

Geriatric Intermediate Care

# 老年中期照护

陈 峥 王玉波 主编



中国协和医科大学出版社

# 老年中期照护

Geriatric Intermediate Care

策	划	宋岳涛				
主	编	陈 峥	王玉波			
副	主	陈雪丽	刘前桂	罗 智	刘晓红	邓宝凤
编	者	宋岳涛	赵剑平	吴玉芙	张 媛	王庆雷
		杨兆义	田银君	李金红	吕继辉	魏立和
		徐 倩	高亚南	李 翔	赵 黎	周苗子
		赵双燕	孙 丽	姬长珍	蔡 郁	王 烨
		吴卫东	于冬梅	王艳艳	乔慧欣	李海芳
		陈 静	郭建春	刘雪云	罗昌春	
学术秘书		白旭晶				

中国协和医科大学出版社

## 图书在版编目 (CIP) 数据

老年中期照护 / 陈峥, 王玉波主编. —北京: 中国协和医科大学出版社, 2015. 1  
ISBN 978-7-5679-0228-2

I. ①老… II. ①陈… ②王… III. ①老年医学-护理学 IV. ①R473

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2014) 第 295808 号

---

### 老年中期照护

---

主 编: 陈 峥 王玉波  
责任编辑: 吴桂梅

---

出版发行: 中国协和医科大学出版社  
(北京东单三条九号 邮编 100730 电话 65260378)

网 址: [www.pumcp.com](http://www.pumcp.com)  
经 销: 新华书店总店北京发行所  
印 刷: 北京佳艺恒彩印刷有限公司

---

开 本: 787×1092 1/16 开  
印 张: 19.5  
彩 插: 1  
字 数: 310 千字  
版 次: 2015 年 5 月第 1 版 2015 年 5 月第 1 次印刷  
印 数: 1—3000  
定 价: 40.00 元

---

ISBN 978-7-5679-0228-2

---

(凡购本书, 如有缺页、倒页、脱页及其他质量问题, 由本社发行部调换)

## 主 编 简 介

---



陈峥，现任北京老年医院院长，主任医师，硕士生导师，中国老年学学会老年医学委员会副主任委员，老年保健与康复委员会副主任委员，全国老年医院联盟理事长，中国生命关怀协会副理事长，首都医科大学老年医学系副主任，北京医学会老年医学分会副主任委员，中国康复学会老年康复分会副主任委员，《中国医药》等杂志编委。多年来一直致力于老年医学与老年健康服务的临床与科研工作。曾在加拿大约克大学、多伦多大学、美国霍普金斯大学和联合国老年医学研究所（马耳他）学习

公共卫生、医院管理和老年医学。发表论文 40 余篇，主编《老年病诊疗手册》、《实用老年医学》、《老年综合征管理指南》、《老年病多学科整合管理》、《健康大百科——老年篇》和《健康大百科——老年常见健康问题篇》等多部老年医学专著。

## 内 容 简 介

---

本书重点对老年中期照护的概念和关键技术方法进行了较为全面的介绍。全书共分六章，第一章对老年中期照护的概念、照护内容、照护地点、照护模式和连续性医疗服务进行了阐述；第二章介绍了老年综合评估技术；第三章至第五章分别介绍了老年中期照护的老年综合评估技术、医疗技术、康复技术和护理技术；第六章简要介绍了老年中期照护中的营养支持、用药指导、出院计划和跟踪随访等内容。老年中期照护服务是今后我国老年医疗服务的一个重要的发展方向，期望本书的出版既能够填补我国老年医学在中期照护服务方面的空白，为老年医疗卫生服务机构医护人员提供一定的指导，也能为医疗卫生改革提供一定的参考依据。

## 前 言

我国已进入老龄化社会的高速发展期，截至 2013 年底，全国老年人口已突破 2 亿。越来越多的老年人口对医疗卫生服务提出极大的挑战，特殊的社会需求给国家和社会造成沉重的压力。随着科学技术的快速发展，新药的出现和新技术的应用虽然降低了心脑血管疾病及癌症等急危重症的发病率和死亡率，但老年人由于年老体衰、免疫功能降低、多病共存、营养不良和器官功能退化等多重因素导致老年人在患急性病症之后出现身心功能的下降和生活质量的降低，并留置各种鼻饲管、气管插管、导尿管和引流管等，使疾病的转归和术后恢复变得异常复杂，需要进行综合性的治疗、康复和护理。目前我国主导的是急性期的医疗服务模式，急性期医院平均住院日控制在 8~10 天，不可能让这些老年患者在医院完全恢复。由于缺乏介于急性期医疗服务机构和家庭之间的相关康复照护机构，急性期医院（如三级医院）苦于没有下家，要么“咬牙强让患者出院”，要么忍受患者长时间的压床。尽管有压床现象，但大部分患者还是在急性期过后，苦于没有相关接诊的机构，只能回家养病，这种节约“住院日”的方式进一步加重了医疗负担，老年人常进常出医院的现象屡见不鲜。如果处理不当还会出现病情复发或恶化，甚至导致终身失能和早亡。

为满足上述患者的医疗需求，减少其在急性期医院的占床或回家导致残疾率、死亡率增高等情况的发生，近二十年来在许多发达国家出现了一种新型的医疗服务模式——中期照护（intermediate care）。在英国和澳洲已经将中期照护列入国家卫生服务框架，达到医疗保险全面覆盖。通过循证医学证实，中期照护是患者在急性疾病治疗后，通过综合功能评估，将具备康复潜能的患者转诊到中期照护服务机构继续进行治疗、康复和护理服务，通过这种过渡的医疗服务来恢复其受疾病影响的功能，使其恢复日常生活能力而重返家庭与社会，减少因病情恶化而再次住院的概率，也减轻家庭的照护负担。中期照护服务的建立搭建了医院与家庭之间的桥梁，既弥补了传统医疗体系的不足，又完善了病患从急性期医院出院后的解决方案；既缓解了综合医院老年患者长期压床的压力，又提高了老年患者的生存质量；既降低了患者因失能入住护理院或其他长期照护机构的概率，也提高了患者的满意度，还使国家医疗保险费用得到有效控制、医疗资源得到合理利用。



中期照护在我国刚刚起步，大家对其的认识还相当肤浅。人们普遍重视传统的急性期医疗服务，对急性后期或亚急性期的中期照护服务重视明显不够。为了帮助广大的老年医学工作者正确认识老年中期照护的服务模式，熟练掌握老年中期照护的适宜技术和关键技术，我们编写了这本《老年中期照护》，但愿对读者有所启发和帮助。

本书由北京市中西医结合老年病研究所组织编写，全体参编人员通过查阅大量的国内外文献资料，并结合北京老年医院医护工作者的临床经验，从中期照护的发展历史、服务内容、服务模式、老年综合评估技术、医疗技术、康复技术和护理技术等层面进行了详细的阐述。在编写本书的过程中，得到北京老年医院康复科、呼吸康复科、心内科、神经内科、骨科和护理部等医护人员的大力支持，得到来自山西医科大学董涛、赵云、李建波、王磊磊和李向文同学的鼎力相助，得到北京市中西医结合老年病研究所全体同仁的密切配合，在此一并致以诚挚的谢意！

本书的出版，得到北京市卫生系统“215”人才建设工程老年医学学科骨干培养经费、首发专项联合攻关项目“老年中期照护的临床对照研究”和2013年度北京市卫生局基层处老年卫生项目“老年中期照护适宜技术的培训与推广”等项目经费的支持，在此真诚致谢中共北京市委组织部、北京市医院管理局和北京市卫生计生委。

由于中期照护是一种处于发展阶段的新型医疗服务模式，尽管全体参编人员在撰写的过程中力求正确把握其内涵与外延，并与我国的实际情况相结合，但仍可能存在不足之处，希望读者提出宝贵意见，供再版参考。

陈 峰 王玉波

2015年1月

# 目 录

<b>第一章 中期照护的概念</b> .....	( 1 )
第一节 基本概念 .....	( 1 )
第二节 照护内容 .....	( 13 )
第三节 照护地点和模式 .....	( 17 )
第四节 连续医疗服务 .....	( 27 )
<b>第二章 老年综合评估技术</b> .....	( 29 )
第一节 概述 .....	( 29 )
第二节 躯体功能评估 .....	( 31 )
第三节 精神心理评估 .....	( 33 )
第四节 社会功能评估 .....	( 34 )
第五节 环境适应能力评估 .....	( 35 )
第六节 营养状况评估 .....	( 35 )
第七节 多重用药评估 .....	( 36 )
第八节 并发症风险评估 .....	( 37 )
第九节 生活质量评估 .....	( 40 )
<b>第三章 老年医疗技术</b> .....	( 41 )
第一节 晕厥急性后期的治疗 .....	( 41 )
第二节 缺血性脑卒中急性后期的治疗 .....	( 50 )
第三节 出血性脑卒中急性后期的治疗 .....	( 58 )
第四节 心肌梗死急性后期的治疗 .....	( 66 )
第五节 慢性心衰急性发作后期的治疗 .....	( 73 )
第六节 COPD 急性后期的治疗 .....	( 82 )
第七节 骨关节疾病术后的治疗 .....	( 94 )
第八节 肿瘤切除术后的治疗 .....	( 100 )
第九节 肺栓塞的预防与治疗 .....	( 110 )
第十节 谵妄的预防和治疗 .....	( 118 )
第十一节 抑郁症的预防和治疗 .....	( 127 )
<b>第四章 老年康复技术</b> .....	( 136 )
第一节 概述 .....	( 136 )



---

第二节	骨关节疾病和创伤术后的康复 .....	(144)
第三节	脑卒中后康复 .....	(148)
第四节	心脏康复 .....	(161)
第五节	呼吸康复 .....	(172)
第六节	老年肺炎后康复 .....	(184)
第七节	常见老年综合征的康复 .....	(189)
第八节	下肢静脉血栓的预防和康复 .....	(209)
第九节	常用医疗置管的康复管理技术 .....	(210)
<b>第五章</b>	<b>护理技术 .....</b>	<b>(217)</b>
第一节	急病后期(康复)护理原则及方法 .....	(217)
第二节	饮食照护 .....	(221)
第三节	排泄照护 .....	(223)
第四节	洗浴照护 .....	(233)
第五节	预防压疮 .....	(237)
第六节	偏瘫/肢体活动障碍照护 .....	(241)
第七节	谵妄照护 .....	(246)
第八节	失禁照护 .....	(252)
第九节	管路照护 .....	(255)
<b>第六章</b>	<b>其他技术 .....</b>	<b>(266)</b>
第一节	营养支持 .....	(266)
第二节	用药指导 .....	(273)
第三节	出院计划 .....	(281)
第四节	跟踪随访 .....	(290)
<b>参考文献</b>	<b>.....</b>	<b>(295)</b>

## 第一章 中期照护的概念

### 第一节 基本概念

#### 一、中期照护的基本概念

随着社会的进步和国家整体综合实力的提高,中国迈入了老龄化社会。社会老龄化特别是高龄人口的增加主要表现在上海、北京和东部沿海人口高密度居住区。人口老龄化虽然是社会进步的表现,但同时也给医疗服务带来极大的挑战。如何应对老年人特殊的医疗服务需求,是所有医务工作者面临的艰巨任务。目前在发达国家老人占据了2/3综合医院和急性医院的床位,有半数的急症患者是老人。在医院中老人住院天数远远长于其他人,同时由于管理和医疗资源的分配问题,又有20%的床位是不适当地被老人占据,例如,急性后期因功能损害不能尽快出院或已经失能还没有转到康复护理院。因此,出现大型医疗机构资源紧缺和康复护理医疗机构利用不足并存的现象。

老年人由于年老、体衰、多病共存,对医疗服务需求有一定的特殊性,又由于功能的减退和失能对照护和设施有特殊的需求性,而传统的医疗模式不能解决老年人的特殊问题。医疗服务根据病情和转归的阶段可以分为急性医疗、中期医疗、长期医疗和末期医疗。急性医疗服务目前在我国有完整的服务体系,例如,120急救运送系统、区域急救中心和各医院的急诊科、专业细分的内外科抢救和手术服务。但急性后期和失能患者的中长期照护目前还是我国医疗服务中的短板。英国卫生部门因为中期照护服务(the intermediate care service, ICS)的建立解决了传统医疗体系中缺乏的成分,搭建了医院与家庭之间的桥梁,提供了急性住院以后的解决方案,减少了医院的床位压力,提高了老年患者的生存质量,减少了因失能住护理院的概率,提高了患者的满意度,国家医疗保险费用得到有效控制。同时中期照护通过康复和个体化的支持服务项目维护了患者的自主和尊严,在家中实施中期照护得到大多数老人的支持。中期照护的效益关键在两个层面,在操作上保证了适宜的服务给予了适宜的患者;在管理层面上有助于费用效益和

效果的最大化。“系统性”是中期照护的特点，不同的人员、不同的医疗和养老机构、不同的设备和不同的服务全部整合在一起，使老年人享受到多学科的全面服务。

什么是中期照护？各个国家和地区关于中期照护的概念和服务内容差别很大，但基本内容和目的是一致的。英格兰卫生部关于中期照护的定义是：中期照护应当满足的目标人群是那些不必要长期占床、不适当地入住急性病医院和长照机构、或者滞留在国民健康服务体系（NHS）内的住院患者；以多学科综合评估为基础，制定个体的照护计划，包括康复、治疗以促进恢复；制定以能独立生活为目标的治疗计划，鼓励患者回归家庭；中照时间一般限制在6周内，最多不超过2个月；由于跨学科工作，要有综合评估，各自专业要有病程记录和共同的工作协议。

英国老年医学会（The British Geriatrics Society）对于中期照护的定义如下：

1. 中期照护是一种健康照护模式，旨在帮助病患由疾病期过渡至恢复期，预防在家接受长期照护的病患由于慢性功能缺损或病情加剧而入院，或是协助临终病患尽量在生命末期维持一个尽可能的舒适状态。

2. 中期照护是一些服务的组合，主要设计来协助病患由医院平安返家，使其由医疗上转归到功能上的康复。照护的首要目标不一定完全是治疗，病患必须具有出院的潜能，即病情稳定且临床上出现的功能障碍经过康复治疗是有可能恢复的。

3. 中期照护的服务不需要占用大型综合医院的资源，但却可能超过传统基层医师的处理范围，其服务内容包括“替代性或康复治疗”与“共病的治疗”。

中期照护必须有明确的功能定位（“亚急性照护”与“急性后期照护”，“避免住急性期医院”）和周全性的老年综合评估方法，患者需具备躯体功能康复的潜能，医院能提供明确的服务时间（避免与长期照护混淆），并有不同单位（医院、基层、公卫、社会福利）的专业人士共同参与。英国与美国过去所推动的亚急性照护目的相同，但方法有差异，二者都是为了全面且积极地整合急性医院、社区医院、基层医疗、社区公共卫生与社会福利的资源，不但可以减轻急性医院病床的压力，而且可以更专业性地照护老人，达到疾病和功能的全面恢复。美国更多地将急性后期老年病患直接转至高级护理照护中心实施中期照护。

也有观点认为，中期照护是走在循证医学基础之前的医疗照护政策，现阶段的研究不足以全面支持各项的服务。在英国各地区的服务体系中，都发现中期照护确能有效减少急性医院患者的住院数量，但客观上这些报告并没有很全面地评估这些患者个人的治疗结果与照顾者的负担。因此，对现行的医疗照护服务体系必须进行深入细致的研究，

在几年后才可能对“什么是最好的中期照护服务模式”达成共识。

英国的 DoH White Paper 认为，中期照护是社区服务的一种新模式，从 2001 年开始实施到 2005 年，使急性病医院中延误出院人数减少 64%；中期照护不但是人们可以接受、技术成熟、临床上安全可行的照护模式，而且更能够降低不必要的急性病医院的高额花费。英国国家层面的文献标明，中期照护对个人和保健体系都有益处，既增加了急性病医院的周转和床位的使用率，又提高了居家照护的效果和确保了患者的功能恢复。

## 二、中期照护的目的

1. 预防不必要的急性住院或因失能入住长期护理机构 老年人入住急性期医院的数量大且入住后的住院天数长，这与老年人的生理特点、疾病复杂和功能下降有极大关系（图 1-1）。在英国 NHS 实施中期照护管理之后，以 2009~2010 年和 2014~2015 年两个财政年比较，75 岁以上老人入住综合医院急诊床位占有率下降 12%。为了避免不必要的人住急性期医院和长期占床，整合干预或者是多学科团队服务是非常必要的，因为中期照护不是卫生部门单独所能完成的，需要卫生、社会保障、住房和其他部门的通力合作，需要家庭成员、照护者、邻居和周边的社会组织等多方支持。

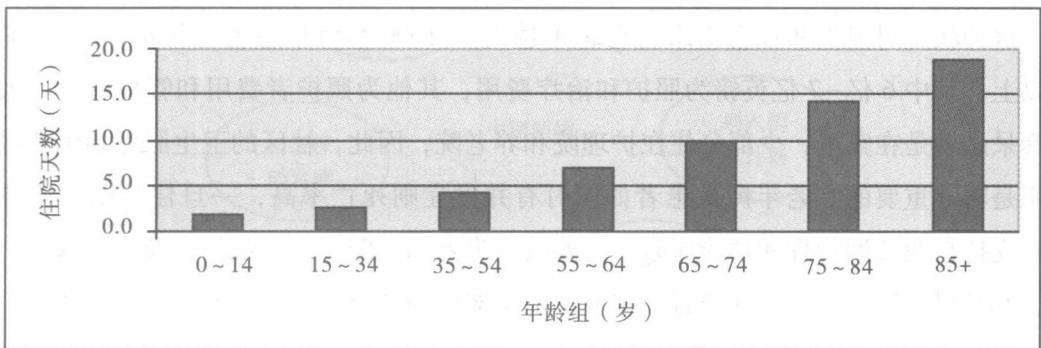


Chart 1: Emergency admissions as a percentage of population in age band

图 1-1 英格兰按照年龄分布急诊住院时间

2. 支持及时从急性医疗机构出院 不必要的出院延迟不仅导致医疗费用的增加和医疗资源的过度利用，而且妨碍了患者的功能恢复，特别是对老人的生活信心、独立生活能力、功能恢复或者疾病的加剧都有极大影响，这些都可能导致病人日常生活能力的

丧失和最终进入长期照护机构。

循证医学证实医疗卫生服务应该是一种以结果为导向的、整合的和合作式的模式，机构之间要互相联系，应构建一种以社区为基础、分级管理、无缝隙衔接的医疗卫生服务网络，应注重预防和早期干预。2001年苏格兰政府统计有2000患者至少平均每人延迟6周出院，因此，他们制定了出院目标，其平均住院日2013年为28天，2015年为14天。这个目标如果没有中期照护的支持是难以实现的。

3. 促进疾病转归和功能恢复 很明显延长患者在急性期医院的住院时间并不利于患者的康复，因为急性期医院没有相应的康复人员配备和 workflows，结果只会造成患者的功能下降和入住长期照护机构的机会增加。为了确保老年患者潜在功能恢复的最大化，应当让患者转诊到急性后期医疗机构或有条件的家中继续康复和治疗。医疗保险部门应当设立相应的管理服务包，有利于患者流向的导引和服务内容的实施。但如果急性期住院患者没有通过综合功能评估按流程合理地转移，也会出现直接转向长期护理机构，这同样可以打击患者的信心，造成康复和疾病恢复的延误。所以发展中期照护有很高的技术成分，如应掌握老年综合评估技术和需要建立多学科团队、快速反应队伍、社区评估队伍、康复队伍和医院外展队伍等。

4. 支持自我长期管理和功能康复 在苏格兰大约有200万人至少患一种长期疾病(long term condition)或者失能，大约占成年人的1/4。75岁以上老人有2/3患有长期疾病。这种状况对卫生和社会需求将会越来越大。71000名痴呆患者每年花费在17亿英镑以上，其中6亿~7亿英镑为照护和治疗费用，其他为照护者费用和管理费用。大多数痴呆患者是在家里，少部分住在护理院和养老院，因此，社区的卫生服务和生活保障作用是非常重要的。老年痴呆患者如同时有并发症则死亡率高，一旦住院则占床日较长。支持自我长期管理和功能康复，是要鼓励患者积极配合卫生部门以及社会部门的工作，其结果是以人为本，在患者、家庭、卫生部门和社会支持之间形成有效协作。

### 三、中期照护的发展

中期照护的概念最初由英国健康与社会服务部门于20世纪90年代中期提出，并于2000年在“国家病床调查”中首次被正式应用，现在已成为英国卫生署发布的“老年人国家健康服务架构”的基本要点之一。中期照护形成的原因有以下几个方面：

1. 老龄化社会的出现 随着人口老龄化的发展，老年人口数量逐渐增加，衰老和疾病的同时出现给现有的医疗服务带来巨大的挑战。传统的医疗服务模式满足不了老人

的医疗和生活的特殊需求。

2. 初级保健的发展 由于家庭医生、社区中心等全科医疗的扩大和水平的提高,已经可以在家中实施有一定水平的医疗服务。

3. 综合医院面临越来越大的床位压力 老龄化趋势对医院直接的影响是长期占床,老年病“治不了,出不了,也走不了”是临床医师最常遇到的情况。

4. 老年医学发展 近代老年医学发展不到百年,老年医学以人为本,从老人健康促进、预防疾病、急症救治、中期照护到长期照护和临终关怀都要去管理和照护。与内科学最大的区别是不仅仅诊疗疾病,更要关注患者的功能和生存质量。老年医学的核心是综合功能评估和多学科团队服务。

5. 一般诊疗技术和设备的发展 随着社会的发展,现在社区和家庭都具备了先进水平的电子医疗设备,一般的诊断和治疗在家中和社区都能够实现,为满足老年人就近急救需求的实现具备了条件。

6. 最重要的一点是卫生政府部门认识到了中期照护的必要性和可行性,并且敢于创新,大胆实施,充分论证分析,取得了良好结果(图1-2)。

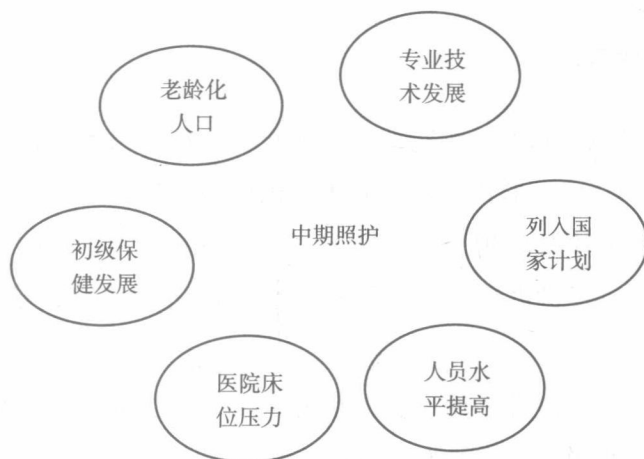


图 1-2 中期照护发展背景

在我国老年中期照护的概念还没有被老年医学工作者普遍接受,对一般的医疗事业管理者和普通老百姓来讲老年中期照护还是一个陌生的概念,更缺乏老年中期照护的服务机构及其标准规范。台湾于本世纪初也在积极推广老年中期照护服务模式,例如:

“荣民医院系统”分为“荣民总医院”、“荣民医院”和“荣民之家”，其中“荣民医院”起到一定中期照护的作用，“荣民之家”是长期照护医疗单位，“荣总”也设有老年中期照护病房，取得了一定的成效。

随着人民生活水平的逐步提高，老年人的健康照护需求也在不断增长，他们期望提高健康期望寿命和生活质量，期望生活自立不拖累子女，期望在急性疾病之后能够很好地康复，而不留任何的并发症或者后遗症，他们期盼着中期照护服务机构早日诞生。

英国肯特大学标准化组织对中期照护的发展进程进行了评估，认为出现中期照护的原因是传统模式的康复病房满足不了老人的需求，中照的创新模式适应大多数老人，中照系统的出现减少了综合医院床位的压力。目前现存的体系不能适应老人生存和疾病治疗的特殊需求，中期照护解决了这个问题。但是中期照护还存在许多需要进一步解决的问题，例如，如何进入中期照护、具体的流程和关键步骤是什么；中期照护似乎忽略了智能损害患者所涉及的问题，如失智者是否可以在住宅接受心理治疗、职业治疗和护理；在中期照护中的多学科团队成员合作也存在问题，还没有形成固定的合作关系；还需要制定患者转入中照服务的一些管理性的制度和规范，尤其是对床位管理方面的具体要求；转诊的程序还需要改进；还需要改善管理和评估的过程。

#### 四、中期照护的现状

1. 美国中期照护发展状况 美国的中期照护概念源自英国，官方正式称为“亚急性照护（subacute care）”。形式上基本同于英国的中期照护，目前已被广泛地应用于急性后期患者的医疗和康复护理服务。早期“亚急性照护”出现的原因是没有急救患者的人出标准和解决问题的办法，使许多病情已经缓解的患者特别是高龄老人仍然占据医院急性护理床位。

在实施预付费以后，急性后期患者的恢复是在急性期医院还是在护理院或家中实施，各有文献支持的报道。作为政策的制定者和医疗保险部门最关心的是照护的质量和医疗花费。因此，国家医疗保险部门也开展相应的研究工作，在综合医院设立一定的急性后期床位和将患者转到有医疗条件的护理院，比较患者的康复质量和医疗费用。目前亚急性照护基本上形成规范，是指从急性医院转到亚急性机构，并实施由医疗保险付费的服务模式。亚急性照护也有称连续照护（continuity of care）和过渡照护（transitional care）。

Burns（1993）认为亚急性照护单元收住的患者是那些不需要在急性医疗机构中治



疗,但是还不能够回家和去护理院的患者。Tellis-Nayak (1994)认为亚急性照护是对急性患者、外伤和疾病恶化的患者转诊到指定的综合性医疗机构继续照护。Burk (February 1994)认为亚急性医疗照护是一种内科加康复治疗,时间可以是短期3~30天,中期31~90天,长期91天~2年。Anders (June 1994)认为亚急性照护是从综合医院下转,而不能从长期照护上转,应该进入的服务模式是两类,即内科治疗和康复治疗。Burns (June 1994)认为中期照护是在小医院和护理院提供的综合医疗服务。

美国卫生保健协会(American Health Care Association)对中期照护的定义:中期照护是一种综合的住院患者项目,服务的对象是有严重疾病、外伤或病程恶化的患者;有一个确定的疗程,不需要进一步诊断和做一些侵入性的治疗。对病情严重的患者,需要通过评估制定治疗计划,由跨学科团队提供综合性的临床干预措施(内科治疗和康复)。这种高度专业化的服务,使卫生资源得以充分利用,促进服务效率和照护质量的提高。

美国亚急性照护协会(American Subacute Care Association)的相关定义:亚急性照护是指患者病情稳定不再需要特别医疗照护服务,但在传统护理院处理不了。亚急性照护中心通常将患者转到另一机构实施康复治疗 and 内科治疗,并进行一定的生理监测。对可能需要亚急性照护的患者,医生通过评估制定治疗与照护计划,每天进行超过3小时的护理干预和康复治疗服务(即物理治疗、职业治疗、言语治疗、呼吸治疗和心理干预);需要辅助技术服务的支持(如需要实验室、药房和营养科等的支持)和个案管理者的协调服务。在亚急性照护中,最有效和最适当的方法是以结果为导向的跨学科团队处理模式。亚急性照护重点是功能恢复、稳定临床病情、避免再次急性住院和减少医疗并发症。亚急性照护可以在各种不同的地点进行,如高级护理院、急性期医院和专科医院等。亚急性照护的目标是使照护具有较高的成本效益,创造性地使用医疗资源,使服务的效果达到最大化(表1-1)。

2. 澳洲中期照护发展状况 澳洲与美国相同,也将中期照护称为亚急性照护,国家和各州分别制定了亚急性照护框架。其策略原则是:基于循证基础上加强现有的服务,提供新的服务填补缺陷,加强多学科团队和临床员工的合作,促使服务质量的提高和实施效果的改善,大力收集支持亚急性照护服务水平提高的相关数据(图1-3)(表1-2)。

表 1-1 美国急性后期医疗机构发展数量

美国医保认证的医疗机构数量			
设施类型	1986	1990	1994
康复机构			
医院	75	135	187
社区医院	470	687	804
长照医院	94	90	120
高级护理机构			
附属医院的护理机构	652	1145	1953
自立的护理机构	8414	8120	10463
家庭保健机构	5907	5949	7363

SOURCE: ProPAC analysis of data from Health Care Financing Administration, Office of Survey and Certification.

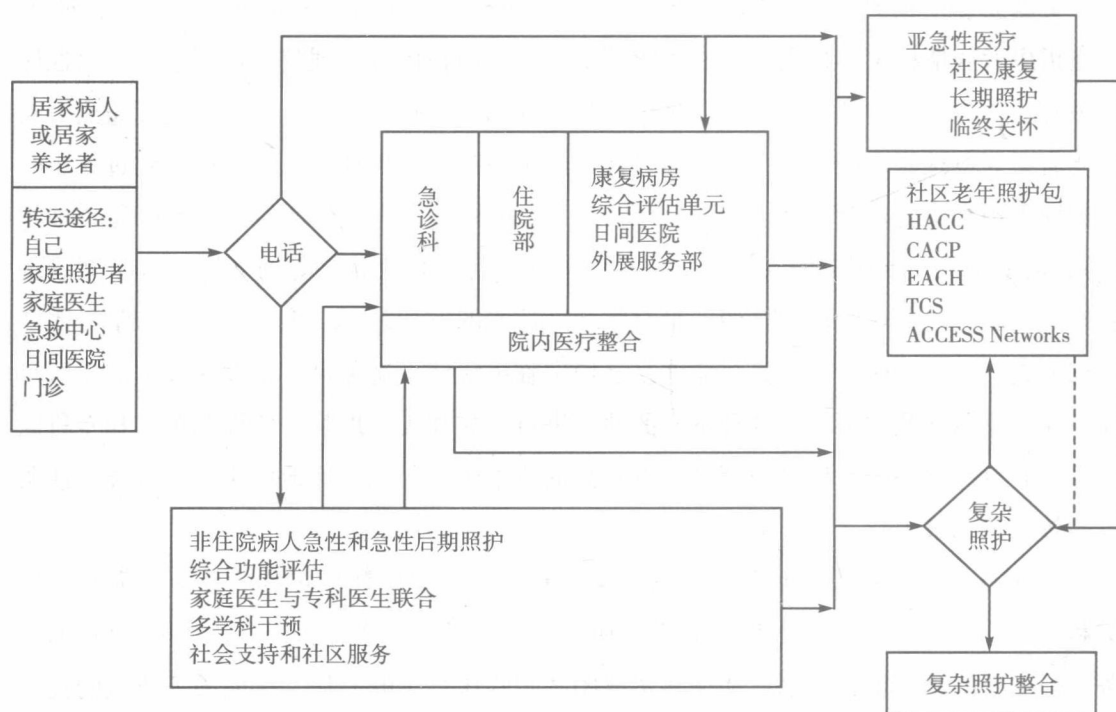


图 1-3 澳洲亚急性照护与其他机构的链接