

老年长期照护 规范与指导

Standardization and Guidance for
Geriatric Long Term Care

名誉主编 李小鹰

主 编 孙 红 尚少梅



人民卫生出版社

老年长期照护 规范与指导

Standardization and Guidance for
Geriatric Long Term Care

名誉主编 李小鹰

主 编 孙 红 尚少梅

副 主 编 皮红英 孙淑芳 胡秀英

李惠玲 宗博文

人民卫生出版社

图书在版编目(CIP)数据

老年长期照护规范与指导 / 孙红, 尚少梅主编. —北京: 人民卫生出版社, 2018

ISBN 978-7-117-26576-8

I. ①老… II. ①孙… ②尚… III. ①老年人—护理—规范—中国 IV. ①R473-65

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2018)第 100123 号

人卫智网	www.ipmph.com	医学教育、学术、考试、健康, 购书智慧智能综合服务平台
人卫官网	www.pmph.com	人卫官方资讯发布平台

版权所有, 侵权必究!

老年长期照护规范与指导

主 编: 孙 红 尚少梅

出版发行: 人民卫生出版社(中继线 010-59780011)

地 址: 北京市朝阳区潘家园南里 19 号

邮 编: 100021

E - mail: pmph@pmph.com

购书热线: 010-59787592 010-59787584 010-65264830

印 刷: 三河市尚艺印装有限公司

经 销: 新华书店

开 本: 787×1092 1/16 印张: 21 插页: 4

字 数: 511 千字

版 次: 2018 年 7 月第 1 版 2018 年 7 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-26576-8

定 价: 69.00 元

打击盗版举报电话: 010-59787491 E-mail: WQ@pmph.com

(凡属印装质量问题请与本社市场营销中心联系退换)

- | | | | |
|-----|------------|-----|--------------|
| 曹雪梅 | 北京市第一社会福利院 | 钱淑君 | 苏州大学护理学院 |
| 陈茜 | 四川大学华西医院 | 任静 | 四川大学华西医院 |
| 高旻 | 北京市第一社会福利院 | 尚少梅 | 北京大学护理学院 |
| 高浪丽 | 四川大学华西医院 | 石海燕 | 中国人民解放军总医院 |
| 郭菊红 | 四川大学华西医院 | 孙红 | 北京医院 |
| 候惠如 | 中国人民解放军总医院 | 孙淑芳 | 远洋养老运营管理有限公司 |
| 胡春艳 | 四川大学华西医院 | 万巧琴 | 北京大学护理学院 |
| 胡梦梦 | 中国人民解放军总医院 | 王军 | 中国人民解放军总医院 |
| 胡晓宜 | 四川大学华西医院 | 王英 | 四川大学华西医院 |
| 胡秀英 | 四川大学华西医院 | 王晓玲 | 四川大学华西医院 |
| 黄艳 | 四川大学华西医院 | 王雪莲 | 北京医院 |
| 黄兆晶 | 四川大学华西医院 | 伍莉 | 四川大学华西医院 |
| 库洪安 | 中国人民解放军总医院 | 许丽 | 四川大学华西医院 |
| 李惠玲 | 苏州大学护理学院 | 杨璐 | 成都市第六人民医院 |
| 廖再波 | 四川大学华西医院 | 张蒙 | 四川大学华西医院 |
| 刘祚燕 | 四川大学华西医院 | 张丽娟 | 中国人民解放军总医院 |
| 吕娟 | 四川大学华西医院 | 张雪梅 | 四川大学华西医院 |
| 马骁 | 中国人民解放军总医院 | 赵婷 | 中国人民解放军总医院 |
| 蒙张敏 | 四川大学华西医院 | 赵芹芹 | 北京医院 |
| 聂丹 | 中国人民解放军总医院 | 钟文逸 | 四川大学华西医院 |
| 皮红英 | 中国人民解放军总医院 | 宗博文 | 北京市第一社会福利院 |
| 祁晓磊 | 中国人民解放军总医院 | | |

序 言

我国已经进入老龄化快速发展的时期,预计到2025年,部分失能和完全失能老年人将达到5500万人。随着老龄人口的增加,老年人的患病率、失能率、残障率也随之提升,心理健康问题日益凸显,因此老年人的长期照护需求和心理健康照顾需求也随之增多。

据《2017中国卫生统计年鉴》显示,2016年我国注册护士共有350.72万人,其中有69.58万的注册护士在基层医疗卫生机构工作,其中3951人注册在疗养院,5329人在护理院。根据国家卫生计生委办公厅印发的《养老机构医务室基本标准(试行)》和《养老机构护理站基本标准(试行)》中“每增加100张床位,需增加至少1名注册护士”的规定,估算出我国养老机构至少需注册护士约110万人,由此可见从事养老行业的注册护士缺口巨大,老年护理人才严重缺乏,远远不能满足老龄化社会的需求。究其原因在于我国老年护理专科尚未建立,养老行业刚刚起步,绝大多数护士还是选择进入医院工作,而愿意去养老行业的护士更是少之又少。

养老护理具有连续性、长期性的特点,既不同于医院的医疗护理,又包含了医疗护理的许多要素。国际将老年护理专科分为医院(短期照护)和养老(长期照护)护理两个亚专科或体系,互为区别、互为联系又互为融合。在美国、日本及欧洲等发达国家及地区,注册护士需要进行专门培训后方可进入养老护理机构或社区工作。

我国养老护理起步晚、发展滞后,从事社区老年护理、养老机构护理的护士大都学历较低,没有或很少接受过老年护理相关知识培训和系统教育,这使得很多护士对老年人的需求不了解,为老人所提供的护理也仅限于一般的生活照顾和医疗护理,不能体现对老人的全身心照顾与支持,其护理水平所能达到的标准与满足老年人的护理需求之间存在一定的差距。目前我国各层次的护理教育中很少开设老年护理专业,老年护理专业的人才培养任务任重而道远。

巨大的老年护理服务市场需求使每一位老年护理服务从业者都面临着前所未有的挑战和责任,老年护理服务学科和服务体系的建设、人才培养、行业标准和规范准入的建立等事项都是我们所面临的重大使命和当务之急。正是在这种背景下,我们编写了《老年长期照护规范与指导》,编者都是从事老年护理专业的专家。本书分为十章,从各个方面介绍了从事养老护理专业的护士应该掌握的知识,希望本书能对我国的养老护理事业有所贡献,也期待广大读者能对本书存在的不足提出宝贵的意见及建议。

李小鹰

2018年7月

前言

随着年龄的增长,老年人身体机能下降,慢病高发、多病共存、失能失智比例高等问题凸显,统计数据显示中国高龄老年人口已达 2500 万,失能老年人口突破 4023 万。如何满足老年失能群体的长期照护需求,让他们保持最好的功能状态,生活得更有尊严,是各级医疗及养老机构亟待解决的问题。

在长期照护过程中,护理服务是最重要的组成部分,一本专而精的实用指导手册不仅适用于护理人员,对老年人及家庭照护者也是必备。《老年长期照护规范与指导》全书共十章,不仅从宏观角度呈现了国内外长期照护的发展与现状,帮助读者对长期照护有概括性的了解,还分别从日常生活、症状管理、疾病管理以及急症处理等方面,系统阐释了 7 种老年人日常生活照护项目的操作步骤、13 种老年人常见症状的表现与管理方法、13 种老年患者常见疾病的治疗与护理要点以及 5 种老年人常见急症的预防与处置方法,给读者提供专业、规范的长期照护实践指导。另外,考虑到老年人多层次、多样化的需求,本书还对老年人的心理护理、康复护理和临终关怀有所涉猎,同时还介绍了长照机构的管理与老年护理人才的培养,为各类长照机构运行管理提供借鉴。

本书内容科学合理、通俗易懂、图文并茂,实用性及指导性强,适合临床护士、医院老年护理人员及家庭护理员参考阅读,并可作为护理培训教材使用。

本书的编者均为来自国内各知名医院、社会养老机构的护理专家,在编写过程中,各位编者所在单位给予了大力支持与鼓励,在此一并表示诚挚的谢意!

由于编写时间有限,且编者知识水平和能力有限,若有遗漏不足之处,敬请护理同仁、专家、读者不吝赐教!

孙 红

2018 年 7 月

目 录

第一章 总论	1
第一节 全球长期照护的发展概况	1
第二节 我国长期照护的发展现状	7
第三节 正确认识老年人的特点	12
第四节 与老年人的沟通技巧	15
第五节 老年人照顾中的伦理与法律	17
第二章 长期照护之评估篇	23
第一节 躯体功能评估	23
第二节 认知功能评估	28
第三节 心理、行为、家庭、社会功能评估	33
第四节 营养评估	41
第三章 长期照护之日常生活篇	47
第一节 清洁	47
第二节 饮食	59
第三节 移动	65
第四节 排泄	74
第五节 睡眠	86
第六节 环境	91
第七节 走失	98
第四章 长期照护之症状管理篇	102
第一节 便秘	102
第二节 腹泻	107
第三节 尿失禁	111
第四节 尿潴留	116
第五节 呼吸困难	120
第六节 造口	125
第七节 压疮	131

第八节 皮肤瘙痒·····	138
第九节 水肿·····	141
第十节 慢性疼痛·····	143
第十一节 脱水·····	147
第十二节 低血糖·····	149
第十三节 吞咽障碍·····	153
第五章 长期照护之疾病管理篇·····	160
第一节 认知症·····	160
第二节 帕金森病·····	163
第三节 脑血管病·····	165
第四节 老年性神经衰弱·····	167
第五节 高血压·····	169
第六节 心肌梗死·····	171
第七节 心力衰竭·····	174
第八节 慢性阻塞性肺疾病·····	176
第九节 糖尿病·····	178
第十节 骨关节病·····	181
第十一节 骨质疏松症·····	182
第十二节 老年性尿失禁·····	184
第十三节 感染性疾病·····	186
第六章 长期照护之急症处理篇·····	189
第一节 跌倒·····	189
第二节 误吸·····	200
第三节 发热·····	211
第四节 心脏骤停·····	217
第五节 昏迷·····	222
第七章 长期照护之心理照护篇·····	228
第一节 概述·····	228
第二节 心理照护评估方法及工具·····	229
第三节 心理照护技能·····	237
第四节 常见老年人心理问题及照护措施·····	240
第八章 长期照护之康复篇·····	245
第一节 康复护理概述·····	245
第二节 老年常见问题的康复护理·····	248
第三节 老年常见问题康复护理技术·····	269

第九章 长期照护之临终关怀篇.....	296
第一节 概论.....	296
第二节 临终阶段的临床表现.....	299
第三节 临终关怀的告知策略.....	300
第四节 临终关怀计划与实施.....	302
第十章 长期照护之管理篇.....	311
第一节 长期照护机构的标准化管理.....	311
第二节 长期照护机构中护士的管理角色.....	317
第三节 护理人才培养.....	321

网络增值服务



人卫临床助手
中国临床决策辅助系统
Chinese Clinical Decision
Assistant System

扫描二维码, 免费下载



第一章 总 论



学习目标

识记：

1. 健康老龄化的定义
2. 长期照护的服务特点
3. 掌握老年人照顾中应遵守的法律法规

理解：

1. 世界人口老龄化的现状
2. 常见养老模式的不同优点和缺点
3. 老年人的生理、心理特点
4. 老年人照顾中应遵循的伦理原则

应用：

1. 运用本章知识提出我国现阶段长期照护模式的建议
2. 应用常见的沟通技巧与老年人进行沟通

人口问题是全球最主要的社会问题之一，是当代许多社会问题的核心。在全世界范围内，人口老龄化正在加速。

根据 1956 年联合国《人口老龄化及其社会经济后果》确定的划分标准，当一个国家或地区 65 岁及以上老年人口数量占总人口比例超过 7% 时，则意味着这个国家或地区进入老龄化。1982 年维也纳老龄问题世界大会，确定 60 岁及以上老年人口占总人口比例超过 10%，意味着这个国家或地区进入老龄化社会（老龄化国家或地区），此两种划分标准均可作为步入老龄化社会的标志。

第一节 全球长期照护的发展概况

一、全球老龄化现状和趋势

（一）老年人口数量庞大且增长速度快

据联合国《2015 年世界人口老龄化报告》显示，全球 60 岁以上的人口从 1980 年的 8.5% 增长到 2015 年的 12.3%，预计到 2050 年世界人口将达到 90 亿~100 亿，其中 60 岁以上的人口将达到 20 亿，占总人口的 21%，65 岁以上人口到 2050 年将达到 15 亿，将很快超过 5 岁以下儿童的人数。

(二) 老年人口地区分布不均衡

人口老龄化是一种现象，是下降的生育率以及增加的寿命两个因素共同作用的结果，通常是与社会经济发展密切相关的。

在 19 世纪末期和 20 世纪初期，欧洲已经开始进入人口转型期，是全球第一个进入人口转型的地区。因此，今天的欧洲老年人口是世界上最多的。其次是北美洲，非洲地区的老龄化进程才刚刚开始。

世界范围内，2015 年全球老年人口大约 9.01 亿，据联合国预测，预计从 2015 年到 2030 年，亚洲和非洲的 60 岁以上老年人口都将增长超过 60% 以上。2015~2030 年全球范围内各地区 60 岁以上老年人口预测数据见图 1-1-1 和表 1-1-1。在 2015~2050 年之间，欧洲和北美洲的老年人口将分别增长 38% 和 27%，分别达到 2 亿 4200 万和 1 亿 2300 万。

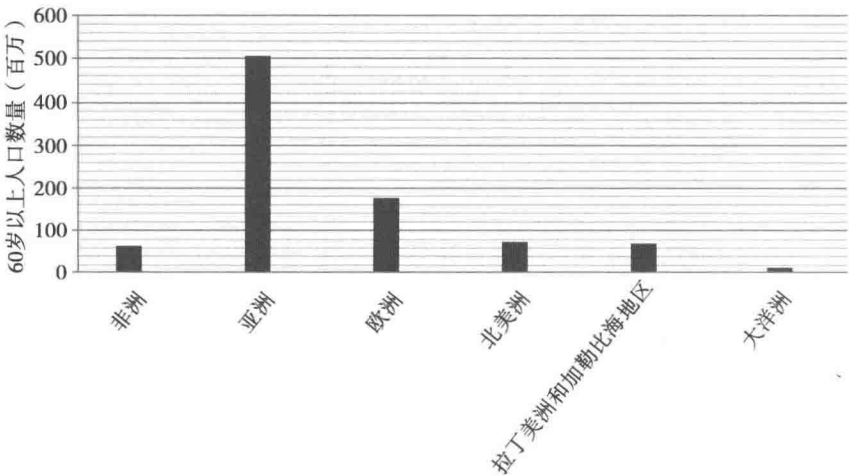


图 1-1-1 2015 年世界老年人口数量 (60 岁以上)

表 1-1-1 2015 ~ 2030 年世界老年人口数量及分布地区 (大于 60 岁以上)

地区	2015 年 60 岁以上 人口数量 (百万)	2030 年 60 岁以上 人口数量 (百万)	2015~2030 年 变化百分比 (%)	2015 年世界 老年人口分布 (%)	2030 年世界 老年人口分布 (%)
全球	900.9	1402.4	55.7	100.0	100.0
非洲	64.4	105.4	63.5	7.2	7.5
亚洲	508.0	844.5	66.3	56.4	60.2
欧洲	176.5	217.2	23.1	19.6	15.5
北美洲	74.6	104.8	40.5	8.3	7.5
拉丁美洲和 加勒比海地区	70.9	121.0	70.6	7.9	8.6
大洋洲	6.5	9.6	47.4	0.7	0.7

（三）老年人口本身老化程度加深以及老年人口性别比例失衡

老年人口本身也在老龄化，世界上增长最快的年龄组是最老的，其年龄是 80 岁或以上，2015 年 80 岁以上的老年人已经占到 60 岁以上老年人总数的 14%，目前是以每年 3.8% 增长，占老年人总数的十分之一以上，到 2050 年这一数字将增加到 21%，达到 4 亿 3400 万。大多数的老年人是女性，因为女性的预期寿命高于男性。

（四）老年人口依靠各种经济来源进行养老生活

在发展中国家，老人依靠有限的公共财政转移系统、个人资产和劳动收入以及他们的家庭成员作为养老资金来源。在老年人处于 60~69 岁较为年轻的阶段时，净资产的重新分配以及劳动收入几乎成为所有老年人的消费来源。无论在发达国家还是发展中国家，老年人通常是子女辈甚至孙辈的财产提供者，从经济上帮助家庭，仅仅当他们 70 岁以上甚至更老一些时，他们才会收到一部分家庭资金作为养老费用，占日常支出的 12%。

（五）老年人越来越倾向于独立生活

目前全球大约 40% 的老年人是独居的，即单独居住的老年人或者与配偶一起生活的老年夫妻。随着老年人口的不断增加，在全球范围内，不论发达还是欠发达地区，越来越多的老年人有望选择独立生活。

（六）卫生保健系统必须适应人口老龄化需求的变化

老年人的健康状况一般随年龄增加而恶化，促使因老年人的数目增多而对长期照护的需求增多。随着人口老龄化，非传染性疾病（non-communicable diseases, NCDS）不断增加，如心血管疾病、癌症、糖尿病、痴呆症等已经成为所有疾病类型中的主要的疾病负担。

各个国家在不断研究和发展老年长期照护的实践问题，这包括老龄护理专业人员的培训；预防和管理年龄相关慢性病；制定可持续的长期姑息治疗政策；发展关爱老年人的服务和设置，必须适应这种多方位的挑战以便最大限度地加强老年人的健康和行动能力以及他们的社会参与度和安全性。

二、长期照护的概念

（一）长期照护的定义

关于长期照护，各国法律法规和学者给予很多不同的称呼，在国际上，长期护理通常称为“long term care”(LTC)。全面的长期照护的定义是指对失能者或失智者，配合其功能或自我照顾能力，所提供不同程度之照顾措施，使其保有自尊、自主及独立性或享有品质的生活。其内涵为：对身体功能障碍缺乏自我照顾能力的人，提供健康照顾、个人照顾及社会服务。服务可以是连续性或间断性，但必须针对个体化的需求，通常是某种功能上的障碍，提供一段时间的服务。

（二）长期照护的服务内容

实施长期护理的目的在于提高由于病理性衰老，或由于正常衰老的老年人的生活质量和生命质量，它也是预防新的疾病发生的重要措施。因此关于长期照护的内容应包括个人看护服务、健康服务以及社会支柱性服务。美国健康保险学会（Health Insurance Association of America, HIAA）对长期护理内容的界定为：“长期护理包括医疗服务、社会服务、居家服

务、运送服务或其他支持性的服务。”

（三）长期照护的服务特点

由于长期照护对象具有的特点有：患有身体疾病或心理疾病；具有功能障碍；需要长期提供照料服务。因此长期照护具有一些特殊性：

1. 其服务内容是以身心功能异常程度为基准，也就是身心功能异常程度必须严谨评估，以确定长期照护服务开始，停止期及提供服务内容增减的情形。

2. 长期照护服务大多数是由家庭所提供，一般老年人大多在其所生长的家庭中获取自己生活所需，当一个家庭成员有长期照护需求时都是由家人提供照护。

3. 长期照护服务具有劳力密集的特性，主要是以日常生活起居的照顾，且护理对象一开始需要长期照护服务，常常终其一生都需要此项服务，故其服务是长期性而且是劳力密集性的。

4. 所有的年龄群都有长期照护的需求。虽然老年人是长期照护的主要服务对象，尤其是80岁以上的人口群；实际上长期照护的服务对象包含了各种年龄层的人，无论是壮年还是婴幼儿，只要是身心功能异常者，均可能成为需要长期照护的对象。

5. 长期照护服务的本质是团队的整合性服务体系。长期照护服务需要跨专业的医疗团队服务，需要半专业与非专业人员参与合作，因其关系到失能或失智者及其家庭与社区如何生活和面对生活的问题，所以需要医疗保健专业人员，如：医师、护理人员、药师、物理治疗、职能治疗、营养师以及社会福利团体的介入，也需要社会整体环境，如无障碍空间、社会价值观等的配合。

6. 长期照护服务以生活照顾为主、医疗照护为辅。目前接受长期照护的人群，以老年人居多，老年人通常患有心脑血管、骨骼系统、精神系统等慢性疾病为主，病情皆处于稳定状态，因而，长期照护服务具有以生活照顾为主，医疗照护为辅的特性。

（四）长期照护制度模式分类

发达国家为应对人口老龄化而建立完善的老年长期照护制度模式已有半个多世纪的历史，并使其成为老年社会保障的又一根支柱。由于各国的国情不同导致其老年长期照护制度模式也各具特色，对各个国家的社会经济发展及家庭生活产生着深远的影响。依据照护原则、资金来源、缴费形式、覆盖范围，目前发达国家建立的老年长期照护制度模式主要表现为以下几种类型：①互济型的老年长期照护社会保险制度模式：以保费和国家补助为资金来源，代表国家是德国、日本。②普惠型的老年人长期照护制度模式：充分体现普惠制原则，最大限度地让老年人分享社会经济发展的成果，体现了社会保障的公平性，主要代表国家是北欧的福利国家，如瑞典、挪威。③救助型老年人长期照护制度模式：政府只对那些生活水平相对较低的，低收入老年人进行照护补助或照护服务，代表国家是：美国、英国。④市场型老年长期照护制度模式：通过商业保险服务来实现的一种市场化自我保障制度模式，充分体现个人意愿，代表国家是美国、法国。

三、发达国家长期照护的发展现状

（一）制定了相应的法律法规和保险制度以规范长期护理服务

长期以来，各国制定并不断完善了老年长期照护法律体系。例如英国颁布了一系列长期照护相关法律，包括《国家补助法》《医疗卫生服务和公共健康法》《慢性长期疾病和残障

人士法》《国家医疗卫生服务法》《国家医疗健康服务和社区照护法》《健康与社会照护法》等。美国长期照护相关法律也较为健全,有《社会保障法》《美国老年人法案》《长期护理保险示范法规》等。日本、德国、荷兰等其他国家在老年人社会保障方面的相关法律也在不断推陈出新,为本国长期护理的发展提供了法律上的保障和专业上的规范。有关法律章节详见本章第五节。

（二）养老模式多样化

各个国家对长期照护的定义及内容不尽相同,由此提供的照护模式及服务方式也各有千秋。长期照料的形式主要有非正式照护(即家庭照护)、正式的居家或社区照护(社会照护)以及机构照护三种形式。

1. 家庭养老 即老年人居住在家庭中,主要由具有血缘关系的家庭成员对老人提供赡养服务的养老模式。由于欧美等西方发达国家具有较好的社会保障制度及家庭成员的独立意识比较强,老人大多不采用家庭养老方式,法律也不规定子女对老人负有赡养的责任和义务。但是,以东方文化为底蕴的日本、新加坡等国家,家庭养老仍占主体地位。

2. 居家养老(社区养老) 即老人居住在家中,由社会来提供养老服务的一种养老方式。它与家庭养老的区别是:居家养老服务的提供主体是依托社区而建立的社会化的养老服务体系,而家庭养老服务的提供主体是家庭成员。

居家养老模式将居家和社会化服务有机结合起来,使老年人既能继续留在熟悉的环境中,又能得到适当的生活和精神照顾,免除后顾之忧。目前欧美等发达国家接受居家养老服务的老年人的比例在80%左右。

3. 机构养老 即将老人集中在专门的养老机构中养老的模式。集中机构照护的类型很多,主要包括老年公寓、团体之家、日间照料中心、护理院、福利院、敬老院、养老院、临终关怀机构等。

该模式的优点在于通过集中管理,能够使老年人得到专业化的照顾和医疗护理服务,无障碍的居住环境设计也使老年人的生活更加便利;缺点在于容易造成老人与子女、亲朋好友间情感的缺失,而且成本较高。目前,西方发达国家有5%~15%的老年人采用机构养老,其中北欧大约为5%~12%,英国大约为10%,美国大约为20%。西方发达国家大多对入住养老机构的老年人根据身体健康状态、生活自理程度及社会交往能力,实行分级管理。

4. 其他养老模式 包括互助养老:是指老人与家庭外的其他人或同龄人,在自愿的基础上结合起来,相互扶持、相互照顾的模式。例如德国、瑞士建立了很多“结伴而居”的“室友之家”。其他的诸如以房养老、旅游养老、候鸟式养老、异地养老、乡村田园养老等,均具有一定的存在比例及优势。

有研究表明,家庭照护和社区照护相对机构照护具有一定的优势:社区养老有益于老人身心健康,而机构养老缺乏家庭的温情和情感支持。选择家庭养老、社区养老还是机构养老受到很多因素的影响,事实上,各国政府也制定政策,引导老人选择家庭和社区照护,并取得了良好的效果。

（三）长期照护内容全面

各国长期照护的内容都包括日常生活的照护、医疗照护以及社会服务等部分。日本的

老龄化程度最高,其包括的服务也最为完善,不仅涵盖如来访护理、

来访看护、居家康复训练、居家护理、痴呆老年人的生活护理指导、居家疗养指导等 13 类居家护理项目,还涉及日托所、老人院服务、福利用具的出租或者支付购置费、住宅改修等设施护理项目。美国从个人日常照护到健康照护、社会心理服务、居住服务、看护服务、临终服务等多种形式为老年人提供基于需求的长期照护。总之,照护服务的内容与方式,取决于老年人的需求,发达国家通过建立不同层面的长期照护服务平台来适应老年人需求的多样性。

(四) 具有长期照护对象的界定、评估分级制度

德国的评估和分级由医疗保险机构中的医务人员完成,以日常生活活动能力(ADL)为评估和分级依据,将老年人分为 3 个失能水平:较严重、严重、非常严重,需要护理的老人据此分为 3 个护理级别。日本引入了标准化的评估机制和个案管理体系,评估和分级由取得资质的“照护经理”用标准化的评估工具进行。评估内容包括患病情况、精神状态、特殊护理需求、行为问题等。经过“照护经理”评估后,再由地方评估委员会复核,以决定照护级别,共有 6 个照护级别。评估机制的亮点在于有“再评估”,即每 6 个月,都将对已接受长期护理服务者进行一次重新评估,根据最新评估结果调整照护级别或内容。

(五) 有效的经济来源

各国均实行护理保险制度,保证了长期照护的资金来源。在经济政策上,既强调市场机制也强化政府干预,而且还要注意第三方即民众的需求。以德国为例,德国实行义务的长期护理保险,全面引入护理保险已经超过 20 年,许多需要护理的老年人过上了有尊严的生活。

为了更好地引导人们采取居家护理模式,减轻社会养老成本,德国政府推出一系列政策来帮助民众协调事业与家庭的关系。从 2015 年起推出护理支持金,员工可申请 10 天的假期照顾家人,假期内损失的工资由保险公司提供一定数量的护理支持金作为补偿。政府希望通过这些保障措施能够使人们更灵活的休假照顾家人。

(六) 完善的长期护理服务管理及监督机制

对照护服务的质量有严格的控制措施,美国设立老龄管理局和长期护理次级委员会(LTC Sub Committee),其职责主要是老龄问题研究和教育普及、老龄工作资金管理、协调政府机构和社会组织的工作等。《老年人法案》规定了长期照护监察员制度。监察员主要保护入住机构的老年人的合法权益。荷兰政府是长期护理服务质量保证的责任者,负责对长期护理服务提供者的定期正式检查;提供长期护理服务的机构需要制订内部质量控制体系,成立客户理事会,以保证服务质量。同样,德国长期护理机构也有内部质控措施,同时,每个长期护理机构都必须雇佣至少 1 名有 2 年以上工作经验的注册护士。日本颁布了非常详细的机构结构及人员配置要求,由地方政府进行检查,如果配备不符合要求,则以减少项目拨款作为处罚。为保证照护质量,形成了一定的人力资源培训与考核机制,设立从业人员资格准入制度。美国为护理人员提供包括网络课程、远程教学等继续教育的机会,注重老年护理专业人才的培养。

(王雪莲)

第二节 我国长期照护的发展现状

根据世界银行统计,中国于2002年跨越7%的老龄化社会门槛,2014年老龄人口达到9.18%。中国台湾、香港地区在探索老年人长期护理体系构建方面有丰富的经验,形成了科学完善的老年照护体系。随着大陆未富先老、人口结构失衡、支撑传统养老模式的家庭结构变迁等,长期照护模式的研究和改革变得日益重要。

一、中国台湾长期照护发展状况

中国台湾地区从20世纪80年代早期开始发展正规的社会护理体系,这些老年人的正规护理服务由各个地方政府提供。1991年台北市政府改变护理服务策略,由购买非营利性组织的服务来提供护理,而不再由公共部门直接提供服务。这种“购买者-提供者”的老人居家服务模式已在中国台湾普及。为了促进长期护理体系的发展,中国台湾地区政府在2007年3月推动“长期护理10年计划”,清晰地规范了享受长期护理服务的资格条件,主要是根据年龄、失能状况和经济状况而定,提供居家服务、日间照顾和机构照顾,而心理健康居家护理和社区康复也被提供,用以维持或促进失能者的身心功能。“长期护理10年计划”的基本目的之一是“属地老年化”,即希望老年人留在自己熟悉的环境中接受护理,而无需入住机构。因此政府优先发展居家和社区服务,并提供补助。由于“长期护理10年计划”的实施,中国台湾地区已成功地建立了老年人的长期护理体制,不论老年人的经济状况如何,提供普惠式服务,扩大了服务范围,应对家庭提供老年人照顾功能的弱化。但是未来的政策防线仍然具有相当争议,因为现行制度的财源来自税收,以及有偿使用民众的支出费用。随着人口老龄化的日益加深,这一制度在财政上将变得不可持续,因此将依靠税收的长期护理制度转变为长期社会护理保险模式的诉求仍是政策争议的焦点。

二、中国香港长期照护发展状况

在中国香港,老年长期照护是福利服务,被称为“安老服务”。政府对社会福利介入时间较晚,其对“安老服务”的积极干预是自1977年开始的。1994年,中国香港启动“长者卡”计划。1997年中国香港回归以来,历届政府的施政报告均把“照顾长者”定为一项策略性施政方针。安老服务基本理念是“老有所养”“老有所属”和“老有所为”。宗旨是使长者有尊严地生活,并给他们提供适当的支援,从而提升他们对社区的归属感,并享有一个有保障和有价值的生活方式。围绕上述理念与宗旨,中国香港分别建立了老年社区支援服务、安老院舍服务和长者医疗服务三大安老服务体系。社会福利署于2000年开始推行“安老服务统一评估机制”,采用国际间认可的评估工具,评估长者在护理方面的需要,并编配合适的长期护理服务。家庭仍将在老年社会福利中承担第一线功能,但会建立完善的长者社区支援服务体系,并辅之以安老院舍服务。中国香港的老年福利服务体系与护理体系是紧密联系,难以分开的。

中国香港的养老护理制度是一个体系,从老年人需要的角度制定制度,在具体管理和执行的过程中,实行的是对口、专业化管理,每个领域分别对应着政府相应的管理部门。分

工、责任比较明确。安老服务统一评估机制适用申请安老院、护理安老院、护养院、长者日间护理中心、改善家居及社区照顾服务及综合家居服务内的伤残及体弱个案。认可评估员均为专业人士,例如社会工作者、护士、职业治疗师和物理治疗师等;他们需接受使用“长者健康及家居护理评估”的训练并取得认可资格,方可执行评估工作。中国香港养老护理制度从制度设计、机构设置、人才培养、筹资模式等均有明确的执行标准。

三、大陆长期照护发展现状

(一) 老龄化政策变迁

1951年,“劳动者保险条例”作为中国最初的养老金制度生效。1978年农村人民公社工作条例,推动了农村养老金计划的启动。1986年国务院宣布在地区一级范围内试行统筹养老金制度。1987年民政部开始对农村地区老年人实施社会保障计划试点。1991年专门成立“农村社会养老保险临时办公室”,扩大试点范围。1995年推出多支柱养老保险制度,强调建立统一的养老保障体系,实行两个层级的养老金制度,即基本福利制度和个人储蓄账户,之后不断进行完善。2000年国务院42号文件出台,规定农民工已缴费超过15年并达到退休年龄,将同城镇职工一样领取养老金。

除了老年人收入保障,老年人的健康和社会照料及医疗保健体系也进行了重大改革。在经济改革之前,城市地区的健康保险包括两个主要体系:公务员保险计划和国有企业职工退休劳动保险计划。1998年国家为城市地区职工提供基本医疗保险和个人账户。2003年基于个人缴费、集体资助、政府补贴的统筹基金基础上的新型农村合作医疗制度处于试验中,到2014年全国新农合参保人数已经超8亿人。

虽然新的养老保险制度和医疗保险制度在不断推进,但是总体上当前保障体系在地区间不平衡、管理分散、覆盖范围不全面、福利不足,因此政府仍需进行下一步改革。

(二) 老年长期照护模式多样性

目前我国尚未建立完善的老年照护网络,老年人的长期护理仍然以传统的家庭式长期护理为主,社会化的长期护理所占比例极小。

不同照护模式各有优缺点:即选择家庭照护的老年人个人隐私得到保护,与子女在一起生活成本低、生活圈子熟悉等,但是也存在家中无人或家人没有时间照顾、家人负担重等问题。社会化机构照护则有专业人员提供照护服务、照护设施完善、同龄人群集聚,但机构照护也有很多不如意之处,主要涉及经济负担和老年人的传统观念、服务质量参差不齐、子女探望不便、有孤独感、自由度低。社区照护老年人有一定的自由空间,个人隐私得到保护,享受天伦之乐,并照顾子女及第三代人,生活成本较低,生活圈子熟悉,服务项目齐全。社区照护存在的挑战是难以满足专业照护需求,设施简陋,照护形式比较松散,难以管理,照护人员队伍不稳定,服务质量难以保证。因此,对长期照护模式的合理规划与安排还有赖于改善居家和社区养老环境,构建居家养老的价值理念基础,制定引导被照护者选择居家和社区养老模式的政策。国家老龄委等10部委于2008年1月下发《关于全面推进居家养老服务工作的意见》(简称《意见》),指出居家养老是对传统家庭养老模式的补充与更新,是我国发展社区服务,建立养老服务体系的一项重要内容。《意见》明确了居家养老的基本任务,制定了推进居家养老服务工作的各项保障措施。