

일본 의료 개호 및 지역포괄케어시스템

2018.

건국대학교 의학전문대학원
이건세

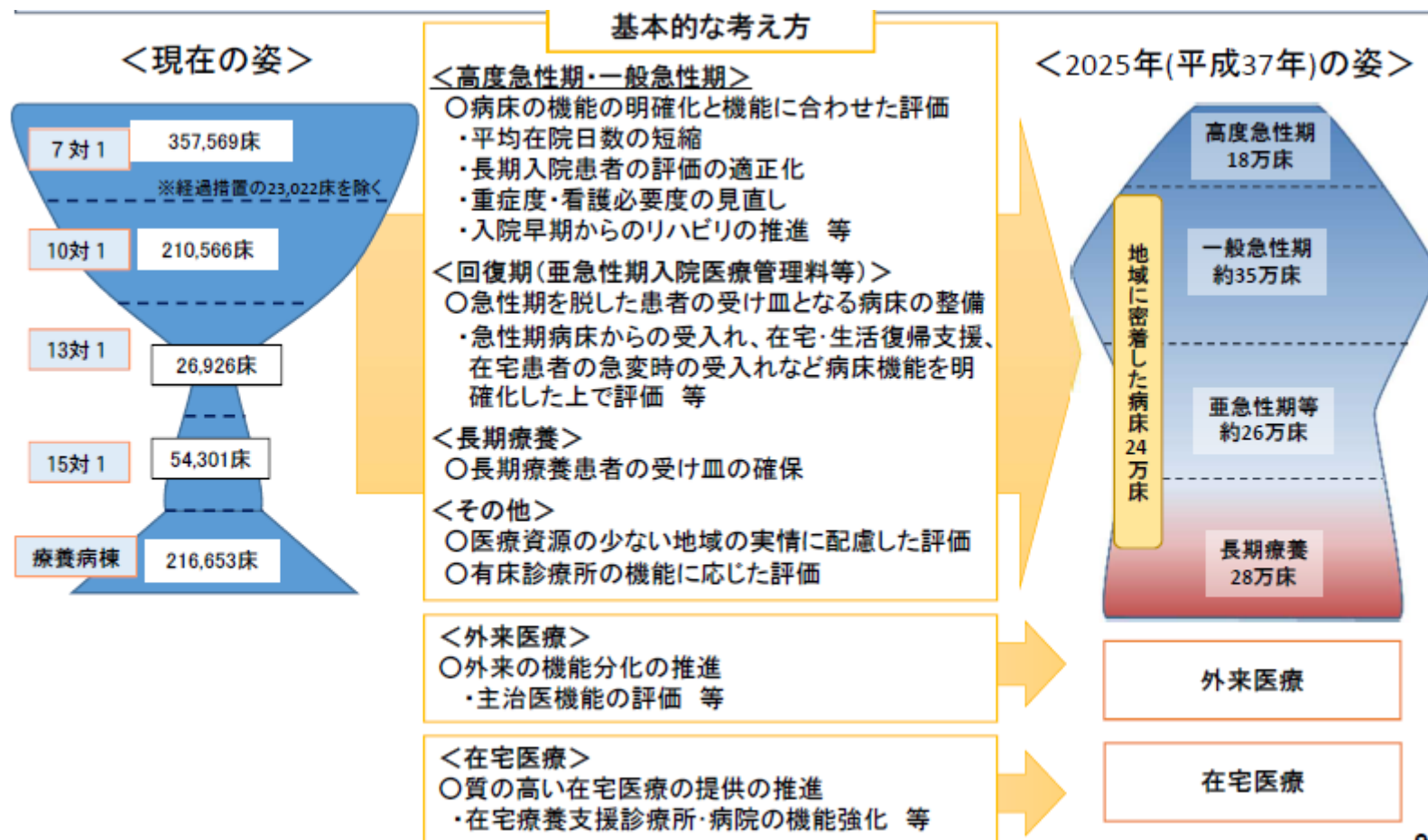
목차

- 일본의 의료개호시스템.
- 일본 하치오지시 의료법인 영생회 사례
- 향후 과제

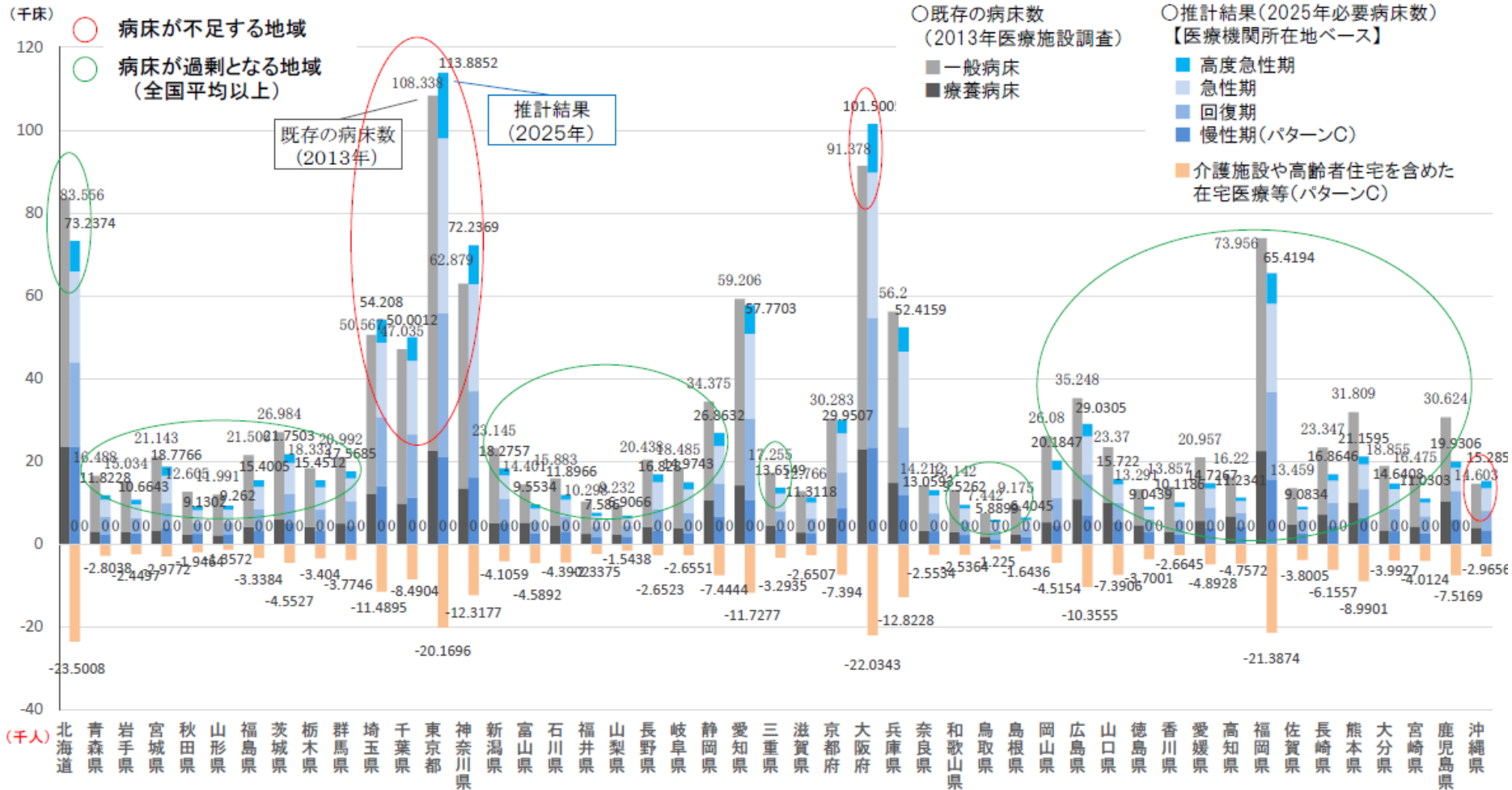
2025년을 향한 카운트다운

- 2025년의 일본은 지금까지의 일본과는 다르다.
- 전혀 다른 나라가 된다고 생각하는 편이 좋을 것이다.
 - 제2차 세계대전 후 최대의 인구수를 자랑하는 단카이 세대 700만명이 모두 후기고령자가 되는 것이 2025년이다.
 - 인구 피라미드의 형태도 크게 변하게 된다.
 - 이것은 곧 국가의 형태가 변한 것이다.
- 의료개호의 변혁 필요하다
 - 이러한 인구 구조의 격변을 눈앞에 두고 의료와 개호의 제공 체계 또한 종전과는 기본적인 개념부터 바꾸어 대대적인 변혁을 맞이할 필요가 있다.
- 이 변혁은 한마디로 말하자면 “병원에서 지역으로의 전환”이다.

次期診療報酬改定における社会保障・税一体改革関連の基本的な考え方



2025年の医療機能別必要病床数の推計結果



병상기능 보고제도의 도입

- 일반병상과 요양병상이라는 구분에서 ① 고도급성기, ② 급성기, ③ 회복기, ④ 만성기로 나누어 보고
- 각 병의원이 가지고 있는 병상기능의 현재 상황과 앞으로의 방향성을 「병동 단위」로 도도부현에 보고
- 입원기간 별로 병원에서 자체적으로 각 병동의 병상기능을 선택하는 방향으로
- 입원 환자상태나 제공하고 있는 의료내용 등도 보고
- 보고항목
 - 구조 항목 : 의료기관의 간호직 수 등의 인원 배치나 의료기기 등의 설비에 대한 보고 항목은 병동 단위 23개 항목,
 - 의료 항목 : 2014년 7월 심사된 분량의 처방전에서 수술 건수나 처치 건수 등 자동적으로 집계하는 항목이 81개 항목
- 병상기능 정보와 함께 지역연계 정보도 필수
 - 환자가 고도급성기에서 급성기, 회복기, 만성기, 재택케어에 이르기까지 구체적으로 어떤 흐름으로 진행되고 있는가를 나타내는 환자 흐름 정보가 중요

2차 의료권 협의의 장

- 의료기관 상호의 합의 형성의 장으로써 「협의의 장」을 설치
- 도도부현 지사 권한 별칙의 상정안
 - ① 의료기관명의 공표,
 - ② 각종 보조금의 교부대상이나 복지 의료 기구에 의한 용자대상에서 제외,
 - ③ 지역 의료지원 병원·특정 기능 병원의 비승인/승인 취소 등
- 2차 의료권은 1985년의 의료 계획 창설 이래 일부의 의료권 재검토
- 지방 소규모 의료권
 - 근처의 의료권과 병합하는 방향
 - 「인구 20만명 미만의 의료권에서 환자유출률 20% 이상, 환자유입률 20% 미만의 소규모 환자유출형의 2차 의료권」
- 대도시권 의료권
 - 현황보다 더 큰 의료권을 설정하여 그 의료권별로 병상구분별 필요량 논의

지역의료구상(構想) 책정 과정

(1) 구상구역의 설정

구상구역은 2차 의료권을 바탕으로 ① 인구 규모, ② 환자의 수진 동향, ③ 질병구조의 변화, ④ 기간병원까지 접근하는 시간— 등의 양상을 감안하여 유연하게 설정한다.

(2) 구상구역별 의료 수요의 추계

4가지의 병상기능 구분(고도급성기, 급성기, 회복기, 만성기)별로 의료 자원 투입량과 입원 기간에 따라 의료 수요(환자수)를 추계한다.

(3) 의료 수요에 비례한 의료 공급(필요 병상수)의 검토

고도급성기에 대해서는 다른 구상구역의 기간병원이 고도급성기병원에 대한 접근성을 고려하면서 검토한다.

급성기에 대해서는 일부를 제외하고 구상구역 내에서 완결하는 것을 목표로 한다.

회복기, 만성기에 대해서는 기본적으로 구상구역 내에서 완결을 목표로 한다.

이상을 주요 질환별로 검토한다.

그리고 향후 바람직한 의료제공체제에 대해서 구상구역 내, 구상구역 사이에서 조정하면서 의료제공체제를 검토해나간다.

또 동일 도도부현 내에서뿐만 아니라 경우에 따라서는 현 경계 지역을 걸쳐서 검토한다.

2025년 구상구역(構想區域)의 설정과 병상추계

- 2025년을 내다보는 구역
- 현 시점의 「2차 의료권」과 차이
 - 「지역에 있어서의 병상의 기능 분화 및 연계를 추진하기 위한 기준으로서 후생노동성령으로 지정된 기준에 따라 정한 구역」
 - 2025년에 있어서의 ① 인구규모, ② 환자의 수진동향(유출률·유입률), ③ 질병구조의 변화, ④ 기간병원(基幹病院)까지의 접근 시간 등 여러 요소를 고려하면서 지역 실태를 바탕으로 설정
- 종래의 산정식을 2025년 모델에 알맞은 산정식으로 재검토할 필요
- 2025년 모델에 알맞은 산정식으로 변경
- 개호복지, 재택 등도 감안한 병상 산정식

의료·개호 제공체계 개혁과 재정 지원

- 『지역 완결형』의 의료개호 서비스에 이바지할 수 있도록 진료보수·개호보수의 체계적 재검토를 진행해야 할 필요
- 지역별로 다양한 실정에 맞는 의료·개호 서비스의 제공체계의 재구축을 꾀하는 관점에서 전국에 일률적으로 설정된 **진료보수·개호보수**와는 다른 재정 지원의 수법(**기금방식**)이 불가결하며 진료보수·개호보수와 적절히 짜 맞추어 개혁을 실현」하는 것이 필요
- 「이 재정 지원에 대해서는 병원 등의 시설이나 설비의 정비에 한하지 않고 지역에서의 의료종사자 확보나 병상의 기능 분화 및 연계 등에 따른 개호 서비스의 충실한 수행을 위한 사업 등도 대상으로 하여 유연하게 지원할 필요」
- 의료법에 기초한 의료계획이나 진료보수 등으로 유도
 - 의료계획에서는 질환별, 사업별로 의료기관 간의 연계를 구축
 - 2년에 한 번 있는 진료보수개정에 의료기관의 기능분화와 연계를 진료보수 인센티브로 유도
- 「지역의료재생자금」 등의 보조금 정책
- **의료법인이나 사회복지법인** 제도의 재검토를 통해 그들의 **합병**을 촉진하고, 지역 내에서의 **경영 통합**을 목표

진료보수개정과 병상기능 분화·연계

- 2014년 진료보수개정을 통한 병상기능 분화 유도
 - 7대1 입원기본료 병상의 삭감(36만 병상)
 - 지역포괄 케어병동의 창설
 - 재택의료의 충실
- 2014년 진료보수개정의 중점 과제
 - 입원의료 : 급성기 병상기능의 명확화 급성기 이후에 받아들일 곳이 되는 병상의 정비, 유상진료소의 기능에 맞춘 평가 등
 - 외래의료 : 의원·중소 병원의 주치의 기능의 평가, 대형병원의 전문 외래의 평가 등
 - 재택의료 : 재택요양지원 병의원의 기능 강화, 재택요양지원 병의원 이외의 의료기관에 의한 재택이용의 추진, 방문간호 스테이션의 대규모화 추진, 재택치과의료의 추진, 재택약제관리 지도의 추진 등
 - 관련 네트워크 : 입원, 재택, 치과, 약국, 간호, 개호 등의 네트워크에 있어서 원활한 이행이나 빈틈없는 연계 등

지역포괄 케어병동

- [지역포괄 케어병동] 기능 정의
 - (1) 급성기병상에서의 환자 수용(후급성기(post acute)),
 - (2) 재택 등에 있는 환자의 응급 상황시 수용(아급성기),
 - (3)재택으로의 복귀지원
- 새로운 아급성기 병상 : 원칙으로 병동단위로
 - 200병상 이상 병원은 병동단위 신청
 - 200병상 이하 병원에서는 병원 전체 또는 1병동에 한해 병상단위라도 인정
- 산정 요건
 - 일정 중증도, 의료/간호필요도 기준 (A항목이 1점 이상의 환자가 10% 이상)을 충족시킬 것,
 - 재택요양 지원 병원, 2차 응급병원 또는 응급고시 병원일 것,
 - 재택복귀율 (70%)의 실적,
 - 간호직원, 종래의 재활 직원, 간호보조 배치 요건 마련
 - 질환별 재활의 시행, 재활 환자에 있어서는 1일 2단위 이상을 제공할 것,
 - 1병상 당 6.4m²의 면적기준 등 꽤 높은 기준을 설정

지역포괄 케어병동 수가 및 동향

- 수가

- 지역포괄 케어병동 입원료 (입원 의료관리비)1 2.558점(60일까지)
- 지역포괄 케어병동 입원료 (입원 의료관리비)2 2.058점(60일까지)
- 간호 직원 배치 가산 150점
- 간호 보조자 배치 가산 150점
- 응급/재택 등 지원 병상 초기가산 150점(14일까지)

- 지역포괄 케어병동의 동향은 어땠을까?

- 지역포괄 케어병동 입원료 등을 신고한 병상수
- 2014년 10월 시점에서 전국에서 2.46만 병상

의료 계획 작성 지침 (07년 7월 통지)

• 의료 계획의 연계의 개념

- 각 의료 기능을 담당하는 관계자가 상호 신뢰를 조성하고 원활한 연계가 추진되도록 실시함
- 각 의료기능을 담당하고 결정하는 관계자 모두가 인식·정보를 공유
 - 의료 연계의 필요성에 대한 인식 공유
 - 의료기관 등에 관한 인력, 시설비 및 진료 기능에 대한 정보 공유
 - 해당 질병 및 사업에 관한 해당 질병 및 사업에 관한 최신 지식과 진료 기술에 관한 정보 공유

- 상황에 따라, **지역 연계 Critical Path(CP)** 도입에 관한 검토를 실시함

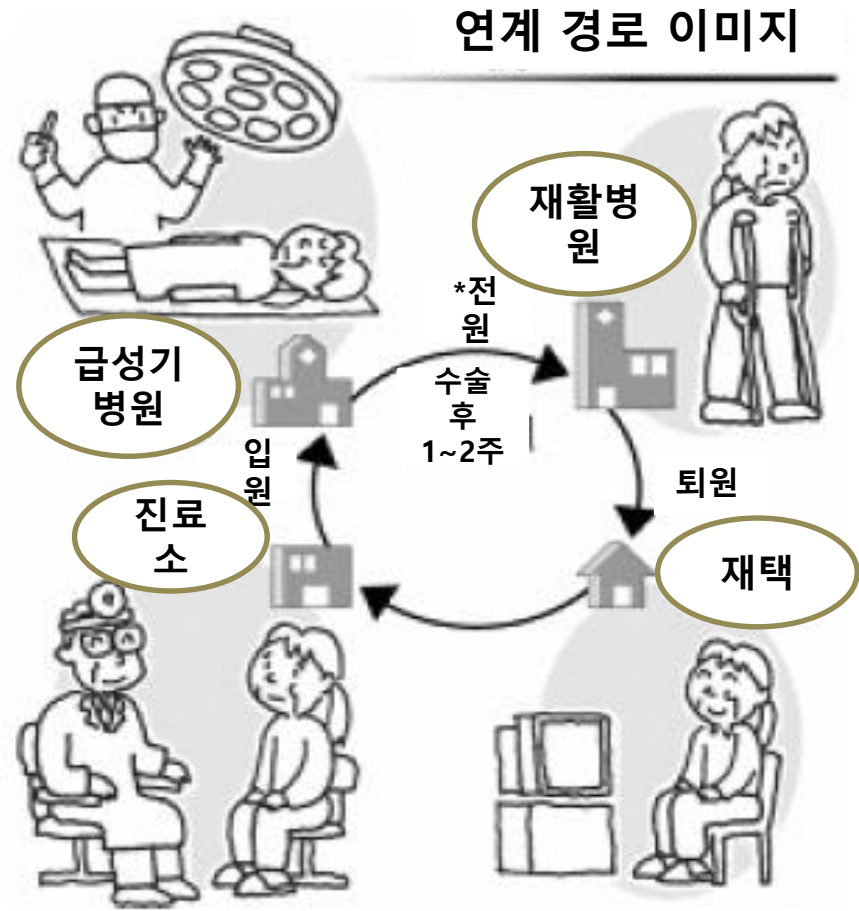
지역 연계 Critical Path란?

• 지역 연계 Critical Path

- 질병별로 질병의 발병부터 진단, 치료,

재활치료까지 진료 지침에 따라 작성하는 일련의 지역 진료 계획

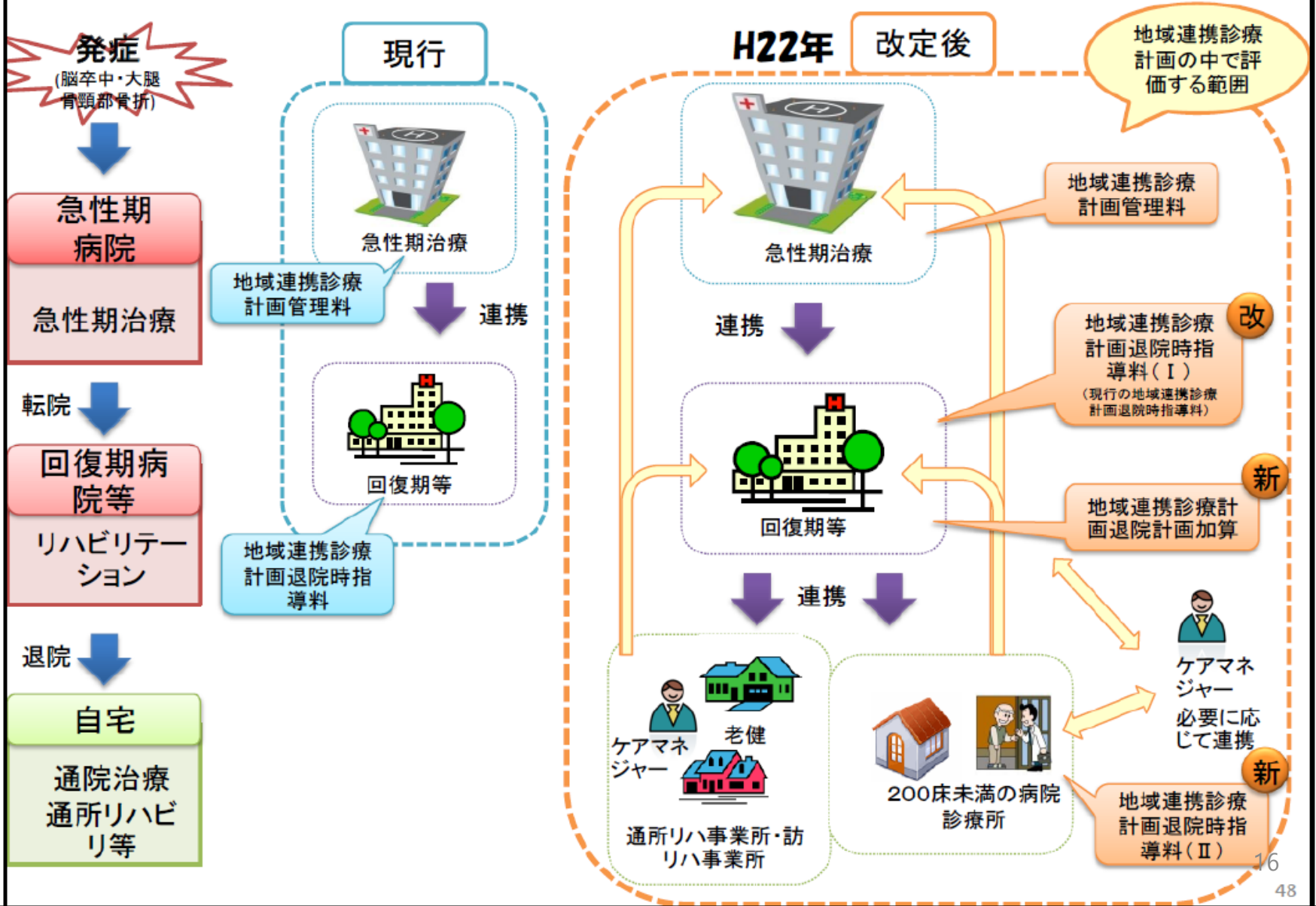
- 병 지역 연계 CP
- 병 진찰 지역 연계 CP
- 간병 연계 CP



* 전원 : 입원한 병원을 옮김

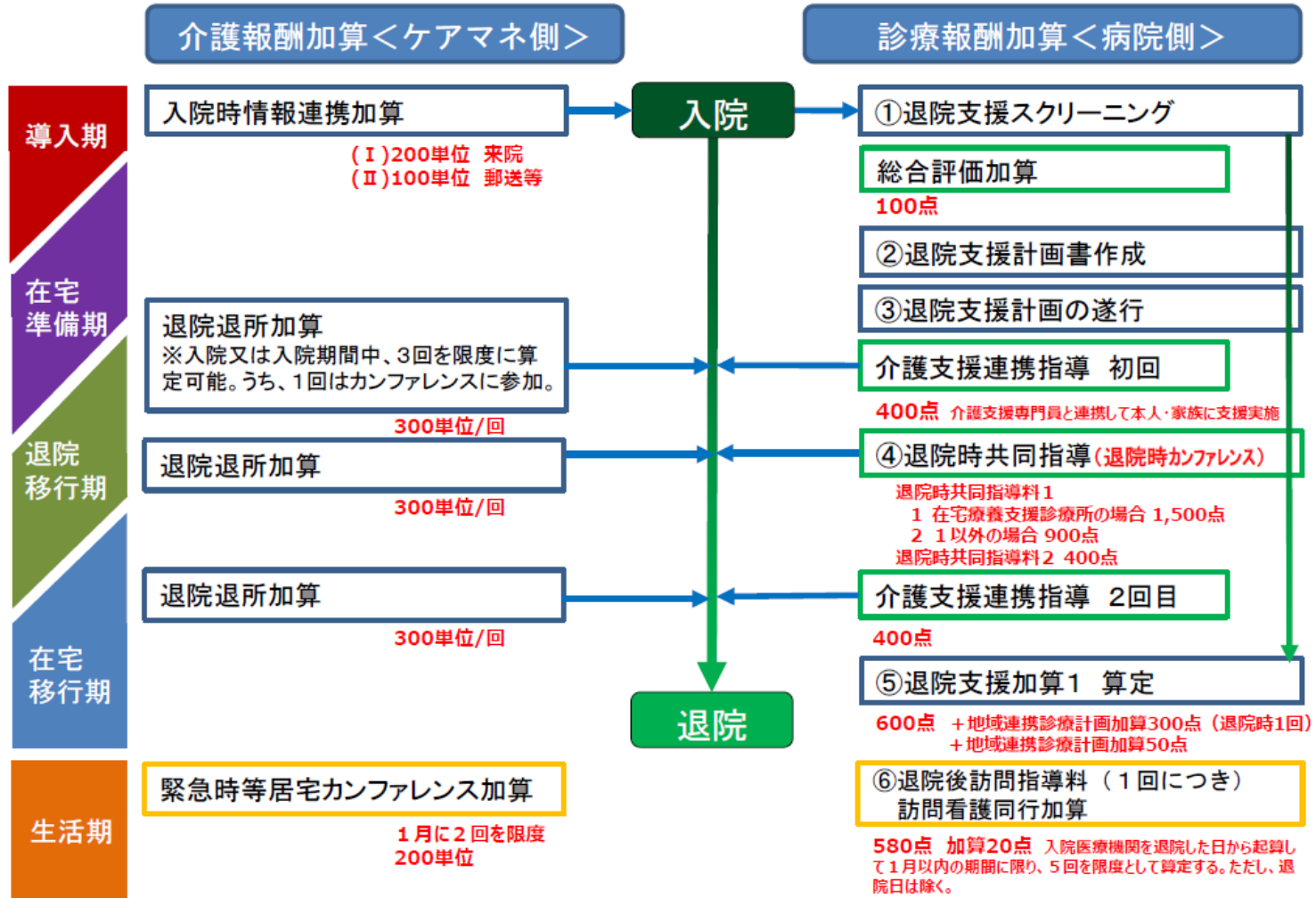
지역연계 CP와 진료 보수

大腿骨頸部骨折・脳卒中に係る医療機関等の連携の評価



지역연계 : 퇴원 지원 진료보수

退院時連携に係る介護・診療報酬の一覧



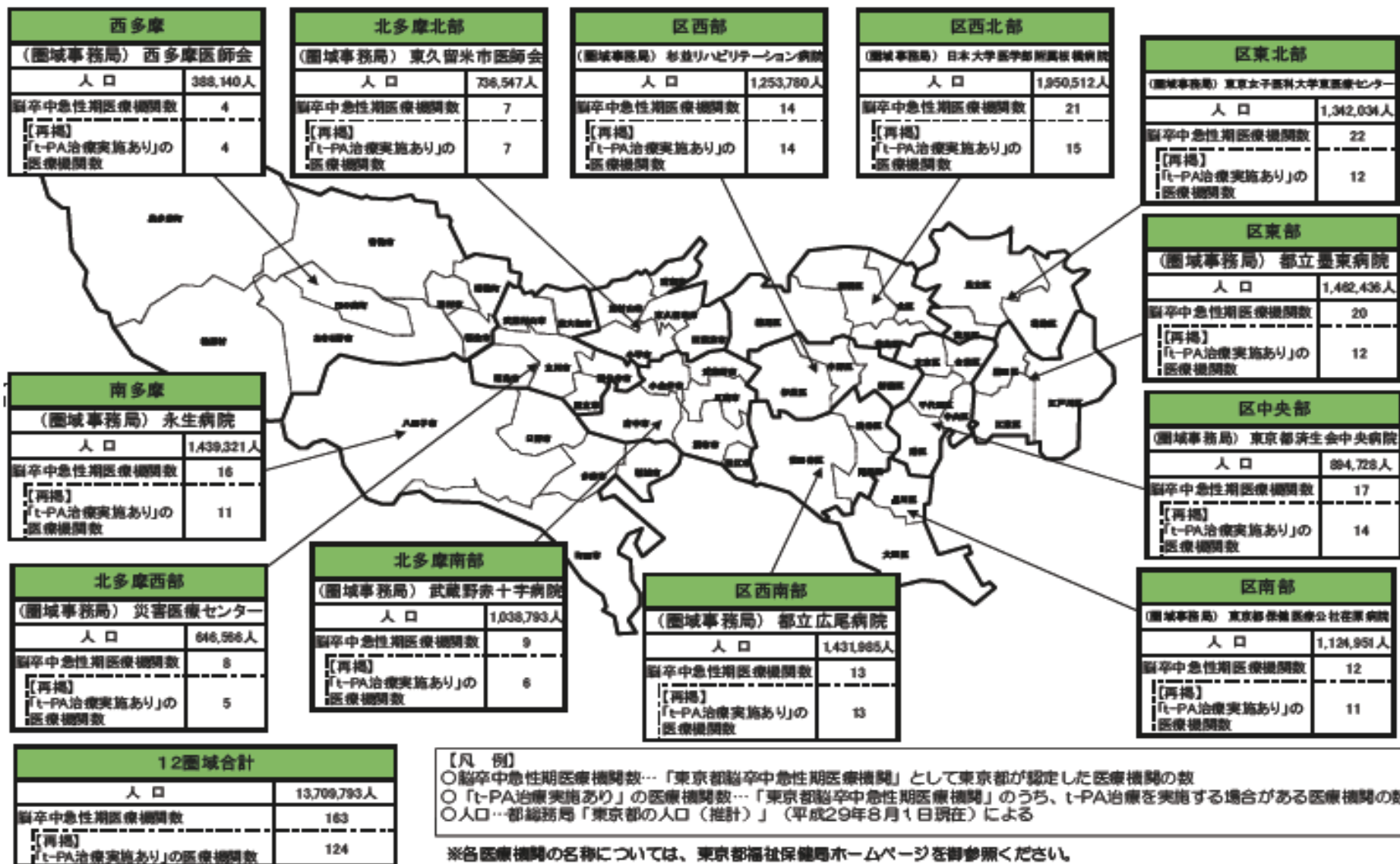
지역 CP의 필수요건

- 퇴원/병원을 옮기 기준의 명기
- 입원과 퇴원시의 ADL("일상 생활 기능 평가표")명기
- 계획 관리 병원에 위의 결과 보고(패스 반송)
- 년 3차례의 운용 회의
- 계획 관리 병원은 평균 재원 일수가 17일 이내임.
- (뇌 중풍의 경우)뇌 중풍과 관련한 의료 연계 체제를 담당하는 의료 기관으로, **도도 부현 의료 계획**에 기재되어 있는 것.
- 급성기 퇴원시의 일상 생활 기능 평가를 연계 병원 입원했을 때의 값으로 하는 것.
- **지방 후생국에 신고**

東京都 保健医療計画

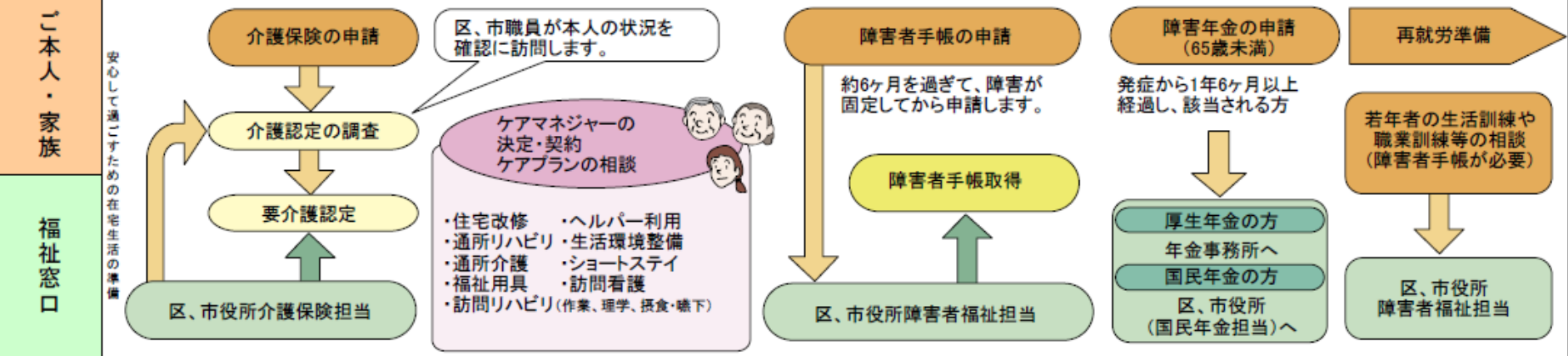
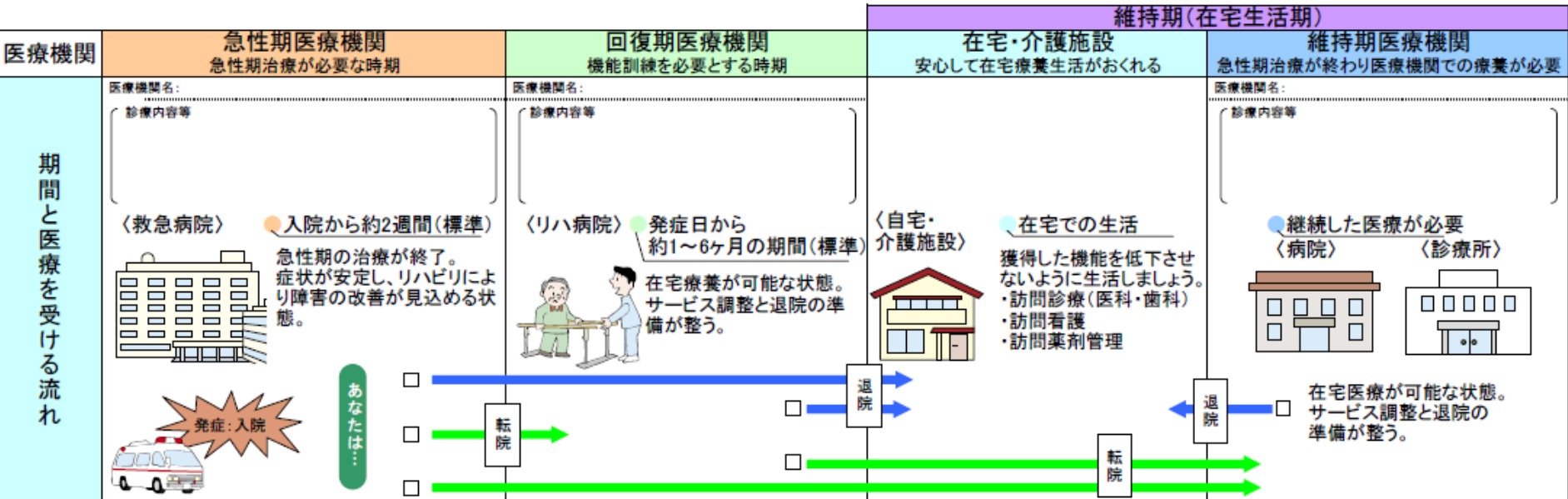
平成30年3月改定

東京都脳卒中急性期医療機関数と圏域事務局（二次保健医療圏別）



■東京都脳卒中地域連携診療計画書(患者説明用パス) **基本は『在宅生活に戻れること!』。在宅サービスを利用し、『安心して過ごせる』を支援させていただきます。**

フリガナ 氏名	性別 様	男 女	生年月日 (年齢)	() 歳	診断名 <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 脳出血 <input type="checkbox"/> くも膜下出血 <input type="checkbox"/> その他	既往症他 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 心房細動	発症日	入院日
								手術日	担当医・看護師



<input type="checkbox"/> 説明者 医療機関名: TEL:	氏名: 説明日: 年 月 日	患者・ご家族サイン	この計画書は、標準的な経過を説明したものです。あなたの状態により、異なる経過になることもあります。ご質問がありましたら、遠慮なくスタッフにお尋ねください。
--	-------------------	-----------	---

東京都脳卒中地域連携診療計画書（急性期パス）

ふりがな 患者氏名	医療機関名： 診療科：
生年月日 年 月 日（歳）	担当医師：
診断名 <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 脳出血 <input type="checkbox"/> くも膜下出血 <input type="checkbox"/> その他（ ）	発症日 年 月 日 入院日 年 月 日
t-PAの実施 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 手術日 年 月 日	退院日 年 月 日

基本動作	入院時（年 月 日）計 点		退院時（年 月 日）計 点	
	寝返り	6	5	4
起き上がり	6	5	4	3
端座位	6	5	4	3
立ち上がり	6	5	4	3
立位	6	5	4	3
6点:完全自立	3点:部分介助			
5点:修正自立 (手や手すりを使用する場合)	2点:全介助			
4点:監視・口頭修正 (安否が解除されていない場合)	1点:禁止			

日常生活機能評価表	入院時（年 月 日）計 点		退院時（年 月 日）計 点	
	床上安静の指示 どちらかの手を胸元まで持ち上げられる	0	1	0
寝返り	0	1	0	2
起き上がり	0	1	0	1
座位保持	0	1	0	2
移乗	0	1	0	2
移動方法	0	1	0	1
口腔清潔	0	1	0	1
食事摂取	0	1	0	2
衣服の着脱	0	1	0	2
他者への意思伝達	0	1	0	2
診療療養上の指示が通じる	0	1	0	1
危険行動	0	1	0	1
0:できる(介助なし) 2:できない(全介助) 1:できない(一部介助)				

Barthel Index	入院時（年 月 日）計 点		退院時（年 月 日）計 点	
	食事	10	10	5
移乗	15	15	10	10
整容	5	5	0	0
トイレ動作	10	10	5	5
入浴	5	5	0	0
歩行	15	15	10	10
階段	10	10	5	5
着替え	10	10	5	5
排便	10	10	5	5
排尿	10	10	5	5

NIHSS	発症日（年 月 日）計 点				退院時（年 月 日）計 点			
	1a 意識水準	0	1	2	3	0	1	2
1b 意識障害一質問	0	1	2		0	1	2	
1c 意識障害一従命	0	1	2		0	1	2	
2 最良の注視	0	1	2		0	1	2	
3 視野	0	1	2	3	0	1	2	3
4 顔面麻痺	0	1	2	3	0	1	2	3
5 上肢の運動	(右)0 1 2 3 4 9(切断 関節癒合)	(左)0 1 2 3 4 9(切断 関節癒合)	(右)0 1 2 3 4 9(切断 関節癒合)	(左)0 1 2 3 4 9(切断 関節癒合)				
6 下肢の運動	(右)0 1 2 3 4 9(切断 関節癒合)	(左)0 1 2 3 4 9(切断 関節癒合)	(右)0 1 2 3 4 9(切断 関節癒合)	(左)0 1 2 3 4 9(切断 関節癒合)				
7 運動失調	0 1 2 9(切断 関節癒合)							
8 感覚	0 1 2							
9 最良の言語	0 1 2 3							
10 構音障害	0 1 2 9(挿管 身体的障壁)							
11 消去減少と注意障害	0 1 2							

退院・転院基準	
<input type="checkbox"/>	全身状態が安定し、重篤な合併症が無い。
<input type="checkbox"/>	身体・精神機能、日常生活動作能力の向上が（ <input type="checkbox"/> 期待できる <input type="checkbox"/> 期待できない）。
<input type="checkbox"/>	在宅環境整備、社会資源活用が必要性が（ <input type="checkbox"/> 高い <input type="checkbox"/> 低い）。
<input type="checkbox"/>	将来（ <input type="checkbox"/> 歩行能力獲得 <input type="checkbox"/> 車椅子移動 <input type="checkbox"/> ベッド生活）が予測される。
診療計画	
<input type="checkbox"/>	自宅退院 → 外来： 病院 科
<input type="checkbox"/>	転院（回復期リハビリテーション病院・療養型病院・一般病院・他）
<input type="checkbox"/>	施設（老人保健施設・老人ホーム・グループホーム・他）

本人・家族への指導・説明	
	再発危険因子コントロール目標
<input type="checkbox"/>	高血圧：随時血圧 (mmHg) : <input type="checkbox"/> <130/80 <input type="checkbox"/> <130/85 <input type="checkbox"/> <140/90
<input type="checkbox"/>	糖尿病：HbA1c(%) <input type="checkbox"/> ≤5.8 <input type="checkbox"/> ≤6.5 <input type="checkbox"/> その他()
<input type="checkbox"/>	脂質異常：□HDL(mg/dL) ≥40、□TG(mg/dL) <150、 □LDL(mg/dL) : <input type="checkbox"/> <100 <input type="checkbox"/> <120 <input type="checkbox"/> <140 <input type="checkbox"/> <160
<input type="checkbox"/>	ワーファリンPT-INR : <input type="checkbox"/> 2.0~3.0 <input type="checkbox"/> 1.6~2.6 <input type="checkbox"/> その他()
<input type="checkbox"/>	禁煙
<input type="checkbox"/>	その他
備考	

지역연계 : 퇴원 지원

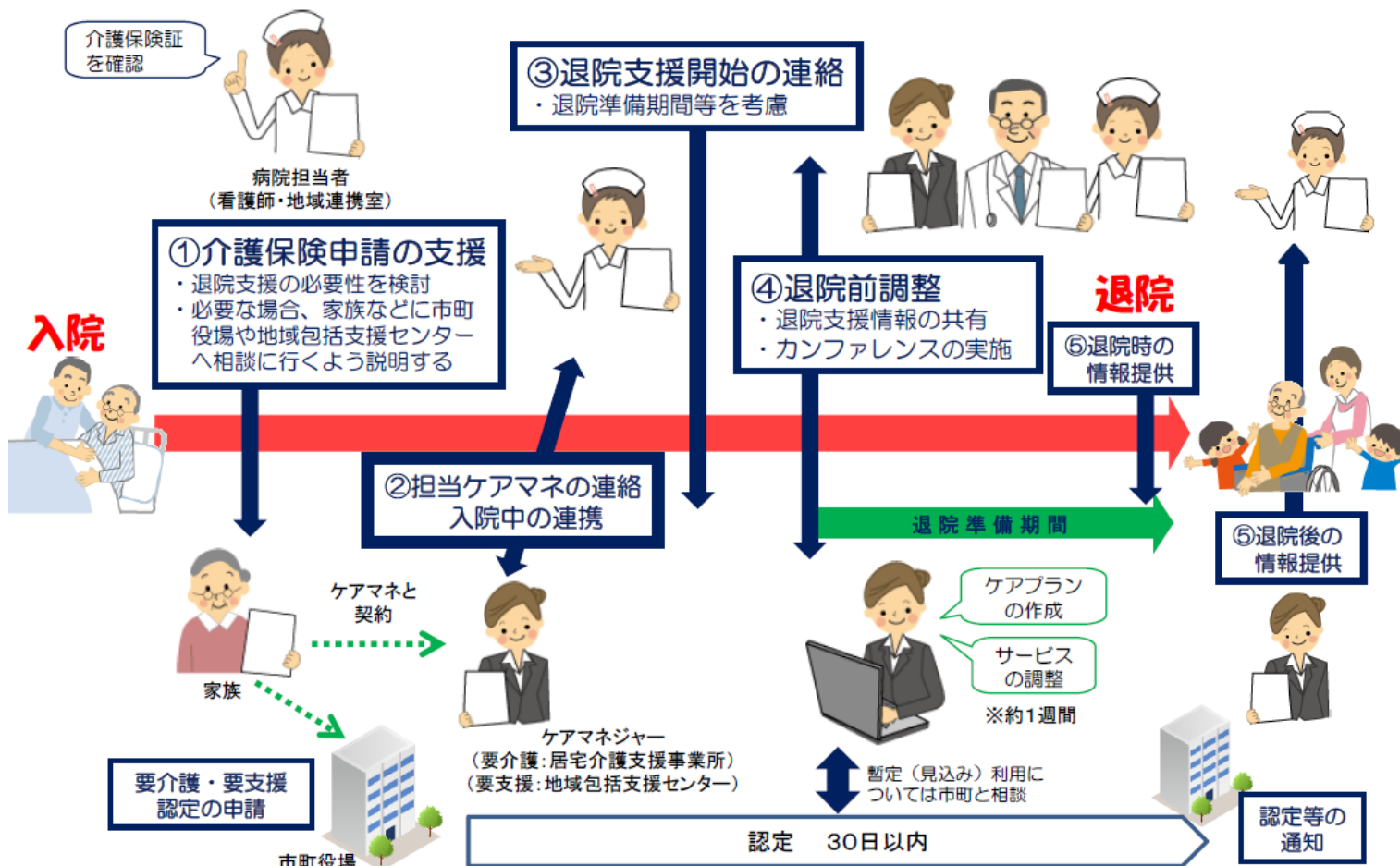
1) 退院に向けての準備におけるポイント

医療管理上の検討課題	生活ニーズ上の検討課題
<ul style="list-style-type: none">●生活の場で継続可能な簡素化したケアへの切り替え (点滴・注射・内服等)●患者・家族への教育・指導●現症状と予測症状の確認と症状緩和●病状悪化時の医療提供体制●治療の継続	<ul style="list-style-type: none">●退院後の生活のイメージ<ul style="list-style-type: none">*療養者と家族のイメージの乖離*療養者・家族と現状のイメージの乖離*療養者・家族と支援者とのイメージの乖離●退院後の生活を見据えた視点[※]で<ul style="list-style-type: none">身体介助と環境調整【食事】 【排泄】 【移動】【清潔】 【楽しみや生きがい】【住環境】
<ul style="list-style-type: none">●家族の思い・介護力・生活状況	

지역연계 : 퇴원 지원

福井県「退院支援ルール」

B 入院前にケアマネがない患者の場合



지역포괄케어시스템과 재택의료

- 「개호가 필요하게 되어도 익숙한 지역에서 그 사람다운 자립적인 생활을 할 수 있도록 의료, 개호, 예방, 생활 지원, 주거를 포괄적이고 지속적으로 제공하는 시스템」이다. 한마디로 [aging in place], [익숙한 지역에서 최후까지]
- 전국 1700의 시구정촌
 - 시구정촌의 지역포괄 케어시스템의 구축에서 중심 역할
 - 의료 담당 부서와 개호 담당 부서의 횡적 연결이 중요
 - 보건, 국민의료보험, 개호 등의 담당 부서의 사전 협의와 연계
- 재택의료와 개호연계구축이 지역포괄케어의 핵심

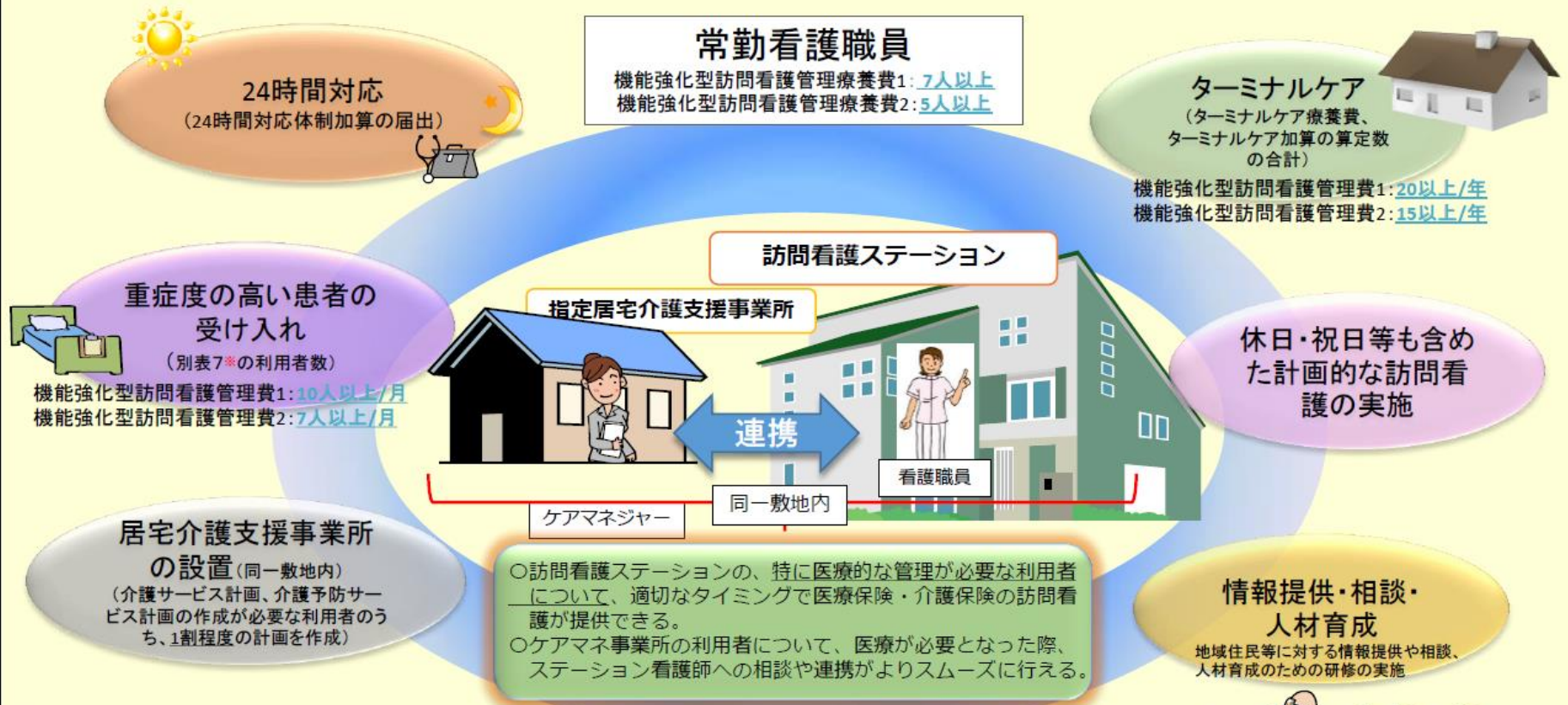
진료보수개정과 재택의료

- 2025년을 향한 의료제공체제 개혁의 일환으로 재택의료의 충실강화
- 2010년 진료보수개정으로 신설
 - 진료소, 병원 가운데 요건 만족하는 기관
- 기능강화형 재택요양 지원진료소, 병원 요건
 - ① 재택医료를 담당하는 상근의사 3명 이상,
 - ② 과거 1년간의 응급왕진의 실적 5건 이상,
 - ③ 연간 재택 임종 실적이 2건 동시에
- 단독강화형(단독으로도 만족), 연계강화형(복수의 의료기관이 연계해 만족)
- 강화형 재택요양 진료소, 병원 현황(2012년 7월)
 - 재택요양 지원 진료소 1만3758개 중 단독강화형은 221곳, 제휴강화형은 2604곳 까지 증가
 - 재택요양 지원 병원 746 중 단독강화형 138곳, 연계강화형은 264곳

재택의료와 방문간호스테이션

機能強化型訪問看護ステーションの評価②

- ▶ 在宅医療を推進するため、24時間対応、ターミナルケア、重症度の高い患者の受け入れ、居宅介護支援事業所の設置等、機能の高い訪問看護ステーションを評価する。



※特掲診療料の施設基準等・別表第7に掲げる疾病等
末期の悪性腫瘍、多発性硬化症、重症筋無力症、スモン、筋萎縮性側索硬化症、脊髄小脳変性症、ハンチントン病、進行性筋ジストロフィー症、パーキンソン病関連疾患(進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病(ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ3以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る)、多系統萎縮症(線条体黒質変性症、オリブ橋小脳萎縮症及びシャイ・ドレーガー症候群)、プリオン病、垂急性硬化性全脳炎、ライソソーム病、副腎白質ジストロフィー、脊髄性筋萎縮症、球脊髄性筋萎縮症、慢性炎症性脱髄性多発神経炎、後天性免疫不全症候群、頭髄損傷、人工呼吸器を使用している状態



在宅医療・介護連携を 위한 市町村 ハンドブック

例) 大分県 臼杵市医師会立コスモス病院における24時間365日在宅医療提供体制構築への取組み (図 27)



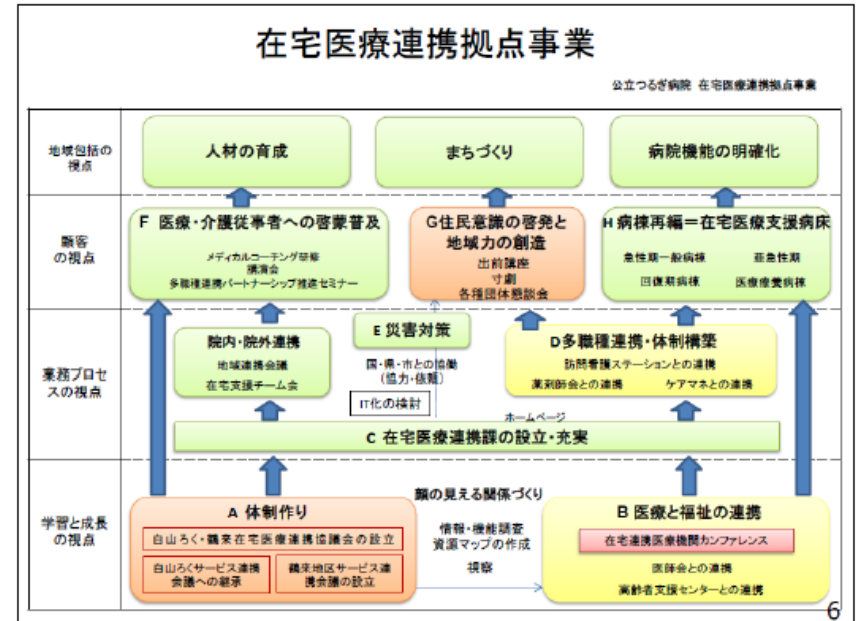
例) 東京都 板橋区医師会における地域住民への普及啓発活動の取組み (図 36、図 37)



例) 北海道 夕張市立診療所における24時間365日在宅医療提供体制構築への取組み (図 28)



例) 石川県 公立つぎ病院における事業計画 (図 40、図 41)



在宅医療・介護連携を 위한 市町村 ハンドブック

例) 大分県 臼杵市医師会立コスモス病院における24時間365日在宅医療提供体制構築への取組み (図 27)



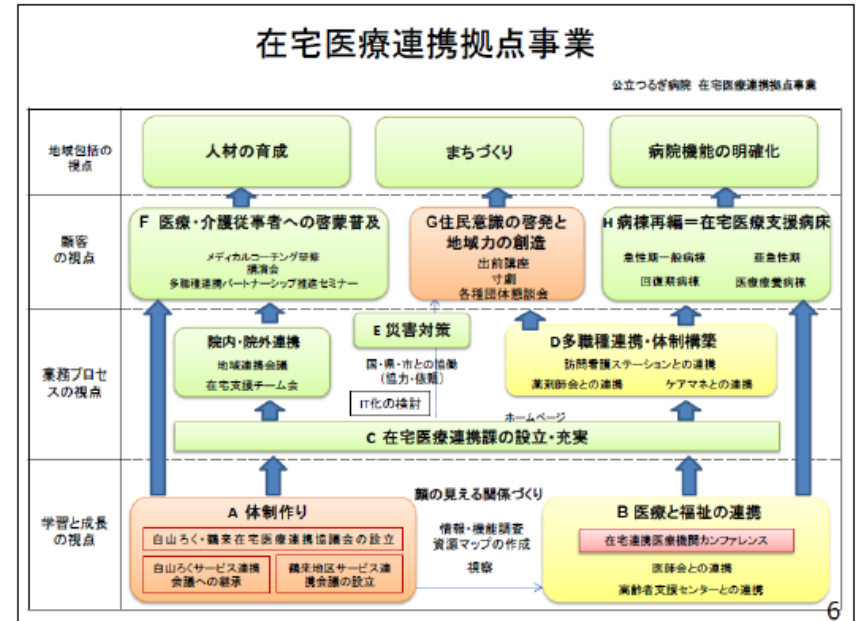
例) 東京都 板橋区医師会における地域住民への普及啓発活動の取組み (図 36、図 37)



例) 北海道 夕張市立診療所における24時間365日在宅医療提供体制構築への取組み (図 28)



例) 石川県 公立つぎ病院における事業計画 (図 40、図 41)



介護サービスの種類

	都道府県・政令市・中核市が指定・監督を行うサービス	市町村が指定・監督を行うサービス
介護給付を行うサービス	<p>◎居宅介護サービス</p> <p>【訪問サービス】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○訪問介護(ホームヘルプサービス) ○訪問入浴介護 ○訪問看護 ○訪問リハビリテーション ○居宅療養管理指導 <p>○特定施設入居者生活介護</p> <p>○福祉用具貸与</p> <p>◎居宅介護支援</p> <p>◎施設サービス</p> <ul style="list-style-type: none"> ○介護老人福祉施設 ○介護老人保健施設 ○介護療養型医療施設 <p>【通所サービス】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○通所介護(デイサービス) ○通所リハビリテーション <p>【短期入所サービス】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○短期入所生活介護(ショートステイ) ○短期入所療養介護 	<p>◎地域密着型介護サービス</p> <ul style="list-style-type: none"> ○定期巡回・随時対応型訪問介護看護 ○夜間対応型訪問介護 ○認知症対応型通所介護 ○小規模多機能型居宅介護 ○看護小規模多機能型居宅介護 ○認知症対応型共同生活介護(グループホーム) ○地域密着型特定施設入居者生活介護 ○地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 ○複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護)
予防給付を行うサービス	<p>◎介護予防サービス</p> <p>【訪問サービス】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○介護予防訪問介護(ホームヘルプサービス) ○介護予防訪問入浴介護 ○介護予防訪問看護 ○介護予防訪問リハビリテーション ○介護予防居宅療養管理指導 <p>○介護予防特定施設入居者生活介護</p> <p>○介護予防福祉用具貸与</p> <p>【通所サービス】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○介護予防通所介護(デイサービス) ○介護予防通所リハビリテーション <p>【短期入所サービス】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○介護予防短期入所生活介護(ショートステイ) ○介護予防短期入所療養介護 <p>◎介護予防支援</p>	<p>◎地域密着型介護予防サービス</p> <ul style="list-style-type: none"> ○介護予防認知症対応型通所介護 ○介護予防小規模多機能型居宅介護 ○介護予防認知症対応型共同生活介護(グループホーム) <p>◎介護予防支援</p>

このほか、居宅介護(介護予防)福祉用具購入費の支給、居宅介護(介護予防)住宅改修費の支給、市町村が行う介護予防・日常生活支援総合事業がある。

介護保険サービスの体系



在宅

訪問系サービス

- ・訪問介護 ・訪問看護 ・訪問入浴介護・居宅介護支援等
- (例)ホームヘルパーが1時間、身体介護を行う場合
- 1時間:3,880円

通所系サービス

- ・通所介護 ・通所リハビリテーション等
- (例)通所介護(デイサービス)で1日お預かりする場合
- 要介護3の方:8,980円

短期滞在系サービス

- ・短期入所生活介護等
- (例)短期入所生活介護(ショート)で1日お預かりする場合
- 要介護3の方:7,810円

居住系サービス

- ・特定施設入居者生活介護 ・認知症共同生活介護等
- (例)特定施設(有料老人ホーム等)に入所する場合
- 要介護3の方:1日当たり6,660円

入所系サービス

- ・介護老人福祉施設 ・介護老人保健施設 等
- (例)介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)に入所する場合
- 要介護3の方:1日当たり7,620円



施設

利用者負担額は目安です。お住まいの市町村やお使いになる事業所によって異なります。

지역의료연계 추진 법인

- 병원 간의 연계는 커녕 환자 쟁탈전이 벌어져 극히 비효율적인 상황
 - 지역 안에서 비슷한 기능을 가진 그러나 경영 주체가 다른 크고 작은 여러 병원이 난립. 의료 전문인력이 분산되거나 의료기기 등의 중복 투자가 발생하고 있어 결과적으로 병원 간의 연계는 커녕 병원 간 환자 쟁탈전
- 「경쟁에서 협조로」, 「지역연계에서 지역경영 통합으로」
- 「의료·개호 서비스의 네트워크화를 추진하기 위해서는 경쟁보다는 협력이 필요하며, 의료법인 등이 용이하게 재편 및 통합될 수 있도록 제도를 재검토하는 것」이 필요
- 「기능의 분화·연계의 추진에 이바지할 수 있도록 법인 간의 합병이나 권리 이전 등을 신속히 실행할 수 있는 길을 열도록 제도 개정을 검토하는」 것의 필요
- 비영리성이나 공공성의 견지를 전제로 하면서 기능의 분화·연계의 추진.

지역의료연계 추진 법인

- 「광역 의료권 통합의료사업체」
- 「의료기관 상호간의 기능분담 및 업무의 연계를 추진하고 지역의료구상을 달성하기 위한 하나의 선택」
- 「복수의 의료법인 및 사회복지법인 등을 묶어서 일체적으로 경영하는 것을 법제상 가능하게 하는 비영리 홀딩 컴퍼니형 법인(가칭) 제도」
- 미국의 IHN(Integrated Healthcare Network)
- 3가지를 공유 구조
- ① 이념을 공유할 것, 비영리 홀딩 컴퍼니형 법인 및 이에 참가하는 의료법인 등이 협력하여 사회에 대하여 어떠한 공헌을 하나갈 것인가를 명확히 하는 「이념」을 책정
- ② 이념을 실현하기 위한 의사결정을 공유할 것, 이념을 실현하기 위해 비영리 홀딩 컴퍼니형 법인의 의사 결정 개개의 실행을 따라서 참가하는 의료법인 등이 법인 운영을 시행하도록 필요한 거버넌스의 구조를 짤 것.
- ③ 이념 등을 실현하기 위해 인적·금적·물적 자원을 유효하게 활용. 참가하는 의료법인 등의 인적·금적·물적 자원을 유효하게 활용
- 개인에 배당하지 않는 비영리 법인 사이에서 자금의 융통이 가능하도록 하는 비영리 홀딩 컴퍼니형 법인이 주식회사(개호 사업 등)에 출자

향후 과제

커뮤니티케어의 설계

- 필요한 서비스는? 서비스의 유형?
 - 요구, 문제점은? 단기적, 장기적 목표는?
 - 서비스 유형(시설, 재택, 재가 등), 필수적 서비스(급여)와 선택적
- 서비스 대상자는?
 - 노인(기능장애), 장애인, 어린이, 정신질환자, 치매
 - 서비스 대상자 및 필요 서비스의 요구 판단은?
- 서비스 제공자는?
 - 제공주체 : 공공, 민간,
 - 의료, 복지, 보건?
 - 연계는? 건강보험, 요양보험, 사회복지
- 인프라 공급자, 시장은?
 - 공공, 민간공급업자, 공익, 비영리, 영리,
 - 필요한 인력, 시설의 공급
- 재원은?
 - 국비 및 지방비, 보험(건강보험, 장기요양보험), 자비
 - 복합적? 비용 부담은(국비, 지방비)? 보험(본인부담수준)

커뮤니티케어의 설계

- 정책적 결정사항(상수)
 - 노인, 치매, 정신, 장애인
 - 그룹홈, 중간시설, 방문요양, 간호 등
- 정책적 고려사항(변수)
 - 의료전달체계, 일차의료, 요양병원 및 요양시설
 - 사회적 입원, 요양병원, 의료기능 개편
- 정책적 환경 및 이슈
 - 고령화, 주거 및 주택시장, 지방화(생활권)
 - 신포괄수가제, 급성기 병상의 제한, 보장성 강화
 - 사회서비스진흥원,
 - 2018년 3월 보건복지부 발표. 17개 시도가 사회서비스진흥원(가칭) 설립. 국공립어린이집, 공립요양시설, 초등돌봄교실, 산모신생아건강관리기관. 재가장기요양시설 등 지역의 사회복지시설 3천400개를 직접 운영
 - 신규 설치되는 시설, 민간과의 위탁계약 종료된 시설 등. 직영 시설의 인력·환경 구성, 경영·재무·회계 관리, 노사 분규·민원 대처 등을 체계적으로 지원. 해당 시설 종사자는 진흥원 소속 정규직원으로.

지방자치와 커뮤니티케어

- 지방자치와 커뮤니티케어
 - 중앙정부와 지방정부의 역할
 - 보험인가? 세금(국비 및 지방비)인가?
 - 세금 : 지자체 중심 사업인가? 국비 및 지방비의 분담 근거와 비율, 재정 지원과 책임 주체, 공급자. 사회복지의 접근.
 - 보험 : 현재로는 별다른 기전 없음. 요양보험의 접근에서 지자체의 역할 (재정 및 사업대상자 등).
 - 제도 운영자, 재원조달자? 서비스 제공자? 대상자 선정? 지역단위 공급자의 연계(보건, 복지, 의료), 모니터링 및 평가 등
- 커뮤니티(communitiy)
 - 커뮤니티의 단위 : 인구 규모? 지역범위? 소생활권
 - 의료전달체계와 같이 진료권 설정할 것인가? 대상자 및 서비스 공급자의 자유로운 이동과 진입을 허용할 것인가?
 - 지역특성에 적합한 커뮤니티인프라 구축.
 - 주거특성, 지역, 마을 특성 : 농촌, 단독주택, 대도시지역, 중소도시, 생활권과 서비스 제공단위, 공급의 효율성과 규모의 경제