

ICS 97.080

CCS Q84

# 团 体 标 准

T/HARACM 0004—2026

## 失能失智家庭照护者技能培训服务规范

2026-04-\*\*发布

2026-04-\*\*实施

河南省中医药研究促进会 发布

# 前 言

本文件按照 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。

本文件由河南省中医药研究促进会、河南佑安康年养老服务产业有限公司提出。

本文件由河南省中医药研究促进会归口。

本文件起草单位：河南天佑健康产业有限公司、河南佑安康年养老服务产业有限公司、河南天佑中西医结合肿瘤医院、新郑天佑中医院、新郑市中医院老年养护中心。

本文件主要起草人：曹建西、李凤云、汪桂琴、王凯、席芳、平玉娟、李志刚、刘萍、王海斌。

本文件其他起草人：王又红、路俊英、严明珠、刘慧、马会娟、冯秀香、杨亚莉、吴莉。

本文件为首次发布。

T/HARACM0004—2026团体标准公示稿

# 引言

当前，我国人口老龄化进程加速，失能失智老年人数量庞大且持续增长。国家相关数据显示，我国失能、半失能老年人已超过 4000 万，失能失智老人总数已超过 4500 万。这一庞大群体中，绝大多数由家庭成员承担日常照护责任，“一人失能、全家失衡”是众多家庭面临的真实困境。长期、繁重的照护工作不仅给家庭照护者带来巨大的身心压力和经济负担，也因缺乏专业知识和技能，导致照护质量不稳定，老年人生活质量难以保障，甚至可能引发安全风险。

与此同时，国家层面正在大力构建长期护理保障体系。长期护理保险制度已明确将从试点转向全面实施，成为“十五五”时期民生保障的重要支柱，旨在系统性回应社会痛点。2025 年 12 月召开的中央经济工作会议明确提出“推行长期护理保险制度”。与之相配套，针对重度失能老年人等群体的养老服务消费补贴制度已在全国启动。这些顶层设计共同指向一个核心：提升照护服务的专业化与标准化水平。

然而，现行标准体系存在明显空白。近年来，国家重点推动了以“长期照护师”为代表的职业化、机构化养老服务人才队伍建设，发布了国家职业标准并启动了全国性的培养培训工作。但专门面向非职业的家庭照顾者的技能培训，尚缺乏统一、规范、可操作的指导标准。市场上虽有一些零散的培训课程，但在培训内容、技能要求、实施流程和质量评估上差异巨大，服务质量参差不齐，无法为广大的失能失智家庭照护实践提供稳定可靠的技术支撑。

因此，制定《失能失智家庭照护者技能培训服务规范》，旨在聚焦“家庭照护者”这一最基础、最广泛却最缺乏标准支持的照护力量，满足社会需求，结合多年实践经验，将国家职业标准中的专业要求进行转化、凝练与提升，使其更适配家庭场景，从而打通专业照护资源进入家庭的“最后一公里”。

# 目 录

1 范围 .....	1
2 规范性引用文件 .....	1
3 术语和定义 .....	2
4 通则 .....	4
5 培训服务核心要求 .....	8
6 培训服务标准内容 .....	9
7 成果转化与效能评估 .....	20
附录：实操评分表 .....	35

T/HARACM0004—2026团体标准公示版

# 失能失智家庭照护者技能培训服务规范

## 1 范围

### 1.1 定位

本规范聚焦于失能失智康养标准体系中的细分领域，针对“失能失智老年人家庭照顾者基本技能培训”这一具体要求，提出明确、易行、可操作的规范。

### 1.2 目标

#### 1.2.1 规范化

统一失能失智家庭照顾者技能培训的核心内容与基本要求，引导培训服务从无序走向规范，提升培训的有效性和一致性。

#### 1.2.2 实用化

将复杂的护理知识转化为安全、易懂、易操作的家庭实用技能，降低家庭照护风险，提升失能失智老年人的生活质量与生命尊严。

#### 1.2.3 可及化

为各类培训机构、社区组织、医养结合机构等提供清晰的服务指南，促进优质培训资源的供给与普及，间接支持长期护理保险和养老服务补贴等政策在家庭场景中的效能发挥。

#### 1.2.4 前瞻性

顺应国家“支持新技术、新产品、新业态规模应用”的政策导向，为未来整合在线培训、智能辅具应用等新场景预留接口。

## 2 规范性引用文件

下列文件中的内容通过文中的规范性引用而构成本文件必不可少的条款。其中，注日期的引用文件，仅该日期对应的版本适用于本文件；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。

《居家和社区医养结合服务指南（试行）》（国卫办老龄发〔2023〕18号）

GB/Z 143-2025 《标准化教育课程建设指南 养老服务标准化》

GB/T 46401-2025 《养老机构认知障碍老年人照护指南》

GB/T 35796-2017 养老机构服务质量基本规范

GB/T 42195-2022 老年人能力评估规范

GB/T 13016—2018 标准体系构建原则和要求

《养老服务标准体系建设指南（2025版）》

《中国居民膳食指南（2022）》

### 3 术语和定义

GB/T 20000.1 界定的以及下列术语和定义适用于本文件。

#### 3.1 失能

个体在躯体功能、日常生活活动能力等方面部分或完全丧失，无法独立完成进食、穿衣、如厕、移动、个人清洁等基本生活活动的状态。

#### 3.2 失智

以渐进性认知功能损害为核心的临床综合征，主要表现为记忆减退、定向力障碍、语言与执行功能下降、精神行为异常等，导致个体日常生活能力与社会适应能力显著衰退。

#### 3.3 家庭照护者

承担失能、失智老年人日常照护工作的非专业人员，包括配偶、子女、其他亲属，以及家庭自行雇佣的无专业医护资质的住家护工、保姆等。

#### 3.4 精神行为症状 (BPSD)

失智老年人在认知衰退过程中出现的行为紊乱、情绪异常、精神症状等，如游走、重复提问、激越、拒绝照护、睡眠障碍等。

#### 3.5 压力性损伤

皮肤和 / 或皮下组织因长期受压、剪切力、摩擦力等导致的局部损伤，多见于长期卧床或活动受限老年人的骨隆突部位。

#### 3.6 意定监护

具有完全民事行为能力的成年人，预先以书面形式指定监护人，在本人丧失或部分丧失民事行为能力时，由该监护人代为执行人身照护、医疗决策、财产管理等事务的法律安排。

### **3.7 预立医疗指示 (ACP)**

个体在意识清楚、具备完全民事行为能力时，预先对自身生命末期、不可逆昏迷等状态下的医疗措施、临终照护方式作出的书面意愿表达。

### **3.8 喘息服务**

为缓解家庭照护者身心压力，由专业人员或机构短期替代承担照护工作，使照护者获得休息与调整的支持性服务。

### **3.9 照护倦怠**

照护者因长期高强度照护工作，出现身心疲惫、情绪耗竭、能力下降、负面情绪增多的综合状态。

### **3.10 管道护理**

对居家留置的鼻胃管、导尿管、气管套管、引流管等医疗管道进行的固定、清洁、通畅维护、异常观察等规范操作。

### **3.11 临终舒适照护**

针对生命末期老年人，以缓解疼痛、减轻不适、维护尊严、安抚情绪为目标，而非以治愈为目的的综合性照护。

### **3.12 谵妄**

急性、可逆性的脑功能障碍，常由感染、脱水、药物、代谢异常等引发，表现为意识模糊、注意力下降、精神状态骤变，多见于老年失能失智人群。

### **3.13 功能性失能**

因疾病、衰老、损伤导致躯体或认知功能下降，进而丧失独立完成社会功能与生活功能的状态。

### **3.14 照护支持系统**

由家庭、社区、机构、政策、专业人员共同构成，为家庭照护者提供培训、资源、喘息、心理支持的综合体系。

### **3.15 行为应对**

在尊重、安全、非暴力前提下，对照护中出现的抗拒、激越、攻击、游走等问题行为进行识别、预防与正向干预。

## 4 通则

### 4.1 服务定位与原则

#### 4.1.1 服务定位

本标准所指的“失能失智家庭照护者技能培训服务”，是指由具备资质的培训机构、养老服务机构、社区卫生服务中心或其他合法主体（以下简称“培训机构”），面向失能、失智老年人的家庭照护者（以下简称“学员”）提供的系统性、规范性技能培训服务。培训内容涵盖理念与基础、安全照护与环境营造、日常生活照护、沟通与行为应对、照护者自我关怀与资源获取、基础疾病知识与危机识别、法律法规等模块。

#### 4.1.2 基本原则

培训机构开展失能失智家庭照护者技能培训服务，应遵循以下原则：

##### 4.1.2.1 以人为本原则

尊重失能失智老年人的尊严、自主权与个体差异，培训内容应体现“以老年人为中心”的照护理念，避免机械化、流程化的单一模式。

##### 4.1.2.2 安全优先原则

所有培训内容应将老年人及照护者的安全置于首位，涵盖跌倒预防、噎食防范、转移安全、用药安全、虐待预防等核心安全议题。

##### 4.1.2.3 实操导向原则

培训应坚持理论联系实际，实操训练课时占比不低于总课时的 50%，重点培养学员的动手能力、应急处理能力和情景判断能力。

##### 4.1.2.4 循序渐进原则

培训内容应按照难度由浅入深，允许学员根据自身基础分阶段学习。

##### 4.1.2.5 循证与更新原则

培训内容应基于当前最佳实践证据，定期根据最新政策、技术标准和服务规范进行评审与更新。

##### 4.1.2.6 可及性与公平性原则

培训服务应考虑城乡差异、经济水平差异，鼓励提供线上与线下相结合、公益与付费并存的多元化培训渠道，降低照护者参与门槛。

## 4.2 培训目标

培训服务应达到以下核心目标：

### 4.2.1 知识目标

学员能够掌握失能失智的基本知识、常见误区、安全伦理要点、疾病预警信号及法律法规常识。

### 4.2.2 技能目标

学员能够独立或在他人有限协助下，完成老年人安全转移、个人清洁照护、进食协助、如厕与失禁照护、管道护理、用药协助等核心照护操作，并掌握基本的急救初步反应能力。

### 4.2.3 态度目标

学员能够树立尊重老年人、保护隐私、预防虐待的职业态度，识别自身照护压力并主动寻求支持。

### 4.2.4 行为转化目标

学员能够在训后将所学技能应用于实际家庭照护场景，并在训后 1-3 个月内保持核心安全行为的稳定执行。

## 4.3 培训对象界定

### 4.3.1 主要培训对象

失能、失智老年人的家庭照护者，包括但不限于：

- (1) 配偶、子女、其他亲属等非正式照护者；
- (2) 由家庭自行雇佣的、不具备专业医护背景的住家保姆或护工；
- (3) 社区中正在或即将承担失能失智亲属照护任务的居民。

### 4.3.2 学员基本条件

参加培训的学员应满足以下基本条件：

- (1) 年满 18 周岁，具有完全民事行为能力；
- (2) 身体健康，无传染性疾病活动期，具备完成实操训练的身体条件；
- (3) 能够使用汉语进行基本的听、说、读、写（针对线上考试或书面材料）。

## 4.4 培训内容框架

培训内容应至少涵盖以下模块（具体要求见本文件第 5 章）：

- (1) 模块 A：理念与基础（必修）；

- (2) 模块 B: 安全照护与环境营造 (必修);
- (3) 模块 C: 日常生活照护 (必修);
- (4) 模块 D: 沟通与行为应对 (针对失智照护者重点推荐);
- (5) 模块 E: 照护者自我关怀与资源获取 (必修);
- (6) 模块 F: 基础疾病知识与危机识别 (必修);
- (7) 模块 G: 失能失智相关照护中的法律法规 (选修)

## 4.5 培训形式与课时要求

### 4.5.1 培训形式

培训机构可采取以下一种或多种形式开展培训:

- (1) 线下集中授课 (含理论课与实操训练);
- (2) 线上录播或直播课程 (理论部分为主, 实操部分须辅以线下练习);
- (3) 入户一对一指导 (适用于行动不便的照护者或复杂案例);
- (4) 混合式培训 (线上理论+线下实操考核)。

### 4.5.2 最低课时要求

完成全部核心内容 (模块 A 至模块 G) 的基础培训, 总课时不应少于:

- (1) 理论授课: 不少于 28 学时 (每学时 45 分钟);
- (2) 实操训练与考核: 不少于 28 学时;
- (3) 总课时: 不少于 56 学时。

### 4.5.3 师生比要求

实操训练环节, 每位讲师指导的学员人数应在 10-15 人之间, 以确保每位学员获得充分的练习与纠正。

## 4.6 考核与认证要求

### 4.6.1 考核方式

学员完成培训后, 应通过以下考核:

- (1) 理论考核: 采用闭卷或线上考试形式, 满分 100 分, 80 分及以上为合格;
- (2) 实操考核: 从核心操作项目 (如安全转移、床上擦浴、进食协助、失禁护理等) 中随机抽取至少 2 项进行现场操作, 由具备资质的考评员按照本标准附录的评分表进行评定, 合格标准见附录。

### 4.6.2 补考与复训

- (1) 单项考核不合格者，允许在 1 个月内申请补考 1 次；
- (2) 补考仍不合格者，需重新参加该模块的培训后方可再次申请考核；
- (3) 考核合格后超过 2 年未持续实践或未参加复训者，建议重新参加复训与再认证。

#### 4.6.3 证书发放

考核合格者，由培训机构颁发“失能失智家庭照护技能培训合格证书”，证书应载明：

- (1) 学员姓名、身份证号；
- (2) 培训内容模块（如“完成模块 A-G 全部内容”）；
- (3) 培训学时；
- (4) 考核成绩（理论/实操）；
- (5) 发证机构名称及盖章；
- (6) 证书有效期（建议 2 年）；
- (7) 查询方式（如二维码或官网链接）。

#### 4.7 培训机构基本要求

开展本标准所规定的培训服务的机构，应满足以下基本条件：

- (1) 依法登记注册，具备相应的培训或养老服务资质；
- (2) 具有固定的培训场地，理论教室与实操训练区域分开设置，实操区域应配备必要的护理床、模拟人、轮椅、拐杖、护理辅具等教学设备；
- (3) 具有至少 2 名具备以下条件之一的专兼职讲师：
  - ① 医护专业背景（护士、医师、康复治疗师等），且具有 2 年以上老年照护临床或教学经验；
  - ② 持有高级养老护理员、社会工作师或同等水平职业资格证书，且具有 3 年以上培训经验；
- (4) 制定完善的培训管理制度，包括学员档案管理、教学质量监控、安全应急预案等；
- (5) 为学员购买培训期间的人身意外伤害保险（线下实操环节）。

#### 4.8 伦理与安全底线

培训机构及讲师在培训过程中应严格遵守以下底线要求：

- (1) 严禁在培训中示范或鼓励任何形式的老年人虐待（身体、情感、性、经济、忽视）；
- (2) 严禁在培训中泄露学员或老年人隐私信息；
- (3) 实操训练中涉及老年人模拟或真实照护时，必须获得明确的知情同意，并全程尊重虚拟或真实对象的尊严；
- (4) 如发现学员在培训中表现出伤害自己或他人的倾向，培训机构应启动预警与转介程序。

## 5 培训服务核心要求

### 5.1 基本原则

#### 5.1.1 安全性优先

所有培训内容均需强调对老人及照护者自身的安全保护。

#### 5.1.2 实用性导向

技能应贴近居家实际场景，步骤清晰，可操作性强。

#### 5.1.3 尊重与支持

培训应贯穿对老年人尊生命的尊重，并为照护者提供情感支持。

#### 5.1.4 循证为基础

教授的方法应有科学依据或经过实践验证。

### 5.2 培训对象识别

服务对象应为正在或即将承担照护工作的家庭照护者。

可通过社区推荐、机构转介或自愿报名等方式参与，培训前应进行基本需求调研。

### 5.3 培训目标

- (1) 使照护者掌握基础的、安全的日常照护技能。
- (2) 帮助照护者理解失能失智老人的特殊需求和常见行为。
- (3) 增强照护者应对常见照护难题的信心，并知晓寻求专业支持的途径。
- (4) 关注照护者自身心理解压，预防照护倦怠。

## 6 培训服务标准内容

### 6.1 模块 A：理念与基础（必修）

#### 6.1.1 失能失智的基本知识与常见误区

失能与失智作为老年照护领域的两大核心挑战，其本质差异与内在关联是照护者必须首先建立的基础认知。失能主要指向个体在躯体功能层面的衰退，表现为进食、穿衣、如厕、移动等日常生活活动能力的部分或完全丧失，其常见诱因包括脑卒中后遗症、重度骨关节炎、骨折后长期卧床及晚期心肺疾病等。失智则是一组以渐进性认知功能损害为核心的临床综合征，其中阿尔茨海默病最为常见，典型表现包括近期记忆显著减退、时间与空间定向力障碍、语言表达困难及执行功能下降。照护实践中普遍存在的误区亟需纠正：将失智等同于正常衰老而延误评估干预，认为失能老人必须完全卧床而放弃康复训练，误以为失智老人已丧失全部沟通能力而减少互动，或者将照护狭隘地理解为维持基本生存需求的体力劳动。科学认知的核心在于明确区分可逆性与不可逆性病因，部分失智状态如维生素 B12 缺乏、甲状腺功能减退或正常压力脑积水所致者具有治疗价值，而失能老人的残存功能亦可通过系统训练得以保留甚至改善。

#### 6.1.2 照护者的角色、权利与责任

家庭照护者承担着健康管理者、情感支持者、安全守护者与被照护者权益维护者等多重角色，其职能远超单纯的体力劳动者范畴。照护者拥有接受系统培训以提升照护技能的专业权利，享有定期休息与喘息服务的健康权利，具备拒绝执行超出自身能力范围之医疗侵入性操作的权利，以及在心理压力过大时寻求疏导与同伴支持的权利。与此同时，照护者肩负着不可推卸的责任：保障被照护者的人身安全与人格尊严，系统观察并记录健康状况变化以适时发出预警，严格遵循既定的照护计划而不随意使用约束措施或擅自停药，并主动管理自身情绪状态，防止因长期压力而产生迁怒或疏忽行为。照护者的自我定位应当是“专业协助者”而非“完全牺牲者”，唯有在权利与责任之间建立平衡，方能实现可持续的照护关系。

#### 6.1.3 安全与伦理：预防虐待、尊重隐私与自主权

照护关系中的伦理底线在于对被照护者人格尊严的绝对尊重，这要求照护者

系统识别并防范各类虐待行为。身体虐待体现为推搡、不合理约束或过量用药，心理虐待表现为辱骂、威胁或故意隔离社交联系，经济虐待包括盗用养老金或强迫进行财产转移，而疏忽照顾则是最隐蔽但危害同样严重的形式，例如长期不提供充足饮食、不及时更换污湿衣物或忽视压疮的发展。预防虐待的系统性措施包括：建立详细的照护日志以记录关键事件与异常状况，推行家庭内部的轮班制以避免单一照护者长期处于高压状态，以及主动引入社区医生、社工或专业督导作为第三方监督力量。尊重隐私要求照护者在进行身体清洁、如厕协助等私密照护时，始终注意遮蔽非必要暴露部位，并尽可能提前告知操作内容以征得被照护者的理解。尊重自主权则意味着在制定照护决策时，应充分评估被照护者尚存的表达意愿能力，即便在认知功能严重受损的情况下，照护者也应通过观察其情绪反应与肢体语言来推断其偏好，而非完全剥夺其选择权利。

#### **6.1.4 培训实施与质量保障（培训对象界定、培训形式与时长）**

本培训服务的培训对象界定为：承担失能或失智家庭成员日常照护工作的非专业照护者，包括子女、配偶及其他亲属，以及尚未取得专业资质的居家照护从业人员。培训形式采用理论授课与实操演练相结合的模式，理论部分可采取集中面授或线上学习方式，实操部分必须在线下完成并实行小班分组教学以确保每人获得充分的练习机会。培训总时长设定为不少于五十六学时，其中理论教学占二十八学时，实操演练与案例讨论占二十八学时，考核环节另行安排。

### **6.2 模块 B：安全照护与环境营造（必修）**

#### **6.2.1 居家环境安全评估与改造要点（防跌倒、防走失）**

居家环境的安全性是失能失智照护的第一道防线，系统化的环境评估与针对性改造可显著降低意外事件发生率。防跌倒评估应重点关注地面材料与状态，检查是否存在地毯卷边、地面湿滑、门槛凸起或电线散落等绊倒风险，卫生间与淋浴区必须铺设防滑地砖或防滑垫并安装扶手，卧室至卫生间的动线上应设置夜灯或感应照明以防止夜间如厕时的视线障碍。对于使用轮椅的被照护者，还需评估门道宽度是否满足轮椅通行要求（通常不小于八十厘米）以及室内转弯半径是否充足。防走失措施主要针对失智老人，包括在入户门安装非视觉提示的隐形门锁或高位插销以防止独自外出，为老人佩戴具有定位功能的智能手环或在其衣物隐蔽处缝制联系方式标签，同时建议向社区与辖区派出所报备老人基本情况以便在

走失时获得快速响应。环境改造应遵循“最低限度约束、最高程度安全”的原则，在保障安全的同时避免制造监狱式压抑氛围。

### **6.2.2 安全转移与体位变换技巧（如何使用巧力、辅助工具）**

转移与体位变换是照护过程中发生意外损伤的高风险环节，照护者与被照护者双方的安全均需纳入考量。安全转移的核心在于运用力学原理替代蛮力操作：照护者应保持腰背挺直、屈膝下蹲、重心稳定，利用下肢力量而非腰部力量完成托举与移动，动作节奏应平缓连贯而非突然爆发。在协助从卧位转换至坐位时，可指导被照护者利用健侧手臂支撑床面并配合下肢屈曲摆动产生惯性助力。转移板、转盘、滑布、护理吊带等辅助工具的正确使用能够大幅降低照护者体力消耗与被照护者皮肤摩擦损伤风险。体位变换对于长期卧床者尤为重要，应每两小时协助翻身一次，采用侧卧、半侧卧与平卧位交替的方式，翻身过程中需注意保持脊柱自然生理曲度并在骨隆突处垫放软枕以分散压力。所有转移操作前均需与被照护者进行明确沟通，告知动作步骤并确认其状态允许，切忌在对方抵抗或恐惧时强行操作。

### **6.2.3 预防噎食、误吸与急救初步反应**

吞咽功能障碍是失能与失智老人群体中的常见问题，噎食与误吸可导致窒息或吸入性肺炎，构成严重生命威胁。预防噎食的基本措施包括：调整食物质地至适合吞咽的水平，根据评估结果选择软食、糊状或泥状形态，避免提供干硬、粘糯或容易散落的小颗粒食物如汤圆、年糕、坚果及未切碎的葡萄干。进食过程中应确保被照护者处于坐立位或至少床头抬高四十五度以上的半卧位，颈部微微前屈以保护气道，每口喂食量控制在普通汤匙容量的三分之二以内，观察其完成吞咽动作后再给予下一口。误吸的识别要点包括进食过程中突发呛咳、面色发紫、呼吸急促或声音改变，一旦发生应立即停止喂食并采取初步急救：对于意识尚清者鼓励其用力咳嗽，对于无法咳嗽或呼吸受阻者应立即实施海姆立克腹部冲击法，意识丧失者则需启动基础生命支持流程并紧急送医。

### **6.2.4 常用辅具（轮椅、拐杖、护理床）的安全使用**

辅具的正确选配与规范使用是保障照护安全的重要环节，而非仅仅提供便利。轮椅使用前必须检查刹车装置是否灵敏、轮胎气压是否充足、脚踏板是否稳固，转移过程中应锁定刹车后方可协助被照护者就座或离座，下坡时必须倒置轮椅行

进方向使被照护者面向上坡方向以防止前倾跌落。拐杖的高度应调整至使用者站立时手柄与股骨大转子同高的位置，使用前需检查橡胶防滑脚垫的完整性与磨损程度，四脚拐杖虽稳定性更佳但需注意四个支点必须同时着地。护理床的核心安全功能包括可升降护栏以防止坠床，可调节背板与腿板角度以优化体位与方便转移，床面高度应调整至照护者大腿中段水平以减少弯腰幅度。所有辅具均需定期检查维护，并在每次使用前进行快速功能测试，严禁使用存在结构性损坏或功能异常的辅具。

### **6.3 模块 C：日常生活照护（必修）**

#### **6.3.1 个人清洁照护（床上擦浴、口腔清洁、衣物穿脱）**

个人清洁照护不仅关乎卫生状况，更直接影响被照护者的尊严感受与皮肤完整性。床上擦浴适用于完全卧床无法移动者，操作前应关闭门窗调节室温至二十四至二十六摄氏度，水温控制在四十至四十五摄氏度并以手腕内侧测试不烫为宜，擦浴顺序遵循从上到下、从前到后、从远心端到近心端的原则，每擦拭一个部位后应及时覆盖保暖，特别注意皮肤褶皱处如腋下、腹股沟及女性乳房下缘的清洁与干燥处理。口腔清洁常被忽视但至关重要，每日至少进行两次，对于配合度较差者可使用海绵棒蘸取生理盐水或漱口水进行擦拭，义齿需取出后单独清洁并浸泡过夜。衣物穿脱应遵循“先脱健侧、后脱患侧，先穿患侧、后穿健侧”的原则以减少关节过度牵拉，衣物选择应以开襟式、弹性面料、魔术贴替代纽扣为优先方案。

#### **6.3.2 进食与饮水协助（体位、节奏、应对拒绝）**

进食协助的核心在于建立安全、有序且尊重被照护者节奏的进餐流程。体位要求与前述吞咽安全一致，即坐立位或床头抬高四十五度以上。进食节奏应当由被照护者主导而非照护者催促，每口量由少渐多，注意观察其吞咽动作完成情况 & 情绪反应。拒绝进食是失智老人及部分失能老人常见行为，其原因可能包括疼痛、便秘、药物副作用导致味觉改变、抑郁情绪或单纯无法理解进食指令。应对拒绝进食的系统策略包括：排查并处理潜在的身体不适，调整食物性状与温度以增加接受度，尝试改变喂食者或喂食环境以打破对抗模式，以及在专业指导下评估是否需要使用营养补充剂或管饲支持。饮水协助同样重要，每日总量应结合基础疾病（如心功能不全需限制者除外）调整至一千五百毫升左右，少量多次的原

则优于集中大量饮水。

### 6.3.3 如厕与失禁照护（排泄管理、二便失禁的护理、压力性损伤的预防）

排泄照护是日常照护中最为繁重但直接影响舒适度与皮肤健康的核心内容。对于具备活动能力的被照护者，应保留其如厕习惯，提供便器或马桶扶手等辅助，并给予充足的如厕时间。二便失禁的管理应以定时提醒与计划性如厕为基础策略，每两到三小时主动引导如厕一次可有效减少意外发生。失禁用品的选择应根据失禁程度与活动能力综合判断，完全卧床者宜选用高吸收性纸尿裤，可活动者则可用拉拉裤或护垫以便于穿脱。每次失禁发生后应尽快清洁干燥，使用温和的免冲洗清洁剂或温水冲洗，避免反复摩擦，干燥后可涂抹氧化锌类护臀霜形成保护膜。压力性损伤的预防与失禁护理密切相关，潮湿环境会大幅增加皮肤破损风险，因此除定时翻身外，保持会阴部及臀部干爽是核心措施之一。

### 6.3.4 各种管道护理

管道护理的专业性远超常规照护操作，照护者必须明确自身能力边界并严格遵循无菌与安全原则。常见居家管道包括鼻胃管、导尿管、气管切开套管及各类引流管。鼻胃管的家庭护理重点在于妥善固定防止滑脱与牵拉，每次鼻饲前后应用温水冲管，保持鼻腔清洁并定期更换固定胶布，同时观察管周皮肤有无红肿或渗液。导尿管护理需确保引流袋始终低于膀胱水平以防止返流感染，每日清洗尿道口并保持引流管通畅无折压，引流袋应每周更换一次并记录尿量性状。气管切开套管护理风险极高，仅建议接受过专项培训的照护者执行内套管更换与吸痰操作，且必须配备备用套管与简易呼吸囊。所有管道均应设置明显的防牵拉警示标识，照护者在进行翻身、转移或更衣操作时需首先确认管道安全，任何管道意外滑脱均需根据具体情况判断是否需要紧急就医。

### 6.3.5 用药的安全与指导

用药安全是家庭照护中最易发生严重不良事件的环节，其风险不仅来自药物本身，更来自管理流程中的疏漏。照护者应建立完整的用药清单，记录每种药物的商品名与通用名、规格剂量、用法时间、处方医师及开药日期，并随药物调整而实时更新。给药操作必须严格执行“三查七对”原则，即取药前、取药中、归位前各检查一次，核对被照护者姓名、药名、剂量、给药时间、给药途径、药物性状及有效期。对于存在认知障碍的被照护者，照护者应直接监督服药过程，确

认药物已吞咽而非藏匿于颊部或指缝间。多重用药者可使用分装药盒按餐次分装，但需注意药盒分装不适用于需要严格避光或防潮保存的药物。任何药物调整均应在医师指导下进行，照护者无权自行增减剂量或停用药物，尤其应注意抗高血压药物与降糖药物的擅自停用可导致严重临床后果。用药不良反应的识别包括新发头晕、嗜睡、便秘、尿潴留或精神状态改变，一旦怀疑药物相关应及时咨询医师而非自行处理。

### **6.3.6 睡眠促进与环境营造**

睡眠障碍在失能失智人群中极为普遍，其成因复杂，包括原发疾病影响、夜间尿频、疼痛、焦虑抑郁以及昼夜节律紊乱。睡眠促进的环境营造应从光线、声音、温度与床铺舒适度四个维度入手：夜间应使用遮光窗帘并仅保留地脚夜灯以减少光线刺激，保持环境安静但不必强求完全静音，部分失智老人对白噪音有镇静效果；卧室温度以二十至二十二摄氏度为宜，床铺硬度适中并配备适宜高度的枕头与侧睡支撑。行为层面的睡眠促进策略包括：建立固定的睡前程序如温水泡脚、轻柔按摩或播放熟悉音乐，日间安排足够的户外活动与光照暴露以强化昼夜节律，限制午睡时间不超过三十分钟并避免傍晚后小睡。对于夜间游走或躁动者，应首先排查是否因疼痛、尿胀或便秘引起不适，而非立即使用药物镇静。

## **6.4 模块 D：沟通与行为应对（针对失智照护者重点推荐）**

### **6.4.1 与失智老人的有效沟通原则（简短、耐心、非语言沟通）**

随着认知功能衰退，失智老人对语言信息的处理能力逐渐下降，沟通策略须相应调整方能维持有效互动。沟通原则的核心在于“简化而不简化态度”：使用极短的句子，每次仅传递一个信息单元，语速放慢至正常交谈的三分之二，声调温和且平稳。提问方式应避免开放式问题，转而采用二选一的是非题或直接陈述选项，例如将“您想吃什么”替换为“我们吃面条还是喝粥”。当失智老人无法找到恰当词语表达时，照护者应尝试解读其非语言信号——面部表情、肢体姿态、声音音调——并代其完成表达，例如说“您是不是哪里不舒服了”。非语言沟通的重要性在语言能力严重衰退时愈发凸显，温和的眼神接触、轻轻的触摸肩部或握住手掌均可传递安全与被关爱的信息，远胜于无效的语言说服。面对重复提问这一典型行为，最佳策略不是反复给予相同答案而引发双方挫败感，而是温和地转移话题或给予非语言安慰后引导其投入简单活动。

#### **6.4.2 痴呆的精神行为症状（BPSD）的识别与应对（如游走、重复提问、拒绝照护）**

痴呆的精神行为症状是照护者面临的巨大挑战，其发生常与未被满足的需求或环境不适密切相关，而非纯粹的“恶意行为”。游走行为表现为无目的性的漫走或试图离开安全区域，其背后动机可能是寻找熟悉的人或物、释放过剩能量或单纯因为无聊，应对策略包括确保基本生理需求得到满足、提供安全的行走路径并设置隐蔽的门锁、以及在日间安排足够的体力活动以减少夜间游走。重复提问通常源于记忆缺损导致的即时信息遗忘，照护者应理解这并非故意纠缠，可尝试使用提示卡片或日常作息表作为外部记忆辅助，或采用“记录答案后展示给对方看”的方式减少重复次数。拒绝照护可能是失智老人对自身失去控制感的本能抵抗，常见于个人清洁或更换衣物等涉及身体暴露的操作，应对策略包括提前预告以降低不可预测性带来的焦虑、将操作拆解为更小的步骤并在每一步给予肯定、以及寻找对方最容易配合的时间窗口而非强行按计划执行。任何 BPSD 应对中均不应使用对抗、斥责或约束，这只会加剧行为问题并损害照护关系。

#### **6.4.3 非药物干预策略（环境调整、感官刺激、活动疗法、趣味康复）**

非药物干预是失智照护中缓解精神行为症状、维持残存功能并提升生活质量的核心手段，其优势在于无药物副作用且可融入日常照护流程。环境调整包括降低过度刺激（如关闭嘈杂电视、减少墙面装饰物的信息密度）与提供适当刺激（如设置自然景观窗景或播放背景自然声）之间的平衡，熟悉物品如旧照片、老物件或传统音乐可唤起正面情绪记忆。感官刺激干预利用视觉、听觉、嗅觉、触觉与味觉的多通道输入激活认知功能，具体做法包括香薰（薰衣草助眠、柠檬提神）、触觉板或豆袋、音乐聆听与简单的食物品尝活动。活动疗法强调结构化的、有目标的且与个体既往角色相关的能力维持训练，例如让曾为家庭主厨的老人参与择菜或摆碗筷等简单任务。趣味康复则是将康复训练目标嵌入游戏化活动中，例如使用沙包投掷练习上肢力量、利用地面贴纸路径引导步态训练、或通过拼图游戏维持视空间认知能力。所有活动均应基于被照护者当前的能力水平设定难度，以成功体验而非挫败感为导向。

#### **6.4.4 服务终止与转介衔接（照护能力边界、过渡期支持、照护终止后的支持）**

照护者需清醒认识自身能力的边界，当被照护者的照护需求超出家庭照护的

可及范围时，及时转介不是失败而是负责任的决策。需考虑转介的专业指征包括：出现严重的攻击性行为导致照护者受伤、复杂医疗问题如反复发作的吸入性肺炎或难以控制的感染、照护者因健康原因无法继续承担照护职责、或被照护者本人明确表达希望入住专业机构的意愿。过渡期支持的核心是平稳衔接，照护者应在决定转介后与社工、评估人员及接收机构充分沟通，提供被照护者的生活习惯、偏好与照护要点清单，并在入住初期保持高频探视以帮助其适应新环境。照护终止后，无论是因为被照护者离世还是入住机构，照护者都可能经历复杂的情绪反应，包括失落、空虚甚至内疚。此时照护者应主动寻求丧亲辅导或同伴支持小组的帮助，允许自己经历哀伤过程，并将照护经历重新定义为一段有意义的人生阶段而非纯粹的牺牲。

## **6.5 模块 E：照护者自我关怀与资源获取（必修）**

### **6.5.1 照护者压力识别与自我调适技巧**

照护者长期处于高负荷状态，其身心压力往往被自身忽视，形成“沉默的危机”。压力识别的关键预警信号包括躯体层面：持续性疲劳感、睡眠障碍、头痛或胃肠功能紊乱；情绪层面：易怒、情绪波动、对以往感兴趣的事物失去兴趣、或感到绝望无助；行为层面：社交退缩、工作绩效下降或开始依赖酒精烟草。自我调适的首要步骤是承认压力的存在并停止“我应该扛得住”的自我苛责。实用的调适技巧包括：每日预留至少十五分钟的“完全属于自己的时间”用于任何能带来放松感的活动；练习正念呼吸，即专注于吸气与呼气的感受并在思绪飘移时温和地带回注意力；重新构建对照护的认知框架，从“被迫牺牲”转向“主动选择的意义赋予”；以及主动调整对“完美照护”的标准，接受偶尔的失误不会造成不可逆后果。

### **6.5.2 简单放松方法与寻求社会支持的重要性**

放松方法无需复杂设备或大段时间，可在照护间隙随时使用。三分钟呼吸空间技术是一个典型示例：第一分钟觉察当下的身体感受与情绪状态而不做评判，第二分钟将注意力集中于呼吸时腹部的起伏变化，第三分钟将觉察范围扩展至整个身体。渐进式肌肉放松可在睡前进行，依次收紧然后放松足部、小腿、大腿、腹部、手部、肩部与面部的肌群。寻求社会支持不是软弱的表现，而是可持续照护的必要条件。照护者应主动向家庭成员明确表达具体的协助需求，而非等待对

方“自觉”提供帮助；应加入照护者互助小组，与经历相似困境的人交流经验可显著减轻孤独感；应定期与朋友保持联系而不让照护占据全部话题空间。专业支持如心理咨询或社工介入在压力过载时应及时启动。

### **6.5.3 照护记录的必要性与方法**

照护记录常被视为额外负担，但其价值在长期照护中不可替代。系统化的记录能够捕捉被照护者健康状况的细微变化趋势，为医生提供比口头描述更为准确的决策依据；能够帮助多班次照护的家庭成员之间实现无缝信息交接；同时也是一份法律证据，在发生争议时可证明照护行为的合理性与充分性。记录的核心内容应包括每日生命体征（血压、心率、体温、呼吸频率）、进食量与饮水量、排泄情况（频率、性状、颜色）、睡眠时长与质量、情绪行为表现、给药记录（药名、剂量、实际服用时间）以及任何异常事件与处理措施。记录方法应简洁高效，可采用预设格式的照护日志模板每日勾选并补充文字说明，或使用手机备忘录随时录入关键信息，每周汇总整理一次。对于认知障碍者，记录内容还可包括其表达过的意愿、偏好与拒绝行为，作为后续照护计划调整的依据。

### **6.5.4 了解并利用社区及专业资源（何时、如何寻求专业帮助）**

社区与专业资源是家庭照护体系的重要支撑，照护者应主动了解并善用这些资源而非被动等待服务上门。常见可用资源包括：社区养老驿站或日间照料中心提供日间托管与短期喘息服务；家庭医生签约服务可提供上门巡诊与慢性病管理指导；长期护理保险制度可为符合条件的重度失能人员提供护理费用报销；心理咨询热线与照护者支持群组提供情绪支持；法律援助中心提供意定监护与遗嘱事务的免费咨询。何时寻求专业帮助的决策依据包括：被照护者出现新发症状或原有症状急剧恶化、现有照护方案无法有效控制 BPSD、照护者自身健康或情绪状态亮起红灯、或需要进行重大的医疗与法律决策。寻求帮助的路径应当清晰：首先通过社区居委会或社区卫生服务中心获取资源清单，再根据具体需求联系对应服务机构，必要时请社工协助对接。照护者应意识到，利用外部资源不仅是为被照护者争取更好的照护条件，更是保护自身可持续照护能力的重要策略。

## **6.6 模块 F：基础疾病知识与危机识别（必修）**

### **6.6.1 常见慢性病基础知识：高血压、糖尿病、脑卒中后遗症的基础照护要点**

高血压、糖尿病与脑卒中后遗症是导致失能失智的三大基础疾病，其日常管

理质量直接影响被照护者的功能预后。高血压照护的核心在于规律的血压监测与药物依从性，应每日固定时间（通常为晨起排尿后、服药前）测量血压并记录，严格控制钠摄入但需注意低钠饮食不应过度至引起低钠血症，同时应识别体位性低血压的风险，尤其在使用多种降压药物者中。糖尿病照护的难点在于血糖控制与低血糖防范之间的平衡，照护者应掌握快速血糖检测技术，识别低血糖的早期信号（出冷汗、心慌、手抖、意识模糊）并立即补充快速升糖食物，长期照护中还需关注足部护理，每日检查足部皮肤有无破损或水疱。脑卒中后遗症照护涉及运动功能、言语功能与认知功能的综合康复，被动关节活动度训练应每日进行以防止关节挛缩，良肢位摆放可减少异常肌张力模式的影响，同时需关注卒中后抑郁的高发生率并适时寻求心理支持。

#### **6.6.2 紧急情况预警：识别急性感染（如尿路感染导致的精神状态骤变）、脱水、急性心脑血管事件**

失能与失智老人由于表达能力下降且非典型症状多见，紧急情况的早期识别尤为困难但意义重大。急性感染中最常见且最具迷惑性的是尿路感染，在老年人群中可不表现为尿频尿急等典型症状，而以精神状态骤变——如失智老人突然变得激越、嗜睡或胡言乱语——作为首发表现，照护者应警惕此种“谵妄”模式并及时就医查尿常规。脱水的识别要点包括口腔黏膜干燥、皮肤弹性下降、眼窝凹陷、尿量减少且颜色深黄，以及体位性头晕，预防措施为少量多次主动补水而非等待口渴主诉。急性心脑血管事件的预警信号包括突发的单侧肢体无力或麻木、口角歪斜、言语含糊不清、剧烈头痛、胸痛放射至左肩或下颌、以及突发的呼吸困难，一旦怀疑应立即启动急救流程而非在家观察等待。照护者应熟悉“中风120”口诀（1看脸是否对称、2查单侧手臂是否无力、0聆听语言是否清晰）并在发现任何阳性体征时迅速就医。

#### **6.6.3 临终关怀基础：生命末期舒适照护与沟通准备**

临终关怀并非放弃治疗，而是将目标从治愈转向舒适与尊严，这对于终末期失能失智老人而言是重要的照护选项。生命末期的舒适照护重点包括：疼痛管理，通过规律使用镇痛药物而非按需使用以维持无痛状态；呼吸困难的处理，通过调整体位（半卧位）、使用低流量氧气及保持空气流通缓解；口腔护理，使用湿润海绵频繁湿润口唇以防止干裂；皮肤保护，通过减压床垫与定时翻身预防压疮。

照护者应了解，生命末期停止不必要的药物与检查、允许自然死亡过程的发生是符合伦理的选择。与医疗团队的沟通准备包括：明确表达被照护者的生前意愿（若有预立医疗指示）、确认是否希望在临终阶段转入安宁疗护机构、以及了解死亡征象如呼吸模式改变、末梢变冷、意识水平下降等自然过程。照护者在临终阶段的自我关怀同样重要，允许自己悲伤并与家人坦诚交流感受，必要时寻求丧亲辅导支持。

## **6.7 模块 G：失能失智相关照护中的法律法规（选修）**

### **6.7.1 家庭照护中的法律风险**

家庭照护虽发生在私人领域，但涉及多项法律权益，照护者需了解潜在的法律风险以避免无意中触犯法律或使自身权益受损。最常见的法律风险来自医疗决策权限的不明确：当被照护者已丧失民事行为能力时，照护者若无合法授权，在法律上无权代理其签署手术同意书或做出重大医疗选择，医疗机构依法可拒绝照护者的代为签字。其次是财产管理风险，照护者若擅自使用被照护者的养老金或存款用于非其本人消费的用途，即便自认为合理，也可能构成不当得利甚至被其他亲属指控为经济虐待。约束措施的法律风险同样值得关注，使用约束带或药物镇静以“方便照护”可能被认定为非法拘禁或虐待，除非在极有限的紧急情况下且获得专业评估后方可短期使用。此外，照护关系中的意外伤害——如转移过程中导致跌倒骨折——虽多为无心之失，但理论上仍存在民事赔偿责任。了解这些风险的目的是不是制造恐惧，而是引导照护者在必要时寻求法律工具的保护。

### **6.7.2 意定监护**

意定监护是一项重要的法律制度安排，允许具有完全民事行为能力的成年人通过书面协议预先指定一名或多名意定监护人，在本人未来丧失或部分丧失民事行为能力时，由该监护人代理其行使人身照护、医疗决策及财产管理等相关事务。对于失能失智家庭而言，意定监护的价值在于避免了监护人认定的司法程序延误，确保照护者能够依法及时做出医疗与照护决策。意定监护协议的订立应当采用书面形式并经过公证程序以增强法律效力，被指定者通常为配偶、成年子女或其他可信赖的亲属，协议中可以明确授权范围，例如是否包括医疗同意权、财产处分权以及是否需要征求第三方意见等限制性条款。照护者应了解，意定监护与法定监护的区别在于尊重了本人的意愿选择，在条件允许时尽早完成意定监护安排，

可避免日后家庭成员之间因监护权问题产生纠纷。

### 6.7.3 预立医疗指示

预立医疗指示是个体在意识清楚、具有完全民事行为能力时，预先对自己未来可能发生生命末期或不可逆昏迷状态下的医疗措施选择做出书面指示的法律文件。其核心内容包括是否接受心肺复苏、气管插管、机械通气、人工营养与水分供给等维持生命措施，以及是否希望转入安宁疗护接受以舒适为导向的照护。预立医疗指示的价值在于尊重被照护者本人的自主意愿，减轻家人在危机时刻做决策的心理负担，同时避免实施被照护者本不希望承受的有创抢救。在我国现行法律框架下，预立医疗指示虽尚未如部分国家那样具有绝对法律约束力，但作为表达患者意愿的重要书面证据，对医疗团队与家属具有高度的参考与指导意义。照护者应了解，鼓励被照护者在认知功能尚可时讨论并记录其生命末期的照护偏好，是照护关系中尊重自主权的最高体现形式之一。即使未能形成正式法律文件，家庭成员之间坦诚的沟通记录也远胜于在危机时刻的盲目猜测与代位决策。

## 7 成果转化与效能评估

### 7.1 评估框架与原则

#### 7.1.1 评估层级模型

表 1 评估层级模型

评估层级模型			
评估层级	评估重点	针对失能失智照护场景的说明	典型评估问题示例
反应层	学员对培训内容、讲师、形式、环境的满意度和主观感受。	照护者压力大，课程是否易于理解、是否减轻焦虑、模拟场景是否真实。	“你对‘处理老人抗拒喂食’的角色扮演环节感到有帮助吗？”
学习层	学员通过培训掌握的知识、技能和态度的变化。	考核关键照护知识（如压疮预防）、核心操作（如轮椅转移）和沟通态度（如与失智老人交流）。	笔试：简述噎食急救步骤。操作：正确完成卧床老人更换床单。

行为层	学员将所学应用于实际家庭照护场景中的行为改变。	评估照护行为是否更安全、更有效、更尊重老人。关注行为转化的可持续性。	训后一个月，家属反馈：照护者是否主动使用“ABC情绪管理法”应对老人躁动？
结果层	培训对最终照护结果、照护者自身及家庭系统产生的积极影响。	降低老人意外风险（跌倒、误吸）、减轻照护者身心负担、提升家庭生活质量、延缓机构入住时间。	对比培训前后：老人跌倒次数、照护者抑郁自评量表（SDS）评分、家庭照护冲突频率。

### 7.1.2 评估时机

表 2 训前、训中、训后评估主要内容

训前、训中、训后评估主要内容			
评估类型	时间点	目的	主要工具/方法
训前基线评估	学员报名后、开课前 13天	摸清学员现有知识、技能水平及照护痛点，为分班、个性化指导提供依据。	基线知识问卷、照护行为自评表、照护者压力问卷（如 ZBI 量表）、简短访谈。
训中形成性评估	培训过程中，每模块/ 每日/每次实操后	实时监控学习效果，发现共性问题，动态调整教学节奏和重点。	课堂小测验、操作步骤抽查、小组互评、讲师课堂观察记录、学员“学习心得卡”。
训后即时评估	课程结束后 13天内	衡量学员短期学习效果（知识、技能），判断是否达到结业标准。	理论知识闭卷考试、核心技能操作考核（回示教/情景模拟）。
训后追踪评估	训后1个月、 3个月、6个月	评估行为转化率、培训长期效果，收集改进建议，支持成果转化。	电话/微信回访、家庭访视、家属/长者满意度问卷、行为跟踪记录表、复训需求调研。

### 7.1.3 多方参与原则

表 3 多方参与原则

多方参与原则			
评价主体	评价重点	适用环节	权重建议（供参考）
学员自评	自我感受、学习收获、信心变化、居家实践困难点	行为转化评估、训后反思	10%
讲师评价	知识掌握度、技能规范性、课堂参与度、安全意识	理论考核、操作技能考核、课堂表现	60%
第三方观察	操作流程的客观性、安全性、与真实环境的契合度（可由督导或同机构资深讲师担任）	操作技能考核（特别是结业考核）、家庭访视评估	20%
家属反馈	行为改变的真实性、对家庭照护质量的实际影响、满意度	训后行为跟踪、结果层评估	10%

## 7.2 学员效果评价体系

### 7.2.1 理论知识考核

表 4 考试试卷设计规范

题型	题量	每题分值	总分	考核重点
单选题	20 题	2 分	40 分	基础概念、安全原则、疾病常识（如失智症 BPSD 识别）
判断题	10 题	1 分	10 分	易混淆知识点、禁忌事项（如鼻饲喂食体位）
多选题	5 题	4 分	20 分	综合应用、风险识别（如误吸高风险因素）
简答题	2 题	10 分	20 分	应急处理流程（如老人发生跌倒后）、沟通策略
案例分析	1 题	10 分	10 分	整合性照护方案设计（如针对某失智老人制定一日照护计划）

及格线：80 分（失能失智照护高风险行业，标准从严）。

建立不少于 500 题的电子题库，按模块（认知症沟通、生活照料、安全防护、急救）和题型分类。每道题标注难度系数、知识点标签。

每年至少更新两次。来源包括：最新国内外照护指南、政策法规、学员常错题分析、真实意外案例复盘。

### 7.2.2 操作技能考核

表 5 实操评分表设计（示例：趣味康复运动）

趣味康复运动操作标准				
姓名：		日期：		分数：
序号	考核模块	操作标准	分值	评分规则
1	操作前准备	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 评估身体、情绪、疼痛、血压</li> <li>2. 环境防滑、安静、温度适宜</li> <li>3. 器材软质、无尖锐、无小物件</li> <li>4. 老人体位安全、轮椅固定</li> </ol>	15	缺一项扣 3 - 5 分
2	沟通与引导	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 语速慢、语气柔和、指令简单</li> <li>2. 先示范、再引导，一次一个指令</li> <li>3. 尊重拒绝、不强迫、不训斥</li> <li>4. 全程正向鼓励</li> </ol>	15	强迫 / 训斥 本项 0 分
3	上肢 / 精细运动	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 动作缓慢、轻柔、不拉扯</li> <li>2. 抓握、抬手、转腕规范适度</li> <li>3. 偏瘫 / 疼痛者缩小幅度的</li> <li>4. 每动作保持 3 秒，重复 5 - 10 次</li> </ol>	15	暴力操作本项 0 分
4	下肢 / 大运动	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 踩报纸、踏步、踝泵平稳缓慢</li> <li>2. 不扭转、不过伸、不疲劳</li> <li>3. 保持呼吸自然，不憋气</li> <li>4. 防跌倒、防绊倒</li> </ol>	15	过度用力本项 0 分
5	认知趣味游戏	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 游戏简单、易成功、不考试不纠错</li> <li>2. 节奏 / 音乐 / 怀旧运用恰当</li> <li>3. 提升参与、注意力、愉悦感</li> </ol>	10	引发激越扣 5 - 10 分

		4. 允许反应慢、允许旁观		
6	被动运动操作	1. 一手固定近端，一手扶远端 2. 在无痛范围内活动 3. 遇抵抗立即停止 4. 不过度训练	10	强行活动本项 0 分
7	安全观察与应急	1. 全程观察面色、呼吸、表情、出汗 2. 不适 / 疼痛 / 抗拒立即停止 3. 防跌倒、防误吞、防激越 4. 不离人、不单独训练	15	出现安全风险本项 0 分
8	结束整理与记录	1. 放松、安抚、呼吸整理 2. 协助擦汗、饮水、穿衣 3. 如实记录参与度与反应 4. 安全安置老人	5	缺一项扣 1 - 3 分

### 考核流程

(1) 技能演练：学员按标准步骤向讲师复述并演示一项核心技能。讲师即时点评。

(2) 情景模拟：抽取一个典型家庭照护场景卡，在模拟居家环境中完成操作。

(3) 限时操作：每项考核操作设定标准时长，超时立即停止，并扣除相应时间分。

### 扣分细则与通过标准

一票否决项（直接判定不通过）：任何可能导致老人直接伤害的行为，如：转移时未固定轮椅/床刹、喂食时让老人平躺、给药错误、发生坠床/跌倒风险未处理、虐待倾向言语。

**通过标准：**总分 $\geq 85$ 分，且无一票否决项。

### 7.2.3 行为转化评估

表 6 训后居家照护行为自评量表

训后居家照护行为自评量表（从不=1分，总是=5分）			
维度	题项	训后 1 周	训后 1 月
安全照护	给老人喂食前，我会确保他/她处于坐位或床头抬高 $\geq 30$		
	转移老人前，我会固定轮椅/床的刹车。		
有效沟通	当老人出现抗拒行为时，我会先尝试了解原因并安抚，而非强制执行。		
	与失智老人交流时，我会使用简单的句子和温和的语气。		
尊严维护	进行隐私部位清洁时，我会拉上帘子或关上门。		
自我关怀	本周我感到不堪重负的天数： 1/2/3/4 天以上		

表 7 家属/长者满意度反馈表

评价内容	非常满意	满意	一般	不满意
照护者现在更有耐心与我沟通老人的情况				
照护者现在更有耐心与我沟通老人的情况				
我感觉老人的生活质量（如清洁、活动、情绪）有改善				

表 8 训后 1-3 个月行为跟踪记录表（讲师/督导使用）

学员姓名	跟踪时间	跟踪方式(电话/家访)	主要询问/观察点	发现的行为转化亮点	存在的困难/未转化的行为	督导建议	是否需要复训

### 7.3 讲师教学质量评价体系

#### 7.3.1 讲师授课评价表

表 9 讲师授课评价表

讲师授课评价表			
评价维度	评价指标	评分（15分）	具体表现描述
教学内容	准确性		
	实用性		
	更新度		
教学方法	互动性		
	示范清晰度		
	回应学员		
教学态度与控场	态度亲和、有同理心		
	能有效管理课堂节奏，处理突发情况		

总分（满分 120 分）  $\geq 102$  分为优秀， $\geq 72$  分为及格。

### 7.3.2 讲师实操指导评价表

表 10 讲师实操指导评价表

讲师实操指导评价表		
评价指标	评分（25分）	具体表现描述
示范规范性	动作分解清晰，符合标准流程，无简化危险动作	
纠正动作有效性	能准确指出学员操作错误点，并手把手纠正，直到学员做对	
安全提示完整性	在每一步关键操作前、中、后，均反复强调安全要点（如“记住，先锁轮子再扶老人起来”）	
沟通指导技巧	指导语言正向、鼓励为主，不贬低学员；能示范如何与老人沟通	

总分（满分100分）  $\geq 85$ 分为优秀， $\geq 60$ 分为及格。

### 7.4 课程与培训质量评审标准

#### 7.4.1 课程内容评审表

表 11 课程内容评审表

课程内容评审表			
评审维度	评审要点	符合度（是/否/部分）	修改建议
科学性	内容是否基于循证医学/护理指南？有无过时、错误观念？		
适老化	操作设计是否考虑到家庭环境限制（如空间小、无专业设备）？		
	内容是否匹配失能失智老人的特殊需求（如BPSD处理）？		
实操性	技能是否分解为可居家执行的步骤？		

	是否配有视频或图解?		
	案例是否真实、典型、覆盖常见照护困境?		
	与目标匹配度 内容是否完全覆盖培训目标(如“能独立完成鼻饲喂食”)?		

#### 7.4.2 培训组织评审表

表 12 培训组织评审表

评审项目	标准要求	达成情况(是/否/不适)	备注
场地	理论教室 $\geq 60 \text{ m}^2$ ，实操区配备居家模拟间(床、轮椅、卫生间)		
设备	投影、音响、白板完好；心肺复苏模拟人、气垫床、转移带等辅具齐全		
教材	学员手册每人 1 本，图文并茂；教学视频可回看		
学时执行	实际授课时长与课表偏差 $\leq 10\%$		

#### 7.4.3 整体培训项目评估报告模板

表 13 整体培训项目评估报告

整体培训项目评估报告			
【项目名称】第 期失能失智家庭照护者技能培训班评估报告			
【培训时间】 年 月 日 —— 年 月 日			
【报告日期】 年 月 日			
评估维度	数据/总结	与目标对比	分析
参训率	应到 人，实到 人； 总参训率： %	目标 $\geq 95\%$	缺勤原因：
通过率	理论考核通过率 %； 操作考核通过率 %	目标 $\geq 90\%$	主要失分点在：

学员满意度	课程平均分： 讲师平均分：	目标 $\geq 4.5$ 分	最满意的课程： 最不满意：
行为转化率	训后 1 个月跟踪： 有明确行为改善：	人 人	训后 1 个月跟踪： 有明确行为改善：
家属满意度	回访 位家属 非常满意/满意占比	%	目标 $\geq 80\%$ 家属主要赞赏点： 建议：
核心改进建议			

## 7.5 管理工具与文档规范

### 7.5.1 考勤管理

表 14 学员考勤表（签到/签退，含迟到早退记录）

学员考勤表												
序号	姓名	日期	日期	日期	日期	日期	日期	日期	日期	迟到/早退	总学时	备注

规范：签到、签退均需本人签字；迟到/早退超 15 分钟，当次学时减半。

表 15 讲师/工作人员考勤表

讲师/工作人员考勤表					
日期	课程/活动	讲师姓名	签到	工作人员姓名	签到

7.5.2 过程记录

(1) 学员学习档案（一人一档）

封面：姓名、培训期数、档案编号

内容：

- ① 报名表及基线评估问卷
- ② 历次理论测验卷
- ③ 操作考核评分表
- ④ 训后行为自评量表、家属反馈表
- ⑤ 讲师/督导的个别指导记录
- ⑥ 结业证书复印件

(2) 课程执行记录表

表 16 课程执行记录表

课程执行记录表							
日期	模块名称	讲师	应到/实到	教学主要内容摘要	学员课堂反应（共性问题）	使用设备/耗材情况	讲师签名

### 7.5.3 证书管理

结业证书模板

标题：失能失智家庭照护者技能培训结业证书

正文：学员 [姓名]（身份证号：\_\_\_\_\_），于 [日期] 至 [日期] 参加由 [培训单位] 举办的“失能失智家庭照护者技能培训班”，完成规定课程（XX 学时），经考核合格，准予结业/达到 XX 级能力标准。

签发信息：证书编号（唯一）、发证单位盖章、院长/培训负责人签章、发证日期。

防伪：可添加二维码扫码验真。

表 17 证书发放登记表

证书发放登记表						
序号	学员姓名	证书编号	发证日期	领取方式（本人签收/邮寄）	签收人/快递单号	备注

### 7.5.4 持续改进

表 18 培训质量改进计划表

培训质量改进计划表					
问题描述	优先级（高/中/低）	改进措施	负责人	资源需求	计划完成日期

表 19 问题追踪与闭环记录表

问题追踪与闭环记录表						
问题名称	问题描述	改进措施执行情况	效果验证（数据/反馈）	是否闭环	关闭日期	验证人

## 7.6 成果转化支持机制

### 7.6.1 训后实践指导卡（针对每项核心技能）

【示例】照护技能实践指导卡：安全轮椅转移（床到轮椅）

表 20 安全轮椅转移

<p>照护技能实践指导卡：安全轮椅转移（床到轮椅）</p> <p>给照护者的话：这项技能每天可能用很多次。请贴在显眼处，每次操作前默念“锁、踩、贴、转”。</p> <p>● <b>安全四部曲</b></p> <p>① 锁：锁定轮椅刹车！将轮椅紧贴床边，与床沿呈 30-45 度角。</p> <p>② 踩：照护者双脚分开与肩同宽，一前一后，膝盖微曲，保护自己腰部。</p> <p>③ 贴：让老人健侧（有力的一侧）靠近轮椅。照护者环抱老人腰部，或让老人双手搭在你肩上。</p> <p>④ 转：喊口令“一、二、三”，利用腿部力量站直，以你的脚为圆心旋转，轻轻将老人放入轮椅。</p> <p>● <b>常见错误</b></p> <p>轮椅没锁 → 老人坐下瞬间滑开 → 危险！</p> <p>弯腰搬老人 → 闪了你的腰。</p> <p>让老人抓着你脖子 → 可能拉伤你或拽倒老人。</p> <p>● <b>紧急处理</b>：如果老人下滑，不要硬拽！慢慢将他/她放倒在地板（保护头），再寻求帮助。</p> <p>● <b>求助热线</b>：培训中心督导电话：XXXXXXXXXX (工作时间)</p>
---

### 7.6.2 定期复训与进阶培训衔接标准

表 21 定期复训与进阶培训衔接标准

学员级别	定义	复训/进阶要求	衔接课程/认证
初级照护者	完成基础培训（56 学时），能独立完成生活照料（喂食、清洁、移动），但应对 BPSD 等复杂情况能力弱。	每年至少复训 8 学时（可线上），重点强化安全与沟通。	“失智症 BPSD 家庭应对策略”工作坊
中级照护者	基础技能熟练，能制定简单的每日照护计划，初步掌握情绪管理技巧。 训后 6 个月，行为转化评估达标，经考核后可报名。	“家庭照护计划制定与资源整合”进阶班	可申请“家庭照护指导员”认证。
高级/导师级	经验丰富，能指导他人，具备培训潜力。 完成进阶课程，通过讲师培训考核，有成功案例报告。	“家庭照护讲师”认证；	纳入机构兼职讲师库。

### 7.6.3 优秀学员/优秀讲师评选办法

#### (1) 优秀学员评选

评选周期：每期培训班结业后评选 12 名。

评选条件（需同时满足）：

- ① 全勤，无迟到早退。
- ② 理论考试 $\geq 95$ 分，操作考核 $\geq 90$ 分。
- ③ 训后 1 个月行为跟踪反馈，家属/长者满意度为“非常满意”。
- ④ 在班级中积极分享经验、帮助其他学员。

奖励：颁发荣誉证书、减免一次复训或进阶课程费用、赠送照护辅具礼包（如防滑垫、放大镜指甲剪）、纳入机构“明星照护者”宣传案例。

#### (2) 优秀讲师评选

评选周期：每半年或年度评选一次。

评选条件：

- ① 学员对其授课及实操指导评价平均分 $\geq 4.8$ 分（满分 5 分）。
- ② 所带班级学员考核通过率 $\geq 95\%$ 。

③ 主动进行课程改进（如提交新案例、优化教具）。

④ 无教学事故或学员重大投诉。

奖励：颁发荣誉证书、奖金/课时费上浮、优先参加外部高端学术会议、研发新课程立项支持。

T/HARACM0004—2026团体标准公示板

## 附录：实操评分表

### 1.卧床--轮椅 安全转移

卧床--轮椅 安全转移操作标准				
姓名：		日期：		分数：
序号	考核模块	操作标准	分值	评分规则
1	操作前准备	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 评估身体、情绪、疼痛</li> <li>2. 环境防滑、安静、温度适宜</li> <li>3. 关闭床轮、轮椅刹车</li> <li>4. 确认老年人意识状态</li> </ol>	15	缺一项扣 3 - 5 分
2	沟通与引导	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 语速慢、语气柔和、指令简单</li> <li>2. 先示范、再引导，一次一个指令</li> <li>3. 尊重拒绝、不强迫、不训斥</li> <li>4. 全程正向鼓励</li> </ol>	20	强迫/训斥本项 0 分
3	操作实施	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 利用重心原理协助老年人取正确坐姿</li> <li>2. 照护者操作过程中腰部挺直</li> <li>3. 转移过程中（悬空或半站时）手环抱/扶住腰部</li> <li>4. 轮椅就坐后调整坐姿</li> <li>5. 根据情况放置软枕（减压/防压疮）</li> <li>6. 整理被褥、衣物</li> </ol>	35	缺一项扣 5 - 7 分
4	安全观察与应急	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 全程观察面色、呼吸、表情、出汗</li> <li>2. 不适/疼痛/抗拒立即停止</li> <li>3. 防跌倒、防激越</li> </ol>	15	出现安全风险本项 0 分
5	结束整理与记录	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 放松、安抚、呼吸整理</li> <li>2. 协助擦汗、饮水、穿衣，检查皮肤有无擦伤/压红</li> <li>3. 对于有走失风险的失智老年人，检查腕带</li> </ol>	15	缺一项扣 3 - 5 分

## 2.海姆立克急救法

海姆立克急救法操作标准				
姓名:		日期:		分数:
序号	考核模块	操作标准	分值	评分规则
1	操作前准备	1.仪表端庄，服装整洁 2.用物：模拟人、治疗车（上层：弯盘 2 个、纱布 2 块、手电筒 1 个、快速手消毒剂、记录卡、表、笔 下层：医用垃圾桶、生活垃圾桶） 3.手卫生：七步洗手法洗手	15	缺一项扣 3 - 5 分
2	评估患者	1.评估环境是否安全 2.判断老人意识，观察有无气道异物完全梗阻的临床表现（不能说话、不能咳嗽、不能呼吸）	10	缺一项扣 5 分
3	操作流程	1.立位腹部冲击法： ①抢救者站于老人身后，用两手臂环绕病人的腰部，一手中指、食指并拢放置于老人腹部正中线肚脐上方两横指处； ②一手握空拳，将拇指侧的拳眼放在患者腹部正中线肚脐上方两横指处、剑突下方； ③用另一只手抱拳，用快速向内、向上的力量，冲击患者的上腹部，直至异物排除或老人失去反应； ④若老人非常肥胖致施救者双手无法环抱腹部做挤压，则在胸骨下半段中央（CPR 按压部位）垂直向内做胸部按压，直到气道阻塞解除； ⑤检查口腔，查看异物是否排出，如异物已将冲出，迅速用手指从口腔一侧勾出。 2.仰卧位腹部冲击法： ①老人取仰卧位，头部后仰以开放气道，抢救者面对老	50	每项手法不正确扣 5—10 分

		<p>人，跪跨于老人的髌部；</p> <p>②一手治愈另一手上，将下面一手的掌根放在胸廓下脐上的腹部，用身体重量，快速冲击病人的腹部，直至异物排出；</p> <p>③检查口腔，查看异物是否排出，如异物已将冲出，迅速用手指从口腔一侧勾出。</p>		
4	安全观察	<p>1.操作过程中应密切观察老人病情变化，老人失去反应时，立即启动心肺复苏，积极采用其他方法将异物排出（口述）</p> <p>2.嘱老人进食时应充分咀嚼，避免哭闹、大笑（口述）</p>	10	缺一项扣5分
5	综合评价	<p>1.动作流畅，反应迅速，急救意识强</p> <p>2.手法正确、有效，未发生相关并发症</p> <p>3.与老人有效交流、沟通，宣教到位，体现人文关怀</p>	15	缺一项扣5分

### 3.床上擦浴

床上擦浴操作标准				
姓名:		日期:		分数:
序号	考核模块	操作标准	分值	评分规则
1	操作前准备	1.评估老年人意识状态、配合程度 2.友善沟通告知操作流程 3.评估皮肤状况 4.室温调节至 24-26℃，关闭门窗 5.水温控制在 40-45℃，用手腕内侧测试 6.物品摆放：毛巾、浴巾、洗浴用品、防水布 7.拉隔帘/屏风遮挡，请无关人员回避 8.操作员洗手、佩戴口罩	20	缺一项扣 3-5分
2	体位摆放与安全	1.妥善放置床护栏：近侧护栏放下，对侧护栏拉起 2.松开被尾/盖被过紧影响操作 3.协助老年人取舒适平卧位，必要时垫软枕	15	缺一项扣 3-5分
3	擦浴顺序与方法	1.擦浴顺序（标准顺序：面→颈→上肢→胸腹→背臀→下肢→足→会阴） 2.遵循“每擦一部位更换毛巾部位/清洗毛巾” 3.注意皮肤褶皱处（腋下、腹股沟、指缝等）清洁 4.擦浴动作过重/拖拽 5.使用浴巾遮盖未擦部位 6.会阴部擦浴使用专用毛巾，从前向后擦洗	30	缺一项扣 3-5分
4	皮肤观察与护理	1.擦浴过程中观察皮肤情况（压疮、破损、皮疹等） 2.发现皮肤异常记录/报告 3.擦浴后在骨突处（骶尾、足跟等）进行按摩/涂抹润肤露	10	缺一项扣 2-3分

5	安全防护	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 擦浴过程中老年人躁动导致有坠床风险时需扶护</li> <li>2. 防水布使用不当导致床单浸湿</li> <li>3. 注意地面防滑/水渍及时清理</li> </ol>	10	<p>缺一项扣 2-3分</p>
6	操作后处理 与人文关怀	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 操作中与老年人交流，态度温和</li> <li>2. 操作中注意遮挡隐私部位</li> <li>3. 询问擦浴后感受（有无不适/寒冷/疲劳）</li> <li>4. 检查老年人肢体活动度/有无不适主诉</li> <li>5. 整理床单位</li> <li>6. 物品归位、处理用物（毛巾清洗、污水倾倒）</li> <li>7. 洗手/记录</li> </ol>	15	<p>缺一项扣 1-3分</p>

T/HARACM0004—2026团体标准公示稿

#### 4.进食协助

#### 进食协助操作标准

姓名: _____ 日期: _____ 分数: _____				
序号	考核模块	操作标准	分值	评分规则
1	操作前准备	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.环境安静整洁、光线充足，无噪音、无异味，餐桌稳固、地面防滑，无多余杂物，避免多人围观</li> <li>2.评估意识、认知状态、合作程度，确认吞咽功能、呛咳史、假牙佩戴情况，核对饮食医嘱（种类、忌口、过敏）</li> <li>3.备齐适宜温度的餐食、温水，防滑碗、勺子、围兜等，必要时备急救物品，物品摆放有序</li> <li>4.洗净双手、修剪指甲、不戴首饰</li> <li>5.态度温和，语速缓慢，语言简单清晰</li> </ol>	20	缺一项扣3-5分
2	体位安置	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.能坐起者：坐位/半坐位，上身抬高<math>\geq 60^\circ</math>，头略前倾；不能坐起者：床头抬高<math>30^\circ \sim 45^\circ</math>，头偏向一侧；偏瘫老人：健侧在下、患侧在上</li> <li>2.体位稳固，防止坠床、滑动</li> <li>3.无拖拽老人肢体行为，动作轻柔</li> </ol>	10	缺一项扣3-5分
3	喂食操作	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.核对老人姓名、餐食种类</li> <li>2.确认食物温度（<math>38 \sim 40^\circ\text{C}</math>，手腕内侧试温）、质地（无骨无刺、适配吞咽能力）</li> <li>3.协助老人洗手、擦拭面部，佩戴围兜，假牙佩戴稳固、清洁，松动时取下</li> <li>4.每次喂食5~10ml（一小勺），从健侧嘴角送入舌中后部，确认老人完全咽下后再喂下一口，不连续喂食；</li> <li>5.速度缓慢，不催促、不训斥</li> <li>6.按顺序喂食（先干后稀或遵老人习惯）</li> </ol>	25	缺一项扣3-5分

		7. 全程观察老人面色、呼吸，及时发现呛咳、恶心、呕吐等异常		
4	饮水协助	1. 吞咽差者用小勺或带刻度吸管喂水，分次少量 2. 严禁使用奶瓶式喂水 3. 观察饮水时有无呛咳，及时调整速度和量	15	出现安全风险本项 0 分
5	进食后处理	1. 进食后保持半卧位 30~60 分钟，严禁立即平躺 2. 协助擦拭口周、清洁双手、整理衣物，清理餐具，保持环境整洁 3. 协助漱口或进行口腔护理，清除食物残留，假牙清洁后妥善放置	15	缺一项扣 3 - 5 分
6	人文与记录	1. 操作全程拉帘/屏风遮挡，非必要不暴露老人身体，保护老人隐私 2. 态度温和、耐心，尊重老人意愿，不强迫、不训斥，及时安抚负面情绪 3. 记录完整、准确、及时，包含进食量、进食情况、有无异常及处置措施，字迹清晰	15	缺一项扣 3 - 5 分

## 5.失禁护理

失禁护理操作标准					
姓名:		日期:		分数:	
序号	考核模块		操作标准	分值	评分规则
1	排泄协助 与尿布更 换	操作前	1. 评估老人意识、皮肤、活动能力 2. 温和沟通, 告知意图 3. 备齐用物 (温水、毛巾、护臀霜、纸尿裤、手套)	10	缺一项扣 2-3 分
		体位与 安全	1. 协助侧卧位/半卧位, 避免拖拽 2. 失智老人防躁动、防坠床	15	缺一项扣 3-5 分
		清洁与 护理	1. 从前到后清洁会阴/肛周, 温水 (38-40℃) 2. 皮肤干燥后涂护臀霜 3. 更换纸尿裤贴合无勒痕	15	缺一项扣 3-5 分
		整理与 记录	1. 清理用物, 分类处置污物 2. 记录排泄时间、性状、量、皮肤状态	10	缺一项扣 3-5 分
2	导尿管护 理	操作前	1. 评估老人意识状态、躁动程度、配合度, 有无既往脱管史 2. 关闭门窗、遮挡老人保护隐私, 床单位整洁, 环境安静减少刺激 3. 备齐用物 (无菌手套、碘伏、无菌棉签等无菌物品及弯盘、约束用品等齐全, 无菌物品无过期)	5	缺一项扣 1-3 分
		体位与 安全	1. 协助老人取平卧位, 臀部垫护理垫暴露会阴部 2. 躁动老人适当约束上肢 (松紧 1-2 指), 全程安抚。	15	缺一项扣 3-5 分

		<p>清洁与护理</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 洗手戴无菌手套，清洁尿道口周围皮肤，碘伏棉签消毒尿道口及导管近端 5cm 内，男女擦拭顺序正确，各部位擦 2 次，棉签一次性使用，消毒后擦干保持清洁；</li> <li>2. 保持引流管通畅、固定妥善，无扭曲受压，引流袋低于膀胱水平、未接触地面；</li> <li>3. 全程遵循无菌原则；</li> </ol>	20	<p>缺一项扣 5-7 分</p>
		<p>整理与记录</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 整理老人体位及床单位，分类处理医疗废物，安抚老人并宣教照护者；</li> <li>2. 观察尿液颜色、性质、量，异常及时报告；</li> <li>3. 更换引流袋操作规范，无漏尿、污染。</li> </ol>	10	<p>缺一项扣 3-5 分</p>

T/HARACM0004—2026团体标准公示稿

## 6.趣味康复

趣味康复运动操作标准				
姓名:		日期:		分数:
序号	考核模块	操作标准 (必须做到)	分值	评分规则
1	操作前准备	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 评估身体、情绪、疼痛、血压</li> <li>2. 环境防滑、安静、温度适宜</li> <li>3. 器材软质、无尖锐、无小物件</li> <li>4. 老人体位安全、轮椅固定</li> </ol>	15	缺一项扣 3 - 5 分
2	沟通与引导	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 语速慢、语气柔和、指令简单</li> <li>2. 先示范、再引导，一次一个指令</li> <li>3. 尊重拒绝、不强迫、不训斥</li> <li>4. 全程正向鼓励</li> </ol>	15	强迫/训斥本项 0 分
3	上肢/精细运动	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 动作缓慢、轻柔、不拉扯</li> <li>2. 抓握、抬手、转腕规范适度</li> <li>3. 偏瘫/疼痛者缩小幅度</li> <li>4. 每动作保持 3 秒，重复 5 - 10 次</li> </ol>	15	暴力操作本项 0 分
4	下肢/大运动	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 踩报纸、踏步、踝泵平稳缓慢</li> <li>2. 不扭转、不过伸、不疲劳</li> <li>3. 保持呼吸自然，不憋气</li> <li>4. 防跌倒、防绊倒</li> </ol>	15	过度用力本项 0 分
5	认知趣味游戏	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 游戏简单、易成功、不考试不纠错</li> <li>2. 节奏/音乐/怀旧运用恰当</li> <li>3. 提升参与、注意力、愉悦感</li> <li>4. 允许反应慢、允许旁观</li> </ol>	10	引发激越扣 5 - 10 分
6	被动运动操作	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 一手固定近端，一手扶远端</li> <li>2. 在无痛范围内活动</li> </ol>	10	强行活动本项 0 分

		3. 遇抵抗立即停止 4. 不过度训练		
7	安全观察与应急	1. 全程观察面色、呼吸、表情、出汗 2. 不适/疼痛/抗拒立即停止 3. 防跌倒、防误吞、防激越 4. 不离人、不单独训练	15	出现安全风险本项0分
8	结束整理与记录	1. 放松、安抚、呼吸整理 2. 协助擦汗、饮水、穿衣 3. 如实记录参与度与反应 4. 安全安置老人	5	缺一项扣1-3分

### 考核流程

(4) 技能演练：学员按标准步骤向讲师复述并演示一项核心技能。讲师即时点评。

(5) 情景模拟：抽取一个典型家庭照护场景卡，在模拟居家环境中完成操作。

(6) 限时操作：每项考核操作设定标准时长，超时立即停止，并扣除相应时间分。

### 扣分细则与通过标准

一票否决项（直接判定不通过）：任何可能导致老人直接伤害的行为，如：转移时未固定轮椅/床刹、喂食时让老人平躺、给药错误、发生坠床/跌倒风险未处理、虐待倾向言语。

**通过标准：**总分 $\geq 85$ 分，且无一票否决项。