

团 体 标 准

T/CGSS × × × × — 2023

社区老年人营养管理服务规范

Nutrition Management and Service Specifications

for the Community-dwelling Older Adults

(草案)

2024-××-××发布

2024-01-××实施

中 国 老 年 医 学 学 会 发 布

目 录

前 言 II

社区老年人营养管理服务规范 3

 1 范围..... 3

 2 规范性引用文件..... 3

 3 术语和定义..... 3

 4 基本要求 5

 5 服务内容及要求..... 6

 6 管理服务流程..... 9

 7 服务评价与改进..... 9

附录 营养相关评估量表 11

 表 1.1 营养风险筛查量表（NRS2002） 11

 表 1.2 微型营养不良评定表 MNA-SF..... 12

 表 2.1 跌倒风险评估量表 13

 表 2.2 老年人跌倒风险自评量表 14

 表 3 衰弱筛查量表（FRALL） 15

参考文献 16

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。

请注意本文件的某些内容可能涉及专利。本文件的发布机构不承担识别专利的责任。

本文件由中国老年医学学会老年医疗机构管理分会提出。

本文件由中国老年医学学会归口。

本文件由中国老年医学学会老年医疗机构管理分会组织实施。

本文件起草单位：中国老年医学学会老年医疗机构管理分会、全国老年医院联盟、解放军总医院第五医学中心老年医学科、中国老年医学学会国际交流工作委员会、北京仁和医院、郑州市老年病医院、北京医联老年医学培训与咨询中心

本文件主要起草人：程勇前、吉英杰、张进平、胡亦新、毕茜、崔延飞、刘文华、张悦、丛海霞、宁静

社区老年人营养管理服务规范

1 范围

本文件规定了社区老年人营养管理服务的基本要求、服务内容、服务流程、服务评价与改进。

本文件适用于提供社区老年人营养管理服务的机构。

2 规范性引用文件

下列文件对本标准的应用是必不可少的。凡是注日期的引用文件，仅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。

T/CGSS 003-2018 老年友善服务规范

GB 15630 消防安全标志设置要求

GB/T 17242 投诉处理指南

MZ/T 001 老年人能力评估

WS/T 552-2017老年人营养不良风险评估

3 术语和定义

3.1

社区老年人营养管理 Nutrition Management for the Community-dwelling Older Adults

通过多学科整合管理模式，应用营养风险筛查量表、营养评定简表及相关老年综合评估方法，为社区老年人提供营养知识教育、营养风险筛查、营养不良风险和营养不良筛查的评估与干预等一系列活动。

3.2

社区老年人营养管理机构 Community-Dwelling Older Adults nutrition management institutions

为社区老年人提供营养管理服务的机构。

注：社区老年人营养管理机构由医疗团队和社区团队共同组成。医疗团队包括各级医院，包括社区医院的肌少症-衰弱门诊、老年综合门诊、社区营养门诊等；社区团队包括社区驿站、社区营养管理中心（站）等服务人员。

3.3

营养风险Nutrition risk

因营养有关因素对患者临床结局发生不利影响的风险。

3.4

老年综合征 Geriatric Syndromes, GS

由多种疾病或多种诱发因素导致的具有同一临床表现特点的一组症候群。包括衰弱/肌少症、痴呆/抑郁/焦虑/谵妄、跌倒、睡眠障碍、营养不良、多重用药、视力/听力损伤、尿失禁/便秘、头晕/晕厥、慢性疼痛、受虐与忽视。

3.5

老年综合评估Comprehensive Geriatric Assessment, CGA

以一系列评估量表为工具，从医学问题、躯体功能、生活环境、社会支持系统、认知、心理功能、情感和信仰心灵状态等多维度对老年人进行全面的评估，以早期发现并及时预防或治疗，最大限度的提高或维持老年人的生活质量。

3.6

多学科整合管理 Multidisciplinary integrated management

由老年医学科医师、康复医师与康复治疗师、护师（士）、心理师、营养师、临床药师、个案管理师和社会工作者等构成的多学科团队，依据老年综合评估的结果对老年患者实施综合性的医疗、康复和护理服务的诊疗模式。

3.7

出院延伸服务Continuation of Discharge Services

本文中所指的延伸服务，是依据老年临床患者营养管理的出院和随访计划，为回到社区、家庭或养老机构的老年人继续提供的营养治疗或干预、功能康复和社会支持等活动。

4 基本要求

4.1 提供社区营养管理服务的服务机构

- 4.1.1 应依法登记注册、有固定的办公场所。
- 4.1.2 应严格遵守国家各项有关法律法规开展社区老年人营养管理服务。
- 4.1.3 应具有稳定的服务队伍并具备与服务内容相关的服务与人员资质。
- 4.1.4 应制定社区老年人营养管理服务不良事件上报与处理反馈管理制度，制定相关问题应急预案，并确定服务安全责任人。
- 4.1.5 应对服务提供人员进行岗前、岗中培训。包括每年培训时间不少于 30 学时，培训考核合格后方可上岗。
- 4.1.6 应设立老年营养问题发生与预防的科普宣教场地、宣教材料与播放设备。并有专、兼职人员和月、季、年度活动安排计划与存档资料。包括活动通知、主题、主办方、受众人数、签到表、现场视频或照片等。
- 4.1.7 宜建立社会工作部，负责志愿者管理，包括“时间银行”奖励制度。有长期招募志愿者，特别是老年志愿者计划和工作记录。

4.2 服务人员

社区老年人营养管理团队由医疗团队和社区团队共同组成。

医疗团队包括但不限于：专职或兼职的少肌症-衰弱门诊、老年综合门诊、社区营养门诊的医生、护士、药师、康复治疗师、心理医师和营养师。

社区团队包括但不限于社会工作者、志愿者、心理咨询师、公共营养师、健康管理公司中老年医学照护学习背景及培训考试合格人员。

- 4.2.1 专业技术人员应具备相关专业职业资质。
- 4.2.2 服务人员应提供身体健康证明。
- 4.2.3 服务人员应具有良好的职业道德。守法诚信、尊重民族习俗和宗教信仰，保护服务对象隐私和信息安全。
- 4.2.4 服务人员应自觉遵守社区营养管理服务的行为守则，具备与老年人良好沟通的能力，用和蔼的态度、礼貌的言语、规范的行为对待每一位老年人。

- 4.2.5 服务人员应参加相关培训，具备老年营养管理服务相关知识。熟练掌握营养监测设施设备的
安全操作及清洁消毒技能。

4.3 服务环境与设施

- 4.3.1 社区老年营养管理服务场所，应适合老年人生理或病理特点，提供以安全、便捷为基本要求的
适老环境。
- 4.3.2 根据实际情况，配备营养知识教育、营养风险和营养不良筛查所需的量表、设备、器具。
- 4.3.3 公示的各项服务信息应便于老年人辨识、阅读与理解。
- 4.3.4 整体环境、卫生间、通道和电梯、交通设施和标识系统应达到T/CGSS 003-2018中相应的要求。
- 4.3.5 消防标识应符合GB 15630的要求。

5 服务内容及要求

5.1 服务对象与管理分类

- 5.1.1 住院期间接受了老年临床营养管理出院回到社区的老年人。
- 5.1.2 主动要求参加营养风险筛查与干预管理的社区老年人。特别是以下4类老年人：
- 5.1.2.1 年龄>70岁、独居、空巢的老年人；
- 5.1.2.2 营养风险筛查NRS-2002结果>3分、MNA-SF营养不良风险评分8-11分和评分<7分营养不良的老
年人；（见附录A）
- 5.1.2.3 有明确长期消耗性疾病如糖尿病、COPD、结核、肝病（各型肝炎）、急慢性肾功衰竭及透析
治疗中和各类癌症晚期的老年人；
- 5.1.2.4 各种原因导致衰弱、肌少症、失智、失能、半失能的老年人。
- 5.1.3 按照营养不良的原因，将社区老年人分为以下4种情况，进行精准化营养管理：
- 5.1.3.1 饮食摄入量减少：口腔、食道肿瘤；神经系统疾病，例如脑血管意外、多发性硬化症、运动
神经元病变、脑瘫等有吞咽困难者；
- 5.1.3.2 营养需求增加、有特殊的营养需求：慢性肺疾病，例如肺间质纤维化、慢性阻塞性肺疾病；
慢性肾功能衰竭；艾滋病患者、艾滋病毒携带者；
- 5.1.3.3 营养素吸收能力受损：胃肠切除、旁路手术；消化道恶性肿瘤，例如胰腺癌、结直肠癌；炎
性肠病，例如克罗恩病、溃疡性结肠炎；短肠综合征、胃肠道造瘘、放射性肠炎；
- 5.1.3.4 代谢性疾病和血液系统疾病；外伤及手术后患者。例如中风、神经退行性病变、头颈部肿瘤。

5.2 服务内容与要求

5.2.1 医疗团队

5.2.1.1 医护人员

医院相关门诊的医护人员，主要负责进行或指导社区医院营养门诊医护人员，对5.1.1和5.1.2的服务对象进行社区营养管理与医嘱下达，包括：

- 1) 营养状况评估：评估内容包括身体状况、饮食习惯、营养摄入情况、疾病史、用药史、家族史等，了解每位老人的营养需求和健康状况及其影响因素，了解可能影响营养消化吸收的各种因素，如职业、教育程度、食物生产、家庭环境、生活习惯、社会心理、生态环境等，为有针对性地采取营养管理提供科学依据。
 - 应用营养风险筛查表（NRS2002）（见附录表1.1）和微型营养评定简表（MNA-SF）见（附录表1.2），进行营养风险和营养不良风险筛查或者复查；
 - 通过洼田饮水试验进行有无吞咽障碍的判断；
 - 依据体成分、BMI、肌力及营养参数、相关生化结果，进行营养状况程度的辅助诊断；
 - 应用跌倒风险评估量表（见附录表.2.1）和老年人跌倒风险自评量表（见附录表2.2），对老年人患病及用药导致跌倒风险进行评估；应用衰弱筛查量表（Frail）（见附录表3）进行衰弱的筛查与评估；
- 2) 营养管理中动态监测并及时调整，包括但不限于：
 - 疗效指标：进食量、体重、握力、步速（每2周1次）、体成分（每4周1次），血浆白蛋白、血清前白蛋白、转铁血红蛋白、视黄醇结合蛋白和C反应蛋白等营养参数；
 - 安全性指标：肝功、肾功、血糖、血脂、电解质等；
 - 常见并发症：误吸、腹泻、便秘、堵管、坏死性小肠结肠炎、再喂养综合征等。
- 3) 建立社区营养管理档案。将以上营养筛查、评估、诊断、营养参数监测等数据录入，依据获得的数据进行分析，及早发现并发症和及时处理；
- 4) 制定针对性的干预措施。根据营养风险导致的相关老年综合征和老年照护问题的评估结果提出，必要时召开多学科会议，确定和调整治疗与干预方案；
- 5) 提供个性化的饮食方案建议。根据每位老年人存在的营养问题及其产生的原因、以及营养与疾病的联系，制定个性化的饮食方案。计划包括：每日三餐的食谱、饮食量、膳食结构、能量摄入等。饮食计划要充分考虑老人的消化吸收能力、活动量等因素，确保老人摄入足够的营养素。出具营养膳食建议和运动处方、维护肠道微生态平衡的膳食纤维及口服营养补充剂（包括口服或鼻饲）使用剂量，告知可能出现的不适反应，以及复诊频率；

- 6) 制定随访计划。根据老年人营养水平、饮食情况、健康状况和心理状态，及时发现老人的问题并给予相应的建议和帮助，如制定和指导实施自我管理计划、老年跌倒风险防控或跌倒损伤的救治措施，提高他们的自我管理能力。

5.2.1.2 康复治疗师：应根据老年人的吞咽等功能状态，制定并实施吞咽能力评估与康复训练。

5.2.2 社区团队

应有配合医疗团队工作的意识和执行医嘱能力的团队，包括：公共营养师、心理咨询师、志愿者、社工等。在医护团队的培训与指导下，完成但不限于以下工作：

5.2.2.1 指导老年人进行自我营养管理：

1) 按照主要营养素，包括热量、蛋白质、膳食纤维的每日目标量的计算，并依据中国居民膳食指南建议的每日保证摄入15种饮食建议；按照三五原则，即15种饮食中遴选5种饮食、涵盖5大功能（碳水化合物、蛋白质、膳食纤维、微量元素和矿物质、水）、每日可以有5次机会食用。合理选择和分配每日的饮食；

2) 入户为老年人提供膳食指导和协助完成每日饮食品种和量的记录。除了帮助食材选购、提供烹饪技巧传授外。根据老年人的饮食习惯和口味偏好，提供合理的饮食建议，确保老年人食物多样化、摄入足够的优质蛋白，且能够愉快地进食；

3) 入户帮助老年人完成每周固定时间，如晨起排空后体重的测量并做好记录；

4) 帮助和督促老年人记录每日营养补充剂（ONS）的名称、用量和途径（口服/鼻饲）。如遇行动不便去医院时，可代其去门诊开取。

5.2.2.2 向老年人或其监护人提供调整饮食计划。根据老年人的监测结果和营养需求变化，及时调整饮食计划。调整内容包括：增加或减少某种食物的摄入量、改变膳食结构等，确保老人摄入足够的营养素，并预防营养不良或营养过剩等问题。

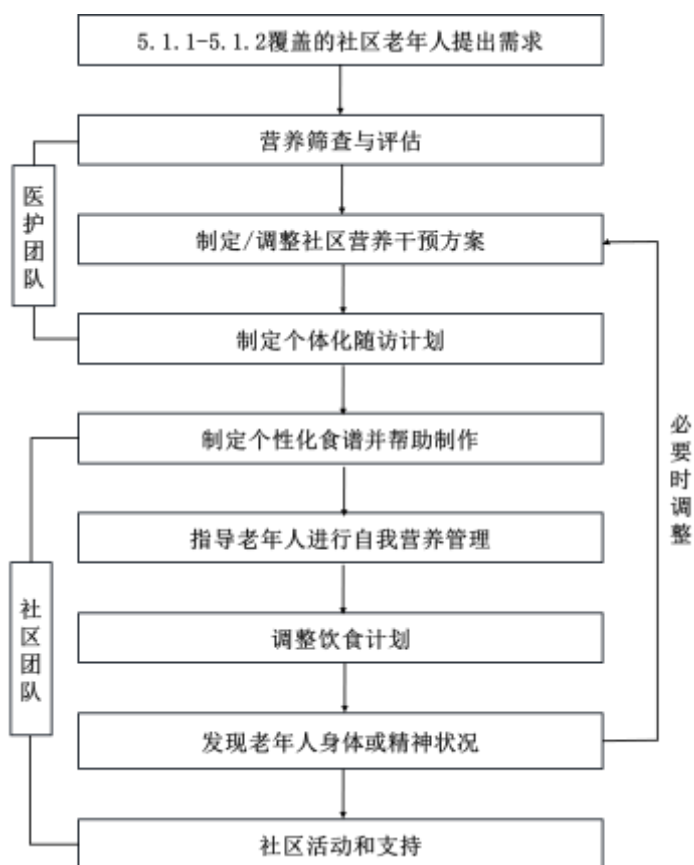
5.2.2.3 发现老年人身体或精神出现状况时，及时陪送医院营养管理门诊就诊。

5.2.2.4 社区活动和支持。定期组织营养讲座、小组讨论、互动游戏、心理健康教育等活动；提供社区餐饮服务或者食品配送等支持。提高老年人的营养知识和自我管理能力，促使他们形成健康的饮食习惯和正确的消费理念。关注老年人的心理健康，鼓励老人积极参与社交活动，增加社交支持网络，提高他们的生命质量和心理健康水平。

5.2.2.5 营养师：制定并指导老年人学会设计每日的个性化的饮食食谱或协助成品、半成品的制作。

5.2.2.6 心理咨询师：及时发现老年人情绪与精神异常，制定并实施社会心理评估与治疗干预。

6 管理服务流程



7 服务评价与改进

7.1 服务评价

7.1.1 评价主体

评价主体包括但不限于：

- 1) 服务机构自我评价；
- 2) 服务对象评价；
- 3) 第三方评价。

7.1.2 评价依据

评价应遵循的依据包括但不限于：

- 1) 国家相关法律法规；
- 2) 相关的国家、行业和地方标准；
- 3) 本服务规范。

7.1.3 评价方法

评价方法包括但不限于：

- 1) 以上门、电话、信件和网络等形式进行意见征询；
- 2) 实地察看；
- 3) 检查考核。

7.1.4 评价程序

评价程序包括但不限于：

- 1) 制定评价计划；
- 2) 成立评价小组；
- 3) 评价准备；
- 4) 评价实施；
- 5) 编写评价报告 and 不合格报告；
- 6) 评价结果处置。

7.1.5 评价指标

- 1) 老年人管理服务档案建档率达 90%；
- 2) 服务对象及家属/监护人满意度 $\geq 90\%$ ；
- 3) 管理记录合格率 $\geq 90\%$ ；
- 4) 定期检查记录（包含内容、时间、地点、人员、落实情况等）；
- 5) 有效投诉结案率 100%。

7.2 持续改进

7.2.1 服务机构应根据评价结果，对不符合标准要求的问题及时改进并制定预防措施，跟踪实施。

7.2.2 应在服务过程中随时收集有关不合格信息，分析不合格原因，制定纠正措施，对过程或管理进行调整，避免不合格再发生。

7.2.3 服务机构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，按照 GB/T 17242 投诉处理指南的要求处理投诉事件。

附录 营养相关评估量表 (规范性附录)

表 1.1 营养风险筛查量表 (NRS2002)

姓名： 性别： 年龄： 联系电话： 患者知情同意参加（是 否）

疾病状态	分数	如“是”请打钩
正常营养需要量	0	
慢性疾病有急性或有并发症者、肝硬化、慢阻肺、血液透析、糖尿病、肿瘤、髋关节骨折	1	
腹部重大手术、重症肺炎、血液恶性肿瘤、脑卒中	2	
颅脑损伤、骨髓移植，APACHE>10 分的 ICU 患者	3	
营养状态指标（单选）	分数	如“是”请打钩
正常营养状态（BMI≥18.5，近 1-3 月体重无变化，近一周摄食量无变化）	0	
3 个月内体重减轻>5%或食物摄入比正常需要量低 25%-50%。	1	
一般情况差或 2 个月内体重减轻>5%或食物摄入比正常需要量低 50%-75%。	2	
年龄	分数	如“是”请打钩
18-69 岁	0	
≥70 岁	1	
总分		
疾病状态评分+营养状态评分+年龄评分 •评分≥3 分：患者存在营养风险。 •评分<3 分：患者不存在营养风险，如果患者的住院时间较长，则在 1 周后对患者进行再次筛查。		
注：①适用对象：18~90 岁，神志清者 ②若患有以下疾病请打“√”，并参照标准进行评分。 ③未列入下述疾病者须“挂靠”，如“急性胆囊炎”、“老年痴呆”等可挂靠于“慢性疾病急性发作或有并发症者”计 1 分（复核者有权决定挂靠的位置）。 ④人体测量：身高（经过校正的标尺，校正至 0.5cm）m（免鞋）；体重（经过校正的磅秤，校正至 0.2kg）kg（空腹、免鞋）；BMIkg/m ² （<18.5=3 分）；因严重胸腹水、水肿得不到 BMI 值，无严重肝、肾功能异常者，用白蛋白替代（按 ESPEN 2006）（g/L）（<30g/L, 3 分）		

表 1.2 微型营养不良评定表 MNA-SF

序号	项目	分值
1	过去三个月内，是否因为食欲不振、消化问题、咀嚼或吞咽困难而减少食量？ 0=食量严重减少（> 75%）；1=食量中度减少；2=食量没有改变（<±10%）	
2	过去三个月内体重下降情况 0=体重下降>3kg； 1=不知道； 2=体重下降 1-3kg 之间； 3=体重没有下降	
3	活动能力 0=需长期卧床或坐轮椅；1=可以下床或离开轮椅，但不能外出；2=可以外出	
4	过去三个月内，患者是否受到心理创伤或患上急性疾病？ 0=是；2=否	
5	精神心理问题？ 0=严重痴呆或抑郁；1=轻度痴呆；2=无精神心理问题	
6	身体质量指数（BMI）或（小腿围）（二选一） 身体质量指数 BMI _____ Kg/m ² 0=BMI<19； 1 = 19≤BMI<21； 2=21≤BMI<23； 3=BMI≥23 小腿围（CC） _____ cm 0=CC<31； 3=CC≥31	
总分		
注：评定表最高 14 分，正常营养状态 12-14 分，营养不良风险 8-11 分，营养不良 0-7 分		

表 2.1 跌倒风险评估量表

评估项目	权重	得分	评估项目	权重	得分
运动			用药史		
步态异常/假肢	3		新药	1	
行走需要辅助设施	3		心血管药物	1	
行走需要旁人帮助	3		降压药	1	
跌倒史			镇静催眠药	1	
有跌倒史	2		戒断治疗	1	
因跌倒住院	3		糖尿病用药	1	
精神不稳定状态			抗癫痫药	1	
谵妄	3		麻醉药	1	
痴呆	3		其他	1	
兴奋/行为异常	2		相关病史		
神志恍惚	3		精神科疾病	1	
自控能力			骨质疏松症	1	
失禁	1		骨折史	1	
频率增加	1		低血压	1	
保留导尿	1		药物/酒精戒断	1	
感觉障碍			缺氧症	1	
视觉受损	1		年龄 80 岁及以上	3	
听觉受损	1		结果评定 最终得分： 低危：1～2 分 中危：3～9 分 高危：10 分及以上		
感觉性失语	1				
其他情况	1				
睡眠情况					
多醒	1				
失眠	1				
夜游症	1				

表 2.2 老年人跌倒风险自评量表

量表题目	题目选项	
1. 我在过去一年里跌倒过。	☐ 是	☐ 否
2. 我使用或被建议使用拐杖/助行器行走，来保障安全。	☐ 是	☐ 否
3. 我有时候走路感到不稳。	☐ 是	☐ 否
4. 我在家中走路时，需要扶住家具来保持平稳。	☐ 是	☐ 否
5. 我担心跌倒。	☐ 是	☐ 否
6. 我需要用手撑扶才能从椅子上站起来。	☐ 是	☐ 否
7. 我迈过马路牙子时有些困难。	☐ 是	☐ 否
8. 我经常急着上厕所。	☐ 是	☐ 否
9. 我足部感觉有些减退。	☐ 是	☐ 否
10. 我服用的药有时让我感到头晕或疲乏	☐ 是	☐ 否
11. 我在服用安眠或调节情绪的药。	☐ 是	☐ 否
12. 我经常感到难过或情绪低落。	☐ 是	☐ 否
说明： [1] 题 1、题 2 选“是”各得 2 分。 [2] 其他题选“是”各得 1 分，选“否”不得分，满分为 14 分。 [3] 当题 1、题 3、题 5 任意一项选择“是”或总得分 ≥ 4 分，提示有跌倒风险。		

表 3 衰弱筛查量表（FRALL）

1.Fatigue（疲劳）	您过去 4 周内感到疲劳吗？	是	否
2.Resistance（抗力）	您能上一层楼吗？ （不用外物及他人帮助的情况下中途不休息爬完一层楼梯是否有困难）	1	0
3.Aerobic（有氧运动）	您能行走一个街区的距离吗？ （不用外物及他人帮助的情况下走 100m 是否有困难）	1	0
4.Illness（疾病）	您患有五种以上的疾病吗？	1	0
5.Lost（丢失）	您最近 6 个月内体重下降超过 5%吗？ （非节食或运动）	1	0
总分		分	
注：1 或 2 分=衰弱前期，3 分或以上=衰弱			

参考文献

1. 柴培培,张毓辉,万泉,王秀峰,房志达,张梅.我国老年营养不良的疾病经济负担研究[J].中国卫生经济,2016,35(3):13-16.
2. 宋扬,王盛书,王建伟,刘少华,陈仕敏,李雪航,杨姗姗,刘淼,何耀.中国社区老年人群营养不良患病率 Meta 分析[J].中华流行病学杂志,2022,43(6):915-921.
3. 中华医学会老年医学分会.老年医学(病)科临床营养管理指导意见[J].中华老年医学杂志,2015,34(12):1388-1395.
4. 中国老年医学学会营养与食品安全分会,中国循证医学中心,《中国循证医学杂志》编辑委员会,《Journal of Evidence-Based Medicine》编辑委员会.老年患者家庭营养管理中国专家共识(2017版)[J].中国循证医学杂志,2017,17(11):1251-1259.
5. 马丽娜,吉彤,李海龙,陈旭娇,张新军,冯辉,吴心音,陈彪,张存泰,于普林,陈琼,李耘,中华医学会老年医学分会.老年人营养不良多学科决策模式中国专家共识(2023)[J].中国临床保健杂志,2023,26(4):433-445.
6. ACI Home Enteral Clinical Innovation. Nutrition network guidelines for home enteral nutrition. Agency For Clinical Innovation. 2012.
7. British Association for Parenteral and Enteral Nutrition (BAPEN). Managing Adult Malnutrition in the Community (3rd Edition: 2021). <https://www.malnutritionpathway.co.uk/>
8. 老年友善医疗机构评定技术规范.北京市地方标准 (DB11), 2022,.04.
9. 老年人跌倒风险综合评估规范 (T/CGSS 014).中国老年医学学会, 2020.10.
10. DB14/T 1906—2019社区老年人健康档案技术要求
11. WS/T 556-2017 老年人膳食指导