

T/DYZYXH

德阳市中医药学会团体标准

T/DYZYXH 001—2024

医养结合机构等级评定规范

2024 - 12 - 25 发布

2025 - 05 - 01 实施

德阳市中医药学会 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

 3.1 医养结合机构 1

 3.2 护理员 1

4 等级及标志 1

5 评定原则 2

6 评定周期 2

7 评定组织 2

 7.1 评定委员会 2

 7.2 评定专家库 2

 7.3 评定专家组 3

8 评定程序与要求 3

 8.1 评定程序 3

 8.2 评定要求 3

附录 A（规范性） 医养结合机构等级评定评分表 8

附录 B（规范性） 医养结合机构等级评定申请条件 54

附录 C（资料性） 医养结合机构等级评定申请书 56

附录 D（资料性） 医养结合机构信用承诺书 57

附录 E（资料性） 医养结合机构等级评定受理告知书 58

附录 F（资料性） 医养结合机构等级评定资料补正告知书 59

附录 G（资料性） 医养结合机构等级评定不予受理告知书 60

附录 H（资料性） 终止医养结合机构等级评定告知书 61

附录 I（资料性） 医养结合机构等级评定现场综合评定意见书 62

附录 J（资料性） 医养结合机构等级初步评定意见书 63

附录 K（规范性） 医养结合机构等级牌匾 64

附录 L（资料性） 医养结合机构服务对象及家属满意度调查问卷 65

附录 M（资料性） 医养结合机构员工满意度调查问卷 68

附录 N（规范性） 质量控制指标 70

参考文献 98

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。

本文件由德阳市中医药学会提出。

本文件由德阳市中医药学会归口。

本文件起草单位：德阳市口腔医院（德阳市第三人民医院）、成都中医药大学附属医院德阳医院、绵竹市紫岩街道社区卫生服务中心、德阳市人民医院、成都市第三人民医院。

本文件主要起草人：林德智、李蕾、尹轶、汪红霞、李星。

本文件为首次发布。

医养结合机构等级评定规范

1 范围

本文件规定了医养结合机构等级评定的依据和条件,规定了医养结合机构等级评定工作的评定范围、评定原则、评定周期、评定组织、评定程序与要求、申请评定的条件和牌匾样式。本文件提供了评定评分表,评定评分表给出了基本要求、设施设备、人力资源、药事管理、运营管理、服务内容、服务流程与质量控制方面的评价内容和评分规则。

本文件适用于德阳市范围内开放医疗床位数 ≥ 20 张、备案养老床位数 ≥ 10 张的医养结合机构;其中:申请一、二星级医养结合机构等级评定的,正式运行应满1周年;申请三、四、五星级医养结合机构等级评定的,正式运行应满2周年。

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/T 27306 食品安全管理体系 餐饮业要求
GB 38600 养老机构服务安全基本规范
WS 308—2019 医疗机构消防安全管理
WS/T 431—2023 护理分级标准
WS/T 845—2024 医养结合机构内老年人在养老区和医疗区之间床位转换标准
DB5105/T 15 医养结合机构建设管理规范
DB5106/T 22 医养结合机构评价规范

3 术语和定义

下列术语和定义适用于本文件。

3.1

医养结合机构

兼具医疗卫生和养老服务资质与能力的医疗卫生与养老服务相融合的机构。

3.2 护理员

对老年人生活进行照料、护理,对病人和其他需要照护的人群提供生活照护,并在医务人员的指导下进行部分辅助工作的人员。

4 等级及标志

4.1 医养结合机构等级划分为五级,从高到低依次为五星级、四星级、三星级、二星级、一星级医养结合机构。

4.2 医养结合机构等级的牌匾、文件由德阳市中医药学会统一制作和规定。

5 评定原则

医养结合机构等级评定评价机构应主动接受评价对象和社会监督，医养结合机构等级评定工作遵循下列原则：

- 自愿申请；
- 分级评定；
- 客观公正；
- 动态管理。

6 评定周期

医养结合机构等级评定周期为3年，每年应开展不定期重点检查，不定期重点检查包括但不限于以下情况：

- 评价机构收集到社会对评价对象涉及一票否决情况投诉的；
- 评价对象被行政主管部门进行重大处罚的；
- 评价对象未按要求定期上报有关数据的。

7 评定组织

7.1 评定委员会

7.1.1 德阳市中医药学会应组建医养结合机构等级评定委员会（以下简称“评定委员会”），统筹实施医养结合机构等级评定工作；评定委员会成员原则上由德阳市中医药学会会长、副会长、常务理事担任，应涵盖医疗机构管理、养老机构管理、医疗卫生专业技术领域的专家，可邀请卫生健康、发改、财政、民政、医保等行政管理部门的专家参与。

7.1.2 医养结合机构等级评定工作和动态管理工作由评定委员会组织实施。

7.1.3 评定委员会的职责包括但不限于：

- 制（修）订医养结合机构等级评定有关工作制度；
- 指导、开展医养结合机构等级评定、复核、动态管理工作；
- 指导、开展医养结合机构等级评定工作涉及的纠纷和争议裁定；
- 对不符合规定、标准的评定结果向评定专家组提出纠正意见；
- 建立和管理评定专家库，对评定专家进行培训、考核、聘任；
- 制作、核发医养结合机构等级证书和牌匾。

7.2 评定专家库

7.2.1 评定专家库专家由德阳市中医药学会成员和卫生健康、发改、财政、民政、医保等行政管理部门的专家自愿申请，经评定委员会初审、培训考核合格后由德阳市中医药学会聘任，每届聘期5年。

7.2.2 评定专家库专家应符合下列要求：

- 具有良好的政治素质和高尚的个人品德，在行业内有一定影响力和公信力，遵纪守法、公正廉明、求真务实，无违法等不良记录；热爱医养结合和医养结合机构等级评定工作，能安排好时间参加医养结合机构等级评定有关工作；
- 熟悉医养结合机构等级评定相关法律法规、方针政策和标准；
- 熟悉医养结合机构建设、管理、运营、服务、评价等工作；
- 自愿参加医养结合机构等级评定专家培训和考核；
- 从事医养结合行政管理、医养结合机构实务、医养结合服务相关工作满3年。

7.3 评定专家组

7.3.1 评定专家组组成成员应为不少于 5 人的单数组成，由德阳市中医药学会秘书处根据评定任务从评定专家库中随机抽取组建，由抽取的专家自行推荐产生评定专家组组长，并向评定委员会报备。

7.3.2 评定专家组成员存在以下情况，应向德阳市中医药学会秘书处申请回避：

- 与评价对象有利害关系；
- 曾在评定对象单位任职，离职未满 3 周年；
- 与评定对象有其他可能影响评定结果公正的关系。

8 评定程序与要求

8.1 评定程序

医养结合机构等级评定程序包括 9 个阶段。医养结合机构等级评定程序应符合图 1 要求。

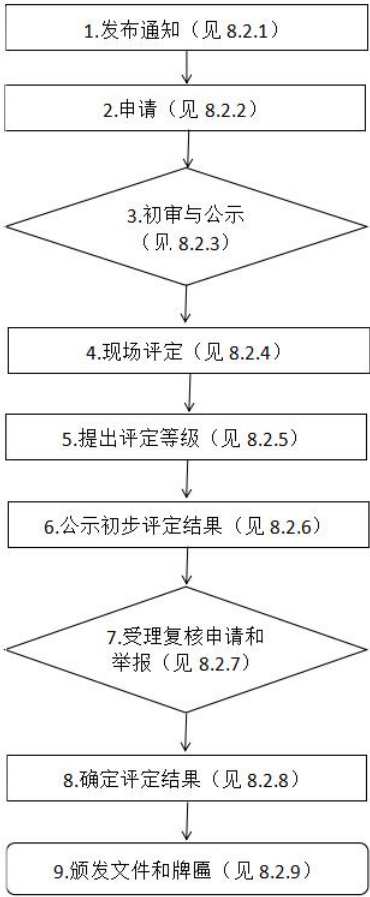


图 1 医养结合机构等级评定流程图

8.2 评定要求

8.2.1 发布通知

医养结合机构等级评定通知由德阳市中医药学会发布，每年发布1次。

8.2.2 申请

医养结合机构应对照《医养结合机构等级评定评分表》（附录A）进行自评，并根据自评结果填写《医养结合机构等级评定申请书》（附录C），按照通知要求提交《医养结合机构等级评定评分表》（附录A）、《医养结合机构等级评定申请书》（附录C）、《医养结合机构信用承诺书》（附录D）。

8.2.3 初审与公示

8.2.3.1 德阳市中医药学会秘书处应在通知截止日统计收到的申请材料，在通知截止日后 20 个工作日内完成申请材料的完备性、真实性、有效性审核。

8.2.3.2 德阳市中医药学会秘书处根据下列情况向评定委员会提出处理建议：

- 申报材料齐全且符合要求的，提出受理建议。
- 申报材料不齐全、不符合规定内容和形式的，书面一次性提出补正资料要求和提交期限；德阳市中医药学会秘书处应在补正资料提交期限截止日统计收到的申请材料，在截止日后 10 个工作日内完成申请材料的完备性、真实性、有效性审核。
- 发现或收集到申请机构有一票否决项的，应提出不予受理建议。
- 评定委员会对德阳市中医药学会秘书处提交的初审处理建议进行集体研究，作出受理或不予受理决定，并书面告知申请机构，按情况向申请机构出具《医养结合机构等级评定受理告知书》（附录 E）、《医养结合机构等级评定资料补正告知书》（附录 F）或《医养结合机构等级评定不予受理告知书》（附录 G），并对符合参评条件的医养结合机构名单在网站上进行公示，公示期为 5 个工作日。

8.2.4 现场评定

8.2.4.1 评定准备

现场评定前应由评定委员会成员及评定专家组组长主持召开评定准备会。参会人员应包括评定委员会 1 名及以上成员、德阳市中医药学会秘书处 1 名及以上工作人员、评定专家组全体成员、参评医养结合机构负责人或分管领导、业务科室人员。会议内容包括但不限于：

- a) 主持人介绍评定专家及评定专家分工情况；
- b) 主持人简要介绍评定依据，即《医养结合机构等级评定评分表》（附录 A）；
- c) 主持人介绍评定流程、方式和工作纪律；
- d) 参评医养结合机构负责人简要汇报自评情况，对特殊情况和与自评报告有较大出入的内容进行说明。

8.2.4.2 必备项检查

评定专家组根据医养结合机构的申请等级，查验必备项达标情况〔对照《医养结合机构等级评定申请条件》（附录B）查验〕。并根据必备项达标情况作出以下处理：

- a) 必备项完全达标，继续开展现场评定；
- b) 必备项不能完全达标，经评定专家组独立研究复核确认，向评定对象提出调整申请等级建议，或出具《终止医养结合机构等级评定告知书》（附录 H）。

8.2.4.3 现场综合评定

8.2.4.3.1 一星级医养结合机构、二星级医养结合机构、三星级医养结合机构现场评定时间不超过 1 天，四星级医养结合机构、五星级医养结合机构现场评定时间不超过 2 天。

8.2.4.3.2 评定对象应按照《医养结合机构等级评定评分表》（附录 A）顺序和要求准备好备查材料、

佐证材料目录，以方便专家查验。

8.2.4.3.3 评定对象不能在评定总结会召开前提供需要查验的佐证材料，评定专家组不予采信。

8.2.4.3.4 终止评定

专家组在评定过程中发现评定对象在评定周期内或评定前2周年存在以下情况，应终止评定：

- 发生重大安全生产责任事故；
- 提供虚假评定资料，伪造、涂改有关档案资料等弄虚作假行为并被查证属实；
- 员工健康档案、入住老年人病历档案、入住老年人健康档案缺失或丢失；
- 存在重大违法、违规、违纪行为，未如实报告但被查证属实；
- 存在隐瞒、谎报一票否决项情况被查证属实；
- 在评定过程中扰乱评定工作，阻碍评定工作顺利开展；
- 在评定过程中贿赂评定专家。

8.2.4.4 评定总结和反馈

8.2.4.4.1 现场评定结束后，评定专家组组长应及时组织评定专家组成员召开评定总结会，对评定过程中发现的主要问题和扣分项进行复核，结合必备项达标情况、现场情况、得分情况、主要问题等，形成《医养结合机构等级评定现场综合评定意见书》（附录 I）和整改建议。

8.2.4.4.2 评定专家组形成《医养结合机构等级评定现场综合评定意见书》（附录 I）和整改建议后，应及时组织评定专家组成员和评定对象单位有关人员召开反馈会，反馈现场评定得分、发现的主要问题、整改建议；现场评定结束后，评定专家组应及时将汇总后的《医养结合机构等级评定评分表》（附录 A）和《医养结合机构等级评定现场综合评定意见书》（附录 I）提交给德阳市中医药学会秘书处工作人员。

8.2.5 提出评定等级

评定委员会召开评定会议，参加会议的人员不少于应到会人员的五分之四。会议主要审核评定专家组汇总后的《医养结合机构等级评定评分表》（附录 A）和《医养结合机构等级评定现场综合评定意见书》（附录 I），提出评定等级；会议采取无记名投票方式表决，等级评定结果须经三分之二以上参会人员通过，形成《医养结合机构等级初步评定意见书》（附录 J）。

8.2.6 公示初步评定结果

由德阳市中医药学会对初步评定结果进行公示，公示期为5个工作日。

8.2.7 受理复核申请和举报

8.2.7.1 复核

申请评定的医养结合机构对等级评定结果有异议的，可在公示期内向德阳市中医药学会书面提出复核申请，德阳市中医药学会对申请具体内容和评价对象提供的原始佐证材料审核通过后受理复核申请。评定委员会应听取评定专家组和评定对象的陈述，必要时可重新进行现场评定，复核结果应由评定委员会召开评定复核会议，参加会议的人员不少于应到会人员的五分之四，会议采取无记名投票方式表决，复核结果须经三分之二以上参会人员通过，方可重新提出初步评定结果。德阳市中医药学会应在作出复核结果 5 个工作日内，以书面形式将复核结果通知评定对象，并重新公示初步评定结果，公示期为 5 个工作日。

8.2.7.2 举报

其他组织或个人如对初步评定结果有异议，可在公示期内向德阳市中医药学会实名举报，德阳市中医药学会应在10个工作日内对举报情况进行核实，并将核实情况向举报人反馈。

8.2.8 确定评定结果

医养结合机构等级评定结果经公示无异议后，由德阳市中医药学会发布公告。

8.2.9 颁发文件和牌匾

德阳市中医药学会应向符合条件的评定对象颁发医养结合机构等级评定文件和医养结合机构等级牌匾（牌匾制作要求见附录K）。

附 录 A
(规范性)
医养结合机构等级评定评分表

表A. 1规定了医养结合机构等级评定评分的表格方式。

表A. 1 医养结合机构等级评定评分表

一级 条 目	二级 条 目 及 内 涵	三级条目及内涵		分值	评分规则
1 基 本 要 求	1.1 机 构 执 业 资 格	1.1.1 医养结合机构应在民政部门进行养老机构登记备案。		30	查阅养老机构民政部门备案文件原件。无原件的或不在有效期的不得分。
		1.1.2 具备法人资格的医疗机构申请设立养老机构的，应根据经营性质向机构编制或市场监管等部门申请主要职责或业务（经营）范围调整，按程序完成法人登记事项变更后再向民政部门备案。	医养结合机构是事业单位的，应具备事业单位编制管理部门颁发的《事业单位法人证书》《事业单位法人证书》主要职责范围应包含“养老服务”。	30	查阅编办颁发的《事业单位法人证书》原件，不具备养老服务职责范围或不在有效期内的不得分。
			医养结合机构是民办非企业的，应具备民政部门颁发的《民办非企业单位登记证书》，《民办非企业单位登记证书》业务范围应包含“养老服务”。		查阅民政部门颁发的《民办非企业单位登记证书》原件，业务范围不包含养老服务或不在有效期的不得分。
			医养结合机构是民办企业的，应具备市场监督管理部门颁发的《营业执照》，经营范围应包含“养老服务”。		查阅市场监督管理部门颁发的《营业执照》，经营范围不包含养老服务或不在有效期的不得分。
	1.2	1.2.1 机构地址选择		7	1.1.1 手机地图查看机构主要出入口和建筑主

场地与设计	a) 交通方便, 宜面临 2 条城市道路; b) 宜便于利用城市基础设施; c) 环境宜安静, 应远离污染源; d) 地形宜力求规整, 适宜机构功能布局; e) 远离易燃、易爆物品的生产和储存区, 并应远离高压线路及其设施; f) 不应临近少年儿童活动密集场所; g) 不应污染、影响城市的其他区域。		要出入口。 a) 主要出入口在城市道路旁, 且机动车(含救护车)能直接停靠在机构主要出入口; 机动车(含救护车)能直接停靠在建筑主要出入口处。1 项不符合扣 1 分, 扣完为止。(2 分) b) 现场查看或使用手机地图应用查看, 周围应无污染源, 应无少年儿童活动密集场所, 应无易燃、易爆物品的生产和储存区, 应无高压线路及其设施, 一项不符合扣 1 分, 扣完为止。(5 分)
	1.2.2 床均建筑面积 1.2.2.1 养老床位建筑面积。实际开放养老床位床均建筑面积宜 $\geq 35 \text{ m}^2$ 。 1.2.2.2 医疗床位建筑面积。实际开放医疗床位床均建筑面积宜 $\geq 45 \text{ m}^2$ 。	20	1.2.2.1 养老床位建筑面积。(10 分) 床均建筑面积 $\geq 42.5 \text{ m}^2$, 得 10 分; 床均建筑面积 $\geq 35 \text{ m}^2$, 得 5 分; $25 \text{ m}^2 \leq \text{床均建筑面积} < 35 \text{ m}^2$, 得 3 分; 床均建筑面积 $< 25 \text{ m}^2$, 不得分。 1.2.2.2 医疗床位建筑面积。(10 分) 床均建筑面积 $\geq 80 \text{ m}^2/\text{床}$, 得 10 分; 床均建筑面积 $\geq 60 \text{ m}^2/\text{床}$, 得 5 分; 床均建筑面积 $\geq 45 \text{ m}^2$, 得 3 分; 床均建筑面积 $< 45 \text{ m}^2$, 不得分。
	1.2.3 无障碍设施及设计 1.2.3.1 室外及建筑出入口 a) 室外人行道及车行道地面平整、防滑、不积水。 b) 室外人行道与建筑主要出入口、车行道或其他场地(如活动场地)实现无障碍衔接, 便于轮椅通行。 c) 设有无障碍机动车停车位或满足无障碍机动车停放, 停车位设有明显标志(如地面涂有停车线、轮椅通道线和无障碍标志)。		1.2.3.1 现场查看 a) 建筑主要出入口, 若符合地面平整、防滑、不积水要求得 1 分, 不符合不得分。(1 分) b) 主出入口、步行通道应满足轮椅通行, 通行净宽不小于 0.80m, 符合得 1 分。室内外交通空间地面有高差时, 应设置坡度不大于 1/12 的轮椅坡道连接; 轮椅坡道高度大于

		d) 建筑主要出入口的平台、台阶、坡道表面平整、防滑、不积水。	8	<p>0.10m 时,应同时设置无障碍台阶,符合得 2 分。(3 分)</p> <p>c) 设有无障碍机动车停车位或满足无障碍机动车停放的,得 1 分;停车位设有明显标志的得 1 分。(2 分)</p> <p>d) 建筑主要出入口的平台、台阶、坡道表面平整、防滑、不积水,都符合得 2 分,每一项不符合扣 0.5 分,扣完为止。(2 分)</p>
		<p>1.2.3.2 室外活动空间</p> <p>a) 机构设有室外活动场地,可满足室外活动需求,并设有必要防护设施。</p> <p>b) 室外活动场地便于使用轮椅、助步器的老年人到达及活动。</p> <p>c) 室外活动场地(庭院)的位置与车辆通行空间不交叉,车辆通行和停放不影响场地内的活动。</p> <p>d) 室外活动场地(庭院)有充足日照并设有休息区,如树荫区、廊架、凉亭,并布置座椅。</p> <p>e) 室外活动空间设有照明设备,能够保障夜间活动安全,如在活动场地周边、散步道旁设有路灯。</p>	10	<p>1.2.3.2</p> <p>a) 现场查看室外活动场地,机构设有室外活动场地,可满足老年人室外活动需求,符合以下条件时得相应分数:有专门的室外活动场地(庭院),得 2 分;无专门的室外活动场地(庭院),但设有屋顶平台、露台等,并设有必要防护设施,得 1 分;机构内无室外活动场地(庭院),但紧邻公共绿地、公园等,得 0.5 分。(2 分)</p> <p>b) 室外活动场地不存在明显高差,有高差时设有轮椅坡道及扶手,便于使用轮椅、助步器的老年人到达及活动得 0.5 分;地面铺装平整、防滑、不积水,得 0.5 分。(1 分)</p> <p>c) 室外活动场地(庭院)的位置与车辆通行空间不交叉,车辆通行和停放不影响场地内的活动,符合得 2 分。(2 分)</p> <p>d) 室外活动场地(庭院)有充足日照并设有休息区,如树荫区、廊架、凉亭等得 1 分;布置有休息座椅,得 1 分。(2 分)</p>

			e) 室外活动空间设有照明设备,能够保障夜间活动安全,如在活动场地周边、散步道旁设有路灯,符合得2分。(2分)
		11	<p>1.2.3.3 建筑内部交通空间</p> <p>a) 公共走廊地面无门槛及高差;如有门槛高度及地面高差时,应$\leq 15\text{mm}$,且以斜面过渡。</p> <p>b) 公共走廊的主要位置两侧设置扶手,且扶手高度距地0.80-0.90m,扶手安装坚固,材质防滑,触感温润,形状易于老年人抓握。</p> <p>c) 公共走廊宽度能够满足轮椅回转及错行空间;通行净宽在1.4m至1.80m时,局部应设有$\geq 1.80\text{m}$的轮椅回转及错行空间。</p> <p>d) 建筑内部垂直交通设施至少1部电梯,且该电梯能够满足担架进出及运送需求,轿厢深度$\geq 1.40\text{m}$,宽度$\geq 1.10\text{m}$;轿厢门开启净宽$\geq 0.80\text{m}$;电梯门洞净宽$\geq 0.90\text{m}$。</p> <p>e) 设有楼梯时,常用楼梯符合以下全部条件: ——非弧形和螺旋楼梯;无异形踏步(如扇形踏步),且楼梯平台内不设踏步; ——楼梯设有扶手,且扶手高度距地0.80-0.90m; ——楼梯上行及下行第一阶踏步与平台有明显区别,或设有提示标识。 ——同一梯段的踏步高度和宽度一致; ——踏步有踢面; ——踏面前缘向前凸出$\leq 10\text{mm}$,踏面前缘设防滑条且凸出高度$\leq 3\text{mm}$,不影响踩踏。</p>

	<p>1.2.3.4 建筑内部主要用房及空间</p> <p>a) 居室门的开启不会影响公共走廊的正常通行。</p> <p>b) 居室门内外地面符合以下条件之一： ——无门槛及高差； ——有门槛及地面高差时，应$\leq 15\text{mm}$，并以斜面过渡。</p> <p>c) 所有居室门的开启净宽应$\geq 0.80\text{m}$。</p> <p>d) 居室地面铺装平整、防滑、排水良好无积水。</p> <p>e) 康复空间、公共就餐空间、公共活动空间地面铺装平整、防滑。</p> <p>f) 医疗卫生用房与康复空间的位置方便到达，通行路径无障碍。</p>	10	<p>1.2.3.4（现场查看老年人居室、使用卷尺或红外测距仪等工具测量）</p> <p>a) 居室门的开启不会影响公共走廊的正常通行，得2分。（2分）</p> <p>b) 居室门内外地面无门槛及高差得1分；有门槛及地面高差时，$\leq 15\text{mm}$，并以斜面过渡得0.5分；门槛高度及地面有高差且$\geq 15\text{mm}$，或$\leq 15\text{mm}$但未以斜面过渡不得分。（1分）</p> <p>c) 随机抽查5间居室，所有居室门的开启净宽$\geq 0.80\text{m}$，得2分，否则不得分。（2分）</p> <p>d) 居室地面铺装平整、防滑、排水良好无积水，完全符合得2分。（2分）</p> <p>e) 康复空间、公共就餐空间、公共活动空间地面铺装平整、防滑，一项完全符合得1分，总计3分。（2分）</p> <p>f) 医疗卫生用房与康复空间的位置方便到达，通行路径无障碍，符合得1分。（1分）</p>
	<p>1.2.3.5 机构内的交通组织</p> <p>便捷流畅无障碍，满足消防、疏散、运输要求，人车分流（老年人通行道路无机动车辆通行）或人车混行，但能避免车辆对人员通行的影响（如道路设计区分步行道与车行道）。</p>	2	<p>1.1.3.5 现场查看。</p> <p>机构内的交通组织便捷流畅无障碍，满足消防、疏散、运输要求。人车分流（老年人通行道路无机动车辆通行），得2分；车混行，但能避免车辆对人员通行的影响（如道路设计区分步行道与车行道），得1分。不符合不得分。（2分）</p>
	<p>1.2.4 消防及安全设施</p> <p>按照消防技术标准配置灭火器、火灾自动报警系统、自动喷水</p>	5	<p>1. 现场查看。灭火器、火灾自动报警系统、自动喷水灭火系统、应急照明等消防设施设备齐</p>

		<p>灭火系统、应急照明等消防设施设备并通过综合验收。</p> <p>设有室外报警装置、AED 等报警装置和必要的应急救援设备设施。</p>		<p>全，且能够正常使用得 2 分，取得综合验收合格证明得 1 分。（3 分）</p> <p>2. 室外报警装置、AED 等报警装置和必要的应急救援设备设施配置齐全且能正常使用得 2 分。（2 分）</p>
		<p>1.2.5 图形符号</p> <p>a) 设有应急导向标识，包括但不限于安全出口标志、疏散路线标志、消防和应急设备位置标志、楼层平面疏散指示图等，且信息准确无误。</p> <p>b) 设有通行导向标识，且信息准确无误，具有一致性、连续性和显著性。</p> <p>c) 设有服务导向标识，且信息准确无误，具有明确性和显著性。</p> <p>d) 设有安全警示标识，如墙面凸出处贴有防撞标志、透明玻璃门视线高度贴有防撞标志，临空处/水池边设有警告标志/地面高差突变处设有提示标志等，以引起患者对不安全因素的注意。</p>	4	<p>现场查看应急导向标识、通行导向标识、服务导向标识、安全警示标识的图形符号。1 项不符合要求扣 1 分，扣完为止。</p>
		<p>1.1.6 床均停车位</p> <p>至少应满足日常机动车（包括救护车）及非机动车数量的停放区域，且该区域与机构主要出入口之间无障碍。</p>	2	<p>1. 现场查看机动车及非机动车数量的停放区域，该区域与机构主要出入口之间无障碍，得 0.5 分。（0.5 分）</p> <p>2. 机构内床均停车位 ≥ 0.8 得 1.5 分；≥ 0.6 得 1 分；≥ 0.4 得 0.5 分；< 0.4 不得分。（1.5 分）</p>
	1.3 交通及生活便捷度	<p>1.3.1 机构的公共交通情况符合以下条件</p> <p>机构主要出入口附近，有至少 1 个公共交通站点（包括公共汽车站点、轨道交通站点等），或机构设有定期班车接送老人到达附近的公共交通站点，或提供专车上门接送服务。</p>	2	<p>达到以下条件之一的，得 2 分，否则不得分。</p> <p>1. 有专车上门接送服务。</p> <p>2. 机构主要出入口 100M 内，有至少 1 个公共交通站点（包括公共汽车站点、轨道交通站点等）。</p> <p>3. 机构设有定期班车接送老人到达附近的公共交通站点。</p>

	1.3.2 机构周边 1 公里或 15 分钟步行距离内设有至少 1 处商业服务业设施（如商场、菜市场、超市/便利店、餐饮设施、银行营业网点、电信营业网点）。或：机构内设立有能满足老年人日常基础购物需求的小型超市等；或与就近商超建立合作协议，实行配送服务且有配送服务记录的。	2	达到以下条件之一的，得 2 分，否则不得分。 （2 分） 1. 机构周边 1 公里或 15 分钟步行距离内设有至少 1 处商业服务业设施。 2. 机构内设立老年人日常基础购物需求的小型超市等。 3. 与就近商超建立合作协议，实行配送且有配送服务记录。
1.4 环境 及绿 化	1.4.1 室内温湿度 居室、公共活动空间及就餐空间良好的通风并设有温湿度调节设备，如散热器、空调、电风扇、加湿器、除湿器等，且性能达标。	5	现场查看，居室、公共活动空间、就餐空间,1 处不能满足温湿度调节设施配置的，扣 2 分，扣完为止。设施性能不达标视作配置缺失。（5 分）
	1.4.2 室内光照 居室、公共活动空间、就餐空间、公共走廊具有良好的自然采光和良好的人工照明，包括夜间照明装置，有 2 个及以上的照明光源，局部需要提高照度的区域，如盥洗池、床头、书桌等，设有局部照明。	5	现场查看。 1. 居室、公共活动空间、就餐空间、公共走廊具有良好的自然采光，1 项符合得 0.5 分。（2 分） 2. 居室、公共活动空间、就餐空间、公共走廊具有良好的人工照明（包括夜间照明装置），有 2 个及以上的照明光源，1 项符合得 0.5 分。（2 分） 3. 盥洗池、床头、书桌等均设有局部照明，得 1 分，1 处未设置不得分。（1 分）
	1.4.3 室内噪声 病房、公共活动空间、就餐空间、交通空间声环境良好。	4	符合中国噪声标准 0 类，日间≤50db，夜间≤40db，符合得 4 分，不符合不得分。
	1.4.4 绿化 设有树木、花草或其他适应当地气候的绿化植物，且生长及维护状态良好。（树木、花草无高致敏花粉、飞毛、飞絮、有害挥发物及	2	现场查看，满足以上条件，得 2 分。不符合酌情扣分。

		气味污染)		
2 设 施 设 备	2.1 医 疗 设 施 设 备 配 置	2.1.1 医疗设施设备配置符合《医疗机构基本标准（试行）》规定，与注册医疗机构类别、等级、科目要求相匹配，并至少配置以下设施设备： a) 给氧装置 b) 呼吸机或呼吸器 c) 电动吸引器或负压吸引设施 d) 心脏除颤仪（或便携式除颤仪） e) 心电图机 f) 心电监护仪 g) X 光机 h) B 超 i) 高压灭菌设备 j) 输液泵 k) 自动生化分析仪	10	现场查看、资料查阅。 1. 机构应根据注册类别级别要求制定设施设备对照清单；且清单应包含本条款规定的设施设备。缺少 1 项扣 1 分，扣完为止。
		2.1.2 开展医养结合业务所在的科室设置有单独的抢救室，配置有必要的抢救设施及设备。		现场查看。 1. 未设置单独的抢救室不得分。 2. 设施设备：至少应配有吸氧装置、负压吸引装置、简易呼吸器或呼吸机、心电监护仪、心电图机、除颤仪、心肺支持设备、急救车等；各种导管（（如气管插管、导尿管等）、开口器、静脉切开包、气管切开包等。缺少 1 项扣 0.25 分，扣完为止。 2. 药品：至少配有心肺复苏药、呼吸兴奋药、血管活性药、利尿脱水药、抗心律失常药、镇静药、止血药、平喘药等。缺少 1 项扣 0.25 分，扣完为止。

				3. 发现过期失效产品的，本条不得分。
		2.1.3 自主开展临床检验、消毒供应业务的，注册科目、设施设备配置与开展项目相匹配。	4	查看现场， 查阅资料。 1. 《医疗机构执业许可证》注册科目不符的，不得分。 2. 查看检验科、消毒供应室设施设备台账。符合相关标准的得 4 分， 一项不符合扣 2 分，扣完为止。
		2.1.3 临床检验、消毒供应与其他合法机构签订有相关服务合同，委托其他机构提供服务的，可不配备检验和消毒供应设备。		临床检验、消毒供应与其他合法机构签订相关服务合同，由其他机构提供服务的。查阅服务合同，以及服务提供机构加盖鲜章的资质证书复印件，看合同和资质的有效期、内容是否涵盖服务提供内容。符合相关标准的得 2 分，一项不符合扣 2 分，扣完为止。
	2.2 康娱 设施 设备 配置	2.2.1 病房及养护室至少应配置电视机。	2	查看现场，随机抽查 5 间病房及养护室，有 1 间未配置或不能正常使用扣 1 分，扣完为止。
		2.2.2 室内活动场所至少应配置电视机、健身或康复器材、休闲棋牌类用品、书画阅读用桌椅、书籍报刊等。	2	查看现场。 1. 无公共室内活动场所不得分。 2. 电视机、健身或康复器材、休闲棋牌类用品、书画阅读用桌椅、书籍报刊配置缺 1 项扣 0.5 分，扣完为止。
	2.3 生活 设施 设备 配置	2.3.1 应配置必要的与膳食服务匹配的设施设备，如厨房、餐厅、适老化餐桌椅、冰箱等；鼓励提供个性化食物加工设施设备，如微波炉、料理机等。	3	查看现场。 无厨房扣 3 分，无餐厅扣 3 分，未配置适老化餐桌椅扣 2 分，未配置冰箱扣 1 分，扣完为止。
		2.3.2 至少配置有公共洗浴间，每 50 个失能半失能老年人至少配置 1 个躺浴位、2 个坐浴位，配置有空气和洗浴用水温度调节等设施。	3	查看现场。 公共洗浴间配置 1 项不符合要求不得分。
		2.3.3 设置有洗衣晾晒区域，配置有公用洗衣机、烘干机等设施设备。	3	查看现场。 未设置洗衣晾晒区域扣 1 分，未配置公用洗衣

				机扣 1 分，未配置烘干机扣 1 分，扣完为止。
		2.3.4 设置有公共卫生间、无障碍卫生间、开水器等设施。	3	查看现场。 公共卫生间、无障碍卫生间、开水器配置，每缺少 1 项扣 1 分，扣完为止。
		2.3.5 室内公共区域设置有制冷供暖设备、防撞护角等。	3	查看现场。 室内公共区域未设置制冷供暖设备扣 2 分，未安装防撞护角扣 1 分，扣完为止。
		2.3.6 病房或居室内应配置有床档的病床或养老用床、床旁呼叫系统、低位照明灯、应急照明灯、床头灯、衣柜、床头柜、陪护椅、洗面台、隐私保护隔帘等。	5	查看现场。 随机抽查 5 间病房或居室，逐项核对有无及是否完好，处于损坏状态不能正常使用的视作缺项，每缺少 1 项扣 1 分，扣完为止。
		2.3.7 病房及居室内卫生间应设有扶手、紧急呼叫按钮、坐式马桶、防滑地面等。	2	查看现场。 随机抽查 5 间病房或居室，逐项核对有无及是否完好，处于损坏状态不能正常使用的视作缺项，每缺少 1 项扣 1 分，扣完为止。
	2.4 办公 设施 设备 配置	2.5.1 配置有支持管理和业务开展所必要的信息系统。宜配置有财务管理系统、HIS、LIS、PACS、养老服务等信息系统。	3	查看现场。 逐项核对信息系统配置情况，每缺少 1 项扣 1 分，扣完为止。
		2.5.2 配置有支持管理和办公所必要的设施设备。宜设置有独立的行政、财务、后勤、会议、教学等办公场所，有开展管理和业务工作所必须的办公用电脑、打印机、复印机、维修设备等。	2	查看现场。 1. 独立设置的行政、财务、后勤、会议、教学等办公场所，缺 1 项扣 0.5 分。 2. 办公用电脑、打印机、复印机、维修设备等配置不齐的，扣 1 分。 扣完为止。
	2.5 设施 设备	2.6.1 管理部门与人员。 机构应设有设备管理部门，负责医院设备管理工作；各临床、医技、照护业务科室应设有专（兼）职设备管理人员，负责科室设备管理工作。	2	查阅文件。 1. 未设置设备管理部门扣 1 分。 2. 一个临床、医技、照护业务科室未设置专（兼）

管理			职设备管理人员扣 0.5 分。 扣完为止。
	2.6.2 制度建设。 机构建立有设备管理部门职责、设备管理人员岗位职责，相关工作人员熟悉相应职责并履职尽责。机构建立有完善的设备管理制度体系，包括但不限于： ——设备采购论证管理制度； ——招标采购管理制度； ——安装培训验收维修维护管理制度； ——固定资产管理制度； ——设施设备定期巡检制度； ——设备档案管理制度。	2	查阅资料，随机抽问。 1. 机构未制定设备管理部门职责扣 0.5 分，未制定设备管理人员岗位职责扣 0.5 分；随机抽问设备管理部门工作人员 1-2 名，有 1 人不熟悉部门职责和岗位职责扣 1 分。 2. 机构建立的设备管理制度体系中，缺少 1 项制度扣 0.5 分；逐一查阅制度执行情况资料，1 项制度执行不到位扣 0.5 分。 扣完为止。
	2.6.3 账物管理。 机构建立有院科两级设施设备台账，台账清晰，账物相符、账账相符；科室有完整的设施设备引进论证、验收、维护、维修等档案资料。	5	查阅资料，查看现场。 1. 院级设施设备台账缺失扣 2 分。发现台账不清晰、账物不相符、账账不相符的，1 处扣 0.5 分。 2. 发现 1 个科级设施设备台账缺失扣 2 分，发现科级台账不清晰、账物不相符、账账不相符的，1 处扣 0.5 分。 3. 发现 1 个科室设施设备引进论证、验收、维护、维修等档案资料不完整扣 1 分。 扣完为止。
	2.6.4 急救设备管理。 有急救设备日常巡检养护制度并按制度执行；急救设备完好率 100%，或有可行的急救设备维修状态时的替代方案。	2	查看现场，查阅资料。 1. 未制定急救设备日常巡检养护制度扣 1 分，未按制度执行扣 1 分。 2. 急救设备完好率未达到 100%（有可行的急救设备维修状态时的替代方案视作达标），本条不得分。

3 人	3.1 卫生	<p>2.6.5 大型设备。大型设备的引进应有引进论证、市场调研、经济运行分析等，设备安装验收、培训、维修维护、说明书等档案资料完整。</p>	1	<p>查阅资料。</p> <p>1. 大型设备引进论证、市场调研、经济运行分析等资料不完整扣 1 分。</p> <p>2. 大型设备安装验收、培训、维修维护、说明书等档案资料不完整扣 1 分。</p> <p>扣完为止。</p>
		<p>2.6.6 特种设备管理。</p> <p>1. 有专人或部门负责特种设备管理。</p> <p>2. 特种设备管理、消防管理和操作人员应持证上岗，熟悉特种设备管理制度、岗位职责、应急预案、操作手册。</p> <p>3. 特种设备年检合格并公示年检标签。</p> <p>4. 特种设备清单、档案资料、监管记录，验收、维护、维修资料完整。</p> <p>5. 特种设备完好率 100%，或有特种设备维修期间的可行替代方案。</p> <p>6. 有按特种设备有关应急预案组织的应急演练，应急演练有总结、改进措施，改进措施得到有效落实。</p>	15	<p>现场查看，资料查阅。</p> <p>1. 确定有专人或部门负责特种设备管理的得 1 分。</p> <p>2. 特种设备管理、消防管理和操作人员持证上岗率 100%的得 2 分。</p> <p>3. 随机对 1 名特种设备管理、消防管理和操作人员抽问，是否熟悉特种设备管理制度、岗位职责、应急预案、操作手册，熟悉掌握的得 2 分，不完全熟悉掌握的得 1 分，完全不能掌握的不得分。</p> <p>3. 所有特种设备年检合格并按规范公示年检标签的得 1 分。</p> <p>4. 特种设备清单、档案资料、监管记录，验收、维护、维修资料全部完整得 2 分。</p> <p>5. 特种设备完好率 100%，或有特种设备维修期间的可行替代方案的得 2 分。</p> <p>6. 有按特种设备有关应急预案组织的应急演练得 2 分，应急演练有总结、改进措施得 1 分，改进措施得到有效落实的得 1 分。</p>
		<p>3.1.1 配置的卫生专业技术人员专业、职称、数量与注册的医疗机构级别、类别、规模和申请评定的医养结合机构等级相匹配。</p>	15	<p>查阅资料。</p> <p>评价对象应根据注册医疗机构的类别和级别，</p>

力 资 源	专业 技术 人员 配置	<p>1) 至少应配置临床医学、中医学、护理学、(中)药学、临床检验、医学影像等卫生专业技术人员。</p> <p>2) 一、二、三级综合医院每床至少配备的卫生技术人员分别不少于 0.7 名、0.88 名、1.03 名。</p> <p>3) 一、二、三级中医医院每床至少配备的卫生技术人员分别不少于 0.7 名、0.88 名、1.0 名。</p> <p>4) 一、二、三级中西医结合医院每床至少配备的卫生技术人员分别不少于 0.7 名、0.98 名、1.1 名。</p> <p>5) 二、三级肿瘤医院每床至少配备的卫生技术人员分别不少于 1.06 名、1.1 名。</p> <p>6) 一、二、三级精神病医院每床至少配备的卫生技术人员分别不少于 0.4 名、0.44 名、0.55 名。</p> <p>7) 康复医院每床至少配备的卫生技术人员不少于 0.7 名。</p> <p>8) 其他机构查阅《医疗机构基本标准(试行)》核对执行。</p>		<p>按照要求梳理花名册和人员配置及计算材料备查。必要时, 专家组可查阅评价对象提供的花名册人员的社保缴纳记录。</p> <p>1. 临床医学、中医学、护理学、(中)药学、临床检验、医学影像专业技术人员每缺少 1 个类别扣 1 分。</p> <p>2. 以对应的每床至少配备的卫生技术人员数量为基数计算, 每低 1 个百分点扣 1 分。扣完为止。</p>
		3.1.2 宜配置一定数量的心理咨询师、营养师、社工。	3	<p>查阅员工花名册、资质证书、社保缴费记录, 心理咨询师、营养师、社工每缺少 1 项扣 1 分。</p>
		3.1.3 二级乙等及以下综合医院, 专业设置不能覆盖心血管内科、呼吸内科、神经内科、肿瘤科、康复科(中医康复科)的机构, 应与上级医院签订协议, 有本条款规定专业的专科医师定期来院开展工作指导或查房会诊等; 各专业医师来院查房频率不低于每月 1 次。	2	<p>查阅资料。</p> <p>1. 查阅协议或花名册、《医疗机构执业许可证》。每缺少一个专业扣 0.5 分。</p> <p>2. 随机抽查 3 个月的查房记录, 1 个专业的专科医师查房记录频次不足的扣 0.5 分。扣完为止。</p>
	3.2 护理 员配 置	<p>3.2.1 按服务对象失能等级不同, 护理员与服务对象配置比例应符合以下要求:</p> <p>a) 能力完好的服务对象: $\geq 1:10$。</p> <p>b) 轻度失能的服务对象: $\geq 1:7$。</p> <p>c) 中度失能的服务对象: $\geq 1:5$。</p>	12	<p>现场查看, 查阅资料。</p> <p>1. 评价对象应梳理提前准备护理员花名册, 人员配置及计算材料、社保缴纳记录或转账凭证等佐证材料备查。</p> <p>2. 核对护理员花名册和服务对象级别、数量,</p>

		d) 重度、极重度失能的服务对象：≥1:3。		可随机抽1个月或即时查看。配置比例每降低5个百分点扣2分，扣完为止。
		3.2.2 护理员至少应参加机构内组织的规范性培训，并经考核合格后方可上岗；鼓励各机构选送护理员参加民政部门或卫生行政部门认可的培训机构集中培训并取得相应执业资格。	5	资料查阅。 1. 查看护理员培训计划、大纲、培训教材资料，培训记录，考核记录等。1名护理员培训考核资料不完整扣1分，扣完为止。 2. 选送护理员参加民政部门或卫生行政部门认可的培训机构集中培训并取得相应执业资格的比例超过50%的加1分，超过90%的加2分。
	3.3 行政 后勤 人员 配置	3.3.1 机构行政后勤组织架构合理，至少应独立设有党政管理部门、财务管理部门、质量管理部门、后勤保障部门等职能部门，并配置能满足机构业务开展需要的各专业工作人员。	5	查阅资料，现场查看。 缺少1个部门扣2分，扣完为止。
	3.4 人力 资源 管理	3.4.1 机构设置有人力资源管理部门或专人负责人力资源管理，部门职责和岗位职责明确；人事管理制度和程序完整健全，至少应覆盖招聘、录用、合同、入职、培训、离职等工作。	4	查阅资料。 1. 未设置人力资源管理部门或专人负责人力资源管理的扣1分。 2. 人力资源管理部门职责不明确或未制定的扣0.5分，人力资源管理部门各岗位职责不明确或未制定的扣0.5分。 3. 人事管理制度和程序不能完全覆盖招聘、录用、合同、入职、培训、离职的，扣1分。 4. 现场抽问1名工作人员，是否知晓相关内容；不能完全熟练掌握的扣1分。

				扣完为止。
		3.4.2 建立有全院聘用和劳动合同管理制度并落实到位。	2	<p>查阅资料。</p> <p>1. 未建立全院聘用和劳动合同管理制度的扣 2 分。</p> <p>2. 随机抽查 10 名人员，全院聘用和劳动合同管理制度未完全落实的扣 2 分。</p> <p>扣完为止。</p>
		3.4.3 建立有完整的各级各类人员岗位说明书。	2	<p>查阅资料。</p> <p>核对花名册和组织架构，每缺少 1 个岗位的岗位说明书扣 1 分，扣完为止。</p>
		3.4.4 人力资源发展规划符合单位功能任务定位和单位发展规划需要；有人力资源配置原则和岗位设置方案；有人力资源配置调整方案和程序；有人员紧急替代方案和程序、紧急替代人员联系方式完整准确畅通、有关人员知晓紧急替代方案和程序。	6	<p>查阅资料，现场电话联系和现场抽问。</p> <p>1. 无人力资源规划的扣 1 分；有规划但不符合实际的扣 1 分。</p> <p>2. 无人力资源配置原则和岗位设置方案扣 1 分。</p> <p>3. 无人力资源配置调整方案和程序的扣 1 分。</p> <p>4. 无人员紧急替代方案和程序的扣 1 分；紧急替代人员联系方式不完整准确畅通的扣 1 分；随机抽问 2 人，1 人对紧急替代方案和程序不完全知晓的扣 1 分。</p> <p>扣完为止。</p>
		3.4.5 建立有准确完整的员工花名册，有人事考核制度和完整的人事考核档案；保存有完整的员工资质文件，包括但不限于执业注册证、学历学位证书、职称证书、教育培训证书的复印件。	2	<p>查阅资料。</p> <p>1. 无花名册不得分；花名册信息不能涵盖员工姓名、性别、出生日期、学习经历、职称情况等基本信息的，或花名册不完整准确的，每项或每人扣 0.2 分。</p> <p>2. 无人事考核制度的扣 0.5 分；有人事考核制度但未对专业技术人员实施周期性考核并建立</p>

				考核档案的，扣 0.5 分。 3. 未建立员工资质文件档案的扣 1 分，建立有员工资质文件档案但不完整的扣 0.5 分。 扣完为止。
		3.4.6 有新员工岗前培训制度、专业人员转岗培训制度、在岗培训制度或继续教育制度。	2	查阅资料，现场核查。 1. 未建立完善新员工岗前培训制度的扣 0.5 分，未建立完善专业人员转岗培训制度的扣 0.5 分，未建立完善在岗培训制度的扣 0.5 分，未建立完善继续教育制度的扣 0.5 分。 2. 未完全按制度要求落实、或未制定各种培训大纲、教学计划的扣 1 分。 扣完为止。
		3.4.7 有专门的部门或人员负责培训管理工作，有培训工作计划，培训工作应有记录、总结、效果评价和改进措施。	2	查阅资料、现场核查。 1. 有专门的职能部门负责相应的培训工作，并按要求具体组织实施的得 0.5 分。 2. 有定期的督导检查，持续改进工作，检查结果与科室、个人考核挂钩的得 0.5 分。 3. 有培训信息库，包括全院、科室、个人实施培训的记录、统计、评价、考核、总结等资料的，得 0.5 分。 4. 全院卫生专业技术人员年度继续医学教育达标率 $\geq 90\%$ 的得 0.5 分。
		3.4.8 有职能部门负责职业安全管理工作，有职业暴露应急预案及岗前培训档案，有完整的员工个人健康档案并定期开展健康检查，有高危岗位个人安全检测（如放射计量监测等）记录档案。	2	查阅资料、现场核查。 1. 有职能部门负责职业安全管理工作的得 0.5 分。 2. 有员工职业暴露损害的紧急处理程序和措施，并将职业暴露应急处置纳入新员工岗前培

				<p>训内容，建立有培训资料档案的得 0.5 分。</p> <p>4. 每两年至少对所有员工开展 1 次健康检查，并建立有完整的员工个人健康档案的得 0.5 分。</p> <p>5. 每年至少对高危岗位（如放射诊疗）开展 1 次健康检查，并将安全监测情况（如放射剂量监测）记录入档案的得 0.5 分。</p>
4 药事管理	4.1 组织机构	<p>4.1.1 二级及以上医疗机构应按规定成立药事管理与药物治疗学委员会，委员由具有高级技术职务任职资格的药学、临床医学、护理和医院感染管理、医疗行政管理等人员组成。</p> <p>4.1.2 其他医疗机构应成立药事管理与药物治疗学组，小组成员由药学、医务、护理、医院感染、临床科室等部门负责人和具有药师、医师以上专业技术职务任职资格人员组成。</p> <p>4.1.3 制定有完善的药事管理与药物治疗学委员会（组）运行制度和各种职责并严格落实。</p>	2	<p>资料查阅。</p> <p>1. 有药事管理与药物治疗学委员会（组）成立文件，得 0.5 分；配套制度完善并按要求规范开展有关工作得 1 分。</p> <p>2. 组成成员应按要求覆盖相应专业得 0.5 分，缺少 1 个专业不得分。</p>
	4.2 应用管理	4.2.1 制定本机构基本药物临床应用管理办法，建立并落实抗菌药物临床应用分级管理制度，并组织实施。	1	<p>查阅资料。</p> <p>制度建立完善得 0.5 分。</p> <p>授权管理资料完善得 0.5 分。</p>
		4.2.3 处方点评、监测评价及超常预警 监测、评估机构药物使用情况，定期随机抽取医师处方进行点评，对药物临床使用安全性、有效性和经济性进行监测、分析、评估，实施处方和用药医嘱点评与干预。	3	<p>随机抽查 20 份处方和连续 3 个月的处方点评资料：</p> <p>1. 看处方是否规范、有无滥用药物，1 份处方不规范或存在滥用药物现象扣 0.5 分，扣完为止。（1 分）</p> <p>2. 处方点评资料规范、有理有据，监测、分析、评估、干预措施科学完整，得 1 分。（1 分）</p> <p>3. 干预措施得到落实，推动各种质量持续改善得 1 分。（1 分）</p>
		4.2.4 不良反应监测	1	查阅资料

		机构建立药品不良反应、用药错误和药品损害事件监测报告制度，出现药物不良反应后应积极救治患者，并做好观察与记录，同时立即向药剂科及国家相关部门报告。		<p>1. 建立有药品不良反应、用药错误和药品损害事件监测报告制度得 0.5 分，未完整建立不得分。（0.5 分）</p> <p>2. 建立有药品记录不良反应记录台账得 0.5 分，未建立不得分。（0.5 分）</p>
	4.3 药剂 管理	<p>4.3.1 进销存管理</p> <p>在药事管理与药物治疗学委员会或药事管理小组领导下，负责机构药品的采购、储存、保管和供应工作；至少应制定以下制度并严格执行：</p> <p>——供应商遴选制度；</p> <p>——新药遴选制度；</p> <p>——药品采购计划制定与审批制度；</p> <p>——药品采购与入库验收制度；</p> <p>——药品存储养护和质量检查制度。</p> <p>——分类定位存放制度。</p>	5	<p>查阅资料、现场查看。</p> <p>1. 查看医院制度是否覆盖药品进销存全流程，符合得 1 分，1 个环节未覆盖不得分。（1 分）</p> <p>2. 查阅新药遴选资料，严格按照制度执行得 0.5 分。（0.5 分）</p> <p>3. 随机抽取 5 个品规的药品，倒查采购合同、供应商资及出入库记录，全部一致得 0.5 分。（0.5 分）</p> <p>4. 现场查看药品储存条件，包括但不限于：</p> <p>——药库药架、堆垛离墙离地情况。</p> <p>——五防措施是否齐全。</p> <p>——温湿度记录和控制措施是否完整得当。</p> <p>——药品存储质量监测记录和处置记录。</p> <p>——分区存储是否科学，阴凉库、冷库设置与使用是否符合要求。</p> <p>——化学药品、生物制品、中成药和中药饮片应是否分别储存，分类定位存放；易燃易爆、强腐蚀性等危险性药品应当另设仓库单独储存，并设置必要的安全设施、工作制度和应急预案。</p>

				1 项不符合要求扣 0.5 分。（3 分）
		4.3.2 调剂管理 药品应实行先进先出，做好药品质量管理。调剂前应认真审核处方或用药医嘱，经适宜性审核后调剂配发药品；发出药品时应当告知患者用法用量和注意事项，指导患者合理用药。除药品质量原因外，药品一经发出，不得退换。	2	查阅相应的药品配发流程指导文件，有文件不扣分，无文件扣 1 分。查看 1 年内药品调剂差错事故登记记录，出现一次扣 0.5 分。扣完为止。
		4.3.3 特殊药物管理 麻醉药品、精神药品、医疗用毒性药品、放射性药品等特殊管理的药品，应当按照有关法律、法规、规章的相关规定进行管理和监督使用。	2	现场查看。 1. 查看特殊药品授权管理制度和授权文件。完备得 1 分。 2. 查看特殊药品是否做到五专两双。符合要求得 0.5 分。 3. 查看特殊药品使用台账是否登记完整，账物是否相符。符合要求得 0.5 分。
		4.3.5 药学咨询 药学专业技术人员和临床医生应当掌握临床用药相关的药物信息，向服务对象提供用药信息与药学咨询服务，宣传合理用药知识。	1	现场抽查临床医生掌握临床用药情况： 被抽查药学专业技术人员和临床医生，熟练掌握临床用药知识不扣分；每有 1 位对临床用药知识掌握不到位扣 0.2 分，超过三位掌握不到位得 0 分。
	4.4 医养结合 服务对象 用药	4.4.1 多重用药评估 开展多重用药安全评估，参照药品说明书，根据老年患者具体情况制定个体化给药方案，并尊重患者对药品使用的知情权。	5	1. 现场抽查 5 份医养结合服务对象健康档案，1 份未开展多重用药安全评估，或未制定个体化给药方案扣 1 分。 2. 现场抽查 2 名医养结合服务对象主管医生，1 名医生对多重用药安全评估知识掌握不到位或对药物评估不熟悉扣 2 分。 扣完为止。
		4.4.2 日常给药管理 建立日常给药管理制度和流程，至少应规定含医嘱确认审核、药品	10	查阅资料，现场查看 1. 查看日常管理制度和流程是否完整覆盖规定

	管理	核对清点、药物存放与摆放、每日药物发放及服用记录等日常管理要求，并严格落实。		<p>的内容，完全符合得 1 分。（1 分）</p> <p>2. 随机抽查 10 位服务对象日常给药管理台账和记录，1 位服务对象的台账和记录不规范（医嘱确认审核、药品核对清点、药物存放与摆放、每日药物发放及服用记录 1 项不规范或不完整视作不规范）扣 5 分。（5 分）</p> <p>扣完为止。</p>
		4.4.3 自备药管理 机构应建立自备药管理制度，包括但不限于自备药接收检查登记、储存、管理、分发等内容。由护士负责协助服务对象按医嘱使用自备药并做好登记。	3	<p>1. 查看日常管理制度和流程是否完整覆盖规定的内容，完全符合得 1 分。（1 分）</p> <p>2. 随机抽查 10 位服务对象自备药管理台账并核对实物。有台账且记录规范详尽、账物相符不扣分；1 位服务对象的台账或记录缺失，或账物不符不得分。（2 分）</p>
		4.4.4 用药指导 向老年人及家属明确说明所用药物的储存方式、给药流程和注意事项，指导老年人在正确的时间、通过正确的途径合理使用药物及不良反应与处理。	1	<p>现场抽查医护人员进行用药指导：</p> <p>①由专家组人员扮演患方家属进行抽查，被抽查人员用药指导规范到位不扣分，核心指导内容缺失一项扣 0.2 分，缺失三项及以上得 0 分。</p> <p>②随机对在院患者或者家属进行现场调查，医生是否对用药进行指导，每有一位被调查者表示未指导扣 0.1 分，超过 5 位表示未指导得 0 分。</p>
	4.5 人员管理	4.5.1 药学专业技术人员数量及资质 1. 药学专业技术人员（取得药剂士及以上职称人员）不得少于本机构卫生专业技术人员的 8%。 2. 建立静脉用药调配中心（室）的机构应当根据实际需要另行增加药学专业技术人员数量。 3. 三级医院临床药师不少于 5 名，二级医院临床药师不少于 3 名。	2	<p>查阅资料</p> <p>1. 现场查看药学专业技术人员数量及资质。药学专业技术人员比例不达标扣 1 分；药学专业人员职称 1 人不符合扣 0.5 分。</p> <p>2. 二三级医院查看临床药师档案，差 1 名扣 1 分。</p> <p>扣完为止。</p>

		临床药师应当具有高等学校临床药学专业或者药学专业本科毕业以上学历，并应当经过规范化培训。临床药师应当全职参与临床药物治疗工作，对患者进行用药教育，指导患者安全用药。		
		4.5.2 人员培养考核及管理 加强对药学专业技术人员的培训、考核和管理，制订培训计划，组织药学专业技术人员开展三基三严培训、参加毕业后规范化培训和继续医学教育培训。	1	资料查阅。 1. 查看相关培训计划，培训考核和管理记录完善得 0.5 分；不完善或无记录不得分。 2. 每年参加规范化培训、继续医学教育达标人数达到药学专业技术人员总数 90%不扣分，每低 10%扣 0.2 分，低于 50%不得分。
		4.5.3 职业健康 直接接触药品的药学人员，应当每年进行健康检查，并建立健康档案。	1	现场查看药学人员近 3 年健康档案，缺 1 人次每年度体检报告扣 0.2 分，扣完为止。
	4.6 行政管理	4.6.1 监督与管理 行政职能部门应建立对药事管理工作的监督与管理制度，并定期进行督查、反馈和改进。	1	现场查看行政职能部门对药事管理工作的监督与管理的台账： 有相应台账且记录完善不扣分，无台账得 0 分。
		4.6.2 应急管理 应建立药事管理应急预案，并按要求开展应急演练。	1	现场查看药事管理应急预案：有应急预案正式文件得 0.5 分；按照应急预案演练并有相应记录文件佐证，得 0.5 分。
	5 运营管理	5.1 行政管理		
		5.1.1 部门职责 有组织结构图及部门职责，有年度、月度工作计划、年终总结；制定机构规划与日常运作相关制度体系、业务流程；建立规范、高效的运营管理体系并优化完善。	3	现场查看组织结构图、部门职责、工作计划、年终总结、制度体系、业务流程等： 全部具备不扣分，缺一项扣 1 分，缺失三项及以上得 0 分。
		5.1.2 行政办公制度 建立行政办公制度，包括会议制度、行政办公审批流程、行政档案管理、印信管理、物品管理、合同管理、行政信息公开等制度。	2	现场查看行政办公制度： 全部具备不扣分，每缺一项扣 0.5 分，缺失四项及以上得 0 分
		5.1.3 行政管理制度 规范制定机构章程，健全机构决策机制、民主管理制度、医疗（照	2	现场查看行政管理制度： 行政管理制度体系覆盖范围缺 1 项扣 0.5 分，

	护) 质量安全管理制度、人力资源管理制度、绩效考核制度、人才培养培训管理制度、科研管理制度、后勤管理制度、信息管理制度。		扣完为止。
	5.1.4 行政管理信息化平台 有信息管理平台，含公文管理系统、行政管理、人力资源管理系统、医务管理、院感管理、药事管理、采供管理、财务与医保管理系统、不良事件管理系统、后勤管理系统、评价与改进系统等，利用信息化手段开展行政管理。	10	现场查看行政管理信息化平台： 无信息管理平台得 0 分，有信息管理平台得 3 分；平台内系统每多具备一项功能加 1 分。
5.2 财务管理	5.2.1 部门职责 应建立明确的财务部门职责和各岗位工作职责。	1	现场查阅文件： 财务部门职责和各岗位工作职责完整得 1 分，缺 1 项扣 0.5 分，扣完为止。
	5.2.2 财务管理制度 建立健全财务收支、预算决算、会计核算、成本管理、价格管理、资产管理等制度，且纳入机构财务部门统一管理。建立健全全面预算管理、成本管理、财务报告、第三方审计和信息公开机制，确保经济活动合法合规，提高资金资产使用效益。	2	现场查看财务管理制度： ① 财务管理制度体系覆盖范围缺 1 项扣 0.5 分。 ② 查看专业财务人员资质证书或毕业证书，无财务或经济方向专业人员扣 1 分。 扣完为止。
	5.2.3 台账管理 建立台账详细登记，全面反应业务方面的信息。	1	现场查看财务的台账管理： 有台账且登记规范详细得 1 分；无台账得 0 分；有台账但登记粗糙不规范扣 0.5 分。
	5.2.4 价格管理 建立价格管理制度并予以执行，收取的服务费价格产生变动应提前告知患方。	2	现场查看价格管理制度并抽查执行情况： ② 有相应管理制度得 2 分，无制度得 0 分。 ① 随访 10 名患者或患者家属，对价格知情权执行是否满意。满意度大于 90%不扣分，每低 5%扣 0.2 分，低于 70%得 0 分。
	5.2.5 资金管理 对资金（政府补贴经费、捐赠资金管理制度、固定资产及流动资产	2	现场查看资金管理制度及情况： 有相应管理制度得 1 分；有资金管理定期分析

		等)进行规划、控制监督和使用,提高资金使用率和效益。			报告得1分。
		5.2.6 预算管理 建立有完善的预算管理制度体系,严格实施预算管理。		2	查阅资料。 有完善的预算管理制度体系得1分;有预算执行进度监测、分析,有效控制预算执行情况得1分。
	5.3 安全 与风 险管 理	5.3.1 安全管 理体系	应建立安全管理体系,每年应制定安全(生产)工作计划,各部门、各层级应签订安全(生产)责任书,定期开展安全培训。安全管理体系包括但不限于以下内容: 1)建立安全管理组织; 2)安全责任制度; 3)安全教育制度; 4)安全宣传及培训制度; 5)安全操作规范或规程; 6)安全检查制度; 7)事故处理与报告制度; 8)考核与奖惩制度。	3	查阅资料。 1.安全管理组织和制度规范完善且符合单位实际得1分。 2.有年度工作计划和总结得1分。 3.有各部门、各层级签订的安全(生产)责任书得0.5分。 4.培训资料和记录完整,得0.5分。
		5.3.2 应急管理	5.3.2.1 应急管理体系。 1.医养结合机构应严格执行各级政府制定的应急预案,包括突发公共事件的医疗救援和突发公共卫生事件防控工作。 2.熟悉各级政府制定的应急预案,包括突发公共事件的医疗救援和突发公共卫生事件防控工作。 3.机构内有应急管理组织和应急指挥系统,负责机构应急管理工作。	2	查阅资料、现场询问。 1.查阅资料,机构内有专门部门收集各级政府制定的应急预案,包括突发公共事件的医疗救援和突发公共卫生事件防控工作的各级文件,得0.5分。 2.询问机构领导1名,熟悉上级文件对应急事件的管理要求得1分。 3.查阅资料,机构内有以文件形式下发的关于成立应急管理组织及应急指挥系统的文件,有部门负责人负责应急管理工作,得0.5分。

		<p>5.3.2.2 灾害脆弱性分析</p> <p>1. 开展灾害脆弱性分析，明确机构需要应对的主要突发事件及应对策略。有灾害脆弱性分析报告，对突发事件可能造成的影响以及机构的承受能力进行系统分析，提出加强医院应急管理的措施，并有动态调整。</p> <p>2. 组织有关人员机构面临的各各种潜在灾害危害加以识别，进行风险评估和分类排序，明确对应的重点。</p>	2	<p>查阅资料。</p> <p>1. 有灾害脆弱性分析报告，且灾害脆弱性分析报告符合机构实际情况得 1 分，无报告或不符合机构实际情况不得分。</p> <p>2. 有机构主要面临的各各种潜在灾害危害突发事件及应对策略得 1 分。</p>
		<p>5.3.2.3 应急预案</p> <p>1. 根据灾害脆弱性分析的结果制订各种专项应急预案，制订应对各类突发事件的总体预案和部门预案，明确在应急状态下各个部门的责任和各级各类人员的职责以及应急响应行动的程序。</p> <p>2. 应急预案包括但不限于：</p> <p>a) 突发公共卫生事件应急预案</p> <p>b) 自然灾害应急预案</p> <p>c) 火灾、停电、停水、停气应急预案</p> <p>d) 服务对象突发病情变化应急预案</p> <p>e) 服务对象突发猝死应急预案</p> <p>f) 服务对象突发输液反应应急预案</p> <p>g) 服务对象静脉空气栓塞应急预案</p> <p>h) 输液过程肺水肿应急预案</p> <p>i) 引流管脱出应急预案</p> <p>j) 服务对象他伤和自伤应急预案</p> <p>k) 服务对象跌倒应急预案</p> <p>l) 服务对象噎食应急预案</p> <p>m) 服务对象窒息应急预案</p> <p>n) 服务对象误吸应急预案</p>	2	<p>查阅资料、现场询问。</p> <p>1. 查阅资料，有应急预案，包括但不限于 a-v 类，应急预案内容完整，符合机构实际情况，可操作性强得 1 分；缺一项或一项不符合实际扣 0.2 分。</p> <p>2. 随机询问 3 名员工，1 人不熟悉扣 0.5 分。扣完为止。</p>

		o) 服务对象食品、药品误食应急预案 p) 服务对象坠床应急预案 q) 服务对象走失应急预案 r) 服务对象烫伤应急预案 s) 服务对象有自杀倾向应急预案 t) 服务对象外出不归应急预案 u) 职业暴露应急预案 v) 食物中毒应急预案		
		5.3.2.4 节假日及夜间应急管理 有节假日及夜间应急预案或工作机制，配备充分的应急处理资源，包括人员、应急物资、应急通讯工具等。	2	现场查看、现场询问。 1. 查看现场，有节假日及夜间工作排班表，排班人员安排能满足机构内服务需求得 1 分。 2. 询问 2 名工作人员，1 人不熟悉节假日、夜间应急情况下的工作流程扣 1 分。 扣完为止。
		5.3.2.5 应急演练与培训 针对每个应急预案，有对应的相应人员应急培训和应急演练，每半年至少开展 1 次应急预案演练；每季度至少开展 1 次安全教育培训。	3	查阅资料、现场询问。 1. 每半年至少开展一次演练，记录内容包含演练方案、过程记录、分析和对此次演练的评价，记录完整的得 1 分。 2. 每季度至少 1 次的安全教育培训课件、培训记录、签到册等资料完整的得 1 分。 3. 随机询问 2 名工作人员，能说出参与的培训或演练内容的得 1 分。
	5.3.3 消防安全。消防管理应符合	1. 消防设施、器材应齐全、完好、便于取用。室内灭火器的放置位置应醒目、便于取用并定期检查和更换，有明确标示检查时间和检查人员的标签。 2. 机构建筑内不同区域的明显位置应设置该区域的安全疏散指示图。	3	现场核查。 1. 消防设施、器材齐全完好并符合本条要求，定期检查记录完整规范得 1 分。 2. 各不同区域安全疏散指示图设置规范、明显、正确得 1 分。

	WS 308 要求。	3. 建筑内的疏散走道、安全出口应保持畅通。		3. 疏散通道、安全出口畅通得 1 分。 4. 疏散通道、安全出口被堵塞、不便于通行扣 3 分，扣完为止。
		机构应结合本单位的特点，建立健全各项消防安全制度和保障消防安全的操作规程，并公布执行。	2	查阅资料、现场核查。 规范建立并执行得 2 分，不规范或不完善得 1 分，无制度及规程不得分。
		机构应明确巡查人员和重点巡查部位，每日组织开展防火巡查，住院区、养护区及门诊区在白天应至少两次，住院区、养护区及急诊区在夜间应至少两次，其他场所每日至少一次。对巡查发现的问题应当场处理或及时上报。	4	1. 查阅资料，未明确巡查人员和重点巡查部位的扣 1 分。 2. 随机抽查 2 个月的记录，规范开展防火巡查且记录完善得 3 分，不规范或记录不完善得 1.5 分，无巡查记录不得分。
		应制定符合机构特点的灭火和应急疏散预案，每年至少组织开展 2 次应急演练。	2	查阅资料、人员访谈。 1. 有灭火和应急疏散预案得 0.5 分。 2. 按要求开展应急演练，演练方案、演练记录、演练分析完整得 1 分。 3. 现场抽查 2 名工作人员，能掌握消防应知应会知识及灭火器的操作使用得 0.5 分，不能掌握不得分。
		1. 每年应至少组织工作人员及管理人员开展一次消防安全教育培训，新上岗和进入新岗位的工作人员必须经过岗前消防培训，培训合格后方可上岗。 2. 每半年至少组织消防控制室操作人员开展一次消防安全教育培训。 3. 每季度应组织工程人员开展一次消防安全教育培训。 4. 每月组织安保人员开展一次消防安全教育培训。	2	查阅资料。 1 项不规范扣 0.5 分，扣完为止。
	5.3.4 食品安	1. 食品安全管理应符合 GB/T 27306 要求。机构应建立食品安全管理制度体系。	1	查阅资料及现场查看。 建立有得 1 分，未建立不得分。

全	2. 食堂的食品及原材料采购、贮存、加工应符合相关管理制度要求。	0	
	2.1 采购食品时，应要求提供并查验供货者的许可证、食品出厂检验合格证或者其它合格证明。	2	1. 查阅长期供货商的供销合同、证照复印件，有加盖鲜章并在有效期内点得 1 分。 2. 按批次存留食品出厂检验合格证或者其它合格证明的得 1 分。
	2.2 原料管理 (1) 原料外包装标识符合要求； (2) 按照外包装标识的条件和要求规范贮存； (3) 定期检查，并及时清理变质或者超过保质期的食品且有检查记录。	3	现场查看，查阅资料。 1 项不符合扣 1 分，扣完为止。
	2.3 食品添加剂由专人负责保管、领用、登记，并有相关记录。	2	1 项不符合扣 1 分，扣完为止。
	2.4 食品原料、半成品与成品在盛放、贮存时相互分开。	2	1 项不符合扣 1 分，扣完为止。
	2.5 制作食品的设施设备及加工工具、容器等具有显著标识，按标识区分使用。	2	1 项不符合扣 1 分，扣完为止。
	2.6 生与熟、成品与半成品分开制作。	2	1 项不符合扣 1 分，扣完为止。
	3. 有食品留样备查制度，并符合以下要求： (1) 留样品种齐全，每个品种留样量不少于 100g； (2) 留样容器外应记录食品名称、时间、餐别、采样人； (3) 将留样盒放入冰箱 0-4 摄氏度，且储存时间不少于 48 小时； (4) 每天有专人做留样记录。	2	1 项不符合扣 0.5 分，扣完为止。

		4. 每餐后对餐（饮）具、送餐工具清洗消毒，放置规范。	2	1 项不符合扣 1 分，扣完为止。
		5. 餐厅厨房卫生： （1）餐厅厨房环境保持清洁，无油垢脏乱等情形。 （2）垃圾及厨余分类加盖。 （3）每日处理餐厨垃圾，无积存。 （4）定期检查防鼠、防蝇、防虫害装置的使用情况，并有相应检查记录，厨房内无虫害迹象。	2	1 项不符合扣 1 分，扣完为止。
		5. 厨房及食品卫生检查： （1）检查项目：包括工作人员卫生、场所卫生、食物处理过程、食物及餐具储存等项目。 （2）检查频率：每日厨工自行检查至少 1 次，管理人员稽查每周至少 1 次。 （3）对检测结果进行公示，不合格项目均实时改善。	2	1 项不符合扣 1 分，扣完为止。
		7. 食谱管理 7.1 食谱制定： （1）应结合老年人生理特点、身体状况、地域特点、民族和宗教习惯、疾病需求制定食谱。 （2）应做到粗细搭配、营养均衡、种类丰富。	2	1 项不符合扣 1 分，扣完为止。
		7.2 食谱更新 （1）食谱每周更新一次，向老年人公布并存档。临时调整时，提前 1 天告知。 （2）食谱一周内不重复。	2	1 项不符合扣 1 分，扣完为止。
		7.3 餐食与食谱相符率达 90%及以上。	2	未达标不得分。

			8. 监督与改进 每月收集 1 次老年人口味需求及老年人用餐反馈，有记录，并根据反馈意见改进服务。	2	未收集分析和记录扣 1 分，未按照反馈意见和分析结果进行改进扣 1 分。
			9. 食堂从业人员每年至少进行一次健康检查，必要时接受临时检查。新参加或临时参加工作的人员，应经过健康检查，取得健康合格证明后方可参加工作。	2	食堂从业人员健康检查频次和健康合格证等健康档案不齐不得分。
		5.3.5 医疗废弃物安全	1. 按照《医疗废物管理条例》，规范制定机构医疗废物收集、运送、贮存、处置及监督管理制度。 2. 严格按照《医疗废物分类目录》及医疗废物豁免清单执行。 3. 实施医疗废物分类收集及处置、机构内医疗废物暂时贮存的时间不得超过 2 天，医疗废物处置记录单完整。 4. 应与有资质的机构签订医疗废物处置协议。	2	现场核查。 1. 规范制定机构医疗废物收集、运送、贮存、处置及监督管理制度得 0.5 分。 2 按规定进行医疗废物收集、运送、贮存、处置得 1 分。 3. 医疗废物处置协议及记录单完善得 0.5 分；不规范不得分。
		5.3.6 院感防控管理	1. 依据《医院感染管理办法》设立独立的医院感染管理组织，负责医院感染管理工作。床位 100 张以下的医院配备 2 名专职感控人员，床位 100-500 张的医院配备不少于 4 名专职感控人员，床位 500 张以上的医院，每增加 150-200 张实际使用病床增配 1 名专职感控人员。	2	查阅资料。 1. 设立有独立的医院感染管理部门，负责医院感染管理工作得 0.5 分。 2. 专职感控人员 0.5 配置达标得分。 3. 医院感染管理部门职责明确，定期召开工作会议，得 1 分。
			2. 制定相应的规章制度及工作流程，在医疗服务中落实医院感染的预防与控制措施。	2	查阅资料。 有相关制度并规范落实得 2 分，有制度不规范得 1 分，无相关规章制度不得分。
			3. 制定有医院感染暴发报告流程与处置预案。	1	查阅资料。 有流程、处置预案且符合机构实际得 1 分，无流程与处置预案或不符合机构实际，不得分。
		5.3.7 依法执	卫生专业技术人员必须取得相应的专业技术资格证书和执业证书，不具有资质的人员不得开展医疗行为。	2	查阅资料是否存在不具有资质的人员开展医疗行为或是否存在超范围执业情况。

	业安全			随机抽查机构内的卫生专业技术人员执业证和资格证，符合要求得 2 分，不符合不得分。
	5.3.8 突发公共卫生安全	卫生防疫管理应符合《突发公共卫生事件应急条例》（中华人民共和国国务院令 第 588 号）要求。应建立突发公共卫生事件处置预案和报告制度。	2	查阅资料。 建立有突发公共卫生事件处置预案和报告制度且符合机构实际得 2 分，未建立相关制度或不符合机构实际不得分。
	5.3.9 诊疗规范	治疗、护理、医疗文书管理、感染预防与控制应按照国家有关规范与标准执行。	4	查阅资料。 随机抽取服务对象在架和归档医疗文书 4 份，查看书写情况，1 份不符合要求得扣 0.25 分。
5.4 后勤管理	5.4.1 管理制度	建立后勤管理制度，包括但不限于门卫 24 小时值班制度、外来车辆登记、物资采购和管理制度、库房管理制度、设施设备定期检测维护、环境管理方案、废弃物管理。	3	现场查看后勤管理制度： 缺一项扣 0.5 分，扣完为止。
	5.4.2 管理台账	所有重大后勤管理登记在册，包括但不限于：门卫 24 小时值班制度、外来车辆登记、物资采购和管理制度、库房管理制度、设施设备定期检测维护、环境管理方案、废弃物管理等。	3	现场查看后勤管理的台账： 有台账且记录详细得 3 分；无记录台账得 0 分；有台账但记录不规范扣 2 分。
	5.4.3 总务、基建、设备等部门分类管理流程等	建立和细化总务、基建、设备等部门管理流程，严格按照相关管理规范操作。	3	现场抽查后勤管理的操作流程： 有相应管理制度得 3 分；无管理制度文件得 0 分；有流程制度但记录不规范扣 2 分。
5.5 持续改进	5.5.1 改进制度	每季度应由机构管理部门或第三方对医养结合服务满意度进行评估，并出具评估报告；对改进建议采取相应改进措施，建立持续改进机制。	3	随机抽查 1 年的评估报告和改进措施落实情况。 1. 评估报告完整、改进措施得到落实得 1 分。 2. 满意度 $\geq 95\%$ 的次数超过 3 次得 2 分；满意度 $\geq 90\%$ 的次数超过 3 次得 1 分。
	5.5.2 质量考核	建立岗位质量考核体系，通过明确的标准及指标，推动成员不断提高工作质量；对每月岗位考核情况进行汇总分析，有改进措施。每	10	查阅资料。 ① 有考核体系文件得 5 分；无文件得 0 分。 ② 定期完成考核并有记录台账得 5 分；考核记

	半年至少一次服务质量讲评会，有改进措施；有服务质量改进效果评估。		录缺 1 次扣 1 分，扣完为止。
	<p>5.5.3 安全评价</p> <p>有安全评价制度，包括但不限于：安全责任、安全教育、安全宣传及培训制度、安全操作规范或规程、安全检查、事故处理与报告、考核与奖惩等；安全管理组织及机制健全，有年度安全工作计划；各部门签订安全责任书。</p>	5	<p>现场查看安全评价的制度及台账：</p> <p>② 有相应制度得 3 分；无制度得 0 分</p> <p>③ 各部门签订有安全责任书得 2 分；未签订得 0 分；安全责任书签订覆盖部门不完全得 1 分</p>
	<p>5.5.4 监督与投诉</p> <p>建立监督与投诉处理规范，明确服务投诉的处理制度和处理流程，确保投诉得到及时、准确、合理的解决。对所提意见有反馈、有记录。投诉处理由专人负责，3 个工作日内有初步回复，10 个工作日内有处理结果，有记录。</p>	5	<p>现场查看监督与投诉的流程和台账：</p> <p>①未建立监督与投诉处理得制度、流程得 0 分；建立有相应制度得 3 分；建立有相应制度但未有对应部门负责得 0 分。</p> <p>②相应监督与投诉处理工作有规范记录台账得 2 分；无记录台账得 0 分。</p>
	<p>5.5.5 跟踪管理</p> <p>医养结合业务科室应定期开展服务对象满意度评价，征求服务意见，评价服务质量。回访率达到 100%，对建议意见持续整改。</p>	5	<p>现场查看跟踪管理的台账：</p> <p>有台账且达到标准得 5 分；无台账得 0 分；有台账但未达到标准扣 3 分。</p>
5.6 外包 服务 管理	<p>5.6.1 监督管理及外包合同</p> <p>建立外包服务监督管理机制，包括但不限于入驻机制、服务合同/协议，外包服务有单位资质审核及服务能力评估机制。</p>	5	<p>现场查看外包服务监督管理的台账：</p> <p>无外包服务或有外包服务并建立有监督管理机制得 5 分；有外包服务未建立管理机制得 0 分。</p>
	<p>5.6.2 劳务外包</p> <p>在外包人员参与具体项目过程中，应密切关注和评估其工作能力，采取动态管理方式开展日常绩效评价和定期月度考核，一旦发现外包人员偏离工作目标等情况，应及时沟通和调整改进。</p>	5	<p>随机抽查 1 年的劳务外包管理资料。</p> <p>1. 有劳务外包管理制度得 2 分；无管理制度得 0 分。</p> <p>2. 对外包人员的定期月度考核资料完整得 3 分，1 个月资料不完整扣 1 分，扣完为止。</p>
5.7 巡视 查房	<p>5.7.1 入住医疗床位的服务对象。</p> <p>医生应根据诊疗需要定期查房；护理级别的确定应符合《护理分级》WS/T 431-2013 要求，准确掌握服务对象的具体情况，发现问</p>	2	<p>查阅制度和执行资料、现场核查、人员访谈。</p> <p>1. 相关制度完善可行得 0.5 分，否则酌情扣分。</p> <p>2. 护理级别和照护方案的制定有评估且符合实</p>

6. 服务内容	管理	<p>题及时报告、处理。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 制定三级查房制度、分级护理制度，明确相关责任及要求。 2. 医护应根据诊疗方案开展诊治工作，结合患者病情和（或）自理能力确定护理级别和照护方案。 3. 医生定期查房，护士按照护理级别巡视并记录。 4. 护理员根据照护级别或照护计划，为其提供相应的照护服务。 		<p>际情况得 0.5 分，无评估不得分。</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. 医生定期查房，护士按照护理级别巡视并记录完善得 0.5 分，否则不得分。 4. 护理员根据照护级别或照护计划巡视并记录得 0.5 分，否则不得分。
		<p>5.7.2 入住养老床位的服务对象，医生、护士、护理员应按计划和要求巡视查房，及时掌握入住服务对象的健康状况。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 制定护理员巡查制度，明确巡查要求和巡查内容。护理员根据照护计划，开展相应的巡视查房工作。 2. 制定有医生护士巡视查房制度，医生护士巡视查房频次与计划相符，及时掌握服务对象健康状况及变化情况。 	6	<p>查阅制度，随机抽查 1 个月的执行资料。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 相关制度完善可行得 1 分，否则酌情扣分。 2. 护理员巡视查房频次符合照护计划、记录完整得 3 分。 3. 医生巡视查房频次符合计划、记录完整得 1 分。 4. 护士巡视查房频次符合计划、记录完整得 1 分。
		<p>5.7.3 建立行政巡查制度，明确查房要求，机构管理人员（机构负责人或分管领导）应定期巡查，频次不低于每月 1 次，听取服务对象、医务人员、护理员的意见和建议，及时改进管理和服务。</p>	1	<p>查阅资料。</p> <p>有制度且可行的得 0.5 分；巡查记录完整得 0.5 分。</p>
	6.1 健康教育	<p>6.1.1 医养结合机构应开展健康教育和健康知识普及服务。可制作和发放健康教育宣传资料，如健康教育折页、健康教育处方和健康手册等。内容包括但不限于：合理膳食、控制体重、适当运动、心理平衡、改善睡眠、戒烟限酒、科学就医、合理用药等健康生活方式，以及可干预危险因素的健康教育。</p>	4	<p>查阅资料</p> <p>健康教育宣传资料应完善，包含合理膳食、控制体重、适当运动、心理平衡、改善睡眠、戒烟限酒、科学就医、合理用药等健康生活方式，以及可干预危险因素，缺一项扣 1 分，扣完为止。</p>
		<p>6.1.2 在服务对象公共活动区域设置健康教育宣传栏，并根据季节变化、疾病流行情况、服务对象需求等及时更新，至少每年更新 2 次。</p>	2	<p>现场查看</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 在服务对象公共活动区域设置有健康教育宣传栏得 1 分，未设置不得分。 2. 宣传栏内容至少每年更新 2 次得 1 分，缺一

			项扣 0.5 分，扣完为止。
	6.1.3 每季度至少为服务对象或家属举行 1 次健康知识讲座，引导服务对象学习健康知识，掌握疾病预防的措施及必要的健康技能。	2	查阅资料 为服务对象举行健康知识讲座每季度一次，缺一项扣 1 分，扣完为止。
6.2 健康 咨询	6.2.1 医养结合机构应该由医生或护士为服务对象及其家属提供健康咨询服务。在各种卫生宣传日、健康主题日、重阳节、节假日等开展特定主题的老年人健康咨询活动，且频次至少为 6 次/年。	3	查阅资料 1. 为服务对象及其家属提供健康咨询服务，且频次至少为 6 次/年，缺一次扣 0.5 分，扣完为止。
6.3 健康 管理	6.3.1 机构应每年为服务对象提供至少 1 次体检服务，体检项目或健康检查资料包括但不限于：体格检查、血常规、尿常规、大便常规、血压、血糖、心电图、肝肾功能、胸部 CT 或 DR、B 超、传染病筛查等常规项目。	3	查阅资料 服务对象健康档案中有体检服务频次、体检项目符合要求的得 3 分，缺一项目扣 0.5 分，扣完为止。
	6.3.2 根据服务对象需求，提供个性化体检服务。	2	查阅资料 有体现个性化体检服务的内容，得 2 分，否则酌情扣分。
	6.3.3 体检结果应及时反馈服务对象及其家属，并将结果与医护人员、养老服务人员沟通，以便为服务对象提供合适的服务。	2	查阅资料 有体现体检结果及时反馈的，得 2 分，否则酌情扣分。
	6.3.4 针对服务对象的健康状况以及服务对象的个性化需求提供养生保健、疾病预防、营养、心理健康等健康服务。	4	查阅资料 有体现针对服务对象的健康状况以及服务对象的个性化需求提供养生保健、疾病预防、营养、心理健康等健康服务的内容，得 4 分，否则酌情扣分。
6.4 照护 服务	6.4.1 生活照料服务。包括但不限于以下服务： a) 帮助服务对象刷牙、洗脸、洗脚、洗澡、洗头、梳头、修剪指（趾）甲，根据服务对象身体状况和意愿选择合适的洗澡、洗头等方式。 b) 定时提醒服务对象如厕、保持大小便通畅；协助尿潴留或便秘服	80	现场查看。 随机抽选 10 名入住服务对象，单独现场访谈和查看。 1. 口唇、口角清洁，不干燥，无食物残渣，得

	<p>务对象的排便、排尿，实施人工排便，清洗、更换尿布，清理生活垃圾和污秽物。做好大小便失禁和腹泻服务对象的护理。</p> <p>c) 为不能自理的服务对象清洗皮肤、会阴部等。</p> <p>d) 定时协助服务对象翻身，更换体位，预防压疮。</p>		<p>12 分。发现 1 例不符合扣 4 分，扣完为止。</p> <p>2. 面部整洁，无污垢，男性老年人胡须干净得 12 分。发现 1 例不符合扣 4 分，扣完为止。</p> <p>3. 头发清洁，得 12 分。发现 1 例不符合扣 4 分，扣完为止。</p> <p>4. 皮肤清洁得 12 分。发现 1 例不符合扣 4 分，扣完为止。</p> <p>5. 手足清洁，指（趾）甲短，甲下无污垢得 12 分。发现 1 例不符合扣 4 分，扣完为止。</p> <p>6. 经征得有大小便失禁的服务对象同意，检查其会阴部及肛周皮肤干爽无污物，无失禁性皮炎得 15 分。发现 1 例不符合不得分。</p> <p>7. 服务卡放置于床头或便于查看的位置，标记有老年人的姓名、服务等级、膳食种类、风险防范、特殊照护注意事项等，与护理计划、医嘱相符得 5 分。1 例未放置不得分，内容不全扣 1 分，与护理计划、医嘱不相符扣 1 分。</p>
	<p>6.4.2 日常起居照料服务。包括但不限于以下服务：</p> <p>a) 协助不能自理的服务对象穿脱衣服，保持服务对象的衣着得体、清洁、舒适。</p> <p>b) 为服务对象提供生活用品的清洗和消毒，包括但不限于餐具、水杯、衣物、被褥等的收集、清洗和消毒服务。</p> <p>c) 整理服务对象的衣物、床上用品，清洁平整床铺、定期翻晒床单、更换床单、被褥。</p> <p>d) 为服务对象的居室通风，调节居室温度、湿度、亮度。</p> <p>e) 为服务对象的居室保洁，打扫室内卫生，桌面、门窗、地面及墙壁清洁无积灰。</p>	71	<p>查阅相关资料、随机抽选 10 名入住服务对象，单独现场访谈和查看。</p> <p>1. 查阅服务对象日常生活能力评分表，对不能治理的服务对象有协助穿脱衣服的干预措施得 2 分，无则不得分。衣着整洁、舒适得 10 分。发现 1 例不符合扣 2 分，扣完为止。</p> <p>2. 检查服务对象生活用品，包括但不限于餐具、水杯、衣物、被褥等，保持干净、摆放整齐、无异味得 20 分，发现 1 例不符合扣 5 分，扣完为止。</p>

	<p>f) 加强爱国卫生行动,有防“四害”措施。</p> <p>g) 保持室内无异味,包括但不限于人体异味、烟酒异味、装修异味、霉味、织物异味、卫生间异味。</p>		<p>3. 服务对象居住室内温度、湿度、亮度适宜,通风良好,得3分,否则酌情扣分。</p> <p>4. 服务对象居住室内环境清洁,做到地面干燥、无积存垃圾、无卫生死角、无灰尘,得16分,发现1例不符合扣4分,扣完为止。</p> <p>5. 服务对象居住室内空气清新,无异味得20分,发现1例不符合扣5分,扣完为止。</p> <p>6. 有防“四害”措施及实施记录,得2分,无则不得分。</p>
	<p>6.4.3 助餐服务。包括但不限于以下服务:</p> <p>a) 协助服务对象用餐,清理餐后垃圾,清洗、消毒餐具。</p> <p>b) 为有需求的服务对象订餐、送餐。</p> <p>c) 照顾不同服务对象的饮食习惯,尊重少数民族饮食习俗,或遵医嘱配餐。</p> <p>d) 提供符合老年人吞咽能力的饮食形态,如软食、碎食、流食等。</p> <p>e) 协助鼻饲服务对象用餐。</p>	26	<p>查阅资料、现场查看。</p> <p>1. 进餐方式符合服务对象需要,协助用餐方法得当,得3分,不得当则酌情扣1-3分。</p> <p>2. 餐后及时处理餐后垃圾,清洗、消毒餐具无遗留得3分,否则不得分。</p> <p>3. 现场查看送餐流程,送餐到床,有送餐工具及保温措施,能在盛装后30分钟内送达服务对象得3分,否则酌情扣分。</p> <p>4. 入住有少数民族服务对象,查阅记录或查看现场,是否尊重少数民族和宗教习惯配餐,有则得3分,无则不得分。</p> <p>5. 现场查看食堂提供多样的符合老年人吞咽能力的饮食形态,有则得4分,否则不得分。</p> <p>6. 鼻饲操作考核共10分。现场随机抽取2名护理员,考核其鼻饲操作,1人操作不规范扣5分,扣完为止。</p>
	<p>6.4.4 助浴服务。根据服务对象自理能力的不同,可对其提供不同方式的洗浴服务,包括但不限于:老年淋浴、盆浴、躺浴、擦浴等。</p>	8	<p>现场查看</p> <p>1. 能够为服务对象此项服务得4分,少一项助</p>

				浴方式扣 1 分，扣完为止。 2. 查看沐浴用具及环境，干净整洁得 4 分，否则酌情扣分。
6.5 康复 服务	6.5.1 根据所开展康复医疗服务的专业设置，配备满足开展业务需要的专科设备。	2	2	查阅资料、现场查看。 1. 配置的专科设备能满足开展业务需要得 2 分，否则酌情扣分。
	6.5.2 宜提供康复评定、运动治疗、物理因子治疗、作业治疗、中医康复治疗、认知治疗、辅具等。	4		2. 开展的康复服务内容符合要求的得 4 分，少一项扣分，扣完为止。
	6.5.3 示范、指导服务对象开展康乐活动，宜为失智服务对象提供音乐、园艺、益智类游戏服务。	4		3. 康乐活动内容符合要求的得 4 分，少一项扣分，扣完为止。
6.6 辅助 服务	6.6.1 辅助服务内容。包括但不限于以下服务： a) 协助或指导服务对象使用辅助器具。 b) 化验标本的收集送检。 c) 陪同服务对象就医并协助服务对象完成医疗护理辅助工作等。	6	6	现场查看。 1. 现场查看机构配备有辅助器具，协助或指导服务对象正确使用辅助器具得 4 分，否则不得分。 2. 为服务对象提供化验标本的收集送检得 1 分。 3. 陪同服务对象就医并协助服务对象完成医疗护理辅助工作得 1 分，否则不得分。
	6.6.2 护理员辅助服务要求。包括但不限于以下服务： a) 护理员若发现服务对象日常生活情况变化，应当及时通知医护人员。 b) 护理员陪同就医过程中应当注意服务对象安全，并及时向监护人反馈就诊情况；就医完成后及时将用药药量、方式、频率等医嘱内容告知服务对象或监护人，并与其他服务人员完成工作交接。	13	13	查阅资料、现场查看、人员访谈。 1. 护理员知晓报告程序和内容，服务对象日常生活情况变化处置及时且有记录得 4 分，否则酌情扣分。 2. 护理员知晓应急预案，并掌握基本急救技能，处置得当，得 5 分，否则酌情扣分。 3. 资料中有体现及时将服务对象就诊情况、就医后医嘱内容告知服务对象或监护人得 4 分，否则酌情扣分。
6.7	6.7.1 应由精神科医师、心理咨询师、社会工作者、医护人员或经过	2	2	查阅资料。

心理 精神 支持 服务	心理学相关培训的护理员承担。		查看工作者资质复印件和工作记录文件签名，符合得 2 分，不符合不得分。
	6.7.2 应由经过培训的人员使用心理或精神类评估量表，按计划开展评估或在服务对象心理精神发生较大变化时开展实时评。	2	随机抽取 5 份健康档案，查阅资料。 有无经过培训的人员使用心理或精神类评估量表，按计划开展评估或在服务对象心理精神发生较大变化时开展实时评估，符合得 2 分，否则不得分。
	6.7.3 应帮助刚入住机构的服务对象熟悉机构环境，融入集体生活。	2	有资料记录，帮助刚入住机构的服务对象熟悉机构环境，融入集体生活得 2 分，否则酌情扣分。
	6.7.4 应了解掌握服务对象心理和精神状况，发现异常及时与监护人沟通，形成书面沟通记录，必要时请相关专业人员协助处理或转至专业医疗机构。	2	查阅资料，服务对象心理和精神状况异常和变化时与监护人的沟通记录、处置和转诊记录完整得 2 分，否则酌情扣分。
	6.7.5 应提供多种方式协助监护人定期探访及了解服务对象情况，保持服务对象与监护人的联系。	2	查阅资料，记录完整得 2 分。
	6.7.6 有条件的机构可定期组织志愿者为服务对象提供服务，促进服务对象与外界社会接触交往，倡导服务对象参与力所能及的志愿活动。心理精神支持服务包括但不限于： a) 环境适应 b) 情绪疏导 c) 心理支持 d) 危机干预 e) 情志调节	2	查阅资料，志愿者服务记录完整得 2 分。
6.8 安宁 疗护 服务	6.8.1 为疾病终末期服务对象提供疼痛及其他症状控制服务，并根据服务对象需求为其提供舒适照护服务，应参照《安宁疗护实践指南（试行）》内容执行。	4	查阅资料、现场查看。机构取得相应资质，能提供相应服务得 12 分，否则酌情扣分。
	6.8.2 为服务对象提供心理、精神及社会支持等人文关怀服务，并为	4	

	疾病终末期服务对象提供死亡教育服务，帮助患者获得有关死亡、濒死相关知识，引导服务对象正确认识死亡。			
	6.8.3 为疾病终末期服务对象家属提供哀伤辅导服务，鼓励家属参与社会活动，顺利度过悲伤期。		4	
6.9 医养 衔接 服务	6.9.1 机构应建立医护人员、医疗护理员、养老护理员、管理人员及相关协助人员联动工作机制。厘清医养边界，“医”的主要服务为健康教育、健康咨询、健康管理、医疗服务、医疗护理、医疗康复、安宁疗护服务等；“养”主要服务为生活照料照护服务、辅助服务、心理精神支持服务等。		4	查阅资料、现场查看。 1. 有各类工作人员岗位职责、建立联动工作机制的文字材料，有得1分，无则不得分。 2. 定期召开工作会议，并有记录得1分，否则酌情扣分。 3. 现场“医”“养”有无严格分区管理及标识标牌（床头卡、患者和服务对象一览表），有且一一正确对应得1分，无或不能正确对应不得分。 4. 抽取5份住院病历，查看入院指征是否合理，是否按 WS/T 845-2024 医养结合机构内老年人在养老区和医疗区之间床位转换标准执行，完全符合得5分。 5. 现场查看“医”“养”有无重复收费情况，无重复收费得2分，有则酌情扣分。
	6.9.2 明确提供“医”“养”服务的具体指征。如果服务对象身体健康状况比较稳定，不具备入院指征或具备出院指征的，应侧重“养”，为服务对象提供健康教育、健康咨询、健康管理、生活照护服务、辅助服务、心里精神支持等服务；如果服务对象身体健康状况具备入院指征，需住院治疗的，应侧重“医”，同时为服务对象提供住院医疗和生活照护等服务。		4	
	6.9.3 医养结合机构应根据服务对象日常住养及门诊诊疗与住院医疗两种不同的需求，明确各自的管理路径，建立信息系统，确保“医”“养”互换时信息准确切换并及时更新。		2	
6.10 医疗 服务	6.10.1 疾病预 防服务	1. 应当根据综合评估情况，为服务对象提供健康干预计划，做好慢病和传染病疾病预防工作。 2. 根据老年人健康需求，安排医师定期到老年人居住的房间巡诊并做好记录。医师在巡诊过程中应当记录老年人血压、心率、慢病和传染病疾病变化状况，及时发现老年人的病情变化。在巡诊过程中，应为有需要的老年人提供健康指导服务。	6	随机抽取5份健康档案，查阅资料。 1. 对照综合评估报告和服务计划，相互对应得当得2分。 2. 查阅医师巡视查房记录，查房频次与服务计划相一致得2分；记录内容完整得2分。

	6.10.2 疾病治 疗服务	1. 严格执行医疗机构 18 项核心制度等相关规章制度，有常见病、多发病、慢性病的诊疗常规。	2	查阅资料、现场查看。 严格执行核心制度，建立诊疗规范，得 1 分；建立不完善或执行不到位扣 1 分；未落实不得分。
		2. 针对服务对象常见病提供多种专科医疗服务，如神经内科、心血管内科、呼吸内科、肿瘤科、老年病科、营养科等。	6	1. 查看医院文件资料，有相关专科设置，提供服务的医师有相关专科资质，得 3 分，一项不满足扣 0.5 分，扣完为止。 2. 查看现场，有相关专科服务的门诊，门诊记录完善，并能反映相关专科诊疗内容，得 3 分，1 项不满足扣 0.5 分，扣完为止。
		3. 有专门部门为服务对象提供常规放射检查、生化检查和病理检查。	2	查看现场，有专门的场地提供放射检查、生化检查和病理检查；或与第三方规范化合作的，得 2 分。1 项不满足扣 1 分，扣完为止。
		5. 鼓励增设电话和线上诊治渠道，为服务对象开展疾病诊治服务。	0	引导性条款
	6.10.3 健康跟 踪服务	通过健康档案信息与健康体检数据所采集的相关信息，制定健康跟踪计划。健康跟踪计划包括医疗跟踪和生活跟踪，其中医疗跟踪包含健康医疗情况的评估、调整、优化及复查、复诊等，生活跟踪包含运动跟踪、营养跟踪、心理跟踪、环境跟踪等。	4	查阅资料。 查阅 5 份健康档案，有为服务对象制定的健康跟踪计划，得 4 分；1 份健康档案健康跟踪计划缺失扣 4 分，扣完为止。
		通过多种方式监测健康跟踪计划的执行状况，掌握服务对象的 身体变化和健康状况，定期督导、复查和评估，以不断调整和修订计划，使服务对象身体得到有效的健康管理。健康档案中有服务对象的 健康医疗情况的评估、调整、优化及复查、复诊等动态记录。 健康档案中有服务对象的 运动、营养、心理、环境变化等动态记录。	5	查阅资料、现场查看。 查阅 5 份健康档案，健康跟踪计划落实到位、记录完善的得 5 分；1 份健康档案健康跟踪计划缺失扣 5 分，1 份健康档案健康跟踪记录缺失的扣 2 分，扣完为止。

6.10.4 绿色通道管理	6.10.4.1 管理原则 先救治后收费，后办理相关手续；全程陪护，优先畅通。	2	现场核查。 未实施不得分。
	6.10.4.2 管理范畴 根据机构服务范围，应建立急危重症患者绿色通道救治管理机制，明确部门与科室责任。绿色通道管理对象包括已入住医养结合机构、正在办理医养结合机构入住手续、在医养结合机构内咨询的服务对象在短时间内发病，所患疾病可能在规定时间内（＜6 小时）危及生命的急危重症时应进入急诊绿色通道。所发疾病包括但不限于： a) 急性创伤引起的内脏破裂出血 b) 严重颅脑出血 c) 高压性气胸 d) 急性心力衰竭 e) 急性脑卒中 f) 急性颅脑损伤 g) 急性呼吸衰竭 h) 气道异物或梗阻 i) 急性中毒 j) 电击伤 k) 溺水 l) 急性冠脉综合症 m) 急性肺水肿 n) 急性肺栓塞 o) 大咯血 p) 休克 q) 严重哮喘持续状态 r) 消化道大出血	6	查阅资料。 有制度，且按规定执行，得 6 分。有制度，执行不完善的，酌情扣分。无制度、或未按制度实施的不得分。

			s) 急性脑血管意外 t) 昏迷 u) 重症酮症酸中毒 v) 甲亢危象 w) 宫外孕大出血 x) 产科大出血 y) 消化性溃疡穿孔、急性肠梗阻等急腹症 z) 其他严重创伤或危及患者生命的疾病。		
		6.10.4.3 急诊抢救绿色通道	6.10.4.3.1 发现服务对象出现急危重症,经评估需要转往上级医院救治时,应及时按转诊转院绿色通道要求启动转诊流程。急危重症病人的诊断、检查、治疗、转运应在医护人员的监护下进行。	5	查阅资料,现场随机抽问2人。 1. 建立有转诊流程且科学适用得5分。 2. 1名工作人员不完全知晓转诊流程扣3分。
			6.10.4.3.2 院前急诊抢救绿色通道。医养结合机构在接收服务对象时应充分评估服务对象综合情况,如发现服务对象发生急危重症,应及时启动院前急诊急救流程,并及时与家属完善医患沟通工作。	5	查阅资料,现场随机抽问2人。 1. 建立有院前急诊抢救流程且科学适用得5分。 2. 1名工作人员不完全知晓院前急诊抢救流程扣3分。 3. 随机抽取2份院前急诊抢救病历,1份医患沟通制度执行不到位扣1分。 扣完为止。
			6.10.4.3.3 院内急诊抢救绿色通道。发现服务对象出现急危重症时,应及时通知医护人员立即到场处理,启动急诊急救流程,并及时通知家属完善医患沟通工作。	5	查阅资料,现场随机抽问2人。 1. 建立有院内急诊抢救流程且科学适用得5分。 2. 1名工作人员不完全知晓院内急诊抢救流程扣3分。 3. 随机抽取2份院内急诊抢救病历,1份医患沟通制度执行不到位扣1分。 扣完为止。
			6.10.4.3.4 转诊绿色通道。医养结合机构中的医疗	4	查阅资料。

				机构是一级综合（中医）医院或二级专科医院及以医疗机构的，应与本辖区二级及以上综合（中医）医院签订合作协议；医养结合机构中的医疗机构是二级综合（中医）医院或三级专科医院的，应与本辖区三级及以上综合（中医）医院签订合作协议；协议内容至少应有开通急诊急救、转诊转院绿色通道条款。		按规定执行得 4 分，未执行不得分。
7 服 务 流 程 与 质 量 控 制	7.1 接 待 服 务	7.1.1	医养结合机构应建立服务接待平台，如接待总台、互联网平台、电话平台等，方便公众咨询和预订，并至少提供以下服务： a) 介绍机构能够提供的服务内容、服务环境、价格等，对服务对象需求信息及时记录并给予反馈。 b) 了解并记录服务对象基本情况和服务需求。 c) 根据服务对象的基本情况初步判断服务对象是否适合入住机构。		4	现场查看 1. 规范建立服务接待平台得 2 分，未建立不得分。 2. 规范进行医疗、养老服务内容及价格公示得 2 分，只公示医疗或养老服务内容及价格得 1 分，未公示不得分。
	7.2 评 估 服 务	7.2.1	能力评估 7.2.1.1 医养结合机构应按照 DB5106/T 15-2021 要求对服务对象开展能力及老年综合征评估。 7.2.1.2 依据服务对象日常生活活动能力、精神状态与社会参与能力、感知觉与沟通能力情况等将服务对象能力划分为能力完好、轻度失能、中度失能、重度失能四个级别。 7.2.1.3 服务对象正式入住机构后，若无特殊变化，至少 6 个月应进行 1 次评估；当服务对象出现特殊情况导致能力发生变化时，应及时重新评估。		10	查阅资料、随机抽问 1. 规范开展能力评估（至少包括但不限于日常生活活动能力、精神状态与社会参与能力、感知觉与沟通能力）及老年综合征评估得 4 分，缺一项扣 1 分，未开展不得分。 2. 随机抽查 3 名评估人员，全部能熟练掌握评估方法得 3 分，有 1 人不能熟练掌握评估方法不得分。 3. 评估频次符合要求得 3 分，否则不得分。
		7.2.2	护理需求评估 7.2.2.1 医养结合机构应按照《关于开展老年护理需求评估和规范服务工作的通知》要求，对入住服务对象开展老年护理需求评估。护理需求等级评定、护理需求评定、服务对象长期照护需求（分级）服务内容可参照 DB5106/T 15-2021。		11	资料查阅、随机抽问 1. 评估人员应当是经过护理需求评估专业培训并考试合格的人员担任，每次至少由 2 名评估人员（至少有 1 名医师）共同完成评估得 3 分，否则不得分。

	<p>7.2.2.2 护理需求等级分为0级（能力完好）、1级（轻度失能）、2级（中度失能）、3级（重度失能）、4级（极重度失能）。服务对象正式入住机构后，评估结果有效期为6个月。</p> <p>7.2.2.3 在评估有效期内，如服务对象身体、能力、疾病状况发生变化，或者有效期满，应及时重新评估。</p>		<p>2. 现场抽查3名护理员，知晓照护需求等级及服务内容得3分，否则不得分。</p> <p>3. 随机抽取5份健康档案，评估记录完善、评估频次符合要求得5分，1份不合格扣1分，扣完为止。</p>
7.3 服务 计划	7.3.1 根据服务对象体检报告、能力评估报告、护理需求评估报告等，针对服务对象身体机能实际情况提供个性化、针对性的服务计划，服务计划内容应涵盖医疗、护理、照护范围。	10	<p>随机抽取5份健康档案，查阅判断</p> <p>1. 查看服务计划制定情况，内容完善，涵盖医疗、护理、照护得5分，1份不合格扣1分，扣完为止。</p> <p>2. 查看服务计划是否与患者或其代理人进行沟通并取得患者或其代理人的签字，1份不完善扣0.5分，扣完为止。</p> <p>3. 查看调整服务计划时是否重新评估及沟通，1份不完善扣0.5分，扣完为止。</p>
	7.3.2 服务计划须向服务对象或监护人进行说明并书面取得同意。		
	7.3.3 若服务对象出现特殊情况导致能力发生变化，需要对服务计划进行调整时，医养结合机构应及时对服务对象进行重新评估，护理需求等级及服务计划需要变更的，应告知服务对象及家属。		
	7.3.4 若经过服务需求评估的服务对象不适合获得相关服务，应向服务对象及监护人详细解释。		
7.4 服务 协议	<p>根据服务计划与服务对象（或其代理人）签订具有法律效应的服务协议。服务协议主要条款包括但不限于：</p> <p>a) 机构名称、住所、法定代表人或主要负责人、联系方式。</p> <p>b) 服务对象（或其代理人）、经常联系人的姓名、住址、身份证明、联系方式。</p> <p>c) 当事人的权利和义务。</p> <p>d) 服务内容、服务方式、服务价格。</p> <p>e) 服务期限和地点。</p> <p>f) 协议变更、解除与终止的条件。</p> <p>g) 违约责任。</p> <p>h) 意外伤害责任认定和争议解决方式。</p> <p>i) 当事人协商一致的其他内容。</p> <p>j) 协议生效条件。</p>	6	<p>随机抽查5份健康档案，查阅资料</p> <p>1. 1份健康档案中服务协议内容不完善扣1分。（5分）</p> <p>3. 服务协议签订有时效性，在服务对象入住时完成得1分，未在规定时效内签订不得分。（1分）</p>

7.5 服务 档案 管理	将服务过程形成的文件、记录、协议等及时汇总、分类和归档，为服务对象建立服务档案。档案资料包括但不限于： a) 服务对象个人信息档案。 b) 服务对象健康档案相关资料。 c) 服务对象护理需求评估报告。 d) 中医评估报告（具备中医服务资质的机构适用）。 e) 服务计划。 f) 服务协议。 g) 医疗服务记录。 h) 护理服务记录。 i) 照护服务记录。	5	随机抽查 5 份健康档案，查阅资料 1 份健康档案中服务协议内容不完善扣 1 分。（5 分）
	7.5.1 入住服务对象档案信息 7.5.1.1 服务对象入住信息档案由评估人员在办理正式入住手续前完成采集和记录。 7.5.1.2 服务对象入住信息至少应包括姓名、性别、年龄、职业、爱好、监护人住址及联系方式等；以及服务对象及其家属（监护人）身份证或户口本等有效证件复印件，试住服务协议、入住服务协议和入住补充协议。	5	随机抽查 5 份健康档案，查阅资料 1 份健康档案中服务协议内容不完善扣 1 分。（5 分）
	7.5.2 入住服务对象健康档案管理 7.5.2.1 医养结合机构应为服务对象建立个人健康档案，已有健康档案的服务对象，可组织办理转移接续手续，不必重复建立。有条件的机构可建立电子健康档案。 7.5.2.2 健康档案应按照《国家基本公共卫生服务规范（第三版）》要求建立，可根据各机构不同条件适当增加内容，保证内容准确，信息完整，并及时更新健康档案内容。档案资料包括但不限于： ——病史 ——过敏史 ——家族病史等	11	随机抽查 5 份健康档案，查阅资料 1. 健康档案建立率 100%得 5 分，否则不得分。 2. 1 份健康档案内容不完善扣 1 分。（5 份） 3. 就诊、会诊、转诊等接受医疗服务的记录完善得 1 分，否则不得分。

	<p>——体检报告</p> <p>——医养结合分级护理服务计划表</p> <p>——医养结合分级照护服务计划表</p> <p>——提供的各项医疗、护理、养老照护服务记录</p> <p>——查房记录</p> <p>——巡诊记录</p> <p>——阶段性服务对象健康评估报告（服务对象能力评估、服务对象护理需求评估）</p> <p>7.5.2.3 工作人员应建立服务对象就诊、会诊、转诊等接受医疗服务的记录，并放入健康档案中。健康档案应随着服务对象身体健康状况变化及时更新。</p>		
7.6 质量 控制	<p>7.6.1 医疗质控指标及要求</p> <p>机构应根据本机构申报的医疗机构等级，按照国家相关规定，制定本机构的医疗质量控制要求及考核指标，应包含但不限于附录 N 1-31 项的内容。</p>	66	<p>查阅资料</p> <p>1. 规范建立医疗质控考核制度得 2 分，规范建立医疗质量管理监测体系得 2 分，未建立不得分。</p> <p>2. 对 31 项医疗质量控制指标有定期统计、考核、分析、评价、反馈、提出改进措施，缺 1 项扣 2 分。</p> <p>3. 机构未开展的业务，对应项目不纳入评价。</p>
	<p>7.6.2 照护质控指标及要求</p> <p>机构生活照料服务质量考核标准见附录 N32-33 项。</p> <p>机构每月至少应对护理员和保洁员进行 1 次服务质量考核，并建立考核档案，考核标准及合格标准由各机构自行制定。</p>	32	<p>查阅资料</p> <p>1. 规范建立照护质控考核制度及标准得 2 分，未建立不得分。（2 分）</p> <p>2. 每月至少应对护理员和保洁员进行 1 次服务质量考核，缺一次扣 1 分。（24 分）</p> <p>3. 每月根据考核结果对存在的问题进行反馈、分析、整改、落实，缺一次扣 0.5 分。（6 分）</p>
	<p>7.7 满意</p> <p>开展满意度测评，入住服务对象及家属满意度 90% 以上，测评表详见附录 L；机构内员工满意度 90% 以上，测评表详见附录 M。</p>	20	<p>现场调查</p> <p>1. 服务对象及家属满意度测评：随机抽取 20 个</p>

	度测评		<p>入住服务对象及家属开展满意度测评，80 分及以上为合格，1 份测评表不合格扣 1 分，扣完为止。（10 分）</p> <p>2. 机构内员工满意度测评：随机抽取 10 个员工开展满意度测评，80 分及以上为合格，1 份测评表不合格扣 1 分，扣完为止。（10 分）</p>
一票否决项目		<p>在专家组评价过程中，或评价办日常信息收集中发现医养结合机构有下列行为之一的，实行一票否决，发现一票否决情况时，立即终止评价。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 医养结合机构未办理医疗机构执业许可，或《医疗机构执业许可证》不在有效期内的。 2. 医养结合机构自行设立食堂，未办理《食品经营许可证》，或《食品经营许可证》不在有效期内的。 3. 医养结合机构与第三方签订合作协议，提供送餐服务的，未签订合作协议，或不能提供第三方餐饮提供机构加盖鲜章的《食品经营许可证》复印件的，或第三方餐饮提供机构《食品经营许可证》不在有效期的。 4. 医养结合机构违规推销保健品的。 5. 医养结合机构违规开展限制类、禁止类技术的。 6. 医养结合机构未建立入院评估制度或者未按照规定开展评估活动的。 7. 医养结合机构未与老年人或者其代理人签订服务协议，或者未按照协议约定提供服务的。 8. 医养结合机构歧视、侮辱、虐待老年人以及其他侵害老年人人身和财产权益行为的。 9. 医养结合机构存在骗保，被医保部门取消医保定点资格的。 	

附 录 B
(规范性)
医养结合机构等级评定申请条件

表B. 1规定了医养结合机构等级评定申请条件。

表 B.1 医养结合机构等级评定申请条件

	1 通用条件	2 医疗条件	3 养老条件	4 一票否决项
一星级医养结合机构	1.1 经营范围许可。《营业执照》或《事业单位法人证书》或《民办非企业单位登记证书》在有效期内，注册内容包含医疗卫生服务和养老服务。 1.2《医疗机构执业许可证》在有效期内。 1.3《养老备案登记文件》在有效期内。	2.1 申请前 1 周年，开放医疗床位数≥20 张，床位使用率≥30%。 2.2 提供的医疗服务科目至少应包括：内科；外科；中医科；药剂科、医学检验科、医学影像科。（医学检验、医学影像服务可与有资质的第三方单位签订合作协议） 2.3 至少应提供 DB5106/T15-2021《医养结合机构建设管理规范》中提出的健康教育、健康咨询、健康管理、医疗服务。	3.1 申请前 2 周年，备案养老床位数≥10 张，入住率≥50%。 3.2 至少应提供 DB5106/T15-2021《医养结合机构建设管理规范》中提出的能力评估服务、护理需求评估服务、生活照料服务、日常起居照料服务、助餐服务、助浴服务、辅助服务。	在专家组评定过程中，或评定委员会日常信息收集中发现评价对象有下列行为之一的，实行一票否决，发现一票否决情况时，应立即终止评定。 a)发生一级医疗事故且负主要及以上责任的。 b)被取消医保定点单位资格的。 c)发生严重安全生产事故受到政府行政部门书面处罚的。 d)发生歧视、侮辱、虐待老年人，以及其他侵害老年人人身和财产权益的。 e)违规推销保健品的。 f)违规开展限制类、禁止类医疗技术的。 g)未与入住老年人或其代理
二星级医养结合机构	1.4 内设餐饮服务机构的应取得《食品经营许可证》，且在有效期内。 1.5 能提供有效合法的房产证明或租赁使用证明文件。	2.2 申请前 1 周年，开放医疗床位数≥30 张，床位使用率≥40%。 2.4 满足 2.2 要求，且提供以下科目：康复医学科（或中医康复科）。	3.3 申请前 2 周年，备案养老床位数≥20 张，入住率≥60%。 3.4 满足 3.2 要求，且提供 DB5106/T15-2021《医养结合机构建设管理规范》中提出的康复服务。	
三星级医养结合机构	1.6 能提供与执业地点相匹配的消防安全合格证明文件。	2.5 申请前 2 周年，开放医疗床位数≥40 张，床位使用率≥60%。 2.6 满足 2.4 要求，且提供以下科目：老年医学科（或老年病科）。	3.5 申请前 2 周年，备案养老床位数≥40 张，入住率≥70%。 3.6 满足 3.2 要求，且提供 DB5106/T15-2021《医养结合机构建设管理规范》中提出的安宁疗护服务、文化娱乐服务。	
四星级医养结合机构	1.7 使用特种设备的，应取得《特种设备使用登记证》，	2.7 申请前 2 周年，开放医疗床位数≥300 张，床位使用率≥80%。 2.8 满足 2.6 要求，且提	3.7 申请前 2 周年，备案养老床位数≥200 张，入住率≥80%。 3.8 满足 3.2 要求，且提	

	且在有效期内。	供以下科目：急诊科；呼吸内科、消化内科、内分泌内科、心血管内科；普通外科、骨科；眼科、耳鼻咽喉科；口腔科；皮肤科；病理科（病理服务可与有资质的第三方单位签订合作协议）。	供 DB5106/T15-2021《医养结合机构建设管理规范》中提出心理/精神支持服务；同时应提供委托服务（受老年人及相关第三方办理托付事项的活动）。	人签订服务协议，或未按照约定提供服务的。
五星级医养结合机构		2.9 申请前 2 周年，开放医疗床位数≥500 张，床位使用率≥90%。 2.10 满足 2.8 要求，且提供以下科目：神经内科、肿瘤科、感染科；泌尿外科、神经外科。	3.9 申请前 2 周年，备案养老床位数≥500 张，入住率≥90%。 3.10 同时应提供居家上门服务（为老年人提供生活照料、膳食、清洁卫生、心理/精神支持等方面服务的活动）。	
<p>注：1. 医养结合机构申请等级评定前，应对照表 B.1 自查，根据自查情况申请相应的等级。</p> <p>2. 按表 A.1《医养结合机构等级评定评分表》评价得分，一星级医养结合机构得分不应低于 750 分，二星级医养结合机构得分不应低于 800 分，三星级医养结合机构得分不应低于 850 分，四星级医养结合机构得分不应低于 900 分，五星级医养结合机构得分不应低于 950 分。</p>				

附 录 C
(资料性)
医养结合机构等级评定申请书

医养结合机构等级评定申请书样式见图C. 1。

医养结合机构等级评定申请书

德阳市中医药学会:

根据《医养结合机构等级评定规范》要求，本机构自愿申请评定**级医养结合机构，

本机构承诺:

1.本机构已按照《医养结合机构等级评定评分表》进行自评，申请材料真实准确，自

愿对申请材料的真实性和准确性负责。

2.本机构自愿同意按照医养结合机构等级评定专家组的评定和医养结合机构等级评

定委员会的决定，确定或改变本机构的申请评定等级。

3.本机构自愿按照《医养结合机构等级评定规范》准备和配合评定工作。

申请机构(名称、盖章):

法定代表人(签字):

年 月 日

图C. 1 医养结合机构等级评定申请书样式

56

附录 D
(资料性)
医养结合机构信用承诺书

医养结合机构信用承诺书样式见图D. 1。

医养结合机构信用承诺书

德阳市中医药学会:

本机构承诺在评审周期内，以下内容属实:

1. 未被纪检、司法机关立案调查，且不处于调查期。

2. 未被列入养老服务市场失信联合惩戒对象名单。

3. 未发生一级医疗事故且负主要及以上责任的情况。

4. 未被取消医保定点单位资格。

5. 未发生严重安全生产事故受到政府行政部门书面处罚的。

6. 未发生歧视、侮辱、虐待老年人，以及其他侵害老年人人身和财产权益的情况。

7. 未发生违规推销保健品的情况。

8. 未发生违规开展限制类、禁止类医疗技术的情况。

9. 未发生未与入住老年人或其代理人签订服务协议，或未按照约定提供服务的情况。

申请机构（名称、盖章）:

法定代表人《签字》:

****年**月**日

图D. 1 医养结合机构信用承诺书样式

附 录 E
(资料性)
医养结合机构等级评定受理告知书

医养结合机构等级评定受理告知书样式见图E. 1。

医养结合机构等级评定受理告知书

_____ (医养结合机构):

德阳市中医药学会于****年**月**日收到你单位**级医养结合机构等级评定申请材料，经审核，符合《医养结合机构等级评定规范》要求，现已受理，请你单位按照《医养结合机构等级评定规范》要求做好迎接评定的各项准备工作。

联系人:

联系电话:

德阳市中医药学会

年 月 日

图E. 1 医养结合机构等级评定受理告知书样式

附录 F
(资料性)
医养结合机构等级评定资料补正告知书

医养结合机构等级评定资料补正告知书样式见图F. 1。

医养结合机构等级评定资料补正告知书

(医养结合机构):

德阳市中医药学会于****年**月**日收到你单位**级医养结合机构等级评定申请材料，经审核，你单位申请材料不符合《医养结合机构等级评定规范》要求。请于****年**月**日前一次性完成补正，逾期不补正或不完全补正的视为放弃申请。需补正资料如下：

1. _____；

2. _____；

3. _____；

4. _____。

.....

特此告知

德阳市中医药学会

年 月 日

图F. 1 医养结合机构等级评定资料补正告知书样式

附 录 G
(资料性)
医养结合机构等级评定不予受理告知书

医养结合机构等级评定不予受理告知书样式见图G. 1。

医养结合机构等级评定不予受理告知书

_____ (医养结合机构):

德阳市中医药学会于*****年**月**日收到你单位**级医养结合机构等级评定申请材料，经审核，你单位存在“***、***...”问题，不符合《医养结合机构等级评定规范》(具体条款描述)的规定，经研究，决定对你单位此次评定申请不予受理。

特此告知

德阳市中医药学会
年 月 日

图G. 1 医养结合机构等级评定不予受理告知书

附 录 H
(资料性)
终止医养结合机构等级评定告知书

终止医养结合机构等级评定告知书见图H. 1。

终止医养结合机构等级评定告知书

_____ (医养结合机构):

评定专家组于****年**月**日对你单位申请的**级医养结合机构进行评价，经现场考察，你单位以下必备项不达标(或存在以下一票否决情况):

1. _____;

2. _____;

3. _____;

4. _____;

.....

根据《医养结合机构等级评定规范》要求，评定专家组决定终止评定。

特此告知

专家组成员签字: _____

专家组组长签字: _____

年 月 日

图H. 1 终止医养结合机构等级评定告知书

附 录 I
(资料性)
医养结合机构等级评定现场综合评定意见书

医养结合机构等级评定现场综合评定意见书样式见图I.1

医养结合机构等级现场综合评定意见书

评定委员会:

根据《医养结合机构等级评定规范》要求,评定专家组于**年**月**日对****(医养结合机构名称)进行了现场综合评定,未发现评定对象存在必备项不达标情况和一票否决情况,按照《医养结合机构等级评定评分表》逐项进行评定打分,该评定对象评定得分_____分,主要存在以下问题,需在后续运营中持续改进:

1. _____;

2. _____;

3. _____;

4. _____。

.....

建议该评定对象评定等级为*星级医养结合机构。

专家组成员签字: _____

专家组组长签字: _____

****年**月**日

图I.1 医养结合机构等级评定现场综合评定意见书

附 录 J
(资料性)
医养结合机构等级初步评定意见书

医养结合机构等级初步评定意见书样式见图J. 1。

医养结合机构等级初步评定意见书

根据《医养结合机构等级评定规范》要求，评定委员会于****年**月**日召开了医养结合机构等级评定会议，对**家符合等级评定条件的医养结合机构的现场综合评定意见进行了评定审核表决。

本次会议应到委员**人，实到**人，实到会人数超过应到会人数的五分之四，会议有效。会议采取无记名方式投票表决，复核结果经三分之二及以上参会人员通过。根据投票结果，同意对以下名单按规定公示。

特此告知

序号	机构名称	拟评定等级
1		
2		
3		
...		

德阳市中医药学会
年 月 日

图J. 1 医养结合机构等级初步评定意见书样式

附录 K
(规范性)
医养结合机构等级牌匾

医养结合机构等级牌匾样式见图K. 1。



- 注:1.是德阳市中医药协会徽记，直径 9cm。
- 2.医养结合机构名称，宋体加粗，90 号。
- 3.★对应医养结合机构等级的五角星数量，宋体，150 号。
- 4.医养结合机构等级文字，方正小标宋体简体，200 号。
- 5.发牌单位名称，宋体加粗，90 号。
- 6.有效日期，宋体，50 号。
- 7.牌匾尺寸，600mmx900mm。

图K. 1 医养结合机构等级牌匾样式

附 录 L
(资料性)
医养结合机构服务对象及家属满意度调查问卷

医养结合机构服务对象及家属满意度调查问卷

尊敬的服务对象及家属朋友：

您好！为了了解您在机构入住期间对我机构服务的评价和满意程度，现拟定一份调查问卷，请您在每项调查内容前面相应的“□”中打“√”选出最符合的选项。非常感谢您对我们工作的协助和支持。

1. 性别：

☐男 ☐女

2. 年龄：

☐60 岁以下 ☐60-69 岁 ☐70-79 岁 ☐80-89 岁 ☐90 岁以上

3. 身体患病状况：

☐无疾病

☐存在一种慢性疾病（高血压、糖尿病、脑卒中等）

☐患两种或两种以上的慢性病（高血压、糖尿病、脑卒中等）

4. 生活自理能力（可多选）：

☐完全自理的活力老人

☐半自理、失能的老人

☐需专业康复训练的患者

☐稳定期慢性疾病，需继续支持的患者

☐其他

5. 对周围环境是否满意？

☐非常满意（5 分） ☐满意（3 分） ☐一般（1 分） ☐不满意（0 分）

6. 对房间卫生是否满意？

☐非常满意（5 分） ☐满意（3 分） ☐一般（1 分） ☐不满意（0 分）

7. 与周围关系是否和睦？

☐非常满意（5 分） ☐满意（3 分） ☐一般（1 分） ☐不满意（0 分）

8. 对食堂饭菜是否满意？

☐非常满意（5 分） ☐满意（3 分） ☐一般（1 分） ☐不满意（0 分）

9. 对照护服务技术水平是否满意？

☐非常满意（5 分） ☐满意（3 分） ☐一般（1 分） ☐不满意（0 分）

10. 对清洁卫生服务是否满意？

☐非常满意（5 分） ☐满意（3 分） ☐一般（1 分） ☐不满意（0 分）

11. 对护理员服务态度是否满意？

☐非常满意（5 分） ☐满意（3 分） ☐一般（1 分） ☐不满意（0 分）

12. 对生活照料总体印象是否满意？

☐非常满意（5 分） ☐满意（3 分） ☐一般（1 分） ☐不满意（0 分）

13. 对病情诊断和救治是否满意？

☐非常满意（5 分） ☐满意（3 分） ☐一般（1 分） ☐不满意（0 分）

14. 对病情解释及用药是否满意？

☐非常满意（5 分） ☐满意（3 分） ☐一般（1 分） ☐不满意（0 分）

15. 对突发急救措施是否满意？

☐非常满意（5 分） ☐满意（3 分） ☐一般（1 分） ☐不满意（0 分）

16. 对健康指导是否满意？

☐非常满意（5 分） ☐满意（3 分） ☐一般（1 分） ☐不满意（0 分）

17. 对医疗康复设备是否满意？

☐非常满意（5 分） ☐满意（3 分） ☐一般（1 分） ☐不满意（0 分）

18 对康复锻炼项目是否满意？

☐非常满意（5 分） ☐满意（3 分） ☐一般（1 分） ☐不满意（0 分）

19. 对医务人员服务态度是否满意？

☐非常满意（5 分） ☐满意（3 分） ☐一般（1 分） ☐不满意（0 分）

20. 对心理疏导是否满意？

☐非常满意（5 分） ☐满意（3 分） ☐一般（1 分） ☐不满意（0 分）

21. 对文化娱乐项目是否满意？

☐非常满意（5 分） ☐满意（3 分） ☐一般（1 分） ☐不满意（0 分）

22. 对健身设施是否满意？

☐非常满意（5 分） ☐满意（3 分） ☐一般（1 分） ☐不满意（0 分）

23. 对文化娱乐设施是否满意？

☐非常满意（5 分） ☐满意（3 分） ☐一般（1 分） ☐不满意（0 分）

24. 对医养结合机构的总体印象是否满意？

☐非常满意（5 分） ☐满意（3 分） ☐一般（1 分） ☐不满意（0 分）

25. 目前，您还迫切需要得到哪些服务需求？（可多选）

☐清洁服务

☐疾病治疗服务

☐打针发药服务

☐康复锻炼服务

☐用药指导服务

☐疾病健康教育服务

☐身体护理服务

☐心理健康服务

☐文化娱乐服务

附 录 M
(资料性)
医养结合机构员工满意度调查问卷

医养结合机构员工满意度调查问卷

一、基本信息

1. 您的性别是：男☐ 女☐
2. 您在本单位的工作年限是：1 年内☐ 1-5 年☐ 5-10 年☐ 10 年以上☐
3. 您当前的工作岗位是：管理☐ 医生☐ 护士☐ 医技☐ 后勤☐ 其他☐
4. 您的职称是：无职称☐ 初级☐ 中级☐ 副高☐ 正高☐

二、党风廉政满意度

1. 您对当前的医院党风廉政是否满意？

☐非常满意（5 分） ☐满意（3 分） ☐一般（1 分） ☐不满意（0 分）

2. 您对当前的领导干部带头作用是否满意？

☐非常满意（5 分） ☐满意（3 分） ☐一般（1 分） ☐不满意（0 分）

3. 您对当前的三重一大公开透明度是否满意？

☐非常满意（5 分） ☐满意（3 分） ☐一般（1 分） ☐不满意（0 分）

三、工作环境满意度

1. 您对当前的工作环境是否满意？

☐非常满意（5 分） ☐满意（3 分） ☐一般（1 分） ☐不满意（0 分）

2. 您对当前的设施设备是否满意？

☐非常满意（5 分） ☐满意（3 分） ☐一般（1 分） ☐不满意（0 分）

3. 您对当前的同事关系是否满意？

☐非常满意（5 分） ☐满意（3 分） ☐一般（1 分） ☐不满意（0 分）

4. 您对当前的团队合作是否满意？

☐非常满意（5 分） ☐满意（3 分） ☐一般（1 分） ☐不满意（0 分）

四、领导履职满意度

1. 您对垂直领导的办事方式是否满意？

☐非常满意（5 分） ☐满意（3 分） ☐一般（1 分） ☐不满意（0 分）

2. 您对垂直领导的工作决定是否满意？

☐非常满意（5 分） ☐满意（3 分） ☐一般（1 分） ☐不满意（0 分）

五、院内工作满意度

1. 您对本院医生的工作态度是否满意？

☐非常满意（5 分） ☐满意（3 分） ☐一般（1 分） ☐不满意（0 分）

2. 您对本院医生的技术水平是否满意？

☐非常满意（5 分） ☐满意（3 分） ☐一般（1 分） ☐不满意（0 分）

3. 您对本院护士的工作态度是否满意？

☐非常满意（5 分） ☐满意（3 分） ☐一般（1 分） ☐不满意（0 分）

4. 您对本院护士的技术水平是否满意？

☐非常满意（5 分） ☐满意（3 分） ☐一般（1 分） ☐不满意（0 分）

5. 您对医技科室的工作态度是否满意？

☐非常满意（5 分） ☐满意（3 分） ☐一般（1 分） ☐不满意（0 分）

6. 您对医技科室的技术水平是否满意？

☐非常满意（5 分） ☐满意（3 分） ☐一般（1 分） ☐不满意（0 分）

六、个人工作满意度

1. 您对当前所处的工作岗位是否满意？

☐非常满意（5 分） ☐满意（3 分） ☐一般（1 分） ☐不满意（0 分）

2. 您对当前的劳动强度是否满意？

☐非常满意（5 分） ☐满意（3 分） ☐一般（1 分） ☐不满意（0 分）

3. 您对当前的薪资待遇是否满意？

☐非常满意（5 分） ☐满意（3 分） ☐一般（1 分） ☐不满意（0 分）

4. 您的能力是否在平时工作中得到发挥？

☐非常满意（5 分） ☐满意（3 分） ☐一般（1 分） ☐不满意（0 分）

5. 您的建议是否在平时工作中得到重视？

☐非常满意（5 分） ☐满意（3 分） ☐一般（1 分） ☐不满意（0 分）

附 录 N
(规范性)
质量控制指标

质量控制指标

序号	质量控制指标	管理要求
1	核心制度落实率	统计指标
2	甲级病案率（无丙级病案）	≥95%
3	住院病案书写及时完成率	100%
4	住院危重患者抢救成功率	≥80%
5	门诊处方合格率	≥95%
6	住院医嘱合格率	≥95%
7	门诊抗菌药物使用率	≤40%
8	住院抗菌药物使用强度 DDDS	1. 综合医院、口腔医院、中医医院、妇产医院（妇幼保健院）≤40。 2. 肿瘤医院≤30。 3. 儿童医院≤20（按照成人规定日剂量标准计算）。 4. 精神病医院≤5。
9	药物不良反应上报任务完成率	100%
10	卫生专业技术人员“三基三严”考核合格率（80分）	≥90%
11	风险管控	综合评估
12	患者权益保护	综合评估
13	不良事件管理落实率	统计指标
14	仪器设备管理率	统计指标
15	抢救车管理落实率	100%
16	护理文书书写合格率	三级医院≥95%；二级医院≥90%
17	安全用药管理落实率	≥90%
18	患者身份识别与沟通管理落实率	100%
19	住院患者跌倒发生率	统计指标
20	住院患者 2 期及以上院内压力性损伤发生率	统计指标
21	置管患者非计划拔管率（气管导管，经口、经鼻胃肠导管，PICC/CVC）	统计指标
22	医院感染发病（例次）率	1. <100 床机构，低于 7%。 2. 100-500 床机构，低于 8%。 3. >500 床机构，低于 10%。
23	医院感染病例漏报率	<10%
24	医务人员手卫生依从率	≥90%

序号	质量控制指标	管理要求
25	医务人员手卫生正确率	≥95%
26	环境卫生学监测合格率	≥95%
27	三管感染发生率（血管内导管相关血流感染发病率、呼吸机相关肺炎发病率、导尿管相关泌尿系感染发病率）	统计指标
28	多重耐药菌感染检出率	统计指标
29	法定传染病报告率	100%
30	抗菌药物治疗前病原学送检率	1. 非限制级≥30% 2. 限制使用级≥50% 3. 特殊使用级≥80%
31	职业防护与安全注射	综合评估
32	护理员工作质量考核评分表	统计指标
33	保洁员工作质量考核评分表	统计指标

一、核心制度落实率

定义：抽查的诊疗工作中，落实了核心制度的数量占抽查总量的比例。

计算公式：

$$\text{核心制度落实率} = \frac{\text{落实核心制度的数量}}{\text{抽查总量}} \times 100\%$$

意义：反映临床工作中，对核心制度的执行情况及行为规范性。

说明：同一病例、诊疗行为涉及多个核心制度时，仅计做 1 次。

二、甲级病案率（无丙级病案）

定义：单位时间内，甲级出院患者病案数占同期出院患者病案总数的比例。

计算公式：

$$\text{甲级病历率} = \frac{\text{甲级出院患者病历数}}{\text{同期出院患者病历总数}} \times 100\%$$

意义：甲级病案率反映住院病案质量。

三、住院病案书写及时完成率

定义：所有住院病案书写均按照病案书写规范及时完成。

计算公式：

$$\text{住院病案书写及时完成率} = \frac{\text{病历书写符合规范要求的病历数}}{\text{抽查的在架病历数}} \times 100\%$$

检查方法：随机抽查 10 份在架病历，查看入院记录、首次病程记录、日常病程记录等均按照病历书写规范的时限及时完成。

意义：反映机构住院医师病历质量的重要指标。

说明：每份病历有一处包含一处的书写不及时，则均判为不规范。

四、院危重患者抢救成功率

定义：指在一定时间内，住院危重病人在接受医疗机构的抢救治疗后，存活并恢复健康的比例。

计算公式：

$$\text{住院危重患者抢救成功率} = \frac{\text{存活人数}}{\text{总抢救人数}} \times 100\%$$

其中：存活人数是指在考核期内，经过抢救治疗后仍然存活的病人数量；总抢救人数是指在同一考核期内，接受医疗机构抢救治疗的病人总数。

检查方法：抽查医疗机构一年内 10 份危重症病历，计算抢救成功率。

意义：危重病人抢救成功率是一个重要的指标，用于评估医疗机构在处理危重病人抢救过程中的效果和质量。危重病人抢救成功率的定义对于医疗机构的发展和病人的生存率至关重要。

五、门诊处方合格率

定义：合格的门诊处方人次数占同期点评门诊处方总人次数的比例。

计算公式：

$$\text{门诊处方合格率} = \frac{\text{合格的门诊处方人次数}}{\text{同期点评门诊处方总人次数}} \times 100\%$$

意义：反映机构门诊医师处方质量的重要指标。

检查方法：抽查医疗机构一年内 100 张门诊处方，计算门诊处方合格率。

说明：不合格处方包括不规范处方、用药不适宜处方及超常处方。

六、住院医嘱合格率

定义：合格的住院医嘱人次数占同期点评医嘱总人次数的比例。

计算公式：

$$\text{住院医嘱合格率} = \frac{\text{合格的住院医嘱人次数}}{\text{同期点评医嘱总人次数}} \times 100\%$$

检查方法：抽查医疗机构一年内 10 份住院病历，计算住院医嘱合格率。

意义：反映医疗机构住院医嘱质量的重要指标。

七、门诊抗菌药物使用率

定义：门诊患者用药人群中使用抗菌药物的比例。

计算公式：

$$\text{门诊抗菌药物使用率} = \frac{\text{门诊处方中使用抗菌药物的处方数}}{\text{同期门诊处方总数}} \times 100\%$$

意义：反映机构门诊患者抗菌药物的使用情况。

说明：对不能区分门急诊的基层医疗机构按门诊患者计算。

八、住院抗菌药物使用强度 DDDS

定义：住院患者平均每日每百张床位所消耗抗菌药物的 DDD 数。

计算公式：

$$\text{住院抗菌药物使用强度 DDDS} = \frac{\text{住院患者抗菌药物使用量（累计 DDD 数）}}{\text{同期住院患者床日数}} \times 100\%$$

意义：反映机构住院患者抗菌药物的使用情况。

说明：（1）DDD 又称“限定日剂量”，是指一个药品以主要适应证用于成年人的维持日剂量。DDD 值来源于 WHO 药物统计方法合作中心提供的 ATC Index。对于未给出明确 DDD 值的抗菌药物，参照国家卫生健康委抗菌药物临床应用监测网提供的数据。（2）住院患者床日数=平均住院天数×同期出院患者总数。

九、药物不良反应上报任务完成率

定义：年度药物不良反应上报例数占同期行政主管部门下达任务数的比例。

计算公式：

$$\text{药物不良反应上报任务完成率} = \frac{\text{年度药物不良反应上报例数}}{\text{同期行政主管部门下达任务数}} \times 100\%$$

意义：反映机构药物不良反应上报管理情况，促进持续推进合理用药管理。

十、卫生专业技术人员“三基三严”考核合格率

定义：机构内卫生专业技术人员参加“三基三严”培训且考核合格的人数占卫生专业技术人员总数的比例。

计算公式：

$$\text{“三基三严”考核合格率} = \frac{\text{参加“三基三严”培训且考核合格的人数}}{\text{同期卫生专业技术人员总数}} \times 100\%$$

意义：反映机构卫生专业技术人员基本知识、基本技能掌握情况。

说明：考核周期内，入职未满6个月的新进人员可不计入总数。

十一、风险管控

检查项目	科室结果	住院号及结果
1.医疗风险识别机制		
2.识别危害患者健康权益的风险因素		
3.营养筛查		
4.报送医疗安全（不良）事件		
5.业务管理部门对质量与安全工作实施监控分析		
6.适当使用管理工具		
7.对重大质量缺陷应采用质量追踪会等形式开展专题		
8.提出改进措施		
9.对心跳骤停、昏迷、跌倒等高风险意外事件，建立专项管理方案并组织培训		

十二、患者权益保护

检查项目	科室结果	住院号及结果
1.知情同意权：医务人员必须告知患方足够的信息，使患者或其近亲属在充分理解某种医疗行为、医疗方案和医疗措施的前提下对是否同意接受诊疗做出决定		
1.1 在进行可能产生不良后果的检查和治疗时，签署专门的知情同意书或医患沟通记录		
1.2 针对基本医疗保险自费药品和自费诊疗项目，签署相应的知情同意书		
1.3 患方提出拒中止治疗或放弃治疗，应予以尊重并告知风险，签署知情同意书		
2.自主选择权：患者在接受医疗服务过程中，对于医疗机构、医护人员、治疗方案等方面所享有的自主选择和决定的权利		
3.隐私权：是指患者在医疗过程中对个人信息保密的权利，包括但不限于患者的健康状况、诊疗信息、生理缺陷、病史等敏感信息		
3.1 尊重患者的生命价值、人格尊严及个人隐私，未经患者或起授权委托人同意不得向他人泄露患者隐私		
3.2 治疗室配置门帘，门诊实行一医一患一诊室，放射检查区设置更衣室		
3.3 不得在公众场合谈论患者的病情及与本次疾病有关的生活经历		

十三、不良事件管理落实率

不良事件管理质量评价表						
检查部门:		受检科室:		检查日期:		检查人:
检查项目	科室 结果	住院号及结果				
1.对医疗安全（不良）事件管理制度及流程进行培训						
2.对医疗安全（不良）事件上报实行非惩罚制度						
3.有医疗安全（不良）事件上报途径						
4.对阻止医疗安全（不良）事件发生者给予奖励						
5.发生医疗安全（不良）事件后及时采取补救措施，减少伤害						
6.对重大安全（不良）事件进行根本原因分析						
7.针对原因采取具体可行的改进措施						
8.对改进措施的执行情况有督导及效果评价						
9.护理人员知晓医疗安全（不良）事件报告制度及流程						
10.无瞒报、漏报、谎报、缓报						
落实率						
接受检查者签名						
一、检查说明						
1.符号意义：“√”表示正确（或完整），各项完全相符；“X”表示不正确（或不完整），有一项不符均属之；“NA”表示不适用或不涉及。						
2. 检查频率：根据医院及科室的实际情况决定检查频率。						
二、计算公式						
1.不良事件管理落实率（%）=检查完全正确（或完整）项目数/（总的检查项目数-不适用项目数）X100%。						
（统计科室结果栏数据；接受检查 1 人不符合要求，科室结果均不符合要求）						

十四、仪器设备管理落实率

仪器设备管理质量评价表						
检查部门:	受检科室:	检查日期:	检查人:			
检查项目	科室 结果	人员工号/设备编号及 结果				
1.仪器设备专人管理						
2.仪器设备分类、定点放置						
3.仪器设备编号管理						
4.对护理人员进行仪器设备使用的培训						
5.按仪器设备操作规程（sop）使用仪器设备						
6.护理人员熟练掌握输液泵、注射泵、监护仪、除颤仪、心电图机、吸引器等设备的使用						
7.仪器设备使用过程中出现意外时按应急预案处理						
8.对常用仪器和抢救设备使用进行培训考核，有记录						
9.仪器设备发生故障及时维修，有记录						
10.定期检查仪器设备性能						
11.计量器具（血压计、血糖仪、注射泵等）定期计量检测						
12.使用中、使用后的仪器设备清洁、消毒规范						
13.使用的计量器具检测合格率 100%						
14.抢救设施设备处于备用状态						
15.对仪器设备管理进行自查、分析与改进						
落实率						
接受检查者签名						
一、检查说明						
1.符号意义：“√”表示正确（或完整），各项完全相符；“X”表示不正确（或不完整），有一项不符均属之；“NA”表示不适用或不涉及。						
2. 检查频率：根据医院及科室的实际情况决定检查频率。						
3. 样本量：根据医院及科室的实际情况决定检查样本量，但应达到统计学相关要求。						
二、计算公式						
仪器设备管理落实率（%）=检查完全正确（或完整）项目数/总的检查项目数-不适用项目数 x100%。						

十五、抢救车管理落实率

救车管理质量评价表						
检查部门:	受检科室:	检查日期:	检查人:			
检查项目	科室 结果	护士工号及结果				
1.按抢救车物（药）品交接登记本进行清点与交接						
2.按抢救车物（药）品定置图规范放置物（药）品						
3.抢救物（药）品有目录及数量清单						
4.抢救车内高警示药品有警示标识						
5.抢救车内易混淆药品有警示标识						
6.每班检查抢救物（药）品数量、质量、有效期						
7.抢救物（药）品用后及时补充完整						
8.专科特殊抢救物（药）品的种类、数量与基数相符						
9.抢救物（药）品处于备用状态						
10.护理人员熟悉抢救药物的名称、作用及用法						
11.护理人员熟练使用抢救物品、器材						
12.抢救车专人管理，每班交接有记录						
13.护士长每月督查，有记录						
14.抢救车上锁管理或使用封条管理的，应严格按照医院的相关管理制度或规定执行，并符合国家要求						
15.病区对抢救车管理有自查、分析、讲评、改进与记录						
落实率						
接受检查者签名						
一、 检查说明						
1. 符号意义：“√”表示正确（或完整），各项完全相符；“X”表示不正确（或不完整），有一项不符均属之；“NA”表示不适用或不涉及。						
2. 检查频率：病区每月检查 1 次；片区每季度检查 1 次；护理部每半年检查 1 次。						
3. 样本量：病区每次至少查 5 名护士片区、护理部每次至少查 3 名护士。						
二、计算公式						
1. 抢救车管理落实率（%）=检查完全正确（或完整）项目数/（总的检查项目数-不适用项目数）X100%。						

三、标准说明
1.抢救药品完好：指抢救车内备用的药品数量、质量及有效期均符合要求；
2.抢救车内抢救器材：指 CPR 用物、吸痰用物、吸氧用物、简易呼吸器、气管插管用物、应急灯等，功能完好，处于备用状态。

十六、护理文书书写合格率

护理文书书写质量评价表						
	检查部门:	受检科室:	检查日期:	检查人:		
检查项目			科室结果			
1. 体温单	1.1 页面整洁、无破损，字迹清楚、无涂改					
	1.2 患者信息填写完整、准确					
	1.3 新入院、发热（ $37.5^{\circ}\leq\text{体温}<39^{\circ}\text{C}$ ）、危重、术后患者，每日至少测 4 次体温、脉搏、呼吸，连续测量 3 天					
	1.4 高热（ $\text{体温}\geq 39^{\circ}\text{C}$ ）或体温不升患者，每日测 6 次体温、脉搏、呼吸，连续测至体温正常 3 天					
	1.5 体温正常患者每日监测 1-2 次体温、脉搏、呼吸，病情变化随时测量					
	1.6 高热患者降温处理半小时后监测体温并有标识					
	1.7 入院时测量患者身高有记录					
	1.8 入院时测量患者血压有记录					
	1.9 住院期间根据病情或医嘱测量血压并记录					
	1.10 入院时测量患者体重有记录					
	1.11 住院期间每周或根据医嘱测量体重并记录					
	1.12 根据病情或医嘱记录出入量					
2. 医嘱单	2.1 页面整洁、字迹清楚、无遗漏、无破损					
	2.2 患者信息填写完整、准确					
	2.3 医嘱处理及时、执行正确					
	2.4 签名符合病历要求					
	2.5 药敏试验结果标记及时、正确					
3. 护理记录	3.1 患者入院 2 小时内行自理能力（Barthel 指数）评估，并记录					
	3.2 及时对患者进行病情及安全风险评估（如 MEWS、压力性损伤、跌倒、疼痛、VTE、非计划拔管、感染等风险）并记录					

单	3.3 根据患者病情、用药变化等进行动态评估并记录						
	3.4 危重症患者有护理计划						
	3.5 患者有压力性损伤、跌倒、疼痛、VTE、非计划拔管、感染等风险时有预防措施						
	3.6 患者特殊检查、特殊治疗（化疗、放疗）时有护理措施与 观察记录						
	3.7 有效落实各项预防措施						
	3.8 预防措施有效果评价并记录						
	3.9 观察患者治疗及用药反应并记录						
	3.10 转科/转院前对患者进行病情及活动能力评估并记录						
	3.11 提供符合患者个体需求的疾病及健康指导						
	3.12 依据患者需求制定个体化的出院指导						
	3.13 转科、转院或出院时有护理小结						
	3.14 护理记录规范，无不当的复制、粘贴，缩写或专有名词规范，无错字						
4.护理文件书写合格率（三级医院≥95；二级医院≥90%）							
落实率							
接受检查者签名							
	一、检查说明						
	1. 符号意义：“√”表示正确（或完整），各项完全相符；“X”表示不正确（或不完整），有一项不符均属之；“NA”表示不适用或不涉及						
	2. 检查频率：病区每月检查 1 次；片区每季度检查 1 次，护理部每半年检查 1 次						
	3. 样本量：病区每次至少抽查 5 份护理病历，片区、护理部每次每个病区至少抽查 3 份护理病历						
	二、指标计算公式						
	1. 护理文书书写得分百分比（%）=检查完全正确（或完整）项目数/（总的检查项目数—不适用项目数）×100%。						
	2. 护理文件书写合格率=书写合格的病历份数/检查的病历总数×100%。						
	备注：护理文书书写合格：病历书写得分百分比达 80%，即为此份护理病历书写合格						

十七、安全用药管理落实率

安全用药管理质量评价表						
检查部门:		受检科室:		检查日期:		检查人:
检查项目	科室 结果	住院号及结果				
1.病区药品专人管理						
2.病区根据需要配备药品并有备用药品目录及数量清单						
3.对备用药品进行动态管理,遵循先进先出、近效期先用的原则						
4.病区药品严格交接班,有交接记录						
5.麻醉及一类精神药品管理						
5.1 保险柜存放						
5.2 双锁双人管理						
5.3 销毁双人签字						
5.4 麻醉药品、一类精神药品实行批号管理,开具的药品可溯源到患者						
6.高警示药品管理						
6.1 有高警示药品目录						
6.2 专柜存放						
6.3 有高警示标识						
7.低温保存药品(冰箱内药品)						
7.1 冰箱药品分区存放						
7.2 冰箱内高警示药品有警示标识						
7.3 易混淆药品有警示标						
7.4 药品有启用日期及失效日期						
7.5 冰箱温度符合药品存放要求						
7.6 有温度监测记录						
8.外用药品管理						
8.1 专区存放						
8.2 分类放置						
8.3 标识醒目						
8.4 有启用日期及失效日期						

9.危化品管理（如酒精、甲醛等）						
9.1 危化品专柜上锁管理						
9.2 有危化品警示标识						
10.严格遵医嘱给药						
11.给药前查对医嘱与患者用药信息						
12.使用电子设备（如 PDA）辨别患者身份时，仍需口语化查对						
13.配制药品种前检查药品（包括溶媒）的有效期及质量						
14.配制药品种前检查输液用物的效期及质量						
15.给药时请患者或其亲属陈述患者姓名						
16.给药前、中核对患者姓名、床号、住院号、药名、剂量、浓度、给药时间及途径						
17.给药后再次核对上述信息并签字确认						
18.患者自带药品的管理和使用符合医院相关规定						
19.一次性物品一人一用一抛弃						
20.根据给药时间分次发放口服药并说明用法						
21.指导/协助患者服药						
22.观察药物不良反应并及时报告处理						
23.告知患者及其亲属用药目的、药物服用方法及注意事项						
24.定期对安全用药有自查、分析讲评与改进，记录完整						
25.药品无过期						
26.药品无变质						
落实率						
接受检查者签名						
一、检查说明						
1.符号意义：“√”表示正确（或完整），各项完全相符；“×”表示不正确（或不完整），有一项不符均属之；“NA”表示不适用或不涉及。						
2. 检查频次：根据医院及科室的实际情况决定检查频率。						
二、计算公式						
安全用药管理落实率（%）=检查完全正确（或完整）项目数/（总的检查项目数-不适用项目数）X100%。						

十八、患者身份识别与沟通管理落实率

患者身份识别与沟通管理质量评价表						
检查部门：	受检科室：	检查日期：	检查人：			
检查项目	科室 结果	病案号及结果				
1.身份识别与查对						
1.1 对就诊患者住院病历施行唯一标识管理（医保卡、身份证、病历号等）						
1.2 住院患者、急诊留观、急诊抢救室患者均使用“腕带”识别患者身份						
1.3 重点部门（急诊、新生儿室、ICU、产房、手术室）使用“腕带”条码技术识别患者（儿）身份						
1.4 对传染病、药物过敏患者的腕带与床头卡上有识别标志						
1.5 诊疗活动时至少同时使用姓名、病历号等两项信息核对患者身份						
1.6 为无名患者、意识不清、交流障碍患者进行诊疗活动时双人核对患者姓名、病历号/就诊号						
1.7 用电子设备（如 PDA）辨别患者身份时，仍需口语化查对						
1.8 诊疗活动时邀请患者或其近亲属陈述患者姓名						
1.9 实施高危诊疗操作、特殊检查、特殊治疗、使用血液制品、贵重物品、耗材等履行书面知情同意手续。						
2.医嘱执行查对						
2.1 医嘱转抄（录）后，由转抄和执行者核对并签名						
2.2 有疑问和模糊不清医嘱澄清后执行						
2.3 只在紧急抢救时执行口头医嘱						
2.4 口头医嘱执行者需复述确认，双人核查后执行						
2.5 医嘱班班双人查对并签名						
2.6 护士长定期参与医嘱大查对并签名						
3.危急值管理						

3.1 病区有危急值管理目录						
3.2 接获非书面危急值报告，接听者应大声复述，确保准确无误						
3.3 接获危急值后及时报告经治医生或值班医生，并记录						
3.4 危急值报告记录完整、准确、规范						
4.交接班管理						
4.1 有交接班管理制度，对交接班内容有明确要求						
4.2 手术、急危重症、特殊检查治疗等患者应床旁交接						
4.3 交班内容重点突出						
4.4 交接班内容成册管理						
4.5 交接班记录书写规范，交接班人员确认签字						
5.对身份识别与沟通护理管理有自查、分析及整改措施						
6.无患者身份识别错误事件发生						
落实率						
接受检查者签名						
一、检查说明						
1.符号意义：“√”表示正确（或完整），各项完全相符；“×”表示不正确（或不完整），有一项不符均属之；“□”表示不适用或不涉及。						
2. 检查频次：根据医院及科室的实际情况决定检查频率。						
二、指标计算公式						
1.身份识别与沟通管理落实率（%）=检查完全正确（或完整）项目数/（总的检查项目数-不适用项目数）×100%。						
2.单项正确或完整率（%）=各单项检查结果正确（或完整）人数/（总的检查人数-不适用人数）×100%。						
备注：患者用药时的身份识别与查对按《安全用药管理质量评价标准》相关要求执行。						

十九、住院患者跌倒发生率（NQ1-07A）

定义：单位时间内，住院患者发生跌倒例次数（包括造成或未造成伤害）与住院患者实际占用床日数的千分比。

计算公式：

$$\text{住院患者跌倒发生率} = \frac{\text{住院患者跌倒例次数}}{\text{同期住院患者实际占用床日数}} \times 1000\text{‰}$$

意义：患者发生跌倒可能造成伤害，导致严重甚至危及生命的后果。通过对住院患者跌倒发生指标的监测，了解所在医疗机构或部门的跌倒发生率和伤害占比。通过根本原因分析和有效的对策实施，可以降低患者跌倒的风险及跌倒发生率，保障患者安全。

指标说明：统计住院患者在医疗机构任何场所发生的跌倒例次数。同一患者多次跌倒按实际发生例次计算。

包含：坠床。

排除：非医疗机构场所发生的跌倒、非住院患者（门诊、急诊留观室等）发生的跌倒、住院患儿生理性跌倒（小儿行走中无伤害跌倒）。

二十、住院患者2期及以上院内压力性损伤发生率（NQ1-08）

定义：单位时间内，住院患者2期及以上院内压力性损伤新发病例数与住院患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{住院患者 2 期及以上院内压力性损伤发生率} = \frac{\text{住院患者 2 期及以上院内压力性损伤新发病例数}}{\text{同期住院患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构院内压力性损伤发生的现状，与同级医疗机构进行横向比较，评价医疗机构压力性损伤管理的质量。

指标说明：（1）单位时间内患者入院24小时后新发的2期及以上压力性损伤例数。院外带入压力性损伤患者，若入院24小时后新发生的2期及以上压力性损伤计作1例。同一患者单位时间内发生1处或多处2期及以上压力性损伤（包括在不同科室发生的压力性损伤），均计作1例，期别按最高期别统计。压力性损伤定义与分期依照《美国国家压疮咨询委员会：压力性损伤定义与分期（2016版）》界定。

包含：2期及以上压力性损伤，深部组织损伤、不可分期、医疗器械相关性压力性损伤、粘膜压力性损伤。

排除：因动脉阻塞、静脉功能不全、糖尿病相关神经病变或失禁性皮炎等造成的皮肤损伤；社区获得性压力性损伤。

（2）住院患者总数为统计周期期初在院患者数与单位时间内新入院患者数之和。

包含：所有办理住院手续的患者。

排除：办理住院手续但实际未到达病区患者；母婴同室新生儿。

二十一、置管患者非计划拔管率（NQ1-09）

定义：非计划拔管又称意外拔管，是指住院患者有意造成或任何意外所致的拔管，即医护人员非诊疗计划范畴内的拔管。某类导管非计划拔管率指单位时间内住院患者发生某类导管非计划拔管的例次数与该类导管留置总日数的千分比。

计算公式：

（一）气管导管（气管插管、气管切开）非计划拔管率。

气管导管（气管插管、气管切开）非计划拔管率 = $\frac{\text{气管导管（气管插管、气管切开）非计划拔管例次数}}{\text{同期气管导管（气管插管、气管切开）留置总日数}} \times 1000\text{‰}$

（二）经口、经鼻胃肠导管非计划拔管率。

经口、经鼻胃肠导管非计划拔管率 = $\frac{\text{经口、经鼻胃肠导管非计划拔管例次数}}{\text{同期经口、经鼻胃肠导管留置总日数}} \times 1000\text{‰}$

（三）导尿管非计划拔管率。

导尿管非计划拔管率 = $\frac{\text{导尿管非计划拔管例次数}}{\text{同期导尿管留置总日数}} \times 1000\text{‰}$

（四）中心静脉导管（CVC）非计划拔管率。

CVC 非计划拔管率 = $\frac{\text{CVC 非计划拔管例次数}}{\text{同期 CVC 留置总日数}} \times 1000\text{‰}$

（五）经外周置入中心静脉导管（PICC）非计划拔管率。

PICC 非计划拔管率 = $\frac{\text{PICC 非计划拔管例次数}}{\text{同期 PICC 留置总日数}} \times 1000\text{‰}$

意义：有助于及时发现导管非计划拔管的现状、趋势、特征及危险因素，为其预防、控制和制定质量改进目标制定提供科学依据，提升医护服务的规范性、专业性。

说明：（1）某导管非计划拔管例次数指单位时间内留置某类导管的住院患者发生该类导管非计划拔管的例次数。同一住院患者在单位时间内发生的导管非计划拔管例次数按实际发生频次计算。

包含：患者自行拔除的导管；各种原因导致的导管滑脱；因导管质量问题及导管堵塞等情况需要提前拔除的导管；因导管相关感染需提前拔除的导管。

排除：医生根据患者病情转归程度，达到拔除导管指征，医嘱拔除导管；导管留置时间达到上限，应拔除或更换导管；非住院患者拔管，如门诊患者和急诊抢救患者。

(2) 某导管留置总日数指单位时间内住院患者留置某类导管的日数之和。留置导管每跨越0点1次计作1日，当天置入并拔除的不统计。带管入院患者以入院当日开始，每跨越0点1次计作1日；带管出院患者以出院日期为止。

包含：住院患者留置某类导管处于长期医嘱执行状态的日数。

排除：一次性插管患者插管日数、门急诊等非住院病区置管患者的留置日数。

二十二、医院感染发病率

定义：医院感染新发病病例是指观察期间发生的医院感染病例，即观察开始时没有发生医院感染，观察开始后直至结束时发生的医院感染病例，包括观察开始时已发生医院感染，在观察期间又发生新的医院感染的病例。医院感染发病（例次）率是指住院患者中发生医院感染新发病例（例次）的比例。

计算公式：

$$\text{医院感染发病（例次）率} = \frac{\text{医院感染新发病例(例次)数}}{\text{同期住院患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映医院感染总体发病情况。一般指月发病（例次）率和年发病（例次）率。

二十三、医院感染病例漏报率

定义：应当报告而未报告的医院感染病例数占同期应报告医院感染病例总数的比例。

计算公式：

$$\text{医院感染病例漏报率} = \frac{\text{应当报告而未报告的医院感染病例数}}{\text{同期应报告医院感染病例总数}} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构对医院感染病例报告情况及医院感染监测、管理情况。

二十四、医务人员手卫生依从率

定义：受调查的医务人员实际实施手卫生次数占同期调查中应实施手卫生次数的比例。

计算公式：

$$\text{医务人员手卫生依从率} = \frac{\text{受调查的医务人员实际实施手卫生次数}}{\text{同期调查中应实施手卫生次数}} \times 100\%$$

意义：描述医务人员手卫生实际执行依从程度，反映医务人员手卫生执行情况。

二十五、医务人员手卫生正确率

定义：医务人员在手卫生实际执行次数中正确执行次数所占的比例。

计算公式：

$$\text{手卫生正确率} = \frac{\text{手卫生正确执行次数}}{\text{观察期手卫生实际执行次数}} \times 100\%$$

意义：反映医务人员手卫生正确执行情况。

指标说明：主要通过直接观察法获取手卫生正确率数据。

二十六、环境卫生学监测合格率

定义：统计周期内环境卫生监测标本合格份数在环境卫生监测抽样标本中所占的比例。

计算公式：

$$\text{环境卫生学监测合格率} = \frac{\text{环境卫生监测标本合格份数}}{\text{统计周期内环境卫生监测抽样标本数}} \times 100\%$$

意义：反映医院感染防控能力和执行情况。

指标说明：通过对空气、压力灭菌器生物监测、内镜消毒后监测、工作人员手及物表监测、消毒液监测等指标来获取合格率数据。

二十七、三管感染发生率（血管内导管相关血流感染发病率、呼吸机相关肺炎发病率、导尿管相关泌尿系感染发病率）

（一）血管内导管相关血流感染发病率

定义：使用血管内导管住院患者中新发血管内导管相关血流感染的发病频率。单位：例/千导管日

计算公式：

$$\text{血管内导管相关血流感染发病率} = \frac{\text{血管内导管相关血流感染例次数}}{\text{同期患者使用血管内导管留置总天数}} \times 1000\%$$

意义：反映血管内导管相关血流感染情况和院感防控能力。

（二）呼吸机相关肺炎发病率

定义：使用呼吸机住院患者中新发呼吸机相关肺炎的发病率。单位：例/千机械通气日。

计算公式：

$$\text{呼吸机相关肺炎发病率} = \frac{\text{呼吸机相关肺炎例次数}}{\text{同期患者使用呼吸机总天数}} \times 1000\text{‰}$$

意义：反映呼吸机相关肺炎情况和院感防控能力。

（三）导尿管相关泌尿系感染发病率

定义：使用导尿管住院患者新发导管相关泌尿系感染的发病频率。单位：例/千导尿管日。

计算公式：

$$\text{导尿管相关泌尿系感染发病率} = \frac{\text{导尿管相关泌尿系感染例次数}}{\text{同期患者使用导尿管总天数}} \times 1000\text{‰}$$

意义：反映导尿管相关泌尿系感染情况和院感防控能力。

二十八、多重耐药菌感染检出率

定义：多重耐药菌检出菌株数与同期该病原体检出菌株总数的比例。

计算公式：

$$\text{多重耐药菌感染检出率} = \frac{\text{多重耐药菌检出菌株数}}{\text{同期该病原体检出菌株总数}} \times 100\%$$

意义：反映医院内多重耐药菌感染的总体情况和某种特定菌种多重耐药菌感染情况。

二十九、法定传染病报告率

定义：统计周期内法定传染病报告病例数与查出法定传染病例数的比例。

计算公式：

$$\text{法定传染病报告率} = \frac{\text{周期内法定传染病报告病例数}}{\text{统计周期内查出法定传染病例数}} \times 100\%$$

意义：有助于检查报告的及时性、准确率和完整性。

指标说明：将查出传染病病例与网络直报系统录入的报告卡进行核对，系统内有记录，视为报告数，否则为漏报。

三十、抗菌药物治疗前病原学送检率

定义：以治疗为目的使用抗菌药物的住院患者，使用抗菌药物前病原学检验标本送检病例数占同期使用抗菌药物治疗病例总数的比例。病原学检验标本包括：各种微生物培养、降钙素原、白介素-6等感染指标的血清学检验。

计算公式：抗菌药物治疗前病原学送检率= $\frac{\text{使用抗菌药物前病原学检验标本送检病例数}}{\text{同期使用抗菌药物治疗病例总数}} \times 100\%$

意义：反映抗菌药物使用的规范性。

三十一、职业防护与安全注射

检查项目	科室结果	住院号及结果
1.职业防护		
1.1 放置锐器盒，锐器使用后直接放入锐器盒内，锐器盒3/4 满时及时封口		
1.2 清理含有锐器的污物时应借助刷子、镊子等器械，而非徒手操作		
1.3 可能接触病人血液、体液的诊疗和护理操作时 必须戴手套；操作完毕脱去手套立即洗手，必要时进行手消毒		
1.4 可能发生血液、体液喷溅时，医务人员应戴手套、护目镜及具有防渗透功能的口罩；有可能发生血液、体液大面积喷溅时，应当穿具有防渗透功能的隔离衣		
1.5 职业暴露发生后应按照机构《血源性职业暴露处置报告流程》进行处置和上报		
2.安全注射		
2.1 树立安全注射意识，知晓掌握安全注射知识和技能，严格执行操作规程、强化标准预防观念		
2.2 配药、皮试、胰岛素注射、免疫接种时应一人一针一管一用		
2.3 严格执行查对制度，仔细检查药物的质量，如出现药液变质、浑浊、沉淀、过期或安瓿有裂痕等现象，不可使用		
2.4 医疗废物应正确分类处置，禁止用手直接抓取医疗废物，禁止二次分拣		

三十二、护理员工作质量考核评分表

护理员工作质量考核评分表

护理员姓名：

考核时间： 年 月 日

项目	考核要求标准	分值	总分	扣分标准 有以下情况酌情扣分	扣分	备注
职业道德	爱岗敬业，对服务对象有爱心耐心，服务态度好，得到家属满意和信赖。	5	13	说脏话、吵架、对服务对象态度差，服务对象或家属不满意		
	熟悉工作职责及质量标准，按要求完成分配工作任务。	5		工作态度差，主动性不强，甚至不服从工作安排。		
	团结协作，维护集体荣誉。	3		不团结，恶意伤害他人		
工作纪律	遵守各项规章制度。	6	15	违反各项制度，态度差		
	仪表着装整齐，勤洗头，不穿拖鞋上班，佩戴胸卡胸牌。	3		不注意自身形象，导致领导、家属对本院印象差		
	上班不迟到早退，不矿工，有事生病请假，上班期间不得擅自脱离岗位。	6		违反考勤制度，影响工作顺利开展。		
服务对象生活照料护理	按分级护理做好服务对象的基础护理和晚间护理。	8	44	护理不当造成服务对象摔伤、受凉、坠床、走失等。		
	房间规范管理，保持服务对象房间、床单整洁，勤换衣被，衣物无遗失。	8		房间混乱，床单不整洁，未及时换洗衣被衣物遗失		
	护理服务对象做到三短（头发、胡须、指甲）、四及时（巡视病房及时、观察病情及时、及时报告医生、及时抢救处置）、五到床（呼叫及时到床、饭前洗手到床、送水到床、送饭到床）、六洁（皮肤、头发、口腔、手足、会阴、肛门）。	8		未做到三短、四及时、五到床、六洁。		
	掌握服务对象的生活习惯和思想状况，耐心做好服务对象心理护理和疏导工作。	6		未与服务对象沟通，未及时发现和解决服务对象思想问题		
	保障服务对象安全，正确使用电器，预防火灾、烧伤、烫伤。	8		使用电器不当造成服务对象烧伤、烫伤、火灾。		
	做好服务对象用具清洁消毒。服务对象用具区分开，出入院消毒。	6		服务对象用具未定期消毒，便盆未清洗，衣被未晾晒		
填	完成新入住服务对象的接待工作，物品登记，做好交接班工作。	8	16	新入住服务对象物品不齐，登记不全，交接班不		

写资料				清		
	做好护理工作量登记	2		未认真登记工作量		
	在护士指导下，如实登记卧床服务对象翻身记录卡；根据服务对象需要，协助护士为其行局部按摩。	6		翻身卡未登记，翻身后未做局部按摩，导致压力性损伤。		
学习查房	主动按时参加业务学习	6	12	无故未参加护理相关知识学习		
	按时参加技能操作培训	6		无故未按时参加技能操作培训		
合计	护理考核总分_____分			扣分合计		
	技能考核成绩分	考核人				
	理论测试成绩_____分	考核人				
	总成绩_____分					

三十三、保洁员工作质量考核评分表

保洁员工作质量考核评分表

保洁员姓名：

考核时间： 年 月 日

项目	内容	总分	分值	扣分内容(理由)	扣分
操作规范	1.抹布、拖把按规定要求消毒。 2.按规定更换消毒水。 3.工作时做到走路轻、说话轻、动作轻 4.正确摆放使用清洁用具、用品。	8	2 2 2 2		
文明礼貌	1.拖地板时放置警示牌，并经常提醒服务对象和工作人员。 2.请勿吸烟，不要随地吐痰，扔垃圾。 3.服务态度、质量。 4.对不起，谢谢，这是我应做的。	8	2 2 2 2		
公共部位	1.地面干燥、光滑、无脚印、无垃圾。 2.墙壁、开关、踢脚线、门把手等无灰尘、无污垢。 3.金属部位无水渍，无污垢。 4.玻璃透明，无水渍，污垢，灰尘。 5.楼梯地面无垃圾，无污垢，扶手无灰尘。 6.墙面无蜘蛛网，立式烟筒光亮无污垢。	12	2 2 2 2 2 2		
办公室	1.台面、桌面无灰尘、污渍。 2.沙发茶几等无灰尘。 3.玻璃门，窗等无积尘。 4.地面墙面无污垢。	12	3 3 3 3		
服务对象 居室	1.桌、床、柜等无灰尘。 2.床架、门框、窗框、护墙板等无灰尘。 3.地面干净干燥，无垃圾。	12	4 4 4		
卫生间	1.无异味、地面干燥，无垃圾，无污垢。 2.坐便器、便池无灰尘、污迹。 3.镜面明亮，无灰尘、水迹、花斑。 4.洗面池、洗面台无脏物、污垢。 5.垃圾篓内手纸不超过三分之二	20	4 4 4 4 4		
外环境	1.绿化带内无垃圾杂物。 2.道路、广场干净无垃圾杂物。 3.明沟干净无积水，阴井无垃圾，果皮箱表面无污迹。 4.广告宣传栏无灰尘、玻璃干净明亮。	16	4 4 4 4		
其他	1.保洁员服装整洁。 2.保洁记录无或不规范。	12	6 6		
总分		100			

参 考 文 献

- [1] 《医疗废物管理条例》(中华人民共和国国务院令第 380号)
 - [2] 《护士条例》(中华人民共和国国务院令第517号)
 - [3] 《突发公共卫生事件应急条例》(中华人民共和国国务院令第588号)
 - [4] 《医院感染管理办法》(中华人民共和国卫生部第48号令)
 - [5] 《养老机构管理办法》(中华人民共和国民政部第66号令)
 - [6] 《综合医院分级护理指导原则(试行)》的通知(卫医政发〔2009〕49号)
 - [7] 《国家卫生计生委办公厅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)
 - [8] 《国家卫生计生委关于印发<国家基本公共卫生服务规范(第三版)>的通知》(国卫基层发〔2017〕13号)
 - [9] 《国家中医药管理局办公室 国家卫生计生委办公厅关于印发中医医疗技术相关性感染预防与控制指南(试行)的通知》(国中医药办医政发〔2017〕22号)
 - [10] 《医疗机构基本标准(试行)》(2017年版)(中华人民共和国卫生健康委员会)
 - [11] 《关于开展老年护理需求评估和规范服务工作的通知》(国卫发〔2019〕48号)
 - [12] 《人力资源社会保障部办公厅 民政部办公厅关于颁布养老护理员国家职业技能标准的通知》(人社厅发〔2019〕92号)
 - [13] 《生态环境部 国家卫生健康委员会关于印发医疗废物分类目录(2021年版)的通知》(国卫医函〔2021〕238号)
 - [14] 《医疗机构药事管理规定》(卫医政发〔2011〕 11号)
 - [15] 《人力资源社会保障部办公厅 国家卫生健康委办公厅关于颁布医疗护理员国家职业标准的通知》(人社厅〔2024〕21号)
 - [16] 《国家卫生健康委办公厅关于印发急诊医学等6个专业医疗质量控制指标(2024年版)的通知》(国卫办医政函〔2024〕150号)
 - [17] 四川省护理质量控制中心四川省医院护理质量管理评价标准(2023版)
 - [18] GB 15979 一次性使用卫生用品卫生标准
 - [19] GB/T 35796 养老机构服务质量基本规范
 - [20] GB/T 37276 养老机构等级划分与评定
 - [21] JGJ 450 老年人照料设施建筑设计标准
 - [22] WS/T 367 医疗机构消毒技术规范
 - [23] WS/T 431 护理分级
 - [24] DB32/T 4514-2023 养老机构等级评定工作规范
-