

社区居家养老应以整合照料为取向

◆ 王杰秀

截至 2022 年年底,我国有 2.8 亿老年人,预计今年将突破 3 亿。为老服务需求巨大,最需要服务的是失能失智老年人。如何提供服务?从失能失智老年人的服务角度来讲,整合照料很重要,它以老年人的需求为本,同时又能实现养老服务功能的优化整合。



整合照料的内涵和优势

老年人具有身体机能逐渐衰退的同质性,也有各自不同身体状况和问题的差异性。自 20 世纪 80 年代以来,整合照料理念开始在国外流行,成为许多发达国家和地区解决有限的养老服务资源供给与多样化养老服务需求之间矛盾的有效选择。

2017 年,世界卫生组织发布了《老年人整合照护指南 ICOPE》,强调要基于对老年人健康状况的综合评估,提供综合卫生保健等服务,使老年人保持比较好的精神状态,减缓和逆转相应能力的下降。总体来看,整合照料强调的是在照护服务提供及实施过程中,组织结构、供给主体等各个环节、各个层面的积极合作、相互协调,包括医疗、护理、康复、心理服务与社会服务的整合,以及不同医学手段的整合,坚持满足使用者需求和提高服务供给效果的双重导

向,让老年人有更高的社会参与度和更高质量、更有尊严的生活。

为什么要研究整合照料、积极推动整合照料?整合照料有明显的特点和优势,可以从以下三个方面来看。

以人为本。整合照料体现了以人为本,以“被照料者”为中心,围绕老年人需求组织系统化服务,尽可能以无缝衔接的方式向个人提供不间断、连贯性的照料,推动从单一照料模式向复合多元照料模式转型,由照料向支持自理转变,从而提高老年人的满意度。

提高资源整体利用效率。通过各照料层次及部门间资源协调,改变了照料单元“各自为政”的条块化运行模式,使得各类功能性服务(医疗服务、社会照料、家庭帮扶)获得了优化配置的组织载体,提高了照护资源的整体利用效率。同时,在正式照料和非正式照料之间构建整合渠道,使照料服务更具人

文关怀。

促进社会整合与社会团结。整合照料有助于提高社会照料的连续性和有效性,能够防止社会弱势群体进一步边缘化,有利于促进社会整合与社会团结。

国外整合照料模式

通过几十年的探索,国外整合照料模式主要有两大路径选择——机构整合与社区整合。

发达国家都有机构整合的探索,但总体来讲,欧洲国家逐渐形成了各具特色的机构整合模式,即在国家政策的推动下,着眼于照料机构层面的协调,完善和发展新的机构工作网络,整合原有的照料资源,提升服务的可及性和照料的连续性。社区居家整合照料比机构整合照料相对容易。社区整合,也即社区居家制度,是以社区为基本照料载体,将国家机构等照料资源集中调配,相关方面以联合而非竞争式的参与,提供不间断的高质量服务。这种整合模式可以将初级照料、社区照料和社会照料以服务对象为中心整合起来,充分调动各方参与照料的积极性,避免资源浪费。

社区照料资源和机构资源有机整合起来的理念比较抽象,举例来说,美国的 PACE 模式就是

整合照料的经典模式,包括全科医生、专科医生、护士、药剂师、康复师、理疗师、营养师、家庭护理助手、社工、司机等组成多专业综合小组,为会员老人提供全面的医疗、健康管理和生活服务的“打包式”服务模式。PACE 模式的目标人群是年龄达到 55 岁及以上,居住地点在 PACE 的服务区内(通常为距离不超过 25 分钟车程),并且经所在州认证需要入住护理院,但目前能够在社区安全生活的老年人。

从机构设置来看,PACE 机构通常拥有一个包括日间健康中心、诊所、医院、康复中心、护理院等在内的服务网络。日间健康中心是 PACE 机构的核心,里面不仅有配备全科医生和护士的诊所,还有理疗室、娱乐休闲室和健身房。PACE 通过雇用长期签约的工作人员组成相对稳定的工作组——PACE 多学科服务小组(以下简称 IDT)来提供服务。IDT 通常有 1 名医师,1—2 名护理医师,1—2 名治疗师,以及若干护士、社会工作者、病历整理者、护工、司机等。IDT 小组对新参加者首先进行一次综合评估,包括用各种量表评估参加人的生理、心理、认知功能、生活能力等指标,详细记录用药,并获取血液检查、心电图等体检结果;社会工作者将全面了解老人和家属的需求,包括他们的居住情况和个人喜好,根据这些结果制订个体化的整合照料方案。

PACE 模式的服务内容可分为医疗性、康复性以及社会支持性三大类服务。医疗性服务须在指定的医疗机构就诊,包括基本医疗、专科治疗、住院治疗、护理院

照护,如果在参加 PACE 项目后健康情况变化而需要入住护理院,PACE 将为其支付入住护理院的费用并将继续参与其健康管理。康复性服务包括物理治疗、娱乐治疗和心理治疗。PACE 日间照护中心有物理康复设备和娱乐康复设施,并有治疗师给予指导和治疗,部分参加者也可以在家庭访问中得到指导和治疗。康复性服务的目的是恢复和保持参加者的日常功能状态,包括躯体功能和认知能力,减少抑郁症发生等。社会支持性服务一般由专业人员先考察家庭环境,改进可能增加意外的环境因素,如将台阶改为斜坡,在浴室中安装防滑椅子以及扶手等。PACE 还会为老年人的家庭成员提供帮助,包括照护培训、临时看护、心理咨询等。

PACE 模式的筹资和付费方式目前主要有三类:自费、医疗照顾险(Medicare)和医疗补助(Medicaid)。后两者是美国两大主要公共医疗保障计划,医疗照顾险是国家性的保障计划,为残疾人和 65 岁以上的老年人提供医疗保障;医疗补助是国家和州政府共同出资的项目,为所有低收入者或低收入家庭提供医疗保障,无年龄限制。三种付费来源不互斥,医疗照顾险加上医疗补助基本足以支付 PACE 的月费。符合 PACE 收治标准但没有医疗补助资格的老人可以选择用自费方式支付差额部分。PACE 机构没有定价权,其月费标准由医疗照顾险、医疗补助服务中心(CMS)和各州政府,综合考虑老人的各类指标、过往的就诊记录、该地区老人的平均身体功能障碍水平和当地具体政策来决定。各地

PACE 收费标准差别比较大。

我国应大力推动整合照料服务

我国推动整合照料服务,十分必要且紧迫。我国失能半失能老年人超过 4200 万,失智老年人超过 1500 万,空巢独居老年人过半。

从照顾照料的角度看,照料失智老年人比照顾失能老年人更加困难。大量国外的研究数据表明,全球失智老年人走失率超过 40%,噎食比例超过 20%,误服药物的比例在 2% 以上,而有焦躁症状的占到 89% 以上,所以这个群体的照料难度极大。

失智老年人要有单独的区域来进行照护,我国养老机构设置失智专区数量比较少。从我国失能老年人入住机构的情况看,大概有 220 多万名老年人住在机构,但其中失能老年人只有 50 万人,其余大部分为自理老年人。从我国 1500 万失能老人的数量来看,绝大多数失能老人居住在家里。据民政部相关数据,我国空巢老年人比例超过 50%,在一些大城市和农村地区空巢老年人的比例甚至超过 70%,所以整合照料很关键。

经过多年的探索,我国目前形成了在医院设置养老服务,在养老机构设置医疗室、医疗机构的双向合作局面,并采取家庭与社区健康服务中心签约等途径,在医养结合方面取得了一定的进展。但总体来看,仍缺乏强有力的政策支持和运行规范支撑,相关部门间没有形成统筹协调的治理体系;医养结合、整合照料缺乏相应的财政支持;机构层面结合较多,社区居家层面结合较少。

(作者系中国社会治理研究会会长)