

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 基本要求	1
4.1 场所要求	1
4.1.1 功能区域	1
4.1.2 床位设置	1
4.1.3 环境及设施设备	2
4.1.4 认知障碍照护专区	2
4.2 人员要求	2
4.3 入住要求	3
4.4 安全防护	3
5 服务内容与要求	3
5.1 生活照料	3
5.1.1 饮食照料	3
5.1.2 起居照料	3
5.1.3 清洁卫生照料	4
5.1.4 排泄照料	6
5.1.5 体位转移照料服务	8
5.2 医疗护理	8
5.2.1 生命体征监测	8
5.2.2 压疮预防护理	9
5.2.3 口腔护理	9
5.2.4 吸痰护理	9
5.2.5 鼻饲	10
5.2.6 导尿	10
5.2.7 造口护理	10
5.2.8 换药	11
5.3 康复护理	11
5.3.1 语言训练	11
5.3.2 吞咽训练	11
5.3.3 床上移动训练	12
5.3.4 站立训练	13
5.3.5 轮椅转移训练	13
5.3.6 行走训练	14
5.3.7 认知能力训练	14

5.3.8 日常生活能力训练	14
5.4 心理支持	14
5.5 安宁疗护	15
6 服务评价与改进	15
6.1 评价	15
6.2 改进	15

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。

本文件由山东省民政厅提出并组织实施。

本文件由山东省民政标准化技术委员会归口。

养老机构重度（完全）失能老年人照护服务规范

1 范围

本标准规定了养老机构重度（完全）失能老年人照护服务的基本要求、服务内容与要求、服务评价与改进等内容。

本标准适用于山东省养老机构重度（完全）失能老年人照护服务工作。

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 10001.1 公共信息图形符号 第1部分：通用符号

GB/T 10001.9 公共信息图形符号 第9部分：无障碍设施符号

GB/T 35796—2017 养老机构服务质量基本规范

GB 38600—2019 养老机构服务安全基本规范

GB/T 42195 老年人能力评估规范

GB/T 44714 养老机构 认知障碍友好环境设置导则

JGJ 450 老年人照料设施建筑设计标准

MZ/T 132 养老机构预防压疮服务规范

MZ/T 171—2021 养老机构生活照料操作规范

3 术语和定义

下列术语和定义适用于本文件。

3.1

重度（完全）失能老年人 severely disabled (completely incapacitated) elderly
按照GB/T 42195被评估为重度失能和完全失能的老年人。

4 基本要求

4.1 场所要求

4.1.1 功能区域

4.1.1.1 应设置重度（完全）失能老年人照料单元、无障碍洗浴空间（含助浴设备）、集中就餐空间、康复活动室及24小时护理站等区域。

4.1.1.2 功能分区合理，标识清楚，消防、安全保卫、应急疏散、服务防护和感染防控等安全设施及无障碍设施完善。

4.1.1.3 公共区域设有明显的公共信息图形标志，并符合GB/T 10001.1和GB/T 10001.9的规定。

4.1.2 床位设置

- 4.1.2.1 重度（完全）失能老年人居室宜设置在首层或其他便于疏散逃生区域。
- 4.1.2.2 照料单元规模合理，每个照料单元的设计床位数 ≤ 60 床；认知障碍老年人照料单元，设计床位数应符合 DB37/T XXXX《养老机构认知障碍照护专区设置与服务要求》有关规定。
- 4.1.2.3 每间居室床位 ≤ 5 张。
- 4.1.2.4 双人间、多人间居室内床位平均可使用面积 $\geq 6\text{ m}^2$ ，单人间居室使用面积 $\geq 10\text{ m}^2$ 。
- 4.1.2.5 双人间、多人间每张床位之间通过隔帘、隔断、家具布置等进行空间分隔，满足保护老年人私密性的要求。
- 4.1.2.6 居室空间符合以下要求：
- 居室不应设置在地下室或半地下室，不与电梯井或其他有噪音或震动的机房相邻；
 - 居室的布局宜尊重老年人的生活习惯和个人喜好；
 - 满足轮椅和担架车通行、回转与停放的空间需求；
 - 便于消防疏散逃生；
 - 便于护理人员在老年人床边进行护理操作；
 - 设有可供老年人家属休息的空间。

4.1.3 环境及设施设备

- 4.1.3.1 老年人生活用房的设计和设置应符合 JGJ 450 的规定。
- 4.1.3.2 环境及设施设备的管理应符合 GB/T 35796—2017 中 6.3 的要求；室内灯光应明亮柔和，居室应设有夜灯或地灯，通风良好，温湿度适宜。
- 4.1.3.3 床头、浴室、卫生间应设呼叫装置或为老年人配备可穿戴紧急呼叫设备。紧急呼叫设备的安装应做到视线可及、触摸方便。
- 4.1.3.4 卫生间湿区电源插座等设备设置防水防触电保护装置。
- 4.1.3.5 应配有护理床、床头柜/桌子、椅子/凳子、衣柜/储物柜等老年人居住生活所必需的家具。
- 4.1.3.6 应设置无障碍设施，包括但不限于：无障碍出入口、安全扶手、无障碍卫生间、防滑地面。
- 4.1.3.7 应配备与照护服务相适应的基本设备、急救设备及消防设备。
- 4.1.3.8 内设电梯，至少有 1 部电梯满足担架进出及运送要求。
- 4.1.3.9 宜配有电视、冰箱等电器。
- 4.1.3.10 宜配置符合 JGJ/T 484 规定的养老服务智能化系统。
- 4.1.3.11 老年人居室配置的各种设施设备应安全、稳固，若有突出尖锐的阳角应做软包处理；外窗和开敞阳台设有安全防护措施，且满足消防逃生要求。
- 4.1.3.12 认知障碍老年人照料单元应单独设置符合消防要求的门禁系统，居室宜配备双向开启的门锁。

4.1.4 认知障碍照护专区

认知障碍老年人照护专区设置应符合 GB/T 44714、DB37/T XXXX《养老机构认知障碍照护专区设置与服务要求》的相关要求。

4.2 人员要求

- 4.2.1 养老机构应配备满足重度（完全）失能老年人照护需求的服务人员，相关人员均应符合行业要求并具备相应职业资格证书或技能等级证书。
- 4.2.2 养老机构应按照实际入住老年人数量配备提供直接护理服务的专职养老护理员，配备比例为 1:3—1:5；养老护理员应相对固定。
- 4.2.3 养老护理员应定期参加业务培训，熟练掌握重度（完全）失能老年人生活照料、医疗护理及认

知症照护等技能，涵盖老人日常护理、急救操作与特殊干预技巧等方面。

4.2.4 养老机构宜配备专职或兼职健康管理师、营养师，定期为重度（完全）失能老年人进行健康评估，制定个性化健康管理和膳食营养方案。

4.2.5 内设医疗机构的养老机构应配备专职医师、护(师)士、康复治疗师等专业技术人员，满足重度（完全）失能老年人医疗、护理与康复需求，人员配备应符合医疗机构设置的有关要求。

4.3 入住要求

4.3.1 入住养老机构前，具备完全民事行为能力的老年人，应征得其本人同意。

4.3.2 入住养老机构前，应要求老年人或相关第三方提供老年人的体检报告、有效身份证件，有精神病、传染病、暴力倾向者不予接收。

4.3.3 入住养老机构前，应对入住的失能、失智老年人按 GB/T 42765-2022 进行评估，根据等级分类，确定照护等级，入住相应的照护区域，制定照护方案。

4.3.4 确定入住后，养老机构应与老年人或相关第三方签订入住协议，建立专属档案，一人一档，包含基本信息、评估报告、照护方案、健康记录、服务记录、用药记录、出入院记录等。

4.3.5 定期开展复评，老年人健康状况变化时及时复评，根据复评结果调整照护方案，评估记录归档留存

4.3.6 宜设置合适的试住期，便于观察老年人是否适合入住的照护区域。

4.4 安全防护

4.4.1 养老机构应建立服务风险评估及防控制度，服务安全应符合 GB 38600 的相关要求。

4.4.2 应定期对老年人进行噎食、坠床、压疮等风险评估，制定防护措施及应急预案。

4.4.3 对失智老年人的安全防护应符合 DB37/T XXXX《养老机构认知障碍照护专区设置与服务要求》的相关要求。

5 服务内容与要求

5.1 生活照料

5.1.1 饮食照料

5.1.1.1 根据老年人的病情要求准备相应的饮食，使其保持正确的进食姿势（坐位：身体微倾；卧位：宜抬高床头 30°～45°，斜侧卧位或头偏向一侧），协助其用餐。

5.1.1.2 使用切碎、搅拌等方法，对有咀嚼和吞咽功能障碍的老年人实施喂食。

5.1.1.3 使用正确的喂食姿势与动作，控制一口量及喂食速度、总进食量及食物温度。

5.1.1.4 为需要鼻饲的老年人进行导管喂食，注意导管喂食过程中老年人的体位、鼻饲量、鼻饲液的温度、鼻饲管的位置以及鼻饲过程中老年人的反应等。

5.1.1.5 在喂食完毕后，给予老年人漱口或清洁口腔并保持喂食体位 30min，防止呕吐与误吸。

5.1.1.6 失智老年人存在食物认知障碍、拒绝进食时给予劝导和帮助，在充分了解其饮食习惯的基础上，帮助其养成三餐规律进食习惯。

5.1.1.7 服务过程中发生老年人噎食等意外事件时及时按机构应急预案处置。

5.1.2 起居照料

5.1.2.1 协助更衣

根据老年人的病情、意识、肌力、活动和合作能力、有无肢体偏瘫，手术、引流管，选择适合的更衣方法为老年人穿脱或更换衣物，具体要求如下：

- 脱衣时，先脱近侧，后脱远侧；
- 穿衣时，先穿远侧，后穿近侧；
- 如有肢体活动障碍，先脱健侧，后脱患侧；先穿患侧，后穿健侧。

5.1.2.2 整理床单位

5.1.2.2.1 根据老年人身体情况、配合程度等，按以下要求整理床单元：

- 室温适宜，酌情关闭门窗，准备用物；
- 拉起床挡，协助老年人向对侧翻身；从床头至床尾松开近侧床单，将床单向上卷起至老年人身下；从床头扫至床尾，靠近床中线扫净床上渣屑，每一刷重复上一刷的 1/3，不可遗漏；
- 取清洁床单，床单的纵向中线对齐床中线，展开近侧床单平铺于床褥上，余下的一半卷于老年人身下，近侧床单边缘反折于床垫下；
- 协助老年人向近侧翻身，同法整理另一侧，帮助老年人取舒适卧位，整理盖被。

5.1.2.2.2 每日进行床单位的清扫擦拭，保持床铺的清洁、干燥、平整、柔软、舒适，床单被套等用物污染时，随时更换送洗；床单、被套每周定期更换；被褥常在太阳下暴晒，以保持清洁、干燥、松软；进食时不整理床单位。

5.1.3 清洁卫生照料

5.1.3.1 头面部清洁、梳理

5.1.3.1.1 按要求由内眦至外眦擦洗眼部，按照额部、鼻、鼻翼两侧至唇周、面颊、颈、耳及耳后的顺序擦洗面部，做到颜面部干净，口角、耳后、颈部无污垢，鼻、眼部无分泌物，眼角、耳后等褶皱处应重点擦洗，必要时涂抹润肤霜，防止干燥。

5.1.3.1.2 使用较为圆钝的梳子、按照正确的方式（梳理短发时，从发根梳至发梢；梳理长发时，从发梢至发根逐段梳理）为老年人梳理头发。

5.1.3.1.3 根据老年人局部皮肤状况、配合程度等，选用合适的工具并按以下步骤为老年人剃须：

- 保持剃须用具清洁，剃须刀专人专用；
- 选用电动剃须刀时，按照从左至右，从上到下，先顺毛孔，再逆毛孔的顺序，进行剃须；选用普通剃须刀时，用剃须膏或温热毛巾敷脸，软化胡须，剃须时一手绷紧皮肤，一手握住剃须刀柄进行操作。剃须不应过短，避免“剃刀肿块”；
- 剃完后用温水擦拭干净，适当涂抹润肤霜，及时清理用物。

5.1.3.2 口腔清洁

5.1.3.2.1 根据老年人的生活自理能力、意识、身体状况，查看口腔有无牙龈出血、有无溃疡、有无义齿等，按病情选择合适的清洁方式，准备清洁用物。

5.1.3.2.2 鼓励并协助意识清醒者漱口、上肢功能良好者自行刷牙，指导老年人正确的漱口方法，避免呛咳或者误吸。

5.1.3.2.3 对完全失能老年人，按照 5.2.3 的操作要求对其进行口腔护理。

5.1.3.3 洗发

根据老年人身体情况，按以下步骤为老年人洗发：

- 放置洗头器，控制水温在 38℃~40℃之间，耳朵塞入不吸水棉球，用前臂内测试温后，用水杯等容器倾倒少量温水浸湿头发；
- 使用洗发液（膏），用指腹由发际向头顶揉搓头皮及头发，力量适中，避免抓伤头皮；
- 注意观察老年人面色、脉搏、呼吸等情况，操作中适时询问老年人感受，如有异常应停止操作并及时报告上级护理人员或医生；
- 洗净后应擦干或吹干头发，防止受凉。洗发过程中应注意防止水流入眼睛及耳朵。

5.1.3.4 手、足部清洁

根据老年人手足部局部皮肤情况、配合程度等，按以下要求清洁手、足部：

- 准备清洁用物，洗手、洗脚用具分开专用；
- 当局部皮肤无破损时，将老年人的手、脚放入调节好水温的脸盆或水桶中充分浸泡；
- 用适量肥皂或洗手液等细致擦洗，去除手脚部污垢或死皮，动作轻柔，操作过程中注意指/趾缝的清洗，必要时涂抹润肤霜，防止皮肤干燥。

5.1.3.5 指/趾甲护理

5.1.3.5.1 根据老年人生活自理能力、个人生活习惯、有无糖尿病等，按以下要求进行指/趾甲护理：

- 选择合适的指甲刀，动作轻柔，防止皮肤破损（尤其对有糖尿病等情况应特别注意，一旦损伤皮肤，及时进行处理并报告医生）；
- 修剪至与皮肤齐平，用锉刀轻磨指（趾）甲边缘，做到光滑、无毛刺；
- 操作结束后，及时整理用物，指（趾）甲碎屑等应用纸巾包裹丢入垃圾桶内。

5.1.3.5.2 定期查看老年人指（趾）甲情况，适时进行护理，保持指（趾）甲清洁、长度适中。

5.1.3.6 助浴

5.1.3.6.1 擦浴

根据老年人身体情况、病情、配合程度等，对老年人进行生命体征监测，并按以下步骤为老年人进行擦浴：

- 保持环境温湿度适宜，关闭门窗、准备用物，根据其耐受程度及季节因素调节水温，根据需要协助其提前排尿排便，注意保暖和保护个人隐私；
- 盆内倒入适量温水，调节水温至 38℃~40℃，协助老年人取合适体位，依次擦洗面部（眼、额、鼻、面颊、颈、耳及耳后）、上肢、胸腹、腹部、背臀、下肢、会阴、足部；
- 擦浴过程中适时换水，随时观察老年人病情变化及皮肤情况，尽量减少暴露，如出现寒颤、面色苍白、脉速等现象立即停止操作，给予适当处理，及时报告上级护理人员或医生；擦洗女性乳房部位时采用环形用力的方式，并注意擦净乳房下皮肤褶皱处；擦洗会阴部时，换盆、换水、换毛巾；注意保护伤口，妥善固定各种管路；
- 毛巾、脸盆专盆专用，用后及时清洗备用。

5.1.3.6.2 沐浴

根据老年人身体情况、病情、配合程度等，对老年人进行生命体征监测，选择适宜的沐浴方式（淋浴或盆浴），并按以下要求提供沐浴服务：

- 保持环境温湿度适宜，关闭门窗、准备用物，协助老年人适当饮水、防止脱水，根据需要协助其提前排尿排便，注意保暖和保护个人隐私；

- 根据老年人耐受程度及季节因素，调节水温至 38℃~40℃，先开冷水，再开热水，沐浴过程中注意水温变化，如需再次调节时，应避免老年人身体调节；
- 沐浴时取舒适、稳固的座位，将其肢体处于功能位，先面部后躯体进行沐浴，忌突然蹲下或站起，沐浴过程中注意观察老年人身体情况，发现异常及时处理，防止烫伤、跌倒、着凉，沐浴时间不宜过长；
- 沐浴后应及时清理浴室及用物，通风换气，居室内避免对流风。
- 避免空腹或饱餐时沐浴，沐浴后老年人身体应无异味、无污垢。

5.1.4 排泄照料

5.1.4.1 排泄护理

5.1.4.1.1 按以下要求对老年人进行排泄护理：

- 对有能力控制便意的老年人适时提醒如厕，对行动不便的老年人扶助如厕及协助使用便器；对失禁的老年人及时更换尿布，保持皮肤清洁干燥，无污迹；
- 对排泄异常的老年人，观察其二便的性状、颜色、排量及频次，做记录；
- 便器使用后即时倾倒，定期消毒，污染纸尿裤即时置于污物桶内，防止污染环境，患有传染性疾病时，污染纸尿裤应作为医疗垃圾集中回收处理；
- 排泄后应及时做好老年人会阴部或肛周清洁，场所内适当通风，避免对流风。

5.1.4.1.2 对于失智老年人，根据其身体情况，通过沟通、观察掌握其排便习惯和规律，为失智的老年人进行排泄护理：

- 经评估，失智老年人行走状态良好、情绪稳定、有排便需求时，协助其到卫生间排便；
- 告知失智老年人如厕流程，必要时通过粘贴醒目标志等方式帮助其识别并加强记忆；
- 帮助失智老年人养成定时排便的习惯，建立到卫生间排便的意识，同时，按照护理需求计划饮水量和时间，按时提醒其到卫生间排便。

5.1.4.1.3 注意保护老年人隐私。

5.1.4.2 失禁护理

根据老年人的失禁情况，按以下要求进行失禁护理：

- 准备相应的物品，用温水清洗局部皮肤，勤换衣被，保持身体清洁干爽，根据局部皮肤情况涂保护膜或油膏，定时按摩受压部位，防止褥疮发生；必要时能够使用接尿装置进行体外引流尿液，男性可采用尿套，女性可采用尿垫、接尿器；
- 针对大便失禁者，观察了解其排便时间、规律，适时给予便盆，试行排便以帮助建立排便反射；
- 给予老年人安慰、开导和鼓励，帮助其树立恢复自行排尿、排便的信心，积极配合治疗和护理；
- 鼓励并指导老年人进行膀胱功能、盆底肌及肛门括约肌的训练，重建正常排尿、排便功能。

5.1.4.3 会阴护理

5.1.4.3.1 根据老年人局部皮肤情况，按以下步骤为其进行会阴护理：

- 关闭门窗，准备用物，协助老年人取合适体位；
- 女性由阴阜向下至尿道口、阴道口、肛门，边擦洗边转动毛巾，清洗毛巾，分别擦洗两侧腹股沟部位；
- 男性由尿道外口、阴茎、阴囊、腹股沟和肛门顺序擦洗。

5.1.4.3.2 擦洗用水的温度应为 38℃~42℃。操作时动作应轻柔，注意保暖，保护隐私。

5.1.4.4 人工取便

根据老年人的肛周皮肤、有无痔疮、便秘严重程度和通便药物的使用后情况及用药反应等，按以下要求进行人工取便：

- 人工取便物准备齐全，注意保护隐私，必要时注意保暖；
- 协助老年人左侧卧位于床上，右手带手套，右手食指涂液体石蜡或肥皂液等润滑剂润滑后，通过肛门缓慢进入肛管，由浅入深，手法轻柔，操作过程中注意观察老年人的神志、面色和表情，如发生心悸、头晕应立即停止；
- 操作后及时做好老年人肛周清洁、热敷按摩促进血液循环，减轻疼痛；适当通风，避免对流风。

5.1.4.5 人工肛门便袋护理

为直肠、结肠或回肠肛门改道造瘘术后老年人进行人工肛门便袋护理（包括肛门便袋的使用、局部皮肤的护理等），具体要求如下：

- 评估老年人造口大小及周围皮肤情况，向老年人做好解释，以取得合作；
- 当便袋有渗漏或便袋内容物超过三分之一时，将便袋取下清洗，替换另一便袋：
 - 协助患者取平卧位、半坐卧位或坐位，揭去原有的便袋，撕离时，一只手按着皮肤，另一只手由上往下撕，以免扯伤皮肤；
 - 更换便袋前先用温水清洁造口及周围皮肤，不应使用酒精等刺激性强的外用药擦洗；
 - 用软纸轻轻擦干，确保皮肤干燥；
 - 粘贴便袋时，先除去胶片外面的粘纸贴于造口位置，轻压便袋胶片环及其周围，使其与皮肤充分接触紧贴，防止渗漏；
 - 更换便袋后将便袋两旁的扣洞用腰带扣上，固定于老年人腰间。

5.1.4.6 床上使用便器

根据老年人生活自理能力及活动情况帮助其使用便器，具体要求如下：

- 准备并检查便器，便器表面无破损裂痕等，保护老年人隐私并注意保暖；
- 采取合适体位，置入便器动作轻柔，避免硬塞硬拽；
- 便后观察排泄物性状及尾骶部位的皮肤情况，保持肛周皮肤及床单位清洁、干燥，如发现异常及时报告上级护理人员或医生；
- 便器使用后，即时倾倒，定期消毒。

5.1.4.7 留置尿管护理

按以下要求为老年人进行留置尿管护理：

- 每日早、晚清洁会阴部，消毒尿道口；定期更换集尿袋、导尿管，集尿袋及引流管的位置应低于耻骨联合，防止尿液逆流，必要时做尿常规化验，防止尿路感染。膀胱有感染者及时进行膀胱冲洗；
- 保持尿管通畅，更换体位时应妥善固定导尿管，防止导尿管及连接管扭曲折叠；
- 观察尿液引流情况，记录 24 h 引流尿液的颜色、性状和量，发现不通畅、漏尿、尿液异常等应及时报告医生；
- 集尿袋中的尿液超过 1/2 时应及时排出，避免尿液反流；

- 协助老年人适量饮水、更换体位，在身体状态允许的情况下，每日饮水量为 1 500 mL~2 000 mL（包括食物内的水分）；
- 对膀胱功能尚好的长期留置导尿管者训练膀胱反射功能，作间歇性夹管和引流，每 3 h~4 h 开放一次，使膀胱定时充盈和排空，必要时每 2 h 开放一次。应用利尿剂老年人，必要时每 30 min 开放排尿一次。

5.1.5 体位转移照料服务

5.1.5.1 协助更换体位

5.1.5.1.1 根据老年人营养状态、身体受压部位皮肤情况、配合程度等，协助老年人取侧卧位，注意让其用健侧肢体一起用力更换体位。

5.1.5.1.2 操作过程中应保护患肢和皮肤，翻身时避免拖、拉、拽、推，以免挫伤皮肤或引起骨折，同时应注意检查背、臀部皮肤情况，必要时进行擦洗，保持局部清洁干燥。

5.1.5.1.3 一般情况下应每 2h 翻身一次，必要时 1h 翻身一次。更换体位后，记录翻身时间、体位、皮肤情况等，发现异常及时报告。

5.1.5.2 协助床上移动或借助器具移动

5.1.5.2.1 根据老年人的病情、肢体活动能力、年龄、体重，有无约束、伤口、引流管、骨折和牵引等，协助其在床上适度移动，或者选择适宜的移动工具（轮椅、平车等），帮助老年人进行移动。

5.1.5.2.2 正确使用助行器、轮椅及其它辅助器具移动老年人，在移动的过程中，妥善处理各种管路，做好安全保护措施，避免拖拉拽，保护局部皮肤。

5.1.5.2.3 助行过程中注意观察老年人器具使用适应情况，发现异常情况及时处理。

5.1.5.2.4 应注意助行器具性能保持良好，如轮椅刹闸稳固、有安全保护带等。

5.1.5.3 协助肢体被动活动及指导

根据老年人神志、病情、活动能力、活动意愿等，提前做好周密的被动活动计划，向家属传授被动活动的相关知识，鼓励家属积极参与。按照被动活动计划，协助老年人进行肢体被动活动：

- 操作前，做热身运动；
- 操作时，使老年人放松肢体肌肉，双手固定关节近端，活动关节远端，病情允许时，尽量作关节各方向的全幅度运动，动作轻柔、准确，避免粗暴，防止损伤；
- 操作后，做整理运动，将老年人肢体轻轻抖动、从远心端向近心端轻轻拍打，放松肌肉，促进血液回流，使肢体逐步恢复到安静状态。热身及整理运动一般为 6min~10min。

5.2 医疗护理

5.2.1 生命体征监测

为老年人进行生命体征监测，包括监测体温、脉搏、呼吸、血压、血糖等，具体要求如下：

- 体温监测：体温计消毒方法应符合要求。测腋温、口温、肛温时，选择适合相应部位的体温计，注意将体温计放置在正确的位置，按规定的时间进行测量。对老年失智、精神异常、意识不清、烦躁和不合作者，采取恰当的测量方法或在床旁协助测量体温；
- 脉搏监测：选择合适的部位，测量时间一般为 30 s，脉搏异常时应测量 1 min。避免在偏瘫、动静脉瘘、手术等肢体测量；
- 呼吸监测：测量呼吸时注意观察呼吸频率、节律、类型等情况，取自然体位，观察胸部或腹部起伏，测量时间一般为 30 s，呼吸异常时应测量 1 min；

- 血压监测：选择合适的血压计并检查完好。协助老年人采取坐位或仰卧位，保持血压计零点、肱动脉与心脏同一水平。选择宽窄度适宜的袖带，驱尽袖带内空气，平整地缠于老年人上臂中部，松紧以能放入一指为宜，下缘距肘窝 2 cm~3 cm。正确判断收缩压与舒张压。如血压听不清或有异常时，应间隔 1 min~2 min 后重新测量。长期观察血压的老年人，应定时间、定部位、定体位、定血压计；
- 血糖监测：根据老年人穿刺部位皮肤状况，确认血糖仪的型号与试纸型号一致，正确安装采血针，确认监测血糖的时间（如空腹、餐后 2 h 等）；确认老年人手指酒精消毒干透后实施采血，弃去第一滴血，第二滴血量充足，应使试纸试区完全变成红色；将结果告知老年人及其家属，做好记录；对需要长期监测血糖的老年人，穿刺部位应轮换，并指导老年人血糖监测的方法。

5.2.2 压疮预防护理

- 5.2.2.1 按照 MZ/T 132 要求，评估和确定老年人发生压疮的危险程度，采取预防措施（如定时翻身、气垫减压等），对需协助翻身的老年人每 2 h 翻身 1 次，特殊情况下根据需要可适当增加翻身频次，掌握不同的翻身姿势（如一般翻身侧卧姿势及偏瘫者翻身侧卧姿势）。
- 5.2.2.2 保持老年人皮肤清洁干燥，衣物平整无褶皱、床单位整洁。

5.2.3 口腔护理

根据老年人病情、意识、配合程度，观察口腔黏膜有无异常，有无活动义齿，按以下步骤为其进行口腔护理：

- 用物准备齐全，向老年人解释操作目的，取得配合，遵医嘱选择合适的口腔护理液，协助老年人取下活动义齿；
- 协助老年人取合适体位，按要求依次擦洗口唇，由内向外擦洗牙齿外侧面、内侧面、咬合面，颊部、硬腭、舌面及舌下等部位；
- 操作前、后应清点棉球，数量一致，操作中，应用弯血管钳夹紧棉球，防止遗留在口腔内；使用的棉球不宜过湿，以不滴水为宜，防止引起呛咳；昏迷或意识模糊的老年人不应漱口，避免水分流入咽部引起呛咳；使用开口器时，应从白齿处放入；擦洗时注意勿触及咽部，以免引起恶心等不适。

5.2.4 吸痰护理

5.2.4.1 根据老年人的病情、意识，痰液性质、量及颜色，配合程度，双肺呼吸音，口腔及鼻腔有无损伤等，严格执行无菌技术操作原则，按以下要求进行吸痰护理：

- 吸痰用物准备齐全；
- 检查吸引器性能及呼吸机参数设置，调节负压在 0.02 MPa~0.04 MPa 范围内；
- 选择型号适宜的吸痰管，吸痰管外径应小于人工气道内径的 1/2，插管长度应根据年龄和病情进行调整，其中气管插管插入长度约 20 cm~25 cm，气管切开插入长度约 12 cm~13 cm；
- 经口鼻吸痰时，将吸痰管经口或鼻腔插入气道，吸痰过程中边旋转边向上提拉，吸痰结束后冲洗负压管道，需再次吸痰时应更换吸痰管；经人工气道吸痰时，吸痰前后应给予 2 min 纯氧，将吸痰管迅速、准确送入人工气道内，深度适宜，边旋转边向上提拉吸痰管，吸痰时间不超过 15 秒/次。如需反复吸痰，重复吸引应不超过 3 次，中间应间隔 3 min~5 min；
- 吸痰后及时记录痰液的颜色、量及性状，监测血氧饱和度变化，注意观察生命体征、气道是否通畅及老年人的反应等。

5.2.4.2 每次吸痰均应更换吸痰管，先吸气道分泌物，再吸口鼻处，吸痰应动作轻稳，防止呼吸道黏膜损伤。

5.2.4.3 吸痰过程中心率明显减慢或血氧饱和度下降至 90% 以下，应立即停止吸痰，并给予高浓度氧气吸入。

5.2.5 鼻饲

5.2.5.1 根据老年人病情、胃管留置时间、意识状态、腹痛、腹胀、恶心、胃潴留、排便、营养状况以及进食液的温度及性状，按以下要求进行鼻饲：

——鼻饲前，协助老年人取坐位或半坐位，无法坐起者摇高床头 $30^{\circ} \sim 45^{\circ}$ ，取右侧卧位；

——判断胃管在胃内，注入 20 mL 温开水，观察管道通畅；

——缓慢注入进食液，速度为 10 mL/min \sim 13 mL/min；

——进食后注入 50 mL 温开水，冲净胃管食物残渣并妥善固定。保持进食体位 30 min，避免呕吐和误吸。

5.2.5.2 每次进食量不超过 200 mL，间隔时间大于 2 h，饮食温度为 $38^{\circ}\text{C} \sim 40^{\circ}\text{C}$ 。进食过程中，发现恶心、呕吐等情况，应立即停止进食并报告医生。

5.2.5.3 对长期鼻饲的老年人，每日早、晚间做口腔护理，保持口腔清洁。

5.2.5.4 对需要吸痰的老年人，在进食前 30 min 或后 30 min 进行，以避免引起胃液或食物返流及误吸。

5.2.5.5 长期置胃管老年人需要服用药物时，为防止胃管堵塞，将片剂研碎、溶解后再灌注。研碎溶解前应征得医生同意。

5.2.5.6 随时观察胃管固定处皮肤的情况。抽吸胃液时若发现胃液内含有血液或咖啡样物等异常，应立即报告医生。

5.2.6 导尿

5.2.6.1 根据老年人病情、意识状态、合作程度、排尿情况、会阴情况及膀胱充盈度，男性老年人还应了解有无前列腺病史，严格执行无菌技术操作原则，按以下要求进行导尿：

——操作前留置导尿用物准备齐全；

——协助老年人取屈膝仰卧位，两腿略外展，用软垫支撑，暴露外阴，注意保暖及保护隐私；

——清洗外阴，按无菌操作要求消毒外阴及尿道口。戴无菌手套，铺孔巾，检查导尿管，气囊导管应检查尿管气囊是否漏气，连接尿管与集尿袋，润滑尿管前端；

——再次按无菌技术操作原则消毒尿道口，将尿管插入尿道。普通导尿管女性插管长度约 5 cm \sim 7 cm，男性约 22 cm \sim 24 cm；气囊导尿管女性插管长度约 10 cm \sim 12 cm，男性约 26 cm \sim 28 cm；

——根据尿管上注明的气囊容积向气囊注入等量的无菌溶液，轻拉尿管确认有阻力。固定尿管及集尿袋，注明留置尿管的日期及时间。

5.2.6.2 插管遇阻力时，不应强行插入。女性老年人尿道口回缩，插管时应仔细观察，避免误入阴道。误入阴道时，需更换尿管重插。老年人发生尿潴留进行导尿，第一次排尿量应介于 500 mL \sim 800 mL 之间，避免腹内压急剧下降引起膀胱出血。

5.2.7 造口护理

5.2.7.1 根据老年人的心理情况、造口及周围皮肤情况、房间温度及隐蔽性，按以下要求进行造口护理：

——造口护理用物准备齐全，协助老年人取舒适体位，暴露造口部位，注意保暖及保护隐私；

——一手固定造口底盘周围皮肤，一手由上向下分离造口底盘，观察排泄物性状；

——用温水由外向内清洁造口及周围皮肤；

- 测量造口大小、形状，修剪造口底盘，必要时可涂造口粉、保护膜及防漏膏；
- 撕去粘贴面上的纸，按照造口位置由下而上将造口袋底盘贴上，并夹闭造口袋下端开口；
- 将造口袋与底盘扣紧，沿造口袋连接环在其左、右二点轻压扣合，两指捏紧锁扣。

5.2.7.2 使用造口辅助用品前应阅读产品说明书或咨询造口治疗师。移除造口袋时应注意保护皮肤，粘贴造口袋前应注意造口周围皮肤清洁干燥，造口底盘与造口黏膜之间保持 1 mm~2 mm 空隙。定期扩张造口，防止狭窄。

5.2.8 换药

5.2.8.1 根据老年人患病情况、意识状态、伤口形成原因、持续时间、曾接受的治疗及护理等，严格执行无菌技术操作原则，按以下要求进行换药：

- 换药用物准备齐全；
- 观察伤口的部位、大小（长、宽、深）、潜行、组织形态、渗出液、颜色、感染状况、伤口周围皮肤或组织状况等，协助老年人取舒适体位，暴露换药部位，注意保护隐私；
- 取下伤口敷料，若敷料与伤口粘连，用生理盐水浸湿软化后缓慢取下；
- 选择合适的伤口清洗剂清洁伤口，去除异物、坏死组织等；有多处伤口时，先换清洁伤口，后换感染伤口。清洁伤口换药时，从伤口中间向外消毒；感染伤口换药时，从伤口外向中间消毒；
- 换药后，清理用物，交待有关注意事项，如需包扎伤口，注意包扎松紧适宜。根据伤口渗出情况确定伤口换药频率。

5.2.8.2 换药过程中注意保暖，密切观察病情，出现异常情况及时报告医生。

5.3 康复护理

5.3.1 语言训练

5.3.1.1 根据老年人身体状况、疾病程度、言语障碍情况等，选择适合老年人的言语训练方案，在安静的环境下，对老年人进行语音训练、听理解训练、口语表达训练、阅读理解和朗读训练、书写训练等，具体要求如下：

- 语音训练：护理人员示范，老年人模仿发音；
- 听理解训练：护理人员讲出物品的名称，老年人通过卡片或实物指出正确的物品；
- 口语表达训练：鼓励老年人多讲话，通过听单词或句子进行复述；
- 阅读理解和朗读训练：鼓励老年人阅读和朗读；
- 书写训练：鼓励老年人抄写单词、句子或文章。

5.3.1.2 在训练过程中随时观察老年人的反应，及时给予反馈，发现问题及时改进。如发现异常应立即停止。

5.3.2 吞咽训练

5.3.2.1 与老年人及其家属沟通，了解老年人既往进食和呛咳情况。评估老年人的身体状况及吞咽障碍程度，准备用物，在康复医生的指导下，进行直接或间接吞咽训练。

5.3.2.2 饮食指导直接训练方法具体要求如下：

- 卧位训练：老年人取 30° 仰卧位，偏瘫侧肩部以软枕垫起，身体倾向健侧 30°，头部前屈，护理人员位于老年人健侧协助进食，减少逆流和误咽；
- 坐位训练：老年人取坐位、头稍前屈位，增高舌骨肌的张力，喉上抬，协助进食。在条件允许的情况下，头部转向瘫痪侧 80°，使健侧咽部扩大，便于食物进入，防止误咽；

- 食物选择：应根据吞咽障碍的程度及阶段，按照先易后难的原则，选择容易吞咽的食物，如密度均匀、有适当黏性、不易松散、通过咽及食管时容易变形、不在黏膜上残留的食品；
- 一口量选择：以正常人一口量约为 20 mL 为参照，先以少量（3 mL~4 mL）试之，再酌情增加。宜选择薄而小的汤匙作为餐具。

5.3.2.3 吞咽功能间接训练方法具体要求如下：

- 咽冷刺激训练：使用冰冻的棉棒蘸少许冰水，轻轻刺激老年人软腭、舌根及咽后壁，指导老年人做空吞咽动作；
- 吸吮训练。指导老年人食指戴上胶套，放于口中，模仿吸吮动作，体验吸吮的感觉，每次吸吮 20 次；
- 屏气—发声训练：使老年人坐于椅子上，深吸气后屏气，双手支撑椅面用力按压，此时胸廓固定、声门紧闭；突然松手，声门打开，发出呼气声；
- 体位的调节训练：选择能预防咽部残留物进入气道的坐位进食；
- 反复吞咽训练：一口食物多次吞咽或空吞咽；
- 轮换吞咽训练：固体和液体食物交替吞咽，除去咽部残留物；
- 健侧吞咽训练：将食物放于健侧吞咽；
- 转头吞咽训练：左右转头吞咽，清除两侧梨状隐窝残留食物；
- 点头样吞咽训练：先将头后仰，随后头向前低，同时做吞咽动作，清除会厌部残留食物；
- 促进吞咽反射训练：用手指沿甲状软骨到下颌上下摩擦皮肤，通过吞咽肌群的感觉，诱发吞咽反射；
- 咳嗽训练：嘱老年人努力咳嗽，建立排除气管异物的防御反射。一般训练 2 周后，待吞咽功能明显好转，再进行摄食训练。

5.3.2.4 训练过程中随时观察老年人反应及其感受，发现疲劳、呛咳立即停止。训练时应严密观察，避免发生窒息，如有意外立即采取急救措施。

5.3.3 床上移动训练

5.3.3.1 在环境适宜、老年人状况良好的情况下，采用正确的操作方法协助老年人进行桥式运动功能训练、从仰卧位至床边坐位的体位转换功能训练等。

5.3.3.2 桥式运动功能训练具体要求如下：

- 双桥运动训练。协助老年人取仰卧位，两腿屈髋屈膝，使小腿与床面呈 90°，双脚平放在床上，以脚掌与健侧手掌共同支撑，慢慢将臀部抬起，保持 5 s~10 s 后，再慢慢放下。训练时两腿之间可夹持枕头或其它物体。发现老年人力量不足、不能保持臀部抬起 5 s~10 s 时，可用双手置于老年人臀下轻轻托扶，让老年人慢慢适应；
- 单桥运动训练。协助老年人取仰卧位，患侧下肢屈髋屈膝，使小腿与床面呈 90°，脚掌平放于床面与健侧手掌共同支撑，将臀部抬高离床面，健侧下肢伸展、悬空或搭于患肢股骨远端，保持 5 s~10 s 后，慢慢放下。发现力量不足、不能保持臀部抬起 5 s~10 s 时，可用双手置于老年人臀下轻轻托扶，让老年人慢慢适应。

5.3.3.3 从仰卧位至床边坐位的体位转换功能训练，具体要求如下：

- 协助老年人侧卧位：站在老年人健侧，协助将头偏向健侧，用健侧手将患侧手放于胸腹前，健侧脚插入患侧腿下方、勾住，协助双腿屈膝，双足支撑于床面。右手扶托老年人髋部，左手扶托颈肩部，协助整体翻身；
- 协助老年人床边坐起：护理人员站在老年人健侧保护，指导老年人用健侧脚勾住患侧脚，将双腿移至床边。指导协助老年人用健侧手、肘支撑床面，以髋部为轴，使上身向上完成坐起，协助调整舒适坐姿，用软垫支撑，坚持坐立；

——协助老年人躺下：老年人感觉劳累时，应指导用双手支撑床面，旋转身体，用健侧肘关节支撑身体，使身体缓慢侧躺。双手扶托老年人双肩，保持向后倾倒速度，缓慢完成侧卧，再将双下肢置于床上，再到仰卧位。整理床单位，盖好盖被，支起床挡。

5.3.3.4 体位转换过程中随时询问老年人的感受，注意观察老年人的面色、表情，一旦出现异常立即停止操作，恢复先前的体位。

5.3.4 站立训练

5.3.4.1 在老年人可坐立、坐直、站稳的情况下，选择地面平整无障碍、温湿度适宜且安全的环境，尊重老年人意愿，掌握其活动能力，评估其身体状况、疾病程度，与家属沟通，了解生活习惯，按以下步骤对其进行站立训练：

——准备用物，协助老年人侧卧、起床并转移到床边坐直、坐稳。与老年人相对，坐在座椅上向老年人示范；

——护理人员保持上身挺直，双脚分开，与肩同宽，患脚稍向后；掌心相对，十指相扣，患侧拇指在上，两臂向前伸直呈 90° ；身体前倾，重心前移，患侧下肢充分负重，臀部抬离椅子，慢慢站直、站稳后，将重心调节至双腿之间。恢复坐位：保持上身挺直，身体前倾，屈髋屈膝，慢慢向后、向下移动臀部，坐在椅子上。与老年人交流，询问是否理解训练动作；

——护理人员保持上身挺直，双脚分开，与肩同宽，患脚稍向后；掌心相对，十指相扣，患侧拇指在上，两臂向前伸直呈 90° ；护理人员站在老年人患侧，注意引导和保护。引导老年人掌心相对，十指相扣，患侧拇指在上，两臂向前伸直呈 90° ；身体前倾，重心前移，患侧下肢充分负重，臀部抬离椅子，慢慢站直、协助老年人站稳后，将重心调节至双腿之间；

——与老年人交流，无不适，恢复坐位：护理人员站在老年人患侧保护，引导照护掌心相对，十指相扣，患侧拇指在上，两臂向前伸直呈 90° ；保持上身挺直，身体前倾，屈髋屈膝，慢慢向后、向下移动臀部，坐在椅子上。再次重复训练。

5.3.4.2 随时询问老年人感受，观察其面色、表情，判断是否出现劳累、头晕、恶心、心慌等情况。如出现异常，立即停止，恢复坐位或者卧位，必要时报告。

5.3.5 轮椅转移训练

5.3.5.1 评估老年人身体状况，确定老年人具备转移能力后，选择整洁宽敞、无障碍物的环境，协助老年人完成从床到轮椅、从轮椅到床的转运训练，具体要求如下：

——准备轮椅，检查轮胎气压充足，确保刹车制动良好，座椅、靠背、安全带、脚踏板、架腿布完好，协助老年人侧卧、坐立，穿好衣服和穿防滑鞋；

——从床到轮椅转移：

- 偏瘫者转移。轮椅置于健侧，与床呈 $30^{\circ} \sim 45^{\circ}$ 角固定，协助老年人从床上坐起，双足着地，健足在患足后方，健侧手抓住轮椅远侧扶手，健足蹬地起身，以健肢为轴，转动身体坐到轮椅，调整位置，系好安全带，按需放置软枕，将双足置于脚踏板上，松刹车，慢慢离床；
- 双下肢瘫痪者转移。轮椅直角对床，固定。老年人背向轮椅在床上坐起，双手支撑向轮椅靠近，抓住轮椅扶手，臀部坐入，调整位置，松开刹车，慢慢离床，再次固定轮椅、放双足于踏板上，松开刹车，慢慢移动。

——从轮椅到床转移：

- 主动移动。应按健侧转移摆放轮椅，固定。老年人用健侧脚抬起脚踏板，身体慢慢前移动，双足落地，健侧手按床，支撑身体前倾，用健侧下肢支撑患侧下肢站起，旋转身体坐到床边，调整位置，移开轮椅，用健侧带动患侧将双足移到床上；

- 被动移动。固定轮椅与床呈30°～45°角，护理人员与老年人相对，用脚支起脚踏板，调整老年人坐在轮椅边。一脚向前，伸入老年人两腿中间，一脚向后，双膝半蹲位站稳，双手托住老年人两侧腋下，用双腿力量直立，将老年人扶起。转移重心，使老年人臀部座至床边，向床中心移位、侧卧、双足移到床上、平卧。

5.3.5.2 转运过程中，应询问老年人感受，指导使用轮椅方法，及时改进操作方法，如有不适立即停止操作。转运全过程，应加强保护，避免坠地或跌倒。

5.3.6 行走训练

5.3.6.1 根据老年人的身高、体重、年龄、病情、手杖使用情况、活动能力等情况，选择地面整洁、平坦、无积水的环境，协助老年人进行行走训练，具体要求如下：

——老年人着装合体、鞋子防滑。准备四脚手杖、安全腰带等用物。检查手杖把手、橡胶垫、调节高度和方向的按钮完好；

——护理人员示范训练项目，询问是否理解训练动作。理解后，为老年人系好保护腰带，用健侧手握住手杖把手，放在健脚外侧15cm处，身体直立，目视前方，进行行走训练：

- 三点式行走：先手杖、再患侧、再健侧。护理人员站在患侧保护；
- 二点式行走：先手杖和患脚同时迈出、再健脚跟上。护理人员站在患侧保护；
- 上楼梯行走：先上健脚，再上拐杖，再上患脚行走，护理人员站在患侧后方保护；
- 下楼梯行走：先下拐杖，再下患脚，再下健脚。护理人员站在患侧前面保护。

5.3.6.2 行走过程中，观察有无障碍物，及时清理。观察、询问老年人感受，如有不适，立刻休息。

5.3.6.3 行走结束，了解老年人使用手杖感受，使用中存在的问题，并指导解决。

5.3.6.4 行走全过程加强保护，避免拉、拽老年人胳膊，以免在站立不稳或意外跌倒时发生骨折。

5.3.7 认知能力训练

5.3.7.1 根据老年人身体状况、疾病情况，与老年人及其家属沟通，了解其生活习惯，在老年人熟悉的环境下，对老年人进行记忆和注意力训练、计算力训练、思维能力训练，具体要求如下：

——准备用物；

——记忆和注意力训练：将一串不按顺序排列的数字，念给老年人复述，直至不能复述为止；给老年人观看几件物品，由少到多，逐渐增加，观看时间可由长到短；

——计算力训练：将物品分成两堆，让老年人比较多少；进行简单的消费账目计算；

——思维能力训练：让老年人把动物、植物图画卡片分门归类，训练思维和综合分析能力。

5.3.7.2 以缓慢温和的语速告知老年人每一项操作的步骤，把每一步的具体动作加以分解，反复示范指导老年人练习。多用表情和手势，得到老年人反馈后再开始下一步。训练过程中观察老年人反应，发现异常立即停止。

5.3.8 日常生活能力训练

5.3.8.1 根据老年人的日常生活自理能力，合理布置老年人房间环境，将床、椅及所有生活用品放在适当的位置。

5.3.8.2 协助老年人完成进食、个人卫生、穿脱衣裤鞋袜、翻身、如厕等日常生活自理能力训练。

5.3.8.3 训练时保持老年人处于舒适的位置，护理人员处于可以清楚地观察老年人活动全过程的位置。

5.3.8.4 训练时发布指令缓慢、耐心，逐步讲解过程，强调要点，及时纠正错误动作。活动量应逐渐增加，掌握时间，不宜使老年人过度疲劳。

5.4 心理支持

- 5.4.1 链接社工、志愿者和相关第三方的力量,运用个案工作等方式,为重度(完全)失能老年人提供心理支持与社会支持服务,包括倾听、抚触、音乐、诵读、放松训练、心理健康知识宣讲等。
- 5.4.2 结合老年人的心理需求与身体情况,协助老年人主动参与到自己力所能及的自理活动中来,以增强其对自身健康管理的信心和控制感。
- 5.4.3 密切关注老年人的心理、情绪和行为变化,及时做好情绪疏导工作,并耐心陪伴老年人共同面对和疏解情绪困扰,不否认、不忽视老年人的情绪体验。
- 5.4.4 如发现老年人存在较为严重的心理问题,应及时提供转介服务,推荐到医院或者心理咨询中心就诊。

5.5 安宁疗护

根据特殊需要,提供以下安宁照护服务:

- a) 根据老年人的病情发展和相关第三方的需要,可为老年人提供临终关怀服务。
- b) 做好老年人亲属的哀伤辅导,减轻亲属对老年人临终的悲伤情绪。

6 服务评价与改进

6.1 评价

- 6.1.1 养老机构应采取设置意见箱、线上收集等方式收集并听取老年人及相关第三方的建议和意见。
- 6.1.2 应定期开展机构内的服务质量检查与考核。
- 6.1.3 宜采取日常检查、不定期抽查、专项检查等方式进行内部评价。
- 6.1.4 应每年开展不少于1次的服务满意度测评,并形成分析报告。
- 6.1.5 宜邀请相关专家或第三方专业机构,对服务质量和安全管理进行评价。
- 6.1.6 服务评价的内容包括但不限于:
 - c) 服务质量;
 - d) 服务人员;
 - e) 服务满意度;
 - f) 工作记录和归档情况等。

6.2 改进

- 6.2.1 应根据评价过程中提出的意见或建议,制定整改措施,并持续跟踪整改措施的落实情况,提升服务质量。
 - 6.2.2 通过信息的收集与分析,不断创新服务与管理理念,持续改进服务质量。
-