

老年人长期照护等级评估工具 发展综述

陈诚诚

(清华大学公共管理学院 北京 100084)

【摘要】我国长期照护保险试点范围的不断扩大,催生长期照护等级评估日趋科学化,其意义在于:精准的评估工具保障是老年人获得长期照护服务的重要依据,也联系着长期照护服务内容设置与服务质量评估,只有科学评价老年人的长期照护需求等级,才可能确保资源配置的公平性与合理性。纵观老年人等级评估相关工具开发过程,可总结三个部分:第一是借用临床护理的单一指标来评估老年人身体状况;第二是开发复合指标全面评估老年人能力;第三是准确评估“长期照护需求”,衔接老年人身体状况与照护服务。在充分理解三个部分的基础上,对于评估工具的属性以及我国未来政策发展方向会有较清晰的认识。

【关键词】长期照护保险;等级评估;长期照护需求;照护认证时间

【中图分类号】F840.684 C913.7**【文献标识码】**A **【文章编号】**1674-3830(2017)4-8-4

doi:10.19546/j.issn.1674-3830.2017.4.003

Review on the Development of Long-Term Care Grade Assessment Tools for the Elderly

Chen Chengcheng (Tsinghua University, Beijing, 100084)

【Abstract】As the range of long-term care insurance pilot programs is continuously expanded, the grade assessment of long-term care is increasingly scientifically based. An accurate assessment is an important evidence for providing long-term care services for the elderly, and is related to the contents of the services as well as the evaluation of service quality. Only a scientific assessment of the grades of long-term care need could ensure the fairness and rationality of resource allocation. The process of developing the tools to evaluate the grade of long-term care need could be summed up into three steps. The first one is employing the single index of clinical nursing to evaluate the physical condition of the elderly. The second one is developing a composite index to comprehensively evaluate the ability of the elderly. The third one is accurately assessing the long-term care demands of the elderly to relate the long-term care services with their physical condition. By knowing the three steps comprehensively, the attributes of the grade assessment and the future direction of the policies in China could be better understood.

【Key words】long-term care insurance, grade assessment, long-term care need; care qualification time

1 引言

随着人均预期寿命的延长、家庭结构的变化,老年人长期照护需

求问题得到我国政策层面的高度关注。“十三五”规划中提出要探索建立长期护理保险制度,2016年7

月人社部出台了《关于开展长期护理保险制度试点的指导意见》,2省15市启动试点。通过对试点城市政策文本的分析发现,长期照护受益人群的选定主要使用基本日常生活

【收稿日期】2017-2-1

【作者简介】陈诚诚,清华大学公共管理学院博士后,主要研究方向:长期照护、养老服务。

活动量表(Basic Activities of Daily Living, BADL量表), 长期护理保险的主要内容是通过对老年人医疗护理需求的评估以提供医院专护, 实践发现仍存在改进空间。

对长期照护需求者的准确评估需要针对政策目的设计评估工具, 选用效度较高的量表筛选受益人群。基本日常生活活动量表(BADL量表)、智能精神状态健康量表(MMSE量表)虽然简易成熟, 但过于单一, 如BADL量表用来测量“独立生活而必须反复进行的、最基本的一些活动”能力,^[1]缺乏对于老年人慢性疾病、认知障碍方面的评估。

老年人等级评估工具旨在筛选出需要长期照护的人群, 如美国健康保险协会(HIAA)描述该部分群体的特点是“在较长的时间内, 患有慢性疾病(Chronic Illness)、认知障碍(Cognitive Impairment)或具有功能损伤(Functional Impairment)的人。”^[2]实施长期照护保险的国家通过实践证明: 除了对受益人群的身体状态做出评估, 更需要对受益人群所需要帮助服务的程度做出客观评估, 找到“身体状态——照护服务”之间的数学逻辑关系。纵观各国的经验, 与使用单一量表相比, 在长期照护受益人群的等级评估时通常兼容了不同量表的部分, 使得评估更为客观、准确。基于此, 本研究将重点论述两方面: 第一, 国外对于老年人照护等级评估工具的理解和开发; 第二, 我国试点地区等级评估工具存在的问题和发展的方向。

2 老年人长期照护等级评估工具的理论研究

表1 单一指标和复合指标的对比

指标	项目	作用	分项目	作用	测量工具
单一指标	日常生活活动能力(ADL) ^[3]	为达到独立的生活而必须反复进行的、最基本的一些活动	BADL	人们日常生活中与穿衣、进食、保持个人卫生等自理活动和与坐、站等身体有关的基本活动	Barthel指数、Katz指数、PULSES、Kenny自理评定
			IADL(工具性日常生活活动能力)	人们在社区中独立生活所需要的关键性的技能	Rivermead、Nottingham、Frenchay
	失智评估办法 ^[4]	对阿尔茨海默病患者的认知功能整体性评估		MMSE、CASI、CDR	
复合指标	国外		德国	依据社会法第11卷第14-15条规定的“长期照护需求”的概念, 将个人卫生、营养、移动、家务管理等四个部分作为评估的主要内容。 ^[5]	依照四个部分的时间消费总量换算成每周的照护平均消费时间, 作为三个等级的依据。
			韩国	韩国将服务的内容分为五大部分, 即躯体机能(ADL)、认知机能、行动变化、看护处理、复健, 共包含有52项。 ^[6]	采用决策树的统计方法计算每个评估者的“照护认证时间”, 划分五个等级。
	国内	民政部	制订为老年人能力评估提供统一、规范和可操作性的评估工具, 科学划分老年人能力等级。量表将一级指标分为四个部分。 ^[7]	《老年人能力评估标准》	

资料来源: 笔者整理。

纵观国际上关于老年人长期照护的评估指标, 可大体划分为单一指标和复合指标两大类。单一指标通常已开发多年, 在各国翻译为不同版本并得以推广, 其信度效度得到充分的检验。由表1可知, 单一指标主要分为两大类, 即在实践被广泛使用的日常生活活动能力评估和失智评估, 也是目前被我国试点地区采纳的评估量表。复合指标指专门为长期照护计划实施而设计, 依据各国长期照护的政策目的, 立法界定“长期照护需求”, 准确筛选出受益人群。

长期照护服务作为伴随人口老龄化出现的一项社会服务, 主要是从医疗护理中逐渐分离出来的, 因此长期照护的评估工具并非腾空出世, 而是借助了大部分康复医疗评估指标。总结以往文献研究, 主要存在以下三个特点。

第一部分是单一指标的相关研究和检验。高小芬等(2014)

通过定量研究发现, 同一护理级别, 不同ADL分级的老年患者每日所需要的直接护理时间及总护理时间差异有统计学意义。^[8]ADL评分能直接反映老年患者对直接护理的需求, 能有效提示老年患者生活自理能力和相应的实际护理需求。Grando(2005)调查发现, 养老院中ADL完全依赖的老年人, 其护理需求量远高于ADL偶尔依赖的老年人,^[9]因此潘昱钦(2004)指出护理工作中应通过评估患者的护理需求, 将其分为不同的护理等级,^[10]ADL以及其测量工具Barthel指数, 已经得到了我国临床老年科的论证和认可, 但对于因认知能力、社会交往能力下降的老年人筛选能力有限。^[11]通常认为对老年人的生活能力、心理及生理需要进行整体性评估, 因此单一指标只能作为评估工具的一部分。

第二部分, 对于符合复合指标的先行研究和检验。境外对于

表2 试点地区长期照护受益人群的评估工具

	南通	长春	青岛
评估工具	1.《日常生活活动能力评定量表》(Barthel 指数评定量表); 2. 入住医疗机构照护床位须符合另行规定的四种情况之一。	符合三种情形之一: 1.《日常生活活动能力评定量表》评定分数低于(含等于)40分的人员; 2. 按国家《综合医院分级护理指导意见(试行)》确定的符合一级护理条件且生活自理能力重度依赖的人员; 3. 体力状况评分标准(卡氏评分 KPS) 低于(含等于)50 分的癌症晚期患者。	1. 按照《日常生活能力评定量表》评定低于60分(不含60分); 2. 接受医疗专护服务需符合另行规定的五种情形之一;接受护理院医疗护理、居家医疗护理、社区巡护服务需符合另行规定的四种情形之一。

资料来源:雷鹏等.我国长期照护制度建设现状与思考——基于青岛、南通和长春的实践探索[J].中国医疗保险,2015(2):23-26.笔者再整理。

复合指标的开发主要从界定“老化衰弱”的概念开始,早期“老化衰弱”一词常用来指日常生活活动功能需他人帮扶的情况,和失能(disability)与并发症(comorbidity)交互使用,被视为同义词。^[12]但Fried et al.(2001)认为老化衰弱、失能与并发症三者并非相同,并发症是会导致老化衰弱的危险因素,而失能为老化衰弱所造成的结果。^[13]Jones et al.(2004)拟订的以综合性评估为标准的老化衰弱指标(frailty index based on a standardized comprehensive geriatric assessment),评估内容分为认知状态、情绪与动机、沟通、活动力、平衡、肠道功能、膀胱功能、日常生活活动能力和工具性日常生活活动能力、营养和社会资源等10个方面。^[14]与之相似的有Rockwood et al.(2005)提出的临床老化衰弱量表(Clinical Frailty Scale),内容包括70项临床常见问题,主要评估认知、情绪、动机、沟通、活动能力、平衡、肠道和膀胱功能、日常生活活动功能、营养、社会资源等。^[15]台湾学者郭梅珍(2013)指出确认老人衰弱的危险性需要包含整体功能能力、心理健康及生理健康三大方面。^[11]郭红艳等(2013)

对老年人“能力”等级的划分方式进行了探索性的研究,通过层次分析法、秩和比法对581例老年人能力进行综合评价后发现,老年人能力应包括日常生活活动能力、心理状态、社会参与状况等多方面。这一结论与民政部出台的《老年人能力评估标准》相吻合(见表1)。

综上所述,老化衰弱测量工具已向着综合性评估老人的概念发展,旨在建立一个客观性较强的指标,使得照护者可依托此工具评估出来的结果,进一步规划照护措施,以改善老化衰弱所带来的问题。然而,从已经实施长期照护保险制度的国家来看,对老化衰弱的复合指标的开发并不足够,还需要与照护服务相对接。

第三部分,对“身体状态——照护服务”衔接复合指标的开发研究。德国对“长期照护需求”的概念从法律上予以界定(见表1)。韩国学者李润景(2015)对长期照护需求(long-term care need)的概念界定为并非单纯的指对象的身体状态、残障程度,而是因为身体状态所需要帮助的程度或照护服务的需求程度。^[16]国内艾斌(2015)曾持相似的态度,他指出国内的现有研究存在两大误区,第一是费用成本越大照

护需求也就越大的费用成本论,第二是老年人失能越严重照护需求就越大失能程度论。将失能程度简单转化为不同照护补助金额,这样的转换不仅依据不足而且固定的补助金额也会随着时间的变化失去意义。^[17]Fries(1994)提出美国实施以照护资源消费量的多少将老年人进行分类的方式,^[18]而德国由专家组参考标准照护时间并根据实际情况评定照护等级,日韩采用照护认定时间与老年人身心状态建立数学逻辑关系推算照护需求等级。

综上所述,老年人长期照护等级评估工具需要测量出老年人整体身体状态所帮助的程度。所以,需要在评估工具设计时,尝试引入“身体状态——照护服务”之间的逻辑关系,以保证量表的客观性。

3 国内试点地区等级评估工具解析

在已试点的地区中,青岛、南通和长春是推出长期照护保险较早的城市,并先后制订了评估办法,如表2。

基于3个地区的实践可见,Barthel指数作为主要的老年人评估指标,南通与青岛又附加医疗专护的特殊情况。长春市将《综合医院分级护理指导原则》与体力状况评分标准(卡氏评分KPS)也作为评估工具之一,其中,《综合医院分级护理指导原则》是卫生部在2009年为规范临床分级护理及护理服务内涵将指导原则展开分级,体力状况评分标准由ECOG(美国东部肿瘤协作组)Karnofsky(卡氏评分,KPS)提出,主要用来检测病人能否正常活动、病情、生活自理程度。另外青岛市在2016年出台了

《关于将重度失能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》，并将《中文简易智能精神状态检查量表》(MMSE量表)作为失智老人的评估量表。

针对已试点地区所采用的试点方式，仅从规定来看具有以下三个问题：

第一，单一量表的选用容易误导长期照护概念。试点地区普遍采用Barthel指数加上医疗护理需求评估的方法作为长期照护对象的选定标准。青岛尤其明显，这主要是由于青岛推行的是医疗型长期护理制度，针对的受益人群为医疗护理需求者。长春所选定的《综合医院分级护理指导原则》主要用于临床护理，也作为医疗护理分级的重要本土化工具。这种办法易于让长期照护的概念误解为医疗护理，导致长期照护政策的错位。出现这种现象的主要原因是：对于长期照护的基本概念界定不清，对于长期照护与医疗服务的边界划分不明。

第二，单一量表对老年人衰弱判断不足。试点地区所采用的评估工具过于碎片化，在各个指标中，并未规范相应的权重。如青岛的失能、医护、失智等划分是分散的，这种方法易造成评估工具效度较差，资源浪费的情况出现。另外，除青岛在2016年末出台了将重度失智老人纳入长期照护保险的相关政策外，其他试点地区对于老年人的失智、社会参与、社区活动等能力考察指标几乎为零。量表简易但覆盖内容狭小，势必造成一部分受益人排除在制度之外。出现这种现象的主要原因是：单一量表对老年人衰弱判断不足，需要引入复合量表。

第三，照护服务内容与指标评价脱节，导致量表的现实意义降低。虽然以Barthel指数为标准划分出等级，但实际上并未按照等级而区别待遇，而是根据照护场所的差异采取包干制度。例如青岛规定：医疗专护170元/人·天；护理院医疗护理65元/人·天；居家医疗护理50元/人·天；社区巡护参保职工、一档缴费成年居民、少年儿童、大学生1600元/年(每周巡诊不少于2次)，二档缴费成年居民800元/年(每周巡诊不少于1次)。^[19]并且其中占比较大的主要为医疗专护。

4 小结

综上，笔者认为，试点范围的不断扩大，催生长期照护等级评估科学化。长期照护评估工具是制度的核心枢纽。客观的、准确的、简易可操作的评估工具是长期照护政策设计中的第一步。精准的评估工具保障是具有长期照护需求的老年人的权益保障，也联系着保险的成本计算、服务内容设置与服务质量评估。基于此，老年人等级评估工具未来的发展方向为：尝试建立老年人能力评估复合量表，除了参考国际经验构架新的维度之外，考虑如何设置量表项目的权重以及如何与能够提供的照护服务对接。即便无法建立长期照护评估工具的“国标”，各地在试点中也要将评估工具的设置趋于客观性和简洁性。■

【参考文献】

- [1] 蔺勇等. 脑卒中患者日常生活活动能力评定, 中国临床康复 [J]. 2002, 6(9): 1249-51.
- [2] 荆涛. 长期护理保险——中国未来极富竞争力的险种 [M]. 北京: 对外经济贸易大学出版社, 2006: 19.
- [3] 刘若琳等. 工具性日常生活活动能力评定量

表在脑卒中患者中的应用 [J]. 中国康复医学杂志, 2011, 26 (2): 187-190.

[4] 谢佳容. 老年人认知功能的指标测量与应用, 医药科技学刊 [J]. 2003, 5 (4): 387-395.

[5] 南宪珠 (韩). 德国长期照护评估工具的现状, 社会科学论丛 [J]. 2012 (12): 31-38.

[6] 韩国健康保险公社官网: <http://www.nhis.or.kr/menu/retrieveMenuSet.xx?menuId=B3000>

[7] 民政局《老年人能力评估标准》(MZ/T 039—2013)

[8] 高小芬等. 医养结合老年科患者自理能力与分级护理、护理时间的相关性研究 [J]. 中国护理管理, 2014, 14 (3): 249-253.

[9] Grando V.T., Rantz M.J., Petroski G.F., et al. (2005). Prevalence and characteristics of nursing homes residents requiring Light-Care. Research in Nursing & Health, 28:210-219.

[10] 潘显钦. 美国加利福利亚临床护理教育系统介绍, 护理学杂志, 2004, 19 (1): 73.

[11] 郭梅珍等. 老人老化衰弱指标临床效度之初步测试, 台湾老人保健学刊, 2013, 9(2): 71-93.

[12] Buchner, D. M., & Wagner, E. H. (1992). Preventing frail health. Clinics in Geriatric Medicine, 8(1): 1-17.

[13] Fried, L. P., Tangen, C. M., Walston, J., Newman, A. B., Hirsch, C., Gottdiener, J., et al. (2001). Frailty in older adults: Evidence for a phenotype. The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences, 56(3): 146-156.

[14] Jones, D. M., Song, X., & Rockwood, K. (2004). Operationalizing a frailty index from a standardized comprehensive geriatric assessment. Journal of the American Geriatrics Society, 52(11): 1929-1933.

[15] Rockwood, K., Song, X., Macknight, C., Bergman, H., Hogan, D. B., McDowell, I., et al. (2005). A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. Canadian Medical Association Journal, 173(5): 489-495.

[16] 李润景 (韩). 老人长期照护保险对象评估工具的效度分析: 以德国和日本的长期照护对象判定为基准, 社会福利政策, 2015 (9): 271-292.

[17] 艾斌. 西藏城市居家失能老年人照护等级评定指标效度的研究 [J]. 中央民族大学学报, 2015, 42 (6): 31-38.

[18] Fries B.E., Schneider D.P., Foley W.J., et al. (1994). Refining a case-mix measure for nursing homes: Resource Utilization Groups (RUG-III). Medical Care, 32(7): 668-685.

[19] 青岛市人社局. 青岛市长期医疗护理保险管理办法 [Z].