ICS 11.020
CCS C 05

WS

# 中华人民共和国卫生行业标准

WS/T 844—2024

# 老年安宁疗护病区设置标准

Setting standards for elderly hospice care ward

2024-07-24 发布　　2025-02-01 实施

中华人民共和国国家卫生健康委员会　　发布

# 前　言

本标准为推荐性标准。

本标准由国家卫生健康标准委员会老年健康标准专业委员会负责技术审查和技术咨询，由国家卫生健康委医疗管理服务指导中心负责协调性和格式审查，由国家卫生健康委老龄健康司负责业务管理、法规司负责统筹管理。

本标准起草单位：北京医院、四川大学华西第四医院、湖南省肿瘤医院、浙江医院、中国医科大学附属盛京医院、北京协和医院、北京市海淀医院、航天中心医院。

本标准主要起草人：王建业、赖蓓、陈慧平、谌永毅、陈新宇、王玉梅、宁晓红、秦苑、易忠、张鹏俊。

# 老年安宁疗护病区设置标准

## 1 范围

本标准规定了老年安宁疗护病区设置的基本要求、人员配置、床位要求、设备配置和质量管理要求。

本标准适用于各级医疗机构、医养结合机构的老年安宁疗护病区。

## 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标准必不可少的条款。其中，注日期的引用文件，仅该日期对应的版本适用于本标准；不注日期的引用文件，其最新版本（包括所有的修改单）适用于本标准。

GB 3096 声环境质量标准

GB/T 50034 建筑照明设计标准

GB 50140 建筑灭火器配置设计规范

GB 55019 建筑与市政工程无障碍通用规范

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 18883 室内空气质量标准

GB/T 33169 社区老年人日间照料中心设施设备配置

WS/T 510 病区医院感染管理规范

WS/T 653 医院病房床单元设施

YY/T 0003 手动病床

YY 9706.252 医用电气设备 第2-52部分：医用病床的基本安全和基本性能专用要求

## 3 术语和定义

### 3.1

**安宁疗护 hospice care**

以终末期患者及患者家属为中心，以多学科协作模式为患者提供躯体、精神心理、社会等方面的整合照护和人文关怀服务，减轻患者的痛苦和不适症状，提高生命质量，帮助患者舒适、安详、有尊严地离世，以达到逝者安详、生者安宁的目的。

### 3.2

**老年安宁疗护病区 geriatric hospice care ward**

以老年终末期患者为中心，采用多学科团队协作模式，缓解其身体和精神心理的痛苦，提供症状控制、舒适照护、精神心理慰藉、社会支持等服务，使其舒适、安详、有尊严地离世，为患者家属及照护者提供支持和哀伤辅导，提高老年终末期患者生命质量的医疗单元。

### 3.3

**预立医疗照护计划 advance care planning**

支持任何年龄或健康阶段的成年人分享其个人价值观和生活目标，明确未来医疗和护理的目标和偏好，与家属和医护人员进行讨论，并适时记录这些偏好的过程。

# 4 病区配置

## 4.1 机构要求

4.1.1 遵照《医疗机构管理条例》，并参照《安宁疗护中心基本标准和管理规范（试行）》（国卫医发〔2017〕7号）进行建设。

4.1.2 可开设老年安宁疗护病区，以多学科整合管理的方式提供安宁疗护服务。

## 4.2 环境要求

4.2.1 应远离污染源、噪声源及易燃、易爆、危险品生产、储运的区域。

4.2.2 室内空气应符合 GB/T 18883 的规定。

4.2.3 室内噪音应符合 GB 3096 的规定。

4.2.4 服务对象离开老年安宁疗护病区后，所处环境应进行终末消毒处理。

4.2.5 室内环境应符合 GB/T 33169 的规定。

4.2.6 室内灯光照度应符合 GB/T 50034 的规定。

4.2.7 可增加人文环境配置。

## 4.3 建筑要求

4.3.1 建筑及设施的设计与设置，灭火器设置应符合 GB 50140 消防配备要求，适老化病房建筑设计符合 GB/T 33169 的规定 。

4.3.2 无障碍设计应符合 GB 55019 的设计要求，布局应满足环境卫生学的监测，符合 WS/T 510 规定，做到分区明确、洁污分开、标识清楚的基本要求。

4.3.3 公共区域应设有明显标志，图形符号与标志的使用和设置应符合 GB/T 10001.9 的相关要求，标志应清洁，保持清晰和完整。

4.3.4 设施配置应符合安全、舒适、温馨的原则。根据服务对象活动能力与视觉需求安置设施物品，如：适宜的康复器具，多人间宜配备帷幕或隔帘，专门的安宁疗护服务区域，走廊设备带等。

## 4.4 内部配置要求

### 4.4.1 区域配置

应配置病房、医务人员办公室、护士站、治疗室、处置室；可配置谈心室、关怀室、配膳间、沐浴间、卫生间和多功能活动室等功能区域。

#### 4.4.1.1 谈心室

供专业人员（安宁疗护团队成员）与患者/患者家属/委托代理执行人进行交流用。宜选用暖色调，配置沙发等。

#### 4.4.1.2 关怀室

根据民俗、传统文化需要、尊重民族习惯的要求，可配置关怀室，供患者及患者家属/照护者选择使用。

#### 4.4.1.3 配膳间

可配置配膳间，配备相关食物简易加工的设备，供患者及患者家属/照护者准备食物时使用。

#### 4.4.1.4 沐浴间

可配置沐浴间及配备沐浴床、助浴床（椅）或助浴设备、移动患者设施及安全设施。如：扶手、紧急呼叫装置。

#### 4.4.1.5 卫生间

应配置公共卫生间，供洗漱、如厕用。每间病房应配置独立卫生间，配备紧急呼叫装置，地面应满足无障碍、易清洗、不渗水、防跌倒、防滑等安全要求。

#### 4.4.1.6 多功能活动室

供患者及患者家属/照护者开展小型活动或医患互动的区域,活动区域两侧应设扶手，房门应方便轮椅、平车进出，可配备广播及电视、音乐播放系统、分区域音量调节装置及相关活动器材。

### 4.4.2 其他配置

4.4.2.1 病房及通道应配备夜灯及应急灯。

4.4.2.2 室内宜配备空气温度调节设施。

4.4.2.3 承担安宁疗护教学培训和实习任务的老年安宁疗护病区，应配备相应的教学场所与设施。

## 5 人员配置

### 5.1 人员结构与配比

5.1.1 遵照《医疗机构基本标准（试行）》中的职称要求设置病区主任，病区主任应为获得麻醉及精神类药品处方权的执业医师，宜具有老年医学相关工作经验。医师应不少于 0.2 名/张床位。根据收治对象的疾病情况，可聘请相关专科主治医师或以上职称执业医师进行会诊。

5.1.2 病区护士长应具备主管护师及以上职称，具有安宁疗护相关工作经验的注册护士。护士应不少于 0.4 名/张床位。

5.1.3 病区宜按照医疗护理员与护士 1:3 的比例配备医疗护理员。病区可配 1 名社会工作者。

5.1.4 组建安宁疗护团队，包括医师、护士、药剂师、康复医师/康复治疗师、精神卫生工作者、营养师、医疗护理员、社会工作者、志愿者等。安宁疗护团队成员应具有相应职业资质，并接受过安宁疗护培训。

### 5.2 人员培训

5.2.1 根据各类人员的职责制定相应的培训内容，上岗前应完成相应的岗前培训。

5.2.2 由市级或市级以上主管老龄工作或医疗卫生工作行政部门授权的市级或市级以上医疗机构、行业协会等组织实施培训。安宁疗护从业人员按要求完成相应的培训内容，考核合格后上岗。上岗后需达到岗位所需的继续教育要求。

### 5.3 工作内容及要求

#### 5.3.1 医师

医师作为诊疗计划的主要制定者，组织安宁疗护团队与患者及患者家属，完成对病情的评估、诊断；进行患者疼痛及相关症状的全过程管理；组织并参与家庭会议，协助制定预立医疗照护计划；引导患者及患者家属参与共同决策，制定和实施诊疗计划；动态观察病情，根据患者病情变化及需求调整诊疗方案。

#### 5.3.2 护士

协助团队成员共同参与安宁疗护评估；配合医师开展患者的诊疗服务及症状管理；按照要求提供症状护理及舒适照护；协助沟通，告知患者及患者家属疾病相关信息，开展健康教育；协助引导患者及患者家属参与共同决策；给予患者及患者家属情感和精神支持；提供能力可及的哀伤抚慰；指导医疗护理员、患者家属/照护者进行舒适照护。

#### 5.3.3 药剂师

进行安全用药评估，给予医师用药反馈和指导，对患者及患者家属进行用药指导和宣教。

#### 5.3.4 康复医师/康复治疗师

进行康复评估、制定康复计划，康复治疗师实施综合治疗（物理治疗、作业治疗、言语治疗）及专项康复，对患者及患者家属进行康复训练指导及健康教育。

#### 5.3.5 精神卫生工作者

进行心理评估，了解精神心理支持服务需求，给予心理咨询、心理辅导、心理治疗，必要时给予药物干预。为患者和安宁疗护团队提供心理支持。

#### 5.3.6 营养师

对患者及患者家属进行生命末期的营养指导，包括协助制定个性化营养处方。

#### 5.3.7 医疗护理员

在医务人员的指导下，协助为患者提供部分照顾性工作（如助餐、助洁、助浴等）。

#### 5.3.8 社会工作者

评估患者、患者家属及主要照顾者的社会、精神心理层面的需求；提供心理辅导和社会支持，链接社会资源，协助制定出院计划，维护老年患者生命尊严；支持安宁疗护团队成员；管理志愿者及志愿服务。

#### 5.3.9 志愿者

为患者、患者家属及安宁疗护团队提供帮助，包括陪伴和倾听患者及患者家属、协助家庭内部及医患之间沟通、宣传和推广安宁疗护理念、提供具体事务性工作协助等。

## 6 床位要求

### 6.1 床位数要求

病区床位数应不少于 20 张。

### 6.2 床单元要求

#### 6.2.1 设置要求

每床净使用面积不少于 7 平方米，每床间距不少于 1.5 米，2 人以上房间，每床间应当设有帷幕或隔帘（有特殊护理要求的除外）。

#### 6.2.2 配置与规格

6.2.2.1 普通病床应符合 YY/T 0003 的规定；电动病床应符合 YY 9706.252 的规定；床单元配置设施符合 WS/T 653 的规定。

6.2.2.2 床头应设置呼叫器，床旁应有便于触及到床头灯的开关，并明显标识。

6.2.2.3 病床高度可调，并配备护栏，护栏高度不低于0.35米，长度不低于0.80米，护栏与床头板、床尾板之间的空隙小于0.60米，护栏间距小于0.12米。

6.2.2.4 病床最低高度应在0.41米～0.53米。

6.2.2.5 病床应配备减压床垫，床垫长度比床面长度减少5厘米，宽度与床面宽度相同，厚度10厘米～15厘米。

## 7 设备配置

### 7.1 应配置设备

#### 7.1.1 医疗设备

体温计、血压计、听诊器、身高体重计、血氧饱和度仪、血糖仪、叩诊锤、医用手电筒、手电筒、输液泵、微量注射泵、营养泵、镇痛泵、给氧装置、电动吸引器或吸痰装置、雾化装置、灌肠装置、防褥疮床垫、抢救车、病历车、护理车、治疗车、药品柜、冰箱、麻醉精神药品保险柜、心电监护仪、心电图机、简易呼吸器、转运车。

#### 7.1.2 辅助设备

站立及行走辅助器、轮椅、坐便椅、坐式洗澡椅、异形枕、翻身器、陪伴床、手持风扇、微波炉、饮水设备、影音录制及播放设备、视频通讯设备、宣传栏、办公设备。

### 7.2 可配置设备

#### 7.2.1 医疗设备

冰毯、冰帽、空气压力波治疗仪、呼吸机、血气分析仪、便携式超声仪、坐式体重计、康复设备。

#### 7.2.2 辅助设备

助浴床、移动洗头器。

## 8 质量管理

### 8.1 制度建设

8.1.1 应制定并落实具有老年安宁疗护特色的病区环境管理制度、设施设备管理制度、人员管理制度、安全管理制度等，应建立相应的应急预案与处理流程，定期进行培训和演练。

8.1.2 应将老年安宁疗护病区设置管理纳入医院质量管理体系，建立日常工作报告制度，发现问题及时处理。

8.1.3 应建立安宁疗护团队各级各类人员岗位职责与要求，分工明确，人员工作到位。

### 8.2 质量控制

8.2.1 病区负责人直接负责质量管理和质量控制。

8.2.2 按照要求定期及不定期组织病区质量评价。

8.2.3 规范使用和管理医疗设施设备和医疗用品等。

8.2.4 规范日常维护和保养医疗设备设施。

8.2.5 规范环境安全及消防安全管理。

### 8.3 持续质量改进

8.3.1 持续评价老年安宁疗护病区管理质量，实现持续改进。

8.3.2 落实服务质量满意度评价工作，不断提升服务水平。

# 参 考 文 献

[1] GB/T 10000 中国成年人人体尺寸

[2] GB/T 30446.1 心理咨询服务：基本术语

[3] WS/T 803 居家、社区老年医疗护理员服务标准

[4] WS 444.2 医疗机构患者活动场所及坐卧设施安全要求 第2部分：坐卧设施

[5] MZ/T 064 老年社会工作服务指南

[6] 《关于印发安宁疗护实践指南(试行)的通知》（国卫办医发〔2017〕5号）

[7] 《关于印发老年医学科建设与管理指南（试行）的通知》（国卫办医函〔2019〕855号）

[8] 《关于开展建设老年友善医疗机构工作的通知》（国卫老龄函〔2020〕457号）

[9] 谌永毅，刘翔宇. 安宁疗护专科护理[M]. 北京：人民卫生出版社，2020.

[10] 肖亚洲，李旭英，谌永毅，等. 安宁疗护病房工作制度与规范[M]. 北京：学苑出版社，2021.

[11] 国家职业分类大典修订工作委员会. 中华人民共和国职业分类大典[M]. 北京：中国劳动社会保障出版社，2022.

[12] 成佳奇，杨微微，宁晓红. 安宁缓和医疗志愿者培训平台建设[J]. 中国医学科学院学报，2022，44(05)：741-745.

[13] 姚泽麟，王彦珂. 医疗护理工作的“护士+护工”服务模式——基于管辖权视角的社会学分析[J]. 东南大学学报(哲学社会科学版)，2023，25(01)：88-97.

[14] 傅翔，王卓. 姑息和临终关怀中的药师职能[J]. 药学服务与研究，2004(04)：312-314.

[15] 燕铁斌，陈文华. 中国康复治疗师岗位能力考核与培训制度专家共识[J]. 中国康复医学杂志，2018，33(06)：623-625.

[16] SUDORE RL, HEYLAND DK, LUM HD, et al. Outcomes That Define Successful Advance Care Planning: A Delphi Panel Consensus[J]. J Pain Symptom Manage, 2018, 55(2): 245-255.

[17] HEGARTY H, KNIGHT T, ATKIN C, et al. Nurse staffing levels within acute care: results of a national day of care survey[J]. BMC Health Serv Res, 2022, 22(1): 493.

[18] DOWNAR J. Resources for educating, training, and mentoring all physicians providing palliative care[J]. J Palliat Med, 2018, 21(S1): S57-S62.

[19] GUBBINS PO, MICEK ST, BADOWSKI M, et al. Innovation clinical pharmacy practice and opportunities for academic-practice partnership[J]. Pharmacotherapy , 2014, 34(5): e45-e54.

[20] RIETJENS JAC, SUDORE RL, CONNOLLY M, et al. Definition and recommendations for advance care planning: an international consensus supported by the European Association for Palliative Care[J]. Lancet Oncol, 2017, 18(9): e543-e551.

[21] PINTO I, JL P, CJ C, et al. The dietitian's role in palliative care: a qualitative study exploring the scope and emerging competencies for dietitians in palliative care[J]. J Palliat Care, 2016, 06(02): 1-8.

[22] FAN SY, LIN WC, LIN IM. Psychosocial care and the role of clinical psychologists in palliative care[J]. Am J Hosp Palliat Care, 2015, 32(8): 861-868.

[23] SCOTT R, GOOSSENSEN A, PAYNE S, Pelttari L. What it means to be a palliative care volunteer in eight European countries: a qualitative analysis of accounts of volunteering[J]. Scand J Caring Sci, 2021, 35(1): 170-177.

[24] WOITHA K, HASSELAAR J, VAN BEEK K, et al. Volunteers in palliative care - a comparison of seven European countries: a descriptive study[J]. Pain Pract, 2015, 15(6): 572-579.