

# 西安市莲湖区精神障碍社区康复采购合同

甲方：西安市莲湖区民政局（购买方）

乙方：西安安定医院（中标人）

乙方于2024年7月22日参加了“莲湖区2024年精神障碍社区康复服务”政府采购活动，经评标委员会评审确定乙方为“包1”中标人，按照根据《中华人民共和国民法典》《中华人民共和国政府采购法》《市民政局 市财政局 卫健委 市残联关于印发〈2024年全面推进“精康融合行动”工作实施方案〉的通知》（市民发〔2024〕36号）等文件有关规定，以及招标文件要求，为保证所购的服务质量，明确双方的权利义务，甲乙双方在平等、自愿、协商一致的基础上，就有关事宜达成如下协议：

## 第一条 服务项目名称概述

项目名称：莲湖区精神障碍社区康复服务中心建设项目

项目编号：BYZX2024-111（采购包1）

项目周期：2024年8月1日—2025年7月31日

项目实施地点：西安市莲湖区

项目内容：挂牌成立“西安市莲湖区精神障碍社区康复中心”，承担“莲湖区精神障碍社区康复中心”的整体运营服务，康复地点对外公布，接受群众咨询和康复，设立开展服务所需的服务场所，服务场地内应配置必要的精神障碍康复设施设备，服务场地

符合消防等规范要求，按照福彩公益金有关使用规定，使用规范标志、文字、标牌对福彩公益金进行宣传。包括活动室、功能室、档案室，建立完善的工作制度，配备专业医疗人员、心理咨询师、护理人员、社会工作师和日常工作人员，维护精康系统相关数据，全面摸排莲湖区开始精神障碍社区康复人员，建档人数不低于200人，统筹全区相关街道精神障碍社区康复服务站开展社区康复活动和服务，开展服务不低于120人，每人服务不低于20次。协助开展精神障碍社区康复业务技能培训，协助各街道、街道社区卫生服务中心、社工站等开展精神障碍社区康复知识宣传，有效提升群众对精神障碍社区康复的理解和认识。（详见附件：莲湖区2024年精神障碍社区康复服务项目实施方案）

## **第二条 项目要求**

1. 登记建档和基线评估。精神障碍社区康复意愿患者登记建档人数至少200人以上。对患者基本情况进行规范登记建档，详细了解患者精神和身体健康状况、家庭结构、成长过程等；填写《心理社会功能评估表》和《精神状况综合评估表》。

2. 康复训练活动。为至少120名患者提供社区康复服务，包括入户探访、康复或政策咨询等基础服务；服药训练、心理康复、预防复发训练、躯体管理训练、生活技能训练、社交能力训练、职业康复训练等专业服务；促进社区居民与精障患者及其家庭互动和融合等其他活动性服务。登记精神障碍社区康复患者规范服务率达50%以上；登记并开展服务的精神障碍康复患者人均年服

务次数达 20 次以上。通过组织集体活动、集中培训、个案追踪、上门访问、电话访问等形式，提供定点服务或居家康复服务。每年开展个案康复不少于 5 人，其中形成 1-2 个经典案例。

3. 培训与宣传。组织精神障碍社区康复服务人员培训，每年至少 1 次；开展各种形式的宣传，引导社区居民接纳精神障碍患者，为精神障碍患者提供社区融入服务。

### 第三条 资金拨付

1. 乙方按招标文件要求完成“莲湖区精神障碍社区康复服务工作方案”，经甲方确认符合实施条件后向乙方支付服务总价款：¥：298780.00。（大写：贰拾玖万捌仟柒佰捌拾元整）

#### 2. 拨付时间及拨付方式

合同签订后以后，收到乙方开具正式发票后甲方走完所有财务程序，达到付款条件起 20 日内，支付合同总金额的 100.00%。

#### 3. 乙方账户名称：西安安定医院

账号：3700023809006696807

开户行：中国工商银行西安星火路支行

### 第四条 合同期限与终止

1. 合同期限 12 个月，自 2024 年 8 月 1 日—2025 年 7 月 31 日止。

#### 2. 合同的续签及终止

(1) 项目实施验收合格，下一年度可优先考虑乙方为承接单位，进行项目续签；

(2) 乙方服务能力丧失，致使服务无法正常进行的，项目可终止进行；

(3) 发生政策或服务对象变化等不可抗力因素导致合同无法正常履行的，项目可终止进行；

(4) 发现乙方已不符合《民法典》《政府采购法》《市民政局 市财政局 卫健委 市残联关于印发〈2024年全面推进“精康融合行动”工作实施方案〉的通知》（市民发〔2024〕36号）等文件规定的承接主体应具备的条件，造成合同无法履行的，项目可终止进行。

(5) 其他甲方认为乙方无法继续服务的情形。

## **第五条 项目绩效评估**

乙方承接服务项目后，由甲方对项目实施情况进行过程跟踪和必要监督。项目完成后，甲方会同市民政局和评估机构对项目的工作绩效、服务对象受益情况、公众满意度等进行评估，并对资金使用情况审计。

## **第六条 双方权利义务**

### **(一) 甲方权利义务**

1. 甲方负责在协议签订前确定购买项目的实施标准或规范。
2. 按期了解掌握项目进度及资金使用情况，进行必要的监督检查。
3. 组织第三方对乙方实施项目情况进行评估。
4. 按约定拨付资金。

## (二) 乙方权利义务

1. 乙方可要求甲方按本合同的规定按时足额拨付项目经费。
2. 乙方应按时、按标准完成项目任务。
3. 乙方应按要求按期如实报告项目进展情况。
4. 乙方未能按期完成约定服务内容, 应将相应款项返还甲方。服务人数不足的, 每人返还 3700 元; 服务次数不够的, 每缺少 1 次返还 185 元。返还资金交至国库。

## 第七条 违约责任

### (一) 违约行为:

除不可抗力外, 甲方无故终止项目、不按期委托评估项目、不按约定付款、不能按约定结算等故意违反约定的行为视为违约。

除不可抗力外, 乙方未按约定完成目标任务、不能达到约定标准(规范)、有意拖延项目实施或者在实施项目过程中存在虚假欺骗等行为视为违约。

### (二) 违约责任: 按项目总价款的 5% 的金额计取违约金。

在合同履行过程中, 双方因违约或重大过失造成对方经济损失的应当赔偿。甲乙双方违约的, 各方应进行平等协商。协商不成的, 可以向甲方所在地有管辖权的人民法院提起诉讼。

乙方违约的, 甲方有权采取单方面终止合同、取消乙方承接主体资格、追回拨款的本金和利息、要求赔偿违约金。

本合同一式叁份, 甲乙双方各执一份、区财政局备案一份, 经甲、乙方法定代表人签字并盖章之日起生效。本合同未尽事宜,

可以另行制定补充条款，补充条款与正文具有同等法律效力。

甲方（公章）



乙方（公章）



单位名称：西安市莲湖区民政局

单位名称：西安安定医院

代表人或授

代表人或授

权委托人：

权委托人：



Handwritten signature of the representative of the hospital.

地 址：莲湖区庙后街 169 号

地 址：西安市莲湖区未央路  
10 号秦岭国际 1-5 层

电 话：029-87374869

电 话：17792769837

日 期：2024 年 7 月 30 日

日 期：2024 年 7 月 30 日

# 莲湖区 2024 年精神障碍社区康复服务项目 实施方案

## 一、项目背景

2017 年，民政部会同财政部、卫生计生委、中国残联起草的《关于加快精神障碍社区康复服务发展的意见》印发，明确“社会化、综合性、开放式”的精神障碍社区康复服务体系有利于预防精神障碍患者致残致贫，促进患者家庭减轻负担，努力实现残疾人“人人享有康复服务”目标。2023 年 11 月西安市民政局会同市卫健委、市财政局、市残联四部门联合下发了《关于开展“精康融合行动”的通知》明确了任务，为了更好服务精神障碍对象，西安市莲湖区民政局以西安安定医院为依托，成立精康融合服务中心。制定社区康复计划统筹实施社区康复的各项措施，探索建立精康服务各项机制及标准，为将来广泛开展精神障碍社区康复服务起到示范引领作用。

## 二、项目介绍

**2.1 项目目标：**一是配合完成全区适宜康复人数底数排摸，为后续全区铺开精康服务提供合理依据；二是配合建立相关机制体制，为后续全区广泛开展精康服务提供支撑；三是为社区精障患者开展规范康复服务。最终形成具有莲湖区特色服务体系，打造属于莲湖区乃至全市精康服务的金名片。

### 2.2 服务对象：

莲湖区有康复需求的居家精神障碍患者，且满足以下条件：

(1) 生活自理且有疾病诊断书或残疾证类型为精神残疾的精神障碍患者。

(2) 其中严重精神障碍患者经街道精神卫生综合管理小组病情随访，近 6 个月危险等级评估为 0 级，门诊及出院的其他精神障碍患者，经医生评定后精神症状基本缓解。

(3) 不伴有其他重大躯体疾病（心、脑血管疾病等）及传染性疾病（活动期肝炎、结核等）；有家庭监护人。

**2.3 项目周期：**2024 年 8 月 1 日—2025 年 7 月 31 日

### **三、成立工作小组**

成立“精康融合行动”工作领导小组，负责总体安排部署我院精康融合工作，统筹推进合理布局精康服务具体工作协调解决工作中遇到的矛盾问题。组成人员如下：

组长：王文健

副组长：张彦亭 袁伟

组员：王志强、杨笑时、杜娥、邓彩玲、周海侠、严阿曼、刘飞刚、张瑜、陈忠密、陈蓉、张婷钰

下设办公室：下设办公室由项目办主任周海侠兼任。领导小组负责精康融合服务工作方案、管理工作制度和规范服务的制订，定期检查分析工作进展情况，根据计划有序推进。

### **四、具体工作内容**

#### **3.1 落实各项服务前期准备**



### 子项 1：摸清全区适宜精康服务底数

确认《莲湖区精障患者社区康复适宜性评定表》，在区民政局指导下对接卫健局、残联部门，掌握全区患者基本情况、风险情况（包括既往行为、应激事件处置、服药情况、监护情况）、行动能力、就业状态等，初步确定全区适宜康复对象底数情况。

### 子项 2：建立个案管理团队

由西安安定医院组织精神科医生、心理咨询师、康复治疗师、护士组成个案管理团队，与患者及家属共同制定个体康复计划，针对患者情况进行精准康复。

### 子项 3：提供精神障碍社区康复服务场地

将西安安定医院现有活动场地西安市莲湖区振华北巷电子大楼二楼，进行设施设备标识调整，以满足精康服务站功能需求。根据项目需要，场地内需包括：办公室、心理咨询室、音乐室、职业康复区、运动康复区、阅览室/休息室，便于后续服务开展。

### 子项 4：探索创建督导培训机制

服务内容：与民政局、卫健局、及其委托的专家技术组进行讨论，确认本区精康服务评价标准，形成《莲湖区精康服务评估细则》；建立培训制度、制定培训计划、评估培训效果等，形成精康从业人员培训体系系统培训流程。对各类服务人员开展多层次培训，使其了解开展精神康复工作的相关政策、知识和技术。（包括基本的精神康复技术、家属支持技术、心理咨询技术等。）

## 3.2 开展精神障碍社区康复试点服务

### **子项 1：服务对象调研**

与区精防办对接，对莲湖区内《适宜康复对象底数名单》上的患者进行走访调研，确认服务对象意愿及需求。对有意愿参与社区康复的对象填写登记《基本情况登记表》，不少于 200 人。并对其进行分类标签管理：一类对象指需要进行居家康复指导服务的居家康复对象；二类对象指可以前往西安安定医院进行定时定点治疗的规范康复对象；三类对象指希望在医院得到系统治疗的精神障碍患者。预计服务对象为 200 人。

#### **社区康复需满足：**

1. 希望每日进行康复训练，但又不愿住院。
2. 生活自理能力差，需要有人照料，而家属忙于工作，无法顾及患者，无传染性疾病，有康复需求的精神障碍患者。

#### **居家康复需满足：**

1. 无业，有一定自理能力，自愿选择居家康复服务，无传染性疾病的精神疾病患者。
2. 行动不便的精神障碍患者。

#### **收治入院需满足：**

1. 生活自理能力差，其监护人因病或因残、或特别困难、确实无能力提供照料的精神障碍患者。
2. 希望在医院得到系统治疗的精神障碍患者。

### **子项 2.1：规范康复对象—评估服务**

服务内容：为莲湖区内的二类规范康复对象进行包括心理社

交功能、精神状态、社会功能缺陷等全面评估，并使用基于专业心理学的客观评估工具，进行包括精神压力及认知功能的客观评估，并进行建档，制定个性化的《年度康复计划》。

### 子项 2.2: 规范康复对象一 个案训练

服务内容: 借助科学的康复训练手段，每月定期以健康管理训练、社交训练为主的个案干预服务（预计不少于 200 人次），训练内容包括但不限于：呼吸训练、情绪识别、正念冥想、音乐训练等情绪功能训练；记忆力、空间综合能力等认知功能训练等。

### 子项 2.3: 规范康复对象一 团体训练

服务内容: 定期进行以躯体管理训练、生活技能训练、社会融合活动为主的团体训练服务，训练内容包括但不限于手工劳作、收纳整理等。具体课程（认知训练为例）可参考如下：

| 节次 | 主题        | 目的                                      |
|----|-----------|---|
| 1  | 相见欢（自我介绍） | 加快小组成员融入氛围，提高后续服务参与率                    |
| 2  | 忆往昔       | 通过回忆刺激长期记忆，小游戏训练短期记忆                    |
| 3  | 我是演讲家     | 通过准备训练记忆，通过讲演提升自信及语言能力，通过倾听点评提高注意力及表达能力 |
| 4  | 爱劳动       | 通过准备情景活动道具训练空间，执行等能力                    |
| 5  | 倡交流       | 通过情景模拟提升人际交往                            |
| 6  | 畅未来       | 通过回顾分享，提升自信及长期意愿                        |

### 子项 2.4: 规范康复对象一 成效复评

服务内容: 干预周期结束后，分别对服务对象康复效果进行再次评估，通过前后数据对比分析验证服务成效，并形成《康复成效分析报告》。并选择其中进步最明显的 1 位作为经典案例进行跟踪访谈，打造优秀学习模范，为精障群体增加康复信心。

### 子项 3: 支持康复对象一 居家康复支持

服务内容:制作《精神障碍社区居家自我康复指导手册》(不少于100份),内容包括正确认知精神障碍、居家自我情绪放松方法、居家认知简易训练游戏等实用技巧,为辖区内一类服务对象进行发放、讲解、讲座等,并邀请关注“西安安定医院”微信公众号;账号定期进行《精神障碍居家康复小知识》的内容推送。并定期为有居家康复需求的对象进行上门服务,帮助服务对象足不出户,尽享康复。

#### 子项4:支持康复对象—社区融合互动

服务内容:走访排摸周边园区、文娱场所、慈善中心等资源,构建社区融合服务网络,开展包括但不限于工疗、娱疗等服务(周期内不少于6场),为服务对象提供物质收获、精神满足,建立对象自信。

#### 子项5:支持康复对象—家庭赋能服务

服务内容:针对被服务对象照护者组织照料者培训活动(周期内不少于10场),通过授课方式为精障群体家属提供专业性知识学习,提高社区精障群体家属照料与沟通能力。或开展家属沙龙活动,通过组织沙龙活动,通过案例分享,认知引导,正念训练等方式减轻精神障碍患者家属心理压力,具体课程可选如下:

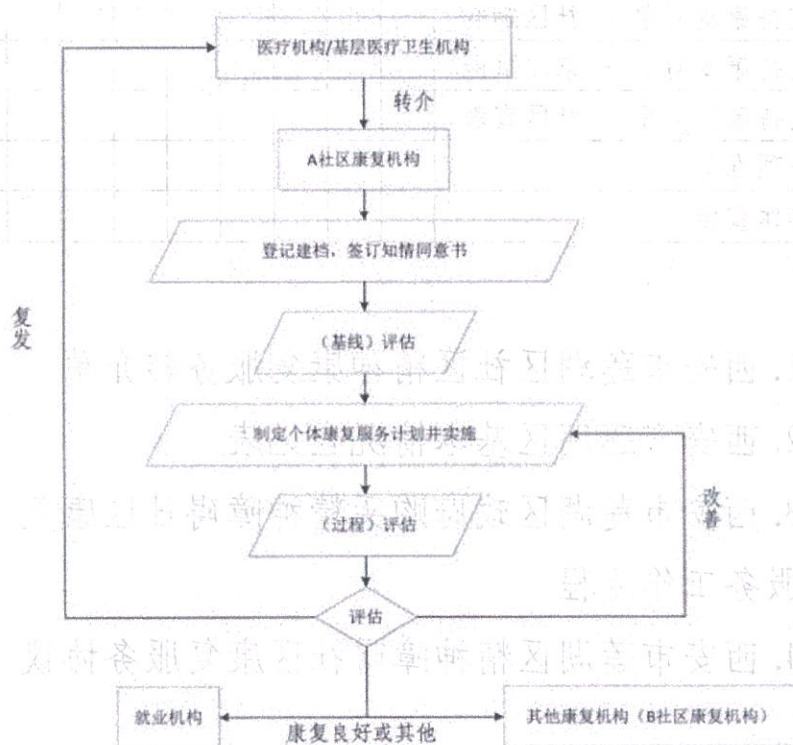
| 一、家庭照料者培训服务       |                |       |
|-------------------|----------------|-------|
| 认识精神疾病及常见症状(基本科普) | 精神疾病饮食指南(营养管理) |       |
| 危机处理小锦囊(自我保护)     | 精神疾病运动指南(运动管理) |       |
| 精神疾病沟通指南(沟通管理)    | 精神疾病睡眠指南(睡眠管理) |       |
| 精神疾病药物指南(用药管理)    | 精神疾病睡眠指南(安全管理) |       |
| 二、减压沙龙活动          |                |       |
| 自我困扰与消化           | 音乐沙龙           | 心灵绘画  |
| 我的宣泄方式            | 睡眠引导           | 把压力吹爆 |

### 子项 6：支持康复对象—社区宣教活动

服务内容：组织 2 场社区宣讲活动，围绕“4/2 世界孤独症日”“3/21 世界睡眠日”“5 月全国助残日”“10 月世界精神卫生日”“12/3 国际残疾人日”等主题节日开展系列活动，通过专家讲座、互动游戏、案例分享等多元化形式，呼吁更多社区居民理性看待精神障碍群体，给予友善及包容，进而构建社区良好氛围。

### 子项 7：转出

康复良好的患者可离开社区康复机构，回归社会。如患者康复需求发生变化，转介至其他相应康复机构。



精神障碍社区康复服务工作流程图

## 五、项目实施进度

| 分类             | 子项            | 2024年 |   |    |    |    | 2025年 |   |   |   |   |   |   |
|----------------|---------------|-------|---|----|----|----|-------|---|---|---|---|---|---|
|                |               | 8     | 9 | 10 | 11 | 12 | 1     | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 落实各项服务<br>前期准备 | 摸清全区适宜精康服务底数  |       |   |    |    |    |       |   |   |   |   |   |   |
|                | 配合创建评估转介机制    |       |   |    |    |    |       |   |   |   |   |   |   |
|                | 提供康复场地        |       |   |    |    |    |       |   |   |   |   |   |   |
|                | 探索创建督导培训机制    |       |   |    |    |    |       |   |   |   |   |   |   |
|                | 服务对象走访        |       |   |    |    |    |       |   |   |   |   |   |   |
|                | 规范康复对象 - 评估计划 |       |   |    |    |    |       |   |   |   |   |   |   |
|                | 规范康复对象 - 个案康复 |       |   |    |    |    |       |   |   |   |   |   |   |
|                | 规范康复对象 - 团体康复 |       |   |    |    |    |       |   |   |   |   |   |   |
|                | 规范康复对象 - 成效复评 |       |   |    |    |    |       |   |   |   |   |   |   |
|                | 支持康复对象 - 居家指导 |       |   |    |    |    |       |   |   |   |   |   |   |
|                | 支持康复对象 - 社区融合 |       |   |    |    |    |       |   |   |   |   |   |   |
|                | 支持康复对象 - 家庭赋能 |       |   |    |    |    |       |   |   |   |   |   |   |
| 支持康复对象 - 社区宣教  |               |       |   |    |    |    |       |   |   |   |   |   |   |
| 服务验收准备         | 结项准备          |       |   |    |    |    |       |   |   |   |   |   |   |
|                | 媒体宣传          |       |   |    |    |    |       |   |   |   |   |   |   |

- 附件：1. 西安市莲湖区社区精神康复服务转介单  
 2. 西安市莲湖区基本情况登记表  
 3. 西安市莲湖区政府购买精神障碍社区康复  
 服务工作流程  
 4. 西安市莲湖区精神障碍社区康复服务协议

## 西安市莲湖区社区精神康复服务转介单

|          |        |       |  |
|----------|--------|-------|--|
| 姓 名      |        | 性 别   |  |
| 民 族      |        | 联系电话  |  |
| 身份证号码    |        |       |  |
| 住 址      |        |       |  |
| 监护人姓名及电话 |        | 与患者关系 |  |
| 康 复 需 求  |        |       |  |
| 转介至      | (机构名称) |       |  |
| 评估机构名称   |        |       |  |
| 评 估 人    |        |       |  |
| 评 估 时 间  |        |       |  |

安  
用  
2019

## 附件 2

## 西安市莲湖区基本情况登记表

|                         |  |       |  |       |
|-------------------------|--|-------|--|-------|
| 登记日期                    | 年 月 日  |       |  |       |
| 姓名                      |  | 性别    |  |       |
| 民族                      |  | 联系电话  |  |       |
| 身份证号码                   |  |       |  |       |
| 家庭住址                    |  |       |  |       |
| 我已理解工作人员讲解的内容，自愿参加康复活动。 |  |       |  |       |
| 患者签名：                   |  |       |  |       |
| 签字时间： 年 月 日             |  |       |  |       |
| 婚姻状况                    | <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 离婚 <input type="checkbox"/> 丧偶 <input type="checkbox"/> 分居 <input type="checkbox"/> 其它  |       |  |       |
| 居住情况                    | <input type="checkbox"/> 与亲属共同生活 <input type="checkbox"/> 与朋友共同生活 <input type="checkbox"/> 独自生活，但家人定时探望 <input type="checkbox"/> 独自生活  |       |  |       |
| 家庭电话                    |  | 联系人姓名 |  | 联系人电话 |
| 共同居住者<br>(可多选)          | <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 同胞<br><input type="checkbox"/> 亲戚 <input type="checkbox"/> 朋友 <input type="checkbox"/> 同学 <input type="checkbox"/> 同事 <input type="checkbox"/> 其他 - - - - <input type="checkbox"/> 无  |       |  |       |
| 与共同居住者的关系               | <input type="checkbox"/> 好 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 差 <input type="checkbox"/> 很差  |       |  |       |
| 居住环境                    | <input type="checkbox"/> 好 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 差 <input type="checkbox"/> 很差  |       |  |       |
| 经济状况                    | <input type="checkbox"/> 好 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 较差 <input type="checkbox"/> 贫困(按当地贫困线标准)   |       |  |       |
| 经济来源                    | <input type="checkbox"/> 工资 <input type="checkbox"/> 积蓄 <input type="checkbox"/> 家人支持 <input type="checkbox"/> 政府救助(口低保口残疾人补贴)<br><input type="checkbox"/> 其他—— <input type="checkbox"/> 无   |       |  |       |
| 金钱管理                    | <input type="checkbox"/> 自行决定支出 <input type="checkbox"/> 由家人协助管理金钱 <input type="checkbox"/> 由家人管理金钱  |       |  |       |
| 既往行为                    | <input type="checkbox"/> 攻击、冲动行为史 <input type="checkbox"/> 犯罪史 <input type="checkbox"/> 严重自伤、自杀行为史<br><input type="checkbox"/> 药物、酒精滥用史 <input type="checkbox"/> 无   |       |  |       |
| 目前行为/危险                 | <input type="checkbox"/> 已发生危害他人安全的行为 <input type="checkbox"/> 存在危害他人安全的危险<br><input type="checkbox"/> 已发生自杀自伤为 <input type="checkbox"/> 存在自杀自伤的危险<br><input type="checkbox"/> 无上述行为或危险  |       |  |       |
| 服药依从性                   | <input type="checkbox"/> 规律 <input type="checkbox"/> 间断 <input type="checkbox"/> 不服药 <input type="checkbox"/> 医嘱勿须服药   |       |  |       |
| 服药方式                    | <input type="checkbox"/> 自行服药 <input type="checkbox"/> 他人给药自己服 <input type="checkbox"/> 注射给药 <input type="checkbox"/> 医嘱停药 <input type="checkbox"/> 其他—  |       |  |       |
| 治疗药物及<br>每日剂量           |  |       |  |       |
| 药物不良反应<br>(可多选)         | <input type="checkbox"/> 基颠 <input type="checkbox"/> 静坐不能 <input type="checkbox"/> 肌肉僵硬 <input type="checkbox"/> 眩晕口乏力 <input type="checkbox"/> 喘睡 <input type="checkbox"/> 恶心 <input type="checkbox"/> 便秘<br><input type="checkbox"/> 呼吸困难 <input type="checkbox"/> 月经紊乱 <input type="checkbox"/> 体重增加 <input type="checkbox"/> QTC 延长 <input type="checkbox"/> 饮食异常 <input type="checkbox"/> 其它—— <input type="checkbox"/> 无 |       |  |       |
| 治疗效果                    | <input type="checkbox"/> 痊愈 <input type="checkbox"/> 好转 <input type="checkbox"/> 无变化 <input type="checkbox"/> 加重 <input type="checkbox"/> 其它   |       |  |       |
| 注：在符合的项目上打“√”，或者填写相应内容。 |  |       |  |       |



## 西安市莲湖区政府购买精神障碍社区康复 服务工作流程

西安市莲湖区民政局以政府购买精神障碍社区康复服务的方式，委托精神障碍社区康复服务第三方、基层医疗机构、残疾人康复机构、社会组织等实施项目，可参照以下流程开展服务。

### 一、确定服务机构

按照《民政部 国家卫生健康委员会 中国残联关于印发〈精神障碍社区康复服务工作规范〉的通知》（民发〔2020〕147号）规定，服务场地内应配置必要的精神障碍康复设施设备，服务场地符合消防等规范要求，按照福彩公益金有关使用规定，使用规范标志、文字、标牌对福彩公益金进行宣传。

### 二、开展项目需求调研

围绕精神障碍患者的不同需求开展工作调研，全面掌握本区服务对象基本情况，摸清有康复意愿的精神障碍患者底数及需求，掌握辖内康复资源底数，确定符合服务机构实际的服务内容、实施方式、覆盖人群等购买服务要素。

### 三、服务对象登记建档

按照《精神障碍社区康复服务工作规范》，对意愿康复患者进行登记建档，填写“基本情况登记表”，并签订“社区康复服务协议”明确责任、权利等事宜。

#### 四、开展功能评估

(一) 基线评估。服务机构组成服务团队与刚参加服务的患者及监护人进行面谈，详细了解患者当前的精神和身体健康状况、家庭结构、居住环境、成长过程、兴趣爱好等情况，收集资料并填写“心理社交功能评估表”“精神状况综合评估表”；在1个月内，根据评估结果制订个性化康复计划，并开始提供针对性康复服务。

(二) 过程评估。每3个月，服务团队对患者进行阶段性评估，回顾总结前阶段康复情况。填写“心理社交功能评估表”“精神状况综合评估表”“社会适应能力评估表”“社会功能缺陷筛选量表(SDSS)”。根据评估情况，对康复训练效果达到预期目标的患者提出新的康复目标，制定新的康复措施和计划；对康复训练效果不理想者，修正原康复计划、调整康复目标和康复措施。

#### 五、提供社区康复服务

(一) 制定“一人一档”服务方案。针对评估后筛选出的精神障碍患者的个性化需求，有针对性的设计分类服务体系和康复清单，做到“一人一档”，为精神障碍患者量身定制服务方案。社区康复服务内容主要包括生活技能训练、社交能力训练、职业康复训练、心理康复、同伴支持、家庭支持等。患者接受训练前均需由专业人员进行评估，确保患者适合该项康复服务。开展康复训练前进行环境安全评估，至少配备2名工作人员为宜。训练中坚持正性强化、优势视角原则，激发精神障碍患者康复训练动

机。

(二)项目服务实施方式。服务承接机构按照灵活多样、便民惠民、注重实效的原则，根据服务对象特点及主要实施场景，确定康复服务的实施方式。通过组织集体活动、集中培训、个案追踪也可以采用上门访问、电话访问等形式，在区县民政局认可的服务地点或服务机构内接受定点服务，或接受居家康复服务。

(三)开展患者个案康复。以个案、小组的形式，内容涉及医疗、情绪、社交等，运用专业技巧帮助患者解决生活困扰，提高生活质量和生活满意度。服务机构每年至少开展个体康复计划5人，定期调整修正康复计划和措施，确保个案康复取得实质成效。

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

附件 4

## 西安市莲湖区精神障碍社区康复服务协议

您好!这里是西安市莲湖区精神障碍社区康复服务中心。我们将和您一起共同面对困难;同时,也会和您一起分享康复过程中获得的成长与成功。在这一过程中,我们将达到以下目标:

为了让我们共同迈出坚实的第一步,希望我们能够共同遵守以下原则:

1. 互相尊重, 坦诚相待。
2. 非生命和法律紧急情况下, 双方坚持保密原则。
3. 遵守活动时间和相应的活动规则。
4. 如果经评估, 认为已经达成训练目标, 将会结束在我们机构的康复。
5. 如康复者对服务过程感觉不满意, 可随时提出中止服务的要求。如康复者有申诉的需求, 可通过口头、书面或电子邮件的方式向服务单位主管部门进行实名申诉、投诉。

本人 \_\_\_\_\_ 同意到 \_\_\_\_\_ 接受服务。

工作人员签名:

康复者签名:

日期:

日期:

# 莲湖区精神障碍社区康复服务项目

## 保密协议

甲方：西安市莲湖区民政局

乙方：西安安定医院

甲乙双方于2024年8月1日签订了西安市莲湖区2024年精神障碍社区康复服务采购合同。为保障双方合法权益，甲乙双方就项目合同履行过程中所涉及的保密事宜进行了友好协商，达成如下协议，以资共同遵守。

### 第一条 目的

确保甲方和乙方都清楚相关保密责任；确保订立有关保密政策及程序；确保员工及服务对象得知相关保密的要求。

### 第二条 适用范围

适用于运营项目的所有员工及西安安定医院与该项目相关的其他人员。

### 第三条 职责

项目各级负责人负责其职责范围内的保密管理；所有员工有责任尽最大努力维护服务对象及其他相关人员资料的保密。

### 第四条 保密内容

#### 1. 文件保密。



西安安定医院有关服务及管理的相关文件均放在档案柜里保存,原则要求档案柜上锁,

## 2. 服务对象保密。

### 2.1 记录及储存数据。

因为服务对象提供服务的需要,乙方须以合法及公平的方式收集及记录服务对象的个人数据,包括服务对象的姓名、年龄、电话、身份证号码、残疾类别、病史、家庭情况等信息的保密,并能适当地储存有关数据。

### 2.2 保存数据的层次及详细程度。

乙方所保存的个人数据必须是准确和最新的资料,所谓准确即必须以事实为根据。其保存的目的不因服务之外的需要而收集和保存资料。

### 2.3 个人资料的查阅。

任何服务对象向乙方提供个人数据时,乙方须向该服务对象阐明他/她或其授权人有权查阅及改正其个人资料。

2.4 乙方因提供服务于服务对象而要查阅其个人数据的人士,须符合其查阅数据为必须及适当的原则。

## 3. 容许发放保密资料的情况。

乙方须明确除非获得服务对象的同意,否则其个人数据只可用于收集资料时所述明的用途或与其直接有关的用途。不得随意披露或发放予其它机构或人士。

## 4. 服务对象及员工须清楚有关的政策及程序。

当服务对象进入中心接受服务时，负责导向的员工会向服务对象申明其于该方面的权利与义务，让服务对象知悉其在这方面的权利。

## 5. 其他。

乙方因服务使用者申请服务、接受服务、监察服务及作为检讨服务的成效(例如:调查、研究等)所收集及储存的服务使用者个人资料，一般而言包括：

- 身份评核资料:例如姓名、身份证号码等。
- 个人一般资料:性别、出生日期、年龄、地址、电话等。
- 家庭情况:婚姻状况、家庭成员资料等
- 教育背景及工作经验。
- 健康资料:健康情况、疑似精神健康问题等。
- 其他专业人士(例如综合家庭服务中心/综合服务中心/保护家庭及儿童课、社区精神科小组、职业治疗师等)对服务使用者的评估。
- 其他资料:例如:犯罪纪录、自杀纪录等。

一般情况下，乙方本项目总干事、主任、社会工作人员及主要工作人员，可因为需要提供服务予服务使用者而查阅其有关个人资料。项目负责人亦可因服务的需要，并得到服务使用者同意下，批准个别人士，例如:实习学生等，接触服务使用者有关个人资料。

## 6. 保密责任。

项目相关人员在接触以上资料后需要做到保密,不得向任何非当事人或非甲方授权的第三方外泄相关信息:项目相关人员若违反协议约定,将保密信息外泄,当事人、乙方应与甲方友好共同协商解决;协商不能达成一致的可由甲方所在地人民法院提起诉讼,诉讼费用除在诉讼、法院判决中另有规定外,一律由败诉方承担。

### 第五条 其他事项

本合同一式叁份,甲方执贰份,乙方执壹份,均具有同等法律效力,自双方签字盖章之日起生效。

甲方(盖章):

委托代理人(签名):

日期: 2024.7.30



乙方(盖章):

委托代理人(签名):

日期: 2024年7月30日

