ICS 03.080.99
CCS A 12

DB35

福 建 省 地 方 标 准

DB35/T 2120—2023

认知障碍老年人社区照护服务规范

Norms of community care services for elderly people with cognitive impairment

地方标准信息服务平台

2023－06－19 发布　　2023－09－19 实施

福建省市场监督管理局　　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 1
5　照护流程 2
6　照护内容与要求 2
7　服务评价与改进 5
参考文献 6

地方标准信息服务平台

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。

本文件由福建省卫生健康委员会提出并归口。

本文件起草单位：福建省立医院、福建省护理质控中心、福建省民政厅、福建省老年事业促进会、厦门长庚医院、福州市仓山区金山街道社区卫生服务中心。

本文件主要起草人：李红、池秋娜、蔡来茵（中国台湾）、晁玥畦、陈晓欢、李娜、林榕、颜缘娇、黄晨杉、徐亦非。

地方标准信息服务平台

认知障碍老年人社区照护服务规范

1 范围

本文件规定了认知障碍老年人的社区照护流程、照护内容与要求、服务评价与改进。

本文件适用于社区和居家认知障碍老年人的照护服务，养老机构可参照执行。

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—2022 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

认知障碍 cognitive impairment

一类以获得性、持续性认知功能损害为核心，并导致患者日常生活和工作能力减退、可伴有精神行为异常的综合征。

3.2

失能老年人 disabled elderly

丧失部分或全部生活自理能力的老年人。

4 基本要求

4.1 环境与设施设备

4.1.1 宜根据认知障碍老年人的生理、心理特点和需求，设置社区认知障碍友好环境。

4.1.2 宜配备相对独立的评估及认知训练场所、必要的康复锻炼设备。

4.2 人员

4.2.1 宜建立专业的认知障碍照护服务团队，包括但不限于：医生、康复治疗师、社区护士、护理员，其中社区护士在团队中起主要的管理和协调作用。

4.2.2 鼓励认知障碍老年人家属、社会工作师、社区工作者、义工等参与照护。

4.2.3 照护人员应恪守职业道德。

4.2.4 照护人员应通过专业培训或取得相关资质证书，并定期参加业务培训。

4.2.5 照护人员应熟知认知障碍老年人的照护要点，提供针对性服务。

地方标准信息服务平台

5 照护流程

5.1 评估

5.1.1 应由具有评估资质的人员对老年人进行认知功能评估，以 2 人为宜。
5.1.2 应使用 GB/T 42195—2022 中规定的评估指标及蒙特利尔认知评估量表、简易精神状态检查量表作为评估工具。
5.1.3 宜每年对认知障碍老年人进行一次认知评估，如发现认知障碍老年人出现明显的认知功能下降应进行即时评估。

5.2 制定照护方案

5.2.1 根据评估结果和认知障碍老年人的需求，制定个性化照护方案。
5.2.2 社区宜与认知障碍老年人或其家属确定照护方案，并签订照护协议。

5.3 实施照护

5.3.1 照护人员应根据照护方案，明确各自工作任务及职责。
5.3.2 照护人员应做好照护过程的记录，并建立照护档案。

6 照护内容与要求

6.1 认知障碍失能老年人

6.1.1 生活照护

6.1.1.1 饮食照护

6.1.1.1.1 宜根据照护对象的意愿和进食状态选择饮食种类，照护过程中应注意食物温度适宜、喂食动作轻柔，对饮稀流质呛咳者，宜添加食物加稠剂。
6.1.1.1.2 进食体位应采取坐位、头颈前屈，选用匙面小、勺柄粗细、长短适宜的勺子，不应使用吸管饮水，进餐速度宜慢。
6.1.1.1.3 进食过程中，一旦发生呛咳或噎食，应立即停止进餐，进行处理或抢救，必要时就医。
6.1.1.1.4 鼻饲时，应采取坐位或抬高床头 30 °～45 °，喂食后保持该体位 30 min～60 min，口服药片应在医生指导下决定是否粉碎注入，当有恶心、呕吐、胃液中混有咖啡样物质时，立即停止并报告。
6.1.1.1.5 鼻饲后，应严密观察并多次、少量喂水。如胃管内有反流物，应及时打开胃管末端，将胃管置于剑突以下位置，进行减压引流。

6.1.1.2 排泄照护

6.1.1.2.1 如无疾病影响，应指导认知障碍失能老年人建立规律的排泄习惯。
6.1.1.2.2 对使用纸尿裤的照护对象，应选择适宜的纸尿裤并及时更换。
6.1.1.2.3 进行开塞露通便时，应检查前端圆润光滑，肛门局部加强润滑；不应长期使用开塞露；对开塞露过敏者应禁用开塞露，必要时改用其它方法，如肥皂栓、甘油栓等。
6.1.1.2.4 进行人工取便时，手法应轻柔。操作中密切观察照护对象情况，出现面色苍白、呼吸急促、出汗时，应立即停止操作，必要时就医。

6.1.1.3 清洁照护

6.1.1.3.1 鼓励照护对象进行力所能及的自我清洁。

6.1.1.3.2 洗澡时间宜在进餐后 1 h，洗澡过程中，应注意调节室温、水温，保护好个人隐私。如照护对象病情不稳定或抗拒照护，应停止清洁照护。

6.1.1.3.3 宜进行每日至少 2 次的口腔护理，意识不清的照护对象禁止漱口。

6.1.1.3.4 应定时修剪指（趾）甲，避免修剪过短。

6.1.1.4 皮肤照护

6.1.1.4.1 对长期卧床、翻身困难的照护对象，应在骶尾部、髋部、足跟等放置枕头或气垫预防压疮，视情况 2 h～4 h 协助其翻身 1 次。保持舒适的肢体功能位，注意保暖。

6.1.1.4.2 保持皮肤清洁并适当保湿，如有发现皮肤破损、结痂等情况应做好记录并处理，必要时及时就医。

6.1.1.5 睡眠照护

6.1.1.5.1 应协助照护对象养成规律的作息习惯。

6.1.1.5.2 应减轻或消除照护对象睡眠障碍的影响因素，及时调整其不安情绪。

6.1.2 认知照护

6.1.2.1 认知刺激

6.1.2.1.1 对认知障碍失能老年人的认知刺激应秉持因人而异、循序渐进、内容连续以及适时调整的原则。

6.1.2.1.2 在照护人员的协助下开展认知刺激活动，内容包括但不限于：手工制作、集体游戏、主题讨论活动。

6.1.2.2 认知康复

6.1.2.2.1 认知康复宜采用个体化照护手段或策略，维持和改善照护对象日常生活中的进食、穿衣、洗漱等基本功能。

6.1.2.2.2 宜通过照护团队的共同协助进行观念性失用康复、步行失用康复、穿衣失用康复、结构性失用康复等康复活动。

6.1.2.3 认知训练

6.1.2.3.1 认知训练应针对记忆、注意和执行加工过程等一个或多个认知域开展训练。

6.1.2.3.2 认知训练宜采用一对一人工式教学的方法，在专业照护人员的带领下进行整体认知功能训练、联结记忆训练、精神行为症状缓解训练等。

6.1.3 心理护理

6.1.3.1 通过倾听引导照护对象诉说心理问题、疏解烦闷情绪。

6.1.3.2 指导照护对象及其家属掌握疾病相关知识，树立其积极治疗的信心。

6.1.3.3 通过表扬、鼓掌或者微笑等方式对照护对象进行积极正面的肯定。

6.1.3.4 耐心询问照护对象情绪不稳的原因，适时给予安慰，并指导其做一些放松身心、分散注意力的活动。

地方标准信息服务平台

6.1.4 精神行为症状护理

6.1.4.1 当照护对象出现被盗妄想或被害妄想症状时，应避免与其争辩、解释，针对妄想和猜疑的内容，应指导家属积极为其进行解答。
6.1.4.2 当照护对象情绪不稳定、拒绝照护时，应首先查找诱发因素，以疏导、解释或转移注意力等方式使其平静下来；宜请其信任的人进行劝解或尝试更换照护者实施照护。
6.1.4.3 对于存在自杀意念的照护对象，应充分了解其意图自杀的直接原因，注意自杀的预警信号，及时疏导自杀情绪，告知家属或好友对其进行安慰、开导，阻断自杀途径。对有严重自杀倾向的，应进行 24 h 不离人看护，必要时及时送医。
6.1.4.4 当照护对象出现攻击行为时，应保持冷静，避免当面指责，分析其本身性格特点、行为模式，查找出现攻击行为的根本原因，必要时宜使用躯体约束或寻求精神专科帮助。
6.1.4.5 在精神行为症状护理结束后，应评估照护对象的精神行为症状是否相对缓解。如其情绪一时难以控制、攻击行为一时难以安抚或出现伤人、自伤事件时，应及时启动应急预案。

6.1.5 安全照护

6.1.5.1 跌倒

6.1.5.1.1 保持简洁的居住环境，减少杂物和尖锐的转角，使用地面防滑材料。
6.1.5.1.2 如发现照护对象跌倒，应先评估伤情，帮助其止血、固定骨折部位后，再视情况就医。

6.1.5.2 走失

6.1.5.2.1 宜选择照护对象不易打开的门锁，利用布帘、画面等隐藏出口，并放置防走失警示标识，将紧急联系人电话或身份卡存放于其口袋、挎包等不易丢失处。
6.1.5.2.2 如发现照护对象走失，应及时与社区相关人员通报情况以获取帮助，必要时报警。

6.1.5.3 危险物品管理

6.1.5.3.1 将有毒、有害、锐利或易碎的物品锁好，安装煤气、电源安全的报警装置。
6.1.5.3.2 按药物说明书的贮藏条件保存药品，定期查对药品有效期，及时处理过期药品。
6.1.5.3.3 如发现照护对象误食、误饮，应先确定误食的物品、服用量，观察其生命体征变化和其它症状表现，并及时就医。

6.2 轻度认知障碍老年人

6.2.1 认知干预及指导

6.2.1.1 认知刺激

6.2.1.1.1 认知刺激干预应秉持鼓励参与、目标明确、跨专业协作的原则。
6.2.1.1.2 鼓励参加认知刺激活动，内容包括但不限于创新表达活动、整合艺术活动、怀旧疗法。

6.2.1.2 认知训练

6.2.1.2.1 照护团队应针对照护对象疾病特征及损伤的认知域制定个体化认知训练方案，同时指导家属或照料者开展居家训练。
6.2.1.2.2 宜采用涵盖多认知领域的综合性认知训练，内容主要包括工作记忆训练、注意广度训练、逻辑思维训练、感知觉训练、言语流畅性训练、理解执行能力训练等。
6.2.1.2.3 认知训练宜与计算机辅助技术、虚拟现实技术、有氧训练、经颅磁刺激、经颅直流电刺激

地方标准信息服务平台

等其他手段联合应用。

6.2.2 生活行为指导

6.2.2.1 睡眠习惯

6.2.2.1.1 指导轻度认知障碍老年人养成规律的作息习惯。
6.2.2.1.2 指导照护对象学习身心放松的方法，如瑜伽或正念冥想。
6.2.2.1.3 指导照护对象营造舒适的睡眠环境，卧室远离光线和噪音，保持温度适宜。
6.2.2.1.4 指导照护对象注意控制睡前饮水量和咖啡因类产品摄入量。
6.2.2.1.5 如照护对象存在长期睡眠障碍，并已影响到正常的工作、生活与情绪，必要时就医。

6.2.2.2 饮食营养

6.2.2.2.1 指导照护对象进行规律进餐，养成定时定量的就餐习惯。
6.2.2.2.2 推荐选择以蔬菜水果、鱼类、五谷杂粮、豆类和橄榄油为主的地中海饮食，控制脂肪摄入量和吸烟、饮酒量，保证饮用足量的水。

6.2.2.3 运动锻炼

6.2.2.3.1 鼓励照护对象提高运动康复意识，积极强化自我管理和参与。
6.2.2.3.2 指导照护对象进行适宜的有氧运动、抗阻训练、中医传统运动以及多模式运动等。

7 服务评价与改进

7.1 服务评价

7.1.1 通过满意度评价、意见反馈等方式，建立完善照护服务的内外部监督和评价机制。
7.1.2 定期开展照护服务评价，评价方式包括但不限于自我评价、服务对象评价、第三方评价。

7.2 服务改进

7.2.1 保障和监督照护服务质量，逐步完善照护服务团队、照护服务流程等。
7.2.2 及时处理并上报照护服务过程中出现的问题或不良事件，查找原因，持续改进。

地方标准信息服务平台

参 考 文 献

[1] 中国认知障碍患者照料管理专家共识[J].中华老年医学杂志，2016，35(10)：1051-1060.

[2] 失智老人照护师[M].北京：北京出版社，2017.

[3] 居家(养护)失智老人评估、康复和照护专家建议[J].中国老年保健医学，2018，16(3)：34-39.

[4] 失智老年人照护职业技能教材（初级）[M].北京：化学工业出版社，2019.

[5] 认知训练中国专家共识[J].中华医学杂志，2019，99(1)：4-8.

[6] 马善新，宋鲁平.阿尔茨海默病康复管理中国专家共识要点解读[J].中国医刊，2020，55(8)：833-840.

[7] 田金洲，解恒革，王鲁宁等.中国阿尔茨海默病痴呆诊疗指南(2020年版)[J].中华老年医学杂志，2021，40(3)：269-283.

地方标准信息服务平台