附件2

老年人家庭适老化改造需求评估量化表

（参考格式）

评估员： 评估时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 评估编号： | | | | | | | | | | |
| 姓 名 |  | | | 性别 | |  | | | 联系电话 |  |
| 出生年月 |  | | | 身份证号码 | | | | |  | |
| 居住地址 |  | | | | | | | | | |
| 住宅类型 | □电梯房 □楼梯房  □平房 | | | | | | | | | |
| 屋 龄 |  | | | | | 60岁及以上 | | | 位 | |
| 联络人 | 姓名 关系 联系电话 | | | | | | | | | |
| 一、身体状况评估 | | | | | | | | | | |
| 家中是否有行动不便的人：□无 □有（ ）位 | | | | | | | | | | |
| 自理能力 | | □完全自理 □基本自理 □轻度依赖 □完全依赖 | | | | | | | | |
| 健康情况 | | 现患有疾病  □心脏病 □高血压 □低血压 □糖尿病 □痛风 □胆固醇 □白内障□帕金森症□骨质疏松□支气管哮喘□老年痴呆 □风湿性关节炎 □中风  □其他 | | | | | | | | |
| 曾经在家中跌倒过的案例 | | | □无 □有（原因） | | | | | | | |
| 进食 | | | □完全自理 □基本自理 □轻度依赖 □完全依赖 | | | | | | | |
| 穿衣：包括扣纽扣、拉链及穿鞋 | | | □完全自理 □基本自理 □轻度依赖 □完全依赖 | | | | | | | |
| 仪表：洗脸、梳头、剃须 | | | □完全自理 □基本自理 □轻度依赖 □完全依赖 | | | | | | | |
| 洗浴 | | | □完全自理 □基本自理 □轻度依赖 □完全依赖 | | | | | | | |
| 如厕 | | | □完全自理 □基本自理 □轻度依赖 □完全依赖 | | | | | | | |
| 走动（可用助行器） | | | □完全自理 □基本自理 □轻度依赖 □完全依赖 | | | | | | | |
| 上楼梯 | | | □完全自理 □基本自理 □轻度依赖 □完全依赖 | | | | | | | |
| 视力 | | | □完全自理 □基本自理 □轻度依赖 □完全依赖 | | | | | | | |
| 使用电话 | | | □能自己打电话 □能拨熟悉的电话 □能接但不能打电话 □不能使用电话 | | | | | | | |
| 服药能力 | | | □能主动准确服药 □能服用准备好的药物 □不能正确服药 | | | | | | | |
| 听力 | | | □听力下降 □使用助听器 □异常分泌物 □耳鸣 □眩晕 | | | | | | | |
| 鼻部 | | | □流涕 □异常分泌物 □鼻出血 □疼痛 □嗅觉异常 □鼻塞 | | | | | | | |
| 口/咽喉 | | | □疼痛 □溃疡 □嘶哑 □吞咽困难 □牙龈出血 □味觉迟钝□龋齿 □义齿 □打鼾 | | | | | | | |
| 意识状况 | | | □清醒 □嗜睡 □模糊 | | | | | | | |
| 情绪表现 | | | □平静 □不安 □急躁 □激动 □忧虑 □冷漠 | | | | | | | |
| 决断与认知 | | | □独立，合理并一贯性 □需要他人提示或指引  □不能做任何决定 | | | | | | | |
| 参加的社会活动类型 | | | □公园 □居家照料中心 □老年大学 □其他（注明） | | | | | | | |
| 二、家庭成员评估 | | | | | | | | | | |
| 子女是否在当地工作 | | | □是 □否 | | | | | | | |
| 紧急情况能否联系到直系亲属 | | | □能 □否 | | | | | | | |
| 与家庭成员情感关系 | | | □亲密 □良好 □一般 □冷淡 | | | | | | | |
| 有无照护者 | | | □无 □有（ ）位 | | | | | | | |
| 照护者是否有照护经验 | | | □无 □有 会日常护理 □有 会专业级护理 | | | | | | | |
| 照护内容 | | | □进食 □穿衣 □仪表 □洗浴 □如厕  □走动 □服药 □其他 | | | | | | | |
| 照护时间 | | | □全天24小时 □半天12小时 □上午6小时  □下午6小时 □不固定 | | | | | | | |
| 三、居家环境评估（请在对应的分数栏内打钩，分值越高，整体安全性及舒适性越好） | | | | | | | | | | |
| （一）居家环境整体评估 | | | 分数 | | | | | 备注 | | |
| 1 | | 2 | | 3 | 1不好 2普通 3良好 | | |
| 1.照光够明亮，方便老年人可以看清屋内物品及家具、通道等位置 | | |  | |  | |  | 1. 白天需要开灯光才够明亮 2. 白天需要开灯光才够明亮，但通常不开灯 3. 白天不需要开灯，照光就够明亮 | | |
| 2.屋内的电灯开关都有明显的特殊设计（例如：有开关外环显示灯或萤黄贴条） | | |  | |  | | / | 1. 无明显特殊设计 2. 有明显特殊设计 | | |
| 3.光线强度不会让老年人感到眩晕或看不清物品位置 | | |  | |  | |  | 1. 光线较弱，看不清物品 2. 光线较强，使人感到眩晕 3. 光线强度适中，使人眼睛舒适且能看清楚物品 | | |
| 4.若有小地毯，小地毯内有牢固的防滑地垫 | | |  | |  | | / | 1. 无牢固的防滑地垫 2. 有牢固的防滑地垫 | | |
| 5.地板铺设不反光且防滑的材质 | | |  | |  | |  | 1. 铺设反光且不防滑的材质 2. 铺设不反光或防滑的材质 3. 铺设不反光且防滑的材质 | | |
| 6.走道装设有扶手或安全绳可协助老年人行动 | | |  | |  | | / | 1. 未设有扶手或安全绳 2. 设有扶手或安全绳 | | |
| 7.家具（椅子、茶几等）足够坚固，可依靠它，协助行动时可以提供支持 | | |  | |  | | / | 1. 不够坚固且不能提供支持 2. 足够坚固且能提供支持 | | |
| 8.家具（椅子、茶几等）边缘或转角处光滑无直角突出（圆弧形），不易绊倒人 | | |  | |  | | / | 1. 尖锐直角，易绊倒人 2. 圆弧形，不易绊倒人 | | |
| 9.家中老年人是否在床附近放有移动马桶或者便携式接尿器、插入式便器 | | |  | |  | |  | 1. 没有 2. 放有但须有家属辅助完成排泄 3. 放有且老年人自己使用 | | |
| 10. 家中老年人常使用的椅子高度（质地较硬）可使其容易起身及坐下，并配有扶手以协助移动 | | |  | |  | | / | 1. 椅子高度不适用老年人起身坐下且无扶手 2. 椅子高度适用老年人起身坐下并配有扶手 | | |
| 11.家中老年人是否使用助起沙发，辅助老年人起身站立 | | |  | |  | |  | 1. 未曾配有 2. 配有助起沙发但须有家属辅助完成站起 3. 配有助起沙发且老年人自己操作无障碍 | | |
| 12.老年人所需使用之设备（如轮椅、拐杖、半拐杖、辅助车等）都放在固定位置方便使用 | | |  | |  | |  | 1. 设备缺少或损坏 2. 未放在固定位置 3. 放在固定位置 | | |
| 13.运用对比的素色（非花色、波浪或斜纹）区分门内、楼梯及高度的变化（黄色和白色不易分辨，应避免） | | |  | |  | | / | 1. 未做对比区分 2. 有对比区分 | | |
| 14.无高度与地面落差太大的门槛 | | |  | |  | |  | 1. 落差超过10cm以上 2. 落差在10cm以内 3. 无落差（0cm平的） | | |
| 15.延长线与电线是否固定 | | |  | |  | | / | 1. 无固定且易绊倒人 2. 固定且不易绊倒人 | | |
| 16.门距够宽，可让老年人容易进出 | | |  | |  | |  | 1. 宽度在90cm以下 2. 宽度在90—100cm 3. 宽度在100cm以上 | | |
| 17.门把采用T形把手 | | |  | |  | | / | 1. 不采用T形把手 2. 采用T形把手 | | |
| 18.走道宽度维持在120cm以上，并维持畅通（方便轮椅在走道上有回转空间） | | |  | |  | |  | 1. 宽度在120cm以下 2. 宽度等于120cm 3. 宽度在120cn以上 | | |
| 19.地面防滑 | | |  | |  | |  | 1. 防滑效果较差 2. 防滑效果良好 3. 防滑效果显著 | | |
| 整体安全性及舒适性评估合计19个测量项，总分值为57分，单项评估未达最高分，则需要进行相对应的适老化改造。 | | | | | | | | | | |
| （二）浴室 | | | 分数 | | | | | 备注 | | |
| \*浴室与厕所分开  \*到浴室的通道能无障碍行动 | | | 1 | | 2 | | 3 | 1不好 2普通 3良好 | | |
| 1.门槛与地面落差不大，不会让人绊倒 | | |  | |  | |  | 1. 门槛超过20cm以上 2. 门槛不再15-20cm 3. 门槛在10-15cm | | |
| 2.地板经常保持干燥 | | |  | |  | |  | 1. 经常潮湿 2. 偶尔潮湿 3. 地板干燥 | | |
| 3.浴室地板铺设防滑排水垫 | | |  | |  | | / | 1. 未铺设防滑排水垫 2. 有铺设防滑排水垫 | | |
| 4.浴室是否使用洗澡椅 | | |  | |  | |  | 1. 不使用 2. 使用且需要家属照护 3. 使用且不需家属照护 | | |
| 5.浴缸或淋浴间有防滑条或防滑垫 | | |  | |  | | / | 1. 无防滑条或防滑垫 2. 有防滑条或防滑垫 | | |
| 6.浴缸高度低于膝盖 | | |  | |  | |  | 1. 高度>膝盖 2. 高度=膝盖 3. 高度<膝盖 | | |
| 7.浴缸旁有防滑椅坐着休息 | | |  | |  | |  | 1. 无防滑椅 2. 有其他东西可以坐着休息 3. 有防滑椅 | | |
| 8.浴缸旁设有抓握的固定扶手可用，且扶手高度80-85cm，与墙壁间隔5-6cm | | |  | |  | |  | 1. 未设有扶手 2. 设有扶手，但高度不适当 3. 扶手高度在80-85cm，与墙壁间隔5-6cm | | |
| 9.马桶旁设有抓握的固定扶手可用，且扶手高度42-45cm | | |  | |  | |  | 1. 未设有扶手且高度不适当 2. 设有扶手或高度不适当 3. 高度适当约40cm | | |
| 10.洗手台旁设有抓握的固定扶手可使用 | | |  | |  | | / | 1. 未设有扶手 2. 设有扶手可使用 | | |
| 11.使用坐式马桶且高度适当，可方便老年人起身及左下 | | |  | |  | |  | 1. 非坐式马桶 2. 坐式马桶但高度不适当 3. 高度适当约40cm | | |
| 12.热水器应设置于室外通风的地方 | | |  | |  | |  | 1. 设置室内 2. 设置室外但不通风的地方 3. 设置室外且通风的地方 | | |
| 13.加装夜间照明装置，例如感应式或触控式小灯 | | |  | |  | | / | 1. 未装有夜间小灯 2. 装有夜间小灯 | | |
| 14.蹲坑加装坐便器 | | |  | |  | | / | 1. 未装有坐便椅 2. 装有坐便椅 | | |
| 浴室安全性及舒适性合计14个测量项，总分值为38分，单项评估未达最高分，则需要进行相对应的适老化改造。 | | | | | | | | | | |
| （三）卧室 | | | 分数 | | | | | 备注 | | |
| 1 | | 2 | | 3 | 1不好 2普通 3良好 | | |
| 1.夜灯火或床侧灯光足够提供夜晚行动 | | |  | |  | |  | 1. 没有留夜灯 2. 留有夜灯但光度不足够 3. 光度足够 | | |
| 2.从床到浴室的通道能无障碍行动（尤其是晚上）  \*卧室放有便器 | | |  | |  | |  | 1. 通道有障碍且影响行走 2. 通道有障碍不影响行走 3. 通报无障碍 | | |
| 3.床的高度合适（膝盖高度，45-50cm）上下床能安全移动 | | |  | |  | | / | 1. 膝盖高度低于45cm以下或高于50cm以上 2. 膝盖高度45-50cm | | |
| 4.床垫边缘能防止下跌，床垫的质地较硬（以提供良好的坐式支持） | | |  | |  | |  | 1. 两者均未符合 2. 地板不滑或平整无突出 3. 地板不滑且平整无突出 | | |
| 5.地板不滑且平整无突出，不会被绊倒 | | |  | |  | |  | 1. 两者均未符合 2. 地板不滑或平整无突出 3. 地板不滑且平整无突出 | | |
| 6.老年人能从橱架上拿取物品，而不需踮脚尖或椅子 | | |  | |  | |  | 1. 需要椅子 2. 需要踮脚尖 3. 不需踮脚尖或椅子 | | |
| 7.家具及墙壁有特殊防护设计（如铺设软布、转角处有装上保护装置） | | |  | |  | | / | 1. 无特殊防护设计 2. 有特殊防护设计 | | |
| 8.床边放置手电筒与电话（手机） | | |  | |  | |  | 1. 尚未放置两者东西 2. 放置手电筒或电话 3. 放置手电筒与电话 | | |
| 卧室安全性及舒适性评估合计8个测量项，总分值为22分，单项评估未达最高分，则需要进行相对应的适老化改造。 | | | | | | | | | | |
| （四）厨房 | | | 分数 | | | | | 备注 | | |
| 1 | | 2 | | 3 | 1不好 2普通 3良好 | | |
| 1.老年人能够拿到储藏室的东西，不需踮脚尖或椅子 | | |  | |  | |  | 1. 需要椅子 2. 需要踮脚尖 3. 不需踮脚尖或椅子 | | |
| 2.地板是保持干燥不油腻 | | |  | |  | |  | 1. 潮湿且油腻 2. 潮湿或油腻 3. 干燥不油腻 | | |
| 3.有布制的防滑垫在地上，以吸收溅出的水分及油类 | | |  | |  | |  | 1. 无布制的防滑垫 2. 其他材质防滑垫 3. 布制的防滑垫 | | |
| 4.厨房设计符合人体工学，操作台的高度不超过79cm | | |  | |  | | / | 1. 高度超过79cm 2. 高度不超过79cm | | |
| 5.如果要拿较高的东西，踏脚凳的高度适当 | | |  | |  | |  | 1. 高度超过25cm以上 2. 高度20cm-25cm 3. 高度15cm-20cm | | |
| 6.踏脚凳的踏板无损坏且能防滑 | | |  | |  | |  | 1. 踏板已损坏 2. 踏板无防滑 3. 踏板无损坏且能防滑 | | |
| 7.踏脚凳的脚架够坚固而无磨损 | | |  | |  | |  | 1. 踏板已损坏 2. 踏板无坚固 3. 踏板够坚固且无磨损 | | |
| 8.照明充足，尤其是在夜间留有一盏小灯 | | |  | |  | |  | 1. 照明不足且未留小灯 2. 照明不足或未留小灯 3. 照明充足且留有小灯 | | |
| 厨房安全性及舒适性评估合计8个测量项，总分值为23分，单项评估未达最高分，则需要进行相对应的适老化改造。 | | | | | | | | | | |
| 居家环境安全评估情况 | | | 整体 | | | | □1分 □2分 □3分 | | | |
| 浴室 | | | | □1分 □2分 □3分 | | | |
| 卧室 | | | | □1分 □2分 □3分 | | | |
| 厨房 | | | | □1分 □2分 □3分 | | | |
| 四、康复辅助器具需求评估 | | | | | | | | | | |
| 助餐辅助 | | | □喂食器 □软勺 | | | | | | | |
| 助行辅助 | | | □助行器 □拐杖 □轮椅 | | | | | | | |
| 如厕辅助 | | | □坐便器 □接尿器 □接便器（便盆） □扶手 | | | | | | | |
| 洗浴辅助 | | | □沐浴椅 □洗头盆 □洗浴床 □扶手 | | | | | | | |
| 感知辅助 | | | □老年人放大镜 □助听器 | | | | | | | |
| 康复辅助 | | | □上下肢康复训练器 □穿衣板 □OT桌 □PT床  □康复脚踏车 | | | | | | | |
| 照护辅助 | | | □护理床 □褥疮垫 □床边桌 □转移板  □移位器 □尿垫 □口腔清洁刷 | | | | | | | |
| 智能辅助 | | | □智能家居系统 □紧急救援呼叫系统 □远程监控系统 | | | | | | | |
| 用户对居家环境安全有何需求 | | | 1. 整体：□过道扶手 □防滑地垫 □安全护角 □家居挪移 □线路整理 □安全门把 2. 浴室：□坐便器 □组合扶手 □防滑垫 □沐浴辅具 □夜间照明灯 3. 卧室：□床旁辅助 □防撞垫 □夜间照明灯 4. 厨房：□防滑垫 □防滑垫 □夜间照明灯 5. 其他： | | | | | | | |
| 居家环境适老化安全改善建议 | | |  | | | | | | | |

居家环境适老化改造需求评估总结及改善建议：

工作人员（签名）：