2021年第6期·总239期（双月刊）

人口信息

POPULATION INFORMATION

编者按 本期两个专栏从不同角度讨论老年人医疗服务相关议题。“人口与发展”专栏从不同层面分析老年人生活需求现状，探讨优化对策。“人口与健康”专栏聚焦社区老年人轻度认知障碍筛查和干预问题，助力老年认知障碍管理及照护服务工作；通过开展失能失智老人医疗服务问卷调查，分析医疗服务问题及其原因，并提出对策；基于 WHO 老年人综合照护评价框架，探究高质量医养结合发展指标体系构建，为上海市提升医养结合服务质量提供参考。

上海市卫生和健康发展研究中心

上海市卫生和健康发展研究中心（上海市医学科学技术情报研究所）

内部资料 免费交流

上海市连续性内部资料准印证（K）字第0296号

人口信息

（双月刊）

2021 年第 6 期（总第 239 期）

名誉主编：黄　红
孙常敏
肖泽萍
主　　编：金春林
副 主 编：黄玉捷
执行副主编：信虹云

目　　次

• 人口与发展 •

上海市老年人生活需求调查与分析…… 厉亚军　葛振兴　黄智俊（1）

• 人口与健康 •

社区老年人轻度认知障碍筛查和干预的进展、探索与启示

…… 王　颖　杨颖华　黄延焱，等（7）

失能失智老人医疗服务问题、原因及对策…… 黄玉捷　石　瑛（19）

上海市推进医养结合高质量发展指标体系构建研究…… 汪　梦　陈晓丽　王鹏飞，等（28）

《人口与发展》

上海市老年人生活需求调查与分析

厉亚军[1] 葛振兴[2] 黄智俊[1]
（1. 上海华夏经济发展研究院，上海 200080）
（2. 上海市卫生健康委员会，上海 200003）

人口老龄化是社会发展的重要趋势，上海是全国最早进入老龄化和人口老龄化程度最高的城市之一，积极应对人口老龄化已经成为本市乃至全国一项长期性战略任务。近年来，本市老年人口规模持续扩大，老年人口数量占总人口比重逐年上升。2020 年本市户籍人口中 60 岁及以上老年人口数量上升至 533.49 万，占比上升至 36.1%；65 岁及以上老年人口数量上升至 382.44 万，占比上升至 25.9%。预计到 2025 年全市 60 岁及以上户籍老年人口将超过 570 万。随着人口老龄化进程的加快和人民群众对更高品质生活的追求，老年人生活需求持续释放和扩大，对经济社会产生的影响不容忽视。

一、老年人生活需求现状

课题组通过对本市老年人生活需求现状进行随机抽样调查，共收集有效调查问卷 21386 份，从不同层面分析老年人生活需求现状。

（一）老年人社会保障体系有待进一步优化

调查结果显示，受访老年人享受的养老保险以“城镇职工基本养老保险”和“城镇居民基本养老保险”为主，分别占 74.2% 和 16.9%，“企业补充养老保险”和“商业养老保险”仅占到 4.4% 和 2.6%，表明老年人养老保障的第二支柱和第三支柱有待进一步增强。受访老年人享受的医疗保险也以“城镇居民基本医疗保险”和“城镇职城镇职工基本医疗保险疗保险”为主，分别占 62.8% 和 26.3%，“城乡居民大病保险”和“商业健康保险”仅占到 4.9% 和 3.2%，仍有 12.1% 的受访老年人没有享受任何保险 , 表明以基本医疗保险为主体，补充医疗保险、商业健康保险共同发展的多层次医疗保障制度体系有待进一步健全。从受访老年人享受补助情况来看，大部分未享受任何补助（74.6%），仅有 17.8% 的受访老年人享受了老年综合津贴，3.8% 的受访老年人享受了养老服务补贴，表明老年人社会福利水平有待进一步提高。从长期护理保险试点情况来看，受访老年人中仅有 3.6% 已享受长期护理保险服务（以下简称“长护险”），其中评价为 3 级及以下的占比为 65.6%；大部分受访老年人对长护险表示满意或很满意（63.4%）；但受访老年人认为护理服务水平和居家服务内容等需要改进（如图 1 所示）。

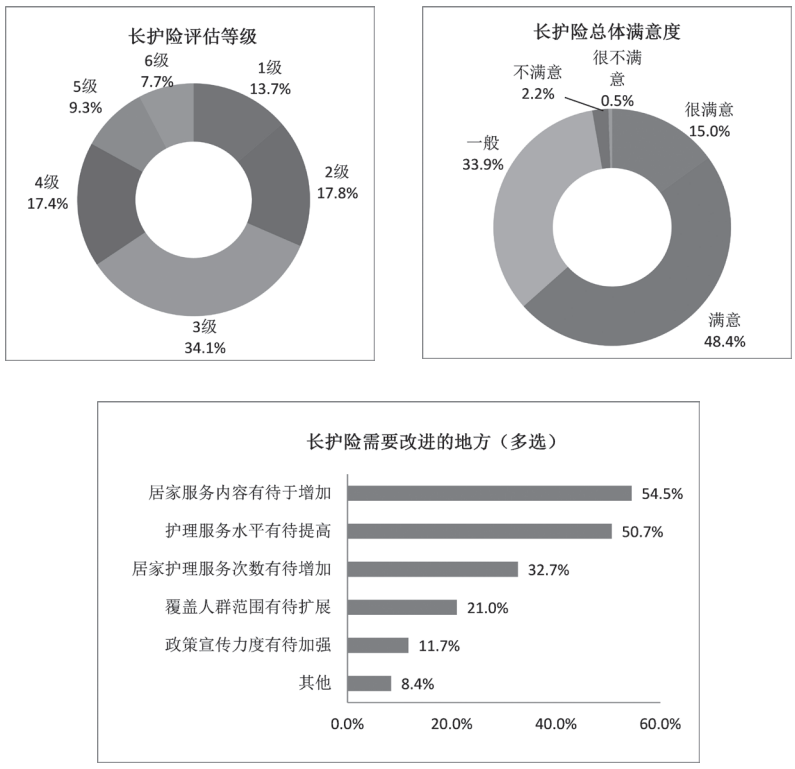


图 1　2021年上海市受访老年人长护险相关情况示意图

（二）老年人多元化养老服务需求有待进一步满足

调查结果显示，受访老年人以居家养老模式为主，选择“家庭成员提供照料”和“自我照料”方式的老年人合计占 91.4%，选择“社区养老服务机构”和“养老机构提供照料”的老年人仅占 2.8% 和 1.8%。影响选择养老方式的因素主要为“健康状况”（66.6%）、“经济承受能力”（54.6%）、“家人时间和精力”（34.7%）和“生活及文化习惯”（30.4%）等。

从居家照料情况来看，居家照料老人超过半数仅和配偶一起居住（56.2%），其次为和配偶、子女合住，占 24.9%，独居的占 8.1%。选择居家养老的原因主要包括“自己或家人能够解决照顾问题”（40.4%）、“养老院不如家里生活舒适自由”（38.1%）、“不想离开家人与熟悉环境”（31.2%）、“承担不了养老院费用”（30.7%）和“担心养老院医疗条件不足”（9.6%）等。家庭成员能够提供的最主要的帮助为“陪同就医 / 陪同外出”（57.80%）、“生活照料”（55.10%）、“聊天谈心”（35.5%）和“经济支持”（19.2%）等。

从社区养老情况来看，对社区服务的主要需求为“上门做家务”（45.2%）、“助餐服务（42.5%）”等。此外，对上门看病、健康教育服务的需求也较大，分别为 21.2% 和 20.1%。适老化改造中对加装电梯的要求最多（46.2%）。

从机构养老情况来看，受访老年人选择机构养老的主要原因为“获得及时的护理和医疗服务”（64.9%）、“减轻子女等家庭成员负担”（64.4%）等。选择机构养老每月能接受的支出大部分在 5000 元以下（73.2%），这与受访老年人收入情况密切相关。根据调研情况，受访老年人主要收入来源为退休金（养老金），占 99.5%，其中 66.1% 的受访老年人收入在 3000 至 6999

元之间。受访老年人普遍认为养老机构“医疗服务”（72.9%）、“护工的数量和服务质量”（63.0%）和“食宿条件”等有待加强（如图 2 所示）。

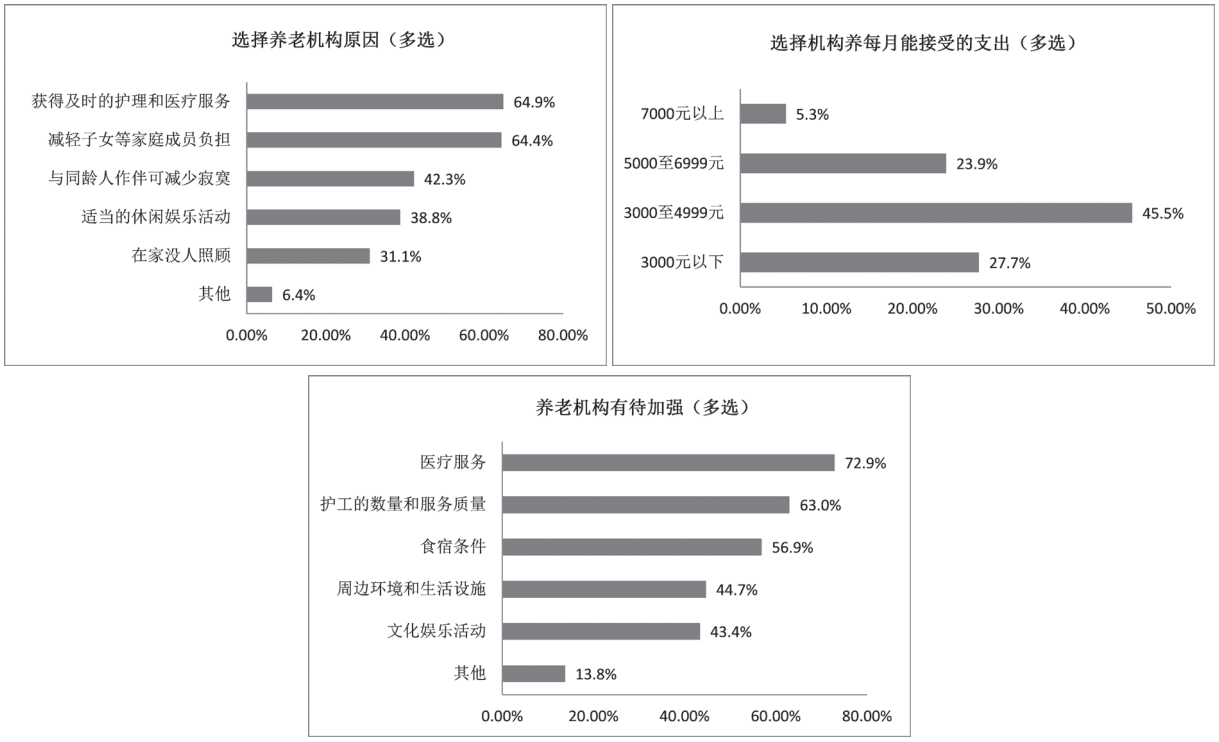


图 2　2021年上海市受访老年人机构养老相关情况示意图

从其他养老模式来看，异地养老和以房养老仍是少数群体，持有长期异地养老意愿的受访老年人仅占 2.2%，不选择异地养老的占 79.2%；赞同“以房养老”观念的也仅占 20.8%。这表明异地养老和以房养老等养老新模式新观念有待进一步普及。

（三）老年人健康服务体系有待进一步健全

从健康情况来看，受访老年人自理能力较好，94.0% 的受访者能独立完成进餐、梳洗、穿衣、如厕、活动等过程；但受访老人患病率超过五分之四（无疾病确诊的为 19.1%），主要疾病为“高血压”“骨关节病”“胃、肠等消化道疾病”“冠心病”“糖尿病”等，这也反映出老年人健康服务需求强烈。

从健康服务情况来看，日常就医倾向于三级医院的最多（46.5%），其次是社区医院（31.4%），再次是区中心医院（20.5%）。家庭医生普及率仍有待提高，受访老年人与家庭医生签约仅占 27.2%。相关研究表明，家庭医生签约服务对老年慢性疾病健康管理有积极作用，能够提高患者健康认知及自我管理能力，促进各项临床指标改善，提高患者医嘱依从性，值得临床推广。受访老年人对家庭医生服务的满意度较高，比较满意和满意的合计占 81.9%。希望家庭医生提供的服务主要包括“预约服务（49.7%）”、“健康体检与慢病管理随访（45.9%）”、“疾病诊疗（45.1%）”、“健康教育与咨询（29.8%）”和“双向转诊（27.2%）”等。

（四）老年教育参与度有待进一步提升

调研表明，受访老年人参加的老年教育包括“老年大学的正规课程”（33.8%）、“社区学校

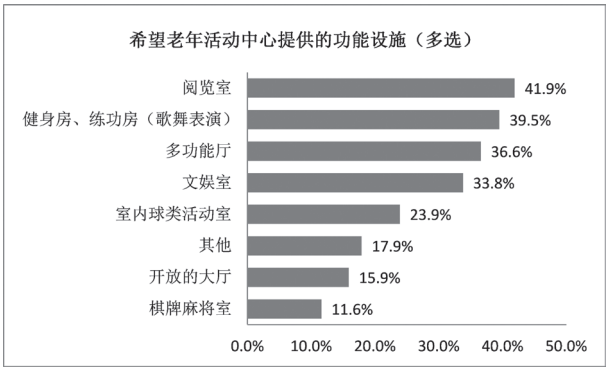
和社区活动中心提供的活动和课程”（29.7%）以及“电视广播等教育栏目”（16.0%）等，但仍有 36.9% 的受访老年人没有参加过任何形式的老年教育，表明老年教育参与度仍有待提升。且老年教育模式较为传统，有待进一步创新。受访老年人表示参加老年教育的困难包括“活动地点离家太远“（25.4%）、活动点太少”（23.7%）、“机会太少”（19.0%）。培训内容需求量最大的是“医学保健类”（52.8%）“文化艺术类”（51.3%）、“实用知识和技能”（43.6%）和“心理”健康关怀（31.7%）等。

（五）老有所为的社会氛围有待进一步提升

受访老年人日常时间主要用于“旅游”（43.1%）、“照顾孙辈”（34.1%）和“参加文化体育活动”（33.4%），“老年大学再深造”和“老年志愿活动”的分别占 25.0% 和 19.6%，再就业的受访老年人仅占到 4.4%。愿意发挥社会作用的方式主要为”志愿者服务（54.7%）”，仅有 9.2% 的受访老年人表示愿意再就业。再就业或参与志愿服务过程中遇到的主要障碍为“身体条件不允许”（47.7%）以及“工作和生活难以平衡”、“老年再就业岗位不足”、“缺乏针对老年人就业的法律保障、技能培训和福利保障”和“家人朋友的反对和不理解”等，表明老年人再就业的社会氛围有待提升。

（六）老年人文化娱乐供给有待进一步丰富

受访老年人经常参加的活动包括“旅游”（50.2%）、“文化娱乐”（42.9%）、“健身”（39.8%）等。71.3% 的受访老年人每天都会使用手机、电脑等上网，包括“浏览内容”、“网上购物”和“看电影、电视剧和网络视频”等，这反映出老年人对手机、电脑等上网需求较大。受访老年人活动范围主要是呆在家里（58.2%），其次为公园、广场、小区、社区老年活动中心（52.3%）；需求较大的功能设施为阅览室、健身房、练功房（歌舞表演）、多功能厅等，普遍反映社区或周边提供的休闲娱乐活动少。相关研究表明，我国老年文化娱乐服务目前存在产品和服务类型单一、娱乐活动场所有限、服务信息错位现象、文化娱乐场所环境差质量低等问题（如图 3 所示）。



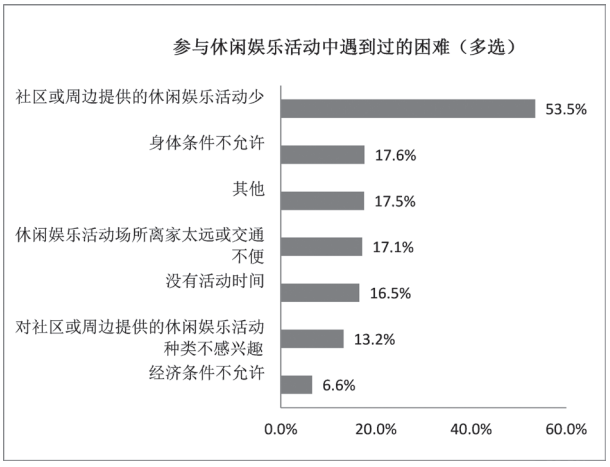


图 3　2021年上海市受访老年人文化娱乐相关情况示意图

二、对策和建议

（一）健全多层次老年社会保障体系，持续深化长护险试点

在稳步提高城镇职工养老保险和城乡居民养老保险养老待遇水平的基础上，持续拓宽职业

年金和企业年金覆盖面，大力发展个人储蓄型养老保险和商业养老保险等第三支柱养老保险，健全多层次养老保险制度体系。在稳步提高基本医疗保障水平的基础上，完善重特大疾病医疗保险和救助制度，支持商业健康保险发展，鼓励商业保险机构开发提供包括医疗、康复、照护等多领域的综合性健康保险产品和服务。深化老年综合津贴制度，逐步提高老年人社会福利水平。优化长护险试点政策体系和配套支撑体系，完善需求评估机制；进一步加大政策宣传力度，引导正确护理需求；规范护理服务供给，扩大护理人员从业来源，促进护理人员职业化；扶持优质的护理机构，做大做强；制定出台标准明确、程序科学的监管制度，发挥“互联网 +”技术，加强对护理机构和护理人员的监管；优化长护险服务内容与体系，加强护理流程和质量管理，将家政服务补齐或叠加；优化长护险信息综合系统，建设市级养老综合信息管理和服务平台；引入商业保险补充完善长护险筹资、服务范围，将社会保险体系和商业保险模式相融合，确保长护险健康可持续发展。

（二）完善以居家为基础、社区为依托、机构为补充的养老服务体系

随着老龄化的加剧和现代家庭结构的变化，传统家庭养老向社会养老过渡也是未来养老方式变化的必然趋势，需加快完善以居家为基础、社区为依托、机构为补充的养老服务体系。在中心城区和城镇化地区大力发展社区嵌入式养老服务推广居家、社区、机构融合发展的综合照护服务模式。支持家庭承担养老功能，推进志愿关爱服务、家庭照护者培训、喘息服务、辅具推广服务、时间银行等项目。发挥社区对居家养老的支撑作用，加快老旧小区加装爬楼器和电梯等适老化改造。推进养老机构入院分级评估以及养老服务标准化建设，加强养老服务行业消防、食品、卫生等安全底线管控。积极推广异地养老、以房养老、养老社区等新模式。壮大养老服务人才队伍，满足老年人对养老服务从业人员的数量与质量要求。健全养老服务业发展的法律法规，建立和健全养老服务业发展的标准体系，强化有效监管，确保养老服务业健康和规范发展。积极推进护理机器人等新技术的应用。关注重视孤老、失独家庭、残疾人、认知症老人、精神病老人、病后康复和活动能力受限的老人、驻沪部队现役军人父母等社会弱势群体的养老问题。

（三）注重医养结合，优化老年健康服务供给

此次调查显示，老年人对于生活照料和医疗服务的需求较大，这与老年人身体健康状况和活动能力受限有关，多数老年人在选择养老服务时，更多地考虑能否满足基本医疗健康需求。因此需进一步完善养老机构的医疗设施配套和服务水平，满足老年人在医疗保健、康复护理、健康检查与健康促进、疾病诊治等专业医疗保健服务的需求。进一步提高社区医院的服务能力，增加社区医院的药品种类和给药的维持量，特别是老年人慢性病的药品，减少病人看诊次数。进一步发挥家庭医生的实际效果，建立老年人医疗健康档案，完善医生上门服务，包括老年人慢性病、常见病的问诊、随访、冶疗、送药制度。加强老年体检和健康培训，增加地段医院医疗设施以及体检设施，对老年人设置有针对性的体检项目，并增加老年人安全卫生保健心理健康检查和培训讲座。加强老年保健品市场的管理，监管部门加大保健品市场的监管及惩处力度。

（四）营造良好氛围，鼓励老年人参与社会发展

加强老年人再就业的专业培训体系建设，积极搭建老年人才市场，建立老年人才信息库。充分调动老年人参与就业创业的积极性，有效挖掘开发老年人力资源。依法保障老年人在劳动过程中的合法收入、安全和健康权益，加强老年人再就业的法律保障。鼓励老年人主动参与学历教育、职业技能培训、各类兴趣爱好活动和老年志愿服务活动。鼓励和引导公益性、互助性、服务性的老年社会组织健康有序发展。

（五）创新老年教育模式，丰富老年文体娱乐设施供给

积极借助大数据等新技术推动老年教育管理体制转型 , 构建资源共享平台 , 变革教学模式通过电视、网络、社区等多途径开设老年课程，增强老年学习内容。加强老年教育课程、教材、教学、评价研究，建立健全老年教育品牌建设机制，鼓励老年教育特色发展。加强老年教育师资队伍建设，构建分层分类的老年教育教师培训体系。支持高校、社会力量举办老年教育机构或参与老年教育服务，推进学教融合、养教结合。加快完善老年文体娱乐设施建设，继续完善公共文化设施全域网络，持续提升公共文化设施的服务效能，提供适宜老年人的公共文化服务。组织举办适宜老年人的文体娱乐旅游活动，为老年人展示交流提供多样化舞台。鼓励和支持在养老服务机构设置公共文化活动区域，为老年人开展文化活动提供便利。

（六）加快推进长三角区域老龄事业协同发展

加强长三角区域内养老资源规划的统筹力度，重视长三角区域老龄事业协同发展。探索以项目共建共享、租赁共享、候鸟共享等形式，将区域内养老、医疗、人才等服务资源整合运作，健全医养结合等养老服务设施建设。加快长三角一体化发展医养结合型人才建设，支持医学教育布局布点向郊区和长三角区域倾斜，提升郊区和长三角区域养老资源的能效和竞争力，支持长三角区域高校养老服务类专业人才培养交流。健全区域内跨省市购买养老服务的配套政策机制。鼓励养老服务机构连锁化、规模化、品牌化发展，提升长三角区域养老服务品质。

《人口与健康》

社区老年人轻度认知障碍筛查和干预的进展、探索与启示

王颖[1] 杨颖华[2] 黄延焱[3] 蒋怡华[4] 李霞[5] 阮晔[6] 孙双圆[6]
程海铭[7] 杨婷婷[2] 刘馨雅[1] 王鹏飞[1] 吴乾渝[8]

一、研究背景和意义

（一）阿尔茨海默已成严重的公共卫生问题，疾病负担巨大

阿尔茨海默 (dementia) 是一种进行性的认知障碍，损害涉及记忆、学习、定向分析及解决问题等能力。据 2015 年阿尔茨海默病协会报告，2015 年痴呆患病率为 4680 万人，预计到 2050 年将增至 1.315 亿人，且大部分增加发生在低收入和中等收入国家。痴呆所造成的医疗保健成本和收入损失总和已达到每年 810 亿美元，预计到 2030 年将上升到 2 万亿美元。

（二）基于轻度认知障碍的早期干预是重要的防治手段

轻度认知障碍 (mild cognitive impairment，MCI) 是指记忆力或其他认知功能进行性减退，但日常生活能力基本正常，且不满足痴呆的诊断标准。每年约有 5%~10% 的 MCI 患者发展为痴呆，且发展为痴呆的风险要比健康的老年人更高。目前并无明确证据证明有治疗痴呆的有效手段，过去十年的临床治疗实验失败率高达 99.6%。学界多认为在 MCI 阶段进行干预能防止老年人进一步发展为痴呆。

（三）基于社区对轻度认知障碍进行管理意义重大

由于 MCI 不会影响到老年人的日常生活，大部分老年人及家属仅将其当作衰老的正常现象。尽管专家推荐对痴呆患者进行提前护理，但却少有落实，造成了许多本可避免的住院和生活质量降低。受专业照护机构缺乏及传统观念影响，国内 90% 痴呆老年人选择社区和居家照护，但国内社区医疗保健体系不健全，因此加强基于社区的 MCI 筛查和干预对痴呆的防治有重要作用。

二、国内外研究现状与发展趋势

（一）WHO 逐渐关注轻度认知障碍的诊疗照护体系策略

WHO 早在 2006 年正式提出对痴呆等认知障碍疾病的研究结果 , 之后陆续制定相关战略 , 以 帮助世界各国更好地应对痴呆挑战。 WHO 提出的针对痴呆及认知衰退的部分指南 , 如 2008

第一作者：王颖，女，教授
通讯作者：吴乾渝，女，一级巡视员
作者单位：复旦大学公共卫生学院（王颖、刘馨雅、王鹏飞），上海市临床检验中心（杨颖华、杨婷婷），复旦大学附属华山医院（黄延焱），上海市闵行区精神卫生中心（蒋怡华），上海交通大学附属精神卫生中心（李霞），上海市疾病预防控制中心慢性非传染性疾病与伤害防治所（阮晔、孙双圆），上海市健康促进中心（程海铭），上海市卫生健康委员会（吴乾渝）。

年 发布的《精神卫生差距行动规划》、2012 年发布的《痴呆：一个公共卫生重点》、2017 年发布的《2017—2025 公共卫生领域应对痴呆症全球行动计划》及 2019 年发布的《降低认知衰退和痴呆 症风险》等。

此外，WHO 帮助了各成员国制定和实施认知障碍行动计划，如 *Towards a Dementia Plan A WHO Guide*，指导成员国建立或加强独立的认知障碍行动计划，或将认知障碍整合到现有计划中。同时 WHO 也帮助制定行动计划的实用工具。目前，全球已有 26 个国家制订国家计划来应对认知障碍挑战。

（二）中国及上海层面政策推动

中国目前在认知障碍计划制定和执行方面尚处于起步阶段。2020 年国际阿尔兹海默病协会（Alzheimer’s Disease International，ADI）发布的报告 From Plan to Impact Ⅲ中，中国目前仅处于 5 级阿尔兹海默病策略的 3B 阶段（发展中阶段）。基于此，中国政府在《健康中国 2030 规划纲要》中提出要“加强老年痴呆症等疾病的有效干预”。2020 年 9 月国家卫生健康委发布了《探索老年痴呆防治特色服务工作方案》（国卫办疾控函〔2020〕726 号），明确提出“社区（村）老年人认知功能筛查率达 80%”。2021 年 4 月，国家卫生健康委印发了《关于开展老年人失能（失智）预防干预试点工作的通知》(国卫老龄健康服务便函〔2020〕36 号)，干预项目将在 15 个省（市、区）的 15 个干预县（市、区）全面实施。

2017 年上海市在《健康上海 2030 规划纲要》中提出，要“加强老年人健康管理，开展对老年常见慢性病、退行性疾病和心理健康问题的干预”等。《上海市深化养老服务实施方案（2019-2022 年）》（沪府规〔2019〕26 号）中同样将“加强老年认知障碍照护服务”作为一项主要任务，提出构建分层分类的老年认知障碍干预照护体系。2019 年，上海市印发《关于在养老服务中加强老年认知障碍照护服务工作的通知》（沪民养老发〔2019〕4 号），提出“着力加强老年认知障碍机构照护、社区干预、社会宣教等工作”等。同年，上海市 10 个区的 28 个街镇试点启动了“上海市老年认知障碍友好社区”建设，以实现认知障碍老人的早筛查、早干预。2020 年老年认知障碍友好社区建设扩大到 50 家。2021 年 9 月，第三批老年认知障碍友好社区建设启动试点，新增 44 个街镇，范围也从中心城区延伸至郊区，试点目前已覆盖了 121 个街镇。

2021 年 6 月发布的《上海市老龄事业发展“十四五”规划》（沪府办发〔2021〕3 号）中也再次强调了老年认知障碍管理及照护服务工作的重要地位，并指出“十四五”期间上海将继续开展认知障碍等老年人常见精神障碍的预防、早期识别与干预，持续推进老年认知障碍友好社区试点，实现街镇全覆盖。2021 年 8 月最新发布的《上海市民政事业发展“十四五”规划》（沪府办发〔2021〕16 号）指出“十四五”期间，上海将继续开展认知障碍等老年人常见精神障碍的预防、早期识别和干预。

（三）国内外认知障碍筛查量表及互联网筛查工具研究与实践

国外认知障碍的筛查自 2000 年开始之后迅速成为研究热点。MCI 筛查量表以 MMSE 和 MoCA 为主，较多研究结果显示 MoCA 量表的筛查结果更优（Nasreddine Z S 等，2005），但更为复杂和耗时更长。有研究表明 AD8 量表有高灵敏度和低特异度，适用于 MCI 的筛查（Hendry

K 等，2019）。WHO 也推荐使用 AD8 量表，简单易操作且有较好的信度和效度。国内对 MCI 筛查的研究整体较晚，国内文献中大部分使用 MMSE、MoCA 和 AD8 量表。国家卫生健康委发布的《探索老年痴呆防治特色服务工作方案》（国卫办疾控函〔2020〕726 号）中提到可使用 AD8 量表开展老年人认知功能的评估。

近年来，由于纸质筛查工具成本高且难以大范围筛查，越来越多的学者认识到有必要开发可靠的、基于互联网的筛查工具。国外的互联网认知筛查测试于 20 世纪 70 年代开始，多数学者开发了线上问卷为主的筛查工具，如 PAI-Yi 等通过智能筛选形成简短的筛查工具问卷。Brandt J 等开发了一项痴呆风险在线评估工具。Zygouris S 等开发虚拟超市（VSM）应用程序，可用于家庭检测 MCI。目前国外应用较广的互联网化筛查工具如 Cogstate Brief Battery，能够进行认知功能自我检测。

国内互联网筛查工具尚处于孵化阶段。已有研究中多利用计算机工具来完善纸质测试，如邹洁蒙利用数据挖掘技术将常用量表拆分组合成电子化认知障碍评估系统。贾芷莹运用机器学习技术设计了电子化认知评估系统，并融合就诊情景。谢海群等建立了 CAT-cog 模型，将常用量表构建成项目库进行分析筛选与整合。上海市民政局开发了“上海市社区老年认知障碍风险自测系统”，截至 2020 年完成了近 6 万老年人的风险测评。上海市脑健康联盟在互联网医院开设认知障碍专病平台，对风险人群进行前期筛查和自测统计。本研究组基于上海样本地区认知障碍筛查得出的电子问卷研发了一整套包括社会人口学、生活自理能力、抑郁、社会支持、生命质量情况；认知障碍人群的可调控危险因素，如不良生活方式和基础疾病等模块的基于“互联网 +”的老年认知障碍筛查程序，可以完成普查和抽样调查，满足管理人员、评估人员和社区老人的不同需求，实现认知障碍筛查和危险因素评估（图 1）。

图 1　基于“互联网+”的老年认知障碍筛查程序

（四）国内外认知障碍干预方法研究

国外自 20 世纪 80 年代已有相对成熟的痴呆患者干预方式，后发展为针对健康人群、轻度认知障碍人群等不同类型人群的干预策略。目前国外干预研究主要集中于 MCI 人群，由于 MCI 治疗药物尚未获批，MCI 的非药物干预研究仍被重点关注。国外文献中多涉及多种认知干预措施，如图 2。

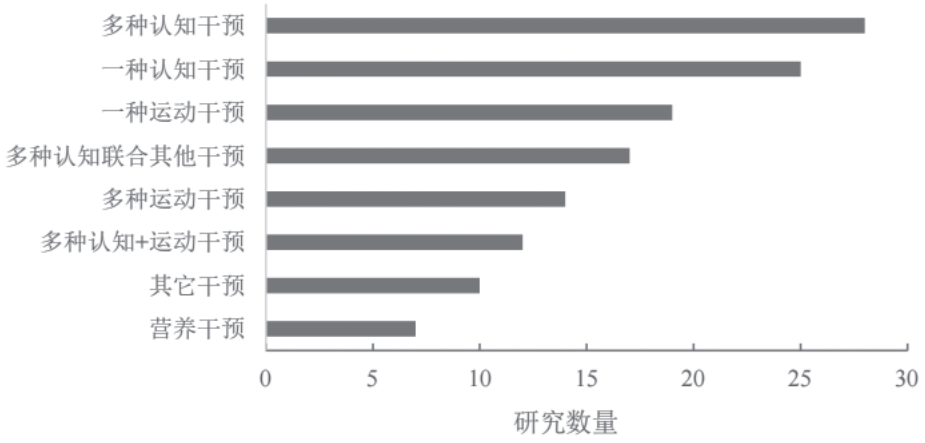


图 2　健康或MCI老年人非药物干预随机对照试验研究数量

国内痴呆防治工作整体起步较晚，近年常对 MCI 老人开展非药物干预。文献研究聚焦于单维干预，多维干预较少。单维干预是目前国内最常用的干预方法，包括单一和多个领域的认知干预。前者常见记忆干预，如张建等使用四种记忆训练方法对 MCI 患者进行训练，感知觉训练由于易操作和娱乐性的特点依从性较高。多领域认知干预在实际操作中更多见。

本研究使用“运动 + 小组模式 +VR 认知训练”的多维干预模式对上海社区健康及 MCI 老年人进行非药物干预，分析基线和干预后老年人的结局指标，评价干预后效果，得出一套在社区可行的、全面系统的干预方案。

三、上海市三区认知障碍筛查及干预结果

（一）社区老年人认知障碍现况筛查情况

1. 认知障碍筛查工具

本研究通过已有的成熟的认知障碍疾病筛查工具，经过文献归纳和专家咨询，遴选出一套适合社区老年人自我筛查、家庭他查与社区卫生技术人员专业筛查的量表，并研制电子问卷。内容包括社会人口学情况、生活习惯、体力活动（老年人体力活动量表 PASE）、既往病史、生活质量与生活自理能力（健康调查简表 SF-36、巴氏指数 Barthel Index、工具性日常生活活动能力量表 IADL）、社会交往与支持情况（社会支持评定量表 SSRS）、心理和精神状况（老年人抑郁量表 GDS）、营养状况、睡眠情况（匹兹堡睡眠质量指数量表 PSQI）及 MCI 筛查（AD8、简易智力状态评估量表 mini-cog、简明精神状态量表 MMSE）。

2. 认知障碍筛查结果

本研究调查了上海市闵行区、虹口区和青浦区 60 岁及以上常住社区的老年人，获得 7316 份有效问卷，其中远郊地区（青浦）2398 份，近郊地区（闵行）2518 份，城中心地区（虹口）2400 份。整体 MCI 筛查阳性率达 20.19%，远郊地区阳性率最高（37.28%），近郊地区阳性率最低（11.44%），城中心地区阳性率较低（12.29%）。具体认知障碍筛查一般情况如表 1 所示。调查对象中女性占比更高（53.53%），高龄老人占比较低（15.47%），各地区老人文化程度有显著差异，城中心地区高文化水平老人占比最高（52.75%）。户籍老人（93.34%）、在婚老人（84.46%）及与他人同住的老人（92.36%）占大多数。子女个数超过 2 个的老人较少（13.76%），多数与子女每天见面（45.95%）。城中心地区高收入老人最多（29.63%），大部分老人主要经济来源为退休金（93.49%），详见表 1。

表 1　上海样本地区社区老年人认知障碍调查一般情况

特征	近郊 *n*（%）	远郊 *n*（%）	城中心 *n*（%）	合计 *n*（%）	*P*	*P*		
						远郊 - 城中心	远郊 - 近郊	近郊 - 城中心
总体情况	2398（100）	2518（100）	2400（100）	7316（100）				
人口学特征					0.110	0.297	0.056	0.003
男	1125（46.91）	1113（44.20）	1162（48.42）	3400（46.47）				
女	1273（53.09）	1405（55.80）	1238（51.58）	3916（53.53）				
年龄〔岁〕					<0.001	0.022	0.039	<0.001
60-69	1319（55）	1305（51.83）	1414（58.92）	4038（55.19）				
70-79	694（28.94）	810（32.17）	642（26.75）	21.46（29.33）				
≥ 80	38.5（16.06）	403（16.00）	344（14.33）	1132（15.47）				
文化程度					＜ 0.001	＜ 0.001	＜ 0.001	＜ 0.001
文盲	964（40.20）	193（7.66）	49（2.04）	1206（16.48）				
小学	1078（44.95）	460（18.27）	204（8.50）	1742（23.81）				
初中	274（11.43）	900（35.74）	881（36.71）	2055（28.09）				
高中及以上	82（3.42）	965（38.32）	1266（52.75）	2313（31.62）				
户籍					＜ 0.001	＜ 0.001	＜ 0.001	0.005
户籍人口	2365（98.62）	2257（89.63）	2207（91.96）	6829（93.34）				
非户籍人口	33（1.38）	261（10.37）	193（8.04）	487（6.66）				
婚姻状况					0.276	-	-	-
单身	374（15.60）	411（16.32）	352（14.67）	1137（15.54）				

表 1　上海样本地区社区老年人认知障碍调查一般情况（续）

特征	近郊 *n*（%）	远郊 *n*（%）	城中心 *n*（%）	合计 *n*（%）	*P*	*P*		
						远郊 - 城中心	远郊 - 近郊	近郊 - 城中心
在婚	2024（84.40）	2107（83.68）	2048（85.53）	6179（84.46）				
居住情况					0.002	＜ 0.001	0.063	0.075
与他人同住	2181（90.95）	2327（92.41）	2249（93.71）	6557（92.36）				
独居	217（9.05）	191（7.59）	151（6.29）	559（7.64）				
子女个数					＜ 0.001	＜ 0.001	＜ 0.001	＜ 0.001
≤ 1	1054（43.95）	1567（62.23）	1934（80.58）	4555（62.26）				
2	809（33.74）	652（25.89）	293（12.21）	1754（23.97）				
≥ 3	535（22.31）	299（11.87）	173（7.21）	1007（13.76）				
与子女见面频率					＜ 0.001	＜ 0.001	＜ 0.001	＜ 0.001
每天	831（34.65）	1449（57.55）	1084（45.17）	3364（45.95）				
每周	1036（43.2）	703（27.92）	993（41.38）	2732（37.34）				
每月或更少	531（22.14）	366（14.54）	323（13.46）	1220（16.68）				
个人月收入					＜ 0.001	＜ 0.001	＜ 0.001	＜ 0.001
2000 元以下	1031（42.99）	54（2.25）	1412（19.3）	372（12.99）				
2000-5000 元	1314（54.8）	1635（68.13）	4699（64.23）	1750（69.5）				
5000 元以上	53（2.21）	441（17.51）	711（29.63）	1205（16.47）				
主要经济来源					＜ 0.001	＜ 0.001	0.014	＜ 0.001
退休金	2166（90.33）	2324（92.30）	2350（97.92）	6840（93.49）				
其他	232（9.67）	194（7.70）	50（2.08）	476（6.51）				
筛查情况					＜ 0.001	＜ 0.001	＜ 0.001	0.354
阴性	1504（62.72）	2230（88.56）	2105（87.71）	5839（79.81）				
阳性	894（37.28）	288（11.44）	295（12.29）	1477（20.19）				

上海样本地区社区老年人躯体自理能力情况如表 2 所示。远郊地区老人总体健康情况最好，近郊地区老人生理功能、社会功能和情感职能情况最好，城中心老人在生理职能、躯体疼痛、活力和精神健康方面情况最好。总体来看大部分老人可完全自理或轻度依赖他人（92.95%），按照 IADL 分类结果类似，正常老人占大多数（70.68%）。

表 2　上海样本地区社区老年人认识障碍调查躯体自理能力基本情况

特征	远郊 n(%)/ $\bar{x}\pm$SE	近郊 n(%)/ $\bar{x}\pm$SE	城中心 n(%)/$\bar{x}\pm$SE	合计 n（%）	P	P		
						远郊 - 城中心	远郊 - 近郊	近郊 -- 城中心
SF-36								
PF 生理功能	72.94± 24.70	83.71± 18.16	78.06± 24.73	78.32± 23.10	＜ 0.001	＜ 0.001	＜ 0.001	＜ 0.001
RP 生理智能	68.12± 43.89	72.87± 39.45	73.42± 42.69	71.49± 42.07	＜ 0.001	＜ 0.001	0.035	＜ 0.001
BP 躯体疼痛	79.15± 23.11	79.19± 21.53	85.60± 23.53	81.28± 22.92	＜ 0.001	＜ 0.001	0.099	＜ 0.001
VT 活力	74.15± 15.14	72.88± 14.67	77.23± 17.38	74.72± 15.86	＜ 0.001	＜ 0.001	＜ 0.001	＜ 0.001
SF 社会功能	83.71± 23.30	84.45± 19.37	80.95± 25.87	83.06± 23.00	0.039	＜ 0.001	＜ 0.001	＜ 0.001
RE 情感职能	80.08± 37.67	82.87± 33.56	81.54± 37.07	81.52± 36.12	0.083	-	-	-
Barthel index	90.56± 12.67	98.20± 7.62	94.27± 15.68	94.41± 12.77	＜ 0.001	＜ 0.001	＜ 0.001	＜ 0.001
BI 分类					＜ 0.001	＜ 0.001	＜ 0.001	＜ 0.001
轻度依赖 / 独立	2133（88.95）	2464（97.86）	2203（91.79）	6800（92.95）				
中度依赖	221（9.22）	34（1.35）	117（4.88）	372（5.08）				
重度依赖	44（1.83）	20（0.79）	80（3.33）	144（1.97）				
LADL	7.38± 1.63	7.58± 1.08	7.19± 1.75	7.39± 1.52	＜ 0.001	0.763	＜ 0.001	＜ 0.001
LADL 分类					＜ 0.001	＜ 0.001	＜ 0.001	0.033
正常	1538（64.14）	1893（75.18）	1740（72.5）	5171（70.68）				
失能	860（35.86）	625（24.82）	660（27.5）	2145（29.32）				

3. 认知障碍影响因素结果

上海样本地区社区老人 MCI 的人口学维度变量单因素分析结果如表 3 所示。总体上性别（P<0.001）对 MCI 筛查结果的分布有显著影响，女性的阳性率 23.54% 显著高于男性的阳性率 16.32%。年龄（P<0.001）和文化程度（P<0.001）对 MCI 筛查结果的分布有显著影响，年龄越大的老人中阳性率越高随着文化程度的增加阳性率逐渐降低。

婚姻状况（P<0.001）和居住情况（P<0.001）对 MCI 筛查结果的分布有显著影响，单身和独居老人的阳性率更高。子女个数（P<0.001）对 MCI 筛查结果的分布有显著影响，子女个数越多的老人阳性率越高。个人月收入（P<0.001）和主要经济来源（P<0.05）对 MCI 筛查结果的分布有显著影响，收入越高老人阳性率越低，主要经济来源为退休金的老人阳性率更低。居住地（P<0.001）对 MCI 筛查结果的分布有显著影响，远郊地区老人阳性率明显高于近郊和城中心。

表 3　上海样本地区社区老年人人口学特征单因素分析结果[①]

特征	远郊 *n*（%）		近郊 *n*（%）		城中心 *n*（%）		合计 *n*（%）	
	阳性	阴性	阳性	阴性	阳性	阴性	阳性	阴性
总体情况	894（37.28）	1504（62.72）	288（11.44）	2230（88.56）	295（12.29）	2105（87.71）	1477（20.19）	5839（79.81）
人口学特征								
性别								
男	318（28.27）	807（71.73）	121（10.87）	992（89.13）	116（9.98）	1046（90.02）	555（16.32）	2845（83.68）
女	576（45.25）	697（54.75）***	167（11.89）	1238（88.11）**	179（14.46）	1059（85.54）**	922（23.54）	2994（76.46）***
年龄（岁）								
60-69	296（22.44）	1023（77.56）	82（6.28）	1223（93.72）	74（5.23）	1340（94.77）	452（11.19）	3586（88.81）
70-79	317（45.68）	377（54.32）	75（9.26）	735（90.74）	68（10.59）	574（89.41）	460（21.44）	1686（78.56）
⩾ 80	281（72.99）	104（27.01）***	131（32.51）	272（67.49）***	153（44.48）	191（55.52）***	565（49.91）	567（50.09）***
文化程度								
文盲	546（56.64）	418（43.36）	60（31.09）	133（68.91）	32（65.31）	17（34.69）	638（52.9）	568（47.1）
小学	280（25.97）	798（74.06）	65（14.13）	395（85.87）	82（40.2）	122（59.8）	427（24.51）	1315（75.19）
初中	56（20.44）	218（79.56）	87（9.67）	813（90.33）	87（9.88）	794（90.12）	230（11.19）	1825（88.81）
高中及以上	12（14.63）	70（85.37）***	76（7.88）	889（92.12）***	94（7.42）	1172（92.58）***	182（7.87）	2131（92.13）***
户籍								
户籍人口	868（36.7）	1497（63.3）	257（11.39）	2000（88.61）	279（12.64）	1928（87.36）	1400（20.56）	5425（79.44）
非户籍常驻人口	26（78.79）	7（21.21）***	31（1.88）	230（88.12）	16（8.26）	177（91.71）	73（14.99）	414（54.01）**
婚姻状况								
单身	220（58.82）	154（41.18）	89（21.65）	322（78.35）	108（30.68）	244（69.32）	417（36.68）	720（63.32）
在婚	674（33.30）	1350（66.70）***	199（9.45）	1907（90.55）***	187（9.13）	1861（90.87）***	1060（17.15）	5119（82.85）***
居住情况								
与他人同住	783（35.9）	1398（64.1）	255（10.96）	2072（89.04）	261（11.61）	1988（88.39）	1299（19.22）	5458（80.78）
独居	111（51.15）	106（48.85）***	33（17.28）	158（82.72）***	34（22.52）	117（77.48）***	178（31.84）	381（68.18）***
子女个数								
⩽ 1	233（22.11）	821（77.89）	117（7.47）	1450（92.53）	128（6.62）	1806（93.38）	478（10.49）	4077（89.51）
2	319（22.11）	490（60.57）	80（12.27）	572（87.73）	76（25.94）	217（74.06）	475（27.08）	1279（72.92）
⩾ 3	342（63.93）	193（36.07）***	91（69.57）	208（69.57）***	91（52.60）	82（47.40）***	524（52.04）	483（47.96）***

表 3　上海样本地区社区老年人人口学特征单因素分析结果①

特征	远郊 *n*（%）		近郊 *n*（%）		城中心 *n*（%）		合计 *n*（%）	
	阳性	阴性	阳性	阴性	阳性	阴性	阳性	阴性
与子女见面频率								
每天	344（41.4）	487（58.6）	161（11.11）	1288（88.89）	152（14.02）	932（85.98）	657（19.53）	2707（80.47）
每周	396（38.22）	640（61.78）	85（12.09）	618（87.91）	96（9.67）	897（90.33）	577（21.12）	2155（78.88）
每月或更少	154（29.00）	377（71.00）***	42（11.48）	324（88.52）	47（14.55）	276（85.45）***	243（19.92）	977（80.08）
个人月收入								
2000 元以下	477（46.27）	554（53.73）	47（14.37）	280（85.63）	12（22.22）	42（77.78）	536（37.96）	876（62.04）
2000-5000 元	414（31.51）	900（68.49）	199（11.37）	1551（88.63）	238（14.56）	1397（85.44）	851（18.11）	3848（81.89）
5000 元以上	3（5.66）	50（94.34）***	42（9.52）	399（90.48）	45（6.33）	666（93.67）***	90（7.47）	1115（92.53）***
主要经济来源								
退休金	820（37.76）	1346（62.14）	260（11.19）	1064（88.81）	279（11.87）	2071（88.13）	1359（19.87）	5481（80.13）
其他	74（31.90）	158（68.10）	28（14.43）	166（85.57）	16（32.00）	34（68.00）***	118（24.79）	358（75.21）**
来源								
远郊	-	-	-	-	-	-	894（3728）	1504（62.72）
远郊	-	-	-	-	-	-	288（11.44）	2230（88.56）
城中心	-	-	-	-	-	-	295（12.29）	2105（87.71）***

①*P<0.05 **P<0.01 ***P<0.001

上海样本地区社区老人 MCI 的生活质量和自理能力单因素分析结果如表 4 所示。SF-36 的八个维度都对 MCI 筛查结果的分布有显著影响（P<0.001），筛查阳性老人各维度得分均低于筛查阴性老人。按照 BI 分类和 IADL 分类分组时，MCI 筛查结果差异有统计学意义（P<0.001），重度依赖无法自理的老人和躯体失能的老人阳性率更高。

表 4　上海样本地区社区老年人躯体自理能力单因素分析结果①

特征	远郊 *n*(%)/$\bar{x}$±SE		近郊 *n*(%)/$\bar{x}$±SE		城中心 *n*(%)/$\bar{x}$±SE		合计 *n*(%)/$\bar{x}$±SE	
	阳性	阴性	阳性	阴性	阳性	阴性	阳性	阴性
SF-36								
PF 生理功能	57.79±26.99	81.94±17.97***	64.90±25.87	86.13±15.32***	43.80±30.58	82.86±19.47***	56.38±28.35	83.87±17.68***
RP 生理职能	45.55±46.69	81.53±35.96	48.35±46.43	76.03±37.31***	31.78±44.33	79.25±39.06***	43.35±46.52	78.61±37.67***
BP 躯体疼痛	68.74±24.96	85.34±19.47***	68.95±23.18	80.51±20.95***	63.76±32.70	88.66±20.15***	67.78±26.42	84.69±20.59***
GH 总体健康	48.60±21.95	63.97±17.03***	45.45±18.00	59.05±15.65***	38.32±20.85	59.84±21.66***	45.93±21.38	60.60±17.48***

表 4　上海样本地区社区老年人躯体自理能力单因素分析结果①（续）

特征	远郊 n(%)/$\bar{x}$±SE		近郊 n(%)/$\bar{x}$±SE		城中心 n(%)/$\bar{x}$±SE		合计 n(%)/$\bar{x}$±SE	
	阳性	阴性	阳性	阴性	阳性	阴性	阳性	阴性
VT 活力	67.35±16.42	78.18±12.72***	62.74±18.41	74.19±13.58***	56.12±18.74	80.19±14.97***	64.21±17.84	77.38±14.13***
SF 社会功能	74.11±27.00	89.41±18.59***	72.05±26.15	86.05±17.70***	49.03±33.69	85.43±21.02***	68.69±29.95	86.69±19.25***
RE 情感职能	62.45±45.54	90.56±27.13***	67.25±42.06	84.89±31.75***	43.05±47.58	86.94±31.84***	59.51±46.05	87.09±30.74***
MH 精神健康	74.17±15.05	80.95±12.20***	71.29±15.41	76.04±12.87***	64.94±20.48	83.63±13.86***	71.76±16.72	80.04±13.48***
BI 分类								
轻度依赖 / 独立	690（32.35）	1443（67.65）	263（10.67）	2201（89.33）	171（7.76）	2032（92.24）	1124（16.53）	5676（83.47）
中度依赖	164（74.21）	57（25.79）	15（44.12）	19（55.88）	64（54.70）	53（45.30）	243（65.32）	129（34.68）
重度依赖	40（90.91）	4（9.09）***	10（50.00）	10（50.00）***	60（75.00）	20（25.00）***	110（76.39）	34（23.61）***
LADL 分类								
正常	359（23.34）	1179（76.66）	111（5.86）	1782（94.14）	67（3.85）	1673（96.15）	537（10.38）	4634（89.62）
失能	535（62.21）	325（37.79）***	177（28.32）	448（71.68）***	228（34.55）	432（65.45）***	940（43.82）	1205（56.18）***

①* P<0.05 ** P<0.01 *** P<0.001

（二）社区老年人轻度认知障碍干预方案实施及评价

1. 社区轻度认知障碍干预方案构建

在文献研究的基础上，本研究通过专家讨论会讨论，结合实际情景提出了多维轻度认知障碍干预方案。对上海市闵行区的老年人进行 MCI 干预试验。

干预组在常规教育基础上，采取“运动 + 小组模式 +VR 训练”的干预。运动干预由老年人自主选择能够长期坚持的运动形式；小组模式的认知训练干预内容包括脑健康知识科普、记忆方法及策略、注意力训练、生活方式干预及大脑功能的开发五个部分，具体课程安排见表 5；VR 训练是针对脑认知功能的不同维度，自适应、可调控的认知功能刺激训练系统。

表 5　小组模式认知训练的主要内容

周	主题	主要内容	形式
1	项目简介	简要介绍项目和总体安排、规则、期望、角色等	授课；小组讨论
2	认知训练	提高记忆的一般策略、集中注意力、手指操	授课；小组讨论；练习；家庭作业
3	认知训练与饮食指导	图片法、记忆位置、记忆习惯与饮食指导	授课；小组讨论；练习；家庭作业
4	认知训练、睡眠与减压指导	归类法、关联 - 闪存法、了解睡眠、失眠、健康睡眠以及失眠的治疗；手腕按摩操；减轻压力和缓解焦虑情绪的方法；压力释放练习	授课；小组讨论；练习；家庭作业

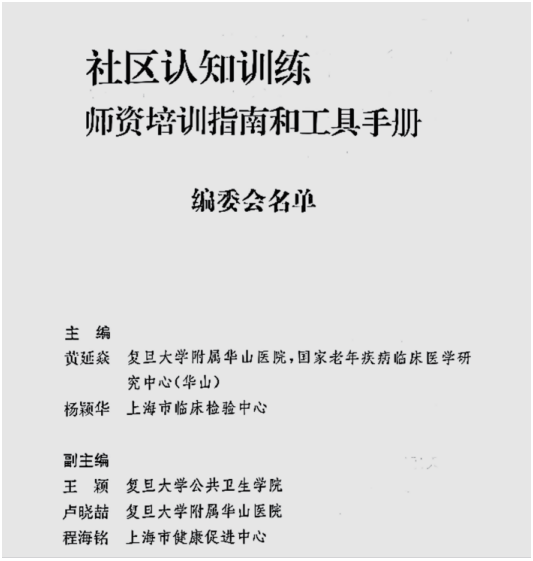
表 5　小组模式认知训练的主要内容（续）

周	主题	主要内容	形式
5	认知训练与运动指导	句子法、故事法、24 点计算；运动目标、运动小窍门、适合老年人的运动方式、健身弹力带运动现场指导与锻炼	授课；小组讨论；练习；家庭作业
6	认知训练与大脑锻炼	定桩法 (罗马房间法，身体法)、左右大脑训练、益智操类及游戏	授课；小组讨论；练习；家庭作业
7	整体复习	对所有知识进行梳理总结、有奖问答小游戏	授课；小组讨论；练习

2. 社区轻度认知障碍干预方案效果评价

本研究共招募 123 人，经随机化分组将 62 人分至干预组（健康 35 人，MCI24 人），61 人分至对照组（健康 33 人，MCI24 人）。通过对两组老年人 MoCA-B 总分、MMSE 评分、AVLY 短时记忆及延迟记忆得分、LMT 延迟回忆、执行功能评分、注意力评分等进行统计学分析，证实本干预方案可有效提高 MCI 老年人整体认知水平（MoCA-B 总分，P=0.007）、记忆力（P=0.015, P=0.032）、注意力（P<0.001），健康老年人整体认知水平（MMSE 评分，P<0.05）、词语回忆、语言能力、多个词语的短时回忆、逻辑延迟回忆（P=0.004）、注意力（P<0.05）。脑部 MRI 测量结果显示，干预后，与记忆功能相关的海马体积增大；海马旁回体积、与视觉相关的梭状回体积相关性较强；参与运动过程、情感表达、感觉性和运动性冲动整合的尾状核、杏仁核、苍白球、丘脑的低频振幅相关性较强，表示基线情况越差，干预后的改善幅度越大。

同时本研究在方案实施的基础上编写了《社区认知训练师资培训指南和工具手册》（图 3），可供社区实施筛查和干预时参考。


社区认知训练
师资培训指南和工具手册

编委会名单

主　编
黄延焱　复旦大学附属华山医院，国家老年疾病临床医学研究中心（华山）
杨颖华　上海市临床检验中心

副主编
王　颖　复旦大学公共卫生学院
卢晓喆　复旦大学附属华山医院
程海铭　上海市健康促进中心

图 3　《社区认知训练师资培训指南和工具手册》

四、认知障碍筛查及干预面临的不足与启示

（一）老年人对认知障碍筛查和干预知晓率低

对老龄化社会的快速到来人们还未做好准备，存在认知障碍预防和管理的盲区，患者和家

属对认知障碍的知晓率较低，更不会主动采取干预措施。面对不断扩大的老年人患者群体，认知障碍已成为一个涉及各领域的严重的公共卫生问题。早筛查早干预对降低疾病经济负担有积极作用，是防治认知障碍的重要措施。

（二）老年人轻度认知障碍社区筛查工作空缺

社区卫生服务中心人力物力资源短缺，医务人员缺乏培训，社区工作人员缺乏对轻度认知障碍老年人的主动服务，对认知障碍缺乏认识或行动不便的老年人难以得到及时的发现和干预。各级政府和卫生行政部门应加强对社区卫生服务中心这一基层卫生机构的重视，社区卫生服务中心应有主动服务的意识，可建立健康档案对社区认知障碍老年人统一管理和干预。

五、推进认知障碍筛查及干预的建议

早期认知障碍是早期诊断和干预阿尔茨海默病等痴呆的黄金窗口期，采取早筛查、早干预、早诊断、早治疗等医学手段积极预防和延缓疾病进展至关重要，而四早的最佳战场在社区。本次试点研究进一步证实早期认知障碍干预的迫切性、可行性和有效性，建议将社区作为认知障碍筛查和干预的切入口，逐步建立基于危险因素的人群风险分层管理模式、老年认知障碍“预防 - 诊断 - 治疗 - 康复 - 护理 - 临终关怀”的全流程整合式防治照护体系。

社区认知障碍干预要坚持三个结合：即防治结合、全专结合、医养结合。做到四早：早筛查、早诊断、早治疗、早康复。立足五大原则：健康科普为先，加强脑健康宣传教育；健康促进为主，开展脑健康自我管理，倡导健康生活方式；疾病预防为本，筛查和干预高危人群，控制危险因素；综合连续为要，开展轻度认知障碍干预；认知友好为基，打造支持性社区环境。重点做好社区脑健康服务六大平台内容：健康教育 - 筛查 - 初诊转诊 - 康复 - 家庭照护 - 社区支持。推动以上工作开展，需要项目推进、健康促进、人员培训、考核激励、分级诊疗、信息支撑、研究创新等七方面配套支持。

失能失智老人医疗服务问题、原因及对策

黄玉捷　石瑛

上海市卫生和健康发展研究中心（上海市医学科学技术情报研究所），上海 200003

失能失智老人是我国医养结合政策关注的重点。2019 年国家卫生健康委等 12 部委联合发布《深入推进医养结合发展的若干意见》（国卫老龄发〔2019〕60 号）提出要进一步深入推进医养结合发展，重点为失能失智老人提供集中或居家医养结合服务。2020 年 9 月上海市卫生和健康发展研究中心在上海市杨浦区和奉贤区开展了失能失智老人医疗服务问卷调查，对当前失能失智老人医疗服务中存在的主要问题进行了梳理分析，提出了改善失能失智老人医疗服务的六大对策。

一、调查

（一）对象与方法

1. 对象　在上海市中心城区和远郊区各选择 1 个区。两区纳入标准：人口规模均在 100 万人以上，且人口老龄化率在 30% 以上。最终选择杨浦区（中心城区）和奉贤区（远郊区）。通过分层整群抽样，在杨浦和奉贤两区分别抽取 60 岁及以上失能失智老人样本 205 个，调查总样本 410 个。调查对象纳入标准：（1）按民政部《老年人能力评估》（民政行业评估标准）被街道（乡镇）民政部门评估为轻度失能、中度失能和重度失能等三个等级之一的 60 岁及以上老年人；（2）被医疗机构确诊为老年认知症（老年痴呆症）的 60 岁及以上老年人。

2. 一般资料　采用自行设计的调查问卷收集一般资料。按照安德森卫生服务利用理论模型（2013 年版）设计调查问卷。问卷内容包括（1）人口学特征。如，地区、年龄、性别、受教育程度、退休前职业、婚姻状况、子女数、居住安排等；（2）个人卫生服务利用使用资源。如，收入、医疗保险、医疗费用、医疗服务可及性等；（3）个人卫生服务利用需求。如，慢性疾病和老年综合征患病情况、多种疾病共存情况、医疗服务需求等；（4）个人医疗行为选择。如，疾病观察和处理方式、配药方式、药物注射方式、尿液或食物插管服务方式等。（5）医疗结果。如，病情发展情况、医疗服务满足情况等。

3. 资料收集方法　2020 年 9 月由经过培训的调查员携问卷进入家庭、养老机构、护理机构和医院调查。采用面对面问询式调查方式，由调查对象亲属或照护者（长期照护调查对象 1 年以上且对调查对象的家庭和健康情况非常了解）代替失能失智老人回答问卷问题。整个调查

基金项目：2020年度上海市卫生健康政策研究项目“失能失智老人健康服务和保障体系建设研究”（项目编号：2020HOP20）

发放问卷 410 份，回收有效问卷 402 份，有效回收率为 98.0%。

4. 统计学方法　采用 Epidata3.1 建立数据库，使用 STATA15.1 统计软件进行统计分析。采用单因素分析比较不同状况下失能失智老人医疗服务情况 , 采用多因素分析失能失智老人医疗服务影响因素。单因素分析采用卡方检验和 t 检验，检验水准为 α=0.05。多因素分析采用回归分析方法。

二、失能失智老人情况

（一）基本情况

失能失智老人平均年龄 79.6 岁，男性占 49.8%，女性占 50.2%。受教育程度以小学文化为主，占 61%。初中文化占 24.5%，高中文化占 12.5%，大学文化占 1.8%。老人退休前职业主要为企业职工（占 40.5%）和农民（占 40.5%），月平均收入 3287 元。81.5% 的老人居家养老，18.5% 的老人机构养老（其中，养老院养老占 8.6%，护理院养老占 6.8%，医院长期居住占 2.1%，机构之间灵活居住养老占 1%）。99.5% 的老人拥有包括城镇职工医保、城镇居民医保、新农合和商业医保等各种形式在内的医疗保险。

（二）失能失智情况

在 402 个失能失智老人中，由民政系统评定为失能的老人 334 人。其中，轻度失能占 29.3%，中度失能占 40.7%，重度失能占 29.9%。由医院诊断为老年认知症的老人 101 人。其中，13.9% 的老人失智但未失能，28.7% 的老人失智且轻度失能，30.7% 的老人失智且中度失能，26.7% 的老人失智且重度失能。

在全部调查对象中，55.5% 的老人日常生活不能自理，44.2% 的老人有语言障碍，32.5% 的老人进食困难，61.2% 的老人长期便秘，35.2% 的老人情绪不稳定，20.8% 的老人痴呆伴发精神行为状态（BPSD）状态（老年认知症病症表现：激越、攻击性社会行为）。

（三）疾病状况

失能失智老人常患有慢性疾病和老年综合征等疾病。高血压病、脑血管病、心血管病、老年认知障碍综合症和糖尿病为五种主要疾病。其中，高血压病患病率为 70.5%，脑血管病患病率为 36%，心血管病患病率为 31%，老年认知症患病率为 27.3%，糖尿病患病率为 18.5%，椎间盘病患病率为 9.5%，类风湿病患病率为 8.5%，癌症患病率为 6.5%，消化道病患病率为 5.5%，慢性阻塞性肺病患病率为 5.5%，帕金森病患病率为 4%，呼吸道疾病患病率为 2.3%。失能失智老人多病共存现象严重，平均患有 2.3 种慢性疾病。失能失智老人患病时间较长，高血压病平均患病 16.1 年，类风湿病 14.4 年，帕金森病 12.5 年，椎间盘病 11.3 年，慢性阻塞性肺病 11.3 年，糖尿病 11 年，呼吸道病 11 年，脑血管病 8.7 年，消化道病 8.4 年，癌症 6.1 年，老年认知症 5.4 年。

三、失能失智老人医疗服务中存在的主要问题

（一）失能失智老人卫生服务利用偏低

失能失智老人卫生服务利用水平偏低。年均就诊次数 5.64 次，不到当年上海市居民年均就诊次数（11.61 次）的一半，全年不就诊的失能失智老人比例达到 12.7%。而且，失能失智老人卫生服务利用地区差异明显。中心城区（杨浦区）失能失智老人年均就诊次数（8.78 次）是远郊区（奉贤区）失能失智老人年均就诊次数（2.38 次）的 3.7 倍。

1. 产生问题的原因

（1）地区医疗卫生服务资源配置差异。中心城区医疗卫生服务资源配置相对优越，每千人病床数为 109.60 张，每千人卫生技术人员为 13.56 人。而远郊区卫生服务资源配置不到中心城区的一半，每千人病床数为 45.83 张，每千人卫生技术人员为 5.18 人。中心城区由于医疗卫生服务资源丰富，失能失智老人就医相对便利，其年均就诊次数大大高于远郊区失能失智老人。

（2）失能失智老人慢性疾病管理不足。一些发病隐蔽、平时症状不明显的疾病，如脑血管病管理不到位。与未患有脑血管疾病的失能失智老人相比，患有脑血管病的失能失智老人年均就诊次数要少 4.02 倍。脑血管病疏于管理，很容易发生卒中风险。本研究调查数据表明，每增加 1 次卒中后续观察和治疗，患有脑血管的失能失智老人年均就诊次数将增加 2.54 倍。但此时，老人身体功能已受到极大损伤，个人和家庭的物质和精神负担难以估量。调查数据还表明，应加强糖尿病和消化道病等慢性疾病管理，其患病时间越长，患者依从性越好，年均就诊次数越多。

（3）医疗费用约束。医疗费用是失能失智老人就诊的重要约束因素。年均就诊次数与月均医疗费用正相关，月均医疗费用越多，也意味着年均就诊次数越多。调查发现，在失能失智老人当中，受医疗费用约束而减少就诊次数的现象比较常见。

（4）医疗服务便利性约束。由于失能失智，就医不便，医疗服务便利性对失能失智老人就诊有较大约束。半数左右的失能失智老人及家庭选择由配偶和子女代为配药，或在家自行进行食物或尿液插管护理。但调查数据表明，在家自行进行食物和尿液插管护理的情况下，老人年均就诊次数反而更高。这主要是因为感染或并发症发生，必须到医院接受新的治疗，反而提高了老人的年均就诊次数，但实际上老人就医负担也大大增加了（如表 1 所示）。

表 1　失能失智老人卫生服务利用多因素分析

失能失智老人卫生服务利用因素	B 系数	标准误	T 值	P 值	95%CI
情景特征					
地区属性	-4.42	1.04	-4.24	0.00	-6.47 ～ -2.37
个人需求特征					
是否患有脑血管病	-4.02	1.03	-3.89	0.00	-6.05 ～ -1.98
糖尿病患病时长	0.82	0.39	2.08	0.04	0.05 ～ 1.60
消化病患病时长	1.90	0.71	2.66	0.01	0.49 ～ 3.30
是否需要卒中后观察和治疗	2.54	1.25	2.03	0.04	0.08 ～ 5.01
个人使能资源					
月均医疗费用	1.21	0.30	3.99	0.00	0.61 ～ 1.81

表 1　失能失智老人卫生服务利用多因素分析（续）

失能失智老人卫生服务利用因素	B 系数	标准误	T 值	P 值	95%CI
是否有语言障碍	2.16	1.03	2.09	0.04	0.12 ～ 4.19
情绪是否稳定	2.63	1.00	2.62	0.01	0.66 ～ 4.60
医疗行为					
配药方式	-1.24	0.34	-3.68	0.00	-1.91 ～ -0.58
食物或尿液插管服务方式	0.58	0.26	2.24	0.03	0.07 ～ 1.10

（二）失能失智老人医疗服务需求满足程度低

失能失智老人医疗服务需求旺盛，但满足程度偏低。41.8% 的老人需要多种慢性疾病日常配药和治疗服务，39.3% 的老人需要慢性疾病并发症预防和治疗服务，17.3% 的老人需要脑卒中后续观察和治疗服务，6.5% 的老人需要术后观察和治疗服务，20.5% 的老人需要老年认知症治疗服务，15.3% 的老人需要情绪稳定与治疗服务。但是，有医疗服务需求并且得到满足的失能失智老人比例仅为 41%，其中，男性为 40.2%，女性为 41.8%。随着失能失智程度加深，失能失智老人医疗服务需求满足度下降。轻度失能失智老人满足比例为 53.5%，中度失能失智老人满足比例为 42.1%，重度失能失智老人满足比例为 37.7%。

1. 产生问题的原因

（1）失能失智老人慢性疾病预防和治疗服务不够细化，尚不能满足失能失智老人多层次医疗服务需求。以高血压病为例。与未患有高血压病的失能失智老人相比，患有高血压病的失能失智老人医疗服务需求满足程度比前者低 18.6%。其主要原因是，高血压病患病率高，病程长，它不仅需要预防和治疗服务，还需要日常血压管理和用药管理。我国慢性疾病预防和治疗服务包括日常血压管理和用药管理，但目前为止还做不到血压和用药的全面管理和个性化管理，失能失智老人日常血压管理和用药管理主要由家人或照护者承担，血压管理不规范和多重用药现象比较常见，直接影响失能失智老人对高血压病医疗服务需求满足度。同时，对于老年人常见病、多发病之外的一些其他疾病（如，老年综合征中的部分非典型病症、多病共存导致的复杂病症等）治疗和管理不足。与没有其他医疗服务需求的失能失智老人相比，有其他医疗服务需求的失能失智老人医疗服务需求满足程度比前者要低 31.5%。

（2）缺乏整合式医疗服务，难以满足失能失智老人多病共治的需求。失能失智老人有两种及以上慢性疾病的比例为 73.6%。多病共存，各疾病之间相互影响，诊断复杂，治疗效果差，还会造成多重用药，显著增加老年患者的不良事件发生率和死亡风险，同时也会加重医疗费用负担，引发老年患者焦虑、抑郁等不良情绪和心理负担。目前我国慢性疾病治疗主要采用传统的单病诊疗方法，该方法治疗效果不好，多重用药现象也比较严重，并且就诊时失能失智老人及照护者要跑好几个诊室，医疗服务需求满足程度自然大受影响。

（3）失能失智老人医养结合不足，医疗服务便利性低。失能失智导致老人就医困难，需要外界帮助就医或医疗机构方便其就医。老人失能失智程度越高，其医疗服务需求满足程度越低。与无日常生活自理能力老人相比，有日常生活自理能力的老人医疗服务需求满足程度是无日常

生活自理能力老人的 8.6 倍。与家人有空带老人上医院的失能失智老人相比，家人没空带老人上医院的失能失智老人医疗服务需求满足程度要低 18.9%。目前 89.3% 的失能失智老人日常用药由医院开出，平均 15 天需要配一次药。但是，老人日常配药“方便”的比例只占 56.6%，“不方便”的比例占 43.4%。与日常配药“不方便”的失能失智老人相比，日常配药“方便”的失能失智老人医疗服务满足程度要高 11 倍。而且，药物注射、食物或尿液插管服务等一些本可通过医院门诊和社区医疗服务机构门诊或上门服务完成的项目，失能失智老人常常需要通过住院来完成。在有药物注射需求的失能失智老人中，有 43.1% 的老人通过住院方式进行药物注射；在有食物或尿液插管服务需求的失能失智老人中，有 59.3% 的老人通过住院方式进行食物或尿液插管。然而，与通过住院进行药物注射的失能失智老人相比，失能失智老人如果采取住院、到社区卫生服务中心进行药物注射、请社区护士上门注射等综合方式进行药物注射，其医疗服务需求满足程度是通过住院药物注射老人的 11.4 倍。医疗护理也是如此。与通过住院接受食物或尿液插管服务的失能失智老人相比，到社区卫生服务中心接受食物或尿液插管服务失能失智老人医疗服务需求满足程度是住院接受插管服务老人的 5.9 倍。由于社区医疗服务水平低，老年人更愿意选择住院服务，正因为如此，失能失智老人医疗服务需求满足程度被降低了 7%（如表 2 所示）。

表 2　失能失智老人医疗服务需求满足多因素分析

失能失智老人医疗服务需求满足因素	B 系数	标准误	z 值	P 值	OR 值	OR(95%CI)
日常生活是否能自理（以否为参照）						
是	1.61	0.52	3.11	0.00	5.03	1.81-13.92
是否有长期便秘（以否为参照）						
是	1.17	0.45	2.59	0.01	3.24	1.33-7.87
患有高血压病（以无为参照）						
有	-1.68	0.65	-2.58	0.01	0.19	0.05-0.67
是否需要慢性疾病日常配药和治疗（以否为参照）						
是	1.15	0.46	2.50	0.01	3.15	1.28-7.72
是否需要其他治疗（以否为参照）						
是	-1.16	0.57	-2.04	0.04	0.31	0.10-0.95
日常配药是否便利（以否为参照）						
是	2.40	0.48	4.99	0.00	11.01	4.29-28.26
社区家庭医生治疗水平不高（以高为参照）						
是	-2.71	1.06	-2.56	0.01	0.07	0.01-0.53
家人是否有空送老人上医院（以否为参照）						
是	-1.67	0.69	-2.40	0.02	0.19	0.05-0.74
选择在何处进行药物注射（以住院为参照）						
社区卫生服务中心	0.95	0.52	1.83	0.07	2.58	0.93-7.17
请社区护士上门服务	3.17	1.83	1.73	0.08	23.83	0.66-865.35
家人自行注射	0.74	1.21	0.61	0.54	2.11	0.20-22.59

表 2　失能失智老人医疗服务需求满足多因素分析（续）

失能失智老人医疗服务需求满足因素	B 系数	标准误	z 值	P 值	OR 值	OR(95%CI)
其他综合方法	2.44	0.95	2.55	0.01	11.43	1.76-74.90
选择在何处接受食物或尿液插管服务（以住院为参照）						
社区卫生服务中心	1.79	0.67	2.67	0.01	5.97	1.60-22.17
请社区护士入户服务	-0.16	1.71	-0.09	0.93	0.85	0.03-24.34
其他综合方法	0.35	0.82	0.43	0.67	1.42	0.29-7.02

（三）失能失智老人医疗护理需求满足程度偏低

失能失智老人医疗护理需求旺盛，但满足程度偏低。24.5% 的老人需要包括退热、注射、输液、输氧、排气、排炎、导尿、造口护理、经外周静脉置入中心静脉导管（Peripherally Inserted Central Catheter，PICC）维护等采用治疗手段时的护理服务；64% 的老人需要包括督促老人用药、正确服用，观察药物不良反应等用药护理服务；25.5% 的老人需要包括静脉血标本采集、生命体征监测、血糖监测等诊察护理服务；2.8% 的老人需要鼻饲服务；3.5% 的老人需要压疮伤口换药服务；24% 的老人需要精神情绪疏导服务；29.3% 的老人需要除以上所列的医疗护理服务之外的其他医疗护理服务。但是，有医疗护理服务需求并得到满足的老人比例仅为 35.1%、其中，男性为 33.8%，女性为 34.8%。轻度失能失智老人医疗护理服务需求满足比例为 37.3%，中度失能失智老人医疗护理服务需求满足比例为 31.6%，重度失能失智老人医疗护理服务需求满足比例为 32.1%。

1. 产生的原因

（1）医疗护理水平较低，失能失智老人医疗护理需求没有得到充分满足。以老年认知症患者和慢性疾病患者为例。如果他们的医疗护理需求得到满足，与非老年认知症患者相比，老年认知症患者医疗护理需求满足度将是前者的 8.78 倍；与不需要慢性疾病并发症预防和治疗的失能失智老人相比，有慢性疾病并发症预防和治疗需要的失能失智老人医疗护理需求满足度将是前者的 2.86 倍。但是，目前医疗机构、社区和养老机构缺乏老年认知症专业医疗护理服务项目，一些养老机构的老年认知症照护单元还处于草创阶段，尚未有医疗护理项目。在慢性疾病并发症预防和治疗方面，由于多病共存，失能失智老人多重用药现象比较严重，急需包括督促老人用药、正确服用、观察其药物不良反应等内容的用药护理服务，但目前社区和大部分养老机构还做不到这一点。

（2）医疗服务便利性约束。调查数据表明，家人越是没空送老人上医院，失能失智老人医疗护理需求满足程度越低。相对于家人有空送老人上医院的老人而言，家人没空送老人上医院的老人医疗护理需求满足程度要低 28%。

（3）医疗费用约束。医疗费用越高，老人医疗护理需求满足越低。如果医疗费用太高，失能失智老人医疗护理需求满足度要下降 26%。

（4）月均护理费用约束。受收入水平约束，失能失智老人月均护理费用越高，其医疗护理需求满足程度越低。月均护理费用每增加 1 元，医疗护理需求满足程度将下降 1 倍（如表 3 所示）。

表 3　失能失智老人医疗护理需求满足多因素分析

失能失智老人医疗护理需求满足因素	B 系数	标准误	z 值	P 值	OR 值	OR(95%CI)
文化程度（以小学为参照）						
初中	-1.02	0.64	-1.60	0.11	0.36	0.10-1.26
高中	2.40	1.12	2.14	0.03	11.03	1.22-99.43
是否患有老年认知症（以否为参照）						
是	2.17	0.75	2.89	0.00	8.78	2.01-16.79
是否需要慢性疾病并发症预防和治疗（以否为参照）						
是	1.05	0.52	2.02	0.04	2.86	1.03-7.93
是否家人没空送老人上医院（以否为参照）						
是	-1.27	0.64	-1.99	0.05	0.28	0.08-0.98
是否医疗费用太高（以否为参照）						
是	-1.34	0.64	-2.10	0.04	0.26	0.07-0.97
月均护理费用	-0.01	0.00	-2.50	0.01	1.00	0.99-1.00

四、对策建议

（一）积极推进失能失智老人医养结合服务体系建设

以我国现行慢性病管理体系为依托，以慢性疾病和老年综合征预防、治疗和管理为主线积极推进失能失智老人医养结合。积极推进由市级三甲医院牵头、二甲医院和社区卫生服务中心、养老机构医疗服务团队为主体的紧密医联体建设。以社区和养老机构为重点，加强高血压、脑卒中、糖尿病和老年综合征等慢性病治疗和管理，让失能失智老人在家门口享受高质量的医疗服务。加强市级三甲医院和二甲医院对社区卫生服务中心、养老机构医疗服务团队的专业指导，建立以高血压、脑卒中、糖尿病和老年综合征为主的医联体专科团队，提升基层卫生服务机构、养老机构医疗服务团队对慢性疾病和老年综合征的诊疗水平，增强失能失智老人到社区卫生服务中心和养老机构医务室就医的积极性。加强以社区或养老机构为依托的互联网医疗服务终端建设。通过互联网医疗，实现医联体对失能失智老人共病、疑难病症会诊和转诊、转院服务。加强医联体医疗费用结算改革，方便失能失智老人医联体诊疗、转治和转院治疗费用结算。同时也以此提高医联体各方主体参与医联体建设的积极性，提升医联体服务效率。

完善失能失智老人就医便利服务。全面落实老年人就医绿色通道优待政策，建立失能失智老人挂号、就诊、化验、检查、取药等“五优先”服务窗口。开展老年友善医疗卫生机构创建活动，推动医疗卫生机构适老化改造。简化老年人就医流程。推动老年医疗服务从单病诊治模式向多病共治整合式医疗服务模式转变，重视老年健康综合评估和老年综合征诊治，强化老年人用药保障，引导老年人科学合理用药，开展老年人用药使用监测，完善老年慢性疾病长期处方制度。

（二）加强失能失智老人慢性疾病和老年综合征医疗服务体系建设

不断完善我国慢性疾病和老年综合征医疗服务体系。首先，要细化慢性疾病管理内容，将慢性疾病预防、治疗、用药、医疗护理纳入慢性疾管理范畴，提高慢性疾病管理水平。其次，

要将老年综合征管理纳入我国基本公共卫生服务项目，与慢性疾病同服务同管理。特别要加强老年综合征中的老年认知症患者的健康管理，根据老年认知症患者不同病程阶段进行有效药物和非药物干预，以及根据老年认知症患者所处的失能阶段开展适宜的康复训练。

加强居家失能失智老人慢性疾病和老年综合征预防和日常管理。对社区高龄、重病、失能失智等行动不便或就医确有困难的老年人，提供定期体检、上门巡诊、家庭病床、社区护理、健康管理等基本服务。推进基层医疗卫生机构和医务人员与社区、居家养老结合，与失能失智老人家庭建立签约服务关系，为失能失智老人提供连续性的健康管理和医疗服务。提高基层医疗卫生机构为居家失能失智老人提供上门服务的能力，规范居家失能失智老人医疗和医疗护理服务项目标准，将符合规定的医疗费用纳入医保支付范围。探索提供差异性服务、分类签约、有偿签约等多种签约服务形式，满足失能失智老人多层次医疗服务需求。

加强养老机构医疗服务团队对失能失智老人慢性疾病和老年综合征日常管理和治疗服务，加强养老机构与医疗服务机构之间的签约服务，方便失能失智老人慢性疾病和老年综合征日常管理和转诊。加强养老机构护理员对失能失智老人慢性疾病和老年综合征日常护理培训，强化失能失智老人慢性疾病和老年综合征日常病情观察和管理。

（三）积极推进整合式医疗和医疗护理服务

加强失能失智老人共病治疗多学科团队建设。从老年疾病诊治及健康管理出发，既要考虑多种疾病的治疗与多重用药的合理性，又要考虑老年综合征与疾病交织、影响疾病的转归与功能康复等特性，在失能失智老人日常保健、慢病管理、急性期及重症处理、缓和医疗、临终关怀等多个环节为失能失智老人提供全面、合理的治疗与医疗护理服务，最大程度改善与维护失能失智老人的身体功能，提高其生命质量。

建立社区和养老机构失能失智老人养老 - 医疗 - 护理 - 康复 - 安宁服务整合式服务体系。在完善老年照护统一需求评估管理和长期照护服务基础上，健全从居家、社区到专业机构的失能失智老人长期照护服务。发挥社区卫生服务中心扎根社区的特点，完善社区卫生服务中心功能，强化社区卫生服务中心对失能失智老人医疗、医疗护理、康复和安宁服务等的基础性作用，以及社区卫生服务中心对医联体、整合式医疗和护理多学科团队的依托功能。以家庭病床服务为载体，向社区、居家和养老机构失能失智老人提供上门医疗护理服务，形成社区卫生服务中心护理床位和家庭病床的有效转介，为失能失智老人提供早期、系统、专业、连续、就近、可负担的医疗服务。鼓励社区卫生服务中心临床药师加入家庭医生团队，为失能失智老人提供用药指导。

（四）加强医疗费用治理

继续完善医疗药品和高值医用耗材价格形成机制。全面落实国家“4+7”带量采购政策，开展药品集中谈判采购和医疗价格调整，逐步实施高值医用耗材医保准入价格谈判，实现“以量换价”。通过药品和高值医用耗材医保准入和目录动态调整，让价廉、高质量药品大量进入医保目录，保障失能失智老人用药。

规范医疗服务行为，严控药品和高值医用耗材不合理使用。禁止包括：过度、滥用检查；

过度、浪费用药；过度、浪费治疗；无指征检查、用药；甲病乙治；违规超标准收费；重复用药；拖延治疗时间；挂床继续计各种费用；抗菌素滥用、输液治疗、大型医疗设备滥用；小病大养；违规转院；无医嘱计费、重复计费、套改项目计费和虚假计费等不规范医疗行为。

（五）完善医疗保险制度

加快城镇职工医疗保险、城镇居民医疗保险、新型农村合作医疗、大病保险和医疗救助等制度的协调整合，不断提升医疗保障待遇水平。扩大失能失智老人医保用药保障。将失能失智老人参保群体作为重点，对于符合基本医疗保险用药、诊疗项目、医疗服务设施标准以及急诊、抢救的医疗费用，按照国家规定从基本医疗保险基金中支付。降低失能失智困难老人大病保险起付标准，提高失能失智老人群体中医疗救助对象医疗保障水平，确保失能失智困难老人就医。

（六）缩小地区之间卫生服务资源配置差距

科学规划区域卫生发展。根据区域人口规划，合理配置卫生服务资源，注重提高卫生服务利用质量和效率。加大经济较落后地区卫生总费用投入。根据区域经济增长情况，加大卫生总费用占国内生产总值（Gross Domestic Product，GDP）的比重，加强对卫生人力、财力、物力、技术、信息、管理等方面的资源合理配置。对医疗卫生资源配置较弱地区，增加卫生机构数量，加强对卫生技术人员数量和床位数持续再投入。重点加强农村地区区域卫生发展规划。积极推进农村卫生、预防保健和中医药发展。因地制宜，分类指导，逐步缩小地区间医疗卫生服务资源配置差距。

上海市推进医养结合高质量发展指标体系构建研究

——基于 WHO 老年人综合照护评价框架

汪梦[1]　陈晓丽[1]　王鹏飞[1]　刘馨雅[1]　蒋昀[2]　王颖[1]

（1. 复旦大学公共卫生学院社会医学教研室，上海 200032 ）

（上海市卫生健康委员会，上海 200003）

一、引言

（一）上海市医养结合工作亟需评价指标体系

上海是我国最早进入老龄化社会并且是内地老龄化程度最高的城市。近年来，上海市老龄化程度持续加深，老年人口规模不断扩大。第七次全国人口普查数据显示，2020 年本市人口总数为 2487 万，其中 60 岁及以上人口为 581.55 万（占 23.4%），65 岁及以上人口为 404.9 万人（占 16.3%）；户籍人口总数 1478 万，其中 60 岁及以上人口为 533.49 万（占 36.1%），65 岁及以上人口为 382.44 万人（占 25.9%）。老年人的医疗卫生和长期照护服务需求势必随之增长，且呈现多样性和复杂性的特点。因此，医养结合逐渐成为我国老龄事业发展的新方向，2015 年国家卫计委等出台《关于推进医疗卫生与养老服务相结合的指导意见》（国办发〔2015〕84 号），就进一步推进医疗卫生与养老服务相结合做出全面部署。上海市也出台了系列文件，明确了推进养老机构医养结合发展、促进社区居家医养结合发展、发展专业老年医疗护理、加强老年康复与中医药服务等重点任务。“十三五”期间，上海市医养结合得到快速发展，取得了显著成效。在总结评估的基础上，2020 年上海市卫生健康委会同相关部门出台《关于深入推进本市医养结合发展的实施意见》（沪卫老龄〔2020〕004 号），明确下一步工作目标、重点任务，同时提出要完善医养结合监测制度，建立监督、考核和评估机制，推动实现医养结合高质量发展。

为提升上海市医养结合服务质量，评价医养结合工作进程，当前迫切需要建立一套科学合理的评价指标体系，对上海市医养结合进行系统评价以检验建设效果。同时，对促进上海市医养结合高质量发展也具重要意义。

（二）WHO 老年综合照护框架提供了科学参考

世界卫生组织（World Health Organization，WHO）发布 *Integrated Care for Older People (ICOPE) Implementation Framework Guidance for Systems and Services* 指出实现对老年人的综合卫生和社会照护服务及体系需要在体系（宏观）、服务（中观）和临床（微观）层面进行变革。如图 1，在宏观层面包括：加强管理和问责制度、加强体系建设；中观层面包括：促使居民和社区参与并提升其能力、支持协调多学科人员提供的服务及使服务面向社区照护；微观层面包括使内在能力和机能水平最大化。

基金项目：上海市卫健委委托项目“上海市高质量医养结合发展指标体系构建及试评价”

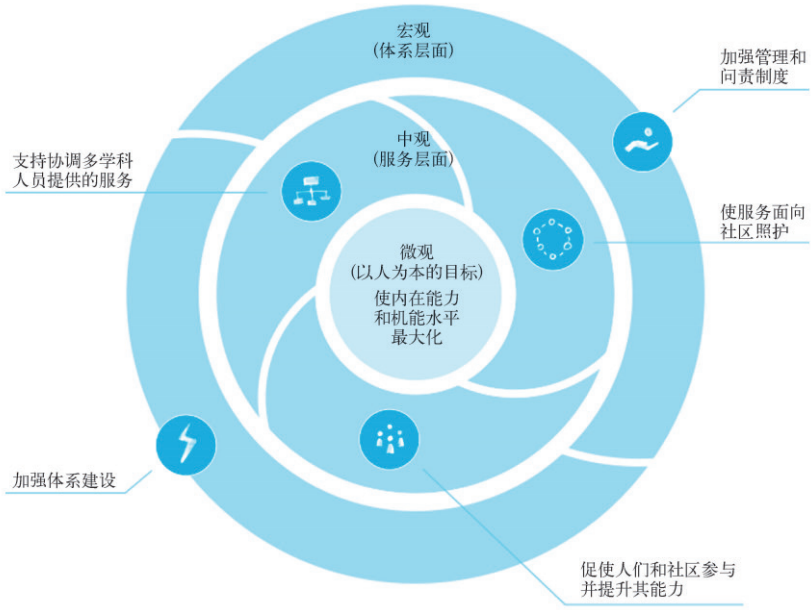


图 1　2020 年 WHO 发布 ICOPE 实施框架

该框架以老年人为中心，以需求为导向。首先，强调人们和社区参与，要求老年人参与政策制定，体现以人为本。其次，无论老人处于何种场景，护理模式都以其需求为最优先级制定包括保健、预防等服务的护理计划。最后，为满足老年人复杂多维的需求，协调多部门合作，将信息化建设、资金支持等作为支持体系的一项有利环境来创建。综上，从宏观层面体系的建设，中观层面以社区为基础的服务及人员的整合，到微观层面照护计划的制定都以老人自身为出发点，重视需方的感受及享受的服务是否与其需求所匹配。WHO 遵循 ICOPE 实施框架，对老年人综合照护达到的实施水平进行综合评分以衡量实施 ICOPE 的能力。

二、国内医养结合评价体系现状

（一）实践现状：缺乏统一的评价体系

全国各地都在积极开展医养结合试点，但国家及上海市目前都尚未出台统一明确的评价体系。深圳市作为唯一出台本地医养结合质量评价规范的地区，将评价指标分为基础指标、对应指标和通用指标，分别对应申请机构均应符合的基础条件和要求、对应级别的条件和要求、均适用的评价指标内容，并且给出了分值设定与计算及评价实施等规定，为医养结合工作质量的评价提供一定依据。

（二）研究现状：评价体系研究不够科学全面

首先，现阶段以医养分离为背景进行的评价研究所采用的指导模型和研究方法多为 SERVQUAL 模型、结构 - 过程 - 结果模型等。其次，大多研究的评价对象为医养结合机构，社区居家层面的医养结合评价研究较少。通过梳理文献发现，研究多针对医养结合机构服务质量，老年人对医养结合服务的满意度，机构的绩效以及运行效果其中一个方面制定评价指标体系。

（三）当前困境：如何构建统一科学的、推进医养结合高质量发展的评价体系

评价指标体系是医养结合评价工作进展的基础，评价指标体系的缺乏，难以了解医养结合工作的进展情况。目前医养结合模式多样，服务内容和规范各有规定。如何构建统一的、推进医养结合高质量发展的评价体系，还有待进一步的研究。同时，医养结合作为一个专业的领域，构建评价指标体系需要专业配套的理念框架做指导，当前研究直接运用某一方法模型，存在一定的片面性，不足以支撑评价体系的科学建设。再者，当前研究中所构建的指标体系，评价内容、维度单一不全，难以指导医养结合高质量的发展。

三、评价指标体系构建策略

建立健全医养结合评价指标体系是积极应对人口老龄化的重要举措，本文以 WHO 老年综合照护框架为指导，查阅国内相关政策文件，结合专家咨询意见，探索构建一套科学适宜的高质量医养结合发展指标体系。

（一）结合国内政策文件，提取指标分类纳入形成指标库

为使评价指标体系便于在上海落实，本文结合近几年国家及上海市对医养结合的政策文件中的重点关注指标，对其详细解读后分类纳入 ICOPE 框架中，见下表 1。如“注重规划引领”“优化网络布局”在政策文件中属“加强体系建设”，因此将其归于 WHO 的宏观 - 加强体系建设维度下。

表 1　国内医养结合关注重点指标

层面	指标
国家；上海	减轻税费
	强化投入支持
国家	加强土地供应保障
	支持开展上门服务
	简化医养结合机构审批登记
	完善公立医疗机构开展养老服务的价格政策
	加大保险支持和监管力度
	老年护理需求评估、中医健康状态辨识与评估、照护评估、失能老年人健康评估与健康服务、老年人能力评估
	规范开展医养结合机构内部医疗卫生服务
	落实完善医养结合机构服务和管理相关制度和标准
	加强医养结合机构常态化疫情防控和传染病防控工作
上海	做强社区卫生服务中心医养结合平台功能
	扩大家庭医生签约服务
	提升家庭病床服务能力
	加强老年人健康管理服务
	加强老年康复与中医药服务
	健全医疗卫生机构与养老服务机构签约合作机制

表 1　国内医养结合关注重点指标（续）

层面	指标
	支持养老机构设立医疗机构
	支持有条件的医疗机构按规定变更登记及备案后提供养老服务
	注重规划引领
	优化网络布局
	有效提升区域医养服务能级
	持续推动老年护理床位建设

（二）结合专家咨询，围绕高质量发展概念筛选指标

本文首先明确高质量医养结合概念。根据政策梳理，结合专家咨询意见对其内涵理解为：从医养结合体系建设、医养结合机构发展、社区居家发展、智慧养老、队伍建设及保险支持和监管方面推动医养结合发展。而 WHO 以人为本的综合保健服务框架提出了确保高质量综合护理的关键方法，从增强人们和社区的权能和参与、加强治理和问责制、重新定位护理模式、协调部门内和部门间的服务及创造有利环境五个方面推动其高质量发展。

表 2　WHO和国内高质量发展框架对比

国内高质量发展维度	国内高质量发展任务	WHO 高质量发展任务
加强医养结合服务体系建设	注重规划引领	加强对变革的领导和管理
	优化网络布局	协调保健方案和提供者及跨部门协调
	做强社区卫生服务中心医养结合平台功能	建立强大的初级保健体系
	有效提升区域医养服务能级	转向更多的门诊和门诊护理
	持续推动老年护理床位建设	
促进机构医养结合发展	健全医疗卫生机构与养老服务机构签约合作机制	跨部门协调
	鼓励社会力量兴办医养结合机构	赋予社区权力并让社区参与
	支持养老机构设立医疗机构	将卫生部门与社会服务部门合并
	支持有条件的医疗机构按规定变更登记及备案后提供养老服务	
	加强医养结合服务监管	调整监管框架
强化社区居家健康服务	扩大家庭医生签约服务	家庭医学
	提升家庭病床服务能力	
	加强老年人健康管理服务	个人护理
	加强老年康复与中医药服务	将传统和补充医学与现代卫生系统相结合
推动智慧医养服务	依托上海健康网和上海市养老服务平台，加强健康、养老数据共享	加强信息系统和知识管理
加强队伍建设	扩大医养结合服务队伍	卫生人力培训及解决卫生人力短缺和分配不均问题
	支持医务人员从事医养结合服务	
加大保险支持和监管力度	强化基本医疗保险支持	完善融资机制，改革支付体系
	发挥长期护理保险功能作用	
	支持商业保险机构大力发展医养保险	

本文时满足 WHO 和国内高质量医养结合概念的指标本文将考虑纳入，余下指标则结合专家咨询意见详细探讨。在微观层面，由于 ICOPE 项目是世界卫生组织 2016-2020 年行动计划定义的新概念，基于“内在能力”的测量，我国只有少量文献研究使用了 ICOPE 内在能力筛查工具，考虑到指标的获取难度，本文以 WHO 微观评价框架为准，纳入我国有的与其相关的指标。最终形成的指标体系如下表 3。

表 3　上海市高质量医养结合发展指标体系

框架	维度	指标
宏观（体系的整合）	加强管理和问责制度	减轻税费负担
		创建或更新支持综合照护和防止虐待老人的政策和监管框架
		开展医养结合服务质量提升行动
		强化投入支持，地方加大政府购买服务力度
		保障医养结合机构建设发展用地
		定期审查公平提供照护服务的能力
	加强体系建设	提升现有和新兴劳动力（有薪和无薪）提供综合照护的能力
		支持老年人综合卫生和社会照护的结构融资机制
		建立公平的人力资源管理流程，以支持有报酬和无报酬的劳动力
		利用卫生信息和通信技术促进沟通和信息交流
		利用数字技术支持老年人自我管理
		加大保险支持和监管力度
		注重规划引领
		有效提升区域医养服务能级
		持续推动老年护理床位建设
		强化医疗与养老服务衔接
中观（服务的整合）	促使人们和社区参与并提升其能力	鼓励社会力量举办医养结合机构
		为照护人员提供支持和培训
	支持协调多学科人员提供的服务	积极寻找并识别社区中需要照护的老年人
		建立卫生和社会照护提供者网络，以实现及时转诊和提供服务
		扩大医养结合服务队伍
	面向社区为基础照护的定向服务	做强社区卫生服务中心医养结合平台功能
		支持开展上门服务
		扩大家庭医生签约服务
		提升家庭病床服务能力
		加强老年人健康管理服务
		加强老年康复与中医药服务
微观（临床整合）	对个人需求、偏好和目标的评估	老年人入院体检
		老年护理需求评估、中医健康状态辨识与评估、能力评估
	制定个性化照护计划	针对性的服务计划
		潜在疾病，多发病和老年综合症的管理和治疗
		支持自我保健和自我管理
		任何晚期慢性病的管理
		社会照护和支持，包括改变环境以配合任何功能损失所需

四、思考

（一）完善微观层面，实现所有场景老人的精细化照护路径

WHO 微观层面的评估和路径步骤为：制定筛查工具识别内在能力下降者，对其进行全面评估，而后制定个性化照护计划，并确保转诊路径及让社区参与及支持照护者，整个照护路径完备精细，适用于所有年龄、所有场景的老人。如上表 1，国家和上海市在医养结合宏观、中观，如体系建设、服务提供等方面建设现状相对完善，但在微观层面，仅有针对机构入住的老人制定了体检、需求评估、服务计划等流程，与我国“9073”的养老格局不符。WHO 召集多地、多学科专家并基于循证医学等方法，提出内在能力的概念为包括运动、活力、视觉、认知、听力及心理能力的综合能力，为优化老年人的身心健康提供新的切入点。未来上海市医养结合的发展可借鉴这一科学概念，在微观层面制定精细化且覆盖不同场景老人个性化的照护路径。

（二）统筹兼顾，向“以老人为中心、需求为导向”大方向引领

WHO 汇总评估相关研究结果并广泛征求多方意见形成 ICOPE 计划，制定专业化的 ICOPE 的评估方法以及管理内在能力下降的干预措施指南，在进行一系列系统综述等研究后发布 ICOPE 实施框架，不断发展完善。上海市老龄化程度较高，在医养结合的开展进程中面临诸多挑战，与 ICOPE 计划相比，在微观层面医养结合布局仍有提升空间。因此，评价体系的建立有助于发现并完善医养结合进程中的不足之处，进一步创新发展、提质增效，引导上海市医养结合工作向“以老年人为中心、需求为导向”的方向开展，遵循统筹兼顾、稳步推进的原则，最终实现不同场景的老人普遍获得与其需求相匹配的高质量服务，后续的落实不免经历不断完善的过程。

（三）多部门协调，推进评价体系的落实与“医”和“养”的深入融合

在我国医疗和照护分属卫生和民政主管的情况下，医养结合评价工作的落实需要在政府引导下进行多领域合作，涉及卫生、民政、社区等多部门的高效配合，如跨部门的顶层领导部门需要达成推进本市医养结合高质量发展的共识，部门之间需要协调分工完成医养结合评价、反馈等工作。相反，评价指标体系的落实有助于推动“医”和“养”的进一步融合，提供质量不断提升的医养结合服务。

（四）立足当前，实现高质量医养结合指标体系的实践及完善

当前上海市正积极推进医养结合工作，努力实现健康老龄化，国内医养结合指标体系也正处于起步阶段，本文构建的高质量医养结合发展指标体系立足于 WHO 老年综合照护框架、国内政策文件及专家咨询意见的理论基础上。因此，未来上海市仍然需要将实现高质量的医养结合发展作为提高老年健康水平的重要举措，在此基础上，进行指标体系的实践及不断完善，切实做到推动医养结合高质量发展，满足老年人多维复杂的健康养老需求。

主管单位：上海市卫生健康委员会
主办单位：上海市卫生和健康发展研究中心（上海市医学科学技术情报研究所）
编辑刊发：《人口信息》编辑部
地　　址：上海市建国西路602号C楼302室
邮政编码：200031
电　　话：021-33262065
E-mail：rkxibjb@sohu.com
发送对象：上海市卫生和健康系统各单位
印刷数量：1500本
印刷单位：上海欧阳印刷厂有限公司