

DB32

江苏省地方标准

DB32/T 5131—2025

医疗机构老年综合评估服务规范

Service specification for comprehensive geriatric assessment in
medical institutions

2025-05-21 发布

2025-06-21 实施

江苏省市场监督管理局 发布
中国标准出版社 出版

目 次

前言Ⅲ

1 范围1

2 规范性引用文件1

3 术语和定义1

4 服务原则1

5 服务对象1

6 基本要求2

7 服务流程3

8 评估实施4

9 服务评价与改进7

附录A(资料性) 老年综合评估快速资料收集表8

附录B(资料性) 老年综合评估报告(示例)9

参考文献12

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。

本文件由江苏省卫生健康委员会提出并组织实施。

本文件由江苏省卫生健康标准化技术委员会归口。

本文件起草单位：江苏省老年病医院、江苏省人民医院、无锡市人民医院、江苏大学附属医院、连云港市第一人民医院。

本文件主要起草人：欧阳晓俊、顾寿永、熊亚晴、吴剑卿、洪侃、严丽荣、刘巧玲、史晓兰、陈波、陆守荣、陈吉海、陆冰、沈晓星、朱海琼、杨晨。

医疗机构老年综合评估服务规范

1 范围

本文件规定了老年综合评估的服务原则、服务对象、基本要求、服务流程、评估实施和服务评价与改进。

本文件适用于各级医疗机构提供的老年综合评估服务。

2 规范性引用文件

本文件没有规范性引用文件。

3 术语和定义

下列术语和定义适用于本文件。

3.1

老年人 the elderly

年满 60 周岁及以上的人。

3.2

老年综合征 geriatric syndrome

由多种病理过程或多种诱发因素导致的具有同一临床表现特点的老年病症。

注：常见的老年综合征如跌倒、营养不良、睡眠障碍、痴呆、谵妄、压力性损伤、衰弱、肌少症、慢性疼痛、抑郁、头晕、二便失禁、便秘、吞咽困难、多重用药等。

3.3

老年综合评估 comprehensive geriatric assessment

对老年人的躯体情况、功能状态、心理健康和社会环境状况等进行多维度的评估，并据此制订以维持及改善老年人健康和功能状态为目的的治疗计划。

4 服务原则

4.1 遵循尊重、不伤害、有利、公正的医学伦理原则。

4.2 遵循医疗机构从业人员基本行为规范，提供客观的多维度评估。

4.3 遵循动态评估原则。

5 服务对象

在医疗机构就诊的老年人。

6 基本要求

6.1 人员

6.1.1 人员配备

6.1.1.1 应建立相对固定的评估团队,团队应至少配备 1 名医师,1 名护士。

6.1.1.2 宜配备具有相应职业资质的临床药师、营养师或营养技师、康复医师或康复治疗师、心理医师或心理治疗师等。

6.1.2 人员资质

6.1.2.1 医师应具备以下条件:

- 取得医师执业证书;
- 接受过老年综合评估系统化培训并考核合格;
- 从事老年医学或相关专业 3 年及以上。

6.1.2.2 护士应具备以下条件:

- 具有注册护士资格;
- 接受过老年综合评估系统化培训并考核合格或市级及以上护理学会认证的老年护理专科护士;
- 从事老年护理相关工作 2 年及以上;
- 完成 40 h 及以上老年综合评估实习。

6.1.3 人员分工

6.1.3.1 医师职责内容包括但不限于判定评估时机、选择评估内容、解读评估报告、制定实施治疗干预方案、组织多学科诊疗活动等。

6.1.3.2 护士职责内容包括但不限于筛查与评估、整理与解读评估报告、协助治疗干预方案实施、协调多学科诊疗活动、健康教育、资料档案管理、参与随访等。

6.1.3.3 团队其他成员以多学科协作模式开展评估和评估后干预,明确各自的角色和任务。

6.2 环境和设施设备

6.2.1 环境要求

6.2.1.1 应设置相对独立的老年综合评估室,评估区域面积应满足躯体功能测试要求。

6.2.1.2 评估环境应安静整洁、光线充足、空气清新、温度适宜、隔音效果良好。

6.2.1.3 评估室门净宽应便于转运车或轮椅通行。家具选择宜考虑到老年人的生理特点,确保安全。

6.2.1.4 宜设有醒目的老年综合评估室标识及路线指引标识。

6.2.1.5 依据工作性质和流程合理摆放设施设备,避免相互干扰,应不妨碍逃生和急救,并由专人按照相关规程进行消毒清洁。

6.2.2 设施设备要求

6.2.2.1 应配备至少 1 套办公系统、电脑、打印机、纸、笔等。

6.2.2.2 应配备各种测评工具,包括测评量表、握力器、皮尺、秒表、体重计、功能测试所需设备、认知测试所需器具等。

6.2.2.3 宜配备人体成分检测设备、老年综合评估数据采集信息化系统及远程会诊设备等。

6.2.2.4 宜配置相关健康指导材料。

6.3 规章制度

应建立健全各项规章制度,制度内容包括但不限于:

- 老年综合评估制度;
- 工作人员岗位职责;
- 档案管理制度;
- 安全应急预案;
- 设备使用操作规程。

7 服务流程

老年综合评估服务流程是一个动态的评估、诊断、干预、监测和随访的连续性过程,见图 1。

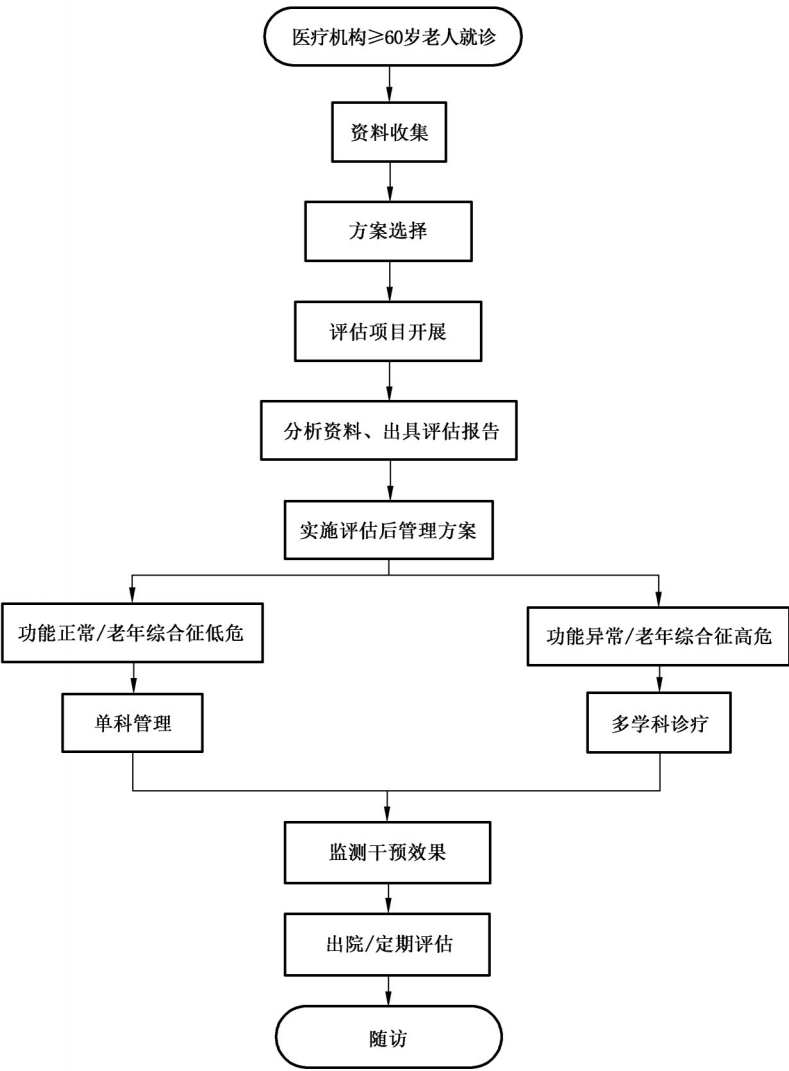


图1 医疗机构老年综合评估服务流程图

8 评估实施

8.1 资料收集

医师接诊患者后,根据其基本情况、相关病史、功能状况等确定评估方案。

8.2 方案选择

8.2.1 住院评估

应常规开展全面老年综合评估,失能、失智或其他情况无法进行全面老年综合评估的老人可根据个体化需要实施部分评估。

8.2.2 门诊评估

宜开展全面老年综合评估,或根据具体情况先采用简易筛查工具或使用老年综合评估快速资料收集表(见附录 A)筛查,再进行专项评估。

注:全面老年综合评估包括但不限于一般情况评估、日常生活活动能力评估、运动功能评估、认知与情绪心理评估、感知觉和社会评估、老年综合征评估。

8.3 评估开展

8.3.1 一般情况

应记录姓名、性别、年龄、婚姻状况、文化程度、居住状况、既往疾病史等。

8.3.2 日常生活活动能力

可采用基本日常生活活动能力(BADL)评估量表以及工具性日常生活活动能力(IADL)评估量表评估。

8.3.3 运动功能

8.3.3.1 肌力、平衡及步态:上肢肌力可采用握力评估,平衡及步态可采用 Berg 平衡量表(BBS)和(或)计时起立-行走测试(TUGT)评估。

8.3.3.2 躯体功能可采用简易体能状况量表(SPPB)评估。

8.3.3.3 跌倒可采用跌倒临床判断法和(或)Morse 跌倒风险评估量表和(或)老年人跌倒风险评估量表(FRASE)评估。

8.3.4 认知功能

8.3.4.1 认知功能可采用简易智力状况评估(Mini-Cog)或简易精神状态评估量表(MMSE)筛查评估。

8.3.4.2 谵妄可采用谵妄评估量表(CAM)评估。

8.3.5 情绪心理状态

8.3.5.1 抑郁状态可采用老年抑郁评估量表(GDS-5)筛查,汉密尔顿抑郁量表(HAMD)评估。

8.3.5.2 焦虑状态可采用广泛性焦虑量表(GAD-7)筛查,汉密尔顿焦虑量表(HAMA)评估。

8.3.6 感知觉和社会支持

8.3.6.1 视觉评估可询问视力障碍病史、双眼视力障碍状况及对生活的影响、有无配镜史。可采用视觉功能简易评估表筛查。

8.3.6.2 听觉评估可询问听力障碍病史、双耳听力障碍情况及对生活的影响、有无佩戴助听器。可采用耳语测试筛查。

8.3.6.3 社会支持评估可采用社会支持评定量表(SSRS)。

8.3.7 老年综合征

8.3.7.1 营养不良

可采用微型营养评定量表(MNA-SF)和(或)住院患者营养风险筛查(NRS-2002)进行筛查。营养不良诊断可采用全球领导人发起营养不良诊断标准(GLIM)及分级标准。

8.3.7.2 躯体衰弱

可采用 Fried 衰弱表型和(或)Frail 量表筛查评估。

8.3.7.3 肌少症

8.3.7.3.1 可采用肌少症筛查(SARC-CalF)量表进行筛查。

8.3.7.3.2 肌量可采用双能 X 线吸收法(DXA)或者生物电阻抗分析法(BIA)评估。

8.3.7.3.3 肌力可采用握力评估。

8.3.7.3.4 肌肉功能可采用 6 m 步行速度、5 次起坐时间或 SPPB 评估。

8.3.7.4 口腔和吞咽功能

可询问口腔清洁状况,牙齿脱落、义齿佩戴情况、咀嚼功能,吞咽功能筛查可采用 EAT-10 吞咽功能筛查量表和(或)洼田饮水试验。

8.3.7.5 疼痛

有自我报告能力的老年人可采用视觉模拟法(VAS)和(或)数字评定量表(NRS)评估,不具备自我报告能力的老年人可采用面部表情测量图评估。

8.3.7.6 失禁和便秘

8.3.7.6.1 尿失禁可采用国际尿失禁咨询委员会问卷简表(ICI-Q-SF)评估。

8.3.7.6.2 便秘可采用 Wexner 便秘评分量表评估。

8.3.7.7 睡眠

睡眠可采用阿森斯失眠量表(AIS)评估。

8.3.7.8 压力性损伤

应检查皮肤完整度。可采用 Braden 量表评估。

8.3.7.9 共病

可采用年龄校正查尔森共病指数评分(aCCI)评估。

8.3.7.10 多重用药

应记录老年人常用药品,可采用 Beers 标准等评估老年患者是否有不适当用药。

8.4 报告撰写

8.4.1 应根据评估结果出具评估报告(附录 B),报告应明确患者基本信息,包括姓名、年龄、文化程度、评估时间、评估人、报告时间等。

8.4.2 评估报告应明确各评估内容使用量表或工具的名称、评估结果及判断标准。

8.4.3 评估报告应包含患者的老年综合征和/或老年健康问题列表。

8.4.4 应对报告结果给出合理的诊疗、健康教育或转诊等建议。

8.5 评估后管理

8.5.1 医师是医疗的主要决策者,根据综合评估结果及老年人的需求和期望,协调团队成员为老年人实施管理方案,包括但不限于疾病诊治、老年综合征管理、康复保健等。

8.5.2 对于评估结果为功能正常或老年综合征低危的患者采用单科管理模式,由评估团队与患者共同讨论,制定健康管理方案,并针对老年综合征及老年健康问题进行逐项指导。

注:满足以下任一情况为老年综合征低危:

- 整体状态较稳定;
- 老年综合征及老年健康问题明确;
- 管理难度小。

8.5.3 对于评估结果为异常或老年综合征高危的患者,应由评估团队启动多学科诊疗模式。多学科成员实施以患者为中心全面的医学和功能评估,针对目标问题达成一致性的干预策略,实施综合性的医疗、护理、康复等服务。

注:满足以下任一情况为老年综合征高危:

- 病情复杂,诊疗难度较大;
- 存在失能风险;
- 合并多种老年综合征和(或)老年健康问题;
- 老年综合征和(或)老年健康问题严重;
- 各管理方案之间存在矛盾。

8.5.4 对于门诊患者存在老年综合征和(或)健康问题合并种类较多,难以在一次诊疗过程中完全解决,应先确定首要解决的核心问题,制订初步方案与计划,预约后期就诊时间,采取分次诊疗的方式逐步解决患者各项问题。

8.6 效果监测

评估管理团队观察患者病情变化,并注意监测干预效果。同时,还应采取有效措施提升患者对于干预策略的依从性。

8.7 评估时机

8.7.1 住院评估应在 48 h 内完成,对于病情危重、极度虚弱的患者可适量延后。

8.7.2 出院评估宜在出院前 24 h 完成。

8.7.3 门诊评估应在患者就诊时同步完成。

8.7.4 首次评估后,若无特殊变化,宜每年复评一次,若发生病情变化、健康状况急骤恶化、功能衰退、哀伤或其他应激事件时,应及时复评。

8.8 随访要求

8.8.1 随访内容包括但不限于：

- 现存老年综合征发展及转归；
- 干预方案有效性；
- 是否发生病情(功能)变化或存在新发老年健康问题。

8.8.2 随访周期宜 3 个月随访一次,可根据患者实际情况做相应调整。

8.8.3 随访方式包括但不限于门诊、电话、网络。

9 服务评价与改进

9.1 服务评价

应定期对评估服务进行评价检查,服务评价内容包括但不限于：

- 评估相关制度规范性；
- 评估项目完整性；
- 多学科团队参与程度；
- 管理方案科学性；
- 评估报告规范、完整性。

9.2 服务改进

针对监督抽查和调查发现的问题,分析原因采取相应预防或纠正措施,跟踪实施效果,持续改进评估质量。

附 录 A

(资料性)

老年综合评估快速资料收集表

老年综合评估快速资料收集表见表 A.1。

表 A.1 老年综合评估快速资料收集表

姓名：	性别：	年龄：
医院/科别：	住院/门诊号：	入院/就诊日期：
项目	评估内容	结果
日常生活活动能力	能否独立完成洗脸、刷牙、洗澡、如厕等？ 能否独立完成购物、家务活动、理财等？ (以上两项任意一项不能完成,即为“否”)	是/否
跌倒	过去一年是否发生跌倒？ 是否因为平衡或行走的问题害怕跌倒？ (符合以上两项中的任意一项,即为“是”)	是/否
认知	是否有记忆力或定向力方面的问题？	是/否
情绪	近两周是否感到情绪低落,或对周围事物不感兴趣？	是/否
视力	您的视力在开车、看电视、阅读时有困难吗？	是/否
听力	房间内有人用正常音调和您说话,如果不戴助听器不看对方脸,您能听到并听懂吗？	是/否
营养	是否存在非自主性体重下降？6个月内体重下降 $\geq 10\%$ 或3个月内体重下降 $\geq 5\%$ 。 是否与日常相比进食减少？ (符合以上两项中的任意一项,即为“是”)	是/否
吞咽功能	是否因吞咽问题影响进食？是否存在进食/进水呛咳？ (符合以上两项中的任意一项,即为“是”)	是/否
慢性疼痛	近一年是否有超过一个月的反复发作性疼痛？	是/否
尿失禁	您是否有不受控制排尿而弄湿裤子？1年是否超过5次？ (符合以上两项中的任意一项,即为“是”)	是/否
便秘	近6个月是否有反复发作的排便困难？	是/否
睡眠	对睡眠质量是否满意？	是/否
多重用药	是否长期服用5种及以上药物？	是/否

附 录 B
(资料性)
老年综合评估报告(示例)

老年综合评估报告(示例)见表B.1。

表 B.1 老年综合评估报告(示例)

姓名：		性别：	年龄：	婚姻状况：	学历：
家庭地址：		既往病史：			
医院/科别：		住院/门诊号：	床号：	入院/就诊日期：	
项目		内容	评估方法		评分
1. 日常生活活动能力		基本日常生活活动能力	Barthel 指数评定表		/100 分
		工具性日常生活活动能力	Lawton IADL 量表		/8 分
2. 运动功能		肌力	握力		kg
		平衡及步态	Berg 平衡量表		分
		躯体功能	计时起立-行走测试(TUGT)		秒
			简易体能状况量表(SPPB)		/12 分
		跌倒	老年人跌倒风险评估量表(FRASE)		分
3. 认知功能		认知	简易智力状况评估(Mini-Cog)		/3 分
			简易智能测试(MMSE)		/30 分
		谵妄	谵妄评估量表(CAM)		是/否
4. 情绪心理状态		抑郁状态	老年抑郁量表(GDS-5)		分
			汉密尔顿抑郁量表(HAMD)		分
		焦虑状态	广泛性焦虑量表(GAD-7)		分
			汉密尔顿焦虑量表(HAMA)		分
5. 感知觉和社会支持		视觉	视力障碍		是/否
		听觉	听力障碍		是/否
		社会支持	社会支持量表(SSRS)		分
6. 老年综合征		营养不良	微型营养评定量表(MNA)		/14 分
			住院患者营养风险筛查(NRS-2002)		分
			营养不良诊断(GLIM 标准) 营养不良分级		是/否 重度/中度
		躯体衰弱	FRAIL 筛查表		分
			Fried 衰弱表型		分
		肌少症	肌少症筛查(SARC-CalF)量表		/20 分
		口腔和吞咽功能	口腔功能障碍		是/否

表 B.1 老年综合评估报告（示例）（续）

项目	内容	评估方法	评分
6. 老年综合征	口腔和吞咽功能	EAT-10 吞咽功能筛查量表	分
		洼田饮水试验	级
	疼痛	数字评定量表(NRS)	分
该患者存在的主要问题	失禁	国际尿失禁咨询委员会问卷简表(ICI-Q-SF)	分
	便秘	Wexner便秘评分量表	分
	睡眠	阿森斯失眠量表(AIS)	分
	压力性损伤	Braden 量表	分
	共病	共病指数(aCCI)评估	分
	多重用药	≥5 种药物	是/否
		不合理用药	是/否
	☐ 日常生活活动能力: ☐ 基本日常生活活动能力减退 ☐ 工具性日常生活活动能力减退 ☐ 躯体功能减退 ☐ 认知功能: ☐ 认知功能减退 ☐ 谵妄 ☐ 情绪心理状态: ☐ 抑郁 ☐ 焦虑 ☐ 感知觉和社会支持: ☐ 视力减退 ☐ 听力减退 ☐ 社会支持能力减退 ☐ 老年综合征 具体: ☐ 营养不良 ☐ 衰弱 ☐ 肌少症 ☐ 口腔和吞咽功能障碍 ☐ 疼痛 ☐ 失禁 ☐ 便秘 ☐ 睡眠 ☐ 压力性损伤 ☐ 共病 ☐ 多重用药 其他:		

评估者签名:

患者/家属签名:

评估日期:

评分说明:

1. 日常生活活动能力

Barthel 指数评定表:100 分者无依赖,无须他人照护;61~99 分者轻度依赖,少部分需他人照护;41~60 分者中度依赖,大部分需他人照护;≤40 分者重度依赖,全部需要他人照护。

工具性日常生活活动能力量表:总分 0~8 分。得分越高,独立性越好,依赖性越小。

2. 运动功能

Berg 平衡量表:0~20 分:平衡能力差,只能坐轮椅;21~40 分:平衡能力可,能辅助步行;41~56 分:平衡能力好,能独立行走;≤40 分:预示有跌倒的危险。

计时起立-行走测试(TUGT):<10 s:步行自如(评级为正常);10 s~19 s:有独立活动能力(评级为轻度异常);20 s~29 s:需要帮助(评级为中度异常);≥30 s:行动不便(评级为重度异常)。

简易体能状况量表(SPPB):正常:10~12 分,轻度功能受限:7~9 分,中度功能受限:4~6 分,重度功能受限:≤3 分。

老年人跌倒风险评估量表(FRASE):正常:0 分;低危:1~2 分;中危:3~9 分;高危:10 分及以上。

3. 认知功能

简易智力状况评估(Mini-Cog):总分范围0~3分。0分:3个词一个也记不住,可能痴呆,提示需进一步检查;1~2分:能记住3个词中的1~2个,CDT正确、认知功能正常,CDT不正确、认知功能缺失;3分:能记住3个词,非痴呆。

简易智能测试(MMSE):总分范围0~30分,正常与不正常的分界值与受教育程度有关:文盲(未受教育)组17分;小学(受教育年限≤6年)组20分;中学或以上(受教育年限>6年)组24分。分界值以下者为有认知功能缺陷。

4. 情绪心理状态

老年抑郁量表(GDS-5):≥2分,异常。

汉密尔顿抑郁量表(HAMD):0~7分正常;8~17分可能有轻度抑郁;18~24分可能有中度抑郁;总分≥25分可能有重度抑郁。

广泛性焦虑量表(GAD-7):总分0~21分。0~4分:没有焦虑;5~9分:轻度焦虑;10~14分:中度焦虑;15~21分:重度焦虑。

汉密尔顿焦虑量表(HAMA):总分超过29分,可能为严重焦虑;超过21分,肯定有明显焦虑;超过14分,肯定有焦虑;超过7分,可能有焦虑;如小于6分,没有焦虑症状。

5. 感知觉和社会支持

社会支持量表(SSRS):用于测量个体社会关系的3个维度共10个条目。一般认为:10~20分:获得的社会支持较少;20~30分:具有一般的社会支持度;30~40分:具有满意的社会支持度。

6. 老年综合征

微型营养评定量表(MNA):12~14分:正常营养状况;8~11分:有营养不良风险;0~7分:营养不良。

住院患者营养风险筛查(NRS-2002):≥3营养风险,<3正常。

营养不良诊断(GLIM标准):至少满足一项表型诊断标准和一项病因诊断标准可诊断营养不良。

营养不良分级:符合任一标准即为重度营养不良,否则为中度营养不良。

FRAIL筛查表/Fried衰弱表型:0~5分,0分为无衰弱,1~2分为衰弱前期,3~5分为衰弱。

肌少症筛查(SARC-CalF)量表:总分0~20分,评分≥11分为阳性,提示肌少症风险。

EAT-10吞咽功能筛查量表:总评分≥3分,可能在吞咽的效率和安全性方面存在问题,建议做进一步的吞咽检查和/或治疗。

洼田饮水试验:正常:I a级;可疑:I b~II级;异常:III、IV、V级。

疼痛程度数字评估量表(NRS):0分无痛,1~3分为轻度疼痛,4~6分为中度疼痛,7~10分为重度疼痛。

国际尿失禁咨询委员会问卷简表(ICI-Q-SF):0分正常,1~7分轻度尿失禁,8~14分中度尿失禁,15~21分重度尿失禁。

Wexner便秘评分量表:总分30分,最低0分,分值越高表示便秘程度越重。

阿森斯失眠量表(AIS):总分小于4分:无睡眠障碍;4~6:可疑失眠;6分以上:失眠。

Braden量表:15~18分为低风险;13~14分为中风险;10~12分为高风险;≤9分为极高度风险。

参 考 文 献

- [1] 陈旭娇,严静,王建业,等.中华医学会老年医学分会.老年综合评估技术应用中国专家共识[J].中华老年医学杂志,2017,36(5): 471-477.
- [2] 老年综合评估室设置标准编写专家组.老年综合评估室设置推荐标准[J].中华老年病研究电子杂志,2021,08(3):1-3.
- [3] 宋岳涛主编.CGA老年综合评估 第2版[M].北京:中国协和医科大学出版社,2019
- [4] 范利总主编.老年医学临床实践技能进阶培训教程[M].北京:人民卫生出版社,2019
- [5] 孙超,奚桓,张洁,等.中国老年保健医学研究会老年医学护理分会,中国老年护理联盟.老年综合评估门诊建设中国专家共识[J].中华老年医学杂志,2023,42(6): 656-663.
- [6] 陈旭娇,齐海梅主编.老年综合评估技术[M].北京:人民卫生出版社,2024
- [7] 陈峥主编.老年病多学科整合管理[M].北京:中国协和医科大学出版社,2013
- [8] 中国老年保健医学研究会老龄健康服务与标准化分会,北京老年医院,北京市老年健康服务指导中心,《中国老年保健医学》杂志编辑委员会.医疗服务机构老年综合评估基本标准与服务规范(试行)[J].中国老年保健医学,2018,16(3): 3-10.
- [9] 中国老年保健医学研究会老龄健康服务与标准化分会,《中国老年保健医学》杂志编辑委员会.中国老年人跌倒风险评估专家共识(草案)[J].中国老年保健医学,2019,17(4): 47-48,50.
- [10] 戴朦,王静,程翠.《老年人认知障碍评估中国专家共识(2022)》要点解读[J].中国临床保健杂志,2024,27(3): 413-418.
- [11] 张明园主编.精神科评定量表手册[M].长沙:湖南科学技术出版社,1998
- [12] 马丽娜,吉彤,李海龙,等.中华医学会老年医学分会.老年人营养不良多学科决策模式中国专家共识(2023)[J].中国临床保健杂志,2023,26(4): 433-445.
- [13] 崔华,王朝晖,吴剑卿,等.中华医学会老年医学分会.老年人肌少症防控干预中国专家共识(2023)[J].中华老年医学杂志,2023,42(2):144-153.
- [14] 赖其伦,刘小利.《美国老年医学会老年人潜在不适当用药Beers标准2023年版更新》译文[J].中华老年病研究电子杂志,2023,10(3): 5-21.
-