

浙江省计量与标准化学会团体标准编制说明

一、标准制定项目背景

(1) 人口老龄化加剧与老年健康服务需求升级

我国是世界上老年人口规模最大、老龄化发展速度最快的国家之一。截至 2025 年底，我国 60 周岁及以上老年人口达 3.23 亿人，占总人口比重的 23.0%；预计 2035 年左右，60 周岁及以上老年人口将突破 4 亿，占比超过 30%，正式进入重度老龄化社会。我国失能、半失能老年人已超 4500 万，预计到 2030 年将突破 7700 万。据统计，2025 年我国 60 岁以上失能人口年耗费总成本达 1.6 万亿元，占年度全国 GDP 的 1.18%，失能人口人均月经济负担约 2800 元，老年健康管理及照护已成为重要的社会公共卫生议题。

伴随人口老龄化加速，老年人衰弱、认知障碍、营养不良、感觉功能下降等问题日益突出，其中内在能力下降是导致老年人失能、住院乃至死亡的重要危险因素，其负性作用远超高血压、糖尿病等慢性疾病及社会经济因素。国家《“十四五”健康老龄化规划》明确提出，要持续发展和维护老年人健康生活所需的内在能力，针对导致老年人失能的高风险因素开展预防与干预工作，推动老年健康服务从“以疾病为中心”向“以功能为中心”转变。

(2) 老年人内在能力评估现状与现存瓶颈

内在能力由 WHO 于 2015 年提出，定义为个体在任何时候都能动用的体力和脑力的总和，涵盖认知、身体活动、活力（营养）、心理、感觉（视力与听力）5 个核心维度，任一维度下降即判定为内在能力下降。我国社区老年人内在能力下降现患率达 43%，住院老年患者中这一比例更高，且随年龄增长呈上升趋势。

尽管 WHO 已发布《老年整合照护指南》《老年整合照护工作手册》，我国也参与了全球 ICOPE（老年整合照护）试点，完成了指南本土化探索，并先后发布《老年人内在能力评估与维护指南》《老年人内在能力筛查与综合评估中

国专家共识》《医疗机构老年综合评估技术操作标准》，但目前我国老年内在能力评估仍存在诸多突出问题：

① 评估标准不统一：缺乏经过验证的统一评估标准，评估工具碎片化，多以引进国外量表为主，存在文化适配性不足问题，本土工具研发起步较晚，导致不同机构评估结果不可比。

② 应用实施不规范：基层医疗机构、养老机构对内在能力评估的普及度不足，多为试点项目，评估人员专业能力欠缺，缺乏标准化流程与动态随访机制，评估结果与照护服务衔接不畅。

③ 评估工具适配性不足：现有评估工具或操作复杂、耗时较长，或针对性不强，难以适应社区、居家、医院等不同场景的评估需求，不利于推广应用。

（3）标准制定的必要性

为贯彻落实《“健康中国 2030”规划纲要》《“十四五”健康老龄规划》等国家政策要求，破解当前老年人内在能力评估领域的标准空白与实施困境，推动老年健康服务规范化、精细化发展，亟需制定《老年人内在能力评估标准》。本标准的制定，可统一评估维度、方法与判定标准，规范评估流程，实现内在能力的早期识别、精准评估与科学干预，为老年人个性化照护方案制定、养老服务供给、长期护理等级评定提供技术支撑，对减轻家庭与社会照护负担、助力健康老龄化国家战略落地具有重要意义。

二、标准制定工作概况（任务来源、主要工作过程等）

1. 任务来源

本标准由浙江大学医学院附属第一医院老年医学科牵头申报，依托浙江省“尖兵领雁+X”科技计划“老年人健康促进关键技术研究-老年失能风险监测与

干预新技术研究及智能防控体系的构建”（项目编号：2025C02107）课题成果，经浙江省计量与标准化学会批准立项。

2. 主要工作过程

（1）前期研究阶段（2025年10月-2026年1月）：由浙江大学医学院附属第一医院牵头，项目团队开展多维度前期研究，系统梳理国内外老年人内在能力评估相关指南、标准与研究成果，筛选适配我国老年人群的评估工具与指标。建立标准起草工作组，经过讨论明确各人员职责分工，确定研制计划和进度安排。

（2）专家论证阶段（2026年2月-2026年3月）：邀请来自老年医学、康复医学、护理、社工、卫生管理等多个领域的专家，通过线上函询、线下论证会等形式，对标准框架、评估维度、工具选择、流程规范等内容进行多轮论证，结合临床实践经验提出修改意见，形成《老年人内在能力评估标准》初稿。

（3）标准起草阶段（2026年3月-2026年5月）：在前期研究与专家论证基础上，参照《团体标准编写指南》、《老年人内在能力评估与维护指南》、《医疗机构老年综合评估技术操作标准》等相关文件，结合我国不同层级医疗机构、养老机构的实际服务能力，完成标准征求意见稿的起草工作，明确标准的适用范围、术语定义、评估流程、技术要求等核心内容。

（4）征求意见与修改阶段（2026年6月-2026年8月）：面向医联体、医共体、养老机构、社区卫生服务中心等相关单位广泛征求意见，收集行业内专业人士的修改建议，对征求意见稿进行进一步修改完善，形成标准送审稿。

三、标准编制的原则和依据

1. 编制原则

(1) 科学性：以循证医学为基础，整合国内外最新研究成果、临床实践数据与专家论证意见，确保标准内容科学合理、数据准确、逻辑严谨，评估工具具有良好的信效度。

(2) 实用性：充分考虑我国不同层级医疗机构、养老机构、社区卫生服务中心的服务能力，结合老年人的身体状况与照护场景，选择操作简便、耗时短、无创性、可重复性强的评估工具与流程，确保标准可操作、可落地、可推广。

(3) 系统性：覆盖内在能力评估全流程，包括筛查、综合评估、分级判定、动态随访等环节，涵盖认知、运动、活力、心理、感觉 5 个核心维度，形成“评估-干预-随访”的完整体系。

(4) 规范性：统一术语定义、评估工具、操作流程与判定标准，规范评估文书模板，确保不同机构、不同评估人员的评估结果具有一致性和可比性。

(5) 开放性：鼓励多学科协作，支持“互联网+老年健康”等创新服务模式，结合智能设备与生物标志物辅助评估，为标准的后续迭代升级预留空间。

2. 编制依据

(1) 国家相关政策文件：《“健康中国 2030”规划纲要》《“十四五”健康老龄规划》《老年人内在能力评估与维护指南》《老年人内在能力筛查与综合评估中国专家共识》《医疗机构老年综合评估技术操作标准》等。

(2) 国际经验与指南：WHO《老年整合照护指南》《老年整合照护工作手册》，美国 PROMIS 评估体系、日本 KCL 指数、欧洲 EDIS 评估工具等国际相关标准与实践经验。

(3) 前期研究成果：项目团队开展的增龄和慢病队列研究数据、多省份问卷调查结果、专家函询与论证结论，以及已发表的相关学术研究成果。

四、标准的主要内容、技术论证与效果（如技术指标、参数、公式、性能要求、实验方法、检验规则等，修订标准时应增加新、旧标准水平的对比）

1. 标准主要内容

本标准共分为 8 个章节，主要内容包括：

(1) 范围：明确本标准适用于各级医疗机构、养老机构、社区卫生服务中心等单位，对 60 周岁及以上老年人开展的内在能力评估工作，涵盖医院、社区、居家等不同照护场景。

(2) 规范性引用文件：无。

(3) 术语和定义：明确内在能力等核心概念的定义，统一行业认知。

(4) 总则：明确老年人内在能力评估应遵循的评估原则、评估对象、评估人员、评估场所、评估设备等。

(5) 评估内容与方法：分为筛查评估与综合评估两个层面，具体涵盖 5 个核心维度：

① 认知能力评估：采用 MMSE（简易精神状态检查量表）、MoCA（蒙特利尔认知评估量表）等工具，评估记忆力、注意力、语言能力、执行功能等，筛查轻度认知障碍或痴呆。

② 运动能力评估：采用 SPPB（简易体能状况量表）、TUGT（起立-行走计时测试）、握力计等工具，评估肌力、平衡、步态、日常活动执行能力，判断独立活动与防跌倒能力。

③ 活力（营养状态）评估：采用 MNA-SF（微型营养评估-简化版）、NRS 2002（营养风险筛查 2002）等工具，评估营养风险、体重变化、饮食摄入、体脂与肌肉状况等。

④ 心理状态评估：采用 GDS-15（老年抑郁量表）、GAD-7（广泛性焦虑障碍量表）等工具，评估老年人的情绪状态，筛查抑郁、焦虑等心理问题。

⑤ 感觉功能评估：采用标准对数视力表、耳语试验、纯音测听等方法，结合主观报告与客观检查，评估视力、听力功能。

(6) 评估结果判定：明确内在能力正常、轻度下降、中度下降、重度下降的分级判定标准。

(7) 定期随访与复评：针对不同分级制定相应的随访频次与干预建议，正常人群每6个月随访1次，轻度下降人群每3个月随访1次，中重度下降人群每月随访1次，病情变化时即时评估。

(8) 质量控制：建立评估人员培训、考核机制，规范评估流程，定期开展评估结果的复核与校准，确保评估质量。

2. 技术论证与效果

(1) 评估工具的筛选与验证：通过对比多种评估工具的信效度与适配性，最终筛选出MMSE、MoCA、SPPB、MNA-SF等常用工具，这些工具已在临床广泛应用，信效度较高，且操作简便、耗时短，适配不同场景需求。

(2) 分级判定标准的科学性：结合国内外研究证据与我国老年人群特点，制定内在能力分级判定标准，结合患者实际健康状况与家属意愿，确保分级科学合理，既能够准确识别高风险人群，又避免过度评估。

(3) 流程的规范性与可操作性：优化评估流程，明确筛查-综合评估-分级-随访的闭环管理，针对社区、居家等场景，简化不必要的评估环节，提供可选择的评估工具组合，确保基层机构能够便捷开展评估工作。

(4) 预期效果：本标准实施后，可实现老年人内在能力评估的标准化、规范化，提高不同机构评估结果的可比性；通过早期识别内在能力下降的高风险人群，及时开展个性化干预，能够有效延缓老年人失能发生，提高老年人群生活质量；为养老服务资源配置、长期护理保险准入、个性化照护方案制定提供量化支撑，推动老年健康服务从“普惠”向“精准”转变；减轻家庭与社会照护负担，助力健康浙江与健康中国建设，为全国老年内在能力评估提供标准化范本。

五、采用国际标准的程序及水平的简要说明

本标准在制定过程中，系统参考了 WHO《老年整合照护指南》《老年整合照护工作手册》，以及美国 PROMIS 评估体系、日本 KCL 指数、欧洲 EDIS 评估工具等国际经验，重点借鉴了国际上“初筛-综合评估-分级干预-动态随访”的标准化模式。

同时，结合我国人口老龄化特点、医疗资源分布现状及老年人健康需求，进行了本土化优化，创新性提出适配我国基层机构的评估工具组合与流程规范，简化了复杂评估环节，解决了国外量表的文化适配性问题。在评估维度的整合、基层可操作性、多场景适配性等方面，本标准已达到国内领先水平，填补了我国老年人内在能力评估领域团体标准的空白，相较于国际标准更贴合我国临床与基层服务实际。

六、与有关的现行法律、法规和国家、行业标准的关系

本标准符合《中华人民共和国标准化法》《医疗机构管理条例》《“健康中国 2030”规划纲要》《“十四五”健康老龄规划》等现行法律法规及国家政策要求，与我国老年健康服务领域的发展方向保持一致。

本标准与现行行业标准、地方标准协调一致，补充了老年人内在能力评估领域的标准空白。与《老年人内在能力评估与维护指南》《老年人内在能力筛查与综合评估中国专家共识》《医疗机构老年综合评估技术操作标准》相衔接，重点细化了内在能力 5 个核心维度的评估方法与判定标准，弥补了现有标准中对内在能力评估关注不足的缺陷；与上海、北京等地的社区内在能力筛查工具相比，在全国统一性、系统性和可操作性上进行了提升，可适用于全国不同地区、不同层级的机构。

本标准不涉及与现行国家、行业标准的冲突或重复，形成了对现有老年健康标准体系的补充与完善，为老年内在能力评估提供了专门的技术规范。

七、标准实施建议

（1）政策配套：建议国家及浙江省卫生健康部门将本标准纳入老年健康服务工作考核体系，推动各级医疗机构、养老机构、社区卫生服务中心落实标准要求，将内在能力评估纳入老年人健康管理常规工作。

（2）培训推广：依托国家老年疾病临床医学研究中心浙江分中心、浙大一院老年医学科专科联盟，组织开展标准宣贯与操作培训，覆盖各级评估人员，提升评估人员的专业能力与标准执行能力，确保标准规范落地。

（3）信息化支撑：鼓励各地建设老年人内在能力评估信息平台，将标准流程固化于信息系统，实现评估数据的电子化记录、跨机构共享与动态追溯，建立统一的评估数据库，为后续研究与标准迭代提供数据支撑。

（4）医保协同：建议医保部门参考本标准的分级评估内容与干预建议，完善老年健康服务项目定价与支付政策，将内在能力评估纳入医保报销范围，提高机构与人员的积极性。

（5）持续改进：建立标准实施效果评估机制，定期收集各级机构的执行反馈，结合临床实践与研究进展，及时修订完善标准内容，推动标准迭代升级，适应老年健康服务的发展需求。

八、标准编制过程中重大分歧意见的处理和依据

该标准制订过程中，未出现重大意见分歧。

九、其他应予说明的事项

知识产权声明：本标准中涉及的评估量表、文书模板等均为公开或经授权使用，无侵犯他人知识产权情形。