

DB 11

北 京 市 地 方 标 准

DB11/T 2530—2026

社区卫生服务机构老年慢性病管理规范

Specification for chronic disease management for the elderly in
community health service facilities

2026 - 05 - 27 发布

2026 - 09 - 01 实施

北京市市场监督管理局 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 基本要求.....	1
5 管理内容与要求.....	2
6 分类管理.....	3
7 评价与改进.....	4

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。

本文件由北京市卫生健康委员会提出并归口。

本文件由北京市卫生健康委员会组织实施。

本文件起草单位：中国老年学和老年医学学会、北京市疾病预防控制中心、北京市丰台区新村社区卫生服务中心、北京市丰台区疾病预防控制中心（卫生健康监督所）、北京市丰台区南苑社区卫生服务中心、中国健康教育中心、北京市丰台区西罗园社区卫生服务中心、北京市丰台区右安门社区卫生服务中心、北京市丰台区成寿寺街道社区卫生服务中心、北京市西城区协力人口与社会发展研究所、北京国寿健康科技有限公司。

本文件主要起草人：孙利勇、赵芳红、林庆、李洁、刘二丽、苏泽镗、李英华、赵静、蔡珊珊、张雨桐、贾鸿雁、冯庆文、张磊、李莉、贾云竹、喻声援。

社区卫生服务机构老年慢性病管理规范

1 范围

本文件规定了社区卫生服务机构老年慢性病管理的基本要求、管理内容与要求、分类管理、评价与改进。

本文件适用于社区卫生服务机构为辖区内常住老年人提供慢性病管理服务。

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 50763 无障碍设计规范

WS/T 552 老年人营养不良风险评估

WS/T 556 老年人膳食指导

WS/T 810 基层医疗卫生机构急重患者判断及转诊技术标准

3 术语和定义

下列术语和定义适用于本文件。

3.1

慢性病管理 chronic disease management

以提升全民健康水平与生命质量为核心，覆盖全人群、全生命周期，以预防为重点、健康风险分层为基础，通过多部门多学科协同与信息化支撑，为慢性非传染性疾病构建涵盖风险监测、早期干预、规范诊疗、康复随访的全过程连续干预体系。

4 基本要求

4.1 组织管理和人员要求

4.1.1 应设立老年慢性病管理的主责部门，对老年慢性病管理工作进行组织协调落实。

4.1.2 应成立为老年人提供慢性病管理的团队，团队成员应符合以下要求：

- a) 具备评估老年人慢性病风险、识别其危险因素、提供个性化服务的能力；
- b) 具备使用信息化手段进行慢性病管理的技能；
- c) 具备良好的组织、沟通与协调能力；
- d) 具备敬老、爱老、为老等服务意识。

4.2 场地要求

应按照GB 50763的要求提供老年慢性病管理的场地，空间相对独立、功能分区合理，满足适老化要求。

4.3 信息化要求

4.3.1 具备老年人慢性病管理模块，模块包括：体检管理、随访记录、风险评估、健康教育、医养结合服务对接等。

4.3.2 具备记录健康监测及诊疗信息、数据分析及预警、自助查询、远程医疗与咨询、随访和评估等功能。

4.3.3 宜利用可穿戴健康设备、人工智能等技术，提取老年人健康数据，进行风险预警、在线随访、协助诊疗、数据分析、健康科普。

5 管理内容与要求

5.1 慢性病风险监测

5.1.1 开展生活方式、患病情况、用药情况、家族史、生活自理能力等情况调查。

5.1.2 开展体格检查，包括但不限于测量血压、身高、体重、腰围等。

5.1.3 开展辅助检查，包括但不限于检测空腹血糖、血脂、肝功能、肾功能等。

5.1.4 按照 WS/T 552 的要求对老年人进行营养状态筛查。

5.2 评估

根据监测结果进行综合分析，识别出一般人群、慢性病高风险人群、慢性病患者，评估主要健康问题及影响因素。

5.3 危险因素干预

5.3.1 动态监测危险因素指标变化。结合重点健康问题和危险因素动态监测血压、血糖、血脂、腰围、体重等指标。

5.3.2 生活方式自我调整和强化干预。对具有 1 项~2 项高风险人群特征者，督促其对自身进行动态监测和生活方式自我调整；对具有 3 项及以上高风险人群特征者，应当对其开展强化干预。

5.3.2.1 生活方式干预的内容主要包括营养评估与指导、鼓励适量运动、缓解心理压力、戒烟限酒等。

a) 营养评估与指导：根据老年人营养状态筛查结果及饮食结构特点进行评估，给予合理的膳食指导。膳食指导应符合 WS/T 556 的要求；

b) 鼓励适量运动：根据自身情况和爱好，适度规律运动、循序渐进；

c) 缓解心理压力：实施心理咨询和心理辅导，帮助老年人缓解焦虑、抑郁等心理问题；

d) 烟草控制：开展吸烟人群戒烟指导和干预。

5.3.2.2 强化生活方式干预需要坚持以下原则：

a) 强度适中，循序渐进：需针对个体情况，医患共商，确定干预可能达到的阶段性目标；

b) 长期坚持，形成习惯：长期坚持良好的生活方式，逐步形成习惯，才能取得良好的效果；

c) 亲友互助，强化习惯：强化干预需要家人和朋友的配合；

d) 同伴共勉，提高信心和技能：发挥同伴教育的作用，充分运用“自我管理”技能。

5.4 健康教育

5.4.1 开展老年慢性病健康教育需求评估，明确辖区内老年人面临的主要慢性病问题及影响因素，综

合分析老年慢性病健康教育服务需求和可利用资源。

5.4.2 根据老年慢性病健康教育需求评估结果，结合老年人的学习特点，有针对性地制定老年慢性病健康教育服务计划，包括内容、形式、目标人群、时间、场所、设施设备等。

5.4.3 依据老年慢性病健康教育服务计划，开展老年慢性病健康教育服务，服务形式包括：健康知识讲座、健康咨询、个性化健康教育、提供健康教育资料、设置健康教育宣传栏等。

5.4.4 老年慢性病健康教育服务结束后，应全面、客观评估健康教育效果，对健康教育服务进行持续改进。

5.5 慢性病患者管理

5.5.1 对患一种慢性病的老年人群按照相关疾病防治指南或规范进行个性化管理。

5.5.2 对多病共患的老年人群，应综合考虑患病情况和身体衰弱情况，研判对老年人影响较大、危险程度较高的疾病因素及身体衰弱因素，制定个性化的管理方案；提供药物重整服务，核查用药种类、剂量及用法，保障用药安全有效。

5.5.3 随访转诊，确保服务的连续性。对慢性病控制稳定的患者实施季度综合评估，规范开展健康服务；对慢性病控制不稳定的患者，按照 WS/T 810 的要求及时转诊到上级医疗机构并追踪随访，确保服务的连续性。

6 分类管理

6.1 老年慢性病人群分类

老年人群分为以下三类。

- a) 一般人群：慢性病风险处于较低水平的人群，不具有一、二级亲属的特定疾病病史，无个人慢性病疾病史、常规体检指标无异常。
- b) 高风险人群：具有以下特征之一者：
 - 1) 血压水平为 130 mmHg~139 mmHg /85 mmHg~89 mmHg；
 - 2) 现在吸烟者；
 - 3) 空腹血糖水平为 $6.1 \text{ mmol/L} \leq \text{FBG} < 7.0 \text{ mmol/L}$ ；
 - 4) 血清总胆固醇水平为 $5.2 \text{ mmol/L} \leq \text{TC} < 6.2 \text{ mmol/L}$ ；
 - 5) 男性腰围 $\geq 90 \text{ cm}$ ，女性腰围 $\geq 85 \text{ cm}$ 。
- c) 患病人群：经过专业医疗机构诊断，患有一种及以上慢性病的人群。

6.2 老年慢性病人群分类管理

按照表1的要求对老年慢性病人群进行分类管理。

表1 老年慢性病人群分类管理内容

内容	一般人群	高风险人群	患病人群
慢性病风险监测	√	√	√
评估	√	√	√
危险因素干预		√	√
健康教育	√	√	√
慢性病患者管理			√

7 评价与改进

7.1 应定期对老年慢性病管理内容、形式、质量、满意度与投诉处理情况等评价，对社区老年慢性病管理效果进行评价。

7.2 根据评价结果对存在的问题进行分析，制定改进措施，持续改进。
