

- [J]. 中国高等医学教育, 2017(6): 19-20.
- [4] 杜银香, 董兴高. 翻转课堂应用于医学微生物学实验教学的思考[J]. 卫生职业教育, 2016, 34(5): 102-103.
- [5] 张金萍. 基于微课的翻转课堂教学模式在《人体形态学》教学中的应用[J]. 重庆医学, 2015, 44(17): 2441-2442.
- [6] 王巧峰, 陈惠, 李穆琼. 医科院校化学课程微课教学的探索与实践[J]. 基础医学教育, 2015, 17(12): 1094-1096.
- [7] 梁瑾, 王丽娟, 梁玮. 基于微课的高职英语翻转课堂教学模式设计[J]. 卫生职业教育, 2016, 34(7): 73-74.
- [8] 白瑞樱, 李晓娟, 罗晓秋, 等. 人体生理学微课的设计与制作——以全国三等奖微课心脏的机械活动为例[J]. 中国高等医学教育, 2017(6): 23-24.
- [9] 中华人民共和国教育部高等教育司. 普通高等学校本科专业目录和专业介绍(2012)[M]. 北京: 高等教育出版社, 2012: 314-315.
- [10] 郭轶先, 苏力. CBL 和 PBL 教学方法在血液学专业见习中的运用效果分析[J]. 基础医学与临床, 2016, 36(8): 1176-1178.
- [11] 缪爱凤, 钱红继, 王益. CBL 联合 PBL 教学模式在心内科专科护士护理教学查房中的应用[J]. 卫生职业教育, 2016, 34(18): 42.

(收稿日期: 2018-04-19 修回日期: 2018-06-28)

教学 · 管理 DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2018. 23. 050

失能失智老年人医养结合模式探索^{*}

胡宗萍, 吕登智[△], 李辉荣, 张伦碧

(重庆市第十三人民医院 400053)

摘 要: 失能失智老年人在我国老年人中占比 18.3%, 生活体验不佳, 照护定位模糊, 占用医疗资源多。故本文对失能失智老年人的医养结合模式进行了探索, 提出根据老年人能力综合评估对失能失智老年人采取医院内设置养护机构、养老机构、社区日间照护中心、居家养护的四级分级医养照护模式, 同时医保助力, 照护人员分级培训, 使失能失智老年人生命质量提高, 医疗费用减负。

关键词: 医养结合; 失能; 失智; 老年人

中图法分类号: R339.34

文献标志码: B

文章编号: 1672-9455(2018)23-3633-03

目前我国人口老龄化形势严峻, 其中最突出的问题是失能失智老年人数量迅速增加。全国老龄办、民政部、财政部 2016 年 10 月共同发布第 4 次中国城乡老年人生活状况抽样调查结果。调查结果显示, 在老年人健康状况不断改善的同时, 仍然有近 20% 的老年人为失能、半失能状态, 总数达 4 063 万人。老年人的家庭环境不适应老年人身体状况变化的超过了 60%。每年全国走失老年人约有 50 万人, 平均每天走失约 1 370 人^[1]。失智和缺乏照料成为老年人走失的主因。医养结合养老服务面向健康、基本健康、不健康和不能自理的老年人, 但重点面向生活不能自理的老年人, 主要包括残障老年人、慢性病老年人、易复发病老年人、大病恢复期老年人及绝症晚期老年人等^[2]。如何让失能失智老年人的照护有别于大范围、大规模、大概念养老, 针对性地得到更科学、更人性化的照护, 减轻失能失智老年人和家庭及社会的负担, 是我们医养结合探索的目标。

1 失能失智老年人医养结合存在的主要问题

医养结合作为科学的, 在国际社会得到印证、反响较好的新型模式, 把“养”和“医”较为完善地结合在一起, 弥补居家养老和机构养老的单一、不足, 提供了身、心、社会、灵性一体的“四全照顾”, 但现阶段还存

在以下一些主要问题。

1.1 分级分类模糊界定不清, 没有统一细化的标准

目前国内养老机构接收老年人一般是按照自理(相对健康)、半自理(部分失能)和不能自理(完全失能)等标准划分, 形成大范围、大区域的养老。而失能失智老年人的照护有别于其他老年人的需求, 尤其在融医于养、融康复于生活、融心理慰藉与日常交流这几方面, 必须科学合理, 因人而异。其中失智老年人属于精神失能, 应该划入失能老年人的范畴, 目前并没有严格意义上单纯收住失智老年人的养老机构或者把失智老年人单独列出来^[3], 老年人们在一个养老机构通常只作粗略的划分, 没有按不同家庭失能失智的多样化需求及时给与相应照护。而失智老年人的前期通常是性格发生改变, 情绪起伏较大, 易激惹, 发展变化快, 养老机构评估不及, 预防、延缓失能前期预置不足, 老年人失智失能进程快, 生活质量差。

1.2 医保政策相关规定不完善, 失能失智老年人占用较多医疗资源 失能失智老年人大多衰老与疾病并存, 生活不能自理, 社会化照护已成为重大的社会民生问题。现在医养结合的主要方式是由现有的医院发挥医护资源优势创办养老机构, 由大型养老院创办老年医院或老年医院保健中心, 养老机构与医疗机

^{*} 基金项目: 重庆市卫生和计划生育委员会医学科研项目(2017MSXM099)。

[△] 通信作者, E-mail: 1758628142@qq.com。

构联合创建医养结合机构等 3 种方式,或社区卫生服务中心托管居家养护^[4]。但是,失能失智老年人只要未办理住院手续,所产生的照护费用均为自费,无法得到医保的任何支持,使家庭负担沉重,这也是造成老年人长期住在医院占用优质的医疗资源和医保政策的重要因素,在医保政策上的瓶颈已成为全国大多数“医养结合”养老机构发展的主要障碍^[5]。在医院长住更倾向于医疗方案的制订和执行,对症解决身体疾患,而所需的生活照料、功能维护、临终关怀等“全人”照护服务缺失,生活体验不佳。

1.3 专业陪护人员稀缺,培训无延续深化 为了延缓失能失智老年人的失能失智进程,护理人员必须受过专业技能培训,如果按照国际公认的 3 名失能老年人配备 1 名护理人员(在英美国家,优质养老机构的人员配比甚至达到了 1 名失能老年人配备 1.5 名护理人员)的标准计算,我国需要的养老照护人员数量大约在 1 000 万人。但根据现有公开数据,当前全国养老机构人员不到 100 万,持证上岗的人数不足 2 万,缺口已达千万级别^[6]。根据对养老机构、养老培训机构的调查,一般是通过“先上车后培训”的方式来解决人员资质问题。往往培训基础的吃饭、穿衣、搬运、大小便护理、轮椅等助行器使用,理论 3~5 d,实际操作 2~3 d,实习 3~5 d,总培训时长 10~15 d 即可考试合格领证,仅仅满足于一般老年人生活护理。实际上失能失智老年人身体虚弱,合并症多,注意事项多,就老年人出现的跌倒危险、吞咽困难、患肢康复、情绪障碍等一系列综合生活护理都要细化、规范、科学,此类专业陪护人员更加稀缺。

2 失能失智老年人医养结合的具体措施

2.1 以点试面,探索分级护理医养结合机构的运行 建议构建医院内设养护机构、养老机构、社区日间照护中心、居家养护的失能失智老年人从重到轻分级护理医养结合机构体系,选择区域内先试运行,以点试面。

失能是由于各种原因导致生理功能丧失或受损、日常活动受限、生活自理困难的总称^[7]。失智症又称老年痴呆症,是一种起病隐匿、进行性发展的以记忆力下降、认知功能障碍、生活自理能力和社会活动能力下降甚至丧失为特征的退行性疾病^[8]。失智症引起的后果也是失能。所以首先,通过查看老年人病历以及综合评估(评估参考民政部颁布的《老年人能力评估》中的 4 个一级指标,22 个二级指标综合评级),科学划分老年人能力等级,失智老年人也必须划分轻、中、重度失能,根据能力等级确定其适宜养老的居所。

居家护理适合没有精神症状、病情较轻的轻度失能失智老年人;社区日间中心适合病情不是很重,但家庭成员没有足够的时间和精力去照顾的失能失智老年人;养老机构主要接收躯体情况较好,没有严重

残疾和生理疾病的失能失智老年人^[9];这 3 类养老照护需相应的社会 and 医疗支持,可由每个社区卫生服务中心进行精准帮助:定期给陪护人员进行培训,上门体检、照护、现场评估及指导,指导并帮助家属懂得相关的、基础的医学知识、心理调适和死亡教育,运用科学照护减轻家属的照护负担和心理压力,并帮助家属制订后期情况发展的应对步骤,做到心中有数,实施简便。医院内养护机构主要接收有精神症状比较严重、共病、衰弱、中重度失能失智老年人进行较为全面和专业的照护。我国当前医养结合过程中出现了许多大型公立医院与大型养老机构强强联合的现象,医养结合机构准入门槛高,只为高收入者服务;而一些小型养老机构与较小医院的医疗养老资源闲置,得不到有效的利用^[10]。

其次,鼓励发展滞后,转型困难,医疗资源闲置的二级综合医院设立中重度失能失智老年人长照养护中心,接收中、重度失能失智老年人。2015 年报告显示,全球阿尔茨海默症患者为 4 680 万例,其中 990 万例新增病例,平均 3 s 就有 1 人罹患阿尔茨海默病^[11]。失智症患者首次到医疗机构就诊的时间平均滞后近 2 年,最长约为 15 年^[12]。由于受照顾时间、经济状况及专业服务水平等条件限制,失能失智老年人在专业机构养老及康复是主要发展趋势^[13-14]。在养老机构分型中,失智失能型将是特殊又必需的一种类型^[15]。

二级综合公立医院医院拥有经验丰富的医疗团队及良好的软硬件设施,成熟的管理经验,把医疗与养护结合起来,关卡前移,一是把失能失智原来的急性后期照护提前到中期照护,让患者在出院后及时获得专业护理,比起把患者直接推给毫无照管经验的家人进行照护,患者能早日康复,恢复自理^[11]。比如血管性痴呆患者,其病情可逆,出院后在此类机构进行科学的、康复相融的日常照护一段时间,同时教会照护的家属或陪护怎么样照护患者恢复更好,再回家养老,其自理能力、生活质量、家庭幸福感都能得到极大的提升;二是通过定期、及时的科学评估制订医疗护理与生活照料的计划,把失能失智老年人的功能维护、康复理念、心理疏导渗透到日常生活中,让老年人尽可能维持自稳态平衡,减少各种风险,减少并发症,节约资源,减轻家庭和社会负担。比如老年人不能正确使用筷子,有康复师教导;失去使用筷子的能力,改用勺子;失去使用勺子的能力,改成手指食物等替代方法尽量延长中重度老年人有质量的生活时间,这些需要一个由医生、康复师、营养师、照护师、厨师、社工、志愿者等人员组成的一个团队来维护,医院建立的养老院资源整合更容易;三是成为区域内专业照护机构陪护专业人才的摇篮和实训基地,据研究结果,国内外专家建议对社区老年人的认知功能能进行定期的评估与监测^[13,15]。所以,把评估与监测、照护与

康复等方法有层次、有方向、定期地为社区卫生服务中心、养老机构、日间照护中心进行培训。院内养老机构的成立,为社会上有志于从事照护的人员提供专业培训的实践基地,能够更有效地进行理论和照护工作的结合,真正为失能失智老年人培养出专业、规范、融温情与一体的“全人”照护人员。

通过医养结合机构分级,可以改变目前养老市场服务碎片化的现状,促进各类医疗、养老、服务资源深度整合,提升护理服务机构的服务能力,使医养结合产业健康发展。

2.2 医保助力,减轻家庭、机构、社会三方负担 深度老龄化的发达国家其非正式照护已占长期照护总量的 80%,大部分成本不由保险支付^[9-10]。在对养老机构老年人的调查中,76.2%老年人希望养老院费用可以通过医保支付^[11]。由于养老机构风险回避与老年人支付能力限制造成当下需要入住养老机构获得养照护的失能失智老年人被排斥在养老资源之外,现有养老资源闲置、浪费与不恰当利用现象并存^[12]。目前大数据时代来临,医院诊疗服务活动一直在医保的监督下规范运行,医保可通过互联网了解老年人看病活动。建议医保根据患者看诊活动和能力评级,满足条件患者其门诊治疗费用予以住院比例报销,这样能精准有效地满足失能失智老年人的照护需求,大幅度节约医疗资源,降低养老成本减轻家庭、机构、社会三方负担。

2.3 培护分级,加强专业陪护人员的持续培训及管理 改善营养和加强锻炼是预防失能、延缓失能加剧的最好办法。培训专业的照护人员为老年人提供专业化照护的是基础,其过程应该是恒定的、持续的、动态的、螺旋上升的,分级分层次的。首先,重视基础培训是恒定的,必需的。延长基础培训时间,重视职业素养、老年人基本生理、心理了解、功能维护、各种照护流程、沟通话术、病情观察、应急处理等方面的培训,由于目前照护员普遍文化程度不高,所以重在实践,养成规范操作、慎独的工作习惯。普通人员经过 3~6 个月培训,通过考核拿到相关资质后再上岗,在工作期间,其培训是持续不断的,动态的,根据实际工作情况、隐患或问题分析及处理、新技术新方法教学等进行每周 1 次定期动态针对性培训;根据各照护人员工作能力、性格特征、特长规划培训方向,使其照护能力呈螺旋式上升,比如失智老年人特护、失能失智老年人洗浴、糖尿病老年人专业照护等进行每月 1 次深度培训。同时制订相应的、细化的、指令性工作流程及质量标准、风险防控措施进行常态管理,真正做到“四全照顾”的融医入养。实际上,照顾失智老年人往往比照照顾失能老年人需要付出更多的精力,因为失智老年人精神与躯体双重失能,其营养摄入和锻炼加强等照护需求更多、更细致、更专业。建议照护人员按资历、能力分级,与薪酬挂钩,提高从业人员提升水

平、晋升专业人才的积极性。

2018 年 5 月 10 日国家卫生健康委员会指出,未来老年人照护的主体应是社区和家庭,我国将大力发展老年护理和照护,并正在制订老年照护评估标准,通过评估决定适合老年人的照护方式。因此,通过对老年人评估进行分级照护,甄别机构护理对象;改变医保补助形式;持续深化培训照护人员是现阶段失能失智老年人医养结合的较好模式。对失能失智老年人满足其功能照护的需求,减少急性医疗的需求,能提高生命质量、减少老年人的再次住院率、降低没有生活质量的死亡风险,让此类老年人老得慢,走得无憾。

参考文献

- [1] 全国老龄会.第四次中国城乡老年人生活状况抽样调查[EB/OL].全国老龄工作委员会办公室. <http://www.cncaprc.gov.cn/> [2016-10-09].
- [2] 黄佳豪,孟昉.医养结合养老模式的必要性、困境与对策[J].中国卫生政策研究,2014,7(6):63-68.
- [3] 董晓欣,郭春燕,赵凌波.我国失智老人照护服务现状及其优化策略[J].卫生经济研究,2017(1):357.
- [4] 任柳,沈军.医养结合养老模式在重庆地区的应用[J].中国老年学杂志,2017,37(7):1782-1783.
- [5] 韩俊江,张箴薇.我国“医养结合”养老模式发展政策探讨[J].中国劳动,2017(3):28-32.
- [6] 余昌妹,符丽燕,杨晔琴,等.失能空巢老人健康和照料现状的分析及其建议[J].医学与社会,2010,23(12):6-8.
- [7] 王晓静,魏树林,初丽敏,等.老年痴呆的早期诊断与治疗[J].临床合理用药,2015,8(4):176.
- [8] 王泽华.从英美医疗服务体系看我国医养结合模式的推广[J].上海保险,2016(12):38-40.
- [9] ZHAO M, LV X, TUERXUN M, et al. Delayed help seeking behavior in dementia care: preliminary findings from the Clinical Pathway for Alzheimer's Disease in China (CPAD) study [J]. Int Psychogeriatr, 2016, 28(2): 211-219.
- [10] 党俊武.长期照护服务体系是应对未来失能老年人危机的根本出路[J].人口与发展,2009,15(4):52-55.
- [11] 黄兰君,汪徐,钱安,等.失能失智老人养老体系困境及对策研究[J].知识经济,2014(12):68.
- [12] 张菊,陈雪萍,任蔚虹.养老机构失智失能老人家属需求的调查研究[J].上海医药,2017,38(18):7-10.
- [13] 解恒革,田金洲,王鲁宁.中国记忆体检专家共识[J].中华内科杂志,2014,53(12):1002-1006.
- [14] MORLEY J E, MORRIS J C, BERG-WEGER M, et al. Brain health; the importance of recognizing cognitive impairment; an IAGG consensus conference[J]. J Am Med Dir Assoc, 2015, 16(9): 731-739.
- [15] 党瑞英,周燕.城市医养结合养老机构模式及对策研究[J].实用预防医学,2016,34(17):141-142.