

基于无锡、焦作与成都三市调查的老年人医养结合服务利用及影响因素研究

郑萌谋¹ 赵君¹ 刘思琦¹ 谢开杰¹ 陈琦¹ 王芳^{1,2,▲}

1. 中国医学科学院北京协和医学院医学信息研究所, 北京 100020

2. 中国医学科学院北京协和医学院卫生健康管理政策学院, 北京 100005

[摘要] 目的 分析无锡、焦作、成都三市已接受过医养结合服务老年人的服务利用行为及其影响因素。方法 于2023年5月至7月,通过目的抽样法对无锡市、焦作市、成都市≥60岁且曾经接受或正在接受医养结合服务的老年人进行问卷调查。按实际接受的医养结合服务将老年人分为居家医养结合服务组(1 567名)、社区医养结合服务组(928名)和机构医养结合服务组(477名)三组。采用描述性分析描述样本特征,χ²检验比较不同特征老年人在服务利用模式上的差异,多元logistic回归分析探讨服务利用模式的影响因素。结果 共发放问卷3 007份,共回收有效问卷2 972份,有效回收率为98.8%。调查显示,84.0%(2 495/2 972)老年人接受居家社区医养结合服务。经χ²检验,年龄、教育水平、居住情况、月收入、常用药获取情况、地理可及性、自理能力及慢性疾病数量等因素在不同服务模式组间的分布差异均有统计学意义($P<0.01$)。多元logistic回归分析显示,相较于机构医养结合服务,非独居老年人更可能选择社区或居家服务,而年龄70~<80岁或≥80岁、月收入>2 000~<5 000元或≥5 000元、地理可及性不能接受、常用药获取不便或不清楚、半自理或不能自理及患有2种及以上或1种慢性病的老年人则选择机构服务的概率更高($P<0.05$)。结论 居家社区医养结合服务模式是老年人接受服务的主要模式,其服务利用受到居住情况、年龄、经济水平、服务可及性及健康状况等多方面因素的影响。相关服务提供主体应结合不同特征老年群体的实际服务利用倾向,推行差异化的服务供给策略。由于城市代表性和样本量限制,本研究在全国代表性方面仍存在局限性。

[关键词] 医养结合服务;居家社区;老年人

[中图分类号] R197.1 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1673-7210(2026)03(c)-0077-07

DOI: 10.20047/j.issn1673-7210.25111607

Study on the utilization of integrated medical and care service and its influencing factors among the elderly in Wuxi, Jiaozuo, and Chengdu

ZHENG Mengmou¹ ZHAO Jun¹ LIU Siqi¹ XIE Kaijie¹ CHEN Qi¹ WANG Fang^{1,2,▲}

1. Institute of Medical Information and Library, Chinese Academy of Medical Sciences & Peking Union Medical College, Beijing 100020, China; 2. School of Health Policy and Management, Chinese Academy of Medical Sciences & Peking Union Medical College, Beijing 100005, China

[Abstract] Objective To examine patterns of integrated medical and care service utilization and their associated factors among the elderly who had used such services in Wuxi, Jiaozuo, and Chengdu. **Methods** From May to July 2023, a ques-

[基金项目] 中国医学科学院医学与健康科技创新工程项目(2021-I2M-1-046);国家卫生健康委员会《2025年社区医养结合能力提升行动》项目。

[作者简介] 郑萌谋(2000-),女,中国医学科学院北京协和医学院医学信息研究所2023级公共卫生专业在读硕士研究生;研究方向:卫生政策、医养结合。

▲通讯作者

tionnaire survey was conducted using purposive sampling among adults aged ≥60 years who had previously used or were currently using integrated medical and care service in Wuxi, Jiaozuo, and Chengdu. Based on the actual received integrated medical and care service, the elderly were divided into three groups: home-based integrated medical and care service group (1 567 individuals), community-

based integrated medical and care service group (928 individuals), and institutional integrated medical and care service group (477 individuals). Descriptive analysis was used to describe the characteristics of the sample. The chi-square test was used to compare the differences in service utilization patterns among the elderly individuals with different characteristics, and the multivariate logistic regression analysis was employed to explore the influencing factors of service utilization patterns. **Results** A total of 3 007 questionnaires were distributed, and 2 972 valid questionnaires were retrieved, with an effective recovery rate of 98.8%. The survey showed that 84.0% (2 495/2 972) of the elderly had received integrated medical and care services in the community and at home. By using the chi-square test, it was found that the distributions of factors such as age, educational level, living situation, monthly income, access to commonly used medications, geographical accessibility, self-care ability, and the number of chronic diseases were statistically significantly different among the different service mode groups ($P<0.01$). The multivariate logistic regression analysis showed that compared with institutional integrated medical and care service, non-single elderly people were more likely to choose community or home-based services. While elderly people aged 70- <80 years or ≥ 80 years, with monthly income $>2\ 000$ - <5 000 yuan or $\geq 5\ 000$ yuan, who could not accept geographical accessibility, had difficulty in obtaining commonly used medications or were unclear about it, were semi-dependent or unable to care for themselves, and had two or more or just one chronic diseases, were more likely to choose institutional services ($P<0.05$). **Conclusion** The home-based community medical and care integration service model is the main mode for the elderly to receive services. The utilization of such services is influenced by various factors such as living conditions, age, economic level, accessibility of services, and health status. Relevant service providers should, based on the actual service utilization tendencies of different groups of elderly people with different characteristics, implement differentiated service supply strategies. Due to the limitations of representativeness and sample size in cities, this study still has limitations in terms of national representativeness.

[Key words] Integrated medical and care service; Home-based community; The elderly

随着人口老龄化进程持续深化,中国65岁及以上人口规模已达2.20亿^[1],空巢老年人占比已高达59.7%^[2]。在中国“9073”养老格局下^[3],“以居家为基础、社区为依托、机构为补充、医养相结合”的养老服务体系建设方针^[4],旨在为老年人建设健全多层次、个性化的医疗与养老服务体系,医养结合模式成为应对老龄化挑战的关键路径^[5]。现有研究多聚焦于老年人医养结合服务的认知^[6-7]、需求^[8-9]或意愿^[10-12],对已接受服务的老年人的实际利用模式及影响因素证据不足。本研究旨在综合分析老年人医养结合服务利用及其影响因素,为完善医养结合服务体系、促进资源的优化配置提供科学依据。

1 对象与方法

1.1 研究对象

根据全国东、中、西部地区医养结合服务开展情况及地区分布均衡原则,于2023年5月至7月采用目的抽样方法,在江苏省无锡市、河南省焦作市和四川省成都市进行问卷调查。纳入标准:①年龄 ≥ 60 岁;②曾经或正在接受医养结合服务;③认知功能正常,具备基本沟通与理解能力,可配合完成调查;④知情并签署书面知情同意书。问卷在各地卫生行政部门协助下线下发放,无能力填写问卷者由家属代填。本

研究经中国医学科学院医学信息研究所伦理委员会批准(IMICAMS/07/24/HREC)。

1.2 研究工具

本研究以安德森模型的理论框架,将影响老年人医养结合服务利用的因素归纳为先决因素、促能因素和需求因素三类,采用自编问卷进行问卷调查^[11]。调查内容包括:①先决因素。指倾向于利用医养结合服务的人员特征,包含性别、年龄、教育水平、居住情况。②促能因素。指个体为获取服务所需具备的能力与资源条件,反映服务利用的可行性,包括月收入、常用药的获取情况、地理可及性。地理可及性通过询问“您能接受从居住地到最近的基层医疗卫生机构、社区养老机构或社区医养结合机构的距离吗?”来测量,选项为“可以接受”“一般”“不能接受”。③需求因素。指个体身体健康或功能状况而产生的医养结合服务需求。自理能力下降将导致老年人对专业照护服务(如康复护理、并发症预防等)的需求增加,慢性疾病数量则反映了对长期、连续性健康管理的需求程度。因此,本研究将自理能力和慢性疾病数量作为需求因素纳入分析。④医养结合服务利用。通过询问“您曾经或正在接受的医养结合服务是什么”,获得老年人的服务利用情况。按实际接受的医养结合服务将老

年人分为居家医养结合服务组、社区医养结合服务组和机构医养结合服务组三组。

1.3 统计学方法

采用 R 4.5.1 统计学软件进行数据分析。计数资料采用名数和百分率[名(%)]表示,组间比较采用 χ^2 检验。采用多元 logistic 回归分析老年人医养结合服务利用的影响因素。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

共发放问卷 3 007 份,剔除空白及无效问卷后,回收有效问卷 2 972 份,其中无锡市 610 份、焦作市 1 176 份、成都市 1 186 份,有效回收率为 98.8%。

2.1 一般资料

本研究共纳入 2 972 名老年人,其中女性占 56.1%,60 ~ <70 岁占 47.3%;教育水平小学及以下占 49.0%,非独居占 83.8%,月收入 $\leq 2 000$ 元占 58.1%。常用药获取便利占 86.0%,地理可及性可以接受占 82.7%;完全自理占 75.7%,慢性疾病患病占 68.5%。服务利用以居家医养结合服务为主(52.7%),其次为社区医养结合服务(31.2%)。见表 1。

表 1 展示了无锡市、焦作市、成都市受访老年人的基本特征。成都(49.6%)和焦作(48.3%)60 ~ <70 岁老年人占比较高,无锡独居比例最高(22.0%),焦作月收入 $\leq 2 000$ 元者占比最高(73.8%),无锡 ≥ 2 种慢性疾病者占比最高(44.9%)。成都和焦作服务利用以居家服务为主(59.9%、51.4%);无锡社区和机构服务占比较高(36.7%、22.0%)。

2.2 老年人医养结合服务利用的单因素分析

居家医养结合服务组有老年人 1 567 名、社区医养结合服务组有老年人 928 名,机构医养结合服务组有老年人 477 名。经 χ^2 检验,除性别外,三组间年龄、教育水平、居住情况、月收入、常用药获取情况、地理可及性、自理能力及慢性疾病数量比较,差异均有统计学意义($P < 0.01$)。见表 2。

2.3 老年人医养结合服务利用的影响因素

多重共线性检验显示各自变量方差膨胀因子均 < 3 ,容差值均 > 0.2 ,未见明显多重共线性(表 3)。多元 logistic 回归中,模型似然比检验 $\chi^2 = 361.8, P < 0.001$,提示模型具有统计学意义。 $OR > 1$ 表示相较于机构医养结合服务,老年人接受居家或社区医养结合服务概率更高, $OR < 1$ 则接受机构医养结合服务概率更高。95%CI 不包含 1 时,提示差异有统计学意义。

相较于机构医养结合服务,非独居(社区: $OR = 1.49, 95\%CI: 1.14 \sim 1.95$;居家: $OR = 1.71, 95\%CI: 1.27 \sim 2.31$)的老年人选择社区或居家医养结合服务的概率更高($P < 0.05$)。年龄 70 ~ <80 岁(社区: $OR = 0.47, 95\%CI: 0.35 \sim 0.63$;居家: $OR = 0.37, 95\%CI: 0.26 \sim 0.51$)或 ≥ 80 岁(社区: $OR = 0.75, 95\%CI: 0.58 \sim 0.98$)、

月收入 $> 2 000 \sim < 5 000$ 元(社区 $OR = 0.30, 95\%CI: 0.19 \sim 0.47$,居家: $OR = 0.47, 95\%CI: 0.29 \sim 0.75$)或 $\geq 5 000$ 元(社区: $OR = 0.66, 95\%CI: 0.52 \sim 0.84$)、地理可及性不能接受(社区: $OR = 0.76, 95\%CI: 0.56 \sim 1.03$)、常用药获取不便(社区: $OR = 0.41, 95\%CI: 0.28 \sim 0.61$)、常用药获取不清楚(社区 $OR = 0.60, 95\%CI: 0.39 \sim 0.92$,居家: $OR = 0.59, 95\%CI: 0.38 \sim 0.94$)、半自理或不能自理(社区: $OR = 0.71, 95\%CI: 0.55 \sim 0.91$;居家: $OR = 0.31, 95\%CI: 0.23 \sim 0.41$)及患有 2 种及以上慢性病(社区: $OR = 0.64, 95\%CI: 0.47 \sim 0.86$)或 1 种慢性病(社区: $OR = 0.56, 95\%CI: 0.41 \sim 0.75$)则是老年人选择机构医养结合服务的显著影响因素($P < 0.05$)。见表 4。

表 1 老年人的一般资料情况[名(%)]

项目	成都 (1 186名)	焦作 (1 176名)	无锡 (610名)	合计 (2 972名)
先决因素				
性别				
女	690(58.2)	642(54.6)	335(54.9)	1 667(56.1)
男	496(41.8)	534(45.4)	275(45.1)	1 305(43.9)
年龄(岁)				
60 ~ <70	588(49.6)	568(48.3)	249(40.8)	1 405(47.3)
70 ~ <80	378(31.9)	433(36.8)	223(36.6)	1 034(34.8)
≥ 80	220(18.5)	175(14.9)	138(22.6)	533(17.9)
教育水平				
小学及以下	625(52.7)	548(46.6)	284(46.6)	1 457(49.0)
初中	225(19.0)	277(23.6)	168(27.5)	670(22.5)
高中/中专	158(13.3)	237(20.2)	87(14.3)	482(16.2)
本科/大专及以上	178(15.0)	114(9.7)	71(11.6)	363(12.2)
居住情况				
独居	167(14.1)	180(15.3)	134(22.0)	481(16.2)
非独居	1 019(85.9)	996(84.7)	476(78.0)	2 491(83.8)
促能因素				
月收入(元)				
$\leq 2 000$	591(49.8)	868(73.8)	269(44.1)	1 728(58.1)
$> 2 000 \sim < 5 000$	501(42.2)	291(24.7)	253(41.5)	1 045(35.2)
$\geq 5 000$	94(7.9)	17(1.4)	88(14.4)	199(6.7)
常用药的获取情况				
方便获取	982(82.8)	1 047(89.0)	527(86.4)	2 556(86.0)
不方便获取	96(8.1)	53(4.5)	33(5.4)	182(6.1)
不清楚	108(9.1)	76(6.5)	50(8.2)	234(7.9)
地理可及性				
可以接受	953(80.4)	997(84.8)	508(83.3)	2 458(82.7)
一般	216(18.2)	162(13.8)	85(13.9)	463(15.6)
不能接受	17(1.4)	17(1.4)	17(2.8)	51(1.7)
需求因素				
自理能力				
完全自理	896(75.5)	914(77.7)	441(72.3)	2 251(75.7)
半自理或不能自理	290(24.5)	262(22.3)	169(27.7)	721(24.3)
慢性疾病数量				
无	454(38.3)	359(30.5)	125(20.5)	938(31.6)
1种	376(31.7)	420(35.7)	211(34.6)	1 007(33.9)
2种及以上	356(30.0)	397(33.8)	274(44.9)	1 027(34.6)
医养结合服务模式				
居家医养结合服务	710(59.9)	605(51.4)	252(41.3)	1 567(52.7)
社区医养结合服务	367(30.9)	337(28.7)	224(36.7)	928(31.2)
机构医养结合服务	109(9.2)	234(19.9)	134(22.0)	477(16.0)

表2 不同特征老年人医养结合服务利用的差异[名(%)]

项目	人数(占比)	居家医养结合服务组(1 567名)	社区医养结合服务组(928名)	机构医养结合服务组(477名)	χ^2 值	P值
先决因素						
性别					1.4	0.500
女	1 667(56.1)	866(55.3)	535(57.7)	266(55.8)		
男	1 305(43.9)	701(44.7)	393(42.3)	211(44.2)		
年龄(岁)					121.0	<0.001
60~<70	1 405(47.3)	769(49.1)	481(51.8)	155(32.5)		
70~<80	1 034(34.8)	539(34.4)	337(36.3)	158(33.1)		
≥ 80	533(17.9)	259(16.5)	110(11.9)	164(34.4)		
教育水平					31.1	<0.001
小学及以下	1 457(49.0)	810(51.7)	407(43.9)	240(50.3)		
初中	670(22.5)	358(22.8)	225(24.2)	87(18.2)		
高中/中专	482(16.2)	232(14.8)	179(19.3)	71(14.9)		
本科/大专及以上	363(12.2)	167(10.7)	117(12.6)	79(16.6)		
居住情况					29.2	<0.001
独居	481(16.2)	240(15.3)	125(13.5)	116(24.3)		
非独居	2 491(83.8)	1 327(84.7)	803(86.5)	361(75.7)		
促成因素						
月收入(元)					95.3	<0.001
$\leq 2 000$	1 728(58.1)	993(63.4)	502(54.1)	233(48.8)		
$> 2 000 \sim < 5 000$	1 045(35.2)	507(32.4)	368(39.7)	170(35.6)		
$\geq 5 000$	199(6.7)	67(4.3)	58(6.3)	74(15.5)		
常用药的获取情况					46.1	<0.001
方便获取	2 556(86.0)	1 396(89.1)	788(84.9)	372(78.0)		
不方便获取	182(6.1)	88(5.6)	55(5.9)	39(8.2)		
不清楚	234(7.9)	83(5.3)	85(9.2)	66(13.8)		
地理可及性					27.7	<0.001
可以接受	2 458(82.7)	1 350(86.2)	734(79.1)	374(78.4)		
一般	463(15.6)	195(12.4)	175(18.9)	93(19.5)		
不能接受	51(1.7)	22(1.4)	19(2.0)	10(2.1)		
需求因素						
自理能力					113.0	<0.001
完全自理	2 251(75.7)	1 159(74.0)	800(86.2)	292(61.2)		
半自理或不能自理	721(24.3)	408(26.0)	128(13.8)	185(38.8)		
慢性疾病数量					46.9	<0.001
无	938(31.6)	555(35.4)	278(30.0)	105(22.0)		
1种	1 007(33.9)	498(31.8)	352(37.9)	157(32.9)		
2种及以上	1 027(34.6)	514(32.8)	298(32.1)	215(45.1)		

表3 自变量共线性诊断

项目	容差	方差膨胀因子
性别	0.96	1.04
年龄	0.78	1.29
教育水平	0.51	1.96
居住情况	0.87	1.15
月收入	0.46	2.18
常用药的获取情况	0.65	1.54
地理可及性	0.71	1.41
自理能力	0.73	1.37
慢性疾病数量	0.68	1.47

表4 老年人医养结合服务利用影响因素的多元 logistic 回归分析(参照:机构医养结合服务)

项目	社区医养结合服务			居家医养结合服务		
	β	OR 值(95%CI)	P 值	β	OR 值(95% CI)	P 值
先决因素						
性别(参照:女)						
男	0.01	1.01(0.81 ~ 1.26)	0.918	-0.11	0.90(0.71 ~ 1.13)	0.355
年龄(参照:60 ~ <70 岁)						
≥80 岁	-0.28	0.75(0.58 ~ 0.98)	0.036	-0.21	0.81(0.61 ~ 1.07)	0.137
70 ~ <80 岁	-0.76	0.47(0.35 ~ 0.63)	<0.001	-1.00	0.37(0.26 ~ 0.51)	<0.001
教育水平(参照:小学及以下)						
本科/大专及以上	0.08	1.08(0.81 ~ 1.46)	0.596	0.19	1.21(0.88 ~ 1.66)	0.245
高中/中专	-0.13	0.88(0.63 ~ 1.24)	0.460	0.16	1.18(0.82 ~ 1.68)	0.375
初中	-0.26	0.76(0.51 ~ 1.13)	0.174	-0.13	0.88(0.58 ~ 1.34)	0.558
居住情况(参照:独居)						
非独居	0.40	1.49(1.14 ~ 1.95)	0.004	0.54	1.71(1.27 ~ 2.31)	<0.001
促能因素						
月收入(参照:≤2 000 元)						
≥5 000 元	-0.42	0.66(0.52 ~ 0.84)	<0.001	-0.10	0.91(0.70 ~ 1.18)	0.461
>2 000 ~ <5 000 元	-1.20	0.30(0.19 ~ 0.47)	<0.001	-0.76	0.47(0.29 ~ 0.75)	0.002
地理可及性(参照:可以接受)						
一般	0.29	1.34(0.59 ~ 3.02)	0.483	0.59	1.81(0.78 ~ 4.19)	0.170
不能接受	-0.28	0.76(0.56 ~ 1.03)	0.036	0.16	1.17(0.85 ~ 1.61)	0.334
常用药的获取情况(参照:方便获取)						
不清楚	-0.51	0.60(0.39 ~ 0.92)	0.019	-0.52	0.59(0.38 ~ 0.94)	0.026
不方便获取	-0.88	0.41(0.28 ~ 0.61)	<0.001	-0.38	0.68(0.46 ~ 1.01)	0.057
需求因素						
自理能力(参照:完全自理)						
半自理或不能自理	-0.35	0.71(0.55 ~ 0.91)	0.008	-1.18	0.31(0.23 ~ 0.41)	<0.001
慢性疾病数量(参照:无)						
2 种及以上	-0.45	0.64(0.47 ~ 0.86)	0.003	0.11	1.12(0.82 ~ 1.54)	0.484
1 种	-0.59	0.56(0.41 ~ 0.75)	<0.001	-0.05	0.95(0.69 ~ 1.32)	0.778

3 讨论

本研究采用目的抽样法,选取无锡市、焦作市和成都市为调查地点,基于以下考量:①三市分别位于中国东、中和西部地区,可在一定程度上反映不同区域社会经济发展水平与资源配置差异。②三市均面临人口老龄化并已开展医养结合实践,可提供充足调查样本。③纳入三市利于提高样本地域多样性,更清晰地揭示影响老年人服务利用的共性个体因素,为医养结合服务开展提供参考。

本研究基于 2 972 名老年人的问卷调查,分析其医养结合服务利用的影响因素。结果显示,83.9% 的老年人接受居家或社区医养结合服务,仅 16.0% 接受机构医养结合服务,与国内相关研究相符^[13-14],提示居家社区医养结合服务模式更符合中国老年人的养老需求和传统观念。

3.1 先决因素

本研究发现,年龄是影响医养结合服务利用的重要因素,70 ~ <80 岁群体接受居家社区服务的概率低于 60 ~ <70 岁群体。该结果与张良文等^[15]一致,其指

出高龄老年人更倾向选择机构服务。随着年龄增长带来生理机能下降,老年人对专业医疗护理的需求增强,从而促进其对可提供专业医疗服务的机构服务的利用。其次,独居老年人接受机构服务的概率高于居家社区服务。朱迎等^[10]亦发现独居老年人选择机构服务的意愿更强。独居老年人更易面临孤独等问题,对身心健康服务的高需求可能促进其机构服务利用^[16]。非独居老年人多与配偶或子女同住,家庭支持更充分,既能提供生活照料,也能满足情感与归属需求,因此更倾向于居家社区服务^[10]。

3.2 促能因素

本研究发现,收入水平对居家社区医养结合服务的利用具有显著影响。与月收入≤2 000 元者相比,>2 000 ~ <5 000 元和≥5 000 元者接受机构医养结合服务的概率更高。该结果与周梦秋^[17]一致,其指出经济因素是制约老年人选择服务模式的重要因素。收入较高、经济保障较好的老年人更有能力入住专业医养结合机构,以享受其多样化、专业化的服务。居家社区服务则更经济实惠,门槛较低,是多数老年人

可负担的选择。此外,常用药获取情况和地理可及性对居家社区服务的利用亦具有显著影响,方便获取常用药和对居住地至最近服务机构距离表示可接受的老年人,更可能接受居家社区服务。这与李成志^[18]的研究相符,其强调提高医养结合服务可及性的重要性。服务可及性提高可降低老年人使用医疗和养老服务的成本,提高其居家社区服务利用水平。

3.3 需求因素

本研究发现,半自理或不能自理的老年人及患有慢性疾病的老年人接受机构医养结合服务的概率更高。半自理或不能自理的老年人面临失能程度加深、日常活动受限等问题,对康复护理、压疮预防、并发症处理等专业照护的需求高于健康老年人,慢性病患者则需要长期病情监测、用药调整及健康管理等服务。谢丹妮^[19]和王绚等^[6]指出,慢性疾病种数越多的老年人,对医疗康复保健服务需求更高。张良文等^[15]研究亦表明,老年人自理情况越差越倾向入住医养结合型养老机构。这提示,健康状况较差、医疗需求较高的老年人更多地接受可提供全天候专业医疗服务的机构服务,以获得及时、有效的医疗照护。

3.4 服务利用模式的形成机制与国际对照

从形成机制看,老年人医养结合服务利用模式由个体特征、健康需求、家庭支持与服务供给条件共同作用形成。随着年龄增长,老年人功能衰退和健康风险逐步累积,独居状态导致其日常照护支持和医疗协助的可获得性下降,在一定程度上提高了其对专业化、连续性照护服务的依赖,从而促进其选择机构服务。相比之下,健康状况较好且与家人同住的老年人可依托家庭支持与社区资源,通过居家或社区服务满足日常医疗与照护需求。此外,自理能力下降、慢性疾病负担较重的老年人对连续性医疗照护、专业护理及风险应对能力的需求更强,更倾向机构服务;而收入水平、常用药获取便利性及服务可及性等因素,则在一定程度上影响老年人不同服务模式的可负担性与可获得性,促成其在居家社区与机构服务之间的差异化选择,该结果符合安德森模型关于先决因素、促能因素与需求因素共同作用于卫生服务利用的理论假设。

本研究中以居家和社区医养结合服务为主、机构服务为补充的服务利用结构,与多国老年照护体系的基本格局相吻合。世界卫生组织在老年人整合照护框架中指出,老年人照护应优先依托社区和基层卫生服务体系,机构照护主要面向功能严重受损人群^[20]。经济合作与发展组织关于长期护理的比较研究亦显示,多数发达国家长期护理服务以居家和社区照护为主,机构照护更多集中于高医疗依赖老年人。例如,

独居且需要全天候护理和监督的老年人,或居住在偏远地区且家庭护理支持有限的老年人,随着需求增加,可能难以继续居家护理,最终需要转向机构护理^[21],与本研究结果一致。在具体国家层面,德国在长期护理保险制度实施后,形成了以居家照护为主、机构照护为补充的长期照护服务结构^[22];日本在长期护理保险制度框架下,同样以居家和社区照护服务作为老年照护的核心内容^[23-24]。

4 小结

本研究仍存在一定的不足:①采用目的抽样,研究对象仅覆盖成都、焦作和无锡三市曾经或正在接受医养结合服务的老年人,未纳入更多省份样本,且未考虑城乡服务资源差异,不具备全国代表性;②采用横断面设计,仅反映特定时间点的服务利用情况,无法动态追踪老年人健康状况、政策调整等因素变化对服务利用的长期影响。

综上所述,本研究调查无锡、焦作、成都三市曾经或正在接受医养结合服务的老年人,结果显示不同的特征的老年人群对于服务的利用存在差异,居家社区医养结合服务模式是老年人接受服务的主要模式。非独居、60~<70岁、月收入≤2 000元、常用药方便获取、地理可及性可接受、完全自理及慢性疾病数量少的老年人更倾向于接受居家社区服务。今后应进一步以基层医疗卫生机构为核心发展居家社区医养结合服务,精准定位不同老年人群特征,重点关注独居、低收入且自理能力较差的特殊群体,对照护需求较高者提供专业化的机构服务。此外,相关服务提供主体应结合老年人实际需求拓展服务项目种类并扩大服务覆盖范围,同时完善医保支付相关机制、加快建立健全长期护理保险制度以减轻老年人经济负担,在此基础上持续提升医养结合服务质量,助力优化“以居家为基础、社区为依托、机构为补充、医养相结合”的养老服务体系。

利益冲突声明: 本文所有作者均声明不存在利益冲突。

[参考文献]

- [1] 民政部. 2023年度国家老龄事业发展公报[EB/OL]. [2024-05-10]. <http://www.mca.gov.cn/article/sj/tjgb/202405/20240500079882.shtml>.
- [2] 民政部. 第五次中国城乡老年人生活状况抽样调查基本数据公报[EB/OL]. [2024-10-25]. <http://www.crca.cn/images/20241017wdsjgb.pdf>.
- [3] 刘清格. 社区居家养老服务设施功能空间配置研究[D]. 大连:大连理工大学,2024.
- [4] 王芳,袁莎莎,赵君,等. 我国医养结合服务发展趋势与策略[J]. 中国卫生政策研究,2022,15(8):7-10.

(下转第90页)

- 其影响因素的网络分析[J]. 中华护理杂志, 2025, 60(7): 792-798.
- [22] WANG J, RAN C, PAN P, *et al.* Rehabilitation training combined acupuncture for limb hemiplegia caused by cerebral infarction: a protocol for a systematic review of randomized controlled trial [J]. *Medicine (Baltimore)*, 2021, 100(1): e23474.
- [23] ZENG H, CHEN J, GUO Y, *et al.* Prevalence and risk factors for spasticity after stroke: a systematic review and meta-analysis [J]. *Front Neurol*, 2020, 11: 616097.
- [24] 周琳, 刘征, 曹中伟. 脑卒中后患者康复研究现状与中医药康复治疗研究进展[J]. 上海中医药杂志, 2023, 57(5): 96-100.
- [25] RETHNAM V, LANGHORNE P, CHURILOV L, *et al.* Early mobilisation post-stroke: a systematic review and meta-analysis of individual participant data [J]. *Disabil Rehabil*, 2022, 44(8): 1156-1163.
- [26] CASTRO D, FERREIRA F, DE CASTRO I, *et al.* The differential role of central and bridge symptoms in deactivating psychopathological networks [J]. *Front Psychol*, 2019, 10: 2448.
- [27] DALTON E J, JAMWAL R, AUGOUSTAKIS L, *et al.* Prevalence of arm weakness, pre-stroke outcomes and other post-stroke impairments using routinely collected clinical data on an acute stroke unit [J]. *Neurorehabil Neural Repair*, 2024, 38(2): 148-160.
- [28] MORRIS J H, OLIVER T, KROLL T, *et al.* Physical activity participation in community dwelling stroke survivors: synergy and dissonance between motivation and capability. A qualitative study [J]. *Physiotherapy*, 2017, 103(3): 311-321.
- [29] LIN B, ZHANG Z, GUO Y, *et al.* Perceptions of recurrence risk and behavioural changes among first-ever and recurrent stroke survivors: a qualitative analysis [J]. *Health Expect*, 2021, 24(6): 1962-1970.
- [30] 周思雨, 贺惠娟, 张媛, 等. 急性脑卒中患者症状群及桥梁症状分析[J]. 实用心脑血管病杂志, 2024, 32(11): 98-103.
- [31] ZHANG S, SUN J, GAO X. The effect of fatigue on brain connectivity networks [J]. *Brain Sci Adv*, 2020, 6(2): 120-131.
- [32] BAI J, CHEN K. Advances in nursing care for post-stroke limb dysfunction rehabilitation [J]. *Front Neurol*, 2025, 16: 1615500.
- [33] DONG Y, BADRIN S, BADRIN S, *et al.* Post-stroke fatigue interventions for stroke survivors: a scoping review [J]. *Belitung Nurs J*, 2024, 10(6): 601-613.

(收稿日期: 2025-09-27)

(修回日期: 2026-01-16)

(上接第82页)

- [5] 郑研辉, 郝晓宁. 社区医养结合服务模式比较研究 [J]. 兰州学刊, 2021(1): 201-208.
- [6] 王绚, 程静, 杨林辉. 南昌市社区居家老年人医养结合认知及选择偏好纵向比较研究[J]. 中国疗养医学, 2025, 34(8): 27-30.
- [7] 张志雄, 王思琦. 老年人医养结合养老服务意愿研究——基于计划行为理论[J]. 卫生经济研究, 2024, 41(4): 21-24.
- [8] 赵囡. 农村老年人轻度认知障碍现状与医养结合照护需求调查研究[D]. 开封: 河南大学, 2024.
- [9] 虞亚蔚, 顾玉慧, 张学梅, 等. 社区老年人医养结合养老需求分析中引入安德森行为模型的效果观察[J]. 循证护理, 2023, 9(21): 3933-3937.
- [10] 朱迎, 李芹, 闫文静, 等. 老年人医养结合机构选择意愿及影响因素的 Meta 分析[J]. 中国老年保健医学, 2025, 23(1): 38-44.
- [11] 荆咏欣. 太原市老年人医养结合模式选择意愿及影响因素研究[D]. 太原: 山西财经大学, 2024.
- [12] 廖秋刚. 农村老年人医养结合养老模式选择意愿及其影响因素研究[D]. 济南: 山东财经大学, 2024.
- [13] 朱蓓, 钱香玲, 胡斌. 徐州市老年人养老方式选择及影响因素研究[J]. 中国卫生事业管理, 2017, 34(1): 72-75.
- [14] 吴开菊, 王冬菊, 王旭芳, 等. 海口市老年人养老方式选择及其影响因素分析[J]. 江苏卫生事业管理, 2020, 31(12): 1664-1667.
- [15] 张良文, 曾雁冰, 王丽霞, 等. 基于 Andersen 模型的“医养结合”型机构养老需求的影响因素研究[J]. 中国卫生统计, 2019, 36(3): 339-343.
- [16] QIAN Y, QIN W, ZHOU C, *et al.* Utilisation willingness for institutional care by the elderly: a comparative study of empty nesters and non-empty nesters in Shandong, China [J]. *BMJ Open*, 2018, 8(8): e022324.
- [17] 周梦秋. 中老年人医养结合参与意愿、模式选择倾向及其影响因素研究[D]. 杭州: 杭州师范大学, 2023.
- [18] 李成志. “医养结合”的核心问题与解决路径[J]. 健康发展与政策研究, 2024, 27(1): 41-44.
- [19] 谢丹妮. Anderson 模型视阈下中老年女性卫生服务利用及影响因素研究[D]. 大连: 大连医科大学, 2023.
- [20] WORLD HEALTH O. Integrated care for older people: guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity [M]. Geneva: World Health Organization, 2017.
- [21] OECD. Health at a Glance 2023: OECD indicators—Long-term care [M]. Paris: OECD Publishing, 2023.
- [22] FEDERAL MINISTRY OF H. Long-term care insurance (Pflegeversicherung) [EB/OL]. 2025-12-15. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/pflegeversicherung.html>.
- [23] CAMPBELL J C, IKEGAMI N. Long-term care insurance comes to Japan [J]. *Health Aff (Millwood)*, 2000, 19(3): 26-39.
- [24] IKEGAMI N. Financing long-term care: lessons from Japan [J]. *Int J Health Policy Manag*, 2019, 8(8): 462-466.

(收稿日期: 2025-11-19)

(修回日期: 2026-01-18)