

# 长期护理保险服务管理文书（2026年版）

## 目 录

|                            |    |
|----------------------------|----|
| 一、评估机构 .....               | 1  |
| (一) 评估申请类 .....            | 1  |
| 1. 长期护理失能等级自评表 .....       | 1  |
| 2. 长期护理失能等级评估申请表 .....     | 3  |
| 3. 长期护理失能等级复评申请表 .....     | 5  |
| (二) 评估结论类 .....            | 7  |
| 1. 长期护理失能等级评估结论书 .....     | 7  |
| 2. 长期护理保险护理服务建议 .....      | 9  |
| 二、护理机构 .....               | 12 |
| (一) 服务基础类 .....            | 12 |
| 1. 长期护理保险失能人员档案信息表 .....   | 12 |
| (二) 服务执行类 .....            | 15 |
| 1. 长期护理保险护理服务计划表 .....     | 15 |
| 2. 长期护理保险服务记录单 .....       | 18 |
| 3. 长期护理服务月度汇总表 .....       | 20 |
| 三、经办机构 .....               | 24 |
| (一) 经办管理类 .....            | 24 |
| 1. 长期护理服务满意度评价表 .....      | 24 |
| 2. 长期护理服务质量评价表 .....       | 27 |
| 3. 定点长护服务机构巡查记录表 .....     | 33 |
| (二) 基金结算类 .....            | 37 |
| 1. 长期护理保险基金个人结算清单 .....    | 37 |
| 2. 定点评估机构评估费用结算申报表 .....   | 39 |
| 3. 定点评估机构评估费用拨付表 .....     | 41 |
| 4. 定点长护服务机构护理费用结算申报表 ..... | 43 |
| 5. 定点长护服务机构护理费用拨付表 .....   | 45 |
| 四、名词解释 .....               | 47 |

## **一、评估机构**

### **(一) 评估申请类**

#### **1. 长期护理失能等级自评表**

本表依据《长期护理失能等级评估标准(试行)》(医保办发〔2021〕37号)制定，用于评估对象或其监护人、代理人自行评估。在申请长期护理失能等级评估时向经办机构提交。(表1)

表 1

## 长期护理失能等级自评表

| 姓名：    |  | 性别：  | 身份证号：                                   |                                 |                            |
|--------|--|--|---|---------------------------------|----------------------------|
| 类别     | 项目   | 独立(2)  | 部分独立(1)<br>(需要帮助)                       | 依赖(0)                           | 选项<br>(填“0”，“1”，<br>“2”即可) |
| a类     | 进食   | 独立<br>无须帮助                                       | 部分独立<br>自己能吃，但需辅助                       | 不能独立完成<br>部分或全部靠喂食或鼻饲           |                            |
|        | 洗澡   | 独立，无须帮助<br>自己能进出浴室(淋浴、盆浴)，<br>独立洗澡               | 部分独立<br>需帮助洗一部分(背部或腿)                   | 不能独立完成<br>不能洗澡、或大部分需帮助洗         |                            |
|        | 大小便控制  | 独立<br>自己能够完全控制                                   | 部分独立<br>偶尔失控                            | 不能自控<br>失控，需帮助处理大小便(如导尿、灌肠等)    |                            |
| b类     | 用厕   | 独立，无须帮助<br>能独立用厕、便后拭净及整理衣裤(可用手杖、助步器或轮椅，能处理尿壶、便盆) | 不能独立完成<br>需要帮助用厕、做便后处理(清洁、整理衣裤)及处理尿壶、便盆 | 不能独立完成<br>不能用厕                  |                            |
|        | 穿衣   | 独立，无须帮助<br>能独立拿取衣服，穿上并扣好                         | 部分独立<br>能独立拿取衣服及穿上，<br>需帮助系鞋带           | 不能独立完成<br>完全不能穿，要靠他人拿衣穿衣或自己穿上部分 |                            |
|        | 床椅转移   | 独立，无须帮助<br>自己能下床，坐上及离开椅、凳(可用手杖或助步器)              | 不能独立完成<br>需帮助上、下床椅                      | 不能独立完成<br>卧床不起                  |                            |
| 综合     |  | 自评失能等级为：_____ 级 (根据评级规则填A→G级)                    |   |                                 |                            |
| 说<br>明 | 评级规则：<br>A级：a类b类所有项目均独立；<br>B级：a类1项或b类1-2项依赖；<br>C级：a类b类各1项或b类3项依赖；<br>D级：a类2项或a类1项b类2项依赖；<br>E级：a类3项依赖或a类2项b类1-2项依赖或a类1项b类3项依赖；<br>F级：a类3项b类1-2项依赖或a类2项b类3项依赖；<br>G级：a类b类所有项目均依赖。 |  |   |                                 |                            |
|        | 此表由评估对象或其监护人、代理人自行评估，当自评等级达到E级、F级、G级时方可申请长期护理失能等级评估。   |  |   |                                 |                            |

## 2. 长期护理失能等级评估申请表

本表依据《长期护理失能等级评估标准(试行)》(医保办发〔2021〕37号)制定,适用于参保人向参保地经办机构申请失能等级评估。(表2)

表 2

## 长期护理失能等级评估申请表

|                       |   |  |                |  |   |
|-----------------------|---|--|----------------|--|---|
| 申请人基本信息               | 姓 名   |  |                | 身份证号   |   |
|                       | 性 别   |  |                | 年 龄  |   |
|                       | 民 族   |  |                | 参保地  | 省 市 县/区   |
|                       | 失能时长<br>(月)   |  |                | 是否经过<br>康复治疗   | <input type="checkbox"/> 是, 治疗月数__月<br><input type="checkbox"/> 否 |
|                       | 是否首次<br>申请  | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 (上次评估结论<br>出具时间: 年 月)  |                | 联系电<br>话   |   |
|                       | 参保类别  | <input type="checkbox"/> 单位职工 <input type="checkbox"/> 退休人员 <input type="checkbox"/> 未就业城乡居民<br><input type="checkbox"/> 按职工参保的灵活就业人员 <input type="checkbox"/> 其他:   |                |  |   |
|                       | 居住状况  | <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 与配偶/伴侣居住 <input type="checkbox"/> 与子女居住 <input type="checkbox"/> 与父母居住<br><input type="checkbox"/> 与兄弟姐妹居住 <input type="checkbox"/> 与其他亲属居住<br><input type="checkbox"/> 与非亲属关系的人居住 <input type="checkbox"/> 养老机构 <input type="checkbox"/> 医疗机构<br><input type="checkbox"/> 其他 |                |  |   |
|                       | 居住地址  | 省 _____ 市 _____ 区/县 _____ 街道/乡<br>(村) _____  |                |  |   |
|                       | 户籍地址  | 省 _____ 市 _____ 区/县 _____ 街道/乡<br>(村) _____  |                |  |   |
| 照护者                   | 当需要帮助时(包括患病时), 谁能来照料:<br><input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 亲友 <input type="checkbox"/> 保姆 <input type="checkbox"/> 护工<br><input type="checkbox"/> 医疗人员 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 其他: |  |                |  |   |
| 监护人、<br>委托代理人<br>相关信息 | 本人_____委托_____作为代理人, 代表本人办理长期护理保<br>险失能等级评估相关手续。  |  |                |  |   |
|                       | 姓 名   |  | 身份<br>证号       |  |   |
|                       | 联系电<br>话  |  | 与申<br>请人<br>关系 | <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 其他亲属<br><input type="checkbox"/> 雇佣照护者 <input type="checkbox"/> 其他_____ |   |
| 联系地址                  | 省 _____ 市 _____ 区/县 _____ 街道/乡<br>(村) _____   |  |                |  |   |
| 承诺事项                  | 以上情况和所提供材料均真实有效, 且同意将评估结果在一定范围<br>内公示。如有不实, 本人愿意承担相应法律责任。<br>申请人或监护人、委托代理人(签字):<br>_____<br>年 ____ 月 ____ 日   |  |                |  |   |
| 经办机构(含受托<br>第三方)受理情况  |   |  |                |  |   |

### 3. 长期护理失能等级复评申请表

本表依据《长期护理失能等级评估管理办法（试行）》（医保发〔2023〕29号）制定，适用于参保人异议复评、重新评估等其他评估情形的申请。（表3）

表 3

## 长期护理失能等级复评申请表

|               |  |  |        |  |
|---------------|--|--|--------|--|
| 申请人基本信息       | 姓名   |  | 身份证号   |  |
|               | 性别   |  | 联系电话   |  |
|               | 上次评估结论出具时间   |  | 上次评估等级 |  |
|               | 居住地址   | 省 _____ 市 _____ 区/县 _____ 街道/<br>乡(村) _____  |        |  |
|               | 申请复评原因   | <input type="checkbox"/> 重新评估<br><input type="checkbox"/> 异议复评   |        |  |
| 监护人、委托代理人相关信息 | 本人 _____ 委托 _____ 作为代理人，代表本人办理长期护理保险失能等级评估相关手续。  |  |        |  |
|               | 姓名   |  | 联系电话   |  |
|               | 身份证号   |  |        |  |
|               | 与申请人关系   | <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 其他亲属<br><input type="checkbox"/> 雇佣照护者 <input type="checkbox"/> 其他： _____ |        |  |
|               | 联系地址   | 省 _____ 市 _____ 区/县 _____ 街道/<br>乡(村) _____  |        |  |
| 承诺事项          | <p>以上情况和所提供材料均真实有效，且同意将评估结果在一定范围内公示。<br/>如有不实，本人愿意承担相应法律责任。</p> <p style="text-align: right;">申请人或监护人、委托代理人(签字)：<br/>_____ 年 _____ 月 _____ 日</p> |  |        |  |

## (二) 评估结论类

### 1. 长期护理失能等级评估结论书

本表是评估人员依据《长期护理失能等级评估标准（试行）》及《长期护理保险经办规程（试行）》出具的评估结果文书。（表4）

表 4

## 长期护理失能等级评估结论书

|                                     |  |   |    |  |      |  |
|-------------------------------------|--|---|----|--|------|--|
| 申请人基本信息                             | 姓名   |   | 性别 |  | 年龄   |  |
|                                     | 身份证号码  |   |    |  | 联系电话 |  |
|                                     | 评估类型   | <input type="checkbox"/> 初评 <input type="checkbox"/> 异议复评 <input type="checkbox"/> 重新评估<br>评估时间:      年    月    日 |    |  |      |  |
| 评估结论                                | 失能等级:<br><br><input type="checkbox"/> 0级基本正常 <input type="checkbox"/> 1级轻度失能 <input type="checkbox"/> 2级中度失能<br><br><input type="checkbox"/> 3级重度失能I级 <input type="checkbox"/> 4级重度失能II级 <input type="checkbox"/> 5级重度失能III级 |   |    |  |      |  |
| 评估结论有效期                             | 评估结论有效期为      年    月    日 -      年    月    日。  |   |    |  |      |  |
| 评估机构(盖章):      日期:      年    月    日 |  |   |    |  |      |  |
| 备注: 在评估结论有效期届满前, 申请人须申请重新评估。        |  |   |    |  |      |  |

## 2. 长期护理保险护理服务建议

参照《国家长期护理保险服务项目目录(试行)》(医保发〔2025〕24号),科学梳理生活照护及医疗护理共36项服务,为参保人提供适配的护理服务建议。(表5)

表 5

### 长期护理保险护理服务建议

根据失能等级评估情况建议以下服务项目：

| 分类      | 服务项目                | 是否推荐<br>(由评估专家结合失能情况具体填写) | 服务推荐理由<br>(由评估专家结合失能情况具体填写) |
|---------|---------------------|---------------------------|-----------------------------|
| 一、生活照护类 | 1. 协助进食/水及指导(含管饲饮食) |                           |                             |
|         | 2. 协助排泄             |                           |                             |
|         | 3. 人工取便             |                           |                             |
|         | 4. 失禁照护             |                           |                             |
|         | 5. 人工肛门/便袋清洁        |                           |                             |
|         | 6. 洗发               |                           |                             |
|         | 7. 理发               |                           |                             |
|         | 8. 口腔清洁(包括义齿)       |                           |                             |
|         | 9. 指/趾甲清洁           |                           |                             |
|         | 10. 擦浴              |                           |                             |
|         | 11. 沐浴              |                           |                             |
|         | 12. 整理床单位(床铺)       |                           |                             |
|         | 13. 协助更衣及指导         |                           |                             |
|         | 14. 体位管理            |                           |                             |
|         | 15. 生活功能训练及指导       |                           |                             |
|         | 16. 协助翻身叩背排痰        |                           |                             |
|         | 17. 压疮预防照护及指导       |                           |                             |
|         | 18. 协助给药            |                           |                             |
|         | 19. 生命体征测量          |                           |                             |
|         | 20. 安全防护及指导         |                           |                             |
| 二、医疗护理类 | 1. 吸痰               |                           |                             |
|         | 2. 氧气吸入             |                           |                             |

|        |              |  |  |
|--------|--------------|--|--|
|        | 3. 常规换药      |  |  |
|        | 4. 雾化吸入      |  |  |
|        | 5. 灌肠        |  |  |
|        | 6. 置管 (胃管)   |  |  |
|        | 7. 导尿(留置导尿)  |  |  |
|        | 8. 快速血糖测定    |  |  |
|        | 9. 一般物理降温    |  |  |
|        | 10. 造口(造瘘)护理 |  |  |
|        | 11. 气管切开护理   |  |  |
|        | 12. 深静脉置管护理  |  |  |
|        | 13. 认知功能训练   |  |  |
|        | 14. 运动功能训练   |  |  |
|        | 15. 吞咽功能训练   |  |  |
|        | 16. 言语功能训练   |  |  |
| 项目数合计: |              |  |  |

评估专家签字:

## **二、护理机构**

### **(一) 服务基础类**

#### **1. 长期护理保险失能人员档案信息表**

本表旨在记录失能人员基本信息、健康状况及评估结果等。(表  
1)

表 1

## 长期护理保险失能人员档案信息表

档案编号:

建档日期: 年 月 日

登记人员:

|  |   |              |
|--|---|--------------|
| <b>一、基础信息</b>  |   |              |
| <b>1. 参保人信息</b>  |   |              |
| 姓名:  | 性别: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女   | 身份证号:        |
| 联系电话:  | 参保类别:   | 医保电子凭证或社保卡号: |
| 居住地址<br>(精确到门牌号):  |   |              |
| 护理方式   | <input type="checkbox"/> 居家护理 <input type="checkbox"/> 机构护理 <input type="checkbox"/> 社区护理   |              |
| <b>2. 监护人/委托代理人信息</b>  |   |              |
| 监护人/委托代理人姓名:   | 监护人/委托代理人身份证号:  |              |
| 联系电话:  | 紧急联系人及电话:   |              |
| 监护人/委托代理人与参保人关系: <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 其他亲属 <input type="checkbox"/> 雇佣照护者 <input type="checkbox"/> 其他: |   |              |
| <b>二、健康与病史信息</b>   |   |              |
| <b>1. 失能原因</b>   | <input type="checkbox"/> 心脑血管疾病 <input type="checkbox"/> 年老机能衰退 <input type="checkbox"/> 跌倒骨折 <input type="checkbox"/> 其他(请注明: _____) |              |
| <b>2. 失能持续时间</b>   | 自 _____ 年 _____ 月起(一般为 6 个月以上)  |              |
| <b>3. 病史资料</b>   |   |              |
| 既往病史(病历/诊断证明材料附后):   |   |              |
| <b>4. 特殊护理需求</b> (来源: <input type="checkbox"/> 既往病历、 <input type="checkbox"/> 现场检查、 <input type="checkbox"/> 失能评估)   |   |              |
| <b>(1) 生活护理:</b>   |   |              |
| 高风险项: <input type="checkbox"/> 窒息 <input type="checkbox"/> 跌倒 <input type="checkbox"/> 呛咳 <input type="checkbox"/> 其他:   |   |              |
| 进食: <input type="checkbox"/> 协助 <input type="checkbox"/> 喂食 <input type="checkbox"/> 胃管  |   |              |

营养: 良好 不足 非常差

四肢活动: 乏力 偏瘫 (左侧 右侧) 截瘫 全瘫

意识: 清醒 嗜睡 意识模糊 昏睡 昏迷

语言表达: 清楚 含糊 失语

### (2) 医疗护理:

呼吸系统: 气管切开 需吸痰 需氧疗

消化系统: 胃管置管 人工肛门 / 造瘘 便秘

泌尿系统: 正常 失禁 留置尿管 膀胱造瘘

皮肤: 有压疮 (部位: \_\_\_\_\_ 分期: I 期 II 期 III 期 IV 期) 无压疮

代谢: 糖尿病 (血糖控制: 稳定 不稳定)

感染/伤口: 有伤口 (部位: \_\_\_\_\_ 类型: 手术伤口 压疮伤口)

留置引流管: 无 有 部位: \_\_\_\_\_ 类型: \_\_\_\_\_ 引流是否通畅: 是 否

雾化需求: 无需雾化 需雾化吸入

体温调节: 正常 易发热 (需物理降温)

### (3) 其他特殊需求:

\_\_\_\_\_ (如“长期卧床并发症预防(非压疮类)”“特殊饮食医嘱执行”等)

## 三、能力评估

|                  |  |
|------------------|--|
| 1. 失能等级评估结论      | <input type="checkbox"/> 0 级基本正常 <input type="checkbox"/> 1 级轻度失能<br><input type="checkbox"/> 2 级中度失能 <input type="checkbox"/> 3 级重度失能 I 级<br><input type="checkbox"/> 4 级重度失能 II 级 <input type="checkbox"/> 5 级重度失能 III 级 |
| 2. 失能等级评估结论有效期   | 自 _____ 年 _____ 月 _____ 日至 _____ 年 _____ 月 _____ 日   |
| 最近异议复评或重新评估结论及时间 | 结论: _____<br>_____ 年 _____ 月 _____ 日   |

填表说明:

本表一式二份, 统筹地区医疗保障经办机构、定点长护服务机构各留存一份, 作为长期护理保险服务管理的重要依据。

## (二) 服务执行类

### 1. 长期护理保险护理服务计划表

本表适用于定点长护服务机构为重度失能参保人员制定护理服务计划。（表2）

表 2

## 长期护理保险护理服务计划表

| 参保人员姓名                    |  | 性别   | <input type="checkbox"/> 男<br><input type="checkbox"/> 女 | 身份证号 |      |
|---------------------------|--|------|--|------|------|
| 现住地址                      |  | 联系人  |  | 联系方式 |      |
| 失能等级                      | <input type="checkbox"/> 重度失能 I 级<br><input type="checkbox"/> 重度失能 II 级<br><input type="checkbox"/> 重度失能 III 级 |      |  |      |      |
| 服务方式                      | <input type="checkbox"/> 居家护理 <input type="checkbox"/> 机构护理 <input type="checkbox"/> 社区护理                      |      |  |      |      |
| 请根据失能人员的护理服务需求，在对应项目前打“√” |  |      |  |      |      |
| 分类                        | 服务项目   | 建议频次 | 确定频次   | 推荐时长 | 确定时长 |
| 一、生活照护类<br>□全选            | <input type="checkbox"/> 1. 协助进食/水及指导<br>(含管饲饮食)   |      |  |      |      |
|                           | <input type="checkbox"/> 2. 协助排泄   |      |  |      |      |
|                           | <input type="checkbox"/> 3. 人工取便   |      |  |      |      |
|                           | <input type="checkbox"/> 4. 失禁照护   |      |  |      |      |
|                           | <input type="checkbox"/> 5. 人工肛门/便袋清洁  |      |  |      |      |
|                           | <input type="checkbox"/> 6. 洗发   |      |  |      |      |
|                           | <input type="checkbox"/> 7. 理发   |      |  |      |      |
|                           | <input type="checkbox"/> 8. 口腔清洁(包括义齿)   |      |  |      |      |
|                           | <input type="checkbox"/> 9. 指/趾甲清洁   |      |  |      |      |
|                           | <input type="checkbox"/> 10. 擦浴  |      |  |      |      |
|                           | <input type="checkbox"/> 11. 沐浴  |      |  |      |      |
|                           | <input type="checkbox"/> 12. 整理床单位(床铺)   |      |  |      |      |
|                           | <input type="checkbox"/> 13. 协助更衣及指导   |      |  |      |      |
|                           | <input type="checkbox"/> 14. 体位管理  |      |  |      |      |
|                           | <input type="checkbox"/> 15. 生活功能训练及指导   |      |  |      |      |
|                           | <input type="checkbox"/> 16. 协助翻身叩背排痰  |      |  |      |      |
|                           | <input type="checkbox"/> 17. 压疮预防照护及指导   |      |  |      |      |

|         |                                       |  |  |        |  |
|---------|---------------------------------------|--|--|--------|--|
|         | <input type="checkbox"/> 18. 协助给药     |  |  |        |  |
|         | <input type="checkbox"/> 19. 生命体征测量   |  |  |        |  |
|         | <input type="checkbox"/> 20. 安全防护及指导  |  |  |        |  |
| 二、医疗护理类 | <input type="checkbox"/> 1. 吸痰        |  |  |        |  |
|         | <input type="checkbox"/> 2. 氧气吸入      |  |  |        |  |
|         | <input type="checkbox"/> 3. 常规换药      |  |  |        |  |
|         | <input type="checkbox"/> 4. 雾化吸入      |  |  |        |  |
|         | <input type="checkbox"/> 5. 灌肠        |  |  |        |  |
|         | <input type="checkbox"/> 6. 置管（胃管）    |  |  |        |  |
|         | <input type="checkbox"/> 7. 导尿（留置导尿）  |  |  |        |  |
|         | <input type="checkbox"/> 8. 快速血糖测定    |  |  |        |  |
|         | <input type="checkbox"/> 9. 一般物理降温    |  |  |        |  |
|         | <input type="checkbox"/> 10. 造口（造瘘）护理 |  |  |        |  |
|         | <input type="checkbox"/> 11. 气管切开护理   |  |  |        |  |
|         | <input type="checkbox"/> 12. 深静脉置管护理  |  |  |        |  |
|         | <input type="checkbox"/> 13. 认知功能训练   |  |  |        |  |
|         | <input type="checkbox"/> 14. 运动功能训练   |  |  |        |  |
|         | <input type="checkbox"/> 15. 吞咽功能训练   |  |  |        |  |
|         | <input type="checkbox"/> 16. 言语功能训练   |  |  |        |  |
|         | 合计项目数:                                |  |  | 月合计时长: |  |

本人已充分知悉并同意上述护理计划。

参保人或监护人、委托代理人确认签字: \_\_\_\_\_  
日期: \_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

长护专员签字: \_\_\_\_\_

定点长护机构签字: \_\_\_\_\_

定点长护机构盖章:

## 2. 长期护理保险服务记录单

本表适用于经医保部门认定的定点长护服务机构，涵盖居家护理、机构护理、社区护理等场景，记录护理服务提供情况。（表3）

表 3

### 长期护理保险服务记录单

服务编号:

服务机构:

服务类型: 居家护理 机构护理 社区护理

|             |           |        |                                |                                |                             |
|-------------|-----------|--------|--------------------------------|--------------------------------|-----------------------------|
| 参保人姓名       |           | 身份证号   |                                | 失能等级                           |                             |
| 联系电话        |           | 服务地址   |                                |                                |                             |
| 护理人员姓名      |           | 护理人员资质 | <input type="checkbox"/> 长期照护师 | <input type="checkbox"/> 护士    | <input type="checkbox"/> 医生 |
|             |           |        | <input type="checkbox"/> 养老护理员 | <input type="checkbox"/> 医疗护理员 | <input type="checkbox"/> 其他 |
| 床号          | (机构护理类填写) |        |                                |                                |                             |
| 服务记录栏       |           |        |                                |                                |                             |
| 服务日期        |           |        |                                |                                |                             |
| 服务开始时间      |           |        |                                |                                |                             |
| 服务结束时间      |           |        |                                |                                |                             |
| 时长(分钟)      |           |        |                                |                                |                             |
| 服务项目内容      |           |        |                                |                                |                             |
| 服务项目数合计     |           |        |                                |                                |                             |
| 异常情况说明:     |           |        |                                |                                |                             |
| 处理措施:       |           |        |                                |                                |                             |
| 处理时间:       |           |        |                                |                                |                             |
| 护理人员签字:     |           |        |                                |                                |                             |
| 参保人员(家属)签名: |           |        |                                |                                |                             |

### 3. 长期护理服务月度汇总表

本表用于系统记录失能人员每月接受护理服务情况，形成可追溯的服务过程链。（表 4）

表 4

## 长期护理服务月度汇总表

| 机构名称: |                      |      | 参保人姓名: |   |   | 身份证号码: |   |   | 性别: |   |   | 日期: |    |    | 年      月 |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|-------|----------------------|------|--------|---|---|--------|---|---|-----|---|---|-----|----|----|----------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 序号    | 服务项目                 | 服务频次 | 1      | 2 | 3 | 4      | 5 | 6 | 7   | 8 | 9 | 10  | 11 | 12 | 13       | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 |
| 1     | 协助进食/水及指导<br>(含管饲饮食) |      |        |   |   |        |   |   |     |   |   |     |    |    |          |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 2     | 协助排泄                 |      |        |   |   |        |   |   |     |   |   |     |    |    |          |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 3     | 人工取便                 |      |        |   |   |        |   |   |     |   |   |     |    |    |          |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 4     | 失禁照护                 |      |        |   |   |        |   |   |     |   |   |     |    |    |          |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 5     | 人工肛门/便袋清洁            |      |        |   |   |        |   |   |     |   |   |     |    |    |          |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 6     | 洗发                   |      |        |   |   |        |   |   |     |   |   |     |    |    |          |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 7     | 理发                   |      |        |   |   |        |   |   |     |   |   |     |    |    |          |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 8     | 口腔清洁(包括义齿)           |      |        |   |   |        |   |   |     |   |   |     |    |    |          |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 9     | 指/趾甲清洁               |      |        |   |   |        |   |   |     |   |   |     |    |    |          |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 10    | 擦浴                   |      |        |   |   |        |   |   |     |   |   |     |    |    |          |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 11    | 沐浴                   |      |        |   |   |        |   |   |     |   |   |     |    |    |          |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |





### **三、经办机构**

#### **(一) 经办管理类**

##### **1. 长期护理服务满意度评价表**

本表用于对长期护理保险待遇享受人员开展满意度调查，由统筹地区医疗保障经办机构工作人员或其授权的人员负责实施。（表1）

表 1

## 长期护理服务满意度评价表（居家、机构、社区）

### 一、基本信息

定点长护服务机构名称: \_\_\_\_\_

参保人姓名: \_\_\_\_\_ 身份证号: \_\_\_\_\_

联系方式: \_\_\_\_\_ 评价地点: \_\_\_\_\_

家属姓名: \_\_\_\_\_ 与参保人关系: \_\_\_\_\_

### 二、问卷内容（请在对应选项前的□内打√）

#### 1. 请问您对该机构总体印象如何:

- 很好 (10 分)     较好 (8 分)     一般 (5 分)  
 较差 (3 分)     很差 (0 分)

如有不满意, 可具体说明: \_\_\_\_\_

#### 2. 请问您对该机构护理人员的服务态度是否满意:

- 十分满意 (10 分)     满意 (8 分)     一般 (5 分)  
 不满意 (3 分)     十分不满意 (0 分)

如有不满意, 可具体说明: \_\_\_\_\_

#### 3. 请问您对该机构提供服务的及时性是否满意:

- 十分满意 (10 分)     满意 (8 分)     一般 (5 分)  
 不满意 (3 分)     十分不满意 (0 分)

如有不满意, 可具体说明: \_\_\_\_\_

#### 4. 请问您对该机构护理人员提供的长护服务是否满意:

- 十分满意 (10 分)     满意 (8 分)     一般 (5 分)  
 不满意 (3 分)     十分不满意 (0 分)

如有不满意, 可具体说明: \_\_\_\_\_

#### 5. 请问该机构提供的长护服务是否规范:

- 很规范 (10 分)     较规范 (8 分)     一般 (5 分)  
 不太规范 (3 分)     不规范 (0 分)

如有不满意, 可具体说明: \_\_\_\_\_

#### 6. 请问您对该机构服务管理的安全性是否满意:

- 十分满意 (10 分)     满意 (8 分)     一般 (5 分)

不满意（3分）  十分不满意（0分）

如有不满意，可具体说明：\_\_\_\_\_

7. 请问您对该机构提供的长期护理保险政策咨询/宣传是否满意：

十分满意（10分）  满意（8分）  一般（5分）

不满意（3分）  十分不满意（0分）

如有不满意，可具体说明：\_\_\_\_\_

8. 请问您对当前护理服务项目的内容、频次、时长是否清楚：

很清楚（10分）  清楚（8分）  一般（5分）

不太清楚（3分）  不清楚（0分）

如有不满意，可具体说明\_\_\_\_\_

9. 请问您对该机构护理服务后的效果（如身体舒适度提升、症状改善等）是否满意：

十分满意（10分）  满意（8分）  一般（5分）

不满意（3分）  十分不满意（0分）

如有不满意，可具体说明：\_\_\_\_\_

10. 请问您对该机构处理您提出的意见或投诉的响应速度及结果是否满意：

十分满意（10分）  满意（8分）  一般（5分）

不满意（3分）  十分不满意（0分）

如有不满意，可具体说明：\_\_\_\_\_

总分合计：\_\_\_\_\_

### 三、其他意见

---

---

---

签名：\_\_\_\_\_

日期：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

## 2.长期护理服务质量评价表

本表由统筹地区医疗保障经办机构工作人员或其授权的专业人员负责实施，对定点长护服务机构的护理服务质量开展评价。（表 2）

表 2

### 长期护理服务质量评价表

|            |  |        |  |
|------------|--|--------|--|
| 定点长护服务机构名称 |  | 机构类型   | <input type="checkbox"/> 养老机构 <input type="checkbox"/> 医疗机构<br><input type="checkbox"/> 社区居家养老服务机构 <input type="checkbox"/> 其他 |
| 参保人员姓名     |  | 身份证号码  |  |
| 上门服务地址     |  | 服务项目类别 | <input type="checkbox"/> 生活照护类 <input type="checkbox"/> 生活照护类+医疗护理类  |

**表 1：生活照护类**

| 序号 | 项目               | 服务要点  | 得分（每项0-5分） |
|----|------------------|---|------------|
| 1  | 协助进食/水及指导(含管饲饮食) | (1) 用餐前洗手，照护对象和照护者须手部清洁；<br>(2) 对有咀嚼和吞咽困难的照护对象，要将食物切碎、搅拌；<br>(3) 用餐时关注和纠正照护对象的进食姿势，检查食物温度，保证温度适宜；<br>(4) 协助进食/水时，防止照护对象误吸、呛咳；协助照护对象充分咀嚼吞服，防止呛噎；<br>(5) 进食完毕后帮助维持进食体位 20-30 分钟；<br>(6) 记录照护对象的进食/水情况，观察照护对象进餐过程中有无不适反应；<br>(7) 如照护对象有鼻胃管置管，遵医嘱为照护对象经鼻胃管提供适宜的流质食物/水，确认胃管位置，并维持管道固定位置正确、通畅与清洁。     |            |
| 2  | 协助排泄             | (1) 对行动不便的照护对象辅助如厕或协助使用便器；<br>(2) 及时更换照护对象尿垫或纸尿裤，保持皮肤清洁干爽无污迹；排泄后按需及时做好照护对象会阴部或肛周清洁；<br>(3) 对排泄异常的照护对象观察大小便的性状、颜色、排量及频次，作好记录；<br>(4) 便器使用后及时倾倒和清洗消毒，及时处理污染尿垫；<br>(5) 保护照护对象隐私，尊重心理需要。  |            |
| 3  | 人工取便             | (1) 了解照护对象的健康及便秘情况，按照正确的操作程序，完成人工取便；<br>(2) 取便后及时做好照护对象肛周清洁；<br>(3) 便器使用后及时倾倒和清洗消毒，及时处理污染尿垫；<br>(4) 保护照护对象隐私，尊重心理需要。  |            |
| 4  | 失禁照护             | (1) 保持局部皮肤的清洁；<br>(2) 及时更换衣物、尿垫、纸尿裤或尿袋等，保持床单位的清洁、干燥；<br>(3) 指导有一定认知能力的照护对象养成定时排尿、排便的习惯；<br>(4) 对留置尿管的照护对象定期消毒尿道口；<br>(5) 保护照护对象隐私，尊重心理需要。   |            |
| 5  | 人工肛门/便袋清洁        | (1) 了解照护对象造口大小及周围皮肤情况，向照护对象做好解释，以取得合作；<br>(2) 当便袋有渗漏或便袋内容物超过三分之一时，应将便袋取下，替换另一便袋；<br>(3) 协助照护对象取平卧位、半坐卧位或坐位，采用适宜方式揭去原有的便袋，避免扯伤皮肤；<br>(4) 更换便袋前先用温水清洁造口及周围皮肤，不要使用酒精等刺激性强的外用药擦洗，用软纸轻轻擦干，确保皮肤干爽；<br>(5) 粘贴便袋时，先除去便袋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；<br>(6) 更换便袋后将便袋两旁的扣洞用腰带扣上，固定于照护对象腰间。 |            |

|    |            |   |  |
|----|------------|---|--|
| 6  | 洗发         | (1) 协助照护对象取适宜的体位，调节适宜水温；<br>(2) 去除污垢和头屑，保持照护对象清洁、舒适，无异味；<br>(3) 洗发后吹干头发并梳理，预防头虱及头皮感染。   |  |
| 7  | 理发         | (1) 修剪头发后使头发长短适宜，整齐美观；<br>(2) 头皮无损伤；<br>(3) 皮肤无碎发；<br>(4) 清洗后保持头发清洁、无异味。  |  |
| 8  | 口腔清洁（包括义齿） | (1) 清除牙齿表面的食物残渣；<br>(2) 避免误吸、口腔粘膜损伤、义齿损坏；<br>(3) 口腔内无残渣、无异味。  |  |
| 9  | 指/趾甲清洁     | (1) 修剪指/趾甲，留存长度适宜，边缘应光滑、无毛刺；<br>(2) 手指处如有倒刺用指甲刀剪除，不损伤手指皮肤。  |  |
| 10 | 擦浴         | (1) 调节室温至适宜温度；<br>(2) 如有管路的照护对象需固定管路，确保安全；<br>(3) 采用擦浴方式清除照护对象身上的污垢、汗渍；<br>(4) 保持照护对象身体皮肤的清洁及滋润，提高照护对象的舒适度；<br>(5) 清洁皮肤褶皱处和敏感区域，避免摩擦造成的皮肤损伤；<br>(6) 保障照护对象安全、舒适，防受凉，防烫伤；<br>(7) 保护照护对象隐私，尊重心理需要。              |  |
| 11 | 沐浴         | (1) 了解照护对象过往病史及健康状况，是否需要如厕；<br>(2) 将照护对象移至洗浴设施；<br>(3) 调节适宜水温；<br>(4) 帮助照护对象脱衣裤，沐浴，擦干，穿衣裤；<br>(5) 确保照护对象安全，防跌倒、防受凉、防烫伤；<br>(6) 保护照护对象隐私，尊重心理需要  |  |
| 12 | 整理床单位（床铺）  | (1) 定期更换床单、被套，保持床单位的清洁、干燥、平整、柔软，使照护对象舒适；<br>(2) 对大小便失禁的照护对象应随时更换污染的床单、被套等用品。  |  |
| 13 | 协助更衣及指导    | (1) 调节室温至适宜温度；<br>(2) 了解照护对象的肢体功能，选择合适的穿脱衣顺序（脱衣顺序：无肢体活动障碍时，先近侧，后远侧；一侧肢体活动障碍时，先健侧，后患侧。穿衣顺序：无肢体活动障碍时，先远侧，后近侧；一侧肢体活动障碍时，先患侧，后健侧）；<br>(3) 保持肢体在功能位范围内活动，防止牵拉受损，防跌倒、坠地；<br>(4) 指导家属了解更衣顺序；<br>(5) 保护照护对象隐私，尊重心理需要。 |  |
| 14 | 体位管理       | (1) 根据照护对象的病情、肢体活动能力、年龄、体重，有无约束、伤口、引流管、骨折和牵引等情况，协助照护对象在床上适度移动或进行体位变换，或协助使用手杖、拐杖、助行器、轮椅等不同的移动工具，借助器具开展室内/户外活动；<br>(2) 如有管路的照护对象，在移动的过程中，妥善处理各种管路，保持各种管道通畅，无扭曲、脱落、受压；<br>(3) 做好安全保护措施，避免拖拉拽，保护局部皮肤无擦伤。          |  |
| 15 | 生活功能训练及指导  | (1) 了解照护对象的日常生活自理能力；<br>(2) 合理布置环境，将床、椅和其他生活用品放到适当的位置；<br>(3) 协助照护对象完成进食、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，提高生活质量；<br>(4) 训练时让照护对象处于舒适的位置，护理人员处于可以清楚观察照护对象活动全过程的位置；<br>(5) 训练时发布指令需缓慢、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，不宜过度疲劳；<br>(6) 指导家属了解生活功能训练的内容和作用。   |  |
| 16 | 协助翻身叩背排痰  | (1) 根据照护对象不同的身体状况及护理需求，是否存在禁忌症（如活动性内出血、肋骨骨折等），确定翻身的频次、体位、方式；<br>(2) 叩背原则：从下至上、从外至内，背部从第十肋间隙、胸部从第六肋间隙开始向上叩击至肩部，注意避开肾区、脊柱等突出部位，力度适宜，进行排痰扣背时，手指应稍作屈曲，将手背隆起，使整个手掌呈空心状，类似杯状，叩击时发出空而深的“啪、啪”声响，密切观察照护对象，及时清除口腔分泌物。在移动的过程中，避免拖拉拽，妥善处理各种管路；<br>(3) 通过叩背帮助照护对象排出痰液；<br>(4) 有活动性内出血、咯血、气胸、肋骨骨折、肺水肿、低气压、严重骨质疏松等，禁止背部叩击。 |  |
| 17 | 压疮预防照护及指导 | (1) 了解和确认照护对象压疮发生风险；<br>(2) 根据照护对象风险提供预防压疮服务：定时翻身，选择合适的皮肤减压用具，特殊情况根据需要可适当增加翻身频次，掌握不同的翻身姿势；<br>(3) 保持照护对象皮肤清洁干爽，床单位整洁；<br>(4) 与照护对象及家属沟通，提供心理支持及压疮预防护理的健康指导。   |  |
| 18 | 协助给药      | (1) 了解照护对象病情、合作程度、意识状态。评估环境温度，注意保暖、保护隐私；<br>(2) 使用药品时应核对医嘱并向家属确认照护对象所用的药品名称、剂量、途径、时间等信息，遵医嘱给药（含外用药）；<br>(3) 观察照护对象的用药反应，做好记录。   |  |
| 19 | 生命体征测量    | (1) 调整照护对象至正确体位，测量部位正确；<br>(2) 为照护对象准确测量体温、脉搏、呼吸、血压等，并做好记录；<br>(3) 测量发现异常及时报告。  |  |
| 20 | 安全防护及指导   | (1) 根据病情、意识、活动能力、生理机能、家庭环境等，做好照护对象及家属应对意外发生的应急预案指导；<br>(2) 指导照护对象学习跌倒、坠床、噎呛、误吸、窒息、烫伤、误食、错服药物等意外相关防护知识及应急处理方法；<br>(3) 指导照护对象或其家属使用合适的安全保护用具。   |  |

(A) 小计项目数： 小计得分总和：

$$A\text{得分率} = (\text{小计项目得分总和}) \div (\text{小计项目数} \times 5) \times 100\% =$$

表 2：医疗护理类

| 序号 | 项目   | 服务要点   | 得分（每项0-5分） |
|----|------|--|------------|
| 1  | 吸痰   | (1) 吸痰前做好核对和解释工作，检查吸痰设备，确保设备处于良好状态；<br>(2) 按照吸痰操作规范执行，清除气道及口腔分泌物；<br>(3) 吸痰过程中，注意观察照护对象的反应，避免过度吸引引起不适或损伤；<br>(4) 吸痰后使用生理盐水清洁吸痰管，防止分泌物残留和管道阻塞；<br>(5) 对长期需要吸痰的照护对象，进行定期的口腔护理。 |            |
| 2  | 氧气吸入 | (1) 帮助照护对象正确佩戴鼻导管或面罩，根据医嘱调整氧气流量和浓度，达到改善组织缺氧的目的；<br>(2) 在氧疗过程中监测照护对象的生命体征和血氧饱和度，及时调整氧气流量；<br>(3) 记录每次吸氧时间、流量和照护对象反应；<br>(4) 为使用鼻导管的照护对象提供定期的口腔和鼻腔服务。                          |            |
| 3  | 常规换药 | (1) 遵医嘱选择合适的敷料及清创消毒溶液，严格执行无菌操作为照护对象完成拆线、伤口外敷药、换药等；<br>(2) 换药区域顺序依次为：清洁伤口、污染伤口，最后为感染伤口。   |            |

|    |          |  |  |
|----|----------|--|--|
| 4  | 雾化吸入     | <p>(1) 遵医嘱，了解照护对象病情及呼吸系统状况，根据疾病、用药及减轻不良反应的要求选择适宜的雾化设备，并告知照护对象雾化吸入治疗的整个流程，缓解照护对象的紧张情绪；</p> <p>(2) 每次雾化用量遵医嘱，控制一次雾化时间在15-20分钟。用无菌注射器配制药液，注入各种雾化装置，连接雾化设备与雾化装置和管路，定时调节雾量，嘱其用口慢而深地吸气，正常呼气；</p> <p>(3) 雾化装置专人专用，雾化后嘱其漱口，避免引起口腔霉菌的感染；</p> <p>(4) 协助照护对象排痰，处理用物，评价雾化效果并记录。</p>  |  |
| 5  | 灌肠       | <p>(1) 了解照护对象病情及腹胀程度等，排空膀胱；</p> <p>(2) 遵医嘱，备灌肠装置，润滑肛管前端，嘱照护对象深呼吸，插入肛管适宜深度，并固定；</p> <p>(3) 嘱照护对象按规定时间排便，协助照护对象恢复舒适体位。</p>   |  |
| 6  | 置管（胃管）   | <p>(1) 置管前做好核对和解释工作，了解照护对象病情及合作程度；</p> <p>(2) 遵医嘱，取适当体位，选择并清洁口/鼻腔，测量插入深度，润滑胃管前端，插入胃管，检查照护对象口/鼻腔情况，确认胃管位置，固定并作标记；</p> <p>(3) 协助照护对象采取舒适体位，观察照护对象反应，处理用物，洗手，记录，做好健康教育及心理护理。</p>  |  |
| 7  | 导尿(留置导尿) | <p>(1) 核对医嘱，确定照护对象的基本情况，选择采取间歇性导尿或留置性导尿；</p> <p>(2) 导尿全程严格无菌，避免感染，使用合适的操作体位和润滑剂，减轻照护对象的不适感；</p> <p>(3) 定期检查导尿管和尿袋，确保无泄漏、堵塞或感染迹象，并定期更换耗材。间歇性导尿需确定操作间隔，做好尿道口护理和与照护对象的沟通；</p> <p>(4) 操作结束后，做好清洁工作；</p> <p>(5) 留置导尿时，指导家属在尿袋内尿液量达到2/3满时及时放出尿液。排空尿袋前，需仔细观察尿液颜色及透明度，若发现尿液异常，如颜色过深、浑浊、有沉淀或结晶等，应及时上报；</p> <p>(6) 根据病情需要，还应准确记录每次排出的尿量。</p> |  |
| 8  | 快速血糖测定   | <p>(1) 快速、方便地测量血糖；</p> <p>(2) 将结果告知照护对象或家属，记录血糖数值；</p> <p>(3) 对需要长期监测血糖的照护对象，应轮换采血部位，并指导照护对象血糖监测的方法。</p>   |  |
| 9  | 一般物理降温   | <p>(1) 根据照护对象情况选择适合的物理降温方式；</p> <p>(2) 观察局部血液循环和体温变化情况。重点观察照护对象皮肤状况，如照护对象发生皮肤苍白、青紫或者有麻木感时，应立即停止使用，防止冻伤发生；</p> <p>(3) 物理降温时，应当避开照护对象的枕后、耳廓、心前区、腹部、阴囊(男性)及足底部位；</p> <p>(4) 指导家属掌握物理降温方法，观察降温效果；</p> <p>(5) 对于机构照护，及时记录体温和病情的变化，告知家属，必要时与医师沟通。</p>  |  |
| 10 | 造口(造瘘)护理 | <p>(1) 遵医嘱，造瘘管引流通畅，造口排泄物及时清洗，避免发生因引流不畅导致感染等并发症；</p> <p>(2) 定期消毒造瘘口，保持造瘘口敷料及周围皮肤完整、清洁干爽、无异味；</p> <p>(3) 妥善固定瘘管及瘘袋，瘘袋高度不能高于造瘘口；</p> <p>(4) 注意照护对象的主诉和引流液情况。</p>  |  |
| 11 | 气管切开护理   | <p>(1) 遵医嘱，保持气管切开后套管处于居中位置，固定套管的系带，防止气管套管的气囊破裂或滑脱；</p> <p>(2) 监测并保持气囊的压力，必要时在人工气道内滴入药物(打开人工气道，吸气相时滴入药物，观察用药后效果并记录)；</p> <p>(3) 及时清理呼吸道分泌物。局部消毒，更换敷料，清洁消毒气管套管，并保持切开部位敷料清洁、干燥，以免出现感染；</p>  |  |

|    |         |   |  |
|----|---------|---|--|
|    |         | (4) 固定，观察伤口有无感染并记录，做好健康教育及心理护理。   |  |
| 12 | 深静脉置管护理 | (1) 遵医嘱，按照无菌操作原则冲管、封管；<br>(2) 观察穿刺点渗血、出血、周围皮肤等情况，根据需要更换敷料、输液接头，固定导管；<br>(3) 标明时间和导管外露长度、签名，整理用物、记录。                               |  |
| 13 | 认知功能训练  | (1) 遵医嘱，对注意力、记忆力、判断力、定向力、语言能力、执行能力等进行一对一或小组认知康复训练；<br>(2) 指导并进行精神行为症状管理。  |  |
| 14 | 运动功能训练  | (1) 遵医嘱，徒手或用设备对照护对象进行运动功能训练；<br>(2) 应用辅具对照护对象平衡、行走能力进行训练；<br>(3) 针对不同照护对象，选择合适的训练强度、训练方式，设定训练量，改善其运动功能；<br>(4) 运动功能训练过程中注意加强风险防范。 |  |
| 15 | 吞咽功能训练  | (1) 遵医嘱，通过手法和设备进行吞咽康复训练；<br>(2) 根据照护对象的进食情况选择适宜的训练方式和强度；<br>(3) 吞咽功能训练过程中注意加强风险防范。  |  |
| 16 | 言语功能训练  | (1) 遵医嘱，通过人工和设备进行言语功能训练；<br>(2) 根据照护对象的语言功能情况选择适宜的训练方式和强度。  |  |

(B) 小计项目数： 小计得分总和：

$$B \text{ 得分率} = (\text{小计项目得分总和}) \div (\text{小计项目数} \times 5) \times 100\% =$$

表 3: 其他类

| 序号 | 项目        | 服务要点  | 分值(每项0-5分) |
|----|-----------|---|------------|
| 1  | 医疗护理适应性   | 实施的医疗护理项目符合参保人的病情，无护理禁忌症  |            |
| 2  | 服务协议履约合规性 | (1) 每月至少1次主动向家属反馈参保人护理情况（如身体状态、服务效果）；<br>(2) 家属提出疑问后48小时内响应；                                      |            |
| 3  | 家属沟通与反馈响应 | 对异常生命体征、病情变化及时记录并反馈   |            |
| 4  | 应急处置预案与准备 | (1) 有针对参保人突发情况的预案（如跌倒、呛咳、血糖异常）；<br>(2) 服务现场配备基础应急物品（如血糖仪、急救包、呼叫器）；<br>(3) 护理人员能熟练演示预案关键步骤（如呛咳急救）。 |            |
| 5  | 记录规范性     | 医务人员本人填写，注明执行项目、时间、签字   |            |

(C) 小计项目数： 小计得分总和：

$$C \text{ 得分率} = (\text{小计项目得分总和}) \div (\text{小计项目数} \times 5) \times 100\% =$$

评价结果：  合格     不合格

备注：

A、B、C三类评分，根据护理服务计划涉及到的服务类型，得分率均为60%及以上为合格，有一类低于60%即视为不合格。出现“打骂参保人”“非持证人员提供医疗护理”直接判定为不合格。

### 3.定点长护服务机构巡查记录表

本表适用于统筹地区医疗保障经办机构巡查人员对定点长护服务机构的实地巡查，整体评价服务质量。（表3）

表3

## 定点长护服务机构巡查记录表

| 被巡查单位: |               | 巡查时间: 年 月 日  |    |     |
|--------|---------------|--|----|-----|
| 序号     | 巡查项目          | 巡查内容   | 分值 | 实得分 |
| 1      | 机构管理<br>(27分) | 建立健全与长期护理保险制度相适应的内部管理制度（服务、财务、结算、信息、培训、档案、宣传等），配备专（兼）职管理人员、护理服务人员，明确并履行管理职责。   | 3  |     |
|        |               | 悬挂统一的定点标识，全面实行收费公示制度、实行费用清单制度。设置长护政策法规宣传栏，政策问答、评估申办流程、服务项目清单、监督投诉电话等。  | 3  |     |
|        |               | 建立健全内部质量控制制度，形成部门之间、岗位之间和业务之间相互制衡、相互监督的内控机制。   | 3  |     |
|        |               | 护理服务人员应为长期照护师等符合条件的相关护理人员，人员类型、数量与服务能力、服务范围相匹配。  | 3  |     |
|        |               | (1) 提供机构护理的养老机构，其床位不少于10张，床位应“专床专用”；具备医疗资质的机构，医师和护士(师)各不少于2人；长期护理服务能力在100(含)人以上的，应成立长护管理内设工作机构并配备专职管理人员。(2) 提供居家护理或社区护理的机构，专职护理人员(含长期照护师等)不少于4人；具备医疗资质的，医护人员不少于2人。 | 3  |     |
|        |               | 制定培训体系，参加医疗保障行政部门或者统筹地区医疗保障经办机构组织的长期护理保险相关宣传和培训。   | 3  |     |
|        |               | 建立护理服务人员动态管理机制和工作质量考核评价体系，实行实名制管理，强化技能培训。制定服务流程和服务标准，确保护理服务一致性和规范性。  | 3  |     |
|        |               | 日常检查、护理服务抽审、考核评价、价格监测等工作，接受统筹地区医保行政部门的监督检查，并按规定提供相关材料。   | 3  |     |
|        |               | 协议期间，名称、等级、法定代表人、主要负责人或实际控制人、注册地址、机构性质和类别、核定床位数（护理床位）、服务类型、服务内容、收费标准等重大信息发生变更的，应当自有关部门批准、备案或者发生变更之日起30个工作日内向甲方提出变更申请。其他一般信息变更应当及时告知。信息变更后，应及时办理协议变更手续。             | 3  |     |

|   |               |  |   |  |
|---|---------------|--|---|--|
|   |               | 应与参保人员或其监护人、委托代理人签订服务合同。按照护理服务计划、行业规范和长护险规定为参保人员提供服务，并如实记录服务内容。                        | 4 |  |
| 2 | 服务管理<br>(20分) | 在为参保人员提供长护险相关服务时，应当核验参保人员有效身份凭证，发现证件无效、人证不符的，不得为其办理签约，提供护理服务。                          | 4 |  |
|   |               | 发现参保人员失能状态与评估等级不符，或者参保人员死亡、住院、长期到统筹地区外居住等情况，及时向统筹地区医疗保障经办机构报告。                         | 4 |  |
|   |               | 应配合长护专员进行沟通协调，协助其结合护理服务建议形成护理服务计划，明确服务的类型、频次、时长、配比等内容，经参保人员或其监护人、委托代理人确认后实施。           | 4 |  |
|   |               | 严格执行长护险服务项目等目录，优先使用目录内项目服务。提供长护险保障范围外的服务事项应当事先征得参保人员或其监护人、委托代理人书面同意。                   | 4 |  |
| 3 | 费用结算<br>(10分) | 不得重复、分解收取长护服务费用，或者收费价格高于公示价格，不得实行不公平、歧视性高价，同一项目收费价格不得高于非参保人员收费价格。应配合甲方做好长期护理价格监测和监督工作。 | 5 |  |
|   |               | 应当按规定及时全面准确向统筹区医保经办机构上传审核和结算所需的有关数据，包括护理服务清单（或规范票据）、服务项目费用结算明细、护理人员等信息，并确保真实准确。        | 5 |  |
| 4 | 信息管理<br>(15分) | 应当及时维护机构、人员等编码信息，对护理服务人员实行实名制管理，强化技能培训，规范服务行为，提高服务质量，建立护理服务人员动态管理机制和工作质量考核评价体系。        | 2 |  |
|   |               | 应当通过全国统一的医保信息平台长期护理保险子系统，或者自建护理服务内部管理系统并与全国统一的医保信息平台对接，实现长期护理保险服务等数据信息的管理与传输。          | 5 |  |
|   |               | 建立长护险信息安全管理制度，明确信息安全管理责任，确保信息安全。网络必须与互联网物理隔离，与其他外部网络联网应采用有效的安全隔离措施。                    | 3 |  |
|   |               | 未经统筹地区医疗保障经办机构书面同意，不得向任何机构或个人提供工作中涉及的参保人员等信息（法律有规定的除外），且不能利用参保人员信息从事其他类商业行为。           | 2 |  |

|                      |                      |  |    |  |
|----------------------|----------------------|--|----|--|
|                      |                      | 按照全国统一的接口和编码规范实现与全国统一的医保信息平台长护险子系统联通。强化长护险子系统应用，做好机构、人员等编码信息动态维护和贯标应用工作。                   | 3  |  |
| 5                    | 档案管理<br><br>(6分)     | 建立护理服务档案管理制度，按“一人一档”的要求做好护理服务全过程记录、护理文书、服务档案等资料的留存归档。协议期限届满前，及时将完整纸质档案或电子档案移交统筹地区医疗保障经办机构。 | 3  |  |
|                      |                      | 加强对护理服务计划、护理记录等资料管理，建立参保人健康与服务实名制档案，应妥善保存所有长护险相关的病历、处方、治疗单、检查检验报告等。                        | 3  |  |
| 6                    | 风险防范<br><br>(4分)     | 建立风险防范机制，明确护理服务过程中的风险点和风险等级。   | 1  |  |
|                      |                      | 根据风险防范机制定期开展工作，每季度开展一次例行风险检查。  | 2  |  |
|                      |                      | 对检查出来的风险点及时整改，明确防范措施。  | 1  |  |
| 7                    | 违法违规行为查处<br><br>(8分) | 无被查实的长护管理投诉、举报、信访。   | 2  |  |
|                      |                      | 无违法违规行为被医疗保障部门处理的情形。   | 3  |  |
|                      |                      | 随机展开患者回访评价。  | 3  |  |
| 8                    | 综合评价<br><br>(10分)    | 在长护政策宣传落实、信息系统优化、服务技能提升等方面有突出贡献的；优秀服务案例、先进人物事迹等方面引起正面社会反响的。                                | 10 |  |
| 巡查人员签名：              |                      |  |    |  |
| 定点长护服务机构法定代表人或负责人签名： |                      |  |    |  |

## (二) 基金结算类

### 1. 长期护理保险基金个人结算清单

本单适用于长期护理保险定点长护服务机构与参保人员之间的费用结算。(表4)

表4

## 长期护理保险基金个人结算清单

|  |                          |                       |  |
|--|--------------------------|-----------------------|--|
| 机构名称(章):                                 |                          | 机构编码: _____           |  |
| 发生时间段: ____年____月____日 - ____年____月____日 | 记账时长:                    | 结算时间: ____年____月____日 |  |
| 参保人姓名:                                   | 性别:                      | 证件号码:                 |  |
| 现住址: ____省____市____区/县____               | 联系人:                     | 联系人电话:                |  |
| 参保类别:                                    | 护理方式: 机构护理/<br>居家护理/社区护理 | 失能评估等级:               |  |

## 长期护理保险费用信息

| 项目    | 服务时长 | 总费用<br>(A) | 政策范围内费用<br>(B) | 长护基金支付(C) | 个人负担(F)     |             | 个人支付(G)       |               |
|-------|------|------------|----------------|-----------|-------------|-------------|---------------|---------------|
|       |      |            |                |           | 个人自费<br>(D) | 个人自付<br>(E) | 个人账户<br>支付(H) | 个人现金<br>支付(I) |
| 生活照护类 |      |            |                |           |             |             |               |               |
| 医疗护理类 |      |            |                |           |             |             |               |               |
| 其他    |      |            |                |           |             |             |               |               |
| 合计    |      |            |                |           |             |             |               |               |

本年度长护基金累计支付金额: (按自然年度计算)

打印时间:

注: 1. 此表一式两份, 定点长护服务机构、参保人各一份;

2. 表中数据逻辑关系为: A=B+D, B=C+E, F=D+E, G=H+I。

## 2. 定点评估机构评估费用结算申报表

本表是定点评估机构申报失能评估服务费用所用表单。(表5)

表5

## 定点评估机构评估费用结算申报表

申报结算周期： 年 月 日 至 年 月 日

机构名称（章）：

机构编码：

单位：元

| 评估类型  | 人数    | 人次   | 评估费用总额（A） | 个人负担（B） | 政策范围内费用（C） | 长护基金支付（D） | 申请补拨金额（E） | 申请拨付金额（F） | 备注 |
|-------|-------|------|-----------|---------|------------|-----------|-----------|-----------|----|
|       |       |      |           |         |            |           |           |           |    |
|       |       |      |           |         |            |           |           |           |    |
|       |       |      |           |         |            |           |           |           |    |
| 总计    |       |      |           |         |            |           |           |           |    |
| 申报日期： | 年 月 日 | 申报人： |           |         | 联系电话：      |           |           |           |    |

表中数据逻辑关系为： A=B+C； C=D； F=D+E

### 3. 定点评估机构评估费用拨付表

定点评估机构提交结算申报表后，经办机构需对应提供拨付表，体现该评估机构在结算周期内产生的评估费用，经审核确认各方费用分担情况。本表旨在确保定点评估机构与经办机构之间费用结算的准确性。（表 6）

表 6

## 定点评估机构评估费用拨付表

结算周期: 年 月 日 至 年 月 日

机构名称:

机构编码:

单位: 元

| 评估类型 | 人数 | 人次 | 评估费用总额 (A) | 个人负担 (B) | 政策范围内费用 (C) | 长护基金支付 (D) | 审核扣费金额 (E) | 补拨金额 (F) | 预留金 (G) | 应拨付金额 (H) | 备注 |
|------|----|----|------------|----------|-------------|------------|------------|----------|---------|-----------|----|
|      |    |    |            |          |             |            |            |          |         |           |    |
|      |    |    |            |          |             |            |            |          |         |           |    |
|      |    |    |            |          |             |            |            |          |         |           |    |
| 总计   |    |    |            |          |             |            |            |          |         |           |    |

制表日期: 年 月 日

业务初审:

业务复核:

业务审核:

表中数据逻辑关系为: A=B+C; C=D; H=D-E+F-G

#### 4. 定点长护服务机构护理费用结算申报表

本表是定点长护服务机构申报护理服务费用所用表单。(表 7)

表7

### 定点长护服务机构护理费用结算申报表

申报结算周期:      年 月 日 至      年 月 日

机构名称:

机构编码:

单位: 元

| 待遇类别  | 人数    | 人次   | 记账时长 | 长护费用总额 (A) | 个人自费 (B) | 政策范围内费用 (C) | 长护基金支付 (D) | 个人自付 (E) | 申请补拨金额 (F) | 申请拨付金额 (G) | 备注 |
|-------|-------|------|------|------------|----------|-------------|------------|----------|------------|------------|----|
| 居家护理  |       |      |      |            |          |             |            |          |            |            |    |
| 社区护理  |       |      |      |            |          |             |            |          |            |            |    |
| 机构护理  |       |      |      |            |          |             |            |          |            |            |    |
| 总计    |       |      |      |            |          |             |            |          |            |            |    |
| 申报日期: | 年 月 日 | 申报人: |      |            |          |             |            |          | 联系电话:      |            |    |

表中数据逻辑关系为: A=B+C; C=D+E; G=D+F

## 5. 定点长护服务机构护理费用拨付表

定点长护服务机构提交结算申报表后，经办机构需对应提供拨付表，体现该服务机构在结算周期内产生的护理服务费用，经审核确认各方分担情况。本表旨在保障服务机构与经办机构之间费用结算的准确性。（表 8）

表8

## 定点长护服务机构护理费用拨付表

结算周期: 年 月 日 至 年 月 日

机构名称:

机构编码:

单位: 元

| 待遇类别 | 人数 | 人次 | 记账时长 | 长护费用总额(A) | 个人自费(B) | 政策范围内费用(C) | 长护基金支付(D) | 个人自负(E) | 审核扣费金额(F) | 补拨金额(G) | 预留金(H) | 应拨付金额(I) | 备注 |
|------|----|----|------|-----------|---------|------------|-----------|---------|-----------|---------|--------|----------|----|
| 居家护理 |    |    |      |           |         |            |           |         |           |         |        |          |    |
| 社区护理 |    |    |      |           |         |            |           |         |           |         |        |          |    |
| 机构护理 |    |    |      |           |         |            |           |         |           |         |        |          |    |
| 总计   |    |    |      |           |         |            |           |         |           |         |        |          |    |

制表日期: 年 月 日

业务初审:

业务复核:

业务审核:

表中数据逻辑关系为: A=B+C; C=D+E; I=D-F+G-H

# 名词解释

## (一) 评估机构类

**1. 失能:** 因年老、疾病、伤残等原因，导致人体的某些功能部分或全部丧失，从而使正常的活动能力受到限制或缺失。

**2. 长期护理:** 指在持续一段时间内给失能人员提供一系列基本生活照料和与之密切相关的医疗护理。

**3. 长期护理失能等级评估:** 依据《长期护理失能等级评估标准(试行)》(医保办发〔2021〕37号)，对评估对象日常生活活动、认知、感知觉与沟通等方面的能力丧失程度的分级评估。

**4. 日常生活活动能力:** 个体为独立生活而每天必须反复进行的、最基本的、具有共同性的身体动作群，即进行衣、食、住、行、个人卫生等日常生活活动的基本动作和技巧。

**5. 认知能力:** 个体在认知功能方面的表现，即在时间定向、人物定向、空间定向及记忆等方面的能力。

**6. 感知觉与沟通能力:** 个体在视力、听力及与他人有效地沟通交流等方面的能力。

## (二) 护理机构类

**1. 居家护理:** 是指长护服务机构在参保人员所居住的家庭住所内为参保人员提供长期护理服务。

**2. 社区护理:** 是指长护服务机构以社区为依托为参保人员提供就近就便、非全日的长期护理服务。

**3. 机构护理:** 是指长护服务机构在所开设的机构内为参保人员提供全日的长期护理服务。

**4. 生活照护类项目:** 指为长期护理保险待遇享受对象提供的日常

生活照料及帮助维持其基本生活能力的服务。

**5. 医疗护理类项目：**指为长期护理保险待遇享受对象提供的与基本生活照料密切相关的基础医疗护理服务。

**6. 长护专员：**长护专员是指熟知失能等级评估及护理服务专业知识的第三方机构工作人员，主要职责包括熟悉参保人员基本情况，全程参与参保人员失能等级评估、护理服务计划制定及调整等。

### (三) 经办机构类

**1. 政策范围内费用：**指参保人在享受定点长护服务机构或符合规定的人员提供的护理服务过程中发生的、符合长期护理保险服务项目目录范围内规定的费用。

**2. 补拨金额：**指在当期申报结算周期内，针对前期护理服务费用结算中存在的少申报、漏申报情形，经医保经办机构确认后需补充申报的，符合长期护理保险政策规定及支付标准的护理服务费用。

**3. 审核扣费金额：**指医保经办机构依据长期护理保险政策规定，在审核费用过程中，对超出政策范围、不符合支付标准等费用予以扣除的金额。

**4. 申请拨付金额：**指定点长护服务机构根据实际提供的护理服务，按政策范围内向医保经办机构申请拨付的金额。

**5. 应拨付金额：**是医保经办机构根据定点长护服务机构提供的护理服务情况，按照长期护理保险政策规定和服务协议约定，经过对申报费用的审核、扣除不合理费用，考虑补拨金额等因素，确定应支付给定点长护服务机构的长期护理保险费用金额。