

令和 8 年 8 月 2 0 日
医療計画ロジックモデル
評価指標データ活用セミナー

在宅医療分野でのロジックモデル活用 —滋賀県在宅医療等推進協議会での評価の取組み—

滋賀県健康医療福祉部医療福祉推進課

本日の内容

1. 在宅医療を推進する体制
2. ロジックモデルの構築
3. 滋賀県在宅医療等推進協議会
4. 協議会での実践活用
5. ロジックモデルを使用した
利点・課題と今後の展開

令和8年	滋賀県	全国
人口	約139万人	約12,293万人
高齢化率	27.4%	29.5%



在宅医療を推進する体制「本庁：医療福祉推進課」

「医療福祉※」の理念のもと、医療と介護を一体的に進められる組織体制。保健医療計画在宅医療分野と、介護保険事業支援計画の在宅医療・介護連携推進事業の市町支援の両方を所管している。

医療福祉推進課

在宅医療福祉・認知症施策推進係(保健師3、社福1、事務3、会計年度2)

- ・在宅医療、訪問看護関連事業、認知症施策、介護予防、高齢者権利擁護関係等

企画係

- ・高齢者対策審議会、介護保険事業支援計画改定・推進等

介護・福祉人材確保係

- ・介護・福祉人材の確保関連施策等

介護施設指導係

- ・介護老人福祉施設等の指導等

在宅介護指導係

- ・介護保険指定居宅サービス事業者の指定・指導等

※「医療福祉」とは、保健、医療、福祉といった縦割りの各分野のサービスが単に連携するということにとどまらず、地域における生活を支えるという統一的な理念の下で、各分野が一体的かつ有機的にネットワークを形成していく滋賀県独自の概念

在宅医療を推進する体制「保健所(健康福祉事務所)」

「医療福祉※」の理念のもと、医療と介護を一体的に進められる組織体制。保健医療計画在宅医療分野と、介護保険事業支援計画の在宅医療・介護連携推進事業の市町支援の両方を所管している。

医療福祉連携係(統括保健師配置)

- ・地域包括ケア、医療福祉の推進、地域医療構想の推進、入退院支援、介護予防、介護保険制度の推進、地域リハビリテーション、認知症対策、栄養対策、歯科保健、健康づくり等

総務係

- ・病院許可・届出、障害福祉関係・介護保険事業所指定、庶務等

地域保健福祉係

- ・精神保健、難病対策、母子保健等

生活衛生係

- ・食品衛生関係、生活衛生関係等

健康危機管理係

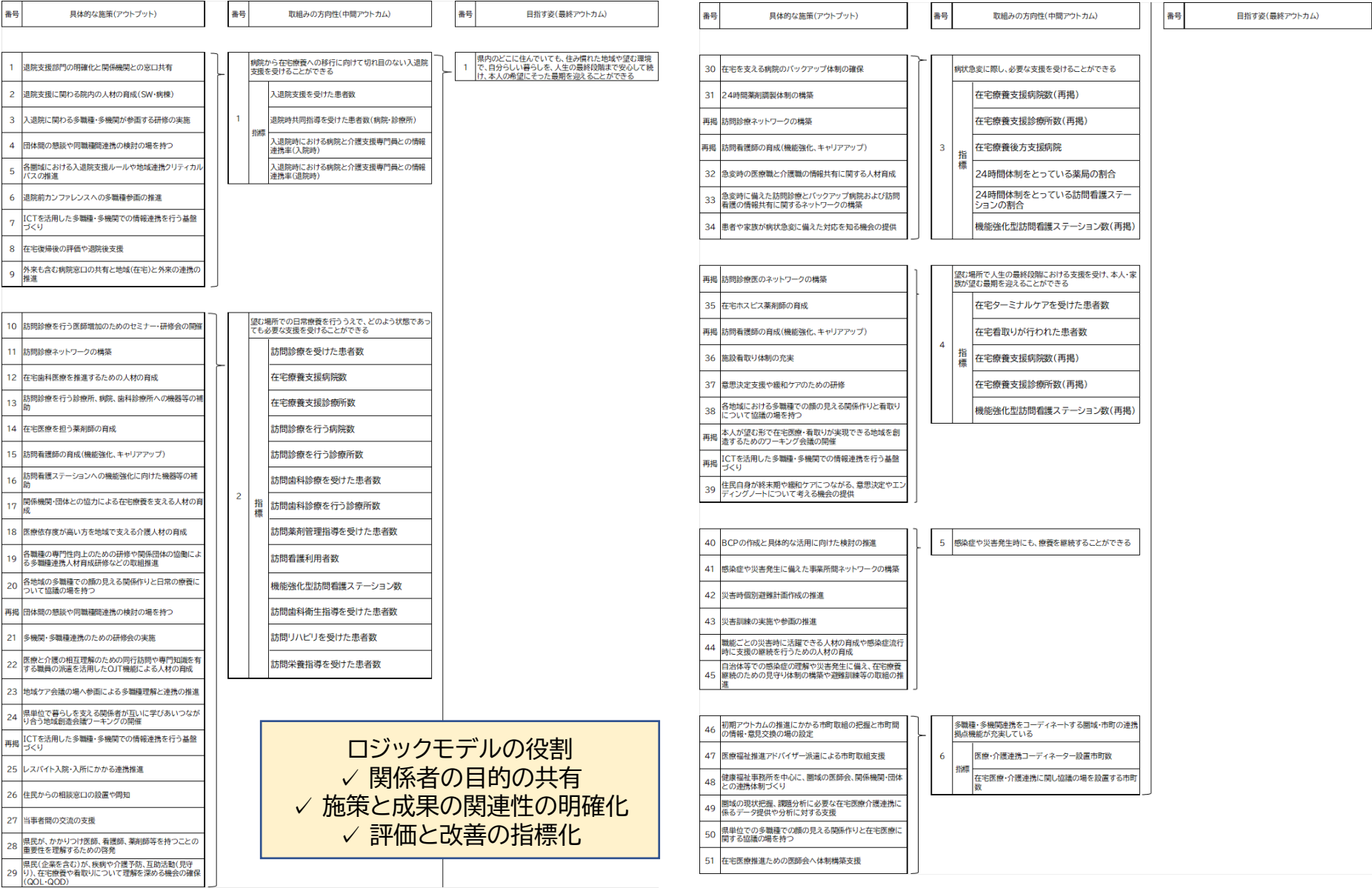
- ・災害対策、感染症対策等

保健所(健康福祉事務所)

※「医療福祉」とは、保健、医療、福祉といった縦割りの各分野のサービスが単に連携するということにとどまらず、地域における生活を支えるという統一的な理念の下で、各分野が一体的かつ有機的にネットワークを形成していく滋賀県独自の概念

ロジックモデルの構築

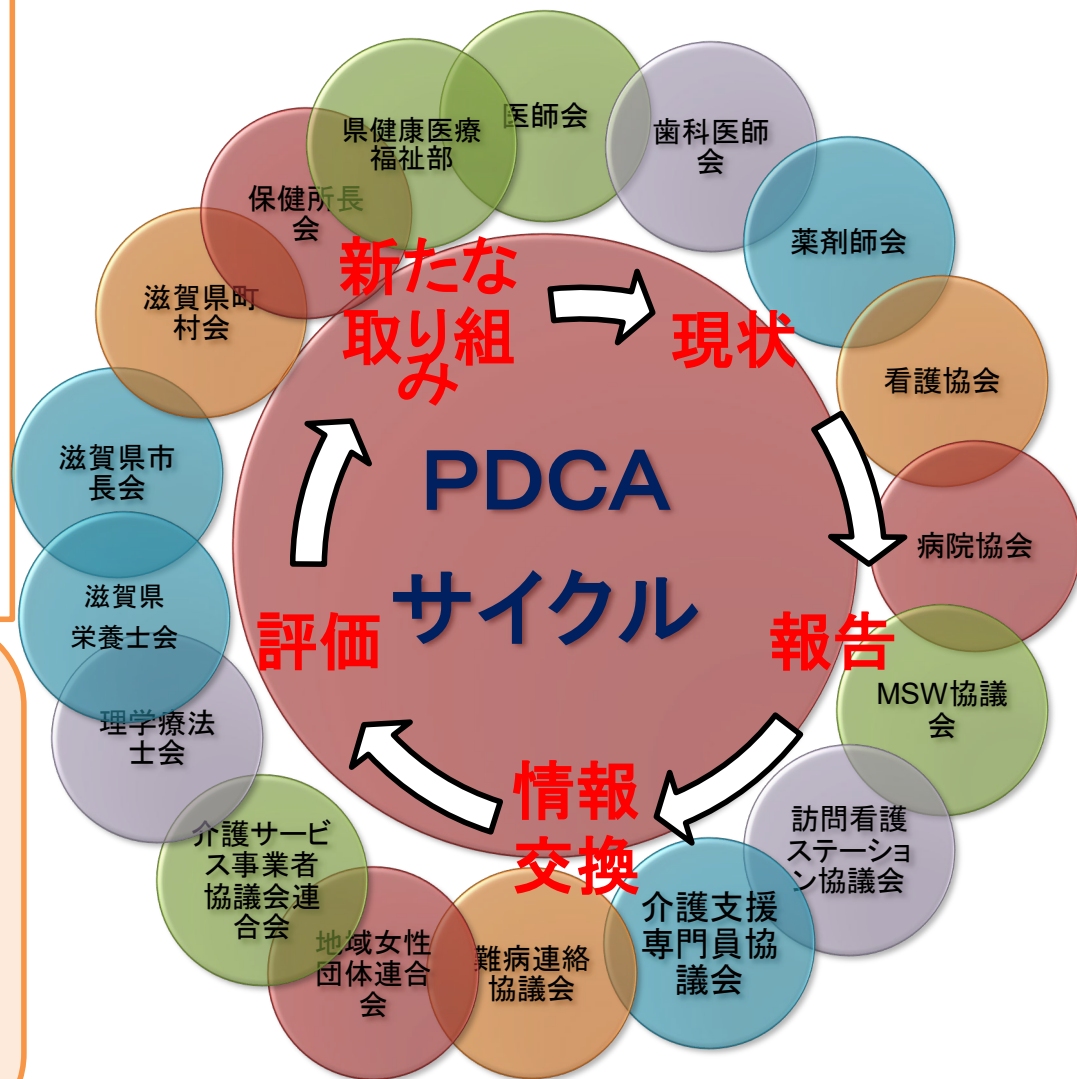
○ 滋賀県保健医療計画において、第7次中間見直しからロジックモデルを全分野で作成している。



滋賀県在宅医療等推進協議会

- ◆ 平成18年に設置
- ◆ 「在宅医療のめざす姿」を目指して、各団体の役割を明確化し、各々自ら取り組みを推進する
- ◆ 平成20年「滋賀県における在宅医療推進のための基本方針」(第1版)を策定

【在宅医療のめざす姿】
県内のどこに住んでいても、住み慣れた地域や望む環境で、自分らしい暮らしを人生の最終段階まで安心して続け、本人の希望にそった最期を迎えることができる
(QOLの維持・向上、QODの実現)



滋賀県在宅医療等推進協議会

- 滋賀県における在宅医療の推進に向け、関係機関および行政機関が協力して検討・協議を行い、具体的な取り組みを推進することを目的として設置。
- 事務局は、滋賀県健康医療福祉部医療福祉推進課に設置。

滋賀県在宅医療等推進協議会設置要綱

（設置）

第1条 本県における在宅医療の推進に向け、関係機関および行政機関が協力して検討・協議を行い、具体的な取り組みを推進することを目的として、滋賀県在宅医療等推進協議会（以下「協議会」という。）を設置する。

（所掌事務）

第2条 協議会は、次の事項について協議・検討を行う。

- （1）医療ニーズの高い患者の保健医療福祉に係る現状に関すること
- （2）在宅医療等の推進の基本方針に関すること
- （3）在宅医療等の推進のためのシステムに関すること
- （4）その他、第1条の目的を達成するために必要と認められること

（組織）

第3条 協議会は、委員25名以内をもって構成する。

2 委員は、次に掲げるもののうちから、健康医療福祉部長が選任する。

- （1）医療関係者
- （2）医療等団体関係者
- （3）学識経験者
- （4）住民代表
- （5）行政機関等職員

滋賀県在宅医療等推進協議会

○委員は、関係団体から推薦を得て構成。
○令和8年度の委員構成

所 属		職 名			
			14	滋賀医科大学 総合診療学講座	特任教授
1	(一社)滋賀県医師会	理事	15	滋賀県市長会	高島市 健康福祉部 高齢者支援課 課長
2	(一社)滋賀県歯科医師会	理事	16	滋賀県町村会	竜王町 主監心得兼福祉課長
3	(一社)滋賀県薬剤師会	常務理事	17	滋賀県保健所長会	高島保健所長
4	(一社)滋賀県病院協会	理事	18	滋賀県健康医療福祉部	次長
5	(公社)滋賀県看護協会	常務理事	19	〃 医療政策課	課長
6	(公社)滋賀県理学療法士会	理事	20	〃 健康しが推進課	課長
7	(公社)滋賀県栄養士会	常務理事	21	〃 障害福祉課	課長
8	滋賀県訪問看護ステーション連絡協議会	会長	22	〃 薬務課	課長補佐兼係長
9	滋賀県医療ソーシャルワーカー協会	会長	23	〃 医療福祉推進課	課長
10	滋賀県介護支援専門員連絡協議会	会長	【アドバイザー】		
11	滋賀県介護サービス事業者協議会連合会	副会長	24	滋賀県死因究明等推進協議会 会長 滋賀医科大学医学部社会医学講座 教授	
12	NPO法人 滋賀県難病連絡協議会	副理事長	25	滋賀県医療福祉推進アドバイザー (一般財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構)	
13	滋賀県地域女性団体連合会	常務理事			

滋賀県における在宅医療推進のための基本方針

滋賀県における
在宅医療推進のための
基本方針
第4版

令和6年3月
滋 賀 県

第1版

・平成20年7月

第2版

・平成25年3月

第3版

・平成30年3月

第4版

・令和6年3月

・第6次医療計画(平成25年)から在宅医療分野記載

【内容】 保健医療計画の在宅医療の推進をより詳細に記載したもの

- 1 滋賀県における在宅医療等の現状
- 2 滋賀県における在宅医療の課題
- 3 基本的な方向および目標、施策の方向性
- 4 推進体制と評価

⇒在宅医療に関わる各機関および団体が果たす役割を記載

・期間:令和6年度～令和11年度

推進体制（主として取組む機関・団体）														施策・取組み事項		基本的な方向性実現のために必要な姿		基本的な方向・目標		
保健所・県	市町	栄養士	子育て支援士	介護支援士	女性団体	難病連	MSW	ケアマネ	訪問看護	看護協会	病院協会	薬剤師	歯科医師							
○	○						○				○			C-1 退院支援部門の明確化と関係機関との窓口共有		【B-1】病院における入退院支援が整っている	【A-1】 病院から在宅療養への移行に向けて切れ目のない入退院支援をうけることができる	外来 ⇕ 入院 ⇕ 退院支援		
○							○				○			C-2 退院支援に関わる院内の人材の育成						
○	○	○	○	○			○	○	○	○	○	○	○	C-3 入退院に関わる多職種・多機関が参画する研修の実施		【B-2】病院と地域の関係者が入退院に関わる役割・知識・技術を高めることができる				
○	○	○	○				○	○	○	○		○		C-4 団体間の懇談や同職種間連携の検討の場を持つ						
○	○						○	○	○	○	○		○	C-5 各圏域における入退院支援ルールや地域連携クリティカルパスの推進		【B-3】病院と地域の関係者が本人の望みと目標、生活や疾患の情報を共有できている				
○	○	○	○	○			○	○	○	○	○	○	○	C-6 退院前カンファレンスの多職種参画の推進						
○			○	○			○	○	○	○	○	○		C-7 ICTを活用した多職種・多機関連携を行う基盤づくり						
	○						○							C-8 在宅復帰後の評価や退院後支援						
○	○						○	○	○	○	○			C-9 外来も含む病院窓口の共有と在宅と外来の連携の推進						
○												●		C-10 訪問診療を行う医師増加のためのセミナー・研修会の開催		【B-4】在宅医療を担う病院・診療所が整っている	【A-2】 望む場所での日常療養を行ううえで、どのような状態であっても必要な支援を受けることができる	日常の療養支援		
○	○											●		C-11 訪問診療ネットワークの構築						
○											○	○	○	C-12 在宅歯科医療を推進するための人材の育成		【B-5】在宅医療を担う薬局が整っている				
○												○		C-13 訪問診療を行う診療所、病院、歯科診療所への機器等の補助						
○													○	C-14 在宅医療を担う薬剤師の育成		【B-6】在宅医療を担う訪問看護ステーションが整っている				
○									○	○				C-15 訪問看護師の育成						
○									○	○				C-16 訪問看護ステーションへの機能強化に向けた機器等の補助		【B-7】身体機能及び生活機能の維持向上のためのサービスが整っている				
○	○	○	○	○		○					●		○	C-17 関係機関・団体との協力による在宅療養を支える人材の育成						
○			○	○			○	○	○	○	●		●	C-18 医療依存度が高い方を地域で支える介護人材の育成		【B-8】医療依存度の高い方を地域で支えるサービスが整っている				
○	○	○	○	○			○	○	○	○	●	○	○	C-19 各職種の専門性向上のための研修や関係団体の協働による多職種連携人材育成研修などの取組推進						
○	○	○	○	○			○	○	○	○	●	○	○	C-20 各地域の多職種での顔の見える関係作りと日常の療養について協議の場を持つ		【B-9】自立支援の視点を持ち、多様なニーズに対応することができる人材が育成されている				
○	○	○	○				○	○	○	○	○			再掲 団体間の懇談や同職種間連携の検討の場を持つ						
○	○	○	○	○			○	○	○	○	●	○	○	C-21 多職種・多機関連携のための研修会の開催		【B-10】望む場所での療養の実現に向け関係者が多職種・多機関と情報を共有し、協働できている				
○				○				○	○				○	C-22 医療と介護の相互理解のための同行訪問や専門知識を有する職員の派遣を活用したOJT機能による人材の育成						
○	○	○	○	○			○	○	○	○	○		○	C-23 地域ケア会議の場への参画による多職種理解と連携の推進						
○														C-24 県単位で暮らしを支える関係者が互いに学びあひつながら合う医療福祉の地域創造会議ワーキング会議の開催						
○			○	○			○	○	○	○	○	○	○	再掲 ICTを活用した多職種・多機関での情報連携を行う基盤づくり						

滋賀県在宅医療等推進協議会での実践活用

- 在宅医療推進のための基本方針のロジックモデルは、保健医療計画のロジックモデルと異なり、初期アウトカム(ストラクチャー、誰がどうなることをめざすのか)を設定。
- 目的(アウトカム)の共有・・・全員が同じゴールを確認。
- 指標を明確にし、ないものは「検討中」とし、指標を検討することも忘れない。指標開発の動き。
- 圏域ごとのデータを共有・・・現状把握、圏域ごとの濃淡が見える化。(毎年、国保連合会からデータ提供を受けて圏域ごとの経過を確認)

在宅医療 【入退院】 (圏域・県)

番号	施策	番号	取組みの方向性(初期アウトカム)	番号	取組みの方向性(中間アウトカム)	番号	目指す姿(最終アウトカム)
----	----	----	------------------	----	------------------	----	---------------

1	退院支援部門の明確化と関係機関との窓口共有
2	退院支援に関わる院内の人材の育成(SW・病棟)

1	病院における入退院支援機能が整っている	湖西	湖北	湖東	東近江	甲賀	湖南	大津	滋賀県	
	指標 (独自)	退院調整体制が整備されている病院数 (※健康しが推進課 調査)	3/3 100%	4/4 100%	4/4 100%	11/11 100%	7/7 100%	12/14 85.7%	14/15 93.3%	55/58 94.8% (R6.5)
	指標 (国)	退院支援担当者を配置している病院数 (※健康しが推進課 調査)	3/3 100%	4/4 100%	4/4 100%	11/11 100%	7/7 100%	12/14 85.7%	14/15 93.3%	55/58 94.8% (R6.5)

3	入退院に関わる多職種・多機関が参画する研修の実施
4	団体間の懇談や同職種間連携の検討の場を持つ

2	病院と地域の関係者が入退院に関わる役割・知識・技術を高めることができる
	指標 検討中

5	各圏域における入退院支援ルールや地域連携クリティカルパスの推進
6	退院前カンファレンスへの多職種参画の推進
7	ICTを活用した多職種・多機関での情報連携を行う基盤づくり
8	在宅復帰後の評価や退院後支援
9	外来も含む病院窓口の共有と地域(在宅)と外来の連携の推進

病院(外来含む)と地域の関係者が本人の望みと目標、生活や疾患の情報を共有できている		湖西	湖北	湖東	東近江	甲賀	湖南	大津	滋賀県	
3	指標(独自)	入退院時の病院と介護支援専門員との情報連携率(入院時)(※病院とケアマネの連携に関する調査)	97.6%	96.3%	79.7%	94.9%	78.7%	92.3%	90.8%	89.0%(R7)
	指標(独自)	入退院時の病院と介護支援専門員との情報連携率(退院時)(※病院とケアマネの連携に関する調査)	100.0%	94.7%	93.1%	94.6%	94.4%	94.0%	92.6%	94.3%(R7)

1	県民が、病院から在宅療養への移行に向けて切れ目のない入退院支援を受けることができる		湖西	湖北	湖東	東近江	甲賀	湖南	大津	滋賀県
	指標 (独自)	入退院支援において円滑に連携ができたと評価したケアマネの率(※病院とケアマネの連携に関する調査)	94.0%	74.8%	76.5%	89.5%	95.0%	86.9%	87.5%	86.0% (R7)
	指標 (国)	入退院支援を受けた患者数 (※国保連データ 医療保険の入退院支援加算を受けた実人数)	1,596	4,703	3,184	5,249	3,807	9,128	12,778	40,445人 (R6)
	指標 (国)	退院時共同指導を受けた患者数(病院) (※国保連データ 医療保険の退院時共同指導料が算定された実人数)	49	169	42	148	104	319	251	1082人 (R6)
	指標 (国)	退院時共同指導を受けた患者数(診療所) (※国保連データ 医療保険の退院時共同指導料が算定された実人数)	2	57	6	46	28	131	100	370人 (R6)
	指標 (独自)	心不全の再入院率(半年後/1年後)循環器計画(健康寿命推進課)	—	—	—	—	—	—	—	20.3% /19.3% (R5)

県内のどこに住んでいても、住み慣れた地域や望む環境で、自分らしい暮らしを、人生の最終段階まで安心して続け、本人の希望にそった最期を迎えることができる【QOLの維持・向上/QODS実現】

滋賀県在宅医療等推進協議会での実践活用

○経年的に項目毎データを共有・・・項目ごとの達成率が見える化。感覚ではなく「根拠」で判断。

滋賀県における在宅医療推進のための基本方針（第4版 令和8年） 数値目標一覧																	2026.5月時点			2026.5月時点		
数値目標 番号	保健 医療計 画		項目（指標）	方針策定時										目標値		単位	達成率（R8目標に対する）	達成率（R1 1 目標に対する）				
				平成29年	平成30年	令和元年	令和2年	令和3年	令和4年	令和5年	令和6年	令和7年	現状値	令和8年	令和11年							
				(2017年)	(2018年)	(2019年)	(2020年)	(2021年)	(2022年)	(2023年)	(2024年)	(2025年)		(2026年)	(2029年)							
目標：病院と在宅療養の切れ目のない入退院支援体制の整備																	50%	100%	率	50%	100%	率
1	独自	プロセス	退院支援において円滑に連携ができたと評価された患者の割合（※病院とケアマネの連携に関する調査）			82.7% (R1)	—	—	85.6% (R4)	81.2% (R5)	—	86.0% (R7)	86.0% (R7)	90.0%	95.0%	回答の割合			95.56			90.53
2	○	プロセス	入退院支援を受けた患者数 （国保連データの医療保険の実人数）	—	20,878人 (H30)	23,444人 (R1)	22,980人 (R2)	24,517人 (R3)	28,853人 (R4)	35,915人 (R5)	40,445人 (R6)	—	40,445人 (R6)	32,552人	34,777人	年間実人数			124.25			116.30
3	○	プロセス	入退院時の病院と介護支援専門員との情報連携率 （※病院とケアマネの連携に関する調査）	入院時	83.9% (H29)	93.4% (H30)	92.7% (R1)		94.4% (R4)	93.3% (R5)	—	93.6% (R7)	93.6% (R7)	98.0%	100.0%	入退院した利用者に占める割合			95.51			93.60
4	○	プロセス		退院時	89% (H29)	86.6% (H30)	88.3% (R1)		90.3% (R4)	95.0% (R5)	—	94.3% (R7)	94.3% (R7)	98.0%	100.0%				96.22			94.30
5	国重点 ○	プロセス	退院時共同指導を受けた患者数（病院） （※国保連データ 医療保険の退院時共同指導料が算定された実人数）	—	663 (H30)	723 (R1)	637 (R2)	700 (R3)	626 (R4)	960 (R5)	1082 (R6)	—	1082 (R6)	706	755	年間実人数			153.26			143.31
6	国重点 ○	プロセス	退院時共同指導を受けた患者数（診療所） （※国保連データ 医療保険の退院時共同指導料が算定された実人数）						240 (R4)	314 (R5)	370 (R6)	—	370 (R6)	271	289	年間実人数			136.53			128.03
7	独自	プロセス	心不全の再入院率（半年後、1年後） 循環器計画（県健康しが推進課調査）				16.0% 20.5% 15.6%	16.2% 15.6%	14.9% 17.0% (R4)	20.3% 19.3% (R5)	14.9% 16.7% (R6)	—	14.9% 16.7% (R6)	減少 (R4から)	減少 (R4から)	再入院の割合						
8		ストラクチャー	退院調整体制が整備されている病院 医療機関における地域医療連携に関する状況調査 （健康しが推進課調査）	55	93% 53/57 (H30)	93% (53/57) (R1)			93.1% (54/58) (R4)	93.1% (54/58) (R5)	94.8% 55/58 (R6)	—	R9予定	100.0%	100.0%	全病院に占める割合			94.80			94.80
9		ストラクチャー	退院支援・調整担当者の配置されている病院 医療機関における地域医療連携に関する状況調査 （健康しが推進課調査）	35	93% 53/57 (H30)	93% (53/57) (R1)			93.1% (54/58) (R4)	93.1% (54/58) (R5)	94.8% 55/58 (R6)	—	R9予定	100.0%	100.0%	全病院に占める割合			94.80			94.80

滋賀県在宅医療等推進協議会での実践活用

○各団体・機関から、「施策の現状・課題・達成状況」「今後の取組」を報告・・・定性評価
「何をするのか」から「なぜするのか」へ関係者の共通認識を形成

番号	施策
1	退院支援部門の明確化と関係機関との窓口共有
2	退院支援に関わる院内の人材の育成(SW・病棟)
3	入退院に関わる多職種・多機関が参画する研修の実施
4	団体間の懇談や同職種間連携の検討の場を持つ
5	各圏域における入退院支援ルールや地域連携クリティカルパスの推進
6	退院前カンファレンスへの多職種参画の推進
7	ICTを活用した多職種・多機関での情報連携を行う基盤づくり
8	在宅復帰後の評価や退院後支援
9	外来も含む病院窓口の共有と地域(在宅)と外来の連携の推進

取組みの方向性(初期アウトカム)					
1	病院における入退院支援機能が整っている		基準値 (方針策定時)	直近値	結果 R11 目標値
	指標 (独自)	退院調整体制が整備されている病院数 (※健康しが推進課 調査)	93.1% 54/58 (R4)	94.8% 55/58 (R6.5)	B 100%
	指標 (国)	退院支援担当者配置している病院数 (※健康しが推進課 調査)	93.1% 54/58 (R4)	94.8% 55/58 (R6.5)	B 100%
2	病院と地域の関係者が入退院に関わる役割・知識・技術を高めることができる		基準値 (方針策定時)	直近値	結果 R11 目標値
	指標	検討中			
3	病院(外来含む)と地域の関係者が本人の望みと目標、生活や疾患の情報を共有できている		基準値 (方針策定時)	直近値	結果 R11 目標値
	指標 (独自)	入退院時の病院と介護支援専門員との情報連携率(入院時)(※病院とケアマネの連携に関する調査)	93.3% (R5)	89.0% (R7)	D 100%
	指標 (独自)	入退院時の病院と介護支援専門員との情報連携率(退院時)(※病院とケアマネの連携に関する調査)	95.0% (R5)	94.3% (R7)	D 98%

取組みの方向性 (中間アウトカム)					
1	県民が、病院から在宅療養への移行に向けて切れ目のない入退院支援を受けることができる		基準値 (方針策定時)	直近値	結果 R11 目標値
	指標 (独自)	入退院支援において円滑に連携ができたと言ったケアマネの率(※病院とケアマネの連携に関する調査)	81.2% (R5)	86.0% (R7)	B 95%
	指標 (国)	入退院支援を受けた患者数 (※国保連データ 医療保険の入退院支援加算を受けた実人数)	28,853人 (R4)	40,445人 (R6)	A 34,774人
	指標 (国)	退院時共同指導を受けた患者数(病院)(※国保連データ 医療保険の退院時共同指導が算定された実人数)	626人 (R4)	1,082人 (R6)	A 755人
	指標 (国)	退院時共同指導を受けた患者数(診療所)(※国保連データ 医療保険の退院時共同指導が算定された実人数)	240人 (R4)	370人 (R6)	A 289人
	指標 (独自)	心不全の再入院率(半年後/1年後)循環器計画(健康寿命推進課)	14.9% (R4)	20.3% (R5)	D 減少

【数値目標の達成度】
○ 目標達成 ⇒ A：目標に到達している
○ 改善 ⇒ B：目標には未到達だが策定時より改善している
○ 横ばい ⇒ C：概ね策定時と同程度の水準を維持している
○ 後退 ⇒ D：策定時の水準を下回っている
○ その他 ⇒ ※：調査時点までに数値の更新がないもの等

施策番号	実施主体	事業名等	取組内容	対象等	協力団体等	施策の現状・課題・達成状況	今後の取組
1 2 3 5 (17) (19) (20)	(一社)滋賀県病院協会	入退院支援機能強化事業	病院の入退院支援担当職員の研修・情報交換、また、病院担当者等の訪問看護ステーション、病院職員と訪問看護ステーション職員が一堂に会した研修会を実施	医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、臨床心理士、介護支援専門員、介護福祉士、保健師等	・滋賀県健康医療福祉部医療福祉推進課 ・滋賀県訪問看護ステーション連絡協議会	・患者本に寄り添った医療を継続的に提供するため、病院と地域関係機関との連携に向け、関係者の意識共有が図られてきている。 ・病院入退院調整部署と地域関係機関の担当者との連携が強化されつつある。 (顔の見える関係が構築されつつある。)	・今後の更なる高齢化により、高齢者世帯、高齢独居世帯、認知症患者等、入退院支援の必要な患者の増加に対応できるよう病院における体制強化および地域関係機関との連携強化を図る。 ・入退院に関わる多職種・多機関が一堂に会した研修会を県全体および各地域で開催し、参加者の知識の向上を図るとともに、入退院に関する意識、共有をさらに醸成する
4	(一社)滋賀県医師会	在宅療養支援センター運営協議会	各地域医師会、各地域在宅医療連携拠点等の担当者による協議会。各地域の取り組みや課題等について情報共有を行う。	県医師会、各地域医師会在宅医療担当役員、各地域在宅医療連携拠点、各地域在宅医療コーディネーター		・在宅医療の提供体制に地域差があり、医師の高齢化・後継者不足・夜間体制の脆弱さが全域で顕在化。 一部地域では在宅医のバックアップ体制が整備されつつある一方、在宅医の不足や体制の不均衡が課題。	夜間・休日対応を含めた「後方支援体制の強化」と、在宅医の確保・育成。
4 (20)	滋賀県介護支援専門員連絡協議会	医療ソーシャルワーカーと介護支援専門員との意見交換会	入退院に関する困りごとや互いに関心したいことについて意見交換	医療ソーシャルワーカー・介護支援専門員	滋賀県医療ソーシャルワーカー協会	・毎年開催している ・お互いの課題について意見交換ができています	・更なる介護支援専門員と医療ソーシャルワーカーとの連携を推進していく
5 (48)	【医療福祉推進課】各健康福祉事務所	入退院支援ルール評価・検討事業	病院と在宅療養をつなぐ入退院支援ルールを効果的に運用するため、二次医療圏域ごとにルールの評価・検討を行い、病院とケアマネジャーとの情報連携の量と質の向上を図る。	病院、ケアマネジャー、各市区関係部局等	—	・病院と介護支援専門員との情報連携率は入院時89%、退院時95%の達成となっている。(R7) ・外来→入院→退院の連携・調整がスムーズにいくようになり、在宅療養に向けた準備を患者や家族が安心して行えるようになってきた。	・入退院に関わる病院と地域の関係者が、それぞれの役割・知識・技術を高め、相互理解のもと、情報連携の量と質とタイミングを分析・評価を行い、入退院支援ルールの一層の推進を図る。 ・看護、リハビリテーション、薬剤、栄養、口腔等の視点でのアセスメントおよび情報連携の推進を図る。 ・効果的・効率的に行うため、ICTの活用を含む各圏域における入退院時連携ルールの有効活用を推進する。 ・医療と生活支援の充実が求められる身寄りのない方の入退院支援ルールについての検討を視野に入れる。
7	医療政策課	滋賀県医療情報連携ネットワーク協議会	病院や診療所等で医療情報や在宅療養情報を共有し、切れ目のない効果的な診療や効率的な診療を実現するための全県型システムの推進に関して検討・協議を行う。	—	NPO法人滋賀県医療情報連携ネットワーク協議会構成団体	・令和7年10月時点で参加施設数は815施設、登録患者数は94,452人であり、令和6年10月時点より登録患者数は9,028人増加、施設数は31施設減少している。 ・薬局の減少が多く、費用の発生しない国システムの利用や、びわ湖あさがおネットで閲覧できる詳細な情報までは不要であることが理由と考えられる。	・利用拡大検討を行う1班と将来構想検討を行う2班の各プロジェクトチーム会議にて参加施設数の増加を目指し検討を行う。 ・令和9年度に予定しているシステム改修について1班2班合同でプロジェクトチーム会議を開催し、検討を行う。

ロジックモデルを使用した利点・課題と今後の展開

【ロジックモデルを使用した利点】

- 目的(アウトカム)の共有
 - ・全員が同じゴールを確認できる。
- 指標の明確化
 - ・指標を明確にし、ないものは「検討中」とし、指標を検討することも忘れない。
 - ・委員自体が指標設定に取り組む動き。
- 定量評価
 - ・圏域ごとのデータを共有・・・現状把握、圏域ごとの濃淡が見える化。
 - ・経年的に項目毎データを共有・・・項目ごとの達成率が見える化。
- 定性評価
 - ・各団体・機関から、「施策の現状・課題・達成状況」「今後の取組」を報告
 - ・「何をするのか」から「なぜするのか」へ関係者の共通認識を形成
- ロジックモデルが生み出す価値
 - ・ロジックモデルをマップのように活用し、協議の場で委員が主体的に行う取組がどこに位置づいているのか確認しながら目的に向かって協議をおこなうことができる。
 - ・各団体が個別に施策を実施した場合、「データが検証されない」→「効果が測定できない」
→「改善に結びつかない」
共通のロジックモデルで共有していると「定量・定性データを融合」→「成果が可視化される」
→「改善が継続的に実施される」→「県民のQOL向上・QODの実現」が期待できる。
- 市町・保健所対象の研修でロジックモデルを共有
 - ・市町や保健所との規範的統合や協働へつながる可能性。市町の事業評価支援にもなる。

ロジックモデルを使用した利点・課題と今後の展開

【課題・難しさ】

○定量・定性データの融合の難しさ

ロジックモデルを活用してPDCAを展開していくことを議論するには、定量データでの評価が主立ち、現場での取組から感じていただいている肌感覚での定性評価と融合した取組評価、成果の見える化にしていくことの難しさを感じる

○ロジックモデルの理解促進

とはいえ、ロジックモデルの理解が難しい。各委員にヒアリングに回る機会に説明する。

【今後の展開】

○在宅医療の推進は、単一の組織では成し遂げられない。

ロジックモデルを「共通言語」「マップ」として、多職種・多機関が「同じ目的」に向かい、「データに基づいた」評価・改善を行うことで実現される。県内全域で「安心できる在宅療養」を目指し引き続きとりくんでいく。

○新たな地域医療構想

医療と介護の両方を所管する組織であることから、新たな地域医療構想の「在宅医療」「介護との連携」についてもカバーできると思われる。