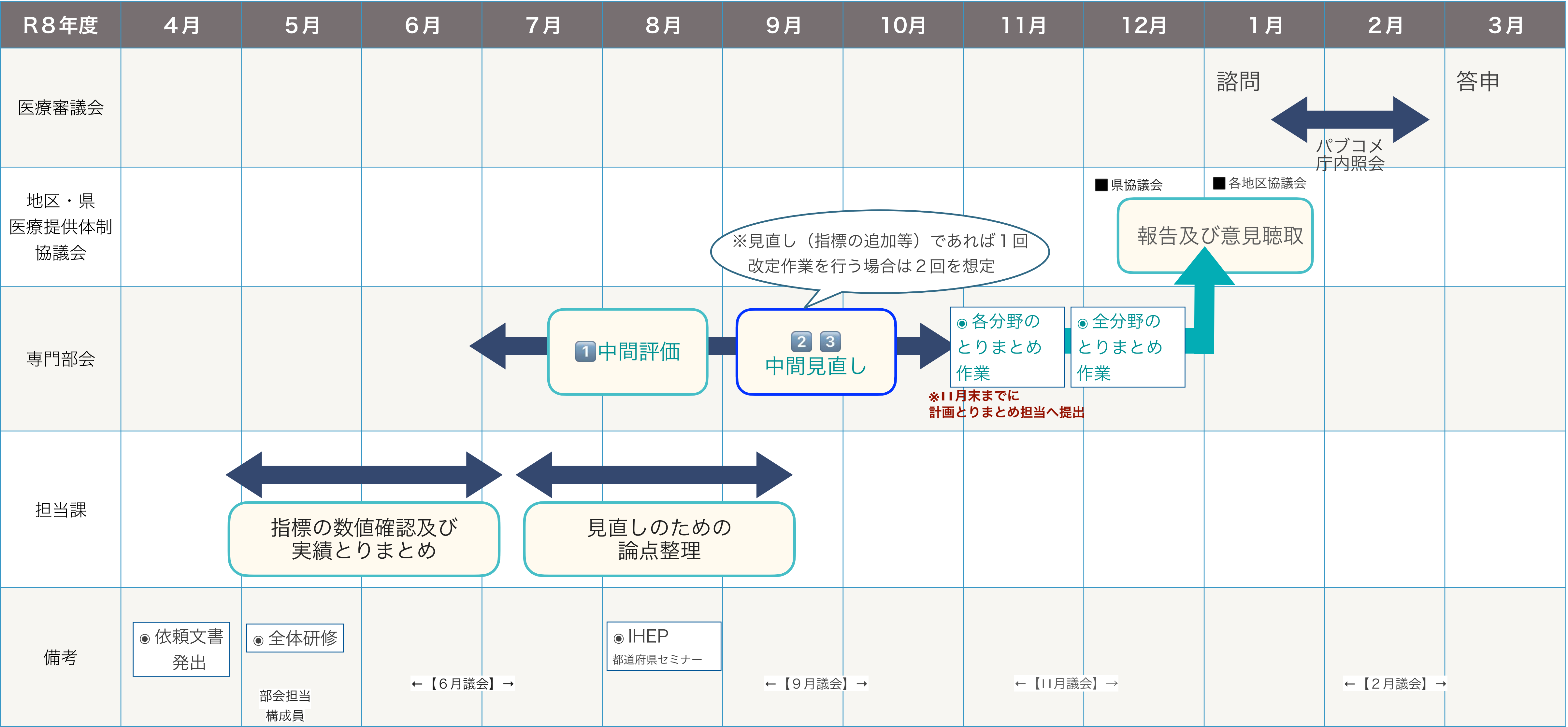
2. 進捗評価の実際



01 医療計画の進捗評価サイクル



令和8年度スケジュール



▶ 説明会を開催：進捗評価の考え方について説明

2 進捗評価の実施方法

進捗評価の視点

- セオリー評価** 個別施策と取り組む施策（中間アウトカム）、目指す姿（最終アウトカム）に整合性はあるか
- プロセス評価** 個別施策を着実に実施しているか
- インパクト評価** 個別施策及び取り組む施策（中間アウトカム）が目指す姿（最終アウトカム）の達成にどの程度の効果をもたらしているか

進捗評価の方法

- 毎年度評価** 個別施策の進捗状況の把握、目標数値の推移確認、評価、必要に応じ計画の変更
- 中間評価** 毎年度評価に加え、他計画（介護保険事業、障害福祉計画等）との整合性を図り、必要に応じ計画の変更
- 最終評価** 毎年度評価を踏まえ、次期計画策定に反映

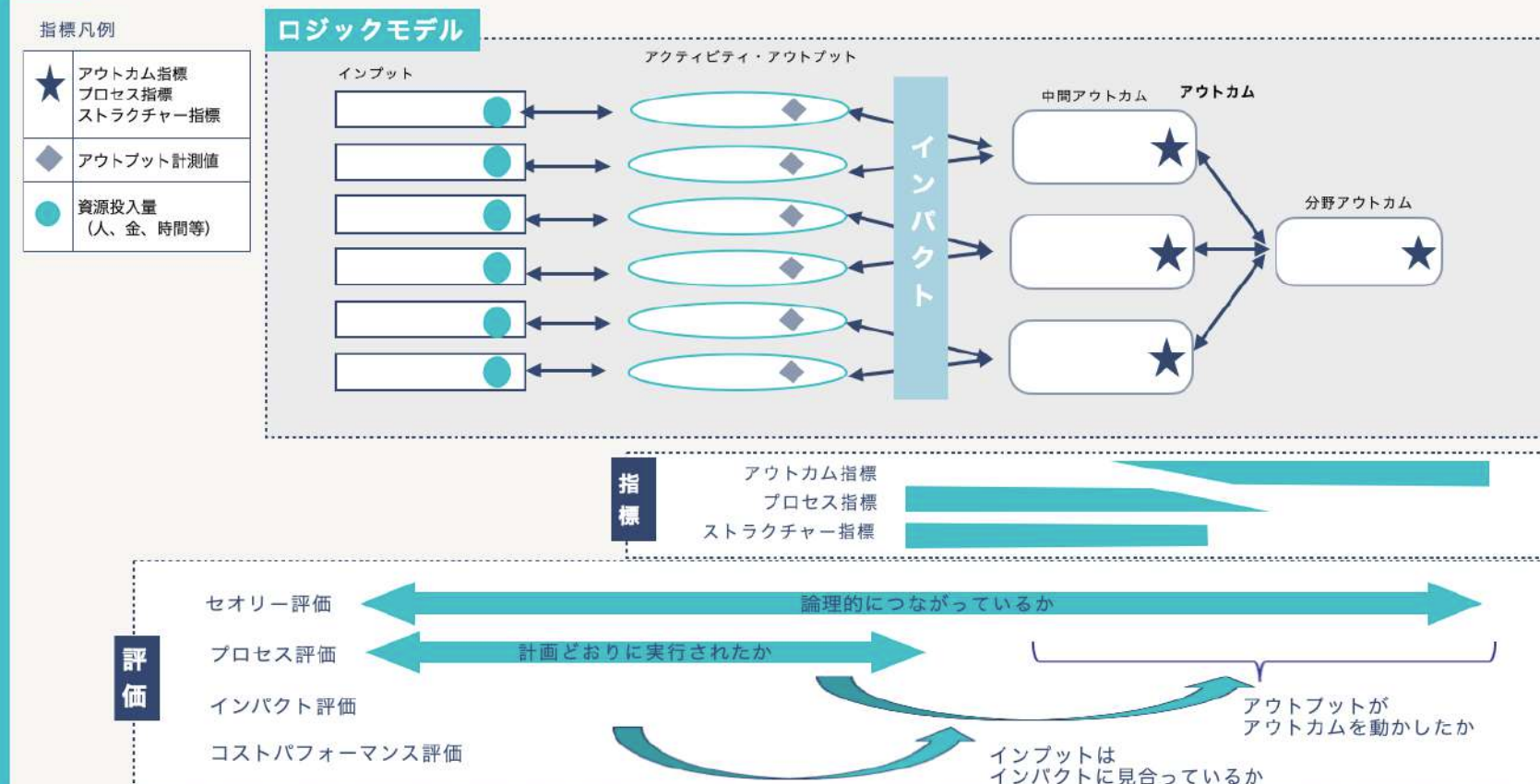
- 毎年度の進捗評価を基本とし、全評価（「セオリー評価」「プロセス評価」「インパクト評価」）を行う。
- 評価において必要と認められれば計画途中であっても指標（ロジックモデル）の見直しを行う。
- 評価は更新された新しい指標にて行う。（2024年度は第8次医療計画の指標を用いて行う。）

13

Progress Evaluation Of Hospital And Health Planning

Okinawa Prefectural Government Medical Policy Division/2024

（参考）プログラム評価とロジックモデル



06

Progress Evaluation Of Hospital And Health Planning

Okinawa Prefectural Government Medical Policy Division/2025

▶ 相談会を開催：説明会で出てきた各担当の疑問を解消

医療計画の進捗評価について



2024年8月1日
沖縄県医療政策課

3 説明会で出てきた疑問

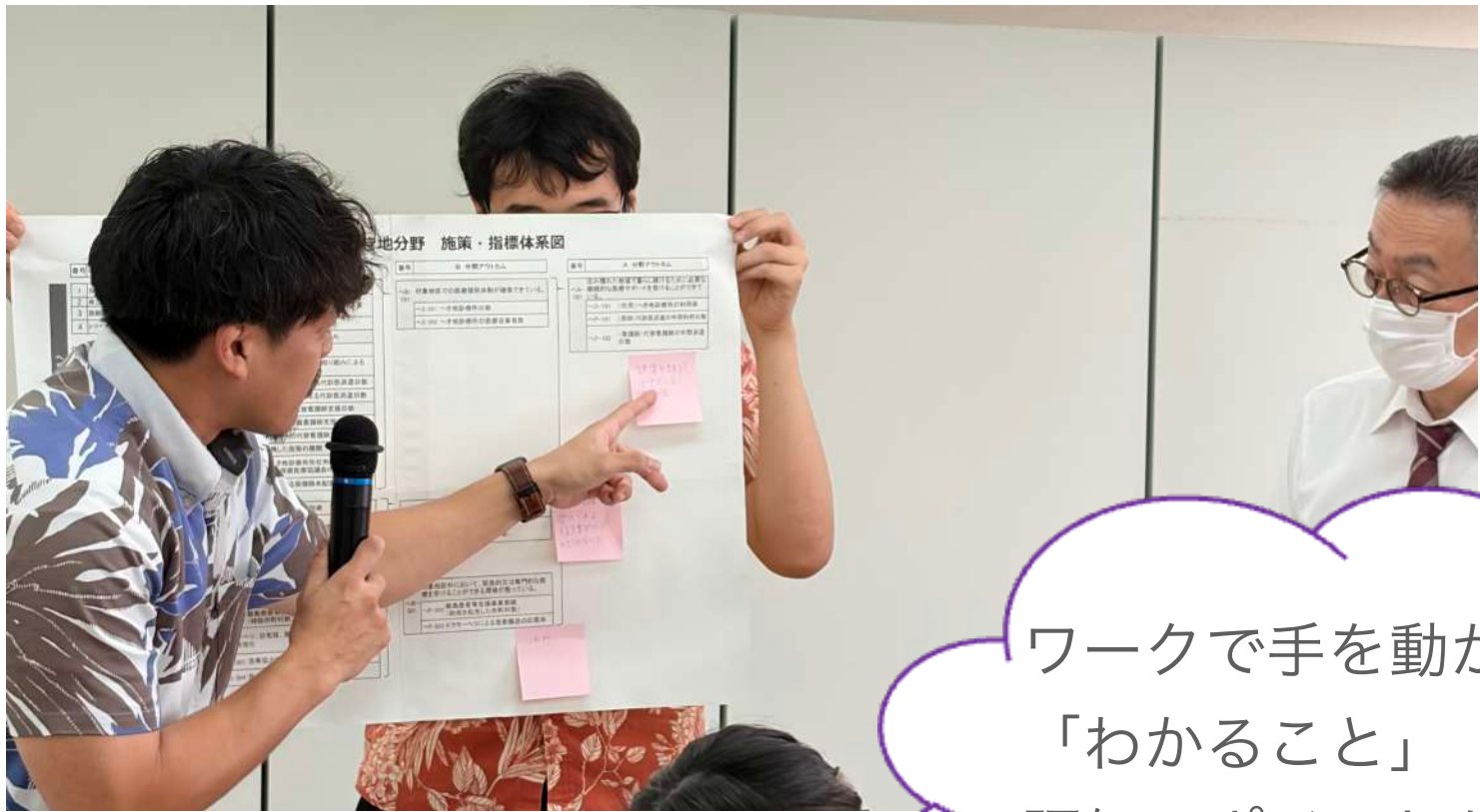


- 令和5年度の進捗評価だけど第8次計画の指標を使うの？
 - もう7次評価はしない？
 - その場合は基準年も更新？
 - 新しい指標はどうするの？
- 「毎年、指標の変更もあり得る」とすると収拾がつかなくなってしまうのでは？
- そもそもどうやって議論を進めていけばよい？

09

Progress Evaluation Of Hospital And Health Planning

Okinawa Prefectural Government Medical Policy Division/2024



ワークで手を動かしてみても初めて
「わかること」「わかってないこと」
評価のポイントが見えてくる。
(評価が楽しくなってくる!)

令和8年度 医療医療計画進捗評価・見直しのための ロジックモデル研修会

日時 : 令和8年5月18日(月)14:00~17:00

場所 : 沖縄県庁4階旧病院事業局跡

対象者 : 健康・医療・福祉などの計画策定・実施、進捗評価等に関する職員
・医療計画担当者 (15人) 専門部会構成員 (16人)
・その他健康増進計画・介護事業計画・国保運営方針担当者等 (17人)
※現地開催+オンライン (オンデマンド) にて開催

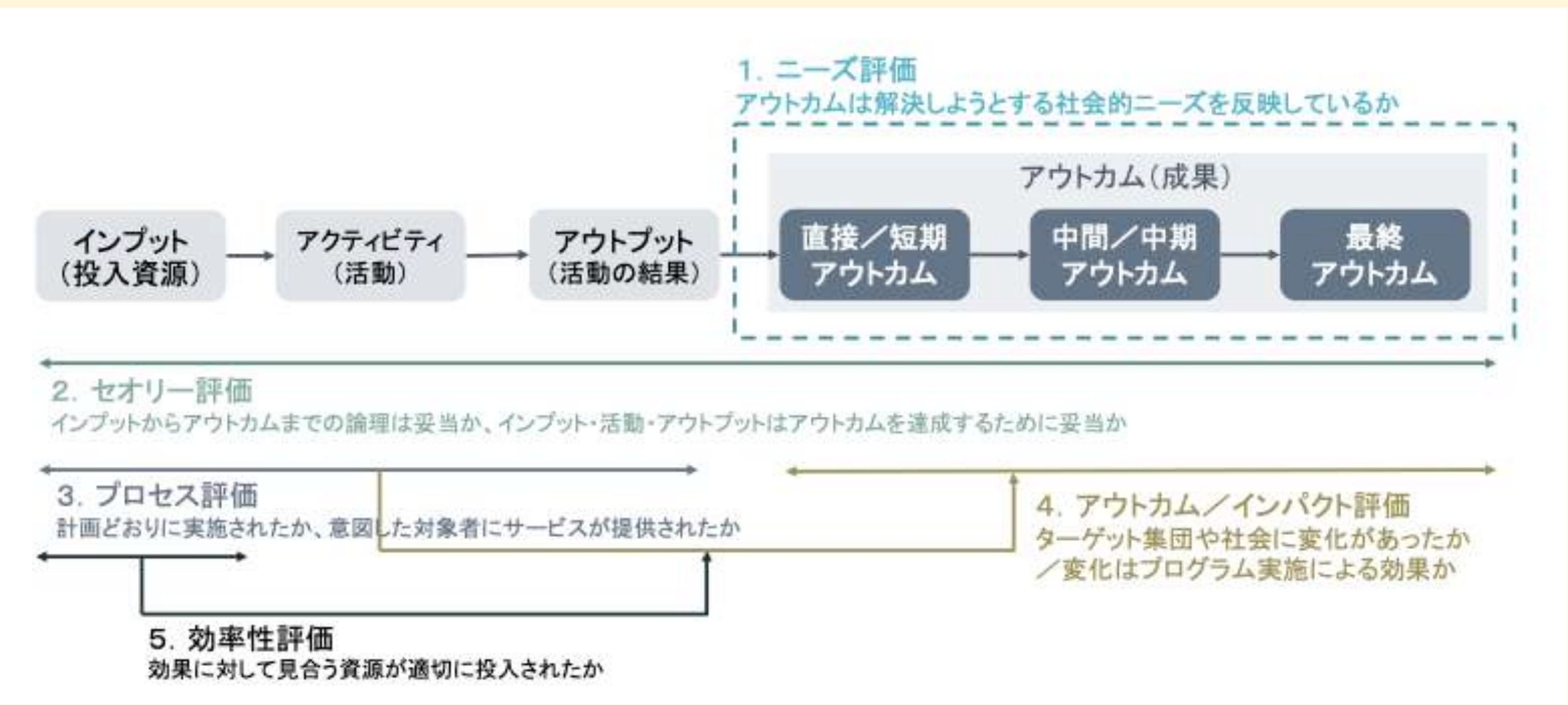
1	講義	ロジックモデルとプログラム 評価の基礎を理解する	基礎理解
2	説明	県の評価様式で、何を・どこ に・どう書くかを確認する	実務の確認
3	ワーク1	ロジックモデル全体のつなが りを確認する	セオリー評価
4	ワーク2	個別施策の実施状況と成果へ の影響を確認する	プロセス評 価・インパク ト評価

まず「施策とアウトカムのつながり」の
Check方法 (セオリー評価) を確認

そのうえで「個別施策が実施され、
成果につながっているか」の評価
(プロセス・インパクト評価) を県
様式を用いて試行する。

Point 2 | プログラム評価の考え方を導入

評価 = 事実特定 + 価値判断



Point 3 | 参考様式を追加

ロジックモデル進捗管理シート(脳卒中対策)

資料2ー

事業(取組)	番号	個別施策	番号	中間アウトカム	番号	分野アウトカム
1	市町村向け研修会	脳卒-101 市町村等の保健指導担当者の技術向上支援	101	脳卒-101 脳血管疾患の危険因子の改善	101	脳卒-101 脳血管疾患患者の発症数が減少している
2	生活習慣予防対策事業	脳卒-102 県民に対する生活習慣病の予防及び正しい知識の普及、啓発	102	脳卒-102 脳血管疾患の危険因子の改善	102	脳卒-102 脳血管疾患患者の発症数が減少している
3	特定健康診査実施	脳卒-103 特定健康診査受診者への受診勧奨の実施	103	脳卒-103 脳血管疾患の危険因子の改善	103	脳卒-103 脳血管疾患患者の発症数が減少している
4	市民講座等の啓発活動	脳卒-104 特定健康診査・特定健康指導の実施	104	脳卒-104 脳血管疾患の危険因子の改善	104	脳卒-104 脳血管疾患患者の発症数が減少している
5	脳卒中スクールの実施	脳卒-105 脳血管疾患患者の早期発見・早期治療の促進	105	脳卒-105 脳血管疾患の危険因子の改善	105	脳卒-105 脳血管疾患患者の発症数が減少している

● 基準年との比較
● 目標値や経年変化の確認

● 目指す姿から個別施策までの全体像を把握

● 個別施策が目指す姿へ影響を与えているか確認

評価

評価項目	評価内容	評価結果
整合性(セオリー)評価	ロジックモデルの左右のつながりに、論理的整合性があるか	A 十分に満たされている B かなり満たされている C ある程度満たされていない D 大幅に満たされていない
実行(プロセス)評価	決めたことをきちんとやっているか	A 予定通り実行されている B ほぼ実行されている C 一部実施されている D 実施されていない
効果(インパクト)評価	やったことが効いているのか	A とても効果を出している B 効果を出している C あまり効果を出していない D 効果を出していない
総合評価	この施策をやり続けるべきか	A 強化すべき B 維持すべき C 検討を続けるべき D 中止を検討すべき E 中止すべき

プログラム評価の視点を加えた個別評価シートを作成



参考にしているもの | IHEP「医療計画策定・評価総合支援サイト」

医療計画策定・評価ガイド

各都道府県で医療計画を適切に評価し、施策・事業の見直しを行い、次期計画策定につなげる際の一助となるよう、ガイドを作成しております。
都道府県の初任者の方でも、過度な負担なく、実効性のある計画策定・評価を行えることを目指しております。
本ガイドは、都道府県の策定・評価ご担当者に加え、協議会構成員など医療計画に関わる様々なお立場の方にも参考にいただけます。



医療計画評価ガイド
ver.1.0
ダウンロード
(PDFファイル 3.3MB)

←進捗評価（プログラム評価）
の方法や様式を掲載

医療計画
策定・評価総合支援サイト

IHEP

↓各都道府県医療計画の分野別ロジックモデル及び本文を掲載

都道府県第8次医療計画（一部関連計画含む）

ロジックモデルを導入する際、ロジックモデル・指標・施策を見直す際に全国都道府県を参照していただけるよう作成しております。

ロジックモデル	医療計画本文もしくは概要や参考資料など別冊から、各分野のアウトカムと施策、指標が樹形図状で示されているページを抽出したものです は関連する個別計画（がん対策推進計画、循環器病対策推進計画、感染症予防計画）から抽出したものです
指標	医療計画本文もしくは参考資料などの別冊から、各分野の数値目標や指標がリストで示されているページを抽出したものです は関連する個別計画（がん対策推進計画、循環器病対策推進計画、感染症予防計画）から抽出したものです
本文	医療計画本文（一部、参考資料など別冊を含む）から該当する分野のページを抽出したものです は関連する個別計画（がん対策推進計画、循環器病対策推進計画、感染症予防計画）から抽出したものです
なし	該当ファイルが見当たらないものです

	がん	脳卒中	心血管疾患	糖尿病	精神疾患	救急医療	災害医療	新興感染症	へき地医療	周産期医療	小児医療	在宅医療
01 北海道												
02 青森県												
03 岩手県												
04 宮城県												
05 秋田県												
06 山												

↓8分野における参考ロジックモデルの掲載（現在更新中）

医療計画分野別ロジックモデル・評価指標データ集

都道府県での医療計画策定において、円滑にかつ効果的にロジックモデルを導入する際の参考としていただけるよう作成しております。ロジックモデルの活用については、[厚生労働省医政局地域医療計画課通知「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」（令和5年3月31日）」](#)「[（別紙）疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制構築に係る指針](#)」に記載されています。各地でロジックモデル・指標を作成される際には、各分野の学会や研究班などで作成されているロジックモデルや指標、都道府県の医療計画や疾病別計画にロジックモデルや指標集を掲載している先行事例等も合わせて吟味の上、ご活用ください。ご活用になる場合は必ず、各分野ツールの「はじめに」シートをご確認の上、利用上の注意を守っていただきますよう、よろしくお願いいたします。このツールについて、データの誤りなど、お気づきの点がある場合は、問合せ先までご連絡ください

脳卒中 分野 ロジックモデル・評価指標データ集

心筋梗塞等の 心血管疾患 分野 ロジックモデル・評価指標データ集

糖尿病 分野 ロジックモデル・評価指標データ集

精神疾患 分野 ロジックモデル・評価指標データ集



様式1 個別施策一覧表

- ◎ 個別施策（事業）を評価する一覧表

様式2 LM進捗管理シート

※LM（ロジックモデル）

- ◎ 各指標の経年変化を確認するための評価支援シート
-指標の進捗管理や、計画の全体像を把握する

個別施策評価シート

- ※ **評価の視点を明確にするため、個別施策評価シート（参考資料）を用いて評価する。**

様式3 総合評価表

- ◎ 上記様式で話し合われた議論のとりまとめ
-県・地区協議会へ報告するもの

指標の目標達成を図るために実施する個別施策の実施状況

年度	令和5年度	分野	救急医療									
番号	個別施策	主な事業(取組)					R5年度	R6年度	実績・成果 (令和5年度)	課題	今後の 展開方向	
		名称	実施内容	実施期間	実施主体	所管課	決算額(千円)	予算額(千円)				
1	住民に対する救急蘇生法、予防救急等の普及啓発の実施	—	消防機関において、「救急の日」及び「救急医療週間」にイベントの開催やポスターの配布など、普及啓発運動に取り組んでいる。	毎年度	消防機関	防災危機管理課	—	—	各機関による講習会及び予防救急等普及啓発の実施	一般市民に対する救命講習会や、予防救急等の普及啓発を継続して実施していく必要がある。	継続	
2	沖縄県メディカルコントロール協議会の活用	消防指導事業費	メディカルコントロール体制を充実し、県民の救命率の向上を図っている。	毎年度	県、消防機関	防災危機管理課、医療政策課	66千円	339千円	県MC協議会総会を1回開催及び専門部会を1回開催	消防機関と医療機関が協議を行う体制を強化することが必要である。	継続	
3	ドクターカーの効果的な活用	—	ドクターカーを運用している中部及び南部地区MC協議会において、ドクターカーの効率的な運用について議論を行っている。	毎年度	医療政策課、消防、医療機関	医療政策課	—	—	県MC協議会総会を1回開催	ドクターカーの搬送手段については、関係者で協議する場を設置し、統一的な取扱及び、効率的な運用を図る必要がある。	継続	
4	航空医療体制の構築	・ヘリコプター等添乗医師等確保事業運営協議会の開催 ・ヘリコプター等添乗医師等確保事業 ・救急医療用ヘリコプター活用事業	・医師等添乗システムの円滑な運営を図っている。 ・添乗医師及び添乗協力病院への財政支援等を実施している。 ・沖縄県ドクターヘリの運航支援を実施している。	毎年度	当番病院、自衛隊、海上保安庁、浦添総合病院	医療政策課	50,359千円 274,529千円	53,942千円 332,783千円	・R5年度 添乗協力病院12病院、医療機関のヘリポート数6病院 ・R5県ドクヘリ急患搬送実績 376件	添乗当番病院及び添乗医師の負担軽減を図る必要がある。 救急医療機関へのヘリポート配備について、引き続き検討する必要がある。	継続	
5	初期救急医療体制の整備	・小児救急電話相談事業(＃8000)	・小児救急の適切な受診を啓発し小児救急医療機関の負担軽減を図る。	毎年度	医療政策課	医療政策課	29,321千円	37,800千円	・令和5年度相談件数23,698件	小児救急医療を守るために、今後も負担軽減に取り組んでいく必要がある。	継続	
6	入院を要する救急医療体制の整備	・救命救急センター運営事業 ・救急病院運営事業	・救命救急センターの運営費補助を行う。 ・救急病院の運営費補助を行う。	毎年度	医療政策課、医療機関	医療政策課	32,270千円 25,359千円	64,414千円 26,632千円	・救命救急センターに対する運営費補助を行った。 ・救急病院に対する運営費補助を行った。	特別交付税を活用できる他の市町村に対して情報提供を行い、救急医療機関に対する支援の更なる拡充を図る。	継続	
7	救命救急医療体制の整備	・救命救急センター運営事業(再掲)	救命救急センターの運営費支援を実施している。	毎年度	医療政策課、医療機関	医療政策課	32,270千円 (再掲)	64,414千円 (再掲)	救命救急医療提供体制の確保に繋がった。	今後も救命救急医療提供体制の整備に取り組んでいく必要がある。	継続	

部会構成員
にて評価



ロジックモデル進捗管理シート(脳卒中対策)

番号	事業(取組)	番号	C 個別施策							番号	B 中間アウトカム							番号	A 分野アウトカム						
予防	1市町村向け研修会		指標項目	基準年	直近の前々年	直近の前年	直近	結果	目標		指標項目	基準年	直近の前々年	直近の前年	直近	結果	目標		指標項目	基準年	直近の前々年	直近の前年	直近	結果	目標
			(脳C-101)市町村等の保健指導担当者の技術向上支援								(脳B-101)脳血管疾患の危険因子の改善								(脳A-101)脳血管疾患患者の発症数が減少している						
			脳P-301	保健指導担当者に 対する研修会の開催数	R4 年度 5 回	R4 年度 5 回	R5 年度 5 回	R6 年度 5 回	→ 5回	R11年	脳O-101	危険因子の有所見率	R1 年度	R2 年度	R3 年度	R4 年度	→ 29.0%	R11年	脳O-101	脳血管疾患の 入院件数	R2 年度 4411 人	R3 年度 4411 人	R4 年度 4249 人	R5 年度 4286 人	→ 現状より 低下
	2生活習慣予防対策事業		脳P-302	県民向けの講座・ イベントの実施回数	R4 年度 4 回	R4 年度 4 回	R5 年度 5 回	R6 年度 4 回	→ 5回	R11年		BMI(25.0以上)	40.0%	40.3%	41.1%	39.8%	↓ 29.0%								
	3特定健康診査 特定保健指導		(脳C-103)特定健診未受診者への受診勧奨の実施									収縮期血圧(140以上)	19.3%	20.6%	21.2%	20.7%	↑ 17.1%								
救護			脳P-303	特定検診受診率	R3 年度	R3 年度	R4 年度	R5 年度	→ 60%	R11年		拡張期血圧(90以上)	13.3%	14.0%	14.3%	14.1%	↑ 12.8%								
				市町村国保 協会けんぽ	32.8%	32.8%	34.5%	35.8%	↑ 60%			空腹時血糖(126以上)	6.8%	6.7%	6.9%	6.9%	↑ 5.9%								
					59.8%	59.8%	64.2%	60.4%	↑ 65%			HbA1c(6.5以上)	8.4%	8.3%	8.4%	8.7%	↑ 7.2%								
			(脳C-104)特定健診・特定保健指導の実施									中性脂肪(150以上)	23.2%	22.6%	23.5%	22.5%	↓ 20.2%								
			脳P-304	特定保健指導実施率	R3 年度	R3 年度	R4 年度	R5 年度	→ 現状より向上	R11年		LDLコレステロール (140以上)	30.1%	30.0%	30.4%	28.0%	↓ 現状より低下								
				市町村国保 協会けんぽ	62.3%	62.3%	61.9%	67.2%	↑ 現状より向上			HDLコレステロール (40未満)	4.8%	4.8%	4.9%	4.8%	→ 4.2%								
					31.1%	31.1%	24.5%	28.5%	↓ 35%			心電図	32.5%	34.6%	32.5%	28.6%	↓ 32.0%								
			(脳C-102)脂質異常症患者の外来受療の促進									◎ 基準年との比較													
			脳O-102	脂質異常症患者の 年齢調整外来受療率	R2 年度 40.9	H30年度 —	R1 年度 —	R2 年度 40.9	— 67.7	R11 年度		◎ 目標値や経年変化の確認													
	4市民講座等の啓蒙活動		指標項目	基準年	直近の前々年	直近の前年	直近	結果	目標		指標項目	基準年	直近の前々年	直近の前年	直近	結果	目標		指標項目	基準年	直近の前々年	直近の前年	直近	結果	目標
			(脳C-201)県民に対する脳卒中の症状、発症時の対処法の普及、啓発								(脳B-201)脳卒中の急性期医療が確保されている								(脳A-201)脳血管疾患患者の年齢調整死亡率が低下している						
			脳P-305	市民公開講座、メ ディアを使った啓蒙 活動の実施数	R4 年度 4 回	R4 年度 4 回	R5 年度 5 回	R6 年度 6 回	↑ 現状より向上	R11年	脳P-201	脳卒中の急性期医療の 確保率	R4 年度	R4 年度	R5 年度	R6 年度	→ 現状より向上	R11年	脳A-201	脳血管疾患患者の年齢調整 死亡率(人口10万人あたり)	R2 年度 男性 99.9 女性 52.4	H22年度 48.4 22.4	H27年度 38.1 17.5	R2 年度 男性 99.9 女性 52.4	→ 現状より低下
			(脳C-202)救急搬送時の病院前脳卒中スケールの実施								脳P-202	脳卒中の急性期医療の 実施件数	R4 年度 377 件	R4 年度 377 件	R5 年度 293 件	R6 年度 283 件	↓ 上	R11年							
	5脳卒中スケールの実施		脳P-306	救急搬送時の病院 前脳卒中スケールの 実施消防機関数	R4 年度 15 箇所	R4 年度 15 箇所	R5 年度 15 箇所	R6 年度 13 箇所	↓ 18 箇所	R11年															
			指標項目	基準年	直近の前々年	直近の前年	直近	結果	目標																
			(脳C-301)t-PAや外科手術、脳血管内手術が24時間速やかに実施できる連携体制の整備																						
			脳S-301	遠隔診断補助及び 搬送の連携体制構築 数(北部、宮古、 八重山圏域)	R4 年度 0圏域	R4 年度 0圏域	R5 年度 0圏域	R6 年度 0圏域	→ 3圏域	R11年															
			脳S-302	脳神経外科医の 数	R4 年度 北部 0 中部 8 南部 33 宮古 2 八重山 1	R4 年度 北部 0 中部 8 南部 33 宮古 2 八重山 1	R5 年度 北部 0 中部 9 南部 39 宮古 1 八重山 1	R6 年度 北部 0 中部 15 南部 32 宮古 2 八重山 1	→ 全ての医療 圏で提供が 可能な体制 を確保	R11年度															

◎目指す姿から個別施策までの全体像を把握

◎個別施策が目指す姿へ影響を与えているか確認



個別施策
評価シート

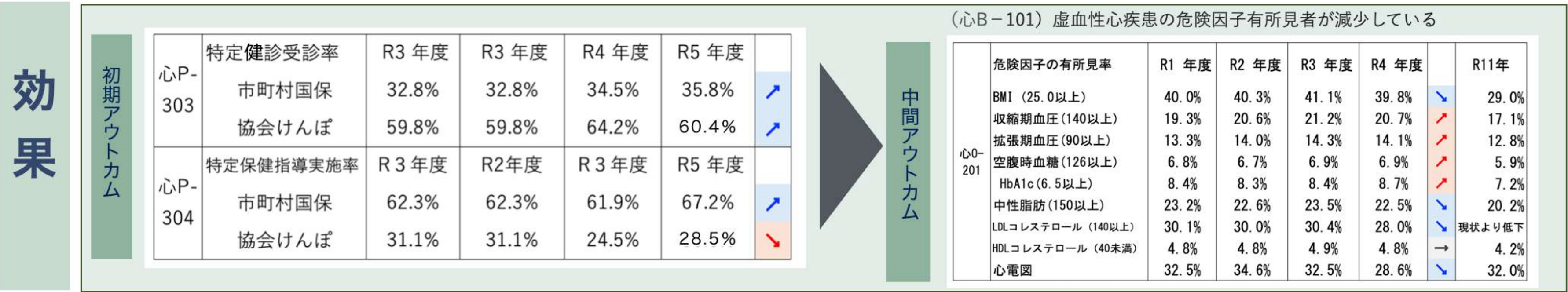
←個別施策一覧表（様式1）
抜粋

←LM進捗管理シート
（様式2）抜粋

←上記を見ながら、各
評価の視点に沿って判
定を行う

- 「取組（事業）」は施策
ごとに束ねてもよい。
- 評価結果と判定は専門部
会後に議論の内容を反映

個別施策		(心C-103) 特定健診未受診者への受診勧奨の実施 (心C-104) 特定健診・特定保健指導の実施						
取組		事業名称	実施内容	実施主体	所管課	令和6年度決算額 (千円)	令和7年度予算額 (千円)	実績・成果（アウトプット）
	3	特定健康診査	40～74歳の被保険者・被扶養者を対象に検診を実施する	保険者 (市町村国保)	国民健康保険課	428,210 (国保分のみ)	444,960 (国保分のみ)	県内41市町村において特定健康診査、特定保健指導を実施した
		特定保健指導	特定保健指導対象者に対する保健指導					



評価軸	評価ポイント	情報源	評価結果（事務局案）	部会構成員意見	判定
整合性 (セオリー) 評価	ロジックモデルの左右のつながりに、論理的整合性があるか ・ 分野・中間アウトカムとその指標は適切か ・ 分野・中間アウトカムと施策のつながりは強いのか。	・ 他府県ロジックモデルとの比較 ・ 協議会・部会での審議	・ 特定健診受診率は国の重点指標にも設定されており、 <u>予防としての検診実施と心疾患の危険因子の関係性は高く、整合性はあると</u> 思料される。 ・ 第1期循環器対策推進計画から採用された指標である。	左記のとおり。	A 十分整合がとれている B ほぼ整合が取れている C ある程度整合が取れている D 見直しの必要あり
実行 (プロセス) 評価	計画どおり実施されているか ・ 資源は用意されたか ・ 施策は実施されたか、進捗はどうか ・ アウトプットが生まれているか ・ 施策関係者はどう感じているか	・ 事業予算書・決算書 ・ アウトプット指標 ・ 関係者ヒアリング等	・ 取り組み記載の決算額のとおり ・ <u>予定どおり特定健診及び特定保健指導を実施した。</u> ・ 特定健診については、前年度と比べ市町村国保で1.3ポイント改善したが協会けんぽで3.8ポイント悪化した。 <u>保健指導は前年度と比べ、市町村国保で1.1ポイント改善、協会けんぽで5.5ポイント悪化した。</u>	・ 予定どおり実行されている。 (若干、基準年に比べ下がっている数字もあるが、健診・保健指導は実施されていると思料される)	A 予定どおり実行されている B ほぼ実行されている C 一部実行されている D 実行されていない
効果 (インパクト) 評価	施策が効果を生んでいるか ・ アウトカムは向上したか ・ アウトプット指標とアウトカム指標の関係 ・ 外部要因の影響や全体的な課題	・ アウトカム指標 ・ 関係者ヒアリング等	・ 危険因子9項目のうち4項目が改善、4項目が悪化している。 ・ 血圧については悪化傾向にあることから、 <u>血圧の改善につながる保健指導を行っていく必要がある。</u> ・ 目標値（全国平均）より低いことから更なる取組が必要。	・ 特定健診や保健指導の影響が出るまでには時間がかかるため、現時点で判定することは難しい。	A とても効果を出している B 効果を出している C あまり効果を出していない D 効果を出していない E 経過観察（現時点では判断不能）
総合評価	この施策をやり続けるべきか ・ 多様な立場の視点から施策の継続又は見直し方針を総合的に検討し、合意形成	専門部会での主な意見		・ 予定どおり実施はされているため、引き続き維持すべき。	A 強化すべき B 維持すべき C 検討を続けるべき D 中止を検討すべき E 中止すべき



〇〇分野の評価及び今後の取組方針

(様式3) 総合評価表

様式3
総合評価表

【部会の主な意見】

- 1.
- 2.
- 3.

● 専門部会において議論された内容を
様式3に落とし込み、地域医療提供体
制協議会へ報告する。

施策（取組）とアウ トカムの整合性 （セオリー評価）	
施策（取組）の 実施状況 （プロセス評価）	
施策（取組）がアウ トカムに及ぼす影響 （インパクト評価）	
今後の取組方針 （総合評価）	

令和7年度進捗評価（令和6年度実績）



ページ番号1038657

更新日 2026年3月4日

印刷



大きな文字で印刷



進捗評価について

沖縄県においては「沖縄県医療計画に関する施策評価実施要綱」第3条に基づき、毎年度医療計画の進捗評価を行っています。

令和7年度の進捗評価（令和6年度実績）を実施しましたので、以下のとおり公表します。

第8次沖縄県医療計画

以下より確認できます

＞ [第8次沖縄県医療計画](#)

評価方法

[（医療計画）施策の進捗評価について（PDF 2.7MB）](#)

[沖縄県医療計画に関する施策評価実施要綱（PDF 95.8KB）](#)

[沖縄県医療計画に関する施策評価実施要領（PDF 71.2KB）](#)

各専門部会における会議資料及びとりまとめ結果

※実施要項・要領等、重複する資料は割愛します。

疾病対策

がん対策

会議資料

[次第（PDF 21.9KB）](#)

[【資料】沖縄県がん対策推進計画及び 沖縄県医療計画（がん分野）の評価について（PDF 575.1KB）](#)

[がん対策推進計画進捗評価（PDF 2.3MB）](#)
（個別評価シートについては評価結果を反映）

[（様式2）ロジックモデル進捗管理シート（PDF 490.6KB）](#)

[構成員名簿等（PDF 512.9KB）](#)

とりまとめ結果

[（様式1）個別施策一覧表（PDF 221.9KB）](#)

[（様式3）総合評価表（PDF 214.8KB）](#)

脳卒中对策

（県循環器病対策推進計画）

会議資料

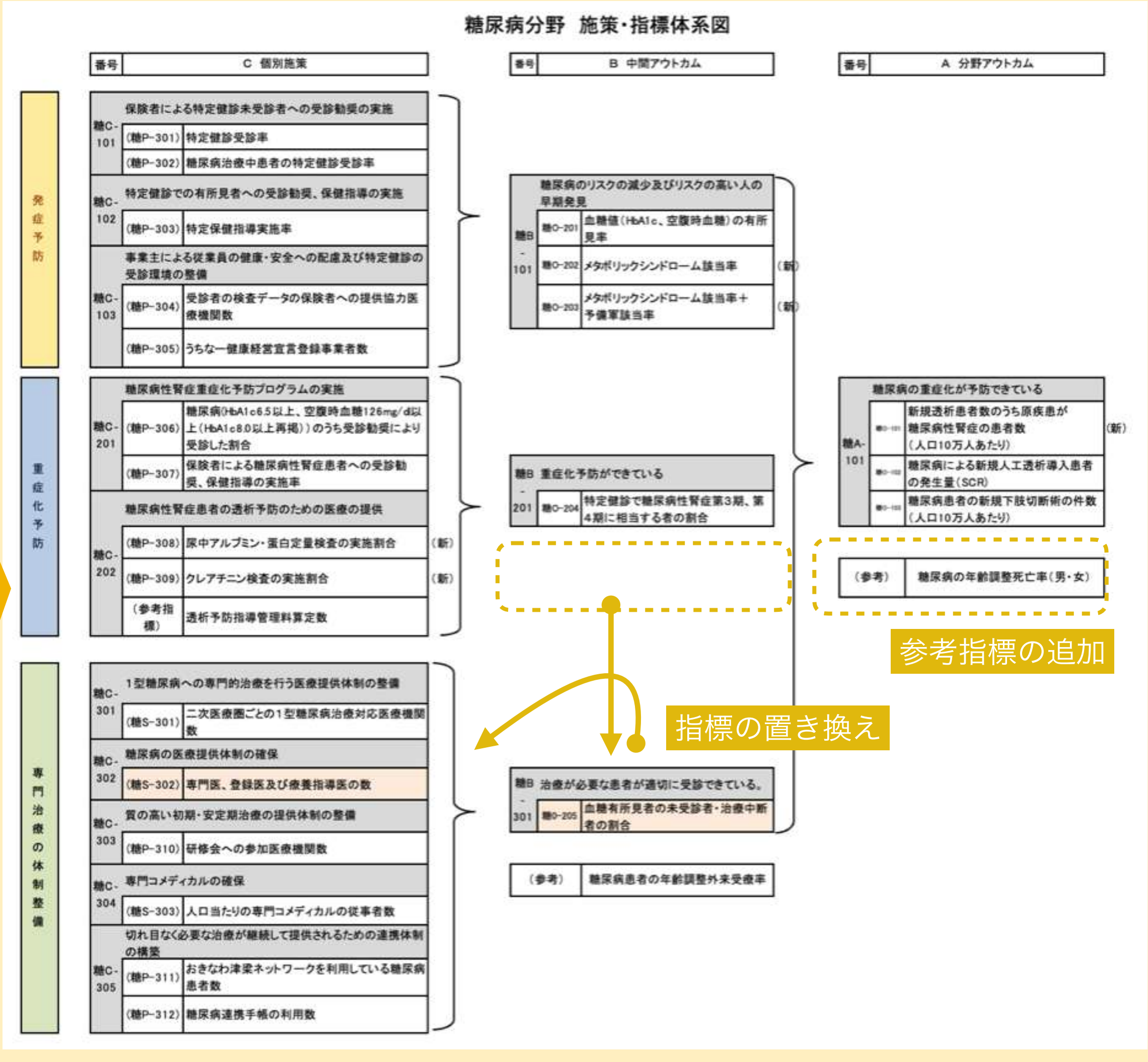
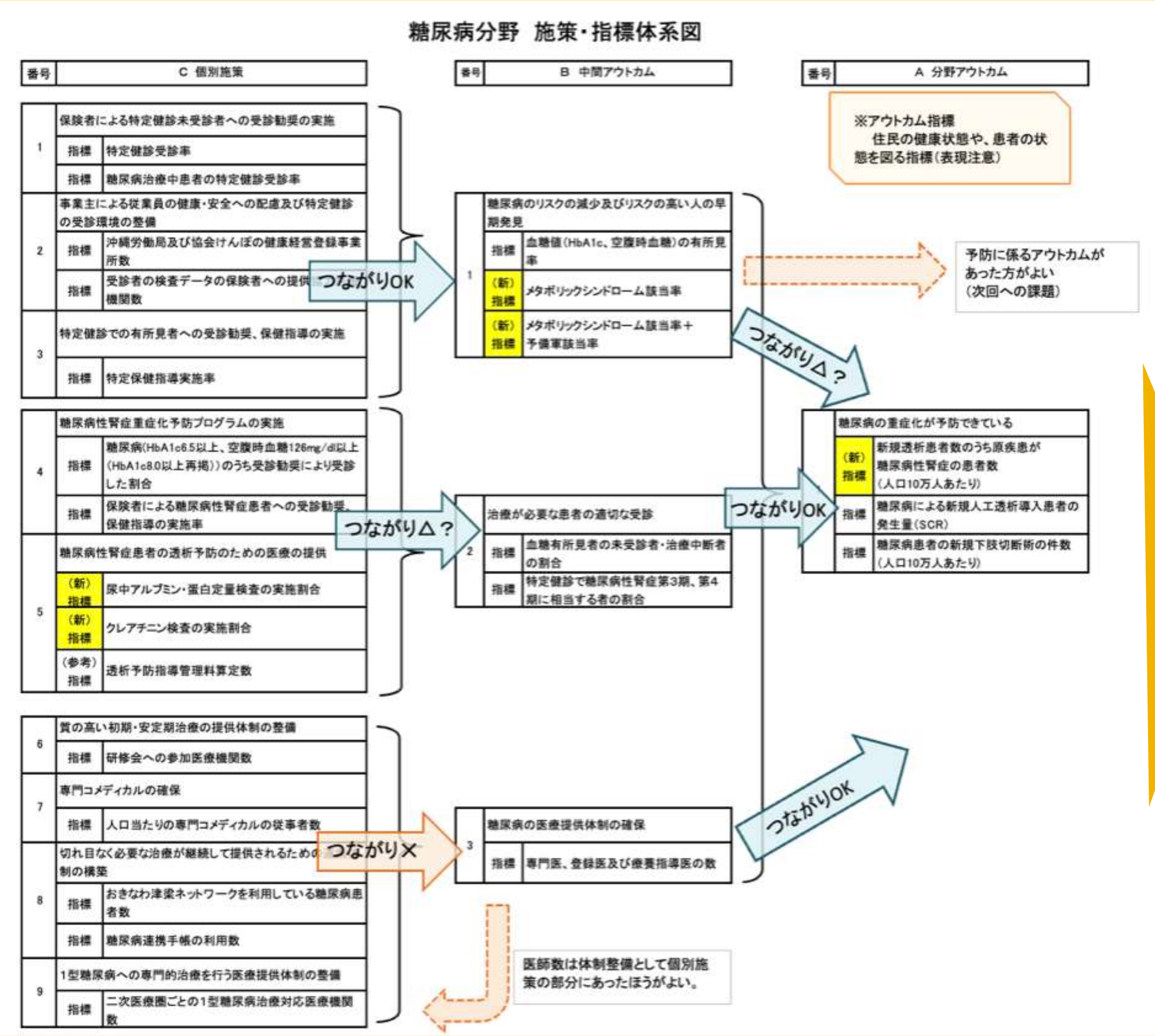
[次第等（PDF 1.9MB）](#)

[令和6年度進捗評価（脳卒中对策）（PDF 3.8MB）](#)
（個別施策評価シートについては評価結果を反映）

[（様式1）個別施策一覧表（PDF 156.4KB）](#)

全体的なセオリー-check

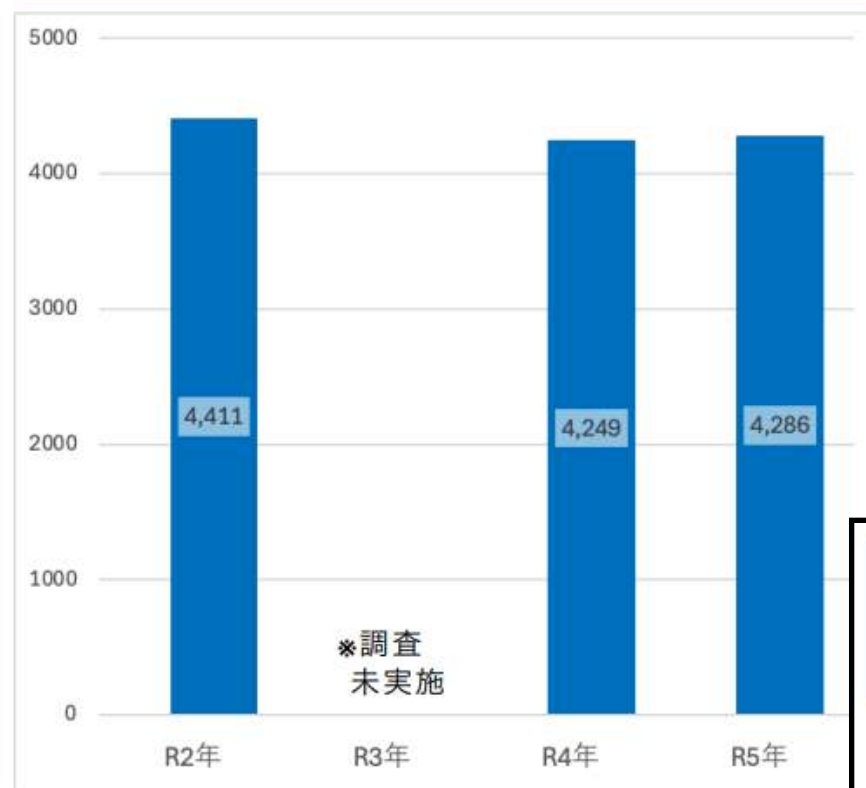
※主に「資料1」において評価を実施



脳卒中対策分野の最終アウトカム

分野アウトカム（最終ゴール）
の確認

【脳O-101】脳血管疾患の入院件数



- 基準年（令和2年）に比べると125人少ないが、傾向は経年で確認する必要がある。

【参考】脳卒中に係る標準化死亡比（SMR）

脳血管疾患						
総数		脳内出血		脳梗塞		
男性	女性	男性	女性	男性	女性	
107.9	91.9	123.1	110.8	96.2	79.2	
109.1	91.8	124.0	114.9	97.2	78.5	北部保健所
108.1	93.5	126.7	113.0	94.6	78.5	中部保健所
102.7	86.9	114.8	110.6	98.4	74.0	那覇市保健所

脳卒中対策分野の医療提供体制（ストラクチャー指標）

	脳S -301	脳S -302	脳S -303	脳S-304	脳S-305	脳S-306	脳S-307
	遠隔診断補助 及び搬送の連 携体制構築	人員体制		24時間実施可能な医療機関			回り八病棟整備
		脳神経 外科医	脳神経 内科医	超急性期t-PA	外科手術	脳血管内手術	
北部	未構築	0	0	0	0	0	済
中部		15	6	6	4	2	
南部		32	9	9	6	6	
宮古		2	1	1	1	1	未
八重山		1	0	1	1	0	済

ストラクチャー指標
の確認

- 経年でみても医療提供体制に大きな変化はない（※資料1-2参照）
- 北部圏域においては、脳神経外科医・内科医が不在で、脳卒中の急性期治療は広域的に対応されている。
- 宮古圏域においては、リハビリテーションの医療提供体制強化が必要。
- 遠隔診断補助及び搬送の連携体制構築については、今年度遠隔医療のWGが立ち上がり、本県（主に離島・へき地）における遠隔医療の議論がスタートしている。

脳卒中対策分野の評価及び今後の取組方針

(様式3) 総合評価表

会議後に 事務局にて取り
まとめ、各構成員へ確認
する。

【部会の主な意見】

- 1. **医療提供体制**：北部医療圏における脳神経内科医不在や、宮古医療圏における回復期リハビリテーション病棟の未整備等が課題となっている。
- 2. **脳卒中スケールの統一・運用改善**：多くの消防機関で導入されているものの、スケールの種類や運用方法にばらつきがある。県医師会脳卒中委員会等と連携し、スケールの統一と運用の標準化を検討する必要がある。
- 3. **リハビリテーション体制**：介護保険に加え医療保険によるリハビリテーションも併せて把握し、急性期から維持期までの切れ目のない支援体制を可視化する必要がある。

施策（取組）とアウトカムの整合性（セオリー評価）	● 昨年度、重点的にセオリー評価を行なったことから、今年度は大きな指摘はなかった。 （中間改定において指標の移動や追加等、昨年度の議論を検討する）
施策（取組）の実施状況（プロセス評価）	● 脳卒中スケールについては、実施状況の把握に加え、統一および情報共有体制の整備が課題である。 ● 連携体制について、津梁ネットワーク登録件数は増加傾向にあり、概ね順調に進捗している。 ● 口腔管理および高次脳機能障害支援については、体制整備は進められているものの、実態把握の方法に改善の余地がある。
施策（取組）がアウトカムに及ぼす影響（インパクト評価）	● 予防の取り組みについては、血圧悪化傾向等の課題点もあり引き続き効果を確認する必要がある。 ● 診療報酬加算を指標とする項目については、改定の影響を受けるため慎重な評価が求められる。特に、口腔管理およびリハビリテーションについては、実態を適切に反映する指標の整理が必要である。
今後の取組方針（総合評価）	● 本年度は特に「強化すべき（A）」とされた施策はなかったが、集中的に議論された項目として、 ① 脳卒中スケールの統一および運用改善② 医療・介護双方のリハビリテーションおよび口腔管理の指標再整理による可視化が挙げられる。 ● 中間改定へ向け、指標の整理を進める。

強化すべき事業（施策）や全体を通しての意見等を記載



全体の進捗状況（施策評価結果）

分野	施策数				見直し	強化
	数	継続				
がん	60	58	1	禁煙支援者研修会(終了)	1	「がんゲノム医療・がんゲノム研究の推進」
脳卒中	12	12	0	-	0	-
心疾患	10	8	0	-	2	県民への普及・啓発の取組、心不全に係る地域連携体制構築事業
糖尿病	9	6	0	-	3	地域連携推進事業(研修会)、おきなわ津梁ネットワーク推進、糖尿病手帳の利用拡大
精神疾患	19	19	0	-	0	-
在宅医療	10	9	1	在宅医療介護連携支援事業(事業内容の検討)	0	-

施策全体の
評価結果とりまとめ

分野	施策数				見直し	
	数	継続				
救急	11	11	0	-		
災害	18	9	1	個別シナリ検討に向け		
へき地	19	19	0	-		
周産期	30	26	0	-		
小児	9	7	0	-		
新興感染症	12	12	0	-		

各分野の総合評価表
にて評価結果を報告

がん分野の評価及び今後の取組方針

(様式3)総合評価表

- ・
- ・
- ・

在宅医療分野の評価及び今後の取組方針

作成様式Ⅱ (様式3)総合評価表

[部会の主な意見]

- ・セオリー評価において、整合性が不明瞭な指標が見られる。指標の再検討が必要である。
- ・医療提供体制の偏在対策について検討が必要である。
- ・ニーズに対して充足しているかの視点も必要。

取組と指標の整合性 (セオリー評価)	・個別施策1、2、3については、整合性が不明瞭である。 ・研修回数を指標としている個別施策については、回数の増減ではなく基準回数を設定するなどの考え方も検討してはどうか。 ・個別施策1の指標を「1医療機関あたりの退院支援担当者数」も追加してはどうか。 ・「訪問薬剤管理指導を実施している薬局数」を「24時間対応が可能な薬局数」とすることを検討してはどうか。
取組の実施状況 (プロセス評価)	・施策は概ね適切に実施されていると評価する。 ・医療提供体制の偏在対策について検討が必要。 ・離島へき地訪問看護提供体制強化・育成補助金について、実績が少ないため、ニーズを踏まえた支援策を検討してはどうか。
指標の進捗状況 (インパクト評価)	・指標の増減比較については、新型コロナウイルスの影響を考慮する必要があるため、推移を継続してみたい。
今後の取組方針 (総合評価)	・現在の施策を継続するが、プロセス評価で意見のあった離島へき地訪問看護支援策や、医療提供体制の偏在対策について、今後施策へ反映させていく。

共通課題1 | 医療需要への対応 発症・重症化予防や受療行動の適正化等

需要増

心
救急

・高齢化の進展による急
増する医療需要の増加

【救急搬送件数】（出典：R5年度消防防災年報）



高齢者救急への対応力強化

共通課題2 | 医療機能・医療資源の最適配置 地域偏在の是正と機能強化・役割分担

予防

医療圏の地域偏在

【循環器の初期アウトカム】

脳S-302	脳S-303	脳S-304	脳S-305	脳S-306	心S-301	脳S-307	心S-302
24時間実施可能な医療機関数				回復期リハビリテ			

共通課題3 | 持続可能な医療提供体制の構築 人材確保のための取組み

受療行

拠点機

がん

災害

災害・精神

へき地

在宅

分野	持続可能性への課題
がん	・専門的医療従事者確保
脳卒中	・リハビリ・航空管理の体制維持
心疾患	・緩和ケアの減少
糖尿病	・専門医の確保
精神疾患	・児童精神医療体制の維持・確保
救急	・ドクヘリ添乗や小児救急の負担軽減
災害	・DMATの不足と更新率の低迷
へき地	・代替看護師・ドクヘリ添乗の負担軽減
周産期	・専門医の確保と医療的ケア児に対応できる訪問看護事業所の不足
小児	・小児科医の確保
新興感染症	・医療人派遣における人材確保
在宅	・退院支援担当者の確保と地域偏在

医療人材の確保・育成・負担分散による
持続可能な医療提供体制の構築

まとめ 沖縄県における地域医療提供体制の方向性

(1) 医療需要への対応

- ・発症予防・重症化予防の推進
- ・高齢化に伴う救急需要への対応
- ・適正受診の促進

→ 医療需要の適正化

(2) 医療機能・医療資源の最適配置

- ・医療圏間の医療資源格差への対応
- ・拠点機能の強化と役割分担
- ・必要な医療機能の集約化

→ 医療資源の最適配置

(3) 持続可能な医療提供体制の構築

- ・医療人材の確保・育成
- ・医療人材の負担分散
- ・多職種連携やICTの活用

→ 医療提供体制の持続可能性確保

分野横断の共通課題を提示し、
県全体の方針性について意見を
いただく

離島を含む地理的特性を踏まえ、
医療需要への対応、医療資源の最適配
置、医療人材の確保を一体的に進め、
持続可能性の高い地域医療提供体制の構
築を目指す必要がある。



【評価の視点】

- ◎ 毎年の進捗評価と大きくは変わらない。
 - 毎年の進捗評価を着実に実施することが重要
 - 分野アウトカム等の数値が把握できる場合は、アウトカムも含めた評価を行う

【見直し・改定の視点】

- ◎ 外来医療計画・在宅医療・医師確保計画については改定を実施（法定事項）
- ◎ 国通知で示された事項について見直しを検討
- ◎ 令和6年度・令和7年度の進捗評価（セオリー評価）において、整合性に課題があると評価された指標や施策について見直しを行う。

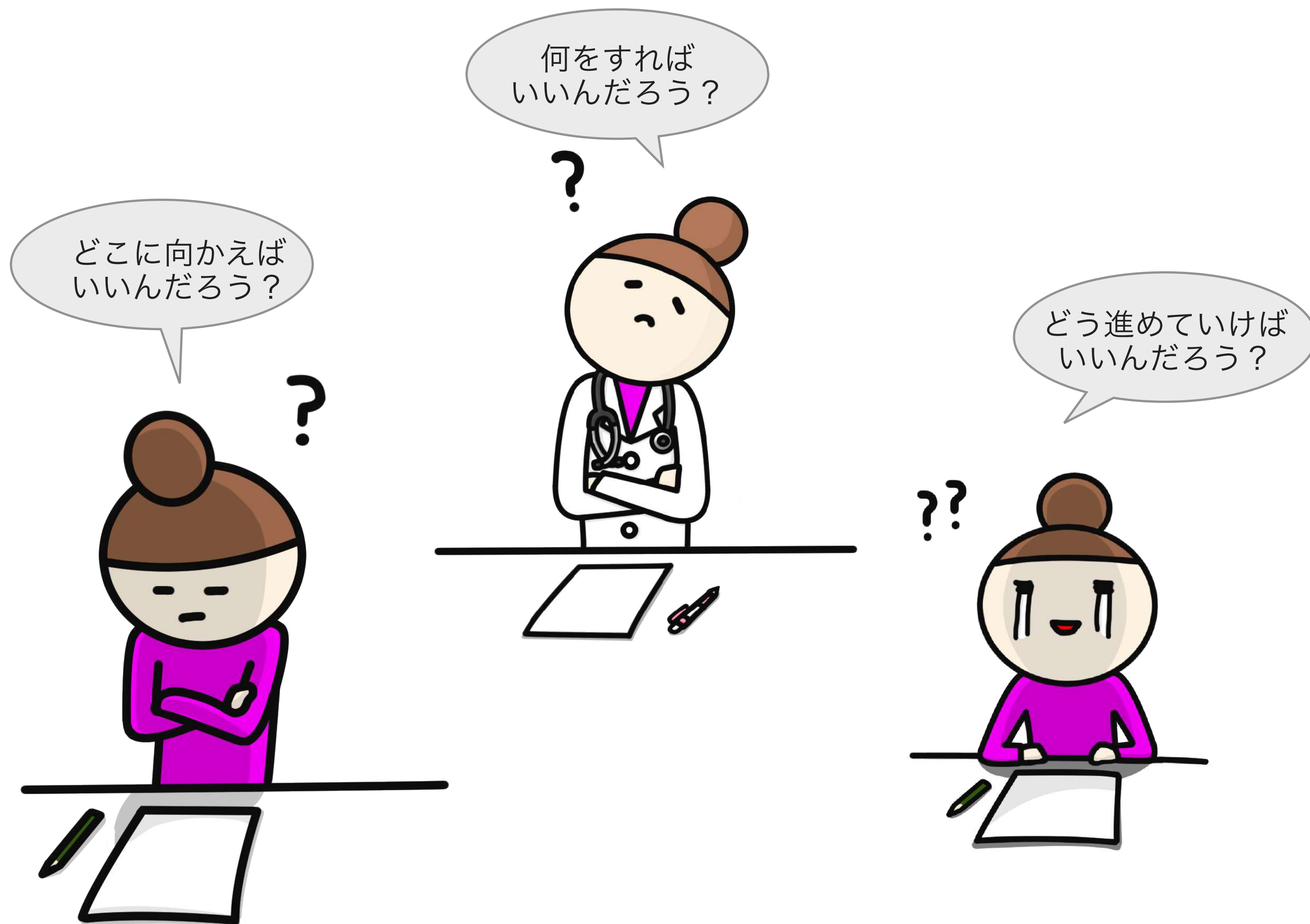
医療計画のロジックモデルを 活用した地域医療構想の検討 ～ 一考察として ～



でも。。。やっぱりチョット（かなり）難しい・・・

地域医療構想策定ガイドライン

厚生労働省医政局



さらに…

- また、今後、都道府県が地域住民の理解を深めるため、積極的な情報公開や地域医療構想調整会議等への住民の参加を一層進めることが求められる。このため、都道府県調整会議に住民の意見を反映させられるような者を参加させることも重要である。加えて、地域医療構想調整会議における現状の把握、課題の共有、対応案の検討や決定に向けた各段階において、都道府県が案を公表すること、また、その際、例えば、都道府県職員や公衆衛生学の教員等による説明会の開催やパブリックコメントの実施等により、住民に対し説明し、住民からの意見を十分把握できるよう努めることが求められる。
- さらに、地域住民に加え、保険者や、有床診療所の関係者等の地域の医療提供体制を支えている者についても、必要な協議への参画が図られるよう、連携を行っていくことが期待される。

←GL（ガイドライン）
P10～11

② ロジックモデル等の活用

- ロジックモデルとは、施策や事業を実施したことにより生じた結果（アウトプット）が、成果（アウトカム）に対してどれだけの影響（インパクト）をもたらしたかという関連性を図式化したものである（別添6）。
- 地域医療構想においては、人口構造の変化、医療需要の変化、医療従事者の確保、医療機関機能の分化及び連携、在宅医療や介護との連携等、複数の課題が相互に関連していることから、個別の取組を個別に並べるだけでは、何のために実施するのか、どこまで進めればよいのか、どの取組が成果に結びついているのかが分かりにくい場合がある。このため、都道府県は、ロジックモデル等を活用し、課題、取組及び成果の関係を整理することも重要である。
- また、ロジックモデル等を作成・活用し、現状を把握して評価を行い、目指すべき方向性を踏まえ、課題の抽出、課題解決に向けた施策の明示等を行い、進捗状況の評価等を実施していくことも重要である。作成したロジックモデル等は、地域医療構想調整会議等において共有し、協議の基礎として活用することも重要である。
- 例えば、「高齢者救急の増加」という課題に対し、「高齢者救急・地域急性期

←GL（ガイドライン）
P76～77

こんな難解なものを、
各関係者・地域住民と一緒に進める、
ロジックモデルも活用して、
…だと!!??



そもそも、沖縄県が医療計画にロジックモデルを導入した理由

共通語がない問題



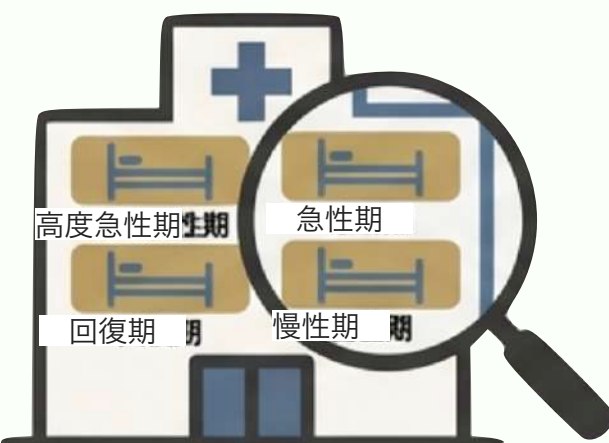
改正医療法に示された新たな地域医療構想のポイント

医療法概要を参考に
医療政策課作成

1. 構想対象の拡大

これまで

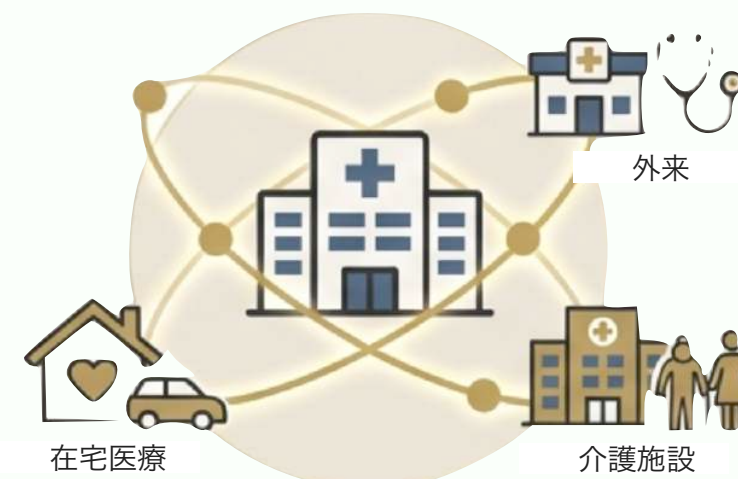
病床機能の分化・連携が中心



主に病院の病床（4機能別）の将来の必要量を集計し、その機能分化と連携を推進。

これから

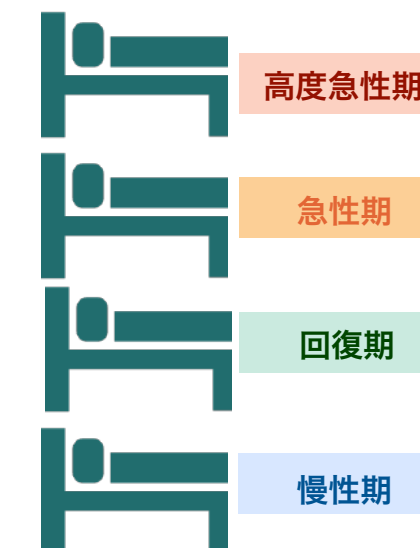
地域全体の包括的な構想へ



病床のみならず、入院・外来・在宅医療・介護との連携を含む地域医療提供体制全体の構想とする。

2. 医療機関機能報告の創設

これまでの報告



病床機能報告

病棟単位での病床機能の報告

新たな報告事項（追加）



- 高齢者救急・地域急性期機能
- 急性期拠点機能
- 在宅医療等連携機能
- 専門等機能
- 医育及び広域診療機能

医療機関機能報告

病院単位での病床機能の報告

- 医療機関の多様な機能を客観的なデータとして把握
- データに基づき、地域医療構想調整会議等での具体的・建設的な議論を促進

3. 連携体制強化と市町村の役割

(1) 協議事項の拡大

- これまでの病床機能に関する協議に加え、新たな構想に基づき、在宅医療や介護との連携なども議題となる。

(2) 構成員の明確化

- 協議を行う関係者に市町村を法律上明確に追加
- 介護保険事業支援計画との整合性に加え、地域のニーズや実情に関する情報提供等の観点から地域医療構想への積極的な参加が求められる。



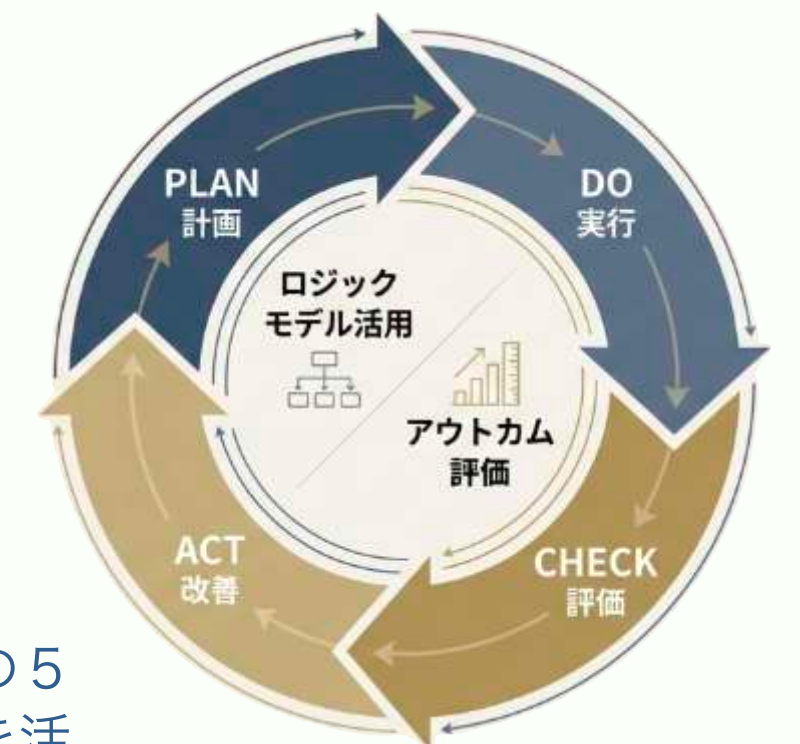
4. 医療計画・医療構想の一体化とPDCAの推進

(1) 医療構想と医療計画の位置づけ

- 地域医療構想が医療計画の上位概念となり、医療計画が地域医療構想実現のための実行計画となる。

(2) 実効性の向上

- 地域医療構想で示された長期的ビジョンを医療計画の5疾病6事業及び在宅医療に具体化し、ロジックモデルを活用したアウトカム重視の評価により、実効性のある取組を推進する。



※附帯決議で追加

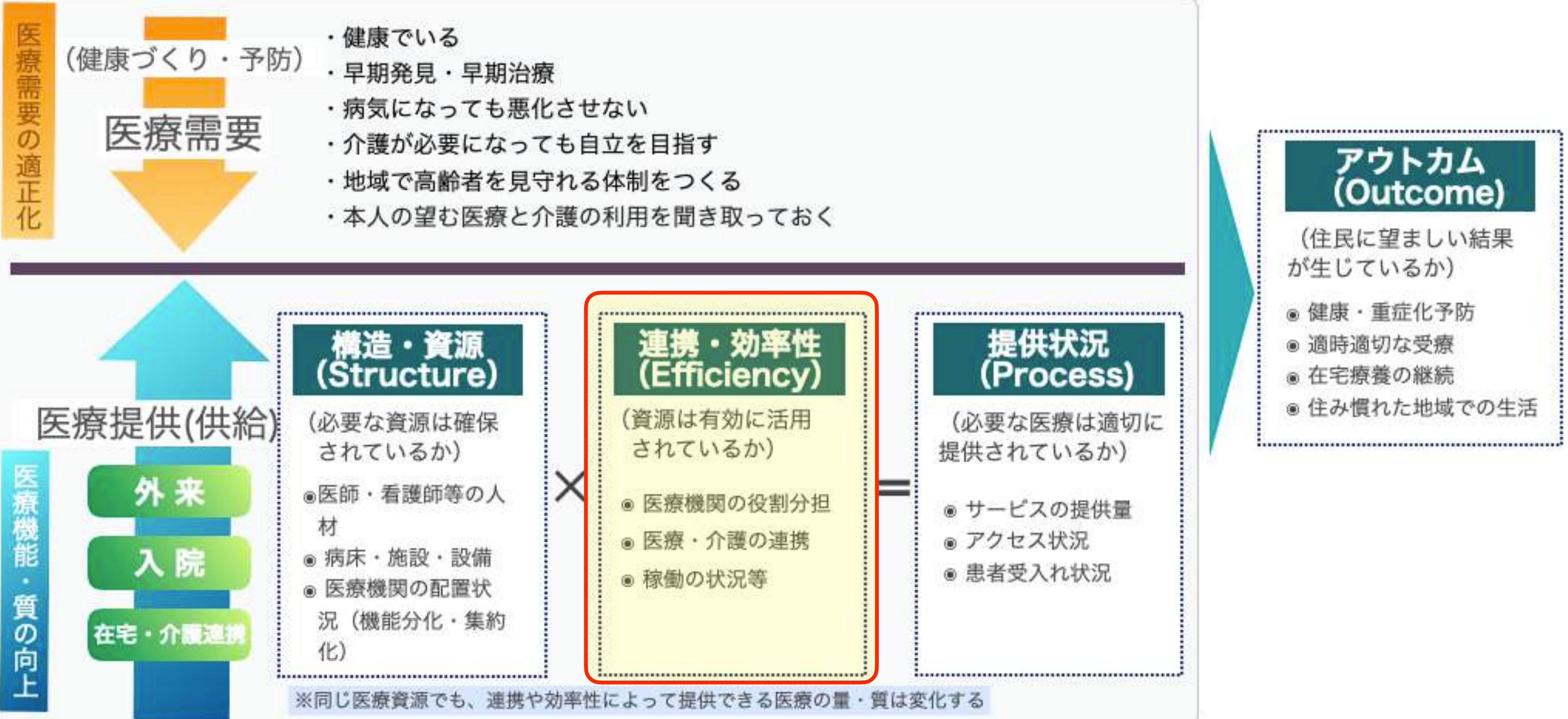
各フェーズと医療提供の場（イメージ）

医療構想の視点

医療計画の視点

	外来・地域	入院	在宅・介護連携
健康・予防 (重症化予防)	慢性疾患管理 かかりつけ医 検診受診率向上／重症化予防	教育入院	セルフケア 介護予防サービス
救護（救急）	救急外来（ER） 一次救急（ウォークイン）	119要請/プレホスピタル	
急性期		急性期治療	（急性期在宅） 往診等の急変対応 介護施設への往診・後方支援
回復期	外来リハ（早期外来リハ）	回復期治療 リハビリテーション/在宅復帰支援	
維持期・社会生活	外来リハ・通院 かかりつけ医	維持期（療養） 看取り連携	訪問リハ 訪問診療・看護 看取り

2) 医療資源の量だけではなく、連携や効率性も含めて、住民アウトカムの向上につながる体制を考える



ロジックモデル（疾患別の基本形）

ロジック
モデル

将来予測
II

機能別一覧
III

課題抽出
IV

アクション
プラン
IV

（重症化予防）
予防
啓発

（救急）
救護

急性期

回復期

（在宅）
維持期

個別施策

右記を達成する
ために必要な
取り組み

初期アウトカム

S:ストラクチャー

資源はあるか

（人員・病床
医療資源の
配置状況）

中間アウトカム

P:プロセス

医療は適切に
提供されているか

分野アウトカム

O:アウトカム

アウトカムは
上がっているか

P/S

O/S

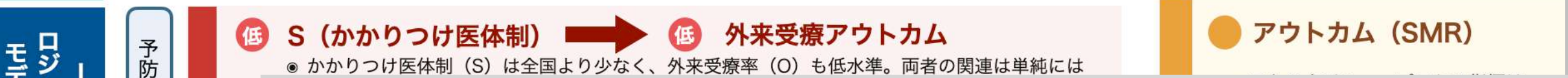
O/P

実施効率：今ある資源で十分なパフォーマンスを出しているか

I- 2 ロジックモデル | 指標・データセットにマーキング

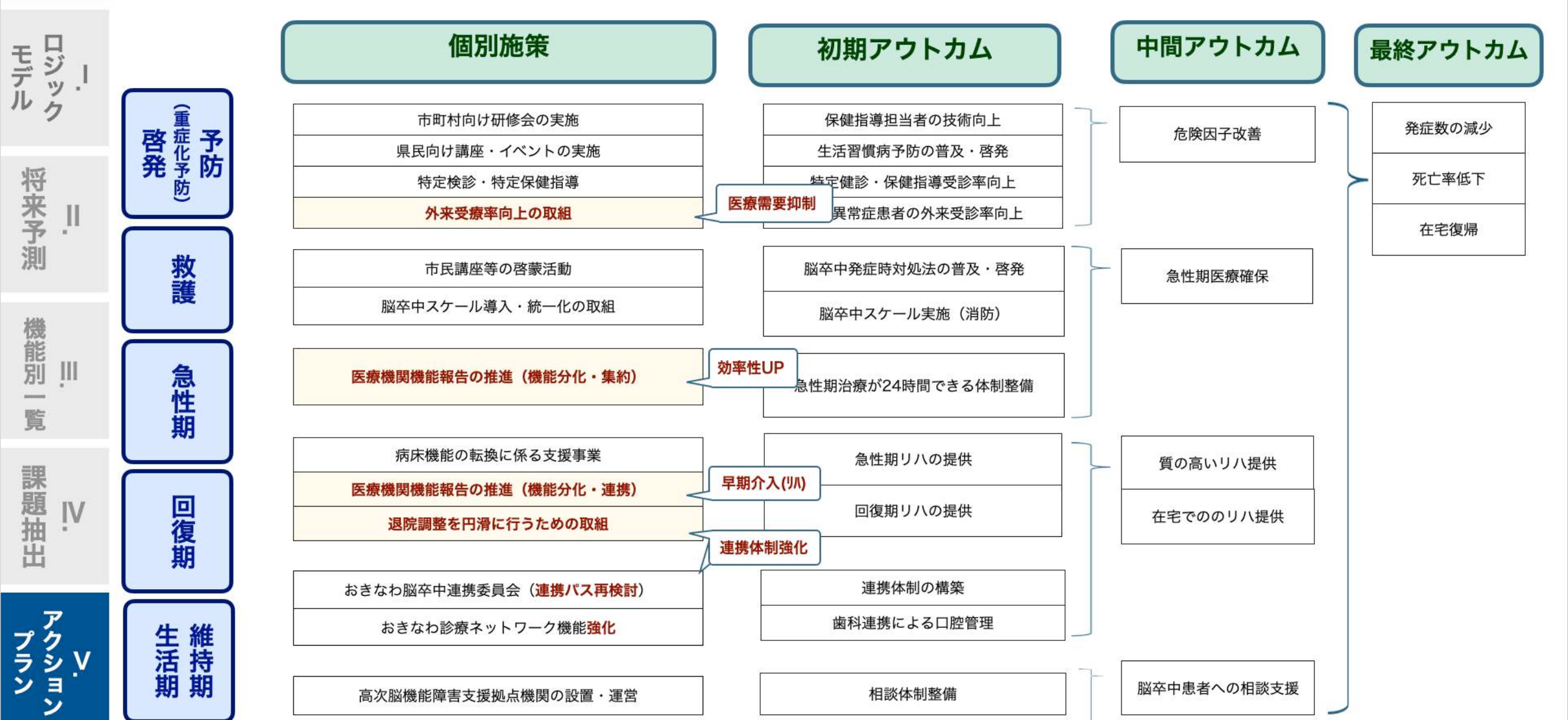
ロジックモデル	重症化予防	一次診療を行う医療機関		沖縄・A医療圏	全国
		神経・脳血管領域の一次診療を行う医療機関数		7.9	15.0
		基礎疾患および危険因子の管理		沖縄・A医療圏	全国
		高血圧性疾患患者の年齢調整外来受療率		198.2	216.9
		脂質異常症患者の年齢調整外来受療率		40.0	66.8
		脳卒中中の死亡率が減少している		沖縄・A医療圏	全国
		脳血管疾患年齢調整死亡率（男性）		(県：38.1)	37.8
		脳血管疾患年齢調整死亡率（女性）		(県：17.5)	21.0
		脳卒中標準化死亡比（全体・男性）		95.3	100
		脳卒中標準化死亡比（全体・女性）		76.8	100
		脳卒中標準化死亡比（脳出血・男性）		113.7	100
		脳卒中標準化死亡比（脳出血・女性）		100.0	100

I- 3 ロジックモデル | 実施効率（P/S）の観点から



IV- 課題スポット図 | 各フェーズと医療提供の場から

V. アクションプラン | 個別施策を考える



例えば…入院医療の入口 | 救護

医療需要を適正化できているか

S：ストラクチャー

資源はあるか

救急医療提供体制	A医療圏	全国
初期救急医療機関	0	—
二次救急医療機関	6	—
救命救急医療機関	2	—
搬送先を選定できる救護体制	A医療圏	全国
脳卒中スケールを利用している消防本部数	4/6施設	—

P：プロセス

サービスは適切に提供されているか

専門医療期間への早期の搬送	A医療圏	全国
救急要請（覚知）から医療機関への収容までに要した平均時間	34.6	42.8
医療機関別救急車受入件数	A医療圏	全国順位
A病院	26,999	22位
B病院	26,742	23位
C病院	23,056	39位
D病院	9,706	376位

O：アウトカム（中間）

成果はあがっているか

生存率が向上しているか	A医療圏	全国
1ヶ月後生存率	18.3%	11.8%
1ヶ月後社会復帰率	14.1%	7.4%

- 救急医療提供体制が弱い（初期救急医療機関がない）なかで搬送時間は短く、A～C病院は救急車受入件数で全国トップクラス（22～39位）と高いパフォーマンスを出している。
- 救急搬送を受け入れている医療機関への負荷が集中しており、持続可能性と効率性（役割分担）の面では課題が残る。

住民

「救急車を呼んでいいのか、夜間救急に行くべきか、我慢すべきか分からない」

解決の方向性：

救急相談窓口（#7119等）の整備・周知

主体：市町村・消防本部



医療者

「一次救急がなくてウォークインの患者もかなりいるんだ」

解決の方向性：

一次救急の受け皿整備とトリアージ機能強化

主体：保険者・医師会



介護事業者

「入所者が急変したとき、救急車を呼ぶべきか判断に迷う」

解決の方向性：

施設向け急変時対応マニュアル・オンライン相談体制の整備

主体：都道府県・地域の機関病院



最終アウトカム：地域住民が、住み慣れた地域で安心して必要な医療・介護を受けながら生活できている



例えば…出口・地域連携



どの程度の量的整備が必要か

S：ストラクチャー

資源はあるか

維持期のリハビリテーション実施体制		A医療圏	全国
	訪問リハを提供する事業所数	2.9	3.9
	通所リハを提供する事業所数	6.7	6.3
	老人保健施設定員数	219.8	288.2
訪問診療・訪問看護実施体制		A医療圏	全国
	訪問診療を実施する診療所数	6.7	10.9
	訪問看護事業所数（医療保険）	14.7	9.3
24時間対応体制		A医療圏	全国
	往診を実施する診療所数	3.2	10.3
	在宅療養支援病院	1.1	1.1
	24時間対応のNS従事者数	37.1	32.7

P：プロセス

サービスは適切に提供されているか

通所・訪問リハの実施状況		A医療圏	全国
	訪問リハ患者数・利用者数（医療）	156.7	214.2
	訪問リハ患者数・利用者数（介護）	(県：682.3)	1,143.1
	通所リハ利用者数	(県：5,720.7)	5,499.9
在宅に係る診療・看護実施状況		A医療圏	全国
	訪問診療を受けた患者数（医療機関）	3,913.3	11,422.0
	訪問看護利用者数	24,373	—
急変時対応・看取りの実施状況		A医療圏	全国
	看取り数（死亡診断のみの場合を含む）	98.2	132.4

O：アウトカム（中間）

成果はあがっているか

日常生活の場で質の高い生活を送ることができている		A医療圏	全国
	ADL改善率(入院)	46.8%	73.3%
	在宅等生活の場に復帰できた患者の割合	43.5%	54.4%
	在宅死亡者の割合（自宅死）	18.8%	17.4%

- 訪問診療・往診を行う診療所は全国より少ない一方、訪問看護事業所数・24時間対応のNS従事者数は全国を上回っており、医師の往診体制の薄さを、看護職が支えている構造になっている。
- 訪問リハ利用者数（P）や老健定員数（S）が全国より少なく、その結果としてADL改善率・在宅復帰率が全国より低い。在宅の場におけるリハビリ資源の不足が、退院後の生活の質に直結している可能性がある。

住民

「退院後に往診してくれる先生が見つからず、結局通院が難しい」

解決の方向性：

医師会単位でのグループ往診・在宅当番制の導入

主体：医師会・在宅療養支援診療所



医療者

訪問診療をやりたくても医師が少なく、24時間対応は看護師任せになっている

解決の方向性：

訪問看護によるトリアージ、医師のオンコール体制強化

主体：医師会・看護協会



介護事業者

「退院してきた利用者のADLが入院前より落ちていて、施設で受け止めきれない」

解決の方向性：

退院前からのリハビリ計画共有・強化

主体：病院・リハ事業所



最終アウトカム：地域住民が、住み慣れた地域で安心して必要な医療・介護を受けながら生活できている



まとめ ー地域医療構想におけるロジックモデルの活用

- 1 同じテーブルを囲む
- 2 同じ地図を見る
- 3 同じゴールを目指す

