

厚生労働省  
医療政策研修会  
2026年3月17日

# ロジックモデルの活用について

---

国際医療福祉大学大学院

埴岡健一

hanioka@ihwg.jp

# はじめに

---

## ■背景

医療計画において、「ロジックモデルと指標を活用した評価」が進んでいる。

新たな地域医療構想が進む。

両者を一体で調和して進める必要がある。

## ■課題

そのための方法やツールが、十分には共有されていない。

# 想定ゴール

■ゴール1 医療計画における「ロジックモデルと指標を活用した評価」を実施するイメージができる。

■ゴール2 ロジックモデルによって、医療計画と地域医療構想を、つながりの中で検討できる手掛かりを得られるようになる。

# 目次

## ■レクチャー【30分】

### ●パート1（20分）

「ロジックモデルと指標を活用した評価」について

### ●パート2（10分）

ロジックモデルを活用した、「ロジックモデルによる医療計画と地域医療構想の接合の1試行」について（試作ツールキットのご紹介）

## ■パネルディスカッション【20分】

「ロジックモデルによる医療計画と地域医療構想の接合の試み  
～3府県における試用からのフィードバック～」

①沖縄県（6分）

②京都府（4分）

③福島県（4分）

ディスカッション（6分）

## ■質疑応答【10分】

# パート1 「ロジックモデルと指標 を活用した評価」について

参考：2023年厚生労働省医療政策研修会「ロジックモデルの活用の基礎」

- 講演資料

<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001106697.pdf>

- 説明動画

<https://www.youtube.com/playlist?list=PLMG33RKISnWgQuQcd4m3NyuSo7L8D7WZy>

背景



# 改正医療法とロジックモデル①

2025年12月5日に成立した改正医療法に、下記のように「ロジックモデルを活用した評価」の考えが盛り込まれました。

## ■第219回国会衆議院厚生労働委員会可決

医療法等の一部を改正する法律案に対する修正案 令和七年十一月二七日

[https://www.shugiin.go.jp/internet/itdb\\_gian.nsf/html/gian/honbun/syuuseian/10\\_9F4A.htm](https://www.shugiin.go.jp/internet/itdb_gian.nsf/html/gian/honbun/syuuseian/10_9F4A.htm)

### 第三十条の八の二項

「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。」

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

「ロジックモデルと指標を活用した評価」と関連する

# 改正医療法とロジックモデル②

ロジックモデルと指標の活用を加速させるために強化する取り組みが列挙された

## ■第 219 回国会参議院厚生労働委員会可決

医療法等の一部を改正する法律案に対する附帯決議 令和七年十二月四日

[https://www.sangiin.go.jp/japanese/gianjoho/ketsugi/current/f069\\_120401.pdf](https://www.sangiin.go.jp/japanese/gianjoho/ketsugi/current/f069_120401.pdf)

[https://www.sangiin.go.jp/japanese/gianjoho/ketsugi/current/futai\\_ind.html](https://www.sangiin.go.jp/japanese/gianjoho/ketsugi/current/futai_ind.html)

## ●抜粋

政府は、本法の施行に当たり、次の事項について適切な措置を講ずるべきである。

(略)

一二、

・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。

# 改正医療法とロジックモデル③

## ロジックモデルと指標を活用した評価がさらに推進される

・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。

十三、

・地域医療介護総合確保基金について、ロジックモデルを活用した総合的な評価を行い、その結果を事業の見直し及び次期計画に反映するようにすること。

十四、

・保険者が十分にその機能を発揮できるよう、政府において、保険者向けにロジックモデルに基づく医療提供体制のPDCAサイクルの実施等に関する研修の機会を設ける等の必要な支援を行うこと。

（以下、略）

注：第三十条の八の二項に関して、具体的な方策を記述したものと考えられます。

# ロジックモデルと評価（厚労省既存通知から）

具体的には、住民の健康状態や患者の状態といった成果（アウトカム）を踏まえた上で、医療提供体制に関する現状を把握し、現行の医療計画に対する評価を行い、目指すべき方向（5疾病・5事業及び在宅医療のそれぞれの目指すべき方向をいう。以下同じ。）の各事項を踏まえて、課題を抽出し、課題の解決に向けた施策の明示及び数値目標の設定、それらの進捗状況の評価等を実施する。施策及び事業評価の際には、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、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、また、目指すべき方向の各事項に関連づけられた施策群が全体として効果を発揮しているかという観点も踏まえ、必要に応じて医療計画の見直しを行う仕組み（PDCAサイクル等）を、政策循環の中に組み込んでいくことが必要となる。抽出された課題を解決するために、具体的な方法を論理的に検討し、できる限り実効性のある施策を盛り込むとともに、各々の施策と解決すべき課題との連関を示すことが重要であり、施策の検討及び評価の際にはロジックモデル等のツールの活用を検討する。

評価は、アウトプットのアウトカムへのインパクトを見る（インパクト評価）

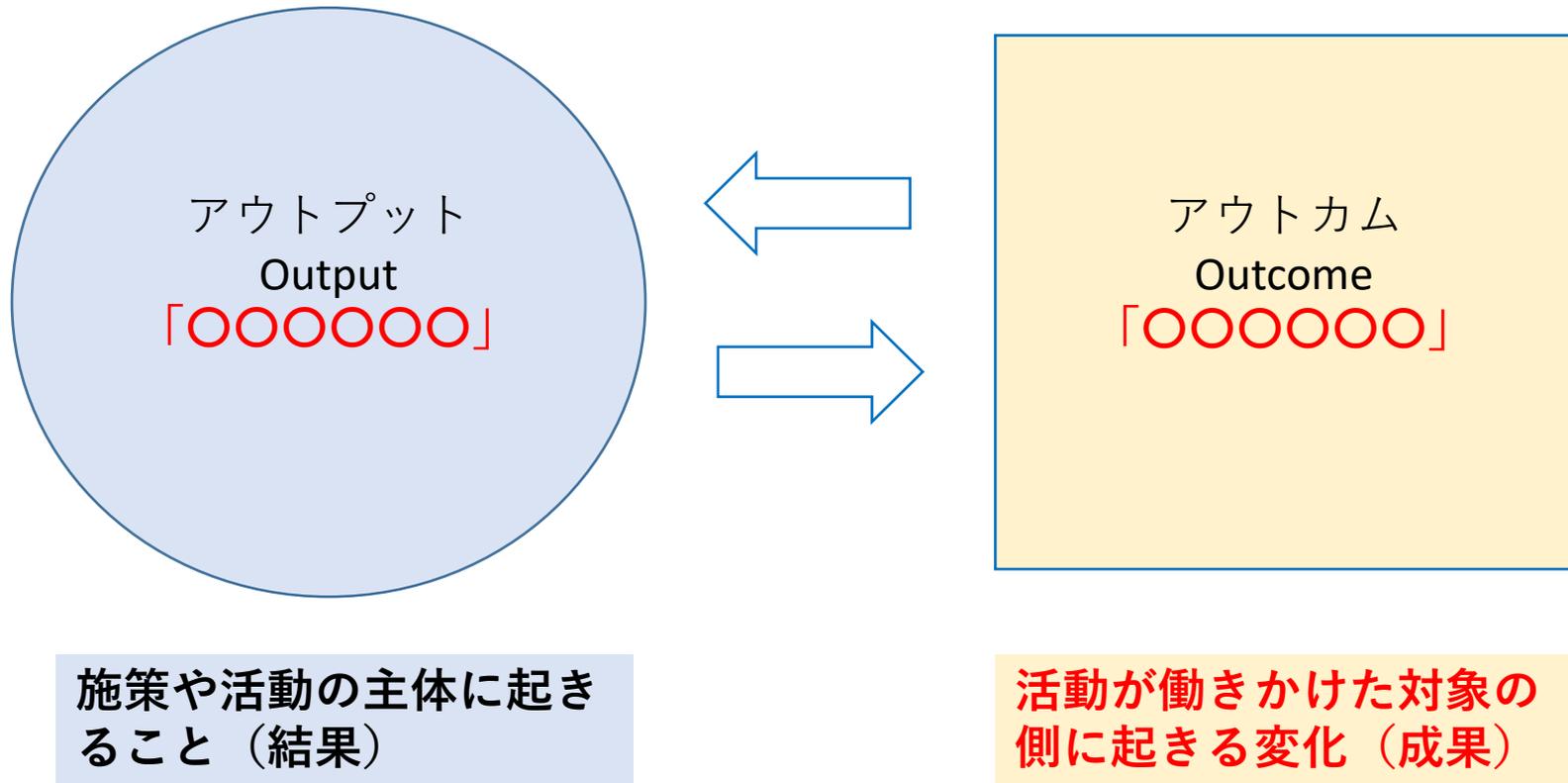
作成と評価の両方に、ロジックモデルをツールとして活用する

# ロジックモデルの基礎



# まず、アウトカムの理解

目的側のアウトカムを重視。アウトプットとアウトカムの例を挙げてみましょう





# ロジックモデルとは（厚労省通知での説明）

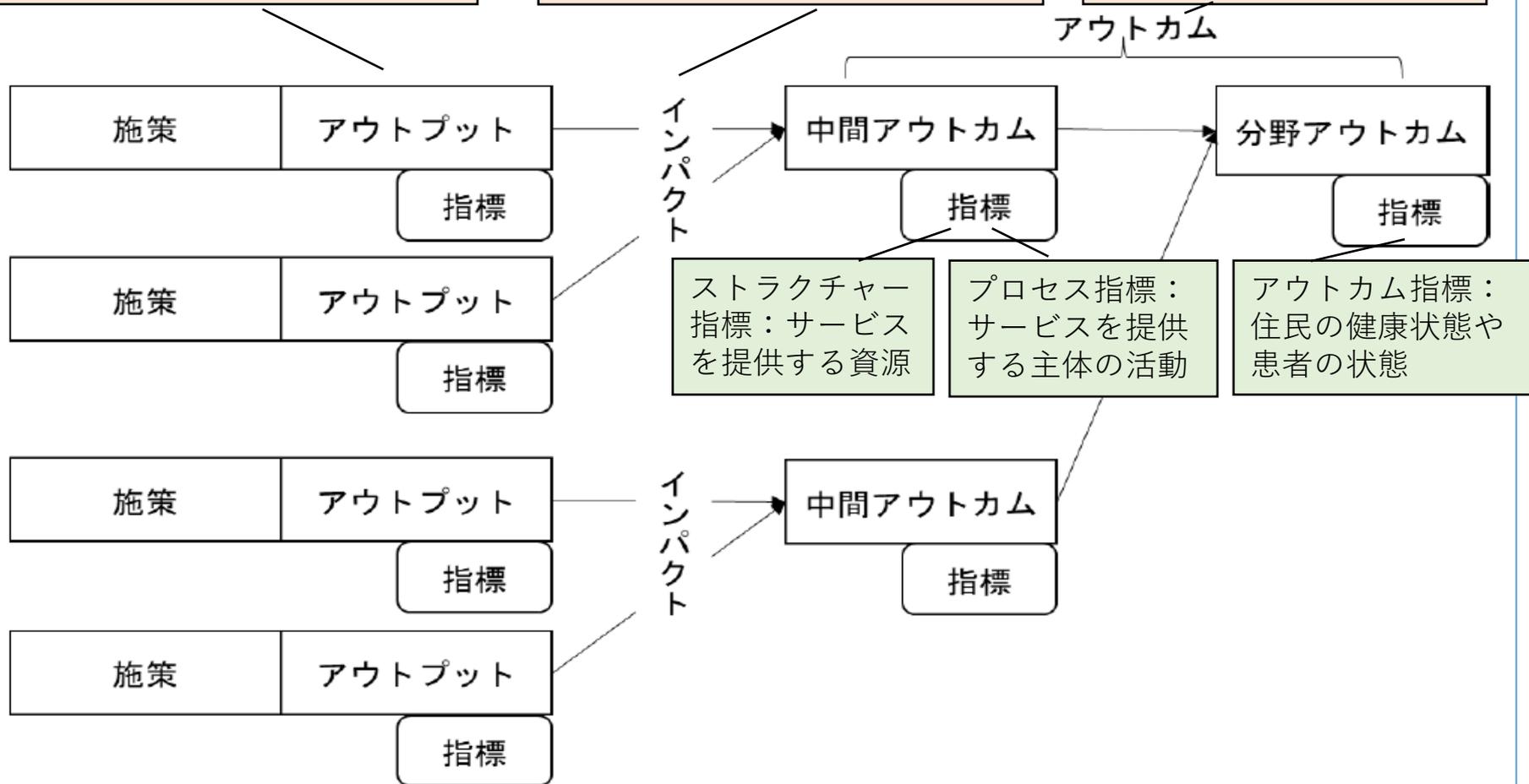
通知にある図と解説文をまとめて図示しました。基本理解に必須

ロジックモデル：施策が目標とする成果を達成するに至るまでの論理的な関係の体

アウトプット：施策や事業を実施したことにより生じる結果

インパクト：アウトプットによるアウトカムへの寄与の程度

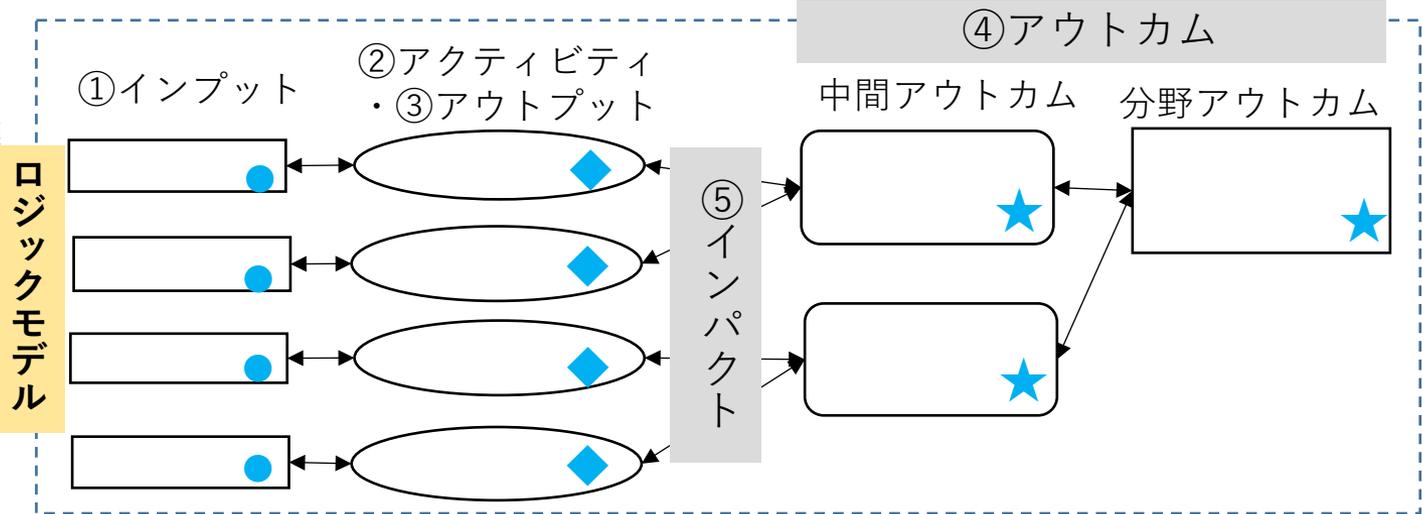
アウトカム：施策や事業が対象にもたらした変化



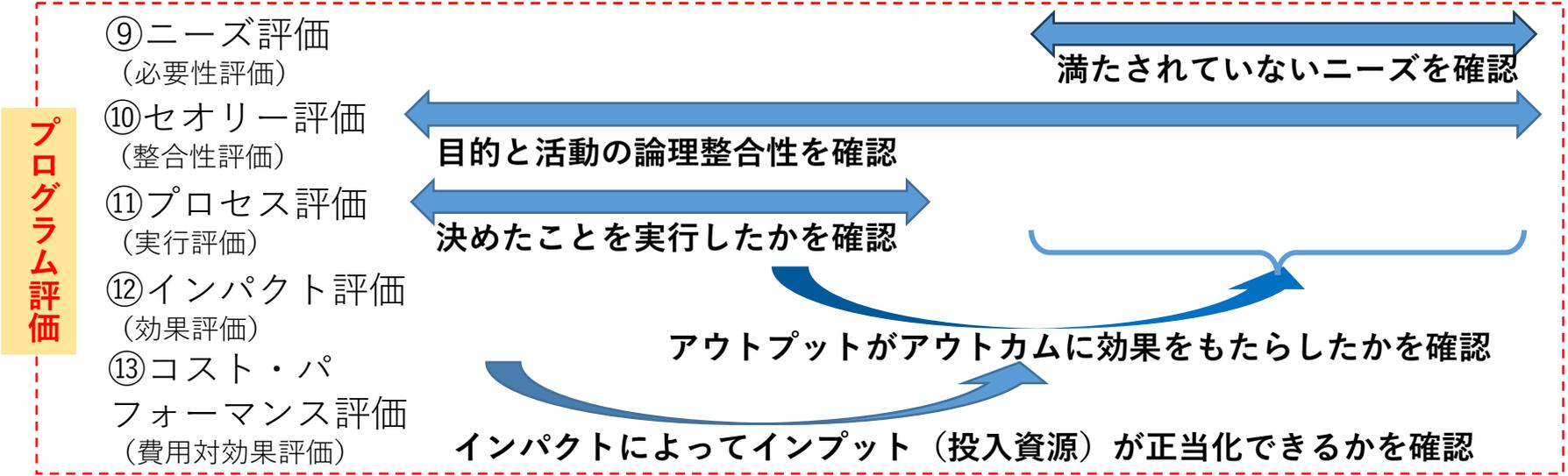
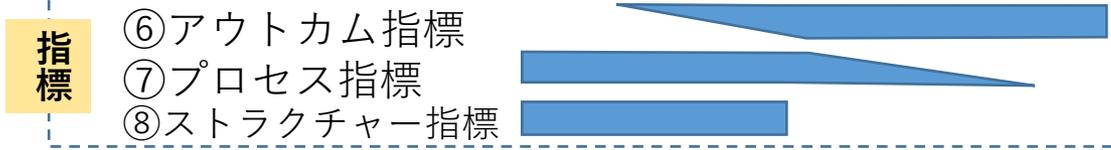
# ロジックモデルとプログラム評価

指標凡例

- ★ {
  - アウトカム指標
  - プロセス指標
  - ストラクチャー指標
- ◆ アウトプット計測値
- 資源投入量  
(計〇円、〇人、〇時間、など)



プログラム評価のステップを覚えると基本理解が進みます↓



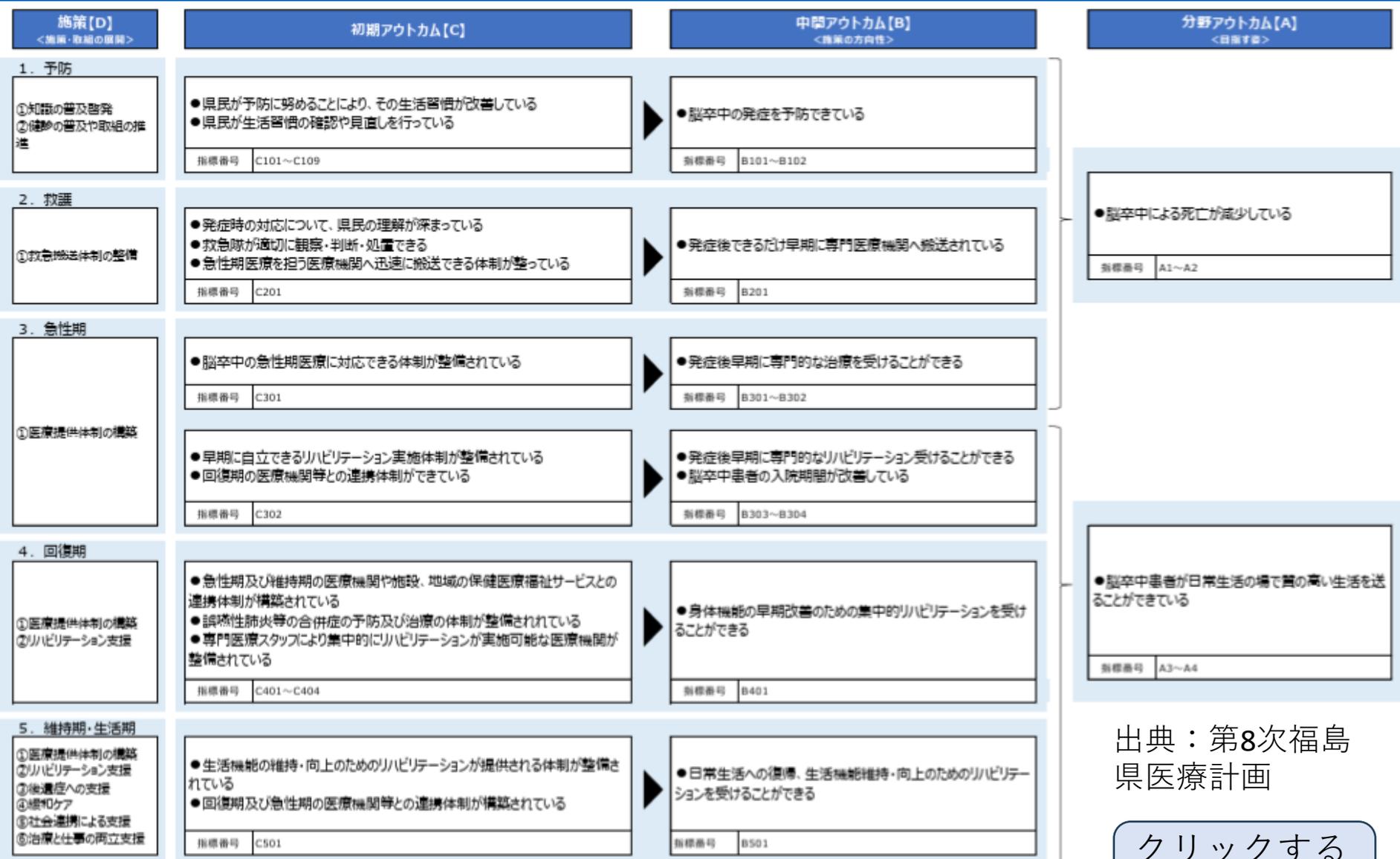
出典：地域医療計画評価・改定マニュアル 改変

- ①インプット（投入）：施策や事業に費やした資金、人、物などの資源
- ②アクティビティ（活動）：施策や事業の実施
- ③アウトプット（結果）：施策や事業を実施して、実施主体側に生じたこと
- ④アウトカム（成果）：施策や事業が、働きかけた対象にもたらした変化
- ⑤インパクト（効果）：アウトプットがアウトカムに及ぼした影響
- ⑥アウトカム指標（成果指標）=O（Outcome）：住民の健康状態や、患者の状態を測る指標
- ⑦プロセス指標（過程指標）=P（Process）：実際にサービスを提供する主体の活動や、他機関との連携体制を測る指標
- ⑧ストラクチャー指標（構造指標）=S（Structure）：医療サービスを提供する物的資源、人的資源、および組織体制、外務環境、対象となる母集団を測る指標
- ⑨ニーズ評価（必要性評価）：満たされていないニーズを確認し、価値判断すること
- ⑩セオリー評価（整合性評価）：目的と活動の論理整合性を確認し、価値判断すること
- ⑪プロセス評価（実行評価）：決めたことを実行したかを確認し、価値判断すること
- ⑫インパクト評価（効果評価）：アウトプット（結果）がアウトカム（成果）に効果をもたらしたかを確認し、価値判断すること
- ⑬コスト・パフォーマンス評価（費用対効果評価）：インパクト（効果）によってインプット（費用や労力）が正当化できるか、見合っているかを確認し、価値判断すること

ロジックモデル例  
(説明は略)



# 福島県 脳卒中分野 ロジックモデル



出典：第8次福島県医療計画

クリックすると飛べます

# 京都府 脳卒中分野 ロジックモデル (1/3)

C 初期アウトカム指標				B 中間アウトカム指標				A 分野アウトカム指標							
1	脳C-0101	基礎疾患および危険因子の管理ができています	京都府	全国	1	脳B-0101	予診により脳卒中の発症が減少しています	京都府	全国	1	脳A-01	脳卒中による死亡が減少しています	京都府	全国	
	脳O-0301	63 喫煙率（男）	24.3%	28.8%		脳O-0201	24 脳血管疾患受療率（入院）	90.0	98.0		脳O-0101	8 脳血管疾患の年齢調整死亡率（男）	83.3	93.8	
	脳O-0302	64 喫煙率（女）	8.4%	8.8%		脳O-0202	25 脳血管疾患受療率（外来）	67.0	59.0		脳O-0102	9 脳血管疾患の年齢調整死亡率（女）	47.2	56.4	
	脳S-0301	65 管理外来を行っている医師種別数	13.5	12.9		脳O-0203	26 脳卒中（脳梗塞）の脳神経医、脳神経科、くも膜下出血）の受療率（人口10万人当り）	242.1	NA		脳O-0103	10 脳卒中標準化死亡率之比（全体）（男性）	89.0	100.0	
	脳P-0301	66 ニコチン依存管理科を算定する患者数	314.9	332.8		脳P-0201	23 脳血管疾患により救急搬送された患者数	5,813	NA		脳O-0104	11 脳卒中標準化死亡率之比（全体）（女性）	90.5	100.0	
	脳P-0302	67 ハイリスク飲酒者の割合（男）	34.4%	34.6%							脳O-0105	12 脳卒中標準化死亡率之比（脳出血）（男性）	94.4	100.0	
	脳P-0303	68 ハイリスク飲酒者の割合（女）	9.0%	9.1%							脳O-0106	13 脳卒中標準化死亡率之比（脳出血）（女性）	99.2	100.0	
	脳P-0303	69 高血圧性疾患患者の年齢調整外来受療率	201.8	236.9							脳O-0107	14 脳卒中標準化死亡率之比（脳梗塞）（男性）	84.7	100.0	
	脳P-0303	70 高血圧性疾患患者の年齢調整外来受療率（参考：平成27年標準化人口モデル）	430.9	447.1							脳O-0108	15 脳卒中標準化死亡率之比（脳梗塞）（女性）	88.2	100.0	
	脳P-0304	71 脳血管疾患患者の年齢調整外来受療率	91.6	66.8											
	脳P-0304	72 脳血管疾患患者の年齢調整外来受療率（参考：平成27年標準化人口モデル）	169.3	136.4											
	脳P-0305	73 特定健診受診者のうちメタボリックシンドローム該当者数・予診対象者数（該当者数）	3,351.6	3,977.6											
	脳P-0305	74 特定健診受診者のうちメタボリックシンドローム該当者数・予診対象者数（予診対象者数）	2,650.5	2,987.7											
2	脳C-0102	脳動脈硬化病期における適切な対応について本人および家族等が理解し実践できている	京都府	全国							2	脳A-02	脳血管疾患者が日常生活の中で質の高い生活を送ることができている	京都府	全国
	脳P-0306	75 認知症状と適切な対応について知っている住民の割合	NA	NA							脳O-0109	16 健康寿命（男）	72.1	(910日標準値 73.8)	
3	脳C-0103	突然の症状出現時に、急性期医療を仰ぐ医師種別への受診勧奨指示ができています	京都府	全国							脳O-0110	17 健康寿命（女）	73.1	(910日標準値 76.2)	
	脳S-0302	76 神経・脳血管領域の一次診療を行う医師種別数	35.4	35.0							脳O-0104	18 健康寿命と平均余命の差（男）	9.6	8.7	
4	脳C-0104	特定健診・特定保健指導を受けられることができています	京都府	全国							脳O-0105	19 健康寿命と平均余命の差（女）	14.3	12.3	
	脳P-0307	77 特定保健指導対象者数・移了者数（対象者数）	3,662.4	4,147.6							脳O-0106	20 在宅等生活の場に戻った脳血管疾患患者の機能的自立度	NA	NA	
	脳P-0307	78 特定保健指導対象者数・移了者数（移了者数）	951.6	1,022.9							脳O-0107	21 脳卒中を再発した者の割合	NA	NA	
	脳P-0308	79 特定健診の実施率	53.7%	(911日標準値 70.0%)							脳O-0108	22 75歳以上認知症予防プログラムを受けた患者のうち90歳以降の2分の割合	37.0	NA	
	脳P-0309	80 特定保健指導の実施率	26.0%	(911日標準値 46.0%)											
5	脳C-0201	本人および家族等が緊急後援やかに救急搬送要請ができています	京都府	全国	2	脳B-0201	患者ができるだけ早期に専門医療機関へ搬送される	京都府	全国						
	脳P-0310	81 救急後援やかに救急搬送要請を受けた件数	NA	NA		脳P-0202	27 救急要請（受診）から医療機関への初診までに要した平均時間	33.1	40.8						
6	脳C-0202	救急救命士が、地域のメディカルコントロール協議会が定めた活動プロトコルに沿って適切な観察・判断・処置ができています	京都府	全国		脳P-0203	23 脳血管疾患により救急搬送された患者数	5,813	NA						
	脳P-0311	82 救急隊の救急救命士運用率	92.1%	93.2%											
7	脳C-0203	病院前救護のスクリーニングに基づいて搬送先を決定できる救護体制ができています	京都府	全国											
	脳S-0303	83 脳卒中疑い患者に対して正科医師受診を予察する項目の割合が標準値を上回っている消防本部数	NA	NA											
8	脳C-0204	急性期医療を仰ぐ医療機関へ迅速に搬送できる体制が整っています	京都府	全国											
	脳P-0312	84 脳血管疾患により救急搬送された圏域外への搬送率	20.0%	NA											

出典：第2期京都府循環器病対策推進計画

# 京都府 脳卒中分野 ロジックモデル (2/3)

9 脳C-0301 脳卒中の急性期医療に対応できる体制が整備されている			京都府	全国
脳S-0304	85	脳神経内F医療数	8.9	4.9
脳S-0305	86	脳神経外F医療数	7.1	5.8
脳S-0306	87	脳卒中の専病病室を有する病院数・病床数（病床数）	0.3	0.2
	88	脳卒中の専病病室を有する病院数・病床数（病床数）	2.4	1.3
脳S-0307	89	脳梗塞に対するI-PAによる血栓溶解療法の実施可能な病院数	0.7	0.8
脳S-0308	90	脳梗塞に対する血栓溶解療法の実施可能な医療機関数	39.0	NA
脳S-0309	91	脳卒中の相談窓口を設置している急性期脳卒中診療が実施可能な医療機関数	NA	NA
10 脳C-0302 脳梗塞性肺病等の合併症の予防および治療が行える体制が整備されている			京都府	全国
脳P-0313	92	口腔機能管理を受ける患者数（急性期）	0.0	0.8
11 脳C-0303 適用医療費を予防し、早期に自立できるリハビリテーション実施体制が整備されている			京都府	全国
脳S-0310	93	脳卒中リハビリテーションが実施可能な医療機関数	5.9	6.4
脳S-0314	94	脳卒中による入院と入院に併発する医療費を支払った患者数	NA	NA
脳S-0311	95	リハビリテーション早期評価と開始をしている医療機関数	NA	NA
12 脳C-0304 回復期の医療機関等との連携体制が構築されている			京都府	全国
脳S-0312	96	脳卒中地域クリティカルパスを導入している医療機関数	5.3	10.0
13 脳C-0305 在宅訪問診療者に対する医療施設や地域の保健医療福祉サービスとの連携が強化されている			京都府	全国
脳S-0313	97	地域のサービスとの連携窓口を設置している医療機関数	8.8	9.8
*NA:人口10万人対換率				
14 脳C-0401 専門医療スタッフにより集中的なリハビリテーションが実施可能な医療機関が整備されている			京都府	全国
脳S-0314	98	回復期リハビリテーション科病床数	76.1	70.2
脳S-0315	99	リハビリテーション科医師数	3.2	2.3
脳S-0316	100	理学療法士数・作業療法士数・言語聴覚士数（理学療法士）	89.6	80.0
	101	理学療法士数・作業療法士数・言語聴覚士数（作業療法士）	39.1	40.5
	102	理学療法士数・作業療法士数・言語聴覚士数（言語聴覚士）	15.3	14.2
15 脳C-0402 再発予防の診療や基礎疾患・危険因子の管理、合併症への対応が可能な体制が整備されている			京都府	全国
脳S-0317	103	脳卒中リハビリテーション認定看護数	0.5	0.6
脳S-0318	104	脳卒中患者の悪化を予防するためのケアに専任している看護数	0.7	0.6
16 脳C-0403 脳梗塞性肺病等の合併症の予防および治療が行える体制が整備されている			京都府	全国
脳P-0315	105	口腔機能管理を受ける患者数（回復期）	52.1	1.3
脳S-0319	106	巡回病専門医が在籍する医療機関数	0.5	0.8
17 脳C-0404 急性期および回復期の医療機関や施設、地域の保健医療福祉サービスとの連携体制が構築されている			京都府	全国
脳S-0320	96	脳卒中地域クリティカルパスを導入している医療機関数	5.3	10.0
脳S-0321	108	医療ソーシャルワーカー数	12.5	12.9
*NA:人口10万人対換率				
3 脳P-0301 急性期後から専門的な治療・リハビリテーションを受けることができる			京都府	全国
脳P-0304	29	脳梗塞に対するt-PAによる血栓溶解療法の実施件数（算定回数）	11.5	10.3
	30	脳梗塞に対するt-PAによる血栓溶解療法の実施件数（SCR）	107.5	100
脳P-0305	31	脳梗塞に対する血栓溶解療法の実施件数（算定回数）	13.5	10.5
	32	脳梗塞に対する血栓溶解療法の実施件数（SCR）	129	100
脳P-0306	33	くも膜下出血に対する脳動脈瘤クリッピング術の実施件数（算定回数）	3.9	9.4
	34	くも膜下出血に対する脳動脈瘤クリッピング術の実施件数（SCR）	43.8	100
脳P-0307	35	くも膜下出血に対する脳動脈瘤コイル留置術の実施件数（算定回数）	13.0	11.3
	36	くも膜下出血に対する脳動脈瘤コイル留置術の実施件数（SCR）	109.5	100
脳P-0308	37	脳卒中患者に対する喉下閉鎖の実施件数（急性期）（算定回数）	37.6	68.1
脳P-0309	38	脳卒中患者に対する喉下閉鎖の実施件数（急性期）（SCR）	72.3	100
脳P-0310	39	脳卒中患者に対するリハビリテーションの実施件数（算定回数）	148,959.6	138,818.3
脳P-0311	40	脳卒中患者に対するリハビリテーションの実施件数（SCR）	99.9	100
脳P-0312	41	脳卒中患者に対する早期リハビリテーションの実施件数（算定回数）	106,728.9	91,870.4
	42	脳卒中患者に対する早期リハビリテーションの実施件数（SCR）	111.6	100
脳P-0313	43	脳卒中患者に対する地域連携計画作成の実施件数（算定回数）	73.4	66.1
	44	脳卒中患者に対する地域連携計画作成の実施件数（SCR）	100.7	100
脳O-0303	45	通院患者平均在院日数	75.8	76.8
*NA:人口10万人対換率				
4 脳S-0401 身体機能の早期改善のための集中的リハビリテーションを受けることができる			京都府	全国
脳P-0312	46	脳卒中患者に対する喉下閉鎖の実施件数（回復期）（算定回数）	7,070.5	6,343.3
	47	脳卒中患者に対する喉下閉鎖の実施件数（回復期）（SCR）	105.6	100
脳P-0313	39	脳卒中患者に対するリハビリテーションの実施件数（算定回数）	148,959.6	138,818.3
	40	脳卒中患者に対するリハビリテーションの実施件数（SCR）	99.9	100
脳P-0314	43	脳卒中患者に対する地域連携計画作成の実施件数（算定回数）	73.4	66.1
	44	脳卒中患者に対する地域連携計画作成の実施件数（SCR）	100.7	100
脳O-0304	52	ADL改善率	82.3%	73.3%
脳O-0305	53	在宅等医療の場に行われた脳血管疾患患者の割合	62.7%	56.4%
脳O-0306	54	回復期リハビリ 実働病床数	52.2	48.7
*NA:人口10万人対換率				

# 京都府 脳卒中分野 ロジックモデル (3/3)

生活機能の維持・向上のためのリハビリテーションが提供される体制が整備されている	京都府	全国
99 脳卒中リハビリテーションが実施可能な医療機関数	5.9	6.4*
110 訪問リハビリを提供している事業所数	5.0	3.9*
111 通所リハビリを提供している事業所数	5.7	6.3*
112 老人保健施設定員数	271.0	288.2*
再発予防の治療や基礎疾患・危険因子の管理、合併症への対応が可能な体制が整備されている	京都府	全国
113 訪問看護を受ける患者数（医療）	575.7	376.9*
114 訪問看護を受ける患者数（介護）	7,873.9	5,663.4*
脳梗塞性肺炎等の合併症の予防および治療が行える体制が整備されている	京都府	全国
115 訪問歯科衛生指導を受ける患者数	4,491.2	4,392.4*
回復期および急性期の医療機関等との連携体制が構築されている	京都府	全国
116 入院院支援を行っている医療機関数	3.4	3.7*
117 脳卒中患者における介護連携指導の実施件数	462.8	283.6*
脳卒中患者の就労支援を推進させる体制が整っている	京都府	全国
118 周立支援コーディネーター基礎研修の受講者数	14.7	14.0*

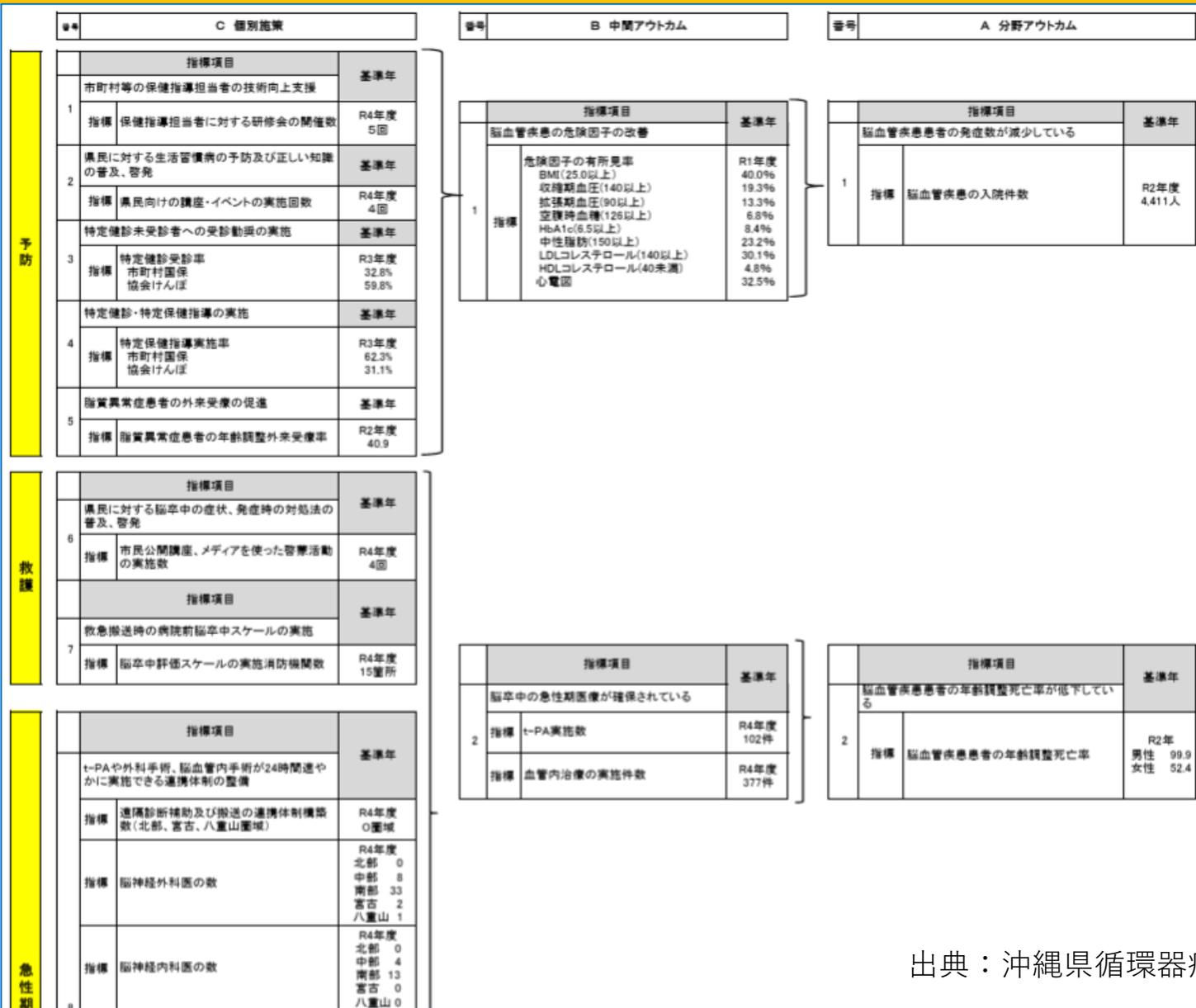
\*18 A.C.10万人対標準

5 脳B-0501 日常生活への復帰、生活機能維持・向上のためのリハビリテーションを受けることができる	京都府	全国
脳P-0215 55 訪問リハビリを受ける患者数・利用者数（医療）	270.6	214.2*
56 訪問リハビリを受ける患者数・利用者数（介護）	2,329.8	1,143.1*
脳P-0216 57 通所リハビリを受ける利用者数	5,584.2	5,499.9*
脳P-0217 39 脳卒中患者に対するリハビリテーションの実施件数（単位数）	148,959.6	138,818.9*
40 脳卒中患者に対するリハビリテーションの実施件数（SCRO）	99.9	100
脳P-0218 43 脳卒中患者に対する地域連携計画作成等の実施件数（算定回数）	73.4	66.8*
44 脳卒中患者に対する地域連携計画作成等の実施件数（SCRO）	109.7	100
脳P-0219 62 脳卒中患者に対する療養・就労自立支援の実施件数	0.5	0.8*

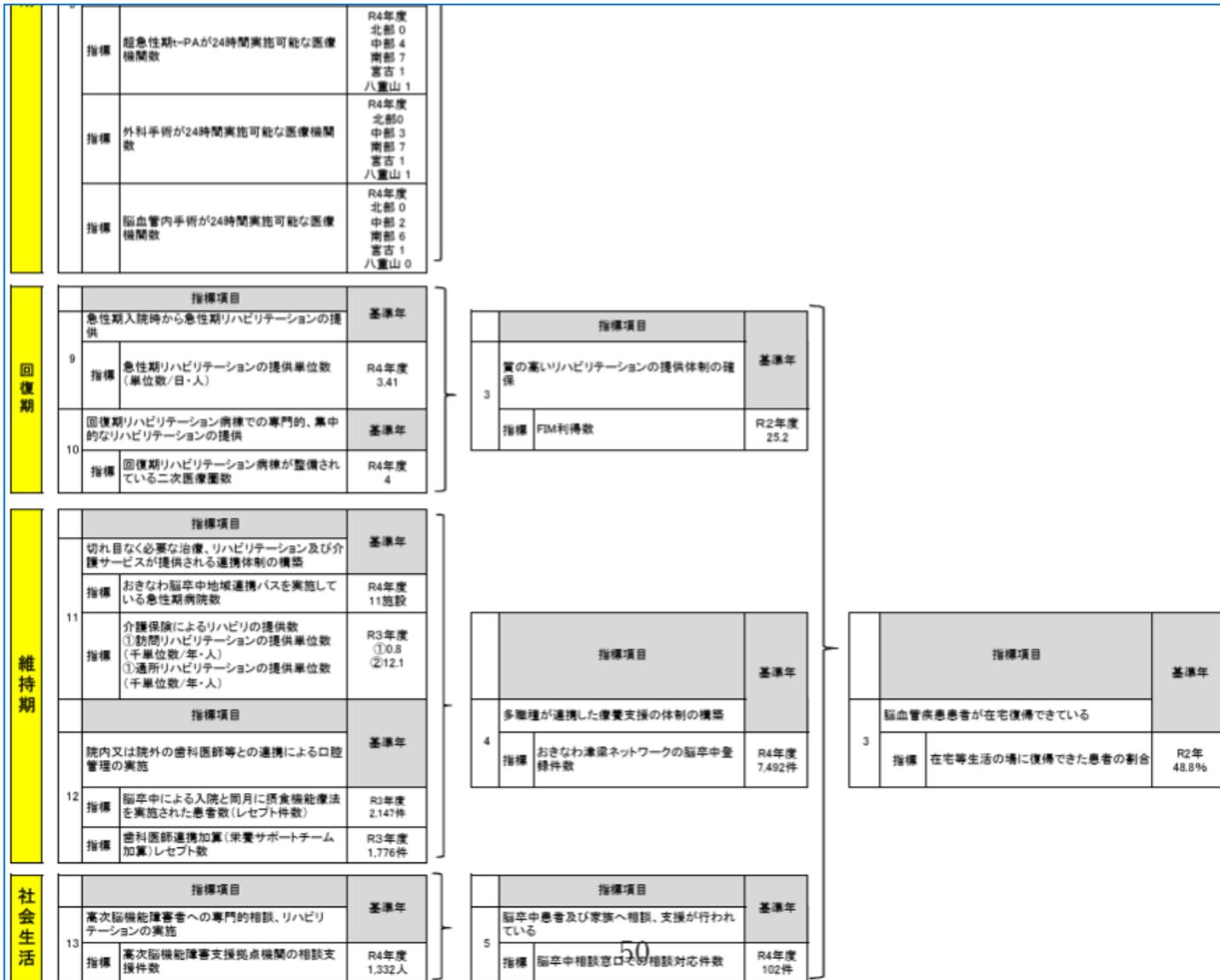
\*18 A.C.10万人対標準

# 沖縄県 脳卒中分野 ロジックモデル (1/2)



出典：沖縄県循環器病対策推進計画

# 沖縄県 脳卒中分野 ロジックモデル (2/2)



50

# 兵庫県 但馬医療圏 脳卒中分野 ロジックモデル

医療圏単位でロジックモデルと指標を活用。年4回、地域医療構想調整会議で審議

課題分析	施策・アウトプット	初期アウトカム	中間アウトカム	分野アウトカム																																																																													
<p>脳卒中の標準化死亡率は高くない。脳卒中中の急性期に必要な医療は豊岡病院により十分に提供。他圏域からの流入により多く実施。医師数は平均並から少なめであり、過重労働であるが、B水準内で引き続き診療可能。継続的な医師確保が必要である。</p> <p>特定健診、保健指導の実施率共に高く推移している点は評価できる。</p> <p>在宅復帰率自体は高いものの、ADL改善率が悪い。ヒアリングの結果から改善率が良い整形の患者より脳血管疾患が多いことが一因であり、連携不足による。また早期リハの実施数はやや少なく、増床が検討される。リハ職が少ないことは病院以外のリハ職が少ないことも一因か。</p>	<table border="1"> <tr> <td>地域医療構想による回復期リハ病床へ転換する</td> <td>2022年時点からの急性期一般病床からの回復期リハ病床への転換病床数</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>介護に関わるセラピストが増える</td> <td>地域リハビリテーション活動支援事業の実施市町数 地域リハビリテーション活動支援事業に関わるセラピスト数(日人)</td> <td>5 403</td> </tr> <tr> <td>回復期リハ病床利用に関する連携を増やす</td> <td>病院間の連携会議の開催回数</td> <td>3</td> </tr> </table>	地域医療構想による回復期リハ病床へ転換する	2022年時点からの急性期一般病床からの回復期リハ病床への転換病床数	0	介護に関わるセラピストが増える	地域リハビリテーション活動支援事業の実施市町数 地域リハビリテーション活動支援事業に関わるセラピスト数(日人)	5 403	回復期リハ病床利用に関する連携を増やす	病院間の連携会議の開催回数	3	<table border="1"> <tr> <td>急性期治療を提供する体制が整っている</td> <td>神経内科医師数(10万人対)(県平均) 脳外科医師数(10万人対)県平均)</td> <td>4.4 (3.8) 3.8 (6.0)</td> </tr> <tr> <td>適切に健診が実施され、受診が促されている</td> <td>特定保健指導実施率(県平均) 特定健診受診率(県平均)</td> <td>46.6 (28.9) 43.0 (33.0)</td> </tr> <tr> <td rowspan="10">リハビリテーションを提供できる体制が整っている</td> <td>リハ科医師数(10万人対)</td> <td>1.9 (2.4)</td> </tr> <tr> <td>回リハ病床数(10万人対)(全国平均)</td> <td>29.4 (66.0)</td> </tr> <tr> <td>脳血管疾患退院患者平均在院日数(県平均)</td> <td>35.1 (73.0)</td> </tr> <tr> <td>H000-3早期リハビリテーション加算SCR(入院+外来)</td> <td>82.5</td> </tr> <tr> <td>嚥下訓練-摂食機能療法SCR H004</td> <td>93.5</td> </tr> <tr> <td>理学療法士(10万人対)</td> <td>51.3 (87.8)</td> </tr> <tr> <td>作業療法士(10万人対)</td> <td>26.8 (38.7)</td> </tr> <tr> <td>言語聴覚士(10万人対)</td> <td>6.3 (16.9)</td> </tr> <tr> <td>連携計画策定SCR A246-4地域連携診療計画加算</td> <td>151.8</td> </tr> <tr> <td>社会福祉士数(10万人対)</td> <td>11.4 (12.5)</td> </tr> </table>	急性期治療を提供する体制が整っている	神経内科医師数(10万人対)(県平均) 脳外科医師数(10万人対)県平均)	4.4 (3.8) 3.8 (6.0)	適切に健診が実施され、受診が促されている	特定保健指導実施率(県平均) 特定健診受診率(県平均)	46.6 (28.9) 43.0 (33.0)	リハビリテーションを提供できる体制が整っている	リハ科医師数(10万人対)	1.9 (2.4)	回リハ病床数(10万人対)(全国平均)	29.4 (66.0)	脳血管疾患退院患者平均在院日数(県平均)	35.1 (73.0)	H000-3早期リハビリテーション加算SCR(入院+外来)	82.5	嚥下訓練-摂食機能療法SCR H004	93.5	理学療法士(10万人対)	51.3 (87.8)	作業療法士(10万人対)	26.8 (38.7)	言語聴覚士(10万人対)	6.3 (16.9)	連携計画策定SCR A246-4地域連携診療計画加算	151.8	社会福祉士数(10万人対)	11.4 (12.5)	<table border="1"> <tr> <td rowspan="4">脳卒中中の急性期治療が適切に提供されている</td> <td>t-PA A205-2超急性期脳卒中加算(入院初日)件数</td> <td>4 (153)</td> </tr> <tr> <td>K178-4経皮的脳血栓回収術件数</td> <td>22 (188)</td> </tr> <tr> <td>K177脳動脈瘤頸部クリッピング件数</td> <td>16 (178)</td> </tr> <tr> <td>コイル塞栓 K178 脳血管内手術件数</td> <td>29 (166)</td> </tr> </table> <p>①内はH29のSCR値(NDB-SCRより)</p> <table border="1"> <tr> <td rowspan="5">脳卒中中のリスク因子がコントロールされている</td> <td>BMI25以上SCR(男/女)</td> <td>93.9/103.6</td> </tr> <tr> <td>血圧(収縮期)130以上SCR(男/女)</td> <td>113.9/109</td> </tr> <tr> <td>血圧(拡張期)85以上SCR(男/女)</td> <td>109.8/111.3</td> </tr> <tr> <td>空腹時血糖値100以上SCR(男/女)</td> <td>94.3/91.2</td> </tr> <tr> <td>HbA1c(NGSP)5.6以上SCR(男/女)</td> <td>87.1/79.9</td> </tr> <tr> <td>LDLコレステロール140以上SCR(男/女)</td> <td>103.7/108.8</td> </tr> </table> <p>兵庫県地域カルテ・兵庫県特定健診法定報告 R3</p> <table border="1"> <tr> <td>病院で効果的なリハが提供される</td> <td>回リハADL改善率(%) (全国平均)</td> <td>51.7 (63.9)</td> </tr> </table> <p>八鹿病院兵庫県病床機能報告R3</p>	脳卒中中の急性期治療が適切に提供されている	t-PA A205-2超急性期脳卒中加算(入院初日)件数	4 (153)	K178-4経皮的脳血栓回収術件数	22 (188)	K177脳動脈瘤頸部クリッピング件数	16 (178)	コイル塞栓 K178 脳血管内手術件数	29 (166)	脳卒中中のリスク因子がコントロールされている	BMI25以上SCR(男/女)	93.9/103.6	血圧(収縮期)130以上SCR(男/女)	113.9/109	血圧(拡張期)85以上SCR(男/女)	109.8/111.3	空腹時血糖値100以上SCR(男/女)	94.3/91.2	HbA1c(NGSP)5.6以上SCR(男/女)	87.1/79.9	LDLコレステロール140以上SCR(男/女)	103.7/108.8	病院で効果的なリハが提供される	回リハADL改善率(%) (全国平均)	51.7 (63.9)	<table border="1"> <tr> <td rowspan="5">脳血管疾患による死亡率の低下を目指す</td> <td>脳出血 SMR男</td> <td>99.9</td> </tr> <tr> <td>脳出血 SMR女</td> <td>93.4</td> </tr> <tr> <td>脳梗塞 SMR男</td> <td>97.2</td> </tr> <tr> <td>脳梗塞 SMR女</td> <td>103.6</td> </tr> <tr> <td>くも膜下出血SMR男</td> <td>131.7</td> </tr> <tr> <td>くも膜下出血SMR女</td> <td>98.5</td> </tr> </table> <p>兵庫県における死亡統計指標H28-R2</p> <table border="1"> <tr> <td>罹患しても安心して暮らすことができる</td> <td>在宅復帰できた脳血管疾患患者の割合(県平均)</td> <td>58.6 (62.9)</td> </tr> </table> <p>患者調査H29</p>	脳血管疾患による死亡率の低下を目指す	脳出血 SMR男	99.9	脳出血 SMR女	93.4	脳梗塞 SMR男	97.2	脳梗塞 SMR女	103.6	くも膜下出血SMR男	131.7	くも膜下出血SMR女	98.5	罹患しても安心して暮らすことができる	在宅復帰できた脳血管疾患患者の割合(県平均)	58.6 (62.9)
地域医療構想による回復期リハ病床へ転換する	2022年時点からの急性期一般病床からの回復期リハ病床への転換病床数	0																																																																															
介護に関わるセラピストが増える	地域リハビリテーション活動支援事業の実施市町数 地域リハビリテーション活動支援事業に関わるセラピスト数(日人)	5 403																																																																															
回復期リハ病床利用に関する連携を増やす	病院間の連携会議の開催回数	3																																																																															
急性期治療を提供する体制が整っている	神経内科医師数(10万人対)(県平均) 脳外科医師数(10万人対)県平均)	4.4 (3.8) 3.8 (6.0)																																																																															
適切に健診が実施され、受診が促されている	特定保健指導実施率(県平均) 特定健診受診率(県平均)	46.6 (28.9) 43.0 (33.0)																																																																															
リハビリテーションを提供できる体制が整っている	リハ科医師数(10万人対)	1.9 (2.4)																																																																															
	回リハ病床数(10万人対)(全国平均)	29.4 (66.0)																																																																															
	脳血管疾患退院患者平均在院日数(県平均)	35.1 (73.0)																																																																															
	H000-3早期リハビリテーション加算SCR(入院+外来)	82.5																																																																															
	嚥下訓練-摂食機能療法SCR H004	93.5																																																																															
	理学療法士(10万人対)	51.3 (87.8)																																																																															
	作業療法士(10万人対)	26.8 (38.7)																																																																															
	言語聴覚士(10万人対)	6.3 (16.9)																																																																															
	連携計画策定SCR A246-4地域連携診療計画加算	151.8																																																																															
	社会福祉士数(10万人対)	11.4 (12.5)																																																																															
脳卒中中の急性期治療が適切に提供されている	t-PA A205-2超急性期脳卒中加算(入院初日)件数	4 (153)																																																																															
	K178-4経皮的脳血栓回収術件数	22 (188)																																																																															
	K177脳動脈瘤頸部クリッピング件数	16 (178)																																																																															
	コイル塞栓 K178 脳血管内手術件数	29 (166)																																																																															
脳卒中中のリスク因子がコントロールされている	BMI25以上SCR(男/女)	93.9/103.6																																																																															
	血圧(収縮期)130以上SCR(男/女)	113.9/109																																																																															
	血圧(拡張期)85以上SCR(男/女)	109.8/111.3																																																																															
	空腹時血糖値100以上SCR(男/女)	94.3/91.2																																																																															
	HbA1c(NGSP)5.6以上SCR(男/女)	87.1/79.9																																																																															
LDLコレステロール140以上SCR(男/女)	103.7/108.8																																																																																
病院で効果的なリハが提供される	回リハADL改善率(%) (全国平均)	51.7 (63.9)																																																																															
脳血管疾患による死亡率の低下を目指す	脳出血 SMR男	99.9																																																																															
	脳出血 SMR女	93.4																																																																															
	脳梗塞 SMR男	97.2																																																																															
	脳梗塞 SMR女	103.6																																																																															
	くも膜下出血SMR男	131.7																																																																															
くも膜下出血SMR女	98.5																																																																																
罹患しても安心して暮らすことができる	在宅復帰できた脳血管疾患患者の割合(県平均)	58.6 (62.9)																																																																															

出典：兵庫県保健医療計画（第8部）圏域計画

# 「ロジックモデルと指標を活用した評価」の 先行事例

(沖縄県)

# 沖縄県 医療計画 年次進捗評価

年次進捗を実施。方法を示した上で、5疾病5事業在宅11分野の評価結果を掲載

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

## 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 \(PDF 71.2KB\)](#) □

## 脳卒中対策

(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\(脳卒中対策\) \(PDF 3.8MB\)](#) □  
(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 \(PDF 156.4KB\)](#) □
- [\(様式2\)ロジックモデル進捗管理シート \(PDF 345.4KB\)](#) □
- [【資料】脳卒中・心臓病等総合支援センターモデル事業 \(PDF 3.9MB\)](#) □

### とりまとめ結果

- [\(様式3\)総合評価表 \(PDF 99.2KB\)](#) □

# 進捗管理と中間評価の基本的な方針

実施方法の説明。プログラム評価に準拠して実施

## 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。セオリー評価については、他都道府県のロジックモデル等との比較が有効であることから、計画1年目に重点的に行うことが望ましい。
- 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。）

# 個別施策評価シート

評価フォーマットを示し、使い方を説明。設問に対応する情報を記載

個別施策		(糖C-201) 糖尿病性腎症重症化予防プログラムの実施				
取組	事業名称	実施内容	実施期間	実施主体	所管課	実績・成果 (アウトプット)
	4	糖尿病性腎症重症化予防プログラム	糖尿病リスクの高い未受診者、糖尿病治療中断者、重症化リスクの高い糖尿病性腎症透析患者に、関係機関から受診勧奨・保健指導を行い、糖尿病の重症化予防及び人口遷移への移行を防止する。	毎年度	保険者、県、県・地区医師会、沖縄県糖尿病対策推進会議	国民健康保険課

効果	初期アウトカム	中間アウトカム				
		R3年度	R3年度	R4年度	R5年度	
R307	糖尿病性HbA1c6.5以上、空腹時血糖126mg/dlのうち、受診勧奨により受診した割合	65.7%	65.7%	66.2%	68.8%	▲
	市町村国保協会けんぽ	16.4%	16.4%	22.1%	11.5%	▲
R308	糖尿病性腎症患者への受診勧奨、保健指導の実施率	49.3%	49.3%	56.3%	44.1%	▲
	市町村国保					▲

効果	中期アウトカム	LM進捗管理シート (様式2) 抜粋				
		R3年度	R3年度	R4年度	R5年度	
R204	特定健診で糖尿病性腎症第3期、第4期に該当する者の割合	14.8%	14.8%	14.1%	14.0%	▲
	市町村国保協会けんぽ	9.5%	9.5%	10.2%	10.6%	▲

**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

上の情報を読み、設問に対応して、コメントをここに記入

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が強い。	・作務員ロジックモデルとの比較 ・協議会・部会での審議	・重症化予防プログラムは、糖尿病の重症化を予防するために保険者・県・県及び各地区医師会、沖縄県糖尿病対策推進会議において策定されたプログラムでありアウトカムに資する取り組みである。	・左記のとおり。 ・中間アウトカムの指標の改善・悪化の考え方については要検討(検査の受診率が上がれば、第3期・4期の患者は増えるのでは)	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 ・実施は実施されたか、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	・糖尿病型に対する受診勧奨実施率は、概ね向上しているが、医療圏における差が大きい(北部・八重山においては受診勧奨の推進が必要) ・受診勧奨により受診した患者の割合は市町村国保は改善傾向にあるが、協会けんぽは悪化傾向にある。	・左記のとおり。受診勧奨実施率は概ね上昇傾向にあり、宮古医療圏は少し低下したものの90%を超える高い実施率となっている。	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	・糖尿病性腎症第3、4期に該当する者の割合は基準年から国保で0.2ポイント、協会けんぽで1.1ポイント悪化している。 ・保健指導の実施率が下がっていることから、取組を強化していく必要があると思考される。	・中間アウトカムは悪化傾向にあるが、受診率の向上は状態の悪い患者の取りこしに繋がるため第3期・4期相当は増えることも考えられる。指標の考え方については検討が必要	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)
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		・重症化予防のための取組みであり、引き続き維持すべき事業。	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

# 脳卒中分野のロジックモデル（指標データ付 抜粋）

ロジックモデル + 指標 + 計測値 → 数値の推移を判定（右から左にセットで把握）

番号	事業(取組)	C 個別施策							B 中間アウトカム							A 分野アウトカム									
		指標項目	基準年	直近の前々年	直近の前年	直近	特異	目標	指標項目	基準年	直近の前々年	直近の前年	直近	特異	目標	指標項目	基準年	直近の前々年	直近の前年	直近	特異	目標			
1	市町村向け研修会	(脳C-101)市町村等の保健指導担当者の技術向上支援																							
		脳C-301	研修指導担当者に対する研修会の開催回数	R4年度	R4年度	R5年度	R6年度	R11年	脳B-101	危険因子の有無基準	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度	R11年	脳A-101	脳血管疾患患者の発症数が減少している	R2年度	R3年度	R4年度	R5年度	現状より	低下		
			5回	5回	5回	5回	→	5回		BMI(25.0以上)	40.0%	40.3%	41.1%	39.8%	↓	29.0%		4411人	4411人	4249人	4286人	↓			
										収縮期血圧(140以上)	19.3%	20.6%	21.2%	20.7%	↑	17.1%									
										空腹時血糖(90以上)	13.3%	14.0%	14.3%	14.1%	↑	12.8%									
										空腹時血糖(120以上)	6.8%	6.7%	6.9%	6.9%	↑	5.9%									
										HbA1c(6.5以上)	8.4%	8.3%	8.4%	8.7%	↑	7.2%									
										中性脂肪(150以上)	23.2%	22.6%	23.5%	22.5%	↓	20.2%									
										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									
										HDLコレステロール(40未満)	4.8%	4.8%	4.9%	4.8%	→	4.2%									
								心電図	32.5%	34.6%	32.5%	28.6%	↓	32.0%											
2	生活習慣予防対策事業	(脳C-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																							
		脳C-302	県民向けの講座・イベントの実施回数	R4年度	R4年度	R5年度	R6年度	R11年																	
			4回	4回	5回	4回	→	5回																	
		(脳C-103)特定検診未受診者への受診勧奨の実施																							
		脳C-303	特定検診未受診率	R3年度	R3年度	R4年度	R5年度	R11年																	
			市町村国保協会けんぽ	32.8%	32.8%	34.5%	35.8%	60%																	
				59.8%	59.8%	64.2%	60.4%	65%																	
		(脳C-104)特定検診・特定保健指導の実施																							
		脳C-304	特定保健指導実施率	R3年度	R3年度	R4年度	R5年度	R11年																	
			市町村国保協会けんぽ	62.3%	62.3%	61.9%	67.2%	現状より向上																	
		31.1%	31.1%	24.5%	28.5%	35%																			
(脳C-102)指掌異常症患者の外来受療の促進																									
脳C-102	指掌異常症患者の年齢調整外来受療率	R2年度	H30年度	R1年度	R2年度	R11年度																			
		40.9	—	40.9	—	67.7																			
4	市民講座等の啓発活動	(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C-305	市民公開講座、メディアを介した啓発活動の実施回数	R4年度	R4年度	R5年度	R6年度	R11年																	
			4回	4回	5回	6回	↑	現状より向上																	
		(脳C-202)救急搬送時の病院前脳卒中スケールの実施																							
		脳C-306	救急搬送時の病院前脳卒中スケールの実施施設数	R4年度	R4年度	R5年度	R6年度	R11年																	
			15箇所	15箇所	15箇所	13箇所	↓	18箇所																	
		5	脳卒中スケールの実施	(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	連携施設補助及び自治体の連携体制構築数(北都、喜喜、八重山圏域)	R4年度	R4年度	R5年度	R6年度	R11年															
					0圏域	0圏域	0圏域	0圏域	→	3圏域															
				脳S-302	脳神経外科医の数	R4年度	R4年度	R5年度	R6年度	R11年度															
	北都 0			北都 0	北都 0	北都 0	→	→																	
	中郡 8			中郡 8	中郡 9	中郡 15	→	→																	
	南郡 33			南郡 33	南郡 39	南郡 32	→	→																	
	喜喜 2			喜喜 2	喜喜 1	喜喜 2	→	→																	
	八重山 1			八重山 1	八重山 1	八重山 1	→	→																	
	八重山 0			八重山 0	八重山 0	八重山 0	→	→																	
脳S-303	脳神経内科医の数	R4年度	R4年度	R5年度	R6年度	R11年度																			
	北都 0	北都 0	北都 0	北都 0	→	→																			
	中郡 4	中郡 4	中郡 6	中郡 6	→	→																			
	南郡 13	南郡 13	南郡 12	南郡 9	→	→																			
	喜喜 0	喜喜 0	喜喜 1	喜喜 1	→	→																			
	八重山 0	八重山 0	八重山 0	八重山 0	→	→																			
参考	脳血管疾患患者の年齢調整死亡率	(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A-102	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	H22年度	H27年度	R2年度	R11年度																	
			男性	99.9	48.4	38.1	男性 99.9	—	93.8																
			女性	52.4	22.4	17.5	女性 52.4	—	現状より低下																
			(男性)				(男性)		R11																
			70-74歳	131	—	—	70-74歳	131	—	現状より低下															
			75-79歳	99.5	—	—	75-79歳	99.5	—	85.3															
			80-84歳	59.0	—	—	80-84歳	59.0	—	53.9															
			85-89歳	60.6	—	—	85-89歳	60.6	—	35.6															
			90-94歳	30.1	—	—	90-94歳	30.1	—	26.4															
	45-49歳	14.8	—	—	45-49歳	14.8	—	現状より低下																	
	40-44歳	28.5	—	—	40-44歳	28.5	—	10.9																	
	(女性)				(女性)																				
	70-74歳	56.8	—	—	70-74歳	56.8	—	現状より低下																	
	75-79歳	22.9	—	—	75-79歳	22.9	—	現状より低下																	
	80-84歳	17.6	—	—	80-84歳	17.6	—	現状より低下																	
	85-89歳	20.4	—	—	85-89歳	20.4	—	15.8																	
	90-94歳	23.8	—	—	90-94歳	23.8	—	14																	
	45-49歳	13.3	—	—	45-49歳	13.3	—	9.2																	
	40-44歳	10.2	—	—	40-44歳	10.2	—	4.9																	
	脳内出血の年齢調整死亡率(人口10万人あたり)	R2年度	H30年度	R1年度	R2年度	R11																			
	男性	33.6	—	—	男性 33.6	—	31.9																		
	女性	18.3	—	—	女性 18.3	—	16.3																		

# 脳卒中分野 個別施策表 (1施策抜粋)

所掌する会議体において審議を行い、評価の記載内容を決定

個別施策		(脳C-501) 切れ目なく必要な治療、リハビリテーション及び介護サービスが提供される連携体制の構築									
取組	事業(取組)名称	実施内容	実施期間	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)			
	8	医療連携推進事業	おきなわ脳卒中地域連携バスの活用も含めた地域の医療・介護関係者の連携体制整備	毎年度	おきなわ脳卒中地域連携委員会	医療政策課	-	-	おきなわ脳卒中地域連携バスを実施している急性期病院は11施設でR4年と同数となっている。		
9	地域医療構想を機能連携強化事業	おきなわ津梁ネットワークの整備	毎年度	県医師会	-	40,000	40,000	R5年度登録数: 718 R6年度登録数: 739			
効果	初期アウトカム	脳P-308 おきなわ脳卒中地域連携バスを実施している急性期病院数	R4年度 11施設	R3年度 -	R4年度 11施設	R5年度 11施設	→	中間アウトカム	(脳B-401) 多職種が連携した療養支援の体制の構築		
	脳P-204 おきなわ津梁ネットワークの脳卒中登録件数	R4年度 7492件	R4年度 7492件	R5年度 8210件	R6年度 8949件	→	介護保険によるリハビリテーションの提供数(千単位数/年・人)		R3年度 0.8	R3年度 0.8	R4年度 0.9
評価	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	・※昨年度指標(位置)見直しを行った。 ・脳卒中連携バスや検診データ等の共有による地域の関係機関の連携体制の構築することで、急性期治療を経た後の再発予防、早期の在宅復帰に資する。		・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	・上記実績・成果のとおり。 ・おきなわ津梁ネットワークの脳卒中登録件数は年々増加している。		・左記のとおり、おきなわ津梁ネットワークの登録件数は順調に増加	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	・訪問リハの提供数は基準年比で横ばい、通所リハの提供数は前年度比では増加しているが、基準年比では減少傾向にある。 ・(前年度評価意見より)医療保険によるリハの実績を指標として追加することを検討(※NDBオープンデータより取得可)		・効果はあると推察されるが、介護保険にリハ提供数の伸び悩みも見られることから、医療保険側も確認する必要がある	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(現時点では判断不可)				
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	/		・医療保険におけるリハ指標の追加を検討(中間改定)	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					

# 脳卒中分野の総合評価表

それを踏まえて次年度の取組を決定。プログラム評価によるPDCAサイクルの姿に

## 脳卒中对策分野の評価及び今後の取組方針

(様式3) 総合評価表

### 【部会の主な意見】

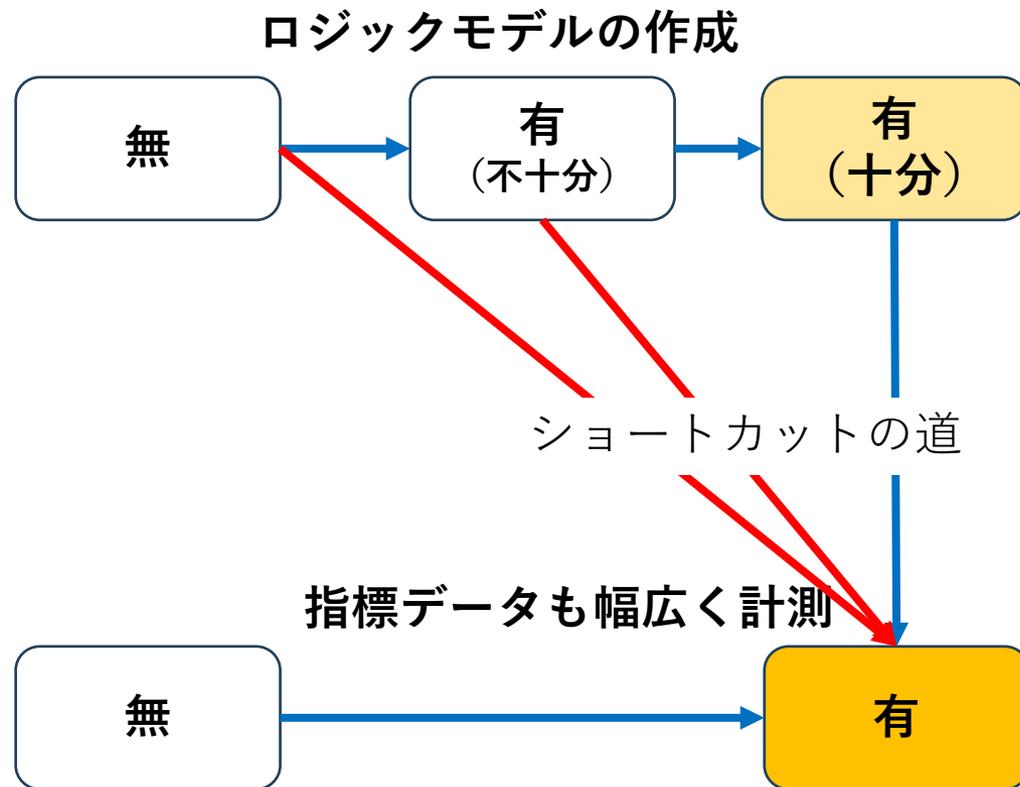
- 1. 医療提供体制：**北部医療圏における脳神経内科医不在や、宮古医療圏における回復期リハビリテーション病棟の未整備等が課題となっている。
- 2. 脳卒中スケールの統一・運用改善：**多くの消防機関で導入されているものの、スケールの種類や運用方法にばらつきがある。県医師会脳卒中委員会等と連携し、スケールの統一と運用の標準化を検討する必要がある。
- 3. リハビリテーション体制：**介護保険に加え医療保険によるリハビリテーションも併せて把握し、急性期から維持期までの切れ目のない支援体制を可視化する必要がある。

施策（取組）とアウトカムの整合性（セオリー評価）	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 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）</li> </ul>
施策（取組）の実施状況（プロセス評価）	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 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。</li> <li>● 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。</li> <li>● 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。</li> </ul>
施策（取組）がアウトカムに及ぼす影響（インパクト評価）	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 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。</li> <li>● 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。</li> </ul>
今後の取組方針（総合評価）	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 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。</li> <li>● 中間改定へ向け、指標の整理を進める。</li> </ul>



# みなさんの置かれている場所

ロジックモデルの有無、ロジックモデルの整合性（質）、指標の計測...  
十分な自治体ばかりではない。どうすればいい？



既存の「評価支援シート」（ロジックモデル＋指標データ）で模擬評価できる

# 「評価支援シート」の構造：ロジックモデル＋指標＋計測値

地域ボタンを押すとその地域のデータに切り替わる（全国値、県値、医療圏値）

両毛（栃木県）

番号 C 初期アウトカム指標

1	両毛	栃木県	全国
基礎疾患および危険因子の管理ができています	NA	30.2%	28.8%
喫煙率（男）	NA	30.2%	28.8%
喫煙率（女）	NA	9.5%	8.8%
禁煙外来を行っている医療機関数	NA	13.3	12.8
ニコチン依存管理料を算定する患者数	218.4	290.5	332.8
ハイリスク飲酒者の割合（男）	NA	NA	14.9%
ハイリスク飲酒者の割合（女）	NA	NA	9.1%
高血圧性疾患患者の年齢調整外来受療率	NA	247.0	216.9
高血圧性疾患患者の年齢調整外来受療率（参考：平成27年平滑化人口モデル）	NA	491.7	447.1
脂質異常症患者の年齢調整外来受療率	NA	72.5	66.8
脂質異常症患者の年齢調整外来受療率（参考：平成27年平滑化人口モデル）	NA	119.0	118.4
特定健診受診者のうちメタボリックシンドローム該当者数・予備群者数（該当者数）	NA	4,358.3	3,977.6
特定健診受診者のうちメタボリックシンドローム該当者数・予備群者数（予備群者数）	NA	3,282.4	2,987.7
2 初期症状出現時における適切な対応について本人および家族等が理解し実践できている	両毛	栃木県	全国
初期症状と適切な対応について知っている住民の割合	NA	NA	NA
3 突然の症状出現時に、急性期医療を担う医療機関への受診勧奨指示ができています	両毛	栃木県	全国
神経・脳血管領域の一次診療を行う医療機関数	19.5	16.4	15.0
4 特定健診・特定保健指導を受けることができる	両毛	栃木県	全国
特定保健指導対象者数・修了者数（対象者数）	NA	4,420.6	4,147.6
特定保健指導対象者数・修了者数（修了者数）	NA	1,227.2	1,022.9
特定健診の実施率	NA	56.5%	56.2%

番号 B 中間アウトカム指標

1	両毛	栃木県	全国
1 予防により脳卒中の発症が減少している	両毛	栃木県	全国
脳血管疾患受療率（入院）	NA	80.0	98.0
脳血管疾患受療率（外来）	NA	34.0	59.0
脳卒中（発症7日以内脳梗塞、脳出血、くも膜下出血）診断患者数（人口10万人対）	NA	NA	NA
脳血管疾患により救急搬送された患者数	NA	NA	NA

\*は人口10万人対換算

番号 A 分野アウトカム指標

1	両毛	栃木県	全国
1 脳卒中による死亡が減少している	両毛	栃木県	全国
脳血管疾患の年齢調整死亡率（男）	NA	49.1	37.8
脳血管疾患の年齢調整死亡率（女）	NA	28.5	21.0
脳卒中標準化死亡比（全体）（男性）	149.6	125.0	100.0
脳卒中標準化死亡比（全体）（女性）	163.3	134.9	100.0
脳卒中標準化死亡比（脳出血）（男性）	149.8	128.5	100.0
脳卒中標準化死亡比（脳出血）（女性）	170.4	141.6	100.0
脳卒中標準化死亡比（脳梗塞）（男性）	145.8	121.9	100.0
脳卒中標準化死亡比（脳梗塞）（女性）	163.2	131.6	100.0
2 脳血管疾患患者が日常生活の場で質の高い生活を送ることができている	両毛	栃木県	全国
健康寿命（男）	NA	72.6	72.7
健康寿命（女）	NA	76.4	75.4
健康寿命と平均余命の差（男）	NA	8.2	8.7
健康寿命と平均余命の差（女）	NA	10.0	12.1
在宅等生活の場に復帰した脳血管疾患患者の機能的自立度	NA	NA	NA
脳卒中を再発した者の割合	NA	NA	NA
tPAまたは経皮的脳血栓回収療法を受けた患者のうち90日mRS 0-2の割合	NA	NA	NA

出典：医療経済研究機構、医療計画分野別ロジックモデル・評価指標データ集「脳卒中」、抜粋  
<https://iryō-keikaku.jp/t/>

# 入手可能な評価支援シート

6分野の評価支援シートが無償で入手できます

## ■がん対策推進計画

- ・国提供版、沖縄県がん診療連携協議会提供版

## ■医療計画（医療経済研究機構 IHEP 提供版）

- ・脳卒中
- ・心疾患
- ・糖尿病
- ・在宅医療

## ■介護保険事業（支援）計画（同上）

## ■循環器病対策推進計画〔上記の脳卒中、心疾患を活用〕



# 元資料の所在（国立がん研究センターサイトで提供）

The screenshot shows the Ganjoho website interface. At the top, there is a navigation bar with the logo 'がん情報サービス ganjoho.jp' and a search bar. Below the search bar, there are several menu items: 'がん対策情報', '医療関係者向け', 'サイト内検索', '小', '大', '一般向け', 'がん統計', and 'がんの臨床試験を探す'. A secondary navigation bar contains 'がん対策情報', '医療支援・相談支援', '研修', and '拠点病院連絡協議会・フォーラム'. The breadcrumb trail reads 'HOME > がん対策情報 > がん対策に関する情報 > 第4期がん対策推進基本計画 ロジックモデル／評価指標（都道府県単位）'. The main heading is '第4期がん対策推進基本計画 ロジックモデル／評価指標（都道府県単位）'. The content area features a section titled '1. 第4期がん対策推進基本計画、ロジックモデルと評価指標について'. The text describes the scientific and comprehensive evaluation of the 4th National Cancer Control Basic Plan, highlighting the use of a logic model and evaluation indicators. A sidebar on the right contains a 'がん対策に関する情報' menu and a '相談先・病院を探す' button.

がん情報サービス  
ganjoho.jp

医療関係者向け

サイト内検索

小 大

一般向け >

がん統計 >

がんの臨床試験を探す >

がん対策情報 ▾ | 医療支援・相談支援 ▾ | 研修 ▾ | 拠点病院連絡協議会・フォーラム ▾

HOME > がん対策情報 > がん対策に関する情報 > 第4期がん対策推進基本計画 ロジックモデル／評価指標（都道府県単位）

がん対策に関する情報

## 第4期がん対策推進基本計画 ロジックモデル／評価指標（都道府県単位）

### 1. 第4期がん対策推進基本計画、ロジックモデルと評価指標について

第4期がん対策推進基本計画には、「ロジックモデルを活用した科学的・総合的な評価を行い、必要に応じてその結果を施策に反映する。」と記載されています。

この「第4期がん対策推進基本計画 ロジックモデル／評価指標（都道府県単位）」は、ロジックモデル上の指標にデータを配置し、見える化を行ったものです。実施した施策がアウトカムにもたらした効果を評価するツールとして、都道府県がん対策推進計画の評価等にご活用いただくことを目的としています。

がん対策に関する情報

第4期がん対策推進基本計画 ロジックモデル／評価指標（都道府県単位）

相談先・病院を探す

# 評価支援シートの例② 医療計画（脳卒中）

両毛（栃木県）

番号 C 初期アウトカム指標

1 基礎疾患および危険因子の管理ができています	両毛	栃木県	全国
喫煙率（男）	NA	30.2%	28.8%
喫煙率（女）	NA	9.5%	8.8%
禁煙外来を行っている医療機関数	NA	13.3	12.8
ニコチン依存管理料を算定する患者数	218.4	290.5	332.8
ハイリスク飲酒者の割合（男）	NA	NA	14.9%
ハイリスク飲酒者の割合（女）	NA	NA	9.1%
高血圧性疾患患者の年齢調整外来受療率	NA	247.0	216.9
高血圧性疾患患者の年齢調整外来受療率（参考：平成27年平滑化人口モデル）	NA	491.7	447.1
脂質異常症患者の年齢調整外来受療率	NA	72.5	66.8
脂質異常症患者の年齢調整外来受療率（参考：平成27年平滑化人口モデル）	NA	119.0	118.4
特定健診受診者のうちメタボリックシンドローム該当者数・予備群者数（該当者数）	NA	4,358.3	3,977.6
特定健診受診者のうちメタボリックシンドローム該当者数・予備群者数（予備群者数）	NA	3,282.4	2,987.7
2 初期症状出現時における適切な対応について本人および家族等が理解し実践できている	両毛	栃木県	全国
初期症状と適切な対応について知っている住民の割合	NA	NA	NA
3 突然の症状出現時に、急性期医療を担う医療機関への受診勧奨指示ができています	両毛	栃木県	全国
神経・脳血管領域の一次診療を行う医療機関数	19.5	16.4	15.0
4 特定健診・特定保健指導を受けることができます	両毛	栃木県	全国
特定保健指導対象者数・修了者数（対象者数）	NA	4,420.6	4,147.6
特定保健指導対象者数・修了者数（修了者数）	NA	1,227.2	1,022.9
特定健診の実施率	NA	56.5%	56.2%
特定保健指導の実施率	NA	27.8%	24.7%

番号 B 中間アウトカム指標

1 予防により脳卒中の発症が減少している	両毛	栃木県	全国
脳血管疾患受療率（入院）	NA	80.0	98.0
脳血管疾患受療率（外来）	NA	34.0	59.0
脳卒中（発症7日以内脳梗塞、脳出血、くも膜下出血）診断患者数（人口10万人対）	NA	NA	NA
脳血管疾患により救急搬送された患者数	NA	NA	NA

\*は人口10万人対換算

番号 A 分野アウトカム指標

1 脳卒中による死亡が減少している	両毛	栃木県	全国
脳血管疾患の年齢調整死亡率（男）	NA	49.1	37.8
脳血管疾患の年齢調整死亡率（女）	NA	28.5	21.0
脳卒中標準化死亡比（全体）（男性）	149.6	125.0	100.0
脳卒中標準化死亡比（全体）（女性）	163.3	134.9	100.0
脳卒中標準化死亡比（脳出血）（男性）	149.8	128.5	100.0
脳卒中標準化死亡比（脳出血）（女性）	170.4	141.6	100.0
脳卒中標準化死亡比（脳梗塞）（男性）	145.8	121.9	100.0
脳卒中標準化死亡比（脳梗塞）（女性）	163.2	131.6	100.0
2 脳血管疾患患者が日常生活の場で質の高い生活を送ることができている	両毛	栃木県	全国
健康寿命（男）	NA	72.6	72.7
健康寿命（女）	NA	76.4	75.4
健康寿命と平均余命の差（男）	NA	8.2	8.7
健康寿命と平均余命の差（女）	NA	10.0	12.1
在宅等生活の場に復帰した脳血管疾患患者の機能的自立度	NA	NA	NA
脳卒中を再発した者の割合	NA	NA	NA
tPAまたは経皮的脳血栓回収療法を受けた患者のうち90日mRS 0-2の割合	NA	NA	NA

出典：医療経済研究機構、医療計画分野別ロジックモデル・評価指標データ集「脳卒中」、抜粋  
<https://iryo-keikaku.jp/t/>（医療圏単位で提供）

# その所在（医療経済研究機構・IHEP）

データ付は、脳卒中、心疾患、糖尿病、在宅医療の4種が提供されている

医療計画分野別ロジックモデル・評価指標データ集  Excel形式)

 **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

 **救急医療** 分野 ロジックモデル・評価指標

 **新興感染症** 発生・まん延時における医療 分野 ロジックモデル・評価指標

 **へき地医療** 分野 ロジックモデル・評価指標

 **在宅医療** 分野 ロジックモデル・評価指標データ集 

<https://iryō-keikaku.jp/t/>

# 評価支援シートの例③ 介護

都道府県		大阪府		泉佐野市（大阪府）ワークシート				□□□□□□□□□□ □□□□																	
市区町村／保険者		泉佐野市																							
<b>E. 投入資源</b> (インプット)		<b>C. 地域のサービス・支援の目標</b> (初期アウトカム)		泉佐野市		大阪府		全国		<b>B. 介護保険事業の方向性</b> (中間アウトカム)		泉佐野市		大阪府		全国		<b>A. 目指す姿</b> (最終アウトカム)		泉佐野市		大阪府		全国	
				2018年	直近 (R3時点)					2018年	直近 (R3時点)					2018年	直近 (R3時点)			2018年	直近 (R3時点)				
<b>E01. 在宅医療・介護連携推進事業</b>		<b>C01. 在宅医療と介護が一体的に提供されている</b>								<b>B01. 要介護状態になっても、その心身の状況等に応じた適切なサービス・支援を受けることができ、可能な限り、居宅での暮らしを継続できる</b>										<b>A01. 高齢者が尊厳を保持し、その有する能力に応じ、自立した暮らしを営むことができる</b>					
在宅医療・介護連携推進事業費（決算額）（千円）（第1号被保険者千人あたり）		訪問診療を受けた患者数（算定回数）（人口10万人あたり）		24,594	24,702					15.4	17.3	20.9	17.2												
在宅医療・介護連携相談支援事業の運営主体		訪問看護（介護保険）利用者数（75歳以上人口千人あたり）		37.5	55.5	57.0	35.6			7.6	11.1	8.7	10.0												
		看取り数（算定回数）（人口10万人あたり）		95.3	135.4					56.8	59.2	56.0	44.8												
		住診を実施する一般診療所数（箇所数）（75歳以上人口1万人あたり）		13.8	14.1	15.3	10.4			6.5	5.8	8.4	9.9												
		訪問診療を実施する一般診療所数（箇所数）（75歳以上人口1万人あたり）		16.1	17.0	16.6	11.0			24.1	22.9	25.6	35.6												
		看取りを実施する一般診療所数（箇所数）（75歳以上人口1万人あたり）		3.8	4.4	3.5	2.9			12.6	12.1	10.0	9.7												
		<参考1>在宅療養支援診療所数（箇所数）（75歳以上人口1万人あたり）		10.8	11.1	14.0	7.9			80.7	83.5	77.8	73.0												
		<参考2>(24時間対応)訪問看護ステーション看護職員数(常勤換算)(人)(75歳以上人口1万人あたり)		41.5	83.0	57.9	33.1			3.2	3.0	6.2	8.3												
		<参考3>在宅療養支援診療所数（箇所数）（75歳以上人口1万人あたり）								3.0	3.4	3.5	5.3												
		<参考4>軽費老人ホーム 定員数（人）（75歳以上人口千人あたり）								13.1	10.1	12.6	13.3												
<b>E02. 住まいの確保</b>		<b>C02. 住まいが、ニーズに合わせて適切に提供されている</b>																							
		調整済み第1号被保険者1人あたり給付月額（居住系サービス）（円）		7,641	1,841	2,564	2,616																		
		調整済み第1号被保険者1人あたり給付月額（施設サービス）（円）			6,077	6,557	7,338																		
		介護保険施設定員数（要支援・要介護者1人あたり）（人）		0.09	0.08	0.11	0.15																		
		居住系サービス定員数（要支援・要介護者1人あたり）（人）		0.06	0.06	0.06	0.08																		
		<参考1>サービス付き高齢者向け住宅(特定施設入居者生活介護等を除く)戸数(75歳以上人口千人あたり)		25.9	31.6	21.0	13.0																		
		<参考2>有料老人ホーム 定員数（人）（75歳以上人口千人あたり）		37.4	44.2	48.1	34.3																		
		<参考3>軽費老人ホーム 定員数（人）（75歳以上人口千人あたり）		13.1	12.4	4.4	5.1																		
<b>E03. 権利擁護・虐待防止</b>		<b>C03. 高齢者の権利利益が擁護されている</b>																							
地域包括支援センター運営（後掲）																									
<b>E04. 災害・感染症対策に関わる体制整備</b>		<b>C04. 災害・感染症発生時に備えられている</b>																							
地域包括支援センター運営（後掲）																									
<b>E05. 家族介護者支援</b>		<b>C05. 介護に取り組む家族の負担が軽減されている</b>																							
地域包括支援センター運営（後掲）		現在の生活を継続していく上で不安を感じる介護（特になし）（%）		7.8	7.4																				
		今後も働きながら介護を続けていく（問題なく続けていける、何とか続けていける）（%）		76.0	60.4																				
		施設等への入所等の検討状況（検討していない）（%）		59.9	74.2																				

出典：医療経済研究機構 介護保険「保険者シート」分析ツール① 抜粋（市町村単位で提供）

# その所在（医療経済研究機構・IHEP）



## 介護保険「保険者シート」

アカウント登録



これまでの  
取り組み

保険者シートの作成  
・ダウンロード

保険者シート  
の地域比較

保険者シート  
を活用した研修

保険者シート  
の活用

## 分析ツール

<https://hokenja-sheet.jp/utilize/>

分析ツールは、介護保険事業の全体像を示した介護保険基本ロジックモデル（※）をもとに、各項目の趣旨を踏まえた指標を置くとともに、全国やの指標と比較することができるようにしたものです。

この分析ツールは、保険者・市町村の担当者が、地域の現状・課題の分析、計画作成や事業の評価等を行うためのツールとして利用していただく。この分析ツールの使い方や留意事項等については「介護保険「保険者シート」分析ツールの利用にあたって」としてまとめています。

### 分析ツール①（事務局で把握できるデータのみ）

ファイルダウンロード:[Excel 4.6 MB]

ここ

### 分析ツール②（自治体記入項目があるもの）

ファイルダウンロード:[Excel 4.7 MB]

### 分析ツールの利用にあたって

ファイルダウンロード:[PDF 2.3 MB]

### 分析ツール 指標リスト

ファイルダウンロード:[PDF 1.4 MB]

- II 全国や都道府県の平均、2018年の数値と比較可能です。  
各種文書やマニュアル等をもとに整理できる項目は、  
・全国と比較し、高い場合は青、低い場合は赤で塗りつぶし。  
・2018年と比較し、高い場合は青字、低い場合は赤字で記載。  
※基礎データ、B02（社会参加者の割合を除く）、B03の保険料月額基準額、C13は、高い場合には赤、低い場合には青。  
※青は「よい」、赤は「改善が必要」ではなく、これをきっかけに関係者間で地域の現状・課題を話していくことが重要です。
- III ロジックモデルの特性を活かして、関連する左右の項目や、上位の項目に影響する他の項目を見ていくと、地域分析を深めていくことができます。

# 「評価支援シート」の意義

- ・ ロジックモデルで計画を策定している都道府県が少ない
- ・ 指標を十分に設定し計測している都道府県が少ない

- ・ 都道府県がロジックモデルをまだ十分に活用していなくても、大丈夫
- ・ 都道府県が指標を十分に計測していなくても、大丈夫
- ・ 簡便に、プログラム評価の発想での評価をある程度、模擬実施できる

# パート1ゴールの確認

■ゴール1 医療計画における「ロジックモデルと指標を活用した評価」を実施するイメージができる。

まだ、方法に目途が立っていないときは、まずはIHEP資料を使って沖縄県方式で模擬作業してみてもいいでしょうか？

# パート2：ロジックモデルによる 医療計画と地域医療構想の接合の1試行

# 趣旨



## よくある質問（お悩み）

- まだ医療計画のロジックモデルを導入していないので、これからやりたいのですが、どうすればいいですか？
- 構想区域（医療圏）単位でロジックモデルは運用できるのですか？
- 地域医療構想のロジックモデルというのは、あるのですか？医療計画のロジックモデルとは、どういう関係になるのですか？
- 医療計画でロジックモデルを使い始めています。地域医療構想の取り組みと、どのように連動させればいいのでしょうか？

# 求められている多くの課題解決（医療法）

改正医療法のロジックモデル関連記載を合わせたインフォグラフィックス

## 医療計画の質を高める「ロジックモデル」の導入と推進

### 医療計画におけるPDCAサイクルの強化



#### 実効性のある目標設定と評価の義務化

厚生労働大臣は、目標達成のための取組と効果評価が総合的に推進されるよう助言を行います



#### 患者・住民中心のアウトカム設定

患者や住民の健康状態改善を中核に据えたロジックモデルの構築を徹底します

#### 多様なデータに基づく分析基盤の整備

医療圏単位でのデータ提供や、分析のための基盤整備、職員への研修が実施されます



### ロジックモデルの活用範囲と支援体制

#### 五疾病・六事業から介護・障害施策まで

在宅医療、がん対策、介護保険事業計画、子ども施策など幅広い分野へ展開されます



在宅医療



がん対策



介護保険事業計画



子ども施策



#### 基金評価と保険者への支援

地域医療介護総合確保基金の評価や、保険者向けのPDCA研修にも活用されます

#### 住民が参画・理解しやすい計画公表

患者・住民が主体的に参画できる環境を整え、理解しやすい形でモデルを公表します



NotebookLM

# 求められている多くの課題解決（医療計画）

2023年の医療計画「局長通知」と「課長通知」を合わせたインフォグラフィックス

## 第8次医療計画の全体像：持続可能な地域医療の構築へ

人口減少・高齢化の進展や、新型コロナウイルス対応で浮き彫りとなった課題を踏まえ、質が高く効率的な医療提供体制を構築するための指針です。「5疾病・6事業」の再編、PDCAサイクルによる政策の質の向上、そして医師の働き方改革を含めたマンパワーの確保が鍵となります。

### 医療提供体制の柱：5疾病・6事業と在宅医療

#### 「5疾病・6事業」への再編



### 質の向上と持続可能性を支える仕組み



#### 政策循環 (PDCA) の強化

アウトカム指標を活用し、1年ごとの評価と改善の仕組みを構築

#### 医師の働き方改革への対応



#### タスク・シフト推進

令和6年4月からの時間外労働上限規制に向け、タスク・シフト等を推進

#### デジタル化 (DX) の推進



#### ICT活用

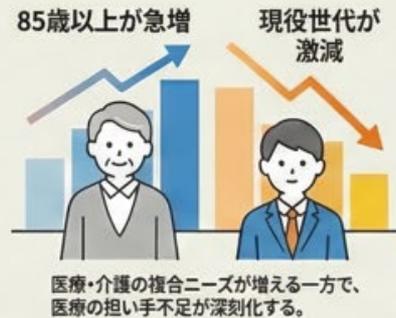
ICTを活用した診療情報共有や遠隔医療により、効率的な連携を実現

# 求められている多くの課題解決（地域医療構想）

「新たな地域医療構想 とりまとめ（案）（3月3日）」のインフォグラフィックス

## 2040年を見据えた「新たな地域医療構想」の全体像

### 2040年の課題と4つの医療機関機能



### 2040



**急性期医療の「集約化」と「働き方改革」**  
手術や救急を拠点病院に集約し、医師の負担軽減と医療の質向上を両立させる。

### 急性期拠点機能

手術や救急医療などの高度な医療資源を集約し、24時間体制を維持する。

### 4つの医療機能



**高齢者救急・地域急性期機能**  
高齢者の救急受入、早期リハビリ、早期連院に向けた支援を包括的に行う。



### 在宅医療等連携機能

24時間の在宅医療提供や、診療所・介護施設等への後方支援を担う。



### 専門等

### 構想策定のプロセスと連携の鍵

#### 2028年度までの策定スケジュール

2026年度から課題設定を開始

2028年度中に具体的な取組方針を決定する。



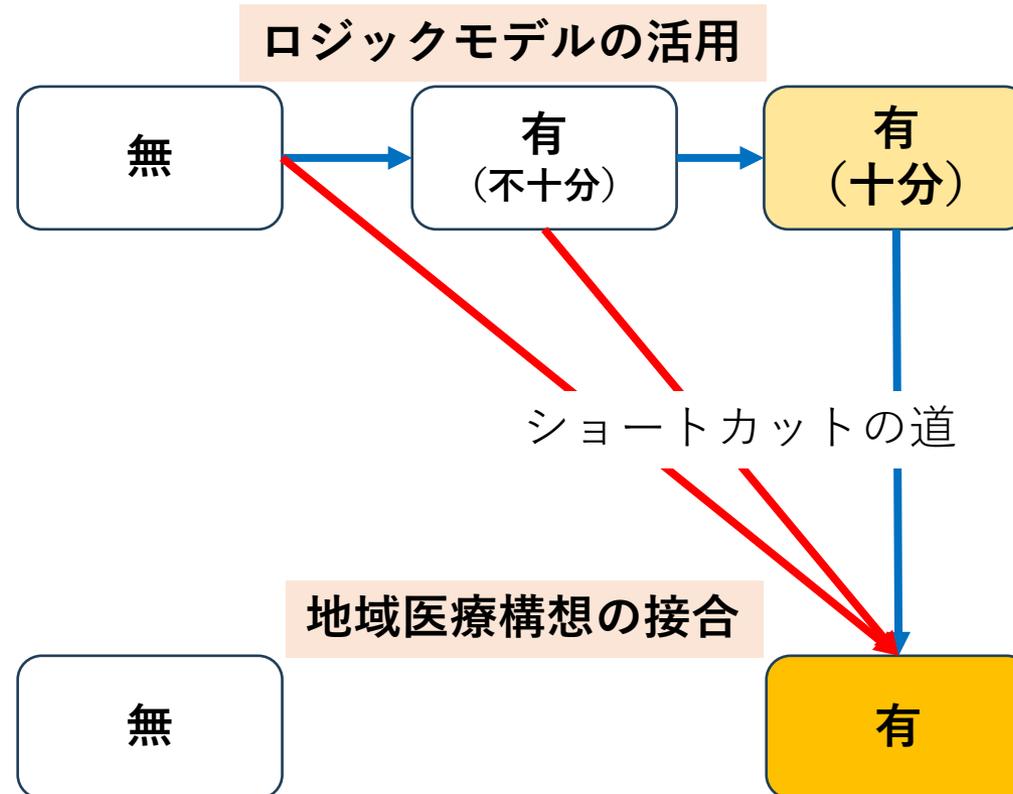
**医療と介護の「シームレスな連携」**  
介護老人保健施設等と協力体制を構築し、切れ目のないリハビリや在宅復帰を推進。



PDCAサイクルによる実効性の確保

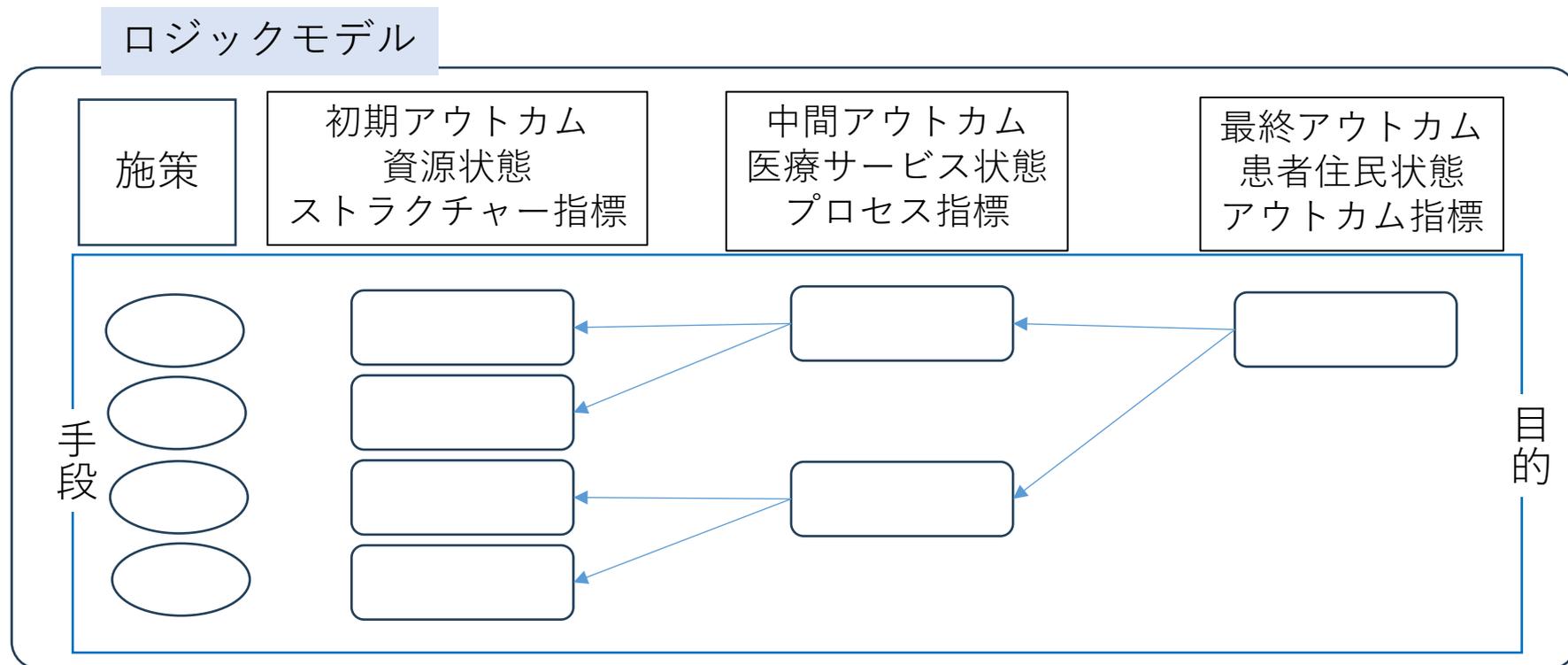
# みなさんの置かれている場所

整合性の高いロジックモデルの活用が必要。かつ地域医療構想への対応が急務。  
現時点でのロジックモデルの活用の有無（程度）に係わらず、考えていく必要あり。  
医療計画と地域医療構想を接合していく橋を、1つずつ架けていくには？



# ロジックモデルと医療計画/地域医療構想の関係（イメージ）

両方ともロジックモデルの中にある。全体か左中心かの違いとも理解できる



## 【地域医療構想】

- ・ 2040年需要に最適化
- ・ 面的機能を再構築
- ・ ダウンサイジング、集約も

## 【医療計画】

- ・ アウトカム→プロセス→ストラクチャー
- ・ プログラム評価でPDCA

# 医療計画と地域医療構想を接合して考えたい

ロジックモデルを活用し、地域医療構想と医療計画をつながりをもって考える

いいところ取り、両立による解決

## 地域医療構想の傾向

- 将来需給の発想あり
- 医療提供体制再編を促そうとしている
- 医療と介護の連携の視点が高まっている
- ×住民アウトカム均てん化の意識が希薄
- ×医療の質の議論が希薄になりがち
- ×傾向としては、“量あって質なし”



## 医療計画の傾向

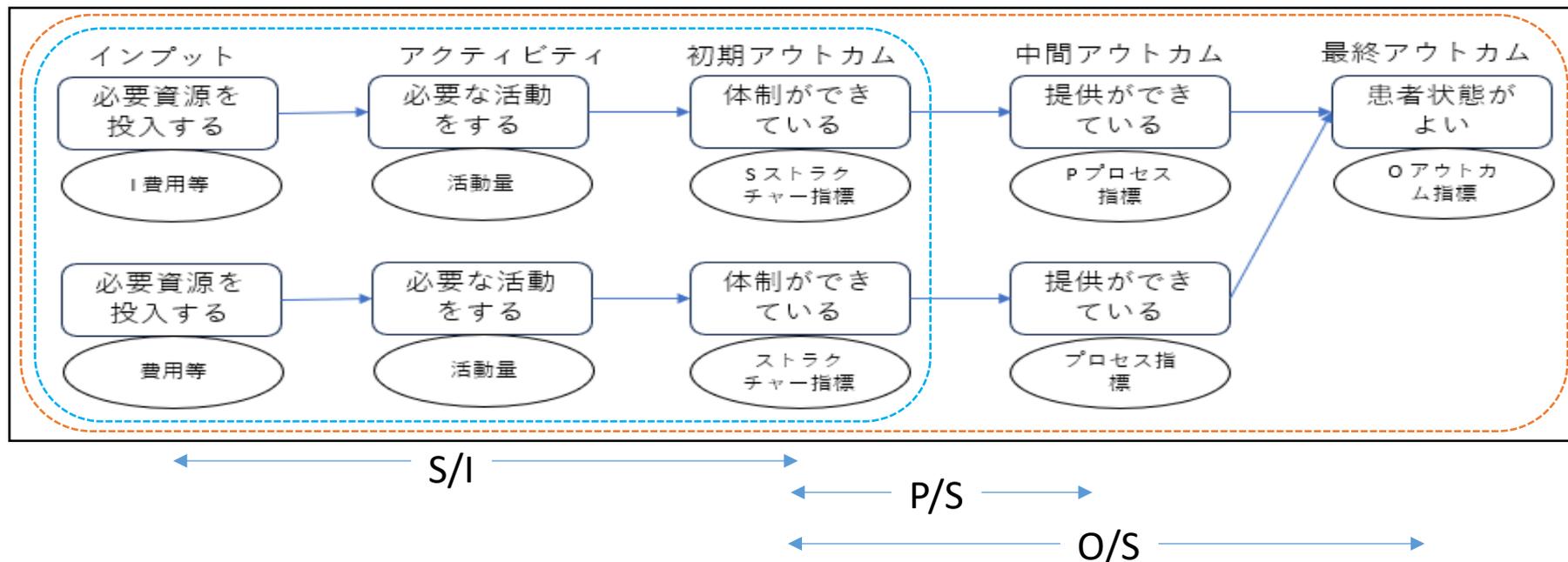
- ロジックモデルと指標セットあり
- OPS指標とデータブックあり
- プログラム評価の萌芽あり
- ×6年単位で2040年意識希薄
- ×アウトカムを担保する資源の議論の道筋が希薄
- ×県単位中心で圏域単位の議論が少ない
- ×傾向としては、“質あって量なし”

# 医療計画と地域医療構想の接合の着想

1. 医療圏・構想区域単位で、医療計画各分野（がん、脳卒中、心疾患、在宅医療等）の評価支援シートを重ねる。急性期、回復期、維持期...の各フェーズで検討していく

3. 2040年の需要を踏まえたストラクチャー指標の推定量を設定する

2. 2040年のアウトカム指標、プロセス指標の目標を設定する



4. 現在と2040年のS/I（資源/費用）、P/S（プロセス/資源）、O/S（住民状態/資源）をイメージする

5. 2040年のそのストラクチャー指標を、医療提供者がどのように提供するかのもっとも適切な解を描き、そこへの移行プロセスをイメージする

# 医療計画×地域医療構想（支援ツールをセットで活用）

支援ツールは多く存在。合わせ技でパッケージとして活用してみてもは？

地域医療構想

×

医療計画

いいとこどり、両立による解決

総合的活用

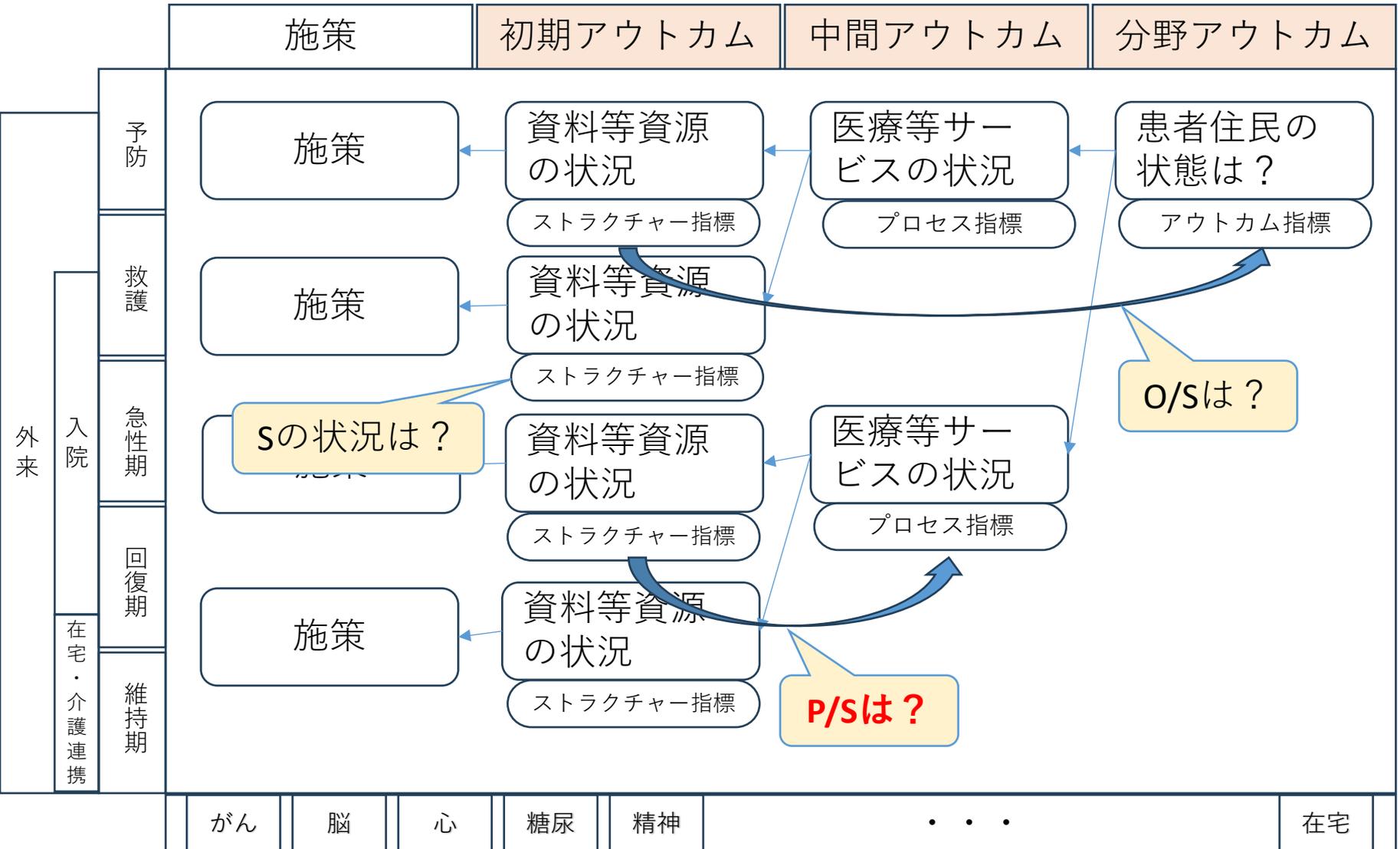
クリックすると  
資料に飛べます

- ・ [松田晋哉先生ら（地域別人口変化分析ツール）](#)
- ・ [高橋泰先生ら（地域の医療提供体制の現状）](#)
- ・ [石川ベンジャミン光一先生（可視化サイト）](#)
- ・ [厚生労働省（地域別の病床等の見える化）](#)
- ・ . . .

- ・ [医療経済研究機構（ロジックモデル、指標データ）](#)
- ・ [地域医療計画評価ネットワーク（ロジックモデル）](#)
- ・ [乃木坂スクール講義集](#)
- ・ [厚生労働省 データブック](#)
- ・ . . .

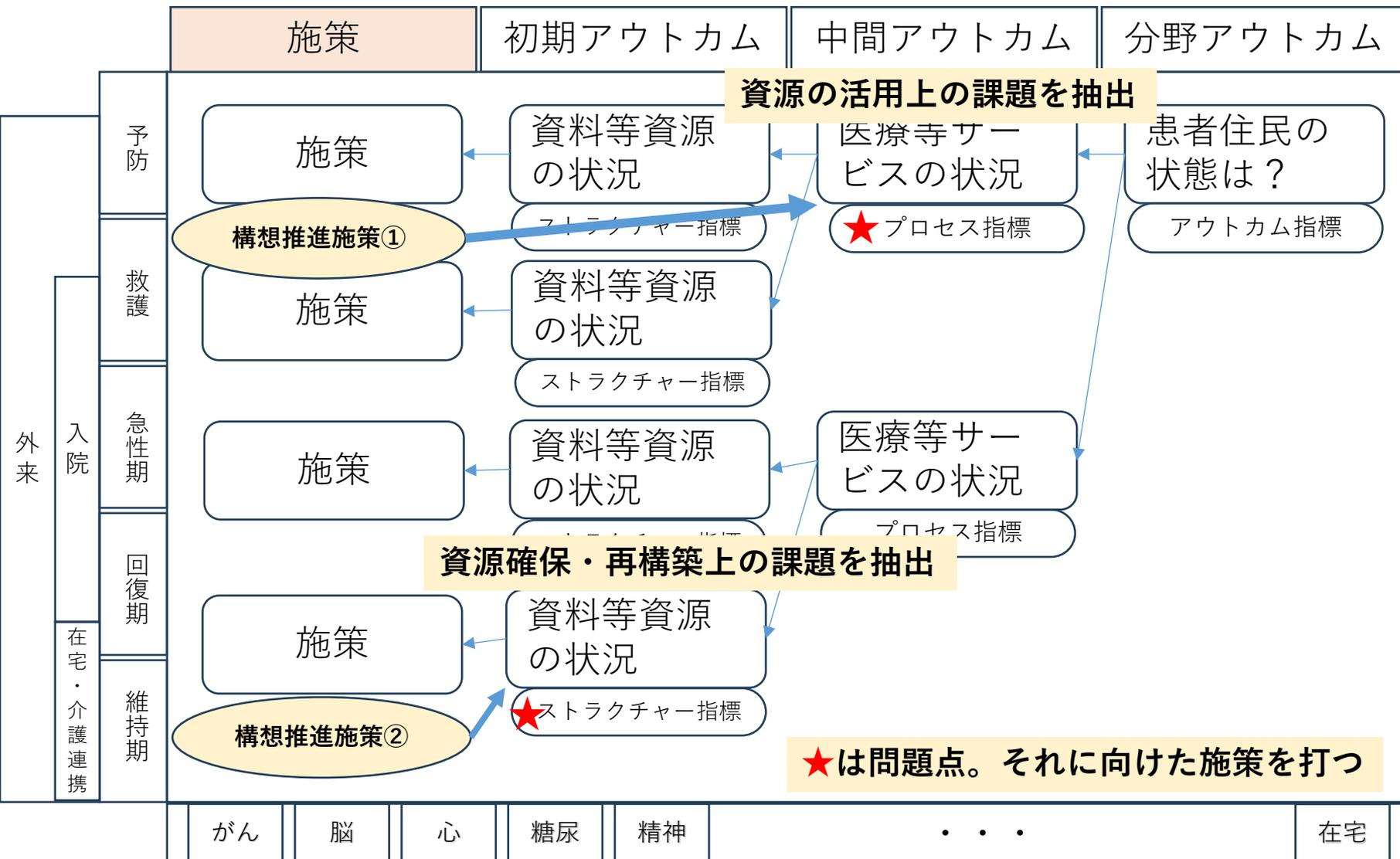
# 医療計画各分野のロジックモデルに地域医療構想の視点を

プロセス対ストラクチャー（P/S）の観点から、資源が効果を生んでいるかを考える



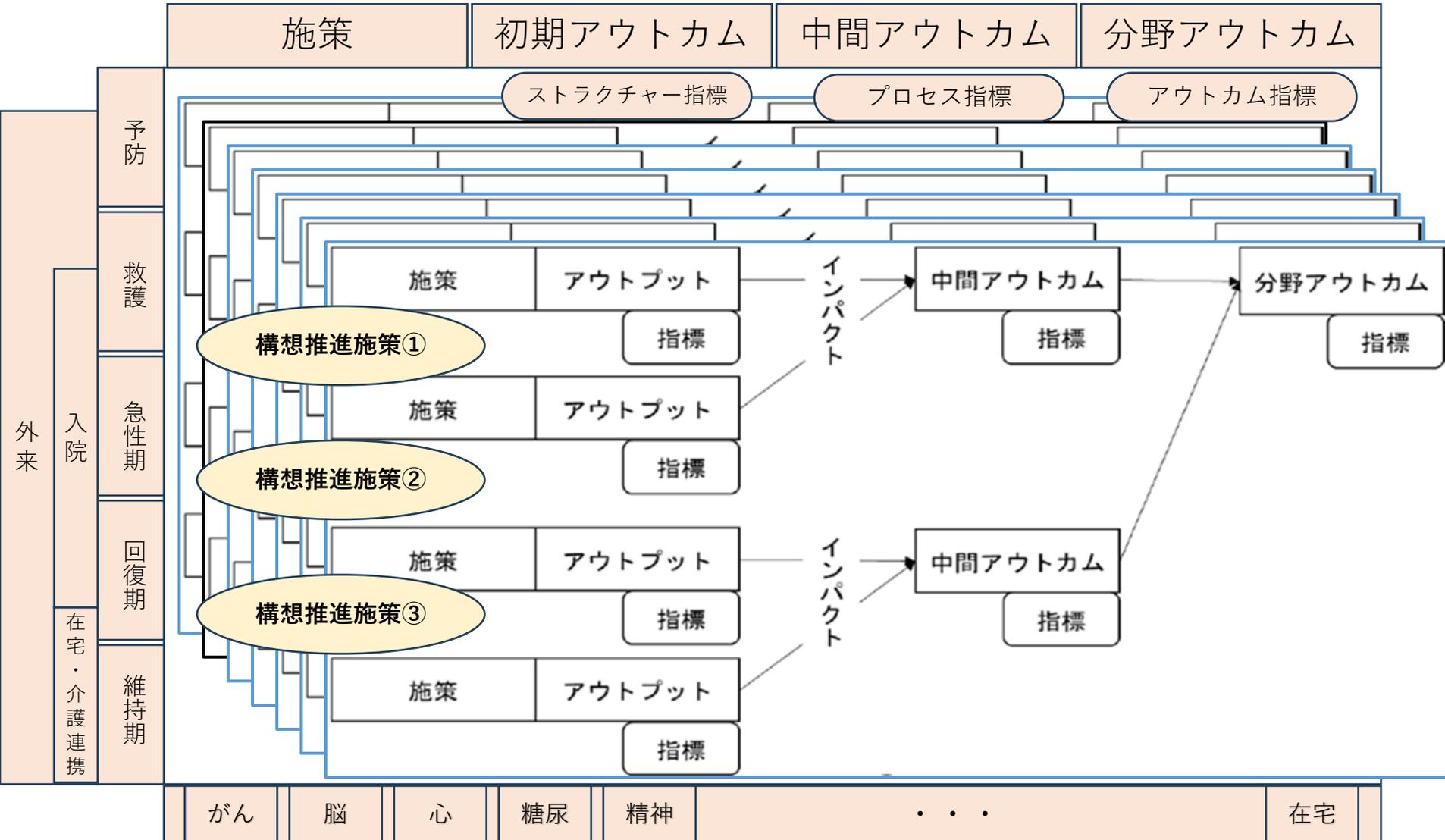
# 課題の抽出と対応施策の検討

P/SやSの課題に対応する施策を置くと医療計画LMに地域医療構想の施策が足せる



# 各分野を重ね合わせると、提供体制転換の方向が見えてくる？

がん、脳卒中、心疾患、在宅医療などを重ねて作業すると、クリアに見えてくる？



# 試作キットの概要



# キットの作成とワークの実施

□説明だけでは、実感が得られないでしょう。

○3府県の方と一緒に検討し、キットを試作してみました。

○実際に、いくつかの医療圏（構想区域）を想定して試用していただきました。発表を聞いてみましょう。

\* ツールキット試用体験発表であり、行政としての公式見解でないことにご留意ください。

○みなさんも試用してみてください。フィードバックをください。さらによいキットをご一緒に作って、活用法を考えていきましょう。

# 今回使用するデータソース

- ロジックモデルと指標に対応したデータ集：医療経済研究機構 脳卒中評価シート

[https://iryu-keikaku.jp/wp-content/uploads/2025/06/IHEP\\_stroke\\_ver1.1.3.xlsx](https://iryu-keikaku.jp/wp-content/uploads/2025/06/IHEP_stroke_ver1.1.3.xlsx)

- 医療費データ（NDBから）：NISSAY医療費白書デジタルブック

<https://wellness-star.com/medical-expense-report/digital-book-top/>

- 医療費・介護費将来予測（地域医療情報システム）

<https://jmap.jp/>

- 人口動態/将来需要：千葉大学次世代医療構想センター 地域別人口変化分析ツール（AJAPA）

<https://chiba-u-nextg.sakura.ne.jp/ajapa/>

- 病床機能状況：厚生労働省地域別の病床等の見える

<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001613645.xlsx>

- その他、入手可能な情報

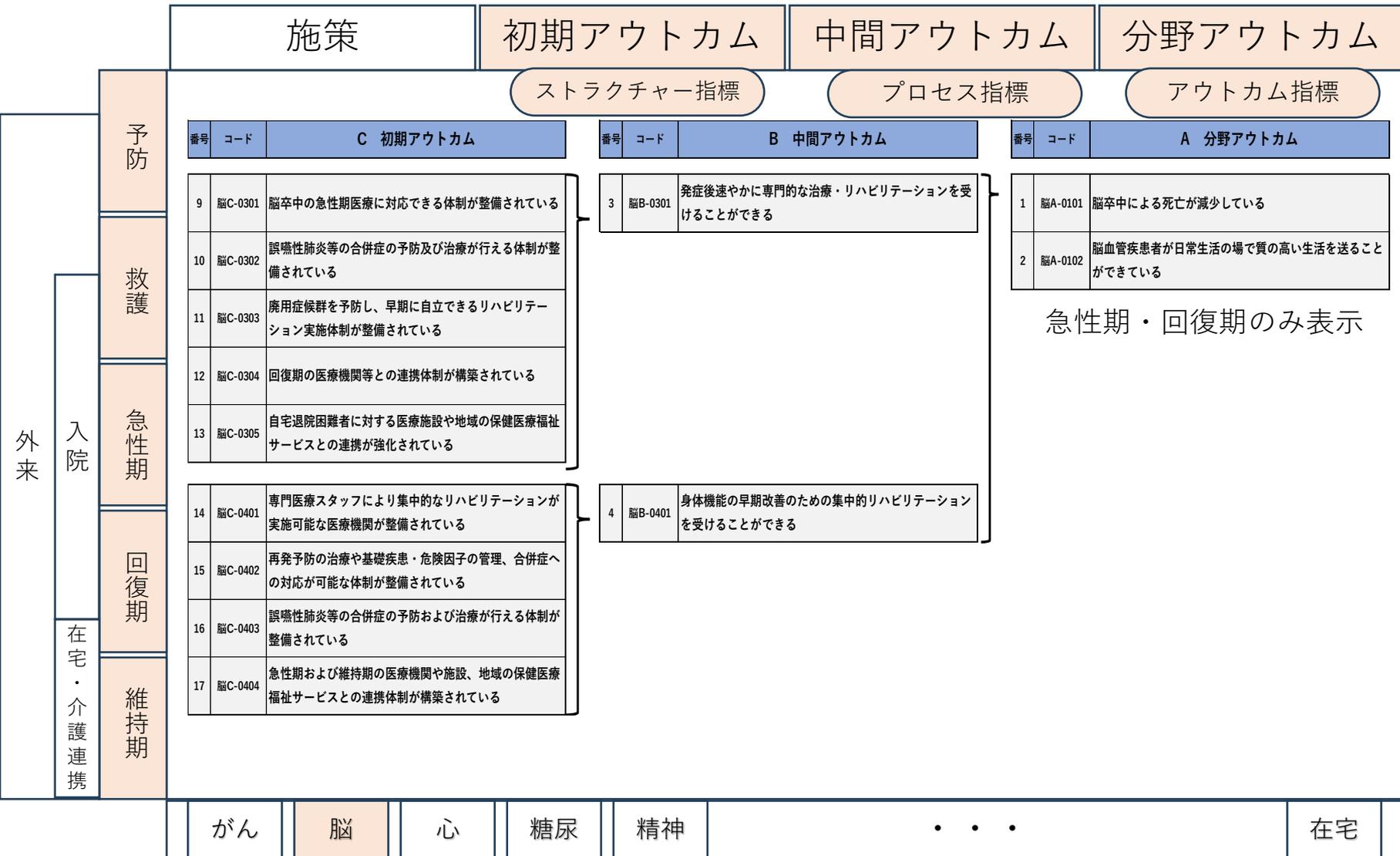
\* それぞれのデータ集には限界があると思われます。よりよいデータ集が公表された場合、あるいはすでに利用できる場合は、そちらに置き換えて作業なさってください。

# ツールキットの構成

ステップ1-2のデータ集と3つの記入シートのフォーマットを提供します\*

- **ステップ1：医療計画ロジックモデル**
    - 1-1.ロジックモデル（検討材料1-1）
    - 1-2.指標データ\* （置き場）（検討材料1-2）
    - 1-3.読み取りシート\*（記入シート1）（2時間程度）
  - **ステップ2：地域医療構想関連データ**
    - 2-1.コストと将来需要（検討材料2-1）
    - 2-2.病床機能情報（検討材料2-2）
    - 2-3.読み取りシート\*（記入シート2）（2時間程度）
  - **ステップ3：接合検討・仮まとめ**
    - 3.接合ロジックモデル\*（記入シート3）（2時間程度）
- ◎ 想定所要時間（計6時間程度。検討の幅と深さに依る）

# ステップ1-1 ロジックモデル（脳卒中）



急性期・回復期のみ表示

今回はIHEP脳卒中ロジックモデルから抜粋して使用。足せるものがあれば足す

# データの読み取り 脳卒中の場合 (1/2)

		施策	初期アウトカム	中間アウトカム	分野アウトカム																																											
			ストラクチャー指標	プロセス指標	アウトカム指標																																											
外来	入院	予防	<table border="1"> <tr> <th>一次診療を行う医療機関</th> <th>沖縄・中部</th> <th>全国</th> </tr> <tr> <td>神経・脳血管領域の一次診療を行う医療機関数</td> <td>7.9</td> <td>15.0</td> </tr> </table>	一次診療を行う医療機関	沖縄・中部	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	<table border="1"> <tr> <th>基礎疾患および危険因子の管理</th> <th>沖縄・中部</th> <th>全国</th> </tr> <tr> <td>高血圧性疾患患者の年齢調整外来受療率</td> <td>198.2</td> <td>216.9</td> </tr> <tr> <td>脂質異常症患者の年齢調整外来受療率</td> <td>40.0</td> <td>66.8</td> </tr> </table>	基礎疾患および危険因子の管理	沖縄・中部	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	<table border="1"> <tr> <th colspan="2">脳卒中の死亡率が減少している</th> <th>沖縄・中部</th> <th>全国</th> </tr> <tr> <td>脳血管疾患年齢調整死亡率（男性）</td> <td>(県：38.1)</td> <td>37.8</td> </tr> <tr> <td>脳血管疾患年齢調整死亡率（女性）</td> <td>(県：17.5)</td> <td>21.0</td> </tr> <tr> <td>脳卒中標準化死亡比（全体・男性）</td> <td>95.3</td> <td>100</td> </tr> <tr> <td>脳卒中標準化死亡比（全体・女性）</td> <td>76.8</td> <td>100</td> </tr> <tr> <td>脳卒中標準化死亡比（脳出血・男性）</td> <td>113.7</td> <td>100</td> </tr> <tr> <td>脳卒中標準化死亡比（脳出血・女性）</td> <td>100.8</td> <td>100</td> </tr> <tr> <td>脳卒中標準化死亡比（脳梗塞・男性）</td> <td>76.9</td> <td>100</td> </tr> <tr> <td>脳卒中標準化死亡比（脳梗塞・女性）</td> <td>60.7</td> <td>100</td> </tr> </table>	脳卒中の死亡率が減少している		沖縄・中部	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）	100.8	100	脳卒中標準化死亡比（脳梗塞・男性）	76.9	100	脳卒中標準化死亡比（脳梗塞・女性）	60.7	100
	一次診療を行う医療機関	沖縄・中部	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・中部	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																																														
脳卒中の死亡率が減少している		沖縄・中部	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）	100.8	100																																														
脳卒中標準化死亡比（脳梗塞・男性）	76.9	100																																														
脳卒中標準化死亡比（脳梗塞・女性）	60.7	100																																														
救護	急性期	<table border="1"> <tr> <th>救急医療提供体制</th> <th>沖縄・中部</th> <th>全国</th> </tr> <tr> <td>初期救急医療機関</td> <td>0</td> <td>—</td> </tr> <tr> <td>二次救急医療機関</td> <td>6</td> <td>—</td> </tr> <tr> <td>救命救急医療機関</td> <td>2</td> <td>—</td> </tr> </table>	救急医療提供体制	沖縄・中部	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	—	<table border="1"> <tr> <th>専門医療期間への早期の搬送</th> <th>沖縄・中部</th> <th>全国</th> </tr> <tr> <td>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</td> <td>34.6</td> <td>42.8</td> </tr> </table>	専門医療期間への早期の搬送	沖縄・中部	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																											
救急医療提供体制	沖縄・中部	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	—																																														
専門医療期間への早期の搬送	沖縄・中部	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																																														
在宅・介護連携	回復期	<table border="1"> <tr> <th>搬送先を選定できる救護体制</th> <th>沖縄・中部</th> <th>全国</th> </tr> <tr> <td>脳卒中スケールを利用している消防本部数</td> <td>4/6施設</td> <td>—</td> </tr> </table>	搬送先を選定できる救護体制	沖縄・中部	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	—	<table border="1"> <tr> <th>急性期治療の実施状況</th> <th>沖縄・中部</th> <th>全国</th> </tr> <tr> <td>脳梗塞   t-PA実施件数（算定回数）</td> <td>2.5</td> <td>10.8</td> </tr> <tr> <td>脳梗塞   血栓回収療法実施件数（算定回数）</td> <td>(県：5.6)</td> <td>10.5</td> </tr> <tr> <td>くも膜下出血   脳動脈瘤クリッピング術実施件数（算定回数）</td> <td>3.7</td> <td>9.4</td> </tr> <tr> <td>くも膜下出血   脳動脈瘤コイル塞栓術（算定回数）</td> <td>4.2</td> <td>11.9</td> </tr> <tr> <td>早期リハビリテーション実施件数（単位数）</td> <td>110,107</td> <td>91,671</td> </tr> <tr> <td>退院患者平均在院日数</td> <td>143.4</td> <td>76.8</td> </tr> </table>	急性期治療の実施状況	沖縄・中部	全国	脳梗塞   t-PA実施件数（算定回数）	2.5	10.8	脳梗塞   血栓回収療法実施件数（算定回数）	(県：5.6)	10.5	くも膜下出血   脳動脈瘤クリッピング術実施件数（算定回数）	3.7	9.4	くも膜下出血   脳動脈瘤コイル塞栓術（算定回数）	4.2	11.9	早期リハビリテーション実施件数（単位数）	110,107	91,671	退院患者平均在院日数	143.4	76.8																		
搬送先を選定できる救護体制	沖縄・中部	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	—																																														
急性期治療の実施状況	沖縄・中部	全国																																														
脳梗塞   t-PA実施件数（算定回数）	2.5	10.8																																														
脳梗塞   血栓回収療法実施件数（算定回数）	(県：5.6)	10.5																																														
くも膜下出血   脳動脈瘤クリッピング術実施件数（算定回数）	3.7	9.4																																														
くも膜下出血   脳動脈瘤コイル塞栓術（算定回数）	4.2	11.9																																														
早期リハビリテーション実施件数（単位数）	110,107	91,671																																														
退院患者平均在院日数	143.4	76.8																																														
在宅・介護連携	維持期	<table border="1"> <tr> <th>急性期治療の体制</th> <th>沖縄・中部</th> <th>全国</th> </tr> <tr> <td>脳神経内科医数</td> <td>3.1</td> <td>4.6</td> </tr> <tr> <td>脳神経外科医数</td> <td>2.5</td> <td>5.8</td> </tr> <tr> <td>脳卒中専用病床数</td> <td>0.0</td> <td>1.3</td> </tr> <tr> <td>T-PA実施医療機関数</td> <td>0.8</td> <td>0.8</td> </tr> </table>	急性期治療の体制	沖縄・中部	全国	脳神経内科医数	3.1	4.6	脳神経外科医数	2.5	5.8	脳卒中専用病床数	0.0	1.3	T-PA実施医療機関数	0.8	0.8	<table border="1"> <tr> <th>回復期との連携体制</th> <th>沖縄・中部</th> <th>全国</th> </tr> <tr> <td>脳卒中地域連携クリニカルパスを導入している医療機関</td> <td>1.9</td> <td>10.0</td> </tr> </table>	回復期との連携体制	沖縄・中部	全国	脳卒中地域連携クリニカルパスを導入している医療機関	1.9	10.0																								
急性期治療の体制	沖縄・中部	全国																																														
脳神経内科医数	3.1	4.6																																														
脳神経外科医数	2.5	5.8																																														
脳卒中専用病床数	0.0	1.3																																														
T-PA実施医療機関数	0.8	0.8																																														
回復期との連携体制	沖縄・中部	全国																																														
脳卒中地域連携クリニカルパスを導入している医療機関	1.9	10.0																																														
在宅・介護連携	維持期				<p>所用時間1~2時間程度</p>																																											
		がん	脳	心	糖尿	精神	...	在宅																																								

記入フォーマットに提供データから転記。全国比で○（青）、×（赤）を付ける

# データの読み取り 脳卒中の場合 (2/2)

外来

入院

在宅・介護連携

予防

救護

急性期

回復期

維持期

施策		初期アウトカム		中間アウトカム		分野アウトカム				
		ストラクチャー指標		プロセス指標		アウトカム指標				
急性期	集中的リハビリテーション実施体制	回復期リハビリテーション病床数	104.9	70.2	集中的リハビリテーションの実施状況	リハビリテーション実施件数(単位数)	164,497	138,818		
		理学療法士数	109.1	80.0		地域連携計画作成等の実施件数(算定回数)	188.5	66.8		
		作業療法士数	71.2	40.5						
		言語聴覚士数	19.3	14.2						
		回復期との連携体制	脳卒中地域連携クリニカルパスを導入している医療機関	1.9	10.0					
			医療ソーシャルワーカー数	15.6	12.9					
		回復期	維持期的リハビリテーション実施体制	脳卒中が実施可能な医療機関数	6.6	6.4	通所・訪問リハの実施状況	訪問リハ患者数・利用者数(医療)	156.7	214.2
				訪問リハを提供する事業所数	2.9	3.9		訪問リハ患者数・利用者数(介護)	(県: 682.3)	1,143.1
	通所リハを提供する事業所数			6.7	6.3	通所リハ利用者数		(県: 5,720.7)	5,499.9	
	老人保健施設定員数			219.8	288.2	脳卒中患者に対するリハ実施件数(単位数)		164,497.2	138,818.9	
	訪問診療・訪問看護実施体制		訪問診療を実施する診療所数	6.7	10.9	在宅に係る診療・看護実施状況	訪問診療を受けた患者数(医療機関)	3,913.3	11,422.0	
			訪問看護事業所数(医療保険)	14.7	9.3		訪問看護利用者数(医療+介護)	21,550	—	
	24時間対応体制		往診を実施する診療所数	3.2	10.3	急変時対応・看取りの実施状況	看取り数(死亡診断のみの場合を含む)	98.2	132.4	
			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						

脳血管疾患患者が日常生活の場で質の高い生活を送ることができる	沖縄・中部	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%

出典：IHEP医療計画ロジックモデル(脳卒中分野)より抜粋

がん	脳	心	糖尿	精神	...	在宅
----	---	---	----	----	-----	----

記入フォーマットに提供データから転記。全国比で○(青)、×(赤)を付ける

# データの解釈 脳卒中の場合

		施策	初期アウトカム	中間アウトカム	分野アウトカム			
外来	入院	予防	ストラクチャー指標 所見	プロセス指標 所見	アウトカム指標 所見			
		救護	所見	所見				
		急性期	所見	所見				
		回復期	所見	所見	所見			
	在宅・介護連携	維持期	所見	所見				
					所用時間1~2時間程度			
		がん	脳	心	糖尿	精神	...	在宅

読み取った数字から見出だされる仮所見を記入する

# ステップ2-1 コストと将来需要

		施策	初期アウトカム	中間アウトカム	分野アウトカム			
外来	入院	予防	<p>コスト指標</p> <p><u>医療費現状（ニッセイ医療費白書 ジタルブック）</u> (読み取り結果メモ)</p>	<p>将来需要指標</p> <p><u>人口動態（AJAPA）</u> (読み取り結果メモ)</p>				
		救護						
		急性期						
		回復期						
	在宅・介護連携	維持期	<p><u>医療費・介護費将来予測（地域医療情報システム）</u> (読み取り結果メモ)</p>	<p><u>将来需要（AJAPA）</u> (読み取り結果メモ)</p>				
					所用時間1～2時間程度			
		がん	脳	心	糖尿	精神	...	在宅

各情報源から当該地域の数値を読み取り、転記し、仮所見を記入する

# ステップ2-2 病床機能/病院機能の確認

施策

初期アウトカム

中間アウトカム

分野アウトカム

ストラクチャー指標

プロセス指標

予防

(1)構想区域の状況		③医療機関数				④一般・療養病床計(休棟中等除く)				⑥医師数(常勤換算)			⑦医療機関機能				⑧診療実績(オープンデータ)										
都道府県	構想区域	①人口(万人)	②面積(km <sup>2</sup> )	一般病院	有床診療所	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	休棟中等	常勤	非常勤	100床当たり	特定機能	地域支援	三次救急	二次救急	在宅療養支援	救急車の受入件数	全身麻酔手術件数	分娩件数	手術総数	平均在棟日数				
336	沖縄県	中部	51.9	368	22	8					42	733	82	19.3		4	1	4	6	26,713	8,178	3,701	19,879	6	11	49	391
4702	(報告率) 88.2%		未報告		2		2				2			2				2									

※病床機能報告の集計結果と将来の病床数の必要量は計算方法が異なることから、単純に比較するのではなく、詳細な分析や検討を行った上で地域医療構想調整会議で協議を行うことが重要。

救護

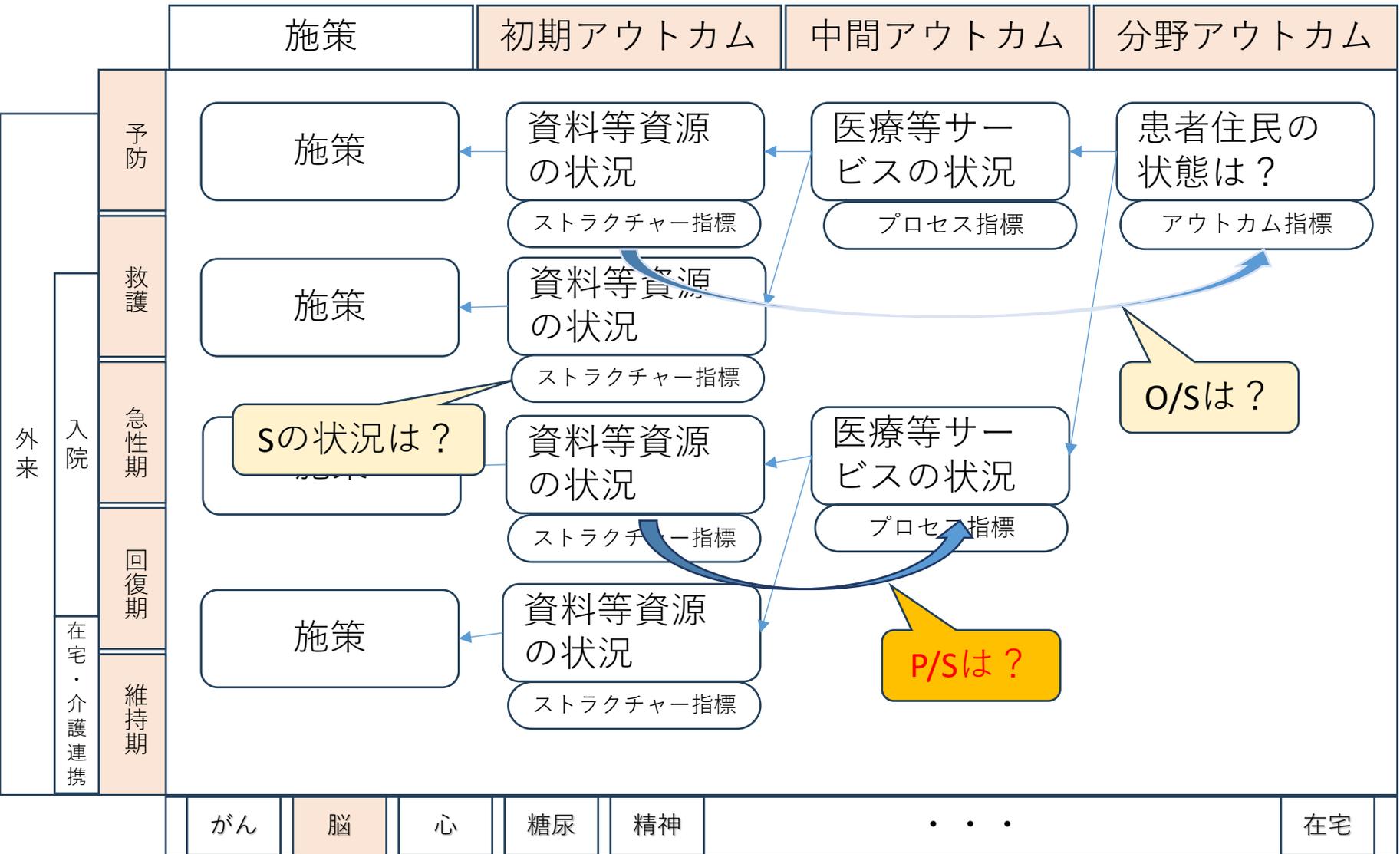
(2)区域内の医療機関(病床数の多い順)		③一般・療養病床				④医師数			⑤医療機関機能				⑥診療実績(オープンデータ)											
①医療機関名	②所在地	休棟中等含む計	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	休棟中等	常勤	非常勤	100床当たり	特定機能	地域支援	三次救急	二次救急	在宅療養支援	救急車の受入件数	全身麻酔手術件数	分娩件数	手術総数	平均在棟日数				
																				高度急性期	急性期	回復期	慢性期	
1 沖縄県立中部病院	うるま市	555	79	476				207	2	37.7		地	三次			7,566	1,566	849	3,770	6	11	-	-	
2 医療法人 徳洲会 中部徳洲会病院	北中城村	408	65	343				93	18	27.3		地		二次		7,291	1,986		4,845	7	10	-	-	
3 社会医療法人 敬愛会 中頭病院	沖縄市	355	51	304				167	0	47.1		地	二次			8,214	2,773	552	5,350	7	10	-	-	
4 社会医療法人かりゆし会 ハートライフ病院	中城村	308	20	288				89	5	30.5		地	二次			3,589	1,581		3,701	6	9	-	-	
5 独立行政法人国立病院機構沖縄病院	宜野湾市	270		85	40	145		31		11.5							235		264	-	-	-	-	
6 宜野湾記念病院	宜野湾市	225		28	197			10		4.4				二次	在支	33				-	-	29	50	-
7 医療法人ちゅうざん会 ちゅうざん病院	沖縄市	223			223			10		4.5										-	-	-	75	-
8 屋宜原病院	北中城村	220				220		5	2	3.1										-	-	-	-	368
9 医療法人タビック 沖縄リハビリテーションセンター病院	沖縄市	199			199			21	3	12.0							37		37	-	-	-	66	-
10 医療法人 球陽会 海邦病院	宜野湾市	185		47	48	90		10	2	6.4					在支	10				-	-	34	30	237
11 医療法人ユカリア沖縄 かなな病院	宜野座村	144			24	120		6	3	6.1					在支					-	-	-	61	77
12 中部協同病院	沖縄市	142			142			7	18	17.6					在支	10			20	-	-	-	26	-
13 医療法人アガベ会 北中城若松病院	北中城村	141			87	54		8	5	8.9										-	-	-	49	319
14 医療法人仁誠会 名嘉病院	嘉手納町	122		40		40	42	3	3	4.7									128	-	-	25	-	442
15 北上中央病院	北谷町	120				120		6		5.0														
16 医療法人心和会 潮平病院	沖縄市	100			52	48		5	0	5.3														
17 なかがみ西病院	沖縄市	94			94			3	3	6.4					在支									

所用時間1~2時間程度

どの施設が、どのような病床、機能によって、どのような医療を、どのようなシェアで提供しているのか概観する

出典：[地域別の病床機能等の見える化](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000080850.html) (令和6年度)  
<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000080850.html>  
 ③構想区域の医療機関の病床数、診療実績等 (エクセルファイル)  
<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001613645.xlsx>

# ステップ2-3 プロセス/ストラクチャー (P/S) を考える



資源が医療サービスを効率的に生み出しているかの観点から考察する

# ステップ2-3 P/Sの記入

		施策	初期アウトカム	中間アウトカム	分野アウトカム				
外来	入院	予防	ストラクチャー指標	プロセス指標	アウトカム指標				
		救護	ストラクチャー→プロセス (P/S)		アウトカム				
		急性期	(考察結果を記入)			(考察結果を記入)			
		回復期	(考察結果を記入)			(考察結果を記入)			
		維持期	(考察結果を記入)			(考察結果を記入)			
在宅・介護連携		何が必要？							
		がん	脳	心	糖尿	精神			在宅

所用時間1~2時間程度

考察結果を記入する (所見があり記入できるところだけでOK)

# ステップ3 医療計画ロジックモデルへの追記を検討

		施策	初期アウトカム	中間アウトカム	分野アウトカム																														
外来	入院	<b>予防</b>  <b>救護</b>  <b>急性期</b>  <b>回復期</b>	ストラクチャー指標			アウトカム指標																													
			<table border="1"> <thead> <tr> <th>指標項目</th> <th>基準年</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>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</td> <td>基準年</td> </tr> <tr> <td>指標 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)</td> <td>R4年度 0圏域</td> </tr> <tr> <td>指標 脳神経外科医の数</td> <td>R4年度 北部 0 中部 8 南部 33 宮古 2 八重山 1</td> </tr> <tr> <td>指標 脳神経内科医の数</td> <td>R4年度 北部 0 中部 4 南部 13 宮古 0 八重山 0</td> </tr> <tr> <td>指標 超急性期t-PAが24時間実施可能な医療機関数</td> <td>R4年度 北部 0 中部 4 南部 7 宮古 1 八重山 1</td> </tr> <tr> <td>指標 外科手術が24時間実施可能な医療機関数</td> <td>R4年度 北部 0 中部 3 南部 7 宮古 1 八重山 1</td> </tr> <tr> <td>指標 脳血管内手術が24時間実施可能な医療機関数</td> <td>R4年度 北部 0 中部 2 南部 6 宮古 1 八重山 0</td> </tr> </tbody> </table>	指標項目	基準年	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	基準年	指標 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	指標 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	指標 脳神経内科医の数	R4年度 北部 0 中部 4 南部 13 宮古 0 八重山 0	指標 超急性期t-PAが24時間実施可能な医療機関数	R4年度 北部 0 中部 4 南部 7 宮古 1 八重山 1	指標 外科手術が24時間実施可能な医療機関数	R4年度 北部 0 中部 3 南部 7 宮古 1 八重山 1	指標 脳血管内手術が24時間実施可能な医療機関数	R4年度 北部 0 中部 2 南部 6 宮古 1 八重山 0	<table border="1"> <thead> <tr> <th>指標項目</th> <th>基準年</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>脳卒中中の急性期医療が確保されている</td> <td>基準年</td> </tr> <tr> <td>2 指標 t-PA実施数</td> <td>R4年度 102件</td> </tr> <tr> <td>指標 血管内治療の実施件数</td> <td>R4年度 377件</td> </tr> </tbody> </table>	指標項目	基準年	脳卒中中の急性期医療が確保されている	基準年	2 指標 t-PA実施数	R4年度 102件	指標 血管内治療の実施件数	R4年度 377件	<table border="1"> <thead> <tr> <th>指標項目</th> <th>基準年</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>脳血管疾患患者の年齢調整死亡率が低下している</td> <td>基準年</td> </tr> <tr> <td>2 指標 脳血管疾患患者の年齢調整死亡率</td> <td>R2年 男性 99.9 女性 52.4</td> </tr> </tbody> </table>	指標項目	基準年	脳血管疾患患者の年齢調整死亡率が低下している	基準年	2 指標 脳血管疾患患者の年齢調整死亡率	R2年 男性 99.9 女性 52.4
			指標項目	基準年																															
			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	基準年																															
			指標 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																															
			指標 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																															
	指標 脳神経内科医の数	R4年度 北部 0 中部 4 南部 13 宮古 0 八重山 0																																	
	指標 超急性期t-PAが24時間実施可能な医療機関数	R4年度 北部 0 中部 4 南部 7 宮古 1 八重山 1																																	
	指標 外科手術が24時間実施可能な医療機関数	R4年度 北部 0 中部 3 南部 7 宮古 1 八重山 1																																	
	指標 脳血管内手術が24時間実施可能な医療機関数	R4年度 北部 0 中部 2 南部 6 宮古 1 八重山 0																																	
指標項目	基準年																																		
脳卒中中の急性期医療が確保されている	基準年																																		
2 指標 t-PA実施数	R4年度 102件																																		
指標 血管内治療の実施件数	R4年度 377件																																		
指標項目	基準年																																		
脳血管疾患患者の年齢調整死亡率が低下している	基準年																																		
2 指標 脳血管疾患患者の年齢調整死亡率	R2年 男性 99.9 女性 52.4																																		
在宅・介護連携	<b>維持期</b>	ストラクチャー指標			アウトカム指標																														
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>指標項目</th> <th>基準年</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>急性期入院時から急性期リハビリテーションの提供</td> <td>基準年</td> </tr> <tr> <td>9 指標 急性期リハビリテーションの提供単位数(単位数/日・人)</td> <td>R4年度 3.41</td> </tr> <tr> <td>回復期リハビリテーション病棟での専門的、集中的なリハビリテーションの提供</td> <td>基準年</td> </tr> <tr> <td>10 指標 回復期リハビリテーション病棟が整備されている二次医療圏数</td> <td>R4年度 4</td> </tr> </tbody> </table>	指標項目	基準年	急性期入院時から急性期リハビリテーションの提供	基準年	9 指標 急性期リハビリテーションの提供単位数(単位数/日・人)	R4年度 3.41	回復期リハビリテーション病棟での専門的、集中的なリハビリテーションの提供	基準年	10 指標 回復期リハビリテーション病棟が整備されている二次医療圏数	R4年度 4	<table border="1"> <thead> <tr> <th>指標項目</th> <th>基準年</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>質の高いリハビリテーションの提供体制の確保</td> <td>基準年</td> </tr> <tr> <td>3 指標 FIM利得数</td> <td>R2年度 25.2</td> </tr> </tbody> </table>	指標項目	基準年	質の高いリハビリテーションの提供体制の確保	基準年	3 指標 FIM利得数	R2年度 25.2	<table border="1"> <thead> <tr> <th>指標項目</th> <th>基準年</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>脳血管疾患患者が在宅復帰できている</td> <td>基準年</td> </tr> <tr> <td>3 指標 在宅等生活の場に復帰できた患者の割合</td> <td>R2年 48.8%</td> </tr> </tbody> </table>	指標項目	基準年	脳血管疾患患者が在宅復帰できている	基準年	3 指標 在宅等生活の場に復帰できた患者の割合	R2年 48.8%									
		指標項目	基準年																																
		急性期入院時から急性期リハビリテーションの提供	基準年																																
9 指標 急性期リハビリテーションの提供単位数(単位数/日・人)	R4年度 3.41																																		
回復期リハビリテーション病棟での専門的、集中的なリハビリテーションの提供	基準年																																		
10 指標 回復期リハビリテーション病棟が整備されている二次医療圏数	R4年度 4																																		
指標項目	基準年																																		
質の高いリハビリテーションの提供体制の確保	基準年																																		
3 指標 FIM利得数	R2年度 25.2																																		
指標項目	基準年																																		
脳血管疾患患者が在宅復帰できている	基準年																																		
3 指標 在宅等生活の場に復帰できた患者の割合	R2年 48.8%																																		
		がん	脳	心	糖尿	精神	在宅																												

ロジックモデルの出典は沖縄県（抜粋）

ロジックモデル作成済の場合はそれに追記。そうでない場合はIHEP版に追記

# ステップ3 接合ロジックモデル (LMあり)

		施策	初期アウトカム	中間アウトカム	分野アウトカム																								
外来	入院	予防	<table border="1"> <tr><th>指標項目</th><th>基準年</th></tr> <tr><td>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</td><td></td></tr> <tr><td>指標 連携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)</td><td>R4年度 0圏域</td></tr> <tr><td>指標 脳神経科医の数</td><td>R4年度 北部 0 中部 8 南部 33 宮古 2 八重山 1</td></tr> <tr><td>指標 脳神経内科医の数</td><td>R4年度 北部 0</td></tr> </table>	指標項目	基準年	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		指標 連携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	指標 脳神経科医の数	R4年度 北部 0 中部 8 南部 33 宮古 2 八重山 1	指標 脳神経内科医の数	R4年度 北部 0	<table border="1"> <tr><th>指標項目</th><th>基準年</th></tr> <tr><td>脳卒中の急性期医療が確保されている</td><td></td></tr> <tr><td>指標 t-PA実施数</td><td>R4年度 102件</td></tr> <tr><td>指標 血管内治療の実施件数</td><td>R4年度 377件</td></tr> </table>	指標項目	基準年	脳卒中の急性期医療が確保されている		指標 t-PA実施数	R4年度 102件	指標 血管内治療の実施件数	R4年度 377件	<table border="1"> <tr><th>指標項目</th><th>基準年</th></tr> <tr><td>脳血管疾患患者の年齢調整死亡率が低下している</td><td></td></tr> <tr><td>指標 脳血管疾患患者の年齢調整死亡率</td><td>R2年 男性 99.9 女性 52.4</td></tr> </table>	指標項目	基準年	脳血管疾患患者の年齢調整死亡率が低下している		指標 脳血管疾患患者の年齢調整死亡率	R2年 男性 99.9 女性 52.4
		指標項目	基準年																										
	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																												
	指標 連携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																											
	指標 脳神経科医の数	R4年度 北部 0 中部 8 南部 33 宮古 2 八重山 1																											
	指標 脳神経内科医の数	R4年度 北部 0																											
指標項目	基準年																												
脳卒中の急性期医療が確保されている																													
指標 t-PA実施数	R4年度 102件																												
指標 血管内治療の実施件数	R4年度 377件																												
指標項目	基準年																												
脳血管疾患患者の年齢調整死亡率が低下している																													
指標 脳血管疾患患者の年齢調整死亡率	R2年 男性 99.9 女性 52.4																												
救護	<p><b>施策の改訂/追加</b></p> <p><b>S最適化施策</b></p>																												
急性期	<table border="1"> <tr><th>指標項目</th><th>基準年</th></tr> <tr><td>超急性期t-PAが24時間実施可能な医療機関数</td><td>R4年度 北部 0 中部 4 南部 7 宮古 1 八重山 1</td></tr> <tr><td>指標 脳血管内手術が24時間実施可能な医療機関数</td><td>R4年度 北部 0 中部 3 南部 7</td></tr> </table> <p><b>施策の改訂/追加</b></p> <p><b>P/S向上施策</b></p>	指標項目	基準年	超急性期t-PAが24時間実施可能な医療機関数	R4年度 北部 0 中部 4 南部 7 宮古 1 八重山 1	指標 脳血管内手術が24時間実施可能な医療機関数	R4年度 北部 0 中部 3 南部 7																						
指標項目	基準年																												
超急性期t-PAが24時間実施可能な医療機関数	R4年度 北部 0 中部 4 南部 7 宮古 1 八重山 1																												
指標 脳血管内手術が24時間実施可能な医療機関数	R4年度 北部 0 中部 3 南部 7																												
回復期	<table border="1"> <tr><th>指標項目</th><th>基準年</th></tr> <tr><td>急性期入院時から急性期リハビリテーションの提供</td><td></td></tr> <tr><td>指標 回復期リハビリテーション病棟での専門的、中立的なリハビリテーションの提供</td><td>R4年度 3.41</td></tr> <tr><td>指標 回復期リハビリテーション病棟が整備されている二次医療圏数</td><td>R4年度 4</td></tr> </table> <p><b>施策の改訂/追加</b></p> <p><b>O/P向上施策</b></p>	指標項目	基準年	急性期入院時から急性期リハビリテーションの提供		指標 回復期リハビリテーション病棟での専門的、中立的なリハビリテーションの提供	R4年度 3.41	指標 回復期リハビリテーション病棟が整備されている二次医療圏数	R4年度 4	<table border="1"> <tr><th>指標項目</th><th>基準年</th></tr> <tr><td>質の高いリハビリテーションの提供体制の確保</td><td></td></tr> <tr><td>指標 在宅等生活の場に復帰できた患者の割合</td><td>R2年 48.8%</td></tr> </table>	指標項目	基準年	質の高いリハビリテーションの提供体制の確保		指標 在宅等生活の場に復帰できた患者の割合	R2年 48.8%	<table border="1"> <tr><th>指標項目</th><th>基準年</th></tr> <tr><td>脳血管疾患患者が在宅復帰できている</td><td></td></tr> <tr><td>指標 在宅等生活の場に復帰できた患者の割合</td><td>R2年 48.8%</td></tr> </table>	指標項目	基準年	脳血管疾患患者が在宅復帰できている		指標 在宅等生活の場に復帰できた患者の割合	R2年 48.8%						
指標項目	基準年																												
急性期入院時から急性期リハビリテーションの提供																													
指標 回復期リハビリテーション病棟での専門的、中立的なリハビリテーションの提供	R4年度 3.41																												
指標 回復期リハビリテーション病棟が整備されている二次医療圏数	R4年度 4																												
指標項目	基準年																												
質の高いリハビリテーションの提供体制の確保																													
指標 在宅等生活の場に復帰できた患者の割合	R2年 48.8%																												
指標項目	基準年																												
脳血管疾患患者が在宅復帰できている																													
指標 在宅等生活の場に復帰できた患者の割合	R2年 48.8%																												
在宅・介護連携	<p><b>施策の改訂/追加</b></p>																												
		がん	脳	心	糖尿	精神	在宅																						

ロジックモデルの出典は沖縄県 (抜粋)

所用時間1~2時間程度

LM作成済の場合は、その上に追記してみる

# ステップ3 接合ロジックモデル (LM未作成)

		施策	初期アウトカム	中間アウトカム	分野アウトカム				
外来 入院 在宅・介護連携	予防		ストラクチャー指標	プロセス指標	アウトカム指標				
	救護		番号 コード C 初期アウトカム	番号 コード B 中間アウトカム	番号 コード A 分野アウトカム				
	急性期	施策の改訂/追加	9 脳C-0301 脳卒中の急性期医療に対応できる体制が整備されている	3 脳B-0301 発症後速やかに専門的な治療・リハビリテーションを受けることができる	1 脳A-0101 脳卒中による死亡が減少している				
	回復期	施策の改訂/追加	10 脳C-0302 誤嚥性肺炎等の合併症の予防及び治療が行える体制が整備されている	4 脳B-0401 身体機能の早期改善のための集中的リハビリテーションを受けることができる	2 脳A-0102 脳血管疾患者が日常生活の場で質の高い生活を送ることができている				
	維持期	施策の改訂/追加	11 脳C-0303 廃用症候群を予防し、早期に自立できるリハビリテーション実施体制が整備されている		急性期・回復期のみ表示				
				12 脳C-0304 回復期の医療機関等との連携体制が構築されている					
			14 脳C-0401 専門医療スタッフにより集中的なリハビリテーションが実施可能な医療機関が整備されている						
			15 脳C-04 両発症時の治療や基礎疾患、危険因子の管理、合併症への対応が可能な医療機関が整備されている						
			16 脳C-0403 誤嚥性肺炎等の合併症の予防および治療が行える体制が整備されている						
			17 脳C-0404 急性期および維持期の医療機関や施設、地域の保健医療福祉サービスとの連携体制が構築されている						
			がん	脳	心	糖尿	精神	...	在宅

S最適化施策

P/S向上施策

O/P向上施策

所用時間1~2時間程度

LM未作成の場合は、IHEP脳卒中ロジックモデルの上に追記して参考に

# 接合ロジックモデルの活用

- 医療計画における施策と同様に、個別施策シート、評価作業シートによって管理。
- ロジックモデル、施策評価シートを作成してから、医療計画/地域医療構想の本文を記述することで、論理整合的で、より高い効果が見込める計画文書が作成できる。

# 試用の想定効果

- 2040年の住民状態に紐づけて、俯瞰的に考えるきっかけとなる。
- 医療計画と地域医療構想をつなげて捉えるきっかけとなる。
- 可視化して検討することで、関係者と共有しやすくなる。さらには建設的な議論の一助となる可能性がある。
- 複数の分野で、複数の医療圏で作業することで、医療計画・地域医療構想に関する検討力を高められる。

☆3府県の試用結果を拝聴しましょう。

## (3事例視聴の後) 想定ゴールの確認

■ゴール1 医療計画における「ロジックモデルと指標を活用した評価」を実施するイメージができる。

まだ、方法に目途が立っていないときは、まずはIHEP資料を使って沖縄県方式で模擬作業してみてもいいでしょうか？

■ゴール2 ロジックモデルによって、医療計画と地域医療構想を、つながりの中で検討できる手掛かりを得られるようになる。

まず、3府県が行った作業を試行して、感覚を共有し、対象範囲を広げていっていいでしょうか？（気づきや改善案など、フィードバックをください)

# 参考資料

## ■ロジックモデル基本レクチャー（長尺版）

[https://drive.google.com/file/d/1YuimZ0j7PXV\\_eiNFs9NTFnyGXwoV\\_s3U/view](https://drive.google.com/file/d/1YuimZ0j7PXV_eiNFs9NTFnyGXwoV_s3U/view)

## ■ロジックモデル関係各種資料

<https://www.hanioka.org/cont1/main.html>

## ■指標データ関係各種資料

<https://www.hanioka.org/cont10/main.html>

## ■地域医療計画 策定・評価 総合支援サイト

<https://iryō-keikaku.jp/>