

事業のマネジメント基本的考え方・進め方 (グループワーク)

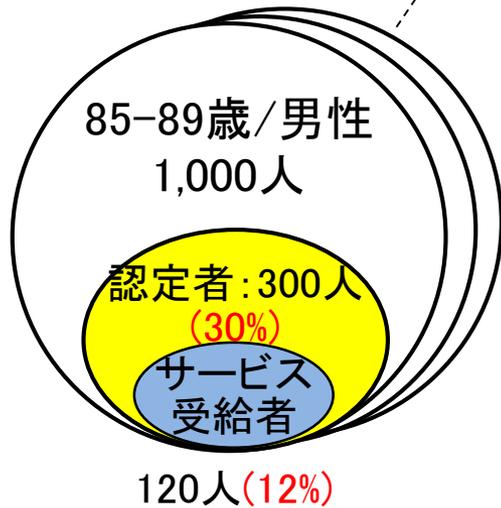
2020年1月

埼玉県立大学大学院／研究開発センター 川越雅弘

1

将来の必要数

2020年現在

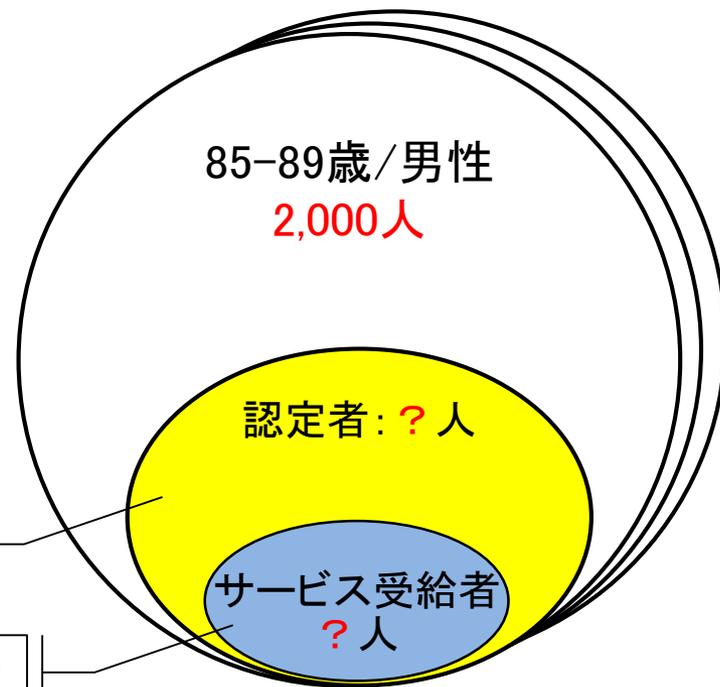


男女・5歳階級別にみる
(集団の傾向が異なる)

自然体推計 = 現状と同率と仮定

目標推計 = 政策効果等を見込む

2040年



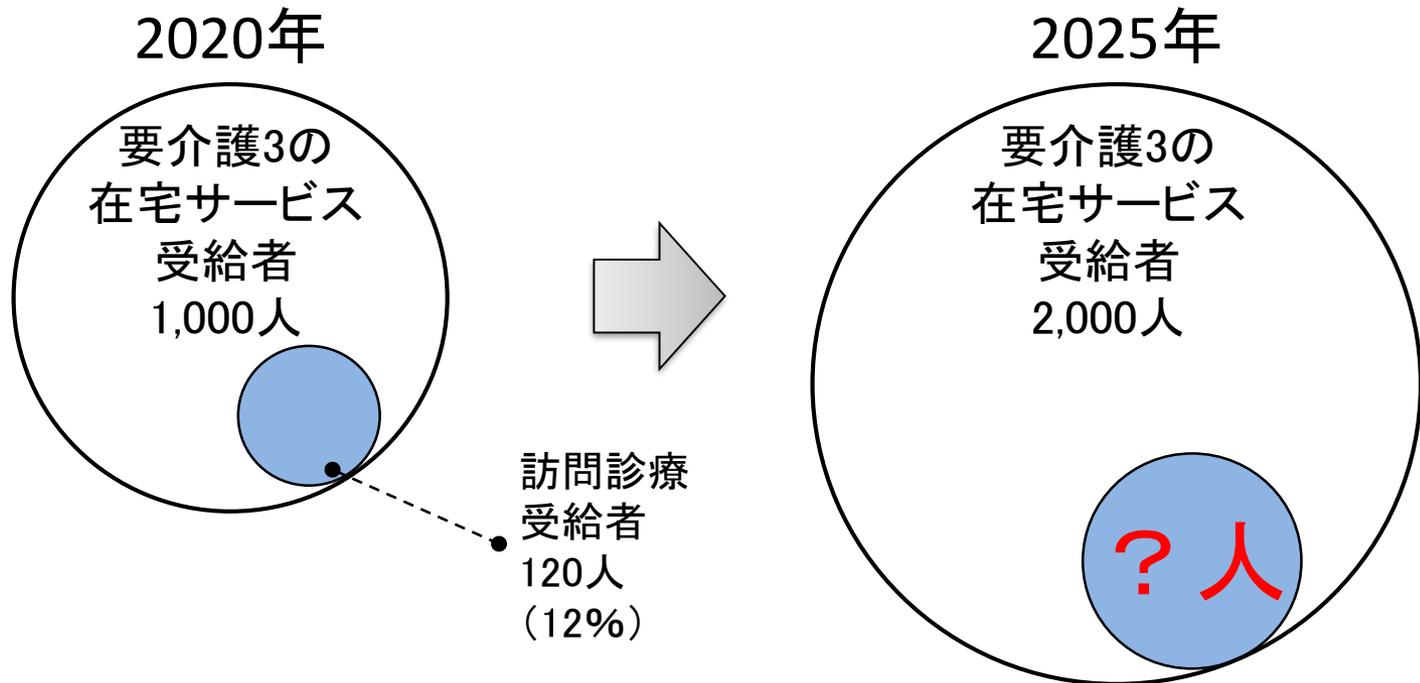
何%とみるか？

何%とみるか？

受給率を、2020年から不変(=12%)とするなら $2,000人 \times 12\% = 240人$

グループワークⅠ

「訪問診療の必要者数を推計してみよう！」



2025年の訪問診療必要者数を推計してみよう！

① 2020年のA県の在宅サービス受給者数（人）

	総数	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
在宅サービス受給者数(人)	162,953	28,910	28,576	44,244	32,138	14,420	8,933	5,732

② 2020年時点の訪問診療受給者数及び受給率（A県のアンケートから算出された仮の値）

	総数	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
訪問診療受給者数(人)	11,586	578	857	1,770	1,928	1,730	2,144	2,579
受給率(%)	7.1	2.0	3.0	4.0	6.0	12.0	24.0	45.0

③ 2025年の在宅サービス受給者数（見える化システムによる推計値）

	総数	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
在宅サービス受給者数(人)	217,581	38,535	37,689	59,338	42,851	19,412	12,066	7,690



④ 2025年の訪問診療必要者数（=③×②の受給率）

	総数	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
在宅サービス受給者数(人)								

注. 総数は要介護度別の数値を合計して算出ください。

2025年の訪問診療必要者数を推計してみよう！

① 2020年のA県の在宅サービス受給者数（人）

	総数	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
在宅サービス受給者数(人)	162,953	28,910	28,576	44,244	32,138	14,420	8,933	5,732

② 2020年時点の訪問診療受給者数及び受給率（A県のアンケートから算出された仮の値）

	総数	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
訪問診療受給者数(人)	11,586	578	857	1,770	1,928	1,730	2,144	2,579
受給率(%)	7.1	2.0	3.0	4.0	6.0	12.0	24.0	45.0

③ 2025年の在宅サービス受給者数（見える化システムによる推計値）

	総数	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
在宅サービス受給者数(人)	217,581	38,535	37,689	59,338	42,851	19,412	12,066	7,690



④ 2025年の訪問診療必要者数（=③×②の受給率）

	総数	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
在宅サービス受給者数(人)	15,533	771	1,131	2,374	2,571	2,329	2,896	3,461

注. 総数は要介護度別の数値を合計して算出ください。

グループワークⅡ

「医療ニーズの高い要介護4・5の方に対し、実現性のあるサービス提供体制を実現する」ことを考えてみよう！

(1)あなたが「知りたいこと」、「集めたいデータ」を挙げてみてください。(目的を意識して)

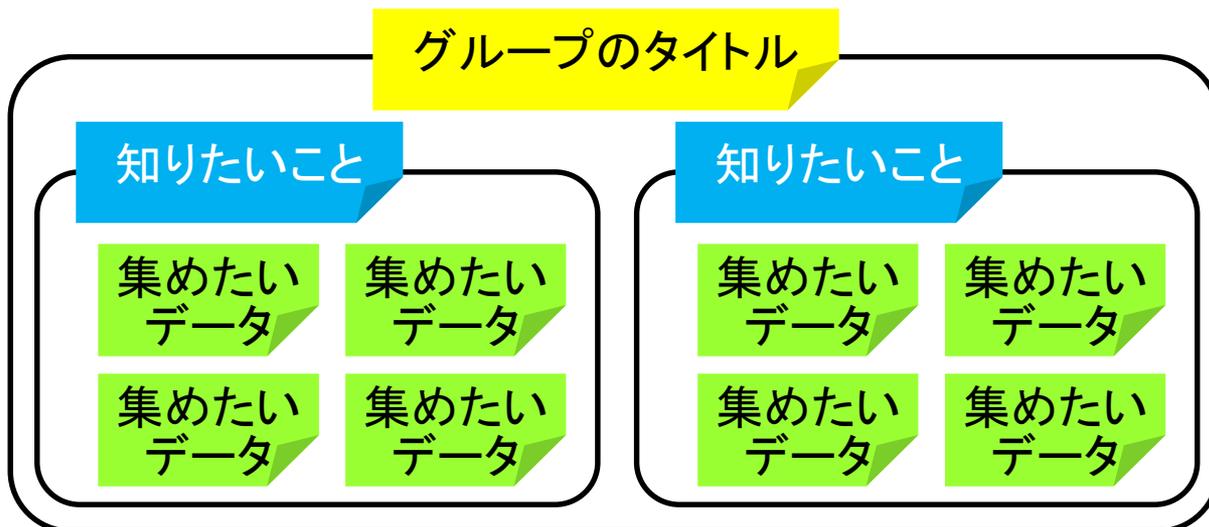
①現状に関すること

②将来の見込み(提供量)に関すること

各自、付箋紙に書き出します(何枚でも可)
青：知りたいこと



皆で発表しながら模造紙の上でグループ化&具体化します
緑の付箋：集めたいデータ
黄色の付箋：グループのタイトル



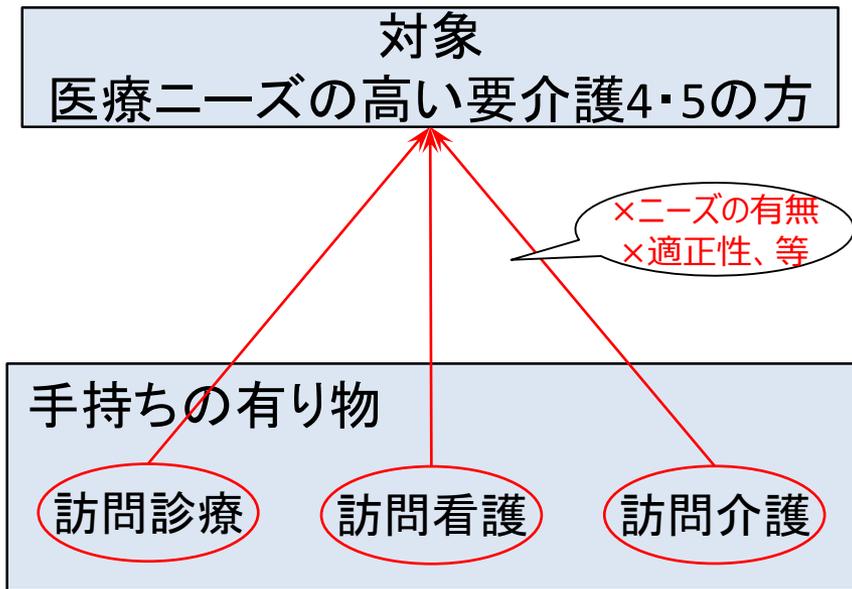
テーマ：介護予防・重度化防止に関する現状を把握したい(資料2 スライド49)

把握したい事項	見える化	認定データ	給付データ	ニーズ調査	在宅介護実態調査	事例検討
1. 新規認定者の実態はどうなっているのか？						
・新規認定者数はどう推移しているのか？		○				
・新規認定の理由は何か？						○
・新規認定者の特徴は何か？		○		※1		
・どんな特性が低下すると新規認定につながるのか？				※1		○
2. 要支援者の重度化の実態はどうなっているのか？						
・要支援者の重度化率はどの程度か？		○				
・重度化した要支援者の特徴は何か？		○				
・どんな特性が低下すると重度化につながるのか？		○				
・要支援状態から改善した人は何が改善したのか？						○
3. 要介護者の重度化の実態はどうなっているのか？						
・要介護者の重度化率はどの程度か？		○				
・重度化した要介護者の特徴は何か？		○				
・どんな特性が低下すると重度化につながるのか？		○				
・要介護状態から改善した人は何が改善したのか？		○				○

適切なサービスの設計には？

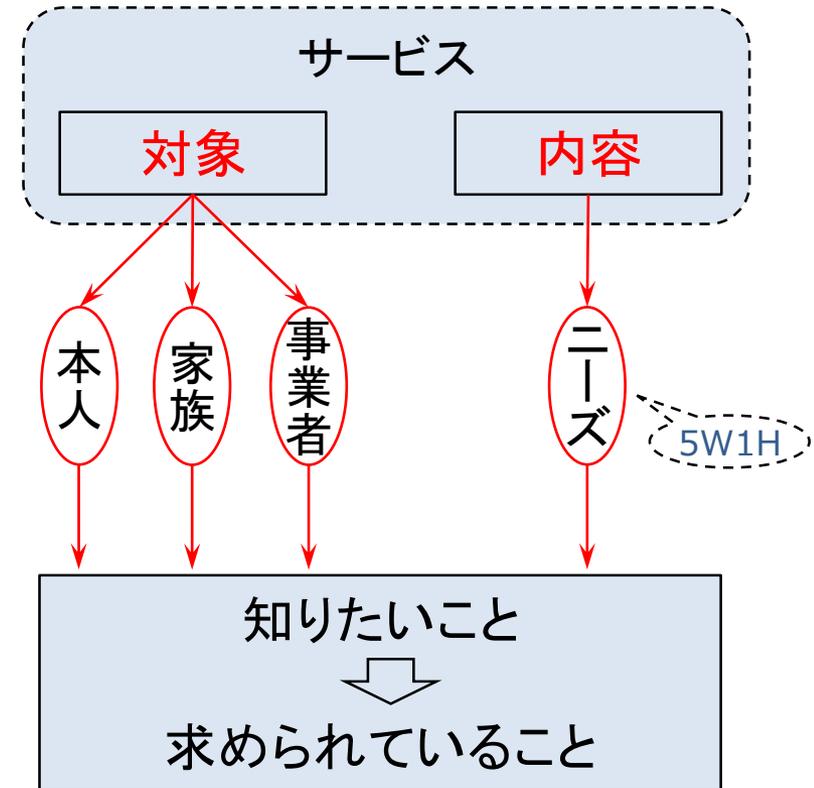
×「供給者の論理」

有り物を無理やりあてがう(求められているか否かは無視)



○ニーズ起点

真に求められているものの提供



グループワークⅡ

「医療ニーズの高い要介護4・5の方に対し、実現性のあるサービス提供体制を実現する」 ことを考えてみよう！

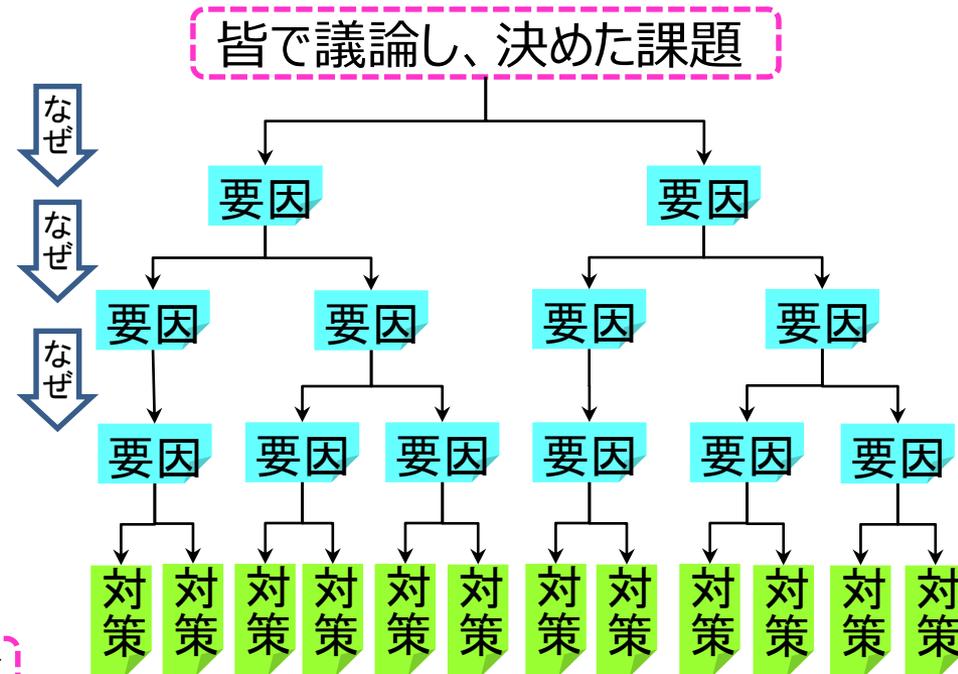
(2)現状や将来のデータ等から、「実現に向けた課題(テーマ)」を1つ設定しましょう(絞り込む)

(3)設定した課題(テーマ)について、

①何が原因なのか、要因を分析しましょう

②要因を解決・改善する対策を考えましょう

皆で付箋紙に書き出し、整理・グループ化



グループワークⅢ

「連携の目的」を意識した上で、目的を達成するために必要なことは何かを考えよう！

(1) 検討・議論するテーマをまず決めましょう！

今回は**「退院時の連携」「看取り期の連携」**のいずれかを選択。

(2) 連携はあくまで「手段」です。では、その目的は何でしょう？

「誰の(誰が)・何のために連携を行うのか」をグループで考えてみて下さい。

キーワードを幾つか挙げ、つなげることで文章にします。
その文章をホワイトボードに記載してください。

(3) 2の目的を達成するためには**「何が必要でしょうか」**？

必要と思われることを挙げてみて下さい。

模造紙の上部分に「2」の文章を記載、その下に付箋紙を使って挙げてみる。

曖昧な用語の定義づけの例（資料2 スライド59）

目標別にみた必要要素

【目標1】本人が「不安なく」退院を迎えることができる

- 病気・症状・今後の経過に対して、適切な説明が行われている
- 病院と在宅関係者間で、治療方針やケア方針が統一されている
- 相談できる体制があり、かつ、患者・家族がアクセスしやすい状況となっている（相談できる担当者の明確化、窓口の明確化、相談がしやすい環境づくり）
- 本人・家族が、退院後の生活をイメージできている
- 退院後の状態や状況に応じた適切な支援体制が準備できている
- 退院後に起こり得る事象を本人・家族が知っており、かつ、その対応方法を理解している（緊急時の連絡先、対応方法など）
- 急変時の入院医療機関での受け入れが可能であることを知っている

【目標2】本人が「納得して」退院を迎えている

- 患者の意向／価値観／考え方が表出（表明）されている
- 患者の意向／価値観／考え方を対応した専門職が傾聴し、理解している
- 患者の意向／価値観／考え方を、病院及び在宅関係者間で共有している
- 患者が必要とする情報が専門職から適切に提供されている
- 本人の意向に沿った様々な提案が行われている（自宅退院が困難な場合の代替案などを含めて）

【事例検討を通じた「目指す姿／現状／課題」の把握方法の例】 (退院事例の場合)

1. 退院事例Aの紹介

(※この事例の答えを出すことが目的ではなく、この事例から連携の現状と課題を学ぶことが主目的。したがって、あまり詳細な情報は必要ない)

2. 「入院～退院～退院後まで」の一連の流れの中で、この事例への対応にどのような在宅医療・介護の連携上の課題があると感じましたか。挙げてみて下さい。

3. ご本人もご家族も「今の在宅での生活を続けていきたい」という意向でしたが、再入院という形になってしまいました。この事例に対して、どのような対応をすれば良かったと思いますか（≡これが目指す姿に近い）。挙げてみて下さい。