·述 评·

重视老年健康管理 应对老龄化挑战

范 利
(解放军总医院,北京 100853)

【摘 要】 “人口老龄化”是当今全球人口学的变化趋势。自上世纪末以来,我国已步入老龄化社会,现已进入快速发展阶段,对老年健康管理提出严峻挑战,我国政府对此高度关注。本文从中国社会老龄化现状出发,阐述了老年健康管理应具有“六全”理念:全人管理、全程管理、全域管理、全方位管理、全科管理、及全民健康教育;论述了老年健康管理应采用多学科团队照护模式及“互联网+”平台的新型管理模式;强调了老年健康管理的重点应为慢病预防、综合评估、早期康复、居家照护、及安宁疗护。

【关键词】 老年人;保健;管理;老龄化
【中图分类号】 R161.7;R592 【文献标识码】 A 【DOI】 10.11915/j.issn.1671-5403.2017.01.001

Attach importance to geriatric health services management to meet the challenge of population aging

FAN Li
(Chinese PLA General Hospital, Beijing 100853, China)

【Abstract】 “Population aging” is a worldwide tendency. China is one of the fastest aging countries in the world. It is a success of development but also presents a medical and social challenge. In this article, we discussed the updating concept, the implemention mode, and the major concerns of geriatric health services management. The geriatric health services management should be carried out in the following spirit: individual-oriented management, whole-process management, all-round management, all-aspect management, whole population health education, and multidisciplinary participation. The geriatric health services management should take advantages of “multidisciplinary health care mode” and “Internet Plus” platform. To promote an age-friendly health services system, the following points should be all taken into consideration: chronic diseases prevention, comprehensive geriatric assessment, early rehabilitation training, home health care, and palliative care services.

【Key words】 aged; health care; management; population aging

Corresponding author: *FAN Li*, *E-mail*: *fl6698@163.com*

老年健康管理是以预防和控制老年疾病发生与发展、提高生命质量为目的,针对老年人个体及群体进行健康教育,提高自我管理意识和水平,并对其生活方式相关的危险因素,通过健康信息采集、健康检测和评估、个性化监管方案和干预等手段持续加以改善的过程和方法。当前,中国人口老龄化快速发展,对老年健康管理提出严峻挑战。

1 现实需求与挑战

1.1 中国社会快速老龄化

民政部2016年7月公布的统计数据显示,截止2015年底,我国≥60岁老年人口2.22亿,占总人口16.15%,预计2020年老年人口将达到2.43亿,中国已进入老龄化快速发展阶段,未来30年我国人口老龄化形势将更加严峻,每3个人中即有1名≥60岁的老人、每4个人中即有1名≥65岁的老人,“未富先老”的特征日益凸显。

1.2 老年人群“五化”状态

第四次中国城乡老年人生活状况抽样调查结果显示,我国老年人群呈高龄化、慢病化、失智化、失能化和空巢化特征。2015年,我国60~69岁老年人占56.1%,70~79岁占30%,≥80岁占13.9%;老人中患慢性病比例69.2%;全国城乡失能、半失能老年人口在老年人口中占比18.3%,总量约为

收稿日期:2016-12-09
通信作者:范 利,E-mail:fl6698@163.com

4063万。我国空巢和独居老人占比51.3%，总量约为1.14亿。

1.3 老年慢病“四多”特征

2013年我国≥65岁老年人的慢性病患病率为539.9‰，为全人群慢性病患病率的4.2倍，76.5%老年人患有≥2种疾病，人均患病2～3种[1,2]。2012年全国居民慢性病死亡率533/10万，占总死亡人数的86.6%[3]。“多病共存一体、多药共用一人、多症状共聚一身、多器官共同受累”成为老年慢病的突出特征，治疗矛盾多，健康管理难度大[4]。

1.4 老年医疗卫生资源匮乏

我国现有医疗卫生资源远远难于满足老年人健康需求。《2015年中国卫生统计年鉴》报告[2]，2014年，我国每千人口卫生技术人员5.56人，其中，医师2.12人，护士2.20人；康复医院396所，医护人员22 675人；护理站64所，医护人员364人，床位337张；疗养院172所，医护人员10 062人，床位35 823张；护理院126所，医护人员8388人，床位20 348张。老年医疗资源与老年人口总量不成比例。

2 国家政策导向

老龄化已成为事关国家发展全局、事关亿万百姓福祉的重要现实问题。2015年11月国务院出台了《关于推进医疗卫生与养老服务相结合的指导意见》，鼓励医养结合。鼓励医疗卫生机构与养老服务融合发展，提高综合医院为老年患者服务的能力，提高基层医疗卫生机构康复、护理床位占比，加强养护型、医护型养老机构建设，实现以社区为核心、家庭为基础、专业老年机构为依托，集预防、医疗、康复、护理、临终关怀为一体的服务。2016年10月中共中央、国务院印发《“健康中国2030”规划纲要》，明确指出“突出解决好老年人等重点人群的健康问题”。全国老龄办、国家发展改革委等25个部委依法共同制定、出台《关于推进老年宜居环境建设的指导意见》，提出在医养结合基础上，从医疗资源配置和适宜健康技术推广两方面建设老年人健康整体支持环境。

3 老年健康管理

3.1 更新管理理念

基于人群特殊性，老年健康管理应具有“六全”理念。

3.1.1 全人管理 重视老年人的身心健康，不仅“管病”，更要“管人管心”。一方面，既有基础疾病的管控，更要有心理精神的慰藉和满足，身心并护；将生物－心理－社会－环境的医学模式应用于老年医学，全面收集关于老年人躯体、精神和社会需求的信息，以制定个体化的预防保健、疾病诊治、康复照护与长期随访措施，强调改善和维护器官功能，维持老人自我照顾能力，积极融入社会生活，提高生活质量[6-8]，维护和尊重老年人的权益和尊严。

3.1.2 全程管理 转变既往碎片式的健康管理模式，建立集无病院前预防、有病院内救治、病后院外康复、日常居家照护、临终安宁疗护“五位一体”的连续、动态、覆盖健康管理全程的系统化医疗保健服务体系。

3.1.3 全域管理 健康管理覆盖老年人的生活全域，包括个人－家庭－社区－环境，诸如居家环境的软硬件建设，无障碍化改造，台阶、电梯、卫生间安全辅助设施改建等；提供老年人生活服务的家政，商业服务人员的队伍建设和健康理念行为的规范。

3.1.4 全方位管理 做到防治并举、康复照护并重。充分利用各种宣传时机、场合、手段，加强老年慢性病的知识宣教，提倡健康生活方式，积极防病；在科学防治基础上，实施早期康复介入，提高老年人的生活质量；同时，依托有关医疗培训机构，开展居家照护培训，促进医养结合。

3.1.5 全科管理 结合老年“共病”（一体多病）的诊疗需求，改变单病诊疗、专科诊治为主体的医疗模式，进一步规范多学科团队的综合评估、“共病”的诊治流程及全科医护人员的培训；强化全科能力素质培养，以支撑日常健康管理中的整体评估、科学管控。

3.1.6 全民健康教育 特别是针对我国老年人群常见的慢性病开展健康宣教，突出危险因素、预警及监控指标、生活指导、病后康复等知识的普及，引导老年人群认识慢病、转变生活方式、科学防控、主动康复。健康教育需要全社会力量的共同参与。

3.2 创新管理模式

传统医患“一对一”诊疗模式难以满足老年健康管理的多样化需求，多对一的学科团队保障、整合多方资源的“互联网＋”平台应需而生。

3.2.1 老年多学科团队为管理提供保障 老年人的健康管理既包括健康老年人预防保健，也包括患病老年人的多学科诊疗；既包括居家照护、社区老年人的日常保健，也包括住院老年人的综合救治和临终关怀。这需要转变模式，建立由老年患者、家属、医护人员、药师、康复师、营养师、心理学家和社区服务人员等组成的“多对一”新型慢病防治团队。

3.2.2 “互联网+”为健康管理提供平台支撑 依托“互联网+”医疗平台，通过互联网及远程医疗，将老年人、多学科医护团队、家属、陪护、卫生经济师及社区服务人员都纳入平台内，实时反馈、实时评估、实时决策、实时干预，实现医养体系的生态重构，才能让老年人在各级各类医疗保健机构享受到更加人性、便捷、适宜、合理、经济的医疗服务，真正实现居家－社区－医养机构的无缝衔接和深度融合。

3.3 突出管理重点

3.3.1 慢病预防 流行病学调查表明，心脑血管疾病、慢性呼吸道疾病、肿瘤、糖尿病是我国老年人常见的慢性病[5]，存在着共同的危险因素，其中吸烟、饮酒、不合理饮食和运动及肥胖、心理障碍等危险因素是可干预的，也是慢病防治的主要切入点。针对多个危险因素开展综合性社区干预是有效预防和控制慢病的最佳手段[9,10]，具体包括：建立老年人健康档案、加强老年人健康教育、制定常见慢性病的社区卫生服务防治指南等，积极构建以预防为中心、健康为主导的健康管理服务模式。将生活方式治疗融入医师的职业行为和行动；将生活方式治疗纳入医疗服务项目与医保支付范围。

3.3.2 综合评估 老年综合评估是目前欧、美、日等老龄化国家老年健康管理、疾病诊疗中的常规手段。综合评估需要多个学科医师参与，主要内容为筛查影响老人疾病预后和增加死亡率的老年综合征，包括：疾病状态、生活活动能力、步态与平衡功能、感觉器官功能（主要评估视力、听力）、认知功能、抑郁症、营养、尿失禁、社会功能、环境、心灵层面评估等[11]。其重要意义在于通过对多器官功能的评估，筛查潜在的老年临床问题，并据此对老年患者进行分级管理、指导临床干预决策和进行转归预测分析。

3.3.3 早期康复 早期康复介入对老年患者，特别是急性心、脑血管事件后老年患者的病情恢复十分重要，其方法包括物理疗法、作业疗法、强制性运动疗法、中医疗法、理疗以及心理康复等[12]。研究表明，早期综合康复介入有助于保持患者病后的良好心理状态，可使患者对自身疾病具有科学、全面的认识，减轻或消除患者的心理抑郁或焦虑，产生积极情绪配合治疗；在病情允许的情况下，通过正确摆放肢体位置、鼓励早期下床活动、指导其进行各种肢体功能康复性训练及运动，有利于防止肩关节脱位、肩手综合征的发生，有利于避免或减少感染性、失用性、血栓性并发症的发生[12,13]。通过早期介入康复治疗，能够改善患者生活质量，提高患者生活自理能力。

3.3.4 居家照护 老年人的居家照护不等于简单的居家+照护，而是提供专业照护的一个完整服务体系，由医师、护士、护理师、心理咨询师、康复师等各类专业人员组成[14]。其服务内容包括健康照护与社会照护[15]。健康照护是由专业人员提供或在其指导下，以康复保健为目的的照护服务；社会照护是为老年人提供生活照料、家政辅助等服务。在实践中，二者并没有严格的区分，而是相互渗透[15]，既关注并服务老年人的社会需求，还兼顾康复、护理、精神心理的需要。我国居家照护工作起步较晚，有关专业照护模式尚未形成，需要进一步规范、加强社区医务人员、志愿者、陪护员的培训与指导。同时要重视对高龄、丧偶、空巢老年人的心理护理。指导老年人正确的自我评价，通过组织老年群体活动，促进老年人间的交流，达到促进心理健康、心身并护的目的。

3.3.5 安宁疗护 安宁疗护是为疾病不可逆、失去医学上救治意义的临终患者提供减轻痛苦的舒缓医疗服务。既不促进也不延迟患者死亡，而是强调患者躯体的舒适和心灵的慰籍。它在控制疼痛以及疾病症状外[16]，对病患的心理及精神层面亦提供整体的照顾；不再进行增加痛苦的有创检查和治疗，使患者舒适、安宁、尊严地离世。安宁疗护回归到死亡本有的自然属性，它关乎患者的生命质量，即有优生的选择也有优死的权利。关乎医学的价值取向，是社会需求和人类文明进步的标志。

综上所述，重视老年健康管理、科学应对老龄化挑战，事关国家发展全局，事关亿万百姓福祉，任重而道远，需要立足当前、着眼长远，加强顶层设计，完善重大政策制度，确保及时应对、科学应对、综合应对。未来的老年健康管理将是以老年医学、预防医学、康复医学、心理学、护理学为学科支撑，以智能化管理为依托，以综合性评估、个性化干预为手段，以一站式服务、一体化治疗为体现的系统医疗服务过程。

【参考文献】

[1] 邓 晶，蒋事臻. 我国人口老龄化背景下卫生需求研究[J]. 医院管理论坛，2012，29(3)：21－24. DOI:10.3969/j.issn.1671-9069.2012.03.007.
Deng J, Jiang SZ. Study on health needs under the background of population aging in China [J]. Hosp Manage Forum, 2012, 29(3): 21－24. DOI: 10.3969/j.issn.1671-9069.2012.03.007.

[2] 国家卫生和计划生育委员会. 2015年中国卫生统计年鉴[M]. 北京：中国协和医科大学出版社，2015.

National Health and Family Planning Commission. China Health Statistics Yearbook 2015[M]. Beijing: Pecking Union Medical College Press, 2015.

[3] 国家卫生和计划生育委员会. 中国居民营养与慢性病状况报告(2015)[R]. 北京: 人民卫生出版社, 2015.
National Health and Family Planning Commission. Report on Nutritional and Chronic Diseases of Chinese Residents (2015)[R]. Beijing: People's Medical Publishing House, 2015.

[4] World Health Organization. Preventing chronic diseases: a vital investment[R]. Switzerland, 2005.

[5] 刘竟芳, 陈 哲, 杨非柯, 等. 我国老年人慢性病现状及应对策略[J]. 中外医疗, 2014, (23): 194-195, 198. DOI: 10.3969/j.issn.1674-0742.2014.23.098.
Liu JF, Chen Z, Yang FK, *et al*. Current status of chronic diseases and countermeasures in the elderly in China[J]. China Foreign Med Treat, 2014, (23): 194-195, 198. DOI: 10.3969/j.issn.1674-0742.2014.23.098.

[6] 孙倩倩, 王 双. 老年综合评估的临床应用及研究进展[J]. 中国老年学杂志, 2012, 32(3): 660-662. DOI: 10.3969/j.issn.1005-9202.2012.03.112.
Sun QQ, Wang S. Clinical application and research progress of comprehensive geriatric assessment[J]. Chin J Gerontol, 2012, 32(3): 660-662. DOI: 10.3969/j.issn.1005-9202.2012.03.112.

[7] 王秋梅, 刘晓红. 老年综合评估在老年医学工作中的应用[J]. 中华老年多器官疾病杂志, 2016, 15(8): 561-564. DOI: 10.11915/j.issn.1671-5403.2016.08.0133.
Wang QM, Liu XH. Application of comprehensive geriatric assessment in the practice of geriatrics[J]. Chin J Mult Organ Dis Elderly, 2016, 15(8): 561-564. DOI: 10.11915/j.issn.1671-5403.2016.08.0133.

[8] 张宏雁, 董 军, 何 耀, 等. 老年人综合健康状况评估方法及其应用研究进展[J]. 中华健康管理学杂志, 2010, 4(2): 106-107. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1674-0815.2010.02.018.
Zhang HY, Dong J, He Y, *et al*. Evaluation method of comprehensive health status in the elderly and its application research progress[J]. Chin J Health Manage, 2010, 4(2): 106-107. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1674-0815.2010.02.018.

[9] Miller EC, Teravskis PJ, Dummer BW, *et al*. Tau phosphorylation and tau mislocalization mediate soluble Aβ oligomer-induced AMPA glutamate receptor signaling deficits[J]. Eur J Neurosci, 2014, 39(7): 1214-1224. DOI: 10.1111/ejn.12507.

[10] Chhatwal JP, Schultz AP, Johnson K, *et al*. Impaired default network functional connectivity in autosomal dominant Alzheimer disease[J]. Neurology, 2013, 81(8): 736-744. DOI: 10.1212/WNL.0b013e3182a1aafe.

[11] Devons CA. Comprehensive geriatric assessment: making the most of the aging years[J]. Curr Opin Clin Nutr Metab Care, 2002, 5(1): 19-24.

[12] 梁友云, 张文静, 史红菊, 等. 老年急性脑卒中偏瘫患者早期康复介入与疗效的关系探讨[J]. 现代中西医结合杂志, 2015, (24): 2711-2712, 2713. DOI: 10.3969/j.issn.1008-8849.2015.24.036.
Liang YY, Zhang WJ, Shi HJ, *et al*. The relationship between early rehabilitation intervention and curative effect in elderly patients with post-stroke hemiplegia[J]. Mod J Integr Tradit Chin West Med, 2015, (24): 2711-2712, 2713. DOI: 10.3969/j.issn.1008-8849.2015.24.036.

[13] 赵 亮, 胡亚军, 朱 江, 等. 老年急性脑卒中偏瘫患者早期康复介入与并发症的关系[J]. 中国老年学杂志, 2015, (3): 801-802. DOI: 10.3969/j.issn.1005-9202.2015.03.112.
Zhao L, Hu YJ, Zhu J, *et al*. The relationship between early rehabilitation intervention and complications in elderly patients with post-stroke hemiplegia[J]. Chin J Gerontol, 2015, (3): 801-802. DOI: 10.3969/j.issn.1005-9202.2015.03.112.

[14] 张秀伟. 我国人口老龄化的发展特点与居家照护的护理学思考[J]. 全科护理, 2011, 09(15): 1384-1386. DOI: 10.3969/j.issn.1674-4748.2011.15.051.
Zhang XW. The characteristics of population aging in China and thoughts on home nursing[J]. Chin Gen Nurs, 2011, 09(15): 1384-1386. DOI: 10.3969/j.issn.1674-4748.2011.15.051.

[15] 陈卫民. 发达国家老年照护服务供给体制改革及其借鉴意义[J]. 南开学报(哲学社会科学版), 2002, (3): 58-64. DOI: 10.3969/j.issn.1001-4667.2002.03.011.
Chen WM. The reforms in tendance service system for senior citizen in developed countries and its use for reference[J]. Nankai J (Philos Soc Sci Ed), 2002, (3): 58-64. DOI: 10.3969/j.issn.1001-4667.2002.03.011.

[16] 张 斌. 安宁疗护的概念、对象与要求——台湾的安宁疗护介绍之一[J]. 医学与哲学, 2004, 25(11): 79-80.
Zhang B. Concept, object and requirement of hospice care — one of the introductions to hospice care in Taiwan[J]. Med Philos, 2004, 25(11): 79-80.

(编辑: 王雪萍)