

T/CGSS

中国老年医学学会团体标准

T/CGSS 0**—2021

老年衰弱门诊服务规范

Geriatric frailty clinic service specification

(征求意见稿)

(本草案完成时间: 2021-7-20)

在提交反馈意见时, 请将您知道的相关专利连同支持性文件一并附上。

XXXX - XX - XX 发布

XXXX - XX - XX 实施

中国老年医学学会 发布

目 次

前言.....	II
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 医院开设门诊要求.....	2
4.2 人员配备及要求.....	2
4.3 环境及设备要求.....	2
4.3.1 环境要求.....	2
4.3.2 设施、设备要求.....	2
5 服务对象.....	3
6 服务内容与要求.....	3
6.1 服务内容.....	3
6.2 岗位服务要求.....	3
6.2.1 老年衰弱门诊医师.....	3
6.2.2 老年衰弱门诊护士.....	3
6.2.3 康复医学人员.....	4
6.2.4 药师.....	4
6.2.5 营养师.....	4
6.2.6 各专科医师.....	4
7 服务模式.....	4
7.1 门诊初诊模式 门诊初筛、评估、制定方案.....	4
7.2 老年医学科为主导的跨学科团队会议模式（转诊及远程会诊）.....	4
7.3 老年衰弱门诊出诊模式模式.....	4
8 服务流程.....	4
8.1 基本服务流程.....	4
8.2 注册登记.....	5
8.3 老年衰弱门诊的初诊.....	5
8.4 老年衰弱门诊的复诊和跨学科团队专家会诊.....	5
8.5 定期随访和复诊.....	5
9 服务评价与改进.....	5
9.1 服务评价.....	5
9.2 持续改进.....	5
附录 A（资料性） 老年衰弱门诊基本筛查工具.....	6

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。

本文件由中国人民解放军总医院提出。

本文件由中国老年医学学会归口。

本文件起草单位：中国人民解放军总医院、北京协和医院、四川省华西医院、北京老年医院、江苏钟山老年康复医院、郑州市第九人民医院、北京大学人民医院、山西省人民医院、浙江大学医学院附属第一医院、江苏省老年医院、山西医科大学附属第一医院、辽宁省金秋医院、西安交通大学附属第一医院、北京航天中心医院、成都第八人民医院、大连市中心医院，滨州医学院烟台附属医院。

本文件主要起草人：范利、李天志、胡亦新、刘晓红、董碧蓉、陈峥、康琳、励建安、白建林、曹丰、张进平、孙晓红、吴锦晖、宁静、舒刚明、王晶桐、刘学军、杜毓峰、杨云梅、张勤、许家仁、欧阳晓俊、暴继敏、任延平、卢翠莲、朱斌、郑玉萍、陈东、马义丽、王鲁宁、田慧、张丽、骆雷鸣、王炜、闫双通、卢强、马强、慈莉娅。

老年衰弱门诊服务规范

1 范围

本文件规定了老年衰弱门诊的基本要求、服务对象、服务内容与岗位服务要求、服务模式、服务流程，服务评价与改进。

本文件适用于二级及以上医院开设老年衰弱门诊的服务与管理。

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/T17242 投诉处理指南

《老年医学科建设与管理指南（试行）》，国卫办医函〔2019〕855号

《长期护理失能等级评估标准（试行）》，医保办发〔2021〕37号

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.《2018中国痴呆与认知障碍诊治指南（九）：中国记忆障碍门诊建立规范》

T/CGSS 003—2018 老年友善服务规范

国际衰弱和肌肉减少症研究会议（ICFSR）.《2019 ICFSR国际临床实践指南：身体衰弱的识别和管理》（Physical Frailty: ICFSR International Clinical Practice Guidelines for Identification and Management）

《老年医学科多学科门诊服务模式与规范》，中华老年医学杂志,2021,40(8): 987-990.

秦照明，王云.《老年常见疾病中期照护实施手册》[M].北京：清华大学出版社,2016：2-4，

3 术语和定义

下列术语和定义适用于本文件。

3.1

老年综合征 Geriatric syndrome

老年人特有的，由衰弱、疾患、环境等多因素所致的同一临床表现的一组症候群。

注：包括衰弱、跌倒、痴呆、抑郁、谵妄、帕金森、便秘等。

3.2

衰弱 Frailty

由于衰老、疾患（illness）、营养不良、活动减少、内在能力下降及环境等因素，引起多系统功能储备下降，对抗打击的能力下降，复原力下降，导致跌倒、失能、死亡等多种不良事件风险增加的老年综合征。

注：内在能力是指能够动用的全部体力和脑力的总和。

3.3

失能 disability

由于个体内在能力的下降和与社会环境之间的相互作用，导致日常生活活动能力受到限制或全部丧失。也指按人类正常活动的方式或范围进行活动的能力因损伤受到任何限制或缺失。

3.4

多病共存 Multimorbidity

指个体同时存在两种及以上需要持续医疗管理的慢性健康问题。

3.5

老年综合评估 Comprehensive Geriatric Assessment, CGA

是以一系列评估量表为工具，从医学问题、躯体功能、认知及心理功能、情感、环境、社会支持和信仰等多维度对老年人进行全面筛查、评估，以明确可以治疗的问题，进而进行有针对性的干预，能够最大限度地提高或维持老年人的功能和生活质量。

注：CGA突破了专科、专病的界限，是实施以人为中心的诊疗模式的基础。

3.6

中期照护 Intermediate care

又被称为亚急性照护或急性后期照护。作为急性医疗与社区卫生服务或长期照护的桥梁，其服务对象为具有康复潜能的亚急性和急性后期老年患者，以提高患者生活质量和健康期望寿命为目标，以恢复患者独立生活能力、避免失能与残疾为宗旨，为患者提供多学科连续医疗、功能康复和护理等整合管理服务。

注：中期照护协助患者能尽快恢复功能并顺利回到社区，避免短期再入院。

3.7

多重用药 Polypharmacy

对同一个患者同时使用了5种及以上处方药、非处方药、植物药和保健品的情况。

4 基本要求

4.1 医院开设门诊要求

制定关于老年衰弱门诊的服务制度、服务流程、应急规范以及相应的服务人员，对服务人员进行培训，为患者建立档案，具有远程网络系统、头颅影像学检查设施及血液生化、骨代谢学检测化验室。

4.2 人员配备及要求

4.2.1 二级医院基本人员配置至少1名专职的老年科医师和老年科护士，具有相对固定的康复医学人员至少1名、临床营养师1名。参加过老年综合评估技能培训并取得相应资质，科室认证同意上岗。

4.2.2 三级医院除应符合4.2.1基本人员配置及具备资质外，还应具有相对固定的跨学科团队成员，如药师、精神心理科医师。有条件的医院还可联合各专科医师、个案管理师、社会工作者。

4.2.3 具备老年医学基本知识，掌握老年综合评估技术。

4.2.4 与老年人具有良好的沟通的能力。对失能、失智的老年人使用慢速、清晰的语言，或采用肢体语言、文字或图片进行交流。

4.2.5 尊重老年人的民族习俗和宗教信仰，注意保护其个人隐私和信息安全。

4.3 环境及设备要求

4.3.1 环境要求

4.3.1.1 诊室及诊室外建筑设计应符合老年友善服务规范（T/CGSS 003—2018 老年友善服务规范）。

4.3.1.2 宜设立有独立的老年衰弱门诊诊室，采光通风良好，宽敞明亮，尽量设立在人流少的地方。

4.3.1.3 门诊地面平整且地面防滑。

4.3.1.4 门诊诊区具有至少8m长的防滑步道

4.3.1.5 有条件的医院宜配备独立的活动能力评估室和/或老年综合评估室。

4.3.2 设施、设备要求

4.3.2.1 应具有电脑，电子病历系统、打印机、文件夹、资料柜。

4.3.2.2 应具有听诊器、血压计、指夹式脉搏血氧仪。

4.3.2.3 应具有身高体重秤、秒表、卷尺、老花镜、放大镜。

4.3.2.4 应具有衰弱评估、营养评估、活动能力评估等老年综合评估量表与器具（如皮褶夹、哑铃、视力表、音叉、6米线标识）等。

4.3.2.5 应具有握力计。

4.3.2.6 应具有46cm高可移动座椅。

- 4.3.2.7 应具有基本的急救设备。
- 4.3.2.8 有条件的医院宜配备人体成分检测设备。
- 4.3.2.9 有条件的医院宜配备步态检测设备。
- 4.3.2.10 有条件的医院宜配备训练用阶梯（双向）。
- 4.3.2.11 有条件的医院宜配备下肢功能障碍辅助移位功能设备（如木质椅、轮椅、助行器、拐杖凳、四角拐腋、肘杖）。

5 服务对象

- 5.1 75岁及以上老年人。
- 5.2 65岁及以上的老年人，合并1种以下问题：
 - a) 患有共病、每日用药 ≥ 5 种、走路乏力、近1年内非自愿性体重下降 $\geq 5\%$ 、有跌倒史的门诊或社区老年人；
 - b) 新近出院、亚急性期或急性后，具有康复潜能的老年人；
 - c) 通过初筛和诊断性评估，存在跌倒风险、营养风险、营养不良风险及营养不良的老年人

6 服务内容与要求

6.1 服务内容

- 6.1.1 对门诊就诊老年人进行衰弱的筛查和综合评估（见附件A）。
- 6.1.2 为衰弱老年人制定综合管理方案。建立组织跨学科团队的会诊制度。二级医院可按需联系上级医院的跨学科团队会诊，落实上级医院制定的衰弱管理方案。应有跨学科小组会议的讨论记录或各学科的会诊或门诊记录。
- 6.1.3 对衰弱老年人进行随访，对常见老年慢病和老年综合征，如老年高血压、糖尿病、脑卒中、跌倒、疼痛、营养不良提供健康教育和用药、康复、营养管理指导。建立随访制度，应有随访记录。
- 6.1.4 对拟行手术的老年患者进行术前衰弱筛查、评估和指导。
- 6.1.5 对新近出院（如手术后）或急性后的老年患者衰弱及相关健康问题进行连续医疗，制定延续性照护计划。可包括健康宣教、运动干预、日常生活活动能力恢复训练、营养指导，以及对高血压、冠心病、糖尿病、脑卒中、认知障碍等多病共存或老年综合征的管理内容。
- 6.1.6 可为周边社区卫生服务机构或养老机构中的医护人员提供老年综合评估技术指导。

6.2 岗位服务要求

6.2.1 老年衰弱门诊医师

服务内容应包括：

- a) 完成患者的衰弱筛查、老年综合评估，完善有关检查；
- b) 制定老年衰弱患者的综合干预管理方案；也可按需组织跨学科团队的专家会诊，根据会诊意见制定个体化管理方案；
- c) 老年衰弱患者的随访，如监测并处理运动干预、营养支持及治疗过程中的并发症；
- d) 进行老年综合评估的培训和业务指导；
- e) 门诊日常工作的组织和管理。

6.2.2 老年衰弱门诊护士

服务内容应包括：

- a) 预约、登记、分诊、随访；
- b) 协助医生完成衰弱初步筛查和老年综合评估；
- c) 协调、组织跨学科团队的会诊；
- d) 执行老年科医师制定的综合管理方案；

e) 协助医生负责门诊日常工作和科普宣传。

6.2.3 康复医学人员

应协助老年专科医师制定老年衰弱患者的康复治疗功能训练方案，提供功能训练及再评估，辅具使用指导及训练。

6.2.4 药师

指导老年衰弱患者的多重用药评估，包括用药咨询，进行正确用药指导，评估用药剂量、重复用药、药物相互作用、药物与食物的相互作用、治疗禁忌。指导用药依从性。给予精简用药建议。避免药物相互作用。

6.2.5 营养师

负责参与、制定并实施老年衰弱患者的营养支持与营养治疗方案，给予提供并指导营养补充剂的使用建议、咨询和宣教，提出制定实施随访计划。

6.2.6 各专科医师

服务内容应包括：

- 负责拟定老年衰弱患者的各专科健康问题检查及管理建议，提出随访意见；
- 与老年科医师一起进行衰弱患者综合管理方案的制定。

7 服务模式

7.1 门诊初诊模式 门诊初筛、评估、制定方案

7.2 老年医学科为主导的跨学科团队会议模式（转诊及远程会诊）

7.3 老年衰弱门诊出诊模式模式

8 服务流程

8.1 基本服务流程

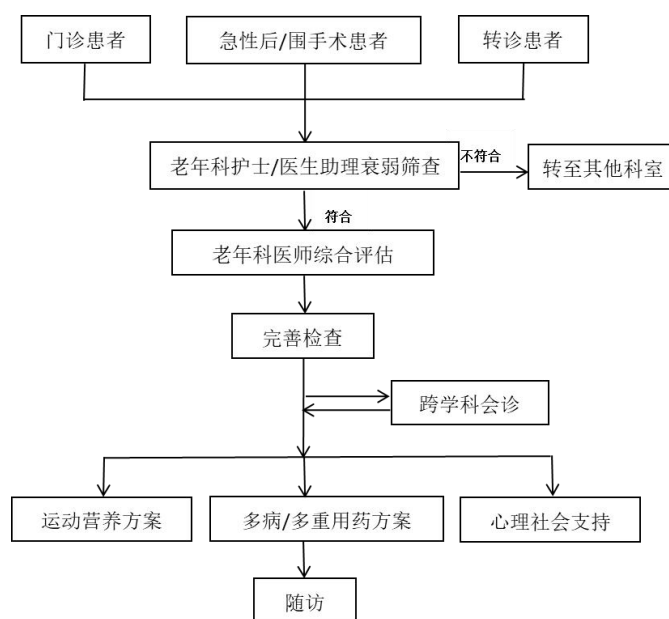


图1 老年衰弱门诊基本服务流程

8.2 注册登记

8.3 老年衰弱门诊的初诊

8.3.1 对门诊初诊患者，由门诊护士发放量表协助老年人进行衰弱的初步筛查，结果衰弱前期或衰弱的患者，由老年衰弱门诊的医师接诊进行老年综合评估，完善进一步检查。

8.3.2 对近期出院、急性后、转诊的患者，进一步行体格检查和活动能力评估。

8.4 老年衰弱门诊的复诊和跨学科团队专家会诊

8.4.1 根据检查资料。老年衰弱门诊的医生制定老年衰弱的运动、营养等综合管理方案。

8.4.2 对合并老年综合征、多病共存者，根据需要预约跨学科团队会议会诊；或介绍患者转诊至跨学科团队的专家会诊。会诊后由老年衰弱门诊医生制定总体管理计划，护士收集所有就诊和会诊信息及管理方案，留存档案。

8.5 定期随访和复诊

衰弱门诊的护士每3个月-6个月一次随访，落实管理计划，发现问题者报告老年衰弱门诊医师，协助老年人复诊。

9 服务评价与改进

9.1 服务评价

9.1.1 服务评价包括：科室自我评价、患者服务对象评价。

9.1.2 科室自我评价：应根据服务内容及服务要求定期进行自我评价。

9.1.3 老年衰弱门诊所在医院定期开展对患者服务满意度调查。

9.2 持续改进

9.2.1 老年衰弱门诊应根据定期评价结果，对存在的问题制定整改方案，跟踪实施，及时改进，不断提高服务质量。

9.2.2 老年衰弱门诊在服务过程中应随时收集有关服务质量问题信息，分析原因，制定纠正措施，对过程或管理进行整改，避免再次发生。

9.2.3 医院应主动接受社会监督，对外公布监督和投诉电话、投诉方法、投诉流程，建立服务质量投诉及纠纷处理、反馈机制，应按照 GB/T 17242 投诉处理指南的要求处理投诉事件。

附录 A

(资料性)

老年衰弱门诊基本筛查工具

表 A.1 老年衰弱门诊基本筛查、评估量表

序号	评估项目	评估内容	评分标准
1	衰弱筛查 (Frail)	(1) 疲乏: 过去4周内感到疲乏; (2) 不能上一层楼梯: 不用外物及他人帮助的情况下中途不休息爬完一层楼梯有困难; (3) 不能走500m: 不用外物及他人帮助的情况下走500m有困难; (4) 患5种以上疾病, 如: 心脏病、高血压、脑卒中、帕金森、糖尿病、慢性肺疾病、哮喘、关节炎、骨质疏松、消化道溃疡、白内障、骨折、肿瘤; (5) 非自愿体重下降: 近半年内体质量下降>3kg(非节食或运动)。	1或2分=衰弱前期, 3分或以上=衰弱
2	肌少症筛查	(1) 肌肉力量 举起/搬运约10磅(4.5 kg)重物的难度 没有难度=0 有一定难度=1 难度较大、无法完成=0 (2) 辅助行走 步行穿越房间的难度 没有难度=0 有一定难度=1 难度较大、无法完成=0 (3) 座椅起立 从床或座椅站起的难度 没有难度=0 有一定难度=1 难度较大、无法完成=0 (4) 攀爬楼梯 攀爬10级台阶的难度 没有难度=0 有一定难度=1 难度较大、无法完成=0 (5) 跌倒次数 过去1年中跌倒的次数 0次=0, 1~3次=1, 4次及以上=2	大于等于4分为肌少症
3	营养风险筛查	在过去1年里, 您是否无意中瘦了3kg以上? 你存在食欲不振吗?	
4	抑郁筛查	在过去的两周里, 有没有被以下问题所困扰: 情绪低落、沮丧或绝望? 对做事情没有什么兴趣或乐趣?	
5	认知障碍筛查	记住三个词: 花、门、米饭(举例) 画钟试验	
6	血压检测	立位血压 卧位血压	
7	简易体能测试检查	步速 平衡 5次座椅起立: 不用手臂从椅子上站起来五次。能在14秒内完成五次椅子起身吗?	
8	平衡测试	前臂伸展试验	
9	跌倒风险	跌倒风险评估量表 (Morse)	