

ICS 03.080.99
A 12
备案号: 55183-2017

DB50

重 庆 市 地 方 标 准

DB50 /T 773—2017

养老机构老年人评估服务规范

Elders assessment service specification of senior care organization

2017 - 08 - 15 发布

2017 - 11 - 01 实施

重庆市质量技术监督局 发 布

目 次

前 言..... IV

1 范围..... 1

2 规范性引用文件..... 1

3 服务保障..... 1

4 评估内容..... 1

5 评估分类..... 2

6 评估程序..... 2

7 评估要求..... 2

8 评估结果应用..... 3

9 服务监督和管理..... 3

附 录 A （资料性附录） 基本信息采集表..... 4

附 录 B （规范性附录） 风险评估表..... 6

附 录 C （规范性附录） 评估报告..... 10

前 言

本标准按照GB/T1.1-2009给出的规则起草。

本标准由重庆市民政局提出并归口。

本标准起草单位：重庆市第一社会福利院、重庆市质量和标准化研究院。

本标准主要起草人：杨胜普、刘利、钟新东、谢怡、潘智慧、邱克斌、谭皖、钟雪、吴红、张军、曾静。

养老机构老年人评估服务规范

1 范围

本标准规定了养老机构开展老年人评估服务的服务保障，评估的内容、分类、程序、要求、结果应用、服务监督和管理。

本标准适用于各类养老机构。

2 规范性引用文件

下列文件对于本文件的应用是必不可少的。凡是注日期的引用文件，仅所注日期的版本适用于本文件。凡是不注日期的引用文件，其最新版本（包括所有的修改单）适用于本文件。

MZ/T 039-2013 老年人能力评估

3 服务保障

3.1 评估员要求

3.1.1 评估员资质条件

3.1.1.1 接受过医学、护理学或社会工作等方面培训，获得相应的资格证书，并在养老机构连续从事老年人医疗临床工作、护理工作或社会工作 3 年以上。

3.1.1.2 可由临床医学专业、护理专业和社会工作专业人员组成评估小组，共同负责评估工作。

3.1.2 评估员行为规范

3.1.2.1 着装整洁，佩戴有自己身份标识的证件。

3.1.2.2 文明用语，态度和蔼，礼貌待人。

3.2 设施设备要求

3.2.1 养老机构开展评估服务应设立专门的评估室，由评估员负责评估及记录工作。

3.2.2 养老机构可在内部医院（医务室）设立独立的评估室，也可设置在休养部门或社会工作部门。

3.2.3 评估室环境应安静、整洁，采光通风良好，面积宜在 20 m² 以上，附近有卫生间。

3.2.4 评估室内需配备的设施设备参照 MZ/T 039-2013 中 4.1.2 执行。

4 评估内容

4.1 日常生活活动能力

应包括完成进食、洗澡、修饰、穿衣、大小便控制、如厕、床椅转移、行走、上下楼梯等。

4.2 精神状态

应包括认知功能、攻击行为、抑郁症状等，必要时可安排精神科专业的医师进行检查。

4.3 感知觉与沟通

应包括意识水平、视力、听力、沟通交流等。

4.4 社会参与

应包括生活、工作、社会交往等。

4.5 风险评估

应对跌倒、吞咽、压疮等常见风险进行专项评估。

5 评估分类

5.1 入院前评估

对申请入院的老年人应进行入院前评估，评估可在机构内或老年人住处进行。

5.2 例行评估

应掌握老年人日常生活活动能力、精神状态等方面变化，宜每 6 个月进行 1 次。

5.3 即时评估

当老年人日常生活活动能力、精神状态等方面出现重大变化或危急状况时应进行即时评估。

6 评估程序

评估工作一般程序如下：

- a) 评估前向老年人及协议人（相关人）沟通评估的目的和要求，取得配合；需入户评估应先确定评估时间并通知老年人及协议人（相关人）；
- b) 收集老年人基本信息，填写基本信息采集表（附录 A），例行评估或即时评估在入院前评估的基础上更新、维护基本信息采集表；
- c) 依据 MZ/T 039-2013 附录 B 设定的评估指标逐项评估，得出老年人在日常生活活动能力、精神状态、感知觉与沟通、社会参与四个方面的相应分值，并根据 MZ/T 039-2013 附录 C 确定老年人的能力等级；即时评估主要对重大变化的内容进行评估；
- d) 对跌倒、吞咽、压疮等方面进行风险评估，填写“Morse 跌倒风险评估量表”、“洼田饮水试验吞咽功能评定量表”、“Braden 压疮评估量表”（附录 B）；
- e) 填写评估报告（附录 C），告知老年人及协议人（相关人）评估结果；评估报告经评估员签名后，由协议人签名确认；
- f) 评估材料整理保存。

7 评估要求

7.1 各类评估内容参照第 4 章执行，例行评估和即时评估应在评估前参照最近一次评估结果和近期的日常生活活动能力、精神状态等方面情况。

7.2 各类评估结束后应作出总结。

7.3 实施老年人评估时，应至少有 2 名评估员开展评估工作，也可委托具备条件的第三方机构评估。

7.4 老年人评估信息应全部来自老年人本人，如老年人意识不清楚或沟通交流存在困难，可由协议人（相关人）协助评估员完成评估工作。

7.5 评估过程中应向老年人及协议人（相关人）介绍并答疑评估表格相关内容。

8 评估结果应用

8.1 评估结论作为老年人入院、转级、制订照护计划和预防风险的依据。

8.2 能力评估结果作为养老机构照护分级的主要依据。养老机构照护分为自理、介助、介护三个等级，针对不同照护等级制定相应的照护计划。能力等级与照护等级的关系如下表：

表1 能力等级与照护等级关系表

能力等级及名称	照护等级
0 能力完好	自理
1 轻度失能	介助
2 中度失能 3 重度失能	介护

8.3 风险评估结果、健康信息作为老年人风险预防的依据，在照护计划中应重点体现，将风险告知老年人及协议人（相关人），并签订风险告知书。

8.4 对于出现精神异常或自杀自伤或杀伤倾向的老年人，可交由医疗机构的医生评估、诊断、治疗。

9 服务监督和管理

9.1 档案管理

9.1.1 评估资料装订成册并纳入老年人个人档案管理，档案保管年限宜为老年人出院后 5 年。

9.1.2 评估资料应字迹清楚，便于阅读。

9.1.3 评估资料不应以其他目的传播或泄露。

9.2 评价与改进

9.2.1 应建立服务质量管理体系，定期进行服务质量考核并持续改进。

9.2.2 宜收集老年人意见、建议，认真处理并及时反馈。

9.2.3 应设服务质量投诉电话和意见箱；投诉处理制度完备，投诉档案记录完整、规范。

附 录 A
(资料性附录)
基本信息采集表

表 A.1 基本信息采集表

评估类别：入院前评估 ☐ 例行评估 ☐ 即时评估 ☐

编号：_____

评估日期：_____年____月____日

A.1 姓名								
A.2 身份证号	□□□□□□□□□□□□□□□□							
A.3 社保卡号	□□□□□□□□□□							
A.4 性别	☐ 1 男 ☐ 2 女							
A.5 出生日期	□□□□年 □□月 □□日							
A.6 民族	☐ 1 汉族 ☐ 2 少数民族_____							
A.7 文化程度	☐ 1 文盲 ☐ 2 小学 ☐ 3 初中 ☐ 4 高中/技校/中专 ☐ 5 大学专科 ☐ 6 大学本科或以上 ☐ 7 不详							
A.8 婚姻状况	☐ 1 未婚 ☐ 2 已婚 ☐ 3 丧偶 ☐ 4 离婚 ☐ 5 未说明的婚姻状况							
A.9 经济来源	□/□/□/□ 约_____元/月 1 退休金/养老金 2 子女补贴 3 亲友资助 4 其他补贴							
A.10 医疗费用支付	□/□/□/□ 1 城镇职工基本医疗保险 2 城乡居民基本医疗保险 3 社会救助 4 商业医疗保险 5 全公费 6 全自费 7 其他_____							
A.11 入住养老机构前居住情况	☐ 1 独居 ☐ 2 与配偶/伴侣居住 ☐ 3 与子女居住 ☐ 4 与父母居住 ☐ 5 与兄弟姐妹居住 ☐ 6 与其他家属居住 ☐ 7 与非家属关系的人居住							
A.12 信息来源	☐ 1 本人 ☐ 2 家人/亲友 ☐ 3 护工 ☐ 4 其他_____							
A.13 健康信息								
A.13.1 疾病史（经医生诊断的病）								
序号	疾病名称	是否治疗		治疗结束		治疗效果		
		是	否	是	否	痊愈	稳定病情	疗效较差或无疗效

表A.1 老年人基本信息采集表（续）

A.13.2 过敏史	A.13.2.1 药物		庆大霉素类 ☐ 磺胺类 ☐ 青霉素类 ☐ 头孢类 ☐ 其他_____				
	A.13.2.2 食物						
	A.13.2.3 其他						
A.13.3 家族病史							
A.13.4 残疾情况	肢体残疾 ☐ 视力残疾 ☐ 听力残疾 ☐ 言语残疾 ☐ 智力残疾 ☐ 其他残疾_____						
A.13.5 饮食信息 （特别饮食要求等）							
A.14 生活习惯	饮酒	无 ☐ 很少喝 ☐ 酗酒 ☐	吸烟		无 ☐ 以前吸，现已戒 ☐ 吸烟 ☐		
A.15 家庭成员	姓名	关系	职业	是否同住	联系电话	第一联系人	备注
						☐	
						☐	
						☐	
						☐	
评估员职业	医生 ☐ 护士 ☐ 社会工作者 ☐ 护理员 ☐ 其他职业_____						
评估员签名：_____ 协议人签名：_____							

附 录 B
(规范性附录)
风险评估表

表 B.1 Morse 跌倒风险评估量表

项目	评分标准	得分
近三个月跌倒史	否=0	
	是=25	
超过一个医疗诊断	否=0	
	是=15	
行走是否使用辅助器具	不需要/卧床休息/护士协助=0	
	拐杖/手杖/助步器=15	
	轮椅、平车=30	
是否接受药物治疗	否=0	
	是=20	
步态/移动	正常/卧床不能移动=0	
	双下肢虚弱无力=10	
	残疾或功能障碍=20	
认知状态	自主行为能力=0	
	无控制能力=15	
总得分		
风险程度		
程度	分值	
高度危险	≥45	
中度危险	25～45	
低度危险	0～24	
注1：“超过一个医疗诊断”指该老年人有医疗诊断且是会增加老年人跌倒风险的医疗诊断。 注2：“使用药物治疗”指用麻醉药、抗组胺药、抗高血压药、镇静催眠药、抗癫痫痉挛药、轻泻药、利尿药、降糖药、抗抑郁抗焦虑抗精神病药。 注3： ≥45分为高度危险，提示病人处于易受伤危险中，应采取相应的防护措施。		

表 B.2 洼田饮水试验吞咽功能评定量表

让患者端坐，喝 30ml 温开水，观察所需时间及呛咳情况：

级别	评定标准
I 级，5 秒之内	坐位，5秒之内能不呛的一次饮下30ml温水
I 级，5 秒以上	坐位，5秒以上能不呛的一次饮下30ml温水
II 级	分两次咽下，能不呛的饮下
III 级	能一次饮下，但有呛咳
IV 级	分两次以上饮下，有呛咳
V 级	屡屡呛咳，难以全部咽下
I 级，5 秒以内	正常
I 级，5 秒以上或 II 级	可疑吞咽功能异常
III、IV、V 级	吞咽功能异常
注1：该量表适用于意识清楚并能够按照指令完成试验的老年人。	

表 B.3 Braden 压疮评估量表

项目	评分标准				得分
	完全受损 1 分	非常受损 2 分	轻微受损 3 分	无受损 4 分	
感觉（对压力导致的不适感觉的反应能力）	由于直觉减退或适用镇静剂面对疼痛刺激无反应；或大部分体表对疼痛能力受损。	仅对疼痛有反应。除了呻吟或烦躁外不能表达不适；或者是身体的 1/2 由于感觉障碍而限制了感觉疼痛或不适的能力。	对言语指令有反应，但不是总能表达不适；需要翻身或 1-2 个肢体有感觉障碍至感觉疼痛或不适的能力受限。	对言语指令反应良好，无感觉障碍，感觉或表达疼痛不适能力受限。	
湿度（皮肤潮湿的程度）	持续潮湿 1 分	经常潮湿 2 分	偶尔潮湿 3 分	很少潮湿 4 分	
	皮肤持续暴露在汗液或尿液等引起的潮湿状态中；每次翻身或移动时都能发现潮湿。	皮肤经常但不是始终潮湿。经常需要更换床单。	皮肤偶尔潮湿，每天需更换一次床单。	皮肤一般是干爽的，只需常规更换床单。	
活动（身体的活动程度）	卧床 1 分	坐位 2 分	偶尔行走 3 分	经常行走 4 分	
	限制卧床。	不能行走或行走严重受限；不能负荷自身重量；必须借助椅子或轮椅。	白天可短距离行走，大部分时间需卧床或坐轮椅活动。	每天至少可在室外行走 2 次，在室内 2 小时活动一次。	
移动（改变和控制体位的能力）	完全不自主 1 分	非常受限 2 分	轻微受限 3 分	不受限 4 分	
	没有辅助身体或肢体不能够改变位置。	可偶尔轻微改变身体或肢体位置，但不能独立，经常或大幅度改变。	可独立、经常、轻微改变身体或肢体位置。	没有辅助可以经常进行大的改变。	
营养（日常进食方式）	非常缺乏 1 分	可能缺乏 2 分	充足 3 分	营养丰富 4 分	
	从未吃过完整的一餐；每餐很少吃完 1/3 的食物；每日吃两餐，且缺少蛋白质（肉或奶制品）摄入；不能进食水或食物；禁食或进食清流或静脉输液 5 天以上。	很少吃完一餐，通常每餐只能吃完 1/2 的食物；蛋白质摄入仅是每日 3 餐中的肉或奶制品；偶尔进食；或进食少于需要量的流量或管饲。	每餐能吃完大多数食物；每日吃四餐含肉或奶制品的食物；偶尔会拒绝一餐，但通常会进食；行管饲或胃肠外营养能够提供大部分的营养需要。	吃完每餐食物；从不拒吃任一餐；通常每日吃四餐或更多次含肉或奶制品的食物；偶尔在两餐之间加餐；不需要额外补充营养。	
摩擦力和剪切力	有问题 1 分	潜在的问题 2 分	无明显问题 3 分		
	需要协助才能移动病人；移动病人时皮肤与床单表面没有完全托起会发生摩擦；病人坐床上或椅子时经常出现向下滑动；肌肉痉挛，收缩或躁动不安时会产生持续存在的摩擦力。	很费力地移动病人会增加摩擦；在移动病人期间，皮肤可能有某种程度上的滑动去抵抗床单、椅子、约束带或其他装置所产生的阻力；在床上或椅子上大部分时间能保持良好的体位，但偶尔有向下滑动。	在床上或椅子上能够独立移动；移动期间有足够的肌力完全抬举身体及肢体；在床上和椅子上都能保持良好的体位。		
总得分					

表 B.3 Braden 压疮评估量表(续)

风险程度		
程度	Braden 六项得分	
严重危险	≤ 9	
高度危险	10分~12分	
中度危险	13分~14分	
低度危险	15分~18分	

附 录 C
(规范性附录)
评估报告

表C.1 评估报告

被评估者姓名: _____

评估类别: 入院前评估 ☐ 例行评估 ☐ 即时评估 ☐

C.1.1 能力及照护等级结论	
能力等级及名称	照护等级
0 能力完好	自理
1 轻度失能	介助
2 中度失能 3 重度失能	介护
能力等级结论	能力完好 ☐ 轻度失能 ☐ 中度失能 ☐ 重度失能 ☐
照护等级结论	自理 ☐ 介助 ☐ 介护 ☐
C.1.2 风险评估结果	
跌倒风险程度: 高度危险 ☐ 中度危险 ☐ 低度危险 ☐ 吞咽功能评定: 吞咽功能异常 ☐ 可疑吞咽功能异常 ☐ 正常 ☐ 压疮评估量表: 严重危险 ☐ 高度危险 ☐ 中度危险 ☐ 低度危险 ☐ 经评估: 老年人存在出现跌倒、吞咽、压疮的风险, 其中_____风险较高(跌倒风险和压疮评估结果为中度危险及以上或者吞咽功能结果是可疑吞咽功能异常及以上)。为此, 请家属(监护人)对老年人的风险可能出现的情况有客观的认识和理解, 请家属(监护人)及老年人积极配合我方做好服务及管理工作, 我方将在日常照料中采取相应措施尽量规避风险。	
C.1.3 处理意见	
1. 制定照顾计划: 按照(自理 ☐ 介助 ☐ 介护 ☐)相应服务项目执行。 2. 转医院或其他第三方机构诊断、治疗。 3. 其他处理意见: _____	
评估员签名: 完成时间: 年 月 日	联系电话:
协议人签名: 完成时间: 年 月 日	联系电话: