

日本区域性综合医护体系下的居家医疗照护一体化

河北工业大学 外国语学院 李念念
对外经济贸易大学 外语学院 赵敬

[摘要] 在少子老龄化日趋严峻的背景下,为了提高老年人的生活质量、降低政府财政负担,日本政府正在构建区域性综合医护体系,大力推广面向社区居家养老的医疗及照护一体化服务。本文围绕日本区域性综合医护体系的建设及运营现状,对居家医疗照护的实践及经验进行分析,探讨居家医疗照护一体化中存在的问题以及对我们的启示。

[关键词] 区域性综合医护体系 居家医疗照护一体化 居家医疗 居家照护

1 日本居家医疗和照护的实施背景

1.1 日本居家和照护的需求情况

近年来,日本的人口出生率持续走低,2016年的出生人口为97.7万人,年出生人口数量首次跌破100万人。^[1]而随着医疗水平的进步,生活质量的提高,2016年日本女性平均寿命为87.14岁,男性为80.98岁,人均寿命达到史上最高水平。根据2016年日本老龄化社会白皮书的数据,65岁以上老龄人口达到3459万人,占人口总数的27.3%。其中,75岁以上日本高龄人口为1691万人,占人口总数的13.3%。在人口减少的总体趋势下,日本高龄人口的比率却持续上升,预计到2065年,日本的65岁以上的老龄人口将达到38.4%,75岁以上日本高龄人口将占到25.5%,也就是说,大概每4人中就有1个75岁以上的高龄老人。^[2]在这样严峻的少子老龄化环境下,日本社会的养老问题日益突出。

从日本的家庭结构来看,三代同居家庭不断减少,只有老年夫妇的家庭及独居老人家庭数量大幅增加。在65岁以上老年人中,夫妇二人或独居生活的老年人占到56.9%,独居老年男性为192万人,独居老年女性为400万人,分别占老年人口

比例的13.3%和21.1%。根据日本厚生劳动省的数据显示,导致老年人进入需要护理状态的疾病,第一位是心脑血管病,其次是失智症,到2025年全日本患失智症的老年人口数量将超过700万,在65岁以上的老年人中,每5人就有1人患有该病。^[3]对老年人的调查显示,如果日常生活需要照护的话,“想住在自己家里接受照护”的老年人比例最高,“想进入医院等医疗机构接受照护”的老年人比例最低。有一定经济能力的老年人不再满足于基本的日常生活需求,6成以上的老年人还希望通过参加社区活动加强与外部的交流。^[4]

随着日本人口老龄化的进一步加剧,对于居家医疗及照护的需求将持续上升。在接受居家医疗的患者中,85岁以上的老年人占患者总数的59.2%,75岁-84岁的老年人占患者总数的29.8%,65岁-74岁的老年人占患者总数的7.2%,也就是说,65岁以上的老年人是接受居家医疗服务的主要对象,占到患者总数的95%以上。从接受居家照护的人数来看,由2010年的28.7万人增加到2015年的38.5万人,5年间增加了近10万人,老年人对居家照护服务的需求大幅增加。

随着居家医疗和照护机制不断完善,日本能

实施上门医护服务的机构也呈持续上升趋势。患有慢性病的老年人出院后,需要进行后续治疗以及出院后的生活照护,因而日本设立了很多能提供居家医护服务的诊所和医院,为患者提供全天候的医疗和照护服务。目前,22.4%的诊所、30%的医院能定期上门为患者提供医疗服务。居家医护诊所也达14662所,居家医护医院达到1039所,尤其是居家医护医院的数量比2010年的335所增加了3倍之多。^[5]

由于上门医疗和照护机构不断增加,51.1%的住院老年患者希望出院后能够在家中进行治疗。加之家庭结构的变化、老年人对生活质量的重视、对医疗照护服务要求的提升,使得越来越多的老年人尽管生活不能自理,但仍愿选择在自己家中或熟悉的社区中生活并接受治疗和照护。因此,居家医疗和照护已成为当前日本老年人福祉建设的重要内容。

1.2 区域性综合医护体系中的居家医疗和居家照护

日本构建区域性综合医护体系的目标是无论老年人居住在何地,在周边步行30分钟内的日常生活圈里,一年365天全天候地享受到包括医疗和日常照护在内的各种社会服务以及生活上的帮助,使其身体健康、生活安稳无忧。依托这一综合性医护体系,可以使老年人在长久居住的熟悉的生活圈中,有尊严地过高质量的自立的晚年生活。^[6]

区域性综合医护体系有5个构成要素,即居家医疗、日常照护、保健预防、居家生活以及生活福祉服务。上述要素中,居家医疗、日常照护、保健预防要由专业人员结合老年人本人的实际情况来提供服务,这几个要素之间是相互合作的一体化服务。而政府需要采取一系列措施保证居家医疗、日常照护服务的顺利开展。

居家医疗是指医生上门为患者提供医疗服务,主要有两种方式:一种是医生定期提供的上门巡诊服务;还有一种是老年人身体状况突然恶化时提供的急救医疗服务。居家照护是指老年人在家中接受日常照护服务,包括上门护理、日间照

料、临时住院护理等。在区域性综合医护体系中,需要护理人员和医生相互配合,护理人员需要具备一定的医学专业知识,把患者信息准确地传达给医生,医生也需要根据护理人员提供的信息准确地把握患者的病情和身体健康状况,以提高患者生活质量为目标进行治疗。对于患有慢性病和失能失智的老年人来说,优质高效的居家医疗照护服务可以减轻老年人的心理焦虑使其放心地在熟悉的社区生活。尤其是日本的医疗保险制度和长期护理保险制度的建立,保证了保险给付和被保险人费用负担的平衡,为居家医疗和照护的可持续性提供了制度上的保障。

2 日本区域性综合医护体系的建设和运营

2.1 日本区域性综合医护体系建设

2014年6月,日本政府颁布了《推进医疗照护综合法》,将增收的消费税作为各都道府县的当地居家医护的财政来源,推动构建居家医护综合性体系。该法案的主要内容是:促进医疗机构职能的分化,完善居家医疗和照护;保障医疗从业者人数并建立培训机制;推动团队协作性医疗。区域性综合医护体系的发展方向是从患者的重度急性期治疗向居家医疗过渡,并根据患者的情况提供适宜的医疗服务,在各地建设高效的老年人居家医护服务体系。根据《推进医疗照护综合法》第3条,厚生劳动省要制定强化医疗照护合作的综合方针,都道府县需结合本地情况,在整合医疗计划和长期护理保险计划的基础上,向厚生劳动省提交都道府县的医疗照护合作事业发展规划,从而获得医护综合保障基金。

按照规定,居家医护体系应根据患者情况提供4种医护服务,包括出院护理、日常照护、紧急住院以及陪护服务。对于刚出院的患者,由医院和居家照护机构提供上门医疗和照护服务。而对于患有慢性疾病、居家疗养的患者,平时由医院或居家医疗诊所提供定期的上门诊疗服务,在患者出现急性病状时可以住院治疗或在居家医护医院以及诊所接受治疗。对于需要重度护理的老年

人,由上门照护机构和医院、诊所合作,提供所需的日常照护服务,如日常护理、服药、输液及褥疮处置等。居家医护体系的构建需要医院、诊所、上门照护机构、居家护理机构、居家医疗中心的协同合作,使处于不同护理等级的老年患者都能够得到相应的服务。^[7]

2.2 日本区域性综合医护体系的运营经费

日本各都道府县利用消费税加税后的增收部分,设立了“地区医护综合基金”,中央政府承担2/3,地方自治体为1/3。该基金的用途主要有三个方面:1)提供居家医疗服务,构建居家医疗体制,支持建立居家医疗站,推进实施居家牙科治疗,保证居家医疗药品及医用材料供给;2)促进完善地区照护设施,对上门照护站及社区老人照护院的建设提供经费支持;3)保障地区医师及护理人员的专业水平,培养居家医疗医师,支持上门照护人才的培养和进修活动。

地区医护综合基金的运营遵循的是PDCA机制(见图1),PDCA分别为英文单词PLAN、DO、CHECK、ACT的首字母,意为计划—实施—检查—修订。首先由都道府县及市町村制定计划,该计划的制定是基于本地区医护资源的现状,对医疗照护的目标以及实施方法有明确的规划。实施时间以年度为单位,实施内容根据相关参会人员的意见决定,实施决策过程具有透明性。其后实施该计划,由中央政府对计划的完成情况、实施效果、基金使用进行检查,都道府县考察实施情况后,进行评价,并公布评价结果。中央政府对计划实施提出修订意见,由都道府县负责修改,并将改进措施应用在下一计划制定中。



图1 地区医护综合基金运营的PDCA机制

2.3 设立“地区综合医护中心”和居家医疗合作站

从2005年开始,日本在各市町村设立了“地区综合医护中心”,中心配有保健医、社会福利工

作人员以及专业照护人员,以提高医疗保健水平及满足居民福利需求为目标,为生活在本社区的老年人提供服务。该中心负责认定老年人是否需要照护,并根据长期护理保险制定具体的护理计划,同时为老年人提供疾病预防服务。如东京都墨田区在全区设立了8个“老年人照护咨询室”,并在网上公开长期护理保险的相关使用信息,定期对老年人及其家属的咨询进行统计分析,不断改进地区综合医护中心的应对措施,提高服务质量。地区综合医护中心以建设适宜老年人生活的社区为目标,统一调配各社区内各种先进的医疗资源,在失智老人的治疗和护理、老年人疾病康复、居家医疗等方面提供支持,在社区范围内建立起了多样化的全面医疗和照护服务网络。

从2011年开始,以都、道、府、县、市、町、村的医师协会、医疗机构、上门照护站为中心,在全国十余个地区设立了居家医疗合作站。该机构的工作内容主要有:1)构建24小时居家医疗体制,以减轻全天候运营存在困难的诊所及上门照护站的负担。由居家医疗合作站牵头加强各个医疗机构之间的合作,补充单一机构存在的职能不足,同时在征得患者同意的基础上,利用通信技术,在各个机构间构建高效的信息联网共享机制,提高治疗效果和医疗效率;2)召集各机构的负责人开会,针对当前居家医疗合作过程中存在的问题探讨解决对策;3)组织多部门的工作人员一起参加培训,并对医生进行居家医疗培训;4)使居家医疗合作站的护理人员 and 医疗工作者能够准确地把握当地的医疗保健资源,与地区综合医护中心进行紧密合作,为相关部门的工作提供协助。

3 日本推进居家医疗照护一体化服务的实践

3.1 名古屋市推进居家医疗照护的实践

日本关西地区的名古屋市人口老龄化进程加剧,市内失能和患有慢性病需要疗养的老年人逐年增加,该市面临亟需解决的课题就是如何提供能满足老年患者需求的居家医疗,以及如何推进居家医疗和照护合作。名古屋市于2013年在健

康福祉局内设立了“地区照护推进科”，成为了该市居家医疗和照护合作的窗口部门。同时，名古屋市还委托医师协会召开居家医疗照护合作推进会议，讨论居家医疗和照护的最佳合作方式。

由名古屋医师协会带头构建的居家医疗照护模式主要由4部分组成，分别是居家医疗支援评估、中心站、居家医疗支援、居家疗养过渡。“居家医疗支援评估”主要是由医院对老年患者的营养及体力情况进行评估，为患者提供全面的身体检查，了解患者的健康状况，并与主治医师、护理人员共享患者的健康信息。“中心站”的职能由名古屋市的4个大医院承担，主要任务是为完成健康状况评估后的老年患者安排专门的主治医生，并在掌握各地区诊所能够进行的医疗处置、治疗范围、能承担的居家疗养患者人数等基本情况后，统一安排各诊所提供的诊疗服务。“中心站”还设有居家医疗支援联络中心，一旦出现紧急情况，患者可以直接联络该中心请求予以救治。“居家医疗支援”是由中心站医院配备值班医生和护士，在夜间及休息日代替诊所为居家疗养的患者提供上门诊疗服务。“居家疗养过渡”主要是指从患者出院后到开始居家疗养的这段时间，由评估医院对患者进行身体状况全面评估，并且在完全过渡到居家疗养之后，在患者出现危急情况进行医疗支援。

名古屋市居家医疗照护服务主要由该市的医师协会负责推进，因此，该市的医生推行居家医疗的积极性较高。但名古屋市的居家医疗照护合作也存在一些问题。比如，失能、失智老人的照护需要以长期护理为主，而名古屋市的居家医疗照护合作是医生占主体，因此照护方面的工作存在不足。今后如何由政府主导加强照护方面的服务也是亟待考虑的课题。

3.2 熊本市推进居家医疗照护的实践

熊本市内有熊本红十字医院、熊本医疗中心、济生会熊本医院以及熊本大学附属医院等，医疗资源较为丰富。熊本市于2012年以“建设老年人宜居城市”为口号，大力推进居家医疗和照护服务。该市提出了三个具体的改进目标：1)提高医

疗和照护的合作程度；2)促进从出院后到居家疗养的平稳过渡；3)提高市民对居家医疗照护的关注度。

在熊本市，由市政府内负责医疗行政的医疗政策科和负责长期护理保险计划的高龄看护福祉科向各家医疗机构发放调查问卷，了解各家医疗机构的居家医疗服务范围和接诊能力，并根据调查结果印制宣传册，帮助患者了解各家医疗机构的居家医疗服务范围及处置流程，以及医生巡诊的时间段，方便患者选择所需的医疗服务。此外，医疗政策科的工作人员还深入居民社区举办各种讲座，播放居家医疗宣传片，并邀请社区内上门照护站的工作人员同行，加深市民对上门照护服务内容的了解。在熊本市保健所设立居家医疗咨询窗口，安排具有上门照护经验的工作人员，负责为想居家疗养的老年患者介绍主治医师及回答相关医疗问题。熊本市医师协会成立了居家医疗委员会，针对居家医疗照护方面存在的问题进行讨论，提出专业化的解决方案，并举行居家医疗方面的进修活动。由提供居家诊疗服务的医生组成“熊本县居家医生协作网”，医生间可以相互交流和合作，并组织居家医疗宣讲等活动，同时，该机构也接受申请，为没有居家主治医师的患者提供医疗服务。

通过推行以上措施，熊本市居家医护的机构及工作人员数量增加，关注居家医疗照护服务的老年人大大增加，居家医疗减轻了医院的住院床位压力，节约了医疗保险经费。而医生及照护人员也通过各种活动加深了相互之间的了解，形成了紧密的合作关系。可以说，熊本市的行政部门在居家医护合作方面发挥了重要作用。

3.3 东京都新宿区推进居家医疗照护的实践

东京都新宿区的居家医疗照护合作实践由来已久。早在1967年，为了进行婴幼儿保健，新宿区成立了“地区照护业务联络会”，加强护理人员之间的信息交流。1992年，新宿区成立了医疗共享机制筹备协议会，开始推进居家医疗，并于1994年成立了新宿区居民健康中心上门照护站。2007年，新宿区召开了区内所有医院院长共同参加的

居家疗养专门会议,旨在提高居家医疗人员的专业水平,完善居家医疗体制。2010年,新宿区进行了老年人保健及福祉相关调查,该调查显示,区内近半数的老年人都希望能够在自己家疗养。通过该调查也发现,居家疗养的困难主要有两个,一是老年人担心会增加家人的负担,另一个是担忧出现紧急情况时不能及时获得救治。新宿区有着丰富的应急医疗资源,但是区内的疗养床位却很少,因此非常适合推动居家医疗和照护。据此,新宿区于2010年设定了两个定量指标,分别为“65岁到74岁的老年人拥有主治医师的比例”和“居家疗养人数”。前者于2014年达到了75%,后者有大幅增加。^[8]

新宿区居家医疗照护项目的主管部门是健康部下属的“健康规划科居家疗养支援部门”。该部门的工作人员中,2名有保健师资格,5名有照护资格,1名有牙科医师资格,工作人员负责管理区内居家主治医师以及能提供居家医疗服务的医院信息,使老年患者能够了解医疗信息并做出选择。在居家疗养专门会议上,通过一线医疗人员的反馈发现目前存在的问题,组织人员进行讨论并提出解决对策。为了加深医务人员对居家医疗的理解,组织他们到上门照护站进修,并与照护站的工作人员一起上门了解居家医疗照护的现状、问题及解决方法。并以本区的居家疗养居民为对象举办居家疗养学习会,分发居家疗养宣传册,举办针对患者家属的讲座,普及居家护理常识。

新宿区通过医疗共享机制筹备协议会、居家疗养专门会议、老年人保健福祉推进会议,使本区的医疗、照护相关机构的意见能够及时汇总,并在老年人保健福祉计划的制定过程中采纳相关意见,使医疗、照护协作的效果更好。

3.4 居家医疗照护一体化体系的实践经验

第一,掌握并充分利用本地区的医疗照护资源。向各医疗照护机构发放调查问卷,内容包括是否有居家医疗照护的协作能力、是否能提供24小时全天候照护、上门照护站是否能进行精神疾病患者的照护、老年住宅能否接收经常需要医疗诊治的老年人等等。调查结果有利于把握该地区

医疗照护资源在质和量上存在的不足。另外,还要对外公布本地区的医疗照护资源情况,并不断更新,公布在网上,让居民能够更加及时地了解当地的医疗及照护服务情况,从而在必要时做出适当的选择。同时,信息共享也使得本地区的医疗和照护人员能够更好地进行合作。

第二,设立由医疗照护行政部门、医师协会、照护协会、地区综合支援中心等各部门参加的居家医疗照护协作推进会议。在会议上共同研究地区医疗照护存在的课题,商议解决对策,对已实施的项目进行进度管理,对实施结果进行事后评价,同时将改进意见融入下一轮的计划制定中,以保证能改进项目的实施效果。

第三,举办进修活动,培养居家医疗照护人才。在进修活动中,居家医疗照护人员能就工作中遇到的问题相互交流意见,通过具体案例的探讨加深对其他部门工作的了解。针对“医院的医生缺乏对居家医疗的了解”“医生缺乏居家照护知识,对于病人出院后的疗养无法进行有效的指导”等问题,组织医院医生去社区照护站进修,帮助他们了解什么样的居家医疗有效,以及为了使患者出院后顺利过渡到居家疗养阶段,医院和医生应该做些什么等。而各部门人员共同研讨工作内容和流程,例如,分享医疗照护服务的经验,介绍医疗保险、长期护理保险的办理手续等,这样可以使各工作环节的衔接更加顺畅。

第四,在居家患者出现紧急症状需要急救时,需要保障足够的住院床位和充分的紧急救治医疗能力,这是实施居家医疗的重要前提。构建24小时全天候居家医疗照护体制,仅靠少量的居家医师及照护人员是不够的,必须保证从事居家疗养的医生及护理人员的数量。同时,需要诊所、上门照护站、医院的协同合作,这样可以减轻单一机构承担居家医疗照护造成的压力。例如,可以考虑本地医院、诊所的数量和地理分布、相互之间合作的可能性,在特定时期时可以让一些并不承担紧急救护任务的医院接纳居家医疗患者的紧急救治,以缓解医护体系成员医院的医疗救治压力。

第五,通过座谈会、宣传剧、窗口咨询、宣传册

等宣传手段,使本地居民知晓居家医疗照护的服务范围、居家疗养措施等,加强居民对于居家照护的了解。同时,也可以直接听取居民的意见并反馈到实际工作中,尤其是紧急医疗资源丰富的地区,居民不必担心一旦出现紧急情况无法入院治疗,宣传的普及可以进一步强化居民的居家疗养观念。

4 日本推行居家医疗照护一体化体系的问题及启示

4.1 居家医疗照护一体化体系面临的问题

首先,日本全国提供居家医疗服务的医院数量还有待增加,医疗人员也存在人手不足的问题。建立全天候医疗体制需要医生在夜间也要尽快进行医治,紧急情况下需要居家主治医师协助联系紧急救治医院并办理入院手续,这需要建立由医生和照护人员组成的团队,形成机动服务机制,对于地方小诊所来说存在着一定的困难。对于医疗机构来说,居家医疗费用比入院治疗费用低,而往返患者家和医院还需要交通时间,从医院经营角度看收益较差。另外,对于老年人来说,能够保证紧急入院是选择居家医疗的前提,如果急救医疗资源不足,在疾病突发时入院困难的话,对急救医疗依赖度高的老年人就不会轻易选择居家疗养。

其次,存在着与相关机构合作不顺畅的问题。居家疗养需要上门照护站、医院、诊所、区域综合支援中心的紧密协作,但有时会出现一些问题。例如:医生没能充分考虑病人的日常生活;护理人员不具备相应的医疗知识;由于双方对自己专业以外的领域了解有限,对合作方的工作了解不足,从而导致对于病人的治疗和疗养方针出现分歧等。而且医院的医生如果没有接受专业照护培训,会缺乏对居家疗养需求的了解,造成出院准备不足,从而使患者在出院后的疗养不能顺利对接此前的治疗。此外,不同医护机构掌握的信息分散,各方工作人员不能很好地共享信息,也是导致合作不顺畅的原因之一。

再次,从患者家属的角度来说,即使患病老年

人希望在家中度过最后的时光,但如果患者身体状况频繁恶化,多次入院出院,家属就会疲惫不堪。而随着失能失智老年人的增加,选择居家疗养虽然有专业的医疗和照护服务,但与专业养老设施和医院相比,家属承担着更多的照料义务。在老年人患有慢性病的情况下,如果家属对居家医疗照护的认识和了解不充分,就会倾向于让老年人长期住院或者居住在有专业医护人员的养老设施中。

4.2 居家医疗照护一体化体系的启示

第一,在行政力量主导下推进居家医疗照护一体化。中央政府负责收集居家医疗照护的现状信息,分析问题所在,并制定发展计划。都道府县的地方政府负责执行政策并把握政策方向,市町村根据本地区内的医疗照护资源、人口结构等实际情况,在行政部门主导下推进实施具体的措施。为了强化医疗照护一体化管理职能,需要对各级行政组织机构进行改革,在建立区域性综合照护体系的目标下,由此前医疗、照护各自为政的行政结构变为医疗和照护在明确各自职能的前提下相互协作的组织机制。从居家医疗合作站的设立,到医疗照护综合基金的运营,都需要地方行政机构组织相关部门召开会议,传达上级部门的政策和方针,具体研究在本地区推广的可能性和执行的方式。对于基层职能部门的工作人员来说,具备一定的专业知识,建立易于沟通的渠道,创造便于合作的环境是十分必要的。

第二,保证提供居家医疗照护服务的机构及人员的数量。要对医疗机构的职能进行细化,分为高度紧急医疗服务、紧急医疗服务、康复期医疗服务、慢性病治疗服务四类,对本地区的居家医疗照护需求进行统计,保证居家医疗资源及医务人员数量。由于今后人口老龄化会越来越严重,医疗机构的职能细化能最大限度地高效利用现有的医疗资源,并根据老年人的身体状况提供合适的医疗照护服务。还要根据本地区的长期人口动向,有前瞻性地安排和规划目前居家医疗体制下的医疗资源,了解哪方面的医疗资源存在着不足,

尽早制定解决预案,予以补充。例如,如果康复期医疗资源不足的话,可以利用地区医疗照护综合保障基金,配备和调配医疗资源。同时,为保障医务人员数量,可以根据职能划分和业务内容设定相对优厚的诊疗报酬,提高医务人员的积极性。

第三,建立医疗和照护机构间的密切合作。作为居家医疗的提供主体,医疗机构在区域性综合医护体系中发挥着十分重要的作用,增加居家医疗诊所数量和构建居家医疗服务网都离不开医院、医师协会等医疗机构的支持。如果医疗机构在居家医疗照护会议或者患者出院后的居家疗养方面态度积极的话,那么就能够提供更为高效的医疗照护服务。但目前的医护合作体制下,由于专业性强,医疗机构拥有更大的话语权,居于绝对主导地位,照护人员因为自信不足导致与医生的联系以及合作不紧密。鉴于这种情况,主管行政部门应该多举办医生和照护人员共同参加的研讨会和培训,使医生了解照护人员的工作专业性,提高对照护人员的职业认可度和信赖感。还要设立针对照护人员的医疗咨询窗口,提高照护人员和医生沟通的便利性。在医生和照护人员共同参加的会议中,给予照护人员一定的话语权,在决策过程中重视他们反映的问题,这也有利于制定更符合实际的照护政策和措施。同时,为了提高各部门的合作,可以利用网络信息系统共享患者信息,掌握患者的日常健康状况和电子病历,对患者进行疾病康复和健康管理指导。

第四,完善居家医疗照护合作机制。很多医生只关注住院时的疾病治疗,忽视了出院后为患者提供医疗和精神支持的重要性。医院应配备出院后的康复支援人员,引入患者出院评估机制,为患者平稳过渡到居家疗养阶段提供帮助。很多提

供上门医疗服务的诊所规模小、医生数量有限,仅依靠诊所力量难以提供全天候医疗服务,这就需要与附近的医院合作,构建24小时应对机制。同时,和医院签订合作协议,保证在居家医疗无法处理的紧急情况下,可以将患者送入合作医院,使患者获得及时救治。为了减轻患者及家人对于居家医疗照护的不安情绪,为他们提供可以在家中或社区中接受医疗照护服务的信息,加强居家医疗照护的普及宣传,解除患者的后顾之忧。

5 结 语

为了让老年人能够在熟悉的环境中享有高质量的晚年生活,构筑区域性综合医护体系刻不容缓,其关键就是居家医疗照护一体化服务体系的建立。政府作为推动居家医疗照护一体化服务的主导力量,必须在充分把握本地区医疗照护资源的基础上,组织专家以及从业人员针对存在的问题进行讨论并提出解决对策。同时,需推动医务和照护人员共享患者及相关信息,组织共同参与的研修和培训,实现居家医疗和照护工作人员相互尊重、紧密合作。为了解除患者对患病及紧急情况时的不安和担忧,需要对居民进行宣传,使其了解附近可利用的医疗照护资源,建立完备的应急机制,并借助社区周边医院的力量弥补居家医疗资源的不足。上述措施的推行,可以有效推动居家医疗照护一体化,但在实际运行过程中,还存在着诸如从住院治疗到居家医疗过渡衔接不佳,由于效益问题医务人员对居家医疗的积极性不高,患者对从事居家医疗照护的人员缺乏信赖等问题。这些问题以及居家医疗照护服务评价体系的建立和标准化,是今后亟待解决的课题。

注

[1] 厚生労働省.平成28年人口動態統計の概況[R].東京:厚生労働省,2016:1.

[2] 内閣府.平成28年高齢者白書[R].東京:内閣府,2016:2-5.

[3] 厚生労働省.認知症施策推進総合戦略[R].東京:厚生労働省,2015:1.

[4] 内閣府.平成28年高齢者白書[R].東京:内閣府,2016:37-39.

[5] 厚生労働省.在宅医療の現状(平成28年度)[R].東京:厚生労働省,2016:11、18-20.

- [6] 日本地域包括ケア研究会.平成25年3月地域包括ケア研究会報告書[R].東京:三菱UFJリサーチ・コンサルティング,2013:10.
- [7] 医保局.医療介護総合推進法の概要について[R].東京:厚生労働省,2014:1.
- [8] 野村総合研究所.地域包括ケアシステム構築に向けた在宅医療・介護連携の推進における、実践的な市町村支援ツールの作成に関する調査研究事業[R].東京:野村総合研究所,2015:64.

参考文献

- 平力群,田庆立.日本构建“地域综合照护体系”政策理念的提出及其制度化[J].社会保障研究,2016(5).
- 田香兰.日本医疗护理制度改革与社区综合护理体系建设[J].南开日本研究,2016(00).
- 田香兰.日本医疗护理供给制度改革与医疗护理一体化[J].日本问题研究,2017(4).
- 张旭升,牟来娣.日本老年照护政策的发展演变及其对中国的启示[J].日本研究,2012(2).
- 和红.国外社会长期照护保险制度建设经验与启示——基于韩国、日本和德国的比较研究[J].国外社会科学,2016(2).
- 二本立.地域包括ケアと地域医療連携[M].東京:勁草書房,2015.
- 大塚賀政昭,筒井孝子.日本における医療介護連携の課題と展望[J].保健医療科学,2016(2).
- 日本都市センター研究室.地域包括ケアシステムの成功の鍵—医療・介護・保健分野が連携した「見える化」・ヘルスリテラシーの向上[M].東京:日本都市センター,2015.
- 日本総合研究所.「地域包括ケアシステム」事例集成[M].東京:日本総合研究所,2014.
- 石田路子.自治体における地域包括ケアシステムの構築:「自助」・「互助」に関する位置づけと今後の方向性[J].城西国際大学紀要,2015.
- 国立社会保障・人口問題研究所.地域包括ケアシステム—「住み慣れた地域で老いる」[M].東京:慶応義塾大学出版会,2013.
- 豊島泰子,立石広昭.地域包括ケアシステムのすすめ:これからの保健・医療・福祉[M].京都:ミネルウェア書房,2016.

作者简介:李念念(1981—)女 汉族 河北工业大学外国语学院讲师 研究方向:日本文化研究

联系方式:E-mail:groundhogri@163.com

作者简介:赵敬(1976—)女 汉族 对外经济贸易大学外语学院副教授 研究方向:日本文化研究

联系方式:E-mail:00627@uibe.edu.cn

The Regional Integration of Home Medical Care under the Comprehensive Medical Care System in Japan

Abstract: Against the background of an increasingly aging population, and in order to improve the life quality of elderly Japanese and reduce the financial burden for government, the Japanese government is constructing a regional comprehensive medical district care system and vigorously promoting community-oriented care and care integration services for home-based care. Based on the construction and operation status of the comprehensive medical care system in Japan, the paper analyzes the practice and experience of home medical care, and discusses experiences, problems and lessons from the integration of home medical care.

Keywords: regional comprehensive medical district care system; integration of home medical care; home medical care; home care

Authors' Information:

Li Niannian (Female) Year of Birth: 1981

Lecturer at Hebei University of Technology, China

Japanese Culture

E-mail: groundhogri@163.com

Zhao Jing (Female) Year of Birth: 1976

Associate Professor at University of International Business and Economics, China

Japanese Culture

E-mail: 00627@uibe.edu.cn