

卫生政策研究进展

Progress in Health Policy Research

老年照护专刊

2016年 第4期

(总第71期)

上海市卫生发展研究中心

2016年6月10日

编者按 自上个世纪末我国进入老龄化社会后，老龄化问题以发展速度快、老龄人口绝对数量大引起了社会各界的关注。上海市是中国最早进入人口老龄化社会的地区，且人口老龄化、高龄化速度正在加速。为全面地了解目前上海市老年人群情况，以更好地应对人口老龄化所带来的挑战，本期期刊收录了《上海市老年人口健康状况和健康行为的变迁》、《医养结合视角下上海市老年照护体系建设研究》、《上海市老年照护统一需求评估的实践》以及《从日常生活活动能力视角看上海市老年照护需求》4篇专题研究文章，从纵向和横向分别对上海市老年人口健康以及照护状况进行了分析，同时总结了目前上海市在老年照护方面的实践探索。此外，本刊还收录了《建立我国老年长期照护保险，关键是什么？》及《英国牛津整合型老年服务经验介绍》2篇文章。谨供领导和同志们参阅。



卫生政策研究进展

2008年11月创刊
第9卷第4期(总第71期)
2016年6月10日
(内部交流)

主管

上海市卫生和计划生育委员会

主办

上海市卫生发展研究中心
(上海市医学科学技术情报研究所)

编辑出版

《卫生政策研究进展》编辑部
上海市北京西路1477号807室
邮编: 200040
电话: 021-22121872
传真: 021-22121623
E-mail: phpr@shdrc.org
网 址: www.shdrc.org

顾 问: 邬惊雷
肖泽萍
主 编: 胡善联
副 主 编: 付 晨
金春林(常务)
丁汉升
吴凌放
编辑部主任: 信虹云
编 辑: 何江江 陈 多
杨 燕 王圆圆
曹宜璠 熊玉琦
冯瑞芳 常雪沛
康乐妮 卢伟霞
牛静雅 周 娜

上海市连续性内部资料准印证
(K)第0649号

目 次

专题研究

- 上海市老年人口健康状况和健康行为的变迁
——基于1998—2013年调查数据的分析…………… 1
- 医养结合视角下上海市老年照护体系建设研究…………… 15
- 上海市老年照护统一需求评估实践…………… 31
- 从日常生活活动能力视角看上海市老年照护需求…………… 39

专家观点

- 建立我国老年长期照护保险,关键是什么?…………… 49

他山之石

- 英国牛津整合型老年服务经验介绍…………… 52

上海市老年人口健康状况和健康行为的变迁 ——基于 1998—2013 年调查数据的分析

杨晓萍

【摘要】 中国已于 20 世纪末进入了全面老龄化社会。上海市是全国最早进入老龄化社会的城市，随着社会经济的发展，近年来上海市的社会保障制度和医疗体制也得到了一定程度的完善。本研究通过分别于 1998 年、2003 年、2005 年、2008 年、2013 年进行的 5 次“上海市老年人口状况和意愿的调查与跟踪调查”数据开展分析，旨在揭示 15 年来上海市老年人健康状况和健康行为的变迁。

【关键词】 老龄化社会；老年人口；健康状况；健康行为；变迁

中国已于 20 世纪末进入了全面老龄化社会。2010 年第六次人口普查数据显示，60 岁及以上老年人口达 1.78 亿，占总人口 13.26%；而到 2014 年，该人口比重已达到 15.54%^[1]。上海市作为最早进入老龄化社会的城市，2010 年第六次人口普查数据显示，60 岁及以上老年人口达到 346.97 万人，占常住人口总数的 15.07%；2014 年，上海市 60 岁及以上户籍老年人口已达到 413.98 万，占到户籍人口总数比重的 28.77%^[2]。

随着社会经济的发展，近年来上海市的社会保障制度和医疗体制也得到了一定程度的完善，上海市老年人口的健康状况和健康行为是否有一定程度的变化？在老龄化程度加深的背景下，这些变化是正向的还是负向的？基于此，上海市老龄科学研究中心与上海社会科学院分别在 1998 年、2003 年、2005 年、2008 年、2013 年做了 5 次“上海市老年人口状况和意愿的调查与跟踪调查”，5 次抽样调查 60 岁以上的老年人

作者简介：杨晓萍，女，助理研究员

作者单位：上海社会科学院城市与人口发展研究所，上海 200020

样本分别是 3524 人、3865 人、2072 人、2869 人、2768 人。本研究试图通过对这 5 次数据的分析来揭示上海市老年人口 * 健康状况和健康行为的变迁。

一、老年人口的健康状况

(一) 老年人口的自评健康状况

在自评健康状况方面, 1998—2013 年调查数据显示, 老年人口的自评健康状况有一定程度的提高, 并没有随人口老龄化的加深而下降(表 1)。自评健康“一般”的老年人口比例基本未变, 但自评健康“不好或不太好”的老年人口比例从 2005 年及以前的 1/3 左右下降到 2008 年的约 1/5 和 2013 年的约 1/7; 自评健康“较好或很好”的老年人口比例从 2005 年以前的约 1/5 上升到 2008 年的约 1/4 和 2013 年的约 1/3。究其原因, 除老年人口健康状况的实质性改善外, 调查问卷中关于自评健康的问题和选项在 2008 年和 2013 年有所调整也是一个可能的影响因素。

表 1 1998—2013 年上海市老年人口自评健康状况 (单位: %)

自评健康状况	1998 年	2003 年	2005 年	2008 年	2013 年
不好或不太好	34.1	32.7	31.1	21.5	13.5
一般	39.4	47.9	48.7	51.3	51.7
较好或很好	26.1	19.2	20.1	27.0	34.8
无法回答	0.4	0.2	0.1	0.2	0.0
总计	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

(二) 老年人口的实际健康状况

在实际健康状况方面, 老年人口的实际健康状况也有所提高, 表现在患病率和患病种数的下降, 经常发生不适症状的老年人口比例和经常发生的不适症状种数的下降等方面。

注: * 本研究中的上海市老年人口指户籍人口, 因为 5 次调查的对象都是上海市户籍老年人口。

1. 患病率和患病种数

老年人口患病率和平均患病种数从 1998 年到 2005 年均有明显增加，而从 2005 年开始又有所下降，呈现了先升后降的趋势。具体来说，患有疾病的老年人口比例从 1998 年的 69.5% 上升到 2003 年的 75.9% 和 2005 年的 88.0%，7 年间上升了近 20 个百分点；之后又略下降到 2008 年的 83.7% 和 2013 年的 83.6%。平均患病种数也从 1998 年的 1.3 种上升到 2003 年的 1.6 种和 2005 年的 1.7 种，而后又下降到 2013 年的 1.6 种（表 2）。

在患有疾病的老年人口中，患病种数及其结构比较稳定。患病老年人口平均患病种数约为 2 种，其中，有 1~2 种疾病的老年人口比例基本维持在 75% 左右，有 3~4 种疾病的老年人口比例在 22% 左右，患有 5 种及以上疾病的老年人口比例在 2%~4%（表 2）。

表 2 1998—2013 年上海市老年人口患病率和患病种数（单位：种，%）

患病情况指标	1998 年	2003 年	2005 年	2008 年	2013 年
患病情况					
没有患病	30.5	24.1	12.0	16.3	16.4
患有疾病	69.5	75.9	88.0	83.7	83.6
其中：患有 1~2 种疾病	78.4	69.2	75.3	73.8	75.7
患有 3~4 种疾病	19.4	26.9	22.6	23.1	21.2
患有 5 种及以上疾病	2.0	4.0	2.2	3.1	3.1
总计	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
平均患病种数	1.3	1.6	1.7	1.6	1.6
其中：患病老年人口的平均患病种数	1.8	2.1	2.0	2.0	1.9

老年人口患有各种疾病的患病率及其排序并没有随着时间推移而发生明显变化。从 2003 年到 2013 年的 10 年间，老年人口疾病患病率前五位病种一直是高血压、骨关节炎、冠心病、支气管炎和糖尿病。其中，高血压和糖尿病的患病率呈逐年上升趋势，高血压患病率从 1998 年的

32.5% 上升到 2013 年的 51.6%；糖尿病患病率从 1998 年的 5.7% 上升到 2013 年的 12.0%。骨关节炎、冠心病和支气管炎的患病率却从 2003 年开始有所下降。另外，神经系统疾病的患病率从 2005 年起有所上升，从 2005 年的 2.0% 上升到 2013 年的 5.7%（表 3）。

表 3 1998—2013 年上海市老年人口患各类疾病的比例*（单位：%）

年份	高血压	骨关节炎	冠心病	支气管炎	骨折	糖尿病	脑中风	前列腺炎	癌症	神经系统疾病	抑郁症	帕金森氏病
1998	32.5	28.9	24.2	20.1	6.2	5.7	4.5	4.5	1.4	—	—	—
2003	45.2	33.0	29.3	18.4	7.0	9.6	6.6	6.5	2.4	—	—	—
2005	49.2	30.5	27.3	18.4	4.0	10.4	5.6	6.6	2.0	2.0	0.9	0.5
2008	49.3	29.9	24.5	13.0	3.6	11.3	6.6	5.7	2.6	4.7	1.2	0.7
2013	51.6	21.7	26.3	13.0	4.9	12.0	6.9	5.6	2.5	5.7	1.2	0.8

注：* 表格中“—”为当年数据未采集。

2. 不适症状比例和种类

经常有不适症状的老年人口比例先升后降。在 2013 年的调查中，调查问卷更加细化了老年人口不适症状的问题，为与前 4 次调查结果相比较，本研究对 2013 年问卷中的不适症状选项与之前问卷中的不适症状选项进行了匹配，在匹配调整后的 10 种不适症状中，经常有不适症状的老年人口比例先从 1998 年的 70.6% 上升到 2005 年的 79.7%，之后又下降到 2013 年的 50.8%，15 年间下降了约 20 个百分点（表 4）。

老年人口不适症状的平均种数也呈下降趋势。从 1998 年的 2.0 种下降到 2013 年的 1.0 种。其中，经常有不适症状的老年人口的平均症状种数也从 1998 年的 2.8 种和 2003 年的 2.7 种下降到 2013 年的 1.7 种。这是由于经常有不适症状的老年人口中，经常出现 1~2 种症状的老年人口比例有所上升，从 1998 年的 54.8% 和 2003 年的 57.9% 上升到 2005 年的 67.1%、2008 年的 73.3% 和 2013 年的 76.2%；而经常出现 5 种及以上症状的老年人口比例则下降很快，从 1998 年的 17.0% 和 2003 年的

16.3% 下降到 2005 年的 8.1% 和 2008 年的 5.8%，而 2013 年略有回升（表 4）。此外，2013 年调查问卷中问题和选项被细化也可能导致调整后的 2013 年数据存在偏差。如经常有不适症状的老年人口比例较其他年份低很多。然而，经常有不适症状的老年人口出现的症状种数结构和均值，仍与前几次调查显示相同的下降趋势。

表 4 1998—2013 年上海市老年人口经常发生不适症状的比率和种数（单位：种，%）

不适症状指标	1998 年	2003 年	2005 年	2008 年	2013 年
不适症状情况					
没有经常不适的症状	29.4	33.2	20.3	30.8	49.2
有经常不适的症状	70.6	66.8	79.7	69.2	50.8
其中：有 1~2 种不适症状	54.8	57.9	67.1	73.3	76.2
有 3~4 种不适症状	28.2	25.8	25.8	21.0	13.2
有 5 种及以上不适症状	17.0	16.3	8.1	5.8	10.6
合计	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
平均不适症状种数	2.0	1.8	1.8	1.4	1.0
其中：有不适症状老年人口的平均症状种数	2.8	2.7	2.3	2.1	1.7

在 1998—2008 年的 4 次调查中，“失眠或醒得过早”、“突发性头晕”和“关节肿大 / 僵硬 / 疼痛”一直是老年人口经常发生的不适症状前三位。其中，“失眠或醒得过早”的经常发生率一直在 30% 左右，2008 年下降到 23.3%，但仍保持在经常发生率的首位；“突发性头晕”和“关节肿大 / 僵硬 / 疼痛”的经常发生率一直保持下降趋势，从约 1/4 下降为不到 1/5，这很可能是“高血压”和“骨关节炎”确诊率提高后对这两种疾病进行用药控制的结果。

由于 2013 年调查问卷中问题和选项的调整，“疲倦”的经常发生率达到了 38.7%，跃为首位；而“突发性头晕”的经常发生率不到 10%，跌出症状发生率的前三位（表 5）

表 5 1998—2013 年上海市老年人口不适症状的经常发生率*（单位：%）

年份	突发性 头晕	关节肿大 / 僵硬 / 疼痛	失眠 / 醒 得过早	疲倦	心口疼痛 / 胸闷	胃口 不好	胃痛	头痛	便秘	呼吸 困难
1998	31.0	24.9	24.8	23.2	19.2	17.2	15.2	15.1	13.8	11.0
2003	25.4	22.9	29.4	20.7	16.7	15.8	12.8	14.2	13.4	8.5
2005	23.9	21.0	29.1	15.3	16.7	18.8	12.5	19.9	13.1	9.1
2008	18.5	19.0	23.3	13.4	14.4	15.1	9.0	14.5	9.2	5.6
2013	7.9	13.1	12.8	38.7	6.9	6.8	6.6	6.3	4.6	—

注：* 症状匹配方法调整后，表 5 仅分析调整后与前四次调查相同的 9 种不适症状，不同于 2013 年问卷中原有的 24 种症状。表格中“—”为当年数据未采集。

3. 心理健康状况

2013 年调查数据显示，老年人口对生活感到基本满意的比例较高，心理健康状况良好。但高龄老年人口更容易感到生活空虚和孤独，而农村老年人口更易感到孤独，同时认为大多数人活得比自己好。

在被调查的老年人口中，82.2% 对目前的生活感到基本满意，10.8% 感到不满意；有 12.5% 感到生活空虚，79.8% 不感到生活空虚；73.9% 总是感到心情愉快，16.6% 并不总是感到心情愉快；13.3% 经常感到孤独，80.5% 并不经常感到孤独；28.5% 认为大多数人活得比自己好，39.6% 不认为大多数人活得比自己好（表 6）。

高龄老年人口更容易感到生活空虚和孤独。80 岁及以上高龄老年人口中，有 19.3% 感到生活空虚，比 60~69 岁老年人口和 70~79 岁老年人口中的这一比例高约 10.0 个百分点和 6.0 个百分点。80 岁及以上高龄老年人口经常感到孤独的比例也分别比 60~69 岁老年人口和 70~79 岁老年人口高约 16.0 个百分点和 9.5 个百分点（表 6）。

另外，农村老年人口更易感到孤独，并认为大多数人活得比自己好。其中，农村老年人口经常感到孤独的比例比城镇老年人口高约 5.1 个百分点。39.3% 的农村老年人口认为大多数人活得比自己好，而在城镇老年

人口中,这一比例为 26.9%,比农村老年人口低了约 12.5 个百分点(表 6)。

表 6 2013 年上海市分性别、年龄、城乡的老年人口心理感受所占比例* (单位: %)

心理感受	性别		年龄(岁)			城乡		均值
	男性	女性	60~69	70~79	80+	城镇	农村	
对目前的生活基本满意								
是	82.0	82.4	84.1	82.2	77.2	83.1	76.2	82.2
不是	10.8	10.7	9.4	11.8	12.8	9.4	19.4	10.8
生活空虚								
是	12.5	12.4	9.6	13.0	19.3	12.4	12.7	12.5
不是	80.4	79.3	84.9	80.0	66.0	79.4	82.0	79.8
心情愉快								
是	75.4	72.6	77.2	73.7	65.4	74.3	71.5	73.9
不是	14.9	18.1	14.1	17.5	21.9	15.4	24.7	16.6
孤独								
是	12.0	14.4	8.3	14.7	24.1	12.6	17.7	13.3
不是	82.5	78.7	86.9	79.6	65.0	80.5	80.3	80.5
大多数人活得比自己好								
是	29.5	27.6	29.1	26.8	29.4	26.9	39.3	28.5
不是	39.2	40.0	39.8	43.5	33.5	41.0	30.5	39.6

注: * 老年人口的各项心理感受还包括选项“不知道”,因此“是”和“不是”两个选项加总小于 100%。

二、老年人口的健康行为

(一) 体检、体育锻炼及抽烟情况

1. 老年人口,尤其是高龄老年人口体检比例不高

2013 年调查数据显示,老年人口做过血常规检查、尿常规检查、结肠癌粪便检查的比例分别为 63.0%、53.5% 和 22.9%; 女性老年人口做过子宫颈抹片检查、乳房 X 光检查的比例分别为 26.3% 和 25.2%。在做过各项体检的老年人口中,约 1/5 到 1/4 的老年人口是在 2013 年做的检查; 约 1/3 的老年人口是在 2012 年做的检查; 另外还有约一成的老年人口是在 2011 年或更早做的检查。老年人口中,做过上述各项体检的比例没有明显的性别和城乡差异。然而,高龄老年人口做过血常规检

查、尿常规检查和结肠癌粪便检查的比例要低于低龄老年人口；高龄女性老年人口做过子宫颈抹片检查和乳房 X 光检查的比例也要明显低于低龄女性老年人口（表 7）。

表 7 2013 年上海市分性别、年龄、城乡老年人口的体检情况*（单位：%）

体检情况	性别		年龄（岁）			城乡		均值
	男性	女性	60~69	70~79	80+	城镇	农村	
血常规检查	63.3	62.8	65.6	64.6	54.4	61.2	75.4	63.0
最近一次：2013 年	24.8	26.5	25.3	26.5	25.9	27.9	14.3	25.7
2012 年	64.4	63.4	63.9	65.0	61.6	62.0	73.6	63.8
2011 年	6.8	7.1	7.7	5.4	7.1	6.9	7.0	6.9
2011 年前	4.0	3.0	3.1	3.1	5.4	3.2	5.1	3.5
总计	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
尿常规检查	50.7	53.2	55.8	53.5	47.3	53.7	51.4	53.5
最近一次：2013 年	22.9	26.2	23.8	25.4	26.0	25.2	20.4	24.6
2012 年	65.3	63.8	64.9	65.5	61.6	64.4	65.1	64.5
2011 年	6.4	6.3	7.1	4.7	7.0	6.4	5.9	6.4
2011 年前	5.4	3.7	4.3	4.5	5.4	3.9	8.6	4.5
总计	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
结肠癌粪便检查	24.5	21.6	24.0	22.6	20.5	23.4	19.9	22.9
最近一次：2013 年	18.2	22.2	19.0	22.8	19.6	20.6	16.7	20.2
2012 年	72.1	69.3	70.8	70.0	71.4	69.4	80.6	70.7
2011 年	6.6	5.7	7.0	3.3	8.0	6.7	1.4	6.1
2011 年前	3.1	2.8	3.2	3.9	0.9	3.2	1.4	3.0
总计	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
子宫颈抹片检查	—	26.3	40.2	19.7	5.2	26.6	24.6	26.3
最近一次：2013 年	—	19.6	18.3	25.0	12.5	14.8	52.1	19.6
2012 年	—	66.2	67.8	63.1	56.3	70.5	37.5	66.2
2011 年	—	9.4	10.3	6.0	12.5	9.8	6.3	9.4
2011 年前	—	4.8	3.7	6.0	18.8	4.9	4.2	4.8
总计	—	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
乳房 X 光检查	—	25.1	38.3	18.3	5.8	25.2	24.6	25.2
最近一次：2013 年	—	20.2	19.2	25.6	11.0	15.3	52.1	20.2
2012 年	—	65.2	66.2	62.8	61.1	69.8	35.4	65.2
2011 年	—	10.7	11.9	6.4	11.1	11.0	8.3	10.7
2011 年前	—	3.9	2.7	5.1	16.7	3.9	4.2	3.9
总计	—	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

注：* 表格中“—”为该项目数据未采集。

2. 老年人口经常锻炼的比例不断下降

1998—2008 年 4 次调查数据显示, 经常锻炼的老年人口比例在不断下降, 从 1998 年的 44.3% 下降到 2003 年的 40.4%、2005 年的 35.8% 和 2008 年的 34.1%。不过, 在锻炼的老年人口中, 约 95% 的老年人口每次锻炼都超过 20 分钟 (表 8)。

表 8 1998—2008 年上海市老年人口的体育锻炼情况 (单位: %)

锻炼情况	1998 年	2003 年	2005 年	2008 年
锻炼频次				
其中: 经常锻炼	44.3	40.4	35.8	34.1
偶尔或从不锻炼	55.7	59.6	64.2	65.9
总计	100.0	100.0	100.0	100.0
锻炼时间				
其中: 每次锻炼超过 20 分钟	95.8	95.5	97.3	92.2

而 2013 年调查数据显示, 在调查时点前几个星期里进行过导致呼吸急促或心跳加速的、至少持续十分钟以上的体育健身或闲暇活动的老年人口比例仅为 13.7% (表 9), 与前 4 次调查相比下降很多; 不过, 有过体育锻炼的老年人口平均每周锻炼 4~5 天, 拥有良好的健身习惯。进行体育锻炼的老年人口比例较低的原因可能是 2013 年调查问卷中问题的调整, 体育锻炼的内涵有所改变, 老年人口自认为的那些锻炼方式可能达不到问题中“导致呼吸急促或心跳加速的、至少持续十分钟以上”的要求。

表 9 2013 年上海市分性别、年龄、城乡老年人口的体育锻炼情况* (单位: 天, %)

体育锻炼	性别		年龄 (岁)			城乡		均值
	男性	女性	60~69	70~79	80+	城镇	农村	
有	16.3	11.4	17.1	13.5	5.0	15.0	4.6	13.7
其中: 平均每周天数	4.6	4.7	4.7	4.8	4.2	4.7	4.5	4.7
没有	83.7	88.6	82.9	86.5	95.0	85.0	95.4	86.3
总计	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

注: * 此处的体育锻炼指过去几个星期里进行过的导致呼吸急促或心跳加速的、至少持续十分钟以上的体育健身或闲暇活动。

3. 男性老年人口和 60~69 岁老年人口的抽烟比例较高

2013 年的调查数据显示, 总体上约有 15.0% 的老年人口抽烟; 抽烟的老年人口平均每天抽 14.3 支烟, 并且在过去 30 天内几乎每天都抽烟。从性别结构来看, 男性老年人口中有 29.1% 抽烟, 而女性老年人口抽烟的比例只有 2.4%; 从年龄结构来看, 60~69 岁的老年人口抽烟比例较高, 为 21.4%, 而 70~79 岁和 80 岁及以上老年人口的抽烟比例较低, 分别为 9.6% 和 5.7% (表 10)。

表 10 2013 年上海市分性别、年龄、城乡老年人口的抽烟情况 (单位: 支, 天, %)

抽烟情况	性别		年龄 (岁)			城乡		均值
	男性	女性	60~69	70~79	80+	城镇	农村	
抽烟	29.1	2.4	21.4	9.6	5.7	14.7	16.5	15.0
其中: 平均每天抽几支	14.7	10.0	14.4	14.5	12.2	14.4	13.4	14.3
过去三十天内抽几天	29.1	29.5	29.2	28.8	30.0	29.2	28.8	29.2
不抽烟	70.9	97.6	78.6	90.4	94.3	85.3	83.5	85.0
总计	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

(二) 就医情况

1. 及时就医情况较好, 主要选择街道 / 镇医疗机构

2013 年的调查数据显示, 约 98.0% 的老年人口都能在生病时及时就医。1998—2013 年, 街道 / 镇医疗机构取代区 / 县级医疗机构成为老年人口就医选择的主要医疗机构。期间, 老年人口选择区 / 县级医疗机构的比例有较大幅度的下降, 从 1998 年的 38.1% 下降到 2008 年的 21.7%, 2013 年又回升到 27.1%, 总体上看, 15 年间下降了约 10.0 个百分点; 而老年人口选择街道 / 镇医疗机构的比例则有较大幅度的上升, 从 1998 年的 36.8% 上升到 2008 年的 54.9%, 2013 年又有所下落, 为 43.1%, 总体上看, 15 年间上升了约 6.3 个百分点 (表 11)。

表 11 1998—2013 年上海市老年人口选择各医疗机构的比例*（单位：%）

主要就医场所	1998 年	2003 年	2005 年	2008 年	2013 年
居 / 村委医务室	—	—	12.1	4.6	8.8
街道 / 镇医疗机构	36.8	40.2	47.4	54.9	43.1
区 / 县级医疗机构	38.1	33.7	20.0	21.7	27.1
市级医疗机构	16.9	20.6	19.4	18.2	20.5
其他	7.2	5.7	1.1	0.6	0.5
总计	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

注：*1998、2003 年问卷选项中没有“居委 / 村委医务室”，由于医疗机构改革，“社区医院”的选项可视同为后来几次问卷中的“街道、乡镇医院（社区卫生服务中心）”或“街道 / 镇医疗机构”；2008—2013 年的其他选项分别包括专科医院、家庭病床、单位医务室等；专科医院、家庭病床等；私人诊所、家庭病床等；民营医院、私人诊所、家庭病床等；包括民营医院、私人诊所等。表格中“—”为当年数据未采集。

2. 老年人口医疗待遇得到进一步改善

近年来，随着小城镇医疗保险、城镇居民基本医疗保险等制度的推行，老年人口的医疗待遇有所改善。其中，医疗完全自费的老年人口比例有所下降，从 1998 年的 9.6% 减少到 2013 年的 0.7%；享受城镇职工基本医疗保险待遇的老年人口比例保持在 60% 以上，2013 年达到了 69.4%；享受农村合作医疗待遇的老年人口从 1998 年的 19.5% 下降到 2013 年的 10.2%。2013 年还有 8.6% 的老年人口享受城镇居民基本医疗保险待遇（表 12）。

表 12 1998—2013 年上海市老年人口享受各医疗待遇的比例*（单位：%）

保险类型	1998 年	2003 年	2005 年	2008 年	2013 年
公费或劳保医疗	62.0	—	—	—	—
农村合作医疗	19.5	—	—	—	—
亲属半费报销	7.1	—	—	—	—
完全自费	9.6	—	—	—	—
城镇职工基本医疗保险	—	63.5	62.6	65.0	69.4
城镇居民基本医疗保险	—	—	—	2.6	8.6
小城镇医疗保险	—	—	8.2	9.9	2.8
征地医保	—	—	7.1	13.0	2.2
农村合作医疗	—	25.0	16.7	7.6	10.2
干部保健	—	1.2	1.3	0.8	0.9
亲属半费报销	—	2.7	1.5	—	—
完全自费	—	5.1	2.2	0.2	0.7
其他	1.7	2.4	0.3	0.8	2.4
总计	100.0	100.0	100.0	100.0	—

注：*表格中“—”为当年数据未采集。

其中，2013 年老年人口医疗费用的主要支付方式是社会医疗保险，85.3% 的老年人口主要通过社会医疗保险支付医疗费用（表 13）。不过，仍有 6.1% 的老年人口主要由自己或配偶支付医疗费用；2.3% 主要由子女或孙子女支付医疗费用。与表 12 中仅 0.7% 的老年人口不享受各种医疗保障而完全自费相比，由自己或家人主要支付医疗费用的比例高了很多，这可能是医疗保险支付不足的原因。

表 13 2013 年上海市老年人口各医疗费用支付方式使用比例*（单位：%）

主要支付方式	比例
公费医疗	4.9
社会医疗保险	85.3
国家和集体补助	0.5
自己或配偶	6.1
子女 / 孙子女	2.3
其他	0.9
总计	100.0

注：* 仅 2013 年问卷中有老年人口医疗费用支付方式的问题，前 4 次问卷中并没有这项内容。

三、结论及政策建议

（一）结论

通过以上分析，本研究发现在 1998—2013 年的 15 年间，上海市老年人口的健康状况和健康行为有一定变化，但这种变化是复杂的，体现在正向变化与负向变化同时存在。

1. 老年人口总体健康状况未随人口老龄化加深而下降，反而有所提高；但部分慢性病患者率呈上升趋势

1998—2013 年间，上海市老年人口的自评健康状况有所提高；老年人口患病率、患病种数先升后降；经常发生不适症状的比例、不适症状经常发生种数在下降。而高血压、糖尿病和神经系统疾病等老年人口慢性病患者率逐年上升。

2. 老年人口的医疗待遇和就医状况有所提高，但健康行为仍待改善

绝大部分上海市老年人口能在生病时及时就医，街道/镇医疗机构成为老年人口就医选择的主要医疗机构，社会医疗保险使得老年人口的医疗待遇得到了逐步改善，但仍有10%左右的老年人口主要依靠自己或家人支付医疗费用。此外，还存在老年人口，尤其是高龄老年人口做专项体检的比例不高；老年人口经常锻炼的比例不断下降；男性老年人口和60~69岁老年人口抽烟比例较高等现象。

（二）政策建议

上海市老年人口的健康状况有所提高，与社会保障制度和医疗体制的改革密不可分。下一阶段，可针对老年人口慢性病患率上升、健康行为管理不够理想等方面采取一些政策措施。

1. 进一步完善老年人口慢性病预防和管理制度

老年人口是全人口中慢性病发病的高危人群，而慢性病的发生和恶化很大程度上与老年人口长期以来的生活方式有关^[3,4]。上海市各基层医疗卫生服务机构可进一步对社区老年人口慢性病预防和管理的制度作出创新和完善。如可将慢性病预防和管理的对象从老年人口扩大到全人口，从相对年轻的时候就开始预防慢性病，同时增加慢性病预防的公共卫生经费和研究力量的投入。此外，利用新媒体扩大宣传面和宣传力度，在电子健康档案的基础上加强社区医生和社区人群之间通过信息化渠道开展的互动，及时提醒高危人群进行生活方式调整等。

2. 进一步推进老年人口健康行为的监测和干预工作

老年人口的健康行为，如体检、锻炼、吸烟等，会直接影响他们的健康状况，间接对社会医疗卫生支出产生影响。可以有针对性地开展免费或医保报销的老年人口定期体检项目，以此加强对老年人口健康状况的及时监测，也有利于减轻老年人口的医疗负担^[5]。此外，政府也可鼓

励一些社会公益组织或社会企业开展促进老年人口进行体育锻炼或戒烟的社会公益项目。

参考文献

- [1] 上海统计局. 上海统计年鉴（2015）[M]. 上海：中国统计出版社，2015.
- [2] 国家统计局. 中国统计年鉴（2015）[M]. 北京：中国统计出版社，2015.
- [3] 袁雪丽，张雪姣，白雅敏等. 慢性病高危人群体力活动现状及影响因素分析[J]. 中国慢性病预防与控制，2016(02): 107-110.
- [4] 孙玉华，王晓峰，张幸福. 齐齐哈尔市老年人慢性病患病对健康自评的影响[J]. 中国老年学杂志，2016(08): 102.
- [5] 桑培培. 我国农村老年人口的健康状况调查及对策研究--以江苏省南通市为例[J]. 佳木斯职业学院学报，2016，(3): 461-461，463.

（责任编辑：熊玉琦）

医养结合视角下上海市老年照护体系建设研究

吴乾渝¹ 杨颖华^{2,4} 王颖³ 杨超¹ 万瑾³ 方律颖³

李水静¹ 万和平⁴ 孙安江³ 王爽⁴ 彭靖⁵

【摘要】 医养结合是当前人口老龄化趋势下的热点和重点民生话题。如何在此战略机遇期，以健康老龄化为引导，构建老年照护体系，并对现有卫生系统进行变革是一个重要的课题。本研究基于国际经验与本地实际，从长期照护概念和特点出发，提出老年照护体系建设的3大原则，以及评估、服务和保障3大基石建设的策略建议。以老年人健康为核心，将卫生系统从以疾病为基础的治疗模式向以需求为导向的综合卫生保健模式转变，针对老年人群多层次需求提供整合型的卫生保健服务。以预防优先、综合连续、学科引领为原则，提出建设医养结合社区支持平台、建立急诊绿色通道、提供出院医嘱的关键措施。

【关键词】 医养结合；老年照护；整合型老年卫生保健体系；上海

随着经济社会的发展和人口谱、疾病谱地改变，老年人对获取医疗护理服务的需求日益迫切，而供需矛盾突出、服务交叉重叠、健康照护碎片化等问题日益显现，医疗护理与民政照料相互独立的原有体系已难以满足老龄化发展的需求，“医养结合”迫在眉睫，也成为政府着力解决的重大民生问题。上海市是我国最早步入人口老龄化的城市，也是我国老龄化程度最高的特大型城市，在医养结合背景下，上海市如何借鉴国际经验，构建起可操作、可持续、可推广的老年照护体系，提供有效、

第一作者：吴乾渝，女，主任医师，上海市卫生和计划生育委员会副主任

作者单位：1. 上海市卫生和计划生育委员会，上海 200125

2. 上海人口和计划生育宣传教育中心，上海 200040

3. 复旦大学公共卫生学院，上海 200032

4. 上海市健康教育所，上海 200040

5. 上海市医药卫生发展基金会，上海 200040

本文已发表于《上海卫生政策研究年度报告（2015）》第286—295页。

适宜、可及的老年照护服务？本研究拟提出上海市老年照护体系的框架、关键内容和政策建议。

一、医养结合的背景、实践与发展目标

（一）我国医养结合的背景

随着人口老龄化的持续深入发展，我国老年人患病和失能的数量及比例不断增加，医疗护理和生活照料需求叠加，老年长期照护需求呈现社会化趋势，成为民生话题。在近年的各方面努力下，我国养老机构和床位数量已大幅增加，但配套医疗卫生设施难以跟上。同时医疗护理与养老照料分属卫生和民政两个部门管理，两套体系相互割裂，养老和护理服务均存在边界不清、交叉重叠、服务碎片化的问题。

（二）我国医养结合的提出和探索

2013年8月16日，国务院常务会议提出推动医养融合发展，探索医疗机构与养老机构合作新模式。随后颁布的《国务院关于加快发展养老服务业的若干意见》（国发〔2013〕35号）、《国务院关于促进健康服务业发展的若干意见》（国发〔2013〕40号）将“积极推进医疗卫生与养老服务相结合、加快发展健康养老服务”列为主要任务。2015年，党的十八大将“积极开展应对人口老龄化行动”列入“促进人口均衡发展”的3大内容之一，其中提出“推动医疗卫生和养老服务相结合，探索建立长期护理保险制度”。《国务院办公厅转发卫生计生委等部门关于推进医疗卫生与养老服务相结合指导意见的通知》（国办发〔2015〕84号）提出了到2020年基本建立符合国情的医养结合体制机制和政策法规体系的目标及重点任务。全国各地医养结合试点工作已经起步，普遍做法是为养老机构提供医疗支持、推进举办医养结合型机构、推进社区居家层面的医养结合。山东省青岛市、上海市、江苏省南通市探索实施长期医疗护理保险制度。众多研究也指出，机构层面的医养结合模式在现实

推广中遇到诸多问题,包括能力有限、运营成本增加、加剧资源分配不公、医疗机构动力不足,模式持续性问题、滥用医疗保险基金的风险等。

(三) 发达国家医养结合的经验

长期照护具有跨医疗和社会服务领域的特点^[1]。即使是较早建立起长期照护制度的发达国家,也存在医疗照护与社会照护分割的问题。分割的主要原因包括长期照护制度建立晚于医疗服务体系、筹资体系不同、医疗照护与社会照护边界密切但管理部门不同等。整合照护资源的主要目的是整合医疗和社会服务,确保急性照护和长期照护之间的连续性,以优化照护资源,避免重复浪费,提高运行效率。对此采取的主要措施包括改革并整合医疗和社会服务部门、建立医院与社区照护的联系、采取一站式跨学科评估、实施整合照护和案例管理、整合住房照护资源等^[2]。

(四) 上海市医养结合发展建议

上海市在市委市政府高度重视下,已根据国家要求并结合上海市实际,自2013年起由卫生、民政、发改、人保和财政等部门共同参与,主要从为养老机构提供医疗支持、试点探索构建老年照护体系、构建医养结合支持平台这3个层面大力推进医养结合。

医养结合的实质,是以老年人健康为本,整合政府和社会各方资源,为老年人群提供连续、综合、适宜、有效的服务。推进医养结合是实现健康老龄化的重要路径。健康老龄化是建设健康中国的重要组成部分。WHO将健康老龄化定义为“发展和维护老年健康生活所需的功能发挥的过程”^[3],因此,健康老龄化是指持续性地发展和维护老年健康生活所需的能力和函数,既包括老年人的生理健康水平,也包括老年人的生活环境和社会支持状况。

上海市3个层面的医养结合措施,已成为整合医疗卫生与养老照料资源的抓手,构建老年照护体系的切入点,提供整合性卫生保健服务的

基础平台。当前正处于长期照护制度构建的起步阶段，上海市如何贯彻国家要求跨前一步，以健康老龄化为引导深入推进医养结合？建议加快建设长期照护体系，同步构建整合型老年卫生保健体系。

二、健康老龄化下的老年照护体系构建

（一）长期照护体系的概念和特点

1. 概念

根据世界卫生组织定义，长期照护是由非正规照料者和专业人员进行的照料活动体系，以保障那些不具备完全自我照料能力的人能继续得到其个人喜欢的以及较高的生活质量，获得最大可能的独立程度、自主、参与、个人满足及人格尊严。根据不同翻译，也称为长期护理、长期保健。由于以老年人为主要服务对象，也称为老年照护^[4]，但各有侧重。

2. 服务对象

因老化、慢性病、功能缺损等引起的疾病无法治愈、身心功能障碍、机能衰退、残疾、生活不能自理的失能患者。因此服务目标人群既不同于卫生系统以往的需要治愈疾病的病人，也不同于民政系统以往认定的贫困或者孤寡等弱势群体老年人，而是在人口快速老龄化、人均寿命延长和基本模式从以急性病症为主向以慢性病症为主转变的背景下，生活不能自理、需要专业性医学照料和非医学照料的失能老年人。

3. 服务性质

一是服务内容可分为健康护理、个人照顾和社会支持服务；二是服务地点可以在家庭、社区和机构；三是劳动密集型，服务周期长，一般为几个月、几年甚至终身；四是服务人员既包括卫生保健和社会服务类专业人员，也包括家庭、朋友和邻居等非正规照料者，具有跨领域、跨学科整合的特点。

（二）体系构建三大原则

从上述可见，长期照护是一个范围宽广、内容丰富、异质性强的体系领域。由于我国是典型的未富先老国家，即使是上海市这样的大型城市，在体系建设所需的人财物和制度支撑方面都处于初期发展的起步和准备阶段，既要整合原有碎片化的制度和服务，更亟需各方面的资源投入，但服务需求已日益高涨。为了建立可负担、可获得、可接受、可持续的制度体系，可从老年照护体系建设起步稳妥推进，并坚持如下原则。

1. 以人为本，稳步推进

以失能者为服务对象，体系建设初期可以中重度失能老年人为主要对象，今后随着资源增加和体系健全逐步拓展。以人为中心，而不是以疾病为中心，促进从治愈医学到照顾医学的转变，增强和维持失能者机体功能，让失能者发挥最大的独立性，提升生命质量，维护尊严和自主。从试点起步，至城乡所有符合条件的失能老年人都能获得符合需要的老年照护服务，不局限于低收入家庭或低保对象。加大资源投入，努力满足服务需求，及时总结，稳步推进。

2. 各方参与，责任分担

发挥政府在制订规划、理顺政策、引导投入、规范监管、营造环境等方面的主导作用，充分调动社会各方力量参与性和创造性，支持家庭照顾责任和能力发展。政府保障基本，市场满足多元需求。政府与民众共同分担财务责任。积极推进政府购买服务，加强部门协作，促进提升服务提供的水平和效率。

3. 社区居家导向，综合连续

通过政策引导资源下沉，通过新资源投入带动存量结构改善，建立对失能老年人以家庭照料为依托，社区居家照护为导向、机构照护为支撑的照护服务体系（不同于全体老年人养老）。通过统一照护需求评估，

尊重个人意愿，确定适宜的照护等级和场所。发展失智照护和临终关怀舒缓疗护。加强服务衔接和整合，建立有效的合作与转诊机制，提供综合、连续、高效的照护服务。

（三）体系建设三大基石

评估、服务和保障是老年照护体系建设的3大基石，结合上海市这三大基石建设的发展实际，提出重点发展目标和任务。

1. 建立老年照护统一需求评估制度

（1）试点起步情况：2014年底开始，上海市启动老年照护统一需求评估试点，整合完善现有的民政、医保、卫生3种涉老护理照料服务评估标准和办法，组建社会化第三方市、区两级评估机构，培养评估人员，在徐汇全区和浦东、闵行、杨浦、普陀等部分街道（镇）开展试点，依申请开展上门评估，根据评估结果所确定的6个不同级别，匹配相对应的居家照料、居家护理、机构养老和机构护理内容及频次。

试点刚刚起步，总体平稳，但推进力度不一，说明配套保障机制尚未跟上；评估人员反映评估时间较长，个别反映评估结果与预期有差别，说明评估标准有待进一步完善和规范操作；评估流程较长，估计与所涉及各个环节的效率和衔接、照护资源缺乏等因素有关，说明评估工作规范有待建立。

（2）制度构建目标：统一老年照护服务需求评估的目的是促进老年人基本照护需求与专业服务合理匹配，保障有限养老照护服务资源公平分配和有效使用，并为梯度化保障制度建立基础。下一步，建议构建“政府主导、社会运作、纵向联动、横向统一、行业规范、诚信服务”的市区二级老年照护统一需求评估体系。

（3）制度推进建议：一是建立协同工作机制。组建市、区两级发改委、卫生计生委、民政局、人保局分管领导与职能部门参与的评估管

理委员会，负责重大问题决策，相关政策协调与统筹职责；建立市、区级评估专家委员会，参与评估人员技术文件起草、现场考核、评估以及评估结果争议处理等；二是完善组织架构。健全第三方评估机制。市级评估机构主要负责评估工作组织协调、运行管理、质量控制、信用建设、培训和资格认证以及评估标准修订及评估结果争议处理。区级评估机构主要执行相关规章制度、标准指南，承担辖区老年照护需求评估、评估人员培训管理和相关信息汇总、上报、反馈和管理（图1、图2）；三是完善评估标准。坚持按需、客观、公正、易行的评估原则，以老年人失能程度、疾病状况、家庭环境为主要维度，完善评估标准，做好信度和效度监测评价，控制评估时长，将评估标准进一步可操作化；四是规范工作流程。以试点为依托，形成全市统一的老年评估规章制度和诚信服务质控评估体系，符合ISO全程质量控制体系，实行评估员的统一管理。开发在线APP评估；五是加强评估队伍建设。通过评估质量考核与评价，建立评估员进入、评价和退出机制。开展评估员师资培训和教材开发，建立教材、指南编写小组；六是建立评估后轮候制度和照护转介制度。在照护资源总体不足的情况下，今后经统一需求评估方可享受基本照护服务，对评估后等待机构照护的老年人实行公共轮候制度。在总结试点经验基础上，试行轮候床位的区级统筹。研究确立统一需求评估标准与老年护理院出入院标准等的应用衔接机制和规范，逐步建立失能老年人照护转介制度。

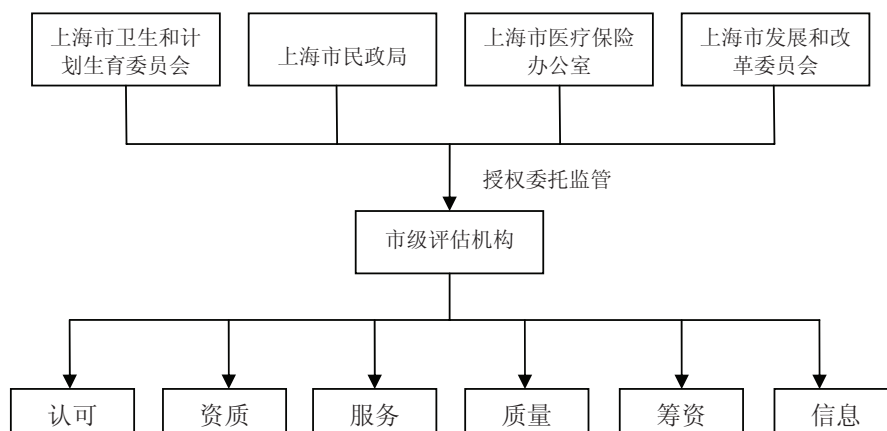


图1 上海市市级老年照护需求评估机构组织框架示意图

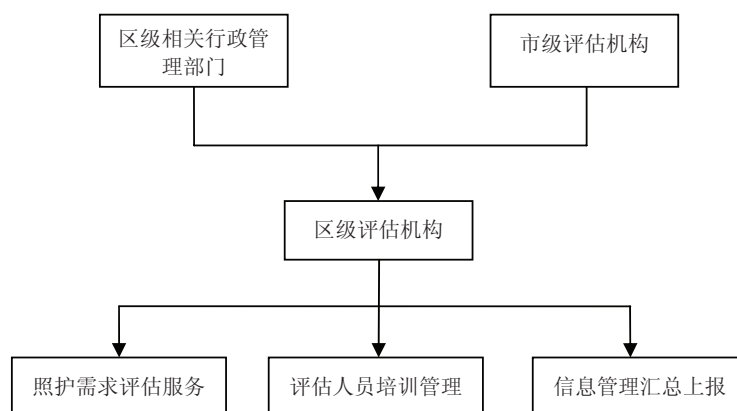


图2 上海市区级老年照护需求评估机构组织框架示意图

2. 建立老年照护服务体系

(1) 服务框架和基本内容：按照服务的类别和形式，将当前老年照护的基本服务内容进行整理（表1）。表1第一栏中健康护理服务由医疗机构提供；第二栏个人照料服务由养老机构为主提供，其中辅具租赁由残联负责提供，上门照料中有家政公司一起参与；第三栏社会支持以社会、社区老龄企事业单位和社会公益性组织为主提供。

表 1 上海市老年照护服务框架和基本内容

形式 / 服务	健康护理服务	个人照料服务	社会支持服务
机构式	护理院	养老院	志愿服务
	社区卫生服务中心护理床位	敬老院	
	二级医院护理床位	福利院	
社区式	社区卫生服务中心	日间照护中心	社区助餐点
	社区护理站	托老所 / 养护站	(助医接送)
		辅具租赁	(小区适老改造)
居家式	家庭病床	上门照料	送餐服务
	上门医疗康复护理		咨询热线
	(远程健康管理)		(居家适老改造)
支持式	(机构喘息服务)	喘息服务	(送药上门)
	(家庭照顾者训练)		老年公寓

(2) 服务内容拓展：上海市处于老年照护制度整合构建初期，对照发达国家和地区的实践，在服务内容方面还有很大的发展空间。表 1 中，健康护理服务中带括号的 7 种服务，是潜在需求较大、借鉴经验可以开展但目前尚未开展或正式普及的服务。其中居家式或支持式医疗健康服务 3 种，包括居家远程健康管理，支持性的为家庭照护提供临时替代照顾的护理机构喘息服务，和帮助提升家庭照顾者日常照护知识和技能的家庭照顾者训练等。助医接送和送药上门服务是民众呼声较大的服务内容，可以通过社会志愿服务或企业化运作借助市场力量通过移动网络实现。适老改造可由物业公司、住房建设单位提供。上述服务可通过试点项目化起步，并同步研究和分析可行性、成本效益和可推广性，成熟后予以推广。

(3) 服务资源统筹分类：一是优先发展社区居家。当前在政策和规划的推动下，老年护理院和养老机构的床位都有明显增加，但社区居家照护发展相对发展滞后。因此社区居家护理照料服务机构应当成为政策支持 and 鼓励发展的重点。鼓励社区护理和社区照料服务场地共享，提供

一站式服务。鼓励优质社会办护理机构连锁经营，并以区域为单位进行注册和服务。同时可通过试点起步，尝试允许符合资质要求的老年护理院举办社区护理站，一方面可为失能老年人提供机构—社区—居家连续护理服务，另一方面有助于护理人员的培养和使用；二是对机构床位资源按需求整合归类。现有的老年护理院以疾病专业护理为主，养老机构以生活照料为主，要逐步转向以保持和恢复功能、维持和提升自理能力为目标开展的护理和照料服务，特别要加强康复训练、症状护理、失智照护，以及体现人文关怀的舒缓疗护。可根据照护对象的需求特征分类和活动能力受限的程度（功能受限、活动能力受限、残疾、残障、瘫痪等），进行床位、病区资源分层分类设置，以达到合理布局和高效率利用的目的。逐步减少以自理老年人作为对象的供养型老年机构。将生活部分自理的介助老人（生活行为依赖扶手、拐杖、轮椅和升降设施等帮助的老年人），通过照护需求统一评估，引导到社区居家接受照料和支持服务，以减少对床位资源的要求；三是鼓励医养结合型照护机构的发展。现实中老年护理院与养老院共处一地的模式，大都得到了较好发展，如建峰护理院和建阳养老院同处一院，文杰老年护理院和养老院同处一地的模式，可总结推广，以方便老年人获得整合型、连续性、针对性的照护服务，鼓励建立医养结合型老年照护机构。

（4）专业队伍建设：老年照护是典型的劳动密集型行业，所以服务人员队伍是老年照护服务最重要的资源。由于需要医学、护理、社工、康复、营养等跨专业人员合作^[5]，同时有家属、保姆、邻居等非正式照料人员参与，初期大量照护设施兴建又亟需管理人员投入，才能向失能老年人提供综合连续的服务，满足服务需求。当前照护队伍在所需各个种类的数量和质量上都远远不能满足需要，亟需开展培训教育、完善使用激励分配机制，建立职业发展通道。一是护理员队伍建设。上海市已

由市人社局牵头研制全市护理员队伍建设规划，通过扩大招生、试行多点执业、引进护理人才、适当增加编制等多种形式，缓解医疗护理人员短缺问题。根据老年患者服务所需医疗护理内容对专业要求的高低，建立至少3级的老年护理人力资质分级制度，以此构建更具激励性质的护理员职业化发展道路，并与职业护士晋升通道在服务资质、服务内容、服务要求等方面进行衔接。二是护士队伍建设。相关大中专院校已积极筹备开设老年护理专业护士，以适应未来需要，增加人员储备。针对当前老年护理机构存在的护理人员知识老化、操作欠规范等问题，可通过有序开展执业前培训和继续教育课程，向所有医疗卫生从业人员提供老年学及老年医学相关的基础培训。研究建立基于护理人员学历、技能、经验、社会心理综合评价和使用晋升机制。通过市场机制引入体现多劳多得、优绩优酬，促进护理队伍良性发展。三是多学科团队。鉴于康复、老年科医生和全科医生总体短缺现状，除加大引进和培养力度外，还要积极挖掘存量，参与半志愿的居家社区护理，以及到私人养老院多点执业，利用碎片化业余时间，服务社区、准予执业。一方面鼓励具有一定资质的相关专业学科人员到老年照护机构进行多点执业或刚退休发挥余热，另一方面利用市场和移动互联网力量，在现行法律框架范围内，积极尝试类似“Uber”形式的健康咨询公司和护理连锁公司，为机构和居家社区护理注入人力资源。

（5）补偿和保障机制：老年护理院老年人病情相对稳定，不宜采用与治疗性质的医院同样的按项目付费机制，可以采取按床日收费的支付方式。考虑到社会可负担性，让服务惠及普罗大众，按照微利的原则，对政府和社会举办的公益性老年护理机构进行成本补偿。由于老年护理是劳动密集型服务，为使服务具有可持续性，其中要充分考虑到人力成本的合理定位。通过分类别的成本测算，确定每一类床位和服务对象的

收费标准。老年护理设施在税收、成本支出、土地利用、政策补贴等方面应享受养老设施待遇。为鼓励社区护理发展，大型商品房配套公共服务用房可提供非营利性社区护理站无偿使用。

(6) 运行监管机制：**一是**研究建立老年照护基本运行规范和质量标准，以及在此基础上分层次和类别的规范要求，设立合理指标，使服务可管控、可评价。逐步建立全市老年照护服务质量信息通报和公示制度，抓基础护理质量。**二是**研究制订和培训推广老年护理适宜技术，发挥中医药作用，提升服务质量和水平。充分利用移动互联技术和人体生物医学工程技术，应用到居家社区等服务领域。**三是**建立老年照护服务管理信息系统，依托全市卫生信息系统，充分应用移动 APP 工具等逐步做到信息实时监管，提高服务效率。**四是**成立市区两级老年护理管理中心，加强护理服务管理。建立评价、监管和奖惩机制，结合服务质量和满意度考核结果，进行以奖代补。发挥社会组织、行业协会的积极作用。

3. 启动构建老年照护保障制度

长期照护筹资是长期照护政策的核心，影响到照护政策实施的公平、效率和结果。当前亟需研究构建着眼长远发展目标和当前医养结合发展实际的老年照护保障制度。

(1) 制度模式选择：全球长期照护制度模式主要分 4 种：社会救助模式、普享式模式、社会保险模式和商业保险模式（表 2）。

表2 发达国家长期照护保障制度分类比较

LTC 制度	社会救助模式	公民普享模式	社会保险模式	商业保险模式
典型国家	英国、美国	瑞典、丹麦、挪威	德国、荷兰、日本、以色列、韩国	美国、法国、英国
经费来源	税收	税收	保费 + 税收	保费
覆盖范围	**	****	***	*
政府责任	政府主导	政府主导	政府主导社会主办	政府监管市场主办
体系地位	基本制度	主体制度	主体制度	补充制度
财政负担	**	****	***	*
覆盖 / 支出	**	***	****	*
照护水平	*	***	**	****
公平程度	****	****	***	*
选择权利	*	***	**	****
供给多元	***	*	**	****
居家选择	*	***	**	****
市场化程度	**	*	**	****
整合程度	***	****	*	****

注：表中 * 数量表示程度。

从发达国家老年人长期照护制度发展过程和运行效果来看，社会保险作为筹资模式已经成为发展趋势，也是发展中国家解决社会风险问题的首选。同时，社会保障的各项制度具有密切联系，医疗保险制度和养老金制度的完善是建立长期照护保险制度的基础。因此社会保险制度模式是我国的长期发展目标。选择性救助模式可作为对特殊人群的托底保障。商业保险制度覆盖面小，存在逆向选择的高风险，可作为制度补充，增加资源的投入和多种需求下的选择。由此，建议构建以社会保险为主体、以救助为托底、以商业保险为补充的橄榄型老年照护保障制度。

（2）保险支付范围：老年照护保险需要从无到有的过程，同时有一大部分老年护理服务已经由医疗保险予以保障。保险制度建立初期，要稳妥发展，有序将相关服务逐步纳入老年照护保险支付范围。建立第一步纳入社区居家照护，从试点起步，逐步全面推开。

(3) 补偿比例：建议对老年照护保险对象根据服务场所不同，建立梯度化补偿制度，应用经济杠杆引导社区居家服务，并与现有的医疗保险补偿比例形成衔接。对于服务利用滞留、占用床位资源等情况，予以提升自付比例。

(4) 商业保险支付：建议可在已发生社会保险支付基础上，叠加报销比例。鼓励服务支付，而非直接钱币支付，以有利于护理服务的发展。

三、整合型老年卫生保健体系构建

医养结合的第三个层面适应老龄化和疾病谱转变，以老年人健康为核心，将卫生系统从以疾病为基础的治疗模式向以需求为导向的综合卫生保健模式转变，针对老年人群多层次需求提供整合型卫生保健服务。医养结合需要医疗卫生与养老服务相结合，也需要卫生系统内部的有效衔接。

(一) 基本原则

1. 预防优先

加强全人群预防策略，做好健康科普，防止疾病、意外伤害、生活方式、社会环境因素等对人体健康的影响，特别是可能导致伤残、丧失独立生活能力的危险因素干预，预防和延缓失能的发生。

2. 综合连续

按照分级诊疗、急慢分治的总体思路，建立老年人从日常保健、三级预防、急症入院、危重症护理、亚急性期康复到急性期后慢性长期护理、临终关怀的综合连续服务。

3. 学科引领

将老年医学纳入重点发展学科建设领域，加强对人类衰老机制、伤残影响重大疾病防治等的研究，鼓励科研成果转化和适宜技术推广应用。建设市级老年医学中心。

（二）关键措施

1. 建设医养结合社区支持平台

社区卫生服务中心是卫生服务体系的基础网底，提供基本医疗和基本公共卫生服务，通过家庭医生制度对居民实施健康管理。同时，社区卫生服务中心兼有老年护理床位、家庭病床、上门出诊等服务内容，提供机构、社区和居家各类形式的老年护理服务。上海市已通过新一轮社区卫生服务综合改革，提出将社区卫生服务中心打造成五大平台，其中之一就是建成医养结合的支持平台，整合各类医疗卫生与社会资源，实施对老年人群的连续、全程服务。

一是明确平台功能。在现有工作基础上，建议以老年护理服务提供、需求评估人员提供、健康管理服务、基本医疗护理技术支持、医务人员多点执业、老年护理质控督导和社区资源整合协同作为社区医养结合支持平台的主要功能。

二是明确服务项目。一方面要基于社区卫生服务中心现有服务项目，明确 9 大类 68 项涉老基本服务项目的内容和规范；另一方面要基于预防为先的整合型老年卫生保健体系构建，研究建立失能预防医养结合公共服务项目包，经过试点项目论证，将跌倒预防、失能高危疾病筛查、老年健康自我管理指导、照顾者培训等项目逐步纳入。

三是整合信息服务。以社区老年人基本信息数据库、养老服务信息数据库、健康档案和电子病案为基础，以家庭医生签约服务为抓手，建立老年照护需求评估与社区照护、健康管理信息一体化，实现对居家、社区、机构养老的老年人全覆盖。

四是建立运行保障机制。将社区卫生服务功能从慢性病防治拓展到失能预防、评估和照顾，需要人财物保障，以及配套的服务、评价、管理、补偿、支付、激励、信息、教育、推广等一系列政策支持保障。其核心

是基于社区的家庭医生服务团队综合服务运行机制。

2. 建立急诊绿色通道

老年人具有患病率高、临床表现不典型、病情变化快、病死率高等特点^[6]。老年照护机构应当与临近医院签订转诊协议,建立急诊绿色通道。与家庭医生建立签约服务关系的社区居家老年人,通过建立家庭医生急诊绿色通道,打通与辖区内上级医疗机构的急诊通道。

3. 提供出院医嘱

建议在医院现有出院小结中,增加出院医嘱内容,通过信息平台反馈给所在社区家庭医生,以便家庭医生后续管理,或初筛后进行分诊,或通过照护需求统一评估转至适宜的护理形式,方便后续医疗康复护理。通过出院医嘱建立起有效转院机制,提高服务的连续性。应当配套相关的规范、要求、激励、考核机制,纳入医疗机构绩效考核。

四、结论

以健康老龄化为引导深入推进医养结合,建设长期照护体系和整合型老年卫生保健体系,需要理念更新、制度创新和资源增新。对这两大体系的投入将成为促进经济增长和就业增加的新入口,更将促进老年人的福祉和贡献。

参考文献

- [1] 哈兹德等著,李小鹰、王建业译.哈兹德老年医学[M].北京:人民军医出版社,2015.1.
- [2] 施巍巍.发达国家老年人长期照顾制度研究[D].北京师范大学,2009.
- [3] World Health Organization 2015.World report on ageing and health. WHO Library[EB/OL]. Cataloguing-in-Publication Data.doi:<http://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/en/>
- [4] 伍小兰,曲嘉瑶.台湾老年人的长期照护[M].北京:中国社会出版社,2010.4
- [5] 卢美秀,陈静敏.长期照护:跨专业综论[M].台湾:华杏出版股份有限公司,2012.8.
- [6] 郑松柏,朱汉民.老年医学概论[M].上海:复旦大学出版社,2010.8.

(责任编辑:陈多)

上海市老年照护统一需求评估实践

丁汉升¹ 王常颖¹ 谢春艳¹ 杜丽侠¹ 陈多¹ 冯泽昀¹

信虹云¹ 杨晓娟¹ 杨逸彤² 金春林^{1,3}

【摘要】 为了应对上海市人口老龄化这一严峻形势，市政府下发文件，要求整合医疗卫生与养老服务资源及体系，大力促进医养结合，推进社会养老服务体系建设。该研究的主要成果是将上海市民政、医保和卫生计生部门的三套评估标准进行整合，制定了统一的老年照护评估体系，包括全市统一的、标准化的评估工具，即《上海市老年照护统一需求评估调查表》；具可操作性的老年照护服务需求评估模型及分级算法；统一的老年照护服务和项目；可供政策制定者参考的相关政策建议。此外，研究相关产出已经形成文件《上海市老年照护需求评估办法（试行）》（沪社养老领办〔2014〕2号），并在徐汇全区，以及普陀、杨浦、浦东和闵行4个区的部分街道进行试点。随着试点工作的不断深入和推广，将为下一步全市统一老年照护制度的建立和完善打下坚实的基础。

【关键词】 老年照护；需求评估；实践；上海市

中国已于上个世纪末进入老龄化社会，人口老龄化进程起点晚于西方发达国家，但人口老龄化速度之快、老年人口绝对数量之庞大，足以显示我国人口老龄化问题的严重性，不得不引起全社会的广泛关注。

一、上海市老龄化形势严峻

上海市早在1979年就进入老龄化社会，比全国提前20年，是中国最早出现人口老龄化的地区，且人口老龄化、高龄化速度正在急剧加

第一作者：丁汉升，男，研究员，上海市医学科学技术情报研究所党总支书记、副所长，上海市卫生发展研究中心副主任

作者单位：1. 上海市医学科学技术情报研究所，上海 200031；上海市卫生发展研究中心，上海 200040

2. 上海财经大学统计与管理学院，上海 200433

3. 上海市人口与发展研究中心，上海 201199

本文已发表于《上海卫生政策研究年度报告（2015）》第296—301页。

速。据上海市民政局、市老龄办、市统计局联合发布的数据显示,截至2015年12月31日,全市60岁及以上老年人口435.95万人,占总人口的30.2%,较上年增加了21.97万人,占总人口比重增加了1.4个百分点;80岁及以上高龄老年人口78.05万人,占60岁及以上老年人口、总人口的17.9%和5.4%,比上年增加了2.73万人,占总人口比重增加了0.2个百分点^[1]。

另一方面,国家多年来实施计划生育政策带来的人口结构与家庭结构变化,使传统中国家庭所信奉的“养儿防老”观念已因为现代社会普遍的人口倒金字塔结构而名存实亡,家庭养老和护理功能正在不断弱化。以上海市为例,截至2014年,上海市平均每户人口数为2.49人,比第五次人口普查结果少0.3人,表明三人户或者二人户的家庭规模已成为上海市家庭户的主体。另外,越来越多的双老人家庭和空巢家庭也是社会发展的一种趋势。据预测,到2050年我国独居或只与配偶居住而身边无子女同住的65岁及以上老年人口占老年人口总数的比例将上升至27%^[2],这一人群将给家庭护理和日常生活照顾方面带来很大的挑战。

二、老年照护统一需求评估的重要意义

随着老龄化程度进一步发展,老年照护服务需求量将快速增长,亟须对老年人的照护服务需求进行分级评估。老年照护需求分级实际上是对老年人的照护服务需求进行评估,从而确定护理服务分类标准的方法和过程,它是老年照护服务的前提和收费的基础。经过多年探索,日本、德国、澳大利亚等发达国家均对老年照护需求形成了较为完善的评估体系,然而目前国内尚缺乏完善、统一的老年照护服务需求评估体系。

(一) 老年照护需求分级是服务的前提

老年人的需求具有多样化、多层次等特点。老年照护服务不是单纯生活上的照料,还包含医疗和护理服务等。因此,对老年照护的分级,

首先要认识到在为老年人提供照护服务过程中医疗服务与非医疗的对立统一关系。此外，对于个体来说，老年照护服务的需求是无限的，但特定的社会经济发展条件下所能够提供服务的能力是有限的，这就要求社会将有限的服务能力分配给最需要的对象，以求得社会效益的最大化。简单来说，提供老年照护服务要分清轻重缓急，一方面要减少需要服务的对象得不到合理服务的情况，另一方面也要防止部分老年人得到超过其合理需求的服务，从而保证老年照护服务的社会公平和可持续发展。

（二）老年照护需求分级是保证质量的关键

由于老年照护服务持续时间往往较长，老年照护服务的评估常常是定期的，如每隔6个月重新评估一次。如果不进行评估，在长期、惯性式的照顾和护理下，患者和家属难以感知到服务的效果，管理方难以监督服务质量，支付方难以依据服务质量和效果确定合理的给付标准，护理服务提供方在质量改进方面也缺乏充分的依据和动力。老年照护需求分级则为保证护理服务质量奠定了基础，通过定期评估，了解这一期间提供的相关老年照护服务质量，检查老年人各方面的情况，以确定老年人身体、认知、精神等相关机能的具体状态，病痛或障碍是否有加重，加重进程是否比一般情况下的进程要更快些等，从而对服务做出调整。

（三）老年照护需求分级是定价和收费的基础

由于老年照护服务的对象多为生活不能自理的老年慢性病患者，所提供的服务有着多样性和不确定性，难以对这种服务进行细化定价和制定收费标准，传统的按服务项目收费也可能会刺激服务的过度提供和利用。因此，对老年照护服务对象的健康状况和护理需求进行评估，并将服务对象划分为不同的等级，根据所划分的等级来确定服务价格和收费也是国际上的通行做法，即将服务进行打包收费。

为了能够及时采取相应的措施提高老年照护服务能力，缓解老年照

护需求增长带来的巨大压力，上海市政府开展了上海市梯度化养老政策的研究制定工作，召开医养结合专题会议，由上海市医学科学技术情报研究所（上海市卫生发展研究中心）受委托具体负责上海市老年照护需求评估体系的整合和方案制定工作。

三、研究方法

（一）文献检索

通过文献检索收集老年照护需求评估的相关资料和信息，为后期间卷调查和专家访谈提供参考。

（二）现场调查

项目组于2015年8月至10月期间，在全市范围内开展现场调查。调查对象为上海市常住居民中60周岁及以上的老年人口，调查区域涉及全市15个区，包括中心城区、近郊区和远郊区。根据调查时点被访者的居住方式，调查分为机构调查和居民入户调查。机构调查包括居住在卫生计生部门管辖的老年护理院、社区卫生服务中心的老年人，以及居住在民政部门管辖的福利院、养老院（敬老院）、老年公寓的老年人。本次调查采用《上海市老年照护统一需求评估调查表》作为现场调查采集数据的工具。项目组通过检验信度、效度，以及专家论证法等方式确定合理的评分标准。评估调查表的主要内容涉及被调查者的功能状况（日常生活能力）、躯体健康、精神健康及社会资源、经济状况等方面的信息，并对这些信息综合评分，了解本市老年人的身体健康状况及护理需求情况。

（三）数据的分类方法

本研究中，考虑到问题的需要以及分类的有效性，主要应用的分类方法为线性判别分析（Linear Discriminant Analysis，以下简称“LDA”）和支持向量机（Support Vector Machine，以下简称“SVM”）。

（四）专家咨询和论证

邀请老年医学和老年照护领域的专家学者、养老机构和老年护理机构的管理人员，以及民政、医保和卫生计生部门相关负责人等，针对研究的科学性和合理性开展专家咨询和论证。

四、上海市老年照护统一需求的实践

（一）评估标准整合及其相关维度

1. 整合分类法

原先上海市有三套涉老服务需求评估制度同时执行，即民政部门的《老年照护等级评估要求》（DB31/T684—2013 地方标准）、医保部门的《关于本市开展高龄老人医疗护理计划试点工作的意见》（沪府办〔2013〕38号）和卫生计生部门的《关于下发上海市老年护理医院出入院标准试点工作要求的通知》（沪卫计基层〔2013〕2号）。碎片化的管理不仅造成评估资源的浪费，也给老年人带来了诸多不便。考虑到现有的评估标准和服务队伍是由民政、医保和卫生计生部门分别管理和提供，课题组研究制定了新的分级方法——整合分类法，该方法与民政、医保、卫生计生三部门的现有标准具有对应关系。因此，该方法也保证了旧方法向新体系在分级服务和照护服务上的平稳过渡。

2. 二维向量法

根据国际上较为成熟的老年照护分级经验和实践，如日常生活能力量表（Activity of Daily Living Scale，以下简称“ADL”）或工具性日常生活活动能力量表（instrumental Activity of Daily Living Scale，以下简称“iADL”）、interRAI，以及美国、澳大利亚、日本、德国等发达国家的量表，研究还设计出了二维向量法。该方法主要包含2个维度——疾病状况和自理能力，疾病状况得分来自临床症状体征、实验室诊断检查以及并发症等指标，自理能力则使用ADL和iADL的加权和。这2个

维度总分均为 100 分，且分数越高提示老年人的身体状况越不容乐观，越需要得到医疗和生活照护。通过采用 LAD 和 SVM 的方法，进行统计拟合并分析累计概率分布曲线，研究发现：疾病状况和自理能力两个维度对目前居家、养老机构和老年护理机构的老年人均有很高的区分度。

评估调查表内在一致性信度 Cronbach α 系数达到 0.96，除精神状态外，各部分的信度均较高；判别效度较为理想，内容效度较高，结构效度良好。

（二）试点评估工作进展

目前，本研究已形成可在全市统一的、标准化的一系列研究成果，包括：（1）作为评估工具的《上海市老年照护统一需求评估调查表》；（2）具可操作性的老年照护服务需求评估模型及分级算法；（3）统一的老年照护服务和项目；（4）可供政策制定者参考的相关政策建议等。此外，研究相关产出已经形成文件《上海市老年照护需求评估办法（试行）》（沪社养老领办〔2014〕2号），并自 2015 年起在徐汇区全区，以及普陀、杨浦、浦东和闵行 4 个区的部分街道进行试点。符合规定的评估对象，需要申请享受社区居家老年照护、养老机构或老年护理机构服务的，可向试点区统一设立的老年照护统一需求评估受理渠道提出申请。上海市医学科学技术情报研究所（上海市卫生发展研究中心）对所有试点区县开放了老年照护统一需求评估工作。截至 2016 年 3 月 31 日，收到并完成评估申请共计 1547 份。随着试点工作的不断深入和推广，将为下一步全市统一老年照护制度的建立和完善打下坚实的基础。

（三）评估队伍建设

目前，除上述 4 个区积极推行试点外，其余有条件的区县也先后开展了评估队伍建设和试点准备工作。新的老年照护统一需求评估人员包括民政部门从事老年照护评估的评估员队伍，以及社区卫生服务中心的

医护人员,采用小班制(50人及以下)进行培训,详细讲解新的评估原则、流程、方式、内容及注意事项等。评估结束后进行考核,确保参加培训的评估人员正确理解相关知识,考核合格即发放评估证,凭证才能够进行评估工作。

评估人员培训由上海医健卫生事务服务中心负责开展,截至2016年4月5日,已完成24批1480人次的评估员培训工作,为试点工作推广至全市打下了良好的基础。

(四) 评估的组织管理及第三方评估的探索

老年照护需求评估和服务提供的组织管理涉及民政、卫生计生、医保、财政等多个部门。医养结合是整合医疗卫生与养老服务资源的重要手段,能够充分提升服务资源配置与利用效率,而统一需求评估是实现医养结合的必要前提。

从医养结合的角度出发,通过对上海市现有的民政、医保、卫生计生部门3种涉老服务评估标准进行梳理,制定一套适合上海市现况的老年照护统一服务需求评估标准,并根据评估结果划分成不同等级的服务标准,有利于为开展本市统一老年照护服务提供参考依据和标准,旨在为老年人群提供整合、标准、同质化的服务。

老年照护需求分级评估是一项技术性很强的工作,需要由专门的机构来实施。如可以成立或组建独立的第三方机构,通过政府购买服务的方式来实现。行政管理部门需要加强政策指导,制定操作规范等进行有效的规范和控制。具体地讲,应由涉老服务相关的地方行政主管部门共同确定分级评估的方法,调整各级各类老年照护服务人群的人员比例、服务标准、给付水平等。同时,还应成立由老年医学专家、长期从事老年照护的工作人员、伦理学专家、心理学专家、社区公益人员等组成的专家委员会,负责处理相关的技术问题,并向行政主管部门提供技术支持。

五、小结

上海市在考虑医养结合体系建设发展方向和长远目标的基础上，通过建立统一的老年照护服务需求评估体系，科学地为老年人群提供所需的服务，以促进老年人的健康福祉为宗旨，提升政府对社会的治理水平，促进社会和谐。

参考文献

- [1] 上海市老龄科学研究中心. 2015年上海市老年人口和老龄事业监测统计信息[EB/OL]. (2016-05-10) [2016-06-06]. <http://www.shrca.org.cn/5764.html>.
- [2] 中国行业研究网. 2006至2050年保险需求的影响因素分析[EB/OL]. (2007-06-05)[2015-11-20]. <http://www.chinairn.com/doc/70270/134402.html>.

（责任编辑：周珠凤）

从日常生活活动能力视角看上海市老年照护需求

杜丽侠¹ 杨逸彤² 王常颖¹ 陈多¹ 谢春艳¹

冯泽昀¹ 信虹云¹ 杨晓娟¹ 丁汉升¹

【摘要】目的：从日常生活活动能力角度了解上海市老年照护需求，为应对老龄化问题提供参考依据。**方法：**采用整群抽样方式抽取上海市静安区某街道居家老年人 8218 人，运用 SAS 统计软件进行卡方检验、logistic 回归等分析。**结果：**随着年龄的增长，老年人的日常生活活动能力呈现逐年下降趋势。年龄的增长、患有慢性病、缺乏亲人的照护都是日常生活活动能力的危险因素，独居和亲属的照护是保护性因素，推算 2014 年上海市需要照护的老年人数量为 20.04 万人。**结论：**上海市老年照护服务需求大，老年照护资源不足与浪费共存。**建议：**加强老年照护能力建设，呼吁亲属、社会增加对老年人的关爱。

【关键词】 日常生活活动能力；老年人；照护需求

随着人口老龄化的发展，由此带来的老年照护需求日益增大。上海市是我国最早出现人口老龄化的城市，也是我国老龄化程度最高的特大城市，面临的老年照护需求更大。截至 2014 年 12 月 31 日，上海市户籍人口为 1438.69 万人，其中 60 岁及以上老年人口为 413.98 万人，占总人口的 28.8%；65 岁及以上老年人口 270.06 万人，占总人口的 18.8%^[1]。为了解上海市老年照护服务需求，本研究从日常生活活动能力的视角分析样本人群的老年照护需求，进而推算到全市，为应对上

第一作者：杜丽侠，女，研究实习生

通讯作者：丁汉升，男，研究员，上海市医学科学技术情报研究所党总支书记、副所长，上海市卫生发展研究中心副主任

作者单位：1. 上海市医学科学技术情报研究所，上海 200031；上海市卫生发展研究中心，上海 200040

2. 上海财经大学统计与管理学院，上海 200433

基金项目：国家自然科学基金项目（编号：71073104）；上海市公共卫生三年行动计划基金项目

本文已发表于《中国卫生资源》2016 年第 1 期第 61—64 页。

海市老龄化问题提供参考依据。

一、研究方法

（一）调查对象

本研究的调查对象为 2014 年上海市某街道 60 岁及以上的老年人口，抽样方式为居委会整群抽样，共获得有效样本量 8218 人。

（二）调查工具

本研究采用的调查工具为《上海市老年照护服务需求评估调查表》，该调查表主要依据国际上 ADL 调查表^[2]、iADL 调查表^[3]及 interRAI 长期照护评估系统^[4]的内容进行设计，内容包括被调查者功能状况（日常生活能力）、躯体健康、精神健康及社会资源及经济状况等方面的信息，并对这些信息综合评分，从而了解上海市老年人的身体健康状况及护理需求情况。本文主要选取调查表中日常生活活动能力相关参数和影响因素进行分析。

（三）质量控制

研究对调查员进行专业培训，并采用二级质控的方式控制调查质量。一级质控是由调查员自查，主要检查问卷的缺项漏项、简单的逻辑问题等情况；二级质控分别由机构、街道或专业质控负责人进行，并将不合格的问卷退回请调查员复查或补充相关信息。

（四）数据分析方法

调查数据由专业数据录入公司使用 Epidata 软件进行录入，数据录入的误差率控制在万分之一以内，之后对数据进一步核对筛查，更正和去除异常值。运用 SAS 进行数据整理和初步统计分析，采用卡方检验、logistic 回归等统计学方法进行初步数据分析，并使用 Microsoft Excel 2010 进行数据的进一步整理和分析。

二、研究结果

（一）被调查老年人的基本情况

2014 年该街道共计 60 岁及以上老年人 8218 人，其中男性占 47.1%，女性占 52.9%。具体的年龄性别分布为葫芦形（图 1、表 1）。

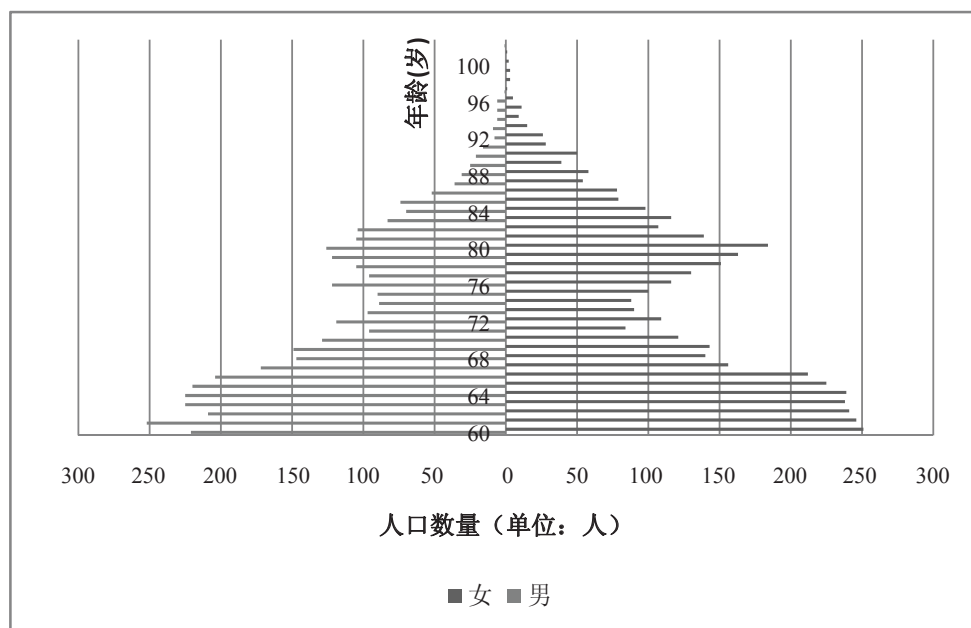


图 1 2014 年上海市某街道 60 岁及以上老年人的年龄性别分布

样本人群中，独居者为 843 人，占有效样本人群的 10.3%，仅和配偶或伴侣居住的占 50.1%；在家属人员情况中，93.8% 的老年人至少有一个子女，父母兄弟姐妹中尚有人在的为 68.5%；患有慢性病的老年人占比为 59.9%；体质指数（BMI）分布中，有 75.2% 的人群属于正常范围，仍有 20.4% 的人群处于过重或肥胖状态。近九成老年人有人照护，其中近 6 成为配偶或伴侣照护，其次是子女（表 1）。

表 1 2014 年上海市某街道 60 岁及以上老年人群基本情况

项目 *	数量 (人)	占比 ** (%)
年龄 (岁)		
60~	2347	28.56
65~	1768	21.51
70~	1022	12.44
75~	1195	14.54
80~	1132	13.77
85~	526	6.40
90~	188	2.29
95~	40	0.49
性别		
男	3869	47.08
女	4349	52.92
居住情况		
独居	843	10.28
仅仅配偶或者伴侣	4103	50.05
配偶伴侣或其他人	1398	17.05
子女	1676	20.44
其他亲属	131	1.60
其他非亲属	47	0.57
家属人数		
父母兄弟姐妹 ≥ 1	5629	68.50
子女 ≥ 1	7722	93.84
孙辈 ≥ 1	5917	72.00
是否有慢病		
无	3299	40.14
有	4919	59.86
体质指数 (BMI)		
过轻 (<18.5)	355	4.37
正常 ($18.5\sim$)	6112	75.22
过重 ($25\sim$)	1356	16.69
肥胖 ($28\sim$)	302	3.72
是否有照护人		
无	858	10.58
有	7249	89.42
照护人是谁		
配偶或伴侣	4569	60.30
子女或配偶子女	2598	34.29
其他亲属	216	2.85
其他非亲属	194	2.56

注：* 代表年龄段是包括下限，不含上限，以下同；** 代表百分比是去掉缺失值后计算所得。

（二）不同年龄段老年人的日常生活活动能力状况

本研究采用日常生活能力^[1]（Activity of Daily Living，以下简称“ADL”）来推测上海市老年人的老年照护需求，具体分值采用巴氏日常生活能力指数（Barthel Index of Activities of Daily Living）表示^[5]。巴氏指数包括评价老年人小便失禁、大便失禁、洗漱、使用厕所、饮食、移乘、身体移动、穿脱衣服、使用楼梯、洗浴等 10 个方面，每个项目根据是否需要帮助及其帮助程度分为 0、5、10、15 分 4 个功能等级，总分为 100 分，得分越高其自理能力越强，依赖性越小。得分 60 分以上者生活基本自理，41~60 分者生活需要帮助，得分 21~40 分者生活需要很大帮助，20 分及以下者生活完全需要帮助。

以 5 岁为年龄组分段分析后发现，老年人日常生活活动能力等级的分布和年龄有很大关系，与卡方检验结果相同（ $p<0.001$ ）。对样本人群的 ADL 进行分层分析发现，随着年龄增加，ADL 的均值不断下降，需要依赖程度不断增高，其中 75 岁组需要照护的比例约为 5% 左右，80 岁组则约为 10%（表 2）。

表 2 2014 年上海市某街道 60 岁以上不同年龄组人群的日常生活活动能力情况及分布

年龄组* (岁)	样本人数 (人)	均数 ± 标准差 mean ± sd	不同 ADL** 得分占年龄组总人数的比例 (分, %)				
			<20	20~40	40~60	60~100	100
60~	2347	98.75 ± 6.55	0.21	0.17	0.30	7.29	92.03
65~	1768	98.38 ± 8.09	0.34	0.40	0.23	8.99	90.05
70~	1132	91.54 ± 18.84	0.68	0.59	0.88	9.20	88.60
75~	1195	96.38 ± 11.74	0.25	1.34	1.59	15.30	81.51
80~	1022	97.57 ± 10.42	1.41	3.53	4.24	22.79	68.02
85~	188	70.54 ± 30.88	3.99	7.60	10.27	32.70	45.44
90~	526	82.07 ± 26.17	10.60	8.51	15.96	39.36	25.53
95~	40	53.96 ± 34.59	17.50	25.00	20.00	20.00	17.50
总计	8218	95.26 ± 14.88	1.03	1.69	2.18	13.62	81.48

注：* 此处年龄分组是包括下限，不含上限，以下同；** 此处 ADL 分组是包括下限，不含上限，以下同。

(三) 日常生活活动能力的影响因素

使用多因素 logistic 回归分析日常生活活动能力的影响因素。由于分析引入模型的变量都为离散变量,故主要考虑卡方检验验证各因素之间的独立性,但年龄本身是连续变量,故可以进行 Wilcoxon 秩和检验或 Kruskal—Wallis 检验对影响因素之间进行独立性分析,结果显示各因素的相关性 p 值均小于 0.01,因此可认为各因素之间没有关联。首先进行单因素 logistic 回归,去除不显著的变量,然后再进行 stepwise 回归,找到其中显著的变量,再进行多因素 logistic 回归(表 3)。

表 3 2014 年上海市某街道 60 岁以上老年人日常生活活动能力的影响因素分析

项目	多因素 logistic 回归			
	β	p	OR	置信区间
年龄(岁)				
65~	0.1546	0.1803	1.167	(0.93, 1.46)
70~	0.2770	0.0339	1.319	(1.02, 1.70)
75~	0.8149	<0.0001	2.259	(1.81, 2.82)
80~	1.5255	<0.0001	4.598	(3.73, 5.67)
85~	2.3085	<0.0001	10.059	(7.89, 12.82)
90~	3.1331	<0.0001	22.944	(16.59, 31.74)
95~	4.0016	<0.0001	54.687	(30.22, 98.96)
居住情况				
仅仅配偶或者伴侣	0.5750	0.0004	1.777	(1.29, 42.44)
配偶伴侣或其他人	0.5433	0.0006	1.722	(1.26, 2.35)
子女	0.8077	<0.0001	2.243	(1.68, 2.99)
其他亲属	0.7347	0.0369	2.085	(1.05, 4.16)
其他非亲属	1.9024	<0.0001	6.702	(3.49, 12.87)
是否有慢病 = “有”	0.4601	<0.0001	1.584	(1.38, 1.82)
是否有照护人 = “有”	-0.5244	0.0007	0.592	(0.44, 0.80)
照护人是谁				
子女或配偶子女	0.1789	0.0972	1.196	(0.97, 1.48)
其他亲属	0.2816	0.3415	1.325	(0.74, 2.37)
其他非亲属	1.2268	<0.0001	3.410	(2.31, 5.03)

注:所有影响因素的参照组为第一个水平或者基础水平,日常生活活动能力的参照组为 100 分。

在 $\alpha=0.05$ 的检验水平下, 年龄的增长是日常生活活动能力的危险因素, 其影响在 75 岁及以上年龄组表现较为明显, 这与 (图 2) 显示的结果类似。与独居相比, 与其他人居住对其日常生活活动能力的影响是危险因素。其他危险因素分别为患有慢性病以及其他非亲属的照护人; 而有照护人照护相对于没有照护人, 则是一个保护性因素。

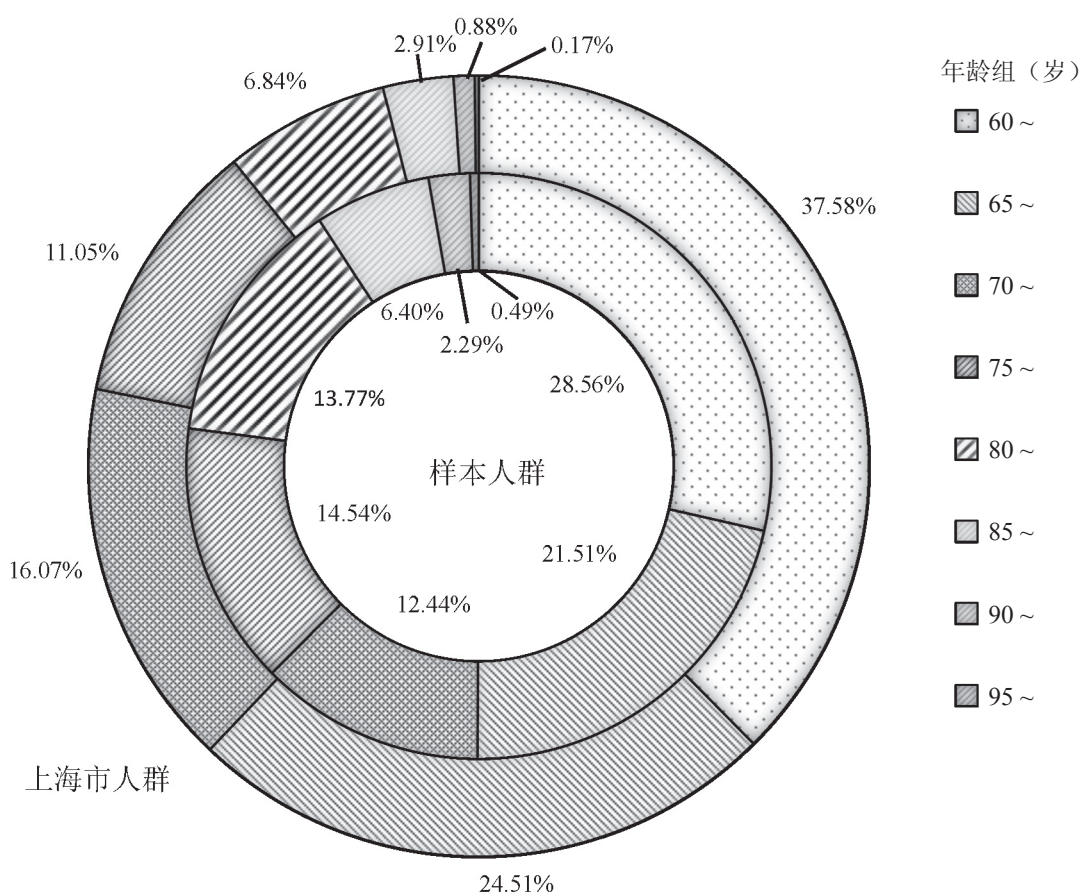


图2 样本人群与上海市人群的年龄构成比较

(四) 上海市老年护理服务需求估算

由于上海市全市的 60 岁及以上老年人的居住情况、是否有慢性病等其他影响因素难以获得, 因此本文假设该街道除年龄结构外其他危险因素与全市均一致。从卡方检验 ($P<0.001$) 结果可知, 样本人群和上海市老年人群在年龄分布上存在差异。因此需要对样本人群进行年龄性

别校正后再根据 ADL 的分布推导整个上海市的老年护理服务需求。

根据样本人群推算校正后的上海市老年人日常生活活动能力分布 (表 4), 由推算得知 2014 年上海市生活完全需要帮助的老年人有 4.82 万人, 生活需要很大帮助和生活需要一些帮助的老年人数量为 6.38 万人和 8.84 万人, 比例分别为 1.03%, 1.69% 和 2.18%, 生活能够基本自理的老年人占 60 岁及以上老年人比例的 95% 左右, 生活需要帮助的比例在 5% 左右。

表 4 年龄性别校正后推算的 2014 年上海市老年人群日常生活活动能力分布

年龄 (岁)	样本 (人)	样本不同 ADL 分布 (%)					上海市 (万人)	上海市不同 ADL 人群 (万人)				
		<20	20~40	40~60	60~100	100		<20	20~40	40~60	60~100	100
60~64	2347	0.21	0.17	0.30	7.29	92.03	143.92	0.31	0.25	0.43	10.49	132.45
65~69	1768	0.34	0.40	0.23	8.99	90.05	93.03	0.32	0.37	0.21	8.37	83.77
70~74	1132	1.41	3.53	4.24	22.79	68.02	55.33	0.78	1.96	2.35	12.61	37.64
75~79	1195	0.25	1.34	1.59	15.31	81.51	46.38	0.12	0.62	0.74	7.10	37.80
80~84	1022	0.68	0.59	0.88	9.20	88.65	43.24	0.30	0.25	0.38	3.98	38.33
85~89	188	10.64	8.51	15.96	39.36	25.53	22.40	2.38	1.91	3.57	8.82	5.72
90~94	526	3.99	7.60	10.27	32.70	45.44	7.98	0.32	0.61	0.82	2.61	3.63
95~	40	17.50	25.00	20.00	20.00	17.50	1.70	0.30	0.43	0.34	0.34	0.30
合计	8218	1.03	1.69	2.18	13.62	81.48	413.98	4.82	6.38	8.84	54.31	339.64

三、讨论与结论

(一) 上海市老年照护服务需求大

研究结果显示, 随着年龄增长, 老年人日常生活活动能力逐渐下降, 越来越多的人需要一定的日常生活照护帮助, 上海市老龄化人口多, 高龄老人占比高, 由此带来上海市老年照护需求不容乐观。据研究估算, 上海市 60 岁及以上户籍老年人日常生活需要帮助的人数为 20.04 万, 其中 4.82 万人日常生活完全依赖于别人的帮助。此外, 随着人均期望寿命的不断增加, 高龄老年人的比例会不断提升, 据预测^[6], 到 2050 年 60 岁及以上老年人比例将超过 50%, 由此带来日常生活活动能力逐渐

退化问题将会给上海市老年照护问题带来更大的挑战。

（二）年龄增长、慢性病等是日常生活活动能力的影响因素

通过影响因素分析发现，年龄的增长、患有慢性病、缺乏亲人的照护都是日常生活活动能力的危险因素，这也符合中国健康与养老追踪调查（China Health and Retirement Longitudinal Study, CHARLS）的研究结果^[7]。而保护性因素则有独居和有亲属的照护2项。在年龄对日常生活活动能力的影响分析中发现，75~79岁是老年人日常生活活动能力的一个“拐点”，大部分老年人在该年龄段的日常生活活动能力得分会有较明显的下降。关于独居在老年人日常生活活动能力中起保护性作用的结论，和另外一篇关于上海市高龄独居老年人的研究结果类似^[8]，尤其是在工具性日常生活活动能力方面，独居老年人比非独居老年人表现更好。这可能与独居老年人自己居住，缺乏社会的支持照护，日常生活必须“事必躬亲”，常年累月的锻炼会延缓其功能的衰退等原因有关。当然也可能是由于老年人的身体状况较好而选择独居，深层次的原因还有待进一步探讨。

四、建议

针对上述问题，本研究提出以下政策建议。

（一）加强老年照护能力建设，分层提供老年照护服务

面对日益增大的老年护理服务需求，建议一方面政府要加大老年照护能力建设，优化社区助老服务机构、日间服务机构、助餐服务、老年活动室等多种形式的养老助老服务，加大养老机构、老年护理机构床位建设，从数量上提高容纳能力。另一方面，对现有的老年照护资源建立动态的纳入和排出机制，盘活有效的老年照护资源，建立“有进有出”的动态资源。在老年照护服务的提供方面，建议根据不同的评估等级结果，以家庭为基础，社区为依托，机构为支撑的“9073”养老格局为指

导方向，分层提供老年照护服务。让依赖程度轻，愿意居家的老年人更多的以社区、日间服务机构、助餐等多种形式的老年照护服务解决老年人日常生活问题；而将那些缺乏社会支持、意识存在障碍的老年人纳入机构护理。

（二）从预防入手，对危险因素加强关注

在提高政府对老年人照护能力的同时，也要从预防入手，对危险因素进行适当干预，减缓老年人日常生活活动能力下降的速度。具体可通过以下几种形式进行：**一是**对于年龄处于“拐点”阶段的老年人加强关注和保护；**二是**对于患有慢病的老年人进行健康教育和健康干预；**三是**呼吁社会和家庭继承中华“敬老养老”的传统美德，鼓励亲属等多给予老年人关心和照护；**四是**支持社会志愿者服务，倡导更多的热心人士加入到敬老爱老的服务中去；**五是**探索建立低龄老年人帮助高龄老年人的“时间银行”服务模式。

参考文献

- [1] 上海市老龄科学研究中心. 2014年上海市老年人口和老龄事业监测统计信息[EB/OL]. <http://www.shrca.org.cn/5742.html>
- [2] Collin C, Wade DT, Davies S, Horne V. The Bathel ADL index: a reliability study. *IntDisabil Stud.*1988, 10(2):61-63
- [3] Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist.* 1969, 9(3):179-186
- [4] interRAI. Official Website.[EB/OL] <http://www.interrai.org/>
- [5] Junbae.C, Woojae.M,Jae.W.C.etal. Association Between Functional Impairment, Depression, and Extrapyramidal Signs in Neuroleptic-Free Patients With Alzheimer Disease[J]. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 3(6):1-8.
- [6] 王裕明,吉祥,刘彩云. 上海市人口结构变化预测研究[J]. *上海经济研究*, 2014, 03:89-98.
- [7] 祁华金. 中国农村老年人慢病情况及其对日常生活能力的影响研究[D]. 山东大学, 2014.
- [8] 彭亮. 上海高龄独居老年人研究[D]. 华东师范大学, 2011.

（责任编辑：曹宜璠）

建立我国老年长期照护保险，关键是什么？

裴晓梅

长期照护是在持续的一段时期内给丧失活动能力或从未有过某种程度活动能力的人提供一系列健康护理、个人照料和社会服务项目，包括从饮食起居照料到急诊或康复治疗等一系列正规和长期的服务。长期照护服务一般具有 4 个特点：

一是专业性。提供长期照护服务的场所可能是专门机构（如医院、护理院等），也可能是申请人家里。以家庭为场所的长期照护服务有别于传统的家庭照料，需要有组织和经过培训的，具有专业知识的居家照护服务者，以此满足老年人维持正常生活状态的需求。

二是长期性。需要长期照护的人通常患有短期内难以治愈的疾患，或长期处于残疾和失能的状况。因此，长期照护这种状态一般要持续很长时间，甚至无期限。

三是连续性。老年人因患病或失能的程度不同而具有不同的照护需求。长期照护意味着从家庭到医院，包括社区医疗站、日间照料、护理院、康复中心、姑息治疗机构等一系列适应各类机构需求的连续性的整合服务。

四是保健和生活照料相结合。长期照护服务已超出了传统保健服务的范围，并扩展和延伸到了日常生活领域，如涉及老年人的饮食起居。部分老年人，特别是高龄老年人，同时存在患病和日常独立生活能力弱化 2 种状态，并且这 2 种状态间是相互影响的关系。这种情况下，单一的医疗保健服务已不能满足他们的需求，而集医疗护理和生活照料为一

作者简介：裴晓梅，女，教授
作者单位：清华大学，北京 100084

体的长期照护服务便是应对这种需求而产生的新型保健模式。

而任何一种新型保健模式的产生必然会带来各方面的影响，在长期照护保险来说，受影响最深的可能是申请人家庭。当家中老人生活不能自理而时刻需要帮助时，所产生的相关服务费用及成本将对家庭经济造成巨大压力。因此，作为应对经济风险的保障机制之一，建立可持续的长期照护保险则显得尤为重要。

而要建立一项可持续的长期照护保险，关键在于管理者是否有能力对需求、服务质量和成本做出科学精准的测量。研究发现，老年健康和照料服务的场所通常集中在养老机构（包括养老院和老年病医院）以及退休社区，因此对此类机构和场所中服务质量的监督和管理便成为关键，而建立一套合理的和可操作的服务标准体系是老年健康和生活服务管理的基础。

根据境外发达型老年社会发展经验可知，合理的社会政策指导和严格的政府规范管理是老年照护服务产业有序发展的关键。据统计，目前全国已有三万多家长期养老机构，然而，我国至今还没有关于发展老年健康和社会服务的政策来指导长期照护服务的发展，由此也导致了资源的浪费和服务的不规范。此外，目前还有一些值得关注的问题：养老院的入住率低，部分社区服务机构和设施利用率有待进一步提高等。因为无论养老院的资金来源为何，没有被接受和利用就是社会资源的浪费。同时，与缺乏政策相关的是缺乏规范。虽然部分城市已出台了地方性服务标准，但标准适用范围相对较窄，普遍不适用正在发展中的各类机构和社区服务。因此，政府有关计划和管理部门并不清楚现有照护服务究竟在多大程度上满足了老年人群的需求，也不知道应该如何评估现有服务质量。进而，如何设立长期照护保险的保险费、如何设立赔付方案、赔付比例，以达到分摊风险、减轻被保险人经济压力的目的，都存在操

作瓶颈。目前我国需要一套包括质量标准、标准评估以及信息处理的服务质量评估体系，以供及时收集长期照护机构和设施的服务信息，通过分析这些信息，掌握社会服务领域的动态和服务质量，并协助有关管理部门建立一个以信息收集、开发、利用为基础的科学管理机制，使长期照护服务产业能够尽快被纳入政府的科学化管理轨道。在此基础之上建立的长期照护保险，才是符合市场经济需求的、具备可行性和持续性的保险制度。

在借鉴国际经验的基础上，目前我国各地都在致力于研究适用于中国长期照护服务规范的管理体系。可以说，以受众群体的需求为目标，以合理的服务质量评估为依据，以服务产业的政策发展为导向，建立科学的信息化管理体系，是建立长期照护保险的基础，也是中国长期照护服务产业健康发展的关键。

（责任编辑：王圆圆）

英国牛津整合型老年服务经验介绍

谢春艳 陈多 杜丽侠 王常颖 信虹云 冯泽昀 杨晓娟 丁汉升

【摘要】 近年来英国各地都在致力于探索向老年人提供整合型服务的新模式，牛津郡的探索和做法取得了明显的成效。本文拟通过文献综述、现场观察与定性访谈的研究方法，以英国牛津郡的整合型老年服务探索为典型案例，并且从需方为中心的微观视角出发，对其整合型老年服务进行研究。英国牛津郡整合型老年服务在其整合型管理和治理、需求和结果目标、服务利用者路径、基础设施建设、人力资源和工作场所管理等方面的做法值得我国借鉴。

【关键词】 整合型服务；老年服务；服务利用者路径

一、背景

近年来英国面临人口老龄化的挑战日趋严峻，英国 85 岁及以上的老年人口数量已经从 1971 年的 41.6 万增加到 2009 年的 110 多万人，预计至 2032 年将达到 260 万人。老年人对于卫生和保健服务的需求和用量巨大，65 岁及以上人群利用全科医生服务的次数是平均值的 5 倍^[1]。65 岁及以上人群的住院床日数占了英格兰医院住院总床日数的 62%，占了急诊床日数的 68%，65 岁及以上人群占了医院死亡人数的 80%。2010 年，英格兰 65 岁及以上的老年人中有诸如洗澡、穿衣等社会服务需求的共计 250 万人，预计到 2030 年将达到 410 万人^[2]。

人口的卫生和社会服务需求已经发生了快速变化并且仍然在不断改

第一作者：谢春艳，女，助理研究员

通讯作者：丁汉升，男，研究员，上海市医学科学技术情报研究所党总支书记、副所长，上海市卫生发展研究中心副主任

作者单位：上海市医学科学技术情报研究所，上海 200031；上海市卫生发展研究中心，上海 200040

基金项目：美国中华医学基金会（CMB）第二轮卫生系统研究与政策转化合作项目（CMB-CP 14-190）

本文已发表于《中国卫生资源》2016 年第 2 期第 158—162 页。

变,然而碎片化的卫生和社会服务系统没有以同样的速度进行相应变革,因而越来越难以满足老年人的需求。英国当前的卫生和社会服务系统是碎片化的,分为医院服务、全科服务、社区服务、精神卫生服务、临终关怀以及社会服务等多种类型的服务。现有的老年服务体系最大的问题是,将影响健康的生理、精神和社会因素分开考虑,多种卫生与社会服务割裂,机构服务脱离了老年人的整体需求,有很多收治入院的老年人本可以在社区和自己的家中获得更好的服务。英国当前老年服务存在的种种问题引起了各个利益相关方的关注与讨论,各地纷纷开始探索以老年人需求为中心的新型服务提供方式,其中针对老年人的整合型服务成为服务方式改革的主流趋势^[3]。本文主要通过文献综述、现场观察与定性访谈的研究方法,以英国牛津郡的整合型老年服务的探索为典型案例,对其整合型老年服务的经验进行了研究分析。

二、出发点:以服务利用者的需求为中心

要改变目前老年服务体系的现状,必须围绕着老年人及其家庭的需求来考虑问题。老年服务利用者及其照护者所经历的最大困扰便是其接受的不同服务缺乏协同性。人们希望获得以需求为中心的协同服务^[4],英国学术界和官方通常称为“整合型服务”(integrated care)。简单来说,整合型服务是围绕服务利用者的需求提供协同性的服务,以需方的立场和视角作为规划和组织提供服务的原则^[5],而不是以疾病或服务提供者为中心,更加注重病人体验,具有更多的灵活性和选择性,通过多学科、跨专业、跨部门的团队合作,尽量减少和避免不必要的住院,更多的在社区和家庭提供服务,帮助病人尽快恢复独立自主的生活^[6]。

老年人已成为卫生服务和社会服务的主要利用者。英国一项有关人们步入老龄阶段后主要需求的研究揭示了老年人2个关键的优先关注点:一是其所接受的相关服务支持他们最大程度的保持独立生活的能

力；二是作为个人是被尊重的、有价值的，不会因年龄而被歧视。医生可能会关注生命的长度，而老年人却更强调独立生活的能力，相关研究提到，很多老年人强调低水平的预防性服务，并且希望获得清洁和整理等家政服务，这与他们希望得到个人照护服务的程度相当。老年人普遍希望卫生和社会服务更加协同，这些服务之间的割裂不利于从服务利用者的视角看问题。很多人优先关注的问题，并不是传统意义上会被当作老年服务的问题。他们认为不断改善的公共交通，更好的休闲和受教育机会，都是有效提供服务的重要基础^[7]。

有关老年人需求的另一项研究表明，政策制定者在强调相关服务的重要性时，很容易忽略服务利用者^[8]，老年人更喜欢谈论自己的生活，而不是各种机构和人员分别能提供什么服务。有人可能会谈论见到儿女和孙辈的开心，可是也会讲述感到孤独或在老伴去世后不按时吃饭。老年人可能遇到很多现实问题——支付账单、将垃圾倒进正确类别的垃圾回收桶中、或者滴眼药水等。正如有人在一项研究访谈的结尾时所说的那样，“我们都希望过正常人的生活”。老年人希望所获得的服务能整合起来提高自己的生活质量，而不是被动的接受各种机构低效率的重复服务。

三、主要做法：建立合作伙伴关系

伴随着老年人口的增长和疾病谱的变化，牛津郡负责卫生服务的国民卫生服务体系（National Health Service，以下简称“NHS”）的服务委托组织与主管社会和社区服务的地方政府建立了合作伙伴关系，为牛津郡的老年人提供服务。主要做法有以下几点。

（一）整合型管理和治理

在县域范围内，在与老年服务相关的各部门之间建立一系列的联合协议、框架和策略，整合老年服务相关的内容并且合并经费预算，通过

这些联合的协议和策略来推动跨部门、跨行业的沟通合作，包括：牛津郡地区协议、整合型服务促进计划、卫生服务提供计划、人群支持策略、成年人安保策略、照顾者策略、牛津郡人力资源策略、牛津郡老年服务的联合委托策略（2013—2016年）^[9]。以上这些是由当地NHS组织和地方政府之间达成的合作协议，覆盖了所有的养老机构服务、居家服务、辅助设备、康复服务、跌倒预防服务以及连续性的卫生保健服务。合作协议主要包括以下内容：不同机构之间有效合理的行政管理安排，通过正式的月度会议来监管合并预算的使用，明确关于联合绩效管理的安排，基于信任的合作伙伴间的工作模式，清晰且达成共识的服务利用者健康结果目标。卫生和社会服务联合指导小组负责监督每一项服务的提供，同时反馈有关评估标准和管理计划相关的问题。

（二）确定共同的需求和结果目标

不同部门和服务机构间长期稳定的合作关系依靠的是坚实的共同愿景和明确的结果产出目标。以此为目标，牛津郡设计了相关服务用来获得针对当地老年人的一系列结果目标，这些目标包括：通过提高预防保健和早期干预措施，减少老年人急诊服务入院的数量；让更多的老年人在社区中维持安全、健康和独立自主的生活；在整个县域内提高服务的可及性；在急诊和住院服务中，减少因为延迟出院浪费的时间和费用。

（三）服务利用者路径

牛津郡投入了大量的人力、物力和财力来促进老年服务利用者和患者服务路径的建立，以便能够提供无缝衔接的保健服务。服务路径的建立机制首先是通过全科医生的签约服务，利用风险分层工具将当地人群分类，识别出风险人群和重点服务人群，社区建立了跨部门、多学科的服务团队对重点人群进行生理、心理和社会的综合需求评估以确定服务

人群的特定需求和最需要解决的关键问题，根据需求评估结果对不同人群分别建立整合型的服务路径，制定具体的诊断标准、服务标准及转诊标准；同时加强风险人群和重点人群的疾病预防和健康管理，避免不必要的住院；对服务成效和人群健康结果进行评估，根据评估结果对服务路径不断改进。

例如，预防跌倒服务在 2004 年开始实施，因为跌倒是 75 岁左右人群中致残的主要原因，是首要的致死因素，同时也是国家服务框架中规定的对老年人必须关注的首要优先问题^[10]。预防跌倒以及支持老年人重新获得独立生活的能力，对于很多卫生和社会服务组织来说是一项挑战。牛津郡此项服务将 Radcliffe 医院所提供的急诊服务与社区卫生和志愿者组织提供的服务整合起来，降低了牛津郡老年人跌倒的发生率，也提高了发生跌倒老年人以及高风险人群的生命质量。这种模式将多个不同学科领域的专业技能整合到了一起形成多学科服务团队，其中包括：急诊服务、物理治疗师、职业治疗师、跌倒相关专业护士及运动协调专业人士。所提供的服务包括：对养老院员工的培训和对跌倒损伤进行评估；在所有的卫生和社会服务相关领域增加人们对于跌倒的了解和关注；张贴提供跌倒损伤诊疗机构和服务团队的信息；在社区和医院为老年人提供相关咨询和锻炼的项目；在日间服务机构提供有关身体平衡和安全的项目；为高风险人群提供预防性措施的项目；在急诊医院专业团队的支持下，为相关服务人员提供不间断的技术支持和建议；与急救服务合作，通过提供转诊、跌倒预防以及降低急救致电率等方式提高对于跌倒者的保健服务质量。

对于这种服务来说，一个很重要的方面是转诊可以来源于多个方面，包括服务利用者以及其亲属或照顾者。对于个体的特殊需要给予以人为中心、量体裁衣式的服务回应，可以根据具体情况将老年人转诊到体育

锻炼项目、职业治疗协助、心理治疗、平衡和安全小组、日间医院治疗或转回全科医生等服务项目中去。

康复保健服务项目从 2006 年开始，旨在为老年人住院后提供后续的康复服务，来帮助他们重新获得独立生活的能力，促使他们较早出院，避免不适当的入院。康复保健服务的目标：最大化地促使老年人参与到社会环境中，提升服务利用者的自治力和独立生活能力，减少病人的痛苦、失能和悲痛，缓解患者家属及照顾者的痛苦和压力。服务作用于 3 个关键领域：**一是**居家服务，通过在服务利用者的家中对其进行管理，使其在家中卧床进行保健，而非入院治疗，以及可以让住院的患者较早地出院而在家中完成一系列康复项目；**二是**康复服务床位，提供了从住院到居家服务中间的连续性服务，提供那些因为医疗需要而不能完全在家中进行的深度康复服务；**三是**日间服务，在日间服务设施中提供专业的康复服务，比如预防跌倒和平衡课程、康复健身研讨会或痴呆症治疗小组。这项服务提高了社区居民参与的积极性，同时也减少长期的入院治疗，而转向基于家庭和社区的服务。多学科的健康和社会服务团队会用整合型评估手段来评估病人的需要，这种整合型评估避免了不同学科的专业人士对同一个病人进行重复评估；如果通过评估发现病人确实需要相关服务，将会在出院之后的 6 周内提供持续性的支持服务，或者从一开始就预防入院情况的发生。

预防跌倒和康复服务都特别强调关注的方面：提供以人为中心的服务；整合型评估更加人性化，避免重复工作；跨越卫生和社会服务边界的整合型服务。

（四）基础设施建设

卫生和社会相关服务分散于不同的设施中，牛津郡为了提高老年服务对当地居民的可达性，在一开始的基础设施建设和服务设计上就考虑

到了卫生和社会 2 个方面的服务。

在新建的或已有的设施中，使不同的服务尽可能的共享同一地点，有助于确保服务的持续可及性。例如，康复服务和心理治疗服务的地点都是在 LIFT 公司开发的东牛津健康中心，在那里，具备现代的、具有灵活性的环境，可以提供门诊服务、促进健康和福祉的服务以及提供良好的公共交通连接互通。再者，它们也和其他的服务机构毗邻，比如牛津照顾者服务中心，老年人的家属和照顾者可以从中获得及时的支持和帮助。同时，也鼓励人们获得多样化的相关服务，包括：药房、精神科医生、健康咨询、物理治疗服务、对久病者上门服务的健康访视员、固定工作时间之外的服务、牙科服务、翻译服务、宣传服务、咖啡馆、市民咨询建议服务等等。

（五）人力资源和工作管理

对于牛津郡老年服务来说，最大的挑战之一是确保人力资源得到合适的培训和支持。例如预防跌倒服务，每一位临床医疗服务人员都会在骨科健康和跌倒评估方面接受培训和教育，以便能够为 60 岁及以上的人群提供高质量的评估、治疗和预防保健工作。同时，相关服务将不同专业服务人员整合到一起，包括治疗师、卫生和社会福利服务人员等。

将如此多学科来自不同机构、不同领域的专业人员集合到一起提供整合的服务不是件容易的事情，需要克服的问题主要包括：个体化的工作特点和文化，不同的职业描述、雇佣规范、雇佣条件以及工资水平，管理组织架构，如何在共同工作中促成有效的合作伙伴关系，沟通与信息共享。克服这些问题的主要方式包括，标准化的薪金结构和业务规范，为服务的整合与协同提供合作框架及鼓励措施，提升专业服务技能和对不同专业人员的尊重与理解。来自不同学科、不同领域的团队成员也会接受整合型服务所有相关方面的培训，包括卫生、社会照顾、IT 系统以

及需求评估过程的联合培训等。

四、典型案例：M 女士的例子

牛津郡的 M 女士 85 岁，独自一人生活，她的女儿住在同一城市，距离 M 女士家几英里的地区。她患有呼吸系统疾病、高血压和糖尿病。平日有一名来自社区服务的照护人员帮助 M 女士起床，还有另一名照护人员帮助她准备午餐。在一个月的时间里，有 2 位护士拜访过她，一位是来自于糖尿病服务中心的护士，另一位是来查看她氧气使用情况的护士。她大约每月一次拜访所签约的全科诊所，或是找全科医生开每个月的处方药品，或是见她的注册护士。去年，M 女士利用了 5 次急诊服务，其中有 2 次因为呼吸困难不得不住院治疗。第一次住院，她在医院待了 20 天，由于医院不知道她的全科诊所最近给她使用了利尿剂，她体内的积水又开始累积增高，因此延长了她的住院时间，同时导致她的呼吸问题更加严重。她很焦虑，希望早点出院回家。第二次发生类似的情况她又在医院住了 10 天。2 次住院之后，有地区护士每周对她进行 2 次访视，处理她长期以来腿部溃疡的问题，在康复期间她接受的社会服务也有所增加。

M 女士平均每周要见 4 位不同的社会服务人员，还要见 2 名不同的护士。在没有利用急诊服务的情况下，她平均每月要分别接受来自于卫生和社会服务领域的 10 名不同的专业人员的服务，每名人员都对其提供特定的服务。在她病情恶化期间及住院之后，相关的服务量都有所增加。

M 女士和她的女儿承认所接受的每一项服务都有所帮助，并试图将这些服务联系起来加以理解，但是在生活中要同时接受来自不同机构、不同人员的服务仍然让 M 女士疲惫不堪，常常陷入焦虑状态，健康状况长期难以改善。她的大多数时间是在等待某个人来提供某种服务的过程中度过。从经济学的意义上，每一种干预服务的确以某种特定的方式

为 M 女士的生活增加了价值。但是增加这些价值所发挥作用的持续时间并不比服务本身的时间更长，因为没有人把这些服务作为一个整体进行衔接融合。每一项干预服务并不能与其他服务联系起来，从而增加彼此的服务价值，碎片化的服务如果缺乏协同合作，每一项服务为老年人生活增加的价值将会被很快地消耗掉。

M 女士作为老年人和病人的角色，然而她的生活不仅被糟糕的健康状况所困扰，也深受碎片化的卫生和社会服务体系的影响。

另一种视角，是通过服务对象浪费的时间来审视碎片化的问题。时间是与金钱完全不同的货币形式，但对于个人、家庭及其照护者却十分重要。M 女士在医院的急诊病床上总共待了 30 天。2 次住院的状况之所以发生，都是由于各种服务要素并没有帮助提早发现其健康状况恶化的征兆。那么当她需要密集的居家服务时，她的家无法成为一个可以有效满足其复杂需求的场所，这种安全感的缺乏导致她要寻求医院的帮助。有一次住院的时间长达 20 天，是因为医院在对她进行呼吸问题的诊断时，没有发现她有体内积水过量的问题。2 次住院时间的延长是因为她对其呼吸问题的担忧，住在家里缺乏安全感。去年的住院经历浪费了她 30 天的生命，并对她的家庭造成了负面影响。另外，她还花了很多时间来等待各种陌生人上门提供服务，这些人员上门服务的时间是根据服务机构的安排，而不是基于她生活中方便的时间。

如果 M 女士所接触的服务人员数量少一点，提供的服务更加协调一些，且服务提供者对她的健康状况更了解一些，其健康状况会明显改善。例如，当她到全科诊所去测量血压时，如果有一位护士能够了解她从各个方面所接受的多种不同的服务，情况会好很多。

英国有相关研究建议，可以通过临床服务委托组织（CCG）和地方政府进行服务的联合委托，为脆弱的老年人签订基于结果的、以人为中

心的协同服务购买合同，同时鼓励老年人的积极主动参与。合同可以根据老年人脆弱程度的3个等级来进行服务委托，每一个等级与不同的费用挂钩。结合M女士的案例来看，对M女士的服务委托要基于她去年卫生和社会服务的费用，根据对M女士来说很重要的投入和结果产出来支付合同费用。要对保持独立能力的关键结果达成共识。每3个月，M女士及其女儿都会被询问在这个新的契约下，是否可以比过去更好地维持其独立生活的能力。另外，建立未来3个月对M女士有重要意义的结果测量指标，同时还会征求她们的意见。

为了确保M女士保持独立生活的能力，要对承担主要职责的服务提供者进行激励，来提高服务的协同性，使M女士的家庭环境、她本人及女儿有能力满足其复杂的健康需求。要实现这一目标，需要每一位社会和卫生服务专业人员协同合作，每一项服务都需要对之前的服务及接下来的服务内容有所了解；M女士的家庭医生（general practitioner，以下简称“GP”）为她指定了一名专门的服务协调人（care coordinator），负责协调M女士所有的服务，并以合适的费用来达到M女士所需要的结果。服务协调人与M女士及其女儿合作，共同设计出一套具有预防意义的健康管理方案，并确保每一位卫生和社会服务的专业人员共同为她的健康管理方案负责。她的家庭医生会经常联络老年医学的专科医生，这位老年医学专家会根据M女士的病情与其他相关的专科医生合作，为她构建整合的、连续性的服务，所有的专业服务人员之间达成了共识，他们需要共同协作来改善M女士的健康结果。M女士及其女儿可以及时获得相关的服务信息，共同参与所有的服务决策。每一位到M女士家里的专业人员在提供某种特定专业服务的同时，也有责任将其专业服务放在整体服务的总目标之下，为提高M女士的独立生活能力而努力。

M女士仍然会是一个患有重病的人，但她所接受的服务整合协同在

一起，提高了她及其女儿应对健康问题的能力，她现在可以放心的独自住在家里了。

五、讨论与小结

老年人需要被尊重并获得有尊严的生活，这要求相关的服务把他们作为一个整体的人来看待。因而相关部门和行业必须要将相关的资源投入到以人为中心的协同服务上来，包括多种卫生服务与社会服务的整合与协同。在地区范围内，牛津郡地方政府和 NHS 在提供老年人保健服务方面，以社区为载体和核心，将基本医疗卫生服务（包括精神卫生）、社区照顾服务，康复服务，日间服务，居家护理、预防跌倒服务以及紧急救援服务等整合起来，避免不必要的急诊和住院服务，尽量在家庭和社区中提供全覆盖的支持性服务，恢复和提高老年人的独立生活能力。

牛津郡整合型的老年服务取得了很多成效：对于资源更加有效的利用；更好的沟通与信息数据共享；在服务老年人口的共同前提下，卫生和社会服务对各自所扮演的角色有了更佳地理解；在多样化的环境下提供保健服务的灵活性，包括私立机构和社会组织所提供的服务也参与其中；老年人健康结果有所改善，比如在预防跌倒服务中，整合型的保健服务和支持对于改善老年人健康结果起到了非常重要的作用，在相关试点项目中，老年人跌倒的发生率降低了 39%。

英国牛津郡在整合型老年服务的探索和做法方面，有以下经验值得我国借鉴：相关政府部门和服务提供者对于服务目标和服务提供方式达成一致的、战略性的共识；通过将卫生服务和社会服务的预算进行合并，并且实施对管理层进行联合委任的治理结构；通过法律法规的建立，来规范针对老年人的整合型卫生和社会保健服务；对于服务利用者的需求深入了解，来开发富有创新性的保健服务提供方式和服务路径，同时建立多学科服务团队，加强不同服务机构中不同学科的专业服务人员的沟

通协作，提供以人为中心的服务；服务支付体系采取有效的经济激励和绩效考核方法，来鼓励早发现早预防，可持续性的保障老年人的长远健康和福祉；加强信息化建设，促进老年服务信息在不同服务机构之间互联互通，实现信息共享；对服务设施和人员工作地点进行调整，提高服务可及性，促使老年人利用服务机会的最大化。

参考文献

- [1] Ham C, Dixon A, Brooke B. Transforming the delivery of health and social care[R]. London: King's Fund. 2012.
- [2] Andrew Dilnot. Fairer Care Funding: the Report of the Commission on Funding of Care and Support[R]. London: Stationary Office, 2011.
- [3] David Oliver, Catherine Foot, Richard Humphries. Making our health and care systems fit for an ageing Population[R]. The King's Fund. 2014.
- [4] National Voices. Principles for Integrated Care[EB/OL].
www.nationalvoices.org.uk/sites/www.nationalvoices.org.uk/files/principles_for_integrated_care_final_20111021.pdf
- [5] Lloyd J, Wait S. Integrated Care: A guide for policy makers[R]. London: Alliance for Health and the Future, 2005.
- [6] Shaw S, Rosen R, Rumbold B. What is Integrated Care?[R]. The Nuffield Trust. 2011.
- [7] Levenson R, Jeyasingham M, Joule N. Looking Forward to Care in Old Age: Expectations of the Next Generation[R]. London: The King's Fund, 2005.
- [8] Clough R, Manthorpe J, Green B, et al. The support older people want and the services they need[R]. Joseph Rowntree Foundation, 2007.
- [9] Oxfordshire County Council. Older People's Joint Commissioning Strategy 2013-2016[EB/OL]. <https://www.oxfordshire.gov.uk/cms/news/2013/jan/older-peoples-joint-commissioning-strategy-2013-2016>
- [10] Department of health. National Service Framework for Older People[EB/OL]. https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/198033/National_Service_Framework_for_Older_People.pdf

（责任编辑：杨燕）



研究 传播 交流 影响

Research Dissemination Communication Impact

上海市卫生发展研究中心

Shanghai Health Development Research Center (SHDRC)

中国 上海

Shanghai China