

安樂社區 成人養護組織

《美國篇》一九七八—一九八三

一個研究和發展的方案 執行結果總報告

報告人：Rick T. Zawadski, Ph. D. John
Shen, M. S. W. Cathleen Yordi,
D. S. W. Jennie Chin Hansen, M.
S. N.

譯者 陳素卿

安樂社區成人養護組織 (CCODA) 的服務計畫是在衛生署財政局及92-603條法令第222節 (許可證號碼95-P-97239) 的授權下成立的。贊助這個計畫的研究和發展機構包括老人行政部 (18-P-00136/9)、全國殘障研究機構 (12-P-59368/9)、依佛林和威爾特·黑斯二世基金會 (Evelyn & Walter Haas, Jr, Fund)、以及灣區的聯合組織。這份報告是這些作者們的觀點，並不需要去反映上述主管機關及贊助機構之政策。

概論

一九六〇年代早期，由於醫療保險的變遷，開始了老人健康照顧的新紀元。一九六〇年代末期，爲了避免成本階梯式的增加，並尋找一種較人道的方式來提供長期的照顧，因此開始了「機構式的收容」。聯邦法——特別是社會安全法修正案和舊的美國法案——授權去測試新組織的架構和長期照顧財務上的新方法。安樂社區成人養護組織（CCODA）就是長期照顧的範例之一，這個方案的發現將在這份執行總報告中提出。

CCODA對舊金山中國城——北濱（North Beach）——波克·古奇（Polk Gulch）的老人照顧採統一的方式，提出了一個綜合的、以社區爲基礎的報告。所有CCODA參與者必須符合州政府所訂的資格標準，才能獲得二十四小時專業的護理和醫療照顧。從一九七九年開始提供所有健康的及其相關的服務給CCODA參與者，主要是醫療服務。對於每一個獨立的研究和發展單位，計畫、執行和研讀CCODA的服務計畫是他們的責任。

簡言之，CCODA的目標是：

- 藉着建立一個模範的社區成人照顧組織（CCODA），運用健康維護組織（HMOs）的選擇性管理和徵募原則來做長期的照顧。
- 研究CCODA模式之影響，特別是長期照顧的質與成本，以及計畫參與者的健康與福利。

難題：長期照顧

從慢性疾病的觀點來看，依賴老人的長期照顧是一件難事。從一個社會的觀點來看，長期照顧常是少有組織的，非常需要運用到各種不同的服務。

十年來成本已快速的成長，至少增加超過五倍，但對長期照顧而言，普遍上還是不令人滿意。傳統的健康照顧系統中，長期的照顧是片斷的，由許多不同的團體來提供服務，包括醫院、專業的護理機構、家庭健康機構、日間健康中心和私人醫師。這些多重且劃分清楚的服務者，造成服務重疊、行政重複、

各種不同服務間之鴻溝，以及難以獲得適當之照顧。

主要探討的問題是成本的控制、照顧的品質和服務的組織。安樂社區的成人養護組織（CCODA），像其他的聯邦政府之長期照顧計畫，就是被設計來實行這些理念。

組織：安樂老人健康服務

安樂老人健康服務是以社區爲基礎的非營利組織，創始於一九七一年，爲服務舊金山中國城——北濱——波克古奇地區的殘弱及易受傷害之老人。安樂的設計者想協助老年人只要符合社會的、醫療的和經濟的要求，就離開機構回到家中。爲老年人提供社區式的服務系統是它們長期的目標。

一九七二年，安樂社區接到老人行政部（AOA）的研究和行政獎助，建立一個日間健康中心，做爲不適當機構安置之替換所。第一個日間健康中心於一九七三年三月開幕。幾年後，安樂社區的成果激勵了加州議會，在醫療署令下制訂了日間健康服務中心爲永久性的機構。一九七五年，安樂社區這一示範的方案在老人行政部的贊助下擴展了日間健康計畫，並建立了門診病患服務（在宅服務、輕便餐點、住屋協助和一個日間照顧的社會服務）。

計畫：安樂的社區成人養護組織 (On Lok's CCODA)

背景：一九七八年人類發展服務部支持安樂去發展、執行和研究一個「社區成人養護組織」（CCODA），經由CCODA的方案，安樂社區積極的計畫、支持和找尋各種方式以提供各種健康及其相關的服務，從口頭解釋到住院治療，在機構認可的、長期照顧的人口之要求下進行。

一九七九年二月安樂接到了衛生照顧財政部門（HCFR）的承諾，允許對所有門診病患給予健康及有關各項服務之醫療補助。一九八〇年二月增加了住院病人之服務、專業的護理照顧和急診的住院治療。一直到一九八三年十月三十一日，這個方案仍持續的運作着。

安樂成人養護組織的目標是提供高品質的長期養護，以符合計畫中每個人之需求，而且比傳統的長期照顧系統更具成本效益。CCODA與傳統的長期照顧主要的不同有下列五點：

- (1) 社會和醫療服務的整個範圍都被統整成一個單一的健康計畫。
- (2) 大部分的服務其執行與計畫是同一組專業人員。
- (3) 所有的服務是經由單一的資源（醫療保險）所設立的。
- (4) 對於參與者所提供的健康及相關之各項服務，其所有費用都由這個計畫完全控制。
- (5) 這個計畫強調在社區機構內個人的獨立性以及功能上的提昇與維持。

資格標準：參與此一計畫之成員必須是住在中國城——北濱——波克古奇地區內的人，年齡在五十五歲或超過五十五歲，並必須符合接受二十四小時專業的護理及醫療照顧之資格。所有的申請者都需接受安樂社區評估小組綜合的評估，包括醫療的、功能的及社會心理角色等各方面。一個獨立的醫療補助小組重新檢視評估報告，然後決定申請者是否符合資格參加CCODA計畫。一旦加入了CCODA，每一個參與者不論健康情況是否改變都必須持續。換句話說，參與者是被「鎖定」為醫療照顧的目標：只要一個人加入CCODA，醫療保險就不再包含其他的服務；也就是加入CCODA，參與者必須放棄其私人醫師

提供的服務。經由CCODA的計畫，安樂社區管理和從事所有長期照顧的服務，包括以社區為基礎的門診及在宅服務，急診的住院治療和療養院的照顧，以及住屋協助。下面的圖表綜合的說明了直接由安樂社區工作人員或顧問所提供的服務。

CCODA的門診服務包含了由安樂的職員在三個日間健康中心的其中之一或在家提供完整的醫療的、社會的、支持性的服務。住院服務是在有合約的兩個醫院、兩個專業護理機構和一組醫療的專業顧問（例如：外科醫師、麻醉師）所提供。安樂的醫療工作人員在詢問其他各相關部門小組成員的意見後，作成醫院和療養院安置的決定。安置於療養院有時也包括到日間健康中心檢查。所有這些契約的服務都在安樂醫療主任的指示下進行。安樂的職員發現老人住的需求和醫療的、社會的需求已經複雜的交織在一起。雖然不是CCODA計畫



中一個正式的部分，對一些參與者而言，有兩種形態的支持性居住方式可利用：(1)安樂屋，一個有五十個床位的合適房屋設施，在它的地下室有一個成人日間健康中心（於一九八〇年十月開幕）；以及(2)有管理的住屋，租用私人的公寓，五個人住一間，有一個管理員。

基金與授權：與衛生署財政部門協議後接受全權委託的方案，免去所有醫療服務的束縛和限制，包括：一般不涵蓋的專業醫療服務（例如：牙科、藥局）、支持性和預防性的服務，並減少所有參與者共同保險、共同付費的責任。因此，這個計畫可依參與者需求的改變而轉換到不同的服務，當這個計畫必須承擔所有的費用時，控制成本是其基本的目標。

研究：社區成人養護組織之研究 與發展計畫

安樂同時使用三種方式監督CCODA計畫的發展，並研究它在服務形式、效率和成本的影響。這三種方式是：(1)過程分析，是一種定性分析，主要是去描述和解釋計畫和系統發展的問題，包括與計畫有關的資料之收集使用。(2)團體內分析，收集有關CCODA計畫參與者、提供之服務和成本等連續性資料，對用於計畫發展的這些資料進行量化的分析，包括使用多種回歸的技術去評估這些服務對誰最有益處。(3)比較團體分析，是一種量化分析，去評估相關的計畫之影響，使用類似實驗的（前後對照組）設計去對CCODA參與者與傳統長期照顧系統中之老人作比較。

過程分析產生出一些有關計畫發展與運作之資料；團體內分析的發現包括一九七九年一月到一九八三年五月註冊登記的所有四九六位CCODA參與者的資料；比較團體分析的發現是基於一四〇位參與者的資料而來，找出七十位CCODA的參與者，每個人配上一位非CCODA成員的對手，比較團體的資料涵蓋了一九七九年十一月到一九八二年六月這段時間內的資料。詳細分析的資料與方法學等問題的討論，由於篇幅的關係，在這兒省略不談，讀者可以在完整的總報告中，以及安樂社區不同的技術報告中找到（參閱總結報告後面的表列）。

發現

安樂社區照顧系統講究持續性，期望能對長期照顧的品質與成本有正面的影響（參閱假設與發現的總結報告表）。為提供一個完整的概念，主要的發現是依照五個問題來討論：「CCODA是一個適當的、可接受的方法嗎？」「CCODA服務的對象是誰？」「CCODA使用哪些服務？」「CCODA的效果如何？」，以及「CCODA的成本為何？」。

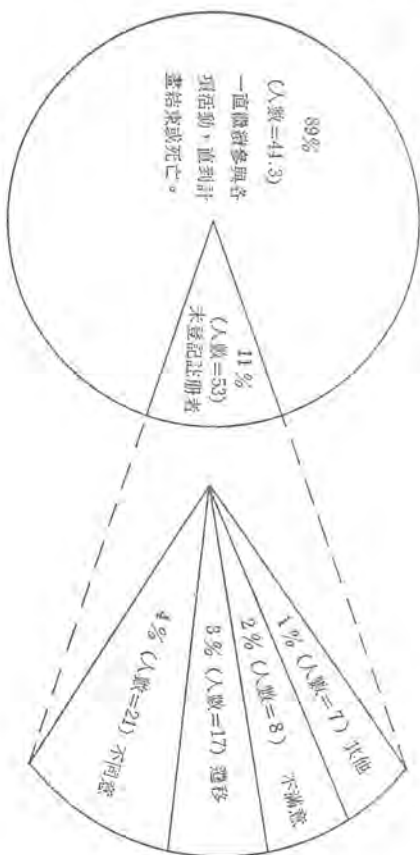
CCODA是一個適當的、可接受的方法嗎？

當CCODA被介紹出來時，很怕現有的服務者會反對。同樣的，老年人抗拒的心理也在預期之中，因為他們必須放棄其私人的醫師，而來CCODA註冊登記。雖然如此，CCODA的經驗顯示：

● 適切性——CCODA服務系統的建立與運作幾乎完全照原來的計畫進行。這個區域的醫院數遠超過志願參與者，他們接受的比例比平常要低，知道將會適時的付款。

社區醫療專家自然的成為安樂顧問小組的成員。有一些私人醫師抗拒安樂對他們病患的最初照顧責任之假設，但是有許多人認為CCODA的統整服務將對他們的病人有好處，也將減少他們住進療養院的比例。

● 接受性——曾經入會且一直持續參與這個計畫者，其中四九六位，只有七%由於不滿意或不同意他們的治療計畫志願退出；未入會者有一半的人在這個計畫的前六個月中退出，大部分是因為不願改變私人的醫師。



由於「鎖定」的特性，擴展是很困難的。潛在的參與者小心的放棄一個已知的團體，而加入一個未來不能保證的計畫。一直到第四年，CCODA這個計畫的容量才達到三百人。

CCODA的服務對象是誰？

CCODA這個團體的成員是由四九六位參與者組成，他們允許參與此一計畫時，既老、且窮、又弱。在這四九六人中，有一五六人在CCODA中是屬「祖父母級」的，因為他們從安樂早期的活動就開始參與，另外的三四〇人是新入會的。這些「祖父母級」的成員，在CCODA之前就已經接受安樂的服務，他們是「殘存者」（病情較重者都已經死了）並已體驗到復健的效果。團體內分析的發現將在下面的圖表中說明（總共四九六人）；比較團體分析的發現較接近老弱的CCODA參與者之經驗。

- 年齡——大約三分之一（六六%）的人年齡超過七十五歲，接近一半（四五%）超過八十歲，平均年齡為七十八歲。
- 性別——在CCODA中男（五一%）與女（四九%）的比例大致相當。對長期照顧的計畫而言是有些不尋常，但各社區的特性不同，而反映出不同的情況（例如：在華人社區中，這一代男性與女性的比例不相稱是因為移民法所導致的結果）。
- 家庭地位——稍稍超過四分之一（一八%）的參與者是已婚的，其他的則是未婚、鰥寡、離婚或分居。平均自言，每個人有兩個小孩，其中有一些已重新安置，有一些甚至不在美國。
- 人種與語言——由於地理區域的不同，大約四分之三（七四%）是中國人，但也有許多其他不同背景的人種，如義大利人、其他的白種人、菲律賓人、西班牙人和黑人。有三分之一（三三%）不會講英文。
- 收入——參與者的基本收入來源是社會安全（七四%）及社會保險金（SSI，四四%）。
- 弱點——參與者大部分都有一些認知上的問題，如：短期記憶（六八%）、長期記憶（六一%）；有一些是膀胱失禁（三六%）或大便失禁（三三%）。

；有許多沒有協助無法進行日常生活的正常活動，如盥洗修飾（四八%）、洗澡（六五%）、穿衣（三六%）。
 ● 診斷——參與者通常都有多種醫療的問題，大約平均每人有五種不同的毛病。用ICDA的檢查目錄，最常見的毛病是神經系統和感官的疾病（七五%）、心臟血管方面的問題（七三%），以及肌肉骨骼方面的問題（三九%）。

假設與發現之結論

假	設	發	現
<p>● 執行的問題</p> <p>● CCODA的計畫是可以運作的。</p>	<p>● 是的，CCODA在一九八一年二月完全的運作。</p>	<p>● 不一定，因為這個計畫是新產品，安樂在徵募新成員上有困難，一直未普及所有的人，直到第三年。總之，在這一段研究期間，除了七%的人不入會，其他的參與者都入會了。</p>	<p>● 是的，在比較團體分析中，CCODA成員使用急診設施的天數比非CCODA團體低約三分之一（總研究天數的二%比三%）。</p>
<p>● 服務的方面</p> <p>● CCODA成員在使用急診設施的天數較少。</p>	<p>● 是的，在比較團體分析中，CCODA成員使用專業護理機構的天數較少。</p>	<p>● 是的，在比較團體分析中，CCODA成員使用專業護理設施的比例為非CCODA成員之一和三分之一之間，全看居住之處所不同而有差異（社區居民：</p>	<p>● CCODA成員在專業護理機構的天數較少。</p>

<ul style="list-style-type: none"> ● CCODA 的成員會比在傳統長期照養的人接受更多專業的健康服務。 	<ul style="list-style-type: none"> ● 是的，比較團體分析顯示，CC-ODA 的羣體比非 CCODA 團體接受到更多、更專業的門診健康服務，除了最初的內科服務外，統計上顯示出有很明顯的差異。 	<p>所有研究天數的八%比二六%；療養院居民：四二%對八六%。</p>
<ul style="list-style-type: none"> ● CCODA 的成員將會接受範圍較廣的服務。 	<ul style="list-style-type: none"> ● 是的，比較團體分析，在長期照顧機構中，CCODA 成員比非成員有較大的比例接受專業的醫療服務（包括：聽覺、牙科和腳病）以及護理、治療、社會服務、三餐和交通等方面的服務。 	
<ul style="list-style-type: none"> ● CCODA 成員的服務需求與所接受到的服務較為一致。 	<ul style="list-style-type: none"> ● 未驗證，由於方法學的問題難以獲得服務需求與服務供給等測量比較的資料。 	
<ul style="list-style-type: none"> ● 在一特定的期間內，對 CCODA 參與者的照顧水準（服務的需要和使用）將較常改變。 	<ul style="list-style-type: none"> ● 不一定。在比較團體分析中，CCODA 參與者比起非 CCODA 成員，在醫療、復健和支持性的服務需求，隨着時間而逐漸減少。在團體內分析中，CCODA 參與者隨着時間、醫療和復健的需求逐漸減少，但支持性服務則逐漸增加。 	
<p>質的方面</p> <ul style="list-style-type: none"> ● CCODA 參與者將在醫療地位及基本技巧上有一些進步，但很少。 	<ul style="list-style-type: none"> ● 不一定，在比較團體分析中，CCODA 參與者比非 CCODA 成 	

<ul style="list-style-type: none"> ● 一個可認定的參與者次團體（如 Post CVA）將顯示出醫療地位和基本技巧上有顯著的進步。 	<ul style="list-style-type: none"> ● 是的，在比較團體分析中，CC-ODA 成員比非 CCODA 成員在功能獨立上有明顯比例的改進。在團體內分析中，CCODA 新會員在加入的前六個月有明顯功能獨立的改善，之後就逐漸減緩。然而先前的參與者，例如先於 CC-ODA 計畫開始前就加入的，就呈現出衰退的現象。 	<p>員在功能傷害的進步上要多一些，但長期下來統計上並沒有顯著的改變。在團體內分析中，由於功能上傷害的不同而改變，CCODA 的參與者只經驗到感覺器官的進步，上肢下肢並沒有改變，失禁的問題更惡化，只有認知功能有短期的改善。</p>
<ul style="list-style-type: none"> ● CCODA 參與者將在較高層次的獨立性上展現其功能，並為他們自己多做一些事。 	<ul style="list-style-type: none"> ● 不能，初步的分析顯示沒有預測的關係，更進一步的分析已在計畫之中。 	
<ul style="list-style-type: none"> ● 功能獨立的改進程度可藉由許多的變數，如醫療的診斷、開始時的功能狀況和年齡來預測出。 	<ul style="list-style-type: none"> ● 未證實，測量滿意度的工具被發現缺乏信度及效度，因為人種的組合與研究羣體間認知傷害的程度不同。 	
<ul style="list-style-type: none"> ● CCODA 參與者對他們所接受的服務將表示更滿意。 		

<ul style="list-style-type: none"> ●CCODA成員隨着時間將展現出對生命較為滿意。 	<ul style="list-style-type: none"> ●未證實，理由同上。
<ul style="list-style-type: none"> ●像一個團體一樣，非正式的支持系統將提供CCODA參與者許多或更多的服務。 	<ul style="list-style-type: none"> ●不一定，在比較團體分析中，CCODA比非CCODA成員接受較多來自他們非正式支持系統的服務。隨着時間兩個團體都體驗到非正式的支持逐漸衰退，最明顯的是接受CCODA團體的個人照顧與家庭雜務服務。
<p>成本方面</p> <ul style="list-style-type: none"> ●CCODA參與者所花費的總成本將會較低。 	<ul style="list-style-type: none"> ●是的，在比較團體分析中，CCODA羣體每個人每天的照顧成本為三十一·五七美元，而非CCODA成員的為四十七·三三美元。當基本居住的時間控制了之後，成本就節省了。
<ul style="list-style-type: none"> ●公共部門花費於CCODA參與者醫療的總成本（醫療補助和醫療保險）將會較低。 	<ul style="list-style-type: none"> ●是的，如果CCODA的計畫已經由「服務付費」來補償，醫療保險分攤CCODA的成本（每個參與者每月四三〇美元）將已比得上殘弱者的醫療保險。同樣的，醫療補助的分攤實際上將比機構醫療補助老人的費用低（大約每人每月是七三五美元比一、三二八美元）。
<ul style="list-style-type: none"> ●公共部門花在CCODA成員長期照顧的成本將低於或等於那些傳統長期照顧的系統。 	<ul style="list-style-type: none"> ●是的，在比較團體分析中，公共部門長期照顧的總成本（包括健康照顧、住宅補助、補助的安全

<ul style="list-style-type: none"> ●公共健康照顧的費用大部分經由CCODA將用在醫療和健康相關的服務上。 	<p>金）對CCODA成員而言，每人每天四十一·六一美元，而非CCODA成員則是四八·二四美元。</p>
<ul style="list-style-type: none"> ●從人口統計學的、環境的和評估的資料，可合理的預測出個人健康照顧成本。 	<ul style="list-style-type: none"> ●是的，傳統的長期照顧系統非常依賴機構式的照顧，只有四分之一CCODA的費用是花在醫院及專業護理機構的照顧上，另外四分之三的經費則用在門診及在宅服務。微超過五〇%的CCODA經費是用在醫療保險，其他的則花在社會的及支持性的服務。
<ul style="list-style-type: none"> ●CCODA參與者所花的公共健康照顧成本應較正常的分配，並公平的用在每個人的需求上。 	<ul style="list-style-type: none"> ●不一定，最初的分析顯示，所有照顧成本的分配在CCODA和比較樣本羣兩者間都是非常不平等的。成本和服務需求之間的關係未驗證。
<ul style="list-style-type: none"> ●從人口統計學的、環境的和評估的資料，可合理的預測出個人健康照顧成本。 	<ul style="list-style-type: none"> ●適度的支持。在團體內分析中，只有少數例外。所有的健康評估指標使高成本和低成本參與者有區別。所有健康評估指數中，生活指數的生理需求在平均每月的照顧成本上，一直是有最大的差異。
<ul style="list-style-type: none"> ●長期照顧成本可以非常穩定的預測出，使得固定按人頭計算的補償可行。 	<ul style="list-style-type: none"> ●暫時支持，沒有足夠的資料可以肯定的說明。在方案執行期間，最初由於住院使用率的不同，成本也有適當的轉變。基於經驗，安樂下了總結：成本是非常穩定

SSI (社會安全保險)

年金

投資

家庭

其他

功能上的依賴

日常生活的活動

穿衣

修飾

洗澡

上厕所

煮飯

家庭雜務

購物

洗衣

醫療上的診斷

神經系統/感覺器官

心臟血管

肌肉骨骼

內分泌/營養/新陳代謝

精神失常

消化

泌尿生殖器官

呼吸器官

血液/血液成分

傳染性的/寄生蟲的

癌症

四四

一五

一一

五

需要協助的比例

三六%

四八

六五

二八

七七

七九

七六

七六

七五%

七三

三九

三四

三一

二四

一一

二一

六

五

四

其他

每個人診斷的平均數為

標準值

* 由於是多種的診斷百分比不加入到一〇〇%

五

四·七

二·一

CCODA使用了哪些服務？

傳統的長期照顧系統經常被批評為太重醫療取向及以機構式的安置為基礎

。CCODA有關服務的使用率顯示：

●急診照顧——CCODA參與者每年住院治療的比例為一千人中五五九人，高於一般六五歲以上住在美國的非機構式老人（一千人中四一一人，USDHHS, 1981），但他們平均住院的天數差不多（CCODA—一〇·三天，一般六五歲以上的人—一〇·四天）。功能損害、認知失調以及一些疾病的情況（如血管疾病、消化疾病、癌症等）需使用到醫院。總而言之，從個人的健康、功能和人口統計學上的特徵，還無法預測到何種照顧的方式最佳。

比較團體分析顯示大約一半（四九%）的CCODA樣本至少住過一次醫院，但在研究期間，少於住院總天數的百分之二是在實際的照顧設備上。CCODA成員住院照顧的天數實際上比起比較樣本羣是少三三%。

CCODA隨著時間而改變醫院的使用率，一九八〇年第一季，CCODA計畫增加了住院服務；之後的十八個月，急診住院的天數平均是每千人共六、四三三天。剛開始急診住院率比起對照樣本（每千人一〇、九五〇天）是低很多。隨著安樂屋的開幕，一個可利用的住宅設備開始運作，也僱用以社區為取向的醫師專業人員，急診住院的天數慢慢減少，之後逐漸下降到每千人三、六五〇天。

●專業的護理照顧——雖然所有CCODA參與者都被認定是需要安置於療養院的，但真正只有一五%住過療養院。大部分（六五%）療養院的病人都是因逐漸康復或需要復健而從醫院移轉過來（平均住的時間是一三〇天）；社區的認同可能是一種較為長遠的安置方式（平均住的時間是二九〇天）。決定使用療養院的重要因素會隨着時間而改變。從第一年，醫療和社會心

理混合的情況轉換為後午期的生理傷害和功能依賴。可預言的，療養院之使用，基於人口統計學的、健康的和功能的特性，比例會較低。在比較團體分析中，專業的護理機構之使用率，對照樣本率高於CCODA樣本有五倍之多。CCODA方案執行期間待在有急診照顧的專業護理機構之天數降低了許多。從一九八一年的每千人高達三二、三五四天，降到一九八三年每千人一三、〇二二天。

●門診照顧——大部份CCODA成員接收到服務最初是在安樂三個日間健康中心，有下列三種不同的門診服務方案：醫療的服務、復健服務和支持性照顧。從超過的服務容量及醫療的服務維持穩定，可看出參與者對持續性醫療處置的需要，而當支持性服務增加時，復健的服務就會減少。

實驗性的醫療和復健服務，與健康情況和生理傷害有關。然而支持性服務和參與者的資源——功能能力和家庭支持較有關。安排復健服務給較年輕的人，或想改變認知的個人可能比較有利於他們。

在比較團體分析中，CCODA比對照樣本有較大的比例接受醫療專業的服務（驗光、脚病、牙科和聽力）、護理、治療、社會服務、三餐和交通工具的服務。

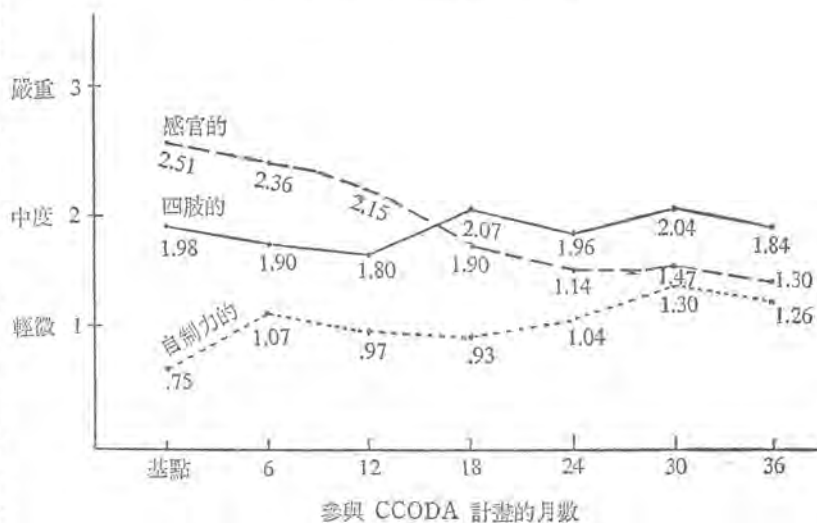
CCODA的效果如何？

參加CCODA團體的脆弱特性及他們有多種的醫療問題，我們可想像是由於逐漸衰退的健康和功能狀況。下面的資料顯示期待中和非期待中的問題：

●福利——身為團體的成員，隨著時間改變CCODA參與者體驗到認知傷害或疾病的復元能力在統計上並無明顯之改變，雖然從趨勢看來，第一、第二年這兩者有逐漸改善，但第三年後則逐漸衰退。同樣的，在四肢或自制力的傷害方面也沒有明顯的改變，但CCODA參與者似乎在聽覺及視力服務上有明顯的進步；感官傷害統計上也有明顯的進步。

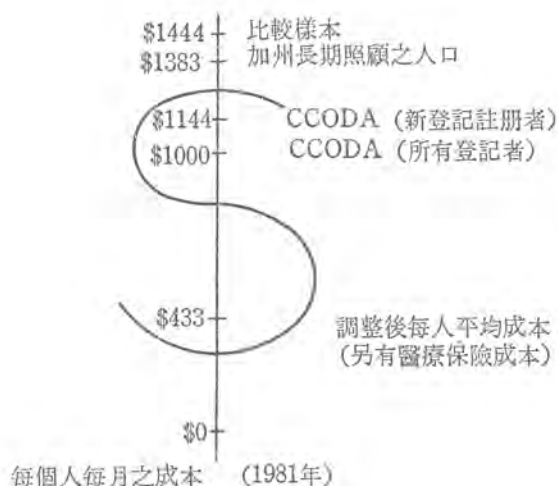
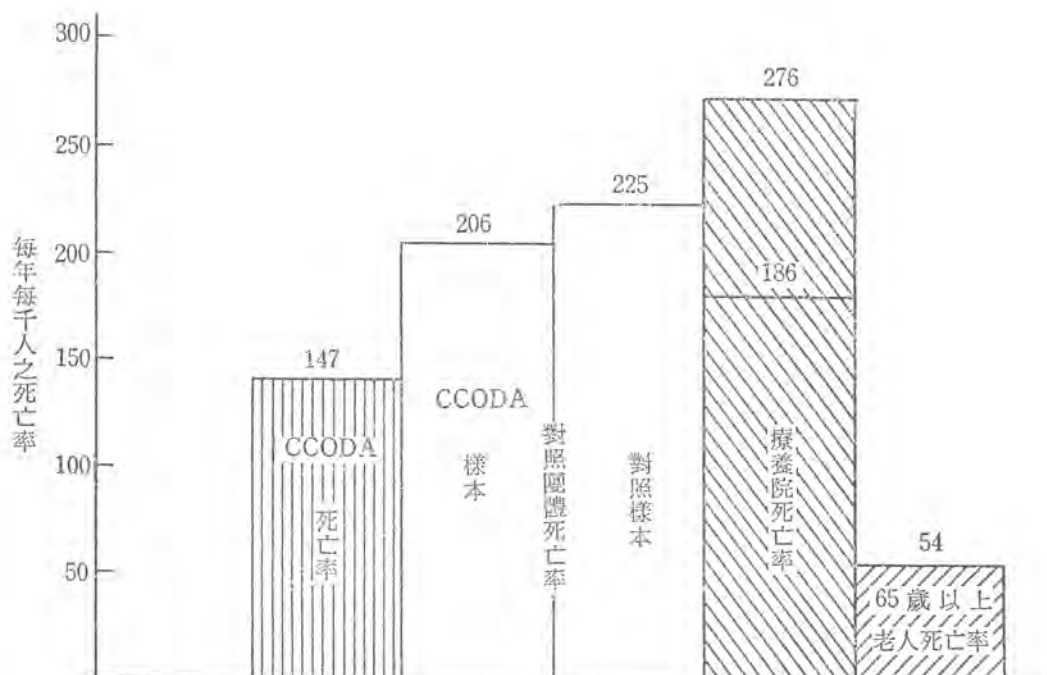
在比較團體分析中，CCODA樣本比對照樣本在所有健康和功能的指標上改善得較多；CCODA參與者生理和心理疾病的恢復能力（如四肢或性無能上的傷害）進步較大；真正生理或心理情況本身進步較小。

在CCODA中不同時間的傷害程度



●死亡率——CCODA參與者的死亡率每年每人中一四七人，大約是一般六五歲以上老年人口（一千人中五四人）的二・七倍，但明顯的低於療養院的比例（一千人中佔一八六到二七六人）。

超過五〇%死亡是發生在註冊登記成為會員的第一年，通常日常生活行動上非常依賴的人和嚴重的癌症患者，以及消化系統疾病患者較常發生這種情況。死亡率逐漸降低，從最初六個月的一千人佔一八一人，到第三年結束的一千人佔六九人。就如我們所預期的一樣，愈健康的人活得愈久。



CCODA成本為何?

在兩年比較團體分析研究期間，十八個CCODA的成員和十七個非CCODA的成員死亡了。當調整了每個團體研究天數的死亡率之後，CCODA和對照樣本羣大致上死亡率相同（每年一千人佔二〇六和二四五人）。

健康照顧的成本，特別是長期照顧，持續快速的提高，大部分是因為現有的補助系統把資源誤用於醫療和機構的服務上。CCODA只要認為必要，可自由的提供服務，沒有考慮傳統的補助限制，呈現出一種不同的成本模式：

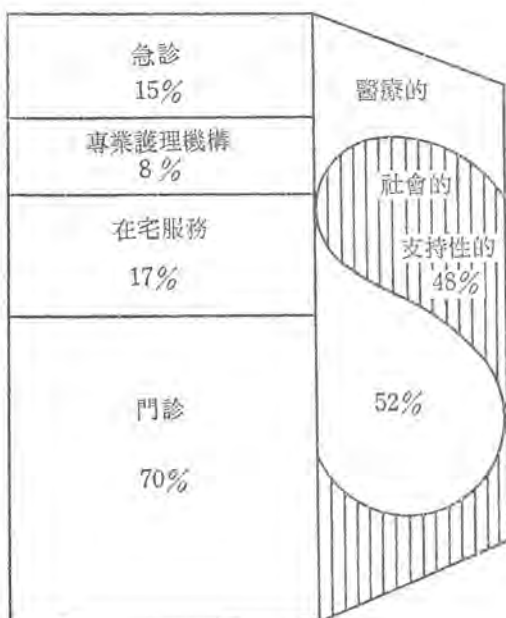
- 成本控制——整個研究期間，平均每個參與者每個月的成本為一、〇〇〇美元，和類似團體的成本花費相比較（由加州長期照顧發展方案所估計），安樂CCODA的參與者每人每月可省下三三三元。

在比較團體分析中，平均每個人健康照顧服務的成本，對照樣本比CCODA樣本高約二六%。隨着社區生活費用的調整，如房租和三餐，對照樣本羣長期照顧的總成本（不論是公立或私立機構）仍高約一二%。

隨着時間個人成本增加，CCODA樣本羣增加的比例少於比較樣本羣。

●資源再分配——當機構式的及醫療取向的服務操控現存的長期照顧系統時，CCODA每月的成本只有二四%是用在醫院或療養院，其餘的七六%是由日間健康中心及老人之家來提供服務。

四八%的照顧成本是用在社會的和支持性的服務，如個人照料、家中雜務、特別看護、營養、交通工具和娛樂服務。

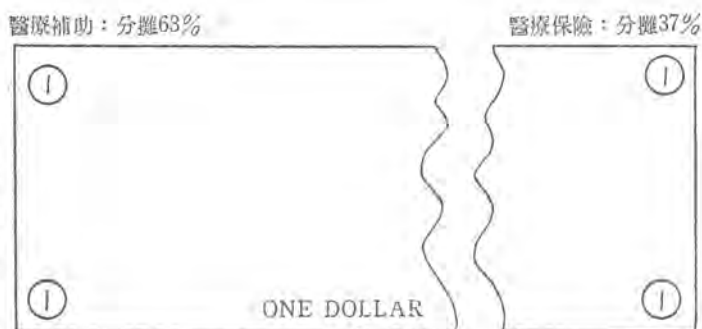


在比較團體分析中，住院成本（急診治療和專業護理機構照顧）佔CCODA樣本羣每日成本的二五%，而對照樣本羣的成本佔八一%。

●傳統資源之成本節約——如果CCODA計畫由傳統的付費服務系統之醫療保險和醫療補助得到補助，安樂已服務了一羣有醫療保險和醫療補助的人，那麼安樂給醫療保險合格的參與者之照顧成本，醫療保險分攤三七%、醫療補

助分攤六三%。

CCODA對傳統資源的成本分配



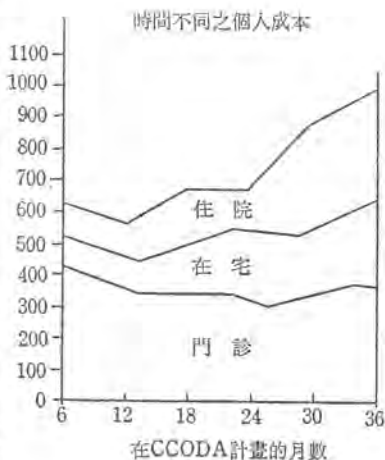
每個月每人所使用的醫療保險費為三七〇元，與舊金山一個類似的團體比較的話（一九八一年，每個人平均成本為四三三三元）。

醫療保險儲金不是來自州立醫療補助計畫的費用。CCODA成本在醫療補助方面的比例（\$六三〇元）遠低於每個月估計的醫療補助費用\$一、三八三元，（加州長期照顧發展方案，一九八一年估計的）。無論如何，這兩個數據是不能真正比較的。CLTCDP估計的醫療補助的是基於療養院之成本（包括房租及日常生活花費）以及部分的醫院及醫師服務成本而來。然而CCODA的成本不包括房租花費，但包括所有健康照顧的花費及部分日常生活費用。

死亡成本：(個人的成本 人數=80)

死亡前六個月之前		死亡前六個月	
\$1083/月		\$2356/月	
急診—19% \$209		急診—44% \$1046	
專業護理照顧—10% \$111		專業護理照顧11% \$261	
在宅服務—12% \$128		在宅服務11% \$266	
門診 59%—\$636		門診 33%—\$782	

●參與者成本的決定因素——成員日常生活的依賴程度是CCODA計畫照顧成本的主要決定因素。其他的決定因素還包括疾病狀況及認知傷害的復原能力。CCODA參與者照顧的成本隨着他們登記註冊的時間長短而增加；當在宅和住院的照顧成本提昇時，門診照顧的成本仍維持相當穩定的狀況。在死亡的前六個月所花的總成本是早期的二三〇%。



討論

CCODA代表一個新方式的標準，建立以社區為取向的長期照顧服務。從上述的說明可知，這個模式對那些服務對象而言是合適的，可接受的。在某些方面而言，這個模式也可說是成功的。由於把CCODA當作一個模範標準，評價出它特質的優缺點是非常有用的。

重點對象是弱者：從概念上、政治上和實務上來考量，安樂的重點是放在老人、殘弱者、機構認可的需長期照顧人口。從實務的觀點來看，安樂經由它成立多年的日間健康中心已經對這些人有了許多認識。從政治的觀點來看，由於對療養院及其高成本的批評，它很容易取得經費的控制權。總之，最令人注意的爭論是：長期照顧的需要快速成長，但在我們健康照顧系統中最容易被忽略。

CCODA計畫着重於殘弱者之長期照顧被認為是一種力量，也是一種資產。經由服務的協調達到節省成本的目的，是值得重視的。總之，廣大老年人口由於政治的考量，只有相當少的人接受到服務，大約是總人數中最貧窮的5%到7%。

安樂綜合專業小組的服務模式，對那些非常虛弱且有多種需求的對象，將不像一般健康者一樣有較高的成本效益。當CCODA變成一個綜合的社區健康計畫之一時，提供給傷害輕微者的服務模式將是不同的，不管該對象是年輕人或老年人。

服務的整合：當許多健康服務的計畫試著去整合傳統不同的服務時，安樂做得比其他的更徹底，發現更多的服務差異性——醫療的／社會的／支持性的、住院的／門診的、急診的／長期的——以發展它的社區成人養護組織。創造一個統一的服務本質，控制所有的健康及其相關服務是它的目標，CCODA提供了工具以達到這個目標。

服務整合是一種福利或義務；可以說兩者皆是，但主要是一種福利。如果有的話，這整合還做得不夠。計畫的資料和許多的個案研究都顯示出擴展社區服務、減少住院天數，兩者都需要高度的技巧，並且急迫的。有些傳統非補助

性的服務(如治療、復健式的技術重建和家庭修正)會減低依賴性。如果有同樣專業的工作人員適當的評價案主之需要,在日間健康中心、醫院設施中或案主家中真正的為案主服務,將會改善持續性照顧的品質,也會減少服務的重覆浪費。綜合服務小組的運用保留了醫師在醫療問題上之重要角色,但允許其他的觀點(如駕駛所提供的資料和治療者的評價)附加於服務計畫中。

換句話說,一個完整的綜合服務小組會議是相當耗時的,必須協調不同的專業去建立一個單一的服務計畫,這過程會產生許多的問題、衝突和矛盾。整合的服務有一些新規範,例如協調生活的質與量;評價持續駐在社區的成本效益;在計畫服務時考量家庭的資源和需要;決定何時停止或減少那些不再有用的服務或增加其他有需要的服務。

住宅服務和一般服務之間的不同,連CCODA工作人員也無法否認。住宅是住院服務的一部分,但不是CCODA社區居民的一部分,在決定服務的需要上常被批評。缺乏高品質的住處,需要額外的服務,甚至重新安置。安樂很幸運的有自己的房屋,它的HUD設施和許多管理的土地,但住宅仍是一個獨立的服務計畫。未來也應把住屋問題整合到長期的照顧上。

統一的補助:CCODA的基本目標是去統整各長期照顧機構為一單一的聯盟,成立一個普通的服務項目,開放給所有合格的登記者,只考慮其需求而無任何限制。統整的組織是有條理的,將有兩種好處:服務彈性和行政管理簡單化,這些好處是可達成的。服務的彈性化是一個有爭議的話題,藉由建立一個單一的,不受限制的聯盟組織,綜合服務小組能够以較低成本為社區服務來取代昂貴的療養院及醫院照顧。另外,它可自由的建立和修正新的服務方式,如危機處理和延緩照顧計畫。

單一資源所形成的一種普通服務項目也使管理和報告簡單化。第二二節中充分授權使得醫療保險的補助得到完整的服務。

當CCODA在服務協調和成本控制方面做的成功時,統整的組織成為最有貢獻的一個因素。有醫療保險的長期照顧綜合性組織,從政治的觀點來看是不切實際的。任何為綜合的長期照顧所設計的實際計畫,必須在財務上運用各種資源,主要的有醫療補助、第三團體保證人、私人付費者,以及醫療保險。下一個挑戰是要去擴充組織的基礎,而不放棄補償的利益。

以成本為基礎的補助:在安樂原本的計畫中是要求以冒險為基礎的補助,但健康保險財政部門(HCFA)覺得該組織太小、太年輕、觀念也太新。所以取而代之的,HCFA預先給安樂所有它需要的款項,然後基於計畫的真正成本再作調整——基本上是一個以成本為基礎的補助。

就如CCODA工作人員的反應一樣,我們也已經預期到,如果完全以成本為基礎來補助,殘弱者的長期照顧是需要高成本的,總之,CCODA的成本是較低的。

由於計畫管理者的態度可能取高成本而捨低成本;第一,他們強烈的取向是社區式對機構式的服務;第二,他們對成本控制重要性的政治理念。CCODA以許多方式來說明這種財政的考量。它先設定一個方案的預算,然後再慢慢增加工作人員以限制門診服務的成本。故意的不提供成本訊息給工作人員(因此當他們作服務的決定時,將不受成本所影響),管理和計畫人員仍繼續的檢視計畫成本和案主的使用率,特別是住院服務,這一部分成本較高且有潛在的大變動。

雖然以成本為基礎的補助提供了一個安全而舒適的環境去發展其服務,但它成本控制的效率就值得懷疑。為了節省CCODA的計畫成本,經由一個機轉,如贊助者願承擔財務上的風險來達到成本控制目標,這樣一個清楚的誘因是必須要有的。

以冒險為基礎的補助方式,轉移贊助機構成本控制的責任給服務決定者。換句話說,給予服務提供者成本控制責任和義務,使其自由的控制服務,並承擔財務責任和風險,其本身就是個合理的成本。

以社區為取向:CCODA由一個非營利的、社區為基礎的組織來發展和運作,強烈的認為與其機構中(醫療或療養院)傳遞服務,不如在社區機構中(日間健康中心或家中)。CCODA以社區為取向不只是一種合適的服務傳遞模式,同時也已在我們的計畫中日復一日的運作着。

這個計畫中所提的社區,地理學上的定義是一種鄰里團體,具有提供實質、非正式的支持給老年居民的傳統。安樂要求社區維持高品質的服務,它三個健康中心的門永遠是開着的。學校團體、家庭成員、各種協會和傳播媒體,透過中心不斷的循環運作,繼續仔細的研討以安排更好的服務計畫。

許多安樂服務人員也來自同一社區，其任務是當綜合服務小組一起工作時彼此監督。更進一步，醫療顧問羣和由社區醫師與衛生專家組成的委員會，定期檢視安樂參與者的照顧計畫，並協助安樂建立其最高品質之服務。確保成本受控之下仍能保持一定品質，CCODA 的社區取向似乎已經扮演了一個主要的角色。

在社區中服務應保證參與者能隨時與計畫提供者或行政者連繫得到，也應確保持續的負責態度和高品質的照顧。

未來的論題

CCODA 在其他地方可行嗎？它是否是一種實際的長期照顧的方式？這些問題值得重視。

歸納力：跨區域是否同樣可行，這種歸納是一個複雜的問題。社區的參與是安樂 CCODA 的重點，對於它在其他地方也能成功的施行，當地社區的投入和控制是值得注意的。CCODA 的特定形式，在某些地方或許不可行。它所憑藉的原則，在其他機構中也必須被清楚解釋，即：假定需冒財務上的危險，而後服務提供者可控制所有的服務。

從政策和贊助機構的觀點來看，CCODA 在有限的經費下能承擔所有的照顧責任，已經是相當令人滿意的了。服務提供者願意去承擔沉重的照顧責任，是因為他們預期了有兩個重要的好處：一是比起一般六十五歲以上的對象，他們有較多的補助金額；二是可以控制所有的服務。

有關以冒險為基礎的醫療保險、醫療補助金，最近發展的情況是否足以歸納出一些結果？決定 CCODA 的原則實際上是是否可以歸納？這個概念應在其他機構試用及研究。

政策的適用性：為普及和持續 CCODA 模式能預期一些永久性政策的改變嗎？基礎是已經在那兒，但障礙也仍然存在。

私立的健康維護組織 (HMOs) 像凱舍 (Kaiser) 一九四〇年就存在了。醫療保險現在已經建立了一套基本的保險費付款標準，就是大家所熟知的調整的每人平均使用成本 (AAPCC)，並允許 HMOs 跨國接受九五%個別的

AAPCC，和其他完全付費的服務一樣。在醫療補助方面，州政府已經控制了補助的模式，有些州，像加州，已經使用了預知式的醫療補助好幾年了。

雖然健康維護組織 (HMOs) 的補助方式是很受歡迎的，但其法規並不適合像 CCODA 這樣的計畫。因為為了禁止差別待遇，其中有些法規基於健康和功能的理由限制機構「挑選精華」，這樣就會禁止 CCODA 只選擇老弱者來參與其長期照顧計畫。另外，一個類似 CCODA 的計畫在概念上是與健康維護組織 (HMO) 不同的。因為 CCODA 參與者已經是嚴重傷病者，預防只是扮演次要的角色，而危險是被視為一種刺激，以獲得高效率的協調照顧。鼓勵服務者找尋最有成本效率的方式，如住院式的、療養院的、日間健康中心或在家照顧的服務。現存的健康維護組織法規必須擴充，新法令必須使長期照顧的冒險基礎式的補助方式成為一個事實。

一個較廣的政策性問題一直存在，即：誰在贊助長期的照顧？今天許多補助的問題源於多種的贊助資源，以及它們不同的限制。贊助機構合理的採取一種防禦心態以保留其資源，這是可原諒的，但企圖拖延其財務責任是不足取的，這個問題重複的出現，不但浪費了資源，並加重個人照顧上，以及把系統視為一整體的困難度。許多整合長期照顧補助的計畫已經作好 (Zawadzki, 1984)。在完整的全國長期照顧政策未施行前，沒有其他的方式比 CCODA 更好，能够解決長期照顧的問題。

結語

一九八一年春，安樂開始和加州政府討論有關 CCODA 醫療補助費用的問題。一九八二年春夏期間，安樂與加州共同提交醫療保險和醫療補助金的授權申請書給健康照顧財務行政部 (HCFA) 以擴展 CCODA 的服務計畫，擴充其服務基礎，包括：醫療保險、醫療補助和私人資源，並使安樂的服務提供者在財務上完全的負責。

一九八三年四月廿三日，國會制定了一個社會安全法的修正案。透過那個法令技術性的修正案，國會委託健康照顧財務行政部 (HCFA) 答應安樂的要求，並執行長期照顧補助費責任制的模式。一九八三年十一月一日安樂開始了那項指示。

參考書目

- ①加州長期照顧系統發展方案。加州長期照顧的計畫（五份報告）。Sacramento：加州衛生福利機構，一九八二。
- ②美國衛生及人類服務部，公共衛生服務、健康研究、統計、方法學室、全國衛生統計中心、全國衛生服務研究中心；一九八一年健康的美國（預防的）D. C. 1981。
- ③Zawadzski R. T. (Ed.)：長期照顧的社區系統紐約·哈臥氏印行，一九八四年。

安樂老人健康服務（長期照顧之財務模式）

一九八三年十一月安樂老人健康服務成為這個國家中唯一能為長期照顧的人口承擔一〇〇%責任的組織。經由住院及門診設施，安樂有責任提供一個包括醫療的、治療的、社會的／支持的完整服務。所有的計畫參與者都是老年人，並獲得州的認可，有資格接受機構式的照顧。安樂負擔所有超過的成本；反過來說，如果費用低於人頭比率，所省下的費用可保留以改善服務品質並保障財務能力。

這個有冒險基礎的財務模式：

- 整合醫療保險、醫療補助和個人的長期照顧財務責任，成為一個單一的、無限制的聯合資金。
- 把成本控制的責任交到服務提供者手上，沒有外在的成本限制（如受制於資格或各項福利）。
- 正面的鼓勵服務提供者適當而有效率的去使用資源，不像「收費服務」一般，講求高度的使用。
- 在特定的人口控制所有健康和社會服務的成本，而DRG和負責家庭健康的機構只控制那些選擇性的服務，簡單的轉換照顧及成本控制的責任。

付費標準

- 一九八四——一九八五會計年度期間：
- 對於一個有醫療保險和醫療補助的合格參與者，醫療保險依照機構的(AA-

PC) 調整的每人平均成本每個月付\$五五〇元；醫療補助付\$九九五元。無醫療補助的老年人需負擔醫療補助的部分；有私人保險者已經開始協議去分攤合理的綜合服務費用。

安樂老人健康服務（冒險基礎的CCODA）

何謂安樂老人健康服務？

安樂社區成人看護組織(On Lok's CCODA)是一個長期照顧的服務組織，也是一個財務系統。這以冒險為基礎的CCODA之設計，主要是在控制成本之餘，也要改進其服務品質。

以冒險為基礎的CCODA，其主要特質是：

- 它的理論基礎——增加殘弱老人之獨立性。
- CCODA提供綜合的健康照顧，以個人需要為主而不受贊助機構的約束。它強調儘量讓老人待在家中或社區，並保證提供適當的醫療、社會的和經濟的服務。

- 它的對象——限於殘弱者和老年人。

CCODA服務的對象是被認定需要（有技術的或有治療設施的）療養院照顧的人，因此它不同於社會衛生維護組織(S/HMO)其對象是所有的老年人。

- 它的服務方式——整合的。

安樂綜合服務小組評估需要、計畫，然後直接執行各種服務，一般而言是由他們自己在固定比例訂有合約之醫院、專業護理機構和醫療專業人員來進行服務。因此，冒險基礎的CCODA不同於完全依賴他人提供服務的經紀人模式。

- 它的服務項目——綜合的、包羅萬象的。

CCODA提供所有健康的或與健康有關的各項服務，包括昂貴的住院及門診醫療照顧，在宅照顧、三餐、交通工作和住屋協助。它的案主同意只接受安樂所提供的服務，因此，它不同於其他有限制長期照顧服務「項目」的計畫。

它的財務——從醫療保險、醫療補助和計畫參與者而來。

就如同這個計畫的名字所暗示的一般，安樂為它的成員提供完整的照顧，而承擔一〇〇%的財務危險。醫療保險、醫療補助和個人應依其權責，每個月擔負其應繳的費用。而每個人每月的平均費用還是低於傳統長期照顧的成本。