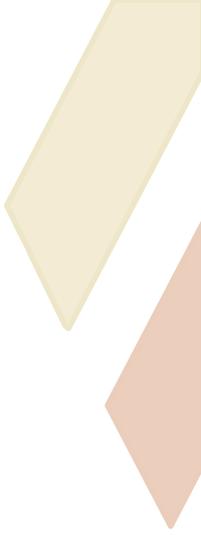


长期照护险 评估体系



背景—我国老龄化现状

老龄化
迅速

2011到2015年，60岁以上的老年人口由1.78亿增加到2.21亿，老年人的比例增加到16%，平均每年递增0.54个百分点。

失能老
年人口
众多

2010年末，失能老年人约3300万，占全部老年人口的19.0%，完全失能的老年人为1080万，占全部老年人口6.23%，2015年我国失能老年人约4000万人

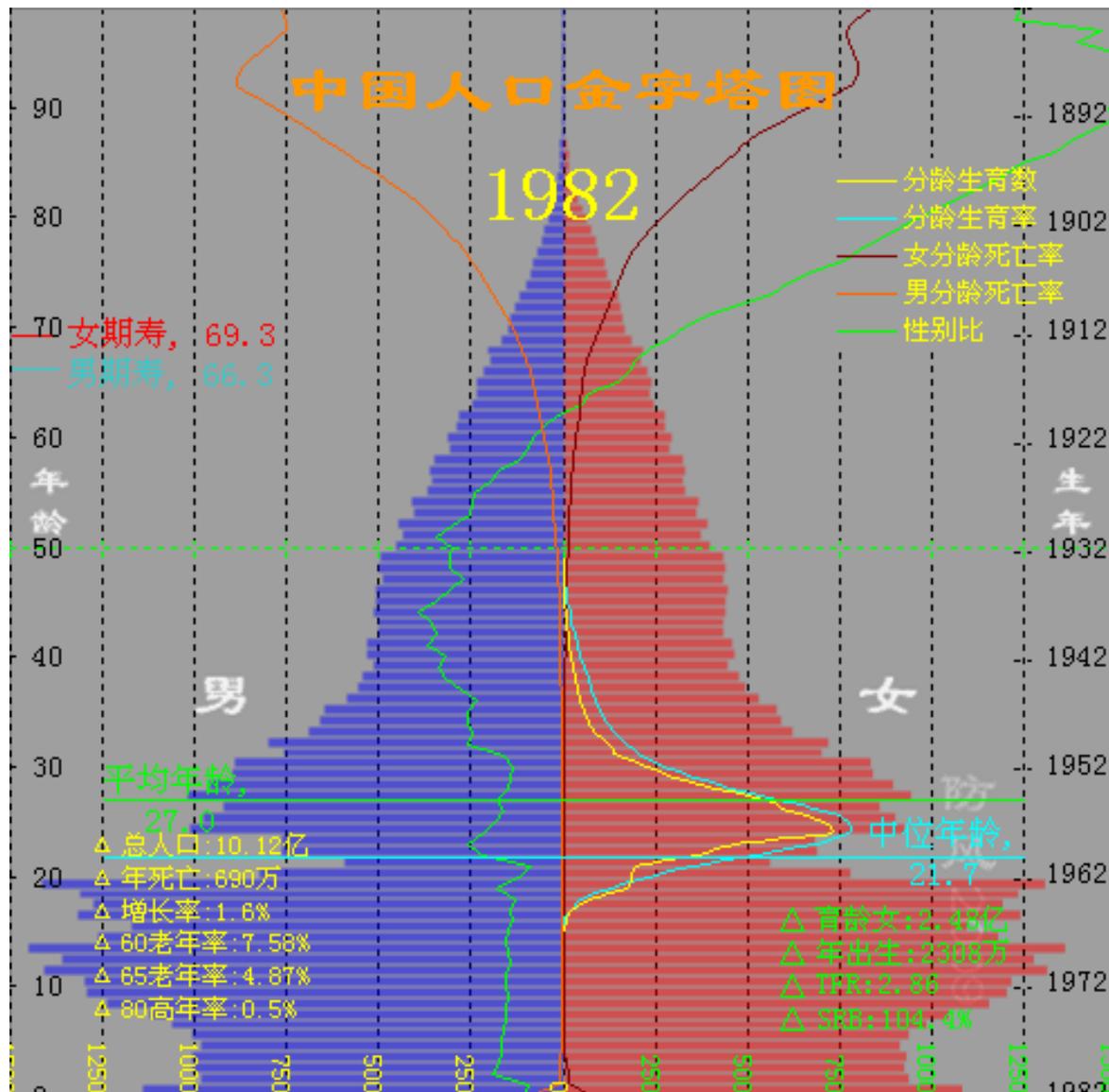
家庭照
护功能
能不足

家庭照护人力资源缺乏，照护者负担过重。
居家养老不能解决失能老人的全部问题。

机构难
以全面
覆盖

2013年底，全国拥有各类养老机构42475个，床位493.7万张。

背景—老龄化趋势



背景—如何应对老龄化危机？

要建立老年人**状况统计**调查和发布制度，相关保险和福利及救助相衔接的**长期照护保障制度**——促进各种政策制度衔接，增强制度合力。

----习近平

发展和完善长期照护服务体系，首先要对老年人的能力进行评估。

要解决的三个关键问题

1

为何要对老人进行能力评估？（WHY）

2

要对老人哪些能力进行评估？（WHAT）

3

如何对老人的能力进行评估？（HOW）

问题1—能力评估的目的和意义（WHY）

1

判断老年人的健康状况和自理能力



2

判断老年人的照护需求（居家、机构）

3

作为分配养老资源、收费标准的依据

政府补贴（居家养老补贴、长期照护保险）

养老院/日间照料中心：收费、人力配置等

将老人划分成不同的群体

问题1—划分的依据？

- 按年龄：

随着年龄的增加，老人会出现哪些改变？

头发变白	皮肤松弛
弯腰驼背	耳聋眼花
记忆衰退	走路缓慢
不能自理	疾病多发

... ..

年龄

老化过程

细胞的变化

器官的变化

身体机能的变化

生活能力的变化

社会参与的变化

细胞和器官的变化

中耳：鼓膜增厚，感染外伤易致瘢痕形成

内耳：

- 1.对声音的感受性降低（前庭器官减退变性）
- 2.听取语言能力降低（耳蜗萎缩）
- 3.水平感觉降低（位置、速度、旋转感受器）

机能的变化

- 1.40岁开始衰退，60岁开始有听话不方便的感觉；
- 2.传导性听取困难：从外耳传到中耳的声音震动受阻
- 3.感音性听取困难：内耳/听神经损伤
- 4.混合性听取困难：
- 5.水平感觉降低：头晕、摔倒

时间

问题1—划分的依据？

老人的健康状况/能力同年龄是否完全对等？



问题1—划分的依据？（续）

- 按疾病

	总体	城市	农村
60岁以上人群慢病患病率（‰）	540.3	789.3	398.2

脑卒中

心梗

慢阻肺

恶性肿瘤... ..

哪种疾病更严重？

同样的疾病严重程度是否相同？

问题1—划分的依据？（续）

按能力划分：

- 衰老和疾病带来的是**机体各种能力的衰退**，当个体的自理能力受限时，其需要就得不到满足，此时需要专业的照护力量进行补充。
- 长期照护服务体系，不管是机构照护还是居家长期照护，其实是一种**补偿系统**（实物补偿或经济补偿），帮助老人弥补自理缺陷，维持、提高自理能力、提高健康水平和生活质量。
- 不能自理能力的老人对照护服务的需求存在差异，需要的人力资源、服务时间等都不相同，导致照护的成本相差巨大。

在为失能老人提供照护服务或进行经济补偿时，首先要评估老人的功能状态。

问题2—老年人能力评估的内容 (WHAT)

要对老人的哪些能力进行评估？



老年人应该具备哪些基本的能力？



健康的基本特征？

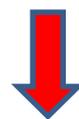
问题2—老年人能力评估的内容（续）

- 大健康的基本概念：

健康不仅仅是没有**疾病或虚弱**，而是一种**身体，精神与社会（环境）适应的完好状态。**

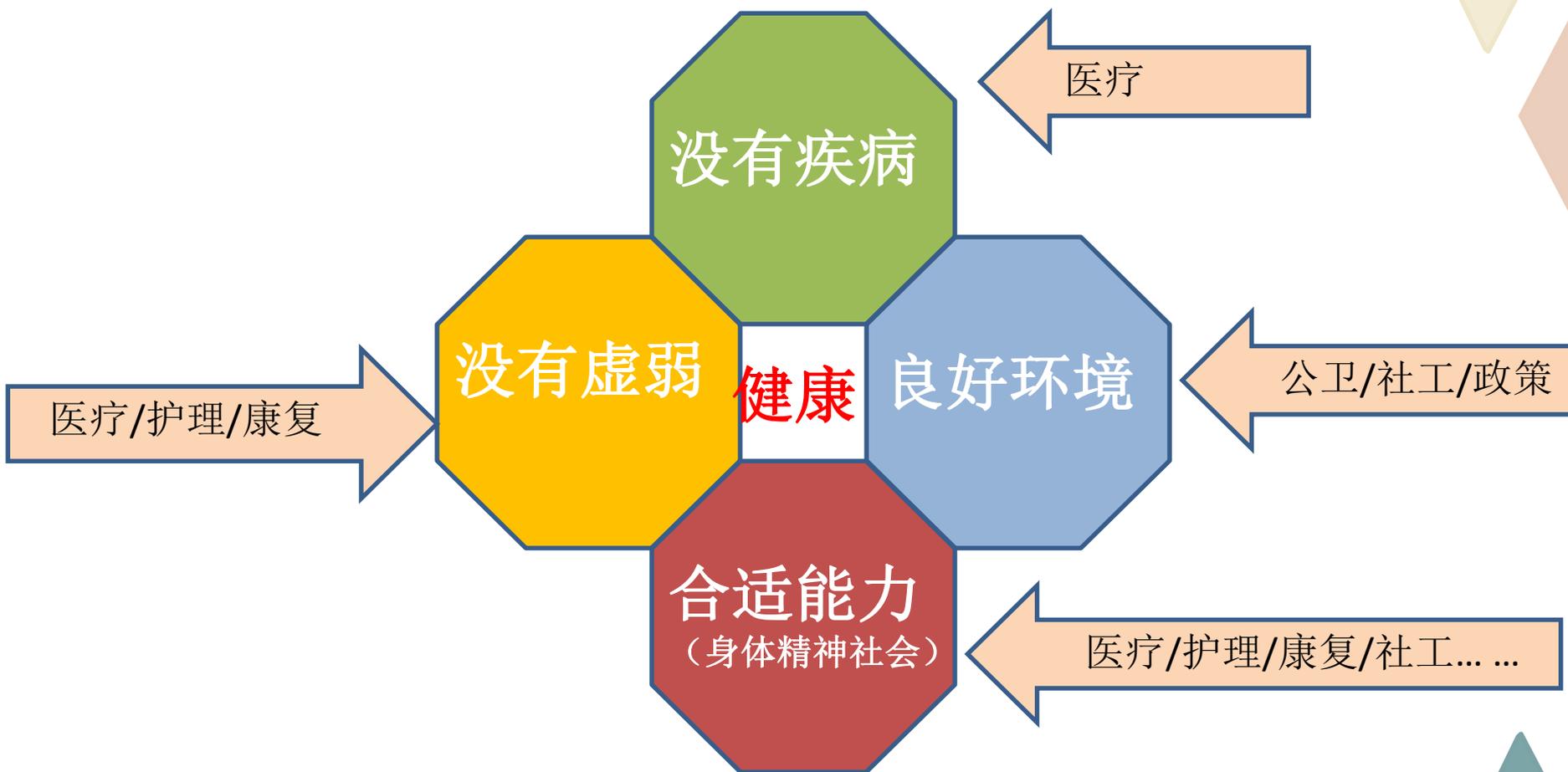


生命的质量



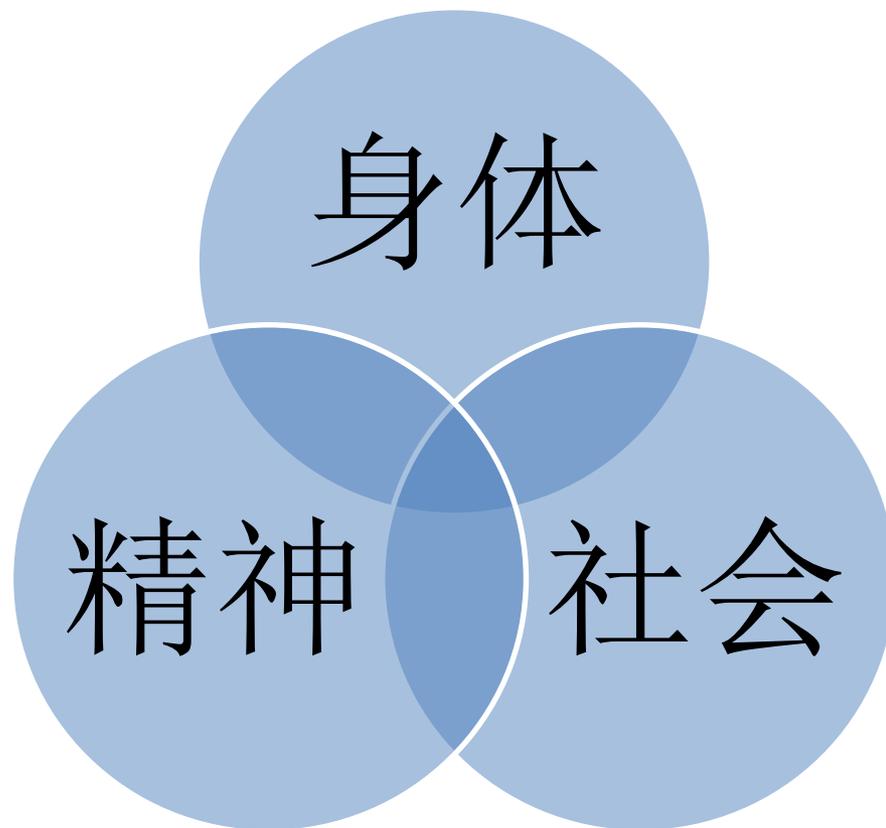
生活的能力

问题2—老年人能力评估的内容（续）



健康不是疾病-非疾病的二元论，有更广泛的内涵。对健康状态的评估要侧重于能力的评估。

问题2—老年人能力评估的内容 (续)



问题2—世界各国的评估工具

- 美国的RAI（Resident Assessment Instrument）
- 英国的NNAT（Nursing Needs Assessment Tool）
- 加拿大的AAPI（Albtra Assessment And Placement Instrument）
- 澳大利亚的ACAT（Aged Care Assessment Teams）
- 日本的“需要介护认定基准”
- 香港的“长者健康及家居护理评估”
- 德国、韩国、台湾地区等都有自己的评估工具

问题2— RAI

- RAI包括MDS和CAA Process以及指南三部分，其中最重要的是MDS（Minimum Data Sets，1990-2016）
- 以此为依据，制定照护计划，追踪老人健康状态的改变，评价照护目标是否实现。终极目标是提高照护质量和老人的生活质量。



- 还用来评价养老机构的质量，以及能获得多少医疗保险支付等。

Section	Title	Intent
A	Identification Information	Obtain key information to uniquely identify each resident, nursing home, type of record, and reasons for assessment.
B	Hearing, Speech, and Vision	Document the resident's ability to hear, understand, and communicate with others and whether the resident experiences visual, hearing or speech limitations and/or difficulties.
C	Cognitive Patterns	Determine the resident's attention, orientation, and ability to register and recall information.
D	Mood	Identify signs and symptoms of mood distress.
E	Behavior	Identify behavioral symptoms that may cause distress or are potentially harmful to the resident, or may be distressing or disruptive to facility residents, staff members or the environment.
F	Preferences for Customary Routine and Activities	Obtain information regarding the resident's preferences for his or her daily routine and activities.
G	Functional Status	Assess the need for assistance with activities of daily living (ADLs), altered gait and balance, and decreased range of motion.
GG	Functional Abilities and Goals	Assess the need for assistance with self-care and mobility activities.
H	Bladder and Bowel	Gather information on the use of bowel and bladder appliances, the use of and response to urinary toileting programs, urinary and bowel continence, bowel training programs, and bowel patterns.

问题2— MDS的内容

A 身份信息	B 视/听觉/语言	C 认知能力	D 情绪
E 行为问题	F 日常生活偏好	G 功能状态	H 大小便
I 相关疾病诊断	J 健康状况	K 吞咽/营养状况	L 口腔/牙齿状况
M 皮肤状况	N 药物和治疗	O 特殊治疗	P 身体约束
Q 参与成员	V 评估总结	X 更改信息申请	Z 地址/签名等

问题2—日本的介护认定评估

现状调查	姓名； 地址； 前次认定； 目前接受服务情况； (家庭情况/居住环境等的特别记录)
基本调查 (85项) (7大类73项, 特殊医疗12项)	有/无 是/否 独立完成/借助东西完成/不能完成 自立/部分介助/全部介助 独立完成/需要间接帮助/需要直接帮助/完全靠别人帮助
特殊事项	基本调查的85项中, 如果对于必要的介护服务量出现有影响的情况或难以做出的判断的问题
主治医师意见书	

问题2—日本的介护认定评估（续）

1	与麻痹/拘挛相关的项目	麻痹（上下左右）拘挛（肩/肘/股/膝/足）
2	与移动相关的项目	翻身/起床/两脚着地坐/两脚不着地坐/两脚站立/步行/换车
3	与复杂动作相关的项目	站起来/单脚站立/进出浴缸/洗身
4	与特殊介护相关的项目	压疮/皮肤病/单手在胸前举起/下咽/尿意/便意/排尿后的处理/排便后的处理/进餐
5	与日常生活照料相关项目	口腔清洁/洗脸/梳头/剪指甲/扣，解纽扣/穿脱上衣/穿脱裤子/穿脱袜子/打扫房间
6	与人际交流等相关的项目	视力/听力/表达意见/对指示的反应/对日常活动安排的理解/说出出生年月/短期记忆/说出自己的名字/知道现在的季节/清楚所在的地点
7	与行为障碍相关的项目	被害妄想/编造假话/幻视幻听/情绪不安/昼夜颠倒/粗暴的言行/反复唠叨同样的话/... ..

问题2—日本的介护认定评估（续）

特殊事项

（过去14天接受过的治疗）

- 1.点滴的管理
- 2.中心静脉营养
- 3.透析
- 4.人工肛门的处理
- 5.氧气疗法
- 6.人工呼吸器
- 7.气管切开的处置
- 8.对疼痛的看护
- 9.经管营养
- 10.健康测定（血压/脉搏/氧气饱和度）
- 11.压疮的处置
- 12.导管（导尿管/留置导管）处置

问题2—老年人能力评估的指标（民政部）

一级指标	二级指标
日常生活活动 (ADL)	进食、洗澡、修饰、穿衣、大便控制、小便控制、 如厕、床椅转移、平地行走、上下楼梯
精神状态	认知功能、攻击行为、抑郁症状
感知觉与沟通	意识水平、视力、听力、沟通交流
社会参与	生活能力、工作能力、时间/空间定向、人物定向、 社会交往能力

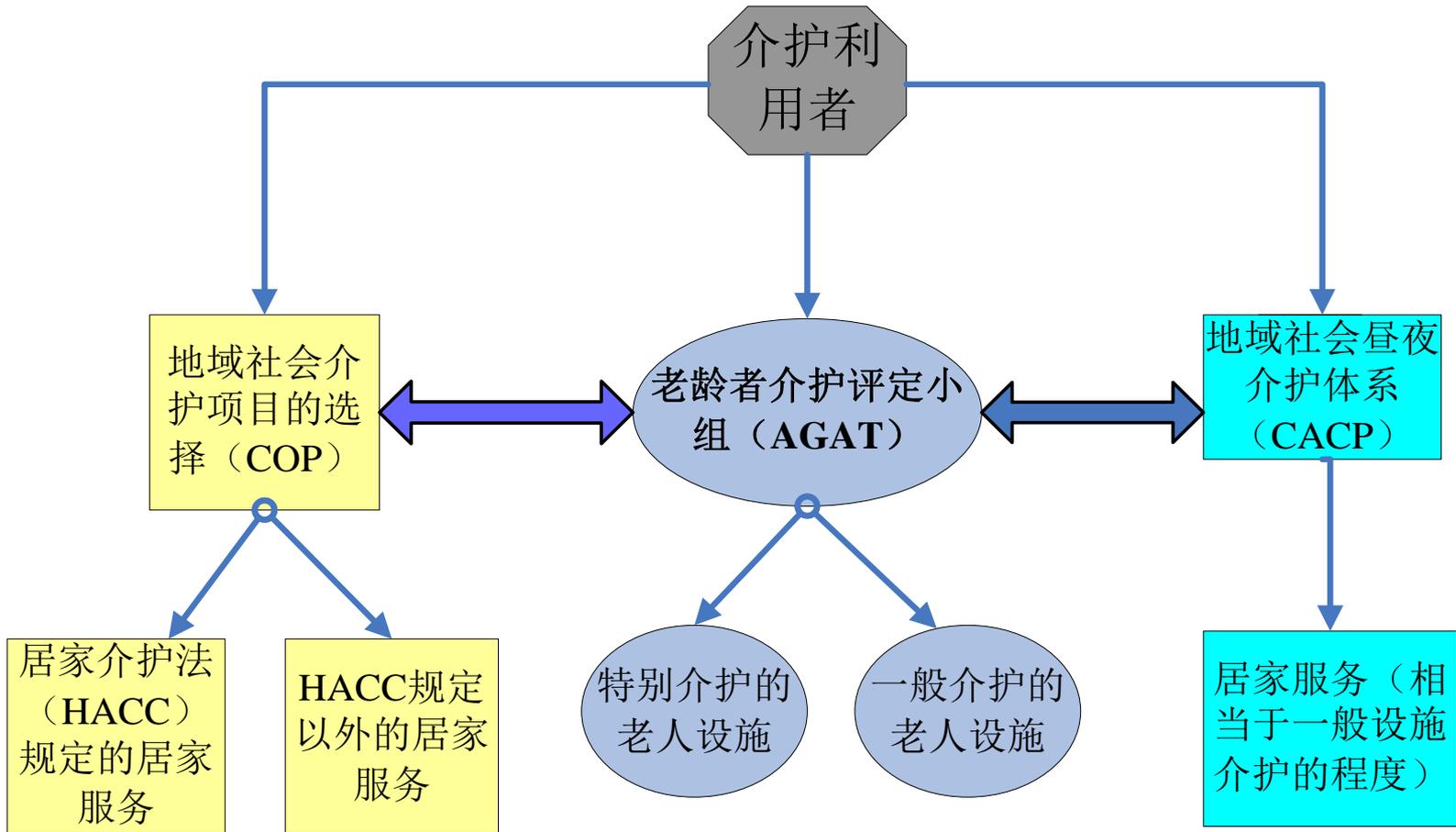
问题3—怎么评（HOW?）

- 老年人能力评估的流程
- 老年人能力评估的方法
- 老年人能力评估的技巧

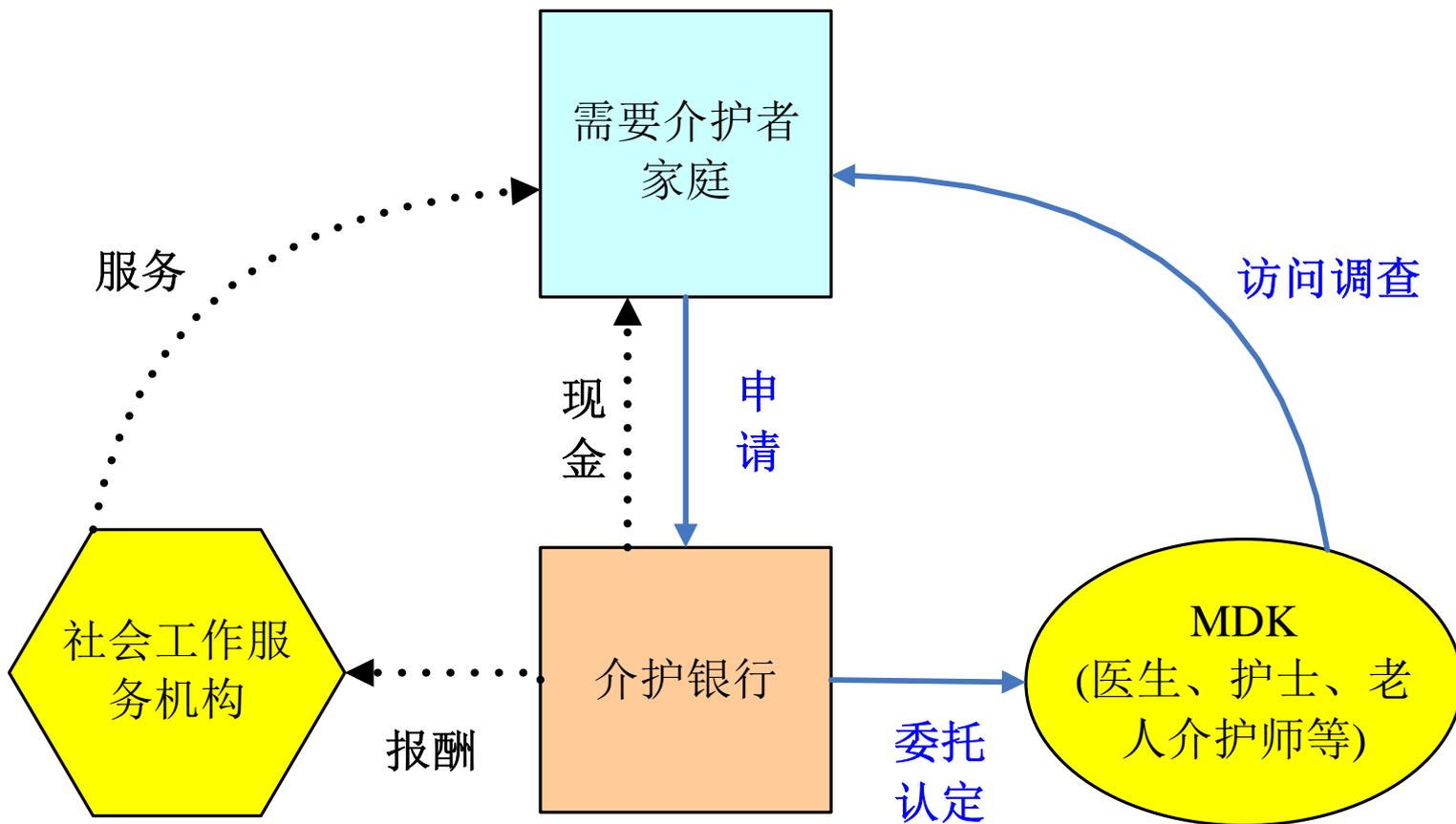
问题3—老年人能力评估的流程

- 长期照护服务的国际经验
 - 澳大利亚
 - 德国
 - 美国
 - 日本
- 我国的现状

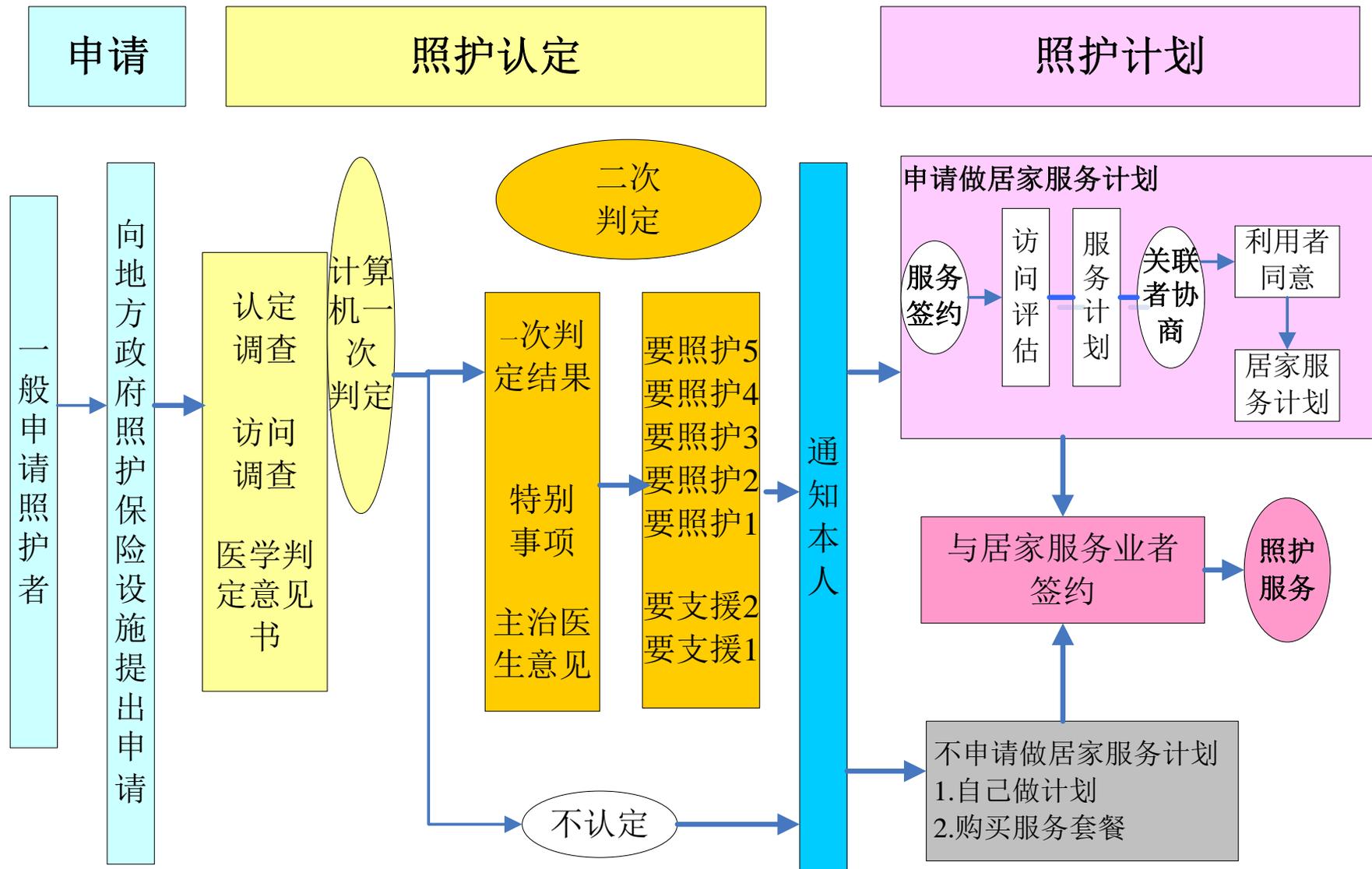
问题3—长期照护服务的国际经验 (澳大利亚)



问题3—长期照护服务的国际经验 (德国)



问题3—长期照护服务的国际经验（日本）



问题3—长期照护服务的国际经验 (美国)

- 所有使用Medicare 和Medicaid保险的养老机构，在入院时必须使用RAI进行评估。
- 在最初入院的第5天进行全面评估,之后在第14/30/60/90天分别再次进行评估。
- 90天后若还没有离开养老机构，则按长期照护服务，每季度评估一次。
- 依据评估结果确定能获得多少保险支付，同时以此为依据修订照护计划。

问题3—我国的评估流程

申请

- 由老年人本人或其代理人对照相关条件，向村（社区）提出申请
- 填写《老年人能力评估申请表》

初审

- 社区对申请者的身份、经济、居住状况等基本信息进行核实，报街道
- 街道对评估对象进行资格初审，报县（市、区）民政部门组织安排评估

评估

- 评估机构至少由2名评估员进行评估，依据评估表列项打分。
- 提出养老服务建议和享受养老服务补贴的意见，并填写评估报告。

公示

- 经评估符合补贴条件的，填写《评估结果公示单》进行公示。
- 对评估结果有异议的，可以向县（市、区）评估质量督导中心申请复核。

督查

- 设立市、县（市、区）评估质量督导中心，对社会单位开展老年人能力评估情况进行监督和管理。

问题3—能力评估的方法

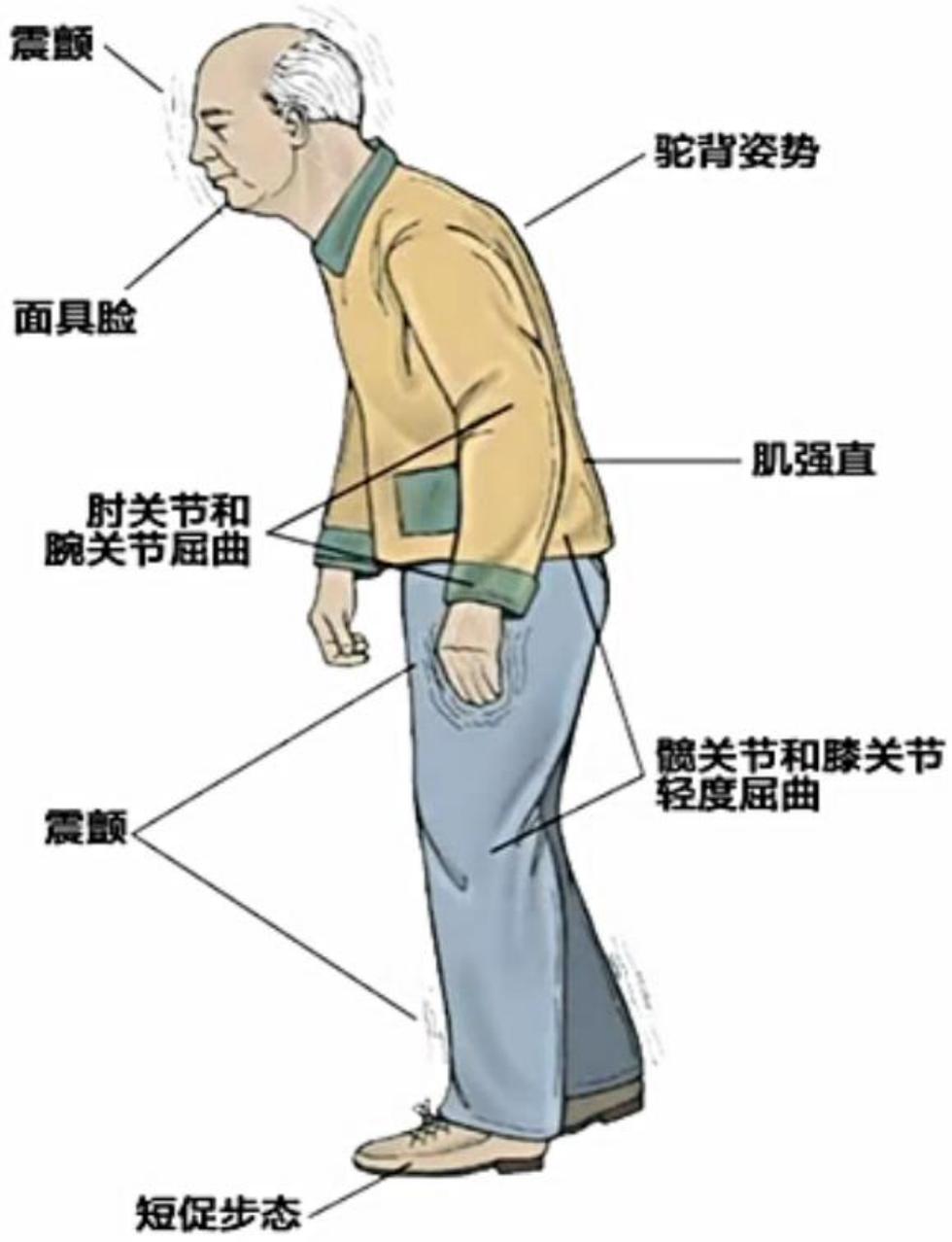
信息来源：

- 老人自身：认知功能正常或轻度障碍
- 直接照护者：养老机构/居家照护服务人员
- 家人/监护人：尤其是共同居住者
- 医生：
- 医疗记录：诊断证明/住院病历等

问题3—能力评估的方法与技巧 (续)

调查方法:

- 观察法：静止性震颤/步态/情绪
- 询问法：认知/交流/排便/
- 测试法：视力/听力/关节活动度/床上翻身
- 综合判断：情绪/生活能力/定向/社会交往





步态障碍

能力评估量表的使用与技巧

以民政部《老年人能力评估》

MZ/T 039—2013为例

量表的构成

老年人能力基本信息表

- 了解老人的一般状况

老年人能力评估表

- 22个二级指标逐项评估

老年人能力评估报告

老年人能力基本信息表

重视基本信息表

- 为能力评估提供大量的信息。
- 增强询问或测试的针对性，避免遗漏或失误。

最好由老人或家人提前填写

- 在进行能力评估前有基本的了解。
- 有些信息无法当面询问

老年人能力基本信息表（续）

A. 1姓名	
A. 2评估编号	□□□□□□□□
A. 3评估基准日期	□□□□年 □□月 □□日
A. 4评估原因	1第一次评估 2常规评估 3状况变化后重新评估 4其他_____

A. 7身份证号	□□□□□□□□□□□□□□□□□□
A. 8社保卡号	□□□□□□□□□□

A. 20联系人姓名	
A. 21联系人电话	

**以上内容务必准确！
用于资料的存储和调取或信息核对。**

老年人能力基本信息表（续）

A. 6 出生日期	□□□□年 □□月 □□日
-----------	---------------

A. 13 居住情况	1独居 2与配偶/伴侣居住 3与子女居住 4与父母居住 5 与兄弟姐妹居住 6与其他亲属居住 7与非亲属关系的 人居住 8养老机构 <input type="checkbox"/>
------------	--

还有一种情况是与配偶和子女共同居住，如何处理？

A. 16 疾病诊断	A. 16.1 痴呆	0无 1轻度 2中度 3重度 <input type="checkbox"/>
	A. 16.2 精神疾病	0无 1精神分裂症 2双相情感障碍 3偏执性精神障碍 4分裂情感性 障碍 5癫痫所致精神障碍 6精神发育迟滞伴发精神障碍 <input type="checkbox"/>
	A. 16.3 慢性疾病	

老年人能力基本信息表（续）

A. 17 近30 天内 意外 事件	A. 17.1 跌倒	0无 1发生过1次 2发生过2次 3发生过3次及以上	<input type="checkbox"/>
	A. 17.2 走失	0无 1发生过1次 2发生过2次 3发生过3次及以上	<input type="checkbox"/>
	A. 17.3 噎食	0无 1发生过1次 2发生过2次 3发生过3次及以上	<input type="checkbox"/>
	A. 17.4 自杀	0无 1发生过1次 2发生过2次 3发生过3次及以上	<input type="checkbox"/>
	A. 17.5 其他		

以上内容可以为能力评估提供线索。
且对最终的评估结果有直接影响。

C. 3等级
变更依据

1有认知障碍/痴呆、精神疾病者，在原有能力级别上提高一个等级；
2近30天内发生过2次及以上跌倒、噎食、自杀、走失者，在原有能力级别上提高一个等级；

老年人能力基本信息表（续）

建议同时观察和询问以下内容：

- 原职业：帮助判断社会参与能力。
- 住房条件：影响对能力的判断
 - 楼层
 - 有无电梯
 - 室内是否有厕所
 - 室内是否有洗浴设备

老人能力评估表

一级指标	二级指标
日常生活活动 (ADL)	洗澡、修饰、大便控制、小便控制 进食、穿衣、如厕、床椅转移、平地行走、上下楼梯
精神状态	认知功能、攻击行为、抑郁症状
感知觉与沟通	意识水平、视力、听力、沟通交流
社会参与	生活能力、工作能力、时间/空间定向、人物定向、 社会交往能力

日常生活活动评估表 (ADL)

10个指标分为3种测量尺度:

- 第一类: 洗澡/修饰

两个维度: 独立完成/需要帮助.

- 第二类: 大便控制/小便控制

三个维度: 可控/偶尔失控/完全失控

- 第三类: 进食/穿衣/如厕/床椅转移/

平地行走/上下楼梯

四个维度: 独立/部分帮助/极大帮助/完全依赖

日常生活活动评估表（续）

B.1.2洗澡	□分	5分，准备好洗澡水后，可自己 独立 完成洗澡过程
		0分，在洗澡过程中 需他人帮助
B.1.3修饰： 指洗脸、刷牙、梳头、刮脸等	□分	5分，可自己 独立 完成
		0分， 需他人帮助

第一类：判断能否独立完成，不区分帮助的程度。

通过询问老人/照护者进行判断。

询问技巧：

- 1.少用“是/能”或“否/不能”类的提问。
- 2.尽量用开放性问题。
- 3.无法判断时，增加细节的交流。

日常生活活动评估表（续）

B. 1. 5 大便控制	10分，可控制大便	
	5分，偶尔失控（每周<1次），或需要他人提示	
	0分，完全失控	每周1次及以上
B. 1. 6 小便控制	10分，可控制小便	
	5分，偶尔失控（每天<1次，但每周>1次），或需要他人提示	
	0分，完全失控，或留置导尿管	每天1次及以上

第二类：关键点在于如何判断偶尔失控。从偶尔失控的频率反推出可控和完全失控的界定。

日常生活活动评估表（续）

大小便控制的询问技巧：

- 该问题要同时询问照护者。

由于成人对大小便失控有羞耻感，老人倾向于夸大自己的功能。

- 大小便失控往往继发于一些慢性病如认知症/脑中风/帕金森等，可通过疾病诊断加以佐证。

。

日常生活活动评估表（续）

第三类：区分帮助的程度。

B.1.1进食： 指用餐具将食物由容器送到口中、咀嚼、吞咽等过程	□分	10分，可 独立 进食（在合理的时间范围内独立进食准备好的食物）
		5分，需 部分帮助 （进食过程中需要一定帮助，如协助把持餐具）
		0分，需 极大帮助或完全依赖他人 ，或有留置营养管

日常生活活动评估表（续）

第三类：区分帮助的程度。

B.1.9 平地行走	□分	15分，可 独立 在平地上行走45m
		10分，需 部分帮助 （因肢体残疾、平衡能力差、过度衰弱、视力等问题，在一定程度上需他人地搀扶或使用拐杖、助行器等辅助用具）
		5分，需 极大帮助 （因肢体残疾、平衡能力差、过度衰弱、视力等问题，在较大程度上依赖他人搀扶，或坐在轮椅上自行移动）
		0分， 完全依赖 他人

日常生活活动评估表（续）

个人表现情况

MDS的操作标准

他人辅助情况

- **独立**：不需要任何帮助；
- **指导**：需要监督/鼓励/提示等才能完成；
（动眼动嘴不动手）
- **少量帮助**：照护者不负重
- **大量帮助**：照护者负重
- **完全依赖**：全部由照护者完成

- **0级**：无需帮助或指导
- **1级**：借助器具可独立完成
- **2级**：1个照护者可完成
- **3级**：需要2个以上照护者才能完成

日常生活活动评估表（续）

- **独立：** 不需要任何指导和帮助。
- **部分帮助：** 基本不负担老人身体或肢体的重量。把持/整理/扶等。
- **极大帮助：** 负担老人肢体和身体的重量，但只需要1个照护者就能协助完成。
- **完全依赖：** 老人不参与活动，全部动作由照护者完成，或需要两个以上照护者才能完成。

日常生活活动评估表（续）

通过观察，测试和询问照护者进行综合判断。

- 从一般性的问题开始询问，逐渐过渡到特殊或具体的问题。
- 观察老人走路/站起/坐下的情况，对其运动能力进行评估。
- 卧床的老人，在安全的情况下，可以让老人演示一下在没有帮助的情况下如何在床上翻身，从而推断从床上坐起/翻身/移动到床边以及从床转移到椅子等需要多大帮助。

日常生活活动评估表（续）

特殊事项：

- 进食：有留置营养管—0分
- 小便控制：有留置尿管—0分
- 同移动有关的动作：使用拐杖/助行器等辅助用具，一部分帮助；使用轮椅—大量帮助
- 若还有其他特殊事项现场不能处理，详细记录，返回后再进行协商。

日常生活活动分级

B. 1. 11 日常生活 活动总分	□分	上述10个项目得分之和
B. 1日常生活 活动分级	□级	0能力完好：总分100分 1轻度受损：总分65-95分 2中度受损：总分45-60分 3重度受损：总分≤40分

得分越高，代表能力越好。

精神状态评估表（认知功能）

B.2.1 认知 功能	测验	“我说三样东西， 请重复一遍 ，并记住，一会儿会问您”： 苹果、手表、国旗
		(1)画钟测验：“请在这儿画一个圆形时钟，在时钟上标出10点45分”
		(2)回忆词语：“现在请您告诉我，刚才我要您记住的三样东西是什么？” 答：_____、_____、_____（不必按顺序）
	评分 □分	0分， 画钟正确 （画出一个 闭锁圆 ， 指针位置准确 ）， 且 能回忆出 2-3 个词
		1分，画钟错误（画的圆不闭锁，或指针位置不准确）， 或 只回忆出0-1个词
		2分，已确诊为认知障碍，如老年痴呆

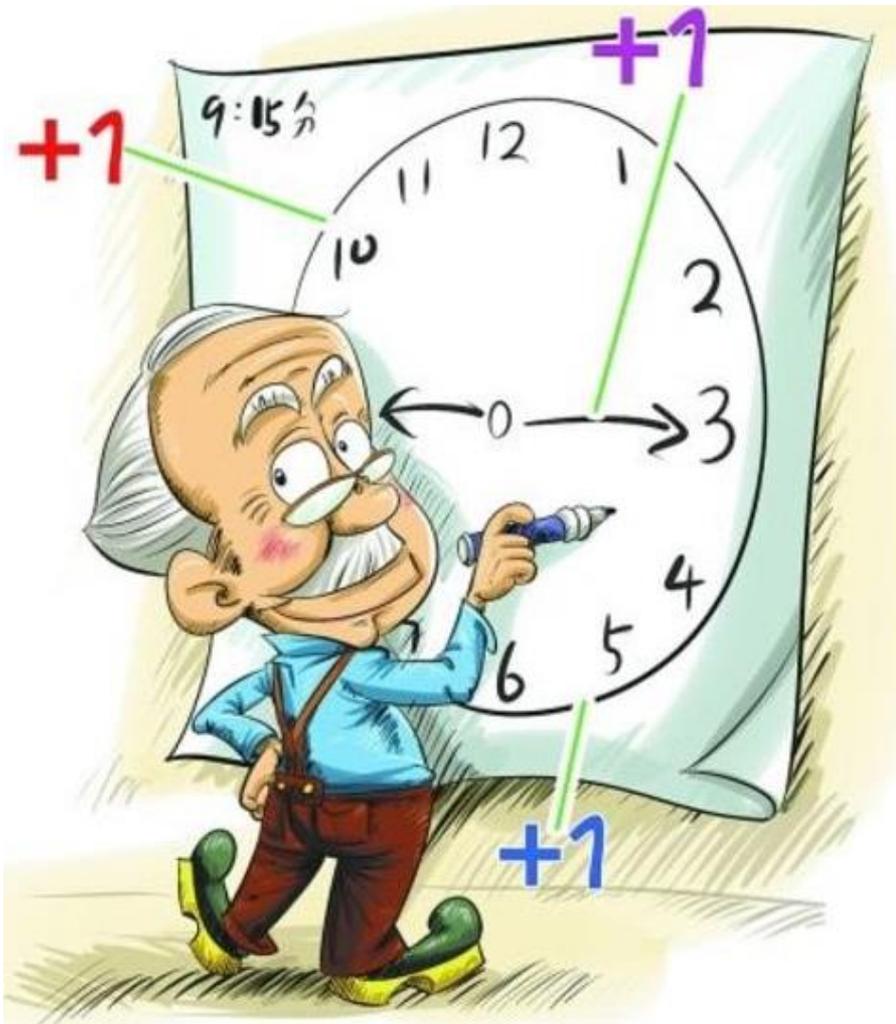
精神状态评估表（认知功能）

复述三个词语：

- 测试目的：近期记忆、听力、语言能力。
- 词语一定要是常见的事物，避免偏词、怪词。
- 评估人员说完三个词语后一定请老人重复一遍，确保他已经准确的听清楚是哪三个词。此时不记分，待画钟结束后再次重复，进行计分。
- 每个词语的思考时间不超过5秒
- 方言的问题

精神状态评估表（认知功能）

画钟测验（CDT）及评分方法



画钟测验目前普遍采用四分法计分：

- 1.画出闭锁的圆(表盘)；
- 2.将数字安置在表盘上的正确位置；
- 3.表盘上12个数字正确；
- 4.将指针安置在正确的位置。

10分钟之内完成。

精神状态评估表（认知功能）

提问技巧：

- 当老人觉察到你在对其进行测试时，可能会询问为什么要这样做。
- 有人会因反感而不愿配合，也有人会用拒绝来掩饰遗忘。此时需进行解释，争取老人的配合以进行区分。例如：
 - “这个问题所有的人都会问，不是单单只问您。”
 - “这样做是为了能更好地了解您现在的状况，……”
 - “为了制定您的照护计划，避免遗漏和错误……”

精神状态评估表

B.2.2 攻击 行为	□分	0分，无 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）
		1分， 每月有几次 身体攻击行为，或每周有几次语言攻击行为
		2分， 每周有几次 身体攻击行为，或每日有语言攻击行为
B.2.3 抑郁 症状	□分	0分，无
		1分，情绪低落、不爱说话、不爱梳洗、不爱活动
		2分，有自杀念头或自杀行为

无法直接问老人。通过交流，观察，询问照护者，结合病历等进行**综合判断**。

精神状态分级

B. 2. 4 精 神 状 态 总 分	□分	
B. 2 精 神 状 态 分 级	□级	0能力完好：总分为0分 1轻度受损：总分为1分 2中度受损：总分2-3分 3重度受损：总分4-6分

感知觉与沟通评估表

B.3.1 意识水平	□ 分	0分， 神志清醒 ，对周围环境警觉
		1分，嗜睡，表现为睡眠状态过度延长。当呼唤或推动患者的肢体时可唤醒，并能进行 正确的交谈或执行指令 ，停止刺激后又继续入睡
		2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
		3分，昏迷，处于浅昏迷时对疼痛刺激有回避和痛苦表情；处于深昏迷时对刺激无反应（若评定为昏迷，直接评定为重度失能，可不进行以下项目的评估）

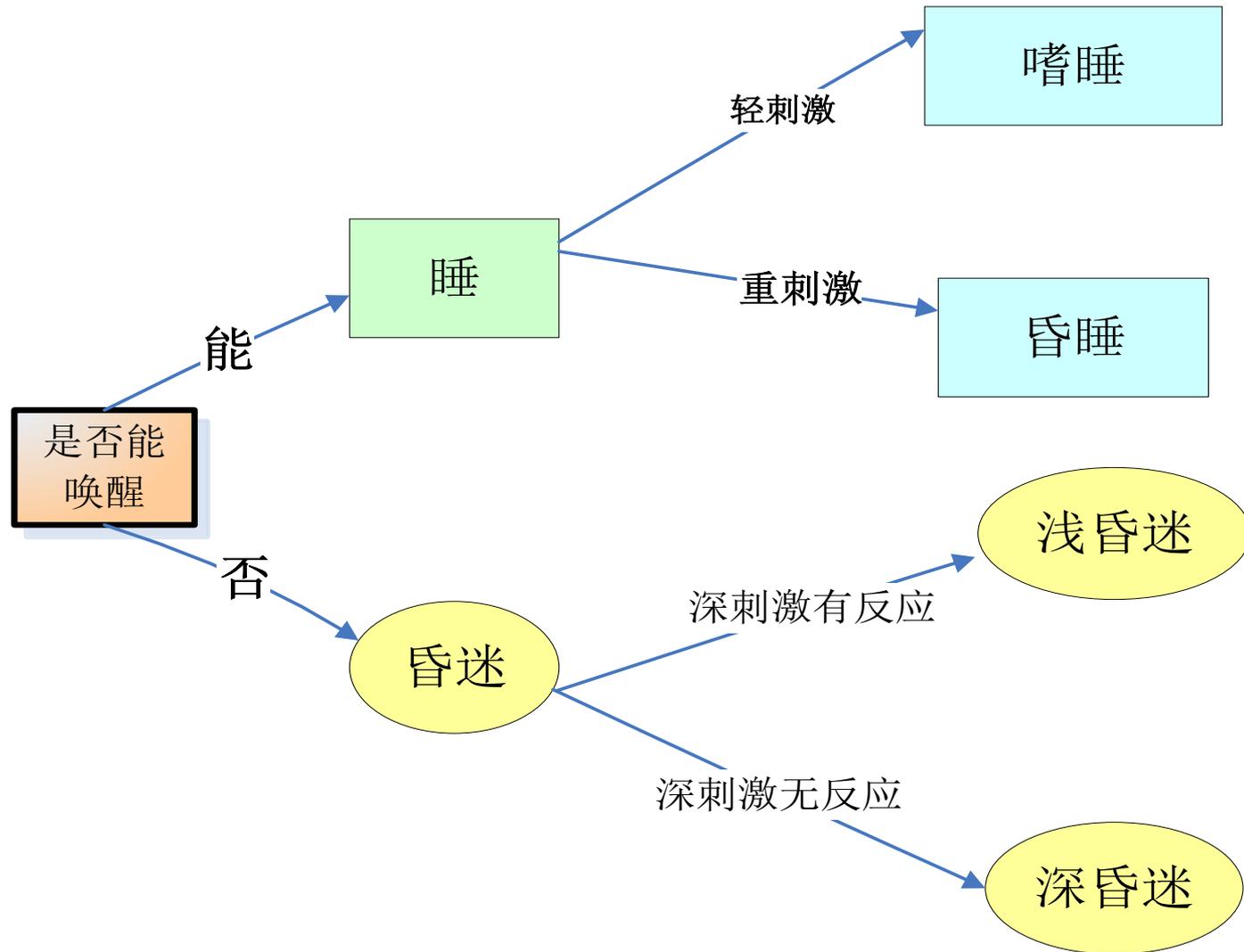
能回答出自己的名字和出生年月日，即可判断清醒

感知觉与沟通评估表（意识）

如何区分嗜睡/昏睡/昏迷？

- 嗜睡：轻度刺激可将其唤醒，醒后**能执行指令**。
- 昏睡：较强刺激方可唤醒，醒后能简短交流，回答可能无意义。
- 昏迷：无法唤醒

感知觉与沟通评估表（意识）



感知觉与沟通评估表（视力）

B.3.2视力： 若平日带 老花镜 或 近视镜 ，应在佩戴眼镜的情况下评估	□分	0分，能看清书报上的 标准字体
		1分，能看清楚 大字体 ，但看不清书报上的标准字体
		2分，视力有限，看不清报纸大标题，但 能辨认物体
		3分，辨认物体有困难，但眼睛能跟随物体移动，只能看到光、颜色和形状
		4分，没有视力，眼睛不能跟随物体移动

可通过**测试**进行判断。

感知觉与沟通评估表（视力）

测试方法：

- 测试前首先询问老人平时是否戴花镜或近视镜。
- 携带正常印刷的报纸或杂志，请老人读一段文字，从大标题到正文。
- 对于不识字的老人，可让其辨认报纸上的数字或图片。
- 对于无法完成上述测试的老人，观察其眼睛是否随意动的人或物体移动。

感知觉与沟通评估表（视力）

B.3.3听力：

若平时佩戴助听器，应在佩戴助听器的情况下评估

□分

0分，可正常交谈，能听到电视、电话、门铃的声音

1分，在轻声说话或说话距离超过2米时听不清

2分，正常交流有些困难，需在安静的环静或大声说话才能听到

3分，讲话者大声说话或说话很慢，才能部分听见

4分，完全听不见

通过询问/测试/结合评估者自己的感觉进行判断。

感知觉与沟通评估表（听力）

测试方法：

- 测试前首先询问老人平时是否佩戴助听器。
- 询问老人平时同其他人交流的情况；询问平时打电话/看电视/听门铃的情况。（可问照护者）
- 评估者根据自己同老人交流的情况进行综合判断。
例如是否需要大声讲话，是否需要放慢语速。是否需要多次重复，是否需要使用肢体语言，谈话过程中老人是否需要看着评估者的脸才能听懂等。

感知觉与沟通评估表（沟通）

B.3.4 沟 通 交 流： 包 括 非 语 言 沟 通	□ 分	0分，无困难，能与他人正常沟通和交流
		1分，能够表达自己的需要及理解别人的话，但需要增加时间或给予帮助
		2分，表达需要或理解有困难，需频繁重复或简化口头表达
		3分，不能表达需要或理解他人的话

通过询问/测试/结合评估者自己的感觉进行判断。

感知觉与沟通评估表（沟通交流）

测试方法：

- 本条目测量两个维度。一是老人是否能够表达自己的需要。二是老人是否能理解别人的话。
- 对于无法用语言交流的老人，如果可以用书写/提示卡或手势正确的表达自己的需要，也可评为1分。
- 如果同老人交流困难，可询问照护者老人平时同其他人交流的情况；
- 评估者结合询问/观察/自己同老人交流的情况/结合老人的患病情况进行综合判断。

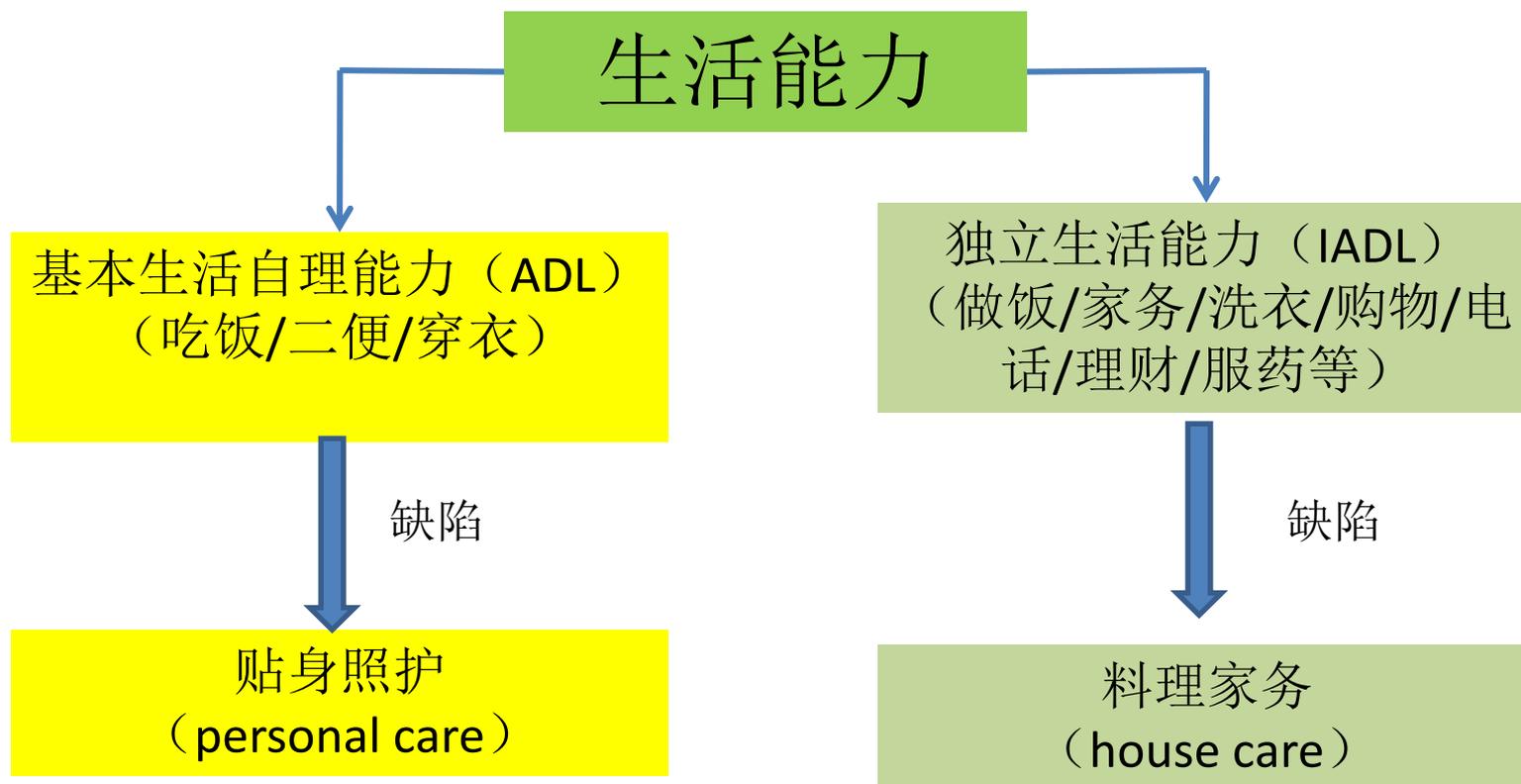
感知觉与沟通分级

B. 3感知觉与沟通分级	<input type="checkbox"/>	<p>0能力完好：意识清醒，且视力和听力评为0或1，沟通评为0</p> <p>1轻度受损：意识清醒，但视力或听力中至少一项评为2，或沟通评为1。</p> <p>2中度受损：意识清醒，但视力或听力中至少一项评为3，或沟通评为2； 或嗜睡，视力或听力评定为3及以下，沟通评定为2及以下。</p> <p>3重度受损：意识清醒或嗜睡，但视力或听力中至少一项评为4，或沟通评为3；或昏睡/昏迷</p>
---------------------	--------------------------	---

社会参与评估（生活能力）

B.4.1 生活能力	□ 分	0分，除个人生活自理外（如饮食、洗漱、穿戴、二便），能料理家务（如做饭、洗衣）或当家管理事务
		1分，除个人生活自理外，能做家务，但欠好，家庭事务安排欠条理
		2分，个人生活能自理；只有在他人帮助下才能做些家务，但质量不好
		3分，个人基本生活事务能自理（如饮食、二便），在督促下可洗漱（自理但）
		4分，个人基本生活事务（如饮食、二便）需要部分帮助或完全依赖他人帮助

社会参与评估（生活能力）



社会参与评估（工作能力）

B.4. 2 工作能力	□分	0分，原来熟练的脑力工作或体力技巧性工作可照常进行
		1分，原来熟练的脑力工作或体力技巧性工作能力有所下降
		2分，原来熟练的脑力工作或体力技巧性工作明显不如以往，部分遗忘
		3分，对熟练工作只有一些片段保留，技能全部遗忘
		4分，对以往的知识或技能全部磨灭

通过询问进行判断。

该指标对于已退休和未退休的人意义有所差别。

社会参与评估（时/空定向能力）

B.4.3 时间 / 空间定 向	□ 分	0分，时间观念（年、月、日、时） 清楚 ；可单独出 远门 ，能很快掌握 新环境 的方位
		1分，时间观念有些下降，年、月、日清楚，但有时 相差几天 ；可单独来往于 近街 ，知道现住地的名称和方位，但 不知回家路线
		2分，时间观念较差，年、月、日不清楚，可 知上半年或下半年 ；只能单独在家 附近 行动，对现住地 只知名称，不知道方位
		3分，时间观念很差，年、月、日不清楚， 可知上午或下午 ；只能在左邻右舍间串门，对现住地 不知名称和方位

社会参与评估（时/空定向能力）

通过提问和询问老人/照护者进行判断。

问题：

您能告诉我现在的日期吗？

您能告诉我现在的季节吗？

您知道现在的时间吗？上午/下午/晚上

您能告诉我您的家庭地址吗？

您平时出门都去哪些地方呀？怎么去？

多久去一次？

... ..

社会参与评估（人物定向能力）

B.4.4 人物 定向

□
分

0分，知道**周围人们的关系**，知道祖孙、叔伯、阿姨、侄子侄女等称谓的意义；**可分辨陌生人**的大致年龄和身份，可用适当称呼

1分，只知**家中亲密近亲的关系**，不会分辨陌生人的大致年龄，**不能称呼陌生人**

2分，只能**称呼家中人**，或只能照样称呼，不知其关系，不辨辈分

3分，只认识常**同住的亲人**，可称呼子女或孙子女，可辨熟人和生人

4分，只认识保护人，**不辨熟人和生人**

社会参与评估（人物定向能力）

通过提问和询问老人/照护者进行判断。

家人/家中的照片/评估者自身都可作为评估工具。

提问之前要先了解老人和谁居住在一起，主要由谁照护？

问题：

照片中的这个人是谁？

指着照护者问：这个人是谁？

您认识我吗？您看我多大了？

看照片问：哪个是您女儿呀？哪个是您孙女呀？

... ..

社会参与评估（社会交往能力）

B.4.5 社会 交往 能力	□ 分	0分，参与社会，在社会环境有一定的适应能力，待人接物恰当
		1分，能适应单纯环境，主动接触人，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，不会主动待人，谈话中很多不适当词句，容易上当受骗
		3分，勉强可与人交往，谈吐内容不清楚，表情不恰当
		4分，难以与人接触

社会参与评估（社会交往能力）

通过询问老人/照护者，结合评估者自己的感觉进行综合判断。

可询问老人最近是否参加过某些聚会或活动。如同学聚会，家庭聚会，生日会，婚礼等等。进而询问参与聚会的情况，通过细节描述进行判断。

社会参与分级

B. 4. 6 社会参与 总分	□分	上述5个项目得分之和
B. 4 社会 参与分级	□级	0能力完好：总分0-2分 1轻度受损：总分3-7分 2中度受损：总分8-13分 3重度受损：总分14-20分

能力评估报告

C. 1一级指标分级	C. 1. 1日常生活活动： <input type="checkbox"/> 级	C. 1. 2精神状态： <input type="checkbox"/> 级
	C. 1. 3感知觉与沟通： <input type="checkbox"/> 级	C. 1. 4社会参与： <input type="checkbox"/> 级
C. 2老年人能力初步等级	0能力完好 1轻度失能 2中度失能 3重度失能 <input type="checkbox"/>	
C. 3等级变更依据	1有认知障碍/痴呆、精神疾病者，在原有能力级别上提高一个等级； 2近30天内发生过2次及以上跌倒、噎食、自杀、走失者，在原有能力级别上提高一个等级； 3处于昏迷状态者，直接评定为重度失能； 4 若初步等级确定为“3重度失能”，则不考虑上述1-3中各情况对最终等级的影响，等级不再提高。 <input type="checkbox"/>	
C. 4老年人能力最终等级	0能力完好 1轻度失能 2中度失能 3重度失能 <input type="checkbox"/>	

总结

- 能力评估不是疾病筛查，更不是疾病诊断。而是评估老人**是否有独立生活和自我照护的能力**。
- 界定为失能的依据是存在功能缺陷，且该缺陷**需要替代护理**。
- 失能程度的判断依据是**需要护理的时间和人力**。需要护理的时间越长，需要的人员越多，失能程度就越重。