

医养结合照护师 实务培训

段 萱 徐国英 主编

YIYANG

JIEHE

ZHAOHUSHI

SHIWU

PEIXUN



北京大学医学出版社

医养结合照护师实务培训

初 级

主 编 段 萱 徐国英

副主编 杨晓丹

主 审 刘则扬

编 委 (按姓名汉语拼音排序)

曹艳霞 段 萱 冯凤琴

荣恩惠 孙 美 徐国英

杨晓丹 于 梅 张英琦

赵礼婷

北京大学医学出版社

YIYANG JIEHE ZHAOHUSHI SHIWU PEIXUN CHUJI

图书在版编目 (CIP) 数据

医养结合照护师实务培训：初级 / 段莹，徐国英主编.
—北京：北京大学医学出版社，2017. 10
ISBN 978-7-5659-1663-2

I. ①医… II. ①段… ②徐… III. ①老年人－
护理－技术培训－教材 IV. ① R473.59

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2017) 第 205501 号

医养结合照护师实务培训 初级

主 编：段 莹 徐国英

出版发行：北京大学医学出版社

地 址：(100191) 北京市海淀区学院路 38 号 北京大学医学部院内

电 话：发行部 010-82802230；图书邮购 010-82802495

网 址：<http://www.pumppress.com.cn>

E-mail: booksale@bjmu.edu.cn

印 刷：北京强华印刷厂

经 销：新华书店

责任编辑：赵 欣 责任校对：金彤文 责任印制：李 啸

开 本：787mm×1092mm 1/16 印张：14.5 字数：316 千字

版 次：2017 年 10 月第 1 版 2017 年 10 月第 1 次印刷

书 号：ISBN 978-7-5659-1663-2

定 价：59.00 元

版权所有，违者必究

(凡属质量问题请与本社发行部联系退换)

序

我国 60 岁以上的人口已超过 2 亿，已经进入老龄化社会，这将对我国社会经济的发展与政治文化有深刻影响。现在养老服务业已成为我国当前经济转型中的一项重大民生工程，积极推进医养结合型养老服务健康产业发展将能推动我国精神文明建设和经济发展。《国务院关于加强发展养老服务业的若干意见》提出，到 2020 年，养老服务业在第三产业中比重将显著提升，需要大批专业技术人才。照护师即是这些专业技术人才中的重要组成部分。照护师负责老年人的护理、慢性病照护及康复医疗等。这个职业需要有较高的专业技术素养，所以我们应逐步培养出一支医养结合养老专业化、职业化的照护人员队伍。现由段萱与徐国英同志主编的《医养结合照护师实务培训》教材应运而生，该书具有科学性、实用性，填补了国内医养结合照护领域的空白。本书共有七章，内容结构特征包括：大爱引航，点亮心灯；以老儿乐，认知老化；身心护佑，健康同行；至亲至爱，在您身边；急人所急，拥抱生命；老有所安，快乐生活；衣食住行，品质生活；运动相伴，延续精彩。

该教材的特色之处是教材编写过程严谨求实，编委会组织全体专家进行了深入浅出的教学实践研究；本书独特之处是框架顶层设计独具匠心，每一章都体现爱老敬老的元素，每一节都体现具有大爱的专业内容；本书精彩之处是全书编写体例的创新，每一节都以实用的案例引导学习者的理论与实际学习。

我们相信《医养结合照护师实务培训》教材将助力中国医养结合老年人专业照护质量的提升，将助力中国养老服务人才队伍结构适宜性发展，将助力“健康中国 2030”工程发展目标的实现。

是为序。



2017 年 9 月

前言

《医养结合照护师实务培训 初级》一书诞生在我国老龄化问题日益严峻的时代，诞生在推动医养结合养老模式健康发展、助力养老服务质量提升的年代。

“医养结合”不仅要做到“硬结合”，即养老设施与医疗机构的结合，更重要的是要做到“软结合”，即照护服务人员一定要有“医的思维”，也就是及时发现长者异常症状后，要用降阶梯思维去进行初步处理；也要用“护的理念”，即“心身并护”地全方位照护长者。目前，我国的养老服务人员质和量与医养结合养老模式的要求存在着差距，因此，编写本书旨在突破养老人才的专业化、职业化以及认同感三方面的瓶颈，也就是把照护技能的专业化、健康管理的职业化及职业的认同感作为核心内容。

医养结合照护师是养老服务、残疾人服务及辅助性医疗服务领域中的复合型人才，可在养老机构、社区养老服务中心、居家上门服务中心及医疗机构内服务。其利用所掌握的医学基础知识、专业照护技能、心理学基础知识及沟通技巧，为被照护者提供专业服务，从而满足被照护者身体、精神、社会各个方面需求，维护被照护者的个人尊严，提升被照护者的生活品质。

《医养结合照护师实务培训》依据一线服务人员的职业要求分为初级、中级、高级三本系列培训教材，同时也可以作为居家照顾长者的参考书。本系列编著时经过编委会多次讨论和论证，借鉴发达国家针对养老服务人员的培训经验和来自全国 21 个省、自治区、直辖市对百余名医养结合照护师的培训实践编著而成；也与人力资源和社会保障部编写的《养老护理员》初级、中级、高级、技师、基础知识 5 本书进行比对，涵盖全部技能操作，又增设医学基础知识及护理观察、照护记录和书写要求等养老服务质量管理新要求的内容。

《医养结合照护师实务培训 初级》满足想要进入养老服务领域的照护人员的职业要求，以及养老服务与管理专业大专学生对照护服务技能的需求，可作为其培训教材。

编委会组成人员全部具有医疗背景，其中有 6 人投身养老事业 5 年，具有养老服务机构运营管理及咨询培训的实践经验，是“医疗界最懂养老，养老界最懂医疗”的一支真正的医养结合复合型人才队伍。

《医养结合照护师实务培训 初级》是走在养老学科前沿，具有实用性、可行

性、创新性的培训教材。平凡的脚步也可以走完伟大的行程，相信在未来的养老服务路上，养老服务人才的新生力量会迎着养老的朝阳越走越壮大。

本书编写过程中得到中国老龄工作委员会办公室、中国老龄产业协会医疗健康委员会，以及编写《养老护理员》的养老专家的大力支持和协助，在此一并表示衷心的感谢！特别要感谢的是国家卫生计生委前部长黄洁夫先生在百忙之中为本书撰写了序言。由于时间及水平有限，难免有疏漏和错误之处，敬请读者批评指正。

主 编

目 录

第一章 大爱引航 点亮心灯——理念文化 / 1

第一节 医养结合养老服务模式 / 1

第二节 医养结合照护服务理念 / 5

第三节 医养结合照护师职业素质 / 9

第二章 已老儿乐 认知老化——照护基础 / 21

第一节 老年人生理心理特点 / 21

第二节 生命体征的测量 / 39

第三章 身心护佑 健康同行——助医照护 / 47

第一节 冷热疗法 / 47

第二节 给药方法 / 55

第三节 常见症状照护 / 64

第四章 至亲至爱 在您身边——陪同照护 / 77

第一节 陪同就医 / 77

第二节 陪同购物 / 84

第五章 急人所急 拥抱生命——助急照护 / 87

第一节 心搏骤停急救 / 87

第二节 跌倒应急处理 / 97

第三节 噎食急救 / 103

第四节 急性损伤的处理 / 109

第六章 老有所安 快乐生活——安全照护 / 122

第一节 卧位与安全 / 122

第二节 移位与安全 / 128

第三节 常用护具与安全 / 141

第四节 照护与安全 / 146

第七章 衣食住行 品质生活——生活照护 / 154

第一节 助洁照护 / 154

第二节 助餐照护 / 169

第三节 排泄照料 / 181

第四节 睡眠照料 / 194

第八章 运动相伴 延续精彩——康复照护 / 200

第一节 康乐活动 / 200

第二节 助行照护 / 208

第三节 功能锻炼 / 216

主要参考文献 / 223

第一章 大爱引航 点亮心灯——理念文化

第一节 医养结合养老服务模式

“医养结合”是指医疗康复保健服务资源与养老服务资源相结合，实现社会资源利用最大化，也称“医养融合”。作为一种符合我国养老产业发展形势的养老模式，大力发展医养结合型养老机构，关注老年人养老服务需求及养老服务质量，已成为国内养老服务市场建设的主题。为什么要选择医养结合养老服务模式呢？对于这样的选择应该如何应对？本节主要介绍我国选择“医养结合”养老服务模式的背景及对“医养结合”养老服务模式的理解。

技能目标

1. 能理解“医养结合”的内涵。
2. 能知道选择“医养结合”养老服务的背景。
3. 能认知“医养结合”养老服务的模式。

案例导入

某养老机构有 250 位长者，其中自理长者 93 位，占 37.2%；不能自理长者 157 位，占 62.8%。250 位长者中，最多的有 11 种疾病/人，最少的有 2 种疾病/人，心脑血管病占 56.8%，其中植入起搏器的 11 人、支架 32 人、透析 4 人、心律失常 22 人。

1. 这些长者“不能长期住医院，回家又没有专业护理”怎么办？
2. 这些长者在家庭养老、社区养老以及机构养老，风险各有多大？
3. 我们如何面对这些带病生存的长者养老呢？

综上所述，试想如果不选择“医养结合”养老服务模式，会是何等的情境，因此“医养结合”养老服务模式是我国必然的选择。

一、什么是“医养结合”？

李克强总理在《政府工作报告》中提出：“健康是群众的基本需求，我们要不断提高医疗卫生水平，打造健康中国。”

“医养结合”是一种有病治疗、无病疗养，是医疗和养老相结合的新型养老模式，其优势在于整合医疗和养老两方面的资源，提供持续性的老年人照顾服务。通常由专业的护理人员照护老年人的健康生活起居，同时提供生活照料和临终关怀服务。推进“医养结合”养老模式建设，是养老理念、医疗理念和消费理念的一次重大转变。

“医养结合”中的“医”和“养”是两个不同的层次，“医”指的是“医疗”，“养”指的是养生和养护。随着老年人养老过程中健康状况的恶化，所侧重的层次依次为“养生—医疗—养护”。

“医养结合”就是指医疗康复保健资源与养老资源相结合，实现社会资源利用的最大化，是集医疗、康复、养生、养老等为一体的新型养老模式。

中国老龄科学研究中心负责人阐述“医养结合”模式主要的三个层次，即“养、医、护”三者合一的模式。“养”就是日常照料，“医”指医院看病，“护”则指慢性病或无法治愈的疾病护理问题。

综合很多专家学者的论述，我们知道“医养结合”养老服务模式在我国还处于探索和起步阶段，大多数机构针对医疗功能和养老功能二者的结合还处在“硬结合”层面，医养结合的实现形式大多还停留在医疗机构中建设养老机构或在养老机构中办理提供医疗服务的单位，“医”“养”结合的形式较为单一。我们认为“医养结合”养老服务模式既要在“硬结合”的层面结合，还要在“软结合”的层面结合，才是真正的“医养结合”。

二、为什么要选择“医养结合”养老服务模式

1. 何为老年人？联合国提出老年人的划分标准是：发达国家 65 岁以上者，发展中国家 60 岁以上者为老年人（根据人均预期寿命而定）。老年期被视为生命过程中的一个阶段，此阶段的老人又可分为：年轻老人（young old），指 60 岁或 65 岁到 74 岁的老人；老老人（old old），指 75 ~ 84 岁的老人；高龄老人（very old），指 85 岁以上的老人。还有一些国家（如日本）以 75 岁为界将老年人分为前期老人和后期老人，而将 90 岁以上者称为长寿老人。

中国古人曰：三十而立，四十而不惑，五十而知天命，六十花甲，七十古稀，八十九十为耄耋，百岁老人为期颐。现今我国划分老年期的标准是：60 ~ 89 岁为老年期（老年人），90 岁以上为长寿期（长寿老人），超过 100 岁的长寿期老人又叫百岁老人。

2. 我国养老服务需求现状 《中国养老产业发展白皮书》显示,2015年末,我国60周岁及以上老年人口已经达到2.22亿,占到总人口的16.1%,65周岁及以上人口1.44亿,占总人口的10.5%,80岁以上的老年人达2400多万,占老年人口的16.6%,老年人口数量已经接近印度尼西亚的总人口数量,超过巴西、巴基斯坦、尼日利亚、孟加拉国、俄罗斯、日本、墨西哥和菲律宾8个国家的总人口数量;空巢和独居老年人已经接近1亿,占比较高,家庭养老功能弱化,亟待社会养老补位。

2016年10月11日,全国老龄工作委员会办公室发布《生活状况抽样调查报告》,这份报告包括了对我国老年人口的性别和年龄结构、经济状况、医疗卫生情况及老龄产业市场等情况的最新抽样调查结果。报告显示,在老年人健康状况不断改善的同时,仍然有18.3%的老年人为失能、半失能状态,总数达4063万人。老年人的家庭环境不适应老年人身体状况变化的超过了6成。此外,民政部下属研究机构中民社会救助研究院发布《中国老年人走失状况调查报告》。报告显示,每年全国走失老年人约有50万人,平均每天走失约1370人。失智和缺乏照料成为老年人走失的主因。

中国老龄科学研究中心2011年的一项调查显示,中国60岁以上老年人余寿中有2/3时间处于带病生存状态。根据原国家卫生部的调查显示,60岁以上老年人中,人均患有疾病2~3种,慢性病发病率53.9%,是调查人群平均水平的4.2倍。患有慢性病的老年人病程长,需要持续的、综合的医疗康复护理服务。调查某养老公寓250位平均年龄82.2岁的老年人,自理长者93位,占37.2%;不自理长者157位,占62.8%。疾病状况:93.62%的长者带病生存,带病最多的长者有11种疾病,最少有2种疾病,心脑血管病占70%,其中植入起搏器的11人、支架32人、透析4人、心律失常22人。

这些长者虽然带病生存,但病情稳定,不能长期住医院,安置在家里又存在风险,因此“医养结合”是我国积极应对养老形势的必经之路。

3. 老龄社会的标准界定 人口学一般将社会按人口年龄划分为三种类型:年轻型,65岁以上人口占总人口的4%以下;成年型,65岁以上人口占总人口的4%~7%;老年型,65岁以上人口占总人口的7%以上。

根据世界卫生组织(World Health Organization, WHO)定义,一个国家的老龄化率(65岁以上人口占全国人口的比率)在7%~14%称为老龄化国家,若老龄化率超过14%就称为老龄国家。

4. 我国老龄社会稳势与经济发展 有专家指出,发达国家经济发展与老龄化同步,进入老龄社会时人均GDP一般在5000~10000美元或以上,而中国是在尚未实现现代化、经济还不发达的情况下提前进入老龄社会,即“未富先老”。中国老龄化趋势不可阻挡,而养老服务体系滞后于养老服务需求,可谓“未备先老”。年纪还不大有衰老迹象,多由于精神或体力负担过重而导致过早衰老,即由于国民经济和医疗预防的问题,还没有到老年人的标准,身体就衰退了,可谓“未老先衰”。社会的失能、高龄、空巢、少子化的问题凸显,“医养结合”养老服务模式已逐渐成为中国养老产业的必然选择。

三、“医养结合”养老服务模式如何落地

医养结合服务的内容应以基本养老服务为基础，以医疗服务为重点，在做好老年人生活照护服务、精神慰藉服务的基础上，着重提高医疗诊治服务、大病康复服务、临终关怀服务的质量。作为一种具备医疗功能的特殊服务机构，医养结合服务机构的医疗水平，应该满足不仅仅是提供药品、注射等最为基本的医疗服务，而且能满足慢性病长者、大病康复长者、绝症晚期长者的医疗需求，真正发挥出医养结合的服务功能。

现今，全国各地基本形成了以下三种医养结合模式：

1. 整合照料模式，即由单一机构提供医养结合服务，既有配建医疗机构或卫生室的养老机构，也有具备养老功能、开展老年护理的医疗机构。
2. 联合运行模式，即养老机构与医疗机构合作，建立双向转诊机制，由综合性医院提供医疗服务，养老机构提供康复期或稳定期的护理服务。
3. 支撑辐射模式，即社区养老服务中心与医疗机构或社区卫生服务机构合作，为居家的社区老年人提供健康服务。

目前，我国存在着养老护理人力资源质量与医养结合养老模式不匹配的问题，医养结合对养老护理员提出了护理技能专业化、关注老年人心理健康及高度的职业认同感三个要求。借鉴发达国家针对养老护理员的培训经验，我国应健全养老服务人员培训体系，从丰富培训内容、建立职业规划、培养养老服务人员职业认同感、提升养老服务人员综合素质为抓手，更好地促进医养结合养老模式发展，培养“医养结合型”的照护人员势在必行。



思考题

1. 什么是“医养结合”？
2. 为什么要选择“医养结合”养老模式？
3. 我国有几种“医养结合”养老模式？

案例分析与解答

1. 这些长者“不能长期住医院，回家又没有专业护理”怎么办？

答：只能住进医养结合型老年公寓，这里有内设医务室或与周边医疗机构建立合作关系，可满足这些长者的医疗与养护的需求。

2. 这些长者在家庭养老、社区养老以及机构养老，风险各有多大？

答：无论他们在哪儿养老，风险都很大，随时随地都有可能发生不良事件，最严重的是噎食、心搏骤停、心肺脑血管疾病等，最频繁发生的是跌倒事件，因为老年人死亡原因的80%是跌倒导致的骨折及并发症。

3. 我们如何面对这些带病生存的长者养老呢?

答: 面对这些带病生存的长者, 不论居住在哪里养老, 我们均应实施“医养结合”的养老模式。不仅要做到“硬结合”, 即养老设施与医疗机构的结合, 更重要的是要做到“软结合”, 即照护服务人员一定要有“医的思维”, 及时发现长者异常症状后, 要用降阶梯思维去处理; 也要有“护的理念”, 即“心身并护”地全方位照护长者。尤其是一线的服务人员, 一定是既要有一定的医护知识, 更要有针对症状的初步处理能力。

第二节 医养结合照护服务理念

上节已经阐述医养结合养老服务模式, 那么养老服务核心的照护服务在养老服务体系中充当什么样的角色呢? 如何能当好这个角色呢? 本节主要为大家理清思路, 从医养结合照护服务的定义、照护服务的分类、照护服务与护理服务的区别以及照护服务的理念等问题着手, 认清照护服务的工作内容与方向, 以进一步认识医养结合养老模式的内涵。

技能目标

1. 能理解照护服务的定义。
2. 会界定照护与护理的区别。
3. 会描述照护服务的分类。
4. 会运用照护服务的理念。

案例导入

某男性, 78岁, 半年前长者因脑血栓住院救治, 后导致右侧肢体瘫痪。服务人员每周一、四都要给爷爷更换衣服。周一是许照护师帮他更换衣服, 很快就把衣服换好, 但爷爷不是很高兴; 周四是赵照护师帮他更换衣服, 爷爷非常愉悦, 而且很有成就感。

你认为赵照护师在更换衣服时是如何让爷爷很有成就感的呢?

一、照护服务与护理服务的区别

1. 护理与照护服务的定义

(1) 什么是护理？

护理（nursing）来自拉丁语，意思是哺育小儿，后来扩展为养育、保育、避免伤害，看护老人、患者或虚弱者。护理的定义随着医学模式和健康定义的改变也经历了三个阶段的发展。

第一阶段：以疾病为中心的护理——健康的定义是无病。护理是协助医生诊疗，消除身体的疾患，恢复正常的功能。护理的创始人南丁格尔认为通过改变环境，可使患者处于最佳状态，待其自然康复。

第二阶段：以患者为中心——1948年WHO提出：健康不但是没有疾病或缺陷，而且是身体、精神和社会的完好适应状态。护理是一种艺术和科学的结合，包括照顾患者的一切，增进其智力、精神、身体的健康。其护理方式是以患者为中心，应用护理程序对患者进行全面的系统的整体护理。

第三阶段：以健康为中心——国际护士学会（International Council of Nurses, ICN）提出“护理是帮助健康的人或患病的人保持或恢复健康（或平静地死去）”。1980年美国护士学会（American Nurses Association, ANA）对护理的定义是：护理是诊断和处理人类对现存的和潜在的健康问题的反应。

通过护理的发展过程可以清楚地看到，不管是医生的助手还是独立的学科，护理解决的是人的“健康”问题。

(2) 什么是照护（care—caring）？

《现代汉语词典》释义是：照料、护理；中国台湾的辞典中释义是：照顾、护理。

照护是指以照顾日常生活起居为基础，为独立生活有困难者提供帮助。内涵为自立生活的支援、正常生活的实现、尊严及基本的人权的尊重和自己实现的援助。

2. 护理与照护服务的区别 尽管照护、护理是一字之差，不会影响其制度建设的本身，但是，它在服务目标、服务对象、服务内容、服务地点上都有不同，因此要很好地理解二者的区别。

表1-2-1 护理服务与照护服务在实务上的区别

项目	照护服务	护理服务
服务目标	功能自主，延缓衰退	减轻痛苦，挽救生命
解决问题	恢复自理问题	恢复健康问题
服务对象	失能长者、残障人员	患者
服务内容	生活照料、心理慰藉	专业护理、基础护理
服务提供者	专业、非专业人员	专业人员
服务型态	支援型照护、长期照护	基础护理、专科护理
服务地点	居家、社区、机构	医院、社区卫生站

二、医养结合照护服务的分类

医养结合照护服务目前无具体科学的、权威的分类。

中国香港依据照顾的程度把照护服务分为低度照顾、中度照顾、重度照顾；中国台湾依据自理能力的多少分为安养、养护、长期照护。

中国大陆按照照护服务的地点可以分为居家照护服务（上门照护）、社区照护服务（健康管理、助餐、助浴）、机构照护服务（全方位生活照料及医疗康复护理）。按照照护对象需求服务的时间长短，分为急性期照护、中期照护、长期照护。

急性期照护（acute care）：主要是照护对象发生急症需要“缓解病痛、挽救生命”时，一定要去医院获得救治，而一定也是医疗护理专业的综合团队提供急性期的服务。

中期照护（intermediate care service, ICS）：是社区服务的一种新模式，是介于老年急性期医疗和居家照护或长期照护之间的一种过渡性的照护服务。即对亚急性和急性后期老年患者实施综合性医疗、康复和护理服务，旨在帮助老年患者由疾病期过渡至恢复期，由医疗上的自主过渡到功能上的自主，既解决了在医院长期占床的问题，又提高了居家照护的效果，确保了患者的功能恢复。一般时间为1~2周，最长不超过6周。中期照护必须功能明确（即避免“再次住院”与实施“亚急性与急性后期照护”）、方法适当（老年人综合评估）、定位合理（综合医疗、功能康复和护理）、具有时效（避免与长期照护相混淆）和多学科团队的参与。

长期照护（long-term care）：一个经典的定义就是在一段持续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（桑特勒、纽恩，2005）。这个定义清楚地表明，长期照护主要是为了提高生活质量，而不是解决特定的医疗问题，是用于满足基本需求而非特殊需求。

世界卫生组织（WHO）将长期照护定义为由非专业护理者和专业人员进行的护理活动，以保证生活不能完全自理的人能获得最大可能的独立、自主、参与、个人满足及人格尊严。长期照护的对象是慢性病患者和残障人群，老年人占此类人中的绝大多数。长期照护的目标是满足那些患有各种疾患或身体残疾人士对保健和日常生活的需求，其内容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。更早迈入老龄化门槛的发达国家经过多年实践，自20世纪70—80年代开始，将对老年人的生活照料和非治疗性的护理、康复分离出来，形成一门新专业——老年人的长期照护服务。更重要的是，把长期照护服务定义为“社会服务”，而不是“医疗服务”。长期照护不同于通常意义上的家庭照料，是在特定的政治、经济、文化、社会背景下，由多个部门构成的一种制度性安排，正规化和专业性是长期照护的显著特征。除此之外，长期照护需要照料、康复和保健相结合，体现了对需求人员照护的连续性。既然是社会服务，则一定需要政府主导、社会参与、全民支持。总之，长期照护主要是为了提高生活质量，而不是解决特定的医疗问题，用于满足基本需求，而不是特殊需求。

三、医养结合照护服务的理念

照护的基本内涵为自立生活的支援、正常生活的实现、尊严及基本的人权的尊重和自己实现的援助。

在我国，照护服务被理解为全方位地照顾老人，而在日本，一种名为“介护”的护理方式已被广泛地推广和应用。所谓“介护”是指尽可能发挥老人自身所具备的基本日常生活活动的的能力，以帮助老年人过上高品质生活的“自立支援”为基本理念的护理模式。

什么是自立支援？即克服被援助者自身的障碍，关注被援助者自身所具有的能力。就是帮助长者恢复或持续自立生活的能力，提升生活品质。自立包括生活性自立、心理性自立、社会性自立。具体体现在以下方面：

1. 尊重人的尊严 在介护工作中必须将每一位需要介护的老年人作为具有独立人格的人来看待。

2. 支援自立生活 介护工作应“以人为本”，从帮助被援助者自立的角度出发，通过活用被援助者的残存能力，维持和促进身体功能，从而最大限度地提高被援助者的生活质量。

3. 援助自我实现 介护工作者应充分认识并重视老年人内在的参与社会生活以及自我发展的愿望，帮助老年人实现自我价值。

4. 实现正常人的生活 介护工作者应尊重被援助者实际生活的需求，将其置于与普通人一样的社会生活状态下予以援助。

5. 整体介护 介护工作不仅要满足被介护者的生理需要，还应满足其心理需要和社会需要。介护工作应包括生理、心理和社会三个层面。

在日本，依据需要服务的程度分为7级：要支援1、要支援2、要介护1、要介护2、要介护3、要介护4、要介护5。要介护老人趋于完全不能自理，这类老人通过观察或生活自理能力评估，属于“生活自理能力重度依赖”、全部日常生活需要他人代为操持的老人。

中国香港对需要服务的分类是“低度照顾”“中度照顾”和“重度照顾”，香港的职业称谓叫“起居照顾员”。中国台湾规定的称谓是“安养”“养护”和“长期照顾（含失智照顾）”。台湾的职业称谓叫“照顾服务员”。一些国家如德国、美国也都各有其称谓，但前提须是称谓与其职业称谓在语言逻辑上保持一致。

我国大陆行业标准也把需要服务的程度分为轻度受损、中度受损、重度受损，对提供此服务的人员称谓是“护理员”“照护师”。

介护不等于总是照顾，力所能及的事一定要让长者自己完成，这对于身体功能的维护、维持尊严是最捷径的方式，其优势自立支援既能减轻援助者的工作量，同样也能恢复被援助者的自信心。



思考题

1. 照护和护理的区别在哪里?
2. 您知道长期照护服务的内涵吗?
3. “自立支援”理念的精髓是什么?
4. 学习本节后您对照护服务有哪些新的认识?

案例分析与解答

你认为赵照护师在更换衣服时是如何让爷爷很有成就感的呢?

答: 赵照护师运用了自立支援的理念, 来为爷爷穿衣服, 使爷爷既锻炼了他的健侧肢体, 又维护了尊严, 因此爷爷很高兴。

第三节 医养结合照护师职业素质

医养结合照护师是养老服务、残疾人服务及辅助性医疗服务领域中的复合型技术人才, 可在养老机构、社区养老服务中心、居家上门服务中心及医疗机构内, 运用所掌握的医学基础知识、专业照护技能、心理学基础知识及沟通技巧, 为被照护者提供专业服务, 从而满足被照护者身体、精神、社会各方面需求, 维护被照护者的个人尊严, 提升被照护者的生活品质。

医养结合照护师在为老年人服务的过程中, 应具备什么样的素质呢? 如何做一个职业化的养老服务人员呢? 本节主要介绍医养结合照护师应具备的职业素质, 即照护师的职业形象、职业态度、职业技能、职业道德。

技能目标

1. 能树立良好职业形象。
2. 能掌握基本的职业技能。
3. 能端正照护服务的职业态度。
4. 能坚守照护服务的职业道德。