

DB36

江西省地方标准

DB36/T 1983—2024

安宁疗护服务规范

Specification for hospice care service

2024 - 06 - 28 发布

2024 - 12 - 01 实施

江西省市场监督管理局 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 基本原则	1
5 环境及设施设备	2
6 服务对象	3
7 服务模式	3
8 服务人员配置及职责	3
9 服务内容及流程	5
10 服务评价与改进	7
附录 A（资料性附录） 病房安宁疗护模式服务流程	8
附录 B（资料性附录） 安宁疗护共照模式服务流程	9
附录 C（资料性附录） 姑息行为功能评估量表（PPS）	10
附录 D（资料性附录） 临终患者病情（生存期）评估表	11
附录 E（资料性附录） 安宁疗护入住知情同意书	13
附录 F（资料性附录） 住院患者营养风险筛查评估表	14
附录 G（资料性附录） 心理痛苦筛查评估表	15
附录 H（资料性附录） 安宁疗护病人家系图	17
参 考 文 献	18

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。

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。

本文件由江西省卫生健康委员会提出。

本文件由江西省卫生健康标准化技术委员会（JX/TC 037）归口。

本文件起草单位：江西省肿瘤医院、江西省人民医院、赣州市肿瘤医院、九江市人民医院、萍乡市第二人民医院、吉安中心人民医院、抚州市第一人民医院、景德镇市第一人民医院。

本文件主要起草人：施敏、罗念平、洪金花、游靓、王美鑑、潘清华、曾灵芝、刘波、黄萍、李毅、吴玲莉、刘敏、何风娥、胡妍、徐增进、王晓松。

安宁疗护服务规范

1 范围

本文件规定了安宁疗护服务的术语和定义、基本原则、环境及设施设备、服务对象、服务模式、服务人员配置及职责、服务内容及流程、服务评价与改进等内容。

本文件适用于江西省开展安宁疗护服务的三级、二级医疗机构，医养结合机构及基层医疗卫生机构可参照执行。

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。凡是注日期的引用文件，仅所注日期的版本适用于本文件。凡是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 3096 声环境质量标准

GB/T 18883 室内空气质量标准

JGJ 450 老年人照料设施建筑设计标准

3 术语和定义

下列术语和定义适用于本文件。

3.1

安宁疗护 hospice care

以临终患者和家属为中心，以多学科协作模式进行，主要内容包括疼痛及其他症状控制，舒适照护，心理、精神及社会支持等。

3.2

临终患者 dy ing patient

在现有医疗条件下，患有威胁生命且对治愈性治疗无反应的疾病，预计生存期小于6个月的患者。

3.3

哀痛者 mourner

因亲人或者好友离世而感到哀伤、悲痛的人。

4 基本原则

4.1 应遵循患者自主、有利、不伤害及公正的医学伦理的原则。

- 4.2 应遵循以疾病终末期患者及其家属为中心进行服务的原则。
- 4.3 应遵循为患者提供缓和医疗、舒适照护及人文关怀服务的原则。
- 4.4 应遵循以安宁疗护多学科团队协作模式进行服务的原则。
- 4.5 应遵循为患者及家属提供全程医疗照护的原则。

5 环境及设施设备

5.1 环境要求

应为临终患者提供安静、安全、舒适、温馨的病室环境，病房内噪音应符合GB 3096中0类的规定，病房内空气应符合GB/T 18883的规定，建筑设计应符合JGJ 450的规定。

5.2 安宁疗护病区

建筑设计布局应当满足消防安全、环境卫生学和无障碍要求，划分病房、护士站、治疗室、处置室、暖心房（谈心室）、关怀室（告别室）、中医室、沐浴室、休闲阳台、医务人员办公室和日常活动场所等功能区域。患者活动区域和走廊两侧应设扶手，房门应当方便轮椅、平车进出，功能用房、中医室应当设无障碍通道。医疗机构安宁疗护病区设施设备配置要求见表1。

表 1 安宁疗护病区设施设备配置要求

类别		医疗机构类型	
		三级、二级医疗机构	医养结合、基层医疗卫生机构
功能房	暖心房（谈心室）	应有	应有
	关怀室（告别室）	应有	可有
	中医室	可有	可有
	沐浴室	可有	可有
	休闲阳台	应有	可有
	心电监护仪	应有	应有

仪器设备			
	简易呼吸器	应有	可有
	镇痛泵	应有	应有
	微量注射泵	应有	可有
	输液泵	应有	可有
	雾化吸入装置	应有	应有
	吸氧装置	应有	应有
	吸引装置	应有	应有
	振动排痰仪	可有	可有
	疼痛治疗仪	可有	可有
	睡眠治疗仪	可有	可有
	血糖仪	应有	应有
设施设备	气垫床	应有	可有
	翻身三角垫	应有	应有
	平车或轮椅	应有	应有
	移动便器	可有	可有

表 1 安宁疗护病区设施设备配置要求(续)

类别		医疗机构类型	
		三级、二级医疗机构	医养结合、基层医疗卫生机构
设施设备	助浴床	可有	可有
	床上洗头用具	应有	应有
	香薰机	可有	可有
	精油	可有	可有
	天花板装饰彩图	可有	可有
	内墙面装饰图画	应有	应有
	绿植	应有	应有

5.3 安宁疗护病房

充分考虑临终患者的特殊性，配备移动患者设备，做好防滑等安全措施。每个房间宜设置卫生间，同时具备洗浴、扶手、紧急呼叫装置等设备，卫生间地面应当满足无障碍和防滑的要求。

5.4 安宁疗护床单元

每床净使用面积不少于5 m²，每床间距不少于1.5 m，两人以上房间，两床间应当设有帷幕或隔帘（有特殊护理要求的除外），以利于保护患者隐私。每床应配备床旁柜和呼叫装置，并配备床档和调节高度的装置。

6 服务对象

经至少两位执业医师评估，其中一名需具有副主任医师及以上职称。评估患者符合以下条件可实施安宁疗护，

- a) 已经确诊疾病没有治愈可能，且目前已经处于生命的终末阶段，预计生存期小于 6 个月；
- b) 存在无法控制的不适症状，如中到重度的疼痛、呼吸困难、疲乏、严重的心理疾病、自杀倾向等；
- c) 患者或家属同意接受能够缓解痛苦、获得舒适、改善生存质量的医疗措施，但不再进行针对原发病的治愈性治疗；
- d) 接受生命的自然结束过程，在临终时不接受会增加痛苦的操作技术（如气管插管、胸外心脏按压、除颤等）；

e) 愿意接受安宁疗护多学科团队提供的整体照顾，并鼓励家属参与其中。
注：其中a为必要条件，b-e为可选条件。

7 服务模式

医疗机构内主要开展病房安宁疗护服务模式和院内安宁疗护共照服务模式两种，对应服务流程可参照附录A、附录B。

8 服务人员配置及职责

8.1 配置

8.1.1 各医疗机构应组建以执业医师和执业护士为核心的团队从事安宁疗护服务。每 10 张床位至少配备 1 名执业医师及 4 名执业护士，医疗机构可根据实际情况配备医疗护理员。执业医师要求至少 1 名副主任医师及以上职称，执业护士要求至少 1 名主管护师及以上职称。

8.1.2 各机构可根据实际情况配备适宜的药剂师、营养师、心理治疗（咨询）师、社会工作者、志愿者、医疗护理员、康复治疗师、音乐治疗师等。

8.2 职责

8.2.1 执业医师职责包括但不限于：

- 负责疾病终末期患者的全程诊疗管理；
- 动态评估患者，了解患者的整体情况；
- 结合患者的意愿及家庭情况，组织多学科团队共同制定安宁疗护照护计划，组织召开家庭会议；
- 控制疼痛、睡眠障碍、胸闷等不适症状；
- 在全院开展安宁疗护相关诊疗项目会诊及咨询；
- 负责居家安宁疗护患者会诊及咨询；
- 对团队成员进行技术指导等。

8.2.2 执业护士职责包括但不限于：

- 协助医师开展疾病终末期患者照护管理；
- 动态评估患者，开展症状控制护理、舒适护理、人文护理；
- 缓解并支持患者和家属生理、心理问题；开展丧亲护理、哀伤辅导，包括遗体护理和家属情感支持等；
- 提供居家安宁疗护患者的全程照护、舒缓治疗咨询、照护者关怀等。

8.2.3 社会工作者职责包括但不限于：

- 负责协调患者及家属与医护人员的沟通；
- 参与医护团队的常规查房和病例讨论；
- 协助医护团队制定合适的个性化的诊疗计划，帮助患者和家属做出合适的医疗和生活安排；
- 积极整合社会、社区、家庭资源，为患者营造一个积极的社会支持网络，帮助患者尽可能实现临终愿望；
- 开展对患者及家属的生命教育，协助组织召开家庭会议，协助调解与安宁疗护相关的家庭问题；
- 协助患者及家属申请其他公共服务，如申请医疗保险、贫困经济补助等；
- 对家属开展哀伤辅导；
- 指导和培训志愿者等。

8.2.4 心理治疗（咨询）师职责包括但不限于：

- 负责评估患者及家属的心理状况；
- 缓解患者及家属的心理问题，舒缓压力；
- 缓解安宁疗护团队人员的心理压力等。

8.2.5 志愿者职责包括但不限于：

- 与患者及家属加强沟通，了解他们的需求，提供上门陪伴、倾听及生命回顾服务；
- 协助患者身体照顾及心愿完成；
- 组织病房特殊节日开展活动，鼓励患者参与适当的文化娱乐活动，丰富患者和家属的精神生活；
- 协助安宁疗护团队开展宣传；
- 对有经济困难的患者，协助申请社会资源等；
- 协助、宣传、涉及遗体和器官捐献等。

8.2.6 医疗护理员职责包括但不限于：

- 在护士的专业指导下，实施对患者的生活照护；
- 负责陪伴患者实施各项检查及治疗；
- 协助患者身体清洁、进食、排泄等生活护理；
- 协助护士进行卧位护理、开展简易床上肢体运动，并实施适宜按摩等。

8.2.7 其他多学科团队成员职责请参考各医疗机构相关职责要求。

9 服务内容及流程

9.1 服务内容

安宁疗护是尊重患者本人意愿，最大限度地保持临终患者的舒适与尊严。应根据评估结果，由安宁疗护多学科团队共同实施完成。服务内容包括但不限于症状控制、舒适照护、心理社会支持、死亡教育及哀伤辅导。

9.2 服务流程

9.2.1 登记

由医护人员提出建议，住院、非住院临终患者或家属提出申请，安宁疗护病区执业护师统一预约登记。

9.2.2 识别

执业医师根据病史和收治条件对患者进行评估，可参考运用姑息行为功能评估量表（PPS）（附录C）及临终患者病情生存期评估表（附录D）评估患者预期生存期。根据患者临床表现、各量表评分及患者意愿，识别是否收治。

9.2.3 收治

根据患者需求、家庭情况等因素，经至少两位执业医师评估患者符合安宁疗护收治标准。安宁疗护执业医师应向患者及家属沟通，与患者或授权家属签署书面安宁疗护入住知情同意书（附录E）。

9.2.4 评估

安宁疗护医护团队对患者进行各项评估，提供针对性的诊疗服务，在医院常规评估的基础上，应增加安宁疗护专科评估，包括但不限于：

- 生存期评估：患者入院 24 小时内完成生存期评估，根据患者病情每 1~2 周复评，病情变化随时评估；
- 症状评估：患者入院 24 小时内完成评估，包括但不限于疼痛、疲乏、睡眠障碍等，根据病情动态评估；

- 营养筛查评估：患者入院 24 小时内应进行营养风险筛查，可参考住院患者营养风险筛查 NRS-2002（附录 F），NRS-2002 总分<3 分，应每周重新筛查；NRS-2002 总分≥3 分，由营养师进一步营养评估及干预；
- 心理痛苦筛查：患者入院 24 小时内，可应用心理痛苦筛查评估表（附录 G）评估，必要时由心理治疗（咨询）师进一步评估及干预；
- 社会支持评价量表：入院一周内应评估患者的社会家庭支持系统，可应用家系图评估及绘制（附录 H）。

9.2.5 制定计划

依据患者病情严重程度及自理能力，与患者及家属协商，共同制定护理计划。

9.2.6 实施疗护

安宁疗护团队根据照护计划提供患者个性化的安宁疗护服务，医护团队确保照护计划有效落实，具体症状控制诊疗细则、舒适照护细则及人文关怀可参考《安宁疗护实践指南（实行）》或《安宁疗护实践手册》。

9.2.6.1 症状控制

根据患者主诉，积极进行疼痛、呼吸困难、便秘、咳嗽、咳痰、咯血、恶心、呕吐、呕血、便血、腹胀、水肿、发热、厌食/恶病质、口干、睡眠/觉醒障碍（失眠）、谵妄等症状管理，缓解患者不适症状，密切观察病情变化。

9.2.6.2 舒适照护

提供舒适照护。保持患者舒适、整洁，维护患者尊严。可以提供口腔护理、协助沐浴和床上擦浴、床上洗头、精油抚触、芳香疗法、排尿、排便异常的护理、卧位护理、体位转换等。

9.2.6.3 心理社会支持

患者入院后3天内安宁疗护团队应针对患者的病情及需求进行讨论分析，适时组织家庭会议，了解患者的家庭结构及人际关系状况，鼓励患者亲朋好友多陪伴。指导患者使用放松技术减轻焦虑，如深呼吸、放松训练、听音乐、冥想等。必要时请心理治疗（咨询）师进行专业干预，如沙盘游戏、心理咨询等。根据患者及家属需求转介社会工作者或志愿者，充分发挥社会支持的作用。

9.2.6.4 死亡教育

尊重患者的知情权利及真实意愿，了解患者对生命和死亡的认识，评估患者对死亡的顾虑和担忧，帮助他们正确面对自我之死和他人之死，树立正确的生死观。引导患者回顾人生，鼓励患者制定现实可及的目标，并协助其完成心愿，减少遗憾。鼓励家属陪伴和坦诚沟通，适时表达关怀和爱，与亲人告别。

9.2.6.5 哀伤辅导

哀伤辅导内容包括不限于：

- 评估哀痛者心理状态、意识情况、理解能力、表达能力和支持系统；
- 帮助哀痛者接受丧亲事实，陪伴、倾听、鼓励哀痛者充分表达悲伤情绪；
- 鼓励哀痛者参与社会活动，加强哀痛者独立生活的能力；
- 采用线上或线下等形式提供居丧期随访支持，表达对哀痛者的慰问和关怀；
- 充分发挥志愿者或社会支持系统在居丧期随访和支持中的作用；
- 对于有心理问题倾向的哀痛者及时采取有效干预措施，帮助哀痛者尽快恢复心理平衡。

9.2.7 转介

9.2.7.1 住院患者离世，应协助家属做好遗体料理、联系殡葬服务及遗体、器官捐献等相关事宜。

9.2.7.2 根据病情进展及患者需求，各机构可视情况提供延续的居家服务。开展居家安宁疗护的患者，安宁疗护团队原则上应在患者申请预约后的第二个工作日内完成上门评估并制定诊疗计划。机构服务应满足以下要求：

——一般每周上门服务 1 次；

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：<https://d.book118.com/345244340310012001>