

北京市通州区民政局
北京市通州区财政局
北京市通州区卫生健康委员会 文件
北京市通州区医疗保障局
北京市通州区残疾人联合会

通民政文〔2022〕41号

关于印发《通州区养老家庭照护床位建设管理实施细则（试行）》的通知

各街、乡（镇）政府：

区民政局、区财政局、区卫健委、区医保局、区残联联合制定了《通州区养老家庭照护床位建设管理实施细则（试行）》。现印发给你们，请认真抓好贯彻落实。



北京市通州区卫生健康委员会

北京市通州区医疗保障局

北京市通州区残疾人联合会

2022年6月8日



通州区养老家庭照护床位建设

管理实施细则（试行）

第一章 总则

第一条 为贯彻落实《北京市居家养老服务条例》（北京市人民代表大会公告〔2015〕4号）和市政府办公厅《关于加快推进养老服务发展的实施方案》（京政办发〔2020〕17号），依据《北京市养老家庭照护床位建设管理办法（试行）》（京民养老发〔2021〕47号），加快推动养老家庭照护床位建设，将养老服务机构专业服务向家庭延伸，保障居家特殊老年人的基本养老服务需求，规范家庭养老照护服务流程，提升家庭养老照护服务质量，健全完善通州区就近精准养老服务体系，特制订本实施细则。

第二条 养老家庭照护床位是依托就近养老服务机构，按照“政府主导，专业支撑，家庭参与”的基本原则，通过家庭适老化改造、信息化管理、专业化服务等方式，将养老服务机构的床位搬到老年人家中，为家庭照护者提供护理技能提升培训，将专业照护服务送到老年人床边的新型养老服务模式。

第二章 服务范围

第三条 养老家庭照护床位的服务对象是具有本市户

籍，在通州区范围内居家生活，经老年人能力综合评估确定为重度失能的老年人和重度残疾老年人。城乡特困供养人员可扩展到中度失能老年人。

第四条 本细则所称重度残疾老年人是指持有《中华人民共和国残疾人证》且残疾等级为一、二级的视力、肢体残疾老年人和残疾等级为一、二、三级的智力残疾老年人。

第三章 服务机构

第五条 参与提供养老家庭照护床位服务的养老服务机构应满足以下条件：

（一）依法登记并在区民政部门备案、在通州区有固定的运营服务场所、服务质量星级评定为二星级及以上的养老服务机构；

（二）内部设置医务室、护理站等医疗机构，或与医疗机构签订合作协议，能够为养老家庭照护床位服务对象提供基本医疗服务；

（三）应设立 24 小时服务热线和工作机制，能 24 小时接收处理服务对象的求助和信息管理系统的风险提示信息，15 分钟内进行回应处理，提供相关服务；

第六条 应为养老家庭照护床位购买养老服务机构综合责任保险，可享受政府补贴政策；

第七条 提供养老家庭照护床位服务的专业人员应具备与所提供的服务项目相匹配的相关部门颁发的职业资格证书

或经专业机构培训合格的结业证书；

第八条 提供家庭养老服务的人员应是与养老服务机构签订劳动合同或劳务协议的工作人员，或是与养老服务机构有合作协议单位的正式工作人员；

第九条 应贯彻执行通州区养老机构及居家养老服务标准，公示养老家庭照护床位的服务项目、内容、价格及服务标准，配合、接受行业主管部门管理，无不良信息记录。

第十条 具备相应服务资质，具备与评估和改造施工量相匹配的服务能力和良好的社会诚信的适老化改造服务机构，经公开招投标中标后，可开展养老家庭照护床位适老化改造。

第四章 服务内容

第十一条 参与提供养老家庭照护床位服务的养老服务机构应提供以下服务：

（一）养老服务机构应根据协议为服务对象提供生活照料、康复护理、健康管理、辅具支持、心理服务、居家安全协助等服务，并为家庭照护者提供护理技能提升培训。支持养老服务机构派养老护理员住家服务。

（二）养老服务机构经与服务对象签订服务协议，每季度免费为服务对象提供两次健康评估和居家安全评估服务、两次照护者护理技能培训服务每次不少于 0.5 小时、六次生活照料服务每次不少于 4 小时，生活照料服务具体项目与服

务对象协商确定。

(三)除上一条(二)中明确的免费服务内容外，服务机构向服务对象提供的服务为有偿服务，具体由服务机构与服务对象协商确定，服务价格不得高于市场价格，不得以床位费、押金等名义收取相关费用。

第十二条 服务对象应按照服务协议约定，按期缴纳照护服务费用。照护服务收费根据服务质量、服务内容等因素采取市场定价，由服务机构自主确定，及时报区民政局备案。

第十三条 各街道(乡/镇)将享受养老家庭照护床位的重度失能或重度残疾老年人名单反馈至辖区基层医疗卫生机构，区卫健委将这些服务对象纳入基层医疗卫生机构家庭医生签约范围，提供免费建立健康档案、免费体检、预约转诊、开具长处方等服务。

第十四条 符合家庭病床条件的可申请开设家庭病床，医保定点医疗机构按照家庭病床规定进行管理，提供医疗服务，发生的医疗服务费用纳入医保实时结算。

第十五条 养老家庭照护床位应满足以下条件：

(一)根据需要进行家庭适老化改造，居家环境基本满足重度失能老年人和重度残疾老年人的居家养老服务条件；

(二)安装必要的信息管理系统和电子信息设备，包括紧急呼叫、智能穿戴、智能感应、远程监控、信息传输等设备。

第五章 补贴标准

第十六条 养老家庭照护床位适老化改造补贴

养老家庭照护床位的适老化改造补贴上限为 2000 元，改造费用不足 2000 元的，以实际改造内容为准，改造费用高于 2000 元的，超出部分由服务对象或服务机构自愿承担。所需经费，2022 年起由区财政结合市级资金统筹安排予以补贴。

第十七条 养老家庭照护床位服务补贴

养老家庭照护床位服务补贴参照养老机构运营补贴政策执行，市财政按照每床每月 500 元标准给予补助，区财政承担每床每月 100 元。

签约服务机构为服务对象提供的免费服务达到第十一条（二）中要求的，补贴标准为每月 600 元。

第六章 服务流程

第十八条 养老家庭照护床位的服务分为申请、评估、改造、备案、服务、补贴发放六个流程。

第十九条 养老家庭照护床位服务申请。符合条件的老年人可向居住地的街道(乡/镇)进行申请，符合条件的各养老服务机构结合自身服务能力，主动与所在街道(乡/镇)联系，街道(乡/镇)负责把好入口关，审核老年人的条件及养老服务机构的相关资质是否符合要求。遵循“就近就便”原则，在老年人所属街道(乡/镇)的养老服务机构(包括养老院、养老

照料中心、社区养老服务驿站、农村幸福晚年驿站)中选择，有特殊需求的可在全区养老机构中选择。

第二十条 养老家庭照护床位服务评估。对符合条件的老年人和养老服务机构，街道(乡/镇)提供需求对接。养老服务机构的选择遵循“就近就便”原则，首先在老年人所属街道(乡/镇)的养老服务机构(包括养老院、养老照料中心、社区养老服务驿站、农村幸福晚年驿站)中进行选择，若街道(乡/镇)范围内暂无符合条件的养老服务机构，经街道(乡/镇)审核同意，可由相邻街道(乡/镇)符合条件的养老服务机构承接。养老服务机构在取得老年人或其监护人(委托人)同意后，双方签订《通州区养老家庭照护床位服务意向书》。养老服务机构依据自身服务能力，对老年人进行服务需求评估，依据评估结果，结合老年人实际情况，制定一对一的养老家庭照护床位服务方案。老年人或其监护人(委托人)对服务方案无异议的，签订《通州区养老家庭照护床位服务协议》。养老服务机构每月 10 日前向街道(乡/镇)提交《通州区养老家庭照护床位建设申请书》，街道(乡/镇)审核同意后提交区民政局核定。

第二十一条 养老家庭照护床位适老化改造。

(一) 符合条件的重度残疾老年人家庭，按照《北京市残疾人居家环境无障碍改造服务管理暂行办法》(京残发〔2020〕15号)，向街道(乡/镇)残联部门申请进行养老家

庭照护床位适老化改造，享受居家环境无障碍改造补贴。

(二) 符合条件的重度失能老年人家庭，按规定向街道(乡/镇)民政部门申请进行养老家庭照护床位适老化改造，享受养老家庭照护床位适老化改造补贴。

(三) 每位服务对象只享受一次通州区养老家庭照护床位适老化改造补贴。

(四) 养老服务机构可协助老年人或其监护人(委托人)选配适老化改造产品。

第二十二条 养老家庭照护床位服务备案。养老家庭照护床位坚持“人床匹配”原则，服务协议生效后，由签约养老服务机构在5个工作日内将相关信息录入北京市社会福利服务管理平台，服务终止的5个工作日内进行变更。

第二十三条 养老家庭照护床位服务协议。养老家庭照护床位建设完成后，对应的服务机构需与服务对象按照服务规范和收费标准，确认照护服务计划或方案，与老年人或其监护人(委托人)签订《通州区养老家庭照护床位服务协议》，明确服务内容、服务时间、服务频次、服务价格、付费方式、权利和义务以及风险分担机制等。在服务协议中，应明确以下责任划分原则：

(一) 因老年人的家庭成员未按签约机构的提示规避风险，对老年人及其家庭造成的损害，应由家庭承担。

(二) 在协议约定的服务时段内，因服务直接导致的意外

伤害行为，属于签约养老服务机构的责任，应由机构赔偿或养老机构综合责任保险赔付。

(三)在协议约定的服务时段内，养老家庭照护床位发生的服务质量、服务安全、欺老虐老问题及失信行为的，由签约养老服务机构承担相应责任。涉及违法违规行为的，依法追究其法律责任。

第二十四条 养老家庭照护床位补贴发放。按照“先服务，后补贴”的原则，补贴按季度发放。

第七章 服务终止

第二十五条 出现以下情况养老家庭照护床位，视为服务终止：

(一) 签约服务对象因住院、变更居住地等原因，服务无法继续开展，根据协议约定或经协商一致解除服务协议；

(二) 签约养老服务机构被职能部门依法责令整顿、关停，无法继续提供养老服务；

(三) 签约服务对象去世；

(四) 其它妨碍服务持续开展的情形。

出现第二种情形的，老年人或其监护人（委托人）可重新选定养老家庭照护床位服务机构。

第八章 日常管理

第二十六条 对养老家庭照护床位实行（区、街道/乡/镇）综合监管，区财政局、区卫健委、区医保局、区残联按

职责落实专项监管责任，区民政局落实行业监管责任，街道（乡/镇）应建立养老家庭照护床位服务质量监管机制，落实属地监管责任。

第二十七条 区民政局聘请第三方服务及监管机构，对服务对象的生命体征数据进行实时采集和监测，对养老家庭照护床位运行状况和服务质量开展线上、线下日常监管，对服务质量情况进行实时和全流程监测，逐月向区民政局提交《通州区养老家庭照护床位运行状况和质量监测报告》、向各街道（乡/镇）提交本街道（乡/镇）《养老家庭照护床位运行状况和质量监测分报告》。每半年开展一次满意度调查，及时查处和整改违法违规问题。第三方服务及监管费用由区财政负担。

第二十八条 第三方服务及监管机构设置呼叫中心，接受来电咨询和投诉，如实记录。第三方服务及监管机构对家庭养老服务基础数据进行监管。第三方服务及监管机构对满意度评价结果为“不满意”的服务项目，100%进行回访。

第二十九条 第三方服务及监管机构根据服务完成率、满意度、投诉率、表扬率和差评率等指标，综合计算每一个养老服务机构的养老家庭照护床位服务质量指数。依据指数每年对养老服务机构进行排名。

第三十条 养老家庭照护床位发生服务质量、服务安全、

欺老虐老等问题及失信行为，经核实属于签约养老服务机构责任的，按照相关规定追究养老服务机构相应责任。

第三十一条 养老服务机构和服务对象发生争议纠纷的，根据合同约定和法律法规规定处理，双方协商不成的应通过司法途径维护自身合法权益。

第三十二条 家庭养老照护床位按照属地监管原则，由所属街道（乡/镇）进行日常监管，包括签约服务对象情况、开展服务情况。各街道（乡/镇）应建立投诉反馈机制，公示投诉受理和处理的方式及程序，畅通投诉反馈渠道，及时处理服务对象及家属反映的问题。区民政局委托第三方服务及监管机构对养老家庭照护床位的评估、服务和适老化改造情况进行抽查评价，按照养老家庭照护床位服务质量监测，连续2次满意度低于85%，或一个月内连续出现3次，全年累计5次经核实情况属实的投诉，由所在街道（乡/镇）督促其限期整改并报区民政局备案。限期整改不到位的，按规定取消该机构运营扶持补贴获取资格。

第三十三条 区民政局牵头拟定政策宣传材料，各街道（乡/镇）主责、养老服务机构配合，做好政策的宣传及老年人引导工作，做到宣传到户，让老年人或其监护人（委托人）充分了解政策，使符合条件的老年人放心地接受服务。

第九章 附 则

第三十四条 本实施细则分期分批试点推进，后续将根

据试点情况适当扩大范围，具体试点人数和范围另行通知。

第三十五条 本实施细则自 2022 年 7 月 1 日起实施，试行 2 年。如遇市级相关政策出台或调整，根据情况进行衔接。

第三十六条 基本养老服务对象享受养老家庭照护床位服务的，不得重复享受基本养老服务。

第三十七条 本实施细则由区民政局负责解释。

附件：

- 1.通州区养老家庭照护床位建设项目申请表
- 2.通州区养老家庭照护床位服务意向书（范本）
- 3.通州区养老家庭照护床位服务协议（范本）
- 4.老年人居家适老化改造和老年用品配置推荐清单

附件 1

通州区养老家庭照护床位建设项目申请表

| | | | |
|---|--|----------|--|
| 申请单位名称 | | 驿站公示批次编号 | |
| 统一社会信用代码 | | | |
| 联系人 | | 联系电话 | |
| <p>依据《通州区养老家庭照护床位建设管理实施细则（试行）》相关规定，我单位运营的_____（服务机构名称）满足成为通州区养老家庭照护床位服务机构的条件，现拟申请在_____街道（乡/镇）建设_____张养老家庭照护床位。我单位已完成附件所含服务对象的前期摸排、综合评估等工作，且已与服务对象签订了《通州区养老家庭照护床位服务意向书》，向服务监管单位提交了意向书电子版。</p> | | | |
| 特此申请。 | | | |
| 附件 1-1：通州区养老家庭照护床位建设意向老年人名单 | | | |
| (单位盖章) | | | |
| 年 月 日 | | | |
| 街道（乡/镇）意见： | | | |
| (盖章) | | | |
| 年 月 日 | | | |
| 区民政局意见： | | | |
| (盖章) | | | |
| 年 月 日 | | | |

附件 1-1:

通州区养老家庭照护床位建设意向老年人名单

街道（乡/镇）：

| 序号 | 姓名 | 身份证号码 | 居住地址 | 联系人 | 联系电话 |
|-----|----|-------|------|-----|------|
| 1 | | | | | |
| 2 | | | | | |
| 3 | | | | | |
| 4 | | | | | |
| 5 | | | | | |
| 6 | | | | | |
| 7 | | | | | |
| ... | | | | | |

附件 2

通州区养老家庭照护床位服务意向书（范本）

甲方（服务机构）：_____

服务电话：_____

营业地址：_____

乙方（老人）：_____ 身份证号码：_____

照护者：家人口保姆其它

现家庭住址：_____

监护人（委托人）姓名：_____

联系电话及电子邮箱：_____

按照《通州区养老家庭照护床位建设管理实施细则（试行）》的规定，经甲、乙双方共同协商，自愿签订如下协议：

乙方有意向申请接受甲方为其提供养老家庭照护床位服务，甲方根据乙方的申请，对乙方进行综合能力评估（附件 2-1），若甲方最终确定可以为乙方提供养老家庭照护床位服务，届时双方另行签订服务协议，约定服务内容及双方权责义务。

甲方（盖章）_____

乙方姓名：_____

代表签字：_____

监护人（委托人）签字：_____

年 月 日

年 月 日

附件 2-1

通州区养老家庭照护床位综合评估表

| | | |
|--|--|---|
| 姓名: | 性别: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 出生日期: |
| 身份证号 | 家庭地址 | |
| 民族 | <input type="checkbox"/> 汉族 <input type="checkbox"/> 少数民族_____ | 宗教信仰 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有_____ |
| 文化程度 | <input type="checkbox"/> 文盲及半文盲 <input type="checkbox"/> 小学 <input type="checkbox"/> 初中 <input type="checkbox"/> 高中/技校/中专 <input type="checkbox"/> 大学专科及以上 | |
| 职业 | <input type="checkbox"/> 商业、服务业人员 <input type="checkbox"/> 农、林、牧、渔、水利业生产人员 <input type="checkbox"/> 生产、运输设备操作人员 <input type="checkbox"/> 专业技术人员 <input type="checkbox"/> 其他 | |
| 婚姻状况 | <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 离婚 <input type="checkbox"/> 丧偶 | |
| 医疗费用支付方式 | <input type="checkbox"/> 城镇职工基本医疗保险 <input type="checkbox"/> 城镇居民基本医疗保险 <input type="checkbox"/> 新型农村合作医疗 <input type="checkbox"/> 贫困救助 <input type="checkbox"/> 商业医疗保险 <input type="checkbox"/> 全公费 <input type="checkbox"/> 全自费 <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"/> 与兄弟姐妹居住 <input type="checkbox"/> 与其他亲属居住 <input type="checkbox"/> 与非亲属关系的人居住 | |
| 经济来源 | <input type="checkbox"/> 退休金 <input type="checkbox"/> 子女补贴 <input type="checkbox"/> 亲友资助 <input type="checkbox"/> 其他补贴 | |
| 居住环境 | <input type="checkbox"/> 电梯 <input type="checkbox"/> 无障碍通道 <input type="checkbox"/> 卫生间无障碍设施 <input type="checkbox"/> 平房 <input type="checkbox"/> 家庭无障碍扶手 <input type="checkbox"/> 远程监护 <input type="checkbox"/> 护理床 <input type="checkbox"/> 无线网络 | |
| 监护人姓名: | 性别: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 联系电话: |
| 身份证号: | 常住地址: | |
| 与老年人关系: <input type="checkbox"/> 夫妻 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 亲属 <input type="checkbox"/> 其他: | | |
| 照护者姓名: | 性别: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 联系电话: |
| 与老年人关系: <input type="checkbox"/> 夫妻 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 亲属 <input type="checkbox"/> 其他: | | |
| 照护方式: | <input type="checkbox"/> 24 小时长期 <input type="checkbox"/> 日间短期 <input type="checkbox"/> 夜间短期 <input type="checkbox"/> 小时 <input type="checkbox"/> 其他: | |
| 健 康 调 查 | <input type="checkbox"/> 失智 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 精神分裂 <input type="checkbox"/> 偏执性精神障碍 <input type="checkbox"/> 阿尔兹海默症程度_____ | |
| | 既往病史: <input type="checkbox"/> 高血压 <input type="checkbox"/> 冠心病 <input type="checkbox"/> 慢性阻塞性肺疾病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 溃疡病 <input type="checkbox"/> 脑卒中 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 恶性肿瘤 <input type="checkbox"/> 结核病 <input type="checkbox"/> 肝炎 <input type="checkbox"/> 先天畸形 <input type="checkbox"/> 其他: _____ | |
| | 现病史: <input type="checkbox"/> 高血压 <input type="checkbox"/> 冠心病 <input type="checkbox"/> 慢性阻塞性肺疾病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 溃疡病 <input type="checkbox"/> 脑卒中 <input type="checkbox"/> 肝炎 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 老年痴呆 <input type="checkbox"/> 重性精神疾病 <input type="checkbox"/> 恶性肿瘤 <input type="checkbox"/> 结核病 <input type="checkbox"/> 先天畸形 <input type="checkbox"/> 其他: _____ | |

| | | | | |
|--------|--|--|--|---|
| | 手术史: <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有 名称: _____ 时间: _____ | | 过敏史: <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有 _____ | |
| | 吸烟史: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 已戒 | | 饮酒史: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | |
| 服务环境需求 | 公共设施 | <input type="checkbox"/> 电梯 <input type="checkbox"/> 无障碍坡道 | | |
| | 居家设施 | <input type="checkbox"/> 无线网络 <input type="checkbox"/> 远程监护设备 <input type="checkbox"/> 护理床 <input type="checkbox"/> 居室安装扶手 <input type="checkbox"/> 居室安装防撞角 <input type="checkbox"/> 安装智能马桶盖 | | |
| | 康复辅具 | <input type="checkbox"/> 拐杖 <input type="checkbox"/> 助行器 <input type="checkbox"/> 轮椅 <input type="checkbox"/> 洗澡椅 <input type="checkbox"/> 坐便椅 <input type="checkbox"/> 移位椅 <input type="checkbox"/> 助听器 | | |
| 服务内容需求 | 基础服务 | <input type="checkbox"/> 综合评估 <input type="checkbox"/> 照护管理 <input type="checkbox"/> 健康监测 <input type="checkbox"/> 喘息服务 <input type="checkbox"/> 应急响应 <input type="checkbox"/> 入户巡访 <input type="checkbox"/> 风险提示 <input type="checkbox"/> 增能培训 | | |
| | 生活照料 | 助餐 | <input type="checkbox"/> 营养餐送餐 <input type="checkbox"/> 协助进食 | |
| | | 助洁 | <input type="checkbox"/> 洁面 <input type="checkbox"/> 剃须 <input type="checkbox"/> 理发 <input type="checkbox"/> 会阴和尿道清洁 <input type="checkbox"/> 口腔清洁 <input type="checkbox"/> 皮肤清洁 <input type="checkbox"/> 修脚 <input type="checkbox"/> 剪指甲(趾甲) <input type="checkbox"/> 翻身 | |
| | | 助浴 | <input type="checkbox"/> 洗澡 <input type="checkbox"/> 床上擦浴 | |
| | | 生活协助 | <input type="checkbox"/> 协助服药 <input type="checkbox"/> 如厕照料 <input type="checkbox"/> 体位转移 <input type="checkbox"/> 便溺照料 <input type="checkbox"/> 睡眠照料 | |
| | | 代买代办 | <input type="checkbox"/> 代办挂号 <input type="checkbox"/> 代办取药 <input type="checkbox"/> 代办购物 <input type="checkbox"/> 代办缴费 | |
| | | 健康服务 | <input type="checkbox"/> 户外出行 <input type="checkbox"/> 就医陪护 | |
| 其他服务 | | | | |
| 总体印象 | 日常生活活动 | 进食 | 可独立进食 需部分帮助 完全依赖他人，或有留置营养管 | |
| | | 洗澡 | 准备好洗澡水后，可独立洗澡 需要他人帮助 | |
| | | 修饰 | 可独立完成洗脸、刷牙、梳头、刮脸等 需他人帮助 | |
| | | 穿衣 | 可独立完成 需部分帮助 完全依赖他人 | |
| | | 大便控制 | 可控制 偶尔失控(每周<1次) 完全失控 | |
| | | 小便控制 | 可控制 偶尔失控(每天<1次，每周>1次) 完全失控 | |
| | | 如厕 | 可独立完成 需部分帮助 完全依赖他人 | |
| | | 床椅转移 | 可独立完成 需部分帮助 完全依赖他人 | |
| | | 平地行走 | 可独立完成 45米以上 需部分帮助 完全依赖他人 | |
| | 上下楼梯 | 可独立完成 需要部分帮助 完全依赖他人 | | |
| | 感知觉与沟通 | 视力 | 能看清书报上的标准字体 能看清大字体 辨认物体有困难 无视力 | |
| 听力 | | 可正常交谈 超过2米听不清 完全听不见 | | |
| 沟通交流 | | 可正常交谈 能表达自己的需要及理解别人的话，但需要增加时间或给予帮助 不能表达需要或理解他人的話 | | |
| 总体情况 | 优 | 良 | 中 | 差 |

附件 3

通州区养老家庭照护床位服务协议 (范本)

老人姓名: _____
服务机构: _____
协议编号: _____
签订日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日

注: 协议编号的目的是为了方便对协议进行存档、管理、查询。编号规则: 日期 +00X (当日第 1 位老人为 001, 第二位老人为 002, 以此类推), 例如 20201203001, 表示 2020 年 12 月 3 日当天本服务机构第 1 位签订服务协议的老年人。

甲方（服务机构）：_____

电话：_____

地址：_____

乙方（老人）：_____ 性别：_____ 年龄：_____

身份证号码：_____ 照护者：家人口保母其它

家庭住址：_____

监护人或委托人：_____ 性别：_____ 身份证号码：_____

与乙方的关系：_____ 联系电话：_____

现住址：_____

工作单位：_____

1. 总 则

为更好地保障老人的晚年生活，切实维护各方的合法权益，依据我国《老年人权益保障法》等有关法律法规，落实市政府办公厅《关于加快推进养老服务发展的实施方案》，按照《通州区养老家庭照护床位建设管理实施细则（试行）》相关规定，推动通州区养老家庭照护床位建设，将养老服务机构专业照护服务延伸到老年人床边，提升家庭照护的功能和水平，经甲、乙双方共同协商，自愿签订如下一致协议内容：

1.1 乙方申请接受甲方为其提供的居家照护服务。甲方根据乙方的申请，经需求评估，制定照护服务方案，为乙方提供相应服务。

1.2 甲方根据乙方的生活起居等各类状况，出示《通州区养老家庭照护床位老人潜在意外风险告知书》，经双方同意后乙方正式接受甲方的服务。

1.3 乙方监护人（委托人），愿意成为乙方履行本协议项目、付款义务的担保人和连带责任保证人。自本协议生效之日起至本协议终止或解除之日止。

1.4 乙方指定乙方的监护人（委托人）在紧急情况下为自己的代理人，处理乙方

在本合同项下的相关事务，监护人（委托人）对此无异议，并同意履行监护人相关的法定责任和义务。

2. 甲方的权利与义务

2.1 甲方依法保障乙方的合法权益，维护并尊重乙方的隐私权、名誉权等各项权利，不得以任何方式歧视、虐待、冷落乙方。

2.2 甲方尊重并重视乙方的生活习惯及相关合理要求，尽最大可能满足乙方提出的有利于健康、生活的合理要求。

2.3 甲方按服务标准向乙方提供相应的上门服务。对以下乙方区域内发生的情形，甲方除提供必要的应急帮助和救助外，不承担法律责任：

2.3.1 乙方在自行走动或活动时发生跌倒造成骨折、身体损伤等事故。

2.3.2 乙方原有疾病加重或慢性疾病急性发作或突发疾病，甚至猝死。

2.3.3 乙方在自行饮食时出现吞咽堵塞而造成窒息的。

2.3.4 其他意外事故。

2.4 甲方购买北京市养老服务机构综合责任保险。甲方服务过程中，因甲方服务不当，造成乙方身体、财产受到的损害，甲方在北京市养老服务机构综合责任保险理赔额度内，根据理赔条款进行赔付；乙方有过错的，由乙方承担相应比例的责任。

2.5 乙方接受服务期间，应妥善保管好自己的财物，对乙方的日用品及其它钱物发生遗失的，甲方应协助查找，但不承担赔偿责任。

2.6 乙方接受服务期间，如发生下列情形之一的，甲方有权解除协议。

2.6.1 检查发现乙方患有传染性疾病的。

2.6.2 乙方有自残、自杀、暴力倾向，经心理疏导及劝阻未有明显效果的。

2.6.3 屡次违反甲方管理制度及本合同约定，经多次劝告无效的。

2.6.4 无正当理由拖欠各项费用超过一个月的。

2.6.5 乙方的护理服务需求超出甲方服务能力范围的。

2.7 在本合同有效期内，甲方根据政府文件、市场物价及人工、管理等成本因素，做出收费调整的，应事先通知乙方及其监护人（委托人）。对有文件为依据的调整，乙方及其监护人（委托人）同意按文件执行。如乙方及其监护人（委托人）

不同意调整，且在甲方通知调整后的一个月内乙方及其监护人（委托人）仍无协商结果的，则乙方同意本合同视为双方协商一致而就此解除。

2.8 甲方应加强护理工作人员的职业道德教育和业务培训，对野蛮泄恨、违规操作服务的护理人员、对老人的人格、人权、尊严、肢体造成损害的，依据法律法规追究甲方护理员和负责人的责任。

3.乙方的权利及义务

3.1 乙方监护人（委托人）应如实向甲方提供乙方的基本情况，如脾气秉性、既往病史、家庭成员、兴趣爱好、生活习惯、经济状况、宗教信仰等。乙方及其监护人（委托人）对隐瞒引起的后果承担法律责任。

3.2 乙方按本合同的约定享受由甲方提供的服务标准规定的相应护理服务。

3.3 乙方根据自身条件及身体健康状况需要，有权提出变更服务内容，甲方应尽量满足乙方的合理要求，但涉及额外费用的，甲方可另行收取。

3.4 乙方有权提出终止协议的要求，但须提前十天书面告知甲方。

3.5 乙方应按约缴纳各项费用。对甲方在本合同约定以外的收费要求，乙方有权拒付，乙方发生的偶发性费用如治疗、急救等应即时结清。

3.6 为了确保乙方的权益，乙方需要明确自己的监护人或委托人。乙方民事行为能力受损或缺失时，由监护人或委托人代为行使乙方的各项权益、履行乙方的各项义务。

3.7 乙方监护人（委托人）为本合同项下的服务费用自愿承担支付及担保义务，同时对甲方履行本合同应提供必要的协助。

3.8 乙方监护人（委托人）有权对甲方的服务质量进行监督，提出合理的意见、批评和建议。

3.9 乙方在接受服务期间遇有问题，需监护人（委托人）协助的，监护人（委托人）在接到甲方通知后应及时回应，不得推诿。

3.10 乙方监护人（委托人）应如实反应乙方的心理特征、健康情况及思维状况有无障碍等情况，不得隐瞒有关病史情节。

3.11 乙方在接受服务期间突发身故的，乙方监护人（委托人）接到甲方通知后应及时负责处理善后事宜。

3.12 乙方监护人（委托人）应将自己的住址、电话、联系方式如实告知甲方，如有变更，也应及时告知，否则，由乙方监护人（委托人）承担引起的后果。

3.13 乙方在接受服务期间造成甲方损失的，乙方监护人（委托人）对此承担连带赔偿责任。

4.服务内容、费用及支付办法

4.1 甲方根据国家、北京市和通州区相关法律和规定，制订服务项目，乙方根据选择的服务项目向甲方支付费用。双方签字后的服务确认文件是本协议不可分割的组成部分，具有同等法律效力。

4.2 有偿服务费用应在_____即时缴纳。

4.3 乙方如遇重病、急病需抢救，所花费的一切费用由乙方及其监护人（委托人）负责。

5.违约责任

5.1 因甲方的过错造成乙方人身、财产损害的，甲方应承担赔偿责任，同时乙方有权解除合同。

5.2 乙方及其监护人（委托人）不按约定时间缴纳费用，除应尽快补足所拖欠的费用外，按每日万分之六承担逾期付款违约金。

5.3 一方违约（逾期付款除外），应承担为实现债权支出的所有费用（包括但不限于律师费、诉讼费、调查费等）。

6.特别约定

6.1 如乙方在接受服务期间突发疾病或身体伤害事故，甲方应尽自身所能采取必要救助措施，必要时直接联系 120 急救中心。甲方对乙方在医院期间的治疗不承担任何责任。

6.2 在乙方接受甲方提供的养老家庭照护床位服务过程中，因个人原因导致的身体健康状况变化和意外情况，与甲方无关。

6.3 杜绝乙方及其监护人（委托人）以任何方式及目的向甲方管理、服务等工作人员行使金钱或财物上的贿赂。

6.4 本合同标明各方的联系地址和联系方式为有效的联系地址和联系方式。如一方发生变更未及时通知另一方，导致的后果由过错方负责。

6.5 乙方监护人（委托人）因人身自由被限制或被列入失信人员名单或身患疾病无法自理或亡故等丧失履约能力的，乙方须在十日内另找具有履约能力的第三人担保，逾期的，则本合同自动终止。

6.6 如乙方亡故，本合同自行终止，由乙方监护人（委托人）负责各项费用的结算，费用计算至亡故当日。

6.7 甲方因变更、解散等原因暂停、终止服务的，无法继续提供服务的，应事先通知乙方，经双方协商一致解除合同。

7.免责条款

存在下列情形之一的，免除甲方责任：

7.1 乙方自伤、自残、自杀、突发疾病猝死的。

7.2 乙方在合同期间，非甲方所能预料和控制及乙方过错发生的其它意外事故。

7.3 乙方隐瞒病情的。

7.4 因网络和智能产品问题，无法接受到警报信息的。

7.5 因 120 无法派车、堵车等因素延误送医的。

7.6 甲方或甲方人员应乙方或其监护人（委托人）要求采取约定服务之外的应急措施的。

8.争议解决及生效

8.1 本合同如发生争议，双方应通过协商解决，协商不成的，任何一方均可向本合同履行地的人民法院提起诉讼。

8.2 本合同未尽事宜，由双方另行协商签订补充协议。

8.3 本合同一式肆份，由甲方叁份、乙方壹份，具有同等法律效力。本合同附件为合同的组成部分，对双方均有法律约束力。

8.4 本合同附件与本合同具有同等法律效力。

8.5 本合同自签订之日起生效。如本合同没有出现约定的终止或双方协商一致解除本合同的情形，则本合同的服务期限至乙方亡故时止。

8.6 本合同自____年____月____日至____年____月____日止。

9.特别提示

以上所有条款内容已经乙方及其监护人（委托人）仔细阅读，无任何异议，是乙

方及其监护人（委托人）真实意思的表示，同意按约履行。

甲方名称（盖章）：

乙方姓名：

代表签字：

监护人（委托人）签字：

年 月 日

年 月 日

附件 3-1

通州区养老服务家庭照护床位照护计划

服务对象姓名：

性别： 年龄： 身份证号码：

| 服务类别 | 序号 | 护理项目 | 服务内容 | 服务费用：(元/月) | |
|--------|------|--------|--|---------------|---------------|
| | | | | 收费标准 (元/次) | 服务次数 (次/月) |
| 生活照料服务 | 1 | 健康评估 | 从健康状况、日常预防和保健方式、自我运动情况、肌体营养状况、就医情况、服药数量及疗效、康复状况、心理诉求、与家庭成员间的互动情况等方面对服务对象进行整体评估 | 每季度免费 2 次 | / |
| | 2 | 居家安全评估 | 包括居室、厨房、浴室、楼梯等老年人行动区域，从光线、温度、地面、电线、取暖设备、应急灯、燃气、扶手等方面对服务对象居家安全情况进行整体评估 | 每季度免费 2 次 | / |
| | 3 | 照护管理 | 依据综合评估结果，结合服务对象实际，制定包含生活照料、老年健康服务、安全协助、增能培训读物在内的服务方案，定期更新 | 免费 | / |
| | 4 | 生活照料 | 替代家庭照料者，提供不少于 4 个小时的照料及护理服务，服务内容包括基础照料、擦浴、理发等，具体由服务机构与老年人协商确定。 | 每月免费 2 次 | / |
| | ... | ... | | | |
| | 老年 1 | | | | |

| 服务类别 | 序号 | 护理项目 | 服务内容 | 收费情况 | 收费标准(元/次) | 服务次数(次/月) |
|---------|-----|---------|---|---------|-----------|-----------|
| 健康服务 | ... | | | | | |
| 照护者支持服务 | 1 | 照护者技能培训 | 制定培训方案，为老年人的家庭照护者提供不少于0.5小时的增能培训服务，培训内容包括老年人照护基本知识、老年人基本生理心理特点、为老年人服务中常用清洁、消毒方法、饮食照护、老年人排泄照护、睡眠照护、老年人清洁照护、老年人压疮的预防、老年人康复护理等 | 每季度免费2次 | / | / |
| | ... | ... | | | | |

附件 3-2

通州区养老家庭照护床位老人潜在意外 风险告知书（范本）

尊敬的_____老人家属：

因老人年事已高、体弱多病，身体各器官趋于老化，各器官功能逐渐衰退，并伴有不同程度的疾病，老人存在自身机体状况及疾病发展的不可预测性，因此，在服务期间，老人有可能会出现正常管理秩序及护理状态下所无法预控的意外现象。为了能使您和您的家人与我们双方在老人被服务过程中能够相互理解，彼此信任，特将被服务老人存在的潜在意外风险向您作如下告知：

1. 被服务老人有可能引发心脑血管疾病，如突发心肌梗塞、猝死、脑血管意外等突然性疾病及死亡及其它并发症现象。
2. 被服务老人有可能因骨质疏松，在服务过程中因行走不稳而跌倒或在座椅、座便和活动时用力不均等原因，导致老人出现软组织损伤、骨折（伤残）、死亡及其它并发症等意外。
3. 被服务老人，特别是患有脑血管意外和心肺功能衰竭导致后遗症的老人，在饮食和其他突发事件过程中可能会出现因吞咽障碍和痰栓而导致的吞咽窒息、死亡及其它并发症等意外。

4.被服务老人可能因心理问题、家庭矛盾、情绪波动等原因导致老人出现轻生现象，如坠楼、割脉、自缢等意外死亡。

5.被服务老人可能因思维障碍、情绪不稳定等原因，导致失去行为自控能力，出现攻击性或伤害性行为，造成自伤或第三人伤亡等意外，如：误食、误伤、软组织损伤、骨折、死亡及其它并发症等。

6.被服务老人因长期卧床，以及患有不同程度的低蛋白血症、或患有免疫功能方面的疾病，极易出现皮肤意外，如皮肤水泡、难免压疮等。

7.被服务老人不听从服务人员嘱咐和劝阻，出现自行行动、上厕所、洗浴、上下楼梯、自行外出等行为而造成意外伤害甚至死亡等。

8.120 等急救车不能及时赶到会造成延误送医的情况。

9.120 急救的医院会与老人的定点医院产生不一致。不同医院的急救治疗能力会产生不同的抢救效果。

10.若安装了护理床、防褥疮床垫，这两项养老产品仅能为照护老人提供辅助作用，并不能保证一定可以做到预防老人长褥疮、或让老人身体状况有所好转。

11.因智能产品本身存在的出厂质检不能查出的未知原因、手机信号太弱、家庭网络瘫痪、设备供电中断、服务器宕机等因素，导致智能设备的数据有时候无法及时上传到服务器，因此造成提醒延迟、遗漏等问题，会导致老人无法获得及时救助。

我单位工作人员已将上述被服务老人潜在意外风险明确告知被服务老人的监护人（委托人），在非服务不当的情况下，此意外情况出现，我方不承担赔偿责任，特此告知！
注：因无法从被服务老人以外的途径得知被服务老人是否有其他负有赡养义务或享有继承权的家人，故由监护人（委托人）承担由此引起的所有后果责任。

服务机构（盖章）：

监护人（委托人）签名：

年 月 日

年 月 日

附件 3-3

通州区养老家庭照护床位 监护人（委托人）知情承诺书（范本）

《通州区养老家庭照护床位老人潜在意外风险告知书》中所列被服务老人潜在意外风险告知内容我已明知，我作为被服务老人的监护人（委托人），能够代表被服务老人的所有家人，知晓并郑重承诺：

在非服务不当的情况下，被服务老人出现《通州区养老家庭照护床位老人潜在意外风险告知书》中所列意外情况，会接受现实且不追究养老服务机构的责任，若家人中有不同意见的，由我负责协调，与甲方无关。

注：因无法从被服务老人以外的途径得知被服务老人是否有其他负有赡养义务或享有继承权的家人，故由监护人（委托人）承担由此引起的所有后果责任。

服务机构（盖章）：

监护人（委托人）签名：

年 月 日

年 月 日

附件4

老年人居家适老化改造和老年用品配置推荐清单

| 类别 | 产品名称 | 功能简介 | 基本要求 | 备注 |
|--------|-----------|---------------------------------------|--------------------------------|-----------------|
| 建筑硬件改造 | 地面移动坡道 | 消除地面高差，方便轮椅进出。 | 铝合金 | |
| | 防滑垫 | 用于地面防滑处理，避免老人滑倒，提高安全性。 | 塑胶 | 按 700*400mm 报价。 |
| | 一字型扶手 | 扶手及安装，可根据实际情况确定长度。 | 外管：尼龙 内管：铝合金 | 按 400mm 报价。 |
| | L型扶手 | 扶手及安装，可用于墙角或拐弯处。 | 外管：尼龙 内管：铝合金 | 按 400*700mm 报价。 |
| | 上翻型扶手 | 扶手及安装，用于卫生间，可放于马桶两侧，便于老人起身。 | 外管：尼龙 内管：铝合金 | 按 600*100mm 报价。 |
| 康复辅具器具 | 可移动坐便器 | 用于行动不便老人如厕。 | 常规 | 备选 |
| | 斜躺多角度靠背支撑 | 用于失能老年人靠枕，最大角度 58 度，承重 100KG。 | 常规 | 备选 |
| | 褥疮垫 | 卧床老年人使用。 | 常规 | 必选 |
| | 三角翻身垫 | 用于失能老年人定时翻身 | 常规 | 备选 |
| | 床边桌 | 用于老年人床上看书、就餐等。 | 常规，桌面环保，阻燃、耐磨、防水、升降灵活、低噪音、可拆卸。 | 备选 |
| | 浴凳或浴椅 | 用于老年人洗浴用，提升洗浴安全。 | 尼龙+不锈钢 | 备选 |
| | 手动护理床 | 帮助失能老年人完成起身、侧翻、上下床、吃饭等动作。辅助喂食、处理排泄物等。 | 常规 | 必选 |
| | 手动轮椅 | 用于行动不便老人 | 常规 | 备选 |