

当患者急性状况稳定后，转诊至养老机构、社区或居家后，指导养老模式中的慢性病监管。通过医联体实行“分级诊疗”制度，按照疾病的轻、重、缓、急及治疗的难易程度进行分级，不同级别的医疗机构承担不同疾病的治疗，实现基层首诊和双向转诊。

（二）助力减少急诊住院，保障养老救治通畅

“医联体”延伸到二级医院及社区卫生服务中心。这样当入住养老机构的老年人有慢病急性发作时，可为其提供“绿色通道”及时诊疗救治。美国一项研究纳入28万名社区老人和6.6万护理院老人，且均患有冠心病等慢病和一种以上“老年综合症”研究发现，无论社区老人还是护理院老人，老年病科医护人员参与照护干预均能明显减少急诊住院次数，减少医疗费用。

（三）助力“缓和医疗”实践推广

养老机构照护对象，多为高龄、衰弱、失能失智老年人，从功能衰弱到死亡是不得不面临的终极问题，因此，实行缓和医疗是减少患者痛苦，缓解不适症状，改善老年人的生存质量是“医养结合”内涵服务的重要内容。老年科医生根据生存期预测进行分期管理，对生存期小于六个月的老年人，针对性地制定医疗决策，缓解病痛症状，提高老年人的终末期的生存质量。

（四）助力做好“医养结合”人才储备，培训提高养老机构专业技能

“医养结合”工作涉及老年病学、康复治疗学、老年护理学、老年精神心理学、老年药理学、老年营养学、老年社会学、管理学等多学科，打造一支具有医疗问题识别、给予规范护理的护理员队伍是发展养老服务的根本支撑。教学医院的老年病专业从医、教、研角度承担学科建设的任务，并围绕养老服务相关专业开发课程群，做好教材建设，通过推动高校与养老机构共建养老实践教学基地，培养老年病专科医师及住院医师老年病规范化专业培训，向基层普及专业技能，加强养老相关学科建设是培养人才的重中之重。只有这样，才能对老年人群进行全面的老年综合评估，包括疾病状况，精神心理状况，功能状态，多重用药评估。根据评估结果，对于疾病高危因素给予控制，如跌倒高危、血栓高危、坠床高危、呼吸系统或泌尿系统感染高危等，给予专业化、个体化的医疗干预，提供生活方式、护理方式建议，避免并发症出现，促进老年人身心康复，提高生存质量。

（五）助力打破养老行业壁垒，实现老年科和养老机构需求互通

我国医疗机构老年科和养老机构之间长期存在在行

业壁垒。老年科为医疗行业，归属卫生部门管理；养老机构为服务行业，属民政部门管理。随着“医养结合”医疗服务的介入，必须打破这一壁垒，实现老年科和养老机构需求互通，不仅需要了解养老机构的医疗护理需求，而且医院老年科需在政策和执业范围内知晓如何为老年人提供医疗帮助和服务。

（六）助力探索医养结合新模式，使“医”和“养”无缝结合

通过三级医院老年科与养老机构介入合作，双方根据养老机构运营模式中入住的不同健康状态的老年人，应重点关注老年人生理功能与身心康复。根据不同服务需求，给予医疗服务不同模式的介入。对居家养老与日间照料老年人，定期开展健康宣教，在老人及家属认同下开展定期体检，建立疾病档案，开展慢性疾病监控（如每天定期测量血压血糖），在医生指导下对“多重用药”做合理评估。对特殊患者提供如安宁疗护、缓和医疗、生前预嘱等。

（七）指导养老机构照护全程规范化管理

指导帮助养老机构制定护理员规范操作流程，制订作业指导书，在头部、口腔、身体清洁护理，行动照看，呼吸道照护，经口进食、鼻饲营养照护，膀胱造口的照护，褥疮的预防及处理，便秘、排尿困难的照护等方面，使养老机构中的护理员工作更加专业、规范。建立针对性的评价体系，包括老人及家属满意度调查；老人因急性疾病就医频次、住院天数、入院医药花费、死亡率，陪护支出对比等，可以作为量化指标对医养结合模式管理效率，实行卫生经济学和社会学效益的评价。

参考文献

- [1]张瑾：《我国医养结合政策分析与完善》，载《咨政建言》，2019（4）：38-45页。
- [2]黄越伦、黄玲：《从人口老龄化看我国养老产业发展现状》，载《现代经济信息》，2018（6）354-356页。
- [3]樊俊杰、王新茹、相悦丽等：《“健康中国”战略下的医养结合模式分析》，载《管理科学》，2021（2）：115-116页。

作者简介

李 玺 西安交通大学全球健康研究院老龄健康与老年医学研究中心主任
袁海峰 西安交通大学附属第二医院康复科副主任
权乾坤 西安交通大学附属第二医院老年病科博士