

ICS 03.080

CCSA12

T/CGSS

中国老年医学学会

团体标准

T/CGSS ××××—2021

认知障碍老年人照护服务规范

Specification for care service

of the elderly with cognitive impairment

(征求意见稿)

××××—××—××发布

××××—××—××实施

中国老年医学学会 发布

目 次

目 次..... I

前 言..... II

认知障碍老年人照护服务规范..... 1

 1 范围..... 1

 2 规范性引用文件..... 1

 3 术语和定义..... 1

 4 基本要求..... 2

 4.1 服务机构..... 2

 4.2 服务人员..... 2

 4.3 服务环境及设施设备..... 2

 5 服务内容及要求..... 3

 5.1 评估和制定服务方案..... 3

 5.2 日常生活照护..... 4

 5.3 功能康复..... 6

 5.4 安全风险防范..... 6

 5.5 精神行为症状管理..... 7

 5.6 安宁疗护..... 8

 6 服务评价与改进..... 8

 6.1 服务评价..... 8

 6.2 服务改进..... 8

参考文献..... 9

前 言

本文件按照GB/T 1.1—2020《标准化工作导则第1部分：标准化文件的结构和起草规则》的规定起草。

本文件由国投健康产业投资有限公司提出。

本文件由中国老年医学学会归口。

本文件起草单位：国投健康产业投资有限公司、北京老年医院、中国老年医学学会认知障碍分会、中国老年医学学会医疗照护分会、中国微循环学会神经变性病专业委员会、中国老年学和老年医学学会老年综合评估分会、首都医科大学宣武医院、北京协和医院、江苏省老年医院、河北省老年病医院、辽宁省老年病医院、北京市隆福医院。

本文件主要起草人：黄丽珍、杨光、吕继辉、马宗娟、宋岳涛、李保英、贾建军、皮红英、李延峰、王蓉、乔雨晨、魏翠柏、王秋梅、欧阳晓俊、康素娴、刘宇翔、宋清扬。

认知障碍老年人照护服务规范

1 范围

本文件规定了认知障碍老年人照护的基本要求、服务内容与要求、服务评价与改进。
本文件适用于为认知障碍老年人提供的照护服务与管理。

2 规范性引用文件

下列文件中的内容通过文中的规范性引用而构成本文件必不可少的条款。其中，注日期的引用文件，仅该日期对应的版本适用于本文件；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。

GB 2894 安全标志及其使用导则
GB/T 10001.1 公共信息图形符号第1部分：通用符号
GB/T 29353 养老机构基本规范
GB/T 35796 养老机构服务质量基本规范
GB/T 50763 无障碍设计规范
JGJ 450 老年人照料设施建筑设计标准
MZ/T 032 养老机构安全管理
MZ/T 039-2013 老年人能力评估标准
T/CGSS 003-2019 老年友善服务规范

3 术语和定义

GB/T 29353、GB/T 35796和T/CGSS 003-2019界定的以及下列术语和定义适用于本文件。

3.1

认知 cognition

人在对客观事物认识的过程中对感觉输入信息的获取、编码、操作、提取和使用的过程，这一过程包括记忆、语言、视空间、执行、计算、理解判断等方面，属于高级脑功能。

3.2

认知障碍 cognitive impairment

认知的一方面或多方面受损，导致老年人日常生活能力、学习能力、工作能力和社会交往能力轻微或明显减退的综合征。

3.3

照护 care

为认知障碍老年人提供的日常生活照护、医疗护理、功能康复、心理干预、安全风险防范、精神行为症状管理、安宁疗护等服务。

3.4

照护人员 caregiver

为认知障碍老年人提供照护服务的相关人员。

3.5

服务对象 the service object

有认知障碍的老年人。

3.5

老年人能力评估 ability assessment for the elderly

测量与评估老年人的日常生活活动能力、认知能力与精神状态、社会参与能力、感知觉与沟通能力等功能状况。

4 基本要求

4.1 服务机构

4.1.1 应依法注册备案。

4.1.2 应配备照护人员。

4.1.3 应制定照护服务的基本要求、服务流程、应急预案和质量管理等制度。

4.1.4 应定期组织照护人员培训，培训内容包括但不限于相关理论知识、技能操作、安全风险防范措施等，宜为照护人员提供心理慰藉和喘息服务。

4.1.5 应建立持续改进机制，根据检查考评、投诉等情况，定期对照护人员、服务项目进行调整。

4.2 服务人员

4.2.1 应具备良好的职业道德和素养，身心健康。

4.2.2 应通过照护服务培训，掌握照护服务相应的知识和技能，具备与服务对象及家属沟通交流的能力。

4.2.3 应知晓安全风险发生的高危因素，能采取针对性措施，保障服务对象的安全。

4.2.4 应熟练掌握应急预案中的相关措施。

4.3 服务环境及设施设备

4.3.1 建筑与无障碍设施的设计与设置应符合 GB/T 50763、JCJ 450、T/CGSS003-2019 的要求。

4.3.2 图形符号与标识的使用和设置应符合 GB/T 10001.1 和 GB 2894 的要求。

4.3.3 安全管理应符合 GB/T 35796、MZ/T 032 的要求。

4.3.4 照护环境应安静、通风、舒适、光线良好。居室走廊地面宜色泽一致，墙面、地面和门色泽宜有对比区分。有条件可设计成环形走廊，电梯、走道和楼梯出口隐蔽设计。不宜铺放活动的地毯，窗户应有限位器。

4.3.5 居室家具应相对固定并摆放合适，不应有脚轮；宜对家具边缘采取弧形角处理或加装防撞条，避免或减轻服务对象的撞碰伤。应在柜子、抽屉外面做上标识，将日用品摆放在相对固定、醒目的位置。

4.3.6 各功能区域宜通过色彩、声音、光线、主题装饰等进行区分，强化感知觉与时空导向。

- a) 宜在醒目位置，放置大的钟表、日历，并设计显示当前季节、节日的图片，帮助其辨识季节和时间。
- b) 宜应用文字、图案等设计简易的方向引导标识，引导其找到卫生间、厨房和卧室等。
- c) 宜减少噪音、异味，增加有益的多感官刺激元素。

4.3.7 居室或活动场所应避免摆放形状及色彩易误食的食品，严禁放置刺激物、尖锐物、锋利器具等危险物品。

4.3.8 设备设施应有安全防护措施，包括床上护栏、安全标识、安全扶手、紧急呼救系统等，轮椅应有安全带。卫生间的门不宜有反锁功能，紧急情况下卫生间的门可从外面打开。

4.3.9 公共区域应设置电子监控设备，如门禁系统或电子定位设备等。服务对象衣物上应有名称、联系方式或佩戴其他的识别标识。

4.3.10 应有保护服务对象隐私的相关设施。

5 服务内容及要求

5.1 评估和制定服务方案

5.1.1 评估：

- a) 应对服务对象进行基本信息登记和需求评估，按照 MZ/T039-2013 附录 A 的要求进行。
- b) 应对服务对象进行躯体功能、认知功能和精神状况、感知觉与沟通、社会参与以及安全风险等的老年综合评估，按照 MZ/T 039-2013 和 T/CGSS 003-2019 的方法进行。
- c) 一般应6个月评估一次，出现特殊情况导致功能发生变化时，应给予即时评估。

5.1.2 制定服务方案

- a) 应根据服务对象的评估结果而制定，并做好记录或建立照护档案。
- b) 应结合服务对象的生活习惯和兴趣爱好，制定个性化的照护服务方案。

5.1.3 照护人员应与照护对象订立服务协议，根据服务方案确定服务内容、服务要求及安全风险防范措施。

5.1.4 依据服务协议，按照照护服务方案执行。

5.2 日常生活照护

5.2.1 饮食照护

5.2.1.1 用餐环境应明亮、整洁、安全，餐桌、餐具、餐布、食物色彩宜对比明显。餐具应易拿、易握、易持，不易碎。

5.2.1.2 宜建立营养档案，定期对服务对象进行营养评估，根据评估结果调整饮食方案。

5.2.1.3 食物宜简单、软滑、清淡，温度适宜，易咀嚼，易消化。

5.2.1.4 应协助服务对象餐前洗手。应尊重服务对象用餐习惯，宜通过改变餐具、食物性状、给予示范、适当协助等方式，引导服务对象自主进食，必要时喂食或管饲。

5.2.1.5 吃饭弄脏衣物时，不应责备，应让其有足够的进餐时间，进餐时间和地点宜相对固定；餐后应查看口腔内有无食块残留，协助漱口。

5.2.1.6 对拒绝进食的服务对象，不应强迫或呵斥，禁止使用强制手段喂食，宜在转移其注意力后再尝试让其进食。服务对象情绪不稳定时，宜暂缓进食，避免发生误吸或噎食。

5.2.1.7 应定时提醒、引导服务对象饮水或协助喂水，保障每日饮水量。

5.2.1.8 宜为有需求的服务对象提供治疗膳食、肠内营养制剂。需要管饲者，应确保管道通畅，有效预防其自行拔管；做好口腔护理，预防肺部感染等并发症。

5.2.2 排泄照护

5.2.2.1 宜为服务对象提供方便识别的排泄环境，例如使用图片标示卫生间位置、打开卫生间的门，便于服务对象看到马桶等。

5.2.2.2 应了解服务对象的排便规律，引导其识别排便场所，形成定时排便习惯。

5.2.2.3 对已经无法用语言准确表达如厕需求的服务对象，宜细心观察，及时识别坐立不安，用力拉扯衣服等如厕信号，协助如厕。

5.2.2.4 协助如厕过程应顾及服务对象的自尊心，保护其隐私。

5.2.2.5 应引导或协助如厕后的老年人清洁肛门或会阴处，整理衣物，事后及时倾倒、清洗、消毒便器，保持清洁卫生。

5.2.2.6 应为大小便失禁者及时更换衣物、尿垫或纸尿裤，做好皮肤清洁。

5.2.2.7 应观察、记录服务对象的排便情况，及时发现其尿储留、便秘等异常状况，对便秘者可遵医嘱使用通便药物或用开塞露等直肠内给药方法进行治疗。

5.2.3 睡眠照护

5.2.3.1 睡眠环境应安静、舒适、整洁、温湿度适宜。

5.2.3.2 应帮助服务对象辨识昼夜变化，白天给予足够光照，夜间光线宜昏暗柔和，增加日间活动以促进夜间睡眠。

5.2.3.3 睡前应安抚服务对象情绪，引导、协助做好个人卫生。

5.2.3.4 应协助服务对象取舒适睡眠体位，做好防护措施，防止坠床。

5.2.3.5 对有睡眠障碍、夜间精神行为症状严重的服务对象，宜运用沟通技巧进行安抚，分析原因做好记录，必要时遵医嘱采取相应的治疗措施。

5.2.4 清洁照护

5.2.4.1 应根据服务对象个人清洁的需求和习惯，鼓励、引导、协助或示范性地让其进行力所能及的自我清洁工作。

5.2.4.2 应协助有义齿者正确佩戴义齿，并协助其定时清洗义齿，保持口腔清洁。应餐前餐后检查口腔内固定义齿的性能和活动度，防止义齿脱落引起误吸或窒息等意外事件。

5.2.4.3 宜对浴室温度、亮度和水温进行合理调控。

5.2.4.4 应协助服务对象养成定时沐浴习惯。当服务对象抵触或拒绝沐浴时，宜通过引导劝说、排除诱发恐惧的物品、共浴示范、身体分步清洁、改变沐浴方式如床上擦浴等方法协助其清洁身体。

5.2.4.5 沐浴过程中应注意服务对象隐私保护。采取措施确保服务对象沐浴时的安全，例如使用洗澡椅，预防滑倒。

5.2.5 穿衣照护

5.2.5.1 宜尽量尊重服务对象的着装喜好，维持其形象。

5.2.5.2 宜定期协助整理衣柜，提供季节合适、舒适、大小适宜且便于穿脱的衣物。

5.2.5.3 应为其选择防滑、合脚、便于穿脱的鞋子，定期检查鞋子性能及鞋底是否防滑。

5.2.5.4 应鼓励服务对象自己穿脱衣服，可通过简化穿衣难度、改进衣服正反标识、给予简单的提示和鼓励等方式促进其自主穿衣。

5.2.5.5 对拒绝穿衣和更换衣服的服务对象，应避免指责，及时查找原因，给予协助。

5.2.6 活动照护

5.2.6.1 应为服务对象提供照明充足、温度适宜、环境安全、行走线路无障碍的活动空间。

5.2.6.2 应让服务对象尽可能保持日常生活活动能力，预防或延缓废用综合征的发生。

5.2.6.3 对行走步态不稳的服务对象，宜予以搀扶行走，或为其选择适宜的助行器。

5.2.6.4 对使用轮椅活动的服务对象，应使其遵从轮椅使用注意事项。

5.2.6.5 应鼓励服务对象参加力所能及且感兴趣的运动，如行走、慢跑、手指操、太极拳、有氧体操、功率自行车等，锻炼四肢力量和平衡功能。

5.2.6.6 宜鼓励服务对象参加团体活动，促进服务对象之间的相互交流。

5.2.7 服药照护

5.2.7.1 服务对象服药前，应核对其个人信息和医嘱处方信息，协助其按医嘱用药。

5.2.7.2 引导、协助服务对象自主服药，对卧床、吞咽困难或拒绝服药者，宜协助其将药片研碎后溶于水中或将药物拌在饭中服下，应确保药量准确，并记录服药情况。

5.2.7.3 对有藏药、拒绝服药、服药后偷偷吐出等行为的服务对象，应做到“发药到手，看药到口，用水咽下，看后再走”。

5.2.7.4 应密切观察服务对象服药疗效及药物反应，持续观察病情变化。

5.2.7.5 药物不能存放在服务对象的房间，应集中保管，储存条件应符合说明书要求。

5.3 功能康复

5.3.1 运动功能康复

5.3.1.1 应因地制宜设置康复训练空间，有条件可将团体性活动与个体化训练相结合。

5.3.1.2 应根据服务对象的运动功能、理解和执行功能、平衡能力，并结合其运动基础、兴趣爱好等制定个性化、可达成的运动康复计划。

5.3.1.3 应根据服务对象的实际情况采取综合性的训练方法，运动康复计划可选择但不限于以下内容：慢走、快走、太极拳、乒乓球、游泳、体操、伸展四肢、被动运动等。

5.3.1.4 运动过程中应保证安全，避免跌倒、坠床、走失、创伤等意外。

5.3.1.5 定期进行康复效果评价，当情况有变时应合理进行康复目标和康复计划的调整。

5.3.2 认知功能康复

5.3.2.1 应对服务对象进行相关的评估，了解其认知功能、精神（心理）状况、日常生活活动能力、语言功能情况，结合服务对象的兴趣爱好，制定个性化、可达成的认知康复计划。

5.3.2.2 应根据服务对象的实际情况采取综合性的训练方法，认知康复计划包括但不限于以下内容：益智游戏、小组讨论、自然娱乐、现实定向、怀旧疗法、记忆训练、反应训练、定向力训练等。

5.3.2.3 认知康复过程中应避免创伤性回忆，根据服务对象的反馈，及时调整内容、难度和时长。

5.3.2.4 定期进行康复效果评价，根据情况合理地调整康复目标和康复计划。

5.3.3 社会功能康复

5.3.3.1 应为服务对象提供恰当的社会交往机会，保持其社会交往能力。

5.3.3.2 应鼓励亲友访视，其方式包括但不限于当面、书信、邮件、视频、电话等。

5.3.3.3 应鼓励家属定期参与服务对象的照护活动，满足服务对象对亲情的需求。

5.3.3.4 宜为服务对象提供音乐治疗、宠物陪伴、园艺治疗、模拟现实训练等。

5.3.3.5 宜提供社会工作者和志愿者服务，给予服务对象多样化的陪伴和关怀。

5.4 安全风险防范

5.4.1 安全风险评估：应定期评估服务对象可能发生的走失、跌倒、磕碰伤、烫伤、压疮等风险。

5.4.2 防走失

5.4.2.1 当发现服务对象有游走、徘徊行为时，应寻找其原因，适时给予干预。

5.4.2.2 宜减少居住环境的改变，外出活动时为服务对象佩戴联系卡或定位装置，应有人陪同。

5.4.2.3 集体活动时应定时清点人数，使用公共区域监控设施预防走失。

5.4.3 防跌倒

5.4.3.1 服务对象居住空间应光线充足，无障碍物，物品位置相对固定，地面防滑。

5.4.3.2 服务对象宜衣裤合体，鞋底防滑；协助其在坐起、站立、行走动作转换之间短暂停顿，避免因体位性低血压而跌倒。

5.4.3.3 对夜尿频繁和使用助眠药物的服务对象，宜协助床旁使用便器或床上如厕，减少下床频次。

5.4.3.4 对夜间有精神行为症状的服务对象，宜采用低床策略等措施来预防坠床。

5.4.4 防磕碰伤

5.4.4.1 应为视力障碍、视空间障碍的服务对象提供亮度适宜、物品摆放合理的活动环境，家具宜钝角或安装防撞条。

5.4.4.2 应观察服务对象有无平衡、步态、肌力等方面的异常，如有异常查找原因，必要时就医。

5.4.5 防烫伤

5.4.5.1 应为服务对象提供温度适宜的食物和水。

5.4.5.2 应避免让服务对象独自承担倒开水、做饭等家务。

5.4.5.3 服务对象沐浴时应协助调好水温并有人陪伴。

5.4.5.4 应避免服务对象使用暖宝、热水袋、电暖气等发热物品。

5.4.6 防压疮

5.4.6.1 应为长期卧床有压疮风险的服务对象定时更换体位，每2小时翻身1次。

5.4.6.2 应为卧床服务对象使用气垫床等减压装置，给予骨隆突部位局部减压保护，预防骨隆突部位发生压疮。

5.4.6.3 对于尿便失禁的服务对象，应及时清洁，保持局部干燥，对肛周、会阴部和腰骶部皮肤予以保护，预防失禁性皮炎，避免皮损和压疮发生。

5.5 精神行为症状管理服务

5.5.1 服务对象精神行为症状主要包括抑郁、焦虑、易怒、淡漠、幻觉、妄想、易激惹、激越、行为异常、语言或身体攻击等。

5.5.2 精神行为症状干预应首选非药物干预，当非药物干预效果不佳时，宜采用药物干预与非药物干预相结合的方式。

5.5.3 应密切观察服务对象的精神行为症状，分析其原因，明确诱发因素、行为特征，制定相应的干预方案，并及时评估干预效果，避免精神行为症状恶化，情况严重时应及时就医。

5.5.4 应减少外界不良刺激，环境布置宜家庭化。

5.5.5 对出现徘徊、游走行为者，宜确保活动空间防滑、无障碍、有安全设施，不宜限制或约束，并加强看护陪伴，预防跌倒。

5.5.6 对出现猜疑、幻觉、妄想等情况者，不应反复解释或试图纠正，宜采取给予关心、转移注意力、减少刺激因素等方式进行处理。

5.5.7 对出现激越/攻击行为者，应做如下处理：

a) 避免诱发因素，远离危险物品，避免对抗或训斥，宜由患者比较信任的人进行安抚沟通，并采取优化环境、减少刺激、促进舒适等方式进行处理。

b) 有自伤或伤害他人风险且常规措施无效时，应根据医嘱在专业人士指导下给予保护性约束，并做好相关的记录。严格限制保护性约束使用的时机和频次，应使用安全的约束工具，约束过程中应有人看护，防止发生危险，及时评估并去除约束，避免约束并发症，严禁将保护性约束作为限制服务对象活动的日常手段。

c) 对频繁出现攻击行为者，不应擅自改变精神类或助眠类药物剂量，应积极就医。

5.5.8 对不恰当地触摸他人、说一些与性有关的脏话、甚至在公共场合暴露性器官等异常行为的服务对象，应采取不争辩、不纠正、不正面冲突、不强调的原则，使用有意忽略、转移注意力等方式减少异常行为的发生。

5.6 安宁疗护

5.6.1 应评估生命末期服务对象的不适症状，并予以管理，了解其身心状况和需求，宜给予舒适护理，减轻痛苦。

5.6.2 应尊重临终患者的生活习惯和宗教信仰，宜按照生前预嘱实施临终前的照护。

5.6.3 宜为临终患者提供全方位的临终关怀照护。

6 服务评价与改进

6.1 服务评价

6.1.1 评价方式应包括但不限于自我评价、服务对象评价、监护人或家属评价。

6.1.2 应定期开展服务评价，评价内容包括：本文件第4章和第5章的内容。

6.2 服务改进

6.2.1 应根据服务满意度及投诉反馈，分析原因，查找问题，制定改进措施。

6.2.2 应及时识别服务过程中的风险，对服务质量控制和风险防控结果进行分析处理。

参 考 文 献

- [1] 邱铭章,汤丽玉. 失智症照护指南. 华夏出版社, 2016.
- [2] 许贤豪,盛树立,王军. 关注老年期痴呆: 中国享寿工程. 河南大学出版社, 2010.
- [3] 宋岳涛. 老年综合评估(第二版). 中国协和医科大学出版社, 2019.
- [4] 中国微循环学会神经变性病专委会, 中华医学会神经病学分会神经心理与行为神经病学学组, 中华医学会神经病学分会神经康复学组. 阿尔茨海默病康复管理中国专家共识(2019). 中华老年医学杂志, 2020, 39(1): 9-19.
- [5] 认知训练中国专家共识写作组, 中国医师协会神经内科医师分会认知障碍疾病专业委员会. 认知训练中国专家共识. 中华医学杂志, 2019, 99(1): 4-8.
- [6] Tisher A, Salardini A. A Comprehensive Update on Treatment of Dementia. *Semin Neurol*. 2019 Apr, 39(2):167-178.
- [7] Cations M, Laver KE, Crotty M, Cameron ID. Rehabilitation in dementia care. *Age Ageing*. 2018 Mar 1, 47(2):171-174.
- [8] Handley M, Bunn F, Goodman C. Dementia-friendly interventions to improve the care of people living with dementia admitted to hospitals: a realist review. *BMJ Open*. 2017 Jul 16, 7(7):e015257
- [9] Baillie J. Dementia-friendly design resource. *Health Estate*. 2014 Feb, 68(2):49-53.
- [10] Gerlach LB, Kales HC. Managing Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia. *Psychiatr Clin North Am*. 2018 Mar, 41(1):127-139.
- [11] Wang G, Albayrak A, van der Cammen TJM. A systematic review of non-pharmacological interventions for BPSD in nursing home residents with dementia: from a perspective of ergonomics. *Int Psychogeriatr*. 2019 Aug, 31(8):1137-1149.
- [12] Rai H, Yates L, Orrell M. Cognitive Stimulation Therapy for Dementia. *Clin Geriatr Med*. 2018 Nov, 34(4):653-665.
- [13] Bahar-Fuchs A, Martyr A, Goh AM, Sabates J, Clare L. Cognitive training for people with mild to moderate dementia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019 Mar 25, 3(3):CD013069.
- [14] Maki Y, Sakurai T, Okochi J, Yamaguchi H, Toba K. Rehabilitation to live better with dementia. *Geriatr Gerontol Int*. 2018 Nov, 18(11):1529-1536.
- [15] Henskens M, Nauta IM, van Eekeren MCA, Scherder EJA. Effects of Physical Activity in Nursing Home Residents with Dementia: A Randomized Controlled Trial. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 201, 46(1-2):60-80
- [16] Zhang W, Low LF, Schwenk M, Mills N, Gwynn JD, Clemson L. Review of Gait, Cognition, and Fall Risks with Implications for Fall Prevention in Older Adults with Dementia. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2019, 48(1-2):17-29.
- [17] Stewart JT, Schultz SK. Palliative Care for Dementia. *Psychiatr Clin North Am*. 2018 Mar, 41(1):141-151.
- [18] Bartley MM, Suarez L, Shafi RMA, Baruth JM, Benarroch AJM, Lapid MI. Dementia Care at End of Life: Current Approaches. *Curr Psychiatry Rep*. 2018 Jun 23, 20(7):50.