

ICS 11.020.10

CCS C04

团体标准

T/BRACDCHE 015-2025

老年人失能风险防控模式与配套服务规范

Specification for disability risk management service model for older
adults

2025-10-20 发布

2025-10-20 实施

北京慢性病防治与健康教育研究会

发布

目 次

前言	II
引言	III
1 范围	1
2 规范性引用文件	1
3 术语和定义	1
4 服务总则	2
5 模式内容与配套要求	2
6 协同运行机制	4
7 信息化支撑机制	5
8 服务质量管理	5
9 伦理与执业	6
参考文献	7

前 言

本文件参照GB/T1.1—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。

本文件由首都医科大学宣武医院提出。

本文件由北京慢性病防治与健康教育研究会归口。

本文件起草单位：首都医科大学宣武医院、国家神经疾病医学中心、国家老年疾病临床医学研究中心、国家卫生健康委能力建设和继续教育中心、认知障碍诊疗中心、浙江大学、北京师范大学、北京脑科学与类脑研究所、首都医科大学附属北京康复医院、浙江大学医学院附属第一医院、河北医科大学第一医院、深圳市慢性病防治中心、海南医科大学第二附属医院、海南医科大学、上海市第六人民医院、甘肃省人民医院、南昌大学第一附属医院、青海省人民医院、昆明市第一人民医院、空军军医大学唐都医院、大连医科大学附属第一医院、南宁市第一人民医院、广州医科大学附属脑科医院、南京脑科医院、武汉大学人民医院、北京大学第六医院、四川大学华西医院。

本文件主要起草人：唐毅、楚长彪、王治斌、周泓、柳昀哲、方伯言、彭国平、马立欣、应仰威、徐健、游咏、丁金东、郭起浩、张雅敏、洪道俊、朱爱琴、杨鹤云、张巍、董春波、李先锋、宁玉萍、石静萍、张振涛。

本文件其它起草人：郭艳苏、马丽娜、常杰、马燕军、李涛、贾程森。

引 言

随着我国人口老龄化进程加速,老年人群失能风险防控已成为应对人口老龄化国家战略的重要组成部分。失能不仅严重影响老年人生活质量,也给家庭和社会带来沉重照护负担。根据《“十四五”国家老龄事业发展和养老服务体系规划》要求,完善老年人健康支撑体系、构建失能风险防控模式具有重要意义。

当前我国老年人失能防控工作仍面临服务体系不健全、资源配置不均衡、服务连续性不足等挑战。为规范老年人失能风险防控服务,推动建立有效的三级联动机制,特制定本文件。

本文件基于我国老年人失能防控实践需求,提出以基层医疗卫生服务机构为主体、依托信息化技术构建的医院-社区-家庭三级联动服务模式,明确各方职责分工与服务要求,为失能风险防控服务机构开展老年人失能风险防控工作提供实施规范。

老年人失能风险防控模式与配套服务规范

1 范围

本文件规定了老年人失能风险防控的“医院-社区-家庭”三级联动服务模式，包括总体原则、专业技术服务、社区协同服务、家庭照护服务、协同运行机制、信息化支撑、质量监督与伦理责任等方面的要求。

本文件适用于各级医疗卫生机构、养老照护机构、社区服务组织及相关从业人员开展老年人失能风险的筛查、评估、干预与管理等活动。

2 规范性引用文件

下列文件对本文件的应用是必不可少的。凡是注日期的引用文件，仅注日期的版本适用于本文件。凡是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。

WS/T 802 中国健康老年人标准

GB/T 35273 信息安全技术 个人信息安全规范

3 术语和定义

WS/T 802 界定的以及下列术语和定义适用于本文件。

3.1

失能 disability

由于年龄、疾病、损伤等原因，导致老年人在运动功能、认知功能、情感、感知觉与吞咽功能等一个或多个维度上的功能受损，进而影响其进行基本日常生活活动能力。

注：本文件中的“失能”是一个涵盖从风险初现到功能显著下降的连续过程的概念。

3.2

医院-社区-家庭三级联动服务模式 hospital-community-family collaborative service model

依托信息化技术，以基层医疗卫生服务机构为主体，整合各级医院、社区与家庭的服务资源，形成老年人失能风险防控分级合作、连续照护的模式。

3.3

失能从业人员 disability risk practitioner

指通过标准化工具与流程，对老年人功能状态进行系统性评估、风险定级与防控的专业人员，主要来自医疗卫生、社区及养老照护等相关机构。

3.4

基层医疗卫生服务机构 primary healthcare service institution

指直接面向社区居民和家庭，提供基本医疗、公共卫生和健康管理服务的机构，主要包括社区卫生服务中心、社区卫生服务站、乡镇卫生院、村卫生室等。

4 服务总则

应构建并完善老年人失能风险防控中“医院-社区-家庭”三级联动服务模式，明确各方职责，优化资源配置，强化信息共享，实现风险早期识别、分级干预与全程管理。服务提供应遵循以下原则：

- a) 预防为主：注重失能风险的早期识别与主动干预；
- b) 分级服务：建立分工明确、转介顺畅、服务衔接的防控机制；
- c) 协同联动：推动医疗、康复、照护与社区服务资源有效整合；
- d) 尊重意愿：维护老年人在接受服务过程中的自主权与隐私权。

5 模式内容与配套要求

5.1 专业技术服务

5.1.1 技术引领机构

承担老年人失能防控技术引领工作的各级医院的专家团队，应履行以下核心职责：

- a) 制定本区域失能风险评估方案、失能从业人员评价机制及流程质控方案。
- b) 为疑难、重症失能或高风险老年人提供专业诊断、治疗和综合性干预。
- c) 对失能从业人员进行技术指导、能力培训和考核，每年不少于1次。
- d) 负责对区域内失能防控工作的整体质量、数据准确性和干预效果进行监督、评价与反馈，推动服务体系的持续改进。

5.1.2 服务执行机构

承担老年人失能风险防控工作的基层医疗卫生服务机构和各级上级医院，其主要工作内容包

- a) 应对纳入失能防控服务老年人建立档案，采集姓名、性别、年龄、文化程度、居住状况等基本信息，并在电子化信息系统中建立及动态更新个人健康档案。
- b) 采用表1中失能评估推荐工具，对老年人的运动功能、认知功能、情感状态、感知觉及吞咽功能方面开展常规性失能风险筛查与初评，并依据评估结果判定其风险等级。
- c) 风险分级与监测管理：
 - 1. 失能低风险老年人常规监测，3年进行一次评估。
 - 2. 失能中风险老年人一般监测，2年进行一次评估。
 - 3. 失能高风险老年人重点监测，1年进行一次评估。
- d) 提供慢性病的诊断和治疗，提供基础护理、营养指导、失能康复等服务。
- e) 识别超出自身服务能力的病例，规范转诊至上级医院。

表1 老年人失能风险评估维度与推荐工具

评估维度	评估项目	评估量表
运动功能	基本日常生活能力	日常生活能力量表
	基本运动能力	计时起立步行测试
	跌倒风险	活动平衡信心量表
认知功能	整体认知功能	简易智力状态检查
	记忆力	听觉词语学习测验
	视空间	画钟测验
	注意与执行	数字广度测验
情感状态	抑郁状态	简版老年抑郁量表
感知觉	视力及听力	结构化视力与听力访谈
吞咽功能	吞咽功能	洼田饮水实验

5.2 社区协同服务

5.2.1 社区服务中心

作为连接专业服务与家庭照护的社区平台，社区服务中心等组织应负责以下工作：

- 开展健康科普，定期组织防跌倒训练、认知康复活动与健康知识讲座，普及失能预防及自我保健知识，提升老年人健康素养。
- 配合医疗机构实施失能风险评估，动态监测老年人身心状态变化，对发现的异常情况及时向专业机构反馈并协助处理。
- 关注老年人及家庭照护者情绪与社交状况，组织团体活动并提供基础心理疏导与支持，对需专业干预者协助转诊专业医疗机构。

5.2.2 机构照护单位

作为失能老年人照护服务的直接提供方，养老机构、照护机构主要承担以下职责：

- 提供日常照护与安全保障，并在专业人员指导下，协助完成或提供老年人的日常功能状态信息，用于失能评估。
- 严格执行由医疗机构制定的个性化康复训练、用药管理等干预方案。
- 向医疗机构或社区医生反馈老年人的功能状态和照护情况，必要时协助转诊专业医疗机构。

5.3 家庭照护服务

5.3.1 居家照护主体

作为老年人照护服务的首要责任人与执行者，家庭照护者应承担以下任务：

- 主动学习失能预防、慢病管理及基本照护知识。
- 参加照护技能培训，掌握安全抱扶、生命体征监测、应急处理等技能。
- 负责落实专业人员制定的居家康复训练方案，并记录执行情况。
- 实施安装扶手、改善照明等适老化居住环境改造。

- e) 提供日常情感支持与陪伴，鼓励并协助老年人参与社会活动。

5.3.2 自我管理主体

作为自身健康的第一责任人，老年人应主动参与以下活动：

- a) 积极配合社区及医疗机构组织的健康评估与干预活动。
- b) 在安全前提下，主动进行力所能及的日常活动，维持身体功能。
- c) 主动向照护者及专业人员反馈自身身心状况与照护需求。

6 协同运行机制

6.1 信息共享机制

6.1.1 共享平台

应依托统一的区域健康信息平台，实现医院、基层机构、社区及养老机构间授权数据的互联互通。

6.1.2 共享内容

共享数据应包括老年人基本身份信息、主要诊断与健康问题、失能风险评估等级与报告、主要干预方案、转诊记录及关键随访结果。

6.1.3 权限管理

平台应建立基于角色的操作权限分级，具体如下：

- a) 技术引领机构可调阅区域内的汇总数据与个案详情；
- b) 服务执行机构可全权管理本辖区老年人数据；
- c) 社区协同组织与照护服务主体经授权后可查看与其服务相关的评估结果与照护要点。

6.1.4 更新与安全

服务执行机构负责信息的首次录入与及时更新。所有数据传输与存储应符合本文件7.2条的数据安全管理要求。

6.2 双向转诊流程

6.2.1 上转流程至技术引领机构

- a) 当服务执行机构在评估或干预中，遇到疑难、重症、或干预效果不佳的老年人时，应启动上转。
- b) 通过信息平台填写标准化电子转诊申请单，明确陈述转诊原因、已采取的干预措施及需解决的问题，并上传评估报告。
- c) 技术引领机构应在收到转诊申请后24小时内响应，安排接诊，并在诊疗结束后5个工作日内将诊疗方案与后续干预建议通过平台反馈至原转诊机构。

6.2.2 下转至服务执行机构或社区

- a) 技术引领机构对诊断明确、病情稳定、或进入康复期的老年人，应启动下转。
- b) 通过信息平台向下级机构发出接收通知及延续性照护方案，方案应包含明确的照护目标、具体干预措施、注意事项及随访计划。
- c) 服务执行机构或照护服务主体应在收到下转通知后3个工作日内接续服务，并按照方案执行干预。服务执行机构负责在下转后1个月内进行首次随访，并将执行情况通过平台反馈至技术引领机构。

7 信息化支撑机制

7.1 智能化评估与干预

7.1.1 系统功能要求

应建设集失能风险筛查、评估、干预方案生成与远程指导于一体的信息化平台。系统须具备电子化评估、自动风险分级、个性化方案推送、干预进度记录与效果反馈功能。

7.1.2 远程评估与指导

基层医务人员或照护者可通过远程平台，在上级机构专业人员远程指导下完成复杂情况的评估。平台应支持视频通话、屏幕共享与操作记录，确保评估与指导过程规范、可追溯。

7.1.3 远程干预与随访

技术引领机构与服务执行机构的专业人员可通过平台，为老年人及照护者提供远程康复训练指导、用药咨询、护理问题解答等干预服务，并完成在线随访。

7.2 数据管理与安全

数据管理须符合GB/T 35273《信息安全技术 个人信息安全规范》的要求，并满足以下规定：

- a) 集中存储：老年人健康数据应集中存储于安全的云端数据中心。
- a) 加密要求：数据传输与存储须采用高强度加密算法。
- b) 权限控制：建立基于角色的数据访问权限控制机制。
- c) 保留与销毁：数据留存期限截止到老年人退出服务后1年，到期后须安全销毁。

注：退出服务的情况主要涵盖两类：老年人或其家庭照护者主动申请终止服务，以及老年人去世。

8 服务质量管理

8.1 流程标准化

制定并执行覆盖失能风险评估、分级干预、双向转介及效果反馈各环节的标准化服务流程与操作规范。

8.2 质量监督

建立包含机构内部质控、行业定期考评及第三方专业评估相结合的多层次质量监督体系。

8.3 反馈与改进

向服务对象提供明确的投诉与建议渠道，指定专人管理反馈信息，并作为服务质量持续改进的依据。

9 伦理与执业

9.1 全流程知情同意保障

服务人员应在评估、信息采集、干预方案制定与调整等各关键环节，向老年人及其家庭照护者清晰说明服务目的、内容、潜在风险与权益，并以签署知情同意书作为必要前置条件。

9.2 隐私与数据安全管控

服务机构应建立并执行覆盖数据采集、传输、存储、使用及销毁全生命周期的安全管理制度，采取技术加密与权限隔离等措施，严防个人隐私信息泄露与未授权使用。

9.3 执业资质与合规审计

服务机构及人员应具备相应资质，服务活动应严格遵循国家法律法规及行业规范，建立服务项目与规范的对应台账，并接受定期与不定期的合规性审计。

参 考 文 献

- [1] GB/T 42195 老年人能力评估规范
- [2] WS/T 484 老年人健康管理技术规范
- [3] 郭起浩. 神经心理评估（第三版）[M]. 上海：上海科学技术出版社, 2020
- [4] 王刚. 痴呆及认知障碍神经心理测评量表手册 [M]. 北京：科学出版社, 2014
- [5] Federici S, Bracalenti M, Meloni F, et al. World Health Organization disability assessment schedule 2.0: An international systematic review. *Disabil Rehabil.* 2017, 39(23): 2347-80
- [6] 国家重点研发计划《老年失能分类评估标准体系及预警模型研究》项目专家组,沈璐.老年失能分类评估标准指南(2023版)[J]. 国际神经病学神经外科学杂志, 2024, 51(3): 1-12
- [7] Delva F, Touraine C, Joly P, et al. ADL disability and death in dementia in a French population-based cohort: New insights with an illness-death model. *Alzheimers Dement.* 2016, 12(8): 909-16
- [8] Livingston G, Huntley J, Liu KY, et al. Dementia prevention, intervention, and care: 2024 report of the Lancet standing Commission. *Lancet.* 2024, 404(10452): 572-628
- [9] Mintz KT, Magnus DC. Disability, Aging, and the Importance of Recognizing Social Supports in Medical Decision Making. *Am J Bioeth.* 2021, 21(11): 1-3
- [10] Jia L, Du Y, Chu L, et al. Prevalence, risk factors, and management of dementia and mild cognitive impairment in adults aged 60 years or older in China: a cross sectional study[J]. *Lancet Public Health*, 2020, 5(12): e661 e671
- [11] Wei M, Shi J, Li T, Ni J, Zhang X, Li Y, Kang S, Ma F, Xie H, Qin B, Fan D, Zhang L, Wang Y, Tian J. Diagnostic Accuracy of the Chinese Version of the Trail-Making Test for Screening Cognitive Impairment. *J Am Geriatr Soc.* 2018, 66(1): 92-9
- [12] 中国医师协会神经内科医师分会,认知训练中国指南写作组.认知训练中国指南（2022年版）[J]. 中华医学杂志, 2022, 102(37): 2918-25
- [13] 中华医学会神经病学分会痴呆与认知障碍学组,认知数字疗法中国专家共识写作组.认知数字疗法中国专家共识（2023）[J]. 中华医学杂志, 2023, 103(9): 640-47
- [14] 认知训练中国专家共识写作组,中国医师协会神经内科医师分会认知障碍疾病专业委员会.认知训练中国专家共识[J]. 中华医学杂志, 2019, 99(1): 4-8
- [15] 认知健康管理中国专家共识制定委员会,《中华健康管理学杂志》编辑委员会.脑认知健康管理中国专家共识（2023）. 中华健康管理学杂志, 2023, 17(12): 881-92