

淄博市医疗保障局文件

淄医保字〔2022〕10号

关于下发《长期护理保险失能等级评估操作指南（试行）》的通知

各区县医疗保障分局，高新区、经开区医疗保障分局，市医保中心：

根据国家医疗保障局长期护理保险失能等级评估要求，现将《长期护理保险失能等级评估操作指南（试行）》（以下简称《操作指南》）下发给你们，请参照《操作指南》规范客观开展评估工作，应用过程中如有问题或建议，请及时向市局报告。

淄博市医疗保障局
2022年2月16日

（不予公开）

长期护理保险失能等级评估操作指南（试行）

本操作指南与《长期护理失能等级评估标准（试行）》（以下简称《评估标准》）相配套，对《评估标准》中日常生活活动能力（对应表 C1）、认知能力（对应表 C2）、感知觉与沟通能力（对应表 C3）评估以及长期护理综合失能等级划分（对应表 D）的具体操作提供指导性说明，用于指导评估人员更好地应用《评估标准》开展长期护理保险失能等级评估。

一、日常生活活动能力评估（对应《评估标准》中表 C1）

（一）一般要求。

1. 开展日常生活活动能力评估，应让评估对象回答，同时可向其亲人或照护者核实，避免评估对象不理解或因各种主观因素回答不准确的情况。

2. 询问评估对象及其亲人、照护者等是获得信息的渠道，直接观察评估对象动作实施情况及环境物品情况、嗅辨分析、平时情况了解等也十分重要。

3. 一般情况下，评估对象能力的丧失遵循从难到易的顺序，最先丧失最复杂的能力，最后丧失最简单的能力，大部分按照以下顺序：洗澡→穿衣→用厕→上下楼→平地行走→床椅转移→大小便控制→进食，如果出现明显的矛

盾，如洗澡满分，进食零分的情况，应重复询问明确实际情况。

(二) 评估细则。

1. 进食。

(1) 定义。

“进食”是指经口进食的行为能力，食物放在面前，包括用餐具将食物由桌上容器中转移至碗中、由碗中送到口中，以及咀嚼、吞咽等过程。

(2) 参考询问话语。

- ① 您可以自己独立地吃饭吗？/将饭菜放到您面前，您可以自己吃吗？
- ② 您吃饭时需要他人帮助吗？怎么帮助的？如夹菜、盛饭、喂饭？
- ③ 会噎到、呛咳吗？进食过程是否需他人看护？

(3) 评分细则。

① 0分：需较大帮助或完全依赖他人，或有留置营养管。
需较大帮助：不仅需他人帮助完成将食物由桌上容器转移至自己碗中、将食物送入口中前的预处理等过程，还需他人帮助将食物由碗中送入口中（如需他人全程帮助将食物放在勺子上、把持餐具、喂饭等才能完成进食）；或咀嚼、吞咽有困难，存在噎到、呛咳的现象，需他人全程看护才能完成进食。完全依赖他人：指靠自己完全无法完成进食的动作。如有留置营养管，评为0分。

② 5分：需部分帮助。需他人帮助完成将食物由桌上容器转移至自己碗中的过程（如需他人帮助夹菜、盛饭到碗中），或

将食物送入口中前的预处理工作（如剥皮、去鱼刺、切食物等），或转换使用适宜的餐具等；但可自己持餐具将食物由自己碗中送入口中（不需他人全程帮助），并完成咀嚼、吞咽过程（咀嚼、吞咽无困难，不存在噎到、呛咳的现象，不需他人全程在旁看护）。

③ 10分：自理，可独立完成。指在合理时间内（一般为1小时内），无需他人帮助，可独立完成“进食”定义中所述全过程。可以使用辅助工具完成进食，能够进食普通的食物（不只是特殊准备的软食）。他人为评估对象做饭和端上桌子，但并不需要他人帮评估对象夹菜、盛饭到碗里，可算作独立完成进食。

（4）注意事项。

① 评估过程中可增加操作模拟，让评估对象模拟进食动作。现场查看是否有留置营养管、流质食物或营养液等，作为评估对象是否留置营养管的辅助判断依据。

② 评估时需核定评估对象的进食行为能力，而非既往进食情况。如评估对象有能力进食，而护工主动喂食的情况不应作为判断依据。

③ 进食的量多量少不包含在本评估项目的判断标准中。

④ 系围兜（裙）、准备食物、配餐、做饭、进食完毕后的餐具收拾、撒落在餐具外的食物的收拾等行为能力均不包含在本评估项目的判断标准中。

(5) 易混易错点。

评估对象实际情况	易错选项	正确选项及注意点
评估对象惯用手一侧肢体偏瘫，惯用手无法正常抬起进食，仅可使用另外一侧手，但因用餐习惯，另外一侧手只能拿勺（需他人帮助将食物放在勺子上），无法握筷，涉及用筷进食时需他人喂。	5分：需部分帮助。	0分：需较大帮助。需他人将食物放在勺子上才能完成进食或需他人喂饭。
评估对象因年老可以拿起东西，但由于手上没有力气或手抖，拿东西时会存在餐具掉落或食物撒漏的情况，亲人或照护者选择每次主动喂食。	0分：需较大帮助或完全依赖他人。	5分：需部分帮助。可自己持餐具将食物由自己碗中送入口中（不需他人全程帮助）。评估时需核定评估对象的进食行为能力，而非既往进食情况。

2. 穿衣。

(1) 定义。

“穿衣”是指按照合理的顺序穿脱衣物的行为能力，包括穿脱上身和下身衣物。衣物包括衣服、鞋袜、假肢或矫形器等。动作要点包括穿、脱、整理衣物等，具体包括套袖子、套裤腿、上提裤（裙）、把脚穿入鞋中、系扣、拉拉链、系鞋带等及其反向动作。

(2) 参考询问话语。

- ① 您今天的衣服和鞋子非常整洁，是您自己穿的吗？
- ② 平常您的衣服都是自己穿的吗？
- ③ 需要别人帮您穿脱衣物吗？怎么帮的？

(3) 评分细则。

① 0分：需较大帮助或完全依赖他人。需较大帮助：指需要他人帮助完成上身或下身衣物（含假肢或矫形器）的穿脱主要动作，即需要他人帮助完成套袖子、套裤腿、上提裤（裙）、把脚穿入鞋中等主要动作及其反向动作。完全依赖他人：指“穿衣”定义中的每项行为都需要他人帮助，完全无法独立完成。

例1：虽然评估对象手臂、手指可以活动，但动作僵硬缓慢，难以把胳膊套入袖子中。需要照护者帮助其撑开袖管、将其手臂套入袖子中，并系好纽扣等。

例2：虽然评估对象身体可以活动，但部分活动功能受损，动作僵硬缓慢，难以自己将腿抬起，套入裤管中。需要照护者帮助其将腿套入裤管中，并协助上提裤子、拉上拉链、系好纽扣等。

② 5分：需部分帮助。指能自己完成上身及下身衣物（含假肢或矫形器）的穿脱，即可独立完成套袖子、套裤腿、上提裤（裙）、把脚穿入鞋中等主要动作及其反向动作，但需他人帮助整理衣物，需他人帮助完成系扣、系鞋带、拉拉链等及其反向动作，或者需要有他人在旁监护、提示，必要时协助才能完成穿脱衣物动作。

例1：评估对象可以自行抬脚套入裤管中、部分上提裤子，但是需要照护者帮助完全上提裤子、整理好，并拉上拉链、系好纽扣。

例2：虽然评估对象可以自己穿脱衣物，但是无人提示时，经常扣错纽扣。若照护者从第一颗纽扣开始在一旁提示，评估对象就能准确扣在正确的位置上。

例3：评估对象有能力自己穿脱衣物，但是不知道按什么顺序穿脱衣物。需要照护者事先将顺序排好，并明确给出口头指导，评估对象才可以准确穿脱衣物。

③ 10分：自理，可独立完成。指在无他人任何帮助、监护或提示的情况下，能够完成“穿衣”定义中的所有行为。可以是为适应评估对象而改造过的服装，不包括衣服与鞋袜的准备工作，强调一个人完成，不需要其他人帮助。

(4) 注意事项。

① 评估过程中可增加操作模拟，让评估对象模拟穿衣过程。

② 挑选、搭配衣物，传递衣物，准备衣物等穿脱衣物前的动作，不包含在本评估项目的判断标准中。

③ 需要连续的口头指令才能完成动作者，不能判断为自理。

(5) 易混易错点。

评估对象实际情况	易错选项	正确选项及注意点
评估对象身体机能完好，有能力自己穿脱衣物，但是不知道按什么顺序穿脱衣物。需要照护者事先将顺序排好，并明确给出口头指导，评估对象才可以准确穿脱衣物。	10分：自理，可独立完成。	5分：需部分帮助。需要有他人在旁监护、提示，必要时协助才能完成穿脱衣物动作。

3. 面部与口腔清洁。

(1) 定义。

“面部与口腔清洁”是指完成洗脸、梳头、刷牙、剃须（不包括准备洗脸水、梳子、牙刷等准备工作）等的行为能力。

(2) 参考询问话语。

- ① 您可以自己洗脸刷牙吗？
- ② 您今天的发型很整齐，是自己梳的吗？
- ③ 平常您的胡子都是自己刮的吗？

(3) 评分细则。

① 0分：需要帮助。指在面部与口腔清洁的过程中，需要他人提供帮助或在旁监护，或行为动作需要提示后才能完成等。无论哪个环节，只要帮助就算。

② 5分：可独立完成。强调一个人完成，不需要其他人帮助或在旁监护、提示。不包括准备洗脸水、梳子、牙刷等准备工作，允许由帮助者将必要的工具提供给评估对象。

(4) 注意事项。

① 评估过程中可增加操作模拟，如现场条件不适合实物演示整个清洁过程，评估时可让评估对象模拟清洁的动作，或是询问其具体流程/工具。

② 洗脸盆等的移动、洗面台的打扫、洗漱用具的准备、洗发、剪指甲等不包含在本评估项目的判断标准中。

③ 如评估对象没有牙齿或刷牙不使用牙膏，仅使用漱口水等口腔清洁用品的情况也属于本评估项目的内容。可独立使用漱口水等完成口腔清洁，评为“5分：可独立完成”；否则，若需要他人帮助，评为“0分：需要帮助”。

④ 若评估对象为光头，没有梳头行为，则“面部与口腔清

洁”是否能够独立完成的判断通过洗脸、刷牙、剃须等其他项目来判断。

(5) 易混易错点。

评估对象实际情况	易错选项	正确选项及注意点
评估对象认为自己有能力擦脸，但是只能完成大致动作，不能达到符合要求的清洁卫生程度，需照护者再用湿毛巾帮助洗一遍。	5分：可独立完成。	0分：需要帮助。
面部与口腔清洁所有环节，评估对象自己有能力独立完成，但因其动作缓慢，照护者主动帮助完成。	0分：需要帮助。	5分：可独立完成。

4. 大便控制。

(1) 定义。

“大便控制”是指有自主意识可控制排便的能力，无排泄障碍/失禁。大便失禁指不能维持到合适的位置排便，表现为没到厕所就直接便在裤子里，或对大便根本无意识，随时便在裤子里或床上。

(2) 参考询问话语。

- ① 您能控制自己的大便吗？/您能管得住自己的大便吗？
- ② 您有便在裤子里的情况吗？一周大概有多少次呢？
- ③ 您排便存在困难吗？是否便秘？需要他人帮助取便吗？

(3) 评分细则。

① 0分：失禁。指大便失禁平均每周 ≥ 1 次或完全不能控制大便排泄，需要完全依赖他人完成排便行为。或装置人工肛门，

但无法自行管理排便，完全依赖他人帮助。

② 5分：偶有失禁。指大便失禁每周 <1 次，或需要他人提示（指没有完全失控，但也不能自己独立完成，排便时需要他人在旁监护，行为动作需要提示后才能完成），或便秘需要人工帮助取便（评估对象无自主控制排便的意识，需人工帮助取便，或长期便秘需定期人工取便（平均每周 ≥ 1 次））。或装置人工肛门，依赖他人提供部分帮助（监护、提示、指导或少量接触式帮助）管理排便。

③ 10分：能控制。指在无他人任何帮助、监护或提示的情况下，能够独立完成“大便控制”。或装置人工肛门，但能完全独立管理排便，不需要他人帮助、监护或提示。

（4）注意事项。

① 应结合问询、环境及耗材、皮肤病变、病历等方面综合判断。

② 评估过程中，要注意观察评估对象的生活起居环境，留意是否准备有床上便器、成人纸尿裤、护理床垫等，是否有晾晒被褥、大量换洗衣裤等现象，居家环境是否有异味等，通过观察和嗅辨来辅助判断评估对象是否存在大便失禁的情况。

③ 问题要同时询问照护者，因成人对大便失禁有羞耻感，评估对象本人会倾向于夸大自己的功能。

④ 评估对象具有自主控制排便的意识，只是由于行动缓慢，来不及到卫生间或者来不及脱下裤子，就直接排便了。对于此种情况，无论发生的频次是多少（平均每周 ≥ 1 次或 $<$

1次)，都判定为“5分：偶有失禁”。因为此种情况可通过在评估对象附近放置便盆、照护者协助移动或脱下裤子等，减少大便失禁次数。

⑤ 评估对象具有自主控制排便的意识，但卧床不起，可能出现因照护者护理不及时导致其便在床上。对于此种情况，无论发生的频次是多少（平均每周 ≥ 1 次或 < 1 次），都判定为“5分：偶有失禁”。因为此种情况可通过在评估对象附近放置便盆、照护者协助等，减少大便失禁次数。

⑥ 大便需要用通便药的，根据评估实施日前7-14日内用药前后平均失禁频次，结合现场评估情况，综合作出判定。

⑦ 便后排冲洗等不包含在本评估项目的判断标准中。

(5) 易混易错点。

评估对象实际情况	易错选项	正确选项及注意点
如果评估对象自主控制排便的意识具备，但是偶尔存在便秘的情况，需要人工取便（并非需定期人工取便）。	5分：偶有失禁。	10分：能控制。评估对象具有自主控制排便的意识，可自主排便，只是偶有便秘需人工取便，不需定期人工取便，应视为能控制。

5. 小便控制。

(1) 定义。

“小便控制”是指有自主意识可控制排尿的能力，无排尿障碍/失禁。小便失禁指不能维持到合适的位置排尿或膀胱失去其控制排尿的功能，以尿液不自主流出为特征，表现为没到厕所就直接小便，或对小便根本无意识，随时尿在裤子或床上。

(2) 参考询问话语。

- ① 您能控制自己的小便吗？/您能管得住自己的小便吗？您有在自己不知道的情况下把小便解在裤子里或床上的情况吗？
- ② 如果管不住，一天大概有几次，一周大概有多少次呢？
- ③ 您排尿存在困难吗？是否留置导尿管？如留置，是否可自行管理导尿管？

(3) 评分细则。

① 0分：失禁。指平均每天 ≥ 1 次或经常尿失禁，完全需要他人帮忙完成排尿行为。或留置导尿管，但无法自行管理导尿管，完全依赖他人帮助。

② 5分：偶有失禁。指尿失禁每24h < 1 次、但每周 > 1 次，或需要他人提示（包括排尿时需要他人在旁监护、行为动作需要他人提示后才能完成等）。或留置导尿管，依赖他人提供部分帮助（监护、提示、指导或少量接触式帮助）管理导尿管。

③ 10分：能控制。指在无他人任何帮助、监护或提示的情况下，能够独立完成“小便控制”。或留置导尿管，但能完全独立管理导尿管，不需要他人帮助、监护或提示。

(4) 注意事项。

① 结合问询、环境及耗材、皮肤病变、病历等方面综合判断。

② 评估过程中，要注意观察评估对象的生活起居环境，留意是否准备有一次性尿片、成人纸尿裤（尿不湿）、尿垫、护理床

垫等，是否有晾晒被褥、传统尿布或大量换洗衣裤等现象，居家环境是否有异味等，通过观察和嗅辨来辅助判断评估对象是否存在小便失禁的情况。

③ 问题要同时询问照护者，因成人对小便失禁有羞耻感，评估对象会倾向于夸大自己的功能。

④ 查看有无留置导尿管、引流袋、碘伏、棉签、纱布等医用材料以及炉甘石等药品。

⑤ 中老年人因尿道括约肌松弛导致的失禁（例如咳嗽、打喷嚏导致尿失禁），对于治疗后长期稳定的状态，若渗尿量较多需要更换裤子，那么根据发生频次和依赖他人帮助程度参照“评分细则”进行判定。

(5) 易混易错点。

评估对象实际情况	易错选项	正确选项及注意点
评估对象自主控制排尿的意识仍然具备，只是由于行动缓慢，经常来不及到卫生间或者来不及脱下裤子，就直接排尿了，或卧床不起，因护理不及时尿在床上。	0分：失禁。	5分：偶有失禁。对于此种情况，无论发生的频次是多少，都判定为“5分：偶有失禁”。因为此种情况可通过在评估对象附近放置便器或照护者协助等，减少小便失禁次数。
评估对象尚有意识控制小便，亲人选择给老人穿戴成人纸尿裤分不清楚一周尿失禁几次。	0分：失禁。	5分：偶有失禁。经常穿戴纸尿裤很容易产生依赖性，长时间会经常失禁。

6. 用厕。

(1) 定义。

“用厕”是指有排便或排尿的意识，知道要去厕所或使用便盆及尿壶大小便，以及具备事后清洁整理的行为能力。包括在厕所内解开衣裤、使用便器、擦净、整理衣裤、冲水等全过程。

(2) 参考询问话语。

- ① 您能自己独立上厕所吗？/您能自己独立使用便盆及尿壶大小便吗？
- ② 如果不能独立上厕所，需要别人给您怎样的帮助呢？

(3) 评分细则。

① 0分：需极大地帮助或完全依赖他人。指用厕定义中的所有行为都无法自主完成，需要他人帮助。

② 5分：需部分帮助。指用厕时需要他人在旁监护，或行为动作需要提示后才能完成，或需他人帮忙整理衣裤、坐上/蹲上便器等，评估对象能够自己用便纸擦净或完成定义中的一部分任务，但只要需要人陪同上厕所则是给予帮助。

③ 10分：自理，可独立完成。指评估对象在无他人任何帮助的情况下，能够独立完成“用厕”定义中的所有行为。评估对象应该能够充分地脱下裤子、坐上/蹲上便器（或使用便盆及尿壶大小便）、做好自身清洁、穿上并整理好衣物、冲水（或清洗便盆），一个人完成整个过程，可使用辅助工具，如拐杖等。

(4) 注意事项。

- ① 判断完成用厕行为的动作包括脱裤子，坐上/蹲上便器

(或使用便盆及尿壶大小便), 清洁肛门或会阴处, 穿上并整理好衣物, 冲水或清洗便盆及尿壶等动作。

② 若为人工肛门, 包括人工肛门袋的更换、事后清理等动作。若为穿戴成人纸尿裤、尿垫、留置导尿管, 包括纸尿裤、尿垫、尿袋的更换、事后清理等动作。根据依赖他人帮助程度, 完全依赖他人为 0 分, 需部分帮助 (监护、提示、指导或少量接触式帮助) 为 5 分, 可独立完成为 10 分。

(5) 易混易错点。

评估对象实际情况	易错选项	正确选项及注意点
评估对象在便盆、尿壶能自己拿到的情况下可自行用厕, 只需亲人或照护者帮助做便盆、尿壶清理处理。	0 分, 需极大地帮助或完全依赖他人。	5 分, 需部分帮助。
评估对象行动不便, 亲人或照护者将便器放在床上让评估对象自行用厕。	10 分: 自理, 可独立完成。	5 分: 需部分帮助。
可以勉强完成自主用厕, 但是会因行动欠流畅导致尿液或排泄物外溢, 且无法完成清洁。	10 分: 自理, 可独立完成。	5 分: 需部分帮助。
评估对象在晚间使用便椅、便盆或尿壶, 次日可将排泄物倒出并把器皿清洗干净。	5 分: 需部分帮助。	10 分: 自理, 可独立完成。

7. 平地行走。

(1) 定义。

“平地行走”是指从双脚站立的状态开始, 连续步行 5 米的行为能力。包括使用辅助工具后的平地行走或移动。

(2) 参考询问话语。

- ① 您可以自己在平地上行走吗？/您可以在平地上行走大概5米吗？据具体情况给病人描述一个大概5米的环境（如临近街道、小院子等）。
- ② 您可以在这个院子里走一圈吗？
- ③ 如果不能自己行走，需要他人给您怎样的帮助呢？

(3) 评分细则。

① 0分：需完全帮助。指评估对象卧床不起、不能步行、移动需要完全帮助，独自完全无法完成行走过程，连有轮椅的情况下都不能自己完成，需靠他人推行。常年卧床、重度昏迷等无行走能力；或不能自己驱动轮椅，无法自己掌握轮椅平衡，完全依赖他人的帮助才能安全使用轮椅完成转移；或因疾病等原因医生不建议或限制站立步行、轻量体力劳动。

② 5分：需较大帮助。指评估对象在较大程度上依赖他人搀扶（ ≥ 2 人），或依赖他人给予较大帮助（指肢体帮助，如需他人帮助推行轮椅等）才能使用辅助工具完成平地移动。

③ 10分：需少量帮助。指评估对象需1人搀扶，或需他人在旁监护或提示，或需他人在旁监护、提示下使用辅助工具，若无帮助整个动作则完成不协调或者用时过长。

④ 15分：独立步行。指评估对象在无他人任何帮助、监护或提示下，独立完成“平地行走”，可以借助辅助工具（如轮椅、拐杖等）。

(4) 注意事项。

- ① 现场评估时，在初步判断评估对象能够自主或在他人帮助

下平地行走的情况下，尽可能让评估对象（可在其亲人或照护者帮助下）演示日常平地行走动作，并现场查看拐杖、轮椅等辅助器具的使用磨损情况和新旧程度，综合根据评估对象现场情况及日常生活实际情况作出判断。

② 步幅、步频、步速、方向感觉等不包含在本评估项目的判断标准中。

③ 由于心肺功能受损等疾病因素，医生不建议或限制评估对象进行轻量体力劳动。在具备医生诊断等相关证明的情况下，即使无法当场对评估对象实施评估，也可判定为“0分：需完全帮助”。

(5) 易混易错点。

评估对象实际情况	易错选项	正确选项及注意点
评估对象在无任何人帮助下能够行走，但需要借助助行器完成安全行走。	10分：需少量帮助。	15分：独立步行。在使用辅助工具的情况下，独立完成平地行走也视为独立完成。
如果评估对象无法使用助行器或拐杖在平地行走，但可在无人帮助的情况下自行上下轮椅并可自行使用轮椅外出移动。	10分：需少量帮助。	15分：独立步行。在使用辅助工具的情况下，独立完成平地移动也视为独立完成。

8. 床椅转移。

(1) 定义。

“床椅转移”是指完成“从床上到椅子/轮椅”来回全过程中所有动作的行为能力。主要包括移动臀部、转身、移动、坐下等动作。

(2) 参考询问话语。

- ① 您可以自己从床上坐到椅子上吗？/您可以自己从床边移动到椅子上吗？
- ② 如果您不能自己从床上坐到椅子上，需要别人给您怎样的帮助呢？需要几个人帮助呢？

(3) 评分细则。

① 0分：完全依赖他人。指评估对象自己不能完成转移过程，转移动作全过程需要他人抱、搬动身体才能完成，不能坐。

② 5分：需大量帮助。指评估对象需至少2人帮助，较大程度上依赖他人搀扶和身体帮助才能完成转移动作全过程，能坐。

③ 10分：需少量帮助。指评估对象需1人搀扶；或使用拐杖等辅助工具或扶着墙、周围设施，需他人在旁监护、提示才能完成转移动作全过程。

④ 15分：自理，可独立完成。指评估对象在无他人任何帮助、监护或提示的情况下，能够一个人完成整个过程。强调一个人独立完成，可以使用辅助工具（如假肢等），可以扶着墙或周围设施。

(4) 注意事项。

① 现场评估时，在初步判断评估对象能够自主或在他人帮助下完成床椅转移的情况下，尽可能让评估对象（可在其亲人或照护者帮助下）演示床椅转移的过程。综合根据询问情况、现场实际情况、肌力与骨关节是否正常等，作出合理判断。

② 该评估项目评估的是评估对象是否具备自主完成床椅转移

动作的能力，而非能否听从指令执行床椅转移。

(5) 易混易错点。

评估对象实际情况	易错选项	正确选项及注意点
评估对象下肢一侧或两侧肢体截肢或活动障碍，但借助吊索或者扶手可以独立完成床到轮椅的转移。	10分：需少量帮助。	15分：自理，可独立完成。在使用辅助工具的情况下，完全独立完成床椅转移也视为独立完成。
评估对象尚有行动能力，但因年迈、身体行动不便等原因，亲人或照护者出于安全考虑不让对象独立完成。	5分：需大量帮助。	10分：需少量帮助。考虑是否具备完成床椅转移动作的能力，而非既往做法。要依据实际能力情况作出判断。

9. 上下楼。

(1) 定义。

“上下楼”是指连续完成上下楼的行为能力，如住所有电梯，可借助电梯，不一定考察上下台阶能力。

(2) 参考询问话语。

- ① 平常您可以独立上下楼吗？
- ② 平常您上下楼需要他人帮助吗？需要什么帮助？
- ③ 如果让您一个人不用任何帮助，爬一层楼有困难吗？

(3) 评分细则。

① 0分：不能，或需极大帮助或完全依赖他人。指评估对象需要他人抬/背才能上下楼，或常年卧床、重度昏迷等无行走能力，或因疾病等原因医生不建议或限制行走、轻量体力劳动。

② 5分：需部分帮助。指能上下楼，但需要他人帮助。如需

他人搀扶；或需扶着楼梯扶手、使用拐杖、倚靠墙壁等外界支撑时可独立完成动作，但需他人在旁监护或提示。如果使用轮椅借助电梯上下楼，需他人推行轮椅或帮助使用电梯，或需他人在旁监护或提示。

③ 10分：可独立上下楼。指评估对象在无他人任何帮助、监护或提示的情况下，可借助电梯、拐杖等，能够独立完成上下楼。如果使用支具，需可独自完成穿、脱动作，并能够独立完成上下楼。如果使用轮椅借助电梯上下楼，需可独立完成上下楼，不需他人提供帮助、在旁监护或提示。

(4) 注意事项。

① 现场评估时，必要时可通过让评估对象操作抬起一条腿等模拟动作，作为辅助判断依据。

② 必要时可在邻里社区等一定范围内进行走访调查。

③ 步幅、步频、步度、方向感觉等不包含在本评估项目的判定标准中。

(5) 易混易错点。

评估对象实际情况	易错选项	正确选项及注意点
上下楼使用轮椅可以行动自如(有电梯)。	5分：需部分帮助。	10分：可独立上下楼。

10. 洗澡。

(1) 定义。

“洗澡”是指用手或浴球等工具，涂上香皂或沐浴露等沐浴用品后，擦拭、洗净全身的行为能力。

(2) 参考询问话语。

- ① 您自己能独立完成洗澡吗？
- ② 您洗澡时需要他人帮助吗？

(3) 评分细则。

① 0分：需他人帮助。洗澡过程中需他人帮助，无论哪个环节，只要帮助就算。

② 5分：可独立完成。指在无他人任何帮助情况下，能够独立完成“洗澡”定义中的一连串动作。不包括准备洗澡水、洗澡用品、换洗衣物等准备工作。不限淋浴、坐浴等形式。可使用凳子等辅助工具。强调一个人完成，不需要其他人帮助。

例：浴室里装置了扶手设施，评估对象洗澡时会依靠，每次洗澡也会使用特制的长柄浴刷，但洗澡全过程都无需他人帮助可自主完成，判定为“5分：可独立完成”。

(4) 注意事项。

① “全身”的范围包括：颈部、上肢（左和右）、胸部、腹部、会阴部、臀部、大腿（左和右）、小腿（左和右）、足（左和右）。

② 洗发、前往或离开浴室或浴盆的转移过程、更衣、洗澡前的准备工作、洗后的环境清理不包含在本评估项目的判断标准中。

③ “需他人帮助”不包括借助恰当辅助工具，如洗澡刷、洗澡巾、凳子等。

④ 通常对于评估对象完成洗澡过程的时间不做限制。

⑤ 如评估对象不喜欢香皂或沐浴露等沐浴用品，自愿不用，仅采用清水，实现擦拭、洗净全身的行为，也算独立完成。

(5) 易混易错点。

评估对象实际情况	易错选项	正确选项及注意点
评估对象认为自己有能力洗澡，可自行进行部分清洗，但是为了保持基本的清洁卫生程度，照护者须再重新帮其洗澡。	5分：可独立完成。	0分：需他人帮助。独立完成洗澡能力包括达到基本的清洁程度。
如果评估对象下肢瘫痪，需要由他人协助轮椅转移到浴室或浴盆，但可自行完成洗澡过程，并达到符合要求的清洁程度。	0分：需他人帮助。	5分：可独立完成。前往或离开浴室或浴盆的转移过程不包含在本评估项目的判断标准中。

(三) 日常生活活动能力等级划分。

日常生活活动能力总分	上述 10 个项目得分之和
日常生活活动能力分级	能力完好：得分 100 分 轻度受损：得分 65-95 分 中度受损：得分 45-60 分 重度受损：得分 0-40 分

二、认知能力评估（对应《评估标准》中表 C2）

(一) 一般要求。

1. 对认知能力的评估，除发问外，较难以通过观察行为等方式侧面掌握真实情况。为避免直接提问而无法获得真实情况，可将相关问题穿插于整个评估进行过程中提出，如对认知能力等的考察可穿插于日常生活活动能力的考察中，以尽可能最大限度的

掌握评估对象真实能力情况。

2. 可向评估对象亲人或照护者了解评估对象日常情况作为辅助判断依据，但不可以由亲人或照护者等代替评估对象回答直接涉及能力判断的提问。

3. 当评估对象听不见说话的声音或无法用语言表达时，选择其他形式的问答方式。例如，评估对象听不见说话的声音但可识字，则可以将题目直接展示给评估对象，看完后回答。

(二) 评估细则。

1. 时间定向。

(1) 定义。

“时间定向”是指对当前的时间状况的认知能力。如判断当前的时间、日期、季节，以及识别昼夜、晨昏等。

(2) 参考询问话语。

- ① 今天是哪一年？几月？几号？周几？
- ② 现在是上半年还是下半年？
- ③ 现在是什么季节？
- ④ 现在是上午、下午或白天/晚上？

(3) 评分细则。

① 0分：无时间观念，完全不清楚年、月、日以及上午/下午、白天/夜间、上半年/下半年、哪个季节等时间。

② 1分：时间观念很差，年、月、日不清楚，可以指出现在是上午、下午或白天、夜间。

③ 2分：时间观念较差，年、月、日不清楚，可以指出现在是上半年或下半年，或者是哪个季节。

④ 3分：时间观念有些下降，年、月、日（或星期几）不能全部分清（相差两天或以上）。

⑤ 4分：时间观念（年、月）清楚，日期（或星期几）可相差一天。

(4) 注意事项。

若评估对象可借助环境（如天黑等现象）及时间指示工具（日历、手表等）判断时间，说明对当前的时间状况有认知能力，有时间观念。

2. 人物定向。

(1) 定义。

“人物定向”是指对自己或日常生活相关的人物的认识能力。如判断和识别日常同住的亲人、照护者等的能力。

(2) 参考询问话语。

- ① 您知道他/她是谁吗？
- ② 您有几个子女？
- ③ 拿照片询问，这是谁？叫什么名字？跟您什么关系？
- ④ 您自己叫什么？

(3) 评分细则。

① 0分：不认识任何人（包括自己）。

② 1分：只认识自己或极少数日常同住的亲人或照护者等，其中极少数是指少于一半。

③ 2分：能认识一半日常同住的亲人或照护者等，能称呼或知道关系。

④ 3分：能认识大部分共同生活居住的人，能称呼或知道关系，其中大部分是指超过一半。

⑤ 4分：认识长期共同生活的人，能称呼并知道关系。

(4) 注意事项。

① 进行人物定向评估时，可由亲人、照护者等与评估对象日常接触较多的人在现场，询问应循序渐进。

② 评分细则中的“认识”是指正确识别外貌，并能正确称呼或表明其关系。

③ “错认”应等同于“不认识”。

④ 可询问评估对象是否认识自己、日常同住的亲人或照护者等不同类型的人，根据认识的数量，计算占总询问人数的比例，对应评分细则确定分数。若日常同住人较少时，可增加询问评估对象是否认识其子女、关系较近的亲人、经常往来的朋友或邻居等。

3. 空间定向。

(1) 定义。

“空间定向”是指对与自己日常生活相关的场所地址的识别能力。

(2) 参考询问话语。

① 您住哪里？

② 我们现在在什么地方？/这是哪里？

- ③ 我们现在在第几层楼?
- ④ 平时您能出门在小区内活动吗?
- ⑤ 您知道小区哪里能买菜吗? 平时能自己出门买菜吗?
- ⑥ 您知道自己孩子家的地址吗? 平时能自己去孩子家吗?
- ⑦ 您平时可自行前往厕所吗?

(3) 评分细则。

① 0分：不能单独外出，无空间观念，完全不知道与自己日常生活相关的场所地址。

② 1分：不能单独外出，少量知道自己居住或生活所在地的地址，知道少于一半与自己日常生活相关的场所地址。

③ 2分：不能单独外出，但知道较多有关自己日常生活的地址，知道多于一半与自己日常生活相关的场所地址。

④ 3分：不能单独外出，但能准确知道自己日常生活所在地的地址。知道与自己日常生活相关的场所地址，能准确具体到街道/乡镇、社区/村居、楼号/门牌。

⑤ 4分：能在日常生活范围内单独外出，如在日常居住小区内独自外出购物等。

(4) 注意事项。

① 可询问评估对象现住址、子女家地址、附近便民店等与其日常生活相关的场所地址，了解评估对象平时在家中是否可自行前往厕所、厨房等，根据评估对象知道的地址个数，计算比例，根据评分细则确定分数。

② 评估对象知道与自己日常生活相关的场所地址（省、市、

区/县、街道/乡镇、社区/村居、楼号/门牌)中的一部分,可视为“知道地址”,回答省市也可作为依据。评估对象可准确具体到街道/乡镇、社区/村居、楼号/门牌,可视为“准确知道地址”。

4. 记忆力。

(1) 定义。

“记忆力”是指对与自己日常生活相关的事物的认识和记忆能力。

(2) 参考询问话语。

近期记忆:

- ① 您上顿饭吃了什么?
- ② 您昨晚吃了什么?
- ③ 三个常见词语说完,请您马上重复。

远期记忆:

- ① 您是哪年出生的?
- ② 您出生地是在哪里?
- ③ 您之前是做什么工作的?
- ④ 您退休多少年了?
- ⑤ 您在什么地方结婚的?

(3) 评分细则。

① 0分:完全不能回忆即时信息,并且完全不能对既往事物进行正确的回忆。

② 1分:对既往事物能有少部分正确的回忆(约25%),没有近期记忆。

③ 2分:能回忆大部分(约50%)既往事物,记住1个词语。

④ 3分:能回忆大部分(约75%)既往事物,记住2个

词语。

⑤ 4分：能够完整回忆既往事物，记住3个词语。

(4) 注意事项。

① 清楚、缓慢地说出3个词语，大约1秒钟说1个，说完所有的3个词语后，要求评估对象重复它们。得分与重复的顺序无关，只与个数相关。关于3个词语，应非同类事物。如锅、碗、瓢盆，或香蕉、苹果、梨，3个词语为同类，不适宜。苹果、手表、国旗，或其他非同类的都可以。

② 对既往事物记忆能力的考察，可询问评估对象出生年份、出生地、之前职业、退休年数等问题，根据可正确回忆问题的数量计算比例，从而确定能回忆既往事物的百分比。

(三) 认知能力等级划分。

认知能力总分	上述4个项目得分之和
认知能力分级	能力完好：得分16分 轻度受损：得分4-15分 中度受损：得分2-3分 重度受损：得分0-1分

三、感知觉与沟通能力评估（对应《评估标准》中表C3）

(一) 一般要求。

为避免机械性询问，不能获得评估对象真实信息，评估时可对二级指标穿插进行提问，无须严格按现指标顺序进行，但指标须全部涉及。对于感知觉与沟通能力的考察可穿插于日常生活活动能力的考察中。

(二) 评估细则。

1. 视力。

(1) 定义。

“视力”是指在光线充足的环境下在一定距离内眼睛辨别物体形象的能力。

(2) 参考询问话语。

- ① 您平常在家看电视吗？看报纸吗？
- ② 您平时用手机吗？看手机上的信息/微信消息吗？
- ③ 您带上眼镜可以看清报纸上的字吗？

(3) 评分细则。

① 0分：完全失明。

② 1分：只能看到光、颜色和形状（大致轮廓），眼睛可随物体移动。

③ 2分：视力有限，看不清报纸大标题，但能辨认较大的物体。

④ 3分：能看清楚大字体，但看不清书报上的标准字体，辨别小物体有一定困难。

⑤ 4分：与日常生活能力相关的视力（如阅读书报、看电视等）基本正常，应在符合日常用眼习惯条件下（如佩戴眼镜）进行评估。

(4) 注意事项。

① 评估人员应携带或利用周边环境中的书报杂志和物体，放在平行距眼30厘米左右的位置，对评估对象进行评估。

② 辨别物体的能力指评估对象能否辨别出评估人员所持的日常物品的能力。眼睛跟随物体移动的能力指评估对象的眼睛是否

可以跟随评估人员的手指移动。光线充足指的是对视力正常的人来说足够或舒适的光线水平。

③ 若平日佩戴老花镜或近视镜，应在佩戴眼镜的情况下评估。

④ 表达方式不局限于口头回复。语言功能较弱的评估对象可采用手语、书写、肢体语言等方式。

⑤ 若遇到评估对象不识字或者是半文盲的情况时，可通过辨别物品等形式开展。

⑥ 若遇到评估对象认知功能较弱（如痴呆症患者），无法与其进行沟通使其执行评估项目时，评估人员做定义中的规定的手势，平行放在距评估对象眼睛 30 厘米左右的位置，左右移动。若评估对象的眼睛能准确跟随评估人员手指移动，则判定为“1分：眼睛可随物体移动”；若不能，则判定为“0分：完全失明”。

(5) 易混易错点。

评估对象实际情况	易错选项	正确选项及注意点
评估对象有严重的视野狭窄现象，1米开外的物体完全辨认不清，外出需要他人陪同。评估时，在该评估对象视野狭窄范围之外，距眼30厘米的地方让其看视力测量工具时，评估对象无法正确辨认物体。但是，在该评估对象视野范围内，距眼30厘米以内的地方让评估对象看视力测量工具时，评估对象能够正确辨认物体。	1分：只能看到光、颜色和形状（大致轮廓），眼睛可随物体移动。	0分：完全失明，没有视力，眼睛不能跟随物体移动。

2. 听力。

(1) 定义。

“听力”是指对与自己日常生活相关的声音的识别能力。

(2) 参考询问话语。

- ① 我这样说话您能听清吗？
- ② 平时接听孩子电话您能听清吗？
- ③ 您家电视声音能听清吗？
- ④ 您能听到门铃声音吗？

(3) 评分细则。

- ① 0分：完全失聪。
- ② 1分：讲话者大声说话或说话很慢，才能部分听见。
- ③ 2分：正常交流有些困难，需在安静的环境大声说话才能听到。
- ④ 3分：在轻声说话或说话距离超过2米时听不清。
- ⑤ 4分：与日常生活习惯相关的听力基本正常（如能听到门铃、电视、电话等声音）。

(4) 注意事项。

① 尽量选择安静、无噪音的环境下进行评估。应在日常用耳习惯条件下评估，如平时佩戴助听器，则应评估在佩戴助听器情况下的能力情况。

② 如果评估对象语言表达能力受损，可用其日常惯用的手语、点头示意、肢体语言、书写等特殊表达方式回应，根据其回应正确与否作出评定。

③ 单侧耳朵失聪或听力障碍的，若另一侧耳朵可完成所有测试，也可判定为正常。

④ 评估对象处于无法沟通状态，仅可点头摇头，或者评估对象答非所问，都说明患者非完全性失聪，具体打分视现场情况定。

3. 沟通能力。

(1) 定义。

“沟通能力”是指通过表达自己的需求、意见，参与交流、理解信息的能力。包括非语言沟通，与他人和外界环境接触、适应的能力。

(2) 参考询问话语。

- ① 您平时和其他人一起聊天/下棋吗？
- ② 您觉得和他人交流起来有困难吗？
- ③ 请举起您的左手。
- ④ 请把您的右手伸出来。

(3) 评分细则。

① 0分：完全不能理解他人的言语，也无法表达需要；难以与人接触（重度痴呆症患者、意识障碍患者等，不具备定义中的所有行为能力）。

② 1分：不能完全理解他人的话，只能以简单的单词或手势表达大概意愿。对别人的话只能理解个大概，自己也不能用完整的语句表达自己的意愿，只能用单个词汇简单表达。

③ 2分：勉强可与他人交流，谈吐内容不清楚，需频繁重复或简化口头表达，表达需要或理解有困难；脱离社会，勉强可与他人交往，容易上当受骗。通常，面对亲人或照护者等密切接

触、较为熟知的人时，评估对象无法正常沟通交流；但是遇到比较陌生的人，比如评估人员，偶尔会出现可以正常沟通交流的现象。或容易出现频繁重复同一个词句，表达断章取义，简化口头表达等现象。如评估对象为痴呆症初期患者，通常只会表达“饿了”“痛”“走”等特定的字、词，可被动参与活动、能辨认出对方的形象特征，但人际感受、理解、想象、情感等不满足要求。

④ 3分：能够表达自己的需要或理解他人的话（不能理解隐喻语），但需要增加时间或给予帮助；能适应单纯的环境。增加时间是指反应相对较缓慢。

⑤ 4分：无困难，能与他人正常沟通和交流，待人接物恰当；具备满足日常生活需要的沟通能力。

(4) 注意事项。

① 评估及回答方式不限于口头交流。书写、手语、盲文、肢体语言等都可。有语言或听力障碍的人，无论用何种方式，只要能够准确理解他人发出的信息，并准确表达出自身的意愿即可。

② 可通过评估全过程中与评估对象的交流情况，判断评估对象沟通交流能力，必要时可询问亲人或照护者。

③ 详细询问亲人或照护者评估对象日常生活中的沟通交流行为情况，结合评估当天评估对象的表现，综合考量，作出合理的选择判断。

④ 详细询问亲人或照护者评估实施日前7-14日内评估对象的身心状态。若与评估当日评估对象表现的状况有出入时，按照

发生频率较高的现象为准作出判断。

⑤ 即使评估对象不主动表达自己的想法、意愿等，但面对他人的提问时，评估对象能准确作出回答，即可判定为“4分：无困难，能与他人正常沟通和交流”。

⑥ 若因评估对象本身性格、喜好等原因，不愿意与除家族成员以外的人来往，或者不擅长与除家族成员以外的人来往时，结合评估当日评估对象的表现，作出合理判断。

(5) 易混易错点。

评估对象实际情况	易错选项	正确选项及注意点
若评估对象处于昏睡或昏迷状态，一般的外界刺激不能使其觉醒，给予较强烈的刺激时，对疼痛刺激有回避和痛苦表情，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。	1分：不能完全理解他人的话，只能以简单的单词或手势表达大概意愿。	0分：完全不能理解他人的言语，也无法表达。

(三) 感知觉与沟通能力等级划分。

感知觉与沟通能力总分	上述3个项目得分之和
感知觉与沟通能力分级	能力完好：得分12分 轻度受损：得分4-11分 中度受损：得分2-3分 重度受损：得分0-1分

四、长期护理综合失能等级划分（对应《评估标准》中表D）

根据日常生活活动能力、认知能力、感知觉与沟通能力3个一级指标评估得分情况，将各一级指标分别评定为能力完好、轻

度受损、中度受损、重度受损 4 个等级。

一级指标 \ 失能等级	能力完好	轻度受损	中度受损	重度受损
日常生活活动能力	100 分	65 - 95 分	45 - 60 分	0 - 40 分
认知能力	16 分	4 - 15 分	2 - 3 分	0 - 1 分
感知觉与沟通能力	12 分	4 - 11 分	2 - 3 分	0 - 1 分

根据日常生活活动能力失能等级，综合认知能力、感知觉与沟通能力失能等级中严重的失能等级，确定评估对象长期护理失能等级。将日常生活活动能力重度受损，以及日常生活活动能力中度受损且认知能力或感知觉与沟通能力重度受损的划分为重度失能。

日常生活活动能力	认知能力/感知觉与沟通能力（以失能等级严重的判断）			
	能力完好	轻度受损	中度受损	重度受损
能力完好	0 级	0 级	1 级	1 级
轻度受损	1 级	1 级	1 级	2 级
中度受损	2 级	2 级	2 级	3 级
重度受损	3 级	3 级	4 级	5 级

注：长期护理失能等级对应：0 级—基本正常，1 级—轻度失能，2 级—中度失能，3 级—重度失能 I 级，4 级—重度失能 II 级，5 级—重度失能 III 级。