



# 长江三角洲区域地方标准

DB31/T 310027—2025  
DB32/T 310027—2025  
DB33/T 310027—2025  
DB34/T 310027—2025

---

## 社区慢性病健康管理机构建设与服务规范

Specifications for construction and service for community chronic  
disease health management institution

2025 - 08 - 13 发布

2025 - 12 - 01 实施

上海市市场监督管理局  
江苏省市场监督管理局  
浙江省市场监督管理局  
安徽省市场监督管理局

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 建设要求 .....	1
4.1 功能布局 .....	1
4.2 设施设备 .....	1
4.3 制度建设 .....	2
4.4 人员配置 .....	2
5 服务内容与要求 .....	2
5.1 分诊 .....	2
5.2 健康信息采集 .....	2
5.3 健康风险评估 .....	2
5.4 健康教育 .....	3
5.5 疾病筛查 .....	3
5.6 随访管理 .....	3
5.7 综合干预 .....	3
5.8 补充服务 .....	3
6 服务评价与改进 .....	3
6.1 服务评价 .....	3
6.2 服务改进 .....	3
附录 A（规范性） 社区慢性病健康管理机构标志 .....	4
A.1 社区慢性病健康管理机构标志 .....	4
A.2 标志标准色 .....	4
A.3 印刷输出精度 .....	4
附录 B（资料性） 社区慢性病健康管理机构分诊内容 .....	5
B.1 已纳入慢性病健康管理的对象 .....	5
B.2 未纳入慢性病健康管理的对象 .....	5
附录 C（资料性） 慢性病健康风险评估方法 .....	6
C.1 高血压高风险人群 .....	6
C.2 糖尿病高风险人群 .....	6
C.3 脑卒中高风险人群 .....	8
C.4 心血管病高危人群 .....	8
C.5 慢阻肺高风险人群 .....	8
C.6 结直肠癌高风险人群 .....	8
参考文献 .....	10

## 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。

本文件由上海市卫生健康委员会、江苏省卫生健康委员会、浙江省卫生健康委员会、安徽省卫生健康委员会提出并组织实施。

本文件由上海市疾病预防控制标准化技术委员会、江苏省卫生标准化技术委员会、浙江省卫生健康委员会、安徽省卫生健康委员会归口。

本文件起草单位：上海市疾病预防控制中心、江苏省疾病预防控制中心、浙江省疾病预防控制中心、安徽省疾病预防控制中心。

本文件主要起草人：施燕、程旻娜、王玉恒、周金意、钟节鸣、王华东、顾凯、杨群娣、陶然、杜文聪、张洁、陆凤、邢秀雅、徐伟、朱鼎良、蔡淳、李丽、徐焯、王焯菁、陈英、吴萃、金迎、杨美、俞英、洪忻、陆艳、刘付东、孙锋、何平、梁长流。

# 社区慢性病健康管理机构建设与服务规范

## 1 范围

本文件规定了社区慢性病健康管理机构的建设要求、服务要求、评价与改进要求。  
本文件适用于长三角地区社区慢性病健康管理机构建设及其提供的健康管理服务。

## 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/T 19634 体外诊断检验系统 自测用血糖监测系统通用技术条件

WS/T 545 远程医疗信息系统技术规范

## 3 术语和定义

下列术语和定义适用于本文件。

### 3.1

**慢性病** chronic disease; NCDs

慢性非传染性疾病 noncommunicable chronic disease

对一组起病时间长、一旦发病即病情迁延不愈的非传染性疾病的概括性总称。

### 3.2

**慢性病健康管理机构** chronic disease health management institution

从事高血压、糖尿病、慢阻肺、癌症等常见慢性病综合管理和防治的社区卫生服务中心或乡镇卫生院，为居民提供综合风险评估、疾病筛查、诊疗干预、监测随访和健康教育等服务，开展以人为核心多病共管的综合管理的组织。

## 4 建设要求

### 4.1 功能布局

#### 4.1.1 场地

应设置为独立的同一区域，使用面积宜大于50 m<sup>2</sup>。应结合社区卫生服务中心或乡镇卫生院内相关服务，设置等候、引导、测量、评估、诊疗等区域。

#### 4.1.2 标识

应设置统一的慢性病健康管理机构标志，标志图应符合附录A要求。

### 4.2 设施设备

4.2.1 应至少配备服务台、等候椅、测量桌椅和空调等基本设施设备。

4.2.2 应依据 WS/T 545 配备信息化设施设备，具备与居民电子健康档案、慢性病健康管理信息、临床诊疗、家庭医生签约服务等协同对接，实现业务管理动态质控、监管、分析和展示，支持通过互联网+服务等提供居民端自主健康管理的功能。

4.2.3 应配备支持身份证、医保卡、社保卡等多类型识别的身份识别设备。

4.2.4 应配备至少 127 cm 对角线的展示大屏，具备对慢性病健康管理机构业务数据进行动态展示的功能。

4.2.5 应配备网络，确保服务数据及时上传与下载。

4.2.6 应配备健康宣教设施设备或资源。

4.2.7 应配备以下测量及信息采集设施设备，设施设备支持数据实时自动上传，并能与慢性病健康管理相关信息系统对接。

- a) 通过国际标准方案（国际标准化组织-81060、欧洲高血压学会、英国高血压学会或美国医疗器械促进协会）认证的上臂式自动化电子血压测量设备。
- b) 取得国家医疗器械注册证，符合 GB/T 19634 规定的电子血糖检测设备。
- c) 取得国家医疗器械注册证的便携式肺功能检测设备。
- d) 取得国家医疗器械注册证的自动化电子身高体重测量设备。
- e) 电子腰臀围测量设备。
- f) 支持人机语音智能交互的智能语音信息采集设备，能与慢性病健康管理信息系统进行数据交互。
- g) 结直肠癌筛查设施配备, 包括:
  - 1) 支持居民自助进行结直肠癌筛查基本信息采集和风险评估;
  - 2) 提供便隐血自助检测试剂，隐血检测试剂应采用胶体金免疫层析法，最低检出量不高于 100 ng/mL，配有可密封的采样管，取得第二类医疗器械注册证;
  - 3) 通过信息技术实现结果自动判读和数据传输。

#### 4.3 制度建设

社区慢性病健康管理机构应建立健全管理制度、工作流程、操作规程、考核评估机制等。

#### 4.4 人员配置

社区慢性病健康管理机构应配备医务人员、社会工作者、志愿者等。现场工作人员应经过省级（市级）培训，考核合格后持证上岗。

### 5 服务内容与要求

#### 5.1 分诊

服务对象在社区慢性病健康管理机构挂号后，应为其提供分诊，根据分诊结果提供相应服务。分诊内容见附录B。

#### 5.2 健康信息采集

应通过健康档案、健康体检、临床诊疗等大数据平台自动获取健康信息，应通过现场测量和检测服务补充采集健康信息。采集的信息应包括身高、体重、腰围、臀围、血压、血糖、肺功能、便隐血等主要健康信息。

#### 5.3 健康风险评估

DB31/T 310027—2025、DB32/T 310027—2025、DB33/T 310027—2025、DB34/T 310027—2025

应对服务对象的健康管理信息进行综合评估,并每年更新一次,慢性病健康风险评估方法见附录C。

#### 5.4 健康教育

应根据健康风险评估结果,通过多形式多渠道开展健康教育,包括但不限于健康讲座、同伴教育、个性化教育、远程教育等。

#### 5.5 疾病筛查

应根据健康风险评估结果,对慢性病高风险人群提供高血压筛查、糖尿病筛查、慢阻肺筛查、脑卒中高风险人群筛查、结直肠癌筛查等疾病筛查服务。

#### 5.6 随访管理

应对高血压、糖尿病等慢性病患者开展随访,随访内容包括症状、服药依从性、血压血糖等主要指标、危险因素进展、靶器官损伤、并存临床疾病等,应至少每三个月随访一次。

#### 5.7 综合干预

应根据健康风险评估结果,提供针对性的营养、运动和戒烟等生活方式综合干预指导。

#### 5.8 补充服务

宜提供家庭医生签约、心理健康指导、相关诊疗等服务。

### 6 服务评价与改进

#### 6.1 服务评价

##### 6.1.1 日常监督检查

慢性病健康管理机构应对日常服务进行监督和管理,应有专门机构或专人受理投诉或意见反馈,并及时调查处理。

##### 6.1.2 定期评价

慢性病健康管理机构宜采取调查问卷、电话回访和互联网征集等方式,对服务进行定期评价,分析原因并及时整改。

##### 6.1.3 满意度评价

宜引入第三方服务机构开展慢性病健康管理服务满意度评价。

#### 6.2 服务改进

应建立慢性病健康管理机构管理与服务情况的需求反馈和动态监测机制,针对服务评价发现的问题,采取改进措施,持续提升服务质量。

附录 A

(规范性)

社区慢性病健康管理机构标志

A.1 社区慢性病健康管理机构标志

应使用符合图A.1规定的社区慢性病健康管理机构标志。



图A.1 社区慢性病健康管理机构标志图

A.2 标志标准色

色彩值符合：

——PANTONE：7473C；

——RGB：R:3，G:141，B:137；

——CMYK：C:81，M:32，Y:51，K:0。

A.3 印刷输出精度

常用纸张的印刷输出精度为：

——铜版纸 175 dpi；

——新闻纸 100 dpi；

——国产胶版纸 133 dpi；

——进口胶版纸 150 dpi。

## 附录 B

(资料性)

### 社区慢性病健康管理机构分诊内容

#### B.1 已纳入慢性病健康管理的对象

##### B.1.1 慢性病高风险人群

为以下慢性病高风险人群提供相应的分诊服务：

- a) 高血压高风险人群：提供血压测量、慢性病风险评估服务；
- b) 糖尿病高风险人群：提供血糖测量、慢性病风险评估服务；
- c) 脑卒中高风险人群：提供血压测量、血糖测量、慢性病随访、慢性病风险评估服务。

##### B.1.2 慢性病疾病人群

为以下慢性病疾病人群提供相应的分诊服务：

- a) 高血压患者：提供血压测量、身高体重测量、腰臀围测量、慢性病随访、慢性病风险评估服务；
- b) 糖尿病患者：提供血压测量、血糖测量、身高体重测量、腰臀围测量、慢性病随访、慢性病风险评估服务。

#### B.2 未纳入慢性病健康管理的对象

为以下年龄段人群提供相应的分诊服务：

- a) 35岁（含）~40岁（含）对象：提供血压测量、身高体重测量、腰臀围测量、慢性病风险评估服务；
- b) 40岁~50岁（含）对象：提供血压测量、身高体重测量、腰臀围测量、慢阻肺症状问卷、禁忌症评估、肺功能检测、慢性病风险评估服务；
- c) 50岁~65岁（含）对象：提供血压测量、身高体重测量、腰臀围测量、慢阻肺症状问卷、禁忌症评估、肺功能检测、结直肠癌筛查、慢性病风险评估服务；
- d) 65岁~74岁（含）对象：提供血压测量、身高体重测量、腰臀围测量、结直肠癌筛查、慢性病风险评估服务；
- e) 35岁以下或74岁以上对象：提供慢性病风险评估服务。

## 附录 C

(资料性)

### 慢性病健康风险评估方法

#### C.1 高血压高风险人群

具有以下1项及以上情况者，即可视为高血压高风险人群：

- a) 收缩压介于 130 mmHg~139 mmHg 之间或舒张压介于 85 mmHg~89 mmHg 之间；
- b) 体重指数大于等于 24 kg/m<sup>2</sup> 和（或）中心型肥胖（男性腰围大于等于 90 cm，女性腰围大于等于 85 cm）；
- c) 一级亲属有高血压病史；
- d) 年龄大于等于 55 岁；
- e) 长期的过量饮酒史（每次饮白酒量至少 100 mL，且每周饮酒至少 4 次）；
- f) 长期高盐膳食。

#### C.2 糖尿病高风险人群

具有以下1项及以上情况者，即可视为糖尿病高风险人群：

- a) 有糖尿病前期史；
- b) 年龄大于等于 35 岁；
- c) 体重指数大于等于 24 kg/m<sup>2</sup> 和（或）中心型肥胖（男性腰围大于等于 90 cm，女性腰围大于等于 85 cm）；
- d) 一级亲属有糖尿病史；
- e) 缺乏体力活动者；
- f) 有巨大儿分娩史或有妊娠期糖尿病（GDM）病史；
- g) 有多囊卵巢综合征（PCOS）病史；
- h) 有黑棘皮病者；
- i) 有高血压史，或正在接受降压治疗者；
- j) 高密度脂蛋白胆固醇小于 0.90 mmol/L 和（或）甘油三酯大于 2.22 mmol/L，或正在接受调脂药治疗者；
- k) 有动脉粥样硬化性心血管疾病（ASCVD）史；
- l) 有代谢相关脂肪性肝病（MASLD）者；
- m) 有胰腺炎病史；
- n) 接受抗病毒治疗的获得性免疫缺陷综合征（AIDS）患者；
- o) 有类固醇类药物使用史；
- p) 长期接受抗精神病药物或抗抑郁症药物治疗；
- q) 应用表 C.1 对糖尿病风险评分，总分大于等于 25 分。

表 C.1 中国糖尿病风险评分表

指标项目	指标值	分值
年龄 (岁)	20~24	0
	25~34	4
	35~39	8
	40~44	11
	45~49	12
	50~54	13
	55~59	15
	60~64	16
	65~74	18
体重指数 (kg/m <sup>2</sup> )	<22.0	0
	22.0~23.9	1
	24.0~29.9	3
	>30.0	5
腰围 (cm)	男: <75.0, 女: <70.0	0
	男: 75.0~79.9, 女: 70.0~74.9	3
	男: 80.0~84.9, 女: 75.0~79.9	5
	男: 85.0~89.9, 女: 80.0~84.9	7
	男: 90.0~94.9, 女: 85.0~89.9	8
	男: >95.0, 女: >90.0	10
收缩压 (mmHg)	<110	0
	110~119	1
	120~129	3
	130~139	6
	140~149	7
	150~159	8
	≥160	10
糖尿病家族史 (父母、同胞、子女)	无	0
	有	6
性别	女	0
	男	2

### C.3 脑卒中高风险人群

年龄在35岁以上的居民，既往有脑卒中或短暂性脑缺血发作病史或具有以下任意3项者，即可视为脑卒中高风险人群：

- a) 高血压病史（大于等于 140/90 mmHg），或正在服用降压药；
- b) 房颤或明显的脉搏不齐；
- c) 吸烟；
- d) 血脂异常或未知；
- e) 糖尿病；
- f) 很少进行体育活动；

注：体育活动指每周锻炼至少3次、每次至少30分钟、持续时间超过1年，从事农业体力劳动可视为有体育活动。

- g) 明显超重或肥胖（体重指数大于等于 26 kg/m<sup>2</sup>）；
- h) 有卒中家族史。

### C.4 心血管病高危人群

具有以下任意1项者，即可视为10年心血管病发病风险高危人群：

- a) 糖尿病患者；
- b) 低密度脂蛋白胆固醇大于等于 4.9 mmol/L；
- c) 慢性肾脏病为 3 期或 4 期；
- d) 正常高值血压，同时具有 3 个危险因素；

注：危险因素包括吸烟、低高密度脂蛋白胆固醇、男性大于等于45岁或女性大于等于55岁，危险因素的水平均为干预前的水平。

- e) 高血压，同时具有至少 1 个危险因素。

### C.5 慢阻肺高风险人群

具有以下1项及以上情况，即可视为慢阻肺高风险人群：

- a) 年龄大于等于 35 岁；
- b) 吸烟或长期接触“二手烟”污染；
- c) 患有某些特定疾病，如支气管哮喘、过敏性鼻炎、慢性支气管炎、肺气肿等；
- d) 一级亲属中有慢阻肺家族史；
- e) 居住在空气污染严重地区，尤其是二氧化硫等有害气体污染的地区；
- f) 长期从事接触粉尘、有毒有害化学气体、重金属颗粒等工作；
- g) 在婴幼儿时期反复患下呼吸道感染；
- h) 居住在气候寒冷、潮湿地区以及使用燃煤、木柴取暖；
- i) 维生素 A 缺乏或胎儿时期肺发育不良；
- j) 营养状况较差，体重指数较低。

### C.6 结直肠癌高风险人群

具有以下1项及以上情况，即可视为结直肠癌高风险人群。

- a) 一级亲属有结直肠癌病史。
- b) 本人有癌症史。
- c) 本人有肠道息肉史。
- d) 两次粪便隐血检测任意一次阳性。
- e) 同时具有以下两项或两项以上者：

DB31/T 310027—2025、DB32/T 310027—2025、DB33/T 310027—2025、DB34/T 310027—2025

- 1) 慢性便秘（近两年来便秘每年在两个月以上）；
- 2) 慢性腹泻（近两年来腹泻累计持续超过三个月，每次发作持续时间在一周以上）；
- 3) 粘液血便；
- 4) 重大精神创伤或痛苦事件；
- 5) 慢性阑尾炎或阑尾切除史；
- 6) 慢性胆道疾病史或胆囊切除史。

### 参 考 文 献

- [1] 中国防治慢性病中长期规划（2017—2025年）（国办发〔2017〕12号）
  - [2] 国家基本公共卫生服务规范（第三版）（国卫基层发〔2017〕13号）
  - [3] 慢性阻塞性肺疾病患者健康服务规范（试行）（国卫办基层函〔2024〕336号）
  - [4] 健康上海行动（2019—2030年）（沪府发〔2019〕16号）
  - [5] 上海市防治慢性非传染性疾病中长期规划（2018—2030年）（沪府办发〔2018〕28号）
  - [6] 江苏省慢性病防治中长期规划（2018—2025年）（苏政办发〔2018〕3号）
  - [7] 浙江省防治慢性病中长期规划（2017—2025年）（浙政办发〔2017〕130号）
  - [8] 安徽省防治慢性病中长期规划（2017—2025年）（皖政办秘〔2017〕242号）
  - [9] 上海市加强公共卫生体系建设三年行动计划（2023—2025年）（沪府办发〔2023〕9号）
  - [10] 上海市社区卫生服务机构功能与建设指导标准（沪卫规〔2020〕11号）
  - [11] 上海市推进社区医院建设工作方案（沪卫基层〔2020〕13号）
  - [12] 上海市社区健康管理规范——慢性病综合防治（2017年版）（沪卫计疾控〔2017〕3号）
  - [13] 上海市脑卒中高危人群筛查和干预工作方案（沪卫计疾控〔2016〕10号）
  - [14] 卫生部疾病预防控制局. 癌症早诊早治项目技术方案:2011年版[J]. 人民卫生出版社, 2011.
  - [15] 《中国高血压防治指南》修订委员会. 中国高血压防治指南（2024年修订版）[J]. 中华高血压杂志（中英文）, 2024, 32(7):603.
  - [16] 中华医学会糖尿病学分会. 中国糖尿病防治指南（2024年版）[J]. 中华糖尿病杂志, 2025, 17(1):16-139.
  - [17] 《中国心血管病一级预防指南基层版》[J]. 中华医学信息导报, 2023(9).
  - [18] 中华医学会, 中华医学会杂志社, 中华医学会全科医学分会, 等. 慢性阻塞性肺疾病基层诊疗指南(2018年)[J]. 中华全科医师杂志, 2018, 017(011):856-870.
  - [19] 中华医学会呼吸病学分会肺功能专业组. 肺功能检查指南(第二部分)——肺量计检查[J]. 中华结核和呼吸杂志, 2014, 37(7):481-486.
  - [20] 王文, 张维忠, 孙宁玲等. 中国血压测量指南[J]. 中华高血压杂志, 2011, 19(12):1101-1115.
-