清远市民办养老机构资助办法

第一章 总 则

第一条 为进一步引导和扶持社会力量参与养老服务，规范民办养老机构运营管理，根据《养老机构设立许可办法》（民政部令第48号）、《养老机构管理办法》（民政部令第49号）和《广东省人民政府关于加快发展养老服务业的实施意见》（粤府〔2015〕25号）、《广东省民办社会福利机构管理规定》（广东省人民政府令第239号）、《老年人社会福利机构基本规范》（MZ008—2001）等文件规定和要求，结合本市实际，制定本办法。

第二章 资助范围与对象

第二条 本办法适用于在本市依法取得《养老机构设立许可证》，由企事业单位、社会团体、个人或其他社会力量利用非财政资金举办，为老年人群体提供集中居住、照料服务和医疗康复的养老机构,以及由政府投资兴建或产权属于政府并由社会力量经营管理的养老机构。

第三章 新增床位补贴

第三条 本办法所称新增床位是指新建、改建和扩建养老机构而新增加的床位。新增床位不含养老机构因更名、转接、移交等原因所引起的床位变化。

第四条 拥有房屋自有产权的新增床位每张床位补贴8000元，租赁场地的新增床位每张床位补贴5000元，予以一次性支付。所需资金按照清远市财政资金差异化配套机制实行。

第五条 养老机构申请新增床位补贴必须符合下列条件：

（一）依法办理法人登记手续，取得《养老机构设立许可证》并开立专门的机构银行账户；

（二）符合国家消防安全、环境保护、建设规范等相关要求；

（三）养老机构需内设医疗机构或与清远市范围内的医疗机构签订医疗合作协议；

（四）床位面积、设施设备、活动场所等符合国家的老年人建筑设计规范；

（五）养老机构床位需达到30张以上；

（六）新增床位入住率要达到60%（含）以上；

（七）接受补贴的养老机构不得改变其养老服务性质，不得开展与养老服务事业无关的业务；

（八）租赁场地经营的，场地租赁合同期限须10年以上（含10年）；

（九）新建、改建和扩建养老机构而新增的床位，不属于政府投资或产权属于政府的；

（十）养老机构改建、扩建应提前一个月向所在地的县（市、区）民政局提出申请，经同意后方可改建、扩建，未经审批私自改建、扩建的，不予补贴。

第六条 养老机构申请新增床位补贴时，应当提交下列材料（相关表格及复印件一式三份，下同）：

（一）《清远市民办养老机构新增床位补贴申请表》（附件1）；

（二）《企业法人营业执照》或《民办非企业单位登记证书》、《养老机构设立许可证》、《医疗机构执业许可证》或医疗合作协议原件及复印件；

（三）现有养老机构改建、扩建的新增床位，还需提交建设规划许可证明、工程竣工验收合格证明、消防验收合格意见书（备案凭证）和环境保护验收批复文件；

（四）《入住养老机构老年人名册（截至申请当月）》（附件3）；

（五）养老机构的产权证明或租赁合同。

第七条 政府投资兴建或产权属于政府并由社会力量经营管理的养老机构不享受新增床位补贴。

第四章 运营补贴

第八条 养老机构收住本市户籍老年人，且老年人一次性入住期限不低于30天的，按照下列标准对符合条件的养老机构给予运营补贴：

（一）收住介护服务对象的，每人每月补贴150元；

（二）收住介助服务对象的，每人每月补贴100元；

（三）收住自理服务对象的，每人每月补贴50元。

第九条 运营补贴所需资金，根据养老机构收住对象的户籍所在地划分，由当地财政负担。

第十条 养老机构申请运营补贴必须符合下列条件：

（一）法定手续齐全，取得《养老机构设立许可证》并开立专门的机构银行账户；

（二）具有完整的老年人入住资料，包括按照示范文本签订的《养老机构服务合同》（本办法实施之前已签订的可沿用原来合同）、身份证明、身体状况评估报告[参照广东省福利服务中心《老年人能力评估表》（附件6）进行评估]和医疗机构出具的体检报告（以上资料均须原件留存）；

（三）按要求执行年度报告制度；

（四）服务对象年度满意率达到90%以上；

（五）直接服务于服务对象的工作人员与自理服务对象的比例不低于1:10，与介助服务对象的比例不低于1:6，与介护理服务对象的比例不低于1:3；

（六）服务对象超过200人的应当至少配有2名专职营养师和1名专职社工师，服务对象每增加100人，专职营养师和专职社工师相应同步增加各1名；

（七）从业人员接受民政部门或人力资源社会保障部门的岗前培训率达到100%。已取得相关职业资格证书的，视同已参加培训；

（八）不能收住有精神病、传染病等患病老人；

（九）资助年度内无重大责任事故；

（十）按规定购买养老机构意外责任保险；

（十一)养老机构与从业人员签订劳动合同，及时足额支付员工薪酬和依法缴纳社会保险费；

（十二）有内设医疗机构或与清远市范围内的医疗机构签订医疗合作协议；

（十三）第一年申请运营补贴的养老机构还需符合本办法第三章第五条第一项、第二项、第四项、第五项、第七项、第八项的有关规定；

（十四）国家、省、市规定的其他要求、条件。

第十一条 养老机构申请运营补贴时，应当提交下列材料（相关表格及复印件一式三份，下同）：

（一）《清远市民办养老机构运营补贴申请表》（附件2）；

（二）《养老机构设立许可证》《医疗机构执业许可证》或医疗合作协议原件及复印件；

（三）《入住养老机构老年人名册表》《养老机构从业人员名册表》《老年人能力评估汇总表》（附件3、附件4、附件5），以及有效的老年人身份证明和体检报告原件及复印件；

（四）新入住的老年人需提供《养老机构服务合同》原件及复印件；

（五）年度报告书（含服务范围、服务质量、运营管理等情况）；

（六）服务质量测评表（附件7）；

（七）养老机构的产权证明或租赁合同；政府投资兴建或产权属于政府并委托社会力量经营管理的养老机构，应当提供产权人与运营者签订的有效协议原件及复印件。

第五章 资助审核及拨付程序

第十二条 申请新增床位补贴的民办养老机构应于每年3月向所在地的县（市、区）民政局提出申请，各县（市、区）民政局会同当地财政局，分别组成资助民办养老机构的评审机构，负责资助项目的评审。

（一）对符合资助条件的，各县（市、区）民政局和财政局须在20个工作日内，在《清远市民办养老机构新增床位补贴申请表》上签注意见后由县（市、区）民政局报清远市民政局审核；

（二）对不符合资助条件的，在申请表上签署意见后，将材料退还申请机构；

（三）清远市民政局对所辖县（市、区）上报的相关材料进行审核，在30个工作日内，会同清远市财政局按照本办法的资助范围、对象及要求等规定进行审查，并实地勘查。经评审符合资助条件的，须将申请资助的机构有关情况和拟资助金额向社会公示。经公示无异议的，由清远市财政局核对后按照有关规定将市级配套资金拨付至养老机构所在地的县（市、区）财政局。各县（市、区）财政局会同民政局按规定连同本级财政负担资金一同拨付至养老机构；

（四）经公示有异议的，由评审机构组织核实情况后再予处理；

（五）对不符合资助条件的，在申请表上签署意见后，将材料退还申请机构。

第十三条 申请运营补贴的养老机构应当在每年1月向入住老人户籍所在地的县（市、区）民政局申请上一年度运营补贴。各县（市、区）民政局收到养老机构申请材料后，会同当地财政局对照本办法资助范围、对象及要求等规定对申请资料和机构内的本辖区户籍服务对象进行审核。

（一）对符合资助条件的，各县（市、区）民政局和财政局须在30个工作日内在《清远市民办养老机构运营补贴申请表》上签注意见后将本级财政负担资金一次性拨付至养老机构，并分别报清远市民政局和清远市财政局备案；

（二）对不符合资助条件的，在申请表上签署意见后，将材料退还申请机构。

第六章 监督与处罚

第十四条 申请机构在申请资助、接受审查、评审时，必须提供真实、有效、完备的数据、资料和凭证，如有弄虚作假、骗取资助的行为，情节严重的，予以全额追缴，并取消下一年度资助申报资格。

第十五条 对擅自改变养老机构的使用性质，或利用养老机构房产从事核准服务范围以外的其他经营活动的，当地民政、财政部门对已经拨付的资助金予以追回，并终止其享受资助的资格。违反法律的，应依法追究法律责任。

第十六条 民政部门对资助金的使用进行监督管理。可以组织对受助机构进行专项检查，也可委托审计部门或社会审计机构对受助养老机构进行专项审计。

第十七条 对在养老机构申办和管理工作中玩忽职守、滥用职权、徇私舞弊、索贿受贿的国家机关工作人员，依法追究其行政责任。构成犯罪的，依法移交司法机关处理。

第七章 附 则

第十八条 各县（市、区）人民政府及其有关部门应当按照本《办法》的规定，落实属地责任，根据本地实际，对属地的民办养老机构（含市级民政部门审批登记的民办养老机构），给予最大限度的资助和扶持。

第十九条 市、县两级财政部门按照事权和管理权限分级负责资助民办养老机构的经费管理，积极筹措资金，按程序和规定做好资金审核、管理、划拨工作，并将资助经费列入本级年度财政预算。

第二十条 各县（市、区）可以在本办法资助标准的基础上，根据本地实际加大资助力度。具体办法抄送清远市民政局。

第二十一条 本办法自印发之日起施行。有效期3年，期限届满前根据实际情况进行评估修订。

**附件1**

清远市民办养老机构新增床位补贴申请表

**填报单位（盖章）： 填报日期：**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **基本情况** | | | | | | | | | | | | | |
| 机构名称 | |  | | | | | | | | 法定代表人 | |  | |
| 地 址 | |  | | | | | | | | 邮政编码 | |  | |
| 占地面积 | |  | | | 固定电话 | |  | | | 投资总额 | |  | |
| 使用面积 | |  | | | 移动电话 | |  | | | 核定床位数 | |  | |
| 投资类型 | |  | | | 电子邮箱 | |  | | | 入住老人数 | |  | |
| 养老机构设立许可证编号 | |  | | | | | 登记类型 | | | | |  | |
| 统一社会  信用代码 | |  | | | | | 建设类型 | | | | | □自有产权  □租赁场地 | |
| 银行账号 | |  | | | | | 财务人员证号 | | | | |  | |
| **床位情况** | | | | | | | | | | | | | |
| 单人间数 |  | | | 双人间数 | |  | | 三人间数 |  | | 多人间数 | |  |
| 房间总数 |  | | | 床位总数 | |  | | 平均床位建筑面积 |  | | 平均床位使用面积 | |  |
| 资助标准 |  | | | | | | | 资助金额 | 大写： | | | | |
| 声 明  本机构保证以上及所附数据资料真实有效，并承诺遵守《清远市民办养老机构资助办法》。如有不实或违反有关规定，愿承担相关法律责任。  经办人签名： 法定代表人（主要负责人）签名：  （单位盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | |
| **审核意见** | | | | | | | | | | | | | |
| 县（市、区）民政局意见 | | | （单位盖章）  负责人签名： 年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 县（市、区）财政局意见 | | | （单位盖章）  负责人签名： 年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 市民政局意见 | | | （单位盖章）  负责人签名： 年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 市财政局意见 | | | （单位盖章）  负责人签名： 年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 备注 | | |  | | | | | | | | | | |

附件2

清远市民办养老机构运营补贴申请表

**填报单位（盖章）： 填报时间：**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **基本情况** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 机构名称/登记类型 | | |  | | | | | | | | | 法定代表人 | |  | | |
| 地址 | | |  | | | | | | | | | 邮政编码 | |  | | |
| 固定电话 | | |  | | | 移动电话 | | | |  | | 电子邮箱 | |  | | |
| 养老机构设立  许可证编号 | | |  | | | | | | | 核定床位数 | |  | | | | |
| 申请补贴床位数 | |  | | | | |
| 医疗机构执业  许可证编号 | | |  | | | | | | | 医疗合作单位  （请附合作协议） | |  | | | | |
| 统一社会信用代码 | | |  | | | | | | | 卫生许可证号 | |  | | | | |
| 银行账号 | | |  | | | | | | | 财务人员证号 | |  | | | | |
| **人员配比情况** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医技人数 |  | | | 持证人数 | | |  | | 护士人数 | | |  | 持证人数 | | |  |
| 护理员数 |  | | | 持证人数 | | |  | | 入住老人数 | | |  | | | | |
| **申请内容** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 月份 | 资助人数 | | 介护服务 | | 介助服务 | | | 自理服务 | | | 资助金额 | 介护服务 | 介助服务 | | 自理服务 | |
| 一月 |  | |  | |  | | |  | | |  |  |  | |  | |
| 二月 |  | |  | |  | | |  | | |  |  |  | |  | |
| 三月 |  | |  | |  | | |  | | |  |  |  | |  | |
| 四月 |  | |  | |  | | |  | | |  |  |  | |  | |
| 五月 |  | |  | |  | | |  | | |  |  |  | |  | |
| 六月 |  | |  | |  | | |  | | |  |  |  | |  | |
| 七月 |  | |  | |  | | |  | | |  |  |  | |  | |
| 八月 |  | |  | |  | | |  | | |  |  |  | |  | |
| 九月 |  | |  | |  | | |  | | |  |  |  | |  | |
| 十月 |  | |  | |  | | |  | | |  |  |  | |  | |
| 十一月 |  | |  | |  | | |  | | |  |  |  | |  | |
| 十二月 |  | |  | |  | | |  | | |  |  |  | |  | |
| 合计 |  | |  | |  | | |  | | |  |  |  | |  | |
| 声 明  本机构保证以上及所附数据资料真实有效，并承诺遵守《清远市民办养老机构资助办法》。如有不实或违反有关规定，愿承担相关法律责任。  经办人签名： 法定代表人（主要负责人）签名：  （单位盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **审核意见** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 县（市、区）民政局意见 | | （单位盖章）  负责人签名： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 县（市、区）财政局意见 | | （单位盖章）  负责人签名： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 备注 | |  | | | | | | | | | | | | | | |

**注：根据《老年人社会福利机构基本规范》（MZ008－2001），表格“申请内容”栏中的介护服务对象：日常生活行为依赖他人专门护理的老年人（一级护理、重度失能服务对象）;介助服务对象：日常生活行为依赖扶手、拐杖、轮椅和升降等辅助器具帮助的老年人（二级护理、轻度失能、中度失能服务对象）;自理服务对象：日常生活行为完全自理，不依赖他人护理的老年人（三级护理、能力完好服务对象）;具体评估内容依照附件6《老年人能力评估表》实施。**

附件3

入住养老机构老年人名册

**填报单位（盖章）： 填报时间：**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **姓名** | **身份证号** | **户籍地址** | **入住时间** | **退出时间** | **老人评估等级** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**注：表格“老人评估等级”是指：介护（一级护理、重度失能）;介助（二级护理、轻度失能、中度失能）;自理（三级护理、能力完好）。**

附件4

养老机构从业人员名册

**填报单位（盖章）： 填报时间：**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **职业** | **姓名** | **身份证号** | **户籍地址** | **持证或培训情况** | **合同期限** | **备注** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**注：1.职业可选填“医技人员”、“护士”、“护理员”;2.合同期限填写格式为：××××年××月××日至××××年××月××日。**

附件5

老年人能力评估汇总表

**填报单位（盖章）： 填报日期：**

| **序号** | **姓名** | **身份证号** | **户籍地址** | **监护人或代理人姓名** | **评估状况** | | | **备注** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  | □介护 | □介助 | □自理 |  |
|  |  |  |  |  | □介护 | □介助 | □自理 |  |
|  |  |  |  |  | □介护 | □介助 | □自理 |  |
|  |  |  |  |  | □介护 | □介助 | □自理 |  |
|  |  |  |  |  | □介护 | □介助 | □自理 |  |
|  |  |  |  |  | □介护 | □介助 | □自理 |  |
|  |  |  |  |  | □介护 | □介助 | □自理 |  |
|  |  |  |  |  | □介护 | □介助 | □自理 |  |
|  |  |  |  |  | □介护 | □介助 | □自理 |  |
|  |  |  |  |  | □介护 | □介助 | □自理 |  |
|  |  |  |  |  | □介护 | □介助 | □自理 |  |
|  |  |  |  |  | □介护 | □介助 | □自理 |  |
|  |  |  |  |  | □介护 | □介助 | □自理 |  |
|  |  |  |  |  | □介护 | □介助 | □自理 |  |
|  |  |  |  |  | □介护 | □介助 | □自理 |  |
|  |  |  |  |  | □介护 | □介助 | □自理 |  |
|  |  |  |  |  | □介护 | □介助 | □自理 |  |
|  |  |  |  |  | □介护 | □介助 | □自理 |  |
|  |  |  |  |  | □介护 | □介助 | □自理 |  |
|  |  |  |  |  | □介护 | □介助 | □自理 |  |
|  |  |  |  |  | □介护 | □介助 | □自理 |  |
|  |  |  |  |  | □介护 | □介助 | □自理 |  |
|  |  |  |  |  | □介护 | □介助 | □自理 |  |
|  |  |  |  |  | □介护 | □介助 | □自理 |  |
|  |  |  |  |  | □介护 | □介助 | □自理 |  |
|  |  |  |  |  | □介护 | □介助 | □自理 |  |
| 申请机构经办人签名：  法定代表人（主要负责人）签名： | | | 县（市、区）民政局  意见 | 负责人签名： （单位盖章）    日期： | | | | |

附件6

广 东 省 社 会 福 利 服 务 中 心

点击此处添加标准名称报告

点击此处添加标准英文译名

**（一）老年人能力评估基本信息表**

1、评估基本信息表

|  |  |
| --- | --- |
| 1评估编号 | □□□□□□□□ |
| 2评估基准日期 | □□□□年 □□月 □□日 |
| 3评估原因 | 1接受服务前初评 2接受服务后的常规评估 3状况发生变化后的即时评估  4 因评估结果有疑问进行的复评 □ |

2、被评估者的基本信息表

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1姓名 | |  |
| 2性别 | | 1男 2女 □ |
| 3出生日期 | | □□□□年 □□月 □□日 |
| 4身份证号 | | □□□□□□□□□□□□□□□□□□ |
| 5社保卡号 | | □□□□□□□□□ |
| 6民族 | | 1汉族 2少数民族\_\_\_\_\_ □ |
| 7文化程度 | | 1文盲 2小学 3初中 4高中/技校/中专 5大学专科及以上 6不详 □ |
| 8宗教信仰 | | 0无 1有\_\_\_\_\_ □ |
| 9婚姻状况 | | 1未婚 2 已婚 3丧偶 4离婚 5未说明的婚姻状况 □ |
| 10居住情况 | | 1独居 2与配偶/伴侣居住 3与子女居住 4与父母居住 5与兄弟姐妹居住 6与其他亲属居住 7与非亲属关系的人居住 8养老机构 □ |
| 11医疗费用支付方式 | | 1城镇职工基本医疗保险 2城镇居民基本医疗保险 3新型农村合作医疗  4贫困救助 5商业医疗保险 6全公费 7全自费 8其他  □/□/□/□ |
| 12经济来源 | | 1退休金/养老金 2子女补贴 3亲友资助 4其他补贴\_\_\_\_\_ □/□/□/□ |
| 13疾病诊 断 | 13.1痴呆 | 0无 1轻度 2中度 3重度 □ |
| 13.2  精神疾病 | 0无 1精神分裂症 2双相情感障碍 3偏执性精神障碍 4分裂情感性障碍  5癫痫所致精神障碍 6精神发育迟滞伴发精神障碍 □ |
| 13.3  慢性疾病 |  |
| 14近 30天内意外事件 | 跌倒 | 0无 1发生过1次 2发生过2次 3发生过3次及以上 □ |
| 走失 | 0无 1发生过1次 2发生过2次 3发生过3次及以上 □ |
| 噎食 | 0无 1发生过1次 2发生过2次 3发生过3次及以上 □ |
| 自杀 | 0无 1发生过1次 2发生过2次 3发生过3次及以上 □ |
| 其他 |  |

3、信息提供者及联系人信息表

|  |  |
| --- | --- |
| 1信息提供者的姓名 |  |
| 2信息提供者与老人的关系 | 1配偶 2子女 3其他亲属 4雇佣照顾者 5其他\_\_\_\_\_ □ |
| 3联系人姓名 |  |
| 4联系人电话 |  |

**（二）老年人能力评估表**

1、日常生活活动能力评估表

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1.1进食**：  指用餐具将食物由容器送到口中、咀嚼、吞咽等过程 | □分 | 10分，可独立进食（在合理的时间内独立进食准备好的食物） |
| 5分， 需部分帮助（进食过程中需要一定帮助，如协助把持餐具） |
| 0分， 需极大帮助或完全依赖他人，或有留置营养管 |
| **1.2洗澡** | □分 | 5分， 准备好洗澡水后，可自己独立完成洗澡过程 |
| 0分， 在洗澡过程中需他人帮助 |
| **1.3修饰：**  指洗脸、刷牙、梳头、刮脸等 | □分 | 5分， 可自己独立完成 |
| 0分， 需他人帮助 |
| **1.4穿衣：**  指穿脱衣服、系扣、拉拉链、穿脱鞋袜、系鞋带 | □分 | 10分，可独立完成 |
| 5分， 需部分帮助（能自己穿脱，但需他人帮助整理衣物、系扣/鞋带、拉拉链） |
| 0分， 需极大帮助或完全依赖他人 |
| **1.5**  **大便控制** | □分 | 10分，可控制大便 |
| 5分， 偶尔失控（每周<1次），或需要他人提示 |
| 0分， 完全失控 |
| **1.6**  **小便控制** | □分 | 10分，可控制小便 |
| 5分， 偶尔失控（每天<1次，但每周>1次），或需要他人提示 |
| 0分， 完全失控，或留置导尿管 |
| **1.7如厕：**  包括去厕所、解开衣裤、擦净、整理衣裤、冲水 | □分 | 10分，可独立完成 |
| 5分， 需部分帮助（需他人搀扶去厕所、需他人帮忙冲水或整理衣裤等） |
| 0分， 需极大帮助或完全依赖他人 |
| **1.8**  **床椅转移** | □分 | 15分，可独立完成 |
| 10分，需部分帮助（需他人搀扶或使用拐杖） |
| 5分， 需极大帮助（较大程度上依赖他人搀扶和帮助） |
| 0分， 完全依赖他人 |
| **1.9**  **平地行走** | □分 | 15分，可独立在平地上行走45m |
| 10分，需部分帮助（因肢体残疾、平衡能力差、过度衰弱、视力等问题，在一定程度上需他人搀扶或使用拐杖、助行器等辅助用具） |
| 5分， 需极大帮助（因肢体残疾、平衡能力差、过度衰弱、视力等问题，在较大程度上依赖他人搀扶，或坐在轮椅上自行移动） |
| 0分， 完全依赖他人 |
| **1.10**  **上下楼梯** | □分 | 10分，可独立上下楼梯（连续上下10-15个台阶） |
| 5分， 需部分帮助（需扶着楼梯、他人搀扶，或使用拐杖等） |
| 0分， 需极大帮助或完全依赖他人 |
| **日常生活**  **活动总分** | □分 | 上述10个项目得分之和 |
| **日常生活**  **活动分级** | □级 | 0能力完好：总分100分  1轻度受损：总分61-99分  2中度受损：总分41-60分  3重度受损：总分≤40分 |

**2.精神状态评估表**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **2.1**  **认知功能** | 测验 | “我说三样东西，请重复一遍，并记住，一会儿会问您”：苹果、手表、国旗 |
| (1)画钟测验：“请在这儿画一个圆形时钟，在时钟上标出10点45分” |
| (2)回忆词语：“现在请您告诉我，刚才我要您记住的三样东西是什么？”  答：\_\_\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_\_\_\_（不必按顺序） |
| 评分  □分 | 0分，画钟正确（画出一个闭锁圆，指针位置准确），且能回忆出2-3个词 |
| 1分，画钟错误（画的圆不闭锁，或指针位置不准确），或只回忆出0-1个词 |
| 2分，已确诊为认知障碍，如老年痴呆 |
| **2.2**  **攻击行为** | □分 | 0分，无身体攻击行为（如打/踢/推/咬/抓/摔东西）和语言攻击行为（如骂人、语言威胁、尖叫） |
| 1分，每月有几次身体攻击行为，或每周有几次语言攻击行为 |
| 2分，每周有几次身体攻击行为，或每日有语言攻击行为 |
| **2.3**  **抑郁症状** | □分 | 0分，无 |
| 1分，情绪低落、不爱说话、不爱梳洗、不爱活动 |
| 2分，有自杀念头或自杀行为 |
| **精神状态总分** | □分 | 上述3个项目得分之和 |
| **精神状态分级** | □级 | 0能力完好：总分为0分  1轻度受损：总分为1分  2中度受损：总分2-3分  3重度受损：总分4-6分 |

**3.感知觉与沟通评估表**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **3.1**  **意识水平** | □分 | 0分，神志清醒，对周围环境警觉 |
| 1分，嗜睡，表现为睡眠状态过度延长。当呼唤或推动患者的肢体时可唤醒，并能进行正确的交谈或执行指令，停止刺激后又继续入睡 |
| 2分，昏睡，一般的外界刺激不能使其觉醒，给予较强烈的刺激时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 |
| 3分，昏迷，处于浅昏迷时对疼痛刺激有回避和痛苦表情；处于深昏迷时对刺激无反应（若评定为昏迷，直接评定为重度失能，可不进行以下项目的评估） |
| **3.2视力：**  若平日带老花镜或近视镜，应在佩戴眼镜的情况下评估 | □分 | 0分，能看清书报上的标准字体 |
| 1分，能看清楚大字体，但看不清书报上的标准字体 |
| 2分，视力有限，看不清报纸大标题，但能辨认物体 |
| 3分，辨认物体有困难，但眼睛能跟随物体移动，只能看到光、颜色和形状 |
| 4分，没有视力，眼睛不能跟随物体移动 |
| **3.3听力：**  若平时佩戴助听器，应在佩戴助听器的情况下评估 | □分 | 0分，可正常交谈，能听到电视、电话、门铃的声音 |
| 1分，在轻声说话或说话距离超过2米时听不清 |
| 2分，正常交流有些困难，需在安静的环静或大声说话才能听到 |
| 3分，讲话者大声说话或说话很慢，才能部分听见 |
| 4分，完全听不见 |
| **3.4**  **沟通交流:**  包括非语言沟通 | □分 | 0分，无困难，能与他人正常沟通和交流 |
| 1分，能够表达自己的需要及理解别人的话，但需要增加时间或给予帮助 |
| 2分，表达需要或理解有困难，需频繁重复或简化口头表达 |
| 3分，不能表达需要或理解他人的话 |
| 感知觉与沟通总分 | □分 | 上述4个项目总分之和 |
| 感知觉与沟通评级 | □级 | 0能力完好：意识清醒，且视力和听力评为0或1，沟通评为0  1轻度受损：意识清醒，但视力或听力中至少一项评为2，或沟通评为1。  2中度受损：意识清醒，但视力或听力中至少一项评为3，或沟通评为2；  或嗜睡，视力或听力评定为3及以下，沟通评定为2及以下。  3重度受损：意识清醒或嗜睡，但视力或听力中至少一项评为4，或沟通评为3；或昏睡/昏迷 |

**4.社会参与评估表**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **4.1**  **生活能力** | □分 | 0分，除个人生活自理外（如饮食、洗漱、穿戴、二便），能料理家务（如做饭、洗衣）或当家管理事务 |
| 1分，除个人生活自理外，能做家务，但欠好，家庭事务安排欠条理 |
| 2分，个人生活能自理；只有在他人帮助下才能做些家务，但质量不好 |
| 3分，个人基本生活事务能自理（如饮食、二便），在督促下可洗漱 |
| 4分，个人基本生活事务（如饮食、二便）需要部分帮助或完全依赖他人帮助 |
| **4.2**  **工作能力** | □分 | 0分，原来熟练的脑力工作或体力技巧性工作可照常进行 |
| 1分，原来熟练的脑力工作或体力技巧性工作能力有所下降 |
| 2分，原来熟练的脑力工作或体力技巧性工作明显不如以往，部分遗忘 |
| 3分，对熟练工作只有一些片段保留，技能全部遗忘 |
| 4分，对以往的知识或技能全部磨灭 |
| **4.3**  **时间/空间定向** | □分 | 0分，时间观念（年、月、日、时）清楚；可单独出远门，能很快掌握新环境的方位 |
| 1分，时间观念有些下降，年、月、日清楚，但有时相差几天；可单独来往于近街，知道现住地的名称和方位，但不知回家路线 |
| 2分，时间观念较差，年、月、日不清楚，可知上半年或下半年；只能单独在家附近行动，对现住地只知名称，不知道方位 |
| 3分，时间观念很差，年、月、日不清楚，可知上午或下午；只能在左邻右舍间串门，对现住地不知名称和方位 |
| 4分，无时间观念；不能单独外出 |
| **4.4**  **人物定向** | □分 | 0分，知道周围人们的关系，知道祖孙、叔伯、姑姨、侄子侄女等称谓的意义；可分辨陌生人的大致年龄和身份，可用适当称呼 |
| 1分，只知家中亲密近亲的关系，不会分辨陌生人的大致年龄，不能称呼陌生人 |
| 2分，只能称呼家中人，或只能照样称呼，不知其关系，不辨辈分 |
| 3分，只认识常同住的亲人，可称呼子女或孙子女，可辨熟人和生人 |
| 4分，只认识保护人，不辨熟人和生人 |
| **4.5**  **社会交往能力** | □分 | 0分，参与社会，在社会环境有一定的适应能力，待人接物恰当 |
| 1分，能适应单纯环境，主动接触人，初见面时难让人发现智力问题，不能理解隐喻语 |
| 2分，脱离社会，可被动接触，不会主动待人，谈话中很多不适词句，容易上当受骗 |
| 3分，勉强可与人交往，谈吐内容不清楚，表情不恰当 |
| 4分，难以与人接触 |
| **社会参与总分** | □分 | 上述5个项目得分之和 |
| **社会参与分级** | □级 | 0能力完好：总分0-2分  1轻度受损：总分3-7分  2中度受损：总分8-13分  3重度受损：总分14-20分 |

**（三）老年人能力评估报告**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **一级指标分级** | **1日常生活活动：**□级 | **2精神状态：**□级 |
| **3感知觉与沟通：**□级 | **4社会参与：**□级 |
| **老年人能力**  **初步等级** | 0能力完好 1轻度失能 2中度失能 3重度失能 □ | |
| **等级变更条款** | 1有认知障碍/痴呆、精神疾病者，在原有能力级别上提高一个等级；  2近30天内发生过2次及以上跌倒、噎食、自杀、走失者，在原有能力级别上提高一个等级；  3处于昏迷状态者，直接评定为重度失能；  4 若初步等级确定为“3重度失能”，则不考虑上述1-3中各情况对最终等级的影响，等级不再提高。 □ | |
| **老年人能力**  **最终等级** | 0能力完好 1轻度失能 2中度失能 3重度失能 □ | |
| **护理建议** | 1. 轻度失能或能力完好：自理或轻度依赖需一般照顾护理 □  2. 中度失能：半自理需介助护理 □  3. 重度失能：不能自理需介护护理或专护护理 □ | |
| 评估员签名 \_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_ 日期\_\_\_\_\_年\_\_\_月\_\_\_日 | | |
| 以上评估结果及护理建议清楚，同意入住。  信息提供者（法定监护人）签名\_\_\_\_\_\_\_\_ 日期\_\_\_\_\_年\_\_\_月\_\_\_日 | | |
| 1. 老年人能力初步等级划分标准   **0能力完好**：  日常生活活动、精神状态、感知觉与沟通分级均为0，社会参与分级为0或1。  **1轻度失能**：  日常生活活动分级为0，但精神状态、感知觉与沟通中至少一项分级为1及以上，或社会参与的分级为2；  或日常生活活动分级为1，精神状态、感知觉与沟通、社会参与中至少有一项的分级为0或1。  **2中度失能**：  日常生活活动分级为1，但精神状态、感知觉与沟通、社会参与均为2，或有一项为3；  或日常生活活动分级为2，且精神状态、感知觉与沟通、社会参与中有1-2项的分级为1或2。  **3重度失能**：  日常生活活动的分级为3；  或日常生活活动、精神状态、感知觉与沟通、社会参与分级均为2或以上；  或日常生活活动分级为2，且精神状态、感知觉与沟通、社会参与中至少有一项分级为3。 | | |

**（资料性附录）**

**老年人能力等级结果判定卡**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **能力等级** | 日常生活活动 | 精神认知 | | | | 感知觉与沟通 | | | | 社会适应 | | | |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 0 | 1 | 2 | 3 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| **0**  **能力完好** | 0 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **1**  **轻度失能** | 0 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2**  **中度失能** | 0 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2\*** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **3**  **重度失能** | 0 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2\*** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 注：使用结果判定卡时，一般根据日常生活活动进行初步定位，锁定目标区域，然后根据其他三项能力，在判定卡上同一颜色区域定位查找相应的能力等级。以下为几种特殊情况：  1 当日常生活活动为0，精神状态、感知觉与沟通有一项为1及以上，或社会参与为2，判定为轻度失能  2 当日常生活活动为1，后三项有一项为0或1，判定为轻度失能；后三项均为2或某一项为3，则判定为中度失能  3 当日常生活活动为2，后三项全部为2或某一项为3，判定为重度失能，否则为中度失能 | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |

附件7

服务质量测评表

**填报单位（盖章）：**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 月份 | 服务对象姓名 | 服务对象户籍所在地 | 服务对象评估状况 | | | 监护人或代理人签名 | 联系电话 | 服务质量评价 | | | 建议或意见 |
| 一月 |  |  | ○介护 | ○介助 | ○自理 |  |  | ○满意 | ○基本满意 | ○不满意 |  |
| 二月 |  |  | ○介护 | ○介助 | ○自理 |  |  | ○满意 | ○基本满意 | ○不满意 |
| 三月 |  |  | ○介护 | ○介助 | ○自理 |  |  | ○满意 | ○基本满意 | ○不满意 |
| 四月 |  |  | ○介护 | ○介助 | ○自理 |  |  | ○满意 | ○基本满意 | ○不满意 |
| 五月 |  |  | ○介护 | ○介助 | ○自理 |  |  | ○满意 | ○基本满意 | ○不满意 |
| 六月 |  |  | ○介护 | ○介助 | ○自理 |  |  | ○满意 | ○基本满意 | ○不满意 |
| 七月 |  |  | ○介护 | ○介助 | ○自理 |  |  | ○满意 | ○基本满意 | ○不满意 |
| 八月 |  |  | ○介护 | ○介助 | ○自理 |  |  | ○满意 | ○基本满意 | ○不满意 |
| 九月 |  |  | ○介护 | ○介助 | ○自理 |  |  | ○满意 | ○基本满意 | ○不满意 |
| 十月 |  |  | ○介护 | ○介助 | ○自理 |  |  | ○满意 | ○基本满意 | ○不满意 |
| 十一月 |  |  | ○介护 | ○介助 | ○自理 |  |  | ○满意 | ○基本满意 | ○不满意 |
| 十二月 |  |  | ○介护 | ○介助 | ○自理 |  |  | ○满意 | ○基本满意 | ○不满意 |

**备注：服务对象评估状况和服务质量评价栏，只能单选。**