长期照护险入门学习

目录
CONTENTS

1 大健康理论

2 长期照护体系

3 长期照护理论

4 长期照护产业

1 大健康理论

健康定义

世界卫生组织(WHO)组织法:

健康不仅仅是消除疾病或虚弱，而是一种身体，精神与社会（环境）适应的完好状态。

生命的质量

生活的能力

健康是一种**生命能量的平衡**，是从疾病到强健的连续体，是任何时间点个体的生理，心理，社会文化，精神信仰，发展等各个组成部分稳定与**和谐状态。**

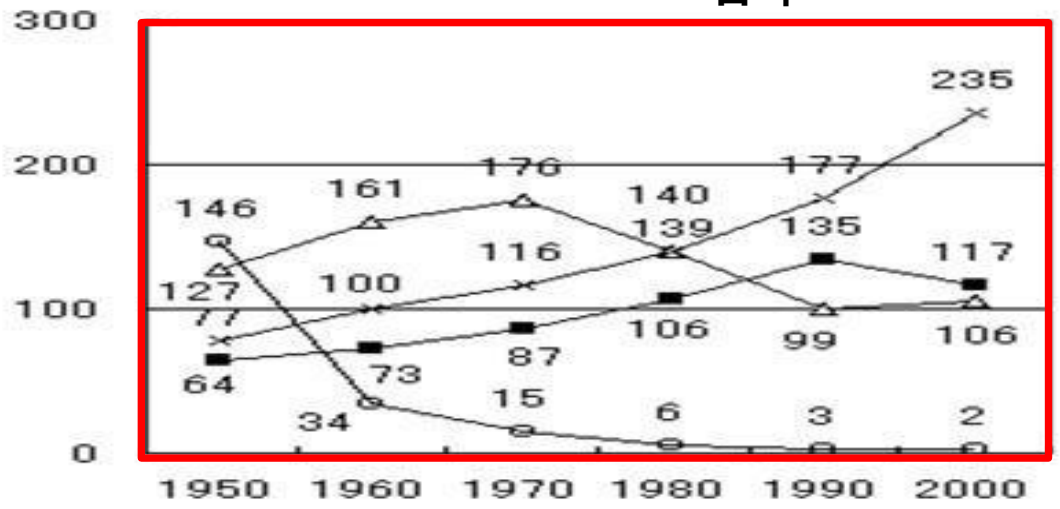
贝帝.纽曼(B. Neuman)现代护理学理论

健康不是”疾病-非疾病”二元论的非疾病概念，而是”生命质量-生活能力”表达的内涵更广泛的大健康概念。

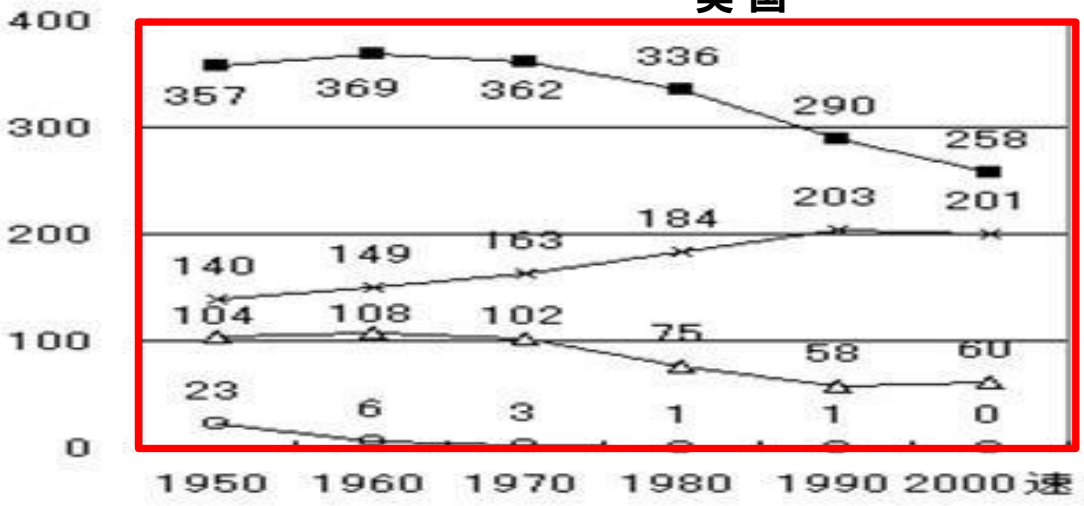
1 大健康理论

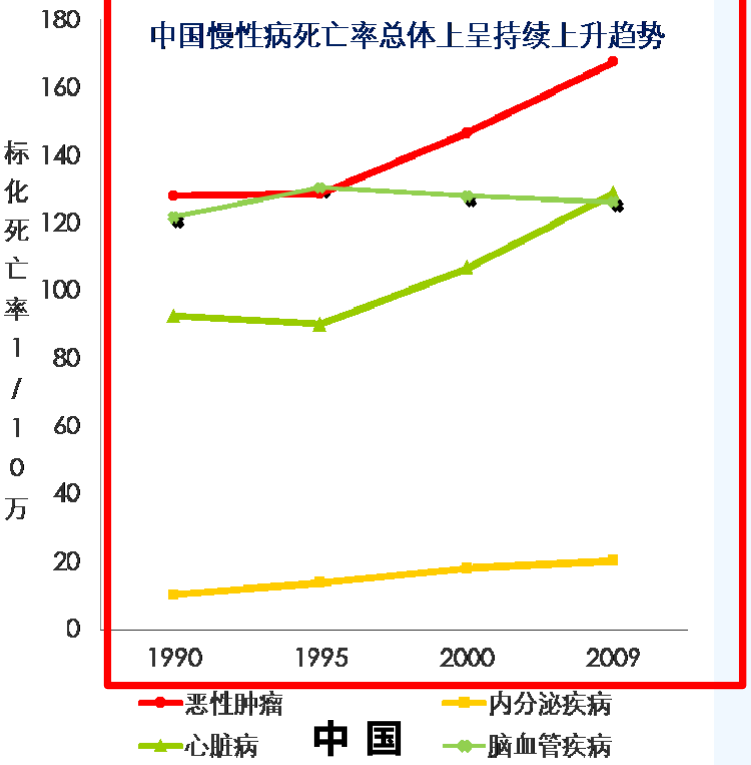
健康定义(疾病)

日 本

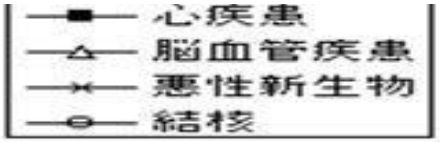


美 国





中 国

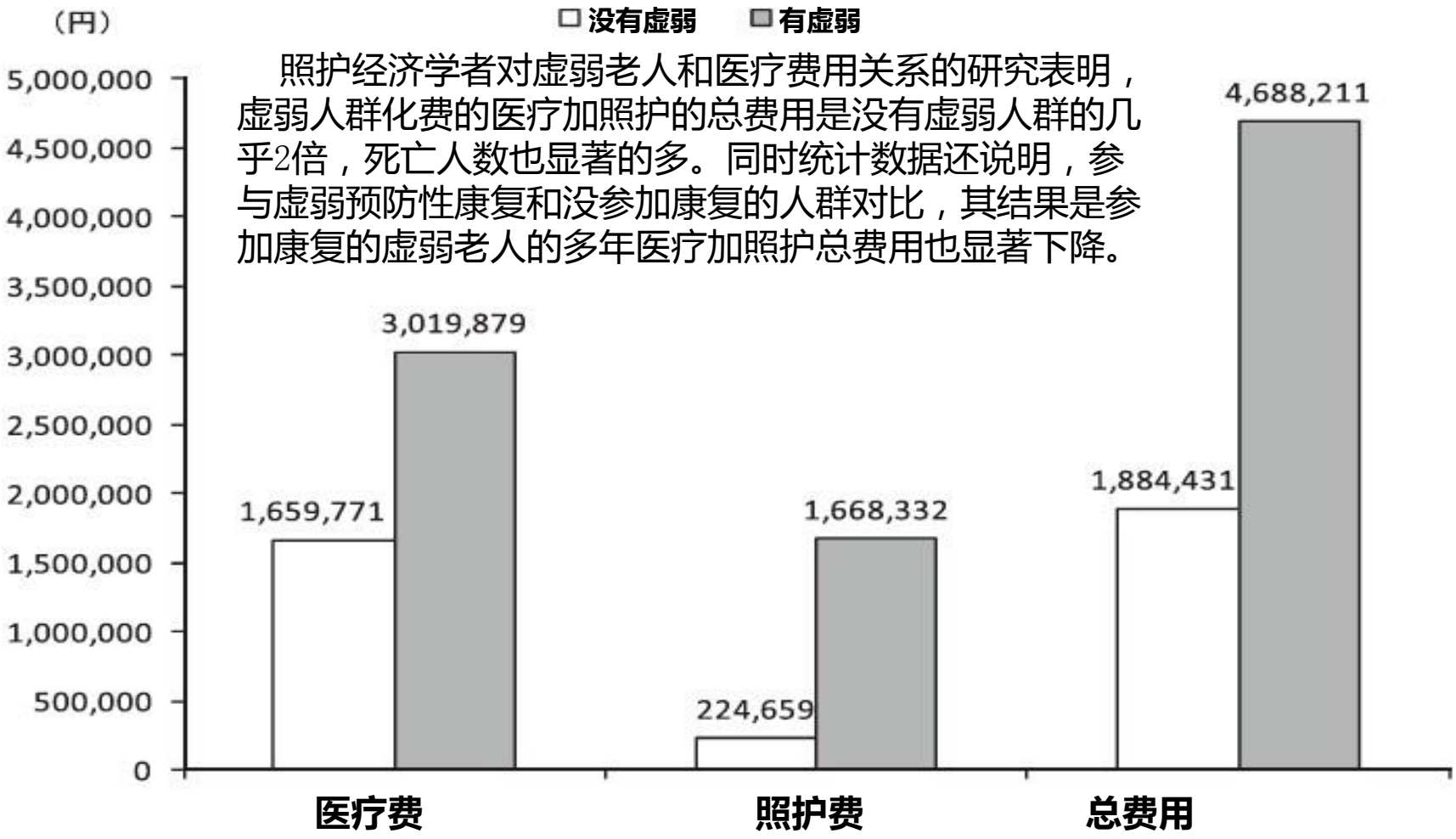


疾病谱变化

1 大健康理论

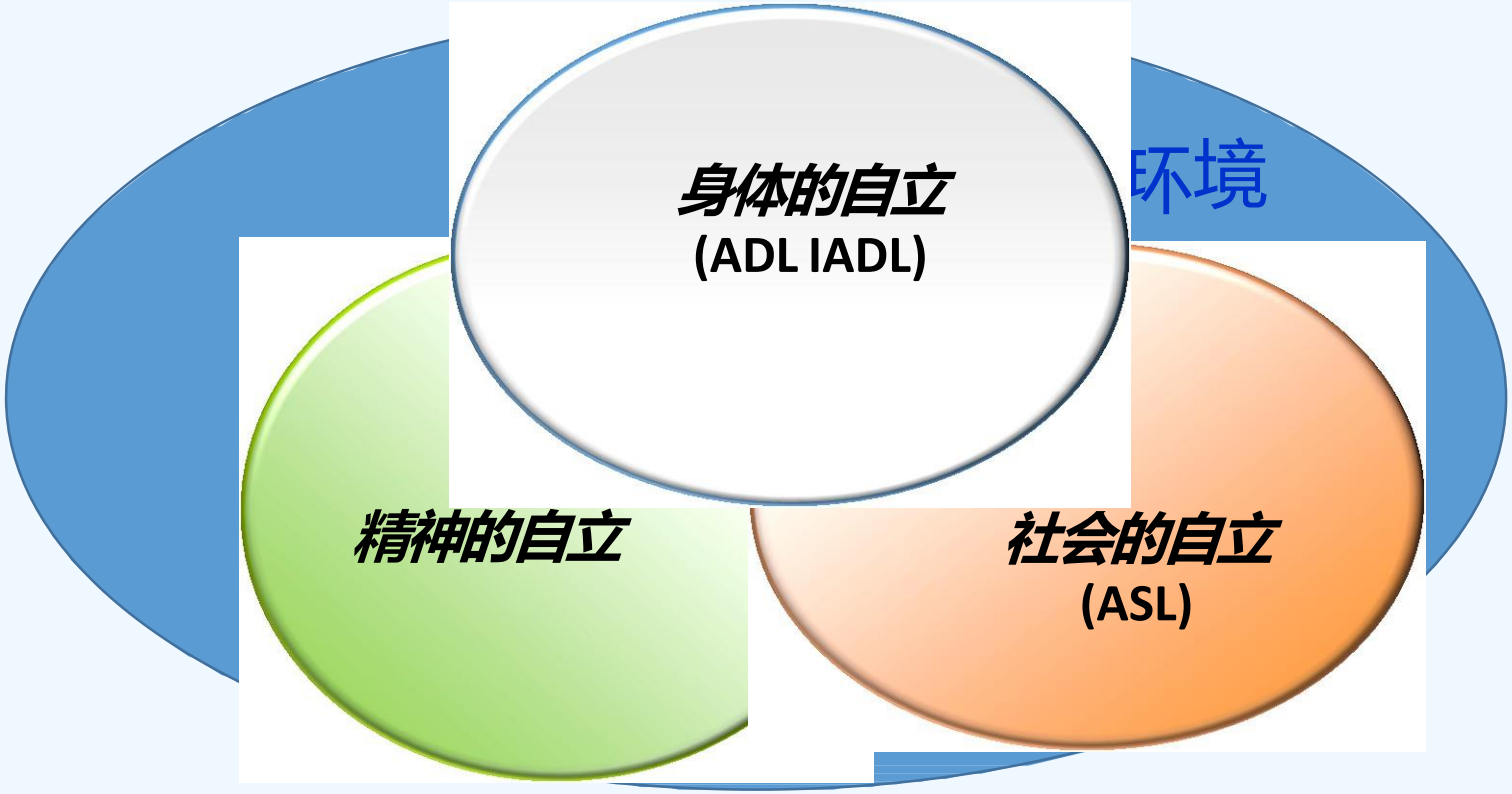
健康定义(虚弱)

虚弱（Frailty）具有体重减少/肌力减弱/活力低下/行走缓慢/体动较少等状态。



2 大健康理论

健康定义(生活能力)



ADL(Basic ADL/基本生活能力）：
以排泄、进餐、整容、步行等基本日常生活活动 ）
IADL(Instrumental ADL/日常生活能力）：料理，打扫房间，购物等
ASL(精神的自立以及社会的自立)：参与社会生产社交活动能力

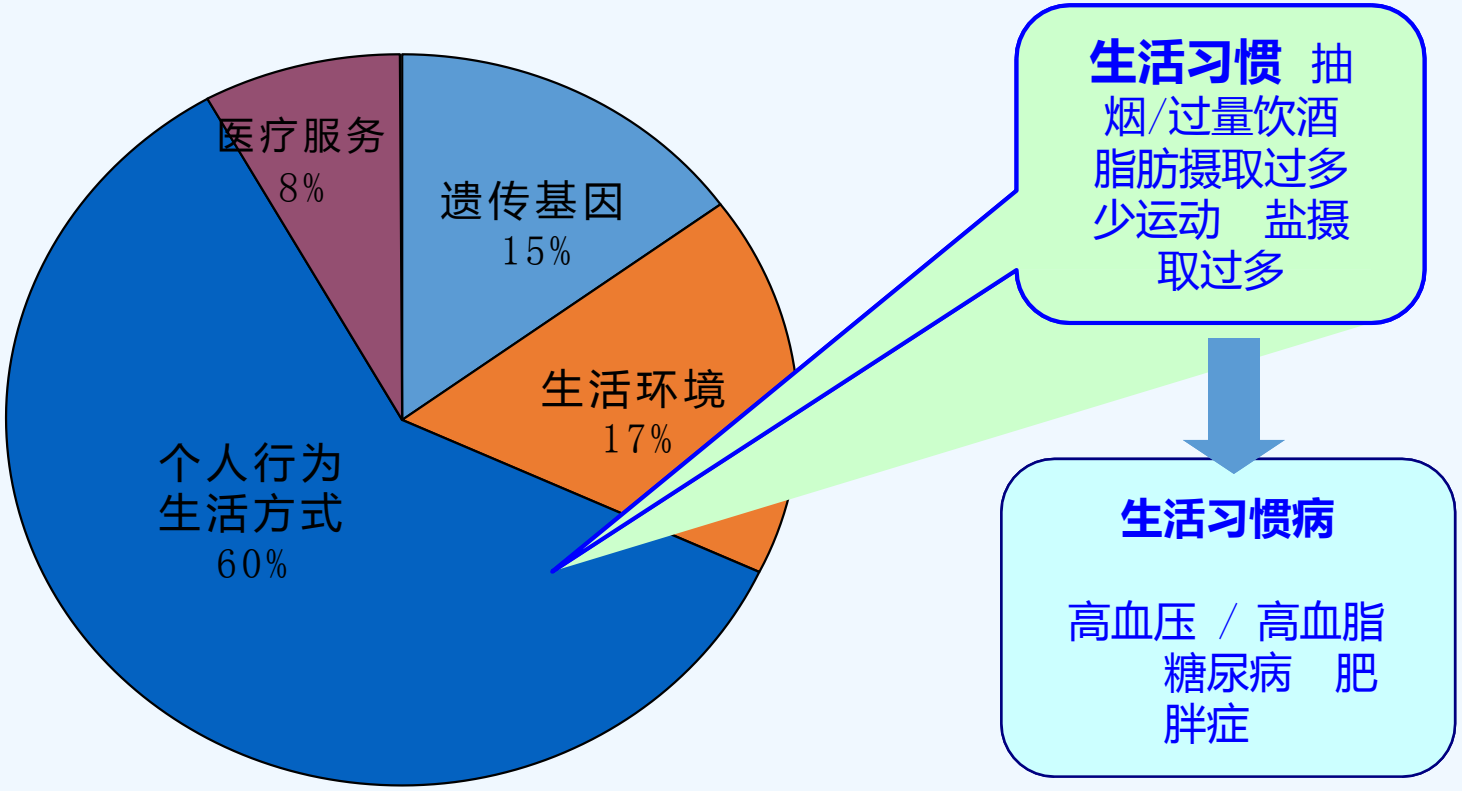
1 大健康理论

影响健康寿命的相关因素

世界卫生组织全球调查:与人类健康寿命的相关因素:

个人行为与生活方式:60% 遗传基因:15% 生活环境:17% 医疗服务条件:8%

世界卫生组织的《维多利亚宣言 1992》



即:集中一流的设备/人才/100%的费用 只能起到8%的效用

1、大健康理论

健康生产理论

卫生经济学健康生产理论：医疗保健服务不是目的，目的是健康，健康需要生产，生产需要各种要素

卫生经济学健康生产函数

$$H = F(M, T, LS, E, S)$$

人们在市场上购买各种 医疗保健服务（M），并结合自己的时间（T）生产健康， 同时健康还与生活方式（LS） 和环境（S） 以及个人受教育程度（E）等相关

1 大健康理念 个体与人群健康管理

个人的健康管理与对人群的健康管理在定义和策略上是有区别的，专家团　队及其知识能力也会有区别。

1.人群健康(Population Health)基本概念

1-1 将人群健康看作是一个目标，其定义是”人群健康为某人群的健康结局
(health outcome)及其在不同人群间的分布”

1-2 将人群健康看作为一个目标，也是一种策略，其定义为”受社会，经济，　环境，个体行为和生物遗传等因素决定的，可以量化的整个人群的健康”

2.促进人群健康的八大要素

1.关注全体人群的健康;
2　.分析健康的各种决定因素及它们之间的相互作用;
3　.强调循证决策;
4.增加对上游（upstream）领域的投入　2-5.采用多元健康促进策略;
6　.加强部门和组织间的合作;
7　.调动公众的广泛参与;
8　.建立人群健康改善的责任制;

1 大健康理论

健康覆盖



“全民健康覆盖研究” 2013年世界卫生报告

“在国家和全球层面上监测全民健康覆盖进展框架，衡量指标与标的 “ 2014 年 5 月世界卫生组织 /世界银行集团

1 大健康理论

大健康与老龄化

2012年底我国60周岁以上老年人口 已达1.94亿占人口14.3%。 2015年 达2.21亿占人口16.3%. 2020年将达到2.5亿，占人口17.2%. 2025年将突破3亿。

空巢化/失独家庭

2007年(22个省)
全国(城市:49.7% 农:38.3%)
2012年
0.99亿(城市:54.% 农:42.%)
失独家庭100万户 每年递增7.6万
2013年
1亿以上

失能化/失智化

1 2012年，全国部分失能和完全失能老年人约有3600万人，其中完全失能老年人1200万(城 市:300万 农村:900万)。 部分失能:老年人2400万（ 城市：650万 农村：1750万）。
2 预计2013年低: 3750万
3 预计到2015年，部分失能和完全失能老年人将达4000万人，其中完全失能老年人口将超过1200
4. 老年痴呆者598万人，到2020年将达1020万人

老龄化挑战

- 2011年，中国确诊的慢性病患者总人数2.6亿
- 2011年，中国死亡人口中，85%死于慢性病，是发达国家的4-5倍
- 60岁以上老年人群的患病率是一般人群的2.5-3.0倍，约半数的老年人群中患有1种或几种慢性病，比一般人群要高几倍

慢病化

（80岁以上）

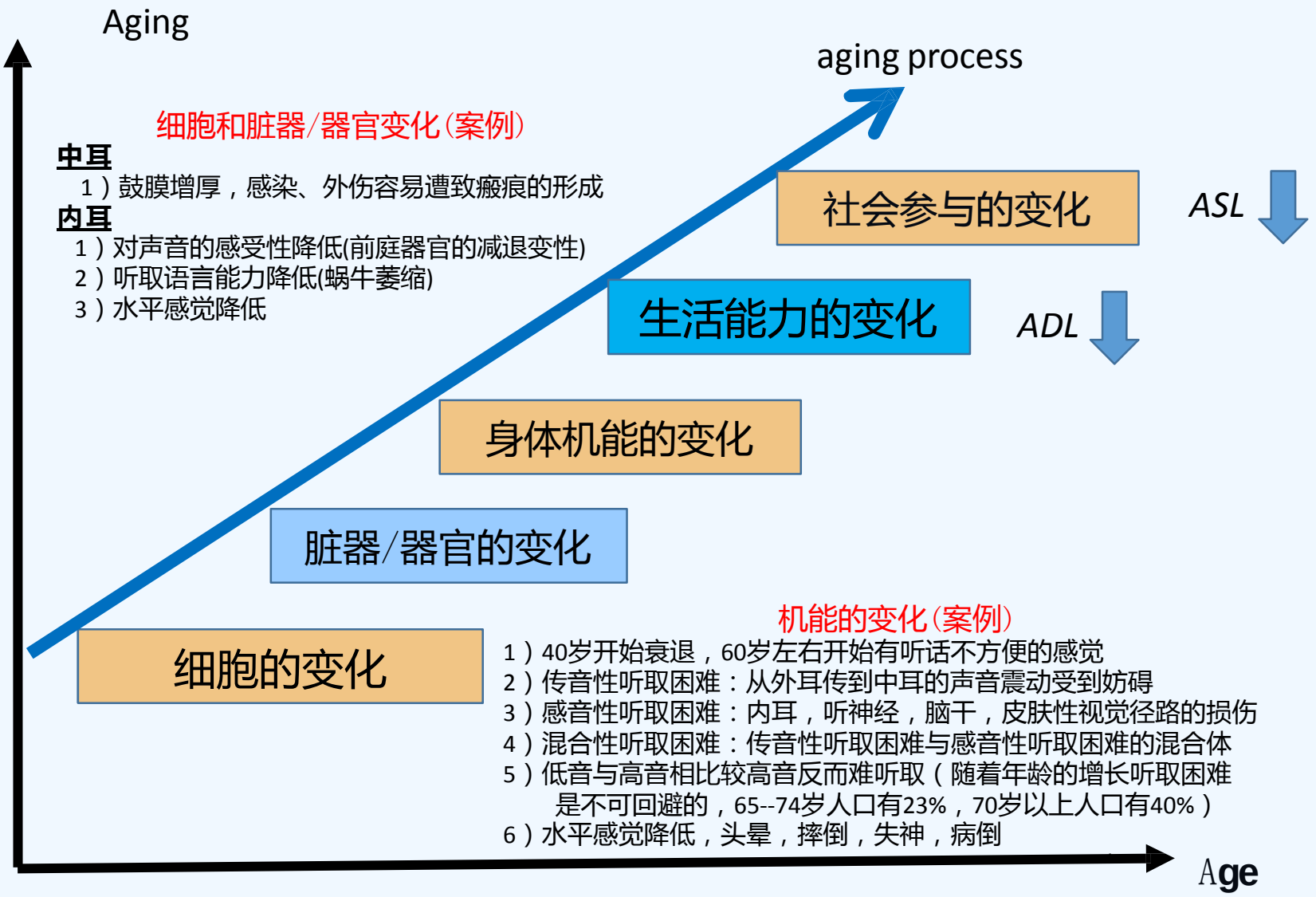
2009年	1900万	占老年人口 11.3%
2012年	2200万	占老年人口 11.34%
2020年	3100万	占老年人口 12.5%
2050年	1亿	占老年人口 21.8%
2100年		占老年人口 25.%-30%

高龄化

资料：阎青春,（全国老龄工作委员会办公室副主任）在第二届国际养老产业（ 上海） 峰会 上演讲 2013年8月22日

1 大健康理论

大健康与老龄化(衰弱)



目录

CONTENTS

1 大健康理论

2 长期照护体系

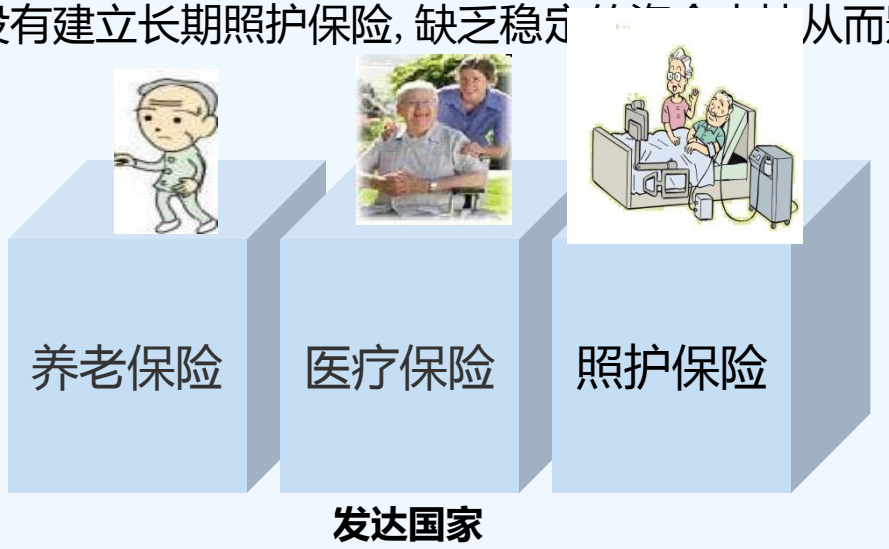
3 长期照护理论

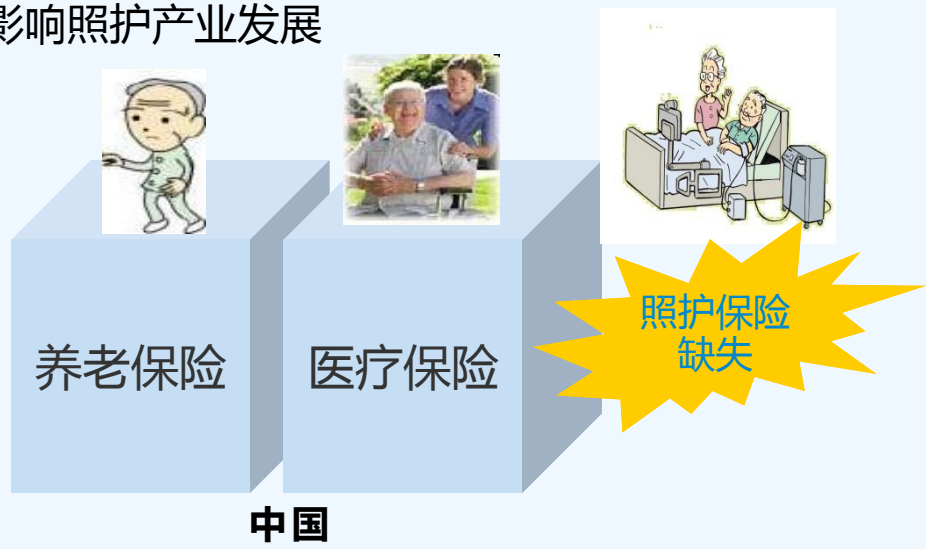
4 长期照护产业

2 长期照护体系

长期照护保障

通过建立照护保险制度应对老龄化问题，已成为各国社会保障体系的重要部分。但是我国还没有建立长期照护保险，缺乏稳定[illegible]从而影响照护产业发展





十二五规划（社会养老服务体系建设-重点任务 ）

(7) 加强探索，推动养老服务事业创新发展

1) 探索长期照护制度（失能老年人为对象，从人才培养/薪酬激励/质量监督/照顾者援助等）

2) 探索长期护理保险机制（政府主导长期护理保险制度+商业保险公司长期护理保险业务）

上海试点居家护理养老医保支付　拟从８０岁以上、护理需求达到中度和重度失能老人起步，选择部分区县、街镇试点居家护理医保支付。补贴经费可由医保基金和个人两方负担，其中，经济困难老人的个人负担部分由政府给予一定补助。开展“老年护理保障计划”，对一定年龄以上、因病或生理功能衰退导致生活不能自理，经评估达到一定护理等级的城乡老年居民，给予老年护理费用专项补贴。在沪全国人大代表专题调研报告建议国家给予上海先行先试的政策，积累经验。

（资料来源 2012-10-10： 作者：商报记者 孙小尘 探索养老新方式 试水专业居家养老机构）

长期照护定义

Long Term Care(LTC) 是长期照护不是长期护理

英文	德文	日文	中文
Nursing	Pflege	看护	护理
Care	Krankenpflege	介护	照护 长
Long Term Care(LTC)	Langfirstig Krankenpflege	期介护	长期照护
LTC insurance	Krankenpflege Versicherung	介护保险	照护保险

护理学语义体系

护理模式：功能制护理(以疾病为中心的阶段) 责任制护理(以病人为中心兼顾身、心两方面) 整体化护理(以整体人的健康为中心关注健康→疾病的全过程)

业务分类：临床护理(Clinical Nusing) 生活护理/基础护理
社区护理(Community Nusing) 家庭护理(Home care)

长期照护是由非正式照护提供者(家庭，朋友和/或邻居)和/或专业人员(卫生，社会和其他)开展的活动系统，以确保缺乏完全自理能力的人能根据个人的优先选择保持最高可能的生活质量，并享有最大可能的独立，自主，参与，个人充实和人的尊严。照护需要的时间和类型通常是不确定的，将需要针对人体做出有计划的反应。

需要长期照护的老年人还应获得其他如经济,社会服务和法律支持的同时获得紧急医疗和精神卫生保健。同时非正式照护提供者应获得支持服务，这些服务可包括在获得帮助方面的信息和协助，提供照护培训以及短期照护。

建立老年人长期照护的国际共识(WHO 2000年)(P6)

长期照护定义

长期照护是由非正式照护提供者(家庭，朋友和/或邻居)和/或专业人员(卫生，社会和其他)开展的活动系统，以确保缺乏完全自理能力的人能根据个人的优先选择保持最高可能的生活质量，并享有最大可能的独立，自主，参与，个人充实和人的尊严。照护需要的时间和类型通常是不确定的，将需要针对人体做出有计划的反应。

需要长期照护的老年人还应获得其他如经济，社会服务和法律支持的同时获得紧急医疗和精神卫生保健。同时非正式照护提供者应获得支持服务，这些服务可包括在获得帮助方面的信息和协助，提供照护培训以及短期照护。(P6)

非正式照护提供者：在世界任何地方，家庭成员仍然提供最大部分的长期照护，签此，长期照护系统应支持而不是取代目前的非正式照护提供者。关于对非正式照护提供者的专门培训和支持的规定能增强家庭团结和最大限度减低需要照顾的老年人的脆弱性。……应对非正式照护提供者提供补贴和/或应得利益，使所有照护提供者能行使自己的权利，自由选择就业及在社会和退休条件方面的[illegible](P11)

长期照护的国际共识

建立老年人长期照护的国际共识(WHO 2000年)

长期照护的重要内容包括但不限于：

* 保持参与社区/社会和家庭生活；
* 住房的环境性适应和辅助装置以弥补功能减退；
* 评估照护卫生保健状况，确定的照护计划并有适当专业和准专业人员采取后续行动；
* 制定规划以通过降低危险性措施和质量保证减少残疾或预防进一步恶化；
* 必要时在专门机构照护环境或居住社区的照护环境里提供照护；
* 规定并承认和满足精神，情感和心理需要；
* 酌情必要的姑息治疗和抚恤支持；
* 对家庭，朋友和其他非正式照护提供者的支持；
* 由具有文化敏感的专业人员和准专业人员提供的支持服务和照护。(P6)

长期照护定义

长期照护的核心是支持被照护者的自立自助有尊严的生活

长期照护是针对身心功能障疑者，在一段长时间内，提供一套包括长期性的医疗，护理，个人与社会支持的照顾；其目的在促进或维持身体功能，增进独立自主的正长生活能力。 Kane(1987)

则指出长期照护是针对功能失能的人提供长时期，正式或非正式的健康及健康相关支持服务，以到达使个案能维持最高独立性的目标。 Evashwick(2005)

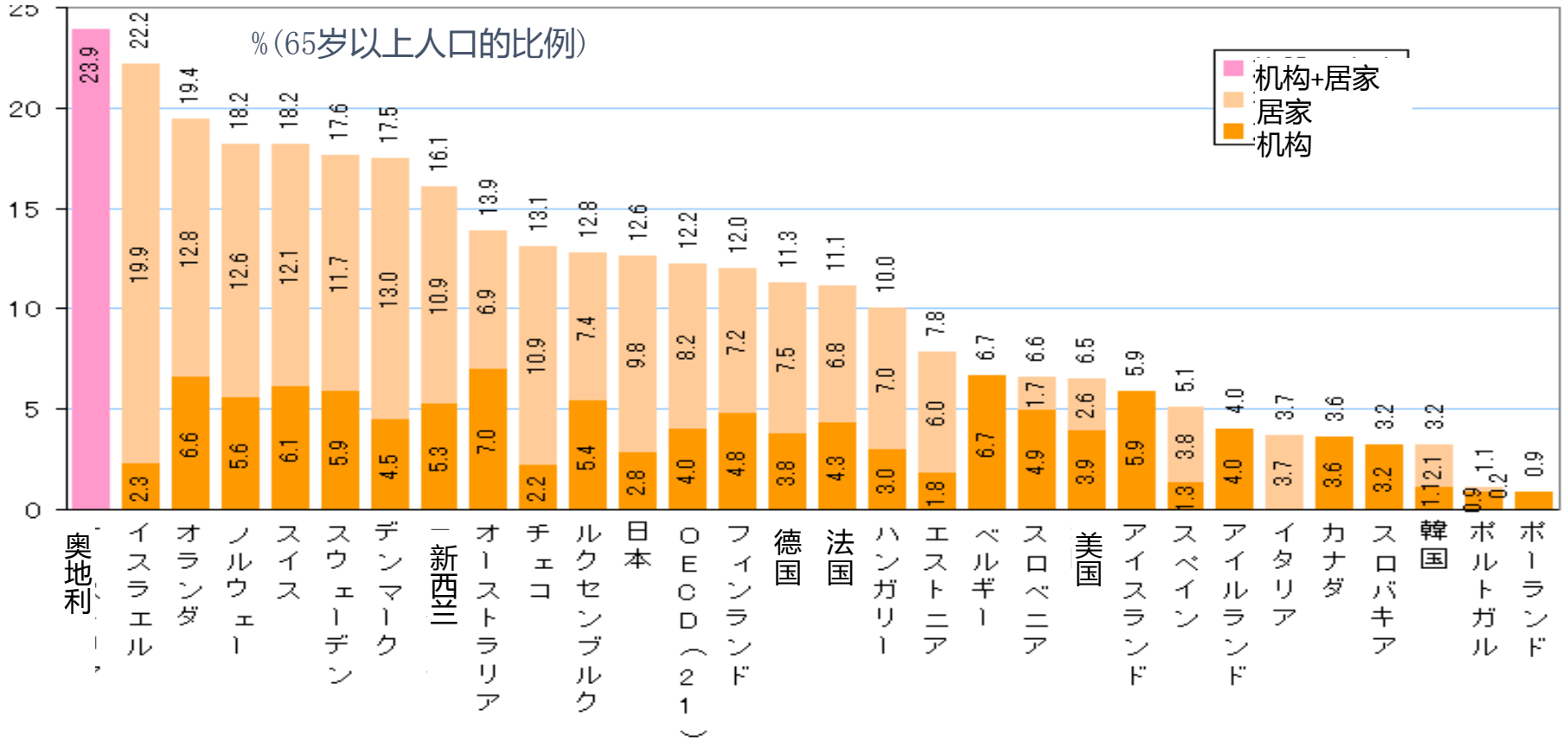


长期照护是持续一段时间内给丧失能力的人提供健康护理、个人照料和社会服务。特点：
第一，不是临时性的，是长期的可持续性的服务。 第二，既不是单纯的医疗服务也不是单纯
的社会服务，而是两者整合的服务。

长期照[illegible]险的出现，与对老年人的长期照护服务被从医疗服务中剥离出来相关。首先剥离的是基础护理，亦即日常生活照料，本属护士的工作，后来从医疗服务中“单列”出来，成为长期照料服务。接下来，一部分非治疗性质的护理和康复服务，即目标在于维持老年人的身体机能、延缓慢性病发展的护理和康复服务也被划出，并与长期照料服务合称长期照护服务

2 长期照护体系 长期照护需求

OECD调查表明：CECD内平均约有13%的65岁以上老人接受照护服务，其中大部分为居家服务。



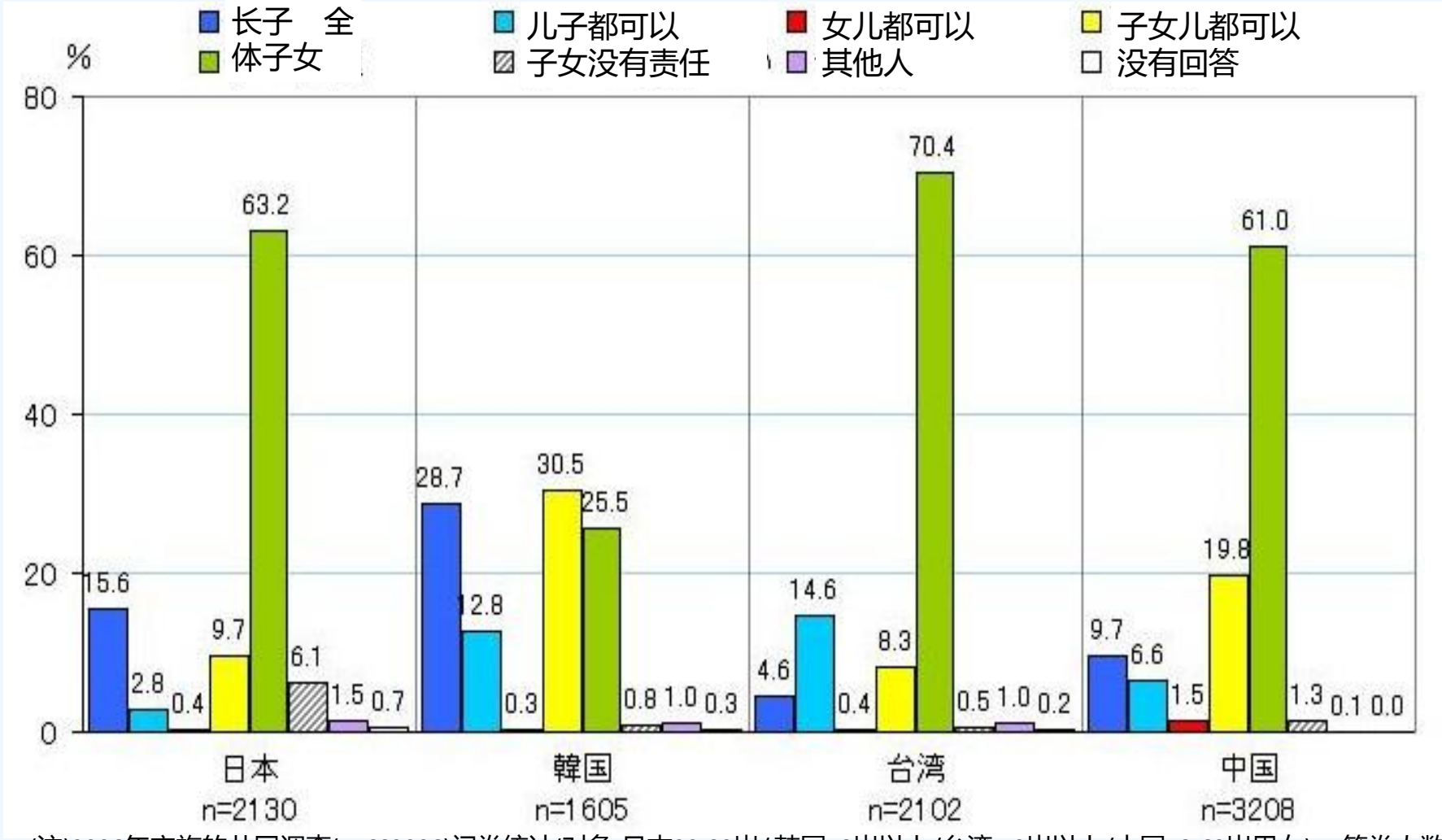
OECD国家接受长期照护服务老人占老年人口比例的国际调查(2009年)

(资料来源：OCED Health at a Glance 2011)

(资料) OECD Health at a Glance 2011

长期照护责任意识

中国/日本/韩国/中国台湾关于照顾双亲老人的责任意识的调查(多选一方式)

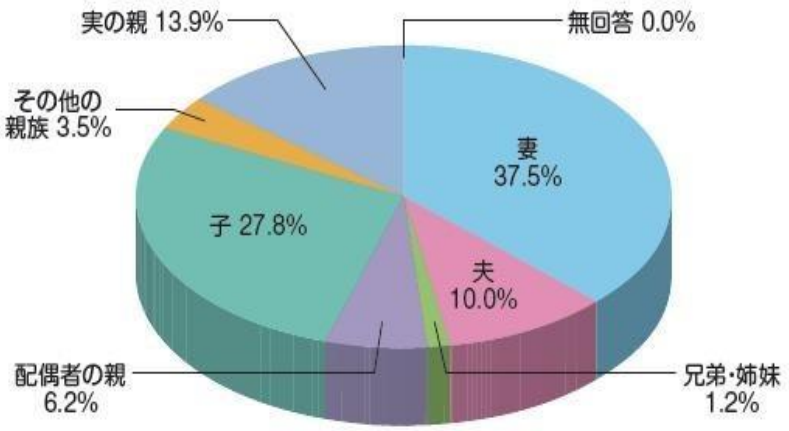


(注)2006年实施的共同调查(EASS2006)问卷统计(对象:日本20-89岁/ 韩国18岁以上/台湾:19岁以上/中国18-69岁男女) n:答卷人数

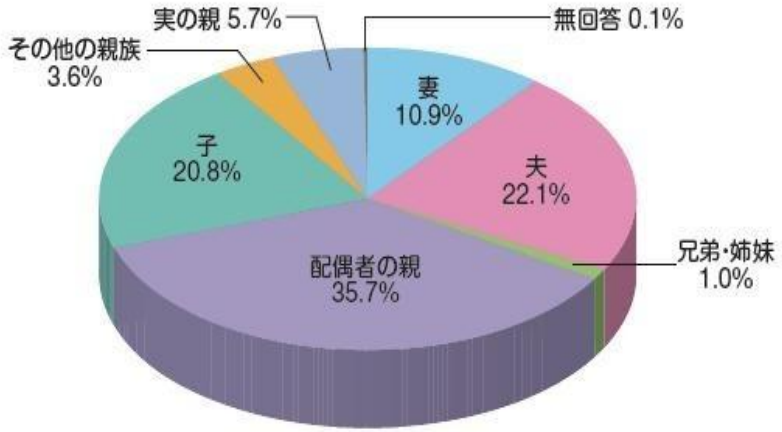
资料:大阪商业大学JGSS研究中心 East Asian Social Survey EASS 2006 Family Module Code book 2009年3月

家庭照护责任

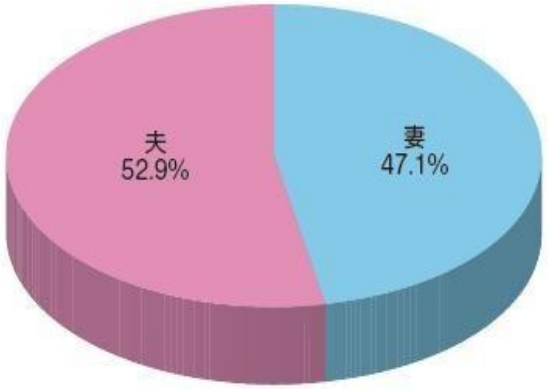
照护者为丈夫



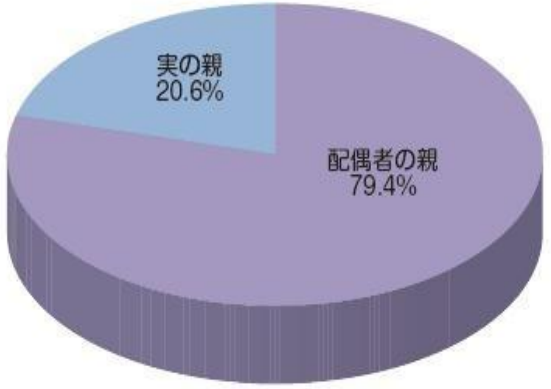
照护者为妻子



老人照护老人



子女照护老人



资料来源 社团法人 全国国民健康保険診療施設協議会。平成24 年 3 月（日本）

家庭照护责任

家庭照护者与被照护者的关系

	同居的家庭(71.1%)					分居的家庭(28.9%)			
关系	配偶者	子女	子女配偶	父母	其他親族	分居家属	服务机构	其他	不详
比例	25.9%	19.9%	22.5%	0.4%	2.3%	7.5%	9.3%	2.5%	9.6%

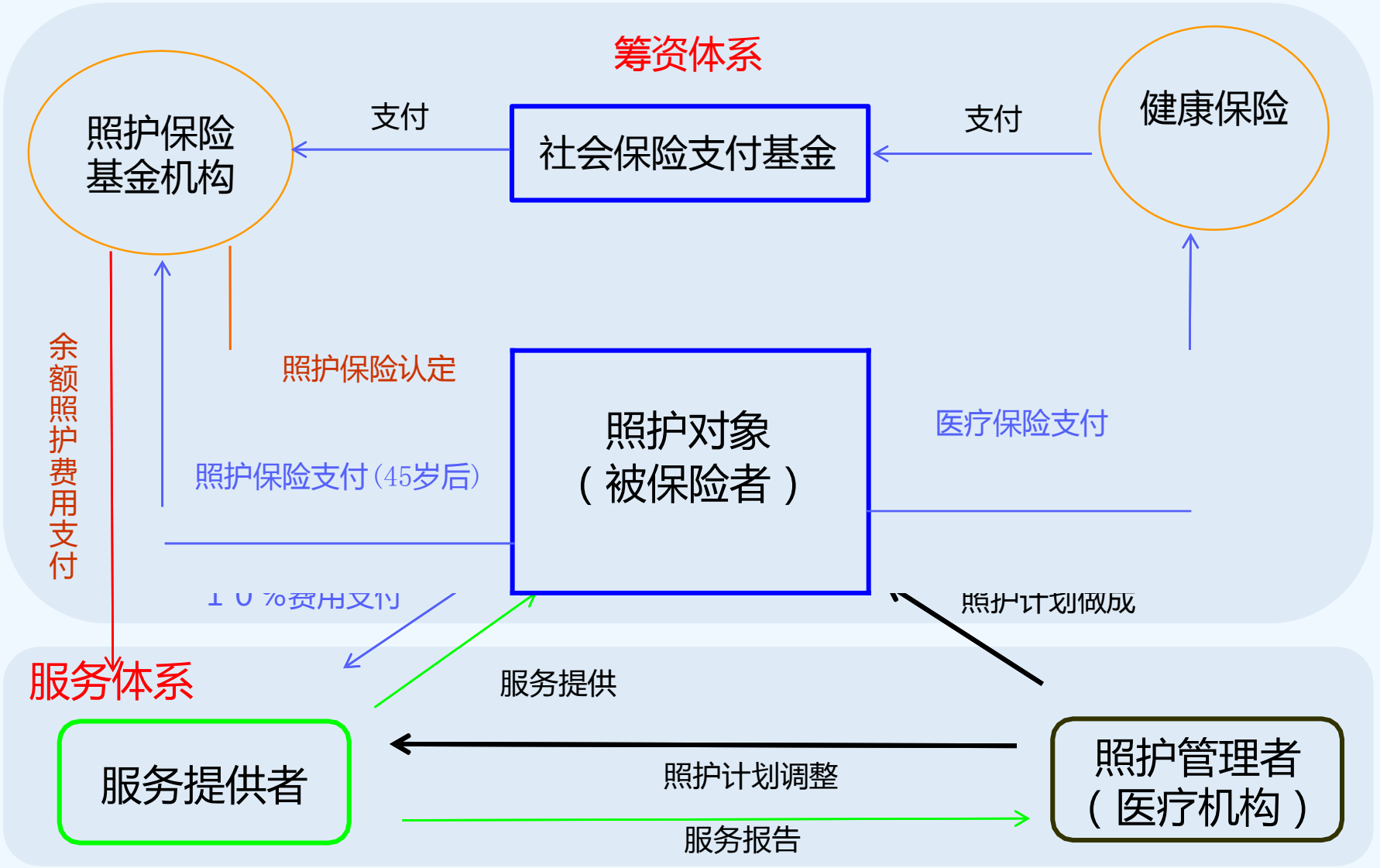
同居照护者的照护时间比较

照护度	整天	半天	2-3小時	必要時	其他	不詳
总　数	27.4%	10.0%	10.1%	37.9%	4.6%	9.9%
要支援者	2.4	4.2	3.3	62.6	13.6	14.0
要照护１	10.0	3.7	10.7	60.4	6.6	8.7
要照护２	19.7	10.5	11.0	47.0	4.2	7.5
要照护３	36.8	14.8	13.1	27.0	2.0	6.3
要照护４	51.3	15.8	11.8	10.0	3.1	8.1
要照护５	59.4	14.8	8.7	5.5	0.4	11.3

资料来源 厚生労働省大臣官房統計情報部「平成13年国民生活基礎調査の概況」図16(厚生労働省ホームページ)
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa01/> (last access2002.9.30)

2

长期照护体系(日本)


筹资体系
照护保险
基金机构
支付
社会保险支付基金
支付
健康保险
余额照护费用支付
照护保险认定
照护保险支付（45岁后）
照护对象
（被保险者）
医疗保险支付
10%费用支付
照护计划做成
服务体系
服务提供
服务提供者
照护计划调整
照护管理者
（医疗机构）
服务报告

照护评估(日本)

照护对象:
失能老人,
残障人士,
高龄人群.

照护调查认定

主治医师认定意见书
(半年一次)

照护计划

照护专员

认定内容: 生活能力(ADL)
认知能力(CPS)

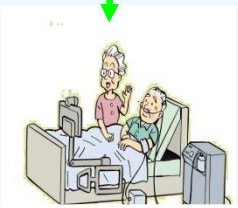
照护服务所

照护服务所



居家





养老院等设施

照护对象认定程序:
对象申请 → 机构受理 → 医疗机构意见 → 访问调查 → 认定审查 → 认定 → 照护计划

照护评估(韩国)

长期照护确认申请　访问调查　[国民健康保险公共团体]



等级判定

[长期照护等级判定委员会]



长期照护证书　标准长期照护使用计划书　通知

[国民健康保险公共团体]



长期照护供应　使用契约

工资待遇

[医疗设备]



照护评估(日本)

长期照护认定的基本调查

区 分	领域	项 目	
第一群(20项)	身体功能/起居动作	麻痹有无，拘缩，卧床等	
第二群(12项)	生活功能	移乘，移动，咽下，饮食摄取等	
第三群(9项)	认知能力	传达意思/理解日常生活/知道生日年龄	
第四群(15项)	精神/行动障碍	有物品被盗等发生/编瞎话。。	
第五群(6项)	社会生活的适应性	服药/财物管理/。。。	
其他(12项)	过去两周内就医情况	点滴/中心静脉营养/透析/人工肛门/。	

长期照护对象状态及照护类型

照护类型	援助度及照护度	照护对象状态	支付费用	其他费用
预防支付型	要援助-1(需要社会援助状态)		49,700	住宅改修费 200,000
	要援助-2(需要社会援助状态)		104,000	
照护支付型	要照护-1(需要部分的照护状态)		165,800	福祉用具购入 100,000 (其中；自己支付10%)
	要照护-2(需要轻度的照护状态)		194,800	
	要照护-3(需要中等程度的照护状态)		267,500	
	要照护-4(需要重度程度的照护状态)		306,000	
	要照护-5(需要严重程度的照护状态)		358,300	

照护评估(韩国)

身体机能领域（12项）

刷牙、吃饭、洗澡等日常生活（ADL评估）

四肢运动有障碍以及肩肘等关节受限制



等级判定项目

复原领域（10项）

认知机能领域（7项）

记忆力障碍　指令理解能力障碍　通信能力障碍　判断力障碍

切口支气管护理　氧疗法　透析护理　病床护理

护理处置领域（9项）

行动变化领域（14项）

妄想、幻想、失眠、暴躁等行为

照护服务(日本)

照护服务	居家	社区	机构
护理			⊙
定期护理访问	⊙	⊙	
身体照护	⊙	⊙	⊙
生活照顾	⊙	⊙	⊙
夜间对应访问照顾	⊙	⊙	
认知症对应访问	⊙	⊙	
定期去设施	⊙	⊙	
短期去设施	⊙	⊙	
护理用具的借用	⊙	⊙	⊙
特定用具的借用	⊙	⊙	⊙
居住环境的改善	⊙		

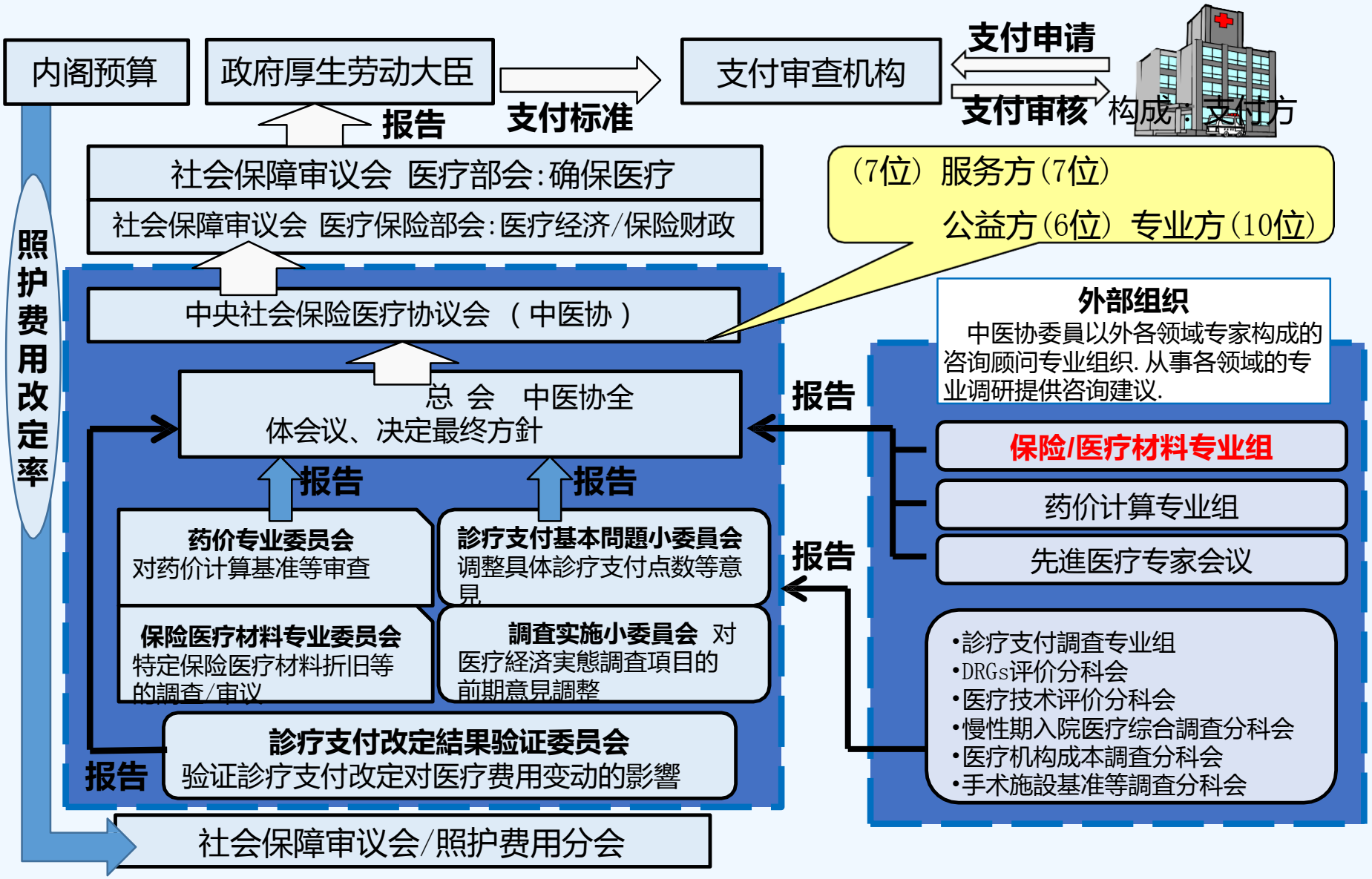
身体照护:排泄, 清洁, 入浴, 擦洗, 辅助饮食, 辅助服药等　　生活照顾:扫除, 洗涤, 调理, 购物等

2 长期照护体系

医药卫生体系与长期照护体系

	美国	英国	德国	日本	法国
医保覆盖	职业人群：社保 高龄/残障者/低收入者：社保	全民医疗	90%国民	全民保险	90%国民
医保方式	高龄者/残障者：由税金构成的社会保险　低收入者:税构成	全部由税金构成	由保险费构成的社会保险	由保险费和税金构成的社会保险	由保险费为名目的税金构成的社会保险
医保特点		用税金方式实现覆盖	90%的国民以社会保险形式加入 自营者等随意加入		私营企业受保者保险 公务员等受保者保险 自营者保险
医疗体系模式	商业+社会	公费医疗	社会	社会	社会
长期照护保险	商业+社会	公费	社会	社会+公费	社会

2 长期照护体系 服务定价机制(日本)



来源：参考 日 本厚生劳动省审议会资料(时点：2011.6.22)作成

目录
CONTENTS

1 大健康理论

2 长期照护体系

3 长期照护理论

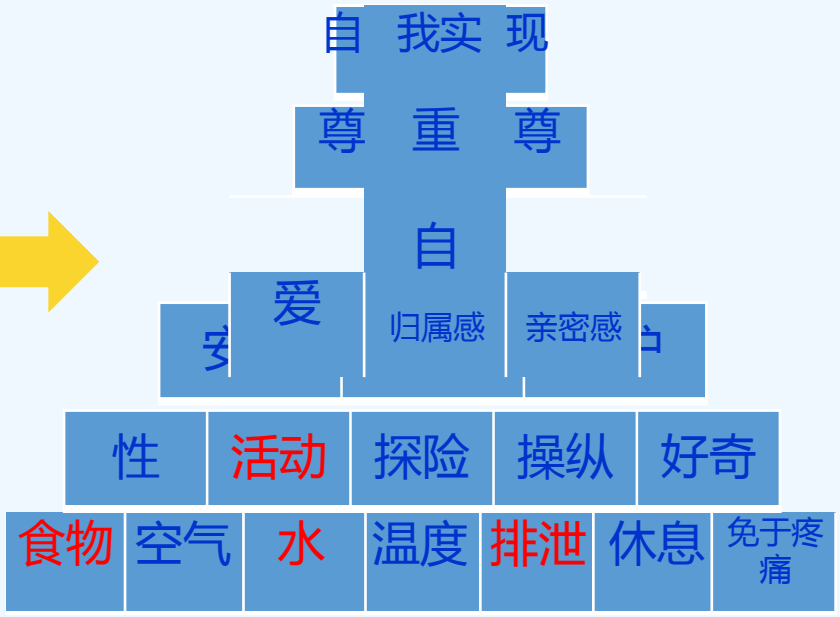
4 长期照护产业

照护生理学（人的生理需要）

人的生理需要是客观存在的



马斯洛基本需要层次理论



凯利希(R. kalish)基本需要层次理论

满足人的生理需要是维持生命质量和生活能力的基础

照护生理学（人的生理需要）

充足的水分，有利于维持细胞内线粒体的38.2℃的环境温度人体的酸碱平衡

排泄关键在于合理的便形成过程。如刺激胃动力和肠动力。合理的排泄能减少便秘和减缓认知症。



鼻子呼吸比用嘴呼吸，空气经过滤而且空气温度要高些。

有利于人体付交感神经工作，使人的免疫系统更有效工作。每天睡眠要超过8小时，利于白天直立骨架/肌肉疲劳的恢复。

膳食除了注意营养搭配外，还要进食些可增加咀嚼的食物，有利于增加免疫物质唾液的分泌。

照护生理学（人的生理需要）



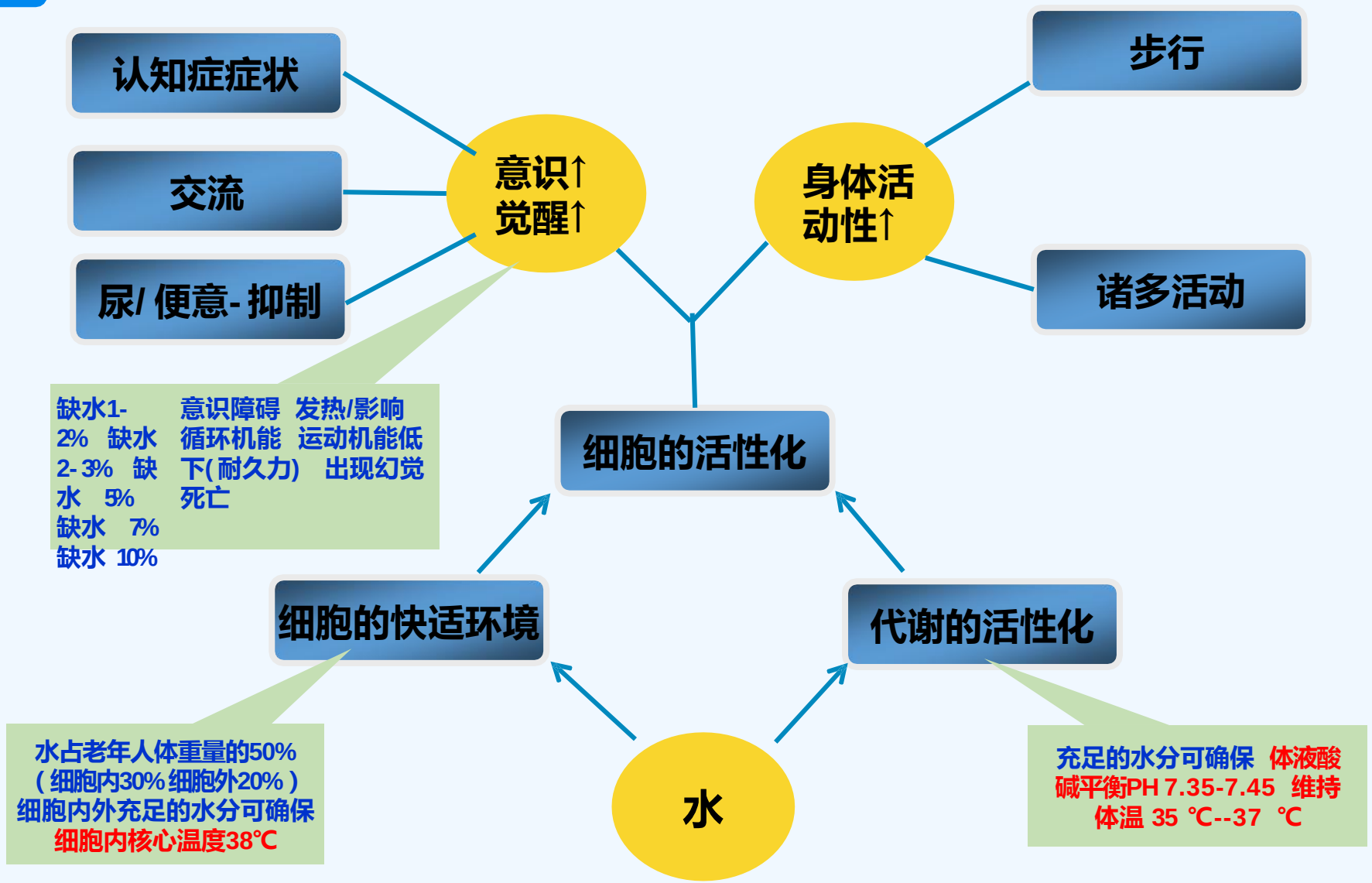
-促进细胞的活性化(最适环境/代谢活性化)
-促进人的清醒意识
-提高身体的活动能力

-正常化餐食
-正常姿势
-自立性进餐

-水分管理提高意识水平控制尿意/便意
-空腹饮食的胃大肠翻身
-步行能力提升促使起立大肠反射
-便秘治疗的照护措施 1.有规律生活（睡眠/清醒节奏）
2.正常餐食
3.食物纤维
4.饮水15000mL（起床后凉水/凉乳）
5.运动(步行/体操/外出)
6.定时排便
7.座式排便

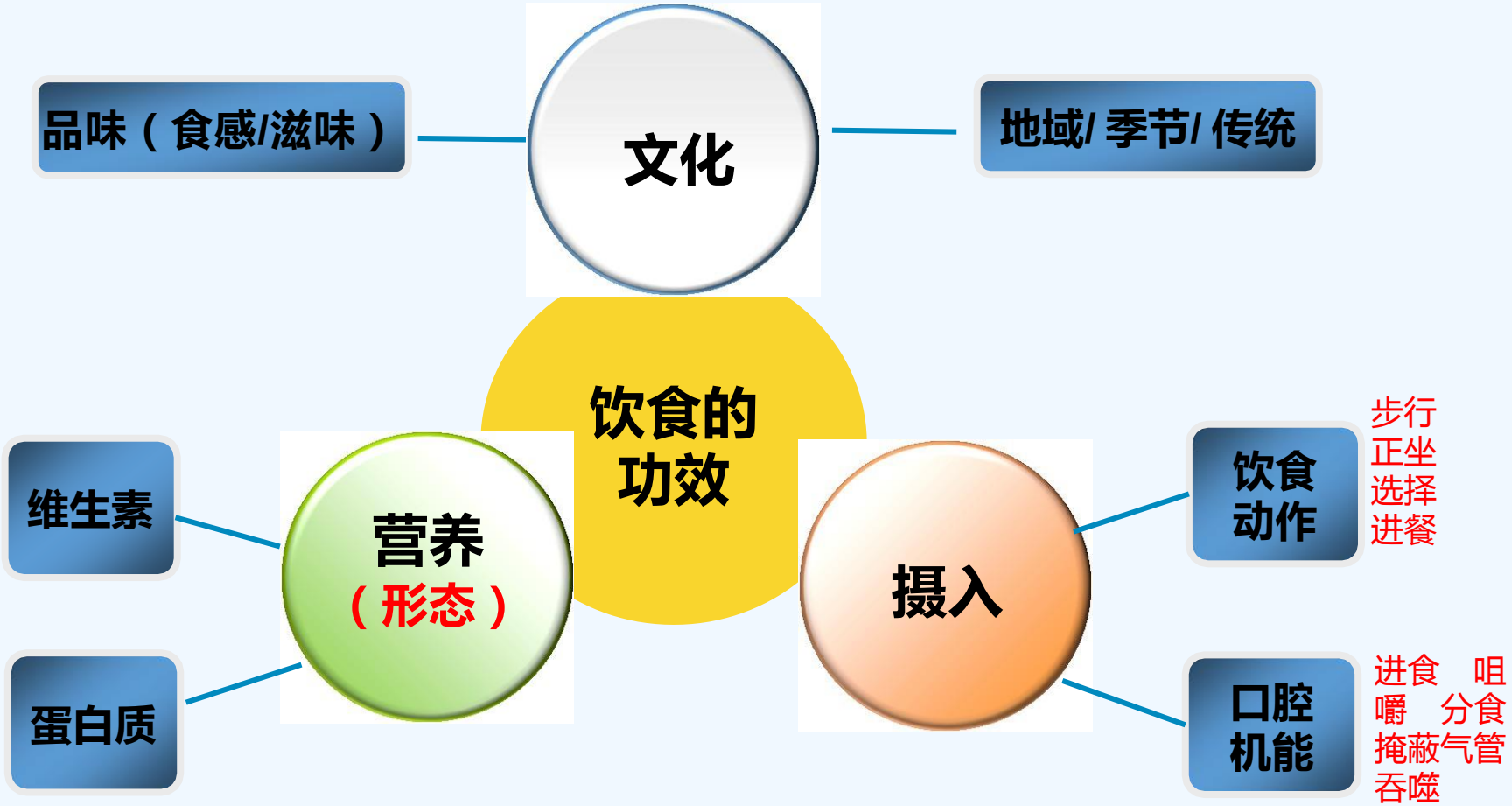
-促进细胞的活性化
-促进人的清醒意识
-提高身体的活动能力

照护生理学（水的生理需要）



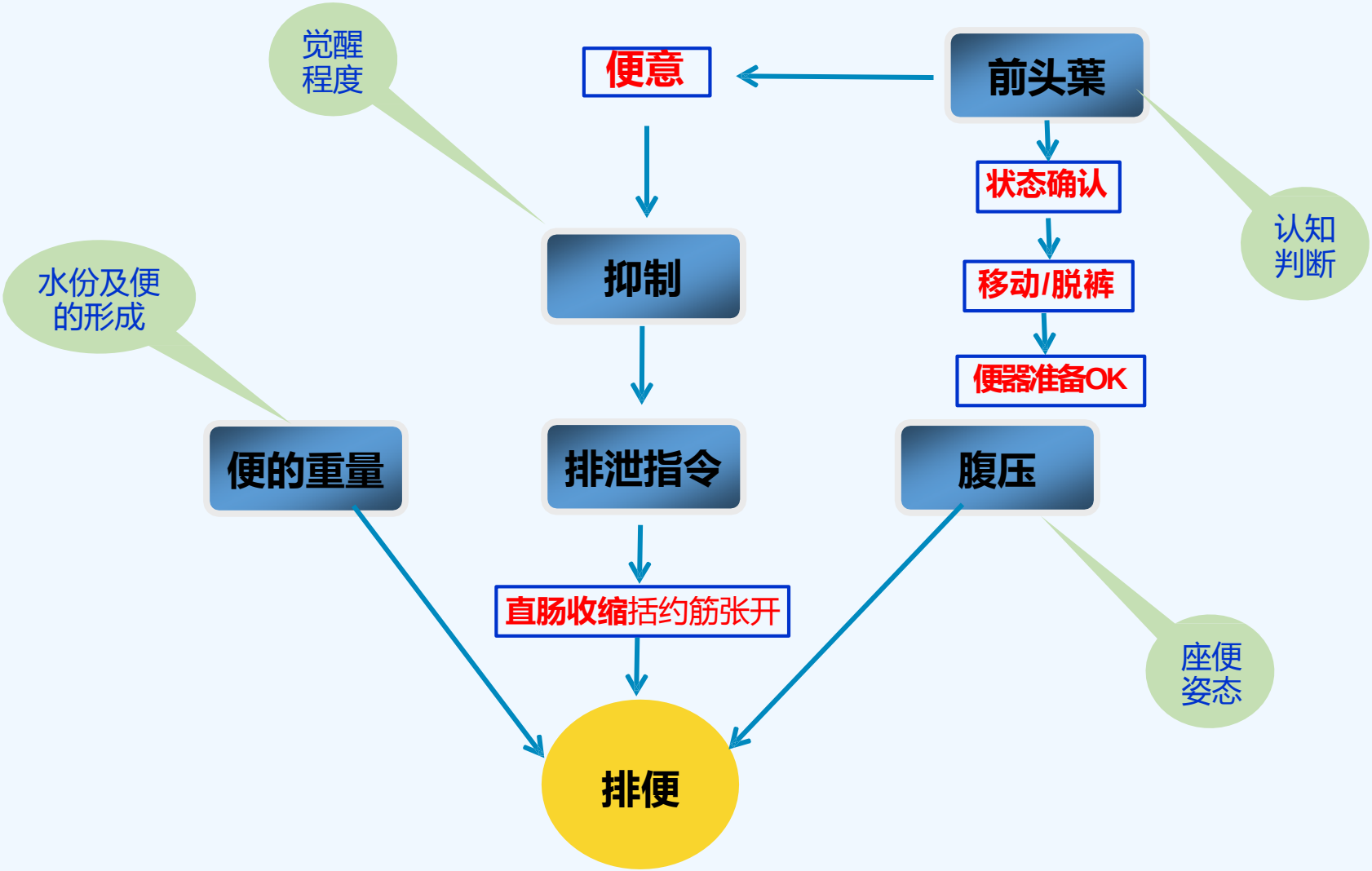
资料来源：《介護の生理学》 竹内孝仁 监修 ，秀和システム 2013年

照护生理学（饮食）


文化
品味（食感/滋味）
地域/ 季节/ 传统
饮食的功效
营养（形态）
维生素
蛋白质
摄入
饮食动作
步行
正坐
选择
进餐
口腔机能
进食 咀嚼 分食
掩蔽气管
吞噬

照护生理学（排泄）

排泄的生理活动机制



照护生理学（排泄）

便的形成排泄机制

早上400C-500CC温水

↓

启动胃动力 —— 胃大肠反射 → 便从S状结肠向直肠移动

↓

行走40-50分

↓

启动肠动力 —— 起立大肠反射 → 大肠内蠕动→ 便移动

↓

明确厕所存在

↓

启动肠动力 —— 大脑排泄指令 → 排泄反射→ 便排除

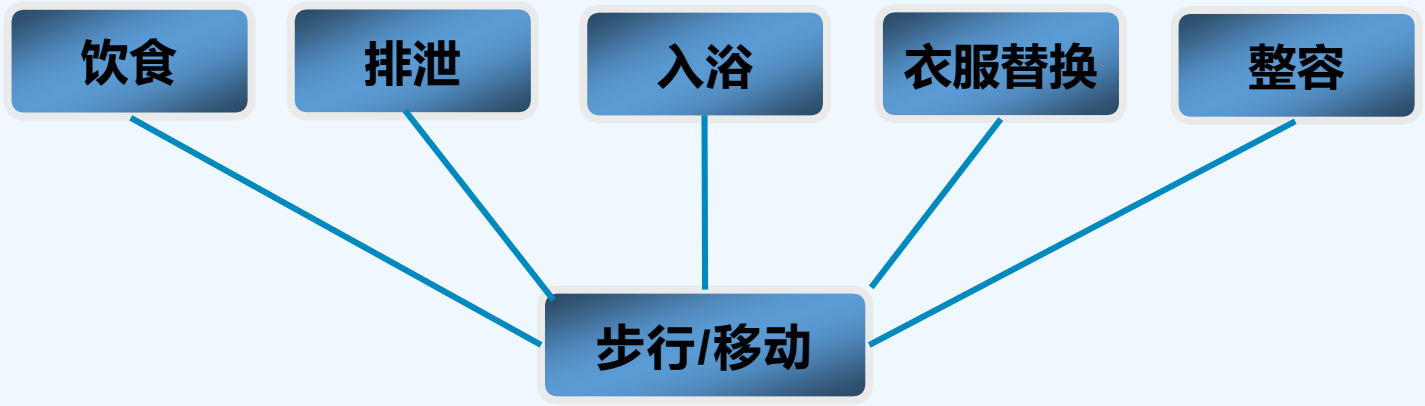
照护生理学（行走）

老年人群的生活自立是以能步行/移动基础上的

饮食 | 排泄 | 入浴 | 衣服替换 | 整容 | 步行/ 移动

基于康复/ 护理目的的ADL排序

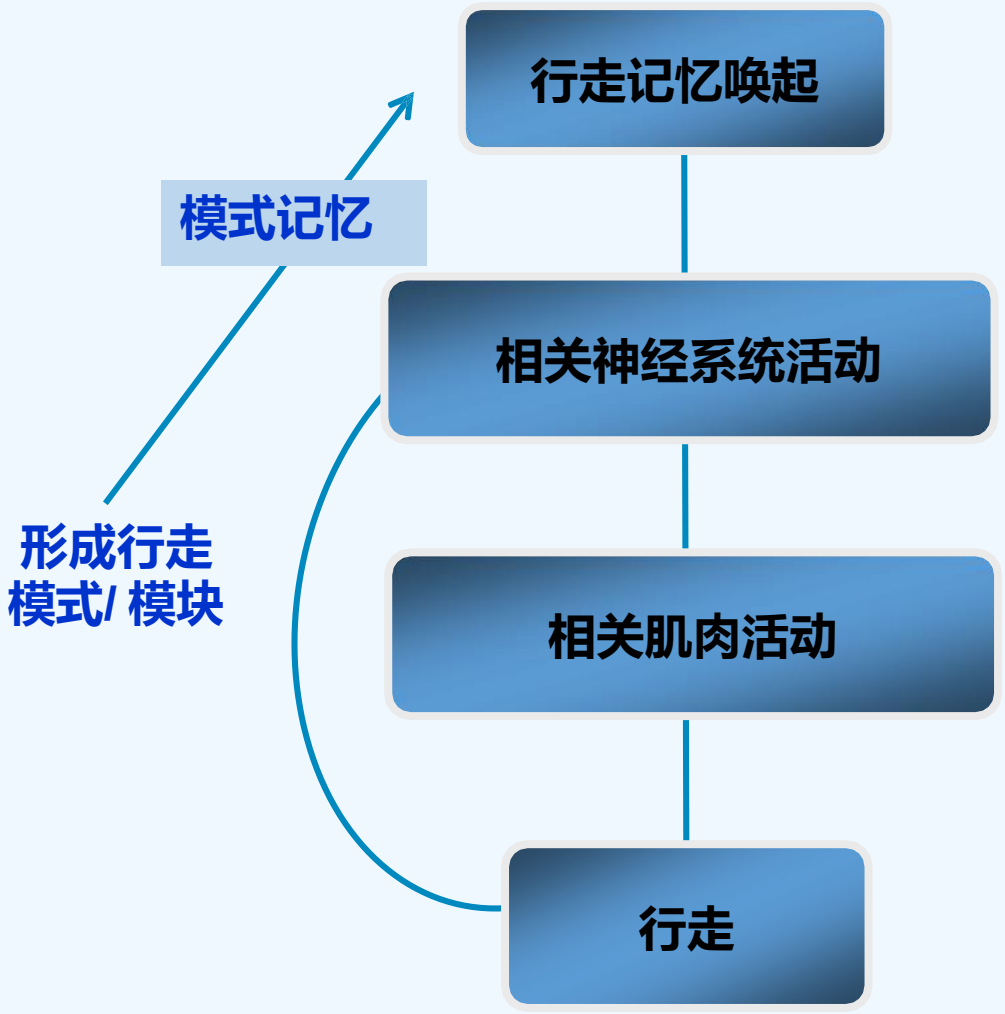
基于照护目的的ADL排序



ADL(日常生活功能) = 以排泄、进餐、整容、步行等基本日常生活活动 (Basic ADL)

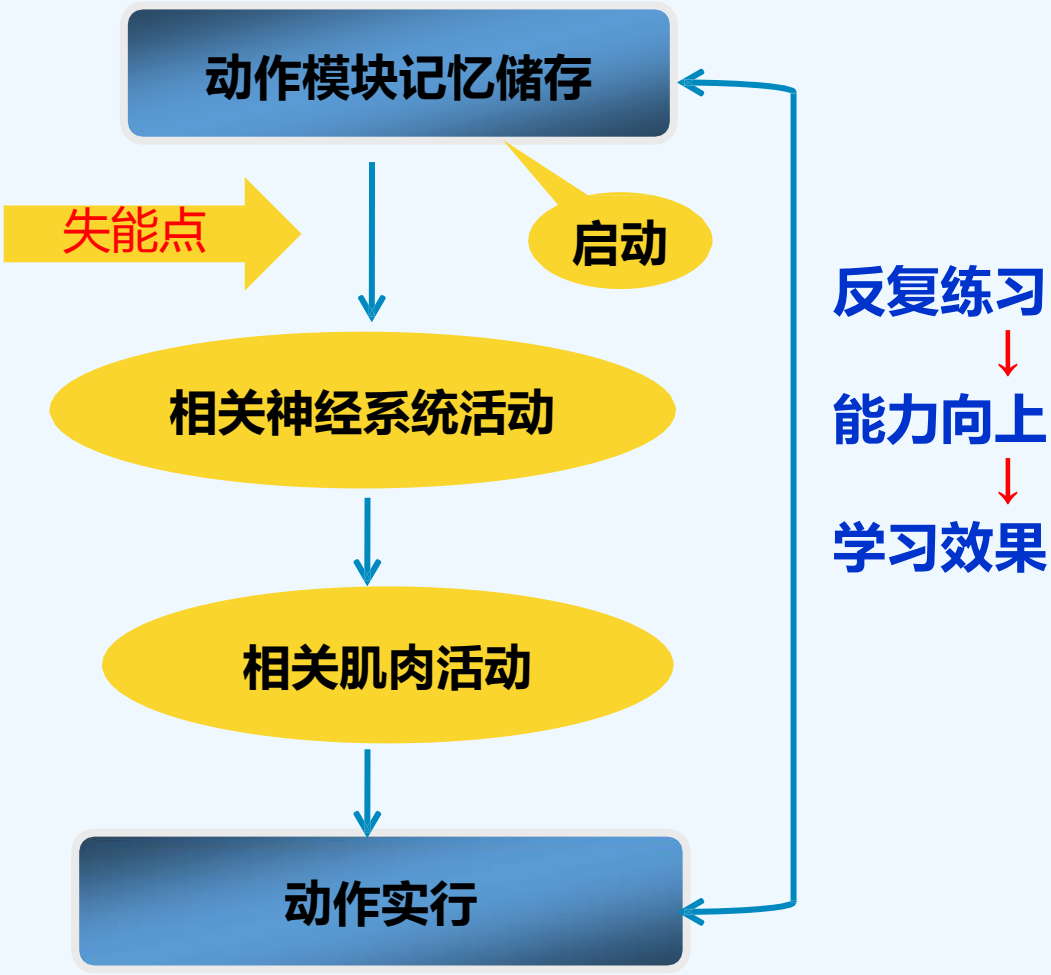
照护生理学（行走）

人的行走机制（模型）



照护生理学（行走）

基于学习理论的行走康复模型



照护生理学（行走）

基于学习理论的照护步行康复



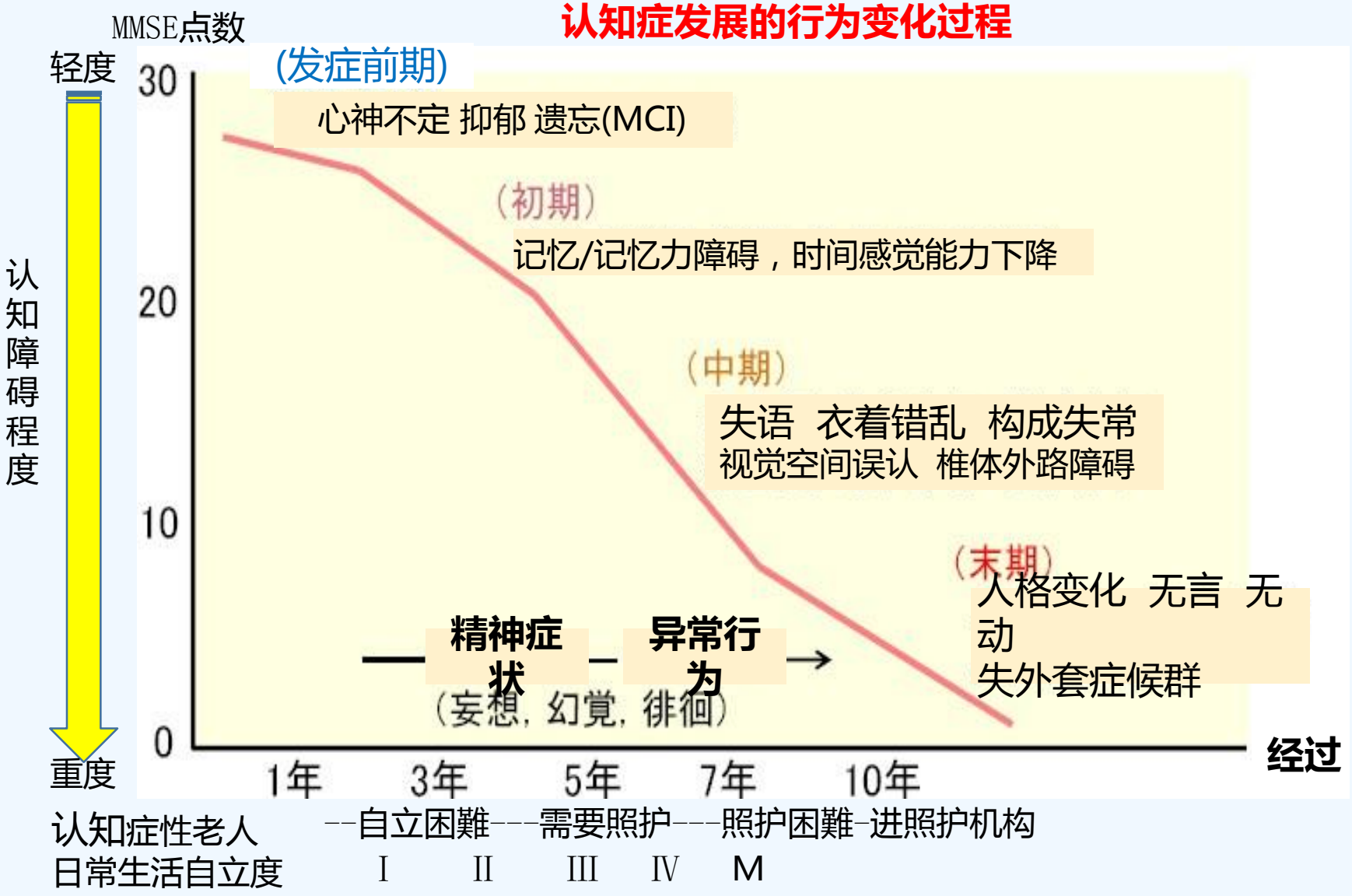
101岁 照护等级5 女性入所前 移动靠轮椅/完全援助/不能步行，一个月后能使用步行器步行



青岛锦云村老人公寓

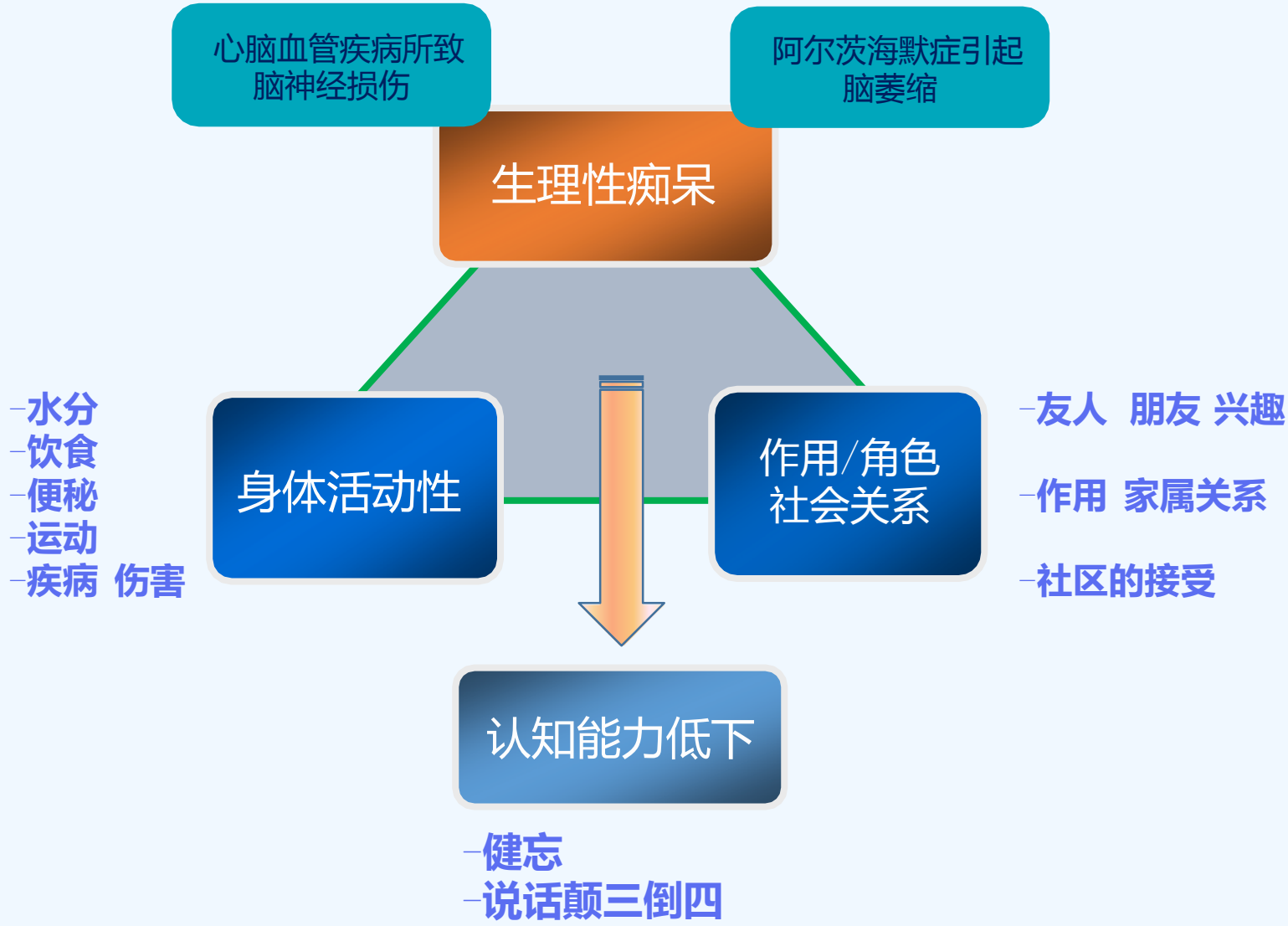
认知症照护

认知症发展的行为变化过程



认知症照护

认知症-症因



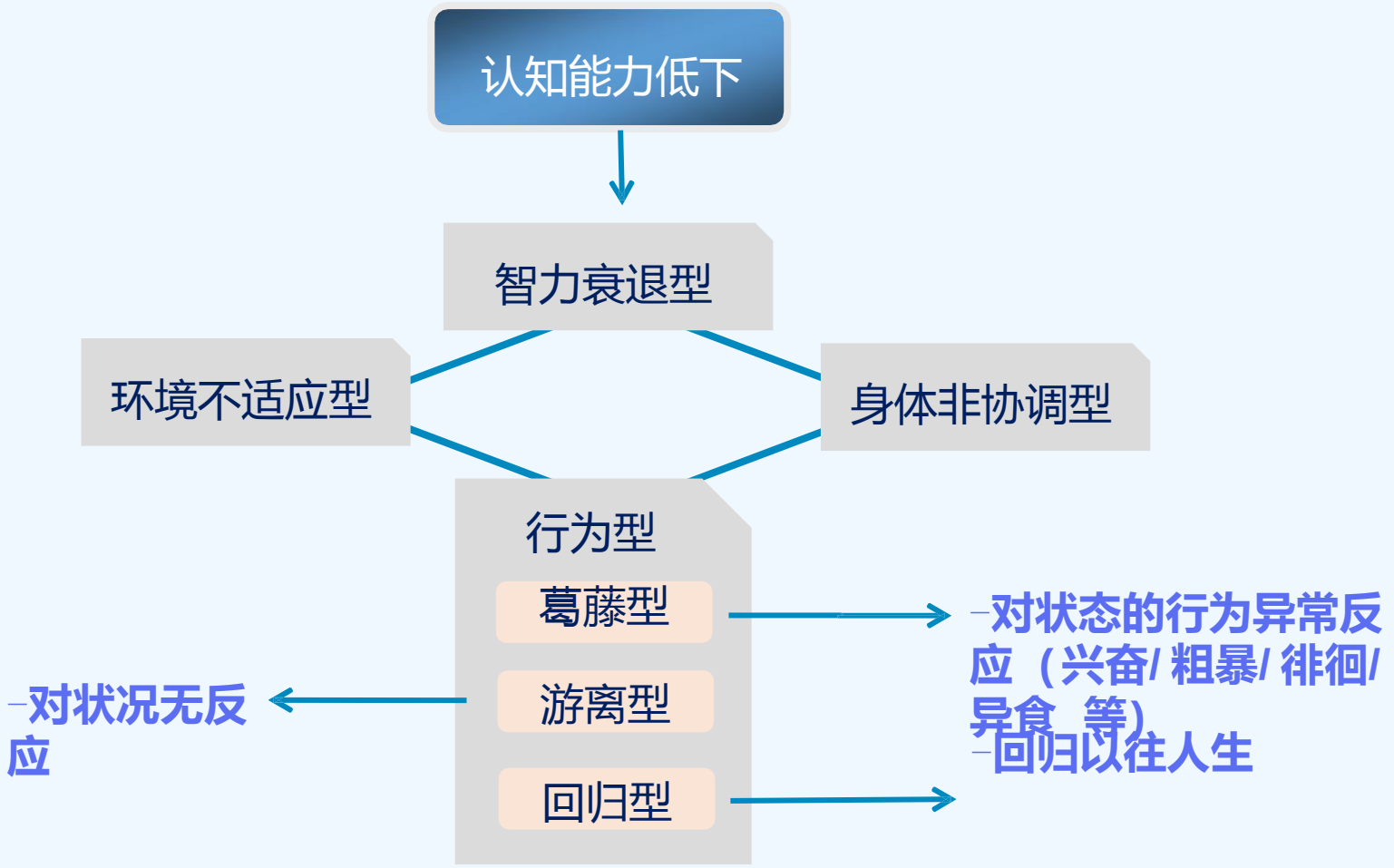
- 水分
- 饮食
- 便秘
- 运动
- 疾病 伤害

- 友人 朋友 兴趣
- 作用 家属关系
- 社区的接受

- 健忘
- 说话颠三倒四

认知症照护

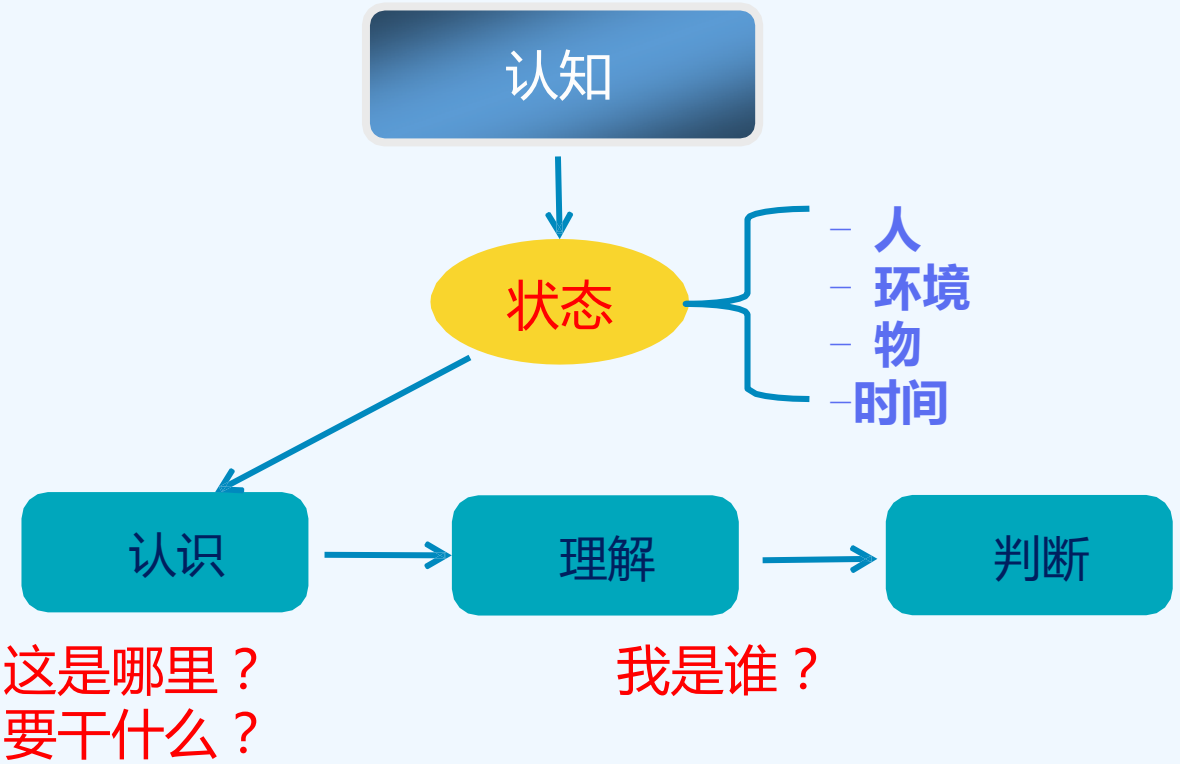
认知症-症状类型



认知症照护

认知过程和认知障碍

认知过程中的任一节点出错就会形成认知障碍！



（认知症并不是单纯的记忆障碍，而是认知障碍）

认知症照护

认知症照护过程

第一阶段

提高认知能力 （水分/饮食/排泄/行走）

基本生理照护

第二阶段

认知症类型判定（对应照护）

第三阶段

社会参与促进（交友/社交等）

认知症照护

认知症的基本生理照护

1)水份：每天喝不少于1500ml的水，有利于维持细胞内线粒体的38.2℃的环境温度人体的酸碱平衡。
2)排泄：每天早晨最好喝柠檬峰蜜温水约400ml(糖尿病者除外)，利于刺激胃动力和排开启泄过程，减少便秘。
3)饮食：膳食除了注意营养搭配外，还要进食些可增加咀嚼的食物，有利于增加免疫物质唾液的分泌。
4)行走：坚持每天行走约40分钟的有氧运动。这利于新陈代谢，也有利于刺激肠动力和合理的排泄过程。
5)呼吸：坚持用鼻子呼吸，用鼻子呼吸比用嘴呼吸，经过滤的空气温度要高些。
6)温度：注意保温，有利于维持人体细胞的正常工作温度
7)休息：有利于人体付交感神经工作，使人的免疫系统更有效工作。每天睡眠要超过8小时，利于白天直立骨架／肌肉疲劳的恢复。

无论是细胞免疫还是基因表达，都离不开人的生理需要得到满足的前提条件。不能在人缺水细胞及线粒体工作温度不正常的条件下谈细胞免疫和基因表达。

因此，把基础健康管理看作包含认知症照护在内的长期照护的基础照护，并作为日常性照护工作，可排除基础照护不足引发的认知症症状，聚焦认知症因引起的问题，可以大大提高照护工作的效率

照护生理学（生理照护关系）

	水	食物	排泄	行走	空气	休息	温度
水	X	◎	◎	◎		◎	◎
饮食	◎	◎	◎	◎			◎
排泄	◎	◎	X	◎			◎
行走	◎	◎	◎	X	◎	◎	◎
呼吸					◎		◎
保温	◎	◎			◎		◎

照护经济学

照护经济学　[大守 隆　田坂　治　宇野裕　一瀬智弘 著]

前言

第一章 福祉是高成长性产业

1-1　日本经济的福祉现状　　1-2　国际性课题的福祉
1-3　福祉是负担还是机会　　1-4　福祉服务的特性和市场的活用
1-5　照护经济学的作用

第二章　新金色计划（高龄者保健福祉10年计划）的内需扩大效果

2-1 照护社会化的经济波及效果　2-2 照护服务关联产业分析
2-3 新金色计划引起的生产，粗附加值诱发效果
2-4 新金色计划与公共事业的经济效果的比较
2-5 照护保险的效用

第三章 照护的社会化与劳动供给

3-1 照护社会化给劳动供给的影响　3-2 家属照护对就业率的影响
3-3 新金色计划产生的劳动力　　3-4　劳动供给变化给与GDP的影响
3-5 公的照护保险的影响

第四章 照护保险的宏观经济效果

4-1 风险池的效果　　4-2 商业照护保险的现状 4-3　储蓄率与经济成长的关系

第五章 公的照护保险运营方式

5-1 公的照护保险的悬念　　5-2　照护保险制度下的照护需要
5-3　制定照护保险政策的方法　　5-4　照护保险制度下的竞争政策

附表：47个部门产业关联表　消费内生化型逆行列系数表

照护经济学(长期照护特性)

长期照护体系需要照护保险的支付支撑，服务涵盖了医疗基础护理和生活照顾和康复以及环境改善等内容，兼顾了医疗和生活及福祉的属性。具有医药卫生体系相似的经济学特性。

1.明确而稳定的潜在需求

本人及家属都明确服务需要，家庭内也有提供服务的能力，在某种程度上社会提供的服务与家庭的提供服务可相互替代。

2.较低的信息不对称性

与医疗卫生服务相似，照护对像需要定期的接受评估并且调整照护计划，因此照护服务的双方也具有信息不对称的特性。但是照护服务中有大部分的生活照顾服务也为常人熟悉而且家属也能参与其中，所以与纯碎医疗服务相比，长期照护的信息不对称性要低得多。

3.规模化利益不是很大 照护服务的地域属地化很显著，规模化会带来交通问题，也会导致规模化效益不明显。

4.劳动密集性

在居家服务创业需资金量不大，较难启动资本市场。但是社会劳动力的供应会有问题。

照护经济学(长期照护特性)

5.较低的环境负荷

长期照护服务的二氧化炭排放量为0.33顿/百万日元，而公共事业的二氧化炭排放量为1.08顿/百万日元，两者相比，照护服务只有公共事业的1/3排放量，是环境友好型产业。

6.利用市场机制的可能性 照护服务市场不是完全竞争市场，是受制约的内部市场，但是依然可以利用内部市场机制有效的提供服务。

7.市场失败的风险

7.1 确保服务质量

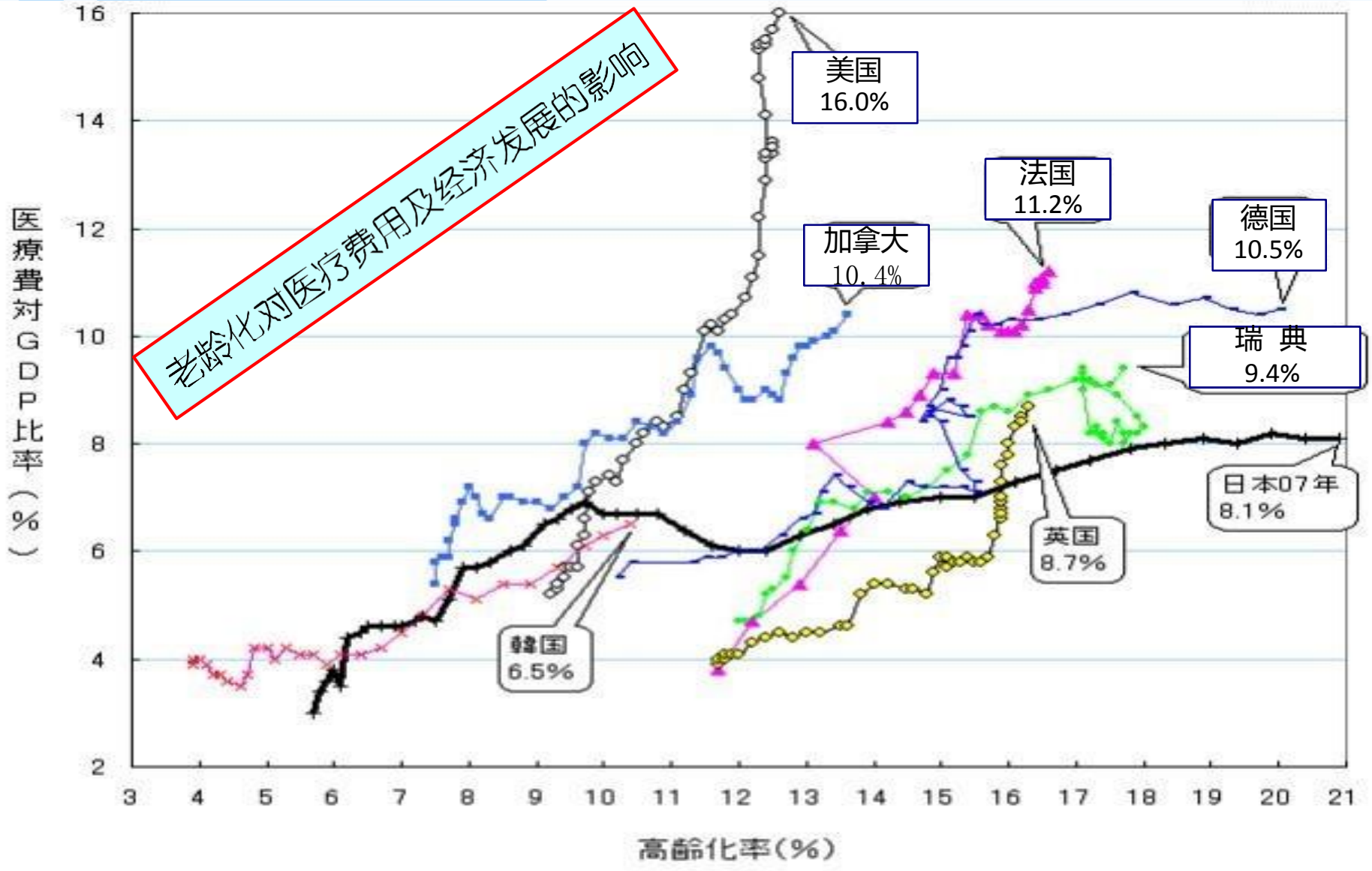
7.2 根据区域条件强化政府支持

7.3 保护不能完全表达意志的弱势消费群体

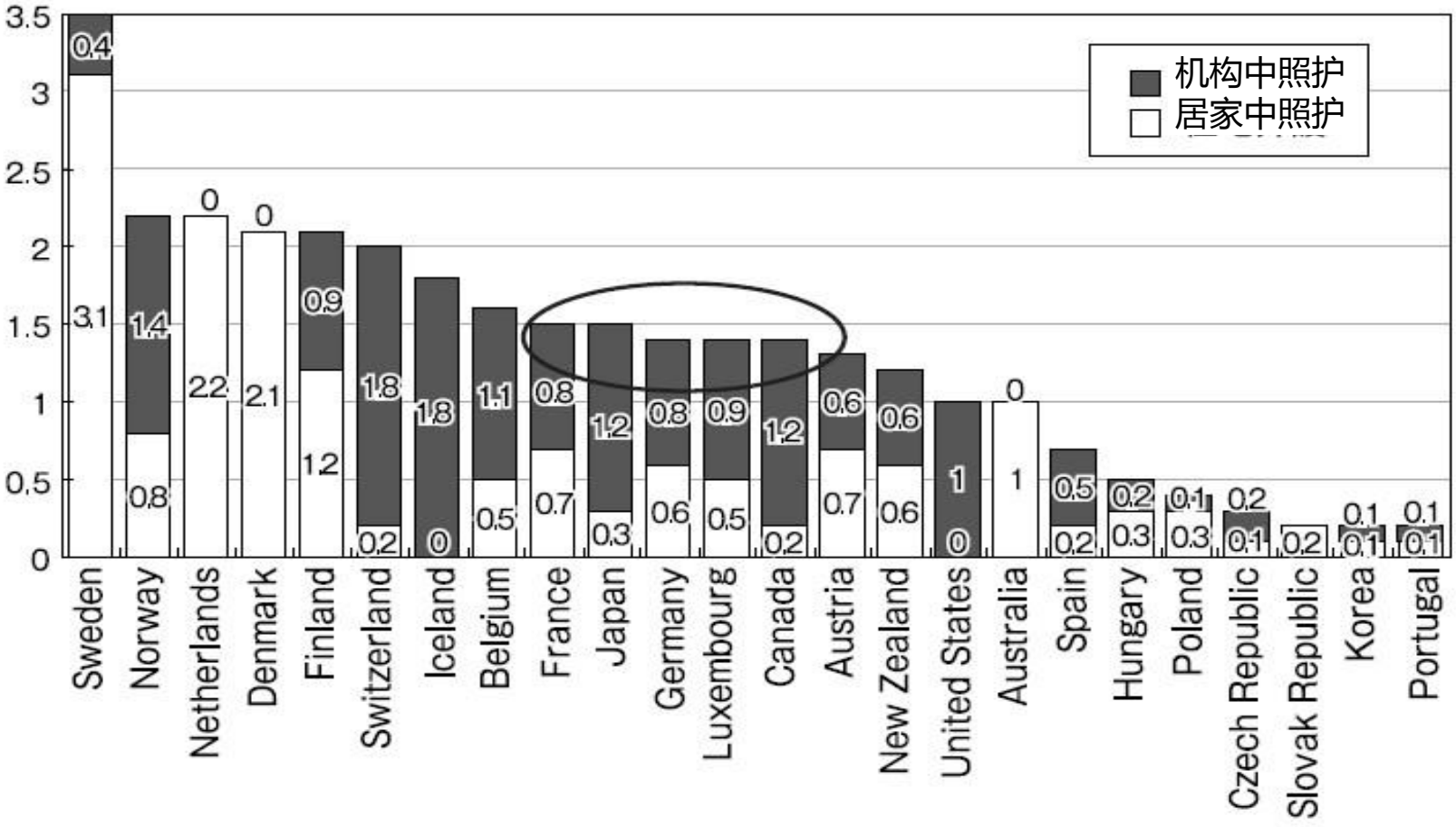
7.4 会员制照护服务设施的入居者的入会费的资金安全保护。

7.5 应考虑众多低收入被照护者的照护服务所得分配。 了解和掌握长期照护体系的服务特性和市场机制，自觉的应用照护经济学基本原理，趋利避害做好顶层设计，将有利于我国的长期照护体系建设。

3 长期照护理论 照护经济学（老龄化与GDP）



3 长期照护理论 照护经济学(经济效应)



OECD主要国家的长期照护费用支出占GDP%(2006年)

数据来源： OECD Health Data 2009

照护生经济学(经济学效应)

老龄人口要占到全人口的12%-15%或更高比例。需要提供照护的人群又要占老年人群的约12%，提供的照护服务涉及产业门类很多，是国民经济的重要产业部门，根据世界经济合作组织(OECD)长期照护产业统计，长期照护产业平均约占各国GDP约1.2%。根据照护经济学的测算，建立长期照护体系能带动47个国民经济产业部门，在照护服务产业每投入1元资金能带来4元的社会GDP，远远高于投入社会基础建设的经济效益。因此，建立基于照护保险的长期照护体系不仅是为了提供照护的支付，更能促进照护产业的发展，增加社会就业。针对我国面临的经济转型，建立照护保险也可大大推动供给侧结构性改革。

老龄化的先行国家日本是在2000年实施社会照护保险，这些年建立基于照护保险的长期照护体系的国家不仅提供了更优质的老年照护，同时都推动了社会经济和照护产业的发展。 根据日本2000年开始实施照护保险后对促进照护产业发展的统计，有效的证明了长期照护对经济发展的极大贡献。

	2000年	2011年	增减%
a. 照护士资格考试/人	55,853	154,223	276%
b. 照护服务人员/万人	54.9	134.3	245%
c. 改善型照护设施/个	7,153	9,515	133%
d. 长期疗养型设施/个	3,862	2,252	58%
e. 各类照护服务企业/个	61,328	115,115	188%
f. 提供服务人数/万人	218	487	223%

g. 照护服务产值(2007年) 约5000亿（占15%老年,居家服务占72%和产值占50%）

h. 关联产业产值(2012年) 环境改造 23.7亿 照护用品 104亿

目录
CONTENTS

1 大健康理论

2 长期照护体系

3 长期照护理论

4 长期照护产业

照护培训

1987年，日本政府先后制定了《社会福祉士法》《照护福祉士法》，规定了照护专业人员的培训、考试及录用的标准和方法。极大促进了专业照护人员队伍的壮大和质量的提高，从而实现了照护人才资源的法制化和制度化。

在长期照护体系中引入“care managers”的概念，以帮助老年人制定照护计划。Care manager(照护支专门员)需要至少5年的相关工作经验，如护士、医生、社工等，在上岗前需要经过严格的培训。

	职称	职能	教育培训	考试机构/资格认定
高	照护福祉士	具有专业知识和技能，为由于身体及精神有问题造成日常生活障碍的人群提供对应的照护服务，以及对照护对象及相关照护业务人员的业务指导。	2年1800小时	公益财团法人　社会福祉振兴考试中心
	照护专员 (Care manager)	在照护服务机构从事照护计划制定/照护结果评估	实务研修 32小时	先进行都道县政府举办的全国统一的研修资格考试，合格后再参加实务研修，研修结束后登记注册并发证明。
	照护职员	从事照护相关工作的人员	基础研修500小时	无资格
	访问照护员-1级	在照护服务机构从事照护工作，业务内容包括：对居家的受照护对象提供上门照护服务(饮食/助浴/排泄/移动/外出等帮助)和家政服务(洗涤/购物等)，	230小时	都道县政府指定的课程修完后，由政府发给证明，并获取资格。
低	访问照护员-2级		330小时	



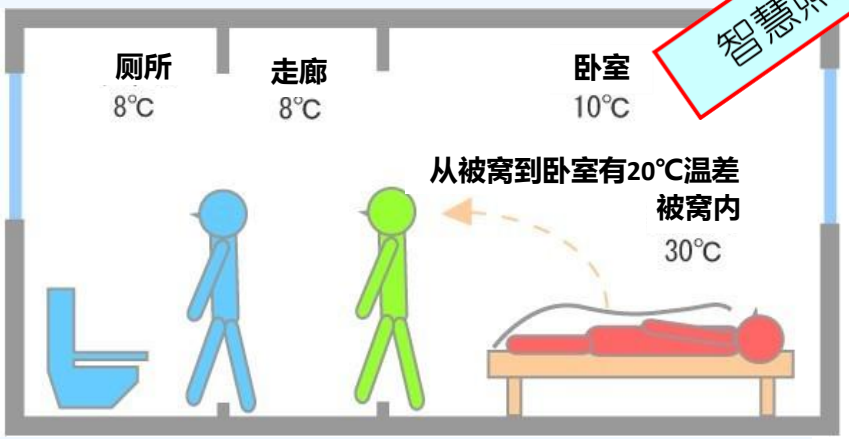
4

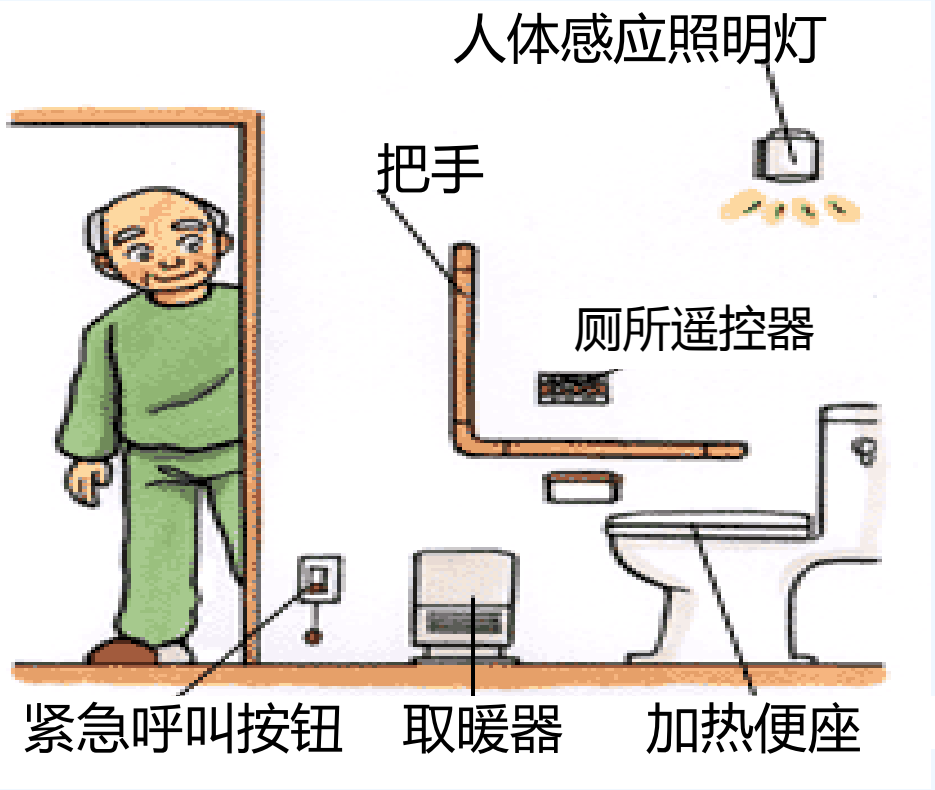
长期照护产业

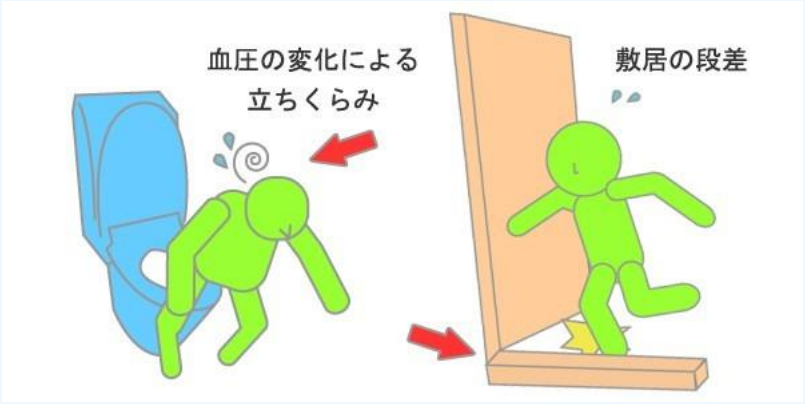
照护物业 宜老环境改建

智慧照护产品









4 长期照护产业 照护用品

照护食品：为咀嚼和吞咽能力不足的老年人群提供的食品

1）柔软容易进食
2）调整为糊状食品
3）综合营养调整食品
4）水分补充型果冻
5）成分补充型饮料







3 长期照护产业

照护器具

护理用机器人的主要类型

1 穿戴型

如图穿戴在胳膊或者腿上,帮助提东西和行走.

例



穿戴型套装机器人(筑波大学提供)

2 日常生活辅助型

帮助进食、洗澡和排泄等,减轻看护人员负担.

例



西科姆辅助进食机器人

3 交流型

能够通过说话,及发出啼叫达到交流的功能.可用于关照老年人,并提供精神上的照料.

例



产业技术综合研究所海豹机器人









4 长期照护产业 照护康复

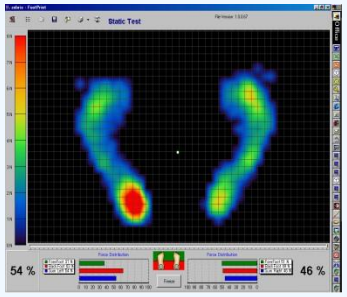
期	康复分类			
	急性期	恢复期	维持期/生活期	终末期
内容目标	废用综合症予防	改善A D L为主、重回家庭	支援自立生活	与护理一起进行的康复
流程	脑血管疾病发病→ 住院→ 手术等治疗→ 废用综合症的预防	从普通医院/病房转院→ADL改善	来自恢复期康复医院/病房的转院→OT作业疗法，身心活性化	残留障碍→不可能回家→ 转院→ 护理
主要对象	急性疾病患者(年龄不问)	恢复期患者（年龄不问）	维持期/生活期的老人	要护理老人/有障碍的老人
平均住院		约３到６个月	约１２个月	无期限限定
对应施設	急性期医院	恢复期康复医院/病房	老保健机构	护理老人福祉机构

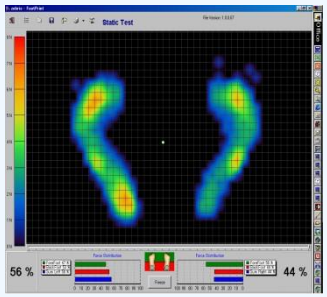
资料来源：《介護の生理学》 竹内孝仁 監修 ，秀和システム 2013年

3 长期照护产业 照护康复

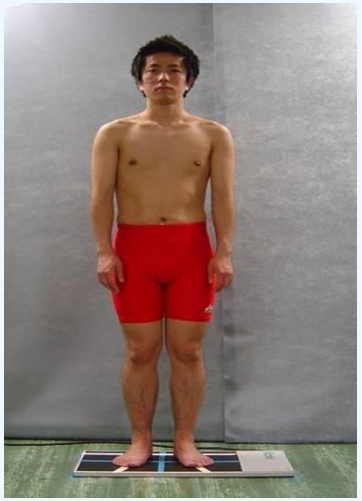
步态康复训练（预防跌倒）

美姿态镜·足压传感器















康复纠正系统装着前

康复纠正系统装着后

数据来源：WHO 国际社区医疗分类（ICPC；International Classification of Primary Care）

3 长期照护产业

照护康复

「高龄老人机能维持康复」

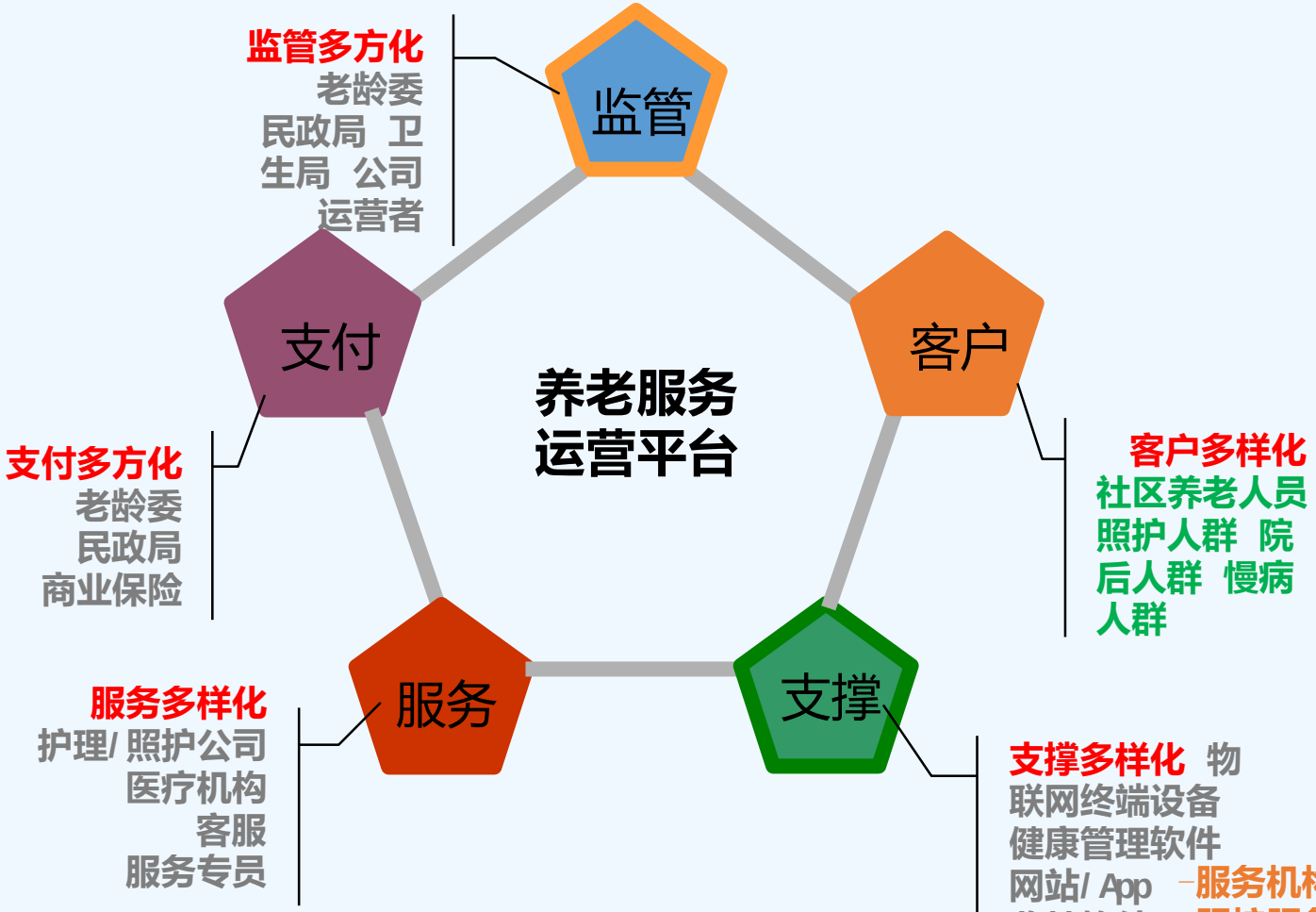




数据来源：WHO 国际社区医疗分类（ICPC；International Classification of Primary Care）

4 长期照护产业

养老服务运营



养老服务的复杂性决定了运营平台的必要

62