

老年人照护需求评估

Rating specification for eldercare needs

2023-05-11 发布

2023-06-11 实施

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 评估对象	1
5 评估指标	1
6 评估实施	2
7 评估流程	2
8 评估原则	4
附录 A（规范性） 老年人照护需求评估申请表	5
附录 B（规范性） 老年人照护需求评估表	6
附录 C（规范性） 老年人照护需求评估结果	20
附录 D（规范性） 确认声明	22
附录 E（规范性） 老年人照护需求评估复评申请表	23

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。

本文件由内蒙古自治区民政厅提出并归口。

本文件起草单位：烟台市蓬莱区蕾娜范健康管理有限公司、内蒙古自治区人民医院、蕾娜范（北京）咨询服务有限公司、蕾娜范（呼和浩特）养老服务有限公司、内蒙古民生养老服务评估发展中心、赤峰市儿童福利院。

本文件主要起草人：王倩、邹艳慧、王宁、赵曰锋、李圩、张楚函、盛美娜。

老年人照护需求评估

1 范围

本文件规定了老年人照护需求评估的评估对象、评估指标、评估主体、评估流程、评估原则。
本文件适用于对有照护需求的老年人进行等级评估工作。

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/T 42195 老年人能力评估规范

3 术语和定义

下列术语和定义适用于本文件。

3.1

照护需求评估 *care needs assessment*

通过对健康评估、特殊医疗需求、老年人能力评估、疾病状况等影响老年人日常生活的核心指标进行评估，明确老年人目前存在的功能缺陷和缺陷程度，确定老年人照护需求及照护等级。

3.2

能力 *ability*

个体顺利完成某一活动所必需的身体条件。

4 评估对象

- 4.1 有照护需求并提出照护服务评估申请的老年人。
- 4.2 享受本地区养老服务或照护服务政策待遇的人员，或其他需要评估的人员。
- 4.3 申请老年人护理补贴的人员。
- 4.4 申请居家社区养老服务、养老机构照护的人员。

5 评估指标

5.1 评估指标

评估指标分为背景参数和主要参数。

5.2 背景参数

背景参数设2个一级指标，分别为：健康评估、特殊医疗需求。

5.3 主要参数

主要参数分为为老年人能力评估、疾病状况。

5.3.1 老年人能力评估

老年人能力评估共设4个一级指标，按GB/T 42195规定执行，分别为：

- 自理能力，包括8个二级指标：进食、修饰、洗澡、穿/脱上衣、穿/脱裤子和鞋袜、小便控制、大便控制、如厕；
- 基础运动能力，包括4个二级指标：床上体位转移、床椅转移、平地行走、上下楼梯；
- 精神状态，包括9个二级指标：时间定向、空间定向、人物定向、记忆、理解能力、表达能力、攻击行为、抑郁症状、意识水平；
- 感知觉与社会参与，包括5个二级指标：视力、听力、执行日常事务、使用交通工具外出、社会交往能力。

5.3.2 疾病状况

疾病状况设2个一级指标，分别为：I类疾病、II类疾病。

6 评估实施

6.1 评估要求

- 6.1.1 评估中，注意保护被评估者和评估者的安全，尊重个人隐私。
- 6.1.2 评估时，宜设立单独的评估室，评估室内物品满足评估需要，不得不应放置与评估无关的物品。评估室内环境应清洁、安静、光线充足、空气清新、温度适宜。评估室外有连续的台阶和带有扶手的通道，可供评估使用。台阶踏步的宽度不小于0.30 m，踏步高度为0.13 m~0.15 m，台阶有效宽度不小于0.9 m，走道扶手安装高度0.8 m~0.9 m。
- 6.1.3 老年人群集中评估时，应在相对独立的评估空间内逐一进行。

6.2 评估主体

- 6.2.1 开展评估工作的机构应为依法独立登记的企事业单位或社会组织，并获得行业主管部门的认可。
- 6.2.2 开展评估工作的机构应至少配置5名专/兼职评估人员。
- 6.2.3 评估人员应具有全日制高中或中专以上学历，有5年以上从事医疗护理、健康管理、养老服务、老年社会工作等实务经历并具有相关专业背景，理解评估指标内容，掌握评估要求，需接受行业主管部门认可的专业培训。

7 评估流程

7.1 评估申请

- 7.1.1 个人申请。
- 7.1.2 机构申请。

7.2 受理审核

受理申请后，由评估主体采取集中或入户等形式实施评估。

7.3 现场评估

7.3.1 每次评估至少应由 2 名评估人员同时进行，至少有 1 人具有医护专业背景。评估人员应规范着装，佩戴有自己身份标识的证件，态度和蔼，使用礼貌用语，并进行全过程影像记录。在开展评估前应首先保证评估对象的安全。

7.3.2 评估人员按照附录 A、附录 B 内容进行逐项评估。

7.3.3 评估过程结束后，评估对象或其法定监护人、授权委托人应当对评估过程真实性进行确认，签署附录 D “确认声明”。相关记录及时录入评估系统；评估信息(含录像)由评估机构妥善保管，以备动态评估、争议处理或监督检查时使用。

7.4 照护等级确定

7.4.1 综合老年人能力评估、疾病状况 2 个主要参数指标确定老年人照护需求等级。在此基础上结合背景参数中健康评估、特殊医疗需求等内容对照护需求等级进行修正。

7.4.2 老年人照护需求划分为 6 个等级：

- a) 照护 0 级：能力完好 0 级，疾病状况 0 级；
- b) 照护 1 级：能力完好 0 级，疾病状况 1 级；
- c) 照护 2 级：能力轻度受损（轻度失能）1 级，疾病状况 1 级；
- d) 照护 3 级：能力重度受损（中度失能）2 级，疾病状况 1 级；
- e) 照护 4 级：能力重度受损（重度失能）3 级，疾病状况 2 级；
- f) 照护 5 级：能力完全丧失（完全失能）4 级，疾病状况 3 级。

注：等级修正条款。

7.4.3 有以下情况之一者，应在原有级别上提高一个等级，原有等级为照护 5 级则不再提升：

- a) 经指定医疗机构及专家诊断有认知障碍/失智症；
- b) 有特殊医疗需求的；
- c) 近 30 天内发生过跌倒、噎食、自杀/伤、走失等的；
- d) 处于昏迷状态。

7.4.4 当建议养老服务类型与个人养老意愿不一致时，如果个人养老意愿为居家社区养老，应以个人养老意愿为准；如果个人养老意愿为机构养老，应以养老服务类型建议为准。评估对象为无民事行为能力人或限制民事行为能力人时，以法定监护人的意愿作为个人养老意愿。

7.5 公示与送达

7.5.1 评估人员依据评估结果填写《老年人照护需求评估结果》见附录 C，经评估机构审查确认后，出具给评估对象或其法定监护人，由其在评定报告上签字或留存文件寄送签收证明。

7.5.2 评估结果将在评估后进行公示，享受政府补贴或政府购买服务的评估对象应公示，对评估结果有异议的可在规定期限内提出复核复审。

7.6 复核与结论

7.6.1 申请人或其法定监护人收到《老年人照护需求评估结果》后，如对评估结论有异议的，可以自收到评定报告之日起 5 个工作日内申请复核，详见附录 E。

评估机构应在接到复核申请之日起 15 个工作日内，重新安排评估人员进行复核评估，并做出复核

意见，参与首次评估的评估人员不得参与复核评估。复核评估要求如下：

- a) 复核结论与原结论一致时，维持原评估结论；
- b) 复核结论与原结论不一致时，告知新结论。

7.6.2 复核评估结论为评估的最终结论。

7.7 动态评估

申请人或其法定监护人接受初次评估或复核评估后，若无特殊变化，至少每12个月应定期评估一次，程序与首次评估相同；出现特殊原因导致能力发生变化时，可申请即时评估。

8 评估原则

8.1 独立性

评估人员应遵照规范规定的评估参数和事项进行评判。

8.2 公正性

评估工作以事实为依据，客观公正，不受非相关因素的影响。

8.3 保密性

保护评估对象的个人隐私，未经评估对象或其法定监护人书面许可，不得对外披露评估对象个人及评估的相关信息。

8.4 动态性

应根据评估对象身体、病情变化或实际需要进行动态评估。

8.5 安全性

评估过程应在安全的环境下进行。评估信息在必要的范围内进行保存和转移，并记录信息的保存范围和场所。杀毒、防护软件定期更新，安装安全补丁。定期检查系统的运行情况，及时进行故障处理。在系统更新、维护期间确保数据的安全。

附 录 A
(规范性)
老年人照护需求评估申请表

老年人照护需求评估申请见表A.1。

表A.1 老年人照护需求评估申请表

姓名		性别		出生年月		文化程度	
曾从事职业		婚姻状况			居住情况		
社保类别	<input type="checkbox"/> 职工 <input type="checkbox"/> 居民 <input type="checkbox"/> 其他			身份证号			
现住址				手机号码			
所属街道居委会							
既往病史/目前病情/主要诊断:							
拟申请照护服务形式: <input type="checkbox"/> 居家照护 <input type="checkbox"/> 居家和社区养老服务中心照护 <input type="checkbox"/> 机构照护 <input type="checkbox"/> 其他: _____							
<p>温馨提示:</p> <p>1. 根据有关规定, 申请上述服务的人员, 应接受专业人员对其个人基本信息、健康评估、特殊医疗需求、自理能力、基础运动能力、精神状态、感知觉与社会参与、疾病状况的评估。评估人员将现场调查生活环境等情况, 并实施查看病历资料、询问病情、查体等工作, 根据需要, 必要时需录音、录像以及采集指纹信息等, 申请人、监护人及其他相关人员应给予积极配合。因不配合导致无法完成评估工作的, 将终止评估。</p> <p>2. 请将身份证复印件粘贴于本表背面。</p> <p><input type="checkbox"/>本人已认真阅读上述内容, 理解并愿意配合做好上述工作。</p> <p>申请人(监护人)签字: _____ 监护人与申请人关系: _____</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>							
受理机构意见(盖章):							
经办人签字: _____							
年 月 日							
注: 本表由受理机构负责发放并指导申请人填写。由照护机构受理的一式2份, 照护机构与申请人各1份; 由评估机构受理的一式2份, 评估机构与申请人各1份。							

附录 B
(规范性)
老年人照护需求评估表

B.1 老年人照护需求评估表见图 B.1。

老年人照护需求评估表		
被评估人姓名:		
住址:		
评估类别:	<input type="checkbox"/> 首次评估	<input type="checkbox"/> 动态评估 <input type="checkbox"/> 复核评估
评估日期:		
评估编号:		
评估员:		

图B.1 老年人照护需求评估表

B.3 背景参数健康评估见表 B.1。

表B.2 背景参数 健康评估

1. 近 30 天 内 意 外 事 件	1.1.1 跌倒	1 无	2 发生过 1 次	3 发生过 2 次	4 发生过 3 次以上	<input type="checkbox"/>
	1.1.2 噎食	1 无	2 发生过 1 次	3 发生过 2 次	4 发生过 3 次以上	<input type="checkbox"/>
	1.1.3 自杀	1 无	2 发生过 1 次	3 发生过 2 次	4 发生过 3 次以上	<input type="checkbox"/>
	1.1.4 走失	1 无	2 发生过 1 次	3 发生过 2 次	4 发生过 3 次以上	<input type="checkbox"/>
	1.1.5 其他					
1. 2 营 养 状 况	1.2.1 过去三个月中，是否因食欲不振，咀嚼或吞咽困难，消化不良等问题导致进食量越来越少？	1 是		2 否		3 其他： <input type="checkbox"/>
	1.2.2 吞咽困难情况	1 无 2 抱怨吞咽困难或吞咽时会疼痛； 3 吃东西或喝水的时候出现咳嗽或呛咳； 4 用餐后口中仍含有食物或留有残余食物； 5 当饮用或吃流食、固体食物时，食物会从嘴角边流失； 6 有流口水的情况 <input type="checkbox"/>				
	1.2.3 近三个月体重变化	1 体重减轻 >3 公斤		2 体重减轻 1~ 3 公斤		<input type="checkbox"/>
		3 体重无改变		4 不清楚		
	1.2.4 身体质量指数 (BMI) 体重 (公斤) /身高 (公尺) ²	1 BMI<18.5		2 18.5≤BMI< 24		3 24≤BMI<28 <input type="checkbox"/>
	4 28≤BMI≤32		BMI>32			
1.2.5 小腿围 (CC) (cm) (若无 BMI)	1 CC<31		2 CC≥31 <input type="checkbox"/>			

B.4 背景参数 特殊医疗需求见表 B.3。

表B.3 背景参数 特殊医疗需求

2. 1 特 殊 医 疗 护 理 需 求	2.1.1近两年医药费使用情况	1年均5千元以下 2年均5千~1万 3年均1万~2万 <input type="checkbox"/> 4年均2万元以上
	2.1.2最后一次出院护理级别	1特级护理 2一级护理 3二级护理 4三级护理 <input type="checkbox"/>
	2.1.3意识状态	1清醒 2模糊 3嗜睡 4昏迷 5其他 <input type="checkbox"/>
	2.1.4管道留置	1留置鼻胃管 2留置导尿管 3气管套管 <input type="checkbox"/> 4其他
	2.1.5医疗设备使用情况（有创/无创）	1制氧机 2呼吸机 3其他 <input type="checkbox"/>
		1持续使用 2间断使用 3其他 <input type="checkbox"/>
	2.1.6透析	1 次/周 2其他 <input type="checkbox"/>
	2.1.7压疮	1 I 期 2 II 期 3 III 期 4 IV 期 5 不明确分期 <input type="checkbox"/> 6 可疑的深部组织损伤
	2.1.8疼痛（可多选）	1 无 2 轻微疼痛 3 中度疼痛（可以忍受） <input type="checkbox"/> 4 重度疼痛（无法忍受） 5 无法判断
	2.1.9伤口情况（可多选）	1 无 2 擦伤 3 烧烫伤 4 术后伤口 <input type="checkbox"/> 5 糖尿病足溃疡 6 血管性溃疡 7 其他
2.1.10近两年住院情况	1无 2一次 3二次 4三次 <input type="checkbox"/> 5四次以上	

B.5 信息提供者及联系人信息见表 B.4。

表B.4 信息提供者及联系人信息

信息提供者与被评估者的关系	<input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他亲属 <input type="checkbox"/> 照护者 <input type="checkbox"/> 其他
联系人（主要监护人）	
联系人电话	
信息提供者签名	
注： 此表选项可做多项选择。	

B.6 自理能力评估见表 B.5。

表B.5 自理能力评估表

自理能力	总分	等级评分
1.1进食：使用适当的器具将食物送入口中并咽下	□分	4分：独立使用器具将食物送入口中并咽下，没有呛咳
		3分：在他人指导或提示下完成，或独立使用辅具，没有呛咳
		2分：进食中需要少量接触式协助，偶尔（每月一次及以上）呛咳
		1分：在进食中需要大量接触式协助，经常（每周一次及以上）呛咳
		0分：完全依赖他人协助进食，或吞咽困难，或留置营养管
1.2修饰：指洗脸、刷牙、梳头、刮脸、剪指（趾）甲等	□分	4分：独立完成，不需要协助
		3分：在他人指导或提示下完成
		2分：需要他人协助，但以自身完成为主
		1分：主要依靠他人协助，自身能给予配合
		0分：完全依赖他人协助，且不能给予配合
1.3洗澡：清洗和擦干身体	□分	4分：独立完成，不需要协助
		3分：在他人指导或提示下完成
		2分：需要他人协助，但以自身完成为主
		1分：主要依靠他人协助，自身能给予配合
		0分：完全依赖他人协助，且不能给予配合
1.4穿/脱上衣：指穿/脱上身衣服、系扣、拉拉链等	□分	4分：独立完成，不需要他人协助
		3分：在他人指导或提示下完成
		2分：需要他人协助，但以自身完成为主
		1分：主要依靠他人协助，自身能给予配合
		0分：完全依赖他人协助，且不能给予配合
1.5穿/脱裤子和鞋袜：指穿/脱裤子、鞋袜等	□分	4分：独立完成，不需要他人协助
		3分：在他人指导或提示下完成
		2分：需要他人协助，但以自身完成为主
		1分：主要依靠他人协助，自身能给予配合
		0分：完全依赖他人协助，且不能给予配合
1.6小便控制：控制和排出尿液的能力	□分	4分：可自行控制排尿，排尿次数、排尿控制均正常
		3分：白天可自行控制排尿次数，夜间出现排尿次数增多、排尿控制较差，或自行使用尿布、尿垫等辅助用物
		2分：白天大部分时间可自行控制排尿，偶出现（每天<1次，但每周>1次）尿失禁，夜间控制排尿较差，或他人少量协助使用尿布、尿垫等辅助用物
		1分：白天大部分时间不能控制排尿（每天≥1次，但尚非完全失控），夜间出现尿失禁，或他人大量协助使用尿布、尿垫等辅助用物
		0分：小便失禁，完全不能控制排尿，或留置导尿管

表B.5 自理能力评估表（续）

自理能力	总分	等级评分
1.7大便控制：控制和排出粪便的能力	□分	4分：可正常自行控制大便排出
		3分：有时出现（每周<1次）便秘或大便失禁，或自行使用开塞露、尿垫等辅助用物
		2分：经常出现（每天<1次，但每周>1次）便秘或大便失禁，或他人少量协助使用开塞露、尿垫等辅助用物
		1分：大部分时间均出现（每天≥1次）便秘或大便失禁，但尚非完全失控，或他人大量协助使用开塞露、尿垫等辅助用物
		0分：严重便秘或者完全大便失禁，需要依赖他人协助排便或清洁皮肤
1.8如厕：上厕所排泄大小便，并清洁身体 注：评估中强调排泄前解开裤子、完成排泄后清洁身体、穿上裤子	□分	4分：独立完成，不需要他人协助
		3分：在他人指导或提示下完成
		2分：需要他人协助，但以自身完成为主
		1分：主要依靠他人协助，自身能给予配合
		0分：完全依赖他人协助，且不能给予配合
得分：		

B.7 基础运动能力评估见表 B.6。

表B.6 基础运动能力评估表

基础运动能力	总分	等级评分
2.1床上体位转移：卧床翻身及坐起躺下	□分	4分：独立完成，不需要他人协助
		3分：在他人指导或提示下完成
		2分：需要他人协助，但以自身完成为主
		1分：主要依靠他人协助，自身能给予配合
		0分：完全依赖他人协助，且不能给予配合
2.2床椅转移：从坐位到站位，再从站位到坐位的转换过程	□分	4分：独立完成，不需要他人协助
		3分：在他人指导或提示下完成
		2分：需要他人协助，但以自身完成为主
		1分：主要依靠他人协助，自身能给予配合
		0分：完全依赖他人协助，且不能给予配合
2.3平地行走：双脚交互的方式在地面行动，总是一只脚在前 注：包括他人辅助和使用辅助具的步行。	□分	4分：独立平地步行50m左右，不需要协助，无摔倒风险
		3分：能平地步行50m左右，存在摔倒风险，需要他人监护或指导，或使用拐杖、助行器等辅助工具
		2分：在步行时需要他人少量扶持协助
		1分：在步行时需要他人大量扶持协助
		0分：完全不能步行
2.4上下楼梯 双脚交替完成楼梯台阶连续的上下移动	□分	3分：可独立上下楼梯（连续上下10个～15个台阶），不需要协助
		2分：在他人指导或提示下完成
		1分：需要他人协助，但以自身完成为主
		0分：主要依靠协助，自身能给予配合；或完全依赖他人协助，且不能给予配合
得分：		

B.8 精神状态评估见表 B.7。

表B.7 精神状态评估表

精神状态	总分	等级评分
3.1时间定向：知道并确认时间的能力	□分	4分：时间观念（年、月）清楚，日期（或星期几）可相差一天
		3分：时间观念有些下降，年、月、日（或星期几）不能全分清（相差两天或以上）
		2分：时间观念较差，年、月、日不清楚，可知上半年或下半年或季节
		1分：时间观念很差，年、月、日不清楚，可知上午、下午或白天、夜间
		0分：无时间观念
3.2空间定向：知道并确认空间的能力	□分	4分：能在日常生活范围内单独外出，如在日常居住小区内独自外出购物等
		3分：不能单独外出，但能准确知道自己日常生活所在地的地址信息
		2分：不能单独外出，但知道较多有关自己日常生活的地址信息
		1分：不能单独外出，但知道较少自己居住或生活所在地的地址信息
		0分：不能单独外出，无空间观念
3.3人物定向：知道并确认人物的能力	□分	4分：认识长期共同一起生活的人，能称呼并知道关系
		3分：能认识大部分共同生活居住的人，能称呼或知道关系
		2分：能认识部分日常同住的亲人或照护者等，能称呼或知道关系等
		1分：只认识自己或极少数日常同住的亲人或照护者等
		0分：不认识任何人（包括自己）
3.4记忆：短时、近期和远期记忆能力	□分	4分：总是能保持与社会、年龄所适应的记忆能力，能完整的回忆
		3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个~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）
		1分：出现重度的记忆紊乱或回忆不能（不能回忆远期记忆，不记得自己老朋友）
		0分：记忆完全紊乱或者完全不能对既往事物进行正确回忆
3.5理解能力：理解语言信息和非语言信息的能力（可借助平时使用助听设备等），即理解别人说的话	□分	4分：能正常理解他人的话
		3分：能理解他人的话，但需要增加时间
		2分：理解有困难，需频繁重复或简化口头表达
		1分：理解有严重困难，需要大量他人帮助
		0分：完全不能理解他人的话
3.6表达能力：表达信息能力，包括口头的和非口头的，即表达自己的想法	□分	4分：能正常表达自己的想法
		3分：能表达自己的需要，但需要增加时间
		2分：表达需要有困难，需频繁重复或简化口头表达
		1分：表达有严重困难，需要大量他人帮助
		0分：完全不能表达需要

表B.7 精神状态评估表（续）

精神状态	总分	等级评分
3.7攻击行为：身体攻击行为（如打/踢/推/咬/抓/摔东西）和语言攻击行为（如骂人、语言威胁、尖叫） 注：长期的行为状态。	□分	1分：未出现
		0分：近一个月内出现过攻击行为
3.8抑郁症状：存在情绪低落、兴趣减退、活力减退等症状，甚至出现妄想、幻觉、自杀念头或自杀行为 注：长期的负性情绪。	□分	1分：未出现
		0分：近一个月内出现过负性情绪
3.9意识水平：机体对自身和周围环境的刺激做出应答反应的能力程度，包括清醒和持续的觉醒状态 注：处于昏迷状态者，直接评定为重度失能。	□分	2分：神志清醒，对周围环境能做出正确反应
		1分：嗜睡，表现为睡眠状态过度延长。当呼唤或推动老年人的肢体时可唤醒，并能进行正确的交谈或执行指令，停止刺激后又继续入睡；意识模糊，注意力涣散，对外界刺激不能清晰的认识，空间和时间定向力障碍，理解力迟钝，记忆力模糊和不连贯
		0分：昏睡，一般的外界刺激不能使其觉醒，给予较强烈的刺激时可有短时的意识清醒，醒后可简短回答提问，当刺激减弱后又很快进入睡眠状态；或者昏迷：意识丧失，随意运动丧失，对一般刺激全无反应
得分：		

B.9 感知觉与社会参与评估见表 B.8。

表B.8 感知觉与社会参与评估表

感知觉与社会参与能力	总分	等级评分
4.1视力：感受存在的光线并感受物体的大小、形状的能力。在个体的最好矫正视力下进行评估	□分	2分：视力正常
		1分：能看清楚大字体，但看不清书报上的标准字体；视力有限，看不清报纸大标题，但能辨认物体
		0分：只能看到光、颜色和形状；完全失明
4.2听力：能辨别声音的方位、音调、音量和音质的有关能力（可借助平时使用助听设备等）	□分	2分：听力正常
		1分：在轻声说话或说话距离超过2米时听不清；正常交流有些困难，需在安静的环境或大声说话才能听到
		0分：讲话者大声说话或说话很慢，才能部分听见；完全失聪
4.3执行日常事务：计划、安排并完成日常事务，包括但不限于洗衣服、小金额购物、服药管理	□分	4分：能完全独立计划、安排和完成日常事务，无需协助
		3分：在计划、安排和完成日常事务时需要他人监护或指导
		2分：在计划、安排和完成日常事务时需要少量协助
		1分：在计划、安排和完成日常事务时需要大量协助
		0分：完全依赖他人进行日常事务
4.4使用交通工具外出	□分	3分：能自己骑车或搭乘公共交通工具外出
		2分：能自己搭乘出租车，但不会搭乘公共交通工具外出
		1分：当有人协助或陪伴，可搭乘公共交通工具外出
		0分：只能在他人协助下搭乘出租车或私家车外出；完全不能出门，或者外出完全需要协助
4.5社会交往能力	□分	4分：参与社会，在社会环境有一定的适应能力，待人接物恰当
		3分：能适应单纯环境，主动接触他人，初见面时难让人发现智力问题，不能理解隐喻语
		2分：脱离社会，可被动接触，不会主动待他人，谈话中很多不适词句，容易上当受骗
		1分：勉强可与他人接触，谈吐内容不清楚，表情不恰当
		0分：不能与人交往
得分：		
总得分：		

B.10 疾病状况信息见表 B.9。

表B.9 疾病状况信息表

1. 就医方式		1. 居家医疗 2 外出就诊 习惯就医地点为_____	
2. I 类疾 病	2.1.2 神经系统	疾病类别 或名称	程度或主要合并症
		<input type="checkbox"/> 脑血管疾病、中枢神经系统感染	1 左侧偏瘫 2 右侧偏瘫 3 左侧上肢 4 左侧下肢 5 右侧上肢 6 右侧下肢 7 其他 <input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> 运动神经元病	1 肌力 I 级 2 肌力 II 级 3 肌力 III 级 4 肌力 IV 级 5 肌力 V 级 <input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> 癫痫	1 大发作 2 小发作 3 精神运动性发作 4 其他 <input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> 帕金森综合征	1 震颤 2 活动障碍 3 僵直 4 其他 <input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> 认知功能障碍与失智症	1 轻度 2 中度 <input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/>
	2.1.3 心血管系统	<input type="checkbox"/> 高血压病	1 高血压病 1 级 2 高血压病 2 级 3 高血压病 3 级 <input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> 冠心病	1 心功能 I 级 2 心功能 II 级 3 心功能 III 级 <input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/>
	2.1.4 呼吸系统	<input type="checkbox"/> 慢性阻塞性肺疾病	1 肺功能 I 级（轻度） 2 肺功能 II 级（中度） 3 肺功能 III 级（重度） <input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> 肺心病	1 心功能 I 级 2 心功能 II 级 3 心功能 III 级 <input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> 肺纤维化	1 早期 2 中后期 <input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/>

表B.9 疾病状信息表（续）

		疾病类别或名称	程度或主要合并症	
2. I 类 疾 病	2. 1. 5 内分泌系统	<input type="checkbox"/> 糖尿病	1 糖尿病 1 型 2 糖尿病 2 型	<input type="checkbox"/>
			1 糖尿病眼病 2 糖尿病坏疽 3 糖尿病肾病 4 其他	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> 甲状腺疾病	1 甲减 2 甲亢 3 桥本氏甲状腺炎	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> 其他		
	2. 1. 6 消化系统	<input type="checkbox"/> 消化性溃疡	1 反酸、疼痛 2 出血 3 穿孔 4 幽门梗阻 5 恶变 6 其他	<input type="checkbox"/>
			1 呕血 2 黑便 3 昏厥 4 休克 5 贫血 6 发热	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> 肝、胆疾病	1 慢性肝病 2 肝硬化 3 胆石症 4 胆囊炎	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> 其他		
	2. 1. 7 泌尿系统	<input type="checkbox"/> 慢性肾功能不全	1 代偿期 2 功能不全 3 衰竭期	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> 前列腺疾病	1 前列腺炎 2 肥大	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> 其他		
	2. 1. 8 运动系统	<input type="checkbox"/> 骨质疏松	1 轻度 2 中度	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> 骨折	1 上肢 2 下肢 3 髌部 4 脊柱 5 其他：	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> 骨关节病	1 活动障碍 2 疼痛 3 肿胀 4 关节畸形 5 多个关节严重畸形 6 其他：	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> 其他		
	2. 1. 9 感觉系统	<input type="checkbox"/> 白内障	1 失明 2 光感 3 其他	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 视网膜病变		1 失明 2 光感 3 其他	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> 听力减退或耳聋		1 轻度 2 左耳失聪 3 右耳失聪 4 双耳失聪 5 其他：		
<input type="checkbox"/> 其他				

表B.9 疾病状况信息表（续）

2. I 类疾 病	2. 1. 10 其他疾病	<input type="checkbox"/> 其他	
3. II 类疾 病	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 全瘫 <input type="checkbox"/> 肌力 0 级 <input type="checkbox"/> 重度认知障碍 <input type="checkbox"/> 慢性心力衰竭（心功能IV级） <input type="checkbox"/> 肺功能IV级（极重度，伴呼吸衰竭） <input type="checkbox"/> 肿瘤（晚期） <input type="checkbox"/> 慢性肾功能衰竭（尿毒症期） <input type="checkbox"/> 多器官功能衰竭 <input type="checkbox"/> 其他重症：	
疾 病 状 况 分 级	<input type="checkbox"/> 级	0 级：无上述 I、II 类疾病	
		1 级：患有 1-2 种 I 类疾病	
		2 级：患有 3 种 I 类疾病	
		3 级：患有 II 类疾病	

附录 C

(规范性)

老年人照护需求评估结果

C.1 老年人照护需求现场评估见表 C.1。

表C.1 现场评估

背景参数		<input type="checkbox"/> 经指定医疗机构及专家诊断有认知障碍/失智症； <input type="checkbox"/> 有特殊医疗需求的； <input type="checkbox"/> 近 30 天内发生过跌倒、噎食、自杀/伤、走失等的； <input type="checkbox"/> 处于昏迷状态；		
主要参数	老年人能力评估	能力等级	等级名称	等级划分
		<input type="checkbox"/> 0级	能力完好	总分90分
		<input type="checkbox"/> 1级	能力轻度受损（轻度失能）	总分66-89分
		<input type="checkbox"/> 2级	能力中度受损（中度失能）	总分46-65分
		<input type="checkbox"/> 3级	能力重度受损（重度失能）	总分30-45分
		<input type="checkbox"/> 4级	能力完全丧失（完全失能）	总分0-29分
	疾病状况	<input type="checkbox"/> 0 级：无 I、II 类疾病		
		<input type="checkbox"/> 1 级：患有 1-2 种 I 类疾病		
		<input type="checkbox"/> 2 级：患有 3 种 I 类疾病		
		<input type="checkbox"/> 3 级：患有 II 类疾病		

C.2 老年人照护需求综合评估见表 C.2。

表C.2 综合评估

2.1 老年人照护需求等级 (详见 7.4.2)	<input type="checkbox"/> 0 级 <input type="checkbox"/> 一级 <input type="checkbox"/> 二级 <input type="checkbox"/> 三级 <input type="checkbox"/> 四级 <input type="checkbox"/> 五级 本次评估有效期 月
2.2 综合评估意见	<input type="checkbox"/> 评估结束 <input type="checkbox"/> 需再次评估 <input type="checkbox"/> 其他
2.3 特殊情况描述	
现场评估人员签名_____、_____ 综合评估人员签名_____、_____ <div style="text-align: right;">年 月 日</div>	
注： 本评估表由评估机构存档。	

附录 D
(规范性)
确认声明

确认声明见表D.1。

表D.1 确认声明

<p style="text-align: center;">确 认 声 明</p> <p>我确认，上述评估表中所填写的内容，均是评估人员根据我提供的关于本人/授权委托人/评估对象的实际情况和资料而如实填写的，我承认上述评估表内容的真实性。</p> <p>特此声明！</p> <p style="text-align: center;">评估对象（签字或按手印）：</p> <p style="text-align: center;">日期： 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">授权委托人（签字）：</p> <p style="text-align: center;">授权委托人与评估对象的关系：</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/>配偶 <input type="checkbox"/>子女 <input type="checkbox"/>亲属 <input type="checkbox"/>其他：</p> <p style="text-align: center;">日期： 年 月 日</p>
--

附 录 E

(规范性)

老年人照护需求评估复评申请表

老年人照护需求评估复评申请见表E.1。

表E.1 老年人照护需求评估复评申请表

评估编号:			
被评估人姓名		身份证号	
居住地址			
申请人姓名		身份证号	
申请理由	<input type="checkbox"/> 健康状况改变 <input type="checkbox"/> 照护需求改变 <input type="checkbox"/> 对首次评估有异议 <input type="checkbox"/> 其他		
补充说明: <input type="checkbox"/> 本人承诺以上情况真实有效。 申请人(监护人)签字: _____ 监护人与申请人关系: _____ <div style="text-align: right;">年 月 日</div>			
温馨提示: 根据有关规定,申请复评的人员,应接受专业人员对其个人基本信息、健康评估、特殊医疗需求、自理能力、基础运动能力、精神状态、感知觉与社会参与、疾病状况的评估。评估人员将现场调查生活环境等情况,并实施查看病历资料、询问病情、查体等工作,根据需要,可能还要录音、录像以及采集指纹信息等,申请人、监护人及其他相关人员应给予积极配合。因不配合导致无法完成评估工作的,将终止评估。 <input type="checkbox"/> 本人已认真阅读上述内容,理解并愿意配合做好上述工作。 申请人(监护人)签字: _____ 监护人与申请人关系: _____ <div style="text-align: right;">年 月 日</div>			
受理机构意见(盖章): _____ <div style="text-align: right;">经办人签字: _____</div> <div style="text-align: right;">年 月 日</div>			
注:本表由受理机构负责发放并指导申请人填写。由照护机构受理的一式2份,照护机构与申请人各1份;由评估机构受理的一式2份,评估机构与申请人各1份。			

