



완화 치료 상태 양식

이 양식의 사용 시기

승인받은 서비스 제공자들은 **영구적인(임시 위탁 간병이 아닌) 거주형 노인 요양 시설**에 입소하는 개인이 완화 치료 상태인지 여부를 보건 및 노인복지부(Department of Health and Aged Care, 이하 '해당 부처')로부터 판정을 받기 위해 이 양식을 반드시 사용해야 합니다. 이 상태를 인정받은 개인은 호주국정노인요양등급(Australian National Aged Care Classification, AN-ACC) 체계에서 Class 1(완화 치료를 위한 입소)로 분류됩니다.

주요 정보

의사 또는 전문간호사는 요양 수급자가 영구적인(임시 위탁 간병이 아닌) 거주형 요양 서비스를 받기 위해 입소하는 날짜를 기준으로 **최대 3개월 이전부터 늦어도 입소 후 14일 이내에** 이 양식의 파트 B(의학적 평가)를 작성해야 합니다. 의학적 평가가 이 기간을 벗어나는 요양 수급자들은 완화 치료 상태에 대한 평가를 받지 못할 수도 있습니다.

완화 치료 상태 자격 요건의 전체 내용은 **4쪽과 5쪽**을 참조하십시오.

본 양식 작성하기

승인받은 제공자들은 이 양식에 대한 책임이 있으며, 여기에는 요양 수급자(또는 권한을 위임받은 대리인)의 동의를 수집하는 것과 파트 B(의학적 평가)가 규정된 기간 내에 완료되었는지 확인하는 것이 포함됩니다. 의사 또는 전문간호사는 승인받은 제공자의 직원 또는 계약자여서는 안 됩니다. 승인받은 제공자들은 양식을 해당 부처에 제출하기 전에 모든 자격 요건이 충족되었는지 확인해야 합니다. 불완전한 양식은 반려됩니다.

해당 부처는 완화 치료 상태 양식의 외국어 번역본을 제공하여 요양 수급자가 그 내용을 이해하는 데 도움을 주고 있습니다. 그러나 외국어로 번역된 양식들은 2014 책임 원칙(Accountability Principles 2014) 제27조의 목적상, 승인된 양식으로 인정되지 않습니다. 해당 부처는 승인받은 제공자와 요양 수급자가 영어 버전의 원본 양식을 작성할 것을 요구합니다.

별도로 명시되지 않는 한 모든 질문은 필수 항목입니다. 이 양식은 Adobe Acrobat Reader를 사용하여 컴퓨터에서 작성하거나 인쇄할 수 있습니다. 인쇄된 양식을 가지고 있는 경우:

- 검정색 또는 파란색 펜을 사용하여
- 대문자 정자체(BLOCK LETTERS)로 작성하십시오.

본 양식을 제출하기

이 양식을 My Aged Care Service Provider Portal의 완화 치료 신청서에 첨부하여 노인 요양 입소 기록을 통해 요양 수급자의 입소 통보일로부터 14일 이내에 제출하십시오.

이 양식 또는 본 기관의 개인정보 보호정책(Privacy Policy)에 대한 자세한 내용을 원하시면 (02) 6289 1555 또는 무료 전화 1800 020 103으로 문의하거나, ANACCOperations@health.gov.au로 이메일을 보내거나, www.health.gov.au/about-us/contact-us/general-enquiries에서 온라인 문의서를 작성하세요.

파트 A

요양 수급자 세부 정보

1. 요양 수급자 성명:

이름:

성:

2. 생년월일:

3. 성별

☐

남성

☐

여성

☐

기타

4. 요양 수급자 ID 또는 Aged Care Gateway ID:

5. Medicare 카드 번호:

6. DVA 카드 번호 (해당하는 경우):

완화 치료 상태 자격 요건

7. 의학적 평가(이 양식의 파트 B)가, 요양 수급자가 영구적인(임시 위탁 간병이 아닌) 요양 서비스를 받기 위한 거주형 요양 서비스 시설에 입소한 날짜를 기준으로 **최대 3개월 이전부터 늦어도 입소 후 14일 이내에** 완료되었습니까?

☐

예. 8번 질문으로 이동

☐

아니요, 해당 요양 수급자는 완화 치료 상태에 대한 평가를 받지 못할 수도 있습니다. 양식이 여기에서 끝남.

8. 모든 자격 요건이 충족되었습니까?

☐

예. 9번 질문으로 이동

☐

아니요, 해당 요양 수급자는 완화 치료 상태 자격이 없습니다. 양식이 여기에서 끝남.

9. 영구적인(임시 위탁 간병이 아닌) 요양 시설 입소 날짜:

완화 치료 상태 자격 요건의 전체 내용은 **4쪽과 5쪽**을 참조하십시오.

요양 수급자 동의

개인정보 보호 및 귀하의 개인정보

귀하의 개인정보는 1988 개인정보 보호법(Privacy Act 1988) 및 호주 개인정보 보호원칙(Australian Privacy Principles)을 포함한 법률에 의해 보호됩니다. 해당 부처는 거주형 노인 요양 시설에 입소하는 개인의 완화 치료 상태를 확인하기 위한 목적으로 이 양식에서 개인 정보를 수집하고 있습니다.

해당 부처는 이 양식에서 수집된 정보를, 개인이 거주하거나 거주할 예정인 거주형 노인 요양 서비스의 의사, 전문간호사 및 직원과 공유하여, 1997 노인 복지법(Aged Care Act 1997)에 따라 필요한 자금 사용을 포함하여, 개인의 상황과 필요에 적합한 케어가 제공될 수 있도록 할 수 있습니다.

귀하는, 거주형 노인 요양 서비스 제공자에게 개인/민감 정보를 제공함으로써 해당 부처가 위에 명시된 목적을 위해 해당 제공자로부터 귀하에 대한 정보를 수집하는 데 동의하는 것입니다.

이 양식에 포함된 개인정보를 수집할 수 있는 의료인, 전문간호사 및 노인 요양 서비스 제공자도 개인정보 보호 의무를 준수해야 합니다.

본인은 이 양식의 내용을 읽었거나 설명을 들었음을 확인하며, 이 양식에 명시된 거주형 노인 요양 서비스 시설에서 완화 치료를 받는 데 동의합니다.

성명:

요양 수급자와의 관계(하나 선택):

☐

요양 수급자

☐

권한을 위임받은 대리인

서명:

날짜:

거주형 노인 요양 제공자 선언

서비스 NAPS ID:

거주형 노인 요양 서비스 이름:

거주형 노인 요양 서비스 주소:

거주형 노인 요양 서비스 전화번호:

승인받은 제공자 이메일 주소:

- 본인은, 해당 개인이, 노인 요양 품질 기준(Aged Care Quality Standards)을 준수하면서 현재의 최선의 관행을 따르는 방식으로 계획된 완화 치료를 받기 위해 거주형 노인 요양 시설에 입소했으며 앞으로도 그런 완화 치료를 제공받게 될 것임을 **선언합니다.**
- 본인은 이 문서의 **4쪽과 5쪽**에 명시된 AN-ACC 완화 치료 상태에 대한 요구 사항을 **읽고 이해하였으며**, 요양 수급자의 기대 수명과 완화 치료 필요성이 완화 치료 상태의 자격 요건을 충족함을 확인합니다.
- 본인은, 요청이 있는 경우, 보건 및 노인복지부 장관에게 요양 수급자의 필요에 적합한 양질의 완화 치료 계획 및 제공과 관련된 문서를 제공하는 것에 **동의합니다.**
- 본인은 완화 치료 상태 양식의 파트 A에 기록된 정보가 사실이며 정확함을 **선언합니다.**

성명:

지위:

서명:

날짜:

파트 B

의학적 평가

10. 환자 성명:

이름:

성:

11. 의학적 평가:

환자의 예상 기대 수명은 어떻게 됩니까(개월 단위로)?

환자의 AKPS score는 얼마입니까?
(4쪽의 AKPS Scale 참조)

의사 또는 전문간호사 세부 정보

12. 의료기관 정보(의료기관 직인 허용):

의료기관 이름과 주소:

연락 전화번호:

이메일 주소:

13. 호주 보건의료인 규제청(Australian Health Practitioner Regulation Agency) ID 번호:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

14. Medicare 공급자 번호:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

15. 의료인 유형(하나만 선택):

☐

의사

☐

전문 간호사

의사 또는 전문간호사 서명

16. 이 양식의 파트 B는 환자의 치료를 담당하는 의사 또는 전문간호사가 서명해야 합니다.

평가 날짜:

의사 또는 전문간호사 성명:

서명:

날짜:

완화 치료 상태는 특히 **예상 여명이 3개월 이하이고 AKPS score가 40점 이하인** 개인이 계획된 완화 치료를 받을 목적으로 영구 거주 요양 시설에 입소하는 경우에 해당합니다.

이 의학적 평가는 해당 부처에서 완화 치료 상태 결정을 내리는 데 사용됩니다. Class 1 요건이 충족되지 않고 해당 부처가 완화 치료 상태 요청을 거부하는 경우에, 해당 개인은 적절한 AN-ACC 등급을 결정하기 위해 표준 AN-ACC 평가를 의뢰받게 될 것입니다.

본 양식의 이 섹션에 대한 수정 사항은 반드시 의사 또는 전문간호사의 서명을 받아야 합니다.

완화 치료 상태 자격 요건

소개

AN-ACC 자금 지원 모델에는 각 등급에 따른 요양 수급자의 다양한 케어 요구사항을 반영하는 13개의 변동적 (환자 구성) 자금 지원 등급이 있으며, Class 1과 Class 13이 최대 변동 자금 지원 등급을 나타냅니다.

AN-ACC의 Class 1 '완화 치료를 위한 입원'은, 계획된 완화 치료를 받을 목적으로 거주형 노인 요양 시설에 입소하는 **완화 치료 상태**의 개인들이 임상적으로 구별되며, 그들의 요양 필요를 충족시키기 위해 상당한 추가 자원이 필요하다는 것을 인정합니다. 이는 또한 이러한 개인들이 적절한 AN-ACC 등급을 받기 위해, 그리고 승인받은 해당 제공자가 요양 제공을 위해 받게 될 자금 수준 결정을 위해, 거쳐야 하는 표준 AN-ACC 평가 절차의 필요성을 없앱니다.

본 양식은, 시간이 지남에 따라 기능이 저하되어 완화 치료 및/또는 임종 케어가 필요하게 된 기존 요양 수급자가 아닌 **거주형 노인 요양시설에 입소하는** 개인을 위한 양식입니다. 기존의 영구적인(Class 1이 아닌) 요양 수급자가 거주형 노인 요양 서비스에 들어간 후 완화 치료 상태가 되는 경우, 제공자는 해당 요양 수급자의 재분류를 요청할 수 있으며, 그러면 재분류 요청일로부터 AN-ACC 등급 및 자금을 결정하기 위한 새로운 평가가 시작됩니다.

완화 치료 상태 및 AN-ACC의 Class 1 자금 지원 대상 자격

해당 부처의 담당자가 요양 수급자의 완화 치료 상태와 AN-ACC Class 1 분류 및 자금 지원을 결정하기 위해서는 다음의 모든 조건이 충족되어야 합니다:

- 요양 수급자가 완화 치료 형태로 임시 위탁 간병이 아닌 요양을 제공받기 위해 거주형 노인 요양 시설에 입소함
- 요양 수급자의 입소일을 기준으로 **최대 3개월 이전부터 늦어도 입소 후 14일 이내에** 의학적 평가가 완료됨
- 의학적 평가에는 요양 수급자의 입소일을 기준으로 해당 요양 수급자의 3개월 이하 기대 수명 추정이 포함됨
- 의학적 평가에 40점 이하의 호주 개정판 카노프스키 수행 상태(Karnofsky Performance Status, AKPS) 점수가 포함됨(아래 AKPS Scale 참조).

완화 치료 상태에 대한 자격 요건을 충족하지 못한 경우(예: 요양 수급자의 AKPS 점수가 50점인 경우), 표준 입소 절차가 적용됩니다.

이 절차에는, 적절한 AN-ACC 등급을 결정하기 위해 요양 수급자를 표준 AN-ACC 평가에 의뢰하는 것이 포함됩니다.

의학적 평가 요건

의학적 평가는 반드시 의사나 전문 간호사가 수행해야 하는데, 이들은 해당 거주형 노인 요양 서비스로부터 독립적이면서(계약자나 직원이 아님) 자신의 전문 영역 내에서 진료하는 사람들이어야 하며, 이 양식의 파트 B에 기록되어야 합니다.

AKPS Scale

AKPS는 개인의 전반적인 활동 상태 또는 일상 생활 수행 능력을 측정하는 척도입니다. AKPS는 활동, 작업 및 자기 관리의 차원에서 수행 능력을 측정합니다.

AKPS score 100은 질병의 증거가 없는 정상적인 신체 능력을 의미합니다. 숫자가 감소할수록 일상생활 활동을 수행하는 능력이 저하되었음을 나타냅니다.

100	정상; 불편 호소 없음; 질병의 증거 없음	50	상당한 도움과 빈번한 의학적 치료가 필요함
90	정상적인 활동이 가능함; 질병의 경미한 징후나 증상이 있음	40	시간의 50% 이상을 침대에서 보냄
80	노력하면 정상적인 활동이 가능함; 질병의 몇몇 징후나 증상이 있음	30	거의 항상 침대에 누워 지냄
70	자신을 돌볼 수는 있으나 적극적인 활동은 할 수 없음	20	완전히 침대에 누워 지내는 상태로 전문가 및/또는 가족의 광범위한 간호가 필요함
60	대부분의 필요 사항들을 스스로 돌볼 수 있으나 가끔 도움이 필요함	10	혼수 상태이거나 거의 깨어나지 못함

완화 치료 상태 자격 요건 (계속)

완화 치료 상태 양식을 작성하고 제출하는 책임은 누구에게 있나요?

승인받은 제공자는 작성된 완화 치료 상태 양식을 해당 부처에 제출할 전반적인 책임이 있습니다.

이 양식을 제출할 때, 승인받은 제공자는 다음 사항을 확인해야 합니다:

- 모든 필수 질문이 작성됨
- 양식의 정보가 완화 치료 상태에 대한 **모든 자격 요건을 충족함**
- **해당 요양 수급자의 동의**나 권한을 위임받은 대리인의 동의를 얻어 이 양식의 파트 A에 기록함
- 파트 B는, 완화 치료를 받을 목적으로 요양 수급자가 거주형 요양 서비스 시설에 영구(임시 위탁 간병이 아님) 입소하는 날로부터 **최대 3개월 전부터 늦어도 입소 후 14일 이내에** 이루어진 의학적 평가를 바탕으로 **의사 또는 전문간호사**가 모두 작성함.

해당 개인 및/또는 권한을 위임받은 대리인에게 본 양식 사본을 제공해야 합니다.

승인받은 제공자는, 해당 장관의 요청이 있는 경우 2014 책임 원칙(Accountability Principles 2014) 27A항에 명시된 대로 요청이 이루어진 날로부터 7일 이내에 완화 치료 상태의 요양 수급자와 관련된 특정 정보 또는 문서를 제공해야 합니다.

정의

요양 수급자 ID 또는 Aged Care Gateway ID	'요양 수급자 ID'는 개별 요양 수급자에 대한 보조금 및 추가 지원금 청구를 뒷받침하기 위해 사용되는 고유 식별자입니다. 'My Aged Care (MAC) ID'라고도 하는 'Aged Care Gateway ID'는 요양 수급자의 고유한 My Aged Care 식별자입니다. 두 고유 식별자 모두 Service Australia Aged Care Provider Portal에서 찾을 수 있습니다.
서비스 NAPS ID	국가 승인 제공자 시스템(National Approved Provider System, NAPS) 서비스 ID는, 서비스의 개설 및 장소의 배정 후에 부처에서 발급하는 식별자입니다.