

ICS 03.080.01

A 20

备案号: 74358-2020

DB11

北 京 市 地 方 标 准

DB11/T 1754—2020

老年人能力综合评估规范

Specification for comprehensive assessment of the ability of the elderly

2020 - 09 - 17 发布

2021 - 01 - 01 实施

北京市市场监督管理局

发 布

目 次

前言	11
引言	111
1 范围	1
2 术语和定义	1
3 评估原则	2
4 基本要求	2
5 评估内容	2
6 评估等级划分	2
7 评估程序及要求	5
8 评估结果及应用	6
9 照护评估	6
附录 A (规范性附录) 身体能力评估	9
附录 B (规范性附录) 认知能力评估	14
附录 C (资料性附录) 老年人能力综合评估基本信息表	17
附录 D (资料性附录) 评估确认书	19
附录 E (资料性附录) 评估评定表	20
附录 F (资料性附录) 照护评估调查	21
附录 G (资料性附录) 照护计划	28
参考文献	48

前　　言

本标准按照 GB/T 1.1 给出的规则起草。

本标准由北京市民政局和北京市卫生健康委员会提出并归口。

本标准由北京市民政局、北京市卫生健康委员会组织实施。

本标准起草单位：北京市民政局、北京市卫生健康委员会、北京市人力资源和社会保障局、北京市退役军人事务局、北京市医疗保障局、北京市残疾人联合会、北京市康复辅助器具协会。

本标准主要起草人：邓镇坚、李红兵、王小娥、蔡双、丁卫华、李树丛、毕宪国、杨凯、董欣、梁树、刘潇、邹学银、谭勇、孙常虎、左卫华。

引　　言

随着我国人口老龄化程度日趋严重，为了满足老年人养老服务的需求，参照中华人民共和国民政行业标准 MZ/T 039—2013《老年人能力评估》及国家卫生健康委员会《关于开展老年护理需求评估和规范服务工作的通知》（国卫医发[2019]48号），落实《北京市老年人能力综合评估实施办法（试行）》，并在参考美国、日本、德国、英国等国家及我国香港和台湾地区老年人能力评估工具的基础上编制了本标准，为老年人能力综合评估提供统一、规范和可操作的评估工具。

老年人能力综合评估规范

1 范围

标准规定了老年人能力综合评估的原则、基本要求、评估内容、评估等级划分、评估程序及要求、评估结果及应用和照护评估。

本标准适用于对老年人能力的综合评估。

2 术语和定义

MZ/T 039界定的以及下列术语和定义适用于本文件。为了便于使用，以下重复列出了MZ/T 039中的某些术语和定义。

2.1

能力 ability

个体顺利完成某一活动所必需的主观条件。

[MZ/T 039—2013，定义2.1]

2.2

综合评估 comprehensive assessment

采用多学科方法，测量老年人的日常生活活动能力、精神状态与社会参与能力、感知觉与沟通能力。

2.3

日常生活活动能力 activity of daily living

个体为独立生活而每天反复进行的、最基本的、具有共同性的身体动作群，即完成进食、洗澡、修饰、穿衣、大小便控制、如厕、床椅转移、行走、上下楼梯等日常活动的能力。

注：改写MZ/T 039—2013，定义2.2

2.4

精神状态与社会参与能力 mental status and social participation ability

个体在认知功能、行为、情绪等方面的表现，以及与周围人群和环境的联系与交流的能力。

注1：社会参与能力包括生活能力、工作能力、时间/空间定向、人物定向、社会交往能力等。

注2：改写MZ/T 039—2013，定义2.3、2.5

2.5

感知觉与沟通能力 sensory and communication ability

个体在意识水平、视力、听力、沟通交流等方面的能力。

[MZ/T 039—2013，定义2.4]

3 评估原则

- 3.1 公正性：评估工作应以客观存在作为评估的依据，不应受与之无关因素的影响。
- 3.2 独立性：应始终坚持独立的第三方立场，即评估工作不应受委托者意图影响，不与委托方有任何利益的联系。
- 3.3 保密性：保护评估对象的个人隐私及相关材料。

4 基本要求

- 4.1 开展老年人能力综合评估应有专业的评估队伍。
- 4.2 评估人员包括评估员和评估督导员，应经过培训合格后上岗。
- 4.3 评估员是依评估对象申请而具体实施评估的人员，评估员应满足下列条件：
 - a) 具有医学、护理学、社会工作、老年服务管理等学历背景之一，或具有临床医学、护理、照护服务、养老服务、老年社会工作等2年以上工作经历之一。
 - b) 照护评估人员具有医疗护理专业背景。
- 4.4 评估督导员是指导评估和把控质量的人员，评估督导员应具有医学、护理学、社会工作等全日制本科（含）以上学历之一，或具有卫生专业技术中级（含）以上职业资格。
- 4.5 开展老年人能力综合评估应具备评估所需的场所和设施设备。评估环境与设施设备要求如下：
 - a) 应有独立的评估空间，环境应安静、整洁、采光良好、空气清新、温度适宜。
 - b) 评估场所应配备评估所需的器具、评估量表、信息录入设备等。

5 评估内容

- 5.1 能力综合评估包括身体能力评估和认知能力评估。
- 5.2 身体能力评估从日常生活活动能力、精神状态与社会参与能力、感知觉与沟通能力三个方面进行评估。日常生活活动能力评估量表见附录A.1，精神状态与社会参与能力评估量表见附录A.2，感知觉与沟通能力评估量表见附录A.3。
- 5.3 认知能力评估从精神状态与社会参与能力、感知觉与沟通能力、工具性日常生活活动能力、情绪与行为四个方面进行评估。工具性日常生活活动能力评估量表见附录B.1，情绪与行为评估量表见附录B.2。
- 5.4 当身体能力评估中精神状态与社会参与能力的评估等级达到二级（含）以上时，应进行认知能力评估。

6 评估等级划分

6.1 身体能力评估等级划分

6.1.1 日常生活活动能力等级划分见表 1。

表1 日常生活活动能力等级划分

分级	分级名称	分级标准
1	重度失能	总分 \leqslant 40 分
2	中度失能	总分为 45 分~60 分
3	轻度失能	总分为 65 分~95 分
4	能力完好	总分为 100 分

6.1.2 精神状态与社会参与能力等级划分见表 2。

表2 精神状态与社会参与能力等级划分

分级	分级名称	分级标准
1	重度失能	总分 \geqslant 25 分
2	中度失能	总分为 9 分~24 分
3	轻度失能	总分为 1 分~8 分
4	能力完好	总分为 0 分

6.1.3 感知觉与沟通能力等级划分见表 3。

表3 感知觉与沟通能力等级划分

分级	分级名称	分级标准
1	重度失能	总分 \leqslant 5 分
2	中度失能	总分为 6 分~10 分
3	轻度失能	总分为 11 分~15 分
4	能力完好	总分为 16 分及以上

6.1.4 身体能力评估等级划分见表 4。

表4 身体能力评估等级划分

能力等级	分级名称	分级标准
1	重度失能 ^{a b}	日常生活活动能力的分级为1, 或日常生活活动能力、感知觉与沟通能力、精神状态与社会参与能力均为2, 或日常生活活动能力的分级为2, 感知觉与沟通能力、精神状态与社会参与能力中至少有一项的分级为1。
2	中度失能 ^b	日常生活活动能力的分级为2, 或日常生活活动能力的分级为3, 感知觉与沟通能力、精神状态与社会参与能力中至少有一项的分级为1, 或日常生活活动能力的分级为3, 感知觉与沟通能力、精神状态与社会参与能力分级均为2。
3	轻度失能	日常生活活动能力的分级为3, 或日常生活活动能力的分级为4, 感知觉与沟通能力、精神状态与社会参与能力中至少有一项的分级为2-3。
4	能力完好	日常生活活动能力、感知觉与沟通能力、精神状态与社会参与能力的分级均为4。

a 处于昏迷状态者, 直接评定为重度失能。若意识转为清醒, 需重新进行评估。

b 有以下情况之一者, 在原有能力级别上提高一个级别(下属情况不叠加):

- a) 经二级及以上综合医院专科医师确诊为认知症(包括阿尔茨海默病)或帕金森综合症;
- b) 近30天内发生过1次及以上自杀、走失意外事件;
- c) 近30天内发生过2次及以上跌倒、噎食意外事件。

6.2 认知能力评估等级划分

6.2.1 精神状态与社会参与能力等级划分见表2。

6.2.2 感知觉与沟通能力等级划分见表3。

6.2.3 工具性日常生活活动能力(IADLs)等级划分见表5。

表5 工具性日常生活活动能力(IADLs)等级划分

分级	分级名称	分级标准
1	重度失能	总分≤4分
2	中度失能	总分为5分~11分
3	轻度失能	总分为12分~19分
4	能力完好	总分为20分~24分

6.2.4 认知能力评估等级划分见表6。

表6 认知能力评估等级划分

能力等级	分级名称	分级标准
1	重度失能	精神状态与社会参与能力的分级为1, 或精神状态与社会参与能力、工具性日常生活活动能力、感知觉与沟通能力分级均为2, 或精神状态与社会参与能力的分级为2, 工具性日常生活活动能力、感知觉与沟通能力中至少有一项的分级为1。
2	中度失能	精神状态与社会参与能力的分级为2, 或精神状态与社会参与能力的分级为3, 工具性日常生活活动能力、感知觉与沟通能力分级均为2, 或精神状态与社会参与能力的分级为3, 工具性日常生活活动能力、感知觉与沟通能力中有一项的分级为1。
3	轻度失能	精神状态与社会参与能力的分级为3, 或精神状态与社会参与能力的分级为4, 工具性日常生活活动能力、感知觉与沟通能力中至少有一项的分级为2-3。
4	能力完好	精神状态与社会参与能力、工具性日常生活活动能力、感知觉与沟通能力的分级均为4。

注1: 处于昏迷状态者, 直接评定为重度失能。若意识转为清醒, 应重新进行评估。有以下情况之一者, 在原有能力级别上提高一个级别(下属情况不叠加):

- a) 近30天内发生过1次及以上自杀、走失意外事件;
- b) 近30天内发生过2次及以上跌倒、噎食意外事件;
- c) 在过去一周内, 情绪与行为中的任意一项出现4次及以上。

注2: 经二级以上综合医院专科医师确诊为认知症(包括阿尔茨海默病)或帕金森综合症。

其中, 阿尔茨海默病可参考下列数值:

- a) 1至3阶段为认知能力轻度失能;
- b) 4至5阶段为认知能力中度失能;
- c) 6至7阶段为认知能力重度失能。

帕金森综合症可参考hoehn-Yahr分级下列数值:

- a) 1级、1.5级、2级为认知能力轻度失能;
- b) 2.5级、3级为认知能力中度失能;
- c) 4级、5级为认知能力重度失能。

6.2.5 认知能力评估为筛查性评估, 评估人员只进行评估分级。如有需要, 宜请相关专业人员进行专科评估。

7 评估程序及要求

7.1 评估人员应告知申请人相关权利和责任，协助填写《老年人能力综合评估基本信息表》，参见附录C。

7.2 评估人员应通知申请人或其监护人/委托人提前准备好既往病历等基本资料。

7.3 每次评估应至少由1名评估员和1名评估督导员同时开展。

7.4 对行动不便的老人的评估，应上门实施。对其他申请人的评估，可在其监护人/委托人的陪同下在机构内实施。

7.5 评估人员上门或在机构内实施评估时，应按照第6章评估等级划分进行逐项评估，并如实记录评估信息。

7.6 评估对象疑似为精神、认知、智力障碍人员的，评估人员应告知其监护人/委托人需在现场，经监护人/委托人签字同意，并做好视频录像。

7.7 评估人员完成评估后，应由申请者或其监护人/委托人确认后，在评估结果上签字。

8 评估结果及应用

8.1 评估完成后，评估人员应对评估情况出具评估确认书，评估确认书参见附录D，并由申请者或其监护人/委托人签字确认。

8.2 申请者对评估报告有异议的，可在收到评估报告5个工作日内提出复查评估申请。

8.3 复查评估应在15个工作日内完成并出具复查评估意见。复查评估时，上次评估人员应回避。

8.4 能力评估结果为4级的，宜每年评估一次；能力评估结果为3级和2级的，宜每6个月评估一次；特殊情况的，可即时评估。

8.5 评估信息（含录像）应按照相关管理要求妥善保管，留存备查。

8.6 评估信息未经申请者或其监护人/委托人书面许可，不应对外披露。

8.7 评估机构应对评估情况、评估结果进行审查后形成评估结论，及时告知申请者或其监护人/委托人，并由申请者或其监护人/委托人签收评估评定表或留存评估评定表邮递寄达证明，评估评定表参见附录E。

9 照护评估

9.1 在身体能力与认知能力评估结果基础上开展照护评估调查，划分照护需求等级。

9.2 照护评估调查包括老年人健康史、药物使用、特殊治疗/护理程序、营养与皮肤、生活形态、常见症状（疼痛与皮肤）、居住环境与辅具使用、社会支持等方面的照护评估，照护评估调查参见附录F。

9.3 照护需求等级分为0级、1级、2级、3级、4级、5级、6级、7级、8级等九个级别。其中0级对应能力综合评估4级（能力完好），1级~2级对应能力综合评估3级（轻度失能），3级~5级对应能力综合评估2级（中度失能），6级~8级对应能力综合评估1级（重度失能）。

9.4 身体能力评估等级与照护需求等级对应关系见表7。

表7 身体能力评估等级与照护需求等级对应关系表

能力等级	照护等级		
4 级 能力完好	0 级	--	--
	日常生活活动能力、感知觉与沟通能力、精神状态与社会参与能力的分级均为4	--	--
3 级 轻度失能	--	1 级	2 级
	--	日常生活活动能力分级为4或感知觉与沟通能力、精神状态与社会参与能力中至少有一项的分级为 2-3	日常生活活动能力的分级为3
2 级 中度失能	3 级	4 级	5 级
	日常生活活动能力的分级为3或感知觉与沟通能力、精神状态与社会参与能力中至少有一项的分级为1	日常生活活动能力的分级为3或感知觉与沟通能力、精神状态与社会参与能力分级均为2	日常生活活动能力的分级为2
1 级 重度失能	6 级	7 级	8 级
	日常生活活动能力的分级为2或感知觉与沟通能力、精神状态与社会参与能力中至少有一项的分级为1	日常生活活动能力、感知觉与沟通能力、精神状态与社会参与能力均为2	日常生活活动能力的分级为1

9.5 认知能力评估等级与照护需求等级对应关系见表 8。

表8 认知能力评估等级与照护需求等级对应关系表

能力等级	照护等级		
4 级 能力完好	0 级	--	--
	精神状态与社会参与能力、工具性日常生活活动能力、感知觉与沟通能力的分级均为4	--	--

表 8 认知能力评估等级与照护需求等级对应关系表（续）

能力等级	照护等级		
	--	1 级	2 级
3 级 轻度失能	--	精神状态与社会参与能力的分级为 4 或工具性日常生活活动能力、感知觉与沟通能力至少有一项的分级为 2-3	精神状态与社会参与能力的分级为 3
	--		
2 级 中度失能	3 级	4 级	5 级
	精神状态与社会参与能力的分级为3或工具性日常生活活动能力、感知觉与沟通能力中至少有一项的分级为1	精神状态与社会参与能力的分级为 3 或工具性日常生活活动能力、感知觉与沟通能力分级均为 2	精神状态与社会参与能力的分级为 2
1 级 重度失能	6 级	7 级	8 级
	精神状态与社会参与能力的分级为2或工具性日常生活活动能力、感知觉与沟通能力中至少有一项的分级为1	精神状态与社会参与能力、工具性日常生活活动能力、感知觉与沟通能力分级均为 2	精神状态与社会参与能力的分级为1

9.6 依据评估结果制定照护计划，照护计划参见附录 G。

附录 A
(规范性附录)
身体能力评估

A.1 日常生活活动能力评估

日常生活活动能力评估见表A.1。

表A.1 日常生活功能指数（Barthel Index, BI）评定表

项 目	评分	分值	评估内容
进食		10 分	可独立进食，自己在合理的时间内（约 1 小时内完成一餐饭），自行或用辅具进食，不需要协助
		5 分	需部分帮助，前述某个步骤需要一定帮助，如切好食物或穿脱进食辅具
		0 分	完全依赖他人，无法自行取食
洗澡		5 分	可自行完成盆浴、淋浴或擦澡，不需他人协助、监督或持续敦促
		0 分	需要别人协助监督或持续敦促才能完成 可自行完成，但执行过程困难或清洁度不佳
修饰		5 分	可自行刷牙、洗脸、洗手、梳头发和刮胡子
		0 分	需别人协助才能完成上述盥洗项目
穿脱衣裤鞋袜		10 分	可自行穿脱衣裤鞋袜，必要时使用辅具
		5 分	在别人帮忙下，可自行完成一半以上动作
		0 分	需要别人完全帮忙
如厕		10 分	可自行上下马桶、坐便器，便后清洁，不会弄脏衣裤且没有安全上的顾虑；若使用便盆，可自行拿取并清洗干净
		5 分	在上述如厕过程中需要协助保持平衡、整理衣物或使用卫生纸
		0 分	无法完成如厕过程
大便控制		10 分	可控制大便，必要时会自行使用塞剂
		5 分	偶尔失控（每周不超过一次），使用塞剂需要别人帮忙
		0 分	完全失控或需要灌肠
小便控制		10 分	可控制小便，日夜皆不会尿失禁，必要时会自行使用并清理尿布、尿套
		5 分	偶尔失控（每周不超过一次），使用尿布、尿套需要别人帮忙
		0 分	完全失控或需要导尿

表 A.1 日常生活功能指数 (Barthel Index, BI) 评定表 (续)

项 目	评分	分值	评估内容
移位转移		15 分	可独立完成
		10 分	需他人搀扶或使用拐杖
		5 分	需要较大程度上依赖他人搀扶和帮助
		0 分	完全依赖他人
平地行走		15 分	可独立在平地上行走 50 米
		10 分	需他人搀扶或使用拐杖、助行器等辅助器具
		5 分	需要极大帮助或坐在轮椅上自行在平地上移动
		0 分	完全依赖他人
上下楼梯		10 分	可独立连续上下 10-15 个台阶
		5 分	需要他人搀扶或口头指导
		0 分	需要极大帮助或完全依赖他人搀扶

A.2 精神状态与社会参与能力评估

精神状态与社会参与能力评估见表A.2。

表A.2 精神状态与社会参与能力评估表

评估项目	评分	分值	评估内容
1. 时间定向		0 分	时间观念 (年、月、日、时) 清楚
		1 分	时间观念有些下降, 年、月、日清楚, 但有时相差几天
		2 分	时间观念较差, 年、月、日不清楚, 可知上半年或下半年
		3 分	时间观念很差, 年、月、日不清楚, 可知上午或下午
		5 分	无时间观念
2. 空间定向		0 分	可单独出远门, 能很快掌握新环境的方位
		1 分	可单独来往于近街, 知道现住地的名称和方位, 但不知回家路线
		2 分	只能单独在家附近行动, 对现住地只知名称, 不知道方位
		3 分	只能在左邻右舍间串门, 对现住地不知名称和方位
		5 分	不能单独外出

表 A.2 精神状态与社会参与能力评估表（续）

评估项目	评分	分值	评估内容
3. 人物定向		0 分	知道周围人们的关系，知道祖孙、叔伯、姑姨、侄子侄女等称谓的意义；可分辨陌生人的大致年龄和身份，可用适当称呼
		1 分	只知家中亲密近亲的关系，不会分辨陌生人的大致年龄，不能称呼陌生人
		2 分	只能称呼家中人，或只能照样称呼，不知其关系，不辨辈分
		3 分	只认识常同住的亲人，可称呼子女或孙子女，可辨熟人和生人
		5 分	只认识保护人，不辨熟人和生人
4. 记忆		0 分	总是能够保持与社会、年龄所适应的长、短时记忆，能够完整的回忆
		1 分	出现轻度的记忆紊乱或回忆不能（不能回忆即时信息，3 个词语经过 5 分钟后仅能回忆 0-1 个）
		2 分	出现中度的记忆紊乱或回忆不能（不能回忆近期记忆，不记得上一顿饭吃了什么）
		3 分	出现重度的记忆紊乱或回忆不能（不能回忆远期记忆，不记得自己的老朋友）
		5 分	记忆完全紊乱或完全不能对既往事物进行正确的回忆
5. 攻击行为		0 分	没出现
		1 分	每月出现一两次
		2 分	每周出现一两次
		3 分	过去 3 天里出现过一两次
		5 分	过去 3 天里天天出现
6. 抑郁症状		0 分	没出现
		1 分	每月出现一两次
		2 分	每周出现一两次
		3 分	过去 3 天里出现过一两次
		5 分	过去 3 天里天天出现
7. 强迫行为		0分	无强迫症状（如反复洗手、关门、上厕所等）
		1分	每月有1-2次强迫行为
		2分	每周有1-2次强迫行为

表 A.2 精神状态与社会参与能力评估表（续）

评估项目	评分	分值	评估内容
7. 强迫行为		3 分	过去 3 天里出现过一两次
		5 分	过去 3 天里天天出现
8. 财务管理		0分	金钱的管理、支配、使用，能独立完成
		1分	因担心算错，每月管理约1000元
		2分	因担心算错，每月管理约300元
		3分	接触金钱机会少，主要由家属代管
		5分	完全不接触金钱等

A.3 感知觉与沟通能力评估

感知觉与沟通能力评估见表A.3。

表A.3 感知觉与沟通能力评估表

项 目	评 分	分 值	评估内容
意识状态		4 分	清醒，神志清醒，对周围环境警觉
		3 分	嗜睡，表现为睡眠状态过度延长
		2 分	混乱，指无法正常思考及判断，通常合并注意力不集中及定向感障碍
		1 分	呆滞，对一般刺激（如拍肩等）常没有反应，或反应程度降低
		0 分	昏迷，处于浅昏迷时对疼痛刺激有回避和痛苦表情；处于深昏迷时对刺激无反应
视力 (若平日带老花镜或近视镜，应在佩戴眼镜的情况下评估)		4 分	正常，能看到书报中的标准字体
		3 分	轻度障碍，可以看清楚书报中的大字
		2 分	中度障碍，看不清书报中的标题，但能辨识物件
		1 分	重度障碍，辨识物件有困难，但眼睛能随物件移动
		0 分	极重度障碍，失明或仅能见到光、颜色或形状，眼睛不能随物件移动
听力 (可使用助听器)		4 分	正常，能正常交谈、看电视、接电话
		3 分	轻度障碍，在轻声说话或正常说话距离 1 米时听不清
		2 分	中度障碍，在安静的环境下，需要讲话者调整大音量才可听见

表 A.3 感知觉与沟通能力评估表（续）

项 目	评 分	分 值	评估内容
听力 (可使用助听器)		1 分	重度障碍，讲话者大声说话或说话很慢，才能部分听见
		0 分	极重度障碍，丧失听觉
理解能力		4 分	良好
		3 分	仅可理解简单的句子
		2 分	仅可理解关键的字或词
		1 分	无法理解
		0 分	无法判断理解能力
表达能力		4 分	良好
		3 分	仅可表达简单的意思
		2 分	虽能表达简单的意思，但多数难以理解
		1 分	仅可表达零碎的字或词
		0 分	无法表达/无法令人理解/不具意义

附录 B
(规范性附录)
认知能力评估

B.1 工具性日常生活活动能力评估

工具性日常生活活动能力评估见表 B.1。

表B.1 工具性日常生活活动能力 (IADLs) 评估表

项 目	评 分	分 数	评估内容
使用电话能力		3 分	能独立使用电话，查电话号码、拨号等
		2 分	仅可拨打熟悉的电话号码
		1 分	仅会接电话，不会拨打电话
		0 分	根本不能用电话
购物		3 分	能独立进行所有需要的购物活动
		2 分	仅能进行小规模的购物
		1 分	任何购物活动均需要陪同
		0 分	完全不能进行购物
备餐		3 分	能独立计划，烹制和取食足量食物
		2 分	如果准备好原料，能烹制适当的食物
		1 分	能加热和取食预加工的食物或能准备食物
		0 分	需要别人帮助做饭和用餐
整理家务		4 分	能单独持家，或偶尔需要帮助（如重体力家务需家政服务）
		3 分	能做一些轻的家务，如洗碗、整理床铺
		2 分	能做一些轻的家务，但不能做到保持干净
		1 分	所有家务活动均需要在帮忙的情况下完成
		0 分	不能做任何家务
洗衣		2 分	能洗自己所有的衣服
		1 分	能洗小的衣物；漂洗短袜以及长筒袜等
		0 分	所有衣物必须由别人洗

表 B.1 工具性日常生活活动能力 (IADLs) 评估表 (续)

项目	评分	分数	评估内容
使用交通工具		4分	能独立乘坐公共交通工具或独自驾车
		3分	能独立乘坐出租车并安排自己的行车路线，但不能坐公交车
		2分	在他人帮助或陪伴下能乘坐公共交通工具
		1分	仅能在他人陪伴下乘坐出租车或汽车
		0分	不能自己服药
个人服药能力		2分	能在正确的时间服用正确剂量的药物
		1分	如果别人提前把药物安好单次剂量分好后，自己可以正确服用
		0分	不能自己服药
理财能力		2分	能独立处理财务问题（做预算，写支票，付租金和账单，去银行），收集和适时管理收入情况
		1分	能完成日常购物，但到银行办理业务和大家购物等需要帮助
		0分	无管钱能力

B.2 情绪与行为评估

情绪与行为评估见表B.2。

表B.2 情绪与行为评估表

项目	内 容		
1. 游走	是否会无目的地走动、重复地往返踱步，有可能未注意到安全，有走失的风险？		
	1.1 在过去 30 天内，是否出现过该类行为？		
	(1) 出现过	(2) 从未发生	[选(1)者答 1.2 题，选(2)则答 2 题]
	1.2 在过去一周内，若出现过该类行为，出现频率如何？		
	(1) 出现过	(2) 每周出现 1-3 次	(3) 每周出现 4-7 次
2. 日夜颠倒/ 作息混乱	是否有白天嗜睡及夜间睡眠困难的情况？是否半夜醒来，难以再度入睡？		
	2.1 在过去 30 天内，是否出现过该类行为？		
	(1) 出现过	(2) 从未发生	[选(1)者答 2.2 题，选(2)则答 3 题]
	2.2 在过去一周内，若出现过该类行为，出现频率如何？		
	(1) 出现过	(2) 每周出现 1-3 次	(3) 每周出现 4-7 次

表 B.2 情绪与行为评估表（续）

项目	内 容		
3. 抗拒照护	是否曾经拒绝跟照顾者合作或者不让别人帮忙？		
	3.1 在过去 30 天内，是否出现过该类行为？		
	(1) 出现过 <input checked="" type="checkbox"/>	(2) 从未发生 <input type="checkbox"/>	[选(1)者答 3.2 题，选(2)则答 4 题]
	3.2 在过去一周内，若出现过该类行为，出现频率如何？		
	(1) 出现过 <input checked="" type="checkbox"/>	(2) 每周出现 1-3 次 <input type="checkbox"/>	(3) 每周出现 4-7 次 <input type="checkbox"/>
4. 自伤行为及自杀（包含意念及行为）	是否有自我伤害如撞墙、咬舌、咬身体及割腕或身体、故意跌倒、企图自杀、计划自杀、有自杀意念或持续想到死亡？		
	4.1 在过去 30 天内，是否出现过该类行为？		
	(1) 出现过 <input checked="" type="checkbox"/>	(2) 从未发生 <input type="checkbox"/>	[选(1)者答 4.2 题，选(2)则答 5 题]
	4.2 在过去一周内，若出现过该类行为，出现频率如何？		
	(1) 出现过 <input checked="" type="checkbox"/>	(2) 每周出现 1-3 次 <input type="checkbox"/>	(3) 每周出现 4-7 次 <input type="checkbox"/>
5. 其他不适当以及不洁行为	是否有任何不洁的行为，例如随地吐口水或者玩弄自己的排泄物、公开场合宽衣解带、公开场合自慰、言语性暗示或挑逗、异食癖或其他让人感到难堪的事？		
	5.1 在过去 30 天内，是否出现过该类行为？		
	(1) 出现过 <input checked="" type="checkbox"/>	(2) 从未发生 <input type="checkbox"/>	[选(1)者答 5.2 题]
	5.2 在过去一周内，若出现过该类行为，出现频率如何？		
	(1) 出现过 <input checked="" type="checkbox"/>	(2) 每周出现 1-3 次 <input type="checkbox"/>	(3) 每周出现 4-7 次 <input type="checkbox"/>

附录 C (资料性附录)

一、申请者基本情况表

1. 姓 名:			2. 出生日期:	年 月 日
3. 身 份 证 号:			4. 联系电话:	
5. 民 族:			6. 性 别:	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
7. 目前居住状况:	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 固定与他人同住 <input checked="" type="checkbox"/> 轮流与他人同住 <input type="checkbox"/> 其他			
8. 通 讯 地 址:	北京市 区 街道(乡镇) 路 / 街 号 楼			
9. 户籍地址:	<input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 省 县 / 市			
10. 教育年限:	<input type="checkbox"/> ≥9 年 <input type="checkbox"/> ≥6 年 <9 年 <input type="checkbox"/> 文盲或 <6 年	11. 社保类别:	<input type="checkbox"/> 职工 <input type="checkbox"/> 居民	
12. 目前是否持有残疾症: <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是, 残疾类别: _____ 残疾, 残疾等级: _____ 级				
13. 目前是否住在养老机构:		<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是		
14. 在最近三个月内是否有住院记录(含急诊记录)		<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是	住院原因:
15. 目前是否有照顾/照护人员:		<input type="checkbox"/> 没有 <input type="checkbox"/> 有		
16. 照顾/照护人员与申请者关系:				
17. 照顾/照护人员姓名:		联系电话:		
18. 是否罹患疾病:	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	疾病名称:		
19. 就医方式:	<input type="checkbox"/> 家庭医生 家庭医生姓名: _____ 联系方式: <input type="checkbox"/> 社区医院 <input type="checkbox"/> 外出就诊 <input type="checkbox"/> 经常就诊的医院: _____			
20. 医疗费用承担:	<input type="checkbox"/> 公费 <input type="checkbox"/> 大病统筹 <input type="checkbox"/> 医疗保险 <input type="checkbox"/> 自费 <input type="checkbox"/> 其他			

二、监护人基本情况

1. 姓名： 2. 身份证号：
3. 联系电话： 4. 与申请者的关系或身份：
5. 通讯地址：

三、委托人（主要联络人）基本情况

1. 姓 名： 2. 身份证号：
3. 联系电话： 4. 与申请者的关系或身份：
5. 通讯地址：

根据有关规定，失能者申请享受社会保障待遇，必须先接受专业人员对本人的经济状况、生活环境、病情及生活自理能力的评估。相关工作人员将登门评估生活环境等情况，并实施查看病历资料、询问病情、检查身体等工作。根据需要，可能采取录音、录像等信息记录的方式，申请人及家属应给予积极配合。因不予配合导致无法完成相关评估和确认工作的，将终止所申请待遇的核准。最后请您再详细检视上述所填资料是否完全属实；如经查证在申报过程有不正当行为或伪造材料证明申请补助费用，申请者应负一切法律责任，有关部门有权追缴已支付的补贴。

□本人已认真阅读上述内容，理解并愿意配合做好上述工作。

申请者签字： 监护人签字： 委托人（主要联络人）签字：

是否符合评估条件： 1. 符合 2. 不符合（原因）：
 3. 其他

受理申请单位：

承办人： 电话：

备注：

附录 D
(资料性附录)
评估确认书

确认声明

我确认，上述“老年人能力综合评估量表”中所填写的内容，均是评估员根据我提供的关于本人/评估对象的实际情况和资料而如实填写的，我对其真实性负责。

特此声明。

申请评估者签字或按手印：

日期： 年 月 日

监护人签字或按手印：

日期： 年 月 日

委托人（或主要联络人）签字或按手印：

日期： 年 月 日

附录 E
(资料性附录)
老年人能力综合评估评定表

一、申请人基本信息							
申请人姓名		性 别		出生日期		年龄	岁
身份证号码				手 机			
户籍所在地	区(县) 街(镇) 村(居)						
居住地址	区(县) 街(镇) 村(居) 路 号 房						
婚姻状况	<input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 丧偶 <input type="checkbox"/> 离婚						
居住情况	<input type="checkbox"/> 与子女同住 <input type="checkbox"/> 与亲友同住 <input type="checkbox"/> 孤寡 <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 与配偶同住						
委托人姓名		与申请人关系					
委托人地址	区(县) 街(镇) 村(居) 路 号 房						
委托人电话							
二、评估情况							
评估类型	<input type="checkbox"/> 首次评估 <input type="checkbox"/> 重复评估			本次评估时间	年 月 日		
老年综合征 罹患项数							
三、评估结果							
老年人能力等级	<input type="checkbox"/> 完好 <input type="checkbox"/> 轻度失能 <input type="checkbox"/> 中度失能 <input type="checkbox"/> 重度失能						
护理需求等级	能力完好 <input type="checkbox"/> 0 级 轻度失能 <input type="checkbox"/> 1 级 <input type="checkbox"/> 2 级 中度失能 <input type="checkbox"/> 3 级 <input type="checkbox"/> 4 级 <input type="checkbox"/> 5 级 重度失能 <input type="checkbox"/> 6 级 <input type="checkbox"/> 7 级 <input type="checkbox"/> 8 级						
申请评估者或监护人签字或按手印: 年 月 日							
评估员签字: 年 月 日							
评估机构意见:				<input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意			
签名(盖章):				年 月 日			

附录 F
(资料性附录)
照护评估调查表

评估日期： 年 月 日

一、健康史

请在相应所患疾病后面打“√”。

序号	疾 病	有	无	序号	疾 病	有	无
1	循环系统疾病			3. 6	甲状腺功能减退		
1. 1	冠心病			4	神经系统疾病		
1. 2	心律失常			4. 1	老年性痴呆		
1. 3	高血压病			4. 2	帕金森病		
1. 4	心肌疾病			4. 3	老年性抑郁症		
1. 5	心脏瓣膜疾病			5	骨骼、肌肉系统疾病		
1. 6	风湿性心脏病			5. 1	骨关节病		
1. 7	心力衰竭			5. 2	颈椎病		
1. 8	肺心病			5. 3	腰椎病		
2	呼吸系统疾病			5. 4	骨关节炎		
2. 1	慢性支气管炎			6	泌尿生殖系统疾病		
2. 2	慢性阻塞性肺病			6. 1	肾炎		
2. 3	支气管哮喘			6. 2	尿路感染		
2. 4	支气管扩张症			6. 3	前列腺增生		
2. 5	肺炎			6. 4	肾功能不全		
2. 6	呼吸衰竭			7	消化系统疾病		
2. 7	肺癌			7. 1	胃炎		
3	代谢和内分泌疾病			7. 2	消化性溃疡		
3. 1	糖尿病			7. 3	胃食管反流病		
3. 2	高尿酸血症与痛风			8	视力障碍		
3. 3	高脂血症			8. 1	白内障		
3. 4	骨质疏松症			8. 2	青光眼		
3. 5	甲状腺功能亢进			9	其他疾病(请注明)		

二、药物使用

如果老年人正接受医务人员的督导, 请在下面的表格中注明老年人现正使用的各种药物(包括按时或偶尔服用的药物)的种类数目——过去7天内曾服用过的药物, 并用△标出老年人自备的药物。

- a. 在过去7天内使用精神科药物(镇定剂、安眠药等)

	药物的名称与剂型	用 法	每次用药的数量	频 率
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

三、特殊治疗/护理程序

过去 7 天内在家或医院门诊接受的特殊治疗、过程与计划，中打“√”。

特殊治疗方案/治疗计划	完全遵守治疗计划	部分遵守治疗计划	未接受
1 输氧治疗			
2 输血			
3 癌症化学疗法			
4 透析治疗			
5 放射疗法			
6 气管造口治疗护理			
7 腹部造口治疗护理			
8 针灸，按摩			
9 物理治疗			
10 已安装起搏器			
11 已安装冠脉支架			

四、营养与皮肤

评定项目	是	否
1 在过去 30 天内，体重下降 5%或以上（或过去 180 天内，体重下降 10%以上）		
2 严重营养不良		
3 病理性肥胖		
4 在身体任何一处有压力性溃疡		
5 在身体任何一处有瘀血性溃疡		
6 其他需要治疗的皮肤病（如果是，请注明：）		
7 局部的一处或多处疼痛		
8 存在跌倒的风险		
9 在过去 3 天内食物和液体的摄取明显下降		
10 进食时咀嚼或吞咽有困难		

五、生活形态

评定项目	选项				
1 需要特别制定的食谱	否	糖尿病饮食	低盐饮食	低脂饮食	其他（请注明）
2 有特别的饮食要求	否	戒荤	戒食猪肉	戒油	其他（请注明）
3 对食物或其他物品过敏	否	花粉	酒精	贝类食品	其他（请注明）
4 在过去 90 天内，被服务对象每天早上起床必须喝酒来舒缓神经，或曾经因喝酒生事			是	否	

六、常见症状（疼痛与皮肤）

（一）疼痛程度查询

- £ 完全无疼痛
 - £ 轻微的疼痛，还能够继续进行日常生活、社交活动或睡眠
 - £ 中度疼痛，介于轻微与严重疼痛之间，受访者表示“可忍受”疼痛
 - £ 较严重的疼痛（难以忍受的程度）
 - £ 非常严重的疼痛（无法忍受的程度），严重影响日常生活、睡眠
 - £ 不知道或无法判断
- 疼痛频率为：
- £ 一个月数次
 - £ 一周数次
 - £ 每天疼痛

（二）皮肤状况查询

直接观察，访视时观察受访者的外露皮肤状况，有清楚易见的皮肤异常，如干燥、脱屑、瘀青。

询问照顾者受访者皮肤状况，若照顾者主动表示有皮肤问题，除询问是否有就医确立诊断、治疗中（如湿疹、类天疱疮、疥疮）的问题外，视情况进一步查看皮肤伤口，以便正确评估及记录皮肤状况

- £ 正常
- £ 异常

1. 皮肤暴露于潮湿环境的程度

- £ 皮肤总是潮湿或整天包尿布
- £ 皮肤常常潮湿或半天包尿布

£ 皮肤偶尔潮湿或需要时才包尿布

£ 干燥、干净

2. 皮肤异常的状况【可多选】

£ 干燥有皮屑：指皮肤外观无油脂呈现干燥，有或看似有脱屑情形

£ 瘢痕

£ 丘疹：皮肤深处发炎，外观会看到红色突出坚实的病灶

£ 伤口：指擦伤、割伤、压疮、烧烫伤、术后伤口、延迟愈合的手术伤口、糖尿病足溃疡、血管性溃疡（动脉或静脉；含足部以外的糖尿病溃疡）等

3. 伤口情形：【可多选】

£ 擦伤、割伤

£ 压疮

£ 烧烫伤：指被热液体、气体，电热毯或其他高温所伤

£ 术后伤口：指有缝、开放性的伤口或放置引流管的伤口等

£ 延迟愈合的手术伤口

£ 糖尿病足溃疡

£ 其他

4. 压疮

若有多处压疮，请以最严重的伤口评估等级，其定义如下：

£ 可疑的深部组织损伤

£ 第一期压疮

£ 第二期压疮

£ 第三期压疮

£ 第四期压疮

£ 无法分期的压疮

5. 糖尿病足溃疡

£ I 级：为浅表性溃疡（处于炎症或增生阶段，创面肉芽鲜红、边缘整齐；未穿透真皮层；伤口周围皮肤有浸渍；中等量渗液（5ml～10ml））

£ II 级：深部溃疡（皮下脂肪坏死伴黄色脓性分泌物；中等量渗液（5ml～10ml））

£ III 级：深部溃疡伴感染如蜂窝组织炎或脓肿形成（伤口基底 75% 黄色，25% 红色；伤口周围皮肤红、肿、热、痛、浸渍，基底骨骼肌腱暴露，有潜行、无窦道，X 线显示骨损害；渗液量大（10ml 以上））

£ IV 级：足尖、足跟或远端更大范围的局部坏疽（存在缺血坏死组织，常伴棕色、棕褐色或黑色痂皮；足部坏疽；ABI 检查足背动脉阻塞）

£ V 级：全足坏疽

七、居住环境与辅具使用

序号	内 容	有	没有	序号	内 容	有	没有
1	居住环境是否有下列状况			2. 2. 3	一般轮椅		
1. 1	缺乏安全扶手			2. 2. 4	洗浴轮椅		
1. 2	缺乏防滑设备			2. 2. 5	电动轮椅		
1. 3	楼梯狭窄、陡峭或堆积物品			2. 3	移位与翻身类		
1. 4	光线不足或昏暗			2. 3. 1	矫正鞋、支架		
1. 5	居住二楼以上无电梯			2. 3. 2	移位机		
1. 6	家中有门槛			2. 4	沟通与呼叫类		
1. 7	大门进出口有楼梯			2. 4. 1	助听器		
1. 8	卫生间没有把手			2. 4. 2	一键呼叫服务仪		
1. 9	卫生间门轮椅与移位机进不去			2. 4. 3	定位呼叫手环		
1. 10	卫生间仍然是蹲坑			2. 4. 4	老花镜		
1. 11	厨房门轮椅进不去			2. 4. 5	电话闪光震动器		
1. 12	房间门口轮椅进不去			2. 4. 6	门铃闪光器		
1. 13	护理床缺乏床栏			2. 4. 7	无线震动警示器		
1. 14	活动范围有阶梯或门坎			2. 4. 8	火警闪光警示器		
1. 15	活动范围有跌倒风险			2. 5	协助饮食/居家生活辅具		
1. 16	受访者使用助行器或轮椅室内走道过于狭窄或有阻碍			2. 5. 1	辅助进食器		
1. 17	其他			2. 5. 2	电动护理床		
2	使用辅具或设备			2. 5. 3	手摇护理床		
2. 1	沐浴/如厕类			2. 5. 4	床边扶手		
2. 1. 1	坐便椅			2. 5. 5	床边桌		
2. 1. 2	接尿器/接便器			2. 6	呼吸系统		
2. 1. 3	沐浴椅			2. 6. 1	呼吸机		
2. 2	步行移动类			2. 6. 2	吸痰器		
2. 2. 1	拐杖			2. 6. 3	家用制氧机		
2. 2. 2	助行器						

八、社会支持

1. 您有多少关系密切，可以得到支持和帮助的朋友 (只选一项)

- 一个也没有
- 1—2 个
- 3—5 个
- 6 个或 6 个以上

2. 近一年来您 (只选一项)

- 远离家人，且独居一室
- 住处经常变动，多数时间和陌生人住在一起
- 和同学、同事或朋友住在一起
- 和家人住在一起

3. 您与邻居 (只选一项)

- 相互不交往，只是点头之交
- 遇到困难可能稍微关心
- 有些邻居很关心您
- 大多数邻居都很关心您

4. 您从家庭成员得到的支持和照顾 (在合适的框内划“√”)

	①无	②极少	③一般	④全力支持
4. 1 夫妻（恋人）				
4. 2 父母				
4. 3 儿女				
4. 4 兄弟姐妹				
4. 5 其他成员（如嫂子）				

5. 过去，在您遇到急难情况时，曾经得到的安慰和关心的来源有

- 无任何来源
- 下列来源（可选多项）：

A. 配偶；B. 其他家人；C. 朋友；D. 亲戚；E. 同事；F. 工作单位；G. 党团工会等官方或半官方组织；H. 宗教、社会团体等非官方组织；I. 其他 (请列出)

6. 您遇到烦恼时的倾诉方式 (只选一项)

- 从不向任何人诉述
- 只向关系极为密切的几个人诉述
- 如果朋友主动和您聊，您会说出来
- 主动诉述自己的烦恼，以获得支持和理解

7. 您遇到烦恼时的求助方式 (只选一项)

- 只靠自己，不接受别人帮助
- 很少请求别人帮助
- 有时请求别人帮助
- 有困难时经常向家人、亲友、组织求助

附录 G
(资料性附录)
照护计划

日常生活活动照护计划见表 G.1。

表G. 1 日常生活活动照护计划

照护问题	照护需求	照护方案	照护措施
进食	<input checked="" type="checkbox"/> 日常生活活动能力指导与训练	<input checked="" type="checkbox"/> 改善进食能力	<input checked="" type="checkbox"/> 进食能力评估 <input checked="" type="checkbox"/> 进食能力训练
		<input type="checkbox"/> 建议使用辅具/环境改善	<input type="checkbox"/> 使用饮食辅具 <input type="checkbox"/> 指导进食辅具的使用
	<input type="checkbox"/> 提升照顾者照顾能力	<input type="checkbox"/> 照顾者训练	<input checked="" type="checkbox"/> 协助进食的技巧训练 <input type="checkbox"/> 协助口腔清洁的技巧训练
			<input type="checkbox"/> 预防异物吸入 <input type="checkbox"/> 预防哽咽
	<input type="checkbox"/> 日常生活安全常识教育	<input type="checkbox"/> 安全维护	<input checked="" type="checkbox"/> 协助进餐 <input checked="" type="checkbox"/> 准备适合的食材
			<input type="checkbox"/> 提示及监督
	<input checked="" type="checkbox"/> 协助进食	<input type="checkbox"/> 人力协助	

表G.1 日常生活活动照护计划（续）

照护问题	照护需求	照护方案	照护措施
洗澡	<input checked="" type="checkbox"/> 日常生活活动能力指导与训练	<input checked="" type="checkbox"/> 改善洗澡能力	<input checked="" type="checkbox"/> 洗澡能力评估
			<input checked="" type="checkbox"/> 洗澡功能训练
		<input type="checkbox"/> 建议使用辅具/环境改善	<input checked="" type="checkbox"/> 使用沐浴相关辅具
	<input type="checkbox"/> 提升照顾者照顾能力	<input type="checkbox"/> 照顾者训练	<input checked="" type="checkbox"/> 指导辅具的正确使用
			<input type="checkbox"/> 无障碍环境改善
			<input checked="" type="checkbox"/> 协助洗澡的技巧训练
	<input type="checkbox"/> 日常生活安全常识教育	<input type="checkbox"/> 安全维护	<input type="checkbox"/> 预防跌倒
			<input type="checkbox"/> 预防各种皮肤病的发生
	<input checked="" type="checkbox"/> 协助洗澡	<input type="checkbox"/> 人力协助	<input checked="" type="checkbox"/> 协助洗澡
			<input type="checkbox"/> 提示及监督
修饰	<input checked="" type="checkbox"/> 日常生活活动能力指导与训练	<input checked="" type="checkbox"/> 提升个人修饰训练	<input checked="" type="checkbox"/> 修饰能力评估
			<input checked="" type="checkbox"/> 修饰功能训练
		<input type="checkbox"/> 建议使用辅具	<input checked="" type="checkbox"/> 使用修饰用相关辅具
	<input type="checkbox"/> 提升照顾者照顾能力	<input type="checkbox"/> 照顾者训练	<input type="checkbox"/> 指导辅具的正确使用
			<input checked="" type="checkbox"/> 协助修饰的技巧训练
	<input type="checkbox"/> 日常生活安全常识教育	<input type="checkbox"/> 安全维护	<input type="checkbox"/> 预防跌倒
			<input type="checkbox"/> 预防各种皮肤病的发生
	<input checked="" type="checkbox"/> 协助修饰	<input type="checkbox"/> 人力协助	<input checked="" type="checkbox"/> 协助修饰
			<input type="checkbox"/> 提示及监督

表G.1 日常生活活动照护计划（续）

照护问题	照护需求	照护方案	照护措施
穿脱衣物	<input checked="" type="checkbox"/> 日常生活活动能力指导与训练	<input checked="" type="checkbox"/> 提升个人穿脱衣物训练	<input checked="" type="checkbox"/> 穿脱衣物能力评估 <input checked="" type="checkbox"/> 穿脱衣物功能训练
		<input type="checkbox"/> 建议使用辅具	<input checked="" type="checkbox"/> 使用穿脱衣物用相关辅具 <input type="checkbox"/> 指导辅具的正确使用
		<input type="checkbox"/> 提升照顾者照顾能力	<input checked="" type="checkbox"/> 协助穿脱衣物的技巧训练
		<input type="checkbox"/> 日常生活安全常识教育	<input type="checkbox"/> 预防跌倒 <input type="checkbox"/> 预防各种皮肤病的发生
	<input checked="" type="checkbox"/> 协助穿脱衣物	<input type="checkbox"/> 安全维护	<input checked="" type="checkbox"/> 协助穿脱衣物 <input type="checkbox"/> 提示及监督
		<input type="checkbox"/> 人力协助	<input type="checkbox"/>
如厕	<input checked="" type="checkbox"/> 日常生活活动能力指导与训练	<input checked="" type="checkbox"/> 改善如厕能力	<input checked="" type="checkbox"/> 如厕能力评估 <input checked="" type="checkbox"/> 如厕功能训练
			<input checked="" type="checkbox"/> 肌力、耐力、关节活动度及平衡训练
		<input type="checkbox"/> 建议使用辅具/环境改善	<input checked="" type="checkbox"/> 使用如厕用相关辅具 <input type="checkbox"/> 指导辅具的正确使用 <input type="checkbox"/> 无障碍环境改善
			<input type="checkbox"/>
			<input checked="" type="checkbox"/> 照顾者协助如厕的技巧训练 <input checked="" type="checkbox"/> 指导照顾者协助如厕后清洁护理训练
	<input type="checkbox"/> 提升照顾者照顾能力	<input type="checkbox"/> 安全维护	<input type="checkbox"/> 预防跌倒 <input type="checkbox"/> 预防各种皮肤病的发生
		<input type="checkbox"/> 人力协助	<input checked="" type="checkbox"/> 协助如厕 <input checked="" type="checkbox"/> 协助导尿管与造口袋护理
	<input checked="" type="checkbox"/> 协助如厕	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 提示及监督

表G.1 日常生活活动照护计划（续）

照护问题	照护需求	照护方案	照护措施
大便控制	<input checked="" type="checkbox"/> 日常生活活动能力指导与训练	<input checked="" type="checkbox"/> 改善如厕能力	<input checked="" type="checkbox"/> 提供肠道蠕动、肛门肌肉训练
			<input checked="" type="checkbox"/> 建议合适的饮食行为与营养食材
			<input checked="" type="checkbox"/> 依医生处方使用药物
	<input type="checkbox"/> 提升照顾者照顾能力	<input type="checkbox"/> 建议使用辅具	<input checked="" type="checkbox"/> 使用相关辅具
			<input type="checkbox"/> 指导辅具的正确使用
	<input checked="" type="checkbox"/> 协助大便	<input type="checkbox"/> 照顾者训练	<input checked="" type="checkbox"/> 照顾者协助如厕后清洁护理训练
			<input checked="" type="checkbox"/> 检查肛门与会阴部皮肤情形
			<input type="checkbox"/> 保持臀部皮肤干爽
小便控制	<input checked="" type="checkbox"/> 日常生活活动能力指导与训练	<input checked="" type="checkbox"/> 改善小便能力	<input checked="" type="checkbox"/> 协助大便
			<input type="checkbox"/> 协助使用纸尿裤、定时检查及需要时更换
			<input type="checkbox"/> 提示及监督
	<input type="checkbox"/> 提升照顾者照顾能力	<input type="checkbox"/> 建议使用辅具	<input type="checkbox"/> 膀胱训练
			<input type="checkbox"/> 肌肉动作训练
	<input checked="" type="checkbox"/> 协助小便	<input type="checkbox"/> 照顾者训练	<input checked="" type="checkbox"/> 依医生处方使用药物
			<input checked="" type="checkbox"/> 使用相关辅具
			<input type="checkbox"/> 指导辅具的正确使用
	<input type="checkbox"/> 提升照顾者照顾能力	<input type="checkbox"/> 照顾者训练	<input checked="" type="checkbox"/> 照顾者协助小便后清洁护理训练
			<input checked="" type="checkbox"/> 检查肛门与会阴部皮肤情形
	<input checked="" type="checkbox"/> 协助小便	<input type="checkbox"/> 人力协助	<input type="checkbox"/> 保持臀部皮肤干爽
			<input checked="" type="checkbox"/> 协助小便
			<input type="checkbox"/> 协助使用纸尿裤、定时检查及需要时更换

表G.1 日常生活活动照护计划（续）

照护问题	照护需求	照护方案	照护措施
移位转移(上下床)	E 日常生活活动能力指导与训练	<input type="checkbox"/> 改善移位能力	<input type="checkbox"/> 评估移位能力
			<input checked="" type="checkbox"/> 移位动作训练
			<input checked="" type="checkbox"/> 肌力、耐力、关节活动度及平衡训练
		E 建议使用辅具	<input type="checkbox"/> 使用移位辅具
			<input type="checkbox"/> 使用轮椅
			<input type="checkbox"/> 使用座垫
			<input type="checkbox"/> 指导辅具的正确使用
		<input type="checkbox"/> 提升照顾者照顾能力	<input type="checkbox"/> 指导照顾者协助移位的技巧
			<input checked="" type="checkbox"/> 提供移位训练
平地行走	E 日常生活活动能力指导与训练	<input type="checkbox"/> 日常生活安全常识教育	<input type="checkbox"/> 预防跌倒
			<input type="checkbox"/> 协助移位
			<input type="checkbox"/> 协助摆位、翻身及拍背
		<input type="checkbox"/> 协助移位	<input type="checkbox"/> 提醒及监督
			<input type="checkbox"/> 轮椅操作训练
			<input checked="" type="checkbox"/> 提供走路/行走训练
			<input checked="" type="checkbox"/> 肌力、耐力、关节活动度及平衡训练
		<input type="checkbox"/> 改善行走能力	<input type="checkbox"/> 使用步行活动相关辅具
			<input type="checkbox"/> 使用轮椅
			<input type="checkbox"/> 指导辅具的正确使用
			<input type="checkbox"/> 无障碍环境改善

表G.1 日常生活活动照护计划（续）

照护问题	照护需求	照护方案	照护措施
平地行走	<input type="checkbox"/> 提升照顾者照顾知能-行走	<input type="checkbox"/> 照顾者训练	<input type="checkbox"/> 指导照顾者协助走路的技巧
	<input type="checkbox"/> 日常生活安全常识教育	<input type="checkbox"/> 安全维护	<input type="checkbox"/> 预防跌倒 <input type="checkbox"/> 情境设置(认知环境布置)
	<input type="checkbox"/> 协助行走	<input type="checkbox"/> 人力协助	<input type="checkbox"/> 协助行走 <input type="checkbox"/> 协助操作轮椅 <input type="checkbox"/> 提醒及监督
上下楼梯	<input type="checkbox"/> 日常生活活动能力指导与训练		<input type="checkbox"/> 改善上下楼梯能力 <input type="checkbox"/> 肌力、耐力、关节活动度及平衡训练
	<input type="checkbox"/> 提升照顾者照顾知能-行走		<input type="checkbox"/> 使用上下楼梯 相关辅具 <input type="checkbox"/> 使用爬楼梯机 <input type="checkbox"/> 指导辅具的正确使用 <input type="checkbox"/> 无障碍环境改善
	<input type="checkbox"/> 日常生活安全常识教育	<input type="checkbox"/> 安全维护	<input type="checkbox"/> 预防跌倒 <input type="checkbox"/> 情境设置(认知环境布置)
<input type="checkbox"/> 上下楼梯		<input type="checkbox"/> 人力协助	<input type="checkbox"/> 协助上下楼梯 <input type="checkbox"/> 提醒及监督

感知觉与沟通照护计划见表 G.2。

表G.2 感知觉与沟通照护计划

照护问题	照护需求	照护方案	照护措施
嗜睡	□维持基本生理功能	□监测生命体征	□确认是否因药物副作用引起的嗜睡
			□监测生命体征变化
			□监测体温、呼吸、心跳、血压、血糖有无异常
		□人力协助	□协助身体清洁
			□定时翻身摆位
混乱	□维持认知功能	□维持、监测生命体征 稳定	□协助进食、水份摄取
			□定时检视大小便情形并需要时更换尿布
			□协助关节被动运动，避免关节挛缩
		□日常生活功能训练	□确认是否因药物副作用引起的混乱
			□监测意识变化
	□提升认知功能	□认知功能训练	□监测体温、呼吸、心跳、血压、血糖有无异常
			□评估日常生活作息(如: 有无日夜颠倒)
	□日常生活安全常识教育	□日常规划白天的活动	□妥善规划白天的活动
			□维持安静生活起居空间
			□协助安排日常活动
		□安全维护	□安排认知功能评估与训练
			□清除危险物品(如: 剪刀、打火机)
			□安全看视

表G.2 感知觉与沟通照护计划（续）

照护问题	照护需求	照护方案	照护措施
呆滞(木僵)	<input type="checkbox"/> 维持基本生理功能	<input type="checkbox"/> 维持、监测生命体征 <input type="checkbox"/> 人力协助	<input type="checkbox"/> 确认是否因药物副作用引起的混乱 <input type="checkbox"/> 监测意识变化 <input type="checkbox"/> 监测体温、呼吸、心跳、血压、血糖有无异常
			<input type="checkbox"/> 协助身体清洁 <input type="checkbox"/> 定时翻身摆位 <input type="checkbox"/> 协助进食、水份摄取 <input type="checkbox"/> 定时检视大小便情形并更换尿布
	<input type="checkbox"/> 康复护理	<input type="checkbox"/> 肢体运动	<input type="checkbox"/> 协助关节被动运动，避免关节挛缩
昏迷	<input type="checkbox"/> 维持基本生理功能	<input type="checkbox"/> 维持、监测生命体征	<input type="checkbox"/> 确认是否因药物副作用 <input type="checkbox"/> 监测意识变化 <input type="checkbox"/> 监测体温、呼吸、心跳、血压、血糖有无异常
			<input type="checkbox"/> 协助身体清洁 <input type="checkbox"/> 定时翻身摆位 <input type="checkbox"/> 定时检视大小便情形并更换尿布
			<input type="checkbox"/> 协助洗澡 <input type="checkbox"/> 协助更换衣物 <input type="checkbox"/> 静脉注射补充营养和水分
		<input type="checkbox"/> 人力协助 <input type="checkbox"/> 管路照顾	<input type="checkbox"/> 协助更换鼻胃管、尿管 <input type="checkbox"/> 观察管路有无通畅
			<input type="checkbox"/> 观察管路周围皮肤状况

表G.2 感知觉与沟通照护计划（续）

照护问题	照护需求	照护方案	照护措施
昏迷	<input checked="" type="checkbox"/> 日常生活护理	<input checked="" type="checkbox"/> 舒适护理	<input type="checkbox"/> 定时翻身调整姿势，避免压伤发生
		<input checked="" type="checkbox"/> 皮肤护理	<input type="checkbox"/> 如皮肤过于干燥，可予润肤乳液擦拭
		<input type="checkbox"/> 维持营养需求	<input type="checkbox"/> 评估是否有脱水征象
			<input type="checkbox"/> 协助补充营养和水分
			<input type="checkbox"/> 记录进食量
			<input type="checkbox"/> 定时测量体重
		<input type="checkbox"/> 康复护理	<input type="checkbox"/> 简易被动式肢体关节活动
表达能力障碍	<input type="checkbox"/> 维持表达能力	<input type="checkbox"/> 肢体运动	<input type="checkbox"/> 引导及协助表达日常生活需求
	<input type="checkbox"/> 提升表达能力	<input type="checkbox"/> 维持日常生活功能	<input type="checkbox"/> 认知功能训练
			<input type="checkbox"/> 言语功能训练
理解能力缺失	<input type="checkbox"/> 提升理解能力	<input type="checkbox"/> 康复训练	<input type="checkbox"/> 认知功能训练
			<input type="checkbox"/> 言语功能训练
视力障碍	<input type="checkbox"/> 维持视力功能	<input type="checkbox"/> 建议使用辅具	<input type="checkbox"/> 配戴老花眼镜
			<input type="checkbox"/> 使用放大镜
			<input type="checkbox"/> 指导辅具的正确使用
		<input type="checkbox"/> 环境改善	<input type="checkbox"/> 居家环境评估
			<input type="checkbox"/> 居家无障碍环境改善(单扶手或连续型扶手、防滑措施)
			<input type="checkbox"/> 去除障碍物或电线、水渍等
			<input type="checkbox"/> 避免更动床位或房间摆设
			<input type="checkbox"/> 将惯用物品放于固定位置
			<input type="checkbox"/> 使用较大的标示或色彩对比明显的标示于房间门口、走道、厕所
			<input type="checkbox"/> 注意采光照明、提供充足的光线
			<input type="checkbox"/> 维持行走动线的安全

表G.2 感知觉与沟通照护计划（续）

照护问题	照护需求	照护方案	照护措施
视力障碍	<input type="checkbox"/> 提升视力功能	<input type="checkbox"/> 定向感及生活训练	<input type="checkbox"/> 利用环境线索，找出正确方位
			<input type="checkbox"/> 教导安全行走的技巧
			<input type="checkbox"/> 点字训练
听力障碍	<input type="checkbox"/> 维持听力功能	<input type="checkbox"/> 建议使用辅具/环境改善	<input type="checkbox"/> 佩戴助听器
			<input type="checkbox"/> 使用电话闪光震动器
			<input type="checkbox"/> 使用门铃闪光器
			<input type="checkbox"/> 使用无线震动警示器
			<input type="checkbox"/> 使用火警闪光警示器

工具性生活活动照护计划见表 G.3。

表G.3 工具性生活活动照护计划

照护问题	照护需求	照护方案	照护措施
仅会接电话不会拨电话	<input type="checkbox"/> 提升使用电话功能	<input type="checkbox"/> 人力协助	<input type="checkbox"/> 设定常用号码
		<input type="checkbox"/> 建议使用辅具/环境改善	<input type="checkbox"/> 佩戴助听器
			<input type="checkbox"/> 使用智能通讯辅具
			<input type="checkbox"/> 使用辅具的正确使用
购物需要有人陪	<input type="checkbox"/> 协助购物	<input type="checkbox"/> 人力协助	<input type="checkbox"/> 需要陪伴购物
		<input type="checkbox"/> 建议使用辅具/环境改善	<input type="checkbox"/> 使用中长距离的行动辅具
			<input type="checkbox"/> 使用视觉辅具
备餐需要极大帮助	<input type="checkbox"/> 协助备餐	<input type="checkbox"/> 人力协助	<input type="checkbox"/> 协助备餐
			<input type="checkbox"/> 安排送餐服务
处理家务需要极大帮助	<input type="checkbox"/> 协助处理家务	<input type="checkbox"/> 人力协助	<input type="checkbox"/> 协助家务
	<input type="checkbox"/> 日常生活活动能力指导与训练	<input type="checkbox"/> 生活活动能力指导	<input type="checkbox"/> 陪伴处理家务过程，提醒注意事项
			<input type="checkbox"/> 简化处理家务步骤及过程
服用药物	<input type="checkbox"/> 提升服用药物功能	<input type="checkbox"/> 人力协助	<input type="checkbox"/> 协助备药
		<input type="checkbox"/> 建议使用辅具/环境改善	<input type="checkbox"/> 给予备药、提醒服药辅具
	<input type="checkbox"/> 日常生活安全常识教育	<input type="checkbox"/> 安全维护	<input type="checkbox"/> 给予用药指导
			<input type="checkbox"/> 观察及纪录用药后反应和副作用
			<input type="checkbox"/> 记录药物不良反应

常见症状照护计划见表 G.4。

表G. 4 常见症状照护计划

照护问题	照护需求	照护方案	照护措施
疼痛	<input checked="" type="checkbox"/> 疼痛照护	<input type="checkbox"/> 康复理疗	<input type="checkbox"/> 依据疼痛原因给予疼痛照护 <input type="checkbox"/> 冷热敷 <input type="checkbox"/> 按摩 <input type="checkbox"/> 患部保暖 <input type="checkbox"/> 使用医师处方药物 <input type="checkbox"/> 按需要情况，转介医疗
			<input type="checkbox"/> 康复训练 <input type="checkbox"/> 协助患部康复运动
			<input type="checkbox"/> 注意疼痛对日常生活的影响(营养评估、饮食调整、睡眠) <input type="checkbox"/> 协助改善采光柔和、安静的环境
			<input type="checkbox"/> 透过活动安排及家人探视转移注意力 <input type="checkbox"/> 提供社会心理支持 <input type="checkbox"/> 给予同理心的陪伴
			<input type="checkbox"/> 日常生活活动能力指导与训练
	<input type="checkbox"/> 皮肤日常护理	<input type="checkbox"/> 建议使用辅具	<input type="checkbox"/> 选择合适的生活照护辅具 <input type="checkbox"/> 使用透气护理垫 <input type="checkbox"/> 使用高密度泡棉 <input type="checkbox"/> 给予毛巾卷使用 <input type="checkbox"/> 指导辅具的正确使用
			<input type="checkbox"/> 皮肤过于潮湿
			<input type="checkbox"/> 居家照护指导 <input type="checkbox"/> 舒适照护
			<input type="checkbox"/> 检视是否衣物穿着过多 <input type="checkbox"/> 确认室内温度、空调 <input type="checkbox"/> 检视尿布是否未适时更换 <input type="checkbox"/> 评估需长时间包尿布的必要性

表G.4 常见症状照护计划（续）

照护问题	照护需求	照护方案	照护措施
皮肤干有皮屑	<input type="checkbox"/> 皮肤日常护理	<input type="checkbox"/> 皮肤照顾 <input type="checkbox"/> 提升照顾者照顾技能	<input type="checkbox"/> 使用皮肤保湿乳液擦拭 <input type="checkbox"/> 修剪指甲
	<input type="checkbox"/> 居家照护指导		<input type="checkbox"/> 避免水温过高 <input type="checkbox"/> 选用温和清洁剂 <input type="checkbox"/> 慎选衣物材质 <input type="checkbox"/> 减少过度使用清洁剂 <input type="checkbox"/> 避免过度清洁 <input type="checkbox"/> 清洁有皮屑掉落的床单、被单
瘀青	<input type="checkbox"/> 特殊护理	<input type="checkbox"/> 瘀青照护 <input type="checkbox"/> 提升照顾者照顾技能	<input type="checkbox"/> 瘀青发生 48 小时内给予冷敷 <input type="checkbox"/> 瘀青发生 48 小时后给予热敷 <input type="checkbox"/> 避免过度按摩
	<input type="checkbox"/> 居家照护指导		<input type="checkbox"/> 避免受访者再次碰撞 <input type="checkbox"/> 检视照护环境的安全性 <input type="checkbox"/> 加装防撞垫 <input type="checkbox"/> 强化照顾者的照护技巧 <input type="checkbox"/> 避免瘀青皮肤过于干燥 <input type="checkbox"/> 予以保护性覆盖
丘疹	<input type="checkbox"/> 特殊护理	<input type="checkbox"/> 确认红疹的原因	<input type="checkbox"/> 确认是否因疾病(荨麻疹、湿疹)引起的红疹 <input type="checkbox"/> 检视是否药物过敏导致引起红疹 <input type="checkbox"/> 评估红疹的发生时间、部位、范围大小、变化 <input type="checkbox"/> 按需要情况，转介医疗 <input type="checkbox"/> 根据医嘱予以适当用药
	<input type="checkbox"/> 居家照护指导		<input type="checkbox"/> 保持红疹部位皮肤清洁、干爽 <input type="checkbox"/> 予以保护性覆盖，避免受访者抓破患部

表G.4 常见症状照护计划（续）

照护问题	照护需求	照护方案	照护措施
伤口	£特殊护理	□确认伤口状况	□评估伤口(深、浅度、范围大小)
			□需要时转介医疗
		□伤口护理	□依医嘱予以适当敷料
			□视情况增加换药次数，避免感染
			□观察伤口愈合情形
	£居家照护指导	□提升照顾者照顾技能	□给予伤口分泌物简易照顾处理
			□提供伤口处理卫生教育
			□保持伤口干净清爽
			□在不压迫伤口情况下，协助舒适摆位
			□视情况增加换药次数
	□促进伤口愈合	□维持营养均衡	□记录饮食量
			□按需要情况，转介营养师
擦伤、割伤	£特殊护理	□确认擦伤、割伤状况	□评估伤口(深、浅度、范围大小)
			□按需要情况，转介医疗
		□擦伤、割伤护理	□依医嘱予以适当敷料
			□视情况增加换药次数，避免感染
			□观察伤口愈合情形
		□预防感染	□提供伤口处理卫生教育
			□维持伤口清洁，避免感染
			□如伤口恶化，协助转介医疗

表 G.4 常见症状照护计划（续）

照护问题	照护需求	照护方案	照护措施
压伤	□维持压伤伤口完整性	□确认压伤的原因	□辅具使用不当 □未定时协助翻身 □是否为疾病造成(如: 糖尿病) □评估压伤等级, 以便根据压疮等级提供照护 □记录压疮等级, 观察压疮有无恶化
			□移除压伤原因(如: 久卧未翻身) □使用防压伤床垫、坐垫
			□根据医嘱予以适当敷料换药 □保持伤口干净 □观察伤口愈合情形 □提供伤口处理卫生教育 □视情况增加换药次数, 避免感染
		□伤口护理	□评估营养状况 □饮食调整 □按需要情况, 转介营养师
			□评估是否因热水袋、电热毯、电热器使用不慎 □评估观察有无受虐可能性
	□促进压伤伤口愈合	□避免烧烫伤伤口恶化	□移除热水袋、电热毯、电热器等引起烧烫伤的物品 □根据医嘱予以适当敷料换药 □维持伤口清洁 □观察伤口愈合情形 □提供伤口处理卫生教育 □视情况增加换药次数, 避免感染
			□评估营养状况 □饮食调整 □按需要情况, 转介营养师
			□评估是否因热水袋、电热毯、电热器使用不慎 □评估观察有无受虐可能性
		□伤口护理	□移除热水袋、电热毯、电热器等引起烧烫伤的物品 □根据医嘱予以适当敷料换药 □维持伤口清洁 □观察伤口愈合情形 □提供伤口处理卫生教育 □视情况增加换药次数, 避免感染
			□评估营养状况 □饮食调整 □按需要情况, 转介营养师
烧烫伤	□维持烧烫伤伤口皮肤完整性	□确认烧烫伤原因	□评估是否因热水袋、电热毯、电热器使用不慎 □评估观察有无受虐可能性
			□移除热水袋、电热毯、电热器等引起烧烫伤的物品 □根据医嘱予以适当敷料换药 □维持伤口清洁 □观察伤口愈合情形 □提供伤口处理卫生教育 □视情况增加换药次数, 避免感染
		□伤口护理	□评估营养状况 □饮食调整 □按需要情况, 转介营养师
			□评估是否因热水袋、电热毯、电热器使用不慎 □评估观察有无受虐可能性
			□移除热水袋、电热毯、电热器等引起烧烫伤的物品 □根据医嘱予以适当敷料换药 □维持伤口清洁 □观察伤口愈合情形 □提供伤口处理卫生教育 □视情况增加换药次数, 避免感染
	□促进烧烫伤伤口愈合	□避免压伤伤口恶化	□评估营养状况 □饮食调整 □按需要情况, 转介营养师
			□评估是否因热水袋、电热毯、电热器使用不慎 □评估观察有无受虐可能性
			□移除热水袋、电热毯、电热器等引起烧烫伤的物品 □根据医嘱予以适当敷料换药 □维持伤口清洁 □观察伤口愈合情形 □提供伤口处理卫生教育 □视情况增加换药次数, 避免感染
		□伤口护理	□评估营养状况 □饮食调整 □按需要情况, 转介营养师
			□评估是否因热水袋、电热毯、电热器使用不慎 □评估观察有无受虐可能性

表 G.4 常见症状照护计划（续）

照护问题	照护需求	照护方案	照护措施
烧烫伤	<input type="checkbox"/> 促进烧烫伤伤口愈合	<input type="checkbox"/> 维持营养均衡	<input type="checkbox"/> 评估营养状况 <input type="checkbox"/> 饮食调整 <input type="checkbox"/> 必要时转介营养师
术后伤口	<input type="checkbox"/> 维持术后伤口皮肤完整性	<input type="checkbox"/> 伤口护理	<input type="checkbox"/> 根据医嘱予以适当敷料换药 <input type="checkbox"/> 维持伤口清洁 <input type="checkbox"/> 观察伤口愈合情形 <input type="checkbox"/> 提供伤口处理卫生教育 <input type="checkbox"/> 视情况增加换药次数，避免感染
	<input type="checkbox"/> 促进术后伤口愈合	<input type="checkbox"/> 维持营养均衡	<input type="checkbox"/> 评估营养状况 <input type="checkbox"/> 饮食调整 <input type="checkbox"/> 必要时转介营养师
延愈合的手术伤口	<input type="checkbox"/> 维持延愈合的手术伤口皮肤完整性	<input type="checkbox"/> 伤口护理	<input type="checkbox"/> 根据医嘱予以适当敷料换药 <input type="checkbox"/> 维持伤口清洁 <input type="checkbox"/> 观察伤口愈合情形 <input type="checkbox"/> 提供伤口处理卫生教育 <input type="checkbox"/> 视情况增加换药次数，避免感染
		<input type="checkbox"/> 确认伤口感染症状	<input type="checkbox"/> 观察伤口分泌物量、颜色 <input type="checkbox"/> 按需要情况，转介医疗
	<input type="checkbox"/> 促进延愈合的手术伤口愈合	<input type="checkbox"/> 维持营养均衡	<input type="checkbox"/> 评估营养状况 <input type="checkbox"/> 饮食调整 <input type="checkbox"/> 按需要情况，转介营养师

表 G.4 常见症状照护计划（续）

照护问题	照护需求	照护方案	照护措施
糖尿病足溃疡	<input type="checkbox"/> 维持糖尿病足溃疡伤口皮肤完整性 <input type="checkbox"/> 促进糖尿病足溃疡伤口愈合	<input type="checkbox"/> 确认造成溃疡的原因 <input type="checkbox"/> 建议使用辅具	<input type="checkbox"/> 监测血糖值 <input type="checkbox"/> 确认是否有因其他疾病影响(如: 灰指甲) <input type="checkbox"/> 评估受访者鞋袜的合适性
			<input type="checkbox"/> 指导辅具的正确使用 <input type="checkbox"/> 使用糖尿病鞋、步行辅具
		<input type="checkbox"/> 伤口护理	<input type="checkbox"/> 根据医嘱予以适当敷料换药 <input type="checkbox"/> 保持伤口干净(外出时适当的伤口保护, 避免感染) <input type="checkbox"/> 观察伤口愈合情形 <input type="checkbox"/> 提供伤口处理卫生教育 <input type="checkbox"/> 视情况增加换药次数, 避免感染
			<input type="checkbox"/> 给予伤口分泌物简易照顾处理 <input type="checkbox"/> 观察伤口愈合情形 <input type="checkbox"/> 提供伤口处理卫生教育 <input type="checkbox"/> 视情况增加换药次数, 避免感染
			<input type="checkbox"/> 观察伤口分泌物量、颜色 <input type="checkbox"/> 按需要情况, 转介医疗
		<input type="checkbox"/> 维持营养均衡	<input type="checkbox"/> 评估营养状况 <input type="checkbox"/> 饮食调整 <input type="checkbox"/> 必要时转介营养师

环境改善、辅具设施配置计划见表 G.5。

表 G.5 环境改善，辅具设施配置计划

照护问题	照护需求	照护方案	照护措施
缺乏安全扶手	<input type="checkbox"/> 维持居住无障碍空间	<input type="checkbox"/> 建议使用辅具/环境改造	E 安装走廊扶手
缺乏防滑设备	<input type="checkbox"/> 维持居住无障碍空间	<input type="checkbox"/> 建议使用辅具/环境改造	E 增设防滑设施
楼梯狭窄、陡峭或堆积物品	<input type="checkbox"/> 维持居住无障碍空间	<input type="checkbox"/> 建议使用辅具/环境改造	E 去除障碍物
光线不足或昏暗	<input type="checkbox"/> 维持居住无障碍空间	<input type="checkbox"/> 建议使用辅具/环境改造	E 加强照明工具
居住二楼以上无电梯	<input type="checkbox"/> 维持居住无障碍空间	<input type="checkbox"/> 建议使用辅具/环境改造	E 爬楼梯机租借
家中有门槛	<input type="checkbox"/> 维持居住无障碍空间	<input type="checkbox"/> 建议使用辅具/环境改造	E 门坎改造
大门进出口有楼梯	<input type="checkbox"/> 维持居住无障碍空间	<input type="checkbox"/> 建议使用辅具/环境改造	E 坡道改造
卫生间没有把手	<input type="checkbox"/> 维持居住无障碍空间	<input type="checkbox"/> 建议使用辅具/环境改造	E 安装卫生间把手
卫生间门轮椅与移位机进不去	<input type="checkbox"/> 维持居住无障碍空间	<input type="checkbox"/> 建议使用辅具/环境改造	E 卫生间门改造
卫生间仍然是蹲坑	<input type="checkbox"/> 维持居住无障碍空间	<input type="checkbox"/> 建议使用辅具/环境改造	E 洗浴与如厕类辅具配置
厨房门轮椅进不去	<input type="checkbox"/> 维持居住无障碍空间	<input type="checkbox"/> 建议使用辅具/环境改造	E 厨房门改造
房间门口轮椅进不去	<input type="checkbox"/> 维持居住无障碍空间	<input type="checkbox"/> 建议使用辅具/环境改造	<input type="checkbox"/> 房间门改造
护理床缺乏床栏	<input type="checkbox"/> 维持居住无障碍空间	<input type="checkbox"/> 建议使用辅具/环境改造	E 安装床栏
活动范围有阶梯或门坎	<input type="checkbox"/> 维持居住无障碍空间	<input type="checkbox"/> 建议使用辅具/环境改造	E 消除高低差，坡道改造
活动范围有跌倒风险	<input type="checkbox"/> 维持居住无障碍空间	<input type="checkbox"/> 建议使用辅具/环境改造	<input type="checkbox"/> 设置单支扶手或连续型扶手
			<input type="checkbox"/> 增加防滑措施
	<input type="checkbox"/> 日常生活安全常识教育	R 安全维护	<input type="checkbox"/> 足够照明
			<input type="checkbox"/> 处理卫生教育去除障碍物或电线、线路、水渍等
受访者使用助行器或轮椅室内	<input type="checkbox"/> 日常生活安全常识教育	R 安全维护	<input type="checkbox"/> 重新摆位家具位置或去除障碍物
走道过于狭窄或有阻碍			E 指导辅具的正确使用

表 G.5 环境改善，辅具设施配置计划（续）

照护问题	照护需求	照护方案	照护措施
缺乏安全扶手	<input type="checkbox"/> 维持居住无障碍空间	<input type="checkbox"/> 建议使用辅具/环境改造	£ 安装走廊扶手
缺乏防滑设备	<input type="checkbox"/> 维持居住无障碍空间	<input type="checkbox"/> 建议使用辅具/环境改造	£ 增设防滑设施
楼梯狭窄、陡峭或堆积物品	<input type="checkbox"/> 维持居住无障碍空间	<input type="checkbox"/> 建议使用辅具/环境改造	£ 去除障碍物
光线不足或昏暗	<input type="checkbox"/> 维持居住无障碍空间	<input type="checkbox"/> 建议使用辅具/环境改造	£ 加强照明工具
居住二楼以上无电梯	<input type="checkbox"/> 维持居住无障碍空间	<input type="checkbox"/> 建议使用辅具/环境改造	£ 爬楼梯机租借
家中有门槛	<input type="checkbox"/> 维持居住无障碍空间	<input type="checkbox"/> 建议使用辅具/环境改造	£ 门坎改造
大门进出口有楼梯	<input type="checkbox"/> 维持居住无障碍空间	<input type="checkbox"/> 建议使用辅具/环境改造	£ 坡道改造
卫生间没有把手	<input type="checkbox"/> 维持居住无障碍空间	<input type="checkbox"/> 建议使用辅具/环境改造	£ 安装卫生间把手
卫生间门轮椅与移位机进不去	<input type="checkbox"/> 维持居住无障碍空间	<input type="checkbox"/> 建议使用辅具/环境改造	£ 卫生间门改造
卫生间仍然是蹲坑	<input type="checkbox"/> 维持居住无障碍空间	<input type="checkbox"/> 建议使用辅具/环境改造	£ 洗浴与如厕类辅具配置
厨房门轮椅进不去	<input type="checkbox"/> 维持居住无障碍空间	<input type="checkbox"/> 建议使用辅具/环境改造	£ 厨房门改造
房间门口轮椅进不去	<input type="checkbox"/> 维持居住无障碍空间	<input type="checkbox"/> 建议使用辅具/环境改造	□ 房间门改造
护理床缺乏床栏	<input type="checkbox"/> 维持居住无障碍空间	<input type="checkbox"/> 建议使用辅具/环境改造	£ 安装床栏
活动范围有阶梯或门坎	<input type="checkbox"/> 维持居住无障碍空间	<input type="checkbox"/> 建议使用辅具/环境改造	£ 消除高低差，坡道改造
活动范围有跌倒风险	<input type="checkbox"/> 维持居住无障碍空间	<input type="checkbox"/> 建议使用辅具/环境改造	<input type="checkbox"/> 设置单支扶手或连续型扶手
			<input type="checkbox"/> 增加防滑措施
受访者使用助行器或轮椅室内 走道过于狭窄或有阻碍	<input type="checkbox"/> 日常生活安全常识教育	R 安全维护	<input type="checkbox"/> 足够照明
			<input type="checkbox"/> 处理卫生教育去除障碍物或电线、线路、水渍等
			<input type="checkbox"/> 重新摆位家具位置或去除障碍物
			£ 指导辅具的正确使用

社会支持计划见表 G.6。

表 G.6 社会支持计划

照护问题	照护需求	照护方案	照护措施
家庭性支持	<input type="checkbox"/> 维持与亲友互动	<input type="checkbox"/> 联络协助	<input type="checkbox"/> 给予支持与鼓励
			<input type="checkbox"/> 协助以口头/手势的提示的方式与亲友互动
			<input type="checkbox"/> 协助以部分肢体接触的方式与亲友互动
			<input type="checkbox"/> 协助以完全肢体接触的方式与亲友互动
社会性情感支持	<input type="checkbox"/> 提升社会性情感支持	<input type="checkbox"/> 社会小区参与	<input checked="" type="checkbox"/> 评估社会性情感支持需要
			<input type="checkbox"/> 陪同外出参与活动
		<input type="checkbox"/> 安排活动	<input type="checkbox"/> 根据受访者兴趣，提供相关休闲活动
			<input type="checkbox"/> 根据宗教信仰，提供相关宗教活动
			<input type="checkbox"/> 鼓励参与小区活动
			<input type="checkbox"/> 鼓励参与志愿服务
			<input type="checkbox"/> 鼓励加入志愿者探访等活动
			<input type="checkbox"/> 提供进修研习

参 考 文 献

- [1] MZ/T 039-2013 老年人能力评估
- [2] 老年人能力评估标准表（试行），国卫医发[2019]48号
- [3] 北京市老年人能力综合评估实施办法（试行），京民养老发〔2019〕42号
- [4] 关于面向社会公开招募老年人能力综合评估机构和培训机构的通知，京民养老发〔2019〕83号
- [5] 北京市老年人养老服务补贴津贴管理办法，京民养老发〔2019〕160号
- [6] 关于功能、残疾和健康的国际分类，世界卫生组织(WHO) 第54届大会, 2001. 5. 22.
- [7] 邱卓英, 筱芳. 基于ICF 康复评定工具开发与标准化研究 [J]. 中国康复理论与实践, 2018, 9 (1)
- [8] 邱卓英, 张爱民. 国际功能—残疾和健康分类—应用指导（一）[J]. 中国康复理论与实践, 2003, 9 (1)
[9] 邱卓英. 国际功能—残疾和健康分类—应用指导（二）[J]. 中国康复理论与实践, 2003, 9 (2)
[10] 邱卓英. 国际功能—残疾和健康分类—应用指导（三）[J]. 中国康复理论与实践 2003, 9 (3)
[11] 邱卓英, 丁相平 . 国际功能 - 残疾和健康分类—应用指导（四）[J]. 中国康复理论与实践, 2003, 9 (4)