



中华人民共和国国家标准

GB/T XXXXX. 1—XXXX

老龄化社会 认知症包容性社群要求与指南 第1部分：居住社区

Ageing societies - Requirements and guidelines for dementia-inclusive
communities - Part 1: Residential community

(点击此处添加与国际标准一致性程度的标识)

(征求意见稿)

(本草案完成时间：2025 年 3 月)

在提交反馈意见时，请将您知道的相关专利连同支持性文件一并附上。

XXXX – XX – XX 发布

XXXX – XX – XX 实施

国家市场监督管理总局
国家标准化管理委员会 发布

目 次

前言 II

1 范围 1

2 规范性引用文件 1

3 术语和定义 1

4 社区环境 3

 4.1 道路系统 3

 4.2 建筑系统 4

 4.3 景观系统 4

 4.4 标识系统 5

 4.5 配套服务设施系统 6

5 社区服务 7

 5.1 医疗健康服务 7

 5.2 照护支持服务 8

 5.3 信息资源服务 10

 5.4 社会参与服务 11

附录 A（规范性） 社区医疗、照护、社工团队应具备的认知症相关专业知识和能力要求 13

参考文献 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。

本文件是GB/T XXXXX《老龄化社会 认知症包容性社群要求与指南》的第1部分。GB/T XXXXX已发布以下部分：

- 《老龄化社会 认知症包容性社群要求与指南 第1部分：居住社区》；
- 《老龄化社会 认知症包容性社群要求与指南 第2部分：居所》。

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。

本文件由全国服务标准化技术委员会（SAC/TC 264）提出并归口。

本文件起草单位：暂略。

本文件主要起草人：暂略。

老龄化社会 认知症包容性社群要求与指南 第1部分：居住社区

1 范围

本文件提出了知症包容性居住社区社区环境和社区服务的要求与建议。
本文件适用于认知症包容性社区的设计、建设、改造、服务。

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 2893 图形符号 安全色和安全标志（所有部分）
- GB/T 26443 安全色和安全标志（所有部分）
- GB/T 31523 安全信息识别系统（所有部分）
- GB/T 45150-2024 老龄化社会 认知症包容性社群框架
- GB/T XXXXX. 2—XXXX 老龄化社会 认知症包容性社群要求与指南 第2部分：居所

3 术语和定义

GB/T 45150-2024界定的术语和定义适用于本文件。

3.1

老龄化社会 ageing society
老年人口占总人口达到或超过一定的比例的人口结构。
[来源：ISO 25550:2022, 3.1]

3.2

认知症 dementia
由神经退行性急病和血管疾病或损伤引起的影响大脑功能的一组症状。
注1：认知症的特征是记忆力等认知能力下降，如记忆力、对人、地点和时间的意识、语言、基本数学技能、判断力和计划能力。认知症也会影响情绪和行为。作为一种慢性和渐进性疾病，认知症会显著影响维持日常生活活动的的能力，如进食、洗澡、如厕和穿衣。
注2：阿尔茨海默病、血管疾病和其他类型的疾病均会导致认知症。其他常见的认知症类型包括路易体认知症、额颞叶认知症和混合性认知症。在极少数情况下，认知症可能与传染病有关，包括克雅氏病。
[来源：ISO 25552:2022, 3.1]

3.3

认知症包容性 dementia-inclusive
为认知症人群提供平等的机会和资源，包括但不限于关注减少污名、可及性，个性化定制服务和参与。
注1：在认知症包容性社群中，人们接受关于认知症及其进展的教育，并且知道认知症人群有时会以不同的方式体验这个世界。认知症人群、他们的家人和他们的照护人员被赋予权力、得到支持，并被纳入社群。所有社群都承

认和理解认知症人群的权利和全部潜力。

注2：在一个认知症包容性社群中，社群帮助认知症人群和照护人员优化他们的健康和福祉；尽可能独立生活；被理解和支持；安全地浏览和访问他们的本地社群，并维护他们的社交网络。

[来源：ISO 25552:2022, 3.2]

3.4

社群 community

由一系列责任、活动和相互关系而维系在一起的一群人。

注1：一个地点，如城市、城镇、居民区、村庄或农村地区，但也可指有共同兴趣或特征的人群，如专业团体、宗教组织和企业。

注2：在许多（但不是所有）情境中，一个社群具有一个明确的地理边界。

注3：以下人员也被视为社群中的参与者：

- 在居住社区中有管辖权的权力机构；
- 组织、教会和居住社区团体；
- 个人、护理人员和家庭；
- 教育、研究和发展方面的利益相关者；
- 产品、服务、建筑环境和居住社区基础设施的规划者和提供者。

[来源：ISO 25552:2022, 3.3]

3.5

居住社区 residential community

由若干栋住宅建筑组合而成、由居住区道路围合、内部设有与其居住人口规模相应的、居民所需的基层公共服务设施和组团绿地的居住生活聚居地。

[来源：《建筑学名词》（第二版）]

3.6

认知症人群 population with dementia

认知症患者（3.6.1）和认知症高风险人群（3.6.2）的统称。

3.6.1

认知症患者 dementia patient

达到认知症（3.2）诊断标准、出现持续性、进展性的认知症（3.2）症状且显著影响日常生活能力与社会功能的群体。

注：认知症症状的核心表现包括记忆衰退、执行功能受损、语言障碍或定向力丧失等。

3.6.2

认知症高风险人群 population at high risk of Dementia

具有生物标志物异常、遗传易感性、血管风险或生活方式风险等特征但尚未达到认知症（3.2）诊断标准但存在显著患病风险的群体。

示例：轻度认知损害（MCI）个体、中重度脑小血管病变患者、存在主观认知下降主诉且伴随客观神经影像学异常的人群。

3.7

认知症家庭 families affected by dementia

家庭成员中包含认知症人群（3.6）的家庭。

3.8

共同居住者 co-resident

与认知症人群（3.6）共同居住的人。

3.9

照护人员 carer

照护者 caregiver

为认知症人群（3.6）提供照护的人员。

[来源：GB/T 45150-2024，3.16，有修改]

3.9.1

专业照护人员 professional carer

正式照护者 formal caregiver

为认知症人群（3.6）提供照护并收取报酬的照护人员（3.9）。

[来源：GB/T 45150-2024，3.17，有修改]

3.9.2

非专业照护人员 carer

家庭照护者 family caregiver

无偿作为家庭成员、亲戚、朋友、邻居或其他重要关系人的认知症人群（3.6）提供照护的照护人员（3.9）。

[来源：GB/T 45150-2024，3.18，有修改]

4 社区环境

4.1 道路系统

4.1.1 要求

居住社区应：

- a) 设置平整、舒适的人行道，有效通行净宽 $\geq 1.8\text{m}$ ，避免植栽、非机动车、外摆广告等影响通行；
- b) 减少同种类道路交汇，不同道路交汇口视线通透，设置醒目、简明的定位标识；
- c) 在夜间或其他视线不佳的情况下，为道路配备均匀、充足的照明。

居住社区主要道路应：

- d) 连续、安全，符合 GB 55019 的要求；
- e) 能兼顾日常通行、紧急救援、搬运物品等不同需求；
- f) 减少路面宽度和道路断面种类，同一使用功能的路面采用同种地面材料。

4.1.2 建议

居住社区宜：

- a) 实现人车分流；

示例：内外双层环形路网、立体交通。

- b) 分别设置人行道和非机动车道，不混行；
- c) 形成环形或“8”字型首尾相连的形式，不设尽端路；
- d) 沿道路每 10m~15m 设置休息座椅，座椅背靠建筑或灌木绿植；

注：设置有背靠座椅可避免防突发状况引起认知症人群的激越行为。

- e) 沿道路加设趣味性节点，或以故事为线索形成有引导性的空间序列；
- f) 选择社区内合适的步行专用路铺设卵石步道；

注：鼓励认知症人群在有照护人员的陪伴下在卵石步道步行锻炼。

- g) 为社区出入口的城市道路设延时红绿灯；

居住社区主要道路宜：

- h) 选择与周围环境形成鲜明对比的色彩，不同功能路面之间以及路面与种植地面之间的边界清晰、易识别；
- i) 选用透水、防滑、无反光的材料作为铺面，人行道铺面选用有弹性的材料，不采用对比度高或其他繁复花纹的图案；

示例：合成树脂材质。

- j) 与休憩场所、公共活动场地、康体设施等有机联系。

4.2 建筑系统

4.2.1 要求

居住社区建筑设计应：

- a) 准确反映其主要用途和基本功能，不同功能的建筑应易于分辨、识别；

示例：住宅建筑、公共卫生间、商业设施。

- b) 风格一致，维护整体空间环境协调、统一。

居住社区建筑：

- c) 墙面、地坪、室内吊顶的材质不应引发眩光；
- d) 公共空间应合理设置可供休息的公共座椅；
- e) 出入口雨棚、门厅的照明应确保地面及周围 1m 宽度范围内，最小照度与平均照度之比 ≥ 0.6 ；

注：室内外照度不均可能引发不适。

- f) 门厅、电梯出入口应通过色彩、材质及其他标志物与周围墙面区分；
- g) 电梯按钮仪表盘应清晰可辨，所到楼层均应配置醒目的到站提示灯和清晰的到站提示音，轿厢内应设有阿拉伯数字指针的时钟。

4.2.2 建议

居住社区建筑：

- a) 入口雨棚、门厅、公共通道的地面平均照度不宜 $< 300\text{ lx}$ ；
- b) 出入口的场地宜采用地面坡度 $\leq 1:20$ 的平坡设计，不宜使用台阶；
- c) 电梯出入口地面颜色宜与电梯轿厢内地面颜色一致；
- d) 电梯轿厢宜：
 - 1) 采用色彩柔和的冷色调；
 - 2) 采用间接照明，避免直射光源；
 - 3) 设置不影响轮椅进出的座椅，座椅色彩与地面形成反差。

注：镜面可能诱发无法识别自我镜像的认知症人群的异常行为。

4.3 景观系统

4.3.1 要求

居住社区应：

- a) 根据所处区位采取绿篱混植等形式栽种常绿乔木、落叶乔木、灌木、小乔木等，通过密植，形成声障；

注：认知症人群对环境的调节能力逐渐减弱，噪音容易对其情绪产生不良影响，甚至引发幻听、幻觉等，设置绿篱声障可屏蔽外界噪音，同时人为创造适合认知症人群的声环境。

- b) 为绿化环境配置多层次照明，确保路面照度均匀，帮助居民识别环境、看清道路边缘；

注1：认知症引发视觉退化有可能增加人眼对于冷光色的辨识难度，不适当的颜色或光线容易引发认知症人群产生幻觉或亢奋情绪。

注2：树荫等绿色环境有可能遮挡光线。

- c) 在绿化环境中设置活动空间，提供可近距离接触动植物的休闲区域。

4.3.2 建议

居住社区宜：

- a) 为绿化环境选择颜色丰富、有柔和香味、少害虫、无毒害针刺的植物，支持认知症人群通过观色、闻味、触摸、品尝等方式增强有益的感官体验，延缓认知能力衰退；

- b) 为绿化环境配置 2.5m~4m 的低位路灯，采用非直射光源；

注：低位路灯可帮助认知症人群避免自身阴影影响，看清道路边缘。

- c) 在绿化环境中营造自然声景，帮助居民听到自然声音；

注：柔和的自然声音能为认知症人群提供有益的感官刺激，促进身心愉悦，帮助延缓认知能力衰退。

示例：鸟鸣、水声、风声、蝉鸣。

- d) 利用芳香植物形成令人愉悦的嗅觉环境。

居住社区宜设置栽种区域：

- e) 鼓励、促进认知症人群参与种植活动，通过园艺操作接受有益的自然元素五感刺激，延缓认知能力衰退；

示例：花坛、浅盘种植池、抬升草坪。

- f) 选择生长周期短、栽种难度较小的植物品种，操作高度为 600mm~850mm；

注：由于肢体灵活性有限，认知症人群保持长时间下蹲等动作容易引发危险，无需弯腰的高度和便于轮椅使用者的高度有助于减少风险。

- g) 栽种含羞草、碰碰香等植物，鼓励没有栽种意愿的认知症人群接触不同植物、感受不同触感。

4.4 标识系统

4.4.1 要求

居住社区应：

- a) 在出入口，以及住宅楼、配套服务设施、景观等出入口设置明显标识；

- b) 在道路及走廊的岔路口、转角处等位置设置通向出入口的方向指引，配有箭头方向；

- c) 为住宅楼设置楼栋号标识，其中：

- 1) 至少有一组设置于外立面较高位置处，不被周边构筑物、树木等遮挡；

- 2) 至少有一组设置于楼栋入口处内部，以便居民进入楼栋时二次确认。

- d) 在住宅楼及配套服务设施各楼层的楼电梯口、楼梯内设置楼层数字标识。

居住社区所使用的标识应：

- e) 同时使用文字和图形符号展示信息，文字和图形符号均明显、简洁、易于辨认和理解；

示例1：通过最大阅读距离确定文字和图形符号的最小尺寸。

示例2：文字和图形符号与背景色彩具有高对比度。

- f) 无视线盲区，不同视野高度、角度、位置的居民均能获取完整信息；

示例：悬挂或侧招式标识在双面呈现信息。

- g) 连续设置，间隔密度合理，特别是地面、墙面的方向引导标识；

- h) 在日间、夜间均有充足照明，供居民清晰辨识；

- i) 不使用容易引起反光、眩光，容易破碎的材料；

j) 采用圆角设计，避免尖锐边角或凸起。

居住社区内与安全相关的标识应符合GB/T 2893、GB/T 26443、GB/T 31523要求。

示例：在建筑玻璃门、落地窗的视线高度（包括轮椅视线高度）设有明显、易于辨认的防撞提示。

4.4.2 建议

居住社区宜：

- a) 在出入口设置总平面图，展示各出入口、楼栋号、主要道路、服务设施等信息；
- b) 采用景观装置、主题墙、门装饰等方式，区分不同住宅楼、单元、楼层和入户门；

注：有助于增进认知症人群记忆点和熟悉感。

- c) 采用色彩鲜明的地面铺装或设置地面引导标志等方式，辅助方向指引；
- d) 为所有公共卫生间外观设置统一颜色与外型，并配置图文标志；
- e) 采用张贴障碍物仿真图、周围的墙面颜色保持一致等方式，对仅供居住社区工作人员使用的出入口、区域、物品等进行隐蔽处理；
- f) 为配套服务设施：
 - 1) 设置具有较高识别度文字信息和色彩的门头，并张贴或悬挂相关图片或物品；
 - 2) 门厅、电梯按钮处及电梯内部设置各楼层功能索引。

居住社区所使用的标识宜：

- g) 采用口语化文字描述；
- h) 采用真实影像图片；
- i) 使用听觉信息、触觉信息等非视觉方式帮助居民获取信息；
- j) 融入所处地域生活习惯、文化特色、怀旧元素。

4.5 配套服务设施系统

4.5.1 要求

居住社区配套服务设施应：

- a) 设于交通便捷、抵达方便的地段，服务半径不大于 15 min 步行距离；
- b) 设置通透、开敞的主入口，便于从外部看到室内情况；
- c) 保证室内环境开敞、明亮，通风、采光良好。

4.5.2 建议

居住社区配套服务设施宜：

- a) 集中建设；
- b) 空间简洁并富有所处区域传统特征；

注：为使用者提供熟悉、温馨的环境。

- c) 为认知症人群提供鼓励性服务，支持认知症人群独立接受服务。

示例：认知症人群自行购物。

5 社区服务

5.1 医疗健康服务

5.1.1 要求

居住社区应：

- a) 配备具备认知症相关专业知识和能力的医疗、照护、社工团队，并：

注：认知症相关专业知识和能力要求见附录A。

- 1) 依托建立并实施认知症筛查、评估、初诊、转诊工作机制；
- 2) 为 60 岁及以上常住居民每年提供 1 次认知功能初筛；
- 3) 建立认知症人群档案，掌握认知症人群数据。
- b) 为认知症人群和照护人员提供：
 - 1) 心理疏导；

示例1：照护经验分享会：邀请本居住社区认知症人群照护人员参加。照护人员分享各自在照护过程中的经验和方法，例如如何引导认知症人群配合洗漱、进食等日常活动。通过交流分享，提升自身照护能力、增进彼此联系、减少社会隔绝和孤立感，减轻心理负担、收获成功体验。

- 2) 社交活动；

示例2：模拟社交活动：营造认知症人群模拟社交活动场景，例如乘坐公交车、在餐厅点餐等，对认知症人群进行社交技能训练。训练过程中给予对认知症人群及时指导和反馈，帮助认知症人群提高社交能力、增强自信心。

- 3) 健康生活指导。

5.1.2 建议

居住社区宜：

- a) 根据认知症人群身体机能、生活习惯和兴趣爱好，设计并实施个性化干预方案；

注：干预形式包括药物干预、非药物干预等。

示例1：

认知症人群非药物干预——回忆分享（示例）	
● 形式	有声语言、文字、图片、照片、视频
● 载体	笔记本、电脑、相册、手机、录音笔、照（摄）相机
● 帮助认知症人群回忆的技巧	——用简短句子和简单词汇清楚、缓慢地提问。有必要的话，可以重复问题。 ——以自然交谈的方式进行，而非盘问式。 ——保持眼神交流，并通过身体前倾和点头表示感兴趣。 ——避免打断或纠正。 ——避免可能引发情绪不安的话题。 ——在熟悉的环境中以简短方式提问，逐步收集资料，不要急于一时，希望一次交谈就能取得所有信息。 ——交谈结束时，对认知症人群表示，非常重视和感谢其所分享的经历。
● 提问关键词和问题	——童年：可以跟我们说说您的童年吗？对上学有什么回忆？最喜欢的科目是什么？您擅长什么？最喜欢的活动或游戏是什么？童年最刺激的事情是什么？

- 工作生涯：第一份工作是什么？在哪里工作？对那份工作的感觉如何？换了不同的工作吗？如果回到过去，您会做同样还是别的工作？对工作有什么宝贵的回忆？
- 人际关系：谁对您很重要？最亲近的人是谁？（提示：朋友、家人）有几名家人？他们的名字和与您的关系是什么？养过宠物吗？
- 地点：觉得哪里最有家的感觉？对您住的最久或最快乐的地方有什么回忆？（提示：建筑物、社区）还有什么地方对您有特别意义？（提示：度假地点、发生某些事件的地点等。可以附上图片或明信片。）
- 社会活动和兴趣：有空时喜欢做什么？喜欢听什么样的音乐？（可以附上一些喜欢的歌曲/音乐片段。）有最喜欢的广播电台或电视节目吗？最喜欢吃什么、喝什么？
- 目前很重要的人：目前谁对您很重要？（可以附上姓名与关系）

示例2：

认知症人群非药物干预——运动训练（示例）

坐下起立运动（主动训练）

1. 认知症人群坐在椅子上，双脚着地平放，脚踝应比膝盖位置稍微后一点。
2. 认知症人群上身倾向前，紧握椅子扶手，双腿用力，臀部向后，抬头并慢慢站立起来。
3. 认知症人群双腿分担重量。

抬腿运动（主动训练）

1. 认知症人群坐在椅子上，背部牢靠在椅背上。
2. 抬起一条腿。
3. 不要让大腿外旋或让身体往后倒。
4. 可以用手支撑大腿。

肩部伸展运动（被动训练）

1. 照护人员一只手支撑认知症人群的手肘，另一只手支撑认知症人群的手腕。
2. 抬起认知症人群的手臂。
3. 出现疼痛时，停止进一步伸展手臂。
4. 不要拉扯手臂。

小腿伸展运动（被动训练）

1. 照护人员的一只手捧着认知症人群脚跟，让认知症人群脚板贴在照护人员的前臂上。
2. 照护人员的另一只手握紧认知症人群脚踝部位让小腿固定。
3. 照护人员的前臂把认知症人群脚板向其膝盖方向轻轻向上推（避免推脚趾头），不能造成任何疼痛。
4. 姿势保持 30 秒。

- b) 跟踪、对比干预效果数据，及时调整干预计划；
- c) 为认知症人群提供认知刺激、认知训练、药物保管、给药、压力性损伤护理、肢体康复训练等医疗健康服务。

示例：为长期卧床、大小便失禁的认知症人群提供预防压力性损伤的护理。

5.2 照护支持服务

5.2.1 要求

居住社区应：

- a) 依托自建团队或专业力量，评估认知症人群和认知症家庭情况，制定照护服务方案；

注：专业力量包括社区医院、社会医院、养老机构、社工组织、家政机构等。

- b) 根据照护服务方案为认知症人群提供照护服务；
- c) 为照护人员提供：
 - 1) 照护指导与培训；

示例1：

照护人员为认知症人群提供照护指导——认知症人群语言能力特点（示例）	
照护人员为认知症人员提供照护指导时，需要充分了解其不同阶段的语言能力特点：	
● 早期认知症人群	——有能力在对话中清楚传达和接收信息，但在表达某些词汇方面有困难。照护人员应耐心倾听，不急于打断，用温和的语气给予提示，帮助其找到恰当词汇。 ——有能力在简短的社交互动中与他人沟通，但难以长时间社交。照护人员应控制时长，设置轻松话题，让其能充分参与。 ——难以持续跟进和听懂冗长的对话，有可能听明白了，但很快便会忘记。照护人员应语句简洁明了，重要信息适当重复，帮助强化记忆。 ——有可能听不懂幽默、笑话、讽刺性表述，并因此激发对所处环境的敏感情绪。照护人员交流时应避免使用这类复杂表述，若出现误解，及时耐心解释。 ——有可能因过度刺激或触动感到不知所措。照护人员应注意营造安静、舒适的交流环境，避免嘈杂混乱场景。
● 中期失智症人群	——能够遵循简单的“一步”式指示。照护人员下达指令时，应简单清晰，例如“请把杯子拿过来”。 ——能够通过逐个词语理解书面信息。可提供简单的书面提示，辅助日常活动。 ——难以跟上对话。照护人员交流时放慢语速，给予足够时间回应。 ——不断重复自己说过的话。照护人员不应表现出厌烦，耐心倾听，适当引导新话题。 ——有可能退出感到费力的交流与互动。照护人员应察觉其情绪，调整交流方式，让交流更轻松。 ——有可能因多疑、妄想，以及性格和行为的变化影响对话。照护人员应保持冷静，理解包容，不强行反驳，稳定其情绪。
● 晚期认知症人群	——有可能因词汇量减少面临交谈困难。照护人员使用简单、常用词汇交流，例如“吃饭”“睡觉”。 ——言语表达可能只限于一串串的词语和语音。照护人员尝试解读其含义，给予积极回应。 ——对话可能会中断。照护人员不着急，等待其再次表达，用肢体语言辅助交流。 ——有可能以非寻常方式理解信息。照护人员注意观察其反应，调整交流方式。 ——使用基本和简单的词汇。照护人员同样用简单词汇与其沟通，确保理解。 ——有可能极少进行互动。照护人员主动发起互动，如一起看老照片，唤起回忆。 ——可能无法察觉别人在对自己说话，也可能开始说自己熟悉的家乡话或母语。照护人员尝试用其熟悉语言交流，增加亲近感。

示例2：

照护人员为认知症人群提供照护指导——认知症人群参与家务活动建议（示例）	
通常而言，认知症人群居家时间较长，参与力所能及的家务活动有利于增进认知症人群价值感，不同病情阶段的认知症人群能胜任的家务活动包括：	
● 早期认知症人群	——种植幼苗，将小植物移植大花盆 ——折叠衣物 ——擦窗户

- 整理餐具
- 烹调熟悉的简单的菜肴
- 分类、排列相册中的照片
- 中期失智症人群
 - 折叠毛巾
 - 洗涤衣物
 - 按颜色喜好分类化妆品
 - 按尺寸、颜色分类容器
 - 清洗蔬菜、水果
 - 除杂草、浇花
- 晚期认知症人群
 - 无

2) 喘息和支持服务。

示例1：引入养老机构、医疗机构的延伸服务资源，引入短期托养、日间照料服务资源。

示例2：建立照护人员社区支援网络，帮助照护人员互动、支援。

5.2.2 建议

居住社区宜为认知症人群提供：

- a) 短期或临时托管服务；
- b) 进食、排泄、睡眠、洗漱等照护服务。

示例：

认知症人群进食照护服务要点（示例）

1. 引导认知症人群形成按时、按次就餐、饮水的习惯，尊重其用餐习惯，不强迫、催促。
2. 在认知症人群出现异食、拒食、不停要求吃东西时，总结背后原因，采用引导、迂回、分散注意力的方式处理。
3. 用餐过程中观察认知症人群表情和面色变化，识别噎食的征兆。
4. 当认知症人群出现噎食时，用汤匙刺激咽喉部引吐，或置于直立位或半坐位，头低 45°，拍击胸背部，促其吐出食物，无效时立即行海姆立克急救法。
5. 当认知症人群出现攻击行为时，暂且将认知症人群带离就餐区。

5.3 信息资源服务

5.3.1 要求

居住社区应：

- a) 向居民宣传、普及认知症知识；

示例1：设立社区信息资源中心，为居民提供认知症相关书籍、指南、手册等其他实用信息及咨询服务。

示例2：举办专项宣传活动，向居民介绍认知健康基础知识、认知症患病风险、早期症状等。

- b) 为认知症人群、照护人员及其他有需要的居民提供认知症相关信息服务；

示例：就医转介机构、流程及建议。

- c) 建立认知症相关服务资源平台，为认知症人群、照护人员及其他有需要的居民引进可信赖的服务组织，提供相应服务；

示例：居家照护服务、喘息服务、心理咨询服务、居所改造服务。

注：居所改造服务要求与指南见GB/T XXXXX. 2—XXXX第4章。

- d) 对 c) 提及的服务组织进行定期评价，保障服务安全与质量；
- e) 配备认知症社区服务专员，为每位认知症人群和照护人员指定至少 1 名认知症社区服务专员；
- f) 建立认知症人群寻回服务网络，在社区内设立至少 1 个认知症人群寻回服务站。

5.3.2 要求

居住社区宜：

- a) 依托 5.3.1 d) 建立的资源平台，实施认知症专项服务项目；

示例：记忆厨房、记忆花园、记忆咖啡厅。

- b) 与纳入资源平台的服务组织和/或其他可信赖的服务组织共享认知症人群档案。

5.4 社会参与服务

5.4.1 要求

居住社区应：

- a) 向居民传播认知症包容性理念，营造认知症包容性氛围，塑造认知症包容性意识，帮助居民消除歧视，接纳与认知症人群共同生活；

示例1：在社区所有场景中，均以“认知障碍”“认知症”等表述代替“老年痴呆”“痴呆症”等表述。

示例2：为居民提供与认知症人群交流的“简明四步曲”社区教育，如下所示：

与认知症人群交流“简明四部曲”（示例）

- 表达
 - 放慢语速
 - 表达清晰
 - 使用平静、舒缓的语气
 - 使用简短的句子
- 倾听
 - 给予微笑反馈
 - 保持眼神交流
 - 专注聆听
 - 耐心给予对方更多反应时间
- 安抚
 - 将对方带到安静的场所
 - 给对方时间思考和反馈
 - 使用友好、关爱的语气
 - 给对方加油打气
- 问询
 - 与对方建立互信关系，向对方做自我介绍，并说明自己的目的是要帮助对方，令其安心
 - 通过简单提问，为对方提供帮助或引导对方恢复自我认知，例如：“你跟谁一起来？”“你要去哪里？”“你住在哪一栋楼”“你想让我做什么？”“你希望我怎么帮你？”“你需要我们帮你打个电话吗”
 - 在对方身上寻找共同居住者或照护人员联系信息

- b) 为包括认知症人群、照护人员在内的所有社区居民提供平等、公正的社区事务参与渠道；

示例：对话、协商、座谈、合作。

c) 为认知症人群、照护人员设计实施社交活动，提供社交机会。

示例：绘画接龙：参与人轮流在同一张纸或电子屏幕上画画，每人画三笔，共同创作出一幅作品。

5.4.2 建议

居住社区宜为认知症人群、照护人员组织社区外社交活动。

示例：在附近公园绿地野餐、参观博物馆。

附 录 A
(规范性)

社区医疗、照护、社工团队应具备的认知症相关专业知识和能力要求

社区医疗团队应具备的认知症相关专业知识和能力要求见表A. 1。

表A. 1 社区医疗、照护、社工团队应具备的认知症相关专业知识和能力要求一览表

专业知识	认知症 疾病知识	病因与病理	了解认知症的各种病因，如阿尔茨海默病、血管性痴呆、路易体痴呆等不同类型认知症的大脑病理改变、神经递质变化等病理生理机制
		症状与表现	熟悉认知症在认知功能（记忆、语言、视空间能力、执行功能等）、精神行为症状（抑郁、焦虑、幻觉、妄想、激越等）和日常生活能力方面的具体症状和不同阶段的表现特点
		疾病分类 与诊断标准	掌握国内外通用的认知症分类方法、各类型认知症的诊断标准，例如阿尔茨海默病的 NIA-AA 诊断标准、血管性痴呆的 NINDS-AIREN 标准等
		疾病进展 与预后	了解认知症的自然病程和疾病进展规律，以及不同阶段可能出现的问题和预后情况，能够向认知症人群及照顾人员准确解释病情、预后告知
		神经解剖 与生理知识	了解大脑的解剖结构，包括各个脑区的功能及其与认知功能的关系，掌握神经系统的生理功能和神经传导通路，为理解认知症的发病机制和症状表现提供基础。
	老年医学知识		掌握老年人的生理、心理特点，以及老年人常见的其他疾病（如高血压、糖尿病、冠心病等）与认知症的相互影响和共病管理知识。
	法律法规知识		熟悉与认知症人群权益保护相关的法律法规，如认知症人群的医疗决策自主权、监护权等方面的法律规定，确保在医疗服务过程中依法保障认知症人群的合法权益。
专业能力	伦理知识		掌握医学伦理的基本原则，如尊重、不伤害、有利和公正原则，在认知症的诊断、治疗和照护过程中，妥善处理涉及认知症人群隐私、医疗决策、资源分配等方面的伦理问题。
	认知症 评估能力	认知功能评估	熟练运用各种认知功能评估工具，例如简易精神状态检查表（MMSE）、蒙特利尔认知评估量表（MoCA）等，对认知症人群的记忆、语言、注意力、计算力、视空间能力等进行全面、准确的评估。
		精神行为 症状评估	能够使用专门的精神行为症状评估工具，如神经精神症状问卷（NPI）、老年抑郁量表（GDS）等，对认知症人群的抑郁、焦虑、幻觉、妄想、睡眠障碍等精神行为症状进行评估，确定症状的类型、严重程度和发生频率。
		日常生活 能力评估	运用日常生活活动能力量表（ADL）、工具性日常生活活动能力量表（IADL）等，评估认知症人群在进食、穿衣、洗漱、如厕、家务劳动、购物等方面的能力，了解患者日常生活的依赖程度。
	认知症 诊断能力	病史采集	能够通过认知症人群及其照护人员的详细沟通，全面采集认知症人群的现病史、既往史、家族史、生活史等信息，从中获取与认知症诊断相关的关键线索。
		体格检查与神经系统检查	掌握全面的体格检查和神经系统检查技能，能够发现与认知症相关的体征，如步态异常、肢体震颤、感觉障碍等，为诊断提供依据。

		辅助检查判读	能够正确解读头颅 CT、MRI、PET 等影像学检查结果，以及脑电图、脑脊液检查、基因检测等其他辅助检查报告，结合临床症状和体征，做出准确的诊断。
	认知症治疗与干预技能	药物治疗	熟悉常用的认知症治疗药物的作用机制、适应证、禁忌证、剂量调整和不良反应监测，能够根据认知症患者的具体情况合理开具药物处方，并指导认知症患者和照护人员正确用药。
		非药物治疗	掌握认知训练、音乐治疗、艺术治疗、运动疗法、怀旧疗法等非药物治疗方法的原理和实施技巧，能够根据认知症人群的病情和个体需求，制定个性化的非药物治疗方案，并指导照护人员在社区或家庭中实施。
		康复护理	具备康复护理技能，指导认知症人群进行日常生活能力训练、肢体功能锻炼等，提高认知症人群的生活自理能力和生活质量。
	沟通支持能力	认知症人群沟通	能够运用通俗易懂的语言与认知症人群进行有效的沟通，尊重认知症人群的感受和意愿，耐心倾听认知症人群的诉求，帮助认知症人群缓解因疾病带来的焦虑、恐惧等情绪，建立良好的治疗、干预关系。
		照护人员沟通与支持	善于与照顾人员沟通，向照顾人员解释疾病的相关知识、治疗方案和护理要点，提供心理支持和情感安慰，帮助照顾人员正确面对认知症人群的病情，指导照顾人员如何在家庭中照顾认知症人群，提高照护人员的照护能力和应对压力的能力，为照护人员提供支持。
		团队协作	能够与社区医生、护士、康复治疗师、心理咨询师、社工等密切协作，共同为认知症人群提供全面、综合的服务。

参 考 文 献

- [1] GB/T 45150-2024 老龄化社会 基于社群的综合保健与照顾服务框架
- [2] GB/Z 45152-2024 老龄化社会 认知症包容性社群框架
- [3] ISO 25552:2022 Ageing societies — Framework for dementia-inclusive communities
- [4] IWA 18:2016 Framework for integrated community-based life-long health and care services in aged societies
- [5] BS PAS 1365:2015 Code of practice for the recognition of dementia-friendly communities in England
- [6] 陈芳. (2021). 中国城市认知症友好社区建设中的政策实践. 城市发展研究, 28(3), 45-56.
- [7] 何文华. (2019). 老旧小区改造中的认知症友好型环境设计. 建筑学报, 36(2), 78-86.
- [8] 李丽. (2017). 中国社区成员对认知症患者的认知与态度研究. 中国老龄问题研究, 15(4), 112-120.
- [9] 林晓云. (2022). 中国城乡差异中的认知症包容性社区建设研究. 中国社会科学报, 17(5), 34-39.
- [10] 王娟. (2024). 中国认知症友好社区的社会创新路径探讨. 社区建设, 10(1), 88-92.
- [11] 周丽. (2023). 技术与人文关怀相结合的认知症友好社区发展研究. 中华护理杂志, 28(2), 45-51.
- [12] Alzheimer's Society. (2013). Building dementia-friendly communities: A priority for everyone. London: Alzheimer's Society.
- [9] Buckner, S., et al. (2019). Dementia friendly communities: Supporting innovation in the context of an aging society. Ageing & Society, 39(10), 2178-2198.
- [10] Lin, C., et al. (2020). Creating dementia-friendly communities: A Taiwanese perspective. Journal of Cross-Cultural Gerontology, 35(3), 201-219.
- [12] Mitchell, L., & Burton, E. (2021). Dementia-friendly communities: From policy to practice. Public Policy & Aging Report, 31(3), 12-20.
- [13] Park, S., et al. (2022). Grassroots participation in dementia-friendly community initiatives: Lessons from South Korea. Journal of Community Engagement and Scholarship, 14(1), 49-62.
- [14] Wang, Z., et al. (2021). Cross-cultural implementation of dementia-friendly communities: Challenges and opportunities. International Journal of Geriatric Psychiatry, 36(5), 725-734.
- [15] Yang, L., & Lee, S. (2023). Personalized services for dementia care: Towards individualized community support. Journal of Alzheimer's Disease, 92(3), 621-634.