

分类号:
学 号: 20182216143

密 级:
单位代码: 10759

石河子大学

硕 士 学 位 论 文



广州泰城养老院医养结合养老服务优化研究

学 位 申 请 人	何琦琅
指 导 教 师	刘文霞副教授
申 请 学 位 类 别	专 业 硕 士
专 业 名 称	工商管理硕士
研 究 领 域	组织与战略管理
所 在 学 院	经济与管理学院

中国新疆石河子

2021 年 5 月

分类号:
学 号: 20182216143

密 级:
单位代码: 10759

石河子大学

硕 士 学 位 论 文



广州泰城养老院医养结合养老服务优化研究

学 位 申 请 人	何琦琅
指 导 教 师	刘文霞副教授
申 请 学 位 类 别	专 业 硕 士
专 业 名 称	工商管理硕士
研 究 领 域	组织与战略管理
所 在 学 院	经济与管理学院

中国新疆石河子

2021 年 5 月

**A case study on the optimization of elderly care service of Taicheng
nursing home in Guangzhou**

**A Dissertation Submitted to
Shihezi University**

In Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of

Master of Business Administration

By

He Qiliang

Dissertation Supervisor: Asso Prof. LiuWenxia

May,2021

摘要

在我国社会老龄化程度日益加深，国家大力推进健康老龄化的大背景下，尽管机构养老和社区养老等养老模式发展迅速，但老年人的实际养老需求还是未能得到有效满足。目前，大部分医院由于要考虑医疗效率和医疗资源的问题，认为需要长期住院护理的老年人会挤占医疗资源，通常只会提供基础的门诊和住院服务。而大部分养老机构往往只能为老年人提供基本的日常照料和基础护理服务，由于缺乏老年医学专业的医护人员以及医疗设备，通常不能满足老年人对专业医护服务的需求。医养结合养老模式是通过医疗机构和养老机构之间的资源互补，以满足老年人的养老和医疗需求。尽管医养结合养老模式仍在起步阶段，但该模式必然是解决我国老龄化难题的有效路径。随着国家政策的实施，医疗与养老相结合的工作取得了初步成果，医养结合养老模式日益蓬勃。

广州泰城养老院在广东省政府的大力支持下，科学合理地统筹了养老和医疗两方面资源，践行了医养结合养老服务模式。本文采用了文献研究法、案例研究法、问卷调查法、归纳法等，对广州泰城养老院的医养结合养老模式进行了较为深入的探讨。以建立完善的医养结合养老模式为研究目的，基于广州泰城养老院当前的入住长者的满意度调查、管理制度、人力资源与服务状态和医养结合养老服务成效等情况，提出了几大类问题：一是医养结合服务所需人力资源缺乏，专业医护人员不足；二是医养结合服务标准不完善，没有统一的行业服务标准；三是医养结合服务成本高，医养结合养老机构难以维持运营；四是医养结合服务收费高，服务内容单一，不利于实现养老公平。究其原因：一是老年医护专业起步较晚，人才培育力度不足，医护人员薪酬不高；二是医养结合服务研究仍处于起步阶段，国家政策指导出台需时；三是实行医养结合养老模式所需建筑面积大、需配置的医疗和养老设备昂贵。四是医养结合服务投入大、投资回本周周期长，需提高收费以维持日常运营。针对这些问题及其背后的原因，提出以下措施：一是政府应该积极发挥主导作用，制定出台相关优化政策和行业指导标准；二是积极探索建立社会力量参与机制，引入社会资金和商业保险资金，支持养老机构的运营和长远发展；三是开展养老专业培训，培养老年医学专业的医护人才、组建专业化团队，实行规范化、专业化的养老服务；四是从多方面进行内部运营管理优化，增强企业竞争力和服务满意度，使养老院实现可持续运营发展。

关键词：人口老龄化；医养结合；优化

Abstract

In the context of the deepening of the aging of our society and the country's efforts to promote healthy aging, despite the rapid development of institutional and community pension models, the actual pension needs of the elderly have not been effectively met. At present, most hospitals have to consider the problems of medical efficiency and medical resources. They believe that the elderly who need long-term inpatient care will squeeze out medical resources and usually only provide basic outpatient and inpatient services. However, most elderly care institutions can only provide basic daily care and basic nursing services for the elderly. Due to the lack of medical staff and medical equipment specialized in geriatrics, they usually cannot meet the needs of the elderly for professional medical services. The medical care and nursing care model is to meet the needs of the elderly for the elderly and medical care through the complementation of resources between medical institutions and elderly care institutions. Although the combined medical care and elderly care model is still in its infancy, it must be an effective way to solve the problem of aging in my country. With the implementation of national policies, preliminary results have been achieved in the combination of medical care and elderly care, and the model of integrating medical care and elderly care has become increasingly prosperous.

With the strong support of Guangdong Provincial Government, Guangzhou Taicheng Nursing Home has scientifically and rationally coordinated the resources of old-age care and medical care, and implemented the service model of combining medical care and old-age care. This article adopts the literature research method, case research method, questionnaire survey method, induction method, etc., to conduct a more in-depth discussion on the old-age care model of Guangzhou Taicheng Nursing Home. With the purpose of establishing a complete medical-care-integrated elderly care model, based on the current satisfaction surveys, management systems, human resources and service status of the elderly in Guangzhou Taicheng Nursing Home, and the effectiveness of the elderly-care services, several major issues are proposed. Types of problems: First, the lack of human resources required for integrated medical and elderly care services and insufficient professional medical personnel; second, the incomplete standard of integrated medical and elderly services, and there is no unified industry service standard; third, the high cost of integrated medical and elderly services, and the integrated elderly It is difficult for institutions to maintain operations; fourth, the high fees for combined medical and elderly care services and the single service content are not conducive to achieving fairness in the elderly. The reasons are as follows: First, the elderly medical care profession started late, the training of talents is insufficient, and the salaries of medical staff are not high; second, the research on integrated medical and elderly care services is still in its infancy, and the

introduction of national policy guidance takes time; third, the implementation of integrated medical and elderly care services The model requires a large building area, and the medical and elderly care equipment to be configured is expensive. Fourth, the investment in integrated medical and nursing services is large, and the investment payback cycle is long, and fees need to be increased to maintain daily operations. In response to these problems and the reasons behind them, the following measures are proposed: First, the government should actively play a leading role and formulate relevant optimization policies and industry guidance standards; second, actively explore the establishment of social forces participation mechanisms and introduce social funds and commercial insurance funds Support the operation and long-term development of elderly care institutions; the third is to carry out professional training for elderly care, cultivate medical professionals in geriatrics, organize professional teams, and implement standardized and professional elderly care services; fourth, actively implement service assessments to meet the professional needs of the elderly Demand for elderly care services; The fourth is to optimize internal operation management from various aspects, enhance corporate competitiveness and service satisfaction, and enable nursing homes to achieve sustainable operation and development.

Keywords: population aging; medical care integration; optimization

目 录

摘 要.....	I
Abstract	II
第一章 绪论.....	1
1.1 研究背景.....	1
1.2 研究意义.....	2
1.2.1 现实意义.....	2
1.2.2 理论意义.....	2
1.3 国内外的研究综述.....	2
1.3.1 国外研究综述.....	2
1.3.2 国内研究综述.....	3
1.3.3 国内外研究综述评价.....	6
1.4 研究内容和方法.....	6
1.4.1 研究内容.....	6
1.4.2 研究方法和技术路线.....	7
第二章 概念界定与理论基础.....	8
2.1 相关概念.....	8
2.1.1 老龄化.....	8
2.1.2 医养结合.....	8
2.1.3 医养结合养老模式.....	8
2.2 理论基础.....	10
2.2.1 协同理论.....	10
2.2.2 多元福利主义理论.....	10
2.2.3 马斯洛需求层次理论.....	11
2.2.4 服务价值链理论.....	12
第三章 广州泰城养老院医养结合养老服务的现状.....	13
3.1 广州泰城养老院医养结合养老服务发展状况.....	13
3.2 广州泰城养老院医养结合模式运营现状.....	13
3.2.1 广州泰城养老院情况简介.....	13
3.2.2 广州泰城养老院主要接收人群.....	14
3.2.3 广州泰城养老院管理制度.....	15
3.2.4 广州泰城养老院人力资源与服务状况.....	16
3.3 广州泰城养老院医养结合养老服务满意度调查.....	17
第四章 广州泰城养老院医养结合养老服务面临的突出问题及原因分析.....	20
4.1 医养结合服务所需人力资源缺乏.....	20
4.2 医养结合服务标准不完善.....	21

4.3 医养结合服务成本高	22
4.4 医养结合服务收费高	22
第五章 国内外医养结合养老服务模式经验借鉴	23
5.1 国外医养结合养老服务经验	23
5.2 国内医养结合养老服务经验	25
5.3 国内外经验借鉴和启示	26
第六章 广州泰城养老院医养结合养老服务模式优化策略	30
6.1 政府应该积极发挥主导作用	30
6.2 积极探索建立社会力量参与机制	31
6.3 培养专业人才、组建专业化团队，提高养老服务的专业化水平	32
6.4 广州泰城养老院内部运营管理优化	33
6.4.1 设置高效管理制度，加强成本管控	33
6.4.2 建立养老服务宣传平台，提高品牌效应	33
6.4.3 培育养老企业文化，建设人性化养老基地	34
6.4.4 积极开展服务评估，优化养老服务项目，满足老年人差异化需求	34
第七章 研究结论、研究局限与管理启示	36
7.1 研究结论	36
7.2 管理启示	37
参考文献	39
附 录	43
致 谢	45
作者简介	46

第一章 绪论

1.1 研究背景

2020 年 10 月，广州市老龄委正式对外发布了《2019 年广州老龄事业发展报告和老年人口数据手册》。手册数据显示广州市老年人口占户籍人口比重连年上升，社会老龄化严重程度也日益严重不断加深，截至 2019 年年末，全市户籍老年人口数已达 175.51 万人，占户籍总人数的 18.4%。从下表可知，广州市老年人口每年累计新增人数约有 7 万名左右，占全市户籍人口比例逐年增加。

表 1-1 2013-2019 年广州市老年人口状况表

60 岁及以上老年人口		
年份	人数（万人）	占户籍人口比重
2013 年	133.04	16.03%
2014 年	140.65	16.75%
2015 年	147.53	17.27%
2016 年	154.61	17.76%
2017 年	161.82	18.03%
2018 年	169.27	18.25%
2019 年	175.51	18.40%

广州市因为城市化的快速发展以及持续多年的低出生率和低死亡率，促使了社会老龄化的进程日渐加快，其主要问题是老年人口高龄化、数量庞大、未富先老、四二一家庭、养老制度和医疗护理之间衔接不畅等问题。

截至 2020 年末，广州市已经建立起城乡居民基本医疗保险和养老保险金制度，但仍然存在覆盖群体不广、服务项目针对性不够，报销比例较低等问题，老年人的医疗和康养需求还得不到有效满足。随着广州市老龄化程度日渐加深，空巢、带病生存、失能等现象日益增加，家庭养老的传统模式并不能满足老年人对多样化、精细化和专业化的医养需求。所以传统的居家养老模式需要和医疗护理服务相结合，大力发展医养结合养老模式，为当前养老服务中医疗护理服务的不足作有效补充。

随着我国社会人口老龄化问题的日益严峻，只靠家庭和个人将无法很好的解决养老问题，必须探索发展社会共同养老的创新模式。医养结合养老模式是养老领域和医疗领域的有机融合，是符合广州市养老事业发展的长效模式，该模式可以有效的提高老年人幸福感，使“老有所医、老有所养”真正的实现。广州市近年积极推动医养融

合发展,但仍处于不断健全阶段,还存在服务保障水平不高、发展方向不断转变等问题,结合广州市实际探索有实用性和普适性的医养结合养老模式刻不容缓。

1.2 研究意义

1.2.1 现实意义

在国家对健康老龄化大力支持的背景下,广州市已基本形成了医养结合的局面,实行医养结合养老模式的养老机构如雨后春笋般出现。研究广州市医养结合养老服务模式,一是能够充分发挥广州市医疗与养老资源的有效整合作用,让医疗和养老紧密结合。其次能够有效解决老龄化带来的各种问题,解决老年人对于疾病防控、养老和医疗等需求。而且随着医养结合模式的进一步发展,除了能够帮助更多老年人解决养老和医疗两方面的后顾之忧,又可以减轻其子女的精神和经济的负担。最后是广州市经济基础好,在广州市发展医养结合模式的养老产业,对老龄产业的发展有提速作用,会出现大量具有较高的经济价值的就业岗位和创业机会。此外,适应国内外发展态势的医养结合养老模式,是解决社会人口老龄化问题的有效保障。但当前还有许多实践问题亟待解决,只有继续完善医养结合的养老模式,才能解决老龄化社会带来的养老和医疗压力,进而为老年人带来优质的晚年生活。

本文通过剖析广州泰城养老院和南方医院共同构建的医养结合养老模式,在深入剖析实施该模式时存在的突出问题,并尝试提出相应的优化策略,为促进医养结合模式提供有价值的参考。本文的研究结论未来可能对各地政府、社区的社会保障服务管理实践带来一定的启示作用。

1.2.2 理论意义

国内对医养结合模式的学术研究仍是一个现实性的前沿课题,还有进一步研究的空间。本研究以广州泰城养老院与广州市南方医院合作推行的医养结合养老模式作为案例,以期充实广州市医养结合养老模式的实践研究。同时,本研究除了从实践意义上为广州市医养结合养老模式建设提供一些优化建议,还能够为其他省内地区甚至整个中国的医养结合养老模式建设提供借鉴,对完善现行的社保福利体系以及相关的养老服务理论有积极意义。我国当前的医养结合养老模式仍处于起步阶段,通过对该模式的探讨,可以为其后续研究奠定基础,并在一定程度上为该模式的健康发展创造新视野。

1.3 国内外的研究综述

1.3.1 国外研究综述

日本学者认为养老机构应该把服务设施的便利以及老年人的居住感受放在首要位置,为老年人提供相对独立空间,使老年人可以按自己的需要去选择养老服务(SHI Ying, LI Zhi-min, 2016)。

美国的 PACE (全方位养老服务)计划于 1997 年发布,该计划将居民的基础医疗,急诊、长期护理服务以及医疗援助与社会商业资金相结合。由社会机构提供相关服务,

主要包括日常护理、专业护理、基础疾病医疗、卫生保健、精神保健以及康复培训等综合服务(王子颖慧, 2019)。但也有学者认为, 营利性运营商很难保证 PACE 的服务质量, 需要由非营利组织供应养老服务 (Gonzalez, 2017)。

国外学者发现老年人除了需要基础的护理服务, 心理疏导等特殊护理更是必不可少的。还提出了养老服务的概念, 即老年人应该先具备合适的居所, 然后提供相应且必要的养老服务, 其中包括日常护理, 饮食和医疗, 还应包括专业的健康咨询以及情感援助, 用以帮助老年抑郁症患者和有心理障碍的老年人(BMeredith, 1983)。

许多西方发达国家为解决养老难题, 大力支持医疗系统和养老机构的合作, 以期构建出完善的医疗服务体系。欧美国家提出了各部门资源整合与合作的养老服务体系, 以保障老年人的医疗保健。而老年人的医保资金主要来源于税收(Stuart, M, and M. Weinrich, 2001)。

有学者指出, 社会养老较社区养老的服务质量高。但因为社会养老使老年人离开了熟悉的生活场所, 这更有可能使老年人出现心理负担(SallyRedferm, 2003)。

有学者认为养老业具有与其他行业不同的特征, 市场机制不是其唯一的调控手段, 政府有责任监管养老行业的运营。养老产业市场只有在政府的监管下才可以平稳发展并实现最大产出。还有学者指出养老服务业应该定位为公益性产业, 不能完全按照市场经济模式运作。只有在政府严格监督资金使用和政策规定的情况下, 养老服务业才能实现可持续发展(Bewley, 2007)。

有学者制定了一个老年人长期护理风险评估量表, 以确定长期护理需求中风险较高的老年人 (Hatono Yoko, 2004)。在对医养结合的服务质量研究上, 有学者通过对老年人的护理负担、对服务的满意度进行调查, 发现老年人年龄越低, 对服务分类需求越高, 从而对服务的满意度越高, 这与减少护理负担具有相关性 (Hiroyuki Umegaki, 2014)。

有学者通过老年人保健设施的性能状况和护理水平等质量指标, 对老年保健设施护理质量进行调查, 指出护理人员的专业水平是老年保健设施护理质量的相关因素, 护理人员的专业水平将直接影响老年护理的质量 (Sandoval Garrido Felipe Alfonso, 2013)。

国外学者指出医护人员短缺是长期护理和康复护理预防的一个问题, 应该通过使用机器人技术促进医疗和护理活动, 保健信息技术将通过精简护理工作缓解医护人员短缺问题, 同时将提高护理质量和效率 (Ryuichi Tanioka, 2018)。

1.3.2 国内研究综述

截至 2020 年末, 政府已制定了大量的养老政策并出台了相关措施, 在国家大力发展健康老龄化背景下, 国内学者关于医养结合的相关研究也愈来愈深入。有学者认为健康老龄化是指我们不但要为老年人提供医疗服务, 关注他们的身体健康, 还应该为他们提供心理辅导, 关注他们的心理健康, 提供知心服务, 关注他们的精神需求, 提升他们的综合生活幸福感(乌沧萍, 1996)。每一位老人的身体情况不同, 对身体健康

的要求也不同,因此他们也会选择不同的养老方式(刘宏,2011)。大部分老年人会从经济收入、家人可投入照顾的精力、自己的身体情况等方面来综合考虑选择何种养老方式,患有疾病的老年人大多会选择机构养老(刘红,2009)。研究表明:四二一家庭的养老压力日益沉重,实行医养结合的养老模式是解决当前养老困境的有效手段(郭东等,2005)。

目前国内学者对养老模式的研究主要集中在以下五个方面:

(1)医养结合的内涵

关于医养结合的研究,学术界存在两种不同看法。有学者研究指出了在养老模式中,医疗服务与生活起居照顾比起来,医疗服务更重要(袁晓航,2013)。而与之正好相反的一种观点则认为,养老应该以照顾生活起居为主,提供医疗服务为辅(沈连法,2015);还有学者认为把养老服务和医疗资源有机结合,让养老服务和医疗服务相辅相成,在不同的需要中按不同的配比进行呈现,才能起到事半功倍的效果,这才是医养结合的根本关键(赵艺,2014);医养结合养老模式成功与否的关键是如何在养老机构中加入专业的医疗设施和医疗人员(纪娇,2014)。有学者认为“医养融合”是指医疗服务与照护服务的融合,多种专业人士相互协作,根据老人服务需求,为老人提供一体化、无缝隙的服务;而“医养结合”则是为了实现能够提供这种无缝隙、一体化的服务,各相关主体机构之间的合作与协作(张莹、刘晓梅,2019)。但是也有学者指出医疗和养老是两套服务体系,医养结合的前提是各自领域的人做各自专业的事情,首先两者应该有结构上合功能上的区分,并且应该努力满足各自的需求,解决各自的基本问题,其次才能通过两者之间的不同功能实现优势互补,这是医疗服务与养老服务之间的平等融合(李志宏,2018)。

(2)医养结合的必要性和意义

有学者研究指出了医养结合养老模式可以减轻家庭与社会的养老压力,还能改善半失能、失能、独居和孤寡老人的生活幸福指数。我国老年人口与日俱增,社会养老压力越来越大,现有的医疗体系不能满足广大老年人的就医服务需求,现有的养老体系也远远不足以让老年人有舒适的晚年生活,因此不得不加以改进;传统的依靠家庭力量来赡养老人的养老模式应逐步退出历史舞台,以养老服务为主要基础、医疗服务为辅助的新型医养结合养老模式也应逐步发展成为主流养老模式(符美玲,2013)。还有部分学者指出现行的养老机制还有很多需要改善的地方,如医疗资源不能平均分配,医养结合养老模式将是我国健康老龄化社会发展的重要基石(黄佳豪,2014)。

(3)医养结合的实施模式

基于我国的老龄化情况,有学者指出我国的医养结合模式应有三种制度:契约制度、科层组织制度以及网络制度。契约制度是指一个养老机构和他周围的医疗机构协商好,达成共识,签订医疗服务合约,建立良好的合作伙伴关系,医疗机构为养老机构提供丰富、便捷的医疗资源;科层组织制度指的是养老机构对自身的医护服务进行评估,并在机构内设立一定数量的医疗服务室,以满足老年人基础医疗的需求;网络

制度是契约制度和科层组织制度相互融合,是指养老机构与医院将进行资源整合,建立医疗和养老一体化的养老服务模式(刘清发,2014)。

除上述三类医养结合模式外,还有部分学者认为还应增加输出模式,让依靠家庭进行养老的老年人,不出门就可以享受到较好的医疗服务和养老服务(王素英,2014)。

(4)医养结合的困境

看病难是我国老年人面临的最大难题,有学者认为主要表现在两方面:首先,老年人的就诊费用医保报销额度有限,需自费大部分。其次,养老机构缺乏专业医疗设备和医护人员,不能妥善的解决院内老年人的就医需求(尚振坤,2008)。

有学者研究指出了我国目前全科医师虽然已有30万名,但仍然难以满足老年人群体庞大的医护需求。而到医院工作是大部分医学生毕业后的首选,只有少部分医学生的会选择去养老机构工作,这远远不能满足养老机构对专业医护人员的需求(许彩虹,2015)。还有部分学者研究发现当前大部分养老机构的医护人员并没有进行岗前培训,导致他们的工作质量参差不齐。虽然有一部分养老机构会进行培训,但由于其岗前培训内容缺乏行业规范和专业训练,并不能很好提升医护人员的工作服务水平(郭婷,2015)。

有学者指出了医养结合模式存在的问题,在于专业医护人员缺口较大,医护人员的实际薪酬与工作压力不成正比,致使养老机构的医护人员离职率较高(李杰,2014)。

还有部分学者提出了费用分担的问题,他们选取了合肥市的八家知名养老机构进行深入调研,研究结果表明大部分养老机构依靠政府的补助来解决资金短缺问题。养老机构为了增加新型的医疗设备和专业的医护人员,使其经营成本不断增长,资金缺口难以填补。为维持正常的运营,这方面的成本只能转嫁到院内的老年人群体身上(陈俊峰、王硕,2016)。

(5)医养结合的发展策略

有学者认为,政府应在养老社区建设,整合社会资源,大力发展医养结合的社会养老体系中发挥重要作用。(李晶,2010)。有的学者提出,医养结合养老模式的推广需要整合社会各领域的优势资源(张旭,2014);有的学者认为,养老模式的转型升级离不开医疗人员和护理人员相互支持与配合(孟防、黄佳豪2014)。还有学者指出,医养结合模式的重点是医疗和保险的相结合,老年人在享受医疗服务之时,可以通过医疗保险支付大部分费用(童立纺,2014)。还有学者提出,建立全面且系统的客观评价制度是医养结合模式发展的关键(刘华,2014)。大部分学者认为解决养老困境的重要方向是大力培养老年护理专业医护人员。

医养结合养老模式是我国养老制度的发展方向。相关政府部门应当合理地整合社会资源,加大培育更优质医护人员的力度(考虑从资金投入、专业师资派出、与高校合作等方面),为建立完善的医养结合养老模式打下良好基础。还要继续完善医保制度,在保证医疗资源充足的同时,提高老年人的医保报销比例。

1.3.3 国内外研究综述评价

早在上世纪中叶，西方发达国家就已经陆续进入老龄化社会，所以国外学者对养老制度的研究很早就已经开始了，其中囊括的多种许多新的研究方向与理论主题。国外学者研究过程中的相关经验和研究后得出的相关理论成果，都可以作为国内研究的参考。

我国医养结合模式的发展正是方兴未艾，该养老模式得到了相关政府部门的大力支持。我国的学者也陆续展开了对医养结合养老模式的研究和探讨。

为改善现行养老制度，减轻社会和政府的养老压力，实现老有所养，老有所依的美好愿景，目前的研究成果不能很好的诠释医养结合养老模式的发展状态，需要更多更深入的研究才能使问题浮出水面，从而根据问题究其原因，通过分析问题存在的原因找到有针对性的改善方案，最终解决问题，这样才能推动医养结合养老模式进一步发展。通过一系列研究发现目前缺少关于医养结合养老模式的实证分析。随着我国老龄化的逐步加深，探索出一条适合我国实际情况的医养结合服务模式的发展路径，是打开养老困境的必由之路。

1.4 研究内容和方法

1.4.1 研究内容

养老问题一直是社会上的焦点问题，要解决该问题，就必须满足老年人对养老机构数量上的要求，而且要保障养老机构的服务质量。医养结合就是合理利用医疗资源，为老年人提供适宜的医疗服务，再加上原有的养老服务，做到医疗服务和养老服务有机融合，因而能够大大提升对老年人的综合医养服务质量，增加老年人舒适度。本文通过调查广州泰城养老院的总床位数、入住的生活不能自理老人和半自理老人以及全自理老人数量、入住情况、医疗设备和养护设施设置情况、医护人员配备等资料，分析医养结合养老模式在实施过程中可能会出现的问题，总结该养老院在实施医养结合模式在过程中取得的成效和不足，提出优化方案。本文基于前人的研究并结合当前的实际，主要研究内容有以下几点：

(1) 国内外医养结合养老模式的研究现状及研究进展

通过阅读大量的资料和文献，了解医养结合养老模式的相关概念，并界定其核心概念，对国内外学者在研究医养结合养老模式时所经历变化历程给予了概括性的论述，为本文的深入研究奠定了理论依据。

(2) 对广州市实施医养结合养老机构的现状调查

在广州泰城养老院通过调查问卷的方式进行实地调查。对归纳研究其医养结合养老模式在实施当中出现的各种问题。

(3) 广州市医养结合养老机构发展策略的研究

对广州市养老服务业市场需求进行分析，针对老年人的消费习惯和有关需求改变等诸多方面实行研究。

(4) 对其他国家的成功经验予以引用，提出优化医养结合养老模式的对策和建议。

1.4.2 研究方法和技术路线

1.文献研究法。本文主要是通过维普全文期刊数据库、中国期刊网、中国知网、万方等网络资源以及广州图书馆的藏书资料,了解国内外专家对医养结合的相关研究。在阅读大量文献资料,认真研究总结的基础上,找出一些对优化医养结合模式较有价值的观点,为本文提供必要的理论参考。

2.问卷调查法。本研究是通过以问卷形式发放、回收等方式搜集相关信息,结合相关数据和资料,通过对广州泰城养老院的现状及其医养结合养老模式实施过程中出现的难题及其成因进行分析研究,尝试对医养结合养老模式的优化提出一些建议。

3.案例研究法。将收集到的一手及二手资料进行归纳总结,以广州泰城养老院医养结合养老服务的实践为单案例研究对象,得出研究的问题及解决问题措施的方案。

本文的研究思想和路线是遵循“提出问题—分析问题—解决问题”的基本逻辑发展思路。具体方式为:通过官方资料数据查找、文献阅读、做广州泰城养老院医养结合养老服务基本现状的访谈调查,根据调查问卷、访谈结果统计数据、广州市民政局和统计局等机构提供的资料,进行数据的归类、分析。进而确定广州市医养结合养老模式的优化对策。

第二章 概念界定与理论基础

2.1 相关概念

2.1.1 老龄化

按照国际通行惯例，一个国家进入老龄化社会的指标为 60 岁以上人口比例达到 10%以上或 65 岁以上人口比例达到 7%。根据中国发展基金会发布的相关报告显示，自 1999 年起，我国就开始进入老龄化社会。预计到 2050 年，我国将跟随日、意、德之后，进入社会老龄化程度最高国家的行列。根据“国家应对人口老龄化战略研究”项目课题组的相关研究成果可以预测，我国人口的峰值将于 2030 年前后到来，预计将有 14.5 亿人口，此后人口总量将不断下滑，人口结构变化将呈老龄化趋势。我国的老龄化主要有三方面的原因：首先是政策的干预，从 70 年代逐渐开始逐步执行的计划生育政策，到 80 年代逐渐开始落实的独生子女生育政策，再到 2017 年的完全彻底放开二孩生育政策。其次就是生育率的逐年持续下降，根据《2020 年世界人口状况报告》，中国大陆的人口总和生育率为 1.7，在该统计的 185 个国家中排倒数第 41 位。最后是出生率的不断下滑，我国的出生率从 70 年代的 3.5%，下降到 80 年代的 2%，到了 21 世纪，我国的出生率基本维持在 1.2%。当代年轻人的生育意愿普遍较低，全面二孩政策的推出对出生率增长的刺激效果并不明显，不能改变我国老龄人口逐渐增加，社会人口总量的持续减少的趋势。

2.1.2 医养结合

医养结合是除了传统上为老年人提供基本养护服务外，还重点为老年人进行定期身体检查，根据身体检查情况提供医疗服务，为患有重大疾病的老年人提供重疾康复治疗 and 护理，待老年人走到人生尽头前为他们提供临终前的关怀，还包括医疗机构与社区紧密合作，为居家养老的长者，特别是慢性病患者、容易复发者、重疾康复者提供医疗康复服务的服务模式。在医疗与养老的关系上，医养结合将老年人的医疗保健服务放在首位，从根本上为老年人提供了更丰富的基本养老服务，使老年人获得了更优质的基本养老服务质量。通过将医疗和养老资源整理并结合在一起，有别于传统的养老服务模式——仅提供医疗护理相关服务或简单的生活起居照顾的养老服务，能同时满足老年人对医疗护理和生活护理两方面的需求，提升老年人的生活质量。

2.1.3 医养结合养老模式

为推进医养结合养老模式、为人口老龄化的高峰期提供养老问题解决办法的主要途径，我国目前现有四种常见模式：直接在医疗卫生机构现有的情景下增加养老床位，让老年人在医疗机构居住；直接由养老机构为居住在养老机构的老年人提供医疗护理服务；由养老机构和附近的医疗机构签订合作协议，定期前往养老机构问诊；医疗保健融入了社区和家庭。

模式一：养老机构开展医疗服务

养老机构具备以下几个特点：入住客户多为日常生活上完全不能自理、能够半自

理；入住的费用和护理费用比行业平均水平高；养老机构内的设施比较齐全；资金储备丰厚，有一定的经济实力。这种养老机构可以在合理的范围内增加属于养老机构自己的小型医院，仅服务于养老院内的人员，可以考虑设置门诊、急诊、康复理疗科、心理咨询科、老年人专属病房、药房等一系列医疗设施，购买更加专业化的康复护理器械、体检和化验仪器设备以及各种疾病诊疗器械，招聘一批全科医生、专业护士、保健指导、药剂师等等多个职位的专业医务人员，建立完善的医疗服务队伍。

对入住养老机构的老年人定期进行体检，预防和治疗在老年人群中多见的疾病，为这类疾病提供药物；为患有慢性疾病的老年人提供健康指导、康复监督、护理服务；为不慎患急性疾病的老年人提供紧急救护、就医陪同，使老年人可以得到及时的治疗。甚至可以针对性根据个人需要制定相应的护理服务，让老年人无需离开养老机构，需要就医的时候能在养老机构内得到医疗救治。

模式二：医疗机构增设养老服务或转型为康复医院

该种养老模式主要是为已无法料理自己生活以及长期患病的老年人提供养老服务，具体有三种形式：第一种主要是在医疗资源闲置、就诊率相对较低的二甲医院中增加养老服务，其最大优势是拥有齐全的健康医疗器械，专业的医疗技术人员和较高的健康护理水平；对于老年患者有很强的吸引力，同时如果能现有的医疗资源加以利用和开发，就可为医院的可持续发展经营提供重要保障。

第二种是在医疗机构内设立老年人专科，建立专门的老年人医护病房和老年人康复中心等提供养老服务的部门。

第三种是在现有传统医疗机构的基础上进行转型，即将医疗服务和养老服务融为一体，同时提供给入住养老机构的老年人，这是类似于康复机构的养老院，为入住的老年患者提供专业和长期的护理服务。以医疗机构为载体来拓展养老服务功能，就可以很好地将医疗机构中专业的医疗护理服务、心理健康咨询、身体康复计划咨询等作用发挥出来，除了能为老年人提供基本的日常护理服务外，还可以在老年人病症突然发作的时候得到更高效的救治，并且因此住院而产生的医疗费用还能经医保报销。

模式三：医疗机构与养老机构建立协议合作机制

采用这种方式的养老机构通常是民办小型养老机构，由于资金等原因不能设立自己专属的养老机构，又要满足入住老年人的就医需求，便需要与医院签订合作协议。养老机构可以考虑与附近的医疗卫生机构签订合作协议，由医疗机构为养老机构提供专业的医疗护理团队，为入住在养老机构内的老年人进行定期的身体健康情况检查，并根据检查结果为老年人提供康复护理计划、日常饮食安排等方面的建议。除此之外，还可以考虑在医疗机构为与之合作的养老机构开设医疗救护绿色通道，提高老年人日常就诊效率；在医疗机构和养老机构中增设紧急报警器，一旦养老机构中有老人突发急症，便可通过报警器联系，医院便可派出专用互助车前往进行紧急抢救。

模式四：医疗服务与社区和居家养老的结合

该模式是由社区医院派遣家庭医生和专业护理人员为居家养老的老年人提供上门

服务，定期为老人进行小体检，跟踪治疗老人的病情，并提供康复建议。如果居家养老的老年人有长期护理的需求，在与社区医院签订长期的医护协议后，将由固定的医生和护理人员上门提供一对一的医疗护理服务。

广州泰城养老院的医养结合模式是在自身开展小规模医疗服务的基础上，再与大型医疗机构建立协议合作机制。在实践过程中，广州泰城养老院根据老年人健康情况采取介护和养护两种路径进行管理，同时建立了无障碍转诊模式，即广州泰城养老院和南方医院泰城分院相互之间随时转诊：慢病、小病可以不用离开养老院；突发的危急重症则立刻转入南方医院泰城分院，实现两个院区间的无缝连接；而渡过急性期和危重期的老年患者就会将重新转入泰城养老院进行后期康复和接受专业照护。得益于完善清晰的分治、转诊路径，除了可以提高养老院的服务效率，也增强了广州泰城养老院对老年人的医疗保障能力。

2.2 理论基础

2.2.1 协同理论

协同理论是指两个或两个以上的组织，通过组织间反复沟通、协商等方式，实现不同组织的共同战略目标，从而使原本没有关系的两个组织成为关联组织。我国医疗与养老相结合运营的养老模式，可以考虑以协同理论作为指导理论。目前我国的医疗卫生服务管理体系和赡养老人服务体系是完全分开、完全独立的两个体系。这两个体系中所涉及的资源、人力、能力、设备等都是有限的，为了使老年人能够同时享受养老服务和医疗服务，身心健康地度过幸福的晚年生活，整合两个体系的优势是很有必要的，这样才能让医疗卫生体系和赡养老人体系结合起来，相互补短，共同为如何才能更好地服务老年人想办法。

根据协同理论中两个或两个以上组织需相互补充、共同发展要求，在医疗和养老相结合运营模式中，医疗卫生机构体系的资源和赡养老人机构体系的资源需联合在一起，这就必须打破两个体系目前完全独立的状态，将这种完全独立的状态转变为目标一致、互相补短、协商合作、共同发展、共同受益的状态，如此才能确保医养结合服务的落地，才能更好为老年人提供优质的养老服务。协同理论的观点为医疗与养老相结合的养老服务运营模式提供了医疗卫生服务要与基础养老服务资源整合、相互补充、协作共赢的理论基础。

2.2.2 多元福利主义理论

福利多元主义是上世纪 80 年代提出的一种为化解福利国家危机，寻求新的福利形式的理论。该理论认为应该由政府、民间组织、市场和社区共同提供福利。随着多元福利理论的日渐成熟，福利提供方式的多元化也出现在福利多元主义理论框架体系中，即福利服务除了包括资金的提供，还应该包括日常生活和精神生活等各个方面。福利多元化主义的核心理论是满足多元化这个目标，而印证这个理论的则是人类的而需求会随着时代的不同而不停地改变，这种改变不是某一种改变而是具有多元化趋势的改变。因此多元福利理论将为我国养老保障体系的进一步完善提供新思路，为处于老龄

化日趋严重背景下，急于改善目前的养老模式，使现存养老模式转变为更具普适性、经济性、可用性的养老模式拥有了理论基础和研究方向。医疗与养老相结合的养老服务模式中需要探索和解决的问题包括：如何利用社会福利，与社会福利融合；如何运用多方式多渠道筹备资金的方式来积累资金；使不同管理体制相结合形成特色管理体制；运用不同的人才来担任不同的角色承担不同的责任。

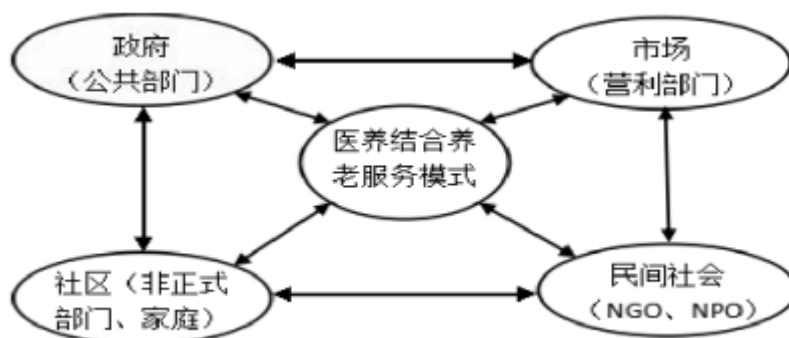


图 2-1 多元福利主义四维图

资料来源：田北海，钟涨宝 社会福利社会化的价值理念—福利多元主义的一个四维分析框架

2.2.3 马斯洛需求层次理论

马斯洛将人的需求划分为五个层次，即生理需求、安全需求、社交需求、尊重需求以及自我实现需求，这便是需求层次理论。

一个人极少会同时关注 5 个需求，即并不是 5 个需求同时满足才能对人起到激励作用。在一个人的不同时期，他内心的需求是不同的，因此能够激励他的需求也是不同的。马斯洛五个需要层次像楼梯一样排列着，按照一个人成长规律，首先是生理需要和安全需要能够成为他的激励，而后这种激励逐渐变弱，社交、尊重和自我实现的激励逐步增强。这里要说明一点，前面激励作用变弱的需求并不会完全消失，会一直存在，只是不再起到激励作用而已，前一种需要的激励作用变弱会触发人对后一种需求的欲望，从而后一种需求能起到激励作用。如果将养老需求简化成生理需求、社交需求、精神需求三个方面，那就如图 2-2 所示：

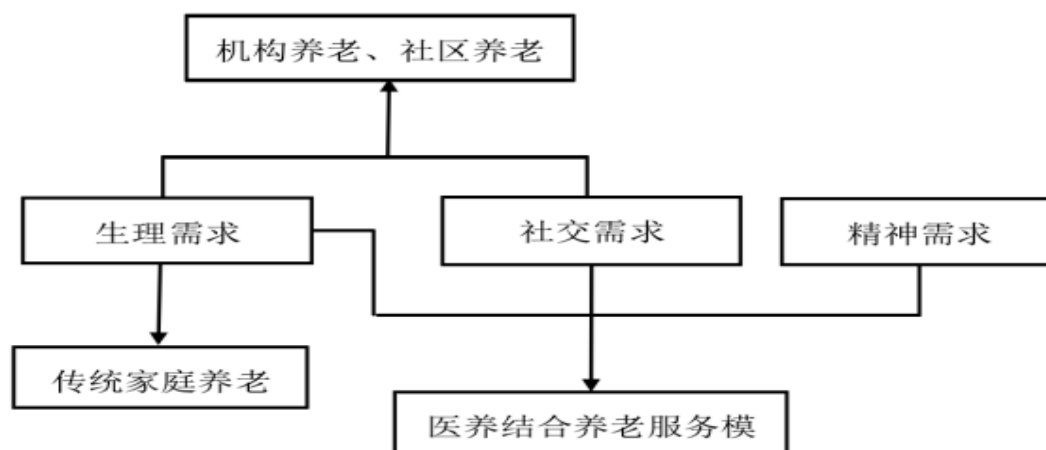


图 2-2 养老模式的需求层次图

传统的家庭养老将大部分人力、物力、财力投入在老年人的身体健康上，仅仅能够满足老年人的生理需求，对老年人的社交需求和精神需求关注不多；而机构养老和社区养老是同时关注老年人生理需求、社交需求和精神需求的，可以在满足老年人生理需求的基础上，投入人力、物力、财力去关心关注并尽力满足老年人社交需求和精神需求的。

现在生活节目越来越丰富、科技越来越发达，老年人的身体越来越好，他们不仅追求身体健康，同时也更愿意花时间和经历来愉悦自己。现在的老年人不再满足于在楼下喝喝茶聊聊天这样简单的社交，他们希望自己更美、更多才多艺、拥有更多展示自己的机会。因此在考虑满足老年人社交需求和精神需求的时候，不能只考虑表面，还应考虑更深一层。尤其是那些失能老人，不仅要考虑他们身体上的特殊性，需要更多的医疗资源、更多的专业护理人员、更先进的设备等，还需要关注在康复期间及康复后的精神关怀。

2.2.4 服务价值链理论

服务利润链是一个展现利润，客户，员工和企业之间相互关系的链条，它由几个主要环节组成。这种理论是由 1994 年提出“服务价值链”模型的五位哈佛商学院教授共同组成的服务管理研究小组所撰写并发表。服务利润链是一个链接盈利能力，客户忠诚度，员工满意度，忠诚度和企业生产力之间的相互关系性链条，是具有内循环功能的封闭链，后续的每个环节都会受到前一环节的影响，让企业更好地获得利润是该理论研究的终极目标。该理论指出，劳动生产率与利润率的增长情况、客户稳定情况、客户评价情况、客户使用产品和享受服务后的反馈情况，工作人员的业务水平、工作态度、对岗位的满意度、对组织的忠诚度等存在着牢不可破的直接关系。直接关系到服务利润和利润增长。

顾客满意度对养老机构是否能可持续发展至关重要。因为老年人选择养老机构就等于选择了人生后期的生活质量和生活水平，他们一定会谨慎小心、多方考察，此时他们会详细全面了解曾经居住过或现在居中的老年人对养老机构是否满意，以作为他们是否选择该养老机构的重要参考。而这种思维模式则与服务价值链理论的思维模式类似。

第三章 广州泰城养老院医养结合养老服务的现状

3.1 广州泰城养老院医养结合养老服务发展状况

广州泰城养老院是广东首家由省民政厅协助成立的医养结合智能化养老院。2015年3月5日，国务院李克强总理首次将“医养结合”一词列入政府工作报告。在广东省民政厅的协助下广州泰城养老院与广州南方医院签订了合作协议，广州泰城养老院正式开始筹建。广州泰城养老院在2017年正式落地运营，携手广州南方医院泰城分院，在省内率先践行医养结合养老模式，入住老年人可以实现零距离享受三甲医院诊疗服务。凡在南方医院泰城分院就诊的广州泰城养老院的长者，均可以得到优先服务，免除了因长时间排队候诊造成的体力和精神消耗。还开设了为突发急病和危重病人直转南方医院总院的绿色通道，为广州泰城养老院的入住长者就医提供了极大的便利。养老院内另设小型综合门诊，承担健康管理职责，通过对每位入住长者建立健康档案，开展个性化的健康讲座、心理疏导、运动指导、康复训练及慢性病、老年疾病等医疗服务管理。广州泰城养老院的养护服务除了有体检评估和医疗护理外，还能提供多元化的生活护理以及临终关怀等服务，其目标在于为入住老人营造一个良好的生活与康复空间，以期达到长者正向老化的目标。

3.2 广州泰城养老院医养结合模式运营现状

3.2.1 广州泰城养老院情况简介

广州泰城养老院以医养结合，持续照料为经营理念，院区主要划分为长者养护中心和南方医院泰城分院。养老院占地面积四万余平方米，总建筑面积达到十五万平方米，可提供约3000个床位。广东省三甲医院南方医院在此设立了南方医院泰城分院，医院医疗总面积约三万平方米，设立全科、内科、医学科、康复医学科、中医科和急诊科等科室，配备抢救室、药房、营养室、传统医学康复治疗大厅和现代医学康复治疗大厅等基础医疗设施，可以及时诊治老年人常见病、多发病，并且对突发疾病展开急救工作，为老年人的健康保驾护航。南方医院泰城分院可提供500多床位，重点服务广州泰城养老院入住长者，同时也为周边社区提供医疗服务。南方医院泰城分院的设立解决老年人迫切的医疗需求，使长者安心疗养，家属放心托付，是“医养结合”模式的重要实践。广州泰城养老院实行智能化管理，安装使用国际一流的智能监控系统，通过平台数据监控，将入住长者的身体健康数据档案在养老院信息系统中心与南方医院之间实行实时监控，轨迹管理，动态更新。每位长者入住后都要配带一张高端智能卡，主要功能是室内定位、一键呼叫、刷卡消费，在园区即是一卡通。人手一只的智能手表主要是用于室外定位，心率监测，行走步数计算以及最重要的跌倒自动报警装置。入住长者的家人还可以通过手机App软件，实时看到老人家在养老院里的生活情况，以及当天负责的医护人员是谁，老人机的心率、血压等是否正常。养老院内的长者养护中心共计拥有五栋高层住宅楼，每栋建筑高14层，内设三台电梯，方便入住长

者使用。其中离医院最近的一号楼是介护中心，专为生活不能自理、失能失智的长者而设。介护中心有近 500 个床位，针对于入住介护中心的长者，有专职的医护人员对其实行 24 小时监护照料。为了给行动不便的老人提供最贴心的照顾及护理，介护中心配有高级全自动清洁机，能为失能老人解决在床上大小便及冲洗私处的问题，它的全自动化完全替代了人工，并且具有除臭功能及静音功能，让老人更有尊严的生活。其余的二、三、四、五号楼，是生活能基本自理的长者入住的养护中心。

养老院二层设有中医咨询室，除了提供免费的咨询服务外，还提供中医养生茶。养老院内每隔两层设有一个护士站，该站的医护人员实行 24 小时在岗制度，当长者有需求，医护人员将在 2 分钟内到达长者的位置实施救助，为长者的健康起到保驾护航的作用。护士台旁边配有健康小屋，对长者的血压、血氧、血糖等进行测量，实时观测长者健康动态。养护中心采用公寓式管理，家电、家具、床上用品全部配备齐全，可以拎包入住。其中分为单人房、双人房、套房，入住长者可以依据自身实际情况进行挑选。每个房间的设施和器材都是参照三甲医院病房而进行设置的，独立卫生间、电话、液晶电视和床头的呼叫系统是标准配套，入住长者可以通过呼叫系统直接呼叫所需服务，护理人员将会第一时间赶到现场。每个房间的洗手间可以选配智能马桶，这种马桶可升高可降低，还可调节温度，还可以坐着洗澡，为腿脚不灵便的长者们考虑周全，提高生活质量。每个房间可选配洗衣机，衣服可以自己洗，也可以交给服务员洗，不用另外收费。每间房都配有小厨房，配备了抽油烟机，电磁炉等厨房器具，长者可以选择到食堂吃饭，也可自己煮饭。而二房一厅套房中的洗手间可以选配的步入式浴缸，浴缸上方配有可以看电视电影的 LED 屏幕。浴缸还提供有按摩功效的气泡疗法，水温可以调节到恒温状态，长者可以边泡澡边听音乐。

为丰富老人的生活，养老院还设有长者大学，鼓励入住老人发挥余热，积极参与社会活动，使精神生活更加充实。长者活动中心占地 6 千多平方米，设有中医疗养咨询室，太极馆，电影院、舞蹈室、音乐室、棋牌室、乒乓球室、桌球室、手工室、书画室、健身室、和培训室等适长者活动的功能室，能够满足长者不同类型的休闲娱乐需求。广州泰城养老院整体是个闹中取静的方式，周边有非常成熟的万达广场，方便喝茶购物，而园区内设有围合庭院和无障碍空中花园等鲜氧园林，为入住长者提供了摄影和散步的好去处。

3.2.2 广州泰城养老院主要接收人群

广州泰城养老院根据长者的身体状况实行三个等级的分级护理：（1）能自理，健康活力型长者（2）半自理型长者（3）重度失能失智的介护型长者。在广州泰城养老院入住长者中，不能自理的失能、半失能长者，达到了 40%。其中大多数是需要三级护理的高度失能、失智的介护型长者，该群体意识尚算清晰，但生活基本不能自理，饮食都需要护工帮助。二级护理的半自理型长者可以自行吃饭和穿衣，但具有行走等方面的障碍。一级护理的是生活完全可以自理健康活力型长者，除了部分长者会患有慢性病外，大部分长者身体基本健康。

3.2.3 广州泰城养老院管理制度

(1) 广州泰城养老院接收的长者年龄为男性 60 周岁以上, 女性 55 周岁以上。无精神病、传染病及暴力倾向;

(2) 长者入住前应向法院方提交三个月内二甲以上医院出具的体检报告(如果是刚接受完治疗出院的长者还需提供出院小结)。

(3) 由长者或其监护人现场到访或来电向养老院提出入住申请, 养老院与家属签订入院协议, 明确双方的权利和义务;

(4) 院方将根据入住长者的体检报告、身体状况以及生活自理能力等资料确定长者所需的护理等级, 明确服务的内容;

(5) 院方可对要求试住的长者提供两周的试住时间, 院方将在长者试住期间根据其身体情况初定一个护理级别并向其提供该类别护理等级的医疗保健服务, 护理费按照该类别的护理等级计算。试住结束后, 院方视长者的适应程度、自理能力等情况确定能否转为长期入住, 并办理正式入住手续。老人如不适应, 亦可离开养老院。

(6) 入住长者要缴纳两千元的医疗备用金, 用于长者在院期间的检查以及用药治疗等费用, 养老服务费用按月缴纳。

为了给入住后的长者提供优质的服务, 广州泰城养老院设立了一系列的管理措施和服务规范, 使入住长者的生活安全得到更好的保障。在院内每个楼层的护士站都贴有入住长者的名单, 方便查看入住长者的房间号、护理级别和自理程度等具体信息。

养老院收费高低是长者考虑入住与否的主要因素。广州泰城养老院实际、行医养结合的养老服务, 环境好、设备新, 所以在收费方面会比一般的养老院更高。广州泰城养老院明确划分了入住缴费情况, 入住费用分为设施设备费和基本费用两个部分。设施设备费用相当于赞助门槛费用, 也称作会员资格费用及一次性设施设备费用。设施设备费用收取的意义主要是用于收回园区的建设成本, 这笔费用保证了老人入住的相应资格, 因此需要在入住泰城逸园养老院之前一次性付清。养护型长者与介护型长者具体收费如下表所示:

表 3-1 养护型长者一次性设施设备费用

年限	费用	使用期限
三年期	5.6 万	自激活起 5 年内累计使用完毕
六年期	9.8 万	自激活起 9 年内累计使用完毕
十二年期	17.5 万	自激活起 16 年内累计使用完毕
十八年期	22.9 万	自激活起 25 年内累计使用完毕
备注: 未使用完毕期限可以夫妻双方法定继承人或指定继承人继承		

表 3-2 介护型长者终身卡一次性 9.6 万

年限	费用	备注
终身	9.6 万	激活后不能继承转让

而基本费用即是长者入住后每月基本生活费用，主要包含伙食费、管理费、床位费和护理费等与生活相关费用，这笔基本费用是在长者入住生活后才需要缴纳的。是作为泰成逸园养老院进行日常运营成本，比如支付护理人员薪酬、饮食消耗、环境维护等。具体如下表所示：

表 3-3 自理型长者基本费用

自理型长者	床位费	管理费	护理费
双人房	1500	550	600
单人房	2800	550	600
套房	4500	550	600

普通老人入住费用为每月 2650-5650

表 3-4 介护型长者基本费用

介护型长者	床位费	管理费	护理费
五人房	1800	550	一级护理 2800
三人房	2000	550	二级护理 3500
双人房	2500	550	三级护理 4200

介护型老人入住费用为每月 5150-7250

广州泰城养老院根据长者入住的房型以及护理级别，收费标准也不一样。随着护理级别的提高，收费将会逐步增加。若长者需要特殊护理，还要交付额外的医疗器材费用。

广州泰城养老院在 2018 年已被纳入医保系统范围，入住介护中心的长者，可以按医保人员住院缴费标准来进行缴费和报销，这对入住长者的经济压力有极大的缓解作用。

3.2.4 广州泰城养老院人力资源与服务状况

医护人员的数量和质量是医养结合养老服务机构服务水平的核心要素。广州泰城养老院计有医生 16 名，护士 61 名，护工 400 人。其中主任医师 6 名、副主任医师 7 名、医师 3 名，不少医师在入职前都是省内各大医院供职多年的老医生，临床经验丰富。

除此之外，养老院还配有财务专员和药剂师，对收费和药品实行专项管理。广州泰城养老院共有 61 名护士，平均年龄为 26 岁，基本都是卫校毕业、专业对口的学生。

医生和护士每天都会查房，密切关注入住长者的身体状况。护士每天都要为生活不能自理的介护型长者提供日常医疗护理服务，并实行 24 小时在岗制度，护士站必须时刻有护士值班，及时为长者提供服务。

广州泰城养老院严格管理入住长者的用药情况，交由专职护士保管所需药品，每位入住长者分配一个专属的独立药盒，由专职护士把当天所需药品直接放入专属药盒中，直接送到长者手上，并且会提醒入住长者按时依量服药，而对于所需药品的严格检查和妥善保管则是确保入住长者用药安全的必要程序。广州泰城养老院有全职护工 400 人，平均每名护工至少要照顾 6 名老人，相比医生和护士，平均负责人数是最低的，但工作却是最繁重。护工的主要工作是对入住长者的日常护理，对于不能自理的长者，需要进行照顾饮食，卫生清洁等各项护理服务，每个护工平均要负责护理的不能自理长者有 3 名，工作量大。院内护工平均年龄约为 46 岁，大部分是务工人员，专业医护知识缺乏。

广州泰城养老院的医生、护士、护工共同配合，已经逐步发展形成形成“医-养-护”一体化的医养结合专业服务，为广大老年人提供更完善的养老服务。

3.3 广州泰城养老院医养结合养老服务满意度调查

养老机构的入住长者对于其入住机构所提供的养老服务内容和养老服务质量是最有发言权的，他们是服务的直接体验者。入住长者的满意度除了可以说明养老机构所提供的养老服务的水平和质量，还能对养老机构的运营起到指导作用。测量入住长者对医养结合养老服务的满意度，是评价民营养老机构医养结合养老模式成效的重要指标。

本研究对广州泰城养老院的入住长者进行了随机的问卷调查，在养老院不同养护区随机抽取一定数量的入住长者进行问卷调查，共累计获得有效问卷 103 份。问卷设计方式采用情绪疏导、医疗服务、居室环境等 21 个指标，展开调研的四个维度是：生活环境、养护服务、人际关系、联系支持。根据社会生态环境系统理论，对入住长者接受的医养结合养老服务内容满意度进行调查，并使用研究人员普遍使用的《生活满意度量表》，对入住长者关于医养结合养老模式的满意度进行测量，本次调研结果如下：

（1）生活环境满意度

从表 3-5 的数据表明，广州泰城养老院的入住长者对生活环境是非常满意的，其中入住长者对居室设施的满意度为比较满意以上高达 97%，有 91% 以上的入住长者满意房间的清洁情况，认为园区地处市郊，不方便亲人探望的入住长者有 19%。总体来看，广州泰城养老院的有 80% 的入住长者对于园区环境满意度为比较满意以上，没有入住长者对园区环境表示不满意。

表 3-5 生活环境满意度

	居室设施		房间清洁		园区环境	
	人数	比例	人数	比例	人数	比例
非常满意	46	44.66%	42	40.78%	38	36.89%
比较满意	54	52.43%	51	49.51%	45	43.69%
一般满意	2	1.94%	9	8.74%	19	18.45%
不满意	1	0.97%	0	0.00%	0	0.00%
总计	103	100%	103	100%	103	100%

(2) 照顾服务满意度

本研究将养护服务的满意度的调研数据分为表 3-6 的服务内容满意度和表 3-7 服务态度满意度。两种数据的比较表明，广州泰城养老院的入住长者对服务内容的满意度要低于对服务态度的满意度。在服务内容中，入住长者对娱乐休闲的满意度最高，有 84% 以上的入住长者对其的满意度在比较满意之上。而对医疗服务和餐饮比较满意的入住长者分别有 66% 和 62%，但对这两项服务不满意的入住长者分别有 7% 和 15%。有 24% 的入住长者对情绪疏导服务表示不满意。而在服务态度满意度调查中，有 73% 的受访者对服务的及时性感到满意，而 27% 的长者认为该项服务的满意度一般。65% 的受访者对反馈项目感到满意，而 3.9% 的受访者对反馈项目不满意。有 65% 的受访者对建议反馈项目感到满意，也有 3.9% 的人对该项目表示不满。在受到尊重项目中，94% 的受访者表示满意，不满意的受访者只有 2%。

表 3-6 服务内容满意度

	饮食		医疗服务		娱乐休闲		情绪疏导	
	人数	比例	人数	比例	人数	比例	人数	比例
非常满意	10	9.71%	28	27.18%	52	50.49%	18	17.48%
比较满意	54	52.43%	40	38.83%	35	33.98%	35	33.98%
一般满意	32	31.07%	20	19.42%	10	9.71%	25	24.27%
不满意	7	6.80%	15	14.56%	6	5.83%	25	24.27%
总计	103	100%	103	100%	103	100%	103	100%

表 3-7 服务态度满意度

	服务及时		建议反馈		受到尊重	
	人数	比例	人数	比例	人数	比例
非常满意	30	29.13%	22	21.36%	57	55.34%
比较满意	45	43.69%	45	43.69%	40	38.83%
一般满意	28	27.18%	32	31.07%	5	4.85%
不满意	0	0.00%	4	3.88%	2	1.94%
总计	103	100%	103	100%	103	100%

(3) 服务质量满意度

表 3-8 显示了可以反映该养老院医养结合养老服务效果的入住长者的生理、心理和社会交往的情况数据。根据表 3-8 中的数据, 63% 的入住长者对自己的生理健康是比较满意的, 对养老院提供的心理健康服务感到满意的入住长者有 63%, 57% 的入住长者满意社交现状, 还有 7.7% 的受访者感觉搬进养老院后与朋友的交流日渐减少, 表示不满意。此外, 经常或偶尔情绪失落的入住长者有 15.5%。因为感觉搬进养老院后身体健康状况没有改善, 有 7.7% 的入住长者对身体保健项目不满意。

表 3-8 服务成果满意度

	生理健康		心理健康		社会交往	
	人数	比例	人数	比例	人数	比例
非常满意	25	24.27%	30	29.13%	20	19.42%
比较满意	50	48.54%	35	33.98%	40	38.83%
一般满意	20	19.42%	22	21.36%	35	33.98%
不满意	8	7.77%	16	15.53%	8	7.77%
总计	103	100%	103	100%	103	100%

综上所述, 通过对入住长者对服务成果、生活环境、照顾服务的满意度调研结果可以看出, 入住长者对广州泰城养老院提供的医养结合养老服务有较高的满意度, 对养老机构所提供的养老环境、软硬件设施、服务人员的服务水平等表现出了高度的认可。结果表明, 广州泰城养老院推行医养结合养老模式, 效果令人满意。广州泰城养老院作为一家民营养老机构, 必须比公办养老机构更加重视医养结合的服务水平和服务质量, 可以使入住长者得到满意的服务体验, 才能确保该养老院的长远发展。这正是近年来广州泰城养老院的入住率日益提升、预约入住人数越来越多的原因。也是对广州泰城养老院在努力提高医养相结合养老服务质量方面的认可。

第四章 广州泰城养老院医养结合养老服务面临的突出问题及原因分析

虽然入住长者对广州泰城养老院医养结合养老模式的服务有较高的满意度，但这并不能掩盖该养老院在运营过程中出现的以下问题。

4.1 医养结合服务所需人力资源缺乏

医养结合养老模式服务水平的核心因素是人力资源团队的组建。与老年人对医养结合养老服务的需求相比，院中具有服务资格的员工所提供的医养服务是供不应求的。广州泰城养老院现有 2327 名老年人入住，其中 242 名是失智、失能老人，他们大多数对医养服务有很高的需求。院中的介护中心配有医生 11 名、护士 37 名、护工 252 名；而在养护中心则有医生 5 名、护士 24 名、护工 148 名。

探讨广州泰城养老院实行医养结合养老模式的过程中，医护人员所遭遇困难的原因：首先，医养结合服务专业人员来源的缺乏，是因为与医养结合相关的培训资源不足。

(一)目前，院内医护人员的专业水平不足，更没有攻读老年医学学位的专业人员。老年医学是研究人类衰老变化的规律性，人类衰老的机制，老年病的防治特征、老年心理学和老年社会医学的专业学科。但由于中国的老年医学教育和研究仍在起步阶段，使得老年医学专业人才供不应求。

(二)老年护理人才也是缺乏，在广州泰城养老院，护理人员无论是大专、本科的专业还是职称都是护理学。在大专院校的课程中设有各种护理学科，唯独没有系统的老年护理专业课程。我国老龄化问题日益严重，社会已经清楚地认识到老年护理专业人才的重要性和稀缺性，一些高校也开始有针对性的设立老年医学和老年护理专业，着重培养专业的老年人医护人才，但因为我国专业的老年医学和老年护理教育起步相对较晚，对于老年人日益增长的医疗保健需求并不能充分满足。

据有关数据显示，截至 2018 年，我国设置老年护理专业的高校不到三十所，只有 30% 的养老护理从业人员受过正规培训，其中拥有专业资格的护理人员只有 5% 左右，养老护理行业对专业人才的需求存在巨大缺口。截至 2018 年，我国只有八十多所高职院校开办了老年服务和管理专业，只占我国高职院校总数的 0.18%，在校学生只有 5000 人左右。

早在上世纪的 50 年代，美、英、日等西方发达国家就已经陆续设置老年护理学专业，学术水平包括学士学位，硕士学位和博士学位。美国在上世纪 70 年代就开始开展与老年护理实践相关的高等教育和培训，受过研究生教育并能够掌握相关专业知识和技术的学生，极大地促进了老年人护理专业的发展。

(三)具备行业服务资格的护理人员严重短缺。在广州泰城养老院，介护中心和养护中心的床位分别有 500 和 3000 张，入住率均达到 70% 以上。护理人员的工作压力

大，流动性高。大部分的护工是从家政服务市场转职而来，没有接受过专业护理的培训，缺乏专业的护理知识、技术和经验。此外，护理人员的流动性相对较大，其中大多数护理人员并没有老年护理资质，只是经过院内一系列护理培训后就立即上岗。

其次是，医护人员价值体现不足。

由于养老服务业发展不理想等因素，养老医护人员的收入与从事其他医疗服务领域的员工的收入相差甚远。薪酬方面的差距使医疗人才向高收入行业流动。导致养老院中的护理团队不稳定的因素还包括工作时间长，劳动强度大和待遇之间的不匹配。

(二)护理人员薪酬待遇偏低。在广州泰城养老院介护中心中，有 242 名为失能失智老人，需要 24 小时看护，护理人员有 192 人。护理人员平均每天工作时间超过 9 个小时，休息时间每月最多只有 4 天。平均每个护理人员要照顾 3 名入住长者。2019 年，护理人员的薪资将从 2018 年的每月 6000 元升至 6500 元。然而，由广州市妇联发布的《2019 年家庭服务业调查报告》数据表明，月嫂的平均月薪为 8093 元，居家保姆的平均月薪虽然少于月嫂，但也达到了 7644 元。与此相比，医养结合养老机构的护理人员的薪酬差距较大。而政府尚未出台对养老机构护理人员薪酬待遇的指导意见或补贴政策，也缺乏相关的专业职称评估体系，不利于未来的人才吸引和医养结合养老模式的发展。

4.2 医养结合服务标准不完善

为了满足我国医养结合养老机构建设和发展的实际需要，提高机构内部管理质量，国家卫健委、民政部和国家药管局在 2020 年 10 月发布了《医养结合机构管理指南(试行)》。该《指南》要求各类医养结合养老机构要以老年人的健康为中心，并根据机构服务能力为老年人提供医养结合服务，并进行科学规范的管理，以满足老年人健康养老的需要，保障老年人的合法权益。

虽然国家层面管理指南因应市场需求适时推出，但其实际成效还需时间验证。但广州市自身的统一、完善的医养结合养老服务标准尚未建立。医院和养老机构仍然是自行其是，市内相关职能部门在管理和政策上的投入不足。由于缺乏相关的制度保障，大部分养老机构并没有清晰的定位，只能根据自身情况和主观判断提供服务，未能满足养老人群多元化的养老需求。

医养结合养老模式需要多个政府部门以及众多产业的协调，行政体制壁垒的存在导致了医养结合养老模式服务标准的缺失。医养结合养老模式首先涉及到两个部门：医疗与养老。管理养老机构服务的是民政部门，而负责管理医疗卫生服务是卫计委。这种各自为政情况使医疗和养老资源很难实现相互补充，而且在实际操作中的协调甚至成为一种消极动机。而且在医养结合养老模式的定义上还不能准确界定。目前无论采用哪种养老模式，都包含了健康管理和基础医疗服务，但这些服务在多大程度上被整合到传统的养老模式中，才可以被定义为医养结合养老模式，无论在实践还是理论中都还未能形成明确的标准。不能准确界定就意味着不能建立有效的管理制度和评估标准，这将加大了医养结合养老模式协调和管理的难度。

4.3 医养结合服务成本高

除了医护人员的薪酬,资源成本也占了医养结合养老机构运营成本的很大一部分。养老机构如果想要拥有医疗条件,那么必然要对医疗资源方面进行的大量投资,从医疗设备到医疗环境设施都需要巨额的成本投入。采用医养结合养老模式的养老机构需要大量的建设用地,而市中心的地皮通常租金偏高。考虑到建设和运营成本,相对偏远的市郊成为民营养老机构的首选。而大多数家庭更希望老人入住在养老院离家越近越好,这会在一定程度上影响了城乡结合大型民营养老机构的转型发展。

为吸引民营资本进入养老市场,政府相关部门出台了许多优惠政策,希望能尽量降低民办养老机构的运营成本。但由于管理养老机构的众多政府部门之间缺乏有效的沟通渠道,相关的优惠政策过于模棱两可,政府各部门各自为政,这使得民办养老机构的优惠政策迟迟无法落地。特别是对于具有医养结合养老模式的养老机构来说,政府的优惠政策没有得到落实,在高投入低回报的养老行业里维持机构的可持续运行是一个难题。

此外,政府给予民办养老机构的一次性建设补贴和财政税收减免,需要机构准备大量的审批材料,审核周期长,审批过程复杂,这在一定程度上对有意进入养老市场的民营资本产生了负面影响。民办养老机构是具有盈利需求的企业,面对大量的前期投资和较长的投资回收周期,它们的经营信念和发展前景需要政府加大政策支持力度。否则很容易打击民营资本投资医养结合养老机构的热情。

4.4 医养结合服务收费高

相比传统的医养分离的民办养老机构,广州泰城养老院是实行医养结合模式的养老机构,因为其提供更多层次、更专业的医养服务,导致收费水平比普通养老院高。由于我国还没有推出与护理相关的保险制度,入住长者无法报销相对昂贵的护理费,所以广州泰城养老院仅能吸引经济条件好的高知、高退休金老年人入住。而过高的收费,必然无法满足大部分普通居民对医养结合养老服务需求,这会直接造成医养结合养老服务所涵盖老年人群体的结构性失衡,不利于实现老年人的健康公平,对医养结合养老模式的可持续发展造成负面影响。

利润是民营养老机构生存和发展的基础。没有利润,养老机构就无法发展。没有利润,就无法为入住长者提供更优质的养护服务。没有利润,就只能被市场淘汰。因此,民营养老机构持续发展的头等要务就是盈利。但由于养老机构特定的服务对象以及服务内容,将不可避免地具部分福利和公益性质。如果过于强调市场利润而忽略了医养结合养老模式的服务宗旨和服务体系建设,将对养老机构的可持续发展造成不利影响。

第五章 国内外医养结合养老服务模式经验借鉴

5.1 国外医养结合养老服务经验

西方发达国家早在 20 世纪 40 年代就已经陆续踏入老龄化社会,经过多年的探索,它们已经建立起较为完善的医养结合养老模式和管理制度。美国、日本、英国、德国和澳大利亚是目前世界范围内,医养结合养老服务开展的比较好的国家。

(1) 美国的商业养老模式

上世纪 40 年代,美国就已进入老龄化社会。而自上世纪 30 年代起,美国的社会保障体系便开始萌芽,最终在 21 世纪初发展成熟。社会保险制度是其核心所在,其中分为个人养老保险、补充退休养老保险和社会养老保险。个人养老保险保障的主要群体是任何有资产收入的人群,参保人还能享受政府公布的税收优惠政策。个人养老保险分为个人参保的商业医保计划、政府资助的社保医疗计划以及团体保险计划。由于美国实行自由市场经济为主导,所以其养老行业也是按照自由市场模式运作,其养护体系高度市场化。选择购买商业保险的居民高达 84%,老年人可以根据自身情况来选择购买哪些保险以及选择保险方式。在美国,PACE(老年人全包服务项目)已经成为最主要的一种养老方式,对于 55 岁以上需要居住在社区、且除了需要日常起居照顾还长期需要专职护理的低收入群体,PACE 将提供医疗和日常护理等一系列服务;为生活不能自理的低收入老人服务的 CHSP(集中养老居所服务项目);为住在家里,依靠家庭来养老的老年人生活与医护服务的 HCBS(家庭与社区服务)。

(2) 日本的医疗转型养老模式

纵观现在世界各发达国家,日本是人口寿命最长的国家,由于人口寿命越来越长,于七十年代日本已进入老龄化国家行列,是发达国家中老龄化进程最快的国家。早在 1963 年日本就设立了长期养护机构,而长期护理保险也在 2000 年开始实施。日本的社保体系相比其他发达国家更加复杂和详细,针对不同的职业和不同人群,在社保方面都有明确的区分。日本的社保体系主要由医疗保险,年金保险,就业保险、护理保险以及劳动保险五个部分组成。主要由以上护理保险和公共资金来承担老人的护理费用,而长期护理保险已经被纳入医疗保险保障的项目,由医疗保险基金来承担大部分费用,大大缓解了老年人的经济压力。

根据老年人的不同需求,目前日本的医疗与养老相结合的养老模式包括以下几种:老年人居住公寓、老年人日托中心、老年人福利中心、养老院。老年人居住公寓是为那些身体健康、能够完全自理、能够自己参与社会活动的老年人提供的。日托中心主要功能为在家养老的老年人提供日间照料的托管服务。老龄福利中心的主要功能是为老年人提供身体检查和保健服务。日本的养老院和我们的养老院不同,主要是面向那些需要特殊护理的老年人,比如生活身体有某些已无法治愈的疾病、不能自理或不能完全自理的老年人。这些医养结合养老模式主要体现了日本的“护理思维”。日本的护理人员培训已是专业教育的组成部分,老年护理专业分为:介护福祉士、社会福祉士

和老年专科护士，共三个级别。负责护理工作的专业人员需懂得必要的社会工作相关的服务知识，拥有专业知识才能从专业的角度出发鼓励老年人走出家门，积极地参加社会活动；而对失能、失智的老年人要提供专业的护理服务。

(3) 英国的税收筹资医养结合养老模式

作为目前世界上社会老龄化程度最高的国家，英国是世界上第一个实施社保制度的国家。自 1950 年代以来，其的社会福利制度经历了曲折的过程：从逐步完善到快速发展再到陷入泥潭而又在困境中不断调整 and 改革。英国作为一个典型的福利国家，其社会保障制度有许多地方都值得学习，尤其是利用社区作为载体来进行养老这一方面。英国的社区养老有以下几个特点：规范成熟的制度、专业的设备和人才、多种多样的服务、政府主办民间承办、以人为本，因此得到了国内外社会的广泛好评，成为各国的学习对象。

经过多年的发展，英国已经形成了由政府领导的国家医疗卫生服务体系，即国家卫生服务（NHS）。NHS 法案于 1948 年正式开始实施，该法案主要是通过实行国家税收筹资体制，用类似政府购买的方式由政府和服务提供商直接结算相关的医疗费用，不再向个人收费。NHS 法案的出台，解决了战后人民的医疗压力。在医疗方面，NHS 制度是由公民自行选择全科医生进行诊断和治疗，然后根据不同类型的疾病和严重程度确定治疗的顺序。而政府则负责支付这些全科医生的薪酬，包括工资、福利、奖金等。NHS 制度的优势在于，给予本国公民专属福利——享受免费医疗服务，这项本国公民的专属福利同时也为保障本国的基本医疗奠定了基础。

但是，NHS 制度的缺点也是显而易见的。税收是其所有资金的来源是该制度最主要的缺点。这将对国库支出造成很大压力，而且受经济波动影响较大。此外，因为全科医生的接诊数量和收入直接挂钩，在相对偏远的地区，有的全科医生往往为了提高收入而接诊更多的患者，但却忽视了后续的治疗。这将导致医疗资源的不平衡，也会导致社会的不平衡发展。但就总体而言，NHS 支付制度仍被人们广泛认可。

(4) 德国的“储蓄时间”计划

德国是世界范围内首个通过立法形式确立实施社会保障制度的国家，目前提倡由长期照护保险制度提供资金的居家养老模式。长护险制度通过对老年人的健康评估，给予不同健康级别的老年人相应的补贴。老年人可以利用补贴资金选择入住养老院，或选择在家养老。长护险制度的推行为养老机构减轻了压力，也间接为国家以及民营资本节省了扩大养老机构规模的费用。

“储蓄时间”计划是其最有特色的医养结合养老模式。根据计划，所有 18 岁以上的公民都可以在通过相关护理培训后，申请免费为老年人提供护理服务，其服务时长由社区和其他相关机构累计下来，以备将来抵消使用个人护理服务的消费。我国和德国在社会结构和社会老龄化程度方面有相似之处，我国可以借鉴其在完善养老保障体系方面的实践经验。

(5) 澳大利亚的“家庭和社区照料”计划

早在 1940 年,澳大利亚就进入了老龄化社会。于 1997 年通过的《老年保健法案》,不仅阐明了政府的责任,还以法律形式为老龄化社会提供了保障。澳大利亚有着相对完善的养老保险制度,其正常运行是由三种保险制度来维持的:个人储蓄商业保险制度、职业年金制度以及综合养老金制度。政府资金补贴是医疗经费的主要来源。

澳大利亚政府于 1980 年在全国范围内实施了“家庭和社区护理”计划,并开始强调居家养老和社区护理相结合的重要性,使养老模式从机构养老向居家养老及社区养老转变,居住式和家庭式护理服务成为其主要的养老模式。居住式养老服务包括老年公寓、康复中心和养老院等,服务群体是经过评估后确定不能自理或半自理的老年人。家庭式护理服务包含了社区老人护理项目、针对阿尔茨海默氏病的延伸家庭护理以及家庭社区护理。充分的社会竞争是其主要特征,使服务提供商能够通过良性竞争而不断提高服务质量,并能减少政府支出。澳大利亚养老机构通过成立老年护理评估小组,评估老年人的医疗和心理需求,从而找到最适合老年人的护理模式。

5.2 国内医养结合养老服务经验

目前国内医养结合养老模式主要有以下四种:

模式一:养老机构开展医疗服务

北京双井恭和苑就是使用这种运营模式的成功案例之一。双井恭和苑是乐成集团于 2012 年投资成立的营利性养老机构,它拥有四百多张床位,以自理、半护理和全护理老为服务对象,以“持续护理”为服务宗旨。它拥有完备的医养设施,可以为入住养老院的老人提供优质、多元和专业的医养服务。北京市政府于 2013 年公布该养老院为“医养结合”养老机构的首批试点单位,并将一系列原来没有的医疗服务安排在养老院中开展,其中包括:针对入住长者的个性化护理计划,指定医护人员提供的护理服务,定期进行健康检查,陪同就医和老年人特殊护理服务。同时在养老院内建立医务室,招聘并培训专业和高素质的医护团队,组建一支具备专业资格的医疗队伍,在起居室建立 24 小时不间断的紧急呼叫系统,设有专门的紧急救援站点,为居住在养老机构里面的老年人提供最便捷的救援支持。为提高医疗服务质量和专业水平,乐成集团于 2015 年在养老院附近投资建设了社区卫生服务中心,该中心除了给养老院提供专业医疗服务外,还能为附近社区居民提供身体康复指导和疾病诊断服务。

双井恭和苑是一家营利性的民营养老机构,客户群体多为高收入、高知的老年人。双井恭和苑每月收费在一万元以上,而且还会根据护理需求等级的不同而有所增加。双井恭和的医养结合养老模式是在养老院附近建设医疗保障中心,配备先进的医疗设备和专业的医护人员,这种模式适用于资金积累丰厚、有一定运作年限、地理位置优越的养老机构使用。

模式二:医疗机构增加养老服务或转型为康复医院

北京协和医院老年病科的设立就是此模式的典型案例。北京协和医院老年示范病区成立于 2007 年,是大内科的下属部门。老年示范病区配备的都是副主任以上的医生。收治对象为病因复杂、需多科室协同诊治的老年患者。老年病科由许多不同拥有不同

专长的专业团队组成，除了老年病专科医生外，还有心理咨询师、推拿按摩保健师、营养健康管理师、药师等，有专业的医疗团队为需要特殊护理的老年患者提供治疗和护理。此外，还成立了老年病普通门诊和特需门诊，为建立协约关系社区中的老年人提供诊断和治疗服务。老年示范病区计有 24 张病床，采用三级病房巡视和主治医生负责制，根据患者的具体情况，配合体检科定期监测老年人的健康状况，并提出有针对性的保健指导建议。这种医养结合养老模式适用于设备齐全，各科室可以相互配合的医院。可以以老年病专科为基础，对现有资源进行整合，为老年人提供全面的、有针对性的医疗计划。

模式三：医疗机构与养老机构建立协议合作机制

这种模式的典型案例是北京金泰颐寿轩敬老院与北京市第二医院之间建立的协议合作机制。北京金泰义寿轩敬老院是国营连锁养老服务机构，于 2001 年成立，在北京市内设有四家分院，床位近 500 张。敬老院内设有医务室和药房等基础医疗设施，可以满足入住长者的对日常保健和常用药物的需求。与此同时，敬老院和北京第二医院签署了医疗服务合作协议。北京第二医院是北京西城区的一家二甲综合医院，是一家经验丰富的老年病专科医院。第二医院组织的专业医疗小组会在每周二下午前往金泰义寿轩养老院进行免费诊疗，以了解入住长者的健康状况，并为其提供健康指导和医疗方案。根据检查结果，为入住长者建立健康档案，将其输入到敬老院和医院的信息管理系统中备案存档。如果入住长者的病情较为严重、复杂，则会安排医院的相关科室到敬老院为患者进行具体的诊断和治疗。当出现急诊时，第二医院做出快速反应，并提供救护车和相关医疗设备，使入住长者能被及时送进医院进行治疗。

模式四：医疗服务与社区和居家养老的结合

北京团结湖社区是此医养结合模式的典型案例，该社区养老院为社区内 60 多名老人提供日间照护服务，其中三十五名是 80 岁以上长者，慢性病老年患者有 47 名。由于我国社区性的养老院医疗服务设施的不足，在老年人急需医疗服务时只能由其子女或通过救护车急诊送到医院，这给老年人和其家属带来了很大的不便。为解决这一难题，团结湖社区医院和该社区养老院签署了医疗救助服务协议。具体服务方法如下：对于需要长期服药的老年人，由社区医生进行定期巡护，为老年人用药换药提供指导服务；由护士送药上门，解决老年人开药的难题；为行动不便或无法自理的居家老人提供量身定制的医疗服务。此外，居家养老和互联网+技术相结合，采用智能终端等一系列高科技手段，大大提高了居家养老的便利性。并对智慧养老目标的实现，提供了实践依据。

5.3 国内外经验借鉴和启示

（一）推广社区医疗与居家养老

在英国医养结合养老模式的改革历程中，社区和家庭养老起着关键作用。当老年人的身体出现健康状况时，该社区的一位全科医师会先对患者进行首次初步的诊断，并决定患者是否有必要转到专科医院或综合医院接受进一步的检查和治疗。由于大型

医院和执业医师资源稀缺，并且其医疗成本偏高。因此，如果老年人有必要接受医疗服务，应该尽可能缩短老年人的住院时间。一方面是为老年人减少医疗费用，另一方面是要让病床更快的轮换。只有加快病床的轮换速度，才能为更多的患者提供服务。对于出院后的老年人而言，他们更需要的是养老护理服务。英国在医养结合养老模式的改革中，逐步把养老护理服务由公办正式养老机构转移到民营非正式养老机构。在这过程中，社区养老和居家养老起到了主导作用，从而实现养老护理服务之间的有效联系。客观地说，与社区养老和居家养老相比，机构养老模式是一种收费较高且相对孤立的方式，这也与老年人的个人偏爱背道而驰。因此，通过在家庭和社区中放置护理服务场所，对养老护理服务资源和医疗服务资源整合起来将更为有效。

在我国，医院服务是整个卫生服务体系的主导者，而社区卫生服务却由于资源不足而形同虚设。由于医疗资源过于集中，居民对大医院的盲目追求，导致医疗资源分布越发不平衡。因此，在规划未来养老服务体系时，必须加大对社区卫生服务中心以及基层医疗设施的建设和财政支持，充分发挥社区的区域优势，为居民提供便利的医养服务，进而减轻大型医疗机构的养护压力。

（二）形成政府主导、多方参与的筹资模式

根据西方发达国家的经验，政府财政拨款和保险是养老服务所需资金的主要来源，居民个人只需要交纳一小部分，而且还会有一些福利组织和社会援助组织也会提供社会化的医养服务。但由于我国的养老服务发展相对缓慢，医养服务所需的大量资金还存在一定缺口。要解决资金问题，政府必须继续增加财政投入，而且还要调动全社会的力量加入养老服务业。政府需要出台一系列的优惠政策和制定相关行业服务准则，鼓励民间资本参与到公办民营或者民办民营的医养结合养老机构中。指导社会福利机构和社会救助组织研究并开设与医养结合相关的养老服务。这样才会形成由政府主导的，由企业或个人等民间资本，社会救助组织和社会福利机构以及老年人自身共同参与的筹资体系。

（三）建立完整的法律体系

我国关于社会保障的法律非常少见，特别是在医疗和养老方面更是凤毛麟角。按照法律先行的原则，日本和德国在医养结合方面都拥有完整的法律体系，而德国更是首个通过立法来实现社会保障的国家。我国需要借鉴的有以下几点：第一，国家需要在医疗和养老及其相关领域制定法律法规，或在原有的行业指导意见上进行补充和修改。无论是省市地区层面还是行业层面，都要在国家有关行政法规的指导下，补充制定适合本地区和行业实际情况的区域性法律法规和行业标准。第二，民政局和卫健委等相关部门需要制定更加全面规范的政策和规章制度。第三，在保险领域，我国需要研究补充增加与养老护理相关的保险种类。

要形成适合我国国情、完善的社会保障法律系统，对医养结合养老模式的实施，养老机构的构建，医护人员的配置和运营资金的筹措等方面都要做出明确的规定。

（四）建立相关护理保险机制

在发达国家，保险是医养结合养老服务资金的主要组成部分，而适用于老年人医养方面的保险更是种类多、保障范围广，德国的长期护理保险和日本的护理保险就是很好的例子。尽管我国为居民和雇员提供养老保险和医疗保险，但养老保险只是在退休后每月发放一定数额的退休养老金。而医疗保险也仅限于居民和雇员在支付自身医疗费用后，在医保范围内进行一定额度的报销。而商业医疗保险现在主攻市场是重疾险和百万医疗险，对养老方面的护理保险险种开发有所欠缺。因此，我们需要重视护理保险的建设，建立并完善长期护理保险制度。政府有必要在提供的保险服务中增加护理保险项目，或者制定相关的行政法规，从行政上引导商业保险机构增添与护理保险有关的险种，对提供相关险种服务的保险机构给予税收减免，并向购买该商业保险的居民提供一定的财政补贴。

（五）培养专门的医护人员

不同于日常生活中的简单的护理、诊断和治疗，老年人特殊的养老护理需求需要专业的护理人员来完成。为完善医养结合养老模式的护理体系，德国建立了专门培养专业养老护理人员的老年护理培训学校，日本的也有专业的“介护士”培训。这些做法都值得我国相关的医养机构借鉴。为了使相关专业的医护人员可以掌握最新的专业技能和医养服务趋势，应由专科医院对相关专业的医务人员开展定期的技能培训和评估；为培养更多医养专业的护理人才，医学院校应该与医院以及养老机构进行合作，运用校企联动的方式，相关专业的高级医护人员定期在学校任教，医学院校的学生到专科医院老年病房或相关的养老机构实习，理论与实操相结合，更有利于专业护理人才的培养；国家应加大对医学院校医养护理专业的财政投入，鼓励医学院校开设相关专业课程，同时补贴具有该专业的医学生。或考虑设立医养护理专科院校培养专业人才，从而使医养护理服务更加专业化。

（六）探索整合照料的相关技术

英国在医养结合养老模式改革过程中面临的一大障碍是技术上无法满足整合要求。在医疗和养老的双轨制下，两种服务体系都拥有自己的评估系统和信息系统，两者是互不交流，各自封闭运行的。这样信息环境大大阻碍了医疗和养老系统整合的步伐。从英国医养结合养老模式改革进程的经验和教训中可以看到，在建立医养结合养老服务体系时，还应优先考虑技术因素。从我国实际情况出发，探索医养结合的相关技术手段，确保信息畅通，沟通医疗服务与养老服务之间的通道，加快医养结合的进程。

（七）推进分级诊疗制度建设

英国的医养结合养老模式改革强调了医疗和养老两种服务之间的无缝链接，但其基本观点是要明确区分这两种服务并实现分级诊断和治疗。具体而言，当老年人的健康出现状况时，首先是由社区全科医生提供初步检查等基础医疗服务。若有更进一步的医疗需求，社区全科医生将会把患者转介到综合医院或专科医院进行诊疗。而对出院的老年人也会实行两种不同的安排：一种是将能够完全康复的老年人，带着医嘱送

往康复医院，在那里他们将获得积极的医疗和保健服务，直到他们康复出院为止。另一种是患者无法完全康复，他们需要的是养护服务。我国在推进医护结合养老模式的过程中，要充分学习这一经验和模式，实行分级诊疗制度，对医养结合服务需求进行精确区分，逐步落实基层首诊、双向转诊、急慢分治、前后联动的目标，实现医疗资源的合理配置和降低医疗成本的目标。

通过对美国、日本、英国、德国和澳大利亚等国家实行医养结合养老模式的相关经验介绍，可以总结出国外医养结合养老模式的特征如下：医护人员的专业化、法律的完备性、资源的整合性、养老的集中性和服务的连续性。医养结合养老模式能够被视为解决当前我国医疗服务与养老服务难以融合问题的一条新路径。借鉴国外先进经验，从我国实际情况出发，可以从培养专业人才、筹资方式，养老模式，法律制度以及等方面汲取经验教训，进而形成我国医养结合养老模式的可行路径。

第六章 广州泰城养老院医养结合养老服务模式优化策略

民营养老机构医疗护理和养老相结合运营模式发展的亮点在于：一方面“医疗”+“养老”相结合，满足了老年人多方面的养老需求，具有很大的发展空间，更为广阔的市场；另一方面，政府对养老问题更加重视，如出台更多更有利的政策、从财政资金中拨付更多的款项用于养老服务等，有利于民营养老机构三种运作模式的成长和成型。然而，想要发展医养结合的运营模式，存在以下几方面困难：一是政府方面，医保认定缺乏效率、护理方面的相关保险制度尚未出台、其他方便民众的配套制度也不完善；医养结合机构归属哪个/哪几个政府部门管理尚不明确，出现出台的优惠政策由于各部门之间相互推诿，落实不到位的问题，出现出现问题无人管理或交叉管理的局面，因而出缺缺乏监督、监督不到位、监督不及时等情况，最终影响服务质量。二是养老机构方面，在有医养结合服务的民营养老机构中经营养老的人呈现出结构性失衡；医护人员总量不足、男女护工比例不均以及专业水平不够；医养结合服务系统不健全，缺乏行业服务规范，这都是民营养老机构实行医养结合运作模式的短板。三是社会方面，社会公益事业基础不深，力量不强，缺乏志愿服务思想宣传，形成志愿服务理念淡薄，缺乏公益环境氛围。我们国家的人口老龄化是“未富先老”，老年人口的日益增多，养老服务需求的日渐增大，加之医疗卫生体系体制改革，民营养老机构想运营医养结合模式正是恰逢其时，只要有合适的策略，就能发挥出得到较大效益。

6.1 政府应该积极发挥主导作用

首先，日渐严重的老龄化趋势是我们必须要去面对的，单单依托公立养老机构目前拥有的床位数是不能满足日益增长的养老需求，想要缓解公立养老机构的压力，就需要社会组织的加入，政府部门应该出台一些相关政策来支持民营养老服务机构转变为拥有医疗护理的养老机构，为医养集合结合的运营模式提供政策支持。一方面，政府理应依据医养结合养老服务的综合目标明确服务的性质、范围、对象和机构转型的标准以及机构人员录用的资质水平，并基于不同地区的不同情形合理整合、规划养老部门以及医疗部门的设置，包括部门数量、职责、功能、人员匹配；另一方面，要出台制度，明确服务规范、规则和流程，细化服务项目，高质量灵活参考使用政府部门的养老机构自评、服务情况监督、行业内相互评价等方式，针对医养结合运营模式建立相应的监督机制和科学有效的服务评估体系，主动积极改进机构现存的缺点与不足，使服务水平得到进一步提高，老年人可以获得更加专业细致的护理和照顾，有更有品质的老年生活。不同地区的政府应基于不同的现状，如老年人口数量、经济发展情形等现实情形，运用与之匹配的具体配套措施，大力吸纳民间资本走进养老市场，主动吸引民办养老部门开展转型升级。

其次，进一步完善配套政策，使之落到实处，得以运用，同时，为了使民营养老机构医养结合运营模式得以发展，优化其生态环境是必不可少的。各级政府部门要认真贯彻民营养老机构的各项优惠政策，优化其申请手续，提高办理效率，才能把更丰

厚的民间资本引入医养结合这项服务的市场中。此外，政府部门还应营造公平公正与公办养老机构竞争的环境，正确引导百姓的养老消费观念，这样才会有更多的人支持民营养老机构，形成民营养老机构进步与发展的强大动力。

最后，各政府部门之间应培养默契、加强协作，尽职尽责，加强沟通机制的设立和运用，打造一个优良的外部环境，使民营养老机构医养结合运营模式在发展时能更加顺利。与民营养老机构息息相关的政府部门，包括卫生、民政、社保以及财政等部门可组成领导小组，坐在一起商讨如何合作可以在自己职责范围内，相辅相成地为民营养老机构提供便利。卫生主管部门一方面应考虑建立民营养老机构的制度标准，明确民营养老机构服务、设施设备、管理等方面的要求，为民营养老机构规范运营提供参考依据；另一方面应加快出台医养结合运营模式的建设标准，包括评估定级、考核评价制度，并使之与医养结合服务机构的准入和退出相关，同时，为了降低如市场混乱、等级划分不公平等不良现象，应提前对医养结合服务的市场行为作出规定。民政部门应该思考民营养老机构并非一个非盈利性组织，考虑其中的部分花费是否纳入医保，若能纳入医保则可以帮助现在的老年人解决他们的养老和医疗两大难题，还可以对养老市场进行规范、对社会的养老行业水平进行促进。社保部门需对医养结合机构是否能被纳入医保定点作出评估，加强日常监督检查，对违规行为及时通报，保障老年人的权益，减少老年人的经济负担。财政部门应积极思考民营养老机构的政府资金扶持问题，加大优惠政策出台及推行力度，让优惠政策真真正正落到实处，为医养结合的发展提供资金政策保障，在一定程度上解决养老院收费高的问题。

6.2 积极探索建立社会力量参与机制

目前，我国老龄化情况愈演愈烈，同时全社会每一个家庭、每一个社会成员都会关心养老问题。仅仅依靠政府是很难让医养结合大规模有成效地运营起来的，若想满足日益增长的养老需求，则不得不凝聚社会各界的力量，让社会各界共同为我国的养老行业献计献策，在养老需要的各方力量进行投入，利用好营利组织和非营利组织的不同优势，将资源整合，调动可以调动的有效力量，解决医养结合养老模式面临的难题。

民营养老服务机构中医养结合运营模式想要发展成熟，不仅需要多个政府部门协调一致的优惠政策的大力支持，更加需要对全社会宣传这种新型的养老理念，得到社会大众的认可和支持，才能把全社会的力量凝聚在一起投入这种养老服务。民营养老机构在很多方面的支持都不如国营养老机构，尤其是资金方面，为了使民营养老机构追上国营养老机构，让他们有一个相对公平的竞争机会，应该建立筹资机制，引导更多的社会资金进入养老行业，这样社会上养老服务的格局才能向多层次、多样化发展，才能为不同的老年人群体提供更多的养老服务选择，增强老年人的幸福感，促进我们国家养老事业的发展。举个例子，我们负责社保工作的部门可以下设养老基金会这样的机构，用于募集社会资金，再把这笔资金投入民营养老机构的运营中，以帮助民营养老机构提升养老水平，能够运营医养结合模式的养老方式，满足不同老年人的不同

需求，缓解社会养老压力。与此同时，随着人们经济基础积累的日渐丰厚，人们将越来越关注健康产业，这就意味着健康产业将是一个朝阳产业，会吸引社会各界的投入。养老产业又是健康产业其中不可或缺的一部分，养老产业必然会在引起社会各界关注的同时，也让社会各界看中其收益回报，如若传统的养老模式能更进一步向医养结合养老模式转变的话，将更大程度地带动医疗设备、医疗器械、健康食品、保健品、营养品等方面的发展。由此可以看出，医养结合的运营模式，不但能够带动养老行业进步，促进健康产业发展，还能带动相关产业成为新的经济增长点。

6.3 培养专业人才、组建专业化团队，提高养老服务的专业化水平

传统模式的养老机构若想转型成为医养结合养老模式的养老机构，面临的最大阻碍是护理人员的严重缺乏，以及男护理人员和女护理人员间的比例失效。这一问题主要由于护理人员人们普遍工作时间较长、薪资水平较低、劳动量较大、职业发展前景不明朗、社会尊重不足等原因造成的。养老机构缺乏稳定的护理团队、无法循序渐进提升服务水平，一方面使老年人对养老机构缺乏信任，不愿意选择养老机构安度晚年，另一方面也严重影响养老机构专业水平的持续提升。

大批量的专业护理人才是建立“医疗”+“养老”的服务模式不可或缺的重要组成部分。养老机构需要的护理人员需要深入掌握多方面知识，包括常见的老年人疾病、必要的急救措施，并且有丰富的实操经验，能够及时、快速的为老年人提供全方位专业服务，在最短时间内减缓老年人的不适症状，提升老年人养老质量。专业知识和实践经验离不开专业的学习和一线的时间，通过政府政策指引，可以与当地高校合作，在高校设立专业和实践场所用于培养专业人才，与高校签订“订单培养”，约定学成可以进入养老机构工作，形成定向培养模式，缓解养老服务行业人才缺乏现状，并解决社会人员、学生就业难问题，后续也可以根据不同的工作经验回学校进行再学习，或前往不同的养老机构进行交流，从而丰富护理人员的理论知识，加强护理人员的实践能力，提升他们的综合业务水平，促进养老行业专业化发展。在加大招聘吸收医护专业的人才的同时，也要对新入职员工进行入职培训和考核，对团队管理人员进行标准化培训，不断加强护理人员职业技能培训，增加护理人员对于老年人心理健康和人文关怀的培训内容，并每年进行考核，组织对外学习交流，吸取优秀机构的经验。养老机构应加快服务和管理专业队伍的人才建设，建立规章制度，明确个人职责，让不同岗位人员签订岗位责任书，对自己的岗位产生敬畏心，增强管理人员和护理人员的责任感。在明确责任的同时，别忘了给专业的护理人员相应的薪资待遇，规划可持续发展的职业前景，提升护理人员的社会地位，让护理人员发自内心的热爱工作，这能使护理人员安于本职，既提高了一部分人的职业幸福感，也满足了养老机构人才稳定的需求。

6.4 广州泰城养老院内部运营管理优化

6.4.1 设置高效管理制度，加强成本管控

一是以规矩为抓手，做好制度建设。一个机构要持续发展，则必须有序、有规范，那首要一点则是完善制度建设。养老机构需要完成的制度包括以下四大类：工作人员对老年人生活照顾及护理的相关制度及程序、养老机构康复部门复健制度、后勤总务保障制度、综合行政管理制度。这四类制度所涉及的工作人员还应该有的岗位职责，明确不同护理工作的工作流程和操作规范，对工作目的、工作效果做出相应规定，最终对其履职情况从工作完成质量、工作安全防范、工作完成效率等方面进行考核，给予监督及奖惩，以期运用科学有效的制度做到赏罚分明。

二是以资金为保障，做好养老机构的财务管理。任何一个企业的日常经营都必定离不开财务资金管理运行，财务管理是整个企业日常管理工作的核心部分。就养老机构而言，应该有属于行业特色的财务审批体制，兼具科学性与合理性，明确收支数额核对、资金使用监督、机构内工作人员使用资金的规范和界限，培育全体工作人员成本管控思想。设立预算岗位，每年年初对今年的支出作出预算，做到有计划开支；设立风险控制岗位，对日常资金花销进行比对，找出漏洞，提出风险点和规避风险的建议；设立专门的审计机构，每年对财务情况进行审核。不必要的钱一分也不多花，有必要的钱再多也不能省，做好开支有节、开支有度、开支合规。

三是以人才队伍为落脚点，做好薪酬体系建设。稳定且高质量的人才队伍，离不开优质的薪酬体系。员工能否保持工作热情、主动提升工作质量、积极自助学习提升业务水平等等，都与薪酬待遇息息相关。养老机构可从固定工作、绩效工资、福利待遇等方面建立薪酬体系。工作人员的年资、职称、学历等客观因素决定固定工资等级；工作人员的护理质量、护理难度、护理数量、被护理人员及其家属的评价等主管因素决定绩效工资等级；福利待遇主要起到使工作人员有归属感、幸福感的作用。

6.4.2 建立养老服务宣传平台，提高品牌效应

一是以公益事业和民生事业为切入点，通过网络、自媒体、微信公众号等渠道大力宣传，使之常被人看见、常被人听见。树立成功改善老年生活的典型案例，提升广州泰城养老院的影响力度，吸引大众的眼球，好奇心会引导他们去深入了解，因此有机会收获潜在客户。

二是养老机构可与居委会、当地老年大学合作，举办老年人喜欢的比赛，如广场舞、花剑、麻将、扑克牌、象棋、围棋、声乐、乐器等；可与当地大学合作，举办老年人关注的知识讲座，如健康养生、心情调节、睡眠调节等。这些比赛和活动既丰富了养老机构内老年人的生活，拓宽了他们的交友圈子，还能让养老机构外的人了解养老机构，增加了养老机构的潜在客户。举办活动的同时，还可以请当地媒体为之报道，一方面引起社会关注老年人的生活，关心老年人身心健康；另一方面也让更多人认识了解养老机构，看见生活在养老机构的老人生活是丰富多彩的，精神是倍加抖擞的，因此树立良好的社会形象。

三是建立养老机构自己的微信公众号，将养老机构的环境、机构设置、工作人员水平、硬件设施、目前在住老年人状态、近期活动内容通过文字加图片和视频的方式向广大群众推送出去，以此平台传递养老机构信息，引起更多人关注和参与。也可以开发专属 APP，为每一位老年人设置专属账号密码，在上面发布老年人在养老机构内的照片、视频、身体情况，利用移动终端，让老年人家人看见，及时了解老年人在养老机构的情况，同时也可加强与老年人的家人进行沟通与联系，得到老年人家人对养老机构服务管理意见建议的反馈。

四是合理运用户外营销。鉴于老年人喜欢聚集在公园健身，养老机构可以聘请专业的老师，定期免费为老年人提供声乐、舞蹈、太极等方面的表演及培训，老年人通过参加学习无形中了解到养老机构的信息，于无形中提高了养老院的知名度和美誉度，也可以掌握周边老年人的基本情况和养老需求。

6.4.3 培育养老企业文化，建设人性化养老基地

养老机构和所有企业一样，都会构建属于自己的企业文化，这企业文化应是养老机构的指导思想，能够体现养老机构的文化内涵和精神风貌，吸引养老机构的工作人员努力工作，指导工作人员以服务事业为核心，既关注经济效益也关注社会效益，愿意承担一定的社会责任，以更高视角看待自己的服务价值。企业文化主要是指一个企业所具有的物质文化、制度文化以及精神文化。就养老机构而言，物质文化是指养老机构的内设环境、硬件设施、医疗设备以及工作人员的工作态度等；制度文化是指养老机构中的工作人员能规范其基本行为，而非其他企业中制度文化在于领导制，机构制及管理制。

以服务老年人为主旨，为老年人提供高质量的晚年生活为落脚点，加强养老机构的企业文化建设，为更多老年人身心健康提供良好的居住环境，同时也能够充分彰显养老院的医养结合的宗旨与服务精神。养老机构的开发建设首先考虑的是交通便利、环境舒适的地理位置；其次考虑的是过硬的基础设施，再者是否有安装监控系统与智能求助平台系统等软件设施；最后，在院内分别配置好各种健康的娱乐场所，辅以园林式整体布局的花卉绿化项目，让入住长者能真正享有高质量的生活。

6.4.4 积极开展服务评估，优化养老服务项目，满足老年人差异化需求

从养老机构自身改进的角度出发，改进养老模式，提升服务水平，就要在养老机构居住的老人为调查对象，开展满意度调查。满意度调查可以通过请在养老机构入住的老人填写问卷，对老人及其家属进行访谈交流，与在养老机构工作的人员进行沟通。在满意度调查后便可得知养老机构在服务老人的过程中有哪些缺点和不足，找到改进和提升的方向。另外，还可以横向比较来进行有效的评估，即与行业内统综合情况相近的其他养老机构进行交叉评价来评估养老机构的服务状态，得到的结果可以作为医护人员工作评价的一部分，能帮助工作人员对自己的工作质量高标准严要求，对标改进，继而有目的地提升养老机构医养结合的服务效果。

应该最大限度满足老年人需求，首先应在老年人准备入住养老机构前，对老年人

进行一次全面细致的体检，并将体检结果记录备份；其次根据体检结果所显示的不同的身体情况划分不同的护理等级，等级相同或相近的老人住在相同或相近的楼层、区域，这样可以便于工作人员开展服务管理，也便于老年人一起活动；再者，护理生活能够自理但有慢性疾病的老人时，护理人员应该定期带老人复检，了解其身体状况，并给予相应的护理；不同的入住长者所需要的医养结合养老服务必然有所不同，规范化的服务将不能完全符合所有入住长者的需求。养老服务内容应充分考虑入住长者的差异化需求，提供多样化的服务。还需定期对养老服务内容进行评估，结合入住长者反馈意见，对养老服务项目作出修改和增减，对老年人满意度较高的服务项目予以保留和进一步创新，对于满意度较低的服务项目及时做出调整，从而保证服务的有效性和针对性。针对入住长者的差异化诉求，需要医护人员在日常服务中与老人交流沟通，深入了解入住长者的需求，定期进行追踪，这样才能保证提供优质服务，吸引更多客户群体。

最后，对于重病或者生活无法自理的老年人，需配备专业性更高的医疗和护理人员，随时观察和了解老人的身体情况，及时给予全面的康护和医疗保健服务。除了身体健康，老年人的心理健康也应得到重视，养老机构还需聘请具有专业资格的老年人心理咨询师，定期与老人交流沟通，及时了解老年人的心理特征和情绪波动情况，若有非常态情况应多加疏导，以心理健康促身体健康，使老年人能身心健康地度过晚年生活。还应鼓励入住长者的子女经常探望和关心老人，避免老年人的晚年孤独，为了探访常态化，应该出台相应的措施，可以考虑将探访次数与缴纳费用挂钩，探访次数达到一定程度可以考虑减免部分入住费用或赠送养护服务。

第七章 研究结论、研究局限与管理启示

7.1 研究结论

广州泰城养老院实行的医护结合养老模式是将医疗康复服务（包括健康检查、健康咨询、诊断和治疗，重病康复和临终关怀等服务）和养老护理服务（包括文化娱乐、心理保健和日常保健等服务）进行有机整合。日常护理、康复训练和普通病症的开药诊疗由养老院负责，健康体检和突发重大疾病的治疗则交由合作医院解决。按此模式，医疗机构和养老机构就可以集中各自的优势，提高医疗服务和养老服务的专业效率。

广州泰城养老院实行的医护结合养老模式可以大大减少老年人冗长的就医时间。入住长者在养老院内就可以享受慢性病护理、医疗咨询和代理取药等服务，而可以进行专业体检和重疾治疗的南方医院更对养老院开有转诊绿色通道。而对于养老院来说，提供医疗服务可以增加部分固定收入，打破目前难以盈利的局面，进而可以更好地打造专业的医养护理团队，形成良性循环。当前入住养老院的长者有很多是生活不能自理或者半自理，对专业的医疗养护需求有很大的需求，医护结合养老模式可以很好地满足这一需求。医护结合养老模式可以使养老院可以吸引更多的老年人入住，同时可以减轻医院的床位负担。

随着我们国家社会老龄化的程度越来越深，生活水平不断提升，老年人对医疗和养老相结合的服务需求也越来越高。国务院办公厅在《关于制定和实施老年人照顾服务项目的意见》中明确指出我们应该以积极的态度应对人口老龄化的问题，加大力度提高老年人护理服务水平，进一步推动社会民生生活状态地改善，实施能够促进社会和谐的实际举措。医疗与养老相结合的养老运营模式能够充分地将医疗资源与养老资源结合在一起，使医疗资源与养老资源形成一个整体服务在养老领域里，大大提升了现在老年人的生活水平，这与社会主义价值观的内在诉求不期而遇。综合社会需求和个人需求两方面，本文研究的问题在不久的将来能够得到更多的社会认可，带来更多的社会力量和政策支持。

中国虽然是当前世界上最大的发展中国家，却面临着和许多发达国家一样严重的社会老龄化问题。考虑到我们国家内部实施的人口政策等特殊原因，我国可能会出现更加严重的老龄化危机。我们国家较为复杂的养老需求来源于家庭养老功能的弱化和未富先老等因素。尽管医养结合养老模式在我国仍处于起步阶段，但不可否认的是，该养老模式是有效解决我国养老难题可行路径。在我国人口结构越来越复杂的情况下，医养结合养老模式不仅在理论上可以满足老年人的多元化的医养需求，而且将医疗和养老方面的资源进行拆分、重组一系列重新整合，把两方资源牢牢融合在一起，也是为了社会资源的统一配置提供保障。这样更有利于提供更多岗位、增加人力需求、扩大就业范围、缓解就业压力，既展现了既体现了以人为本的社会服务政策，也是进一步改善民生的重要措施。

广州泰城养老院是广东省内最早也是较为成功运行医养结合养老模式的典范，本

文采用文献研究法、比较分析法、实证分析法，以广州市泰城养老院医疗与养老相结合的养老模式为研究对象，分别对养老院职员（包括机构负责人、医护人员、后勤保障人员）、入住长者及其家属进行问卷调查，从分析养老院的背景和通过问卷得出的医养结合养老模式在实际运作中出现的问题，对广州市的医疗与养老相结合的养老运营模式进行一定程度地分析，全面探讨广泛推行医养结合养老模式的可操作性，并对其中出现的问题做出分析和论证。

作者向泰城养老机构的工作人员和服务对象及其家属发放调查问卷，并进行问卷反馈分析，通过问卷调查结果来了解该养老机构的现实情况。该养老院在基础设施、医疗服务、日常护理和娱乐等方面都的服务水平都在业内平均水准之上。医养结合养老模式对养老服务的满意度有提升作用，但这并不代表广州泰城养老院没有在现实运营中出现困境。研究发现，该模式还在起步阶段，运营得还不是特别顺利，其中的支付保障体系还需要进一步完善、相关标准还需进一步核定、人力资源和服务水平还需改善等。根据访谈调查可知，影响广州泰城养老院长期发展的主要困难有两种。一是收费过高，只适合高收入群体，这将使该养老院的扩张面临很大的阻力，这也和养老服务的普惠性理念背道而驰。其而是缺乏老年医学方面的专业人才，该院养护人员普遍存在心理压力大，待遇低等问题，人员流动性高。人才的稳定和充裕是机构长期发展的动力，如果广州泰城养老院的人力资源问题得不到很好的解决，那也将影响到结合养老模式的实施效果。

本文结合广州的实际情况，在查找并分析多个不同的医疗与养老相结合的养老模式（包括国内、国外）后，将其余广州大型养老机构、我国现存大众养老机构进行的运营期刊进行对比，提出一些合理化的改进建议。目前，我们需要从三个方面对医养结合养老模式作出优化。首先需要相关政府部门出台更完善的法律法规，建立健全的法律保障体系和更加合理的支付保障制度，在建立老年人个人身体、心理、医疗等方面需求的护理情况评估体系的基础上，建立一套与之相匹配、能发挥作用的监管制度，为医疗与养老相结合养老市场的规范运作提供保障。其次是加强专业的医养结合养老服务人才队伍建设，通过建立行业标准，拓宽职业发展空间，重视职业培训，提高人员待遇。最后是优化内部运营管理，提高管理效率，加强成本管控，对外加强宣传力度，对内培育企业文化。

7.2 管理启示

医疗与养老相结合的养老运营模式还不能完全解决现在社会面领的老龄化导致的养老难题，这里仍有需要进一步研究改进的问题。首先是以什么标准来判断一位老年人是否需要享受医养结合养老服务。如果将来政府或医疗保险能够承担医养结合养老服务的相关费用，那么医养结合养老服务的需求可能会出现过剩现象，这必然会使政府要承担更多的财政压力；如果没有政府分担而是百分之百由个人来承担医养结合这种新型养老服务的费用，则经济条件不佳的老人可能无法享受他所需要的服务，这便会使部分老年人的有效需求受到抑制。因此，怎么做、何时做、在哪里做才能为那些

真的既需要医疗护理又需要基础护理的老年人提供合适的养老服务。其次，机构养老、社区养老和居家养老还是我国当前养老服务的主流方式。如何将医养结合养老模式更有效地融入其中，又将如何对其服务形式和服务内容作出相应的改变，是未来实施医疗和养老相结合养老服务模式的关键。最后，人口老龄化是一个长达二三十年的漫长过程。在每个老化阶段对医疗和养老需求的也不尽相同。如何对不同的需求通过精细化和专业化的医养结合服务，也是需要研究解决的问题。

因此，我们需要保持清晰的思路，从各地实际情况出发，调研在当地实行医养结合养老模式的可行性和必要性。如何加强监管和防止滥用医保也是实行医养结合养老模式时必解决问题。

本文调研的目的就是探寻一条符合我国国情，满足社会公众尤其是老年人日益增长的多层次养老服务需求的医养结合养老服务发展之路。新事物的发展是不会一帆风顺，但前景是可期待的。医养结合这种养老服务模式目前我国还处于初级阶段，随着社会的不断进步和广大学者对该问题的不断深入研究，将会有其他问题陆续显现。问题是进步的奠基石，在出现问题与解决问题的过程中，不断完善各项体系、制度，使养老服务水平不断提升，得到健康发展，才能真正有效解决社会老龄化的问题。

由于广州泰城养老院出于商业考虑，导致获取的定量数据十分有限。本研究存在的主要不足：研究对象较少——仅以广州泰城养老院为研究对象，得出的研究结论可能普适性不足，只在一定范围内有参考价值。后续研究可以在多地区以实行医养结合模式的养老机构为研究对象进行对比研究，运用该时期更为先进的理论对养老行业的运作模式、管理规范等反面进行在研究。

参考文献

- [1]国务院.“十三五”国家老龄事业发展和养老体系建设规划「EB/oL].
http://www.gov.cn/zhengce/content/2017-03/06/content_5173930.htm, 2017-2-28.
- [2]蔡敏婕, 印锐.广州老龄化形势日益严峻预计 2020 年老年人口将达 185 万
[EB/OL]. <http://news.163.com/17/0608/21/CMEIJPUR00018AOQ.htm1>, 2017-06-08.
- [3]孙耀, 应丹丹, 姜丽萍.国外主要养老模式介绍[J].中国护理管理, 2013, 03:97-99.
- [4]王绪英.基于人口老龄化的“医养结合”养老模式的选择[J].北方经济, 2016(02):73-76.
- [5]Pinka Chatterji,Nancy K. Burstein,David Kidder,et al. Evaluator of the Program of All-inclusive Care for the Elderly(PACE) Demonstrator[M].Cambridge:Abt Associates Inc.1998.
- [6]K. Laura&B. A. Gadsby. PACE-Program of All-inclusive Care for the Elderly[J]. Age in Action,2007,4.
- [7]S. Shannon&C. Carson. Outcomes after Long-Term Acute Care An Analysis of 133 Mechanically Ventilated Patients[J]. Am J Respir Grit Care Med,1999, 159.
- [8]Jutta Pulkki,Prof. Marja Jylh,Leena Forma,et al. Pekka Rissanen.Long-term care use among old people in their last 2 years of life: variations across Finland[J]. Health& Social Care in the Community,2016,24(4):439-449.
- [9]France Portrait,Maarten Lindeboom,Dorly Deeg. The use of long-term care services by the Dutch elderly [J]. Health Economics,2000,9(6):513-531.
- [10]Human J,Wasem Cehol. Rural mental health in America [J]. Am Psy,1991, 46(3):232.
- [11]Sung J. C,Nichol M. B,Venturini F,et al. Factors affecting patient compliance with anti-hyperlipidemia medications in an HMO population [J].Am J Manage Care, 1998,10 (4).
- [12]Herrick C M,Ainsworth A D. Invest in Yourself Yoga as a Self-Care Strategy [J]. Nursing Forum.2000,2,(35).
- [13]Politzer R M,Yoon J,Shi L,et al. Inequality in America: the contribution of health centers in reducing and eliminating disparities in access to care [J]. Medical Care Research and Review,2001,2,(58).
- [14]田北海, 钟涨宝. 社会福利社会化的价值理念—福利多元主义的一个四维分析框架[J].《探索与争鸣》, 2009(8):44-47
- [15]尹银.日本的养老经验与对策[J].外国问题研究, 2009, (2):17-22.
- [16]SHI Ying,LI Zhi-min.A Comparative Analysis of the Day Care Center for the Elderly in China,America andJapan[J].Journal of Xi'an University of Architecture and Technology,2016(2): 249 - 253.
- [17]王子颖慧.发达国家养老健康服务模式的启示[N].中国人口报, 2019-03-22(003).
- [18]Lori Gonzalez.A Focus on the Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE)

- [J]. Journal of Aging & Social Policy, 2017, 2: 475-490.
- [19] B • Meredith. Components of Welfare Voluntary Organizations, social services and Politics in Two Local Authorities[M]. London: Bedford Square Press, 1983: 12-126.
- [20] Stuart, M, and M. Weinrich. Home is where the help is: community-based care in Denmark[J]. Journal of Aging & Social Policy, 2001, 12: 81.
- [21] Bewley. A Critique of Theory about Local Public Expenditure[J]. Econometrica, 2007(49).
- [22] Hatono Yoko. Development of Long-term Care Risk Assessment Scale for the Elderly and Investigation of Its Reliability and Validity[J]. Journal of Japan Academy of Community Health Nursing, 2004, 7(1).
- [23] Hiroyuki Umegaki, Madoka Yanagawa, Zen Nonogaki, Hirotaka Nakashima, Masafumi Kuzuya, Hidetoshi Endo. Burden reduction of caregivers for users of care services provided by the public long-term care insurance system in Japan[J]. Archives of Gerontology and Geriatrics, 2014, 58(1).
- [24] Sandoval Garrido Felipe Alfonso, Tamiya Nanako, Kashiwagi Masayo, Miyata Sumiko, Okochi Jiro, Moriyama Yoko, Yamaoka Yui, Takamuku Kiyoshi. Relationship between structural characteristics and outcome quality indicators at health care facilities for the elderly requiring long-term care in Japan from a nationwide survey.[J]. Geriatrics & gerontology international, 2013.
- [25] Ryuichi Tanioka, Rozzano Locsin, Yuko Yasuhara, Tetsuya Tanioka. Potential Legal Issues and Care Implications during Care-Prevention Gymnastic Exercises for the Elderly Using Pepper in Long Term Health Care Facilities[J]. Intelligent Control and Automation, 2018, 09(03).
- [26] 乌沧萍, 姜向群. “健康老龄化” 战略刍议[J]. 中国社会科学, 1996(05): 52-64.
- [27] 刘宏, 高松, 王俊. 养老模式对健康的影响[J]. 经济研究, 2011(04): 80-93.
- [28] 刘红. 中国机构养老需求与供给分析[J]. 人口与经济, 2009(04): 59-64.
- [29] 郭东, 李惠优, 李绪贤等. 医养结合服务老年人的可行性探讨[J]. 国际医药卫生导报, 2005(21): 45-46.
- [40] 袁晓航. “医养结合” 机构养老模式创新研究[D]. 浙江: 浙江大学, 2013.
- [31] 沈连法. 关于医养结合的思考[J]. 疾病监测与控制, 2015(06): 441-442.
- [32] 赵艺, 马欣婷, 曾玉娟. 医养结合型养老模式的运营问题研究[J]. 管理观察, 2014(24): 187-188.
- [33] 张莹, 刘晓梅. 结合、融合、整合: 我国医养结合的思辨与分析[J]. 东北师大学报, 2019(2): 132-138.
- [34] 李志宏. 医养结合: 问题缘起、实践偏差与破解之路[J]. 老龄科学研究, 2018(12): 3-12.
- [35] 符美玲, 陈登菊, 张伟等. 从长期住院研究谈构建“医养结合” 照护体系的必要性

[J].中国医院, 2013(11):21-23.

[36]黄佳豪, 孟防.“医养结合”养老模式的必要性、困境与对策[J].中国卫生政策研究, 2014(06):63-68.

[37]刘清发.嵌入性视角下的医养结合养老模式初探[J].西北人口, 2014, 35(6):94-97.

[38]王素英, 张作森, 孙文灿.医养结合的模式与路径——关于推进医疗卫生与养老服务相结合的调研报告[J].社会福利, 2013(12):11-14.

[39]尚振坤.中国养老机构的服务与管理[J].人口与经济, 2008(2):50-54.

[40]许彩虹, 杨金侠, 王章泽.基于公共产品理论的医养结合养老模式的问题与对策研究[J].卫生经济研究, 2015(11):22-24.

[41]郭婷.老龄化背景下我国城市居家养老浅析[J].长沙民政职业技术学院学报, 2015(9):24-27.

[42]李杰.青岛“医养结合”养老模式问题研究[J].中国人力资源开发, 2014(18):74-80.

[43]陈俊峰, 王硕.城市“医养结合”型养老存在的问题及其解决途径——以合肥市为例[J].城市问题, 2016(6):92-97.

[44]李晶.城镇养老机构发展中的政府角色定位问题研究[D].吉林:吉林大学, 2010.

[45]张旭.医养结合养老模式研究[J].赤峰学院学报(汉文哲学社会科学版), 2014(03).

[46]童立纺, 赵庆华, 丁福, 等.医养结合老年长期照护模式的探索与实践[J].护理研究, 2015(04):476-478.

[47]刘华.关于上海推进“医养融合”的思考与建议[J].科学发展, 2014(05):97-106.

[48]王臀, 曹勇, 唐立崛, 等.青岛市“医养结合”养老模式探索[J].卫生软科学, 2015(02):72-73.

[49]耿爱生.养老模式的变革取向:“医养结合”及其实现[J].贵州社会科学, 2015(09):101-107.

[50]徐君, 武东霞.国外“医养结合”养老模式的特点及其经验启示[J].护理管理杂志, 2017(03):58-63

[51]包世荣.国外医养结合养老模式及其对中国的启示[J].哈尔滨工业大学学报, 2018(03):58-62

[52]耿爱生, 王珂.英国“医养结合”的经验与启示[J].华东理工大学学报, 2016(05):87-94

[53]广州大学公共管理学院“医养结合”研究课题组.广州市“医养结合”养老模式实现路径探索[J].改革与开放, 2017(11):86-89

[54]汤耀平, 李金亮.广州市构建“精准化”医养结合养老服务体系研究[J].社会工作与管理, 2020(01): 88-94

[55]扬帆.深化“医养融合”创新养老模式——以上海市为例[J].江南论坛, 2014(09):7-9

[56]杨瑞攀.中国养老护理员职业发展困境研究[D].重庆大学, 2015.

[57]曾小辉.关于我国实行“医养结合”制度的国外经验借鉴[J].山西青年, 2016 (20) :234.

[58]张要茹.浅析我国医养结合人才队伍建设[N].中国人口报, 2019-04-25(003).

- [59]朱丹.养老护理专业遇冷需要政策增温[N].证券时报, 2016-07-07(A03).
- [60]Sally Redfern. Human resources policies and continuity of care[J]Kings College, London,UK J Health Organ Manag 2003(17):102-21.
- [61]俞可平. 治理与善治[M]. 北京: 社会科学文献出版社, 2000:4-6.
- [62]陈世伟. 政府与 NGO 信任关系研究——以“合作式治理”模式为视角[J]. 江西社会科学. 2008 (11): 140-141.
- [63]陈华. 吸纳与合作——非政府组织与中国社会管理[M]. 北京: 社会科学文献出版社, 2011:6-18.

附 录

老年人医养服务满意度调查问卷

尊敬的女士、先生:

您好!非常感谢您抽出宝贵的时间填写这份问卷。本次调查结果用于广州泰城养老院医养结合服务情况调研工作。为了更好的了解老年人目前的生活状况和养老、医疗等方面的需求,以便今后能够为享受医养服务的老年人提供更加满意舒适的养老服务和医疗服务,特邀请您参与本次问卷调查活动,本次调查采用不记名方式,仅作为统计意义上的数据分析,我们会对您填写的信息进行严格保密。请在您所选择的答案项打勾,您的回答对我们研究的准确性有非常重要的意义,衷心感谢您的配合!

第一部分基本信息

1、您所在的年龄段是(以身份证上的年龄为准)

A、50-55 B、56-60 C、61-65 D、66-70 E、71-80 F、80 以上

您的性别是

A、男 B、女

3、您的婚姻状况是

A、已婚 B、离异 C、丧偶 D、再婚 E、未婚

4、您的学历是

A、初中 / 中专 B、高中 / 大专 D、本科 E、研究生及以上

5、您入住广州泰城养老院的时间是: ——年——月

6、您现在居住的房间号及房间朝向: ——

7、您之前有过入住养老机构的经历吗?

A、有 B、无

8、您目前的收入情况是

A、3000 以下 B、3000-5000 C、5000-8000 D、8000-12000 E、12000 以上

第二部分医养服务满意度调查

1、您对广州泰城养老院提供的居室设施满意吗?

A、非常满意 B、比较满意 C、一般 D、不满意 E、非常不满意

2、您对广州泰城养老院提供的房间卫生清洁服务满意吗?

A、非常满意 B、比较满意 C、一般 D、不满意 E、非常不满意

3、您对广州泰城养老院的园区整体环境满意吗?

A、非常满意 B、比较满意 C、一般 D、不满意 E、非常不满意

4、广州泰城养老院餐饮部提供的餐饮符合您的口味需求吗?

A、非常符合 B、比较符合 C、一般 D、不符合 E、非常不符合

5、您对广州泰城养老院提供的医疗服务满意吗?

- A、非常满意 B、比较满意 C、一般 D、不满意 E、非常不满意
- 6、广州泰城养老院是否经常为您提供健康问诊服务？
- A、经常 B、一般 C、偶尔 D、很少 E、从不
- 7、您对医生 / 护士的服务态度满意吗？
- A、非常满意 B、比较满意 C、一般 D、不满意 E、非常不满意
- 8、广州泰城养老院是否经常举办了您愿意参与的活动？
- A、经常 B、一般 C、偶尔 D、很少 E、从不
- 9、广州泰城养老院经常为您提供情绪疏导服务吗？
- A、经常 B、一般 C、偶尔 D、很少 E、从不
- 10、广州泰城养老院是否及时的提供了您所需要的服务？
- A、非常及时 B、比较及时 C、一般 D、很慢 E、非常慢
- 11、您对广州泰城养老院提出的意见或建议，得到的信息反馈及时吗？
- A、非常及时 B、比较及时 C、一般 D、很慢 E、非常慢
- 12、广州泰城养老院的工作人员对您尊重吗？
- A、非常尊重 B、比较尊重 C、一般 D、不尊重 E、非常不尊重
- 13、入住广州泰城养老院后，您的身体状况和以前相比怎么样？
- A、好多了 B、好一点 C、没区别 D、比原来差一点 E、差很多
- 14、您经常感觉闷闷不乐，不愿与人交谈吗？
- A、经常 B、一般 C、偶尔 D、很少 E、从不
- 15、您入住广州泰城养老院后喝原来的朋友经常联系吗？
- A、经常 B、一般 C、偶尔 D、很少 E、从不
- 16、您入住后结交了新的朋友吗？
- A、非常多 B、比较多 C、一般 D、很少 E、没有
- 17、请问您入住养老机构以后，子女跟您的联系多吗？
- A、经常 B、一般 C、偶尔 D、很少 E、从不
- 18、您的退休金足够支付养老院的费用吗？
- A、还有富余 B、正好 C、勉强够 D、不够 E、子女支付
- 19、请问您今天心情高兴吗？
- A、非常高兴 B、比较高兴 C、一般 D、不高兴 E、非常不高兴
- 20、在过去的半个月里，您经常碰到了不开心的事吗？
- A、经常 B、一般 C、偶尔 D、很少 E、从不
- 21、总体上来说，请问您对目前的生活感觉如何？
- A、非常满意 B、比较满意 C、一般 D、不满意 E、非常不满意

问卷到此结束，感谢！

致 谢

经过将近两年的努力，我的毕业论文即将画上句号，在此，我向在论文撰写的过程中所有对我有过帮助的人表示最诚挚的感谢与最美好的祝愿！

首先，最深的谢意献给我的导师刘文霞副教授，感谢刘老师近两年来对我的亲切关怀和悉心指导。非常感谢刘老师能体谅我在职学习的不容易，每一次意见回复都特别及时、仔细。刘老师博学多才、思维缜密、逻辑清晰，能以严谨的治学态度和敬业精神在论文的选题、开题、素材筛选、论文结构、调查方法、论文内容等多个方面给予了我耐心的指导和无私的帮助，每一个环节都凝聚了导师的大量心血。在刘老师的悉心指导和帮助下最终使论文得以顺利完成。

刘老师以他严谨的治学态度、渊博的知识、平易近人的学者风范、认真勤奋的工作作风，使我不仅学习了专业知识，还学到了许多做人的道理，这将成为我今后工作和学习的不竭动力。在此，我向我的导师刘文霞副教授表示深深的谢意与祝福！

其次，我要感谢研究生学习期间经济管理学院各位老师，正是因为有了他们严格、无私、高质量的教导，我才能在这几年的学习过程中不断地汲取专业知识，快速地提升学习能力；感谢我的各位同学，正是因为这个集体团结友爱，志向高远，我才能在求学的道路上充满力量。

最后，衷心感谢为评阅本论文而付出宝贵时间和辛勤劳动的专家和教授们，感谢您们给了我一个审视自己学习成果的机会，感谢您们对论文的指导和提出的宝贵意见！在今后的岁月里，我将加倍努力，以期获得更多的成果回报您们、回报社会！

石河子大学硕士研究生学位论文

导师评阅表

研究生姓名	何琦琅	学制	三年
专业	工商管理硕士	研究方向	组织与战略管理

学术评语:

论文《广州泰城养老院医养结合养老服务优化研究》选题来源于社会组织管理实践,具有一定的实际应用价值,属于工商管理研究范畴。

作者能够运用所学的管理理论知识,针对广州市南方医院与泰成逸园养老院合作构建的医养结合模式业务展开研究,通过调查问卷、访谈等研究方法,恰当的提炼出该企业医养结合服务存在的问题,并提出相应的服务和管理优化策略解决方案。

作者具有一定的收集文献资料、综合分析问题、解决问题能力,论文的研究前提及基本理论依据可靠,论文观点正确,提出的解决方案与对策合理可行,具有一定参考性,研究结论对实践亦有一定指导意义。

论文结构合理,逻辑清晰,写作较为规范,语言流畅。反映出该生已掌握相关研究领域的基础理论,专业知识较为扎实。

经过多次认真修改,论文写作符合学术规范要求,已达到工商管理硕士专业学位论文水平。

指导教师签字:

刘文峰
2021年6月1日