ICS 03.080.30
CCS A 12

DB23

黑 龙 江 省 地 方 标 准

DB 23/T 3699—2024

养老机构失智症老人照护规范

2024－06－13 发布　　2024－07－12 实施

黑龙江省市场监督管理局　　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　环境 2
4.2　设施设备 2
4.3　安全 2
4.4　人员 3
5　老年人能力评估 3
6　服务内容 3
6.1　生活照料 3
6.2　康复护理 5
6.3　心理护理 5
6.4　专项照护 5
6.5　临终关怀 6
7　服务评价与质量改进 6
7.1　评价原则 7
7.2　评价主体 7
7.3　评价方法 7
7.4　质量改进 7

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部分可能涉及专利。本文件的发布机构不承担识别专利的责任。

本文件由黑龙江省民政厅提出。

本文件由黑龙江省养老服务专业标准化技术委员会归口。

本文件起草单位：哈尔滨市安康社会福利院、哈尔滨医科大学。

本文件主要起草人：孙晓红、于显莉、张颖、任梓萱、侯芳、陈宏、张欣玲、杨得文。

养老机构失智症老人照护规范

1 范围

本文件规定了养老机构失智症老人照护的术语和定义、基本要求、老年人能力评估、服务内容、服务评价与质量改进。

本文件适用于养老机构失智症老人的照护。

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 38600 养老机构服务安全基本规范

GB/T 42195 老年人能力评估

GB 50763 无障碍设计规范

JGJ 450 老年人照料设施建筑设计标准

MZ/T 032 养老机构安全管理

MZ/T 187 养老机构岗位设置及人员配备规范

3 术语和定义

下列术语和定义适用于本文件。

3.1

失智症

一种与年龄密切相关，由多种原因引起的神经退行性疾病，主要表现为认知功能和社会功能的持续下降的一组疾病。

3.2

照护单元

由专业人员为失智症老人提供生活照护、康复训练、心理支持的相对独立场所。每个照护单元床位数不宜大于20张。

3.3

老年人能力评估

由专业人员依据标准，对老人个体的自理能力、精神状态，感知觉与社会参与等方面进行综合分类评价，科学确定老人服务需求类型、日常护理等级和照护服务内容以满足老年人养老服务需求。

3.4

照护人员

经培训考核合格后，为失智症老人提供生活照料、康复训练、异常行为照护、膳食服务、安全防护等相应服务的人员。

3.5

相关第三方

老年人配偶、监护人、以及为老年人提供资金担保、或委托代理的个人或组织。

[来源：GB 38600 ,3.1]

4 基本要求

4.1 环境

4.1.1 环境设计及无障碍设计应符合 GB 50763、JGJ 450 的相关规定要求。

4.1.2 应设立失智症老人的专用照护服务、功能促进的活动空间。该空间相对独立、固定，宜封闭。

4.1.3 应提供被有效限制的安全徘徊路径，老人活动路线应保持不同功能区域间闭环、连续。

4.1.4 室内环境设计色彩、装饰物、标识标牌等应易于辨识，颜色形成对比，并避免尖锐物、刺激物。老人的常用物品应摆放在方便取用且不妨碍活动的位置。

4.1.5 不同区域应采用辨识度明显的颜色或图案进行区分，如老人居室门口、卫生间周围等，颜色形成对比，且图案易于识别。

4.1.6 居室、卫生间及公共区域照明应有控光设计，宜采用暖光源，避免炫光。

4.1.7 居室、卫生间、公共浴室宜采用轻材质的平移门或内外开门。

4.2 设施设备

4.2.1 居室

4.2.1.1 每个照护单元的床位数宜小于 20 张，居室宜设置单人间或双人间，单人间使用面积≥10 ㎡，双人间单床使用面积≥6 ㎡。居室设置为多人间的，每间居室的床位数≤4 张，单床使用面积≥6 ㎡。

4.2.1.2 居室可按照老人生活习惯、文化背景和喜好进行个性化的场景布置。按需配备适老化的设备设施，其中家具应稳固、无尖角凸出部分；沙发、座椅宜选择防水透气面料；衣柜外应有老人易识别的视觉提示，如图形、姓名、照片等，柜内宜明确划分分类使用空间。

4.2.1.3 居室内宜配备多功能护理床，床与床之间设置隔断，但不影响采光和通风。

4.2.1.4 卫生间内坐便圈、冲水按钮、助力扶手与墙面有颜色对比，易于识别。

4.2.1.5 按需增设智能化设备，如定位系统、睡眠监测系统等。

4.2.2 多功能活动区

4.2.2.1 扶手材质宜防滑耐用，不宜使用不锈钢等金属材料，颜色与墙面、地面形成对比。

4.2.2.2 多功能区宜配置怀旧场景、书画、手工活动器材、电脑投屏等设施设备，满足休闲、娱乐、益智康复训练、家属会见等功能。

4.2.2.3 宜设置半开放备餐区，参照家居环境配备饮水机、冰箱、消毒柜、微波炉等共享设备。

4.2.3 公共沐浴间

4.2.3.1 应设置在有应急通道的区域。

4.2.3.2 沐浴间门可内外开启，方便轮椅及担架进出。

4.2.3.3 应配置花洒、可移动手持水龙头、扶手、浴凳、助浴床等设备设施。设置更衣区域、厕位，空间应满足轮椅及担架出入。

4.3 安全

4.3.1 场所安全

4.3.1.1　照护单元出入口应设置防走失装置，出入口、按钮等应进行隐蔽化设计，公共区域应设置监控设备。
4.3.1.2　居室、卫生间、辅助用房等应安装单项锁。
4.3.1.3　居室及公共区域所有窗户应限位，并确保通风良好；阳台应采用封闭式。
4.3.1.4　居室及公共区域的墙面装饰物应安装牢固，配置的电线、插座及电器开关应有保护措施。
4.3.1.5　居室及公共浴室内的淋浴器、水龙头应配置恒温装置。
4.3.1.6　公共区域内的辅助功能用房开水间、公共沐浴间等应受控使用，宜设置电子门禁。

4.3.2　照护安全

4.3.2.1　应对失智症老人能力进行评估，依据评估结果确定服务等级，制定照护计划，实施照护服务。应根据定期的风险分析结果，适时调整照护计划并及时组织实施。
4.3.2.2　应定期对失智症老人潜在风险（走失、烫伤、跌倒、坠床、噎食、他伤和自伤、食品药品误食、压疮、文娱活动意外事件、突发精神症状）进行识别、分析，并根据 GB 38600 要求，制定相应风险防控预案及预防保护措施，经常性开展的理论及实操培训，每半年组织一次演练。同时加强消防安全教育及演练，每半年一次。
4.3.2.3　应将风险和保护措施告知失智症老人相关第三方，并签署知情同意协议。
4.3.2.4　服务与管理记录应完整准确。
4.3.2.5　失智症老人出现伤人、自伤或毁物等倾向时，及时通知相关第三方，并建议转介医疗机构进行诊断或治疗。同时，在与相关第三方签订知情同意书的情况下，对老人采取保护性约束，并按操作规范执行。

4.4　人员

4.4.1　照护人员应身心健康，且具有职业责任感和职业道德，尊重、理解失智症老人，以同理心知晓其所需。
4.4.2　宜配备医生、护士、社工、康复师、心理咨询师、养老服务管理等专业照护人员
4.4.3　照护人员应经过岗前培训合格后上岗，应定期参加失智症老人照护课程的培训。
4.4.4　照护人员与入住老人的配比应符合 MZ/T 187 养老机构岗位设置及人员配备规范的相关要求。

5　老年人能力评估

5.1　老年人能力评估应符合 GB/T 42195 的规定。
5.2　应对失智症老人进行入院评估、定时评估、即时评估、离院评估。评估内容应包括自理能力、基础运动能力、精神状态、感知觉与社会参与。
5.3　应根据评估结果，制定个案照护计划。照护计划包括但不限于照护目标、服务清单、照护风险、注意事项、主要应对措施，并经实施评价后按需调整。当评估结果发生变化时，应将变更的评估结果及照护计划及时通知相关第三方，签订变更的服务协议。
5.4　失智症老人入住 15 日～30 日后，应再次从生活照料、康复等服务方面进行综合评估，确认其程度，并按需调整照护计划。

6　服务内容

6.1　生活照料

6.1.1 饮食照料

6.1.1.1 应提供整洁、安静、安全的用餐环境，尊重老人宗教信仰及民族习惯。老人用餐时宜在相对固定的时间和地点，尽量做到定时定量，规律就餐，宜少食多餐；对于老人进食情形，不评价、不催促。
6.1.1.2 准备易拿、易握、易持、不易打碎的餐具。餐桌、餐布、餐具、食物色彩应对比鲜明，避免复杂图案。
6.1.1.3 提供的餐食应营养丰富、温度适中，符合居民膳食指南要求。
6.1.1.4 根据失智症老人进食能力安排饮食照料的方式，对于能够自主进食的失智症老人，鼓励离床、集中、自主进食。对于吞咽障碍的失智症老人，应选择适宜的食物性状，进食速度应缓慢，并密切观察老人口中食物吞咽情况，如将食物含在嘴里，可轻触老年人嘴角或下颚，帮助老年人咀嚼和吞咽；对于鼻饲的失智症老人可经鼻饲管进行流质饮食，并保持鼻饲管通畅、在位。
6.1.1.5 失智症老人就餐时宜坐位进食，以防止呛咳。对于卧床、不能坐位进餐的，进食时床头需抬高 30°～45°，进食后床头位置保持 30 分钟。
6.1.1.6 老人自带食品，机构应统一管理，并提醒护理员或相关第三方应在确保在老年人身体状况允许的情况下进行进食，必要时应陪伴进食。
6.1.1.7 照护人员应记录餐前、餐后情况。当老人用餐习惯有较大改变时应予以详细记录并告知相关第三方，如当老人持续拒绝进食时,护理员应及时报告管理人员,分析老人拒食原因并及时干预，必要时通知相关第三方转介就医。

6.1.2 饮水照料

6.1.2.1 照护人员每日应分次、定时提示或协助失智症老人饮水，无医疗限制引水量的老人，每日饮水量宜控制在 1 500 ml～1 700 ml。避免夜间饮水过多，增加起夜次数。饮水前，应注意饮水水温。
6.1.2.2 有吸吮功能的失智症老人，准备汤匙或吸管，提倡自主饮水。丧失吸吮功能的失智症老人，应通过鼻饲管进水。

6.1.3 排泄照料

6.1.3.1 失智症老人宜穿简单、易松解的裤子，老人衣物污染时，应及时更换，做好皮肤清洁、预防压疮的发生。
6.1.3.2 照护人员应记录老人日常如厕的时间和频次，掌握失智症老人的排泄规律，制定如厕时间表，采用“标识”引导，定时提醒，到指定地点排泄。对于大小便失禁的老人，宜采取排便训练，建立规律的排泄习惯。
6.1.3.3 照护人员通过观察、识别失智症老人表现出排泄的特定动作或行为，尽可能提前引导排泄。老人排泄后，照护人员应引导或协助清洁肛门或会阴处，洗手、整理衣物。
6.1.3.4 对于便秘的老人，保证每日水份的摄入，定时陪同老年人散步，必要时在医生的指导下增加药物治疗。
6.1.3.5 对于留置导尿管的失智老人，应随时观察老人的导尿管有无脱落、打折、移位，保持导尿管通畅、在位，观察尿液的颜色和尿量，定期更换导尿管、尿袋，注意观察会阴部皮肤情况，保持会阴部清洁、干燥。
6.1.3.6 应及时为肠造瘘的失智症老人更换粪袋，保持造瘘口及周围皮肤的清洁、干燥。

6.1.4 睡眠照料

6.1.4.1 居室应保持空气新鲜,温度、湿度、光线及声音适宜，可使用柔和光线的小夜灯、老年人喜欢图案、配色的床上用品等营造舒适、安静、放松的睡眠环境。

6.1.4.2　识别失智症老人睡眠障碍，及时给予药物干预，保障睡眠质量。
6.1.4.3　照护人员查房时，调整老年人睡眠姿势，防止坠床或压疮。有条件的养老机构可通过智能化设施对睡眠情况进行监管。
6.1.4.4　对于睡眠周期较乱的失智症老人，可通过增加日间活动（如晒太阳、散步、涂画、唱歌）、缩短午休时间、亮光疗法等改变日夜颠倒、睡眠时间碎片化的行为。
6.1.4.5　为夜间活动的失智症老人提供安全的活动空间和集中照护服务。

6.1.5　清洁照料

6.1.5.1　应掌握失智症老人的个人清洁修饰的需求和习惯，示范引导或协助其进行力所能及的自我清洁和修饰。
6.1.5.2　日常清洁中应注意失智症老人会阴、肛门、双足的清洁。
6.1.5.3　提醒或协助失智症老人做好日常口腔清洁。每次用餐后应督促或协助老人漱口。加强对假牙的管理，引导失智症老人正确佩戴假牙，防止吞食、玩弄或遗失，并协助清洁假牙。
6.1.5.4　定期协助失智症老人沐浴，对于抗拒者，制定个性化应对方案，不强行催促沐浴。对于拒绝洗澡的失智症老人，应增加贴身衣物的更换频次。

6.1.6　着装照料

6.1.6.1　应尊重失智症老人着装喜好，引导或协助其选择穿脱得体的服装，宜选择简单、舒适、宽松便于穿脱的衣裤，应选择防滑、合脚的鞋子，避免系带繁琐的款式。
6.1.6.2　鼓励失智症老人自己穿衣，穿着不当时，以温和态度引导老年人，给予简单的提示和鼓励。
6.1.6.3　失智症老人拒绝穿、脱衣时，应不强制，稍后再做尝试。同时注意环境温度，避免着凉。

6.2　康复护理

6.2.1　对失智症老人进行评估，了解老人的认知功能、健康状况，制定个性化康复训练计划，并组织实施，康复训练宜以三个月为周期，训练前后可做评估效果对比。
6.2.2　康复训练时要在康复师或社会工作师的指导下进行，做好安全防护，每次康复训练的时间宜控制在 1h 内。
6.2.3　康复训练应根据个性化的康复计划，通过游戏、音乐、运动、怀旧、记忆力练习、智力训练等训练主题及场景，提高认知能力，每日至少 1 次。同时对于轻度失智症老人，给与自我照顾的机会，进行生活技能训练。
6.2.4　康复训练过程中要密切关注失智症老人的精神行为变化，对可能产生的风险行为及时给予干预和处置。

6.3　心理护理

6.3.1　应及时了解诱因，同理接纳，缓解紧张情绪，不应指责、激惹。
6.3.2　应使用关爱性语言进行沟通、倾听叙述，如使用积极暗示淡化失智症老人的猜疑心。
6.3.3　应引导参与适宜的锻炼，安排有规律、符合兴趣的社交活动。
6.3.4　应采取支持性心理治疗、认知心理治疗、放松训练、音乐治疗等心理沟通技巧和危机干预措施。
6.3.5　心理辅导人员以个案或小组的形式实施非药物干预。

6.4　专项照护

6.4.1　异常精神行为照料

6.4.1.1　应掌握不同类型认知障碍常见的精神行为症状特征、可能的诱发因素、安全照护要点、应对方法和技巧。
6.4.1.2　对异常精神行为可能造成的安全风险的老年人，照护人员宜陪伴其单独居住，妥善放置危险物品，并做好自我保护。
6.4.1.3　可采用非药物管理应对失智症老人，特别是精神行为症状，当病情恶化或不可控时，应及时通知相关第三方，按需转介就医。

6.4.2　重复行为

6.4.2.1　保持冷静、耐心，关注失智症老人情绪，接受没有危害的重复行为。
6.4.2.2　安排失智症老人参加活动，转移注意力。

6.4.3　激惹、攻击行为

6.4.3.1　分析出现激惹的原因，应尽量避免失智症老人接触环境中存在的诱因。
6.4.3.2　应用平静、温和的话语及适当的肢体语言安慰失智症老人，不怠慢，不激化，给予必要的心理支持，引导失智症老人以适当的方式进行表达和宣泄。
6.4.3.3　行为难以安抚时，及时上报，并与相对第三方沟通，签订协议后，使用保护性约束。
6.4.3.4　对于有暴力倾向、频繁出现攻击性行为的失智症老人，应通知相对第三方，按需转介就医。

6.4.4　徘徊行为

6.4.4.1　寻找诱发徘徊的原因，减少过多感官刺激。
6.4.4.2　提供安全的步行路线或运动计划，照护人员要与徘徊、游走的失智症老人保持一定的安全距离，确保其在自己的视线范围内，密切观察老人肢体动作、体力消耗情况，随时提供必要帮助。

6.4.5　妄想、猜疑、幻觉

6.4.5.1　以友好的方式与老人沟通，通过轻声交谈、肢体抚触等方式帮助失智症老人放松。
6.4.5.2　当失智症老人出现言语攻击或情绪亢奋，可引导老人从事熟悉、可独立完成的行为，转移老人注意力,并视情况应对。严重者通知相关第三方，并根据相关预案采取应急措施。

6.4.6　用药照料

6.4.6.1　失智症老人的药品由专人保管。专管人员要定期检查药品质量、有效期。发放药品前，要核对失智症老人信息、药物名称、服用方法、剂量等。同时做好发放记录，做到发药即服，喂药到口，确认口腔内无残留。
6.4.6.2　照护人员要细心观察失智症老人服药后有何不良反应，告知相关第三方，咨询医疗机构，按需转介就医，及时调整给药方案。不擅自停药及更改用药剂量。
6.4.6.3　对拒绝服药或服药困难者，要耐心说服，转移注意力。服药确有困难的，可在医生指导下改变药物给予途径或形式。

6.5　临终关怀

6.5.1　宜设置安宁疗护室。
6.5.2　为临终老年人和家属提供全面、细致的生活照料服务和哀伤辅导。

7　服务评价与质量改进

7.1 评价原则

服务评价遵循客观、独立、公正、效率的原则。

7.2 评价主体

上级主管部门对服务机构进行评价、服务机构自我评价、相关第三方评价、第三方评估机构的评价。

7.3 评价方法

7.3.1 评价方法包括意见征询、服务对象满意度评估、服务项目改进方式等。

7.3.2 养老机构应提供信息反馈的渠道，主要包括网络、电话、信函等形式。针对反馈的信息要做好记录，包括但不限于反馈的主要内容、改进的意见和建议等。

7.3.3 评价范围应涵盖各项服务内容，包括生活照料、康复护理、心理护理、专项护理、环境安全等。

7.4 质量改进

服务管理部门应根据定期或不定期的评价结果，组织照护人员对评价过程中发现的问题与建议，进行分析，及时改进。