

认知症专区建设指南

目录

第一模块：为什么要建认知症专区

- 第一章 政策驱动力
- 第二章 现实紧迫性
- 第三章 建设目标定位

第二模块：如何打造有特色的认知症专区

- 上篇 环境篇——安全·友好·有归属感的空间营造
 - 第四章 环境建设的总体原则与效益逻辑
 - 第五章 空间设置与功能布局
 - 第六章 各空间详细设计（以人为中心）
 - 第七章 特色环境营造与 BPSD 应对
 - 第八章 一站式解决方案与项目案例
 - 第九章 环境篇自检清单
- 下篇 照护篇——专业·有温度·可持续的服务供给
 - 第十章 人才队伍建设
 - 第十一章 全人照护服务体系
 - 第十二章 家庭支持与社会参与
 - 第十三章 专区运营管理
 - 第十四章 评价与改进机制

第三模块：附录

第一模块：为什么要建认知症专区

第一章 政策驱动力

第一节 国家顶层设计

1. **《应对老年期痴呆国家行动计划（2024—2030 年）》**：由 15 个部门联合印发，明确到 2030 年实现痴呆防控科学知识基本普及、老年人认知功能筛查全面开展、照护服务能力稳步提升，建立预防、筛查、诊疗、康复、照护综合连续防控体系。
2. **长期护理保险制度**：中共中央办公厅、国务院办公厅印发《关于加快建立长期护理保险制度的意见》，将长期护理保险确立为社保“第六险”，将符合条件的认知症老年人按规定纳入长护险保障范围。
3. **养老服务消费补贴政策**：从 2026 年 1 月 1 日起，在全国范围内向中度以上失能老年人发放养老服务消费补贴。
4. **两项认知友好环境国家标准**：GB/T 47131.1—2026《老龄化社会 认知症包容性社群要求与指南 第 1 部分：居住社区》和 GB/T 47131.2—2026《第 2 部分：居所》正式发布。
5. **《养老机构认知障碍老年人照护指南》**（GB/T 46401-2025）：全国首个认知障碍老人照护国家标准。

第二节 地方政策与实践

- 上海、浙江、湖南、四川等多地已出台认知障碍友好社区建设及运营规范
- 浙江、江苏、安徽等省已出台认知障碍照护专区地方标准
- 上海“记忆家园”模式：2018 年率先将改建 1000 张认知症照护床位纳入市政府实事项，每单元 6-18 床，统一命名“记忆家园”

第三节 政策趋势研判

认知症照护从“补充型服务”向“标准型服务”转型；政策支持从“试点探索”向“全面推广”深化；筹资渠道从“家庭自付”向“多方共担”拓展。

第二章 现实紧迫性

第一节 认知症人口规模与趋势

- 我国 60 岁以上人群认知症患病率达 5%-7%，患者已超过 1600 万
- 65 岁以上人群患病率约 5%，85 岁以上可达 30%
- 轻度认知障碍和认知症患者总数约为 5300 万
- 预计 2030 年认知症患者将突破 2000 万
- 超过 80%的认知症老年人主要在社区完成日常照护

第二节 社会痛点与需求缺口

- “一人失能，全家失衡”——不少家庭成员被迫辞去工作专职照护
- 长期护理保险定点机构仅 1.2 万家，持证长期照护师刚过 1 万人
- 认知症照护专业人才严重短缺

第三节 建设专区的战略意义

缓解家庭照护压力，提高老年人生活质量；推动养老服务供给侧结构性升级；落实积极应对人口老龄化国家战略。

第三章 建设目标定位

第一节 总体目标

围绕“安全、专业、特色、可持续”四个关键词，设置阶段性目标和最终目标。

第二节 功能定位

- **机构照护功能：**为中度以上认知症老年人提供 24 小时专业照护
- **康复训练功能：**开展认知训练、非药物干预等康复服务
- **社区辐射功能：**链接社区资源，为居家认知症家庭提供支持
- **人才实训功能：**承担认知症照护专业人才培养基地职能

第三节 政策倡导与市场验证：建专区的双重驱动力

建设认知症专区，既是响应国家政策号召的民生工程，也是经过市场验证的可持续盈利项目。

一、政策倡导：国家战略层面的明确要求

从国家到地方，各级政府已将认知症照护体系建设纳入应对人口老龄化的核心任务：

- **国家行动计划：**《应对老年期痴呆国家行动计划（2024—2030 年）》明确要求到 2030 年照护服务能力稳步提升，建立综合连续防控体系。
- **长期护理保险制度：**国家将长期护理保险确立为社保“第六险”，为认知症照护提供了稳定的支付来源。
- **养老服务消费补贴：**2026 年起全国范围内向中度以上失能老年人发放补贴，直接惠及认知症家庭。
- **国家标准出台：**两项认知友好环境国家标准及《养老机构认知障碍老年人照护指南》相继发布，为专区建设提供了规范化指引。
- **地方政策跟进：**上海、浙江、江苏、安徽、广东等多地已出台认知症照护专区建设方案和补贴政策。

政策信号明确：认知症照护不是“可选项”，而是养老服务体系建设的“必选项”。

二、市场验证：已被证明的盈利模式

认知症专区不仅是民生项目，更是经过市场检验、具备良好经济效益的商业模式：

验证维度	具体表现
收费溢价	专区护理费比普通失能区平均高 30%，客户愿为专业服务支付更高价格
回本周期	改造专区后 1 年新增的营收通常可覆盖投入本金，投资回报周期短
客户粘性	认知症老人一旦稳定入住，轻易不退住，入住率稳定，长期收益可观
政策补贴	各地提供建设、运营补贴、人员奖补等多重资金支持，降低前期投入压力
品牌溢价	专区是养老机构的“技术高地”，可显著提升品牌形象，带动其他业务增长
客户引流	通过认知症筛查、科普活动、家属互助会等，为机构储备大量潜在客户

市场数据佐证：

- 上海、北京等地认知症专区长期保持满床状态，排队入住周期达 3-6 个月
- 头部养老企业（如泰康、光大等）已将认知症照护作为核心竞争产品线进行布局
- 社区嵌入式认知症小微机构单店模型已验证，通常在 12-18 个月实现盈利

三、结论：政策与市场的双轮驱动

认知症专区建设不是“自嗨”，而是兼具社会价值与经济价值的理性选择：

- **政策层面：**顺应国家战略，争取政策红利，抢占行业发展先机
- **市场层面：**满足刚性需求，实现合理盈利，形成可持续的服务供给

“不建专区，认知症老人会流失到竞争对手那里；建了专区，不仅能留住自己的老人，还能吸引其他机构的老人。”——这是已被多家机构验证的市场规律。

第四节 服务对象界定

主要面向经医疗诊断或专业评估符合照护条件的认知障碍老年人，根据病情阶段和类型进行分级管理。具体来说应当是认知症中、重度，且有行动能力的长者。

第二模块：如何打造有特色的认知症专区

上篇 环境篇——安全·友好·有归属感的空间营造

编写说明：本章内容主要依据 T/LXLY 0001-202X《养老设施认知症照料单元设计导则》、上海市民政局《认知症照护床位设置工作方案（试行）》及行业实践总结编制。

第四章 环境建设的总体原则与效益逻辑

一、重新认识认知症专区

关键认知：美国知名认知症照护专家 Helen Kales 博士指出——“真正让认知症老人住进养老院的，不是由于记忆问题，而是精神行为问题（BPSD）。”

认知症专区的核心价值是有效应对 BPSD，为家庭提供切实的照护减负。

二、建设认知症专区的效益逻辑

在设计之前，必须首先回答三个问题：定目标、算账、选址。

1. 定目标：解决产品定位问题

机构类型	核心策略	关键任务
普惠型项目	做项目	满足基本照护需求，控制成本
普惠型连锁集团	做产品	形成可复制的标准化产品模块
地方头部连锁集团	做标准	参与或制定地方标准
养老市场第一梯队	做品牌	打造认知症照护标杆

2. 算账：明确专区的经济效益

- 专区护理费比普通失能区平均高 30%
- 改造专区后 1 年新增的营收通常可覆盖投入本金
- 认知症老人一旦稳定入住，轻易不退住

3. 选址：决定专区成败的关键

首选周边有神经内科、精神科、老年病科医院的地方；其次选择有专科大夫定期巡诊+社区卫生服务站组合的地方。

三、整体设计目标

- 安全性
- 尊严维护
- 独立性促进
- 居家氛围
- BPSD 缓解
- 参与机会平等

四、以人为中心的六大设计原则

原则	核心要点	环境策略
原则 1：促进空间认知与自主导向	帮助老人辨识空间、自主寻路	小单元、开放式布局、通透视线
原则 2：确保安全的同时维护尊严	安全措施不应造成“监视感”	隐蔽门禁、去机构化护理台
原则 3：提供熟悉的环境和易操作的设备	居家化、操作直观	家庭家具、老式洁具样式
原则 4：提供丰富多样的活动设施	满足不同兴趣和刺激水平	多层次活动空间、兴趣角

原则 5：提供自我控制机会	尊重个人选择和作息	单人间为主、自助厨房
原则 6：提供有益的感官刺激	正向刺激，减少不良刺激	自然景观、食物香气

五、 疗愈环境的核心设计要素

要素	具体要求
安全性	无高差、圆角处理、防滑地面、安全插座、窗户限位、隐蔽门禁
温馨明亮	充足均匀的自然光+人工照明，暖色调为主
导视清晰易识别	图文结合、多角度设置、个性化记忆点
沉浸疗愈参与	设置动手、互动、沉浸式体验空间
BPSD 友好	减少诱发激越、游荡的环境因素

六、 上海经验的引领作用

上海“记忆家园”模式：统一命名、小单元模式（6-18 床）、居家风格、政策配套，已被全国多地采纳。

第五章 空间设置与功能布局

一、 单元设置

1. 形式与独立性

认知症照料单元应有相对独立性，可选择独栋建筑、独立楼层或楼层中的独立区域。

2. 单元规模

来源	每单元床位数
《设计导则》	宜 6-20 床，不应超过 40 床
上海方案	每单元 6-18 床
行业实践	推荐 8-20 床

3. 位置选择

宜设置于低楼层，或带有屋顶花园、室外露台的楼层。

二、功能空间配置

1. 必配空间

功能空间	配置要求	备注
卧室	▲	每间原则不超过 4 床，鼓励单人间
餐厅	▲	可与客厅综合设置
公共客厅	▲	可与餐厅综合设置

备餐区	▲	开放式，含厨房功能
照护站	▲	去机构化，隐蔽设计
公用卫生间	▲	每单元不少于 2 个厕位
助浴室	▲	配更衣间、附设厕位
污物处理间	▲	可与其他区域合并
储藏室	▲	可与其他区域合并
活动/训练场所	▲	可与餐厅、客厅综合设置

注：▲为必配

2. 选配空间

园艺治疗区域、室外活动场地（五感花园）、多感官刺激空间、宁静小空间、自助茶水吧、家务空间。

3. 面积标准

指标	上海方案	建议取值
床均建筑面积	$\geq 20 \text{ m}^2$	20-25 m^2
单人间使用面积	$\geq 7 \text{ m}^2$	10-15 m^2
多人间单床使用面积	$\geq 5 \text{ m}^2$	$\geq 6 \text{ m}^2$
公共活动空间人均	—	$\geq 3 \text{ m}^2$
公共活动空间总面积	—	20-40 m^2
居室卫生间面积	—	$\geq 5 \text{ m}^2$

三、平面布局与流线

1. 布局核心要点

- 居室围绕公共空间，采用开放式布局
- 视线通透，护理人员能随时观察老人动态
- 避免过长走廊或复杂平面形式
- 护理站去机构化，结合备餐台设置
- 辅助空间消隐（门与墙面同色）

2. 动线设计的“环形路径”原则

活动流线尽量简单清晰，尽量形成环形路，让老人在徘徊时能自然回到房间，防止迷路产生焦躁。

第六章 各空间详细设计（以人为中心）

一、居室空间

- 单人间为首选，双人间少量设置，多人间每间不超过4床且床间有隔断
- 少设置固定家具，鼓励老人自主布置
- 从床头可直接看到卫生间门
- 选用老年人熟悉的洁具样式（如抬掀式开关）
- 镜子可遮蔽设计
- 床到卫生间路径设置夜灯
- 房门不安装内锁，门上设可视区域
- 安装呼叫系统（带图示、颜色、确认音）

二、公共活动空间

空间层次：

- 集体活动空间（人均2.5-5 m²，总面积≥20 m²）

- 小组活动空间（4-6 人，约 10-15 m²）
- 个性化活动角
- 宁静小空间
- 观望角落

就餐空间：灵活用餐时间、自助餐台、可选菜单、食物香气营造氛围。

开放式备餐空间：与活动空间临近，低位台面鼓励参与，不用明火。

自发活动角：图书角、音乐角、手工角、健身角。

三、公共卫浴空间

- 公用卫生间设置在公共活动空间附近，每单元 ≥ 2 个厕位
- 公共浴室干湿分区，入口视线遮挡
- 选用老人熟悉的洁具样式

四、辅助服务空间

- 护理台“去机构化”，结合备餐台设置
- 员工休息室释放压力
- 多功能共享空间（亲情室、静养隔离、理发等）

五、交通空间

- 散步路径沿途设休息点、兴趣角，推荐环形路径
- 走廊视线通透，不同功能区有明显区别
- 单元出入口隐蔽处理，至少设 1 处自由出入口
- 门禁隐蔽安装，减少被限制感
- 居室入口设个性化装饰（记忆盒、照片墙）

六、室外活动场地（五感花园）

- 相对独立，与公共活动空间保持视线联系
- 无障碍出入口
- 围护安全隐蔽（绿篱、木栅栏）
- 五感刺激：视觉（花卉）、听觉（鸟鸣、流水）、嗅觉（芳香植物）、触觉（不同质感）、味觉（可食用植物）
- 有目的的户外活动：园艺种植、浇水、采摘
- 私密的休息谈话角落

第七章 特色环境营造与 BPSD 应对

一、居家氛围营造

“软装就是舞台布景”——通过软装搭配营造不同的家居环境。家具选用居家尺寸，家庭化装饰，鼓励携带私人物品，避免机构化。

二、针对 BPSD 的环境设计策略

BPSD 症状	环境诱发因素	优化策略
游荡/徘徊	过长走廊、缺乏方向标识	环形路径、沿途兴趣点
激越/攻击	嘈杂环境、过度刺激	宁静小空间、控制声光
妄想/误解	地面反光、复杂花纹	哑光地面、简洁图案
日落综合征	傍晚光线变暗	充足自然采光、智能照明
重复提问	护理人员不可见	视线通透、护理站隐蔽可见

三、主题分区与怀旧设计

通过色彩、声音、光线、主题装饰区分功能区域：年代主题、地域文化、职业主题、

个人记忆角。

四、多感官刺激环境

感官	正向刺激	避免不良刺激
视觉	柔和自然光、温馨色彩	强眩光、复杂花纹
听觉	轻柔音乐、自然声	突然噪音
嗅觉	花香、食物香	消毒水味
触觉	不同材质、园艺土壤	尖锐、过冷过热
味觉	自助茶水吧	过烫饮品

五、色彩疗愈与空间识别

增强地面、门、扶手与墙面的色彩对比；不同功能区域通过色彩区分；多个单元通过家具样式、主题色彩区分。

六、科技赋能

隐蔽门禁、公共区域视频监控、离床报警、徘徊感知、智能照明、智能呼叫按钮（图示+颜色+确认音）。

七、标识系统设计

标识醒目、多角度设置、图文结合、保持连续性。**禁止歧视性用语**：不得出现“老年痴呆”、“失智”等词语（政策文件名称中引用除外）。

第八章 一站式解决方案与项目案例

一、一站式服务流程

项目勘测—咨询策划—空间设计—软装设计—产品辅具—工程施工—课程培训。

二、核心项目类型

- 认知症友好社区
- 认知症机构床位建设/改造
- 认知症护理照护小微机构
- 市、区级综合示范点
- 认知驿站
- 校园失智照护/长者乐龄实训室

三、特色产品与干预训练工具

1. 干预训练产品套装

产品名称	用途	特点
适老运动操课套装	手部精细运动、上肢力量、协调性	配套视频、简单易学
音乐训练活动套装	开展各项音乐活动	使用简单，形式多样
团体认知功能训练套装	通过团体游戏进行多维度认知功能训练及社交互动	活动组织者带领的团体训练
多感官产品套装	看、听、摸、闻的多感官刺激训练及游戏	随时随地、生活化的多感官活动

2. 非药物干预课程体系

作用领域	活动大类	活动目标	兴趣类别	个案活动	集体活动
------	------	------	------	------	------

肢体功能	精细运动能力	锻炼手部精细动作能力	手工活动		
			书画艺术		
	大运动能力	锻炼肢体大运动能力	运动活动		
认知功能	感知觉能力	刺激感知觉	休闲放松		
	认知能力	锻炼认知能力	阅读活动		
			智力游戏		
改善情绪	竞技游戏	通过竞技运动创造积极情绪	棋牌桌游		
	影音欣赏	通过影音欣赏创造积极情绪	影视音乐		
创造意义	怀旧角色	通过过往经历创造意义感	社交活动		
			家人相处		
			职业活动		
	社会角色	通过自理和承担社会角色创造意义感	家务整理		
			做饭活动		
			生活训练		

3. 特色艺术疗愈项目

- “忆术家”长者艺术疗愈呵护计划
- “幸福夕阳红”系列主题活动

四、项目案例精选

项目名称	地点	项目特点
常熟综合养老服务中心	江苏常熟	综合养老+认知症专区一体化
苏康养江陵康养中心	江苏苏州	环形动线+多感官室
常阴沙综合养老服务中心	江苏张家港	社区嵌入式小微机构
东香湖康养中心	江苏连云港	3.6 万㎡，含认知症专区
徐圩新区康养中心	江苏连云港	医疗康复+认知症照护融合
国寿苏州阳澄湖半岛	江苏苏州	酒店式认知症照料单元

鑫琦医养综合体	山东	3.3 万㎡，记忆障碍专业照护
光大汇晨阳山养老院	江苏苏州	1167 张床，认知症专区
泗洪悦心康养中心	江苏泗洪	10 万㎡医养综合体
历城康养中心	山东济南	3.2 万㎡，设认知症照护中心
琴川智慧适老化展厅	江苏常熟	适老化展示体验
晋源综合为老服务中心	江苏苏州	1335 ㎡，日间托养
共耀华庭综合为老服务中心	江苏苏州	智慧养老主题

五、核心优势

全链条服务、长期产品研发、专业设计团队、课程持续更新、案例丰富。

第九章 环境篇自检清单

检查项	具体要求	是否达标
单元规模	每单元 6-18 床（上海），推荐 8-20 床	☐
独立性	相对独立区域，单独出入流线	☐
床均面积	≥20 ㎡	☐
单人间面积	≥7 ㎡，推荐 10-15 ㎡	☐
多人间床位	每间≤4 床，床间有隔断	☐
公共活动空间	人均≥2.5 ㎡，总面积≥20 ㎡	☐

居室卫生间	宜设，面积 $\geq 5\text{ m}^2$ ，从床头可见	☐
公用卫生间	≥ 2 个，临近活动空间	☐
门禁系统	隐蔽安装	☐
视频监控	公共区域覆盖，摄像头隐蔽	☐
窗户限位	已限位，通风良好	☐
房门无内锁	已落实，门上设可视区	☐
护理站	去机构化，隐蔽设计	☐
安全防护	安全插座、防护条、橱门安全锁	☐
危险品管理	清洁剂、刀具等上锁	☐
标识系统	醒目、连续、图文结合	☐
无歧视用语	无“痴呆”“失智”等	☐
居家氛围	家庭化装修，避免机构化	☐
室外活动场地	宜设五感花园，围护安全	☐
环形动线（推荐）	走廊形成环路或有丰富驻足点	☐
自发活动角（推荐）	图书角、音乐角、手工角等	☐
灵活用餐（推荐）	自助餐台、可加热食物	☐

下篇 照护篇——专业·有温度·可持续的服务供给

编写说明：照护篇以“以人为中心”为核心理念，整合了认知症照护领域的前沿方法（蒙特梭利老年与认知症照护、BPSD 综合干预、DICE 方法、澳洲行为支持计划等）及行业实践经验。

第十章 人才队伍建设

一、人员配置标准

岗位	配置要求	职责简述
专区负责人	1 名专职	全面负责专区运营
护理长	1 名	协助负责人
护理员	当班≥1:5，整体≥1:3	生活照护、BPSD 应对
社工	1 名专职	活动策划、家属沟通

护士	1 名（可共用）	生命体征监测、用药
医生团队	内设或合作	疾病诊疗
康复治疗师	可兼职	认知康复
销售/营销	纳入整体团队	客户咨询

二、人才遴选标准

专区负责人需有认知症照护经验、管理能力、认同“以人中心”理念；护理员需有耐心、善于观察。

三、培训体系

模块	主要内容
认知症基础知识	类型、病程、核心症状与 BPSD
沟通技巧	非命令式语言、共情回应、认可疗法
BPSD 应对	DICE 方法、ABC 分析、行为记录、个案讨论
日常生活照护	拒绝照护应对、协助技巧
活动设计与带领	蒙特梭利方法、个性活动开发
环境支持	利用环境减少 BPSD

第十一章 全人照护服务体系

一、服务理念：以人中心

关键认知：认知症老人无法清晰说明时，情绪和行为是最直接的沟通方式。当老人能力不足时，应从三方面支持：评估老人尚存能力、营造环境支持、医疗健康+生活照护+个性活动共同支持。

二、服务流程

筛查评估→个案管理→日常照护→BPSD 应对→活动参与→家庭支持→照护转介。

三、日常生活照护

遵循“支持自立、最小协助”原则：

项目	关键点
用餐	尊重节奏，仅协助不喂食
排泄	定时引导，及时清理
起居	分解步骤，给予选择权
移动	陪同防跌倒
睡眠	尊重作息，夜灯常亮

四、BPSD 预防及应对

核心观点：真正让认知症老人住进养老院的，不是记忆问题，而是 BPSD。

1. 重新理解“行为”

认知症老人的行为改变往往是有原因的——它可能是对某件事的反应，也可能是表达某种未满足需求的方式。行为本身不是“问题”，而是**信号**：老人在用行为告诉我们，他们感到痛苦、不适、困惑，或遇到了无法应对的情境。

关键认知：许多行为改变是老人感到压力或未满足需求的信号——可能是环境中的某些因素、内心的感受（生理或心理上的），或对外部情境的反应。行为支持的目标不是“消除行为”，而是理解行为背后的原因，并帮助老人获得更好的生活质量。

为什么语言很重要：避免给老人贴标签，如“徘徊者”或“尖叫者”。这些标签会让我们与老人产生距离。相反，应描述具体行为并尝试理解原因（例如：“我想知道是什么让老人反复从房间走到大厅？”）。始终在老人的独特需求和偏好背景下评估行为。

2. 行为支持计划（BSP）概述

行为支持计划（Behaviour Support Plan, BSP）是针对需要行为支持的老人制定的个性化、动态的护理文件，是老人整体护理计划的一部分。一个好的 BSP 能够：

- 前瞻性地避免可能引发行行为改变的负面因素
- 当老人通过行为表达需求时，能够主动、恰当地回应和支持

BSP 不是一次性填写的表格，而是活的文档，需要被频繁查阅、定期更新。行为支持流程包含三个核心阶段：识别 → 评估 → 计划/实施/评估。

3. 第一阶段：识别（Identify）

识别“行为改变”：

什么是“需要关注的行为改变”？行为改变是因人而异的——对某位老人来说正常的行为，对另一位老人可能就是困扰。关键判断标准：

- 该行为是否让老人本人感到痛苦？
- 该行为是否让他人感到痛苦或造成风险？
- 该行为是否与老人的“正常”行为模式不同？

常见的行为改变类别（仅作参考，不必贴标签）：

类别	表现举例
身体攻击	打、踢、抓、咬
言语攻击	骂人、尖叫、威胁

激越	坐立不安、重复动作
游荡/徘徊	无目的行走、试图离开
抗拒照护	拒绝进食、洗澡、服药
妄想/幻觉	坚信不实的事情、看到/听到不存在的事物
抑郁/退缩	哭泣、淡漠、拒绝社交
睡眠紊乱	日夜颠倒、夜间频繁醒来

立即应对策略：在行为发生时，首要任务是**确保安全**（老人、其他老人、家属、员工）。立即应对包括：

策略	操作
保持冷静	不要争吵或试图讲道理；调节自己的反应，回应老人的情绪而非行为
确保安全	移除环境中可能的危险物品；清除明显的挑衅或诱因；必要时呼叫额外协助
提供安抚	验证老人的感受（“我知道你现在很不安”）；老人的感受对他们来说是真实的
满足基本需求	如厕、舒适、饥饿、口渴等立即需求
评估情境	环境中的噪音、温度、光线是否可能引起不适？调整环境
重定向	如可能，引导老人参与其他有意义的、喜欢的活动
保持灵活	如果老人抗拒照护，可改到稍晚时间再尝试
记录与上报	按机构政策记录行为事件；如涉及报告性事件，立即上报

记录与报告：行为改变必须被**客观、详细**地记录。记录应包括：

- 行为发生的时间、地点、持续时间
- 行为的具体表现（描述做了什么、说了什么，避免标签）
- 行为发生的预警信号
- 相关事件
- 行为对老人及他人的影响

4. 第二阶段：评估（Assess）

评估阶段的核心是分析 **ABC 行为链**：

- **A（Antecedent）前因**：行为发生之前发生了什么？
- **B（Behaviour）行为**：具体的行为表现是什么？
- **C（Consequence）后果**：行为之后发生了什么？对老人和他人产生了什么影响？

前因评估（A）：

前因是可能引发行为改变的因素。前因往往高度个体化——对老人来说可能很明显、很痛苦，但对他人来说可能是看不见的。评估应覆盖以下维度：

维度	评估要点
身体健康	谵妄、疼痛、感染、便秘、脱水、药物副作用、睡眠紊乱、共病
认知健康	认知症类型与阶段、幻觉/妄想、执行功能损伤
感官问题	视力/听力障碍、失认症、失用症
心理健康	抑郁、焦虑、情绪障碍
性格与关系	性格特点、与其他老人的关系、家属关系、文化背景
社会历史与日常	过往职业、生活习惯、日常流程；改变日常可能引发焦虑和失控感
参与度	是否缺乏有意义的活动？孤独？无聊？
行为历史	以往的行为类型、频率、诱因、有效的应对策略

环境	布局是否造成困惑？是否过于嘈杂或繁忙？是否缺乏私人物品？
----	------------------------------

行为评估（B）：

行为本身的记录应**客观、具体**，而非贴标签。例如：

- ✕ “老人很激越” → ✓ “老人早上 7 点至 9 点之间，反复从房间走到大厅门口，试图推门出去”
- ✕ “老人有攻击行为” → ✓ “老人在护理员协助穿衣时，用脚踢护理员腿部”

记录应包括：行为的严重程度、预警信号、相关事件。

后果评估（C）：

行为之后发生了什么？重点关注：

- 对老人本人的影响
- 对他人的影响
- 干预措施的效果

5. 第三阶段：计划、实施与评估（Plan, Implement, Evaluate）

基于评估结果，制定**个性化**的行为支持策略。策略应尽可能**非药物**，药物干预仅在其他方法无效且医生评估后使用。

非药物干预策略

策略类型	方法举例
参与策略	让老人参与有意义的活动：家务劳动、职业相关活动、音乐/艺术/园艺、感官活动
沟通策略	验证老人的感受；用平静、温和的语气；给予安抚和保证；使用助听器/眼镜等辅助工具
环境策略	移除诱因；优化环境（如安全户外空间、散步环路、目的地提示）

日常常规	保持稳定的日常流程；尊重老人的生活节奏；提供视觉提示
重定向与分散注意	当行为出现时，引导至其他活动
生活故事运用	根据老人的职业、爱好、习惯设计个性化干预

案例：Yvonne 一生都在照顾家人、做家务、烘焙。入住机构后，她开始进入其他老人房间、拿走物品。通过了解她的生活历史，团队让她参与家务（擦拭桌椅、准备餐厅），行为消失，她重新获得了生活意义。

药物干预原则：

药物（尤其是抗精神病药物）**不应**作为首选。仅在以下情况下考虑：

- 前因和诱因已被评估和处理
- 非药物干预已尝试但无效
- 经医生评估认为是恰当的临床响应
- 已与老人或代理人充分讨论
- 有监测、评估、减量或停药的策略

注意：许多行为（如游荡、打扰他人、喊叫）对药物不敏感。药物可能只是通过镇静来压制行为，这不是恰当的治疗目标，并可能构成限制性实践。

制定行为支持计划（BSP）：

BSP 必须包含以下内容（基于评估信息）：

1. **老人信息：**有助于理解老人及其行为的评估和信息
2. **行为信息：**行为类型、时间/日期/持续时间、负面影响、预警信号、诱因
3. **护理策略：**最佳实践策略（非药物、基于老人偏好、提升生活质量和参与）；其他

使用的策略（包括效果和监测记录）；考虑过的其他策略

4. 咨询记录：与老人或代理人就护理策略进行的咨询

如使用约束性实践，还需额外记录：约束的具体方式、使用时长和频率、预期结果、监测与上报机制、审查计划、用药约束是否可减量或停药，以及老人的同意记录。

实施与监测：

- BSP 必须被**一致地**执行，所有照护人员都应熟悉并遵循
- 采用**试错法**：根据具体情况灵活调整策略
- 持续监测：使用行为评估表、行为频率记录表等工具记录行为频率、严重程度、策略效果
- 定期审查：BSP 应“定期审查”或在老人情况变化时尽快审查
- 如策略无效，应调整 BSP；如仍无效，考虑转介内部或外部专家

BSP 有效的标准：

- 行为发生的频率降低
- 行为的严重程度减轻
- 老人的痛苦减少
- 老人的生活质量提升
- 对他人（其他老人、家属、员工）的负面影响减少

6. BPSD 诱因三角（整合回顾）

BPSD 的发生由三个因素相互作用引起，这与行为支持计划的分析框架一致：

因素	内容	对应 BSP 评估维度
老人自身	认知障碍、身体不适、情绪状态	身体健康、认知健康、心理健康、 感官、性格
照护者	沟通不当、动作生硬、缺乏共情	沟通策略、照护者方式
环境	陌生、刺激过度、缺乏隐私	环境因素、日常常规、参与度

7. 拒绝照护的专项应对

拒绝照护是常见难点，遵循以下逻辑：

分析原因（三要素）→ 初定方案（与家属共同）→ 结合个性调整 → 实施观察 → 方案迭代

通用应对策略：

- 强烈抗拒时立即停止，避免强迫
- 记录拒绝发生的时间、场景、诱因
- 团队照护时提前沟通，保持策略一致
- 分解照护步骤，给予选择权
- 使用积极的引导和重定向

8. 行为支持的关键原则总结

原则	内容
行为即沟通	行为改变是老人表达需求或痛苦的方式，而非“问题”
从了解老人开始	了解老人的喜好、厌恶、过往经历、日常，是理解行为的关键
仔细评估、计划、合作	使用评估工具，与老人、家属、多学科团队合作，制定个性化策略
前瞻性干预	尽可能预防诱因，而非仅仅事后应对
非药物优先	首先尝试环境调整、活动参与、沟通技巧等非药物方法
动态更新	BSP 是活的文档，需持续监测、评估和修订

五、 非药物干预与蒙特梭利照护法

1. 蒙特梭利照护法简介

- **起源**：20 世纪初意大利教育家玛丽亚·蒙特梭利为智力缺陷儿童设计的教育方法
- **引入认知症领域**：1980 年代美国应用老年学专家卡梅伦·坎普博士首次连结
- **发展**：2014 年国际蒙特梭利协会（AMI）组建蒙特梭利老年与认知症照护顾问委员会（MDDA）
- **中国大陆实践**：光大集团、招商集团等企业已应用蒙特梭利标准

2. 蒙特梭利照护三要素

要素	内容	与 BPSD 诱因三角对应
有准备的环境	通过视觉提示为认知缺陷提供支持	环境
个性活动/角色	根据能力与兴趣设计有意义的活动	老人自身
预备好的成人	照护者接受专业培训	照护者

3. 核心概念

- **关注尚存能力**：感知觉、躯体功能、阅读能力、程序性记忆等
- **有准备的环境**：满足适老化，通过提示让老人更自主
- **记忆辅具**：提示卡、日程表、标识、姓名牌、任务分解图
- **个性活动**：基于个人兴趣和能力的活动

4. 效果依据

- 2009 年：量身定制的活动使 BPSD 发生次数下降约 40%，照护时间减少约 15%
- 2022 年 Meta 分析：蒙特梭利方法可减少激越行为，尤其是身体攻击

5. 认知干预三个层次

层次	目标	适用人群
----	----	------

认知刺激	预防认知症	社区老人、轻度认知障碍
认知训练	干预和改善症状	轻中度认知症
认知康复	维持独立性	中重度认知症

6. 蒙特梭利老年照护理念与实践课程——澳洲认知症照护体系的系统学习

为了系统性地掌握认知症专区建设所需的核心知识与技能，我们引入**澳洲成熟的认知症照护体系**。该体系融合了国际蒙特梭利协会（AMI）的老年照护理念与澳大利亚政府注册机构的十年落地经验，由两位澳洲资深专家亲授。**一次课程，即可学完认知症专区建设所涵盖的全部核心模块**——从环境设计、BPSD 应对、个性活动开发，到行为支持计划制定、团队文化转变。

① 课程背景与师资

项目	内容
课程名称	蒙特梭利老年照护理念与实践课程
认证机构	国际蒙特梭利协会（AMI）
授课专家	Anne Kelly（AMI 老年与认知症委员会主席，深耕老年与认知症照护 40 余年，指导日本、澳洲多个蒙特梭利照护之家落地） Christina Harlamb（澳洲资深老年照护专家，拥有十年以上政府注册机构成功落地经验）
培训基地	国内首个由国际专家指导打造的专业蒙特梭利老年实训教室（1:1 真实复刻“有准备的环境”）
双重认证	AMI 老年课程出席证书 + 澳洲机构课程出席证书

② 课程内容与专区建设的对应关系

该课程的大纲与认知症专区建设的核心模块**完全对应**，一次学习即可掌握从理念到落地、从环境到行为支持的全部技能：

课程模块	对应专区建设内容
01. 蒙特梭利照护方法的历史、原则及照护者品质	以人为中心的照护理念
02. 深入认识老龄化、认知症与失能的类型与挑战	认知症基础知识、BPSD 认知
03. 运用“4W”模型等工具认识个体、发掘优势	个案评估、个性画像
04. 支持记忆丧失的沟通与干预方法	沟通技巧、认可疗法、重定向
05. “有准备的环境”设计与“预备好的成人”角色	友好环境营造、照护者角色
06. 在个人护理中维护尊严与支持自立	日常生活照护（支持自立、最小协助）
07. 确保安全的移动、转移与辅具使用	安全防护、适老运动
08. 营养支持与安全进餐协助	MIND 饮食、用餐服务
09. 用药安全与健康监测要点	医疗服务、用药管理
10. 开发与引入以人为本的蒙特梭利活动	个性活动开发、活动库建设
11. 在机构中引领文化转变，促进家庭参与	团队文化建设、家属支持
12. 案例研究	行为支持计划个案实践
13. 实践环节	综合技能落地

③ 与行为支持计划（BSP）的有机结合

澳洲认知症照护体系是行为支持计划方法的重要来源之一。本课程将系统讲授：

- **行为识别**：如何区分“行为改变”与“老人本来的样子”
- **ABC 行为分析**：前因、行为、后果的完整评估流程
- **非药物干预优先**：如何在 BSP 中优先使用环境调整、活动参与、沟通技巧等非药物

策略

- **个性化策略制定**：基于老人的生活故事、职业背景、兴趣爱好，量身定制行为支持策略
- **监测与迭代**：使用行为评估表、行为频率记录表等工具，持续监测策略效果并优化BSP
- **约束性实践的避免与替代**：如何在法律和伦理框架下，最大限度减少约束性实践的使用

课程中的案例研究（模块 12）将带领学员完整走完 BSP 的“识别—评估—计划/实施/评估”全流程，确保学员回到机构后能够独立为需要行为支持的老人制定有效的 BSP。

④ 实训基地：国内首个蒙特梭利老年实训教室

- **1:1 真实复刻**：完全按照蒙特梭利原则打造的“有准备的环境”，包含起居室、活动区、多感官角、备餐区等真实场景
- **亲手操作**：学员在这里亲手操作蒙特梭利教具、练习活动带领、模拟 BSP 个案讨论
- **亲眼观察**：观察专业导师如何与老人互动、如何引导参与、如何应对行为挑战
- **亲身参与**：在真实场景中将知识转化为可执行的技能，实现“学完即能用”

⑤ 适合人群

适合人群	对应专区岗位	学习收获
老年照护机构的运营者与专业从业人员	专区负责人、护理长、护理员	掌握专区运营的核心方法论和落地工具
蒙特梭利教师、培训师及园所管理者	培训师、社工	将蒙特梭利理念迁移到老年照护领域
致力于社区服务的社工、活	社工、活动专员	学会设计有意义的个性活动和

动策划者		集体活动
希望为家人提供专业支持的家属	家属支持、家庭赋能	掌握家庭照护的核心技巧

⑥ 课程价值

价值维度	具体体现
体系完整	一次课程覆盖认知症专区建设所需的全部核心模块（环境、用药、营养、护理、活动、BPSD、团队、家属）
国际权威	AMI 认证课程，由澳洲资深专家亲授，融合日本、澳洲多个成功项目经验
本土落地	国内首个实训教室，1:1 真实复刻，学完即可在机构中复制
双证认可	AMI 老年课程出席证书 + 澳洲机构课程出席证书，为机构申请国际认证奠定人才基础
与 BSP 无缝衔接	课程中的行为支持模块与澳洲政府要求的 BSP 立法框架完全一致，学完即可为老人制定合规、有效的 BSP

建议：认知症专区建设团队应至少派送核心人员（专区负责人、社工、护理长）参加本课程，以确保专区的服务理念、环境设计、活动开展、行为支持与国际先进水平接轨。

六、 活动设计与开展

1. 活动分类体系

认知症专区的活动设计应遵循“多维度、系统化、个性化”原则，覆盖以下七个作用维度和活动大类：

作用维度	活动大类	训练目的	活动形式举例
运动功能	精细运动能力	锻炼手部精细动作能力	串珠、编织、折纸、拼图、蒙特梭利操作
运动功能	大运动能力	锻炼肢体大运动能力	健康操、椅子舞、健身步道、适老运动器械
感知觉	多感官刺激训练	激活并整合五感体验	多感官室体验、触觉手筒、互动感官靠垫、律动助眠
认知功能	多维度认知训练	延缓认知衰退	认知训练游戏、脑健康评估训练系统、VR 数智训练
情绪心理	音乐艺术	创造积极情绪	音乐合唱、乐器体验、墙面音乐互动、音乐灯光系统
情绪心理	手工/绘画/园艺/芳香/照片疗愈	舒缓情绪、表达自我	书画、插花、香薰、老照片分享、艺术疗愈
情绪心理	竞技游戏	游戏化创造积极情绪	竞赛桌游、团队游戏、积分挑战
社会生活	社交活动促进	维持社会交往能力	集体生日会、主题茶话会、角色扮演
生活能力	自主生活能力促进	维持日常生活独立性	模拟购物、备餐体验、衣物整理、家务劳动

2. 特色非药物干预活动

在常规活动之外，专区应引入以下已被验证有效的特色干预活动：

① 音乐艺术疗愈

活动形式	内容说明	适用对象
集体合唱	老歌重温、节拍互动	轻中度认知症

乐器体验	摇杆彩虹琴、敲敲打打音乐宝盒	各阶段
墙面音乐互动	触摸发声系统，无需复杂操作	中重度认知症
音乐灯光互动	声光同步刺激，创造沉浸体验	情绪低落者
音乐训练套装	按步骤进行的音乐认知训练	轻中度

效果：音乐活动可显著改善情绪、减少激越行为，尤其适用于用餐、护理等抗拒场景。

② 多感官刺激训练

活动形式	内容说明	适用对象
多感官室体验	柔和光线、舒缓音乐、芳香、触觉板	各阶段，尤其 BPSD
互动感官靠垫	按压发声/发光的触觉训练	中重度
触觉多感官手筒	不同材质触觉探索	各阶段
多功能触觉记忆毯	触觉+记忆双重刺激	轻中度
VR 数智健康中心	虚拟场景沉浸体验	轻中度
律动助眠区	振动按摩+舒缓音乐	睡眠障碍者

效果：多感官刺激可有效缓解焦虑、日落综合征，帮助老人平复情绪。

③ 游戏化认知训练

活动形式	内容说明	适用对象
认知训练游戏（桌面）	记忆匹配、分类、排序类游戏	各阶段
脑健康评估训练系统（平板）	数字化认知训练，自动记录进度	轻中度
互动场景疗愈系统	大屏沉浸式认知训练	轻中度
竞技桌游	牌类、骰子类团体游戏	轻中度
游戏化认知功能训练空间	专门设计的游戏化训练区	轻中度

④ 适老运动激活

活动形式	内容说明	适用对象
健身操（筋膜球/健康棒/甜甜圈）	手部精细+上肢+全身运动	各阶段
椅子舞	坐姿完成的舞蹈运动	行动不便者
健身步道	走廊设置步行引导线	游荡型老人
肢体活动游戏	投掷、套圈、保龄球类	各阶段

3. 活动库建设

完整的活动库应包含以下要素：

- 8 个功能大类（对应上表的作用维度）
- 9 个兴趣小类（根据老人常见兴趣设置，如音乐、手工、园艺等）
- 30+ 个案活动（可一人独立完成）

• 10+集体活动（需多人参与）

每个活动应配有“工具箱+说明书”：

- 工具箱：包含活动所需全部道具（分装于不同颜色的收纳盒中，敞开摆放便于取用）
- 说明书：包含活动目的、操作步骤、难度等级、注意事项、适用人群

4. 活动点位与空间布置

区域	活动类型	设计要点
玄关/入口	宣展区	认知症科普、服务理念展示，为参访预热
居室内	微型客厅	个案活动、自主活动，避免长期卧床
餐厅/动态活动区	集体活动、大运动	可灵活布置桌椅；活动用具分类收纳；设活动成就榜
走廊	边角活动、互动墙	摆放椅子便于随时休息；墙面设磁吸互动板
园艺区	五感疗愈	能看、能摸、能闻、能吃；同时调动多感官
书画阅览室	静态活动、BPSD 安抚	安静环境；可作为激越老人的安抚空间
多感官室	多感官刺激	独立隔音空间，配备灯光、音乐、触觉设备

5. 活动用具收纳

收纳方式	适用物品
透明盒子+彩色篮子，敞开摆放	便于拿取的常用活动用具
磨砂盒子，纯收纳	不常用或需要保护的物品
个性物品单独收纳	属于特定老人的物品（如自带的玩具、工具）

每人一个活动盒子	装有个性化活动材料，每个人都能带老人做活动
----------	-----------------------

6. 活动成果可视化

- **活动成就榜**：展示长者的作品、进步记录、活动照片，体现服务的个性化
- **家属同步**：与家属保持沟通，同步老人在专区的生活内容，尤其是能力进步
- **营销素材**：为宣传提供真实的案例和素材

7. 每周活动安排示例

时间	周一	周二	周三	周四	周五	周六	周日
上午	健康操	音乐合唱	园艺种植	手工串珠	多感官 体验	认知 训练	自由活动
下午	桌游竞技	书画活动	烘焙体验	老歌欣赏	集体生 日会	家属 探访	个案活动

操作要点：

- 每周活动安排应打印张贴在活动区，并在工作群中同步
- 根据老人兴趣和能力的动态变化，定期调整活动内容
- 集体活动须写具体名称，个案活动可只标注“个案活动时间”

8. 活动带领人员

角色	职责
社工（专职）	活动策划、资源整合、个案活动设计、大型活动组织
护理员	日常活动带领（尤其是健身操、简单游戏）
志愿者/实习生	协助个案活动、陪伴类活动

家属	参与主题活动、协助照护角色体验
艺术疗愈师（可外聘）	专业艺术疗愈、音乐疗愈、舞动疗愈

关键原则：没有专人专岗，也要有“角色”；有专人专岗，就要懂策划；想要丰富多彩，就要团队配合；要团队配合，就要与绩效挂钩。

七、 医疗服务

日常生命体征监测、5P 检查、规范用药、专业护理（吸氧、尿管/胃管护理、压疮预防）、与神经内科/精神科合作。

八、 营养支持

MIND 饮食、地中海饮食。

九、 康复服务

物理治疗、作业治疗（认知康复+生活训练）、语言治疗。

第十二章 家庭支持与社会参与

一、 家属支持服务

服务类型	内容
家属沟通	倾听需求，同步老人生活内容
照护赋能	技能培训、知识科普
喘息服务	日间照护、短期托养

家属沙龙	互助交流、心理支持
特色体验	照护角色体验、疗愈活动体验日

二、 社区联动

推动“居家—社区—机构—医院”四级联动；为社区家庭提供认知症预防科普和筛查；为专区储备客户资源。

三、 社会友好氛围营造

认知症科普宣传；培育友好单位和志愿者；组织“关爱认知症”主题活动。

第十三章 专区运营管理

一、 专区建设的三个阶梯：有·好·优

阶段	特征	重点任务
有	从无到有	环境营造+个性活动
好	有品质	规范生活照护+BPSD 应对，建立标准操作手册
优	有品牌	特色服务项目+专业宣传营销，3~5 年形成模式

二、 标准化建设

- **服务标准化：**医疗、护理、社工、餐饮、房务、康复、市场营销的标准操作手册、流程图、表单、经验萃取
- **管理标准化：**风险控制、安全保障、人力资源、跨部门协作机制

三、宣传营销

- **营销物料：**基础知识、照护理念、环境理念、参观动线、营销话术、客户管理工具
- **营销内容：**小视频介绍照护方法提供知识价值，展现员工付出提供情绪价值；营销活动采用体验式活动而非单纯讲座
- **销售转化：**倾听→给出方案→细节支持→签约

四、入住适应

渐进式融入（7天适应计划）、个性化入住手册、居室布置。

第十四章 评价与改进机制

一、评价指标体系

维度	指标示例
服务质量	BPSD 改善率、家属满意度
运营效率	床位入住率、配比达标率
员工成长	培训完成率、认证通过率
经济效益	护理费收入、投资回报

二、持续改进机制

- 定期内部评估（服务质量巡查、满意度调查）
- 个案讨论会（每周/每月）
- 复盘机制（回顾目标、评估策略、反思过程、总结规律）
- 根据政策与行业标准及时调整

第三模块：附录

附录一：关键工具清单

工具名称	用途
照护手账	记录老人个性画像、生活习惯

BPSD 记录表	记录行为发生的时间、场景、前因、表现
行为评估表（BAF）	全面记录行为及干预效果
行为频率记录表（BFC）	记录行为发生频率，评估策略效果
个性活动匹配表	根据兴趣和能力匹配活动
每周活动安排表	规划一周活动
客户沟通必问清单	销售转化
参观销讲词	参观接待
常见问题解答库	销售支持
标准操作手册系列	各岗位操作规范

附录二：自检清单汇总

（详见第九章环境篇自检清单及照护篇各章节要点）

附录三：政策文件与标准索引

- 《应对老年期痴呆国家行动计划（2024—2030 年）》
- GB/T 47131.1—2026《老龄化社会 认知症包容性社群要求与指南 第 1 部分：居住社区》
- GB/T 46401-2025《养老机构认知障碍老年人照护指南》
- T/LXLY 29-2024《养老设施认知症照料单元设计导则》
- 上海市民政局《认知症照护床位设置工作方案（试行）》