

黑 龙 江 省 地 方 标 准

DB 23/T XXXX—2024

老年人失智症数字化干预管理要求

（征求意见稿）

联系人：王晓昕

通讯地址：黑龙江省卫生健康委员会，哈尔滨市南岗区赣水路 36 号

联系电话：87257020

电子邮箱：azhrbmu@163.com

2024 - XX - XX 发布

2024 - XX - XX 实施

目 次

前言 II

引言 III

1 范围要求 1

2 规范性引用文件 1

3 术语和定义 1

4 基本要求 2

 4.1 总体要求 2

 4.2 认知能力评估室 2

 4.3 认知功能训练室 2

 4.4 数字干预信息系统 2

 4.5 人员要求 3

 4.6 医联体、医共体医院双向转诊工作机制 3

 4.7 设施设备 3

5 服务流程 3

6 服务内容 4

 6.1 咨询接待 4

 6.2 建立健康档案 5

 6.3 认知能力评估 5

 6.4 认知功能训练 5

 6.5 健康宣讲 6

7 分级管理 6

 7.1 正常老年人服务 6

 7.2 轻度认知损害老年人服务 6

 7.3 失智症老年人服务 6

8 评价改进 7

 8.1 服务评价 7

 8.2 持续改进 7

参考文献 8

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部分可能涉及专利。本文件的发布机构不承担识别专利的责任。

本文件由黑龙江省卫生健康标准化技术委员会提出。

本文件由黑龙江省卫生健康委员会归口。

本文件起草单位：黑龙江省卫生健康委、哈尔滨医科大学、哈尔滨爱宁智慧科技有限公司、黑龙江省社会康复医院、黑龙江中医药大学附属第一医院、黑龙江护理高等专科学校、黑龙江省海员总医院、黑龙江省老年病医院。

本文件主要起草人：王晓昕、艾静、朴严花、孙晓伟、任广姝、刘治宇、侯雪梅、刘悦、周鹤、陈坤、马静、安晓彬、许文韬。

引 言

老年人失智症是一种与年龄密切相关的疾病，其患病率随着我国人口老龄化的加速而快速增长。由于失智症病因复杂，一旦确诊难以逆转。早期发现、早期干预可以延缓甚至阻止疾病的发生。为促进和规范黑龙江省医疗卫生机构对老年人失智症数字化干预管理服务，明确医疗卫生机构采用数字化手段开展老年失智症服务管理的基本内容和要求，结合我省目前对老年人失智症信息化服务管理现状，根据《国家基本公共卫生服务规范（第三版）》、《全国基层医疗卫生机构信息化建设标准与规范（试行）》、《国务院关于印发“十四五”国家老龄事业发展和养老服务体系规划的通知（国发〔2021〕35号）》、《健康中国行动（2019—2030年）》研究编制本文件，用以满足和提升医疗机构、医养结合机构对老年人失智症数字化管理的工作需求，提高服务的水平和效率，促进健康老龄化，用标准助力老年失智症数字化管理，特制定本文件。

老年人失智症数字化干预管理要求

1 范围要求

本文件规定了医疗卫生机构老年人失智症数字干预服务的术语和定义、基本要求、服务流程、服务内容、分级管理、评价改进。

本文件适用于黑龙江省内开展老年人失智症数字干预服务的医疗卫生机构和医养结合机构。民政部门管理的养老机构也可参照执行。

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。

- GB/T 22239 信息安全技术 网络安全等级保护基本要求
- GB/T 28448 信息安全技术 网络安全等级保护测评要求
- GB/T 28452 信息安全技术 应用软件系统通用安全技术要求
- GB/T 37937 信息安全技术 大数据安全管理指南
- GB 50763 无障碍设计规范

3 术语和定义

下列术语和定义适用于本文件。

3.1

医疗卫生机构

是依法定程序设立的，从事疾病诊断、治疗活动的卫生机构总称。

3.2

老年人失智症

又称老年期痴呆，是一种与年龄密切相关，由多种原因引起的神经退行性疾病，主要表现为认知功能持续下降的一组疾病。

3.3

轻度认知功能障碍

患者具有主观或客观的记忆或认知损害，但其日常生活能力并未受到影响，尚未达到失智（痴呆）的标准，是介于正常衰老和痴呆之间的一种临床状态。

3.4

认知能力

是个体在学习、理解、解决问题和适应环境的过程中所表现出来的一系列心理功能。它通常包括以下几个方面：注意力、记忆力、计算能力、语言能力、思维能力、执行功能、感知力等。

3.5

认知功能

认知功能是大脑处理信息的各种能力和过程，涉及多种心理操作和大脑机制，帮助我们理解、处理和应对周围的世界。它通常包括以下关键部分：注意力、记忆功能、执行功能、语言处理、思维与推理、情绪调节与社交认知。

3.6

信息系统

能够为老年失智症患者提供数字干预的计算机软硬件和网络通信等信息化技术，可对在认知评估和认知训练各阶段产生的数据进行实时采集、存储、处理、提取、传输、汇总，加工形成各种信息的失智症管理系统。

3.7

失智症数字化干预

运用数字技术（如移动应用、远程监测、虚拟现实等）提供专业的干预服务，帮助减缓失智症患者的认知功能衰退、改善生活质量，并支持护理人员的管理。

4 基本要求

4.1 总体要求

4.1.1 应配备认知能力评估和认知功能训练室、数字干预信息系统、从业人员、设施设备等。

4.1.2 认知能力评估和认知功能训练室及其设施设备应符合 GB 50763 的规定。

4.1.3 数字干预信息系统应符合 GB/T 22239、GB/T 28448、GB/T 28452、GB/T 37937 的规定，应具有二级信息系统安全等级保护的基本要求。

4.1.4 可建立与医联体、医共体医院双向转诊的工作机制。

4.2 认知能力评估室

室内面积不小于 10 m²。室内光线充足，相对安静，地面应防滑。

4.3 认知功能训练室

室内面积不小于 25 m²。室内光线充足，地面应防滑。

4.4 数字干预信息系统

4.4.1 具备医疗卫生机构端入口，应含有用于对居民老年人用户开展认知能力评估和动态跟踪管理的功能。

4.4.2 具有居民老年人用户端入口，应含有居民老年人用户进行认知功能训练的功能以及与认知功能损伤密切相关的信息管理功能。

4.4.3 认知功能评估在评估结束后需出具评估结果和评估说明。

4.4.4 应具有医疗卫生机构与居民老年人用户实时互动沟通的功能。应包含健康咨询、就诊预约、签约、预约查询、报告查询、信息推送等功能。

4.4.5 用于认知能力评估的工具，包括但不限于蒙特利尔认知评估量表（以下简称 MoCA 量表），见附录 A 和简易精神状态检查量表（以下简称 MMSE 量表），见附录 B。测试过程中有语音导读、答案提示等辅助功能。

4.4.6 应含有能够训练视空间与执行力、命名失智力、注意力、计算力、思维力、时间定向力、地点定向力、即刻和延迟记忆力的认知训练工具。

4.4.7 用于认知功能训练的数字内容，应是基于认知能力评估结果生成的个性化认知功能训练工具包，

包括但不限于：

- a) 音乐训练：包括年代音乐、 α 波音乐、情绪释放音乐和五行音乐；
- b) 游戏训练：包括可以提高即刻/延迟记忆力、思维力、计算能力、注意力、命名力、语言能力、时间/地点定向力和视空间与执行力等；
- c) 运动训练：包括手指操（手指舞蹈、手指劳动、手指按摩）、下肢运动、全身体操等适合老年人的运动。

4.4.8 信息系统应在认知训练结束后有训练效果的评估与分析。

4.4.9 应具有为医疗卫生机构及其上级管理机构提供所管理的老年人数据分析结果实时展示功能。数据管理应符合 GB/T 37937 的要求

4.4.10 可在手机、平板以及电脑等电子设备使用的认知能力评估工具、认知训练工具包。

4.5 人员要求

4.5.1 应由具有医学背景的专业医务人员、老年人能力评估师、社会工作者或取得高级医疗（养老）护理员资格证书的工作人员。工作人员应接受失智症相关知识和技能培训合格后上岗工作。

4.5.2 工作人员应包括管理人员、评估人员和训练人员等。

4.5.3 管理人员应具有医疗卫生机构管理工作经历，良好的沟通、协调能力，尊重老年人隐私和宗教信仰，严格恪守职业道德、身体健康、具备与本岗位相适应的工作技能。

4.5.4 评估人员应由医务人员、社会工作师、高级医疗（养老）护理员担任。

4.5.5 训练人员可由医务人员、社会工作师、高级医疗（养老）护理员、康复治疗师、经培训合格的志愿者担任。

4.6 医联体、医共体医院双向转诊工作机制

4.6.1 建立与转诊医联体、医共体医院双向转诊相关制度。医疗机构应根据本人意愿将需要康复期护理、稳定期生活照料的失智症老年人回转至转诊机构或相应的医养结合机构。

4.6.2 应有专人负责失智症老年人的转诊服务，做好转诊服务记录。

4.7 设施设备

应配备用于认知能力评估和认知功能训练相关的设备设施，包括但不限于相关电子设备、桌椅以及线下的认知训练设施。

5 服务流程

服务流程包括咨询接待、建立健康档案、认知能力评估、认知功能训练、训练效果评价、服务结案。其中对于评估正常的老年人实施每年1次的MoCA量表评估；对于有轻度认知损害的老年人实施个性化的综合认知训练；对于认知评估分数达到确认临界值以下的老年人，及时转诊至上级医院。具体服务流程如图1所示。

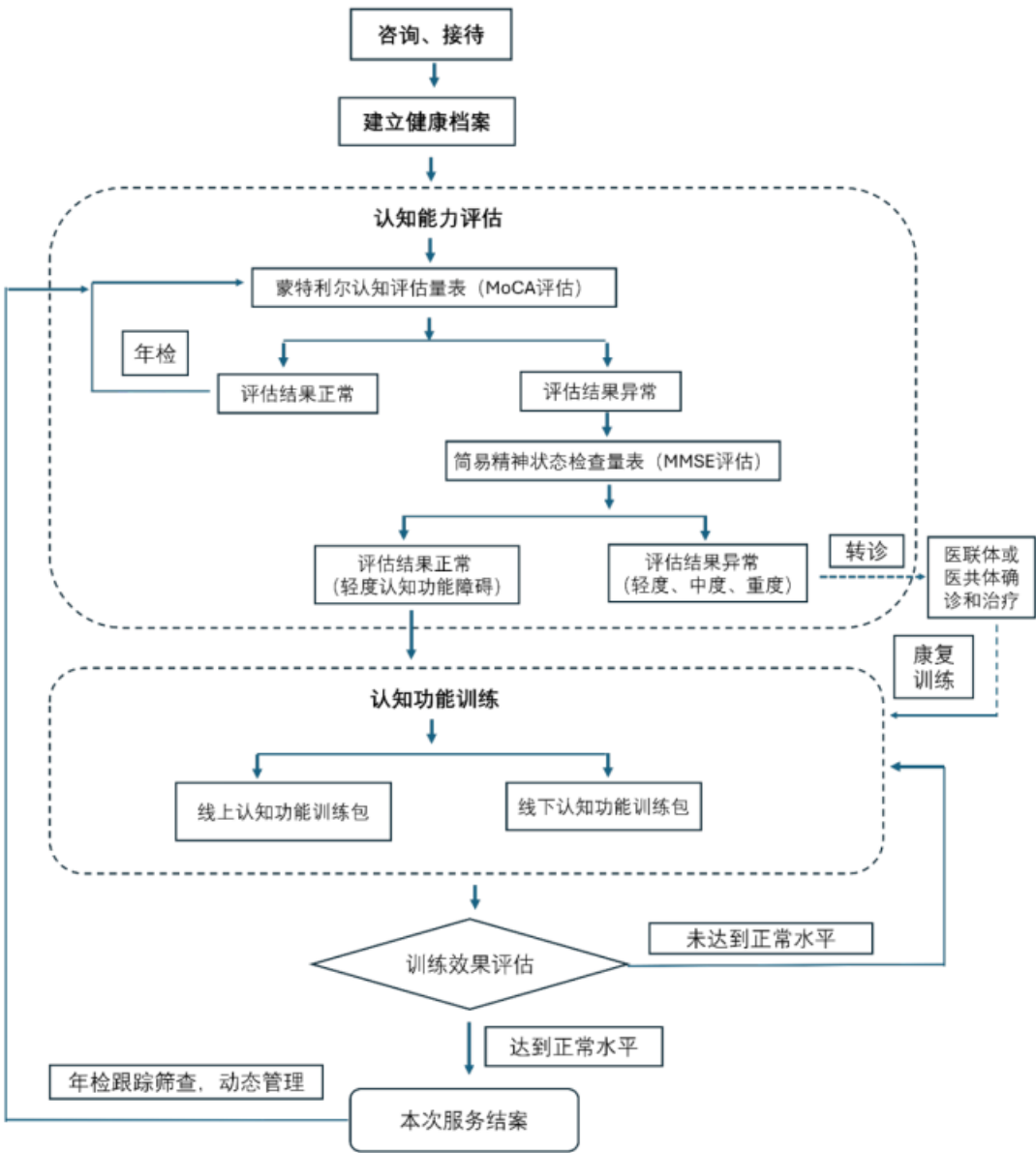


图1 老年人失智症数字化干预管理要求流程图

6 服务内容

6.1 咨询接待

- 6.1.1 应建立接待服务平台，接受老年人及家属的咨询。
- 6.1.2 接待内容包括介绍机构介绍、服务内容和方式等服务相关信息，了解老年人的基本情况和服务需求
- 6.1.3 如失智症老年人及家属同意接受本服务需签署知情同意书，应由或家属或监护人亲笔签署，不应代签。
- 6.1.4 应将服务过程中形成的文件、记录、协议等相关资料及时汇总、分类和归纳，为老年人建立个人档案。

6.2 建立健康档案

6.2.1 应通过信息系统的医疗机构入口端为老年人建立认知功能相关的健康档案。

6.2.2 健康档案内容包括：基本信息（姓名、年龄、身高、体重、教育程度、婚姻状态、职业等），健康信息（饮酒、吸烟、吸毒、饮食、运动、睡眠、家族史等）、认知评估报告、认知训练报告等。

6.2.3 档案资料可以是电子档案、打印出的纸质档案。纸质档案需要工作人员和失智症老年人或其家属或其监护人签名时，应由本人亲笔签署，不得代签。

6.2.4 电子档案自动存储在信息系统中。纸质档案资料应及时归档，集中存放，专人保管。

6.3 认知能力评估

6.3.1 评估人员

评估人员组成见 4.5.4。

6.3.2 评估内容

使用电子化的评估工具，包括但不限于 MoCA 量表和 MMSE 量表。评估工具应涵盖视空间与执行力、命名失智力、注意力、计算力、思维力、时间定向力、地点定向力、即刻和延迟记忆力等。

6.3.3 评估规则

6.3.3.1 以 MoCA 量表为基础评估量表

6.3.3.2 对 MoCA 量表评估结果异常的老人进一步实施 MMSE 量表评估。评估结果包括：

- a) MoCA 量表评估结果异常，MMSE 量表评估结果正常，可初步判断为轻度认知功能损害；
- b) MoCA 量表评估结果异常，MMSE 量表评估结果异常，可根据 MMSE 量表评估得分初步判断为轻度痴呆、中度痴呆和重度痴呆。

6.3.4 评估报告

6.3.4.1 评估报告应含有但不限于评估总分，认知方向单项评分、评估结果判定标准。

6.3.4.2 每次评估结束后，评估报告应经评估员、老年人或老年人家属签名确认。

6.3.5 评估频次

6.3.5.1 对 MoCA 量表评估结果为正常的老人实施每年 1 次的定期评估。

6.3.5.2 对 MoCA 量表评估结果为异常的老人，在每次训练结束后进行评估直至其达到正常标准后，改为每年 1 次。

6.4 认知功能训练

6.4.1 训练人员

训练人员组成见 4.5.5。

6.4.2 训练内容

根据老年人认知功能评估结果提供综合服务，服务项目包括但不限于：

- a) 音乐训练：包括年代音乐、 α 波音乐、情绪释放音乐和五行音乐；
- b) 游戏训练：包括可以提高即刻/延迟记忆力、思维力、计算能力、注意力、命名力、语言能力、时间/地点定向力和视空间与执行力等的电子游戏和现场活动游戏等；

- c) 运动训练：包括手指操（手指舞蹈、手指劳动、手指按摩）、下肢运动、全身体操等适合老年人的运动。

6.4.3 训练方式

6.4.3.1 线上认知功能训练时间分为上午和（或）下午。以中午 12 时为分界线，上下午训练间隔不少于 2 h，每次训练时间不超过 45 min。其中游戏训练不超过 10 min ~15 min，音乐训练为听完 3 首歌，手指操为完成 1 个动作不超过 6 min。全部完成为完成一次训练。

6.4.3.2 线下认知功能训练需在认知功能训练室完成。8 人 ~ 10 人组成一个班进行同步训练。训练内容包括但不限于：参与式音乐训练、手指操、游戏训练和全身体操。训练时间为 1.0 h ~ 1.5 h。每周不少于 2 次。

- a) 音乐治疗：每次训练应至少含有聆听、吟唱或伴舞含有年代音乐、α 波音乐、情绪释放音乐和五行音乐中的 1 种音乐。时间不少于 15 min；
- b) 游戏训练：应根据老年人的认知能力损伤方向不同设计相应的游戏内容，时间不少于 45 min，其中线上个性化游戏约 10 min ~15 min，线下游戏 30 min~35 min。线下游戏包括但不限于各种棋类游戏、握力训练、堆叠物品、各种纸牌游戏、剪纸游戏等；
- c) 手指操：应完成至少 1 套手指操活动，时间最多不超过 10 min；
- d) 全身运动：每次训练应包含但不限于八段锦、五禽戏、广播体操中的一种，时间为 15 min。

6.4.3.3 线上认知功能训练需每天进行，作为家庭作业配合线下的训练课程。

6.4.4 训练效果评价

6.4.4.1 训练结束后需重新进行 MoCA 或 MMSE 的评估，确认数字干预效果。

6.4.4.2 对于训练后重新评估正常的老年人，转入每年 1 次的认知能力评估。对于训练后重新评估仍然异常的老年人，自动生成新的认知训练方案并继续实施线上和线下结合的认知功能综合训练。

6.5 健康宣讲

6.5.1 应定期开展失智症相关的健康教育、科普宣传等相关工作。

6.5.2 健康教育应涵盖失智症基本概念、风险因素、诊断标准及其干预等内容。

7 分级管理

7.1 正常老年人服务

对 MoCA 量表评估正常的老年人，老年人可开展线上的认知训练预防失智症的发生，每年评估 1 次。

7.2 轻度认知损害老年人服务

对 MoCA 判定异常，MMSE 判定正常的老年人综合判定为轻度认知障碍。应对老年人开展线上数字干预和线下认知训练相结合的综合认知功能训练。21 d 为 1 个训练周期，结束时再次进行评估。依据评估结果判定下一个周期的干预措施。

7.3 失智症老年人服务

7.3.1 对 MMSE 量表评估为异常的老年人，首先将其转诊至医联体医院或者相关的医疗机构，应符合《中国老年痴呆防治指南（2021）》。

7.3.2 对确诊后老年人，在遵循医嘱治疗的同时，上级医院转诊至基层医疗卫生机构后，同步开展线

上和线下结合的认知功能的康复训练，21 d 为一个训练周期，结束时再次进行评估。依据评估结果判定下一步的干预措施。

7.3.3 每次评估结束后，评估报告应经评估员、老年人或老年人家属签名确认。

8 评价改进

8.1 服务评价

8.1.1 应每年开展不少于 1 次针对老年人失智症数字化干预服务质量和效果的全面评价。

8.1.2 可通过开展问卷调查、电话回访、个别访谈等方式了解老年人失智症数字化干预服务满意度评价，也可通过委托第三方评价机构对老年人失智症数字化干预服务工作情况开展评价。

8.1.3 评价内容包括老年人及家属的满意度、老年人失智症数字化干预服务质量满意度、档案记录的合格率、有效投诉的完结率。

8.2 持续改进

8.2.1 应建立服务跟踪与投诉渠道，广泛收集反馈信息。

8.2.2 应根据服务评价中发现的不合格问题进行及时纠正，分析产生问题原因，制定整改措施，并持续跟踪整改落实情况。

参 考 文 献

- [1] 《中国老年期痴呆防治指南（2021）》主编 于恩彦 组织编写 中华医学会精神病学分会
ADI, world Alzheimer Report 2010
-