

Newsletter for Smart Senior Care

智慧养老研究动态

智慧助老 · 智慧用老 · 智慧孝老



2018年6月刊 总第54期

主办:中国人民大学智慧养老研究所

协办:北京易飞华通科技开发有限公司



期刊学术委员会

主 任

左美云（中国人民大学信息学院）

成 员

郭迅华（清华大学经济管理学院）

邱凌云（北京大学光华管理学院）

颜志军（北京理工大学管理经济学院）

郭熙铜（哈尔滨工业大学管理学院）

赵 英（四川大学公共管理学院）

许 伟（中国人民大学信息学院）

余 艳（中国人民大学信息学院）

周军杰（河南财经政法大学电商物流学院）

编辑：中国人民大学信息学院

智慧养老研究所

地址：北京市中关村大街59号

中国人民大学理工楼配楼4层

邮编：100872

邮箱：sac2014@126.com

微信公共账号名称：

智慧养老50人论坛



出版日期：2018年6月1日

欢迎您的宝贵意见！

内部刊物 注意保存

目录

主编的话 I

【政府动态】

国务院办公厅发布《关于促进“互联网+医疗健康”发展的意见》 1

宁夏自治区多部门联合发布《关于进一步加强健康养老服务工作的实施意见》 6

【学术动态】

老年人组合健康行为与医疗服务使用 11

“医养结合”面临的问题及对策 14

美国PACE模式及其对我国医养结合的启示 19

《在线健康社区用户参与的分析与预测：社会支持视角》快读 23

《积极健康老龄化中的信息通信技术》快读 24

【产品动态】

想家宝视频陪护机器人 26

睡眠监测带 27

【应用动态】

以脑状态客观定量测量为基础的空巢老人的社区养老模式 28

北京市阎村镇“智慧养老”进入寻常百姓家 31

失能老人“病有所护”面临难题 31

北京西城区牛街社区养老驿站探索“医养结合”新模式，传播家庭医生服务理念 33

【近期热点】

会议集锦 34

数读养老 37



“互联网+养老”助力政策调整

根据福利经济学第一定理，在任意的资源初始分配状态下，通过市场的自由交换，资源配置的结果都是帕累托最优状态。延伸至现今的养老服务领域，我们可以看到，初始的资源禀赋存在差异，初次的分配存在差异，亦即现有的资源有效配置并不等于公平配置，因此政府管理和政策制订的再次调整就显得尤为必要。

立夏伊始，养老服务管理和福利建设的政策规范便相继亮相。其一，5月10日，北京市作为全国养老驿站建设和实践的领跑者，率先提出驿站通过市场运营产生的收入，将成为获得补贴的“流量”，政府将按照收入的50%甚至更多对这部分流量进行支持，以杜绝不少驿站坐等政府补贴、靠政府买单吃饭的现状；其二，5月11日，人社部印发2018年提高基础养老金最低标准的通知，进一步要求各地健全参保缴费激励机制，积极引导参保居民选择更高档次缴费，增加个人账户积累；其三，5月22日，银保监会等部门宣布启动个人税收递延型商业养老保险试点工作，推动个人商业养老保险的发展，以弥补基本养老金不足。各项政策的密集出台时机恰逢养老服务体系建设的推进的关键节点，养老硬件设施已基本覆盖建立但服务质量和效率仍需改善，养老资金需求日益扩大而资金支撑后劲乏力，亟需通过完善参保体系和借助金融工具来拓宽养老资金的循环来源。由此可见，当下的养老大环境正经历着从政府设计到市场发展再到政策再调整的平稳蓄力期，如何制订调整政策以规制前期的市场发展弊端，如何吸纳更多的市场和金融创新机制进入养老服务领域，成为平稳蓄力期能否最终演变为爆发增长期的核心关键所在。

政策调整的大势所趋，智慧养老的发展思路也应亦步亦趋。从业者不仅应考虑适老化改造、智能化居家养老和适老穿戴设备等已有的业务项目优化，还应着眼当下激励服务运营的政策走向，着手制定提高服务交易效率的“互联网+养老”可行方案，更要思考财政新规和金融工具如何为我所用。

正所谓——智慧养老，行车问路，眼观六路，耳听八方，迎合大势，飞驰疾行。

主 编 王 涛

2018年6月1日于北京



国务院办公厅发布

《关于促进“互联网+医疗健康”发展的意见》

编者按：

为深入贯彻落实习近平新时代中国特色社会主义思想 and 党的十九大精神，推进实施健康中国战略，提升医疗卫生现代化管理水平，优化资源配置，创新服务模式，提高服务效率，降低服务成本，满足人民群众日益增长的医疗卫生健康需求，根据《“健康中国2030”规划纲要》和《国务院关于积极推进“互联网+”行动的指导意见》，国务院办公厅制定了《关于促进“互联网+医疗健康”发展的意见》。现将其重点内容摘录如下，全文可参见：

http://www.gov.cn/zhengce/content/2018-04/28/content_5286645.htm

一、健全“互联网+医疗健康”服务体系

（一）发展“互联网+”医疗服务。

1. 鼓励医疗机构应用互联网等信息技术拓展医疗服务空间和内容，构建覆盖诊前、诊中、诊后的线上线下一体化医疗服务模式。

允许依托医疗机构发展互联网医院。医疗机构可以使用互联网医院作为第二名称，在实体医院基础上，运用互联网技术提供安全适宜的医疗服务，允许在线开展部分常见病、慢性病复诊。医师掌握患者病历资料后，允许在线开具部分常见病、慢性病处方。

支持医疗卫生机构、符合条件的第三方机构搭建互联网信息平台，开展远程医疗、健康咨询、健康管理服务，促进医院、医务人员、患者之间的有效沟通。（国家卫生健康委员

会、国家发展改革委负责。排在第一位的部门为牵头部门，下同）

2. 医疗联合体要积极运用互联网技术，加快实现医疗资源上下贯通、信息互通共享、业务高效协同，便捷开展预约诊疗、双向转诊、远程医疗等服务，推进“基层检查、上级诊断”，推动构建有序的分级诊疗格局。

鼓励医疗联合体内上级医疗机构借助人工智能等技术手段，面向基层提供远程会诊、远程心电诊断、远程影像诊断等服务，促进医疗联合体内医疗机构间检查检验结果实时查阅、互认共享。推进远程医疗服务覆盖全国所有医疗联合体和县级医院，并逐步向社区卫生服务机构、乡镇卫生院和村卫生室延伸，提升基层医疗服务能力和效率。（国家卫生健康委员会、国家发展改革委、财政部、国家中医药局负责）

（二）创新“互联网+”公共卫生服务。

1. 推动居民电子健康档案在线查询和规范使用。以高血压、糖尿病等为重点，加强老年慢性病在线服务管理。以纳入国家免疫规划的儿童为重点服务对象，整合现有预防接种信息平台，优化预防接种服务。鼓励利用可穿戴设备获取生命体征数据，为孕产妇提供健康监测与管理。加强对严重精神障碍患者的信息管理、随访评估和分类干预。（国家卫生健康委员会负责）

2. 鼓励医疗卫生机构与互联网企业合作，



加强区域医疗卫生信息资源整合，探索运用人群流动、气候变化等大数据技术分析手段，预测疾病流行趋势，加强对传染病等疾病的智能监测，提高重大疾病防控和突发公共卫生事件应对能力。（国家卫生健康委员会负责）

（三）优化“互联网+”家庭医生签约服务。

1. 加快家庭医生签约服务智能化信息平台建设与应用，加强上级医院对基层的技术支持，探索线上考核评价和激励机制，提高家庭医生团队服务能力，提升签约服务质量和效率，增强群众对家庭医生的信任度。（国家卫生健康委员会、国家发展改革委、财政部、国家中医药局负责）

2. 鼓励开展网上签约服务，为签约居民在线提供健康咨询、预约转诊、慢性病随访、健康管理、延伸处方等服务，推进家庭医生服务模式转变，改善群众签约服务感受。（国家卫生健康委员会负责）

（四）完善“互联网+”药品供应保障服务。

1. 对线上开具的常见病、慢性病处方，经药师审核后，医疗机构、药品经营企业可委托符合条件的第三方机构配送。探索医疗卫生机构处方信息与药品零售消费信息互联互通、实时共享，促进药品网络销售和医疗物流配送等规范发展。（国家卫生健康委员会、国家市场监督管理总局、国家药品监督管理局负责）

2. 依托全民健康信息平台，加强基于互联网的短缺药品多源信息采集和供应业务协同应用，提升基本药物目录、鼓励仿制的药品目录

的遴选等能力。（国家卫生健康委员会、工业和信息化部、国家市场监督管理总局、国家药品监督管理局负责）

（五）推进“互联网+”医疗保障结算服务。

1. 加快医疗保障信息系统对接整合，实现医疗保障数据与相关部门数据联通共享，逐步拓展在线支付功能，推进“一站式”结算，为参保人员提供更加便利的服务。（国家医疗保障局、人力资源社会保障部、国家卫生健康委员会等负责）

2. 继续扩大联网定点医疗机构范围，逐步将更多基层医疗机构纳入异地就医直接结算。进一步做好外出务工人员 and 广大“双创”人员跨省异地住院费用直接结算。（国家医疗保障局负责）

3. 大力推行医保智能审核和实时监控，将临床路径、合理用药、支付政策等规则嵌入医院信息系统，严格医疗行为和费用监管。（国家医疗保障局负责）

（六）加强“互联网+”医学教育和科普服务。

1. 鼓励建立医疗健康教育培训云平台，提供多样化的医学在线课程和医学教育。构建网络化、数字化、个性化、终身化的医学教育培训体系，鼓励医疗工作者开展疑难杂症及重大疾病病例探讨交流，提升业务素质。（国家卫生健康委员会、教育部、人力资源社会保障部负责）

2. 实施“继续医学教育+适宜技术推广”



行动，围绕健康扶贫需求，重点针对基层和贫困地区，通过远程教育手段，推广普及实用型适宜技术。（国家卫生健康委员会、人力资源社会保障部、国家中医药局负责）

3. 建立网络科普平台，利用互联网提供健康科普知识精准教育，普及健康生活方式，提高居民自我健康管理能力和健康素养。（国家卫生健康委员会、中国科协负责）

（七）推进“互联网+”人工智能应用服务。

1. 研发基于人工智能的临床诊疗决策支持系统，开展智能医学影像识别、病理分型和多学科会诊以及多种医疗健康场景下的智能语音技术应用，提高医疗服务效率。支持中医辨证论治智能辅助系统应用，提升基层中医诊疗服务能力。开展基于人工智能技术、医疗健康智能设备的移动医疗示范，实现个人健康实时监测与评估、疾病预警、慢病筛查、主动干预。

（国家发展改革委、科技部、工业和信息化部、国家卫生健康委员会、国家中医药局按职责分工负责）

2. 加强临床、科研数据整合共享和应用，支持研发医疗健康相关的人工智能技术、医用机器人、大型医疗设备、应急救援医疗设备、生物三维打印技术和可穿戴设备等。顺应工业互联网创新发展趋势，提升医疗健康设备的数字化、智能化制造水平，促进产业升级。（国家发展改革委、工业和信息化部、科技部、国家卫生健康委员会等按职责分工负责）

二、完善“互联网+医疗健康”支撑体系

（八）加快实现医疗健康信息互通共享。

1. 各地区、各有关部门要协调推进统一权威、互联互通的全民健康信息平台建设，逐步实现与国家数据共享交换平台的对接联通，强化人口、公共卫生、医疗服务、医疗保障、药品供应、综合管理等数据采集，畅通部门、区域、行业之间的数据共享通道，促进全民健康信息共享应用。（国家发展改革委、工业和信息化部、公安部、人力资源社会保障部、国家卫生健康委员会、国家市场监督管理总局、国家医疗保障局、各省级人民政府负责）

2. 加快建设基础资源信息数据库，完善全员人口、电子健康档案、电子病历等数据库。大力提升医疗机构信息化应用水平，二级以上医院要健全医院信息平台功能，整合院内各类系统资源，提升医院管理效率。三级医院要在2020年前实现院内医疗服务信息互通共享，有条件的医院要尽快实现。（国家卫生健康委员会负责）

3. 健全基于互联网、大数据技术的分级诊疗信息系统，推动各级各类医院逐步实现电子健康档案、电子病历、检验检查结果的共享，以及在不同层级医疗卫生机构间的授权使用。支持老少边穷地区基层医疗卫生机构信息化软硬件建设。（国家卫生健康委员会、国家发展改革委、财政部负责）

（九）健全“互联网+医疗健康”标准体系。

1. 健全统一规范的全国医疗健康数据资源目录与标准体系。加强“互联网+医疗健康”标准的规范管理，制订医疗服务、数据安全、个人信息保护、信息共享等基础标准，全面推开病案首页书写规范、疾病分类与代码、手术



操作分类与代码、医学名词术语“四统一”。

（国家卫生健康委员会、国家市场监督管理总局负责）

2. 加快应用全国医院信息化建设标准和规范，强化省统筹区域平台和医院信息平台功能指引、数据标准的推广应用，统一数据接口，为信息互通共享提供支撑。（国家卫生健康委员会、国家市场监督管理总局负责）

（十）提高医院管理和便民服务水平。

1. 围绕群众日益增长的需求，利用信息技术，优化服务流程，提升服务效能，提高医疗服务供给与需求匹配度。到2020年，二级以上医院普遍提供分时段预约诊疗、智能导医分诊、候诊提醒、检验检查结果查询、诊间结算、移动支付等线上服务。有条件的医疗卫生机构可以开展移动护理、生命体征在线监测、智能医学影像识别、家庭监测等服务。（国家卫生健康委员会、国家中医药局负责）

2. 支持医学检验机构、医疗卫生机构联合互联网企业，发展疾病预防、检验检测等医疗健康服务。推进院前急救车载监护系统与区域或医院信息平台连接，做好患者信息规范共享、远程急救指导和院内急救准备等工作，提高急救效能。推广“智慧中药房”，提高中药饮片、成方制剂等药事服务水平。（国家卫生健康委员会、工业和信息化部、国家中医药局负责）

（十一）提升医疗机构基础设施保障能力。

1. 提升“互联网+医疗健康”服务保障水平，推进医疗卫生服务体系建设，科学布局，

合理配置，实施区域中心医院医疗检测设备配置保障工程，国家对中西部等地区的贫困地区予以适当支持。加快基层医疗卫生机构标准化建设，提高基层装备保障能力。（国家卫生健康委员会、国家发展改革委、财政部负责）

2. 重点支持高速宽带网络普遍覆盖城乡各级医疗机构，深入开展电信普遍服务试点，推动光纤宽带网络向农村医疗机构延伸。推动电信企业加快宽带网络演进升级步伐，部署大容量光纤宽带网络，提供高速率网络接入。完善移动宽带网络覆盖，支撑开展急救车载远程诊疗。（工业和信息化部、国家卫生健康委员会按职责分工负责）

3. 面向远程医疗、医疗信息共享等需求，鼓励电信企业向医疗机构提供优质互联网专线、虚拟专用网（VPN）等网络接入服务，推进远程医疗专网建设，保障医疗相关数据传输服务质量。支持各医疗机构选择使用高速率高可靠的网络接入服务。（工业和信息化部、国家卫生健康委员会按职责分工负责）

（十二）及时制订完善相关配套政策。

1. 适应“互联网+医疗健康”发展，进一步完善医保支付政策。逐步将符合条件的互联网诊疗服务纳入医保支付范围，建立费用分担机制，方便群众就近就医，促进优质医疗资源有效利用。健全互联网诊疗收费政策，加强使用管理，促进形成合理的利益分配机制，支持互联网医疗服务可持续发展。（国家医疗保障局负责）

2. 完善医师多点执业政策，鼓励执业医师开展“互联网+医疗健康”服务。（国家卫生



健康委员会负责)

三、加强行业监管和安全保障

(十三) 强化医疗质量监管。

1. 出台规范互联网诊疗行为的管理办法,明确监管底线,健全相关机构准入标准,最大限度减少准入限制,加强事中事后监管,确保医疗健康服务质量和安全。推进网络可信体系建设,加快建设全国统一标识的医疗卫生人员和医疗卫生机构可信医学数字身份、电子实名认证、数据访问控制信息系统,创新监管机制,提升监管能力。建立医疗责任分担机制,推行在线知情同意告知,防范和化解医疗风险。(国家卫生健康委员会、国家网信办、工业和信息化部、公安部负责)

2. 互联网医疗健康服务平台等第三方机构应当确保提供服务人员的资质符合有关规定要求,并对所提供的服务承担责任。“互联网+医疗健康”服务产生的数据应当全程留痕,可查询、可追溯,满足行业监管需求。(国家卫生健康委员会、国家网信办、工业和信息化部、公安部、国家市场监督管理总局负责)

(十四) 保障数据信息安全。

1. 研究制定健康医疗大数据确权、开放、流通、交易和产权保护的法规。严格执行信息

安全和健康医疗数据保密规定,建立完善个人隐私信息保护制度,严格管理患者信息、用户资料、基因数据等,对非法买卖、泄露信息行为依法依规予以惩处。(国家卫生健康委员会、国家网信办、工业和信息化部、公安部负责)

2. 加强医疗卫生机构、互联网医疗健康服务平台、智能医疗设备以及关键信息基础设施、数据应用服务的信息防护,定期开展信息安全隐患排查、监测和预警。患者信息等敏感数据应当存储在境内,确需向境外提供的,应当依照有关规定进行安全评估。(国家卫生健康委员会、国家网信办、工业和信息化部负责)

责编评论:

国务院办公厅发布的《意见》从医疗、公共卫生、家庭医生签约、药品供应保障、医保结算、医学教育和科普、人工智能应用等方面推动互联网与医疗健康服务相融合。“互联网+”这一工具在医疗健康领域的应用,为医疗资源的优化配置提供了新的途径,通过线上的“远程医疗”、“线上医院”等形式可以缓解医疗资源匮乏地区的会诊压力。相信“互联网+医疗健康”可以为老年人群的慢性病治疗和管理带来新的机遇。

资料来源:

中华人民共和国国务院办公厅于2018年4月25日发布的《关于促进“互联网+医疗健康”发展的意见》, 网页参见:

http://www.gov.cn/zhengce/content/2018-04/28/content_5286645.htm

(本文责任编辑:王 蒙)



宁夏回族自治区多部门联合发布 《关于进一步加强健康养老服务工作的实施意见》

编者按：

健康养老已经成为我国现阶段养老事业发展的核心内容。为充分推进老年健康促进与教育工作、推动医养结合服务的开展，宁夏回族自治区根据国家卫生计生委等十三个部委《关于印发“十三五”健康老龄化规划的通知》和《关于印发“十三五”健康老龄化规划重点任务分工的通知》，制定了《关于进一步加强健康养老服务工作的实施意见》。现将其重点内容摘录如下，全文可参见：

<http://www.nxws.gov.cn/web/news/newsview.do?id=20199>

一、总体要求

（一）指导思想。

全面贯彻落实党的十九大精神和自治区第十二次党代会精神，以习近平新时代中国特色社会主义思想为指引，以维护老年健康权益和满足老年健康服务需求作为出发点和落脚点，大力推进老年健康服务供给侧结构性改革。努力实现发展方式由以治病为中心转变为以人民健康为中心，服务体系由以提高老年疾病诊疗能力为主向以生命全周期、健康服务全覆盖为主转变，保障老年人能够获得适宜的、综合的、连续的整合型健康服务，提高老年人健康水平，为建设健康宁夏，与全国同步建成小康社会做出积极贡献。

（二）工作目标。

围绕国民经济和社会发展目标，优化老年

医疗卫生资源配置，加强宣传教育、预防保健、医疗救治、康复护理、医养结合和安宁疗护工作，建立覆盖城乡老年人的基本医疗卫生制度，构建与国民经济和社会发展相适应的老年健康服务体系，持续提升老年人健康水平。以期实现到2030年人均预期寿命达到79岁的目标。

——公平可及、兼顾质量的老年公共卫生服务体系不断完善，老年人健康服务水平不断提升。

——有序衔接、综合连续的老年健康服务体系基本形成，为老年人提供综合连续的整合型服务，基本满足老年人健康服务需求。

——更加公平、更可持续的基本医疗保障制度体系不断完善，探索建立长期护理保险制度。

——老年健康相关政策制度体系更加完善，健康老龄化各项工作全面推动、持续发展。

二、主要任务

（一）推进老年健康促进与教育工作。

1. 加强老年健康教育。开展老年健身、老年保健、老年疾病防治与康复、科学文化、心理健康、职业技能、家庭理财等内容的教育活动。（自治区教育厅、老龄办牵头，自治区民政厅、财政厅、体育局、卫生计生委配合）健全老年人身边的体育健身组织，建设老年人身



边的体育健身设施，支持老年人身边的体育健身赛事，丰富老年人身边的体育健身活动，加强老年人身边的体育健身指导，弘扬老年人身边的健康文化。（自治区体育局牵头，自治区老龄办配合）倡导积极健康的生活方式，提高老年人的健康水平和生活质量。积极发展社区老年教育，引导开展读书、讲座、学习共同体、游学、志愿服务等多种形式的老年教育活动，面向全社会宣传倡导健康老龄化的理念，营造老年友好的社会氛围。开展老年健康保健知识进社区、进家庭活动，针对老年人特点，开发老年健康教育教材，积极宣传适宜老年人的中医养生保健方法，加强老年人自救互救卫生应急技能训练。

（二）加强老年健康公共卫生服务工作。

2. 开展老年疾病预防工作。推广老年痴呆、跌倒、便秘、尿失禁等防治适宜技术，开展老年高血压、糖尿病管理、老年冠心病、脑卒中筛查干预和健康指导，及时发现健康风险因素，促进老年疾病早发现、早诊断、早治疗。

3. 推动开展老年人心理健康与关怀服务。启动老年人心理健康预防和干预计划，为贫困、空巢、失能、失智、计划生育特殊家庭和高龄独居老年人提供日常关怀和心理支持服务。加强对老年严重精神障碍患者的社区管理和康复治疗，鼓励老年人积极参与社会活动，促进老年人心理健康。

（三）积极推动医养结合服务。

4. 大力发展医养结合服务。建立健全医疗卫生机构与养老机构合作机制，鼓励多种形式

的签约服务、协议合作。支持公办医疗卫生机构通过嵌入式、设立分支机构或服务点等多种形式，在养老机构开展医疗、康复、护理等服务。支持有条件的养老机构按相关规定申请开办康复医院、护理院、中医医院、安宁疗护机构或医务室、护理站等，重点为失能、失智老人提供所需的医疗护理和生活照护服务。公立医院资源丰富的地区可积极稳妥地将部分公立医院转为老年康复、老年护理等机构。推进医疗卫生服务延伸至社区、家庭，提高基层医疗卫生机构为居家老人提供上门服务的能力。鼓励社会力量以多种形式开展医养结合服务。鼓励养老机构投保适宜风险管理需求的责任保险。研究出台老年人健康分级标准，健全相关服务规范、管理标准及监督评价机制，研发相应的质量管理办法。

5. 推动居家老年人长期照护服务的发展。强化基层医疗卫生服务网络功能，积极推广家庭医生签约服务，为老年人提供综合、连续、协同、规范的基本医疗和公共卫生服务。充分利用社区卫生服务体系，培育社会护理人员队伍，为居家老年人提供长期照护服务，为家庭成员提供照护培训，探索建立从居家、社区到专业机构的比较健全的长期照护服务体系。

（四）大力发展中医药健康养老服务。

6. 开展老年人中医药（民族医药）健康管理服务项目。扩大中医药健康管理服务项目的覆盖广度和服务深度，不断丰富老年人中医健康指导的内容，推广老年中医体质辨识服务，根据老年人不同体质和健康状态提供更多中医养生保健、疾病防治等健康指导。

7. 推动发展中医药（民族医药）特色医养



结合服务。鼓励新建以中医药健康养老为主的护理院、疗养院，有条件的养老机构设置以老年病、慢性病防治为主的中医诊室。推动中医医院与老年护理院、康复疗养机构等开展合作。推动二级以上中医医院开设老年病科，增加老年病床数量，开展老年病、慢性病防治和康复护理，为老年人就医提供优先优惠服务。促进中医医疗资源进入养老机构、社区和居民家庭。支持养老机构开展融合中医特色的老年人养生保健、医疗、康复、护理服务。支持养老机构与中医医疗机构合作。鼓励社会资本进入（新建）以中医药健康养老为主的护理院、疗养院，探索建立一批中医药特色医养结合服务示范基地。

（五）提高老年医疗卫生服务质量。

8. 加强医疗卫生服务体系中服务老年人的功能建设，提高服务质量。加强康复医院、护理院和综合性医院老年病科建设。推动基层医疗卫生机构积极开展老年人医疗、康复、护理、家庭病床等服务，提高老年人医疗卫生服务的可及性。推动安宁疗护服务的发展。倡导为老年人义诊，为行动不便的老年人提供上门服务。到2020年，医疗机构普遍建立为老年人提供挂号、就医等便利服务的绿色通道。

（六）加强医疗保障体系建设。

9. 健全医疗保障制度，巩固提高保障水平。全面实施城乡居民大病保险制度。在地方试点基础上，探索建立长期护理保险制度。支持税收递延型养老保险及老年人住房反向抵押养老保险在我区试点。实现符合条件的跨省异地住院老年人医疗费用直接结算。鼓励发展与

基本医保相衔接的商业养老保险及商业健康保险，满足老年人多样化、多层次的健康保障需求。

10. 进一步加大对贫困老年人的医疗救助力度。在做好低保对象、特困人员中老年人医疗救助工作基础上，将低收入家庭高龄老年人纳入医疗救助范围。对符合条件的计划生育特殊困难家庭老年人按政策给予医疗救助。

（七）推动老年健康产业发展。

11. 积极发展老年健康产业。结合老年人身心特点，大力推动健康养生、健康体检、咨询管理、体质测定、体育健身、运动康复、医疗旅游等多样化健康服务。大力提升药品、医疗器械、康复辅助器具、保健用品、保健食品、老年健身产品等研发制造技术水平、供应保障能力，扩大健康服务相关产业规模，规范流通秩序。

12. 发展智慧健康养老服务。推动移动互联网、云计算、物联网、大数据等与养老服务业结合，创新居家养老服务模式，重点推进老年人健康管理、紧急救援、精神慰藉、服务预约等。支持适合老年人的智能化产品、健康监测可穿戴设备、健康养老移动应用软件（APP）等设计开发。打通养老服务信息共享渠道，推进社区综合服务信息平台与医疗、社会保障等信息资源对接。推广应用独立烟感探测报警器等技术，探索选用联网型产品，同步发送提示信息，保障养老服务机构消防安全。

（八）推进适老健康支持环境建设。

13. 推进老年宜居环境建设。从宜行、宜住、宜医等与老年健康息息相关的方面入手，



推动老年友好型社区与健康友好型环境建设进程。社区卫生服务机构、居家养老服务站及日间照料中心等与居民住宅同步规划。积极协调各市、县（区）人民政府，推动已有小区与家庭的居家安养适老环境改造工程。

（九）加强人才队伍建设。

14. 切实加强老年健康服务人才队伍建设，积极培养一批有爱心、懂技术、会管理的人员从事老年人健康服务工作。大力推进和开展养老护理从业人员职业技能培训鉴定工作。采取积极措施保障护理人员的合法权益，合理确定并逐步提高其工资待遇。鼓励高等院校和职业院校开设相关专业或课程，加快培养老年医学、康复、护理、营养、心理和社会工作等方面的专业技能人才。鼓励医养结合服务机构参与人才培养全过程，为学生实习和教师实践提供岗位。重点建设一批职业院校健康服务类与养老服务类示范专业点。探索建立志愿者服务制度。

三、保障措施

（一）加强组织领导。各地要高度重视健康养老服务工作，纳入重要议事日程，认真制定实施方案，加强老年健康工作部署，及时解决老年人健康服务体系中的重大问题。健全政府主导、卫生计生委组织协调、部门尽责、社会参与、全民关怀的工作体制和运行机制。要结合实际制定健康老龄化十三五发展规划。

（二）加大政策支持力度。各地要积极出台扶持政策，在投融资、土地供应、税费优惠、财政补贴、人才培养、政策保障等方面对

老年健康服务工作予以支持和倾斜，积极推进政府购买基本健康养老服务政策。

（三）建立部门协作机制。各级卫生计生、民政、发展改革、经济和信息化、教育、科技、财政、人力资源社会保障、国土资源、住房城乡建设、体育、残联、中医药管理、老龄等部门要加强协调，分工合作，落实老年健康相关政策，共同为实现健康老龄化规划目标提供支持。

（四）发挥社会力量作用。鼓励社会力量积极兴办各种社会设施、提供老年健康服务。动员和支持各类社会组织开展丰富多彩的关爱活动。积极引导社会工作服务机构、公益慈善组织和志愿者组织等各类社会组织参与老年人健康关爱服务活动。基层老年协会要充分发挥自身作用，积极组织老年人开展互帮互助。大力倡导社会工作者和各类爱心人士关爱老年人，开展“一助一”、“多助一”等多种形式的结对关爱服务活动。

（五）建立监督检查评估机制。建立完善监测评估机制，定期监督重大项目、重大工程的实施执行情况。建立规划中期和末期评价制度，自治区各相关部门对实施进度和实施效果开展全面评估。

责编评论：

满足老年人的健康服务需求、提高老年人的健康服务水平，已经成为我们国家健康老龄化规划的实施重点。宁夏自治区发布的《意见》部署了推进老年健康促进与教育工作、加强老年健康公共卫生服务工作、积极推动医养结合服务、大力发展中医药健康养老服务等九



项主要任务，同时强调了人才的培育、宜居环境的改造、基层医疗条件的完善等对“健康养老”的重要性。然而健康养老及其相应的配套

设施、组织模式、人员配置、部门协作等仍需社会各界进行探索。

资料来源：

宁夏回族自治区卫生和计划生育委员会、民政厅等多部门于2018年3月26日发布的《关于进一步加强健康养老服务工作的实施意见》，网页参见：<http://www.nxws.gov.cn/web/news/newsview.do?id=20199>

（本文责任编辑：王 蒙）





编者按:

本期学术动态选取的主题是“医养结合”，三篇文献分别从三个视角对其进行了解读。其中第一篇文献研究了老年人健康行为与医疗服务使用之间的关系，结果发现有必要将医疗资源与养老资源相结合；第二篇文献采用问题导向的方式，结合“医养结合”最常见的四种存在模式，归纳其存在的关键问题，并探讨信息化视角下的解决思路；第三篇文献介绍了美国PACE模式的优势和局限性，并进一步阐释该模式对我国医养结合的启示。两篇文章快读则分别介绍了在线健康社区和老龄化中的信息通信技术的相关研究。医疗卫生与养老服务相结合，是社会各界普遍关注的重大民生问题，希望能为读者在医养结合方面带来新的启示和思考。

老年人组合健康行为与医疗服务使用

Ana Hernández-Aceituno¹, Raúl F. Pérez-Tasigchana¹, Pilar Guallar-Castillón¹, Esther López-García¹, BPharm¹, Fernando Rodríguez-Artalejo^{1, 2}, José R. Banegas¹

(¹马德里自治大学医学院预防医学和公共卫生系,

摘要:

引言: 健康行为对老年人医疗服务使用的综合影响数据有限。

方法: 对来自西班牙营养和心血管风险研究项目(the Seniors-ENRICA cohort)中的年龄在60岁以上(包括60岁)的社区居民进行研究, 2008-2010年进行招募, 2012-2013年持续跟踪, 2016年进行分析(N = 2,021)。在研究中, 参与者需要报告以下健康行为: 三个传统项(从不吸烟、体力活动、健康饮食)和三个新添项(睡眠7-8小时/天、就坐时常<8小时/天、不独居)。对医疗服务使用情况, 参与者需要报告过多用药(每天服用5种以上药物)、初级保健医师访视(每月一次或多次)、医学专家访视(每年多于一次)和住院(去年一次或多次)等情况。参与者健康行为与2012-2013年间使用的医疗服务之间的关联用多重逻辑回归方法进行分析和概括, 并根据人口统计学、生活方式、并存病和基本医疗服务使用进行调整。

结果: 大多数独立的健康行为与大多数医疗服

务使用率较低相关。与具有0-1个健康行为的参与者相比, 具有5-6个健康行为的参与者表现出更低的过多用药风险、更低的初级保健医师访视频率以及更低的住院率。但健康行为与访视医学专家情况之间未发现相关关系。

结论: 在老年人中, 5-6种健康行为的组合与过多药物风险及多种医疗服务使用半数相关。在如今这个时代, 大多数国家资源有限, 本研究所提供的这些信息可能会给予医疗政策制定者启示, 以控制未来的医疗服务支出。

1.引言

老年人是近几十年来增长最快的人口子群, 随着慢性疾病和残疾的患病率增加, 对医疗服务的需求也在增加。在西班牙, 最近的一项研究发现65%的65岁以上的人每月去看初级保健医生一次, 16.4%的人至少每年住院一次, 55.7%的人有过多用药(每天5种或更多种药物)的情况。考虑到西班牙国家健康系统根据税收资助计划向所有公民提供全民医疗服务, 即提供免费医疗服务使用, 上述数据尤为



重要。

影响医疗服务使用的因素有很多，包括社会人口学特征、健康系统特征和可及性以及并存病。最近还研究了包括生活方式在内的其他因素。

一些研究发现，几种生活方式与包括老年人在内的成年人的死亡率或患心血管疾病概率的风险之间存在关联。然而，很少有研究报道少数独立行为间的关系，也很少有研究将某些生物性风险因素与医疗使用相结合。

这项研究首次研究了一些传统健康行为（不吸烟、身体活动和适当饮食）与新添健康行为（足够的睡眠时间、没有过多的久坐时间和同居）对西班牙老年人使用普通医疗服务（过多药物、访视初级保健医生或医疗专家、住院）的组合影响。这些信息具有很高的临床和公共卫生相关性，因为（1）坚持传统健康行为的老年人比例较低，（2）涉及多种健康行为的干预可能比单一行为干预更有效，（3）研究结论可能会给予医疗政策制定者启示，以控制未来的医疗服务支出。

2.方法

2.1 研究人群

数据来自老年人ENRICA（西班牙营养和心血管风险研究）项目。简而言之，该项目于2008 - 2010年建立，其中2519人是通过西班牙60岁以上非住院人群分层随机抽样选出的。数据分三个阶段收集。首先，通过电话采访获取社会人口因素、健康状况、生活方式、发病率和所用医疗服务；第二，进行家访收集血液样本；第三，进行另一次家访以进行体格检查并记

录饮食习惯和处方用药情况。

在2012-2013年间，收集了第二波包括2,021位参与者的数据以更新原有数据，这些数据包括医疗保健使用、体格检查和饮食。该研究方案经拉巴斯大学医院临床研究伦理委员会（马德里）批准，患者提供书面知情同意书。

2.2 测量

参与者自我报告的传统健康行为。例如，通过一项有效的指数进行体力活动评估，该指数综合了工作中的活动（久坐、站立、手工、重手工、失业）和将闲暇时间用于运动和骑自行车的时间。关于非传统的健康行为是通过询问方式获得的。例如，询问参与者通常每天睡眠多少小时（包括夜间和白天）。结果变量是2012 - 2013年度医疗服务的使用率，通过询问和分类回答获得。此外，还收集了相关关系潜在的干扰因素信息，包括社会人口统计学信息等基本信息。

2.3 分析

研究分析于2016年进行。在2,519名参与者中，有498人因缺失健康行为或使用医疗服务而被排除在外。因此，共分析了2,021个样本。针对基本干扰因素建立了两个模型。模型1根据年龄、性别、受教育程度以及相应医疗服务的使用进行了调整。模型2另外调整了总能量摄入量、饮酒量、并存症、BMI、高血压、糖尿病和高胆固醇血症。由于样本数量有限，建立了简约模型。由于研究结果与年龄和性别之间没有发现显著的相互作用，因此结果以总研究样本形式展示。最后，使用公式计算人口归因风险。统计显着性设定为双侧P值小于0.05。数据

使用Stata / SE 13软件进行分析。

3.结果

参与者平均年龄为68.6岁（女性为52%）。比较频繁使用医疗服务的参与者平均年龄大、受教育程度低、能量摄入量低、平均体重指数较高、并存症和糖尿病的发生率较高。此外，过多用药的参与者比使用少于5种药物的参与者有更大的几率表现出体力活动不活跃、睡眠不足7-8小时、独居等情况。那些更频繁地访视初级保健医生和医疗专家的人更可能不活跃；而那些一年内住院一次或多次的人，久坐行为比例较高。

从不吸烟与住院率较低相关。体力活动与过多用药风险、对初级保健医生的访视频率和医疗专家的访视频率较低相关。非久坐行为与住院风险较低相关。大多数其他健康行为也表现出降低大多数医疗服务使用的趋势。两种针对特定服务的行为组合（例如，每天睡眠7小时、从不吸烟、同居）与过多用药风险相关度更加突出，降低了出现过多用药这种结果的风险。这三种行为的组合也与过多用药风险较低相关。

除了访视医疗专家之外，越来越多的健康行为与医疗服务的使用逐渐减少有关。在完全调整的模型中，5-6个健康习惯的组合与较低的过多用药风险、较少的对初级保健医生的访视、较低的住院率相关。

每个额外的健康行为会让过多用药的风险降低18%；让初级保健医师访视风险降低13%；让住院风险降低15%（如图1）。

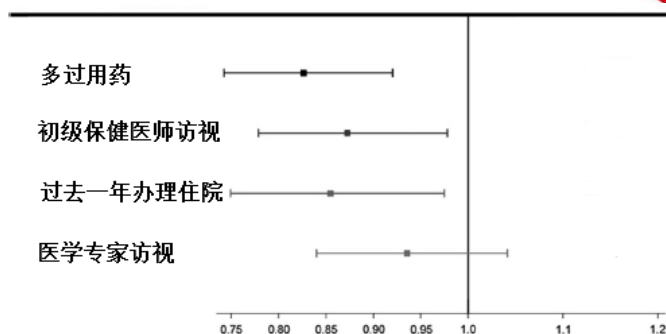


图1 每个额外的健康行为和老年人特定医疗服务使用的关联

4.讨论

这项研究是在西班牙一群居住在社区的老年人中进行的，研究显示，5-6种健康习惯的组合与几种常见医疗服务使用50%的减少有关。一个人的健康习惯越好，除了访视医学专家之外的医疗服务使用越少。保持多种健康行为的人有可能在需要专业医疗保健时更主动或自信，因为他们认为这是必要的。此外，通过满足所有5-6种健康习惯，20%-40%的过多用药或更多地使用医疗服务是可以避免的（或可能被推迟）。这表明生活方式的改善在减少医疗服务使用和医疗资源节约方面具有巨大的潜在收益。

一些研究发现，年纪大的吸烟者（相对于从不吸烟者）的健康评分较差、行动能力受损情况较多、药物使用风险更大。这与目前的发现是一致的，即从不吸烟以及非久坐的生活方式与较低的住院率相关。此外，有研究发现成年人（包括老年人）的身体活动水平和并存病发病率之间存在负相关关系，这就解释了本研究的一个发现，即身体运动活跃的参与者过多用药的风险更低、访视医疗专家的频率也更低。根据一项针对多过用药治疗的老年人研究，40位与同伴一起生活的人对处方药的适应



症的了解程度高于独居者。这与目前研究中非独居老人过多用药风险较低的发现相一致。关于睡眠时间,一些研究表明睡眠时间为6小时是心血管疾病的危险因素。这有助于解释本研究结果,即睡眠时间不足7-8小时/天的老年人更可能过多用药。尽管饮食与任何特定习惯之间没有发现显着的相关性,但其他研究发现地中海式饮食可降低心血管患病风险,这与本研究的边缘性相关关系的发现相一致。遗憾的是,没有类似的研究可以比较这些健康行为对医疗服务使用的综合影响。

5.局限性

本研究的优势在于调整了可能的干扰因素。但这项研究也具有一些限制。百分之二十的样本失去了随访联系。尽管如此,失访的个体的基本社会人口学、生活方式和临床特征与分析样本的基本特征相似。参与者健康行为数据是通过自我报告方式获取的,这可能导致回忆偏见。然而,这些行为变量的类似测量显示

资料来源:

根据Ana Hernández-Aceituno等2017年6月发表在期刊《American Journal of Preventive Medicine》,题目为《Combined Healthy Behaviors and Healthcare Services Use in Older Adults》的文章缩写整理而成。

了足够的有效性。有关健康行为长期模式的数据相对缺乏,尽管随访时间很短,但随着时间的推移仍可能发生一些变化,并可能导致对观察到的保护作用的低估。此外,由于短期随访,不能完全排除反向因果关系,未来需要进行长期随访的研究以检验这些结果。总体而言,这些限制并不妨碍观察健康行为组合与较低医疗服务使用之间的明确关联。最后,值得注意的是,作者仅根据常用标准研究了医疗服务的使用频率,但是由于就诊频率并不能替代性反映过度医疗或医疗服务不当的情况,因此这些问题需要再进行具体研究。

6.结论

这项针对西班牙老年人的研究表明,坚持组合健康行为与过多用药风险、频繁访视初级保健医生、住院治疗等医疗服务使用的减半独立相关。本研究中的信息可能会影响医疗支出政策,并支持更好的行为健康。尽管如此,未来研究应进行进一步研究来验证这些结果。

(本文责任编辑:熊捷)

“医养结合”面临的问题及对策

左美云¹, 王芳², 尚进³

(1.中国人民大学国家发展与战略研究院,北京; 2.中国人民大学智慧养老研究所,北京; 3.中国信息界发展战略研究院,北京)

摘要:“医养结合”模式是指将医疗卫生与养老服务结合起来,不仅仅提供传统养老模

式所提供的基本生活服务,如日常生活照料、精神慰藉和社会参与,更为重要的是提供预

防、保健、治疗、康复、护理和临终关怀等方面的医疗护理服务。“医养结合”作为一种新兴的养老模式，越来越受到政府和社会的重视，成为“十三五”规划中养老服务业的发展方向。然而，“医养结合”模式在我国尚处于起步阶段，在探索和实践的过程中也暴露了一些问题，例如监管评估的问题、医护人力资源短缺问题、信息互联互通问题、服务质量保障问题等等。我们采用问题导向的方式，结合“医养结合”最常见的四种存在模式，归纳其存在的关键问题，并探讨信息化视角下的解决思路。

关键词：医养结合；养老模式；问题；对策

1. “医养结合”的四种常见养老服务模式

目前业界对“医养结合”型养老服务进行了一些有益的探索，从中可以总结出“医养结合”包括“医中加养”、“养中加医”、“医养相邻”和“上门服务”四种具体的模式，本文归纳了这四种模式的特点，并给出运用在实践中的例子，后文中我们将通过实际案例归纳出每种模式的关键问题，如表1所示。

2. 四种“医养结合”模式各自存在的主要问题及对策

研究“医养结合”模式在探索和实践过程中在哪些方面遇到较严重问题，适合采用案例研究的方法。本文选择的案例聚焦近年采用“医中加养”、“养中加医”、“医养相邻”和“上门服务”模式企业的痛点。本文将从这些案例中提炼出每种模式的关键问题，进行归纳分析，并给出相应的信息化对策。鉴于篇幅

所限，每种模式下仅列出一个典型案例。

2.1 “医中加养”模式—监管评估问题及对策

案例：某中小型综合医院拟改为医养结合养老机构，但因其从业性质发生变化，要分别跑民政、卫生和人社局等不同部门申领执照，手续繁多，一直没有申领下来。目前该医院虽开展了一部分“医养结合”业务，却苦于没有相关的资质证明。

案例中某中小型综合医院面临的是多头监管的问题，不仅是执照的申领要经过民政局、医疗卫生部门以及人力资源和社会保障局三个部门，而且对从事“医养结合”企业的监管评估工作也分散在老干部局、民政局、医疗卫生部门、人力资源和社会保障局、老龄委、街道等多个部门和单位。由于这些部门和单位的工作具有独立性，部门之间缺少足够的协作与沟通，管理过程中很难形成合力。此外，虽然资质无法及时得到官方证明，很多医院会选择“先上车再补票”的策略开展“医养结合”业务，而老人在选择“医中加养”时经常会对这样一些打着“医养结合”旗号却没有相关资质认证的医院心存疑虑，无法放心入住。

针对这一问题，政府首先应明确“医养结合”养老服务体系的监管责任主体，设立监管标准和管理规范标准，监管涉及到的各个部门给出权责说明，避免出现多头监管导致权责不清、各部门推卸责任的状况。从信息化角度看，在解决监管评估的问题上，应建立数据支持下的政府扶持和监管平台，一方面公示各责任主体的“权力清单”、“责任清单”和“负面清单”，另一方面健全和完善全国各地正在



表1 “医养结合”常见的四种养老服务模式举例

名称	特点	例子
医中加养 (原有医疗卫生机构开展养老服务)	该模式以患病和伤残老年人为主要服务对象,服务内容除了普通医院提供的医疗服务外,还增加有养老院提供的生活照料等服务。	上海建工医院开设建阳养老院,成为集“医”、“养”于一体的特色医院。入住建阳养老院的老人不仅能得到生活照料等服务,而且能享受到全方位的医疗服务:医务室医生定期进行查房巡视,使老人的慢性疾病和易发的常见病都能在养老院内得到及时的预防和治疗;医院为老人建立了急救和住院绿色通道,一旦老人发生急性心肌梗塞、突发性脑溢血、进食不当造成的窒息等紧急情况都能得到及时有效的救治;如果老人因病需住院治疗,医院会为老人优先安排住院病床。
养中加医 (原有的养老机构内设医疗机构)	该模式下,符合卫计委发布的《养老机构内设医疗机构标准》的养老机构可开设老年病医院、专科医院、护理医院、康复医院等专业医疗机构。	北京市朝阳区彩虹村庄养老院内设的医务室于2015年正式成为北京市第21批医保定点医疗机构,老人可以直接在医务室挂号,购买常用的高血压等药品,只要在医保药品目录里面的,都可以划卡报销。医务室配有专业护理人员、医生、护士,为入住的老人提供护理和医疗服务。
医养相邻 (养老院建在医院或者社区卫生服务中心附近)	在这种模式下社区卫生服务中心可以定期到养老院进行巡诊,遇到紧急情况养老院相邻的医院或者社区服务中心也能及时处理,及时转诊。	2014年5月,南京市秦淮区红花社区医院与一墙之隔的欢乐时光养老院展开合作,医院为养老院配备了2名医生、1名公共卫生医师和2名护师,并为养老院的老人开通绿色医疗通道,老人可以像串门一样到社区医院刷卡看病。
上门服务 (医养结合进社区、进家庭)	该模式主要依靠社区卫生服务网络,通过推行家庭医生模式,为社区内居家养老的老人提供上门服务。	北京市海淀区建设了“一键式”家庭医生式服务体系,在签约居民家里安装“一键式”智能服务终端,家中老人可通过按键向签约的家庭医生式服务团队寻求帮助,及时、便捷地获取养老、保健、医疗等各项服务。



从事或者有志于从事“医养结合”的企业经营和服务数据库，基于客观数据来进行准入标准的制定以及监管评估的工作，老人也可以通过平台上的信息和数据得出的评价做出满意的选择。

2.2 “养中加医”模式—医护人力短缺问题及对策

案例：某养老院负责人称招不到也留不住具有资质的医生、护士，一般养老院医务室服务的都是老年人，医护人员的收入要用养老院的收入来弥补，很难超过社会医疗机构。

案例中某养老院面临的是医护人力资源短缺的问题，这一点是目前很多采用“养中加医”模式养老院的痛点。开展“养中加医”业务需要增加具有医疗资格的医师和专业护士，而目前养老院最缺的就是这样的“人力”，因为专业的医师和护士更愿意选择去医院就业，医院属于资本和人才密集型企业，有较好的职业发展前景，目前养老院与之相比在发展前景和薪酬待遇方面都有一定的差距。

针对这一问题，政府可以通过入职奖补、社会保险补贴、岗位津贴、职称评定等激励机制鼓励医护人员到医养结合机构执业。“养中加医”模式的养老院应该重视内设医疗室的发展，尤其是员工的职业生涯发展，营造尊重人才的氛围，这样才能吸引到优秀的医护人员。另一方面，在如今医护人力资源有限的情况下，“养中加医”模式的养老院应该考虑如何节省人力，而信息技术恰恰可以在“省人”这一问题上提供解决方案。如老人智能看护系统利用智能信息化终端设备，通过无线网络，将

老人的身体状况、医疗信息、注意事项反馈给医护人员，实现移动医护保健，让少量医护人员能够服务更多的老人。

2.3 “医养相邻”模式—信息互联互通问题及对策

案例：某社区医院与一墙之隔的养老院开展“医养结合”模式已逾一年，但成效并不显著，养老院的老人们反映他们享受到的也就是看病少走几里路的便利，医院仍是按照普通患者进行诊疗，开展该模式前后在服务体验上并无太大差异。

很多“医养相邻”模式下的医院和养老院仅仅发挥了双方地理位置上相邻的优势，缩短了老年人看病的路程，但医院和养老院彼此独立，双方信息不联通，医院仍是按普通病患对老年人进行诊疗，诊疗流程和服务与平常看病并无不同，老年人在养老院享受到的生活照料服务也与医疗挂不上钩，这样“医养相邻”的效果就大打折扣了。

该模式下的医院和养老院应该充分意识到，“医养相邻”中的“相邻”不仅是地理位置上的相邻，更是信息的互联互通。采用“医养相邻”模式的医院和养老院应该建立信息共享机制。一方面是老年人信息的共享，医院可以将老年人电子病历、健康状况评估等信息共享给养老院，方便养老院针对老年人的健康状况制定照料服务；养老院可以将老年人的日常身体各项指标监测值反馈给医院，方便医院对老年人进行诊疗。另一方面，该模式下医院和养老院可以加强合作，将双方涉及老人的行政管理、安防管理、预警系统、健康数据采集分



析,以及护理人员的护理服务质量控制等多项养老服务的业务管理纳入智能化、信息化管理的轨道,借助信息技术联通双方的人流、物流、资金流,共同为老年人提供更为精准和优质的服务。

2.4 “上门服务”模式—服务质量保障问题及对策

案例:某健康养老平台承担着北京某大型养老社区内将近4000位老人每年的免费体检、义务讲座、社区巡诊等功能,2014年末该社区有老人反映有些体检在走形式,服务人员的态度很敷衍。

在“上门服务”模式中,一些与养老相关的高新技术企业成为连接老年人与医院、养老服务中心的桥梁,他们在老年人家中安装“养老智能终端”,通过物联网技术、各类传感器、大数据分析等方式对老年人的经济状况、身体状况进行综合评估,并对接医院和养老院,使得医院、养老院与老年人的需求相连通,构建了医养结合的平台。但如案例所述,很多这样的企业定位是销售老人用的终端产品,招聘的工作人员擅长销售和营销,医疗护理方面的专业性并不强,服务质量难以保障。另一方面,上门服务的场所一般在老年人家中,所以在进行上门服务过程中难免会产生一些法律纠纷,如老年人人身安全、家中财物损坏或丢失等。

投身“上门服务”模式的高新技术企业管理人员应充分认识“医养结合”良好的发展前景和自己在其中所起的重要作用,着眼于为老年人提供贴心服务而非简单的产品推销。在具

体业务上,可以运用信息技术进行上门服务过程管控。下面我们将上门服务过程分为事前、事中和事后三部分,来分析信息技术在其中起到的作用。

1) 事前:老年人大多比较注重隐私,对陌生人的信任感和接受程度都很低,有了网络等信息技术,老年人可以在网上获知“上门服务”企业的详细信息,选择自己信任的医生或护理人员来上门服务。信息技术也可以监测到老年人身体状况的变化,对一些疾病有预警效果。

2) 事中:采用信息技术记录服务全过程,可以保障服务的规范性。上门服务人员知道自己的一举一动都会留有记录,所以服务过程会严格按照规范来进行,信息技术在这里起到督促的作用。

3) 事后:平台可以请老人对服务人员的工作打分,表达他们对所接受服务的满意度。后台数据库留有的记录既是解决医养结合模式中纠纷的有力证据,也是上门服务商进行考核的重要依据。

本文在案例分析的基础上,归纳了“医养结合”四种常见的模式,并从信息化的角度出发,讨论了如何利用信息技术为这四种模式各自存在的问题提供解决方案。但需要注意的是,“医养结合”存在的问题需要多方资源共同协调解决,政府、医院、养老机构、企业等主体应在政策制定、风险管控、业务模式探究等方面协力合作,共同为“医养结合”的发展贡献力量。



资料来源:

根据左美云、王芳、尚进2016年2月发表在期刊《中国信息界》上,题为《“医养结合”面临的问题问题及对策》(2016年第2期,81-84)缩写整理而成。

(本文责任编辑:商丽丽)

美国PACE模式及其对我国医养结合的启示

李昂, 张婧懿, 郭倩, 王秋颖, 刘畅

(黑龙江中医药大学, 黑龙江哈尔滨)

摘要: 美国全方位养老服务项目 (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE) 是一种成熟的医养结合模式, 在运营理念、服务形式和内容、服务团队、支付体系以及适用性等方面具有优势, 但也存在一些局限性。借鉴 PACE 模式, 我国医养结合应该在宣传力度、服务能力、人才培养和融资渠道等方面需要不断改进和完善。

关键词: 全方位养老服务项目; 医养结合; 社区医养结合

美国全方位养老服务项目 (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE), 是一项针对年龄在55岁及以上, 居住在PACE服务区并符合所在州政府规定的入住护理院标准, 但注册PACE时能够在社区安全生活的老年人, 并为其提供医疗、康复和社会支持性服务的具有创新性的医疗护理模式, 使符合入住护理院标准的老年人能够继续生活在社区中, 对老年人健康进行综合管理。在美国, 与其他健康管理项目相比, PACE模式通过对基本医疗、急性和长期护理服务以及来源于两大主要公共医疗保障计划, 即医疗保险 (Medicare) 和医疗救助 (Medicaid) 和社会的资金进行整合, 能够保证

为居住在社区的老年人提供便利的一站式服务的同时, 又能够取得成本效益, 节省费用, 对于需要长期护理、患有慢性病的老年人群体和其他需要高成本护理的群体, PACE具有独特的优势及良好的应用前景。

1. PACE模式发展历程

PACE模式起源于20世纪70年代早期, 居住在美国旧金山华人社区的家庭对长期护理服务有迫切的需求, 经过调查对在社区建立护理院的可行性进行分析, 结果显示资金上不可行, 文化上也不适合, 很多华裔老年人受传统观念的影响不愿入住护理院, 因此与旧金山加利福尼亚大学合作培养健康护理人员, 以英国日间医院模式为参照, 提出将所有必需的医疗服务和社会支持性服务整合在一起, 在社区建立综合的养老护理体系。1973年, “OnLok” 美国第一家社区成人日间护理中心成立; 1978年,

“OnLok” 扩展到包括老年护理院提供的全部医疗服务和社会支持性服务; 1986年, 美国政府通过立法允许在全国范围内建立10个组织复制 “OnLok” 模式; 1990年, 在 “OnLok” 的基础上, PACE项目开始实施, 并与Medicare和Medicaid融合; 1997年, 美国平衡预算法案确



立PACE为Medicare和Medicaid支付范围内的永久性服务项目；2006年，美国国会授予15个组织50万美金用来扩展农村PACE项目；2015年，美国国会通过PACE创新法案并被写入法律；到2017年，美国已经有32个州运营122个PACE项目，服务大约38000名老年参与者。

2. PACE模式的特色分析

2.1 关注老年人需求，维护他们自主、有尊严生活

PACE模式起源于旧金山华人社区的“OnLok”模式，受传统文化的影响，老年人愿意居家养老，他们的家人也希望赡养自己的父母以尽孝道，但具有长期护理需求的老年人无法在家中获得护理院提供的医疗服务。另外，护理院虽可以满足老年人的医疗需求，但老年人易于缺少家人的关爱。为解决这一矛盾，PACE模式关注老年参与者及其家人的需求，允许老年参与者居住在家中或社区中，同时为老年人提供综合、全面的护理服务，让他们生活得更自主、独立、更有质量。

2.2 以ADHC为主要形式的医疗、康复和社会支持性服务的整合

成人日间健康中心是PACE提供一站式服务的主要形式，为急性期之后或患有慢性病的老年参与者提供护理、体检、营养咨询、娱乐治疗、物理治疗、心理治疗、临终关怀等医疗、康复和社会服务，老年参与者白天到中心接受治疗，晚间回到家中，有专车接送，每周7天，每天24小时可以联系到医生咨询，通过持续的监护、密切注意参与者健康状态的变化，采取积极的预防措施，有效避免了住院的情况。根

据在德克萨斯州进行的一项研究，PACE项目的参与者有较低的住院率和较少的住院治疗天数。

PACE模式为老年参与者提供门诊服务、专科治疗、住院治疗、处方药和非处方药服务、家庭健康和家庭护理服务，以及提供康复耐用医疗设备等综合、全面的服务，对有多项和复杂健康护理需求的个体来说，PACE模式是非常有效率和效果的。PACE模式通过使用临时居家护理服务来降低入住护理院的机率，很少的一部分参与者永久的入住了护理院，费用也由PACE支付。Catherine等人在研究中表明与入住护理院的老年人比较，PACE的参与者每年的死亡率较低，1000个参与者中，PACE的死亡人数为138，而护理院的人数为186。在临终关怀方面，PACE会考虑到参与者的文化、宗教信仰等方面的情况，为参与者及家人提供专业的社会支持性服务。

PACE模式的服务质量受到美国医疗保险和医疗救助，以及各州的管理署的监督和管理，按照PACE协议，需要建立内部质量保证委员会，确保PACE项目的运营和提供的服务具有稳定性和一致性，通过对老年参与者和其家人的调查发现，具有较高的服务满意度。

2.3 多学科的服务人员组成的工作团队

多学科服务小组是PACE项目雇佣的长期、稳定的工作人员，包括医师、护理人员和其他一系列相关人员，例如医师助理、护士、运输司机、牙科医生、理疗师、社会工作者等，来满足老年参与者不断变化的综合需求。服务人员通过持续的接触老年参与者，密切注意参与者在身体和心理方面细微的变化，小组成员之

间对参与者情况有规律的沟通,以便对他们提供及时的帮助。这种响应机制可以确保老年参与者的健康,防止转变成慢性或急性的病症,有效降低了住院治疗的机率。IDT在对参与者信息整合的基础上,发挥团队优势,为老年参与者制定医疗保健服务计划及调整方案,提供的服务更具创新性和灵活性,例如,由于蚊虫叮咬引起皮肤感染的老年人去医院就诊,医生会根据病情提供医疗服务,但并不能解决问题的根源,而在PACE项目下,多学科小组成员会提供家庭服务,可以在家中采取措施帮助老年人从根本上避免蚊虫叮咬。这种服务既提高了老年人的生活质量,又节省了医疗费用,有研究表明,老年人在参与PACE的前6个月中的费用与在医疗保险保障下相比节省了38%。

2.4来源于医疗保险、医疗救助以及社会资金的支付体系

医疗保险和医疗救助,是美国两大主要公共医疗保障计划。医疗保险是为65岁以上的老年人,65岁以下部分残疾人以及肾透析或换肝的肝病病人提供以急性病的医疗保健服务为主,包括短期住院服务、熟练护理等医疗保障的国家性保障计划;医疗救助是国家和州政府共同出资为所有低收入者或家庭提供医疗保障的项目,包括住院和门诊治疗、家庭护理等服务。PACE模式的老年参与者大部分都属于两类保障的受益人,每月按人从这两类保障计划中收费,如果只有医疗保险,则需要个人支付其他的费用。PACE模式提供的服务不仅限于医疗保险和医疗救助覆盖的范围,通过与一些营利性机构签订合作协议,为老年参与者提供各类服务,对资金进行统一管理,承担资金风险。

2.5对各种不同类型人群和地区的适用性

美国全方位养老服务计划PACE起源于旧金山的中国城,在罗伯特·伍德·约翰逊基金会的支持下,首批的6个PACE项目获得了启动资金,经过多年的发展,PACE模式已经被美国30多个州采用,运营100多个项目,并且这些项目反映了该模式在文化、种族多样性方面具有很强的适用性。

3.PACE模式的局限性

PACE模式与美国的其他模式相比具有很多优势,最突出的特点是服务和支付的整合,使得既能提供优质服务的同时,又能有效的控制成本,但发展该模式也有一些障碍。首先,项目前期需要较大的投资,例如购买设备,雇佣员工,设立风险储备金等,虽然前几年会得到相关部门的资助,但最终还是需要PACE项目自身承担风险;其次,老年人加入PACE项目后只能接受该项目的服务,这意味着他们要放弃原有社区医生的服务,这使社区医生不愿向老年人推荐PACE项目,因此使社区医生加入到PACE项目中对PACE的发展壮大就变得尤为重要;再次,PACE的资金来源使很多只受益医疗保险的老年人,由于收入没有低到可以获得医疗救助的保障,需要自己支付很多的费用,因此导致PACE对中等收入的人群吸引力不强。

4.PACE模式对发展我国医养结合的启示

根据第六次全国人口普查数据的结果,我国已全面步入老龄化社会。据统计,2014年,我国失能半失能老人数量已高达3700万。面对日益加剧的健康养老需求,2013年国务院在《关于促进健康服务业发展的若干意见》中指



出,加快发展健康养老,推进医疗结构与养老机构的合作。美国全方位养老服务计划由于其自身的优势及很强的适用性,经过多年的发展,已成为较成熟的医养结合模式,对我国健康养老的发展有重要的启示。

4.1提高对社区医养结合的认识,加强宣传

医养结合不是医疗和养老的简单相加,是对医疗资源和养老资源的深度整合,发挥协同效应,弥补单一养老或医疗机构的不足,既满足老年人生病时医疗需求,又满足对其的长期护理需求,是一种新型的养老模式。可以通过在养老机构内设立医疗机构、将医疗机构转型为康复机构、医疗机构与养老机构的契约合作和社区医养结合模式来实现。PACE是一种典型的社区医养结合模式,既符合我国文化上对居家养老方式的认可,又能为老年人提供充分、有效的医疗服务,改变传统养老模式中不重视“医”的局面。但这里的居家养老,不是传统意义上的在家里养老,是社区、社会支撑下的,以专业化服务为依托,提升老年人福利的社会化养老的具体体现。社区医养结合在我国有很大的发展潜力,但当前人们对社区医养结合的认识不够清楚,缺乏了解,应加大宣传力度,让人们意识到社区医养结合的优势。

4.2提升社区医养结合的服务能力

根据民政部的数据,2013年我国社区日间照料床位数约20万张,这与对社区养老服务的需求相差较大,当前我国社区的医养结合机构数量严重不足,缺乏基础医疗设施,并且设施功能较为单一,这样的现状阻碍了社区医养结合服务老年人的质量和水平的提升。PACE模式

提供综合全方位的服务,符合参与者及家人的要求和需要,我国目前社区医养结合服务内容比较单一,主要是基本医疗、养老服务,没有康复治疗、心理咨询、长期护理等方面全方位满足老年人的需求,社区支持性服务也不够全面,例如缺少临终关怀等,因此我国社区医养结合机构无论在硬件设施,还是在服务内容和水平上都应该进一步丰富和完善。

4.3发挥中医特色,培养医养结合人才

医养结合重点在“医”和“养”的融合,在我国医疗资源紧缺的现状下,要发挥我国中医的特色,加强对中医养老人才的培养。借鉴PACE模式多学科服务小组的经验,医养结合需要多方面的人才,中医全科医生在医养结合模式中有其独特的优势,尤其在对慢性病的诊治、康复和养生等方面,能够为患有慢性病的老年人提供长期、稳定的服务。对中医全科医生的培养,要立足于高等医学院校的培养体系,建立全科医学学科,师资队伍应包括高水平的临床医生,涉及心理学、中医学、公共卫生和社会学等方面的教师加入,提高全科医生的职业能力,为社区医养结合模式的构建输送人才。

4.4强调公益性的前提下,拓宽医养结合的融资渠道

PACE模式的成功很大程度上是取决于其对资金的整合,该模式筹资渠道包括医疗保险、医疗救助和社会筹资。借鉴其经验,我国应该将养老服务纳入医保体系,强调医养结合的公益性,让低收入的老年群体受益,同时,也应引入社会资本发展医养结合,通过政策上给予优惠,调动投资的积极性,鼓励民营企业参与



医养结合养老服务业的发展,使公益性与产业化相结合。在以政府监管为主体的前提下,运行机制市场化,将部分医养结合服务外包给有能力提供优质服务的民营企业,通过政府以合

理价格购买的方式,弥补了医养结合机构服务能力的不足,实现了资源的合理配置,有利于我国医养结合可持续发展的健康发展。

资料来源:

根据李昂、张婧懿、郭倩、王秋颖、刘畅2017年10月发表在期刊《中国医院管理》上,题为《美国PACE模式及其对我国医养结合的启示》(2017年第10期,78-80)缩写整理而成。

(本文责任编辑:商丽丽)

《在线健康社区用户参与的分析与预测:社会支持视角》快读

Xi Wang¹, Kang Zhao^{1,2}, Nick Street^{1,2}

(1. 爱荷华大学信息科学学院, 美国爱荷华州; 2. 爱荷华大学管理科学学院, 美国爱荷华州)

【研究背景】在线健康社区(OHCs)已成为有健康问题的人群的主要社会支持来源。OHCs的成员与类似的同伴进行在线互动、寻求、接受和提供不同类型的社会支持,如信息支持、情感支持和陪伴。由于OHC的积极参与对OHC及其用户都有益,因此了解与用户参与相关的因素并预测用户流失,以留住用户将非常重要。

【研究目的】本研究旨在分析OHC用户基于网络的交互作用,揭示社交支持活动的种类与用户参与有关,并预测用户是否以及何时会从OHC流失。目标1:检测从OHC用户之间大规模分布式交互的非结构化文本中不同类型的寻求和提供社会支持;目标2:设计解释模型,探讨用户在寻求、提供和接受不同类型的社会支持方面的活动是否与他们继续参与OHC有关;目标3:利用有关用户基于Web的社交支持活动的数据,构建一个预测模型,以预测用户是否以及何时会从OHC流失。

【研究方法】文章收集了一个受欢迎的OHC中

癌症患者的数据集。使用文本挖掘技术来确定每个帖子包含哪些社会支持。说明了如何为5种不同的社会支持类别建立文本分类器:寻求信息支持(SIS),提供信息支持(PIS),寻求情绪支持(SES),提供情绪支持(PES)和陪伴(COM)。进行了生存分析,以确定与用户持续参与相关的社会支持类型。使用受监督的机器学习方法,开发了用户流失的预测模型。

【研究结果】用户对PIS, SES和COM的行为的风险比显著低于1(分别为0.948, 0.972和0.919),并表明持续参与OHC。基于社会支持活动的流失预测模型提供了关于用户是否以及何时将离开OHC的准确预测。实验结果如图1所示。

【研究结论】通过文本挖掘检测不同类型的社交支持活动有助于更好地理解并预测用户参与OHC的情况。本研究的结果可以通过更积极有效的用户保留策略帮助管理和设计可持续的OHC。



Table 5. Results from the survival analysis experiment.

Variables	Hazard ratio	P Value
InitPost (control)	.995	.75
PES ^a	1.000	.99
PIS ^b	.948***	.001
SES ^c	.972*	.01
SIS ^d	1.050***	.000
COM ^e	.919***	.000
RIS _D	1.047*	.02
RES _D	.997	.79
RIS _I	1.053*	.02
RES _I	.964	.11
RCOM	.983	.41

^aPES: providing emotional support.

^bPIS: providing informational support.

^cSES: seeking emotional support.

^dSIS: seeking informational support.

^eCOM: companionship.

图1 实验结果

资料来源:

根据X Wang、K Zhao、N Street于2017年4月发表在《Journal of Medical Internet Research》上的题为《Analyzing and Predicting User Participations in Online Health Communities: A Social Support Perspective》论文缩写整理而成。

(本文责任编辑: 商丽丽)

《积极健康老龄化中的信息通信技术》快读

Ewa Soja

(克拉科夫大学人口统计学系, 波兰克拉科夫)

【研究理论】随着老龄化问题的加剧, 积极老化 (Active Ageing) 这一政策被提出, 这项政策的目的是让各种利益有关者, 如个人、组织和机构, 最大限度地提高人们的参与度和福利。信息和通信技术 (ICT) 在这一政策中发挥着至关重要的作用, 它不仅可以减轻老龄化的影响, 而且有助于将人口危机转变为整个经济和社会的机会。

许多养老系统和智能设备已经在市场上逐步发展和使用, 但是推广和渗透的情况却比较

缓慢和受限。发生这种情况的原因是这些产品在市场部署方面存在的一系列障碍, 如成本问题、操作复杂、缺乏适应性、有限认知、拒绝照顾老人方式的变化, 以及伦理问题等。论文的目标是探讨实施、使用ICT技术对老年人健康、独立生活的风险, 研究视角是波兰的不同代群体。

而波兰处于经济转型阶段, 国家信息化技术水平和欧洲其他国家相比要弱, 转型经济国家会出现和经历不用于发达国家的ICT相关技术



问题。同时，在转型经济环境下进行的商业软件采用领域的研究表明，观察对象的年龄在感知和处理实施成功的障碍方面起着重要的作用，即需要从不同代际进行考虑。

【研究方法】论文采用扎根法，通过对波兰不同代际的96名对象深度访谈资料的分析，采用开放编码、主轴编码的方式，将访谈得到的各类风险和相关干系人进行了归纳。论文将96名受访对象划分为3代人群，即平均年龄24岁的年轻一代、平均年龄53.5岁的父母一代、平均年龄78岁的祖父母一代。访谈的问题为开放性问题：（1）在老年人医疗保健和独立生活援助方面采用ICT技术会带来哪些风险和威胁？（2）哪些相关干系人可能受到所感知的威胁或问题的影响？

【研究结论】论文通过编码分析，将涉及到的各类风险进行分类，主要分为8类，即关系和感受、知识和技能、不可靠性、可用性、可接受性、使用、环境、设计等。

研究发现随着年龄的增长，各种感知到的风险越来越少。年轻一代感知最明显的是关系与感受类风险，除此之外还有IT技能和可用

性，但是假警报或者内疚等没有提到，说明年轻一代对于ICT技术有丰富的经验和自信；父母一代感知比较明显的是系统或者设备的可靠性和可接受性，其对信息技术的了解和使用程度较轻，故而忽视了信息技术的潜在风险，如个人信息的滥用等；祖父母一代主要是从自己的角度来看风险，包括使用设备所需的技能、易用性、设计质量、可靠性等。

除此之外，三代人群都将老年人、潜在用户和组织作为主要的干系人。然而，受访者在家庭和生活阶段（如专业工作、教育）中的角色可能会影响他们对干系人的看法。父母一代，由于必须结合专业工作和照顾父母，认识到非正式和专业的照顾者是重要的相关干系人；祖父母一代人特别强调有需求的人，这可能与他们对健康状况较差的人或照顾生病配偶的需要有关；年轻的一代，观察他们的父母和祖父母之间的关系，与此同时也帮助他们的祖父母，同样感知到了类似程度干系人，如照护者和有需求的人。此外，只有年轻一代在一定程度上认识到了社会的作用。

资料来源：

根据Ewa Soja于2017年8月发表在期刊《Information Systems Management》上的题为《Information and Communication Technology in Active and Healthy Ageing : Exploring Risks from Multi generation Perspective》论文缩写整理而成。

（本文责任编辑：王 蒙）



想家宝视频陪护机器人

想家宝视频陪护机器人是上海青芒科技专门为老人开发的“零门槛视频陪护设备”。机器人配合子女端APP和养老平台，为老人提供零门槛视频通话、独居安全监护、生活安全监护、生活服务入口和健康管理功能。让老人享受到互联网便利的同时，承载社区居家养老服务，为社区居家养老机构拓展增值盈利渠道。机器人批量采购仅千元左右，不含屏幕的单底座形态性价比更高，价格亲民，具备走入千家万户的潜力。



图1 想家宝视频陪护机器人

产品功能

被叫0操作，3秒自动接通：被叫时自动接通，不识字的老人也能轻松使用；也可设为手动模式，兼顾隐私需求。

一键发起呼叫：点击屏幕上的家人头像或

按下唯一按键就能向家人发起视频呼叫。也可按下无线紧急呼叫器，通过机器人向家人发起视频呼叫。

远程控制360度转动：子女可在手机端滑动屏幕，操控家中的陪护机器人水平旋转或上下俯仰，如同当面陪伴。

情感关爱：零门槛视频通话，老人子女三方视频，老人之间视频通话，远程控制360度旋转，向老人发送语音照片。

自带按钮求救：老人按下机器人唯一按钮，即可向子女或养老服务中心发出视频通话和短信求救。

无线按钮求救：支持无线紧急呼叫器，紧急时只需要按下按钮即可求救；呼叫器可待机1年以上，日常无需维护，便于老人使用。

作息异常侦测：机器人无线连接人体红外传感器和门磁传感器，当设定的时间段内（如6:00~9:00）无触发事件，系统判定老人作息异常，提醒助老人员上门查看。

健康管理：机器人还可以承载老人的健康档案、远程挂号、视频问诊、定时用药提醒以及播放健康讲座，实现真正意义上的医养结合。

资料来源：

据发表在上海青芒科技官网的《想家宝视频陪护机器人》缩写整理，网页参见：<http://www.xiangjiabao.com/col.jsp?id=114>

（本文责任编辑：雷东荧）

睡眠监测带

产品概述



图1 睡眠监测带

睡眠监测带是由广州柏颐信息科技有限公司推出的一个生命体征监测系统检测仪，可以详细记录养老院每位老人的个人基本信息与生命体征数据，实现一台电脑，一名护工监护全院老人。通过为床位配备睡眠监测仪，针对每位老年人的不同状况，对应性设置老人心率、

呼吸率、离床范围，详细记录每位老人的睡眠状况，发现异常及时自动警报，提升老人的安全系数，降低急救风险。

产品功能

多维度监护：标准与个性化两种监护设置，可对老人进行分组设置管理，也可根据老人个体情况的不同进行精细化监护设置，输入心率/呼吸/离床报警阈值，让老人更安心，让子女更放心。

智能睡眠监测：睡眠监测，呼吸率监测，在/离床监测，一键呼救，无需购置智能Hub，直接放置在床垫上，WiFi连接便会自动上传老人数据至云端。

健康云平台：将睡眠监测仪放置于床垫上，老人的睡眠数据与生命体征数据即可实时传输至云端，通过健康云平台进行分析与处理，并同步至客户端，方便管理与服务。

资料来源：

据发表在广州柏颐信息科技有限公司的《生命体征系统》缩写整理，网页参见：<http://www.100ecare.com/vitalSigns.html>

（本文责任编辑：雷东荧）



以脑状态客观定量测量为基础的空巢老人的社区养老模式

这世上的感情有很多种，不离不弃的友情、生死相依的爱情，血浓于水的亲情……，在这众多繁杂的感情中，只有亲情是我们无法选择，与生俱来的，不能以个人喜好，贫贱富贵而改变的，因此亲情的地位也是最特殊与最牢固的。



我们人生的第一个家，就是母亲的子宫，十月怀胎，含辛茹苦，他们教会了我们走路、说话，赋予我们思考、快乐的能力，尽其所能的给予我们他们可以付出的一切。因为父母，我们才有机会来到这个世界，享受阳光、雨露，呼吸空气，尽情放歌，自由奔跑，追逐梦想。

2017年，汇丰银行发布了一份全球教育支出调查报告。小学到大学的教育花费上，中国香港以超过世界平均水平三倍的13.2万美元高居榜首，新加坡、台湾和大陆分别以7万、5.6万、4.3万美金位列第三、第五和第六。报告还显示，82%的家长已经做好为孩子的成功做出牺牲的准备，超过三分之一的中国父母已经完全丧失了自己的个人时间。

在教育问题上，中国父母又一次碾压了

世界。可即便如此，仍然有超过七成中国父母担心自己还没有为子女做到最好。



电视剧《请回答1988》里有这样一段旁白：偶尔觉得妈妈很丢人，为什么连最起码的脸面和自尊心都没有呢？

那是因为，比起她自己，她还有更想守护的珍贵东西……

那就是你。

为了我们，父母付出了可以付出的全部，仍担心没有给予最好，这个世界上所有的爱都以聚合为最终目的，只有父母对孩子的爱是以分离为目的。

我们从脱离母体就开始了与父母分离的旅程。第一次走路、第一次离家上学、第一次独自去旅行、第一次离家去上大学……直到结婚有了自己的家庭，所有这一切，都在与父母分离。而父母依然会清晰地记得我们脸上绽放的第一次微笑，记得我们蹒跚走出的第一步，记得我们喊出的第一个字，记得我们人生路上的点点滴滴。

有人说父母与孩子之间的关系，就是放风筝，风筝飞的越高，距离就越远，然而

风筝可以随时收回来，而孩子却总是渐行渐远渐无书。



我们总喜欢说：等有时间了，再回家看看；等钱挣多了，再回来多陪你们。可是，有些等待，会成为一生的遗憾，有些事错过，就无法挽回。

《论语》中记载：才华横溢的皋gāo鱼，是一个爱周游列国的人，却因在父母在世期间没有把照顾亲人放在首位，没有功夫去侍奉双亲，疏忽了陪伴父母而痛哭流涕。留下“树欲静而风不止，子欲养而亲不待”的名句之后不久，皋鱼伤心悔恨而死。孔子因此说：“弟子诫之，足以识矣。”于是门人辞归而养亲者十有三人。这大概是有为人子女最遗憾的事吧：拼尽全力，想给母亲最好的，可越过山丘之后，却发现无人等候。

我们都明白，陪伴是给父母最好的礼

物，但对于我们来讲，很难如同孔子门人一样，辞而归乡，我们肩负着父母的期望，与家庭的责任，我们不得不在社会上努力拼搏。想把父母接来身边，又往往会遭到父母的拒绝。陌生城市里，没有朋友，没有亲人，父母不怕辛苦，却怕孤独，这是很多父母不愿跟随子女背井离乡的原因。



所幸独生子女父母的养老问题渐渐为国家所重视，也为社会所关注。通过政府扶持、社会参与、市场运作，逐步建立以家庭养老为核心，社区服务为依托，专业化服务为依靠，进行的“社区养老服务”向居家老人提供生活照料、医疗保健、精神慰藉、文化娱乐等为主要内容的服务。是我们目前在养老问题上卓有成效的尝试。

社区是老年人日常生活的主要空间，熟悉感强，认同度高，以社区服务的形式为居

资料来源：

据易飞华通科技发展有限公司智慧易飞系列产品缩写整理，网页参见：

<http://www.efnao.com/>

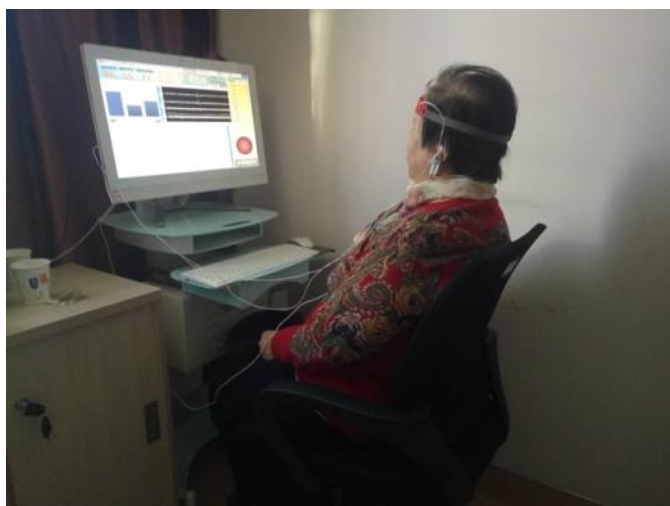
（本文责任编辑：肖婉楠）



家的老人提供养老服务，具有兼顾家庭生活、社区生活和养老服务的融合优势，很大程度的解决了子女与老人对于集体养老的心理障碍。

社区养老的系统化，社区服务的多样化及细致化，集体活动的丰富性与规范性，都在科学的维持老人心理与生理的健康。

比如定期进行大脑体检，通过6分钟的脑状态客观定量测量，随时了解老人当前状态，大脑是我们最重要的器官，很好的了解大脑状态，就可以提前对身体不适，脑类疾病，心理波动等进行人为干预，避免不必要的悲剧。



脑控机器人比赛等活动，可以在玩游戏的同时，锻炼大脑，预防大脑老化，在老人中颇受欢迎。某社区一位73岁老大爷，曾说，每周都会玩易飞华通的脑控机器人，现

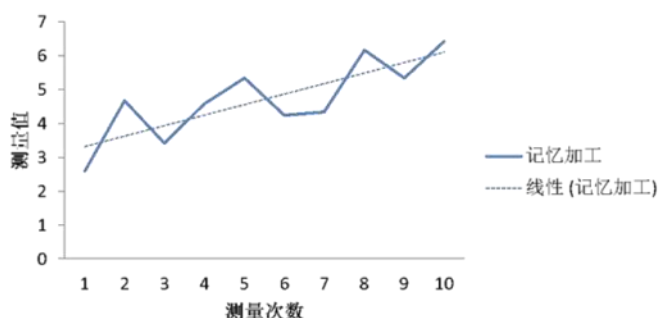
资料来源：

据易飞华通科技发展有限公司智慧易飞系列产品缩写整理，网页参见：

<http://www.efnao.com/>

在感觉脑子都比以前清亮了不少。

记忆加工



（某老人训练期间数据的持续变化，我们可以明显的看到，随着练习次数的增加，老人的记忆力呈上升趋势。）

对于当前的社会现状，社区养老，不得不说是一剂良药，我们无法抗衡时间，只能坦然接受生老病死。而在这个过程中，如同他们曾经对我们竭尽全力一样，也请竭尽全力对他们好一点。

如果我们不能时刻陪伴，请不要剥夺父母的朋友与自由。



（本文责任编辑：肖婉楠）



北京市阎村镇“智慧养老”进入寻常百姓家

近年来，在距北京市中心50公里外的房山区阎村镇，“智慧养老”逐渐融入该镇老年人的养老生活。老人遇紧急状况，在家中便可以一键呼救；子女在客户端点击“视频探望”，父母便“近在眼前”……

在阎村镇老年人服务中心，智能体测仪是老人们几乎每天都会用的“新玩意儿”。老人往上一站，握住手柄，血压、血糖等体征指标即刻传至网络信息平台 and 亲属客户端，供医护人员和家人参考。

据介绍，阎村镇常住人口有6万余人，十

分之一是60岁以上老人。除在老年人服务中心外，居家养老的老人也可以享受“数据平台”服务。镇里采用通用智能IC卡，最大程度简化老人使用信息平台的流程，凭卡和“一键呼叫”便可在附近商家订餐或预约上门洗浴，消费内容、时间、地点等数据也会被实时记录。

“‘智慧养老’平台对接居家养老和机构养老，将传统的养老服务延伸到家家户户，未来还计划接入房山区养老服务指导中心，打通镇、区、市三级数据壁垒。”阎村镇副镇长马海鸥说。

资料来源：

据2018年05月10日发表在中国劳动保障报的《北京市阎村镇“智慧养老”进入寻常百姓家》缩写整理，网页参见：http://www.chinajob.gov.cn/SocialSecurity/content/2018-05/10/content_1414968.htm

（本文责任编辑：雷东荧）

失能老人“病有所护”面临难题

5月3日上午，驻院医生秦永胜又来到山东省青州市云门山街道康乐养老护理院探视王文琴老人。

王文琴因为脑血管病，已基本失去了自理能力。去年5月开始入住养老院后不久就出现了严重的心梗症状，被及时发现并转送医院做了手术，回到养老院后又由于心肌缺血，短短时间内接连四五次出现心衰症状，所幸都被医护人员在巡访中发现，避免了悲剧的发生。

但像她这样幸运的老人还不算多。

医院住不起，家人护理不了

在康乐养老护理院，有很多像王文琴一样

患有高危慢性病的老人。一直以来，这一群体的养老都处于一个非常尴尬的境地。医院本身医疗资源紧张，收费也高，住院养护并不是一个长效的可行方案。居家养护也并不可行，家属普遍没有时间和精力去照顾失能老人，且多不具备专业的医疗技能，很难保证老人的生命健康。

院长夏玉新表示：“我们这所养老院主要就是接收失能老人。他们一般都是在医院完成应急期的治疗，出院以后才入住养老院的。他们仍然属于高危群体，非常依赖医疗养护。”不过，市场上大多数养老机构往往会把这类人群拒之门外。



2017年7月，青州市市立医院与青州康乐养老护理院签订了合作协议，开启公立医院与民营养老机构合作的模式。市立医院副院长秦永胜带领一支由13人组成的医疗团队长期驻扎在养老院里，为入住老人提供康复诊疗服务。

合作后，市立医院闲置的医疗资源下沉到养老院里，实现了资源共享和优势的互补。目前，康乐养老护理院配备有36张医疗护理床位，医护人员13名。养老院下设老年病、中医康复等科室，放射、检验、消毒、急诊、急救设备都很齐全，现已收治病人120余人次。

养老院床位满了还没盈利

目前，康乐养老院接收了30多个失能老人，床位都已经住满，但未盈利。

夏玉新说：“这种针对失能老人的服务所收取的费用起码要4500元到5000元左右才能回本。现在每月最高收取3200元，护理费、伙食费和床罩费都包含在内。”她说，虽然政府在养老院建立之初承诺每个床位每年给予2500元的补贴，但是把这个数字放在养老院的运营中来看，只能算是杯水车薪了，对失能老人每人每月200元的补贴也只能算是聊胜于无。这种亏本经营的状态只能在政府的补贴下才能勉强维持，一旦没有政府补贴，很难运营下去。

对此，青州市卫生和计划生育局计生管理科科长张世刚表示，青州市的养老机构大多利

润不高，都是在勉强维持。政府除了应在政策上加大对养老机构的资金补贴力度之外，还需要尽快在医保上破题。目前，医养照护费用尚未纳入医保项目，入住“医养结合”养老机构的老人的费用难以全部报销，这大大增加了养老成本。

年轻人很少愿做护理工作

除了资金问题，人才的短板也是困扰着医养结合的一大难题。夏玉新除了开办这家养老院，还在做劳务输出方面的工作。她告诉记者，现在养老院的护理人员非常难招。“即使招到了也都是年纪比较大的护工，年轻人很少有从事养老护理工作的。有些养老院一两个护理人员要照顾二三十个老人。”

“我现在手上有一个针对具备十二年以上教育经历的18-28周岁的年轻人的高端护理人才培养项目，先去日本学习两年，然后在日本的养老机构服务三年，三年期满后回国，学习费用由日本养老机构承担，回国后会获得40万元人民币的酬劳和大专文凭。但是这样优厚的待遇，也很少有年轻人愿意干。他们主要是觉得自己这么年轻，去从事伺候人的工作很不光彩。”她说。此外，当前国内还缺少针对养老护理人才系统而科学的培养模式。现在市面上，专业一点的养老护理教材都很难找，更别说专业的课程了。

资料来源：

据2018年05月05日发表在大众日报的《失能老人“病有所护”面临难题》缩写整理，网页参见：<http://paper.dzwww.com/dzrb/content/20180505/Article107002MT.htm>

（本文责任编辑：雷东荧）



北京西城区牛街社区养老驿站探索“医养结合”新模式，传播家庭医生服务理念

5月10日，在牛街街道牛街西里二区社区养老服务驿站“医养结合，共筑健康”老年义诊活动现场，社区卫生服务中心的医生走进居民家门口的养老驿站，为老人开展中医脉诊、慢病咨询。

牛街街道率先打破养老驿站现有困境，成为西城首家尝试养老驿站与社区卫生服务中心合作，探索医养结合的街道。牛街西里二区养老驿站针对服务的老年群体开展前期调研，了解老人实际医疗需求，并通过构建的由街道牵头搭建的驿站和卫生服务中心沟通平台，在原有养老服务的基础上，推出了医疗保健服务项目。医生将定期走进驿站开展医疗指导，进一步强化驿站医养结合功能，逐步建立以健康档案、疾病预防、咨询服务、养生保健、助医服务等为主要内容的老年人健康管理系统，提供功能互补、安全便捷的健康养老服务。

牛街街道工作人员介绍说：“通过前期沟通，街道利用驿站场地，引入医疗资源。在原有的日间照料，助餐助浴，精神关怀，文化娱乐等功能之外，突出医养结合，健康管理新特色。每月为老人开展医疗讲座、健康监测活

资料来源：

据2018年05月11日发表在人民网-北京频道的《西城牛街社区养老驿站探索“医养结合”新模式传播家庭医生服务理念》缩写整理，网页参见：<http://bj.people.com.cn/n2/2018/0511/c82838-31568358.html>

动，驿站工作人员配合医护人员整理数据，建立会员个人健康档案。同时，针对日间托管老人开展医生巡诊、健康指导服务，细化托管人员档案，健全医疗服务内容。后期还将医疗服务惠及居家养老老人群，将社区卫生服务中心出诊服务融入居家巡视服务，巡视工作人员发现老人医疗需求，开辟绿色通道，直接联系社区卫生服务中心医护人员，上门为行动不便的老人提供换药、置换尿管等服务。”

牛街社区卫生服务中心主任介绍说：“近年来，老龄化问题已经愈发影响到家庭生活的运行，作为基层卫生服务机构，我们有义务和街道办事处及社会各界协作，积极应对人口老龄化，共同推进医养结合，为有需要的老年人提供健康指导与医疗服务，实现健康老龄化。与此同时，中心还将辖区老年人作为重点人群纳入家庭医生签约服务，提供基本医疗、公共卫生和约定的健康管理服务。”

据了解，牛街街道今年已启动选址计划，拟计划在辖区建立新的养老驿站，服务目标将根据辖区老年人需求最强烈的内容进行规划，实现精准服务。

（本文责任编辑：雷东荧）



会议集锦

编者按：

本期会议集锦为读者们介绍近期召开的四个养老领域的会议：一是由康壹智慧养老研究院主办的2018康壹智慧养老创新大会。大会以“区”动中国·“块”速落地·“链”接健康为主题，探讨智慧养老事业的变化与革新。二是由中国疾病预防控制中心与中国信息通信研究院联合主办的2018中国慢性病与信息大会。会上，多家机构领导及行业专家共同深入探讨了当前信息化对慢性病防控的影响。三是由法国商务投资署（Business France）举办的第三届“法中养老服务合作洽谈会议”。会议重点讨论了法国机构养老模式的中国化发展和推广、居家养老等热点话题。四是由中国社会福利与养老服务协会、全国总工会中职国旅总社共同主办的第七届中国国际养老服务业博览会。博览会以“感恩社会、关爱老人、优质服务、推动发展”为主题，促进国内外养老服务业的深度交流合作，加快培育国内自主养老服务品牌与新产品。

【2018康壹智慧养老创新大会】

4月23日，由康壹智慧养老研究院主办，康壹控股集团承办的以“区”动中国·“块”速落地·“链”接健康为主题的2018康壹智慧养老创新大会在北京召开。大会围绕“中国养老形式”、“智慧养老创新”和“智慧养老区块链”等主题，共同探讨智慧养老事业的变化与革新。

本次大会出席的嘉宾有中国老龄事业发展基金会常务副理事长闫青春、中国保健协会副理事长牛忠俊、中国商业联合会养老产业分会副会长陈大庆、中国健康产业联盟秘书长蒋洪卫。

会上，中国老龄事业发展基金会常务副理事长闫青春在对于中国老龄化问题以及现状进行了深入的讲解。智慧养老发起人、创始人段然在会上也分享了自己对于养老问题的理解以及智慧养老的先进理念，他总结道，养老行业是为了让所有老人得到更好的服务，而智慧养老是将互联网、物联网、大数据、云平台、人工智能等多种高科技、先进智能理念相结合的

高科技智能化产品运用到大众养老产业中，弥补当前养老结构单一和产业化不均衡等缺陷，为未来的高科技智能养老产业先行试水。

而此次大会另一个亮点，则是由康壹智慧养老研究院发布的《中国智慧养老创新白皮书》（简称白皮书），此次发布的白皮书更多是为智慧养老产业梳理脉络，开拓思维，以智能化养老产业为研究方向。最终实现让亿万老年人在精神关怀、健康保健、出行居家、安全和便利服务等生活的方方面面，感受到来自政府与社会的关爱。在白皮书发布之后，由主办方康壹集团负责人段然等参会领导、嘉宾为北京世标认证中心有限公司等18家知名企业授牌，并正式成立智慧养老创新联盟。

【2018中国慢性病与信息大会】

为响应中央号召，积极推进我国慢性病防治信息化进程，在国家卫生健康委疾控局与工信部信息通信发展司的指导下，2018中国慢性病与信息大会于4月27-28日在北京召开。大会由中国疾病预防控制中心与中国信息通信研究院联合主



办,中国疾控中心慢病中心、中国信息通信研究院云计算与大数据研究所与中国通信标准化协会慢性病防控信息技术委员会承办。会上,多家机构领导及行业专家共同深入探讨了当前信息化对慢性病防控的影响。

中国疾控中心党委书记李新华指出,目前慢性病防控是建设“健康中国”的重要内容。会上,新华书记还针对目前信息化对慢性病防控的应用提了三点要求,第一点,推进建设健康慢病大数据共享平台;第二点,加速信息化与卫生健康服务的融合;第三点,建立衡量健康大数据的数据质量标准,推进医疗服务评估和健康干预的科学性评估。

中国信息通信研究院党委副书记乔发民指出近年来,包括云计算、大数据、人工智能等互联网新兴技术正在给传统医疗健康产业带来新的变化和发展的动力,促进健康服务的数字化、移动化和智能化的发展。同时,乔书记针对目前智慧健康产业的发展提出了三点要求。第一点,促进智慧健康技术产业协同创新;第二点,加强智慧健康产业公共服务平台构建;第三点,建立智慧健康标准与测试体系。

中国通信标准化协会常务副秘书长兼副理事长代晓慧介绍到中国通信标准化协会慢性病防控信息技术标准推进委员会的成立,主要是为了解决我国慢性病防控的信息化中的标准和规范不统一、信息孤岛、数据分析利用困难问题。未来,中国通信标准化协会慢性病防控信息技术标准推进委员会的发展将会落实以下几点;第一点,与行业机构共同推动相关领域关键技术研发和标准规范的形成;第二点,依据国家的有关法律、法规和方针政策,组织制订慢性病防控信息技术行业的条约。第三点,依

据主管部门的要求,协助主管部门推动慢性病防控信息技术行业标准的研究制定工作。

工业和信息化部电子信息司消费电子处处长曲晓杰在大会上发表了《智能健康养老政策解读》的精彩演讲,他介绍到,随着云计算、大数据的快速发展,信息化与医疗健康领域融合发展,对我国慢性病防控带来了一些机遇。工业和信息化部信息司消费电子处落实国家政策,对自身业务进行了调整。

本次大会最为突出的亮点当属健康信息管理交互平台1.0版的发布仪式。李新华书记,代晓慧理事长、李志新书记,张雪丽所长,三胞大健康产业集团副总裁、北京妙医佳信息技术有限公司CEO孔飞参加了发布仪式。

【第三届“法中养老服务合作洽谈会议”】

5月8日,第三届“法中养老服务合作洽谈会议”在法国驻华大使馆举办。这场由法国商务投资署(Business France)组织的会议,旨在巩固和加深两国企业在接纳和护理老年人服务领域的交流和合作关系,并重点讨论了法国机构养老模式的中国化发展和推广、居家养老等热点话题。与会的法国企业来自养老服务领域内的各个不同行业:医护型养老院、私人服务、保险、培训、建筑设计、适老室内设计、智能照护和社会医疗软件等。

法国驻华大使黎想先生(M. Jean-Maurice RIPERT)出席会议并致辞。大使表示:“法国的养老服务业提供涉及多领域的综合方案,包括机构的建立与管理、人员培训、社会帮扶、家庭照护设备,以及非药物疗法研发等。今天,我们在此汇聚一堂的目的,并不是简单地把法国的经验和成功模式照搬到中国,而是同



中方伙伴共同商讨，共同提出有针对性地、适合中国市场的养老解决方案。”

在会议上，法国健康产业联盟的olivier DESSAJAN先生和法中老年护理服务合作协会Gérard HERMANT先生，分别向与会来宾介绍了两大机构的使命和在中国的发展情况。在圆桌会议讨论阶段，与会成员就“失能老人养老机构的中国特色发展模式”、“法国机构养老发展模式的中国化推广”、“法中居家养老领域的合作与发展”展开了充分的讨论。

【第七届中国国际养老服务业博览会】

5月9日，第七届中国国际养老服务业博览会开幕式暨“第七届中国国际养老服务业发展论坛”在北京国家会议中心举行，300多家来自20多个国家和地区的社会组织、品牌机构及技术产品企业参展，并有来自美国、俄罗斯、英国、法国等国嘉宾参加十余个论坛，探讨国内外养老服务业的深度交流合作以及如何加快培育自主养老服务品牌与新产品。

本届博览会由中国社会福利与养老服务协会、全国总工会中旅国旅总社共同主办。博览会创新办会模式，与品牌展会公司强强合作，有300多家来自20多个国家和地区的社会组织、品牌机构及技术产品企业参展；同期举办第七届中国养老服务业发展论坛及14个分论坛和相关活动；来自国际老龄联合会及美国、俄罗斯、英国、法国、加拿大、荷兰、新加坡、日本等国的政府部门、社会组织嘉宾和国家、地方政府部门及所属社会组织的领导出席了开幕式及主论坛。

开幕式上，第十一届全国政协副主席张梅颖指出，近五年来，中国在积极应对人口老龄

化方面取得了显著成效，初步形成了以居家为基础、社区为依托、机构为补充、医养相结合的具有中国特色的养老服务体系，开展养老服务业制度、标准、设施、人才队伍建设，推进信息化智能技术在养老服务业中的深度融合与广泛开展，老年朋友的获得感和幸福感进一步增强。

国际老龄联合会国际关系部部长Gregory Ross Shaw在致辞中指出，中国国际养老服务业博览会每年都在成长，以应对全球需求，吸引了国内国际的组织者和参展者。博览会进一步展示了先进技术和创新产品，促进了养老服务业的发展。在博览会的持续推动下，中国毫无疑问将成为改变与老年人相关的商业模式的主导力量。

北京市民政局局长李万钧表示，连续举办七届的中国国际养老服务业博览会，是展示国内外养老服务业科研和实践优秀成果、促进养老服务交流与合作的国际化平台，是推进养老服务业发展的重要活动，对推动养老产业的发展具有重要作用。2018年，北京将推动养老服务业全面发展作为政府的重大工作任务，补齐短板，突出重点，破解难题，探索构建中国特色养老服务体系北京模式。

（本文责任编辑：王配配）



数读养老

老年社会工作服务指南

本期涉老标准的内容聚焦于民政部2016年1月8日发布的《老年社会工作指南》。该标准规定了老年社会工作的术语和定义、服务宗旨、服务内容、服务方法、服务流程、服务管理、人员要求和服务保障等。适用于社会工作者面向有需要的老年人及其家庭开展的社会工作服务。该标准的研究制定和发布实施,对积极应对人口老龄化,实现老有所养、老有所医、老有所为、老有所学、老有所乐,充分发挥社会工作者在养老服务业中的专业作用,总结推广各地老年社会工作实务经验,科学规范、正确引导老年社会工作服务行为,切实保障老年社会工作服务质量,将具有重要促进作用。下面将对标准中的术语和定义、服务宗旨和服务内容进行摘录介绍。

3 术语和定义

3.1

老年社会工作服务 the gerontological social work

以老年人及其家庭为对象,旨在维持和改善老年人的社会功能、提高老年人生活和生命质量的社会工作服务。

3.2

老年社会工作者 the gerontological social worker

从事老年社会工作服务且具有资质的社会工作人员。

3.3

适老化环境改造 environmental transformation for the elderly

针对老年人的身体机能及特点,设计和改

造适合老年人生活的住宅、公共设施和社区环境等活动。

3.4

老年临终关怀 hospice care for the elderly

为满足临终老年人及其家属的生理、心理、人际关系及信念等方面的需要,开展的医疗、护理、心理支持、哀伤辅导、法律咨询等服务。

4 服务宗旨

4.1 老年社会工作服务应致力于实现老有所养、老有所医、老有所为、老有所学、老有所乐。

4.2 老年社会工作服务应遵循独立、参与、照顾、自我实现、尊严的原则,促进老年人角色转换和社会适应,增强其社会支持网络,提升其晚年的生活和生命质量。

5 服务内容

老年社会工作服务的内容主要包括救助服务、照顾安排、适老化环境改造、家庭辅导、精神慰藉、危机干预、社会支持网络建设、社区参与、老年教育、咨询服务、权益保障、政策倡导、老年临终关怀等。

救助服务

主要包括以下内容:

——评估老年人,特别是空巢、高龄、失能、计划生育特殊家庭老年人基本物质生活条件和经济状况;

——协助符合条件的老年人申请政府最低生活保障、特困人员供养、受灾人员救助、医疗救助、住房救助、临时救助等社会救助;

——协助有需要的老年人获得单位和个人



等社会力量的捐赠、帮扶和志愿服务；

——提供相应的心理疏导、能力提升、社会融入等服务。

5.2 照顾安排

主要包括以下内容：

——组织开展老年人能力评估，包括日常生活活动、精神状态、感知与沟通、

社会参与等方面内容，为老年人建立照顾档案；

——协助有需要的老年人获得居家照顾和社区日间照料等服务；

——协助有需要的老年人申请机构养老服务；

——协调老年人的长期照护安排，特别是居家照顾、社区日间照料和机构照顾之间的衔接；

——协助照顾者提升照顾技能。

5.3 适老化环境改造

主要包括以下内容：

——协调开展老年人居住环境安全评估；

——帮助老年人，特别是失能、失智等有需要的老年人及家庭申请政府与社会资助，改造室内照明、防滑措施、安装浴室扶手等，减少老年人跌倒等意外风险。

5.4 家庭辅导

主要包括以下内容：

——协助老年人处理与配偶的关系；

——协助老年人处理与子女等的家庭内代际关系；

——提供老年人婚恋咨询和辅导。

5.5 精神慰藉

主要包括以下内容：

——识别老年人的认知和情绪问题，必要

时协调专业人士进行认知和情绪问题的评估或诊断；

——为有需要的老年人提供心理辅导、情绪疏解、认知调节，帮助老年人摆脱抑郁、焦虑、孤独感等心理问题困扰；

——协助老年人获得家属及亲友的尊重、关怀和理解；

——帮助老年人适应角色转变，重新界定老年生活价值，认识人生意义，激发生活的信心和希望。

5.6 危机干预

主要包括以下内容：

——识别并评估老年人所面临的危机，包括危机的来源、危害程度、老年人应对危机的能力、以往应对方式及效果等；

——统筹制定危机干预计划，包括需要干预的问题或行为、可采用的策略、可获得的社会支持、危机介入小组的建立及分工、应急演练、信息沟通等；

——及时处理最迫切的问题，特别是自杀、伤及他人等可能危及生命安全的行为问题。必要时，协调其他专业力量的支援，对老年人进行身体约束或其他限制行为；

——进行危机干预的善后工作，包括对介入对象的回访、开展危机介入工作评估和小结、完善应急预案以预防同类危机的再发生等。

5.7 社会支持网络建设

主要包括以下内容：

——对老年人的社会支持网络进行评估，包括个人层面可给予支持的人数、类型、距离及所发挥的功能，以及社区层面老年人群的问题与需求、资源配置情况及需求满足情况；



——综合使用各种策略以强化老年人社会支持网络，包括个人增能与自助、家庭照顾者支持、邻里互助、志愿者链接、增强社区权能等；

——巩固社会支持网络成效，建立长效机制。

5.8 社区参与

主要包括以下内容：

——开展适合老年人的文化、体育、娱乐等各项活动，培养老年人兴趣团体，提升老年人的社会活跃度，丰富老年人的社会生活；

——组织老年人积极参与各项志愿服务，培育老年志愿者队伍，发展老年志愿服务团体；

——支持老年人参与社区协商，为社区发展出谋划策；

——拓展老年人沟通和社区参与的渠道，促进老年人群体的社会融合。

5.9 老年教育

主要包括以下内容：

——评估老年人兴趣爱好及教育需求；

——推动建立老年大学、老年学习社等多种类型的老年人学习机构和平台；

——开展有关健康教育、文化传统、安全防范、新兴媒介使用等方面的学习培训课程；

——鼓励和支持老年人组建各种学习交流组织，开展各种学习研讨活动，扩大老年人的社会交往范围；

——鼓励老年人将学习成果转化运用和传承，鼓励代际之间相互学习、增进理解。

5.10 咨询服务

主要包括以下内容：

——协调相关专业人士为老年人提供政策

咨询、法律咨询、健康咨询、消费咨询等服务；

——完善老年人信息提供和问询解答的机制和流程。

5.11 权益保障

主要包括以下内容：

——维护和保障老年人财产处置和婚姻自由的权益；

——发现并及时举报老年人受虐待、遗弃、疏于照顾等权益损害事项；

——开展社会宣传和公众教育，防止老年人受到歧视、侮辱和其他不公平、不合理对待；

——协助符合条件的老年人享受社区和机构的各项养老服务，获得老年人补贴和高龄津贴等。

5.12 政策倡导

主要包括以下内容：

——研究、分析与老年人相关的法律法规及社会政策中在制定和执行中的不完善与不合理内容，向相关职能部门提出政策完善建议；

——对社会公众进行教育、宣传，树立对老年人群体的客观、公正的社会评价。

5.13 老年临终关怀

主要包括以下内容：

——开展生命教育，帮助老年人树立理性的生死观；

——协调医护人员做好临终期老年人的生活照料和痛症管理；

——密切关注老年人的情绪变化，提供相应的心理支持；

——协助老年人完成未了心愿及订立遗嘱、器官捐献等法律事务；



——协助老年人及家属、亲友和解和告别等事宜；

——协调为老年人提供精神层面的支持；
——为有需要的老年人及家属提供哀伤辅

资料来源：

全国老龄工作委员会办公室，网页参见：<http://www.cncaprc.gov.cn/contents/764/156245.html>

（本文责任编辑：王配配）



封面设计：刘一键



智慧养老研究动态

编辑委员会

主 编： 王 涛

副主编： 常 鑫 吴一兵

编 委： 雷东茨(本期责编)

商丽丽

王 蒙

王配配

熊 捷

肖婉楠

(按拼音排序)



(内部刊物 注意保存)