

卫生政策研究进展

Progress in Health Policy Research

长期照护

2018年 第6期

(总第89期)

上海市卫生和健康发展研究中心

2018年9月15日

编者按 随着我国社会老龄化程度日益加深，探索开展长期护理需求评估，有助于更好地满足老年人护理服务需求，减轻家庭经济负担，有效统筹社会护理资源。2016年6月27日，我国人力资源社会保障部办公厅发布《人力资源社会保障部办公厅关于开展长期护理保险制度试点的指导意见》（人社厅发〔2016〕80号），确定了以包括上海在内的15个城市为试点，探索建立长期护理保险制度。长期护理需求评估是建立长期护理保险制度的重要内容，本期关注国内长期护理需求评估工作的现状，提出长期护理需求评估工作的政策建议；介绍了国际上通行的照护评估标准之一的国际居民评估工具（interRAI）；分析了德国和日本的长期护理保险及需求评估标准，以及法国、美国、澳大利亚等国家长期护理需求评估工具及实践，归纳总结其经验与启示，为我国探索开展长期护理需求评估提供理论依据和参考。谨供领导和同志们参阅。



卫生政策研究进展

2008年11月创刊
第11卷第6期(总第89期)
2018年9月15日
(内部交流)

主管

上海市卫生和计划生育委员会

主办

上海市卫生和健康发展研究中心
(上海市医学科学技术情报研究所)

编辑出版

《卫生政策研究进展》编辑部
上海市建国西路602号
邮编:200031
电话:021-33262061
传真:021-22121623
E-mail: phpr@shdrc.org
网 址: www.shdrc.org

顾 问: 郭惊雷
赵丹丹

主 编: 胡善联

副 主 编: 徐崇勇
金春林 (常务)
丁汉升
黄玉捷

编辑部主任: 信虹云

责任编辑: 张 苹 信虹云

编辑组成员: 杨亚洲 王 莹
吴 芳 吴 美
张 敏 殷从全
刘 娟 周 娜

上海市连续性内部资料准印证
(K) 第 0649 号

目次

专题研究

国内长期护理需求评估工作的现状及发展策略研究
..... 丁汉升 (1)

他山之石

interRAI照护评估系统及家庭照护评估工具简介
..... 王常颖 丁汉升 (8)

德国长期护理保险及评估标准简介
..... 曹宜璠 丁汉升 (16)

日本长期护理保险及需求评估体系简介
..... 陈多 丁汉升 (23)

法国长期护理实践及经验借鉴
..... 程文迪 丁汉升 (31)

美国长期护理需求评估工具简介及经验启示
..... 程文迪 丁汉升 (40)

澳大利亚老年护理评估工具经验与启示
..... 杜丽侠 丁汉升 (48)

国内长期护理需求评估工作的现状及发展策略研究

丁汉升

【摘要】 随着我国社会老龄化程度日益加深,如何更好地满足老年人的护理服务需求,减轻家庭经济负担,有效统筹社会护理资源,是国内探索开展长期护理需求评估的重要意义。文章通过对全国首批 15 个试点城市的长期护理需求评估工作现状进行梳理,总结了需求评估工作应遵循的核心原则,并提出了对下一步长期护理需求评估工作的启示,以期为我国长期护理及相关工作的推进提供参考。

【关键词】 长期护理需求评估;现状;发展策略

2016年,国家人力资源和社会保障部(以下简称“人社部”)印发了《关于开展长期护理保险制度试点的指导意见》(人社厅发〔2016〕80号),在全国 15 个城市试点长期护理保险制度,旨在探索建立以社会互助共济方式筹集资金,为长期失能人员的基本生活照料和与基本生活密切相关的医疗护理提供资金或服务保障的社会保险制度^[1]。根据人社部官网发布消息可知,随着 2017 年 12 月 11 日重庆市印发《重庆市长期护理保险制度试点意见》(渝人社发〔2017〕280号),15 个国家级长期护理保险制度试点城市已全部启动实施试点工作^[2]。需求评估作为长期护理保险制度的“门槛”,是护理资源科学统筹配置、保险费用合理补偿支付的基础。本文就国内目前在长期护理需求评估方面的主要操作模式进行归纳,明确需求评估工作的核心,并提出下一步长期护理需求评估工作的发展策略,以期为长期护理保险制度的建设提供参考。

作者简介:丁汉升,男,研究员,博士,上海市卫生和健康发展研究中心(上海市医学科学技术情报研究所)副主任
作者单位:上海市卫生和健康发展研究中心,上海 200040;上海市医学科学技术情报研究所,上海 200031

一、国内长期护理需求评估工作开展的主要模式

对全国 15 个试点城市的长期护理保险制度相关文件进行梳理可知，老年人护理等级评估或失能等级评估是长期护理保险中必不可少的重要环节。除却 2017 年 12 月正式启动长期护理保险制度试点的重庆市外^[3]，根据梳理可将目前我国试点城市长期护理需求评估所采用的评估工具分为 2 类，一类是单一评估量表，另一类是综合性评估量表。

（一）采用单一评估量表进行需求评估

在全国 15 个试点城市中共有 9 个城市（承德^[4]、长春^[5]、齐齐哈尔^[6]、南通^[7]、宁波^[8,9]、安庆^[10]、荆门^[11]、广州^[12]、石河子）直接采用或暂时采用了《日常生活能力评定量表》（Barthel 指数评定量表）作为对老年人自理能力评定的主要依据。该量表 1965 年由美国人 Dorothea Barthel 及 Florence Mahney 设计并制订，量表操作简单，可信度、灵敏度也相对较高，是美国康复治疗机构最常用的日常生活能力评定量表之一。量表主要由 10 个项目组成，分别为进食、洗澡、修饰、穿衣、大/小便控制、用厕、床椅位转移、平地行走、上下楼梯，除洗澡和修饰仅有 2 个评分标准（5 分和 0 分）外，其余项目均有 3 个评分标准（10 分、5 分和 0 分），分数越高则自理能力越强。根据评估得分可以将自理能力等级分为 4 级，分别为独立、轻度失能、中度失能以及重度失能。在未考虑失智的情况下，目前采用单一评估量表的试点城市长期护理保险待遇准入门槛均为 40 分及以下，即重度失能。其中，广州提出在确诊为中度或重度痴呆症时，可将保险支付门槛放宽到中度失能人员（即评估分数在 60 分及以下的服务申请人）。

（二）采用综合性评估量表进行需求评估

在全国 15 个试点城市中共有 5 个城市（上海、苏州^[13,14]、上饶^[15]、青岛^[16,17]、成都^[18]）采用了在多种通用量表基础上构建形成的综合

性评估量表，主要参考量表有日常生活能力（activities of daily living, ADL）、工具性日常生活活动能力（instrumental activities of daily living, IADL）和简易智力状态检查（mini-mental state examination, MMSE）等。各城市均在大量调研了国际和国内现有通用评估量表的基础上结合本地实际情况，研究开发了本地的综合性评估量表。在采用综合性评估量表的5个试点城市中，上海和上饶所采用的为同一量表，均是从自理能力维度和疾病健康维度对长期护理服务申请人进行评估。苏州市则是在参考上海市评估标准和 Barthel 指数评定量表的基础上制定了《苏州市长期护理保险失能等级评估参数表》，包括感知能力、认知能力、行为能力、特殊护理项目，加权4个方面进行全方位评估，并在正式使用前开展了千余个案例的实践研究。成都市则是基于国际标准《国际功能、残疾和健康分类》（international classification of functioning, disability and health, ICF）概念性理论框架和国际通用 Barthel 量表（A—身体），涵盖“身体—精神/认知—沟通/社交”等维度，开发形成了《成都市成人失能综合评估技术规范》。青岛市护理需求评估主要包括失能和失智2个量表：失能量表的评估内容包括“日常生活活动”“精神状态”“感知觉与沟通”“社会参与”“疾病状况”“特殊医疗护理需求”“营养状况”“家庭经济情况”“生活环境状况”等维度；失智评估采用的是《青岛市长期护理保险失智老人失智状况评估量表》，同时还需要《蒙特利尔认知评估量表》（montreal cognitive assessment, MoCA）、《汉密尔顿抑郁量表》（hamilton depression scale, HAMD）等有关检查量表支持临床诊断和病情判断。

二、长期护理需求评估工作的原则

通过对全国15个试点城市的评估标准进行梳理可知，需求等级评估工作的开展应遵循以下4个原则。

（一）评估标准客观并体现对需求的分级

需求评估的首要目标便是对护理需求的分级，使实际提供的服务与申请人的需求相符，从而在宏观层面对长期护理服务资源进行统筹配置。但长期护理服务作为长期护理保险的主要给付内容，需要体现社会保险对所有参保对象的公平、可及，因此作为长期护理服务准入门槛的护理需求评估，无论是其评估标准还是操作模式，都应该具备客观而统一的特点，尽可能贴合服务申请人的实际需求，以有效利用护理服务资源。

（二）评估操作过程中确保“双盲”

为了尽可能提高需求评估的客观性，减少申请人和调查员双方的主观影响，评估操作过程中应采用“双盲”设置：即申请人和调查员均不知道每个项目的得分权重，评估结果也应由调查评估机构以外的其他机构或人员进行计算和反馈。通过“双盲”设置，确保需求评估调查的双方均不涉及评估调查结果的计算和等级的最终确定。

（三）需求评估调查和等级判定应便于操作

随着我国老龄化程度的不断加深，长期护理服务量也将随之增长，而相应的需求评估人员队伍却存在总量不足和专业性欠缺等问题。因此，护理需求评估内容和操作标准应简单明了，易于操作，以便于需求评估工作的开展。传统国际通用量表虽然操作简单，可信度、灵敏度也较高，但由于评估项目和评分标准都简单易懂，不排除存在申请人为获得保险给付而“弄虚作假”的可能性，相对而言，综合性评估量表在传统评估量表基础上设有权重和评分，不同题目之间也可以互相验证逻辑关系。因此，平衡综合性量表的复杂性和操作之间的便利性是需求评估工作应重视的核心之一。

（四）能够在宏观层面对评估等级标准进行统一调整

长期护理需求评估是长期护理服务和保险的准入门槛，也是政府宏

观调控社会长期护理资源的重要抓手之一。随着社会发展和人口结构的变化，长期护理需求评估标准和具体分级标准应在政府层面定期进行相应调整，以符合社会经济发展及社会护理需求。

三、启示

当前我国长期护理保险和服务需求评估工作尚处于试点阶段，而下一步重点工作建议主要聚焦于以下 3 个方面。

（一）研究添加失智维度指标的可行性

目前在全国 15 个试点城市中，仅有青岛和广州在政策文件中明确了对失智老年人的长期护理保障标准和政策。根据 2017 年日本千叶县的长期护理服务数据显示，在轻度支援和护理（1~2 级）等级的服务申请人中，认知症等失智原因排在服务申请原因的第 4 位，仅次于心血管疾病、糖尿病和脑血管疾病；而在中度和重度护理（3~5 级）等级的服务申请人中，认知症等失智原因的排名则上升到第 3 位，且与前 2 位的心血管疾病和脑血管疾病申请人数量非常接近。可见，失智不仅是造成长期护理服务需求的主要原因之一，且对生活自理能力影响较大，此类申请人对长期护理服务的依赖程度较高。因此，下一步应加强对护理需求评估中关于添加失智维度指标的可行性研究，同时明确该维度与其他各项评估内容之间的内在影响和逻辑联系。

（二）添加制定护理计划环节的重要性

境外长期护理保险体系发展较为成熟的国家和地区，在提供长期护理服务前，普遍设有制定护理计划的环节。如日本在确定申请人的护理等级和保险支付待遇后，会由专门的护理支援专员拜访服务申请人，在对其居住环境、人际关系、家庭情况和个人意愿等方面进行了解和评估的基础上，结合长期护理评估内容制定护理计划。护理计划的制定应以服务申请人的需求和意愿为中心，评估申请人实际所需服务和帮助，联

系社会可及资源，并与相关服务提供人员进行沟通协商后方能形成。提供服务前增加制定护理计划的环节可以使长期护理服务提供更加精确化和个性化，通过专业知识将需求落实到具体服务，并更加贴合申请人的实际需求，同时还可以有效协调社会各方资源，特别是医疗资源和养老资源，提高整体协同效应，形成综合型医养结合服务体系。

（三）将失智与失能评估内容进行整合

目前在全国 15 个试点城市中，青岛和广州在护理等级评估的内容中明确了对失智老年人的评估和待遇保障，但从评估标准来看，失智和失能两方面的评估仍然相对割裂，各自有一套评估标准。例如，青岛需要通过以《青岛市长期护理保险失智老人失智状况评估量表》为主的系列量表检查及临床诊断来评定，广州直接以二级及以上社会医疗保险定点医疗机构所开出的诊断为判断依据。可见目前尚未有试点城市将失智评估内容与失能评估内容进行整合，而是各自独立的评估项目，因此，在实际护理等级评估中，申请人需接受至少 2 次评估；另外，失智和失能之间内在互为影响的关系也未能很好体现和综合考虑，可能使评估等级与申请人的实际需求间存在差距。建议将失智与失能评估内容进行整合，制定一套统一的评估标准。

参考文献

- [1] 国家人力资源和社会保障部. 关于开展长期护理保险制度试点的指导意见[EB/OL]. (2016-06-27) [2018-10-08]. http://www.mohrss.gov.cn/gkml/zcfg/gfxwj/201607/t20160705_242951.html.
- [2] 国家人力资源和社会保障部. 15个试点城市长期护理保险全部启动实施[EB/OL]. (2017-12-19) [2018-10-08]. http://www.mohrss.gov.cn/yiliaobxs/YILIAOBXSGongzuodongtai/201712/t20171219_284380.html.
- [3] 重庆市人力资源和社会保障局. 关于印发重庆市长期护理保险制度试点意见的通知[EB/OL]. (2018-03-03) [2018-10-08]. <http://www.cq.gov.cn/publicinfo/web/views/Show!detail.action?sid=4305347>.
- [4] 承德市人力资源和社会保障局. 承德市启动城镇职工长期护理保险制度[EB/OL]. (2018-08-18) [2018-10-08]. <http://www.hecd.lss.gov.cn/ecdomain/framework/cdrsweb/cjghdngcfodkbbnpkkliacpdii>

pphme/cjglpifdfodkbbnpklkiacpdiiipphme.do?isfloat=1&disp_template=nemapdlhfngbbbnpkkgkplglec
ahomnl&fileid=20170628094522687&moduleIDPage=cjglpifdfodkbbnpklkiacpdiiipphme&siteIDPage
=cdrsjweb&infoChecked=0.

- [5] 吉林省人力资源和社会保障厅. 关于《吉林省省直开展长期护理保险制度试点工作实施方案》公开征求意见的公告[EB/OL]. (2017-12-29) [2018-10-08]. http://hrss.jl.gov.cn/gg/201712/t20171229_3580201.html.
- [6] 齐齐哈尔市人力资源和社会保障局. 关于印发《齐齐哈尔市长期护理保险实施细则（试行）》的通知[EB/OL]. (2017-11-01) [2018-10-08]. <http://www.qhrrsj.gov.cn/rsj/show.aspx?newsid=14425>.
- [7] 南通市人民政府. 市政府印发《关于建立基本照护保险制度的意见（试行）》的通知[EB/OL]. (2015-10-16) [2018-10-08]. <http://www.nantong.gov.cn/ntsrnzf/szfwj/content/69c58649-080c-499c-8aca-a86ddbc87ced.html>.
- [8] 宁波市人力资源和社会保障局. 关于印发《宁波市长期护理保险失能评估试点办法》的通知[EB/OL]. (2017-12-04) [2018-10-08]. http://rsj.ningbo.gov.cn/art/2017/12/4/art_7929_3160.html.
- [9] 宁波市人力资源和社会保障局. 《宁波市长期护理保险试点实施细则》[EB/OL]. (2017-12-06) [2018-10-08]. http://www.nbhrss.gov.cn/art/2017/12/6/art_7929_3161.html.
- [10] 安庆市政府. 安庆市人民政府办公室关于安庆市城镇职工长期护理保险试点的实施意见[EB/OL]. (2017-01-12) [2018-10-08]. <http://aqxxgk.anqing.gov.cn/show.php?id=505293>.
- [11] 荆门市人力资源和社会保障局. 关于印发《荆门市长期护理保险实施细则（试行）》和《荆门市长期护理保险定点服务机构管理办法（试行）》的通知[EB/OL]. (2017-01-11) [2018-10-08]. http://www.jingmen.gov.cn/govinfo/szbmdw_4799/srlzyhshbj/201705/t20170512_210084.shtml.
- [12] 广州市人民政府. 广州市人力资源和社会保障局广州市财政局广州市民政局广州市卫生和计划生育委员会关于印发《广州市长期护理保险试行办法》的通知[EB/OL]. (2017-07-31) [2018-10-08]. <http://www.gz.gov.cn/gzgov/gsgg/201708/c3da296769cc4066980b3025bf132873.shtml>.
- [13] 苏州市人民政府. 市政府印发关于开展长期护理保险试点的实施意见的通知[EB/OL]. (2017-06-30) [2018-10-08]. http://www.zfxxgk.suzhou.gov.cn/sxqzf/szsrnzf/201707/t20170703_883544_1070.html.
- [14] 周文蓉. 苏州市长期护理保险制度失能等级第三方评估介绍[R]. 上海: 苏州市人力资源和社会保障局, 2018.
- [15] 郑寿庆. 上饶市长期护理保险试点-鉴定评估标准介绍[R]. 上海: 上饶市医保局, 2018.
- [16] 青岛市人力资源和社会保障局. 关于印发《青岛市长期照护需求等级评估实施办法》的通知[EB/OL]. (2018-03-16) [2018-10-08]. <http://www.qingdao.gov.cn/n172/n24624151/n24626255/n24626269/n24626283/180316194933717664.html>.
- [17] 青岛市人力资源和社会保障局. 关于将重度失智老人纳入长期护理保险保障范围并实行“失智专区”管理的试点意见[EB/OL]. (2016-12-09) [2018-10-08]. <http://www.qingdao.gov.cn/n172/n24624151/n24626255/n24626269/n24626283/170103092321087843.html>.
- [18] 杨小红. 成都市长期照护保险失能评定体系介绍[R]. 上海: 成都市劳动能力鉴定中心, 2018.

(责任编辑: 信虹云)

interRAI 照护评估系统及家庭照护评估工具简介

王常颖 丁汉升

【摘要】 老年人群、慢性病人群及残障人群存在多种生活支持服务和临床服务需求。interRAI 照护评估系统通过对比不同领域评估工具的需求，研究并发布照护评估工具，其中以家庭照护评估标准应用范围最广泛。家庭照护评估工具包括：鉴别信息、历史、认知能力等 20 大项的内容。interRAI 照护评估系统对于我国应对人口老龄化、开展长期护理保险试点工作有着重要的意义，但在实际应用中，应当取长补短、因地制宜，制定当地适用评估标准。

【关键词】 照护评估；评估工具；长期护理

我国正在进入人口老龄化快速发展期，老龄化程度的不断加剧给家庭养老、社会养老带来了巨大的挑战。2016 年 6 月 27 日，我国发布的《人力资源社会保障部办公厅关于开展长期护理保险制度试点的指导意见》（人社厅发〔2016〕80 号），确定了以包括上海在内的 15 个城市为试点，探索建立长期护理保险制度。评估是长期护理保险给付资金、提供服务标准。interRAI 作为全世界范围内通行的照护评估标准之一，其相关内容可以为我国带来借鉴。

一、interRAI 起源

国际居民评估工具（international resident assessment instrument, interRAI）既是一个非营利的国际照护评估方式开发组织，也是由该组织简称命名的照护评估系统。interRAI 源于 1987 年一项对美国长期护理机构（nursing home）的照护业务进行改革的照护评估项目，该项目于 1991 年发表了

第一作者：王常颖，女，助理研究员，硕士

作者单位：上海市卫生和健康发展研究中心，上海 200040；上海市医学科学技术情报研究所，上海 200031

照护评估的第一版，以此为契机大大推动了美国及其他国家在照护评估与照护指南方面的研究开发^[1]。interRAI 评估体系是一个标准化的对老年人群医学、心理和功能等多项目、多维度进行鉴定的诊断工具，已被多个发达国家作为评估老年人照护需求的评估工具，其信效度也已得到了充分验证^[2]。2001年，该评估标准被翻译成中文版，之后逐渐在我国推广应用^[3]。

二、interRAI 内容

interRAI 照护评估系统由评估表 (assessment)、评估表使用手册 (assessment guidelines)、临床评估协议 (clinical assessment protocol, CAP) 以及评估指标 (scales) 等部分构成。其中，评估表使用手册用于培训调查员学习 interRAI 照护评估表的使用方法，不在本文研究范围内。interRAI 照护评估系统根据照护对象的居住场所及健康状况分成了居家、社区、照护机构等不同版本，如：家庭照护 (interRAI home care, interRAI HC)、社区健康评估 (interRAI community health assessment, interRAI CHA)、社区心理健康 (interRAI community mental health, interRAI CMH) 等；也有针对特殊人群的专业版本，如：急性期照护 (interRAI acute care, interRAI AC)、急性后期照护 (interRAI post-acute care, interRAI PAC)、心理健康评估 (interRAI mental health, interRAI MH) 等^[4]。

(一) interRAI 照护评估表

interRAI 照护评估系统的照护评估表格是一种最小数据集的筛分工具，使照护的提供者能够评估照护对象的身体机能、健康、社会支持以及服务过程中涉及的多个关键环节。通过对特定问题或机能衰退风险的进一步评估，识别出照护对象及其所需服务。虽然 interRAI 照护评估系统不同版本的套餐式评估指南以及照护计划都是针对特定人群而开发，

但其设计旨在能共同构筑一个共享的综合信息管理系统。整个系统使用一种共同照护语言，使用一致的评估指标（scales），可以保证来自不同机构医护人员照护业务的连贯性以及个体化综合照护的支持能力。

（二）interRAI 临床评估协议

interRAI CAP 使照护的提供者更关注照护对象健康问题中的关键因素，包括机能、健康、社会支持、服务应用、生活质量等方面。interRAI CAP 涵盖功能性行为能力和认知 / 精神健康 2 大维度，每个维度分别包括 6 个方面，功能性行为能力包括：身体活动、日常生活工具活动、日常生活活动、家庭环境、机构风险、身体约束；认知 / 精神健康包括：认知损伤、精神错乱、沟通、情绪、行为、虐待关系。

（三）家庭照护评估标准

上海市人民政府 2007 年 1 月 24 日颁布《上海民政事业发展“十一五”规划》（沪府发〔2007〕3 号），提出“9073”养老格局，即“全市户籍老年人，90% 由家庭自我照顾，7% 享受社区居家养老（照顾）服务，3% 享受机构养老服务”，居家养老人群占上海市老年人群的绝大部分。因此，本文对于应用程度最高、范围最广的家庭照护评估标准进行介绍。

家庭照护评估工具（interRAI HC）是一组由研究人员和临床医生制定和完善的标准化评估工具，其目的是帮助居家护理服务提供者对老年人和残疾人制定合理的护理计划。interRAI HC 不是基于临床目的，而是为了制定个性化的家庭护理服务计划和护理服务而开发的^[5]，其评估指标包括以下 20 大项内容。

1. 鉴别信息

鉴别信息包含识别个人身份的问题，用于识别被调查人身份，并与该被调查人电子数据库中的信息相链接，具体包括 14 个方面的内容：（1）姓名，（2）性别，（3）出生日期，（4）婚姻状况，（5）身份证件号

码 / 社保号 / 医保号, (6) 提供服务的机构编号, (7) 目前的收入来源, (8) 评估原因 (首次评估 / 例行重评 / 二次评估 / 重新评估状态中出现重大改变 / 免除评估 / 研究等), (9) 评估日期, (10) 个人护理目标描述, (11) 日常居住地, (12) 评估时的居住 / 生活情况, (13) 生活情况, (14) 自上次住院以来的时间。

2. 历史

历史提供被评估人接受护理服务期间不会发生变化的相关基本信息。当被评估人正在接受服务或完成第一次 interRAI HC 评估时, 该部分评估才算完成。

3. 认知能力

认知能力用以评估被评估人在记忆、做决定和组织个人日常活动等方面的确切表现, 具体包括以下 5 项: (1) 日常决策的能力, (2) 记忆 / 回忆能力, (3) 意识的周期性无序思考, (4) 日常机能中精神状态的急剧改变, (5) 和 90 天前相比是否有决策转变。

4. 交流和表达能力 (语言表述)

该部分目的在于了解被评估人的沟通和表达能力, 具体包括: (1) 理解能力, (2) 理解他人的能力, (3) 听力, (4) 视力。

5. (过去 3 天内的) 动作和行为

该部分主要识别被评估人近期是否存在抑郁、不安等情绪, 包括以下 3 项: (1) 可能出现抑郁、不安或悲观情绪的因素 (不考虑原因), (2) 自我报告情绪, (3) 行为症状。

6. 社会心理健康

社会心理健康旨在记录和描述被评估人的交流模式, 和他 / 她对社会环境的适应能力, 主要包括 5 项内容: (1) 社会关系, (2) 是否感到孤单, (3) 在过去 90 天内的社交活动是否变化 (如自上次评估完成不

到 90 天，则记录从上次评估以来的社交活动是否变化)，(4) 一天中独自一人的时长，(5) 过去 90 天内主要的生活压力来源。

7. 功能状态

功能状态主要考察工具性日常生活活动能力和日常生活活动能力。其中，工具性日常生活活动能力包括：(1) 进餐准备，(2) 日常家务，(3) 财务管理，(4) 药物管理，(5) 使用电话（拨打或接听），(6) 上下楼梯，(7) 购物，(8) 交通（乘坐或驾驶）；日常生活活动能力包括：(1) 沐浴，(2) 个人卫生，(3) 上身穿着，(4) 下半身穿着，(5) 行走（在同一层的不同场所之间），(6) 移动（在同一层的不同位置之间），(7) 如厕时的移动，(8) 使用厕所，(9) 在床上的移动，(10) 进食。

8. (过去 3 天内的) 控制能力

该部分目的在于确定并记录被评估人的控制排尿及排便的能力，包括：(1) 膀胱控制，(2) 是否使用尿液收集装置（不包括衬垫或内裤），(3) 肠道控制，(4) 是否穿着护具或内裤。

9. 疾病诊断

疾病诊断是记录与被评估人当前日常生活状态、认知状态、情绪或行为状态、医学治疗、护理监测或死亡风险相关的疾病或感染的存在，具体包括以下 6 大类：(1) 肌肉骨骼系统：过去 30 天内髌部骨折、过去 30 天内的其他骨折；(2) 神经系统：阿尔茨海默病，除阿尔茨海默病以外的痴呆、多发性硬化症、帕金森、偏瘫、截瘫病、四肢瘫痪、中风/脑血管意外；(3) 心脏或肺疾病：冠状动脉心脏病、慢性阻塞性肺疾病、充血性心力衰竭；(4) 精神疾病：焦虑、躁郁症、抑郁症、精神分裂症；(5) 感染：肺炎、过去 30 天内的尿路感染；(6) 其他：癌症、糖尿病。

10. 健康状况

该部分评估与健康风险相关的因素，包括：（1）跌倒，（2）呼吸困难（气短），（3）疲劳，（4）疼痛症状，（5）烟草及酒精，（6）自我表述的健康症状。

11. 口腔和营养状况

口腔和营养状况包括：（1）身高和体重，（2）营养问题，（3）营养摄入的模式，（4）牙科或口腔问题。

12. 皮肤状况

皮肤状况包括：（1）压疮，（2）皮肤疮，（3）皮肤撕裂或割裂伤，（4）主要身体问题（身体损伤，二级或三级烧伤及手术伤的愈合），（5）其他。

13. 药物

该部分主要对被评估人使用的所有处方及非处方药物进行逐项记录，包括：（1）药物清单，（2）过敏史。

14. 治疗

该部分包括：（1）治疗方案和计划，（2）护理计划，（3）就诊情况。

15. 责任

该部分确定被评估人的合法监护人、法院指定代表等。

16. 社会支持

该部分包括：（1）非正式照护者支持，（2）非正式照护情况，（3）在过去3天的非正式照护和主动监护的时长，（4）与家人强有力的支持关系。

17. 环境评估

该部分包括：（1）家庭环境，（2）住在为残障人士重新设计的公寓，（3）外部环境，（4）财务。

18. 离开护理机构的潜力和整体状况

该部分包括：(1) 在过去的 90 天内（如不到 90 天，则自上次评估算起）的状况，(2) 与 90 天前的状况相比，总体自给自足的情况是否发生了显著变化，(3) 从独立到恶化的 10 个日常生活活动能力的变化，(4) 从独立到恶化的 8 个工具性日常生活活动范围的变化，(5) 与恶化有关的突发事件发生的时间。

19. 离开护理机构

该项目仅包含被评估人离开护理机构的相关问题。

20. 评估信息

该项目仅包含协调 / 完成评估人的签名和日期。

（四）基于 interRAI 的照护计划

基于 interRAI 的照护是由信息搜集（subjective/objective）—照护诊断（assessment）—制定照护计划（plan）—照护实施（intervene/do）—成果评价（evaluate）—信息搜集形成的循环。其中，照护过程的信息搜集基于 interRAI 评估，目标性地获取照护对象的信息；照护诊断可依据 interRAI 评估表获得；照护计划可按照 interRAI CAP 和照护对象的状态制定。只有按照评估结果，对老年人群提供其所需要的、针对性的服务，才能够切实满足老年人群需求，促进健康老龄化。同时，照护过程是连续的，因为老年人的身体状况不是一成不变的，因此评估也不是一蹴而就，而是应当根据老年人身体状况的变化而不断调整，为他们提供切实需要的服务。

三、interRAI 的优点与不足

（一）interRAI 的优点

interRAI 是一系列照护评估工具，不与长期护理保险资金或服务挂钩。在选择使用 interRAI 作为评估工具时，需要结合当地居民实际需求

和资源供给情况,使评估工具真正发挥长期护理保险“守门人”的作用。*interRAI*的优点是非常具体、详实,针对每一种情况都设计了一套单独的评估工具进行评估,其中的每一类问题、每一项选择都做出了解释与示例。

(二) *interRAI* 的不足

过于详细的解释与示例也成为 *interRAI* 在国内推广应用的缺点。国内照护评估需求大、服务人员缺乏,全部完成一套完整的 *interRAI* 需要耗费较多时间和人力,因此,国内多个省份和地区因地制宜制定了适用于当地实际情况的评估标准。如上海市正在使用的老年照护统一需求评估标准,则是在当地老年人群大数据的基础上编制的一套简洁、明了的评估工具,评估结果既能保证准确性与时效性,又能节约人力物力,完成一套评估表的时间能够控制在 40 分钟内,适宜进一步推广,也为其他开展相关工作的省市提供了借鉴。

参考文献

- [1] 王国庆, 赖小星. 国际居民评估工具长期照护机构评估和干预对老年慢性病患者生活质量和自护能力的影响[J]. 解放军护理杂志, 2017, 34 (12) : 27-30.
- [2] Morris J, Belleville-Taylor P, Fries B E, et al. *interRAI Long-Term Care Facilities (LTCF) Assessment form and User' s Manual. Verson 9.1*[M]. WashingtonDC: *interRAI 2011*: pageIV-V.
- [3] 朱宏伟, 赖小星, 霍晓鹏, 等. *interRAI*综合评估及干预对老年住院患者营养状况的影响[J]. 中华现代护理杂志, 2017, 23 (1) : 29-32.
- [4] 杨金宇. 长期照护与*InterRAI*照护评估系统[R]. 广州: 南方医科大学, 2017.
- [5] 何霞, 王斌全, 冯彦, 等. 欧美国家常用居家护理评估工具简析及启示[J]. 护理研究, 2017, 31 (21) : 2579-2582.

(责任编辑: 张苹)

德国长期护理保险及评估标准简介

曹宜璠 丁汉升

【摘要】 德国是世界上较早实施社会长期护理保险制度的国家之一，其探索和经验也为后续其他国家建立长期护理保险制度提供了重要的参考。文章介绍了德国长期护理保险的实施背景、评估内容与评估标准，以期对我国探索构建可持续的长期护理保险制度有所启示。

【关键词】 长期护理保险；评估标准；德国

在我国，随着老龄化、高龄化进程的不断加速与家庭小型化、空巢化的到来，老年人对医疗护理、生活照料等长期护理的刚性需求日益增加，为更好地对老年人长期护理需求的增加，需要构建完整的长期护理保险制度。另一方面，我国人口老龄化开始的时间较晚，相关制度建设还处在起步阶段，而德国作为率先进入老龄化社会的国家，已经形成了相对比较成熟的长期护理保险制度。梳理德国在长期护理保险制度建设方面的经验，可以为我国相关制度的构建提供借鉴。

一、德国长期护理保险的实施背景及主要内容

（一）实施背景

德国于 1995 年施行的长期护理保险（以下简称“长护险”）成为继健康（疾病）保险、职业灾害保险、年金保险及失业保险之后的第 5 种社会保险。德国实施长期护理保险主要有 2 大原因。

第一作者：曹宜璠，女，研究实习员，硕士

通讯作者：丁汉升，男，研究员，博士，上海市卫生和健康发展研究中心（上海市医学科学技术情报研究所）副主任
作者单位：上海市卫生和健康发展研究中心，上海 200040；上海市医学科学技术情报研究所，上海 200031

1. 人口老龄化及社会结构的变迁

人口老龄化及社会结构的变迁是德国颁布长期护理保险的直接原因。德国联邦统计局的数据显示，德国的老龄化程度已列欧洲第一。德国 8300 万人口中，65 岁以上老年人达 1600 万。估计到 2050 年，德国一半以上人口将超过 50 岁，1/3 人口超过 60 岁^[1]。

2. 财政压力

财政压力是德国实施长期护理保险法的根本原因。德国当时的 4 种社会保险均不为长期护理付费，德国居民主要通过借助于其他相关社会保障体系来应对长期护理需求^[2]。很多家庭往往无法承受高昂的护理费用及精神上的负担，不得不依赖社会救助，从而加重了当地的财政负担。

（二）主要内容

1. 申请条件与资格评估

长期护理保险是为了帮助因身体、精神或心理上的疾病或残障，至少需要 6 个月以上日常生活照料的失能人口（即长期护理需求人口）^[3]。因此，受益人资格以失能情况为基准，而不受年龄的限制，只要符合资格均可提出申请。但实际上，超过 80% 的符合条件者均是 65 岁以上老年人口^[4]。

受益资格和级别是通过一系列统一客观的流程确定的。由德国医疗保险医事鉴定服务中心派遣评估师，上门对申请人进行识别、验证和评估，确定个案护理需求等级并拟定护理计划，最后的审核结果会以书面的形式通知申请人（从申请日起在 60 天内完成）^[5]。

2. 给付服务内容

服务保障范围根据护理级别而定（由 MDK/Medicproof 核定护理级别）（见表 1）。长期护理保险提供实物给付或 / 和现金给付，用于对个人基本护理需求提供财务补贴，并协助处理家务^[6]。

表1 德国长期护理对应等级、护理时间与服务内容

护理等级	护理时间	服务内容
1级护理	27 ~ 30 分钟 / 周	基础医疗服务及其他心理—社会支持服务
2级护理	30 ~ 127 分钟 / 周	基础医疗服务及其他心理—社会支持服务，夜间辅助服务
3级护理	131 ~ 278 分钟 / 周	基础医疗服务及其他心理—社会支持服务，夜间辅助服务以及日间少于6小时的辅助服务
4级护理	184 ~ 300 分钟 / 周	基础医疗服务及其他心理—社会支持服务，夜间辅助服务以及日间6 ~ 12小时的辅助服务
5级护理	24 ~ 279 分钟 / 周	基础医疗服务及所有心理—社会支持服务，24小时 / 7天的辅助服务

保险的给付依据被护理者的需求程度而定。护理需求的程度分为5个等级。等级一：自立程度或能力轻微损伤；等级二：自立程度或能力较重损伤；等级三：自立程度或能力损伤严重；等级四：自立程度或能力损伤最严重；等级五：自立程度或能力损伤最严重，有特殊的护理需求。

3. 给付形式

住院护理(全日住院护理)和非住院护理对应不同的给付形式。其中，非住院护理又分为护理服务部门和亲属提供的非住院护理，二者对应不同的补贴额度(见表2)。如果是疗养院提供全日住院护理，长期护理保险将支付护理、治疗和管理费用。由护理服务机构提供的非住院护理，长期护理保险将支付护理服务费用，护理服务机构可提供基础护理(如帮助打理个人卫生和安排出行)、家务协助和辅助服务等。由亲属提供的非住院护理，被保险人将获得长期护理保险针对亲属护理服务而发放的护理津贴。

表2 德国长期护理提供的补贴额度（单位：欧元/月）

护理等级	住院护理		非住院护理	
	全日住院护理	服务机构护理	服务机构护理	亲属护理
1级护理	125	—	—	—
2级护理	770	689	689	316
3级护理	1262	1298	1298	545
4级护理	1775	1612	1612	728
5级护理	2005	1995	1995	901

二、德国长期护理评估的主要内容与评分标准

德国长期护理保险的成功运行离不开一套精准、统一的长期护理评估标准。德国2016年起生效的《护理加强法案》（Pflegestärkungsgesetze II），综合考虑了生理、精神、认知、心理方面的障碍，重新定义了“长期护理需求”。护理等级由此前的3个细分至5个，分别为“微小、显著、严重、最严重、特别需要”。评估针对行动能力、认知与沟通能力、行为方式和精神状况、自理能力、疾病与治疗情况下所需要的护理、日常生活情况和社会接触等6个方面进行加权分析，通过65项评估标准进行护理判断和总体评估。

（一）行动能力

行动能力评估的是被评定人是否可以在没有他人帮助的情况下，自行进行姿势改变以及挪动。评定内容包括体力、平衡性、动作协调性等，但不包括做出目标指向的挪动。根据自理能力的鉴定评估，将每个标准分为0、1、2、3分。其中，0=自理，1=大部分情况下自理，2=大部分情况下不自理，3=不自理。将各个分数相加得出总和后转换为加权分，此分数反映了行动能力自理情况的损害程度。最高分为15分，得到最高分相当于符合所有列出的完全不自理标准。此模块的权重分占总分的10%。

（二）认知与沟通能力

认知与沟通能力的评估内容为认知功能与认知活动，此模块评定正确认知、决断、控制等方面的状况，也考虑到听力障碍、言语障碍、语言障碍的影响。根据损伤程度鉴定计算方式，将每个标准分为 0、1、2、3 分。其中，0= 能力保留，即能力未受损伤；1= 能力绝大部分保留；2= 能力小部分保留；3= 能力缺失。最高分为 33 分，得到最高分意味着被测评人认知与沟通能力完全丧失。此模块的权重分占总分的 15%。

（三）行为方式和精神状况

行为方式和精神状况这一模块显示的是健康状况导致的行为方式和精神状况。这些问题一直反复出现并且必须需要他人的帮助。根据列举的不同行为发生的频率，将行为方式各标准分为 0、1、3、5 分。其中，0= 从未发生，1= 很少发生（两周中 1～3 次），3= 经常发生（每周 2 次及以上，但并不是每天），5= 每天发生。将各个分数全部相加后转换为权重分，权重分代表了自身控制调节能力的损伤程度。此模块的核心问题是：在没有他人帮助的情况下，被测评人可以控制自己的行为到什么程度？此模块与第 2 模块一样，在总分中所占比重为 15%。

（四）自理能力

自理能力评估的是被测评人是否能够实施各项活动。自理能力的鉴定评估分数为 0、1、2、3 分。其中，0= 自理，1= 大部分情况下自理，2= 大部分情况下不自理，3= 不自理。在此模块中，由于吃、喝、使用厕所这 3 项对护理供应有特殊的意义，所占比例要翻倍。“吃”这项评估分数为 0、3、6、9 分。“喝”和“使用厕所”这 2 项评估分数为 0、2、4、6 分。对于肠胃外的营养供给或者通过导管供给营养、人工导尿和大便排出，以及膀胱控制和肠道控制失灵等有清楚的分级。最高分为 54 分，在总分中所占比重为 40%。

（五）疾病与治疗情况下所需要的护理

由于第5模块中措施的复杂性，此模块总和的计算有不同的规则：根据发生的频率，通过不同项目的折算及乘以相应的系数进行计算。

（六）日常生活情况和社会接触

日常生活情况和社会接触需要评估的是被测评人是否可以完成各项活动。评估结果代表了被测评人日常生活情况和社会联系的损伤程度。根据自理能力的损伤程度，将每个标准分为0、1、2、3分。其中，0=自理，1=大部分情况下自理，2=大部分情况下不自理，3=不自理。将各个分数相加得出总和，并根据损伤程度得到权重分，代表被测评人日常生活安排和社会联系的损伤程度。此模块在总分中占15%。

三、启示

我国当前面临严峻的人口老龄化形势，长期护理保险制度正处于积极探索阶段。德国长护险制度建立了20余年，虽然因环境变化等因素经过了多次改革和调整，但它的成功经验仍值得我国借鉴。

（一）鼓励居家护理

长护险作为德国社会保险的第5支柱，在解决德国失能人群护理问题上发挥着重大的作用。其制度设计对家属护理服务的政策与资金支持，使传统的家庭护理模式得以保障和维系。长护险不但缓解了护理对象及家属的负担，还减轻了社会救助和医疗保险制度的财政压力。同时，它推动了护理服务机构的发展，使得护理服务机构的总数及床位数均显著增加。

（二）精准的分级标准

一套科学、严谨的分级标准是德国的长护险得以有效运行的根基。给付的服务内容、时长、待遇水平等与护理服务等级直接相关。德国对“长期护理需求”的重新定义，更进一步划分的等级，使得以往被忽略的有

精神、认知障碍的人群能够获得更公平的待遇与更精准的服务。准确的护理等级划分有利于实现资源的有效配置，这也是值得我国借鉴之处。

参考文献

- [1] 杨成洲, 余璇. 德国长期照护保险制度: 缘起、规划、成效与反思[J]. 中国卫生政策研究, 2015, 8 (07): 36-42.
- [2] Evers, A. The New Long-Term Care Insurance Program in Germany[J]. Journal of Aging and Social Policy, 1998 (10): 77-98.
- [3] Büscher A, Wingenfeld K, Schaeffer D. Determining eligibility for long-term care-lessons from Germany[J]. International Journal of Integrated Care, 2011, 11 (2): e019.
- [4] Arntz M, SacchettoR, Spermann A, et al. The German Social Long-Term Care Insurance-Structure and Reform Options[J]. ZEW, 2006 (6): 153-166.
- [5] 德国联邦政府卫生部. 长期护理[EB/OL]. (2017-04-01) [2018-07-23]. <http://www.bundesgesundheitsministerium.de/en/en/long-term-care.html>.
- [6] 施巍巍, 刘一姣. 德国长期照护保险制度研究及其启示[J]. 商业研究, 2011 (3): 98-105.

(责任编辑: 信虹云)

日本长期护理保险及需求评估体系简介

陈多 丁汉升

【摘要】 日本是国际上老龄化程度最高的国家之一，也是公认的医养服务体系建设较为完善的国家之一。文章聚焦日本长期护理保险，介绍日本长期护理保险的历史发展、申请条件与评估流程、服务给付方式，阐述长期护理需求评估标准等相关内容，同时探讨日本长期护理保险的特色，并结合我国国情，提出对我国长期护理保险建设与发展的启示。

【关键词】 长期护理保险；需求评估；标准；日本

作为国际上老龄化程度最高的国家之一，日本为应对老龄化社会对医疗卫生事业带来的巨大冲击，于2000年正式建立了长期护理保险制度，且发展非常迅速，现已建立起比较完善的长期护理保险制度系统。本文聚焦日本长期护理保险及需求评估标准等相关内容，以期为解决我国老龄化加剧带来的长期护理压力提供参考。

一、日本长期护理保险概况

随着经济和科技的发展，日本人均寿命延长，死亡率下降，老龄化进程不断加速，并于1970年进入老龄化社会。日本厚生劳动省预计，2060年日本65岁及以上老年人口的数量将达到3464万人，老年人口比例也将达到39.9%^[1]。同时，日本家庭规模逐渐缩小，更多女性进入职场，导致家庭的护理和赡养功能逐渐转弱，社会护理需求逐步增加，

第一作者：陈多，女，研究实习员，硕士

通讯作者：丁汉升，男，研究员，博士，上海市卫生和健康发展研究中心（上海市医学科学技术情报研究所）副主任
作者单位：上海市卫生和健康发展研究中心，200040；上海市医学科学技术情报研究所，200031

并对医疗护理资源进行了大量挤占^[2]。如何合理分配护理资源，满足社会护理需求成为一大挑战。

（一）日本长期护理保险的历史发展

为解决以老年人为主的护理需求，1995年，日本政府提出了“关于创设护理保险制度”的议案^[3]，经过了近3年的方案论证，在1997年12月通过了《护理保险法案》^[4]，并制定了长期护理需求评估标准——要介护认定标准（即护理认定标准），通过长期护理需求评估将护理进行分级，根据护理等级统筹社会护理资源，将长期护理从医疗护理中剥离。该法案于2000年4月1日起正式实施^[5]，属于强制性社会保险。此后，为确保该制度的持续发展，日本政府分别在2004年和2006年对长期护理保险制度进行了改革，趋向于构建在长期护理保险基础上以预防长期护理服务为主的地区综合护理体系，并于2009年对认定项目及标准等内容进行了修订。

（二）申请条件与评估流程

自长期护理保险实施之初，护理认定调查即作为长期护理保险的“守门人”，是其非常重要的组成部分，护理认定调查有利于长期护理资源和保险基金的合理配置及使用。

1. 申请条件

日本长期护理服务的申请对象为长期护理保险的被保险人，分为65岁及以上的1号被保险人和40~64岁的2号被保险人。当1号被保险人对长期护理服务具有需求时可由本人或指定代理人向所在辖区的市町村政府提交“认定”申请。2号被保险人只有因特定的16种疾病（如癌症晚期、初期老年痴呆症、脑血管疾病等）而需要长期护理服务时才可向当地政府提交申请^[6]。

2. 评估流程

被保险人提交“认定”申请后，将会正式进入护理认定调查流程。首先，政府将指派具有认定调查资质的调查员对被保险人进行上门护理认定调查，调查内容和方法按照全国统一标准。其次，将调查结果输入电脑，由软件自动进行要护理等级的第一次判定。再次，由市町村政府相关管理部门组织护理认定审查会，根据第一次判定结果，结合认定调查中的特别事项对护理成本（包括劳力、时间等）进行更加精准的二次判定，若存在对一次判定结果的更改，则需要提交相应的更改依据并接受管理部门的审核。二次判定的结果为一轮认定调查的最终结果，决定了申请人是否能够获得保险范围内的长期护理服务以及具体服务内容和保费支付额度。最后，由管理部门告知申请人调查结果，若申请人接受该结果，则由指定服务机构专业人员制定相应护理计划，若申请人不接受该结果，可向上级政府部门提交申诉^[6]。

（三）服务给付方式

日本自 2006 年制定了长期护理预防政策后，长期护理服务的等级根据评估结果从原来的 7 个等级改为现在的 8 个等级，包括自立、支援 1、支援 2、护理 1～5 级，并对除“自立”外每个等级的服务时间和服务内容进行了规定。各等级相对应的长期护理服务可分为机构服务和居家护理照料 2 种类型，其中机构服务根据机构种类不同对护理等级具有有限定（见表 1）^[7]。

表1 日本长期护理服务等级、限定标准及服务内容基本要求

护理类型	等级	支付限额标准 ^①	服务基本要求
支援 ^② (长期护理预防服务)	1	5003 单位	根据服务标准向服务利用者提供符合其个人实际需求和情况的预防长期护理服务, 其中上门护理根据等级定额为每周提供 1~2 次, 疗养管理指导每月 2 次
	2	10473 单位	
护理 ^③ (长期护理服务)	1	16692 单位	根据服务标准向服务利用者提供符合其个人实际需求和情况的上门或机构长期护理服务, 其中护理老人福利机构为护理 3~5 级的老年人才可入住的机构
	2	19616 单位	
	3	26931 单位	
	4	30806 单位	
	5	36065 单位	

注：①单位为日本《护理保险法案》护理服务计算基本单位，2018 年 1 单位约为 10.45 日元。

②支援服务主要包括为防止老年人进入长期需要护理状态而提供的护理预防服务。

③护理服务主要包括为维护老年人基本尊严，保持其自理能力，且防止病情进一步恶化而提供的必要的护理服务。

二、日本长期护理评估标准

根据厚生劳动省官方网站发布的《要护理认定：认定调查员教科书 2009 修订版》，将护理等级认定分为 6 个维度，包括身体功能·起居动作、生活功能、认知功能、精神·行动障碍、社会生活适应能力、过去 14 天接受的特别医疗行为，以及 7 个特别事项，共 74 个调查项目。根据每个调查项目的评估方法又进一步划分了 3 个主要评估轴，分别为行为·障碍的有无（有无）、调查对象独立生活的能力情况（能力），以及为保持有尊严的生活而已接受的护理是否合宜（护理方法）^[7]。

（一）有无类项目的评估操作标准

有无类项目的评估主要取决于申请人现场调查时的状态以及在申请人或日常护理人员处听取到的日常状态，具体包括：瘫痪的有无、挛缩的有无；外出频率；徘徊、外出不能返家；精神和行为障碍维度的所有调查项目（behavioral and psychological symptoms of dementia, BPSD），

包括东西被偷等被害妄想、虚构、情绪不稳定、昼夜颠倒、反复说同样的话、大声呼喊、护理抵触、心神不宁、总想独自外出、收集癖、弄坏物品或衣物、重度健忘、自言自语或独自傻笑、一人擅自行动、言语缺乏条理；对集体的不适应；点滴的管理、中心静脉营养、透析、人造膀胱（人造肛门）处理、氧气疗法、人造呼吸器官、气管切开的处理、疼痛看护、经管营养、监视器监测（血压、心率、氧饱和度等）、褥疮护理、导尿管。

在能够保证申请人安全的情况下，调查员应进行现场确认，在听取日常状态时，调查员则应以过去一周内申请人本人和日常护理人员口述的更为频繁的情况为准。由于在有无类项目中包含了所有 BPSD 项目，而该类项目无法开展现场确认，因此完全以对申请人本人和日常护理人员的访谈内容为准，根据过去一个月期间相关调查项目内容发生的频率进行判断和选择。此外，BPSD 项目无论调查员的选择项目为何，均需对调查获得的所有相关信息进行记录，以供认定审查委员会进行护理成本的判断调整。

（二）能力类项目的评估操作标准

能力类项目的评估主要取决于申请人现场调查时的实际情况以及向申请人或日常护理人员处听取到的日常状态，具体包括：翻身、起身、保持坐姿、双腿站立、步行、起立、单腿站立、视力、听力；吞咽；意思的传达、理解每天要做的事、说出出生年月日和年龄、短期记忆、说出自己的名字、了解现在的季节、了解所处的场所；日常决定。

在能够保证申请人安全的情况下，调查员应进行现场确认，在听取日常状态时，调查员则应以过去一周内申请人本人和日常护理人员口述的更为频繁的情况为准。而评估过程中，若申请人通过使用辅具能够完成相关项目时，一般应以使用辅具的状态为准进行评估并选择。但仍有

特例存在，如对起身项目进行评估时，若申请人使用带有起降功能的电动床时，则应以未使用的情况为判断和选择依据。

（三）护理方法类项目的评估操作标准

护理方法类项目的评估主要取决于现场调查时听取到的日常护理状态，对于当前已发生或未发生的护理行为是否符合申请人实际需求进行判断，具体包括：洗身体、剪指甲；移乘、移动、食物摄取、排尿、排便、口腔清洁、洗脸、整理头发、上衣的穿脱、裤子的穿脱；药物内服、金钱管理、购物、简单的烹饪。

如符合当前实际需求，调查员则根据护理行为实际情况进行选择，若不符合当前实际需求，调查员则需要根据听取到的情况和本人的专业知识及经验进行判断，并选择合适的护理方法。在不适宜的护理服务中，不仅有护理不足的情况，还包括了护理过度以致于损害了调查对象自理能力的情况。

三、启示

虽然在最初的10年，日本也曾走过不少弯路，如向老年人尽可能多的提供服务，致使老年人对长期护理服务的依赖度越来越大，且直到现在的现象也未完全杜绝，这不仅增加了保险支出，浪费了护理资源，还有碍于老年人有尊严且安心的晚年生活，因此日本也在不断的改革和摸索当中。而我国作为正处于快速老龄化且“未富先老”的发展中国家，通过对日本长期护理保险及需求评估标准的梳理，并对其制度特点进行归纳，可结合我国实际国情，扬长避短，获得一些启示。

一是加强政策、法律等方面的配套设施建设。自日本长期护理保险设立之初，政府已经明确了该制度的设立目标和由社会主导服务提供的主基调，并且通过前后近5年的各方面准备，从行业准入、服务提供、服务收费、信息公开等方面均作了明确且严格的标准，从法律层面加强

管理和约束。我国目前已在全国挑选 15 个城市开展长期护理保险制度的试点工作，并明确通过 1~2 年试点时间，积累经验，基本形成适应我国社会主义市场经济体制的长期护理保险制度政策框架。但若要在全国推开长期护理保险制度，则需明确政府、社会、保险人和被保险人等各利益相关方的权利和义务，并对相关内容进行立法，从法律层面搭建长期护理保险制度的基本框架，为该制度的长期发展打下坚实基础。

二是以统一的标尺提升服务的公平可及性。只有经过统一评估培训的调查员以统一的评估标准对统一的内容进行调查，才能尽可能的提高长期护理服务在全社会范围内的公平可及性，让真正有需要的人获得最符合需要的护理服务。目前我国各试点城市的服务需求评估标准主要分为 2 类，一类是单一评估量表，主要使用国际通用的巴氏量表对老年人自理能力进行评估分等并以此为根据提供护理服务或进行保险补偿；另一类为自主研发综合性评估量表，主要是综合使用日常生活活动能力（activities of daily living, ADL）、工具性日常生活活动能力（instrumental activities of daily living, IADL）、简易智力状态检查（mini-mental state examination, MMSE）等国际通用能力评估量表结合地方实际情况进行综合打分，划分等级，再根据评估等级进行服务提供或保险补偿。无论是哪种量表，其评估理念都是在需求分级的基础上提供保险偿付，尽可能将有限的资源给予相对更需要帮助的人群，与国际发展趋势相一致。但除却统一的评估标准外，还应加强评估人员队伍的专业化培训。我国在建立评估员队伍过程中可借鉴日本经验，由政府相关部门统一组织评估员培训和资质认证考试，考试通过可获得相关资质证书，并建立职业发展路径和继续教育体系，每年进行能力提升培训和最新政策宣讲等培训教育，确保需求评估工作的公平公正。

三是调查结果客观详细且操作性强。日本政府开发了护理等级判定

软件,通过计算机编程算法使各个调查项目间可以准确地进行逻辑验证,同时各种个性化需求的申请者能够在被细分到极致的同时又根据编程被最终归到8个护理等级当中;此外,还设定由专家进行的二次判定,确保护理等级符合实际护理需求。如护理方法项目中的食物摄取,“有的老年人能够自己吃大半碗,就最后几口需要帮助”和“前几口自己吃,吃几口以后因为手上没力气了或者其他情况再让别人帮忙”,两者同样都选择“部分护理”,但这样的情况出现的多了,那两位老年人的护理成本可能就会有比较大的差异,这时候二次判定就可以对护理等级进行调整,尽量避免护理等级和实际需要不符的情况产生。由此可见,若以护理服务的方式进行保险偿付,则相关服务的成本核算工作将变得非常重要,我国在构建长期护理保险制度的同时,可借鉴日本相关实践经验,确定长期护理保险服务范围,并对范围内的服务项目定期开展成本核算,保障长期护理供需双方的相关利益,确保长期护理服务提供的可持续性。

参考文献

- [1] 厚生劳动省.平成28年白皮书[EB/OL].http://www.mhlw.go.jp/toukei_hakusho/hakusho/.
- [2] 刘金涛.老年人长期护理保险制度研究[M].北京:科学出版社,2014.
- [3] 李恬.德日长期护理保险制度比较及其对我国的启示[J].赤子(上中旬),2014,185(14):40-42.
- [4] 游春.长期护理保险制度建设的国际经验及启示[J].海南金融,2010,260(7):38-42.
- [5] 程杰.美、德、日长期护理保险的发展及对中国的启示[J].对外贸易,2012,221(11):111-113.
- [6] 福岡市政府.介護[EB/OL].<http://www.city.fukuoka.lg.jp/healthcare/korei-kaigo/index.html#003>.
- [7] 厚生劳动省.要介護認定認定調査員テキスト2009改訂版[EB/OL].(2009-04-01)[2018-10-08].
<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000077237.pdf>.

(责任编辑:张苹)

法国长期护理实践及经验借鉴

程文迪 丁汉升

【摘要】 文章介绍了法国长期护理需求评估制度、长期护理服务提供和老年人生活自理个人津贴的具体举措，以期为我国长期护理服务提供借鉴意义。从法国经验来看，我国发展长期护理服务应当进一步完善老年照护统一需求评估工作，加强长期照护人才队伍建设，优化长期护理服务提供，建立和完善长期护理监管机制。

【关键词】 长期护理；需求评估；护理服务提供

法国是世界上最早进入老龄化社会的国家之一，预计到2060年，法国60岁以上老年人数将达到2360万左右，占总人口比例接近1/3^[1]。伴随着人口老龄化浪潮的到来，法国医疗费用不断上涨，法国于1975年颁布《老年人健康保险支出的国家标准》，其长期护理制度于20世纪80年代应运而生^[2]。持续的人口老龄化趋势对法国的长期护理体系提出了严峻挑战，高龄老人群体导致长期护理需求急剧增长，法国的长期护理体系遭受到前所未有的挑战，长期护理的风险从家庭责任演变成为社会问题。政府为应对这一挑战采取了一系列举措，建立长期护理需求评估制度，开发和完善长期护理需求评估工具，优化长期护理服务提供，并设立老年人生活自理个人津贴。

一、长期护理需求评估工具

法国明确规定长期护理制度的覆盖对象为60岁以上急需护理的中低收入的失能老人，主要满足其在家庭护理和机构护理中的基本社会

第一作者：程文迪，女，研究实习员，硕士

通讯作者：丁汉升，男，研究员，博士，上海市卫生和健康发展研究中心（上海市医学科学技术情报研究所）副主任
作者单位：上海市卫生和健康发展研究中心，上海200040；上海市医学科学技术情报研究所，上海200031

护理需求。法国实行全国统一的老年人自主行为能力分组模型（french autonomie gerontologie groupereso-ressources, AGGIR），AGGIR 量表是法国最常用的一种量表，涵盖了所谓的工具维度，这些维度对应于相对复杂的活动，主要是认知成分（烹饪、药物使用、财务等），以及具有主要物理成分的维度（所谓的基本维度，与步行、穿衣、盥洗等活动相关）。然而，目前在评估老年人的依赖程度时，只考虑到基本活动。

（一）法国 AGGIR 模型的主要内容

法国 AGGIR 模型广泛应用于衡量老年人自主能力或丧失自主能力级别，衡量标准分为 2 部分：一是身体机能和精神状态，包含 10 个方面的行为能力；二是社会行为能力和自主管理能力，包含 7 个方面的行为能力（见表 1）。

表 1 法国老年人自主行为能力分组模型主要内容

维度	行为能力	内涵
身体机能和精神状态	身体协调性行为	包括交流协调和行为协调。其中，交流协调指用语言完成正常交流；行为协调指能在肢体协调的状态下完成动作
	方向感行为	包括时间顺序辨认和空间方向辨认。其中，时间顺序辨认指对一天时间的感知，对季节的感知，对年月日的感知；空间方向辨认指对室内房屋和公寓的辨认，室外在新环境中辨别方向
	洗漱能力行为	个人卫生的维持、日常洗漱、洗澡（进入浴缸和淋浴）等。洗澡分为 2 部分，其中身体上半身清洁主要为脸（包括刮胡子）、脖颈手臂、手（包括手指甲）、背、腹部等；身体下半身清洁包括腿、私密处及双脚（包括脚指甲）等
	穿衣能力行为	根据人体分为上、中、下半身 3 部分：上半身穿戴，头部和手臂部位有关的衣物；中身穿戴，腹部和腰部及腰部以下部位有关的衣物服饰（如系扣子，扣皮带，穿内裤）；下半身穿戴，腿部及脚部有关的衣物（如穿裤子、鞋袜）

表1 法国老年人自主行为能力分组模型主要内容（续）

维度	行为能力	内涵
	进食能力行为	包括处理食物的能力（如切牛肉、打开酸奶罐头和切水果等）和进食的能力（如吃面包、喝水等）
	生理排泄能力行为	包括泌尿系统正常排泄和肛肠正常排泄
	移动行为能力行为	起床、睡觉、入座等
	室内活动能力行为	在室内中各位置行动，包括完成从室内到门口的行动
	室外活动能力行为	在室外进行的一切活动（备注：到公园和花园呼吸新鲜空气不算在室外活动能力范围内）
	报警能力行为	在需要报警（向司法、医疗等机关求救）时使用电话、警报、警铃及电子报警器
社会行为能力和自主管理能力	自主管理能力行为	分为3种类型（并不按照3个部分进行评级）：管理资产、商业行为和所有品，了解货币的作用和货币的价值及物品的价值，能够填写各政府部门表格
	做饭行为能力行为	做饭，包括准备工作及摆放餐具等全套与做饭相关的行为
	打扫能力行为	所有日常打扫行为，如：摆放物品、家具清洁、洗衣服等
	交通行为能力行为	完成出门活动，不需要他人告知、提醒、解释、展示，能独立地、用恰当的方式、自愿出门
	购买行为能力行为	有购买物品的意向，并且知道直接或间接地购买物品方法
	自主接受治疗能力行为	遵循医嘱并且能够管理自己的行为进行治疗
	自主安排活动能力行为	有自觉意向地，进行多样化的独自或群体日常活动，不对活动的文化作用和智力作用进行评级

需要注意的是，随着年龄的增长，老人的家庭和社会活动可能会减少，需要的社会支持和社会援助以及由于他的身体和精神活动减少产生的基础护理或和多种疾病护理的医疗保健或医疗技术会增多。AGGIR模型的范围仅限于家庭、社会、身体和精神活动，不用于对疾病状态的评估。

（二）依赖性等级评定标准

法国实行全国统一的依赖性等级评定标准，主要基于AGGIR模型

的基本活动维度中基本日常生活活动和工具性日常生活活动 2 项指标，其中基本日常生活活动包括洗澡、洗衣、做饭、如厕、转移、大小便控制和进食 6 项，工具性日常生活活动包括购物、洗衣、做饭、交通、休闲、个人事务等 10 项。老人依赖性状态包括身体功能障碍和精神障碍 2 方面，分为 6 个等级（见表 2）。

表 2 法国依赖性等级评定标准

GIR 等级	依赖性程度
GIR1 级	只能卧床或坐在扶手椅中；脑功能严重损坏，必须有人不间断地照应；或处于临终阶段的老人
GIR2 级	只能卧床或坐在扶手椅中；脑功能并未完全损坏，大多数日常生活活动需要予以照应；或者大脑功能损坏，但尚能行动，必须经常性监视
GIR3 级	保持脑力活动自主性，行动部分自主，但需要每日数次有人帮助进行身体护理
GIR4 级	不能单独行动，但一旦起床后，可以在住房内走动，需要有人帮助进行盥洗和穿衣；或没有行动问题，但需要有人帮助进行身体护理和进餐
GIR5 级	只需要临时性帮助进行盥洗、准备用餐和家务
GIR6 级	还能自主活动，完成日常生活的主要动作

注：属于 GIR5 或 GIR6 级的老人可以申请一个家务助理或向退休金管理署申请一项补助。

二、长期护理分级及服务提供

在法国，正式护理服务层次可以分为机构护理和家庭护理。其中，正式的机构护理服务包括医院长期护理、养老院和住宅护理；正式的家庭护理服务包括家庭护理服务和家庭保健服务。选择何种护理方式与受益者的依赖 / 失能等级紧密相关：依赖程度严重的失能老人更倾向于机构护理。政府根据精神、身体、运动、社会活动能力各个方面，日常生活各类活动评定老年人的自主情况，提供相对应的服务，由对应养老机构接待（见表 3）。

表3 法国养老机构入住老人护理等级分级标准

护理等级	分级标准	具体内涵
完全自主型	AGGIR 模型 17 个方面 各项均为 A	可独立自主进行各项活动，并具备各种自主能力
不完全依赖型	2 个 C，5 个 B， 其他均为 A	具有精神和身体自主能力，自主进食及自主穿衣，通常为看护上门帮助其进行如厕、打扫卫生及准备一日三餐
部分依赖型或 部分健全型	5 个 C、5 个及以上 B 或 5 个 C、2 个及以上 B	可以进行室内活动，需要人帮助进行穿衣及洗漱如厕活动；或运动能力健全，但需要人帮助进行进餐和日常身体活动
身体自主能力 减退型	7 个 C，5 个及以上 B	并未丧失精神自主能力，运动能力部分丧失或减退，需要看护帮助和一天多次进行身体复健，洗漱、如厕及穿衣能力部分丧失或部分减退，并且不能进行正常排泄
依赖卧床型	10 个 C，6 个及以上 B 或 10 个 C，3 个及以上 B	习惯卧床，并未完全丧失精神自主能力，只需要看护照管日常生活；或习惯卧床，完全丧失精神自主能力，仍有运动能力，可以进行室内活动，但洗漱、如厕及穿衣能力完全丧失或已部分减退
完全卧床型	有 15 个及以上为 C	完全丧失精神及身体自主能力、运动能力及社会活动能力的老人；一般处在生命尽头、需要 24 小时看护

三、老年生活自理个人津贴

随着老龄化的加剧日益引发不满和反对，法国政府由此对长期护理津贴制度进行改革。通过实行财政和个人分担的长期护理津贴新模式，满足 60 岁以上老年人的基本护理需求，大力发展家庭护理服务，改变家庭在长期护理责任承担中的主体地位，减轻个人和家庭的负担。法国政府于 2001 年在全国推行老年生活自理个人津贴（personalised allowance for autonomy, APA），通过政策逐步推进，法国建立起以 APA 护理津贴为主要内容的长期护理津贴制度^[3]。法国政府的老年政策

重心之一，就是帮助老年人居家生活自理，专门设立 APA 用于老年人维持居家生活或入住养老院所需的部分开支。APA 于 2002 年 1 月 1 日开始生效。享受 APA 需要满足 3 个条件：一是年龄条件，必须至少满 60 岁；二是生活依赖性，必须在 AGGIR 老年自主性丧失评估等级表的 6 个等级中属于 GIR1 至 GIR4 等级之一；三是住所条件，享受者必须住在自己家里；或住在一个近亲家中；或住在一个家庭接纳人家里；或住在一个接待能力低于 25 人的老人公寓；或住在一个生活自理老年公寓中；享受者必须以长期稳定方式居住在法国。

（一）申请程序

根据法律规定，APA 惠及有护理需求的 60 岁以上的老人，不需要进行家计调查，废除了扣减遗产的条件约束，筹资主要来源为地方政府的税收和中央转移支付，津贴的支付水平基于个人的护理需求，并与收入相关，由省级地方政府负责管理。具体的申请程序是：申请人在住所所属的市政府、省议会或与老年人事务相关的当地资讯点领取申请表，填写并附交相关材料后，社会医疗小组（至少由 1 名医生和 1 名社会工作者组成）将对申请人的生活自理能力丧失程度以及近亲护理人的“暂息需求”作出评估。如果经审理后，申请人的生活依赖性被列为 AGGIR 老年自主性丧失评估等级表的 GIR1 至 GIR4 等级之一，将向申请人推荐一项“援助计划”，开列详尽的需求清单以及维持居家生活所需的全部开支。例如，“援助计划”可以安排：1 名居家助理或者 1 名家庭接待人的报酬；交通或送餐补贴；技术援助和住宅适应改造措施；采用 1 项或数项“暂息措施”：临时寄住养老院或接待家庭、居家接替站等等。申请人可在 10 天时限内接受“援助计划”或要求修改接受“援助计划”，最后由省地方议会行政机构作出 APA 发放决定。

（二）申请资格评定

AGGIR 老年自主性丧失的等级评定结果决定申请人是否有资格享受 APA，同时也可确定其所需要的援助等级。等级表共分 6 级，每一级都与完成日常生活最主要的动作所需的援助等级相对应，但只有 GIR1 至 GIR4 可以享受 APA。

（三）津贴标准

APA 金额的计算原则是：“援助计划”所需金额减除一部分自行负担的费用金额，每月的最高津贴额不能超过上限；每月的上限金额分别是：GIR1 级依赖为 1 713.09 欧元；GIR2 级依赖为 1 375.54 欧元；GIR3 级依赖为 993.88 欧元；GIR4 级依赖为 662.95 欧元。APA 也可以发给住在社会医疗性老年公寓的老人，用于支付接待机构的规定费用。

四、经验启示

政府要在长期护理服务发展中发挥引导作用。从法国经验看，我国发展长期护理服务应当进一步完善长期护理统一需求评估工作，优化长期护理服务提供，并建立和完善长期护理监管机制。

（一）进一步完善长期护理统一需求评估工作

法国政府通过 AGGIR 模型衡量老年人自主能力或丧失自主能力级别，其详细的评估标准和内容可以为我们所借鉴，如上海市老年照护统一需求评估的实施。为进一步完善老年照护统一需求评估工作，可从以下几个方面着手：完善多维度的科学综合评价指标，使结果更加贴切老年人真实需求；完善老年照护统一需求评估工作手册，进一步降低各环节工作人员的操作差异性；优化统一需求评估流程，提升各种情况下评估结果对实际需求的灵敏度；建立全市统一的老年照护综合管理信息平台，提高评估工作整体的科学性和工作效率。

（二）优化长期护理服务提供

为保证优质长期照护服务的提供，法国采取了诸多举措。一是提供服务的机构类型多样化，包括公共护理机构和营利性机构，其中公共护理机构在服务提供方面保持优势；营利性机构数量不断增长，形成了激烈的竞争态势。二是服务种类的多样化，侧重医疗的护理服务、短期入住机构的护理和日间护理服务，以及专门应对失智老人的机构及护理服务，长期护理服务提供方也尽可能通过服务种类的多样化提供优质的长期照护服务。三是对服务机构的经营资质实行严格认定，如制定服务机构的准入条件，对申请机构的资产、规模、注册、卫生、安全、管理人员及护理员的专业技能、资格认证等方面进行审核。四是对不同等级的护理员、有无资格认证的护理员制定不同的培训方案，定期或不定期开展培训学习，颁发培训证书。五是监管服务提供的质量，如行政定期检查和回访、行业协会进行监督，以及第三方评估机构进行系统外监督。

我国仍应进一步探索评估之后的长期护理服务提供，优化长期护理资源配置。一是鼓励社会资本提供长期照护服务，形成充分竞争态势，满足老年人日益增长的长期照护服务需求。二是开发多样化的服务种类。三是设立服务遴选机构，对服务机构的经营资质认定，如制定服务机构的准入条件，对申请机构的资产、规模、注册、卫生、安全、管理人员及护理员的专业技能、资格认证等方面进行审核。

（三）建立和完善长期护理监管机制

各国长期照护制度的运行都伴随着监管与责任制度，作为重要的外部监管方式，长期照护监管体系的框架应涵盖监管主体、监管方式、监管对象、监管内容（人力资源、资金监管、质量监管、数量监管、信息监管、费用监管等）和监管结果等。在监管主体方面，坚持政府主导，重视第三方监管的适时介入，逐渐建立规范的注册质量评估员制度，发

挥行业协会的自律功能和老年护理服务供方的自我监管功能；在监管对象方面，建立老年护理服务机构的准入退出机制和认证体系，对老年护理员的资格鉴定和胜任能力评估，建立一票否决和黑名单制度；在监管内容方面，对护理服务供方与老年人或其代理人之间的权利义务关系、服务行为和收费行为进行监管^[4]；在监管方式方面，重视法律保障和信息化建设。目前，我国各地已陆续开展长期护理保险试点工作，应当尽快出台关于长期护理监管相关的法律法规。

参考文献

- [1] 刘婉娜，胡成. 法国居家养老服务业的发展及启示[J]. 宏观经济管理，2012（07）：81-82.
- [2] 于保荣. 长期照护制度：国际经验与国内政策与实践[M]. 北京，中国金融出版社，2018：27.
- [3] 殷俊，李晓鹤. 法国长期护理津贴制度分析与经验借鉴[J]. 保险研究，2015(11)：86-94.
- [4] 李津蓉. 澳大利亚老年护理服务业发展的经验与启示[J]. 中国民政，2017（09）：57-58.

（责任编辑：信虹云）

美国长期护理需求评估工具简介及经验启示

程文迪 丁汉升

【摘要】 持续的人口老龄化趋势对美国长期护理体系提出了严峻挑战，长期护理保险制度已经在美国发展 30 多年。文章介绍了美国长期护理的对象、服务提供方式、照护过程、长期护理法律体系以及居民评估工具，并结合我国国情，提出了对我国长期护理资源利用相关组支付方式和长期护理保障制度建设与发展的启示。

【关键词】 长期护理需求；居民评估工具；最小限数集；资源利用相关组

一、美国长期护理简介

（一）长期护理的定义及对象

美国健康保险学会（Health Insurance Association of American, HIAA）对长期护理的内容界定为：“长期护理包括医疗服务、社会服务、居家服务、运送服务或其他支持性的服务”。长期护理与健康护理的区别在于健康护理是提供对疾病的治疗，长期护理是针对患有慢性疾病或失能失智人员进行长期的照护。1963 年，美国医疗救助福利部指出：长期护理的对象是患有身心疾病、功能障碍且需要长时间医疗、护理和恢复治疗的人。

（二）长期护理服务提供方式

关于长期护理服务提供方式，在提供服务的机构或人员选择上，美国联邦长期照顾保险计划认为：“长期护理可以通过各种途径得以实施，包括居家，助理设施，或者护理院等”^[1]。

第一作者：程文迪，女，研究实习员，硕士

通讯作者：丁汉升，男，研究员，博士，上海市卫生和健康发展研究中心（上海市医学科学技术情报研究所）副主任
作者单位：上海市卫生和健康发展研究中心，上海 200040；上海市医学科学技术情报研究所，上海 200031

（三）长期护理过程

整个长期护理过程分为 5 个步骤：评估—制定方案—提供服务—完成服务—评估。通常，开展评估的人员为取得资格的卫生执业人员，一般由养老机构雇佣的注册护士担任。最小数据集（minimum data set, MDS）评估是美国联邦规定的对居住在具有医疗保险（Medicare）或公共医疗补助（Medicaid）资质护理机构人员的强制性的临床评估工具。护理机构通过评估对检查结果、临床指标及功能性能力进行全面、综合的评估，进而以评估结果作为标准制定服务方案。

美国目前已形成了多种服务形式相互交叉的网络，主要包括机构护理和居家及以社区为依托的护理。护理机构必须依据联邦政府设立的标准获得国家认证并取得资质证明，每隔一段时间就要接受资格审查。目前美国存在 4 种专业长期护理机构：护理院、为失智者提供的中介护理机构、针对 21 岁以下住院患者的精神病治疗机构和为 65 岁以上老人提供精神病医疗服务的医院。居家护理目的是让老人在家里就能得到便利的健康护理和生活照料，降低医疗补助成本，减轻财政压力。美国《社会保障法》赋予各州居家服务医疗补助的豁免权，免除对居家服务在获得联邦医疗补助上的限制，让有机构护理资格的人同样有权利选择参加居家和社区护理并获得医疗补助。以社区为依托的护理模式——老年人全面照护服务（program of all-inclusive care for the elderly, PACE）目的是让老人在社区就能得到便利的健康护理和生活照料，降低医疗成本，减轻财政压力。所有的 MDS 评估数据将会首先汇集至每个州的数据库，再汇总至美国国家 Medicare 与 Medicaid 服务中心下设的 MDS 数据库。MDS 数据被用于 Medicare 报销，同时根据 MDS 数据对提供的长期护理的服务质量进行监测。报销金额基于居民根据 MDS 评估结果所享受的服务内容与密度，通过 MDS 数据获得报销已成为养老机构筹资的重

要来源之一。MDS 评估结果对个人、家庭、服务提供者、研究人员及政策制定者均带来影响。

（四）长期护理法律体系

美国老年人长期护理法律体系的建立与完善可以分为 3 个阶段。第一阶段是初创阶段，1965 年美国颁布《美国老年人法案》，在联邦和州建立了美国老龄管理局。第二阶段是发展阶段，从 1967 年开始，美国对《老年人法案》进行了补充和修改，颁布了《反歧视老年人法案》，成立了社会与康复服务部，增加“国家老年人营养计划”。美国关于老年长期护理的法律体系逐渐形成规模，并进行大量与时俱进的修订与补充，设立大量的长期护理管理机构。第三阶段是完善阶段。1978 年开始，《老年人法案》再次修订，规定每个州必须建立“长期护理监察员计划”。1992 年，《老年人法案》修订，增加“弱势老年人权利活动”，为维护老年人的权益做出详细的规定，包括规范长期护理监察员职责，预防老年人受虐待、忽视、长期护理援助发展计划等。2001 年，《美国老年人法案及其修正案非官方汇编文件》对老年长期护理事业管理和服进行评估，不断完善绩效评估制度，推动老年长期护理事业的发展^[1]。

二、居民评估工具

美国 1987 年《综合预算调整法案》（Omnibus Budget Reconciliation Act of 1987, OBRA）规定，具有 Medicare 和 / 或 Medicaid 资质的养老院必须对居住在内的人员开展初始和周期性评估，不论其年龄、诊断、居住时长、支付费用来源。

《美国居民评估工具》（resident assessment instrument, RAI）是美国国家 Medicare 与 Medicaid 服务中心发布的官方评估工具^[2]，它包括 3 个部分：MDS、服务范围评估过程（care area assessment process, CAA）及《使用指南》（utilization guidelines, UG）。CAA 是指导如何

将 MDS 信息转化为服务方案的说明。UG 是 RAI 如何使用的指南手册。本文主要介绍 RAI 工具中 MDS 的内容。

（一）最小限数集

MDS 评估 2016 年 10 月 1 日更新至 RAI3.0 手册，是目前最新的版本，包括以下 21 个大项：身份信息，听力、语言与视力，认知，情绪，行为，生活习惯与日常活动，功能性状况，功能性能力与目标，排尿与排便，活动期诊断，健康状况，吞咽 / 营养状况，口腔 / 牙齿状况，皮肤情况，用药情况，特殊治疗及手术，限制情况，评估参与及目标设定，服务范围评估总结，校正需求、评估管理。具体包含的 21 项内容见表 1。

表 1 美国最小限数集评估工具评估的内容

项目	具体内涵
身份识别信息	分 26 项：记录类型、机构供应商编码、供应商类型、评估类型、单位证明或资质、居民法定姓名、社保和医保号码、医疗救助号码、性别、出生日期、种族、语言、婚姻状况、居民信息选填项、预审查和居民审查、II 级预审查和居民审查情况、智力残疾 / 发育残疾（intellectual disability/developmental disability, ID/DD）其它相关情况、入院日期、入院类型、入院来源、照护日期、OBRA 出院日期、OBRA 出院状态、需进行重大修正的前序评估参考日期、评估参考日期、医保住院
听力、语言与视力	分 8 项：意识昏迷、听觉、听觉辅助、说话清晰度、自我表达、理解他人、视觉、视力矫正
认知	分 13 项：是否需进行简要精神状态面谈、简短精神状态面谈（brief interview for mental status, BIMS）、三词重复、时间定位（年、月、日）、回忆、BIMS 综合分数、是否需由员工进行精神状态评估、员工进行的精神状态评估、短期记忆、长期记忆、记忆 / 回忆能力、日常决策的认知、精神错乱信号和征兆
情绪	分 8 项：居民是否应进行情绪面谈、居民情绪面谈（PHQ-9）、总体严重程度评分、安全警报、居民情绪面谈（PHQ-9）跟进、员工进行的居民情绪评估（PHQ-9-OV©）、总体严重程度得分、员工进行的居民情绪评估（PHQ-9-OV©）追踪

表1 美国最小限数集评估工具评估的内容（续）

项目	具体内涵
行为	分9项：潜在精神病征兆、行为征兆—症状及频率、攻击性行为整体体现、对于居民的影响、对于他人的影响、拒绝护理—症状及频率、游离—症状及频率、游离—影响、症状及行为改变
生活习惯与日常活动	分6项：是否需对居民进行关于生活习惯与日常活动的面谈、生活习惯、行为偏好面谈、日常护理及活动偏好反馈者、是否应由员工对其生活习惯与日常活动进行评估、生活习惯与日常活动的员工评估
功能性状况	分6项：日常生活行为支持、身体洗浴、移动及行走时的平衡、运动功能损伤、移动辅助设备、功能恢复潜力
功能性能力与目标	自我护理（3天评估期）入院评估及出院评估
排尿及排便	分6项：辅助器具、排尿训练方案、排尿控制、排便控制、排便训练方案、排便模式
活动期诊断	分12项：过去7天的活动期诊断、肿瘤（包括转移和未转移肿瘤）、心脏/循环系统、胃肠道系统、泌尿生殖系统、传染病、代谢系统、骨骼肌系统、神经系统、营养、肺部、视力
健康状况	分16项：疼痛管理（5天观察期）、是否需进行疼痛评估面谈、疼痛评估面谈、疼痛频率、疼痛对于身体功能的影响、疼痛程度、是否需由员工进行疼痛评估、疼痛指示、疼痛或潜在疼痛指标出现频率、呼吸短促（呼吸困难）、目前是否吸烟、预后、健康问题、入院摔倒史、入院后或评估前摔倒史、入院后或评估前摔倒次数
吞咽/营养状况	分6项：吞咽失调、身高及体重、体重减轻、体重增加、营养获取途径、人造管道营养输入百分比
口腔及牙齿状况	牙齿、嘴巴或面部疼痛、假牙破损或松动、口腔组织异常（溃疡、肿块、口腔损伤）
皮肤状况	确定压疮的风险、压疮风险、未治愈的压疮、现有各阶段未愈合压疮的数量、腐肉和/或焦痂导致的未闭合的三期或四期压疮或无法分期压疮的尺寸、压疮导致组织损毁严重程度、自上次评估后（OBRA或 medicare prospective payment system, PPS）或上次入院后压疮恶化情况、已治愈的压疮、动/静脉性溃疡的数量、其他溃疡、伤口和皮肤问题、皮肤或压疮治疗方式
用药情况	注射、胰岛素、服用药物
特殊治疗及手术	特殊治疗及手术、流感疫苗、肺炎疫苗、治疗方法、确切的治疗天数、恢复治疗、康复护理方案、医师检查、医嘱
身体限制情况	身体约束

表 1 美国最小限数集评估工具评估的内容（续）

项目	具体内涵
评估参与及目标设定	参与评估、居民总体期望、出院计划、返回社区、转诊
护理范围评估总结	最近一次 OBRA 或 PPS 计划内评估项目总结、护理范围评估及护理计划
校正需求	服务商类型、居民姓名、性别、出生日期、社会保险账号、评估 / 追踪类型、现有报告修改 / 撤销日期 - 只填写其中一项、修改次数、修改原因、撤销原因、RN 评估协调员验证
评估管理	医保 A 部分账单、医保 A 部分非治疗类账单、州政府医疗救治账单、其它国家医疗救助账单、保险账单、完成该评估的人员签名、负责评估完成验证的 RN 评估协调员签名

（二）资源利用相关组（resource utilization groups, RUGs）

资源利用相关组（resource utilization groups, RUGs）是美国 Medicare 于 1998 年在护理院内推行的支付方式，以取代原有以成本为基础的支付方式^[3]，是美国长期护理需求评估的重要部分。它根据患者临床特征和医疗资源的利用程度，将患者划分为不同组别，同一组的患者具有相似的医疗护理服务需求。护理院根据患者的需求情况制定标准化的护理计划，并为其提供标准化的服务。服务收费标准以提供的服务作为基础，同一组患者费用接近，不同组患者费用水平存在差异。该支付方式不仅真实体现了护理院患者的需求，而且可以更合理、有效地利用和配置医疗护理服务资源^[4]。美国医疗保险和医疗救助服务中心（Centers for Medicare and Medicaid Services, CMS）于 2009 年 7 月 31 日在护理院内开始使用第 IV 版 RUGs 支付系统，即 RUGs-IV 支付系统^[5]。RUGs 是在患者分类的基础上指导支付费用，通过评估患者的健康状况和临床问题，将患者划分为 8 个不同的组，再根据其他的指标，如基本日常生活活动（activities of daily living, ADL）分级、情绪状况等，将每组患者进一步划分为不同的级别。RUGs-IV 系统共包括 8 个组、66 个分类级别。

三、经验启示

(一) 健全法律法规，构建长期护理法律体系

美国在推行长期护理保险制度之前，经过了反复、长期的论证才出台了相关系列法律，这使得长期护理保险在运行时有法可依。目前，我国各地已陆续开展长期护理保险试点工作，应当尽快出台关于长期护理社会保险的法律法规。

(二) 建立全面照护服务模式，提供优质服务

美国的老年人全面照护服务（PACE）模式针对老年人的医疗护理救助项目，它的对象是那些需要护理院级别的照顾但能够在社区生活的老年人。PACE 通过多学科小组为老年人提供医疗性服务、康复性服务和社会支持性服务^[6]。它成功地将老年人的短期医疗与长期护理结合起来，使高龄患病老人能够更长时间地在社区中生活。经过多年实践，PACE 模式已经成为一种成功和有效的老年照护服务模式，其成功经验中有许多值得借鉴之处。与入住养老院和养老护理院等机构养老相比，依托社区，为老年人提供医疗、护理及其他服务的社区养老模式有许多优势，我国政府可以倡导将社区养老作为主要养老方式。

(三) 推进长期护理 RUGs 支付方式

目前，我国疾病诊断相关分组（diagnosis related groups, DRGs）支付方式已经成为支付方式改革的趋势。随着医院 DRG 的逐步推广，长期护理机构采取 RUGs 支付方式，实现与 DRG 的有效对接是必然趋势。我国大陆地区有关 RUGs 的研究中，仅建立 4 个资源利用组，划分不够细致，因此我国 RUGs 支付应该完善长期护理机构 RUGs 分组，明确患者分类。在患者分类的基础上，进行护理成本测算，指导护理收费；同时，可以根据每组患者的临床特征制定相应的护理服务内容。

（四）全方位、多角度发展长期护理需求评估制度

长期护理的发展离不开长期护理需求评估制度，长期护理服务对象之间存在着较大的特征差异，不同的老人对于不同种类的服务有不同类型和不同程度的需求。长期护理需求评估可以帮助明确老年人的实际护理需求，包括有何种需求以及需求的程度如何。长期护理需求评估依据服务对象自身需求情况进行等级划分，根据等级划分对应服务机构、服务内容^[7]。因此，亟需完善多维度的科学综合评价指标，开发老年照护统一需求评估工作手册，优化统一需求评估流程，建立全区统一的老年照护综合管理信息平台，培养优质的长期护理需求评估人才，稳定评估队伍，提高评估水平和质量。我国政府应围绕这些重点内容全方位发展长期护理需求制度，为我国建立和完善长期护理制度奠定基础^[8]。

参考文献

- [1] 曹艳春, 王建云. 老年长期照护研究综述[J]. 社会保障研究, 2013 (03) : 56-65.
- [2] Centers for Medicare & Medicaid Services. Long-Term Care Facility Resident Assessment Instrument 3.0 User's Manual [EB/OL]. (2017-01-01) [2018-06-08]. <https://downloads.cms.gov/files/MDS-30-RAI-Manual-v115-Replacement-Manual-Pages-and-Change-Tables-October-2017.pdf>.
- [3] Arling G, Daneman B. Nursing Home Case-Mix Reimbursement in Mississippi and South Dakota. Health Services Research, 2002, 37 (2) : 377-395.
- [4] Thorpe KE, Gertler PJ, Goldman P. The resource utilization group system: its effect on nursing home case-mix and costs. Inquiry, 1991, 28 (4) : 357-365.
- [5] FY 2011 RUG-IV Education & Trainin [EB/OL]. (2012-09-25) [2018-06-08]. https://www.cms.gov/SNFPPS/03_RUGIV/Edu11.asp#TopOfPage.
- [6] 杨晓娟, 丁汉升, 杜丽侠. 美国老年人全面照护服务模式及其启示[J]. 中国卫生资源, 2016 (04) : 354-357.
- [7] 杨颖华, 万和平, 陶雷, 万瑾, 方律颖, 王颖. 国际经验对我国医养整合体系建设的启示[J]. 中国卫生资源, 2016 (06) : 462-465.
- [8] 李津蓉. 澳大利亚老年护理服务业发展的经验与启示[J]. 中国民政, 2017 (09) : 57-58.

（责任编辑：张苹）

澳大利亚老年护理评估工具经验与启示

杜丽侠¹ 丁汉升²

【摘要】 澳大利亚人口老龄化程度较高，其老年护理体系发展较早，相对比较成熟。目前澳大利亚共有4种比较成熟的老年护理体系，每种体系有其专业的评估工具。文章重点介绍了机构护理的评估工具——老年护理资金工具，及其评分过程和标准。该评估工具依据专业的检查和评估量表，较为细致、完善地评估申请者的需求，并且可以提供足够的精确度来确定总体相对护理需求情况和后续的资金，对我国机构护理的评估提供了借鉴意义和参考价值。

【关键词】 澳大利亚；老年护理评估工具；经验

一、澳大利亚老年护理体系的历史发展与现状

近年来，生活质量的改善、平均预期寿命的延长以及出生率的下降导致澳大利亚老龄人口激增。2015年，澳大利亚65岁及以上人口约有359万人，占总人口的15.1%^[1]。而高龄化是澳大利亚人口老龄化的明显特征，2006年澳大利亚人口普查显示，70岁及以上老年人约占全部人口的9%（约200万），到2051年上升到20%（约570万）^[2]。老龄化和高龄化给澳大利亚的老年护理体系带来了重大的挑战。目前，澳大利亚已经逐步建立了较为完善的应对人口老龄化的社会支持体系。本文从老年护理评估的角度，分析澳大利亚应对人口老龄化的长期护理体系，为我国应对人口老龄化的政策制定提供借鉴。

第一作者：杜丽侠，女，助理研究员，硕士

通讯作者：丁汉升，男，研究员，博士，上海市卫生和健康发展研究中心（上海市医学科学技术情报研究所）副主任
作者单位：1. 复旦大学附属华东医院，上海 200040

2. 上海市卫生和健康发展研究中心，上海 200040；上海市医学科学技术情报研究所，上海 200031

（一）历史发展

第二次世界大战以来，澳大利亚的老年护理体系经历了2次重大调整：第一次调整是20世纪60年代，将在医院长期“压床”的患者分流到护理院；第二次调整是20世纪80年代，澳洲政府开始强调家庭与社区照护的重要性。1984年，澳大利亚政府开始实施居家及社区护理的项目（home and community care program, HACC），是澳大利亚影响最大、覆盖范围最广的老年照护项目^[3]。1993年开始实施“社区老年照护服务包”计划，主要向符合入住老年公寓条件的老年人提供家庭个人照护服务。1997年开始，澳大利亚逐步颁布了《老年护理法案》及多个条款，明确澳大利亚老年护理体系发展分为2个主要方面：一是居家养老，二是机构养老，并将当时所有的机构类型全部划入机构养老体系^[4]。同时澳大利亚推出了一系列居家及社区养老服务项目，最终形成了完整的老年护理体系。此外，澳大利亚还有在社区卫生服务中心、护理之家和老年公寓等养老机构开展的一系列老年护理支持性服务。澳大利亚公立医院一般设立社区服务部，或者由医院的老年病科服务延伸提供出院后的康复服务和社区老年服务^[5]。

（二）老年护理体系组成

根据管理方和评估工具的不同，澳大利亚现行的老年护理体系主要由4个独立的系统组成，每个系统有其独立的评估工具。一是家庭和社区护理体系（HACC计划），由州联邦政府于1985年开始建立，其筹资方主要是非政府组织，为在家独立生活的老年人提供维持低层次的需要的基本护理服务。HACC的主要评估工具是最小数据集评估，包括的项目有个人信息、服务对象的环境、照顾者的信息、服务事件的信息等。二是退伍军人的家庭护理计划（veterans home care program, VHC），由退伍军人事务部（Department of Veterans Affairs, DVA）经营，目标是

帮助那些希望继续住在家里但需要少量实际帮助的退伍老兵和战争寡妇或鳏夫。VHC 对申请者进行广泛的信息评估，包括资格和同意服务的信息健康档案，功能简介、认知和行为的筛选、照顾者的情况及补充信息。三是社区老年照护服务包（aged care assessment program, ACAP），由澳大利亚政府给州提供资助，由地方政府具体运作老年护理评估小组（aged care assessment team, ACAT）。评估的工作重点是使用多学科的、多维的方法去评估弱势老年人群的各种护理需求。四是机构护理，主要为不适合居住在家中的老年人提供更高要求的机构护理服务，其评估工具是老年护理资金工具（aged care funding instrument, ACFI）。鉴于篇幅限制及内容的可获得性，本文将详细介绍老年护理资金工具的内容。

二、老年护理资金工具

老年护理资金工具（ACFI）是一种用来测算老年照护服务补贴资金的工具，以服务需求为基础来决定日均补偿费用，它取代了原来以提供服务数量为基础的测算方法，以起到避免过度服务和资源浪费的作用。对申请入住机构的老人，会有专业人员在一个月內使用 ACFI 对老人进行评估。

（一）具体内容

ACFI 由 3 个部分组成：日常生活自理能力、行为能力、医疗保健补充。这 3 个部分又被分为 12 个问题，其中日常生活活动能力 5 项、精神行为能力 5 项、医疗保健补充 2 项（见表 1）。这 3 个部分作为评估的评分标准，每个问题会得到一个评级（A、B、C 或 D）。此外还有心理和行为诊断、医疗诊断仅仅作为记录参考，不作为评分的依据。

表1 澳大利亚老年护理资金工具的主要内容

分类	项目	问题	ACFI 评估证据
日常生活活动能力	营养	护理需要：准备吃 / 正在吃	评估
		援助级别：独立或监督或身体援助	营养检查表
移动	移动	护理需要：转移 / 运动	评估
		援助级别：独立或监督或物理协助或机械提升设备	移动检查表
个人卫生	个人卫生	护理需要：穿衣 / 洗 / 梳洗	评估
		援助级别：独立或监督或身体援助	个人卫生检查表
排泄	排泄	护理需要：卫生间 / 卫生间的使用	评估
		援助级别：独立或监督或身体援助	排泄检查表
自控能力	自控能力	小便自控能力和粪便自控能力	自控能力评估总结表
		衡量指标：频率	自控能力记录 自控能力检查表
精神行为能力	认知能力	护理需求：认知障碍引起的需求	认知能力评估总结
		衡量指标：无、轻度、中度、重度	PAS-CIS 认知检查表 (注：可附上临床报告以提供佐证)
游荡	游荡	护理需求：潜逃或干扰而徘徊	流浪 / 言语 / 身体行为评估和记录； 行为检查表
		衡量指标：频率	
语言行为	语言行为	护理需求：语言行为衡量指标：频率	(注：其他类型的记录可用于完成 行为记录，只要它们包含与提供的记录相同的信息)
		身体行为	护理需求：身体行为衡量指标：频率
抑郁	抑郁	护理需求：抑郁症状	抑郁评估总结
		衡量指标：无，轻度，中度，重度	康奈尔抑郁症量表 抑郁症检查表诊断 (注：可附临床报告提供证据支持)
医疗保健补充	药物	护理需求：药物辅助	源材料表
		衡量指标：复杂性和频率和辅助时间	药物检查表 药物图标
复合医疗保健	复合医疗保健	护理需求：复合医疗保健程序	复合医疗保健检查表
		衡量指标：复杂性和频率	指定的诊断、评估和指示如果在验证时有要求—治疗记录

1. 日常生活活动能力

日常生活活动能力包括营养、移动、个人卫生、排泄和自控能力 5

个问题，其中营养、移动、个人卫生和排泄分为护理需要和协助级别 2 个评估的维度，评估证据是现场评估结合相应的检查表，评估主要是依据护理服务需要的程度。自控能力主要指居民对大小便的控制能力，根据尿失禁和大便失禁的频率来衡量等级。

2. 精神行为能力

精神行为能力包括认知能力、游荡、语言行为、身体行为和抑郁 5 个问题。其中认知能力和抑郁主要是根据专业量表的依据，如 PAS-CIS 认知检查表、康奈尔抑郁症量表等，也可以附上临床报告作为佐证，根据其严重程度确定等级。游荡、言语行为和身体行为主要是根据机构的观察记录，依据其能力损伤程度或频次来确定等级。

3. 医疗保健补充

医疗保健补充，包括对药物和复合医疗保健程序等问题评级，主要依据专业人员的要求，按照所需服务的不同，根据药物服务的时间或者复合医疗保健检查表进行评估得分。

（二）评分过程及标准

对于每个问题，ACFI 均有对应的检查表或者评估量表。评估员需要根据申请者的情况填写检查表，或者根据专业人员的记录或者评估结果填写评估量表。对于一些特殊的问题，例如自控能力，除了需要提供现场评估之外，还需要一些连续的观察或者提供连续记录的数据证明申请者这部分功能的状况。对于认知、抑郁等方面的测评，则需要借助专业的量表才能确定申请者的等级。

对于每个问题的检查表或者评估量表，每个表格中的选项会有对应的得分，并且根据得分算法，最后通过软件或者人工根据其结果对每个问题分为 A、B、C、D 等 4 种水平。对于日常生活活动能力和行为的各 5 个方面问题，每个问题的不同水平对应一个分数，5 个问题相加的

总分会再分为高、中、低 3 个水平。对于医疗保健补充的部分，则是通过矩阵算法，得出高、中、低 3 个水平。12 个问题的评分结果经过计算得到 ACFI 的总分（见表 2），不同分数对应不同补贴水平。

表 2 澳大利亚老年护理资金工具评分计算方法

ACFI	问题	计算方法	资金模型
诊断	精神 / 行为医疗	不参与计分	用于最小数据集 (minimum data set)，支持其他评级与行为补充
日常生活 活动能力	营养	每个问题的 A、B、C 或 D 都有一个分数，总分决定水平	高 (≥ 88 分)
	移动		中 (≥ 62 分)
	个人卫生		低 (≥ 18 分)
	排泄		
行为	自控能力		
	认知能力	每个问题的 A、B、C 或 D 都有一个分数，总分决定水平	高 (≥ 50 分)
	游荡		中 (≥ 30 分)
	言语行为		低 (≥ 13 分)
复合	身体行为		
	抑郁		
	药物	应用于矩阵等于分数	高 (=3 分)
	复合医疗保健		中 (=2 分)
			低 (=1 分)

对于日常生活活动能力，相关公司已经推出了快速计算 ACFI 补贴金额的应用软件，被各个服务机构广泛使用。服务机构向联邦政府卫生老龄部申请每名居民的补贴，卫生老龄部会对服务机构的申请进行审核和验证，并拨付相应资金。

三、讨论与启示

澳大利亚的老年护理体系从 1984 年开始，经历了 30 多年的发展，是目前国际上起步较早、发展较为完善、覆盖不同人群的全面的老年护理体系。它形成了 4 种可以互相转化的老年护理服务体系，并且每种老

年护理服务都有专业的评估工具。作为机构护理的评估工具，ACFI有很多显而易见的优点，比如申请完全是基于居民的服务需求，如果机构对居民比较了解，申请就会非常简单；在机构内的所有居民完成评估后，ACFI可以提供足够的精确度来确定总体相对护理需求情况和后续的资金。ACFI可以为我国机构护理提供借鉴和参考的价值。当然它也有缺点：ACFI并不是一个全面的评估包，将来会考虑更多范围的护理需求；申请文件的准备工作非常费时，申请需要接受常规复查。

从澳大利亚经验来看，一个完善的老年护理体系的建立不是一蹴而就的，需要长期探索和不断的实践，并需要随着国家人口结构变化和经济发展水平不断的调整。立法可以保障体系制度建设运行更加顺利规范，而适合的评估工具则是老年护理服务体系运行的“守门人”，保障制度更有效的进行。这些体系建立过程尤其是各种评估工具经过了长期的实践，可以作为我国建立长期护理保险制度的借鉴，但同时也需根据我国的人口结构、经济发展水平、社会保障体系及人文观念等进行调整和修改，探索适合我国国情的长期护理评估体系和评估标准。

参考文献

- [1] 宁吉喆. 国际统计年鉴[M]. 北京：中国统计出版社，2016.
- [2] 陈红敬，饶克勤，钱军程. 澳大利亚应对人口老龄化的社会支持体系分析[J]. 老龄科学研究，2014（05）：74-80.
- [3] 李虹. 澳大利亚的家庭老年护理服务与我国养老服务体系的建立和完善[J]. 医院管理论坛，2004，94（08）：52-56.
- [4] 张晴晴. 澳大利亚老年护理保障制度研究[D]. 武汉：武汉科技大学，2011.
- [5] 陈蕾，杨凤翔，冯晓敏，等. 老年社区护理服务模式研究进展[J]. 护理研究. 2014，28（08）：899-902.

（责任编辑：信虹云）



研究 传播 交流 影响

Research Dissemination Communication Impact

上海市卫生健康发展研究中心

Shanghai Health Development Research Center (SHDRC)

中国 上海

Shanghai China