

整合照料视角下日本特色 “医养结合”的实现路径及启示

郭佩

(中国社会科学院日本研究所, 北京 100007)

摘要: 整合照料是以实现老年人“在地安老”为目标, 将医疗、护理、生活照料等多重资源有机组合的一项综合养老服务。在人口老龄化趋势与财政开支日益紧张的背景下, 日本以“社区整合照料”为重点, 聚焦城市和地方养老照料的不同需求推行有针对性的整合服务。论文选取代表城市地区的东京都新宿区和地方发展的鸟取县日南町, 基于案例研究的角度, 对二者整合照料的主要模式、特征及实现路径进行梳理分析。研究发现, 未来中国推进“医养结合”需要遵循一定的整合条件, 包括整合职能部门的健全、医疗和护理保险制度的相对完备、坚持地方差异的本土发展、整合资源的多主体协同、基于社区的整合平台建设以及从业人员培训的加强等。

关键词: 整合照料; 医养结合; 本土性; 路径

中图分类号: C913.7

文献标识码: A

文章编号: 1004-2458-(2021)06-0064-09

DOI: 10.14156/j.cnki.rbwtyj.2021.06.008

一、问题的提出

整合照料(integrated care)又为综合照料或综合护理, 是将预防、护理、健康管理、医疗、康复、生活照料等相关服务通过一定组织机制合理分配、整合的养老服务。早在20世纪90年代, 在全球人口老龄化背景下, 世界多国面临老龄化带来的长期多元化护理需求激增与医院医疗费膨胀等问题。与此同时, 各国老年服务照料体系也存在很多突出而共通的问题, 如老年服务来源于不同的机构、重治疗轻护理、老年健康服务政策存在冲突等。于是, 在这样的背景下, 2001年世界卫生组织(WHO)明确提出了整合卫生保健的理念, 旨

在通过整合治疗、护理、康复等相关服务提高卫生保健的公平性、持续性和可及性^[1]。在世界卫生组织的倡导下, 欧美等发达国家最先开始积极推进“整合照料”, 其目标在于通过组合和衔接老年照料相关的医疗部门、护理部门、福利部门等, 整合传统医疗卫生与社会服务的碎片化资源, 提供综合多元的无缝隙服务, 从而达到提高老年生活质量, 且在一定程度上抑制长期住院或迅猛增长的养老费用。例如美国推进的综合性老年健康护理计划(PACE)就是针对失能老人的“整合照料”养老服务计划, 通过多样化供给的方式为患者提供医疗与护理一体化服务^[2]。日本“地域综合照料体系”的构建也是“整合照料”理念的重要实践。尤其日本作为全世界最高寿的国家, 同时也是人口老龄化

收稿日期: 2021-03-12

基金项目: 中国社会科学院青年科研项目“日本养老服务多元供给主体的路径与启示”(2020YQNQD00140); 中国社会科学院亚洲研究中心课题“日本‘多元协作’的社会伦理模式及借鉴意义”(2021YYZX009)

作者简介: 郭佩, 女, 中国社会科学院日本研究所助理研究员, 主要从事日本社会福利、人口老龄化相关研究。

速度最快的发达国家，在应对日益老龄且高龄的人口态势时，推出了许多适应不同阶段发展的养老政策及制度，其成熟的制度模式一直是国内外学术界进行老龄化问题研究的典范。经过多年的探索与实践，日本积极推进“整合照料”服务，通过对医疗资源、护理资源与生活照料资源的有机衔接，构建了基于社区的整合性“地域综合照料”服务体系。日本在构建本国特色的“医养结合”模式过程中积累的经验，对于中国有着重要的借鉴和启示。

二、对“整合照料”研究的回顾与反思

随着全球老龄化的不断发展，越来越多的学者开始关注“整合照料”的理念与实践，探讨如何以老年人为中心，提供可及、多元且整合的养老服务。围绕“整合照料”的研究主要包括以下几方面：

（一）概念的探讨

自“整合照料”被提出之日起，国内外学术界对其概念和定义进行了多方阐释。世界卫生组织在20世纪90年代时，曾定义“整合照料”为引入、提供、管理和组织各种与健康相关的服务，如预防、治疗、医疗、护理等^[3]。Leatt（2000年）从一个相对更宽广的视域提出了整合照料不仅是一个高效且现代的系统，而且是一个紧密的服务网络，该网络的服务方涵盖了影响老年健康的所有要素，如医院、基层卫生保健、护理机构、家庭照料、社会福利机构、学校、警察等^[4]。Lloyd（2006年）则以不同利益相关方为视角，他认为对于整合照料过程中所涉及的服务方和使用方，其意义也不同。例如，对于使用者来说，整合照料是一个可及的、无缝衔接的服务；对于服务供给者来说，整合照料就是不同业种的人员以互相协助的方式一起在统一的平台工作；对于政策制定者来说，整合照料可能是一次财政资金的大合并^[5]。中国学者杜鹏（2014年）指出，目前对于“整合照料”的概念阐述多达175个以上，大部分散见于欧盟国家的政策文件和研究报告中，其中以Robertson（2011年）为代表。Robertson认为，“整合照料”由一个以上的组织联合提供卫生和社会服务，不仅连接了初级和次级健康照料，同时连接了预防和治疗服务，还可以在单一部门内连接不同层次的照料^[6]。Godlee

（2012年）则强调提供不同服务的各机构的关系是一种紧密的联合而非竞争关系^[7]。世卫组织欧洲整合保健照料办公室则将其定义为“将投入、管理、组织、诊断、治疗、护理、康复和健康促进一起整合的服务”^[8]。国内也有很多学者从不同角度进行了概念阐述，主要代表者为杜鹏（2014年），他认为整合照料是整合不同的照料资源，使处于碎片化照料中的个体达至健康（主要为健康照料）和社会照料的理想化水平^[6]。

综合国内外学者从不同角度对整合照料给出的定义，可以看出整合照料主要有两个特点。一是多元化，即涵盖了医疗、护理、生活照料、健康管理等多方面的照料管理；二是可及的整合化，既有制度层面的整合，也包括不同业种之间的整合。通过顶层设计使碎片化的社会照料、社区管理、医疗保健等部门有机整合为一体，共同以老年人为中心开展服务。整合照料实际上对于政策制定者、服务提供者、家庭照料者与服务使用人来说，与其说是老年相关服务的技术整合，不如说是一次彻底的理念革新。需要注意的是，“整合照料”不是拿来即用和全盘复制的，需要满足一定的条件同时必须具有本土特色，因此本文认为“整合照料”是指以需要照料的老年人中心，基于一定的组织架构和政策将预防保健、健康管理、医疗护理、康复、生活照料等服务以“强强联合”的方式提供的多主体、跨部门、重效率且有本土特色的整合式养老服务。

（二）日本“整合照料”模式的既有研究

日本作为世界老龄化程度最高且最长寿的国家，在构建自己本土特色的“社区整合照料”模式即“地域综合照料体系”过程中积累了很多的经验和教训，这对于中国坚持以“居家为基础，社区为依托”的养老发展路线有着积极的参考意义，也是本文重点关注日本模式的缘由所在。对于日本“整合照料”的研究多数集中于日本“地域综合照料体系”的介绍。如赵建国（2019年）^[9]、平力群等（2016年）^[10]侧重于介绍日本本土“整合照料”模式，即“地域综合照料体系”的概念形成、政策演进和具体内容。论文中均指出，日本近些年加强对地域护理服务资源的整合，从医疗看护、住宅保障、预防保健、康复以及生活援助五方面构筑了紧密协作的地域综合照料服务体系，其成功建设的经验对中国社区养老服务具有多方面的启示意义。刘

晓梅等(2018年)^[11]侧重剖析日本地域综合照料网络的创新发展,例如,从最初的面向高龄者到如今的面向全年龄居民,随着长期护理保险制度不断升级完善,医养结合理念和措施也在不断摸索中推进,日本的经验对于中国未来长期护理保险的全面铺开,医养结合的开展有着重要的借鉴意义。邵思齐(2018年)^[12]同样详细分析了日本构建社区综合照料服务体系的内容,包括评估机制以及相应的调整和改进行。该文同样强调指出,日本社区综合照料服务体系的服务对象从老年人扩展到残疾人、妇女、儿童乃至全部居民,这正是日本模式的成功经验。

综上所述,目前日本“整合照料”模式的文献主要集中于“地域综合照料体系”的政策出台背景、主要内容、历史变迁及最新进展等方面,缺少对整合路径、具体运营模式的关注。此外,根据本文对“整合照料”概念的梳理,其重要特点之一是地方本土性,而既有文献中关注地区差异不均衡下整合模式的挑战和实现路径的论文几乎没有。同时,对于日本“地域综合照料”体系推进的一些充分条件仍然并未十分清晰。因此,本文旨在前人研究的基础上,聚焦地区差异,分析不同经济发展下地方的整合照料实现路径,以期对中国推进本土特色的“医养结合”模式起到积极的参考意义。

三、日本“整合照料”模式发展 轨迹及实践推进

日本“地域综合照料体系”的建立不是一蹴而就的,而是经过一个缓慢的整合过程,逐步形成了当前以老年人中心,以生活社区为基点,集合医疗、预防保健、护理、生活照顾为一体的照料服务体系。在推进过程中,各地需要根据本土的实际需求制定相应的整合照料计划,因此,不同经济发展状况和老龄化程度下的整合照料,呈现不同的特点和路径。

(一)日本“地域综合照料体系”的构建:以社区为中心的多元整合护理

日本的老龄化正以史无前例的速度发展,总务省统计局数据显示,截至2020年6月,日本65岁及以上人口的比率为28.7%^[13]。同时,高龄化已成为老龄化进程中一个突出特点,日本内阁府发布

的《令和元年版(2019)老龄社会白皮书》显示,从2018年10月起,75岁及以上人口占总人口比率为14.2%,首次高于65岁~74岁低龄老年人^[14]。今后围绕高龄老年人的医疗、护理、预防、社会保障等将是日本政府面临的重要课题。早在20世纪80年代,日本出现了大量以护理为由,长期占用医院病床的“社会性住院”现象,造成了医疗资源的极大浪费,同时,原有的养老设施也难以满足老年人不断增长的需求。在这样的背景下,日本于2000年正式开始实施长期护理保险制度,将40岁及以上人口全部纳入,其中40岁~64岁人口的保险费与医疗费共同缴纳,而65岁及以上老年人的保险费要从养老金中扣除。有护理需求的人经过申请认定后即可享受服务,根据需要护理的级别和需求的不同,分为居家护理和机构护理。截至2018年3月,经过认证需要护理与支援服务的人数从2004年4月的218万人增至658万人,增加了3.01倍,其中65岁及以上的老年人占比为18.3%,达到史上最高^[15]。随着使用护理服务人数的不断上涨,护理费用也在不断攀升,不断高企的费用会直接加重财政负担,影响护理保险制度的可持续性。尤其到2025年日本第一代婴儿潮世代(约800万人)将步入75岁高龄,届时对医疗和看护的需求将会进一步增加。

在上述背景下,2003年6月,日本在老年照料研究会上提出要建立以社区为基础的整合照料体系。该体系以社区为基石,将非盈利组织、企业、地方政府等衔接起来,更好地使老年人实现“在地安老”。同时,从2004年开始,日本加大对老人护理预防的重视,开展了“护理预防及地区互助事业”。2005年,为了使服务供给方和使用方沟通更为便利,日本在部分地区开始建立长期护理保险使用者的咨询窗口,即地域综合援助中心。2006年,日本政府修订《护理保险法》,强调预防的同时明确提出要加强老年照料相关服务的“综合性”与“衔接性”,即要将医疗、护理、预防保健、生活照料、安心居住等有机整合。2008年,厚生劳动省成立了“地域综合照料研究会”,该研究会报告指出,“地域综合照料体系”是指以30分钟可及地区为中心,在该地区内提供的一种全面整合型服务。如果拆开来看,“地域”是一个本土概念,指日常生活圈和服务圈均在30分钟内可达的区域;“综

合”体现了“整合照料”的概念，即支持和服务的综合化；强调了照料看护的多元且系统性，包括供给服务主体的系统性、财源与制度的“照料体系”统筹等。为了进一步落实“地域综合照料体系”的构建，日本政府于2011年修订《护理保险法》并于2012年正式实施。修订后的《护理保险法》明确指出，国家以及各地方自治体有责任推进“地域综合照料”体系。同时，为了加快医疗与护理的合作，2014年，日本政府颁发《地域医疗和护理综合确保法》，要促进医疗和护理资源的有效沟通，强化综合照料支持体系中医养结合的法律保证。各市町村以此为基础，结合各地实情建立符合自己特色的“地域综合照料体系”。

从长远考虑，“地域综合照料体系”的建立，正是以居民生活圈为基础，为需要照顾的老年人在生活圈内提供无缝对接的医疗、护理以及其他社会照顾服务。一方面使老年人即使到了生命末期也可以在自己熟悉的地区和家中生活，实现“在地安老”；另一方面，政府通过建立包括预防保健、住宅、医疗、护理、生活援助以及临终关怀等综合的照料体系，最大程度实现资源的有效供给和服务效率，在一定程度上减轻护理资金上涨的压力，以实现供需双方的“双赢”。可以说，日本近些年不断发展的“地域综合照料体系”正是基于“整合照料”理念发展出来的具有本土特色的“医养结合”模式。

(二) 日本“整合照料”模式的实践：以东京都新宿区和鸟取县日南町为案例

日本随着“地域综合照料体系”顶层设计和整合内容的逐步健全，各地在具体推进中有着不同的经验和挑战，其实践经验对于中国“医养结合”的实施有着更为明确的参考意义。尤其日本也存在着严重的地区发展不平衡问题，大城市与小地方在构建“地域综合照料”体系中所遇到的问题和解决途径也是不同的。以下通过分别选取大都市和地方城市构建“地域综合照料体系”的代表案例，试图从实践中分析其经验和挑战。

1. 东京都新宿区：聚焦城市老年主要课题，积极发挥社会团体力量

东京是日本三大城市之一，新宿区又是日本东京市内23个行政区之一，是东京都政府所在区，也是比较繁华的商业区。截至2015年，新宿区总

人口为33.3万人，65岁及以上老年人口占总人口比例为20.1%^[16]。

大城市面临的挑战中，与老年人相关最多的是老年孤独死与生活贫困议题。城市地区的公寓式住宅具有以下特征：共同入住的居民均质性较高，老龄化程度较为一致；随着老龄化的加剧，居民自治会等互助组织功能随之减弱；公寓住宅式的物理形态容易阻隔居民之间的交流^[17]。2016年版的高龄社会白皮书显示，东京23区在自家死亡的65岁及以上的独居老人人数呈现逐年增加的趋势^[18]。因此，东京都新宿区在实施“地域综合照料体系”时，重点解决的是如何应对低收入、独居以及认知症老人的照料挑战。

为了应对上述本地老年人的主要挑战，新宿区采取了多项针对性措施，并积极调动企业以及NPO等社会团体的力量。例如，新宿区NPO法人之一的“故乡之会”对无家可归、住所不定的老人，或因其他原因身心受到伤害的独居老年人，重点从“住宅、生活支援、康复照料、临终关怀”等方面提供综合性服务。具体来说，确保“住所”是第一目标，“故乡之会”将新宿区的部分空房子进行了改造，建成满足老年人日常生活需求的住宅，并按照“共同居住”“集体住宅”或“互助住宅”的形式以优惠的价格租赁给有需要的老年人。在解决稳定的居所基础之上，提供“生活及照料支援”“交流活动”和“临终关怀”等相关服务。“生活及照料支援”主要包括：有困难时的协商，定期上门访问进行安全确认，帮助老年人与诊疗所、护理人员以及地域综合支援中心的行政人员进行相关事宜的联络。“交流活动”具体指增加公共设施，开展一些节日、俱乐部等主题活动。通过开展这样的活动，逐步加强老年人社会关系网的建立，从而形成“社会性支援”。“临终关怀”则是发挥专职工作人员与使用者之间的“互助”精神，帮助老年人走完生命的最后一程^[19]。“故乡之会”在新宿区设立的办公区兼咨询窗口为“咖啡故乡”，每月承担由地域综合援助中心主办的“认知症援助”等讲座，从而实现了本地区社会资源与公共资源的联动，加强了多主体的合作，详见图1。

另外，新宿区地域综合援助中心也会帮助有疾病或残疾的贫困老年人寻找适合他们的工作，如提供老年共同住宅内的清洁、配餐等工作。这样不仅

为这些老年人创造了就业机会，更重要的是通过这样的形式促成了提供生活援助的员工、老年人、雇

主等不同主体间的协力合作。

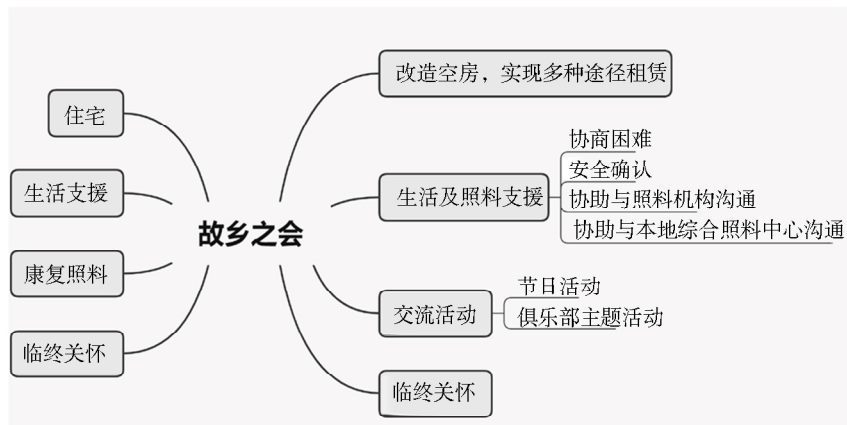


图1 NPO团体“故乡之会”开展“整合照料”的主要内容

东京都新宿区“故乡之会”的案例可以看出，一方面，大都市由于城市社区的特殊性，老年人独居、低收入、与社会联系较少是较为突出的特点。因此，新宿区关于本地“综合照料计划”的对策也是基于解决上述老年群体的生活、收入、社会交往等主要挑战。如为患病且能在一定程度上工作的老年人提供合适的就业岗位，加强本地“社会关系”的构建等。此外，NPO团体与地域综合援助中心共同举办面向本地居民的老年护理、认知症等讲座、开展节日庆祝活动等均可以很好地体现“互助”理念。另一方面，“整合照料”的提供方不仅是政府部门，同样可以是企业法人、NPO团体。如“故乡之会”便是NPO团体，经营的主要业务正是面向老年人提供诸如“住房”“生活支援”“交流活动”“临终关怀”等多方面的“整合照料”。这几方面的内容和模式正是遵循了日本政府提出的关于“地域综合照料体系”的基本理念，而“故乡之会”是“整合照料”理念很好的实践者和执行者。

2. 鸟取县日南町：推进“整合照料”相关会议，建设互助型地域社会

日南町位于日本鸟取县，与广岛县、岛根县和冈山县接壤。截至2018年3月底，人口仅有4697人，是比较小的自治体，也是日本小地方的典型代表^[20]。正如桥川健祐（2017年）指出，日本地方

及农村面临着较为严重的过疏化与超级老龄化问题^[21]。日南町老龄化比率高达49.6%，且85岁以上独居老龄者人数不断增加。与城市不同，小地方及农村面临的很大挑战是医疗资源的极度匮乏。日南町仅有1家医院、1家齿科诊所、1家药局与2家护理机构。同时，本地区最大特征是需要居家进行医疗护理的高龄老年人占比较高。从2018年开始，日南町地域综合照料中心的宣传语为：“居民互帮互助共建家园”，目标就是建设互助型地域社会，具体包括为行动不便或独居老年人购买食材、进行一日三餐配餐等服务。同时积极探索建立医疗、护理、地区建设与居民协同联动的可持续机制。

日南町建设符合自身特色的“整合照料”模式前，先对本地区所有的医疗与护理资源进行摸底调研，并整理全部医疗、养老院、护理相关信息，包括具体的地理位置及联系方式等，再通过分发宣传册以及网络宣传的方式告知居民。另外，日南町定期召开整合照料计划会、居家支持会议、医护结合与生活援助会等，参会人员包括地域综合照料中心的相关人员、居家医疗和护理人员，共同就推进“整合照料”过程中的问题和难点讨论分析，并及时调整相关对策。日南町举办的各类关于推进“整合照料”的会议如表1所示。

表1 日南町推进“整合照料”相关会议

类别	周期	参会单位	主要内容
居家支持会议	每周1次	日南医院、日南福利会、福利保健科、地域综合援助中心	重点围绕出院老人，研讨从医院到家中疗养的课题及应对
认知症工作会	每月1次	日南医院、日南福利会、地域综合援助中心	商议日南町的认知症对策
整合照料计划会	每月1~2次	日南医院、日南福利会、日南町社会福利协议会、地域综合援助中心	共商关于本地综合照料的计划与规划等内容
医护结合与生活援助会	每月1~2次	医疗护理相关团体、志愿者组织、民间企业以及地区建设负责团体	围绕医疗与护理结合以及生活援助相关课题进行协商交流

日南町在上述会议中偶尔穿插举办关于认知症知识的讲座、面向专业从业者的培训等。医院与护理部门联合召开针对性的培训和研讨会，比如服药管理、信息共享等。医院也会负责对照料一般病房的护士定期进行关于居家医疗及疗养的培训，以更好地实现医院与居家疗养的衔接。同时，日南町统一制定了医院与负责制定患者照料计划的照料经理沟通的三种表格，如提交给护理服务负责人的申请表、认知症患者联络表等。为了方便解答普通民众关于“综合照料”的询问，日南町委托日南医院设置了咨询窗口，由专人在窗口就日常居民关心的问题解答。该专员多数为原市区町村的保健师、照料看护经理或是原地域综合援助中心的工作人员。此外，日南町以居民生活圈为据点，设置了51个供居民日常交流聚会的场所，由医护设施代表或福利事务工作人员在此开展相关宣传教育。同时也会将日常的讲座及大型研讨会的内容录制成DVD、宣传手册等分发到居民手上。此外，日南町每年会举办1次面向全体居民的大型研讨会等活动。同时积极开展与相邻市町村的医护合作、地域综合照料中心的事务合作等。

通过上述日南町推进“整合照料”的具体情况可以看出，日本类似日南町式的小地方随着城镇化的深入发展，人口老龄化程度非常高，医疗资源又极为有限。在这样的背景下，本地在推进“整合照料”过程中其整合度更深、内容也更细致。具体特点如下：（1）为了更好地开展综合照料，日南町前期先对本地的医护资源及照料需求进行了调研。也就是说，在推进整合照料前，为谁而整合，整合什

么是需要明晰的。（2）跨部门的协调会是实现“整合照料”有序推进的重要途径，每次会议均有医院代表、护理服务事务所负责人、社会福利会成员、地域综合援助中心福利保健科的行政人员共同参加。同时，基于不同的整合需求，跨部门协调会的主题和课题也相应不同。如“居家支持会议”是为了构建从“出院”到“居家疗养”的衔接机制。在每周1次的居家支持工作会议上，围绕出院老年人的身体状况，由跨部门的相关人员共同交流并给出综合性居家疗养支持建议；“认知症工作会”是围绕认知症老人的整合照料课题进行探讨和交流；“整合照料计划会”则是侧重探讨本地未来整合照料的重点及规划等方向性课题；而“医护结合与生活援助会”为了解决日常生活中的医护结合以及生活援助等课题。（3）重视对医疗与护理从业者的培训，培训更注重的是医护结合与衔接方面的内容，同时积极探索更易于整合的流程机制，如制定了统一用于医护衔接的沟通表格等。（4）加强对当地居民的医护知识教育。一方面，在医院设立咨询窗口，帮助居民了解医护衔接以及出院后的生活援助等支持性服务；另一方面，通过举办讲座、发放宣传手册等途径开展整合照料知识的普及教育。

四、日本特色“医养结合”的经验及其对中国的启示

近些年来，中国在养老服务建设方面发展较为迅速，国务院从2013年起连续多次出台文件要建立符合中国国情的医养结合体制。医养结合体现的

正是“整合照料”的思路，为了探索可持续的养老看护模式，中国于2016年7月在全国部分城市开始试点长期护理保险制度，例如，在上海、青岛、南通等多个试点城市开展护理保险服务并提供居家上门看护，以作为家庭护理的重要补充。但由于中国医养结合尚处于探索期，整合服务理念未能较好的落实，养老和医疗服务供给“碎片化”问题仍然较为突出。一方面，医药卫生体制改革仍在进一步深化落实中，“医保·医药·医疗”三医联动机制尚未系统建立，会直接影响整合医疗的落实；另一方面，医养结合缺乏合作动力，医疗与养老的行业壁垒仍然较为突出。养老院主要以提供生活照料和简单的护理为主，无法进行疾病预防、健康管理、急病治疗；而医疗机构提供长期看护的能力并不充足，因此出现供给和需求“两张皮”的现象。此外，整合跨部门的管理机制尚未建立。老年人的看病、福利、养老金等分属卫生、民政、人力资源和社会保障部管理。部门职能的分割导致相互协调难度加大，从顶层设计来讲不利于推动医养结合。Leutz（1999年）早在20年前通过对英国和美国整合照料模式的考察，提出整合照料政策的制定应该遵循以下主要原则：把握目标人群不同程度的整合照料需求；整合自身需要付出成本；不同的利益相关者对整合照料的理解决然不同；整合前分散的照料体系内在构成不同，如果无法消解这些不同，整合也无法进行；负责整合的部门同时拥有整合的权力^[22]。通过上文对日本“地域综合照料体系”的案例分折，可以看出，日本不管在大城市还是小地方均遵循了整合照料的基本原则，其发展过程中值得借鉴的经验，主要包括以下几方面。

1. 加快推进政府服务部门之间的职能整合。医疗、养老、福利等政府部门要进一步加强职能整合，只有保证各相关部门协同合作才可以顺利推进“整合照料”模式。日本地域综合照料服务体系由统管卫生、养老和福利的厚生劳动省负责统筹未来几年的总体发展计划，各地政府再根据厚生劳动省的总体方针制定本地的整合照料计划。中国也要尽快建立推进医养结合模式的总协调机构。目前医疗、养老与社会保障等分属不同管理部门，整合相关行政部门资源较为分散，缺乏有效的协调机构。

2. 尽快实现医疗制度和护理保险制度自身的整合。从日本发展的道路可以看出，“整合照料”

实际上是对传统照料模式的一次大变革，同时需要一定的整合条件。从垂直方向看，需要将“初级照料”与“次级照料”相整合；从横向看，需要将医疗、护理与社会照料进行整合。在整合的过程中，不仅需要医疗领域、护理领域等专业领域的整合，还需要进行“组织性的整合”，要协调相关部门对资金、人员、政策等进行保障性整合。而“医养结合”推进的重要前提是医疗制度和护理保险制度自身的整合。中国鼓励医疗和养老服务协同发展，但由于二者自身尚未建立完善的机制，也没有相应的操作细则出台，导致部分地区虽然也在试点开展医养结合，但缺乏对医养结合节点的划分，出现医保基金使用不当，医疗资源浪费等现象，医疗与护理难以形成共赢的深入协作关系。因此，中国仍要进一步深化医药卫生体制改革，推进护理保险制度试点工作。立足老年人的健康需求，将传统以疾病治疗为主的模式转为预防先行，配合护理、康复等一起的整合照料，实现可持续性养老。因此，医药卫生体制改革推进中，要创新医保支付方式，建立长期护理保险，减轻老年人购买“医养结合”服务的成本，实现长期发展。

3. 积极推进多主体“整合照料”服务供给模式。日本特色“整合照料”即“地域综合照料体系”重视发挥多元供给力量。“地域综合照料体系”提出的实现路径是“自助、互助、共助、公助”。“自助”强调的是老人自身的努力与自立；“互助”指地区居民之间的互相帮助；“共助”是多个老年服务供给主体的合作；而“公助”则指行政服务的支援。市町村政府、企业、社会团体、志愿者、当地居民以及老年人共同组成一种紧密互助的合作关系网。政府负责制定计划、做好财政预算、设立相应的保健预防中心；而企业、社会团体、志愿者等从不同层面提供适老化服务，例如，东京都新宿区的NPO组织“故乡之会”，就是本地整合照料服务的重要执行者。由于整合照料模式是多方主体参与，因此，未来中国政府机构应通过减税或补贴的多种形式积极调动企业、社会组织、NPO法人、慈善组织、志愿者组织以及居民的参与，从文体健身、预防保健、生活照顾等方面为老年人提供相应的服务。

4. 发挥社区的重要角色，以社区为平台，建立“整合照料”服务支援网络。中国已明确未来要

在社区建立养老服务中心，但目前社区功能仍然以健康老人为主，功能多趋向于老年活动中心，尚不具备对失能或失智老人的护理。日本在社区建设方面积累了很多经验，如各地的地域综合照料中心是日本特色“整合照料”的重要平台。该中心是市町村设立的地域性整合照料服务支持事业部，具有一定的行政功能，也可以委托给外部经营，需要与当地居民建立紧密的联系和沟通。一般情况下，每1万~2万居民为单位的生活圈创立一个地域综合照料中心，主要由保健师、护理主任、社会福利师等组成，各自发挥专业优势且相互合作，承担了重要的整合载体功能。中国也可借鉴日本的经验，在社区现有功能的基础上，进一步扩充“整合照料”需要的其他功能，将过去分散的住房保障、预防保健、医疗、护理、生活援助等服务，通过社区平台有机联系起来，为老年人尤其是高龄且生命末期的老人提供多元的居家支持服务。

5. 坚持地方发展差异，遵照本土性原则发展“医养结合”。通过上文关于大城市及小地方不同挑战和特色的整合照料内容可以看出，“本土性”是日本特色“整合照料”即“地域综合照料体系”的重要理念。日本各地市町村要根据厚生劳动省的指导意见制定本地的地域综合照料计划，这个计划没有统一的标准，需要各地在明确本地医疗、护理等供给和居民需求基础上制定适合本地的计划。日本同样有着城市和地方发展不均衡的问题，大城市人口集中且流动频繁，老年人面临收入、住宅、社会交往等问题；而小地方由于人口外流具有稀疏化特点，老龄化尤其高龄化更为突出，同时还要应对医疗、护理资源不足等挑战。为了更好地应对大城市和小地方的不同课题，有效解决地区发展的不平衡性，日本“地域综合照料体系”将主动权下放到地方，发挥各地的能动性和积极性，根据本地区的人口发展现状、规律和特点制定符合本地需求的整合照料计划，实施不同的本土性照料服务项目。因此，中国在推进医养结合过程中也要考虑到地区差异性，各地政府需要在明确本地老人需求以及医护供给资源的基础上制定符合本地发展的医养结合计划。

6. 加强对医疗和护理服务人员的培训，并建立合理、公正的第三方评估机构，对医养服务质量进行定期的考核与跟踪。一方面，培养专业的医护

服务人员是未来发展“医养结合”过程中必不可少的一个环节。日本在推进本地整合照料服务过程中，加强医疗和护理人员的衔接培训，如日南町加强医院与护理部门联合召开服药管理、信息共享等内容的培训和研讨会。中国也可积极借鉴日本的经验，加强对医护人员的“整合照料”服务培训，培训内容不仅包括各自领域的专业技能，还应包括在实践中如何更好地衔接医护服务。另一方面，重视制定照料计划前的调研以及执行后的评估。日本各地在制定本地特色综合照料计划前，会从供给和需求两方面调查本地的医护资源以及老年照料的主要需求。而在实施过程中，科学规范的评估和监督制度是保证医养结合模式长期健康发展的重要条件。日本地方政府委托第三方机构进行专业评估，通过地域综合服务中心了解当地居民的意见和建议进行总结和完善的。中国在建立自己的监督制度时也要明确监督目标、内容、对象等，将监督发现的问题及时公布，并建立问题整改与惩罚制度，从而推动医养结合良性发展。

[参 考 文 献]

- [1]刘利君.国外老年人整合照料实践及启示[J].管理改革评论,2016(9):58-93.
- [2]成秋娟,冯泽永.美国PACE及其对我国社区医养结合的启示[J].医学与哲学,2015,36(9A):78-88.
- [3]WORLD HEALTH ORGANIZATION. Interprofessional collaborative practice in primary health care: nursing and midwifery perspectives[EB/OL].[2018-09-24].
http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/120098/9789241505857_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
- [4]LEATT P G, PINKINK H, GUERRIERE M. Towards a Canadian Model of Integrated Healthcare[J].Healthcare Papers, 2000(1):13-35.
- [5]LLOYD J, WAIT S. Integrated care: A Guide for Policymakers[M]. London: Alliance for Health & the Future, 2006:4-18.
- [6]杜鹏,李兵,李海荣.“整合照料”与中国老龄政策的完善[J].国家行政学院学报,2014(3):86-91.
- [7]GODLEE, FINOA. Integrated care is what we all want [DB/OL].[2021-02-12].BMJ344:e3959,2012. www.bmj.com/content/344/bmj.e3959.
- [8]刘琪,李春玉,刘晨红,等.整合照料式养老服务研究现状及发展趋势[J].现代预防医学,2018(21):3916-3919.
- [9]赵建国,邵思齐.日本地域综合照料服务体系的维度分析

- 与启示[J].社会科学战线,2019(11):270—274.
- [10]平力群,田庆立.日本构建“地域综合照护体系”政策理念的提出及其制度化[J].社会保障研究,2016(5):98—104.
- [11]刘晓梅,李歆,乌晓琳.日本地域综合支援网络的创新与启示[J].财经问题研究,2018(5):104—110.
- [12]邵思齐.日本社区综合照护服务体系的构建与借鉴[J].东北财经大学学报,2018(6):69—76.
- [13]日本总务省统计局.人口推計(令和2年6月確定値)、2020年11月20日[EB/OL].[2021-01-15].<https://www.stat.go.jp/data/jinsui/new.html>.
- [14]内閣府.令和元年版高齢社会白書(2019)[EB/OL].[2021-02-12].https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2019/zenbun/01pdf_index.html.
- [15]厚生劳动省.平成30年度介護保険事業状況報告[EB/OL].[2020-07-07].<https://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/osirase/jigyo/18/index.html>.
- [16]日本医师会.JMAP地域医疗信息系统·东京都新宿区[EB/OL].[2020-12-07].<http://jmap.jp/cities/detail/city/13104>.
- [17]山本美香.年集合住宅住民——福利与住宅的横断研究的必要性[M]//岩崎晋也.社会福利研究的创新.東京:有斐阁出版社,2014:124—127.
- [18]内閣府.高齢社会白皮書(平成28年版)[EB/OL].[2020-04-28].http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2016/zenbun/28pdf_index.html.
- [19]自立支援センター.NPO自立支援中心“故乡之会”[EB/OL].[2020-11-28].<http://www.hurusatonokai.jp/>.
- [20]野村综合研究所.关于地域综合照料体系中推进居家医疗与护理联动状况的调查研究.[EB/OL].[2020-12-10].<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/000661827.pdf>.
- [21]桥川健祐.日本大城市与中山间地域的地域福利:现状、议题、展望[J].社会政策研究,2017(6):15—31.
- [22]胡宏伟.老年整合照料理念与实践:西方经验与政策启示[J].西北大学学报(哲学社会科学版),2017(4):86—96.

[责任编辑 孙 丽]

The Path and Implications of Japanese Model of “Combining Medical Care and Nursing Care” from the Perspective of Integrated Care

GUO Pei

(Institute of Japanese Studies, Chinese Academy of Social Sciences, Beijing, 100007, China)

Abstract: Integrated care is a comprehensive elderly care service which combines medical care, nursing care, life care and other resources to achieve the goal of “local elderly care”. In the context of population aging and increasingly tight fiscal expenditures, Japan focuses on “community integrated care” and implements targeted integrated services addressing the different needs of urban and local elderly care. This paper takes Shinjuku District of Tokyo city and Nichinan town of Tottori as examples. It analyzes their integrated care mode, main characteristics and approaches. The study finds that in the future, China should follow certain integration conditions to promote the “combination of medical and nursing care”, including strengthening the integrated functional departments, improving the medical and nursing insurance system, insisting on the local conditions, developing multi-agent and integrating resources, constructing the integration platform based on the community, enhancing the training and so on.

Key words: integrated care; combination of medical care and nursing; nativity; approach