

# 江苏省贯彻《养老机构服务安全基本规范》 操作指南

## 第一章 基本要求

第一条 养老机构的建设和运营应符合消防、卫生与健康、环境保护、食品药品、建筑、设备设施等标准中的强制性规定及要求，经过相关验收并获得资质文件。

第二条 养老机构应建立服务安全责任制，养老机构法定代表人或主要管理者是养老机构服务安全的第一责任人。养老机构应构建服务安全管理组织架构，明确工作人员服务安全岗位责任事项及责任追究制度。

第三条 养老机构应按照法律法规和本指南的要求，建立健全各项防范服务安全风险的制度、流程和标准，包括但不限于：服务风险评估标准、服务操作规范或规程、服务安全检查制度、服务安全应急预案、服务安全考核与奖惩制度等。

第四条 养老机构应在服务环境内设置符合 GB2893、GB2894 要求的安全标志，参考执行 MZ/T131-2019 的要求。

第五条 养老机构的工作人员应经培训合格后上岗，消防安全、食品药品、特种设备管理、医疗等特殊岗位人员应持证上岗。持续对工作人员开展服务安全培训并进行考核，工作人员应熟知主要服务安全风险的辨识和处置程序。

第六条 养老机构应制定昼夜巡查、交接班制度。老年人身体及精神状况发生明显变化、出现异常情况，应及时予以

报告和处置，提高巡查频次，做好巡查、交接及处置记录。有条件的养老机构应加强视频监控系统的功能设置，保存监控记录。鼓励应用智能化体征监测系统，强化对老年人突发意外风险的监测和预警。制定老年人个人信息和监控内容保密制度。

第七条 养老机构应建立健全食品药品安全管理制度，禁止在养老机构内非法兜售保健食品、药品等。

第八条 养老机构应建立传染病防控管理相关制度、流程和预案，做好清洁卫生和消毒工作，对于污染织物应单独清洗、消毒和处置，保存相关记录。

第九条 养老机构应建立机构内控烟制度，在老年人生活及活动区域应禁止吸烟，相应场所设置禁烟标志。

## **第二章 安全风险评估**

第十条 老年人入住养老机构前，应结合老年人日常生活活动、精神状态、感知觉与沟通、社会参与等进行服务安全风险评估。

第十一条 服务安全风险评估应包括噎食、食品药品误食、压疮、烫伤、坠床、跌倒、他伤和自伤、走失、文娱活动意外等方面的风险。

第十二条 安全风险评估原则上每年应至少进行一次阶段性评估，当老年人的身体或精神状况发生较大变化时应及时进行再次评估，并保存评估记录。

第十三条 养老机构应建立沟通与知情同意相关制度，

服务安全风险评估结果应告知工作人员及相关第三方，高风险及相应的防范措施应由相关第三方签字确认。

第十四条 养老机构应依据评估情况将服务安全风险划分风险等级，并根据评估结果采取针对性的防范措施。

### **第三章 防噎食**

第十五条 对尚未出现吞咽障碍的老年人（结合医疗诊断报告、第三方问询结果进行评估）入住前开展噎食风险评估，可参考使用《噎食风险评估表》（详见附录1），保存评估记录，将评估结果告知工作人员及相关第三方。持续关注老年人吞咽功能的变化，必要时可开展再评估。

第十六条 应采取以下措施防范老年人发生噎食风险：

- 1.根据老年人的功能状况选择合适的食物和进食方式。
- 2.对于经口进食的老年人，食料切配时切小、切细、切碎，确保食物大小、长短适宜，食物酥软、易吞咽。
- 3.注意观察老年人进食情况，劝导老年人细嚼慢咽，告知老年人口含有食物时避免大笑、讲话。避免老年人平卧位进食、饮水。
- 4.进食环境清洁、卫生、无异味、无噪声干扰，使老年人保持情绪稳定，注意力集中，避免不良刺激及同时开展其他活动或服务。

第十七条 对于有中高噎食风险的老年人，应采取以下针对性预防措施：

1. 通过床头卡等方式予以标识，并让工作人员熟知。

2. 根据情况选择合适的食物，如稀流质、浓流质、浓汤和浓稠食物等。必要时，由专业医护人员给予鼻胃管喂食，或间歇性经胃管喂食等。

3. 对有认知障碍、存在暴食和抢食风险，以及服药后出现吞咽障碍的老年人，安排单独进餐，劝导其放慢进食速度，加强看护，避免该类老年人将食物带回居室独自进食。

4. 由护理人员协助进食时，进食程序应正确，掌控正确的喂食体位、喂食量、喂食速度，喂食过程密切关注老年人的动态变化。选择坐位进食体位时，老年人应坐直、上身稍前倾，头略低，下颏微向前；卧位时，抬高床头 $30^{\circ}$ - $50^{\circ}$ ，头转向一侧（护理员侧）或将后背垫起呈坐位姿势。

5. 在老年人进食后，保持坐位姿势观察30分钟以上，同时避免翻身、叩背和吸痰，确保无异常。

第十八条 发现噎食者，应清除口咽部食物，疏通呼吸道。同时通知医生或护士，可使用刺激舌根部法、拍打法、海姆利克救助法等进行处置。

第十九条 如噎食没有缓解，应拨打120急救电话，送医院救治，同时通知相关第三方。如噎食风险解除，继续观察30分钟，无异常后恢复正常照护。

第二十条 做好医疗或护理相关记录。

## **第四章 防食品药品误食**

第二十一条 老年人入住前开展食品药品误食风险评估，

可参考使用《简易精神状态评价表（MMSE 量表）》（详见附录 2），保存评估记录，将评估结果告知工作人员及相关第三方。持续关注老年人身体和精神状况变化，开展再评估。

第二十二条 应采取以下措施防范老年人发生食品误食风险：

1. 食品应按要求储存，散装食品必须放置于加盖容器中，或加封保鲜膜，或置于保鲜袋内。在容器上标明有效期，确保在有效期内食用。

2. 老年人自带食品做好登记，原则上由养老机构统一管理，按照要求做好储存，确保无过期、无变质、无霉变等现象。

3. 定期检查、督促，协助老年人处置过期、变质、霉变食品。

4. 发现老年人或相关第三方带入不适合老年人食用的食品，应与老年人或相关第三方沟通后处理。

5. 对易误食的物品进行严格管理。如老年人在吃袋装食品时，服务人员应提前把干燥剂取出；对于经评估有认知障碍的老年人，应将洗涤剂物品放置在老年人触及不到的地方；消毒物品应上锁管理，使用后放回原处。

第二十三条 应采取以下措施防范老年人发生药品误食风险：

1. 提供服药管理服务的养老机构，在入住前与老年人或相关第三方签订服药管理协议。

2. 有内设医疗机构的养老机构按照相应规范的要求，

建立相关药品管理制度，统一管理药品。

3. 无内设医疗机构的养老机构建立内部药品管理制度，建议由专人参与管理药品，加强日常检查，协助老年人定时清理并处置自带过期药品。

4. 外来药品应按医嘱接收，做登记，并由相关第三方签字确认。不允许接收过期药、已拆包装的零星药。

5. 由医护人员排药、发药，严格执行“三查八对”制度。需护理人员发药的，制定发药程序，在医护人员指导和监督下发药，必要时看服到口。

第二十四条 对于有中高误食风险的老年人，应采取以下针对性预防措施：

1. 通过床头卡等方式予以标识，并让工作人员熟知。
2. 严禁该类老年人保存、自服食品或药品。
3. 老年人在进行进食、服药时，工作人员应重点观察，避免老年人误食。
4. 加强巡查观察。

第二十五条 老年人发生食品药品误食时，应了解误食品种和数量，观察老年人的呼吸、脉搏及面色，以及是否有呕吐、头晕等身体情况变化。同时通知医生或护士等专业人员，无医护人员的养老机构应通知机构管理人员。

第二十六条 如老年人有身体异常变化，需要紧急救治的，应拨打 120 急救电话，送医院救治，同时通知相关第三方。

第二十七条 做好医疗或护理相关记录。

## 第五章 防压疮

第二十八条 防压疮相关要求可参考 MZ/T132-2019 要求执行。老年人应在入住当天开展压疮风险评估，可参考使用《压疮风险评估表》（详见附录 3），7 日内跟进观察，保存评估记录，将评估结果告知工作人员及相关第三方。持续关注老年人身体状况变化，重点关注受压、缺乏脂肪组织保护、骨骼隆突等易发部位，开展再评估。

第二十九条 应采取以下措施防范老年人发生压疮风险：

1. 护理人员做到五勤：勤翻身、勤擦洗、勤推拿、勤整理床铺、勤调换被服衣物等。

2. 向老年人提供增强抵抗力和组织修复能力的膳食，鼓励、帮助其进食。

3. 在服务过程中做好清洁及防护：

（1）床铺应保持干燥、平整、无碎屑；

（2）身体各部位皮肤应保持干燥；

（3）洗浴与擦浴，浴后应擦拭干净皮肤；

（4）手术、创伤、意识障碍等不适合洗浴的老年人，应安排擦浴；

（5）宜用温清水清洗会阴部，并擦干；

（6）擦拭时应用力均匀，避免揉搓皮肤；

（7）被服等被伤口分泌物浸湿时，应即时更换；

（8）便溺秽物、大小便失禁、呕吐及出汗等情况，应

即时轻拭清洁，尿布、被服随湿随换；

（9）使用无破损的便器，避免硬塞硬拉；宜在便盆边缘上垫软纸或布垫；

（10）避免老年人直接卧于橡胶单或塑料布上。

4. 根据老年人身体状况定时给予变换体位：

（1）自主变换，督促、提醒、鼓励卧床老年人经常变换体位，减轻骨骼隆突部位压迫；

（2）被动变换，帮助无自主翻身能力的老年人翻身，应至少 2 小时翻身 1 次；

（3）使用轮椅的老年人应 0.5 小时变换姿势 1 次；

（4）翻身和移动时，应避免拖、拉、推等动作，防止擦破皮肤。

5. 处置原发病。应安排老年人就医，治疗易引发身体水肿、压疮的原发疾病，按时复诊、按时给药、帮助完成康复疗程。

6. 为老年人提供心理辅导，向老年人和相关第三方宣传预防压疮的相关知识。

第三十条 对于有中高压疮风险的老年人，应采取以下针对性预防措施：

1. 通过床头卡等方式予以标识，并让工作人员熟知。

2. 定期检查并进行记录。检查宜在生活照料过程中同步进行，检查内容应包括皮肤是否干燥、完好，有无破损，颜色有无改变，尿布衣被等是否干燥平整。交接班时，重点



检查确认老年人有无压疮发生。

3. 每 2 小时检查 1 次老年人的皮肤，根据老年人不同卧位，重点观察骨隆突出部位和受压部位皮肤情况。

4. 用温水给老年人清洁皮肤，按摩受压部位，以促进循环。

5. 可根据老年人情况使用辅具：

（1）卧姿时，可选用防压疮床垫、翻身辅助垫等辅具，在身体空隙处放置软垫（枕），降低骨骼隆突部位压力；

（2）坐姿时，可配备辅助坐垫，身体空隙处放置软垫；

（3）可按医嘱要求使用护架，用护架抬高被、毯，避免局部受压；

（4）按辅具使用规定变换体位，浸湿后即时更换辅具。

第三十一条 当老年人发生压疮时，护理人员应加强照顾。通知专业人员进行检查、诊断，可按瘀血红润期、炎性红润期、溃疡期等病情的不同阶段酌情处理，医护人员根据病情制定诊疗护理方案。

第三十二条 机构管理人员应通知相关第三方并告知病情。如病情严重，可选择外出就诊。

第三十三条 做好医疗或护理相关记录，宜将记录列入老年人的健康档案。

## 第六章 防烫伤

第三十四条 老年人入住前开展烫伤风险评估，可参考

使用《烫伤风险评估表》（详见附录4），保存评估记录，将评估结果告知工作人员及相关第三方。持续关注老年人身体和精神状况变化，开展再评估。

第三十五条 应采取以下措施防范老年人发生烫伤风险：

1. 高温环境或设施设备应设置明显的“高温或烫伤危险”安全警示标识，工作人员应熟知高温风险区域和部位。

2. 高温环境或设施设备应有防烫伤的防护措施，避免老年人触碰高温设施设备和物品，如开水炉、烤灯、高温消毒餐具、加热后的器皿等。

3. 避免老年人饮用、进食高温饮食，食物、饮水温度掌控在45-50℃。进食前护理人员可取少量食物、饮水滴在手腕内侧皮肤上，以感觉温热、不烫手为宜。

4. 提醒老年人洗漱、沐浴前应调节好水温，先开冷水后开热水，盆浴时先放冷水再放热水。

5. 倾倒热水、准备高温食物时应避开老年人。

6. 使用取暖物时，观察老年人的皮肤是否出现红肿、水泡等情况，防止高温烫伤。

7. 加强巡查和护理交接，检查老年人皮肤情况。

第三十六条 对于有中高烫伤风险的老年人，应采取以下针对性预防措施：

1. 严禁老年人自行冲泡热水袋，感觉功能障碍者不应使用热水袋。使用热水袋必须装有保护外套，冲装热水后应排尽袋内空气，拧紧塞子，擦干外表面，确保无漏水或破裂、

手感不烫后使用。

2. 密切关注老年人的行动，严禁接触高温设备或设施。

3. 老年人进食、洗浴时，应测试温度，确保在合适温度进行，并始终保证有工作人员陪同。

第三十七条 当发生老年人烫伤情况时，可按照以下应急处置流程处理：

1. 脱离热源，同时通知医护人员。

2. 如有衣物附着，不要急脱去烫伤处的衣物，以免表皮随同一起脱落，应使用冷水浸泡后用剪刀剪开，再脱下衣物。

3. 流水冲洗烫伤创面 30 分钟（创面无破损），创面宜用无菌辅料或清洁被单覆盖或包扎，以免再受损伤或污染。

4. 用干净的纱布把烫伤处盖住，有水疱时，不可挑破，避免感染。

5. 医护人员到达现场后观察烫伤的部位、面积、深度，根据一度、二度、三度等不同烫伤等级提出处置意见。

第三十八条 如烫伤情况无法处置，或经处置后不能缓解，应送医院就诊，同时通知相关第三方。

第三十九条 做好医疗或护理相关记录。

## 第七章 防坠床

第四十条 老年人入住前开展坠床风险评估，可参考使用《坠床风险评估表》（详见附录5），保存评估记录，将评估结果告知工作人员及相关第三方。持续关注老年人身体和精神状况变化，开展再评估。

第四十一条 应采取以下措施防范老年人发生坠床风险：

1. 每天检查床单元安全，保存检查记录。
2. 当老年人卧床休息时，及时拉起床护栏，或采取其他保护措施。
3. 护理人员应提醒老年人上下床注意安全。
4. 提醒老年人起床活动前做到3个“半分钟”（醒后静卧半分钟，床上坐起半分钟，床沿站立半分钟）。
5. 做好日常巡查，发现异常报告机构管理人员。

第四十二条 对于有中高坠床风险的老年人，应采取以下针对性预防措施：

1. 通过床头卡等方式予以标识，并让工作人员熟知。
2. 加强重点巡查观察，保存巡查记录。
3. 按规定使用床护栏、约束带等保护器具，实施前与相关第三方签订采取强制性保护措施同意书。
4. 护理人员应帮助有坠床风险的老年人上下床。

第四十三条 当发生老年人坠床情况时，可按照以下应急处置流程处理：

1. 发生老年人坠床时，在老年人身边给予安抚，同时报告医护人员。
2. 判断老年人意识是否清晰（轻拍老年人肩部，并加

以呼喊，观察其有无应答），检查是否有外伤、触痛、肢体不能自主活动等情况。后续参考“防跌倒”应急处置流程进行处理。

第四十四条 如坠床后发生较为严重伤害，应拨打 120 急救电话，送医院救治，同时通知相关第三方。

第四十五条 做好医疗或护理相关记录。

## 第八章 防跌倒

第四十六条 老年人入住前开展跌倒风险评估，可参考使用《跌倒风险评估表》（详见附录 6），保存评估记录，将评估结果告知工作人员及相关第三方。持续关注老年人身体和精神状况变化，开展再评估。

第四十七条 应采取以下措施防范老年人发生跌倒风险：

1. 养老机构的硬件环境和设备设施应符合 GB50763-2012 的相关要求。

2. 老年人居室、厕所、走廊、楼梯、电梯、室内活动场所应保持光线充足，设施设备无损坏，地面无湿滑、无障碍物，危险环境应有安全警示标识。

3. 老年人的居室、厕所、公共活动区域等，按照要求配置扶手、应急呼叫器，出入口门前平台与室外地面之间无门槛，采用缓坡台阶和坡道过渡，室内外台阶应有警示标识，保持扶手、呼叫器无损、无缺且可正常使用。

4. 地面保洁等清洁服务实施前及过程中，放置安全警示标志，通风干燥，或使用通风干燥设备，保持地面干燥。

5. 提醒指导老年人穿着合适的衣、裤、鞋，做好防滑措施。走路时避免穿拖鞋，裤子不宜过长。

第四十八条 对于有中高跌倒风险的老年人，应采取以下针对性预防措施：

1. 老年人在起床、行走、如厕等情形时，可按需配备助行器具或由护理人员协助，提醒老年人正确使用要求。

2. 护理人员协助老年人变换体位时，动作要缓慢。

3. 服用镇静剂、安眠药的老年人未完全清醒时，不要下床活动。

4. 在老年人服用降糖、降压等特殊药物后，密切观察老年人的反应，避免老年人因服药产生跌倒风险。

5. 对长期卧床、骨折、截肢等老年人初次下床行走时，需有人陪护，并告知拐杖等助行器的使用方法。

6. 对于躁动不安、意识不清、高龄体弱、以及运动障碍等易发生跌倒风险的老年人，予以重点关注，避免跌倒。

第四十九条 当发生跌倒情况时，护理人员或工作人员应到老年人身边进行呼喊并安抚，暂时不要移动老年人，同时通知医护人员。如跌倒后出现意识不清、发生较大外伤、呕吐、无呼吸等情形，医护人员做紧急处置，拨打 120 急救电话，送医院救治，同时通知相关第三方。如无以上情形，由医护人员按实际情况处置。

第五十条 做好医疗或护理相关记录。

## 第九章 防他伤和自伤

第五十一条 老年人入住前开展他伤和自伤风险评估，可参考使用《他伤和自伤风险评估表》（详见附录7），保存评估记录，将评估结果告知工作人员及相关第三方。持续关注老年人身体和精神状况变化，开展再评估。

第五十二条 应采取以下措施防范老年人发生他伤或自伤风险：

1. 对新入住老年人进行环境适应关怀。
2. 加强对服务环境安全的评估，及时排除环境安全隐患。
3. 加强门卫管理，防范危险人员进入养老机构造成伤害老年人的风险，如无关人员非法闯入或在养老机构出入口处对老年人造成伤害等。
4. 不允许老年人及相关第三方自带危险物品进入老年人生活区域，一旦发现统一收缴、管理。危险物品包括但不限于：尖锐物品（剪刀）、功率大于800w的取暖电器、电热毯、无安全认证插线板以及火种等。
5. 机构自身运营服务所需器具和物品中，如有危险器具和物品，加强严格管控，专人管理易燃易爆、有毒有害、尖锐物品、钝器以及火种等。

第五十三条 对于有中高他伤或自伤风险的老年人，应采取以下针对性预防措施：

1. 对情绪不稳定的老年人应进行干预、疏导安抚，检查有无危险物品，关好门窗。

2. 发现老年人有他伤或自伤倾向时应干预，并告知相关第三方。

3. 在征询相关第三方同意后，适时使用安全保护用具。

4. 认知障碍老年人生活区严禁放置任何危险物品，对可能产生伤害的设备设施应设置保护装置。

5. 详细交接班，密切观察有自伤或他伤老年人的情绪变化，发生异常情况向机构管理人员报告。

第五十四条 当发生老年人自伤或他伤时，应第一时间予以制止，通知医护人员或机构管理人员，视情况需要可做报警处理。

第五十五条 密切观察有自伤或他伤老年人的身体和精神状况，情形严重时应送医院救治，并告知相关第三方。

第五十六条 做好医疗或护理相关记录。

## 第十章 防走失

第五十七条 老年人入住前开展走失风险评估，可参考使用《走失风险评估表》（详见附录8），保存评估记录，将评估结果告知工作人员及相关第三方。持续关注老年人身体和精神状况变化，开展再评估。

第五十八条 应采取以下措施防范老年人发生走失风险：

1. 制定老年人外出管理制度，入住前与老年人及相关第三方签订外出管理协议。

2. 门卫处应保存有走失风险老年人资料清单（含照片），为老年人建立信息卡，老年人外出时佩戴。加强养老机构各



出入口的人员值守工作。

3. 老年人外出应办理相关请假手续，一般情况下需有相关第三方陪同。无陪同的老年人应佩戴外出信息卡，做好护理交接、门卫登记手续。有条件的养老机构，可为老年人配备定位手环或卡片。

第五十九条 对于有中高走失风险的老年人，应采取以下针对性预防措施：

1. 形成重点关注人群清单，定时巡查，做好交接班核查。

2. 对情绪和活动有异常的老年人应加强观察，主动与其沟通，满足其合理的要求，不可单独外出。

3. 发现有潜在出走倾向的，稳定老年人的情绪，采取有效的防范措施，并报告管理人员。

4. 认知障碍老年人和相关第三方已签署禁止独自外出协议的老年人禁止独自外出。特殊情况需外出时，需有相关第三方陪同。

第六十条 当发生老年人走失情况时，可按照以下应急处置流程处理：

1. 报告养老机构负责人。

2. 组织人员在机构内寻找，查看监控录像。

3. 在机构内未找到，再次报告养老机构负责人、监护人、属地民政部门。

4. 报警求助所在地公安机关协助开展查找。

第六十一条 找回走失的老年人后，应进行老年人身体

健康情况检查，分析走失原因，调整优化防范措施，并于5个工作日内向属地民政部门报告走失原因、处置情况。

第六十二条 做好医疗或护理相关记录。

## 第十一章 防文娱活动意外

第六十三条 组织老年人开展文娱活动前应评估风险（包括老年人心理健康状况、参加活动老年人之间是否发生过矛盾冲突），评估内容参考其他风险评估相关条款的要求，保存记录，将评估结果告知工作人员。

第六十四条 应采取以下措施防范老年人发生文娱活动意外风险：

1. 制定适合不同风险等级老年人的活动，劝导老年人参加适合自己身体状况的活动，并做好风险防范。

2. 选择安全的文娱活动场所，活动时应有安全防护措施、应急预案，地面防滑、活动场所地面平整、墙壁边角和家具边角做防护处理等。

3. 准确评估老年人活动耐受力，忌刺激性强、运动强度高的活动。

4. 文娱活动开展时间不宜过长，兴趣活动小组不宜超过1小时，大型集体活动以1-1.5小时为宜。

5. 文娱活动开展时，有充足的工作人员在场，持续观察老年人的身体和精神状态的变化。

6. 文娱活动结束后，注意跟踪观察老年人的身体、心理健康状况。

第六十五条 当发生老年人文娱活动意外时，应第一时间报医护人员或管理人员，视情况按上述相应的应急处置流程予以处置。

第六十六条 如老年人身体出现本机构无法处置的情形，应拨打 120 急救电话，送医院救治，同时通知相关第三方。

第六十七条 做好医疗或护理相关记录。

## 第十二章 管理要求

第六十八条 应加强对服务安全事故事件的日常管理：

1. 建立日常事故事件台账，客观、完整记录本机构发生的事故事件。

2. 开展对典型事故事件的总结、分析，进行案例教育，避免类似风险再次发生。

第六十九条 应急预案

1. 应制定针对服务安全事故事件的应急预案，工作人员应掌握应急预案的内容并履行各自岗位职责，至少每半年进行一次演练。

2. 服务安全突发事件应建立报告制度，按照应急预案进行处置。

第七十条 评价与改进

1. 至少每半年开展一次对本指南涉及的服务安全风险防范工作评价，形成自评价小结。

2. 服务及评价过程中发现的服务安全隐患应及时整改、消除。

3. 评价完成后，养老机构的相关管理制度、应急预案等应进行更新、优化，并强化人员培训。

#### 第七十一条 服务安全培训与教育

1. 应制定服务安全教育计划，落实相关经费。

2. 应组织开展对养老机构工作人员的服务安全教育和培训，使之掌握安全知识和相关安全技能，做好相应记录，并对培训效果进行检查和考核。

3. 相关第三方、志愿者和从事维修、保养、装修等短期工作人员应接受养老机构用电、禁烟、火种使用、门禁使用、尖锐物品管理安全教育。

4. 应对老年人进行重点服务安全风险预防的知识教育培训。

## 附录

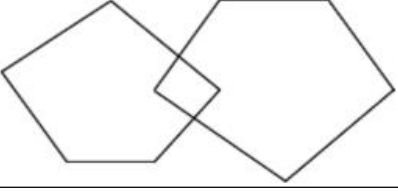
### 1. 噎食风险评估表（洼田饮水试验评估表）

风险级别	判断	情形
无风险	吞咽功能正常	5 秒内，能顺利地 1 次将水咽下
低风险	可疑吞咽功能异常	5 秒以上，能顺利地 1 次将水咽下
		分 2 次以上，能不呛咳地咽下
中风险	吞咽功能异常	能 1 次咽下，但有呛咳
		分 2 次以上咽下，但有呛咳
高风险	吞咽功能极度异常	频繁呛咳，不能全部咽下

说明：该量表适用于意识清楚并能按照指令完成实验的老年人；评定时要求老年人端坐，喝下 30ml 温开水，并观察所需时间和呛咳情况。

## 2. 简易精神状态评价表（MMSE 量表）

项目	内容	得分		
1 定向力	今年是哪一年？	1	0	
	现在是什么季节？	1	0	
	现在是几月？	1	0	
	今天几号？	1	0	
	今天是星期几？	1	0	
	您能告诉我现在我们在哪个城市？	1	0	
	您住在什么区（县）？	1	0	
	您住在什么街道（乡）？	1	0	
	这儿是什么地方？	1	0	
	我们现在是在几楼？	1	0	
2 记忆力	我告诉你 3 件东西的名称，我说完之后请你重复一遍这 3 件东西是什么。因为几分钟后还要再问您。“皮球”、“国旗”、“树木”	皮球	1	0
		国旗	1	0
		树木	1	0
3 注意力计算力	请您从 100 减去 7，然后所得的数目再减去 7，如此一直计算下去，请把每减一个 7 后的答案都告诉我，直到我说“停”为止。	$100-7=$	1	0
		$93-7=$	1	0
		$86-7=$	1	0
		$79-7=$	1	0
		$72-7=$	1	0
4 语言能力	现在请你说出刚才我让你记住的那 3 件东西	皮球	1	0
		国旗	1	0
		树木	1	0
	(出示手表) 请问这是什么？		1	0
	(出示钢笔) 请问这是什么？		1	0
	请您跟我说“44 只石狮子”		1	0
	检查者给受试者 1 张卡片（上写“请闭上你的眼睛”），请您念一念这句话，并按上面的意思去做。		1	0
	我给您一张纸，请您按照我说的去做	现在用右手拿着这张纸	1	0
		用两只手把它对折起来	1	0
		放在您的左腿上	1	0
请您写一个完整的句子（句子必须有主语、动词、有意义）		1	0	

项目	内容	得分	
5 视空间 能力	按样画图 	1	0
评估分值			
评估结果：回答正确得 1 分，错误得 0 分。分值 27-30 分为正常，21-26 分为轻度认知障碍（误食低风险），10-20 分中度认知障碍（误食中风险），0-9 分重度认知障碍（误食高风险）			

### 3. 压疮风险评估表

评估内容		分值	得分
感知能力	完全受限	对疼痛刺激无反应。	1
	非常受限	对疼痛刺激有反应,但不能用语言表达,只能用呻吟、烦躁不安表示。	2
	轻微受限	对指令性语言有反应,但不能总是用语言表达不适,或部分肢体感受疼痛能力或不适能力受损。	3
	无损害	对指令性语言有反应,无感觉受损。	4
潮湿程度	持续潮湿	每次移动或翻动时总是看到皮肤被分泌物、尿液渍湿。	1
	非常潮湿	床单由于频繁受潮至少每班更换一次。	2
	偶尔潮湿	皮肤偶尔潮湿,床单约每日更换一次。	3
	罕见潮湿	皮肤通常是干的,床单按常规时间更换。	4
活动能力	卧床不起	被限制在床上	1
	能坐轮椅	不能步行活动,必须借助椅子或轮椅活动。	2
	扶助行走	白天偶尔步行,但距离非常短。	3
	活动自如	能自主活动,经常步行。	4
移动能力	完全受限	在他人帮助下方能改变体位。	1
	重度受限	偶尔能轻微改变身体或四肢的位置,但不能独立改变体位。	2
	轻度受限	只是轻微改变身体或四肢位置,可经常移动且独立进行。	3
	不受限	可独立进行随意体位的改变。	4
营养摄取	非常差	从未吃过完整一餐,或禁食和(或)进无渣流质饮食。	1
	可能不足	每餐很少吃完,偶尔加餐或少量流质饮食或管饲饮	2



取 能 力		食。		
	充足	每餐大部分能吃完，但会常常加餐；不能经口进食，能通过鼻饲或静脉营养补充大部分营养需求。	3	
	良好	三餐基本正常。	4	
摩 擦 力 剪 切 力	存在问题	需要协助才能移动，移动时皮肤与床单表面没有完全托起，坐床上或椅子上经常会向下滑动。	1	
	潜在问题	很费力地移动，大部分时间能保持良好的体位，偶尔有向下滑动。	2	
	不存在问题	在床上或椅子上能够独立移动，并保持良好的体位。	3	
评估分值				
<p>评估结果：评估分值最高 23 分，最低 6 分。评估分值越低压疮风险越高。评估分值≤9 分为极高危风险，10-12 分为高危风险，13-14 分为中度高危风险，15-18 分为低度高危风险。低度高危风险，宜每周评估 1 次；风险越高，评估周期越短。发热期间，应在评估分值基础上提高 1 个风险等级。</p>				

注：

1. “感知能力”中的“指令性语言”指的是对老年人有明确要求和指令的语言，如请坐下、请张口吃饭等。

2. “感知能力”中的部分肢体感受疼痛能力或不适能力受损,指的是老年人的部分肢体感受疼痛的能力，或感受不适的能力受到损伤。

3. “活动能力”中的“扶助行走”指的是要借助扶手、助行器等方可短暂行走，且行走的距离有限。

4. “营养摄取能力”中的“充足”指的是老年人每餐大部分能吃完，可满足营养需要；对于不能经口进食的老年人，可以通过鼻饲或静脉营养补充大部分营养需求。

5. “剪切力”是引起压疮的另一个原因，剪切力是指施加于相邻物体的表面，引起相反方向的进行性平行滑动力量。它作用于皮肤深层，引起组织相对移位，切断较大区域的血供，因此，剪切力比垂直方向的压力更具危害。

#### 4. 烫伤风险评估表

危险因子	分值	
	是	否
意识模糊、烦躁、嗜睡、昏迷等	1分	0分
使用镇静催眠剂	1分	0分
年龄 $\geq 70$ 岁	1分	0分
生活不能自理	1分	0分
病房有暖水瓶等	1分	0分
进行热疗操作	1分	0分
热疗中无陪护	1分	0分
使用约束用具	1分	0分
评估分值		
评估结果：0分为低风险，1-3分为中风险， $\geq 4$ 分为高风险		

## 5. 坠床风险评估表

项目	评分标准	得分
年龄	≥70岁=1	
	<70岁=0	
近1年是否有坠床史	是=1	
	否=0	
感知状态	意识障碍=1	
	视力障碍（单盲、双盲、弱视、白内障、青光眼、眼底病、复视等）=1	
	意识清晰、视力正常=0	
活动状态	活动障碍、肢体偏瘫=3	
	正常或卧床不能自主移动=0	
身体状态	体能虚弱=3	
	头晕、目眩、低位性低血压=2	
	正常=0	
是否服用影响意识或活动的药物	服用散瞳剂、镇静催眠药、降压利尿药、麻醉止痛药、抗癫痫痉挛药=1	
	否=0	
是否有人陪护	否=1	
	是=0	
光线	光线昏暗=1	
	光线明亮=0	
安全措施	床、平车（如有）护栏未拉上，退刹车装置未锁住=1	
	安全措施到位=0	
评估结果：0分为低风险，1-3分为中风险，≥4分为高风险		

## 6. 跌倒风险评估表

项目	评分标准	得分
近 3 个月跌倒史	否=0	
	是=25	
超过 1 个的医疗诊断 (糖尿病、高血压、心脏病等)	否=0	
	是=15	
行走是否使用辅助器具	不需要/卧床休息/护士协助=0	
	拐杖/手杖/助步器=15	
	轮椅、平车=30	
是否接受药物治疗	否=0	
	是=20	
步态/移动	正常或卧床不能自主移动=0	
	双下肢虚弱无力=10	
	残疾或功能障碍=20	
认知状态	自主行为能力=0	
	无控制能力=15	
总分		
跌倒风险程度分级	1 低度风险：总分 0-24 分	
	2 中度风险：总分 25-45 分	
	3 高度风险：总分 >45 分	
<p>注 1：“超过 1 个医疗诊断”指的是该老年人有医疗诊断且是会增加老年人跌倒风险的医疗诊断。</p> <p>注 2：“接受药物治疗”指用麻醉药、抗组胺药、抗高血压药、镇静催眠药、抗癫痫痉挛药、轻泻药、利尿药、降糖药、抗抑郁抗焦虑抗精神病药。</p> <p>注 3：&gt;45 分为高度风险，提示老年人处于易受伤危险中，应采取相应防护措施。</p>		

## 7. 他伤和自伤风险评估表

项目	评分标准	得分
是否有绝望感	是=3, 否=0	
近期是否发生负面生活事件	是=1, 否=0	
是否有被害妄想或有被害内容的幻听	是=1, 否=0	
是否出现情绪低落、兴趣丧失或愉快感缺乏	是=3, 否=0	
人际和社会功能是否退缩	是=1, 否=0	
言语是否流露自伤意图	是=1, 否=0	
是否有自伤史	是=5, 否=0	
近期是否有亲人或重要朋友去世	是=3, 否=0	
是否有精神病史	是=1, 否=0	
是否为单身或离异或丧偶独居?	是=1, 否=0	
是否自伤未遂	是=5, 否=0	
是否有饮酒史或酗酒?	是=1, 否=0	
是否患晚期疾病?	是=1, 否=0	
是否容易与他人发生激烈的肢体冲突?	是=1, 否=0	
评估分值		
风险程度分级	轻度风险: 总分 ≤ 5 分 中度风险: 总分 6-8 分 重度风险: 总分 9-11 分 严重风险: 总分 ≥ 12 分	
风险级别		

## 8. 走失风险评估表

危险因子	分值	
	无	有
曾经有出走史	0分	4分
明显幻觉、妄想	0分	1分
对入住养老机构感到恐惧	0分	1分
有寻找出走机会的行为	0分	2分
流露出走意图的言语	0分	2分
无自知力、非主观入院	0分	1分
评估分值		
评估结果：0-4分为低风险，5-9分为中风险，≥10分为高风险		