



九条通道都读到 100%。
右边那九块，没有随之交出，也不在这本账上。

照护的智慧

未交出的那一份，落在谁身上

没出事 · 交接了 · 转移了 · 稳定了 · 外包了 · 补贴了
不归责了 · 平静了 · 解释清楚了

九次「完成」，都是交出的那一方宣布的。

孔凡鹤 著

照护的智慧

未交出的那一份，落在谁身上

孔凡鹤 著

德麦国际出版社

专著第 72 号

ISBN 979-8-90690-009-8 · US\$20.00

目 次

作者介绍-----	4
导论 谁有权宣布完成-----	5
第一编 求助与交接 "完成"如何被提前宣布-----	7
第一章 没有出事，不等于还有余力-----	10
第二章 交接完成了吗-----	24
第三章 从任务外包到照护闭环迁移-----	38
第二编 能力 什么可以被承接，什么不能-----	56
第四章 不是把老人交给新人-----	58
第五章 关系不可替代，持续在场可以被承接-----	76
第六章 谁可以退出，什么不能被替代-----	97
第三编 事件 平静不是终点-----	116
第七章 免责不是终点-----	118
第八章 平静之后，事件还没有结束-----	138
第九章 当纠错成为下一轮怀疑的证据-----	159
第四编 合论 九处互不重复吗-----	173
第十章 九个"完成"的同一处漏洞-----	175
结语 那一栏在不在-----	178
后记 这本书改了什么-----	179

作者介绍

孔凡鹤

SDE 学员，长期以理论写作处理一类共同的问题：当每一方都在自己的判据上做对了，为什么结果仍然坏掉。

他的写作有一套相当稳定的工序：先指出三种各自成立而互不相容的现成读法，再找出它们共同站着而从不被说出的那一条前提，然后用其中一家自己的材料把这条前提推翻，为被遮蔽的那个机制命名，给出一个可以事后清点的读数，最后与八到十二个最近邻逐一划界并写明什么结果出现时本章必须收缩或撤回。

题域先后落在灾害、存在感、心理治疗、营养、青少年自主性、教育评价等处。在教育评价一线，他提出过认知早产与认知排异两个判断——前者诊断时序（认知搏斗的窗口在上游被跳过），后者诊断识别（生成的沉默前段落落在评价硬件的识别阈值之下）。至本书成书时，他在 SDE 学员专栏收录作品八十九件（含本书；按一部专著抵十篇计，计分九十八篇）。

本书是他第一次把这套工序整批用在同一个题域上：痴呆家庭照护。九章原为九篇独立成稿，各自处理照护链上的一个环节；成书时合并了其中构念相同的两稿，补入九处此前缺席的最近祖宗分界与九处章际分界，并新写导论与第十章合论。

About the Author

KONG Fanhe — A student of the SDE school whose theoretical writing addresses one recurring problem: *why outcomes still fail when every party has satisfied its own criteria*. His method is stable across domains: surface three current readings that are each valid yet mutually incompatible; locate the premise they silently share; overturn it using material belonging to one of them; name the mechanism thus revealed; supply a metric countable after the fact from existing records; and demarcate it against eight to twelve nearest neighbours, stating what result would force the claim to contract or be withdrawn.

The Wisdom of Caregiving is his first book-length application of that method to a single domain — family caregiving in dementia.

导论 谁有权宣布完成

一 九件事，一个形状

先把九件事并排放着。

一位女儿照顾患痴呆的母亲三年，没有走失、没有跌倒、没有一次急诊。评估问她需不需要帮助，她说目前还应付得来。半年后她自己住院，母亲当天被送进机构。

一家人花钱请了住家护理员，合同写明二十四小时。三个月后女儿仍然每天接七八个电话，出差时不敢关机。她说：我买的是工时，买不走的是随时准备被叫回去。

一位儿子把父亲送进日间照料中心。中心的记录很漂亮：用餐完成、如厕完成、活动参与。可只要父亲一有情绪，中心就打电话，儿子必须放下工作赶过去。他说：他们做的每一件事都完成了，只有一件没完成——他们不会把事情接回去。

一位妻子已经八十岁，医生说该休息。她说不行，换了人他就不吃饭。她说的是真的，可她自己也倒下过两次。

一位女儿在母亲入住机构之后，投入的时间反而更多了。她天天去，帮着喂饭、洗澡、跟员工沟通。所有人都夸她孝顺，没有人问她：这算不算交接完成了。

兄妹三人为谁来照顾争执不下。争的其实不是孝心，是谁一走系统就断。妹妹说她可以出钱，哥哥说钱替不了人。两句话都对。

母亲在洗澡时打了女儿一巴掌。医生说这是疾病所致，不是她的本意。女儿点头，第二天照常给她洗澡。没有人说过：既然不归责，那么防止下一巴掌的责任落在谁头上。

一场冲突过去了，老人平静下来，家里恢复安静。三周之后同样的事又发生了一次，比上一次严重。中间没有任何记录，因为"已经过去了"。

母亲说手镯被人偷了。女儿拿出手镯，解释、证明、翻监控。母亲当天不说了，第二天说得更笃定，而且开始说女儿"心虚"。

这九件事分属不同的问题、不同的时间尺度、不同的当事人。但它们有同一个形状：

每一次"完成"，都是由交出的那一方宣布的；而没有随之交出的那一份，落在了没有宣布权的那一方身上——账上没有它。

家庭宣布"这一轮成功了"，成功的代价落在自己身上，不入账。机构宣布"任务完成了"，未完成的待命落在家属身上，不入账。护理员宣布"洗完了"，把偏差接回来的能力没有转移，不入账。医生宣布"不归责"，保护的责任落在被打的那个人身上，不入账。现场宣布"平静了"，事件还开着，不入账。女儿宣布"解释清楚了"，证据基础被改写了，不入账。

这本书要说的就是这一条，以及它在九个不同位置上的九种具体形态。

二 九个位置

九件事各留下一个位置。位置不是“没做完的事”，是结构性的：它规定了当某类情形出现时，谁必须率先发现、谁有权先行动、谁负责确认闭环。一个位置可以在服务全部合格的情况下仍然空着——因为合格的判据里没有这一栏。

章	被宣布为完成的是什么	没有随之交出的那一份	落在谁身上	读数
一	本周没有出事	这个“没出事”是拿什么换来的	主要照护者的睡眠与就医	无事故耗损轮次

二	服务合同已履行	事前无法规定的余项由谁率先发起	家属的随时待命	剩余照护发起权责
三	照护已经转出	偏差发生后由谁把照护接回来	特定的那一位家属	家庭召回债
四	新人已培训、任务已完成	恢复权是否随任务一起转移	原照护者	免召回恢复轮
五	家里“有人照顾”	关键情境中在场义务能否被他人承接	焦点照护者本人	在场义务可承接性
六	补贴已发、喘息已购	老人不会掉出系统由谁持续保障	仍在岗的那名子女	去定人连续率
七	患者已被判为免责	免责之后保护责任转交给谁	被影响的那个家属	免责后保护空位
八	老人已经平静、事件已归档	返场条件是否真的改变过	无人——事件被当作过去	五门闭合与返场许可
九	事实已经讲清楚	被否定的身份由谁修复	照护者独自反复自证	身份防卫性纠错轮次

第四列是关键。**九个位置的默认承接者几乎总是同一类人**，而九处的暴露时点各不相同：有的在偏差发生时暴露，有的在有人试图离开时暴露，有的在事件被判为结束之后暴露，而第一处根本不暴露——它的性质就是不产生信号。正因为第一处不产生信号，其余八处才得以长期空着而不被发现。

第四编会把这九处并排算一遍，回答它们互不互斥、有没有先后，以及若它们其实是同一件事，读者怎么才能发现。

三 为什么这不是一个态度问题

有一种读法会立刻出现：这不就是说照护者太辛苦、社会支持不够吗？

不是。本书九章没有一章的结论是“应当给家庭更多支持”。理由有三条。

第一，宣布权的分布不是善意问题。上面九个场景里，没有一个坏人。医生的免责判定在医学上正确，机构的任务记录在管理上正确，护理员的完成汇报在事实上正确，女儿的澄清在证据上正确。**每一方都在自己的账本上把事情做完了，而漏掉的那一份恰好落在所有账本之间。**增加善意不会改变账本的边界。

第二，宣布权的分布是可以被写下来的。本书九章各给出一个可以事后清点的读数：求助阈值的上移量、离线时长与召回次数、免召回恢复轮次、在场义务的可承接性、操作性召回的审计、去定人连续率、免责后保护任务的具名承接人、返场许可的四个条件、身份防卫性纠错的轮次。**九个读数没有一个要求新增测量——它们全部可以在既有的病历、排班表、通话记录、事件登记与对话转写上清点出来。**这一点很要紧：一件事只要能被清点，它就不再是态度问题。

第三，也是最要紧的一条：九章要的不是“多做一点”，而是“多记一栏”。没有一章主张现行的判定标准错了、服务不该买、免责不该给。九章要的都只是在结论旁边加一栏：**这一次宣布完成的，是谁；没有随之交出的那一份，现在在谁身上。**

四 九章为什么按这个次序排

九章不是九个平行的题目，它们沿一条时间链排列，而这条链的每一节都有自己的“完成”。

第一编 求助与交接：帮助进入之前与之后。 第一章问帮助为什么来得这么晚——答案不是家庭不知道有服务，而是每一轮无事故的成功都在上调他们认为需要帮助的门槛。第二章问买了服务为什么还退不出——答案是合同能穷举任务，不能穷举未知事项，未约定的部分默认回流给家庭。第三章把前两章合成一条可执行的路径：正式照护接住的应当是恢复秩序的能力，而不只是操作的动作。

第二编 能力：什么可以被承接，什么不能。 第四章给出能力转移的最小事件单位——一次偏差发生、由新人接回来、且没有召回原照护者。第五章给出判家庭能力的判据：不是这个人稳不稳，而是他离席之后老人的指标变不变。第六章处理规范面：谁有权退出、什么不能随之被替代，以及为什么"孝的持续"不应等于"同一子女持续在岗"。

第三编 事件：平静不是终点。 第七章处理免责判定作出的那一刻——不归责与不庇护是两件事，而中间有一个没有人认领的空位。第八章处理事件平静之后——五门必须依次闭合，返场需要许可，而"已经平静"是最容易制造假性结束的信号。第九章处理不含冲击的日常：一次成功的事实澄清怎样成为下一轮怀疑的证据。

第四编 合论。 把九个位置放在一张表上，检验它们互不重复，并回答一个必须被问到的问题：这九处会不会其实是同一处的九种说法。

五 本书的证据是什么等级的

必须在开头就写清楚，而不是留到附录。

本书九章没有一章是基于作者自己采集的一手数据。九章的经验成分分三类：一是对公开研究文献的字段审计（例如查已发表的照护干预试验里有没有记录"谁在原照护者不在时把偏差接回来"）；二是对公开框架与指南的条款清点；三是在复合案例上做的场景压力测试，而这些案例在各章都已声明为综合重构，非可追溯的个案记录。

因此本书的地位是：它提出九个可以被清点的读数与九条可以被判伪的判断，而它自己一条也没有在真实队列上跑过。九章各自写明了最便宜的那一次检验该怎么做，其中至少四条可以在既有数据上回溯完成，不需要新采集。若这些检验在三年之内一次也没有被做过，本书就只是一份写得比较细的假设清单，读者有权据此打折。

六 本书不主张的事

四条，写死在这里。

不主张家庭应当退出。 本书反复使用"退出""离席""可承接"这些词，但没有一章主张关系应当被替代。第六章专门处理了这一点：可承接的是持续在场的义务，不可替代的是关系本身，两者必须分开记。

不主张机构做得不够。 九章里被指出漏洞的每一方——机构、医生、护理员、评估体系——在各自的判据上都是合格的。本书指出的是判据之间的缝，不是判据之内的失误。

不主张这些读数应当进入考核。 每一章都写了一节伦理反噬，说明该读数一旦被拿去考核会怎样反过来伤害它要保护的人。第四章那一节列了六种伤人方式，第六章那一节把三门学科反过来对本书的限制写成了条款。这些不是免责声明，是使用条件。

不主张作者比读者更了解某一个具体家庭。 九个读数全部指向流程位置，不指向道德上的有责者。一个家庭在本书任何一条读数上的表现，都不能被读作这家人做得好或不好。

第一编 求助与交接

"完成"如何被提前宣布

第一章 没有出事，不等于还有余力

摘要：许多痴呆家庭并非没有照护压力，也并非完全不知道外部服务，却常在走失、跌倒、攻击、反复急诊或主要照护者住院、崩溃以后，外部帮助才真正进入。本章追问：危机前老人仍被喂饭、服药、清洁并维持安全，究竟意味着家庭仍有剩余照护能力，还是意味着照护者正在以睡眠、本人就医、工作和休息持续补贴任务完成？本章结合异稳态负荷研究、信号检测理论与家庭照护的道德社会学研究，提出“无事故耗损轮次”：照护任务被完成且未产生可见事故，但完成任务以取消或推迟照护者恢复资源为代价的照护轮次。本章的中心判断是：危机迟发不是单纯因为生理负荷终于越界，不是单纯因为家庭风险识别不足，也不是单纯因为孝道压制求助，而是每一次无事故耗损轮次同时完成三件事——消耗恢复资源、抹去失败信号、把既往忍耐重新解释为能力与义务，从而内生地抬高下一轮求助门槛。由此，危机并非首次制造照护需要，而可能只是首次制造一个能够被家庭和服务系统承认的需要信号。本章进一步提出轮次编码、二维辨别格、纵向检验设计与可证伪预测，并以公开照护调查工具的字段审计说明：现有资料能够分别记录睡眠中断、工作损失、无暇顾己与服务使用，却难以在同一时间粒度上识别“任务成功+恢复透支+未出事故”的组合。真正缺少的可能不是又一张负担量表，而是一种能够记录“成功是拿什么换来的”的照护记录。

关键词：痴呆家庭照护；无事故耗损轮次；异稳态负荷；求助阈值；家庭义务；服务使用

No Incident Does Not Mean Capacity Remains

No-Incident Depletion Rounds and the Endogenous Rise of Help-Seeking Thresholds in Family Dementia Care

Abstract: Family dementia care often remains largely informal until a visible crisis occurs, such as wandering, falls, aggression, repeated emergency visits, or the collapse of a primary caregiver. This paper asks whether the absence of such events demonstrates remaining caregiving capacity or merely reflects successful task completion purchased through repeated sacrifice of caregiver recovery resources. Drawing on allostatic-load research, signal detection theory, and the moral sociology of family care, the paper proposes the No-Incident Depletion Round (NIDR): a caregiving round in which required care is successfully completed and no sentinel incident occurs, while the caregiver cancels or postpones sleep, personal healthcare, paid work, or planned recovery because of caregiving. The central claim is that delayed help-seeking is neither reducible to accumulated physiological burden, deficient risk recognition, nor family obligation alone. Rather, each NIDR can simultaneously consume recovery resources, erase observable failure signals, and convert previous endurance into evidence of competence and obligation, thereby endogenously raising the threshold for subsequent help-seeking. Crisis, on this account, may not create the need for support; it may create the first need signal that the family and service system are able to recognize. The paper develops an operational coding protocol, a two-dimensional classification, longitudinal falsification tests, and a public-record field audit.

Keywords: dementia caregiving; no-incident depletion round; allostatic load; help-seeking threshold; family obligation

问题提出：真正需要解释的不是“为什么照护很累”，而是“为什么这么累还不算需要帮助”

在痴呆家庭照护中，有一种极为常见、却很容易被研究和服务制度错过的状态：老人今天吃了饭，药也服了；没有走失，没有跌倒，没有把家里弄出危险，也没有因为攻击行为进急诊。第二天仍然如此。一个星期过去，从老人这一端看，照护仍在运行。

然而，维持这些结果的人，也许已经连续数夜没有睡整觉；原本预约的复诊取消了；因为老人临时出现状况向单位请了假；下午本来可以出去走一小时，最后没有出去；兄弟姐妹本来答应周末来替半天，临时有事，主要照护者又顶上去了。如果研究只记录老人端，会得到一句话：“家庭照护仍然有效。”如果把照护者也算进系统，却可能得到完全不同的判断：这一天之所以“没有问题”，恰恰因为一个人把原本用于恢复自身的资源调进了照护任务。

这种差异直接决定服务何时进入。如果“老人仍然安全、饭仍然有人喂、药仍然有人管”被当作家庭还有能力的证据，那么家庭越善于临时补洞，越可能被判断为暂时不需要外援。照护者自己也会得到同样的反馈：昨天那么难我都扛下来了，今天应该也可以；这一周都熬过来了，再熬一周似乎也没有充分理由找别人。

因此，本研究要解释的并不是一般意义上的照护负担，而是一个更具体的反常现象：越能把危机压住的照护者，越可能推迟得到帮助。真正的理论任务，是说明一次成功照护究竟通过什么结构改变了下一次求助决定。本章把观察单位缩小到可重复发生的“轮次”，追踪“任务完成—恢复资源透支—失败信号归零—求助阈值上移—家庭义务固化—恢复条件进一步减少—危机显形”的时间结构。

应激生理学：身体可以成功适应，同时留下长期成本

McEwen 与 Stellar (1993) 提出的异稳态负荷框架强调，生物体为了在反复变化的要求中维持功能，会持续调动神经、内分泌、心血管与代谢调节机制；短期适应可以成功，同时长期代价不断积累。由此，“适应成功”与“没有成本”不能画等号。

这一点在阿尔茨海默病照护者研究中获得过生理层面的支持。Roepke 等 (2011) 比较 87 名阿尔茨海默病配偶照护者与 43 名非照护者，在控制年龄、性别、吸烟史及相关药物使用后，发现照护者异稳态负荷更高。研究还提示，主观掌控感与生理负荷之间并不存在简单的一一对应关系。这意味着“我觉得自己还能处理”不能直接兑换成“身体仍有充分恢复余量”。

如果只依据这一条路径，家庭在某一天突然垮掉，可以被解释为长期反复适应产生的成本终于超过可补偿范围，危机只是累积负荷达到某一水平后的显性结果。但是，这个解释仍然留下一个关键空白：若身体负荷越高意味着求助理由越充分，为什么很多家庭在负荷已经很高时仍继续抬高求助门槛？异稳态负荷解释了债怎样积起来，却没有自动解释为什么账单没有进入决策系统。

决策科学：没有出事不是空白信息，而可能在推高行动阈值

信号检测理论把“能否分辨信号”与“在多大证据水平上采取行动”分开处理。Green 与 Swets (1966) 指出，观察者不仅存在敏感性问题，也存在决策准则问题；当错误代价、先验概率和行动收益变化时，同样的证据可以产生不同决定。

家庭照护每天都在进行类似判断：现在是不是已经到了需要请护工的时候？今晚老人只是比平时烦躁，还是已经不能一个人处理？我是不是需要请一天假？是不是应该让兄弟姐妹回来？要不要申请日间照料？这些决定并不是从零开始，而会调用过去的成功与失败经验。

昨天老人虽然半夜起来三次，但最终没有走失；上星期洗澡很困难，但最后还是洗完了；那次差一点跌倒，最后被扶住了；那个自己一直没去复诊，但也没真的病倒。每一次这样的结局，都可能进入下一次决策的经验库。问题在于，系统最容易记录的是“结局有没有失败”，而不是“为了阻止失败发生，额外投入了什么”。于是，一次非常昂贵的成功和一次非常轻松的成功，在许多家庭记录中都会留下同一个结果：“没事。”

因此，“没有发生危机”并不只是缺少信号，它可能本身就是方向明确的学习信号：之前这么难都没有出事。Brodsky 等（2005）发现，在社区痴呆和记忆障碍照护家庭中，仍有相当比例照护者未使用服务，而主要理由之一正是认为自己尚不需要这些服务。这一发现不能证明过去的成功直接导致“不需要”的判断，却说明客观压力与主观求助必要性并不会自动同步。

道德社会学：从“我还能做”到“这本来就是我该做的”

家庭照护并不是普通的任务外包。替父亲擦洗身体、处理失禁、陪母亲半夜起床、管理药物、接受反复询问、处理妄想和攻击，同时被置于“女儿”“儿子”“妻子”“丈夫”“家人”的关系中。求助因此不仅是资源配置问题，也是身份与义务的正当化问题。

Egdell（2013）对痴呆非正式照护的研究指出，照护者如何承担、继续和调用支持，是在家庭关系、照护地点和更广泛文化期待中协商出来的。Macleod 等（2017）对 24 名社区痴呆家庭照护者的访谈进一步发现，阻碍服务使用的不仅包括信息难找、服务质量与灵活性，还包括照护者对自身照护义务的理解；反过来，能够把使用服务解释为符合照护角色的信念，也可以成为服务使用的促进因素。

这意味着“家庭义务”不是一根永远朝同一方向压下来的文化杠杆。同样是请人帮助，可以被解释成“我把父母推给别人”，也可以被解释成“我为了让父母得到持续照护，主动安排了更稳定的支持”。真正决定哪一种解释占上风的，往往是家庭过去已经发生过什么。

一个人今天又完成了一次最难的洗澡，连续一个月把夜间照护都处理掉了，老人别人喂饭不吃、她喂就吃；这些事实不仅说明任务完成，还会逐渐形成“她最能照顾”“她最了解”“老人离不开她”的身份判断。最开始承担更多照护可能只是临时安排，后来既往承担本身变成了继续承担的证据。能力不再只是描述词，开始承担规范作用：完成任务开始生产义务。

三条单因解释的共同盲点：都默认驱动方向是固定的

将三个领域推到各自最强的位置，可以得到三条互相竞争的单因解释。应激生理学会说，反复适应消耗恢复能力，累积生理负荷最终使系统更脆弱；决策科学会说，家庭依据可见证据决定是否求助，长期没有事故改变经验概率与行动准则；道德社会学会说，家庭义务决定什么样的求助被视为正当，既往照护历史又不断重写谁被认为有责任继续承担。

任何一条单独使用都会遗漏一个反向作用。若身体负荷是唯一发动者，就解释不了为什么已经非常疲惫的人仍会继续提高求助门槛；若决策准则是唯一发动者，就解释不了准则的代价结构为什么被“孝”“责任”“老人只接受我”等规范持续改写；若家庭义务是唯一发动者，就解释不了为什么一次跌倒、走失或急诊后，同一个家庭会突然接受此前拒绝很久的外部帮助。

三者真正共有的隐藏前提，是把驱动方向理解为相对固定：身体负荷驱动决策，决策阈值驱动求助，家庭义务驱动牺牲。然而三类研究自己的材料都使这一前提站不住。异稳态负荷本身是反复适应环境要求的产物；信号检测的决策准则会被收益、代价与先验概率重新塑造；家庭义务也会在照护地点、服务安排和关系协商中变化。因此，更合适的结构不是一支箭，而是一个会回写自身条件的循环。

核心概念：无事故耗损轮次

本章把这个循环中最容易消失的观察单位称为“无事故耗损轮次”（No-Incident Depletion Round, NIDR）。其定义是：在一个预先界定的照护观察单元中，老人当期必要照护得到完成或按既定照护计划安全延期，没有发生预先定义的严重照护事故；但为了得到这个结果，主要照护者因照护原因取消、压缩或推迟了至少一项原本用于自身恢复的资源。

这里最重要的不是“耗损”。照护者很累并不是新发现。真正重要的是“无事故”：只有把成功结果与恢复成本写进同一个事件，才会看见传统判断为何会失灵。

假设有两个女儿都连续照顾母亲一个星期。甲每天睡七小时，妹妹替她两个晚上，周三正常去看自己的医生，周六下午外出三小时；乙每天夜里被叫醒多次，原定复诊取消，因为老人离不开她拒绝了妹妹替班，周末也没有离开家。两位母亲都没有跌倒、走失或非计划急诊，药物也没有重大错误。如果只看患者端结果，这两个家庭都可以被称为“稳定”；但甲的稳定具有再生产条件，乙的稳定正在吃掉自己的再生产条件。无事故耗损轮次要捕捉的正是第二种。

二维辨别格：危险的一格恰恰可能全部“合格”

为了把“患者端结果”与“照护者恢复资源”从一个笼统的“家庭是否稳定”中拆开，本章建立一个二维辨别格。第一轴是照护任务是否被完成且无严重事故，第二轴是照护者的恢复资源是否被保留。

表1 患者端照护结果 × 照护者恢复资源的二维辨别格

真正危险的不是已经失败的一格，而是右上角的“成功”

现有医疗、安全和服务机制最容易识别表1右下角：跌倒发生了、走失发生了、攻击造成伤害了、照护者住院了、老人反复进急诊了。这些事件有明确时间、地点与记录，较容易进入医疗和社会服务流程。

本章真正关注的是右上角。它具有三个特殊性质：第一，短期结果是好的；第二，没有失败事件替照护者发声；第三，这次成功会提高下一次继续用同一种办法的概率。因此，它不仅难被看见，而且会通过自己的成功保护自己不被看见。

“今天又熬过去了”从来不是中性句子。它同时意味着：今天的任务完成了；今天的恢复没有完成；今天又少了一个证明“不能再这样下去”的外部事件。

轮转机制：一轮如何写进下一轮

第一步，恢复资源先动。老人夜里异常活动，照护者原本的睡眠时间被调用；她起床、安抚、找东西、陪走动，老人重新入睡。任务完成。如果第二天没有事故，这一轮首先发生的是恢复资源向照护任务转移：身体承担了成本，但患者端产生的是成功结果。

第二步，失败信号归零。第二天向家人描述时，最容易出现的总结不是“昨晚我被迫取消了三个小时恢复”，而是“昨晚闹了一阵，后来没事了”。“没事”把过程压缩成结局。医疗与社会服务系统如果主要接收跌倒、急诊、严重行为和功能失代偿，也会得到同样的压缩版本：暂无新事件。于是，第一次牺牲没有转化成升级信号。

第三步，成功被解释成能力。人会从行动结果反推能力，家人也会如此：“她还是处理得了。”照护者自己也可能这样解释：“虽然累，但是好像还可以。”忍耐没有只停留在过去，它被写成一个关于未来的判断。

第四步，能力被解释成义务。一旦一个人被视为最能处理，继续由她处理就开始显得最有效率。老人更依赖熟悉的人，其他家属减少参与，专业服务也更容易把她当作主要接口。“她最会”慢慢和“她应该”粘在一起。

第五步，下一轮恢复资源更早被取消。下一次老人夜间出现情况时，家庭甚至不再进行完整的替班讨论；主要照护者直接起来。下一次医院预约冲突时，她更快取消自己的预约。下一次兄弟姐妹提出“要不要找人”时，她更可能说“先不用吧”。于是，第二轮的发动点已经和第一轮不同：第一轮可能由突发照护需求发动，第二轮则可能由已经形成的义务预期发动。

第六步，身体重新成为发动者。睡眠、工作、健康管理与休息持续被调用以后，注意力、反应速度、疼痛、情绪调节和自身疾病会反过来改变照护过程。为了维持同样的患者端结果，照护者需要投入更大的补偿。只要补偿仍然成功，“无事故”就再次出现。

第七步，直到出现一次无法被补偿的事件。老人真的走失、没有及时被扶住、攻击无法控制，或照护者自己因急性健康问题无法继续。此时看起来像问题突然发生，其实更可能只是第一次出现一个家庭无法再用额外投入消除的事件。

危机的第二种作用：解除求助的举证责任

在通常语言中，危机是需求急剧增加的时刻。但在本章结构中，危机还有第二种作用：它改变谁需要证明什么。危机以前，想请护工的人要解释为什么“现在就需要”，想让兄弟姐妹回来的人要解释为什么“自己不能再坚持”，想申请正式服务的人要拿出足够严重的情况。举证责任在求助者。

危机以后，拒绝增加帮助的人反而要解释为什么“出了这么大的事还不改变”。举证责任发生倒转。一次跌倒不仅造成伤害，还会生成医疗记录；一次急诊不仅处理症状，也会生成可传递的严重性证据；照护者住院不仅减少劳动力，还会使“她不能继续承担”获得一种不需要道德辩护的外部证明。

因此，很多家庭看似是在危机后才“需要”帮助，更准确的表述可能是：危机后，帮助终于不再需要那么高昂的正当化成本。危机并不一定首次制造需要，它可能只是首次制造了一个能够被家庭、亲属网络和服务系统共同承认的需要信号。

服务系统为何也会被“任务完成”欺骗

把责任全部归到家庭文化同样过于简单。正式服务有自己的观察限制：医生看到一次门诊，社区人员看到一次访视，社工看到一次申请，急诊看到已经发生的事件，而家庭每天完成的大量微小补偿很少进入这些记录。

如果医生问“老人最近安全吗？”回答可能是“还好”；问“药能按时吃吗？”回答“能”；“有没有走失？”“没有”；“有没有跌倒？”“没有”。这些答案都是真话，但它们没有回答另一个问题：这些结果是由什么代价换来的？

只观察患者端功能的系统，在逻辑上无法区分“老人安全，因为家庭资源充足”和“老人安全，因为一个人把自己的恢复资源全部挪过去了”。因此，这首先是一个观测变量缺失的问题。只要记录表中没有“为了完成照护，谁取消了什么”，完成率越高，系统看到的反而越像稳定。

公开资料的最低成本检验：现有调查看见了很多“累”，却很少把“累”绑回那一次成功

为了避免把“无事故耗损轮次”停留在纸面推演，本章对公开调查工具进行一次字段层面的最低成本检验。检验前先写下一个要求：如果大型照护调查已经能够直接识别 NIDR，它至少需

要在相近时间粒度上同时知道四件事——照护任务是否被完成；患者端是否没有发生预定严重事件；照护者是否因这次照护取消了恢复资源；随后是否发生求助、服务接受或危机。

2026 年发布的 National Study of Caregiving IV (NSOC IV) 用户指南已经包含相当丰富的照护者信息：照护压力、睡眠中断、健康状况、照护造成的工作损失、支持网络、服务使用以及服务寻找等都被分别记录。这说明许多“零件”已经存在。

但是，这些字段主要在过去一个月、过去一年等时间窗口分别采集，并没有把某一次或某一天的“照护成功、没有事故、睡眠或工作被牺牲、下一次求助决定”锁在同一个轮次上。由此，本次公开资料检验得到一个不利结果：现有公开调查工具不能直接复算本章提出的无事故耗损轮次。

这一不利结果迫使本章削弱原本更强的说法。本章不能声称“现有数据已经证明无事故耗损轮次普遍存在”，也不能给出其人群发生率。能够成立的是更窄的经验判断：现有大型照护调查已经分别看见恢复损失、负担、服务使用和照护活动，却缺少能够判断“患者端成功是否由照护者端透支换来”的共同时间索引。这个缺失本身构成未来测量设计的明确任务。

操作化：如何记录一个“无事故耗损轮次”

为了防止这一构念退化成“感觉很累”，本章给出固定的研究编码口径。理论上，“轮次”是一项照护需求从出现到处置、再到恢复窗口关闭的完整过程；但家庭生活中的任务高度重叠，强迫照护者逐任务记录会制造新的负担。因此，在首轮实证研究中，建议把“照护日”作为最小统计粒度。

主读数记为 NDR7，即最近连续 7 个照护日中，被编码为“无事故耗损轮次”的天数，取值 0—7。一个照护日只有同时满足两个条件才记 1：第一，当天预先列入个体照护计划的必要任务均被完成，或按照既定安全方案延期、替代，同时没有发生预注册的哨点事件；第二，因为照护需要，照护者至少损失一项预先存在的恢复资源。

恢复资源限定为四类：睡眠、本人医疗、工作、预先安排的恢复性休息。研究默认编码可以采用以下边界：睡眠机会因照护减少至少 60 分钟；本人已经安排的医疗就诊、治疗或检查因照护取消或延后；已经排定的有偿工作因照护减少至少 60 分钟；已经预先安排、时长至少 60 分钟的休息、运动、社交或独处恢复时段，因为照护完全取消或被压缩到 30 分钟以下。

上述阈值不是临床危险线，而是用于提高记录者之间的一致性。正式研究必须在观察开始前固定，并进行阈值敏感性分析。哨点事件应包括预先定义的走失、需要额外医学评估的跌倒、造成伤害或迫近严重伤害的攻击、非计划急诊、需要紧急处置的重要用药错误，以及照护者因急性身体或心理状态无法继续维持当日基本安全。

边界条件必须写清。若老人拒绝洗澡，家庭按照原定计划安全延期，而不是强行完成，仍可记作“任务得到管理”，否则指标会诱导家庭为了保持“成功”而压制老人的拒绝。照护者因为自己看电视而少睡一小时不算；因为天气取消本人就医不算；因为单位临时停工减少工作时间也不算。这里测的是一切生活损失，而是被照护需求直接挪用的恢复资源。

清点手册与统一口径

NDR7 在全章只采用一个定义：最近连续 7 个照护日中，同时满足“必要照护已完成或安全延期+无哨点事件+至少一项恢复资源因照护被取消、压缩或推迟”的天数。粒度固定为照护日，分母固定为 7；不足 7 个连续可观察照护日时记为“不可估计”，不能将可观察日数直接作为分母计算另一个比例。

编码规则至少包括五条：一是恢复资源必须在照护需求出现前已经存在或能够被合理识别；二是损失必须能归因于照护；三是患者端“完成”允许安全延期与替代，不等于强行完成任务；四是哨点事件一旦发生，当日不计入 NDR 而单独记为危机日；五是同一天同时损失多项恢复资源仍只记一个轮次，但各损失类别分别保留。

该读数的用途是描述照护安排的位置结构，而不是评价人的道德品质或“抗压能力”。NDR7 高，甚至可能发生在最能完成任务的人身上。因此任何研究或服务系统都不得把它用于证明某个照护者“能力差”。

纵向研究设计：真正重要的不是相关，而是先后顺序

如果 NIDR 只是给“照护负担”换了一个名字，这一概念没有存在必要。它必须给出传统负担概念不必然产生的时序预测。本章建议进行至少 12 周的社区痴呆家庭纵向研究，每日记录 NDR，每周测量一次求助行动准则，每月记录照护者健康或生理指标，并连续记录正式服务接触与哨点危机。

照护负荷本身必须同时记录，包括 ADL/IADL 依赖、行为和心理症状、每日照护时间、夜间照护次数、经济资源与服务可及性。只有这样才能面对最强竞争解释：“这一切其实不就是因为照护工作太多吗？”如果只是绝对工作量过大，那么控制照护小时数、功能依赖和行为症状以后，NDR 不应再提供独立预测。

六条可裁决的轮次预测

第一，控制当周总照护小时和患者症状严重度后，第 t 周 NDR7 增加，应先于第 $t+1$ 周求助行动准则向更保守方向移动。

第二，在恢复损失相近的情况下，“任务仍然成功、没有哨点事件”的耗损日，应比“已经出现明确失败信号”的耗损日更容易伴随下一周求助门槛上移。这是本章与“纯粹累积疲劳”最重要的区别。

第三，连续多轮成功以后，“我还可以继续”“目前没有到必须找人的程度”“既然之前都是我做，现在仍由我做最合适”等判断应增加，并先于下一轮恢复资源再次被取消。

第四，NDR7 持续累积时，照护者健康或生理耗损指标随后恶化；但身体指标恶化本身并不总是立即触发求助。

第五，一次显性危机发生以后，即使患者 ADL、基础疾病和总照护时数在危机前后没有突变，正式服务接受概率仍可能突然上升。若观察到这一结构，危机改变的就不仅是“客观需要”，还包括证据地位与求助正当性。

第六，在外部服务被重新解释为“履行责任的工具”而不是“退出责任”以后，家庭义务感可以保持不变甚至增强，而 NDR 下降。若成立，就不能再把孝道与专业服务简单写成一条跷跷板。

与照护生涯研究的分界：角色囚禁说的是留下，本章说的是不报

在照护研究里，最接近本章的一支不是负担量表，是照护生涯研究。安尼申塞尔一路的纵向工作提出过一个概念：**角色囚禁**——照护者清楚地知道自己想脱身，却因为没有可接的人而留在岗位上，并且这种“想走而走不了”的状态本身独立地预测抑郁与健康恶化。

这一支说到哪一步：它承认耗损可以在没有任何事故的情况下累积，也承认照护者能够准确报告自己的状态。它的落点是“留下”这个事实与它的心理后果。

分离线在于**报不报**。角色囚禁预设照护者自己知道并且能够说出“我想走”；本章说的是另一件事——照护者不但没有说想走，反而在每一轮成功之后**上调自己认为需要帮助的门槛**，因此在任何一次问卷上都会答“目前还应付得来”。两者可以同时为真而方向相反：一个人可以既处在角色囚禁之中，又在求助意愿题上给出比半年前更低的分。

判定形式：**在同一批照护者身上同时测角色囚禁与求助阈值，并按“上一轮有没有出事”分层。若两者同向变化，本章可并入角色囚禁；若一轮无事故之后角色囚禁分不变而求助阈值上移，则两者管的是两件事。**这一条不需要新样本，任何一份含重复测量的照护者队列都可以回溯。

还有一条更早的祖宗必须点名：鲍尔斯在二十世纪八十年代按“照护者自己认为在做什么”把代际照护分成过程性、保护性与预期性等几类，其中**保护性照护**指的正是为了不让老人察觉自身衰退而额外付出、且刻意不外显的那一份劳动。它与本章的耗损轮次同形，但它的解释项是“保护老人的自尊”，本章的解释项是“上一轮的成功改写了下一轮的判据”。**若把保护动机测出来之后阈值上移消失，本章的机制不成立。**

与“照护者负担”的分界

Zarit、Reever 与 Bach-Peterson（1980）关于失能老人亲属负担的经典研究开启了照护者负担的系统测量。此后，caregiver burden 成为痴呆照护研究的核心语言之一。本章不试图取代负担研究，而是指出两者在同一个家庭上可能给出不同分类。

一个照护者可以主观负担很高，却已经拥有稳定替班和足够休息，此时负担高但 NDR 未必高；另一个照护者可以说“还好”“习惯了”“我能处理”，却连续取消睡眠与本人医疗，此时主观负担未必极高，但 NDR 可以连续出现。Roepke 等关于异稳态负荷的结果也提醒，主观过载与生理累积成本不能假定一一对应。

判决性的经验比较是：若控制主观负担后，NDR 仍能预测下一周求助准则变化，而负担不能解释这部分顺序，则本章对象不能被“照护者负担”吸收；若 NDR 一旦控制负担便失去全部独立信息，则反之。

与“照护压力过程”的分界

Pearlin 等（1990）的照护压力过程模型已经把照护压力理解为一组相互关联的过程，区分直接来自照护的主要压力源，以及工作、家庭角色、自我概念等次生压力，并把社会支持和应对资源纳入整个过程中。这是本章最危险的近邻之一，因为睡眠、工作、角色压力和资源损失几乎都可以放进压力过程模型。

真正的分离线在于：本章关心的不是这些压力有没有累积，而是一次“成功完成”是否删除了本来应该由这些损失产生的升级信号，并因此改变下一轮求助准则。如果两名照护者拥有相同照护时数、相似角色压力和相似资源损失，而其中一人的这些损失总是伴随“任务成功、无事故”，另一人的损失不断产生可见失败，那么本章预测前者更可能出现求助门槛继续上移。一般压力过程模型并不必然产生这一方向预测。

与“偏差正常化”的分界

从形式结构看，本章最危险的外领域近邻是 Diane Vaughan（1996）在挑战者号研究中提出并广为传播的“偏差正常化”：异常反复出现却没有立即导致灾难后，原本应当引起警觉的偏差逐渐被组织解释为可接受风险。它与本章都包含“没有灾难—过去成功改变风险判断—系统继续运行—最终严重事件”的结构。

如果只写到这里，NIDR 确实没有资格成为独立构念。真正的分界在于：偏差正常化的典型结构要求存在已经偏离标准的做法或异常信号；无事故耗损轮次不要求患者端照护存在任何偏差。女儿可以完全按医嘱给药、安全完成转移、正确处理失禁、按规范陪诊，没有违反任何患者端照护标准，她只是连续取消了自己的睡眠、就医和休息。

因此，若危险必须先出现可识别照护偏差后才能累积，偏差正常化足以解释；若在患者照护持续合规、没有异常操作的情况下，仅凭恢复资源被持续挪用就能预测后续阈值上移和危机风险，则本章描述的是不同结构。

与一般“阈值模型”的分界

Granovetter (1978) 的阈值模型说明，在二元行动中，不同个体的行动阈值分布会导致不同集体结果。本章同样使用“阈值”，但关键区别在于：很多阈值模型把阈值作为行动者的参数；本章要解释这个参数如何在事件序列中被生产出来。

昨天的阈值不是今天的阈值，不是因为性格突然改变，而是昨天发生过一次“我牺牲了恢复—任务成功—没有事故—大家认为还能继续”的完整事件。因此，同一个人的行动准则可以被自己的成功历史内生改变。若同一照护者的求助准则在控制疾病进展、服务价格和资源可及性后保持稳定，只是外界严重性逐渐逼近并最终越过它，那么固定阈值解释更好；若过去几轮的照护结局能够预测阈值自身向哪个方向移动，则需要内生阈值解释。

与“孝道抑制求助”的分界

把中国或东亚家庭的延迟求助直接解释为“孝道文化”，容易得到一个过宽的结论。照护义务并非只存在于中国家庭；Egdell (2013) 显示，责任、能力和支持使用本身就是在家庭与社会环境中协商出来的。Macleod 等 (2017) 则提示，某些照护角色信念阻碍服务使用，另一些信念反而促进服务使用。

因此，本章不预测“越孝顺，越不求助”，而预测：当既往任务成功持续被家庭解释为“本人仍有能力，所以继续亲自承担才算尽责”时，义务才参与推高求助门槛。两个都高度重视家庭责任的家庭可以走向完全不同的结果：一家认为“正因为我要负责，所以不能等我倒下才找人”，另一家认为“只要我还做得动，就不应该交给别人”。两家不是一边有孝道、一边没有，而是把履责行为边界画在了不同位置。

服务进入不等于恢复回来

本章不能把外部服务浪漫化成“只要进入就会解决耗损”。McCann 等 (2023) 关于痴呆照护中的警觉、风险与服务使用的定性研究提示，正式服务并不一定自动降低照护者持续值守和监控的状态，有时服务本身还会带来新的风险担忧。

一个女儿雇了护工，却全程坐在旁边盯着；老人去了日间照护，她每半小时看一次手机；弟弟来替班，她不断远程发指令；机构承担洗浴，她仍负责解释每一次反应、补每一个信息缺口。患者端劳动发生了转移，但照护者仍没有真正得到恢复窗口。因此，“有没有使用服务”不能成为最终结果变量，更接近核心的问题是：服务进入以后，被保护出来的睡眠、本人医疗、工作和休息有没有真实出现。

Parker 等 (2019) 对 509 名痴呆家庭照护者的分析发现，使用成人日间服务的照护者漏掉本人医生预约的可能性更低。这一结果不能证明所有日间照护都能减少 NDR，但至少说明“外部照护释放的时间能否回到照护者自己的健康”是可以被经验测量的结果。

从“事故触发”改为“恢复触发”

很多家庭实际上使用一种隐性的事故触发逻辑：跌倒以后增加支持，走失以后装定位系统，攻击以后才换人，反复急诊以后讨论机构，照护者病倒以后其他儿女才重新分工。这些动作都可能必要，但它们把最有价值的干预窗口留在危机以后。

本章建议增加第二条独立通道——恢复触发。它不先问“老人已经出什么事”，而先问：“最近7个照护日里，有几天老人必要照护仍然完成且没有严重事故，但为了做到这一点，你取消了自己的睡眠、就医、工作或原定休息？”

这一问法不要求照护者先承认自己“崩溃”，不要求给自己打一个高负担分，也不要求证明自己已经“不行”。服务人员可以直接寻找哪一项恢复条件正在消失：睡眠不足对应夜间替班，本人医疗被取消对应可离岗时间，工作冲突对应固定时段替换，休息被挤占则要求验收服务是否真正释放出无需远程待命的时间。外部帮助由此不再被定义为对家庭失败的处罚，而成为维持家庭照护可再生性的基础设施。

重新定义“照护能力”

传统家庭语境中很容易把照护能力理解为“还能不能把事情做完”。但一个能够不断牺牲自身恢复、继续把事情做完的人，和一个能够在保留自身基本恢复条件下持续完成照护的人，不应被视为具有同一种能力。

因此，本章把“可持续照护能力”定义为：在不连续侵蚀执行者基本恢复资源的条件下，重复完成照护或安全升级照护的能力。这里必须包括“安全升级”。照护者发现今天无法安全完成洗澡，决定暂停并请专业人员介入，不是能力下降的反证；知道什么时候不能靠个人补偿继续完成，本身就是能力的一部分。若把“永远自己做完”定义成高能力，指标就会奖励过度承担。

重新定义“没有出事”

“没有出事”至少有两种完全不同的来源。第一种是系统真的拥有余量：多人可以替换，服务随时可用，主要照护者可以睡觉、看病、工作和离开，任务出现偏差也有备用路径。这种无事故故可以被称为可再生稳定。

第二种是系统没有余量，只是某个人不断增加个人投入把偏差压回去了。这种无事故不是稳定的充分证据，而是一个尚未显示代价的运行结果。两者最容易在平静时期混为一谈，而危机出现以后再区分已经太晚。因此，真正需要记录的不只是“今天出事了吗”，还包括“今天为什么没有出事”。

六种能够推翻本章的结果

一个机制只有允许自己失败时才值得进入实践。第一，控制患者 ADL 依赖、行为症状、总照护时数、夜间需求和服务可及性以后，如果 NDR7 与下一周求助行动准则不存在时间上的剂量—反应关系，那么“无事故耗损轮次推动阈值上移”的核心机制应判为不成立。

第二，如果同样的恢复损失发生时，“成功无事故”和“已经出现可见失败”对下一轮求助准则的影响没有差异，那么“失败信号归零”不是承重机制。第三，如果家庭对义务的解释从“亲自做”转变为“安排好照护”以后，NDR 仍完全不变，那么道德正当性的回写作用被高估。

第四，如果 NDR 下降而照护者睡眠、本人医疗、工作和恢复时间均没有改善，说明该读数可能只记录了任务重新分类，而没有记录真实资源恢复。第五，如果正式服务进入后 NDR 反而

长期升高，应检查服务是否增加协调、监控和补洞劳动；若这一模式普遍存在，“外部帮助=释放恢复”的假设必须删除。

第六，如果前瞻研究发现危机前的 NDR 并不增加，危机主要由患者疾病突然变化、急性感染、无法预测的跌倒或其他外生冲击引起，那么本章不适用于这些危机。不是每一次危机都有漫长的隐性前史，一个理论若把所有危机都解释成此前家庭耗损，反而会生成新的家庭责备。

适用边界与伦理限制

本章首先不适用于急性医学事件本身。谵妄、卒中、感染、心肺急症、严重跌倒等必须按照医学紧急程度处理，不能因为研究“求助阈值”而等待积累更多观察。其次，它不适合把所有照护者自主选择的生活调整都编码为耗损。有人愿意暂时减少工作陪伴生命末期亲人，并不自动构成病理性牺牲；真正需要记录的是这种资源转移是否持续发生、是否能够恢复、是否存在替代路径、照护者是否仍有真实选择，以及“这次做到了”是否正在被系统用作下一次不给支持的证据。

再次，NDR 不能代替患者端评估。照护者得到休息不能以老人被过度镇静、限制行动、忽视拒绝或降低照护质量为代价，因此患者安全、尊严、疼痛和意愿表达必须作为独立结果。最后，它也不能证明某种具体服务必然有效：服务可以存在但不好用、不灵活、让老人拒绝，或者把协调成本全部留给家属，这些都需要单独评估。

与同一痴呆照护研究序列的分界

本研究还必须与同一照护专题中的其他对象分开。此前“免召回恢复轮”处理的是交接能力：当老人只接受某一名熟悉照护者时，新照护者能否在原照护者不即时返回救援的情况下，独立处理普通偏差并恢复下一功能状态。它研究的是“交接能力有没有真正迁移”。

本章研究的却是：在根本没有发生交接、原照护者仍然成功把任务做完时，这种成功是否正在消耗她未来求助的条件。二者存在可检验的互补关系：免召回恢复增加，理论上应为原照护者释放真实恢复时间，从而降低 NDR；若免召回恢复率上升而 NDR 完全不下降，就说明“工作交出去”和“恢复回来”之间仍存在一个中间层。

另一类研究聚焦高冲击事件已经发生后，如何终止暴露、完成保护责任换手。那一对象研究的是“危机显形以后怎样结束事件”；本章则研究“为什么家庭往往非要等到那一刻，先前耗损才取得足够的制度地位”。前者把保护责任前移到下一次暴露之前，本章再往前移一步：把支持入口放到第一次可见危机之前的成功照护之中。

反噬预言：最危险的制度用法，是把新指标变成下一道求助门槛

任何可量化的照护指标一旦进入制度，都可能反过来用于筛选人。“无事故耗损轮次”尤其危险。最省事的政策实现会变成：NDR 达到多少次，才能获得喘息服务；达到多少分，才能证明家庭需要支持；请拿出连续睡眠不足、误工、漏诊记录。如果走到这一步，本章就会制造自己正在批评的结构——家庭再次需要先证明自己损耗得足够严重，才配得到帮助。

因此，NDR 只能作为单向触发器：它的升高可以自动触发询问、评估和支持邀请；它的低值不能作为拒绝服务的依据。因为一个家庭 NDR 低，可以是资源充足，也可以是没有记录、没有表达、已经有人暗中承担，甚至是患者照护本身已经不足。同样，不得为了把 NDR 做低而减少必要照护，也不得为了获得服务而制造耗损。

该读数指向的是照护安排的位置结构，不是对家属的绩效考核。凡根据这一读数作出不利安排，必须公开编码规则并提供复核和纠错通道。

自反：研究本身会不会制造新的“无事故耗损”

本章也必须接受自己的判据。文章完成、概念被命名、表格可以填写，看起来研究任务已经“成功”。但如果研究者因为已经有了一个指标而停止追问照护者真正缺少什么，论文就会制造另一种表面完成：概念完成了，研究任务完成了，家庭仍然没有得到帮助。

更直接的风险是，研究人员可能让已经极度疲惫的家属每天填写复杂日志，为验证理论增加新的劳动。按照本章自己的判据，研究本身必须回答：“为了得到这份数据，照护者又取消了什么？”如果记录本身显著增加照护负担，测量工具就在制造它要测量的对象。

因此，首轮研究不应采用全天逐事件长问卷，而应尽量利用既有服务日志、自动记录与每日一次极短回顾；参与者任何时候都可以停止记录，停止记录不得影响其服务资格。这不是附带的研究伦理，而是本章能否通过自身判据的条件。

实践转化：一个最小七日记录

如果最终只能保留一个实践产物，本章建议保留一张极短的七日表。它不是负担量表，也不是心理筛查，只记录四件事：老人今天的必要照护有没有被安全管理；有没有发生严重事件；为了做到这一点，照护者取消了哪一种恢复资源；今天是否真正有别人接住了其中一部分。

连续记录以后，家庭可能第一次看到一种过去很难用语言说清的事实：不是“我越来越脆弱”，而是“周一我拿睡眠补进去，周二拿工作补进去，周三把自己的医生预约补进去，周四没有休息，周五事情还是全部做完了”。问题由此从个人品质转成系统状态。

求助者也不再必须说“我已经撑不住了”，而可以说：“过去七天，五天的照护完成依赖于取消我的恢复条件。这个安排需要改变。”前一句是在证明个人失败，后一句是在报告一个可记录、可协商、可被服务系统接住的运行状态。

写死日期的经验赌注

本章把最核心的判断押到2031年12月31日。如果届时出现至少两个相互独立的社区痴呆家庭前瞻队列，每个队列不少于150个家庭、连续观察不少于12周，并且同时具有日级恢复资源损失、患者端照护结果、周级求助行动准则和正式服务/危机记录，则接受如下裁决。

在控制患者功能依赖、行为症状、总照护时数、夜间需求、经济条件与既有服务可及性以后，若NDR7不先于求助行动准则上移；“无事故成功+恢复耗损”与“已有可见失败+恢复耗损”对下一轮求助准则没有可重复的差异；NDR7也不能预测随后危机或照护者健康恶化中的任何独立变化，则本章最强判断——成功照护本身能够通过抹除失败信号而内生抬高求助门槛——应当放弃。

只有发现“照护者越累，危机越多”不算命中；只有发现“孝道与服务少相关”不算命中；只有发现“服务能减少负担”也不算命中。必须观察到本章独有的轮次顺序：恢复资源被投入→任务仍成功→失败信号没有生成→行动准则随后上移→下一轮恢复资源更容易再次被调用。没有这条轮转，本章就输了。

与本书其余各章的分界

本章处理的是**帮助进入之前**：家庭为什么在没有出事的时候不求助。第二至第五章处理的是**帮助进入之后**：为什么进入了仍然退不出。两段的判据不通用——本章的求助阈值是一个家庭内部的量，后面几章的离线检验与召回计数需要一个已经存在的外部承接方。第七至第九章处理的是**单次事件内部**，尺度比本章小两个量级。

结论：真正需要提前出现的，不是危机，而是成本的可见性

痴呆家庭照护最难处理的一类状态，不一定发生在哭喊、攻击、走失、跌倒或急诊的时候。还有一种更安静的状态：饭已经喂了，药已经吃了，老人洗干净了，门已经锁好了，夜里也没有走失，所有事情都完成了，于是所有人继续以为“这个家庭还可以”。

但一个系统是否还可以运行，不能只看它今天有没有完成任务，还要看它有没有能力把完成任务所消耗的东西重新长回来。异稳态负荷说明适应成功可以同时留下身体成本；信号检测说明行动不仅取决于有没有危险，也取决于什么样的证据才足以触发行动；家庭照护社会学则说明求助还涉及谁有责任、什么行为才算尽责，以及外部帮助能否获得关系中的正当性。三者放到真实时间里以后，出现的是一个轮转结构。

照护者把恢复资源投入任务，任务成功，于是失败信号消失；成功被解释为能力，能力被解释为继续承担的理由；继续承担减少恢复条件，身体耗损上升，下一轮需要更大的个人补偿，直到某一次补偿失败。那一次跌倒、走失、攻击、急诊或照护者住院，看起来像问题的起点，其实它可能只是问题第一次留下了足够醒目的记录。

家庭照护危机最危险的前兆，有时不是事情开始做不好，而是事情仍然做得很好，只是每一次“做好”都在取消下一次恢复。

如果这一判断成立，那么社会真正需要提前的，不是让危机更早发生，而是让那些为了“不出事”已经付出的代价，更早被看见。

表 2 无事故耗损轮次（NIDR）七日记录表（研究试用）

证据与伦理声明

本章提出的“无事故耗损轮次”目前属于待验证的研究构念，不是经过临床验证的风险量表，也不是医疗、养老服务资格判定标准。文中编码阈值仅用于形成可复核研究方案，不构成个体医疗建议。任何已经出现急性医学危险、迫近伤害、走失、严重跌倒、攻击风险或照护者无法维持基本安全的情况，都不应等待该指标累积后再寻求专业帮助。

参考文献

[1] Brodaty H, Thomson C, Thompson C, Fine M. Why caregivers of people with dementia and memory loss don't use services[J]. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 2005, 20(6): 537-546. DOI: 10.1002/gps.1322.

[2] Egdell V. Who cares? Managing obligation and responsibility across the changing landscapes of informal dementia care[J]. *Ageing & Society*, 2013, 33(5): 888-907. DOI: 10.1017/S0144686X12000311.

[3] Granovetter M. Threshold models of collective behavior[J]. *American Journal of Sociology*, 1978, 83(6): 1420-1443.

[4] Green D M, Swets J A. *Signal Detection Theory and Psychophysics*[M]. New York: Wiley, 1966.

[5] Macleod A, Tatangelo G, McCabe M, You E. “There isn't an easy way of finding the help that's available.” Barriers and facilitators of service use among dementia family caregivers: a qualitative study[J]. *International Psychogeriatrics*, 2017, 29(5): 765-776. DOI: 10.1017/S1041610216002532.

[6] McCann B R, Roberto K A, Blieszner R, Savla J, Atkinson E. Vigilance, risk, and service use among caregivers of people living with dementia[J]. *Dementia*, 2023, 22(4): 727-742. DOI: 10.1177/14713012231156856.

[7] McEwen B S, Stellar E. Stress and the individual: mechanisms leading to disease[J]. Archives of Internal Medicine, 1993, 153(18): 2093-2101.

[8] Parker L J, Gaugler J E, Samus Q, Gitlin L N. Adult day service use decreases likelihood of a missed physician's appointment among dementia caregivers[J]. Journal of the American Geriatrics Society, 2019, 67(7): 1467-1471. DOI: 10.1111/jgs.15995.

[9] Pearlin L I, Mullan J T, Semple S J, Skaff M M. Caregiving and the stress process: an overview of concepts and their measures[J]. The Gerontologist, 1990, 30(5): 583-594. DOI: 10.1093/geront/30.5.583.

[10] Roepke S K, Mausbach B T, Patterson T L, et al. Effects of Alzheimer caregiving on allostatic load[J]. Journal of Health Psychology, 2011, 16(1): 58-69. DOI: 10.1177/1359105310369188.

[11] Vaughan D. The Challenger Launch Decision: Risky Technology, Culture, and Deviance at NASA[M]. Chicago: University of Chicago Press, 1996.

[12] Zarit S H, Reever K E, Bach-Peterson J. Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden[J]. The Gerontologist, 1980, 20(6): 649-655. DOI: 10.1093/geront/20.6.649.

[13] Freedman V A, Hu M, Wolff J. National Study of Caregiving IV User Guide: Rounds 11-14 Final Release[R]. Baltimore: Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, 2026.

人机分工声明

本章的问题提出、研究方向与核心照护困境由作者提出；资料检索、跨学科结构整理、概念操作化、竞争概念比较、文献核对与初稿组织由生成式人工智能辅助完成。文献事实以可追溯来源为依据；“无事故耗损轮次”及其轮转机制属于本章提出的待检验理论判断，不将人工智能生成本身作为该判断成立的证据。

版本：1.0 | 2026 年 8 月 10 日

第二章 交接完成了吗

摘要

当患有阿尔茨海默病及相关痴呆的老人进入养老机构，或家庭购买护工、日间照料等专业服务后，照护工时可以明显转移，主要家庭照护者却未必退出持续待命。拒食、跌倒、走失、人员缺岗、药物遗漏、机构与医院意见冲突等事件一旦出现，某个儿女仍常被默认召回，承担发现问题、解释病史、协调各方、作出决定并最终补洞的工作。既有研究分别以照护连续性、服务质量、家庭参与、照护负担与孝道转型解释这一现象，却缺少一个能够判断“交接是否完成”的最小判据。

本章将过渡护理学、组织经济学中的不完全契约理论与亲属关系人类学置于同一问题中。三者分别把健康过渡、未约定情形下的控制权与亲属义务作为分析中心，却共同默认：未被预先列举的异常总会由某个既定主体接住。痴呆长期照护推翻了这一默认。专业服务可以接走可列举任务，却把异常出现后的首轮组织工作留给家庭；亲属伦理又能把这份无名余项重新解释为“儿女理所当然要管”。本章据此提出“剩余照护发起权责”：在事前无法穷尽的照护情形中，某一主体承担率先发现、分级、召集、决策启动与闭环核验的责任，并拥有相应的信息、授权、人员与替补资源。它不是一项具体任务，也不等同于最终医疗决定权，而是一项使未预见事件进入可处理流程的制度能力。

本章进一步提出“任务转移—发起权责转移”二维模型、“责任—控制配对”模型及“离线检验”：若原主要照护者在约定时段内不接非紧急电话，系统仍能发现异常、完成分级、启动处置、记录结果并在必要时按预定阈值通知家属，则交接才具有可验证性。由此，机构入住或服务购买不是交接完成的事实，而只是交接的可能起点。完整交接并不要求家庭退出亲情关系，而要求家庭获得不以持续警觉为代价的探望、陪伴与有限参与。文章最后提出合同、护理评估、家属会议、异常分级、替补链、付费机制和监管指标的制度化方案，并给出可检验预测、竞争解释与证伪条件。

关键词：痴呆照护；照护交接；过渡护理；不完全契约；剩余控制权；孝道；家庭照护者；养老机构

Abstract

The transfer of hands-on care from families to nursing homes, paid home-care workers, or day-care services does not necessarily release the primary family caregiver from continuous readiness. When food refusal, falls, wandering, medication omissions, staff shortages, or service failures occur, one adult child may still be recalled to detect the problem, interpret its significance, convene actors, initiate decisions, and close the loop. Existing research addresses continuity of care, service quality, family involvement, caregiver burden, and transformations of filial obligation, but lacks a minimal criterion for determining whether care responsibility has actually been handed over.

This article brings transition nursing, incomplete-contract theory, and the anthropology of kinship into direct confrontation. It develops the concept of residual care initiation responsibility: under contingencies that cannot be fully specified ex ante, a named actor bears the duty to detect, triage, convene, initiate authorized action, and verify closure, while possessing the information, authority, staffing, and backup capacity required to do so. This responsibility is neither a discrete care task nor

the same as ultimate medical decision-making. It is the institutional capacity that converts an unforeseen condition into an actionable episode.

The article proposes a two-dimensional model distinguishing task transfer from transfer of residual initiation responsibility, a responsibility-control matching framework, and an “offline test.” A handoff is operationally complete only if, during an agreed period in which the former primary caregiver does not answer non-emergency calls, the care system can still detect, classify, act upon, document, and close emerging events, contacting family only at predetermined thresholds. Professionalization therefore begins with purchased labor but is completed only when continuous family standby is no longer a hidden condition of system reliability. This argument preserves family relationship and voluntary involvement while separating filial presence from compulsory contingency absorption.

Keywords: dementia care; care transition; incomplete contracts; residual control; filial obligation; family caregiver; long-term care

问题的提出：为什么买走了工时，却买不走待命

痴呆家庭决定购买专业照护时，最容易被清点的是任务：每天由谁做饭，谁帮助洗澡，谁提醒服药，谁处理失禁，谁陪同复诊。任务表一旦换了名字，家庭便容易认为照护已经“交出去”。养老机构也常以床位、护理等级、服务项目和人员配置证明自己“接过来了”。然而，许多家庭很快发现，主要照护者只是从现场劳动者变成了远程总值班员。

老人突然拒食，护工问儿女“以前怎么哄”；老人跌倒，机构要求家属立即到场签字；老人走失，所有人等待最熟悉路线的女儿指挥寻找；夜班缺人，服务公司临时通知家属自己想办法；医院改变用药，机构、护工与多个子女意见不一，最后仍由原来的主要照护者汇总病史、判断轻重、联系医生并承担失败后果。她做的每一件事都可能不在购买的工时里，却决定了整个照护系统在异常时会不会停摆。

这类家庭有一个共同特征：日常任务由专业人员执行，系统可靠性却以某个亲属随时在线为隐含条件。只要她关机、出差、生病或拒绝协调，原本看似稳定的照护安排便暴露出大量无人认领的空白。于是，“是否住进机构”“是否雇了护工”“家属每周还做多少小时”都不能独立回答交接是否完成。

本章提出的问题不是家庭应否继续关心老人，也不是机构能否替代亲情，而是一个更精确的制度问题：在无法事先列举的事件出现时，谁首先把异常变成一项有人处理、有人授权、有人追踪的事务？如果这个位置仍由某个儿女无条件占据，那么转移的是劳动，不是照护系统的最后责任。

概念迷雾：四种“已经交接”并不是一回事

第一种是地点交接，即老人从家中进入机构，或白天进入日间照料中心。地点改变会减少家庭直接照护时间，却不能自动改变信息、决定与风险的归属。老人身体到了机构，照护体系未必随之整体迁移。

第二种是任务交接，即可列举的活动换了执行者。任务交接最适合写入合同，也最容易考核：洗澡几次、喂饭几次、翻身间隔多长、药物是否按时送达。它对减轻体力劳动非常重要，但只能处理“已经知道会发生什么”的部分。

第三种是决定权交接。老人缺乏完整决策能力时，医疗同意、财务支付、风险选择等重大事项仍可能依法或事实上由家属承担。专业人员拥有护理判断并不意味着拥有所有替代决定权；反过来，家属保留最终决定权，也不意味着每个日常异常都必须由家属率先发现和组织。

第四种是异常发起权责交接，即未预见事件出现后，谁负责先看见、先分类、先召集、先启动，并保证事情没有在他多人之间掉下去。它常被混在“沟通”“配合”“家属参与”里，因而既不单独计价，也不明确移交。本章认为，前三种交接都可能已经发生，而第四种仍停留在家庭；这正是专业照护已经运行、主要照护者却仍无法离线的结构性原因。

与照护者身份研究的分界：被当成谁，与还剩下什么

本章说买走工时买不走待命，最近的一位不在契约理论里，在照护政策研究里。特威格与阿特金在九十年代提出过一个至今仍在被引用的三分：服务体系可以把家庭照护者当作**资源**、当作**共同工作者**、或者当作**共同服务对象**。三种定位带来完全不同的制度安排，而多数体系在口头上说第三种、在实际拨款与考核上按第一种办。

这一支说到哪一步：它已经指出家庭在服务体系里的位置是被设定的、而且这个设定通常不被明说。它的落点是**“家庭被当成谁”**。

分离线在于**位置还是余项**。三分说的是家庭在制度中的身份，它是一个可以被政策一次性改写的定位；本章说的是即便家庭被明确当作共同服务对象、被给予喘息与补贴，**未被写进任务清单的那些事项仍然默认回流到家庭**，因为清单只能穷举已知任务而不能穷举未知事项。换句话说：三分处理的是分配，本章处理的是**剩余**。

判定形式：**取两家在正式文件上分别按“资源”与“共同服务对象”定位家庭的机构，测同一组家属的离线时长与召回次数。若定位改变即消除待命，本章多余；若两家的召回次数不显著不同，则待命不由定位决定。**

诺兰一路的“感受框架”是同一支的延伸，它主张把安全感、归属感、连续感等六种感受同时作为老人、家属与员工三方的目标。它与本章相容而不重叠：**它规定了交接之后各方应当获得什么，本章规定的是交接完成本身该怎么判。**一次让三方都感受良好的交接，仍然可以在离线检验上不通过。

过渡护理学的贡献与边界：连续性不等于退出可能

护理学把过渡视为由一种健康、角色或照护状态进入另一种状态的过程，而不是一个搬家时点。Meleis及其同事强调，健康过渡涉及意识、参与、变化、时间跨度与关键事件，过渡结果需要从掌控感、角色整合和健康状态中判断（Meleis et al., 2000）。痴呆患者从家庭进入机构，同时伴随患者环境、家庭角色、专业关系与生活秩序的多重改变，因此不能用入住当天是否顺利代表过渡完成。

痴呆照护过渡研究反复指出，信息传递、人员关系、服务协调和家庭支持决定过渡质量。关于跨机构转移的研究还发现，家庭照护者经常承担携带信息、核查错误、提醒专业人员和维持连续性的工作（Jeffs et al., 2017; Saragosa et al., 2022）。护理视角由此纠正了“交钱—入住—完成”的事件观：交接需要一段适应期，也需要新的角色和沟通机制。

但连续性概念存在一个容易被忽视的反面。如果评价目标是“患者的信息和照护不要断”，最便利的办法往往是继续使用原主要照护者作为跨场景记忆库和安全网。她最熟悉老人，能解释细微变化，也能在制度缝隙间移动。家庭参与越充分，患者的连续性可能越好；与此同时，家庭退出持续待命的可能性越低。

护理研究通常把家庭纳入照护团队视为进步。Puurveen 等人提出应从家庭“参与”走向家庭“包容”，尊重家属与入住者的关系身份，而不是把家属只当无偿帮手（Puurveen et al., 2018）。这一修正非常重要，却仍留下一个问题：当家庭有权参与时，机构是否也默认家庭必须在每次意外中参与？自愿关系性参与与强制性系统兜底在实践中很容易使用同一种语言——“为了老人好，希望家属配合”。

因此，过渡护理学提供了识别角色变化、连续性和脆弱时点的工具，却不足以单独划定家庭何时可以不再值班。它关心“照护能否连续”，本章进一步追问“连续性由谁的不可退出维持”。

不完全契约的启示与反转：家庭得到的往往不是控制权，而是剩余责任

不完全契约理论从一个现实出发：未来情形过于复杂，交易各方无法在事前把所有状态、行动和质量写进合同。Grossman、Hart 与 Moore 把资产所有权理解为未被合同规定情形下的剩余控制权，即在未约定状态中决定资产如何使用的权力（Grossman & Hart, 1986；Hart & Moore, 1990）。这一理论使我们能够看见，合同列出的服务项目只是可预见部分，真正决定关系结构的是未列举事件发生时谁能拍板。

长期照护比一般服务更不完备。痴呆病程具有波动性，拒绝照护、行为改变、跌倒、感染、吞咽困难和谵妄等事件无法被穷尽；“耐心”“熟悉感”“及时发现异常”等质量也难以完全写入和核验。Hart、Shleifer 与 Vishny 关于公共服务外包的模型指出，当质量不可完全契约化时，成本削减者可能忽视对非契约质量的损害（Hart et al., 1997）。这一点可以直接用于理解低价照护中的人员缺岗、频繁更换和观察质量下降。

然而，把家庭照护直接类比为资产所有会产生错误。在企业理论中，拥有剩余控制权的人能决定未约定情形；在痴呆家庭中，主要照护者经常承担未约定情形的后果，却没有选择机构排班、调动护士、改变服务流程或要求医生到场的充分权力。她接到电话后必须解决问题，但她能做的往往只是反复请求、私人补位或把老人接回家。

由此出现“责任—控制分离”：机构掌握人员、现场信息和流程，家庭承担异常失败的最终压力；服务提供者拥有局部控制，亲属拥有无限解释义务。它不是经典意义上的剩余控制权，而是一种没有相称控制资源的剩余责任。若只问“谁有决定权”，会误以为家属权力过大；若问“事情无人处理时谁会被追责、被召回、被迫补位”，才会看到权责错配。

不完全契约理论还揭示另一个关键点：合同不可能写尽，并不等于余项只能交给家庭。组织可以规定的是处理未知事件的程序、权限和升级链，而不是预知每个事件的内容。不能穷举“会发生什么”，仍可约定“谁先接、如何分级、多久升级、谁替补、何时通知家属”。因此，照护契约的成熟度不取决于项目表有多长，而取决于它是否给未知事件安排了具名的承接结构。

亲属关系人类学的揭示：孝把未签约余项变成可无限召回的义务

亲属义务不是合同义务的简单延伸。亲属关系人类学关注的是，人如何通过照料、馈赠、牺牲、同住、探望和叙事持续“做成”亲属。孝既包含物质供养，也包含尊重、情感在场、家庭声誉和对养育之恩的回应。在中国养老机构情境中，家庭并不会因入住而消失；他们通过付费、探望、带食物、洗衣、陪诊和监督服务重新表达孝（Zhan et al., 2011；Wu et al., 2023）。

这一传统有双重作用。一方面，它抵抗了把老人当成合同对象的冷漠，保留了传记性知识、情感连续性和不可由标准服务复制的关系。另一方面，它能把任何未被机构承接的事务重新道德化：只要老人受苦，最先被问的不是合同漏了什么，而是“儿女怎么不管”。机构服务可以有限，亲属义务却被想象为无限；前者按项目结算，后者按后果追索。

“高频探望”因此具有至少两种完全不同的结构。第一种是关系性探望：儿女根据生活安排自愿前往，陪伴、吃饭、聊天或参与重大决定；临时不能去，不会使基本照护系统失灵。第二种是可靠性探望：儿女通过到场检查药物、观察伤痕、补充物资、追问排班和发现异常，弥补系统的信息与质量缺口。两者外表相同，伦理意义却相反。前者保留亲情，后者以亲情掩盖未购买、未计价的质量控制。

亲属伦理也解释了为什么家庭很难明确说“不”。拒绝临时召回不只是拒绝一项工作，还可能被解释为不孝、遗弃或不爱老人。机构可以在不明说的情况下利用这一点：把家属列为“联系人”，却在实践中把联系人扩展成全天候问题经理。儿女没有签署无限兜底合同，却因身份承担了比合同更强的可召回性。

人类学材料同时提供了推翻这一安排的内部依据。孝的实践从来不是固定任务清单，而会随城市化、迁移、机构照护和家庭结构改变而重新协商。Wu 等人的民族志研究显示，进入机构并非孝的终止，而是孝的内容和边界被重新谈判（Wu et al., 2023）。既然孝能够从亲手照料转化为选择机构、付费和保持关系，它也能够进一步与强制待命分离。把儿女从系统补洞中释放，并不必然削弱孝；它可能让孝从故障吸收机制恢复为关系实践。

三门学科共同站立的前提：未约定事项总会有人自然接住

三门学科的表面冲突十分明显。护理学强调连续性，组织经济学强调未约定情形中的控制配置，亲属研究强调不可被市场完全替代的道德关系。但三者多数论述中共享一个未被明说的前提：过渡中出现的余项，总会有一个主体自然承接。

护理学往往把家庭照护者视为已经存在的参与者，研究如何支持、教育或纳入她；不完全契约理论通常假定残余控制归属于某个所有者；亲属伦理则把儿女视为最终不会离开的关系人。三家争论的是如何连续、谁控制、何谓尽孝，却很少把“下一次异常无人率先组织”本身当成一种独立事件。

痴呆照护恰好暴露这一前提的失败。机构护士可能认为医疗决定要找家属，护工认为自己只执行订单，医生认为日常观察由机构完成，其他子女认为主要照护者最熟悉，主要照护者则以付费后机构会接住。每一方的账都能说通，但异常的首轮无人拥有。最终，系统不是正式分配责任，而是沿着最短社会路径召回那个过去最常补洞的人。

这意味着主要照护者的待命，不一定来自任务过多，也不一定来自控制欲或不信任；它可能来自一个没有制度身份、却反复出现的余项：让未知事件第一次成为“有人处理的事”。没有这个动作，信息只是零散信号，决定只是彼此等待，责任只是事后追究。

核心命题：剩余照护发起权责

本章将这一余项定义为“剩余照护发起权责”（residual care initiation responsibility）：在事前无法完全规定的照护情形中，某一具名主体承担率先发现或接收异常、判断紧急程度、召集所需人员、启动授权范围内的行动、推动超权限事项升级，并核验事件闭环的责任；与此同时，该主体必须拥有完成上述责任所需的信息入口、现场权限、人员调用能力、预算边界和替补链。

它包含五个不可互相替代的动作。第一，发现：连续接收老人状态和服务运行信号。第二，定性：把“今天不太对劲”转成可分级的护理、医疗、安全或服务事件。第三，召集：决定需要护工、护士、医生、管理者还是家属进入。第四，启动：在授权范围内先行动，而不是把每个选择都转交家庭。第五，闭环：确认处置完成、结果记录、下一班人员知情，未完成事项有明确接手者。

“发起”不等于一人包办全部，也不等于剥夺家属重大决定权。它回答的是行动链如何开始并不断线。家属仍可拥有法定同意权、财务权和价值选择权，但专业系统不能因为最终决定属于家属，就把发现问题、准备信息、提出选项和追踪结果一并退回家属。

这一概念还必须同时包含责任与权力。若护工有发现义务却无权联系护士，若护士有分级责任却无法安排替班，若个案经理要闭环却看不到医院记录，所谓具名责任只是新的背锅位置。完整配置要求“谁负责，谁就能调动完成责任所需的最低资源”；无法授权时，必须有固定升级对象和时限。

因此，照护交接不是把既有任务从 A 搬到 B，也不是把家庭从关系中删除，而是新建一个在未知情形中仍可启动的组织位置。没有这个位置，老人进入机构后形成的是“专业执行—家庭发起”的混合系统；只有这个位置连同替补能力被建立，家庭才真正获得退出持续待命的可能。

两个二维模型：任务转移与权责配

表 1 任务转移与剩余发起权责转移的四种照护形态

最值得警惕的是“待命外包型”。它的所有形式指标都可能好看：购买时数增加，机构入住完成，家属直接照护下降，老人短期稳定。然而，它的失效不一定产生机构内部信号，因为每次故障都被家属迅速补掉；它还会自我强化，家属越能干，机构越依赖她，下一次越早给她打电话。专业化程度看似上升，系统对同一个人的隐性依赖反而加深。

第二个模型以“责任是否明确”和“控制资源是否匹配”为两轴。责任不清、控制不足会产生无人处理；责任不清、控制充足会产生多头决定；责任明确、控制不足会产生替罪羊；只有责任明确且控制匹配，才能形成可执行的异常承接位置。家庭照护中最常见的不是完全无人负责，而是主要照护者被明确期待负责，却无法控制现场条件。

表 2 剩余发起责任与控制资源的配对矩阵

交接完成的最小判据：离线检验

一个判据若仍依赖“专业人员觉得”“家属认为”便无法用于合同和监管。本章提出不含价值判断的离线检验：在事先约定的时段内，原主要照护者不接非紧急电话，照护系统能否独立发现异常、完成分级、启动处置、留下记录、安排下一步，并只在预定阈值被触发时联系家属？

离线检验不是要求家属永久失联，更不是鼓励机构隐瞒。它把“随时都能找家属”从系统默认条件改成需要被检验的变量。测试可以先从四小时、一个白班、一个周末或七十二小时开始，并明确紧急例外：心肺骤停、重大创伤、走失达到警戒时限、需要法定代理人同意的高风险医疗决定等仍可立即联系。

检验必须记录五类时间：异常首次出现到被发现的时间，发现到完成分级的时间，分级到首项行动的时间，超权限事项到升级接收的时间，以及事件到闭环的时间。如果家属未接电话后，机构只是反复拨打而没有替代路径，便不能算交接完成；如果机构完成临时处置，却无人核验后续结果，也不能算闭环。

离线检验还要区分“家属主动探望时发现问题”与“系统本应发现而未发现”。家属可以在离线期自愿探望，但测试数据必须假设这次探望不存在。否则，高频而有能力的家庭会让薄弱机构看起来质量良好，低频或异地家庭则被错误归咎为“不配合”。

最严格的反事实是：若原主要照护者因住院、出国或死亡三十天完全不可用，老人是否仍能在同一服务安排中获得安全、连续的照护？如果答案是否定的，这个家庭购买的是有条件的专业服务，其未写明条件就是“原照护者继续存在并随时在线”。

为什么付费服务仍留下待命：四种机制

第一，合同的项目化偏差。服务容易按可观察动作计价，难以按持续监测、异常研判和跨机构协调计价。结果是合同购买了“手”，没有购买“谁来让事情开始”。当异常不属于项目表，供应方最安全的动作就是通知家属。

第二，非契约质量外溢。耐心观察、人员熟悉度、夜间警觉和交班质量很难完全量化。成本压力会优先削减这些不易核验的投入，而质量下降最先表现为家属需要更频繁追问和到场。家属补位又遮蔽了服务质量下降，使供应方缺少改进动力。

第三，知识集中。原主要照护者掌握老人习惯、症状基线、安抚方式、就医史和多个服务方的联系方式。机构把她当作最便宜的信息接口。若知识没有被整理为可更新、可访问的共同记录，每次新人上岗都会重新召回她，个人熟悉度便被误当成不可替代性。

第四，亲属默认。合同写“紧急联系人”时，组织常把它解释为任何困难都可联系的人；家庭也因内疚和孝道压力不敢拒绝。一次次成功补洞形成行为惯例：机构先找她，其他兄弟姐妹等她安排，她也因担心老人受损而迅速接手。最终，历史上最可靠的人被制度生产为永远不能退出的人。

这四种机制彼此增强。项目化合同留下异常余项，非契约质量削减增加余项，知识集中降低召回成本，亲属默认使召回几乎没有议价阻力。主要照护者的持续待命不是性格问题，而是一种由合同、信息和道德期待共同稳定的组织安排。

完整交接的制度设计：从“列任务”转向“承接未知”

第一步是绘制三本账。任务账列出洗浴、饮食、排泄、服药、活动等可预见工作；决定账列出医疗同意、财务支付、风险偏好和生命末期选择的权限；异常发起账列出未预见事件由谁首接、谁替补、何时升级和如何闭环。三本账必须分开，避免以家属保留重大决定权为由，把全部异常组织工作退给家属。

第二步是为每名老人设置具名的“照护接班人”，可由责任护士、个案经理或受训照护主管担任。具名不是把所有事务压给一人，而是规定每个事件只有一个首轮负责人；负责人可召集多人，但不能把“等家属回复”作为默认处置。排班表还必须列明第一替补和第二替补，人员休假或离职时自动换手。

第三步是建立事件分级。绿色事件由现场人员处理并在周期报告中告知；黄色事件由承接人评估、采取预案并在约定窗口通知家属；红色事件立即启动急救、走失或重大安全流程，并同步通知法定联系人。分级依据应包含老人个体基线，避免把每次拒食都升级为家属召回，也避免把真正的谵妄或吞咽危险当成“老人脾气”。

第四步是给责任配置控制资源。机构若要求责任护士闭环，就要允许其调配替班、联系医生、调用交通、购买限额内应急物资；居家服务若由个案经理负责，就要让其接入排班和健康记录。超出权限时，升级对象必须对“接不接手”作出明确确认，不能只被抄送消息。

第五步是把家庭知识从个人记忆转成共同可用的照护资料。内容包括症状基线、安抚偏好、饮食与吞咽风险、药物反应、走失路线、既往跌倒、沟通方式和重大价值选择。资料需由专业人员定期更新，而不是一次性要求家属填完后永久负责纠错。知识转移完成的标志，是新入能够依资料处理常见情形，而不是每次都给最熟悉的女儿打电话。

第六步是约定家庭参与边界。家庭可以选择探望频率、接收信息方式、愿意承担的事项和不可被召回的时段；机构应记录“谁愿意做什么”，而不是用一个“主要联系人”覆盖所有义务。家庭拒绝非紧急补位不应被记作不配合，更不能成为降低服务质量的理由。

第七步是定期执行离线演练。入住后第一个月可短时测试，三个月后扩大到周末或连续二十四小时，稳定后每半年复核。演练中暴露的问题应进入机构质量改进，而不是要求家属提高响应速度。若家属未接电话便导致服务停摆，失败属于交接设计，不属于家属道德。

不同服务场景中的应用

在养老机构中，最大风险是“床位交接”掩盖“异常发起未交接”。机构需要将责任护士、值班主管、医疗协作方和家属的升级阈值写进入住协议附件。跌倒后的现场评估、观察频率和转诊判断应先由专业流程启动；家属是否到场是后续问题，不能成为急性处置的前置条件。

在居家护工服务中，护工通常控制能力最弱，却最接近老人。完整交接不能要求护工独自承担临床判断，而应建立即时可达的专业督导和替班机制。护工负责识别和报告，督导负责分级与调度，家属只在既定阈值进入。服务公司若只提供一个劳动力而不提供异常承接链，出售的是人时，不是照护系统。

在日间照料中，家庭确实需要在闭馆后继续照护，因此交接有时间边界。但边界不能含糊。老人白天拒食、跌倒或出现急性行为改变时，中心应有现场处置与升级能力；不能因为晚上由家属照顾，就把白天所有异常立即退回。完成交接意味着在购买时段内，剩余发起权责随老人进入中心，离开时再按结构化记录交还。

在多服务方组合中，最容易出现的是接口空位：护工认为药物由医院决定，医院认为日常观察由家属负责，日间中心只报告当天表现，社区个案经理没有实时信息。此时需要一名跨服务承接人或明确的主责机构。多方都提供优质局部服务，并不能自动形成整体照护；接口无人首接时，局部质量越专业，家庭越容易成为唯一的整合者。

与十二个近邻概念的划界

第一，与“照护负担”不同。负担衡量时间、情绪、身体和经济压力；剩余发起权责识别压力由何种组织位置产生。若两名家属工时相同，一人可关机、另一人必须随时协调，本章预测后者时间自主性和睡眠警觉更差，而单纯工时负担指标可能判两者相近。

第二，与“喘息服务”不同。喘息服务购买暂时替代劳动；本章要求替代未知事件的首轮组织。如果使用日托后家属在服务时段仍不断接到非紧急协调电话，喘息服务存在而交接未完成。反之，即使家属每天仍自愿陪伴两小时，只要能在其余时间离线，剩余发起权责可以已经转移。

第三，与“照护协调”不同。协调描述连接服务的活动，却常默认由家庭承担。本章首先追问谁被制度化地要求发起协调、拥有何种权限，以及其缺席时谁替补。若协调员只能给建议、不能确认接手，协调服务存在但责任空位仍在。

第四，与“个案管理”不同。个案管理是一种职位或服务模式，剩余发起权责是对任何模式的检验。机构可以设置个案经理却仍要求家属追踪每个结果；家庭也可能没有正式个案经理，却通过责任护士和替班链完成异常承接。职位名称不能替代离线检验。

第五，与“照护连续性”不同。连续性关注信息、关系和管理是否不断裂；本章追问不断裂的代价落在谁身上。若连续性靠一个女儿永远在线维持，连续性指标可以良好，而交接指标判定失败。

第六，与“家庭参与”不同。家庭参与可以出于关系、偏好和共同决策；剩余发起责任涉及系统维持所必需的强制可用性。同样一次每周探望，若取消探望会导致药物错误无人发现，它是可靠性劳动；若取消不影响基本照护，它主要是关系参与。

第七，与“家庭包容”不同。包容强调机构承认家属的知识、身份和伙伴地位；本章增加退出权。若机构尊重家属意见，却仍默认其必须补位，家庭被充分包容但没有获得待命退出。

第八，与“隐形劳动”或“心智负荷”不同。这些概念能描述记忆、计划、担忧和协调为何看不见；本章把其中一个特定部分制度化：未预见事件的发起、升级与闭环。若只是担忧却不承担任何系统行动，心智负荷可能很高，而剩余发起责任未必在她；若一个人情绪平静却是所有异常的唯一入口，剩余发起责任仍高度集中。

第九，与“不完全契约中的剩余控制权”不同。剩余控制权强调未约定情形下的决定权；本章处理责任、控制和资源可能分离的照护关系。若机构拥有现场决定权，而家属仍承担失败后的补洞义务，经典控制权在机构，剩余发起责任却在家庭。

第十，与“委托—代理问题”不同。代理理论主要解释目标不一致、信息不对称和监督困难；本章即使假定机构与家庭目标一致、人员诚实，也预测未具名的异常首轮会召回历史上最可靠的亲属。因此，改善激励和监督不必然完成交接。

第十一，与“关系自主”不同。关系自主强调人的选择由关系和支持条件构成；本章提供一个更窄、可审计的组织判据：原照护者能否在约定时段不响应。关系自主可以支持这一价值，但不能替代事件日志、替补链和升级时限。

第十二，与“孝道转型”不同。孝道研究解释家庭如何重新定义好儿女；本章判断专业照护系统是否仍以某个儿女不可退出为运行条件。一个家庭可以高度认同孝道并完成交接，也可以口头接受机构养老却仍把所有异常压给长女。文化态度与权责配置需要分别观察。

竞争解释：真的不是不信任、内疚或服务太差吗

最强竞争解释之一是家属不信任机构。若不信任才是根因，那么提高透明度、安装监控和增加报告应显著减少待命。但本章预测：在没有具名承接人和替补链时，信息越多可能产生越多需要家属判断和追问的信号，待命反而上升。只有信息与专业发起权责同时配置，透明度才会带来退出。

第二个解释是家属内疚或控制欲。确有家庭即使机构能力充分也不愿放手。本章并不否认个体差异，而是提出可区分预测：当合同、权限和替补链完善后，仍主动高频介入的人，其介入不会成为机构完成基本处置的前提；而结构性待命表现为家属一旦不响应，流程客观停顿。前者是偏好，后者是依赖。

第三个解释是服务质量低。低质量会增加召回，但“质量低”过于宽泛，无法解释为何同一机构中有的家庭可离线，有的家庭不可离线。本章预测，差异与家庭知识集中度、历史补洞记录、联系人设置和个案权责匹配有关。控制总体质量后，这些变量仍应预测召回集中。

第四个解释是痴呆本身不可预测。不可预测确实使完全任务合同不可能，但它不能推出家庭必须兜底。恰恰因为事件不可预测，组织更需要可适用于未知事项的首接、升级和闭环程序。不可预测解释了为什么需要剩余发起权责，不能决定它必然属于儿女。

可检验预测与研究设计

预测一：在控制老人认知程度、日常生活能力和已购买服务时数后，“非紧急事件首先联系固定家属的比例”比家属直接照护工时更能预测其时间不可控感、夜间警觉和无法安排旅行。

预测二：新增护工时数只会稳定降低直接劳动；只有同时设置具名承接人、替补链和分级授权时，非紧急召回频率与响应压力才会持续下降。

预测三：家庭探望频率与照护者恢复生活之间不是简单负相关。若探望主要用于情感陪伴，高频探望可与低待命并存；若探望承担审计和补洞，高频探望与生活受限相关。

预测四：机构的常规任务完成率可以很高，而离线检验仍失败。两项指标相关性有限，说明剩余发起权责不是一般服务质量的代理变量。

预测五：主要照护者短期失联时，未完成交接的系统会出现更多重复拨号、延迟升级、临时取消服务和无人确认事项；完成交接的系统主要增加内部替补调用，而不增加安全事件。

预测六：把家属标为“紧急联系人”而不规定事件阈值，会扩大非紧急召回；明确绿色、黄色、红色事件及通知窗口后，家属接收的信息总量未必下降，但即时响应要求下降。

预测七：个案经理职位本身对待命退出的效果不稳定；其可调用资源、跨机构信息权限和缺岗替补程度才是关键中介变量。

预测八：曾经最频繁补洞的家属，即使兄弟姐妹数量相同，也会在服务购买后继续承受更高召回，因为组织按历史可靠性形成路径依赖。

预测九：家庭知识被结构化记录后，新员工入职初期对原照护者的咨询应下降；若记录存在但无人负责更新，下降只在短期出现，随后重新集中。

预测十：单纯提高机构透明度，在权责未配置时会增加家属的信息处理量；透明度与具名承接机制联合实施，才会降低持续待命。

预测十一：以“家属响应速度”考核家庭合作度的机构，会把自身协调成本外移给家庭，并产生更高的主要联系人集中度；取消该指标并考核内部闭环率后，召回分布会更均衡。

预测十二：完整交接不会降低全部家庭参与。它将减少故障驱动的到场和电话，却可能提高关系性探望的质量、可计划性和情绪稳定度。

实证上可采用机构—家庭配对的纵向设计。入住前、入住后一个月、三个月、六个月分别测量直接照护工时、召回次数、事件发起者、闭环时间、家属可离线时长、抑郁与负担。事件日志应区分主动探望、常规通知、非紧急召回和紧急法定联系。为排除病情差异，需要控制认知功能、行为症状、吞咽风险、跌倒史和医疗复杂度。

还可开展阶梯式集群试验：不同机构分批实施“三本账—具名承接人—分级授权—替补链—离线演练”。主要结局不是机构报告的满意度，而是非紧急事件由内部闭环的比例、家庭最长连续离线时长和安全事件率。若干预只减少家属电话却增加未发现风险，本章方案失败。

证伪条件与适用边界

第一，若在控制服务质量、疾病严重度、家属偏好和信任水平后，剩余发起权责的集中程度不能解释任何额外的待命压力，这一概念缺乏独立效度，应退回一般照护负担或不信任解释。

第二，若增加护工时数在没有改变首接、授权和替补机制时，也能同等幅度降低非紧急召回和不可离线感，则“任务转移不足以带来待命退出”的命题被削弱。

第三，若机构通过具名承接与离线演练减少家属召回，却持续增加跌倒延误、走失时长、急诊住院或照护遗漏，说明退出是以安全下降换取的，不能视为完成交接。

第四，若家庭高频参与在所有情境中都与更高待命绑定，无法经验区分关系性探望与可靠性劳动，本章对两类参与的划界失败。

第五，若“剩余照护发起权责”能够被既有个案管理指标完全替代，并对同一案例作出相同分类与预测，则没有必要保留新概念。

第六，若责任与控制资源的配对不影响闭环时间，而只要明确责任名称就有效，本章关于“责任陷阱”的判断错误。

第七，本章不适用于家庭明确选择全职亲自照护且不寻求角色转移的情形；也不用于否定法定代理人在重大医疗决定中的权限。它处理的是家庭已经购买专业服务并希望恢复生活，却仍被系统性召回的情形。

第八，在资源极端匮乏地区，专业承接链可能暂时无法完整建立。此时本章判据仍可揭示缺口，但不能把一个结构性资源不足转化为对一线员工的个人问责。指标必须指向机构与委托方的配置责任，不能用于惩罚最低权限岗位。

伦理反噬：新指标可能怎样再次伤害照护者

一旦“家属离线时长”成为绩效指标，最省事的实现方式可能是机构少联系家属、压低事件等级或隐瞒问题。离线不是信息隔离。任何制度应用都必须同时考核内部发现率、处置及时性、安全结局与家属知情质量，不能只追求电话减少。

第二种反噬是强迫家庭退出。部分家属珍视照护参与，老人也可能依赖熟悉亲人。本章保护的是退出持续待命的选择，不是规定理想家庭必须减少探望。具名承接人不得以“已经专业化”为由排斥家属的传记知识和情感关系。

第三种反噬是把责任集中到责任护士或个案经理，制造新的不可退出者。因此，任何承接位置都必须是岗位而非私人牺牲，必须有轮班、替补、工作量上限和升级资源。本章用于识别位置，不用于寻找一个新的“最能干的人”继续无限补洞。

第四种反噬是家庭借交接之名逃避必要的法定决定和费用义务。制度应清楚列出家属保留的决定账和财务账，专业承接未知事件并不消灭家属已经依法或自愿保留的职责。退出待命与退出一切关系不是同义词。

对护理管理、合同与公共政策的含义

对护理管理而言，交接质量评估应从“信息是否传递”扩展到“异常是否有人发起并闭环”。入院评估不仅询问家属联系方式，还应询问可联系时段、不能承担的事项、法定权限和替代联系人。交班记录需包含未闭环事件的当前负责人，而不是只写“已告知家属”。

对服务合同而言，项目清单之外应增加“未知事件治理条款”。条款不必预知所有风险，但要规定首接岗位、响应时限、授权额度、替补链、升级阈值、家属通知规则和争议处理。支付也应覆盖个案协调、知识维护与应急待命，否则供应方仍会把这些成本外移给家庭。

对监管而言，可建立三个互补指标：家庭非紧急召回率、事件内部闭环率、最长安全离线时长。三者必须与安全事件率和人员配置共同解释。单独追求任何一个都会诱发规避行为。尤其不能以家属到场次数判断孝或机构质量。

对公共政策而言，购买照护服务的补贴若只按小时计费，可能减轻体力劳动却保留协调贫困。日间照料、居家照护和机构照护的支付包应承认“组织未知事件”是一项真实服务。政府购买的不是多几双手，而是一个在家庭不在线时仍可运行的照护系统。

对家庭而言，选择机构或护工时需要增加一组过去很少询问的问题：老人突然拒食时谁先评估？夜班缺岗时谁安排替补？家属不接电话时流程走向哪里？谁有权联系医生？一件事怎样算处理完？答案若始终是“到时再联系家属”，合同中的大量服务项目也不能证明交接已经完成。

与本书其余各章的分界

本章判的是**交接完成没有**（离线检验、剩余发起权责），第三章判的是**能力转移没有**（免召回恢复轮），第四章判的是**在场能不能换人**（可承接性）。三者依次收窄：交接可以在能力未转移的情况下完成，能力可以在关系不可替代的情况下转移。第五章把三者装进一条可执行的迁移路径。

结论：交接的终点，是家庭不再成为系统的隐藏前提

痴呆专业照护的难题不只是照护量巨大，而是未知事件永远存在。任何合同都无法写尽拒食、走失、跌倒、行为变化、人员缺岗与跨机构冲突的组合。问题不在于如何把合同写到无限长，而在于未知事件出现时，系统是否已经为第一轮行动安排了责任、权力、资源和替补。

本章的核心结论是：照护交接不是任务执行者的替换，不是机构地点的改变，也不是家庭决定权的全部让渡；它是剩余照护发起权责的重新配置。当原主要照护者不在线时，异常仍能被发现、分级、启动、升级和闭环，交接才获得可验证的完成形态。

这一判断同时改变了孝与专业化的关系。孝不必被消灭，专业服务也不应以替代亲情为目标。需要被终止的是另一种安排：把儿女的爱、内疚和可靠性当作免费而无限的故障吸收器。家庭可以高频探望，可以参与重大决定，可以继续承担关系义务；但这些都不应再成为老人基本安全与服务连续性的隐藏条件。

真正完成交接的标志，不是儿女终于什么都不做，而是他们做与不做不再决定系统会不会塌。他们由不可退出的总值班员重新成为有边界的亲属。专业照护也由“替家庭做事”上升为“在家庭离线时仍能承接未知”。这才是痴呆家庭购买服务后能够恢复生活，同时不遗弃老人的制度基础。

注释

本章所称“家属”主要指事实上的主要家庭照护者，不预设其性别或亲属排行。现实中该位置常由女儿、儿媳或配偶承担，但具体分布需要经验研究确认。

“离线”仅指不承担非紧急即时响应，不意味着机构可以停止必要告知，也不影响法定代理事项和预先约定的紧急联系。

本章为理论建构论文。文中的模型、预测和离线检验尚需通过多机构纵向研究与干预试验验证，不能直接当作已证实的临床标准。

参考文献

Adams, K. B. (2006). The transition to caregiving: The experience of family members embarking on the dementia caregiving career. *Journal of Gerontological Social Work*, 47(3-4), 3-29. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17062520/>

Gaugler, J. E. (2005). Family involvement in residential long-term care: A synthesis and critical review. *Aging & Mental Health*, 9(2), 105-118. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2247412/>

Gaugler, J. E., Mittelman, M. S., Hepburn, K., & Newcomer, R. (2009). Predictors of change in caregiver burden and depressive symptoms following nursing home admission. *Psychology and Aging*, 24(2), 385-396. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2699253/>

Gaugler, J. E., Reese, M., & Mittelman, M. S. (2020). The ResidentialCare Transition Module: A single-blinded randomized controlled evaluation of a telehealth support intervention for family caregivers of persons with dementia living in residential long-term care. *BMC Geriatrics*, 20, 133. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32293314/>

Givens, J. L., Lopez, R. P., Mazor, K. M., & Mitchell, S. L. (2012). Sources of stress for family members of nursing home residents with advanced dementia. *Alzheimer Disease & Associated Disorders*, 26(3), 254-259. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3288670/>

Greene, L., et al. (2025). Mind the gap: A systematic review of barriers, facilitators, and interventions in care transitions for people living with dementia and their caregivers. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12854086/>

Grossman, S. J., & Hart, O. D. (1986). The costs and benefits of ownership: A theory of vertical and lateral integration. *Journal of Political Economy*, 94(4), 691–719. <https://doi.org/10.1086/261404>

Hart, O. (1995). *Firms, Contracts, and Financial Structure*. Oxford University Press.

Hart, O. (2017). Incomplete contracts and control. *American Economic Review*, 107(7), 1731–1752. <https://www.jstor.org/stable/44871744>

Hart, O., & Moore, J. (1988). Incomplete contracts and renegotiation. *Econometrica*, 56(4), 755–785. <https://www.edegan.com/pdfs/Hart%20Moore%20%281988%29%20-%20Incomplete%20Contracts%20and%20Renegotiation.pdf>

Hart, O., & Moore, J. (1990). Property rights and the nature of the firm. *Journal of Political Economy*, 98(6), 1119–1158. <https://doi.org/10.1086/261729>

Hart, O., Shleifer, A., & Vishny, R. W. (1997). The proper scope of government: Theory and an application to prisons. *Quarterly Journal of Economics*, 112(4), 1127–1161. <https://www.nber.org/papers/w5744>

Jeffs, L., et al. (2017). The role of caregivers in interfacility care transitions: A qualitative study. *Patient Preference and Adherence*, 11, 1443–1450. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5572948/>

Lam, A., et al. (2020). Transition experiences of caregivers of older adults with dementia and multiple chronic conditions. *Canadian Journal on Aging*. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7774379/>

Lee, K., Puga, F., Pickering, C. E. Z., Masoud, S. S., & White, C. L. (2019). Transitioning into the caregiver role following a diagnosis of Alzheimer's disease or related dementia: A scoping review. *International Journal of Nursing Studies*, 96, 119–131. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30851954/>

Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Hilfinger Messias, D. K., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12–28. <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>

Puurveen, G., Baumbusch, J., & Gandhi, P. (2018). From family involvement to family inclusion in nursing home settings: A critical interpretive synthesis. *Journal of Family Nursing*, 24(1), 60–85. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5833026/>

Reckrey, J. M., et al. (2022). The dementia family caregiver experience managing a paid home care team. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(3), 1311. <https://www.mdpi.com/1660-4601/19/3/1311>

Rogers, A. H., et al. (2021). Trust of nursing home staff caring for residents with advanced dementia: The perspectives of family caregivers. *Journal of Applied Gerontology*. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8671225/>

Saragosa, M., et al. (2022). Using meta-ethnography to understand the care transition experience of people with dementia and their caregivers. *Dementia*, 21(1), 51–73. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8721620/>

Schumacher, K. L., & Meleis, A. I. (1994). Transitions: A central concept in nursing. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 26(2), 119–127. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1994.tb00929.x>

Schulz, R., & Eden, J. (Eds.). (2016). *Families Caring for an Aging America*. National Academies Press. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK396398/>

Tornatore, J. B., & Grant, L. A. (2004). Family caregiver satisfaction with the nursing home after placement of a relative with dementia. *Journals of Gerontology Series B*, 59(2), S80–S88. <https://academic.oup.com/psychsocgerontology/article/59/2/S80/519559>

Woodhall, E., et al. (2023). How close family members contribute to the occupational lives of people with dementia in long-term residential care. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12033577/>

Wu, X., et al. (2023). Negotiating filial care in transitions: An ethnographic study of older adults' relocation to institutional care in China. *BMC Geriatrics*, 23, 287. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10183674/>

Zhan, H. J., Feng, X., & Luo, B. (2011). The role of the family in institutional long-term care: Cultural management of filial piety in China. *International Journal of Social Welfare*, 20(S1), S121–S134. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2397.2011.00808.x>

研究伦理与版本声明

本章不使用可识别的个案资料，文中情境均为公开研究所描述的常见照护结构之理论化概括，不指向任何具体家庭、机构或从业者。本章提出的“剩余照护发起权责”、二维模型与离线检验属于待验证的理论工具，不能替代临床判断、法律意见或当地监管规范。任何实施均须优先保障痴呆患者的安全、尊严与知情安排，同时保护家庭照护者和一线员工不被再次固定为无限责任主体。

本稿为 3.8 版，完成日期为 2026 年 8 月 9 日。

第三章 从任务外包到照护闭环迁移

摘要

患有阿尔茨海默病及相关痴呆的老人可能只接受一名熟悉子女照护；其他家属或护工一接手，便出现焦虑、拒绝、愤怒或反复寻找原照护者。常见交接或突然换人，或让新人长期跟随模仿；前者剥夺熟悉感并增加危险，后者却使原照护者在每次偏差时重新接管，新人永远学不会恢复秩序。本章以神经康复学的结构化再学习、教育学的认知学徒制与支架渐退、网络科学的中心性与节点退出为相互制约的理论入口，提出“免召回恢复轮”：在新人完整拥有一次照护任务、原照护者对普通偏差保持不可用的条件下，老人出现可预期的不安或流程中断后，由新人把照护安全地接回下一功能步骤。文章据此建立“线索迁移—完整任务接手—支架渐退—免召回班次”的次序约束，区分普通偏差与安全红旗，规定替代升级通道，并给出可编码指标、十篇公开研究字段审计、竞争解释、情境反例和撤回条件。核心判断是：交接不是复制动作、累积接触时长或缩短原照护者在场时间，而是把偏差后的恢复权从单一熟悉者迁移到新人和环境共同承担的照护系统。

关键词：痴呆；家庭照护；照护交接；结构化再学习；认知学徒制；网络韧性；照护连续性

English Title

Transferring Recovery Authority, Not Merely the Person: A Four-Phase No-Recall Model for Dementia Care Handover

Abstract

People living with Alzheimer's disease and related dementias may accept care from one familiar family member while responding to other relatives or paid caregivers with anxiety, refusal, anger, or repeated searching for the original caregiver. Two common strategies are both insufficient: abrupt substitution removes familiarity and may create harm, whereas prolonged shadowing allows the original caregiver to retake control whenever a deviation occurs, preventing the successor from learning how to restore care. Bringing structured relearning in neurorehabilitation into tension with cognitive apprenticeship and scaffold fading in education, and with centrality and node withdrawal in network science, this article proposes the no-recall recovery episode. Such an episode occurs when a successor owns a bounded care task, an expected non-emergency deviation arises, the original caregiver remains unavailable, and the successor safely reconnects the episode to its next functional step. The resulting order constraint is cue migration, whole-task ownership, scaffold fading, and a planned original-caregiver-exempt shift. It preserves an alternative safety escalation route and never treats clinical emergencies as learning opportunities. A fixed coding rule, a four-cell diagnostic matrix, scenario tests, mechanism falsifiers, and an audit of ten public intervention studies are provided. The audit found no study that simultaneously recorded successor identity, original-caregiver unavailability, an observed deviation, and successor-led recovery without recall. The proposal is therefore a testable measurement and mechanism hypothesis, not evidence of clinical effectiveness. Care handover is defined not by smooth imitation or reduced distress alone, but by the transfer of authority and capability to recover after ordinary disruption.

Keywords: dementia; family caregiving; care handover; structured relearning; cognitive apprenticeship; network resilience; continuity of care

真正卡住家庭的，不是新人不会做，而是新人没有机会把偏差接回来

许多痴呆家庭都见过同一种困局。女儿可以顺利帮助母亲起床、洗漱、吃饭、服药；儿子或护工照着同样步骤做，母亲却推开手、提高音量、不断问“她去哪儿了”，甚至试图离开房间寻找女儿。家人于是得出两个看似合理却互相矛盾的结论：老人需要熟悉感，所以不能贸然换人；女儿不能永远在场，所以必须尽快让别人接手。困难不在于这两个判断谁对谁错，而在于家庭缺少一条能同时保住熟悉感与产生独立承接能力的次序。

现行做法常在两个极端之间摆动。第一个极端是“动作复制论”：新人记住水温、药盒位置、食物软硬、穿衣顺序和安抚用语，便被安排单独上岗。它把照护看成可复制的动作清单，却忽略老人对时间、声音、气味、空间、称呼、触碰方式和人际预期的联合识别。动作相同，整套线索却变了；老人感受到的不是“同一件事由另一人完成”，而可能是熟悉秩序突然消失。第二个极端是“长期陪班论”：新人在旁看，原照护者继续主做；老人一不安，原照护者立即解释、安抚或重新接管。表面上风险很低，实际上所有关键偏差仍经由原照护者结束。新人学会的是标准流程的外形，而不是流程偏离以后如何判断、调节、等待、退一步并重新开始。

这一区别可以用一个极简问题揭开：在原照护者不接电话、不现身的一个完整班次里，新照护者遇到老人一次拒绝、寻找或流程中断后，谁把下一项照护重新接上？如果答案仍是“只能等原照护者回来”，那么无论新人已经跟班多少小时、动作多么相似、老人平时多么平静，交接都尚未完成。相反，老人出现短暂不安并不自动意味着交接失败；如果新人能在不强迫、不欺骗、不制造危险的前提下识别原因，利用已经迁移的线索调整节奏，并把任务安全地恢复或按计划延期，这次偏差反而首次提供了独立承接的证据。

本章把问题限定在一个很窄但长期被漏掉的层级：不是研究痴呆的病理过程，不是比较某一种非药物干预能否总体降低激越，也不是讨论家庭应否聘用护工，而是解释“一名新照护者怎样获得普通偏差后的恢复权”。这里的“恢复”指恢复照护秩序，不指逆转痴呆，也不以老人停止表达不愿为目标。照护秩序可以被恢复为继续下一步骤，也可以被恢复为尊重拒绝、暂停任务、改用替代方案并在安全窗口内重新尝试。它的伦理底线是：人的尊严、同意/意愿表达和身体安全高于任务完成率。

本章的中心主张采取三重排除。成功交接不是新人把原照护者的动作复制得足够像；不是新人和老人共同相处的时长累积到某个阈值；也不是原照护者在场时数逐渐减少。它是一个更严格的事件：新人在拥有完整任务、原照护者不为普通偏差提供同步救援时，独立把一次受扰动的照护重新连接到下一功能步骤，并且老人安全、尊严和替代升级通道均未受损。这个事件以后简称“免召回恢复轮”。

三个学科各自保护了什么，又分别漏掉了什么

（一）神经康复学：保护老人端的可预测性，避免把错误变成额外负担

痴呆并不意味着所有学习能力同时消失。结构化再学习、任务分解、线索提示、间隔提取和无错误学习等工作，正是利用相对保留的程序性学习、习惯和情境反应，使日常活动在认知受损条件下仍可能改善。Terrace（1963）在实验学习研究中表明，辨别形成并不以大量错误为必要条件；通过先叠加旧线索与新线索、再逐步淡出旧线索，可以在很少错误的情况下完成刺激控制的转移。这条经典证据并非痴呆临床试验，却提供了一个重要结构：不要先移走原有控制线索，再要求个体在混乱中自行找到新线索。

痴呆领域的研究进一步说明结构化学习具有现实价值。Kessels 与 Olde Hensken (2009) 在 60 人试验中比较无错误学习与错误后提示, 发现无错误条件下程序任务表现更好, 轻中度痴呆者延迟测验效应量尤其大。更大规模的 REDALI-DEM 随机试验则给出必要的修正: 161 名参与者在结构化日常活动再学习后, 两组任务表现均改善并维持数月, 但无错误学习并不优于试错学习 (Voigt-Radloff et al., 2017)。这项不利结果很关键。它支持“结构化再学习可能有用”, 却不支持把“完全不出现错误”提升为普遍最佳原则。

若把神经康复学直接搬到家庭交接, 容易把学习者认错。老人需要尽量少遭受无意义的失败、羞辱与过载; 但本题中还存在第二个学习者——新照护者。若所有偏差都由原照护者提前挡住, 新人就没有机会把隐性判断变成自己的判断。于是必须把两个通道分开: 老人端采用高可预测、低负荷、尊重拒绝的线索迁移; 新人端则需要在受保护的普通偏差中学习辨认与恢复。所谓“受保护”, 指不人为诱发不安、不撤掉必要支持、不把医学急症当训练材料, 只允许自然出现、事先定义且可安全处理的偏差成为学习窗口。

(二) 教育学: 保护新人端的独立性, 防止支架永久变成代办

Wood、Bruner 与 Ross (1976) 把支架描述为专家帮助学习者完成其暂时无法独立完成任务。关键并非帮助越多越好, 而是帮助必须依学习者当前能力而变, 并最终退出。Collins、Brown 与 Newman (1987/1989) 的认知学徒制进一步把示范、指导、支架、表达、反思与探索放到真实活动中: 专家不仅展示“做什么”, 还要把观察、判断、权衡和纠偏这些通常隐蔽的认知过程外显出来。Brown、Collins 与 Duguid (1989) 强调知识是情境化的; 离开实际活动、环境和文化的知识, 很难自动转成实践能力。

这对痴呆照护交接有直接意义。新人观看原照护者如何喂饭, 可以复制勺子的角度, 却未必知道老人皱眉意味着太烫、吞咽困难、听不懂、想自己拿勺, 还是只是需要停十秒。真正需要示范的不是动作轨迹, 而是“看到了什么—排除了什么—为什么等—何时后退—怎样重启”的推理链。原照护者若不把这些判断说出来, 照护知识就仍嵌在她的身体、语气和直觉里; 新人得到的是录像般的表面顺序。

教育学同时揭示陪班的反效果。支架若在每次困难出现时自动接管, 学习者会形成对支架的依赖; 专家则因“我来更快、更稳”不断得到即时强化。家庭由此产生一种自我维持的循环: 老人不安—原照护者回归—不安迅速下降—全家确认只有她能行—下次更早召回。短期每次都成功, 长期却把新人排除在恢复经验之外。支架渐退因此不能按日历发生, 而应按新人是否能识别偏差、提出方案、承担后果并恢复任务来发生。

然而, 教育学若独自支配本题, 也会越界。课堂学习容许“有生产性的失败”, 但痴呆照护对象不是给新人练习的教材。老人可能因疼痛、感染、谵妄、听力问题或照护方式不当而拒绝, 不能为了训练新人而坚持暴露。教育学必须受临床安全与人格尊严反向约束: 新人需要偏差经验, 不等于老人必须被制造偏差; 支架退出也不能快于安全能力。

(三) 网络科学: 保护家庭系统的抗单点失效能力, 但不能把人当作可拔插部件

网络科学把家庭照护看成节点与关系构成的流动系统。药物信息、安抚线索、决定权、身体协助、风险识别与紧急联络, 沿不同边在家属、护工、医生、物品和制度之间传递。一名成年子女可能不是做事最多的人, 却是所有异常最终都必须经过的节点; 她在结构上接近割点——一旦移除, 若干原本相连的照护功能便被切断。Tian 等 (2017) 把割点定义为移除后会使网络断开的节点, 并说明仅看节点度数不能充分识别网络脆弱性。Morone 与 Makse (2015) 的最优渗流工作同样提示, 影响系统连通性的关键节点未必只是度数最高者。

Albert、Jeong 与 Barabási (2000) 对复杂网络错误容忍与定向攻击的研究提供了本题最重要的警告: 某些异质网络可以承受大量随机节点失效, 但对少数关键节点被定向移除极其脆

弱。家庭里“平时很多人都在帮忙”因此并不等于原照护者可以突然退出。名义上有四名家属，若所有人都把陌生反应解释、药物决定和老人安抚回流给同一女儿，网络仍是高中心化的。突然让女儿彻底消失，相当于未经重连便拔除关键节点，风险不应被浪漫化为“逼大家成长”。

但网络科学也不能把人当成零件。原照护者有感情、边界、疲劳与退出权，老人也不是需要维持吞吐量的包裹。网络中的“连通”若以强迫、约束、过度镇静或把无偿劳动转嫁给另一名女性维持，就不是可接受的照护韧性。因此，节点退出必须被改写为两件事：一方面，原照护者对普通偏差逐步停止作为默认救援中心；另一方面，医学和安全风险必须另有明确升级通道。所谓“免召回”只免除原照护者的日常兜底，不取消专业救援。

三种传统共享的隐含前提：任务顺利完成，就算能力已经转移

神经康复学常以任务步骤完成率、独立完成数或延迟保持作为结局；教育学常观察学习者能否在支架下完成任务以及能否逐渐独立；网络科学常用连通性、最大连通分量或节点移除后的性能描述系统。这些指标都合理，却可能共享一个未明说的前提：如果一次任务从头到尾顺利完成，便可据此判断承接能力已经存在。

本题恰好暴露这个前提的缺陷。痴呆家庭交接中，最容易制造“顺利完成”的办法，是让原照护者始终在场并随时补位。她提前说出下一句、递来正确物品、解释老人含混的表达、在拒绝刚出现时接管。结果是老人平静、任务完成、新人看似参与、家庭零事故；但所有困难时刻仍由中心节点吸收。平稳表现反而遮住能力没有迁移。网络运行得越顺，原照护者越难离开；每次及时救援又成为“只有她可以”的新证据。

同一传统内部的材料足以推翻这一前提。结构化再学习研究表明，训练可以改善标准任务，却不自动回答线索改变、人员改变或自然偏差下是否仍能完成；Stokes 与 Baer (1977) 早已指出，泛化不能被当成训练之后自然发生的副产品，而必须被主动设计。认知学徒制把“探索”放在示范与支架之后，说明在专家控制下完成并非终点。网络科学更直接：一个网络在关键节点仍连接时的平稳表现，不能告诉我们该节点退出后是否仍连通。三家证据合起来只能得到一条它们各自通常不会单独提出的判断：交接能力不是顺利完成的属性，而是偏差以后恢复归属发生改变的属性。

这条判断还解释了为什么动作复制不应排在第一位。动作当然要学，但若动作所依赖的时间、称呼、物品、气味、声调和空间位置仍专属于原照护者，新人复制得越像，越可能在真实差异出现时失败。真正应首先迁移的是“什么让这段照护可被老人识别为熟悉秩序”的线索所有权。只有线索不再被某个人的身体独占，完整任务才有可能转移；只有完整任务属于新人，偏差才会落到新人手里；只有偏差落到新人手里，支架渐退才有可观察依据；只有支架已经退出，免召回班次才不是突袭。

一个新的事件单位：免召回恢复轮

（一）定义

本章把免召回恢复轮定义为：在一项事先界定的完整照护任务中，新照护者从起始线索到任务关闭拥有主要处置权；老人自然出现一项预先编码的普通偏差；原照护者在规定窗口内不现场、不通话、不发即时指令；新照护者在不使用强迫、欺骗、额外约束或临时加药的前提下，使照护回到预先允许的下一功能状态，并且没有触发安全红旗。

“下一功能状态”不等于“必须完成原任务”。例如洗澡遭拒后，新人先保护隐私、停止推进、改为局部擦洗并约定稍后再试，只要这一本来就在个体化计划中，便可以构成安全恢复；强行完成洗澡反而不算。吃饭时老人寻找女儿，新人以熟悉称呼回应、把惯用杯子放到固定位置、

陪坐片刻，老人随后吃下几口，也可构成恢复。若老人突然嗜睡、步态显著改变或疑似感染，新人停止训练路径并启动医疗评估，这不是失败，而是正确识别了本轮不具备资格。

这个概念包含三重排除。第一，它不是“老人没有不安”：没有偏差的顺利班次只证明当前条件合适，不能检验恢复能力。第二，它不是“新人把任务做完”：靠强迫、原照护者遥控或把任务风险留给老人完成，都不算恢复。第三，它不是“原照护者不在场”：若新人持续发消息求指令、原照护者看监控即时指导，中心性仍未退出。真正被迁移的是普通偏差的判断与恢复权。

（二）最小必要条件

一次免召回恢复轮至少同时满足五项条件：

五项缺一不可。它们不是给家庭打道德分，而是防止最常见的替代解释。没有 W，无法知道新人是否真正拥有任务；没有 D，只观察到未受扰动状态；没有 O，原照护者可能仍是隐性控制中心；没有 R，交接没有产生能力证据；没有 S，则所谓成功以老人承担风险为代价。

（三）零模态判据

这个新事件不靠“真正”“充分”“应该”等模糊词判定，只问一句：在原照护者按计划不可联系的一项完整照护中，普通偏差发生以后，下一功能状态是由谁建立的？若由新人依据既定计划建立，且安全尊严条件成立，本轮记 1；若靠原照护者同步介入、任务无计划地崩溃，或以强迫完成，本轮记 0；若出现红旗，则本轮不进入分母而转入安全记录。

二维诊断：线索可携性与偏差恢复归属

交接至少有两个不能互相替代的维度。横轴是线索可携性：维持熟悉感的时间、语言、物品、感官与顺序线索，是只在原照护者出现时才成立，还是已被外显、复制并能由不同照护者稳定提供。纵轴是偏差恢复归属：老人一旦拒绝、寻找或中断，最终把流程接回来的，是原照护者还是新人。两轴形成四种家庭状态：

最危险而又最不显眼的是“平滑假交接”。家庭已经做了详细清单，护工也能照表完成，老人多数时候平静，所以大家相信交接在进步。然而，偏差很少或每次都被原照护者迅速吸收，核心中心性没有变化。它甚至会自我强化：线索复制提高了日常顺畅度，导致家庭更少安排原照护者不可用的检验；新人长期没有处理偏差，原照护者便更有理由保持待命。

二维框架也说明，线索迁移和恢复权迁移必须分步而不能并成一句“逐渐适应”。先提高线索可携性，可以减少老人承受的人际断裂；随后才把完整任务与偏差恢复归属交给新人。若先转恢复权、后迁线索，新人只能在高陌生度中硬扛；若只迁线索、不转恢复权，家庭停在平滑假交接。四阶段路径的价值，正是规定从左下或左上如何安全进入右下目标区。

四阶段路径：线索迁移—完整任务接手—支架渐退—免召回班次

第一阶段：迁移线索，不先复制“人格”

交接的起点不是要求新人“像女儿一样做”，而是把原照护者无意中携带的情境线索变成可共享的照护基础设施。至少包括五类：时间线索，如起床后先坐几分钟、傍晚何时容易疲劳；语言线索，如老人偏好的称呼、一次只说一句、哪些词会被理解成命令；物品线索，如固定杯子、毛巾、药盒、照片；感官线索，如光线、温度、电视声、香味、触碰方向；顺序线索，如先看见衣服再听解释、先洗脸后刷牙、拒绝后等待多久再重启。

线索迁移采用“叠加—稳定—淡出”的结构。最初由原照护者和新人共同出现：原照护者仍提供熟悉的人际背景，新人负责摆放物品、使用同一称呼、维持同一节律。随后，原照护者减少动作但仍在视野内，新人继续提供线索；再之后，原照护者移到视野外，线索仍保持。Terrace（1963）的刺激转移研究提示，直接从旧线索跳到新线索容易产生更多错误，而先

叠加、再淡出旧线索更可能维持辨别。这里借用的是结构原则，不把动物实验直接当作痴呆交接疗效证据。

本阶段的产物不是“新人掌握了全部照护”，而是一张经过现场验证的线索地图。地图必须记录老人实际反应而非家人的印象，例如“说‘去洗澡’常被拒绝；把浴巾放在椅背、先问水温是否合适，较少中断”。它还要记录负线索：哪些噪声、多人围观、催促、背后触碰和纠错语言会放大不安。若新人只背原照护者的句子，却不懂线索何时使用，仍属于动作复制。

进入下一阶段的门槛是：在至少两个不同日次、原照护者不主做的同一任务中，新人能稳定提供预先选定的核心线索，老人没有出现超出个体基线范围的持续不安或安全事件。这里不要求零不安，也不要求所有任务一起转移；可先从低风险、可延期的任务开始。

第二阶段：把完整任务交给新人，不把任务切成永远的“辅助动作”

线索可携后，交接单位必须从零碎动作扩大为完整任务。新人负责一次可界定的照护弧：开始前观察、发出或布置起始线索、执行、处理停顿、决定继续/延期、收尾并记录。原照护者从主做者变为示范者和教练，但不能只把最容易的几步交给新人，自己保留所有判断、拒绝处理和结束决定。

认知学徒制要求专家把隐性思维外显。示范时，原照护者应说出：“她现在看门，不是在拒绝吃饭；我先把电视关小，因为她听不清会更紧张”“她第二次推杯，我不再劝，先检查是否口腔痛”“这次不完成洗澡，改成擦洗，因为她已经连续后退”。新人随后要用自己的话表达判断，并在任务后复盘：观察到什么、做了什么、哪个线索有效、哪一步不确定。复盘不是要求老人重做，也不能当着老人把其行为客体化讨论。

完整任务所有权解决一个常见假象：新人做了很多小时，却从未拥有一个可以关闭的任务。若原照护者决定何时开始、何时暂停、是否服药、如何回应拒绝，新人即使完成90%的动作也只是执行者。交接能力需要决策边界清楚：哪些决定在新人授权内，哪些必须按医疗或家庭计划升级，哪些绝不能自行更改。

本阶段的门槛是：新人至少完成两次从起始到收尾的同类任务，原照护者只在事先定义的安全点介入；任务后新人能准确复述至少一个偏差信号、一个调整依据和一个升级界限。若所有任务都完全无偏差，只能证明完整任务所有权初步建立，尚不能进入终点验收。

第三阶段：按反应层级渐退支架，不按日历把原照护者“蒸发”

支架渐退的对象不只是原照护者的身体在场，还包括其反应速度、信息独占和决定权。可按以下层级逐步退出：即时动作示范→口头提示→只在新人请求后提示→延迟反馈→静默旁观→在相邻房间但不回应普通偏差→离开住所且不接受普通咨询。每一层都要由新人前一层的表现触发，而不是“已经跟班一周”自动升级。

渐退最重要的规则是不在偏差刚出现时反向加码支架。老人第一次问女儿在哪里，新人按计划回应并转移注意；女儿若立即从房间出来，系统学到的是“寻找足够明显就能召回女儿”，新人也学到“等待会使事情更糟”。因此，在安全范围内，原照护者必须容许新人完成一轮观察—回应—等待—重启。她可以事后反馈，但不在普通偏差中途夺回任务。

渐退并非线性只进不退。若疾病进展、环境改变、新药影响、感官下降或连续多次不安超出基线，家庭可以退回前一层重新迁移线索。然而，退级必须指向具体原因和复训条件，不能把一次不安解释为“老人永远只认她”。否则所有退级都会永久化。

本阶段的门槛不是老人完全不找原照护者，而是新人在至少两次自然普通偏差中，能在原照护者静默或视野外时恢复下一功能状态；原照护者没有提供同步指令；且偏差强度和恢复时间没有连续恶化。

第四阶段：安排“原照护者免召回班次”，而不是取消所有救援

最终检验是一个预先计划的完整班次。原照护者离开现场，并对普通拒绝、寻找、轻中度愤怒或可延期任务中断保持不可联系；新人拥有约定任务和记录责任。与此同时，家庭设立另一条安全升级通道，例如机构值班主管、另一名具备安全能力的家属、家庭医生/护理团队或当地急救系统。这样既防止原照护者继续作为默认中心，又不把“独立”误解成孤立无援。

班次开始前要明确三张清单：普通偏差清单、红旗清单、授权边界清单。班次中不得偷看原照护者监控、让其通过第三人遥控，也不得以“实在没办法”为由默认召回。班次结束后才进行结构化复盘：哪项线索被调用，偏差如何发展，何时恢复，是否出现未预见风险，下一次需调整什么。

一个无偏差的免召回班次值得保留，却还不是最终能力证据。至少要观察到一轮合格的免召回恢复轮，才能说新人获得了普通偏差后的恢复能力。推荐研究性门槛是在两个不同日次完成两轮合格事件，再把该任务标记为“已初步承接”；这不是永久认证，疾病进展或照护环境改变后需要重新验证。

为什么次序不能倒置：四种“看起来更快”的方案怎样制造长期失败

（一）先复制动作、后考虑线索：复制得越精确，真实差异越容易暴露

动作复制是必要的技能训练，却不能做第一原则。老人对同一动作的接受往往受施作者身份、接近方向、声调、时段、空间和前序事件共同控制。新人可以精确复制女儿把杯子递到右手的动作，却因进入房间太快、先说了陌生称呼、背景电视过响而触发拒绝。家庭若只检查动作，便会把拒绝归因于老人“认人”，看不见可迁移的环境变量。

更糟的是，过度要求新人模仿原照护者会制造一种不可能任务。不同人的声音、身体、关系史和节奏不可能完全相同；若成功被定义为“让老人感觉还是原来那个人”，新人永远只能是较差复制品。线索迁移的目标不是伪装身份，而是保留足够的可预测性，让老人能够在真实的新人关系中识别安全与秩序。

（二）先让原照护者突然离场：把网络脆弱性当作训练强度

突然离场似乎能迫使新人独立，却可能同时撤掉人际安抚、隐性知识、授权和紧急判断四类功能。网络科学说明，关键节点被定向移除可使系统迅速碎裂；这种失败不能证明新人没有潜力，只能证明家庭未经重连。老人由此承受的恐惧、走失、跌倒或照护拒绝也不应被称为“必要适应期”。

节点退出必须晚于连边重建：线索被外显，任务边界被授权，替代安全通道成立，新人完成过有支架的完整任务。只有这些条件具备，原照护者退出才是能力检验，而不是风险转嫁。

（三）长期共同在场：把支架变成老人和新入共同依赖的条件

共同在场可以降低初期陌生感，却不能无限延长。若老人每次寻找都能看到原照护者，新人与安全、安抚和任务完成之间的联系很难独立建立；若新人每次迟疑都得到即时答案，其判断链也无法外显。于是共同在场本身成为任务成功的必要线索，家庭只是把“只有女儿能做”改成“女儿在场时别人也能做”。

这正是为什么支架要按层退出，而且“视野内静默”与“视野外不回应”必须成为不同阶段。仅减少原照护者动手时数，却保留其即时可见与可问，不会明显降低中心性。

（四）先切碎任务、让新人永远只做安全片段：参与很多，所有权仍为零

家庭出于谨慎，常把任务切成无风险小块：新人准备衣服，女儿说服老人穿；新人端饭，女儿处理拒食；新人陪走，女儿决定何时返回。小步训练在初期合理，但若没有升级为完整任务，偏差出现的位置永远被留给原照护者。新人积累的是动作次数，不是一个从起点到关闭的责任弧。

完整任务并不要求把所有任务一次性交给新人。应按领域分别验证：新人可能已能独立处理早餐，却尚不具备转移、洗澡或药物相关能力。交接是任务特异的，不存在“这个人总体已经会照顾”的单一标签。

救援防火墙：不召回原照护者，不等于不求助

免召回路径最容易被误解成“老人再不安也不许求助”。这既危险，也违背痴呆照护的临床原则。NICE 指南要求，痴呆者出现痛苦、激越或攻击行为时，应先结构化评估疼痛、谵妄、不恰当照护和环境原因；美国国家老龄研究所同样提醒，突然或波动的行为变化可能与感染、疼痛、睡眠、便秘、药物和感官问题相关。因而必须在训练路径与安全路径之间建立防火墙。

普通偏差是已在个体基线中出现、可在既定计划内处理且没有迫近伤害的事件，例如：重复询问原照护者、轻中度焦虑、把手推开、两次表示不愿、短暂提高音量、可延期的穿衣或洗漱中断、在安全空间内走动寻找。普通偏差进入新人恢复路径。目标不是压制表达，而是理解、降低负荷、提供选择、暂停或恢复。

安全红旗至少包括：跌倒、头部外伤、窒息或吞咽急症；胸痛、呼吸困难、单侧无力、意识明显改变；突然或快速波动的混乱、发热或疑似感染；走失或无法确认位置；具有迫近伤害风险的攻击或自伤；药物误服、漏服关键药物或新人超出授权无法判断；持续不能进食饮水并接近个体化临床阈值；任何照护者无法维持自身与老人安全的情形。红旗的具体内容必须由家庭与临床团队按病史、本地服务和任务风险预先制定，不能由本章清单替代医疗判断。

防火墙规定三件事。第一，红旗出现时，本轮立即退出“免召回恢复”分母，转入医学或安全处置；及时升级不是交接失败。第二，升级通道优先指向具备相应能力的替代节点，而非自动把所有问题退回原照护者。需要急救就联系急救，需要护理判断就联系专业人员。第三，即便原照护者因信息或法律身份必须参与，风险稳定后也应把日常任务所有权交还新人，避免一次红旗使中心节点永久复位。

防火墙还包括“停止规则”。若不安持续上升、老人明确且持续拒绝非紧急任务、照护者开始失去耐心、需要用身体控制才能继续，任务应暂停或改用计划内替代方案。一次安全停止可以是合格恢复；强行完成不是。

六个情境压力测试：路径在哪些地方必须收窄

情境一：穿衣时反复寻找女儿——可形成完整恢复轮

上午穿衣由新护工主责。老人两次问“女儿呢”，把上衣推开，走向门口。护工不纠正“她已经走了”，而使用已迁移的称呼，指向固定椅上的衣服，请老人先选蓝色或灰色；等待后老人坐下并穿上外衣。女儿按计划离场且未接电话。这里 W、D、O、R、S 均成立：偏差存在，下一功能状态由新人建立，未以老人停止寻找作为成功条件。

情境二：洗澡拒绝——“安全延期”比完成任务更符合恢复定义

新人按熟悉水温和浴巾顺序准备，老人退后、抓紧衣领并明确说“不洗”。新人停止脱衣、保护隐私，改用已约定的温毛巾擦洗手脸，记录稍后再试。若家庭把成功定义为“洗澡完成”，新人可能因害怕记 0 而施压；本章将计划内延期视为下一功能状态，正是为了防止指标推动强迫。此例修改了初始命题：恢复权不是“把原任务完成的权力”，而是“在授权边界内决定继续、替代或停止，并把照护安全关闭的能力”。

情境三：吃饭时只对女儿声音有反应——远程声音只能是过渡支架

老人持续拒食，但听到女儿录音中的固定招呼后会看向餐桌。早期可将录音与新人、惯用餐具和同一时段叠加，随后逐渐缩短并淡出录音，使其他线索承担控制。若每餐都必须实时视频通

话才能开始，则原照护者仍被同步召回，不能计入免召回恢复轮。若预录声音不需要女儿实时待命，它可以作为可携线索，但也应评估是否尊重老人、是否造成误认或欺骗；不能伪称女儿就在现场。

情境四：傍晚走向门口并提高音量——普通偏差可能升级为红旗

老人傍晚说要回家，在屋内来回走动。若门窗安全、有人近旁、行为与既往模式一致，新人可降低噪声、陪走、转入熟悉活动并观察恢复；这属于普通偏差。若老人已离开安全范围、无法定位，或推搡造成迫近伤害，则立即进入走失/安全流程，不再要求新人证明独立。这个情境表明，偏差分类不是给行为永久贴标签，而是随强度、环境和风险动态改变。

情境五：新人不会安全转移——完整任务所有权必须受技能门槛限制

老人从床到轮椅需要特定转移技术，新护工尚未通过训练。即使早餐和穿衣已能独立，也不能为了完成“完整班次”让其独自转移。该任务应暂不进入其分母，先由合格人员训练并验证身体操作能力。此反例迫使模型收窄：免召回能力是任务域特异的，不是对一个照护者的总体人格认证；支架渐退不能快于可核验的临床和操作技能。

情境六：突然嗜睡并拒绝服药——正确升级不算召回失败

一向清醒的老人突然嗜睡、步态不稳且拒绝服药。新人没有用惯用话术反复劝服，而是识别为偏离基线，停止普通训练并联系护理/医疗通道。即便最后通知女儿，本轮也应记为红旗排除，而不是“新人没接住”。若指标把这种升级记失败，会诱使照护者隐瞒急症；因此安全排除必须先于绩效统计。

六个情境至少带来三处理论修订。第一，恢复可通向计划内延期，不等于任务完成。第二，能力按任务域验证，不能从低风险任务外推到转移、用药或吞咽。第三，医学升级是与日常召回不同的通道，不能为追求独立而压制。新概念只有在反例中变窄，才可能进入实践。

操作化：只统计发生过偏差、又没有把原照护者召回的完整事件

（一）固定编码规程

为避免“感觉这次不错”的事后判断，本章给出一套供研究试用的固定默认规程。一个事件只有在以下条件同时成立时记为免召回恢复轮：

1. 新照护者在任务开始前已被指定为完整任务拥有者，并从起始到关闭在场主责。
2. 普通偏差满足至少一项行为阈值：10 分钟内至少两次寻找/询问原照护者；至少两次清楚的言语或非言语拒绝；或因可观察不安导致流程连续中断超过 2 分钟。
3. 原照护者从任务开始前 15 分钟至下一功能状态建立后 30 分钟内，没有现场、电话、视频、实时消息或经第三人传达的即时指令。
4. 偏差发生后 30 分钟内，进入预先列明的下一功能状态：完成下一步骤、转用获准替代方案、或安全暂停并安排重试。特定任务有更短临床时限，以个体计划的更短时限为准并在分析前固定。
5. 全程没有红旗，没有新增身体伤害，没有未经计划的约束或镇静，没有违反明确拒绝去强行完成非紧急任务。

上述阈值是为了让不同记录者能编码同一事件，不是临床常模。实际研究可按疾病阶段与任务调整，但必须在观察前改写，不能看完结果后放宽。若老人无法以言语表达，非言语拒绝应事先列出个体行为锚点，例如持续护住身体、后退、转头、推开物品，而非把一切动作都解释为“不配合”。

（二）唯一主指标

主指标定义为免召回恢复率（NRRR）：

$$\text{NRRR} = \text{同时满足 } W \times D \times O \times R \times S \text{ 的事件数} \div \text{所有由新人完整拥有且出现合格普通偏差的事件数}。$$

红旗事件不进入分母，但单独报告；无偏差班次也不进入分母，但报告其数量，防止家庭为了提高比例只选择平静时段。分母若为 0，指标记为“不可估计”，不能记 100%。研究性阶段升级阈值固定为：同一任务域在两个不同日次至少出现两轮合格事件，且两轮均满足五项条件。这个门槛很低，只代表“初步承接”，不代表长期稳定。

（三）为什么不以激越下降为唯一终点

激越、拒护和照护者负担仍应测量，但不能单独验收交接。老人可能因环境更舒适而较少不安，却一有偏差仍只能由女儿结束；也可能在新人初次独立时短暂多问几次女儿，但恢复时间逐步缩短、没有危险且女儿不再待命。前者临床结局改善却未迁移恢复权，后者交接能力增长却可能在短期激越量表上看不出来。因此研究至少并列报告老人端的痛苦强度/持续时间、尊严与安全，新人端的恢复归属，以及原照护者是否真正免于同步待命。

公开研究字段审计：常用试验几乎没有记录“谁在原照护者不在时恢复了偏差”

（一）审计问题与规则

为了检验本章是否只是给已有结局换名，本章对十篇公开可查的痴呆结构化学习、照护沟通与照护者训练研究做一项低成本字段审计。样本不是系统综述，也不用于估计疗效；它是一个预先固定的“哨点语料”压力测试，覆盖无错误学习、日常活动再学习、口腔护理、洗澡、沟通、家庭行为管理、个体化活动和照护映射。只看论文公开摘要与方法/结局说明，逐篇编码四个字段：①是否明确存在不同于原主要照护者的接任者；②是否记录原照护者在事件中不可用；③是否记录自然发生的拒绝/寻找/流程偏差；④是否记录该偏差由接任者在不召回原照护者时恢复。四项同时出现才算已有研究直接测到本章事件。

（二）运行结果

结果是 0/10 篇同时具备四字段。这个零不能说明免召回恢复轮有效，也不能说明十篇研究设计不佳；它只说明这些研究回答的是学习表现、行为症状、照护质量或照护者能力，而非交接时恢复权是否离开原照护者。字段缺失本身就是本章的第三层发现：现有研究可能已经改善老人和照护者，却因没有记录原照护者不可用与偏差关闭者，无法告诉家庭“新人是否接得住”。

（三）三项不利结果怎样修改了命题

审计还保留了三项对本章不利的证据。第一，REDALI-DEM 中无错误学习并不优于试错学习，故本章不再主张老人端必须“零错误”，只主张减少无意义过载并结构化线索。第二，Levy-Storms 等（2016）的进餐沟通研究整体干预未显著降低拒绝，虽特定沟通行为与较少拒绝相关，说明复制“正确话术”不能保证任务顺利。第三，Gitlin 等（2021）的 250 对随机试验中，个体化活动没有改善主要的激越/攻击结局，却改善功能依赖、照护者福祉与信心；Surr 等（2020）的 50 家机构、726 名基线居民的实用性试验也未显示照护映射优于对照，且实施剂量偏低。由此，本章必须把“交接成功”与“激越显著下降”分开，并把实施资源写入机制，而不能承诺一条流程本身会普遍减症。

最强竞争解释：也许只是接触变熟，而不是恢复权迁移

最强的邻近解释是暴露—熟悉化：老人随着与新人接触次数增加而逐渐习惯，新人也因经验增加更会照护；原照护者是否退出、谁处理偏差并非独立机制。若这一解释成立，只要保持总接触时长相同，本章四阶段中的完整任务所有权和免召回设计不会产生额外预测。

本章机制与熟悉化机制的分歧不在“是否需要时间”——两者都承认熟悉需要重复——而在时间里发生了什么。熟悉化预测主要由新人接触剂量、老人特征和环境稳定度解释；本章预测在接触剂量相同后，经历过完整任务所有权与不召回偏差恢复的新人，才更可能在后续原照护者不可用班次中保持较高 NRRR。若两组接触时长相等，一组始终与原照护者共同在场、偏差由原照护者关闭，另一组按阶段获得完整任务和受保护偏差恢复，最终结果相同，则“恢复权迁移”没有增量，论文应撤回机制强度。

最低成本的区分试验可以采用同一家庭内、不同低风险任务的交错多基线设计。先固定新人总接触时长；早餐任务进入四阶段路径，折衣或陪坐任务暂维持共同在场；只利用自然普通偏差，不人为诱发。预注册观察窗口和阈值，比较两任务在同等接触剂量下的 NRRR、偏差恢复时间、老人痛苦曲线和原照护者同步介入次数。随后交换路径。若 NRRR 只随接触时长上升，与完整所有权和免召回事件无关，熟悉化解释胜出。若阶段引入后出现任务特异的水平或趋势改变，才支持本章机制。

机制链与可证伪条件：线索怎样成为跨人的恢复能力

（一）六环机制链

本章提出的不是“按四步做就会成功”的手册，而是一条可拆解的机制假说。

第一环是线索外显。原照护者把原本内隐于身体和关系中的时间、语言、物品、感官与顺序变量说出并记录。没有外显，新人只能模仿表面动作。

第二环是线索叠加与可携化。新人和原照护者共同提供核心线索，再逐步让物品、环境和新人本身承担控制。没有可携化，原照护者一离开，熟悉感与任务结构同时消失。

第三环是完整责任弧。新人获得从任务开始到关闭的授权，能把观察、决定和后果连在一起。没有完整责任弧，新人只获得孤立动作，偏差仍会向原照护者回流。

第四环是自然偏差暴露。在不人为诱发、不超越安全边界的条件下，老人出现本来就可能发生的拒绝、寻找或流程中断。没有偏差，就没有对恢复能力的检验。

第五环是支架延迟与退出。原照护者不在偏差最初时刻接管，使新人有时间调用线索、判断原因并尝试计划内调整。没有退出，恢复权只在名义上转移。

第六环是恢复经验的再编码。任务后由新人复盘，家庭把“谁解决了什么、哪些线索可重复、何时应升级”写回共同计划；下一次老人和新人面对的是略有更新的照护环境。多轮以后，中心性才可能从一个人分散到新人、物件、程序和专业通道。

这条链同时包含两种学习：老人并非学习“不要想女儿”，而是在保留的能力范围内逐渐把安全与秩序联系到更多可预测线索；新人则学习如何在老人表达不安时作出低负荷、可撤回且有边界的处理。二者不能用同一个“错误率”衡量。

（二）七条撤回或削弱条件

以下任何一项在充分样本和合格实施下持续出现，都应削弱或推翻本章，而不是被解释成“家庭情况太复杂”：

1. 控制新人—老人接触时长、疾病阶段、任务难度和环境稳定后，经历免召回恢复轮并不预测后续原照护者不可用班次的成功，说明新事件没有增量。

2. 线索可携性提高并不降低原照护者退出初期的痛苦或任务中断，且不同线索类别没有可重复关系，说明“先迁移线索”不是必要次序。

3. 完整任务所有权与碎片化辅助在相同总操作量下产生同样的独立恢复，说明责任弧不是关键机制。

4. 原照护者在普通偏差中即时救援不会增加下一次召回概率，也不影响新人后续恢复能力，说明“救援强化中心性”的判断错误。

5. 高 NRRR 稳定伴随更高痛苦、更多约束、更多镇静、更多伤害或更低生活质量，即使形式编码为合格，说明指标遗漏了伦理伤害，必须停用。

6. 不同编码者对 W、D、O、R、S 的一致性长期低于可接受水平，尤其无法可靠区分安全延期与任务失败，说明构念不能成为可复核测量。

7. 疾病进展与自然环境变化到来时，既往高 NRRR 家庭并不比单纯长时接触家庭更少召回原照护者或更快恢复，说明事件只测到短期情境表现。

第五项是最重要的反向约束：即便本章的网络与教育机制成立，只要老人端代价系统性上升，路径就没有临床正当性。能力迁移不能靠把不安变成家庭要“熬过去”的成本。

（三）固定时间顺序赌注

本章作出一项明确的时间顺序预测。到 2029 年 8 月 9 日前，若有前瞻性、多家庭事件级研究同时测量线索可携性、任务所有权、原照护者同步介入、普通偏差恢复与安全结局，那么在成功交接的任务域中，平均顺序应表现为：线索可携性先上升；随后完整任务由新人拥有；其后原照护者即时支架减少；最后 NRRR 上升并预测免召回班次维持。若大量数据稳定显示 NRRR 先上升、线索与所有权随后才变化，或顺序完全可互换，本章的“四阶段次序约束”应降级为若干可选组件，而非必经路径。

十二项可兑现后果，以及三项反向约束

一个新概念只有改变既有决策，才不只是术语装饰。免召回恢复轮至少带来十二项可兑现后果。

1. 对神经康复评估：从“完成了多少步骤”增加“换人、线索淡出与普通偏差以后由谁恢复”。保持测验应包含人员变化，而不只时间延迟。

2. 对家庭访谈：不再只问“老人接受谁”“家里有几个人帮忙”，而问“最近一次老人拒绝后，谁决定暂停、怎样重新接上、原照护者是否被实时联系”。

3. 对照护计划：把偏好清单升级为线索地图，分开正线索、负线索、普通偏差、红旗与授权边界。信息交接从静态资料变成情境化判断。

4. 对护工培训：培训对象从动作合规扩展到观察—解释—选择—等待—恢复；考核至少包含一个标准化偏差情境，而不是只在顺利流程中演示。

5. 对喘息服务：购买小时数不再等于原照护者获得喘息。服务应报告是否完成原照护者免召回班次、是否出现隐性远程待命，以及哪类任务已形成初步承接。

6. 对居家机构排班：比随机轮换更重要的是建立一个小而稳定的新人池，使线索与恢复经验能够积累；频繁换人会使每个人都停在第一阶段。

7. 对数字工具：摄像头不应成为原照护者持续遥控的渠道。技术更适合承载线索地图、授权边界、延迟复盘和红旗升级，而不是把中心节点搬到手机上。

8. 对家庭分工：“有人能来”与“有人能关闭偏差”分栏记录。一个家属每周来三次但所有拒绝都打电话给女儿，不能算完整承接。

9. 对临床结局：激越下降、任务完成、照护者信心、原照护者免待命与 NRRR 并列，不允许用其中一项代表全部。Gitlin 等（2021）的不一致结局正说明多终点的必要。

10. 对网络分析：节点重要性不能只用照护时数或联系人数量衡量；“异常最终回到谁”形成的有向恢复网络，可能比日常动作网络更能定位割点。

11. 对劳工与支付制度：护工若没有受薪熟悉期、重叠班次和复盘时间，家庭被迫让原照护者长期兜底。线索迁移与支架渐退应被视为服务成本，而非家庭免费完成的准备工作。

12. 对研究设计：试验单位从一次培训或一名照护者下沉到“完整任务—自然偏差—恢复归属”事件；这允许解释为什么总体症状不变时交接能力仍可能改变，反之亦然。

三项反向约束防止这些后果被单向扩大。第一，神经康复与人格尊严约束教育学：不得为了让新人“经历偏差”而故意撤除老人的必要线索、诱发拒绝或延长痛苦。第二，教育学约束无错误学习的过度外推：若原照护者把一切普通偏差都提前消除，新人不会获得恢复能力；“老人少受错”不能被偷换为“新人不许面对偏差”。第三，照护伦理约束网络科学：节点退出不是对家庭进行破坏试验，原照护者免召回必须以替代安全通道和任务域能力为前提；连通性不能凌驾于人的意愿和退出权。

与环境压力模型的分界：匹配说的是水平，本章说的是归属

把“能力”和“环境”放在一起看，最早的一套正式模型来自劳顿与纳赫莫的环境压力—能力框架：个体的能力与环境的要求之间存在一个适应带，能力越低，环境要求的微小变化越会把人推出这个带；因此干预既可以提升能力，也可以降低环境压力。这套模型在老年学里已经用了半个世纪，任何讲“新人能不能接住”的说法都必须先与它划清。

它说到哪一步：它给出了**水平的匹配**——把新人的能力和任务的要求放在同一根轴上比较，能够就接得住，不够就接不住；解决办法是训练新人或简化任务。

分离线在于**水平还是归属**。免召回恢复轮问的不是新人的能力够不够，而是**偏差发生之后，把它接回来的那一次动作由谁完成**。这两件事可以完全脱钩：一个能力明显高于任务要求的新人，仍然可能在每一次偏差发生时都打电话把原照护者叫回来——按环境压力模型他完全胜任，按本章的判据恢复权一次也没有转移。

判定形式：**在同一批交接中同时测新人的任务胜任度与免召回恢复轮次数**。若两者高度相关，本章可并入匹配模型；若存在一类高胜任而零免召回的交接，则恢复权归属是一个独立的量。本章预测后者不但存在，而且在训练做得越好的机构里越常见——因为训练提高的是执行，而召回与否取决于责任配置。

人格中心照护那一支在这里给本章加了一条限制：把老人的偏好、生活史与习惯当作可携带的线索来处理，有把人化约为一份操作说明的风险。本章因此在第六节把线索的迁移限定为**可被本人或家属随时更正的共同证据**，而不是一份由机构单方维护的档案。

研究方案、边界与伦理

（一）怎样验证，而不拿老人冒险

首轮研究不宜直接做大规模“突然换人”随机试验。更合适的是多基线单一案例或小样本序列研究：每个家庭选择两至三个低风险、可延期任务，分时引入线索迁移、完整所有权和支架渐退；观察自然出现的普通偏差。连续记录至少包括：任务、照护者、核心线索、偏差行为与时间、原照护者介入方式、恢复状态、恢复时长、痛苦强度、安全事件、约束/药物变化和原照护者待命时间。视频只在充分同意、隐私保护和安全存储下使用；私人身体照护可由双人即时编码或事件后结构化记录替代。

第二阶段可做集群阶梯楔形试验，由居家服务团队或日间照护项目分批接受四阶段训练。主结局不应只有激越量表，而应包括预注册的NRRR、红旗排除率、原照护者同步介入次数、任务域覆盖、老人痛苦曲线、照护者负担与不良事件。实施忠实度必须记录；Surr等（2020）显示复

杂干预在常规机构中可能因时间与资源不足只完成很低剂量，若不测实施，理论失败与组织无力无法区分。

第三阶段才适合检验长期网络变化：构建两张有向网络，一张记录日常动作由谁完成，另一张记录偏差最终由谁关闭。本章预测，成功交接首先表现为恢复网络的入边从原照护者分散，随后才可能出现照护时数分散；若只看时数，变化会被晚发现。自然冲击——原照护者短期生病、通信中断或服务更替——可以作为非人为扰动，但不得为了研究主动制造。

（二）适用边界

本章适用于已经确定需要多照护者协作、老人对特定照护者表现明显依赖、且家庭希望逐步扩大承接的日常照护。它不假设老人一定患阿尔茨海默病；血管性痴呆、路易体痴呆、额颞叶痴呆等病程、波动、运动和行为特征不同，线索与风险边界必须个体化。它也不假设所有任务都能交给同一新人，或一旦成功便永久稳定。

以下情形需要临床评估优先，路径暂缓或显著修改：行为近期突然改变；未处理的疼痛、感染、谵妄、听力障碍或药物问题；频繁跌倒、吞咽困难、复杂医疗操作；原照护者或新人存在暴力、虐待、严重耗竭或物质使用风险；居住环境无法防止走失与伤害；老人持续明确拒绝某一具体照护者且无法通过合理调整缓解。交接不是把不合适的人“训练成被接受”。

路径也依赖组织条件。若护工工资低、排班高流动、没有重叠时段、无权做计划内调整，要求其承担完整恢复只是把制度缺陷个人化。若其他家属名义接手却没有拒绝权、报酬或休息，家庭可能把原女儿的不可退出位置转嫁给儿媳。可恢复承接必须同时保护新人和原照护者的退出权。

（三）同意、意愿与不欺骗

痴呆者的决策能力可能随任务与时间而变。家庭应尽可能用简化语言、视觉提示和实际选择支持其表达；即便法律代理人同意照护安排，老人当下的同意、拒绝和不适仍应被重视。熟悉线索不能变成欺骗工具：可以使用照片、惯用音乐或预录问候，但不应谎称离开的女儿就在门外，或用合成声音冒充本人而不考虑其意愿。

隐私同样是边界。为了“让新人学会”而全天录音录像、在群聊中传播老人洗澡或拒护片段，可能造成新的伤害。记录以完成必要编码为限，身份信息最小化，访问权限明确，研究用途须经伦理审查。

本章不是医疗建议或紧急处置指南。红旗、药物、吞咽、转移与走失方案应由当地合格专业人员结合个体病史制定。任何时候，安全与尊严都优先于完成阶段、提高 NRRR 或证明理论。

与“在场义务可承接性”的边界：一个判家庭能力，一个解释微观交接怎样发生

本专栏此前提出“在场义务可承接性”，用来区分一段不可替代的关系与该关系承载者必须持续待命的义务，并以关键情境离席检验家庭层面的承接。本章与它共享“关系可以保留、持续在场不必永久绑定”的立场，却不能被视为同一概念的改名。

两者的决策对象不同。“在场义务可承接性”判断家庭是否已经拥有让焦点照护者停止现场、决策和待命的能力，重点是关系、制度、无偿劳动与家庭网络的总体结果；本章判断一名新照护者怎样在具体任务里获得普通偏差后的恢复权，重点是线索、完整任务、支架和事件次序。前一构念可以在制度上成立而本章机制尚未完成，例如机构通过两名资深护工轮班让女儿真正离席，但尚未记录新人如何经历偏差；本章事件也可在一个早餐任务中成立，而家庭在夜间、用药与医疗决策上仍高度依赖女儿。

因此，免召回恢复轮不是家庭能力的充分条件，而是某一任务域的微观证据。多个任务域、多个新人、足够长时间的合格事件，才可能向家庭层面的在场义务承接累积；这条累积关系本身仍需研究，不能从概念定义直接推出。

自我反思：这篇论文也可能把照护变成过度工程化的训练场

本章试图纠正“每次不安都召回原照护者”的循环，却可能制造另一种偏差：研究者为了得到可编码事件，把老人表达不适视为系统扰动，把家庭生活切成任务，把亲密关系写成节点。概念越精确，这种物化风险越需要公开。

三条自我限制因此写入模型。第一，偏差不是噪声，而可能是疼痛、恐惧、身份受损或合理拒绝的信息；恢复首先是回应信息，不是把行为压回正常。第二，网络去中心化不是关系去情感化。原照护者仍可以自愿陪伴、探望、安抚和维持独特关系，只是不再因制度缺口被迫随时兜底。第三，事件指标不代替叙事。NRRR相同的两个家庭，老人对新人是否信任、原照护者是否内疚、新人是否被尊重，可能完全不同；定量记录必须与痴呆者、家属和一线照护者的经验共同解释。

本章也没有用真实家庭个体数据验证路径。十篇公开研究的字段审计只能显示测量缺口，不能证明新事件存在，更不能证明四阶段优于其他温和交接方法。公开文献中的网络定理与教育实验提供的是结构约束，不是对痴呆家庭的直接因果估计。把这些边界写清，是为了让后续研究能够推翻本稿，而不是把跨学科类比包装成已证疗法。

与本书其余各章的分界

本章的免召回恢复轮是**微观事件级**的读数——只统计发生过偏差、又没有把原照护者召回的完整事件；第四章的在场义务可承接性是**判家庭能力的判据**，第二章的离线检验是**判交接完成的判据**。三者的关系是：可承接性回答“这个人能不能离场”，本章回答“离场怎样才发生得了”，第二章回答“离场之后算不算交接完成”。

结论：原照护者能够离场，始于新人第一次独立把偏差接回去

老人只接受一名儿女照护，并不证明关系“有问题”，也不证明其他人永远无法接手。特定声音、节律、触碰和共同历史确实具有调节作用；突然剥夺它们可能制造恐惧与危险。可是，如果家庭每次见到不安就召回原照护者，这段真实有效的关系会被逐渐改造成一个不可退出的系统接口：老人、新人和全家都学会，任何偏差最终仍由同一个人结束。

神经康复学要求先保留可预测性，教育学要求支架最终退出，网络科学要求关键节点退出前完成重连。三者相互制约后，交接的最小路径才显现：先把时间、语言、物品、感官和顺序线索从某个人的身体里迁移出来；再把一个完整任务而非零碎动作交给新人；随后按新人处理偏差的能力渐退支架；最后安排原照护者对普通偏差不可用、却保留替代安全升级的班次。

这条路径的最小证据不是老人再也不焦虑，不是新人做得和女儿一模一样，也不是原照护者离开了几个小时。它是一次免召回恢复轮：老人出现可预期的不安或中断后，新人没有压制、没有冒险、没有遥控原照护者，而是把照护安全地接回下一功能状态。家庭真正增加的不是一个“替代的人”，而是一处新的恢复能力。原照护者从示范者成为旁观者，再成为可以离场的人，正是从这种很小、可观察、可撤回的事件开始。

参考文献

Albert, R., Jeong, H., & Barabási, A.-L. (2000). Error and attack tolerance of complex networks. *Nature*, 406, 378–382. <https://doi.org/10.1038/35019019>

- Alzheimer's Association. (n.d.). Bathing. <https://www.alz.org/help-support/caregiving/daily-care/bathing>
- Brown, J. S., Collins, A., & Duguid, P. (1989). Situated cognition and the culture of learning. *Educational Researcher*, 18(1), 32–42. <https://doi.org/10.3102/0013189X018001032>
- Collins, A., Brown, J. S., & Newman, S. E. (1987). Cognitive apprenticeship: Teaching the craft of reading, writing, and mathematics (Technical Report No. 403). Center for the Study of Reading, University of Illinois.
- Exline, E. et al. (2024). Implementing multiple schedules with naturally occurring stimuli via telehealth. *Behavioral Interventions*. <https://doi.org/10.1002/bin.1982>
- Gitlin, L. N., Kales, H. C., & Lyketsos, C. G. (2012). Nonpharmacologic management of behavioral symptoms in dementia. *JAMA*, 308(19), 2020–2029. <https://doi.org/10.1001/jama.2012.36918>
- Gitlin, L. N., Marx, K., Piersol, C. V., Hodgson, N. A., Huang, J., Roth, D. L., & Lyketsos, C. (2021). Effects of the Tailored Activity Program on dementia-related symptoms, health events and caregiver wellbeing: A randomized controlled trial. *BMC Geriatrics*, 21, 581. <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02511-4>
- Gitlin, L. N., Winter, L., Dennis, M. P., Hodgson, N., & Hauck, W. W. (2010). Targeting and managing behavioral symptoms in individuals with dementia: A randomized trial of a nonpharmacological intervention. *Journal of the American Geriatrics Society*, 58(8), 1465–1474. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2010.02971.x>
- Gozalo, P., Prakash, S., Qato, D. M., Sloane, P. D., & Mor, V. (2014). Effect of the Bathing Without a Battle training intervention on bathing-associated physical and verbal outcomes in nursing home residents with dementia. *Journal of the American Geriatrics Society*, 62(5), 797–804. <https://doi.org/10.1111/jgs.12777>
- Horstman, M. J. et al. (2024). Needs of family caregivers of hospitalised adults with dementia during care transitions: A qualitative study in a US Department of Veterans Affairs Hospital. *BMJ Open*. PMID: 39174071.
- Jablonski, R. A., Kolanowski, A., Therrien, B., Mahoney, E. K., Kassab, C., & Leslie, D. L. (2011). Reducing care-resistant behaviors during oral hygiene in persons with dementia. *BMC Oral Health*, 11, 30. <https://doi.org/10.1186/1472-6831-11-30>
- Kales, H. C., Gitlin, L. N., & Lyketsos, C. G. (2014). Management of neuropsychiatric symptoms of dementia in clinical settings: Recommendations from a multidisciplinary expert panel. *Journal of the American Geriatrics Society*, 62(4), 762–769. <https://doi.org/10.1111/jgs.12730>
- Kessels, R. P. C., & Olde Hensken, L. M. G. (2009). Effects of errorless skill learning in people with mild-to-moderate or severe dementia: A randomized controlled pilot study. *NeuroRehabilitation*, 25(4), 307–312. <https://doi.org/10.3233/NRE-2009-0529>
- Kitwood, T. (1997). *Dementia Reconsidered: The Person Comes First*. Open University Press.
- Lave, J., & Wenger, E. (1991). *Situated Learning: Legitimate Peripheral Participation*. Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511815355>

Levy-Storms, L., Harris, L. M., & Chen, X. (2016). A video-based intervention on and evaluation of nursing aides' therapeutic communication and residents' agitation during mealtime in a dementia care unit. *Journal of Nutrition in Gerontology and Geriatrics*, 35(4), 267–281. <https://doi.org/10.1080/21551197.2016.1238430>

Livingston, G. et al. (2014). Non-pharmacological interventions for agitation in dementia: Systematic review of randomised controlled trials. *British Journal of Psychiatry*, 205(6), 436–442. PMID: 25452601.

Morone, F., & Makse, H. A. (2015). Influence maximization in complex networks through optimal percolation. *Nature*, 524, 65–68. <https://doi.org/10.1038/nature14604>

National Institute for Health and Care Excellence. (2018). Dementia: Assessment, management and support for people living with dementia and their carers (NG97), recommendations 1.1 and 1.7. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng97>

National Institute on Aging. (2024). Coping with agitation, aggression, and sundowning in Alzheimer's disease. <https://www.nia.nih.gov/health/alzheimers-changes-behavior-and-communication/coping-agitation-aggression-and-sundowning>

National Institute on Aging. (n.d.). Pain: You can get help. <https://www.nia.nih.gov/health/pain/pain-you-can-get-help>

Stokes, T. F., & Baer, D. M. (1977). An implicit technology of generalization. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 10(2), 349–367. <https://doi.org/10.1901/jaba.1977.10-349>

Surr, C. A., Holloway, I., Walwyn, R. E. A., et al. (2020). Effectiveness of Dementia Care Mapping to reduce agitation in care home residents with dementia: An open-cohort cluster randomised controlled trial. *Aging & Mental Health*, 25(8), 1410–1423. <https://doi.org/10.1080/13607863.2020.1745144>

Teri, L., McCurry, S. M., Logsdon, R., & Gibbons, L. E. (2005). Training community consultants to help family members improve dementia care: A randomized controlled trial. *The Gerontologist*, 45(6), 802–811. <https://doi.org/10.1093/geront/45.6.802>

Terrace, H. S. (1963a). Discrimination learning with and without “errors”. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 6(1), 1–27. <https://doi.org/10.1901/jeab.1963.6-1>

Terrace, H. S. (1963b). Errorless transfer of a discrimination across two continua. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 6(2), 223–232. <https://doi.org/10.1901/jeab.1963.6-223>

Tian, L., Bashan, A., Shi, D.-N., & Liu, Y.-Y. (2017). Articulation points in complex networks. *Nature Communications*, 8, 14223. <https://doi.org/10.1038/ncomms14223>

Toles, M. et al. (2022). Unique care needs of people with dementia and their caregivers during transitions from skilled nursing facilities to home and assisted living: A qualitative study. *Journal of the American Medical Directors Association*. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2022.06.021>

Touchette, P. E., & Howard, J. S. (1984). Errorless learning: Reinforcement contingencies and stimulus control transfer in delayed prompting. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 17(2), 175–188. <https://doi.org/10.1901/jaba.1984.17-175>

Voigt-Radloff, S., de Werd, M. M. E., Leonhart, R., et al. (2017). Structured relearning of activities of daily living in dementia: The randomized controlled REDALI-DEM trial on errorless learning. *Alzheimer's Research & Therapy*, 9, 22. <https://doi.org/10.1186/s13195-017-0247-9>

Williams, K. N., Perkhounkova, Y., Herman, R., & Bossen, A. (2017). A communication intervention to reduce resistiveness in dementia care: A cluster randomized controlled trial. *The Gerontologist*, 57(4), 707–718. <https://doi.org/10.1093/geront/gnw047>

Wood, D., Bruner, J. S., & Ross, G. (1976). The role of tutoring in problem solving. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 17(2), 89–100. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1976.tb00381.x>

见本书第五章《关系不可替代，持续在场可以被承接》。

利益冲突

作者声明无利益冲突。

数据与材料

本章未使用个体级人类参与者数据。十篇哨点研究字段审计仅使用公开论文的摘要、方法与结局说明；编码规则和空表已在正文列明。该审计用于检验测量字段是否存在，不用于估计干预效果或作系统综述结论。

伦理与临床责任

本章提出的是待验证的理论与测量方案，不替代医学诊断、紧急处置、药物管理、吞咽评估、转移训练或当地照护规范。实施任何交接安排前，应结合痴呆者意愿、决策能力、病史、任务风险和可用专业服务制定个体化计划；出现急性变化或安全红旗时应立即转入专业评估。

人机协作声明

作者使用生成式人工智能协助跨学科检索、结构推演、公开资料字段审计、语言修订与文档排版；问题设定、核心判断、伦理边界、证据取舍、最终文本与署名责任由作者承担。投稿前作者应再次核对全部文献、数字、医学表述及期刊格式。

第二编 能力

什么可以被承接，什么不能

第四章 不是把老人交给新人

摘要

一个痴呆家庭可以在数月乃至数年中没有发生走失、漏服药物或照护中断，却仍可能没有形成家庭层面的照护能力：全部安定依赖某一名成年子女识别老人含混的表达、预判其恐惧并随时在场。既有研究通常分别以照护结果、关系质量、帮手人数、照护时数或照护者负担描述这类家庭，因而把两个不同问题折叠在一起：特定关系是否具有真实的安抚效能，以及家庭是否能够在不消耗该关系承载者的前提下持续提供照护。本章以发展心理学的依恋研究、可靠性工程与女性主义经济学为三个互相制约的理论入口，提出“在场义务可承接性”概念。其核心判断是：家庭照护能力不是把独特的人际关系变得可替代，而是使这段关系所附带的持续在场义务能够由其他人、程序、物件和正式服务共同承接。由此，关系不可替代性与照护者不可离席性不再被视为同一事实。

本章建立一个由“关系特异性”与“在场义务集中度”构成的二维判别框架，区分一般任务共享、隐性劳动垄断、强关系单点在场和可离席的关系连续性四种家庭状态；提出以“关键情境离席承接事件”和“在场义务承接覆盖率”为核心的编码规程；并用美国全国健康与老龄趋势研究及全国照护研究的公开表值进行压力测试。结果显示，帮手人数、平均分担和眼前无事故均不能稳定代理家庭能力：两类同为 2.4 名照护者的网络，其主要一次要照护时数差距相差 57.4 个百分点；共享网络并非在所有强度下都显著减少未满足需要；2011—2022 年痴呆照护网络人数仅下降 9.5%，但每周照护时数上升 44.9%、同住比例上升 31.2%、就业比例下降 18.6%。这些反例迫使本章把“共享”收紧为关键情境中经过验证的承接，并将远程待命和无偿监督劳动纳入失败判定。

这一判据改变了家庭评估、临床访谈、喘息服务和社会政策的决策对象：不再问“谁最会照顾”或“有几个人帮忙”，而问“哪些关键情境仍只能由谁亲自出现才能结束”。它也设置伦理边界：离席检验不得制造危险、强迫老人接受陌生人，亦不得把照护任务转嫁给另一名无补偿且不能退出的女性。本章最终主张，一段独特关系产生的真实能力，只有在其安抚线索、判断知识和制度资源能够支持关系承载者安全离席时，才部分成为家庭能力；否则，眼前稳定是个体贡献的结果，而不是家庭已经拥有的能力。

关键词：痴呆；家庭照护；依恋；可靠性；无偿照护；监督劳动；关系连续性；喘息服务

Abstract

A dementia-care household may remain incident-free for months or years while possessing little household-level care capacity if all stability depends on one adult child's interpretation, anticipation, and continuous presence. Existing approaches commonly evaluate care outcomes, relationship quality, helper counts, care hours, or caregiver burden separately. They therefore conflate two analytically distinct questions: whether a particular relationship has genuine regulatory efficacy, and whether the household can sustain care without consuming the person who carries that relationship. Bringing attachment research in developmental psychology into conflict with reliability engineering and feminist economics, this article develops the construct of assumability of presence obligation. Household care capacity does not require making an irreplaceable relationship interchangeable. It requires making the duty of continuous presence attached to that relationship assumable by an arrangement of people, routines, artifacts, and formal services.

The article offers a two-axis framework combining relationship specificity and concentration of presence obligation; an event-based coding protocol centered on verified focal-caregiver absence; and a public-table stress test using NHATS and NSOC studies. Helper count, evenness of sharing, and current incident-free performance all fail as sufficient proxies. The proposed criterion redirects assessment from “Who is best at care?” to “Which critical situations still end only when one particular person appears?” A family possesses care capacity only to the extent that relationship-specific knowledge and cues can support safe care during that person’s voluntary absence without covert recall, uncompensated standby labor, or coerced substitution.

Keywords: dementia; family caregiving; attachment; reliability; unpaid care; supervisory care; relational continuity; respite

问题不在“稳定不稳定”，而在稳定属于谁

傍晚六点半，老人开始反复寻找早已去世的丈夫。女儿从厨房走出来，没有纠正时间，也没有解释死亡，只把旧收音机调到父母年轻时常听的频道，然后说：“他知道你在这里，我们先吃饭。”老人坐下。这样的平静不是偶然。女儿知道哪一种称呼不会被听成命令，知道老人捏衣角时意味着害怕而非饥饿，也知道浴室灯亮得太早会触发抗拒。家庭的日常因此显得井然：药没有漏，门没有忘锁，夜间很少报警，邻居甚至认为这家“照顾得很好”。

然而，同一组事实还可以被相反地叙述。女儿三年没有完整离家过夜，洗澡时把手机放在门外，工作会议中也要接听家人电话；兄弟每周买菜一次，却不会处理老人拒绝换衣、黄昏焦躁或误认空间的时刻。居家服务员知道任务清单，但一遇到老人喊叫便说“她只听你的”。家庭能够运转，不是因为它已经获得了一种可以持续调用的共同能力，而是因为一个人被固定成了所有异常的最终接口。越是由她及时平息，其他人越少学习；其他人越少学习，老人越依赖她；老人越依赖她，家人越能把她的不离开解释为“母女感情特殊”。稳定遂成为自我加固的锁定。

这类家庭迫使我们区分三个经常被混写的命题。第一，老人眼下是否安全、情绪是否可调节，这是照护表现。第二，某一特定关系是否确实具有其他关系暂时不具备的安抚效能，这是关系效能。第三，家庭能否在照护需求、人员可用性和关系状态变化时继续完成关键照护，这是家庭能力。一个家庭可以在第一、第二项上都很强，在第三项上却近乎为零。反过来，一个暂时发生过混乱的家庭，也可能正在通过有界、可逆的交接建立真正的家庭能力。把能力等同于结果，会惩罚正在学习的家庭，奖励从未允许核心照护者离开的家庭。

本章要回答的因而不是“亲密关系好不好”，也不只是“怎样减轻照护负担”，而是一个关于能力归属的判断：当稳定由一段独特关系产生时，什么条件使这种效能开始属于家庭，而不再仅仅属于关系中的一个人？本章的答案可压缩为一句话：真正的家庭照护能力，不是把关系变得可替代，而是把某人必须持续在场的义务变得可承接。

这里的“家庭”不是封闭、自给的血缘单位。它可以包括配偶、子女、亲友、邻居、日间照护、家政照护、社区护士、智能提醒和熟悉物件。能力“属于家庭”，不是因为全部劳动都由家人免费完成，而是因为家庭拥有正当、稳定且可实际调用的安排：当焦点照护者自愿离席时，关键照护仍有明确承接者，受照护者的安定不以陌生化或强迫为代价，承接也不靠把同一份不能退出的待命义务悄悄转给另一个人。

三个学科各自说对了什么，又各自遗漏了什么

（一）依恋研究：安定是关系中生成的，不是任务清单的副产品

依恋研究最强的提醒，是人在威胁、陌生和能力下降时不会只“接受服务”，而会寻找能提供安全感的特定关系。Bowlby (1958, 1982) 把依恋行为理解为接近并维持可获得性的系统；Ainsworth 等 (1978) 的“陌生情境”进一步显示，照护者的可获得性不仅终止痛苦，也构成探索的安全基地。将这一传统直接搬到晚年会有发展阶段错置的风险，但痴呆情境确实重新提高了对熟悉线索、可预测回应和共同历史的依赖。

痴呆照护研究给出了比“家人比较有爱”更严格的证据。Chen 等 (2013) 研究 87 名照护患痴呆父母或岳父母的主要照护者，发现照护者的安全基地脚本知识可以预测更低的负性表达情绪。其原文判断是：“Caregivers’ secure base script knowledge predicted lower levels of negative expressed emotion.” 这意味着照护质量不只是完成穿衣、喂饭等操作，还取决于照护者能否把困境组织成一种熟悉脚本：觉察痛苦、可接近、提供有效帮助，并允许对方恢复自主。Monin 等 (2013) 对阿尔茨海默病夫妻的研究亦显示，双方依恋取向共同关联症状报告和健康知觉；Chen 等 (2014) 则发现依恋质量会调节痴呆压力源与成年子女照护者痛苦、满意之间的关系。

依恋视角因此不会同意把“换一个人做同一任务”当作无损替代。老人对女儿的声音、节律、称呼和身体距离的反应，可能沉积着数十年的互动史。Himmelweit (1999) 在另一学科中所说的“关系发展”在这里取得心理机制：好照护的一部分是关系特异的，不能被一张标准操作表完全复制。模拟陪伴疗法试图用亲属个性化录音或录像安抚痴呆者，但 Cochrane 综述只找到 3 项、共 144 人的异质性试验，无法作出确定结论 (Abraham et al., 2020)。声音可以复制，关系的可获得性并不因此被证明已经复制。

然而，依恋研究也容易制造一个危险的滑移：从“这个人确实能安抚老人”，滑到“这个人应当一直在场”；从“分离会引发痛苦”，滑到“不分离就是最好照护”。这一步没有由依恋证据推出。安全基地的功能本来就不等于永久贴身；其意义还包括使个体在可承受的距离上活动，并在需要时能够重新接近。发展研究也早已表明，多重依恋并非概念矛盾 (Schaffer & Emerson, 1964)。在痴呆家庭中，关系连续性可能是真实能力的来源，但若它只能由一个人的零距离、零退出维持，就同时形成了脆弱性。

(二) 可靠性工程：没有经历失效的运行，不能证明系统可靠

可靠性工程最强的提醒，是当前输出稳定与系统具有可靠性不是一回事。NIST 对并联系统的标准说明写道：“The system operates as long as at least one component is still operating.” 在独立失效假设成立时，冗余使系统不因单一部件故障而停止 (NIST, n.d.-a)。NIST 维持协调世界时 UTC(NIST) 的实践更具体：以主用、备用、应急和紧急系统构成 PACE 层级，主用与备用尽可能避免共同失效点，并预先设计切换 (NIST, n.d.-b)。可靠性由边界、失效模式、检测、切换和恢复共同定义，不由“今天没出事”定义。

把这一原则带入家庭照护，立即暴露一个反直觉事实：最会解决问题的人可能同时是系统最严重的单点失效。女儿越能无声修复每一次焦躁，家人越看不见临界状态；越看不见，越不会建立交接接口。故障树方法要求从顶事件向下追问哪些条件组合会导致失败 (Vesely et al., 1981)。若“女儿临时住院”足以同时触发用药、夜间安抚、就医沟通和财务办理四条路径中断，那么过去三百天无事故不能改变这张故障树。Aviziñis 等 (2004) 还把可靠、可用、安全、完整与可维护性共同纳入可信赖性，并区分故障预防、容错、清除和预测。对家庭而言，“另有人知道药放在哪里”只是冗余的一部分；能否发现老人状态变化、是否有授权、替班者是否愿意且能到场、交接失败后能否恢复，均属能力结构。

但工程类比有两道必须踩住的刹车。第一，照护者不是部件，不能因追求可替换而把亲密关系、身体界限和退出权消去。并联模型依赖部件失效相互独立，而家庭成员常面对共同失效：同一场流感、同一份经济压力、同一种性别规范、同一个未经支付的夜间待命，会让名义上的多个

帮手同时不可用。第二，工程常把服务连续性设为首要输出；照护却必须同时保护老人和照护者的主体性。若女儿离开后改由儿媳全天无偿守候，家庭虽然通过了粗糙的“N-1”测试，却没有通过伦理和经济意义上的承接。可靠性工程能指出单点失效，却不能独自决定哪些代价不应被当成正常运行成本。

（三）女性主义经济学：看似没有劳动的待命，正是稳定的隐形投入

女性主义经济学最强的提醒，是家庭照护的成本不会因为价格、没有动作或出于爱而消失。Himmelweit（1995）批评把工业生产中的“工作”概念直接套用到无偿劳动，因为这种概念会漏掉照护的关系性与自我实现维度；她后来更明确指出：“good-quality care depends on the developing relationship between a carer and the person cared for”（Himmelweit, 1999）。England 与 Folbre（1999）则把照护劳动的低估同女性化、内在回报和公共品性质联系起来：照护给家庭与社会带来广泛收益，成本却可由最有责任感的人私人吸收。Folbre（2012）进一步说明，内在动机既能产生满足，也会在家庭和劳动市场中给女性带来代价。

“待命”是本题最关键的被漏变量。联合国妇女署把无偿监督照护定义为：照护者没有与受照护者直接互动，却保持近距离和随时可提供直接照护的时间；它包括受照护者自行活动或睡眠、照护者休息或从事其他活动的时段（UN Women, 2025）。因此，女儿整晚没有起床不等于她没有劳动。如果她不能关机、不能饮酒、不能离城、不能进入无法接电话的工作场景，她的时间已经受到照护约束。家庭统计若只数换药、做饭、陪诊等显性任务，就会把“随时可以把她叫回来”误写为别人已经承接。

因果研究显示这种依赖不会自然被市场补上。Carrino、Nafilyan 与 Avendano（2023）利用英国女性国家养老金年龄改革作为工具变量估计：每周工作增加 10 小时，家庭外非正式照护减少 2.1 小时；父母从女儿处失去的照护没有被其他非正式或正式照护补偿。这个结果反向约束了“让女儿回去工作、家里总会找到办法”的乐观想象。照护供给受制度安排塑造，不能把家庭成员不能退出当作恒定资源。

女性主义经济学也不能单独回答全部问题。若只把关系专属性解释成不平等规范的产物，就会低估老人真实的识别、信任和共同历史；若只追求时数平均，就可能让每个人都做一点，却无人能在黄昏焦躁、洗澡抗拒或突发谵妄时有效调节。它揭示谁支付稳定的代价，但还需要依恋研究说明何种关系效能不能被暴力抹平，也需要可靠性工程说明何种能力结构能够在变化中持续。

三种正确如何共同制造一个错误

三个学科表面上并没有共享词汇。依恋研究谈安全基地和可获得性，可靠性工程谈故障、冗余与切换，女性主义经济学谈无偿劳动、约束和成本分配。但它们在处理“家庭现在很稳定”时，会分别把稳定读成关系质量、运行性能和持续投入的结果。这个表层共同点很朴素：能力似乎可以从当前配置下的良好输出中被看见。

更深一层，三者通常把两项本应分离的东西捆在一起：关系效能与关系承载者的可用性。依恋研究容易在特定人物“可获得”时观察到调节，却较少追问调节知识能否在人物不在场时由环境承接；可靠性工程把部件功能与部件存在纳入同一系统边界，进入家庭后便容易把人当功能载体；女性主义经济学虽揭示了照护时间由谁承担，却往往以个人时数或参与率为计量单位，难以表示“一段关系仍然独特，但它所附带的全天在场义务已经松开”这种状态。于是三个学科从不同方向默认：只有关系承载者继续可用，关系能力才继续存在。

恰恰是三家的内部材料推翻了这个默认。安全基地不只是让依恋对象靠得更近，也使可承受的探索和离开成为可能；可靠性不是维持所有部件永不退出，而是预先安排检测、交接和有界降

级；女性主义经济学若认真承认监督照护和退出约束，就不能把“她随叫随到”视为无成本的家庭资源。三项证据合在一起，只能导出一个三方都不会单独提出的判断：关系连续性的成熟形态，不是同一个人连续出现，而是这段关系的意义在其承载者离席时仍被照护安排保存。

这也改写了“不可替代性”。特定女儿可能确实不可由任何人等价替代：她与母亲的共同历史、声音和微小暗号不会复制。但从“关系不可替代”不能推出“她的每一小时都不可承接”。陪伴中的识别功能、夜间的安全判断、就医时的偏好表达、黄昏的安抚序列，可以通过不同媒介获得不同程度的外化和共同学习。这里不是复制一个女儿，而是把关系产生的线索、知识和授权转化为别人可以依关系伦理使用的接口。

由此还可看出两种相反的失败。第一种是工程化替代：为了“轮班”，忽视老人对陌生人、陌生程序的恐惧，把关系连续性当成低效个性化，最后以镇静、约束或降低活动要求换取表面顺利。第二种是浪漫化垄断：为了“尊重感情”，把所有关键情境继续绑定在一名子女身上，并把她不能离开描述为爱的自然后果。前者牺牲受照护者，后者消耗照护者；二者都没有建立家庭能力。

一个新的判定对象：在场义务可承接性

（一）定义与三重排除

本章将在场义务可承接性定义为：在不取消、不伪造特定关系的前提下，一个照护安排使该关系承载者在预先约定的时间和关键情境中停止现场处置、远程决策与随时待命，同时仍维持受照护者安全、可接受的情绪调节、关系可恢复性，并且不把同等的无偿退出约束转移给另一人的程度。

这个定义包含三重排除。它不是眼前照护结果：今日无事故只能说明今日的投入足够。它不是关系亲密度：老人只接受女儿洗澡可以证明关系特异，却不能证明家庭有能力。它也不是照护劳动总量：三个兄弟姐妹合计投入很多小时，仍可能把所有夜间、危机和决定留给同一人。家庭能力的最小判据，是关键照护在焦点照护者真正离席后仍由一个正当安排完成。

“承接”也不同于“替代”。替代追求同一功能由另一个主体等价输出；承接允许功能被拆开：熟悉照护员负责身体协助，儿子按既定偏好作医疗沟通，音乐和照片提供时间线索，女儿只在她自愿选择的关系时刻出现。输出可能并不完全相同，老人也可能短暂不安；只要不安处在事先定义的可接受范围，安全没有被牺牲，焦点照护者没有被召回，承接者也没有成为新的不可退出者，这次离席就产生了家庭能力的证据。

（二）二维框架：关系越独特，不等于义务越应集中

为了避免把“关系好”与“家庭强”放在一条高低量尺上，本章使用两个相互独立的维度。第一维是关系特异性：完成关键照护所需的线索、解释和情绪调节，在多大程度上依赖焦点照护者与老人的共同历史。第二维是在场义务集中度：现场操作、最终决策和待命责任在多大程度上汇集于同一人。二者构成四种状态。

右下格最容易被赞美为“照护能力很强”，因为其当前表现往往最好；左上格则最容易被政策青睐，因为它便于标准化。本章真正要识别的是左下到右下的转化：不是把高特异关系降为低特异，而是在高特异保持的同时降低在场义务集中。其经验标志有三项：第一，焦点照护者离席后，关键情境不通过电话、视频或临时召回重新回到她身上；第二，老人所依赖的称呼、节律、偏好和安抚顺序被其他照护者以合宜方式使用，而非以服从训练或药物压平差异；第三，承接不以另一人的无偿全天待命为条件。

（三）能力的边界在“关键情境”，不在平均一天

平均照护时数会稀释真正决定不可离席性的少数时刻。一个兄弟可以每周陪伴十小时，女儿只在晚间出现两小时；若老人夜间误认、拒绝服药和离家冲动都只能由女儿处理，十与二的比较没有抓住系统边界。故本章把分析单位从“人一周照护小时”改为关键照护情境。

关键照护情境指：在该家庭当前照护计划中，失败会在 24 小时内造成显著身体风险、持续性严重痛苦、基本生活中断或紧急服务调用的可重复事件类型。候选类型包括用药、进食饮水、如厕与洗浴、黄昏转换、夜间醒转、离家活动、急性症状识别、医疗沟通和财务安全。并非每个家庭都含全部类型；分母必须在评估开始前由老人（在其表达能力范围内）、家庭成员和专业人员共同确定，并随疾病变化更新。

这个单位具有反常识后果。家庭可以在 90% 的日常任务上分工，却因一个“夜间惊恐”情境而仍然没有完整承接能力；也可以只有两名照护者，却通过熟悉的日间服务、清晰授权和稳定程序覆盖全部关键情境。人数不是能力，小时不是能力，关键情境的可离席覆盖才是能力的可观察部分。

（四）关系效能不是一整块：四层结构与不同承接方式

说“只有女儿能安抚”时，家庭往往把四种机制压成一个不可分析的整体。第一层是感知线索：声音、面孔、触摸方式、气味、旧物、光线和日常节律。它们有的随人存在，有的可以在取得同意后由环境稳定提供。第二层是解释脚本：女儿知道某个动作表示疼痛还是恐惧，知道何时靠近、何时等待、何时转换话题。这类知识可以通过共同观察和带理由的情境记录部分共享。第三层是授权结构：家人和医疗机构默认只有女儿能决定是否送医、是否调整照护、向谁披露信息。它看似源自亲密，实则常由文件、沟通惯例和机构便宜行事制造，可以通过预立授权与多方沟通改变。第四层是相互承认：老人把这个人认作具有共同历史的“你”，双方在互动中重新确认彼此。它不能被训练手册转移，也不应被冒充。

四层区分防止两个极端。若把所有层都当作第四层，任何交接都显得背叛关系，女儿的经验被神秘化为天赋；若把所有层都当作第一层，只要播放声音、复制动作就被视为等价，关系又被技术化消解。真正的承接通常是非对称的：相互承认仍只发生在母女之间，感知线索由熟悉环境保存，解释脚本由小型照护池学习，授权结构由家庭与机构共同重写。结果不是“另一个女儿”，而是一套足以让真正女儿离席、同时不假冒她的位置的安排。

这也解释了为何 PAC 以情境而非“关系转移成功”计分。没有必要、也不可能让别人继承整段关系；只需在特定关键时刻形成足够承接。例如，老人夜醒后一定会找女儿，但熟悉照护员知道先确认疼痛、打开走廊暖灯、递上丈夫旧照片并陪坐十分钟；老人仍说女儿的名字，却没有陷入持续痛苦，也未把女儿召回。关系没有转移，夜醒情境已经部分承接。反之，老人不再喊女儿，若原因是被镇静或被训斥到沉默，关系表现看似不再特异，能力反而失败。

四层结构还带来一个可检验预测：最容易承接的通常是授权结构和显性解释脚本，其次是稳定感知线索，最难也最不应追求完全承接的是相互承认。若经验研究发现所有层的交接难度相同，或只有复制相互承认才能让焦点者离席，这套分层就没有效度。反过来，若调整授权文件和机构沟通就显著减少召回，说明一部分“她不可替代”原来不是老人需要，而是制度把便利性伪装成关系事实。

从一句判断到可复核的离席承接规程

（一）零情态判据

一项安排被编码为“成功离席承接事件”，须满足以下事实句：

在预先约定且覆盖至少一个关键照护情境的离席窗内，焦点照护者没有承担现场处置、远程决策或随时待命；关键安全任务完成；受照护者的痛苦回到预先登记的个人基线范围；承接者的

新增监督劳动处在事先同意且有补偿或对等安排的时段内；焦点关系在 48 小时内恢复一项双方既有的自愿互动。

这里刻意不用“如果需要可以打电话”“必要时她会回来”之类表述。只要焦点照护者仍是最终决策接口，她就没有离席。手机没有响只是偶然；她必须保持可接通，仍构成监督劳动。另一方面，短暂不安不自动判为失败。痴呆者面对任何转换都可能表现不确定，要求零焦躁会诱导家人取消所有离席，或者以镇静换取指标。判据要求回到个人基线范围，而非达到抽象的“完全平静”。

（二）五项事件编码

每个事件以五个二元条件编码，任一为 0，该事件不计为成功：

“个人基线范围”在研究场景中须预先操作化。本章建议在连续 14 天、相近时段记录一至三个家庭可观察标志，例如喊叫频率、来回走动持续时间、拒绝进食时长或能否重新坐下听音乐；以该时段中位状态与通常恢复时长为基线。临床实践不必把家庭变成实验室，但必须在事件前写清“什么算恢复”，不能在事后因为没有发生灾难就宣布成功。

（三）在场义务承接覆盖率

设家庭当前照护计划共有 m 类关键情境。某一情境在滚动 90 日内出现至少两次符合 S、R、D、E、P 全部条件的离席事件，且两次间隔不少于 7 日，记为已验证，记号为 $V_j=1$ ；否则为 0。在场义务承接覆盖率定义为：

$$PAC = \sum V_j / m$$

$PAC=0$ 表示没有任何关键情境经离席验证； $0 < PAC < 1$ 表示家庭形成部分能力； $PAC=1$ 只表示当前照护计划所列情境获得全范围承接，不表示家庭永久“毕业”。疾病进展、新症状、照护者健康变化或服务中断会改变分母并使旧验证失效。一次成功只构成“暂定承接”，不进入分子；两次规则用于排除偶然顺利，但不声称它具有普遍的心理测量学最优性，后续研究可比较不同窗口的预测效度。

PAC 不是家庭排名，也不能单独决定是否继续居家照护。它只回答能力归属问题：哪些关键情境已有不依赖焦点照护者强制在场的证据。它必须同老人偏好、临床风险、照护者健康、经济可及性和服务质量并列使用。尤其不能用低 PAC 责备家庭；低值首先是服务缺口、信息垄断或制度性成本转嫁的定位工具。

（四）焦点照护者如何确定

焦点照护者不是由亲属身份、户籍或自我称谓决定。编码前分别询问老人、家庭成员与服务人员：“当哪个人不能出现或不能接电话时，哪些事情最容易中断？”再结合过去 30 天现场时数、远程决策次数、夜间待命和危机召回记录确定。若不同情境依赖不同的人，则每一情境可有不同焦点照护者；这防止把复杂网络重新压成一个“主要照护者”。

确定焦点者还必须记录拒绝权。有人投入最多，不等于她同意成为系统接口；老人喊她的名字，也不等于她负有无限义务。所有离席与承接安排都应把焦点照护者的可撤回同意作为前提。对缺乏充分意思能力的老人，替代决策须依据既往偏好、最小限制原则和当前可观察反应，不能以“训练适应”为名强制暴露。

让公开数据先使概念难堪：三项压力测试

为了防止新概念只在精心挑选的案例中成立，本章在定稿前对三个最便宜的代理提出否证规则，再用公开论文表值运行。分析计划于 2026 年 8 月 9 日写入本地文件；分析者此前已定位并见过原始表值，因此这不是前瞻、盲法预注册，而是带时间戳的非盲回溯性压力测试。它不重建个

体数据、不重算原论文显著性，也不把美国比例外推到中国家庭。其作用是给理论制造必须回应的不利事实。

（一）测试一：帮手人数能否代理家庭能力

Hu 等（2023）用 2011 年美国全国健康与老龄趋势研究（NHATS）分析 2398 名接受帮助的老年人，其中 1309 人有两名以上照护者。研究根据主要与次要照护者的时数差、活动差、网络总时数和人数聚类出四类网络。本章事先设定：若两类网络平均人数相差不超过 0.1 人，主要—次要照护时数差距却相差至少 20 个百分点，则“人数代理”失败。

公开表中，小型低强度共享网络与小型低强度主要照护者网络的平均人数同为 2.4 人；前者主要—次要时数差为 23.3%，后者为 80.7%，相差 57.4 个百分点，后者是前者的 3.46 倍。帮手名单完全一样长，责任结构却完全不同。测试一明确失败：询问“家里还有几个人帮忙”不能判定在场义务是否被承接。

（二）测试二：分担越平均是否普遍越好

本章原本最容易滑向的强命题是：责任越平均，受照护者未满足需要越少。事先规则要求痴呆分层中所有共享类型相对于小型低强度主要照护者网络均为负向且各自达到 $p<.05$ ，才保留这句话。

结果并不支持。小型低强度共享网络的未满足需要逻辑回归系数为 -0.61 ($p<.05$)，但大型中强度共享网络为 -0.12 ，未单独达到显著；中型高强度主要照护者网络为 0.71 ($p<.05$)。大型共享网络与高强度主要照护者网络的差异虽显著，但这并不等于“大型共享”相对统一参照本身显著改善（Hu et al., 2023）。测试二失败，且这是对本章不利的结果：共享不是天然有益，平均化也不能取代对任务难度、协调成本和关系效能的观察。

这项失败修订了本章。PAC 不奖励人数或时数平均，只承认具体关键情境中的成功事件；大型网络若无人知道谁在黄昏时作最终判断，仍可能没有承接。反之，一对配合稳定的照护者即使时数不均，只要高风险情境有可调用、无隐性召回的承接，也可形成部分能力。

（三）测试三：网络人数稳定是否意味着能力稳定

Wolff、Cornman 与 Freedman（2025）比较 2011 和 2022 年 NHATS—全国照护研究的关联数据。本章事先设定：若痴呆家庭平均照护网络人数绝对变化不足 10%，同时每周照护时数上升、同住上升、就业下降三项中至少两项相对恶化达到 15%，则“人数稳定即能力稳定”失败。

公开值显示，痴呆照护网络平均人数由 2.1 降至 1.9，相对变化 -9.5% ；同一时期，每名照护者平均每周照护时数由 21.4 增至 31.0 ($+44.9\%$)，同住比例由 39.4% 增至 51.7% ($+31.2\%$)，就业比例由 42.5% 降至 34.6% (-18.6%)。三项均越过事先阈值。家庭周围仍大约有“两个人”，但时间锁定与劳动市场退出明显加深。测试三失败，支持把纵向离席事件和监督劳动写入判据。

这次实践没有证明 PAC 已经有效；它只证明三种常用替代指标不足，并改变了构念。PAC 仍需在个体纵向数据中检验预测效度。最重要的不利发现是“大型共享网络并不自动改善结果”。若未来研究表明即便通过 S、R、D、E、P 的关键情境承接也与老人安全、照护者健康或居家持续性无关，本章的构念就应被放弃或大幅改写。

五个情境：同样的“有人接手”，为何判定不同

情境一：两个 2.4 人的网络——已用全国数据核查

A、B 两类家庭在问卷上都有平均 2.4 名照护者。A 类主要与次要照护时数差 23.3%，B 类差 80.7%。传统“支持网络规模”指标会把两者放在同一档；本章则只把差异当作线索，不直接判

定 A 有能力。A 仍须说明谁能在老人拒药、夜醒和走失风险中完成承接；B 则首先暴露高度集中。Hu 等（2023）的痴呆分层结果同时提醒：小型共享网络的未满足需要较低，大型共享并未相对同一参照显著。判定结论是：网络结构值得筛查，但必须下沉到事件层。

情境二：日间照护创造了七小时离席——已用日记研究核查

Wylie 等（2021）对 173 名使用成人日间服务的痴呆家庭照护者连续访谈 8 天，共 1359 个“人一日”。照护者在服务日平均获得 7.12 小时客观喘息，非服务日为 1.74 小时；客观喘息较多与更高积极情绪相关，主观喘息较多与更低消极情绪相关。Zarit 等（2011）的 121 名照护者个体内撤回设计还发现，服务日的压力源暴露和评价下降，晚间行为与睡眠亦有改善。

这些证据说明有界离席不是对关系的背叛，且可能改善照护者状态。但日间服务时数本身仍不等于 PAC：若女儿七小时内不断查看监控、服务中心一遇到拒绝就打电话、或老人回家后因被强制配合持续恐惧，R、D 或 P 会失败。相反，稳定工作人员逐渐熟悉老人的安抚节律，女儿关机参加工作，老人安全完成午餐和如厕并在回家后恢复既有互动，这才是对应情境的成功承接。

情境三：播放女儿录音使老人安静——已用干预综述核查

家庭把女儿预录的问候放在黄昏播放，老人停止喊叫。直觉会说关系已经被“技术延伸”。但模拟陪伴疗法的 Cochrane 综述仅纳入 3 项、144 名机构居住痴呆者，干预内容、频率和时长差异大，无法合并并得出确定疗效（Abraham et al., 2020）。因此录音不能自动计作承接者，也不能证明声音足以替代可获得的关系。

在本章规程中，录音只能是一项关系线索。若它帮助熟悉的照护员在不召回女儿的情况下完成晚餐、老人痛苦回到个人基线，且关系随后可恢复，该事件可成功；若录音失效便立即把电话递给女儿， $R=0$ 。这个情境阻止技术解决主义：外化线索重要，但线索必须嵌入能判断、回应并承担责任的**人际与制度安排**。

情境四：兄弟来替夜班，却每次都请示姐姐——家庭评估情境

儿子住进母亲家一晚，姐姐回自己家睡觉。老人凌晨两点起床找门，儿子先给姐姐打视频，姐姐远程指挥他关闭哪盏灯、拿哪件旧外套、说哪句话。老人最终安静，药也按时服下。按现场时数，儿子已经分担；按本章判据，事件失败：姐姐承担远程决策和待命， $R=0$ 。这个失败并非责备儿子，而是精确定位尚未被承接的知识——他没有把灯光、衣物、称呼与老人反应之间的**关联组织成可独立使用的脚本**。

下一步不是要求姐姐“狠心不接”，而是在低风险时段共同演练：姐姐把判断依据而非命令清单说出来；儿子在她现场但不介入时完成一次；再由社区护士或熟悉照护员在约定窗内支持。只有在安全条件成熟后，姐姐才进入真正不待命的离席窗。离席不是突袭式故障注入，而是有撤回条件的能力验证。

情境五：儿媳承担全部白天，女儿终于能上班——性别转嫁情境

女儿恢复工作，老人白天由儿媳照护；家庭宣称“完成轮班”。儿媳没有工资、不能拒绝，也要照顾幼儿，且公婆家默认她“反正在家”。老人平静，女儿确实不再接电话，S、R、D、P 均可能为 1，但 $E=0$ 。可靠性意义上的服务连续，掩盖了女性主义经济学意义上的同一锁定换人。

若家庭通过公共长期照护服务购买稳定时段，或内部形成真实可拒绝、可轮换并有经济补偿的协议，E 才可能转为 1。这里的反向约束很重要：工程的冗余目标必须受退出权限制；家庭不能用增加一个无偿女性“部件”来提高指标。

十项可兑现的跨域后果

新概念只有改变各学科原本的决策，才不只是术语装饰。以下十项后果均可转化为研究或实践动作。

1. 对依恋评估：从“老人最依恋谁”转为“哪些安全基地功能仍只由谁提供”。评估表应把察觉痛苦、安抚、授权探索和恢复互动分开，而不是给关系亲密度一个总分。

2. 对家庭临床访谈：在常规询问照护负担之后加入反事实问题：“过去 90 天，这个人连续六小时不在现场且不接电话时，哪项照护仍会中断？”反事实比“家里有人帮吗”更快定位单点。

3. 对可靠性建模：顶事件不应只写“照护中断”，还要写“通过召回焦点照护者才避免中断”和“通过无偿待命转嫁才避免中断”。后两者是被传统事故统计遮蔽的失效。

4. 对照护训练：训练对象从焦点照护者扩展到承接网络；训练内容从动作步骤扩展到判断依据、关系线索、失败识别与恢复路径。会做饭不等于会判断老人何时因陌生而拒食。

5. 对喘息服务：服务绩效不只数购买小时，还记录焦点照护者是否真正停止待命、服务是否完成至少一个关键情境、老人关系是否可恢复。七小时“休息”中六小时看监控不算完整喘息。

6. 对时间使用统计：直接照护、协调照护和监督待命必须分栏。联合国妇女署提出的监督照护测量可成为 PAC 中 E 与 R 的外部校验，避免把没有动作的受限时间记为休闲。

7. 依恋对工程的反向约束：不允许随机轮转照护者以制造独立冗余。高关系特异情境应优先建立小而稳定、逐渐熟悉的承接池，保留声音、称呼、空间与节律连续。

8. 女性主义经济学对工程的反向约束：冗余成员必须拥有拒绝与退出权，且共同失效要包括性别规范、贫困、同住和同一雇佣制度造成的相关失效。名义多人不等于独立备份。

9. 可靠性对依恋的反向约束：“老人只认她”不能作为停止学习的终点。它应触发关系功能分解、渐进交接和切换验证；若从不验证离席，所谓连续性只是一项未经检验的运行假设。

10. 对公共政策：家庭照护补贴不应只支付直接操作，也应购买可预测的替班、夜间待命、关系熟悉期和带薪离席。公共服务不是家庭能力的外部替代物，而是家庭获得承接权的组成部分。

这些后果把理论落到不同制度部位，也显示“属于家庭”不等于“由家庭自己做”。一个依靠高质量日间服务、社区护士和有薪照护员而能让女儿离席的家庭，比一个完全靠女儿免费维持的家庭更有家庭能力，因为前者拥有可正当调用的承接结构，后者只有被私人化的人力消耗。

与情绪劳动、与照护者身份理论的分界

其一，情绪劳动。霍克希尔德在七十年代末提出的概念指的是：某些工作要求从业者管理自己的感受并做出规定的表情，而这份管理本身是劳动、会消耗人、且通常不进工资。照护显然属于这一类，本章说的“持续在场”里也确实含有大量情绪劳动。

分离线在于**谁在做与谁能接**。情绪劳动理论的落点是这份劳动的**性质与代价**——它被要求、被消耗、不被计价；本章的落点是这份劳动的**可承接性**——同样一份在场，换一个人来做，老人的行为指标会不会变。这两个问题的答案互不蕴含：一份消耗极大的情绪劳动完全可能是可承接的（换人后指标不变），一份消耗不大的陪伴也可能是不可承接的。

判定形式：**同时测某一段在场的情绪劳动强度与它的承接后指标差**。若两者相关，本章可**并入情绪劳动**；若不相关，则**“累不累”与“能不能换人”**是两个量。本章预测不相关，而且这一点有政策后果——按情绪劳动配置喘息服务，会优先替换最累的那一段，而那一段未必是最不可替代的那一段。

其二，照护者身份理论。蒙哥马利一路主张，照护是一个身份逐步取代原有关系身份的过程：从“女儿”变成“照护者”，而这个转变的速度与被承认的程度决定了压力与放弃的时点。它与本章的距离很近，因为它同样处理“这个人为什么走不了”。

分离线在于自我认定还是能力归属。身份理论测的是照护者自己怎么描述自己，是一个可以靠访谈与量表拿到的量；本章测的是老人的行为指标在换人之后变不变，是一个不问照护者也能拿到的量。判定形式：取一批身份认同强度相同的照护者，测其在场的可承接性。若可承接性随身份强度单调下降，本章可并入；若在身份强度相同的人之间可承接性仍有大幅分散，则它由别的东西决定。

它不等于什么：与十个近邻概念的决策边界

最后一个边界尤其重要。若把本章写成“独特关系创造信任，所以要尊重主要照护者”，它会与“身份黏性”的旧判断重合；若写成“关系不可替代，所以人必须一直在”，还会替制度挤出提供伦理包装。本章只研究另一格：不可替代的关系已经存在之后，家庭怎样证明它没有把关系的全部运行成本永久锁在一个人身上。

从单点稳定走向可离席连续：一种不以强迫分离为代价的实践路径

本章的判据不是要求家庭立刻“做故障演练”。对严重痴呆、谵妄、吞咽风险或既往走失者，突然撤走熟悉照护者可能直接造成伤害。能力建设应遵循从低风险到高风险、从共同在场到保护性离席、随时可停止但不把停止伪装成成功的顺序。

（一）先画“只有她出现才结束”的情境图

家庭会议不从平均分工开始，而从过去 30 天的中断与召回记录开始。每个人写下：哪一事件最初由谁发现，谁作判断，谁执行，谁被最终叫来，谁在表面没有动作却一直不能离开。图上若多条路径最终都指向同一名女儿，就已说明问题不是她“太能干”，而是系统将异常闭合能力集中在她身上。

这一步同时区分关系线索与任务知识。老人可能因为女儿说“我们先把手暖一暖”才愿意洗澡，这是一条关系线索；女儿同时知道水温、时段、浴室光线和先后顺序，这些是可以教会别人的判断知识。两者不能简单切开，却也不应整体神秘化为“只有她行”。

（二）外化判断，而不是只抄操作步骤

普通交接表写“晚八点服药”；可承接交接表还要写“她把药杯推开时先判断口干、恶心还是被命令感，哪些表情和动作分别支持这些判断，哪一步无效后停止而不是强迫”。外化的不是私密关系本身，而是与安全有关、经老人或合法代理同意共享的最小必要知识。

外化媒介可以是情境卡、短视频、声音样本、偏好图谱、药物清单、授权文件和危机联系人树。但每种媒介都要指定使用边界。女儿的录音不能被全天循环播放；私密回忆不能成为机构工作人员随意调用的“安抚工具”；医疗偏好不能因便利而超出授权范围。关系知识一旦外化，就同时产生隐私与权力问题。

（三）建立小而稳定的熟悉池，而不是随机轮班

高关系特异情境不适合无限扩充人员。依恋与关系中心照护提示，承接者应通过重复、可预测且低压力的接触形成自己的关系，而非永远借用女儿的身份。实践上可由一至两名家庭成员加一名稳定正式照护者构成熟悉池；先参与老人喜欢且容易成功的活动，再进入身体照护和高压力转换。老人对新关系的拒绝是数据，不是“不配合”。

稳定池同时减少共同失效。家庭成员可能因同一节假日、同住或疾病同时不可用，正式服务可提供不同来源的承接；反过来，服务停摆时，家庭成员保留最小能力。NIST 的 PACE 启发并不在于给家人贴“主用/备用”标签，而在于不同层级要有不同失效来源和明确切换条件。

（四）采用渐进交接，而不是考验爱与狠心

交接可分为四级：焦点照护者操作并讲出判断；承接者操作、焦点者在场但不提示；焦点者离开视线且不作决定；焦点者在约定窗内物理和数字离席。每级都设停止条件，如痛苦超过个人基线、出现身体危险、承接者不确定医疗判断或老人明确撤回同意。停止意味着这一级尚未形成能力，不意味着任何人失败。

真正关键的是第三到第四级。很多家庭长期停在“女儿在隔壁随时救场”，所有人都感觉已经学会。若从未进入不待命窗口，系统仍未经切换验证。第四级应优先选自然发生的安全离席，如日间服务、焦点照护者门诊或有保障的工作时段，而非人为制造危机。

（五）把成功离席转化为制度权利

若每次离席都靠亲友临时善意，能力仍不稳定。成功情境应固化为排班、支付、交通、授权、备用联系和服务合同。焦点照护者拥有可预期的无待命时间，承接者拥有培训、补偿和拒绝权，老人拥有熟悉人员与最小变动。政策上，这意味着喘息券必须允许购买熟悉期，照护假必须覆盖交接训练，社区服务考核应包含关系连续而非只数上门次数。

（六）滚动复核，而不是宣布“已经可替代”

痴呆进展会改变关系识别、身体功能和关键情境。过去能由儿子完成的洗澡，可能因疼痛或失认重新失败；过去只认女儿的老人，也可能与稳定照护员建立新关系。PAC 采用 90 日滚动窗正是为了让能力保持时间戳。每次住院、急性谵妄、照护者健康变化、服务人员更换或药物重大调整后，应重新列分母，不把旧成功永久资本化。

（七）四种状态对应四种不同处方

二维框架不是给家庭贴类型标签，而是阻止相同干预被机械地用于不同问题。对“低关系特异—在场分散”的一般任务共享家庭，首要风险是协调和信息断裂；处方是清晰排班、药物核对、共同记录与突发升级路径，不必为了显示亲情而指定一个主要照护者。对“低关系特异—在场集中”的隐性劳动垄断家庭，能力其实容易建立，障碍多在性别规范、授权垄断或其他成员逃避；处方应直接重分任务、公开待命时数与设立拒绝权，而不是继续给核心者做减压训练。

对“高关系特异—在场集中”的强关系单点家庭，最错误的处方是迅速平均轮班。这里要先保护老人已经拥有的安全关系，再分解四层机制，从低风险共同在场开始形成熟悉池。衡量进步的不是老人是否“不再找女儿”，而是每增加一种离席情境，安全、痛苦恢复和关系可恢复均不恶化。对“高关系特异—在场分散”的可离席关系连续家庭，首要任务则是维护：防止正式服务频繁换人、防止家庭因一次成功撤掉支付、防止焦点者因内疚重新接管。它不是终点，而是一项依赖制度持续供给的动态成就。

（八）三个最难的边界案例

第一，焦点照护者本人真诚愿意全天照护，并从中获得意义。此时不能以外部自由观替她宣布“被压迫”，但仍要区分愿望与可退出性：她是否知道可用服务，是否拥有独立收入，生病时谁接手，拒绝某晚是否会受到道德惩罚。自由不是她必须离席，而是离席不会让老人无人照护，也不会使她失去家庭身份。即便主观负担为零， $PAC=0$ 仍准确表示家庭能力没有越过她的身体；这个事实用于建立备用，而非否定她的选择。

第二，老人已至生命末期，只愿由配偶或女儿贴身陪伴。此时关系在场本身可能是照护目标，不能为了验证能力安排离席。PAC 的分母应缩到仍需要系统承接的情境，或暂时停止测量；专业服务可以承接药物、身体照护和夜间值守，让亲人把有限在场用于关系告别。本章保护的是离席权，不是制造离席义务。

第三，农村、低收入或移民家庭没有稳定正式服务。低 PAC 在这些家庭中更可能是制度结果。若评估报告只写“家庭依赖性高”，就再次把公共供给失败私人化。正确输出应是缺口清单：哪项关键情境缺乏可负担承接、哪个授权只认一人、哪段交通使替班不可达、哪种语言服务

缺失。家庭能力评估在这里必须转化为资源主张；若不能引出服务责任，它就只是更精细的责备技术。

（九）临床上何时算“开始形成”，何时算“足够”

PAC 从 0 变为正值，表示家庭已经在至少一个关键情境中完成两次经验证的离席承接，可以说“开始形成家庭能力”。但“足够”不能由一个跨家庭统一阈值决定。若未覆盖情境是偶发且已有紧急服务兜底， $PAC < 1$ 也可能支持安全居家；若未覆盖的是每日胰岛素、吞咽或夜间离家，即使 PAC 很高，剩余缺口仍决定风险。临床决策应同时展示 PAC 和未覆盖情境的严重度，不把 0.8 解释成比 0.6 必然更安全。

这一区分保留了理论的最小判断，又拒绝伪精确。最小判断是：没有任何成功离席事件，就没有家庭层面承接的经验证据；从一个情境开始，能力才开始出现。充分判断则必须回到该家庭的风险拓扑、老人偏好和服务可用性。概念提供的是“能力属于谁”的证据，不替医生、老人和家庭作全部居家去留决定。

一个可检验的研究计划

概念若只靠案例说服，仍可能把作者偏好伪装成理论。本章提出一项 12 个月、多中心前瞻队列作为最低限度的经验检验。招募至少 240 个社区居住痴呆家庭，不以“主要照护者”作为唯一受访入口，而同时登记老人可表达的偏好、全部实际照护者和正式服务。基线完成关键情境清单、关系特异性评估、30 天直接/协调/监督照护时间日记、角色囚禁、照护准备度、关系质量、未满足需要及临床风险；随后每周手机记录离席事件，每 90 日重算 PAC。

研究不安排高风险强制离席，只观察家庭自然发生或由既有服务支持的预定离席。每个事件由焦点照护者、承接者和独立访谈员分别编码 S、R、D、E、P；分歧保留，不以家庭共识自动覆盖弱势成员。老人无法自述时使用个体化行为标志并由两名知情者交叉记录。主要结局包括受照护者未满足需要和不良事件、焦点照护者无待命时数与就业保持、承接者新增无偿监督时数、关系质量、急诊和提前机构安置；分析以家庭内时间变化为主，避免把富裕家庭天然更多服务误作概念效应。

这项研究至少检验五个预先方向。第一，在控制照护人数、总时数、痴呆严重度和经济资源后，PAC 较高预测随后 90 日更少的危机召回和更长的无待命离席。第二，这一关联在关系特异性高的家庭中更强，因为低特异情境本来就较易交接。第三，单纯增加帮手人数若没有 PAC 上升，不预测角色囚禁下降。第四，PAC 先上升、焦点照护者就业或健康后改善；若顺序相反，可能只是较健康者更敢离席。第五，若 E 条件从成功定义中删除，指标对承接者无偿监督时数恶化的预测显著变差。

为防止概念自保，模型应同至少五个竞争解释正面比较：共享网络时数差、家庭韧性、照护准备度、关系质量和主观负担。评价标准不是 PAC“显著”即可，而是它是否在留出样本中增加对未来危机召回、无待命时间和未满足需要的预测，并且校准不因性别、收入、城乡或亲属关系系统性偏差。若只能解释富裕家庭购买服务的差异，就应把它降格为资源可及性指标。

还需质性过程研究解释失败事件。 $R=0$ 可能因为承接者技能不足，也可能因为医疗机构只肯听“主要照护者”； $E=0$ 可能源于家庭性别规范，也可能源于公共服务空缺； $P=0$ 可能因为人员陌生，也可能因为任务本身疼痛。相同数值需要不同干预，故 PAC 只能定位，不替代机制访谈。

可证伪条件与时间顺序承诺

以下任一结果持续出现，都将削弱或推翻本章，而不是被解释成“家庭情况复杂”：

1. 在多样化样本和留出数据中，PAC 对危机召回、未满足需要、照护者无待命时间的增量预测不超过帮手人数、总时数或共享网络时数差。

2. 高 PAC 稳定伴随老人关系质量下降、持续恐惧、约束或镇静增加，即便 P 与 D 按规程编码为 1，说明规程未抓住关系伤害。

3. 删除 E 条件不改变任何照护者或承接者结局，且监督照护时间与退出受限无关，说明女性主义经济学带来的成本边界没有经验增量。

4. 关系特异性不调节 PAC 与结局的关联，低特异与高特异家庭完全相同，说明“关系不可替代而义务可承接”的核心分离没有必要。

5. 时间序列显示角色囚禁和健康总是先改善，PAC 随后才上升，且控制资源后亦如此；此时 PAC 更可能是健康余裕的结果而非家庭能力机制。

6. 两次成功、90 日窗口和五条条件编码的跨评估者一致性低于可接受水平，且修改行为锚点仍不能改善，说明该构念无法可靠操作化。

7. 遭遇自然冲击——焦点照护者住院、通信中断或正式服务停摆——时，高 PAC 家庭并不比低 PAC 家庭更少发生关键照护中断，说明离席事件没有测到可持续能力。

其中第 5 项是明确的时间顺序赌注，第 7 项是正向预测而非“找不到差异”。本章还作一个固定日期的公共赌注：截至 2031 年 12 月 31 日，至少一项同行评议的社区痴呆家庭照护队列或干预研究（样本 ≥ 200 个家庭）将把“焦点照护者预定不可用”作为结构化事件记录，并同时报告是否被召回、受照护者关键结果和替班者的待命/补偿情况。仅报告喘息小时、主要照护者负担下降、帮手人数或机构日间服务使用，不算命中。若届时仍无此类研究，这不直接证明理论错误，却表明本章声称的可测量性与研究可行性被高估。

指标伦理：PAC 可以伤人的六种方式

第一，它可能成为催促女儿离开的工具。服务机构为了提高指标，安排她关机，却没有建立安全承接。对此，离席只能建立在焦点照护者可撤回同意、老人可观察接受和专业风险评估之上；拒绝离席不是不合作。

第二，它可能成为强迫老人适应陌生人的工具。若痛苦被解释为“过渡期正常”，家庭会把伤害合理化。D 和 P 必须由事前锚点判定，使用约束、非必要镇静、取消必要活动或持续回避均不能计成功。

第三，它可能制造新的性别转嫁。只看焦点者是否离席，会让儿媳、配偶或低收入照护员成为新单点。E 要求记录承接者的直接劳动、监督待命、拒绝权和补偿；任何人的不能退出都使事件失败。

第四，它可能惩罚贫困家庭。没有可负担服务的家庭 PAC 偏低，并不说明它们不负责。报告应把低覆盖归因到具体缺口——交通、支付、人员连续性、授权或培训——禁止用于保险定价、福利削减、监护权或居家资格的自动决定。

第五，它可能泄露关系隐私。外化安抚线索常涉及创伤、婚姻、死亡和家庭冲突。只共享完成照护所必需的信息，设置访问期限与撤回机制；录音、视频和情境卡不得被二次训练算法或用于员工绩效监控，除非取得独立、具体同意。

第六，它可能用一个清晰数字遮蔽痴呆者声音。PAC=1 也不表示老人生活得好，更不表示居家一定优于机构。任何展示都应同时给出关键情境清单、失败原因、老人偏好与关系质量，禁止只公布总分。对人作出的重要决定必须由可申诉的多方会议完成，而非算法阈值。

理论限度：它解决的是能力归属，不是所有照护问题

本章没有证明依恋理论可以无损扩展到痴呆晚期。婴儿依恋、成年亲子照护和夫妻痴呆关系在发展任务、权力与历史上不同；本章只借用“特定关系的安全调节功能”这一有限机制。老人对女儿的寻找也可能混合依恋、习惯、语言、文化性别期待和既往控制，不能一律诊断为依恋需要。

可靠性语言同样有去人化风险。“单点失效”“切换”“冗余”用于描述照护安排，不用于定义人的价值。一个人不可工作、拒绝照护或离家，不是“部件故障”，而是系统边界必须尊重的生活事件。照护结果也允许有界降级：老人短暂焦躁并不等于系统失败，强求无波动反而鼓励控制。

女性主义经济学提醒不能免费使用爱，却也不能把所有亲密行动折算为工资。许多照护者自愿从关系中获得意义；问题不在于动机纯不纯，而在于自愿是否真实、退出是否可行、成本是否被看见与共同承担。E 条件中的“补偿或对等安排”因此不限于现金，但必须可被承接者拒绝，并能实际恢复其时间主权。

公开数据压力测试也有明显局限。Hu 等使用 2011 年美国横断面数据，网络类型由聚类形成且未测照护者结局、任务时点和可预测性；Wolff 等比较两个年份，不能把趋势归因于网络结构。本章只用其反驳便宜代理，不把汇总表当作 PAC 效度证据。PAC 的 90 日窗口、两次验证和五项编码尚未经心理测量与跨文化验证；它们是公开可修改的第一版规程，而非临床标准。

自我反身：这篇论文自己的“在场义务”由谁承接

若本章的判断只能由作者在场解释，它就在知识生产中重演所批评的单点。为降低这一风险，本章固定了核心定义、关键情境分母、S/R/D/E/P 编码、PAC 公式、公开数据源、算术脚本、失败结果和可证伪条件；另一名研究者可以在不联系作者的情况下重跑三项公开表运算，并知道哪些结果要求放弃理论。文献中的三条承重判断均可回到原文核对，而不是把比喻当证据。

但本章尚未通过自己的完整判据。概念边界、行为锚点和伦理权衡仍高度依赖作者判断；没有独立团队对真实家庭进行双盲编码，也没有痴呆者、照护者和一线服务人员共同修订分母。因此它最多具有“暂定承接”，不能宣称已经形成可脱离作者的成熟测量工具。下一步不是继续增加论证强度，而是让不同立场的使用者尝试编码同一事件，公开分歧和失败。

与本书其余各章的分界

本章判的是能力的归属（换人之后老人的指标变不变），第三章讲这份归属怎样迁移（四阶段路径），第六章讲归属确定之后谁有权退出、退出到什么程度。本章不处理退出的正当性，那是第六章的题域；第六章不处理换人后的稳定性，那是本章的读数。

结论：家庭能力从某个人能够离席之处开始

眼下运行稳定、完全依赖一名成年子女的痴呆家庭，既不能简单说“很有能力”，也不能说“什么能力都没有”。它拥有真实的关系效能和个体照护能力；老人被安抚、风险被识别、日常被维持，这些贡献不可抹去。但在关键情境仍只能由该子女现场出现、远程决定或随时待命时，这些能力尚未成为家庭共同持有的能力。把个体贡献误认成家庭能力，会让最可靠的人承担无限可靠性的义务。

发展心理学阻止我们把关系当作可无损替换的任务接口；可靠性工程阻止我们把当前无事故当作经得起变化的能力；女性主义经济学阻止我们把一名女性不能离开的时间当成免费的背景。三者合起来导出本章的判据：关系可以保持不可替代，持续在场必须可以被承接。

因此，区分“关系连续性产生的真实能力”与“消耗一个不可退出者制造的表面稳定”，不靠猜测感情真假，也不靠数家庭成员，而靠观察一个受保护的反事实：焦点照护者按约定停止在场、决策和待命之后，关键照护由谁、凭什么、付出何种代价继续完成；老人是否安全并恢复到自己的安定范围；关系是否仍能在返回后自愿继续。只有当这些问题有可复核的答案，家庭的稳定才开始不再属于一个人的身体。

利益冲突：作者声明无利益冲突。

数据与材料：本章使用公开论文表值。压力测试协议、可复现脚本与运行结果随稿保存；不含个体级人类参与者数据。

人机协作声明：作者使用生成式人工智能协助跨学科检索、结构推演、语言修订、公开表算脚本与文档排版；核心问题设定、理论取舍、伦理边界和最终责任由作者承担。所有承重事实均回到公开来源核验。

版本与字数：3.8版；正文约2万字（不含参考文献）。

参考文献

Abraha, I., Rimland, J. M., Lozano-Montoya, I., Dell' Aquila, G., Vélez-Díaz-Pallarés, M., Trotta, F. M., Cruz-Jentoft, A. J., & Cherubini, A. (2020). Simulated presence therapy for dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4, CD011882. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011882.pub3>

Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Lawrence Erlbaum.

Archbold, P. G., Stewart, B. J., Greenlick, M. R., & Harvath, T. (1990). Mutuality and preparedness as predictors of caregiver role strain. *Research in Nursing & Health*, 13(6), 375–384. <https://doi.org/10.1002/nur.4770130605>

Aviziënis, A., Laprie, J.-C., Randell, B., & Landwehr, C. (2004). Basic concepts and taxonomy of dependable and secure computing. *IEEE Transactions on Dependable and Secure Computing*, 1(1), 11–33. <https://doi.org/10.1109/TDSC.2004.2>

Bowlby, J. (1958). The nature of the child's tie to his mother. *International Journal of Psycho-Analysis*, 39, 350–373.

Bowlby, J. (1982). Attachment and loss: Retrospect and prospect. *American Journal of Orthopsychiatry*, 52(4), 664–678. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1982.tb01456.x>

Carrino, L., Nafilyan, V., & Avendano, M. (2023). Should I care or should I work? The impact of work on informal care. *Journal of Policy Analysis and Management*, 42(2), 424–455. <https://doi.org/10.1002/pam.22457>

Chen, C. K., Waters, H. S., Hartman, M., Zimmerman, S., Miklowitz, D. J., & Waters, E. (2013). The secure base script and the task of caring for elderly parents: Implications for attachment theory and clinical practice. *Attachment & Human Development*, 15(3), 332–348. <https://doi.org/10.1080/14616734.2013.782658>

Chen, C. K., Uzdawinis, D., Schölmerich, A., & Juckel, G. (2014). Effects of attachment quality on caregiving of a parent with dementia. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 22(6), 623–631. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2012.12.003>

Deist, M., & Greeff, A. P. (2017). Living with a parent with dementia: A family resilience study. *Dementia*, 16(1), 126–141. <https://doi.org/10.1177/1471301215621853>

England, P., & Folbre, N. (1999). The cost of caring. *The ANNALS of the American Academy of Political and Social Science*, 561(1), 39–51. <https://doi.org/10.1177/000271629956100103>

Folbre, N. (2012). Should women care less? Intrinsic motivation and gender inequality. *British Journal of Industrial Relations*, 50(4), 597–619. <https://doi.org/10.1111/bjir.12000>

Freedman, V. A., Patterson, S. E., Cornman, J. C., & Wolff, J. L. (2022). A day in the life of caregivers to older adults with and without dementia: Comparisons of care time and emotional health. *Alzheimer's & Dementia*, 18(9), 1650–1661. <https://doi.org/10.1002/alz.12550>

Haggerty, J. L., Reid, R. J., Freeman, G. K., Starfield, B. H., Adair, C. E., & McKendry, R. (2003). Continuity of care: A multidisciplinary review. *BMJ*, 327, 1219–1221. <https://doi.org/10.1136/bmj.327.7425.1219>

Himmelweit, S. (1995). The discovery of “unpaid work” : The social consequences of the expansion of “work.” *Feminist Economics*, 1(2), 1–19. <https://doi.org/10.1080/714042229>

Himmelweit, S. (1999). Caring labor. *The ANNALS of the American Academy of Political and Social Science*, 561(1), 27–38. <https://doi.org/10.1177/000271629956100102>

Hu, M., Freedman, V. A., Patterson, S. E., & Lewis, N. (2023). Shared care networks assisting older adults: New insights from the National Health and Aging Trends Study. *The Gerontologist*, 63(5), 840–850. <https://doi.org/10.1093/geront/gnac155>

Monin, J. K., Schulz, R., & Kershaw, T. S. (2013). Caregiving spouses’ attachment orientations and the physical and psychological health of individuals with Alzheimer’s disease. *Aging & Mental Health*, 17(4), 508–516. <https://doi.org/10.1080/13607863.2012.747080>

National Institute of Standards and Technology. (n.d.-a). Parallel or redundant model. NIST/SEMATECH e-Handbook of Statistical Methods. <https://www.itl.nist.gov/div898/handbook/apr/section1/apr183.htm>

National Institute of Standards and Technology. (n.d.-b). Reliability of UTC(NIST). <https://www.nist.gov/pml/time-and-frequency-division/time-realization/utcnist-time-scale/reliability-utcnist>

Nolan, M. R., Davies, S., Brown, J., Keady, J., & Nolan, J. (2004). Beyond “person-centred” care: A new vision for gerontological nursing. *Journal of Clinical Nursing*, 13(s1), 45–53. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2004.00926.x>

Nolan, M. R., Brown, J., Davies, S., Nolan, J., & Keady, J. (2006). *The Senses Framework: Improving care for older people through a relationship-centred approach*. University of Sheffield.

Pearlin, L. I., Mullan, J. T., Semple, S. J., & Skaff, M. M. (1990). Caregiving and the stress process: An overview of concepts and their measures. *The Gerontologist*, 30(5), 583–594. <https://doi.org/10.1093/geront/30.5.583>

Schaffer, H. R., & Emerson, P. E. (1964). The development of social attachments in infancy. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 29(3), 1–77. <https://doi.org/10.2307/1165727>

UN Women. (2025). Counting what truly counts: Valuing supervisory care as the invisible engine of inclusive economies. <https://data.unwomen.org/publications/counting-what-truly-counts-supervisory-care>

Vesely, W. E., Goldberg, F. F., Roberts, N. H., & Haasl, D. F. (1981). *Fault Tree Handbook (NUREG-0492)*. U.S. Nuclear Regulatory Commission.

Wegner, D. M. (1987). Transactive memory: A contemporary analysis of the group mind. In B. Mullen & G. R. Goethals (Eds.), *Theories of group behavior* (pp. 185–208). Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-4612-4634-3_9

Wolff, J. L., Cornman, J. C., & Freedman, V. A. (2025). The number of family caregivers helping older US adults increased from 18 million to 24 million, 2011–22. *Health Affairs*, 44(2), 187–195. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2024.00978>

Wylie, M. J., Kim, K., Liu, Y., & Zarit, S. H. (2021). Taking a break: Daily respite effects of adult day services as objective and subjective time away from caregiving. *The Gerontologist*, 61(8), 1231–1240. <https://doi.org/10.1093/geront/gnaa178>

Zarit, S. H., Kim, K., Femia, E. E., Almeida, D. M., Savla, J., & Molenaar, P. C. M. (2011). Effects of adult day care on daily stress of caregivers: A within-person approach. *The Journals of Gerontology: Series B*, 66B(5), 538–546. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbr030>

第五章 关系不可替代，持续在场可以被承接

摘要

患有阿尔茨海默病及相关痴呆的老人入住养老机构，或家庭引入住家护工、护理员与日间照料之后，洗澡、喂饭、如厕和服药等任务通常会迅速转交；然而，一旦老人拒绝洗澡、吞咽状态改变、夜间徘徊、药物方案失效或工作人员缺岗，机构与服务人员仍可能第一时间召回某一名儿女，请其解释、决定、到场或直接补做。由此形成一种长期被“任务完成率”遮蔽的治理状态：执行之手已经转移，偏差的发现、意义解释、处置授权、资源调度和失败补位却没有整体转移。本章以控制科学、档案学与仪式人类学为相互约束的理论来源，指出三类知识虽然分别重视可执行闭环、可信记录与身份转换，却共同默认交接可以在某个时点一次完成。痴呆照护的波动性、情境性与人员更替使这一前提不能成立。本章据此提出“家庭召回债”：在正式服务承诺范围内，一次照护偏差只有在召回某个特定家属后才能恢复，说明接收系统仍欠缺一个有责任主体、有依据、有权限且有后备的处置环节。家庭召回债不是法律债务，也不把亲情、探望、价值表达或重大授权视为问题；它只识别被悄然退回家庭的操作性责任。本章进一步构造“日常任务转移程度×异常闭环内部化程度”的二维判别格，解释高任务转移、低闭环内部化为何是最隐蔽、最稳定的“表面外包”。在此基础上提出一条可检验路径：异常链映射、知识带源转移、正式后备设立、角色共同确认、补洞召回审计。该路径把交接的检验单位从“谁做日常任务”改为“出现偏差后，谁发现、谁解释、谁决定、谁执行、谁补位”，并给出事件级指标、序列预测、低成本回顾性检验、多点阶梯式研究设计及固定日期的经验赌注。本章的核心判断是：正式照护真正接住的不是一组动作，而是恢复照护秩序的能力；家庭退出的不是亲属关系，而是未经同意、没有边界且不可拒绝的默认兜底位置。

关键词：痴呆照护；家庭照护者；养老机构；照护交接；来源信息；角色转换；组织韧性

English Title

From Task Outsourcing to Care-Loop Migration in Dementia Care: How Families Can Leave the Default Backstop Position after Formal Care Enters

Abstract

When a person living with Alzheimer's disease or a related dementia enters residential long-term care, or when a family hires home-care or day-care services, routine tasks may be transferred without transferring the system's capacity to recover from deviations. Bathing, feeding, toileting, and medication administration are performed by paid workers, yet a particular daughter or son is still recalled whenever the person refuses care, behaves unexpectedly, a plan stops working, or a worker is absent. This article develops an interdisciplinary account of that discrepancy by placing control science, archival theory, and ritual anthropology under reciprocal constraint. Each field offers a distinct completion criterion—an executable feedback loop, a trustworthy contextual record, or a publicly recognized status passage—but each tends to treat transfer as a settleable endpoint. Dementia care instead requires recurrent verification under changing persons, shifts, symptoms, and environments. The article introduces the concept of family recall debt: within the formally promised scope of care, an operational obligation remains unpaid when an exception can be resolved only by recalling a specific relative because the receiving system lacks an assigned detector, interpreter, decision authority, actor, or backup. The concept

excludes relational visits, value representation, supported decision-making, consent, and safety notification. A two-dimensional diagnostic matrix distinguishes task transfer from the internalization of exception closure and identifies high task transfer combined with low exception closure as “surface outsourcing.” A five-part, auditable pathway is proposed: mapping exception chains, transferring knowledge with provenance, establishing formal backup, jointly confirming roles, and auditing every recall that fills a system gap. The article specifies event-level measures, mechanism predictions, a low-cost retrospective test, a multisite stepped-wedge design, and safety and legal boundaries. Its central claim is that formal care becomes complete only when the capacity to restore care—not merely the performance of routine tasks—has migrated, allowing relatives to remain kin, visitors, advocates, and value representatives without serving as an involuntary operational backstop.

Keywords: dementia care; family caregiver; long-term care; care transition; provenance; role transition; organizational resilience

问题提出：转出去的是动作，留下来的是恢复能力

晚上七点，养老机构的护理员准备为一位患阿尔茨海默病的老人洗澡。老人抓紧衣领、挥手、不断说“我要回家”。护理员不敢继续，值班护士也不知道这是疼痛、羞耻、环境过冷，还是对陌生人的防御。电话打给女儿。女儿说，母亲过去总在午睡后洗澡，先让她摸热毛巾，再由女性照护者从洗脸开始；晚上洗澡几乎必然拒绝。女儿最终赶来，在浴室门口安抚并完成了大部分协助。机构的记录可能仍显示“当日洗浴已完成”，合同也明确包含洗浴服务，但真正发生的交接并不完整：执行者已经更换，解释反应、调整时机、授权停止和失败补位的能力仍集中在女儿身上。

类似结构会在不同任务中反复出现。老人进食速度突然变慢，护理员先问儿子“是不是一直这样”；老人拒服新药，护士请家属决定“要不要硬喂”；夜间徘徊升级，机构要求家属连夜陪床；住家护工临时请假，中介只把“寻找替班”交回雇主家庭；日间照料中心发现老人午后焦躁，却让家属每天提前接走，而不分析光线、噪声、饥饿、如厕或活动节奏。每个场景都可以在任务清单上被描述为“服务已经进入”，也都可以在偏差发生时暴露出同一个事实：付费服务掌握了常态流程，家庭仍掌握系统的最后恢复开关。

现有讨论通常把问题命名为沟通不足、信息不全、家庭参与不够、机构人手短缺或过渡期适应困难。这些解释都可能成立，却容易把不同性质的缺口折叠成一个温和的“合作问题”。如果电话只是在告知家属老人已经安全处理完一次跌倒，电话本身不是失败；如果老人仍有能力并希望女儿参与价值选择，参与也不是失败；如果家属自愿在生日时为老人做一顿熟悉的饭，更不应被算作机构卸责。真正需要辨认的不是“家属是否参与”，而是：在正式承诺的服务范围内，发生偏差时，哪一个不可缺少的环节仍只有某位家属能够完成？

这一区分把研究单位从任务转向异常。任务问题问“今天谁给老人洗澡”；异常问题问“老人拒绝洗澡时，谁先看见偏差，谁解释这种反应，谁有权改变计划，谁实施替代方案，原执行者缺岗或方案失效时谁接上”。前一个问题可以通过排班表回答，后一个问题需要一套责任、知识、权限、资源和身份都能相互扣合的治理结构。本章把这一结构称为“照护闭环”。所谓闭环，不是把老人变成可预测的机器，而是要求组织对人的不可预测性承担可观察、可解释、可决策、可行动和可恢复的责任。

本章试图回答：当正式照护进入以后，怎样使家庭退出默认兜底位置，而不退出亲属关系、价值代表和权利倡导者的位置？回答这一问题，需要同时处理三个通常被分开的对象：第一，异

常如何被感知并转化为行动；第二，关于老人的知识如何在多人之间保持出处、情境和更新能力；第三，家庭、老人和工作人员如何让新的责任关系获得共同承认。任何单一对象都不足以完成交接。只有信息，没有行动权限，会形成“知道但做不了”；只有排班和权限，没有情境知识，会形成“能做但做错”；只有合同，没有可见的角色转换，会形成“名义上交出、遇事又叫回”。

研究设计与证据边界：让三个完成判据互相限制

本章是一项理论建构研究，不把概念论证冒充已经完成的效果评价。材料由四层构成：一是控制科学中关于反馈、故障检测、责任配置、系统迁移与持续安全控制的理论；二是档案学中关于来源、情境、记录连续体、多重来源与参与式治理的理论；三是仪式人类学与角色研究中关于分离、阈限、重新纳入及角色退出的理论；四是痴呆照护过渡、家庭—工作人员关系、生活史资源和中国养老机构治理的经验研究与制度文本。前三层负责提出互不等价的约束，第四层负责检验这些约束能否落到真实场景。

既有研究已把痴呆照护过渡描述为贯穿疾病历程、跨越多个场所且常由家庭导航的连续过程，而非单一搬迁时点；入住后的适应、家庭角色与工作人员关系也会继续变化（Sury et al., 2013; Müller et al., 2017; Ashbourne et al., 2021）。这些研究为本章提供问题背景，但尚未把“某个家属仍是异常恢复的唯一节点”单独定义为可审计对象。

选择这三个学科，不是因为它们可以各贡献一个“优点”，而是因为它们对“交接何时算完成”持有彼此不兼容的判断。控制科学要求接收系统在偏差出现时仍能观察、决策、执行和纠正；档案学要求决策所依据的记录可追溯其形成者、形成活动、适用情境和后续变更；仪式人类学要求新身份得到参与者共同承认并在行动中被重复确认。前者可能认为，系统能自行恢复就足够；第二种判断会追问这种恢复依据何在、知识是否可信；第三种判断则会追问，即使流程和记录齐全，为什么工作人员仍把家属当作第一响应者，家属也仍因“不去就是不孝”而无法拒绝。三种判断必须同时成立，任何一种都不能被另外两种替代。

本章的适用对象包括患阿尔茨海默病及相关痴呆、在部分或全部日常生活活动中需要协助的老人，以及为其提供机构照护、居家雇佣照护或日间照料的组织与家庭。本章所称“家庭”不限于法定子女，也包括实际承担照护、被组织默认联系的伴侣、亲属或其他重要关系人。“正式照护”指有明确服务承诺、组织关系或付费安排的照护，不以公办、民办或市场化为限。

本章不主张取消家庭法定赡养义务，不主张切断紧急联系人、监护、代理决定和知情沟通，也不把家庭参与越少等同于照护越好。中国《老年人权益保障法》规定，对生活不能自理的老年人，赡养人应承担照料责任；不能亲自照料的，可以依照老年人的意愿委托他人或者养老机构等照料。这个法律结构本身已经区分了责任存在与亲自执行。本章讨论的，是在委托范围已经成立以后，组织是否仍把未配置的操作性责任无声退回某一名家属。它是一项组织诊断，而非关于亲情强弱或个人道德的评判。

控制科学的判据：异常发生后，系统还能不能把照护接回来

控制科学关心的不是清单上有没有人，而是一个目标在扰动下能否维持。对痴呆照护而言，目标不是“老人必须服从”，而是在尊重其意愿、能力和尊严的条件下，维持安全、舒适、功能与有意义的生活。扰动可能来自疾病进展、疼痛、感染、药物变化、环境噪声、陌生面孔、班次更替、照护者疲劳或服务资源缺口。系统若只能在一切按计划发生时运作，就不是闭环，只是一条脆弱的动作链。

Leveson (2011) 将有效控制概括为相互关联的条件：有明确目标和约束，有能够采取行动的控制者，有关于过程状态的可观察反馈，也有足以解释状态的过程模型。她特别强调，责任、权限与问责需要落到具体控制结构中；“人人负责”如果没有具体配置，往往等于没有人真正负责；对未被任何控制者执行的安全要求进行缺口分析，是识别系统漏洞的关键。故障检测、隔离与重构研究也把“发现异常”“判断异常来自哪里”与“改变控制策略、重组资源”区分为不同环节 (Hwang et al., 2010)。这正好揭示养老服务中的常见误区：给洗澡安排一名护理员，不等于给“老人拒绝洗澡”安排了观察者、解释者、决策者和替代资源。

这一要求也受到复杂系统安全与人因研究的限制。自动化或标准流程可能把人留在只处理异常、却又缺少练习与权限的位置 (Bainbridge, 1983)；医疗旅程跨越多个工作系统，安全取决于系统之间的反馈与重新配置，而不仅是单点表现 (Carayon et al., 2020)。因此，本章借用的不是“控制老人”的工程隐喻，而是对照护组织自身约束、反馈与责任结构的检查 (Leveson, 2004)。

把这一判断移入照护现场，可以得到五个必须连续闭合的环节。第一是发现：谁识别状态偏离了老人自己的基线或当前计划；第二是解释：谁把表面行为与疼痛、情境、习惯、疾病或互动方式联系起来；第三是决定：谁有权限停止、延后、替换、升级或请求临床评估；第四是执行：谁把决定落实并观察结果；第五是补位：当人员缺岗、判断错误或原方案失效时，谁接管并重建路径。反馈贯穿各环节，执行结果必须返回记录与下一次判断。

控制科学给本章施加的第一道硬约束是：交接完成必须能够在家属不即时可用时接受检验。只要一项正式承诺的照护在出现非紧急偏差后，因为找不到特定家属而停住，系统就没有真正取得该项照护的恢复能力。这里检验的不是工作人员是否善良、努力或经验丰富，而是其所在位置是否获得了观察渠道、解释依据、决定权限、处置资源和后备支持。

然而，控制科学本身不能回答“过程模型里的老人是谁”。如果模型把“拒绝洗澡”编码为不配合，却不知道老人曾遭遇创伤、习惯午后洗浴、对男性照护者敏感或听不懂复合指令，那么闭环可能稳定地执行错误方案。由此需要第二种判据。

档案学的判据：知识必须带着出处、情境与时间一起移动

痴呆照护高度依赖难以从一次体检或通用量表中获得的知识：老人如何称呼自己，清晨还是傍晚更清醒，哪种语气会让她紧张，进食慢是长期习惯还是新近变化，拍肩会被理解为安慰还是威胁，什么做法过去有效、在什么条件下有效、后来为何失效。入住表格常把这些知识压缩为“喜欢听戏”“拒绝洗澡”“女儿最了解”“情绪不稳定”。压缩后的条目看似简洁，实际上切断了来源与适用边界。

ISO 15489-1:2016 要求记录具备真实性、可靠性、完整性与可用性，并通过元数据保存其内容、结构与情境。国际档案理事会的《情境中的记录—概念模型》把记录置于创造、使用、管理它的人与活动之中，强调情境可以不断扩充而永远不可能彻底完结。W3C PROV 把来源关系表达为实体、活动与行动者之间的生成、使用、归属、关联和派生。记录连续体理论进一步反对把记录理解为任务结束后才封存的静态遗物；记录在行动发生、证据形成、多人共享和社会记忆建构中持续存在 (Upward, 1996)。多重来源研究则提醒，记录对象并非只能被动地“被记录”，老人、家庭、工作人员乃至彼此不一致的叙述都可以作为共同形成者进入证据结构 (Hurley et al., 2024)。

档案纽带说明单条记录的意义来自其与同一活动中其他记录的关系，而不是孤立字段 (Duranti, 1997)；参与式档案与参与式信息治理进一步要求记录对象和相关社群参与形成、访问与解释规则 (Huvila, 2008; Evans et al., 2019)。这使“共同记录”不仅是数据采集工具，也是对谁有权描述老人、谁能纠正描述的治理安排。

这些理论迫使照护知识改变形态。一个可操作条目不应只写“她不爱洗澡”，而应至少表达：“2026年7月12日，女儿根据过去两年家庭经验报告：老人晚饭后进入浴室时多次说‘回家’并抓衣领；午睡后由女性照护者先递热毛巾、从洗脸开始时通常接受。7月15日至20日，白班护理员在机构三次复现该做法，两次完成擦浴，一次因肩痛中止；值班护士据此将疼痛筛查加入前置条件。7月20日更新，下一次复核日期为8月3日。”这里包含来源、观察、解释、情境、复现、例外、更新时间 and 责任人。它允许工作人员使用，也允许后来者质疑。

档案学给本章施加的第二道硬约束是：任何被用于解释老人或作出处置的关键知识，都必须能够回答“谁在何种情境下形成、经过谁的复核、何时更新、哪些反例仍未解决”。没有出处的“偏好”容易把一次应激反应冻结为人格；没有更新时间的“有效做法”会在疾病变化后继续支配行动；只由某一名女儿口述、没有进入共同记录的知识，会使她永远成为无法请假的“活档案”。

但记录可信仍不等于责任迁移。机构完全可能拥有精美的生活史册，却在老人拒绝护理时照样拨打女儿电话；也可能因为工作人员认为“家属最懂”而不敢自行调整。档案学解决知识能否共同持有，却不能单独使家属从默认行动者变回亲人。因此还需要第三种判据。

仪式人类学的判据：新角色必须被共同看见并反复做出来

van Gennep 把人生转换概括为分离、阈限与重新纳入：人先离开旧位置，进入边界模糊的过渡状态，再以新身份进入新的社会秩序。Turner 进一步揭示阈限状态中既有分类暂时失效、身份和权威变得不稳定。家庭照护研究借用这一框架后发现，成为照护者本身是一段社会与文化驱动的身份历程，角色模糊有时会解决，也可能长期持续（Gibbons et al., 2014）。入住养老机构同样不是把床位从家里搬到机构，而是一组关系的重新排序：老人从“家中长辈”成为“住民”却仍应保有主体身份；儿女从直接操作者转为亲人、探望者、价值代表和倡导者；工作人员从辅助者转为正式照护的行动主体；机构从房间与人手的提供者转为异常处置的最终组织者。

现实中，这个转换经常停在阈限期。合同写明机构提供二十四小时照护，工作人员却仍说“家属有空最好来帮一下”；女儿每次探望都先检查药盒、擦洗身体、质问排便记录，因为她不相信不亲自做就有人负责；老人则可能把工作人员看作临时帮手，把所有要求都留给孩子。中国养老机构民族志显示，入住并没有使孝道实践消失，家庭会把劳动、爱、监督和资源重新组合，探望与日常照料也可能成为被公开评价的孝亲表现（Wu, 2023）。因此，要求家属“彻底退出”既不现实，也可能伤害老人；真正需要退出的是一种未经商议的角色：只要系统卡住，就默认某个孩子必须回来。

养老机构经验研究同样显示，家属在入住后仍把自己理解为照护者，其满意度与员工互动、行为支持、人员环境、痴呆知识和自身压力相连（Hoek et al., 2021; Piersol et al., 2024）。促进家庭参与的研究常发现沟通与关系改善，却也提示证据质量与实际参与效果并不一致（Hayward et al., 2022）。这正是本章必须区分“关系被重视”与“操作责任被退回”的原因。

仪式人类学给本章施加的第三道硬约束是：责任变化不能只存在于合同或后台系统中，它必须被老人、家庭与工作人员共同陈述、见证，并通过可观察的行为反复确认。第一次照护会议上，机构需要公开说明：哪些偏差将由谁先处理，何时升级，联系家属是为了通知、共同价值决定还是请求自愿协助；家属需要被明确允许说“不”，而不会因此被归为冷漠或不孝；工作人员也需要被授权承担与其责任相匹配的决定，而不是一边被要求“全面负责”，一边在任何变化前必须寻找家属背书。

角色确认不是一场温情欢迎会，也不是签字即止的象征动作。只有当夜班不再把“先打给女儿”当成默认程序、家属探望时可以与老人散步而不是补做积欠任务、老人能以适合其能力的方

式知道谁会帮助自己，新角色才在实践中成立。仪式的作用是把隐藏期待变成公开承诺，把边界模糊变成可被共同纠正的秩序。

三种判据的冲突与共同盲点：交接不能一次结算

三个学科对完成状态的要求并不相同。控制科学可以接受一个没有丰富叙事、但能安全恢复的最小模型；档案学不能接受关键判断脱离来源与情境，即使动作结果暂时正确；仪式人类学则指出，技术结构和记录结构都可能被旧身份关系架空。它们的冲突不是用“都很重要”便可消解，而是迫使本章接受三个不可缩减的限制：闭环必须能运作，知识必须能追溯，角色必须能被承认。

然而，三种理论在各自常见用法中又共享一个不易察觉的前提：交接可以在某个终点被宣布完成。控制图画好、岗位配置完，似乎闭环已经装好；档案建成、表格导入，似乎知识已经移交；入住仪式、合同签署或家庭会议结束，似乎身份已经转换。这个“单次结算”前提与痴呆照护的时间结构相冲突。疾病进展会改变身体与表达，药物和环境会改变行为，工作人员换班、离职或缺岗会改变组织能力，家庭关系与老人意愿也会改变。昨天闭合的链条今天可能断裂，昨天可靠的解释明天可能过期，昨天得到承认的边界会被一名新员工重新模糊。

控制科学自身提供了推翻该前提的材料。复杂社会技术系统会适应和迁移，安全约束必须在变化中持续执行，认证不能被视为一次性事件；如果反馈渠道缺失，管理层只会看到结果而看不见控制正在退化（Leveson, 2011）。把这一事实用于照护交接，可以得到一个更严格的判断：交接不是把责任从A点搬到B点，而是改变“异常发生后，系统沿什么路径恢复”的拓扑；这种改变只有在一次次真实偏差、人员缺岗和方案失效中被持续验证，才算存在。

因此，本章不把入住日或服务起始日设为交接完成点，而把它视为验证期的开始。检验交接的最小问题不含“应该”“是否可能”或“通常”等模态词：最近三十次照护偏差里，哪一次在未联系特定家属时，停在了发现、解释、决定、执行或补位中的哪一环？这个问题只要求过程事实。它既可以询问洗澡拒绝，也可以询问噎食风险、夜间徘徊、药物拒绝、护工缺岗或日间照料提前退回；回答不依赖参与者对“合作好不好”的总体印象。

中心判断：每一次操作性召回，都是尚未归还的家庭召回债

本章把上述未完成状态命名为“家庭召回债”。它是一个分析概念，不是民事、金融或道德意义上的债务。其定义是：在正式服务承诺范围内，一次照护偏差只有在召回某个特定家属后才能恢复，因为接收系统缺少已经指定的发现者、情境解释者、决定权限、执行资源或失败后备；这个尚未配置的操作性义务，就是家庭召回债。

这个定义包含四个限定。第一，必须位于已经承诺的服务范围内。日间照料中心没有承诺夜间居家照护，不能因老人夜间需要协助就被认定欠债；但它若承诺在中心时段管理如厕，却每逢老人拒绝入厕便要求家属提前接走，则存在范围内缺口。第二，必须是操作性恢复，而非关系性参与。探望、陪伴、共同庆祝和自愿照护不是债。第三，必须排除依法或依约需要家庭参与的重大价值、监护和授权事项，例如在老人缺乏相应决定能力时参与重大治疗选择。第四，召回必须具有事实上的不可替代性：若家属不接电话，事件便停住、风险累积或工作人员无法继续。

为便于事件级识别，设一次偏差事件为 e ，其闭环环节集合为 $L=\{\text{发现、解释、决定、执行、补位}\}$ 。如果环节 l 在正式系统内部没有可用主体，只有特定家属介入后才完成，则记 $F(e,l)=1$ ，否则为 0；以环节的风险与延迟权重 $w(e,l)$ 加权，可得到观察期内的召回债负荷：

$$D(T)=\sum e \sum l w(e,l) \cdot F(e,l).$$

该表达式不是为了给家庭或工作人员排名，而是强迫研究者把“家属很累”分解到可修复的位置。一个机构可能几乎不要求家属到场，却每天打电话请女儿解释行为；它的债集中在“解释”。另一机构能够解释，却没有夜班决定权限，所有方案改变都必须等家属同意；债集中在“决定”。住家护工可能拥有知识和技能，却没有替班，债集中在“补位”。同样的电话数量背后可以是完全不同的组织缺口。

家庭召回债之所以长期隐蔽，是因为家庭的及时补救会制造良好表象。女儿总能接电话，老人当晚也洗完了澡，于是事件不会进入事故或投诉统计；工作人员学到的不是新方案，而是“下次仍找女儿”；管理者看到任务完成，不会投资于记录、培训、权限或后备；女儿越可靠，系统越没有机会形成自己的恢复能力。家庭救援由此成为一种负反馈的替代品：它修复了当次结果，却阻断了组织学习，使未来召回更可能发生。债不是随着使用而减少，反而可能因救援成功而复利式积累。

这也解释了为什么“加强家属合作”有时会无意中加固问题。如果合作被定义为随叫随到，组织就会把未配置的责任包装成伙伴关系；如果家属不再响应，便被描述为配合不足。家庭召回债要求倒置问责方向：不是先问家属为何不来，而是先问系统为何必须让这一名家属来，缺的是知识、权限、资源还是后备，谁负责在何时补上。

二维判别格：高完成率下的低恢复力

为了区分任务外包与闭环迁移，本章设置两个彼此独立的轴。横轴是日常任务转移程度，即正式服务实际承担洗澡、进食、如厕、服药、移动和环境支持等常态工作的比例与稳定性；纵轴是异常闭环内部化程度，即偏差出现后，服务系统在不依赖特定家属即时介入的情况下完成发现、解释、决定、执行与补位的能力。

“表面外包型照护”最值得警惕，原因有四。其一，它容易通过形式检查。合同、排班、服务记录与任务完成率都可以齐全。其二，它能改善短期指标。家属补救使未完成任务变成完成、冲突变成平息、缺岗变成有人顶上。其三，它的失败具有静默性。只要那个家属仍然可联系，系统缺口不会表现为事件；等到家属生病、出差、关系破裂或耗竭，多个缺口才会同时显现。其四，它具有自我强化性。每次成功召回都减少组织为异常配置内部能力的压力，并把家属“最懂、最快、最可靠”的事实当成继续依赖的理由。

与之相对，“有限范围但诚实的专业支持”提醒我们，完整不等于无限。日间照料、每周三次上门助浴或短时陪护不可能承担老人全部生活，但可以对其承诺的时间和任务形成完整闭环。一个明确说“本中心不负责夜间照护，但在中心时段内的拒食、跌倒风险与人员缺岗均由以下路径处理”的服务，可能比宣称“全程无忧”却遇事找家属的服务更接近专业化。

二维判别格因此改变了评价对象。服务数量、时长和任务完成率仍然重要，却不再足以推断家庭已经退出默认兜底位置。真正的判据必须进入偏差事件，观察恢复路径是否仍穿过某一名不可替代的家属。

从线性交接到持续验证：五个环节组成一条回返路径

闭环迁移不是一次把五份表填完，而是一条会被真实事件不断重新打开的路径。第一步“异常链映射”把每项照护从动作拆成发现、解释、决定、执行与补位，明确责任、权限和升级阈值；第二步“知识带源转移”把家属脑中的个人知识转化为能够共同使用、质疑和更新的记录；第三步“正式后备设立”使缺岗、判断失败和方案失效不再自动触发家庭召回；第四步“角色共同确认”让老人、家属和工作人员公开承认新的责任关系；第五步“补洞召回审计”检查每次联系家属究竟是关系互动、价值参与还是组织缺口，并把发现的缺口送回前四步修复。

五个环节有明确顺序，却不是单向施工。没有异常链，知识记录不知道为哪种决定服务；没有带源知识，后备人员只是名单；没有正式后备，角色确认会变成空话；没有共同确认，工作人员可能继续基于旧习惯召回家属；没有召回审计，系统不会知道前四个环节何时退化。第五步必须回到第一步重新作图，必要时同时改记录、权限、排班与角色约定。

这条路径也改变了交接会议的议程。传统会议依次介绍疾病、服务项目、收费、物品与探视规则；闭环会议则从最近或最可能发生的偏差开始：“如果老人今晚拒绝服药，谁判断原因，谁可以延后，何时联系医生，夜班谁执行替代方案，如果这些人都不在怎么办？”只有当这个问题获得具体回答，日常服药任务才算被真正接住。

第一步：异常链映射——为偏差配置五种不同的责任

异常链映射的起点不是重新抄写岗位职责，而是重建真实事件。团队可在服务开始前选取最近三十次偏差、未遂事件和临时调整，包括拒绝照护、情绪骤变、进食改变、便秘、失禁、疼痛、睡眠紊乱、徘徊、跌倒风险、皮肤变化、服药困难、家属投诉、临时缺岗与转诊。对每个事件按时间顺序回答：谁最先发现；凭什么判断这与老人基线不同；谁提出解释；谁有权改变计划；谁执行；结果回报给谁；第一方案失败后谁接手；家属在何处被召回。

映射必须把“负责”拆开。发现者未必有权决定，例如护理员看到老人吞咽迟缓，需要护士或言语治疗专业人员评估；解释者也未必亲自执行，例如家属提供生活史线索，由护理团队验证并实施；决定者必须拥有相应权限与风险责任，不能只在纸面上署名；补位者则需要真实可用，而不是“必要时由管理人员协调”这样的无资源承诺。

每条链还需写明四类边界。第一是触发阈值：什么变化启动该路径，例如连续两餐摄入低于个人基线而非笼统的“吃得少”。第二是停止规则：出现何种痛苦或风险必须停止原操作。第三是升级时限：哪个环节可以等待，多久后必须转交更高权限。第四是禁止动作：即使任务未完成也不能使用的强迫、欺骗或危险做法。阈值应针对个人基线，避免把痴呆诊断本身当作解释一切变化的理由。

家属在映射阶段是重要的共同重建者，但其参与目标是减少未来的唯一依赖。团队应询问“过去哪次失败最能暴露我们不知道的东西”，把家属拥有的隐性知识转化为可验证线索；同时也要记录家属不知道、意见分歧或已经过时之处。映射结束后，用一个直接问题做压力测试：最近三十次洗浴偏差里，哪一次在未联系特定家属时，停在了发现、解释、决定、执行或补位中的哪一环？如果答案是“护理员可以发现，但没人敢改时段”，缺口是权限；如果答案是“所有人都不知道抓衣意味着肩痛”，缺口是解释模型；如果答案是“白班会做，夜班没人会”，缺口是跨班后备。

异常链映射的成果不是追究某名员工“漏做了什么”，而是定位系统位置没有获得什么。它评估的是岗位结构，不是个人品格。管理者若把作图结果变成绩效惩罚，工作人员就会减少上报，偏差重新变得不可见。安全的映射需要把未遂事件和“不知道”视为学习材料，并为提出缺口的人提供免于报复的保护。

第二步：知识带源转移——让生活史成为可更新的共同证据

家庭长期照护形成的知识通常具有三种特征：高度情境化、以故事保存、难以区分观察与解释。女儿说“妈妈一到晚上就不配合”，其中可能混合了发生时间、可见动作、家庭情绪和归因。直接把这句话写进“个人偏好”栏，会同时损失细节并固化标签。知识带源转移的任务不是让家属填一份更长的表，而是把可行动的知识分成不同证据层级。

一个共同记录条目至少包含十个字段：条目主张；直接观察；提出者与其关系；形成日期；适用情境；解释或假设；过去有效与无效的做法；机构复现结果；置信状态与未解决分歧；最后核验日期、下次更新触发及责任人。需要时还应记录老人本人的表达方式、其对共享范围的偏好和访问权限。系统应区分四种内容：事实性变化，例如“三天未排便”；个人偏好，例如“愿意由女性协助洗浴”；解释性假设，例如“抓衣可能与肩痛有关”；规范性决定，例如“出现明确拒绝时先停止并重新接近”。把四者混写，会让假设伪装成事实，也让价值决定伪装成医学必然。

来源信息不是为了证明家属说得对，而是为了让所有知识都可定位、可比较。老人本人只要具备相应表达能力，就应作为首要来源之一；非语言反应也可被谨慎记录，但必须与解释分开。不同子女可能描述不同，因为他们在不同年代、不同场景与老人相处。工作人员也会形成新知识，例如机构午后噪声比家庭更高，原先在家有效的策略未必适用。共同记录应允许并列冲突，而不是由最强势的人删除异议。记录“女儿认为是怕水；护理员观察到只在肩部抬举时拒绝；护士尚待疼痛评估”，比仓促选定一个真相更安全。

知识还必须进入实际流程。关键条目要能在床旁照护、交班、护理计划评审和异常处置时被找到，而不是封存在入院档案深处。新员工上岗不只阅读摘要，还应能够沿出处查看依据；使用一个做法后，结果应反写到条目，形成版本变化。更新触发至少包括入住后 72 小时、两周与六周，药物或健康状态变化，严重偏差，照护方案失败，主要工作人员更替，以及家属或老人提出异议。固定日期复核不能替代事件触发更新。

“活档案”之所以出现，不只是机构没有收集信息，也因为组织把解释责任外包给一个最容易联系的人。带源记录的完成判据不是页数，而是可替代性：一名从未见过该老人的合格工作人员，能否根据条目说明“我为什么这样做、这个依据来自哪里、在何种情况下不适用、结果应由谁更新”。可以用第二个无模态问题检验：最近三十次拒食偏差里，哪一次在未联系特定家属时，停在了发现、解释、决定、执行或补位中的哪一环？如果护理员只能读到“挑食”，条目没有提供食物质地、疼痛、习惯或近期变化，知识尚未真正移动。

带源转移也有伦理边界。机构不应以“个性化”为名收集与照护无关的家庭秘密；应按最小必要原则设置访问层级，记录老人对信息共享的意愿，并为纠错、异议和撤回提供渠道。来源标注不能变成“家属说法不专业”的贬低标签，也不能让员工观察天然高于老人经验。它的目的，是让权力与证据都保持可见。

第三步：正式后备设立——让缺岗与方案失效不再通向家庭

许多照护安排有“主责”却没有后备。白班护理员知道怎样接近老人，夜班不知道；住家护工能力很好，但请假便无人可替；护理主管可以批准调整计划，周末却没有同等权限的人；机构知道某种音乐能安抚老人，播放器坏了以后方案整体失效。在这种结构中，家属不是被明确任命为后备，却会因最熟悉、最有动机、最难拒绝而自动成为后备。

正式后备至少包含五层。第一层是同岗位替补：另一名受训人员能执行关键做法。第二层是跨班连续：夜班、周末和节假日不是知识与权限的断层。第三层是专业升级：超出一线权限的问题有可联系的护士、医生、康复、心理或管理支持。第四层是资源替代：设备、环境或方案失效时有第二种安全做法。第五层是组织接管：当多层同时失败时，由值班管理者承担调度与风险决定，而不是让最先接电话的家属自行拼凑服务。

后备必须同时具备名字、时间、能力、权限和资源。写“必要时上报”不构成后备；列出一个从不值夜班的主管也不构成后备；要求替班者沿用旧方案，却不给其查看关键记录的权限，仍不构成后备。真正的后备还需接受验证。机构可以在低风险场景中进行“家属暂时不可联系”桌

面演练，追踪团队如何处理洗浴拒绝、护工迟到、记录系统故障或方案失效。演练不是故意隐瞒紧急情况，更不能为了测试而冒险；它只是在安全边界内检查内部路径是否实际可用。

不同服务形态的后备结构不同。养老机构应建立跨班替补、临床升级、值班管理与应急资源，机构本身承担最后组织责任。通过中介聘请住家护工时，中介若承诺连续服务，就应明确替班时限、替班技能、临时交接和主管支持；若使用独立护工，家庭作为合同管理者仍需参与治理，但可以预先与第二服务者、社区资源和临床渠道建立明确联系，避免每次缺岗都由某个子女亲自补班。日间照料中心的责任范围较窄，却仍需对中心时段内的人员缺口和偏差拥有后备；对范围外风险，则应提前形成双向交接，而不是临时把老人“退回”。

资源不足必须被诚实呈现。本章不认为一份流程图能弥补人手、培训、工资和临床支持的不足。若服务无法承担某项异常闭环，应在合同与照护计划中清楚声明范围、风险和替代选择，而不是收取完整服务费用后把后备隐藏地压给家庭。闭环迁移会增加组织可见的成本，但这并非新成本，而是把家庭过去无偿吸收的成本重新显影。

第三个检验场景是人员缺岗：最近三十次护工缺岗或跨班偏差里，哪一次在未联系特定家属时，停在了发现、解释、决定、执行或补位中的哪一环？如果中介只负责通知“今天没人”，而由女儿请假回家，正式服务转移的是劳动日常，不是连续性责任。

第四步：角色共同确认——让家庭有权说“不”

正式后备解决“谁能接”，却不自动改变“大家认为谁应该接”。养老服务中的角色往往由细小动作维持：工作人员开口先说“你们家属得……”，家属探望第一件事是检查是否完成任务，老人只向孩子提出需要，管理者在冲突时把家属称为“配合方”。这些重复动作会把合同已经改变的责任重新拉回旧秩序。

角色共同确认需要一份简明的“照护关系章程”，但章程的价值不在纸面，而在共同陈述。老人应按其理解与表达能力参与；家庭、主要照护人员、责任护士与管理代表共同说明四件事：正式服务承诺接住哪些日常任务与异常；发生偏差时内部路径是什么；联系家属分别可能为了通知、补充尚未记录的知识、共同价值决定或邀请自愿参与；家属拒绝操作性协助时，组织将如何继续。对重大医疗、监护或法律事项，章程必须保留相应的授权关系，不得用角色转换剥夺老人和代理人的权利。

共同确认至少发生在服务开始、72小时、两周和六周，并在疾病显著变化、照护计划重订、关键员工更替或严重召回事件后重新进行。服务开始时，各方主要表达预期；72小时后可以用真实经历修正规则；两周和六周时，阈限期的隐藏期待通常开始显现。一次欢迎会不能替代这些重复节点。

确认应包含可观察的边界行为。例如，工作人员在非紧急偏差中先按内部路径完成最初评估，再联系家属；电话开头说明“老人目前安全，我们已经做了A和B，本次联系是为了C”，而不是用模糊的“您最好来一趟”制造义务。家属探望时可以选择陪伴、散步、共同进餐或谈旧事，不被默认分配积欠护理。管理者在家属拒绝到场后，不以冷漠、不孝或不配合记录其行为。老人则通过图片、固定介绍、熟悉称谓或支持性沟通，逐渐知道不同工作人员的角色。

这一步并不把家庭参与变少设为目标。中国情境中的孝亲可以通过在场、情感、资源、监督和价值维护等多种方式实践，而非只能通过亲手完成日常护理。角色共同确认要做的是把“选择性参与”与“不可拒绝的操作义务”分开。家属可以因为爱而参与，但组织不能把爱当作免费排班；家属可以代表老人价值，但不能因最了解老人就永远承担一线解释；家属可以监督服务，却不必通过亲自补洞才获得发言权。

工作人员的身份也必须完成转换。若组织要求他们成为正式责任主体，却不给决定权限、培训与免责边界，他们会合理地把家属当作风险转移对象。共同确认因此必须由管理层公开背书：一线人员在授权范围内调整时段、停止强迫、调用替代方案和请求专业升级，不需要先获得家属对每个操作的许可；依照路径作出的善意决定应获得组织支持。身份转换不是把风险压给一线，而是把责任、权限和保护同时交给其所在位置。

第四个检验场景是夜间徘徊：最近三十次夜间徘徊偏差里，哪一次在未联系特定家属时，停在了发现、解释、决定、执行或补位中的哪一环？如果路径与后备都存在，夜班仍把“请女儿来陪夜”当作第一选择，缺口不再主要是知识或资源，而是旧角色仍在支配行动。

第五步：补洞召回审计——让每次救援触发修复

召回审计不是禁止联系家属，也不是把电话越少视为越好。它要求对每次超出例行沟通的家庭联系进行目的分类，识别是否发生操作性责任回流。最小分类包括五类：关系与探望；价值、同意或重大决定；内部处置完成后的安全通知；对尚未充分记录的知识请求；要求家属解释、决定、执行或补位的操作性救援。前两类是家庭正当角色，第三类是透明沟通，第四类应随知识转移逐步减少，第五类通常构成召回债，除非该参与已经由家属明确、自愿、可撤回地承诺。

核心指标是“家属唯一恢复率”：在观察期全部偏差事件中，只有特定家属介入后才恢复的事件比例。分子排除关系性联系、依法或依约的价值授权及处置完成后的通知；分母必须是全部偏差，而不是全部电话。还可计算五环内部覆盖率、非紧急偏差未解决时长、夜间与工作时段的家属操作性投入、同类召回复发率、带源条目更新及时率和后备实际可用率。所有指标必须按照护模块、班次与风险调整，不能把复杂老人所在单元简单与低复杂度单元排名。

审计最容易遭遇的反作用是“少打电话”。如果工作人员为了降低指标而不告知家属、隐瞒偏差或让事件长期未解决，电话数会下降，照护却更差。因此必须同步观察安全通知是否及时、未解决事件时长、跌倒与用药差错、非计划送医、未满足需要、投诉和员工心理安全。评价对象是系统位置，不是个人；不得为了制造指标改善而人为轮换人员、故意切断关系或压制家庭沟通。涉及人员利益、服务资格或惩戒的判断，应公开编码规则，允许复核和申诉。

第五个检验场景是拒服药：最近三十次拒服药偏差里，哪一次在未联系特定家属时，停在了发现、解释、决定、执行或补位中的哪一环？假设护士先让儿子决定是否强迫服药，儿子要求暂停并联系医生，最终证实老人出现不良反应。审计不能只称赞儿子“配合好”，而应拆出两个缺口：机构为何没有内部停止规则，为什么由没有临床权限的家属承担风险决定。修复应进入用药路径与临床升级，而不是把儿子的电话号码标成“首选联系人”。

一次召回被审计后，可能同时打开前四步。洗浴事件暴露缺少疼痛线索，需要更新知识条目；夜班没有改变时段的权限，需要重画异常链；只有一名护理员会使用替代方法，需要设立后备；即使路径齐全仍先找女儿，需要重新确认角色。召回审计不是终点，而是整个系统的回传通道。

三类服务场景：边界与恢复能力同时到位

同一套路径不能忽略服务形态。机构照护、住家雇佣与日间照料在时间覆盖、合同关系、临床资源和家庭治理责任上差异显著。闭环迁移要求的不是所有服务都承担全部生活，而是任何一项已承诺服务都同时说明其常态动作、异常路径、后备和范围边界。

（一）养老机构：从床位接收转为全天候恢复责任

养老机构通常具有最高程度的日常任务转移，也最容易落入表面外包。中国《养老机构管理办法》已经要求入院评估、服务协议、健康档案、服务记录、二十四小时值班、突发事件处置以

及听取老人或代理人意见；强制性国家标准 GB 38600—2019 还要求风险评估、交接记录、风险防范、应急处置、报告与持续改进。这些制度为闭环迁移提供了结构基础，但“有制度”与“偏差能闭合”仍需事件证据连接。

机构可把五步路径嵌入入院后六周的适应流程。入住前收集最近的高频偏差及家庭做法；入住 72 小时内由各班复现关键策略并标注差异；两周时完成首轮后备演练与角色确认；六周时以实际召回事件重订护理计划。此后，月度质量会议不只审查跌倒、压疮和任务完成，还抽取跨班、非伤害性但高频的偏差，例如反复拒绝、更衣冲突、餐前焦躁和夜间呼叫。它们往往比严重事件更早显示闭环正在退化。

机构的最终后备是组织本身，而不是某个最有经验的护理员。若关键知识只在一名员工或家属手中，人员流动就会同时造成信息与行动断层。机构需要让不同班次实际使用带源记录，并把决定权限置于全天可达的位置。家属的监督和倡导不可被机构以“已经接管”为由排斥；相反，组织越能独立恢复，家属越能把监督从亲自补做转向检查证据、表达老人价值与提出异议。

（二）住家护工：把“雇了一个人”改造成“买到一项可连续的服务”

住家护工场景中，家庭通常既是亲属，又是购买者、场所管理者和部分雇主，角色不可能像机构入住那样完全转移。闭环迁移在这里的目标不是让家庭退出所有治理，而是让某一名子女退出日常操作和即时补位。关键区别是购买一个人的劳动，还是获得一个有后备、监督和升级能力的服务。

通过中介或平台安排时，合同应明确临时缺岗的报告时限、替班启动者、替班人员的能力要求、关键记录的安全访问、夜间主管和临床升级渠道。家庭提供的生活史不能只存在于与原护工的聊天记录；否则换人即失忆。独立雇佣时，资源条件可能无法支持完整组织后备，但仍可预先指定第二照护者、社区服务、邻近亲友的自愿边界、医护联系方式和紧急路径，并清楚承认哪些风险仍由家庭治理。诚实的有限闭环优于名义上的全天服务。

第六个检验场景是住家护工突然发热：最近三十次缺岗或迟到偏差里，哪一次在未联系特定家属时，停在了发现、解释、决定、执行或补位中的哪一环？若姐姐是唯一知道如何调度替班的人，弟弟虽已支付服务费仍无法启动安排，那么家庭内部也存在单点依赖。闭环迁移不仅要求服务方有后备，也要求家庭治理知识不被锁在一个孩子身上。

（三）日间照料：用双向边界防止“提前接走”成为默认处置

日间照料只覆盖特定时段，不能承担夜间与全部居家生活，但其范围内的偏差不能用“请家属提前接走”常态化处理。中心应在接收时明确个人基线、可承受的风险和不能提供的专业服务；对拒食、如厕困难、午后焦躁、短时走失风险和突发健康变化形成内部路径；达到事先约定的临床或安全阈值后，才启动转诊或家庭接回。

双向交接尤其重要。家庭早晨提供睡眠、进食、药物与急性变化，中心傍晚提供当天观察、有效做法和需继续监测的变化；每项信息保留来源与时间。中心不能把家属早晨的一句“昨晚没睡好”解释为所有行为原因，也不能把当日新变化只口头告诉一位接送者。带源记录应允许家庭与其他服务者在授权范围内继续使用。

第七个检验场景是午后焦躁：最近三十次中心内焦躁偏差里，哪一次在未联系特定家属时，停在了发现、解释、决定、执行或补位中的哪一环？如果中心每次在下午两点让儿子接走，电话虽然符合“及时沟通”，却可能遮蔽中心尚未形成对噪声、疲劳、如厕、饥饿或活动节奏的解释和处置。反之，如果老人出现超出中心能力的急性谵妄迹象，按预案转诊并通知家属，不构成召回债。

与入住后家属持续参与研究的分界：参与的量，与恢复的归属

本章讲正式照护进入之后家庭仍在兜底，而这块地上已经有一支扎实的经验研究：机构入住之后家属并不退场，探视、喂饭、洗澡、代言、与员工沟通仍在继续，甚至有研究报告说入住后某些照护活动的时间投入不降反升。高格勒一路把这类研究做了二十年，指标成熟、量表现成、纵向数据充足。

它说到哪一步：它已经反复证明**入住不等于交接完成**，并把家属的持续投入按活动类型分好了类。这是本章最应当承认的一位——**"家庭仍在做事"这件事本身，本章不是第一个说的。**

分离线在于**做事还是接洞**。持续参与研究测的是家属做了多少、做了哪些，落点在参与的量与质；本章测的是**异常发生之后由谁把秩序接回来**，落点在恢复的归属。两者可以反向：一个探视频繁、参与度极高的家庭，可能一次操作性召回也没有（机构自己接住了所有偏差）；一个几乎不探视的家庭，可能在每一次方案失效时都被电话叫回。**按参与量看，前者是"高度介入"；按本章的判据，后者才是交接未完成。**

判定形式：在**同一批入住老人上同时测家属参与量与操作性召回次数**。若两者高度相关，本章可并入持续参与研究；若存在一类**高参与零召回**与一类**低参与高召回**，则参与量与恢复归属是**两个量**。这一条完全可以在既有的入住队列数据上回溯，不需要新采集——这也是本章成本最低的一条检验。

过渡照护那一支（出院后一段时间内由专人负责衔接、随访与用药核对）在这里给本章加一条限制：它已经证明**有限期的过渡支持能够降低再入院**，但它的设计目标是让病人不回医院，不是让家庭不被召回。本章因此**不主张过渡照护无效**，只主张它的完成判据里**没有"家庭不再被召回"这一条**。

与十种近邻概念的经验分界

新概念只有在能排除已有解释时才有意义。家庭召回债与连续性照护、过渡照护、以人为中心照护、家庭伙伴关系和标准化交接共享许多关切，但它们的观察单位和胜负条件不同。下表不以“更全面”自居，而提出可用同一事件资料区分的判据。

这些分界产生一个重要反常识：更多家庭参与既可能意味着更好关系，也可能意味着更高召回债；更少电话既可能意味着闭环迁移，也可能意味着机构压制沟通。只有把联系目的与偏差路径结合，才能区分。家庭召回债不是一个新的家庭负担总量表，而是一个关于“恢复结构位于何处”的机制概念。

它也不取代既有概念。连续性照护可以描述老人体验是否连贯，以人为中心照护可以评价照护是否尊重个体，伙伴关系可以分析互信，角色研究可以解释身份体验。本章的用途更窄：当任务已经正式转移但家庭仍无法离开时，定位是哪一个操作环节使这种依赖继续存在。若研究发现，只要信息连续性提高，操作性召回便稳定消失，而权限、后备与角色确认都没有独立作用，本章概念就失去必要性；反之，若高连续性、高满意度和完整交接仍与特定家属不可替代并存，它便解释了近邻概念遗漏的结构。

六条机制命题：哪一环先变化，结果应按什么顺序出现

本章不把五步路径表述为“综合措施一定有效”，而提出六条可分别失败的机制命题。每条命题都包含中介环节和反例条件。

命题一：任务一恢复分离命题。日常任务转移程度上升可以提高任务完成率，却不必然降低家属唯一恢复率。只有当异常五环的内部覆盖同步上升，操作性召回才会下降。若资料显示任务转移本身即可持续降低操作性召回，且不受权限、知识与后备影响，本命题不成立。

命题二：来源扩散命题。带源条目的覆盖与跨班使用提高后，最先下降的应是“询问家属如何理解老人”的知识型召回，而非人员缺岗导致的劳动型召回。变化应先出现在解释环节，再通过方案复现影响执行环节。若记录质量提高只增加文书时间，知识型召回不变，说明条目没有进入行动或来源结构并非关键机制。

命题三：正式后备命题。在控制老人病情复杂度、人员配置与服务范围后，主责—替补—升级路径的实际可用性越高，非紧急偏差的未解决时长和工作时段外的家属操作投入越低。若名单齐全却无变化，应检查后备是否缺乏权限、能力或记录访问；若这些均可用仍无变化，后备机制受到否认。

命题四：角色执行命题。即使异常链、记录与后备不变，经过共同确认并由管理层公开支持后，工作人员把家属作为第一响应者的比例应下降，家属拒绝操作性请求后的负面评价也应减少。若态度量表改善但实际第一通电话的目的与顺序不变，角色确认只有象征效果，不能算机制成立。

命题五：救援复发命题。一次操作性召回若只解决当次事件、没有关闭责任人与复测，同类召回在之后观察期更可能复发；若召回后完成条目更新、权限配置或后备演练，复发间隔应延长。这个命题把家庭救援从“成功结局”改写为可能阻断组织学习的中介事件。若救援频率与后续复发无关，本命题不成立。

命题六：可见性先升命题。实施初期，登记到的召回债事件可能先上升，因为过去被称为“家属配合”的缺口开始进入事件系统；随后应出现有顺序的下降：带源转移先降低知识型召回，正式后备再降低缺岗与执行型召回，角色确认降低无计划的第一反应召回，审计降低同类复发。若总电话数立即下降，却伴随未解决时长、安全事件或家属“不知情”投诉上升，应解释为压制或指标操纵，而非闭环迁移。

六条命题的顺序预测使不同方案可以比较。只做生活史数字化，预期只应首先改变知识型召回；只增加人手，可能降低补位召回，却不会自动改变无权限决策；只做家庭会议，可能改变联系措辞，却无法弥补夜班资源。若一项干预声称“全链改善”，却没有相应中介变化，就需要怀疑结果来自样本、测量或沟通抑制。

可检验研究：低成本审计与多点阶梯式试验

（一）低成本先验检验：回看既有记录，不先发明新量表

最小可行检验可以使用机构已经拥有的电话记录、交班记录、护理日志、异常事件、排班与服务计划。选择至少六个可比照护单元，每个单元回看连续三十次偏差或过去三个月全部偏差，以先行公开的编码手册把家庭联系分为关系、价值授权、安全通知、知识请求和操作性救援，并标注五环断点。两名独立编码者盲于单元绩效进行分类，对分歧保留原记录并复核。

该检验不需要先实施五步路径，便能回答三个基础问题：第一，在任务完成记录良好的单元中，家属唯一恢复率是否仍有显著差异；第二，差异是否集中在解释、决定或补位的特定环节；第三，家属可达性是否掩盖未解决时长——即家属越近、越快响应的单元，看似事故越少，却操作性召回越多。若六个以上场景中完全找不到“任务已转移但恢复依赖特定家属”的事件，中心概念的经验必要性会显著降低。

编码还应设置负例。老人主动要求联系女儿、机构完成处置后的常规通知、家属参加照护计划会议、依法进行重大治疗授权，都不进入分子。对每个被判定为召回债的事件，编码者必须指出一个具体断点；不能指出者排除。这样可以防止研究者把所有家庭参与都解释为系统失败。

（二）多点阶梯式研究：把组织实施与安全结果同时测量

进一步研究可在 12 至 18 家不同所有制、规模与照护等级的养老机构开展集群阶梯式实施。所有机构先经历三个月基线期，随后按随机顺序、每两个月一组进入六个月实施期；最终所有机构获得方案，兼顾伦理与因果识别。每个机构纳入患阿尔茨海默病及相关痴呆、需至少一项日常生活协助的老人，并记录其主要联系家庭、照护复杂度和决定支持需要。研究既采集机构事件，也采集家庭与工作人员经验，避免只用管理数据定义成功。

干预按五步实施，但允许记录实施强度。异常链映射以高频且高风险的八至十个模块开始；带源记录嵌入现有信息系统而非另建孤立平台；正式后备包括跨班演练和权限核查；角色共同确认在预设节点进行；召回审计每两周反馈一次并指定关闭期限。研究人员不替机构补位，以免把外部项目团队变成新的兜底者。

主要结果包括：每百次偏差中的家属唯一恢复事件；每位老人每月家属操作性投入小时；非紧急偏差从发现到闭合的时长；同类召回 30 天复发率。安全结果采用非劣效框架，至少包括跌倒伤害、用药差错、非计划送医、未满足基本照护需要、强制性处置和老人痛苦信号。只有主要结果改善且安全不劣，才可推断为闭环迁移。

次要结果包括信息条来源完整度、跨班可用率、后备启动成功率、角色清晰度、家庭负担与信任、工作人员工作负荷与心理安全、老人生活质量和行为痛苦。角色清晰与信任不能代替事件结果，但可用于判断机制。分析应控制认知与功能水平、共病、行为复杂度、家庭距离与可达性、人员配置、员工流动、服务收费范围和机构规模；采用多层广义线性模型与事件时间分析，报告实施异质性，而不只给出总体平均。

（三）过程证据与序列预测

每个阶段都应预先指定中介顺序。实施最初四周，偏差登记与被识别的召回债可能上升；四至八周，知识型召回应先下降；后备完成后，缺岗与工作时段外操作投入下降；角色确认后，家属成为第一联系人但无明确目的的事件下降；召回审计持续运行后，同类事件复发间隔延长。若顺序完全相反，例如在记录尚未可用前知识型召回已下降，应调查是否因为员工减少记录或家庭停止接听。

定性材料用于解释路径，不替代结果。可对老人、家属、一线人员、护士、管理者和中介调度者进行事件访谈，要求围绕具体一次偏差还原时间线，而不只询问“合作满意吗”。老人参与采用能力相适应的支持方式，纳入非语言表达与代理观察，但把观察与解释分开。对退出研究、家属拒绝参与和发生严重不良事件的案例应作为关键反例保留，而不是从“成功故事”中删除。

（四）固定日期的经验赌注

本章作出一项可公开核验的有限赌注：截至 2028 年 12 月 31 日，至少一项包含六个以上可比服务单元、具有基线与六个月随访的研究，将显示五步路径使家属唯一恢复率相对下降至少 30%，且未增加预先定义的伤害事件与未满足照护需要。

以下结果不计为兑现：只报告家属或员工自评；只报告电话总量下降而没有偏差事件分母；通过劝阻家属联系、延迟通知或隐瞒事件降低数据；没有安全结局；把关系性探望和重大授权混入操作性召回；只展示个别成功案例而没有可比基线。如果到期只有沟通满意度改善，或操作性召回下降同时未解决事件上升，本章的实施主张应被判为失败，而不是以“文化复杂”解释掉反例。

伦理、法律与组织边界：不能让任何一方被迫

（一）老人不是闭环中的“被控制对象”

控制语言进入照护时最危险的误读，是把老人行为当作需要压制的扰动。本章所说的闭环控制对象是组织自己的责任履行，不是老人的意志。发现环节要感知的包括痛苦、拒绝和偏好；解

释环节必须保留不确定性；决定环节要尊重能力特定、事项特定的自主；执行环节以最少限制和不强迫为原则；补位要补组织能力，而不是增加对老人的控制强度。一个能在家属不到场时更有效地强迫老人完成任务的系统，不是闭环迁移，而是把错误闭得更紧。

痴呆诊断不自动取消决定能力。老人可在支持下对探望、日常节奏、信息共享、照护者性别、生活史内容和可接受做法表达选择。对于无法用常规语言表达的人，团队应结合长期偏好、当前非语言反应与重要关系人的解释，同时记录分歧和不确定性。家庭作为价值代表的作用不因操作性责任转移而消失；相反，当家属不必被日常补洞耗尽时，可能更有能力维护老人的价值与权利。

（二）退出默认兜底不等于退出法定义务与重大授权

《老年人权益保障法》把赡养照料义务与委托他人或机构照料并置。家庭可以不亲自完成每一项操作，仍承担经济支持、关系维护、适当监督及法律规定的职责。养老机构服务协议应明确双方权利义务，《养老机构管理办法》也要求建立档案、记录服务、开展评估与应急处置并保障探望联系。本章的建议是在这些责任之间增加事件级透明度：什么是机构承诺内的操作处置，什么需要老人或代理人参与价值决定，什么只是通知，什么是邀请家属自愿协助。

家属自愿保留某项操作性参与时，应满足四个条件：明确具体，而非笼统“积极配合”；在充分信息下同意；可以提前或临时撤回；撤回不影响老人获得基本服务，也不触发羞辱、收费惩罚或入住资格威胁。服务方不能把隐藏的家庭劳动作为评估老人“是否适合入住”的条件。家属之间有分歧时，也不能默认把责任压给最常出现、最会表达或性别上最符合照护期待的人。

（三）不能把家庭的隐形负担改写为一线员工的无偿风险

闭环迁移会使过去由家属吸收的工作重新进入组织：更新记录需要时间，跨班训练需要时间，后备需要人力，决定权限需要临床支持。若管理者不增加资源，只要求一线“不要再打给家属”，结果会是隐瞒、强迫、离职或风险滞留。任何实施都必须同步评估人员配置、工资、培训、信息系统可用性、管理响应和心理安全。系统缺口不能通过惩罚某名护理员来“关闭”。

正式后备也不能靠无休止加班建立。替补岗位应有合同、报酬和休息保障；跨班责任必须配套信息访问与权限；重大临床判断不应下压给不具资格的护理员。若服务价格和公共支付无法覆盖这些能力，应把资源差距公开为政策问题，而不是继续让家庭和一线人员分别在家中与机构里无偿吸收。

（四）沟通减少不是目标，安全透明不能被指标吞噬

老人发生跌倒、急性变化或其他重要事件，即使机构已内部处置，也应依照法律、协议和老人意愿及时通知家属或代理人。召回审计区分“通知”与“补洞”，正是为了避免组织以减少电话为绩效。研究和监管应同时检查该通知的时点、内容与后续申诉权。任何涉及不利决定的编码都应公开规则、保留原始事件、允许家庭和工作人员复核。

隐私同样构成边界。生活史中的创伤、家庭关系、政治宗教与财务信息可能帮助理解，也可能造成污名或泄露。共同记录只保存与照护相关的最小信息，设置访问权限和保留期限，记录谁查看、谁修改；老人或其适当代表有权更正。多重来源并不等于无限收集，来源透明也不等于向所有人公开。

（五）紧急情况先救治，事后再审计

在气道阻塞、严重跌倒、急性意识改变、走失或其他紧急风险中，工作人员应立即按应急预案行动并联系医疗救援，不能等待家属解释或授权日常处置。家属依规定被通知，必要时参与重大决定。事件稳定后，团队再审计为什么风险出现、内部路径是否迟滞、哪些知识需更新。任何“家属暂不可联系”测试都不得用于真实高风险情境，也不得延误通知。

（六）可能的反噬与本章的自我约束

家庭召回债也可能被错误使用。第一种反噬是官僚化：机构增加五张表，却没有人读取、更新或获得行动权限。此时表格本身成为新的任务外包，工作人员为证明合规而填写，家属仍在电话另一端恢复系统。第二种反噬是量化羞辱：管理者用召回率给员工、家庭或单元排名，促使少报、晚报或选择低复杂度老人。第三种反噬是去关系化：机构把“家庭不再兜底”误解为家属不应过问，进而削弱监督与亲情。第四种反噬是技术独断：带源记录因形式完整而被当作客观真相，压过老人当下的拒绝和新变化。

因此，这套分析必须接受与它要求组织接受的同一种检验。若实施者发现新表格无法进入班次行动，应删除或重构，而不是继续培训大家“重视记录”；若家属电话下降但事件未解决，应宣布失败；若工作人员因责任上升而负担恶化，应重新配置资源；若共同确认没有改变第一响应路径，就不应把签字照片作为成效。方法的价值只存在于恢复结构实际改变之中。

本章还有四项理论限制。其一，“家庭召回债”目前是待检验构念，其维度、权重和跨文化稳定性尚未经过量表与事件研究验证。其二，家庭不是同质单位，有的家庭希望继续直接照护，有的成员之间存在冲突、暴力或疏离；“特定家属不可替代”有时也源于老人明确选择，不能自动判为组织缺口。其三，服务范围会受支付制度、地区资源和机构类型影响，完整闭环必须以可承诺范围为前提。其四，本章主要从组织恢复能力观察交接，仍需与老人主观安全感、归属感和生活质量共同评价，不能让系统效率吞没生活意义。

这些限制给出中心概念的淘汰条件。如果操作性召回完全由老人稳定且可表达的个人选择解释，与系统内部的知识、权限和后备无关，本章不应把它定义为债；如果家属参与虽频繁但可以自由拒绝，拒绝后照护不受影响，也不构成债；如果多点研究显示五步路径只增加文书与员工负担，不降低唯一依赖或改善恢复时长，则应放弃或大幅收缩实施主张。一个不能被反例终止的概念，不应进入照护实践。

与本书其余各章的分界

本章是第二至第四章的**装配层**：把交接完成的判据（第二章）、能力迁移的路径（第三章）与在场承接的判据（第四章）合成一条从任务外包到闭环迁移的五环节路径。若读者只读一章，读本章；若要判某一环是否成立，回到对应的那一章。本章不重复那三章的论证，只给出它们之间的次序约束。

结论：正式照护接住的，应是恢复秩序的能力

痴呆照护的交接长期被一个过于简单的图景支配：家庭做不动了，于是机构或护工接过洗澡、喂饭、如厕和服药。这个图景只看见动作的接力，看不见照护真正困难的部分发生在动作偏离计划之后。老人拒绝、身体变化、环境触发、人员缺岗和方案失效并非偶发噪声，而是痴呆照护的日常形态。谁能在这些时刻发现变化、解释意义、作出决定、执行替代并在失败后补位，谁才真正掌握了照护。

控制科学要求恢复路径可执行，档案学要求行动知识带着出处、情境和时间移动，仪式人类学要求新的责任关系获得共同承认。三个判据互相限制后，可以排除三个虚假的完成信号：有人代做任务，不等于恢复能力已经转移；生活史写入表格，不等于知识已经成为共同证据；入住、签约或欢迎会结束，不等于家庭已经离开默认操作位置。交接必须在真实偏差与变化中被持续验证。

本章提出的“家庭召回债”，把这种未完成从家庭道德问题改写为组织位置问题。每一次必须召回特定家属才能恢复的正式服务事件，都提示一个环节尚无内部主体；家属的爱、经验和及

时补救可以修复当下，却不应成为系统免于学习的理由。识别债务不是为了减少亲情，而是为了把亲情从不可拒绝的排班中释放出来。

五步路径给出一条具体的改变次序：先从最近的偏差重画异常链，再把老人、家庭和工作人员的知识转化为带源且可更新的共同记录；为人员缺岗和方案失效建立真实后备；让老人、家庭与工作人员共同确认新角色，并允许家属对操作性请求说“不”；最后审计每一次补洞召回，把发现的缺口送回前四步，直到同类事件不再依赖同一名亲属。它不是一套完成后封存的交接包，而是一个持续检查恢复路径的治理循环。

最终判断可以压缩为一句话：正式照护的完成，不是日常任务已有人代做，不是生活史已被写进表格，也不是入住或签约使身份自动转换，而是异常发生时的发现、解释、决定、执行与补位均已脱离对某一名家属的唯一依赖。家庭退出的不是爱、探望、价值、授权和倡导，而是未经同意、没有边界、无法拒绝、在系统失效时必然被召回的默认兜底位置。只有到那时，儿女才可以重新更多地作为儿女出现，工作人员也才真正成为被组织支持的专业照护者，老人获得的则不是一串被完成的任务，而是一种不会因某个亲人暂时不在就中断的生活保障。

注释

本章沿用“阿尔茨海默病及相关痴呆”作为研究与服务领域的通行表述，同时承认“痴呆”可能带有污名。实际服务中应优先使用老人本人接受的称谓，并坚持“患有某种疾病的人”而非以诊断替代其身份。

“家庭召回债”中的“债”仅描述组织尚未内部化的操作义务及其累积后果，不主张产生新的法律请求权，也不把家庭正当参与视为成本。

文中的指标只用于发现系统位置的缺口。不得据此制造不必要的人员轮换、切断家庭联系，或对个体作不透明的不利决定。

参考文献

1. Ashbourne, J., Boscart, V., Meyer, S., Tong, C. E., & Stolee, P. (2021). Health care transitions for persons living with dementia and their caregivers. *BMC Geriatrics*, 21, 285. <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02235-5>
2. Bainbridge, L. (1983). Ironies of automation. *Automatica*, 19(6), 775–779. [https://doi.org/10.1016/0005-1098\(83\)90046-8](https://doi.org/10.1016/0005-1098(83)90046-8)
3. Carayon, P., Wooldridge, A., Hoonakker, P., Hundt, A. S., & Kelly, M. M. (2020). SEIPS 3.0: Human-centered design of the patient journey for patient safety. *Applied Ergonomics*, 84, 103033. <https://doi.org/10.1016/j.apergo.2019.103033>
4. Coleman, E. A. (2003). Falling through the cracks: Challenges and opportunities for improving transitional care for persons with continuous complex care needs. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51(4), 549–555. <https://doi.org/10.1046/j.1532-5415.2003.51185.x>
5. Coleman, E. A., Parry, C., Chalmers, S., & Min, S.-J. (2006). The care transitions intervention: Results of a randomized controlled trial. *Archives of Internal Medicine*, 166(17), 1822–1828. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.17.1822>
6. Duranti, L. (1997). The archival bond. *Archives and Museum Informatics*, 11, 213–218. <https://doi.org/10.1023/A:1009025127463>
7. Ebaugh, H. R. F. (1988). *Becoming an Ex: The Process of Role Exit*. University of Chicago Press.

8. Evans, J., McKemmish, S., & Rolan, G. (2019). Participatory information governance: Transforming recordkeeping for childhood out-of-home care. *Records Management Journal*, 29(1/2), 178–193. <https://doi.org/10.1108/RMJ-09-2018-0041>
9. Fazio, S., Pace, D., Flinner, J., & Kallmyer, B. (2018). The fundamentals of person-centered care for individuals with dementia. *The Gerontologist*, 58(Suppl. 1), S10–S19. <https://doi.org/10.1093/geront/gnx122>
10. Gibbons, S. W., Ross, A., & Bevans, M. (2014). Liminality as a conceptual frame for understanding the family caregiving rite of passage: An integrative review. *Research in Nursing & Health*, 37(5), 423–436. <https://doi.org/10.1002/nur.21622>
11. Gilmore-Bykovskiy, A., Roberts, T. J., King, B. J., Kennelty, K. A., & Kind, A. J. H. (2017). Transitions from hospitals to skilled nursing facilities for persons with dementia: A challenging convergence of patient and system-level needs. *The Gerontologist*, 57(5), 867–879. <https://doi.org/10.1093/geront/gnw085>
12. Groenvynck, L., Fakha, A., de Boer, B., Hamers, J. P. H., van Achterberg, T., van Rossum, E., & Verbeek, H. (2022). Interventions to improve the transition from home to a nursing home: A scoping review. *The Gerontologist*, 62(7), e369–e383. <https://doi.org/10.1093/geront/gnab036>
13. Haggerty, J. L., Reid, R. J., Freeman, G. K., Starfield, B. H., Adair, C. E., & McKendry, R. (2003). Continuity of care: A multidisciplinary review. *BMJ*, 327(7425), 1219–1221. <https://doi.org/10.1136/bmj.327.7425.1219>
14. Hayward, J. K., Gould, C., Palluotto, E., & Spector, A. (2022). Interventions promoting family involvement with care homes following placement of a relative with dementia: A systematic review. *Dementia*, 21(2), 618–647. <https://doi.org/10.1177/14713012211046595>
15. Hoek, L. J. M., van Haastregt, J. C. M., de Vries, E., Backhaus, R., Hamers, J. P. H., & Verbeek, H. (2021). Partnerships in nursing homes: How do family caregivers of residents with dementia perceive collaboration with staff? *Dementia*, 20(5), 1631–1648. <https://doi.org/10.1177/1471301220962235>
16. Hurley, C., McKemmish, S., Reed, B., & Timberly, N. (2024). The power of provenance in the records continuum. *Archival Science*, 24, 825–845. <https://doi.org/10.1007/s10502-024-09463-9>
17. Huvila, I. (2008). Participatory archive: Towards decentralised curation, radical user orientation, and broader contextualisation of records management. *Archival Science*, 8, 15–36. <https://doi.org/10.1007/s10502-008-9071-0>
18. Hwang, I., Kim, S., Kim, Y., & Seah, C. E. (2010). A survey of fault detection, isolation, and reconfiguration methods. *IEEE Transactions on Control Systems Technology*, 18(3), 636–653. <https://doi.org/10.1109/TCST.2009.2026285>
19. International Council on Archives. (2023). Records in Contexts—Conceptual Model, Version 1.0. <https://www.ica.org/app/uploads/2023/12/RiC-CM-1.0.pdf>
20. International Organization for Standardization. (2016). ISO 15489-1:2016 Information and documentation—Records management—Part 1: Concepts and principles. ISO.

21. Jeffs, L., Saragosa, M., Law, M., Kuluski, K., Espin, S., Merkle, J., Bell, C. M., & Lyons, R. F. (2017). The role of caregivers in interfacility care transitions: A qualitative study. *Patient Preference and Adherence*, 11, 1443–1450. <https://doi.org/10.2147/PPA.S136058>
22. Kindell, J., Burrow, S., Wilkinson, R., & Keady, J. D. (2014). Life story resources in dementia care: A review. *Quality in Ageing and Older Adults*, 15(3), 151–161. <https://doi.org/10.1108/QAOA-02-2014-0003>
23. Kitwood, T. (1997). *Dementia Reconsidered: The Person Comes First*. Open University Press.
24. Leveson, N. G. (2004). A new accident model for engineering safer systems. *Safety Science*, 42(4), 237–270. [https://doi.org/10.1016/S0925-7535\(03\)00047-X](https://doi.org/10.1016/S0925-7535(03)00047-X)
25. Leveson, N. G. (2011). *Engineering a Safer World: Systems Thinking Applied to Safety*. MIT Press.
26. Müller, C., Lautenschläger, S., Meyer, G., & Stephan, A. (2017). Interventions to support people with dementia and their caregivers during the transition from home care to nursing home care: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 71, 139–152. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.03.013>
27. Piersol, C. V., Martínez, J., Chew, F., Perry, B., & Leland, N. E. (2024). Understanding the experiences of family caregivers of nursing home residents with dementia: A grounded theory study. *The Gerontologist*, 64(4), gnad102. <https://doi.org/10.1093/geront/gnad102>
28. Starmer, A. J., Spector, N. D., Srivastava, R., et al. (2014). Changes in medical errors after implementation of a handoff program. *New England Journal of Medicine*, 371(19), 1803–1812. <https://doi.org/10.1056/NEJMsa1405556>
29. Sury, L., Burns, K., & Brodaty, H. (2013). Moving in: Adjustment of people living with dementia going into a nursing home and their families. *International Psychogeriatrics*, 25(6), 867–876. <https://doi.org/10.1017/S1041610213000057>
30. Turner, V. (1969). *The Ritual Process: Structure and Anti-Structure*. Aldine.
31. Upward, F. (1996). Structuring the records continuum—Part one: Postcustodial principles and properties. *Archives and Manuscripts*, 24(2), 268–285.
32. van Gennep, A. (1960). *The Rites of Passage* (M. B. Vizedom & G. L. Caffee, Trans.). University of Chicago Press. (Original work published 1909)
33. W3C. (2013). PROV-DM: The PROV Data Model. <https://www.w3.org/TR/prov-dm/>
34. Wu, X. (2023). Negotiating filial care in transitions: An ethnographic study of family involvement in China's nursing homes. *The Journal of Chinese Sociology*, 10, 9. <https://doi.org/10.1186/s40711-023-00187-4>
35. 中华人民共和国全国人民代表大会常务委员会. (2018). 《中华人民共和国老年人权益保障法》 (2018 年修正) .

中华人民共和国民政部. (2020). 《养老机构管理办法》 (民政部令第 66 号) .

37. 国家市场监督管理总局、国家标准化管理委员会. (2019). 《养老机构服务安全基本规范》(GB 38600—2019).

版本与人工智能使用声明

版本信息: v1.0, 2026 年 8 月 10 日。正文及摘要约 2.5 万汉字 (不含参考文献)。

人工智能使用声明: 作者负责选题、问题意识、核心判断、理论取舍与最终审定; 生成式人工智能协助文献线索整理、结构推演、语言初稿与文档格式制作。本章未使用生成式人工智能生成经验数据。正式投稿前, 作者将再次核验全部引文、法律文本、统计定义与期刊格式。

第六章 谁可以退出，什么不能被替代

摘要

痴呆老人儿女的照护困境通常被解释为资源不足、照护技巧不足、家庭分工不均或孝道衰退，由此形成四类常见处方：给主要照护者发补贴，增加培训与喘息服务，要求兄弟姐妹公平分工，或在家庭无法维持时转向机构。四类处方都抓住了真实问题，却共享一个未被拆开的前提：必要照护要保持连续，往往只能让同一具体子女持续承担。于是，补贴可能提高这名子女继续坚持的能力，却没有提高其退出前线的可能；喘息结束后责任仍回到原人；“共同分担”常把其他子女变成接受派工者，主要照护者仍负责发现问题、调度与验收；机构化则可能以切断熟悉关系换取执行替代。

本章在封闭的“新思想前沿”语料中，从626个领域面板所构成的随机池自动抽取24组三学科组合，经站内原句可引性、冲突强度、应用可裁决性和失效边界筛选，保留公共财政与税收、残障研究、女性主义哲学与性别理论。公共财政要求把受益人、行为反应、财政净值与实际归宿放进同一账本；残障研究拒绝把自主等同于无人依赖，强调支持关系必须可选择、可持续且不压迫；女性主义则把无偿、夜间和情感照护纳入正义结算，并把可行的支持、替代与退出视为关系自主的组成。三者相撞后，本章提出“非对称退出”：老人不能因为某亲属退出而从必要照护资格中被退出；任何一名具体子女都应能退出前线执行；但关系本身既不能被当作可互换零件，也不能被公共资金强制采购。

为把该判断从口号变成制度，本章进一步提出“三分责任”：公共制度承担照护连续保障，合格劳动者承担可替换的前线执行，亲属与老人之间的关系在场则属于不可强迫、不可折价但可被支持的关系领域。财政支付的主要对象由“原照护者继续牺牲的小时”改为“合格替代劳动的就绪与实际执行”。本章定义唯一主指标“去定人连续率”：在预先列出的必要照护功能中，抽离任一名指定子女连续七天后，仍能在安全时间窗内由非该子女完成、无需其直接劳动或实时协调，并遵守老人已表达偏好的功能比例；家庭层面取各指定子女压力测试结果的最低值。

在正式写作前，本章冻结检索式、字段和阈值，对站内公开索引进行一次最小真实运行。检索返回40张高相关卡片：31张明确看见照护负担，3张明示人员变化后的连续，5张明示具体照护者退出，6张明示替代者就绪，只有2张把连续、退出与就绪同时写出，占5%；其中一张的直接对象还是儿童共同养育。该结果不能证明现实政策有效，却表明“负担可见”远多于“退出后怎样不断护”的可复算记录。文章据此给出二维制度类型、八步实施路径、指标手册、五类场景压力测试、与照护者补贴模式的机制竞争、十二项可检验预测、八条证伪条件和一项截至2029年12月31日的前瞻赌注。核心结论是：痴呆照护的公平不在于让某个子女更能坚持，而在于老人不被断护、任何具体子女不被绑定、关系又不被流水线替代三者同时成立。

关键词：痴呆；家庭照护；照护者退出；公共财政；关系自主；残障研究；无偿照护；替代就绪；去定人连续率

Abstract

The predicament of adult children caring for a parent with dementia is commonly framed as a shortage of resources or skills, unequal sibling contributions, or declining filial commitment. These diagnoses generate familiar remedies: compensate the primary caregiver, offer training and respite, divide tasks among siblings, or move the parent into institutional care when the family can no longer cope. Each remedy addresses a real difficulty, yet all tend to preserve a hidden premise: continuity of essential care is secured by continuity of the same family performer. Cash may

strengthen the incumbent caregiver's capacity to persist without making exit feasible; respite ends with responsibility returning to the same person; sibling "sharing" may leave the primary caregiver as the manager of diagnosis, delegation, and quality control; institutional substitution may maintain task delivery by severing familiar relationships.

Drawing on a closed corpus of disciplinary panels, this article brings public finance, disability studies, and feminist philosophy into a common dispute. Public finance distinguishes nominal beneficiaries from actual incidence and requires behavioural responses and fiscal consequences to be traced together. Disability studies rejects independence-as-nondependence and evaluates support by whether it is controllable, sustainable, and non-oppressive. Feminist theory makes unpaid, nocturnal, and emotional care visible and treats support, substitution, and exit as conditions of relational autonomy. Their combined evidence yields a claim none provides alone: dementia care requires asymmetric exit. The older person must not be removed from entitlement to essential care when a particular relative withdraws; any particular adult child must be able to leave frontline performance; relationships themselves, however, must neither be treated as fungible components nor procured through coercive public payment.

The article decomposes care responsibility into three domains: continuity assurance, frontline execution, and relational presence. Public institutions guarantee the first; qualified and fairly compensated workers may substitute for the second; the third remains non-fungible and non-coercible, though it can be supported. A single operational measure, the Decoupled Continuity Rate, stress-tests whether essential care functions continue safely for seven days after any designated adult child is removed from direct work and real-time coordination. A preregistered audit of forty highly relevant cards in the closed index found burden visibility in thirty-one, explicit continuity after personnel change in three, caregiver exit in five, substitute readiness in six, and the full continuity-exit-readiness triad in only two. This is a documentation result rather than an effect estimate. The article concludes with an implementation sequence, ethical constraints, discriminating predictions, falsification criteria, and a dated empirical bet. Justice in dementia care is achieved not when one child becomes better able to endure, but when uninterrupted care, real caregiver exit, and non-commodified relationship continuity are jointly protected.

Keywords: dementia; family caregiving; caregiver exit; public finance; relational autonomy; disability studies; unpaid care; substitute readiness; decoupled continuity

问题的真正形状：不是“谁更有孝心”，而是“谁一走，系统就断”

一个家庭有三个子女，仍可能只有一个照护者。一个女儿每天联系医生、核对药物、处理老人反复询问、安排检查、解决夜间走失风险；哥哥按月出钱，弟弟在群里随时表示“有事叫我”。从人数看，这个家庭拥有三名潜在照护者；从实际运行看，只有女儿拥有病程记忆、任务全图、医院接口、老人安抚方式和判断何时升级的权力。哥哥和弟弟完成的是被分派的动作，女儿承担的却是问题所有权。只要女儿停下，其他人的“参与”就暴露为依赖她继续诊断、调度和验收的参与。

这不是一个用“大家再公平一点”即可解决的道德问题。照护任务可以按小时分，照护责任却常以异常事件的方式出现：老人突然拒药、夜间外出、在陌生环境中恐惧、对一名子女产生妄想性指控，或在出院后出现新的功能下降。真正的主责者不是做了最多动作的人，而是当新情况没有现成分工时，默认必须接住它的人。只要家庭仍靠一个人承担全部未预见事件，表面的任务均分就不会改变其不可退出地位。

照护者当然可以在物理意义上离开。她可以关机、搬走、辞去工作之外的照护职责，甚至断绝关系。但如果她一走，老人便漏服药、失去进食协助、没有人应对危险行为或无法抵达医院，那么这不是一项现实可行的退出选择，而是一项以老人受伤或被遗弃为代价的退出。许多子女之所以“自愿留下”，并非因为没有退出意愿，而是因为退出成本被设计成另一个人的安全崩塌。道德语言把这种结构称为孝，制度语言把它称为家庭责任，实际运行却是一种定人化连续：照护连续依赖同一具体人的连续在岗。

现有处方往往围绕这名具体人做加法。补贴增加其收入，培训增加其技能，心理支持增加其耐受，喘息服务短暂减少其工时。加法有必要，却可能产生一个反常结果：主要照护者更能坚持了，家庭对她的依赖也更稳定了。她的疲惫评分可能下降，照护时数可能得到补偿，老人也在熟悉关系中获得较好体验；但如果她仍不能连续离线一周，制度并没有解除困境，只是提高了困境的可持续性。

因此，本章不把“如何减轻照护负担”作为首问。负担可以被减轻而角色仍被绑定，补偿可以增加而实际归宿仍不变。本章提出一个更硬的问法：当任一名具体子女暂时或永久退出前线时，老人所需的照护能否继续；如果能，靠的是谁预先取得了任务能力、信息权限、时间承诺和合理报酬；如果不能，制度究竟在购买照护，还是在购买亲属继续不退出？

这项重问也避免走向另一个极端。照护不是标准零件的装配。痴呆者对声音、面孔、生活节奏和熟悉安抚方式的依赖，使关系连续具有真实价值。把“子女可退出”简单译成“任何人都能换上”会制造新的伤害：老人可能得到按时喂药，却失去被理解；机构可能完成清单，却把恐惧、尊严和本人偏好留在表格之外。问题因而具有三重约束：老人不能被断护，子女不能被绑定，关系不能被当作完全可替代品。少一项，解法就会反转成另一种困境。

材料边界与方法：只在封闭语料中把命题压到可输

本章的材料范围有意封闭在“新思想前沿”栏目。检索日的领域总表列出 626 个已发布领域；栏目检索页显示 641 个页面、75,616 段可检索文本，索引更新于 2026 年 8 月 9 日。626 是领域面板数，641 包含栏目内可检索的附属页面。封闭材料不是为了声称它穷尽痴呆照护研究，而是为了固定搜索边界：本章不在写作途中从站外挑选更有利的引文，也不把面板二次整理的论断冒充亲自核读的原始研究。

问题问的是“困境如何解”，需要的是从当前定人化连续走向可持续照护的路径，而不是给“好照护”下一个静态定义。取样因此先从 626 个领域链接去重形成随机池，以固定日期和题目生成随机种子，自动抽取 24 组三学科组合。首批十组交由栏目内封闭问对按四项门槛排序：每个领域能否提供可定位的承重原句，三方是否在同一对象上发生真实冲突，能否从结果、行动组织和制度条件三处形成不同责任位置，以及每一方是否承认会让自己失败的边界。站内结果把公共财政与税收、残障研究、女性主义哲学与性别理论列为第一。

这个组合的危险在于太容易成立。补偿照护劳动、尊重残障者、反对性别不平等，三项都正确，却也都已经是常规主张。如果文章最后只得到“政府多出钱、家庭多平等、老人多发声”，它就是一份暖意充足而没有新判据的政策清单。为此，本章把三家各拆为三个承重变量，共形成 27 个交叉单元：公共财政的受益与净值、实际归宿、行政可得性；残障研究的关系性自主、支持

性决策、反独立神话；女性主义的无偿照护入账、支持—替代—退出、照护并非天然善。只有某个判断能同时改变三家的证明责任，而不是把三项建议并列，才予保留。

随后进行敌意近邻检索。站内搜索强制覆盖经典理论、照护与老龄应用、方法型近邻、专著及同栏已命名对象。最危险的应用近邻来自《家庭劳动、照护与时间分配》：它已经提出画出硬窗口、可替代者、升级规则和响应期限，并预留紧急接手机制[4]；《代际关系、祖辈照护与老龄家庭》更明确指出，有多个子女不等于有多个可替代照护者，决定同胞是否共享照护的，不是群聊人数，而是主责者离线后各责任域能否独立运行[5]。这意味着“建立备援”“让兄弟姐妹接手”都不能作为本章的原创位置。

另一个反向约束来自作者既有研究。《身份黏性：社区换工照护的信任生成与制度挤出的伤口》把照护者由“可替换服务者”变成“这个人的那个人”称为身份黏性，并论证过度追求匹配效率和可互换性会挤出关系中的信任生成[17]。若本稿为了让子女退出而把照护者写成零件，就会与自己的研究冲突。本章因此必须区分两种完全不同的替代：前线任务承载者可以替代，关系本身不能被强购或抹平。也正是这个自我反例，把原先的“非对称退出”进一步改写为“非对称退出+关系非商品化”的三联判断。

本章的证据分三层。第一层是三块核心面板和应用面板保存的承重主张及其自认边界；第二层是对站内40张高相关结果卡片的预注册记录审计；第三层是由新判断推出的研究设计、预测和证伪条件。第二层只能说明语料怎样记录问题，第三层是待检命题，均不能冒充现实家庭中的效应。凡面板没有提供可核数据之处，本章不补造数字。

第一种答案：公共财政让照护进入账本，但“钱给了谁”不等于“成本落在谁”

公共财政最直接的回答是把家庭照护从私人道德转为公共预算。栏目所整理的公共财政研究把纳税人、受益人、税基、公共品、征管和转移制度放入同一证据链，要求同时追踪收入、行为与财政净值，并特别保留退出、缺失和跨界对象[1]。对痴呆照护而言，这一步非常重要。老人得到的陪伴、监督、药物管理、交通、夜间警觉和情绪安抚，并不会因为由女儿无偿完成就失去成本。它只是从财政账上消失，转而进入照护者的睡眠、收入、养老金、婚姻关系与健康。

《家庭劳动、照护与时间分配》把这种缺失说得更具体：给无偿照护定价至少有两种答案——雇人替代需要花多少钱，以及照护者因时间被占用失去多少收入、休息与人生机会[4]。两种价格不能互相替代。用低薪照护者的工资估计机会成本，会得到“越低薪、牺牲越便宜”的荒谬结果；只计算原照护者的工资损失，又会漏掉替代服务的真实质量与待命成本。因此，无偿照护入账只是开端，预算还必须回答资源沿哪条路径回到实际承担者。

公共财政内部的“归宿”概念正好推翻了名义补贴的自明性。法定纳税人可能是企业，真实税负却可落在股东、消费者或工人；同理，名义上的“家庭照护者补贴”给了女儿，不代表制度成本已经被公平承担。补贴可能由女儿的工资损失吸收，也可能被家庭当作她继续全职照护的交换条件；哥哥因此更有理由只出钱，雇主更有理由拒绝灵活安排，公共服务更有理由把家庭看成已经得到支持。补贴在账面上流向照护者，责任在现实中却更牢地归宿于同一照护者。

行政可得性提供第二个警告。公共财政面板指出，大量符合资格者会因信息缺失、申请成本和污名而不领取福利；简化申请、预填和提醒改变的不是福利金额，而是真实领取率[1]。痴呆照护中的“可退出资格”同样可能停在纸面：服务名册上有喘息床位，家庭却要提前数月申请；备用护工存在，却没有夜间响应；机构愿意接收，却要求原子女持续提供全部病程信息并随叫随到；社区声称能接手，却让主要照护者自己寻找、培训和监督人员。资格存在而交付不可达，就像税法写有抵免而最需要者无法领取。

公共财政由此能推出一条重要但不充分的路径：把照护成本外部化的方向反转，让预算真实抵达承担劳动、承担风险和失去机会的人。然而，它自己的材料也逼出失败条件。第一，补贴会改变行为；若只观察发了多少钱而不观察谁因此继续退出劳动市场，就不能说净值改善。第二，名义受益者与实际归宿可能不同；若支付后同一女儿更难退出，补偿在分配上可能是累进的，在角色上却是固化的。第三，项目效果随制度环境变化；既有项目有效，不代表规模扩大后仍有效。仅靠财政加钱不能回答：究竟是让原人更能坚持，还是让照护在她离开后仍能继续？

第二种答案：残障研究保住老人主体，但支持不能变成隐藏的替代决定

残障研究首先拒绝一个在老龄照护中极有破坏力的等式：自主=不依赖。面板把“照护、相互依赖与反独立神话”的核心压缩为，自主生活主要由照护关系是否可选择、可持续且不压迫决定，而不是由是否完全不依赖他人决定[2]。痴呆者需要支持，并不因此失去作为生活主体的地位；成年子女提供支持，也不自动取得替老人决定一切的权力。

支持性决策把这项原则推到具体接口。面板所整理的研究主张，法律能力能否实现，主要取决于支持是否帮助本人理解、表达和执行意愿，而不是只看认知测验分数；使用可信支持者、易读材料和决策记录，可让无口语、表达矛盾或选择风险较高的人不被直接排除[2]。这对痴呆照护意味着，照护安排不能只在子女和机构之间达成。即使能力波动、表达困难，仍要寻找本人长期偏好、当下反应、熟悉关系、生活史和可理解的选择方式。

但支持性决策自己的反例很锋利：当支持者控制信息或存在利益冲突时，支持会变成隐性替代决定[2]。主要照护子女可能出于疲惫急于机构化，也可能出于内疚拒绝任何替代；远距子女可能用“尊重老人意愿”反对付费服务，实际由近居姐妹承担后果；专业人员也可能把安全流程置于一切偏好之上。只要“老人意见”只能经由一个有利益关系的照护者解释，支持就可能成为单向代理。

残障研究的另一贡献是把照护者也放回分母。面板明确指出，家庭无偿照护、低薪照护工和移民照护链承担隐性成本，所谓独立往往依赖被隐藏的他人；当公共服务削减而责任转给家庭时，“独立生活”口号可能反而扩大照护压迫[2]。这直接否定一种常见政策叙事：只要老人没有进入机构，就是成功的社区居家养老。若“居家”由一名女儿放弃工作、夜间警觉并失去退出可能来维持，地点没有证明自主，反而可能把制度的撤退藏进家庭。

因此，残障研究能推出第二条路径：照护连续必须围绕老人的可选择生活和本人控制的支持，而不是围绕家庭的无条件供给。但它也留下一个空位。老人拥有不可被撤回的支持权，不等于任何具体亲属必须永久成为支持的身体载体。若不把权利与执行者拆开，维护老人权利的语言就可能把子女固定成义务工具；反过来，若子女一退出，老人权利便失去承载者，权利就只是一项依附家庭供给的宣言。

第三种答案：女性主义让无偿照护可见，但“承认劳动”仍可能承认了错误的承担者

女性主义哲学把公共伦理长假定的“独立契约者”翻转过来：抚育、老年、残障与情感劳动并非家庭背景，而是市场、福利和公共生活得以运行的条件。面板所整理的照护伦理与全球照护链研究要求，把相互依赖、注意、能力、回应和责任置于正义中心，并把无法被市场或家庭身份记录的情感监测、等待与夜间警觉从脚注移入正式结算[3]。

这一传统比简单“给照护者点赞”走得更远。它要求需求、劳动、权力与资源共同进入结算，而不是只数服务数量；政策应公开无偿时数、工资、替代照护与照护者健康，把时间和风险计入公共预算[3]。更关键的是，关系自主的研究把自主定义为在依赖关系中形成反思能力、选项

和自我信任，并能抵抗支配；其直接量纲之一是拥有可行支持、替代和退出的选择数[3]。对痴呆老人子女而言，“有补贴但不能退出”“有兄弟姐妹但没人能独立接手”“有服务但要自己全天协调”都不满足关系自主。

女性主义材料也主动承认，照护语言可能浪漫化牺牲、固定女性角色或忽略专业标准；照护关系可包含家长主义、控制与虐待，照护并非天然善[3]。这条自我限制非常重要。家庭里投入最多的人不一定最正义，持续陪伴不必然意味着尊重；“为了你好”可以成为限制老人自由的理由，“都是一家人”也可以成为压制照护者拒绝的工具。

然而，“承认照护劳动”仍可能被制度错误实现。若补贴只发给已经承担最多的人，现实中往往就是女儿、儿媳或低收入亲属，政策可能把过去依靠道德期待维持的分工变成行政登记。照护者得到身份、津贴和培训，同时也成为医院、社区和家庭唯一承认的接口。她越被看见，越难离开；其他家人的责任越容易折算成汇款；公共服务则把“已有主要照护者”当作降低供给优先级的理由。承认纠正了零价格，却未必纠正定人化归宿。

因此，女性主义能推出第三条路径：让照护劳动、退出权和关系中的控制同时可见，拒绝把女性牺牲当作自然事实。但它也逼出更窄的问题：怎样承认一项劳动而不把劳动者永久固定在这项劳动上？怎样保护关系价值而不把“不可替代”变成对具体身体的征用权？如果回答不了，照护正义可能从反剥削走向有补贴的剥削。

两层共有前提：三家都在重新分配，却没有先拆开“责任、劳动与关系”

三个领域表面分歧明显。公共财政关注钱从哪里来、最终落到谁；残障研究关注老人如何在支持中保持控制；女性主义关注无偿劳动、性别分工与关系支配。第一层共有前提是：不公来自金钱、权利和劳动没有被正确计入，只要重新核算并重新分配，既定照护角色就能变得正义。这个前提不全错，但它默认了承担者名单大体不变。

第二层前提更隐蔽：三家都容易把“照护关系持续”与“同一具体人持续执行”黏在一起。公共财政补偿登记在册的照护者；残障研究强调依赖关系的可持续；女性主义强调关系劳动的价值。三家都在保护照护，却较少先问：如果照护必须持续，为什么必须由同一个子女持续？只要这一步不拆开，给钱、给权、给承认都可能围绕同一个身体加固。

推翻这一前提的材料恰好来自三家内部。公共财政的归宿分析说明，名义承担者和实际承担者可以不同，干预还会改变行为；因此给固定照护者补贴可能重写责任分布。残障研究说明自主不在于减少依赖，而在于支持是否可选择、可持续且不压迫；因此老人可以持续获得照护，而无需把某名子女变成不可选择的支持者。女性主义关系自主明确把替代与退出纳入自主，同时承认照护可以含控制；因此不可替代的关系价值不能自动推出不可退出的劳动义务。

由此得到一个三家都未单独推出、却只能由三家证据联立得到的新判断：

痴呆家庭照护必须实行非对称退出。老人不能因任何一名亲属退出而从必要照护资格中被退出；任何一名具体子女可以退出前线执行；可替代的是任务承载者，不是关系本身。公共资金应购买合格替代劳动的就绪和执行，公共制度应保存老人权利与个体化照护连续，亲属关系则只能被支持，不能被征用。

这不是让国家取代家庭，也不是宣布亲情无义务。它只是把“不得遗弃老人”与“同一个子女必须亲自做”分开。一个子女可以不再喂药、洗浴、夜间值守和实时协调，却仍自愿探望、聊天、陪伴重要节日或参与重大决定；也可以因暴力史、长期疏离或自身健康完全退出关系。公共保障要确保老人不因任何一种退出而失去必要照护，但不能为了完成保障反过来强迫关系继续。

新范式：三分责任，而不是在一个“主要照护者”身上继续做加法

（一）连续保障责任：不可随亲属退出而撤回

连续保障责任回答“谁保证老人不会掉出系统”。它包括需求评估、服务资格、危机升级、替代资源、质量监督与长期复核。这个责任不能以“家里还有子女”为由暂停，也不能等家庭证明已经崩溃才启动。痴呆病程可能长期波动，照护需求又跨越医疗、日常生活、行为安全、财务和社会联系；只按已交付小时购买服务，会在最需要待命的间隙留下空窗。

连续保障不是承诺任何需求都无限满足，而是承诺已被确认的必要功能不会因为某名亲属退出而无人负责。它要求制度在退出发生前就知道谁接手、何时接手、以什么权限接手，以及第一替代者不可用时怎样升级。公共财政真正购买的是这种可激活的容量，而不仅是已经完成的动作。

（二）前线执行责任：可以替换，但必须合格、同意且有报酬

前线执行包括喂药、进食协助、洗浴、陪诊、夜间监测、行为应对、交通和环境整理等可描述任务。它们不应天然绑定于血缘。子女可以承担，专业照护者、社区服务者或经训练的其他亲属也可以承担；关键是能力、权限、时间窗和责任边界，而不是“谁最有孝心”。

可替换不等于廉价。若一名女儿退出后，由儿媳、保姆或移民照护工以低薪、无休息、无保险的方式接盘，制度只是把压迫转给更弱者。替代者必须自愿、胜任、有合理报酬和安全退出渠道。待命本身也有价值：一个夜间两小时内可到场的人员，即使本周没有被调用，也提供了使原照护者可以真正离线的公共能力。

（三）关系在场：不可互换，也不可强迫

痴呆照护中的熟悉关系可能承载药物清单之外的重要知识：老人怎样称呼某个人，什么声音能缓和恐惧，哪段生活史会引发不安，何种触碰会被理解为威胁。作者既有研究把类似的关系特异性称为“身份黏性”，并警告过度标准化会挤出信任[17]。因此，新范式不能以任务连续为名把关系压成接口。

但关系非互换不等于关系参与者没有退出权。制度可以为关系在场创造条件，例如给亲属有薪探亲假、提供不承担照护任务的陪伴时段、让老人熟悉替代者、保存生活史和沟通偏好；制度不能采购“女儿必须爱”“儿子必须陪”。关系越有价值，越不能被强制。被迫的亲密既不可靠，也容易把怨恨、控制和内疚带回照护。

三分责任形成一条清楚边界：不可撤回的是老人获得必要照护的资格；可以替换的是前线任务承载；不可强购的是关系本身。过去的“主要照护者”把三者压在一人身上，新范式的任务就是把它们重新分开，并在交接处保证不掉线。

第二轴不能省：老人连续与子女退出构成四种制度，而非一条好坏线

只强调子女退出，会把老人推向断护；只强调老人连续，会把子女锁进家庭。因此至少需要两条轴：横轴是具体子女是否拥有现实可行的前线退出，纵轴是老人必要照护是否在人员变化后保持连续。

右下格才是目标。左下格尤其容易被误认成功：老人没有住院，药物按时，主要照护者获得补贴，短期满意度也可能上升；但所有连续性仍依赖她不离开。制度在结果端看似稳定，在自由端却没有改变。右上格则是“退出权”被误用的风险：只承认家庭有权拒绝，却不承认老人有不可因家属拒绝而消失的服务资格，最终把老人留在断裂中。

这张二维表还不够。关系质量是覆盖四格的第三项审查：右下格若靠频繁轮换陌生人员维持任务，也可能损害痴呆者的安全感；左下格若亲属自愿且关系良好，不能只因同一人长期照护就判定压迫。决定性问题的不是同一人做得久，而是其退出是否真实、关系是否自愿、老人偏好是否得到支持、替代者是否把任务连续误写成关系等价。

从困局到正义继受：八步实施路径

第一步：先列“必要功能”，不先列“谁应该做”

传统家庭会议常从人出发：“姐姐负责医院，弟弟负责买菜，哥哥负责出钱。”新路径先从功能出发，把维持老人安全、尊严和本人重视生活所需的事项列全，再讨论承载者。必要功能至少可包括药物、进食、个人清洁、移动与跌倒预防、夜间风险、陪诊、费用支付、重要文件、异常行为应对、社会联系和本人重视的日常。具体清单由家庭、专业人员与老人通过支持性表达共同确定，不能用通用模板代替。

清单必须容纳不可按小时计的任务。面板提醒，老人照护不仅是小时数，还包含强度、随叫随到和不确定性[8]；家庭时间研究则要求记录夜间待命、关系知识、养老金损失和退出后重返职业的困难[4]。如果只列“今天做了什么”，默认接听电话、发现变化、找人补洞和事后验收仍会留给主责者。

第二步：把三种责任分开登记

每项功能都要分别标注：谁保证它不会无人负责，谁当前执行，谁提供关系性知识或在场。一个女儿可以是药物执行者，却不必也是药物服务的最终保障者；社区可以承担连续保障，专业人员执行，儿子只在老人愿意时保留探望。把三种责任写成一栏，会继续制造“主要照护者”这个黑箱。

登记也要允许空白。如果老人目前没有可信的关系在场，不应虚构一名“精神照护者”；如果某项任务没有替代者，应明确标红，而不是把所有亲属都写进“潜在支持”。空白是制度责任的入口，不是家庭失败的证据。

第三步：为每个高责任功能配置替代者与激活条件

《代际关系、祖辈照护与老龄家庭》指出，有同胞并不等于有可替代责任；其他同胞若只接受派工，参与人数越多，主责者的协调和验收劳动反而越重[5]。因此，替代者不是通讯录里的名字，而是满足四项条件的人：明确同意承担一项责任域；拥有完成任务所需的技能与信息；获得合法、最小必要的权限；承诺在任务安全时间窗内响应。

激活条件必须在危机前写明。它可以是原照护者请假、健康下降、工作冲突或本人直接宣布退出；也可以是老人需求上升到需要两人协助、夜间风险加剧或家庭不再能够安全完成。不能要求照护者先证明自己已经耗竭、抑郁或发生事故才取得退出资格。把崩溃当成准入材料，会奖励延迟求助。

第四步：建立“最小关系核”，让执行换人不等于把老人清零

替代照护常失败，不是因为新照护者不会完成动作，而是因为个体化信息留在原人脑中。最小关系核应包含老人愿意共享且与安全 and 尊严相关的内容：偏好的称呼与沟通方式，日常节奏，能够安抚或触发恐惧的线索，重要关系与生活史，疼痛或不适的个人表达，拒绝某项照护时通常意味着什么，以及哪些偏好即使效率降低也应保留。

关系核不是人格数据库。它采用最少必要原则，由老人或支持性代表参与决定谁可访问、何时更新、何时删除。家庭成员不能以“为了照护”无限收集私密信息，机构也不能把它用于营销、保险筛选或风险定价。记录帮助继任者避免把老人当作陌生病例，却不能假装读完记录就等于拥有一段关系。

第五步：先演练接手，再把“有人可用”记为就绪

名册、证书和口头承诺都不能证明独立接手。替代者要在非危机时进行由短到长的演练：先独立完成一个低风险功能，再完成半天或夜间时段，最后在安全允许时进行连续七天的去定人测

试。原照护者可以在首次演练前培训，但演练开始后若仍需实时在线诊断、提醒和验收，该功能不算完成替代。

演练的失败不是对替代者的羞辱，而是把故障提前暴露。可能缺的是权限、信息、信任、交通、报酬或第二备援。护理与照护科学关于近失和交接的材料指出，未被写入流程的教训会随人员轮转消失[7]。因此每次演练保留版本、失败位置和修订，避免下一次从头摸索。

第六步：给具体照护者一条无需道德审判的退出通道

退出可以是暂停一晚、连续离线七天、退出某一高责任域，也可以是永久退出全部前线任务。制度只核实退出后的安全承接，不审问“是否够孝”。在非急性情形下，照护者可预先发出通知，服务系统按既定路径激活替代；在照护者遭受暴力、严重健康风险或已无法安全执行时，安全通道可以立即启动。

退出不自动消灭所有关系，也不强迫保留关系。有人愿意从洗浴和夜间值守中退出，却愿意每周陪父亲散步；有人因多年虐待史不愿继续接触。制度不能把第一种人推成全断，也不能把第二种人逼回亲密。反遗弃义务应由照护连续来履行，而不是由关系强迫来履行。

第七步：财政从“补偿原人”转向“购买准备+执行”

公共支付至少要区分两种价值：替代者保持可在规定时间内接手的准备价值，以及实际执行任务的劳动价值。只按已服务小时付费，会使机构没有动力保留夜间、周末和高复杂度的备用容量；只给原照护者津贴，则可能继续把家庭当作最低成本的固定供应商。

准备支付必须附带劳动标准和反转嫁条款。机构不能靠让低薪人员无偿待命来制造低成本就绪；家庭也不能用公共补贴强迫另一名女性亲属接盘。预算验收不只看服务购买量，而看去定人连续压力测试是否通过、老人偏好是否被遵守、替代劳动是否有合理报酬和退出权。

第八步：病程变化后重新配置，而不是永久进入紧急状态

痴呆照护不是一次交接后恢复原状。病程、住房、照护者健康、工作和家庭关系都会变化，任务安全时间窗也随之改变。每次住院、跌倒、走失风险、重大药物调整或主要照护者状态变化后，应重新列功能、权限和替代者。

但慢性照护不能被治理成永久应急。持续使用命令、监控和高强度风险语言，会压缩老人选择，也让所有参与者耗竭。复核的目的不是增加表格，而是删除过时安排、确认退出仍然可行，并让已稳定的关系回到日常生活，而非永远停在危机指挥中。

八步怎样落到家庭、社区与医院

家庭的职责不是自己建成一个小型机构，而是参与界定必要功能、本人偏好和真实可用的人。它可以提供生活史与关系知识，也可以选择承担部分执行；但家庭不负责凭空创造专业服务，不负责为低价项目长期无偿培训人员，更不负责在所有正式服务失灵时成为无限兜底。家庭表上出现空格，应当启动公共承接，而不是启动道德指责。

社区或长期照护协调者承担连续保障接口。其工作不是把电话号码发给家属，而是核实第一替代者是否同意、权限是否有效、响应承诺是否可兑现，并组织演练。一个服务若只在工作日白天可用，就不能填入夜间走失风险的替代栏；一名人员若要覆盖过多家庭，其名义待命也不能按全部容量计算。协调者还需保存失败记录：哪次接手因交通、钥匙、老人拒绝或信息不足失败，下一次由谁修复。

医院和基层医疗的责任集中在高风险接口。出院、药物大改、急性谵妄后恢复、功能突然下降等节点，会重写家庭任务清单。医疗人员不能默认“家属已知晓”或把全部教学交给在场的那名女儿；应核对实际执行者与替代者是否都获得最小必要信息，重大授权是否有效，家庭是否存在七天内无法承接的生命关键空格。若有，出院完成不等于照护连续完成。

财政和监管部门则负责使“准备”成为可购买、可审计而不被滥用的服务。合同既支付演练和待命，也限制过度覆盖；既要求 DCR 改善，也要求老人偏好、事故、工资与无偿加班不恶化。监管不把表格数量当成能力，而可随机抽取少量责任域做独立演练。只要原照护者仍需在电话另一端持续指挥，即使所有文件齐全，也不能验收为替代就绪。

四方之间的顺序不能倒置。若先要求家庭找到人，社区再登记，医院最后补信息，最有资源的家庭会先完成，最耗竭者继续被挡在门外。正确次序是：先确认老人不可随家属退出而撤回的服务资格，再由协调者补齐替代能力，之后才询问家庭愿意保留哪些任务与关系。资格先于牺牲，才能阻断“先证明爱到极限，再获得公共帮助”的旧路径。

单一主指标：去定人连续率及其计数手册

（一）定义

本章只保留一个主指标，称为去定人连续率（Decoupled Continuity Rate, DCR）。设家庭和专业人员在老人参与下预先列出必要照护功能集合 F ；设 J 为经常承担直接照护或实时协调的成年子女集合。对每一名 $j \in J$ 进行一个连续七天的预先安排测试。在该测试中， j 不提供直接劳动，也不承担实时诊断、派工、提醒或验收。若功能 f 在其安全时间窗内由非 j 人员完成，符合事前安全标准和老人已表达偏好，且没有把劳动强迫转嫁给另一人，则 $I(f,j)=1$ ，否则为 0。家庭层面的 DCR 定义为：

$$DCR = \min_j [\sum_f I(f,j) / |F|]。$$

取最低值，是为了暴露单点依赖。一个家庭抽离远距儿子时全部功能都能运行，抽离近居女儿时立即瘫痪，平均数会掩盖真正的定人化连续；最低值则把最不可替代的责任集中显示出来。

（二）什么进入分母

分母在测试前锁定，包括所有被确认的必要功能，不因测试失败而删除。功能粒度不能故意做得过大，例如把“日常照护”写成一项，也不能故意拆得极碎来制造高比例。较合理的单位是有独立安全时间窗、可明确判断完成与否、能够指定责任人的功能。药物服用、进食、夜间走失响应、陪诊与财务支付通常应分开；同一药物的早晚两次是否分开，由安全时间窗决定。

分母必须由老人或支持性代表参与。机构不能把老人重视但难以量化的活动全部删掉，也不能把“保持与熟悉者的联系”自动降为可有可无。关系在场可以作为必要功能，但其成功不能通过强迫某名亲属实现；若没有自愿关系承载者，制度应承认缺口并寻找非强迫的社会连接方案。

（三）什么不进入分子

第一，原子女虽然不在现场，却每天接电话、判断异常、安排下一步或检查完成情况，不计。第二，工作整体转给另一名未充分同意的女性亲属，不计。第三，替代者完成动作但超过安全时间窗、造成可避免风险或违反老人明确偏好，不计。第四，机构为了通过测试临时抽调平时不可获得的人力，不计，除非该容量有可持续合同。第五，减少服务、镇静老人或缩小分母来制造连续，不计。第六，发生需要停止测试的安全事件时，该功能记 0 并立即处置，不能为了数据继续实验。

（四）建议阈值及其地位

在早期试点中，可把 $DCR \geq 0.90$ 且所有生命关键功能 $I=1$ 作为进入“可现实退出”状态的暂定验收线。0.90 不是临床自然常数，也不是本章实测得到的阈值；它是为了让项目承担可被推翻的承诺。若后续资料显示 0.90 不能区分安全承接与形式合格，阈值必须修改或取消。对生命关键功能采用全覆盖，不允许用大量低风险小项抵销漏药、进食或危险行为响应失败。

DCR 不是给家庭排名的道德分数，也不用于削减福利。低 DCR 首先说明服务系统存在单点依赖，不说明某名子女自私、某个老人难照护或家庭不够韧性。公共机构若用“你家 DCR 低”拒绝服务，会把指标从发现缺口变成惩罚缺口，必须禁止。

（五）为什么不用“照护时数”“照护者负担”或“备用人数”代替

照护时数回答投入量，却不回答问题所有权。两名子女都投入每周十小时，其中一人只在收到清单后完成采购，另一人必须发现需要、写清单、调整异常并验收，二人的小时数相同，退出位置不同。照护时数还会漏掉待命：夜间没有事件时，主责者看似没有劳动，却无法关机、饮酒、出城或完整睡眠。DCR 把这类隐性责任放进“原人能否真实离线”的压力条件，而不是再给每分钟定价。

照护者负担量表能描述疲惫、压力和角色冲突，是重要结局，却不等于机制。一个人可能因为补贴、意义感或心理支持而报告较低负担，家庭仍只有她能接手；另一个人主观负担很高，却已有可靠替代，只是尚未选择退出。DCR 不否定主观体验，只问制度是否把退出变成现实选项。两者若长期完全重合，DCR 没有必要；本章押注的恰是它们会在“被支持但仍被绑定”的家庭中分离。

备用人数更容易制造假安全。名册上三个人可能都没有钥匙、药物信息、交通能力或夜间承诺；一名受过训练、拥有权限且完成独立演练的人，反而比三名口头支持者更有用。《代际关系、祖辈照护与老龄家庭》已经指出，多个子女未必形成多个可替代照护者，住得近、感情好和危机时能接手是不同维度[5]。因此 DCR 不数“谁说愿意”，只数在抽离特定子女后哪些必要功能真实闭环。

（六）DCR 与六个近邻的判决性分界

第一，照护连续性通常从老人一侧观察跨人员、跨机构和跨时段的信息与服务是否连贯；DCR 增加一个反事实抽离：连续是否只靠同一亲属不退出。一个家庭可以拥有很高的日常连续性，却因所有知识集中在女儿身上而 DCR 极低。

第二，喘息照护提供短时替代，是最接近的应用近邻。若喘息结束后原人恢复全部问题所有权，或替代者每次都需她实时指导，喘息能减少当期小时却不必提高 DCR；若喘息可延长、替代者独立闭环并允许永久转交，它已经实现本章机制。

第三，照护计划与预先照护计划可以记录偏好、医疗决定和未来安排，但“写了谁接手”不等于接手者完成过演练。DCR 把计划从文件状态推到独立运行状态；如果书面计划本来就要求去定人演练，本章应并入该实践。

第四，家庭韧性关注家庭在压力后维持或恢复运作。家庭系统面板却警告，越会忍耐的家庭可能越少获得外部资源，系统平均还会抹掉某一成员已耗竭[9]。DCR 故意不奖励“无论如何维持”，而检查维持是否允许最关键的人离线。

第五，关系连续性与固定照护者模式保护熟悉者、信任和生活史。它们可能与 DCR 表面冲突：固定得越好，抽离越困难。本章的解法不是轮岗，而是小型稳定团队和最小关系核，使老人拥有不止一段熟悉关系；如果只有一段关系能够安全工作，制度应为缓慢建立第二关系付费，而不是用随机替换提高指标。

第六，照护者津贴处理收入损失，DCR 处理退出结构。津贴可以成为建立替代能力的过渡资源，也可以把“主要照护者”登记得更牢。判决点是津贴实施后，原照护者连续离线七天是否更容易，而不只是其继续照护的意愿是否上升。

（七）一张最小操作表

实际应用不需要先建立庞大信息系统。一户家庭可以从一张表开始，每行一项必要功能，固定六列：安全时间窗、当前执行者、连续保障者、第一替代者、替代者已获权限、最近一次独立

演练结果。关系核另列在有访问控制的短页，不与一般任务表混存。表的价值不在完整，而在暴露空格：没有第一替代者、权限未开通、演练失败或仍需原人实时协调，都不能用“家里会商量”填掉。

每次复核只问三件事。第一，分母是否因病程变化增加了新功能；第二，任何一名具体子女退出时，哪一行会断；第三，为填补这一行需要公共服务、专业劳动、家庭协商还是关系熟悉。这样，家庭会议从追究态度转为定位接口，财政也能知道资金应购买收入补偿、现场执行还是备用容量。

预注册的站内最小真实运行：负担被看见，交接结构仍少见

（一）预注册与语料单位

在得知检索结果前，本章于2026年8月9日冻结检索式“痴呆老人照护家庭儿女”、观察窗、编码字段与判断阈值。唯一语料是“新思想前沿”栏目内检索返回的前40张结果卡片，分析单位为卡片标题与站内给出的命中最强原文段。字段包括：B，负担可见；C，人员变化后照护连续；E，具体照护者可退出；R，替代者就绪；CER为C、E、R同卡出现。泛称“支持家庭”“社会化服务”“喘息”不自动计为退出或就绪。

预先约定：若CER少于25%，只能得出“语料对负担的识别可能多于对交接结构的编码”，不支持现实有效性；若达到25%，则“非对称退出”不能作为独立判断，文章必须退到更窄的关系核与替代演练命题。另预先声明，只要结果卡片不含计算DCR所需的任务、指定子女抽离、独立执行、安全时间窗和偏好遵守字段，就不补造DCR数值。

（二）结果

40张卡片中，31张满足B，占77.5%；3张满足C，占7.5%；5张满足E，占12.5%；6张满足R，占15.0%；2张满足CER，占5.0%。完整三联出现于《家庭劳动、照护与时间分配》和《亲职、共同养育与亲子关系》[4,11]。后一块直接处理儿童共同养育，不是痴呆老人；前一块则已经明确提出硬窗口、可替代者、升级规则、响应期限和紧急接手，是本章最危险的近邻。

这一结果迫使文章放弃两个宽泛说法。第一，不能宣称既有照护讨论“只看负担、不谈替代”，因为站内至少六块已经明示备援或替代。第二，不能把“兄弟姐妹角色可轮换”当作新判断，亲职研究已经提出关键功能由有能力且被承认的照护者持续提供，角色可以分工和轮换[11]。本章剩下的独立位置只能是痴呆场景中的三重约束：老人资格不随亲属退出而撤回，具体子女拥有现实退出，关系核又不被可互换逻辑吞没。

（三）字段缺失与解释边界

40张卡片没有一张同时提供DCR所需的完整任务清单、指定子女七天抽离、非该子女独立完成记录、任务安全时间窗和老人偏好遵守。因此这次真实运行不能给出DCR，也不能证明预购替代就绪会改善任何家庭结果。字段缺失本身只能说明：即使高相关语料已经能清楚讨论负担、备援和退出，仍较少把“原照护者真正离线后，功能是否独立闭环”作为可复算压力测试。

77.5%也不是现实发生率。检索式本身包含“家庭”和“照护”，排序由站内相关性算法产生，结果卡片不是随机家庭样本。这个比例不能外推到626个领域，更不能外推到中国家庭。它只是文献记录审计，为后续研究说明应收集哪些缺失字段。

五个场景的压力测试：同一原则为什么会判出不同答案

场景一：三个子女，只有一个人拥有“问题所有权”

应用面板整理的同胞照护研究指出，父母失能后常迅速出现第一接手者，通常是女儿、近居者或长期负责情感联络者；2022年对十四对混合性别同胞的痴呆照护访谈，呈现任务分派、冲突

与旧关系怎样进入合作[5]。在这种家庭里，平均分配探望次数不是解法。应把预约、监控、夜间电话、费用、异常判断和服务采购分成责任域，让每名同胞拥有可验证的领域所有权，再抽离主要照护者测试是否闭环。

如果其他同胞仍需她不断派工，DCR 不会提高。若远距兄弟不能现场接手，却能独立管理费用、预约正式服务并对接医院，也可构成真实责任域。差异不必五五开，关键是差异由能力、距离和协商产生，而非由性别与旧角色默认。

场景二：每天视频的远距子女与两小时内能到场的人

代际家庭面板指出，居住距离、情感联系、日常协调和紧急接手是不同维度；真正有用的量不是公里数，而是“需求发生到合格接手抵达”的总时长，并应保留夜间、周末和恶劣天气的尾部[5]。这类家庭的错误是把频繁联系当成现场能力，或把住得近当成自然义务。

新路径把任务按截止期分层。远距子女可以独立承担信息、费用与重大决策接口，邻里或正式服务承担现场节点；若近居者退出，系统不应把每日群聊视为替代。DCR 测试会迫使家庭回答：谁真的能在安全时间窗内到场，谁只有关心而没有承接能力。

场景三：独生子女家庭，没有可动员亲属

此时“兄弟姐妹公平分工”完全失效。若政策只向已有家庭网络提供培训和补贴，独生子女家庭会因没有第二承载者而长期低 DCR。非对称退出要求公共系统直接配置专业或社区替代，不把“无亲属”当作家庭自身问题。

但替代者也不能每次随机出现。系统可采用小型固定团队、分阶段熟悉和关系核，使老人逐步认识两至三名稳定人员。目标不是复制亲属关系，而是在不强迫独生子女全天在岗的条件下，降低陌生轮换对痴呆者的冲击。

场景四：老人拒绝陌生照护者，只接受女儿

这是对本章最强的关系反例。若女儿一退出，老人极度恐惧、拒食或拒药，任务替代可能形式成功、实质失败。新范式不能用“女儿有权退出”粗暴压过老人体验，也不能用老人拒绝永久征用女儿。

可行路径是提前建立第二熟悉关系：让替代者在女儿仍自愿参与时共同出现，先承担低威胁任务，再逐渐扩大；使用本人熟悉的语言、节奏和物件；把拒绝视为需要理解的表达，而不是服从问题。若女儿不愿参与过渡，制度仍须承担更慢、更专业的关系建立成本。关系难替代会提高公共成本，却不能自动取消退出权。

场景五：亲子关系含暴力、控制或长期疏离

传统孝道题常把暴力史、父母拒绝子女帮助、同性伴侣与非亲属照护者留在空栏；代际面板明确把这些对象列为现有义务研究的缺失[5]。在有虐待史的家庭，让子女先参与培训、交接或逐步退出本身可能造成危害。此时退出通道应更快，关系在场可为零，连续保障完全由公共或其他自愿网络承担。

这类情形也说明“不可强购关系”不是修辞。如果制度为降低成本要求受伤害的子女继续提供安抚、生活史或探望，就用老人的需要重新制造控制。必要信息可在最少接触、第三方协助和隐私边界下移交；无法取得时，制度承担重新认识老人的成本。

与依赖工作者理论、与照护者健康研究的分界

其一，**依赖工作者**。女性主义照护伦理里最硬的一块地基是基泰关于依赖劳动的论述：有一类人因为承担了对不可自理者的照顾而自身进入脆弱状态，社会因此对**照顾者本人**负有一份独立的义务，这份义务不能被折算成对被照顾者的义务。本章的三分责任与它同源，必须写清差别。

分离线在于**义务的对象还是承担的结构**。依赖工作者理论论证的是应当有人对照顾者负责，落点在规范；本章处理的是即便这份义务被承认并拨了款，**它仍然会落在同一个具体的人身上**，因为现行制度把补贴、培训与喘息全部挂在“主要照护者”这一个名义上。**承认一份义务与拆开一个名义，是两件事**。判定形式：在已经建立照护者津贴制度的地区，看去定人连续率是否随津贴覆盖率上升；若不随之上升，则钱到位不等于名义被拆开。

其二，照护者健康后果。舒尔茨与比奇那项被反复引用的研究给出过一个强结论：报告有照护压力的配偶照护者，其四年内死亡风险高于非照护对照。这类研究是本章“退出必须被允许”这一主张最有力的外部支持，但它同时限制本章：**它把危害归给“照护”这件事本身，而本章主张危害来自“不可退出”**。

分离线可判：**在照护强度相同的人群里，比较有替代就绪与无替代就绪两组的健康结局。若两组无差别，则危害由照护强度决定，本章的替代就绪概念不承重；若有差别，则不可退出是一个独立的危险因子。**本章预测后者，并且这一条在既有的照护者队列里可以回溯——只要那些队列记录过“有没有人能替你”。

最强竞争者：照护者补贴+喘息+培训为什么可能已经足够

本章的最强竞争者不是“什么都不做”，而是成熟的照护者支持包：现金补贴承认机会成本，喘息服务提供休息，培训提高技能，心理支持缓解压力，个案管理协调资源。它比抽象孝道更现实，也比完全机构化更尊重家庭。如果这套支持能够稳定改善照护者健康、老人福祉与服务连续，非对称退出可能只是换名。

两者的机制差别在于支持作用于谁。照护者支持包通常以现任主要照护者为干预对象，预测是收入、知识、休息和心理资源增加后，负担下降；本章则以责任是否仍定人在同一人身上为对象，预测是只要 DCR 不变，支持效果在新的危机、照护升级或补贴停止时更易回落。支持包可以买到较少疲惫，却不一定买到真实退出。

这个竞争可以被直接裁决。把家庭随机或准实验性地分配到“现金补贴+常规喘息”与“同等预算的替代就绪合同+必要补偿”两组。两组总预算尽量相当，前者主要补偿现任照护者，后者要求配置合格替代者、权限、响应时限和七天独立演练。比较 DCR、照护者健康与工作损失、老人安全和偏好遵守。若补贴组在 DCR 保持低位时，仍能同样持久改善全部结果，且危机后不反弹，本章的定人化机制被削弱。若就绪组只提高 DCR，却增加老人恐惧、关系断裂或替代劳动剥削，本章同样失败。

喘息服务也构成更窄竞争。真正的喘息已经包含短期替代；本章不能把它说成完全不同。决定性区别是喘息结束后谁恢复问题所有权，以及照护者能否不经道德审判把短期退出转为长期或永久退出。若既有喘息服务本就允许无缝延长、替代者独立掌握责任域、老人偏好连续并且公共资格不依赖家属复岗，它已经实现本章机制，本章应被吸收为其概念澄清，而非独立方案。

十二项可区分预测

1. 在控制痴呆严重度、必要照护时数、家庭收入和子女数量后，较低 DCR 将增量预测主要照护者的睡眠中断、工作退出和急性健康事件，而名义参与人数的预测力较弱。

2. 家庭照护者现金补贴会在短期降低财务压力；若不同时提高 DCR，它对“能够连续离线七天”的改善将明显小于对主观负担的改善。

3. 同胞数量只有在至少两人拥有独立责任域、信息权限与接手能力时才与 DCR 正相关；只有群聊参与或偶尔派工时，人数增加可能提高主要照护者的协调劳动。

4. 替代者名册、资质证书与口头承诺对 DCR 的预测弱于独立演练记录。若没有演练，危机时的接手失败更多集中在权限、关系知识和实时协调。

5. 只支付实际服务小时的项目会低配夜间、周末和高复杂度备援；加入可核验准备支付后，尾部响应时间缩短，但前提是待命劳动有报酬且不靠临时抽调。

6. 在 DCR 相同的家庭中，关系核完整且替代者稳定的小团队，比随机轮换团队更少出现拒护、恐惧与偏好违背；若无差异，关系核的理论分量应下降。

7. 主要照护者的“自愿继续”只有在存在可验证替代和无惩罚退出时，才与较好福祉稳定相关；没有替代时，自愿报告更容易混入内疚与没有选择。

8. 以家庭韧性为结案依据、却不测 DCR 的项目，会优先从最能忍耐的家庭撤走资源；资源撤出后主要照护者的隐性协调和夜间待命上升。

9. 老人服务资格若要求家庭先证明崩溃，申请会在事故、住院或照护者健康恶化后集中；改为基于必要功能和低 DCR 提前配置，危机前申请比例提高而危机式交接减少。

10. 远距子女的每日视频频率不能单独预测危机承接；把信息到达、授权和移动时间合并后，九十分位响应时长更能预测现场空窗。

11. 若替代就绪仍要求原照护者持续实时培训，DCR 不会提高；把首次有偿交接与后续独立执行分开后，主要照护者的协调时数才下降。

12. 当替代劳动低薪、无退出权或由另一名女性亲属无偿承担时，DCR 的表面提高不会改善家庭整体公平，甚至会使新照护者健康与工作损失恶化。

八条证伪条件：什么结果出现，本章必须收缩或撤回

1. 在多中心纵向样本中，控制痴呆严重度、必要时数、收入、服务供给和既有负担后，DCR 既不预测照护者结局，也不预测断护、急诊或服务危机；定人化连续因此没有独立解释力。

2. 现金补贴和常规喘息在 DCR 不变的情况下，仍长期、稳定、跨危机地改善照护者和老人全部关键结局，且不增加角色固化；“替代就绪是必要机制”应撤回。

3. 提高 DCR 的干预即使严格遵守偏好、固定小团队和劳动标准，仍系统增加痴呆者恐惧、拒护、危险事件或认知行为恶化；任务替代与关系保护在现实中不可兼容。

4. 家庭在抽离主要照护者时可以顺利完成任务，却在其返回后仍报告同样程度的角色俘获；DCR 没有捕捉真正的退出可行性，需要被其他指标替代。

5. 经独立编码，DCR 与现有“备用照护是否存在”“喘息服务可得性”或一般照护连续性指标完全等价，且不产生不同预测；本章术语应并入既有概念。

6. 替代就绪合同只能靠压低专业照护工资、无偿家庭培训或高频轮岗维持；反转嫁条款实施后项目失去可行性。此时财政购买就绪不是解法，而是把成本改名。

7. 支持性决策显示相当比例老人明确、稳定地只愿由某名子女照护，而任何非强迫的渐进熟悉都不能建立替代；若同时强制子女退出会造成不可接受伤害，非对称退出的普遍性必须收缩到可以建立第二关系的场景。

8. 对站内外独立文献做系统检索后，发现已有成熟理论已经完整提出“老人资格不可撤回、具体亲属可退出、财政购买替代就绪、关系不可强购”四项联立，并拥有更好的测量和证据；本章应放弃原创命名，只保留应用说明。

截至 2029 年 12 月 31 日的前瞻赌注

本章作出一项带日期的赌注：截至 2029 年 12 月 31 日，在至少两个不同服务环境开展的预注册试点中，与等预算的现金补贴+常规喘息相比，包含替代者合同、权限配置、关系核和七天独立演练的方案，应使家庭 DCR 的中位数至少提高 20 个百分点；同时，严重安全事件、老人偏好违背和替代劳动者无偿加班不得增加。

这项赌注故意把幅度、比较组和反向条件写在一起。只要 DCR 提高而安全或偏好恶化，不算赢；只要照护时数增加、名册人数增加、培训完成率提高或家庭主观认为“有人可以帮”，也不算赢。原照护者在测试中继续远程派工、接电话或验收，不算退出。项目把一名女儿的工作转给另一名未同意女性亲属，不算替代。试点只在一个资源丰富社区成功、换到普通服务环境即无法维持，也不算支持普遍命题，只能保留局部版本。

20 个百分点不是从现有资料估计的效应量，而是让方案承担失败风险的工程目标。若试点基线已高于 90%，应改用达到生命关键功能全覆盖和维持性而非追求 20 个百分点；这一例外须在解盲前写明，不能事后调整。

伦理逆约束：三门学科也必须限制本章

（一）公共财政的限度：不是所有重要关系都能被价格完成

财政视角擅长揭示零价格和成本归宿，但把关系核、陪伴和被熟悉者认出的价值全部折算为工资，会误把不可通约经验变成采购规格。准备支付可以购买人员、时间与能力，不能购买爱、原谅或亲密。政策应为自愿关系提供时间和条件，却不能把关系参与列为领取补贴的强制绩效。

财政还可能用 DCR 追求“效率”。一个机构为提高比例，可能删除难做功能、提高镇静使用、把高需求老人转出样本，或只接收有合作家属者。因此 DCR 必须与固定分母、排除记录、安全事件和偏好遵守一起审计；任何以指标为理由减少服务资格的做法都违反其初衷。

（二）残障研究的限度：关系连续不能替老人决定，也不能替照护者决定

支持性决策要求老人发声，但不能由主要照护者独占解释权。应建立易懂材料、分时表达、多个观察者和利益冲突记录；能力波动时保留长期价值和当下反应的差异。安全例外必须具体、限时、可复核，不能以“痴呆”永久取消第一人称权威。

同样，不能以老人偏好为由自动征用亲属。偏好是一项需要认真对待的理由，不是对另一个人身体的产权。老人希望女儿照护，女儿不愿继续时，制度的责任是承担关系过渡的成本和风险，而不是宣布任何一方无效。

（三）女性主义的限度：退出一人，不能压给另一人

替代就绪最容易制造的假成功，是从有姓名、有补贴的女儿转给无姓名、低工资的儿媳、家政工或移民劳动者。每次压力测试都要记录替代者的同意、报酬、休息、保险、培训和退出权。DCR 改善而替代劳动者健康、收入或自由恶化，不是公平改善。

此外，性别分析不能预先假定所有女儿都是受害者、所有儿子都是逃避者。主要照护者可能因关系意义自愿承担较多，也可能控制信息、拒绝他人参与。制度审查默认分工和真实选择，而不是把另一套刻板叙事加回家庭。

（四）资料与隐私：连续不等于无限留痕

关系核和交接记录可能包含健康、财务、行为、家庭冲突与生活史。只收集完成必要功能所需信息，访问按角色分层，保留修改与撤回路径。老人拒绝记录某段经历，应被尊重，除非存在具体、重大且无法以更少侵扰方式处理的安全风险。

监控设备不能代替接手者。摄像头发现老人跌倒，却没有人按时到场，只增加可见的无助；数字联系越密，也可能让远距子女焦虑、近居者负担更重[5]。技术是否提高 DCR，取决于它是否缩短信息、授权和移动三段链，而不是上传了多少数据。

自我反思、适用边界与研究议程

本章有五項實質限制。第一，材料被封閉在一個站內語料庫。面板提供跨領域可比的主張、讀數和失效邊界，卻是二次組織文本；本章沒有離站核驗原始論文，不能把面板的書目摘要當作完整系統綜述。參考文獻因此優先列面板頁，並明確經典著作信息來自面板登記。

第二，隨機取樣只保證學科選擇不由作者手工指定，不保證入選組合是所有可能組合中的全局最優。欄目內智能篩選也可能受檢索表達和語料覆蓋影響。若另一組領域能以更少假設解釋同一對象，本章必須接受替代。

第三，40 張結果卡片是相關性排序的文本樣本，不是家庭數據。B、C、E、R 的編碼依賴結果卡片所顯示的命中段，面板深處可能有未被本次查詢召回的相關內容。5% 只能約束本站檢索結果中的明示結構，不能支撐學術史優先權。

第四，DCR 的七天抽離可能對高風險家庭不安全，也可能對低頻任務觀察不足。正式研究應先從模擬、低風險功能和短時演練開始，由獨立安全人員設停止規則；涉及藥物、進食、走失和暴力風險時不得為取得完整數據延誤處置。七天是為了讓日常與周末任務有機會出現的操作窗，不是自然閾值。

第五，本章自己的“去定人”語言可能重新製造可互換性崇拜。作者既有“身份黏性”研究已經說明，持續接觸和個人風格會產生不能由評分系統複製的關係價值[17]。本稿因此不主張頻繁輪換，也不把 DCR 越高自動視為越好。制度應在少量穩定替代者中建立熟悉關係，讓任務承載可更換、關係轉換盡量緩慢；DCR 只檢驗單一具體人是否被強制成為故障不可容忍的節點，不檢驗關係是否足夠深。

下一步研究需要三類設計。第一，觀察性研究應同時記錄必要功能、責任域、協調勞動、DCR、病程、服務供給和雙方結局，比較“同樣時數、不同定人程度”的家庭。第二，實施研究比較現金補償、常規喘息與替代就緒合同，特別觀察危機後的維持性和替代勞動歸宿。第三，質性研究應分別訪問痴呆者、主要照護者、其他同胞、專業替代者和服务協調者，追蹤“可退出”“被遺棄”“被替換”和“仍被認出”在不同位置上的意義。沒有多方敘述，任何單一 DCR 都會把某個人的改進當成全家改進。

與本書其餘各章的分界

前五章問的是**能不能退出**，本章問的是**該由誰退出、什麼不能隨之被替代**。這是一個規範問題，不是能力問題：一個在第四章判據下完全可承接的在場，仍然可能因為關係連續性的理由不應被替換。本章的去定人連續率與第四章的可承接性方向相反——前者要求關係不因人員更換而中斷，後者要求人員可以更換。兩條同時成立時，制度設計落在第八節那張四格表里。

結論：孝的持續不應等於同一子女持續在崗

痴呆老人兒女的照護困境之所以頑固，不只是工作太多、錢太少或兄弟姐妹不公平。更深的結構是，老人照護連續被綁定在某名具體子女的連續執行上。只要她一走，老人就可能掉出必要服務；於是補貼、培訓、心理支持和短暫喘息都傾向於幫助她繼續在崗，而不是讓系統在她離開後仍能運行。

公共財政揭示了照護成本的真實歸宿和資格與領取之間的落差；殘障研究要求老人在依賴中仍控制自己的支持，並拒絕把居家等同於自主；女性主義讓無償、夜間和情感勞動進入正義結算，也把替代與退出寫進關係自主。三者共同逼出的答案不是“多給一點”，而是改變連續性的承載方式。

本章把这个改变写成三句话：老人不能被照护体系退出，具体子女可以退出前线，关系本身不能被强购。相应地，连续保障、前线执行和关系在场必须分开；公共预算购买合格替代劳动的准备与执行，老人偏好通过关系核跨人员保存，亲属是否继续关系参与则保持自愿。去定人连续率只是把这项制度承诺放到七天压力测试中：抽离任何一名指定子女，必要功能是否仍安全闭环，而不是由她在远端继续无偿管理。

这条路径不保证照护变得轻松。痴呆仍会带来丧失、冲突、反复和高成本，替代者也不能复制一段生命关系。它改变的是困难由谁承担、以什么资格承担，以及一个人能否在不让另一个人坠落的情况下离开。真正的照护正义，不是让最有责任感的孩子更能熬，而是让老人不被遗弃，让任何一个孩子不必以永不退位来证明爱，让那些无法采购的关系在没有强迫时仍有机会继续。

参考文献

- [1] 德麦国际·新思想前沿. 第 161 号：公共财政与税收 [EB/OL]. 2026-08-09. <https://sdeuniverses.com/frontier/public-finance/>
- [2] 德麦国际·新思想前沿. 残障研究 [EB/OL]. 2026-08-09. <https://sdeuniverses.com/frontier/disability-studies/>
- [3] 德麦国际·新思想前沿. 女性主义哲学与性别理论 [EB/OL]. 2026-08-09. <https://sdeuniverses.com/frontier/feminist-philosophy-gender-theory/>
- [4] 德麦国际·新思想前沿. 家庭劳动、照护与时间分配 [EB/OL]. 2026-08-09. <https://sdeuniverses.com/frontier/household-labor-care-time-allocation/>
- [5] 德麦国际·新思想前沿. 代际关系、祖辈照护与老龄家庭 [EB/OL]. 2026-08-09. <https://sdeuniverses.com/frontier/intergenerational-grandparenting-ageing-families/>
- [6] 德麦国际·新思想前沿. 老龄化社会研究 [EB/OL]. 2026-08-09. <https://sdeuniverses.com/frontier/ageing-society-studies/>
- [7] 德麦国际·新思想前沿. 护理与照护科学 [EB/OL]. 2026-08-09. <https://sdeuniverses.com/frontier/nursing-care/>
- [8] 德麦国际·新思想前沿. 第 175 号：家庭与亲密关系 [EB/OL]. 2026-08-09. <https://sdeuniverses.com/frontier/family-studies/>
- [9] 德麦国际·新思想前沿. 家庭系统与家庭生命周期 [EB/OL]. 2026-08-09. <https://sdeuniverses.com/frontier/family-systems-life-cycle/>
- [10] 德麦国际·新思想前沿. 社会政策与干预 [EB/OL]. 2026-08-09. <https://sdeuniverses.com/frontier/social-policy/>
- [11] 德麦国际·新思想前沿. 亲职、共同养育与亲子关系 [EB/OL]. 2026-08-09. <https://sdeuniverses.com/frontier/parenting-coparenting-parent-child/>
- [12] 德麦国际·新思想前沿. 婚姻史与家庭形态演变 [EB/OL]. 2026-08-09. <https://sdeuniverses.com/frontier/marriage-history-family-forms/>
- [13] 德麦国际·新思想前沿. 栏目内检索与问对：检索式“痴呆老人照护家庭儿女” [EB/OL]. 2026-08-09. <https://sdeuniverses.com/frontier/search/>
- [14] Kittay, E. F. Love's Labor: Essays on Women, Equality and Dependency[M]. Routledge, 1999. 书目信息据文献[2-3]所列，未作站外核验。
- [15] Tronto, J. C. Caring Democracy: Markets, Equality, and Justice[M]. New York University Press, 2013. 书目信息据文献[3]所列，未作站外核验。

[16] Fraser, N. Contradictions of Capital and Care[J]. New Left Review, 2016(100):99-117. 书目信息据文献[3]所列, 未作站外核验。

[17] 孔凡鹤. 身份黏性: 社区换工照护的信任生成与制度挤出的伤口[Z]. 未刊稿, 2026.

附录: 站内语料审计编码摘要

注: 编码对象是栏目检索返回的标题与命中原文段, 不是整篇面板全章; 比例只描述本次固定查询的 40 张卡片。完整逐卡编码、预注册和排除理由由作者留存备核。

第三编 事件

平静不是终点

第七章 免责不是终点

摘要

当阿尔茨海默病及相关痴呆患者辱骂、诬告、抓打子女，拒绝洗浴、进食或服药，或者出现涂抹粪便等高冲击行为时，家庭照护常被迫在三种解释之间选择：它是神经精神症状，是未能用语言表达的需要，还是对照护者造成真实损害的事件。三种解释各自正确，却会在实践中产生相互抵消的后果：症状解释能够降低对患者的责难，但容易把受伤照护者从事件记录中删除；需要解释能够恢复行为的情境意义，却可能把破译、修复与预防的义务交给最先受伤的家属；伤害解释能够启动保护，却又可能把认知受损者重新道德化为“施害者”。本章以行为神经病学的神经精神症状研究、社会语言学中的会话分析以及法哲学关于责任、免责和自我保护的讨论为依据，提出：这类行为不是三者之一，而是一种需要分账处理的复合事件。行为的原因与意义、行为人的责任能力、行为造成的影响以及后续保护责任，不能由同一次分类结清。认知损害可以削弱乃至免除对患者的道德责难，但不能回溯性地消除照护者已经遭受的身体、心理、名誉、卫生与社会关系损害；行为具有可沟通意义，也不意味着受伤者必须在安全之前完成意义破译。本章将“患者被免于责难，而保护任务又未从受伤照护者手中转交给具名第三方”的制度状态定义为“免责后保护空位”，并提出“免责—换手原则”：责任能力越受损，责难应越少；行为影响越严重，外部保护应越强；两条判断必须独立记录，并在高冲击阈值被跨越时触发保护责任换手。本章进一步提出“双账—接管”的评估框架、两个二维分类表、七步家庭—专业协同流程、十二条可检验预测与八项证伪条件。其目的不是把临床照护法律化，而是阻止“老人无责”被误译成“家属无权受保护”，也阻止“理解行为”被误译成“受伤者必须继续暴露”。

关键词：阿尔茨海默病；痴呆家庭照护；神经精神症状；会话分析；责任能力；自我保护；照护者伤害；保护责任

Abstract

When a parent living with Alzheimer's disease or a related dementia insults, falsely accuses, hits, resists care, or engages in fecal smearing, family care is often forced into a false choice: the conduct is treated either as a neuropsychiatric symptom, an unmet need that has failed to find linguistic expression, or an injurious event affecting the caregiver. Each description captures something important, yet each can erase what the others must preserve. A symptom account may reduce blame while deleting the injured caregiver from the event record. A communicative account may restore context and personhood while assigning interpretive and preventive labor to the very person who has been harmed. A harm account may activate protection while remoralizing a cognitively impaired person as a culpable perpetrator. Drawing on behavioral neurology, conversation analysis, and legal philosophy, this article argues that high-impact dementia-related behavior is a compound event requiring separate normative and clinical ledgers. Causal explanation, interactional meaning, responsibility capacity, harmful impact, and allocation of protective duties cannot be settled by a single classification. Cognitive impairment may excuse the person from blame without erasing physical, psychological, reputational, sanitary, or relational harms. Likewise, the possibility that behavior communicates a need does not require an injured caregiver to complete interpretation before exposure is stopped. The article defines a "post-exculpatory protection gap" as the institutional condition in which

blame is appropriately withdrawn from the person with dementia, but the tasks of terminating exposure, documenting harm, arranging the next care shift, and preventing recurrence are not transferred to a named third party and therefore default back to the injured family caregiver. It proposes an exculpation-to-handover principle: diminished responsibility should reduce blame, while increased impact should intensify external protection; these judgments must be recorded independently, and crossing a high-impact threshold should trigger a handover of protective responsibility. A dual-ledger-and-handover model, two classification matrices, a seven-step response protocol, twelve testable predictions, and eight falsification conditions are developed. The aim is neither to criminalize dementia care nor to deny the communicative properties of behavior, but to prevent “the patient is not blameworthy” from becoming “the caregiver is not entitled to protection,” and to prevent understanding from becoming a condition of escape.

Keywords: Alzheimer’s disease; family dementia care; neuropsychiatric symptoms; conversation analysis; responsibility; self-protection; caregiver harm; duty of protection

问题的真正难处：三种正确答案为何共同制造失败

一个父亲因为妄想坚称女儿偷了存折，在亲友和邻居面前反复指控；一个母亲在洗浴时抓伤儿子，事后完全不记得；另一位老人半夜拆下尿布、涂抹粪便，照护者在清理、安抚和防止跌倒之间连续数小时无法休息。临床工作者会追问是否存在疼痛、感染、便秘、睡眠紊乱、药物不良反应、环境过度刺激或照护任务带来的恐惧；强调以人为中心的照护者会问，这些行为是否在表达羞耻、拒绝、控制感丧失或某种不能用语言组织出来的需要；受伤的儿女却可能只想说：“我知道他病了，但我也真的被打了、被毁谤了、被耗尽了。”

家庭照护的困难不只在于事件严重，而在于三种语言分别拥有一套结案标准。临床语言在发现诱因、降低症状或避免不必要用药时完成任务；互动语言在恢复患者的参与权、推进会话修复或重建可理解性时完成任务；责任语言则在判断行为人是否可被责难、他人是否可以阻止侵害时完成任务。只要其中一种语言抢先成为唯一结论，另外两类事实便容易失踪。

把抓打说成“疾病症状”，可以有效阻止家属把老人理解为故意报复，但一句“他不是故意的”常常也结束了对伤口、恐惧、睡眠剥夺和再次暴露的询问。把辱骂、拒护或涂抹粪便说成“未满足需要”，可以让照护摆脱惩罚性思维，却可能产生另一个隐蔽命令：家属若仍然受不了，似乎说明他还没有找到真正诱因、没有用对沟通方式、没有足够耐心。把事件称为“伤害”或“暴力”，能够承认照护者的处境，却又容易导入完整意图、稳定人格和可归责选择等并不存在的前提。

因此，本章拒绝“究竟是哪一种”的单选题。真正需要回答的是：当病因解释、互动意义和现实损害同时成立时，怎样分别处理它们，而不让其中任何一项吞掉其他两项？更具体地说，怎样做到四件事同时成立：不把认知受损的老人道德化为有完整控制能力的施害者；不否认儿女的身体和心理受害；不让安全措施以先完成行为破译为条件；不把解释、预防、承受和修复的整套责任重新压回家庭内部。

本章提出的中心判断是：免责不是事件的终点，而应当是保护责任的换手点。当认知损害削弱了对患者进行责难的根据，照护系统不能因此退出，反而必须更清楚地指定谁接手风险评估、暴露终止、替代照护、医学排查与复发预防。否则，“没有人应受责备”会在实践中滑成“没有

人必须接管”，而唯一不能离场的人——通常是同住的配偶或成年子女——便成为所有剩余义务的默认承受者。

概念范围：何谓“高冲击行为”

“高冲击行为”不是新的诊断类别，也不等同于所有痴呆神经精神症状。本章用它标记一种事件级阈值：某次行为已经造成，或在当时情境中构成迫近的、具有实质性的身体、心理、名誉、卫生、财务或关系安全风险，并显著改变照护者能否继续安全提供照护的条件。其判断对象是“这次事件对共同生活造成了什么”，而不是“患者属于什么人”。

高冲击可以表现为不同形态。第一，身体性冲击，包括抓、咬、推、打、投掷物品、持械威胁以及在照护操作中造成的伤害。第二，心理性冲击，包括持续辱骂、威胁、夜间惊扰、不可预测的爆发和使照护者长期处于警戒状态的行为。第三，名誉与社会关系冲击，例如基于妄想的偷窃、虐待、不贞或谋害指控，尤其当指控被传播给亲属、邻里、警务或医疗人员时。第四，卫生与居住冲击，包括粪便涂抹、尿液污染、吞食非食物、火源和燃气风险等。第五，照护连续性冲击，包括持续拒绝进食、服药、清洁或必要治疗，使家庭成员不得不在强迫、放弃与求助无门之间选择。

这个概念有三条边界。其一，高冲击不是对行为人格格的描述；同一患者可在绝大多数时间温和而在特定时段出现高冲击事件。其二，高冲击不以故意为必要条件；伤害是否发生与行为人是否具有完整意图，是两个不同问题。其三，高冲击也不自动授权任何强制措施；保护仍受必要性、比例性、最小限制和患者尊严约束。它只要求系统停止用“无责”注销风险。

行为神经病学常用“激越”“攻击”“精神病性症状”“脱抑制”“拒绝照护”等术语。国际老年精神医学协会对认知障碍中的激越所作定义，已经把言语攻击、身体攻击、情绪痛苦和额外功能损害纳入同一综合征，同时要求排除单纯由其他精神、躯体、物质或不良照护条件解释的情况（Cummings et al., 2015; Sano et al., 2024）。这说明临床分类并非只看脑病，也看情境和功能后果。但它的主要结果变量仍然围绕患者综合征及其严重度展开，照护者的受伤、恐惧、污名和失去继续照护能力，通常被放在“照护负担”或“照护者痛苦”这一附属栏中。高冲击行为的提出，正是为了把事件影响从附属反应提升为独立记录对象。

研究性质、材料与证据边界

本章是一项概念建构与规范分析，不报告原创临床试验，也不以文献拼接替代因果证据。材料分为三组：第一组是痴呆神经精神症状、需要驱动行为、激越管理和家庭照护风险研究；第二组是痴呆互动中的修复、纠正、知识权利、共同回忆和会话推进研究；第三组是关于责任能力、免责、正当化、自我保护和无责威胁的法哲学讨论。三组材料承担不同证明任务：临床研究用于说明行为多因性、可变性和照护者风险；会话研究用于说明意义在互动序列中生成且修复并非必然成功；法哲学用于区分“不能责难行为人”与“受影响者是否可以停止或抵抗伤害”。

本章不把任何一个海外法律制度直接移植为中国家庭照护规则。文中“免责”“正当化”“自我保护”主要是分析概念，而非对具体案件的法律意见。患者是否具有某项决定能力，必须针对特定决定和特定时点评估，不能仅凭痴呆诊断或一次异常行为推定。与此同时，患者的诬告也不能因为其认知损害而自动被视为虚假；涉及虐待、财产或医疗争议的指控仍需独立核查。保护照护者与保障患者免受虐待，是同一安全系统的两面，不是二选一。

经验文献存在明显不对称。研究对患者行为频率、严重度和照护者总体负担的测量较多，对照护者遭受具体伤害、创伤反应、名誉损失以及“谁在事件后接走下一班照护”的测量较少。Wharton 和 Ford（2014）已经指出，严重攻击对家庭照护者的风险研究不足，测量应同时

包含行为评估和照护者创伤，并在尊重行为沟通属性的同时保护照护者。这是本章最接近的经验一方法先声。本章在其基础上继续追问：即使临床人员同时看见了行为意义与照护者创伤，如果没有一项规则指定保护责任从谁手中转到谁手中，看见仍可能不产生接管。

病理解释的贡献与盲点：不是故意的，但事件没有因此消失

痴呆神经精神症状不是认知下降之外的偶发杂音。激越、妄想、幻觉、抑郁、焦虑、脱抑制、睡眠紊乱、重复行为和攻击在病程中极为常见，并与更高医疗利用、较早机构安置、患者生活质量下降以及照护者压力相关（Kales, Gitlin, & Lyketsos, 2014; Kales et al., 2015）。前额叶控制、威胁识别、记忆监控、情绪调节和社会认知受损，会改变一个人理解照护意图、抑制冲动和从纠正中更新信念的能力。身体疼痛、感染、便秘、尿潴留、睡眠不足、听力下降、药物不良反应和谵妄，又可能把原有脆弱性推过爆发阈值。

这一解释具有不可替代的伦理价值。它把“他为什么这样对我”从人格归因转向病理与情境机制，阻止家属用惩罚、争辩、羞辱或报复来恢复秩序。阿尔茨海默病协会和英国国家卫生服务体系的照护建议都强调，攻击可能来自疼痛、感染、环境刺激或沟通困难，患者通常并非故意为难照护者；突然出现的行为变化应优先排除躯体疾病与谵妄，并在危险时离开现场、寻求帮助（Alzheimer's Association, n.d.; NHS, 2024）。

然而，病理解释有一个账本偏向：它擅长回答行为从哪里来，却不自动回答行为落在谁身上。临床记录中的“患者激越改善”与家庭中的“女儿仍不敢单独进浴室”可以同时为真；“妄想频率下降”与“偷窃指控已经破坏兄妹关系”也可以同时为真。行为原因被识别后，事件常被认为已经得到理解；药物或环境调整后，患者量表得分可能下降；但照护者是否受伤、是否需要暂停同住、是否还能承担夜间照护、下一次发作时谁到场，仍没有必然答案。

更棘手的是，病理解释可能出现一种无意的规范越权：从“患者控制能力受损”推到“家属应当承担更多”。前一句是关于行为人的能力，后一句却是关于风险如何分配。两者之间没有逻辑必然性。认知损害可以减少责难，却不能把原本应由家庭、医疗、社会照护和紧急服务共同承担的风险，自动转移给身体距离最近的亲属。临床上越确定患者“不是故意的”，越需要明确另一条独立记录：谁受到了什么影响，谁负责终止继续暴露。

需要解释的伦理突破与反转风险：行为有意义，不等于受伤者必须破译

需要驱动的痴呆行为模型把所谓“问题行为”重新理解为受损能力条件下对需要或目标的表达。Algase等（1996）提出，游走、叫喊、攻击等行为可能由相对稳定的背景因素与可变的近端因素共同产生；Kovach等（2005）进一步指出，当语言表达能力下降时，需要会以非规范行为呈现，照护者难以识别，未被满足的原始需要还可能引发新的需要和级联症状。这个转向改变了照护伦理：拒绝洗浴可能在表达寒冷、疼痛、羞耻或对陌生触碰的恐惧；抓打可能是对被逼近、被脱衣或听不懂复杂指令的防御；涂抹粪便可能与失禁、便秘、不适、失眠、寻找厕所失败或对污物感知变化有关。Ata等（2010）对246名痴呆患者的调查发现，粪便涂抹与更低认知功能、更多负性情绪/行为和失眠有关，这至少反驳了把行为简单归结为“故意恶心家人”的解释。

需要解释也推动了非药物干预。DICE框架要求描述行为、调查患者—照护者—环境因素、共同制定方案并评估效果；其优势是让行为脱离抽象标签，回到具体时间、地点、任务和互动过程（Kales et al., 2014）。在很多低至中等强度事件中，这一路径确实能够减少冲突：调整洗浴时间、先处理疼痛、降低噪声、使用一步一指令、提供选择、允许暂停、改变照护者或改用替代活动，都可能比争辩或镇静药更有效。

问题发生在“行为有意义”被改写为“家属有义务找到这个意义”。意义原本是一个经验假设：行为也许与某种需要有关，需要通过观察、试验和患者参与来验证。进入家庭照护伦理后，它却可能变成对照护者的资格审查：如果老人继续攻击，是不是你语气不对？如果他拒护，是不是你没有尊重自主？如果你想退出，是不是你没有理解行为背后的痛苦？这样一来，患者的表达困难被看见了，照护者的安全困难却被道德化了。

这种反转并不是需要模型的必然结论，而是其在资源不足的家庭环境中被使用时产生的制度后果。专业团队可以轮班、会诊、记录和复盘；家庭照护者往往没有下班时间，也不能在被攻击后自动换人。任何要求“更细致观察诱因”的建议，都意味着有人要继续靠近风险、承担试错并记录后果。如果这项劳动没有外部支持，行为解释越精细，责任可能越集中在家属身上。于是一个原本为患者去污名化的理论，会在另一端制造照护者的自责。

因此必须设立一条硬边界：可沟通性是行为的一种可能属性，不是受伤者继续在场的义务来源。在安全被威胁时，互动可以先停止，意义可以由未受伤的第三方在事后重建。一个行为后来被证明与疼痛、恐惧或失禁有关，并不意味着当时离开房间、叫停洗浴或请求替代照护是错误的。

会话分析的校正：意义在序列中生成，修复也会失败

会话分析不把话语的行动意义仅仅放在说话者头脑里，而是考察一个回合如何被下一个回合理解、接受、拒绝或修复。普通会话具有一套处理说错、听错和理解失败的修复组织，并明显偏好由说话者自我修正，而非被他人直接纠正（Schegloff, Jefferson, & Sacks, 1977）。Schegloff（1992）进一步把修复看作维持主体间理解的结构防线，同时也展示了这道防线失效时会发生什么。

痴呆互动研究使这一点更加具体。Orange、Lubinski 和 Higginbotham（1996）发现，阿尔茨海默病进展会增加会话问题与修复所占比例，患者与家庭会话伙伴的修复方式也随阶段改变。Savundranayagam 和 Orange（2014）则发现，家属对沟通策略是否有效的判断，与会话中实际使用效果之间存在阶段性不匹配。也就是说，家属既不是天然的“行为翻译器”，也无法仅凭亲密关系稳定判断哪种修复有效。

在知识冲突中，问题更尖锐。Landmark 等（2021）分析 16 对受痴呆影响的伴侣，发现家属纠正患者事实主张时会在三种做法之间移动：直接纠正并取得知识权威，邀请患者自我纠正，或者提出不同主张并说明理由。患者的回应从自我贬低到抵抗和坚持不等。这里不存在一种既保证事实准确、又保证患者尊严、还能顺利推进互动的万能句式。对“你偷了我的钱”进行事实纠正，可能维护家属名誉，却也可能公开患者的认知失误；不纠正可以维持短期平静，却可能让指控扩散。互动中的每一步都在重新分配知识权利、关系面子和风险。

Slocombe 等（2024）对共同回忆的研究显示，候选答案、附加问句和由一方承担共同记忆等做法可以维持会话推进，且“共同连接”有时比准确回忆更重要。这个发现支持一种关系性照护，但也暴露了成本：维持推进需要另一位参与者持续设计问题、补足回合、让出发言机会并管理失误。Young 等（2016）观察到，频繁会话伙伴常在重叠发言时让出自己的回合，为痴呆患者创造表达空间。这样的让步在普通交流中可以维护参与权，在辱骂、威胁或攻击现场却不能被无条件推广。让出回合与让出安全不是同一种伦理要求。

会话分析因此提供了对“需要解释”的双重校正。第一，行为意义不是藏在患者身体里等待家属挖出的单一真相，而是在前序行动、照护任务、回应方式和后续修复中逐步显现。第二，互动组织本身承认修复可能失败；当共同理解无法恢复时，会话并没有一项神秘机制保证继续靠近就会得到答案。由此可得一个对家庭安全至关重要的结论：保护行动不应以意义恢复为先决条

件。在事件现场，停止身体接近、换人、撤离危险物或中断任务，都可以在原因尚未明确时成立。事后调查可以重新打开意义问题，但不能反过来取消当时的保护。

责任、免责与自我保护：行为人无责，为何受影响者仍可被保护

法哲学长期区分行为不当、行为人可责与防御行动是否正当。Austin（1957）通过日常免责词汇提醒我们，“意外”“被迫”“无法控制”等表达不是说事件没有发生，而是在改变我们如何评价行为人的参与方式。Hart（1968）把责任条件与法治中的归责、惩罚限制联系起来：能力缺陷可以构成不惩罚或少责难的理由，但这种理由针对的是行为人，而不是对外部后果的历史改写。Strawson（1962）关于反应态度的讨论也显示，当我们把某人置于更“客观”的立场看待时，怨恨等参与性态度可能被暂停；然而被直接影响者的恐惧、悲伤和关系改变不会因此自动消失。

刑法哲学中“正当化”与“免责”的区别尤其重要。正当化通常说明行为在当时情境中可被允许；免责则承认行为仍具有不良性质，但由于行为人的能力、认识或处境，不宜对其进行完整责难。Greenawalt（1984）指出二者边界并不总能被整齐划分，但这种困难并未取消一个核心洞见：判断行为人是否可责，与判断他人如何回应，不是同一个问题。

“无责攻击者”争论把这个区别推到极端。一个因为精神失常、被催眠或完全误认现实而造成威胁的人，可能并无道德罪责；被威胁者是否仍可自我保护，哲学界存在争议。Otsuka（1994）强调无责威胁者不应轻易被当作可牺牲对象；McMahan（1994, 2005）、Clark（2000）和Kaufman（2010）则从不同角度讨论为何对无责攻击仍可能存在防御许可，但这种许可受到必要性与比例性限制。无论站在哪一边，这场争论都表明：行为人无罪责，并不会自动把全部风险分配给被攻击者。至少在非致命、可逆和低限制的措施上，离开现场、设置距离、移除危险物、换人照护和呼叫援助，不需要先证明患者应受责备。

把这一区分带回痴呆照护时，必须降低“战斗”隐喻。父母不是敌人，洗浴间也不是战场。法哲学在此提供的不是对抗授权，而是一项逻辑拆分：患者的责任能力决定我们能否谴责、惩罚或要求其通过理性承诺避免再犯；行为的迫近风险与可替代方案，则决定当下可以采取何种保护。前者受损，不会使后者失效。相反，患者越难理解事后规则、记住承诺或控制冲动，家庭越不能把未来安全押在“下次说清楚”上，越需要环境、人员与服务层面的替代机制。

这也解释了为什么“原谅”不是充分方案。原谅是一种关系态度，通常假定伤害已经被命名；若家属一开口就被告知“他病了，不要计较”，这不是原谅，而是取消其陈述资格。真正的不归罪必须允许两句话同时出现：“老人不是故意的，也不应被羞辱或惩罚”；“儿女受到的伤害真实，且不必继续单独承受同类风险。”

三套账本的冲突：每一家都把自己的完成当成事件完成

现在可以看见三种解释之间真正的分歧。行为神经病学把稳定对象设为神经精神症状：它追问症状类型、诱因、病理机制、严重度和治疗反应。会话分析把稳定对象设为互动序列：它追问前一个行动如何使下一个行动成为可能，参与者如何展示理解，纠正如何改变知识权利，修复如何成功或失败。法哲学把稳定对象设为规范关系：它追问行为人具有什么能力、能否被归责、他人采取保护行动是否必要且合比例。

三者之间至少存在三组不可被温和消解的冲突。

第一，症状编码与互动生成之间的冲突。临床量表必须把“言语攻击”“拒绝照护”或“妄想”编码为患者特征，才能比较严重度和治疗效果；会话分析却会提醒，辱骂发生在什么任务之后、谁先做了何种要求、家属如何纠正、患者如何抵抗，都会改变行为的行动意义。若只做患者

编码，照护方式与任务结构被移出画面；若只做互动分析，又可能把进行性脑病对抑制、记忆和现实监测的破坏低估为普通的关系协商。

第二，意义恢复与暴露终止之间的冲突。互动取向希望理解拒绝、喊叫和攻击在表达什么，并通过修复保存患者的主体地位；安全取向却必须允许一个人在意义尚未恢复时离开。对于低风险误解，继续互动通常有价值；对于已经抓伤、投掷物品或反复威胁的事件，要求受伤者先证明“沟通已经尽力”才可中止照护，会把解释变成逃生许可的门槛。

第三，免责与受害承认之间的冲突。责任理论可以合理降低对认知受损者的责难；但家庭关系中，人们常把“不可责”误听成“没有受害者”。相反，若家属使用“受害”“攻击”语言，又容易被担心是在犯罪化老人。于是临床服务采取最安全的修辞——“挑战性行为”“照护压力”——却在降温的同时模糊了谁被击中、谁失去睡眠、谁不敢回家。

这三组冲突背后有一个共同前提：只要找到行为的正确本质，回应义务便会自然随之确定。症状解释认为识别病因后会得到治疗方案；需要解释认为恢复行为意义后会得到关系性回应；责任解释认为判断能力与责难后会得到规范结论。但痴呆高冲击行为恰恰证明，一个事件不存在能够独自结清全部义务的“正确本质”。病因可以清楚而风险仍未被接管；需要可以被理解而伤害仍不可继续；行为人可以免责而受影响者仍有保护权。

推翻单一结案前提：修复失败不是等待命令，免责也不是风险注销

单一结案前提可以被两类材料从内部推翻。

第一类来自会话组织本身。修复研究从未承诺每个理解困难都能恢复；它研究的正是参与者如何发现麻烦、尝试修复以及结构性防线如何失效。痴呆互动进一步显示，随着病程进展，问题来源增多，家属对策略效果的判断也可能失准。若“意义必须被正确恢复”才允许行动，那么修复最困难的家庭反而最不能退出风险。这一结论与会话分析对修复失败的经验事实相矛盾。更合理的解释是：互动可理解性与现场安全是并行目标，当二者冲突时，低限制的暴露终止可以先发生，意义重建由更安全的时点和不同人员继续。

第二类来自免责理论本身。免责词语之所以有意义，正因为它们修改的是归责，而不是把行为变成从未发生。一个意外打翻墨水的人可以不受责备，但纸张仍被污染；一个因精神障碍无法理解现实的人可以不受谴责，但他人的生命或身体风险仍然存在。把免责理解为全事件注销，反而抹去了免责与正当化的区别。由此可见，“患者因认知损害不具完整责任能力”最多支持减少责难、避免惩罚、调整沟通与限制措施，不能支持让同一个家属无限继续暴露。

这两类反证合在一起，得到一个三重否定：高冲击行为不是只凭病因即可结清的症状，不是等待家属破译的隐含需要，也不是以完整罪责为前提的普通侵害。它是一种具有多重属性、需要分别记账的复合事件：患者方面有病理机制和表达困难；互动方面有行动序列、修复机会与修复失败；照护者方面有现实影响；制度方面有必须被分配的保护任务。

核心命题：免责是保护责任的换手点

本章提出“免责—换手原则”：

当认知损害实质削弱患者对某项行为的理解、控制或后果认识时，对患者的责难应相应减少；当行为已经造成或迫近造成实质损害时，保护强度应随影响而增加。两项判断彼此独立。高冲击阈值一旦被跨越，风险识别、暴露终止、医学排查、替代照护与复发预防的主要责任，应从受影响家属手中转交给具名的家庭外或家庭内第三方，而不得因患者免责而悬空。

可以把它压缩成两条关系：

责难强度取决于责任能力，而不是伤害大小；保护强度取决于影响与复发风险，而不是行为人是否有罪。

前半句保护患者。认知损害并非全有或全无，且能力必须针对具体任务和时点评估。一个人可能能决定午餐吃什么，却无法理解正在进行的洗浴、无法记住刚才的解释或无法抑制防御性抓打；也可能在某次妄想指控中仍保有一定控制与理解。对能力的细分能够避免把所有痴呆患者一概视为无主体、无责任。

后半句保护照护者。被抓伤、被威胁、持续失眠、卫生暴露或被妄想性指控损害名誉，都不以行为人有完整恶意为成立条件。承认影响也不等于把患者贴成“施害者”；它只意味着服务系统需要把照护者作为事件参与者而非背景资源进行评估。

“换手”是该原则区别于一般“兼顾双方”的关键。很多指南已经同时提到患者原因与照护者安全，但“同时提到”不等于责任被转移。换手要求出现可核查的持有人、时间点和任务清单：谁在接下来二十四小时接替高风险照护，谁联系医疗人员排除急性病因，谁记录伤害并询问照护者是否还能安全继续，谁决定何时复盘互动，谁在复发时到场。没有这些字段，“支持家属”仍可能只是把更多建议交给家属。

新概念：“免责后保护空位”

本章把下列制度状态定义为免责后保护空位（post-exculpatory protection gap）：

患者因痴呆相关认知、情绪或控制损害，不具有与事件相匹配的完整责任能力；

某次行为已经跨越高冲击阈值，对家庭照护者造成实质损害或迫近风险；

临床或家庭解释成功降低了对患者的责难；

事件之后，没有具名第三方接手停止继续暴露、记录照护者影响、安排下一班照护、排查诱因和预防复发；

上述任务因而默认回到刚刚受影响的照护者。

这个概念描述的不是一个人的心理，而是一种关系—制度结构。它可能在医疗资源丰富的家庭发生：医生解释了妄想，却没有人安排夜间替班；也可能在资源匮乏的家庭发生：社区服务只提供沟通手册，没有上门或喘息服务。它并不要求服务系统“有罪”，也不否认家庭成员愿意照护；它只记录一个可观察事实——在责难退出后，保护任务有没有新的持有人。

“空位”之所以隐蔽，是因为短期指标可能看起来改善。家属学会避开触发点，患者攻击减少；女儿不再争辩偷钱指控，家中冲突降低；儿子在半夜更熟练地清理粪便，紧急求助次数下降。行为频率和服务使用都可能变好，但这种改善也可能意味着家庭更高效地吸收了风险。若没有独立的照护者影响指标，系统会把“风险被私有化”误读为“问题已解决”。

免责后保护空位具有自我强化性质。家属越能干，越少得到替代服务；越少得到服务，越必须成为唯一专家；越成为唯一专家，外部人员越以“他最了解老人”为由不接手。最终，专业系统以患者的个体化需要为理由，把所有不可标准化的劳动留在家庭；家庭再以亲情和孝道把不能完成的部分转化为内疚。

识别这一空位，不是要求每次争执都启动强制介入。它只适用于跨越高冲击阈值的事件，并坚持“最小充分接管”：采取足以停止当前暴露和降低近期复发风险的最低限度措施，同时保留患者的熟悉环境、自主参与和关系连续性。接管可以是家中另一位成年人替班、社区护士上门、日间照护、短期喘息、专业洗浴、医疗评估或必要时的紧急协助；它不等于自动送院或机构化。

双账一接管：把解释、影响与任务持有人分开

为使上述原则可以进入临床与社区流程，本章提出“双账一接管”记录法。

（一）原因—意义账

这一账回答“行为如何发生、可能在表达什么”。记录至少包括：行为的时间、地点、对象和持续时长；行为前的照护任务与会话行动；疼痛、感染、便秘、失禁、药物、睡眠、感官和谵妄线索；环境噪声、拥挤、温度与陌生人员；患者可能的目标、恐惧、羞耻、拒绝或控制感；家属与患者各自的叙述；尝试过的修复和其结果。

原因—意义账保持开放。对“未满足需要”的推断必须以可观察线索和干预反应验证，不能把每次高冲击行为都浪漫化为一条等待解码的信息。原因可能多重、相互冲突或始终不明。记录“不确定”不是失败，而是防止臆测成为对家属的责任指控。

（二）影响—保护账

这一账回答“行为对谁造成了什么，是否仍在暴露”。记录至少包括：身体伤害及医疗需要；恐惧、惊跳、睡眠与回避；名誉、亲属关系、邻里、警务或财务后果；卫生暴露与居住可用性；事件频率、升级趋势、危险物与逃离条件；照护者是否愿意并能够继续当前班次；其他家庭成员、儿童或同住者的风险。

影响—保护账不要求先判断患者是否故意，也不把照护者的痛苦仅压缩为一个“负担分数”。负担是长期累积，单次高冲击事件却可能在总分尚不高时已经改变安全条件。记录“被抓破皮”“连续三夜不敢入睡”“指控已传到工作单位”比“压力较大”更能触发相应保护。

（三）接管字段

第三部分不是新账，而是强制回答“下一步由谁持有”。每项行动必须写明姓名或机构、完成时限、失败后的升级路径。至少包括：谁在事件后立即接替；谁在规定时间内完成躯体和药物排查；谁与照护者单独谈话并记录影响；谁负责调整环境与照护任务；谁决定复盘会话与重新尝试的时点；谁在下次事件中被呼叫。

这三个部分必须同时存在。只有原因—意义账，会把家属变成永续侦探；只有影响—保护账，会把患者的病理与表达困难删除；没有接管字段，两本账都会停留在“被看见”，无人对下一班负责。

本章提供一个不含价值判断词的现场诊断问句：

老人被免于责难之后，下一次伤害发生前，谁接走当前照护者手中的防护任务？

若回答仍是“家属注意观察、调整方式、必要时求助”，而没有具体持有人与时限，保护空位仍然存在。

两个二维分类表：允许解释未完成，禁止保护被悬置

表1把“原因是否已经识别”与“继续暴露是否已经终止”分开。它直接反驳一种常见顺序：先理解，再保护。

表1 解释状态与暴露状态的二维分类

表中右上格最值得警惕。它比“原因不明且无人管”更容易通过现行流程，因为团队已经完成医学解释或行为分析：疼痛被发现、洗浴恐惧被识别、妄想被诊断。问题在于，解释成功并未改变谁承担下一次接近。短期行为频率可能下降，使这一格长期不被发现。

表2 把责任能力与影响阈值分开。它说明“无责伤害”不是概念矛盾。

表2 责任能力与高冲击阈值的二维分类

左下格是传统痴呆行为管理最擅长处理的区域；右下格则是本章关注的核心。两格的患者都可能“不是故意的”，但只有右下格要求立即增加保护强度。若把两格合并为“疾病症状”，高冲击阈值就会消失。

七步家庭—专业协同流程

“免责—换手原则”需要转化为在家中、门诊、社区、急诊和机构照护均可使用的动作序列。以下流程不是医疗处方，而是一套可由当地服务制度化的最小结构。

第一步：先终止暴露，不以完成沟通为条件

当存在抓打、持物威胁、追逐、火源、坠落、严重卫生暴露或照护者明显恐惧时，先拉开距离、中止当前任务、确保出口、移开危险物、保护其他同住者，并联系当地紧急或医疗支持。不要在激越高峰纠正事实、追问动机或要求道歉。若可以安全离开房间，离开不是遗弃，而是低限制的保护。患者同样需要免于被多人包围、按压或大声呵斥。

第二步：完成急性医学排查

突然或显著加重的行为应排查疼痛、感染、便秘、尿潴留、脱水、低氧、药物变化、睡眠紊乱、感官问题和谵妄。痴呆诊断不能成为把所有异常都归入“痴呆本身”的理由。对于粪便涂抹，还应评估失禁、肛周不适、厕所识别、行动能力、穿脱衣困难与夜间睡眠。医学排查应由专业人员持有，不能只给家属一张观察清单。

第三步：分别听取患者与照护者，而非只做共同访谈

患者应在可行范围内表达其不适、恐惧、拒绝和偏好，并获得适配沟通与支持决策。照护者也需要一次不在患者面前的单独陈述，尤其涉及被打、被威胁、羞耻、怨恨、害怕自己反击或想暂停照护时。若只做共同访谈，家属可能为保护患者面子而淡化伤害，患者也可能因被公开纠正而进一步抵抗。

第四步：双账记录，不用一条解释覆盖另一条

专业人员分别完成原因—意义账与影响—保护账。记录应保留不同叙述，而不是急于判定谁“说得对”。妄想性指控可以是症状，也可能夹杂真实的财务争议或照护冲突；患者的能力受损不能使指控免于核查，家属的照护身份也不能使其自动被怀疑。

第五步：指定下一班的接管者

若事件跨越高冲击阈值，原照护者不得被默认立即恢复同样任务。团队需要确定一项最低可行的替代：另一位家属轮班、专业上门、日间照护、短期喘息、由不同性别或更熟悉的人员完成洗浴、暂时改变同住安排，或在风险无法控制时进行更高等级评估。接管必须写明起止时间；“家属自行协调”不是接管。

第六步：在安全之后重建意义与修改任务

暴露终止后，再复盘事件序列：哪一步出现抗拒，哪些话语或身体接近引发升级，患者是否有可保留的选择，任务能否拆分或取消，能否用视觉提示、示范、候选答案、安静时段或熟悉人员降低困难。会话修复应服务于未来安全和患者参与，而不是用来证明过去的照护者做错了什么。

第七步：以双结果评估，而不是只看患者行为频率

随访至少同时追踪两类结果。患者端包括激越、疼痛、睡眠、拒护、药物不良反应、生活质量和限制措施；照护者端包括再次暴露、身体伤害、恐惧、睡眠、抑郁焦虑、是否敢于求助、是否有替班以及继续照护意愿。患者行为减少但照护者仍高度警戒，不算完整成功；照护者暂时轻松但患者被过度镇静或限制，也不算成功。

与保护义务法理的分界：向谁负有义务，与义务落在哪一格

本章说免责是保护责任的换手点，而“免责之后谁来保护”这个问题在法理上有一位绕不开的祖宗：塔拉索夫一案确立的保护义务——当一个人因疾病而不对自己的行为承担责任时，防止他

伤害第三人的义务并不随之消失，而是转移到有能力预见并阻止的一方身上，即便那一方与受害者之间没有合同关系。

它说到哪一步：它已经完成了本章最想说的那一半——**不归责与不保护是两件事，免责不能注销风险**。这一点本章不是第一个说的，必须承认。

分离线在于**转移给谁**。保护义务法理把义务转移给**专业方**（治疗者、机构），因为专业方有预见能力与阻止手段；本章处理的是转移之后仍然落空的那一格：在家庭照护里，专业方通常不在场，而在那一方（家属）**既是可能的受害者，又是被默认要继续提供保护的人**。法理上的义务转移在这里指向了一个与受害者重合的主体，于是保护责任在形式上有人承担、在事实上无人承担。这就是本章说的空位。

判定形式：**取一批已经作出“行为人无责”判定的事件，看事后是否有一个与受影响者不同的具名主体承接了保护任务**。若有，本章的空位不成立；若绝大多数事件的承接人就是受影响者本人，则空位是一个真实的制度形状。这一条可以在既有的事件记录上清点，不需要新设计。

第二受害者研究那一支在这里给本章加一条限制：它已经指出**照护过程中受到伤害的从业者本人会被系统性忽略**，并建议设立支持通道。它与本章相容，但它的落点是事后支持，本章的落点是当下的任务持有人。一个提供了完善事后支持的系统，仍然可能在事发当刻把保护任务留给受伤的那个人。

与相邻概念和方法的划界

一个新概念只有在最接近的既有概念不能替代它时才有必要。“免责后保护空位”需要与至少十个邻近对象区分。

神经精神症状与激越综合征

神经精神症状回答患者呈现何种综合征、严重度如何以及哪些诱因可干预。国际共识已把情绪痛苦、言语攻击、身体攻击和额外功能损害放入激越定义，并发展出调查、方案、评估与预防算法（Cummings et al., 2015；Cummings et al., 2024）。但其中心对象仍是患者综合征。“保护空位”记录的是综合征得到解释或患者得到免责之后，谁承担受影响者安全与照护连续性。若仅降低激越评分，却仍由同一位已受伤家属承担高风险任务，临床成功与保护失败可以并存。

未满足需要与需要驱动行为

未满足需要解释行为为何发生，并要求寻找疼痛、饥渴、排泄、依恋、活动、控制与安全需要。它能改变惩罚性照护，却无法保证每个行为都有可恢复的单一意义，也不指定意义恢复失败时谁接管。保护空位的判据不是“需要是否已找到”，而是“暴露是否终止、接管者是否具名”。即使疼痛这一需要已经被确认，原照护者也可能需要替班与恢复时间。

DICE 与功能性行为分析

DICE 是本章最重要的方法邻居。它以描述、调查、制定和评估组织非药物干预，强调患者、照护者与环境共同作用。它的潜在盲点不在步骤错误，而在启动前提：问题通常由照护者带到临床，描述与执行也高度依赖照护者。如果照护者就是受伤者，整套流程可能继续把他作为信息源、执行者和效果监测者。本章增加两项不可由原流程自动推出的门槛：影响—保护账独立于行为解释；高冲击事件必须出现下一班接管者。专业人员可以使用 DICE 完成原因—意义账，但不能用完成 DICE 替代接管。

照护者负担

负担量表适合测量长期时间、情绪、经济和角色压力。纵向研究显示，神经精神症状与负担持续相关，缺少服务的照护者负担更可能随时间增加（Connors et al., 2020）。但“负担”把一次抓伤、一次严重威胁、持续数夜的惊恐与日常琐碎压力放在同一累积尺度上，也容易暗示问题是照护者承载能力不足。高冲击阈值关注事件是否改变安全条件，而非照护者是否已经“够累”。一个总体负担分数不高的人也可以在一次持物攻击后合理要求接管。

照护者创伤与“第二受害者”

创伤概念能承认攻击后的恐惧、回避、自责和警觉，纠正只测患者症状的偏向。但创伤通常在事件之后评估，未必说明下一次暴露前由谁行动；“第二受害者”又多用于医疗不良事件中的工作人员，容易把患者固定为第一受害者、照护者固定为次级受害者。本章不排列受害等级，而是要求患者利益与照护者安全分别记录，并把保护责任前移到复发之前。

家庭暴力与老年虐待

家庭暴力语言能够使伤害可见，也提醒人们注意控制、恐惧和反复模式。研究显示，痴呆患者对家属的攻击与家属回击、虐待或忽视风险相关；一项挪威家庭研究中，约三分之一照护者报告曾遭患者攻击，而遭遇攻击与照护者对患者实施虐待事件相关（Steinsheim et al., 2022）。然而，传统家庭暴力概念常含稳定意图、权力控制与可责主体，直接移植可能误判认知受损者。保护空位保留“发生了伤害”和“需要阻止升级”，同时悬置未经评估的罪责推定；它也把防止照护者反击视为保护双方，而不是只为家属争取权利。

无责攻击者与自我防卫

法哲学中的无责攻击者最直接证明“不可责”与“不得防护”不能画等号。但抽象思想实验常讨论致命威胁与单次遭遇，不包含亲属依赖、反复照护、患者同样脆弱以及照护者离场后谁供给基本生活。本章只借用责任与防御的逻辑分离，不把致命武力讨论带入日常照护。其独特增量是“换手”：家属停止暴露之后，患者仍需有人接管，保护不能变成抛弃。

决定能力与支持决策

决定能力评估保护患者免于因诊断而被整体剥夺自主。NICE 指南强调，能力针对特定决定和特定时点，须先尽一切可行支持，不能只凭疾病标签、行为或“不明智选择”判定（NICE, 2018a）。但能力评估回答的是谁能决定什么，不自动回答当高风险照护无法继续时谁提供替代。保护空位把能力结果与服务责任连接起来：能力越受损，越不能把安全依赖于患者事后承诺；替代措施仍须最小限制并让患者尽可能参与。

关系性自主与以人为中心照护

关系性自主强调人的能力和身份在关系支持中实现，以人为中心照护反对把患者还原为脑病。这些取向对抗污名不可或缺，但也可能在资源不足时把“关系”具体化为某一个女儿或配偶的无期限劳动。保护空位要求把支持关系扩展为可轮换的网络；保存患者人格不能以固定某位亲属为唯一关系基础设施为代价。

Wharton—Ford 的行为—创伤双重测量

Wharton 和 Ford (2014) 主张同时测量痴呆患者的攻击行为与照护者客观创伤，并提出既尊重行为沟通属性又教育和保护照护者。这一主张与本章最接近，也构成最强竞争解释：也许只要测量更完整，就不需要“保护空位”概念。本章的可裁决差异在于，双重测量仍可能把干预落在教育照护者；保护空位要求一个制度输出——高冲击后是否出现具名接管者。如果加入照护者创伤量表而不增加替班、喘息、上门或升级路径，伤害被更准确记录却仍由同一人管理，空位没有消失。

道德困扰与孝道冲突

道德困扰描述一个人知道何种行动更合适，却因制度限制无法实行；孝道冲突描述家属在忠诚、自我保护和公共评价之间撕裂。两者能解释内疚，却容易把问题停留在心理调适。保护空位把内疚的一部分外部化：当没有人接下一班时，家属的“我不能走”不只是信念，也是服务结构事实。心理支持有价值，但不能替代人力接管。

认识不公与证言可信度

痴呆患者可能因诊断而被系统性不相信，照护者也可能因“只是家属”“情绪太大”而被低估。认识不公概念能揭示双方陈述权受损，却不直接指定风险处置。本章要求双向防错：患者指控不能因痴呆自动作废，照护者伤害也不能因患者无责自动作废；两者均进入独立核查，而现场安全不等待事实争议完全解决。

上述划界表明，本章不是给“照护者负担”换一个名称，也不是把无责攻击者理论应用到家庭。它识别的是既有框架之间未被占据的一项制度变量：在解释完成、责难退出之后，保护责任有没有从受伤者手中实际换手。

可检验预测：新概念必须产生不同于常识的结果

如果“免责后保护空位”具有经验内容，它应产生能够被观察推翻的预测，而不只是道德口号。

文书不对称预测。在责任能力受损且行为高冲击的病例中，记录会比同等伤害的非痴呆事件更频繁出现“非故意、疾病所致、沟通困难”等原因描述，却更少出现照护者伤情、恐惧、下一班接管者和复发时限字段。

解释成功悖论。控制行为严重度后，已识别明确诱因但未设接管者的家庭，可能比诱因未明但获得临时替班的家庭拥有更长的照护者持续暴露时间。原因是“找到原因”被误当作结案。

双账披露效应。在不归罪说明之后单独使用影响—保护账，会提高家属报告被打、恐惧、怨恨和害怕反击的比例；若同时采用患者尊严与非惩罚性脚本，这一披露增加不会必然提高对患者的惩罚性处置。

具名接管优先效应。对同等严重度事件，二十四小时内出现具名替班或专业接管，比只提供沟通教育更能预测三个月内再次伤害与家属反击减少，即使患者激越评分改善幅度相近。

量表遗漏预测。妄想性诬告、夜间追逐和粪便涂抹造成的名誉、卫生和睡眠后果，与一般负担量表之间只有中等相关；事件级保护指标将解释额外的暂停照护、紧急求助和关系破裂。

修复失败风险预测。直接纠正知识主张、连续追问事实或在患者无法自我修复时反复测试记忆，会在部分痴呆阶段增加抵抗和互动升级；但这种关系受任务类型、熟悉度和疾病阶段调节，不能把所有攻击归咎于家属说话方式。

资源私有化预测。患者行为频率下降但接管字段长期为空的家族，会出现“服务端改善—家属端未恢复”的分离：较少门急诊或投诉与持续睡眠障碍、警觉和退出意愿并存。

照护能力反向选择。被专业人员评价为“最了解患者、最会处理”的家属，若缺乏替班服务，反而更可能长期处在解释性搁置格；其高能力降低了系统接管概率。

互惠伤害中断预测。在患者攻击后及时把原照护者移出下一班，比单独增加家属情绪管理培训更能降低照护者对患者的心理攻击、粗暴动作或忽视，因为它直接中断疲劳与报复链。

允许先离场的非劣效预测。在原因未明的高冲击事件中，采用“先安全、后复盘”的低限制退出方案，不会比要求现场完成安抚与解释带来更差的患者中期行为结果，并会降低双方伤害；这一点可以用匹配队列或簇随机实施研究检验。

居家—机构差异预测。在具备稳定轮班和事件复盘机制的机构，“患者行为—一个人受伤—同一人继续下一班”的链条短于居家照护；若机构同样人手不足，保护空位也会出现，说明核心变量不是地点而是实际可换手性。

文化调节而非文化决定预测。孝道规范会增强家属对离场和替班的内疚，却不能完全解释保护空位。控制服务可及性后，不同文化中仍会观察到“无责被误译为无保护”的文书与流程模式；文化主要影响家属是否说出口，而非空位是否客观存在。

截至 2030 年的时间限定预测

到 2030 年，若至少三类痴呆服务将“照护者事件影响”和“下一班具名接管者”设为高冲击事件的强制字段，与仅采用神经精神症状评估和沟通教育的同类服务相比，前者应出现更高的早期伤害披露、更低的三个月重复暴露和更少的双向虐待事件，同时不增加患者的长期强制性限制。若这些结果没有出现，或者患者限制明显增加，本章的制度主张必须被修正。

竞争解释与证伪条件

最强竞争解释是“资源稀缺论”：家属之所以继续承担，不是因为症状、需要或免责语言存在概念问题，而是因为根本没有人、床位和资金。这个解释有很强力量。若社区没有上门、喘息和短住资源，再好的表格也不能创造接管者。但资源稀缺不能完全取代本章解释。首先，同样稀缺条件下，服务可以选择记录还是不记录照护者伤害，可以选择把“家属继续”写成默认还是风险，可以选择由专业人员持有医学排查还是要求家属自查。其次，只有当空位被命名和计量，资源需求才会进入预算；把所有事件记为患者症状，会系统性低估需要多少替班资源。本章并不否认物质短缺，而是指出概念账本决定短缺是否可见。

第二个竞争解释是“家庭文化论”：孝道、性别分工和亲属义务使成年子女尤其是女性不愿退出。该解释同样真实，但若只把问题归于文化，服务系统便可以吧接管不足解释为家庭选择。保护空位要求区分“愿意继续”与“没有可行替代”；只有在提供过真实选项后，偏好才有充分信息基础。

第三个竞争解释是“照护者应对能力论”：事件差异主要来自家属沟通技巧、压力和心理健康。研究确实显示，患者攻击与家属回击相关，家属焦虑抑郁增加也与虐待风险上升相关（Cooper et al., 2010; Pickering et al., 2020）。但把全部因果放在家属应对上，会形成循环：高冲击造成焦虑和失眠，焦虑又被解释为技巧不足，随后把更多训练交给同一人。本章预测，实际替班与暴露中断在控制应对能力后仍有独立作用。

以下条件可用于证伪或显著削弱本章主张：

在控制行为严重度、照护者健康和服务可及性后，加入影响—保护账与具名接管字段并未提高伤害披露、缩短持续暴露或降低复发；

临床记录中患者免责语言与照护者伤害漏记、接管延迟之间不存在稳定关联；

绝大多数高冲击事件仅通过识别诱因和沟通调整即可安全解决，且无需外部接管也不产生照护者持续后果；

不同评估者对“高冲击阈值”和“暴露是否终止”的一致性很低，无法形成可靠分类；

明确承认照护者受害显著增加对患者的镇静、约束、遗弃或惩罚性处置，而非仅增加低限制保护；

提供具名替班后，患者激越、谵妄、跌倒或关系断裂显著恶化，且无法通过熟悉化与连续性设计修复；

保护空位完全由服务短缺解释，在资源相当的系统中概念和记录差异不影响任何结果；

家属在获得充分替代选项后普遍拒绝换手，且持续照护没有提高双方伤害或退出风险。

这些条件使理论承担真正风险。若证据只支持“双重测量”而不支持责任换手，本章应退回 Wharton—Ford 路径；若强制接管造成更多患者限制，换手原则必须增加更严格的比例性、持续性和患者参与门槛。

伦理风险与自我限制：保护语言也可能制造新的伤害

本章的论证对临床和家庭中常见的“只要理解就好”提出批评，但它自身也可能越界，至少需要五项反向约束。

第一，承认照护者受害可能重新道德化患者。词语“伤害”“受害”和“攻击”会提高事件可见度，也可能诱发警务化、机构排斥、过度镇静和约束。本章因此坚持事件语言而非人格语言：说“这次行为造成伤害”，不说“患者是危险的人”；说“当前需要换手”，不说“患者失去被照护资格”。任何保护方案都应接受必要性、比例性、可逆性、最小限制和定期复核。

第二，法哲学类比可能把照护关系军事化。“无责攻击者”思想实验用于证明责难与防护可以分离，不用于推导家属对患者拥有广泛使用武力的权利。家庭场景中最优先的措施是距离、中止任务、换人、环境修改和专业支持。患者高度脆弱，跌倒、谵妄和药物副作用风险很高；对抗性防御通常会扩大双方伤害。

第三，照护者陈述也不能免于核查。家属可能因疲惫夸大、误解，也可能实施虐待后把患者反应描述为“无端攻击”；患者的妄想性语言中也可能夹杂真实事件。双账记录不是把家属自动设为可信、患者自动设为不可信，而是把两种陈述从共同访谈的权力压力中分开，再以伤情、时间线、第三方、财务记录、医疗检查和会话材料核验。保护性离场可以在事实未清时先发生，但长期限制必须以更高证据门槛为基础。

第四，高冲击阈值可能受性别、阶层和文化偏差影响。女性照护者承受辱骂、性骚扰或夜间劳动时，社会可能把它们视为家庭义务；男性照护者表达恐惧时又可能因性别期待而沉默。经济资源较多的家庭可以购买换手，资源较少者可能被记录为“不配合”。因此，阈值不能只看主观忍受度，也要记录客观伤害、复发、逃离条件和可替代资源；服务配置不能以家庭购买力作为安全资格。

第五，本章的证据主要来自欧美与少量其他国家研究，且会话分析样本通常较小、任务与场景有限。家庭中最严重的事件很少被录像，研究者看到的可能是风险较低、愿意参与研究的家庭。涂抹粪便、诬告和拒护也具有不同机制，不能由攻击研究一概推断。本章提出的是待验证的事件框架，而不是已经被随机试验证实的干预包。

这些限制产生一个重要自我约束：保护责任换手不能成为专业系统夺走家庭与患者决策权的借口。换手的对象是高风险任务，不是整个人生；换手的时长应与风险相匹配；患者能够参与的决定仍应得到支持；原照护者愿意且安全时可以重新进入，但“重新进入”必须是一项可撤回选择，而非无替代条件下的被迫同意。

研究与政策含义：从训练家属转向设计可换手的照护系统

现行痴呆家庭干预大量投入在家属知识、沟通、情绪调节和问题解决能力上。这些训练有证据基础，也确实减少部分神经精神症状。本章并不主张停止训练，而是改变训练的制度位置：训练是一种能力资源，不是把风险永久私有化的合同。一个家属即使掌握所有沟通技巧，也仍可能在某一晚需要别人接走任务。

研究设计应把“可换手性”作为独立变量，而非把服务支持只计为是否参加小组或收到材料。可测指标包括：高冲击事件后多少分钟或小时出现替班；接管者是否为原照护者之外的人；接管覆盖哪些任务；原照护者是否拥有无惩罚暂停权；服务失败时是否存在升级路线；患者对替代人员的熟悉度和反应。结果指标需要从“患者行为频率+照护者总负担”扩展为“患者症状与生活质量+照护者事件伤害与恢复+双向安全+限制措施”。

医疗和社会照护记录可以增加四个最小字段：事件是否跨越高冲击阈值；照护者是否仍暴露；下一班由谁承担；何时复核。如果电子系统只允许记录患者诊断和药物，而没有照护者影响与接管者，保护空位会被信息结构稳定复制。高冲击事件还应触发一次独立的照护者安全询问，而不是仅在患者面前问“你还能应付吗”。

支付与服务政策应承认“解释劳动”和“接管劳动”不同。远程教育、行为咨询和热线可以帮助解释，却不能替代上门、短期照护、夜间支援和紧急替班。资源配置可以采用阶梯式模式：低冲击事件以家庭支持和环境调整为主；重复中等冲击增加专业复盘与计划性喘息；高冲击事件自动获得短期接管和医学评估入口。这样既避免把所有困难医疗化，也避免只有家属濒临崩溃或已经反击后才能获得服务。

专业培训也需改变成功观。工作人员不能只问“家属是否学会了应对”，还要问“我们是否把必须由专业系统承担的部分交还给了家属”。面对“我知道他病了，可我受不了了”，合格回应不是重复疾病教育，而是先承认两件事实：“这不是他的完整选择；这仍然伤到了你。”然后进入接管问题。

与本书其余各章的分界

本章与第八章处理同一类事件的两个不同时刻：本章处理**免责判定作出的那一刻**（保护责任由谁接手），第八章处理**事件平静之后**（什么条件下才允许返场）。两章的关系是前后相接而非并列：免责后保护空位若未被填上，第八章的五门中第四门（双账记录）就无人可记。

结论：不归罪必须以不弃护为条件

痴呆高冲击行为之所以长期难以被恰当处理，不是因为临床、沟通或伦理知识太少，而是因三套知识各自只记录了一部分事件。神经精神症状研究让我们知道患者可能因脑病、疼痛、谵妄、环境与控制能力受损而行动；需要取向和会话分析让我们知道行为可能在具体序列中表达拒绝、恐惧、羞耻或未满足需要，且患者仍保有参与和知识权利；责任哲学让我们知道能力缺陷可以减少责难，但不能把风险和损害从世界中抹去。

把三者放在同一个家庭现场，结论不是折中，而是分离：原因不等于责任，意义不等于义务，免责不等于无害，保护不等于惩罚。高冲击事件必须同时拥有原因—意义账和影响—保护账，并在阈值被跨越时回答一个具体问题：下一次伤害发生前，谁接走当前照护者手中的防护任务？

“免责后保护空位”命名了一个过去容易被“老人不是故意的”遮蔽的制度事实。老人可以无完整罪责，儿女也可以真实受伤；家属可以理解行为，仍然有权停止暴露；专业系统可以尊重患者人格，同时承担替班、排查和预防责任。真正成熟的不归罪，不是要求受伤者沉默，而是在撤回责难的同一时刻，把保护交到有人负责的手里。

最后的判断可以压缩为一句话：

老人因疾病而被免责之处，正是照护系统开始具名负责之处。

注释

本章“免责”是分析性用语，指因理解、控制或后果认识能力受损而降低道德责难，不等同于任何具体法域的刑事责任认定。

本章“受害”用于确认事件影响，不预设患者具有恶意、完整意图或法律上的加害人身份。

“高冲击阈值”应由后续研究发展可靠量表。本章建议至少覆盖身体、心理、名誉、卫生、财务、照护连续性、复发与逃离条件。

本章不是针对个案的医疗或法律意见。突然出现或显著加重的行为变化需要及时医学评估；存在即时危险时应使用所在地的紧急支持。

参考文献

Alexander, L. (1993). Self-defense, justification, and excuse. *Philosophy & Public Affairs*, 22(1), 53–66.

Alzheimer's Association. (n.d.). Aggression and anger. Retrieved August 9, 2026, from <https://www.alz.org/help-support/caregiving/stages-behaviors/aggression-and-anger>

Algase, D. L., Beck, C., Kolanowski, A., Whall, A., Berent, S., Richards, K., & Beattie, E. (1996). Need-driven dementia-compromised behavior: An alternative view of disruptive behavior. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 11(6), 10–19. <https://doi.org/10.1177/153331759601100603>

Ata, T., Terada, S., Yokota, O., Ishihara, T., Fujisawa, Y., Sasaki, K., & Kuroda, S. (2010). Wandering and fecal smearing in people with dementia. *International Psychogeriatrics*, 22(3), 493–500. <https://doi.org/10.1017/S1041610210000086>

Austin, J. L. (1957). A plea for excuses: The presidential address. *Proceedings of the Aristotelian Society*, 57, 1–30. <https://doi.org/10.1093/aristotelian/57.1.1>

Bolinger, R. J. (2021). The moral grounds of reasonably mistaken self-defense. *Philosophy and Phenomenological Research*, 103, 140–156. <https://doi.org/10.1111/phpr.12705>

Clark, M. (2000). Self-defence against the innocent. *Journal of Applied Philosophy*, 17(2), 145–155. <https://doi.org/10.1111/1468-5930.00149>

Connors, M. H., Seeher, K., Teixeira-Pinto, A., Woodward, M., Ames, D., & Brodaty, H. (2020). Dementia and caregiver burden: A three-year longitudinal study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 35, 250–258. <https://doi.org/10.1002/gps.5244>

Cooper, C., Selwood, A., Blanchard, M., Walker, Z., Blizard, R., & Livingston, G. (2010). Family carers' distress and abusive behaviour: Longitudinal study. *British Journal of Psychiatry*, 196(6), 480–485. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.109.071811>

Cummings, J., Mintzer, J., Brodaty, H., et al. (2015). Agitation in cognitive disorders: International Psychogeriatric Association provisional consensus clinical and research definition. *International Psychogeriatrics*, 27(1), 7–17. <https://doi.org/10.1017/S1041610214001963>

Cummings, J., Sano, M., Auer, S., et al. (2024). Reduction and prevention of agitation in persons with neurocognitive disorders: An International Psychogeriatric Association consensus algorithm. *International Psychogeriatrics*, 36(4), 251–262. <https://doi.org/10.1017/S104161022200103X>

Dementia UK. (2023). Keeping safe when you care for someone with dementia. <https://www.dementiauk.org/information-and-support/looking-after-yourself-as-a-carer/keeping-safe-when-you-care-for-someone-with-dementia/>

Greenawalt, K. (1984). The perplexing borders of justification and excuse. *Columbia Law Review*, 84, 1897–1927.

Hansen, B. R., Hodgson, N. A., Budhathoki, C., & Gitlin, L. N. (2020). Caregiver reactions to aggressive behaviors in persons with dementia in a diverse, community-dwelling sample. *Journal of Applied Gerontology*, 39(1), 50–61. <https://doi.org/10.1177/0733464818756999>

Hart, H. L. A. (1968/2008). *Punishment and responsibility: Essays in the philosophy of law* (2nd ed.). Oxford University Press.

Kales, H. C., Gitlin, L. N., & Lyketsos, C. G. (2014). Management of neuropsychiatric symptoms of dementia in clinical settings: Recommendations from a multidisciplinary expert panel. *Journal of the American Geriatrics Society*, 62(4), 762–769. <https://doi.org/10.1111/jgs.12730>

Kales, H. C., Gitlin, L. N., & Lyketsos, C. G. (2015). Assessment and management of behavioral and psychological symptoms of dementia. *BMJ*, 350, h369. <https://doi.org/10.1136/bmj.h369>

Kaufman, W. (2010). Self-defense, innocent aggressors, and the duty of martyrdom. *Pacific Philosophical Quarterly*, 91, 78–96. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0114.2009.01359.x>

Kovach, C. R., Noonan, P. E., Schlidt, A. M., & Wells, T. (2005). A model of consequences of need-driven, dementia-compromised behavior. *Journal of Nursing Scholarship*, 37(2), 134–140. https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2005.00025_1.x

Landmark, A. M. D., Nilsson, E., Ekström, A., & Svennevig, J. (2021). Couples living with dementia managing conflicting knowledge claims. *Discourse Studies*, 23(2), 191–212. <https://doi.org/10.1177/1461445620966918>

McMahan, J. (1994). Self-defense and the problem of the innocent attacker. *Ethics*, 104(2). <https://doi.org/10.1086/293600>

McMahan, J. (2005). The basis of moral liability to defensive killing. *Philosophical Issues*, 15, 386–405. <https://doi.org/10.1111/j.1533-6077.2005.00073.x>

National Health Service. (2024). Coping with dementia behaviour changes. <https://www.nhs.uk/conditions/dementia/living-with-dementia/behaviour/>

National Institute for Health and Care Excellence. (2018a). Decision-making and mental capacity (NG108). <https://www.nice.org.uk/guidance/ng108>

National Institute for Health and Care Excellence. (2018b). Dementia: Assessment, management and support for people living with dementia and their carers (NG97). <https://www.nice.org.uk/guidance/ng97>

Nilsson, E. (2022). Framing dementia experiences in a positive light: Conversational practices in one couple living with dementia. *Dementia*, 21(3), 830–850. <https://doi.org/10.1177/14713012211059028>

Nybakken, S., Strandås, M., & Bondas, T. (2018). Caregivers' perceptions of aggressive behaviour in nursing home residents living with dementia: A meta-ethnography. *Journal of Advanced Nursing*, 74, 2713–2726. <https://doi.org/10.1111/jan.13807>

Orange, J. B., Lubinski, R. B., & Higginbotham, D. J. (1996). Conversational repair by individuals with dementia of the Alzheimer's type. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 39(4), 881–895. <https://doi.org/10.1044/jshr.3904.881>

Otsuka, M. (1994). Killing the innocent in self-defense. *Philosophy & Public Affairs*, 23(1), 74–94. <https://doi.org/10.1111/j.1088-4963.1994.tb00005.x>

Patrick, K. S., Gunstad, J., Martin, J. T., Chapman, K. R., Drost, J., & Spitznagel, M. B. (2022). Specific agitation behaviours in dementia differentially contribute to aspects of caregiver burden. *Psychogeriatrics*, 22, 688–698. <https://doi.org/10.1111/psyg.12871>

Pickering, C. E. Z., et al. (2020). Daily context for abusive and neglectful behavior in family caregiving for dementia. *The Gerontologist*, 60(3), 483–493. <https://doi.org/10.1093/geront/gnz110>

Sano, M., Cummings, J., Auer, S., et al. (2024). Agitation in cognitive disorders: Progress in the International Psychogeriatric Association consensus clinical and research definition. *International Psychogeriatrics*, 36(4), 238–250. <https://doi.org/10.1017/S1041610222001041>

Savundranayagam, M. Y., & Orange, J. B. (2014). Matched and mismatched appraisals of the effectiveness of communication strategies by family caregivers of persons with Alzheimer's disease. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 49. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12043>

Schegloff, E. A. (1992). Repair after next turn: The last structurally provided defense of intersubjectivity in conversation. *American Journal of Sociology*, 97(5), 1295–1345. <https://doi.org/10.1086/229903>

Schegloff, E. A., Jefferson, G., & Sacks, H. (1977). The preference for self-correction in the organization of repair in conversation. *Language*, 53(2), 361–382. <https://doi.org/10.2307/413107>

Slocombe, F., Peel, E., Pilnick, A., & Albert, S. (2024). Keeping the conversation going: How progressivity is prioritised in co-remembering talk between couples impacted by dementia. *Health*, 28. <https://doi.org/10.1177/13634593221127822>

Steinsheim, G., Saga, S., Olsen, B., et al. (2022). Abusive episodes among home-dwelling persons with dementia and their informal caregivers: A cross-sectional Norwegian study. *BMC Geriatrics*, 22, 852. <https://doi.org/10.1186/s12877-022-03569-4>

Strawson, P. F. (1962). Freedom and resentment. *Proceedings of the British Academy*, 48, 187–211.

Wharton, T. C., & Ford, B. K. (2014). What is known about dementia care recipient violence and aggression against caregivers? *Journal of Gerontological Social Work*, 57(5), 460–477. <https://doi.org/10.1080/01634372.2014.882466>

Young, J. A., Lind, C., & van Steenbrugge, W. (2016). A conversation analytic study of patterns of overlapping talk in conversations between individuals with dementia and their frequent communication partners. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 51(6), 745–756. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12245>

版本与研究伦理说明

本章版本为 3.8，完成日期为 2026 年 8 月 9 日。正文为理论与规范性研究，未直接招募研究参与者，未使用可识别的真实个案资料；文首情境为综合性例示，不作为经验事实或因果证据。文献检索截至 2026 年 8 月 9 日。本章由作者提出问题、学术方向与发表场景，人工智能参与公开资料检索、论证结构设计与初稿生成；所有引文、事实、规范判断和发表责任应由最终署名作者复核并承担。

第八章 平静之后，事件还没有结束

摘要

当阿尔茨海默病及相关痴呆老人出现辱骂、诬告、推打、抓咬、拒绝照护或涂抹粪便等高冲击行为时，家庭常在两种失误之间摇摆：一是急于解释行为背后的疾病和需要，以致照护者在危险中继续靠近；二是把行为只当作攻击，以致疼痛、谵妄、感染、药物效应和环境刺激被遗漏。更隐蔽的失误发生在老人平静以后：冲突停止被当成事件结束，同一名儿女未经保护又被送回原来的人员安排、任务顺序和环境条件。本章综合老年急诊医学、即兴戏剧学与安全科学，提出“未终事件”概念：可见行为已经停止，但复现路径、损害后果和返场条件尚未改变，因而事件仍以系统状态存在。文章建立五门闭环：退出危险、身体排查、互动承接、双账记录、系统改场。其零程度词判据是：“下一次同样前兆出现时，系统里哪一件东西已经不同？”只有五门通过，并且返场条件得到实施与验证，事件才算结束。对十二个公开框架的预注册字段审计发现，既有方法已充分覆盖诱因调查和计划评价，却很少同时设置即时退出、独立损害账和超越平静的结案门。本章据此把创新位置收窄为“返场许可”，并提出可执行记录表、停止规则、五个场景、十二项预测与七项证伪条件。

关键词：痴呆照护；高冲击行为；未终事件；返场许可；双账记录；安全闭环

After Calm, the Event Is Not Yet Over

Unfinished Incidents, Dual-Ledger Documentation, and a Five-Gate Closure Path for High-Impact Behaviour in Family Dementia Care

Abstract: Families caring for a person with Alzheimer's disease or related dementias often face verbal abuse, false accusations, hitting, biting, refusal of care, fecal smearing, and other high-impact behaviours. Two errors commonly compete: interpreting unmet needs while exposure to danger continues, or treating the episode only as aggression while missing pain, delirium, infection, medication effects, or environmental overload. A third error occurs after visible calm: behavioural cessation is mistaken for incident closure, and the same family caregiver is returned to unchanged conditions. Drawing on geriatric emergency medicine, improvisational theatre, and safety science, this article defines an unfinished incident as a present system state in which overt behaviour has stopped but the recurrence pathway, caregiver harm, or return-to-care conditions remain unchanged. It proposes five closure gates: exit danger, investigate bodily causes, re-enter interaction without validating false facts, maintain separate causal and harm ledgers, and redesign the care scene. The operational question is: "When the same warning sign appears next time, what in the system is already different?" Closure requires implemented and verified changes, not calm alone. A preregistered audit of twelve public frameworks found strong coverage of assessment and intervention planning but no framework covering all six audited fields. The paper therefore narrows its claim to a return-to-care authorization rule and offers records, stopping rules, scenarios, predictions, and falsification tests.

Keywords: dementia caregiving; high-impact behaviour; unfinished incident; return-to-care authorization; incident learning

一个看似已经过去、其实仍在现场的事件

晚上十点，父亲突然认定女儿偷了他的存折。他先辱骂，随后推搡，抓住女儿手臂不放。女儿想解释，父亲越听越激动。半小时后，他疲惫地坐下来，喝了水，像什么都没有发生。家里人松了一口气：“他已经好了，你别和病人计较。”第二天，仍由这名女儿给他洗澡、翻找衣物、保管银行卡。存折的位置没有改变，洗澡的顺序没有改变，其他家人也没有获得接手权限。三天后，同样的指控和推打再次发生。

家庭通常把事件的起点放在老人开始激动，把终点放在老人重新平静。这个时间框架只记录可见行为，却遗漏了三件仍在继续的东西。第一，女儿手臂上的抓痕和对下一次接近的恐惧没有随老人平静而消失。第二，疼痛、谵妄、药物变化、便秘、尿潴留、睡眠不足或环境刺激是否参与其中，可能还没有查清。第三，制造这次冲突的任务组合仍原样存在：同一人在同一时段，以同一方式执行同一项高风险照护，而且没有替代者和停止规则。

因此，老人平静只能证明一个状态结束了：眼前的动作暂时停止。它不能证明诱因已控制，不能证明受伤者已得到保护，也不能证明下一次不会由同一条路径重新发生。若家庭在平静的那一刻结案，事件并没有真正进入过去；它只是从可见冲突变成潜伏安排。

本章把这种状态称为“未终事件”。它不是一句“事情还没处理好”的日常抱怨，而是一个可以核查的对象：行为已停止，但危险路径仍可用；诱因尚未处置或复核；照护者损害没有独立记录；返场条件没有改变。只要其中一项存在，事件仍属于现在，而不是只属于记忆。

为什么“理解老人”与“保护儿女”总被写成二选一

痴呆相关行为讨论常有一种道德吸力。只要有人提到辱骂、诬告或攻击给儿女造成伤害，立刻会有人提醒：“这是疾病，不是老人故意的。”这句话在反污名和反报复上非常重要，却经常被悄悄扩展成另一句话：“既然不是故意的，就没有人受伤；既然老人不能负责，儿女就应继续承受。”责任能力、因果解释和损害事实由此被压成同一件事。

三者其实必须分开。第一，老人是否具有充分责任能力，回答的是能否进行责备、惩罚或道德归罪。第二，行为由什么引起，回答的是疼痛、谵妄、恐惧、误认、环境过载、照护方式或疾病进展如何参与。第三，照护者是否受到伤害，回答的是有没有抓伤、跌倒、失眠、恐惧、羞辱、财物损失、工作中断或创伤反应。这三类问题可以得到不同答案：老人不应被归罪；行为有可识别的医学诱因；女儿仍然受了伤并需要保护。它们没有逻辑冲突。

相反，若把三者混为一谈，病因越找得清楚，照护者越容易失去受害者位置。发现老人尿路感染，家庭便说“原来不是冲你”；发现老人把洗澡理解为侵犯，便说“你以后温柔一点”；发现夜间噪声诱发激惹，便说“他也很难受”。这些解释可能全都正确，却不能反向删除抓伤和恐惧。原因说明伤害怎样发生，不决定伤害是否存在。

另一端的错误也同样危险。如果家庭只承认攻击和损害，不再检查急性医学原因，突然出现的行为改变就可能被误写成“痴呆又严重了”或“脾气坏”。谵妄、疼痛、感染、药物不良反应、低血糖、缺氧和中风等时间敏感问题可能因此被延误。保护照护者不需要把老人定为坏人；寻找病因也不要求照护者把身体继续留在危险里。真正的问题不是二选一，而是先后次序和分别记账。

三门学科各自在哪一步过早结案

老年急诊医学面对行为骤变，首先问“这是不是急性脑功能改变或身体疾病的表现”。ADEPT工具把评估、诊断、评价、预防和治疗组织成床旁路径，强调老年人的行为改变可来自潜在医学问题、药物、物质使用、精神健康问题或痴呆[1]。NICE痴呆指南要求在开始处理

痛苦、激越或攻击前，结构化检查疼痛、谵妄和不适当照护等临床或环境原因[2-3]。这一视角保护了老人免于被简单道德化，也防止家庭把突发谵妄当作痴呆自然进展。

但急诊医学的自然终点是生命危险排除、急性病因处理、症状稳定和安全离院。它不必回答回家以后究竟由谁重新进入洗澡、如厕、换药或财务保管场景，也不必为被抓伤的女儿设计返场条件。医学上“可以回家”和家庭中“原照护者可以在原条件下重新上岗”不是同一个判断。

即兴戏剧学处理的不是病因，而是下一拍如何可能。演员不能预先控制伙伴会给出什么，只能听见对方此刻提供的动作、情绪与注意焦点，接住其中可继续的部分，再增加一个不封死下一拍的行动。医学即兴训练已被用于培养倾听、同理、团队沟通和不确定情境中的响应能力；一项包含 188 名医学生的随机试验考察了短时即兴训练对标准化病人满意度和同理沟通评价的影响[4]，另有规模化课程报告学习者在临床中继续使用相关技巧[5]。2026 年的小型候补对照试点还把即兴训练直接用于痴呆家庭照护者，18 名报名者中 16 人完成课程，并出现自我效能和主观福祉的初步改善[6]。

然而，“接住对方”若离开安全边界，会产生危险误读。面对正在抓咬的人，继续维持互动可能意味着继续暴露；面对“你偷了我的钱”的指控，简单的“是的，而且……”可能被听成确认虚假事实；面对长期被辱骂的儿女，把每次攻击都变成训练材料，还可能把真实伤害审美化。即兴戏剧擅长使互动继续，却没有权利要求某个人必须留在场内。

安全科学把事件的终点推得更远。HSE 事故调查指南把收集信息、分析原因、确定风险控制措施以及行动计划的实施连成一个过程[7]。WHO 的患者安全框架同样强调从个体归责转向系统与过程，建立报告、学习和持续改进机制[8-9]。这一视角会追问：为什么当时只有一个人？为什么没有停止规则？为什么危险任务在夜间进行？为什么替代者没有权限？为什么前一次近失事件没有触发改变？

但安全科学若只谈潜在条件、屏障和流程，也可能把家庭成员重新变成系统零件。它可以公正地说“不要归咎一线人员”，却未必充分说出“这名女儿被父亲抓伤以后，有权暂不返场”。系统无责文化若没有损害承认，容易把“不找坏人”滑成“没有受害者”。三家由此在三个终点上过早结案：身体稳定、互动继续、措施提出。真正结束必须让三个终点按风险次序接续，并增加一个它们都没有单独守住的返场门。

承重判断：事件不是以平静结束，而是以返场条件改变结束

本章的判断可以压成一句话：

痴呆高冲击事件既不是一段等待老人平静的行为发作，也不是一次找到诱因即可注销的疾病表现，更不是一份写完原因分析就能归档的事故记录；它是一个必须改变返场条件才能退出当前系统的未终事件。

这里的“返场”不是强迫原照护者回来，而是指任何人再次进入同类任务之前，现场必须取得新的安全许可。许可不由老人当下是否微笑决定，也不由家属是否原谅决定，而由五个可观察条件共同决定：危险已经隔离；急性身体原因完成分级排查；再次互动有不确认虚假事实的承接方式；诱因账与损害账分别记录；至少一项人员、顺序、环境或停止规则的改变已经实施，并规定复核。

这一定义改变了事件的本体地位。通常，抓咬停止以后，事件被当作过去；剩下的只是“家里以后注意”。在本章中，只要复现路径没有改变，事件仍作为一种当前状态存在。它可能安静地存在于排班表里、药盒旁、浴室门锁上、没有替代者的夜班中，或存在于一句默认指令里：“还是你最懂他，你去吧。”

零程度词判据不是问“大家是否更重视安全”，而是问：

下一次同样前兆出现时，系统里哪一件东西已经不同？

如果答案是“女儿更理解这是疾病”“她学会不顶嘴”“大家会多安慰她”，事件仍未结束。若答案是“洗澡改到白天且两人配合”“疼痛计划已调整并复核”“存折改由第三方保管”“她可以说停，由弟弟或服务人员接手”“浴室移除可投掷物并保留出口”，事件才开始退出系统。

五门闭环总览：顺序不能任意调换

五门不是五条并列建议，而是一条有停止点的次序。

第一门具有优先权。只要即时危险成立，理解行为、保存关系、完成洗澡、避免老人不高兴等目标都暂时降级。第二门在安全后启动，因为突然或明显偏离基线的行为变化可能是时间敏感的医学问题。第三门不取代第二门，它只处理“现在怎样说，才能让下一拍不继续升级”。第四门防止因果解释吞掉损害。第五门把一次事件变成制度学习，否则前四门只能帮助家庭更熟练地熬过下一次。

五门也允许回退。互动承接时再次出现抓咬，立即回第一门；身体排查发现意识急变或生命危险，进入急诊路径；系统改场后演练失败，返场许可撤回，重新设计。闭环不是“走完一次永不回头”，而是每一步都带有回退条件。

第一门：先退出危险，解释权暂时让位于身体边界

危险现场最常见的错误，是把“行为有意义”误解为“照护者必须留在近处把意义读懂”。实际上，人在被推打、抓咬、堵门或器械威胁时，注意力、判断和动作控制都会下降；继续解释既可能增加受伤，也可能使老人接收更多刺激。退出不是惩罚，更不是抛弃，而是把双方从一个已经不能安全产生信息的互动中分开。

第一门的操作顺序可以写得很朴素：停止当前任务；保持可撤退的距离与出口；让儿童、其他老人和宠物离开；不争抢非生命关键物品；移开可投掷、可切割或可绊倒物；用短句说明“我先退开，等安全了再回来”；若有人受伤、存在持续攻击、武器、窒息、严重出血、意识改变或家庭无法维持安全，启动当地急救或紧急服务。家庭不应把药物临时加量、强行按压或约束当作自行处置方案，这些需要专业评估并可能带来额外风险。

拒绝照护也要分级。老人拒绝洗澡、换衣或服药，不自动等于紧急危险。若任务可以延后，先停；若涉及时间敏感治疗、吞咽、呼吸、严重脱水、持续高热或其他紧急风险，应联系专业人员判断。停止规则的价值就在于把“老人不合作”“照护者很着急”和“存在即时生命危险”分开，避免每一次拒绝都升级成身体对抗。

涂抹粪便同样不能只按“脏”和“故意”处理。第一门先处理污染暴露、滑倒、抓挠和其他人的安全，再考虑便秘、腹泻、肛周疼痛、失禁、找不到厕所、衣物不适、认知误认或寻求感官刺激。若照护者已经恶心、恐慌或失去操作能力，暂停并换人不是失败。一个人无法安全完成的清洁任务，不应以亲属身份被强行完成。

第一门的伦理边界是：退出危险不等于撤回老人获得必要照护的资格。离场者可以停止自己当前的前线劳动，家庭和服务系统仍须启动替代、急救或延期方案。若所谓“保护照护者”实际变成把老人单独锁住、剥夺基本照护或报复性忽视，它不属于本章路径。

第二门：身体排查不是“找一个理由”，而是分级、处置与复核

NICE 明确要求，在对痴呆者的痛苦、激越或攻击开始治疗前，检查并处理临床或环境原因，例如疼痛、谵妄和不适当照护[2-3]。老年急诊研究还提醒，行为改变可能是潜在医学问题、

药物效应或急性脑功能障碍的表现[1,10]。这意味着“他本来就痴呆”不能作为突然变化的解释终点。

家庭排查不应伪装成自行诊断。它的任务是识别红旗、整理时间线并把信息交给专业人员。先问变化是否突然、是否明显偏离平时、是否波动；再看意识、注意、说话、步态、呼吸、面色、发热、受伤和进食饮水；回顾疼痛、排便、排尿、睡眠、近期感染、跌倒、换药、漏药、加药、酒精或其他物质；最后检查噪声、拥挤、温度、光线、陌生人员、任务节奏、触碰方式和隐私暴露。突然出现的意识或注意变化、卒中征象、呼吸困难、胸痛、严重外伤、持续无法保证安全等情况，应进入紧急医疗评估，而不是继续在家寻找心理原因。

更重要的是，排查必须有四种状态：已询问、已检查、已处置、已复核。家庭常把“我们想到了尿路感染”当作完成，把“医生说可能是疼痛”当作完成，或者在止痛后老人暂时安静就宣布原因已找到。可是一个假设若没有检查，一个检查若没有处置，一个处置若没有复核，都不能关闭第二门。

病因也可能不止一个。老人便秘、睡眠不足、浴室寒冷，女儿又在赶时间；任何一个单独都不足以解释抓咬，组合却可能越过阈值。寻找“唯一真因”会让家庭在第一个合理答案处停止。第二门因此记录的是诱因组合和时间关系，而不是把事件压成一个标签。

医学排查还必须反过来限制本章。并非每一次辱骂都需要急诊，也不能为证明“未终事件”而进行过度检查、反复送医或增加镇静药使用。排查强度取决于急性变化、红旗、基线差异和专业判断。一个安全框架若导致更多不必要约束、转运或药物暴露，就已经伤害了它要保护的人。

第三门：承接情绪，不确认虚假事实

老人平静后重新接触，最难的不是“说什么好听的话”，而是同时避免两种错误。一种是争辩：“我根本没偷，你怎么又胡说？”事实纠正可能在认知受损、恐惧仍高的时候增加威胁。另一种是附和：“对，就是你儿子把钱偷了。”这会确认未经证实的指控，伤害第三人，也可能加固妄想内容。

即兴训练提供了一个中间动作：接住对方此刻真实给出的情绪、需要和注意焦点，再增加一个可以继续且不封死事实核查的行动。这里要把一句话分三层。情绪层可以承接：“你现在很害怕，也很着急。”需要层可以承接：“你想确认钱还安全。”事实层暂时悬置：“我现在不能确定是谁动过，我们先一起看存放记录，或者请第三个人来帮忙。”

这不是语言技巧的漂亮化，而是减少三种额外刺激：被否定、被控制和被迫迅速转换注意。重新进入可以从侧向任务开始，例如一起喝水、坐到光线较柔和的位置、看熟悉物品，再回到必要照护；不必直攻刚才争议的中心。若老人只接受某名子女，替代者可先在熟悉者仍自愿时共同出现，承担低威胁动作，逐步建立第二关系。但原照护者没有义务为了训练新人而持续暴露于攻击。

第三门必须写入停止规则。出现音量快速上升、逼近、握拳、抓扯、堵住出口、拿起物品威胁、照护者出现僵住或判断困难等前兆，即停止互动并退回第一门。沟通成功的指标不是“最终说服老人”，而是在不确认虚假事实、不牺牲身体边界的条件下，使必要信息和下一步行动得以继续。

即兴戏剧反过来削弱了安全科学的脚本冲动。若家庭把每句话都写成固定话术，老人一旦给出脚本外反应，照护者可能更慌；个体语言、幽默、宗教、称呼和生活史也会被抹平。因此本章不主张统一台词，只规定边界：接情绪、不定假事实；给下一步、不封死退出；任何时候安全信号优先。

第四门：双账记录——原因账不能冲销损害账

一次事件至少产生两本账。第一本是诱因与控制账：老人当时做了什么，前后发生什么，可能有哪些医学、药物、环境和互动因素，采取了什么处置，效果怎样，哪些仍待检查。第二本是损害与保护账：谁被抓伤、推倒、辱骂或诬告，谁出现恐惧、失眠、回避、工作中断或财物损失，谁需要医疗、休息、心理支持、替班、边界调整或法律咨询。

两本账不能互相结算。发现老人谵妄，不会让女儿手臂的伤消失；确认老人缺乏责任能力，不会自动让儿子的睡眠恢复；知道老人因疼痛而抓咬，不会产生“所以下次仍由你去”的结论。相反，照护者受伤也不能证明老人应受惩罚，不能取消身体排查和支持性沟通。

双账记录最重要的不是多填一张表，而是改变谁有资格决定事件是否结束。若只有诱因账，医生或家属在找到原因后就能宣布“解释清楚了”；若只有损害账，家庭可能把老人定为危险人物而停止寻找可治疗原因。两账并列意味着结案需要两种问题都得到回应：我们对老人发生了什么知道到什么程度？我们对照护者发生了什么采取了什么保护？

记录要避免把老人污名化。使用可观察动作而不是人格标签：写“用右手抓住前臂约十秒，留下两处破皮”，不写“暴力老人”；写“反复说女儿拿了存折，未找到支持证据”，不写“恶意诬陷”。同样，不能把照护者反应写成缺陷：写“听到提高音量后出现发抖并无法继续洗澡”，不写“情绪不稳定”。

隐私边界也必须明确。记录可能包含健康、财务、家庭冲突、暴力史和生活史，应按必要性收集、限制访问、区分医疗记录与家庭安全记录。若存在长期虐待、财务剥削或现实中的犯罪指控，不能因为老人有痴呆就把一切都归为虚假；需要独立核实和适当的专业或法律渠道。

第五门：系统改场——不再把同一人送回同一危险

“以后注意一点”不是系统改变。“她下次温柔一点”“别和老人讲道理”“看到他烦躁就哄一哄”仍把全部改进责任放在原照护者身上。第五门要求至少改变一种外部条件，而且改变必须在返场前实施。

可改变的第一类是人员安排。高风险洗澡、如厕、换药或财务争议不再由单人承担；指定第二人、专业服务或紧急替代者；明确谁能停止任务、谁负责联系医疗、谁负责照看其他家庭成员。多个子女存在不等于多个替代者，只有掌握信息、权限并能独立接手的人才算。

第二类是照护顺序。把容易触发的动作从夜间移到白天；先止痛、如厕、进食或休息，再进行身体照护；把一次长任务拆成短段；让老人先看到物品和步骤；把需要触碰的动作置于熟悉活动之后。顺序改变不是为了操控老人，而是减少同时叠加的威胁。

第三类是环境条件。降低噪声和围观，改善温度与照明，保留出口，移走危险物，提供易识别厕所标志、合适衣物和清洁用品；对财务诬告，可使用清晰存放、第三方记录或减少频繁移动，而不是让某名子女独自掌握所有信息。

第四类是权限与装备。替代者应有必要联系人、药物清单、就医授权、保险信息和进入服务的权限；涉及污染清洁应有适当防护和废弃物处理；但技术监控不能代替有人接手。摄像头记录抓咬却无人到场，只是把无助变得更清楚。

第五类是停止规则。任务开始前就写明哪些信号出现立即暂停，暂停后谁接手，多久后可以重试，什么情况联系专业人员。停止权必须属于现场照护者，而不是等远端家属批准。老人连续获得必要照护的责任可以由家庭与服务系统共同承担，但任何具体儿女都不应以没有停止权的方式承担。

改场最后还要验证。排班表写了第二人，却每次仍由女儿打电话提醒，不算独立接手；浴室装了扶手，却仍没有出口，不算风险解除；医生调整药物，家庭却没有观察计划，不算复核；写

了停止规则，第一次使用就被指责“不孝”，不算真实权限。措施只有在实际演练或真实下一次前兆中可用，才获得返场许可。

何时才算真正结束：四种状态与一条返场许可

把“老人是否平静”与“现场条件是否改变”交叉，可以得到四种状态：

本章真正要打的是左下格。它最容易通过家庭的形式检查：没有人继续喊叫，老人睡着了，家里恢复安静，甚至照护者也说“算了”。短期指标看起来改善；失效不会发出新信号，因为危险只是回到排班和环境里；它还会自我加固——每次平静都证明“以前也是这样过去的”，于是更没有理由改变安排。

返场许可不是一纸行政审批，而是一组可以口头或书面核查的条件。对低风险事件，家庭可用简表完成；对造成伤害、反复发生、涉及武器、严重污染、走失、性行为、持续拒绝必要照护或照护者已无法承受的事件，应由医疗、护理、社工或相关专业人员参与。许可还可以分任务：女儿暂不参与洗澡，但仍可自愿陪伴吃饭；儿子不处理财务争议，但可以负责预约；关系在场与高风险执行不必捆绑。

许可必须可撤回。新方案第一次使用时若出现意外升级、老人强烈恐惧、替代者越权、药物副作用或照护者再次受伤，立即回退，不以“方案已经定了”压过现场证据。可撤回性是对老人与照护者共同的保护。

五个场景：同一条路径为何给出不同答案

场景一：突然辱骂并推打，伴随注意力明显波动

这不是先练沟通的场景。家庭先退出危险，记录与平时相比的急性改变，检查生命危险和红旗，尽快获得医疗评估。若确认谵妄或感染并完成治疗，损害账仍要记录女儿的抓伤和恐惧。返场前至少改变夜间照护、监测与替代安排。医学原因找到不等于事件自动结束。

场景二：老人反复指控儿媳偷钱，但没有即时身体危险

可以不与指控争辩，也不能承认儿媳偷钱。回应“你很担心钱不安全”，把事实核查交给记录或第三人。系统改场可能是固定存放、减少现金移动、由两人共同记录，或让被指控者退出财务保管。若现实中确有财务异常，痴呆诊断不能阻止独立调查。

场景三：洗澡时抓咬，只接受女儿

女儿有权立即停止。身体排查关注疼痛、皮肤问题、温度、隐私、触碰方式和时段。互动重接从不涉及脱衣的低威胁活动开始。系统改场可包括改变时段、分段清洁、固定第二照护者渐进熟悉和明确停止信号。关系熟悉是真实照护能力，却不能被转换为女儿永久在岗的义务。

场景四：涂抹粪便，主要照护者已经恶心崩溃

先隔离污染与滑倒风险，换人并使用适当清洁防护；再检查便秘、腹泻、肛周不适、失禁、厕所识别和衣物设计。损害账记录照护者的身体反应、清洁负荷和是否需要休息。若没有替代者，服务采购和应急支持属于系统改场，而不是要求她“克服恶心”。

场景五：老人因长期亲子冲突只对某名子女攻击

不能把一切都归为痴呆，也不能据此进行道德审判。若存在既往暴力、控制或创伤史，逐步重接可能本身有害；具体子女可以不参与关系过渡，由专业或其他自愿人员承担。本章原本会主张所有事件都要经过“互动承接”，这一场景迫使适用范围收缩：第三门由“必须由受伤照护者重接”改为“系统必须提供一种不以受伤者返场为前提的重接方式”。

这五个答案并不相同：有的先急诊，有的先核实财务，有的需要关系渐进迁移，有的需要污染与替代服务，有的允许关系在场为零。路径稳定的是结案门，不是统一处方。

一次公开框架审计：最危险的近邻已经走到哪里

成文前，本章冻结了一个最小字段审计。样本包括十二个可公开核验的指南、模型或研究：NICE 痴呆指南、ADEPT、DICE、TIME、Serial Trial Intervention、Tailored Activity Program、两项家庭行为训练研究、两项医学或照护即兴研究、WHO 患者安全框架和 HSE 事故调查指南[1-9,11-18]。编码六个字段：X 即时退出、M 身体与环境排查、I 互动承接、H 独立损害账、S 系统改变、C 超越平静的结案门。

结果为：X 2/12, M 5/12, I 8/12, H 2/12, S 7/12, C 1/12；六项全有 0/12。这不是文献发生率。样本是为本题挑选的强占位者，字段依据公开文本明示内容编码，实践中未写出的动作可能实际存在。审计只能回答“这些公开框架是否把六项同时写成一条事件路径”，不能证明新路径有效。

最不利于本章原创性的结果来自 DICE。DICE 已经将描述、调查、共同创建方案和评价连成临床推理路径，并把患者、照护者和环境纳入每一步[11]。TIME 也已形成登记评估、引导反思、具体行动和评价三阶段，并在护理院试验与实施研究报告居民激越下降、较高实施完成度及维持情况[12-14]。Serial Trial Intervention 更早以逐级评估未满足需要和舒适干预，使晚期痴呆居民不适下降、行为更常回到基线[15]。

因此，本章撤回一个原本更强但站不住的主张：不能说现有研究只会解释行为、不会改变照护系统。DICE、TIME 和安全事件调查都已经走到行动与评价。本章剩下的独立位置更窄：高冲击家庭事件中，危险时退出必须先于解释；诱因账不能冲销损害账；计划尚未实施和验证时，平静不产生返场许可。

审计还给出一个不利提醒。TAP 在 250 对痴呆者—照护者的随机试验中没有显著降低激越/攻击这一主要结局，却改善了部分日常功能协助、照护者福祉，并减少六个月内的健康相关事件[16]。这说明单一“攻击频率”不能代表家庭是否获益，也警告本章不能把五门闭环的价值只押在行为减少上。老人安全、偏好、照护者伤害、工作中断、替代劳动条件和服务连续都必须共同观察。

与确认疗法之争的分界：不确认虚假事实，是一句有三十年历史的话

本章第三门要求“承接情绪而不确认虚假事实”，这句话在痴呆照护里不是新的——它是一场持续了三十多年的争论的核心，而本章必须先把这场争论的两端摆出来，才谈得上有没有增量。

一端是确认疗法一路：主张不与老人争辩事实，而是承接其情绪与未被满足的需要，因为纠正只会加剧痛苦而不改变记忆。另一端是关于“治疗性谎言”的伦理争论：为了让老人平静而顺着说下去，是否构成对一个人的欺骗，以及机构该不该把这种做法写进规程。近十年多国的照护指南把折中方案写成了一句几乎与本章第三门同形的话——**不主动纠正，也不主动确认虚假内容，把回应移到情绪与需要上。**

分离线在于这一步是终点还是一门。确认疗法一路把“承接情绪”当作处置本身：接住了，事件就算处理好了。本章把它当作第三门——它前面有危险退出与身体排查，后面有双账记录与系统改场；**接住情绪只解决了下一拍不升级，它既不排除病因，也不登记伤害，更不改变下一次的场景。**本章的判断是：单独使用第三门的场合，正是伤害最容易被冲销的场合，因为“老人已经平静”会被当作事件结束的证据。

判定形式：取一批只做了情绪承接、未做身体排查与系统改场的事件，与做满五门的事件比较三十天内同类事件复发率与照护者受伤登记率。若无差别，本章的五门次序主张不成立，第三门足以单独承担。这一条是本章全部主张里最便宜、也最容易判本章为伪的一条。

还有一处必须写明：本章与那场伦理争论没有分歧。本章不主张对老人说假话，也不主张必须说真话；本章主张的是**说什么与记什么必须分账**——现场可以只回应情绪，而记录必须同时写下未被确认的事实与已经发生的伤害。争论的是前者，本章处理的是后者。

与系统事故分析的分界：为什么这里不能只做根因分析

第五门"系统改场"最接近的方法是安全科学里的系统事故分析——瑞森一路的多层防御模型主张事故很少由单一原因造成，而是多层防御各自的孔洞在某一时刻对齐；因此处置不是追究执行者，而是修补防御层。本章的第四门与第五门直接建在这套思路路上。

分离线在于**受影响者的位置**。工业事故分析里，事故的受影响者与防御层的操作者通常不是同一个人，因此"不追究执行者"是一条纯粹的收益；而在家庭照护里，**受伤的那个人往往正是唯一的防御层**。于是"不归罪于个人、修补系统"这条正确的原则，在没有第二个人可以承接的场合，会退化成"没有人需要为这件事做任何改变"。本章因此在第五门写死了一条：**系统改场必须至少改变一项外部条件，且必须在返场之前完成**——这一条不是从事故分析里推出来的，是被家庭照护这个场景逼出来的。

与八种最近说法的分界

DICE

DICE 回答怎样描述行为、调查原因、创建并评价方案[11]。本章不以“多一步”与它区分，而以返场许可区分：若 DICE 方案尚未实施，老人已平静，DICE 仍可进入评价等待；本章判定原照护者尚无返场义务。若观察到未经任何现场改变，照护者安全仍长期改善，则本章的返场门多余；若伤害集中发生在“计划已写、原人已回、措施未落地”的窗口，本章得到支持。

TIME

TIME 通过跨专业评估、案例会议、SMART 行动和评价形成共享的个体知识[12-14]。它适合机构团队和持续实施。本章处理的是事件级次序及家庭中没有会议组织的情形。若 TIME 组件完成度足以预测照护者不再被送回危险，而是否设置返场门没有增量作用，本章应并入 TIME；若居民激越下降而具体员工或家属受伤与恐惧不降，双账仍有独立价值。

Serial Trial Intervention

STI 把行为视为可能的未满足需要，通过连续试验降低不适并促使行为回归基线[15]。它的成功终点之一正是行为回到基线。本章提出：回到基线可能仍是未终状态。若行为回归基线以后，人员、环境和停止规则不变也不增加再次伤害，本章错；若复发伤害由返场条件预测，而不是由基线恢复预测，本章与 STI 分开。

验证疗法与一般情绪确认

这些方法主张进入痴呆者的体验、承认情绪并减少事实争辩。本章接受其互动价值，却把“情绪真、事实悬置”写成硬边界。若确认具体诬告比悬置事实更少造成第三人伤害且不加巩固错误信念，本章边界过严；若两者在即时平静上相近，而事实悬置减少家庭冲突，本章得到支持。

创伤知情照护

创伤知情框架强调安全、选择、协作并避免再创伤，能够解释老人和照护者双方为何需要控制感。本章的区别是把一次事件作为持续到系统改场的单位。若只有一般创伤知情培训、没有事件级双账和返场门，就能同样准确预测哪一次会重复把原照护者送回危险，本章被吸收；否则事件单位有额外解释力。

根因分析与系统事故调查

事故调查寻找直接、潜在和组织原因，制定并实施控制措施[7-9]。它是本章最强的方法学占位者。本章不能声称发明了“从事故学习”。分离线在无责与无伤：若系统调查已稳定记录照护者的身体、心理和关系损害，并赋予其返场否决权，本章只是家庭化翻译；若调查能解释系统却仍让受伤者自动复岗，双账和许可仍未被覆盖。

危机降级沟通

降级沟通关注当下减少刺激、保持距离、使用短句和避免争辩。本章第一、三门大量借助这一传统，但不以当下平静结案。若降级质量预测长期复发和照护者安全，而措施实施与返场条件没有增量预测，五门路径过度；反之，降级只解释即时结果。

此前的“非对称退出”与去定人连续性

此前同栏研究问：抽离任何一名具体子女后，必要照护功能能否继续；单位是家庭连续性。本章问：一次高冲击行为停止后，事件是否仍以未改变的返场条件存在；单位是事件。可能出现两种相反组合：家庭已有替代者、总体连续性很高，却仍在每次事件后让原照护者过早返场；也可能家庭替代能力弱，但某次事件后确实改变浴室、任务顺序和停止规则。若两种测量在事件数据中完全等价，本章应合并回前一框架。

把本章剥到形式层，它说的是：一个可见故障停止后，若潜在复现条件和受损节点未修复，故障仍未退出系统。这个结构在事故潜伏条件、恢复正常化、根因分析和韧性工程中早已存在。本章不能占有模板本身。它的独立落点只在痴呆家庭的三项联立：医学免责不注销损害，情绪承接不确认虚假事实，系统结案不自动征召原亲属。

记录与清点手册：怎样使五门可以复核

本章不把五门压成一个总分。高分可能掩盖生命关键缺口，也容易诱发为了“闭环率”而制造文书。采用缺项清单：每扇门只有“通过、未通过、不适用、证据不足”四种状态；任何生命安全关键项未通过，事件不得结案。

记录单位：一次从明显偏离基线或高冲击动作开始，至返场条件完成首次验证的事件。若24小时内反复升级且中间没有恢复到日常活动，视为同一事件的波次；若已经恢复日常活动，之后在新诱因下再次发生，记为新事件。这个24小时只用于记录分段，不是医学阈值。

最低表头：事件编号；起止时间；基线差异；即时危险；退出动作；红旗与医疗联系；疼痛/谵妄/药物/基本需要/环境检查；互动承接语句；再次升级信号；诱因账；损害账；改变的人员/顺序/环境/权限/停止规则；责任人；完成期限；验证日期；返场许可；未决项。

五条编码规则：

1. “老人平静”只能写入行为状态，不能自动勾选结案。
2. “已考虑疼痛”不算排查通过；必须写明观察、专业评估或不适用理由。
3. “已经道歉/已经原谅”不替代损害账，也不产生返场许可。
4. 措施写入计划但未实施，系统改场记“未通过”；实施但未验证，记“证据不足”。

5. 原照护者在场实时指挥替代者，不算人员替代验证；但首次有偿或自愿交接可单独记录为过渡。

边界例：女儿在隔壁房间休息，弟弟给父亲洗澡，但每一步都通过电话问女儿。人员表面改变，问题所有权没有改变，因此第五门不通过。若女儿仅提供一次书面偏好清单，弟弟随后独立完成并遵守停止规则，可记为过渡验证。

记录指向位置，不指向“危险老人”或“无能照护者”；不得为了让清单好看而故意制造高风险演练；任何依据清单做出限制探望、撤销补贴或其他不利决定的机构，都应公开编码规则并提供复核渠道。

十二项可区分预测

1. 在控制痴呆严重度、行为频率和照护总时数后，“平静后至措施实施”的时间越长，同一照护者再次受伤或恐惧升级的风险越高。

2. 找到明确医学诱因会改善老人的临床结局；若没有独立损害账，它不会同等改善照护者的返场安全感。

3. 只接受降级沟通培训的家庭会缩短单次激越持续时间，但不一定减少原照护者被默认召回；增加返场门后，后者下降更明显。

4. DICE 或 TIME 计划的质量相同条件下，措施实际实施并验证比“计划已制定”更能预测下一次事件损害下降。

5. 在诬告场景中，情绪承接与事实悬置比直接争辩减少即时升级；与直接附和相比，它减少第三人冲突和错误指控扩散。

6. 记录只有诱因账的家庭，更可能在找到感染、疼痛或环境原因后迅速让原照护者返场；有双账的家庭返场决定更受伤害恢复和保护措施影响。

7. 老人行为频率相同的两组中，具有明确停止权和替代者的照护者，创伤症状、睡眠中断和工作缺勤较少。

8. 将高风险任务从夜间改到白天并先处理疼痛、如厕和饥饿，会先改变前兆出现的时序，随后才可能降低攻击频率；若攻击先降而顺序没有改变，应寻找药物或病程等其他解释。

9. 仅增加监控设备、不增加接手者与权限，不会改善从危险信号到合格替代者到场的时间，可能增加远距家属焦虑。

10. 当替代者必须持续向原照护者求助时，名义人员变化不降低未终事件；只有独立完成且遵守老人偏好和停止规则时才降低。

11. 把“行为回到基线”作为结案标准的服务，比把“措施实施验证”作为结案标准的服务拥有更短记录时长，却有更多相同条件下复发的事件。

12. 若五门路径只是一般支持强度的代理，控制专业服务时数、家庭收入和照护者培训后，其字段不再具有增量预测；若仍有增量，事件结构而非资源总量参与结局。

最强竞争解释与七项证伪条件

最强竞争解释是：“其实不就是行为越严重、照护负荷越大，伤害越多吗？”若如此，五门闭环只是严重家庭获得更多服务的标记，没有独立机制。检验必须控制痴呆严重度、既往攻击频率、必要照护时数、照护者健康、收入和服务供给，再观察返场条件是否仍预测后续伤害。

1. 在至少六个同一服务体系内的社区或机构中，控制上述负荷变量后，措施实施延迟与再次伤害没有关联，且方向稳定接近零；“未终事件”机制受挫。

2. 只要老人行为恢复基线，人员、顺序、环境和停止规则是否改变都不影响三个月内同类事件与照护者结局；返场许可应撤回。

3. 双账记录相较普通 DICE 记录不改变损害识别、休息、替班、医疗求助或返场时机，只增加文书负担；双账应降级为可选项。

4. 情绪承接加事实悬置与一般降级沟通在诬告事件中的即时升级、第三人冲突和错误事实扩散完全相同；即兴路径没有独立贡献。

5. 设置停止权和替代者后，老人跌倒、断药、脱水、走失或其他必要照护中断显著上升，且增加服务资源也不能消除；本章对退出的价值排序必须收缩。

6. 实施五门路径系统性增加约束、镇静、急诊转运或对老人的污名记录，而不降低双方伤害；安全框架发生反噬，应停止使用。

7. 独立系统检索发现已有成熟框架完整联立“危险先退出、临床诱因排查、情绪真而事实悬置、因果与损害双账、措施验证前不返场”，并有更好的事件级证据；本章放弃原创命名，只保留中文家庭应用说明。

最便宜的真实检验不是立刻做随机试验，而是回溯现有事件记录：对同一机构连续六个月的高冲击事件，编码老人平静时间、措施实施时间、是否同一人员原条件返场及 30 天内复发伤害。多数记录可能缺“措施实施时间”和“返场人员”字段；字段缺失本身只能说明现有记录无法裁决，不能被解释为机制成立。

伦理逆约束：这条路径也可能伤害它想保护的人

第一种反噬是把老人事件化。家庭可能开始对每一次拒绝、抱怨和不合作编号，把正常表达也当作风险信号。为防止这一点，记录对象限于明显偏离基线、造成或具有较高伤害潜势、需要中止任务或启动额外处置的事件。老人的愤怒不因痴呆而自动失去正当性；不舒服的表达不是都要被管理。

第二种反噬是以安全为名过度约束。移除危险物、保留出口不等于锁门、绑缚或镇静。任何限制老人行动、接触和自主的措施都须满足必要性、比例性、最小限制和复核要求，并遵循当地法律与专业规范。家庭不能把本章当作自行强制治疗的授权。

第三种反噬是把风险转嫁给另一个低权力照护者。女儿退出后，任务可能被压给儿媳、低薪护工或年迈配偶。系统改场必须记录替代者的同意、报酬、培训、休息、保险和停止权。原照护者安全改善而替代者伤害增加，不算事件结束。

第四种反噬是把病因调查变成对受伤者的审问：“你当时说了什么才让他打你？”安全调查需要还原互动，却不能预设照护者制造了攻击。提问顺序应先确认安全和损害，再收集事实；事实用于改场，不用于追究谁不够有技巧。

第五种反噬是把关系切断当成唯一安全。痴呆者可能高度依赖熟悉面孔、声音和节奏。具体儿女可以退出高风险执行，却仍可自愿保留陪伴、共同活动和情感联系；系统应尽量用小型稳定团队建立第二熟悉关系。安全要求任务可替换，不要求关系可随意互换。

谁有权宣布结束：把安抚者、诊断者、受伤者和结案者分开

许多家庭的问题不只是缺少方法，而是所有角色都集中在一个人身上。主要照护者既要在现场承受攻击，又要判断老人是不是谵妄；既要安抚情绪，又要向医生提供病史；既要记录自己受了什么伤，还要说服兄弟姐妹改变排班；最后仍由她宣布“没事了”。当同一人同时成为信息源、缓冲器、执行者和结案者，她最可能在疲惫与内疚中提前结案。

五门闭环要求至少概念上分开四种权限。第一是现场停止权，属于正在承担风险的人；他不需要先证明老人故意，也不需要得到远端亲属同意。第二是医学判断权，属于有资质的专业人员；家庭可以观察和报告，不能把清单当作诊断资格。第三是损害陈述权，首先属于受到影响的人；其他家属不能用“老人是病人”替她决定伤得重不重。第四是返场决定权，应由受伤照护者、安全条件和连续照护方案共同约束，不能由最想恢复原状的人单方面作出。

这四种权限并不意味着每个家庭必须成立委员会。小家庭也可以用简单分工：现场者说停；另一名家属联系医疗；受伤者在安全后补写自己的损害和需要；下一次任务由非现场者核对改动是否落实。若只有一名子女，则需要把至少一项结案权限外接给家庭医生、护理人员、社工、支持热线或可信任的第三人。外接的目的不是夺走家庭自主，而是防止受伤者在压力中独自批准自己返场。

老人也有参与权。认知能力并非全有全无，且会波动。应在较平静、较清醒的时段，用短句、图片、物品或示范询问其偏好：谁来帮忙较安心，哪些触碰令人害怕，哪个时间更合适，哪些物品不愿移动。支持老人表达不等于让老人拥有征用某名亲属的权力。老人可以说“我只想让女儿洗澡”，女儿也可以说“我不再承担洗澡”；系统要做的是建立第二熟悉关系和替代方案，而不是裁定只有一方的意愿算数。

结案权还应与家庭权力结构保持距离。在父权、长幼秩序或经济依赖强的家庭里，最有权威的人可能不是最常在场的人；他可以在电话里宣布“父亲已经没事”，却不承担下一次夜间照护。返场许可必须优先采信现场风险和可验证条件，而不是身份高低。没有经历事件的人可以提供资源，不能替受伤者放弃保护。

事件的时间结构：五分钟、两小时、七十二小时和下一次前兆

高冲击事件并非沿一条均匀时间线发生。不同阶段能取得的信息不同，适合做的事也不同。把所有问题都塞进现场，会让照护者在危险中完成过多认知劳动；把所有问题都推到以后，又会丢失关键细节。本章建议用四个观察窗组织，而不是把它们当作医学硬阈值。

第一个是即时窗，从危险前兆出现到双方分开并获得基本安全。此时只记录最低必要信息：时间、可见动作、伤害、是否有武器或出口受阻、老人是否突然明显不同。现场不做长篇追问，不逼老人说明动机，也不要求照护者完整复盘。若需要紧急服务，优先求助。

第二个是稳定窗，通常从数十分钟到数小时，取决于事件和专业判断。此时整理急性变化、疼痛、谵妄、药物、饮食饮水、排泄、睡眠和环境线索，处理伤口，联系医疗或服务人员。互动重接若发生，应从低威胁活动开始，并设再次退出信号。这个阶段的“老人看起来和平时一样”只是信息之一，不得单独结案。

第三个是回看窗，可在二十四至七十二小时内完成。家庭分别补写诱因账和损害账，核对其他目击者、监控或服务记录，但不得为了追求一致而逼迫各方修改记忆。医学检查结果、药物调整和伤害后反应可能在这一阶段才出现。若照护者持续惊跳、失眠、害怕接近，损害账应据此更新，而不是因为当晚没有明显外伤就写“无伤”。

第四个是改场窗，从措施提出到第一次真实或低风险验证。它可能需要数天或更久。期间原高风险任务由替代者承担、延期或换成低风险方式。返场许可只适用于写明的任务和条件，不是“一次批准，所有照护恢复”。下一次同样前兆出现时，观察新安排是否先于行为升级起作用：疼痛是否更早被发现，第二人是否按时到场，停止权是否无需争论，原照护者是否真的可以离线。

这四个时间窗解决一个长期误区：家庭总想在老人平静的那晚把意义、病因、关系和责任一次讲清。实际上，现场最缺的就是稳定注意、完整记忆和安全距离。把不同工作安排在不同时间，不是拖延，而是让每一种信息在能被可靠取得的时候出现。

几类高冲击行为的差异化处理

“高冲击行为”不是单一诊断。不同动作对五门提出不同要求，不能用一套安抚话术覆盖。

辱骂和尖叫首先影响的是心理安全与环境刺激。若没有即时身体危险，照护者仍可选择退出；持续辱骂导致失眠、恐惧或功能受损，应进入损害账。身体排查关注疼痛、听力、睡眠、药物、感染和过度刺激。系统改场可包括缩短任务、减少围观、换人和设定通话或接触边界。不能因为没有皮外伤就把它判为低影响。

诬告同时涉及情绪、事实与第三人名誉。记录必须区分老人说了什么、谁听见、有哪些客观资料以及哪些仍不确定。对“偷钱”“下毒”“不让我吃饭”等指控，既不能自动当作妄想，也不能不经核实传播。若指控涉及现实虐待、财务异常或照护疏忽，应启动独立核查；痴呆降低陈述可靠性，不把可靠性降为零。

推打、抓咬和持物威胁直接启动第一门。家庭需要记录伤害潜势而不只记录结果：一次挥刀未命中不能因“没人受伤”被写成轻微；一次轻推导致照护者在浴室台阶处差点跌倒，也应按环境放大的潜势处理。系统改变优先选择距离、出口、两人任务、移除危险物和停止权，而不是先要求受伤者提高沟通技巧。

拒绝照护需要把自主表达与急性风险分开。对可延期的洗澡、换衣、理发等，停止往往比强行完成更安全；对必要药物、进食饮水、伤口和紧急治疗，则应联系专业人员设计替代时间、剂型、解释和支持。拒绝可能源于疼痛、羞耻、陌生、感觉障碍或无法理解步骤。任何强迫都必须受到法律、临床和伦理限制，不能由家庭清单自行授权。

涂抹粪便、尿液或其他体液既有卫生风险，也容易引发照护者强烈厌恶和羞耻。调查需涵盖便秘、腹泻、肛周疼痛、衣物、厕所可见性、手部活动需求和认知误认。清洁不应成为单人无限任务；若反复发生，应获得护理、医疗和环境设计支持。公开讨论时避免用猎奇细节把老人去人格化，也避免把照护者的恶心反应道德化。

走失、夜间游走、性失抑制、自伤和对儿童的攻击不在本章逐项展开，但同样适用五门；其中某些场景需要更严格的专业与法律介入。路径是共同底盘，不取代具体风险领域的专门指南。

从家庭简表到服务接口：谁负责把改场变成现实

家庭无法仅靠意愿完成第五门。很多改变涉及医生调整治疗、护理评估、日间照料、居家服务、社会工作、财务管理、辅助器具或临时替班。若服务系统只问“老人有什么症状”，不问“谁在承担高风险任务、前一次事件后什么还没改变”，未终事件会在机构边界之间消失。

医疗接口至少需要接收三类信息：与基线相比的急性变化、可能的身体诱因和药物时间线；事件的动作与伤害潜势；家庭目前能否安全继续必要照护。医生不必裁判家庭伦理，却需要知道“让家属带回家观察”是否实际上意味着让刚受伤的人单独接手。出院或门诊建议应写明警示信号、复核时间和家属无法维持安全时的升级通道。

护理与社会服务接口需要把任务拆开。笼统的“照护困难”不容易获得准确支持；写成“夜间洗澡出现抓咬，单人无法安全完成”“污染清洁无替代者”“财务指控由被指控者继续保管账户”，服务才知道要提供两人照护、时段调整、清洁支持、个案协调还是财务第三方。

兄弟姐妹会议也应改变议程。不要先讨论谁更孝顺，而是逐项问：哪项任务产生危险；谁拥有停止权；谁可独立替代；哪些医疗信息待核；哪项环境改变由谁完成；在措施落地前谁承担连

续保障。远距子女可以负责预约、费用、服务采购和记录核对，但不能把每天发消息当作现场接手。

对独生子女或无可亲属的家庭，五门更直接暴露公共责任。若没有第二人、夜间服务和应急接手机制，要求照护者完成“系统改场”只是把政策缺口个人化。地方服务可以建立小型稳定团队、紧急短托、夜间热线、上门评估和高风险任务支持；稳定团队比随机轮换更有利于保存痴呆者熟悉感。

服务接口还要允许照护者只转移某些任务，而不是在“全部自己照护”和“完全送机构”之间二选一。高风险洗澡、污染清洁或夜间行为可以外包，陪伴、吃饭和熟悉活动仍由家属自愿保留。任务拆分能同时保护关系与退出权。

最低实施包：资源有限的家庭也能从哪里开始

完整体系需要公共服务，但资源有限并不意味着只能等待。一个最低实施包可以由一张纸、一次分工和一个停止规则构成。

第一，家中显眼但保护隐私的位置放置紧急信息页：老人诊断与基线、药物清单、过敏、医生与急救联系方式、最近变化、谁有就医或服务权限。信息页不写羞辱性标签，不把所有亲密家庭史公开给每位访客。

第二，挑出一项最常触发的高风险任务，只改一个承重条件。例如把洗澡从夜间移到白天；把单人变两人；先处理疼痛和如厕；把财务保管从被指控者手中转给透明的双人记录。一次只改一个条件有利于观察，但若存在生命危险，不能为了研究纯度只改一项。

第三，写下一条所有家人都承认的停止句：“只要出现抓扯、堵门或拿物威胁，当前任务立即停止，由____接手；无人可接时联系____。”停止句需要替代路径，否则它只给出离开权，不保证老人连续获得必要照护。

第四，事件后由两个人分别记录。现场者只写动作和自己的损害，另一人整理医疗与环境线索，减少让受伤者同时承担调查劳动。若只有一人，可先用语音备忘录保存事实，待安全和休息后再整理；记录不是要求人在创伤当下完成文书。

第五，七十二小时内核对一个问题：“下一次前兆出现时，哪一件东西已经不同？”若答不出，明确写“未结案”，并停止原条件返场。承认没有解决比用一句“以后小心”制造虚假完成更安全。

最低实施包不是把专业责任推给家庭。它的功能是使缺口可见，并为求助提供清晰材料。若事件反复、伤害升级、老人突然明显改变或家庭无法安全维持照护，应尽快寻求专业评估，而不是无限完善家庭表格。

三次桌面演练：同一家庭怎样学会不在平静处结案

为了说明五门不是抽象口号，设想一个由母亲和三个成年子女组成的家庭。母亲处于中度痴呆阶段，平时与大女儿同住，二儿子在同城，小女儿在外地。以下三次事件不代表标准答案，而是展示每一门怎样改变下一次的条件。

第一次发生在晚饭后。母亲找不到一只金手镯，认定大女儿拿走，连续辱骂并用手推她。大女儿最初拿出抽屉试图证明，母亲更加激动并堵住卧室门。按第一门，她停止翻找，不再穿过母亲身体去开抽屉，用短句说“我先退到客厅”，请二儿子保持电话在线，并从另一出口离开。母亲十分钟后坐下，但家庭没有立即结案。

第二门发现母亲当天午睡少、晚饭前刚更换一种药物服用时间，且手腕关节疼痛；家属将时间线交给医生，得到进一步评估和观察建议。第三门重新接触时，大女儿只说“你很担心手镯不

安全”，没有承认自己拿走；二儿子作为第三人共同查看固定首饰盒和照片。双账中，诱因账记录睡眠、疼痛、药物和物品移动，损害账记录大女儿被堵门后的恐惧与暂不愿单独处理财物。系统改场是首饰固定存放、每次移动由两人记录、财务与贵重物品不再由被指控者单独管理。两周后母亲再次问起手镯，二儿子能独立使用记录处理，大女儿无需返场。这才是第一次事件的结案验证。

第二次发生在夜间。母亲在卧室脱下失禁用品，把粪便涂在床单和墙边。大女儿闻到气味后冲进去抓住母亲双手，母亲尖叫并抓伤她。若家庭只吸取“要温柔”的教训，下一次仍会重复。第一门先让大女儿退开并处理抓伤，二儿子带防护用品到场，在保证母亲不滑倒和不继续接触污染的前提下完成最低清洁。身体排查关注便秘后溢出、肛周不适、失禁用品尺寸、厕所照明和夜间迷向，并联系护理与医疗人员。

互动承接不讨论“为什么这么脏”，而从“你不舒服，我们先换一件干净衣服”开始。诱因账记录排便、皮肤和夜间路线；损害账记录抓伤、恶心、清洁时间和大女儿第二天无法工作的损失。改场包括夜灯、清晰厕所标志、便于脱换的衣物、床旁清洁包、排便观察和夜间第二响应人。家庭还写明：大女儿单独发现大面积污染时只负责隔离区域与联系接手者，不独自完成全部清洁。此后即使老人再次失禁，只要替代者无法到场，这项事件仍处于未终状态，不能用“上次都处理过了”强迫她继续。

第三次是拒绝洗澡。母亲在脱衣时推开大女儿并准备抓咬。因为前两次已经建立停止权，大女儿不再把完成洗澡当作当晚必须达成的目标，立即停止。排查显示浴室温度偏低、肩部抬举疼痛、母亲对镜中影像感到不安。家庭先以局部擦洗替代整套洗澡，调整温度和镜面，改到午后，由二儿子与固定护理员共同进行；大女儿只在自己愿意时陪伴此前的喝茶活动，不参与脱衣。

第一次新方案中，母亲仍然提高音量，护理员按规则停止，没有召回大女儿“救场”。第二次只完成上半身清洁，第三次才完成完整洗澡。若只看单次任务完成率，新方案前两次像是失败；若看返场条件，它正在建立第二条可持续路径。这里的结束不是每次都把老人洗干净，而是无需牺牲同一个人，也能在尊重拒绝、控制疼痛和保留必要卫生之间继续调整。

三次演练说明，系统学习不是让所有事件消失，而是改变事件怎样留下后果。第一件事留下透明的财物处理，第二件事留下污染接手和夜间支持，第三件事留下可停止、可分段、可由新人逐步承担的身体照护。若家庭只记住“母亲后来都平静了”，这些能力一个也不会出现。

研究设计：怎样证明路径有效，而不是只证明表格填得更多

未来研究应以事件为单位，而不只以人或家庭为单位。一个家庭可能三个月没有高冲击事件，也可能一周出现多次波次；只比较家庭平均分会丢失“平静后到改场”的关键窗口。事件记录需要时间戳：危险停止、医疗联系、诱因处置、损害记录、措施实施、首次验证和再次事件。

最可行的第一步是同一服务体系内的前后实施研究。选择至少六个在痴呆严重度、服务供给和记录方式相对可比的社区或照护单元，先收集常规路径，再引入五门闭环。主要结局不只用老人激越频率，而用同一照护者 30 天内相似情境再受伤、必要照护中断、老人急诊或约束、照护者睡眠与工作损失、替代劳动者无偿加班。分析需处理同一老人事件聚类 and 严重度混淆。

第二步可以比较三种机制相近、资源相当的方案：一般照护者培训；DICE/TIME 式评估与计划；在后者基础上增加双账、停止权和返场门。若第三组只增加记录负担而不改善双方结局，本章失败；若一般培训已取得同样效果，复杂闭环没有必要。

质性研究必须分别访问老人、主要照护者、其他亲属、专业替代者和服务人员。老人可能把“退出”体验为突然遗弃，照护者可能把“承接”体验为继续忍耐，替代劳动者可能把“系统

改场”体验为风险下沉。只有把这些位置分开，才能知道一方的安全是否以另一方的沉默为代价。

公开数据真跑目前遇到字段限制。现有指南和试验多记录激越量表、照护者负担、方案实施度或健康事件，较少同时记录老人平静时间、原照护者返场时间、措施实际落地时间和再次伤害。本章因此不能给出五门闭环的效应量。把这四个时间字段加入常规记录，是比立刻发明新量表更便宜、更可复算的研究动作。

自我反思：本章会不会把家庭变成事故调查室

按本章自己的判据检查，文章也可能制造一个未终事件：它提出五扇门，读者记录得更完整，却没有服务、替代者、医疗可及性和经济资源去完成第五门。表格越精细，原照护者反而越清楚地看见所有缺口，却仍由她负责逐项补洞。那将是“记录完成、现场不变”的平静假结案。

具体后果是，本章不能把完成清单当作家庭个人责任。没有社区服务、喘息照护、专业评估或替代人员时，未通过第五门首先暴露公共供给缺口，而不是证明家庭管理失败。政策与机构若采用该框架，应同时提供转介、临时接手、夜间支持和高风险任务协助；只发一张表不算实施。

文章还容易高估语言。面对严重谵妄、疼痛、感觉障碍或进展期痴呆，再高明的承接也可能失败。沟通失败不证明照护者缺乏同理。第三门在整条路径中从属于第一、第二门，不能被培训产业抬成万能解法。

最后，本章的公开字段审计只有十二项，虽有预先编码，却不是系统综述；对框架的“缺失”判断限于公开文本明示内容。DICE、TIME 或临床团队在实践中可能已经执行本章所说的双账与返场门，只是没有使用相同名称。若后续完整文献和实践调查发现这一点，本章应缩成一套可复制的记录语言，而不是坚持优先权。

截至 2029 年 12 月 31 日的前瞻赌注

本章提出一项可失败的预期：截至 2029 年 12 月 31 日，在至少两个不同的痴呆照护服务环境中，与常规行为管理路径相比，加入“措施实施前不自动返场”、独立损害账和停止权的事件路径，应在不增加老人严重安全事件、偏好违背、约束使用及替代劳动者无偿加班的前提下，使同一照护者在 30 天内因相似前兆再次遭受身体伤害的比例至少降低 20%。

以下均不算命中：只降低老人激越量表分数；只提高照护者知识或自我效能；计划写得更完整但措施未实施；把事件转移给另一名未同意的女性亲属或低薪劳动者；通过更多镇静、限制或急诊转运换取表面平静；原照护者名义离场却仍实时指挥；只在一个资源极丰富项目中短期成功。

20%不是既有研究估计的效应量，而是让路径承担失败风险的工程目标。正式试验应在注册前明确事件单位、严重程度、混淆变量、老人安全结局和替代劳动条件。若基线伤害极低，应改用预先规定的复合安全结局，不能事后为了显著性更换指标。

与本书其余各章的分界

本章处理一次高冲击事件的闭合，第七章处理其中的责任换手，第十章处理不含冲击的日常纠错。第十章的身份防卫性纠错轮次与本章第三门相邻但不同层：本章第三门是一次事件内的处置动作，第十章的轮次是跨事件的累积机制。若某个家庭的日常纠错已经进入第十章的回写循环，本章第三门的成功率会系统性偏低——两章在这一格上可以互相证伪。

结论：爱不应由反复返场来证明

痴呆老人的辱骂、诬告、推打、抓咬、拒绝照护和涂抹粪便，既可能表达疼痛、恐惧、谵妄、误认和环境过载，也可能给儿女造成真实损害。疾病解释取消的可以是归罪与报复，不能取消伤口、恐惧和保护需要。照护者退出危险不是不理解老人，而是为后续获得更可靠的信息保留双方身体。

一次事件的完整次序因此是：先停止暴露，再排查身体与环境；重新接触时承接情绪和需要，却悬置未经核实的事实；把诱因与损害分成两本不能互相冲销的账；最后改变人员、顺序、环境、权限或停止规则，并验证改变真的能用。老人平静只是行为状态变化，不是事件结案。

“未终事件”最重要的贡献，不是增加一个名字，而是给家庭一个拒绝虚假结束的理由。只要下一次同样前兆出现时，所有条件仍与上次相同，事情就没有过去。只有老人继续拥有必要照护，具体儿女不必回到相同危险，新的承接者和环境又能保存老人的尊严、偏好与熟悉感，事件才真正从家庭的现在退出。

爱可以继续，关系可以继续，照护也可以继续；不能继续的是用同一名儿女反复返场来证明这一切。

参考文献

[1] Shenvi C, Kennedy M, Austin CA, Wilson MP, Gerardi M, Schneider S. Managing Delirium and Agitation in the Older Emergency Department Patient: The ADEPT Tool[J]. *Annals of Emergency Medicine*, 2020, 75(2):136-145. DOI:10.1016/j.annemergmed.2019.07.023.

[2] National Institute for Health and Care Excellence. Dementia: assessment, management and support for people living with dementia and their carers: NG97[EB/OL]. 2018. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng97/chapter/Recommendations>

[3] National Institute for Health and Care Excellence. Dementia Quality Standard QS184, Quality statement 6: Managing distress[EB/OL]. 2019. <https://www.nice.org.uk/guidance/qs184/chapter/quality-statement-6-managing-distress>

[4] Grossman CE, Lemay M, Kang L, et al. Improv to improve medical student communication[J]. *The Clinical Teacher*, 2021, 18(3):301-306. DOI:10.1111/tct.13336.

[5] Fessell D, McKean E, Wagenschutz H, et al. Medical Improvisation Training for all Medical Students: 3-Year Experience[J]. *Medical Science Educator*, 2020, 30(1):87-90. DOI:10.1007/s40670-019-00885-0.

[6] Tran D, Carpenter BD. “Yes, and...” : Using Improvisation to Enhance Well-Being in Family Caregivers of People with Dementia[J]. *Clinical Gerontologist*, 2026:1-16. DOI:10.1080/07317115.2026.2702605. 本研究为 18 人非随机候补对照试点，结论仅作初步证据。

[7] Health and Safety Executive. Investigating accidents and incidents: HSG245[EB/OL]. 2004. <https://www.hse.gov.uk/pubns/books/hsg245.htm>

[8] World Health Organization. Patient safety: Fact sheet[EB/OL]. 2023. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>

[9] World Health Organization. Global Patient Safety Action Plan 2021–2030[M/OL]. Geneva: WHO, 2021. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240032705>

[10] Kennedy M, Koehl J, Shenvi CL, et al. The agitated older adult in the emergency department: a narrative review of common causes and management strategies[J]. JACEP Open, 2020, 1:812-823. DOI:10.1002/emp2.12110.

[11] Kales HC, Gitlin LN, Lyketsos CG, et al. Management of Neuropsychiatric Symptoms of Dementia in Clinical Settings: Recommendations from a Multidisciplinary Expert Panel[J]. Journal of the American Geriatrics Society, 2014, 62(4):762-769. PMID:PMC4146407.

[12] Lichtwarck B, Selbæk G, Kirkevold Ø, et al. TIME—Targeted interdisciplinary model for evaluation and treatment of neuropsychiatric symptoms: protocol for an effectiveness-implementation cluster randomized hybrid trial[J]. BMC Psychiatry, 2016, 16:233. PMID:PMC4942955.

[13] Lichtwarck B, Selbæk G, Kirkevold Ø, et al. Targeted interdisciplinary model for evaluation and treatment of neuropsychiatric symptoms: a cluster randomized controlled trial[J]. American Journal of Geriatric Psychiatry, 2018.

[14] Lichtwarck B, Myhre J, Selbæk G, et al. TIME to reduce agitation in persons with dementia in nursing homes: a process evaluation of a complex intervention[J]. BMC Health Services Research, 2019, 19:349. DOI:10.1186/s12913-019-4168-0.

[15] Kovach CR, Logan BR, Noonan PE, et al. Effects of the Serial Trial Intervention on Discomfort and Behavior of Nursing Home Residents With Dementia[J]. American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias, 2006, 21(3):147-155. DOI:10.1177/1533317506288949.

[16] Gitlin LN, Marx K, Piersol CV, et al. Effects of the tailored activity program on dementia-related symptoms, health events and caregiver wellbeing: a randomized controlled trial[J]. BMC Geriatrics, 2021, 21. DOI:10.1186/s12877-021-02511-4.

[17] Gormley N, Lyons D, Howard R. Behavioural management of aggression in dementia: a randomized controlled trial[J]. Age and Ageing, 2001, 30(2):141-145. DOI:10.1093/ageing/30.2.141.

[18] Huang HL, Kuo LM, Chen YS, et al. A home-based training program improves caregivers' skills and dementia patients' aggressive behaviors: a randomized controlled trial[J]. American Journal of Geriatric Psychiatry, 2013, 21(11):1060-1070. DOI:10.1016/j.jagp.2012.09.009.

[19] Turner BA. Man-Made Disasters[M]. London: Wykeham Publications, 1978.

[20] Spolin V. Improvisation for the Theater[M]. Evanston: Northwestern University Press, 1963.

[21] Johnstone K. Impro: Improvisation and the Theatre[M]. London: Faber and Faber, 1979.

[22] Reason J. Human Error[M]. Cambridge: Cambridge University Press, 1990.

附录：事件双账与返场许可简表

字数说明：正文约两万汉字。

人机分工声明：研究问题与投稿用途由作者提出；跨学科资料组织、初稿生成与格式制作使用人工智能辅助；作者对事实核验、学术判断、伦理边界和最终署名责任承担责任。本章不是个

案诊断或紧急医疗指令；遇到即时危险或突然明显的健康变化，应联系当地急救与专业医疗服务。

编者说明：本章由两稿合并而成

本章的五门（危险退出—身体排查—互动承接—双账记录—系统改场）在作者两份独立成稿中名目与次序完全相同，只是所取的三门学科不同：一稿取老年急诊医学、即兴互动研究与系统事件调查，另一稿取行为神经病学一路的现场证据、会话分析与系统安全。**两稿的承重判断是同一条，因此合为一章**，不作两章并列。合并时保留了主干稿的未终事件、返场许可、双账记录与公开框架审计，并把另一稿独有的两个二维判别表与三个情境配置搬入本章末段。两稿原有的判断一字未改，删去的只是重复的门名解释。

两个二维判别：为什么“已经平静”最容易制造假性结束

第一个二维表把“当前唤醒是否下降”与“再进入条件是否改变并核验”分开。家庭通常只观察横向的情绪变化，却不检查纵向的系统变化。

右下格并不保证零风险，它只说明系统已经用本次事件的信息改变了下一次进入。左下格则解释了许多家庭的困惑：每次老人最后都能安静，但同一类事件仍反复发生。问题不一定是安抚无效，而是安抚成功反而触发了旧系统复位。

第二个二维表把患者原因与照护者损害分开。

右下格是本章要求的知识状态。它拒绝通过减少任何一方的现实来保持道德整洁。老人可以既是需要帮助的患者，又是一次危险互动中的行为来源；照护者可以既理解疾病，又是需要医疗、休息、替换和边界的人。

三个情境：路径不是固定台词，而是不同配置的判定

情境一：突然诬告并抓伤

老人晚间突然指控女儿偷钱，抓伤其手臂。女儿退出到门外，由另一位家属保持视线并移开桌上的剪刀；因老人同时出现注意力波动和排尿困难，家庭联系急诊评估，确认尿潴留并处置。老人平静后，家属说“钱找不到让你很不安，我们明早一起整理”，未确认偷窃。患者账记录急性变化和医疗处置，照护者账记录抓伤、惊恐和暂时不愿独处。系统动作是夜间由另一人陪伴，财物固定收纳，女儿三天内不独自执行近身任务，复诊后再核验。这里，找到尿潴留没有结束事件；医疗处置、伤害承认和人员变化共同构成闭环。

情境二：洗澡时推打和拒绝

老人每次傍晚洗澡都推开配偶。没有急性基线变化，观察发现傍晚疲劳、浴室寒冷、花洒声突然且配偶习惯从身后脱衣。互动中，配偶先说“你不想现在脱衣服，我停下来”，随后退出。双账显示虽无明显伤口，配偶已经连续一周害怕并腰痛。改场包括把洗澡移到上午，先开暖气，用毛巾遮盖身体，一次只洗一个部位，首次由护工和配偶两人进入，连续两次拒绝即改为擦浴。若护工缺岗，不召回配偶单独完成。这里的改变不是“更温柔”，而是时段、空间、动作顺序、人员与停止规则共同变化。

情境三：涂抹粪便后的多重任务陷阱

老人夜间把粪便涂在床栏和衣物上，儿子试图同时阻止其触摸、脱衣、清洁皮肤和更换床单，老人抓咬。退出后，儿子呼叫同住者支援，以两人分工完成最少污染控制；随后评估便秘后溢出、皮肤瘙痒、衣物穿脱困难与厕所识别。互动语言聚焦不适与隐私，不使用羞耻词。双账既记录皮肤和排便，也记录儿子手部咬伤和恶性反应。系统改变为建立污染用品包、夜间照明和厕

所标识、固定排便观察、两人分工顺序，以及“一人到场时不同时清洁人和环境”的停止规则。此例说明，行为的“需要含义”与工作系统的“任务拥挤”必须同时处理。

三个情境都不提供万能话术。相同的句子在疼痛、谵妄或高度威胁中可能无效；相同的环境改变也不适用于所有家庭。路径固定的是决策结构：先退出危险，再处理身体，再试互动，保存双重事实，最后改变并核验配置。

第九章 当纠错成为下一轮怀疑的证据

摘 要

当阿尔茨海默病及相关痴呆患者说出“你偷了我的钱”“你想害我”“你不是我女儿”等错误指控时，家属即使已经理解遗忘、错认、妄想及重复提问可能来自疾病，仍常迅速进入否认、解释、举证和争辩。现有照护建议通常把这种现象归为疾病知识不足、沟通技巧不足或情绪控制失败，但这些解释遗漏了一个关键变量：某些错误陈述不仅与客观事实冲突，同时直接否定了照护者的关系身份和道德身份。此时家属试图恢复的并非只有“钱没有被偷”这一命题，也包括“我不是小偷”“我没有害你”“我是你的女儿”“我是一个尽责照护者”等关于“我是谁”的判断。

本章采用三领域动力相撞，将预测加工／认知神经科学、会话分析与道德心理学分别锁定于不同动力来源。认知神经科学提示，阿尔茨海默病中的妄想不能简单还原为记忆错误，新增事实的客观充分性不等于其获得相同程度的有效更新权重；会话分析表明，纠错不是中性的事实传递，而是对知识产权、参与资格和关系位置的重新安排；道德心理学则提示，当人的重要道德身份受到威胁时，防卫性证明会上升，证据开始承担“证明我是什么人”的功能。三者碰撞后，本章提出：在身份相关的痴呆错误指控中，事实纠错具有“回写性”。它一方面提供反证，另一方面通过语气、重复、打断、逼问、第三方动员与关系位置变化制造新的社会线索；当老人从事实反证中获得的有效更新小于从新增威胁线索中获得的威胁更新时，纠错就会由“反驳旧判断”转变为“生产新一轮证据”。

本章将这一最小可记录事件定义为“身份防卫性纠错轮次”（identity-defensive correction sequence, IDCS），提出“认知错配—关系性指控—身份受威胁—事实自证—互动升级—威胁线索增加—原判断强化”的轮转机制，并建立事实自证回合数、身份威胁强度、后续重复指控、激惹与照护者情绪恢复时长等事件级读数。对公开痴呆会话材料的探索性真跑显示，纠错强度和争议延长可以被逐回合编码，但现有公开案例缺少足够的照护者身份性指控，因此不能把一般知识纠错直接等同于 IDCS；这一不利结果迫使本章把概念边界收窄。文章进一步给出二维分类、七条可裁决预测、前瞻研究方案、伦理边界与判伪条件。本章的理论增量不在于再次主张“不要和痴呆老人争辩”，而在于把事实纠错、照护者身份防卫与患者下一轮威胁判断纳入同一时序事件中，使“为什么明知无效仍会纠错，以及纠错如何反过来成为下一轮怀疑的线索”成为可观察、可比较和可证伪的问题。

关键词：阿尔茨海默病；痴呆家庭照护；妄想；会话分析；道德身份；预测加工；事实纠错；身份防卫性纠错轮次

When Correction Becomes Evidence for the Next Round of Suspicion

Identity-Defensive Correction Sequences and Feedback in Family Dementia Care

Abstract

Family caregivers often know that forgetting, misidentification, delusions, repetitive questioning, and false accusations may arise from Alzheimer’s disease and related dementias, yet they still repeatedly correct, explain, prove, and argue in real interactions. This paper argues that some false claims do more than conflict with facts: they threaten the caregiver’s relational and moral identity. Drawing on a second-order collision among predictive processing/cognitive neuroscience, conversation analysis, and moral psychology, the paper proposes that factual correction can become endogenous to the next cycle of suspicion. Correction supplies counterevidence, but it

can also alter tone, turn-taking, proximity, insistence, and the distribution of epistemic authority. When the effective updating value of counterevidence is smaller than the threat value carried by these newly produced interactional cues, correction may cease to reduce suspicion and instead help reproduce it. The paper defines the identity-defensive correction sequence (IDCS) as an event-level unit and proposes operational measures, falsifiable temporal predictions, a 2×2 typology, an exploratory public-data test, and ethical boundaries for future research.

Keywords: Alzheimer's disease; dementia care; false accusation; conversation analysis; moral identity; predictive processing; correction; caregiver

问题提出：为什么“知道是病”仍然不能终止纠错？

痴呆照护教育中最常见的沟通建议之一，是不要和患者反复争辩事实。家属往往也并非完全不知道这一原则。他们知道父亲反复问时间不是故意找麻烦，知道母亲说“有人偷了我的钱”可能来自记忆、现实监测、错认或妄想，知道老人把女儿认成姐妹、把已经去世的配偶当成仍然活着，可能与神经认知功能受损有关。然而，疾病知识并没有自动转化为稳定的互动行为。一旦真实指控发生，许多家属仍会迅速进入“没有这回事—我给你解释—我拿证据给你看—你为什么还是不相信”的循环。

如果原因只是疾病知识不足，那么一次充分的疾病教育应该明显降低纠错。如果原因只是沟通技巧不足，那么学会转移话题、回应情绪、减少挑战性提问以后，问题也应大体结束。现实却显示，最难停止的往往不是“今天星期几”之类中性错误，而是“你偷了我的钱”“你想害我”“你故意不给我吃饭”“你不是我女儿”之类同时触及照护者身份的陈述。它们表面上仍是事实争议，却在关系中新增了一个问题：我在你眼里究竟成了什么样的人？

例如，老人说“钱包是不是你拿了”。女儿最初可能回答“我没拿，昨天还是我陪你去银行的”。老人继续坚持后，女儿开始打开抽屉、翻银行短信、叫兄弟姐妹作证，继而说“这些年是谁一直照顾你，我怎么会偷你的钱”。到这一步，争议的对象已经发生漂移：它不再只是“钱在哪里”，而逐渐变成“我究竟是不是会偷你钱的那种女儿”。事实证明开始承担身份证明的功能。

本章的研究问题由此被重新界定：为什么一些家属明知患者难以依据新证据修正判断，仍会持续增加纠错？为什么事实证据越充分，争议有时反而越难结束？以及更重要的——照护者为了反驳旧判断而产生的语言和行为，是否会改变老人下一轮所接触到的社会线索，使纠错从外部反证转化为信念系统内部的新材料？

这是一道追问原因的题，不是追问定义的题

按照三领域动力相撞 v3.8 的题型判别，本研究所问并不是“这种现象叫什么”（What），也不是“家庭应该怎样沟通”（How），而是“为什么明知疾病机制仍会反复纠错，以及为什么纠错会自我强化”（Why）。因此，合适的碰撞型不是三维度并列，也不是三路径拼接，而是三原理型：三家必须分别锁定不同的决定性驱动，并进一步追踪“某一项改变以后如何回写前两项，从而决定下一轮谁先动”。

本研究选取预测加工/认知神经科学、会话分析与道德心理学，并不因为它们分别“解释大脑、语言和情绪”，而是因为三者对同一现象提出了三个互不相容的第一推动。第一家倾向于认为，争议持续的决定性约束在于患者对新证据的更新能力；第二家把决定性力量放在会话修复的序列组织与知识产权分配；第三家则认为，家属持续纠错的动力来自重要关系/道德身份受威胁后

的防卫。只要把三者写成“共同作用”，碰撞就退化成普通综述；因此本章坚持单因锁定，再让每一家在自身材料中暴露它无法单独解释的部分。

三家的共有前提最终被定位为：事实证据被默认是外生于患者原判断的，即“纠错只是往既有信念系统增加一条反证”。本章将用会话分析自身的材料推翻这一前提：纠错会改变语调、轮次、关系位置和认识权，因此它不可能保持社会环境不变；一旦这些改变仍能被患者感知，它们就会进入下一轮判断。由此，“证据”不再只是内容，还包括证据被递送时新生成的互动。

第一动力：认知神经科学——证据的客观充分性不等于有效更新量

最直观的家庭模型可以称为“缺失模型”：老人之所以判断错误，是因为缺少某条正确事实；只要重新告诉他 A、展示 A、重复 A，错误就应被纠正。该模型在日常生活中经常有效，因此也极易被家属带入痴呆互动。然而，阿尔茨海默病中的妄想、错误确信与事实更新并不能稳定地被还原为“少了一条记忆”。

McLachlan 等利用 ADNI 数据研究 728 名后来或当时被诊断为阿尔茨海默病的参与者。初步比较中，存在妄想者表现出更多错误再认，但控制混杂因素后，错误再认与妄想的关联不再显著；与错误再认相关的脑结构和与妄想相关的结构也没有形成简单重叠[1]。这一结果并不意味着记忆与妄想无关，而是足以反驳一种过度简化：只要把正确记忆补进去，妄想就会按比例下降。

另一项 2024 年的初步研究关注轻度阿尔茨海默病患者的记忆置信度和元记忆校准。样本很小，且预先关注的“对错误记忆的高置信”并未得到强有力支持，因此不能把它当作确定机制；但研究至少提示，问题可能涉及个体如何评价自己记忆是否可靠，而不仅是记住了多少[2]。这与预测加工框架提供的形式约束相容：新的感觉和事实不会自动覆盖旧判断，系统还必须决定哪些输入值得获得更高权重，以及多大的预测误差足以修改既有模型[3-4]。

因此，本章不作“阿尔茨海默病妄想已经被证实等于精度加权异常”这样的过度神经化推断，而只保留一个较弱但足够承重的判断：事实证据的数量不等于事实证据能够获得的有效更新权重。十条证据不是“一条证据 $\times 10$ ”。如果患者已经难以把新证据与原来的事件、人物、时间和意图放在同一个稳定情境模型中，家属持续补证据首先增加的是输入量，而不是可用更新量。

第一家因此把决定性动力锁定为：争议是否结束，首先取决于新证据是否能被有效吸收并改写当前判断，而不是证据在客观世界中是否充分。它的自曝弱点同样明确：认知模型容易把家属说出的每一句话都当成“输入”，却忽略不同说法本身会改变互动关系和社会位置。

第二动力：会话分析——纠错是在重新分配“谁有资格知道”

普通会话中的纠错从来不是纯技术行为。Schegloff、Jefferson 和 Sacks 对自然会话修复的经典研究指出，会话组织明显偏好由说话者自我修正，而不是由他人直接纠正[5]。这种“自我纠正优先”说明，纠错不仅处理信息错误，也处理参与者的能力、尊严和认识权。

进入痴呆互动以后，这种敏感性更突出。Landmark 等分析 16 对受痴呆影响的伴侣约 12 小时录像，共收集 84 次伴侣对患者知识主张启动修复的事件：其中 45 次是直接纠正，29 次邀请患者自我纠正，10 次发展成明确的不同意见。不同修复形式对应不同的认识权安排；患者的回应也从接受、自我贬低到抵抗和坚持不等[6]。因此不存在一种既保证事实准确、又保证关系尊严、还能在所有情境中顺畅推进互动的万能句式。

尤其重要的是，多方互动中的纠错有时并不只面向患者。健康伴侣还可能为了让第三方“把事情弄对”而纠正患者[6]。这为本章打开了关键接口：纠错的真正受众可能包括兄弟姐妹、医生、护工、邻居，甚至包括一个并不在场、但被照护者想象出来的评价共同体。当老人说“她从

来不给我饭吃”时，女儿急着解释，不一定只是希望老人改变判断，也可能是在保护自己在整个关系网络中的可信度。

会话分析因此把第一家遗漏的变量带入模型：纠错不是在一个不变通道里运输事实，而是在每一回合重新配置谁是“知道的人”、谁是“被纠正的人”、谁需要解释、谁被迫退让。第二家的决定性驱动是：争议是否升级，取决于修复以什么序列形式展开，以及每个回合如何重新安排知识权和参与位置。它的自曝弱点则是：会话分析可以精确描述“她纠正—他拒绝—她再解释—他坚持”，却不能单独解释为什么有些错误家属一笑而过，有些错误却让家属非证明到底不可。

第三动力：道德心理学——有些“事实”之所以必须澄清，是因为它们正在决定“我是谁”

假设老人把星期三说成星期二，家属可能纠正一次，老人坚持以后也许就算了。但如果老人说“你偷了我的钱”，同样是事实错误，却更容易把家属拖入持续证明。差异在于：前者主要攻击一个命题，后者同时攻击一个人。它把照护者放进“小偷”“加害者”“骗子”“不孝女儿”“陌生人”等关系/道德位置。

Goffman 关于面子工作的经典讨论早已指出，互动者会维护自己在特定交往中被承认的社会价值，一旦面子受威胁，修复活动就会发生[7]。更直接的道德心理学证据来自 Effron：在多项实验中，道德身份受威胁会使人高估过去行为能够证明自身道德品质的程度；在威胁状态下，一旦存在一点支持性证据，人对证据强弱的敏感性可能下降，证据开始承担“证明我是怎样的人”的功能[8]。Wenzel、Woodyatt 和 McLean 的研究也显示，道德/社会身份威胁会增加心理防卫，而身份确认能够降低这种防卫[9]。

这些实验并非痴呆照护研究，不能直接宣布家庭照护者一定按照同一机制反应。但它们允许形成一个可检验的迁移假设：当错误指控不仅否定事实，还把照护者放进负面的道德类别时，随后产生的证据行为可能发生功能转换。最初“钱包在床头柜”是在修复事实；随后“我没有拿”开始恢复清白；再往后“这么多年都是我照顾你，我怎么可能偷你的钱”已经明确调用长期道德凭据；如果再说“你问问我哥，我到底拿没拿”，则第三方也被动员进身份认证。

第三家的决定性驱动因此是：家属纠错强度不只由事实错误的严重性驱动，还由该错误是否威胁其核心关系身份和道德身份驱动。它的自曝弱点在于，一般道德心理学主要研究防卫者自己的判断与行为，并没有专门处理一个特殊结构：防卫对象是一个因神经认知损害而难以正常利用新证据、却仍可能高度敏感于语调和关系线索的人。

两条动力相撞之一：照护者的“证明供给”与患者的“证据吸收”发生错配

第一动力与第三动力相撞后，首先出现一个供给端—吸收端错配。身份受威胁越强，照护者越可能需要更多证明；患者的证据更新能力却未必同步提高。于是，最需要“被相信”的一方，恰好面对一个可能最难通过更多证据完成信念更新的对象。

这一错配会产生一个高度反直觉的体验：家属认为“他还是不明白，是因为我解释得还不够清楚”，于是再解释一轮；仍不改变，就提高证据等级——口头说明不够就找物品，物品不够就找银行记录，银行记录不够就叫第三个人作证，第三个人作证仍不够就开始回顾多年付出。证据越来越充分，但照护者的主观挫败也越来越强，因为她把“对方尚未改变判断”解释为“我的证明仍未完成”。

从认知更新角度看，越来越多证据不等于越来越大更新。当边际更新收益下降而身份证明需求仍在上升时，纠错就具备了连续增殖的动力。第一次碰撞因此产生本章的第一条暗流：事实自证存在供给端—吸收端错配，照护者越需要证明，患者越未必具备相同比例的证据吸收能力。

两条动力相撞之二：事实修复发生“功能漂移”，变成身份修复

第二动力与第三动力相撞后，解释行为出现了至少两本账。第一本是事实修复：说明地点、日期、物品、药物、事情经过；第二本是身份修复：否认恶意、强调亲属身份、列举长期照护付出、要求患者撤销指控、要求旁观者作证、追问“你怎么能这样看我”。两本账可以出现在同一个回合，但它们的终止条件完全不同。

一个事实可以因为查到钱包而结束；一个身份威胁却只有在“对方重新承认我是谁”时才真正结束。问题在于，痴呆患者可能无法稳定完成“接收证据—重构事件—撤销对照护者人格判断—恢复关系身份”这一复杂社会认知任务。照护者却可能无意识地把这种撤销当作争议真正结束的条件。于是，事实已经充分，互动仍然没有停止。

第二次碰撞因此产生第二条暗流：事实自证在关系性指控中会发生功能漂移。表面目标仍是纠正事实，隐含目标已经变成恢复被否定的身份。只要这两个目标没有被分开记录，研究就会把“为什么解释这么多次”错误地归因于信息量不足。

两条动力相撞之三：纠错改变社会环境，第一次成为下一轮“新证据”

现在把认知更新与会话序列放在同一轮里。老人说“你想害我”。家属说“我怎么会害你，这是医生开的药”。老人不信。家属把药盒拿出来，老人仍不信。家属声音开始升高：“医生名字都在这里，你为什么就是不相信？”老人退后，家属向前一步，把药盒递得更近：“你看清楚。”老人回答：“你这么凶干什么，你就是想逼我吃。”

这里发生了全章最关键的转换。家属认为自己的音量升高是因为对方一直不接受证据；患者能够直接感受到的却可能是：对方声音更大、越来越靠近、不断要求自己承认某个版本、持续控制话题、不允许自己退出。如果患者原来的判断就是“这个人对我有危险”，那么这些由纠错产生的互动线索就可能与原判断方向一致。

这并不要求患者进行复杂推理，例如“真正心虚的人才会这样解释”。只需要紧张语调、重复要求、身体趋近、打断和控制感提高了警觉或不安全感，旧判断就更不容易松动。于是，纠错既是对上一轮判断的回应，也是下一轮判断的数据来源。

第三次碰撞产生本章真正的新对象：纠错具有回写性。它不是进入一个静止世界的中性输入，而是会改变世界本身；被改变的社会环境随后重新进入患者判断。旧模型是一支箭：错误判断→提供证据→修正或不修正。新模型是一个轮转：认知错配→关系性指控→身份受威胁→事实自证→互动升级→威胁线索增加→原判断维持/强化→新一轮更强指控→更强身份防卫。

共有前提及其推翻：事实证据不是外生变量

三个领域虽然彼此不同，却共同保留了一个未经充分处理的前提：提供事实证据这一行为本身不会改变与被纠正信念有关的社会环境。认知研究容易把话语当作输入，会话分析往往关注修复如何推进互动，道德心理学关注身份威胁如何改变防卫者，但三者很少把“纠错产生的新互动线索”继续送回患者下一轮判断。

推翻这一前提的材料恰恰来自会话分析自身。Landmark等已经表明，纠错一旦发生，知识权、参与资格和关系定位会发生变化；修复可以发展成明确争议，双方各自提供理由、维护自己的版本[6]。既然纠错本身改变了互动环境，那么从患者认知系统的角度看，新的互动行为就不能被视为纯粹外部的包装，它们本身也是新的可感知输入。

由此，本章得到一条零情态词式的核心判断：当新增事实的有效纠偏量小于纠错行为新增的威胁线索量时，纠错就从反证变成下一轮证据。这个命题不是“有时候越解释越糟”的修辞，而

是要求出现可观察的顺序：身份性指控先出现，照护者自证随后增加，互动威胁线索再增加，在控制前一轮患者激惹以后，这些新增线索继续预测下一轮重复指控或激惹。

核心概念：身份防卫性纠错轮次（IDCS）

为了让上述机制进入数据表，本章把最小可记录事件定义为“身份防卫性纠错轮次”（identity-defensive correction sequence, IDCS）：痴呆患者提出一项同时否定照护者事实陈述与关系／道德身份的主张后，照护者以事实纠正为表层形式、同时实施身份恢复，并由患者的后续反应再次触发纠正或防卫的最小连续互动序列。

IDCS 不是人格特质，不意味着“这个女儿爱争辩”，也不等于家庭整体沟通风格。它必须能够从一次录像或录音中找到起点和终点。进入条件至少有两项：第一，患者提出了一个照护者认为错误或高度可疑的判断；第二，该判断直接涉及照护者的关系身份、道德品质、可信性或照护意图。

因此，“你偷钱”“你想害我”“你不是我女儿”“你故意不给我吃饭”原则上符合进入条件；“今天星期二”“那件衣服是蓝色”通常不符合。一般事实纠错不能自动计入 IDCS。这个边界是本章探索性真跑以后必须收紧的地方，也是它与已有痴呆知识修复研究的主要分离线。

操作化：从“爱争辩”变成事件级读数

（一）事实自证回合数（Factual Self-Vindication Turns, FSVT）

从首次身份性指控出现开始，计算照护者在该事件中用于否认、解释、展示证据、引用过去事实、召唤第三方证明或要求患者认可自己版本的独立发言回合数量。同一连续发言即使包含多条事实只计一个回合；患者插话或发生明显轮次转换后，照护者再次开始自证，则计新回合。

这一读数区分“一次简短说明”和连续七次“证据加码”。它不直接评价哪一方正确，也不把自证次数解释为照护者责任，而只记录事件结构。

（二）身份威胁（Identity Threat, IT）

身份威胁不宜由研究者凭印象直接打一个总分。首先编码指控内容类别：普通事实错误；能力／可信性否定；关系身份否定；道德违规／敌意意图指控。随后由照护者在事件后独立评价：“刚才那句话让我觉得自己的身份或为人被否定到什么程度？”使用预先固定的量尺。这样既保留外部可观察分类，也保留当事人的主观受威胁程度。

（三）回写结果（Feedback Outcomes）

从一次照护者自证回合结束以后，在预设时间窗内记录患者是否重新提出原指控、指控次数、是否出现更强烈的警觉、抵抗或激惹，以及互动是否出现声音升高、重叠发言、逼问、退出、哭泣、动作性激惹等变化。同时记录照护者恢复到事件前主观情绪基线所需时间。研究问题因此从“这次解释有没有成功”改成“这次解释改变了下一轮什么”。

表1 身份防卫性纠错轮次的事件级编码框架

最小动力模型：什么时候“多解释一次”开始产生净负效应？

为了把回写机制写成可裁决形式，设患者在第 t 轮对“照护者有危险／不可信”的判断强度为 B_t；照护者在该轮新增事实证据的有效纠偏量为 U_t；照护者因身份受威胁产生的自证强度为 C_t；自证引起的互动威胁线索为 T_t。最小更新式可以写成：

$$B_{t+1} = B_t - \kappa U_t + \lambda T_t$$

其中，κ 表示患者此时利用反证修正判断的能力，λ 表示互动威胁线索对下一轮判断的影响。身份威胁越高，自证越可能增加，可写成 C_t=f(I_t)；自证越强，若伴随语调、重复、控制与身体趋

近等变化，则 $T_t = g(C_t)$ 。因此关键比较不是“证据多不多”，而是增加一个纠错回合以后，新增的有效事实更新与新增的威胁更新谁更大。

当 $\lambda \cdot (dT/dC) > \kappa \cdot (dU/dC)$ 时，新增纠错回合的净效应转为负。

这个不等式不是对所有痴呆互动的普遍断言。若患者仍能较好利用新证据， κ 较高；或家属能够低强度、非防卫地提供信息，使 dT/dC 很低，那么事实纠正完全可能有效。本章真正押注的是“低有效更新 $\times$ 高身份防卫 $\times$ 高互动威胁传递”的靶格。

二维分类：靶格究竟在哪里？

表2 证据更新能力 $\times$ 身份相关性的二维分类

二维表提供了三个相互竞争的解释。如果只有认知障碍重要，那么在相同认知条件下，“星期几说错”和“你偷钱”不应产生系统性的照护者反应差异；如果只有身份威胁重要，那么患者证据更新能力的高低不应显著改变自证以后争议是否延长；如果只有会话形式重要，那么控制纠正方式以后，身份相关与非身份相关错误不应仍然表现不同。本章成立，需要三者在靶格形成可重复的交互模式。

七条可裁决预测

H1 身份威胁先于自证增殖

控制事实错误严重程度、事件主题与患者认知状态以后，偷窃、伤害、欺骗、关系身份否定等自我相关指控应比中性的日期、地点、物品错误引发更多事实自证回合。若无差异，“身份防卫”不是必要概念。

H2 证据量与争议终止不是简单线性关系

在患者证据更新能力较低的事件中，第二、第三及之后的自证回合，其边际纠错收益应下降；继续增加自证回合不会等比例提高当轮指控撤回率。若证据回合越多，患者越稳定、线性修正，则供给—吸收错配受到挑战。

H3 自证之后先变化的是互动，再是下一轮判断

高强度自证以后，语调、停顿、重叠发言、重复要求、身体趋近／退出等互动指标应先发生变化，随后才出现重复指控或激惹。若患者激惹总在自证前完全形成，且自证强弱对后续无增量预测，回写机制受到挑战。

H4 关系／道德身份越中心，自证越难停止

同一句身份性指控，对高度认同“尽责女儿／配偶／照护者”身份的人，应产生更高主观身份威胁和更多自证回合。照护者身份本身会随照护经历和关系历史变化，既有研究已提示这种身份并非固定角色[10-11]。

H5 第三方在场放大自证，但不是必要条件

有兄弟姐妹、医护、邻居等第三人在场时，身份性指控后的自证更可能增加，因为纠错同时服务于公共版本管理；但如果身份防卫也来自内化的道德身份，双人独处时该效应不应完全消失。

H6 事实自证回合数预测照护者恢复时长

在高身份威胁事件中，自证回合数应预测更长的照护者情绪恢复时间，即使患者已经停止争议。若争议一停止，照护者情绪总能迅速恢复，则“身份修复未完成”不是关键机制。

H7 干预首先改变回合结构，而不是直接消除妄想

若在低风险情境下帮助照护者识别身份威胁、把事实核查与自我清白分开，并训练低对抗退出，那么最先变化的应是自证回合数、互动升级率和单次事件持续时间；患者长期妄想或重复指控是否下降应是较后的结果。

v3.8 “真跑一条”：公开会话材料给了什么，又否掉了什么

在把 IDCS 写成完整理论之前，本章对 Landmark 等公开呈现的痴呆伴侣会话数据进行了一次最低成本的探索性检查。此举不是正式临床验证，也不是独立注册试验，只回答一个方法学问题：纠错能否被逐回合观察，以及现有公开语料是否足以直接支撑“身份防卫性纠错”这一命名。

原研究在约 12 小时、16 对伴侣的录像中收集到 84 次知识修复事件，其中 45 次为直接纠正，29 次邀请自我纠正，10 次发展为明确争议[6]。公开案例显示出清晰的序列差异：隐蔽纠正可以不立即把患者拖入公开争议；直接纠正后患者可能不立刻接受，伴侣随后通过让步缓和；邀请自我修正未必补出新信息，却可以避免公开争执；明确争议则会出现双方各自提出版本、继续举证、拒绝对方时间顺序，直到一方退让。

这些材料支持“纠错强度与争议延长可以被逐回合记录”，但同时产生一个必须写进正文的不利结果：公开案例的主要冲突集中于日间活动、共同记忆、设施活动及症状时间顺序，并没有足够案例可以干净编码为“患者指控健康伴侣偷窃、伤害、欺骗或不是亲人，而伴侣因此进入道德身份防卫”。因此，不能把这 84 次一般知识修复全部改名为 IDCS。

这一不利结果反而提高了概念精度：IDCS 的分母不是所有痴呆纠错事件，而是所有“错误判断同时对照护者身份产生自我相关指控”的事件。现有会话分析已经拥有“知识修复/纠错序列”这一对象；本章新增的是其中一个更窄的子类，并要求它同时具有身份威胁上游变量和患者下一轮威胁线索回写的预测。

与确认疗法、与动机性推理的分界

其一，确认疗法与“不纠正”共识。痴呆照护里对事实纠错最直接的一支意见是：不要纠正。承接情绪、转移话题、不与老人争辩事实，这是确认疗法一路三十多年来的主张，也已经进了多国的照护指南。表面上看，本章与它结论一致——纠错有害。

分离线在于**害在哪里**。不纠正一路给出的理由是记忆损伤：纠正不会被记住，只会带来当下的挫败与情绪升级，因此不划算。本章给的理由完全不同：**纠错之所以有害，不在于它无效，而在于它有效地改变了下一轮的证据基础**——照护者每一次成功的澄清都在重新分配“谁有资格知道”，而这份重新分配本身成为老人下一轮怀疑的材料。两个理由预测的东西不同：按记忆损伤论，一个记忆保留较好的老人应当从纠正中受益；按本章，记忆保留越好，被重新分配资格的感受越清晰，回写越强。

判定形式：按认知损害程度分层，看纠错后的怀疑强度变化。若纠错的负效应随损害加重而增大，记忆损伤论对；若在轻中度组反而更大，本章对。这一条可以在既有的会话语料上回溯，不需要前瞻设计。

其二，动机性推理与认知失调。若把本章的判断剥到只剩形式，它说的是：一个人在接收与自我形象冲突的证据时，会按照维护自我形象的方向处理证据。这件事有两位年代久远的正主——认知失调理论与动机性推理一路的研究，后者明确论证过人们在有动机时会调用不同的推理策略并因此得到不同结论，而这一切在主观上感觉不到偏私。

分离线在于**谁在防卫**。这两支研究的对象是**接收证据的那一方**，处理的是他自己的信念更新；本章处理的是一个**两人系统**：纠错者的动机（我必须证明我没有偷）与被纠错者的动机（我

必须仍然是一个知道事情的人)互相供给材料,而这个供给回路不属于任何一方的认知过程。判定形式:在单人条件下呈现同样的冲突证据(例如由录音而非由家属提出),若怀疑升级幅度与家属当面纠正时相同,则本章可并入动机性推理;若显著较小,则升级来自互动而非来自个体的信念更新。

敌意拓宽与近邻划界:这是不是早就有人说过?

v3.8 要求主动搜索“这想法其实早就有了”的占位者。对本研究而言,最危险的不是有人完整提出过 IDCS,而是多个成熟传统已经分别占掉大部分结构,使一个看似新概念实际上只是旧理论换名。以下几个占位者必须正面处理。

第一, Goffman 的面子工作早已解释互动者为何在社会价值受威胁时启动修复[7]。如果本章只说“被说成坏人会解释自己”,则没有新意。本章的分离线是:若只是面子工作,不会自然推出患者证据更新能力对“身份防卫→下一轮指控”的调节,也不会要求新增互动线索进入患者下一轮判断。

第二, Schegloff 等的修复组织早已说明直接他人纠正具有互动敏感性[5]。因此“直接纠正容易引起抵抗”不是本章的新发现。本章新增的是:为什么某一次纠正会因照护者身份被击中而连续增殖,以及增殖以后为什么会重新变成患者判断的数据。

第三,现实定向传统至少可追溯到 20 世纪 60 年代, Taulbee 与 Folsom 已经系统讨论老年患者的现实定向[12]。后来的痴呆照护又发展出与之存在张力的确认式沟通传统。本章不重新裁决“真话还是顺着老人”,因为研究的不是一般事实定向,而是当事实同时承担照护者自我清白功能时发生的动力转换。

第四, Communication Predicament of Aging 传统早已提出沟通者对老年人的判断会改变说话方式,而改变后的说话方式又可能强化对老年人的原始判断[13]。这是结构上最危险的反馈环占位者。本章要求额外出现三个签名:患者提出照护者自我相关指控;照护者出现身份恢复性证据行为;这些行为产生的新社会线索进入同一指控的下一轮。缺一不能 1:1 替换。

第五, Landmark 等的痴呆知识冲突研究已经证明纠正会重配知识权,患者可以抵抗,纠错可以转成争议[6]。所以本章不能声称“首次发现痴呆患者会抵抗纠正”。本章增加的变量只有两个:照护者身份威胁为什么使纠错增殖,以及增殖如何回写患者下一轮判断。

第六, Moore 与 Gillespie 提出的 caregiving bind 说明照护者身份会在社会可见性、承认和照护劳动之间形成张力[10]。该理论证明“照护者是谁”本身就是研究对象,但其关键机制是照护劳动的可见性与社会承认;本章研究的是错误指控后事实证明发生身份化,并进入下一轮互动。

第七, Effron 以及 Wenzel 等已经证明道德/社会身份威胁能够改变防卫[8-9]。若本章只说“被指控会自证”,同样没有新意。本章必须增加一个对方研究没有的结构:被防卫的对象存在认知更新困难,而防卫行为仍会被其重新感知。

第八,近年的家庭痴呆录像研究已经能够在微观水平编码促进性、损害性和中性沟通,并强调沟通的动态与情境依赖[14]。因此“逐回合录像编码”也不是本章的方法创新。本章的方法增量是先用身份性错误指控筛选事件,再追踪事实自证与回写,而不是对全部沟通作一般正负分类。

前瞻研究设计:怎样真正检验 IDCS?

(一) 研究单位必须是“事件”,而不是“爱争辩的家庭”

下一步研究不应继续只用“你平时会不会和老人争辩”之类总问卷。本章讨论的是事件动力，不是稳定人格。合适的分析单位是一次具体身份性指控，并将多个事件嵌套于同一家庭、多个家庭嵌套于研究样本。这样才能比较同一个照护者面对不同错误类型时是否产生不同的自证反应。

（二）建议样本与资料结构

可招募至少 60 个居家阿尔茨海默病及相关痴呆患者—家庭照护者二元组，进行 6 至 12 周事件级观察。研究开始时评估患者认知状态、行为心理症状、听力与沟通能力，评估照护者照护身份中心性、负担、睡眠和基线焦虑/抑郁状态。事件发生后由照护者在短时间内完成简短电子日志；在获得明确同意且不涉及隐私护理的家庭，可采集有限时段的音频或视频。

（三）核心比较

研究至少需要三类组内比较：身份相关错误 versus 中性事实错误；患者证据更新能力较高 versus 较低；高身份威胁照护者 versus 低身份威胁照护者。主要模型应采用多层时序分析，而不是只比较家庭平均值。

（四）最有力的检验是顺序而不是横截面相关

如果只发现“自证多的家庭，患者激惹也多”，并不能支持本章，因为完全可能是患者本来就更激惹，所以家属才解释更多。本章真正需要的顺序证据是：身份性指控先发生；照护者主观身份威胁随后上升；事实自证回合增加；互动威胁线索随后增加；在控制前一轮患者激惹与指控强度以后，新增威胁线索继续预测下一轮重复指控或激惹。换言之，研究要问的是“下一拍谁先动”。

（五）可行的统计策略

事件层可以采用广义线性混合模型或多层序列模型，患者/照护者二元组作为随机效应。对“重复指控是否发生”可使用二项模型；对“下一次指控等待时间”可使用生存模型；对自证回合数可使用计数模型；对连续录像则可建立滞后序列分析。关键不是复杂算法，而是预先写死时间窗、回合划分和编码规则，避免同一读数在不同章节漂移。

实践含义：事实核查与身份修复必须分账

本章不是一篇“教家属说哪句话”的沟通技巧指南，但机制一旦成立，就会改变实践中的第一步判断：这个事实在是否必须被核查？如果老人说“五万元被转走了”，账户确实存在异常；如果老人说“这不是我的药”，药物可能拿错；如果老人说“护工打我”，也绝不能因为其患有痴呆而默认虚假。痴呆诊断不能成为取消事实调查的许可证。

关键区分是：事实核查和现场争辩不是同一件事。完全可以停止对抗性争辩，同时独立查账、找物品、核对医嘱、请第三方核实。这样既不把患者所有陈述病理化，也不要求一个受到身份指控的家属在现场无限承担“证明到底”的任务。

更困难的一步，是照护者辨认自己继续解释的目标是否已经改变：现在是仍有一个必须解决的事实问题，还是我正在等老人承认“我是一个好女儿/好儿子/好配偶”？如果后者占主导，就需要把身份修复从患者身上移开。兄弟姐妹、朋友、专业人员、照护记录和社会支持都可以成为照护者身份被看见和被承认的来源，但不能无限要求一个现实校准能力正在下降的老人承担“道德身份认证官”的功能。

这一实践结论并不是要求家属压抑受伤。恰恰相反，它承认疾病解释与身份受伤可以同时为真：家属知道“妈妈不是故意诬陷我”，并不意味着“被妈妈当成小偷”不痛。真正需要避免的是把受伤以后合理的自我保护，重新翻译成对患者的无限举证。

照护者结局：患者安静不等于事件已经结束

痴呆沟通研究经常把结果放在患者端：有没有合作、有没有抵抗、有没有激惹、任务有没有完成。然而，身份性指控具有另一条时间轴。患者五分钟后可能已经转移注意甚至忘记争议，女儿却可能仍在厨房里发抖；患者第二天又提出同样指控，女儿已经开始产生“我这样照顾他到底有什么意义”的耗竭。

因此，患者行为结束时间与照护者事件结束时间必须分开记录。IDCS 至少需要两个终点：患者停止指控／恢复到事前互动水平的的时间，以及照护者恢复到事前主观情绪基线的时间。两者之间的差值本身可能成为重要结果变量。

如果事实自证回合越多，照护者恢复越慢，即使患者当场停止争议，“解释成功”这个标签也需要被重新审视。它可能完成了一个即时任务，却没有完成关系事件；它甚至可能把照护者的身份创伤拖到下一轮照护中。

伦理边界：指标指向流程位置，不指向道德有罪者

如果未来研究真的开始记录“事实自证回合数”，最危险的用途就是把它变成新的责怪工具：“你看，你解释了八次，所以老人激惹都是你造成的。”这将完全背叛本章。照护者反复自证可能发生在极度疲劳、孤立无援、被反复诬告、已经承担多年高强度照护之后。一个女儿在第六次被说成“小偷”以后提高声音，不意味着她是病因。

本章的指标只能指向哪一个互动位置正在自我放大，不能指向谁是坏人。同样，患者也不能被重新道德化为“故意利用指控控制家属”的人。双方都可能在没有恶意的情况下为下一轮制造条件：患者正在保护一个对他而言真实的世界，家属正在保护一个对她而言真实的自己。

研究伦理上，高风险医疗拒绝、急性攻击、可能发生跌倒或身体伤害的情境不能为了获得完整录像而要求照护者继续互动；浴室、更衣、排泄和身体护理等高度隐私情境原则上不用于纯研究目的连续录像。事实指控涉及财产、虐待或照护不当时，研究者还必须保留独立核查路径，不能因为事件被纳入 IDCS 研究就预设患者陈述必然错误。

判伪条件与理论收缩规则

第一，身份性指控与中性事实错误在控制严重程度和患者状态后，并不产生不同的自证回合数，则身份威胁不具独立解释力。

第二，患者证据更新能力高低不调节自证与争议持续之间的关系，则供给—吸收错配需要删除或降级。

第三，互动威胁线索总在照护者自证之前出现，且控制前一轮患者激惹后，自证强度对下一轮没有增量预测，则“纠错回写”被否定。

第四，减少身份恢复性自证虽然让互动更温和，但对重复指控和下一轮警觉完全没有影响，则本章最多解释关系冲突，不能解释信念强化。

第五，照护身份中心性、主观身份威胁与自证回合没有稳定关系，道德心理学这一路动力就没有真正进入痴呆场景。

第六，控制会话修复形式以后，身份相关与非身份相关错误的结果完全一致，则会话形式已经足以解释数据，不需要另设 IDCS。

第七，在足够大的前瞻样本中，事实自证回合越多反而越稳定地预测更快的事实修正、更低的激惹和更短的照护者恢复，而且这一关系在低证据更新能力组仍成立，则本章核心不等式方向错误，应当撤回“净负效应”命题。

这些判伪条件不是附属装饰。IDCS 只有在能够明确说出“什么样的数据会让我承认自己错了”的情况下，才具有超出照护建议的理论价值。

局限：概念仍处在理论—事件级验证之间

第一，本章把预测加工用作形式约束，而不是已经得到痴呆妄想专属神经机制验证的结论。未来需要更直接的认知实验把患者对事实反证、社会威胁线索和置信度更新放在同一任务中。

第二，现有公开会话语料主要是知识修复和日常共同活动，不足以直接验证“照护者身份威胁”这一上游变量。本章的真跑结果因此只能证明事件级编码可行，并同时证明不能把一般纠错冒充为 IDCS。

第三，家庭关系文化差异可能显著改变什么样的指控最具身份威胁。例如“孝顺”“照顾父母”“家庭财务透明”等规范在不同文化和家庭中的中心性不同，未来研究需要把身份内容本身作为变量，而不是预设所有女儿都以同样方式理解孝道。

第四，严重痴呆阶段可能出现语言能力显著下降，此时身份性指控未必以完整句子出现，回写也可能更多通过拒绝、表情、身体动作和接近/回避体现。IDCS 能否扩展到非语言阶段，需要单独验证。

第五，本章不主张家庭所有冲突都由互动循环造成。神经退行性疾病可以独立产生和维持妄想、错认与激惹；互动变量至多解释某些事件为什么被延长、放大或更难恢复，而不是替代疾病机制。

与本书其余各章的分界

本章是全书唯一不以危机或交接为背景的一章：它处理的是**没有任何人受伤、也没有任何机构介入**的日常对话。它与第八章第三门的分界写在第八章末；与第一章的关系是：本章的纠错轮次是第一章“无事故耗损”在认知层面的一个具体形态——每一次成功的澄清都是一次没有出事的成功，而它同样在累积。

结论：真正需要被研究的是“两个人怎样共同生成下一轮”

当一个患有痴呆的母亲说“你偷了我的钱”，女儿最自然的反应是证明“我没有”。如果母亲继续坚持，女儿会增加证据。再往后，真正被证明的对象逐渐改变：我不是小偷；我是你的女儿；我是这些年一直照顾你的人；我是一个值得信任的人。正是在这里，一场事实纠纷获得了自我延长的动力。

患者未必拥有足够稳定的认知资源，依据越来越多证据完成判断更新，但他仍然生活在互动中，仍可能感受到一个人越来越急、越来越大声、越来越坚持、越来越需要自己认错。于是，在特定条件下，一个悖论发生：家属越努力证明“你不需要害怕我”，患者眼前越可能出现一个越来越紧张、越来越强迫他接受某个版本的人。用于消除威胁的行为开始生产威胁线索，用于推翻旧判断的证据开始进入下一轮判断。

因此，本章提出“身份防卫性纠错轮次”不是为了给“别争辩”换一个更学术的名字，而是为了改变研究单位。疾病改变患者可利用的事实；患者的错误判断击中家属身份；家属身份受威胁改变说话方式；新的说话方式改变患者可感知的环境；改变后的环境重新进入患者判断；新的判断又改变家属。因果不再只住在一个人的脑内，而住在轮次里。

由此，痴呆家庭照护中的一个老问题可以被重新表述：老人说错以后，真正需要记录的也许不只是“事实最后有没有被纠正”，而是“为了纠正这个事实，两个人之间又新发生了什么”。

如果新增互动本身已经成为下一轮怀疑的材料，那么真正需要被打断的就不只是一个错误命题，而是一条正在自己制造下一轮证据的循环。

参考文献

- [1] McLachlan E, Ocal D, Burgess N, et al. Association Between False Memories and Delusions in Alzheimer Disease[J]. JAMA Psychiatry, 2023, 80(7): 700-709. DOI:10.1001/jamapsychiatry.2023.1012.
- [2] McLachlan E, Liu K, Huzzey L, et al. Increased memory confidence and delusions in Alzheimer's disease: a preliminary study[J]. Neurocase, 2024, 30(4): 142-145. DOI:10.1080/13554794.2024.2426267.
- [3] Friston K. The free-energy principle: a unified brain theory?[J]. Nature Reviews Neuroscience, 2010, 11: 127-138. DOI:10.1038/nrn2787.
- [4] Clark A. Whatever next? Predictive brains, situated agents, and the future of cognitive science[J]. Behavioral and Brain Sciences, 2013, 36(3): 181-204. DOI:10.1017/S0140525X12000477.
- [5] Schegloff E A, Jefferson G, Sacks H. The preference for self-correction in the organization of repair in conversation[J]. Language, 1977, 53(2): 361-382.
- [6] Landmark A M D, Nilsson E, Ekström A, Svennevig J. Couples living with dementia managing conflicting knowledge claims[J]. Discourse Studies, 2021, 23(2): 191-212. DOI:10.1177/1461445620966918.
- [7] Goffman E. On Face-Work: An Analysis of Ritual Elements in Social Interaction[J]. Psychiatry, 1955, 18(3): 213-231. DOI:10.1080/00332747.1955.11023008.
- [8] Effron D A. Making mountains of morality from molehills of virtue: threat causes people to overestimate their moral credentials[J]. Personality and Social Psychology Bulletin, 2014, 40(8): 972-985. DOI:10.1177/0146167214533131.
- [9] Wenzel M, Woodyatt L, McLean B. The effects of moral/social identity threats and affirmations on psychological defensiveness following wrongdoing[J]. British Journal of Social Psychology, 2020, 59(4): 1062-1081. DOI:10.1111/bjso.12378.
- [10] Moore H, Gillespie A. The caregiving bind: concealing the demands of informal care can undermine the caregiving identity[J]. Social Science & Medicine, 2014, 116: 102-109. DOI:10.1016/j.socscimed.2014.06.038.
- [11] Ruyant Belabbas E, Manceau C, Wawrziczny E. The relationship at the heart of the experience of daughter caregivers of a parent with dementia: an interpretative phenomenological analysis[J]. Dementia, 2024. DOI:10.1177/14713012231220223.
- [12] Taulbee L R, Folsom J C. Reality orientation for geriatric patients[J]. Hospital & Community Psychiatry, 1966, 17(5): 133-135.
- [13] Ryan E B, Giles H, Bartolucci G, Henwood K. Psycholinguistic and social psychological components of communication by and with the elderly[J]. Language & Communication, 1986, 6(1-2): 1-24.
- [14] Kim S, Liu W, Daack-Hirsch S, Williams K N. Communication patterns and characteristics of family caregivers and persons living with dementia: secondary analysis of video observation[J]. Western Journal of Nursing Research, 2024. DOI:10.1177/01939459241233360.

附注：论文性质与使用边界

本章为理论建构与研究设计论文。“身份防卫性纠错轮次（IDCS）”为待验证的原创操作性概念，不应被误写为已经获得临床验证的诊断术语。

文中“真跑一条”为对公开会话材料的探索性事件级检查，其目的在于检验概念能否被观察并主动暴露不利结果，不等同于独立样本的正式验证。

本章关于家庭沟通的推论不能替代医疗评估。新出现或突然加重的妄想、错认、激惹与行为改变仍需优先排查疼痛、感染、谵妄、药物效应及其他急性医学因素。涉及财产、虐待、伤害或照护不当的指控，应保留独立核查，而不应仅因患者患有痴呆即自动判定为虚假。

第四编 合论

九处互不重复吗

第十章 九个"完成"的同一处漏洞

本章是全书唯一一章不引入新材料。它的全部工作，是把前九章各自提出的那个东西并排放着算一遍，回答三个必须被问到的问题：这九处互不重复吗？这张表穷尽了吗？它们之间有没有次序？

前九章各有自己的读数与自己的检验撑着；本章一条新数据也没有。因此本章是全书作者自陈最没有把握的一章，读者应当按最低的可靠性等级读它。

一 九处并排

把九章各自的那一处压成同一个形状：谁宣布了完成 | 没有随之交出的是什么 | 落在了谁身上 | 缺的那一栏是什么。

章	宣布完成的一方	没有交出的那一份	落在谁身上	缺的那一栏
一 无事故耗损轮次	家庭自己（这一轮没出事）	这一轮消耗掉的余量	主要照护者	这一次成功的代价
二 剩余照护发起权责	服务方（合同任务已完成）	未约定事项的发起责任	家属（待命）	离线时长与召回次数
三 照护闭环迁移	购买方（外包已完成）	异常之后把秩序接回来的能力	家庭	操作性召回的来源
四 免召回恢复轮	新照护者（任务已完成）	偏差发生后的恢复权	原照护者	谁把这次偏差接回去的
五 在场义务可承接性	在场者（老人很稳定）	稳定的归属	某一个具体的人	换人后指标的变化
六 非对称退出	制度（已提供补贴与喘息）	关系连续性的承接	同一名子女	去定人连续率
七 免责后保护空位	医学判定（行为人无责）	防止下一次伤害的任务	受影响者本人	保护任务的具名持有人
八 未终事件与返场许可	现场（老人已经平静）	事件的闭合	下一次的同一个人	返场许可的四个条件
九 身份防卫性纠错轮次	纠错者（事实已澄清）	证据基础的完好	下一轮的对话	这次澄清改变了谁的资格

九行的第二列各不相同，第四列也各不相同。这是本书主张九处互不重复的全部依据——不是因为它们听起来不一样，而是因为要补的字段不一样。

二 最容易混的六对，逐对给分离线

若任何一对在真实记录上给不出差别，那两处应当合并。本书欢迎这件事发生：合并比多加一处更有信息量。

第一对：第三章与第四章。两者都讲"接回来"。分离线在尺度：第四章的免召回恢复轮是事件级的——一次偏差、一次接回、有没有打那个电话；第三章的闭环迁移是制度级的——五个环节是否都到位。判定形式：一个机构可以有很高的免召回恢复轮比例（一线人员确实接得住），而闭环迁移不成立（因为没有正式后备，一旦缺岗仍然通向家庭）。若这两种情形在实测中从不分离，两章应当合并。

第二对：第四章与第五章。两者都讲“能不能换人”。分离线在被测对象：第四章测的是**新人**（他有没有独立把偏差接回去），第五章测的是**老人**（原照护者离席之后，老人的行为指标变不变）。判定形式：一个新人可以完成大量免召回恢复轮，而老人的指标仍在原照护者离席时显著恶化——那说明恢复权转移了而到场义务没有转移。**若两个读数在实测中高度相关，第五章可并入第四章。**

第三对：第五章与第六章。两者都讲“替代”。分离线在方向相反：第五章要证明**可以换人**（可承接性越高越好），第六章要保住**关系不因换人而断**（去定人连续率越高越好）。两者不是同一根轴的两端，因为一份可承接的在场完全可以在换人后保持关系连续。**若实测中可承接性与去定人连续率始终反向，则本书第八节那张四格表塌成一条线，第六章的独立性不成立。**

第四对：第七章与第八章。两者都讲事件之后。分离线在时刻：第七章处理**免责判定**作出的那一刻（保护任务由谁接手），第八章处理**平静之后**（什么条件下才允许返场）。两者前后相接：免责后的保护空位若未填上，第八章第四门的双账记录就无人可记。判定形式：清点一批事件，看“免责判定”与“具名保护承接人”之间的时间差；若这个差恒为零，两章说的是同一件事。

第五对：第一章与第九章。两者都讲“成功在累积代价”。分离线在成本的类型：第一章的代价是**生理与时间的余量**，第九章的代价是**证据基础**。判定形式：第一章的耗损轮次预测求助阈值上移，第九章的纠错轮次预测怀疑强度上升；一个家庭可以在其中一条上恶化而在另一条上不动。**若两条读数总是同步，第九章应并入第一章作为其认知形态。**

第六对：第二章与第三章。两者都讲交接完成。分离线在判据：第二章的判据是**离线检验**（家属能不能真的离线），第三章的判据是**恢复能力的位置**（异常后由谁接回）。判定形式：一个家庭可以在合同意义上完全离线（不接电话、不到场），而机构一旦遇到方案失效就直接把老人送回家——那是离线成立而闭环不成立。

三 不穷尽，以及第十处的判准

本书只主张这九处互不重复，**不主张已经穷尽。**

一个候选要成为第十处，须同时满足三条：**其一**，它必须指向一次由某一方宣布的完成；**其二**，未随之交出的那一份必须能被指出落在具体的谁身上；**其三**，它要补的那一栏必须与前九栏都不同，且能在既有记录上清点。

按这三条，本书否掉了三个看上去很像的候选。

"家属不懂医学知识"——不是第十处。它是一个能力差距，不涉及任何一次完成的宣布，处置是培训，不是加栏。

"服务价格太贵"——不是第十处。它决定服务买不买得起，不决定买了之后哪一份没交出来；本书九章处理的全部是已经买到服务之后的形状。

"老人自己的意愿被忽略"——不是第十处，但它是最难否掉的一个。它确实涉及一次宣布（家庭或机构代为宣布“他愿意”），也确实有一份没有交出（老人的决定权），也确实落在具体的人身上（老人自己）。本书之所以不把它列为第十处，理由只有一条：**它是前九处的上游而不是并列项**——第六章已经处理了它在退出问题上的形态，而在其余八处，老人的意愿被忽略会同同时改变九栏中的多栏，因此它不是一栏，是一个贯穿的条件。**这个理由不够硬，本书把它写在这里，等着被推翻。**

真正有希望成为第十处的那个候选，本书认为是：**判定标准本身何时、由谁、按什么改动**——评估量表换版、免责门槛调整、服务包重新定义。它符合三条判准中的前两条，但它要补的那一栏（谁改了判据）与前九栏都不在同一层：它是九栏共同的上游。**本书暂不把它列为第十处，同样等着被推翻。**

四 次序：三条可查的猜测

九处之间有没有先后？本书给三条猜测，不给结论。

猜测一：第一章在最前。求助阈值的上移发生在任何服务进入之前，因此它决定了后面八处有没有机会发生。若成立，则改善后八处的一切努力，其上限由第一处封死——一个从不求助的家庭，交接、能力、事件三编全部用不上。可查：在服务使用队列里，看首次求助时的阈值水平能否预测后续八项读数。

猜测二：第七章在第八章之前，且不可倒置。免责后的保护空位若不填，返场许可的第四门无人可记。可查：清点事件记录，看没有具名保护承接人的事件里，双账记录的完成率是否显著更低。

猜测三，也是最要紧的一条：第九章可能在最后，也可能在最前。身份防卫性纠错是唯一一处不需要任何外部服务、不需要任何危机、也不需要任何机构介入就能独立运转的机制。若它在最前，那么它是其余八处的孵化器——一个已经进入纠错回写循环的家庭，其求助阈值、交接判断与事件处置全部会被这个循环污染。若它在最后，它只是前八处失败之后的一个表现。这两种可能给出的干预次序完全相反。可查：在纵向对话语料上看纠错轮次的起点相对于首次服务接触的时间位置。

若猜测三的前一种成立，本书的编次要整个改掉——第九章应当移到第一编，而不是留在第三编的末尾。

五 本书自己落在哪一格

用本书的判据检本书自己。

本书通篇在说：一次完成由交出的那一方便宣布，而未交出的那一方便不入账。那么这本书自己宣布了什么完成？

它宣布了**九个读数已经被定义清楚**。而没有随之交出的那一份是：**这九个读数一个也没有被第三方在真实记录上清点过**。按第五章的判据，这九个读数全部是“登记在册而从未被调用的能力”；按第一章的判据，本书的每一次“这一章写完了”都是一次无事故的成功，而它的代价——九条未被检验的判断进入流通——落在读者身上，不落在作者身上。

这不是修辞。它有一个可执行的后果：本书应当在出版后设一份公开的调用台账，任何人按任何一章的手册在任何记录上清点过一次，就记一行——用了哪一版手册、在什么记录上、算出什么、与本书的预测是否一致。这件事成本极低。

若出版三年之内这份台账仍然是空的，那么本章第五节就只是一段漂亮话，而全书的九个读数与九条未被兑现的设计没有区别。

六 九章共同要的那一件事

最后收在一句上。

九章要的九栏，没有一栏要求任何人多做一点事。没有一章主张诊断标准错了、服务不该买、免责不该给、纠正不该做。

九条要的都只是：在宣布完成的那一刻，同时写下没有随之交出的那一份，现在在谁身上。

结语 那一栏在不在

这本书从九个照护现场开始，最后落在同一句话上：一次"完成"总是由交出的那一方宣布的，而没有随之交出的那一份，落在没有宣布权的那一方身上，账上没有它。

写到这里，作者能交出的只有三样东西。

一份九栏的清单。求助阈值的上移量、离线时长与召回次数、操作性召回的来源、免召回恢复轮、换人后的指标变化、去定人连续率、保护任务的具名持有人、返场许可的四个条件、纠错改变了谁的资格。九栏没有一栏要求新增测量。

九条会输的判断。每一章都写明了什么结果出现时它必须收缩或撤回，其中至少四条可以在既有队列与既有记录上回溯完成。

一份没有做的清点。第十章第五节把它写成了条件：若三年之内没有任何第三方按任何一章的手册清点过一次，这本书与一份写得比较细的假设清单没有区别。

作者不知道这九处是不是真的互不重复。第十章逐对给了分离线，也写明了若哪一对给不出差别就该合并——合并比多加一处更有信息量。作者也不知道这张表是不是穷尽的，第三节里那个关于"判定标准何时由谁改动"的候选，很可能是九栏共同的上游而不是第十栏。

唯一确定的是那个问法本身可以一直问下去：**这一次宣布完成的是谁，没有随之交出的那一份现在在谁身上。**

一位女儿三年没让母亲出过事，评估问她需不需要帮助，她说目前还应付得来。她说的是实话。这本书想加的只有一栏：**那三年里，她自己少了多少。**

后记 这本书改了什么

本书九章原为九篇独立成稿。成书过程中作者与编辑做了四类改动，逐类写明。

其一，合并了两稿。原稿中处理高冲击事件闭合的两篇，其五门（危险退出—身体排查—互动承接—双账记录—系统改场）名目与次序完全相同，只是所取的三门学科不同。**两稿的承重判断是同一条，因此合为第八章**，不作两章并列。保留了主干稿的未终事件、返场许可、双账记录与公开框架审计，并把另一稿独有的两个二维判别表与三个情境配置搬入该章末段。原有判断一字未改，删去的只是重复的门名解释。

其二，补入九处缺席的最近祖宗。原稿的近邻划界各章都做了八到十二位，但漏掉的恰好是这个题域里最不该漏的几位。逐章补上：第一章补照护生涯研究的角色囚禁与保护性照护；第二章补照护者被当作资源／共同工作者／共同服务对象的三分；第三章补环境压力—能力模型；第四章补情绪劳动与照护者身份理论；第五章补入住后家属持续参与研究；第六章补依赖工作者理论与照护者健康后果研究；第七章补保护义务法理；第八章补确认疗法与治疗性谎言之争、以及系统事故分析的多层防御模型；第九章补确认疗法与动机性推理。**其中第八章与第九章那两处最要紧：本书反复使用的“承接情绪而不确认虚假事实”，是一句有三十多年历史的话，原稿没有点名它的出处。**

其三，补入九处章际分界。原稿九篇互不点名，而它们处理的是同一条链上相邻的环节，读者极易把相邻两章读成同一件事。每章末尾因此加了一节，写明它与其余各章的判据差在哪里。

其四，改了一处用语。第九章原有一处以写作方法命名的小节标题，已改为按内容命名。

还有五处该做而没有做的，写在这里而不是留给读者去发现：

一，第十章的九处互斥只给了六对的分离线，其余各对没有逐对处理；

二，第十章第三节否掉“老人自己的意愿被忽略”作为第十处的理由，作者自认不够硬；

三，全书没有一条读数在真实队列上被清点过；

四，各章的复合案例声明为综合重构，但没有给出重构的规则，第三方无法复核哪些细节来自哪一类材料；

五，第六章自陈“只在封闭语料中把命题压到可输”——那一节的经验成分弱于其余各章，读者应当据此调低对该章第十一节的信任。

附录一 九个读数速查

每一章各给一个可事后清点的读数。此表只列口径，完整的编码规则在各章正文。

章	读数	记什么	最小记录单位	不适用
一	无事故耗损轮次	任务完成且无事故，但以取消照护者恢复资源为代价的轮次	一个观察单元	已发生事故的轮次
二	剩余照护发起权责·离线检验	事前未约定情形出现时，谁率先发现、定性、召集、启动、闭环	一次未约定情形	无已承诺服务范围的家庭
三	家庭召回债	已承诺范围内、必须召回特定家属才能恢复的偏差次数	一次偏差	探望、陪伴与自愿照护
四	免召回恢复轮	原照护者不在场时，新人独立把普通偏差接回的完整任务次数	一次完整任务	急性医疗事件
五	在场义务可承接性	焦点照护者在约定时段与关键情境中能否停止待命	一次预先约定的离席	单次结果、关系亲密度、劳动总量
六	去定人连续率	老人必要功能在任一具名亲属退出后仍被保障的比例	一次退出事件	未被确认为必要的功能
七	免责后保护空位	患者被判免责后，保护责任是否已具名换手	一次高冲击事件	未跨越高冲击阈值的行为
八	五门闭合与返场许可	危险退出、身体排查、互动承接、双账记录、系统改场是否全闭	一次高冲击事件	无损害发生的互动
九	身份防卫性纠错轮次	关系性指控后，事实纠正与身份恢复同时发生的连续互动序列	一次互动序列	与身份无关的普通事实分歧

九个读数的量纲互不相同，而全部无量纲或为比例，可由第三方在既有记录上复算，不要求新增任何一次测量。

附录二 三样可以在既有记录上直接做的清点

本书的可检验设计写了十套，其中三套不需要新增采集、不需要前瞻设计，一周之内可出结果。若只做一件，建议做第一件。

一、离线检验（第二章）。

取一个已签约家庭，约定一个时段：焦点家属不接电话、不到场、不发指令。记录该时段内发生的每一次异常，以及它实际由谁发现、由谁定性、由谁启动、由谁确认闭环。

判读：若任一环节最终仍落回该家属，交接尚未完成——无论合同项目完成率是多少。

二、去定人连续率（第六章）。

取一批已发生亲属退出的个案，逐条清点老人被确认为必要的功能在退出后是否仍被保障，以及保障是否依赖另一名具名亲属。

分母=必要功能项数；分子=不依赖特定亲属仍被保障的项数。

判读：这个比率与家庭投入的总时数无关，也与补贴金额无关；它只回答一件事——谁一走，系统断不断。

三、双账记录（第八章）。

取一批已归档的高冲击事件，逐条查原因账与损害账是否分别记录。

判读：若一份记录里“老人有尿路感染”出现之后，家属受伤的条目消失或被归入“事出有因”，即为冲销，该事件不算闭合。

三样都只需要既有记录与一个愿意逐条标注的人。

附录三 各章的可检验设计一览

章	设计类型	主结局	最低成本版本
一	纵向轮次记录	耗损轮次与求助阈值上移的先后	两周日志
二	离线检验 + 权责配对审计	离线时段内闭环成功率	单家庭一次离线时段
三	召回事件登记	召回次数／已承诺范围	一个月的通话与到场记录
四	集群阶梯楔形试验	免召回恢复轮占比	四阶段训练的单点前后比较
五	离席承接规程 + 三项压力测试	可承接程度分级	一次预先约定的离席
六	最小真实运行	去定人连续率	既有个案回溯清点
七	换手点标注	保护责任是否具名换手	既有事件记录回溯
八	五门闭合标注 + 公开框架审计	五门闭合率与许可成文率	既有事件记录回溯
九	双阶段预注册 + 序列微观分析	纠错轮次的长度与频次	模拟训练中的逐回合编码

⚠ 到成书为止，上表一项也没有执行过。本书的实证层是字段审计与公开资料复核，不是前瞻数据。凡引用本书结论者，请按这一条打折。

附录四 本书补入而未穷尽的近邻

本书在各章末尾补入了九处此前未被正面处理的近邻，逐处给了分离线与判定形式。下表列出它们各自守在哪一章门口，供读者复核补得够不够。

章	补入的近邻	它先在哪一点上与本书冲突
一	角色囚禁；保护性照护	求助阈值上移是否只是角色认同的结果
二	家属的资源／共同工作者／共同服务对象三分；感受框架	家属在系统里应当是什么身份
三	环境压力—能力模型；人格中心照护	“接不回来”是否只是能力与环境的错配
四	情绪劳动；照护者身份理论	恢复权迁移是否只是熟悉度上升
五	入住后家属持续参与；过渡照护	入住之后投入不减，是否本就是常态而非缺陷
六	依赖工作者；照护者健康后果	三分责任是否只是无偿劳动可见化的另一种说法
七	保护义务法理；第二受害者	保护责任换手是否已被既有法理覆盖
八	确认疗法与“治疗性谎言”之争；多层防御模型	坚持不确认虚假事实，本身是否构成伤害
九	确认疗法；动机性推理与认知失调	纠错的回写性是否只是一般的认知失调

第八、第九章那两处最要紧：本书反复使用的“承接情绪而不确认虚假事实”，是一句已经被争论了三十多年的话，原稿一次没有点名出处。补入之后，本书在这一点上的主张已收窄为：**不确认虚假事实的适用范围，取决于该事实是否正在决定照护者的关系身份——而不是一条普遍处方。**

仍未穷尽的，至少还有一支：**判为完成的那条判据本身，何时由谁按什么改动。**九章都把判据当作给定的（合同条款、评估表、事故定义、免责标准）。谁在改这些判据、改的时候有没有人代表那个默认承接者说话——这是九处共同的上游，本书没有处理。

附录五 本书各章提到而未收入本书的篇目

本书各章在划界时提到过若干作者已发表而未收入本书的文章，以及若干仅存于工作稿的模型。凡正文中出现“作者另文”“此前的讨论”一类指称，均指本书之外的篇目，**不指本书的其余各章**；本书各章之间的相互指称一律以“第X章”标明。

各章原为独立成篇的研究，收入本书时做过三类改动，除此之外正文的核心判断、构念、读数与命题一律保持原样：

一、书体化：“本章”改“本章”，各章原有的栏目标签、题头块与版本行去除。

二、章际分界：每章末尾补一节，写明与本书其余各章的判据差——原稿各篇之间互不点名，这项工作是成书时补的。

三、近邻补入：附录四所列九处，逐处补入并给出判定形式。

第八章由原两篇合并而成。两篇共用同一套五门（危险退出—身体排查—互动承接—双账记录—系统改场），承重判断相同，只是所调三门学科不同；合并保留了主干稿的未终事件、返场许可、双账记录与公开框架审计，另一稿独有的两个二维判别表与三个情境搬入该章末段。这一处已在后记中说明。

每一方都做对了， 为什么结果还是坏掉？

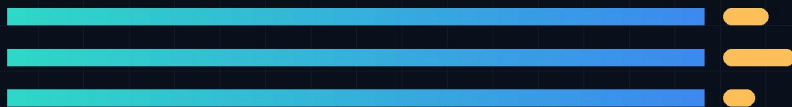
因为宣布完成的，从来不是接住后果的那一方。

一位女儿照顾患痴呆的母亲三年，没有走失、没有跌倒、没有一次急诊。评估问她需不需要帮助，她说目前还应付得来。半年后她自己住院，母亲当天被送进机构。

本书追问的是同一个形状在九个位置上的九种形态：一次「完成」总是由交出的那一方宣布的，而没有随之交出的那一份，落在没有宣布权的那一方身上——账上没有它。家庭宣布这一轮成功，代价落在自己身上；机构宣布任务完成，待命落在家属身上；医生宣布不归责，防止下一次的责任落在被打的那个人身上；现场宣布已经平静，事件还开着。

九章各给出一个可以事后清点的读数：求助阈值的上移量、离线时长与召回次数、免召回恢复轮、换人后的指标变化、去定人连续率、保护任务的具名持有人、返场许可的四个条件、这次澄清改变了谁的资格。**九个读数没有一个要求新增测量**，全部可在既有的病历、排班表、通话记录与事件登记上清点。

本书没有一章主张诊断标准错了、服务不该买、免责不该给。**九条要的都只是在宣布完成的那一刻，同时写下没有随之交出的那一份，现在在谁身上。**而作者自陈：这九个读数，他自己一个也没有在真实队列上跑过。



第一编 求助与交接 第二编 能力

第三编 事件 第四编 合论

《照护的智慧》 孔凡鹤 著 · 专著第 72 号
ISBN 979-8-90690-009-8

定价：US\$20.00

德麦国际出版社
DEMAI INTERNATIONAL PRESS



9798906900098