

令和8年3月17日  
令和7年度政策研修会  
ロジックモデルの活用について



# 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

沖縄県保健医療介護部 医療政策課  
長浜 麻紀子

Chapter

1

# ワークの趣旨とツールキット

# ワークの目的とツールキットの構成

## 目的

- ◎ 医療計画ロジックモデルに地域医療構想の視点を加え、地域医療提供体制の課題を整理する。
- ◎ 医療計画と地域医療構想の接合をツールキットにより試行的に検討する。

### 第8次医療計画

5 疾病 6 事業・在宅の  
「医療の質・連携のプロセス」  
(IHEPのロジックモデルと指標セット)



本ツールの役割

### 新たな地域医療構想

2040年を見据え、地域を俯瞰した  
「医療資源の最適配置」  
(外来・入院・在宅・介護連携  
機能分化・集約・ネットワーク化)

## 構成

- I. 疾患別ロジックモデル（指標データ）
- II. コストと将来需要予測
- III. 機能別一覧 - 病床機能報告より
- IV. 課題スポット図 - I～IIIで可視化された課題
- V. アクションプラン  
- 求められるアウトプットと個別施策

URLのリンク  
(クリックすると掲載ページに遷移します)  
↓↓↓

出典

ツール名

※ 本資料の内容は、ツールキットを試行したものであり、沖縄県として公式見解ではありません。

# 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

- 健康・予防  
(重症化予防)
- 救護 (救急)
- 急性期
- 回復期
- 維持期・社会生活

### 外来・地域

### 入院

### 在宅・介護連携

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

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

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

# 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）  
啓発 予防

（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  
  
(今ある資源で十分なパフォーマンスを出しているか)

Chapter

2

# ワークの試行

# 1 ロジックモデル | 脳卒中 (主要項目を抜粋)

ロジック  
モデル

将来予測  
!!

機能別  
一覧  
!!!

課題抽出  
IV

アクション  
プラン  
IV



IHEP医療計画分野別ロジックモデル・評価指標データ集



# 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

将来予測

機能別一覽

課題抽出

アクション

## 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）	100.8	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

救急医療提供体制	沖縄・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	沖縄・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	—

専門医療期間への早期の搬送	沖縄・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

## 急性期

急性期治療の体制	沖縄・A医療圏	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・A医療圏	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

急性期治療の実施状況	沖縄・A医療圏	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	91,871
退院患者平均在院日数	143.4	76.8

※は人口10万人対換算

※は人口10万人対換算

出典：IHEP医療計画ロジックモデル（脳卒中分野）より抜粋

# 1- 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

将来予測

機能別一覽

課題抽出

アクション  
プラン

回復期

集中的リハビリテーション実施体制	沖縄・A医療圏	全国
回復期リハビリテーション病床数	104.9	70.2
理学療法士数	109.1	80.0
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	沖縄・A医療圏	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
医療ソーシャルワーカー数	15.6	12.9

※は人口10万人対換算

集中的リハビリテーションの実施状況	沖縄・A医療圏	全国
リハビリテーション実施件数（単位数）	164,497	138,818
地域連携計画作成等の実施件数（算定回数）	188.5	66.8

※は人口10万人対換算

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・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%

維持期

維持期のリハビリテーション実施体制	沖縄・A医療圏	全国
脳卒中が実施可能な医療機関数	6.6	6.4
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	沖縄・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	沖縄・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

※は人口10万人対換算

通所・訪問リハの実施状況	沖縄・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
脳卒中患者に対するリハ実施件数（単位数）	164,497.2	138,818.9
在宅に係る診療・看護実施状況	沖縄・A医療圏	全国
訪問診療を受けた患者数	3,913.3	11,422.0
訪問看護利用者数（医療+介護）	21,550	—
急変時対応・看取りの実施状況	沖縄・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

※は人口10万人対換算

※65歳位以上10万人あたり ※医療計画データブックより取得

出典：IHEP医療計画ロジックモデル（脳卒中分野）より抜粋

# 1- 3 ロジックモデル | マーキング結果

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 IV

予防  
(重症化予防)  
啓発

救護  
(救急)

急性期

回復期

維持期  
(在宅)

## 初期アウトカム (ストラクチャー)

◎ かかりつけ医 | 少  
(外来医療)

◎ 初期救急 | 無

◎ 人員体制 | 少  
◎ 回復期・維持期への連  
携体制 | 弱

◎ 人員体制 | 多

◎ リハ | 訪問施設・少  
| 通所施設・多  
◎ 在宅 | 訪問診療所・少  
| NS・多

## 中間アウトカム (プロセス)

◎ (危険因子を持つ患者)  
外来受療率 | 低

◎ 救急搬送時間 | 短

◎ 急性期治療 | 低

◎ リハ提供量 | 多

◎ リハ利用者 | 少  
提供量 | 多  
◎ 訪問診療・看取 | 少

## 分野アウトカム (アウトカム)

◎ SMR | 男性・高  
| 女性・低

◎ ADL改善・在宅復帰 | 低  
◎ 自宅死亡率 | 高

# I-3 ロジックモデル | 実施効率 (P/S) の観点から

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

予防

**低** S (かかりつけ医体制) → **低** 外来受療アウトカム

- かかりつけ医体制 (S) は全国より少なく、外来受療率 (O) も低水準。両者の関連は単純には評価できないが、供給体制の影響が推察される。
- 若年人口構成の影響はあるものの、未受診・未管理層の存在が示唆される。

救護

- ストラクチャー比較は困難だが、一次救急を担う医療機関が無いことは明らかに課題。
- 搬送時間は比較的良好であり、救急搬送プロセスは概ね機能している。

急性期

**低** S (専門医数・専用病床) → **低** P/S (t-PA実施効率)

- ※ 実施効率 (P/S: 専門医あたりの医療提供)
- 急性期は資源量が少ない上、専門医あたりの実施効率も低い。
- 平均在院日数が長く、集約化や機能分化による効率性向上が課題。

回復期

**高** S (回復期病床・セラピスト) → **低** P/S (リハ実施効率)

- ※ 実施効率 (P/S: 回復期病床1床あたりのリハ提供量)
- 回復期は資源量・実施量ともに充実しているが、1床あたりの実施密度は全国より低く、活用効率に改善余地がある。また、回復期リハだけでなく、包括期への資源の再配分も必要か。

維持期 (在宅)

**低** S (訪問診療診療所) → **低** P (訪問診療利用者数)

- 在宅医療は、医師による訪問診療 (在宅を行う診療所) の数が全国より少なく、利用者数も少ない。一方、訪問看護体制は比較的充実しており、看護主導型の在宅支援が中心となっている可能性がある。

● アウトカム (SMR)

- ストラクチャー・プロセス指標は全国比で低水準だが、死亡指標は一部良好。
- ただし男性では悪化傾向もみられ、今後の高齢化を踏まえると効率性の向上が求められる。

● アウトカム (リハ)

- リハ提供量は多いものの、ADL改善率や在宅復帰率は全国より低く、量に見合ったアウトカムが十分に得られていない可能性がある

● アウトカム (在宅医療)

- 在宅医療・看取り体制は十分とは言えないが、自宅死亡率は全国より高い。
- 今後の高齢化を見据え、医療・介護連携の更なる強化が求められる。

# II- 1 コストと将来予測

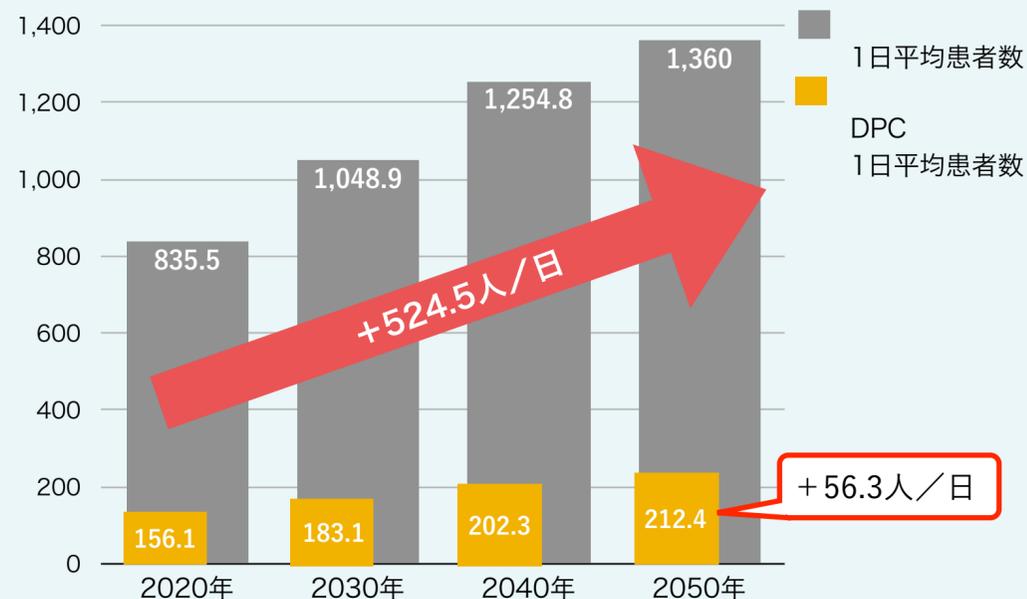
## 医療費

	観測値	全国ベンチマーク
<b>21. 高血圧性疾患 (※)</b>		
有病率	22.93	22.99
患者1人当たり医療費	862,471	939,063
住民1人当たり医療費	197,807	210,069
<b>22. 虚血性心疾患 (※)</b>		
有病率	4.79	5.29
患者1人当たり医療費	446	1,512,776
住民1人当たり医療費	8	77,139
<b>23. 脳血管疾患 (※)</b>		
有病率	6.92	5.84
患者1人当たり医療費	1,250,040	1,486,233
住民1人当たり医療費	86,564	86,564
<b>24. その他の循環器系の疾患 (※)</b>		
有病率	13.11	13.90
患者1人当たり医療費	1,248,152	1,351,572
住民1人当たり医療費	163,679	187,749

- ◎ 全国より高い有病率
- ◎ 全国より低い医療費

## 将来予測

脳卒中の1日平均の入院患者数の推計 (沖縄県)



脳血管内手術の手術件数の推計 (沖縄県)



- ◎ 脳卒中の患者は1.6倍
- ◎ その多くは急性期治療や手術を要しないもの

# III- 1 医療機関一覧 | 病床機能報告より

モデル ロジック

将来予測

機能別一覧

課題抽出

アクションプラン

No.	医療機関名称	定量基準適用後						医師数		看護職員数		超急性期 脳卒中加算	脳血管内 手術	経皮的冠 動脈形成 術	回復期 リハビリテーショ ン病床数	地域包括ケ ア病床数
		高度急性 期	急性期	回復期		慢性期	休棟 除く	常勤換算 数	許可病床 100床あたり	常勤換算 数	許可病床 100床あたり					
				7:1/10:1	その他											
1	...病院	131	224	0	0	0	355	5.7	7.1	367.2	103.4	4	356			
2	沖...部病院	79	390	86	0	0	555	12.5	8.9	488.9	88.1	11	36			
3	...病院	153	255	0	0	0	408	111.2	27.3	314.7	77.1	21	67	464		
4	...病院	20	181	107	0	0	308	94	30.5	256	83.1	3	33			
5	...病院	0	0	28	128	0	156	15	16.7	69	30.7				138	38
6	沖縄...センター病院	0	0	0	199	0	199	8.8	6.1	100	50.3				199	
7	ち...病院	0	0	0	223	0	223	6	15.0	112.9	50.6				223	
8	か...病院	0	0	0	24	120	144	6.9	3.1	36	25.0				24	
9	北...松病院	0	0	0	87	54	141	12.5	8.9	55.2	39.1				36	51
10	NI...病院	14	71	0	40	145	270	10	4.5	227	84.1				40	
11	海...病院	0	0	47	48	90	185	7.1	19.2	44.6	24.1				48	
12	中...病院	0	0	0	142	0	142	13.3	14.8	71	50.0				142	
13	...病院	0	0	0	52	48	100	209.4	37.7	30.7	30.7					
14	...病院	0	0	41	0	49	90	3	5.6	46.6	51.8					
15	名...病院	0	37	0	0	0	37	111.2	27.3	30	81.1					
16	NIHO...病院	0	0	0	0	90	90	8.4	13.5	45	50.0					
17	...病院	0	0	0	40	40	80	94	30.5	29.8	37.3					
18	...病院	0	0	0	0	54	54	3	5.6	17	31.5					
19	北...病院	0	0	0	0	40	40	6	15.0	32.1	80.3					
20	屋...病院	0	0	0	0	220	220	6.9	3.1	50.7	23.0					
21	う...病院	0	62	0	0	0	62	8.4	13.5	28.5	46.0					

急性期拠点

※機能分化の観点からの検討ができないか

回り八専門

※効率的・効果的にリハ提供できているか

高齢者救急・地域急性期

※機能強化が必要ではないか

地域別の病床等の見える化 厚労省

※この表は沖縄県において実施した病床機能報告分析の結果より抜粋

# IV- 課題スポット図 | 各フェーズと医療提供の場から

ロジック  
モデル

将来予測

機能別一覧

課題抽出

アクション



## 外来・地域

**慢性疾患管理**

- 外来受療率低
- 高齢化を見据えた体制整備が必要

**救急外来 (ER)**

- 一次救急を担う医療機関無し
- 救急が急性期病院に集中しない仕組みづくり

**外来リハ (早期外来リハ)**

- 医療資源の最適配置と質の向上

**外来リハ (通院) かかりつけ医**

## 入院

慢性疾患管理

119要請/プレホスピタル

**急性期治療**

- 医療資源が少ない
- 集約化による効率性向上が必要

**回復期治療**

- 急性期から回復期への円滑な移行による在院日数の適正化

**維持期 (療養) 看取り連携**

## 在宅・介護連携

**セルフケア**

健康意識の向上

急性期在宅

**訪問リハ**

- 医療資源の最適配置と質の向上

**訪問診療・看護**

- 高齢化を見据えた体制整備が必要

連携強化

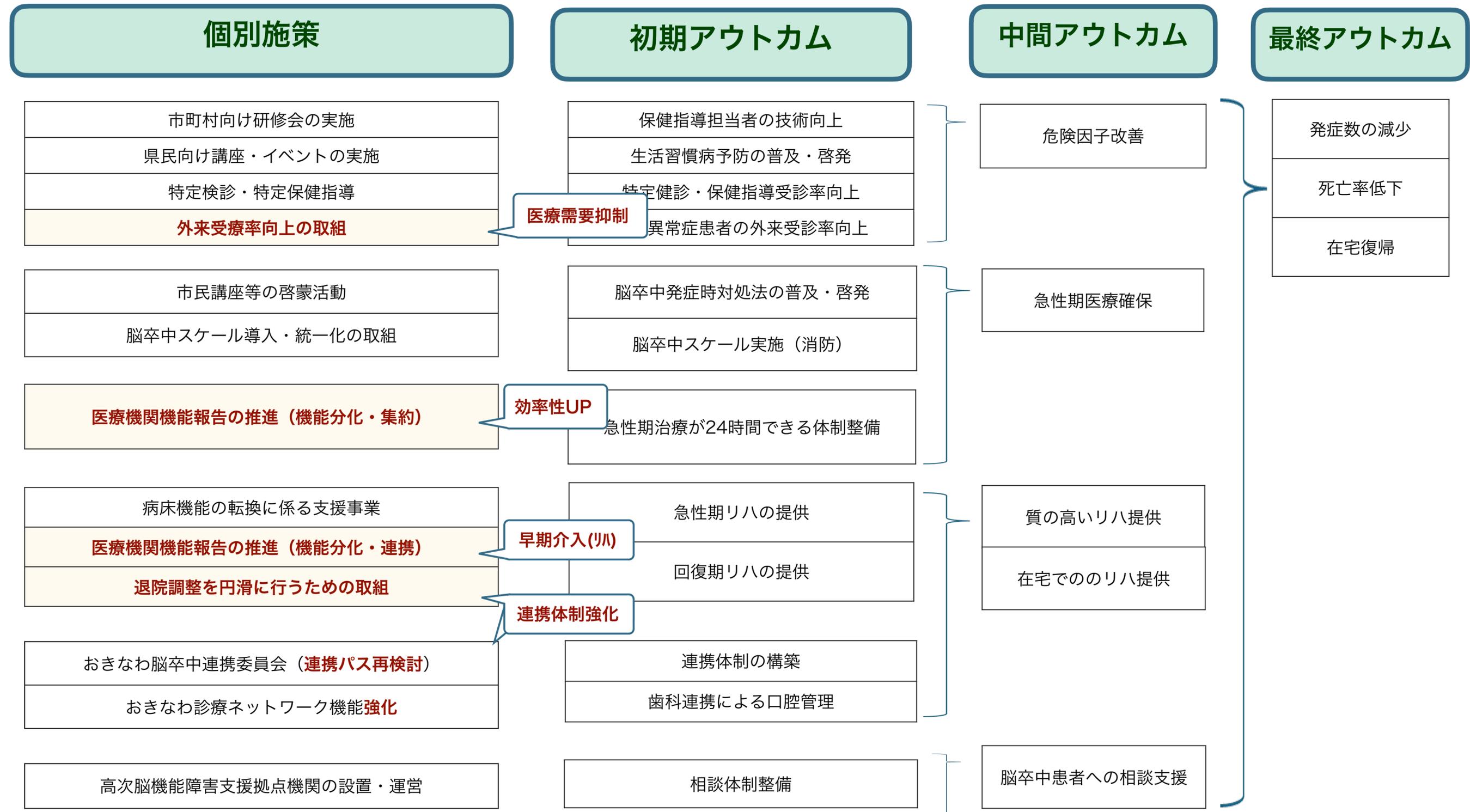
資源の最適配置

V.

# アクションプラン | 個別施策を考える

ロジック  
モデル  
将来予測  
機能別一覧  
課題抽出  
アクションプラン

（重症化予防）  
啓発 予防  
救護  
急性期  
回復期  
生活期 維持期



医療需要抑制

効率性UP

早期介入(リハ)

連携体制強化

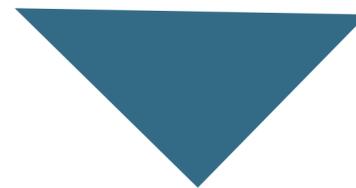
Chapter

3

# ワークを試行しての所感等

# ツールキットを用いた試行からの気づき

- 本ツールキットを用いることで、地域医療構想と医療計画の全体像や両者の接合点（関係性）を可視化することができた。
- また、フェーズ（予防・救護・急性期・回復期・維持期）および医療提供の場（外来・入院・在宅）ごとに、本圏域における課題の所在を概観的に把握することができた。
- 一方で、今回のワークはあくまでマクロな指標を用いた整理であり、具体的な施策検討や資源再配置の議論に進むためには、より詳細なデータ分析や地域特性を踏まえた深掘りが必要であると思料される。



- 本ツールは、地域の医療提供体制の大枠を整理し、共通言語で議論を進めるための道具になると考える。